

【相澤病院機能評価】

司 会： 開始を宣言・日程説明・注意事項説明・委員紹介

【委員長挨拶】

【病院側からの概況説明】

【施設内の視察】

委員長：では、会議を続けます。

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：緩和ケアセンターという名称での設置はないが、機能的には機能していると思う。

センター化ということになれば要件に沿ったものを設置していかなければならない。

緩和ケアに関しては、外来の患者には医師によるインフォームドコンセントの場合に看護師が同席し、医師の説明の後に看護師による評価を行う。そこで、必要があると評価された場合、例えば精神的なケアが必要となると臨床心理士、腫瘍内科、緩和ケア福祉士を受診してもらう。それ以外に経済的、社会的不安の場合はがん相談支援センターで相談してもらう。相談内容、患者の不安内容によってチームを作って対応している。

入院患者の場合は、受持看護師、担当看護師がケアする中で緩和ケアの導入が必要ではないかという判断をした場合は、主治医を通すとスムーズにいかないこともあるので、直接、緩和ケアチームへ依頼する。依頼を受けた緩和ケアチームが介入し、その結果を主治医に伝え緩和ケアを進める。

今後、マンパワーが充実できればセンター化はできるのではないかと考えている。

緩和ケアチームの専従看護師へのキャリア開発支援については、当然、研修会や学会への参加については行っているが、院内の啓発活動を積極的に行っていく。

キャンサーボードに関して、原発不明がんのキャンサーボードはない。転移がんが見つかり原発不明の場合は見つかった部位のキャンサーボードで扱う。

委員長：ありがとうございました。

それでは、委員の方々質問等をお願いします。

野村委員：今説明があったように、告知時に看護師が同席し、その後一定期間をおくということは、患者、家族にとって有難い。ただ、告知当日は真っ白になってしまうことがあるため、数日後に再度説明を受けることは可能か。

病院：希望があればということになる。ただ、手術のインフォームドコンセントを行うときでも1回で終わるということはない。手術の話をしたあとは麻酔科に診てもらったりと、いろいろなタイミングがあるので、それぞれの場での相談内容が入るので、必要に応じチームで対応する。

野村委員：患者へ告知し治療方針の決定の際、初診の場合患者の希望を聞くことはあるか。

病院：例えば、胃がんの患者が外科に来るときは手術を行うと決まっている。その中で手術をしたくないという選択肢が出る。当然患者の権利である。患者の権利を最優先にして、患者に決定してもらう。そういうプロセスが一番重要ではないかと考えている。

横川委員：緩和ケアチーム専従看護師へのキャリア開発支援について、中心は学習支援だったが、キャリア開発支援はそれだけに留まらない。他のキャリアアップ支援はどの様に

なっているのか。ジェネラルマネージャ等の話が出てきている中で、高次の質問を受けたり、高次の対応をしていくために専門性を生かしたマネジメントが必要であり、そのための支援が必要だと思う。

病 院：病院として、そういう活動をしっかり認定してキャリアに結びつけていくことはしっかり考えないといけないと思う。例えば緩和ケアセンターのジェネラルマネージャになる人等、しっかりとキャリアを形成していく必要はあると思う。

横川委員：後継者の育成にはシステムが重要であるので検討をお願いします。

佐々木委員：放射線部門には高精度の治療装置が複数配備され、各装置に担当医師が1人配置されている。どの治療を選択するか、病院全体でのカンサーボードでなく、放射線治療部門内での医師間での検討会のようなシステムはあるか。

病 院：定時での開催はないが、症例に対して適時連絡を取る体制となっている。陽子線等適用上の問題もあるため、必要の応じ臨時の検討会を行っている。

佐々木委員：治療内容に関して、各治療装置に医師1人では独りよがりの治療になってしまう可能性がある。治療内容の医師間でのチェックはあるか。

病 院：必要に応じて行っている。

佐々木委員：陽子線治療に関し、小児がん治療が早急に実施できるよう対応をお願いします。

小林委員：化学療法に関し、入院患者に対しても素晴らしい取組をされている。

現況報告書に記載されている化学療法のべ患者数のうち入院が35件、月平均7～8人と少ないように感じる。そのため全てに医師が関わることができるのか、資料の記載誤りか。

