

長野県がん診療連携拠点病院整備検討委員会機能評価 会議記録（要旨）

1 機能評価対象病院 長野赤十字病院、長野市民病院

2 日時 平成 27 年 1 月 23 日(木)12:30～18:00

3 出席者

(委員) 本郷委員長、小口委員、岡田委員、小林委員、佐々木委員、山本委員、横川委員、野村委員

(事務局) 山本衛生技監、塚田保健・疾病対策課長、滝沢課長補佐、高野

【長野赤十字病院の機能評価】

(司会)

ただ今から、長野県がん診療連携拠点病院整備検討委員会の長野赤十字病院に対する機能評価を開会いたします。

【会長挨拶】

【病院側からの資料説明】

【施設内の視察】

(本郷委員長)

まず、委員からの事前質問を送らせていただきましたが、その件に関して病院から説明をお願いいたします。

(病院側)

お手元の回答書を御覧ください。

1 について、表にしてあります。

2 のキャリアアップ支援については、病院として必要な資格取得については、教育研修推進室で組織の目標に沿って計画的に人材の育成を行っている。また、看護部管理課では、個々の看護職のキャリアを把握し支援している。

認定看護師については、「認定看護師教育課程受験に関する推薦基準と手続き」を作成し、適性、要件に関する基準を定め育成を図っている。

就学中は出張扱いとし、給与・賞与は支給される。受講料・交通費・宿泊費は自己負担。

資格取得後は専門・認定看護師会において、お互いの支援、活動の協力をしている。活動時間は勤務内で保障している。その他、院内外での研修講師として活動している。

今後は、資格取得の支援については教育、研修推進室で検討を始めたところ。

3に関しては、患者・家族の視点から、緩和ケアニーズに対する機能性を高めるためには、がんに関わる全医療者による基本的緩和ケア機能の充実が不可欠と考え、緩和ケア部会等の活動を通じて、院内における基本的緩和ケアを推進している。

また、専門機能については、身体、精神を含めた苦痛に対するサポートとして、がん治療や地域連携にも精通した専従医師、専従看護師、専任薬剤師、専任精神科医、兼任麻酔科医を緩和ケアチームに配置し機動性を高めている。例えば、専任薬剤師によるオピオイド服薬指導、精神科医による高度な精神的サポート、麻酔科医による神経ブロックを含めた疼痛管理が必要であれば対応可能となっている。

療養の場の選択として、地域医療連携室に退院調整看護師2名、退院調整NSW3名を配置している。

経済的な問題等では、相談支援NSW3名を配置している。

緩和ケアセンターに関しては、国から示される指針の方向性も考慮しながら、昨年当初より緩和ケア部会等で設置検討を進めており、ジェネラルマネージャ候補を含め人材育成に取り組んでいるが、地域がん診療連携拠点病院の要件を踏まえながら、設置に向け検討している。

本院としては、緩和ケア外来スペースの再構築や看護師等の資格取得が見込まれる平成28年4月を設置・稼働開始目標とし、遅くとも平成29年4月には本格稼働としたいと考えている。

4に関しては、がん診療においては、がん告知だけでなく様々な場面で患者・家族の意向や意見を確認していく必要があり、本院では基本的に別添の「緩和ケア提供体制フローチャート」に沿い、がん告知等重要な面談に際して、看護師が同席し、意思決定のサポートをしている。御指摘のように、外科系であれば医師の告知からすぐ入院・手術というように、待機日数をなるべく減らすことを希望される場合もあるが、セカンドオピニオンを求める方もおられ、その状況に応じた診療機能を充実することが重要と考えている。

また、告知後にはがん相談支援センターの案内カードを渡し、一度は訪問することを伝えており、看護師と相談できる機会を確保している。

【別添資料説明】

(本郷委員長)

ありがとうございました。

それでは、委員から質問をお願いします。

(横川委員)

新要件の中でPDCAサイクルについて、どのように考えてがん医療を行っているか。

(病院側)

がん全体としては、がん治療センターがあり、がん診療の運営に関する運営委員会で全体の状況を把握し改善に努めている。特に今回に関しては、前回の機能評価で御指摘いただいた事項を踏まえ、また改善されていないところを拾い上げ改善に努めてきた。

今回指定要件が新しくなり、緩和ケア関係でかなり厳しくなったことから、それを考えどうした

ら良いかを考え、まず行動しているところである。それにより改善していくこととなると考えている。

(横川委員)

