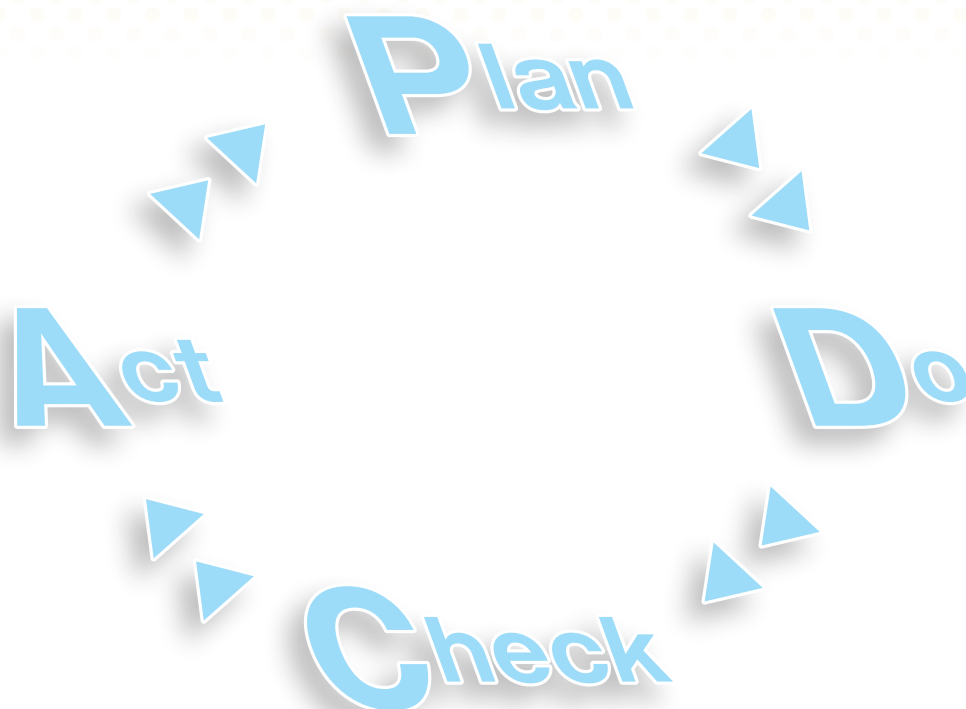


平成27年度 厚生労働省委託費
がん診療連携拠点病院 PDCAサイクル体制強化事業

平成27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:2016年2月13日(土) 10:00~17:00

会場:国立がん研究センター 築地キャンパス 管理棟 特別会議室

主催:国立研究開発法人 国立がん研究センター

平成27年度 都道府県がん診療連携拠点病院
P D C A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 若尾 文彦	
2. 来賓挨拶	1
厚生労働省 健康局 清住 雄希	
3. PDCAサイクルとは	2
国立がん研究センター 加藤 雅志	
昭和大学大学院 的場 匡亮	
4-1. 奈良県の取り組み	9
奈良県立医科大学附属病院 長谷川 正俊	
4-2. 東京都の取り組み	15
都立駒込病院 鳶巣 賢一	
4-3. 鹿児島県の取り組み	21
鹿児島大学病院 上野 真一	
4-4. 長野県の取り組み	27
長野県健康福祉部 山本 英紀	
5-1. がん診療連携拠点病院の緩和ケアのピアレビュー	32
国立がん研究センター 加藤 雅志	
5-2. 北海道での取り組み	38
旭川医科大学病院 阿部 泰之	
6. がん相談支援のPDCAサイクルの確保に関する研究	44
国立がん研究センター 高山 智子	
7-1. がん診療連携拠点病院における診療体制に関する調査	53
東京大学大学院 水流 聡子	
7-2. 愛媛県での取り組み	62
四国がんセンター 青儀 健二郎	
7-3. 栃木県での取り組み	68
栃木県立がんセンター 清水 秀昭	
8. がん診療評価指標(Quality Indicator)の研究	74
国立がん研究センター 東 尚弘	
9. 閉会	81

開会挨拶

国立がん研究センター 若尾 文彦

厚生労働省のがん診療連携拠点病院の整備指針が平成26年1月に改訂され、その中に「P D C Aサイクルの確保」という項目が入りました。

各都道府県拠点病院、地域拠点病院がそれぞれ自施設のP D C Aに対応するとともに、都道府県拠点病院は都道府県内のP D C Aサイクルの確保について中心的役割を担っていくこととなり、そして国立がん研究センターは都道府県拠点病院の活動を共有して広めるという役割を持つこととなります。

いままでは都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会等の活動の一部として、P D C Aサイクルに関する好事例の紹介を行ってきましたが、今年度から「P D C Aサイクルの確保」の支援ということで厚生労働省から委託事業費をいただくことになり、本日初めて本フォーラムを開催することとなりました。

全国でP D C Aサイクルをどのように確保したらよいか、いろいろと悩まれて努力されていることと思います。本日は全国で始まりつつある活動の情報を共有することで、これから都道府県拠点病院としてどのような活動をするのかというヒントを得ていただければと思います。

同時に、都道府県拠点病院のP D C Aの事業は今後も続きますので、本日の議論を受けて今後、国立がん研究センターにどのような活動を希望するのか、あるいは都道府県拠点病院でどのような情報共有が必要なのかということも、ぜひご意見をお寄せくださいますと幸いです。

本日はよろしくお願いいたします。



来賓挨拶

厚生労働省健康局 清住 雄希

現在、がん診療連携拠点病院は平成26年1月の指針に基づいて指定を行っております。その指針の中に「P D C Aサイクル」という言葉が盛り込まれております。P D C Aサイクルは、医療の現場にあまりなじみがなかった言葉かもしれませんが、「計画実行したことを評価して次に改善する」という取り組みは各医療機関レベルで既に行われてきたのではないかと考えております。

特に現在の指針では、都道府県がん診療連携拠点病院に、各都道府県におけるP D C Aサイクルの中心となる役割を担っていただくこととなっております。本日はそういった取り組みを皆さままで共有することによって、今後に役立てていただき、また、施策にも反映していきたいと思っております。本日はどうぞよろしくお願いいたします。



PDCAサイクルとは

国立がん研究センター 加藤 雅志
昭和大学大学院 的場 匡亮



まずはじめに、PDCAサイクルに関して現在どのようなことが期待されているのかということをお話していきたいです。

全国において、拠点病院の指定要件で定められたPDCAサイクルの要件についてどのように対応していくべきか、関係者は手探りの状況で努力しているのが現状です。このようにしなければならないというものはございませんが、本日のお話はPDCAサイクルに関する考え方の整理に役立ててもらえればと考えております。

現在、拠点病院の指定要件として記載されているPDCAサイクルの確保は、各拠点病院が院内で取り組むPDCAサイクルと、都道府県がん拠点病院が都道府県レベルで取り組むPDCAサイクルが区別されています。1つ目の拠点病院の院内としての取り組みについては、おそらく多くの病院が既に業務改善に取り組んでいるかと思いますが、PDCAという言葉を使っていなかったとしても類似の取り組みをこれまでも何らかのかたちで行っているかと思えます。

その一方、都道府県レベルでのPDCAに関しては、おそらくこれまでほとんどの地域で取り組めていなかったことであり、まだモデルもない状況です。現在はそれぞれの都道府県が、地域の状況に応じて検討を開始しているところではないでしょうか。

新たながん拠点病院制度に定められたPDCAサイクルの確保

がん診療連携拠点病院

各施設レベルでのPDCAサイクルの確保

- (1) 自施設の診療機能や診療実績、地域連携に関する実績や活動状況の他、がん患者の療養生活の質について把握・評価し、課題認識を院内の関係者で共有した上で、組織的な改善策を講じること。
- (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。

都道府県がん診療連携拠点病院

都道府県レベルでのPDCAサイクルの確保

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けるPDCAサイクルの確保について、中心となって情報共有と相互評価を行い、地域に対してわかりやすく広報すること。

これからの拠点病院制度では、PDCAについて、拠点病院レベルで行っていることを都道府県レベルで取りまと

め、都道府県レベルで取り組んでいくことを全国レベルで共有していくことを目指しています。国立がん研究センターが毎年行っている都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会などにおいて、これまでも各県の取り組みなどを共有してまいりましたが、今後はPDCAに関する取り組みの情報共有をより一層充実させていくことになるかと思えます。

今後の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、広報を行うことが求められる。

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
 ・都道府県を越えた希少がんに対する診療体制等、臨床試験の実施状況

