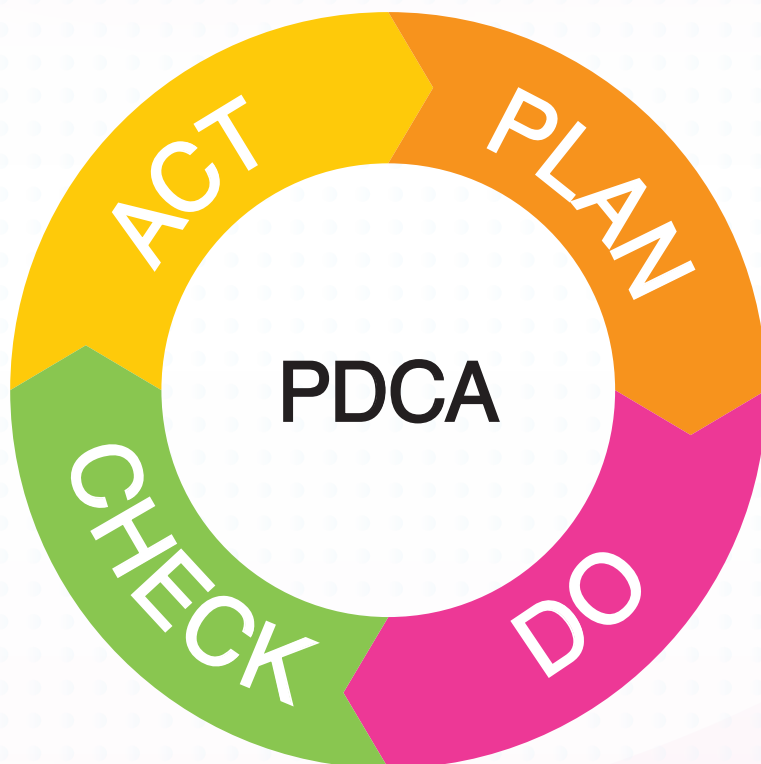


令和元年度 厚生労働省委託費
がん診療連携拠点病院PDCAサイクル体制強化事業

令和元年度 都道府県がん診療連携拠点病院

PDCAサイクルフォーラム

報告書



日時：2020年2月8日(土) 13:30~17:00

会場：国立がん研究センター 築地キャンパス 研究棟 大会議室

主催：国立研究開発法人 国立がん研究センター

令和元年度 都道府県がん診療連携拠点病院 PDCAサイクルフォーラム

報告書

CONTENTS

| | |
|--|----|
| 1. 開会挨拶 | 1 |
| 国立がん研究センター 中釜 斉 | |
| 2. 来賓挨拶 | 1 |
| 厚生労働省健康局 成田 朋子 | |
| 3. がん診療連携拠点病院等に求められるPDCA サイクル | 2 |
| 国立がん研究センター 加藤 雅志 | |
| 4. 神奈川県におけるがん薬物療法ピアレビュー | 6 |
| 神奈川県立がんセンター 酒井 リカ | |
| 5. 山口県のピアレビューについて | 14 |
| 山口大学医学部附属病院 山縣 裕史 | |
| 6. 緩和ケアに関する実地調査について～パイロット調査を踏まえて～ | 23 |
| 厚生労働省健康局 成田 朋子 | |
| 7. 千葉県の取り組み | 28 |
| 千葉県がんセンター 丹内 智美 | |
| 8. 都道府県レベルでのPDCAサイクルー都道府県内での共通目標の設定ー | 36 |
| 国立がん研究センター 加藤 雅志 | |
| 9. 愛知県がん診療連携拠点病院協議会PDCAサイクルの共通の取り組み | 39 |
| 藤田医科大学 河田 健司 | |
| 10. がん相談支援のPDCAサイクルの確保に関する取り組みについて | 47 |
| 国立がん研究センター 高山 智子 | |
| 11. がん医療の均てん化 指標の測定に関する研究(QI 研究 2016年症例) | 52 |
| 国立がん研究センター 東 尚弘 | |

開会挨拶

国立がん研究センター 中釜 斉

本日は大変お寒い中、PDCAサイクルフォーラムにご参席いただき、ありがとうございます。

このPDCAサイクルフォーラムが始まったのが2016年で、今年で5回目になります。PDCAサイクルの取り組みが始まった当初、どのように展開していくのかなという思いもあったわけですが、今では、がん医療の均てん化にとどまらず、医療体制そのものの均てん化や、相談支援体制といった、さまざまところでこのPDCAサイクルが活かされているのではないかと思います。

毎年、皆様のご発表を拝聴し、年々、本当に充実してきているなという印象があります。皆様のご経験を通して、それを共有することによって、日本のがん医療の均てん化が進み、先進的な取り組みとして世界に誇れるような体制になっていけることを期待しております。本日も皆様のご発表に大変期待しています。よろしくお願いいたします。



来賓挨拶

厚生労働省健康局 成田 朋子

がん・疾病対策課におきましては、皆様より、国のがん対策に多くのご協力をいただき、ありがとうございます。

がん拠点病院や小児がん拠点病院、がんゲノム医療中核拠点病院等も設置され、複雑な面もございますが、今回のような皆様の取り組みによって、より良い医療を届けていただいていると思っております。今後ともどうぞよろしくお願いいたします。



がん診療連携拠点病院等に 求められるPDCAサイクル

国立がん研究センター 加藤 雅志



最初に、がん拠点病院に求められるPDCAサイクルについて説明していきたいと思えます。

今回初めてこの会に参加している方もいらっしゃいますので、私の方から簡単にPDCAサイクルに関して、国がどのような形で進めていこうとしているのか説明した後、講師の方々から都道府県ごとで進められている具体的な取り組みをご紹介できたらと思っています。

がん診療連携拠点病院等に求められるPDCAサイクル確保に関するこれまでの状況

- 平成26年（2014年）に見直されたがん診療連携拠点病院の整備指針で、がん医療の質を改善していくことを目的に、PDCAサイクルの確保を、病院レベル、都道府県レベル、国レベルで取り組んでいくことが初めて定められた。
- 当初、「都道府県レベルでPDCAサイクルの確保」をについて、各都道府県はどのような活動をすればよいかかわからない中、先進的な都道府県がん診療連携拠点病院が、試行錯誤を重ねながら様々な取り組みを開始した。
- 平成27年度（2016年2月）より、国立がん研究センターではPDCAサイクルフォーラムを開催し、都道府県レベルのPDCAサイクルを中心のテーマとして、全国の取り組みを共有し、各都道府県の支援を行っている。

がん拠点病院のPDCAサイクルに関しては、平成26年にがん拠点病院の整備指針が見直されたときに、指定要件の中に病院レベル、都道府県レベル、国レベルでのPDCAサイクルを進めていくことが初めて記載されて、現在も引き続き取り組みが求められています。

当時、都道府県レベルでのPDCAサイクルを確保することが示されたときは、このような取り組みはまだどの都道府県もしたことがないという状況でしたので、どのような活動をすればいいのか、各都道府県が試行錯誤を重ねながら取り組みを開始したという状況でした。

第3期がん対策推進基本計画

（2018年3月閣議決定）

第2 分野別施策と個別目標

2. 患者本位のがん医療の実現

～適切な医療を受けられる体制を充実させる～

（2）がんの手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法の充実

- ① がん医療提供体制について（医療提供体制の均てん化・集約化、医療安全、制度の持続可能性等）

（取り組むべき施策）

国は、拠点病院等における質の格差を解消するため、診療実績数等を用いた他の医療機関との比較、第三者による医療機関の評価、医療機関間での定期的な実地調査等の方策について検討する。

そのような中で、平成27年度（2016年2月）に、国立がん研究センターは厚生労働省の委託を受けてPDCAサイクルフォーラムを開催するようになり、都道府県レベルのPDCAサイクルを中心に全国の取り組みを共有し、また、これからやっという都道府県の支援を行っているところです。

第3期のがん対策推進基本計画にも、診療の質を改善していくための取り組みというものが記載されています。それを受けて、平成30年に見直しがされたがん拠点病院の整備指針の中にも指定要件として記載されています。

平成30年7月31日 厚生労働省健康局長通知 がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針

求められているPDCAサイクルの確保の体制

①拠点病院レベル

- 自施設の診療機能や診療体制、診療実績、地域連携に関する実績や活動状況、患者QOLについての把握、評価、共有、広報

②都道府県レベル

- 都道府県拠点病院が中心となり、都道府県協議会を設置、以下を協議
- ・各都道府県における地域拠点病院等のPDCAサイクル確保体制とその実績
- ・各都道府県における地域拠点病院等の診療機能や診療体制、診療実績、地域連携に関する実績や活動状況

③全国レベル

- 国立がん研究センターが中心となり、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会（国協議会）を設置、以下を協議
- ・都道府県拠点病院のPDCA確保に関する取り組み状況の把握
- ・都道府県拠点病院を介した全国の拠点病院等の診療機能や診療実績等の情報収集

こちらのスライドは、がん拠点病院レベルでのPDCAサイクルの確保、都道府県レベルでのPDCAサイクルの確保、そして全国レベルでの取り組みとして国立がん研究センターが各都道府県の取り組みを取りまとめて皆様と共有していくことを示しております。このように、がん拠点病院制度では3つのレベルでの診療の質の改善に取り組むことが定められております。このような取り組みは、わが国の医療の中において、がん領域が先駆けて進めているという状況です。

病院レベルでの診療の質の改善に関しては、いくつかの方法がございます。フォーラム後半でご紹介しますが、

病院のがん診療の質を改善していく取り組み

- 1 がん診療評価指標 (Quality Indicator)
国立がん研究センターがん対策情報センターがん臨床情報部
 - 2 がん診療体制の質に関する調査
東京大学大学院 PCAPSがん質評価班
 - 3 がん相談支援のPDCAサイクル確保の取り組み
国立がん研究センターがん対策情報センターがん情報提供部
 - 4 緩和ケアチームセルフチェックプログラム
日本緩和医療学会 など
- ※相互評価 (ピアレビュー) は、都道府県レベルで取り組むものですが、「病院の診療の質の改善を目的としたもの」ということもできます。

Quality Indicatorに関する取り組みは国立がん研究センターの東先生が取り組んでいるものになります。続いて、がん診療体制の質に関する調査があります。また、分野ごとのPDCAサイクル確保に関する取り組みもあり、3つ目は、相談支援に関するもので、こちらも後半で、国立がん研究センターの高山先生からご紹介いただきます。4つ目は、日本緩和医療学会が実施している緩和ケアチームのセルフチェックプログラムになります。これは、病院が自分たち院内の緩和ケアチームの活動の改善に関するもので、これを活用することで診療の質を改善するPDCAサイクルを確保できるということを目的に作成された取り組みです。本日、千葉県からご紹介がありますが、このようなものを活用することで診療の質の改善がさまざまな領域で図られています。

このような病院レベルでのPDCAサイクルの確保の取り組みというのは、それぞれの病院が独自で進めるものになります。しかし、都道府県内で共通の方法で行うことによって、それを生かした相互評価にも活用できるというメリットがあります。相互評価は病院単独ではできませんので、都道府県レベルで取り組んでいくものになりますが、病院の質を改善していくための活動の1つと言うこともできます。

求められているPDCAサイクルの確保の体制

- ①拠点病院レベル
○自施設の診療機能や診療体制、診療実績、地域連携に関する実績や活動状況、患者QOLについての把握、評価、共有、広報
- ②都道府県レベル
○都道府県拠点病院が中心となり、都道府県協議会を設置、以下を協議
・各都道府県における地域拠点病院等のPDCAサイクル確保体制とその実績
・各都道府県における地域拠点病院等の診療機能や診療体制、診療実績、地域連携に関する実績や活動状況
- ③全国レベル
○国立がん研究センターが中心となり、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 (国協議会) を設置、以下を協議
・都道府県拠点病院のPDCA確保に関する取り組み状況の把握
・都道府県拠点病院を介した全国の拠点病院等の診療機能や診療実績等の情報収集

本日の中心的なテーマとなりますが、都道府県レベルでのPDCAサイクルの確保について説明していきたいと思っております。

都道府県レベルでの診療の質の改善を、各都道府県が、いろいろと試行錯誤をしながら始めています。これまでの、それぞれの都道府県の取り組みを見ていくと、おおよそ3つの種類の取り組みに分類されます。

都道府県レベルで がん診療の質の向上を目指す取り組み

- 1 研修会の開催
- 2 相互評価の実施
2-1 会議や研修会での相互評価
2-2 実地訪問による相互評価
- 3 都道府県内で共通目標を設定した改善活動の実施

1つ目は、従来より多くの県で実施されておりますが、研修会を開催することで都道府県内の診療の質を改善していくというものです。

2つ目は、それぞれの病院の取り組みを相互に評価していくことで都道府県全体の診療の質を改善していくという取り組みになります。いわゆる相互評価というものです。相互評価も2つの方法があり、その1つ目は、会議や研修会などの場を使って相互評価をするものです。2つ目は、実際に病院の現場を訪問して実地での相互評価を行うというものです。

3つ目は、都道府県内で共通の目標を設定して、それを達成するために各病院がどのような取り組みをすべきかを考え、計画を立て実施していくことで、県全体の診療の質を改善していこうという取り組みです。都道府県レベルのPDCAサイクル確保の活動は、おおよそこの3つの取り組みに分類されると思います。

最初は、相互評価のうち、特に実地訪問による相互評価についてご紹介いたします。具体的な取り組みは、神奈川県や山口県の取り組みを後ほど講演いただきますが、まず私の方から全国の状況などについて説明したいと思います。

都道府県レベルのがん診療の質向上のための取り組み状況

第12回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 (2019年7月10日開催) 資料

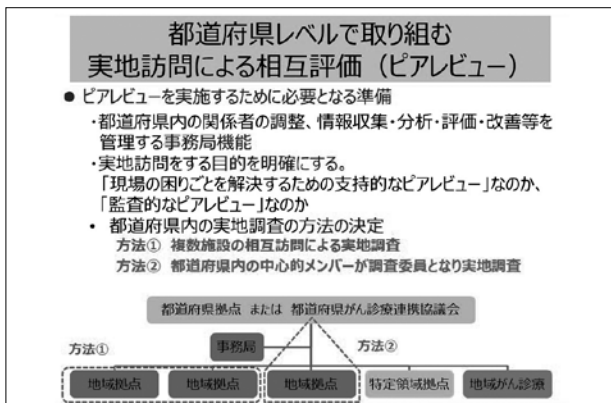
| | | N=47 | |
|--|----|------|---|
| | | n | % |
| ●拠点病院のがん診療の質の向上を目指すPDCAサイクル確保で活用している方法 | | | |
| 現況報告書を用いて拠点病院間の情報を共有 | 22 | 46.8 | |
| 院内がん登録データを用いて情報共有 | 24 | 51.1 | |
| がん診療評価指標 (Quality Indicator) の研究に参加 | 26 | 55.3 | |
| がん診療連携病院における診療体制に関する調査に参加 | 15 | 31.9 | |
| 都道府県内共通のフォーマットを用いたPDCA活動の情報共有 | 16 | 34.0 | |
| 特定のメンバーが訪問する実地調査 ※ | 8 | 17.0 | |
| 病院間の相互訪問による実地調査 ※ | 18 | 38.3 | |

※ 実地調査を実施している重複を除いた都道府県数 23 (48.9%)

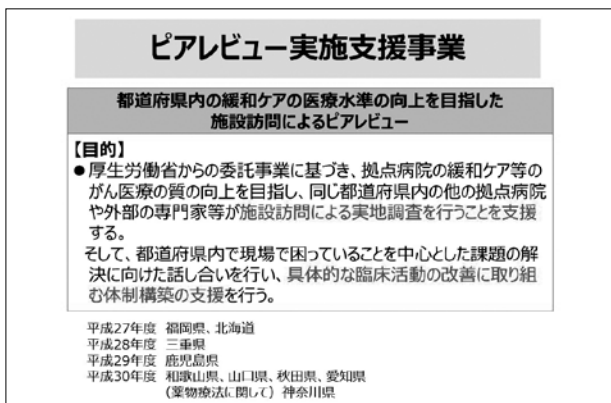
全国で実地訪問による相互評価がどれくらい行われているのかについて、昨年の夏に調査した結果を説明いたします。

「特定のメンバーが都道府県内を訪問していく実地訪問」と「病院間がペアになって相互に訪問する実地訪問」とがございしますが、いずれかの方法で実地訪問による相互評価を行っている都道府県は、23都道府県、48%ぐらいの都道府県で行っているという状況でした。

ただ、この中には過去に1回だけ実施したという地域も含まれていますので、継続的な取り組みが行われているところはまだ少ないのが現状です。そのようなことも含めて、およそ半分ぐらいの都道府県でこのような取り組みが始まっているという状況でした。



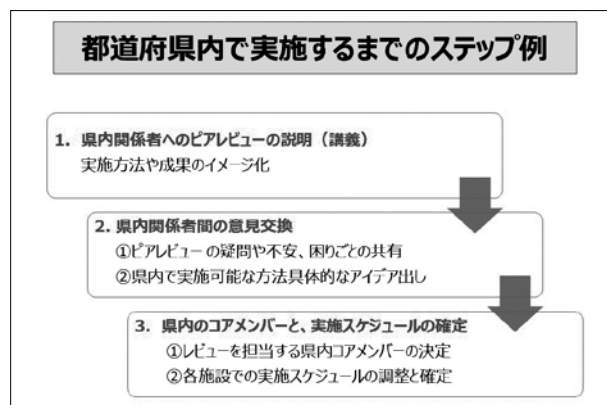
実地訪問による相互評価を具体的に進めていくうえで、一番重要なのは事務局機能です。取りまとめを行い、実施を支援し、関係者の調整を行っていく部門が必ず必要になります。この事務局機能をうまく設置できるかどうか実地訪問によるピアレビューの要になると思います。



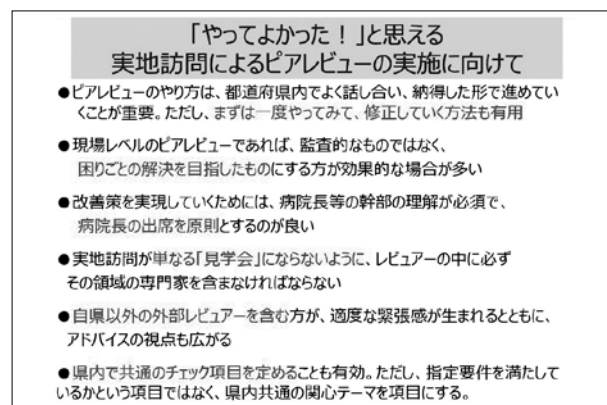
その上で、ピアレビューの目的を明確にして、どのような方法で実施していくかについて都道府県内で考えていくこととなりますが、実際に進めていくにあたっては、全く何もないところから始めるのは本当に大変なことです。私たち国立がん研究センターは、厚生労働省の委託を受けて、ピアレビューの実施支援事業に平成27年度から取り組んでいますので、ぜひご活用いただきたいと思っています。

昨年度に私たちが実施支援事業で支援させていただいた山口県と、昨年度のPDCAフォーラムでもご発表いただきました神奈川県はその後の展開についてご発表いただき、その取り組みを皆様と共有していきたいと思っています。

私たちも、できるだけ多くの県でこういった取り組みを進めてもらおうと思っており、厚生労働省は、来年度も取り組みを支援できる予算の確保に努めていると伺っています。引き続き支援事業ができたらと思いますので、希望がある県はぜひ遠慮なくご連絡ください。



具体的に、国立がん研究センターが行っている支援の方法についてご紹介したいと思います。まず、県内の関係者に実地訪問による相互評価とはどういうものなのかを説明します。そして、県内でどのようなピアレビューを実施していきたいのか考えていくグループワークを行い、それを踏まえて具体的な方法やスケジュールを立案していくことお手伝いしています。



これまでも申し上げてきたことですが、実地訪問によるピアレビューというのは労力のかかる取り組みになります。したがって、参加者が「やって良かった!」と思えるようになる工夫が重要になってきます。

ただ、いくら口頭で説明をしても、その効果や苦労はやってみないとわからないというところもありますので、まずは1回やってみるという選択肢もあるかと思います。このようなことも含めて、私たちは支援していきますので、1回実施し、その後、県内でより良い形に修正していくというので良いかもしれません。

後ほど厚生労働省から、今後計画している行政主導の実地調査についてお話しさせていただきますが、それとの区別がよりはっきりと求められてくると思います。

そのように考えると、病院同士のピアレビューに関しては、監査的なものではなく、現場の困りごとを解決していく、そういった取り組みになることがより重要になってきますし、強調されるべきと思っています。

また、実地訪問をした上でいろいろと改善のための話し合いをしたとしても、その話し合いを踏まえた実際の改善

活動が行われなければ実施した意味がありません。そのためにも、訪問を受ける側の病院には、病院長などの幹部の方々にご出席いただき、改善の必要性をご理解いただけるようお願いしています。そうすることで、実際に良い効果が得られたというフィードバックをいただいています。スケジュール調整などは大変かもしれませんが、実地訪問を行う際には病院長などの出席を強くお願いしています。

また、単なる「見学会」にならないようにするために、改善策を提案できるよう専門家が訪問する必要がありますし、ある程度の緊張感を生むためにも、自分の県以外の外部のレビュアーも参加できるようにしていくことも重要です。

いくつかの県での実地訪問によるピアレビューを行ってきた中で出てきたことなのですが、県内である程度共通の評価項目を決めて進めていくと良いのではないかという意見が寄せられています。その共通の評価項目だけになってしまうといけなと考えておりますが、共通の評価項目を定めることで、その項目について他の病院がどのような取り組みをしているのか、自分たちの取り組みと比較をしたりすることで、課題や解決策がよりわかりやすく把握できるようになります。県内で共通の評価項目を定めていくことも、今後の重要な検討事項になってくると考えています。

都道府県内で共通の評価テーマを定める 例えば「痛み」を緩和する体制を相互評価する

1. 痛みを抱える患者が我慢せずに痛みを訴えることができるのか
2. スクリーニングで痛みを抱える患者を見出し、適切な医療者が対応できているか
3. 医師、看護師、その他の医療従事者による基本的な緩和ケアが実施されているのか
4. 基本的緩和ケアで軽減できない痛みを専門家（緩和ケアチームやその他の専門家）に紹介しているのか
5. 専門的な緩和ケア（緩和ケアチームやその他の専門家）が十分に機能しているのか
6. 院内の専門家（緩和ケアチームやその他の専門家）で対応できない痛みに対して外部の専門家に相談できる体制があるのか

拠点病院の指定要件の充足状況を確認するのではなく、診療の質を改善するためにはどうすればよいのかという視点で現場の活動を評価する

これまでのいくつかの調査で、がん拠点病院の中で「痛み」を抱えてすごしている方がまだ多くいることがわかってきています。例えば、緩和ケアという取り組みの中で考えれば、「痛み」を緩和する体制について、県内で共通の評価項目を定めて、県内のそれぞれの病院の状況を相互に評価していこうというのも1つの方法かもしれません。

痛みを緩和する場合、例えばスライドに示しているように6つの評価ポイントがあるかと思しますので、その中で重要なものをいくつか相互評価するというのも良いと思います。全てのポイントを相互評価していくとなると、評価事項がそれだけになってしまう恐れがありますので、特に県の中で力を入れたいことについて、県内で共通で評価していく、そしてそれを改善に反映していくことが重要になってくるかと思っています。ぜひ、今後の都道府県の活動の

ヒントにしてもらえたらと思います。

病院同士で行うピアレビューで強調したいことは、がん拠点病院の指定要件の充足状況を確認することではなく、診療の質をどのようにより良くしていくのか、診療の質を改善するためには何に取り組んでいけばよいのかということ、現場の実際の活動状況を評価して、現実的に実施可能な取り組みについて意見交換をしていくことが重要です。相互評価の取り組みを進めていこうという県は、この視点をぜひ大事にしていきたいと思います。

都道府県レベルで がん診療の質の向上を目指す取り組み

- 1 研修会の開催
- 2 相互評価の実施
 - 2-1 会議や研修会での相互評価
 - 2-2 実地訪問による相互評価
- 3 都道府県内で共通目標を設定した改善活動の実施

相互評価の中には、会議や研修会の場を使った相互評価というものがあります。この後、千葉県の取り組みを紹介させていただく予定です。相互評価については、実際に現場に行き行って相互評価ができるのが一番いいのかもしれませんが、現場に毎年行くというのは現実的ではありません。相互評価を定期的にやっていくためには、会議や研修会の場を利用して相互評価をしていくことを検討すべきだと思います。

そのような場合、共通の評価ツールなどを使ってお互いの取り組みを評価することで、自分の取り組みとの比較、病院間での比較がしやすくなります。このような取り組みを実際に行っている千葉県の活動を後ほど紹介させていただきます。

都道府県レベルでがん診療の質の向上を目指す 会議や研修会での相互評価

都道府県内の専門領域の関係者が会議室等に集まり、各施設が診療状況や改善活動の取り組みについて報告し、相互に評価し更なる改善について意見交換していくことで、診療の質の改善を目指す

都道府県内で、共通の方法で、各病院が診療状況や改善の取り組み状況を報告することで、病院間比較や相互評価がしやすくなる

「がん診療評価指標（QI）」、「がん診療体制の質に関する調査」、「緩和ケアチームセルフチェックプログラム」やチェックリスト等を用いるのも有用

会議や研修会の場を利用して行う相互評価のときに使っている共通の評価ツールの一つが、先ほど少し紹介させていただいた「緩和ケアチームのセルフチェックプログラム」になります。以上、相互評価を中心にPDCAの取り組みをご紹介させていただきました。

神奈川県における がん薬物療法ピアレビュー

神奈川県立がんセンター 酒井リカ



昨年に引き続き発表の機会を与您いただき、ありがとうございます。

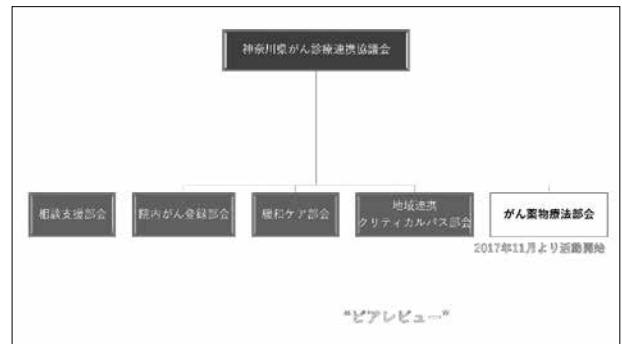
本日は、事前に加藤先生にこのようなミッションを与您いただきました。具体的な活動の動きや研修の中身が見えるように、また、どのように行っているのか、参加しているのか、現場の感想が見えるようにということです。そういったことをお伝えできればと思っています。



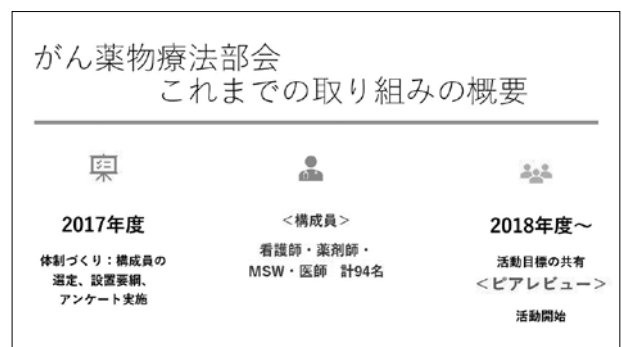
神奈川県は、東京に次いで、総人口920万人、全国2位で、11の医療圏に分かれています。がんの診療体系としては、当院を含めてがん診療連携拠点病院が18、



県の指定病院が12、合わせて30の施設ががんの拠点として取り組んでいます。

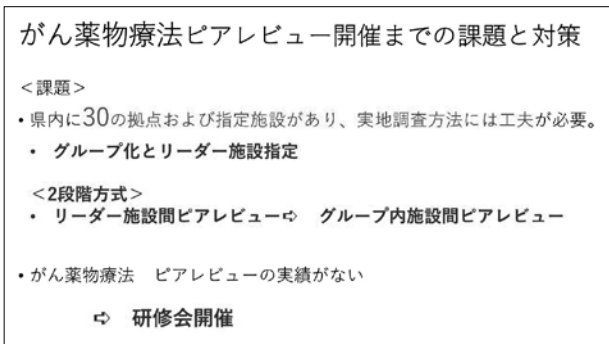


この30施設が参加しているがん診療連携協議会は、この5つの部会で現在活動していますが、私が部会長を務めているがん薬物療法部会、実は2017年11月からの活動開始という非常に若い部会ですが、当初からピアレビューに取り組んでまいりました。



部会の設置からの取り組みになりますが、まず、がん薬物療法にかかわる各施設の状況についてアンケートを実施して共有しています。構成員は、看護師、薬剤師、

メディカルソーシャルワーカー、医師を含め総勢90名超の大所帯で、2018年よりピアレビューに向けて活動を開始しました。



運営の工夫についてお話しします。当県でがん薬物療法部会がピアレビューを開催するまでにどういった課題があるかを考えたときに、先ほど加藤先生からもお話がございましたが、30の施設を抱えているということで、ピアレビューを行うには実地調査方法に工夫が必要であるということが第1の課題となります。

これに対しては、グループ化を行うことと、グループ内にリーダー施設を置くことにいたしました。そして、ピアレビューを2段階の方式に分けて行うこととし、リーダー施設間で最初にピアレビューを行った後、各リーダー施設は、その後、グループ内の施設においてリーダー的な役割を果たしていただきながらグループ内でのピアレビューを進めていくこととなります。

