

## 2. 患者の権利と医療の質および安全の確保

- ・ 真実性に乏しい質問です。
- ・ 具体的にどのような研修か示して頂きたい
- ・ 研修担当者は日常診療の合間を縫って指導しているため現状で人員が確保されているとは言い難い。どのような状態が確保された状態と考えられているのか？ 一部血液疾患に対する施設・設備は不十分です。がん臨床の診療の質の改善には取り組んでいるが、研修機能の質の改善というところまではとても手が回らない状況です。
- ・ 現在、がん診療のみを意図した研修は行われていない。人員・設備等はがん診療拠点病院の条件をみればよいということでしょうか？
- ・ 現在研修プログラムはないが、がん臨床研修を実施するためのマンパワーやハード面は備わっている。
- ・ 質問の意図が不明
- ・ 十分な人員の確保、施設・設備の整備はできていないが今後研修機能の質の改善を得よう努力したい。
- ・ 人員は必ずしも十分とは言えないが、キャンサーボード、がんプロ等のため、テレビ会議システムは導入されており、会議等に使用するなど活用している
- ・ 人的配置(医師確保)不十分
- ・ 全て対応中である
- ・ 対象が不明確です。(医師のみか？)
- ・ 都道府県拠点病院または大学病院と限定する設問の方がよいのでは。
- ・ 当院の診療機能を十分に生かした体制を構築しているつもりである。
- ・ 特になし。
- ・ 平成19年度文部科学省大学院教育課程改革支援プログラムに採択され、大学院において、がん専門医に必要なスキル、能力を修得できる科目、実習を実施している。
- ・ 平成20年3月1日付、健発第0301001号「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」の通知で、「2地域がん診療連携拠点病院の指定要件について」の「2. 研修の実施体制」に示された研修を対象として、上記設問に回答した。
- ・ 保険点数を上げないと人確保は難しい。
- ・ 放射線システムは施設内にありません
- ・ 放射線治療医や治療設備のみが不足している。質改善に関しては、外部の研修等へ積極的に参加させている。
- ・ 臨床研修体制は、まだ整っておらず、今後整備予定である。

### 2.4.2 がん診療研修プログラムが確立している

- ・ (2.4.2)(2.4.2.1)(2.4.2.2)(2.4.2.3)→平成20年12月に日本がん治療認定医機構の研修施設として認定された。
- ・ 「がん研修プログラム」は、集学的治療・緩和ケア・コミュニケーションスキルなど、がんに関する総合的な内容が盛り込まれたものだけを指すのか？それとも、ひとつのテーマで、年間通して計画的に勉強会や研修を行いスキルアップを図るようなものも含まれるのか？が明確でない。
- ・ 実施・対応状況欄の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。別途「評価のねらい考え方」が示されることが望ましい。
- ・ 2.4.2 プログラムの求めるレベルは「日本がん治療認定医機構が定める研修カリキュラム」に準じている必要があるという意味ですか。
- ・ 2.4.2.1の集学的治療に関する研修というのはイメージしにくい。各臓器別には治療方針に関してカンファランスが行われており、関係部署の職員は出席しており、それを研修プログラムと捉えられていることにはなる。レジデントの研修については、レジデントの研修についてや各診療科の方針に記載されている。2.4.2.3のコミュニケーションスキルについては、系統だったものはないが、クレーム多発医師への個々の対応が現状である。
- ・ 2.4.2.1プログラムはある。
- ・ 2.4.2.2 緩和ケアに関する研修としてインテンシブコースを設けてはいるが、まだ受講者がいないので、研修は行っていない。2.4.2.3 協同事業体として実施しているが、昨年度本学は参加していない。
- ・ 2.4.2.3については、神奈川県立がんセンターで、がん臨床研修プログラム研修会に参加している。
- ・ 3にに関しては不十分
- ・ がん診療研修は個人で受けているが、施設内でプログラムは確立されていない。
- ・ がん診療研修プログラムが、整備されていない。
- ・ がん診療研修プログラムはない
- ・ がん臨床研修プログラムはない。緩和ケア研修は行っている。
- ・ がん臨床病院ではない。
- ・ なし
- ・ 院内・院外の研修のため、キャンサーボード等を含めて定期的に行っている。
- ・ 緩和ケアチームが主体となって、毎月1回医療従事者向けに緩和ケア勉強会を実施している。講師は院内のさまざまな職種の医療従事者で、院外から招いて開催することもある。
- ・ 緩和ケア研修会においてe-learningの使用を認めないのに、このような設問には整合性がない。
- ・ 癌臨床研修プログラムではなく、院内研修の一部として行っている。
- ・ 教育研修センターが4月に開設され、併せて研修プログラムを完成させる予定
- ・ 研修は、現在、準備段階であるが、研修カリキュラムに準じた形での開催を計画している。
- ・ 研修プログラムはあるが、実際の研修は今後の予定である。
- ・ 現在、がん臨床研修プログラム作成中である。
- ・ 今後行っていく予定である。
- ・ 質問の意図が不明
- ・ 全て対応中である。
- ・ 地域がん拠点病院として、積極的な関与を現在検討中です。
- ・ 都道府県拠点病院または大学病院と限定する設問の方がよいのでは。
- ・ 特になし。
- ・ 日常のがん臨床(診療)を行うのがやっとな状態で研修を行うこと、研修プログラムを確立したとしても実行することは甚だ困難であると感じています。講義を主体としたものではあまり身につかないと思います。2.4.2.1に関して レジデント研修として外科、腫瘍内科、放射線治療、緩和ケアチーム、NSTなどをローテーションするような研修をイメージするのですか？
- ・ 日本がん治療認定医機構の認定施設となっており、研修プログラムの確立が必要である。
- ・ 病院全体としてのプログラムではない。
- ・ 文科省「がんプロフェッショナル養成プラン」により本学は採択され、それに沿った教育プログラムを展開している。

## 2.5 がん薬物療法の安全確保体制

### 2.5.1 薬物療法の安全確保について組織的に検討するシステムがある

- ・ (2.5.1.2)現在対応中 (2.5.1.3)スタンドアロンのPCにて運用

## 2 患者の権利と医療の質および安全の確保

- ・(2.5.1.7)→当院で主に扱う固型癌に対する薬物療法は、国内外を通じて実験的治療の域内のものが大多数を占めており、「標準的治療」として満足出来る薬物療法は存在しないとまで過言ではない。
- ・「2.5.1.7 レジメンの標準化が行われている」について、一般に言われている標準レジメンとは別の院内での標準化であるのか？「2.2.3.2」の適応外使用も含めた標準化なのか？
- ・【上記の評価項目群に関するご意見をお書きください 血液内科におけるレジメンについては、数も多いこともあり現在整理登録中である。
- ・がん化学療法は、レジメン部会(がん診療担当者会議)で検討・承認され、レジメン登録されたもののみに対して実施している。レジメン部会には、専門知識を持つ、医師・薬剤師・看護師が含まれる。
- ・レジメン検討委員会で協議していく。
- ・実施・対応状況の回答が○、×、不明だけでは回答にくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。別途「評価のねらい考え方」が示されることが望ましい。
- ・2.5.1.1 レジメン審査委員会が定期的には行われていない。2.5.1.4 レジメン審査委員会に看護師が含まれていない。
- ・2.5.1.1・2.5.1.2→「適切に」や「全てのレジメン」になると該当しません
- ・2.5.1.2 09年1月現在 83.5%
- ・2.5.1.2 外来ではレジメン登録されているが、入院ではされていないものもある
- ・2.5.1.2 外来化学療法においては、全プロトコルが登録制となっており、定期的に 委員会にて審査を実施している。
- ・2.5.1.2 当院は研究機関でないためエビデンスの得られていないレジメンでしか外来化学療法は行っていない。このため、外来のレジメンについては全て登録している。一方入院については現在適応やエビデンスとして確立はしていないが、一定の評価を受けている治療法などを施行することもあることから(入院により患者の容体変化を診ることが出来るため)入院においては登録制はとっていない。
- ・2.5.1.2については現在95%まで登録管理を進めている。
- ・2.5.1.3 コンピュータシステムの運用が、不明確である。
- ・2.5.1.4 医師・薬剤師で構成されている。
- ・2.5.1.4 精通している。臨床腫瘍医、認定看護師、は不在。がん専門薬剤師不在。2.5.1.5 各レジメンの審査は現在行っていない。委員会の議事録はある。2.5.1.6 行う予定である 2.5.1.7 行う努力をしている
- ・2.5.1.8は古いレジメンの整理やメンテナンスのことを指しているのか？ガイドラインとの整合性のことでしょうか？
- ・2.5.1.6レジメンの再評価は今後の予定。
- ・2.5.1.7→進行中です。
- ・2.5.1.7レジメンの標準化とはどういうことを言っているのか？ 当院では、登録されないが患者限定で患者ごとに承認を受けているレジメンがある。Exevidenceはあるが、保険適用がないレジメンなど
- ・がん診療委員会が行っている。
- ・がん認定薬剤師を含むプロトコル委員会でレジメンの標準化が行われている。
- ・すべてではなく、一部実施
- ・すべてのレジメンとなると見達成が多いと思う。
- ・なし
- ・ほとんどのレジメンはオーグリングシステムでセット化されたものが処方されている。レジメン委員会においてレジメンの審査、標準化を進めている。
- ・レジメンの再評価とは何を基準にしてするのか、効果を分析するということか、使用頻度のことか、問題がないからしていない場合もある。
- ・レジメンの整理は現在進行中であるが、数レジメン確認中のものも有り、基本的に提出レジメン以外は混注しない
- ・レジメンの標準化は研究会レベルで行なわれている。
- ・レジメン管理にコンピュータシステムを導入中
- ・レジメン管理にコンピュータシステムの運用は平成21年4月から運用予定。
- ・レジメン審査委員会がない。
- ・レジメン審査委員会には、各診療科代表医師、看護師、事務が参加し、管理を行っている。しかし、各職種、現在専門認定研修中のところもあり、体制は不十分である。
- ・レジメン審査体制の整備中である(平成21年4月頃を予定)。
- ・一部のみレジメン審査、コンピューター管理
- ・院内全体としてのものはない。
- ・外来化学療法に関して登録管理システムを開始したところである。
- ・外来化学療法委員会は設置しているがレジメン審査委員会なく薬事委員会に委託しており今後早急に整備する予定である。
- ・各科からレジメンが提出されていたのを整理している段階です
- ・各施設ごとにレジメンの管理がまちまちである。国家予算(プロジェクト)としてがん医療の均てん化の為にレジメン管理システムの構築をお願いしたい。全施設、おなじシステムの運営がされなければ均てん化標準治療の普及に役立つ
- ・現在、外来はすべてのレジメンが登録されているが、入院について、未登録のレジメンをレジメン審査委員会から登録するよう働きかけている段階。近日常にはすべてのレジメンを登録予定。
- ・今レジメンの登録をしたところなので、再評価は次のステップです。
- ・上記の項目につきましては厳格に行っております。
- ・診療科別から病院の標準化に向けて化学療法運営委員会等で作業中である
- ・適切なレジメンの審査・評価には、「腫瘍内科」等、従来の診療科領域に限定しない医師が必要と思われる。レジメンの標準化に関しては、FOLFOXのように外科、内科共に使用できるレジメンは可能であるが、TCの様に、呼吸器、婦人科で投与量、休息等の違いがある場合困難であり、レジメンの標準化は診療科単位と考える。(薬剤部門)
- ・特になし。
- ・本院はがん拠点病院なので、充実してシステム化されています。
- ・薬剤師:不適切なレジメンを除外する場合エビデンスに基準はあるのか？独自に決めてよいものなのか？→2.5.1.1

### 3 療養環境と患者サービス

#### 3.1 患者のプライバシーに配慮した環境・設備

##### 3.1.1 患者・家族が利用する場所では、プライバシーに配慮がなされている

- ・ (3.1.1.3)施設基準を満たした外来化学療法室を有している。
- ・ 実施・対応状況の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。別途「評価のねらい考え方」が示されることが望ましい。
- ・ 1部屋ごとに、個室のような間取りになっているが、閉じりの壁がうすいことや、カーテンでききとってあり話し声がかきこえる。
- ・ 3.1.1.1 3.1.1.2 面談室 相談スペースは確保されているが病室が老朽化してスペースの絶対数が不足している
- ・ 3.1.1.1 歯科および耳鼻科外来が配慮されていない
- ・ 3.1.1.2について、個室と2人部屋のみ環境であることや、説明室を適時活用することが可能であるため、○とした。相談スペースとは、どのような程度が望ましいのか、明記していただくことが望ましい。
- ・ 3.1.1.3 どの程度プライバシーが守られているか(具体的に) 当院は外来機能分離している。
- ・ 3.1.1.3 外来抗がん剤治療時の環境はプライバシーが守られている個室ではないが、化学療法室で治療を行っている。
- ・ 3.1.1.3に関して ベッドや電動チェアの間はカーテンで仕切られていますが、これはOKですか？
- ・ 3.1.1.3の場合、患者様1人1人個室ではないので、完全に(100%)プライバシーが保護されているとは言えないが、おおよそ保護されているとして○。
- ・ 3.1.1患者・家族が利用する場所でのプライバシーについての配慮はされていない。3.1.1.1外来診察室、病棟面談室の環境はプライバシーが守られている3-1-1-3カーテン使用
- ・ オープンスペースとなっているため、プライバシー保持は困難である。
- ・ なし
- ・ プライバシーに配慮し、同意を得ている。
- ・ 可能な範囲で努めている
- ・ 外来化学療法センターを増設した際に、隣に診察室やがん相談支援室を設けた。十分な環境を確保した。
- ・ 外来化学療法室が21年5月より稼働予定であり、患者さんのプライバシーを配慮した環境整備を行った。
- ・ 外来化学療法室のスペースが不足している。
- ・ 外来診察室、病棟面談室についてはプライバシーは一応守られている。数もスペースも足りないが… 外来化学療法時のプライバシーについては現状では困難である。
- ・ 外来診察室は×で病棟面談室は○
- ・ 各病棟にはカンファレンス室があり、外来の診察室は待合室に個人情報漏れしないよう配慮されている。
- ・ 狭い敷地ではあるが、プライバシーが守られるよう創意工夫を行い、使用している患者の反意意見を聞きながら調整している。
- ・ 抗がん剤治療は原則入院にて行っている。
- ・ 構造上、配慮が充分とはいえない。
- ・ 十分とはいえないが、インフォームドコンセントを取得するためのスペースを各病棟に確保している。
- ・ 特になし。
- ・ 特定の患者のためのプライバシーを守る部屋はない。プライバシーはどの患者も同様に守られなければならない。その点から診察室に扉を付け、声が漏れないように配慮している。
- ・ 病院機能評価(Ver.5)取得済み
- ・ 病室や外来化学療法室ではカーテンで仕切っている。建物の老朽化のため、充分ではないができる限りのことをしている。平成24年の建て替えでは充分になると考えている。
- ・ 病棟においては、カンファレンス室があり、プライバシーに配慮されている。外来においては、施設構造上、個室化が難しい状況ですが、中待合を廃止する等、できる限りの配慮はしている。
- ・ 不十分ではあるが、一応○をつけた。