③全国レベル

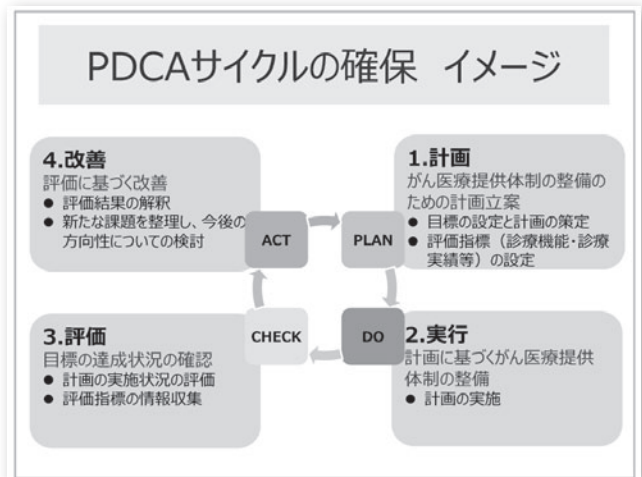
○国立がん研究センターが中心となり、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会（国協議会）を設置、以下を協議
 ・都道府県拠点病院のPDCA確保に関する取り組み状況の把握
 ・都道府県拠点病院を介した全国の拠点病院等の診療機能や診療実績等の情報収集

がん医療におけるPDCAサイクルについて改めて説明したいと思います。がん医療の改善に関する計画を立案(Plan)して、具体的にそれを実行(Do)していきます。評価(Check)と改善(Act)がわかりづらいというご意見をよく伺います。

「評価」は、あらかじめ設定した指標を計測し目標の達成状況を評価しますが、計画していた実行計画をどの程度実践できたのか、具体的にどのような活動をしてきたのかを整理することも評価に含まれます。これらの収集した情報を踏まえて、目標が達成できたのかどうかを検証し、もし達成できていないのであれば何が問題だったのか、うまくいったのであればどのような活動が有効だったのか考え、残され

た課題を整理し、その課題を解決するための方向性を検討していくことが、「改善」にあたります。

それを踏まえて次の2回目の計画(Plan)を具体的に作り、PDCAサイクルを回していくというのが基本的な方法になります。



昨年の夏に行った都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会に向けて実施したアンケートの結果では、都道府県レベルでPDCAについて活動を始めているところはまだ限られていて、今後検討していこうというところが多い状況でした。

内容については、各県の中の協議会、部会などで検討を行うというものが多かったですが、実地調査などを先進的に取り組んでいるところもいくつかございました。

また相互評価の一つの方法として、同じ都道府県内の拠点病院の現況報告などを相互に共有したり、本日紹介する研究班の活動などに参加するという事で都道府県内のPDCAを確保していこうという動きもありました。

しかし、都道府県レベルでのPDCAに関して課題は多くあります。拠点病院の指定要件の中に記載されているように実地調査をやりたいと考えても、それを実行するのはなかなか難しいという意見も多くありました。都道府県がん

都道府県のPDCAサイクル確保
【都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会アンケート結果 2015.7】

取り組み内容

実地調査以外の相互評価

- 拠点病院をグループに分け、グループ内での相互評価を実施、情報を共有（徳島）
- 県内の拠点病院で共通の評価項目を策定、共通項目について拠点病院間で相互評価を行い、県協議会へ報告（熊本）

調査の実施・参加

- 拠点病院を対象にアンケートを実施し、情報を収集（複数施設）
- 「がん診療体制の質評価調査」に参加（複数施設）
- 「Quality Indicator研究」に参加（香川）

診療連携拠点病院がそのような権限を明確に持っていないためできないということであったり、マンパワーが足りないという意見もありました。また、県レベルでPDCAサイクルを回していくのであれば、都道府県レベルで共有する指標、目標を設定したいが、その設定が難しいという意見もありました。

本日は、これらのことを踏まえたPDCAサイクルの確保のための情報共有をしていきたいと思えます。まず「都道府県レベルで確保すべきPDCAサイクルとは何か」ということを、皆さんと共有していきたいと思えます。

本フォーラムの目的

各都道府県内の「がん医療の質の向上を目指したPDCAサイクル確保」に資する関連する情報を共有する。

具体的には、

- 都道府県レベルで確保すべきPDCAサイクルとは何かを理解する
- 先行して取り組んでいる都道府県の取り組みの内容等を共有する
- 緩和ケアや相談支援における取り組みを共有する
- がん診療体制について評価していくうえで活用が可能な研究を共有する

そもそもPDCAサイクルという言葉は製造業の品質管理から発展してきたものであり、医療の中にも導入され活用されています。

PDCAサイクルを実際に回していくときにしばしば生じる問題として指摘されていることについて、それぞれのフェーズで生じやすい問題を簡単にまとめました。

まずPlanの段階でうまくいかない場合は、根拠を持って目標を定めることができていることが原因になっているかもしれません。

Doの部分の問題になるときは、計画で具体的に何をどうするかが明確になっていなかったことが原因かもしれません。目標は立てたけれども、具体的な計画が無い場合

都道府県のPDCAサイクル確保
【都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会アンケート結果 2015.7】

取り組み内容

協議会・部会での検討

- PDCAの実施方法について、部会を設置し検討（複数施設）
- 診療状況や問題点、改善点等についてヒアリングを行い、協議会へ報告、支援の可能性を検討（岩手）

実地調査の実施

- 一部の部会において、指定項目の評価を目的に病院訪問を実施（宮城）
- 前年度に実地調査を受けた病院によるその後の取り組み状況に関する報告（長野）
- 県庁職員と共に拠点病院を訪問し、要件の充足上乗、診療機能・実績に係る情報を収集、取り組み状況を確認（静岡）
- PDCAサイクル評価委員を選出し、委員による実地調査を実施（奈良）
- 県拠点病院から県内の拠点病院に担当者を派遣し実地調査を実施、県拠点病院は他の拠点の実地調査を受け入れ（広島）
- 県拠点と地域拠点が担当者を出し、実地調査を実施（愛媛）

PDCA普及の歴史

- 1950年代に品質管理を構築したウォルター・シュハート、エドワーズ・デミングらが基本的な考え方を提唱し、日本の製造業を中心に普及した。
- その後、ISO(国際標準化機構)が、品質マネジメントシステム (ISO9000シリーズ)、環境マネジメントシステム (ISO14000シリーズ) 等でPDCAの基本的な考え方を採用し、企業、行政組織、医療機関などにも普及した。
- 現在では、JCI (Joint Commission International)の審査でも、部門ごとの目標に対してPDCAサイクルを回すことを要求されている。

PDCAサイクルでよく生じる課題

評価の結果を誰が、どの場で検討するのか定めていたか？

課題を抽出し改善計画を立案するのに必要な情報を収集していたか？



事前に評価の指標や方法、タイミングを定めていたか？

何を、どのように実施するのか具体的な計画を定めていたか？

たりの対応しかせず、期間中に何も進めることができなかったということがあるかもしれません。

Checkの部分では、実際に計画通りのことはやったけれども、その評価の方法、特に指標を事前に決めていなかったために、活動の結果を正しく計測したり評価したりできないということが問題として多く生じます。

Actの部分の問題も重要です。実際にPlan→Do→Checkまで行っても、それが業務改善に生かされなければ意味がありません。活動の成果を、誰がどのような場で検討するかについて決めておかなければ、業務改善に向けて話し合う機会を逸してしまい次の計画に落とし込めないということになります。

また指標だけで情報収集していると、Doの活動の実際の記録が残っていないために、指標が改善した、あるいは指標が達成されなかったときに、それがなぜだかわからないということが起こるので注意が必要です。これらのことがPDCAサイクルを確保していく際にしばしば生じる問題として指摘されています。

PDCAサイクルの中では目標設定とその達成状況を評価する指標の設定が重要です。Planの段階で目標と指標をしっかりと定めておくことでCheckを確実に実施していく

ことができます。

よくアウトカム評価、プロセス評価という言葉が評価の場面で使われています。PDCAの中ではKGI(重要目標達成指標)やKPI(重要業績指標)という言葉がよく使われます。簡単に言うと、最終的に目指している目標の達成度合いを計測する成果指標としてKGIを設定しますが、目標達成のプロセスについても評価できるようKPIも設定します。そうすることで、設定した目標を達成したときに、自分たちの活動の成果により実現できたのかどうか、そして達成できなかったときには何が原因だったのか検討していくことができます。また、達成すべき最終目標を直接的に計測する適切な指標が無いときにも、プロセス指標は大きな役割を果たします。

