

令和3年度 第1回
北部地区医師会病院・琉球大学病院「グループ指定」に関するがん診療連携会議
議事要旨

日時：令和3年6月29日（火）16：00～17：00

場所：WEB開催

（参加者3名）

北部地区医師会病院 副院長 柴山順子先生
副院長 照屋淳先生
外科外来医長 野里栄治先生
琉球大学病院 増田昌人（がんセンター）

（欠席2名）

北部地区医師会病院 病院長 諸喜田林先生

（陪席者2名）

琉球大学病院 有賀 拓郎 先生（診療情報管理センター）
石川 千穂（琉大病院がんセンター事務）

<報告事項>

1. 令和2年度第1回北部地区医師会病院・琉球大学病院「グループ指定」に関するがん診療連携会議 議事要旨の確認
資料1の確認がされ、承認された。

<協議事項>

1. 整備に関する指針における「グループ指定」で努力が必要な個所の確認について
資料1に基づき、両院における、(1)～(5)の努力が必要な個所について、現状の確認があり、それぞれ以下ようになった。
【参考資料末尾に添付：令和2年度第1回議事要旨(課題について確認用)】

(1) 院内クリティカルパス一覧

琉大の院内クリティカルパス一覧が提示された。陪席の有賀先生より、北部地区医師会病院の方で希望があるタイトルがあれば、詳細について提示できる、また北部地区医師会病院からも提案があるパスがあれば琉大の当該診療科で同じパスを作成できるとの発言があった。野里委員と有賀先生を中心に、両院のクリティカルパス

の一覧を共有し調整することとなった。次回定期カンファ開催時、進捗を確認する。

(2)地域連携の会議体について

琉大の現状は、年 12 回の開催が必要。ホスピス病院の連絡会議に年に 4～6 回参加する等で対応しているが、開催数が不十分とのことだった(現在は、その連絡会議も新型コロナの影響で開催できてない)。北部地区医師会病院では、医療介護連携協議会で、がん関連、在宅の患者さんのケアについて等の議題をあげる提案をしているので、年 1 回の開催はクリアできそうとのことだった。

(3) グループ指定の HP 掲載について

前回開催時、北部地区医師会病院ではホームページは公開されているが、パンフレットでの情報提供は行われていないとのことだった。現在は、パンフレットのたたきが出来ており、最終確認をしているので、もうすぐ患者さんに配布できるとのことだった。

(4)病院間の PDCA サイクルの確保について

増田委員より、下記①～③について協力依頼があり、承認された。6 病院相互評価訪問の開催については WEB 開催も検討される。

- ①今年度から WEB 開催の検討も含めて、6 病院で開催すること。
- ②個別の医療機関で改善点を自覚した上で、県全体で均てん化を図ること。
- ③病院長、副病院長に立ち会ってもらい、病院全体、県全体で取り組まなくてはならない S 項目を重点的にチェックすること。

(5)医療に係る安全管理外部評価について

琉大病院においては、資料 1-(4)に記載があるように、外部監査を受けているとの説明があった。北部地区医師会病院においては、医療安全の連携をとっている病院と相互訪問をし、マニュアルの整備や安全対策の確認をもって評価としているとの説明があった。増田委員より、次回から実施調査の報告書をのこせば今後スムーズになると提案があり、承認された。

2. レジメンの登録、審査、管理に関する連携について

前回カンファレンス開催時、北部地区医師会病院においては、HP にレジメン一覧は公開されていないとのことであったが、現在はレジメン一覧が詳細な内容が公開されているとのことだった。

以上

以下、参考資料 前回議事要旨(課題について確認用)

令和2年度 第1回

北部地区医師会病院・琉球大学病院「グループ指定」に関するがん診療連携会議

日 時 令和3年3月29日(火) 16:00~16:35

場 所 WEB開催

構 成 員 5名(出席者4名)

北部地区医師会病院 病院長 諸喜田林先生

副院長 照屋淳先生

副院長 柴山順子先生

琉球大学病院 増田昌人(がんセンター)

(欠席1名)

北部地区医師会病院 外科外来医長 野里栄治先生

陪席者:1名 石川千穂(琉大病院がんセンター事務)

<報告事項>

1. 「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」の確認について

資料1に基づき、増田委員より、「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」について

確認があった

<協議事項>

3. 整備に関する指針における「グループ指定」で特に努力が必要な個所の確認と、レジメンの登録審査管理の連携について確認があった。

増田委員より、資料1に基づき、グループ指定の要件について、以下のように照らし合わせがあった。

資料1-VII 「地域がん診療病院の指定要件について」

1 診療体制

(1) 診療機能

① 集学的治療等の提供体制及び標準的治療等の提供

ア 我が国に多いがんを中心として、集学的治療等を提供する体制を有するとともに、標準的治療等がん患者の状態に応じた適切な治療を提供すること。ただし、集学的治療や標準的治療を提供できないがんについては、グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院との連携と役割分担により対応できる体制を整備すること。

特に問題ないとのことだった。

イ 「確実な連携体制を確保するため、グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院と定期的な合同のカンファレンスを開催すること。」

諸喜田委員より、現況調査の際は、放射線科の先生に月1回来てもらっていること、定期カンファが行われていることを記載している、との回答があった。また、本連絡会議を年に数回定期開催することとなった。

カ 「地域がん診療病院の診療機能確保のための支援等に関するがん診療連携拠点病院との人材交流計画を提出し、その計画に基づいた人材交流を行うこと。」

諸喜田委員より、現況調査の際は、外科医、内科医を琉大から定期的に派遣してもらっていることを記載しているとの回答があった。

キ 「標準的治療等の均てん化のため、グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院と連携することにより、対応可能ながんについてクリティカルパスを整備し活用状況を把握すること。」

琉大の方では院内クリティカルパスの進捗が遅いことが課題となっている。北部地区医師会病院の方では、がんの手術のパスと、胃がん、大腸がん、乳がん、肝臓がんのパスがあり、レジメンも作成されて電子カルテにて活用しているとのことだった。

→貴院内クリティカルパスのご提示頂けますよう、お願い致します。

*琉大の不足分と貴院の不足分を補い合えればと存じます。

ク 「がん患者の病態に応じたより適切ながん医療を提供できるよう、がんセンターボードを設置し、定期的を開催すること。」

特に問題なく、行われているとのことだった。

シ 小児がん患者で長期フォローアップ中の患者については、小児がん拠点病院や連携する医療機関と情報を共有する体制を整備すること。

北部地区医師会病院では小児がんの長期フォローアップは行われていないとのことだった。

② 手術療法の提供体制

ア 我が国に多いがんに対する手術のうち、提供が困難であるものについてはグループ指定を受けるがん診療連携拠点病院との連携により提供できる体制を整備すること。

連携による提供の体制は、整っているとのことだった。

イ グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院と連携することにより術中迅速病理診断を提供できる体制を整備すること。なお、当該体制は遠隔病理診断でも可とする。

術中迅速病理診断を提供できる体制は、北部地区医師会病院単独で整備されているとのことだった。

③ 放射線治療の提供体制

設備や人材配置の点から放射線治療の提供が困難である場合には、グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院と連携することにより放射線治療を提供できる体制を整備すること。

北部地区医師会病院と琉大の間では連携はうまくいっているとのことだった。

④ 薬物療法の提供体制

イ グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院との連携により、薬物療法のレジメンを審査するとともに、標準的な薬物療法を提供できる体制を整備すること。

この点は協議事項2で審議された。

⑥ 地域連携の協力体制

グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院との連携により、Ⅱの1の(1)の⑥に定める要件（後述）を満たすこと。

*Ⅷ 既指定病院の取扱い、指定・指定の更新の推薦手続等、指針の見直し及び施行期日について

<Ⅱの1の(1)の⑥に定める要件>

ア 地域の医療機関から紹介されたがん患者の受け入れを行うこと。また、がん患者の状態に応じ、地域の医療機関へがん患者の紹介を行うこと。その際、緩和ケアの提供に関しては、当該医療圏内の緩和ケア病棟や在宅緩和ケアが提供できる診療所等のマップやリストを作成する等、患者やその家族に対し常に地域の緩和ケア提供体制について情報提供できる体制を整備すること。

北部地区医師会病院では、「沖縄県がん診療連携協議会」の公式サイト、「うちなーがんネットがんにゅう」にリンクできるよう掲載されているとのことだった。また、同じく

北部地区医師会病院においては、患者やその家族に対し常に地域の緩和ケア提供体制について情報提供できる体制を整備することに関しても、情報がHPに公開されているとのことだった。

イ 病理診断又は画像診断に関する依頼、手術、放射線治療、薬物療法又は緩和ケアの提供に関する相談など、地域の医療機関の医師と診断及び治療に関する相互的な連携協力体制・教育体制を整備すること。

北部地区医師会病院単独で、特に問題なく、整備されているとのことだった。

ウ 当該医療圏内のがん診療に関する情報を集約し、当該圏域内の医療機関やがん患者等に対し、情報提供を行うこと。

北部地区医師会病院においては、問題なく、十分提供されているとのことだった。

エ がん患者に対して、周術期の口腔健康管理や、治療中の副作用・合併症対策、口腔リハビリテーションなど、必要に応じて院内又は地域の歯科医師と連携することが望ましい。

北部地区医師会病院では、名護市内の個人開業歯科医と連携しているとのことだった。

オ 我が国に多いがんその他必要ながんについて、地域連携クリティカルパス（がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関等が作成する診療役割分担表、共同診療計画表及び患者用診療計画表から構成されるがん患者に対する診療の全体像を体系化した表をいう。以下同じ。）を整備すること。

県全体で5大がん及び、前立腺がんの地域連携パスが作成されており、問題ないとのことだった。

カ 地域連携時には、がん疼痛等の症状が十分に緩和された状態での退院に努め、症状緩和に係る院内クリティカルパスに準じた地域連携クリティカルパスやマニュアルを整備するなど、院内での緩和ケアに関する治療が在宅診療でも継続して実施できる体制を整備すること。

現在、北部地区医師会病院では、病院の中での看取りが多いが、在宅診療所と連携をとってはいるので希望がある際は、対応はしているとのことだった。また緩和ケアのマニュアルもあるとのことだった。緩和ケアに関する地域連携パスについてはまだとのことだったが、増田委員より、琉大の緩和ケアに関する地域連携パスが完成した際に、そちらを使用するのはどうかと提案があり、承認された。

キ 退院支援に当たっては、主治医、緩和ケアチーム等の連携により療養場所等に関する意思決定支援を行うとともに、必要に応じて地域の在宅診療に携わる医師や訪問看護師等と退院前カンファレンスを実施すること。

琉大は退院前カンファに課題があるが、北部地区医師会病院では問題なくおこなっているようだった。

ク 当該医療圏において、地域の医療機関や在宅診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援のあり方について情報を共有し、役割分担や支援等について議論する場を年1回以上設けること。なお、その際には既存の会議体を利用する等の工夫を行うことが望ましい。

琉大では年1-2回以上行うことになっており、北部地区医師会病院では行われていない状況とのことだった。今後、既存の会議体の中に盛り込み、年1回以上は行うように検討するとのことだった。

→現状をご報告ください。

⑦ セカンドオピニオンの提示体制

ア 我が国に多いがんその他対応可能ながんについて、手術療法、放射線治療、薬物療法又は緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する医師によるセカンドオピニオンを提示できる体制を整備すること。またグループ指定の がん診療連携拠点病院 との連携による提示も可とする。

北部地区医師会病院にて単独で、問題なく、整備されているとのことだった。

4 相談支援・情報提供・院内がん登録

(1) がん相談支援センター

② グループ指定の がん診療連携拠点病院 との連携と役割分担によりⅡの4の(1)に規定する相談支援業務を行うこと。

北部地区医師会病院単独で、相談支援業務は、行われているとのことだった。

(3) 情報提供・普及啓発

② グループ指定を受ける がん診療連携拠点病院 名やその連携内容、連携実績等についてホームページ、パンフレット等でわかりやすく公表すること。

北部地区医師会病院ではホームページは公開されているが、パンフレットでの情報提供は行われていないとのことだった。今後パンフレット作成し、情報公表するとのことだった。

→現状についてご報告ください。

5 PDCAサイクルの確保

(1) 自施設の診療機能や診療実績、地域連携に関する実績や活動状況の他、がん患者の療養生活の質について把握・評価し、課題認識を院内の関係者で共有した上で、組織的な改善策を講じること。なお、その際にはQ Iの利用や、第三者による評価、拠点病院間の 実地調査等を用いる等、工夫をすること。

(2) これらの実施状況につき都道府県拠点病院を中心に都道府県内の がん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院において、情報共有と相互評価を行うとともに、地域に対してわかりやすく広報すること。

増田委員より、現在、那覇市立病院、中部病院、琉大病院の3か所で行われているがん相談支援センターの相互評価訪問を、次年度、6病院に拡大する予定であると発言があった。

- ①今年度から WEB 開催の検討も含めて、6病院で開催すること。
- ②個別の医療機関で改善点を自覚した上で、県全体で均てん化を図ること。
- ③病院長、副病院長に立ち会ってもらい、病院全体、県全体で取り組まなくてはいけないS項目を重点的にチェックすること。

6 医療に係る安全管理

(4) 医療に係る安全管理の体制及び取り組み状況について、第三者による評価や 拠点病院間での実地調査等を活用することが望ましい。

増田委員より、照屋委員の方で、安全対策に関する会議の議事要旨、組織表、安全管理マニュアルを用意してもらい、例えば幹事会の際に相互チェックを行うのはどうかと、提案があり、承認された。

