

伊那中央病院 機能評価実施記録（質疑応答）

◇ 開催日時及び場所

平成 29 年 12 月 18 日（月）午後 2 時から 2 階講堂

◇ 長野県がん診療連携拠点病院整備検討委員会 出席委員

本田 孝行、金子 源吾、長谷部 優、梶川 昌二、小岩井 慶一郎、小林 光、横川 史穂子、野村 昌利

◇ 欠席委員

岡田 啓治、小口 壽夫、山本 亮

◇ 機能評価対象施設に所属する委員（病院側として出席）

なし

◇ 事務局

保健・疾病対策課長 西垣 明子、がん・疾病対策係長 徳武 義幸、がん・疾病対策係 伊藤 和也

◆ 司 会

開始を宣言、日程・注意事項の説明、委員紹介

◆ 委員長挨拶

◆ 伊那中央病院による概況説明（笹尾副院長）

◆ 施設内視察

◆ 質 疑（発言者 ◎：長野県がん診療連携拠点病院整備検討委員会委員 □：伊那中央病院）

◎ 野村委員（事前質問）

地域拠点病院にも緩和ケアセンターの設置が不可欠と考えていますが、緩和ケアセンター設置に対してどのようにお考えでしょうか。また、現在の相談支援センターの位置付けは院長直属か、他の組織に属しますか。

□ 川合院長

まず、緩和ケアセンターに関してですが、当院では緩和医療・緩和ケアは非常に重要な部門という位置づけで取り組んでいるところです。現在、緩和ケアチームでは緩和ケア外来・精神腫瘍科の医師が非常勤ではありますがそれぞれのチームで対応しているところです。当院としましては、緩和ケア病棟を設置することが直近の大きな課題と考えています。緩和ケアは入院患者さん、外来患者さん全てに対してこれから必要になると考えております。そしてがん拠点病院として、急性期の医療が終わった後、地域連携パスを使いかかりつけ医を利用してもらうとき、緩和ケアが必要になる機会が多くなると思うので、化学療法、緩和ケア、在宅医療をそれぞれ行い、必要があればこれを繰り返していくというパターンが必要かと思っております。そういった中で、外来・入院・在宅を医療を包括的に行うことをイメージしながら緩和ケアセンターを整備していきたいと思っております。また、責任者に関しましては、そのときの機能・ニーズに応じて目配り気配りができる方になっていただこうと思っております。

相談支援センターに関しまして、新たに北棟が完成し、本館の跡地利用を進めているところですが、病院のエントランスの正面、現在レストランがある一番いい場所に「患者支援センター」を、来年度半ばまでに再構築する見込みです。ただ、がん相談支援センターは別個の組織として必要と思っております。業務について被るところはあるかと思っておりますが、がん患者さんは就労支援やコスメティックの問題など色々な問題があるかと思っておりますので、がん相談支援センターについては従来通り機能させていきたいと思っております。

◎本田委員長

緩和ケアセンターと相談支援センターについて、そのほかによろしいでしょうか。

◎野村委員

事前質問へのご回答ありがとうございました。緩和ケアセンターのジェネラルマネージャに関しましては、育成に時間がかかるかと思しますので、少し早めのご対応をお願いしたいと思います。現在地域がん拠点病院においては指定要件ではありませんが、将来的に必要なかと思ひ、毎年事前に質問をさせていただいているところです。また、相談支援センターについてですが、がん患者さんは告知された後、頭が真っ白な状態でどこに相談をすればいいのかわからないとき、医師の先生に直接聞ければいいのですが、中々そういうわけにいかないこともあるので、看護師の方に補っていただくような配慮をお願いしたいと思います。

◎本田委員長

それでは、そのほかの部分で質問等あればお願いします。

◎横川委員

これまで何回か見させていただいておりますが、今回、とても変化されたなという印象を受けています。これほど前向きに変わってきた一番の原動力が一体何か教えていただきたいです。