評価可能な目標を設定する

- 「Plan」の段階で、事前に評価指標を決めることで、「Check」の際に、到達状況を把握しやすくなる。到達状況をふまえて、課題と解決策を検討でき、「Act」につなげやすくなる。

• KGI (Key Goal Indicator)

重要目標達成指標

- KGIとは、目標を実現するうえで、何を持って成果とするかを定量的に定めたもの
- KGIの候補：例 がん対策進捗管理指標



• KPI (Key Performance Indicator) プロセス指標

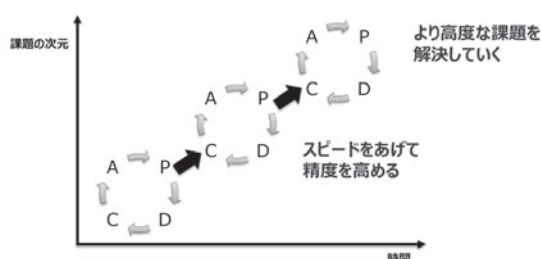
重要業績指標

- KPIとは、目標 (KGI) に到達するために重要な、具体的な業務プロセスをモニタリングするために設定される指標

PDCAサイクルを定着させていくためには、まず活動を実施していく現場がPDCAサイクルに慣れていく必要があります。できるだけ取り組みやすいPDCAサイクルから始めていきます。いきなり大きな目標、達成困難な目標を掲げるのではなく、小さな目標、達成しやすく、活動計画も具体的なもので徐々に慣れていき、だんだんとより高度な課題に取り組むようにすると、PDCAサイクルが浸透しやすと言われています。

PDCAサイクルの発展のイメージ

小さな仮説→検証→確認→実行を積み重ねる



出典：目標設計 2010年参考作成

問題の種類

	問題の時間軸	問題解決の姿勢	問題解決の目標
発生型問題	発生済み問題	受動的 (向こうから来た問題)	現状復帰 (異常解消)
設定型問題	現在の問題	積極的 (自分で設定した問題)	現状の改善・改革
将来型問題	将来の問題		現状の転換

- 発生型問題
 - 顕在化して発見された問題で、日常最も多く発生する問題。目標と現状とのギャップ、何かの異常など。
- 設定型問題
 - 新たな目標を設定することで、現状とのギャップが生じた問題。
- 将来型問題
 - これからどこに向かうか、といった現状からの転換をはかる将来課題。

出典：編纂 2012を参考に作成

P D C Aサイクルで目標を設定していくときの課題・問題はいくつかに分類することができます。発生型問題、設定型問題、将来型問題の3つがあります。通常のP D C Aで目標を設定するには設定型問題と将来型問題を取り扱うことが多いと思います。参考までに、発生型問題というのは予期せぬ突発的な問題が起きたときのものです。

設定型問題は、いま行っているものをより良くするための問題です。例えば手術件数を増やす、外来の患者さんを増やす、売り上げを伸ばそうなど、いまある数字をより良くしていこうとする課題になります。

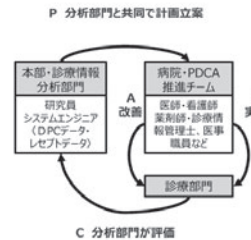
それに対し、将来型問題は全く新しいものについて取り組んでいくための問題です。例えばいままでやっていなかった新たな地域連携の体制をつくる、新しいプロジェクトを立ち上げるといった、新しいものをつくっていくための課題につながるものです。

将来型問題はどちらかというトップダウンにより決められることが多く、設定型問題は現場が現在の取り組みをもっと良くしていきたいということでボトムアップで設定されることが多いと思います。これらの両方をバランスよく取り入れていくことが必要です。何から何までトップダウンだけでは現場のモチベーションは上がりません。だからといって現場から提案するものだけをやっているのでは、病院全

体、地域全体として新しいことに取り組んでいくことは難しくなります。したがって、ボトムアップとトップダウンの両方が大事になってきます。

具体的な事例をいくつか簡単に紹介します。有名な取り組みですが、国立病院機構ではP D C Aサイクルの確保を進めています。ここで強調しておきたいのは、この取り組みに向けて事務局を整え、事務局が機能的に活動できる体制を整えているということです。必要な情報収集や計画の立案は事務局が担い、現場になるべく負担が生じないように配慮していると聞いております。

国立病院機構のPDCA推進体制の例

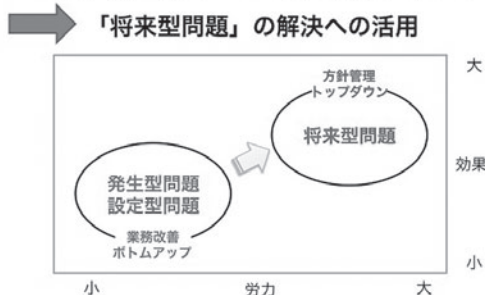


- 平成22 (2010) 年に総合研究センターを設立し、質指標の開発、計測、公表を開始。
- 一部指標に改善がみられるもの (いわゆるレポーティング効果と推測)、横ばい、悪化の指標も散見。
- 平成25年より、PDCAサイクルに基づく医療の質改善プロジェクトを立ち上げ、パイロット病院→全病院へと展開。

出典：状況調査 病院における医療の質改善推進の取組について 国立病院機構の取り組みを中心に (平成24年11月、2015年11月) を参考に作成

また、ある医療法人の例ですが、トップダウンとボトムアップをうまく組み合わせ、関連した人材育成にも取り組みながらP D C Aサイクルを回しているというものです。まず、現場が取り組みやすい目標についてボトムアップ式でP D C Aサイクルを確保することで、現場がP D C Aサイクルについて慣れていくようにしながら、P D C Aの事務を担えるような人材を育成していく。P D C Aサイクルの管理に慣れた人材を他の部署のP D C Aサイクルの管理の担当者として当て、施設全体がP D C Aサイクルに慣れるような環境をつくっていく。その上で、病院全体としてトップダウンで目指していく共通目標を示し、その達成に向けて、各現

改善経験の蓄積による問題解決力の向上



出典：病院のしくみからわかる 改善づくりの活かせ方 医療経営学入門 業務改善と全体最適 (河野 広志 Medical Technology (2006) 18(7)202号増刊 Page204-204) を参考に作成

医療法人の事例



両者をつなぐ人材の育成

- トップダウンとボトムアップの間をつなぎ、現場の改善活動の中核となる人材
- マンネリ化しがちな業務改善活動、現場に適切なアドバイス、マネジメント側と意思疎通を図る人材

出典：川上 千穂子ほか 13か所病院経営 (2013) を参考に作成

場で取り組む活動をPDCAサイクルで管理していく体制を構築したという事例です。

そしてこれからは、各都道府県がPDCAサイクル確保のために取り組みを行っていく際に参考の一つにさせていただきたい考え方についてお話ししていきたいと思います。これはモデルの一つであり、絶対的に目指すべきものではありません。その点については十分にご理解くださいますようお願いいたします。まず、都道府県の中で設置しているがん診療連携協議会などの場を活用することを想定しています。現在、多くの都道府県が取り組んでいるのは、県全体のがん医療の質の改善というよりは、各病院の良い事例を共有していくということのほうが多いようです。先ほどの例であれば、ボトムアップ型であり、まずは現場が重要だと思えるものを取りあげて共有していくという状況です。まず、都道府県内のPDCAサイクル体制を構築していく上で、関係者との協力体制をつくっていくために重要なステップだと思います。

しかし、これだけに留まらず、もう一つ重要な考え方があることも認識しておく必要があります。それが、先ほどのトップダウン型の考え方です。各都道府県それぞれのがん対策推進計画を考慮しながら、各がん診療連携拠点病院に期待されていることを意識して都道府県内全体の共通の目標を設定するものです。共通目標を達成するために、それぞれの拠点病院は、自施設の中で取り組む目標や指標を決めていくことが必要となり、それぞれの施設が自施設の行動計画をつくっていくことになります。

県内の拠点病院の共通目標を、どのように設定すればいいかわからないという声をしばしば聞きます。一つの参考として、国のがん対策推進基本計画の中間評価のときに若尾先生や東先生が中心となって作成した「がん対策進捗管理指標」というものがあります。これは国全体のがん対策を評価するために作成されたものですが、都道府県ごとにも出せるものは出しております。これは国全体のがん対策の指標として有用ということでも識者によって作成されたものであり、都道府県レベルで指標を考えていく際に参考になるのではないかと思います。都道府県内の共通目標を設定するということは、都道府県内の関係者のコンセンサスが必要であり、なかなか一筋縄ではいかない話だと思えますが、今後は設定に向けて検討していくことが必要になってくるものと考えております。