第2の課題は、がん薬物療法にかかわるピアレビューの実績が皆無でしたので、この点を問題解決するために、先に研修会を開催することにしました。

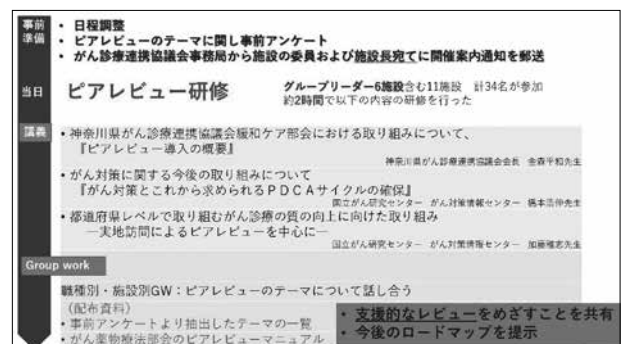
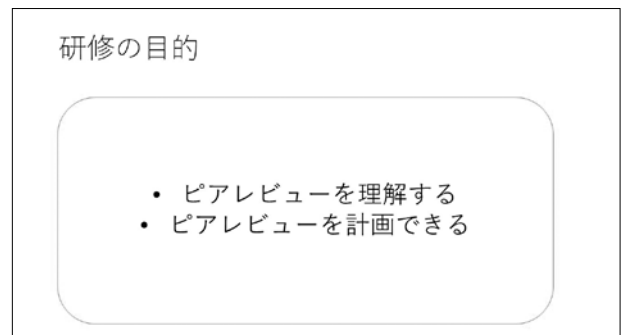
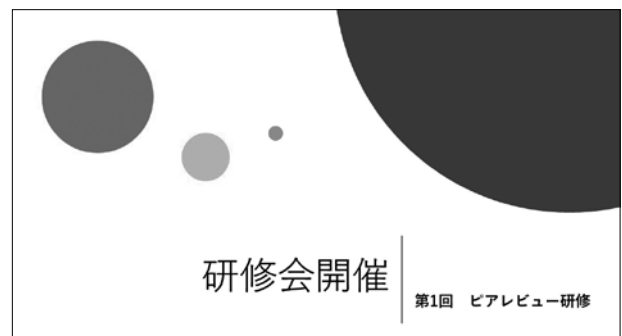
こちらがグルーピングの工夫ですが、先に行ったアン

| 第二段階 | 第一段階 グループリーダー | 診療連携拠点病院 | 診療連携指定病院 |
|--------|--------------------------|-----------------------------------|---|
| | groupA | 神奈川県立がんセンター (r1) | 横浜労災病院 (r2) 昭和大学横浜北支部病院 (r3) 済生会横浜市東部病院 (r16) |
| groupB | 横浜市立大学附属病院 (r5) | 横浜南共済病院 (r9) | 横浜南共済病院 (s1) 湘南鎌倉総合病院 (s7) 横浜医療センター (s4) |
| groupC | 聖マリアンナ医科大学病院 (r7) | 川崎市立井田病院 (r8) | 川崎市立川崎病院 (s11) 新百合ヶ丘総合病院 (s9) |
| groupD | 東海大学医学部付属病院 (r11) | 藤沢市立病院 (r10) | 平塚共済病院 (s2) 平塚市民病院 (s6) 津久井市立病院 |
| groupE | 北里大学病院 (r14) | 相模原協同病院 (r13) | 国立病院機構相模原病院 (s10) |
| groupF | 横浜国立大学附属市民総合医療センター (r17) | 横浜立みなと赤十字病院 (r6) 横浜市立市民病院 (r4) | けいゆう病院 (s3) 済生会横浜市東部病院 (s5) |

ケート調査で、県内の施設の中から外来化学療法の実施件数の多い順に上位6施設、いわゆるハイボリュームセンターをグループリーダー施設として指定しました。その施設との地理的な関係を考慮してグループを組んでいきました。

第1弾としては、このグループリーダー施設6施設間でピアレビューを行い、その後、第2弾として、各グループの中で、リーダー施設が残るグループ内の施設のピアレビューに関してリーダー的な役割で指導していただくという方式を考えました。

次に、研修会です。第1回の研修会の開催目的は、ピアレビューをまず理解し、計画できるようにすることでした。



研修会開催までの調整については、日程の調整だけではなく、テーマは何がいいかということ施設から事前にアンケート調査を行いました。事務局からは、施設の委員だけではなく、施設長宛てに通知を出しています。

当日は、グループリーダー6施設の他、オブザーバー参加も含めて34名の方が参加されました。研修は全部で2時間行い、前半が講義形式。講義は、ピアレビューが先行していた当県の緩和ケア部会の取り組みについて、神奈川県がん診療連携協議会の会長にご講演いただき、その後、がん対策情報センターの橋本先生、加藤先生から国レベルでのお話もいただきました。

グループワークに関しては、職種別、施設別のグループワークを2回行って、ピアレビューのテーマについて話し合うという形にしました。

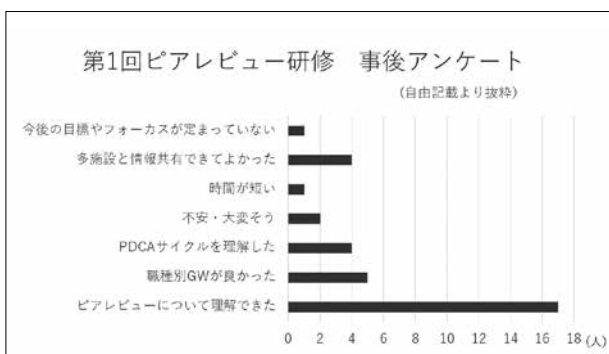
事前に配布した資料は、事前アンケート調査より抽出したテーマの一覧及びがん薬物療法部会のピアレビューのマニュアル案——これは緩和ケア部会のマニュアルをかなりまねして作らせていただいたものです。

この研修を通して、われわれの県が目指すがん薬物療法のピアレビューが、支援的なものであるということをまず共有し、また、今後のロードマップについても詰めていきました。

＜神奈川県がん薬物療法部会のピアレビュー＞

困りごとの具体的な解決策をともに考え、
より良い医療を提供できるようにするための
支援的なレビュー

繰り返しになります。当県のがん薬物療法部会のピアレビューというのは、「困りごとの具体的な解決策をともに考え、より良い医療を提供できるようにするための支援的なレビュー」、こういった立ち位置である、決して監査的なものではないということを全施設で共有しました。



第1回のピアレビュー研修の事後アンケートでは、フォーカスが定まっていないのではないかと、大変そうという意見もありましたが、おおむね良かった、ないしPDCAサイクルやピアレビューについても理解できたという肯定的な意見をいただきました。

ピアレビューの実際

第1回 ピアレビュー
第2回 以降

第1回ピアレビュー

- どのように行っているのか
- どのように参加しているのか
- 現場の感想

第1回は今後の試金石となるため、**受け手施設は当院 残りの全リーダー施設がレビューアールとして参加**

事前準備

- 日程調整
グループリーダー施設
施設管理職 (院長、看護部長等)
国立がん研究センター がん対策情報センター
- テーマの選定
- 院内スタッフ間の打ち合わせ

開催
1週間前

- 事前配布資料 送付

当日

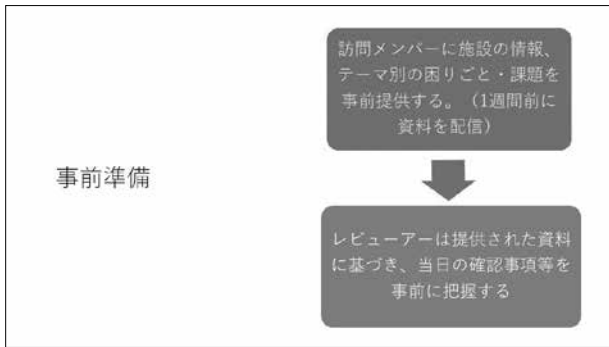
第1回 ピアレビュー

それでは、ピアレビューを実際にどうやって進めていったかについて話を進めてまいります。第1回目と第2回目以降、少し運用が違いますので、分けてお話ししていきます。

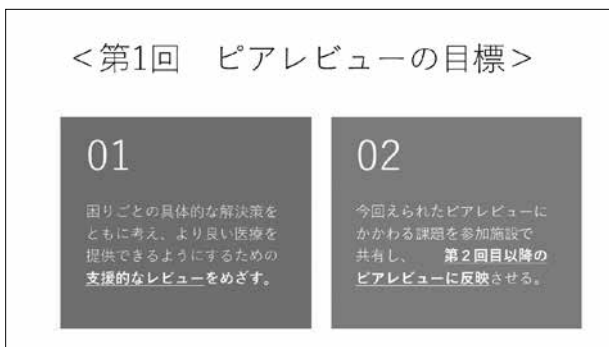
まず第1回目、初めてのことなので、われわれの病院が受け手の施設となりました。そして、残りの5つのグループリーダー施設は全てレビューアールとして参加していただく方式をとりました。

事前の準備としては、各施設だけではなく、当院の病院の幹部ならびに、当日、がん対策情報センターの皆様にご支援いただきましたので、そこも含めて日程調整を進めました。同時にテーマを選定し、院内のメンバー間で打ち合わせを繰り返した後、ピアレビュー開催の1週間前に訪問施設側に事前配布資料を送付しました。

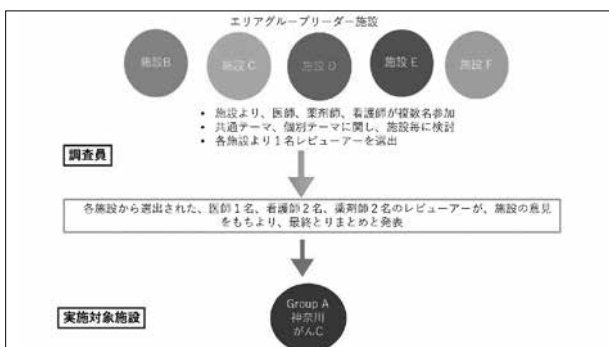
受け手側の施設情報やピアレビューでの検討課題を事



前に訪問施設に提供することによって、各レビューアーが当日の確認事項を事前に把握していただけるように努めました。

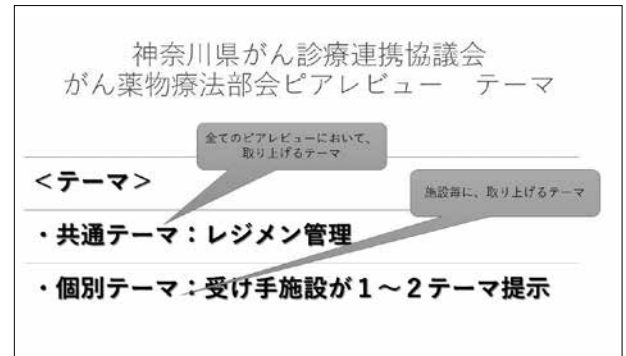


繰り返しになりますが、第1回ピアレビューの目標は、支援的なレビューであること。もう1つは、どのように運用していくかということをも2回目以降のピアレビューに反映しなくてはならないので、この2つが1回目の目標であることを共有しました。



当日は5つの施設から複数の職種の方が参加しており、全員がレビューアーになっていただくのは困難なので、最初に施設毎に各テーマに対してディスカッションをしていただきました。そして、施設の中からあらかじめお一人をレビューアーに指名し、各施設の意見を代表で持ち寄った5名のレビューアーに最終的な取りまとめを行っていただきフィードバックをするという、2段階の方式で行いました。

神奈川県のがん薬物療法部会のピアレビューでは、テーマを設けることにしましたが、先ほど加藤先生のお話にもありましたように、ある程度共通の物差しということ



で、毎回1つは、全ての施設のピアレビューで取り上げられるテーマを設定しています。

アンケート調査で多かった「レジメン管理」を共通テーマとし、その中で施設の困りごとを取り上げていただくことにしました。あとは、個々の施設ごとに困りごとを取り上げていただくということで、1～2テーマを挙げてくださいというふうにしています。



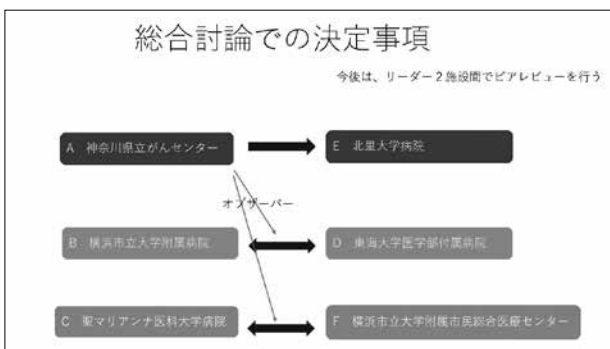
ピアレビューの日程です。全体で3時間、平日に行いますが、最初に施設長の挨拶や病院の紹介をした後、共通テーマ、個別テーマに分けてのプレゼンテーションとディスカッションが入ります。その後、1回目に関しては参加施設が多かったので、施設内でのディスカッションと当院の施設見学を前半・後半に分けて入れ替え制にしました。最後に、各施設から1名選出された方に出ていただいて、全施設の意見取りまとめの機会を設けて、最終的にフィードバックの時間としました。1回目では、総合討論の中で今後の流れなどについても振り返りを行いました。

当日の状況です。1枚目は全体の様子ですが、こうい





う形でまず行った後、今度は施設内の各職種で討論していただきました。最後に、それぞれの代表者の方に集まっていたいただき、意見を取りまとめで、この内容をフィードバックしたということになります。



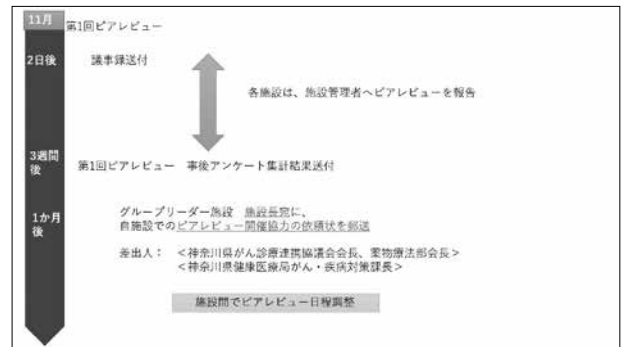
総合討論での決定事項として、2回目以降はグループリーダーの6つの施設で、それぞれペアを組んで、ピアレビューを相互に行っていくという相互監査の方式をとっています。そして、当院は全てのピアレビューに関してオブザーバーとして参加させていただくことにしました。

事後アンケート 自由記載より抜粋

- ピアレビューをどのように行うのか、まだ明確ではありませんが、理解できたような気がします。
- 準備に時間を要する様なので、今後のタイムスケジュールを含めて検討していきたいと思えます。
- 各施設毎の取り組みを知ることができた。自施設の状況を考える機会となり大変良かったと思えます。
- 今後、ピアレビューを各施設で広げて欲しい。

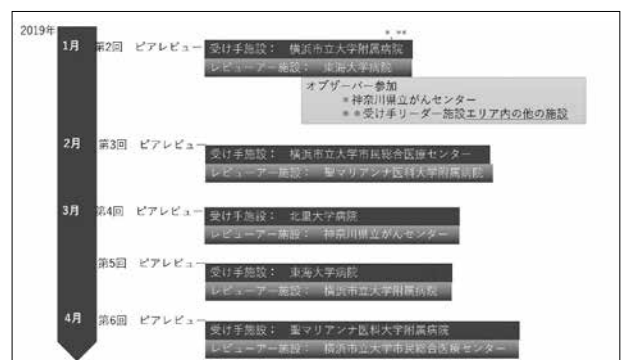
事後のアンケートでは、「まだどのように行っていくかというのは明確ではないが、理解できたような気がする」「かなり準備に時間を要する様なので、検討していきたい」「各施設の取り組みを知ることができて、自身の施設の状況を考える機会となり大変良かった」「ピアレビューを各施設で広げてほしい」このような意見をいただきました。

第2回目以降の運用についてです。1回目のピアレビューを行った後、議事録を施設に送付しました。各施



設の中では、施設の管理者に報告していただくことをお願いしています。

その後、事後アンケートの集計結果をお送りした後、グループリーダー施設の施設長宛てに、自施設でのピアレビューの開催協力について依頼状を郵送しました。差出人は、がん診療連携協議会の会長ならびに部会長から。もう1つは、神奈川県において、健康医療局がん・疾病対策課の課長名で依頼状を1通出させていただきました。



第2回以降 ピアレビュー開催概要

- 3時間で
 - ①施設側挨拶
 - ②施設概要
 - ③共通テーマ、個別テーマプレゼンテーションと質疑応答
 - ④施設見学
 - ⑤レビューアール のとりまとめ
 - ⑥フィードバックと総合討論
- 病院幹部は①～③、⑥に出席

1月から4月まで6施設全てのピアレビューを終了しました。

第2回目以降のピアレビューの開催概要ですが、平日、おおよそ3時間で行っております。構成は1回目とほとんど同じで、施設側から管理者を含めてご挨拶。そして、施設の概要の紹介後、共通テーマ、個別テーマのプレゼンテーションと質疑応答。施設見学を挟んでレビューの取りまとめ。最後に、フィードバックと総合討論ということになります。多くの施設では、病院幹部の方に前半の①～③と最後のフィードバックには必ずご出席いただきました。



アンケート内容

- 1.開催準備で大変であったこと
- 2.ピアレビュー後に変化した点
- 3.当部会への要望

第2回以降の現場の感想については、ピアレビューが終了した施設にアンケート調査を実施しています。内容は開催の準備で大変だったこと、そしてピアレビュー後に変化した点、当部会への要望です。自由記載ということにしてアンケートを行いました。

開催準備で大変であったこと

1. 日程調整、特に病院幹部の予定を合わせることが大変。
2. 院内外への連絡。事務方や秘書が行ってくれる施設以外は、現場のスタッフに負担が集中するのは避けられない。
3. テーマの確認やスケジュールの立案、当日の詳細な動き等のすり合わせをする時間の確保が難しく、開催日前の数日は大変だった。
4. 日々の業務が多忙な中で資料のまとめ、作成に時間を要した
5. グループ内施設間で連絡を取り合える方法があればよかった。

準備で大変だったことは、日程調整、特に病院幹部の予定を合わせることが大変という回答が複数ありました。同じように、院内外への連絡。事務の方や秘書が行っていただける施設は限られますので、そうすると現場のスタッフに負担が集中するということです。また、テーマの確認やスケジュールの立案、当日の詳細な動き

等のすり合わせをするのは時間の確保が難しい。開催日前の数日は非常に大変であったという意見もありました。同じように、日々の業務が多忙な中で資料のまとめ、作成に時間を要した。その他、グループ内施設間で連絡を取り合える方法をもう少し整備してほしいという意見がありました。

ピアレビュー後に変化した点

1. 薬剤管理の簡素化や内服抗がん剤院外処方監査など安全性の面で改善した。
2. 具体的に提案された対策の取り組みを開始、あるいは、実現化を検討している。
3. 他院の良いシステムを当院でも導入すべきと考え、見直しを開始した。
4. 高評価を部署のスタッフにフィードバックし、モチベーションの維持や向上につながった。
5. ピアレビューでいただいた意見を病院幹部に供覧した。第三者の視点に立った意見の持つ力は大きく、上層部への浸透の仕方が違ったように感じる。

レビュー後何が変わったかですが、具体的な変化の一例として、薬剤管理システムの簡素化、内服抗がん剤の院外処方の監査などの安全性の面で改善したという回答をいただいたり、レビュー者から提案された対策案の取り組みを開始、あるいは、実現化の検討をしている施設も複数ありました。

レビュー者として、“他院の良いシステムを当院でも導入すべきと考えて見直しを開始しました”という回答も寄せられました。その他、“高い評価を部署のスタッフにフィードバックし、それがモチベーションの維持や向上につながった”、“ピアレビューでいただいた意見を病院幹部に供覧した。第三者の視点に立った意見の持つ力は大きく、上層部への浸透の仕方が違ったように感じる”など、多角的な面で施設の変化についてご回答いただきました。

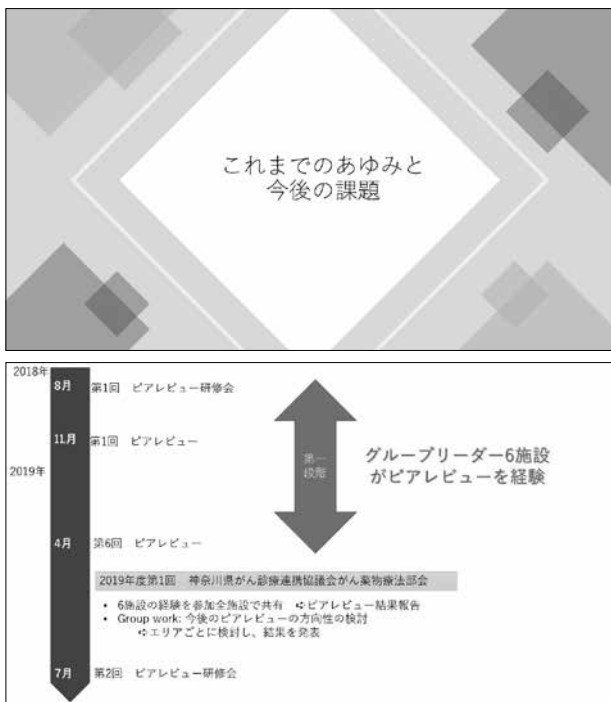
エリア内でのピアレビュー開催に向け、当部会への要望

1. 当日用いるパワーポイントや、タイムスケジュールなど、ある程度統一のフォーマットを配布してはどうか。
2. テンプレート的なものがあれば、各病院間の負担は大幅減る。
3. 自立して準備ができるような研修をしてほしい
4. 他エリアのピアレビュー実施状況をしりたい

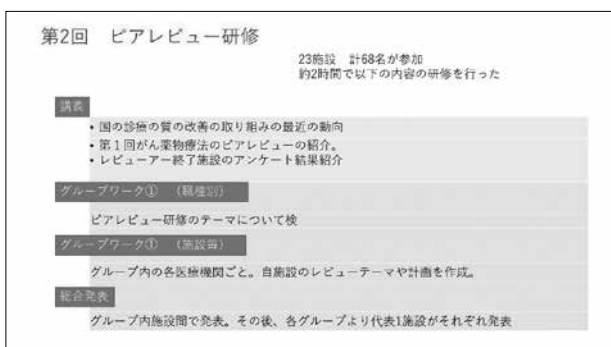
当部会への要望としては、統一のフォーマットやテンプレートの準備という要望がありました。自立して準備ができるような研修が欲しい、ピアレビューの実施状況を知りたいという要望もありました。

「これまでのあゆみと今後の課題」について、最後にまとめたいと思います。

2018年8月に第1回ピアレビュー研修会を開催した後、11月から第1段階目としてピアレビューをグループ



リーダー施設で開始し、2019年4月の第6回までに全てのグループリーダー施設間のピアレビューが終了しています。このことは、2019年4月の第1回がん薬物療法部会で参加している全施設と共有しました。薬物療法部会では、エリア内でのグループワークを行い、各グループエリアで今後どのようなピアレビューを行っていくかを検討して、結果を発表してもらっています。その中で一番多かったのが、やはりもう一度ピアレビューの研修を受けたいということでしたので、企画いたしました。

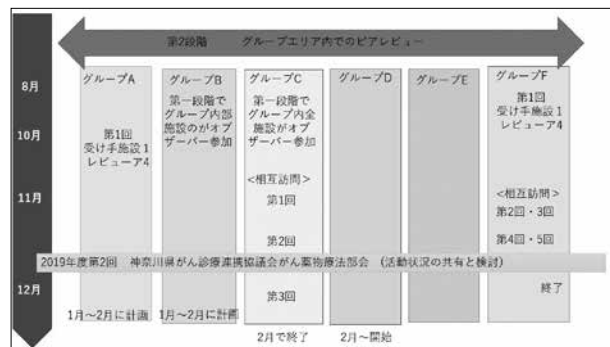


第2回のピアレビュー研修は、23施設から68名の方が参加されています。

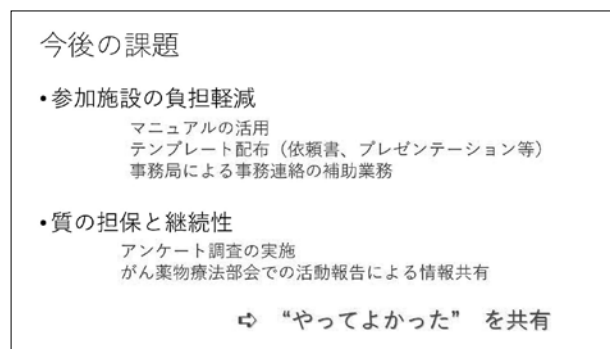
講義では加藤先生にお越しいただき、国の対策ということでお話いただいた後、県内でかなり経験が積まれましたので、県内での取り組みに関してもう一度共有させていただきました。

また、前回の研修で非常に評判が良かった職種別、施設ごとのグループワークを充実させました。グループワークでは、各医療機関に自分の施設でレビューのテーマをどうするかという計画を具体的に作成していただき、グループ内の各施設間で発表。最後に、全体の中で

各グループから代表として1施設ずつ、こういったピアレビューを今後行いたいということを発表していただき、ピアレビュー研修を終了しました。



現在、第2段階として、グループエリア内でのピアレビューを開始しています。第2段階に入りますと、グループ内で少々格差が出てきています。既に終了しているグループもあれば、これから準備を始めるというグループもございます。この状況については、第2回のがん薬物療法部会が11月にありましたので、全員で活動状況の共有と検討ということで確認いたしました。



今後の課題です。まずは、参加施設の負担を軽減することが必要だろうと考えています。同時に、ピアレビューの質の担保と継続性になります。

参加施設の軽減負担の実際としては、現在、マニュアルの活用、テンプレートの配布をしています。事務局による事務連絡の補助業務も行っています。質の担保については、アンケート調査の実施、がん薬物療法部会での活動報告による情報共有ということで行っていかようと考えています。

先ほどの加藤先生のお話にもありましたが、「やっぴよ良かった」を県内の施設の皆さんと共有できるようにと考えています。

Q & A

(国立がん研究センター・加藤) 神奈川の取り組みは全国的に見てもかなり先行してやっぴよいらっしやると思います。まず県内で1回やるというのもかなり大変なとこ

ろですが、そのような中で、グループを作り、そのグループリーダーの相互評価を既に終え、グループの中での相互評価も動き始めているということで、本当に1つ抜けてすぐ進んでいると思います。こういった取り組みを参考にさせていただけたらと思います。

(国立がん研究センター・若尾) 第1段階は県立がんセンターがリーダーとなって他のグループリーダーをまとめ、第2段階に行ったときに、第1段階で県立がんセンターがやったことをグループリーダーにやらせようということですが、実際に、第2段階での県立がんセンターのコミットはどんな具合なのでしょう。

(酒井) 各エリアで開催される全てのピアレビューにオブザーバー参加することはできませんので、運営状況の確認や事務連絡、ピアレビュー終了後の活動報告書の取りまとめなどで共有しています。ただ、実際のところ、質の担保、継続性をどのように確認していくかは、今後の課題であると思っています。

(若尾) もう1点、恐らくグループリーダーはかなりモチベーションが高いと思うんですが、第2段階になってきて、県拠点とかも含まれてくると、施設によってはなかなか協力が得にくいようなこともあるので、その辺をどのように進められたかを教えていただければ。

(酒井) 実は私も最初はそういう懸念を持っていたのですが、やはりがん薬物療法にかかわる各施設の現場の悩みというのはかなり深いので、実際には、他の施設のことを知りたい、見てみたいというご希望のほうが多いかなと思います。ハイボリュームセンター以外のところで、少ないマンパワーで運営しているような施設の意欲は、かなり高いなというふうに感じています。

(質問者) 鹿児島県から参りました。神奈川県の場合、非常に先進的な取り組みで、がん薬物療法部会で独自にピアレビューをやらせていらっしゃるんですが、鹿児島県にはそういった部会はないんです。これは、同時に緩和ケア部会でもピアレビューをやらせていらっしゃるということでしょうか。

(酒井) 緩和ケア部会でピアレビューを先行してやっていました。

(質問者) それを発展的に移したということで、今は緩和ケアではやっていないということですか。

(酒井) 緩和ケアは別に行っております。薬物療法に関わる部会がなかったので立ち上げて、その中で何をやるかというときに、われわれもピアレビューをやるということにしました。

(加藤) 神奈川の場合は、緩和ケアで先行しているのを見て、神奈川県としてより効果的にするにはどういう工夫をしようかということで、酒井先生が工夫されてこの

スタイルを考え、県内の皆さんで今やっているところなんです。それぞれ県の事情があると思うので、自分たちの県に合うやり方をぜひ検討してもらえたらと思います。(質問者) 実際にピアレビューをされて、具体的に一番改善した部分——例えばレジメン管理がきちんとできるようになったとか、逆に、まだまだこういうところが今後課題として残っている、そういう具体的な例を教えてください。

(酒井) 薬物療法に関わる、具体的に見える形ですぐに改善するところというのは、なかなか難しいところがあるかと思いますが、施設によっては、レジメン管理の運用や監査の仕方などに関し、他の病院で行われているさまざまな工夫を自施設でも取り入れることで安全性を高めたといった話も出ています。

あとは、現場でのチーム医療を推進するのにどういった運用ができるか、カンファレンスの工夫など、いくつかあります。

(加藤) 私も同席したディスカッションの話を聞いていると、やはり教科書とかそういうものにはできない現場の運用といいますか、どのようにカンファレンスを進めるのがいいのかとか、例えば薬薬連携もどういうやり方を現場で工夫しているのか、そういった部分は、書面になかなかできないけれども、現実で困っている部分の話し合いが現場レベルでできていたのがすごくおもしろいというか、役に立っているんだろうなと感じました。

これは地域性もある話で、神奈川県ではこういうところに困ることが多いというのもあるので、やはり県の中で、地域の中で話し合いができるというのは大きいんだなと見ていて思ったところです。

恐らく他の県からすると、これがどのようにグループの中で展開されていったのか、それで神奈川県はどういうふうになっているか、関心があるところだと思いますので、今後も機会を見てご発表いただけたらと考えています。

山口県のピアレビューについて

山口大学医学部附属病院 山縣 裕史



都道府県内の医療資源と緩和ケアニーズ

| | 山口県 | 全国平均 |
|-------------------------|---------|-------|
| ● 総人口 | 137万人 | 270万人 |
| ● 高齢化率(65歳以上が総人口に占める割合) | 33.4% | 27.7% |
| ● がん診療連携拠点病院数 | 9 | 9 |
| ● 緩和ケア病棟のある病院数 | 6 | 8 |
| ● 在宅療養支援診療所数 | 143 | 302 |
| ● がん患者死亡者数 | 4902 | 7937 |
| ● がん患者の自宅死亡割合 | (H22)6% | 11.0% |

先進的なことを行ったというわけではないのですが、実際にピアレビューを地方で進めていくためにこんなことをしましたというのを今日は皆さんにご紹介して、何かお役に立てればと思っています。

まず、山口県の医療資源と緩和ケアニーズですが、人口は全国平均の半分ぐらいで、高齢化率が高いです。がん診療連携拠点病院が9つで、平均程度になっています。緩和ケア病棟のある病院は6施設あります。在宅療養支援診療所数は全国平均の半分弱ぐらいです。がん患者死亡者数が5,000人弱で、平成22年のデータですが、がん患者の自宅死亡割合は6%となっています。

都道府県内の緩和ケアに関する医療資源の分布



医療資源の分布については、山口県は瀬戸内海と日本海に挟まれた県ですが、山陽側の瀬戸内側に医療資源が集中しているという特徴があります。都道府県がん診療連携拠点病院である当院が山陽側にあり、地域がん診療

連携拠点病院5施設が全て山陽側で、山陰側には地域がん診療病院が2施設、あと肺がんの特定領域がん診療連携推進病院があります。緩和ケア病棟を有する施設が6施設ありますが、そちらもほとんどが県央か山陽側にかけての分布になっています。

