

5 医療の質と安全のためのケアプロセス

5.1 チーム医療の推進と診療の質の向上

5.1.1 多職種による診療協力の仕組みがある

- ・「がんサージング」という名称も一般化していません。どこかで定義していただかないと答えられません。日本語では何というのですか、その仕事の範囲はどんなことなのですか、この評価は医療者のみがみるものではなく、全く予備知識がない人にもみてもらえるものでなくてはならないと思います。そのためにも、特定の医学用語はなるべく平易な言葉に置き換えるべきではないでしょうか。「レジメン」もそうですが、15/46に日本語で説明がありま
- ・ 産科により行われていない。
- ・ 現在放射線治療装置が整備されていないので導入後に実施。
- ・ 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。
- ・ 5.1.1.1 1)がんサージングが行われている。とあるが、別に定期的でなくても不定期で必要時に行われていけばよいのでは？ 2)画像診断部門のスタッフは少人数で日夜臨床にあたっているため、がんサージングに必ず参加できないのは仕方がないのでは？ 各症例についての画像診断の読影は詳しく記載があることより、必要時の参加でよいのではないかと？
- ・ 5.1.1.1 一部のがんには行われている
- ・ 5.1.1.1については、平成20年7月よりがんサージング部会を開催している。
- ・ 5.1.1.2 診療カンファレンスの延長程度はしているが、がんサージングとまでは言えない
- ・ 5.1.1.4 2008年9月より開催されたのでまだ1年経過していない
- ・ 5.1.1.4について、がんサージングに携わる体制を整備して間もないため、今後、見直しを行っていく予定である。
- ・ 5.1一般診療の一部としては実施している。
- ・ 5.1 臓器別であり、全臓器統一では行っていない。記録は不十分
- ・ がん診療責任者を明記し、役割分担を明らかにし、チーム医療の推進と診療の質の向上を計る。
- ・ がんサージングについては結核に付した所までまだ軌道にのっていない。
- ・ がんサージングに関しては現在整備中
- ・ がんサージングに関しては設置予定である。
- ・ がんサージングに準ずる検討会等を実施しているが、規程等の整備については今後の課題である。
- ・ がんサージングの認識等の権限は様々です。がんサージングの内容・権限についてチェックすべきです。
- ・ がんサージングの名ではないが、内科・外科・病理医での各臓器別のカンファレンスは行われている。
- ・ がんサージングは近日常にさらに充実する計画です。
- ・ がんサージングは口腔外科指導医が担当し、記録もされているが定期には行っていない。
- ・ がんサージングは昨年より立ち上げていますので、まだ1年経過していません。毎年見直すところまで行っていません。
- ・ なし
- ・ 院外のがん治療の医師を含めたがんサージングを毎月、1~2回程度実施しており、開催の責任者を中心に、進行状況を確認している。今後、更に体制を強化し、内容の充実を図らなければならないと考えている。
- ・ 外科、泌尿器科が主に悪性疾患を扱っており、各科で症例検討が行われているが、病院全体としてはがんサージング活動は困難な現状である。
- ・ 外科のオペ前カンファレンスに放射線科医や病理医が参加している。
- ・ 各科の症例検討が中心となり、必要な外科・内科の合同検討を行う。また、全体のがんサージング開催は行っている。
- ・ 各診療科が治療している場合でも全体の責任者が必要かまた、治療法を決定するか
- ・ 基準が不明確で判断は難しい。
- ・ 血液腫瘍内科、固形がんの領域が一元化した診療体制にはなっていない。
- ・ 現在、がんサージングは行っていないが、化学療法委員会、緩和ケア委員会、POCは定期的に行っています。
- ・ 今後の課題と考えています
- ・ 設問:5.1.1.4 現在は行っていないが、現在検討中(開始時期未定)
- ・ 全体の場合は、少数回しかなく、乳は個別(2~3科以内)のもの
- ・ 他科の診療内容に口をばさむのは、かなり難しい。
- ・ 当院のがんサージングは自科以外の医師との時間調整が難しいため、定期的に他科医師等と検討の場を設けることが出来ないため、自科の中の各分野専門医が集まり症例検討を行い、その場にコメディカルも参加している。他科の医師の意見が必要な場合は医師同士が随時検討を行っている。また、画像診断医が常勤ではないため、レポート又は必要があればコンサルトしている。
- ・ 特になし。
- ・ 目指しているものは理解できるが、多くの病院では個々の診療科の中での検討が主体と思われ、理想論を掲げて評価するのは疑問。

5.1.2 チーム医療の中でコメディカルの果たす役割が確立している

- ・ 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。
- ・ 5.1.2.1 がん診療責任者が科学的に妥当な議論のへて実効性——評価が難しい 参加者の内容とは？参加構成員の職種？
- ・ 5.1.2.1 個別対応では実施しているが、全てを検証しているわけではない。
- ・ 5.1.2.1 問題提起が取り上げられているとあるのは、何かの記録で示すことか？システムや体制などを検証する方法はインタビューによるものか？記録物か？よくわからない。5.1.2.1「チーム医療の中で能力を十分発揮する環境」とは具体的にどんなことか。
- ・ 5.1.2.1については同様な機能はあるが、○の盲点にあるようなレベルまで達していない。5.1.2.4については、メンタルスタッフが存在しないため不明。
- ・ 5.1.2.2について、個別の聞き取り調査を行うという意味がわかりにくい。5.1.2.5について、院内に明確なNSTはないが、1週間に1回、歯科医師、看護師、栄養士で口腔がんの患者の栄養状態をチェックしている。薬剤師の役割はケースによって明確でない。
- ・ 5.1.2.4 精神保健福祉士、臨床心理士は在籍していない。
- ・ 5.1.2.4 心理職不在
- ・ 5.1.2.4 臨床心理士の確保ができていないが、必須となれば困難が予測される。
- ・ 5.1.2の項目はがん医療に限定されることではないのでは？
- ・ ICTは、週1回のICT委員会、週1回のICT情報ラウンド、月1回の法定ICG委員会の開催を行なっている。
- ・ がん診療ということでのチームではない。NST、医療安全、ICTは確立している。
- ・ コメディカルの果たす役割を明確にすることは必要であり、それぞれの専門性からその役割は決まってくると思うが、それ以前にチーム医療が病院内でどのような位置づけをされており、それぞれの能力を発揮させる体制が整えられているかの評価が必要ではないかと思われます。
- ・ チーム医療の遂行のため病院職員全員が横断的に結果し医療安全管理を実行するよう努力する。
- ・ なし
- ・ 医療相談室:5.1.2.1診療科の医師によりかなり開きがありますが、○で良いと思います。5.1.2.3チーム医療としての薬剤師の役割について、他院のように化学療法の監査は行っていないため×。5.1.2.4精神保健福祉士、臨床心理士の両者とも不在のため×。看護部:5.1.2.1と5.1.2.2 リスクマネージャ会議や病棟運営会議などで問題提起の場があり、検討されている。
- ・ 果たす役割は明確ではないが全体として病院が果たす役割としては対応している
- ・ 各職種の者は雇われてはいるが本来の機能を十分発揮されているかを確認する方法、実際に活動している実績の評価方法。
- ・ 感染管理チーム(ICT)のかわりに感染対策委員会が実行している
- ・ 規約などの存在が必要となってくるのか。
- ・ 現状では、当院の診療機能の問題もあり、精神保健福祉士、臨床心理士の配置については十分ではない。今後、在宅支援も含めた早期からの療養・退院支援、地域連携が重要となるため、関わる 職種、部署の整備が必要と考えている。

5 医療の質と安全のためのケアプロセス

- ・精神保健福祉士、臨床心理士 は在職していません。
- ・精神保健福祉士、臨床心理士は院内にはおりません
- ・努力しているが課題としたい。
- ・特になし。
- ・役割等は明文化されたマニュアル等の有無を確認する必要がある。
- ・薬剤部：(5.1.2.3)そもそも役割の定義とはどういう事を言うのか？基準があるのか？
- ・薬剤部の役割を除いて、まだ、診療科間の統一がなされていない。
- ・臨床心理士と、感染管理チームは兼任のため、役割分担が不明確になりやすい。

5.2 医療関連感染管理

5.2.1 各部門における具体的な感染対策がとられている

- ・1)免疫抑制剤を投与されている患者：A)入院患者：造血幹細胞移植治療の患者が対象であり、無菌病棟での治療が原則である。無菌病棟内の無菌度は部屋によって異なるが、クラス100から10000までを用意している。食事は加熱食とし、食事の持ち込みについては制限を設けている。抗菌剤の予防的投与、定期的細菌検査等はCDCガイドラインおよび造血幹細胞移植学会のガイドラインに準じて行っている。面会者には感染症持ち込み防止のためのチェックシートを設けている。感染症発症時には、その原因によって無菌病棟内の個室対応あるいは一般病棟内の個室対応としている。B)通院患者：免疫抑制剤を服用中の通院患者に対しては、抗菌剤の予防投与や定期的ウイルス抗原・抗体検査を行っている。感染症発症時は、原則として一般病棟の個室対応としている。
 - 2)手術後の患者：CDCの手術部位感染防止ガイドラインに準拠して術前より感染対策を行い、SSIサーベイランスを履行している。
 - ・(5.2.1.2)患者の状態に応じた対策を講じているが、マニュアル化されたものはない。
 - ・「易感染症患者」という定義があいまい。がん診療に関係するならケモ放射線治療の他に侵襲的処置(CV・尿道カテーテル・人工呼吸器etc...)も含まれてくると思う。また入院患者の多くは、高齢者である。入院している患者はすべて易
 - ・「具体的な「感染対策が確立」という内容がわかりにくく、答えにくい。何を示して入るのか。たとえば、標準予防策が、手衛生が、などわかりやすく
 - ・「手順が確立されている」とこと「遵守されている」ことが同項目では評価しにくいのではないか。05.2.1「易感染症患者」というターゲットで手順は作成していない。必要ということで理解すればよいのか。
 - ・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。
 - ・1)、2)を挙げて回答は5.2.1.2に対する回答欄のみのため意味不明。易感染症患者の説明なのか各患者別感染対策なのか判断に困る。
 - ・1)、2)については、該当部署で、マニュアル作成遵守されている。
 - ・2)手術後の患者については、手術における感染対策は手術前から実施しなければならない項目も多いため(禁煙、歯菌治療、剃毛の廃止、血糖コントロール、予防的抗菌薬など)周術期を含められた方が良いと思います。
 - ・5.2.1.1確立はされているが、遵守は不明です。
 - ・5.2.1.2 感染者に対してはあるが、易感染者に対するものはない
 - ・5.2.1.2 設問が幅広く回答が困難
 - ・5.2.1.2について、院内での共通マニュアルはありませんが、各診療科ごとに感染対策マニュアルを作成しています。
 - ・5.2.1.2について、対策が確立されていてもベットや施設が古いために100%遵守されていない場合はどうするのか。何%守っていれば遵守なのか。項目を別にして遵守率で質問してはどうか。5.2.1.1については、確立されていればそれに従うことができるので、そのままでも可。
 - ・5.2.1.2は1)が×で、2)が○
 - ・がん診療機能評価？全体項目では？
 - ・なし
 - ・易感染症患者に対する感染対策を早急に検討するよう努力する。
 - ・易感染症患者に対する感染対策とは具体的にを指すのか分りにくい。
 - ・各部門においては up to dateな感染対策を講じ、常にマニュアルを更新している。又、感染性廃棄物においては適切な手順で行われる様対策が講じられている。易感染症患者および免疫抑制剤投与患者の扱いについては必要に応じアイソレーションおよびエビデンスに基づいた抗菌薬(抗真菌薬)の予防投与がなされている。また、その監視にも注意を払い、万一の感染症発症時に対し、タイムリーな初動治療を心掛けている。
 - ・感染管理については1回/月対策について会議を行っている。
 - ・感染者の報告、隔離などのシステムはあります。
 - ・血液内科では無菌室の使用をしているが他科では特に危険性が高いと考えた場合のみ隔離している(個室)。その他、うがい、マスクなどの対策は行っている。どの程度の患者に対する質問かわかりません。
 - ・手順は確立されているが、文章料できていないものもある。
 - ・特になし。
- ### 5.3 病棟における医療の方針と責任体制
- #### 5.3.1 がん診療責任者のリーダーシップが発揮されている
- ・「がん診療責任者」という位置づけは、一般病院では非常に難しい。
 - ・「がん診療責任者がリーダーシップを十分に発揮できる環境」とは、具体的にどのようなものか。評価項目が抽象的であり、自己評価が難しい。また、がん診療責任者といっても、「がんセンター」のような専門病院以外の病院の場合は、がん以外の患者も診療している現状の中で、その能力を十分発揮する環境といっても限界があり、どのように評価されるのか。
 - ・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。

