

資料 3-4. ヒアリング調査議事概要

「がん診療機能評価項目体系案」に関するヒアリング調査 議事概要

(会議概要)

- 期日・場所：平成 21 年 3 月 6 日（金）13:00～15:10 大会議室
- 出席者：（ヒアリング対象病院）
 - 岡山済生会総合病院・副院長 木村 秀幸
 - 神奈川県立がんセンター・副院長 丸田 孝郎
 - 神奈川県立がんセンター・企画情報部長 野田 和正
 - 岐阜市民病院・外来化学療法部長 樫塚 登美男
 - 岐阜市民病院・がん診療支援部室長 菅沼 省二
 - 静岡県立静岡がんセンター・総長 山口 建
 - 市立砺波総合病院・内科・血液内科部長 又野 禎也
 - （班員）今中雄一、加藤裕久、河北博文（14:20 途中退室）
 - （研究協力者）若尾文彦
 - （事務局）菅原浩幸、横山 玲（議事概要作成）、阿部吉樹、日下部智子、山口滝太
- 趣旨：評価項目体系案をより一層充実させるため、「がん資料機能評価項目体系案」について、各病院で実際にがん診療に中心となって携わっていらっしゃる先生方に忌憚のないご意見をお伺いする。

1. 研究の経緯について（今中理事）

- 平成 17 年度の単年度特別研究に引き続き、がん診療機能に関して、第三者評価または自己評価で使用できる評価項目の策定を目的として 18 年度より三ヵ年の研究を行っている。
 - 拠点病院の評価にも一部項目を利用可能

2. 評価項目体系案に関するヒアリング

(1) A 病院

(拠点病院構想について)

- 「拠点病院とはどのようなものであるべきか」について、2002 年ごろから委員会で検討を行った。全がん協（全国がん（成人病）センター協議会）とのかねあいもあり、きわ

- めて高度な診療機能を持つ都道府県拠点病院と、がん診療に関して最低ラインをクリアした二次医療圏ごとの地域拠点病院を置くこととなった。
- 全がん協以外の病院では拠点病院の手続きは難しいため、A病院でマニュアルを作成した。
 - 拠点病院の基準が徐々に厳しくなっている。これは、当初拠点病院になるメリットが少なかったため、基準をゆるくして拠点病院を増やそうとしたためである。
 - 緩和ケアについては緩和医療学会の基準があり、これとの整合性を取ってほしい。

(評価項目体系案について)

- 本質をどこまで見ているか。(日本医療機能評価機構が行うにすれば) 表面的にすぎる。同じようなアンケートは他にも多い。もう一步踏み込んだ内容としてほしい。
- 中小の病院にとっては、アンケート・評価ごとにあれこれ調べるのは負担が大きくなる。厚生労働省やがん対策情報センター等と協力して一本化してほしい。
- 「満たすべき要件」の表現が難しい。今回の評価項目体系をGold Standardとするのであれば、どこまで満たしていればよいのかが誤解なくわかる表現にするべきである。

(2) B病院

(B病院について)

- 総病床数 553 床の一般総合病院である。うち、緩和ケア病床 230 床であり、がん患者数は年間 13,000 入院中 3,700 件である。死亡者数は全体で 650 例/年、がん死亡は 400 例、そのうち緩和ケア病棟で亡くなるのは 160 人程度である。

(評価項目体系案について)

- がん専門病院ではないため、満たしにくい設問があった。人的配置はかろうじて実現しているが、専門看護師・専門薬剤師・医学物理士等の配置はまだである。
- 評価の際、「○・×・不明」の解釈がわからず、迷った。
- 「専属」の意味がわかりづらい。「専従」と考えてよいか。
- 「患者および家族」等、「および」があると両方に対して行っているべきとの内容と思うが、実際には患者に対してのみ対応している等の状況がある。
- 病院として在宅医療を実施してはいるが、「がん患者に対して」と限定して実施しているわけではない場合、評価の記載がしづらい(○・×・不明のどれにつけていいかわからない)。

- 家族（遺族）へのケアについては、講習会を実施している段階であり、一般病棟ではまだである。
- 「専従・専任」については、必ずしも専従のほうがよいとは思わない。技師等については、ミスの防止・分担等の観点から、複数の専任を置くこととしている。表現を考えてほしい。