#### 3.2 施設・設備の整備と利便性

##### 3.2.1 施設・設備が整備され、利便性に配慮がなされている

- ・ (3.2.1.3)具体的に何をさすのか？定義が不明確で判断は難しい。
- ・ (専用ではないが)処置室内のベッドで優先的に休むことが出来る。
- ・ 「患者の生活の質を高めるための設備やプログラム」の具体的な例示があれば評価しやすいと思われる。
- ・ 「生活の質を高めるための設備やプログラム」に対する認識が人によって様々だと思うが、ここでは具体的にどのようなことをしているのか、例を挙げていただくとうりやすい。
- ・ 実施・対応状況の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。別途「評価のねらい考え方」が示されることが望ましい。
- ・ 3.1同様、外来患者さんの希望要望があった各ベッドにテレビの設置やカーテン等の仕切りでの個室空間環境への整備を行っている。
- ・ 3.2.1.1 デイルームの絶対数の不足、アメニティをつかさどる部門も少ない
- ・ 3.2.1.1 外来についての回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。
- ・ 3.2.1.2 外来患者さんが休憩する場所はあるが、抗がん剤投与を受けた患者さんだけの場所ではない
- ・ 3.2.1.2 建物老朽化のため無理があるが、投与を受けたベッドで十分休ませてもらっている。廊下にソファも置いてあるが、休憩専用の部屋はない。
- ・ 3.2.1.3 ×
- ・ 3.2.1.3 の具体例は何か。患者の生活の質を高めるための設備やプログラムについて、在宅についても考慮するのかが。
- ・ 3.2.1.3 教材、パンフレット等を用意している。
- ・ 3.2.1.3 相談支援センター等での指導でよいのか？
- ・ 3.2.1.3:在宅療養相談室や地域医療連携部を設けている
- ・ 3.2.1.3について、設備はあるがプログラムは用意していない。
- ・ 3.2.1.3の回答記入欄が無い。本院は「○」
- ・ 3.2.1.3は具体的にどういうものかイメージがつかない。
- ・ 3.2.1.3は具体的にどのような物を指すのかははっきりしない。「がん患者サロン」を有しているため「○」と回答したいところであるが、具体的な内容がはっきりしないため「不明」という回答となった。
- ・ 3-2-1-3のプログラム、薬剤師による薬剤指導、担当ナースによる副作用情報の提供、パンフレットの提供
- ・ 3.2.1.2 休憩できるが専用ではない
- ・ なし
- ・ プログラムを実施する人員が余分に配属できないので熱意のある人のボランティアに依存して細々と行っている現状で、もっとと言った途端につぶれてしまいそうでヒヤヒヤしています。
- ・ 化学療法すべてを自院内では完結できません。
- ・ 化学療法実施患者専用のスペースは確保できていない。
- ・ 外来化学療法センターを増設し、十分な環境を確保した。
- ・ 外来化学療法は近隣のクリニックで実施。
- ・ 外来化学療法室において、ウィッグ相談やリナムマ製品の相談、リンパ浮腫の相談を適宜行っている。
- ・ 外来化学療法室を設置し、リクライニングソファの設置、専従の看護師が患者の対応を行っている。
- ・ 外来化学療法終了後に患者が休憩する場はないが、乳がんの化学療法中の患者指導や院内の患者会がある

### 3 療養環境と患者サービス

- ・具体的に例を示して質問してほしい。帰宅前に休息する場所とは何か不明。
- ・抗がん剤投与後の休憩場所や、患者のQOL向上の設備はない。抗がん剤投与前の指導プログラムがあり、またがん性疼痛やリンパ浮腫ケアの専門ケア外来がある。
- ・待合い、休息スペースが不足している。
- ・特になし。
- ・放射線照射以外の配慮がなされています。

#### 3.3 相談機能および患者・家族のサポート

##### 3.3.1 患者・家族の医療相談に応じる体制が整備されている(相談支援センター機能を含む)

- ・(3.3.1.4)どのようなものを指すのか?基準が不明確で判断は難しい。
- ・実施・対応状況欄の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。別途「評価のねらい・考え方」が示されることが望ましい。
- ・相談支援室が設置されている。
- ・3.2.1.3の実施・対応状況の記入欄が無い
- ・3.3.1.1については、資格を持った専門人員はいない。
- ・3.3.1.1期待されている機能がわかりにくい。3.3.1.5患者家族が対象ということでしょうか。
- ・3.3.1.1現在は現在がん拠点病院ではなく、東京都認定がん診療病院であるため、がん対策情報センターによる研修の抽選時の優先順位が低く、応募しているもののまだ研修の全てを受講できておらず、終了していない。今後研修を受講予定。また、当院は総合相談センターを設置しており、その中の相談の一種としてがんに関する医療相談を行っているため、がんに関する医療相談のみ担当する専従および専任者は現在いない状況である。
- ・3.3.1.1必要人数とは何人かが不明であり、「がん」と「がん以外」の相談を兼任している状況で、どのように判断したらよいか分からない。
- ・3.3.1.4介護・福祉等のパンフレットを常備、用品を配置。3.3.1.5地域医療室に設置、21年度にがん相談支援センターに設置予定
- ・3.3.1.5 サポートするスタッフは、がん情報をPC・インターネットでとれるようになっているが、患者自身は自由に使えるものは設置していない。質問がどちらの意味かわからなかったので不明とした。
- ・3.3.1.5 患者・家族の要望により病院から情報を提供している。
- ・3.3.1.5 患者が自由に利用できるものはない
- ・3.3.1.5 今後、PC・インターネット設置を考えている。
- ・3.3.1.5に関しては各相談員にて対応。
- ・3.3.1.5のインターネットの設置について、スタッフ用として設置されていれば良いのか相談員用に設置されていれば良いのか明記して頂いた方が判断し易
- ・3315相談室内に設置しているか、の意味ですやね。
- ・H21年4月に相談支援室が設置しています。
- ・PC環境は準備中である。
- ・あえて「がん診療に関する情報」という目的で資料収集している訳ではないが、集まってくる資料については整理をしている。
- ・がん拠点病院ではないが、上記内容(規模は少ないが)の対応は実施している。精神保健福祉士は不在であるが、必要時対応できるよう人材調整している。
- ・がん診療についての専任の相談員はいない。
- ・がん相談支援センターには、PSW、MSWが配属されており、パンフレットの管理やインターネットで情報収集できるような環境を整備している。
- ・なし
- ・医療連携業務の比重が多く、人員的には十分に整備されているとは言えない。3.3.1.1精神保健福祉士はいないが、がん看護専門看護師がいる。3.3.1.5がん予防医療情報研究部門のがん情報センターからインターネットで情報発信している。
- ・外来化学療法センターを新設し、十分な環境を確保した他、専任看護師長等、十分な体制を構築している。国立がんセンター主催のがん相談員研修修了も拠点病院の基準を満たしている。今後も研修修了したがん相談員を増やしていく予定。
- ・患者と相談するのは当然として家族を対象とした場合の費用はどのようにするのか?とれるのか?とれないのか?とるとしたらどういう形?とらないなら全て病院の持ち出しか?それでは経営はできない
- ・現時点では、上記の資格を持った専門の相談員はおりません。
- ・個室は一室しかなく、必ずしも常時使用できない。部屋を時間で予約しているので、近く専用の部屋をつくる予定。3.3.1.5に関して PC・インターネットは診療時間常時というところまでなっていません。
- ・相談機能及び患者・家族のサポートを完全に行う人員はまだ配置されていない。
- ・相談支援センターは設置されたばかりで、まだ、本格的には機能していない。
- ・相談支援窓口を設置している。病院内はインターネット接続禁止である。
- ・相談専門人員は配置しているが、十分な人数とはいえない。
- ・特になし。

##### 3.3.2 必要な相談機能が適切に発揮されている

- ・実施・対応状況欄の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。別途「評価のねらい・考え方」が示されることが望ましい。
- ・3.3.2.1,3.3.2.2,3.3.2.3については、入院患者のみを対象に行っている。
- ・3.3.2.2 看護師なら看護記録だが違う職種(MSW等)はそのようには記入しない。3.3.2.5 がん相談としてはしていませんが、医療相談としては行っている。
- ・3.3.2.2,3.3.2.3,3.3.2.5...実施しているが不十分と思われるため。

### 3 療養環境と患者サービス

- 3.3.2.2意見や要望を相談や看護計画に反映した記録について入院患者に対する相談では、患者・家族の意向を尊重し、担当医や看護師と十分に検討しながら支援を進める。相談記録には記録があり看護計画にも状況に応じ、ケースバイケースで記録がある。3.3. 2.4.フォローについて退院支援を行った患者家族については、問題ないか、調整の必要などを判断する為にフォローする。したがってケースバイケースである。
- 3.3.2.2については、4月から開始予定。
- 3.3.2.2相談や看護計画に反映した記録が、どのようなものを指しているのかわからない。
- 3.3.2.4「転院後・退院後の患者・家族のフォロー」とは、地域連携あるいはそのパスのことか？ 相談内容についての事例検討もやっていると思う。
- 3.3.2.4 フォローの内容がどこまで踏み込んで行くかによる。
- 3.3.2.4 全ての患者に対して行うという意味か、ある一定割合以上、必要と考えられる患者に対してという意味か。
- 3.3.2.4 退院の方には必要と思われるケースには行っています。
- 3.3.2.4について、どの程度のフォローアップを考えているのか、細かい内容(基準)を知りたい。
- 3.3.2.4については退院後のみフォローを行っている。
- 3.3.2.4に関しては対応が必要な時にのみ行います。
- 3.3.2.4全数ではないが行っている。 3.3.2.5総合相談センター内で行っている。
- 3.3.2.5 院内独自では行っていないが、広島県の2次医療圏10拠点病院が相談員情報交換会の中では、実施している。
- 3.3.2.5: 医局・教室による差がある
- 3.3.2.5全ての事例検討会はできていないが、検討会を要するものは実施している。
- 3.3.2.5担当者で報告とケースとしての扱いを行うなど、事例の共有を図っている
- PSW、MSWは、患者ごとの相談記録を作成し退院調整時に、患者やその家族の意見を十分反映した調整を実施している。
- がん診療に関わらず行っている。また、看護計画まで含めて、患者家族を参画させるシステムがある。ただし、転院後の問題については、当院の地域医療支援病院としての位置づけをふまえて行っている。
- なし
- 関係医との連携機能を強化していくことが必要。PCの在宅希望を支えられる、行政、地域医療資源、社会資源の整備につながる機能が必要
- 患者、家族の意見要望は病棟看護師へ伝達し(必要に応じて文書で行う)、内容に応じて看護計画に反映させ、記録に残している。相談内容に応じて、必要なスタッフを集めて、検討を行っている。(例: 転院先の相談で迷う時、連携室看護師 MSW 医師、患者、家族、病棟看護師 参加)
- 基準が不明確で判断は難しい。
- 質問内容が不適切かと思えます。相談者の内訳(当院・他院…50%ずつ)、外来、病棟の区別もあり、どこまで介入連携をとるのか、スタンダードではない。個々の症例に合わせて連携している。病棟においては、看護過程の展開はできています。
- 専任体制であっても他は兼任体制なので十分なかかりが困難であるともどかしさを感じている。近く、専任者を新たに雇用して改善をはかる予定です。
- 専門の相談員がおりませんので、医師あるいは看護師が個別に対応しております。相談記録は医師カルテや看護記録に記載しております。退院後のフォロー、事例検討会は行っていません。
- 相談記録はありますが、事例検討は担当者のみが、行っている。
- 対象者がわかりにくい。院内入院患者の退院支援は行なっている。
- 特になし。
- 病院全体のことが相談支援センターのことか、回答を迷った 相談支援センターとしては2看護計画はない、4転院後は特に行っていない
- 病状によって部署内看護師と相談しながら行なっている。
- 病棟ごとで対応が異なっている。取り組む方向で行っている。

### 3.3.3 遺伝的・非遺伝的がんのリスクに関する体制が確立している

- 実施・対応状況欄の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。別途「評価のねらい・考え方が示されることが望ましい。
- 1)中央診療部門としての遺伝子医療部門はありますが、専任職員は配置されてなく、すべて兼任で対応しています。 2)、3)は○です。
- なし
- 遺伝カウンセリングのDrが転勤で現在不在となっています。コメディカルの養成はまだ開始していません。費用負担(人員も含めて)が大きすぎると考えています。
- 遺伝カウンセリングの専門医を配置し、遺伝外来を実施中である。
- 遺伝カウンセリングは行っていません。
- 遺伝カウンセリングは特定機能病院でしてほしい。一般病院では不可能。
- 遺伝学的検査とは何を意味しているのか？ 染色体的なものか。
- 遺伝情報の取り扱いについては、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」に基づき行っている。
- 一部岡山大学と連携あり
- 実施または対応していないと関連する機能を持たないの判断基準は？
- 将来構想として遺伝カウンセリング外来の設置をかがけている
- 対応していない。
- 当センターは対象外と考える
- 施設内での対応は不可能。遺伝に関する相談の必要がある場合には、県立こども医療センター遺伝科の専門医に依頼する体制をとっているが、これまでのところはその実績はない。
- 特になし。
- 非がん部位の遺伝子検査は、倫理審査委員会を通ったもの以外は認めていない。この項目は検査の可否について、倫理的な問題の議論を終えず、遺伝子検査を行うことについて容認していると受けとめられ残念である。
- 附属遺伝子医療センターがあり、カウンセリングが出来ます。