4. レジメンの登録、審査、管理に関する連携について

現状、北部地区医師会病院ではレジメン一覧表を HP 上で公開しているかの確認があり、

諸喜田委員より、公表されていないとの回答だった。

琉大は、以前はがん種とレジメン名しか公表していなかったが、現在は商品名や単位等まで詳細に公表しているとの説明があった。今後、北部地区医師会病院でも、薬剤部に確認し、早めに詳細まで公表することとなった。増田委員より、表の取りまとめについては、何かあれば、琉大の薬剤師とも相談できる旨、発言があった。

→その後、詳細公開までに至っておりますでしょうか。現状についてご報告ください。

以上

令和3年度 第1回
 北部地区医師会病院・琉球大学病院「グループ指定」に関するがん診療連携会議
 議事次第

日時：令和3年6月29日（火）16：00～17：00

場所：WEB開催

参加者（予定）：5名

北部地区医師会病院 病院長 諸喜田林先生
 副院長 照屋淳先生
 副院長 柴山順子先生
 外科外来医長 野里栄治先生
 琉球大学病院 増田昌人（がんセンター）
 陪席者：2名 有賀拓郎 先生(琉大診療情報管理センター)
 石川千穂（琉大がんセンター事務）

<報告事項>

1. 令和2年度第1回北部地区医師会病院・琉球大学病院「グループ指定」に関するがん診療連携会議 議事要旨の確認 **【資料1】 P2**
2. その他

<協議事項>

1. 整備に関する指針における「グループ指定」で努力が必要な個所の確認について **【資料1】 P2**
 - (1) **【琉大】** 院内クリティカルパス一覧 **【資料1-(1)] P6**
 - (2) 地域連携の会議体について **【資料なし】**
 - (3) グループ指定のHP掲載について **【資料1-(2)] P12**
 - (4) 病院間のPDCAサイクルの確保について **【資料1-(3)] P13**
 - (5) 医療に係る安全管理外部評価について **【資料1-(4)] P22**
2. レジメンの登録、審査、管理に関する連携について **【資料2】 別紙**
3. その他

令和 2 年度 第 1 回

北部地区医師会病院・琉球大学病院「グループ指定」に関するがん診療連携会議

日 時 令和 3 年 3 月 2 9 日 (火) 16 : 00 ~ 16 : 35
 場 所 WEB開催
 構 成 員 5 名 (出席者 4 名)

北部地区医師会病院 病院長 諸喜田林先生
 副院長 照屋淳先生
 副院長 柴山順子先生
 琉球大学病院 増田昌人 (がんセンター)

(欠席 1 名)

北部地区医師会病院 外科外来医長 野里栄治先生

陪席者:1 名 石川千穂 (琉大病院がんセンター事務)

< 報告事項 >

1. 「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」の確認について
 資料 1 に基づき、増田委員より、「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」について確認があった

< 協議事項 >

1. 整備に関する指針における「グループ指定」で特に努力が必要な個所の確認と、レジメンの登録審査管理の連携について確認があった。
 増田委員より、資料 1 に基づき、グループ指定の要件について、以下のように照らし合わせがあった。

資料 1-VII 「地域がん診療病院の指定要件について」

- 1 診療体制
 (1) 診療機能
 ① 集学的治療等の提供体制及び標準的治療等の提供

ア 我が国に多いがんを中心として、集学的治療等を提供する体制を有するとともに、標準的治療等がん患者の状態に応じた適切な治療を提供すること。ただし、集学的治療や標準的治療を提供できないがんについては、グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院との連携と役割分担により対応できる体制を整備すること。

特に問題ないとのことだった。

イ 「確実な連携体制を確保するため、グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院と定期的な合同のカンファレンスを開催すること。」

諸喜田委員より、現況調査の際は、放射線科の先生に月 1 回来てもらっていること、定期カンファが行われていることを記載している、との回答があった。また、本連絡会議を年に数回定期開催することとなった。

カ 「地域がん診療病院の診療機能確保のための支援等に関するがん診療連携拠点病院との人材交流計画を提出し、その計画に基づいた人材交流を行うこと。」

諸喜田委員より、現況調査の際は、外科医、内科医を琉大から定期的に派遣してもらっていることを記載しているとの回答があった。

キ 「標準的治療等の均てん化のため、グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院と連携することにより、対応可能ながんについてクリティカルパスを整備し活用状況を把握すること。」

琉大の方では院内クリティカルパスの進捗が遅いことが課題となっている。北部地区医師会病院の方では、がんの手術のパスと、胃がん、大腸がん、乳がん、肝臓がんのパスがあり、レジメンも作成されて電子カルテにて活用しているとのことだった。

→貴院内クリティカルパスのご提示頂けますよう、お願い致します。

*琉大の不足分と貴院の不足分を補い合えればと存じます。

資料1-(1) P6参照

ク 「がん患者の病態に応じたより適切ながん医療を提供できるよう、がんセンターボードを設置し、定期的に開催すること。」

特に問題なく、行われているとのことだった。

シ 小児がん患者で長期フォローアップ中の患者については、小児がん拠点病院や連携する医療機関と情報を共有する体制を整備すること。

北部地区医師会病院では小児がんの長期フォローアップは行われていないとのことだった。

② 手術療法の提供体制

ア 我が国に多いがんに対する手術のうち、提供が困難であるものについてはグループ指定を受けるがん診療連携拠点病院との連携により提供できる体制を整備すること。

連携による提供の体制は、整っているとのことだった。

イ グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院と連携することにより術中迅速病理診断を提供できる体制を整備すること。なお、当該体制は遠隔病理診断でも可とする。

術中迅速病理診断を提供できる体制は、北部地区医師会病院単独で整備されているとのことだった。

③ 放射線治療の提供体制

設備や人材配置の点から放射線治療の提供が困難である場合には、グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院と連携することにより放射線治療を提供できる体制を整備すること。

北部地区医師会病院と琉大の間では連携はうまくいっているとのことだった。

④ 薬物療法の提供体制

イ グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院との連携により、薬物療法のレジメンを審査するとともに、標準的な薬物療法を提供できる体制を整備すること。

この点は協議事項2で審議された。

⑥ 地域連携の協力体制

グループ指定を受けるがん診療連携拠点病院との連携により、IIの1の(1)の⑥に定める要件(後述)を満たすこと。

*VIII 既指定病院の取扱い、指定・指定の更新の推薦手続等、指針の見直し及び施行期日について
<IIの1の(1)の⑥に定める要件>

ア 地域の医療機関から紹介されたがん患者の受け入れを行うこと。また、がん患者の状態に応じ、地域の医療機関へがん患者の紹介を行うこと。その際、緩和ケアの提供に関しては、当該医療圏内の緩和ケア病棟や在宅緩和ケアが提供できる診療所等のマップやリストを作成する等、患者やその家族に対し常に地域の緩和ケア提供体制について情報提供できる体制を整備すること。

北部地区医師会病院では、「沖縄県がん診療連携協議会」の公式サイト、「うちなーがんネットがんにゅう」にリンクできるように掲載されているとのことだった。また、同じく北部地区医師会病院においては、患者やその家族に対し常に地域の緩和ケア提供体制について情報提供できる体制を整備することに関しても、情報がHPに公開されているとのことだった。

イ 病理診断又は画像診断に関する依頼、手術、放射線治療、薬物療法又は緩和ケアの提供に関する相談など、地域の医療機関の医師と診断及び治療に関する相互的な連携協力体制・教育体制を整備すること。

北部地区医師会病院単独で、特に問題なく、整備されているとのことだった。

ウ 当該医療圏内のがん診療に関する情報を集約し、当該圏域内の医療機関やがん患者等に対し、情報提供を行うこと。

北部地区医師会病院においては、問題なく、十分提供されているとのことだった。

エ がん患者に対して、周術期の口腔健康管理や、治療中の副作用・合併症対策、口腔リハビリテーションなど、必要に応じて院内又は地域の歯科医師と連携することが望ましい。

北部地区医師会病院では、名護市内の個人開業歯科医と連携しているとのことだった。

オ 我が国に多いがんその他必要ながんについて、地域連携クリティカルパス（がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関等が作成する診療役割分担表、共同診療計画表及び患者用診療計画表から構成されるがん患者に対する診療の全体像を体系化した表をいう。以下同じ。）を整備すること。

県全体で5大がん及び、前立腺がんの地域連携パスが作成されており、問題ないとのことだった。

カ 地域連携時には、がん疼痛等の症状が十分に緩和された状態での退院に努め、症状緩和に係る院内クリティカルパスに準じた地域連携クリティカルパスやマニュアルを整備するなど、院内での緩和ケアに関する治療が在宅診療でも継続して実施できる体制を整備すること。

現在、北部地区医師会病院では、病院の中での看取りが多いが、在宅診療所と連携をとってはいるので希望がある際は、対応はしているとのことだった。また緩和ケアのマニュアルもあるとのことだった。緩和ケアに関する地域連携パスについてはまだとのことだったが、増田委員より、琉大の緩和ケアに関する地域連携パスが完成した際に、そちらを使用するのはどうかと提案があり、承認された。

キ 退院支援に当たっては、主治医、緩和ケアチーム等の連携により療養場所等に関する意思決定支援を行うとともに、必要に応じて地域の在宅診療に携わる医師や訪問看護師等と退院前カンファレンスを実施すること。

琉大は退院前カンファに課題があるが、北部地区医師会病院では問題なくおこなっているようだった。

ク 当該医療圏において、地域の医療機関や在宅診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援のあり方について情報を共有し、役割分担や支援等について議論する場を年1回以上設けること。なお、その際には既存の会議体を利用する等の工夫を行うことが望ましい。

琉大では年12回以上行うことになっており、北部地区医師会病院では行われていない状況とのことだった。今後、既存の会議体の中に盛り込み、年1回以上は行うように検討するとのことだった。

→現状をご報告ください。

⑦ セカンドオピニオンの提示体制

ア 我が国に多いがんその他対応可能ながんについて、手術療法、放射線治療、薬物療法又は緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する医師によるセカンドオピニオンを提示できる体制を整備すること。またグループ指定の がん診療連携拠点病院 との連携による提示も可とする。

北部地区医師会病院にて単独で、問題なく、整備されているとのことだった。

4 相談支援・情報提供・院内がん登録

(1) がん相談支援センター

② グループ指定の がん診療連携拠点病院 との連携と役割分担によりⅡの4の(1)に規定する相談支援業務を行うこと。

北部地区医師会病院単独で、相談支援業務は、行われているとのことだった。

(3) 情報提供・普及啓発

② グループ指定を受ける がん診療連携拠点病院 名やその連携内容、連携実績等についてホームページ、パンフレット等でわかりやすく公表すること。

北部地区医師会病院ではホームページは公開されているが、パンフレットでの情報提供は行われて

いないとのことだった。今後パンフレット作成し、情報公表するとのことだった。

→現状についてご報告ください。

資料 1-(2) P12参照

5 PDCAサイクルの確保

(1) 自施設の診療機能や診療実績、地域連携に関する実績や活動状況の他、がん患者の療養生活の質について把握・評価し、課題認識を院内の関係者で共有した上で、組織的な改善策を講じること。なお、その際にはQ Iの利用や、第三者による評価、拠点病院間の実地調査等を用いる等、工夫をすること。

(2) これらの実施状況につき都道府県拠点病院を中心に都道府県内の がん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院において、情報共有と相互評価を行うとともに、地域に対してわかりやすく広報すること。

増田委員より、現在、那覇市立病院、中部病院、琉大病院の3か所で行われているがん相談支援センターの相互評価訪問を、次年度、6病院に拡大する予定であると発言があった。

①今年度からWEB開催の検討も含めて、6病院で開催すること。

②個別の医療機関で改善点を自覚した上で、県全体で均てん化を図ること。

③病院長、副病院長に立ち会ってもらい、病院全体、県全体で取り組まなくては行けない

いS項目を重点的にチェックすること。

資料 1-(3) P13参照

6 医療に係る安全管理

(4) 医療に係る安全管理の体制及び取り組み状況について、第三者による評価や 拠点病院 間での実地調査等を活用することが望ましい。

増田委員より、照屋委員の方で、安全対策に関する会議の議事要旨、組織表、安全管理マニュアルを用意してもらい、例えば幹事会の際に相互チェックを行うのはどうかと、提案があり、承認された。

資料 1-(4) P22参照

2. レジメンの登録、審査、管理に関する連携について

現状、北部地区医師会病院ではレジメン一覧表をHP上で公開しているかの確認があり、諸喜田委員より、公表されていないとの回答だった。

琉大は、以前はがん種とレジメン名しか公表していなかったが、現在は商品名や単位等まで詳細に公表しているとの説明があった。今後、北部地区医師会病院でも、薬剤部に確認し、早めに詳細まで公表することとなった。増田委員より、表の取りまとめについては、何かあれば、琉大の薬剤師とも相談できる旨、発言があった。