(3) C 病院

(C 病院について)

- 415 床のがん専門病院である。緩和ケア病床は 17 床、外来化学療法部門は 24 床あり、1 日 6-80 件、月 1000 件程度の稼働率である。
- 専門病棟のため、他の疾患への対応が難しい状況である。たとえば、循環器専門医はいるが、糖尿病専門医・精神科医が常勤ではないため、緩和ケアチームの要件を満たせない。
- 電話相談は月に 100-200 件程度受けている。

(評価項目体系案について)

- 拠点病院の基準と保険の基準に差がある点に苦慮している。
- 院外処方を増やした結果、薬剤師数を減らしてしまったため、注射薬の混合等を満たすのが難しくなってしまった（薬剤師数については現在再度増やして対応している）。
- 日本医療機能評価機構のいわゆる病院機能評価の項目と重なる点があり、答えるのに困った。
- 専従・専任の解釈については、非常勤専従が認められるか等を含め、非常にわかりづらく、判断しづらい。
- 評価項目自体のスタンスとして、「統合版評価項目+がん」という位置づけなのか、がん診療に関する評価は単独で行うのか。
- 現在は 450 例の全死亡に対して 200 例程度を緩和ケア部門が担当しているが、10 年後、20 年後を考えると地域連携せざるを得ない。そのための研修を行う必要がある。

(4) D 病院

(D 病院について)

- 連携拠点病院である。560 床の総合病院であり、精神科病棟もある。緩和ケアについては、チームはあるが病棟はない。外来での緩和ケア充実にむけてははじめたところである。

(評価項目体系案について)

- 「がん診療施設としての病院の基本方針が明示されている」等、抽象的な文言があり、判断に迷った。インターネット上に示してあればよいのか、病院理念として文書化されていればよいのか。何をもち「周知」とするか等の指針があるとよい。
- 今回の自己評価（実施状況調査）を行うことで、がん診療の弱点はわかってきた。放射線技師の専従、リハビリテーションについては、救急もある総合病院であり、がん以外にも対応しているため、がんに特化して実施しているわけではない。
- 評価項目体系の対象をどこにするのか。がん専門病院と一般病院（総合病院）では状況がかなり異なる。病院のタイプ別に別立てで作ったほうがよいのではないかと。

(5) F 病院

(F 病院について)

- F 県西南地域（人口 10 万人）の中核的総合病院であるが、高齢化が進んでおり、また、医師の確保が非常に厳しい。
- 僻地医療、急性期対応、検診、在宅医療等を一手に引き受けている（市内に 1 つしかない）。
- 内科部長・救急・外来化学療法部長等、一人の医師が複数の職務を兼務している状況である。

(評価項目体系案について)

- どの程度を目指す均てん化なのか。病院によって区分を明確にしてほしい。自院にない機能については他病院と連携できるよう、上（行政）からの働きかけがほしい。
- 高齢者への告知については、「先生にお任せします」「私にはわからないので若い者（= 家族）に話してくれ」等の状況があり、希望をどこまで汲むかががん告知に関する評価項目の判断が変わってくる。
- がん診療の研究は日進月歩で更新されており、情報をどのように得るか、どのように管理・利用するか、が大きな課題となっている。厚生労働省・国立がんセンター・各学会等、よりどころとなる情報を提供してほしい。診療ガイドラインの活用、最新情報の入手法、許可されていない薬の使用等について目安がほしい。
- 看護師・薬剤師・放射線技師等の認定制度については、人的余裕がないため、1 年間に 1 人が研修に行つて資格を取るのが精一杯である。研修を受けるための試験がある等、資

格を取得しづらい状況にある。国立がんセンターでの研修に限らず、他の研修も同等とみなす等、もう少し資格を取得しやすくする必要があるのではないかと。

- 評価項目の文言が抽象的であり、判断・評価に迷った（例：プライバシーが守られる、化学療法後に休息できる場所、等）。基準や指針がほしい。
- 拠点病院の整備指針・厚生労働省の通達との不一致があつて混乱したので、一本化してほしい。今回の評価項目を満たしておけば拠点病院の審査がOKになる、等だとよい。