当委員会からの提案が改善されたということが、P D C Aサイクルの成果だということが分かった。ただ、一つひとつの部門でどのようにP D C Aサイクルを回していくのが課題だと思う。

(佐々木委員)

長野、北信地域においてがん診療の中心を担っているが、放射線治療において以前は小線源治療の機器があり、婦人科がん治療も行っていたと思うが、現在実施されていない。病院の機能分担等でカバーしていると思うが、具体的に小線源治療に関して他の病院との連携等はどのようになっているか。

(病院側)

当時は地域の産科医療の危機問題があり、当時の産婦人科責任者は、『当院では産科医療は手一杯な状況であったため、婦人科系悪性腫瘍の手術は件数も少ないので松本医療圏にお願いし、当院は産科を一所懸命支えたと決断され、病院として決定した。

現在は、婦人科からは小線源治療装置の要望が出され、放射線科からも治療装置をもう1台という要望が出ているが、長野市民や信州大学へ紹介している。

今後は、現リニアック室の隣のスペースに、2台目のリニアックかR A L Sをと考えている。

(佐々木委員)

血液がんに関して貴院は北信地域を一手に担っているが、他の医療機関との連携状況はどのようになっているか。

(病院側)

D P Cデータによると、長野医療圏の50数パーセントを当院で診ている。それ以外は周りの病院で診ている現状である。

副部長が長野市民病院で診療支援させていただいたり、電話、ファクシミリ等で頻繁に相談を受け、こちらから指導をして、近隣の病院にも診てもらい医療連携を図っている。

近隣病院からは、定期的な症例検討会の合同開催について申し出もあり、検討している。

(佐々木委員)

小児がんや小児血液がんに関してはどうか。

(病院側)

基本的には、信大病院、こども病院へ紹介している。

(小口委員)

新指針ではクリティカルパスの活用状況の把握が求められているが、その状況についてはどうか。現況報告書のPDCAサイクルの確保でクリティカルパスのバリエーションの分析の項目が「いいえ」になっているが、それを含めてお聞きする。

(病院側)

院内クリティカルパスに関してバリエーション分析はあまりできていない。今後の課題としていきたい。

(小口委員)

院内クリティカルパスの更新があまりされていない。

(病院側)

院内BSCと関連でクリティカルパスの整備を行わなければいけないと考えており、各部署で少しずつパスの変更をしつつ、経営状況の改善、医療の質の向上に努力しているが、まだ不十分ではある。

(岡田委員)

県医師会では現在、主要のテーマとして在宅医療の推進を行っている。在宅医療の担い手、あるいは、往診・訪問診療を行う医師を一人でも多くしたい。もうひとつは、在宅がん患者を含めて緊急時の対応、また、在宅看取りまで踏み込んで議論していきたい。特に在宅看取りでは死亡診断書をお願いするため、救急車で貴院をお願いすることも多いと思うが、その様な現状を含めて私どもに教えてもらいたい。

(病院側)

当院では、在宅緩和ケアのパスがあり、円滑な在宅療養への移行にむけて患者情報の共有を目標にしている。その流れとしては、主治医から退院調整看護師・NSWを介し、在宅医へ診療情報を提供して退院時共同指導を実施している。退院時共同指導では、主治医、患者・家族、看護師、訪問看護師、ケアマネージャー、必要に応じて緩和ケアチーム看護師、他関連職種が参加し、診療体制について患者・家族の意向を踏まえて話し合いを行い、同意を得たうえで、退院日、往診日、受診日を決定している。必要に応じて、当院あるいは在宅医の関連病院と入院可能かどうかを話合っている。看取りを行った医療機関から診療情報提供書によるフィードバックを得ている。治療内容や、時期などは厳密な規定はない。

退院時共同指導の実施件数はH26は60件、H25は52件となっている。

(山本委員)

新要件で苦痛のスクリーニングが求められている。貴院ではシートを作成され運用されているが、入院患者はがん以外の患者もいるが、どの様に、どの患者に、どのタイミングで患者に活用してい

るのか。外来においても、がん以外の患者も来院されるが、どの様にスクリーニングしているのか。

また、資料では、「つらさがある」が3以上の時は、介入依頼を出すとなっているが、3以上では自動的に主治医を介さずに緩和ケアチームの介入は始まるのか。

(病院側)