→その後、詳細公開までに至っておりますでしょうか。現状についてご報告ください。

以上

クリニカルパス一覧

R03.05現在

診療科	No	Code No	パス名称	承認日	公開中 (H31.4現在)	H30使用数 (H30.4- H31.3)	備考
第一内科	1	01-005-0	肝生検(2泊3日)	2017/03/31	○		
	2	01-006-0	肝生検(1泊2日)	2016/08/03	○		
	3	01-007-0	ESD	2017/03/31	○		
	4	01-008-1	アリムタ単剤	2021/05/17	○		既存パス承認済
	5	01-009-1	カルボプラチン+ペメトレキセド	2021/05/17	○		既存パス承認済
	6	01-010-1	EBUS-TBNA	2017/12/21	○		
	7	01-011-0	ERCP	2017/12/21	○		
	8	01-012-0	EUS-FNA	2017/12/21	○		
第二内科	1	02-001-1	骨髄採取術(3泊4日)	2021/05/17	○		既存パス承認済
	2	02-002-2	末梢血幹細胞採取	2021/05/17	○		既存パス承認済
	3	02-003-0	副腎静脈サンプリング	2016/05/19	○		
	4	02-004-0	PA精査(火曜入院)	2021/01/12	○		
	5	02-005-0	PA精査(金曜入院)	2021/01/12	○		
	6	02-006-1	エンドキサンパルス	2021/05/17	○		既存パス承認済
	7	02-007-1	リツキサン	2021/05/17	○		既存パス承認済
	8	02-008-0	減量 手術前	2021/05/12	○		
	9	02-009-0	減量 手術後	2021/05/12	○		
第三内科	1	03-001-1	通常腎生検	2021/05/17	○		既存パス承認済
	2	03-002-1	IgA腎症ステロイドパルス療法	2021/05/17	○		既存パス承認済
	3	03-003-0	翌日心カテ	不明	○		
	4	03-004-0	睡眠時無呼吸症候群		○		
	5	03-005-0	翌日心カテ(腎機能障害用:補液あり)	2016/07/14	○		
	6	03-006-0	脳脊髄圧減少症のコピー		○		
	7	03-007-0	二次性高血圧精査	2016/07/14	○		
	8	03-008-1	急性心筋梗塞	2021/05/17	○		既存パス承認済
	9	03-010-0	翌日心カテ(日曜日入院)	2016/07/14	○		
	10	03-011-0	翌日心カテ(入院時検査なし)	2016/07/14	○		
	11	03-012-1	心房細動 金曜日入院	2021/05/17	○		既存パス承認済
	12	03-020-0	サムスカ導入(2泊3日)	2018/02/15	○		
	13	03-020-0	サムスカ導入(3泊4日)	2018/02/15	○		
	14	03-021-1	PCIパス(2泊3日)	2021/05/17	○		既存パス承認済
	15	03-022-1	Adhoc CAGパス(入院時検査なし)	2021/05/17	○		既存パス承認済
第一外科	1	04-003-1	兎径ヘルニア根治術	2021/05/18	○		既存パス承認済
	2	04-002-2	乳癌-乳房温存	2021/05/18	○		既存パス承認済
	3	04-005-2	乳癌-乳房切除	2021/05/18	○		既存パス承認済
	4	04-006-1	甲状腺全摘	2021/05/18	○		既存パス承認済
	5	04-007-1	甲状腺葉切除	2021/05/18	○		既存パス承認済
	6	04-008-1	副甲状腺摘出	2021/05/18	○		既存パス承認済
	7	04-009-1	腹腔鏡下胆嚢摘出術	2021/05/18	○		既存パス承認済
	8	04-010-1	大腸パス①(食事開始3日目)	2021/05/18	○		既存パス承認済
	9	04-011-1	大腸パス②(食事開始5日目)	2021/05/18	○		既存パス承認済
	10	04-012-1	ストマ閉鎖(大腸パス①)	2021/05/18	○		
	11	04-013-1	大腸パス①(体重50kg以下)	2021/05/18	○		既存パス承認済
	12	04-014-0	大腸パス②(体重50kg以下)		○		
	13	04-015-0	ストマ閉鎖(大腸パス①体重50kg以下)		○		
	14	04-016-0	大腸癌化学療法(mFOLFOX6+アパスチン)	2016/07/14	○		
	15	04-017-0	大腸癌化学療法(mFOLFOX6+ベクティビックス)	2016/07/14	○		
	16	04-018-0	大腸癌化学療法(FOLFIRI+アパスチン)	2016/05/19	○		

クリニカルパス一覧

R03.05現在

診療科	No	Code No	パス名称	承認日	公開中 (H31.4現在)	H30使用数 (H30.4- H31.3)	備考
	17	04-019-0	大腸癌化学療法(FOLFIRI)	2016/07/14	○		
	18	04-020-0	大腸癌化学療法(mFOLFOX6)	2016/07/14	○		
	19	04-021-0	大腸癌化学療法(CPT-11+Pmab)		○		
	20	04-022-0	大腸癌化学療法(CPT-11+Cmab)		○		
	21	04-023-0	大腸癌化学療法(SOX)	2016/07/14	○		
	22	04-024-0	大腸癌化学療法(SOX+BV)	2016/07/14	○		
	23	04-025-0	大腸癌化学療法(IRIS+BV7.5)	2016/07/14	○		
	24	04-026-0	大腸癌化学療法(XELOX)		○		
	25	04-027-0	上部消化管 化学療法ver3	2016/07/14	○		承認不明 中村陽二先生
	26	04-028-1	第一外科小手術～3泊4日	2021/05/18	○		既存パス承認済
	27	04-029-0	上部消化管 化学療法(オプジーボ)		○		承認不明
	28	04-030-1	上部消化管 化学療法DOS		○		承認不明
	29	04-031-0	胃切除 早期退院	2021/05/25	○		承認不明
	30	04-032-0	胃切除 早期退院 術4日前入院	2021/05/25	○		承認不明
31	04-033-0	減量 腹腔鏡下スリーブ状切除術	2021/05/25	○		承認不明	
第二外科	1	05-006-0	シャント造設(2日間)	R01.6.17	○		
	2	05-007-0	ShuntPTA	R01.6.17	○		
	3	05-008-0	EVLA(レーザー治療)	R01.6.17	○		
	4	05-009-0	血管造影検査(単径部アプローチ)	R01.09.25	○		
	5	05-010-0	血管造影検査(上腕動脈アプローチ)	R01.09.25	○		
	6	05-002-1	VATS(区切・葉切)2日前入院	2021/05/20	○		既存パス承認済
	7	05-003-1	VATS(区切・葉切)3日前入院	2021/05/20	○		既存パス承認済
	8	05-004-1	VATS(部切)2日前入院	2021/05/20	○		既存パス承認済
	9	05-005-1	VATS(部切)3日前入院	2021/05/20	○		既存パス承認済
	10	05-011-1	EVAR(金入院・月OPE)	2021/05/20	○		既存パス承認済
	11	05-012-1	TEVAR(金入院・月OPE)	2021/05/20	○		既存パス承認済
	12	05-013-0	TAVI	2021/2/22	○		
脳神経外科	1	06-001-0	アンギオ 2泊3日	2016/05/19	○		
	2	06-003-0	インターフェロン療法(5日間)	2016/05/19	○		
	3	06-004-0	下垂体手術	2016/05/19	○		
	4	06-005-0	聴神経鞘腫	2017/09/05	○		
	5	06-006-0	聴神経鞘腫_ve_2	2017/09/05	○		
	6	06-007-0	髄膜腫	2017/09/05	○		
	7	06-008-0	髄膜腫(前日から版)	2017/09/05	○		
整形外科	1	07-030-1	左TKA(前日入院)new	2021/05/24	○		既存パス承認済
	2	07-031-1	右TKA(前日入院)new	2021/05/24	○		既存パス承認済
	3	07-032-1	左THA(前日入院・翌リハ・ロコアテープ・アセリオ)	2021/05/24	○		既存パス承認済
	4	07-033-1	右THA(前日入院・翌リハ・ロコアテープ・アセリオ)	2021/05/24	○		既存パス承認済
	5	07-034-1	右ARO(前日入院)	2021/05/24	○		既存パス承認済
	6	07-035-1	左ARO(前日入院)	2021/05/24	○		既存パス承認済
	7	07-036-1	右CPO(前日入院)	2021/05/24	○		既存パス承認済
	8	07-037-1	左CPO(前日入院)	2021/05/24	○		既存パス承認済
	9	07-038-1	頸椎手術	2021/05/24	○		既存パス承認済
	10	07-039-1	頸椎手術(環軸椎亜脱臼)	2021/05/24	○		既存パス承認済
	11	07-040-0	緊急頸椎手術	2021/05/24	○		既存パス承認済
	12	07-041-1	腰椎手術	2021/05/24	○		既存パス承認済
	13	07-042-1	緊急腰椎手術	2021/05/24	○		既存パス承認済
	14	07-043-1	側弯症	2021/05/24	○		既存パス承認済

診療科	No	Code No	パス名称	承認日	公開中 (H31.4現在)	H30使用数 (H30.4- H31.3)	備考
	15	07-024-0	ミエロ、神経根ブロック目的入院		○		
	16	07-025-0	左脛骨骨切り(翌日手術)	2021/04/02	○		
	17	07-026-0	右大腿骨近位部骨折(骨接合)	2021/04/02	○		
	18	07-027-0	左大腿骨近位部骨折(骨接合)	2021/04/02	○		
	19	07-028-0	右大腿骨頸部骨折(人工骨頭)	2021/04/02	○		
	20	07-029-0	左大腿骨頸部骨折(人工骨頭)	2021/04/02	○		
産婦人科	1	08-021-0	婦人科開腹手術(RTH以外)	2016/05/19	○		
	2	08-022-0	婦人科開腹手術(RTH以外)/抗凝固療法あり	2016/07/14	○		
	3	08-023-0	子宮頸部円錐切除術(前日入院・術後1日目退院)	2016/07/14	○		
	4	08-024-0	正常分娩(新生児入院用)	2016/07/14	○		
	5	08-025-0	正常分娩	2016/05/19	○		
	6	08-026-0	緊急帝王切開術	2016/07/14	○		
	7	08-027-0	OPU	2016/07/14	○		
	8	08-028-0	予定帝王切開術	2016/07/14	○		
	9	08-031-0	D&C(婦人科)	2016/07/14	○		
	10	08-032-0	子宮鏡下筋腫切除術	2016/07/14	○		
	11	08-033-0	正常新生児	2016/07/14	○		
	12	08-034-0	腹腔鏡手術:前日入院	2016/07/14	○		
	13	08-035-0	緊急腹腔鏡手術	2016/07/14	○		
	14	08-036-0	D&C(産科用・メテナリンあり)	2016/07/14	○		
	15	08-037-0	妊娠性糖尿病:食事療法	2016/07/14	○		
	16	08-038-0	D&E(22週以前)		○		
	17	08-041-0	ヘパリン療法	2016/07/14	○		
	18	08-042-0	羊水穿刺		○		
小児科	1	09-001-2	帝王切開による出生児(NEC作成)	2016/05/19	○		
	2	09-002-1	腎生検クリニカルパス(小児科)	2020/11/30	○		
	3	09-003-0	小児画像撮影鎮静	2020/11/30	○		
	4	09-004-0	小児気管支喘息 中発作以下	2020/11/30	○		
	5	09-005-0	輸血療法	2020/11/30	○		
	6	09-006-0	レミケード	2020/11/30	○		
	7	09-007-0	アクテムラ	2020/11/30	○		
	8	09-008-0	食物アレルギー経口負荷試験	2020/11/30	○		
	9	09-009-0	CV抜去(小児用)	2020/11/30	○		
	10	09-010-0	酵素補充療法HUNTER症候群	2020/12/16	○		
皮膚科	1	10-007-1	[脱毛症]ステロイドパルス療法	2021/05/14	○		既存パス承認済
	2	10-008-1	[無汗症]ステロイドパルス療法	2021/05/14	○		既存パス承認済
	3	10-002-1	オプジーボ	2021/05/14	○		既存パス承認済
	4	10-003-1	オプジーボ(糖尿病患者用)	2021/05/14	○		既存パス承認済
	5	10-004-1	キイトルーダ200mg	2021/05/14	○		既存パス承認済
	6	10-005-1	キイトルーダ200mg(糖尿病患者用)	2021/05/14	○		既存パス承認済
	7	10-006-0	帯状疱疹 アシクロビル点滴静注		○		
	1	11-001-1	経尿道的膀胱腫瘍切除術(TUR-BT)	2021/05/13	○		既存パス承認済
	2	11-002-1	前立腺針生検	2021/05/13	○		既存パス承認済
	3	11-003-1	TUL経尿道的レーザー結石破砕術(全身麻酔)	2021/05/13	○		既存パス承認済
	4	11-004-1	TUL経尿道的レーザー結石破砕術(腰椎麻酔)	2021/05/13	○		既存パス承認済
	5	11-005-0	D-Jステント操作(腰椎麻酔)	2016/07/14	○		
	6	11-006-0	D-Jステント操作(局所麻酔)	2016/07/14	○		
	10	11-011-1	経尿道的前立腺切除術TURP(レーザー切除術含む)	2021/05/13	○		既存パス承認済