YAMAGUCHI UNIVERSITY

山口県緩和ケア部会のピアレビューまでの道のり

YAMAGUCHI UNIVERSITY

問題点

- ピアレビューって何？というところから始めなければならない。
- ただピアレビューを行うだけではなく、県内のPDCAサイクル確保につなげる。

「山口県緩和ケア部会のピアレビューまでの道のり」ということでお話しさせていただきます。問題点として、ピアレビューは山口県の緩和ケア部会の中でもあまり知られていなくて、「ピアレビューって何？」というところから始めなければならないということ。そして、ただピアレビューを行うのではなく、県内のPDCAサイクル確保につなげることができるようになればいけないというふうに考えました。

そこで、ピアレビューにつながる研修会をしよう！ということで、平成29年度の緩和ケア部会において、平成30年度に緩和ケアチーム研修会として、県内のPDCA

YAMAGUCHI UNIVERSITY

ピアレビューにつながる 研修会をしよう！

YAMAGUCHI UNIVERSITY

平成29年度山口県がん診療連携協議会 緩和ケア部会

- 平成30年度に緩和ケアチーム研修会として、県内のPDCAサイクル確保についてとピアレビューの実施方法について協議することに
- 研修会の参加メンバーについては、活動を進めるためには事務の参加が必要
→緩和ケア部会から病院事務職員の参加依頼
→1施設5-6名で医師・看護師・事務は必須

サイクル確保と、ピアレビューの実施方法について協議しましょうということになりました。

研修会の参加メンバーについては、活動を進めるために事務方の参加がどうしても必要だろうということで、緩和ケア部会から病院事務職員の参加依頼を出すことにして、1施設が大体5名～6名ぐらい、医師、看護師、事務の3職種は必須で参加してくださいというふうになりました。

YAMAGUCHI UNIVERSITY

緩和ケアチーム研修会参加案内について

- 部会メンバー病院から意見
案内文に事務方の参加必須とあるだけで、現場の医師や看護師から病院に依頼するのでは事務方は動かない。
案内文が自由参加とも義務とも判然としない。
自主研修扱いなのか、出張扱いとなるかで、病院の動きが変わる。

施設長あてに依頼文書を送付することに

案内を送ったのですが、そのときに部会メンバーの病院からご意見があり、案内文に事務方の参加必須とあるだけで、現場の医師や看護師から病院に依頼するのは事務方は動かない。案内文が自由参加とも義務とも判然としない。自主研修扱いなのか出張扱いになるかで病院の動きが変わるので、その辺りをはっきりして案内を出

してほしいというご意見をいただきました。そこで、施設長宛てに依頼文書を送付することにして、依頼をいたしました。

YAMAGUCHI UNIVERSITY

第1回山口県緩和ケアチーム研修会

我が国のがん対策と今後の課題、緩和ケアに関するPDCAサイクル確保を目的としたピアレビューの取り組み
国立がん研究センターがん対策情報センター
加藤 雅志先生

ピアレビューの実施に向けての検討
「こんなピアレビューは嫌だ」KJ法・グループワーク

チーム研修の内容については、加藤先生に相談させていただき、他県の取り組み例等をご提示いただいて、参考にさせていただきながら、緩和ケアセンター内で話し合って決めました。

第1回山口県緩和ケアチーム研修会を行いました。加藤先生に来ていただいて、「我が国のがん対策と今後の課題、緩和ケアに関するPDCAサイクル確保を目的としたピアレビューの取り組み」というタイトルでご講演いただきました。その後、グループワークでピアレビュー実施に向けての検討を行い、「こんなピアレビューは嫌だ」というテーマをKJ法で意見を出して、グループでまとめています。

チーム研修の内容については、加藤先生に相談させていただいて、他県の取り組み例等を参考にしながら、緩和ケアセンター内で話し合って決めました。

YAMAGUCHI UNIVERSITY

ピアレビューについてのまとめ

1. 事前に施設の役割や特徴、問題点などの現状を理解してもらい、実現可能な改善案を提示してもらう。
2. 負担を少なくするためにピアレビュー実施マニュアル、フォーマットを作成する。抽象的な評価ではなく、統一した価値基準で、レビュー後の改善に結びつくような指標を用いる。
3. ピアレビューの時間が長くないようにし、施設間で行う場合は移動距離を考慮する。

YAMAGUCHI UNIVERSITY

ピアレビューについてのまとめ

4. レビューは支持的な対応、平易な言葉を用いる。外部に依頼する場合は緩和ケアの臨床を理解している人に依頼する。
5. 緩和ケアチームメンバーが責められていると感じないように配慮し、管理者へのフィードバックを行う。
6. イメージがつきにくいので、初回はモデル病院をたてがん対策情報センターの支援を受けて実施する。

そのときに出た意見をまとめたものです▽事前に施設の役割や特徴、問題点などの現状を理解してもらって、実現可能な改善案を提示してもらって負担を少なくするために、ピアレビュー実施マニュアル、フォーマットを作成する。抽象的な評価ではなく、統一した価値基準で、レビュー後の改善に結びつくような指標を用いる▽ピアレビューの時間が長くないようにし、施設間で行う場合は移動距離を考慮する▽レビュアーは、支持的な対応、平易な言葉を用いる。外部に依頼する場合は緩和ケアの臨床を理解している人に依頼する▽緩和ケアチームメンバーが責められていると感じないように配慮し、管理者へのフィードバックを行う▽イメージがつきにくいので、初回はモデル病院を立て、がん対策情報センターの支援を受けて実施する——というような意見が出ました。

YAMAGUCHI UNIVERSITY

がんセンターからのご提案

- 他県のピアレビューにオブザーバーとして参加してみてもどうか？
→外部レビュアー担当者が急遽欠席になり、レビュアーとして参加させていただけることに
- 国立がん研究センターのサポートを受けて、当院でピアレビューを施行してみてもどうか？

この6つ目の意見を踏まえて、国立がん研究センターから、センターのサポートを受けて、当院でピアレビューを施行してみてもどうかというご提案を最初にいただきました。それに向けて、他県のピアレビューにオブザーバーとして参加してみてもどうかというご提案があり、オブザーバーとして参加させていただくことにしたのですが、その際、たまたま外部レビュアー担当の方が急遽欠席になって、オブザーバーではなくてレビュアーとして参加させていただけることになりました。

他施設のピアレビューを経験して、自分の病院がピアレビューを受ける前に全体の流れがわかるのが良かった

YAMAGUCHI UNIVERSITY

他施設のレビュアーを経験して

- 自院がピアレビューを受ける前に全体の流れがわかる。
- ピアレビューを受ける当事者としてではなく全体を俯瞰してみることができる。
- 振り返りまで参加させていただくことで、自院のピアレビューから県内でのピアレビューにどうつなげていくか等の議論を見学できてよかった。

のと、ピアレビューを受ける当事者としてではなく、全体を俯瞰して見ることができたのは良かったなと思います。自院がピアレビューを受けた後なので特に思いますが、自院が受ける時は俯瞰できないので、やはりオブザーバーやレビュアーとして他施設のピアレビューを見ることができたというのはかなり大きかったなと思いました。そのときに振り返りまで参加させていただいて、その病院がピアレビューをして、じゃあ県内でどのようにピアレビューをしていこうかという議論まで見学できたので、山口県に帰って自院がピアレビューを受けた後に、県内でどうしていくかという議論を進めていく上でも、その経験がすごく参考になりました。

YAMAGUCHI UNIVERSITY

反省点

- 自分ひとりだけでなくオブザーバーとして数人で参加した方がよかった
 複数の視点で検証できた方がよい
 あとで振り返りやすい
 何かを決めるときに相談相手ができる
事務方の方がいるとなおいいかも
- できれば県内他施設がよいかも
 県内で進めていくために他院の協力は必須なので、今後自分達もやっていかなければならないという意識を施設を超えてもつことができる

反省点としては、自分1人だけでなく、オブザーバーとして数人参加できれば良かったなと思いました。やはり複数の視点で検証できたほうがよいということ、自分の記憶だけでなく、複数あったほうが振り返りやすいというものもあるし、何かを決めるときに相談相手ができるという面もあります。後ほどまた述べますが、複数で行くのであれば、事務方の方がいるとなおいいと思います。

もし複数で参加するとしたら、可能なら、自院の他職種やメンバーというよりは、県内の他施設の方と一緒にいったほうがいいと思います。理由としては、県内でピアレビューを進めていくために他院の協力は必須なので、今後、自分たちもしていかなければならないという意識を、施設を超えて共有することができるからです。

YAMAGUCHI UNIVERSITY

がん診療連携拠点病院の緩和ケア提供体制に関するピアレビュー

山口大学医学部附属病院
平成31年1月21日(月)12時～17時

YAMAGUCHI UNIVERSITY

準備

- 国立がん研究センターからマニュアルや実施ガイドを送っていただき、それに沿って準備を進めていきました。細かいところまで丁寧に指導いただきました。
- まずは院長・看護部長のスケジュールを押さえることから始め、県内レビュアーの依頼を行っていきました。

当院がピアレビューを受けました。国立がん研究センターからマニュアルや実施ガイドを送っていただき、それに沿って準備を進めていきました。細かいところまで本当に丁寧に指導いただいて、スムーズに進めることができたのではないかと考えています。まずは院長、看護部長のスケジュールを押さえることから始めて、県内レビュアーの依頼を行っていきました。

YAMAGUCHI UNIVERSITY

がん診療連携拠点病院の緩和ケア提供体制に関するピアレビュー

| 役割 | 氏名 | 所属機関名 | 職種 |
|--------|-------|--------------------|-----|
| 外部 | 丸山 浩子 | 広島大学医学部緩和ケア科 | 医師 |
| | 藤原 浩 | 福知山大学看護学部 | 看護師 |
| | 藤原 浩子 | 福知山大学看護学部 | 看護師 |
| | 山本 浩子 | 福知山大学看護学部 | 看護師 |
| | 山本 浩子 | 福知山大学看護学部 | 看護師 |
| 県内 | 山本 浩子 | 国立がん研究センターがん情報センター | 看護師 |
| | 山本 浩子 | 国立がん研究センターがん情報センター | 看護師 |
| | 山本 浩子 | 国立がん研究センターがん情報センター | 看護師 |
| | 山本 浩子 | 国立がん研究センターがん情報センター | 看護師 |
| | 山本 浩子 | 国立がん研究センターがん情報センター | 看護師 |
| 院内 | 山本 浩子 | 山口県立総合医療センター | 医師 |
| | 山本 浩子 | 山口県立総合医療センター | 看護師 |
| | 山本 浩子 | 山口県立総合医療センター | 看護師 |
| | 山本 浩子 | 山口県立総合医療センター | 看護師 |
| | 山本 浩子 | 山口県立総合医療センター | 看護師 |
| オブザーバー | 山本 浩子 | 山口県立総合医療センター | 医師 |
| | 山本 浩子 | 山口県立総合医療センター | 看護師 |
| | 山本 浩子 | 山口県立総合医療センター | 看護師 |
| | 山本 浩子 | 山口県立総合医療センター | 看護師 |
| | 山本 浩子 | 山口県立総合医療センター | 看護師 |

他人事ではなく今後自分たちもやらなければならないという意識を持ってもらうため、ピアレビューのイメージを持ちやすいように、実際の現場を見てもらうために、県内レビュアー以外にも人数制限はせずに参加希望者はオブザーバーとして参加していただきました。

実際のメンバーですが、外部レビュアーもかなり来ていただいて、それとは別に県内レビュアーを依頼しました。他人事ではなく、今後自分たちもしなければならないという意識を持ってもらうのと、ピアレビュー研修会を行いました。イメージをなかなか持てないと思うので、そのイメージを持ちやすいように、そして県内で進めていくために実際の現場を見てもらいたいということ

YAMAGUCHI UNIVERSITY

ピアレビューを受けて

- 困りごとを挙げてアドバイスをいただけただけでも十分受けた価値がありますが、自分たちが経験したことで、次に県内で行うときに実際に受けたものとしてアドバイスできる、説得力が増すというメリットがありました。

で、県内レビュアー以外にも人数制限せずに、参加したい人はぜひ参加してくださいということで、オブザーバーとして県内の部会メンバーの病院の方にも来ていただきました。

ピアレビューを実際に受けてみて、困りごとを挙げてアドバイスをいただけただけでも、もちろん十分受けた価値があったのですが、自分たちが経験したことで、次に県内で行うときに、実際にピアレビュー受けた者としてアドバイスできるといったことも、机上の空論ではなくて実際に受けてこうですと説得力が増すというメリットがあったと考えています。

YAMAGUCHI UNIVERSITY

県内での ピアレビュー実施へ

YAMAGUCHI UNIVERSITY

平成30年度山口県がん診療連携協議会緩和ケア部会
2019年3月25日

緩和ケア部会の中で ピアレビューについて検討

- ピアレビューの方法について
 - 相互訪問ではなくコアメンバーでの訪問
 - 実施間隔は2施設ずつ4年かけて行う

県内でのピアレビュー実施に向けて動いていきました。翌年の緩和ケア部会でピアレビューについて検討しました。ピアレビューの方法については、ペアを組んで相互訪問という形ではなくて、県内でコアメンバーを立てて、そのコアメンバーが訪問するという形で行うことにしました。実施間隔は2施設ずつ4年かけて行うぐらいいのペースでいきましょうという話になりました。

具体的な進め方については、レビュアーは県外レビュアー1名と県内レビュアーで行うということで、県内レビュアーに関しては、当院がピアレビューを受けたときの県内レビュアーの方が一度経験して慣れていたので、その方々を中心に依頼することにしました。費用については、県外レビュアーは都道府県拠点病院である当院の予算で来ていただいて、県内レビュアーに関しては、

具体的な進め方について

- レビュアーについて
 - 県外レビュアー1名と県内レビュアー
 - 県内レビュアーは当院のピアレビュー時の県内レビュアーを中心に依頼する。
- 費用について
 - 県外レビュアーは都道府県拠点病院の予算、県内レビュアーに関してはお互い様なのでレビューを受ける病院からの謝礼はなしとする。

具体的な進め方について

- 実施施設について
 - 2019年度後半に行う予定とし、なるべく県内レビュアーの所属していない施設でお願いしたい。
 - ピアレビュー訪問の受け入れについて自院に持って帰って検討していただくことになった。

今後、全ての病院がピアレビューを行っていくということで、訪問するのはお互い様なので、レビューを受ける病院からの謝礼はなしでいきましょうということを部会で決めました。

実施施設については、2019年度後半に行う予定とし、なるべく県内レビュアーとして来てもらう人の所属していない施設でお願いしたいということで、それをお伝えして、ピアレビュー訪問の受け入れについて、自院に持ち帰って検討していただくことになりました。

実施施設についての返答

- 8施設中5施設から2019年度は実施不可との返事
- 残り3病院の返事
 - A病院: 実施可能
 - B病院: 機能評価があるのでその後なら可能
 - C病院: できれば次年度以降がよいが、他施設が難しいのであれば可能

返答は、当院以外の8施設のうち5施設から「2019年度は実施不可です」という返事をいただきました。残り3施設の返事は、A病院は「実施できます」、B病院は「その年に病院機能評価機構の機能評価があるので、その後であれば可能ですよ」、C病院は「できれば次年度以降がよいですが、他施設が難しいのであれば可能で

- 2019年度はA病院とB病院で行うことに決定し、準備を進めていくことになりました。

A病院から、やはり2019年度の実施は難しいと連絡あり。

- 2019年度はB病院のみで実施することに決定。

すよ」という返事をいただきました。

それでA病院とB病院でいこうと決めたのですが、A病院から「やはり2019年度の実施は難しい」という連絡があり、最初から無理せずに、今年はB病院だけでいきましょうということになりました。

B病院ピアレビューの準備

県外レビュアーについて

- B病院緩和ケア担当医と相談し決定
- 以前E-FIELDでファシリテーターと一緒にあったこともあり、直接メールで依頼
- 内諾を得てから正式に都道府県がん診療連携拠点病院から依頼

B病院のピアレビューの準備を進めていきました。県内レビュアーについては、B病院の緩和ケア担当医と相談して決めました。レビュアーをお願いした方は、以前、E-FIELDでファシリテーターとして一緒にあったこともあって、直接メールで依頼しました。内諾を得てから正式に都道府県がん診療連携拠点病院から依頼をするという流れで依頼しています。

県内レビュアーについては、ヒアリングの職種をどこまで広げるかという問題がありました。当院の場合は、

YAMAGUCHI UNIVERSITY

県内レビュアーについて

- ヒアリングの職種をどこまで広げるか？
→可能ならなるべく多くの職種で行いたい

↓

各職種のレビュアーをお願いして、
レビュアーが確保できたら
全職種で行うことになりました。

外部レビュアーもかなり来ていただいたので、8列ぐらいが立ったのですが、同じだけの列をB病院も希望されて、なるべく多くの職種で行いたいということで、レビュアーが確保できたら全職種で行いましょうということでレビュアーをお願いしていきました。

YAMAGUCHI UNIVERSITY

県内レビュアーについて

- 当院の緩和ケアチームのメンバーには直接依頼し、その他はメールで依頼。
- 難渋した職種もありましたが、最終的にはB病院希望の職種はすべて確保できました。

県内外のレビュアーの選定などは
B病院の先生とも何度もやり取りしながら決めました。
その先生とは元々同門で、
普段から連絡を取り合っている仲だったのが大きかったです。
→顔の見える関係が重要！！

当院の緩和ケアチームのメンバーには直接依頼して、その他の方に関してはメールで依頼しました。少し難渋した職種もあったのですが、最終的にはB病院の希望の職種は全て確保できました。

県内外のレビュアーの選定などに関しては、B病院の先生とも何度もやり取りしながら決めました。私は麻酔科の出身なのですが、B病院の緩和ケア担当の先生も麻酔科の先生で、もともと同門というのもあって、普段から連絡を取り合っている仲というのはかなり大きかったです。どこでも、どんなときでも話が出ますが、やはり顔の見える関係というのが、このように施設を越えていろいろ活動するときは重要だと感じました。

医師だけで準備を進めるのはもちろん難しいので、秘書とか事務がいるところは——いないところは他の職種がしなければいけないので大変だと思うんですけども、どっちにしてもやはり医師だけでは無理だと思うので、特に事務方がいれば事務方との連携は必須です。こういったやりとりをするときに一緒にやる事務の人と、オブザーバーなどで、他施設のピアレビューに参加でき

YAMAGUCHI UNIVERSITY

医師だけで準備を進めるのは不可能

- 当たり前ですが、医師だけで準備を進めるのは不可能です。
- 事務方との連携は必須

↓

可能なら他施設のピアレビューのオブザーバーなどは
事務方も一緒に参加した方がいいと思います。

ると、メリットが大きいかないというふうに思います。

この後に述べますが、B病院のピアレビューのときも、もともとは当院の緩和ケアセンターの事務方は参加する予定ではなかったのですが、自分から「参加しましょう」と言ってくださって、実際見てくれて。そうすると、次に進めていくときに、事務方の動きがどうか、反省点とか、医師の視点として見るのとはやはり全然違うところがあって、かなり参考になったので、事務方の参加というのはかなり大きいなと思っています。

YAMAGUCHI UNIVERSITY

具体的な準備

- 自院のピアレビュー時にがん研究センター病院と行っていたやりとりを事務方とB病院との間で行い、準備を進めていきました。
- 準備の内容自体もそうですが、いつぐらいまでにここまで準備するなど、タイムスケジュールがわかったのも事前にピアレビューを受けていてよかったです。

具体的な準備としては、当院のピアレビューのときに国立がん研究センターと行っていたやりとりを、事務方とB病院との間で行って準備を進めていきました。準備の内容自体もそうですが、いつぐらいまでにここまで準備するとか、そういうタイムスケジュールがわかったのも、事前にピアレビューを受けていて良かった点です。事務方も「当院が受けたときには何月に受けて、何月から準備を始めて、このときに実施したので、まだこの時期だったらこれぐらいで大丈夫ですよ」という感じで、前例がある、経験があるというのはかなり大きかったです。

県内のピアレビュー実施までに感じたこととしては、まずは、国立がん研究センターのサポート下で都道府県がん診療連携拠点病院がピアレビューを受ける。可能ならその前に他施設のピアレビューにオブザーバーとして参加する。レビュアーで参加できたらなお良い。あとは、

YAMAGUCHI UNIVERSITY

県内のピアレビュー実施までで感じたこと

- まずは国立がん研究センター病院のサポート下で都道府県がん診療連携拠点病院がピアレビューを受ける。
- 可能ならその前に他施設のピアレビューにオブザーバーとして参加する。レビューアで参加できるとなおよい。
- 普段からの顔の見える関係が大事。

何回も言っていますけれども、普段からの顔の見える関係が大事だなと感じました。

YAMAGUCHI UNIVERSITY

実際にピアレビューを実施して

YAMAGUCHI UNIVERSITY

B病院ピアレビュー

- 県外レビューア1名
- 県内レビューア9名
- ヒアリングは8列

山口大学で行ったピアレビューより1時間短くしてコンパクトにしたい
B病院担当者

| 所要時間 | スケジュール |
|-----------|-------------|
| 40分 - 20分 | 事前ミーティング |
| 15分 | 導入・参加者自己紹介 |
| 20分 - 15分 | 緩和ケア提供体制の紹介 |
| 40分 | ヒアリング |
| 10分 | 休憩 |
| 30分 - 10分 | レビューア会議 |
| 45分 | 質疑応答・意見交換 |
| 5分 | まとめ |
| 35分 - 15分 | 振り返り |

実際には、事前ミーティングの時間はさらに余り、レビューア会議の時間が足りなかった。ヒアリングは職種によって余ったブースと足りなかったブースがあった。

実際にピアレビューを実施しました。B病院のピアレビューは、県外レビューア1名と県内レビューア9名で、ヒアリングは8列立てて行いました。

このB病院の緩和ケア担当者が、当院で行ったピアレビューよりも1時間短くしてコンパクトにしたいというコンセプトでスケジュールを組みました。事前ミーティングを20分、緩和ケア提供体制の紹介を15分、レビューア会議を10分、振り返りを15分、それぞれ縮めたスケジュールを予定しました。

実際行ってみると、事前ミーティングの時間は20分減りましたがさらに余って、レビューア会議の時間が少し足りなかったです。ヒアリングは、職種によって余っ

たブースと足りなかったブースがあるという形になりました。

YAMAGUCHI UNIVERSITY

振り返りで出た意見

- 緩和ケア提供体制の紹介は、全体的な内容だけでなく職種毎の内容も入れた方がヒアリングやレビューア会議の時間短縮や内容の充実につながるのではないか？
- 準備だけなら10月下旬からの準備、1月下旬開催で期間的には問題ないが、ピアレビューがどういったものかなどのイメージをもつことからスタートするには少し時間が足りないかもしれない
- 職種毎の提供体制や困りごとをプレゼンするのなら、なおさら時間が足りないと思われる

振り返りでは、緩和ケア提供体制の紹介は、全体的な内容だけでなく、職種ごとの内容も入れたほうがヒアリングやレビューア会議の時間短縮や内容の充実につながるのではないかといった意見が出ました。実際に緩和ケア担当者が全体のプレゼンをしてくれて、その後のヒアリングで各職種に困りごとなども聞くのですが、さらに後のレビューア会議のときに、実はこの職種はこんなことで困っているというところから始めて、レビューア会議の時間が足りなくなったというところもあると思うので、むしろ最初に各職種で行ったほうがいいのではないかという意見が出ました。

準備だけなら10月下旬からの準備、1月下旬開催で期間的には問題なかったのですが、ピアレビューがどういったものか——オブザーバーで参加している人やレビューアで参加したことがある方はまた違うと思いますが、皆がそうではないので、そういった方々もピアレビューがどういったものかというイメージを持つことからスタートするという意味では、もう少し期間があったほうが良かったかもしれないという意見は出ました。

あとは先ほど申し上げた、最初の時点で職種ごとの提供体制や困りごとをプレゼンするのであれば、今度、ピアレビューがどういったものかイメージを持つことプラ

YAMAGUCHI UNIVERSITY

振り返りで出た意見

- (B病院スタッフ)
 - 自分たちの活動が認められた気がする
 - ヒアリングで相談して話を聞いてもらうだけでも癒された
 - 自分たちのやっていることを客観的にみる機会になった

ピアレビューの結果報告の内容ではなく、ピアレビュー自体がスタッフのモチベーション向上や癒しになることもある

スその準備というので、もっと早くから準備したほうがいいのかもしいかなという意見も出ました。

振り返りでは、緩和ケアチームのメンバーではなく病院スタッフの方から出た意見で、自分たちの活動が認められた気がするとか、ヒアリングで相談して話を聞いてもらうだけでも癒された、自分たちのしていることを客観的に見る機会になったという意見もあって、ピアレビューの結果報告の内容だけではなくて、ピアレビュー自体がスタッフのモチベーション向上や癒しになることもあるというのがわかりました。

YAMAGUCHI UNIVERSITY

個人的な感想・反省点

- ヒアリングの列の数にもよるが、レビュー会議の時間はもう少し余裕があった方がよい
- レビュー会議から質疑応答までの間に少し意見を整理する時間が欲しい(フィードバックで伝えること、報告書で伝えること)
→ 休憩はヒアリングとレビュー会議の間ではなく、レビュー会議と質疑応答の間でもよいかも
- 慣れていないとレビュー会議から短時間で病院幹部を前にしたフィードバックはかなりのプレッシャー
→ 事前に当院のものも含めて2回経験できたのが大きかった

個人的な感想・反省点としては、ヒアリングの列の数にもよるのかもしれませんが、レビュー会議の時間は余裕を持って組んだほうが良いと思いました。あとは、レビュー会議から質疑応答までの間に少し意見を整理する時間が欲しい、それは、フィードバックで伝えることと、報告書で伝えることを分けたりするためです。スケジュールでは、休憩がヒアリングとレビュー会議の間にとってあるんですけども、むしろ休憩はレビュー会議と質疑応答・意見交換の間のほうが良いのかなと思いました。

実際は少しだけレビュー会議が延びたのですが、ピアレビューは院長や看護部長を原則参加としていて、B病院でも参加して下さっていました。待っているのが病院幹部となると、レビュー会議も、意見を取りまとめながら、でも待たさないよというので余裕もなくなってくるので、ここは余裕を持って、レビュー会議と質疑応答・意見交換の間に休憩を挟むといいのかなというふうに思います。

時間もそうですが、慣れていないと、レビュー会議から短時間で病院幹部を前にしたフィードバックをするというのはかなりのプレッシャーになるので、事前に当院のものも含めて2回ピアレビューが経験できたというのはかなり大きかったなと思いました。

今後の課題としては、ピアレビューの規模をどうしていくか、全施設でヒアリングをここまでの列を立てて行

YAMAGUCHI UNIVERSITY

今後の課題

- ピアレビューの規模をどうしていくか？
→ 全施設でヒアリングをここまでの列をたてて行うか？
- どういった形で行っていくか？
→ コアメンバーで訪問するのを継続するのか、慣れてきたら相互訪問にするのか？

うかというのは、病院によって規模も違いますし、ハードルをどんどん上げていくというふうにならないようにしなければいけないと考えています。どういった形で行っていくかということも、コアメンバーで訪問するのを継続するのか、慣れてきたら途中で相互訪問にするのかというのを検討していきたいと考えています。

個人的な意見ですが、ピアレビューは、準備や実施も簡単とは言いませんが、受けた側も訪問した側も必ず得るものがあると思います。やって良かったと思うことはあっても、やらないほうが良かったと思うことは全くありません。1回目はやはり、どうしても気持ちのハードルが高くなりますが、案ずるよりも産むがやすしで、思いきってやってしまうのが大事ではないかなと思います。それでもやはり二の足を踏んでしまう場合には、国立がん研究センターに相談して都道府県拠点病院がピアレビューを受けてしまうのがいいと思います。山口県に関しては、当院が受けたことからスタートしてどんどん動いているので、これがかなり大きかったかなというふうに考えています。

Q&A

(国立がん研究センター・加藤) 山口県は、まずは私たちの支援を受けてピアレビューを始めて、県内で自立して動き始めたというところで、地域の状況もあわせて取り組みをご紹介いただきました。

まず1回実施したところで、なかなか他の病院も手を挙げなかったと思いますが、来年度以降、ぜひというような病院が出てきそうでしょうか。

(山縣) 3月に山口県の緩和ケア部会があって、そこで話し合ってからになります、積極的に「自院でやります」という声はあがらないかもしれません。

難しいところではあるんですけども、実際にやってみて、たぶんB病院も「受けて良かった」という意見は絶対にあると思うので、そこを部会で共有することで、

あとは、準備がどれぐらい大変かというのは、恐らく最大限大変というのを皆描いていると思うので、実際はそこまでではないよというのがわかれば、「じゃあ、やってみようか」というふうになることを期待しています。

(質問者) 今日には事務方の人が多いので非常にアウェー感があるんですが、事務方がすごく大事だというのはよくわかるんです。けれどもよくあるのは、事務の担当者が関わってしまうと、「そんなこと、お金を出せないよ」とか、態度が変わってしまうとか、病院の方針が変わってしまうということが時々あるんですが、そういった点について、山口県では今どんなふうに思っているのか。そうなりそうもないということなのか、いかがでしょうか。

(山縣) 当院に関しては、幸い緩和ケアセンターの事務が、センターができてから今まで1回も変わっていないのがあるのかなど。あとは、B病院と話しているときに少し予算の話も出たのですが、ここが公立の病院だったというのがありますが、やらなければいけないこととわかればお金は出してくれると思うということで、その根拠となる資料が欲しいと言われたので渡したりしました。「やらなければいけないこと」というふうに強調できると、病院も「やろう」と言いやすいのかなという印象を持ちました。

(質問者) この会が非常に重要な会だという認識を持っていただければ、皆やるだろうということですね。

(加藤) 今回、行政とか病院の中でも事務担当の方が結構多く参加されているので、それを考えると、医療者以外に何か回していくときには、やはり事務の方が理解していないと回せないということが浸透してきたおかげなのかなと思います。むしろ事務の方が多く参加されているというのはありがたいことだと思っています。

(国立がん研究センター・若尾) 実際にピアレビューをされて良かったことをお話しいただいたのですが、具体的にどういう点で診療にフィードバックがあったとか、何か診療が変わったというようなことがあれば、いくつか教えていただければ参考になると思います。

(山縣) B病院に関しては、今、報告書を作成しているところなので、それを踏まえてこれからだと思います。当院に関しては、それまで自分たちで感じながらできていなかった、一次緩和ケアという部分に役立ったと考えています。これまで処方も支援もすべて緩和ケアセンターのスタッフで行い、看護師さんたちも実際に患者さんから情報収集するというのを、主科のサポートというよりは自分たちがするというような形が多く、たくさんの依頼に全て対応しようと思うと、そこがネックになっていました。主科でもできそうなことも緩和ケアチームでし