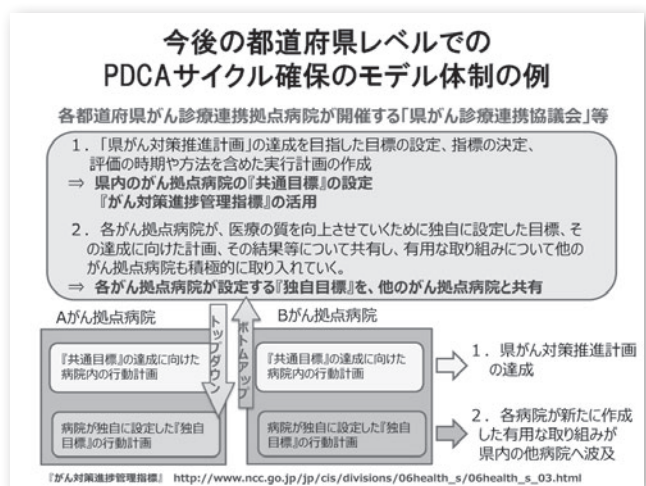
このようにトップダウン型とボトムアップ型の取り組みをしていくことで、都道府県のがん対策推進計画も達成されますし、各病院が取り組んでいる良い取り組みが他の病院にも波及していくということが期待されます。

もし一つの都道府県で、トップダウン型でPDCAサイクルを確保していく体制をつくるのであればという例をお示

したいと思います。第一に県内のがん診療連携協議会など関係者が集まる会議の場で、まず県の中で重点的に取り組むべき領域を選んでその現状の把握を行います。そして課題を挙げた上で重要な課題を選び、目標を決めて解決の方向性を検討します。第二に、ここは事務局が努力をしないといけないところなのですが、具体的な行動計画の指標の案を作成します。第三に、可能であればもう一度県内の関係者が集まる、無理であればメールなどで事務局案について検討し、問題がなければ都道府県全体の行動計画として決定します。第四に、それを各病院が自分たちの病院で何ができるかということに落とし込みます。そして第五として、決められた期間の後に実際の取り組み状況を共有していくというものです。

いまの話に、具体的な例を当てはめてお示したいと思います。仮に、ある県のがん対策推進計画において、がん拠点病院が取り組むべきこととされているものの、まだ具体的な取り組みが開始されていない領域があるとします。例えば、県の計画にがん医療の推進のための目標として「インフォームドコンセントが行われている体制で患者自らが治療法を選択しやすい環境を整備する」という項目が書かれている。その目標に向かって全県で取り組もうというとき、まず現状を把握します。可能であれば、何らかの客観的なデータを活用できればよいですが、すぐに利用できるものがなければ、県内の関係者が集まる場でグループディスカッションなどを行い、エキスパートからの意見を取集めます。先ほど紹介したがん対策進捗管理指標などを参考にすると、具体的な数字が県ごとに出ているものもあり活用できると思います。

この関係者が集まる場で、選定された領域の問題・課題を挙げていき、その中でも重点的に取り組むべき問題・課題を決定します。具体的な事例として、例えば「患者が見通しを持って自分らしく日常生活を送ることができていない」ということを重要な問題として選んだのならば、その問題の解決に向けて何をを目指すのかについて考えます。



例えば、「がん患者が今後の見通しを持って、がん治療に取り組んだり、生活を送ることができるよう、医療従事者は適切なタイミングと方法で患者に必要な情報提供を行い話し合いを行うようにする」ということを実施していく体制構築を目指していくことにします。次に、この目標の達成状況を把握するための指標を設定する必要があります。この例の場合では、先ほど紹介した進捗管理指標の中にある「問19.これまでで入院治療を受けたとき、医療スタッフから退院後の生活の見通しに関する情報は得られましたか」という質問に対する回答状況が利用できるかもしれません。全国では78.9%の人が説明、情報を得られたと答えています。この数値は県ごとに出ていますので、例えば、この数値を何年後に何%まで上げるように努力していこうと設定することもできるかもしれません。

続いて、解決の具体的な取り組みの方向性を検討していきます。この例で引き続き考えていけば、仮の話ですが、県全体で医療従事者への教育用のパンフレットを作成し、各病院でそのパンフレットを用いた院内教育を行っていくという全体計画を設定することもできるかもしれません。各病院は、県全体の計画を参考にしながら、自施設で目標を設定し、その達成に向けて具体的な実施計画をつくっていきます。そして、各病院が実施計画に基づいて目標の達成を目指していくことで、県全体の目標の達成の実現を目指していく、そのようなかたちで県全体でPDCAサイクルを確保していく体制を構築していくこともできるかもしれません。県全体で共通の目標を設定し、計画を作成することは、そんなに簡単な話ではないかもしれませんが、目指していく一つの考え方として参考にいただければ幸いです。

本日参加して下さっている方々は各県でリーダーシップを発揮していく立場にある方々ですが、このような取り組みを都道府県内で容易には共有できないと感じている状況にあるかもしれません。

その原因は3つほど考えられます。一番大きな原因は価値観を共有できていないということかもしれません。都道府県全体としての共通の目標が、現場の当事者が重要だと思っているものと異なっている、目標が納得できないなど、価値観が共有できていないと協力を得ることは難しいです。関係者の方々が納得できるようなやり方、価値観をまとめていけるかどうかのポイントになるかと思います。それ以外の原因としては、事実認識や重要性の認識にずれがあったり、解決方法に問題があるということもあります。しかし、PDCAサイクルの確保が一番重要なことは価値観を共有できるかどうかだといわれていますので参考にさせていただきたいと思います。

今後、国立がん研究センターでは、今年度の取り組みを皮切りに、都道府県に対して具体的な支援をしていきたい

と思っています。もちろんマンパワーには限りがありますので、どこまでできるかは相談しながらということになります。可能な限り現場に伺い、皆さまと一緒に新しい取り組みを共有し、一緒に考えていくことで、私たちが多くの経験を積むことができると思っています。そして、それを全国に還元していきたいと考えています。何か私たちにできそうなことがあれば、どうかご遠慮なくご連絡いただけたらと思っています。

Q&A

(質問者) 都道府県の具体的な取り組みの例で、グループワーク、グループディスカッションの話がありましたが、そこで司会をしたりリーダーシップをとる役がしっかりわかってリーダーをしないと、ただの愚痴のかたまりをまとめるだけになってしまうような気がします。よくわかっていて、引っ張ってくれるような人を、どう育てるのか、またどういう人をイメージされていますか？

(国立がん研究センター・加藤) こういうグループワークでは、司会者やファシリテーターは、自分たちが何をしなければいけないのかということをしっかり理解していることが重要です。そうでなければ、議論が迷走してしまう懸念があります。

後ほど緩和ケアのピアレビューの話をしますが、ファシリテーターをする方、またはレビューをする方には、事前に要点を理解してもらえるよう教育をしておかないといけないと思っています。可能であればそういったノウハウ、マニュアルをつくっていただければいいと思っています。

(質問者) よく病院でもQCサークル活動を行うときに、部署のリーダー、チームリーダーを養成するための講座があります。先ほどの医療法人の事例で、両者をつなぐ人材の育成というのがありました。現場に入って行って両方を上手にまとめて引っ張っていくリーダーシップがとれる人をどこかで育てておくと、例えば理念を共有することとか、事実認識を回避することができ、具体的なアイデアを出せる人が各部署にちゃんといてくれて、病院がうまく回るという実感があります。今日はそういう人を育てる場になるのですかね、もしかしたら。

(加藤) おっしゃる通り、それに向けた第一歩だとも考えられます。そのような方々を育成していくことについても継続的に話し合っていきたいですし、皆さまがそのようにお考えになるのであれば、適切な人材を育成していくのも、国立がん研究センターの役割なのかもしれません。

(質問者) 東京は60もの施設を、こんなかたちでまとめるなんてとんでもなく大変ですが、その前にもう一つ核となる集団を共有して育てることがいいのかもしれないと思いまし

た。

(国立がん研究センター・若尾) 一点だけ補足させていただきます。先ほど進捗管理指標の話为例として挙げていただきましたが、都道府県別のデータを出しているのは、患者体験調査の部分だけです。現況報告書などから取ったものは都道府県別のデータを出していません。患者体験調査は都道府県拠点に参加していただいた県だけ出しています。都道府県拠点にご協力いただけなかったところは層別化ができないので出ていませんが、昨年11月ぐらいに送らせていただいた水色の表紙の厚い冊子の後ろの方に参考資料として患者体験調査の都道府県別データがございます。そちらを参考にいただければと思います。