クリニカルパス一覧

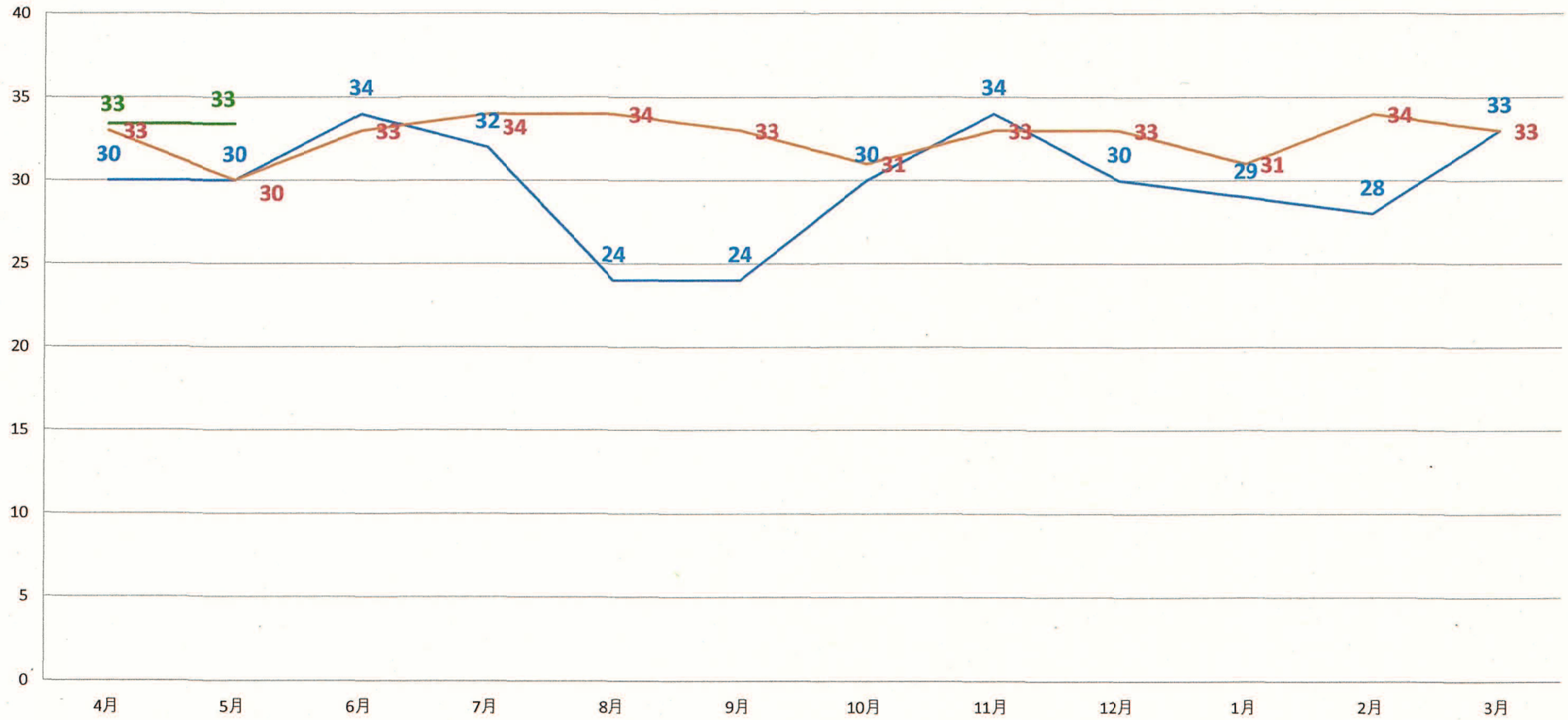
R03.05現在

診療科	No	Code No	パス名称	承認日	公開中 (H31.4現在)	H30使用数 (H30.4- H31.3)	備考	
腎泌尿器外科	11	11-013-1	腹腔鏡下副腎摘出術	2021/05/13	○		既存パス承認済	
	15	11-021-1	膀胱全摘+回腸導管(TC-IC)	2021/05/13	○		既存パス承認済	
	16	11-023-0	小線源療法	2016/07/14	○			
	17	11-024-1	停留精巢固定術	2021/05/13	○		既存パス承認済	
	19	11-026-0	CAPDカテ留置	2016/07/14	○			
	20	11-043-1	TVM-A	2021/05/13	○		既存パス承認済	
	21	11-044-1	TVM-A(前日入院)	2021/05/13	○		既存パス承認済	
	22	11-045-0	TESE	2016/07/14	○			
	23	11-027-1	腎泌尿器外科開腹手術	2021/05/13	○		既存パス承認済	
	24	11-028-1	LSC(腹腔鏡下仙骨陰固定術)	2021/05/13	○		既存パス承認済	
	25	11-029-1	TVM(経腔のメッシュ手術)	2021/05/13	○		既存パス承認済	
	26	11-030-1	腎腫瘍手術	2021/05/13	○		既存パス承認済	
	27	11-031-1	ロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術	2021/05/13	○		既存パス承認済	
	28	11-032-1	ロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘術	2021/05/13	○		既存パス承認済	
	29	11-033-1	前立腺全摘術	2021/05/13	○		既存パス承認済	
	30	11-034-1	TESE採精術	2021/05/13	○		既存パス承認済	
	31	11-035-1	PNL(経皮的腎結石除去術)	2021/05/13	○		既存パス承認済	
	32	11-036-1	腎尿管全摘+膀胱部分切除	2021/05/13	○		既存パス承認済	
	33	11-037-1	膀胱全摘+尿管皮膚瘻	2021/05/13	○		既存パス承認済	
	34	11-038-1	血液型適合生体腎移植	2021/05/13	○		既存パス承認済	
	35	11-039-1	血液型適合生体腎移植(5日前入院)	2021/05/13	○		既存パス承認済	
	36	11-040-1	腎泌尿器科腹腔鏡下手術	2021/05/13	○		既存パス承認済	
	37	11-041-1	高位精巢摘出術	2021/05/13	○		既存パス承認済	
	38	11-042-0	血液型不適合生体腎移植	2021/2/24	○			
	耳鼻咽喉科	1	12-007-0	顔麻痺(ゾビラックスあり)		○		赤澤幸則先生20190107更新
		2	12-008-0	突難600(パルクスなし)退院時処方あり		○		比嘉輝之先生20190107更新
		3	12-009-0	突難600(パルクスあり)退院時処方あり		○		近藤俊輔先生20190314更新
		4	12-011-0	鼓膜換気チューブ挿入術(短期入院)	2016/07/14	○		
		5	12-012-0	鼓膜形成術(小児・全麻)		○		與那原田里加先生20190107更新
		6	12-013-1	鼓膜形成術(成人)	2021/05/25	○		既存パス承認済
		7	12-015-0	鼓室形成術(小児21-25kg7歳以上)		○		比嘉輝之先生20190219更新
		8	12-016-0	鼓室形成術(小児26-30kg,7歳以上)	2018/02/15	○		
		9	12-021-0	鼓室形成術(成人)		○		比嘉輝之先生20190117更新
		10	12-018-0	鼓室形成術(小児31-45kg,7歳以上)		○		データ履歴なし
		11	12-019-0	鼓室形成術(小児20kg以下,2-7歳)				
		12	12-020-0	人工内耳植込み術(小児10-15kg)				
		13	12-001-1	内視鏡下鼻内手術:devi/con	2021/05/25	○		既存パス承認済
		14	12-002-0	内視鏡下鼻内手術:真菌症	2018/02/15	○		
15		12-003-0	内視鏡下鼻内手術:好酸球性副鼻腔炎	2018/02/15	○			
16		12-004-1	扁桃摘出術	2021/05/25	○		既存パス承認済	
17		12-005-1	喉頭形成術	2021/05/25	○		既存パス承認済	
18		12-006-1	ラリンゴマイクロ	2021/05/25	○		既存パス承認済	
	1	13-025-0	硝子体手術:木or日曜入院(右眼)	2016/05/19	○			
	2	13-026-0	硝子体手術:木or日曜入院(左眼)					
	3	13-027-0	硝子体手術:当日入院ope(右眼)	2016/07/14	○			
	4	13-028-0	硝子体手術:当日入院ope(左眼)	2016/07/14	○			
	5	13-029-1	硝子体手術:前日入院 全身麻酔 右眼	2021/05/27	○		既存パス承認済	
	6	13-030-1	硝子体手術:前日入院 全身麻酔 左眼	2021/05/27	○		既存パス承認済	

診療科	No	Code No	パス名称	承認日	公開中 (H31.4現在)	H30使用数 (H30.4- H31.3)	備考	
眼科	7	13-031-1	硝子体手術・当日入院 全身麻酔 右眼	2021/05/27	○		既存パス承認済	
	8	13-032-0	硝子体手術・当日入院 全身麻酔 左眼	不明	○		今永直也先生20190322更新	
	9	13-033-0	レクトミー日or木曜日入院(右眼)	2016/07/14	○		北村優佳先生20190323更新	
	10	13-036-0	レクトミー 日or木曜入院(左眼)	2016/07/14	○			
	11	13-037-0	レクトミー 当日入院(右眼)		○			
	12	13-038-0	レクトミー 当日入院(左眼)		○			
	13	13-041-1	レクトミー前日入院 全身麻酔 右眼	2021/05/27	○		既存パス承認済	
	14	13-042-1	レクトミー前日入院 全身麻酔 左眼	2021/05/27	○		既存パス承認済	
	15	13-043-1	レクトミー当日入院(右眼)全身麻酔	2021/05/27	○		既存パス承認済	
	16	13-044-1	レクトミー当日入院(左眼)全身麻酔	2021/05/27	○		既存パス承認済	
	17	13-045-0	ロトミー 日or木曜入院(左眼)	2016/07/14	○			
	18	13-046-0	ロトミー 日or木曜入院(右眼)	2016/07/14	○			
	19	13-047-0	白内障1泊2日(右眼)	2016/07/14	○			
	20	13-048-0	白内障1泊2日(左眼)	2016/07/14	○			
	21	13-049-1	白内障1泊2日両眼全身麻酔	2021/05/27	○		既存パス承認済	
	22	13-004-0	白内障2泊3日(右眼)	2016/05/19	○			
	23	13-005-0	白内障2泊3日(左眼)	2016/05/19	○			
	24	13-012-1	白内障2泊3日両眼全身麻酔	2021/05/27	○		既存パス承認済	
	25	13-010-0	両眼白内障ope金・月5泊6日(右眼から)	2016/07/14	○			
	26	13-011-0	両眼白内障ope金・月5泊6日(左眼から)	2016/07/14	○			
	27	13-013-1	斜視(2泊3日)	2021/05/27	○		既存パス承認済	
	28	13-014-0	右翼状片(2泊3日)最新	2016/07/14	○			
	29	13-015-0	左翼状片(2泊3日)最新	2016/07/14	○			
	30	13-016-0	外眼手術(2泊3日)		○			
	31	13-021-1	斜視・全麻	2021/05/27	○		既存パス承認済	
	32	13-022-1	右眼球摘出術	2021/05/27	○		既存パス承認済	
	33	13-023-1	左眼球摘出術	2021/05/27	○		既存パス承認済	
	精神科神経科							
	放射線科	1	15-001-1	RALS2泊入院	2021/05/27	○		既存パス承認済
		2	15-003-3	非密封小線源 ヨード治療(入院)ver.1.4		○		
		3	15-005-0	CT透視下針生検		○		
		4	15-002-1	RALS1泊入院	2021/05/27	○		既存パス承認済
		5	15-004-0	腫瘍IVR 2泊3日	2019/07/02	○		
歯科口腔外科	1	17-002-0	2019 プレート除去		○		中村元先生20190414更新	
	2	17-003-0	2019 口蓋形成(約1歳半)		○		中村元先生20190414更新	
	3	17-004-0	2019 口唇形成		○		中村元先生20190414更新	
	4	17-005-0	2019 腸骨(8~9歳)		○		中村元先生20190418更新	
	5	17-006-0	2019 舌分切除		○		中村元先生20190415更新	
	6	17-008-0	2019 抜歯(クリンダ)(入院3日間)		○		中村元先生20190418更新	
	7	17-009-0	2019 抜歯(NSAIDs禁)		○		中村元先生20190418更新	
	8	17-010-0	2019 腸骨(成人)術前2日		○			
	9	17-011-0	2019 腸骨(成人)術前1日		○			
	10	17-013-0	2019 抗生剤無し抜歯含む小外科(入院3日間)		○			
	11	17-014-0	2019 口唇形成12歳以上40kg以上		○			
形成外科	1	18-001-1	眼瞼下垂 局所麻酔 1泊2日	2021/04/02	○			
救急科								

年度別 クリニカルパス適用率

— 令和元年度
— 令和2年度
— 令和3年度



「北部地区医師会病院と琉大病院のグループ指定」に関する
琉大病院ホームページ掲載について

現状報告（2021年6月17日）

6月末にメール審議で開催予定の広報委員会へ、依頼文提出済み。
承認され、順調に進めば、7月上旬には琉大病院 HP にアップされる。

2021年1月7日
情報提供・相談支援部会
部会長 大久保礼子

令和2年度第1回がん相談支援センター相互評価報告書

1. 目的

県内複数のがん相談支援センターとの相互訪問において外部評価を受ける機会を創出し、評価内容をふまえ、改善案等の提言および実施とともにがん相談支援センターの質の担保を図る。

2. 実施方法

- (1) 県内のがん相談支援センターの中から1か所を選定し、複数のがん相談支援センター構成員が訪問して、業務および運営等に関するヒアリングを実施する。
- (2) 評価指標は「がん相談支援センターPDCA 実施状況チェックリスト 2019年作成版(全国部会作成版)」を使用する。チェックリストの全項目を、項目ごとに提示されている3段階で評価を行い、次にその3段階評価を点数化して合計点数で全体の達成度を測る。再掲を含む全部で62項目の指標186点満点とする。また、指標は達成すべき優先順位の目安として項目ごとにS・A・B・Cに区分されている*。今回はSからCのすべての項目において評価を実施した。
*)S項目：(全国一律に)特に優先的に取り組む項目、A項目：(全国一律に)優先的に取り組むべき項目、B項目：取り組むべき項目、C項目：施設の実情などに合わせて可能な範囲で取り組むとよい項目
- (3) 訪問に係る費用はそれぞれの所属機関の負担とする。

3. 実施日

令和2年12月22日(火)14時～16時30分

4. 場所

琉球大学病院がん相談支援センターおよびがんセンター

5. プログラム

- 14:00～14:30 部署訪問によるヒアリングおよび見学
14:30～14:50 講評および意見交換
 (1) 訪問施設へのコメント、改善点
 (2) チェック項目に対する要否
14:50～15:00 総括