初診の患者に関しては、地域連携室にてリストアップする。再診患者に関しては入院時に必ず実施する。継続評価として、外来化学療法の初回、放射線療法に関しては院外からの方は初回に必ず実施する。

スコア3以上に関しては原則その様になっている。現実的にはコースでPCTが入っていたり、転院することで症状が緩和される場合もあるので、現場の対応に任されている。

(山本委員)

そうすると、各患者は最低1回はスクリーニングされるが、それ以降は、定期的にスクリーニングが行われることではないということか。

(病院側)

患者が記入する苦痛のスクリーニングは、入院中に1回記入しているが、中々全病棟へ広がっていない。STAS-J評価として、面談時やその他定期的に行っている病棟あり、継続評価としている。

(野村委員)

緩和ケアセンターは現在、指定要件ではないが、人材の育成では時間を要するため念頭に置いて進めてもらいたい。

(本郷委員長)

その他、よろしいでしょうか。

それではこれで現地調査を終了いたします。病院関係者の皆様、お忙しいところ誠にありがとうございました。

長野市民病院の機能評価】

(司会)

ただ今から、長野県がん診療連携拠点病院整備検討委員会の長野市民病院に対する機能評価を開会いたします。

【会長挨拶】

【病院側からの資料説明】

【施設内の視察】

(本郷委員長)

まず、委員からの事前質問を送らせていただきましたが、その件に関して病院から説明をお願いいたします。

(病院側)

お答えします。

1 番目について別紙 1 を御覧ください。看護師に関しては 6 名、薬剤師に関しては 3 名について記載しています。

2 番目については、年 2 回以上の学会、研修会への参加を病院負担で支援しています。

3 番目については、がん治療センターの下部組織として、緩和ケアセンターを設置している。院内視察で御覧いただいたが、患者が気楽に入れるような空間を作っている。人的な配置は現在 5 名。センター長は、緩和ケア内科長である。

ジェネラルマネージャの配置については、現在検討中である。

4 番目に関しては、別紙 2 をご覧ください。初診、診断、手術、化学療法全てにおいて、必ず介入できる体制を整えている。

告知から、すぐ入院、手術ということではなく、必ず患者の考え方を聞いた上で治療を進めている。

また、相談支援センターでの相談は、何時でも相談できる機会は設けている。

(本郷委員長)

それでは、委員からの質問をお願いします。

(野村委員)

3 点お聞きします。今の 2 番目のキャリアアップに関して、年 2 回の学会、研修ということだが、その他に関してはどのような体制をとられているのか。

(病院側)

看護部の体制についてお答えします。認定看護師の育成になるが、認定看護師については、原則、

年2人まで出張扱いとして募集している。本人の希望で申し出があったものについては、看護部以外に一定の基準があるので、それを満たしている場合には看護部から病院長に推薦し、病院長の承認があれば出張ということになる。

研修中の支援は、長期出張であり、職員として籍があるので給与は支給される。その他に、研修先での生活費についても一定額の支援がある。

(野村委員)

緩和ケアセンターはがん治療センターの下部組織として設置されているとのことだが、これは、緩和ケアチーム的な考え方ではないか。今のところ地域拠点病院の要件になっていないが、患者サイドとしては別組織として、必ず設置していただきたい。

センター長は、緩和ケア内科長が就いているが、要件では、院内において管理的立場の医師となっており、センターという位置付けにするのであれば考えてもらいたい。

ジェネラルマネージャに関しては、検討中ということだが、どの様な人材を考えているのか。患者サイドからすると、緩和や相談の経験のある方でないと、患者の気持ちをくみ取ることがなかなかできないのではないかと思う。私もサロンで患者と直接会い、いろいろと話を聞くが、患者は「自分の気持ちを聞いてもらいたい。」という方が非常に多い。治療のアドバイス等を求める方もいるが、逆に、その様なことを言っても全く耳に入らないという状態というのが、7年くらいサロンの活動をしての実感している。そういう患者がいる以上は、そういったことに配慮して治療に役立っている方を可能であれば配置してもらいたい。

(病院側)

委員の言われるとおりだと思う。ジェネラルマネージャに関しては、医師では自分の科の専門の治療が主体となるので限界があると思う。今考えているのは、緩和ケアに携わっている看護師をいづれ配置するということになるのではないか。それが一番患者の要望に応えられるのではないかと思っている。