(加藤) いまお話があった冊子は、国立がん研究センターのホームページに掲載されています。お手元がない方はそこからダウンロードできますのでよろしく願いいたします。

奈良県の取り組み

奈良県立医科大学附属病院 長谷川 正俊

奈良県の特徴は、一言で言えば田舎で人口が少なく、コンパクトにまとめられているところです。東京と比べると、この病院でどんな人が何をやっているか、大体、顔が見えます。先ほど加藤先生のお話にトップダウンとボトムアップが出てきましたが、奈良県では、強力にトップダウンをやったのですが、ちゃんとやってくれそうな人を探してお願いしたところ、結構、機能しています。今2年目になって、まさにボトムアップの段階にきているなという印象を持っています。

奈良県はまだ8カ所しか拠点病院がありません。国の指定が5つで、県の指定が3つ、全部で8カ所しかないので、本当に様子がよくわかります。



県内のがん対策は、県庁の「がん対策推進協議会」と拠点病院でつくる「がん診療連携協議会」が連携して行っています。各拠点病院がいろいろな取り組みを現場で行っている一方で、県の協議会でもさまざまな取り組みをしています。実は私は拠点病院の協議会の実務担当責任者であり、県のがん対策推進協議会では全体の責任者(会長)をしています。田舎で病院数が少ない上に両組織の実質的な責任者を兼ねているので、トップダウン的に行いやすい環境にあります。それが強引にやっているわけではありません。

県拠点病院の責任者は病院長ですが、病院長に「こうしますね」と言うと、ご理解があり、すぐに了解が得られますので非常に楽です。県の推進協議会も、最近は県庁がとても協力的です。がん対策推進計画が始まった頃は、奈良県がビリだったというのは有名な話ですが、最近はビリでなく、

むしろ上のほうで評価をしていただけるようになり、非常にやりやすくなっています。

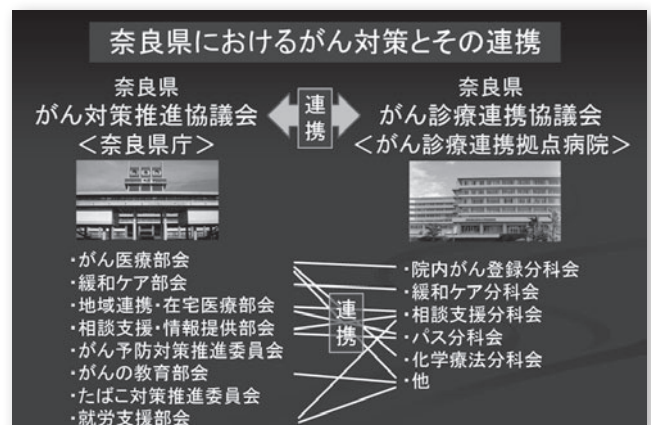
また、県の対策推進協議会の各分会と拠点病院の診療連携協議会の分科会はメンバーの

重複も多く、すなわち県の委員と拠点病院の委員が一緒になっていろいろなことをやっているのです。PDCAサイクルもやりやすいという状況です。

最初に「奈良県のPDCAサイクル」についてです。当初は、PDCAサイクルは目的ではなく方法論ではないかという声が多く、なぜPDCAサイクルが必須になったのかというところから始まりました。患者さんのためにあれをしる、これをしるというのはわかりますが、PDCAサイクルが必須というのは何なのかと文句を言っていました。しかも「皆さんやってください。必須になりましたよ」と言っても「何だかよくわからない」という意見が多かったのです。

ところが私たちは県の拠点病院ですから、とりあえずやらなくてはいけないということで、厚労省などの資料を参考に、PDCAサイクルについて何をすべきかを考えました。

がん診療連携拠点病院の新指針の中で、都道府県拠点病院の指定要件にPDCAサイクルの確保があります。さらによく読むと、国立がん研究センターと都道府県拠点病



院は実地調査も行うこと、と書いてあります。これは必須の宿題だから必ずやろうということになりました。

県内のP D C Aサイクルを中心的な立場で進めるようにという国の命令ですから、県の拠点病院を中心にやってくることになりました。拠点病院が中心といっても、指針に書いてあるとおり、地域拠点病院などでもP D C Aサイクルの確保や情報共有、相互評価をすることが指定要件とされているので、そちらも実施していこうと考えました。

先ほど申し上げたトップダウンという表現が適しているかわかりませんが、県の拠点病院が指導的な立場で強力に進めていこうということで、具体的に何をしたらかを次にお話しします。

まず県のがん対策推進協議会では、計画の中でP D C Aサイクルということを繰り返し申し上げて、メインの会議や各部会において、いろいろな計画を必ずCheckして改善していくP D C Aサイクルを使うようにしました。

「第2期奈良県がん対策推進計画」には、医療センターの整備、チーム医療体制の整備、化学療法や放射線治療に携わる人材の確保など、さまざまな取り組みが5年計画で書いてあります。それに対して、具体的に中間評価をどう行うかというスケジュールをつくりました。例えば、私が担当する医療部会の中で中間評価を行って、どう改善して、どのように全体の協議会で反映していくかというふうに、県の協議会、その下の部会でもP D C Aサイクルを取り入れて実施

しています。奈良県も最近、非常に協力的で、積極的に対応していただいております。

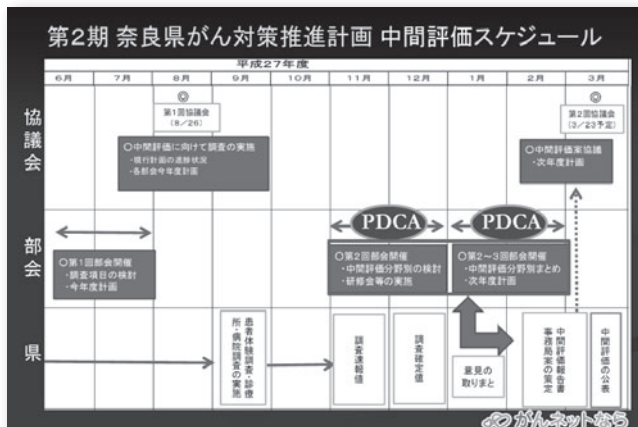
実際にストラクチャー、プロセス、アウトカム、分野別指標といったものを具体的に出して取り組みつつ、アンケート調査の結果なども踏まえて評価した上で、P D C Aサイクルを回して修正を加えていくことをしています。

例えば中間評価のために、県の患者さん2,000人を対象に「ならの患者体験調査」を行いました。奈良県は人口140万人と少ないので、2,000人に配ればかなりの数だと思います。実際のアンケート用紙では、在宅緩和ケアについての認知や、緩和ケアについての考えを聞いて、取り組みについての評価の参考にしています。

奈良県がん対策推進協議会
<中間評価のための調査について>

1. ならの患者体験調査について	
目的	奈良県で、平成25年度に実施した「がん患者意識調査」と比較し、がん対策の進捗状況の評価や、必要などころに対策を講じる資料とする。今回は、がん患者のみではなく、がん以外の患者も調査対象とする。
対象	入院、外来中のご本人 約2,000人
調査期間	平成27年9月1日(火)～平成27年9月30日(水)の1ヵ月間 回答締切：平成27年10月9日(金) 消印有効
調査方法	協力医療機関から、患者に調査票と返信用封筒を手渡していただき、患者本人が調査票に記入後、郵送で提出
調査協力医療機関	県内のがん診療連携拠点病院・支援病院、その他がん診療を行っている医療機関 44施設
調査結果	県下全体の結果について報告書の作成と県ホームページへの掲載

がんネットなら



今後の治療・療養について

第26 在宅緩和ケア（注参照）を知っていますか。【Oはひとつだけ】

【O】在宅緩和ケア：在宅中から呼びかけによる訪問診療や相談により、在宅での緩和ケアを受けること。

1. 知っている
2. 知っているが、具体的な内容は知らない → 第29へおすすみください
3. 知らない

第27 療養で「知っている」と回答された方にお伺いします。
在宅緩和ケアについて、どのようにお考えですか。【Oはひとつだけ】

1. 受けたいし、実現可能だと思う
2. 受けたいが、困難な気がする → 第29へおすすみください
3. 希望しない
4. 経験した（現在受けている） → 第29へおすすみください
5. わからない