5 医療の質と安全のためのケアプロセス

- がん診療責任者(医師)が、他科のがんと専門としない医師に対してコンサルト(連携して診療)することは一般に行われるが、通常「指示」はしない、この「指示」と複数科連携の診療とは矛盾する問いにみえます。
- このような一般医師の上位に立つようながん診療の担当医が置かれている病院はきわめて少数と思われ、評価対象にすることは疑問。
- それぞれの項目・疾患についてマニュアルがある。
- なし
- 化学療法委員会あり。
- 基準が不明確で判断は難しい。
- 具体的な内容を提示してください。
- 個別のケースで問題ある場合は助言・指導を行なうようにしている
- 全科に揃っていない。
- 担当者を決めている。
- 特になし。
- 病棟に限定せず通院患者に対しても必要なことである

5.3.2 治療の標準化がなされている

- (5.3.2.2)→運用している分野もあるが、全分野の運用にまでは至っていない。
- 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。
- 5.3.2.1「がん診療ガイドラインの採用が診療委員会などで決められ」とあるが、該当する委員会が無く、診療科あるいは診療グループが採用を決める場合は「×」なのか。
- 5.3.2.1「取り組み」の定義が不明確。5.3.3.2当院においては、審査を受けているものと受けていないものがある。
- 5.3.2.1診療科ごとに対応
- 5.3.2.2 すべてではない
- 5.3.2.2 一部のがンのみ
- クリニカルパスの完成度が病院の事情が異なりすぎているのではないのでしょうか。
- クリニカルパスはガイドラインに基づいて作成されても審査を受けなければ確定できない。
- なし
- パス作成が可能ながん種とそうでないがん種がある。
- パス大会が定例化しています。
- 院内クリニカルパスの作成は十分とはいえない。
- 科、グループで対応が異なっているのが現状。病院長からの諮問によるPJ会議を立ち上げ、がん診療についての構想作成へ向けて、各科の状況把握を始めたところ。
- 各学会等で掲げられているガイドラインに従い各診療科レベルでクリニカルパスが作成されているが、基本は各診療科に任せている。
- 各種という点はどこまで示すのか明確にして頂くと回答しやすい
- 口腔癌に対する治療法を確立している。ガイドラインに沿っている。
- 取り組んでいる途上です
- 準備中。
- 審査は各医師の判断に委ねられている。
- 全例ではない
- 定期的レジメン登録管理委員会を開催し、治療の安全性と標準化を目的に病院として承認すべきレジメンの登録をおこなっている。登録された標準治療については、医師、薬剤師、看護師の間で情報共有し安全な実施に向けた監視体制をとっている。
- 特になし。
- 薬剤部:5.3.2.2)クリニカルパスの項目(内容)はどの程度を要求しているのか?

5.3.3 ケアの標準化がなされている

- 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。
- 4.2.1.2で看護ケアについての質問がある。5.3.2で治療についての質問がある。5.3.3.1で問われているのは、コメディカルが標準的なケアの提供をするために、チームで取り組んでいるかということと捉えて〇としました。◇として、質問内容の詳細があると回答しやすい。
- 4.2.1.2の項目との違いが良く解からない。
- 5.3.3.1 標準看護計画の中に化学療法や放射線療法等、各疾患別にケアの提供を標準化し、さらに個性を加えた取り組みをしている。
- 5.3.3.1「取り組み」の具体的な内容が不明確。
- 5.3.3.1各種がん部位、ステージ等によりケア体制は変化するが標準的ケアとは何を意味するのでしょうか。
- がんのケアは標準化できるものは一部分のみであった。個別的な対応を要することの方が重要と考える姿勢を大切にほしい。
- カンサーボードの定期開催をしています。
- クリニカルパスにおいて治療に関わるケアも明示されている。
- ケアの標準化とは、日本語として適当か?何を示しているか不明。
- この質問に対してどう答えるかの基準が難しいと思います。

5 医療の質と安全のためのケアプロセス

- ・何を「標準的なケア」なのか不明瞭なため回答しにくい。
- ・緩和ケア病棟、緩和ケアチームが、各種のがんに伴うケアを標準化している。
- ・具体性にあまりに欠けています。
- ・具体的な設問でない
- ・口腔ケアをそのまま応用している。
- ・取組みは行っているが、病院内に浸透しているかが問題点である。
- ・特になし。
- ・標準的なケアとは？
- ・標準的なケアについては、一応のものがあるが、標準的なケアに取り始めているものともうではないものがあると思われるが具体的な内容がよくわからない。DPC導入とクリニカルパスを策定後はかなり標準化されてきている。
- ・標準的なケアの意味合いが不明瞭である。
- ・標準的なケアの基準が不明瞭で判断は難しい。「各種がん治療」とはどこまでの何を指すのか不明瞭。
- ・本院は口腔癌に特化している。

5.4 処置後のフォローアップ

5.4.1 化学療法後のフォローアップが適切に行われている

- ・「化学療法後のフォローアップ」の意味について、大都市の病院では遠隔地から患者が訪れ、治療後のフォローアップについて問題視されている現状があるようだが、近距離患者の多い病院の場合は、自院の救急室等での対応で適切に行われていると思われる。評価項目が遠隔地からの患者を想定した場合であれば、評価項目を近距離患者に対してのフォローアップと区別しても良いのではないかと。
- ・緊急時については、院内の緊急時対応に従って対応している。
外来化学療法オリエンテーションやレジメン別の患者用パンフレットを用いた患者指導を行い、化学療法後の症状について医師や看護師が指導している。
- ・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。
- ・5.4.1.3 指導はしている
- ・5.4.1.1 1つでも方法や手順があれば○とするのか×とするのか○×のみの評価は記入困難である。5.4.1.2「指導が適切」は何を基準とし適切とするのか判断がむずかしい。質問が抽象的で判断しにくい。又、説明文があればよい。
- ・5.4.1.3 パンフレットでの指導に留まるものである
- ・5.4.1.3:一部である
- ・5.4.1.3「教育プログラム」の具体的な内容が不明瞭。
- ・5.4.1.3「プログラム」としてきちんと確立してはいるが、オリエンテーションは行なうシステムにしている。「教育プログラム」とは系統立てて行なうものを意味しているのか、オリエンテーションや単発的な指導教育も含まれるのか。(計画的に行なっている場合と相でない場合がある)
- ・5.4.1.3の回答欄なし。
- ・なし
- ・フォローが不十分で副作用が問題となるケースが散見される。
- ・一般的な緊急時の対処手順はあるが、化学療法後の枠組としてはない。
- ・化学療法施行後のフォローアップマニュアルは明文化はされていないが各診療科で検討中である。
- ・外科・血液内科に多少相違がある
- ・各項目の内容があるが、十分な内容で活用されていない。
- ・各症例について患者・家族に説明しているが、統一的な教育プログラムはない
- ・完全(100%)とは言えないものの対応はしている
- ・患者のセルフケア向上のために、看護師を中心として電話相談を行っている。
- ・基準が不明瞭で判断は難しい。
- ・教育プログラム→個々には行っているが。
- ・教育プログラムというものはありませんが、「化学療法中の生活」「外来化学療法の注意事項」「服薬指導」「抗がん剤の説明」などが必ず実施されています。
- ・教育を行う側の人の教育・研修を行っている段階ですが、教育プログラムだけあれば良いわけではないですね。
- ・現在、病棟・外来間の連携を深め患者様のフォローアップの充実に向け取り組んでいる。教育プログラムについては、今後の課題として取り組みを進めたい。
- ・指導やプログラムとはどの程度の内容、所要時間のことを言うのか明確であれば答えやすいです。
- ・治療前後の患者・家族向けの教育は各病棟、外来治療センターにおいて、特色を加味した教育を行っている。
- ・術前から説明、実行している。口腔ケアをベースにしている。
- ・特になし。

5.4.2 手術後のフォローアップが適切に行われている

- ・「手術」の定義が不明確。手術室で行う手術だけでなく、外来等で行う手術など範囲は広い。そのためそれに関わる「セルフケア」「教育プログラム」等も様々なものが想定される。また「緊急時」の定義も、手術時における手術に伴うものか、外的要因(地震、火事等の災害など)によるものか、それらを全て含めるものか、明確にされたほうが良い。

5 医療の質と安全のためのケアプロセス

- ・教育プログラムとは「オリエンテーション」「術前・術後訓練」などをさすのであれば、5.4.2.3は実施していますが、
- ・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。
- ・5.4.2.3 教育プログラムの内容はどの程度なのか？指導はしている。
- ・5.4.2.2に関して どのように評価するのか？
- ・5.4.2.3 診療科ごとに取り組み状況は異なる
- ・5.4.2.3「教育プログラム」の具体的内容が不明確。
- ・あまりに答えにくい。何をイメージしているかわかりません。
- ・がん診療に特化した内容でなく、全診療(手術)に対応している。
- ・なし
- ・バス
- ・一般的な緊急時の対応手順はあるが、化学療法後の枠組としてはない。5・4・2カンファレンスで話し合い個別に計画立案している。
- ・家族向けの教育プログラムを現在構築中である。
- ・各症例について患者・家族に説明しているが、統一的な教育プログラムはない
- ・基準が不明確で判断は難しい。
- ・術前、術後ともに説明を行ない指導している。
- ・特になし。
- ・不明とした理由:一部の実施で、全科が実施できているとは言えない

5.4.3 放射線治療後のフォローアップが適切に行われている

- ・「5.4.3.1」の「緊急時の～」とは何の緊急時ですか。「5.4.3.3」について、適切に行うのは個別指導かと思えます。プログラムは必要ですか。
- ・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。
- ・放射線治療装置が整備されていない。導入予定。
- ・5.4.2.3バスやパンフレットはあるが、全ての手術に対するものがあるのではない。教育プログラムとは具体的にどういうものか？
- ・5.4.3 放射線治療前後の患者・家族向けの教育プログラムについては、口頭での指示である。
- ・5.4.3.1 看護師と依頼科に協力をお願いします 5.4.3.2, 5.4.3.3 放射線科外来で個別に指導するとともにテキストを渡して不安のないようにしている
- ・5.4.3.1治療中の患者さんは、治療担当医が対応するが病棟や外来では主治医の対応
- ・5.4.3.3 “教育プログラム”とは？
- ・5.4.3.3 教育プログラムが部分的にある場合の評価はどうなるのか。どの程度の内容が求められるのか。
- ・5.4.3.3については、今後実施に向けて検討していきます。
- ・5.4.3.3「教育プログラム」の具体的内容が不明確。
- ・5.4.3.3… 一部の治療法にのみ説明後パンフレットを配布している
- ・5.4.3.3インフォームドコンセントは、患者及び家族には行なっている。
- ・なし
- ・医師、放射線科外来看護師がパンフレットを併用して対応している
- ・外科・血液内科に相違がある
- ・患者、家族への指導、教育などは、専門医の少ない病院では、看護師の役割が大きいので、専属看護師の有無をもっと評価すべきではないか。
- ・患者のセルフケア、治療前後の患者教育用DVD、パンフレット数種類用意している
- ・患者やその家族向けのマニュアルはあるが、教育プログラムは検討中である。
- ・関連病院との協力により施行している。
- ・基準が不明確で判断は難しい。
- ・教育プログラムと言う表現は、あまりなじみがないが、勉強不足であろうが、何を意味しているのか存じません。
- ・教育プログラムの内容(質・量の基準)がいろいろあると思われる。
- ・教育を行う人的、時間的な余裕はありません。教育より迅速に放射線治療を行うことが先決と考えます。治療前の患者向けの教育は、どのような内容で、どれくらいの時間をかけるものなのでしょうか？
- ・現在、検討中である。
- ・診察時(初診、加療中)に説明しているがそれ以外の時間はさくことはできない。
- ・他施設へ照射依頼しているが、照射期間中のフォローは、本院で行っている。
- ・当院は放射線治療は行っていません。
- ・特になし。
- ・放射線治療は行ってない
- ・放射線治療は当院で行っていません
- ・放射線治療科独自ではないが、各診療科に協力しています。
- ・放射線治療設備なし