6. 参加者

	氏名	所属	備考
1	傳道 聡子	県立中部病院	がん相談支援センター 実務者
2	喜舎場利恵	県立中部病院	がん相談支援センター 実務者
3	仲宗根 恵美	那覇市立病院	がん相談支援センター 実務者
4	知念 隼史	那覇市立病院	がん相談支援センター 事務
5	大久保礼子	琉球大学病院	がん相談支援センター 実務者
6	山田 綾美	琉球大学病院	がん相談支援センター 実務者
7	増田 昌人	琉球大学病院	がん相談支援センター 責任者

7. 結果

(1) 琉大病院の総得点は 148 点 (186 点満点) で、全体として 80%達成という結果になった。必須項目 (S 項目・A 項目) においては高評価となっており、総評はおおむね達成できているという結果だった。

(2) 未達成だった項目は、A 項目において 1 つ、C 項目において 5 つが評価 1 となった。

*A 項目のうち改善を要する項目

「指標 41.対応した際の記録 (音声データ等) とがん相談対応評価表等を用いて、定期的に相談対応のモニタリングを行っている」

評価 1 : 事例検討は行っているが、評価表を用いてのモニタリングは行っていない。

評価理由: モニタリングを行うためにがん相談の内容を録音できる環境が未整備で、録音にあたって相談者からの同意をとることなど、運営についても検討されていない。

(3) 各項目の結果は、PDCA チェックリストを参照。

8. 主な質問や意見

- ・ 面談室の安全管理面から防犯ブザーなどの設置が必要ではないか。
- ・ アピアランス支援の一環のウィッグ展示は、以前は廊下に設置したが面談室内に変更した。設置場所については、感染症対策と併せて検討が必要。
- ・ 外来化療室など外来から介入依頼はどのタイミングで呼ばれるのか。予約が決まった時点で事前に連絡をもらえるのか。

→琉大では、患者さんが来院したタイミングで看護師等から連絡を受け、在室時間など確認し訪問する。特に外来化療室では運用が周知されており、初回利用者については全例、がん相談員の面談を実施している。

- ・ 電子カルテ上の相談記録について、誰でも閲覧できるのか。どこでも閲覧可能か。
→相談支援センターのフォルダを作成。ロックをかけており、パスワードは相談員のみ共有している。電カル PC であればどの端末からでも閲覧可能。
- ・ 病院で実施されている患者満足度調査にがん相談センターの部署の項目を組み込んでもらうことは可能か。
→それぞれの病院で検討
- ・ 相談対応への質評価のための音声録音の整備状況はどうか。
→琉大のがん相談支援センターでは未整備。那覇市立病院、中部病院では医療安全の面から自動録音機能がついた固定電話を1つ用意している。録音については自動音声でアナウンスが流し、患者同意を得ている。

9. 相互評価訪問スケジュール

那覇市立病院は今年度内、中部病院は次年度上半期での開催を検討することとなった。

10. 総括

各施設においてやるべきことを明瞭化し、がん相談支援センターでの設備に必要なことを情報提供・相談支援部会で検討し、がん診療連携協議会の議題として挙げていくことが求められる。

また、各施設による自己チェックを行い、チェックリスト自体に問題点がないかを併せて検討するように増田センター長より総括があった。

訪問時の様子



がん相談支援センターPDCA実施状況チェックリスト2019年作成版（全国部会作成版）

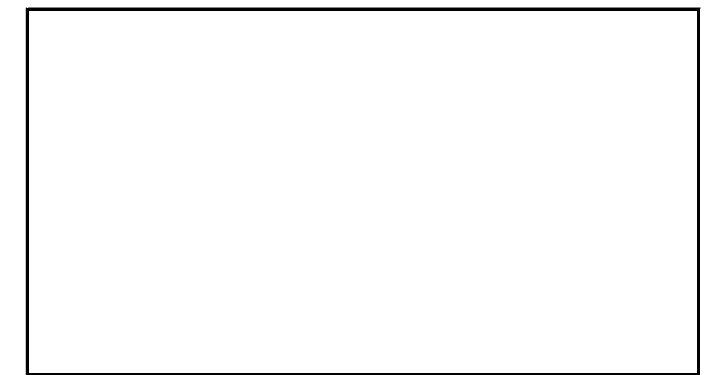
対象施設名：珉大病院

プロセス					施策		講評		
がん相談支援センター					整備指針の内容 ^{※1}		質問、改善点、コメント等		
必要な条件・状態	番号	優先順位	実施状況の案および例示	3段階評価の案および例示	2020年度実施状況	補足説明、コメント等			
その人にとってアクセスしやすい相談場所・相談の入り口がある 多様な相談先がある 複数の相談場所がある	1	A	病院管理者およびがん相談支援センター管理者は、院内掲示や配布物（チラシ・診療案内・入院案内・院内広報誌等）、病院ウェブサイト等で、がん相談支援センターの窓口をわかりやすく提示し、それを定期的に見直している	3：定期的（少なくとも1年おき）に見直しの機会を設けている 2：掲示をしているが、定期的な見直しの機会は設けていない 1：掲示できていない、掲示する予定である	3	掲示場所、数など ・院内掲示（外来3か所） ・がんセンターウェブサイト ・各科外来で配布チラシ設置	院内の見やすい場所に相談支援センターによる相談支援を受けられる旨や、相談支援センターの場所、対応可能な時間帯についての掲示をする等、相談支援センターについて積極的に周知すること。 ②情報提供について コミュニケーションに配慮が必要な者や、日本語を母国語としていない者に対して、音声資料や点字資料等の普及や周知が不十分であること等が指摘されている コ 医療関係者と患者会等が共同で運営するサポートグループ活動や患者サロンの定期開催等の患者活動に対する支援	■看板や案内ボードの作成、設置場所どのようになっているか？ →看板は相談室入口横に設置。 →案内ボードは正面玄関入口等に設置した期間もあるが、共有スペースのため現在は撤去。	
	2	C	病院管理者やがん相談支援センター管理者は、病院ウェブサイトのトップページからがん相談支援センターのページに直接いくことができるよう、サイトを構成している。	3：トップページからがん相談支援センターのページへのリンクが貼られている 2：がん相談支援センターのページはあるが、トップページからのリンクはない 1：がん相談支援センターのページがない	2	・病院ウェブサイトからがんセンターリンク。がんセンターホームページ内に記載			
	3	C	都道府県内の相談支援部会等の活動の一環として、地域の患者・家族・市民に対しての周知効果が見込まれる取り組み（例：センター外での出張がん相談・リレーフォーライフ等）に協力・参画している	3：現在、協力・参画している 2：輪番制のため、現在、協力・参画していないが、協力実績や今後の協力予定がある 1：現在、協力・参画しておらず、協力実績や今後の協力予定もない。または、県全体（部会、行政、都道府県拠点等）として、地域向け周知・広報の取り組みが行われていない	2	開催場所、開催数など ・今年度が地域活動ないが、過去に図書館まつりでの出張相談、リレーフォーライフ、ラジオ出演等に参加実績あり			
	4	B	病院管理者やがん相談支援センター管理者は、すべての利用者が直接アクセスできる専用回線や窓口、相談室を用意している	3：がん相談支援センターの場所や連絡先が明瞭であり、相談のための環境面（電話相談専用回線・対面相談のための相談室等）も整備されている 2：がん相談支援センターの場所や連絡先が明瞭で、利用者がアクセスしようと思えばどりつくことができる 1：がん相談支援センターの場所や連絡先が不明瞭で、利用者がアクセスしようと思ってもたどりつけない場合がある	3			■相談室兼相談員事務室であるが、面談使用時に、他職員は在席しているのか。患者がプライバシーを気にすることはないか。 ■面談時は扉を閉めずカーテンのみ。外へ声が漏れることはないか。 →パーティション等で仕切り、声量にも配慮し対応し、今までトラブルはない。 ■相談室の安全管理面から防犯ブザーなどの設置が必要ではないか。 ■相談員不在時の対応について →固定電話回線はPHSへ転送し持ち運び対応 →予約なし来室者への対応として、急ぎの場合の連絡先をドアに掲示している。 ■多職種（薬剤師や栄養士）との連携はどのようになっているか。 →相談室は他部門、多職種の方とも共有している。面談同席が必要な場合は対応を依頼することはあるが、緩和専任看護師との連携が多い。栄養士・薬剤師へ面談依頼することは少ない。	
	5	B	病院管理者は、外国人や障害の関係でコミュニケーションに配慮が必要な患者に対応できる体制を病院として整え、それらの患者ががん相談支援センターを利用した場合に、相談員が対応（または既存の院内体制と連携・協働して対応）できるようにしている	3：体制整備に取り組んだ結果、問題なく運用できている 2：体制整備に取り組んでいるものの、運用上の課題が残っている 例：一部の外国人や障害者への対応が困難等 1：体制整備に取り組んでいない	2	・外国語通訳アプリは運用されている。視覚・聴覚障害への対応は未整備		■中部病院は、通訳者を事前に病院側で予約手配 ■那覇市立病院は、聴覚障害者に対し「かきぼんくん」を利用	
	6	A	ピアサポートの場をつくっている、またはピアサポートの提供が可能な場（患者会・患者サロン・ピアサポーターによる支援の場等）についての情報を提供することができる	3：ピアサポートの提供が可能な場について情報収集し、希少がんや若年世代のがん等も含めて幅広く情報提供することができる 2：ピアサポートの提供が可能な場について情報収集し、主要ながんについては情報提供することができる 1：ピアサポートの提供が可能な場について情報収集していない	2	開催場所、開催数など ・院内でピアサポートを実施。 ・患者サロンを月1回開催 ・主要な患者会に関する冊子等を配布			
情報や助けを求めている人に気づく人が増える	再掲(1)	A	病院管理者およびがん相談支援センター管理者は、院内掲示や配布物（チラシ・診療案内・入院案内・院内広報誌等）、病院ウェブサイト等で、がん相談支援センターの窓口をわかりやすく提示し、それを定期的に見直している	3：定期的（少なくとも1年おき）に見直しの機会を設けている 2：掲示をしているが、定期的な見直しの機会は設けていない 1：掲示できていない、掲示する予定である	3		院内の見やすい場所に相談支援センターによる相談支援を受けられる旨や、相談支援センターの場所、対応可能な時間帯についての掲示をする等、相談支援センターについて積極的に周知すること。		
適切な相談窓口につながる人が増える	7	B	病院管理者やがん相談支援センター管理者は、以下の情報が患者・家族・市民に伝わるよう、対外的に明示するとともに、院内スタッフや地域の関係機関に対しても周知している ・自施設の患者以外の相談者にも対応していること ・相談は無料であること ・匿名での相談も可能であること ・本人の同意のないところで、相談内容が第三者（担当医含む）に伝わることがないこと ・整備指針で「相談支援センターの業務」として示されている相談内容に対応していること	3：記載の5項目を対外的に明示し、患者・家族・市民、院内スタッフ、地域関係機関いずれに対しても周知している 2：記載の5項目を対外的に明示しているが、患者・家族・市民、院内スタッフ、地域関係機関の一部または全部に対する周知が不十分である 1：記載の5項目を対外的に明示しておらず、患者・家族・市民、院内スタッフ、地域関係機関いずれに対しても周知できていない	3	掲示場所、数など ・チラシ、ウェブサイト、冊子などの媒体で、内容について明記周知している。	④相談支援センターについて周知するため、以下の体制を整備すること。 ア外来初診時等に主治医等から、がん患者及びその家族に対し、相談支援センターについて説明する等、診断初期の段階から相談支援センターの周知が図られる体制を整備すること。 イ 地域の医療機関に対し、相談支援センターに関する広報を行うこと。また、地域の医療機関からの相談依頼があった場合に受け入れ可能な体制を整備することが望ましい。	■相談記録の方法は？ →当院患者であっても相談者同意なければカルテ記載せず、がん相談員のみ閲覧可能な相談シート（日報を兼ねる）にのみ記録している。主治医等との共有が必要な場合は、同意を確認している。IDなし患者は相談シートのみ。	
院内・外へセンターの周知が行われる ・医療従事者（院内・外）が相談支援センターの役割を知っている ・紹介元から紹介先へうまくつながれる（うまく連携がとれている）	8	B	病院管理者やがん相談支援センター管理者は、がん相談支援センターの周知・広報活動（对患者・家族・市民向け、対院内スタッフ向け、対地域の関係機関向け）について、組織的な検討を行っている	3：定期的（少なくとも1年おき）に検討している 2：必要に応じて随時検討している（定期的な検討の機会は設けていない） 1：検討していない	3				
	9	A	病院管理者およびがん相談支援センター管理者は、がん相談支援センターの役割（質の高いがん相談支援に求められる基本姿勢「Core Values」を含む）や業務を、院内スタッフに対して周知する機会（例：新人オリエンテーション・医局会等）を定期的に設けている	3：定期的（少なくとも1年おき）に実施している 2：必要に応じて随時実施している（定期的な機会は設けていない） 1：実施していない	2	開催場所、開催数など ・過去には医局会等での周知実績、院内会議等での周知（不定期）			
	10	A	病院管理者およびがん相談支援センターの管理者は、がんの患者・家族等に対して、診断初期の段階から主治医等よりがん相談支援センターの案内がなされるよう院内の体制を整備している（例：リーフレットや案内カードを渡しセンターを案内するよう、各診療科長を通じて全てのがん診療を担当する医師に依頼する等）	3：体制整備に取り組んだ結果、問題なく運用できている 2：体制整備に取り組んでいるものの、運用上の課題が残っている 例：一部の診療科にしか浸透していない等 1：体制整備に取り組んでいない	2	対応件数など ・初診時配布用リーフレットを作成し外来診察デスクに設置し運用を開始した			