□川合院長

様々な要因が重なったためかと思ひます。ひとつは地域の患者さんのニーズに応えようという職員の情熱が大きかったと思ひます。また、4年前に完成しました南棟を作るにあたって、教育設備が非常に問題になっていましたが、医師も看護師も少ないこの地域で伊那中央病院の役割は、救命救急をしっかりとやらなければならないという点、がんの診療を作り上げていかななければならない点、そして人材育成のための教育研修センターを作らなければならないという点、この3点をしっかりと完成させようということで南棟を作りました。これについては職員の熱意、行動力、そして地域の皆さんの支援が非常に大きかったと思ひます。そして南棟が軌道に乗ってきたおかげで、さらに機能を充実させようということで北棟を作りました。北棟には放射線関係の治療装置や新PET-CT装置、健診センターや美容外科といったものが整備されています。

また、一番大事なものは人材育成だろうということで、看護師あるいは各分野の専門の資格を取ることに関しましては病院として全力で支援をしております。計画的に各専門職を育て、その中で職員全員が技術を高めるといった努力をしてきたことが大きかったと思っております。

◎横川委員

患者さんの声を大事にしながら皆さんで作上げたということと、川合院長のリーダーシップもあつたのかなと思ひつつ聞いていた次第ですが、私は看護師ですので、看護師の立場の人材育成についてどのように努力されているのか教えていただければと思ひます。

□伊藤看護部長

看護部としましては、がんに関するキャリアアップの計画として、毎年5名以上認定看護師を育てようということで取り組んでまいりました。その中で、3年前にがんの専門看護師を絶対に育てたいと思ひまして、昨日認定の発表があり、3年かかりましたが、育成をすることができました。なぜそんなに認定看護師を作りたかったかといいますと、チームの中で、患者さんのもっとも近くにいる看護師がキーパーソンになって動かせる存在になってほしいという強い気持ちがありました。

◎横川委員

現在、県内に放射線看護の認定看護師があまり配置されていませんが、そのような資格を持つ方が配置されることで現場ではどのように変わってきているのかを教えていただきたいです。

□渡辺がん放射線療法看護認定看護師

私が認定看護師となり以前より努力をしているところは、他部門との連携です。放射線治療自体は看護師の手があまり入らなくとも治療が完了するということがありまして、放射線療法の看護について私自身見えないところがあったのですが、看護の目線・患者さんの目線で他部門へ説明をすることやカン

ファレンスに参加することで、その人の全体像を含めてどのように支援が必要か考えることに力を入れるようになりました。

また、緩和ケアと連携を取るようにはしてはいますが、緩和のスクリーニングを全員ではありませんが、生活のし易さに関する質問票などを用いて行っています。苦痛といっても色々ありますが、そこから就労支援や相談支援センターに紹介したりといった形になっているのかと思います。

◎横川委員

専門的な方が配置されることで、患者さんの代弁者となって病院全体へ様々なことを伝えてくれるという、まさに看護師が病院の中の血液のような役割として働かれていることがわかりました。

◎小岩井委員

先の委員の発言でもありましたが、伊那中央病院が様変わりしているということに驚きました。というのも、私も6年ほど前に貴院でお世話になっておりまして、当時から良い病院と思っていましたが、さらに進歩されていることを直接感じる事が出来て良かったと思います。

放射線治療に関して、最新の装置を整備されたということで、これからはマンパワーが問題になってくるかと思います。いかにスキルを上げていくかということで、今でも技師、治療専門医や認定看護師がおられて、しっかりとした人材があるかと思いますが、新しい装置を使うことになると新たなスキルが必要になってくるかと思います。外部の整備士の方を入れてコミッショニングを行われるということでしたが、常にそういった方から技術を盗んでいただいて、実務に生かしていただければいいのかなと思います。

また、品質管理委員会を本年から立ち上げたということですが、これは外部委員を含んでいるのでしょうか。

□篠田放射線治療科部長

現在、放射線安全委員会とメンバーを被らせまして、品質医管理委員会を立ち上げております。外部委員を入れての品質管理委員会は今後の課題と考えています。

◎小岩井委員

実は信大病院でも品質管理委員会は同様に行っているのですが、外部委員はハードルが高く入っておりません。外部委員を入れることはなかなか難しいとは思いますが、ぜひまた検討いただければと思います。