#### 4 基本的がん診療の組織と運営

- ・がん看護の専門性を持つ看護師は4人いる。今後も拡大の方向である。
- ・がん看護の専門性を有する看護師は現在少なく今後資格の獲得のために教育・研修の機会を保障するよう努力したい。
- ・がん看護の専門性看護師配置で、(2)・(6)項目看護師は配置している。
- ・がん看護専門看護師、がん化学療法看護認定看護師、緩和ケア認定看護師の資格取得予定者(養成コース通学中)あり。
- ・がん看護専門看護師はハードルが高く、看護師のキャリアアップと生涯のライフワーク(バランスの上から、問題点が多いと考えています)。
- ・がん診療に特化した看護部門は確立していない。
- ・がん診療施設としての体制を望むならば厚生労働省が主体的に育成機関を構築すべきではないでしょうか？ チーム医療というならば、摂食・嚥下障害認定看護師も項目として含めてほしい。
- ・がん性疼痛看護認定看護師は、がん患者入院棟または、外来化学療法室に配置している。今後、がん化学療法認定看護師の育成も視野においてなし
- ・一般的なケアの基準・手順は作成されているが、がん患者特有の看護ケアについては作成されていない。ケースカンファレンスで個別に対応している。
- ・外来化学療法室はあるが、認定・専門看護師はいません。
- ・看護基準、手順が明確に区分けされて作成されており、混同した状態になっている。今後は基準をまず明確にうち出し手順の整備を行っていく予定で緩和ケアマニュアル、化学療法マニュアルは、作成済みである。
- ・緩和ケア認定看護師、皮膚排泄ケア認定看護師はありますが、他は認定学校に入学予定など対応中です。
- ・緩和ケア認定看護師一人。今後ますますゆきたい
- ・業務基準・手順の整備と、緩和ケアチーム(医師、看護師、薬剤師、栄養士)補償回診などが適切に実行されている。
- ・現在、がん化学療法看護認定看護師2名、がん性疼痛看護認定看護師1名、乳がん看護認定看護師1名、皮膚排泄ケア認定看護師1名が在籍し、8月より緩和ケア認定看護師 教育養成課程へ研修受講予定。認定看護師の活動時間を確保しながら、組織横断的チームの一員としてチーム医療の重要な役割を担っている。
- ・現在、がん性疼痛看護認定看護師及び緩和ケア認定看護師研修を各1名ずつ受講中。
- ・上記の「専門・認定看護師」を、どの程度配置してあることを想定しての評価なのか、一つでも配置していれば評価されるのか等、基準を明示するのか。
- ・専門、認定看護師のカケホがむずかしい。項目を増やし、5日間の研修等終了看護師の項を設置希望
- ・専門性を問われる部署には配置出来ているが、人数は充足していない。
- ・全ての分野の認定看護師が養成されているわけではない。患者の動向により適正配置を計画的に行う場合の基準を示されたい。
- ・全ての領域の認定看護師がいる訳ではない。
- ・適切な配置の基準は何？
- ・当院には緩和ケア認定看護師と皮膚・排泄ケア認定看護師しかいないが、その看護師は適切に配置している。ここでいう適切に配置とは、6種全部の看護師がいる必要があるのか、評価の基準が曖昧で、答えづらい。
- ・特になし。
- ・認定看護師が全てそろっていないければ回答は×となってしまう。設問の意図を明確にさせていただきたい。ちなみに当院は(4)、(6)については配置している。
- ・認定看護師すべていないと○にならないか？
- ・認定看護師の取得については、現在、緩和ケア認定看護師1名を有し、平成20年度は皮膚・排泄ケア認定看護師取得に向け取り組んでいるところである。今後も年次計画を立て、順次、取得の体制を整えており、平成21年度の予定として「がん化学療法看護認定看護師」の取得を目指している。
- ・認定看護師はいない。看護師不足のため、通称通所の配置ができない。
- ・皮膚・排泄ケア認定看護師21年1月配置
- ・皮膚・排泄ケア認定看護師のみ配置している。
- ・皮膚・排泄ケア認定看護師は2名在籍
- ・分野によっては専従として活動しているが、兼任として活動している分野もあり
- ・平成21年4月にがん専門看護師の採用。がん性疼痛看護、緩和ケア認定看護師が誕生予定。乳がん、化学療法においても、受験予定であり、誕生後は、適正な場所への配置やフリーな時間枠での相談業務対応を行なうよう検討している。

#### 4.3 薬剤部

##### 4.3.1 がん診療施設としての薬剤部門の体制が確立している

- ・(4.3.1.1) 日本臨床腫瘍学会暫定指導医の指導の下にがん薬物療法認定薬剤師の資格取得を目指しながら安全キャビネット内で抗がん剤調製作業に従事している。
- ・(4.3.1.3) サテライト薬局としての施設はないが、全病棟に担当薬剤師を配置しています。抗がん剤の服薬指導については、各担当薬剤師が行っています。混合調製については、薬剤部内で調製しております。(2009年秋以降、施設移転予定「混注センター」にて行います)
- ・(4.3.1.4) 専任薬剤師を配置している。
- ・「4.3.1.3 病棟にサテライト薬局を設けて」とあるが、設けていなくても、入院患者へのがん薬物療法に従事できるのではないかと「4.3.1.4 外来専任薬剤師」と専従に限定されているが、兼任で必要な薬剤師が配置されている施設もあるのでは？
- ・がん化学療法治療チーム講習会終了の薬剤師が中心となって、医療従事者への情報提供、患者への薬剤管理指導等を行っており、がん薬物療法認定薬剤師研修も1名受講中である。
- ・病棟のサテライト薬局、外来専任薬剤師の配置等は、人員の都合などもあり現在設けていない事が、今後の検討課題であるとする。
- ・外来化学療法の実施には専任薬剤師を配置している。
- ・がん専門薬剤師が、外来化学療法室で薬物指導を行っている。
- ・専用の薬局を設けている。
- ・病棟や外来に「サテライト薬局」は設置されていないが、病棟担当薬剤師、外来担当薬剤師は配置されている。
- ・実施・対応状況の回答が○、×、不明だけが回答にのり、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。
- ・別途「評価のわらい考え方」が示されることが望ましい。
- ・1) 研修中
- ・21年度、がん薬物療法認定薬剤師について申請予定である。病棟、外来においてサテライト薬局を設けてはいませんが、入院、外来において患者への薬物指導を実施している。
- ・4.3.1.1 1) のがん専門薬剤師のみ
- ・4.3.1.1 がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師はいない。 4.3.1.3 4.3.1.5 病棟や外来にサテライト薬局を設けていない。 4.3.1.4 外来化学療法の担当薬剤師は専従ではない。
- ・4.3.1.1 と4.3.1.2の間に2つの○の項目はどれに該当する説明が判りにくい。
- ・4.3.1.1: 認定施設における実技研修中
- ・4.3.1.1⇒認定薬剤師は1人いるが、「適切に」という言葉が入ると、1人では不十分であると考えられるため、回答に迷う。 4.3.1.2も同様、病棟薬剤師が配置されているが、他の業務との兼任であり、十分な薬剤管理はできていないので適切であるとは思わない。
- ・4.3.1.1-2) 存在しています。サテライトは設けていないが、2)については行っている。
- ・4.3.1.1について、2)ががん薬物療法認定薬剤師が1名配置されている。
- ・4.3.1.1について、がん専門薬剤師が昨年退職したため、来年度取得を目指している。 4.3.1.2について、入院・外来ともサテライト薬局を設置するスペースがない。また外来に専従させる人員の余裕がない。入院患者は病棟薬剤師が行っている。
- ・4.3.1.1について、資格を有した職員はいないが、がん治療。注射薬のミキシング及び5年間の治験経験があり、平成20年度がん専門薬剤師研修事業に参加した職員を配置している。
- ・4.3.1.1現在習得中

#### 4 基本的がん診療の組織と運営

- 4.3.1.2 適切な基準が不明確。1)配置とは常駐なのか
- 4.3.1.2を満たすためには、現在の薬剤師人数設置基準、(人員配置基準)は低すぎる。これらの業務を想定した基準となっていない。施設、設備の準備、運営には多大な費用を要する。人的要因のみを満たすという基準であれば、多くの施設がA評価をとれそうに思うが、設備を重視されると、満たす病院はごくわずかと思われる。
- 4.3.1.2病棟へのサテライト設置は、病院の構造上問題がある場合も想定されます。現実的には非常に難しいと考えます。
- 4.3.1.3 4.3.1.5『サテライト薬局』の定義が明らかでないので、「病棟に配置した薬剤科の分室」といった表現の方が分かりやすいものと考えられる。
- 4.3.1.3 サテライト薬局はないが、入院棟担当薬剤師を配置し、同様の内容で行っている。4.3.1.5 薬局内に服薬指導室を設け、行っている
- 4.3.1.3=一部実施。また病棟担当薬剤師であり、病棟専任薬剤師ではない。
- 4.3.1.3と4.3.1.5でサテライト薬局の有無に言及するよりは、実施している内容を問うた方がよいと思います。
- 4.3.1.3はサテライト薬局の定義が不明確である。当院では担当薬剤師を各病棟に配置し、薬剤管理指導を行っているため〇と回答した。
- 4.3.1.3病棟にサテライト薬局はないが専任薬剤師が薬物療法に従事している。
- 4.3.1.5 一部実施している
- 4.3.1がんに特化した薬剤部門の体制は確立していない 4.3.1.1がん薬物療法認定薬剤師がいる 4.3.1.2 1)2)共に行っている サテライト薬局とはどこまでの機能を有すればいいのかわからない。外来化学療法室での患者指導には積極的に関わっている。
- 4.3.1サテライト薬局というのは具体的にどのようなものを指しているのかわからない。薬剤師が配置されていることと、そのような「薬局」が存在することは何が違うのか？
- 4.3.1技能を活かす場面に配置するほどの薬剤師は、いかなる施設でも難しい。薬剤師内でチーム医療としての能力発揮等の項目があればと思われる
- がん化学療法に対して「専任」形態で優先的にがん化学療法業務に従事。がん化学療法だけでなく、持参管理、副作用モニタリング等の病棟活動に即した病棟薬剤師人員配置の見直しが必要。(薬剤部門)
- がん診療を専門とする薬剤師が不足している。
- がん専門看護師はいないが、十分知識と経験をもつ薬剤師はおり、認定を取れるように準備を進める予定である。
- がん薬物療法認定薬剤師1名、服薬指導はしておりますが、病棟に常駐する薬剤師は残念ながら配置できておりません。
- がん薬物療法認定薬剤師については、現在研修中である。外来化学療法室は、薬剤師が専任しており、外来患者へも服薬指導をしている。
- がん薬物療法認定薬剤師の研修は受講済み 病棟薬剤師は配置していない。
- がん薬物療法認定薬剤師の資格取得に向けて準備中です。病棟薬剤師は配置しておりますが、サテライト薬局はありません。
- サテライトの意味が不明です。また必要性があるのか疑問
- サテライト薬局の定義がよくわからない。抗がん剤については、一元管理が望ましいと考えており、複数の薬局を設けることは不相当であると考え。病棟での薬剤師による指導に薬局が必要なのか
- サテライト薬局は、1つの考え方であり、薬剤師派遣でも対応は可能と考える。
- サテライト薬局はないが、抗がん剤の調整は、安全キャビネットで行っている。又、化学療法後のフォローアップも行っている。
- サテライト薬局は設けられていない。
- サテライト薬局は必ずしも必要なのかどうか？ サテライト薬局がなくても指導を実施しているときどう回答するのか？
- サテライト薬局や専任薬剤師は配置していないが、専任薬剤師を配置し 適宜対応している。
- なし
- 員数の関係で、薬剤師が配置されていない病棟が一部ある。
- 院外処方せん化した段階で薬剤師の定数を減らしたことが今となっては手痛いことである。病棟のサテライト薬局は構造はスペースの点で設置不可能であるが、服薬指導は臨機応変に即時的に対応している。外来サテライト薬局のイメージがわからないが、院外処方せん時は院外薬局が、院内処方せん時は、説明が必要な場合はやっている。
- 化学療法は担当医師が管理している。
- 外来サテライト薬局
- 外来に関しては人員が少ないため外来患者への対応を病棟担当の薬剤師がしている。病棟に関しては血液内科・泌尿器科・婦人科病棟に対応できて
- 外来化学療法にて薬剤師内でレジメンにそって混注をしている
- 外来化学療法実施に必要な薬剤師に関しては、専任でなく専任でも良いのではないか。病院規模にもよる。患者数に見合った人員配置要件とすべきと思われる。
- 各病棟に薬剤師が常駐するサテライト薬局を設けている医療施設はあまりないと思う(東京大学でずららない)病棟・外来のどちらも、薬剤師が関わり情報提供モニタリングを行っている。
- 現在、薬剤師1名が、がん薬物療法認定薬剤師に必要な病院研修を終了しており、平成21年7月頃認定取得予定。
- 限られた人員で効率化を図るため薬剤師は兼任業務となっている。また、病棟、外来ともサテライト薬局は設けていないが、病棟の全患者を対象として薬剤管理指導を実施している。
- 抗がん剤の調整について全て薬剤師で行っている。説明については各病棟担当薬剤師が行っている。
- 今後の課題と考えています。
- 専任外来薬剤師はいないが 専任である
- 専門薬剤師ではないが、専門性の高い薬剤師を配置。外来サテライトはないが一部外来患者へ指導を実施。
- 特になし。
- 入院、外来ともがん薬物療法に薬剤師が関与し、指導等も実施していきますが、「サテライト」や「専任」ではありません。「サテライト」や「専任」は限りある人材の中では対応困難であり、スペース的にサテライト薬局は作れない状況もあります。「中央集中」専任又は兼任であってもどの程度関与しているかを評価していただきたいです。「サテライト」「専任」ありきの評価は疑問です。
- 認定薬剤師は日病棟で1名取得済外来化学療法室、安全キャビネット共になし。
- 必要な人員が適切にとあるが、何を基準にして適切と判断するのか。現在、病床数と外来処方箋枚数で薬剤師定数が規定されているが、業務内容までは規定されておらず、評価が難しい。
- 病棟にサテライト薬局はないため、薬剤師は配置されていない。外来サテライト薬局はないが、初回化学療法センター患者への指導は検討中です(準備)
- 病棟にサテライト薬局は設けていないが入院患者へのがん薬物療法に従事している。
- 病棟や外来に薬剤師をはりつけておけるだけ経営に余裕がない。このようなことを実施した場合のコストはどうなるのか？自治体病院のように赤字でもよい病院ではない。
- 病棟薬剤師が、病棟にかかる時間は業務のため、少ないのが問題となっている
- 別室は設けていないが、相談は実施している。
- 毎年、年に数回薬剤師を複数募集しているが応募がない状態が続いている(薬剤師不足)
- 薬剤師の充足が不十分である
- 薬剤師の専門教育が体制上整備されていない。個人の興味にまかされてきたついでが生じている。薬剤師としての仕事はいったい何なのか(?)ということを見直すことから始めなければならぬ現状です。
- 薬剤師:(4.3.1.2)必要な人員の適切な配置とはどの程度をいうのか?(4.3.1.2.1)病棟薬剤師は全ての病棟への配置という意味か？あるいは一部の病棟でよいのか?(4.3.1.4)混在調整としての要員は専任として確保しているが専任とはいえないため×とした。
- 薬剤師で一元管理をしている。サテライトが必ずしも必要か疑問。
- 薬剤師も今後専門性の高い薬剤師なるよう教育・研修の機会を保障するよう努力したい。
- 4.3.2 病院のがん診療機能に見合った設備・機器・医薬品などが整備され、適切に管理されている
- 「4.3.2.1」の「全患者の抗がん剤の混合調整を実施している」について、休日・深夜を含めた全患者なのか？安定性の問題で、全患者とならない場合が多いのでは。