	11	C	病院管理者や相談支援センターの管理者は、苦痛や課題を抱えている患者・家族が、必要に応じてがん相談支援センターにつながる事ができるような院内の体制を整備している (例: 初診時や入院時にスクリーニングを行い、苦痛や課題の内容に応じて適切な部門・専門職につなぐしくみがある等)	3: 体制整備に取り組んだ結果、問題なく運用できている 2: 体制整備に取り組んでいるものの、運用上の課題が残っている 例: 一部の診療科にしか浸透していない等 1: 体制整備に取り組んでいない	3	・外来がん患者つらさのスクリーニングに相談支援センターへつなぐ項目がある ・入院患者は入院支援スクリーニングの実施		■相談センターへの案内は、痛みのスクリーニングとは別にオリジナルで作成しているのか。 →看護部が主に使用するものでおそらくオリジナル。外来と入院で活用状況は異なるが、外来のフローチャートには相談員の連絡先が記載されている。
	12	C	地域の関係機関(保健医療福祉機関・行政機関・図書館等)に対し、さまざまな方法(カンファレンス参加・講演会や勉強会の実施・挨拶回り・ポスターやチラシの配布等)でがん相談支援センターの役割・業務についての周知を図っている	3: 定期的(少なくとも1年おき)に行っている 2: 必要に応じて随時行っている(定期的な機会は設けていない) 1: 地域関係機関向けの周知活動を行っていない	1			■他院では地域連携室との共同で実施。(那覇市立毎年約20施設)
・患者の運営や協力をする ・患者会活動の支援をする	再掲(6)	A	ピアサポートの場をつくっている、またはピアサポートの提供が可能な場(患者会・患者サロン・ピアサポーター等)についての情報を提供することができる	3: ピアサポートの提供が可能な場について情報収集し、希少がんや若年世代のがん等も含めて幅広く情報提供することができる 2: ピアサポートの提供が可能な場について情報収集し、主要ながんについては情報提供することができる 1: ピアサポートの提供が可能な場について情報収集していない	2		相談支援に関し十分な経験を有するがん患者団体との連携協力体制の構築に積極的に取り組むこと。 コ 医療関係者と患者会等が共同で運営するサポートグループ活動や患者サロンの定期開催等の患者活動に対する支援	
	13	B	患者会の運営支援(運営上の相談への対応、講演会開催への協力等)を行っている	3: 定期的(少なくとも1年おき)に行っている 2: 必要に応じて随時行っている(定期的な機会は設けていない) 1: 運営支援を行っていない	3	・部会活動を通じた会議や講演会の共同開催		
	14	C	さまざまな方法(ポスター・チラシ・病院ウェブサイト・がんサポートブック「地域の療養情報」・院内スタッフへの周知活動等)で患者サロンや患者会についての周知を図っている	3: さまざまな方法で周知を行っている 2: 周知を行っているが、周知方法が限定的である 1: 周知を行っていない	3	・ポスター院内掲示、参加者への案内郵送、がんセンターウェブサイトでの周知等		
	15	B	国立がん研究センター主催の相談員研修(エラーニング・集合研修)を受けている	3: 専従・専任以外も含め複数の相談員が基礎研修修了後、継続的に研修を受講している 2: 専従・専任の相談員のみが基礎研修修了後、継続的に研修を受講している 1: 専従・専任の相談員のみが基礎研修を修了している(継続研修は未受講)	2	・継続的に研修受講 ※相談支援センター相談員は専従・専任相談員2名のみのため、評価2(以下Q15-18も同様)	⑦ 相談支援センターの支援員は、IVの2の(3)に規定する当該都道府県にある都道府県拠点病院が実施する相談支援に携わる者を対象とした研修を受講すること。 サ 相談支援に携わる者に対する教育と支援サービス向上に向けた取組	
相談対応の質が担保されている ・(相談員が)相談者のがんや状況の理解を助けることができる ・(相談員が)相談者に適切な情報や支援を通じてエンパワメントすることができる	16	B	院内のキャンサーボード・勉強会・研修会・事例検討会・カンファレンス・会議等に参加している	3: 専従・専任以外も含め複数の相談員が参加している 2: 専従・専任の相談員のみが参加している 1: 参加していない	2	・院内委員会会議、カンファレンス、研修会へ参加		
	17	B	都道府県やブロックで開催されている相談員研修、地域相談支援フォーラム、事例検討会等に定期的に参加している	3: 専従・専任以外も含め複数の相談員が定期的(少なくとも1年おき)に参加している 2: 専従・専任の相談員のみが定期的(少なくとも1年おき)に参加している 1: 専従・専任の相談員のみが都合が合う場合に参加している	2	・毎年すべての相談員(2名)が参加。		
相談対応の質が担保されている ・困りごとの本質を見極め、困りごとに対する術や情報を提供できる	18	A	基本計画や整備指針等でがん相談支援センターに新たに求められている事項や業務(例: ゲノム医療・希少がん・AYA・生殖機能等)に関連する研修(エラーニング・集合研修)に参加している	3: 専従・専任以外も含め複数の相談員が参加している 2: 専従・専任の相談員のみが参加している 1: 参加していない	2	・継続研修(エラーニング受講)		
	19	A	病院管理者およびがん相談支援センターの管理者は、相談員に対し継続的な学習の機会を業務の一環とみなし、参加を促している (例: 研修参加や認定がん専門相談員の認定取得を促す、必要経費の支出、不在時職務代替者の調整等)	3: 専従・専任以外も含め複数の相談員に対し、基礎研修修了以降も、継続的な学習の機会を業務の一環とみなしている 2: 専従・専任の相談員のみ、基礎研修修了以降も、継続的な学習の機会を業務の一環とみなしている 1: 専従・専任の相談員のみ、基礎研修修了までは学習の機会を業務の一環とみなしている(それ以降の研修受講・自己研鑽は業務外・自費扱い)	3	・研修参加励行、必要経費補助や代休調整あり。		
相談員間、相談支援センター間で、起きていた課題の共有や解決法の情報共有ができる	20	B	病院管理者やがん相談支援センターの管理者は、がん相談支援センター内に相談対応の質向上のための取り組みをしている者(例: 認定がん専門相談員)を配置している	3: 複数名配置している 2: 1名配置している 1: 配置していない	3	・認定がん専門相談員2名在籍		
	21	都道府県拠点A地域拠	病院管理者やがん相談支援センターの管理者は、がん相談支援センター内に相談員指導者研修を修了した者を配置している	3: 複数名配置している 2: 1名配置している 1: 配置していない	2			
	22	B	【都道府県拠点】 都道府県内で相談員研修を定期的に企画・開催している	3: 都道府県拠点病院だけでなく複数の病院が企画に参画する形で、定期的(少なくとも1年おき)に開催している 2: 都道府県拠点病院のみが企画する形で、定期的(少なくとも1年おき)に開催している 1: 定期的には開催していない、または開催していない	3	・県内拠点病院と協同し年3回の持ち回り開催方式で、必ず年1回は主催開催		
	23	B	がん相談支援センター内でカンファレンスや事例検討会を開催し、課題の共有や解決策の検討を行っている	3: 定期的(少なくとも毎月)に行っている 2: 必要に応じて随時行っている(定期的な機会は設けていない) 1: 課題共有や解決策検討の機会を設けていない	2	・相談支援センターミーティング(毎週水曜)や不定期で課題共有している。	③相談支援について、都道府県協議会等の場での協議を行い、都道府県拠点病院、地域拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院の間で情報共有や役割分担を含む協力体制の構築を行う体制を確保すること。	■中部病院: 入院支援部門と共同で事例検討会。看護師や社会福祉士10~20名程度で約15~30分実施している。事例担当者は事前確認している
	24	C	がん相談支援センター内で検討された課題や解決策を、必要に応じて都道府県内の相談支援部会等(部会や協議会)に報告している	3: 自発的に提案・報告している 2: 部会等から依頼があった場合に報告している 1: 報告していない	3		⑤相談支援センターの業務内容について、相談者からフィードバックを得る体制を整備することが望ましい。	
	25	B	都道府県内の相談支援部会等(部会や協議会)で検討された課題や解決策を、自施設のがん相談支援センター内で共有している	3: 定期的(部会や協議会のたび)に行っている 2: 必要に応じて随時行っている(定期的な機会は設けていない)	3		サ 相談支援に携わる者に対する教育と支援サービス向上に向けた取組	
	26	A	がん相談支援センター内での情報共有や相談傾向の把握・課題抽出、他施設との比較ができるよう、相談記入シート(情報提供・相談支援部会で採用された「相談記録のための基本形式」)を用いて相談記録を作成している	3: 現在相談記入シートに準拠している 2: 現在相談記入シートに準拠していないが、今後準拠する予定である 1: 現在相談記入シートを準拠しておらず、今後準拠する予定もない	3	・相談記入シートを使用し、月別内容内訳も集計し、相談支援部会へ提出。課題共有している。	【都道府県拠点】 ・当該都道府県におけるがん診療の質の向上及びがん診療連携協力体制の構築、PDCAサイクルの確保に関し中心的な役割を担う ・少なくとも1人は国立がん研究センター	■相談件数における、外来患者と入院患者の割合はどうか? →7~8割が当院外来患者

	27	A	相談者からの相談内容や対応を分析し、改善しうる課題について検討している	3：分析し傾向把握し、改善しうる課題の検討を行っている 2：分析し傾向把握はしているものの、改善しうる課題の検討はできていない 1：医療者からの相談内容や対応については分析していない	3	・相談支援部および相談支援センター連絡会議で相談件数内訳を報告し、傾向や対応を検討している。	による相談員指導者研修を修了している	
	28	S	がん相談支援センター内で検討された課題や解決策を、必要に応じて病院管理者等に報告し、がん相談支援センターや病院全体としての質向上につなげている	3：病院管理者等への報告を行い、その内容をふまえた実臨床への還元サイクルを回すことができている 2：病院管理者等への報告は行っているものの、実臨床への還元サイクルを回せていない 1：病院管理者等への報告は行っていない	2	・相談支援センター連絡会議は病院運営委員会へ報告される仕組みとなっている。		
	29	C	都道府県内の相談支援部会等（部会や協議会）で検討された課題や解決策を、必要に応じて病院管理者等に報告し、がん相談支援センターや病院全体としての質向上につなげている	3：病院管理者等への報告を行い、その内容をふまえた実臨床への還元サイクルを回すことができている 2：病院管理者等への報告は行っているものの、実臨床への還元サイクルを回せていない 1：病院管理者等への報告は行っていない	2			
	30	都道府県拠点または部会担当施設 A	【都道府県拠点または部会担当施設】部会で検討して解決が困難な課題を、上部の協議会に挙げ、解決をはかる仕組みがある	3：協議会に挙げ解決をはかる仕組みが機能している 2：協議会に挙げ解決をはかる仕組みが機能していないため、体制整備に取り組んでいる 1：現在、協議会に挙げ解決をはかる仕組みはない	3	・協議会内に部会報告や必要に応じて協議事項として提案を挙げるができる体制になっている。		
	31	S	病院管理者およびがん相談支援センターの管理者は、がん相談支援センターで提供された支援に対する利用者からのフィードバックを得るための体制を整備している (例：センター利用者への満足度調査の実施、病院として実施する患者満足度調査に部門評価を含める等)	3：体制整備に取り組み、収集・評価・実臨床への還元サイクルを回すことができている 2：体制整備に取り組んでいるものの、運用上の課題が残っている 例：収集はしているが、その内容を評価し実臨床に還元することができていない等 1：体制整備に取り組んでいない	2	・相談員単位では、相談対応時に利用者からの感想を聞き取る取り決めをし、収集している。		
	32	C	病院管理者やがん相談支援センターの管理者は、病院として実施する患者満足度調査に、中間評価指標（がんとの共生分野・相談支援）で示されている項目を含めている	3：中間評価指標（がんとの共生分野・相談支援）を考慮した項目を設けている 2：がんに関連する項目はあるが、中間評価指標（がんとの共生分野・相談支援）を考慮した項目ではない 1：病院が実施する患者満足度調査では、がんに関連する項目を設けていない	1			■どの病院でも、病院として年1回実施している患者満足度調査に相談支援センターに関する項目はない。
	33	S	病院管理者やがん相談支援センターの管理者は、がん相談支援センターの体制や業務状況等について外部から評価を受ける機会を設けている（例：認定がん相談支援センターの認定取得、病院機能評価、他施設のがん相談支援センターとの間での相互評価等）	3：外部評価を受ける機会があり、その内容をふまえた実臨床への還元サイクルを回すことができている 2：外部評価を受ける機会はあるものの、運用上の課題が残っている 例：評価は受けているが、その内容を実臨床に還元することができていない等 1：外部評価を受ける機会がない	3	・病院機能評価受審、がん相談支援センター間の相互評価の実施		
相談対応の質が担保されている ・科学的根拠に基づく信頼できる情報が提供できる ・理解を促進する説明ができる ・医師や看護師等へ理解を促進するような橋渡しができる	再掲(18)	A	基本計画や整備指針等でがん相談支援センターに新たに求められている事項や業務（例：ゲノム医療・希少がん・AYA・生殖機能等）に関する研修（Eラーニング・集合研修）に参加している	3：専従・専任以外も含め複数の相談員が参加している 2：専従・専任の相談員のみが参加している 1：参加していない	2	・継続研修（Eラーニング受講）	②院内及び地域の診療従事者の協力を得て、院内外のがん患者及びその家族並びに地域の住民及び医療機関等からの相談等に対応する体制を整備すること。	
	再掲(19)	A	病院管理者およびがん相談支援センターの管理者は、相談員に対し継続的な学習の機会を業務の一環とみなし、参加を促している (例：研修参加や認定がん専門相談員の認定取得を促す、必要経費の支出、不在時職務代替者の調整等)	3：専従・専任以外も含め複数の相談員に対し、基礎研修修了以降も、継続的な学習の機会を業務の一環とみなしている 2：専従・専任の相談員のみ、基礎研修修了以降も、継続的な学習の機会を業務の一環とみなしている 1：専従・専任の相談員のみ、基礎研修修了までは学習の機会を業務の一環とみなしている（それ以降の研修受講・自己研鑽は業務外・自費扱い）	3	・研修参加励行、必要経費補助や代休調整あり。	⑥患者からの相談に対し、必要に応じて院内の医療従事者が対応できるように、相談支援センターと院内の医療従事者が協働すること。 サ 相談支援に携わる者に対する教育と支援サービス向上に向けた取組 【都道府県拠点】 都道府県内の医療機関で実施されるがんに関する臨床試験について情報提供を行う	
	34	A	がん相談支援センター内で情報提供・相談支援に活用する情報についての検討を定期的に行い、科学的根拠に基づく情報・信頼できる情報の整備・更新に努めている	3：定期的（少なくとも1年おき）に行っている 2：必要に応じて随時行っている（定期的な機会は設けていない） 1：活用する情報についての検討・評価を行っていない	3	・ガイドライン等の出版物や配布冊子は毎年更新の有無を確認し、設置している。	⑧ 地域拠点病院（高度型）の指定要件について ⑤相談支援センターに看護師や社会福祉士、精神保健福祉士等の医療従事者を配置し、相談支援業務の強化が行われていること。	■配布冊子のうち廃盤になったものは継続利用しているか？ →情報が古くなっている可能性あり当院では使用していない ■配布冊子の設置場所は？ 補充はどこが担当しているのか。 →各外来待合室に設置しており、補充は相談センターにて対応。設置場所（外来NS）より補充の連絡を受け対応している ■アピアランス支援の一環のウィッグ展示はどうしているか？ →現在は感染症対策の観点から廊下展示スペースからは撤去した。今後検討。 ■がん冊子は発注しているか。 →琉大、中部病院は印刷対応。那覇市立病院は購入している ■パンフレットなどの郵便物は全て掲示・設置しているのか。 →随時精査し配置を決めている
	35	B	がん相談支援センター内で検討・承認された情報を活用して、相談に対応している	3：活用する情報について方針を定め、全ての相談員が方針に則って対応できている 2：活用する情報について方針を定めているが、運用上の課題が残っている 例：方針に則った対応ができていない相談員がいる等 1：活用する情報についての検討・評価を行っていない	3			
医療連携が円滑に行われている	36	S	がん相談部門のマニュアルや相談対応のQ&A等の対応時の参考資料をセンター内で作成し、定期的に更新している	3：作成し、定期的（少なくとも1年おき）に確認・更新している 2：作成したが更新していない 1：作成していない	2	・2019年度内規作成、がん相談支援部門マニュアルは3年ごとに更新予定		