病 院：ほとんどの患者が外来化学療法となる。リスクが高い患者の1回目が入院となっていて、安全性を確認し2回目から外来となる。どうしても入院で実施しなければならない件数は少ない。

小林委員：25床あるが、化学療法の必要な患者は数名ということか。

病 院：そのとおり。

小林委員：多臓器のカンサーボードに関して、例えば消化器がんだが呼吸機能に問題があるという場合、全体に横断的な専門家が集まる会がないと難しいのではないかと思うが、どの様に対応しているか。

病 院：カンサーボードは患者にどの様な治療を提供するかを決定する場であり、呼吸機能、呼吸状態が悪いような場合、呈示の前の段階で呼吸器内科のコメントが、心臓が悪い場合は循環器内科のコメントが入っていないとディスカッションにならない。カンサーボードに上がってくる前に患者の情報を全て用意している。カンサーボードでは方針の決定ができる材料がそろった状態で上がってくる。

小林委員：レジメン審査のあり方について、「がん診療ガイドライン及び治療薬剤に関する検討会議」の翌日「がん集学治療センター会議」が開催され、それぞれ1件のレジメン承認がされているが、これは、別々のレジメンを審査しているのか、「がん診療ガイドライン及び治療薬剤に関する検討会議」で承認したものを再度「がん集学治療センター会議」で承認しているのか。

病 院：最終承認機関が「がん集学治療センター会議」となっている。

小林委員：緩和ケアチームの組織体制は病院長直轄の「特定医療チーム」となっているが、緩和ケアに関する様々な問題点を話合う委員会等はどの様になっているのか。

病 院：特定医療チームで検討を行う。検討結果は「病院品質会議」に上がっていく。その場で、緩和ケアのプログラムをどうする等ディスカッションし、プログラムを変えて

いく、というような体制を取っている。

小林委員：どれくらいの頻度で開催されているのか。

病 院：月1回である。

小林委員：がん集学治療センター会議に上げるということはないのか。

病 院：がん集学治療センター会議から病院品質会議に上がるプロセスと、特定医療チームから上がっていくプロセスとある。

小林委員：緩和ケアに関して、平成26年度の緩和ケア診療加算が1年間で12件と少ないと思われる。

病 院：年度の途中で精神腫瘍科の医師が不在となり加算が取れなくなった。

小林委員：薬剤師は非常に重要だと思っているが、がん専門薬剤師がいない状況となっているが、緩和ケアセンターでは緩和ケアの認定薬剤師も求められるが、その育成はどうか。

病 院：現在は両方とも1名が採用となっている。

小林委員：地域連携について、地域連携クリティカルパスの総数は32だが、6月7月で適応患者が0人となっているが、たまたまこの期間がなかったのか。

病 院：地域連携パスで、病診連携の地域連携パスは殆ど患者のメリットがない。患者も希望しないこともあり機能しない。作成時には全開業医と連携を取ったが、開業医も患者もメリットがないという。全国的に動いているのは病病連携だと思う。病診は非常に難しく、自分たちは患者にとって良いと思うが、患者の評判は良くない。

小林委員：5大がんの手術件数で肝臓がんについて、4ヶ月で1件と少なく感じる。これは信大病院との間でのすみ分けということがあるのか。

病 院：肝臓がんは信大病院でお願いしていた。4月から専門医が赴任したので当院で実施している。

山本委員：新要件で苦痛のスクリーニングが求められており、どこの病院でも対応に苦慮していると思う。貴院ではどのような取組をされているか。

病 院：入院の際、入院時間診票を必ず記載してもらっているが、その中に身体的、精神的な苦痛を記入してもらう。該当がある場合、緩和ケアが必要と判断されればチームが関与していく。