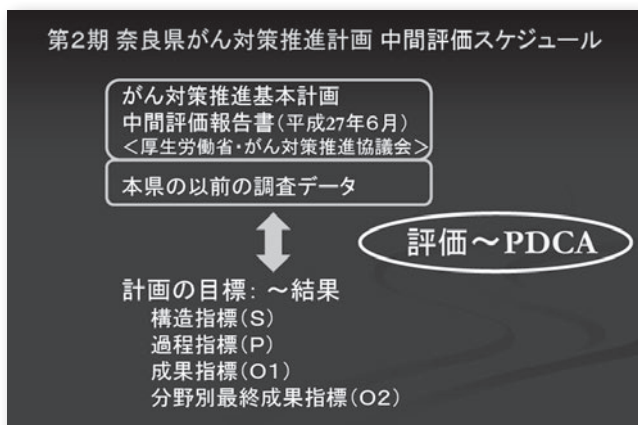
第28 療養で「受けたいが、困難な気がする」と回答された方にお伺いします。
困難だと思う理由は何ですか。【Oはいくつでも】

1. 在宅緩和ケアをまわしてくれる在宅医がいらないから
2. 訪問看護や介護関係者が緩和ケアをしてくれるか不安
3. 急に病状が変わったときの対応が不安だから
4. 経済的な負担が大きいから
5. 医師・介護関係者の訪問が負担になるから
6. 言葉に負担をかけるから
7. その他（ ）
8. 特に理由はない

がんネットなら

県の個別施策目標では、例えば「総合医療センターを整備して高度放射線治療ができるようにする」といったことに取り組んでいます。個別施策目標に関する中間評価では、「総合医療センター整備」の項目にAがついていますが、実際には、ただ工事を進めているだけ、しかも工期が少し遅れているのにAをつけている。また「地域がん診療連携支援病院の増加」の項目は、2カ所が3カ所になり、1カ所増えただけでAをつけるのは甘いのでは、といった意見が、部会の委員の中から出ました。他の項目もA評価ばかりという批判が出て、評価自体を見直さなければいけないという厳しいCheckが入りました。

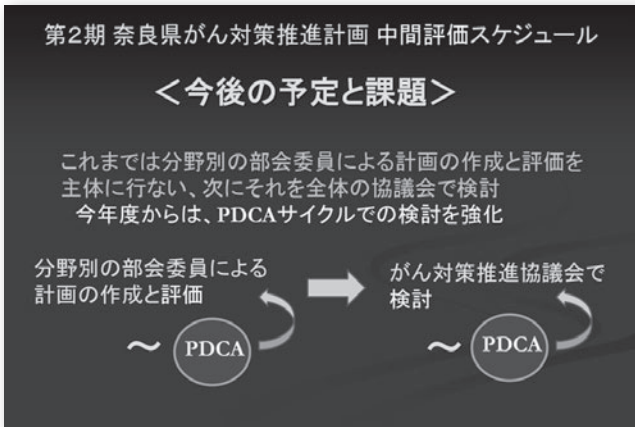
私も座長をしています。さまざまな分野別の部会など



中間評価(検討中の参考例)

目標達成のために取り組んだこと 個別施策目標					
主な取組	指 標	数値目標	※達成率(%) 評価	結果	
奈良県総合がんセンターの整備	奈良県総合がんセンターの開設	H26開設	H26H1に 開設	A	
個別のがん診療連携拠点病院の整備	個別のがん診療連携拠点病院の開設	H26開設	H26H1に 開設	B	
がん診療連携拠点病院の整備(地域がん診療連携拠点病院のあり方や指定病院としての機能)	地域がん診療連携拠点病院の増加	10所	12所 (H26)	A	
がん診療連携拠点病院の整備(がん診療連携拠点病院のあり方や指定病院としての機能)	慢性腎臓病(CKD)の患者数(人口10万人あたり)	-	2019より 減少 (H26)	-	
	認知症(人口10万人あたり)の患者数(人口10万人あたり)	-	2019より 増加 (H26)	-	
	がん診療連携拠点病院の整備(がん診療連携拠点病院のあり方や指定病院としての機能)	がん診療連携拠点病院の増加	15人 (H26)	-	A
	がん診療連携拠点病院の整備(がん診療連携拠点病院のあり方や指定病院としての機能)	がん診療連携拠点病院の増加	8人 (H26)	-	A

で評価を行い、県の計画を見直しています。部会のレベルでPDCAサイクルをやって、さらに上のレベルの協議会でCheckして計画の修正を加え、より良いものにしていくということです。



先ほどの中間評価はAばかり並んでいましたが、もっと内容のあるものにしよう、単にA、B、Cをつけるよりも内容を重視しようということで、中間評価を改訂して「個別施策目標の進捗状況」というものを最近出しました。

進捗状況(検討中の参考例)

1. がん診療連携拠点病院の整備	2. がん診療連携拠点病院の整備(がん診療連携拠点病院のあり方や指定病院としての機能)	3. がん診療連携拠点病院の整備(がん診療連携拠点病院のあり方や指定病院としての機能)	4. がん診療連携拠点病院の整備(がん診療連携拠点病院のあり方や指定病院としての機能)	5. がん診療連携拠点病院の整備(がん診療連携拠点病院のあり方や指定病院としての機能)	6. がん診療連携拠点病院の整備(がん診療連携拠点病院のあり方や指定病院としての機能)	7. がん診療連携拠点病院の整備(がん診療連携拠点病院のあり方や指定病院としての機能)	8. がん診療連携拠点病院の整備(がん診療連携拠点病院のあり方や指定病院としての機能)	9. がん診療連携拠点病院の整備(がん診療連携拠点病院のあり方や指定病院としての機能)	10. がん診療連携拠点病院の整備(がん診療連携拠点病院のあり方や指定病院としての機能)
がん診療連携拠点病院の整備	がん診療連携拠点病院の整備(がん診療連携拠点病院のあり方や指定病院としての機能)	がん診療連携拠点病院の整備(がん診療連携拠点病院のあり方や指定病院としての機能)	がん診療連携拠点病院の整備(がん診療連携拠点病院のあり方や指定病院としての機能)	がん診療連携拠点病院の整備(がん診療連携拠点病院のあり方や指定病院としての機能)	がん診療連携拠点病院の整備(がん診療連携拠点病院のあり方や指定病院としての機能)	がん診療連携拠点病院の整備(がん診療連携拠点病院のあり方や指定病院としての機能)	がん診療連携拠点病院の整備(がん診療連携拠点病院のあり方や指定病院としての機能)	がん診療連携拠点病院の整備(がん診療連携拠点病院のあり方や指定病院としての機能)	がん診療連携拠点病院の整備(がん診療連携拠点病院のあり方や指定病院としての機能)

Checkしたことによって、Actして、計画を見直す。さらに次の委員会で再びCheckが入ります。県の協議会ではこのように取り組んでおりますが、実はあまりきれいなPDCAサイクルが見えてきません。一方、拠点病院はまさに現場なので、もっとかたちに見えるPDCAサイクルを回そうとい

うことで動いています。
最初に説明したように、奈良県は拠点病院が8カ所と少ないので比較的やりやすい状況です。拠点病院といっても、県の拠点病院、地域拠点病院、支援病院それぞれのレベルでの取り組み、あるいは各拠点病院間での取り組みがあります。

まず最初に拠点病院全体での取り組みについてですが、私がある県の拠点病院では強力なトップダウンで、どんどんやっていただきました。ところが、県内の拠点病院は、なかなか動いてくれない。聞いてみても、できていない、何をやっていいのかわからないという状況でした。そこでまさにトップダウンですが、拠点病院共通の課題を選んで取り組んでもらおうとしました。共通の課題は、皆が取り組まないといけないうのが良いと考え、ちょうど拠点病院の新指定要件に緩和ケアの関係の要件がたくさん出ていたので、それをどのようにPlan・Doするかという評価シートをつくって、皆さんに配って、やっていただきました。

県の協議会でそういったPDCAサイクルの評価シートをつくって、皆さんのところに回しますので協力してくださいと申し上げました。この協議会はトップ会議で、大体、拠点病院の病院長クラスが来ているので、あまり細かいことを言いません。何も異議が出ずにすぐ決まって、評価シートをつくることになりました。

1年目は、少なくともPlanとDoまでは書いてくださいとお願いしました。2年目以降は院内でCheckやActまでやってほしいけれど、ということにして、まず最初はPlan・Doをというところから始まりました。さらに、県の拠点病院には責任がありますので、きちんとできているかどうか訪問して調査しようということになりました。実際に、昨年度も今年度も訪問調査を実施しております。