ていたところがあるのではないかと指摘をしていただいて、そこを良くしていかないといけないという共通認識を自分たちが持つこともできました。主科に対して「そういう指摘を受けたから、そこも大事だからそういうふうにしていきたいと思っているんです」と外部の方から意見をいただいたと言えるようになったのもかなり大きいかなと思っています。

(若尾) 主科に対するアピールという点では非常に有効だということで、ありがとうございます。

(加藤) いろいろな地域の状況がある中で、山口県がこういう取り組みをしてくださっているのは、他の県にとってもすごく参考になると思いますので、ぜひ今後の活動もご報告いただけたらと思います。

緩和ケアに関する実地調査について ～パイロット調査を踏まえて～

厚生労働省健康局 成田 朋子



| 第3期がん対策推進基本計画（平成30年3月9日閣議決定）（概要） | | |
|---|--|---|
| 第1 全体目標 「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す。」 ①科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実 ②患者本位のがん医療の実現 ③専断を持って安心して暮らせる社会の構築 | | |
| 第2 分野別施策 | | |
| 1. がん予防 (1)がんの1次予防 (2)がんの早期発見、がん検診（2次予防） | 2. がん医療の充実 (1)がんゲノム医療 (2)がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法 (3)チーム医療 (4)がんのハイブリット介入 (5)支持療法 (6)専断がん、難治性がん（それぞれのがんの特性に応じた対策） (7)小児がん、AYA(※)世代のがん、高齢者のがん（※Adolescent and Young Adult: 若年層と若年成人） (8)癌診断 (9)がん登録 (10)医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組 | 3. がんとの共生 (1)がんと診断された時からの緩和ケア (2)相談支援、情報提供 (3)社会連携に基づいた対策・がん患者支援 (4)がん患者等の就労を含めた社会的な問題 (5)ライフステージに応じたがん対策 |
| 4. これを支える基盤の整備 (1)がん研究 (2)人材育成 (3)がん教育、普及啓発 | | |
| 第3 がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項 | | |
| 1. 関係者等の連携協力の更なる強化 2. 標準治療による計画の策定 3. がん患者を含めた国民の努力 4. 患者団体等との協力 5. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化 6. 目標の達成状況の把握 7. 基本計画の見直し | | |

今回は、今年度がん対策課で検討したパイロット調査を踏まえた実地調査の状況について発表の機会をいただきまして、ありがとうございます。

がん対策推進基本計画の分野別施策「がんとの共生」について、昨年3月から「がんとの共生のあり方に関する検討会」を始めております。内容としては、緩和ケアや相談支援、社会連携、ライフステージにわたる広い範囲の分野を検討しているところです。今回は、一つ目に当たる、緩和ケアに関する実地調査を、今後、国主体での実施から都道府県主体での実施に広げていくことについて、昨年3月に第1回検討会における議論と、先日1月29日に第5回検討会での今年のパイロット調査について報告しましたので、その2つの内容をまとめてご紹介したいと思います。

第3期がん対策推進基本計画においても、「実地調査、

| 第3期がん対策推進基本計画における実地調査に関する記載の抜粋 | |
|---|---|
| 3 専断を持って安心して暮らせる社会の構築 (1)がんと診断された時からの緩和ケアの推進 | （現状・課題） 患者とその家族に提供された緩和ケアの質については、施設間で格差がある等の指摘がある。（中略） 「身体的苦痛や精神的苦痛の緩和が十分に行われていないがん患者が3～4割ほどいる」との指摘があり、がん診療の中で、患者とその家族が抱える様々な苦痛に対して、迅速かつ適切なケアが十分に提供されていない状況にある。 |
| （取り組むべき施策） ・ 実地調査や遺族調査等を定期的かつ継続的に実施し、評価結果に基づき、緩和ケアの質の向上策の立案に努める | がん診療連携拠点病院等の指定要件 6. PCCモデルの確立 (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うえで、継続的な改善策を講じること。なお、その際には、Quality Indicatorの活用や、第三者による評価、指定病院の実地調査等を行う等、工夫すること。 (2)これらの実地調査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。 |

遺族調査を定期的かつ継続的に実施し、評価結果に基づき緩和ケアの質の向上策に努める」とあり、「がん拠点病院の整備指針」においてもPDCAサイクルの確保の1つのツールとして、行政が行う実地調査を進めていくこととしています。

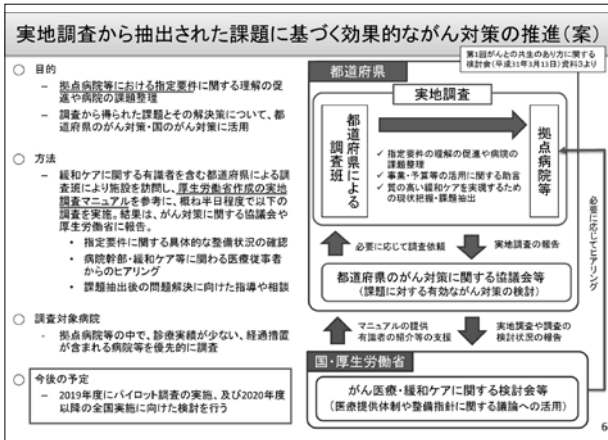
| 拠点病院等の実地調査に関するこれまでの取り組み | |
|--|---|
| 2006年 | がん対策基本法成立 |
| 2007年 | がん対策推進基本計画（第1期）策定「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」 |
| 2008年 | がん医療に携わる医師に対する緩和ケア研修等事業【基本的緩和ケア研修、普及啓発】 がん対策推進基本計画（第2期）策定「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」 緩和ケア推進検討会の設置 |
| 2012年 | 具体的な施策の医療現場での反映、及び課題抽出のために 厚生労働省が、拠点病院6カ所の実地調査を実施 |
| 2013年 | 拠点病院の拠点病院の緩和ケア提供体制における実地調査に関する ワーキンググループ報告書 |
| 2014- 2015年 | 拠点病院9カ所の実地調査の実施 |
| 2015年 | がん対策加速化プラン |
| 2016年 | 緩和ケア推進検討会報告書 |
| ✓ これまでに、全国15カ所の実地調査を実施。 ✓ 緩和ケアの医療現場から抽出した課題を踏まえ、具体的な施策を立案・推進。 | |

こちらは、当初、がん対策基本法成立から、国が主体で全国15カ所の各病院に実地調査を行ってきた経緯です。やはりいろいろな長所、短所はありますが、これを全国展開して都道府県で行っていかうというのが今年度の話です。

| 国・都道府県の実地調査、ピアレビュー、第三者評価について | | |
|------------------------------|---|--|
| | 国・都道府県の実地調査 ・ 整備指針への準拠等について、一定の判断・相談ができる ・ 都道府県や医療圏全体の状況を鑑みた課題解決につなげることができる ・ 調査から抽出された課題を国・都道府県のがん対策に活用できる | ピアレビュー ・ 拠点病院同士で問題点を共有し、改善に繋げることができる ・ 評価者は他の拠点病院の医療者であり、拠点病院の状況に関する理解がある ・ ニーズに基づく評価を確保しやすい |
| 利点 | 第三者評価 ・ 評価者の独立性が高い ・ 評価の方法や評価基準が一定であり、公開されている | 課題 ・ 調査の頻度が、都道府県に異なる ・ 拠点病院以外の実施が困難である可能性がある ・ 評価者が低い可能性はある ・ 評価の頻度が数年に一度である ・ 審査料がかかる（数百万円程度） |

PDCAサイクルの確保に関して、ツールとしての実地調査や、ピアレビュー、第三者評価などをどう区別して使っていくかという議論がされています。ピアレビューの利点である、病院同士の質の向上のために利用するということに比較して、都道府県が行う実地調査は、や

や監査的などところがあるかもしれませんが、より行政の目線で現状を把握して、それを施策に活かせるという直接的なメリットもあると考えております。



第1回検討会では、今後、都道府県に対する実地調査を行っていく方針となり、目的としては、拠点病院等における指定要件に関する理解の促進を中心に行っていく

| 項目 | 内容 |
|---------|--|
| 1. 調査目的 | 指定要件に関する理解の促進、都道府県からの課題抽出、都道府県からの課題抽出、都道府県からの課題抽出... |
| 2. 調査対象 | 指定要件に関する理解の促進、都道府県からの課題抽出、都道府県からの課題抽出... |
| 3. 調査方法 | 指定要件に関する理解の促進、都道府県からの課題抽出、都道府県からの課題抽出... |
| 4. 調査結果 | 指定要件に関する理解の促進、都道府県からの課題抽出、都道府県からの課題抽出... |

| 項目 | 内容 |
|------------|--|
| 1. 背景 | 第4回がんの共生のあり方に関する検討会(平成28年6月)の議決事項に基づき、がん診療連携拠点病院の緩和ケアの推進が掲げられたことを受け、指定要件に関する理解の促進、都道府県からの課題抽出、都道府県からの課題抽出... |
| 2. 実地調査の目的 | 指定要件に関する理解の促進、都道府県からの課題抽出、都道府県からの課題抽出... |
| 3. 実地調査の方法 | 指定要件に関する理解の促進、都道府県からの課題抽出、都道府県からの課題抽出... |

ということでした。

今回、参考資料1にあるような現況報告書をもとにしたチェックリストをまず案として作ったという経緯がございます。方法としては、そういったチェックリストや、参考資料2にあるような厚生労働省作成の実地調査マニュアル(案)を使って、実際にパイロット調査を実施してみるという形になっています。

調査に当たっては、県内・県外の有識者と自治体、都道府県のがん対策課の担当者に同時に評価をさせていただくという形で行いました。対象病院は、拠点病院の中でも緩和ケアに関する実績がやや少ないところや、指定について経過措置が含まれる病院を優先的に調査してはどうかという議論になっていました。そして2019年度にパイロット調査を実施、その後検討をするという流れになりました。これが昨年3月に行われた議論の経過です。

| 時期 | 実施行事 | 内容 |
|----------|------------------------------------|---|
| 平成31年3月 | 第1回がんの共生のあり方に関する検討会 | 2019年度にパイロット調査の実施、2020年度以降の全国実施に向けた検討を行う方針 |
| 令和元年6-7月 | 都道府県にパイロット調査を依頼 | A県とB県が承諾(県への協力依頼通知発出、予算確保など) |
| 7月3日 | 実地調査マニュアル(案)を用いた打ち合わせ(厚労省とA県担当者) | 調査の意義や準備について、対象病院や県内関係者の候補について、県外有識者は厚労省が紹介、第1回は加藤雅志先生(国立がんセンター)に依頼、第2回はB県の有識者に依頼 |
| 7月下旬 | 対象病院(X病院、Y病院)に決定→対象病院と打ち合わせ(A県担当者) | 目的や調査内容 |
| 8-11月 | 日程調整、事前準備→確認作業など(A県担当者、対象病院、有識者) | A県職員が主体となり、適宜厚労省・有識者と相談、対象病院により事前資料作成 |
| 11月15日 | 第1回パイロット調査(X病院) | 第1回調査の経験を踏まえ、第2回の調査方法の一部見直しをして第2回調査を実施 |
| 11月21日 | 第2回パイロット調査(Y病院) | 調査後に対象病院の評価結果を作成 |
| 12月 | 有識者より評価結果、アンケートの回収 | |
| 令和2年1月 | 評価結果のまとめを厚労省へ報告し、対象施設へフィードバック | 厚労省にて、アンケート結果等を参考に実地調査の全国実施に向けたマニュアル改定 |

実際に今年度、実地調査のパイロット調査を行うに当たり、6～7月頃から実施都道府県を探していく中で、A県とB県にご協力のご承諾をいただき進めてまいりました。

参考資料にあるようなマニュアル(案)を用いて、厚労省と直接打ち合わせをしながらも、その後は都道府県担当者により対象病院を探していただきました。有識者に関しては、県内の有識者は都道府県担当者に探していただき、県外の有識者は、最初は探すのが難しいということで、厚労省からのご紹介という形で、第1回は加藤先生(国立がん研究センター)にご依頼しました。第2回は、A県とB県で県外有識者を交換する形で、B県の有識者にA県の調査に入っていただきました。対象病院はX病院、Y病院に決定しましたが、特に緩和ケアの質に関して実績が低いということではなく、今回、パイロット調査を行うに当たって、マニュアル等を見直すための協力として快く受けていただいた病院をお願いしたいという経緯があります。

そこから、都道府県担当者や病院関係者、有識者との間で調整をしていただき、日程調整や評価をするための

事前準備、確認作業などに3～4カ月かかりました。そして11月に入り、第1回のパイロット調査が行われて、第2回目がその1週間後に行われました。調査から1カ月後にパイロット調査の評価を作成してフィードバックするような計画を行いました。かつ、今回のパイロット調査の目的としては、全体の流れや方法について、いろいろ意見アンケートという形でいただき、厚労省で見直していくというところになっています。

| | | | |
|-------------|-------------------------------|---|-------------------------------------|
| 時間 | 内容 | 個別事項 | 対応者 |
| 12時集合 ※ | 当日打ち合わせ 事前資料確認 | 事前資料を確認すると共に、当日の評価方法などを確認 | × |
| 13:30～13:40 | 10分 実地調査の説明 | 実地調査の担当者から実地調査の趣旨を説明 | 病院長、看護部長、 緩和ケアチームメンバー、 事務担当者 |
| 13:40～14:00 | 20分 対象施設からの 全体説明 | 病院長、看護部長、緩和ケアチームの担当者等から、緩和ケアの提供体制の現状・課題について説明 | |
| 14:00～14:15 | 15分 質疑応答 | | |
| 14:15～15:00 | 30分～60分 施設内訪問 | 予定されていた訪問場所を訪問 ・正面玄関／緩和ケア外来／一般病棟／緩和ケアチームカンファレンス／緩和ケア病棟／患者サロン／がん相談支援センター等 | 緩和ケアチームメンバー、 一般病棟(医師、看護師等)、事務担当者 |
| 15:00～16:00 | 45分～75分 緩和ケアチーム個別 ヒアリング | 緩和ケアチームの各担当者からのヒアリングを実施 | 緩和ケアチームメンバー |
| 16:00～16:30 | 30分 訪問メンバーでの 課題整理 | 総括・意見交換に先立ち、訪問メンバーにて、病院の課題及びその対応策を整理 | × |
| 16:30～17:30 | 60分 総括・意見交換 | 病院長、看護部長、緩和ケアチームの担当者等に対する実地調査の総括と、及び課題解決に向けた意見交換 | 病院長、看護部長、 緩和ケアチームメンバー、 事務担当者 |
| | 計3～4時間 | 総括・意見交換に先立ち、訪問メンバーにて、病院の課題及びその対応策を整理 | |

実際にY病院で行った実地調査のスケジュールです。午後から3～4時間を目途として行いました。実際には事前打ち合わせで12時に集合、病院の説明には病院長、看護部長等幹部の先生にも入っていただきながら、質疑応答とその後の緩和ケアに関する施設内訪問をさせていただきました。そして残りの時間に職種別にヒアリングを行って、最後にまとめを行い、病院長にも参加していただく意見交換をして、3～4時間かかったというところです。

ただ、チェックリストをご覧になるとわかるとは思いますが、評価項目がたくさんあり、かなり細かいところもありましたので、有志の先生や都道府県担当者の方に午前中から集まっていたという点もありました。本当に調査をすること自体、当日だけでも大変だったという感想をいただいております。

| 回答者 | アンケート結果の中で今後の方針に係る主な意見(抜粋) | |
|---|---|---|
| | 見直しが必要な点 | 活用できる点 |
| 経理部長 看護部長 看護師 (シネカルマ ホーダー) 薬剤師 | <ul style="list-style-type: none"> マニュアル等の書面だけでは、全体像をイメージするのが難しく、有識者向け、行政担当者向けそれぞれに研修会や説明会を開催してほしい。 ヒアリングを行うのが難しいため、有識者との役割分担が必要であった。 カンファレンスの時間に日報調整するのは難しかった。 指定業務が不十分だった場合の対応についての説明が必要である。 県外有識者を採るは、打ち合わせ等負担になる。 | <ul style="list-style-type: none"> 初回の調査は準備が大変だったが、2回目は、少し慣れて調査を進行することができた。 当日の調査前にも有識者と行政側で打ち合わせを行い、調査は円滑にできた。 現場での取組の検証を実際に見ることで、行政側でも理解が深まった。 |
| 有識者 (医師 緩和ケア部) 看護師 (シネカルマ ホーダー) 薬剤師 | <ul style="list-style-type: none"> チェックリスト等のマニュアルは、より効率的かつ効果的に調査ができるよう改善する必要がある。 ヒアリングとの組み合わせが必要である。 限られた時間での進行の工夫が必要である。 ヒアリングについては、同種類の有識者でないとうわらないうちも多量に思われた。 総括は、行政が行ったほうが有識者と対象病院との関係性が保たれど思った。 対象施設をどう選択するか検討が必要。 | <ul style="list-style-type: none"> 調査当日までの準備の段階で、既に病院の問題点を把握されているのが分かった。 行政が行う実地調査は重要な印象が強く、受け手側の準備や心理的負担が大きいようだが、その反面ヒアリングによりしっかりと準備することで、自施設の課題を真正面から指摘できるようになった。 事前に施設内の状況を確認できたことはよかった。 ヒアリングでは、個別にアドバイスができたのが良かった。 調査をしながら、自施設の課題や改善方法を考える機会となった。 |
| 対象病院 スタッフ | <ul style="list-style-type: none"> 日程調整/変更、事前準備資料の作成、当日のスケジュール調整等が負担となった。 当日は緩和ケアチームの診療が滞りず時間外に対応した。 | <ul style="list-style-type: none"> 調査を受ける準備の中で課題を改めてチームで共有し、全体的に緩和ケアの質が向上したと思う。 病院長を含む幹部に院内の緩和ケアチームの活動を知らせてもらい大変良かった。 |

実際にA県で2件実施したパイロット調査のアンケート

結果です。細かいチェックリスト(案)やマニュアル(案)の修正に関しては、たくさんいただいたご意見を事務局、厚労省側で今作業しているところです。

大まかな見直しが必要な点としては、都道府県担当者からは、やはりマニュアルだけでは全体像をイメージするのが難しいので、今後行っていくためには、より細かい研修会や説明会を開催していったほうがいいのではないかとご意見もいただきました。ただ、初回のX病院の準備は大変だったけれども、1回行くと2回目は少し慣れてきて、いろいろイメージすることができた。かつ、行政側から、病院の現状を把握することもでき、理解が深まったというようにご意見もいただきました。

また、有識者として緩和ケアに関わる医師、看護師、薬剤師に参加いただきましたが、具体的なチェックリストの効率的かつ効果的な調査ができるようなご指摘をいろいろといただいています。ヒアリングの仕方や、ピアレビューとのすみ分けをしっかりとっていく必要があるのではないかとご指摘をいただいています。

実地調査を活用できる点としては、やはり行政が行うということ、受け手側の心理的な負担もかなり大きいけれども、その反面、準備などが現実的に課題を見直せる機会になっているのではないかとご指摘をいただきました。

何よりも、実地調査を受けていただいた対象病院のご意見は、やはり準備が大変で、日程調整だけでも大変であったということです。かつ、当日かなりの時間を費やすことで日常業務に支障をきたす可能性も指摘されました。一方、良かった点としては、準備をする段階でチームで課題を共有し改善の方向に向かうことができたという点や、全体像を病院長含む幹部に認識して理解してもらったという機会になったというようにご意見をいただいております。

その他、B県の結果についてはまだまとめ中ですので、今後、A県、B県、両者のまとめをしながら、より良い都道府県に対する実地調査のマニュアル(案)を作って

| |
|---|
| 緩和ケアに関する実地調査について |
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ パイロット調査を実施したところ、 <ul style="list-style-type: none"> ・がん拠点病院の現場の課題や工夫などを行政が把握することができた。 ・個々の施設の立場からも自施設の緩和ケア提供体制の見直しや、組織管理者への理解へつながり、今後の取組の改善が期待された。 ・マニュアル(案)やチェックリスト(案)の見直しに対する具体的な課題だけでなく、目的、方法、調査対象病院、今後の予定などの方向性についても再確認の必要性が得られた。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ 今後の予定について、 <ul style="list-style-type: none"> ・がんの緩和ケアに係る部会を設置し、B県のパイロット調査の結果も踏まえながら、全国で実施可能な実地調査の運用について検討していく。 →マニュアル等の具体的な見直し、ピアレビューとの棲み分け方法、対象病院の選び方などの議論を含めて進める。 |

いきたいと考えています。

先日の1月の検討会では、実際のパイロット調査を実施したところ、メリットとしても、拠点病院の現場を行政が把握することはいい点であろう、ただ、やはり負担が多いところもあるので、目的や方法、調査対象病院なども含めた今後の予定、いつから行うのかというところも含めて、しっかり見直すという議論で終わったところでございます。

また、こういった実地調査に関しては、行政の検討会のもとに緩和ケアに係る部会を設置して、より具体的で、かつ都道府県の負担ができるだけ少なくなるような方法を今後も検討していきたいと考えています。

| 本検討会のスケジュール(案) | |
|----------------------|--|
| 第1回 (2019年1月11日) | ・緩和ケアの質の向上(実地調査)、緩和ケア外来、 ・施設支援(情報提供の質の向上(施設員研修)、地域における施設支援) |
| 第2回 (2019年2月11日) | ・緩和ケアの提供体制(緩和ケア研修、遠隔医療と地域との連携、医療のスクリーニング)、 ・地域連携の推進支援 |
| 第3回 (2019年10月23日) | ・仕事と医療の両立支援の更なる推進 ・デジタルヘルスケアによる生活の質の向上 |
| 第4回 (2020年1月29日) | ・緩和ケアに関する実地調査、 ・施設支援(研修、人材育成、相談支援センター等) |
| 第5回以降 | ・患者体験調査の結果を踏まえた評価と課題(相談員研修等、相談支援センター等) ・連携調査の結果を踏まえた評価と課題 ・小児・AYA世代のがん患者・経験者の支援 ・高齢世代のがん患者の支援 |

「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」について別途議論の場を設ける
ことが必要である

↓

がんの緩和ケアに係る部会を設置し議論を進める
・苦痛のスクリーニング
・緩和ケアに関する実地調査 等

2020年 とりまとめ

こちらがこれまでの経過です。第1回検討会で実地調査の第1回の検討をして、その後、第4回検討会でパイロット調査を行った報告をしたという流れになっています。実地調査について、今後、部会等で具体的な方法、マニュアル(案)を考えていきたいと思っています。

Q&A

(国立がん研究センター・加藤) 今ご説明があったように、これから詰めていく必要はありますが、実地調査というものを検討しているところです。何度か言及がありましたが、病院間でやるピアレビューは、指定要件を満たしているかどうかではなくて、診療の質をどう向上させていくか、良い緩和ケア、良い化学療法を実施するためにはどうすればいいのかという視点でいろいろと意見交換するものです。それに対して、厚生労働省、行政が考えているのは、どちらかというと、指定要件を十分満たしているかどうかということです。あまり厳しく行うというよりは、拠点病院の指定要件を満たすためにはどうすればいいのか、もしできていないのであれば、どうすれば満たすことができるのか、そういう視点で行っていきたく聞いています。ただ、指定要件をきちんと満たしているかという視点を大事にするのが厚生労働省で

考えている実地調査だと私は認識しています。

(質問者) 国あるいは都道府県による実地調査、これはピアレビューと違って非常に効果的なものがあると以前から注目していました。そこでお伺いしたいのは2点です。

1つは、現時点では国で、いずれ都道府県に移行されると思いますが、都道府県の実地調査と、いわゆる拠点病院間のピアレビューとをあくまで2列立てでお考えのつもりなのか。そもそも拠点病院の指定には、県拠点病院も深く関わっているの、県拠点病院に委託するような形で、ピアレビューと県拠点病院による実地調査を一本化してやるのがいいとお考えなのか、これが第1点目の質問です。

第2点目は、本日、目的に関しては、拠点病院等における指定要件に関する実地調査ということでしたが、方法論以降は、緩和医療に特化したお話をお聞かせいただいたと思います。今後、まず緩和医療から始めてその裾野を広げていこうというお考えなのか、あるいは一気にほかの分野も含めて進めていこうというお考えなのか、教えていただきたいと思っています。

(成田) 第1点目のピアレビューと実地調査を一本化するののかという点に関しては、まだ決定ではないというのが正直なところです。今までにご指摘もありましたように、ピアレビューとはかなり性質が違う目的で入っておりますので、これから作るマニュアル(案)に関しては、ピアレビューの要素をメインには入れず、現況報告、指定要件をもとにした行政が主体で行えるようなものにしていく予定になると思います。2点目に関しては……。

(質問者) 緩和医療に特化したものを先に進められるのか、全体が進められるのかということです。

(成田) そちらもとても大事なご指摘で、緩和ケアに関しては、医療安全や他の部門もある中で、最初に緩和ケアに関する実地調査を開始したいというところから始めていますが、本来であれば、いろいろな課題がある分野で実地調査を行っていくのが望ましいと認識しております。ただ、緩和ケアの実地調査を計画するだけでもかなり労力があると認識していますので、恐らく1つの形態の実地調査が運用に乗るのを見習って、他の分野も同様に進めていく方向になれば理想的ではないかと考えています。すぐに他の分野もどんどん進めていくという計画は今のところはあがっておりません。

(加藤) 1点目については、私も厚生労働省主導の実地調査1回目に参加させていただきましたが、やはり、拠点病院の指定要件をチェックリストに基づいて見ていくという手順が主なので、それだけでかなり時間がいっぱいになってしまって、それ以外の話をする時間も無いぐらいの状況になっていたと思います。

どちらかという、指定要件を満たしているかどうかという視点での質疑応答が中心になってしまうこともあり、困りごとをどうやって解決していこうかということや、指定要件ではないけれども、より良い診療をするためにはどうしたらいいかという議論まで発展させるのは難しいのかな、と正直思ったところがあります。

ただ、現場を考えると、同じようなものが2つ走るというのは結構負担だろうと思います。拠点病院の指定要件を既に満たしている病院からすると、当たり前のこと、行っていることを確認しに来たぐらいの感じになってしまうところはややあります。わざわざ準備して来てもらったけれども、行えている病院からすると、どちらかという、ピアレビューのほうがより効果的なのだろうと思います。

指定要件を満たすかどうかギリギリのところは、むしろ県庁の方に来てもらって、どういうところで困っているのか、どういう工夫をすればいいのかを理解してもらおう。どうしても指定要件を満たすことができないような理由があるところを行政の方に理解してもらおうというのも、この実地調査ではできそうだと思います。やはり目的がかなり違うので、上手に県内ですみ分けできる方法をこれから考えていくことが必要だと思います。

何かあればわれわれの事務局にご連絡いただければ、厚生労働省にもお伝えできますので、お気づきのことがあればご意見をいただきたいと思います。

千葉県の取り組み

千葉県がんセンター 丹内 智美



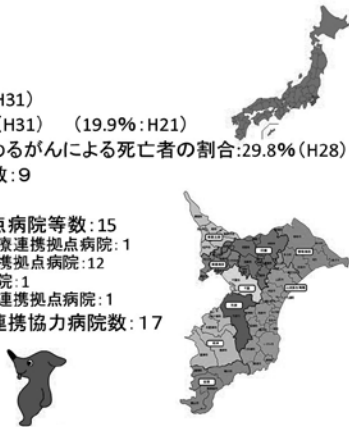
令和元年度 都道府県がん診療連携拠点病院 PDCA サイクルフォーラム
2020年2月8日(土)

千葉県の取り組み

千葉県がんセンター 緩和ケアセンター
ジェネラルマネジャー
丹内 智美

千葉県の概要

- 人口: 627.8万人 (H31)
- 高齢化率: 26.8% (H31) (19.9%: H21)
- 全死者数に占めるがんによる死亡者の割合: 29.8% (H28)
- 二次保健医療圏数: 9
- がん診療連携拠点病院等数: 15
 - 都道府県がん診療連携拠点病院: 1
 - 地域がん診療連携拠点病院: 12
 - 地域がん診療病院: 1
 - 国指定がん診療連携拠点病院: 1
- 千葉県がん診療連携協力病院数: 17



これからPDCAサイクルを活用した改善活動における千葉県の取り組みについてご紹介いたします。まず、千葉県の概要ですが、人口は628万人、高齢化率は26.8%です。二次保健医療圏は9あって、東葛南部というところは東京ディズニーランドがあり、すぐ左側はもう東京都なので、かなり都市という感じですが、山武長生夷隅という大きな二次医療圏は、高齢化率が50%近くあるような過疎的な村や町もある地区です。千葉県は日本の縮図のような、都会から過疎地までぎゅっと集まった県になっています。

千葉県のがん対策推進計画ですが、全体目標は2つあり、「がんによる死亡率を減らしていきます」ということと「がん患者とその家族が、がん向き合いながら、生活の質を維持向上させ、安心して暮らせる社会を目指します」ということを掲げています。

施策としては「予防・早期発見」「医療」「がんとの共生」「研究等」の4つ挙げていて、この中の「医療」と「が

第3期 千葉県がん対策推進計画

●全体目標

1. がんによる死亡率を減らしていきます
2. がん患者とその家族が、がん向き合いながら、生活の質を維持向上させ、安心して暮らせる社会を目指します。

●施策の体系

- 予防・早期発見
- 医療
- がんとの共生
 - ① 緩和ケアの推進
 - ◆がんと診断されたときからの緩和ケア
 - ◆地域緩和ケアの推進
 - ② 相談・情報提供・患者の生活支援
 - ③ がん教育
 - ④ 子ども・AYA世代に応じたがん対策
- 研究等

→医療、緩和ケアの計画案を千葉県がん診療連携協議会で作成

んと診断されたときからの緩和ケア」というところに関しては、計画案を千葉県がん診療連携協議会で作成して県に提出しています。

それでは、千葉県がん診療連携協議会におけるPDCAサイクルを活用した改善活動についてご紹介します。県単

千葉県がん診療連携協議会におけるPDCAサイクルを活用した改善活動

県単位のPDCAサイクル



位のPDCAサイクルは、PDCAサイクル専門部会がマネジメントを行っていて、県単位のPDCAサイクルを回すことを各専門部会に求めて、その実施状況を把握しています。

| 分類 | 定義 | 県協議会の改善活動 | 各施設の改善活動 |
|----------------|---|---|----------------------------------|
| ① 県単位 (施設目標なし) | 県単位で取り組む課題に対し、各施設が協力して改善活動を行うもの | 専門部会で取り組む課題と目標を決め、PDCAサイクルを実施 | - |
| ② 県単位 (施設目標あり) | 県単位で取り組む課題に対して共通目標を定め、その達成に向け、各施設がそれぞれ改善活動を行うもの | 専門部会で取り組む課題と共通目標を決め、各施設における改善活動の結果を踏まえ、PDCAサイクルの実施状況を総括 | 共通目標の達成に向け、各施設がPDCAサイクルを実施 |
| ③ 施設単位 | 各施設独自の課題に対し、施設単位で改善活動を行うもの | - | 各施設が施設単位で独自に課題と目標を決め、PDCAサイクルを実施 |