5.5 化学療法の安全な実施

5.5.1 確実・安全な抗がん剤投与システムがある

5 医療の質と安全のためのケアプロセス

- ・(5.5.1.3)→すべての治療に二重確認することは大規模施設では非現実的であり、病床466床の当院も例外ではない。
- ・(5.5.1.9)マニュアル等による整備はされていない。
- ・5.5.1.3 ダブルチェックはするシステムは医師のみか薬剤師・看護師でもよいのか 5.5.1.4 外来化学療法は当院では外来機能分離しているので実施していない。
- ・5.5.1.4は予定である。・5.5.1.6は医療者のみの確認である。
- ・外来化学療法において緊急時に対応する医師は当番であるが、治療の担当責任医師ではない。
- ・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。
- ・5.5.1.2 1) 投与決定の明文化はされていない2) 医師による二重チェック体制はない 5.5.1.3 外来化学療法室で患者調査票実施、臨床検査値は可能な限り薬剤師もミキシング終了後確認 5.5.1.4 兼任の医師 5.5.1.5 薬剤師チェックシートを運用 5.5.1.6 ミキシングされた薬剤の患者名(シール)を看護師と患者で確認 5.5.1.7 患者用リストバンドが採用されていない 5.5.1.8 整備予定、血管外漏出の対応マニュアルあり 5.5.1.9 ガウンに関しては今後検討の余地あり
- ・5.5.1.2-2) 二重確認は、医師と薬剤師がチェックしている。5.5.1.7バーコードシステムは外来には導入できていない。
- ・5.5.1.2の2)の「医師が二重に確認する仕組み」については、別々の医師が確認するという意味ならば、当院は「×」ですが、医師とレジメンシステム(電子カルテ)とで確認している。そのような意味での「二重の確認」は評価されるのか。5.5.1.4の担当責任医師とは、常に従事していることなのか、主治医が担当する場合はどう評価されるのか。5.5.1.6 について、何を確認するのが不明、当院の場合、投与前に患者名の確認は行っている。また告知済の患者で、薬品名を聞かれた場合には確認している。
- ・5.5.1.2 医師が二重に確認する仕組みが困難、看護師、薬剤師の確認は行なっている。
- ・5.5.1.3 システムにはなっていない。5.5.1.5 まだ累積量をチェックするシステムになっていない。5.5.1.8 マニュアルにはなっていない。
- ・5.5.1.3システムとしてはない。
- ・5.5.1.3について、ダブルチェックの意味合いが不明である。(誰がどのように行うことを言うのか? 解説にある何らかの形とは?)
- ・5.5.1.3に関して 誰と誰がダブルチェックするのですか? ダブルチェックの定義を示していただきたい。
- ・5.5.1.3臨時レジメンがでたときはcheckしている。
- ・5.5.1.4: 当番医師はいる 5.5.1.6: 看護師と薬剤師で確認している
- ・5.5.1.4について、外来化学療法室はまだ設置されていない。
- ・5.5.1.7 バーコードシステムに限定しないで、個人認証システムとして記載すべきと考える。
- ・5.5.1.7 リストバンドは入院患者のみ実施している。外来での利用例は少ないのでは?
- ・5.5.1.7について、手には無し。伝票にはバーコード。5.5.1.8について、血管外漏出はあり。5.5.1.6について、患者間違いを避けるための確認という意味で○。
- ・5.5.1.9 手順までできていないが、勉強会を実施し、各病棟で委員中心に取り組んでもらっている。
- ・5.5.1.9 薬局内にて、医薬マニュアルを作成した。曝露対策についても、マニュアルを作成した。
- ・5.5.1.9=対策の実施は行なっているが、確立と言える程に完全ではないため「×」とさせていただきます。
- ・5.5.1.9⇒病院全体では対応できていないが、薬剤部では実施している。一部しか実施していないような場合、どう考えてよいか不明である。
- ・ダブルチェックはDr2名によるものか、Drとコメディカルで良いのか不明確。
- ・なし
- ・バーコードシステムのみ導入しておりません。
- ・バーコードシステムは、22年度稼働予定の次期システムにて対応。
- ・安全キャビネットはないがガウンあり。バイオクリーンベンチで薬剤師が混合。
- ・安全キャビネットは今年度導入され、Naが現在調製しています。調製もガウン、二重手袋等の対策を行っています
- ・安全キャビネット年内に導入予定
- ・安全投与システムに関して、同一種類のダブルチェックが困難である為、バス等を用いた他職種によるチェックを行っている。
- ・一部実施。
- ・化学療法剤の使用基準に準じて行っている。完全コンピュータ化されておりPC上でのITチェックと担当者のチェックが行なわれている。
- ・外来化学療法室長はいないが、各患者の主治医が担当責任者として従事している。
- ・検査値等Wチェックするシステムにはないが状態判断と医師の指示による機能はある
- ・現在、安全キャビネットではなく、陰圧のクリーンベンチを使用している。
- ・顔投与防止のため、バーコードシステムに加えてパッシブ型電子タグシステムを応用しています。
- ・自作のマニュアルを作成し、それに沿って曝露対策、を行っている。マニュアルに関して日本病院薬剤師会の本を参考にしている。
- ・新しい薬剤がどんどん増え、初回から外来という形をとる場合が増えつつある(DPC)。緊急時に対応するべくシステムはあるが、Drは兼任であり常駐ではない。時間外の対応等が課題となっている。現在は、当直対応である。
- ・担当責任医師交代制 累積量チェック×
- ・適合する病院は少ない。設備的に無理な病院が多いと思われる。人的フォローがどれぐらい基準を満たすかが重要と思われます。
- ・特になし。
- ・被曝レベルに関して3段階程度のレベルを表示し選択できるようにして頂きたい。実施はしているが、不十分な例があり、このレベル以上であれば○と判断できるような項目だと良い。
- ・薬剤師:5.5.1.1)院外処方についてはどう取扱うのか?5.5.1.5)システムとしては導入していないが、薬剤師独自で患者別の投薬チェックを行っている場合でよいのか?

5 医療の質と安全のためのケアプロセス

5.5.2 注射薬を含む調剤が適切に行われている

- レジメンは作成中
抗がん剤の調製は外来では安全に行っている
- 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。
- 5.5.2.1 外来化学療法センターについては、全レジメンの登録制であるが、入院については、レジメンは登録制となっていない。
- 5.5.2.1について、レジメン管理委員会にて審査・登録されたレジメンをもとに処方監査している。(当院では、委員会に登録されていないレジメンで治療は行えない。) 5.5.2.3について、調剤支援システムで相互(併用禁忌)・重複投与のチェックを行っている。
- 5.5.2.2について、処方の監査は実施していますが、調製の監査は一部実施していません。
- 5.5.2.3 外来における経口抗がん剤の処方監査も含むものでしょうか
- 5.5.2.3 確実な処方監査体制は確立していない。
- 5.5.2.3 経口抗がん剤のみの処方監査体制は現在確立されていない。また特に院外処方について、院外処方に関しては、処方監査するシステムが難しく、確立されにくい。また注射剤との併用療法に関しては、外来化学療法室用の払い出し時の処方監査と外来化学療法室での監査体制がある。
- 5.5.2.3に関して もう少しで作ります。
- 5.5.2.3一部経口抗がん剤については監査を実施しているが、全薬品にまで拡大されていない。
- 5.5.2.3院外薬局も含めた処方監査体制の確立は難しい。近隣県を含めた地域での取り組みが必要となる。
- 5.5.2調剤→調製 5.5.2.1処方監査→レジメン監査 以上が適切と考えます。
- 5.5.2末梢の調剤(混注)をしている施設は少なく、一般的でない
- なし
- 一部実施
- 院外処方処方監査されていない。
- 外来化学療法時レジメンには、看護師、薬剤師の評価を外来カルテに添付して、情報の共有を行っている。病棟においても、レジメンを元に看護師・薬剤師のダブルチェックを行っている。
- 患者毎に管理表を作成し、投与量、投与間隔の監査を薬剤師がダブルチェックを実施している。
- 基準が不明確で判断は難しい。
- 休日対応ができていない。
- 経口抗がん剤と注射剤とは別々に監査を実施しているため、十分な監査体制ではない。
- 経口抗がん剤を含む併用薬の処方監査体制については処方箋に“Si薬歴”を表示させ抗がん剤(注射、内服)が使用中であることを一目で分かるようにしている。
- 経口薬については、院内処方での薬歴と休薬期間のチェックのみ。院外処方に関しては処方監査していない
- 現在レジメンが一部しか作成されていないので、全てのレジメンについてなのか、一部でもよいのか?
- 現在取組中である。
- 口腔腫瘍担当者が行っている。
- 処方監査および調整監査を確実に実行できるよう努力している。
- 注射用抗がん剤の調製は薬剤師は実施しておらず、歯科医師が実施している。
- 特になし。
- 併用薬についてはなかなか難しい。注射と内服の併用もしているが全部ではない
- 薬局内で実施中
- 薬剤部:外来ケモで注射がある場合は全て監査できているが院外処方では経口抗がん剤単独の場合には、薬剤部を経由しないためチェックができていない。この場合においても○としてよいのか?

5.5.3 薬剤管理指導が適切に実施されている

- 「副作用報告」とは、誰に対してなのか不明である。当院では、薬剤師による服薬指導の副作用と思われる場合は、カルテに記載し主治医に対し報告している。また、プラボイド報告として、院内の安全管理委員会に提出している。主治医と相談の上、重篤な副作用と考えられる場合には、厚生労働省またはメーカーを通じて報告している。
- 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。
- 100%実施していなければ×なのかわからないため記入できません。どの程度実施していれば○なのですか。
- 5.5.3.1 一部のみ 副作用が生じたら薬剤科に報告するシステムは構築したが、報告件数は0である
- 5.5.3.1 外来患者への麻薬指導体制は検討の余地あり 緩和ケアチームも病棟患者を対象としているので、今後外来患者への麻薬指導の体制も考えなければいけない。
- 5.5.3.1 入院患者については行っている。外来については少なくとも病院薬剤師が直接的に患者の指導は行っていない。 5.5.3.2 薬剤部に報告があったものについては実施している
- 5.5.3.1 入院患者に対しては一部○である。入院・外来で項目を分割した方が良いものと思われる。
- 5.5.3.1=入院患者への一部実施である。
- 5.5.3.1については入院患者のみ
- 5.5.3.1は医薬分業が進む中、「外来患者」の薬剤管理指導を入院患者と同程度に求めるのは疑問です。保険薬局が正しく指導できるための情報提供や地域連携への取り組みも含めて評価してもらいたいです。
- 5.5.3.1入院はほぼ対応できているが、外来は院外処方を含め対応できていない場合が多い。

5 医療の質と安全のためのケアプロセス

- 5.5.3.1入院患者のみの実施となります。
- 5.5.3.2 メーカー(製薬企業)へ報告しているが厚生省へは報告していない。
- 5.5.3.2:メーカーを通じて報告している。
- ない
- 医師から報告された「医薬品副作用報告」をもとに、アレルギーカードを作成し、患者本人またはご家族に交付している。また、毎月の薬事委員会で月間の副作用報告の件数および内容を報告している。
- 医薬品副作用報告は、各社メーカーを通じ、適宜でDr.に報告している。
- 一部実施
- 何を「適切」とするのか基準が不明確で判断は難しい。
- 規程に沿って行っている。
- 全員への指導は難しい。外来は特に時間の制約があり、適切にと聞かれると入院はしているしどうするか。
- 電子カルテシステムを利用して、副作用情報収集が出来るような体制があり、現在職員への周知を図っている。
- 特になし。
- 副作用のモニタリングに力を入れて生きたい。
- 副作用報告は少ないが、薬局に連絡があれば報告に向けてメーカー、Drと協議している。報告体制もある
- 報告があった場合は、医薬品情報誌により、各医師に周知している。月に1回、厚生省からの副作用情報を医薬品情報誌により各医師に周知している。
- 麻薬服用の外来患者にあつては、医師及び患者の依頼のみ対応している。
- 麻薬服用患者の一部について入院患者で実施している。
- 薬剤管理指導は誰に対するのですか？薬剤師に対してですか？医師に対してですか？あるいは、患者本人が薬剤を管理する方法を学んで分かるようにする指導なのですか？
- 薬剤管理指導業務を行っていない。
- 薬剤部:5.5.3.1)入院:全病棟に薬剤師を配置できない場合(マンパワー不足)適切に行えているといえるのか？外来:院外処方の場合、薬剤部で把握できない患者の場合、調剤薬局で行っている事は適切に実施されているとしてよいのか？
- 薬品メーカーの副作用情報も入手している。

5.5.4 TDM(血中薬物濃度モニタリング)が適切に運用されている

- 「自院で行い」と限定しているのは何故でしょうか？重要なのは解析フィードバックの方では？
- 抗生剤に関して自院で濃度測定はしていないが解析ソフトを用いてフィードバックしている。
- 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。
- 測定のみ
- 5.5.4.1 外注検査もあり
- 5.5.4.1 抗生剤(抗MRSA薬)のTDMに関しては行っている。抗がん剤(MTX)などに関しては確立していない。
- 5.5.4.1:抗MRSA薬のみ実施
- 5.5.4の設問の対象不明。抗がん剤→やっていない、他の薬剤(抗てんかん剤や抗生物質etc)→やっている。
- TDMの解析については薬剤師が実施しており抗MRSA剤を中心に行っている。
- TDMの測定は、検査部等で行っているが、解析、シュミレーションは薬剤部で行っている。(但し、抗MRSA薬の一部に限られている)
- TDMは一部外注し、医師よりの依頼時に解析を行っている。
- TDMは外注で実施し、解析は当院で行っている。フィードバックされている。
- TDMは抗生剤にのみ行っている
- VCM,ABK,TEICについては薬剤部でTDM解析及び医師へのフィードバックを行っている
- タクロリムス、シクロスポリンの免疫抑制剤のみ薬剤部で行い、リアルタイムに医師にフィードバックしている。他の薬品は一部外注であり行っていない。
- バンコマイシン、ハベカシンのみ
- 医師の要望があった場合
- 一部のTDMについて
- 検査をして検査結果のみ提出している。
- 検査室とDrの間で測定値がレポートされる。
- 限定した薬剤で実施。
- 抗MRSA薬については、事前に投与量の設定を医師へ支援している。ダイナポットの試薬供給がストップすることが決定しており、今後院内測定について検討中である。いずれにしても、薬剤部での測定はできなくなると思われる。
- 抗がん剤のTDMに関しては、薬剤師としては関わっていない。抗MRSA薬については医師へ情報提供している。
- 抗がん剤の種類による。
- 抗生物質はTDMを行なっているが、がんに関するメソトレキセートやタクロリムスなどは解析していないので回答に迷う。
- 行っていない。
- 自科(薬剤科)では測定できないモニタリングの解析のみ可能※設備の問題大
- 実施している。医師へのフィードバックも行なっている
- 主治医からTDM解析の依頼のあった患者に対してのみ実施している。
- 全てではありませんが、一部実施している。