山本委員：それは、がんの患者に限ってか、全ての患者か。

病 院：入院時間診票は全ての患者である。

山本委員：外来患者に対してはどうか。

病 院：受診患者評価というスクリーニングシートがあり、そこに疼痛評価がある。再診患者には再診時疼痛評価がある。全員に行うことが当院の決まりである。

山本委員：がん患者以外も実施するのか。

病 院：全員が毎回対象となる。疼痛の有無、その程度について行っている。

金子委員：キャンサーボードへの医師以外の職種の参加の状況はどうか。

病 院：様々な認定資格を持った看護師が参加している。

金子委員：主に治療方針の決定を行っているということで、退院支援等はその場では検討しないのか。

病 院：問題のある状況は検討しているが、担当の医師、看護師が対応する。

金子委員：評価指標で、ストラクチャー、プロセス、アウトカムは重要だが、特に、外科的ながんに関してアウトカムで考えていることはあるか。

病 院：アウトカム評価でがんに関しては、やはり生存率である。生存率をしっかりと出し公表していくこと。それと同時に全国的に行っているSSI感染度調査がある。突き詰め

たQ Iとなると中々難しいが、使えるデータなのか、それを基に何かと言えるデータなのかを検証している。

金子委員：SSIに関して、現在どの様な形で行っているのか。

病 院：当院のSSIと全国レベルのSSIを比較し、それにより外科医がどの様に考えるか。当院のSSIが高いとした場合、手術の器械を全て新しくしたらどうかとか、洗浄のやり方を変えてみよう等、様々な取組を提案させ、それを実施し、更にそれによりどうなったか。その繰り返しである。

小口委員：貴院の概要説明を聞き、素晴らしいと感じた。特に放射線治療を中心に、以前から先進的に取り組んでおり、今回、陽子線治療を開始された。概要説明で実績が16件であったが、その後はどうか。稼働していく上で問題点はあるか。

もう一点、地域連携クリティカルパスについて、指定要件で求められており他の拠点病院では苦勞して何とか件数を増やそうと努力しているが、先程あまりメリットが無いと言われたが、病院全体としての意見なのか。最終的には、長野県として信州大学を中心にPDCAサイクルを回しながら検討していく必要があると思う。

病 院：陽子線の患者は昨年1年間で45名である。予定より少ないが、県内の様々な病院から御紹介いただいている。県外からも来ているが県内の患者が中心である。治療の優位性に関して、しっかりとしたエビデンスが出てこないと医師も紹介しづらいのではないか。

地域連携パスに関しては、非常に有効なものもある。ただ、消化器がんに関しては誰も喜んでいない。当院はパスがあることにより再診患者が減る。患者は当院に来たいと言う。開業医は高額な薬を使用することを嫌がる。診療報酬が上がるとすぐに指導が入る。がんに限らず、肝炎なども高額な薬を使用するので紹介しないでくれと言っている。その様なことから中々連携が進まない状況である。全体で考えながら進んでいかなければいけないと思う。

委 員 長：これで相澤病院の現地調査を終了する。

【信州大学医学部附属病院機能評価】

司 会： 開始を宣言・日程説明・注意事項説明・委員紹介

【委員長職務代理挨拶】

【病院側からの概況説明】

【施設内の視察】

職務代理：では、会議を続けます。

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：緩和ケアセンターは、信州がんセンターの中に位置づけられている。緩和ケアを充実させていくため県拠点病院で共通の名称を使用することになっているためセンター内センターという状況になっている。

ジェネラルマネージャは組織横断的にチーム医療を推進するリーダーであり、マネジメントの実践経験があることを前提に考えている。緩和ケアの経験年数に関しては、緩和ケアだけでなく、がん看護の実務経験を有する者とし、特に認定等は問わない。

教育的視点を持ち、主体的な実践、行動がとれるということを人選の要件としている。

専従看護師のキャリア支援に関して、認定等の取得研修は出張扱いとしている。その他に、上限100万円で経済的負担の軽減のため支援しており、毎年2、3名の認定看護師を輩出している。