37	B	Core Valuesに示されている内容を中心とした相談員の役割（例：公平・中立的姿勢、正確な情報に基づく支援、医療者との関係強化等）や業務をがん相談部門のマニュアルに明記し、相談員教育（新任者への引継ぎ、相談対応のモニタリングでの議論の観点等）に活用している	<p>3：実臨床や相談員教育に活用できる実用的ながん相談部門のマニュアルを作成している</p> <p>2：がん相談部門のマニュアルはあるが、運用上の課題が残っている</p> <p>例：実臨床や相談員教育に活かせる形にはなっていない等</p> <p>1：がん相談部門のマニュアルを作成していない</p>	3	<p>・2019年度内規作成、がん相談支援部門マニュアルの設置</p>
----	---	--	--	---	-------------------------------------



	38	B	院内他部署（例：緩和ケアチーム等）や地域の関係機関とのカンファレンスを実施している	3：定期的に行っている 2：必要に応じて随時行っている（定期的な機会は設けていない） 1：実施していない	2		
	39	A	病院管理者は、がん相談支援センターの相談員をバックアップするための多職種連携・協働体制を整備している（例：相談員が相談対応で困ったときに助言を求められる担当者を決めるよう各診療科・部門に指示する等）	3：体制整備に取り組んだ結果、問題なく運用できている 2：体制整備に取り組んでいるものの、運用上の課題が残っている 例：一部の診療科にしか浸透していない等 1：体制整備に取り組んでいない	3		・相談支援センター連絡会議委員が相談役になることが承認されている。
	40	C	病院管理者やがん相談支援センターの管理者は、がん相談支援センター内に多職種（看護職・福祉職・心理職）を配置している	3：看護職と福祉職に加え、それ以外の職種も配置している 2：看護職と福祉職を配置している 1：単一の職種しか配置していない	1		・社会福祉士のみ2名在籍。相談内容によっては医療専門職（医師・緩和NS・薬剤師等）へ確認をとり対応している。
	41	A	相談対応した際の記録（音声データ等）とがん相談対応評価表等を用いて、定期的に相談対応のモニタリングを行っている	3：複数の相談員が参加する形の部門内モニタリングを、定期的（相談員あたり少なくとも年1回）に行っている 2：自身の相談対応を各自で振り返る形のセルフモニタリングを用いている 1：事例検討は行っているが、評価表を用いたモニタリングは行っていない	1		
	42	C	病院管理者やがん相談支援センターの管理者は、がん相談支援センターの相談員が相談対応のモニタリング（QA）を行うために必要となる体制を整備している（例：病院全体として電話の内容は録音する方針とする等）	3：がん相談に限らず、病院全体として電話の内容は録音する方針であり、録音内容の聴取権限の範囲等も厳密に定めた上で運用するとともに、サービスの質向上に役立っている 2：がん相談の内容を録音できる環境は整備したものの、運用上の課題が残っている 例：相談者から録音の同意を取ることが難しい等 1：がん相談の内容を録音できる環境を整備していない	1		
だれでも相談できることを明示し、保障している 匿名で相談対応できることを明示し、保障している 個人の情報は保護され、適切に扱われる体制がある	再掲 (7)	B	病院管理者やがん相談支援センター管理者は、以下の情報が患者・家族・市民に伝わるよう、対外的に明示するとともに、院内スタッフや地域の関係機関に対しても周知している ・施設の患者以外の相談者にも対応していること ・相談は無料であること ・匿名での相談も可能であること ・本人の同意のないところで、相談内容が第三者（担当医含む）に伝わることはないこと ・整備指針で「相談支援センターの業務」として示されている相談内容に対応していること	3：記載の5項目を対外的に明示し、患者・家族・市民、院内スタッフ、地域関係機関いずれに対しても周知している 2：記載の5項目を対外的に明示しているが、患者・家族・市民、院内スタッフ、地域関係機関の一部または全部に対する周知が不十分である 1：記載の5項目を対外的に明示しておらず、患者・家族・市民、院内スタッフ、地域関係機関いずれに対しても周知できていない	3		サ 相談支援に携わる者に対する教育と支援サービス向上に向けた取組 掲示場所、数など ・チラシ、ウェブサイト、冊子などの媒体で、内容について明記周知している。
	再掲 (37)	B	Core Valuesに示されている内容を中心とした相談員の役割（例：公平・中立的姿勢、正確な情報に基づく支援、医療者との関係強化等）や業務をがん相談部門のマニュアルに明記し、相談員教育（新任者への引継ぎ、相談対応のモニタリングでの議論の観点等）に活用している	3：実臨床や相談員教育に活用できる実用的ながん相談部門のマニュアルを作成している 2：がん相談部門のマニュアルはあるが、運用上の課題が残っている 例：実臨床や相談員教育に活かせる形にはなっていない等 1：がん相談部門のマニュアルを作成していない	3		・2019年度内規作成、がん相談支援部門マニュアルの設置
	43	A	がん相談支援センター内で個人情報の取り扱い（守秘義務遵守・相談記録管理等）方針について定め、遵守されている 例：相談者の同意なく、主治医など相談支援センター外に伝えない等のルールが明文化されている	3：方針を定め、問題なく運用できている 2：方針は定めたものの、運用上の課題が残る方針となっている 例：相談内容について情報を伝えない範囲を院外の者としており、院内の者（特に主治医）であれば相談内容を知ることができる状態となっている等 1：方針を定めていない	3		
患者・家族が適切に相談窓口に行き着ける。またそのための流れや体制がある（院内・院外・地域から）	再掲 (9)	A	病院管理者およびがん相談支援センター管理者は、がん相談支援センターの役割（質の高いがん相談支援に求められる基本姿勢「Core Values」を含む）や業務を、院内スタッフに対して周知する機会（例：新人オリエンテーション・医局会等）を定期的に設けている	3：定期的（少なくとも1年おき）に実施している 2：必要に応じて随時実施している（定期的な機会は設けていない） 1：実施していない	2		④相談支援センターについて周知するため、以下の体制を整備すること。 ア外来初診時等に主治医等から、がん患者及びその家族に対し、相談支援センターについて説明する等、診断初期の段階から相談支援センターの周知が図られる体制を整備すること。
	再掲 (10)	A	病院管理者およびがん相談支援センターの管理者は、がんの患者・家族等に対して、診断初期の段階から主治医等よりがん相談支援センターの案内がなされるよう院内の体制を整備している（例：リーフレットや案内カードを渡しセンターを案内するよう、各診療科長を通じて全てのがん診療を担当する医師に依頼する等）	3：体制整備に取り組んだ結果、問題なく運用できている 2：体制整備に取り組んでいるものの、運用上の課題が残っている 例：一部の診療科にしか浸透していない等 1：体制整備に取り組んでいない	2		イ 地域の医療機関に対し、相談支援センターに関する広報を行うこと。また、地域の医療機関からの相談依頼があった場合に受け入れ可能な体制を整備することが望ましい。 サ 相談支援に携わる者に対する教育と支援サービス向上に向けた取組
	再掲 (27)	A	相談者からの相談内容や対応を分析し、改善しうる課題について検討している	3：分析し傾向把握し、改善しうる課題の検討を行っている 2：分析し傾向把握はしているものの、改善しうる課題の検討はできていない 1：医療者からの相談内容や対応については分析していない	3		・相談支援部会および相談支援センター連絡会議で相談件数内訳を報告し、傾向や対応を検討している。
	再掲 (28)	S	がん相談支援センター内で検討された課題や解決策を、必要に応じて病院管理者等に報告し、がん相談支援センターや病院全体としての質向上につなげている	3：病院管理者等への報告を行い、その内容をふまえた実臨床への還元サイクルを回すことができている 2：病院管理者等への報告は行っているものの、実臨床への還元サイクルを回せていない 1：病院管理者等への報告は行っていない	2		・相談支援センター連絡会議は病院運営委員会へ報告される仕組みとなっている。
広報活動が行われている	44	A	情報提供・相談支援に活用するがんに関する図書、小冊子やリーフレットは、センター内で内容を精査し、正確な情報が掲載されているものを設置・配布し、活用している	3：明文化された判断基準の下、内容の精査を行っている 2：内容の精査は行っているが、明文化された判断基準がない 1：内容の精査を行っていない	2		・相談支援センター職員で内容を精査し配布を決めている。
	45	C	都道府県内の相談支援部会等の活動の一環として、がん関連情報の集約や発信の取り組み（例：がんサポートブック「地域の療養情報」・都道府県が作成するがん情報ウェブサイト等の作成）に協力・参画している	3：現在、協力・参画している 2：輪番制のため、現在、協力・参画していないが、協力実績や今後の協力予定がある 1：現在、協力・参画しておらず、協力実績や今後の協力予定もない または、県全体（部会、行政、都道府県拠点等）として、がん関連情報の集約や発信の取り組みが行われていない	2		・過去作成実績あり。今年度より相談員個人への執筆依頼
							■那覇市立病院、中部病院では医療安全（苦情対応）の面から自動録音機能附属の固定電話がある。PHSに繋がると録音はできない。那覇市立病院は録音する場合の自動音声の流れ患者の許可を得る。