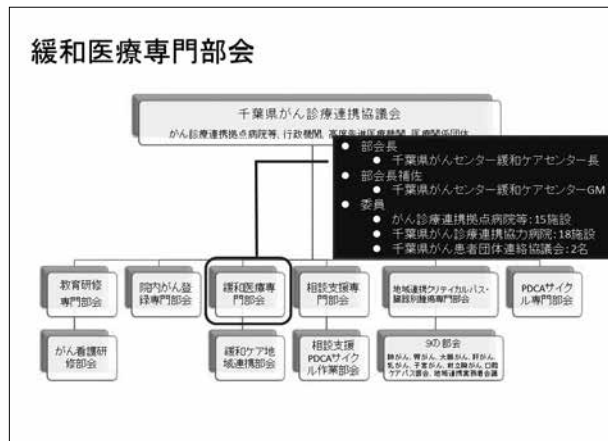
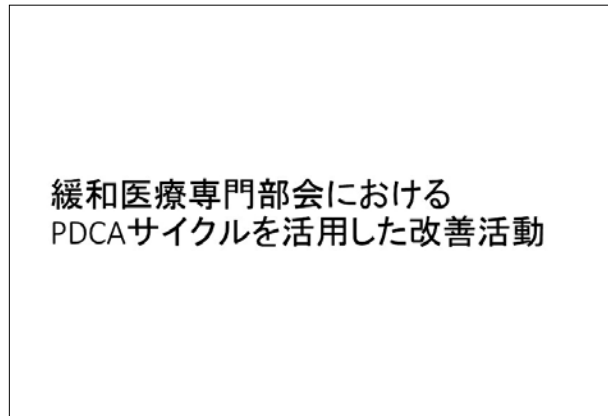
千葉県のPDCAサイクルには3つの分類があって、1つ目が県単位（施設目標なし）。この定義は、県単位で取り組む課題に対して、各施設が協力して改善活動を行うもの。2つ目は県単位（施設目標あり）。県単位で取り組む課題に対して共通の目標を定め、その達成に向け、各施設がそれぞれ改善活動を行うもの。3つ目は施設単位。各施設が独自に課題を挙げて、それに対して施設単位で活動を行っていくものとなっています。

| 分類 | 課題の内容 | 目標 | 目標達成の検証方法 | Plan(計画) | Do(実行) | Check(評価) | Act(改善) |
|--|-------|----|-----------|----------|--------|-----------|---------|
| ① 専門部会長は、専門部会で取り組む課題と共通目標、目標達成の検証方法、Plan(計画)記入 | | | | | | | |
| ③ 専門部会長は、各施設における改善活動の結果を踏まえ、県単位での総括を記入 | | | | | | | |
| ② 専門部会委員(各施設)は、共通目標の達成に向けた、自施設におけるPDCAサイクルの実施状況を記入 | | | | | | | |

これがPDCAサイクルの実施状況報告書ですが、どの専門部会も同じ書式を使って報告をしています。今お示しているものは、県単位（施設目標あり）のフォーマットですが、実際にどのように運用しているかをご説明します。

まず、専門部会長が専門部会で取り組む課題と共通目標、目標達成の検証方法、Planを記入します。これを記入した上で、各専門部会委員の施設にお示して、委員は、共通目標の達成に向けた自施設におけるPDCAサイクルの実施状況を記入します。記入が終わったら部会長に返します。専門部会長は、各施設における改善活動の結果を踏まえ、県単位の総括を記入します。部会長が記入する総括は、案として記入をして、専門部会で委員に諮り、議論の上、最終的にでき上がったものをPDCAサイクル部会に

報告するという形になっています。



具体的に、緩和医療専門部会におけるPDCAサイクルを活用した改善活動についてご紹介します。緩和医療専門部会は、千葉県がん診療連携協議会の1つで、部会長は千葉県がんセンターの緩和ケアセンター長が務めています。部会長補佐は、千葉県がんセンター緩和ケアセンターのジェネラルマネージャーである私が務めています。委員は、がん診療連携拠点病院等の15施設、がん診療連携協力病院の18施設、千葉県がん患者団体連絡協議会の中から2名が参加しています。

第3期 千葉県がん対策推進計画

- 全体目標
 1. がんによる死亡率を減らしていきます
 2. がん患者とその家族が、がんに向き合いながら、生活の質を維持向上させ、安心して暮らせる社会を自覚します。
- 施策の体系
 - 予防・早期発見
 - 医療
 - がんとの共生
 - ① 緩和ケアの推進
 - ◆ がんと診断されたときからの緩和ケア
 - ◆ 地域緩和ケアの推進
 - ② 相談・情報提供・患者の生活支援
 - ③ がん教育
 - ④ 子ども・AYA世代に応じたがん対策
 - 研究等

【目標】

- ◆ がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修を修了した医師数が増加する
- ◆ 緩和ケアチームへの年間依頼件数が増加する

→ 医療、緩和ケアの計画案を千葉県がん診療連携協議会で作成

これは先ほどもお示した千葉県がん対策推進計画ですが、この中の「がんと診断されたときからの緩和ケア」の目標が2つあり、1つは「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修を修了した医師数が増加する」、も

う1つが「緩和ケアチームへの年間依頼数が増加する」と掲げられています。

先ほどもご説明しましたが、医療、緩和ケアの計画案は、千葉県がん診療連携協議会で作成していますので、緩和医療専門部会で掲げている目標とかなり一致しているものになっています。

緩和医療専門部会における県単位の目標

- ① 「がん診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会」受講率を上げる
- ② 緩和ケアチーム活動の質を向上する

緩和医療専門部会における県単位の目標は、先ほどの県の目標とほぼ同じですけれども、2つ挙げていて、1つは、『「がん診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会」の受講率を上げる』。もう1つは「緩和ケアチーム活動の質を向上する」というものです。

緩和医療専門部会による緩和ケアに関する調査 (目標達成の検証のためのデータ源)

- 1. 「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会」受講状況調査
- 2. 緩和ケアの提供体制調査
- 3. 緩和ケアチーム活動の質の向上のための取り組み調査

緩和医療専門部会では、緩和ケアに関する調査をいくつか行っているのですが、この調査結果は、目標達成の検証のためのデータ源となっています。調査の1つ目が『「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会」の受講率の状況の調査』、2つ目が「緩和ケアの提供体制の調査」、3つ目が「緩和ケアチーム活動の質向上のための取り組みの調査」、この3つです。

2つ目の「緩和ケア提供体制の調査」は、緩和ケアチーム登録という緩和医療学会が行っているものがありますが、項目はほぼそれと同じようなものになっています。緩和ケアチーム登録をされていない施設でも、この調査には協力していただいているので、県内の緩和ケアの提供体制については、緩和医療専門部会でかなり把握できているような状況になっています。

実際のPDCAサイクルの実施状況の報告についてご紹介

県単位(施設目標あり)PDCAサイクル
①緩和ケア研修

| 課題の内容 | 目標 | 検証方法 目標達成の | 計画(Plan) | 実行(Do) | 評価(Check) | 改善(Act) |
|--|---|--|---|--------|-----------|---------|
| がん診療連携拠点病院等において、基本的な緩和ケアを実践できる人材の育成が必要である。 | 「がん診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会」受講率を上げる。 ①1年以上自施設に所属するがん診療に携わる医師・歯科医師:90%以上の受講 ②自施設に所属する2年目の臨床研修医:100%の受講 | 【施設ごとの検証方法】 受講率達成状況調査(R2年3月31日) 【県単位の検証方法】 目標①②の達成施設の割合(R2年3月31日) | 1.各病院が共通目標達成に向けた取組を行う。 2.拠点病院等、協力病院における受講率状況調査の実施および、各施設の取り組みをPDCAサイクル表にまとめ、共有する。 3.県内における当該研修開催予定を取りまとめ、提示する | | | |

紹介します。

まずは緩和ケア研修について。課題としては、「がん診療連携拠点病院等において、基本的な緩和ケアを実践できる人材の育成が必要である」こととなっていて、目標は『「がん診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会」の受講率を上げる』。具体的に数値目標も挙げているのですが、1つは、「1年以上自施設に所属するがん診療に携わる医師・歯科医師が90%以上受講する」(目標①)。もう1つが「自施設に所属する2年目の臨床研修医は100%受講する」(目標②)という数値目標を挙げています。目標達成の検証方法は、施設ごとの検証方法としては「受講率達成状況の調査」、県単位の検証方法としては「目標①と②の達成施設の割合」としています。計画は「各病院が共通目標達成に向けた取り組みを行う」ということ以外にも2つ挙げています。

県単位(施設目標あり)PDCAサイクル
①緩和ケア研修

| | 課題の内容 | 目標 | 検証方法 目標達成の | Plan | DO | Check | Act |
|-----------|--|---|--|---|----|-------|-----|
| 県単位の改善活動 | がん診療連携拠点病院等において、基本的な緩和ケアを実践できる人材の育成が必要である。 | 「がん診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会」受講率を上げる。 ①1年以上自施設に所属するがん診療に携わる医師・歯科医師:90%以上の受講 ②自施設に所属する2年目の臨床研修医:100%の受講 | 【施設ごとの検証方法】 受講率達成状況調査(R2年3月31日) 【県単位の検証方法】 目標①②の達成施設の割合(R2年3月31日) | 1.各病院が共通目標達成に向けた取組を行う。 2.拠点病院等、協力病院における受講率状況調査の実施および、各施設の取り組みをPDCAサイクル表にまとめ、共有する。 3.県内における当該研修開催予定を取りまとめ、提示する | | | |
| 施設単位の改善活動 | <県単位共通> | <県単位共通> | <県単位共通> | 各施設は、共通目標の達成に向けた、自施設におけるPDCAサイクルの実施状況を入力 | | | |

緩和医療専門部会の部会長は、報告書にここまで書いた状態で各施設に送り、各施設は、共通目標の達成に向けた自施設におけるPDCAサイクルの実施状況を記入して、再度、部会長に提出します。

これは今年度、つい最近行われた緩和医療専門部会でご報告いただいた活動例の1つです。まだ中間評価なのですが、緩和ケア研修会のPlanとして▽5月18日に集合研修を開催する▽該当する全ての未受講者へ受講の案内と直接電話で受講を促す▽初期研修医は1年目で受講を

県単位(施設目標あり)PDCAサイクル
①緩和ケア研修:施設における改善活動の例

| 課題の内容 | 目標 | 検証方法 | 目標達成の | 計画(Plan) | 実行(Do) | 評価(Check) | 改善(Act) |
|-------|-------|-------|-------|--|---|---|--|
| 県単位共通 | 県単位共通 | 県単位共通 | 県単位共通 | <ul style="list-style-type: none"> R元年5月18日に集合研修を開催する。 該当する全ての未受講者へ受講案内と直接の電話で受講を促す。 初期研修医は1年目での受講を義務化する。 各診療部長宛に未受講者リストを配布し、診療部長からも受講を促す。 | <ul style="list-style-type: none"> 新卒の研修医の多くにおいて医籍登録番号が届いていなかったため、締め切りを延長しが、1名の医籍登録番号が届かず欠席となった。 医師31名(院内3年目以上6名、1年目初期研修医23名、院外医師2名)、院内管理栄養士1名が研修を修了した。 | <ul style="list-style-type: none"> 今年度2回目の集合研修を行うか否かについては、今後の移入者の受講状況をみて検討する。 初期研修医の受講を促進し、やすい春に集合研修を行ったが、医籍登録番号が判明しない者がいる、新卒ではe-learningの理解が難しい状況が明らかとなった。 | <ul style="list-style-type: none"> 人事異動に伴いがん患者の診療に関わる医師の緩和ケア研修会受講率が77%に低下したことが判明した。 このため2020年3月に本年度2回目の緩和ケア研修会を開催することとし、対象の医師に院長名で参加を促す。 |

義務化する——等をこの施設のPlanとして掲げています。実行したところ、31名の医師の受講がありましたが、評価をしたら、人事異動に伴って、がん患者の診療に携わる医師の緩和ケア研修会の受講率が77%に低下したことが判明しました。その評価を受けて、2020年の3月に2度目の緩和ケア研修会を開催することにしたというご報告を受けています。その開催に向けても、対象医師に対して病院長名で参加を促すということを計画していただきました。これを見て、素晴らしいなどと感動したのを覚えています。PDCAというのは、回そうと思ってもなかなかできるものではないなという印象があったのですが、実際にやってみると、どんどん自分たちで改善をしていく良い波になったと思いました。

県単位(施設目標あり)PDCAサイクル
②緩和ケアチーム

| 課題の内容 | 目標 | 検証方法 | 目標達成の | 計画(Plan) | 実行(Do) | 評価(Check) | 改善(Act) |
|------------------------------------|------------------|---|---|---|---|---|---|
| 県内病院の緩和ケアチームのチーム活動の質について、施設間で差がある。 | 緩和ケアチーム活動の質を向上する | <ul style="list-style-type: none"> 【施設ごとの検証方法】緩和ケアチームの実態調査 ①緩和ケアチーム登録(2019年度実績) ②緩和ケアの提供体制に関する調査(2019年度実績) 【県単位の検証方法】緩和ケアチームへの依頼件数の平均(2019年度実績) | <ul style="list-style-type: none"> 1 各病院が共通目標達成に向けた取組を行う。 2 緩和ケアチーム研修会を継続的に開催する。 3 がん診療連携協力病院に対し緩和ケアチーム実地研修、および緩和ケアチーム研修会への参加を奨励する。 4 ビアレビューの具体的方法を検討し、ビアレビューを実施する。 | <ul style="list-style-type: none"> 1 各病院が共通目標達成に向けた取組を行う。 2 緩和ケアチーム研修会を継続的に開催する。 3 がん診療連携協力病院に対し緩和ケアチーム実地研修、および緩和ケアチーム研修会への参加を奨励する。 4 ビアレビューの具体的方法を検討し、ビアレビューを実施する。 | <ul style="list-style-type: none"> 1 各病院が共通目標達成に向けた取組を行う。 2 緩和ケアチーム研修会を継続的に開催する。 3 がん診療連携協力病院に対し緩和ケアチーム実地研修、および緩和ケアチーム研修会への参加を奨励する。 4 ビアレビューの具体的方法を検討し、ビアレビューを実施する。 | <ul style="list-style-type: none"> 1 各病院が共通目標達成に向けた取組を行う。 2 緩和ケアチーム研修会を継続的に開催する。 3 がん診療連携協力病院に対し緩和ケアチーム実地研修、および緩和ケアチーム研修会への参加を奨励する。 4 ビアレビューの具体的方法を検討し、ビアレビューを実施する。 | <ul style="list-style-type: none"> 2 緩和ケアチーム研修会を継続的に開催する |

次は県単位のPDCAサイクルの緩和ケアチームのものです。課題の内容としては「県内病院の緩和ケアチームのチーム活動の質について、施設間の差がある」ということで、目標は「緩和ケアチームの活動の質を向上する」としています。施設ごとの検証方法は「緩和ケアチームの実態調査」、県単位の検証方法としては「緩和ケアチームへの依頼件数の平均」としています。

ただ、「緩和ケアチームへの依頼件数の平均」を検証の指標としていますが、緩和ケア研修会を皆さんが受講して、プライマリーチームによる基本的な緩和ケアの提供ができるようになると、今までは何でも緩和ケアチー

ムに依頼していたので、依頼件数がどんどん増えていったのですが、自分たちでできるようになるとチームへの依頼件数自体が減っていくので、これ自体が指標としてふさわしいのかということが議論になりました。

では何を検証の方法としたらいいかということ緩和医療専門部会で議論したのですが、なかなかそこでは答えが出なかったところ、委員の1人の先生から「ブレインストーミングを行って何を指標にするか決めたらいいのではないか」というご意見があり、それも素晴らしいなど、ぜひやりたいと思い、今年度中に計画をしていこうと考えています。その先生が「若い先生たちで集まって話したらいいのではないか」とおっしゃっていたので、若い先生というのは一体どのぐらいなのかというのが悩みどころですが、ぜひそういう機会を作りながら、皆で指標を決めていきたいなと思っています。

計画の中で、緩和ケアチーム研修会を継続的に開催す

県単位(施設目標あり)PDCAサイクル
②緩和ケアチーム

| 課題の内容 | 目標 | 検証方法 | 目標達成の | 計画(Plan) | 実行(Do) | 評価(Check) | 改善(Act) |
|------------------------------------|------------------|---|---|---|---|---|---|
| 県内病院の緩和ケアチームのチーム活動の質について、施設間で差がある。 | 緩和ケアチーム活動の質を向上する | <ul style="list-style-type: none"> 【施設ごとの検証方法】緩和ケアチームの実態調査 ①緩和ケアチーム登録(2019年度実績) ②緩和ケアの提供体制に関する調査(2019年度実績) 【県単位の検証方法】緩和ケアチームへの依頼件数の平均(2019年度実績) | <ul style="list-style-type: none"> 1 各病院が共通目標達成に向けた取組を行う。 2 緩和ケアチーム研修会を継続的に開催する。 3 がん診療連携協力病院に対し緩和ケアチーム実地研修、および緩和ケアチーム研修会への参加を奨励する。 4 ビアレビューの具体的方法を検討し、ビアレビューを実施する。 | <ul style="list-style-type: none"> 1 各病院が共通目標達成に向けた取組を行う。 2 緩和ケアチーム研修会を継続的に開催する。 3 がん診療連携協力病院に対し緩和ケアチーム実地研修、および緩和ケアチーム研修会への参加を奨励する。 4 ビアレビューの具体的方法を検討し、ビアレビューを実施する。 | <ul style="list-style-type: none"> 1 各病院が共通目標達成に向けた取組を行う。 2 緩和ケアチーム研修会を継続的に開催する。 3 がん診療連携協力病院に対し緩和ケアチーム実地研修、および緩和ケアチーム研修会への参加を奨励する。 4 ビアレビューの具体的方法を検討し、ビアレビューを実施する。 | <ul style="list-style-type: none"> 1 各病院が共通目標達成に向けた取組を行う。 2 緩和ケアチーム研修会を継続的に開催する。 3 がん診療連携協力病院に対し緩和ケアチーム実地研修、および緩和ケアチーム研修会への参加を奨励する。 4 ビアレビューの具体的方法を検討し、ビアレビューを実施する。 | <ul style="list-style-type: none"> 2 緩和ケアチーム研修会を継続的に開催する |

千葉県緩和ケアチーム研修会
緩和ケアセルフチェックプログラムを用いたチーム研修

平成30年度 千葉県緩和ケアチーム研修会

- 開催日時
 - 2018年10月27日(土)
 - 9時30分～16時30分
- 会場:千葉県がんセンター 大会議室
- 研修内容
 - 目的
 - 1 緩和ケアチーム活動の質向上を図る。
 - 2 自施設の緩和ケアチームの活動を改善するためのPDCAサイクルを確保する
 - 目標
 - 1 自施設での活動の評価ができる。
 - 2 チーム内での話し合いを通じ課題を明確化できる。
 - 3 達成可能な目標を立案、実施することが出来る。

るというものを挙げています。これについて詳しくご説明します。加藤先生が先ほどからアピールをしてくださっていた千葉県で取り組んでいる研修会です。千葉県緩和ケアチーム研修会、緩和ケアセルフチェックプログラムを用いたチームの研修会です。

これは昨年度行ったチームの研修会ですが、土曜日の1日かけて行っています。目的は「緩和ケアチーム活動の質向上を図る」「自施設の緩和ケアチーム活動を改善するためのPDCAサイクルを確保する」。目標としては「自施設での活動の評価ができる」「チーム内での話し合いを通じ課題を明確化できる」「達成可能な目標を立案し実施することができる」としています。

そもそも、なぜこの研修会を企画したかといいますと、私たちも自施設でこの緩和ケアセルフチェックプログラムを実際に行っているのですが、なかなか壁が高いな、自分たちだけで行うのは難しいなと感じていました。ですので、プログラムに慣れている施設が支援して行うことで、チームの質が向上するのではないかと考えて、研修会を企画しました。

●プログラム

- ◆事前課題
 - ① 研修に参加する個々が緩和ケアセルフチェックシートを記載して研修当日持参する
- ◆研修当日
 1. 講義
 - ① 緩和ケアチームの役割
 - ② 各職種役割
 - ③ コンサルテーション
 2. グループワーク
 - ① 個人が実施した緩和ケアセルフチェック内容をチーム全体で共有する
 - ② チームメンバー個々が課題と考えることを発表する
 - ③ チーム内での話し合い、課題を明確にする
 - ④ ③で明らかとなった課題に対し、達成可能な目標を設定する
* 計画は、研修後3ヶ月で達成可能な目標とする
 - ⑤ 目標を達成に向けた具体策を立案する
 - ⑥ 実践に向けた準備を行う
 3. 3か月後実地フォローアップ
 - ① ファシリテーターが研修者施設を訪問する
 - ② 課題の達成状況、実際の活動状況からファシリテーターと意見交換を行う

プログラムでは、事前課題として、研修に参加する個々に緩和ケアセルフチェックシートを記載して、研修の当日に持参してもらいます。研修に参加する看護師、薬剤師、医師、他にも栄養士やソーシャルワーカーも参加するので、それぞれがチームについてどう思っているかというのを自分でチェックして、当日、持ってきてもらいます。研修の当日は講義を3つ行いますが、グループワークが主体の研修になっています。

1つ目の肝は、個人が実施した緩和ケアセルフチェックの内容をチーム全体で共有することです。かなり時間をかけて、一つ一つの項目について丁寧に共有をしていきます。そうすると、医師が思っていることと、薬剤師が思っていることが違うなど、職種によって、チームに抱いている印象が違うということが明らかになります。そこで自分のチームはこういうチームなのだ、ということを通感認識します。それをもとにチーム内で課題を明確にします。この課

題も、「自分たちのチームはこんなチームになりたいな」という理想をまず思い浮かべていただいて、そこに達するには何が課題になっているのかを考えてもらい、目標を設定します。その目標は研修後3ヶ月で達成可能な目標としています。

この3ヶ月というのが2つ目の肝で、短いスパンで考えないと、どうしても計画だけ立てて終わってしまうということもありますので、3ヶ月ぐらいで達成可能な目標を立案しましょうということにしています。

3ヶ月後に実地のフォローアップとして、ファシリテーターが研修者の施設を訪問します。これが3つ目の肝です。「実際に行きますよ」と言うのと「やらなきゃいけないな」という気になるらしくて、他の会議で研修に参加した先生方に会うと、「やってますよ」とか「頑張っていますよ」と言われます。実地のフォローアップとして施設に行くというのは1つの目安になっていいのかなと思っています。

セルフチェックシート

Act/Planシート

実際に使っているセルフチェックシート、Act/Planシートです。内容は緩和医療学会が行っているものと全く同じものです。

| 参加チームの概要 | | 4チーム 19名が参加 | | | |
|----------------|---------------------------|--------------------------|------------------|---------------------------------|---|
| | Aチーム | Bチーム | Cチーム | Dチーム | |
| 研修会参加 | 5名 医師、看護師、リハビリ、MSW、栄養士 | 5名 医師、看護師、薬剤師、栄養士、心理士 | 3名 医師、看護師、薬剤師 | 6名 医師、看護師、薬剤師、MSW、リハビリ士 名 | |
| がん診療連携拠点病院等の種別 | 地域がん診療連携拠点病院 | 千葉県がん診療連携協力病院 | 千葉県がん診療連携協力病院 | 千葉県がん診療連携協力病院 | |
| 病床数 | 881床 | 716床 | 241床 | 307床 | |
| 新入院がん患者数/年 | 1141人 | 2100人 | 104人 | 583人 | |
| 院内がん死患者数/年 | 289人 | 327人 | 76人 | 41人 | |
| 平均在院日数 | 12.7日 | 13.2日 | 19.7日 | 19日 | |
| 緩和ケアチーム発足 | 平成20年 | 平成18年 | 平成25年 | 平成29年 | |
| 緩和ケアチーム新規診療定数 | 130人 | 34人 | 0人 | 21人 | |
| チームの構成 | 身体担当医師 | 3 | 3 | 1 | 1 |
| | 精神担当医師 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| | 看護師 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| | 専任以外の看護師 | 5 | 1 | 1 | 1 |
| | 薬剤師 | 1 | 1 | 3 | 4 |
| | その他 | 6 | 3 | 4 | 6 |

昨年度の研修に参加していただいた参加チームの概要ですが、4チームの19名が参加してくださっています。チームへの依頼件数が130人のところもありますが、0人と全くチームに依頼がないような施設もあり、参加チームの背景としては結構バラバラな感じでした。全体としては依頼件

研修の様子



数が20人とか30人なので、チームの活動、アクティビティーが低いかなという施設にご参加いただいています。写真は研修会の様子です。自分たちのチームで島になって話をしていきます。

アンケート結果(研修について)

| | その 思わ ない | な い | あ ま り そ う お お わ | ま ま あ ら う お お わ | そ う お お わ | 平 均 の あ ら わ い |
|-------------------------------------|----------------|--------|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|
| 1 セルフチェックプログラムを用いた研修はチームの改善に有用だと思うか | 0 | 0 | 5 | 14 | 3.74 | |
| 2 チームの役割を理解できたか | 0 | 0 | 6 | 13 | 3.68 | |
| 3 チームの役割をチーム内で共通認識できたか | 0 | 0 | 8 | 11 | 3.58 | |
| 4 チームの各職種の役割を理解できたか | 0 | 0 | 11 | 8 | 3.42 | |
| 5 チームの各職種の役割をチーム内で共通認識できたか | 0 | 0 | 13 | 6 | 3.32 | |
| 6 コンサルテーションについて理解できたか | 0 | 0 | 13 | 6 | 3.32 | |
| 7 コンサルテーションについてチーム内で共通認識できたか | 0 | 0 | 14 | 5 | 3.26 | |
| 8 GWでは課題の明確化の話し合いができたか | 0 | 0 | 4 | 15 | 3.79 | |
| 9 GWでは目標設定の話し合いができたか | 0 | 0 | 5 | 15 | 3.74 | |
| 10 GWでは具体策の立案の話し合いができたか | 0 | 0 | 5 | 14 | 3.74 | |

集合研修の後のアンケート結果です。「セルフチェックプログラムを用いた研修は、チームの改善に有用だと思うか」ということに関しては、4点満点で3.74点とかなり高評価をいただいています。「グループワークでは課題の明確化の話し合いができたか」「グループワークでは目標設定の話し合いができたか」という項目においてもかなり高得点なので、グループワークの評価は高かったと考えています。

アンケート結果(意見、感想)

| |
|--|
| チームの課題、目標、改善策の明確化 |
| ・ チームの課題をしっかりと意識し、改善していくことにつながった。 |
| ・ チーム活動がうまくいかなかった理由が明らかになって、今回の研修で問題点が明確になった。 |
| ・ 確約のアクションプランがあり、自己チェックまでどのステージに位置するかが明確になると、目標が立てやすい。 |
| ・ 今までできていなかったことが明確になり、目標、具体策が立てられた。 |
| ・ 部署間の改善について考えることができた。 |
| チーム内の交流、課題等の共有 |
| ・ チームの活動について他職種で話し合う機会を持てた。 |
| ・ 自施設についての理解向上、チーム内の交流にも役立った。 |
| ・ GWを通じてチーム内のコミュニケーションが図れた。 |
| ・ 同職種の職員だけがじっくり話したことで、みんなの考えや役割、今後の目標が明確になった。 |
| ・ チームメンバーと課題や目標、将来のイメージを共有できた。 |
| ・ 普段のカンファレンスで話し合えないことが具体的に話し合える機会となった。 |
| 自身の役割の明確化 |
| ・ チーム内でお互い役割を認識できたので、深み、ところまでよくわかってよかった。 |
| ・ 緩和ケアチームの役割を知り、何をしたらよいかかわからずチームメンバーとして参加していたことに気付いた。 |
| ・ 自分自身がどう行動したらよいか、参考になった。 |
| その他 |
| ・ 他施設での取り組みを聞くことができ、参考になった。 |

自由記載の意見の中からも「チームの課題をしっかりと意識して改善していくことにつながった」といった、チー

ムの課題、目標、改善の明確化につながった、チームの中の交流、課題等の共有につながった、自身の役割の明確化ができた等の意見をいただきました。

3か月後実地フォローアップ

- ファシリテーターが研修者施設を訪問する。
- 課題の達成状況、実際の活動状況からファシリテーターと1時間程度、意見交換を行う。
- 実施日
 - Aチーム:2019年2月21日
 - Bチーム:2019年2月13日
 - Cチーム:2019年2月13日
 - Dチーム:2019年2月20日

3か月後実地フォローアップ時の状況(抜粋)

- 研修に参加したことで、PCT内の団結が強くなった。時間確保が難しくカンファレンス参加ができていない職種が、各自の意識変化により参加が進んだ。
- 研修参加により、各メンバーの意識変化があり、活動のための時間確保ができるようになった。
- 介入時の問題整理と課題が明確になるように、フォーマットを作成した。重要項目は色を変えるなど、病棟に伝わるように工夫をしている。
- 病院全体として、緩和ケアにおける知識やスキルが不十分な状況だったため、医療用麻薬の使用方法的な教育的支援を開始した。

実地フォローアップは研修後の活動の評価および、さらなる改善策の検討に繋がっていた。

3か月後の実地フォローアップは、ファシリテーターが研修者施設を訪問します。そこで課題の達成状況と実際の活動状況についてファシリテーターと1時間程度、意見交換を行います。2月に4チームに伺っています。

実地フォローアップの状況ですが、C)にあるように、「介入時の問題整理と課題が明確になるようにフォーマットを作成した。重要事項は色を変えるなど病棟に伝わるように工夫している」ということがありました。使用しているフォーマットを見せていただくなど、実際のものが見られるので、私たちが施設を伺うことが重要だと思っています。3か月改善活動をしているので、その時点で何か問題点があ

平成30年度緩和ケアチーム研修会参加施設 チーム新規依頼件数

| | Aチーム | Bチーム | Cチーム | Dチーム |
|--------|------|------|------|------|
| 平成30年度 | 130 | 34 | 0 | 21 |
| 令和元年度 | 206 | 70 | 21 | 48 |

緩和ケアチーム研修会に参加した施設では
チームへの新規依頼件数が増加した

れば、一緒に解決をしています。実地フォローアップは、研修後の活動と評価及び、さらなる改善の検討につながっていたと考えます。

これはチーム研修に参加していただいた施設のチームへの新規依頼件数の変化ですが、平成30年度、実際にチーム研修に参加していただいたときの依頼件数から、今年度の報告でかなり依頼件数が増えています。0件だったところも21件依頼が来ていますし、他は倍ぐらいになっています。緩和ケアチーム研修会に参加した施設では、チームへの新規依頼件数が増加していました。