5 医療の質と安全のためのケアプロセス

- ・ 特になし。
- ・ 非現実的
- ・ 薬剤部：抗MRSA薬についてはTDMの解析を一部行っているがこの間は抗がん剤を対策としたものなのか？

5.5.5 薬剤情報が把握され、適切に提供されている

- ・ (5.5.5.1) 問い合わせのあったもののみ対応。
- ・ 持参薬の鑑別、情報提供は薬剤師が行っている。又、持参薬の管理を含めた、薬剤管理指導を行っている。がん診療担当者会議等を通じて、医療従事者への医薬品情報を提供している他、D1ニュース等を通じても発信している。看護師対象に研修会を開催している。
- ・ 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。
- ・ 5.5.5.1 院内全体でのシステム検討中 5.5.5.2 薬剤部Web、外来化学療法室Newsの充実
- ・ 5.5.5.1について、持参薬については、薬効・院内採用該薬および院内処方薬との相互作用(併用禁忌)のチェックも行っている。5.5.5.2について、医薬品情報室から採用医薬品に関して、添付文書の改訂等D1ニュースとして全医局その他関連部署に毎月配布している。
- ・ 5.5.5.1全病棟かかわるには人員がたりず必要な病棟のみ行っている施設も多い。その様な項目内容がほしい
- ・ 5.5.5.2 途中である。
- ・ 5.5.5.2について、職員への医薬品情報は、持用時のみに提供している。
- ・ 5.5.5.2に関して 適切とは何をもって適切とするのか？が不明確。
- ・ 5.5.5.2は、厚労省の安全性情報をオーダー画面にアップすることや、新規採用時に配布文書で情報提供を行っています。
- ・ すべての持参薬鑑別は出来ていない。
- ・ なし
- ・ 医療従事者へのがん薬物療法に関する医薬品情報は適時実施しております。
- ・ 情報をメモして対応している。
- ・ 全病棟までとはいかないが、外科のミーティング、血液内科のカンファレンス参加。また、勉強会を開き、医師、看護師、薬剤師で適正な情報の共有を図っている。
- ・ 定期的な学習会は行われているが、カンサーボード等が未整備であり、適切な提供には不十分である。
- ・ 特になし。
- ・ 必要に応じて情報提供を行っている。
- ・ 麻薬服用患者の一部について、入院患者で実施している。
- ・ 薬剤部：5.5.5.2適切な提供とはどの程度をいうのか？

5.6 栄養管理の適切な実施

5.6.1 栄養管理機能の質改善に取り組んでいる

- ・ (1) 栄養管理計画書の内容見直し、計画書の有効な活用
- ・ (2) 低栄養高リスク患者への個別アプローチ
- ・ (3) 症例検討の充実
- ・ (4) 現在管理栄養士(正規)4名での対応には限界があるため、給食管理と栄養管理の明確な区分が急務である。
- ・ (5) 各種学会への所属及びNST学術講習会等での発表を行なっている。
- ・ (6) 栄養管理システムの再検討
- ・ ◎栄養管理機能とは、栄養管理に直接かかわる人員数のことなのでしょうか？ 質とは？ 具体的な数値(在院日数減少など)で表現することなのか不明でした。また、栄養管理に対する意識レベルの質の高低なのかその点等がよくわかりませんでした。
- ・ 「栄養管理機能の質」が具体的にどういふものなのか分かりにくい。
- ・ 栄養サポートチームとして、月1回ラウンド症例検討を行い、栄養管理の改善に取り組んでいる。薬剤師も、NST専門薬剤師を中心に栄養サポートチームの中心的な役割を果たしている。又、月1回勉強会を行っている。
- ・ 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。
- ・ 認定資格の取得等に努めている。学会、研究会への参加や発表を行っている。
- ・ 病院内外で開催される研修会等に積極的に参加し、職員の資質向上に努めている。
- ・ 入院時より栄養評価(SGA)、栄養管理計画を立て、医師・看護師・栄養管理士が栄養管理を実施している。更に栄養アセスメントの必要な患者には多職種で構成されたNST委員会がコンサルし、質の改善に努めている。また、緩和ケア依頼となった患者は、緩和ケアチームによって栄養管理について検討されている。
- ・ 1.毎年、年間目標を提示し、計画立案、実行している。業務改善項目、職員教育計画を実行している。2.職員教育は研修会、学会の出席及び部内における勉強会(講演会他)、個人別研究テーマをもたせ、研究、指導している。3.栄養部はNST事務局として、院内における栄養教育計画を提案、実行している(医師及びコメディカル対象)。
- ・ 4.7と同様にがん診療における栄養の関わりを具体的に示すことなく漠然と評価対象にすることは疑問。
- ・ 5.6.1 低栄養の見直し、献立作成 5.6.1.1 研修会に積極的に参加 5.6.1.2 チーム医療として医師・看護師等に呼びかけたり、各職種に栄養管理を推進している。

5 医療の質と安全のためのケアプロセス

- 5.6.1.1 NSTの活動 5.6.1.2 NSTの活動 今後病院全体へのNSTの活動を拡大予定
- 5.6.1質改善に「病院全体」に取り組んでいるとした方が明確になると考えます。 5.6.1.2同様に「病院全体」とした方がよいと考えます。
- NSTの立ち上げに向けて、看護師、歯科医師を対象に栄養管理に関する勉強会を行っている。
- NST委員会が先導して、定期的な院内勉強会が開催されている。
- NST委員会の事務局として、栄養管理の改善を推進している
- NST関係勉強会年2回(院内)科内勉強会年12回実施院外勉強会参加
- NST主催で院内勉強会を開催している(1回/月)。NSTスタッフ向けに勉強会を開催している(1回/月)
- NST薬剤師についても、もっと評価する項目があってもいいかと思う。
- この項目で指す、栄養管理に関わる職員は管理栄養士のみを指しているのが不明確。例えば、静脈栄養等も含めると医師も該当となります。
- なし
- 院内外の勉強会や研修会に自己研鑽として各管理栄養士が判断して参加している。
- 栄養管理の具体的内容を示したほうがよい。食事内容の改善、がん患者に関する経口、経腸栄養についてかなど。
- 栄養管理は部門OPシステムにて、栄養基準に沿った食事内容となるよう、献立、食材などが登録されています。各患者の栄養管理については栄養基準一覧が策定されており、食事オーダー入力の際にも、医療情報端末から内容が確認できるようになっています。
- 各種学会・研修会へ積極的に参加し、知識・技術のレベルアップに努めている。 5.6.1.1にある職員とはどんな人たちをイメージするのですか？医師に対してなのでしょうね。医師を対象にしていると全くできていません。
- 学会・研修会等へ積極的に参加している。病態栄養専門師を取得し、栄養管理を推進している。
- 管理栄養士を病棟担当とし、全病棟に配置し、栄養管理機能の充実に努めている。NST委員会・褥瘡防止対策委員会と連携をとり、各病棟や診療科の回診やカンファレンスに担当栄養士ができるだけ参加できるように働きかけ、質改善を推進している。能力開発は、上記記述以外に科内管理栄養士カンファレンスの開催や院外勉強会・院外勉強会に参加できるよう配慮(勤務形態や情報提供等)を行ったりしている。
- 基準が不明確で判断は難しい。
- 機能の質とは何をさしているのか？能力開発とは？NSTなどの講習会などをやっているのか？取り組みと推進の違いは？
- 具体的な例が記載されなければ答えにくい。逆に客観的に見て何が行われていれば努力している、質を改善していることになるのでしょうか？
- 口腔嚥下という特殊性から常に行っている。
- 質改善について具体的に示していただけると回答しやすいかと思えます
- 術後・化学療法・終末期等患者個々に対する栄養管理の必要性について症例検討・スタッフカンファレンス・院内勉強会等を通し検討改善を図っている。
- 設問が抽象的なので、もう少し具体的に表現してほしい。
- 特になし。
- 部署内での勉強会実施の他、スタッフそれぞれが病態栄養専門師・NST専門療法士・糖尿栄養指導士などの資格取得にむけて取り組んでいる。

5.7 リハビリテーション機能

5.7.1 リハビリテーションの必要性・実施計画・効果の評価が行われている

- 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。
- 1.1多職種による評価は不十分と考えています。1.2実施計画は、一般的PT・OT・STの実施計画書を作成しています。1.3リハビリテーション分野での診療実績は集計されていません。
- 5.7.1. リハビリ機能を有しているが、がん患者対象には行っていない
- 5.7.1.1 「患者のニーズ」とは、「患者のニーズ」なのか、「患者の状態」なのか。
- 5.7.1.1 全ての入院症例についてリハビリテーション・カンファレンスを1回/週 実施している。
- 5.7.1.1,5.7.1.2に関しては「リハビリテーション総合実施計画書」にて計画・評価が行われている。 5.7.1.3は診療年報より報告されている。
- 5.7.1.1～3 がんに特定されたものはないが、一般的な『疾患別リハビリテーション』に関しては全て○である。
- 5.7.1.1リハカンファレンスに対応(180件/月平均)5.7.12日々のリハリプランに関しては、毎日の患者の状態に応じ、設定実施するも、在院日数が1ヶ月未満の場合は再評価未実施の場合もある。5.7.1.3各疾患別リハに依拠している
- 5.7.1.1リハのカンファレンスができていない。
- 5.7.1.2について、短期の場合が多く、見直しはできていない。 5.7.1.3について、意味がわからない。実績というのは、効果があらわれた実績なのか？
- 5.7.1.3 がん患者様だけを対象とした統計は取っておらず、全体としての日報・月報などを提出している。こういった場合、回答の選択に困る。
- 5.7.1.3に関して 「がん」患者のみ特別にまとめた実績報告はなされていない。
- Ca Rehaそのものが保険診療で認知されていない。2～3年くらいで処分すると0点に算定されてしまう。厚生省によるリハ医療そのものに問題あり。
- がん患者に対するリハビリサービスは当科ではシステムとして行われていない。
- がん患者のみを対象として回答するのか？
- がん患者の場合、ターミナル医療への配慮だろうか、痛みの処方や気分転換、廃用予防やADLの維持、QOLの向上ということになるのだろうか。
- がん患者診療実績のリハビリテーション部門においては実績管理が行われていない、ただし、障害分類別リハビリテーション科としての実績管理は実施されている。
- がん専門ではないので、廃用予防中心

5 医療の質と安全のためのケアプロセス

- サービスは、あまりに一般的すぎるので、NS.PT.OT.ST.PO.MSWとするか、リハビリテーション医療もしくは治療としていただくほうが良いと思います。また、「提供」ではなく、「実施」と思っています。
- なし
- リハビリカンファレンスを定期的に行い、他職種協同でリハビリ計画を立案し、患者に同意を得て、サービス提供している。
- リハビリテーションそのものの機能が無い。
- リハビリテーション総合実施計画書を、リハビリテーション開始時及びリハビリテーション開始後月1回、主治医・併診医・看護師・MSW及びセラピスト等で検討・評価し、作成・実施している。
- 医師・看護師とのカンファレンスはあるが一部の科に限られている。
- 学会や研究会などに積極的に参加している。
- 急性期は変化が大きいので、細計画は日々診療の一環として見直している。年間診療実績の「実績」の意味及び報告先が不明。
- 具体的な計画内容・効果項目・実績内容を示してほしい。項目が少ないように思う。
- 現在リハビリテーションについては、一部の患者の機能回復のためスタッフの招聘により行っている。また、スタッフもいない。
- 個々の症例に応じ、計画、評価を行い、プログラムを必要に応じ見直している
- 疾患別リハとしては「〇」、がん診療に特化したリハという意味では「不明」。緩和ケアサポートチーム、プレストケアチームへの参加が上記質問に値するのかわか
- 対応する機能は有しているが現在対象患者はいない、またはリハビリテーションの依頼がない
- 定期カンファレンスにより情報交換を週り、治療方向付けを行っている。総合実施計画書等を用いて、定期的な計画、評価を実施している。年間診療実績も報告している。
- 電子カルテ内テンプレートに読評価表があり、必要に応じて評価している。電子カルテの患者掲示板や電子メールを利用し、タイムリーな情報交換を行っている。
- 当院において、がん患者は多数入院しているが、がん患者すべてリハビリアオーダーが出来ることはありませんので、一部の病棟のみマルです。
- 特になし。
- 年間実績はリハビリテーションにかぎっていない。
- 年間診療実績報告については、がんという病名で分けられたものでなく全体である。

