がん診療連携拠点病院機能評価実施記録（佐久医療センター）

◇　**開催日時及び場所**

平成 28 年 11 月４日（金）午後２時から　１階ホール

◇　**評価対象施設**

佐久総合病院佐久医療センター

◇　**長野県がん診療連携拠点病院整備検討委員会**

（出席）本郷 一博、小口 壽夫、金子 源吾、長谷部 優、梶川 昌二、小岩井 慶一郎、横川 史穂子、野村 昌利

（欠席）岡田 啓治、小林 光、山本 亮※

※評価対象施設に所属する委員

◇　**事務局**

保健・疾病対策課長 小松 仁、がん・疾病対策係長 滝沢 朝行、がん・疾病対策係 大久保 直哉

◆　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

◆　調査対象施設による概況説明

◆　施設内視察

◆　質　疑（発言者　◎：県がん診療連携拠点病院整備検討委員会　□：評価対象施設）

◎　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るが、緩和ケアセンター設置に対してどのように考えるか。また、現在の相談支援センターの位置付けは院長直属か、他の組織に属するのか。

□　緩和ケアについて、今のところ緩和ケアセンターという形では活動していないが、現地を見ていただいたとおり、相談支援センターと緩和ケアチームが有機的に、非常に近い関係で患者さんのサポートに入れる体制になっている。それから例えば看護部であっても、他の病棟の所属にはならずに自由に動ける立場で活動しており、他業務で活動できないという状況にはない。

◎　野村委員　今の件だが、がんサポートセンターが将来、地域拠点病院においても緩和ケアセンターを設置するようになるなど将来に向けてということだと思うが、緩和ケアセンターになると、規模的にジェネラルマネージャー等を置かなければならないと思うが、ジェネラルマネージャーの要件という部分において、やはりこちらの病院は特に訪問医療等が多いなど、患者の直接の声を聞くことが多いと思われるし、相談に関しても相当件数行っているので、できればそのような方に将来的に専門看護師の資格を取っていただき、ジェネラルマネージャーになっていただければと思う。現場における診療科間の調整や医師との連携がジェネラルマネージャーの重要な役割のひとつだと思うので、やはり実務を重視してほしい。看護師長クラスという条件があるが、そこにあまり拘ると実務とかけ離れる恐れがあるので、その辺りを今後の課題として検討をお願いしたい。

□　その件については、看護部長等も参加したがん診療の会議でも議論になっている。仰るように、実務の分からない人がジェネラルマネージャーになっても、実際的な動きができないので、経験がある看護師がなるべきであろうということでは意見は一致している。将来必要性が出てきた場合には、そのような形で体制を作っていきたいと考えている。

◎　野村委員　もう一点、特に相談支援センターの場合は、他との兼務ではなく独立性を確保していた

だいた方が看護師や医師が動きやすいと思う。相談支援センターは患者の要望によって作られた部門なので、病院の運営とは一線を画する部分もあると思うが、それについてもご理解いただければと思う。

◎　小岩井委員　私は放射線治療が専門ですが、放射線治療はけっこう緩和的な医療にも使える治療だと私は思っているが、緩和に放射線治療がどれだけ浸透しているかというのはあります。緩和ケア部門と放射線治療部門との連携が取れるような状況があるのかお訊きしたい。

□　すぐに連絡が取れる体制にはなっていて、多くの場合は放射線治療の認定看護師にまず相談をして、その後、直接先生のところにお伺いして相談をしている。最近も同じようなことがあったが、そのような形で放射線科の医師と連絡を取りながらやっている。

□　放射線治療の中でも緩和的照射のニーズは多いが、全例ともが緩和ケア内科からの紹介というわけではなく、各科の主治医からの紹介により放射線治療に来られる患者も多い。しかしそのようなケースでも、主治医が治療に難渋していたり、緩和ケア医の意見が必要と考えられる場合などは、放射線治療科医長と緩和ケア内科の先生とで相談、協力しながら患者の状況に応じた治療方針を決めていくというシステムになっている。