#### 4 基本的がん診療の組織と運営

- レジメン登録されたがん化学療法法の抗がん剤調製は、安全キャビネットにおいて、薬剤師が実施している。
- 病棟や各部門における薬剤の配置も適切に行われており、保管、管理は薬剤師も関わっている。
- 実施・対応状況欄の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。
- 別途「評価のねらい・考え方」が示されることが望ましい。
- 1)は実施できていないが、2)はしている場合どう回答したらよいかかわからない。
- 1)外来患者のみ対応している。
- 1)レジメン登録患者を対象に抗がん剤を調整している。2)麻薬・向精神薬は病棟に、管理ノートを作成し、使用患者・使用量を管理している。特定生物由来製剤は、薬剤科で管理表を作成し、投与日を確認し、処方箋により払い出している。
- 2)の適切に「採用」という表現には、違和感を感じます。「採用」は院内採用など委員会審議を経るものかと思いますが、「選択」の方が適切ではないでしょうか。
- 2009年秋に「選注センター」設立予定にて、それ以降に全患者の抗がん剤の混合調製を行う予定であります。
- 4.3.2.1)については、医師がレジメンオーダー入力した場合
- 4.3.2.1)抗がん剤調製は入院・外来とも薬剤師が実施している。しかし、土日祝日は対応できていないため「×」とした。
- 4.3.2.1)2009年1月から、抗がん剤のみの調剤中央化が可能となった。
- 4.3.2.1)スタッフの不在などで薬剤師が全てを行えない実態がある。
- なし
- 医薬品機器のうち輸液ポンプや皮下注ポンプは不足
- 外来・入院とも薬剤師による抗がん剤の調整を行っている。
- 具体的に必要な設備、機器は何か必要なのか。上の質問と下の質問はかみ合っていないような気がする。
- 現在、60名以上の外来化学療法患者の注射等の管理を薬剤科で適切に処理している。
- 抗がん剤の混合調整は、休日を含め365日対応している。
- 抗がん剤の混合調整は外来化学療法室と一部のみであるが他は実施されているため○にした
- 抗がん剤の混合調整は休日に行なっていません。
- 抗がん剤の調整は外来化学療法のみとなっています。
- 抗がん剤の薬剤師による調整対象は全患者であるが、調整を行っているのは、当院承認の登録レジメンに対してのみ行っており、現在レジメン申請を働かかけています。
- 手順書の作成が必要である。
- 上記 1)と2)とは評価項目として区別したほうが良いのでは、当院の場合は、現在のところ2)は満たしているが、1)については一部(外来)の患者のみ対応できている。
- 全患者の調剤に関してのみ今後導入予定とのことで、他は○。
- 但し、土日祝日については、外来安全キャビネットを使用して 医師が対応している。
- 締切り時間を設けているが、全患者を対象とし抗がん剤の混合調製を実施している。
- 特になし。
- 入院患者の化学療法注は今年4月より開始予定
- 麻薬、特定生物はおおむね適切に管理されている。向精神薬、ハイリスク薬は50%位
- 薬剤師がすべてミキシングを行っております。
- 薬剤師による抗がん剤の混合調製は行っていません。
- 薬剤師:4.3.2.1)全患者の抗がん剤混合調製とは看護師が行っている場合を含むのか？また24時間体制でなければならないのか？

#### 4.4 病理診断機能

##### 4.4.1 病理診断の体制が確立している

- 4.4.1.2)→病理医は充足している。
- (病理医の意見として…)病理医・細胞検査士は業務過剰状態である
- [当院病理医の見解] (評価する内容としては、)病理医数に関しては可能な限り複数体制、常勤1人の場合は必ず非常勤が必要。(当院は常勤3人、非常勤1人) 当院の規模では最低2人の常勤医(最低1人は専門医:病理と細胞診)検査技師は5人必要。
- 「プロセッサ」はパラフィン包埋装置のことでしょうか。
- 「人員が確保されている」の基準は？
- 実施・対応状況欄の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。
- 別途「評価のねらい・考え方」が示されることが望ましい。
- 病理検査は全て外部委託している。
- 外注先とフローチャートの取り決めを行い、細胞診48時間以内、病理80時間以内、至急病理検査60時間以内で報告が返る。
- 病理診断の難解な症例については複数の病理医に所見を頂いている。
- 4.1.1.2の場合、病理診断が難解な症例に対する対処として明確なシステムは確立していないが、病理学会や近隣の病理医にコンサルテーションは可能で
- 4.4.1.1)3)細胞診専門医については、確保されていない。
- 4.4.1.1)に関して、設問の回答が一つしかないのでもわかりにくいです。
- 4.4.1.1)の1)~4)については、一部に対応していない項目がある場合、○・×・不明のどれに該当するか不明である。
- 4.4.1.1)の3)のみ×。それ以外は○
- 4.4.1.1)病理医は人数不足か
- 4.4.1.2)及び4.4.1.3)について、基準値が不明である
- 4.4.1.2)病理医が不足していない場合の回答は不要ですか。
- 4.4.1.2)病理医は不足していない。難解な症例等に対する対処法は確立している。
- 4.4.1.2)は○としましたが、病理医が不足している場合という文言の意味が不明確のように思います。
- 4.4.1.2)質問項目がわかりにくい。常勤病理医が少ない場合であるのか？常勤病理医がいても、難解な症例はコンサルテーションに出す。常勤病理医が病気で休んだときの対処法は立てられていない。
- 4.4.1.1)病理専門医が非常勤で病理診断を行っているが、病理医が勤務しない曜日が存在する。
- なし
- 稼働している認定病理医は5人、細胞診専門医は4人、細胞検査士は6人である。非常勤はなし、外部委託は行ってない。
- 外部委託の場合の解答すべき項目、しなくてもよい項目を明らかにして下さい。
- 常勤の病理医数は少ないが施設に比し、恵まれていると思います。理屈上と実際上の適切な病理医配置にはかなりの開きがあると思います。
- 妥当と考えるが、4.4.1.2)については、どの程度の至急を想定しているのか わかりにくい。
- 特になし。
- 病院と研究所を併せて、常勤病理医(全て専門医)が7名いるので、病理医不在(不在)を想定していない。病理医数[病院4,研究3,レジ1,非常勤2/5]、病理専門医数[病院4,研究3,非常勤2/5]、細胞診専門医数[病院3,非常勤1/2,婦人科兼任4]、細胞検査士[6名]
- 病理の常勤と非常勤は大きな違いであり、分けて評価すべきである。
- 病理医の確保が困難で、非常勤で対応している。
- 病理医の不足の意味合い(医師数が少ないのか？専門医が少ないのか？)が不明です。
- 病理医は、業務量に比して不足している(常勤2,非常勤3)が、今後常勤1名採用予定。

#### 4 基本的がん診療の組織と運営

- ・病理医は常勤1名、非常勤1名で日常の業務をかつつこなしている現状なので臨床医の新しい研究や研修には対応できない状態です。検査技師も同様。また最近、各種がんの取扱い規約がどんどん改訂されており、対応に必死です。
- ・病理医数は1.28人で確保されていない。
- ・病理医非常勤
- ・病理学会の外科病理検体数・剖検数等からの算定方法では、不足している。(現在、病理医は2名) 何を基準にして確保されているかの判定が難しい。4.4.1.2は該当することが無いので、回答なしとした。
- ・病理機能は良好、全症例●速検査を行っている。
- ・病理検体数、術中迅速診断数と病理医(専門医、細胞診専門医を兼ねる)数(1名)はoverworkにはなっていないと思われる。細胞診検査数と細胞検査士(2名)は適正範囲と思われる。病理医は全日勤務であり至急検体に応じている。難解症例では、病理診断コンサルテーションシステム、病理学会システム、及び友人・知人にコンサルテーションをお願いしている。
- ・病理診断は常勤の病理医がいないので外部委託している。
- ・病理診断医については不足していない
- ・病理専門医は3名で、うち2名が細胞診専門医でもあり、非常勤で週2回交代できます。細胞検査士は常勤で2名。

#### 4.4.2 病理部門が適切に運営されている

- ・「当院病理医の見解」(評価する内容としては、)上記項目はいずれも必要。
- ・4.4.2.4は、CPCが該当するのでしょうか。
- ・実施・対応状況欄の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。別途「評価のねらい・考え方」が示されることが望ましい。
- ・病理組織検査マニュアルは整備されている。
- ・迅速病理検査診断は外注で行っており、1時間ほどで提出医に報告されている。
- ・院内CPCを2ヶ月に1度実施、所見病理医が出席し、ミクロンアレンスを実施している。
- ・4.4.2.2迅速検本も全例ダブルチェック施行 4.4.2.4外科:マクロ切り出しカンファレンス 消化器内科:内視鏡切除検体カンファレンス 4.4.2.3定例CPC、グロスカンファレンス、外科病理カンファレンス
- ・4.4.2.3 4.4.2.4不定期で開催。
- ・4.4.2.3 について 病理部門内定期カンファレンス剖検症例を中心として剖検後実施 4.4.2.4 について 他部門との定期カンファレンスは、1回/2ヶ月
- ・4.4.2.3、「病理部門内で定期的なカンファレンス」の項、当該の状況においてはその必要性を感じません。無論、精度・管理上等の課題が発生した場合は、担当者会議を開きますが定期カンファではありません
- ・4.4.2.3.常勤病理医は一人のため、組織診断に関するカンファレンスは行っていません。細胞診に関しては行われている。
- ・4.4.2.3は院内で行っている。4.4.2.4は不定期。
- ・4.4.2.3定期的なカンファレンスはなされていない。必要な場合実施。
- ・4.4.2.4 定期と不定期(依頼があった時)に行っている。
- ・4.4.2.4については、4月以降実施予定
- ・4.4.2.4は○としましたが、どの施設でも全ての臓器・臨床科との間で定期的なカンファレンスを行う余裕はないと思います。我々の部門では6臨床科との間で行っています。
- ・CPCを初めとし「腫瘍カンファレンス」など各科とのカンファレンスを定期的に行っている。
- ・カンファレンスは、症例ファイルの作成を行なうことで行っている。
- ・カンファレンスは随時行なっている。
- ・どのレベルで適切な基準は?
- ・マニュアルはすべてに整備されているわけではないが、診療上特に問題があるレベルではない。カンファレンスは脳外科、消化器外科、内科、形成外科、小児科、婦人科泌尿器科等とおこなっており、他にCPC、がんサーボード等がある
- ・鹿児島大学病院との間にバーチャルライドシステムによる遠隔病理診断の契約がなされている
- ・術中迅速診断件数は500件/年を超えている。呼吸器、消化器、骨軟部腫瘍、乳腺甲状腺では定期的なカンファレンスが実行されている。
- ・常勤病理医は1名のみなので、各がんサーボードに毎回出るのには困難をきわめる。毎日のように時間外の手術が行われており、迅速検本の診断に毎夜毎夜の負担が大きい。
- ・迅速検本の病理診断は近隣の医療センターと提携している。
- ・妥当と考える。
- ・定期的にCPCを開催している
- ・当院検査室では早期胃癌、乳癌等は組織検本数は30~50個にも及ぶ詳細な検索を行っている。逆に1個の検本で診断しても保険点数(収入)は同様である。患者のために必要であり、「採取扱い規約」でも定められている通り詳細に検索を行えば負担が増える割に評価はされない。この当たりを正しく評価するのが、日本医療機能評価機構の役割と思われるか?
- ・特になし。
- ・年間病理診断約3万件、細胞診断約5万件的に当院において理想とする病理部門としては、人員不足は否めない。
- ・必要な時に随時検討会を開催している。
- ・必要に応じての症例検討は行っているが定期ではない。
- ・病理医が1名のため、病理部門内でのカンファレンスは行えない。
- ・病理検査のマニュアルが整備されている。迅速検本診断が実施されている。病理部門内での定期的カンファレンスはないが、月1-2回連絡会を兼ね、問題点を出し、改善を図っている。病理部門と各臓器臨床家との間で定期的なカンファレンスは行われてはいるが、CPCを年5回行っている。問題点があると、病理医が臨床医に直接電話、或いは出向いて面前で話し合っている。
- ・病理部門内でのカンファレンスは定期的というよりは「必要に応じて」行っている。4.4.2.4についても同様に、病理部門と臨床科が「必要に応じて」行っているが不定期ながらカンファレンスは行われています。
- ・剖検例に関するCPCは定期的に全症例を研修医の教育の一環として指導を兼ねて行っているが、病理医不足で、定期的な時間が取れる余裕が無く、個々の臨床症例に関しては定期的なカンファレンスは行わず、各臨床科の必要に応じて、その都度不定期な症例検討を行っている状態である。
- ・本院では検査部が設置されており、検査部において病理検査及び病理診断を行い、毎月病理検討会を開催している。
- ・臨床各科とのカンファレンスは、年間150~200回実施している。

#### 4.4.3 検本作成ならびに病理診断の精度管理が適切に行われている

- ・「当院病理医の見解」(評価する内容としては、)制度管理に関しては多少の自由度が必要。
- ・「診断病医学における制度管理指針-外科病理検査室編」が不明
- ・4.4.3.1は約50%に実施されている。
- ・外注先から「病理検査の精度管理体制」を提出して頂き検証している。(診断病理学における制度管理指針に基づいて記入)
- ・依頼用紙に過去の依頼結果や臨床経過を記入して提出、また病理診断医が院内CPCの指導医のため、情報提供している。
- ・実施・対応状況欄の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。別途「評価のねらい・考え方」が示されることが望ましい。
- ・1)診療情報に病理からコンピュータ上でアクセス可。2)依頼書には必要な情報が記載されている。

#### 4 基本的がん診療の組織と運営

- 1人病理医であり基本的にダブルチェックは出来ない。しかし、問題例は外部(国立癌センターコンサルテーションシステム、他大学への依頼、友人への郵送や直接診断)に相談している。日本病理学会による[診断病理学における精度管理……]はシステム的には行っていない。不完全で僅かであるが、実質的に実行している部分がある。臨床情報システムへの直接アクセス出来る環境にはない。
- 4.4.3.1は手術検出臓器と判定困難な症例に対して行っている。
- 4.4.3.1常勤病理医は一人のため、すべての症例については行われていない。非常勤医が検出した症例についてはダブルチェックが行われている。
- 4.4.3.3情報システムは稼働していない。紙ベースである。
- 4.4.3.1のダブルチェックは細胞診断のみ実施。
- 4.4.3.1は一部。
- 4.4.3.1は病理医師2名以上の常勤が条件になります
- 4.4.3.2「診断病理学における精度管理指針ー外科病理検査室編」が不明です。
- 4.4.3.2について、複数の制度管理項目のうち、一部を行っている場合は、○でよいのか、あるいは全てを行わないと○にならないのか不明。
- 4.4.3.2については、学会の発行している雑誌に載っていたようですが、学会としての指針ではないそうです。(学会担当者確認済み)よって質問の文章自体が意味不明です。
- 4.4.3.2一部実施されているが、記録に残していない。
- 4.4.3.2回答一〇
- 4.4.3.3 1)電子カルテを利用している。2)業務用システムと電子カルテが連動していないので、現在のところ依頼用紙に詳細に記載している。
- 4.4.3.3について 病理検査室にある院内LANにて臨床情報が受け取れる。依頼用紙には電子情報の他、シエーマ等を記載させ、臨床側にもシエーマの記録を電子カルテ上に残すことができる。
- 4.4.3.3 情報システムへのアクセス 〇
- 4.4.3.3の設問は〇です。
- 4.4.3.3:〇
- 4.4.3.3については「〇」(システムがあります)
- 4.4.3.1について、全ての診断にダブルチェックを行うことは不可能、必要と判断した場合のみ行っているのが現状である。
- 4-4-3-1診断のダブルチェックは主に診断困難症例を中心として行われており、全例のダブルチェックは行っていない。4-4-3-2指針に示されている症例を抽出しての定期的な検閲に関しては行っていない。
- 4-4-3-1担当部長と(一部診療科のみ)
- いずれも部分的100%では行っていない。
- カンファランス参加で多くの臨床情報を得ている。病理診断科内にオーダリング端末(電子カルテ)があり、これから患者情報を得ている。
- ダブルチェックは細胞診に関しては全例であり、組織診に関しては、問題症例を中心に行っている。病理部内システムと院内カルテはコンピュータ上でつながっている。
- なし
- 常にダブルチェックできるだけ病理医数は充足しているのか？まずそこを先に考えるべきである。
- 常勤の専門病理医が1名のため、ダブルチェックが出来ない環境ではない。但し大学医局との間でチェックの協力を頂いている。
- 常勤病理医二人体制でないで、一部行われている。
- 診断のダブルチェックについて 病理組織は全部、細胞診は偽陽性以上
- 診断のダブルチェックを全症例に行うことは1,2人の病理医では不可能、診断困難事例のみ対応
- 診断の難しいケースについては相談している。
- 診断はダブルチェックされ、臨床にフィードバックされている。
- 精度管理指針は非常に厳しく、全てをクリアするには困難を要する。例えば所要時間においても休日や固定時間を考慮するとクリアできるのは限られ、全国的にみても少ないと考える。
- 妥当と考える。4.4.3.3の自己評価は、〇
- 定期的に他施設病理医と検討会を開き、難解例だけでなく自信のかける例も検討している。又、2W、ごとに再検閲をしている(全標本)。電子カルテ参照
- 電子カルテ上でのスケッチの記入が簡単でないで、決まった情報しか得られていないのが実情です。がん取扱規約の改定が頻回でついでに死の状況です。
- 特になし。
- 病理医が1名のため、全ての診断に関するダブルチェックは不可能であるが、コンサルトなどによる精度管理に努めている。
- 病理医が一人です。現在ダブルチェックを行っていません。
- 病理医の人数以上に症例数が多いため、全症例のダブルチェックは不可能で、難問または悪性・偽悪性症例のみ行っている。日本病理学会には診断病理学における精度管理指針ー外科病理検査室に基づく精度管理に関しては日本病理学会なのですか？コンサルテーションは日本病理学会のシステムか、個人的に専門家をお願いしている状態です。検査依頼用紙の充実も改善しても、臨床科の個人的な実質によると思う用紙内容が多くなればなるほど記入されなくなってしまうように思われます。
- 部内リスクマネジメントの一環として、制度管理検証も必要に応じて行っている。4.4.3.1迅速診断を含めて全例施行
- 米国では病理診断のサーベイヤーが運用されている。本邦においてもその運用が望ましいと考えるが、現実的にはサーベイヤーの標準化が困難である。
- 臨床情報については、画像、検査所見などの患者情報を閲覧できる端末が、病理検査室にも設置されており、自由にアクセス可能。検査依頼用紙は、基本的には、最低限のことが記載されているに留まるが、適宜、TELなどで確認している。