◎梶川委員

いくつかお伺いしたいことがあります。一点目はキャンサーボードについて、病院によっていろいろな体制があるかと思いますが、主だった診療科以外で、例えば泌尿器科ですとか、そういったところのキャンサーボードは各科に任されているのでしょうか。また、そこに放射線科や腫瘍内科の先生がどのように関与されているのかということをお教えいただければと思います。

□竹内腫瘍内科部長

キャンサーボードについて、症例が多いということで月に1回程度行うようにしています。対象の患者さんは科と科の間に落ちてしまっている方というか、例えばどここの先生が悩んでいるということが、この病院ぐらいの大きさであれば聞こえてくるので、そこをみんなで診れるか、ということで放射線科の先生や化学療法の先生も交えてキャンサーボードとして開く場合が多い状況です。

◎梶川委員

各診療科がそこまで多くはないと思うので、診療科の先生が一堂に会するという事は難しいのでしょうか。

□竹内腫瘍内科部長

医局会が毎月ありますので、その直前の時間をいただいて、医局会が18時からなので17時半に集まっています。開催するようにしています。

◎梶川委員

もう一点、がん登録の数を見ると前立腺がんの患者さんが多いかと思いますが、その中で手術に回っている数はそこまで多くないかと思いますが。その辺りは患者さんの治療方針や流れというものが病院の現状によって変わってしまっているのか、差し支えない範囲で教えていただければと思います。

□竹内腫瘍内科部長

前立腺がんの治療に関しましては、泌尿器科の先生に治療方針を決めていただく形でして、化学療法であればその担当医が見ますし、手術に関しては泌尿器科の先生に見てもらい、放射線治療に代わってきたときには泌尿器科と放射線科の先生で話し合っています。

◎梶川委員

病院ごとの事情があるかと思いますが、標準的な治療が大切になるかと思いますが、またその辺りもご協力していただければと思います。

◎金子委員

私は前回も参加させていただきましたが、さらに医療の質を追求して努力されているという感想を持ちました。

いくつか質問をさせていただきますが、1つ目に、歯科口腔外科を開設されていますが、がんと関係して具体的にどのようなところで診療をされているのか、開設されてよかったところを伺えればと思います。

□竹内腫瘍内科部長

腫瘍内科外来の隣が歯科口腔外科の診察室になるのですが、化学療法を受ける患者さんは、化学療法を受ける前にオートマチックに受診していただき、あとは状況によって月に1回か週に1回受けていただくようにしています。化学療法を導入する場合も、担当医から紹介状無しですぐに診てもらおうようにし、口の中のトラブルが無いように診ていただいています。術後、化学療法の合併症に関しては腫瘍内科へ回っていただくようにしています。

◎金子委員

化学療法のときは全例対応しているということですね。手術に関してはどうでしょうか。

□小林診療技術部長

周術期も主治医のほうでコンサルテーションを出さなくとも自動的に介入することになっておりまして、患者さんが希望すればそのまま周術期の管理を行っていますし、無ければ地域の歯科医師会の方をお願いをするという流れになっています。

◎金子委員

以前はそういったところが無かったかと思いますが、非常によくやられているかと思いますが。

あと、指定要件の中に必須ではないのですが、サーベイランスをやられているとの回答でしたが、具体的にどのような形でやられているのか教えていただければと思います。

□竹内腫瘍内科部長

サーベイランスに関しましては、全部を行っているわけではありません。SSI（手術部位感染）のスクリーニングは時期を決めて、例えば、外科病棟や外科のSSIは月に何回というスクリーニングをかけるものと、感染症の培養が出た場合に、常に細菌と使っている薬剤はチェックしておりますので、何か変なものがあったらというものです。先日院内感染の講義を行いまして、SSIに対する抗生剤の使い方に関しては基本的に理解できているかと思いますが。

◎金子委員

やはり手術はがんの患者さんが多いと思うので、そういったサーベイランスによって手術の経過や全体の質が上がるかと思いますが。

また、地域パスについてですが、おそらくどこの病院も順調に右肩上がりというわけにはいかないのですが、その原因というのは何かありますか。増やしていきたいということを発言されていたので、新しいアイデア等がありましたら教えていただきたいです。