（評価機構 / 研究班の立場から）

- a・b・cまたは5段階評価にすることも考えたが、シンプルにしようとした結果「×」と「NA」の位置づけがわかりづらくなってしまった。配慮が足りなかった。
- 評価機構としては、医療機能評価における付加機能のような位置づけにしたほうがよかったかもしれない。不明確だった。
- 拠点病院の基準等との文言の整合性については、ご迷惑をおかけして申し訳なかった。
- 緩和ケアの家族の扱い、高齢者に対する告知等の問題をどのように項目に入れていくかは、今後の課題として今年度の報告書では注意事項として付記しておくこととしたい。
- A病院先生からご指摘いただいた「本質をどこまで見るか」については、難しい問題であり、手が回らなかった。次につなげていきたい。
- 項目数が膨大になってしまったが、レジメン管理等については以前同じような調査を実施したときと比較して「○」が増えてきている。
- 病棟薬剤師、外来薬剤師については「現時点ではできていない」という趣旨のコメントをたくさんいただいた。「コメディカルが職能を発揮できる体制作り」として今後の課題としていきたい。
- 「どこまでやっていいかわからない」というご意見をいただいたが、今回の項目はかなり理想的な内容である。「現状がどこまで達しているか」を調査した上でどこまで満たすべきかが示せるのではないかと思う。
- 拠点病院の基準は最低限の基準であり、実態はわからない。

3. 意見交換

- この項目を今後どのように使用するかは未定であるため、「完成版」とはしない。整備指針の内容・文言を反映するように整理していきたい。（研究班員）

- アンケート（がん専門医の意見）が機能評価として妥当か。均てん化を目指すのであれば、国立がんセンター等の専門病院（年間がん患者1万人）ではなく、「年間800-1,200人がん患者を診る病院がどうするべきか」の方が主軸になるのではないか。今の評価項目は専門病院向けの項目であり、項目の作成法という点で報告書の考察の部分に入れてほしい。
- 拠点病院について、「Aランク・Bランク・Cランクのようにランクわけをしてほしい」と主張している。「拠点病院」と言ってしまうと、国立がんセンター中央病院も地域の拠点病院も同じ機能という前提で患者さんは捉えてしまう。二次医療圏にある拠点病院全てが放射線治療をしっかりとやる必要があるのか。大きい病院で集約してやればいいのではないか。一方で、相談や緩和ケアについては全拠点病院に備わってほしいと思う。以上のことから、病院の区別をつけたほうが良いと思う。
- 「統合版医療機能評価」と「均てん化」の扱いについて、国立がんセンターも地方の病院も同等に扱うのか、ランク付けをしてそれぞれ評価するべきか、という議論を報告書に入れてほしい。
- 整備指針とまったく別だと一般の病院にはストレスになる。「拠点病院の整備指針があり、その上にプラスアルファとして評価項目がある」という位置づけにしないと非常に困る。評価項目を作ってもやる気がしないし、自己評価に利用されない。
 - 拠点病院の整備指針が頻繁に改定されるのも問題である。
 - 今回は、がん対策基本計画ができたために特に短い期間での改訂となったが、本来はもう少し長い間隔になる予定である。（研究班員）
 - 厚労省・がん対策室があまりにも頻繁に基準を変えすぎるということを地方は思っている。人材規定があるのであれば、5-10年の間隔でやっとならして育てて指針に合わせる、という形にしないと間に合わない。
 - 「～専門医・看護師・薬剤師」等については、「その資格を持っていること」というのではなく、「同等の知識・経験を有する」「～年以上の経験を有する」等、ゆるやかな基準にしてほしい。文言の読み方・解釈がわかりやすすくないといけない。
 - 「専門性を有する」とするとイコール専門医とってしまう。10年後、20年後は「専門医」でもいいが、今は有資格者がいないのに要求されていて矛盾が大きい。
 - 拠点病院のランクわけについては、全がん協レベルと一般の拠点病院を分け