#### 4.4.4 病理標本管理が適切に行われている

- (病理医の意見として……) 病理医・細胞検査士は業務過剰状態である
- ブロックは外注先で受付番号順に検索可能な状態で永久保存している。
- SPID、報告書管理は検索可能な状態で検査室で保存している。
- 病理検査安全管理マニュアルに添って取り潰し防止のため、ダブルチェックを実施している。(外注先)
- 実施・対応状況の回答が〇、×、不明だけでは回答についての、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。
- 別途「評価のねらい・考え方」が示されることが望ましい。
- 1986年度以降の全ての症例記録が電子化(データベース化)されている。成人病センター時代を含めて、全症例の依頼/報告書、パラフィンブロックが保存されており、全て再検診/再検査が可能である。
- 4.4.4.1 ガラス標本とブロックは全例保存・整理しているが、保存場所には限界がある。
- 4.4.4.2「標本製造」とはあまり聞き慣れない言葉で「標本作製」が一般的かと思われます。
- 5年前よりバーコード検体ラベルの運用を電子カルテオーダリングシステムの上で行っている。
- ダブルチェックの体制をどこまでも取り入れたシステムにすると、技師の負担が大きく勤務時間も長期になり、疲労しています。現在の保険診療点数では、ダブルチェックする技師と病理医の人員費はできません。
- なし
- 過去のすべての症例のブロック標本が保存されている。臓器は一定期間ののち処分。現在の病理システムではバーコードをもちいた受付診断が大部分の過程が行われている。ヒヤリハットに関してはその都度報告し、対策を講じている。
- 完全な状態とは言えないが、確認事項は出来るだけダブルチェックが必要ではあるが必ずしも出来ないで個人の注意力のみが頼りの面もある。それらの改善には人員の確保が必要であろう。病理医、技師が事務的な事も行っている関係で、他用件で立ったり座ったりと、その時々の仕事に必ずしも出来ない状態を改善するようにしている。
- 備診、細胞診の陰性標本は10年保管後、病変 陽性、擬陽性標本は1993年から永久保存。組織標本は20年保管

#### 4 基本的がん診療の組織と運営

- ・ 検体の交付は留意している。薄切標本の扱い間違いないように留意している。取扱も決めている。
- ・ 現在、検体の受付から標本が出来上がって、病理医が診断するまで、すべて人間の手仕事で行なっている。今後は、バーコードによる検体の認識などシステムと連動した取り換え防止のしくみを導入していきたい。
- ・ 受付時、標本作製時に検体の確認を実施
- ・ 診断後の検体・ブロックの整理・保存を行っている。標本作成過程での取り換えにはマニュアル遵守、各人のチェック及び最終には病理医のチェックを行っている。
- ・ 診断後の標本・ブロックについては永久保存されており、組織なし細胞番号にて管理している。また消化器内視鏡検体の取り換え防止のための安全管理として、検体は内視鏡室にて患者名を記載後、採取個数を含めた台帳を確認しながらほう理作業を進め、あらかじめ印字されたスライドガラスに伸展するまでを1工程とし、1人分ずつ作業する。
- ・ 妥当と考える。
- ・ 電子カルテなどで依頼用紙は存在しない。
- ・ 特になし。
- ・ 標本作成の技師2名によるダブルチェック
- ・ 標本作成過程では、人的ミスが発生する可能性があり、その結果は重大なミスにつながるため、ダブル・トリプル(人を変え)チェックシステムにて対応して
- ・ 標本作成過程で取り換え防止のためのチェックをマニュアル化している。
- ・ 病理診断科部長が管理統括している。
- ・ 報告は患者名、ID番号、カルテ番号でチェックが行なわれている。

#### 4.4.5 病理部門の情報管理が適切に行われている

- ・ 「個人情報保護の観点」の問いが不明瞭。
- ・ 「病理・細胞診支援システム」によりデータベース化され、いろいろな角度からの検索が可能。また同システムは使用制限が設定されており、各職員は各自パスワード管理されている。
- ・ 外注先で病理検査システムを導入しており、必要な情報は引き出せるシステム構築している。
- ・ 病理、細胞診の標本・結果報告書は検査室で施設管理したロッカーに保存している。
- ・ 実施・対応状況欄の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。別途「評価のねらい・考え方」が示されることが望ましい。
- ・ 4.4.5.2の1)は○で、4.4.5.2の2)は×
- ・ 4.4.5.2 業務用システムはあるが、電子カルテと連動していない。
- ・ 4.4.5.3 印刷した紙情報で報告がなされて、関係者以外には閲覧できないようにしているものの、現状では100%の個人情報保護は困難な状況である。電子データはパスワードで保護し、科内のサーバーに保管している。個人管理のPCあるいは記憶媒体に個人データは入れていない。報告書は鍵のかかる部屋内に保管してある。全てのデータの出し入れは、病理診断科部長の許可を必要とし、データ入用者はその旨を書類で申し出なければならない。関連の書類
- ・ 4.4.5.3 具体的な目録設定は難しい
- ・ 4.4.5.3: ×
- ・ 4.5.1.1については×
- ・ データベース管理について 1997年7月からは電子媒体による管理、1997年6月までは紙ベースでの保管
- ・ 完全な管理状態には成っていない。各科が診療上、必要な時はその都度、悪性腫瘍関連はその場である程度は対応できるが、詳しい情報とはどの程度の内容を要求しているのか基準が不明であると思う。また、個人情報保護と詳しい情報が必要に応じて引き出せる事とはいつも矛盾を感じながら業務している。どこでだれがチェックするのか？各科が古い症例を学会発表するような場合、等とはどのような症例をどの範囲まで許されるのか？
- ・ 患者名の入ったメモの取り扱い、処分のルールを決めている。
- ・ 個人情報保護の観点から病理のオーダーリングシステムは院内オーダーリングと接続していないが電子カルテ導入の際は、接続を考えている。これは、病理診断のみが特別ではない。との方向性あり。
- ・ 古いコンピューターシステムではあり、ある程度の臨床記載情報は引き出せるが、詳しい情報はカルテ記載を参照しなければならない。コンピューターシステムにデータベースや診断登録を行っているが、不完全であると思われる。病理部門コンピューターシステムであり、外部からの侵入はないが、未だ紙カルテに印して報告するが、その保管には保管庫はあるが施設されておらず、部屋鍵ははかされていない。
- ・ 症例ファイルとともに病理内容が管理されている。
- ・ 妥当と考える。
- ・ 電子カルテ、部門システムでデータベース化された管理・運用を行っている。
- ・ 電子カルテに連動した病理システム活用
- ・ 標本はブロックも含めて開院以来すべて保管され、必要に応じて閲覧ができる。診断記録もすべて保存されている。以前の紙の書類は製本されて保管。電子カルテ導入後は病理サーバーのデータベースに保存されている。
- ・ 病理部門システムで過去の病理診断情報を閲覧できるようになっている。院内の診断登録は病理では行っていない。
- ・ 病理部門の情報は、院内のシステムとは独立して管理されているが、患者の履歴などは容易に引き出せる。院内の他の端末からはアクセスできないため、情報保護には利点ともなっている。

#### 4.5 画像診断とIVR機能

##### 4.5.1 画像診断の体制が確立している

- ・ 実施・対応状況欄の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。別途「評価のねらい・考え方」が示されることが望ましい。
- ・ 1日あたりの読影件数は、70~80件でありこれに対する専任医師は1.5人に相当するため、読影医が不足している
- ・ 4.1.2→○。昨年受審した機能評価Ver.5.0では質・量ともに十分との評価を受けた。同時に技師数が不足しているとの評価も受けた。
- ・ 4.5.1 何を待って、体制の確率化がよく分からない。4.5.1.1 必要な人員とは、人数のことを言うのか、適切な人数のことを言うのか、何を基準とするのか分からない。
- ・ 4.5.1.1 画像診断検査を行う放射線技師は不足だが、診断については放射線科医1名常勤でCT、MRI、RI、血管造影の読影を行っている。他は各診療科医師による読影。4.5.1.2 設備等は整備されている。
- ・ 4.5.1.1. 「必要な」が画像管理加算での条件を満たす程度の人員(人数)ということであれば不足している。
- ・ 4.5.1.1については×
- ・ 4.5.1.1につきましては放射線科専門医の有無とされてはいいか？ 4.5.1.2につきましては、具体的な機器名を挙げて頂けると答えやすいと思います
- ・ 4.5.1.1放射線科医師4名、放射線技師10.5名、看護師4名、受付4名
- ・ IVRという言葉はそれ程一般化していない。日本語を使った方がよいと思います。
- ・ IVR機能はないが、MRI、CT、USについては特殊検査については診断体制が確立している。
- ・ MRIが1台で2週以上の予約待ち。PETが無い。
- ・ コストが算定できるようにしていきたい。(モニター、ネットワーク、サーバー等)

#### 4 基本がん診療の組織と運営

- ・システムは確立されているが、radiologistがいない。
- ・どの程度の耐性であれば確立しているのか不明である。医師と読影システムがあるので「○」にした。人員も同様で人員と専門医読影率を示すべき。
- ・なし
- ・電員4.5.1.1必要な人員とはどのようなことか、人をカウントする基準はなにか。
- ・画像診断に必要な人員とは、何か基準があるのか、1名でも配置されていれば良いのか、明示されたほうが良いと思われる。またその際、外部の病院(医師)と連携し、遠隔地画像診断により、院内医師の業務を補うような体制が確保されれば、どのように評価されるのか。
- ・画像診断の体制が確立している基準(たとえば読影加算2が取れている。)を明示していると判断しやすい。
- ・画像診断体制はある程度確立されているが必要な人員が配置されていない。
- ・基準が不明確で判断が難しい。
- ・現在、画像診断の医師確保が困難な状況にある為、遠隔画像分析を依頼している。
- ・十分な人数確保は難しく伝送システムなどが今後主流にならざるをえないかもしれない
- ・常勤医2名、非常勤医4名で、主として画像診断はCT・MRIを担当。年間15000件。64列MDCT、1.5-MRIを保有。救急カートも常に点検されている。
- ・副作用があれば(造影・CT・MRI)常に放射線科医がかけつけられることができる。
- ・常勤医師不在の為、他病院と連携を図り対応
- ・診断医:10年以上経験を有する専門医師3名、研修医は現状1名(2009年4月よりプラス2名)。技師:一般撮影・病棟等、1装置1名配備。設備:電子カルテにて所見作成およびPACSにて画像を読影(読影モニターは3Mを使用)、配信装置全てに保守契約あり
- ・人員は、十分ではない。
- ・人員は不十分であるが、努力によって翌日までにほぼ8割程度読影を行っている。
- ・造影剤注入及び患者を管理する人員が不足している。
- ・特になし。
- ・読影件数に対する診断医を数で評価すればよい・専門医の資格をチェックしてほしい・管理加算を取得しているかどうかを記載すればよいのでは
- ・4.5.1.1に関して○と×には分けにくいのでこの項目は△がほしい。
- ・評価項目内容があいまいで明確性、具体性に欠けると思います。
- ・病院側の問題により、機器の管理が不完全な所があり、すべて決裁者にて個別に対応しなくてはならず、業務が煩雑になりがちである
- ・放射線科医師は2名いるが、全ての画像診断・IVRへの対応は困難
- ・放射線科に依頼して専門性を高めている。
- ・放射線科医不足
- ・放射線診断医が3名いるが、数が不足している。MD-CTが導入して以来、撮影件数は増著し、読影の処理が間に合わなくなり、保険上の規定点数を取っていない状況がある。