千葉県緩和ケアチーム研修会：まとめ

- セルフチェックプログラムを用いた研修は緩和ケアチームの課題を見出し、改善に繋げるために有用であった。
- ファシリテーターが加わることで、客観的視点から各施設における課題が明確となり、自施設の質の向上に向けた活動の検討が行えた。
- チーム内の交流を深める場となり、課題等を共有することができた。
- チーム員として自身の役割が明確化された。
- 他施設との情報交換の場となった。
- 実地フォローアップは研修後の活動の評価および、さらなる改善策の検討に繋がった。
- 緩和ケアチーム研修会は、緩和ケアチーム活動の質の向上に繋がった。

緩和ケアチーム研修会のまとめですが、セルフチェックプログラムを用いた研修は、緩和ケアチームの課題を見出し、改善につなげるために有用でした。ファシリテーターが加わることで、客観的視点から各施設における課題が明確となり、自施設の質の向上に向けた活動の検討が行えました。チーム内の交流を深める場となり、課題等を共有することができました。チーム員として自身の役割が明確になっていました。他施設との情報交換の場になっていました。実地フォローアップは、研修後の活動の評価及び、さらなる改善の検討につながりました。緩和ケアチームの研修は、緩和ケアチーム活動の質の向上につながっていました。

千葉県の取り組みの発表は以上で終わりますが、今度、千葉県がんセンターは新しく病院を建設中です。今年度の秋に完成して450床に増床する予定になっています。

新病院建築中 令和2年秋 完成予定



- 450床（令和4年度フルオープン）
- 地上9階 地下1階建て
- 一般病棟 9病棟
- 緩和病棟 2病棟（新棟1: 28床、別棟1: 25床）
- HCU 16床 通院化学療法室52床 内視鏡室6室+透視室2室

Q&A

(国立がん研究センター・加藤) 今お話にもありましたように、前半は県内で共通目標を立ててというお話、後半は研修会を通じて共通のツールを使って評価し、それを実際に現場まで行って確認するという、これもかなり先進的な取り組みだというふうに思って、ご紹介をお願いして発表していただきました。

(国立がん研究センター・中釜) 緩和ケアチーム研修会のところで、特にCチームの変化にとっても興味があるのですが、もともとCチームは、病院としてはDチームの病院とそれほど規模感も差がないですし、緩和ケアチームが発足したのも逆にCチームは早いのですけれども、緩和ケアチーム新規診療症例数が0だった理由は。一方で、Dチームは昨年、21名の新規診療患者がいたわけですよね。それが今年度はCチームは20名、A、B、Dチームもそれぞれ倍増していますけれども、Cチームの置かれている状況の変化、一番特徴的なところはどこでしょうか。

(丹内) Cチームは、もともとチームはあったのですが、医師の異動等に伴ってチームの活動を一旦休止というか、ほとんど活動していないような状況だったようです。このチーム研修会への参加を機に、「チーム活動をもう一回やっていきましょう」という感じになったようで、今まで0件だったのが21件まで増えたという現状があるかと思います。

(加藤) 他の施設の活動を見ることで、自分たちがどういう活動をすればいいのかというヒントになって活動が始まったということだったのでしょうか。やはり他のところを見るといろいろな参考になるということはあると思いますが、そういう場の提供になったのかなと思います。

(国立がん研究センター・若尾) 前半の報告書について、最初に部会長がPlanまで作って、実際に各施設で実施状況を書いて、さらに最後に部会長がまとめるということですが、Actionについて各施設の委員が書くのは年単位という形ですか。インターバルといいますか、どのくらいのサイクルで回されているのか教えてください。

(丹内) 1年単位で目標を掲げてもらっているのですが、部会が年に2回ありますので、一度、中間報告をいただいています。年度が替わってからの1回目の専門部会で、昨年度の活動の報告をしてもらっているような感じですよ。

(若尾) その昨年度の活動の報告を受けて、次年度のPlanを立てる。

(丹内) そうです。

(若尾) それは同じタイミングですか。

(丹内) そうです。次年度の計画も、部会長から今年度の評価プラス次年度の目標の案まで出して、その案に沿って

皆さんが計画を立ててきてくださって——ただ、専門部会の中で少し変わることがありますので、そうすると計画の再立案になるのですが、そういう形で行っています。

(若尾) その辺りの活動は、PDCA部会は本当にモニターするだけで、各専門部会で独自で回していただいているような形ですか。

(丹内) 他の部会のことはわかりませんので、当院のPDCAサイクル部会長がお答えします。

(千葉県がんセンター・浜野) 千葉県がんセンター副病院長の浜野です。PDCAサイクル専門部会長をしておりますけれども、基本的にはどの部会も同じタイミング、同じフォーマットの中で行ってくださいというふうに部会長に投げかけます。ただ、やはり部会によってPDCAサイクルの進め方の慣れといった面で少し差があります。そこは許容しているのですが、各部会とも自分たちで共通目標を定めて、各施設がそれに向かって実行してくださいというやり方は同じです。その中で共通目標を2つ掲げている緩和医療専門部会が、千葉県の中では一番進んでいます。

(若尾) そういったときに少し遅れているようなところがあったら、PDCA専門部会で何か支援をするような形ですか。

(浜野) そうですね。実際には各専門部会の部会長や部会長補佐が千葉県がんセンターにいますので、会議だけではなく、普段からコミュニケーションを取って、アドバイスをしたり、場合によっては指示をして実施してもらっているという形になります。

(加藤) いろいろな県がいろいろな形で行っていると思いますが、他の部会の活動を横串で見て、その取りまとめ的な立場であるPDCA部会長が、他の部会はこうしているといったアドバイスや支援ができるというのは、とても素晴らしい体制だと思ってお話を伺いました。

千葉県は前半も含め、後半の取り組みも、とてもおもしろい、非常に素晴らしい取り組みをしていらっしゃると思います。各県でいろいろな状況があると思いますが、ぜひ参考にしてもらえたらと思います。

都道府県レベルでのPDCAサイクル — 都道府県内での共通目標の設定 —

国立がん研究センター 加藤 雅志



これから、都道府県レベルでPDCAサイクルを確保していくために、都道府県内で「共通目標を設定する」ということについて、お話したいと思います。

都道府県レベルで がん診療の質の向上を目指す取り組み

- 1 研修会の開催
- 2 相互評価の実施
 - 2-1 会議や研修会での相互評価
 - 2-2 実地訪問による相互評価
- 3 都道府県内で共通目標を設定した改善活動の実施

「都道府県レベルで診療の質を改善する取り組み」の方法は、スライドに示したように3種類あります。その中の3つ目が、「都道府県内で共通目標を設定し、その達成に向けて、各施設が具体的に何ができるのかを考えていく」というものです。まさに、先ほどの千葉県の発表の前半が、この内容にあたります。

都道府県レベルのがん診療の質向上のための取り組み状況

※1 2回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会（2019年7月10日開催）資料

N=47

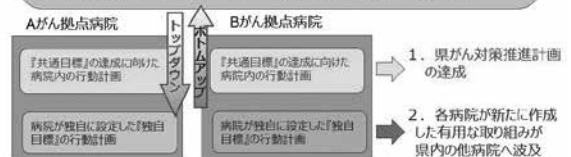
| | n | % |
|--|----|------|
| 都道府県内のPDCAサイクルの確保に関する責任者を決めている | 29 | 61.7 |
| 都道府県内のPDCAサイクルの確保に関する実務担当者を決めている | 33 | 70.2 |
| 都道府県レベルでPDCA確保の取り組みを開始している | 35 | 74.5 |
| 都道府県内のPDCAサイクル部会・委員会等で、問題や課題を整理している | 28 | 59.6 |
| 都道府県内で達成すべき共通の目標を設定している | 25 | 53.2 |
| 都道府県内の共通目標は「都道府県がん対策推進基本計画」に基づいている | 20 | 42.6 |
| 共通の目標達成のために、各がん診療連携拠点病院が行動計画を立案している | 17 | 36.2 |
| 各がん診療連携拠点病院が立案した行動計画の進捗状況について、都道府県内のPDCAサイクル部会・委員会等で確認している | 17 | 36.1 |
| 都道府県内で設定した目標達成状況について、PDCAサイクル部会・委員会等で評価している | 19 | 40.4 |

今、このような「都道府県内で達成すべき共通目標」を設定してPDCAサイクル確保の取り組みを行っている県が全国にどれくらいあるかというと、47都道府県のうちの25県で実施している状況です。2年前に比べて10県程度増えており、こういった県が、次第に増えていくという認識でいます。

都道府県レベルでがん拠点病院が取り組む PDCAサイクル確保モデルの一例

各都道府県がん診療連携拠点病院が開催する「県がん診療連携協議会」等

1. 「県がん対策推進計画」の達成を目指した目標の設定、指標の決定、評価の時期や方法を含めた実行計画の作成。
→ 県内のがん拠点病院の「共通目標」の設定
2. 各がん拠点病院が、医療の質を向上させるために独自に設定した目標、その達成に向けた計画、その結果等について共有し、有用な取り組みについて他のがん拠点病院も積極的に取り入れていく。
→ 各がん拠点病院が設定する「独自目標」を、他のがん拠点病院と共有



まずは各都道府県の中の、それぞれの病院が「PDCAサイクルを確保すること」に慣れていくことが大切です。それぞれの病院の中でPDCAに取り組んでいくこととなりますが、病院内で最初にPDCAに取り組もうという場合は、その改善活動の最初の目標を共通目標に設定するよりも、自分たちが関心を持てるテーマと目標を設定して始めていき、徐々に「PDCAサイクルを確保する取り組み」に慣れてきたところで、都道府県内の共通目標を自施設の目標に設定していく方が円滑に進めていくことができると考えています。そのため、まずはこの図の2番目に挙げた「自分たちが関心を持って取り組めるようなPDCAサイクル」を各病院で行ってもらい、その取り組みを県内で共有する、というところから始める。都道府県内の各病院にPDCAサイクル確保をしていくことが、だんだんと浸透していったところで、県内の共通目標を設定して、その共通目標を達成するために「自分たちの病院には何ができるのか」を考えてもらう。このように取り組んでいくことで、「県全体の課題を解決していく」ことができると考えています。

実際に共通目標を作るときは、関係者が自分たちの現場の視点で考えていくことも大事ですが、各都道府県で策定している「がん対策推進計画」を参考にして共通目標を設定するということも、重要な視点です。先ほどの千葉県の取り組みも、千葉県のがん対策推進計画の目標を参考に、2つの共通目標を設定している事例でした。では、その共通目標を達成するために、自分たちの施設

都道府県レベルでのがん診療の質を向上させていくための取り組み 都道府県計画に基づく共通目標の設定

各都道府県の「がん対策推進計画」に基づいて
都道府県内の各病院が共通で目指す
「共通目標」を設定する。

「共通目標」を達成するために、
各病院が「施設目標」を定め、
「施設計画」を立案する。

では何ができるのかを考えます。「施設目標」を定め、「施設計画」を立てて、その取り組みを互いに共有することで、「県全体の診療の質の向上」が達成できるのではないかと考えています。

緩和ケアについて 都道府県内で共通目標・共通指標を 作成していくための参考資料

「緩和ケアに関する都道府県内の共通目標・共通指標」案を作成することを目的に、2019年12月、緩和ケアに関して都道府県レベルでの診療の質の改善活動に携わる立場にある者58名がグループ討議により、「共通目標・共通指標」を立案し、5つのモデル事例を作成した。
今後、全国の都道府県においてより活用しやすくなるよう内容を修正していく予定としています。

このような取り組みについて説明しているときに、よく尋ねられるのが、「どのような共通目標を立てればいいのか」「どのような指標が考えられるのか」ということです。それをぜひ検討してほしい、というご意見を、これまで多数いただいております。「では、それを緩和ケアの領域でやってみよう」ということで、昨年末、緩和ケア領域の方々に集まっていただいて、この「共通目標・共通指標」をいろいろな立場で考えてもらい、「5つのモデル事例」を策定しました。参考までに、ご紹介したいと思います。

次の参考資料に示したものが、「5つのモデル事例」で、そのうちの1つが下のスライドです。昨年末に関係者が意見を出し合ってまとめたものです。「共通目標」「共通指標」のモデルとするには、まだ少しブラッシュアップが必要な状態であり、緩和ケア領域以外の方から見ると、緩和ケア以外のモデルも欲しいと思われるかもしれません。1つの例としてご参照ください。まず自分たちで「どのような県を目指したいのか」考えてもらい、その目指す県を達成するための目標を掲げ、「そのためにどのような活動ができるのか」「指標は何か」を検討してい

2020年2月8日

都道府県単位で緩和ケアの質の向上に向けた活動をしていくために、
都道府県内で共通目標・共通指標を作成していくための参考資料

作成 国立がん研究センターがん対策情報センター
がん医療支援部 加藤雅志

「緩和ケアに関する都道府県内の共通目標・共通指標」案を作成することを目的に、2019年12月、緩和ケアに関して都道府県レベルでの診療の質の改善活動に携わる立場にある者58名がグループ討議により、「共通目標・共通指標」を立案し、5つのモデル事例を作成しました。今後、全国の都道府県においてより活用しやすくなるよう内容を修正していく予定としています。

【モデル1】

目指す県：いつでも、どこからでも緩和ケアにアクセスできる県

目標：患者・家族が、がん診断時から緩和ケアにアクセスできる県内共通のシステムを構築し普及する

活動案とその指標設定の方向性：

■県内共通ルールの作成(チーム紹介の手順、緩和ケアマニュアル、市民への普及)

■県内共通の緩和ケアマニュアルの作成と普及

・県内共通の緩和ケアマニュアルの作成(全ての医療者が実践しなければならない体制づくり) →配布数

・患者向けの緩和ケアに関するリーフレット・パンフレットの作成 →配布数

■県内共通の「がんと診断された時から緩和ケア」アクセスツールの作成と普及

・患者・医療者共通のアクセスツール作成 →外来受診時のツールの連携率

・患者向けの緩和ケアのアクセスに関するリーフレット・パンフレットの配布、ホームページ公開 →パンフレット配布数、ホームページアクセス数

・アンケート調査(何を見て受診したか)

・緩和ケアマップの作成

■専門的緩和ケアのアクセス方法の確立

・県内共通の専門的緩和ケアのアクセス方法を作成

・県内共通の専門的緩和ケアのアクセスに関するパンフレットなどの配布

「都道府県内の共通目標・共通指標」モデル事例

目指す県：地域の療養の場でも切れ目なく患者の意向に沿った緩和ケアが提供できる県

目標：患者・家族が希望する療養場所で切れ目なく緩和ケアが提供できるよう、地域との連携体制を構築、強化する

活動案とその指標設定の方向性：

■地域連携の強化

・在宅、地域から拠点病院への緩和ケア患者の紹介数

・地域から拠点病院への緩和ケアコンサルテーション件数

・地域連携カンファレンス、講演会の実施回数

・地域主催の多職種連携の会、勉強会の参加回数

・在宅連携指導管理料算定数

・地域へのアウトリーチ件数

ます。例えば、「いつでも、どこからでも緩和ケアにアクセスできる県」になるためには、どのような目標を掲げ、どのような活動ができるのか。また、「すべての医療者が患者・家族の望む緩和ケアを実施できる県」になるためにはどうすればいいのか。そのようなことを議論して、これらのモデル事例を作成しましたので、ぜひ、こういった参考資料も必要に応じて用いながら検討していただきたいと思います。

では、各都道府県で取り組もうというときには、実際にどのように進めていけばよいのでしょうか。次のスライドは、進行手順の一例です。やり方はそれぞれの都道府県で自由に決めていただいて問題ございませんが、スライドに示したような手順で進めていったところ、私たちはうまく進めていくことができましたので、ご紹介いたします。まず最初にグループに分かれて複数の病院・多職種が混ざり合い、「自分たちの県はどのような

各都道府県で進めていくときのグループワークの手順

目的1：都道府県単位での緩和ケアの質の向上に向けた取り組みを進めていくための「都道府県内の共通目標」を定める

- ①自分たちの県が緩和ケアに関してどのような県になってほしいのかグループ（複数病院・多職種で構成されるグループ）で話し合う。
- ②県内で、がん拠点病院等が共通で目指す「共通目標」の候補をグループ内で羅列する。
- ③ 羅列した「共通目標」の候補の中から、「自県で採択したい共通目標」を選ぶ。（1つでも良いし、複数でもよい）
- ④会場全体で、自県が目指す「共通目標」を選ぶ
- ⑤選んだ「自県で目指す共通目標」の進捗状況を測定する「共通指標」案を考える（直接測定できない場合は、代替指標を考える）

目的2：各病院が自分たちの「施設目標」「施設計画」を作る

- ⑥病院単位でグループを作り、選んだ「共通目標」を達成するために、自分のたちの病院の「施設目標」「施設計画」について話し合う

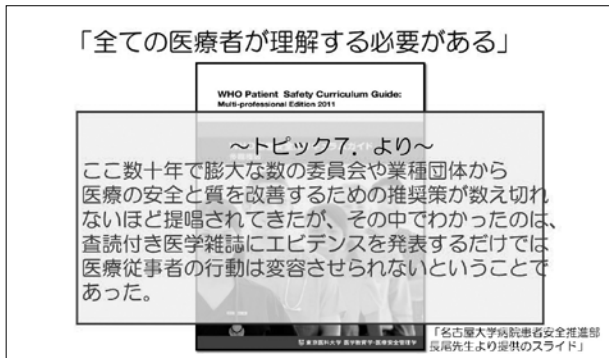
ていくのがよいのか」を考えてもらいます。2番目にグループの中で共通目標の候補を列挙してもらい、3番目に候補を1つまたは複数に絞り込みます。4番目に会場の参加者全体で共通目標を選び、5番目に「どのような指標があるのか」、6番目には「自分たちの病院では何ができるのか」を考えます。このような形で進めていくとよい成果物ができるのではないかと考えています。

これまで「都道府県レベル」での話をしてきましたが、都道府県によっては、都道府県内にとても多くのがん治療病院があって、地域性もいろいろと異なり、それぞれ実情が違うという都道府県もあると思います。そういった場合は都道府県単位ではなく、2次医療圏単位で、このような取り組みをしてみてもよいかと思えます。特に、地域レベルになればなるほど、地域連携に関することや、実際に臨床現場で困っていることなどが共通目標として掲げられやすく、具体的に考えやすいという面もあります。そうした点を踏まえながら共通目標を考えていくという視点も、ぜひ取り入れてもらいたいと思います。

ここまで、緩和ケアをテーマに説明してきましたが、このような「共通目標・共通指標の作成」に関しましては、実際に愛知県が具体的でとても素晴らしい取り組みをされています。それをこれからご紹介いただきますので、ぜひ、このような視点を持っていくことに関心を持っていただきたいと思います。私たちはこれからも、がん患者さんの生存率向上やQOL向上につながるような取り組みを考え、皆様に提案・提供していきたいと思っています。

愛知県がん診療連携拠点病院協議会 PDCAサイクルの共通の取り組み

藤田医科大学 河田 健司



これは、名古屋大学病院の医療の質・安全管理部の長尾教授からいただいたスライドです。「全ての医療者が理解する必要がある」。ここ数十年、膨大な数の委員会や業界団体から、医療の安全と質を改善するための推奨策が数え切れないほど提唱されてきました。その中でわかったのは、「査読つきのエビデンスを発表するだけでは医療従事者の行動を変えることはできない」ということでした。では、どうすれば変えることができるのか。それが「PDCAサイクル」です。



医療界が最近、PDCAサイクルを進めています。それよりもずっと以前に、日本の産業界、主に製造業の業界が、このPDCAサイクルというものを作り、それを実行することによって人の行動を変える「改善」に取り組んできました。ここに書かれている内容は、愛知県の28病院が共通認識として持っていることですので、少し細かい文字になりましたが、紹介させていただきます。

チームや組織において、仕事をする上で、さまざまな課題が発生する。その多くは原因がわかっているが、何かしらの事情があって、できていない。その問題に、ど

うアプローチしていくか、日本の産業界が取り組んできた歴史があります。

アウトカムな競争はあまり意味がなく、プロセス競争やコンプライアンス競争に移っている。例えば自動車の脱輪については、年間に何件発生したかではなく、企業において車のタイヤを装着する業務の標準化ができていないのか、あるいはその業務を職員が遵守できているのかのプロセス、そうしたもので安全性を比較することを製造業は行っているわけです。

WHOが2011年に出したカリキュラムには——これは冒頭のスライドでご紹介した部分です——「エビデンスを発表するだけでは行動を変えることはできない」と記されています。

アメリカは、日本製品の品質が高い要因をPDCA手法であると考え、その手法を持ち帰り、あらゆる分野でPDCAを導入した。それが医療分野にも導入され、今、日本に逆輸入されています。

産業界は以前から、ご覧のような「労働安全衛生マネジメントシステム」を書店で販売しています。PDCAを開始するにはどうすればいいのか。規約を作り、リスク管理表を用いて、リスクアセスメントを行う。そうした基本的なことが、この本にマニュアルとして書かれています。

| 診療の質を高めるとは？ | | |
|-------------|------------------|---------------|
| | 自動車の脱輪 | がん医療のPDCAサイクル |
| アウトカム | 脱輪件数 | 個々の取り組みの改善 |
| プロセス | 車のタイヤを装着する業務の標準化 | PDCAサイクルの標準化 |
| コンプライアンス | 業務の遵守 | 業務の遵守 |

共通の取り組み→効率的なPDCAサイクルの標準化

診療の質の均てん化とは？
⇒PDCAサイクルの標準化と業務の遵守

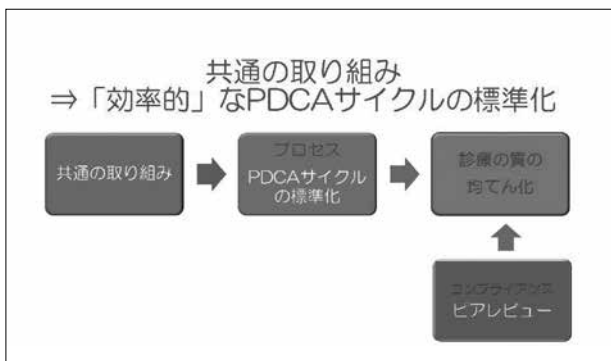
がん診療の分野で、「診療の質を高める」ためにPDCAサイクルを導入したのは、2014年のことでした。診療の質を高めるとは、ということなのか。自動車の脱輪と比較して考えると、わかりよいと思います。

自動車の脱輪については、「脱輪の件数」をアウトカムとする取り組みがあると思いますが、先ほどお話し

たように、今は脱輪の件数を評価しているのではなく、「車のタイヤを装着する業務の標準化があるか・ないか」、そしてそれが「しっかり守られているか・いないか」、プロセスとコンプライアンスにおいて、製造業は評価をされているわけです。

がん医療のPDCAサイクルについては、脱輪の件数（アウトカム）が「個々の病院の取り組み」、プロセスが「PDCAサイクルの標準化」にあたります。これからお話しする「共通の取り組み」を行うことによって、効率的にPDCAサイクルの標準化ができた。私たちはそのように考えています。

「診療の質の均てん化」を目標とするPDCAサイクルは、2014年から始まりました。では、具体的にはどういうアウトカムが出ればいいのか。私たちが今、考えていることは、「PDCAサイクルの標準化」と「業務の遵守」ができていれば、診療の質が向上したと言えるのではないか、ということです。医療業界がPDCAサイクルを行う前に、製造業の産業界が長い年月をかけてこういう結論に至っていることを考えれば、おのずと答えが見えてくると思っています。



「共通の取り組み」というのは、「効率的」なPDCAサイクルの標準化を行うための、1つの手段であると考えています。共通の取り組みを行うことによって、PDCAサイクルの標準化が効率的に行えるようになります。また、プロセスがしっかりしているということが、診療の質の均てん化（高いレベルで同じように標準化されていること）につながります。

今日、ピアレビューの話を聞いて頭の整理ができたのですが、ピアレビューで「コンプライアンスを評価する」「業務の遵守をレビューする」のは、厚生労働省、あるいは県庁などの役割ではないかと思いました。

神奈川県や山口県、千葉県の先生方にお話しいただいたピアレビューは、「プロセス」のほうに入るのはないかと思います。監査的なレビューではなくて、支持的なレビューというものは、コンプライアンスがしっかり守られているか否かを確認するものではありません。ピアレビューそのもののプロセスがしっかりできているか

否か、そこがアウトカムではないかということが、私の頭の中で、今日ははっきりしました。

要するに、ピアレビューを行うための「マニュアル」「標準化」といったものが、県内でしっかり決まっていて、その通り行うことができれば、それは「診療の質の均てん化」が行われていることのアウトカムになる。今日は、そのようなことを思いました。

愛知県がん診療連携拠点病院PDCAサイクル部会
PDCAサイクルの標準化（雛形）

「名古屋大学病院患者安全推進部長尾先生より提供のスライド」

PDCAの流れ（問題解決8ステップを用いる）

| | | | |
|----------------|------------------------|--------------------------------------|-------|
| 1. テーマ選定 | 改善したいテーマを決める(固まっていること) | | |
| 2. 現状把握 | 現状を把握する(現地視察、ブレイクダウン) | パレート図、P管理図、フローチャート、チェックシート、根拠表、多変量解析 | |
| 3. 目標設定 | 重点系の設定と達成レベルの設定 | 定量的な数値設定 | Plan |
| 4. 要因解析 | 真因(根本原因)を特定する | 特性要因図、FMEA(根本原因分析) | |
| 5. 対策立案 | 真因に対して対策を立てる | 手順の改善、教育、周知 | |
| 6. 実施 | 対策を実施する | | Do |
| 7. 効果の確認 | 効果を確認する | パレート図、P管理図、有無検定 | Check |
| 8. 今後の取り組み・標準化 | 定着化する | 定着に向けた課題を定直し、2期目へ | Act |

「名古屋大学病院患者安全推進部長尾先生より提供のスライド」

これが、愛知県がん診療連携拠点病院PDCAサイクル部会のPDCAサイクルの標準化、ひな形です。昨年9月に愛知県で部会が開催され、そこに国立がん研究センター・加藤先生と神奈川県立がんセンター・酒井先生にも来ていただいて、講演をお願いしました。部会では、翌月ピアレビューを愛知県で行うかどうかを検討したのですが、その前に、各病院のPDCAサイクルの取り組みに関する定例の話し合いも行いました。そのときに紹介したのが、この「問題解決の8ステップ」を用いたPDCAサイクル、トヨタ自動車方式のPDCAサイクルです。

名古屋大学病院の長尾先生は、2014年の第1回PDCAサイクル部会開催以来、アドバイザーとして毎回、参加して下さっています。初めは「非常にベーシックな測定から始めてください」というアドバイスからスタートし、3、4年前からは「問題解決の8ステップ」を用いて、「このステップの、この部分が足りないから直してください」というようなアドバイスを続けて下さいました。

もちろんレクチャーという形ではありましたが、「愛知県で、そこまでこういった取り組みが進んでいるのであれば、標準化したひな形を作ってほしい」という意見が、前回の9月の部会でフロアから出されました。この

ような経緯でPDCAサイクルの標準化、ひな形作りに取り組むことが決まりました。

PDCAサイクルは、Plan、Do、Check、Actの4つに分かれますが、Planの部分さらに5つに分けて、そこに8割の時間とエネルギーをかけるのが、トヨタ自動車のPDCAサイクルの取り組みです。「テーマ選定」をして「現状把握」「目標設定」「要因解析」「対策立案」、ここまでで全体の8割を使います。残りの2割で「実施」と「効果の確認」、「今後の取り組み・標準化」を行います。

Plan(1) テーマ選定
多くの問題・・・何から着手するか？

視点

- 患者からのクレーム
- 重大な有害事例
- 数、割合が多い事例
- 最近増えた事例
- 関係者からの要望（自部署に求めるもの、他部署に求めるもの、安全管理部からの要望）
- 標準値（全国平均など）との差
- 自部署のQI
- IPSG（国際患者安全目標）などの一般的な目標

困っていること、繰り返し起きていること

（患者確認、コミュニケーション、ハイアラート策、感染・手技の確認、感染対策、転倒転落）

「名古屋大学病院患者安全推進部長尾先生より提供のスライド」

具体的なひな形ですので、一つ一つが細かく書かれています。「テーマ選定」の視点にとりしては、困っていること、繰り返し起きていることについて、ご覧のような項目を検討して、各病院で何から着手するのか考えていただきます。

Plan(2) 現状把握

視点

- どのくらい発生しているか？（発生頻度）
- どんな条件で発生するか？（患者、職種、経験、季節）
- どんな流れ/場面で発生するか？
- 一番多い項目は？
- 他と比べて何が違う？（多変量解析）
- 相関しているものはあるか？

現地現物

層別化ブレックダウン

アンケート

多変量解析

「名古屋大学病院患者安全推進部長尾先生より提供のスライド」

「現状把握」については、どれくらい発生しているか、どんな条件で発生するか、どんな流れで発生するか、一番多い項目は何かといった視点で考えます。

Plan(3) 目標設定
重点系の設定と、達成レベルの設定

視点

- 現状把握の結果、どこに重点を置きますか？
- どの程度の改善を目指しますか？（撲滅・ゼロ化・昨年比半減など、明確な数値目標を設定する）

「名古屋大学病院患者安全推進部長尾先生より提供のスライド」

「目標設定」は、重点系の設定と、達成レベルの設定です。重点をどこに置くか、あるいはゼロを目標とする

のか、半分を目標とするのか、数値目標などを決めます。

Plan(4) 要因解析
なぜ目標と現状にギャップが生まれているのか、に注目し真因を探る

- 特性要因図（発生の仕組み、因果関係）
- なぜなぜ分析（根本原因分析、RCA（Root Cause Analysis））

真因の追求

ブレインストーミング

「名古屋大学病院患者安全推進部長尾先生より提供のスライド」

「要因解析」では、なぜ目標と現状にギャップが生まれているのかに注目し、真因を探っていきます。

Plan(5) 対策立案
真因への対策を立案する

- 真因1に対する対策1
- 真因2に対する対策2
- 真因3に対する対策3

システム思考（なるべく人に依存しない対策を）

ブレインストーミング

「名古屋大学病院患者安全推進部長尾先生より提供のスライド」

そして、その真因への対策をしっかりと立てる。先ほど千葉県先生からも話がありましたが、言いたいことをみんなでディスカッションするブレインストーミング方式も有効な手段とされています。