てもよいのかもしれない。

- このアンケート調査の回答だけでものごとを判断してはいけない。自信があるところしか回答していないはずである。バイアスがあることは気をつけなければいけない。
- 告知や治療方法の説明に関する「患者および家族」については、生命倫理の観点からは家族に説明するべきではないことになっている。表現に注意が必要である。
- 緩和ケアは病院機能評価の認定が診療報酬の要件のひとつになっている。同様に、この評価項目についても診療報酬との関連を整理していく必要がある。整備指針+自己評価で診療報酬が取れるとなれば大いに利用されるだろうが、そうでなければあまり使われないのではないか。
- 病院機能評価と関連させてしまうと、医療機関のみが対象となってしまうが、地域連携を考えると診療所等も対象としたほうがよいのではないか。
- 病院の現場を知っている評価項目でないと机上の空論となってしまう意味がない。今の項目は医療現場を知らない人または高度専門医療機関の人のアンケートである。本来は、900病院のうちの850の現場をしっかりと知ったアンケートでなければいけない。
- 評価票について、大きな項目と小さな項目のインデントがなく、文字のサイズも同じだったため、どの内容がどこまでかかってくるのがわかりづらかった。レイアウト・表記の工夫がほしい。
- 基礎データ調査票のポリペクトミーの扱いなど、病院によってかなり数にばらつきが出ている。(自院の実施件数について) 多いほうから1割くらいかと思ったが、速報版のデータを見ると真ん中くらいになっている。良性のポリープ切除を含む件数を回答している病院もあるのではないか。
 - 数字で回答する項目について、解釈がぶれないように工夫する。(研究班員)
- がん専門病院でなくても、拠点病院であれば病院の基本方針にがんに関する文言があったほうがよいのか。
 - 「拠点病院やそれに準ずる機能を目指す病院であれば、がん診療に対する役割・機能に関する意識が明確にもたれているだろう」という意図で項目に入れた。どこまでを要求するかが見えにくくなっている点は課題である。(研究班員)
 - がん専門病院を念頭に置いた項目である。「病院の理念にがん診療のあり方

が明示されている」くらいでない」と一般病院には厳しいのかもしれない。

- 今回の項目は、全国に 10 病院程度の高度がん専門医療機関用の項目になってしまっている。Ver. 1.2 等を策定するのであれば、高度がん専門医療機関以外の 900 病院用のベーシックな項目を作って、そこに高度がん専門機関の「将来の目標」を加えると完璧なものになるのではないか。

- 今回の評価項目はかなり理想的な内容である。こういったものを目指していくのはいいが、現実には厳しい。病院の格差・温度差もある。理想はよくわかったが、均てん化を目的にするのであればもう少しマイルドにしてほしい。
- 化学療法の「専任」については、われわれの病院の場合は化学療法を毎日実施しているわけではない。特定の人を専任としているわけではないが、必要なときにはいつでも実施できる体制にあること、を念頭に、病院長の判断で 5 年以上の経験がある人全員を専任とみなして回答したことがある。
- がん拠点病院の要件についても、病院間の比較ではなく、個々の病院が要件を満たしているかということになるはずだが、比較したときに、人数に差が出てしまうのは問題ではないか。
- この項目をどのように使っていくのか。指針に近くしていくのであれば、病院の機能に応じた内容になっていくとありがたい。
- 「ダブルチェック」という表現があちこちに出てくるが、誰と誰がダブルチェックすればよいのか。薬剤のバーコード読み取りと看護師の目視、登録されたレジメンとのチェックを一段階目としてよいのか。必ずドクター・薬剤師・看護師の二人でチェック、となりがちであるため、そのあたりが規定されているとよい。
- 別の角度から問題点が見えたことについてはありがたかった。拠点病院の概況報告と合わせて考えていきたい。(研究班員)
- 整備指針を基本として、病院規模や専門性で分けて項目を作ることが大事ということを意識していきたい。(研究班員)
- 言葉の解釈であいまいになるようではいけない。読み手によって評価が揺らがない文言にしないといけないと感じた。(研究班員)

以上

資料 3-5. 対がん協会主催研究成果
発表会資料

医療機関がん診療機能の客観的・ 第三者評価標準システムに関する 開発研究

財団法人日本医療機能評価機構
理事長 坪井 栄孝(主任研究者)
執行理事 今中 雄一

■本研究の背景および目的

がん治療専門施設へのアクセスや診療機能の質には、大きなバラツキが存在する。

→ がん医療機能の均てん化のためには、医療機関レベル・地域レベルで診療機能の評価するシステムが必要。

→ がん診療施設の機能評価に関する客観的評価のシステムを確立し、将来的には、がん医療機能の均てん化に役立てる。

■がん診療機能評価項目体系の意義

・がん診療に注力している病院を、施設ごとにベンチマークすることにより、運営の向上に役立てる

・がん診療機能の充実度・分布状況を都道府県ごとにベンチマークし、施策の向上に役立てる

■がん診療機能評価項目体系の対象

- ・都道府県がん診療連携拠点病院
- ・地域がん診療連携拠点病院
- ・上記以外の、がん診療に注力している病院
(例：管理型臨床研修病院等)