平成26, 27年度(2年間) 奈良県がん診療連携協議会

県がん診療連携拠点病院	1
地域がん診療連携拠点病院	4
地域がん診療支援病院	3

PDCAサイクルの構築について協議した結果、
県拠点病院がPDCAサイクル評価シートを作成

↓

各病院は、評価シートに(少なくともP, Dまでは)
実態について予め記入して、集計 (H26年度)

↓

実際に、一部の病院に訪問して、調査・検討を実施

評価シートをつくるだけでなく、8名の評価委員も決めました。評価委員は各拠点病院から担当の先生方を選んでいただきました。私も含め、評価委員の中で参加できるメンバーが拠点病院を訪問しております。

て、さらに2サイクル目を回しています。これも最初は評価委員のCheckだったのですが、2年目になり、各部署、特に緩和ケアの部門や腫瘍センターといった部門が自部署内でのCheckをどんどん行うようになりました。

例えば、緩和ケアセンターのP D C Aサイクル評価シートでは、疼痛や呼吸困難の院内向けクリティカルパス作成と運用をPlanし、いつ何をするか、時系列で何をした、それをいつどうCheckしたか、ということを繰り返し行っています。特にジェネラルマネージャーと緩和ケアセンター長には一生懸命やっていたりしております。院内のP D C Aサイクル委員会では、緩和ケアセンター長、ジェネラルマネージャー、腫瘍センター、化学療法の担当者、私が入り、当初はトップダウン的に始めたのがいい意味でのボトムアップになってきていて、最近は私よりもジェネラルマネージャーのほうが頑張っています。

最近では部署内のCheckがどんどんできている状況で、部署内でCheckしたものを委員会で再Checkして検討しているというのが今のレベルです。病院内でもうまく回ってきたなという印象です。

対応	項目	Plan(計画)	実施予定
0緩和ケアセンター (疼痛・喘息・嘔吐・便秘)	がん患者の疼痛や呼吸困難に対する迅速な対応が、腫瘍科の医師や看護師など院内のスタッフに普及するよう、院内クリティカルパスを作成し、運用を開始する。	がん患者の疼痛や呼吸困難に対する迅速な対応が、腫瘍科の医師や看護師など院内のスタッフに普及するよう、院内クリティカルパスを作成し、運用を開始する。	がん患者の疼痛や呼吸困難に対する迅速な対応が、腫瘍科の医師や看護師など院内のスタッフに普及するよう、院内クリティカルパスを作成し、運用を開始する。
Do(実施)		Check(点検・評価)	
8月	アンケートを実施してフィードバックを行った。	今年度もクリティカルパスの導入は進んでいないが、がん患者の疼痛や呼吸困難に対する迅速な対応が、腫瘍科の医師や看護師など院内のスタッフに普及するよう、院内クリティカルパスを作成し、運用を開始する。	今年度もクリティカルパスの導入は進んでいないが、がん患者の疼痛や呼吸困難に対する迅速な対応が、腫瘍科の医師や看護師など院内のスタッフに普及するよう、院内クリティカルパスを作成し、運用を開始する。
1月	電子カルテ内にある緩和ケアセンターマニュアルの「がん疼痛管理法」について緩和ケアセンターに紹介し、現場で活用してもらうようアポイントメントを行った。	今年度もクリティカルパスの導入は進んでいないが、がん患者の疼痛や呼吸困難に対する迅速な対応が、腫瘍科の医師や看護師など院内のスタッフに普及するよう、院内クリティカルパスを作成し、運用を開始する。	今年度もクリティカルパスの導入は進んでいないが、がん患者の疼痛や呼吸困難に対する迅速な対応が、腫瘍科の医師や看護師など院内のスタッフに普及するよう、院内クリティカルパスを作成し、運用を開始する。

まとめると、県内あるいは院内でも、P D C Aサイクルに対するシートを委員会でCheckするかたちで始めたものが、だんだんと各部署内でのCheckが回るようになってきていて、今後は各病院や各部署内でのP D C Aサイクルを回し、それを後からCheckするというかたちが主体になっていくのではと思っています。

P D C Aサイクルは、最初よくわからず暗中模索の状態でしたが、いずれにしてもやらなくてはならないものだから、トップダウン的に始めました。1年目は機能しなかったけれども、2年目にだんだんとうまく機能するようになり、今では、本来の目的であるPlan・Do・CheckそしてActだけでなく、いろいろな情報交換ができるなどのプラスαの面もあるという印象を持っています。

Q&A

(質問者) トップダウンとボトムアップというときに、うまく情報をサマライズして、なおかつ情報をちゃんと理解しパワフルにやる人が必要で、その人選が非常に重要だと思うのですが、院内P D C A委員会のジェネラルマネージャーをどのように選ばれたのか教えてください。

(奈良県立医科大学附属病院・長谷川) 私が選んだわけではないですが、適材適所で、もともと放射線治療や緩和ケアの部門で幅広くがんに関わっていた看護師さんが、うまくジェネラルマネージャーに選ばれました。ジェネラルマネージャーも必須要件だったので病院が指定したのですが、それがうまく機能していると思います。ご指摘のように、それなりの人物を配置しないとイケないとは思いますが、そういう方がいなくても、拠点病院の要件としては絶対に必要なものですから、各部署あるいは各病院で誰かやってくれるかという働きかけを具体的にしていくことが大事だと思います。

私は放射線治療が専門ですが、ジェネラルにいろいろな部門を見てきたので、各部署で、この人をお願いすれば多分やってくれるなということがわかり、実際にほとんどやっていたいただいています。ほとんど顔が見える関係の田舎だからできることだと思います。

(質問者) 実際に県内のP D C Aを回すにあたっての事務局的な機能を何人ぐらいで、どういう方が担っているのかを教えてください。

(長谷川) まともなP D C Aの事務局はありません。ですが、県の拠点病院として今の答えに当てはまるとすれば、病院管理課の事務の一人の方が私と相談しながらやっているのが現状です。現実には事務レベルよりも、各部署での対応のほうが大事だと思います。

(質問者) 病院の事務の方が、都道府県拠点、県拠点としての役割である県内のまとまりも対応して下さるということですか？

(長谷川) そうですね。我々は、がん診療連携協議会という拠点病院の集まりをやらなくてはいけないので、そのためにある程度資料を準備します。ですが現実的には事務局は事務局であって、例えば、先ほど出したP D C Aサイクル評価シートは、ほとんど緩和ケアの部署で、ジェネラルマネージャーがPlanをつくってくれて、それを参考にして配るという状況です。うまくマネジメントするには、現場でやってくれる人が、どこまで頑張ってくれるかが大事です。

(質問者) 事務局が回って、それでさらに大学病院の各チームがそれぞれアクティブに動いてくださる。

(長谷川) そうですね。そのフィードバックをもらって、それを今度は各部に配るといったかたちが今は主体だと思います。

す。

(質問者) 今回、緩和ケアという話題を扱って、そのおかげで各拠点病院が緩和ケアに関してのP D C Aをつくって回し始めていると思いますが、これを例えば、放射線療法で同じように県内共通でまずはやってみよう、その次は化学療法でやってみよう。そういうふうに関心を持っていることがありますか。

(長谷川) 今日は話していませんでしたが、化学療法はP D C Aを少し始めています。ほかのところでもやるという方向で具体的に動いています。ただあまりに緩和ケアの必須要件が多かったのも、それをやらずに先に他をやっている余裕はないだろうということで、最初に取り組みました。当然、来年度は緩和ケア以外にも、どんどんやっていきたいと思っています。

東京都の取り組み

都立駒込病院 齋巢 賢一



東京都のがん診療病院は国指定と東京都指定を合わせて60施設あります。これだけ多いと、トップダウンはあり得ないですね。決してみんな仲が良いわけでもないし、本当に、さまざまな事情の病院があります。公立病院は4施設しかなくて、独立行政法人か民間病院が主な中で、国の新指針が出て、みんなの心に突き刺さっているのは、「必要に応じ実地調査を行う」という部分です。

情報共有は、まだ何とかなるけれど、実地調査は一体どうなるのだろう、と。地域でのやり方、都としてのやり方、これから先どうしようかという状況が2015年の1月から始まりました。そこへ東京都が1年遅れて、ほぼ同じ指定要件で33施設を指定しました。