#### 4.5.2 画像診断部門が適切に運営されている

- ・実施・対応状況の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。
- ・別途「評価のねらい・考え方」が示されることが望ましい。
- ・4.5.2 画像診断部門の範囲がどこまでをさすのか分からない。適切な運営基準が わからない。
- ・4.5.2.1 “マニュアル”とはどのようなものか 4.5.2.2 少人数で一ヶ所で画像診断を行っている場合、その都度討議するたためいゆる“カンファレンス”は必要ともしもわれない。このような討議も“カンファレンス”であるならば毎日行っていることになる。
- ・4.5.2.1 放射線科が読影されるCT、MRI、RI、血管撮影については整備されている。各診療科については不明。 4.5.2.3 未実施で今後整備を進める予定
- ・4.5.2.3 コンサルテーションは、院内、院外のどこまでを求めているか不明。
- ・4.5.3.3 主治医が放射線科へ直接あるいは電話で相談。
- ・4.5.3.5 質問の内容が不明
- ・4523院内→画像診断部門の意味があるいは画像診断部門→他院の画像診断部門の意味か。後者であれば現在ガンセンターの支援を受けられる拠点病院では無い。
- ・radiologistが1名なのでそれに合わせてwork flowが確立されている。
- ・カンファレンスが、画像診断の向上に必ずしも役立つとは思いません。カンファレンスを行っているかどうかで、機能評価するのは間違いだと思います。マニュアルや手順が確立していないと画像診断ができないわけではないと思います。
- ・カンファレンスは随時で、定期ではない。人数が少ないので改めてカンファレンスを開くこともなく、随時コンサルテーションをおこなうので十分である。
- ・カンファレンスは報告書で代用されている。今後病理とともに必要だと考えている。
- ・カンファレンス記録の提示
- ・コンサルテーションを利用するシステムとは一体何を指しているのか不明です。例えば大学や関連病院にコンサルテーションに出すことが可能という意味でしょうか。このような確立したシステムシステムを構築されている施設は多くないと思いますが、必要不可欠と考えているのでしょうか。
- ・コンサルテーション手順は確立していない。
- ・スタッフの数が少ない場合でも定期的にカンファレンスする必要があるか疑問である。
- ・なし
- ・フィルムカンファレンスは毎朝施行。
- ・画像診断医の常勤医が1名で各診療科の応援で運営されている。十分なカンファレンス、コンサルテーションの実施は困難である。
- ・基準が不明確で判断が難しい。
- ・業務マニュアルは整備されている。新システムになり内容の変更は進行中であるが、問題なく整備できる。職員間のカンファレンスは随時行なわれている。手順も確立している
- ・手順を踏まなくてもコンサルトできる事のほうが大切だと考えます。
- ・当院で行われた検査についてのコンサルテーションは、随時受け付けている。他院で行われた検査のコンサルテーションの手順も確立している。
- ・特になし。
- ・特に乳がんのMMGでは5名の認定医で毎週木曜日にフィルムカンファレンスを行い、検診1000人当たり、山口県では5.44人(平成17年度全国トップクラス)の乳がんを発見する一翼を担っている。
- ・必要性が乏しい画像診断が含まれている。
- ・毎日の重要症例の確認、共有もできている。他科からのコンサルテーションもPHSでも常に可能。

#### 4.5.3 画像診断機能が適切に発揮されている

- ・“安全でない”画像診断業務とは何か
- ・実施・対応状況の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。
- ・別途「評価のねらい・考え方」が示されることが望ましい。
- ・2および3は中央放射線科との協働により円滑に実施されているが、読影医不足のため、レポートは約1週間遅れとなっている
- ・4.5.3.1 放射線科医におけるレポートは迅速に提供。
- ・4.5.3.1に関してはMR、CT、RI、DHC関係の読影レポートは全て迅速に提供されているが、一部実施されていないものもある。

#### 4 基本的がん診療の組織と運営

- 4.5.3.1 検査当日にレポートを作成している。4.5.3.3 日本医学放射線学会専門医3名 放射線情報システムにて診断、レポートを電子カルテに反映し
- 4.5.3.2の評価基準が不明瞭
- 4532,4533については具体的にどのようなことか?
- CT・MRIに關し、診断レポートの80%以上が検査終了後1時間以内に電子カルテ上で報告できている。非常勤医のレポートは、80%以上常勤医のダブルチェックを行っている。
- H20年10月にMDCTが入りましたが、それまでは、CTの検査がまわらなく業務に支障することもありました。
- PETはありません。
- なし
- 意見4.5.3.2精度の高い画像診断とはどのようなことか。
- 画像診断加算2は時々無理を感じる。
- 基準が不明瞭で判断が難しい。
- 現行の体制(放射線医師2名)では完全なダブルチェックは困難であり、検査は安全に施行されているものの、インシデントすれすれの事例がある
- 個人の努力で行われているに限界を認める。今後の検討課題である。
- 指導医による診断を行っている。
- 迅速にレポートが提供されれば良いわけではありません。迅速すぎて間違え事も多いので、迅速であれば評価が高くなるのは良いことではありません。適切とか安全に關して自己評価させるのに意味はないと思います。
- 迅速の意味が具体的にどの位の時間なのか分からない。精度の意味が具体的にどの位の時間なのか分からない。安全の意味が具体的にどの位の時間なのか分からない。画像診断機能とは、撮影から診断レポートの提出とそのフィードバックまでを言うのか?画像診断のみを指すのか分からない。
- 精度につきましては具体的に示して頂けますと一層答えやすいと思います。
- 精度の高いとは何を意味するのかを明示してほしい(管理加算の実態でしょうか)
- 精度の高い画像診断の定義がはっきりしないと正しい回答ができない。
- 電子カルテを使用しているため迅速
- 当日のレポートは夕方5時30分までにほとんど終了している。夜間のものは、午前中にはレポートできている。将来は画像転送にてレポート予定。
- 特になし。
- 独自の診断レポート用の書式をパソコン内にインストールし、ワープロ形式で記載、提出している。特にFollow Up症例に有効である。
- 放射線診断医の不足があるが、半数は当日レポートし、残りは翌診療日の午前中にレポートしている。

#### 4.5.4 IVRの体制が確立している

- 実施・対応状況欄の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。別途「評価のねらい考え方」が示されることが望ましい。
- 4.5.4.1 心臓血管外科、循環器科、脳神経外科、放射線科などの専門医配置
- 4.5.4.1 IVR担当医(日本医学放射線学会専門医、日本IVR学会専門医)
- IVR
- IVRに必要な人員とはIVRのどのような有資格者が明確にされていない。
- IVRに必要な人員についても、評価の基準が定められているのか。当院の場合は画像診断医と兼任となっており、必要な人員とは専任を求めているのが明示されていたほうが良いと思われる。当院の画像診断医は、日本血管造影IVR学会の指導医でもある。
- IVRは行いません。
- IVRは放射線科医でなく、各科独自で行っている。
- IVRも多少あり、すべてを施行してはいない。IVRの種類と手技別に細かく聞かないと回答しにくい。問は「Opoができますか?」レベルのもので。
- IVR専門医、IVR指導医はいいが、診断医が院内で必要とされるIVRは行なうことはできる。
- IVR専門医2名
- IVR専門医が常勤。IVR学会認定の研修施設である。放射線部あるいはIVR専任の看護師はいない。外来の看護師のローテーション。IVR認定看護師もいない。
- IVR専門医は取得していない。診断医との兼務は時々忙しい時がある。
- NR学会専門医が常勤
- なし
- なし
- 医師:IVRと診断のかけ持ち。看護師:他部署(ICU)から出向してもらっている。技師:配属できない日がある。
- 緊急IVRに対応可能なスタッフの人数が少なく、小人数でのオンコール体制のため無理がある。
- 緊急時対応は困難な場合がある
- 現時点で病院から要求されている業務に対して必要な人員なのか一般的なIVR業務を施工するのに必要な人員なのか分からない。(IVRは範囲が広いので、全ての範囲を網羅するには大勢の人員が必要であるし、狭い範囲であれば一人でも十分のため)
- 循環器系のみ充足
- 専門医が配置されています。
- 専門医は、どの学会のものなのか不明。
- 定期検査日は、水・金の2日間。いずれの曜日も日本インターベンショナルラジオロジー学会認定のIVR専門医1名がパート医として非常勤で勤務。2人体制でIVRを行っている。時間外は、原則、常勤医(2名)で対応するが場合によりIVR専門医を呼ぶことも可能。
- 特になし。
- 日本放射線科専門医2名による365日24時間、オンコール体制
- 配置されているが、「必要な人員」にこだわれば、日本では放射線科医、脳外科医の専門医がまだまだ少ないと思われる。
- 部位や疾患により細分化されている専門医制度もあるため、分野に分けた方が良いのではと考える。
- 放射線科専門医 3名で運営していますが、IVR学会の認定施設ではない。

#### 4.5.5 IVRが適切に運営されている

- 「放射線科医が施行するIVRに關しては24時間対応している」2008年1月～12月実績で呼び出しを含め8例のコンサルトがあり、すべての緊急IVRに対応できている。緩和チームの代表は外科部長の医師であり、当科との連携はスムーズである。
- ◇緩和チームとの連携が適切にとられていること というのは何のために? 4.5.5.3に關して 職員間は放射線技師と放射線科医の間では行っているが、同時に看護師を含めたようなカンファレンスはしていない。定期的が1週間に1回ならOKなのか1ヶ月に1回ならOKなのかあるいは1年に1回でOKなのか基準が曖昧です。
- 実施・対応状況欄の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。別途「評価のねらい考え方」が示されることが望ましい。
- 1台の装置で脳、心臓、腹部、四肢を施行しているので、時間的にかなり無理が生じる。
- 4.5.2.3 コンサルテーションは、院内、院外のどこまでを求めているか不明。

#### 4 基本的がん診療の組織と運営

- 4.5.5.1 画像診断医がIVRも行っている
- 4.5.5.2 看護師、放射線技師のマニュアルはあるが医師用はない。少人数でかつ必ず専門医あるいはその監督下で行われるため必要とは思われない。
- 4.5.5.3 撮影の際の“カンファレンスについて”と同じ疑問あり。
- 4.5.5.2は血管手術など一部
- 4.5.5.3カンファレンスは随時で定期的にはやっていない。
- 4.5.5.4 について手順はないが臨床各科の医師の間で確立していればよいのでしょうか？
- 4.5.5.4 緩和チームとの連携はなし。
- 4.5.5.4 電話もしくは直接、相談に応じている。
- IVR
- IVR-CTの整備が必要
- IVRと緩和ケアチームの連携？
- IVRには非血管と血管系と分かれるため、項目が多すぎる。そのため、関係診療科毎にカンファレンスを実施されている。IVRは、専門性が高いため、全体で定期的にとするのは困難。緊急IVR時には人員と安全性を確保対応している。さらに検討も継続していく。
- IVRのコンサルテーションの手順とは一体どのようなシステムを考えているのかが不明です。
- IVRは行っていない。
- IVR医がない。外科・脳外科・循環器内科等、各科の医師群でIVRをしているのが現状である。
- なし
- マニュアルや手順が確立していないとIVRができないわけではないと思います。医療現場は、マニュアル通りに動きません。
- 緩和病棟は平成22年1月、開設予定で、利用手順等の業務マニュアル作成中である。
- 緊急時IVR利用の手順は確立している。IVR担当医・職員と緩和チームの直接の連携は行われていない。主治医に任されている。
- 検査頻度がかなり少なく充分といえない。
- 循環器系のみ充足 癌系は不十分
- 職員間とは？
- 多くは放射線・循環器医師だが、少ないまれなものを含めるといろんな科の医師がIVRに係るためすべてマニュアルがそろってはいないし、IVR項目別に聞かないと回答しにくい。
- 定期的にはIVRカンファレンスを行っていません。
- 特になし。
- 日本医学放射線学会専門医

#### 4.5.6 IVRの機能が適切に発揮されている

- 「精度の高い」など、基準が不明確で判断は難しい。
- 実施・対応状況欄の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。別途「評価のねらい・考え方」が示されることが望ましい。
- 4.5.6.1 検査当日にレポート作成。4.5.6.2 日本IVR学会専門医、日本医学放射線学会専門医が常勤している。4.5.6.3 透視時間の監視、ゴーグル、ネックプロテクター、散乱線遮蔽板など使用。
- 4.5.6.2 “精度が高い”の基準は何か？4.5.6.3 “安全”とは？riskの高い症例では“ダブルチェック”を行いながら施行するなど努力はするもの、手技を行うことそのものがriskがあることも多い。
- 4.5.6.2の判断基準が不明確
- 4.5.6.2個人的な主観のみです。
- 4.5.6.2高いかどうかの判断基準を示すかIVRの種類を問う形にしてほしい。4.5.6.3スタッフの数、経験年数、放射線被曝線量(患者個人の)の決定有無を問うべき。
- IVR
- IVRについては、外科、内科、CT下、超音波下などがあり、どのあたりまでを想定するかを明確にしてほしい。
- IVRは行っていない。
- どのような基準で精度が高いとするかについて検討が必要だと思います。
- なし
- レポートシステム導入により迅速に対応している。安全確保ができなければ、IVRは施行できないため、各職種において熟知した者を配備するようにしている。
- 常見4.5.6.2精度の高いIVRの基準はなにか。
- 循環器系のみ
- 常勤医2名はそれぞれ14年目、16年目の医師であり、緊急IVRの症例も豊富である。特機的なIVRは、IVR専門医(パート医)が中心となって施行している。迅速、精度、安全の程度が分らない。
- 精度の高いIVRの基準が必要です。
- 特になし。
- 放射線科領域については、安全に行っている。他科は不明
- 問題無し

#### 4.5.7 機能の質改善に取り組んでいる

- (1)IVR関連の学会、研修に参加している。要すれば病院の許可を得て手技の見学にも出張している。(2)大学との関係を良好に保ち、24時間IVR専門医師にコンサルトあるいは応援してもらえるように心掛けている。
- 実施・対応状況欄の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。別途「評価のねらい・考え方」が示されることが望ましい。
- 4.5.7.1 各種研究会、セミナー、学会等へ積極的に参加するよう指導している。4.5.7.2 機器のグレードアップ、フィルムレス化の採用など機能面の効率化を推進。
- 4.5.7.1 学会、研究会等の参加を勧めるなど努力している。4.5.7.2 機能の改善について話し合いの機会が少ない
- 4.5.7.2 装置の老朽化が進んでいるが、順次改善に努めている。
- IVRは行っていない。
- これも非常にありえない表現で、評価のポイントが不明です。
- どの程度を能力開発、質改善というのかよく分らない。
- なし
- 画像診断機能、IVR機能についての定義を明確にしてほしい。
- 看護師については、異動が多く困難である。
- 基準が不明確で判断は難しい。
- 緊急対応ができない場合もあり、マンパワーの問題がある
- 職員とは？
- 設問が抽象的でよくわかりません。