◎　小岩井委員　私も以前、別の病院で緩和ケアチームに関わっていたことがあるが、放射線治療を行ったら良いのではと思われる患者さんがけっこういる。なかなか放射線治療医が緩和ケアチームに入るということは難しいと思うが、是非緩和ケアチームの方々にも放射線治療に関する理解を深めていただき、このようなケースには放射線治療が使えるということを広く認識していただけると良いのではないかと思う。

◎　金子委員　キャンサーボードについて、症例検討はキャンサーボードでしっかりと、多分それぞれの臓器別に症例検討会という形で行われていると思うが、一方、総合腫瘍症例検討会もあって、それぞれどのような形で行われているのか。

□　消化管で例を挙げると、早期がんで、これは手術だけで済むというような患者はあまり上げていなくて、手術が良いのか放射線治療が良いのか化学療法が良いのかと迷うような方や、あるいは全身状態的に治療に耐えられるのかというようなケースについて臓器別のキャンサーボードで検討を行っている。一方、総合腫瘍症例検討会は、例えば胃がんもあって肺がんもあるといった場合である。それから、付随する背景や、合併症があるとか、そのようなことで治療をどうしたらよいか多職種で話し合ったほうが良いと考えられる患者について、総合腫瘍症例検討会で検討している。

◎　金子委員　緩和ケアチームの関係はどのようになっているか。それぞれでは非常に良くやっているというのは分かったが、キャンサーボードと緩和ケアチーム、いわゆる緩和ケア内科の部分の情報共有に関して、どのようにされているかが分からなかった。

□　総合腫瘍症例検討会に緩和ケアチームは常に参加している。臓器別のキャンサーボードにも参加できるものに関してはできるだけ参加するようにし、やはりこれは緩和的な考えを聴くべきだという場合の症例検討を行う際には、直接声を掛けてできるだけ参加するようにしており、そこで情報共有している。

◎　金子委員　外来化学療法の治療件数が 6,000～7,000 件とのことだが、これは治療を受けた患者の延べ回数と理解してよいか。

□　そうではなく、２週間に１回の治療であれば、来たら１回ごとにカウントする。

◎　金子委員　外来化学療法のところの急変時の対応について伺いたい。貴院はがん薬物療法専門医が２名おり、要件的にも問題ないと思うが、普段は他業務をされているのかどうか、一応専従というとそこで業務をされていて、別の業務はもたないというのが理想。それが大変なのは分かるが。

□　１名を通院治療センターだけにずっと８割以上置き、外来もやらない、病棟も見ないというのは非現実的で、当然、外来で診察もするし、病棟の患者も受け持っている。そのため誰か１人を通院治療センターに専属という体制とするのはなかなか難しい。

◎　梶川委員　臓器別のキャンサーボードはそれぞれ開催日時が異なっており、これは放射線科の先生や病理の先生などが出やすいようにということで、意図的に日時をずらしているのだと思うが、実際どの程度の比率で参加いただき、意見を出したり治療方針の決定に携わっているか。

□　病理の先生は今のところ臓器別のキャンサーボードには出ていない。総合腫瘍症例検討会にはできるだけ出てもらっている。病理学的なことが問題になりそうな場合は、キャンサーボードの前に担当医が病理の先生の意見を聞いて対応しているのが現状。放射線に関しては、放射線科の治療医はできるだけ参加する形になっているが、診断医に関しては今までは人数が少なかったため出られる状況になかったところがある。最近やっと診断医が増えてきたので、お声掛けしており時々出てもらってはいるが、臓器別キャンサーボードは勤務時間外の開催が多く、なかなか毎回の出席は難しい状況。

◎　梶川委員　がんの地域連携クリティカルパスについては胃がんしか動いていないという話であったが、このステージⅠの症例に限るというのは、内視鏡的切除の症例も入っているということか。