5.7.2 提供するリハビリテーション・サービスの範囲が明確である

- 実施・対応状況欄の回答が〇、×、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。
- 5.7.2 リハビリ機能を有しているが、がん患者対象には行っていない
- 5.7.2.1 自院ではISOサプPFCやリハクリティカルパスにて、紹介先では転院サマリや地域連携パスにて文書化されている。5.7.2.2 各種退院時指導や一部のリハクリティカルパスに関しては、患者向けの資料が作成されている。
- 5.7.2.1 紹介先の施設で利用できるリハビリテーションサービスの内容までは把握しきれないのではないかと。5.7.2.2 パンフレットの「リハビリテーションサービス」の問いの意向が不明である。「疾患別」か、「施設紹介」なのか？
- 5.7.2.1 担当ケアマネージャーに宛てて申し送る書式が定型化されている。転院・転出する施設宛も同様である。5.7.2.2 スポーツ外来用に一部のみある。
- 5.7.2.1 平成21年4月から文書化され緩和ケアリハビリの実質的な開始となる。
- 5.7.2.1:ホームページ及び医療よるずネットに記載 5.7.2.2:回復期病棟のみあり
- 5.7.2.2 回復期病棟の患者様向けのものを用意している。
- 5.7.2.2は、すべての疾患ではなく、完全には網羅できていませんが、主要な疾患に対しては作成しています。
- 5.7.2. 癌患者に対するリハビリの適応についての質問？全体としてのリハビリテーションについてはOKであるが癌患者に限ったものはない。基本的にはADLの維持、向上ではないのでしょうか
- インターネットでの説明はありません。また、患者向けのニュースの中には掲載されています。
- がん患者のみに限定しているのか。
- クリニカルパスとしては作成してある疾患とそうでない疾患がある。
- なし
- パンフレットはないが、症状により個々に文章・サービス内容を配付している。
- パンフレットは一部限られた疾患のみ。
- パンフレットは作成していないが、クリニカルパスで説明し、代用している。
- ホームページ上あるいは院内機関紙にも掲載しています。
- リハビリテーションサービスを説明した患者向けのパンフレットは、井田病院のホームページに記載している程度である。
- リハビリテーションそのものの機能が無い。
- リハビリテーション部単独ではない
- リハ業務の目的流れについては文書としてあるがパンフレットはない。転院先への施設へは要望があればその都度訓練経過として提出している。
- 一部文書化、一部パンフレットを作成している
- 癌患者向けに限定したものはない。
- 急性期病院のがん患者の場合、検査や治療が優先で、リハは休みにしやすいのでサービスと言えるものがあまり提示できるものは少ないし、体調を考えると消極的なものかもしれない。
- 口頭でのサービスのため今後作成が必要である。
- 腰痛体操・呼吸体操などのパンフレットはあるが、全体版パンフレットやがん診療については、今のところない。

5 医療の質と安全のためのケアプロセス

- ・ 自院での適応疾患、提供できるサービスは文書化しているが、広報はできておらず、他施設のリハサービス内容についても明らかにできていない。
- ・ 自院のリハビリテーションサービスについては、インターネットや院内広報誌で紹介しているが、紹介先の施設等に関してまで文書化されたものはない。
- ・ 紹介先が作成してなければ、自院にない機能に関してどのようにしてパンフレットを作成するのでしょうか？
- ・ 上記と同じ。すべて個別対応である。
- ・ 上記と同様に、サービスの言葉は極めて不適切と考えます。5.7.2.1 サービスの後に、「の内容」を入れるべきだと思います。
- ・ 職員向け業務マニュアル内で文書化されている。
- ・ 中枢神経系疾患、整形外科疾患、呼吸器疾患のリハビリテーションのみ。
- ・ 転院する患者にはリハビリテーション要約を記載している。
- ・ 転院時の経過報告は作成している。ポスター作成、リハ室掲示
- ・ 特になし。
- ・ 文書やパンフレットはリハ部門だけ作成することは難しい。
- ・ 文書化はされていない。

5.7.3 患者の状態に合わせたリハビリテーションのプログラムがある

- ・ 「リハビリテーション部」などの部署で行われるリハビリテーションに限られるのか？各診療科等ではあると思うが、リハビリテーション部では行われていないので「×」とした。
- ・ 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.いずれも特殊な専門分野のリハビリ。「包括的な」を「マニュアルなどが整備され、術直後から退院後外来通院までフォローできる体制」と理解した。2.その病院で行なわれるリハビリは種々の疾患の専門医の有無によって左右される。当リハビリ部ではスタッフ個々人の研修努力に頼っている状況である。(リンパ浮腫、乳房切除術後、及び痔手術後のリハビリ等)
- ・ 1.骨髄移植後のリハビリテーション医療、治療が含まれても良いと考えます。2.各項目にある「包括的な患者教育」は、総合的な面が強く、この項では不要と考えます。3.言葉として、「リハビリテーション医療or治療のプログラム」として統一すべきだと思います。
- ・ 5.7.3 一般的な手術後のリハビリテーションがあります。患者様の状態にあわせてリハビリテーションプログラムを組んでいきます。
- ・ 5.7.3 対象患者の個々の症状、障害に対してのプログラムは、立案しアプローチしているが、包括的なリハプログラムの作成、施行は、まだ行っていない。
- ・ 5.7.3.1 最近では温存例が多く殆ど処方されない。5.7.3.2 ~5.7.3.8 何れも処方例が少なく定期的なリハプログラムは準備していない。各症例ごとに対応している。
- ・ 5.7.3.1 乳癌のリハビリが不要の場合が多い。5.7.3.8 乳癌のリンパ浮腫にたいしてはある。
- ・ 5.7.3.1、5.7.3.1]決まったプログラムは作成していないが、個々の患者さんに合わせたプログラムを随時作成して施行している。5.7.3.8上記と同様。
- ・ 5.7.3.2 術前はあるが、術後に関してはない 5.7.3.7 婦人科はプログラムがある。
- ・ 5.7.3.2 肺手術後の呼吸訓練プログラムに関しては、ビデオ+パンフレット+指導がある。
- ・ 5.7.3.2術後肺機能の回復は患者のQOLに大きな意味を持っていますので、呼吸リハは重要な位置を占めています。5.7.3.6パンフレットはあるが、プログラムとはいえないので、不明とします。実際に処方頻度の少ないケースに関しては取り立ててプログラムの準備はできていない。一般に知られているプログラムを参考としている。脳腫瘍、咽喉がん等の患者が当院の場合処方される。また当院の場合、急性期病院なので、ターミナル患者は少なく、重度の患者はリハ中止になる可能性が高い。
- ・ 5.7.3.3 骨肉腫などからくる設問かと思われそうですが、他は内蔵器のため、列記する中で、少し違和感を感じます。
- ・ 5.7.3.3 手術がない。
- ・ 5.7.3.3~5.7.3.7に関しては、対象者のリハビリテーションの依頼はほとんどない。
- ・ 5.7.3.6 患者教育は行うが、リハビリの包括的なプログラムは特になし。
- ・ 5.7.3.7…自己導尿等の指導は行なっていますが、リハビリということになると実施できていないため、「×」とさせていただきます。5.7.3.8…リンパ浮腫に対する包括的な患者教育は行っていると思いますが、リハビリ等は行っていないので、「×」とさせていただきます。
- ・ 5.7.3.8リンパ浮腫の勉強会、講習会を当院が中心となり、県内をリードし開催している。パンフレットを作成し、全国へ配布した。包括的な患者教育・リハビリテーションプログラムとは具体的にどのようなものをいうのか、わかりにくい。パンフレットのようなものはないが、患者さんに説明し同意書も得た上で手術しており、術後についても適切に対応している。
- ・ 5.7.3.8について現在取組中 包括的な患者教育/リハビリテーションのプログラムとは一体どのようなものをイメージしておられるのかイメージできません。
- ・ 5-7-3-1、2、8は必要時実施。
- ・ カルテを見て個々にプログラムを作成するがプログラムありに該当するか。
- ・ がん手術後のリハビリは行うが、具体的なプログラムは、協議・検討のもと実施している。
- ・ ケースによりプログラムを作成している。
- ・ セラピストに限定せず、日常行われるナースによるリハビリも含めて回答している。
- ・ どの程度まで求められているのか・包括的とはどのようなことかわかりにくい。多少なりとも行っているものは○とした。
- ・ なし
- ・ リハビリテーション科としての排便・排尿障害に対するリハビリテーションプログラムはないが、病棟ごとにNSサイドでベットサイドで行える患者教育は行っている。(簡単なリハビリ)
- ・ リンパ浮腫に対する包括的な教育はしているが、必要に応じて指導はしている。

5 医療の質と安全のためのケアプロセス

- 意見5.7.3状態に合わせたプログラムとは、評価に基づき個別に作成したプログラムで良いのか、又は疾病毎に標準化されたクリティカルパスを指すものか。
- 各個別疾患に対するプログラムはリハビリテーション科では有していない。ただし、必要に応じて実施している。各病棟で実施しているところもある。また、術前呼吸機能低下例では、必要に応じて周術期に介入している。
- 各主治医が個々の病態に応じて適切に対応している。
- 各当該病棟にはプログラムがあり病棟看護士が行っているが、リハビリテーション課としてはない。ご教示願います。今後、各病棟で行っているリハビリも、リハビリテーション課で行わなければならないでしょうか？それとも、現状のままでもよいのでしょうか？
- 患者の状態に合わせたリハビリテーションのプログラムは診療科ごとに作成しており、病院全体では検討していない。
- 患者教育は行っているが、リハビリテーションのプログラムに関することは現在対応が困難である。
- 機能は有しているが対象患者がいないまたはリハビリテーションの依頼がない
- 現在、当院には呼吸器外科がありません。2009年4月に開設の予定です。
- 現状は、がんに対するプログラムはない。
- 口腔癌以外は対象としていません。
- 疾患別にはプログラムはないが、個々に対応している。
- 上記項目のリハビリテーションについては、算定基準日からリハビリテーションの必要性が生じるまでに期間を要することが多く、算定に繋げることが困難な場合が多々みられており、法改正を求めたい。
- 上記対象患者は取り扱っていない。
- 性機能障害、排尿障害に対する包括的なリハビリテーションは行っていません。診療科ごとに個別に対応しております。
- 性機能障害に対しては未整備の診療科もあるため、今後検討が必要。リンパ浮腫に対しては、医師と乳がん看護認定看護士により個別に対応している。
- 全て個別のリハ処分です。リハの4領域に対してのCaRehaは非該当とされることが多い(0点に算定)医療機関のリハ体制の不備を問題にするよりも「総合的リハ」ないし「包括的リハ」を診療報酬上認めない。保険医療制度そのものに大問題があります。
- 当院にはリハビリテーション科があるが、全ての領域についてリハビリテーション科で行ってはいない。各診療科におけるリハビリテーションのプログラムをどのように評価すれば良いのか不明。
- 特になし。
- 排便・排尿障害については、個別対応しており、包括的なプログラムはない。
- 排泄機能障害、性機能障害は当院でのリハビリ対象疾患としていない。
- 肺手術は行っていない。泌尿器がん手術は行っていない。婦人科手術は行っていない。
- 病棟でのリハビリプログラムに関しては不明
- 包括的なプログラムはないが、必要に応じて個別に対応している。
- 包括的な教育プログラムは実施していません。個別にリハビリ依頼に基づき、リハビリプログラムを実施しています。

5.8 緩和ケアおよびサポート機能

5.8.1 緩和ケアの提供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。
- 5.8.1.1 いずれのスタッフも確保されているが、兼務体制である。5.8.1.2 緩和ケアに関連した心理士は、非常勤待遇である。
- 5.8.1.1に關して「どのような“かたち”で配置されていなければならないのか？専従・専任・兼任・併任？
- 5.8.1.1は1)2)はいるが、3)4)は入らない。当院は緩和ケア病棟にて緩和医療を行っている。今後は緩和ケアチームなどにより、一般病棟での緩和医療の展開が必要と考える。また、専門看護師、専門薬剤師の配置も必要と思われる。
- 5.8.1.1は3)のみ×、他は○
- 5.8.1.1常勤の精神症状担当医師はいないが、非常勤医師がかかわっている。
- 5.8.1.2 1.心理士等の“等”は、他の、どのようなスタッフを指すのでしょうか？2.緩和ケアを提供するにあたり、がん患者の診療に慣れている精神科のDrが配置されていても、さらに心理士の配備が必要なのか？
- 5.8.1.2 は心理士等に社会福祉士が入らなければ×にしてください。
- 5.8.1.2 心理士は確保していないが、MSWを配置している。
- 5.8.1.1身体症状担当医師に関しては主治医が行っている。5.8.1.3定期的カンファレンスは行っているがラウンドは今後検討中。
- 5-8-1-1精神科医師は必要時外部の特定した医師と連携できる体制になっています。
- なし
- メンタル面は担当医師がサポートしている(往診等は可)
- 外科医、精神科医、看護師、薬剤師各1名で緩和ケアチームを編成し、がん診療を担当する各科医師からの緩和ケアの依頼に対応している。平成21年4月からは緩和外来の設置も検討している。病棟及び外来の診療対応状況についての質問があると思う。
- 緩和ケアチームが立ち上がっている。基準作りに入っている
- 緩和ケアチームは結成され、提供体制はある程度確立されているが最高責任者が決定されていない。
- 緩和ケアチーム回診を週一回実施しているも2)に対しては必要時介入3)に対しては各病棟、科にリンクナース、リンクスタッフを配置している。認定看護師の在席はなし。今後採用と受験を希望しているスタッフがいる為、1~3年では認定看護師の配置ができると思う。
- 緩和ケアの身体症状担当医師・精神科担当医師を現在確保するのが困難。
- 緩和ケア認定看護師が勤務の際は、必ずラウンドを、するようにしている。週に1回週間カンファレンスを、行っている。
- 現在、緩和ケア認定看護師研修受講中(1名)。
- 主治医より依頼があれば、歯科麻酔科での疼痛コントロールを行う。