がん対策や治療に関わる新しい情報の発信ができる	再掲 (18)	A	基本計画や整備指針等でがん相談支援センターに新たに求められている事項や業務(例:ゲノム医療・希少がん・AYA・生殖機能等)に関連する研修(エラーニング・集合研修)に参加している	3:専従・専任以外も含め複数の相談員が参加している 2:専従・専任の相談員のみが参加している 1:参加していない	2	・継続研修(エラーニング受講)	
	46	A	都道府県内のがん診療連携協議会または相談支援部会(部会下に設置されるワーキンググループ等含む)に参加し、病院間での情報共有や役割分担を含む協力的体制の構築を行っている	3:定期的に参加しており、情報共有や協力的体制構築において、主体的に役割を果たしている 2:参加はしているが、主体的に関わることができていない 1:参加していない	3		
	47	C	がん診療連携拠点病院相談支援センターのMLを活用している	3:MLで流れているメールを活用するとともに、患者・家族・市民向けの情報発信に有用と思われるがん関連情報をMLに投稿している 2:MLで流れているメールのうち、患者・家族・市民向けに発信できる内容は積極的に活用している 1:MLで流れているメールの内容を把握していない	2		
	48	C	病院管理者ががん相談支援センターの管理者は、新しい話題を含めた講演会(患者・家族・市民向け、院内スタッフ向け)を実施する機会を設けている	3:患者・家族・市民向け、院内スタッフ向けいずれについても、がん領域における新しい話題を含めた講演会を定期的(少なくとも1年おき)に設けている 2:がん領域における新しい話題を含めた講演会を必要に応じて随時行っている(定期的な機会は設けていない) 1:講演会のテーマ選定にあたり、がん領域における新しい話題を含めることを重視していない	1	・相談支援センターとしては講演会は開催していないが、病院としてはがんに関する院内スタッフ向けに講演会や研修会を開催している。	
地域に相談支援センターの周知が定期的に行われている	再掲 (46)	A	都道府県内のがん診療連携協議会や相談支援部会(部会下に設置されるワーキンググループ等含む)に参加し、病院間での情報共有や役割分担を含む協力的体制の構築を行っている	3:定期的に参加しており、情報共有や協力的体制構築において、主体的に役割を果たしている 2:参加はしているが、主体的に関わることができていない 1:参加していない	3	・相談支援部会事務局の運営、各事業の推進している。	(イ)職場や地域における就労支援について医療機関と企業だけでなく、都道府県、安定所、産業保健総合支援センター等の有機的連携をより一層推進することが求められている
	49	B	就労支援で活用できる社会資源(社会保険労務士会、ハローワーク、産業保健総合支援センター等)を確認し、ネットワークを構築している	3:情報収集し、ネットワークも構築できている 2:情報収集はしているが、ネットワークは構築できていない 1:就労支援で活用できる社会資源について情報収集していない	3	・ハローワークと産保センターから出張相談の開催(月2回) ・定期的に研修会や連絡会に参加している。	③相談支援について、都道府県協議会等の場での協議を行い、都道府県拠点病院、地域拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院の間で情報共有や役割分担を含む協力的体制の構築を行う体制を確保すること。
	50	C	都道府県内の相談支援部会等(部会や協議会)で取り決められた病院間の役割分担や協力的体制を把握し、そのネットワークを活用して適切な機関につなぐことができる	3:全ての相談員が対応できている 2:対応できていない相談員がいる 1:部会等でどのような取り決めがされているのか把握していない	3	・研修会の持ち回り開催や内規の整備等、部会での協議内容について自院で対応している。	
総得点(186点満点)					148		
80%達成 148点							
60%達成 116点							

注1) 全般に関連するが特に関連が深い目標のところ記載

注2) 優先順位 S:(全国一律に)特に優先的に取り組むべき項目 A:(全国一律に)優先的に取り組むべき項目

B:(SやA項目に比べて優先順位は低いもの)取り組むべき項目 C:施設の実情などに合わせて可能な範囲で取り組むとよい項目

令和 2 年 11 月 30 日

国立大学法人琉球大学
学長
西田 睦 様

医療法施行規則（昭和23年厚生労働省第50号）第15条の4第2項に基づき、外部監査を実施しましたので、別紙のとおり報告申し上げます。

琉球大学病院の医療安全に係る監査委員会

委員長 近本 亮
望月 保博
儀間 小夜子

1. 監査の方法

国立大学法人琉球大学医療安全監査規程（平成29年2月22日制定）に基づき、琉球大学病院（以下、琉大病院）における安全管理体制および医療安全業務について、関係者からの説明を受け、監査を実施した。

- ・日 時： 令和2年11月26日（木曜日）15:00～17:00
- ・場 所： 琉球大学病院 機能画像診断センター会議室
- ・委員長： 近本 亮（熊本大学病院 医療の質・安全管理部、部長）
- ・委 員： 望月 保博（かりゆし法律事務所 弁護士）
- ・委 員： 儀間 小夜子（認定NPO法人こども医療支援わらびの会 理事）

2. 監査の内容及び結果

前回の監査における指摘事項への対応状況確認の後、琉大病院の医療安全管理体制の確認と医療安全業務の状況確認を行った。なお、今回はコロナ禍のため院内ラウンドは行わず、感染予防に配慮しつつ、会議室での意見交換によって監査を行った。

前回の指摘事項について

手術室搬入時の手術部位マーキングについて、具体的な運用方法が定まっておらず、実施率にも差が見られていたが、現在はマニュアルを策定し、その周知を進めていることが確認された。マーキングがなされていない場合には入室できないように運用を厳格化し、マーキングが困難な症例ではリストバンドに記載するルールに統一されている。手術チェックリストには、インプラント使用の有無をチェックする欄が追加されている。

外来化学療法室で、患者診察券がテーブル上に置かれた状況で患者確認を行っていたが、誤認防止のためネームプレートホルダーに診察券を入れ衣服に装着することで、患者から診察券が離れることがなくなり、患者誤認防止がより確実になったと考えられる。

前回の監査時は小児科の抗癌剤のレジメンオーダー件数が17件であったが、その後40件にまで増加し、病院全体のレジメンオーダー化が進んでいると評価できる。

安全管理体制について

琉大病院では令和2年3月から、医療安全管理と医療の質向上を院長のリーダーシップのもと強力に推進する目的で、医療の質・安全管理部を設置した。部長は医療安全管理責任者（副病院長）、副部長は安全管理対策室長、医療の質

向上対策室長の両名が務めている。医療の質・安全管理部は病院長直属の組織として位置付けられており、今後、琉大病院の医療安全、医療の質向上を推進する上で、効果的な体制であると考えられる。ただ、医療の質向上委員会は定期的な開催ではなく、医療の質向上対策室からの診療データの分析をもとに審議する状況である。今後は定期的に開催しその審議結果を病院長に上申し、さらなる医療の質向上に取り組まれない。

検査等結果報告に関する安全対策について

CT、MRI、PETなどの検査結果について、全体的な読了管理システムは整備されていないが、いわゆる偶発所見や緊急対応を要する所見を覚知した場合、画像診断担当医が依頼医に直接連絡を行っている。また、当院ではさらにシステム管理室にも連絡をし、彼らが電子カルテを追跡して適切なマネジメントが施行されていることを確認した。病理検査もほぼ同様の運用が行われており、検査結果見逃し防止に効果的であると考えられる。全体的な読了管理システムを導入することは、依頼医がきちんと所見を確認する意識づけとして意味があると考えられるので、次回システム更新時には導入を検討されたい。

検査結果におけるパニック値はきちんと定義がなされており、以前は看護師への連絡も容認していたが、現在は医師への連絡に限定している。このことは、遅滞のない患者対応を行う上で重要な運用であると考えられる。

超音波検査については、生理検査室で実施したものは生理検査レポートシステムから、放射線科での実施、他科での実施、動画データに関してはClaioからの閲覧に変更された。以前は、放射線科実施分はF-reportから閲覧していたため、確認漏れに繋がる可能性が高かったが、この変更により、改善が期待できる。超音波検査は実施場面が多岐にわたり、管理が難しい検査であるので、より確実な結果確認のため、さらなる工夫を期待したい。

セーフティレポートについて

安全管理対策室が中心となり、合併症を含む報告の目安を設定したことは医師からの報告を促すことにつながると考えられる。また、影響度レベル3b以上や警鐘事例については、改善策報告書が義務付けられており、部署と安全管理対策室が協働して改善策を策定している。この改善策が適切に実施されているかを安全管理対策室が確認することをルール化しており、大変素晴らしい活動であると考えられる。

3. 総括

特定機能病院の医療安全水準を向上させるには、病院長のガバナンスが機能した体制づくりが不可欠である。今回の監査では琉大病院には適切な体制が整

っていることが確認できた。医療の質向上は、医療安全管理に比べ取り組みづらいものであるが、院内組織を改編し医療安全管理と同様に組織的に取り組み始めたことは評価できる。今後は医療の質向上のための活動をさらに充実させていただきたい。セーフティレポートをもとに策定した改善策の実施状況を安全管理対策室がチェックし、必要に応じて追加の改善策を立案するなど、PDCAサイクルを継続的に回すためのシステムが構築されていることも大変評価できる。

医療の安全性向上と質向上は、医療者にとって終わりのない課題である。医療は患者、医療者、その他の医療資源が複雑に絡み合う複雑系システムである上に、医療の発展とともに新たな問題が次々と生じる。それらに対応し続け、安全で高度な医療を提供することは医療機関に課された義務である。琉大病院には、今後も病院長のリーダーシップの下、全職員がこの課題に取り組みつつ、沖縄県で唯一の特定機能病院としての役割を果たしていくことを期待する。

以上。

琉球大学病院の医療安全に係る監査委員会

委員長 近本 亮

望月 保博

儀間 小夜子

令和3年3月18日

国立大学法人琉球大学
学長
西田 睦 様

医療法施行規則（昭和23年厚生労働省第50号）第15条の4第2項に基づき、外部監査を実施しましたので、別紙のとおり報告申し上げます。

琉球大学医学部附属病院の医療安全に係る監査委員会
委員長 近本 亮
望月 保博
儀間 小夜子

1. 監査の方法

国立大学法人琉球大学医療安全監査規程（平成29年2月22日制定）に基づき、琉球大学病院（以下、琉大病院）における安全管理体制および医療安全業務について、関係者からの説明を受け、監査を実施した。

- ・ 日 時： 令和3年3月16日（火曜日）9:00～10:40
- ・ 場 所： 琉球大学病院 機能画像診断センター会議室
- ・ 委員長： 近本 亮（熊本大学病院 医療の質・安全管理部、部長）
- ・ 委 員： 望月 保博（かりゆし法律事務所 弁護士）
- ・ 委 員： 儀間 小夜子（認定NPO法人子ども医療支援わらびの会 理事）

2. 監査の内容及び結果

前回の監査における指摘事項への対応状況確認の後、琉大病院における病理診断業務の安全管理体制について監査を行った。

前回の指摘事項について

琉大病院の医療の質向上を推進する目的で医療の質向上委員会が開催されていたが、定期開催ではなかった。令和2年12月からは年に3回の定期開催と変更したことが確認された。医療の質向上対策室からの診療データを分析し、琉大病院の医療の質向上に取り組んでいることは評価できる。

病理診断業務について

1) 光学医療診療部での業務

内視鏡検査前には患者全員に組織生検の同意を得ている。内視鏡検査室に事前にホルマリン入りの容器を準備し、容器の蓋に番号を付している。検査中、組織が採取されるたびに担当医と番号と名前を確認している。消化管内視鏡を実施するのは消化器内科医で、入院、外来とも必ず検査予約のため消化器内科外来を受診している。内視鏡検査結果説明は、当日に検査担当医が行い、生検が行われた場合の検査結果は消化器内科外来で後日説明することとなっている。これにより、患者への説明漏れ、対応漏れが生じる可能性はほとんどないと考えられ、大変良いシステムが運用されている。

光学診療部には内視鏡は4台あり、ホルマリン瓶は1台の鍵付き保管庫で保管されている。事前に保管庫の上にホルマリン瓶が準備され、蓋に番号を付して、検体採取ごとに担当医、看護師のダブルチェックを行い、ホルマリンに浸漬させている。他患者との交差がないように十分配慮されているが、この場面で検体取り

違いがあると、あとから気づくことは極めて困難であるため、絶対にそのようなことがないように、業務の流れ、確認作業内容を繰り返し見直していく必要がある。

2) 手術室での業務

手術室と病理検査室は別のフロアーにあるため、術中迅速病理標本はダムウェーターで搬送されている。所定の病理検査依頼箋に採取した標本の情報を記載し、看護師が病理部門に電話で情報を伝達している。一連の業務の流れには特段の問題はない。

3) 病理検査室での業務

病理部門では受理した標本を即座に凍結させて薄切した後、手書きで標本番号を記載したスライドグラスに乗せ標本を作成する。その後、病理部門システムにおいて、バーコード付きラベルをスライドグラスに貼り付け、病理医が診断を行う。病理診断は依頼医のPHSに直接電話し伝達している。病理医と外科医との情報伝達は、PHSを介した1対1の情報伝達であるため、正確に伝わっているかの確認が難しい。病理医が伝達する方法を標準化し、必ず外科医側からのチェックバック（復唱）を行うことをルール化することが望ましい。

病理検査結果の確認について

複数の病理医で診断に迷った症例や診断が変更になった症例に関しては、病理医側がフラグを立て、依頼医にアラートを発するシステムが構築されている。それらに対して依頼医側も適切に対応していることが確認された。このシステムは優れたシステムと言える。一方で、病理医が診断に迷わない大部分の病理検査結果にはフラグが立っておらず、依頼医側が認識し、対応したかの確認はできていない。この問題は大変難しい問題で、全国的にも完成されたシステムはないのが現状である。

3. 総括

臨床上、病理診断の持つ意味は大変大きく、特に癌治療においては最終診断となる場合が多い。病理診断の精度を向上させることは病理医のテクニカルスキルと考えられるが、病院としては、病理診断業務の流れを整備し、情報伝達エラーを限りなくゼロに近づけるといった、ノンテクニカルスキルの向上に注力する必要がある。現在の琉大病院での診断業務の流れには大きな問題はなく、安全に実施されていると評価できるが、現在のシステム、ルールは完璧なものではないことを認識し、常にシステム、ルール上の不備がないかを注視していくことが重要である。そのためには各部署からの不具合の報告や、医療安全管理部門などによる院内監査なども取

り入れて、PDCAサイクルを継続的に回し、より安全確実なシステム、ルールを構築して行っていただきたい。職員のシステム、ルールの遵守状況の評価も大変重要である。病理診断を元に患者に適切な医療が確実に提供されることが最終的な目標であることから、診断後の診療科による対応にも目を向け、対応遅れなど、患者に不利益が生じないように、組織的に取り組んでいただきたい。

琉大病院が沖縄県で唯一の特定機能病院として、高次医療の提供・先端的な医学研究の推進・優れた医療人の育成と同様に、安全な医療システムの確立を追求し、県民の健康と福祉に貢献することを期待する。

以上。

琉球大学病院の医療安全に係る監査委員会

委員長 近本 亮

望月 保博

儀間 小夜子