地域拠点病院との連携に関しては、地域拠点の先生方との顔の見える関係を築いていきたい。長野県の緩和ケア研究会で連携を図っているが、4月からは事務局を信大に移してもらい、信大が中心となり緩和ケア研究会を行う。また、メーリングリストを作り相談等をしていきたい。現在は、幾つかの病院で医師、看護師と話をさせてもらったり、ラウンドに同行するなど行っている。拠点病院だけでなくホスピスの病院とも連携を取り、学術的な意味においても、多職種への緩和ケアの啓発、教育に携わっていく。

緩和ケア相談室の機能と実績に関して、現場で説明させてもらったが、事業は8つあるが、患者から直接又は病棟や外来の医師、看護師から緩和ケアチームの介入に関する相談に応じている。

がんと告知されてからの具体的な流れに関して、カード式のがん相談支援センター案内を各診療科の診察室全てに配置してあり、必ず患者の目に届くところに置いてある。がん診療に携わる医師は患者に対してがん相談支援センターを周知している。医師により多少差はあるかもしれない。告知をされた場合にがん相談支援センターへの連絡ツールはシステム的なものはないが、診療科によっては、事前に紹介状等を業務端末で読んで、看護師、緩和ケア担当者が同席した方が良いと思われる場合には同席し、診察後にも別室で看護師等が話をする体制が取れている。

がん診療連携協議会の各部会に関して、4つの部会があるが、機能しているのは3部会である。研修教育に関しては各病院にお任せしている状況だが、3部会それぞれで研修を行っており、研修教育部会を開催しているということはない。

情報連携部会はがん相談実務者会議を2ヶ月に1回開催、がん登録部間は2ヶ月に1度勉強会を開催、緩和ケア部会は年1回の開催だが、緩和ケアセミナーの開催と協力体制の調整を行っている。

レジメン審査委員会に関して、委員会の審査内容は病院全体の科長会でも報告し院内全体に周知を図っている。

がん診療に関わる院内組織図は概況説明資料のとおり。

職務代理：ありがとうございました。

それでは、委員の方々質問等をお願いします。

野村委員：緩和ケアセンターについては、都道府県拠点のみであり信大だけということで説明を聞かせてもらったが、機能が十分に回っていない印象である。ジェネラルマネージャは専門資格を有している者でないと、患者の病気の状態に応じて横断的な対応を取ることが難しいのではないかと思う。医師主導ではなくジェネラルマネージャが主体的に患者と関わる必要があると思う。

患者への告知時において、全ての患者で看護師等が同席しその場でケアをする体制を、患者、家族の立場として望む。

横川委員：先程のプレゼンで、緩和ケアセンターと相談支援センターがリンクすることが重要で、実施していると説明があったが、実際にどのような仕組みでリンクした体制を作っているのか。

病 院：緩和ケアチームは週1回カンファレンスを行っており、そこで両者が情報を共有したり交換したりしている。あと、個別の状況に応じ随時対応している。

横川委員：緩和ケアセミナーに関して、がん診療に携わる医師の9割が修了を求められているが、達成に向けどの様に考えているか。

病 院：厚生労働省で9割を求めているが、大学病院で9割は無理だと思っている。現在、がん診療に関わる診療科では75%位の状況である。がん診療に携わるという定義を当院なりに考えさせてもらった上なら90%の達成は十分可能だと考えている。

横川委員：協議会の部会に関して、情報連携部会、がん登録部会は実務者会議が開催され、実質的な連携が図られていると思うが、緩和ケアセミナーは新指針により開催しなければならない状況であり、緩和ケア部会も実務者研修や会議の開催を考えないか。

病 院：3月に部会を開催するので、そこで協議したい。

横川委員：ジェネラルマネージャは体制を作っていくということも役割として重要だと思う。

そのためには専門的な視点も必要なのではないか。がん患者のポイントとなる特徴、支援が必要となる特徴的な場面が様々あるので、その仕組みを作ることが必要だと思う。患者の声を反映させながら専門的な視点も含め、学習支援に留まらないキャリアアップ支援を考えてもらいたい。