5 医療の質と安全のためのケアプロセス

- ・小児向けのみ臨床心理士が配置されています。
- ・症例に対応して行っている。臨床心理士の確保が必要である。
- ・精神科医、臨床心理士は常勤ではない
- ・精神科医が不足している現状で、臨床心理士や心療内科医によるサポートを評価するのかどうか。
- ・精神科医の確保は困難
- ・精神科医の確保は非常に難しい
- ・精神科医の常勤がおらず、精神症状担当医師は、現在、麻酔科医が担当している。
- ・精神科医師の確保について、苦慮している。非常勤(臨時)で対応の予定。心理士の確保まで必須となると、多くの困難が考えられる。
- ・精神科医師を確保することが困難である。
- ・精神科医不足にて確保できない。へき地病院に来る医師がない。
- ・精神的なフォロー関わりについては精神科医が対応
- ・専従・専任の度合の調査も併せると良いと思う。
- ・専任の精神科医、専門看護師、認定看護師、薬剤師はいない
- ・全てのスタッフが配置することは困難
- ・定期的にかんファレンス、回診を行っている。緩和ケア病棟及び一般病棟のチーム回診を行っている。
- ・当院では2004年4月から緩和ケアチームの活動が開始しており、緩和ケアの必要な患者に提供するようにしている。
- ・特になし。

5.8.2 緩和ケアの導入および必要時の入院について体制が整っている

- ・「(イ)術後急性疼痛の3)患者による疼痛や苦痛の自己評価の仕組みがあり、活用されている」についてはできていない。
- ・「入院についての基準」とは何を指すのか回答者にわかりづらいように思います。
- ・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) (ア) ○ (イ) × 2) ○ 3) ○
- ・5.8.2.3項目の意味が不明
- ・5.8.2 4月から緩和ケア病棟2床確保の予定
- ・5.8.2.1 1)(イ)術後急性疼痛が満たされていない場合、1)~3)すべての総合評価が難しいです。5.8.2.3「緩和ケア診療科」「緩和ケア病棟」がない場合であっても、実際には緩和ケア目的での入院は行われている。そのような場合も「体制」や「入院基準」は整備が必要なのか？
- ・5.8.2.1は1)(イ)のみ×、他は○
- ・5.8.2.1は1)イ)のみ×。
- ・5.8.2.2「導入している」というより「仕組みがある」という方が良いのでは？早い段階は、チームより主治医が対応するケースが多いので。
- ・5.8.2.2については、患者の状態、医師によりバラツキがある。5.8.2.3 当院は急性期病院であるため、最初から緩和ケアを目的とした患者はいない。
- ・5.8.2.3「患者・家族の希望に基づいた担当医の判断」というのは基準にあるのか。
- ・5.8.2.3 何の基準かわからない。
- ・5.8.2.3 緩和ケアチームが管理する病床がないため、入院基準は各科の医師に委ねられているのが現状である。
- ・5.8.2.3「入院の基準」は、緩和ケア上の入院基準のことか？
- ・5.8.2.2緩和ケアチーム発足平成21年1月活動を始めたばかりなので早い段階についてのスクーリングはまだ確立できていない。
- ・がん性疼痛については、スケールを用いているが、術後痛、その他については、行っていない。この場合は、×なのか不明なのか。(ア)と(イ)を全て満たせば○なのか。5.8.2.1.3)については、外来では、自己評価表を手渡している。
- ・がん性疼痛の評価ツールは既存にあるものを緩和ケアチームが使用している。術後急性疼痛については不明。早い段階から導入してもらえようという体制は整えているが、広報が不十分で導入がはっきりできていないと言いつてもいい。緩和ケアチームで活動しており、緩和ケアが必要な場合の入院についての基準はない。
- ・チームとして明確化した存在ではない。施設が多いのでは？
- ・チームへの依頼については、まだ終末期になってからが多いように思います。
- ・なし
- ・緩和ケアチームの関与に関わらず、早期より行っているようである。疼痛に関しての入院の基準はない。
- ・緩和ケア病棟を持たない病院では、「入院についての基準」はNAでよいのか。
- ・緩和医療を担当する医師不足が表面化してきています。
- ・現在、入院の基準、緩和ケアの導入時期の決定を検討中である。
- ・診療科により異なる。
- ・早い段階とはどの段階？
- ・当院での基準が十分なものであるかどうかは不明だが、確立された評価スケールは存在する。(5.8.2.2「早い段階」とはいつを指すのか不明確。(5.8.2.3)医師の判断による。
- ・特になし。
- ・内科と共に、緩和ケアに取り組んでいる。
- ・入院についての基準は、各科・各主治医で決定されている。
- ・入院についての明確な基準作りは意義がないと考える。
- ・入院に関しては各科の外来で対応しており、一定の基準があるわけではない。外来での緩和ケアは当院を含めて全ての医療機関の今後の課題である。

5 医療の質と安全のためのケアプロセス

・ 本院は緩和ケアを目的とした入院は受け入れていない。入院患者で緩和ケアが必要となった場合は早期対応を行っている。

5.8.3 疼痛緩和の方針が明確に示されて実施されている

- ・ (5.8.3.3)医師の指示により対応。(5.8.3.4)電子カルテによって全て共有できる。
- ・ 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。
- ・ 5.8.3.1について、緩和ケアチームが介入している患者においては、アセスメント、マネジメントが標準化されているが、全てではない。この場合「不明」なのか。○の項目であれば、答えやすい。大項目は、質問が曖昧である。
- ・ 5.8.3.1に関して 何パーセント実施されていれば○になりますか？30%以上程度でしょうか？
- ・ 5.8.3.2の鎮痛薬に関する問いに付随した解説が、文章的に如何でしょうか？
- ・ 5.8.3.3 麻薬使用患者は多いので、必ずしも全員に薬剤師が関与しているわけではない。主治医、看護師、緩和ケアチームなどで指導を行い、薬剤師による指導が必要と思われるケースに対応してもらっている。
- ・ 5.8.3.3 一部に限る
- ・ 5.8.3.3全例に指導しているわけではないが、新規導入においては指導を実施している。
- ・ 5.8.3.4具体的にどのようなものを指すか。
- ・ 5.8.3.4具体的にどのような情報で、どの程度の職種が共有することを想定しているのかをもう少し詳しく記載してほしい。
- ・ 5.8.3.4疼痛緩和についてカンファレンスを実施(医師・薬剤師・看護師)薬剤(麻薬)に関しての情報は薬剤師からの情報提供がある。
- ・ WHO式に準じて行っている。
- ・ がん性疼痛に関しては、現在緩和ケアチームがないため、主治医によって行われている。その為、主治医の力量にまかされている為、疼痛コントロールにはバラツキがある。疼痛コントロール困難事例には、依頼によりがん性疼痛看護認定看護師が介入し、対応している。
- ・ がん疼痛緩和ケアナースが外来でも積極的に活動している。
- ・ なし
- ・ フェイススケールや緩和ケアチームをととして情報の共有化を図っている。
- ・ 外来患者の麻薬処方については、薬剤管理指導料が算定できないため行っていない。
- ・ 緩和ケアチームの一人としての薬剤師と薬剤管理指導の薬剤師を区別して答えるのか？ 緩和ケアチームは実施しているが、その他の医療者が必ずしも行えているとは言い切れないため、回答しにくいと思う。
- ・ 緩和ケア認定看護師が少しずつ患者の情報を、共有できるようにしている。
- ・ 資料は作成中であるが、疼痛緩和については麻酔科医を中心として緩和ケアチームでWHO方式に基づいて行っている。
- ・ 電子カルテ以外の情報共有がよいのでしょうか
- ・ 当院では疼痛緩和に関して緩和ケアチームと病棟薬剤師が積極的に情報提供をしている。
- ・ 特になし。
- ・ 薬剤部(5.8.3.3)全対象患者のうち、どのくらいの割合を満たせば指導が行われているといえるのか？100%でなければならぬのか？
- ・ 疼痛に関する情報だけが独立している仕組みはないがカルテ上には記載されており、共有しているのはどうするか。
- ・ 疼痛管理を病院全体で統一化することを現在検討中。診療医師単位で行われている診療科もある。

5.8.4 患者・家族に対する精神サポートと教育体制が構築されている

- ・ (5.8.4.1)「サポートプログラム」の定義が不明確で判断が難しい。
- ・ 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。
- ・ 5.8.4.1 サポートプログラムとは？計画としてとらえるならどういふことを言っているのか？ 5.8.4.4がんサロンのことをさしているのか？交流会と勉強会は違うのではないのか？
- ・ 5.8.4.1 サポート体制はあるが、サポートプログラムは作成していない。
- ・ 5.8.4.1について どの程度のことをサポートプログラムというのでしょうか。
- ・ 5.8.4.1は、「緩和ケアチームの活動以外で？」という意味か？緩和ケアチームの活動で良いのなら「○」である。5.8.4.5は、患者さんからの相談に対してではなく、定期的な講義や勉強会を指すのか？
- ・ 5.8.4.2 一部の病棟患者(呼吸器)を対象に行っている。
- ・ 5.8.4.2は部分的に取り組んでいる
- ・ 5.8.4.3に関して 5.8.4.2がある場合にはこの項目はどこに印をつければよいかわかりません。(○・×・不明)困惑。5.8.4.5に関して 一部のがんについてはDrとWOCやDrと認定看護師と1回/1年くらいは続けていますが、どの程度のことをすれば(○・×・不明)になるのでしょうか。
- ・ 5.8.4.3の項目について、上記が備わっている場合も実施・対応状況の回答が必要なのかどうか不明。
- ・ 5.8.4.4 院内の患者会等に限定しない方がよい。当院では一般市民と連携して実施している。5.8.4.5「患者教育」という文言は適切ではない。
- ・ 5.8.4.5:多職種による個人指導は行われているが、多数の患者を集めての教育の場は設けられていない。
- ・ サポートや教育体制については必要性はあっても、人的資源の問題もあり、対応が難しい状況。かなりバックアップがないと実現が難しい。ハードルの高い項目だと思う。(コストがどうなるのかなど)
- ・ なし
- ・ 院内で患者会があった場合には、病院スタッフがサポートするようにしている。毎月1~2回程度、病院1階でミニコンサート(音楽療法)をしている。緩和ケアチームには、精神保険指定医、ソーシャルワーカー、臨床心理士が所属している。
- ・ 患者・家族を対象として勉強会は乳がん、血液がんを中心として行っております。

5 医療の質と安全のためのケアプロセス

- 患者会・交流会などは、今後の課題と見ます。
- 患者同士が話し合える場や、患者会、学習会などについて現在検討中
- 患者同士の交流は今後の課題である。
- 緩和ケアの細部は検討中である。
- 具体例を提示した方が、実体を把握しやすいと思います。
- 神経精神科医師と、緩和ケアチームを、はじめとする。連携がなされている。
- 精神科医、臨床心理士が常勤ではない
- 精神科医、臨床心理士の確保に苦慮している。5.8.4.5質問が大きすぎる。例えば、化学療法に関することならば、導入前後に指導を行なっている。
- 精神科医の常勤がなく、非常勤医にて、問題があるときのみ受診、相談を行っている。H20.9月より同友愛会グループ後方病院と合同にて開催を第1回目を行った。
- 医科大学のため医科施設との連携を行っている。
- 特になし。
- 脳腫瘍などがあり、各診療科で対応している。