#### 4 基本的がん診療の組織と運営

- ・ 程度による。(病院機能に関する)
- ・ 当院では放射線治療は行なっておらず、必要がある場合には他の附属病院に連携をとっています。
- ・ 特になし。

#### 4.6 放射線治療体制と運用

##### 4.6.1 放射線治療の体制が確立している

- ・ (4.6.1.2)どのレベルの配置を○とするのか思慮に困る。当院では(4)医学物理士以外は配置されている。
- ・ 「治療専門医」は日本医学放射線学会が認定するところのものを指すのでしょうか、それともそれ相応の経験(具体的年数を示して)あるものをさすのでしょうか。品質管理士、物理士共に雇用形式(業務に直結はします)に関わらず資格あるものがいれば良いのですか、それとも専属ないし専従性を問う
- ・ 各々の資格取得者についての評価基準があった方が判断し易い。・複数項目についての設問なので、○×では答えることは困難である。
- ・ 治療経験の長い技師を複数人専属で配置している。・学会、講習会に積極的に参加させ、本年中の資格取得を目指している。・治療計画の妥当性を確認するため、週1回大学より准教授を招いて治療計画例全例を当院専門医と共にチェックしている。
- ・ 実施・対応状況の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。・別途「評価のねらい・考え方」が示されることが望ましい。
- ・ 放射線治療専門技師についても項目に加えた方が良いかと思えます。・医学物理士については放射線資格を有する場合は医療機関で有用と思えますが、単独資格ですと診療業務ができないので、通常医療機関への配置は難しいと思えます。
- ・ 放射線治療装置がない。整備予定。
- ・ 1)治療専属技師1名 放射線治療専門放射線技師1名。2)2名の看護師が曜日により交代して勤務。3)不在 放射線治療専門放射線技師が資格取得を目指している。4)不在
- ・ 3)、4)の仕事は常勤専任技師、非常勤専門技師が行っている。
- ・ 3)放射線治療品質管理士、4)医学物理士はいないので、放射線治療専門技師が業務を担当している。
- ・ 4.6.1 ○ 4.6.1.1 ○ 4.6.1.1.1) × 4.6.1.2 ○ 4.6.1.2.1) ○ 4.6.1.2.2) × 4.6.1.2.3) × 4.6.1.2.4) ×
- ・ 4.6.1.1 H21.4配置予定
- ・ 4.6.1.1 常勤医ではなく週1回の非常勤医 4.6.1.2 放射線技師が測定等を行います
- ・ 4.6.1.1について1)~4)まで全て必要なのでしょうか
- ・ 4.6.1.1はJASTRO認定医のみか? 4.6.1.2は「全て」か?
- ・ 4.6.1.1現在は非常勤、H21.4より常勤を確保
- ・ 4.6.1.2 1)の放射線治療専属の技師のみ
- ・ 4.6.1.2 3)の品質管理士がない。取得予定
- ・ 4.6.1.2 3)放射線治療品質管理士及び4)医学物理士は、配置していない。
- ・ 4.6.1.2 4)医学物理士応募資格はあるが、臨床試験の条件をみたしていない
- ・ 4.6.1.2 放射線治療の専門スタッフについては、放射線治療専属の技師は配置されているが、定数ぎりぎりであり、時間超過した場合には負担が大きい。看護師はローテーションで入っている。品質管理士と医学物理士はおらず、技師が兼務しているが、危険であり、品質管理上大きな問題がある。放射線治療専属の看護師はいない。
- ・ 4.6.1.2.1)2)→○。3)、4)→放射線技師により行っている
- ・ 4.6.1.2→1)1名、2)1名、3)2名、4)1名
- ・ 4.6.1.2について、(1)は○、(2)(3)(4)は×である。
- ・ 4.6.1.2の質問に関して、3)と4)の職種の配置が無い場合、「どのように質を担保」していれば○とするのか不明。
- ・ 4.6.1.2放射線治療専属の技師と放射線治療品質管理士はいるが、どこまでいけば○なのか不明。放射線治療を30年以上行っているが、放射線治療のJASTRO専門医は持っていない。
- ・ 4.6金か無かの質問ですと、人的資源が不足していることが表現しにくい。○も×もある。
- ・ RT施設なし
- ・ なし
- ・ 意見4.6.1.2実施又は対応しているが全ての専門スタッフをクワイヤーすることは不可能である。
- ・ 医学物理士、放射線治療品質管理士に対する身分などの処遇がないため、人材確保が困難
- ・ 医学物理士のみ、不在
- ・ 医学物理士のみ不在、他の3職種については在籍
- ・ 医学物理士は、いないが、放射線治療品質管理士は、現在、資格取得予定者1名。
- ・ 医学物理士は、いないが、品質管理士が質を担保している。
- ・ 医療現場では医学物理士は不要です。代わりに放射線治療専門技師を追加してください。
- ・ 看護師は診断部門と共通だが必ず配置されている。
- ・ 現在、放射線治療専門医は非常勤ですが、週1回定期的に診療を行っております。
- ・ 現在、放射線治療装置なし将来は設置を考慮している。
- ・ 治療医の資格についての具体的な評価は?
- ・ 常勤の放射線治療専門医はいない。放射線治療専属の技師が管理士や物理士の代行をしている。
- ・ 常勤医師はいない。治療専属の技師は確保している。専属の看護師はいない
- ・ 新病院(2年後完成)では、2台の照射装置が導入される。
- ・ 専属看護師、品質管理士が不備 専属技師が兼務している。
- ・ 専門スタッフの全てをそろえてなければ回答は×となってしまう。設問の意図を明確にしていだきたい。ちなみに当院は1)、2)については配置している。
- ・ 専門スタッフの(1)技師2名、(2)看護師1名を配置。(3)・(4)は無し。(装置は1台)
- ・ 専門スタッフの配置。1)放射線治療専属の技師。3)放射線治療品質管理士。4)医学物理士
- ・ 当院においては、3)及び4)は満たしていない。放射線治療専属の技師については、検査計測セミナー(宮城県技師会主催)と山形県技師会の放射線治療研究会で研修を続けている。また平成17年度に、国立がんセンターで実施された「がん診療に従事する診療放射線技師研修」を受講しています。
- ・ 当院は放射線治療設備なし。2年後の新病院設立時には開設予定。
- ・ 同一法人の運営する姉妹病院で実施している。
- ・ 特になし。
- ・ 品質管理士、物理士の配置はないが、治療専属の技師5名が治療計画、装置の保守にあたっている。専属の看護師も配置されている。
- ・ 品質管理士と医学物理士は現在養成中であり、実際には治療担当技師が代行している。専属と専従(80%以上)という表現で表わされていますが、当院では放射線治療は午後のみに行ってもまだ空き間があるような現状であとは何もしないで遊ばせておくこともできません。また、たった一人しか専門的な知識や技能を持っている者がいないと、体んだり出張に出ているときに対応不能になってしまうので、30~40%/日の業務量で複数人の担当者を決めてしています。そうすることにより不在がなくなりまた二人で話し合うことによりより良い業務体系の整備につながります。
- ・ 放射線科医不足のため治療医の負担が大きい 放射線科医及び スタッフ不足
- ・ 放射線治療・品質管理に対する体制が確立していない
- ・ 放射線治療に看護師はついていない。
- ・ 放射線治療に関する臨床的統計や結果などをインターネット等を介してオープンにすることも重要項目と考えます。
- ・ 放射線治療に専属の看護師、医学物理士が不在です。
- ・ 放射線治療の体制の確立のためにはスタッフの充実が最優先である。

#### 4 基本的がん診療の組織と運営

- 放射線治療は行っていない
- 放射線治療は実施しておりません。
- 放射線治療は病棟連携で他院で行っている。
- 放射線治療医と治療担当の診療放射線技師にて、QA/QCを行っている。
- 放射線治療医師の常勤確保困難のため非常勤医師で対応。
- 放射線治療室における看護師配置は中央放射線部に配置された看護師のなから日々配属される形であり、中央放射線部全体の業務量により配属の影響を受けている状態である。外来診療科である放射線治療科への看護師の配置はなされていない。がん診療における放射線治療の重要性が高まっており、放射線治療認定看護制度も開始される折、放射線治療部門の組織的設立と専任看護師の配置が強く望まれる。
- 放射線治療設備なし
- 放射線治療専属の技師(放射線治療専門技師含む)により、認定機構等の資料に基づき品質管理を行っている。
- 放射線治療専門医は非常勤であれば $\times$ となるのか
- 放射線治療専門放射線技師認定の技師による品質管理を行っている。(放射線治療品質管理士、医学物理士はいない。)
- 放射線治療品質管理士、医学物理士は常勤ではなく、定期的に当院に訪問してチェックをしている。
- 放射線治療品質管理士、医学物理士資格取得を目指している。当院の業務内容に見合うQA、QCは放射線技師が行っている。
- 放射線治療品質管理士としての業務は専任ではなく、兼任で放射線治療専門放射線技師認定者が行っている。
- 放射線治療部門を持っていないので、周辺の大病院に紹介している。
- 放射線専門医(1日)は3名、うち1名が治療を専任担当(1日は治療を認められているため)以上より $\circ$ とします
- 毎週月曜日午前、土曜日午後には、放射線治療を専門とするパート医に画像診断業務をして戴いており、治療のコンサルトが可能です。

#### 4.6.2 施設の機能特性に合わせて放射線治療に必要な施設・設備・機器が整備されている

- (4.6.2.1)(2)、(3)において未導入
- 「CTシミュレーター」が備わっていないことも、通常CTでプランニング機能を有する場合があります。当院でも専用のポインターと治療計画専用のベッドを有しています。
- 「CTシミュレーター」という用語は古いです。
- 施設の機能特性に合わせて $\sim$ とは、一体どうやってどのように評価するおつもりですか？抽象的すぎる思います。「定位的 $\sim$ 」は何を問うのでしょうか。リニアックによるもの、 $\gamma$ ナイフ等々色々あるでしょうが全ての内何れか一つでもということですか？また、部位は頭頸部、体幹部何れかでできればいいでしょうか。またこれらは測定や固定具、同期装置など治療装置だけあって精度が保てない訳ですが、重粒子線という項目は何故必要で、且つ何故重粒子線ではないのですか。一部の機関のみ得をするような手回し、もしくは、作っているあなた方にその一部の機関の関係者がいるのですか？シミュレーターではなくシミュレータと標記するのは？「4.6.2.7」の文章は若干あいまいでないでしょうか。
- 実施・対応状況の回答が $\circ$ 、 $\times$ 、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。別途「評価のねらい」考え方が示されることが望ましい。
- 放射線治療装置がない。整備予定。
- ※4.6.2.7の設問に関しては対象外です。線量の検証に必要な機器及び運用に関する取り決めも同様に重要事項と考えます。
- 4.6.2.1 4)はなし
- 4.6.2.1 4)は無し 4.6.2.2 診察室がない 特に頭頸部や婦人科の診察ができない。
- 4.6.2.1 リニアック装置の更新により、機器が整備されつつある 4.6.2.3 CTは診断と共用であるが、フラットカーボンベッド等により、CTシミュレータとして運用している。また、リニアックにはCBCTをscanできるIGRTを装備している
- 4.6.2.1 リニアックはあり、高線量重粒子線治療機器、定位的放射線治療装置、重粒子線治療装置はない、このときの実施対応状況は $\circ$ と $\times$ のいずれにすべきか。4.6.2.5 “3次元治療計画装置”の定義は??
- 4.6.2.1 リニアックは有り
- 4.6.2.1 リニアック治療のみ 4.6.2.6 同じフロアに隣接する救急外来の診察室を利用している。4.6.2.7 RI治療、小線源治療は実施していない。
- 4.6.2.1 4)重粒子線治療装置は無し 4.6.2.7ハードについてはどこまで具体的な基準を設けるのか？このような例示はそれぞれが必須に近いものと認識される危険がある。
- 4.6.2.1-1)  $\circ$ 、2)  $\times$ 、3)  $\circ$ 、4)  $\times$ 。IMRTは12年前の機器の為未導入。小線源治療も実施していません。
- 4.6.2.1で 1)~4)すべてにおいての評価なのか？ 4.6.2.3は診断用CTでは評価にならないのか？
- 4.6.2.1について、リニアックと定位的放射線治療装置はあり。
- 4.6.2.1について、(1)は $\circ$ 、(2)(3)(4)は $\times$ である。RI治療、小線源療法は実施していない。定位的放射線治療や重粒子線治療は特殊な治療法であり、機能評価の項目とする必要はないと考えています。
- 4.6.2.1について、1)~4)を整備していないと $\circ$ とならないのか。当院は、1)のみを整備している。基準が明確でないため、回答が難しい。大項目・中項目・小項目に分かれているが、どの項目を回答するかが曖昧で、回答が難しい。
- 4.6.2.1について、全ての設備を整備することは不要ではないか。当院は1.3のみ所有
- 4.6.2.1の設備は「どれか」なのか、「すべて」なのか。回答が困難。
- 4.6.2.1は1)、3)が該当する
- 4.6.2.2 H21.4以降 $\circ$  4.6.2.5 H21.4以降 $\circ$
- 4.6.2.4と4.6.2.5の2項目ある必要はないのではないのか。今日的には治療計画装置と言えば、3次元治療計画であろう。
- 4.6.2.4の治療計画装置と4.6.2.5の3次元治療計画装置の相違がよくわかりません。
- 4.6.2.7 外来のみ行っている。
- 4.6.2.7RI治療、小線源療法は行っていません。
- 4.6.2.7について、規定上義務づけられている大量の治療と解し、該当のため無回答。当院においては放射線量の少ないヨードの内服療法は行っている(規定では病室の設置は義務づけられていない)。
- 4.6.2.7について専用ではなく併用でもよいのでしょうか？
- 4.6.2.7は実施していない
- 4.6.2.7以前は行っていたが、現在は行っていない。今後RI治療のできるような新病院にしたい。小線源治療は他施設にお願いする予定。
- 4.6.2.7実施していない
- RI治療は実施しているが、小線源療法は行っていない。専用の病棟または病室までも必要なのか疑問。
- なし
- 意見4.6.2.1 4項の放射線治療装置が全部揃ってOKとなるのか。
- 近く、新病院を計画しているのですがその中でも上記のものは、備える予定ですが、建替え前に短期間での更新は現実的に困難を伴います。4.6.2.7に関して 実施していない場合はどのように記入するのですか？
- 治療部門専用の診察室の対象あるのか、兼用でもよいのか判断が難しい。
- 重粒子線治療装置はありません。
- 重粒子線治療装置はない。
- 小線源は置いていない。
- 装置はリニアックシステムのみで定位的放射線治療は行っていない。
- 装置はリニアックのみ。
- 特になし。
- 平成21年1月、充分とは言えないが新しい放射線治療装置を整備した2月5日より稼働予定である。
- 放射線治療は、他施設に依頼しています。

#### 4 基本がん診療の組織と運営

- 放射線治療は行っていない。
- 放射線治療は他院に依頼
- 放射線治療設備なし
- 放射線治療装置(1)リニアックのみ整備されている。
- 放射線治療装置が全てそろっていないければ回答は×になってしまう。設問の意図を明確にしていきたい。ちなみに当院は1)、2)については設置して
- 放射線治療装置はあるが足りない。機能的にも最新ではない。
- 放射線治療については、リニアックのみ設置されている。R1療法、小線源療法等については、実施していない。
- 密着小線源を取り扱っていない