病 院：ジェネラルマネージャの人選、育成に関しては拠点病院の看護師長会議でも話題になっている。いただいた貴重な意見を反映させていきたい。

横川委員：地域拠点病院が模範としていくところなので、検討いただきたい。

山本委員：がんサロンについて、多くの病院ががんサロンを月1回、2回で行っているところだが、貴院は常設されており素晴らしい。行っているときにピアサポーターや家族がボランティアとして関わっているのか、それとも基本的に職員が対応しているのか。

病 院：ピアサポーターもお願いしている。語り合いサロンを月1回行ってきた中で、他の患者のために自分が役立っていききたいという思いの方や、患者会で活動されている方にピアサポーター研修を受けてもらい活動してもらっている。

山本委員：平日午前中のサロンをやっている時間にピアサポーターが来て対応しているのか。
病 院：行っている。ピアサポーターの都合にもよるが現在7名が活動している。1名は毎週木曜日、他の方は来れるときに、又、相談したい方に合わせて来てもらったりしている。

金子委員：地域連携パスについて、5大がん全てで作成済みだが実際に動いているのは乳がんのみ。努力をされていると思うが、進まない理由とその対応はどうか。

病 院：例えば画像診断部門では長期にわたって予約が取れない状況があり、パスを回そうにも来院回数が増えてしまう。事前に来院し予約を取りまた来院するとなると、パスを回していくメリットが見えないこともあり、各診療科とも上手くいっていない。現状では打開策はない状況である。

金子委員：県拠点病院として指導的立場にあるので努力を希望する。

日野委員：外来化学療法完全性の確保に関して、副作用が発生した場合、早期発見とそれに対してどの様に対応しているのか。

病 院：通院治療室には10名の看護師がいる。事前の問診が行えていないため治療室に入室した時に副作用について伺っている。アレルギーに関してはアンテナを高くし投与開始後タイマーを持ってチェックしたりしている。

日野委員：現場もそうだが、家に帰って後に副作用が出た時のフォロー体制は何かあるか。

病 院：緊急連絡先カードを渡し、何度以上の熱があったら連絡してください、この薬の場合は何日後に白血球が下がりますので、その際熱が出た場合は連絡してください等、具体的に患者、家族に説明している。

小林委員：前回の指摘事項に関係して、キャンサーボードのあり方でワーキンググループを運営会議に格上げし院長直轄とし、定期開催する等素晴らしい取組みである。この運営会議はどの様な形で開催されているのか。

病 院：会議は年1回である。翌年度の計画を検討している。

小林委員：問題になる症例があった時、臨時に召集する症例検討会は。

病 院：3名のコアになる医師を選んでおき、各診療科で相談したいことがあった場合、その3名を召集し臨時のキャンサーボードを開催するシステムがある。

小林委員：実績はこの1年でどのくらいか。

病 院：この1年では開催実績はない。信州がんセンターへ紹介になって信州がんセンターで解決となるケースが多い。

小林委員：レジメン審査委員会について、実際に委員が集まる対面式の開催にされ、実際に行われたのが10分～15分くらいであるが、16診療科の何名くらいの医師が参加しているのか。

病 院：16診療科から集まってもらうので20名位の参加である。資料は事前に用意してもらい、プレゼンしてもらい内容に問題が無いような場合はその場で承認される。何かあれば質疑等しながらバージョンアップして登録に載せる。

小林委員：信州がんセンター運営委員会は去年の4月に開催されているが、定期開催なのか。

病 院：規定では年2回の開催となっているが、本年度はまだ1回である。

小林委員：通院治療室に関係する諸問題や化学療法に関する諸問題はどの場で話し合っているのか。

病 院：通院治療室の運営会議は月1回、相談支援部門との会議も月1回程度開催している。信州がんセンター運営委員会は、それらが機能しているのかをチェックする場である。