5.8.5 施設の機能特性に合わせて、療養場所について患者・家族の希望に適切に対応している

- (5.8.5.1)「24時間の対応システム」とは何を指すのか？当院では職員の勤務時間外は対応していない。(5.8.5.2)訪問看護ステーションなどと連携を取り合っている。
- 住診はしていない。
訪問看護は24時間対応している。必要に応じて紹介している。
- 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。
- 24時間の対応は現在のスタッフでは困難である。
- 24時間救急体制、訪問看護サービス実施あり
- 5.8.5.1について、24時間対応システムの定義・意味合いがハッキリ分らない。具体的に「○○できる体制を24時間取っている」または、「○○できる24時間対応システムがある」と記載された方が分かり易い。
- 5.8.5.1については、緩和ケア病棟の対応している。5.8.5.2については、緩和ケア病院の医師により、住診等を行っている。
- 5.8.5.2 1)、3)は未実施。2)は実施している。
- 5.8.5.2 当院は訪問サービスの体制はとっていないため、該当しない。
- 5.8.5.2 訪問サービス体制はありません。
- 5.8.5.2当院は訪問サービス部門を持たないが、地域医療機関と連携し、在宅療養を支援している。5.8.5.3患者、家族の希望により、施設・療養型病院、ホスピスなどの紹介を行っている。
- 5.8.5.2特定機能病院である国立大学医学部附属病院がそこまで求められるのか。
- 5.8.5.3 むしろ、がん拠点病院としては、在宅チームとの連絡や退院支援のシステムの有無を聞いた方がよい。
- がん診療についてですか？緩和ケアについてですか？
- どこに対して24時間の対応システムがあるのかと尋ねている相手がわかりにくい。当院は住診はしないことになっています。施設の機能特性に合わせてなら、他は全部対応してなくても5.8.5.3のみができていれば、できているということになるのですね。
- なし
- 医師会との連携の中で適切な治療ができるよう努力している。
- 患者・家族の希望を重視して対応している。
- 自院では訪問看護ステーションをもっていないため、プライマリケアチーム(地域の住診医・24時間対応訪問看護・ケアマネ等)と連携しながら在宅緩和ケアを行っている。「緩和ケア岡山モデル」を実践中
- 自院には機能が無い場合、連携により対応可能な場合が多いと思われる。
- 設問の趣旨が不明確であると思われる。
- 地域医療連携室で住診医、訪問看護師と連携調整の体制はあるが、当院に訪問看護や住診システムはない。
- 適切な施設の数が少なく、患者・家族の要望がかなわない事も多い。ホスピスやターミナルケアを受け入れられる病院の増設が必要と思う。「住診・訪問看護・その他」がまとめて問われているので、回答に困りました。(在宅医療室)
- 特になし。
- 特別に「在宅ホスピス」として在宅医療を行ってはいないが、多くの患者を在宅で看取ってきた実績がある。
- 必要な訪問サービスを依頼する
- 必要時適切な施設に紹介について医療連携センター・がん相談支援センターが、コーディネーターとなり、在宅であればかかりつけ医、訪問看護、介護保険関係者を紹介、調整。施設入所であれば、継続治療、療養、緩和ケアなどの目的に応じた施設を紹介、患者家族の意向を確認しながら療養先が決まるまで支援
- 病院である以上、入院患者に対して、24時間の対応システムがあるのは当然である。質問の意図が不明。
- 療養場所については、患者家族の希望に添い選択している。在宅の場合は24時間体制に対応できる在宅Drネット、訪問看護ステーションと連携。当院には訪問サービスはないため、地域の訪問看護ステーションと連携し、患者サマリー郵送退院前カンファレンスを行い、患者のケア見学などで、事前に患者の状況を見てもらって、継続したケアの実践に努力している。また、患者の家族背景等に応じて希望を開き適切な施設を紹介している。

5.8.6 死別後の家族への対応が適切である

5 医療の質と安全のためのケアプロセス

表5-10 緩和ケアの質と安全のためのケアプロセス

- ・ (5.8.8.2)どのレベルの体制を○とするのか意思に困る。当院では、求めに応じて、医師や看護師、心理士やソーシャルワーカーが対応している。
- ・ ◇の内容に関して 時間だけでいいのですか？
- ・ エンゼルメイク力を入れており、研修を受けた緩和ケア病棟ナースが院内に対しても啓発中である。定期的な手紙によるグリーフケアおよび年1回の遺族会(きずな会)を開催している。
- ・ 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。
- ・ 5.8.8 さらに、看護業務改善委員会で検討中
- ・ 5.8.8.2 早期・長期の別が明確ではない。どの程度の内容を認めるのか。
- ・ 5.8.8.2 体制として確立していないが、実際にはニーズがあった場合は対応している。全体を通しての意見“実施している”と“対応している”の表現の違いが判らなかった。“体制”や“システム”としては確立されていないが、実際は、患者のニーズや治療上の必要性に応じて、臨機応変に対応している。こういう場合はどのように、回答していいのかわからなかった。今回は“×”にしています。
- ・ 5.8.8.2→家族が必要とされる場合に限って対応している
- ・ 5.8.8.2について、心理ケアは一部で実施されていますが、対象は産科婦人科の入院患者の遺族であり、がん患者だけを対象としたケアは行われていません。
- ・ 5.8.8.2について、個別的な対応を実施しているケースもあるが、体制まで整っていない現状のため、×とした。体制とはどの程度のことが、詳細を例に挙げると回答しやすい。
- ・ 5.8.8.2各病棟、在宅医療指導管理室の看護師にて家族への慰安に努めている。
- ・ 5.8.8.2希望があれば行なうことができる。
- ・ がん相談支援センターでグリーフケアを行なっている。
- ・ なし
- ・ プリーフケアについてはプログラム化された体制は整っていない。緩和ケア病棟では家族会を定期的に行っている。
- ・ 遺族ケアについては必要であれば臨床心理士、ソーシャルワーカーで担当してもらおうようにしている。
- ・ 家族ケアについては一般病棟と緩和ケア病棟で異なる。緩和では死後6カ月～1年で皆があつまる会等も開いている。一般ではそこまでできない。しかし、コストは病院もち出しとなっていて苦しい。
- ・ 個々の職員(看護師)のレベルでは行うこともある。今後の課題として病院全体で対応すべき事項で検討中である。看護外来において、グリーフケアを実施予定。
- ・ 個別に心理的ケアを行うケースはあります。がん相談支援室を利用された方など。
- ・ 死別後の心理的ケアは今後の課題である。
- ・ 死亡後の家族への対応は検討課題で、生前の対応が重要と考えるが現時点で長期の家族への心理的ケアを行う体制の確立は困難である。
- ・ 小児科、NZCUでは死後の家族へのサポートを行っている。しかし、がん患者家族への心理的サポート体制は、リエゾンナースがケースによっては一時的に関与度である。
- ・ 常に看護師が心理ケアを心がけている。明確な体制とは？
- ・ 特になし。
- ・ 内科によって行っているが、実際には各々の症例で対応が異なる。
- ・ 必要性はあっても全ケースに介入するのは難しい項目だと思う。ケアの必要性や、それまでの医療者と家族との関係性にもよると思うので。院内死亡と在宅でのお看取りと合わせて質問されているのでしょうか？また、「適切に」とは、何を基準に適切とすればよろしいのでしょうか？(在宅医療室)
- ・ 病棟により対応は統一されていない。
- ・ 亡くなった後、看護師は遺族への心理面を配慮した声かけや安定した感情で病院を出られるような関わりを行っている。早期のグリーフケアは行なっている。
- ・ 臨床心理士を配置を今年度行ったところであり、今後の業務量等を見ながらこれらにも取り組むこと考えられる。

本調査の質問内容に関するご意見

- 20年4月より病床数変更により20年4月～12月のデータで入力しています。
- 21年度中にがん薬物療法認定 薬剤師1人増員予定
- (1)「9」が具体的に何を求めているかわかりにくい(2)画面でPCで入力できないセルがあります(ボールペンの書きの部分)。
- 「9.平成19年度の年間実施件数」は、がん患者のなかでの実施件数です。
- 「がん診療機能評価項目ver.1.0」及び「基礎データ調査票」については、事務担当のみにて 記入のため、不明の部分有り。リニアック・マイクロトロンのはずについて、リニアックの台数のみで、マイクロトロンは無し。
- 【基礎データ調査票】の項目にある「ホスピスケ認定看護師」というのは「緩和ケア認定看護師」のことでしょうか。達成不可能と思えるような設問がいたるところに出ます。一般的な日本医療機能評価機構の 評価項目は(×)がついたらいけないように設定してあると思っておりますので、この評価票に基づいて評価すると合格する施設はほとんどないようなことにならないでしょうか。診療報酬上の措置と併行して充分考えていただきたい。工夫するだけで達成できる項目と人員増を必要とする項目は少なくとも検討していただきたい。
- 実施・対応状況欄に「整備中」などがあっても良いかと思う。質問に具体性を持たせて(特に人員などマンパワーに関すること)、その施設では何床に対して何人が対応しているかなど、数値を入れるなどの工夫がほしい。
- 質問が曖昧でわかりにくい。
- 質問に対する回答欄がわかりにくい。
- がん薬物療法の治験phase2は、大学病院、がんセンターで行われており、がん診療連携拠点病院といえども依頼がないのが実状です。抗がん剤はphase2が終了した段階で市販されており、市販後の全例調査を治験phase3としてアンケートに書いてよいかが不明です。
- 各項目に評価の考え方が示されると、評価しやすいと思います。
- かなり内容も充実したアンケート調査であり、今後の病院のがん診療機能整備に役立つものと考えているが、いきなり調査依頼があり、かつ締め切りまでの期間が短期間であったため、初回は対応できなかった。このようなアンケートをお願いするというプレアナウンスがあって、それから用紙を送付してくるようになってくれないと、今後とも対応できるかどうか確約できない。
- 診療連携拠点病院の認定を受けてから、このような各種アンケート調査が膨大な量になり、同じような内容であったり、年度調査であったり、年次調査であったり、その都度数字を出すのに苦労する。がん診療 拠点病院としての義務と位置付けるのであれば、あらかじめこのようなアンケートを行う予定があるということ を年度が始まる前に予告しておいてもらったら、対応可能しやすい。
- 外来化学療法については「だいたいクリニック」で実施した件数
- 原発性肝がんはわかりませんが転移性肝がんはわかりません(件数が多すぎて)。
- 院内がん登録では、5年生存率以外は分からない。
- 放射線療法は、件数を記載しました。(延べ人数は算出が難しいため)
- TAE、ラジオ波凝固療法は、19年の数字です。
- 胃がん、乳がん、大腸がん、肺がんは、新規患者数です。手術等の件数や人数の実績については、学会等で種類や統計方法を決めて統一してほしい
- 都道府県がん診療拠点病院、地域がん診療拠点病院など機能別に評価項目が必須要件であること、或いは望ましい要件であることが分かることではないでしょうか
- 特殊病床数は、施設基準をみたくさかどうかに係わらず計上。
- 放射線科医師数には、放射線治療科1名、核医学科1名含む。
- 外来化学療法人数は、延べ人数を計上。
- 放射線療法人数は、平成19年1月から12月の間に放射線治療が開始された患者実人数を計上。
- 一部項目(手術件数など)は、今回調査いたしていません。
- 内容が、がん拠点病院の推薦様式と同様のものであれば調査にかかる負担が軽減されるので検討いただきたい。(同様の内容であっても、対象期間が違えば再調査しなければなりません)
- 調査票に一部保護がかけられているので、以下に回答。
7 医療機器の保有状況 CT2 MRI2 リニアック1
8 年間患者数 外来 207657 外来初診 20234 のべ入院 189920 新規入院 11058 退院 11020 紹介 10141 逆紹介 10335
- 外来化学療法12602件
放射線療法21039件
- 外来化学療法、放射線治療の年間件数は患者実件数で報告いたします。
- 外来化学療法の数字について、進行再発がんに対する化学療法室を使用するの主に点滴による化学療法(狭義の意味の化学療法)、治癒切除後に対する化学療法室を使用しない主に内服による化学療法(補助化学療法)、上記両者をあわせておおよその数字(大腸がんのみ)です。他に乳がんの化学療法も行っていますが、件数は不明です。
- 本件(がん診療機能の客観的・第三者評価標準システム)全般について。がん診療を専門に行う病院と、がん診療連携拠点病院を全て同じ指標で評価することは困難であると思う。病院機能評価(全体の評価)と、今回のような個々の診療に特化した評価体制との位置づけ(関係)及び評価の目的を明確にしたい。
- EMTは何ですか?
肝臓がんTAI144件です
- 5.職員数について。医師数(総数)306.9人、医師4.7人、歯科医師302.2人。研修医(内数)46人、医師0人、歯科医師46人。麻酔科所属医師(内数)12人、医師1人、歯科医師11人。※病理診断(内数)0人。※放射線科所属医師(内数)13人、医師0人、歯科医師13人。基礎データが入力できない。7.医療機器の保有状況。8.平成19年度の年間患者数。
- 6.がん性疼痛認定看護師はカウントしているが、緩和ケア認定看護師はカウントしないのか。緩和ケア認定看護師は1名いる。8.平成19年度の年間患者数 すべての疾患を対象にしているのか、がんのみを対象にしているのか。表はすべての疾患を対象にした数値です。9.平成19年度の年間実施件数 EMT・ポリペクトミーの集計数値は、ESDも加算した全ての内視鏡手術件数を表記した。EMT・ポリペクトミーという単語は使わず、単に内視鏡手術とした方がよいと考える。
- 7.8. プロテクトがかかっている記載できませんでしたので、この欄に記載させていただきます。
- 7.医療機器の保有状況(平成20年10月1日時点) CT 1台 粒子線治療機器 無 MRI 1台 小線源治療機器 無 PET 0台 リニアック・マイクロトロン 0台 乳房軟線撮影装置 1台 ガンマナイフ 0台 ガンマカメラ 1台 遠隔画像診断機器 有
8.平成19年度の年間患者数 外来患者 117,748人 他の医療機関へ紹介した患者数 3,110人 外来初診患者 21,711人 他の医療機関から紹介された患者数 3,445人 のべ入院患者 67,093人 新規入院患者 4,538人 退院患者 4,528人
9.EMTはEMRのことでしょうか?
- 7.医療機器の保有状況。PET1台及び乳房軟線撮影装置2台は隣接している同一法人のクリニックに設置。
- 8.平成19年度の年間実施件数。項目の定義を示して頂けると助かります(解釈や初回治療のみか再発を含むかなど)。
- 7.医療機器の保有状況(2ページ目)に入力不可能でしたので、こちらに記載いたします。
CT 2台 粒子線治療機器 無 MRI 2台 小線源治療機器 有 PET 1台 リニアック・マイクロトロン 2台 乳房軟線撮影装置 1台 ガンマナイフ 0台 ガンマカメラ 2台 遠隔画像診断機器 有
8.平成19年度の年間患者数(2ページ目)に入力不可能でしたので、こちらに記載いたします。
外来患者 254,985人 外来初診患者 15,332人 のべ入院患者 198,452人 新規入院患者 9,222人 退院患者 9,209人 他の医療機関へ紹介した患者数 7,530人 他の医療機関から紹介された患者数 8,155人
- 7.入力できず
CT 2台 粒子線治療機器 0台 MRI 1台 小線源治療機器 0台 PET 0台 リニアック・マイクロトロン 1台 乳房軟線撮影装置 1台 ガンマナイフ 0台 ガンマカメラ 0台 遠隔画像診断機器 有
8.入力できず
外来患者 333885人 外来初診患者 25710人 のべ入院患者 122248人 新規入院患者 4487人 退院患者 8901人 他の医療機関へ 紹介した患者 6247人 他の医療機関から 紹介された患者 7794人