□　内視鏡のパスは連携はやっておらず、外科的切除に限ったパスです。

◎　梶川委員　胃がん以外のパスが動いていないということだが、連携医療機関は指定されているが実際に運用されていないということか。

□　胃がん以外のパスについては、上小地域で肺がんや乳がんを診てもよいという医療機関もあるが、患者が希望されていないということもあって現在連携が取れていない現状。

◎　梶川委員　そうすると今のところ、胃がん以外に関しては、大きくパスが増えているとか、見通しはあまり。

□　肺がんと乳がんに関しては、今後上小地域は連携をしていきたいと考えて同意いただいたところなので、今後進めていきたいと考えている。

◎　金子委員　胃がんのパスは大変良くやっていると思う。先ほど肺がん、肝がん、乳がんというのは多少種類が違うというか、専門の先生が分かれるので、患者の希望のことや、登録医の数が制限されるということがあると思うが、大腸がんに関しては胃がんと共通した部分がかなりあるのではないかと思った。胃がんはとても多いが大腸がんはそれほどでもないというところで、そこに何か、うまくいく、いかないのヒントがあるのではないかと思う。

□　大腸がんも担当医には連携パスでということで許可をいただいているが、患者の希望が無いことと、胃がんのパスは、例えば高血圧でも通院しているというような、紹介とかそういうところで併せて通っていただいているので、まずそうした機会があれば大腸がんの方も進めていきたいと考えている。

◎　横川委員　前回の指摘事項をクリアしつつ、新しい要件もクリアしながら努力されている。質問だが、この総合キャンサーボードについてはどのように症例を抽出するのか、過程を教えてほしい。

□　ひとつは臓器別のところで問題があって上がってきた症例で、やはりこれは他科の意見も聞いた方が良いだろうというときには総合腫瘍症例検討会に出してほしいということを腫瘍内科から担当医にお願いしたり、またはそれ以外でも、腫瘍内科にはいろいろがんのことで担当医から相談が来ることが多いので、例えば、胃がんがあって、肺にも病変があって、これはどう考えたらよいのかとか、最近は胃のGIST(消化管間質腫瘍)の治療中に卵巣だけ大きくなってきて、これは卵巣がんなのか、GISTが悪くなったものなのかなど、それは総合腫瘍症例検討会で婦人科の先生などにも集まってもらい検討した方が良いでしょうということを拾い上げたりしている。ですからそのような舵取りをする人がいないと、運用がなかなか難しいかと思うが、一旦やり始めると、意外とこれは役に立つなということが皆で認識できて積極的にディスカッションしていこうという流れになり、それではこういう方針でまずこれを最初にやってとか、いろいろなことがとても決まりやすいので、始めるまでが大変なのかなと。それまでは皆自分の受け持つ患者のことについていろいろな人に聞きに行ってうちじゃないと言われると困ったなと、また聞きに行ってうちじゃないと言われて困ったなと、そういうことをやっていたということが数年前まで正直なところあった。

◎　横川委員　腫瘍内科の先生が中心となり各科のキャンサーボードが連携していることがよく分かった。次に、化学療法センターとか放射線のところなど、様々な部署で有資格者が機能的に働いていると感じたが、先ほど野村委員からもあったように、今後のジェネラルマネージャー配置なども考えられる中で、看護師のキャリアアップの支援についてどのようにお考えか、現状を踏まえつつ教えてほしい。

□　現状をお伝えすると、現在、専門看護師が２名と認定看護師が18名いるが、がんに関わっている認定看護師は10名ほど。それぞれのところで活動しながら、がんケア外来などを行っている。看護部の教育に関しても、それぞれの認定看護師ががん看護などの専門研修を行っている。また、各がん