センターの格上げに関しては、ようやく緩和ケアセンターを、緩和というものをがん治療に組み入れたところであり、がん治療の全体の中の一画として活動し、今後の経過によって検討したい。

(野村委員)

緩和については、前から拠点病院の指定要件になっており、8年経過しているが、なかなか状態が進んでいないように患者サイドは思っている。

相談支援センターのパンフレットを診察の時に渡す等の取り組みは行っているか。

(病院側)

具体的にパンフレットを渡すという事は行っていないが、看護師の判断で、「すぐに相談支援センターに相談されてはどうか。」というようなアドバイスは行っている。

(野村委員)

できれば、診察時に渡し、医師以外の医療従事者と繋がることのできる場所があるということを知ってもらえるようにしてもらいたい。患者は非常に不安を抱えており、医療従事者と繋がっているという安心感は非常に高い。それが根底あると治療にも役立つと思う。

(病院側)

早速、導入を考えたい。

(佐々木委員)

貴院は、放射線治療に関して北信地域で一番充実している病院である。少人数で治療を行っており大変だと思うが、治療件数も多いので、指定要件ではないが、品質管理委員会を設置し、安全に治療が行えることを確認してもらいたい。

新要件では、カンサーボードの強化があるが、放射線診断医、治療医がより積極的にカンサーボードに参加してもらいたい。

(小林委員)

腫瘍内科医のK医師が常勤で赴任されたが、外来化学療法センター委員会の構成メンバーのうち腫瘍内科科長はどなたか

(病院側)

H医師で、現在産休中です。

(小林委員)

現況報告書における化学療法に携わる常勤専従の腫瘍内科医はH医師でよいか。

(病院側)

そのとおり。

(小林委員)

では、今後は外来化学センター長はどなたがなられるのか。

(病院側)

更に新たなメンバーもあり、K医師の年齢等もあるので、今後検討し決定したい。

(小林委員)

K医師は東京の大学病院から来られ、県内の拠点病院でも注目していると思う。

前回指摘事項だったカンサーボードの体制についてお聞きする。全体カンサーボードへの腫瘍内科医の参加状況はどうか。腫瘍内科医の関与は非常に大事である。

(病院側)

腫瘍内科医が参加したこともある。積極的に参加してもらえればと考えている。

(小林委員)

病理診断医が参加しているカンサーボードが多数あり、非常に大変だと思うが、全てに参加しているのか。

(病院側)

外科・消化器術前カンファレンスに関しては、週1回朝7:30から行っており毎回出席されている。ESDカンファレンスについても出席してもらっている。消化器内科・消化器外科カンファレンスに関しては、現時点では参加していただいている。脳外科では術前カンファレンスに常に参加してもらっている。婦人科は2週に1回開催しているが出席していただいていると思う。

検体数も多く非常に大変だとは思う。

(小林委員)

外科・消化器術前カンファレンスは75%以上実施だが、外科の術前カンファレンスは100%実施だと思っていたが、どうか。

(病院側)

術前カンファレンスは必ず実施しており、記載誤り。

(小林委員)

呼吸器内科・呼吸器外科・放射線科合同カンファレンスは2ヶ月に4回の開催となっているが、呼吸器内科単独での症例カンファレンスはどうか。

(病院側)

記載漏れ。毎週開催している。

(小林委員)

消化器内科単独ではどうか。

(病院側)

単独では実施していない。合同での開催である。

(小林委員)

耳鼻科領域でもがんが増えているとホームページで拝見したが、頭頸部がんのカンファレンスは実施しているのか。

(病院側)

医師2名であり、実施する時間が取れず未実施となっている。

(小林委員)

乳がん術後補助療法及び薬物療法検討会に、腫瘍内科K医師は参加しているのか、これから参加を予定しているのか。

(病院側)

定期で火曜日に開催しており、多くは参加してもらっている。

(小林委員)

貴院には乳がん看護認定看護師がいるが、乳がんのキャンサーボードへの参加はどうか。

(病院側)

乳がん術後補助療法及び薬物療法検討会には参加している。呼吸器・乳腺外科検討会においては勤務の関係で、代わりにということがあり、毎回という訳にはいかない。

(小林委員)