■本研究の経緯

平成17年度(前段階)：単年度特別研究

- 「がん診療施設の機能評価基準策定とがん診療施設の機能調査」
- がん診療の評価指標体系を作成し、がん診療機能の実態調査を実施



平成18年度(1年目)

- 平成17年度に実施した実態調査につき、詳細な解析を実施
- 抗がん剤治療を中心としたがん診療機能評価指標を標準の手順に基づいて作成



平成19年度(2年目)

- 放射線治療・病理診断・緩和ケア・化学療法を中心に、がん診療機能評価指標を作成
- がん診療施設5施設でのヒアリング調査：がん診療機能の実態を把握し、評価体系の妥当性をより客観的に検証

■今年度の研究内容

2019.01.21
財団法人がん協会がん臨床研究
研究成果発表会

- (1) がん診療機能評価項目体系案の改定
平成18年度、19年度の研究成果を踏まえて
評価項目を改定した。
- (2) アンケート調査の実施
改訂版評価項目に関するアンケート調査を
実施する。
- (3) ヒアリング調査の実施
アンケート調査に協力いただいた施設を対象に
ヒアリング調査を実施する。

■今年度の研究(1) 評価項目体系案の改定

2019.01.21
財団法人がん協会がん臨床研究
研究成果発表会

平成17年度実施の実態調査(後述)、平成19年度
のヒアリング調査の結果を踏まえ、平成19年度に
策定した評価項目体系案を改定し、Ver.1.0とした。

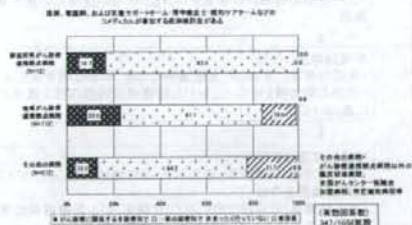
【今年度の重点項目(順不同)】

がん診療機能、チーム医療の実施、薬剤部門、
リハビリテーション機能、緩和ケアおよび患者・家
族のサポート、がん登録、遺伝的がんの患者・家
族へのケア
(下線部の項目について以下に例示)

【がん診療機能評価項目体系案の改定】

2019.01.21
財団法人がん協会がん臨床研究
研究成果発表会

34. 医師、看護師、および栄養サポートチーム・理学療法士・緩和 ケアチームなどのコメディカルが参加する症例検討会がある



【がん診療機能評価項目体系案の改定】

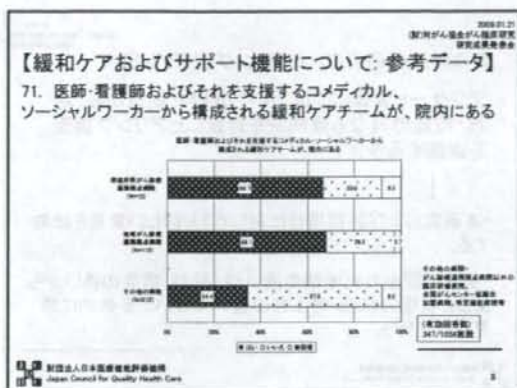
2019.01.21
財団法人がん協会がん臨床研究
研究成果発表会

- 3.2.1 多職種・多診療科が参加した症例検討会が行われている
- 3.2.1-1) 診断医(放射線・内視鏡) 腫瘍内科医・腫瘍外科医・放射線治療医などを
始めとする多診療科の医師とコメディカルが参加する症例検討会や委員会を
開催している、あるいは何らかの形で意見交換がなされている

H19年度版

- 5.1.1.1 多職種・多診療科が参加したがん診療機能評価項目が行われている
 - 1) 画像診断部門のスタッフががん診療機能評価項目に参加している
 - 2) がん診療機能評価項目が継続的に開催されている
- 5.1.1.2 がん診療機能評価項目の記録が整備されている
- 5.1.1.3 がん診療機能評価項目のあるいは検討会の責任者の役割が明確に示され、最適な診療方針が決定され、かつ実行されている
- 5.1.1.4 がん診療機能評価項目は、がん診療機能評価項目開催の頻度と進行を毎年見直ししている