に関係する病棟では、定期的に学習会を開催したり、専門認定看護師が、夕方などの時間に一般のスタッフに対して研修を開いている。そうしたところで認定看護師たちも自分たちがこういうことをしたいんだというモチベーションを高くしながら活動しているので、それがスタッフ達の刺激になっていると思う。また、認定取得だけでなく、国立がん研究センターなどの研修にも年に 10 人から 12 人ほど参加している。がんケア外来の充実や、ジェネラルマネージャーに関しては病院として検討していき、認定看護師の育成など充実させていきたい。

◎　横川委員　教育的な支援もよくされていることが分かった。是非、腫瘍内科の先生とともに、ジェネラルマネージャーのことも見据え、看護師の体験を作っていただくとありがたい。もう一点、相談支援センターの業務について、相談者からフィードバックを得る体制整備は要件としては必須項目ではないが、佐久医療センターはそこにも取り組まれているので、それについてもご紹介いただきたい。

□　相談室を訪れた方にはアンケート用紙を返信用の封筒と一緒に渡して後日郵送いただくという形と、アンケート回収ボックスを設置して、そこに回答を入れていただくということで取り組み始めたところ。

◎　横川委員　PDCA サイクルを回すというのが私たちの課題でもあり、今回の新要件の課題でもあるので参考になった。最後にもう一点、がんケア外来と相談支援センターの役割分担について、院内でどのように考えられているか教えてほしい。

□　相談支援センターで相談を受けた内容を、場合によってがんケア外来に繋げることはある。がんケア外来は、曜日によって担当が乳がんの看護師であったり、化学療法の看護師であったりというように担当看護師の専門分野が多少異なるため、予約制としている。

□　がん相談とがんケア外来というところでは、がん相談はがん相談支援センターで受け、内容に応じてがんケア外来の予約を入れ、相談に合わせて認定看護師に繋いでいる。

◎　小口委員　病院を見せていただいたが、最新の設備が揃っており、人員も充実してきたように見受けられ、大変素晴らしく羨ましく思った。私からお訊きしたいのは、資料 153 ページの PDCA サイクルの構築体制についてだが、これはそもそも国の要請があいまいな部分があり、各拠点病院もどのように対応してよいか苦労している。先ほどの委員会でもこのことが話題になって、もう少し委員会としても対応が必要だということも話し合われたが、資料を見ると、少し書き方が足りないというか、もう少しやっていることや今後こうしたいということを記載してほしい。

□　ご指摘のとおり、この部分はまだこれからというのが正直なところ。先ほどお話しした中でも、がんケア外来や相談支援センター、就労支援に関しては、患者や家族、地域の方にこれらの機能が十分に浸透していないのではないかというところがあり、例えば相談支援センターの周知のために、資料にもお付けした名刺大のカードを外来に置いたり、様々な取組を行っている。取組の評価のため、今年８月に相談支援センターや就労支援、がんケア外来のことがどの程度認知されているか患者に対してアンケートをとった。ただしその結果を院内で共有し、どのように進めていくかというところまでには至っていないので、今後改善していきたい。このような取組も PDCA サイクル構築のひとつの例として考えているところ。

◎　小口委員　実際にはやっているのですよね。その表し方、目標をたてて、やっていることをうまくまとめてこのような資料に出していただければ各施設の参考にもなると思う。

□　先ほどもご質問をいただいたが、例えば人をどのように育てるかということや、どのような形で認定や専門資格を取るようにしたらよいかということ等、管理職の中で常に議論をして対応を検討しており PDCA サイクル構築ということで進めている部分もあるが、それを資料としてしっかりお示しできるかというと、少し引いてしまっているところはあるかもしれない。

◎　長谷部委員　資料としては出てこないが、通常業務でもかなり素晴らしい取組をされていると思うが、災害時・緊急時における対応、医薬品の供給や地域医療機関、薬局等との連携について今後どのようにされていくのか。

□　当院は災害拠点病院なので、実際に食料や電気、水、これらについては調整を行っている。また、医薬品の供給や薬局等との連携についても、佐久の薬剤師会とも相談しながら進めているところ。

以　上