本調査の質問内容に関するご意見

- 7以降の部分に関して、セルが保護されている為入力できませんでした。
- 7医療機器の保有状況、8年間患者数のセルがロックされており入力できません。
CT 2台 MRI 1台 乳房軟線撮影装置 2台 ガンマカメラ 1台 マイクロトン 1台
外来患者 145568人 外来初診患者 9513人 のべ入院患者 96451人 新規入院患者 5467人 退院患者 5455人 紹介した患者 3576人 紹介された患者 5553人
- 8平成19年度の年間患者数 9平成19年度の年間実施件数 は平成19年の数で回答しております。また、9平成19年度の年間実施件数の【外来化学療法】と【放射線療法】はのべ人数で回答しております。
- 9平成19年度の外来化学療法の年間実施件数について・・・外来化学療法への患者数 9平成19年度の放射線療法の年間実施件数について・・・平成19年4月～平成20年3月に治療が開始された患者実人数(新患+再患) 本院では、腹膜転移に対して持続温熱腹膜灌流療法(CHPP)や手術治療・放射線治療・温熱療法・抗癌剤治療を組み合わせた集学的治療をおこなっています。なお、今後のアンケートの調査内容は、これらの治療に関することもアンケートの項目にしていだけばと思います。
- 9平成19年度の年間実施件数については、がん診療データベースが十分でないため、今回は未回答とさせていただきます。
- 9平成19年度の年間実施件数は、平成19年1月から12月のデータで、手術については入院のみ(再発含む)を計上しています。
- 9がんの実施件数については、Kコードで調査してください。
- CT 3 粒子線 無 MRI 2 小線源 有 PET 1 リニアック 1 乳房 1 ガンマナイフ 0 ガンマ 1 遠隔 無
外来 305463 外来初診 38955 のべ入院 126229 新規入院 8664 退院 8632 他へ紹介 13017 他から紹介 9868
- H20年10月1日時点のデータはがん診療連携拠点病院の中間報告として提出しているのを参照されたいため、設問には病院の規模により体制が異なるため回答しづらいものが多いです。
- がんに関する設問がそうでないのか判断しにくい箇所があった。
- がんの年間実施件数だが手術件数だけよいか？がん患者数はいらぬのか？
この件数は新がん患者ではなく全てのがん患者に対して施行した件数でよいか？
年間患者数はがん患者数を言っているのか？
(がん患者数ではなく当院全体の数字を出しました)
外来化学療法については外来化学療法加算算定人数です。
- データ遅くなり申し訳ございません。7・8項目についてはロックがかかっていて入力できません。
7 CT 1台 MRI 1台
8 外来患者 81860 外来初診患者 1340 のべ入院患者 95124 新規入院患者 2049 退院患者 2063 他医療機関へ紹介 (19年7月より統計開始) 615 他医療機関から紹介 (19年7月より統計開始) 1895
- なし
- ホスピスケア認定看護師は旧名称であり、緩和ケア認定看護師としていただきたい。
- ポリペクトミーは内視鏡的大腸ポリープ切除術(K721-2)は入るのか？大腸がんの中の項目の一つなので、今回はK721内視鏡的結腸ポリープ・粘膜炎切除術の1早期悪性腫瘍粘膜炎切除術の数を回答した。
- 胃がん/EMR→145件
- 下記の書き込みができませんでしたので別途記載しました。
8平成19年度の年間患者数 外来患者 161,789人 診断機器 放射線治療機器 外来初診患者 28,428人 CT 2台 粒子線治療機器 無 MRI 1台 小線源治療機器 無 PET 0台 リニアック・マイクロトン 1台 乳房軟線撮影装置 2台 ガンマカメラ 1台 遠隔画像診断機器 無
のべ入院患者 108,249人 新規入院患者 6,274人 退院患者 6,253人 他の医療機関へ紹介した患者数 4,518人 他の医療機関から 紹介された患者数 4,537人
- 9大腸がんは直腸がんを含めて良いのか不明。(今回は含めて47件)外来化学療法、放射線療法、TAE、ラジオ波等の件数は 実数(実人数)か延べ数なのか明確でない。今回は放射線治療のみ実人数とした。ポリペクトミーの結果悪性率のみ記入 するの、結果としてアデノマの場合は件数として
- 外来化学療法、放射線療法の年間件数は延べ件数。 EMT=EMRの実施件数
- 外来化学療法について、外来化学療法加算を算定している人数は0人ですが、別に加算を算定してなくても化学療法は行っています。しかし、人数の抽出はできませんでした。手術の術式は診療報酬請求の術式コードを併用していただければと思います。今回は術式で算定しましたが、病名と術式でクロス集計はできないので電子カルテやがん登録をしていない病院にとっては、抽出しにくいデータと考えます。今回は術式で算定しましたが、病名と術式でクロス集計はできないので電子カルテやがん登録をしていない病院にとっては、抽出しにくいデータと考えます。
- 外来化学療法は延人数、放射線療法は実人数である。
- 基礎データの9.19年度の実施件数中、EMR及びポリペクトミーにつきましては、入院のみの件数です。
- 基礎データ調査票の7、8の入力欄に入力が出来ない。
- 急ぎましたので統計数に誤差があるかもしれません。
- 件数、人数については、定義を明確にしようがよいと思います。(実、延、一連など)
- 件数カウント時の定義がわかりづらい 例えば、ESD後、胃切除の場合、それぞれにカウントするの、実施件数は初発と再発も含んだ全件数なのか、今回の回答内容については、がん拠点推薦様式に全て回答してあるので、そちらを参考にさせていただきたい
- 質問の中で基準が明確になっている「取り組みがなされる」など、何を基準として「○」と答えているのかわかりにくいものがありましたので、基準を提示していただくと全国で同じ基準にそった統計が取れると思います。また、○×不明では正確な回答にならないものもありましたので、質問に答えられる解答欄を作っていただければと思います。
- 質問項目が多過ぎる。必要最小限の項目に絞り込むべき。医師・看護師に過重な事務的負担を与えるような評価方法を見直すべき。医療者が診療や看護にもっと専念できるよう工夫すべき。
- 質問内容とは別に、評価項目表を用いて実施状況を回答するには、回答欄の問題もあり(一部実施している場合など、どう回答していいのかわかりにくい)、各部署より問い合わせが多くありました。また、セルの設定にも不備があり、回答に手間取りました。
- 手術は術式を診療報酬点数表のKコードで指定し頂ければ分かりやすいと思います。放射線治療は通常1人で20回以上施行。稼働状況などを把握するにはのべ人数になります。
- 手術等については術式、診療報酬点数表の解釈コード、病名分類コード等を明示して戴ければよいと思います。
- 上記、患者数のうち放射線治療件数については、機器更新のため、平成19年11月～平成20年3月は治療を行って
- 上記9の様な質問の場合は、算出条件等を具体的に示された方がよいと思います。例えば、実人数なのか？延人数なのか？含む手技、含まない手技、臨床件数をカウントする場合と、医師請求件数をカウントする場合など。各医療機関における資料作成者の間において、解釈の相違が発生すると思われる。また、全体的では、項目内容によっては、がん診療連携拠点病院でもクリア不可能な、専門的かつ高度なものがあり、一般的な病院での評価レベルを超えているものがあると思います。
- 設問7、8が入力不能なのでこの欄に記載します
CT2台 MRI1台 PET1台 乳房軟線1台 ガンマカメラ1台 遠隔画像診断 無 粒子線治療機 無し 小線源 無し リニアック 1台 ガンマナイフ 無し
外来患者 120473人 外来初診患者 24085人 のべ入院患者 134079人 新規入院患者 7969人 退院患者 7921人 他の医療機関へ紹介 7921人 他の医療機関から紹介 8678人
- 設問が○×不明となっており、部分的に満たしているような回答ができなく概ねの項目が○と回答した。各病院の地域性・特徴もあり、がん専門病院であっても、患者全ての治療などを行うことは不可能であるため、×と回答した項目もある。取り組んでいない設問がよかったのではないかと。
- 単科大学で口腔癌治療を行って実績を上げていますが、癌診療機能で必要な施設基準を明確にしたいと思います。本調査においても口腔癌の特殊性がみうけられず残念です。
- 地方の中病院で前述の設備や体制を整えるにはあまりにも費用がかかる(全く採算性を度外視して病院は成立しない)
- 注)手術件数に関しては医科点数表の解釈により悪性腫瘍手術に基づくもの、また外来化学療法の実人数は外来化学療法加算算定件数によるものであり、調査の内容について質問を具体的な例をあげて下さい。「帰宅前に休める場所」として抽象的表現ではイメージがわかりません。がんセンターと違って一般病院では他疾患・救急にも対応している、しかも黒字を出す必要があります。そのあたりを考慮して質問して下さい
- 当院は歯科大学附属病院であり、口腔癌のみとり扱っています。単科病院であるため本アンケートで正確に記入出来る事項は少ない。
- 当院は胆道、膵がん等の症例が多い。5大がんのみならず、悪性腫瘍治療例の全体数も調査する方がよいのでは。

本調査の質問内容に関するご意見

- ・当施設は歯学部附属病院であり、歯科医師によるがん治療を行っているが医師との指定のため実数表示となっていない、がん治療は口腔外科医が担当しており、口腔外科医は10名、麻酔は歯科麻酔が担当し13名が適時担当する。画像は歯科放射線の5名の歯科医師が麻酔と同様に対応する。
- ・当病院は、がん治療専門病院ではなく、かつ、発現頻度の少ない口腔がんのみを対象に治療を行っているため、大半の質問に該当しない、若しくは関連する機能がなく不明と回答している。しかし、口腔がんに対しては近隣施設と連携しながら治療成績向上とQOL向上をめざして治療を行っている。
- ・平成19年1月～12月の患者数である。肝切除術の内訳は原発肝臓癌に対して7件、転移性肝臓癌に対して10件、合計17件。放射線療法は患者実人数(新患+再患)を記入。外来化学療法は3189件(1来院1件と計算)であった。
- ・平成19年度の年間実施件数で「外来での実施を含むもの」、「外来化学療法件数」には分離している外来診療部門、附属外来 センター実施件数も含み放射線療法は、●●者として記載(新規位置決め)
- ・本調査の回答にあたって、判断に迷う項目が多く、具体的な判断基準を明記するべきだと思われる。
- ・本調査項目を安定的に満たすのは困難に思われました。
- ・毎年行う「がん診療拠点病院現況報告」では1年の捉え方を1～12月としており、本調査は年度(4～翌年3月)となっている ことから業務や事務の煩雑さもあり、統一されることを望む。
- ・網膜下層はくり術ESD 105