#### 4.6.3 放射線治療の品質管理・品質保証が定期的に行なわれている

- (4.6.3.2)週1回程度実施している。
- 「4.6.3.3」の「定期的」はあいまいではないでしょうか。
- 「一日1回の……」部分については、放射線腫瘍学会の指針では……が望ましいの表現であると思います。通常診察業務の間(週4回)、毎日ビーム測定(出力測定をするなら可)をする……というのは現実的表現ではないと思います。
- 実施・対応状況の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。別途「評価のねらい考え方」が示されることが望ましい。
- 他科とのカンファレンスは症例数により、定期開催の頻度が異なる。・3.6については、その都度検討している。
- 放射線治療装置がない。整備予定。
- 4.6.3.1 年1回 定期的に校正している。直近は平成21年1月 4.6.3.2 QAツール(ビームチェッカー)使用。4.6.3.3 CR撮影、確認 4.6.3.4 月1回 4.6.3.5 月1回 直近は平成21年1月21日 4.6.3.6 3月1回
- 4.6.3.2 は、週1回の線量計によるビームの測定を行っています。
- 4.6.3.2 線量計によるビームの測定は1週間に1回行なっている。
- 4.6.3.2は1回/Wの線量計によるビームの測定で充分と考えます。
- 4.6.3.2はやっていない。
- 4.6.3.4 4.6.3.6 QAQC委員会を放射線科医、技師、看護師で2週間に1度開催している。
- 4.6.3.4~4.6.3.6のカンファレンスは必要に応じて開催する。
- 4.6.3.5 症例数が多くない場合「定期的」は困難 4.6.3.6 同上
- 4.6.3.5 不定期
- 4.6.3.5、4.6.3.6)H21.4月より実施
- 4.6.3.5について、今後他科と検討し、実施に向けて調整していきたいと思えます。
- 4.6.3.5他科とは、歯科口腔外科、婦人科と定期的カンファレンスを開催している。
- 4.6.3.5定期的ではなく必要時。
- 4.6.3.6については、有害事象についてのみ行っている。
- 4-6-3-5随時施行ですが定期的施行に変更予定です。
- カンファレンスに関しては、担当者の数が限られているのであえてカンファレンスと称するものを行っていない。気づいたことや新しいことに関してはその都度話し合っています。
- なし
- リニアックの更新により、簡易型線量計やポータルビューが使用できるようになったため、今後は整備されると思われる
- 時間内にQA・QCが行えず、時間外には人事的な要因で十分行いきにくい。
- 症例ごとに主治医と放射線治療医間で話し合いながら放射線治療を行っており、特別にカンファレンスを定期的開催する必要はないと考えています。カンファレンスや会議で、病院機能は向上するわけではないのではないかと考えます。
- 他科とのカンファレンスは充分に出来ていない。
- 当院では放射線治療は施行しません
- 当院で放射線治療は行っていない。
- 当院は放射線治療は行っていない。
- 特になし。
- 放射線治療のカンファレンスは随時開催
- 放射線治療を患者に提供できるサービスという点から、患者の立場に立った放射線治療の評価項目も重要だと思えます。また、看護が放射線治療に果たす役割についても評価が必要であると考えます。
- 放射線治療医は2名いるが非常勤のため定期的なカンファレンスは開催されていない。
- 放射線治療設備なし

#### 4.6.4 緊急時の対処方法や手順が確立している

- (4.6.4.2)対象なし。
- 実施・対応状況の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。別途「評価のねらい考え方」が示されることが望ましい。
- 放射線治療装置がない。整備予定。
- ※4.6.4.2の設問に関しては対象外です。その他、造影剤使用等を含めた患者の急変時に対する訓練が必要と思えます。
- 4.6.4.1 緊急時連絡網など。4.6.4.2 小線源治療は実施していない。
- 4.6.4.1 震度4以上の場合は昼夜を問わず施設の点検を行うこととしている
- 4.6.4.1に該当する装置なし。
- 4.6.4.1はR1治療、小線源のことを指すのかよくわからないため「不明」
- 4.6.4.2 装置そのものがないので×になるのだが、装置がある上での×とは意味が違ってくるので回答に困る。
- 4.6.4.2について、当院は高線量率小線源治療装置を整備していないため、無回答とした。
- 4.6.4.2については、所持していません。
- 4.6.4.2については機器自体が無い。
- 4.6.4.2について装置がない
- 4.6.4.2は該当外。
- 4.6.4.2は装置がない
- 4.6.4.2高線量率小線源治療装置はありません。
- なし
- 簡易マニュアルはありますが、詳細マニュアルを作成中です。
- 現在、緊急時対応マニュアルを作成中である。
- 高線量率小線源治療装置→なし
- 高線量率小線源治療装置を取り扱っていない
- 災害時の治療装置マニュアルは、未だ不十分である。

#### 4 基本的がん診療の組織と運営

- ・小線源はないです。
- ・小線源は置いていない。
- ・小線源治療は実施していません。
- ・当院で放射線治療は行っていない。
- ・当院に、小線源治療装置は設置されていません。
- ・当院は放射線治療は行っていない。
- ・同装置は保有していない。
- ・特になし。
- ・年に数回の災害時の訓練はしているが確立にはいっていない。
- ・平成21年4月に高線量率小線源治療装置を導入予定であり、現在対応手順の策定中である。○
- ・放射線治療設備なし

#### 4.7 栄養管理

##### 4.7.1 適切な栄養サポートの体制が確立している

- ・実施・対応状況の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。別途「評価のねらい・考え方」が示されることが望ましい。
- ・4.7.1.1について、施設基準上では必要な栄養士数は充足しているが、個人的にはもう少し多い方がよりよい栄養サポートができるかと思ひ、「×」とした。
- ・4.7.1.2について、事例検討の回数やラウンドの実施状況等が必要となるのか。
- ・4.7.1.1について→「栄養士の人数が」配置されているとした方が適切かと考えます。
- ・NSTチームががん患者に対しても積極的に関与している。管理栄養士は、化学療法、放射線治療等で食欲低下、味覚異常のある患者へも積極的に対応している。
- ・NSTとしては、稼働しているが、緩和ケアチームには管理栄養士は所属していない。
- ・NSTメンバーによるNSTカンファレンス(症例検討)の他、診療科別カンファレンスにも多職種参加している。診療科別担当管理栄養士はNSTメンバーでも
- ・NST委員会、緩和ケア委員会症例検討
- ・なし
- ・医師、看護師、栄養管理士、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士及び言語聴覚療法士が参加して事例検討を実施しています。その他、必要に応じて医事課職員が参加することもあります。
- ・医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師、言語聴覚士、栄養師、調理学
- ・栄養/水分摂取に関しては、栄養士が患者個々の栄養管理計画書を作成している。
- ・栄養サポートチームはあるが、緩和病棟においては未実施である。
- ・栄養サポートによる介入時にレポート作成や回診時の手間や煩わしさがあること、また、主治医との関係もあり病院ゼンタイへの広がりに至らない。
- ・栄養管理が必要な患者に対し、医師・看護師・薬剤師・栄養士・言語聴覚士などが職種に関わらず連携を持ち栄養状態の評価と効果的な栄養療法の助言ならびに適切な栄養管理選択・実施することにより治療個を高め、在院日数の短縮・医療費削減・患者のQOL改善を目指している。
- ・栄養管理士数は8名。担当病棟制にて活動。全入院患者に対して栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリングを実施するシステムが構築されている。これにより、栄養サポートチームによる栄養管理が必要な患者にはラウンド・カンファレンスを実施し適切に管理している。
- ・緩和固定患者に対しても対応している。
- ・管理栄養士を病棟担当とし、栄養サポートを行っている。栄養/水分に関しては、栄養管理計画書を作成しスクリーニングと定期的な評価を、行っている。事例検討はNSTで2週間に1回、回診を含め行っている。
- ・件数の関係で必要となる栄養士が配置されていない。NSTのラウンドを毎週金曜日を実施
- ・個別対応の実施の有無についての項目追加
- ・対応依頼があれば助言、対応を行っている。NSTがある。
- ・適切な栄養サポートの体制が確立しているにはNSTが無ければ×となる。たとえ、栄養サポートを管理栄養士が、医師、看護師薬剤と相談しながら行っているでも。体制があるでは○と答えられる。栄養サポートを行なうのに必要な栄養士の配置はまだ基準が出ていないので回答がむずかしい。100床に1名と厚生省が出している栄養指導や栄養管理を行なわず食事の●●のみを行っていた時代に出された数値である
- ・適切な栄養サポートを行うのに必要な客観的な指標(人数等)がないと判断しづらい。
- ・適切な栄養管理を行うための栄養士の配置は十分ではない。↓そもそも栄養士の職能とはどんなことなのでしょう？ 給食の食料内容のチェックと喫食量の調査程度のことを問うているではありませんよね。4.7.1.2に関して 通常、形式的には内科系で組織されておりラウンドもしているが、がんの患者さんの術前・術後・抗がん剤治療中のサポートはまだほとんど行われていない。
- ・特になし。
- ・日本静脈経腸栄養学会および日本栄養療法推進協議会のNST稼働認定施設となっている。また、日本静脈経腸栄養学会NST専門療法士実地修練認定教育施設となっている。
- ・病棟専任栄養士によるベッドサイド訪問やミールラウンド病棟カンファレンスに参加し、リアルタイムな状況を把握しながら多職種参加型の栄養サポートを行っている。
- ・平成18年4月に、管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師などが参加しているNSTが設置され、全ての患者に対して入院時栄養スクリーニングを踏まえて栄養状態の評価を行っています。毎週検討会を開き、NST回診を実施しています。
- ・毎月1回のNST委員会においてNST依頼のあった患者について必要に応じて介入している。構成メンバー医師、看護師、薬剤師、検査技師、言語聴覚士、管理栄養士

#### 4.8 リハビリテーション機能

##### 4.8.1 適切なリハビリテーションの体制が確立している

- ・1)が配置されている。
- ・実施・対応状況の回答が○、×、不明だけでは回答しにくいので、病院機能評価のようなランク(3段階又は5段階)による回答が望ましい。別途「評価のねらい・考え方」が示されることが望ましい。
- ・1)~4)○
- ・1)~4)までの全てのスタッフが配置されていることにより、どのように評価されるのか。
- ・1)理学療法士4名、2)作業療法士1名、3)言語聴覚療法士2名(1名非常勤)、4)義肢装具士0名
- ・1、2は配置されています。
- ・1)リハビリテーションを、リハビリテーション医療、もしくは治療と改めたいだいたほうが明確になります。義肢装具士は、装具診によるリハビリ科の診療により処方された装具を作成しているが、装具会社3社の従業員としてチームに協力している。義肢装具士を自院で雇用するのは不用と考えます。「配置」という言葉は極めて不適当な表現で、「雇用」、「配備」が適切と考えます。専門スタッフに、看護師、MSWも必要と思ひます。
- ・1から4全てのスタッフがそろってれば○ということになるのでしょうか？ 本院は理学療法士のみです。
- ・3) 誤 言語聴覚療法士 → 正 言語聴覚士

#### 4 基本的がん診療の組織と運営

- 3)は募集中4)は業者にて対応。
- 4)義肢装具士は業者
- 4.7, 4.8他の項目に比べてあまりにも漠然とした設問であり、がん診療との関連が不明確である。あえてこのような項目を入れるなら、がん診療にどのように関与すべきなのかを明示すべきである。
- 4.8.1.1:4)義肢装具士…3/W外部業者に委託
- 4.8.1.1について、(1)(2)(3)については疾患別リハとして実施中。がん診療に特化したリハという意味では「不明」である。(4)については、2回/週定期的に来院されている。リハは現在、疾患別としての施設基準で実施されているが、がん診療に特化したリハという意味なのか？ 切実などで、義肢装具士が常駐しているところは限られている。
- 4.8.1.1について、質問が曖昧である。1)~4)のうち、1つでも配置されていたら○なのか、当院では、義肢装具士以外は配置されている。
- 4.8.1個別対応です。
- OT, PT, STの配属はあるが、義肢装具士は外部に依頼している。
- がんに関連するスタッフの配置はない。なお、一般的な「疾患別リハビリテーション」の基準は満たされている。
- がん患者に対しては、費用予防として実施
- がん患者のリハビリテーションはそれほど処方されていないので、がんに関する専門のリハビリテーションスタッフは配置していない。
- がん治療リハビリテーション体制は確立されていない。
- がん診療では、緩和ケア病棟・ホスピスまで視野に入ると、PTよりも生活の質にアプローチするOTが不可欠になります。当院では、機能・能力低下に対応するPT部門はありますが、それ以外の部門が欠けているため、一部の機能のみ有しているものと判断されます。
- すべての職種はないが、必要に応じて配置する
- ただし、4)義肢装具士は配置しておりません。
- なし
- 意見4.8.1.1 4種の専門スタッフを病院に設置しないと適切なリハビリと言えないのか。
- 何をもちいて適切な体制かが分からない。手術後の雇用に対するリハビリテーションは対応している
- 緩和ケア支援センターに専従のPT,OT,ST等は配置されていない。
- 関節外科専用理学療法士1名のみのみ、たざざわっている。流動的に活動を行って行く全く対応していないわけではない。
- 患者に対する専従としての勤務形態はとっていないが、術後早期の呼吸療法から雇用症候群に対してのリハビリテーションを行っている。
- 義肢装具士のみ1日/W 他は常勤
- 義肢装具士のみ不在
- 義肢装具士の職員の確保は困難で、必要に応じて業者依頼している状況です。
- 義肢装具士の配置はされていません。
- 義肢装具士は出入り指定業者のみである。
- 義肢装具士は常勤ではありませんが、開業している装具士が定期的に来院して対応しています。
- 義肢装具士は常勤ではないため、上記のような質問方法だと○×で回答するのが難しい。
- 義肢装具士を配置している病院はほとんどないと思われます。また「がん診療」に際しては、必要性は少ないと思われるので、ここであえて載せるのは不要と思われます。1)~4)の列記と対応状況の判断の仕方が不明です。
- 急性期リハビリテーションに関わる職員のみ配置している。
- 言語聴覚療法士、義肢装具士は配置されていない。義肢装具士については、外部業者が定期的及び不定期に来院して対応している。
- 作業療法士は21年度採用予定。義肢装具士は配置していない。
- 歯科医師自らがリハビリテーションを担当することも多い。また、看護師も嚥下のリハビリテーションを行っている。
- 上記1)~3)まで、配置しており、スタッフ数は下記のとおりである。1)17名、2)8名、3)2名
- 上記全ての職種が常勤でない「○」にならないのか？4)などは非常勤でも良いのか判断に迷った。
- 常勤ではない。PT 3日/週、PO 1日/週
- 職員数は確保されているものの、診療報酬が窮乏にて、積極的介入に踏み込めない状況有り。
- 専門スタッフが全てそろっていなければ回答は×となってしまいます。設問の意図を明確にさせていただきたい。ちなみに当院は1)については配置している。
- 専門スタッフの(1)・(2)・(3)は院内職員として配置している。しかし、(4)の義肢装具士は外部業者に委託している。殆どの医療機関は当院と同様ではないかと思う。(リハビリ病院、整形外科に特化した病院を除く。がん診療を一般的に行っている医療機関)
- 全職種(1)~4)が配置されていることを求めているのかどうかを判断しにくい。
- 全職種そろっていないければ×なのか？回答しづらい。当院は義肢装具士はいません。また近県のがん診療拠点病院にも職員としてはほとんどいないのではないかと思います。
- 他の理由により1名の非常勤で1)PTが配属されたが、それ以外[2-4]はいない。現時点では今後もそれが継続されることにはなっていないので、当面は「なし」ということになると思われる。
- 担当医が行っている。
- 適切なという意味が、わかりにくい(癌診療に関するとか、一般的な病院の機能から考えたことなのか)
- 当院は地域医療支援病院でもあるので、あくまでも当院の診療方針や機能に見合った職種を配置している。義肢装具士は配置なし。現在、がん患者に対するリハビリテーションへも積極的に取り組んでいる。
- 特になし。
- 本院では、義肢装具士については外部の専門業者に委託しています。
- 理学療法士4人、言語聴覚療法士週に1人、施設基準：脳血管リハ(3)呼吸器リハ(1)運動器リハ(1)
- 理学療法士のみ配置されている。