Do 実施
担当者・期日を決め、実施する

- 対策1の担当者、期日
- 対策2の担当者、期日
- 対策3の担当者、期日

工程表を作成する

「名古屋大学病院患者安全推進部長尾先生より提供のスライド」

そして、実際に行くと決まったら、担当者や期日を決めて工程表を作成し、実行します。

Check 効果の確認
介入前と介入後と比較する

視点

- 件数は減ったか
- 構成順位は変わったか
- 有意な差といえるか

管理図

パレート図の比較

介入前

介入後

できれば有意検定

「名古屋大学病院患者安全推進部長尾先生より提供のスライド」

介入前と介入後と比較してチェックします。

**Act 今後の取り組み・標準化
定着させる**

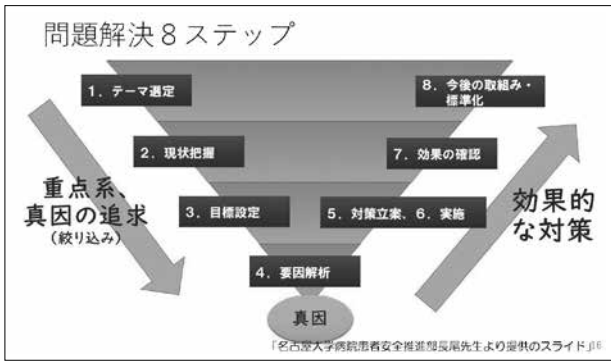
- 定着に向けた課題を選定し、2周目に繋げる
- 多くの場合、「標準化がまだまだ弱い」という課題が浮き彫りになる

「名古屋大学病院患者安全推進部長尾先生より提供のスライド」15

最後に、その取り組みを定着させます。

ここまでの、今回、新しく作られた——と言ってもいいと思いますが——愛知県のPDCAサイクルの取り組みの標準化、ひな形です。

名古屋大病院の長尾先生は医療安全の専門家です。現在、医療の質・安全学会の理事長もされています。厚生労働省の研究事業「ASUISHIプロジェクト」の責任者であり、国の研究費1億5000万円をかけて、トヨタ自動車の品質管理手法を医療安全に応用した研究や人材育成事業などを指導しています。今回の「PDCAサイクルの標準化」は、ASUISHIプロジェクトとは別の取り組みですが、このようなトヨタ自動車方式を県内28病院で実行することになっており、そういう波及効果、恩恵を愛知県は受けていると言ってもよいかもしれません。



テーマを選定して、現状把握、目標設定、要因解析、対策立案、実施、効果の確認、今後の取り組み・標準化。このようなひな形を作ろうという意見がフロアから出されて、実際にこれを行うことになりました。それが実現できたのは、2014年の第1回部会の際に「共通の取り組み」を提案し、全ての病院から了承をいただいて実施してきたからだと思います。

各病院は、PDCAサイクルについて、それぞれ個々の取り組みを行うわけですが、「共通の取り組み」があると、非常に標準化しやすいのです。非常にレベルの高いトヨタ方式を全ての病院で実行できるようになったのも、共通の目標があったからだと思っています。

「共通の取り組み」については2014年に部会ができたときに提案し了承されましたが、実際に開始されたのは

2015年からです。取り組みを行ってきて、どのような点がポイントなのかについて、これからお話しします。

共通の取り組み：ポイント 1
PDCAサイクル部会に参加している施設に温度差があるということを理解する

- 施設ごとの温度差
- 職種ごとの温度差

まず、部会に参加している施設には温度差があるということを理解する必要があります。施設ごとの温度差もありますし、職種ごとの温度差もあります。

**愛知県がん診療連携協議会
PDCAサイクル推進検討部会**

- 共通の基盤：規約・リスクアセスメント表・リスク管理表
- 医師・看護師・薬剤師・事務の4職種：各病院担当者
- 医師・看護師・薬剤師の分科会⇒各職種の視点で、愛知県全体のがん診療レベルの向上（均てん化）になる共通の取り組み
- アドバイザー：医療の質安全の専門家
- 年2回の開催

これは2014年にPDCAサイクル部会ができたときに、こういうことを行っていこうと決めた内容です。まず、共通の基盤である「規約・リスクアセスメント表・リスク管理表」を作成する。これは先ほど紹介した「労働安全衛生マネジメントシステム」に書かれているベーシックな部分です。また、各職種の担当者に参加していただき、分科会を作りました。この分科会で何かしら、職種にかかわらず、県全体のレベルが上がるような「共通の取り組み」を考えていくことになりました。

分科会の設立

| 分科会の職種 | 取り組み |
|--------|---|
| 医師 | なし |
| 看護師 | • 抗がん剤の血管外漏出対応の標準化（案） |
| 薬剤師 | • B型肝炎再活性化対策 • 抗がん剤曝露対策 • 免疫チェックポイント阻害薬 |

分科会が設立されて、これらの取り組みが提案されました。これを見ていただくとわかると思いますが、職種ごとに温度差があるわけです。医師からはこれまで、取り組みの提案はありません。看護師は「抗がん剤の血管外漏出対応の標準化」について、何年もかけて話し合っ

| レベル | チームASTEPPS | 目標 | 明文化 | 測定 分子・分母 |
|-----|--|---|--|------------------------|
| 1 | 1-4 •問題意識の共有 •チームを作る •明確な目標 •ビジョンの共有 | •HBe抗原、HBe抗体、HBe抗体の化学構造、行政上の感染全体の検査率の把握 •熟知 | •チーム内の役割の明文化 •目標・ビジョンの明文化 | •検査進行患者数 /化学療法進行患者数 |
| 2 | 5-6 •短期的な成果を計画的に生み出す | •診療科毎の検査率の把握 •検査率の低い診療科の選出 •システムとの連携 •さらなる熟知：医療者の責任が問われる感染制御の事例になる | •システムと何を連携するかの明文化（検査結果の表示法、感染全体の抗体検査実施リストなど） | •各診療科検査数 /各診療科の患者数 |
| 3 | 7 •取り組みの推進・継続 | •抗体陽性患者：3か月毎のフォロー •診療科毎のデータ | •方法（リストの作成 法・保管法・3か月毎のチェック・業務の仕方の明文化） | •できていない患者数/抗体陽性患者数 |
| 4 | 8 •新たな取り組み | •事例に結果を知らせる+カルテ記載 | •方法の明文化 | •できていない患者数/抗体陽性患者数 |

のを、「B型肝炎再活性化対策」の目標に合わせてレベル1、2、3、4の順番で進めていく表を作りました。これを1つのモデルとして配布し、取り組みを行いました。

共通の取り組み：ポイント 3
医療安全の専門家のアドバイス

問題解決8ステップ

- 1 問題の明確化（背景・目的・問題）
- 2 現状把握
- 3 目標設定
- 4 要因解析
- 5 対策立案
- 6 実施
- 7 効果・効果の確認
- 8 今後の取り組み・標準化

ポイントの3つ目は、「医療安全の専門家のアドバイス」を求めることです。PDCAサイクルを行う上で、問題解決のステップが8つに分かれているということ、私たちは、長尾先生から教えてもらうまで知りませんでした。

QC7つ道具

「名古屋大学病院患者安全推進部長尾先生より提供のスライド」

このような「7つの道具」があることも、教えていただきました。使いこなすのはなかなか難しいとは思いますが、こうした道具を用いることで、PDCAサイクルを

測定の難しさ

- ◆業務工程が標準化されていないためばらつきが測定できない
- ◆重大事故の数や、インシデント数はアウトカムになりにくい
- ◆チームワークなど、そもそも測定しにくい要因に左右される

「名古屋大学病院患者安全推進部長尾先生より提供のスライド」

効率的に行うことができます。

それから、「測定の難しさ」。医療安全の専門家は、それをよく知っているわけです。PDCAに取り組み始めた最初の数年間、長尾先生から「測定しなさい」「明文化しなさい」と教えていただきました。測定がどれだけ難しいかを知っている専門家からいただくアドバイスは、非常に適切・的確なものです。

医療安全の専門家のアドバイス例

- 質問
B型肝炎再活性化対策ではゼロにするという明確な目標があり、対策方法などの道筋がすんなりと決まったが、今回の免疫チェックポイント阻害薬では、スクリーニングやモニタリングをきちんと実施したとしても有害事象が発生してしまい、なかには重症化してしまうものもある。このあたりを安全に行うためにはどのような点を重要視すればよいか。
- アドバイザーの回答
PDCAサイクルの観点では言えば、現在は問題の特定という極めて重要なフェーズである。適正ガイドラインを遵守することが結果に結びつくのが感触があまりないということだったが、ガイドラインに沿うことが有害事象の発生改善につながるのか、ガイドラインに足りない早期発見できる体制の構築が組み込まれれば未然に防ぐことができる事案がどれくらいあるのかなど、現状把握に進んでいくのが次のステップになるかと思う。適正ガイドラインの遵守率など明確なものが目標として示しやすいのではないかと。

これは、専門家からのアドバイスの一例です。現在、愛知県は「免疫チェックポイント阻害薬」の取り組みを行うことを検討していますが、この薬を使うと、時々、とても強い副作用が出る方々があります。副作用の重症化は、スクリーニング検査を定期的に行うと防げるというのではなく、起こってしまうわけです。ですから、スクリーニング検査をしっかりと行うなど「ガイドラインを遵守」するほうがよいのか、あるいは、何かあったら早く病院に来てもらうというような「患者指導」にウエイトを置くべきなのか。そのようなディスカッションが今、愛知県ではなされています。

そのときの長尾先生の回答が、このアドバイス例です。まだ決着したわけではないのですが、PDCAサイクルの観点でいえば、現在は「問題の特定」という極めて重要なフェーズ、「Plan」の段階です。「適正ガイドラインを遵守することが結果に結びつくとの感触があまりない」のであれば、ガイドラインに沿うことが有害事象の発生改善につながるのか、ガイドラインに足りない早期発見できる体制の構築が組み込まれていたら未然に防ぐことができる事案なのか、それがどれくらいあるのか、「現状把握」に進んでいくのがこの次のステップですよ、と。適正ガイドラインの遵守率がどれくらいなのかを明確にしていくことが「目標値」でもよいのではないかと。こうしたアドバイスをいただいて、今、それぞれの病院で取り組みを行っているところです。

ポイントの4つ目は、「ゆっくり進める」ことです。取り組みのモチベーションが低い施設にスピードを合わせる。ゆっくりやることにも、意味があるということです。「ゆっくり取り組む」とは、どういうことかということ、「免疫チェックポイント阻害薬」の取り組みについては、

共通の取り組み：ポイント 4
ゆっくり進める

- 取り組みのモチベーションの低い施設にスピードを合わせる
- Planに時間をかける

愛知県がん拠点病院のPDCAサイクル取り組み数の推移

| | 2015年 5月 24病院 | 2015年 10月 26病院 | 2016年 6月 27病院 | 2017年 2月 27病院 | 2017年 9月 28病院 | 2018年 2月 28病院 | 2018年 7月 28病院 | 2019年 2月 29病院 | 2019年 9月 28病院 |
|-----------------------|---------------------|----------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| 取り組みの総数 中央値 (幅) | 133 4 (1-15) | 166 5 (1-15) | 187 6 (1-15) | 210 7 (2-19) | 220 8 (2-18) | 203 6 (2-18) | 222 8 (2-19) | 228 8 (2-21) | 250 8 (2-22) |
| 施設フォロー ポイント数 集 | | | | 2 | 8 | 11 | 16 | 17 | |

昨年9月時点で28病院のうち17病院しか取り組んでおらず、残りの11病院はまだ取り組めていないわけです。こういうときに何か具体的なActionをしっかりと行おうと言っても、11病院がついてこれられない可能性があります。ですから、もうしばらくみんなで考えてみよう、ということになっています。

そうしているうちに、早くから取り組んでいた病院がPDCAサイクルを回して、課題を抽出してくれます。それを聞いてみると、「ここがポイントだ」とわかるわけです。ですから、「ゆっくり進める」「モチベーションの低い施設にスピードを合わせる」ということは、「Planに時間をかける」に通ずるのではないかと思います。

共通の取り組み：ポイント 5
PDCAサイクルは「良い」とわかっていることを実行するもの

- 多施設共同の臨床研究ではない
- 「良い」ことを証明するものではない
- この部会では県内の医療の質を上げていくためにどうしたらよいか議論すべきで、どのテーマでいくかを話し合う場ではないかと思う
- 学会発表や論文を作成することが目的ではないのではないか

5つ目は、「PDCAサイクルは『良い』とわかっていることを実行するもの」だということです。この「B型肝炎再活性化対策」は、28施設で何かアウトカムが出てくる。すると、何となくその場が、臨床研究をやっているような雰囲気になります。測定をして、分母と分子が出てくると、それが「改善した」ような錯覚に陥ってしまうのですね。

120~130人という大勢の人が毎回、部会に出席するわけですが、その場の雰囲気がまるで臨床研究のようになってしまう。PDCAサイクルは、決して「どちらが『良い』か」を確認するものではなく、ガイドラインに出ているような「『良い』とわかっていること」を遵守するものです。そのためにどうしたらよいかを考える場であると認識し、その軸がぶれないようにしておいたほうがよいと思います。

「この部会では、県内の医療の質を上げていくためにどうしたらよいかを議論すべきであって、どのテーマでいくか、臨床研究のテーマを決めるような雰囲気です話し合う場ではない」「学会発表や論文を作成することが、この会の目的ではない」といったダイレクトな意見もいただきました。事務局長などの立場にある人は、そうした意見に耳を傾け、気持ちを理解することも必要だと思います。

とはいえ、やはり論文にできるのであれば、したほうがよいと思っています。「B型肝炎再活性化対策」については、現在、英語の論文にして投稿しています。せっかく28病院のB型肝炎の発生率やレジメンなどのデータがあるわけですから、公表できるものは公表していこうと思っています。

共通の取り組みのポイントのまとめ

- PDCAサイクル部会に参加している施設に温度差があるということを理解する
- 取り組みやすい課題から開始する
- 医療安全の専門家のアドバイス
- ゆっくり進める
- PDCAサイクルは「良い」とわかっていることを実行するもの

以上が、ポイントのまとめです。

まとめ

- PDCAサイクルを行う目的である「診療の質を高めること」はアウトカム評価ではなく、プロセス（PDCAサイクルの標準化）とプロセスの遵守（コンプライアンス）で評価
- 「共通の取り組み」は、PDCAサイクルの標準化を効率的に実現する手段

PDCAサイクルを行う目的は、「診療の質を高めること」です。これを目標として2014年、PDCAサイクルが拠点病院の要件に入りました。アウトカム評価ではなく、「プロセス」（PDCAサイクルの標準化）と「プロセスの遵守」（コンプライアンス）で評価を行っていく。

PDCAサイクルの標準化に取り組み、標準化を効率的に実現するための手段として、「共通の取り組み」は非常に有効であると考えています。

Q & A

(質問者) 愛知県では、PDCAサイクルを回す手法や基本的な考え方を県内の施設で共通化するために、長尾先生の指導を受けているというお話でした。実は、千葉県はそこにあまり力を入れずに、「やってみてください」「自然に覚えてください」という形で進めていたので、すごく参考になりました。

県共通の目標の例として「B型肝炎再活性化対策」が紹介されていましたが、薬剤師の分科会の3つのテーマが県共通の目標で、各施設はその目標達成に向けて頑張る、ということでしょうか。

(河田) そうですね。最初に取り組んだのは、「B型肝炎再活性化対策」です。2つ目が「抗がん剤曝露対策」で、ガイドラインが出ましたので、そのタイミングで取り組もうということになりました。まずパイロット的に7病院の化学療法室・センターで、どれぐらい抗がん剤がこぼれ落ちているかを検査し、業者に依頼して濃度の測定などを行いました。ところが、今回出された抗がん剤の曝露対策ガイドラインは、カットオフ値が明確ではなく、抗がん剤として投与した人には発がん性があっても、曝露によって実際にがんになるようなレベルではなかったことが、ガイドラインをよく見るとわかるわけです。そのため、検査までは行ったものの、途中で「各病院では取り組むけれども、県全体で行うのは難しい。これはここまでにしましょう」ということになっています。

次の取り組みは「免疫チェックポイント阻害薬」を予定しているのですが、以前にこのテーマについて話し合った2018年2月から1年半たった昨年9月時点で、まだ17施設しかできていません。このような状況で、全体で取り組もうと決めても、ついてこられない病院が出て来る可能性があります。ですから、二十数施設ぐらいまで増えるのを待って、具体的な目標に取り組んでいこうと考えています。恐らく今年の3月には超えていると思いますが、県内全部の病院で取り組むことは、努力目標としたいと思います。

(質問者) すると現在は、「B型肝炎再活性化対策」に全ての施設が取り組み、それが県共通の目標になっているという理解でよろしいですか。

(河田) そうですね。

(質問者) まず各施設が、何か目標を立てればよいということですか。

(河田) まず1つ、明確なカットオフ値などが定められたガイドラインのある課題に取り組むと、標準化がしやすいと思います。

(質問者) わかりました。ありがとうございました。

(国立がん研究センター・加藤) 愛知県の場合は、PDCAサイクルをどう標準化していくかに力点を置いています。それはやはり、専門家のアドバイスがあってこそなので、その取り組みを教えていただくことが、他県にとっては有意義なことだと思っています。

(中国立がん研究センター・中釜) 愛知県の取り組みは、大変勉強になりました。「PDCAサイクルを標準化する場合は、アウトカム評価ではなくて、そのプロセスやコンプライアンスを評価すべきである」「PDCAとは1つのシステムであり、それをいかにマネジメントするかが重要である」というお話だったと思います。私は、「マネジメントの中に標準化があり、効率化がある」というふうにお聞きして、標準化についてはよく理解できたのですが、効率化に関しては、あまり触れられていなかったと思います。標準化したシステムを、いかに効率的に運用するか。これは恐らく多くの拠点病院が実際に困っている点だと思います。そのあたりに関して、現状で、何かよいご意見はございますか。

(河田) 標準化したものを効率的にするのとは逆の発想になりますが、まず共通の目標があると、効率的に運用できるかもしれません。

(中釜) 例えば千葉県の取り組みでは、モチベーションを持った人がいると、大きく変わるという報告がありました。それは理解できるのですが、そのように属人的な要素ではなく、システムとして効率的に回せないものかと思い、質問させていただきました。

(河田) モチベーションの高い人や若い人の意見を聞いたらどうかという話がありましたが、若くてやる気のある人に意見を言ってもらうのはいいとしても、28病院全体で実施することをその人に任せるのは、少しリスクがあると私は思います。

(質問者) 1点感じたのは、そういう効率化の部分を含めてマネジメントについて研究するのが、いわゆるDI研究であり実証研究なのではないか、と。そのような理解でよろしいですか。

(河田) そこまで考えたことはありませんでした。すみません。

(加藤) ありがとうございます。今回は本当に、いろいろな視点を投げかけていただきました。これを受けて、各県の方々が、自分たちの県にどう取り入れていくのかを考える貴重なお話をいただけたと思っております。

がん相談支援のPDCAサイクルの確保に関する取り組みについて

国立がん研究センター 高山 智子



本日は、情報提供・相談支援部会の部会長として、「がん相談支援のPDCAサイクル確保に関する取り組み」について、ご紹介させていただきます。

「がん相談支援センター」は、2005年に「相談支援センター」として始まり、どんな活動をしていくかを、地道に現場単位で培ってきました。まず、部会として「活動を見える化する」取り組みを始めたのが2015年で、現在、4～5年が経過したところです。相談件数については、「なかなか同じようにカウントできていない」ことが課題となっておりました。そこで、2015年に部会の参加施設の先生方にワーキンググループを作っていた

第5回部会資料 (2015年6月)

がん相談支援センター指標骨子

<目標の整理と対応する指標について>

| アウトカム | プロセス | 測定指標 | 構造 | 施策 |
|--------------------------|--|---|--|---|
| 最終目標 困っている患者・家族が減る | 必要な条件・状態 相談の場があると感じる人が増える 相談支援センターの役割を知っている人が増える 患者が孤立しない | 測定指標 【住民調査】 【患者体験調査】 【相談の場がある】 【相談支援センターについて】 | 構造 相談スペース ダイヤル シーの併設 研修場 電話相談 自費電話 | 施策 必ずがん相談支援センターに表記する 相談支援センターについて積極的に周知する |
| 中間目標 相談の場があると感じる人が増える | その人にとってわかりやすい相談場所・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 | 実施状況の例示 ・セナーの窓口をわかりやすく提示した ・セナー外で出張がん相談を行った ・セナーの場をつつた ... ・案内を個別に配布している | 測定指標 院内・院外での相談対応件数 【住民調査】 【患者体験調査】 【相談の場がある】 【相談支援センターについて】 | 施策 必ずがん相談支援センターに表記する 相談支援センターについて積極的に周知する |
| 最終目標 困っている患者・家族が減る | 必要な条件・状態 相談の場があると感じる人が増える 相談支援センターの役割を知っている人が増える 患者が孤立しない | 測定指標 測定指標 測定指標 測定指標 | 構造 相談スペース ダイヤル シーの併設 研修場 電話相談 自費電話 | 施策 必ずがん相談支援センターに表記する 相談支援センターについて積極的に周知する |

○◎ がん相談支援センター PDCA実施状況チェックリスト
★ 各県で取り組みましょう！
(例) は、第6回部会資料で提示 (2015/12)

ものを2015年に作成いたしました。一番左が「アウトカム」で、最終的にどんな姿を目指すのか。「困っている患者さん・家族を減らす」というのが、最終目標です。その中で、相談支援センターができることとしては、「頼りにできる人・相談できる場を提供する」「相談できる場があると感じる人を増やす」などがあります。そして、そのためにすべきこと・できることが「プロセス」です。その1つが、自分の相談支援センターではどんな活動ができるのかを列記した「実施状況の例示」で、各県が内容を定めて取り組んできました。

がん相談支援におけるPDCAの活動状況

*これまで行ってきた都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 情報提供・相談支援部会と研究班の活動

■ どう測定するか “活動の見える化と

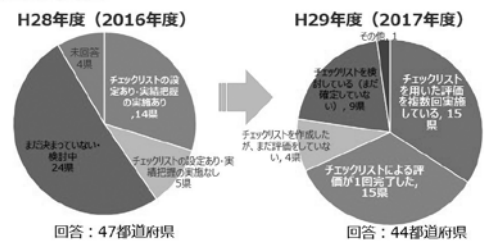
相談件数のカウント”

- 1) 「利用者調査」→ 研究班の協力を得て検討を開始する
- 2) 「相談件数」 → 研究班の協力を得て検討を開始する
- 3) 「相談件数以外の項目」 → 現況報告で
- 4) 「実施状況」 → 各県で決めた活動内容の測定・見える化

検討してきたのは、この4点についてです。「利用者調査」は、実際に相談支援センターを利用された人から、どう評価されているか。これは最終的に「アウトカム」の評価になると思います。そして、課題になっていた「相談件数」。また、例えばサロンの運営など、相談件数にはあらわれないさまざまな活動をしておりますので、「相談件数以外の項目」の評価も、「見える化」の1つになるでしょう。そして、どんな活動をしているのかという「実施状況」。これについても、各施設や都道府県で活動内容と目標を定めていくことになっています。本日のこれまでの発表の中にもあったように、相談支援センターにおいても、こういった測定・見える化、目標の選定などに取り組んでまいりました。

このような「がん相談支援センター指標骨子」という

都道府県単位のPDCAサイクル確保の取り組み：全国状況



● チェックリスト以外の取り組み (あり13県/なし31県)

- 各病院を訪問し、実際に見学した上で相互評価を行う取り組み
- 部会・実務者会等での目標値の設定、実施内容の計画、中間評価、最終評価
- がん相談後のアンケート調査
- 10日間限定で各拠点病院の相談件数を県全体で集計 等

この活動に取り組む始めて、各都道府県ではどのぐらいの変化があったかを、部会として確認しました。2016年度は「実施状況チェックリスト」の利用が14県ほどでしたが、2017年度は、このチェックリストを使って1回以上確認をしていた相談支援センターが過半数を占めま

した。このように、各県で広がりを見せており、皆さんがチェックリストを活用していることがわかりました。

ご存じのように、第3期のがん対策推進基本計画が新たに策定されて、その後に整備指針ができました。これに対し、相談支援センターの現状の課題を示して、改善点を盛り込んでもらおうと、提言を作成いたしました。

主な提言としては、例えば「拠点病院だけではなく、都道府県、行政を巻き込んだ活動が必要である」ということ。また、これまでの整備指針には「相談支援センターの周知を、相談支援センターの活動として行うように」といった書き方がされていましたが、周知は相談支援センターだけでできるものではなく、やはり拠点病院として、あるいは行政と連携して取り組む必要があると考えて提言内容に盛り込みました。その他、提言内容として出させていただいたところは、3期の基本計画には自殺対策も盛り込まれていて、この時点では相談支援センターも主要な関与者とされていましたが、やはりこれも行政と連携しつつ都道府県の取り組みとして行っていく必要があること。

相談支援センターの中では、やはり医師と患者さんが十分に話せることが大事であるとは思っていますが、そこは相談支援センターだけでなく「拠点病院（全体）として押さえてもらう必要がある」ということも、提言させていただきました。提言の一部は、改訂後の整備指針に

| 改訂後 (H30/7/31) | 改訂前 |
|---|---|
| <p>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。</p> <p>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に対する研修を要請すること。</p> <p>⑧ 地域がん診療病院とグループ指定を受ける場合には、連携協力により相談支援を行う体制を整備すること。</p> | <p>(新規)</p> <p>⑥ 地域がん診療病院とグループ指定を受ける場合には、連携協力により相談支援を行う体制を整備すること。</p> |

| 改訂後 (H30/7/31) | 改訂前 |
|---|---|
| <p><相談支援センターの業務> 以下に示す項目については自施設において提供できるようにすること。 ア がんの病態や標準的治療法等、がんの治療に関する一般的な情報の提供 イ がんの予防やがん検診等に関する一般的な情報の提供 ウ 自施設で対応可能ながん種や治療法等の診療機能及び、連携する地域の医療機関に関する情報の提供 エ セカンドオピニオンの提示が可能な医師や医療機関の紹介 オ がん患者の療養生活に関する相談 カ 就業に関する相談（産業保健総合支援センターや職業安定所等との効果的な連携による提供が望ましい。） キ 地域の医療機関におけるがん医療の連携協力体制の事例に関する情報の収集、提供</p> | <p><相談支援センターの業務> ア がんの病態、標準的治療法等がん診療及びがんの予防・早期発見等に関する一般的な情報の提供 イ 診療機能、入院・外来の待ち時間及び診療従事者の専門とする分野・経歴など、地域の医療機関及び診療従事者に関する情報の収集、提供 ウ セカンドオピニオンの提示が可能な医師の紹介 エ がん患者の療養上の相談 オ 就業に関する相談（産業保健等の分野との効果的な連携による提供が望ましい。） カ 地域の医療機関及び診療従事者等におけるがん医療の連携協力体制の事例に関する情報の収集、提供</p> |

| 改訂後 (H30/7/31) | 改訂前 |
|---|--|
| <p>ク アスベストによる肺がん及び中皮腫に関する相談 ケ HTLV-1 関連疾患であるATLに関する相談 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（削除） ク シ（略） 以下に示す項目については自施設での提供が難しい場合には、適切な医療機関に紹介すること。 ス がんゲノム医療に関する相談 セ 希少がんに関する相談 ソ AYA世代にあるがん患者に対する治療療養や就学、就業支援に関する相談 タ がん治療に伴う生殖機能の影響や、生殖機能の温存に関する相談 チ その他自施設では対応が困難である相談支援に関する相談</p> | <p>ク アスベストによる肺がん及び中皮腫に関する医療相談 ケ HTLV-1 関連疾患であるATLに関する医療相談 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 ク 相談支援センターの広報・周知活動 ク シ（略） (新規)</p> |

がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針 新旧対照表

4 情報の収集提供体制

| 改訂後 (H30/7/31) | 改訂前 |
|---|--|
| <p>(1) がん相談支援センター相談支援を行う機能を有する部門（以下「相談支援センター」という。なお、病院固有の名称との併記を認めた上で、必ず「がん相談支援センター」と表記すること。）を設置し、①から⑧の体制を確保した上で、当該部門においてアからチまでに掲げる業務を行うこと。なお、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。</p> | <p>(1) 相談支援センター相談支援を行う機能を有する部門（以下「相談支援センター」という。なお、病院固有の名称との併記を認めた上で、必ず「がん相談支援センター」と表記すること。）を設置し、①から⑧の体制を確保した上で、当該部門においてアからシまでに掲げる業務を行うこと。なお、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の掲示をするなど、相談支援センターについて積極的に周知すること。</p> |

4 情報の収集提供体制

| 改訂後 (H30/7/31) | 改訂前 |
|---|---|
| <p>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。</p> | <p>④ 相談支援センターの機能について、主治医等から、がん患者及びその家族に対し、周知が図られる体制を整備すること。</p> |

反映されています。これに基づいて先ほどのチェックリストや実施状況の内容を新しいものに改善していこうと、部会として今、活動しているところです。

これが整備指針の新旧対照表で、右側が改訂前、左側が改訂後です。周知に関しては、相談支援センターの中の業務だったところを「拠点病院として行う」というような書き方になったことが、このたびの部会からの提案としての効果があったことだと思います。

さらに、これも提案の中にも含めたものですが、「バックアップ体制が大事である」ということ。相談支援センターだけで相談が完結するケースはほんの一部であり、大半は主治医に戻したり、他の職種との連携・協力のもとで行うことによって、十分な相談対応が可能になります。これについても「相談支援センターだけではなく拠

点病院として認識し支援していく」ということが、整備指針に盛り込まれました。以上のような部会からの提案が整備指針にも反映されるというプロセスは、大きな単位にはなりますが、活動をよくするためのPDCAサイクルになっていると考えています。

情報提供・相談支援部会での活動におけるPDCA関連の活動

- 2018年12月：第11回部会にて、現状と新整備指針を踏まえた「がん相談支援センターPDCA実施状況チェックリストの骨子」改訂について提案、部会WGメンバーが継続して検討することとなった。

| 委員長 | 所属 | 氏名 |
|-----|-------------|-------|
| ◎ | 神奈川県立がんセンター | 金森 平和 |
| | 秋田大学医学部附属病院 | 秋山 みゆ |
| | 大阪国際がんセンター | 池山 晴人 |
| | 滋賀県立総合病院 | 岡村 理 |
| | がん研究会有明病院 | 花出 正美 |
| | 愛知県がんセンター病院 | 船崎 初美 |
| | 岐阜大学医学部附属病院 | 堀川 幸男 |
| | 高知大学医学部附属病院 | 前田 英武 |
| | 琉球大学医学部附属病院 | 増田 昌人 |

こういった現状と、新整備指針を踏まえて、チェックリストの改訂・改善を進めていくことになりました。部会の中にワーキンググループを作って皆さんに議論していただき、チェックリストの改訂案を作成していただきました。