前回の指摘事項に地域連携クリティカルパスの更なる充実があったが、6、7月2ヶ月で、特に消化器がんの3領域で適応した患者が大腸がんの1名だけだが、これは、たまたまこの2ヶ月間で少なかったのか。年間の数字が分かれば教えてほしい。

(病院側)

月で1例から2例なので、年間では12例くらいである。

(小林委員)

緩和ケアセンターに関して、拠点病院もピアレビュー参加の方々も非常に興味を持っていると思う。野村委員からの質問と少し重複するが、緩和ケアセンターの現在の都道府県拠点病院の要件に関しては、先程の説明では満たしていないと思うが、「緩和ケアセンター」という呼称・名称を使用してよいのか、考えを聞きたい。

緩和ケアセンターというと非常に高次の機能を有するが、要件を満たさずにセンターと名乗って良いのか、混乱があるといけないのでお聞きする。

(病院側)

当院もこれらがん治療センター長とも、いろいろ打合せをする中で考えていく。目指していく方向は地域拠点もその方向を目指して行くべきだが、要件を満たしていないから使用してはいけないということであれば、院内で、名称をどうするか、それとも指定要件どおりの体制を整えていくのか、検討していかなければならないので、逆に、委員会から「緩和ケアセンター」の名称の使

用について御指摘をいただき、当院の方針を決定していく。

(小林委員)

現要件では、緩和ケアチームによる病棟回診及びカンファレンスの実施があるが、常勤専従医師はどの様に取り組まれているか。

(病院側)

当院では、がん緩和ケアを必要とされる患者の9割は南3階病棟に集まっており、その回診は、基本的に平日毎日行っている。その他の病棟についても最低週1回行っている。外科病棟に関しても週3～4日程度、外科医に同行し回診を行っている。かなり密に行っている。

カンファレンスについては、主治医、病棟から要望があった場合には必ず出席している。

また、放射線治療の患者との関わりが多いので、毎週開催される放射線治療部内でのカンファレンスには毎回出席している。

(山本委員)

苦痛のスクリーニングに関して整備が十分されてきていると思うが、外来での整備の状況について、全ての外来で行われているのか、定期的に行われているのかお聞きする。

また、スクリーニングで陽性になった患者への対応は具体的にどのようなアクションになるのか。

(病院側)

症状と日常生活にどのような影響が出ているのかということとを組み合わせて、スクリーニングからくみ取れるように構築してきた。例えば、スクリーニングシート（緩和ケア提供体制プレゼン資料9P）の（2）-3にチェックが入った場合は、緩和ケアチームが介入していくというような文面を入れ、介入のレベルを分けられるようにしている。スクリーニングの入力画面を見ながら、当日の介入は外来看護師から連絡があり、少し様子を診てという方には、次回の介入をどうするか等を外来看護師と相談していく。

(山本委員)

全ての外来で定期的に行われているのか。

(病院側)

まだ全外来ということにはしていない。まず初回の患者に関して実施している。

定期的にというところは、外来治療センターで対応している。

(小林委員)

がん治療サポートチームと緩和ケアチームとは、どの様に違うのか。

(病院側)

がん治療サポートチームは、あくまでもがん治療において、現場へ行き主治医等の見落としが無いかをチェックし、事象の拾い上げを行う。

メンバーは、医師は緩和ケア担当医師、化学療法センター長、放射線科、外来治療センターの医師が担当している。看護師は緩和ケア認定看護師、がん化学療法看護認定看護師、放射線科の看護師で、薬剤師はがん専門薬剤師で構成され、週1回のラウンドを実施している。

(小口委員)

がん患者の就労支援が問題になっている。社会保険労務士による講演会を院内で開催されたとのことだが、社会保険労務士の実際の活用状況はどうか。

(病院側)

就労支援は、がん相談支援センターに当院職員の社会保険労務士が配置されているので、その職員が対応している。講演会はその職員が対応した事例を院内に説明した。

社会保険労務士の活用では、社会事務所の相談窓口を紹介したり、職場と、どの様なやり取りをしているのか、会社がどの様な対応をしているのかを可能な限り文書で示してもらおう等、心理的な支援と具体的な支援を共同で行った。

社会保険労務士を配置しているので就労に関する相談が多いかということはない。

(本郷委員長)

他に質問はよろしいでしょうか。

それではこれで機能評価を終了いたします。病院関係者の皆様、お忙しいところ誠にありがとうございました。