小林委員：腫瘍内科の役割に期待を持っているが、5大がんのキャンサーボードでは腫瘍内科の医師が出席しているのか。

病 院：定期開催している場には必ず参加している。

小林委員：腫瘍内科医師の意見をどの様に化学療法に反映させていくかということで、キャンサーボードと通院治療室でのその日の打合せや当日、翌日の化学療法の打合せに参加し、専門性を患者へフィードバックさせていくという考えはあるか。

病 院：今現在その様な体制はないが、オブザーバー的存在として通院治療室でのチェックは行っている。そこで各診療科の医師や、看護師から相談を受けることは多々あるが、レジメンを変えなければならない等の相談はない。

小林委員：緩和ケアセンターに関して、現況報告書では平成26年のがん性疼痛の緩和指導管理料の算定件数が0件となっているが、27年はどうか。

病 院：加算に関しては院内全体で話し合いを設け、ワーキンググループも作り、緩和の加算を取っていくにはどうしたらよいかを検討しているところ。緩和ケア診療加算は昨年夏から取れるようになり、今後は増やしていくことを検討している。

小林委員：緩和ケアセンターの要件として、緊急入院病床の確保があるが、どの様に対応しているか。

病 院：昨年度から1床確保している。

小林委員：そこはM医師が担当医となっているのか。

病 院：緊急入院した時の初期対応は、その診療科の医師が対応し、翌日緩和ケアセンターに相談され緩和ケアセンターと共同の対応となる。

小林委員：夜間、休日に緊急連絡を取る場合はM医師の緊急連絡先ということか。

病 院：まだそこまでいっていない。病床はあるが受け入れた実績が無い。将来的にはオンコールでという体制を作っていかなければと思っている。

小林委員：緩和ケアセンターの薬剤師に関して、緩和薬物療法認定薬剤師であることが望ましいとされているが、現況報告書では0名となっている。資格を取得された薬剤師はいるか。

病 院：当院には緩和薬物療法認定薬剤師はいないが、がん専門薬剤師が参加し活動している。

小林委員：今後、取得の予定はあるか。

病 院：認定取得できるよう進めていきたい。

職務代理：信州がんセンターができた課題の多くが解決され、前回から相当向上し心強く感じる。P D C Aサイクルに関して、各拠点病院においてもどの様に実施していけばよいか課題だと思う。貴院で実際に成果が出た事例等はあるか。

病 院：P D C Aサイクルに関しては、がん診療連携拠点病院に馴染むのか疑問である。教育の現場等では良いことだと思っているが、病院に求めていくには、背伸びをしていくという意味で各病院の負担が大きいと思っている。

貴委員会が外部評価という形で各病院を回っていただいていることは、P D C Aサイクルの一部分を十分担っていると思っている。4年に1回現地調査を実施していることは全国的にみても稀で、先進的であり誇りに思っている。

この機能評価が指定要件に合うかという点と難しいが、P D C Aの一連の流れには、機能評価での指摘事項を真摯に受け止め改善を図っていくことは必要と考える。

一方で、どの病院も疲弊しながらがん診療を行っているのが現状であり、専門職を育成していきなさいと言われても、専門研修に行く時、職場がタイトでその穴埋めを

することが難しい等の問題もある。地道に足場を固めながらやっていくという姿勢が必要だと思っている。

そういう意味では県の支援もお願いしたいと思うし、各病院も切磋琢磨すると同時に協力関係を築いていければと思っている。

人が増えさえすれば出来るところもあるが、長野県全体で、がん診療に貢献できる若い医師を残すような努力を協力して実施していくことが必要と思っている。

職務代理：県と、県拠点である信州大学と、当整備検討委員会の役割のすみ分けが整理されていない中で、やり難いところもあるかと思うが、今後、そこを話し合いながら進めていただくためにも、がん診療連携協議会の充実が必要である。

職務代理：では、以上で機能評価を終了する。

委員の皆様方におかれましては、長時間にわたり調査をいただきありがとうございます。今後ともがん診療レベルの向上のため、お力添えをお願いいたします。