□高砂呼吸器外科部長

肺の分野でお答えします。地域の医師会の方に診ていただくとすれば、術後に化学療法の入らない患者さんからということになりますが、肺の場合もステージ I A-3 以上は術後に化学療法が入りますので、術後すぐに地域の医師の方へお願いすることが難しい状況かと思えます。

また、乳がんについても術後に化学療法が入りますので、現状では難しいのかなと思えますが、段々と医師会の方と顔が見える付き合いになってきましたので、その中には専門分野がもともと呼吸器の先生もいらっしゃるので、そういったところへ積極的に診ていただこうとは思っておりますが、今後の課題です。

◎長谷部委員

レジメンの関係で質問させていただきます。年間で 2500 件の化学療法をされており、全例無菌調整されているということですが、4名の配置状況では負担が大きいのではないかと思います。今後の後任の育成についてどうなのかということと、昨年、レジメンの新規が 8 件、更新が 2 件行われているようですが、各診療科を見るとかなりの数のレジメンになるかと思えます。当然新しいレジメンが入れば古いレジメンは使われなくなっていくことが多いと思いますが、化学療法審議委員会がある中で、足すだけでなく引くような評価をどのようにされているか教えていただきたいです。

また、今後免疫チェック阻害薬など新たな薬剤で治療を希望される方が中心になっていくかと思えますが、その中で既存の薬剤との優先度や評価などは蓄積されているのでしょうか。ある病院では高額の治療をせず、有効性と副作用が同等であるのであれば既存の薬剤で治療を行うといったことが一部で報道されてはいたけれども、その辺りの対応をどのように考えているのか聞かせていただければと思います。

□川合院長

まず人材の育成・確保についてお答えします。これは病院として最も大事なところということで、各部門でそれぞれ計画を立てて着実に育成できるよう、病院も全面的に支援を進めております。

□高砂呼吸器外科部長

化学療法審議委員会の委員長を務めておりますが、レジメンの整理につきましては、今はどちらかというと承認がメインとなっており、既存のレジメンの整理が出来ていない現状です。免疫チェックポイント阻害薬に関しましては、概要説明にあったかと思えますが、医師だけでなく外来・または治療室で看護師も担当しておりますので、勉強会等で注意喚起等を行っているところです。

◎小林委員

化学療法の部分でいくつかお聞きします。腫瘍内科を設立されて、肺がんや頭頸部がんなど様々ながんが紹介されていますが、これは院内で先生が限界にならないようにできるだけ紹介を調整されているのでしょうか。

□竹内腫瘍内科部長

例えば腫瘍内科の裏側が耳鼻科の外来になっていますが、紹介があっても受けないことは絶対にしません。バックグラウンドの人口が 20 万人ぐらいですので、ある程度の人数が来ることは想定していますから、来る人は拒まずに受けるようにしています。

◎小林委員

腫瘍内科の外来も見させていただきましたが、週 2 コマは午前午後、月水が午後ということですが、竹内先生は指定要件である専従を目指して診療をされているということでしょうか。

□竹内腫瘍内科部長

専従のつもりではやっていますが、どうしてもほかにもするべきことがあり、専任ということでやらせていただいています。

◎小林委員

県内でもかなり先進的かと思いますが、ヨーロッパ腫瘍学会に申請中のオンコロジーユニットはどのようなものでしょうか。

□竹内腫瘍内科部長

包括的に抗がん剤の治療と緩和ケアを最初から最後までしっかりやりましょうということで地域への連続性を確保しつつやっていくというような動きが2009年ごろからヨーロッパではあったようです。たまたま雑誌を読んでいて、このようにやっていってはどうですかという記事があり、申請をしているところですが。

◎小林委員

病院側で特別に何かやらなければ申請できないものなののでしょうか。それとも今やっていることで申請できるものなのでしょうか。

□竹内腫瘍内科部長

特別なものはないかと思いますが。マニュアルなども全て用意されています。

(了)