H20年度版



2008.01.21
【緩和ケアおよびサポート機能について】

5.8 緩和ケアおよびサポート機能

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 担当医、看護師、精神科医、ソーシャルワーカーや臨床心理士などの多職種によるサポートプログラムがある

5.8.4.2 心理療法、サポートグループ、リラクゼーション訓練、気分転換・運動のような自己マネジメント、患者同士が話し合える機会の設定などに取り組んでいる、あるいは取り組む予定がある

5.8.4.3 上記が満たされていない場合には、院内で連携がとれる心理職が確保されている

5.8.4.4 院内の患者会、患者同士の交流会あるいは患者・家族を対象とした勉強会を行っている

5.8.4.5 多職種による患者教育が継続的に行われている

H20年度版

10
財団法人日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2008.01.21
■今年度の研究(2) アンケート調査の実施

評価項目体系案Ver.1.0を用いてアンケート調査を実施し、評価項目案に対する意見および各施設における実施・対応状況を調査した。

【アンケート調査でわかること】

- ・項目の妥当性: 地域、病院の機能・役割による項目への意見の差を収集
- ・各施設における実施状況の把握(ベンチマーク)

11
財団法人日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2008.01.21
【アンケート調査: 対象病院】

・都道府県がん診療連携拠点病院 ^{*1}	49病院
・地域がん診療連携拠点病院	304病院
・国立高度専門医療センター	9病院
・大学病院	169病院
・特定機能病院	81病院
・都道府県指定がん拠点病院	20病院
・医師臨床研修病院	730病院
計	922病院(重複を除く)

^{*1}: 国立がんセンター中央病院、
国立がんセンター東病院を含む

12
財団法人日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2019.01.21
財団がん協会がん臨床研究
研究成果発表会

【アンケート調査: アンケート用紙例】

**実施・対応状況
ご回答欄**

18.4 調査・実施に関する施設や部門ごとの実施状況が確認されている

18.4.1 担当医、看護師、放射科医、ソーシャルワーカーの協力が得られたり、多職種によるサブグループが立ち上がる

18.4.2 心療療法、サポートグループ、リハビリテーション、患者指導、運動および食生活のサポート、患者同士が話し合える機会が豊富に設けられている、あるいは定期的に実施されている

18.4.3 上記が満たされていない場合には、院内に連携がとれる体制が構築されている

ご回答欄
D・不明
O・不明
O・不明

「上記の評価項目に対してご意見を記載してください」

**項目内容・表現に関する
ご意見(自由記載欄)**

13

財団法人日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2019.01.21
財団がん協会がん臨床研究
研究成果発表会

■今年度の研究(3) ヒアリング調査(予定)

アンケート調査にご協力いただいた施設から、地域・機能の異なる数病院を対象にヒアリング調査を実施する予定。

↓

- ・本研究および評価項目に対してより詳しい意見を聴取する。
- ・病院の置かれた地域の違いや、役割・機能の違いから生じる現場の状況・考え方の違いについて多角的に意見交換を行う。

14

財団法人日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2019.01.21
財団がん協会がん臨床研究
研究成果発表会

■まとめ

- ・本研究で策定された「がん診療機能評価項目体系」を用いて、がん診療に注力している施設のがん診療機能を評価することにより、各施設の現況および位置づけを、施設レベルで把握することが可能となる。
- ・「がん診療機能評価項目体系」を用いてがん診療機能を評価することにより、がん診療機能の充実度を都道府県・地域レベルで把握することが可能になり、施策に活用することが可能となる。
- ・以上より、本研究の成果は、全国のがん診療の均てん化および標準的で質の高いがん診療の普及に有用である。

15

財団法人日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care

2019.01.21
財団がん協会がん臨床研究
研究成果発表会

ヒアリング調査結果の概要

ヒアリング調査は、アンケート調査にご協力いただいた施設から、地域・機能の異なる数病院を対象に行われました。調査結果は、施設ごとの現況や課題を把握し、今後の改善に向けた取り組みを支援する目的で行われます。

16

財団法人日本医療機能評価機構
Japan Council for Quality Health Care