WGでのPDCA実施状況チェックリスト改訂検討方針

【WG開催前準備】

- 全国のがん相談支援センターのチェックリストの収集を行い、類似項目の統合、現状や新整備指針を踏まえた新項目の追加等を行い、チェックリスト改訂に向けた素案を作成。

【検討・作成方針】

- まず、「評価指標」としてではなく、各相談支援センターの相談員が集まって確認できる「チェックリスト」として作成していく。
- 評価項目の例示程度のレベルでもよいので、あくは活用しやすいものではないか。
- 各項目の重要さについて強弱をつけ、重点項目を設定した方がよいのではないか。
- 一部の項目（相談支援センターの広報等）は、「病院管理者」を主語とすることも必要。
- 2バージョン作成する：「①全項目提示」「②優先順位SとAの重点項目のみ提示」
- ②は、項目だけでなく3段階評価の例示も提示し、全国で進捗確認・評価していただく。

全50項目 S:5 (再掲1), A:23 (再掲9), B:18 (再掲3), C:14
都道府県拠点A:2項目

優先順位SとAの重点項目 18項目 (再掲除く)

| 優先順位 | 実施状況 (前) | 3段階評価 (前) |
|------|---|---|
| 1 A | 病院管理者およびがん相談支援センターの管理者は、院内掲示や院内報 (チラシ・診療案内・入院案内・院内広報誌等)、業務ウェブサイト等で、がん相談支援センターの窓口のわかりやすさを、それを定期的に確認している | 3: 定期的 (少なくとも1年おき) に見直しを行う機会を設けている |
| 6 A | ピアサポートの場をつくる。またはピアサポートの提供が可能な職員について情報収集し、最少がんとがん相談支援センターの案内が可能な職員について情報収集し、主ながん担当の情報を提供することができ | 3: ピアサポートの提供が可能な職員について情報収集し、最少がんとがん相談支援センターの案内が可能な職員について情報収集し、主ながん担当の情報を提供することができ |
| 9 A | 病院管理者およびがん相談支援センターの管理者は、がん相談支援センターの役割 (役割の思い) がん相談支援センターの基本姿勢 (Core Values) 理念 (ビジョン) 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・医師会等) に参加している | 3: 定期的 (少なくとも1年おき) に実施している |
| 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、がん相談支援センターの役割 (役割の思い) がん相談支援センターの基本姿勢 (Core Values) 理念 (ビジョン) 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・医師会等) に参加している | 3: 定期的 (少なくとも1年おき) に実施している |
| 18 A | 基本計画や整備指針等ががん相談支援センターに面した求められている事項や業務 (例: ガン医療・療育・がんAI/AI・生体機能等) と関連する研修 (トレーニング・集合研修) に参加している | 3: 専任・専任以外も含め複数の相談員が参加している |
| 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、相談員に継続的な学習の機会を確保し、参加を促している。継続的な学習 (例: 研修参加や認定がん専門相談員の認定取得等) を必要経費の支出、不在期間補償等の調整等 | 3: 専任・専任以外も含め複数の相談員が参加している。継続的な学習 (例: 研修参加や認定がん専門相談員の認定取得等) を必要経費の支出、不在期間補償等の調整等 |

チェックリストの改訂案を作成する過程で、先ほどお話ししたような整備指針の変更点を加えていったところ、かなり項目が多くなり、最終的に50項目になりました。

| 実施状況 (前) | 3段階評価 (前) |
|----------|------------------------------|
| 21 | 3: 患者が満足している |
| 26 A | 3: 現在相談員に満足しているが、今後継続する予定である |
| 27 A | 3: 現在相談員に満足しているが、今後継続する予定である |
| 28 S | 3: 現在相談員に満足しているが、今後継続する予定である |
| 30 | 3: 現在相談員に満足しているが、今後継続する予定である |
| 31 S | 3: 現在相談員に満足しているが、今後継続する予定である |
| 33 S | 3: 現在相談員に満足しているが、今後継続する予定である |

| 実施状況 (前) | 3段階評価 (前) |
|----------|------------------------------|
| 21 | 3: 患者が満足している |
| 26 A | 3: 現在相談員に満足しているが、今後継続する予定である |
| 27 A | 3: 現在相談員に満足しているが、今後継続する予定である |
| 28 S | 3: 現在相談員に満足しているが、今後継続する予定である |
| 30 | 3: 現在相談員に満足しているが、今後継続する予定である |
| 31 S | 3: 現在相談員に満足しているが、今後継続する予定である |
| 33 S | 3: 現在相談員に満足しているが、今後継続する予定である |

| 実施状況 (前) | 3段階評価 (前) |
|----------|-------------------------------|
| 34 A | 3: 定期的 (少なくとも1年おき) に行っている |
| 36 S | 3: 定期的 (少なくとも1年おき) に確認・更新している |
| 39 A | 3: 定期的 (少なくとも1年おき) に確認・更新している |
| 41 A | 3: 定期的 (少なくとも1年おき) に行っている |
| 43 A | 3: 定期的 (少なくとも1年おき) に行っている |
| 44 A | 3: 定期的 (少なくとも1年おき) に行っている |
| 46 A | 3: 定期的 (少なくとも1年おき) に行っている |

| アウトカム | プロセス | 実施状況 (前) |
|-------|--|----------|
| 28 | 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向上につなげている | S |
| 31 | 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で提供された支援に関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 | S |
| 33 | 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役割や業務状況等について外部への評価を受ける機会を設けている | S |
| 36 | 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向上につなげている | S |

そこで、この50項目からより重点的な項目からS、A、B、Cと優先順位をつけて、全項目に対応するのではな

く、優先順位の高い項目から対応することもできるチェックリストにはどうかということで作成しました。さらに、チェックするときには例示のレベルがあったほうが使いやすいだろうということで、「実施状況の例示」を示したものを作りました。詳しくは、資料の「指標骨子」をご参照いただければと思います。

スライドの文字が細くなりましたが、このような改定案を作成しました。内容が、「相談支援センターだけの活動」から「拠点病院としての活動」に変わった場合は、主語を「病院管理者」に改めました。

次のスライドは、最優先Sの5項目です。相談支援センターで検討された課題を、相談支援センターの中だけで捉えるのではなく、管理者である病院や、県内の部会にフィードバックしていくことが大切です。そのため、そうした項目がS項目になっています。

以上のように作成したチェックリストを全国共通のチェックリストとして使ってはどうかとワーキンググループから部会に提案しました。結果としては、部会として「全国共通ではなく、使えるところから順次、使っていきましょう」ということで現在進めているところです。

新整備指針に基づいた、がん相談支援センターPDCA実施状況チェックリスト更新の各県での活用

【部会WGからの提案】(第10回情報提供・相談支援部会 H30年5月23日)

- 「がん相談支援センターPDCA実施状況チェックリスト」について、現状と新整備指針を踏まえて、案のとおり改訂を行ってどうか。
- 優先順位SとA項目は、重点項目として位置付け、全国で取り組んでいくこととしてはどうか。
- また、優先順位SとA項目は、3段階評価も含めて全国で実施し、進捗要因の分析・改善策の検討に役立ててどうか。

↓

- 優先順位SとA項目を重点項目として位置付け全国で取り組んでいくこと、3段階評価も含め全国で実施することについては見送りとする。
- 同資料を活用したい都道府県において活用できるよう、部会として案を用意する。
- 同資料のブラッシュアップを図るためのご意見いただき、最終案とする。
- 最終案の公開後、同資料を活用いただく際は、各都道府県の実情をふまえて内容を変更することも可能とする。

16

各県の情報提供・相談支援部会の活動や運営により、

- 相談支援の活動はやりやすくなっているのか？
- 提供するサービスの質向上が図られているのか？

調査目的

- 各県での継続研修の実施状況や運営管理体制に関する実態把握を行う。
- 各県の「情報提供・相談支援」に関する部会や実務者会の活動により、
 - がん相談支援センターの運営そのものや、提供するサービスの質向上が図られているか
 - がん相談支援センターの質的な改善に向けた課題が、病院内や県内で議論・共有されるようになっているか
 などについての実態把握を行う。

調査方法

- 情報提供・相談支援部会委員メーリングリストにて、WEBアンケートへの協力依頼を行い、2019年4月11日～4月22日にかけてアンケートを実施した。
- 回収率：都道府県拠点病院：47施設（100%）

17

以上のような経緯で、チェックリストの改訂に取り組んできました。

そしてこの春、各都道府県のがん相談支援センターの部会が現在、どのような状態にあるのか、調査しました。こ

1) がん診療連携協議会と部会の構造について

問5 都道府県のがん診療連携協議会の下に「情報提供・相談支援部会」に相当する部会がある

副問5-1 (問5であるとき) 貴都道府県のがん診療連携協議会の下に「情報提供・相談支援部会」に相当する部会がある。どちらか近いほうをお選びください。

47県中46県が、部会がある」と回答。

47
2%
98%

14
30%
32
70%

■ パターンA ■ パターンB

部会の下に実務者会を設けている(二層構造)パターンBよりも、部会のみ(一層構造)のパターンAの方が多い。

18

部会または実務者会の活動により、県内のがん相談支援センターが活動しやすくなったという実感はあるか。

パターンA (N=32): 12 (37%), 13 (41%), 4 (9%), 3 (9%)

パターンB (N=14): 6 (43%), 8 (57%)

■ 1. とても思う ■ 2. 少し思う ■ 3. どちらともいえない ■ 4. あまり思わない

パターンAでは、「とても思う」と「少し思う」を合わせると80%程度。
パターンBでは、「とても思う」と「少し思う」を合わせると100%

一方、パターンAでは、「あまり思わない」という県も10%程度見られる。

19

部会または実務者会の活動により、県内のがん相談支援センターのサービスの質が向上したという実感はありますか。

パターンA (N=32): 9 (28%), 16 (50%), 5 (16%), 2 (6%)

パターンB (N=14): 5 (36%), 8 (57%), 1 (7%)

■ 1. とても思う ■ 2. 少し思う ■ 3. どちらともいえない ■ 4. あまり思わない

パターンAでは、「とても思う」と「少し思う」を合わせると80%程度。
パターンBでは、「とても思う」と「少し思う」を合わせると90%程度。

「活動しやすくなった」という実感(前問)と比べると、パターンA,Bともに「とても思う」の割合が若干低くなっている。

20

れも見える化の一環です。

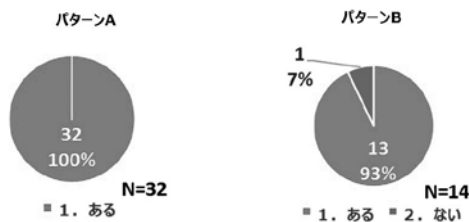
各都道府県に設置されている相談支援関連の部会は、現在46都道府県にありました。

部会の構造には、スライドに示したような部会のみでの体制をとる「パターンA」と、部会の下に実務者会を設けている「パターンB」がありますが、相談支援センターの活動のしやすさについて聞いたところ、どちらの構造でも「部会があることで県内の活動がしやすくなった」との回答が過半数を占めていました。特にパターンBでは、ほぼ100%が活動しやすくなったと答えています。

そして、相談支援に携わっている実務者たちの8～9割が、この部会の活動を通して「サービスの質が向上したという実感がある」と答えています。

「部会で話し合われた内容が協議会に報告される仕組

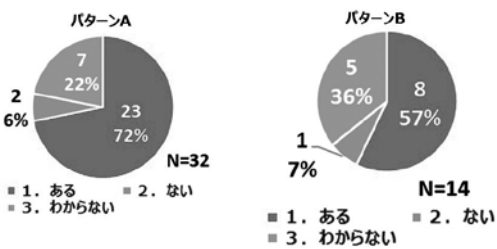
部会または実務者会で検討された内容が、都道府県がん診療連携協議会に報告される仕組みがありますか。



部会がある46県中45県は、部会または実務者会で検討した内容が協議会に報告される仕組みがある。

21

部会または実務者会で検討された内容が、各施設長等の責任者にも周知され、現場にも還元される仕組みがありますか。



部会がある46県中31県では、部会または実務者会で検討した内容が各施設長等の責任者にも周知され、現場にも還元される仕組みがある。

協議会に報告される仕組みの有無(前問)と比べると、パターンA,Bともに「ない」「わからない」割合が高かった。

22

み」は、ほぼ全ての都道府県にありました。

部会や実務者会で報告された内容が、「各施設の責任者に周知され、現場にも還元される」については、過半数はそのような仕組みが「ある」と答えましたが、「ない」「わからない」との回答も多くみられました。相談支援センターの現場からあげられた課題が、「言っただけではなくて、(全体の体制の中で吟味されて)何らかの形で(現場に)戻ってくる」ということも必要だと思います。このあたりの取り組みは、拠点病院全体の取り組みとしてももう一歩進める必要があるところではないかと思っています。

がん相談支援のPDCAサイクルの確保に関する取り組み(まとめ)

- ・情報提供・相談支援部会を情報共有の場、検討の場として、がん相談支援のPDCAサイクルの確保に関する取り組みは、各県で進められている。
- ・今後も新たなチェックリストの活用状況・活動状況について全国で共有しながら、相談支援活動に向けた底上げを図っていくことが必要である。
- ・一方で、評価や測定による現場での負荷が大きくなりすぎないようにすることも重要である。
- ・日々の活動の中で活動の評価や測定ができるようなツールの開発や各地域での工夫についても共有していきたい。

23

このように、共通の視点を用いるチェックリストを示していくことで、今後の活動の改善につなげていきたい

と思っています。

Q & A

(国立がん研究センター・中釜) 今日のこれまでのお話にあった緩和ケア等に関するPDCAの場合は、どちらかというと「ピアレビュー的」「支援的」な意味合いが強かったと思います。相談支援の場合は項目がたくさんあって、なかなか難しいとは思いますが、どちらかというと「コンプライアンス的」なPDCAという印象を受けました。そのあたりは今後、変わっていくものなのでしょうか。

例えば、現在のアウトカムは「患者さんが困らなくなる」「不安が減る」といった要素ですが、最初にPDCAのプランニングを行うときのカギになる部分が変わっていけば、そのあたりも少し変わるのではないかと感じました。そのあたりについて、今後の展望はいかがですか。

(高山) ピアレビュー的なものは、きちんとした形ではないのですが、チェックリストの項目を作る前に各施設で勉強会をして、相談支援センターの状況や改善点について既に話し合っており、それも実は項目の中に入っています。どんな活動であっても、最終的には各施設、あるいは都道府県がやりやすい方法によって最終ゴールを目指せればよいのではないかと。「これをやらなくてはいけない」となると、状況によっては施設間の距離が遠く離れていたり、そう度々は会えない場合もあるので、「できる範囲」で、でも、「目指すゴールは一緒」というスタンスで取り組んでいます。いろいろな活動が、この中には入っています。

(中釜) そういった意味で、最後に挙げられた「患者さんにとってサービスの向上が図られているか」という視点は、非常に重要だと思います。どういう支援があると、患者さんのサービス向上の意識が高まるのかというところは、少し検討の余地があるのかなと感じました。

(高山) ありがとうございます。

(国立がん研究センター・加藤) PDCAフォーラムのいいところは「いろいろな領域を横断的に情報共有できる」ことですので、ぜひこの相談支援の領域も、他の分野に生かしていただきたいと思います。相談支援はやはり、チェックリストがとても充実していて、基準がしっかり書かれているので、他の分野でも活用できたらいいなと思いつながら伺いました。

がん医療の均てん化 指標の測定に関する研究 (QI研究 2016年症例)

国立がん研究センター 東 尚弘



がん診療連携拠点病院整備指針

6 PDCAサイクルの確保

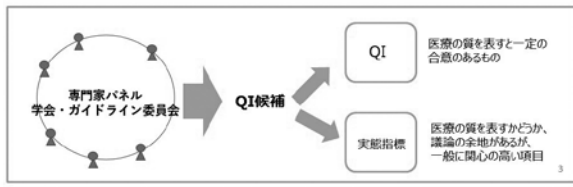
- (1) 自施設の診療機能や診療実績、地域連携に関する実績や活動状況の他、がん患者の療養生活の質について把握・評価し、課題認識を院内の関係者で共有した上で、組織的な改善策を講ずること。なお、その際には、Quality Indicator(以下「QI」という。)の利用や、第三者による評価、拠点病院間の実地調査等を用いる等、工夫をすること。
- (2) これらの実施状況につき都道府県拠点病院を中心に都道府県内のがん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院において、情報共有と相互評価を行うとともに、地域に対してわかりやすく広報すること。



QI (Quality Indicator) 研究は、がん診療連携拠点病院整備指針の「PDCAサイクルの確保」の中にも挙げられているものです。「これを必ず使うこと」とは書かれていませんが、こういったものを使って工夫するように——「Quality Indicatorの利用など、工夫をすること」というように書かれています。

Quality Indicator 研究 (QI)

- ・がん医療の均てん化を評価する体勢づくり (2011～測定開始)
国全体の実態把握+施設別で結果をフィードバック
- ・QIの策定に際しては、臨床専門家によるDelphi変法を用い、ガイドラインに基づいたQI候補の考案と妥当性の検討
- ・QIだけでなく、実態指標も組み合わせた実態把握



では、このQIとはそもそも何なのか。「がん医療の均てん化」という、がん対策基本法ができたときに紹介された基本理念のうちの1つが、「実際にどうなっているのか」を評価するための指標です。

「国全体の均てん化は進んでいるのか」という実態把握が基本ではありますが、やはり、これを進めていくためには、施設別に集計をして、それをフィードバックする必要があります。そうすることで改善に役に立ていただくことも、大きな柱の1つとなっています。

がん医療の均てん化と一口に言っても、「何を均てん化するのか」が問題になります。均てん化というのは「標準的な質の高い医療を日本全国で格差なく行うこと」と定義されていますので、「標準的な医療」という観点から臨床の専門家、特に診療ガイドラインを各学会で作っておられるような先生方に、「Delphi変法」という方法を使って決めていただきます。「QIとはこのようなものだ」と決めていただき、それに従って測定を行っています。

当初は、「QI=質の指標」という視点で「行うべき診療行為」というものを中心に考えていましたが、それだけではなく、「実際どうなっているのか」も見ようとしています。必ずしも「行うべき」とまでは言えないかもしれないが、実際はどうなっているのか、専門家としても気になる項目がある。そのような指摘も数多くいただきました。そういった指標はQIと言わずに「実態指標」と呼び、分けて把握することにしております。今日は、QIのほうを中心にお話します。

データ源：院内がん登録+DPC=

両者を組み合わせれば「どんな患者に」「何をしたか」がわかる



どんな患者に

どんながん？
発生部位
組織型
ステージ
診断日

何を

何の診療がなされた？
手術
化学療法
画像検査
服薬・注射
放射線

例： Ⅲ期大腸癌の患者

手術後に化学療法を受けたか

実際のデータ源ですが、最初にQIで標準治療の実施、標準診療の実施について見たときには、カルテを一枚一枚めくってデータをとりました。しかしそれは、多数の施設ではとてもできないことですので、現在は「院内がん登録」と「DPCデータ」を組み合わせ測定し、集計するようにしています。

院内がん登録には、今は患者さんの基本情報が入っていますので、そこからどんな患者さんかを同定することができます。DPCデータに関しては、その中にレセプトと同

様の「どういった診療行為がなされたのか」という情報が入っています。この2つを組み合わせると、「どんな患者に何が行われたのか」がわかります。

スライドの一番下に、標準診療の代表的な例を挙げました。例えば、Ⅲ期の大腸がんの場合、「手術後に化学療法をする」ということが、ガイドラインにも書かれています。そこで、実際にⅢ期の大腸がんの患者さんを院内がん登録から同定して、その方が受けた診療行為を追っていき、「手術を受けた患者さんが、その後に化学療法をしたのか」を見ていきます。そして、実施率は何%だったのかを見て、「標準診療の実施率」とします。そういったやり方をして、QIを集計しています。

院内がん登録+DPCデータの課題

他院での診療データがカバーされない

- がん登録をした施設での診療のみが収集
- 参加施設が、全体よりも良い施設の可能性

標準診療を行わない正当な理由の可能性

- 併存症、術後合併症、臨床判断
- 患者の希望

ただし、限界もあります。「院内がん登録の限界」と「DPCデータの限界」の2つがあり、前者は、患者さんが院内がん登録をしている施設から転院されて、紹介先の施設で標準治療の続きをされると、その後の診療内容がわからなくなることです。

また、標準診療とはいっても、例えば化学療法の場合、腎臓や肝臓に併存症をお持ちの方は、むしろ行わないほうがいいケースもあります。そこはやはり、先生方の現場における判断、正当な理由というものがありますので、電子データだけで見ることはできません。これは大きな限界といえます。

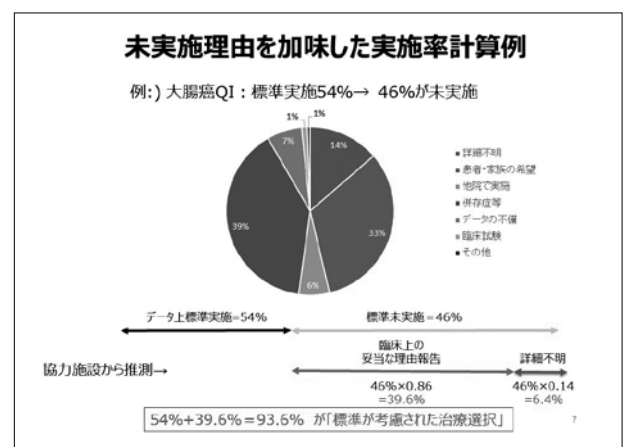
とはいえ、「限界だ」と言っているだけでは前に進めま

未実施理由の検討

目的：臨床上の判断を加味した実態を記述する
臨床現場におけるPDCAの論点を整理
 方法：未実施症例に対し、各施設で理由を記入
未実施理由を加味した実施率の再計算も自動で可能



せん。QI研究の枠組みにおいては、まず院内がん登録とDPCを組み合わせ、その病院における標準治療の実際の実施率を測る、もしくは実施された患者さんの同定を行います。その後、電子データ上で「実施されていない」とされた患者さんについては、匿名番号のリストを病院側が見られるようにしてお返し、「なぜ実施されていないのか」、その理由を収集しています。この未実施理由の収集は必須ではありませんが、それを行うことにより、今後、標準診療を進めていく上で、「どういった方策があるのか」「何が障害になるのか」、あるいは「こういったケースでは標準治療を行わないほうが良い」など、意識の統一が図れるのではないかと考え、分析を進めています。



先ほどお話ししたⅢ期の大腸がんの術後化学療法について、実際に、ある年の標準診療実施率を測ってみたところ、54%でした。残りの46%が未実施という結果でしたが、それにはいろいろな理由が寄せられています。実は、未実施の46%のうち86%は、何らかの理由があったのです。それを掛け算して、実際に標準治療が行われた54%と合わせると、93.6%の治療選択が「標準を考慮して行われた」ことがわかっています。一見して「低い」ように見えた結果でも、「こういったところが違う」「理由が何かしらある」ということがわかります。ただ、この理由は、基本的には各病院から自己申告という形で出していただくものですし、「その現場ではそうだった」かもしれませんが、他の病院では違う基準があるのかもしれませんが、そういった点を、できるだけ現場に近いところで検討していただくことが重要なのではないかと考えています。

以上がQIのプロジェクトとしての概要で、最新版として2016年の集計結果が出ております。実は、2016年の集計には少し時間がかかってしまったのですが、それには理由があって、院内がん登録が2016年から法律に基づく位置づけを獲得したのに伴い、データの構造が大幅に変更・詳細化されたのです。時間はかかりましたが、いろいろと詳細なQIの集計も可能になっていますので、これを見て



- ### 2016年からの変更事項
- 院内がん登録の詳細化（標準登録様式の変更）
 - UICC TNM分類に亜分類が追加（T1a N2bなど）
→子宮頸がんのQIが追加（集計可能なQI↑）
 - 他院で行われた初回治療について一定の情報
 - 制吐剤の予防的仕様
 - リンパ腫症例の除外（ガイドラインで「議論中」との記述）

いただければ、お役に立てるのではないかと考えています。
2016年のQI研究の参加施設は、476施設でした。拠点病院を中心として、地域がん診療拠点病院や、それ以外の病院にもご参加いただいております。全体で67万人

2016年症例の結果概要

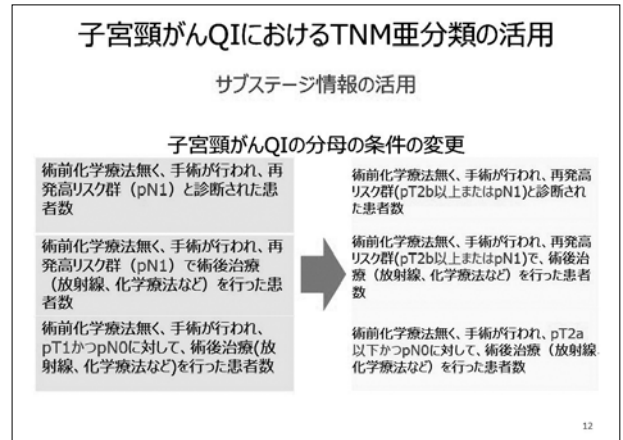
| 全参加施設 | 476施設 |
|-------------|-------|
| 都道府県拠点及び国がん | 44施設 |
| 地域がん診療拠点病院 | 275施設 |
| 地域がん診療病院 | 15施設 |
| それ以外の施設 | 142施設 |

患者属性

| | 2016年症例 | |
|-------------|----------------|----------------|
| | 全がん | 5がん |
| N | 673,278 | 275,349 |
| 平均年齢 (SD) | 67.5(14.1) | 68.9(12.2) |
| 性別, 男性 (%) | 370,907(55.1%) | 146,221(53.1%) |
| ステージ, n (%) | | |
| 0 | 65,711(9.8%) | 28,475(10.3%) |
| I | 210,427(31.3%) | 108,915(39.6%) |
| II | 95,382(14.2%) | 47,092(17.1%) |
| III | 82,277(12.2%) | 40,640(14.8%) |
| IV | 112,467(16.7%) | 47,015(17.1%) |
| 不明 | 107,014(15.9%) | 3,212(1.2%) |

の患者さんのデータをいただいで計算しています。

参加施設全体で継続して測っているQIを見ると、Ⅲ期の大腸がんの術後化学療法実施率はあまり変わらず、54.1%です。



その他、子宮頸がんの「TNM亜分類」が活用されるようになりましたので、それに応じたQIを作成してみました。より詳細に、また、これまで測れなかったQIが追加して測れることになっていますので、既にご参加いただいている施設の皆さんにもご覧いただければと思います。

- ### 今後の予定
- 既存指標の見直し**
 - 肺がんQIの見直し+追加
 - 対象がん種の拡大**
 - 卵巣がんQIの追加 (2020,3,14初回会議)
 - 四肢軟部肉腫のQI作成検討中
 - QI活用による改善活動の支援**
 - 県単位の検討への追加データの提供など

今後の予定としましては、「既存指標の見直し」「対象がん種の拡大」を順次、進めています。次に考えているのは卵巣がんと四肢軟部肉腫ですが、新しいQIができ次第、各施設の皆様にもフィードバックできるようにと考えております。また、改善活動にも取り組んでいかなければなりません。QIがPDCAの中にも書き込まれている以上、これを活用していただかなければと思っていますので、都道府県単位で何か「こういった解析を追加してほしい」「ここに問題があるかもしれない」というような要望・提案がありましたら、できるだけ対応しようと考えています。

実際に、ある県から要望があり、胃がんのQIについて、「全国」と「都道府県」の結果比較なども行っています。例えば、内視鏡手術後の「在院日数」を見ると、標準の7日以下である施設が全国では半分ぐらいあるのに対し、この県では25%ほどで、「少し在院日数が長いかもしれない」

というようなことがわかっています。

施設別でも、そうした集計ができます。



これは最初にお見せしたスライドです。データを活用しながらPDCAを回すというのは難しい面ももちろんあるとは思いますが、今、使えるデータは最大限使って、患者さんのために、医療を改善していただければと考えております。

Q & A

(質問者) 指標が大分、洗練されてきて「PDCAサイクルに使える」ところまで来たのではないかという印象を持ちました。千葉県でも臓器別に7つの部会があり、そこでの数値目標に使えるのではないかなと今、考えております。昨年7月に開催された連絡協議会の事前アンケートの結果によると、28の都道府県拠点病院がQIをPDCAサイクル確保の手段として使っていますが、これは県単位なのでしょうか。県単位で、例えば千葉県は32施設で参加したいと思っているのですが、そのような形で活用している県はどのくらいありますか。

(東) 県単位で全ての拠点病院が参加しているかどうかを詳細に把握してはおりませんが、感触としては7県ぐらいではないかと思えます。

(質問者) まだ県内で合意を得てはいませんが、参加したいと思っています。改めてご連絡させていただきます。

(東) ありがとうございます。

(質問者) 今の質問に関連するのですが、秋田県では数年前から「ともかく拠点病院と名乗るのであれば、きちんと登録を下さい」と言ってきました。さらに、拠点病院の協議会には必ず「県単位のデータ」と「全国のデータ」、それと「県拠点病院のデータ」を3つ並べて出すようにしています。なかなか標準治療が十分にできない状況を、いかに打破するかが地域の課題となっており、極めて有用なツールとして使わせていただいています。大変ありがたく思っています。

さらにもう1つ、QIには副次的な効果があります。実は

年々、こういった形でお見せすることによって、データが徐々に上昇してきております。これは東先生をはじめ国立がん研究センターが、元々求めていた狙いなのではないかと思っています。ぜひ今後とも継続していただきたいと思えます。

ただその一方で、未実施理由の研究には、なかなか参加できていない状況です。理由は簡単で、このがん登録データは医師がかかわらずに極めて精度の高いデータを出せることが最大の利点だと思うのですが、未実施理由は、医師が関与しなければ正確なデータにはならないからです。そこをもう少し、何か違ったツールでカバーできないものか。今回はDPCで加えておりますが、なかなかカバーしきれない部分がありますので、他によい方法があればと常々思っているところです。

(東) ありがとうございます。



当日の各プログラム資料は下記ホームページに掲載しております
併せてご参照ください

<国立がん研究センター がん情報サービス ホームページ>
令和元年度 都道府県がん診療連携拠点病院 PDCAサイクルフォーラム 資料
https://ganjoho.jp/med_pro/training_seminar/pdca/forum/20200208.html

令和元年度 厚生労働省委託費 がん診療連携拠点病院PDCAサイクル体制強化事業
令和元年度 都道府県がん診療連携拠点病院

PDCAサイクルフォーラム 報告書

発行 令和2年3月
編集 加藤 雅志 山本 里江 珍田 律子
発行者 国立研究開発法人 国立がん研究センター
〒104-0045 東京都中央区築地5丁目1番1号
TEL 03-3542-2511
E-mail pcc-office@ml.res.ncc.go.jp



国立研究開発法人

国立がん研究センター

National Cancer Center Japan