立派にクライテリアを満たしたと言えるのか、その基準も示さずに、よくこんなことを書いたなど、このときは正直ものすごく腹が立ちました。

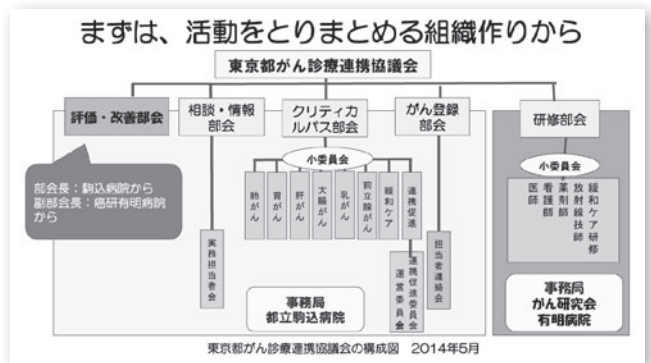
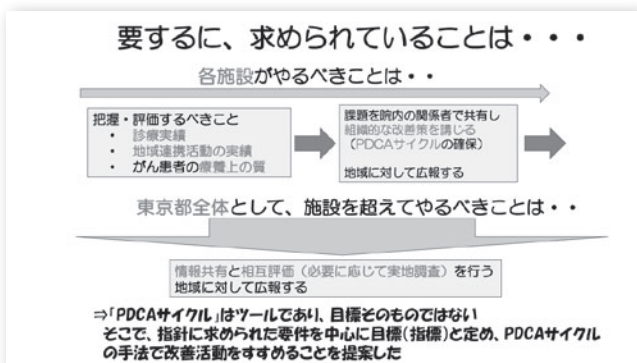
しかし仕方がないので、何か目標を決めてPDCAサイクルの手法に乗せようということになりました。もともと、どこの病院もやっているのです。それをいかにPDCAサイクルに乗せて見せるかを考えました。私自身が駒込病院の院長をしていて、PDCAのサイクルに乗せる様子を病院中、共通で使っていたので、それを普及させればよいと考えました。

私が会長を務める東京都がん診療連携協議会では、4つの部会でそれぞれ活動を行っていました。そこに新たに組織をつくらうということで「評価・改善部会」を立ち上げ、駒込病院から部会長を出し、当座は私が兼ねることになりました。副部会長の、がん研有明病院と一緒に進めようということになりました。

ちなみに、この協議会には病院長は来ていませんので、協議会でどんなに頑張っても話が通じていない施設が多いです。それぞれ担当者が来てはいますが、権限もないし、実際には、なかなかうまくいっていない部分がありました。



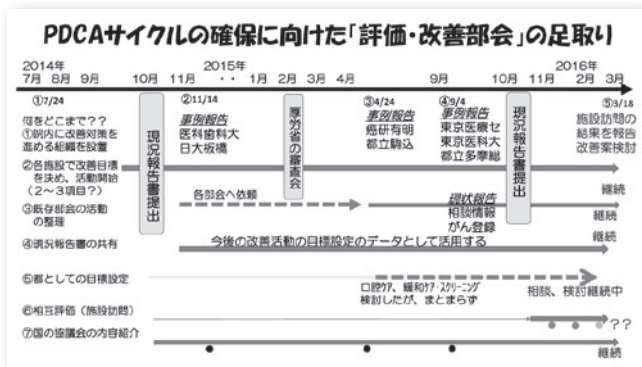
国と都の新指針を私なりに整理して、各施設がやるべきことは診療実績、地域連携活動の実績、療養上の質の3つに関して、組織的な改善策を講じることだと分析しました。都全体でやるべきことは、情報共有しながら相互評価を行い、必要に応じて実地調査を行うこと。しかしこれをどうすればいいんだろう、PDCAサイクルはあくまでツールだろう、これが目標になるのか。目標だとしたら、どこまでやれば



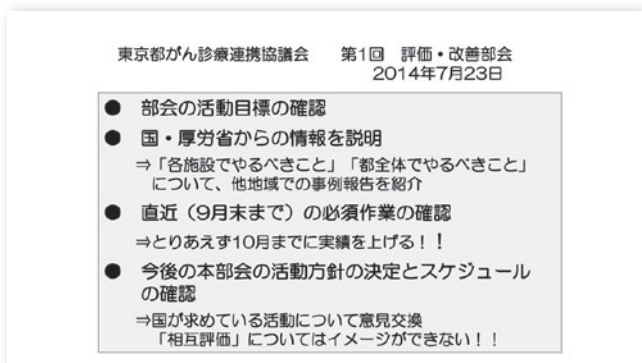
一番最初の部会は2014年7月、現況報告書提出が10月で、これが次年度の拠点病院指定申し込みになるわけです

が、指定要件にはP D C Aサイクルを確立することと書いてある。一体あと2～3カ月間で何をすればよいのかということ之急きよ議論し、将来の方向性についても話し合いました。

そのあと、さまざまな活動が続いてきて、今年3月に3件目の施設訪問があります。こういう足取りでやってきて、たぶん皆さんから見たら、ずいぶんテンポが遅いと思われると思います。しかし事務担当は事実上1人で、都の拠点病院2つの間を調整し、それから他の数十施設の調整を行い、資料の準備をして、すべての部会の切り盛りもしていますから、これは大変なことになったというのが実情です。



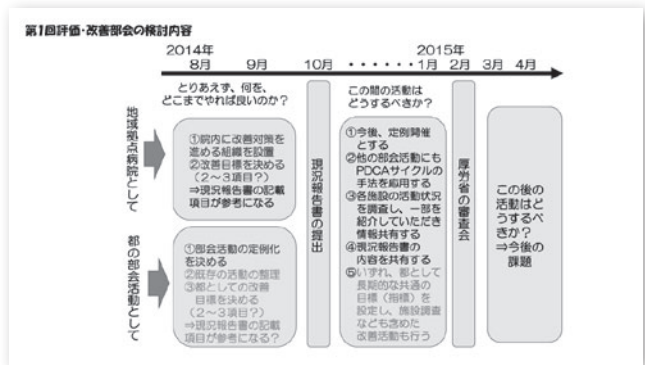
そういう理由で、これだけのテンポでやるのが精いっぱいでした。その概略だけ少し話をします。一番最初は、とりあえず国からの情報をみんなで共有しよう、と。次に現況報告書提出の10月までに、どうやって実績を上げるかという話をしました。その次に、今後の活動方針を相談しました。相互評価に関してはまったく見当がつかない、何をしたいかさっぱりわからないけれども、とりあえず2～3の項目を決めて頑張ってみようということになりました。その項目に関するヒントは次にお示しします。



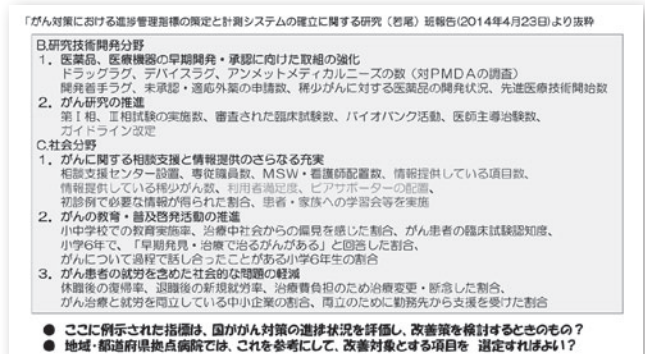
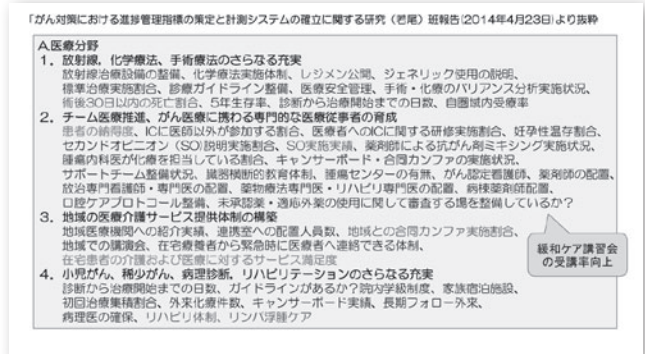
それから各病院に改善対策を進める組織を設置すること、そして今後「評価・改善部会」は定例開催にして、それまでやっていた他の部会の活動をP D C Aサイクルに乗せて、みんなによくわかるように見せてもらおうということになりました。

その後、各施設の活動状況を報告していただいて、みんな

で勉強会を行うこと、そして10月に出した現況報告書をひとつにまとめて、それを参考にして改善のためのヒントに使おうということを決めました。都としての全体的な長期計画をつくらうという話もしたのですが、トップダウンではなかなかうまくいきませんでした。



国立がん研究センターの若尾先生が出された「進捗管理指標の策定と計測システムの確立に関する研究」から、何とかやれそうな項目を抜粋し、初回の部会で参考として提示しました。もともとは国の評価指標だと思いましたが、拠点病院にも参考になるだろうということで提示し、10月の現況報告書まで頑張ろうと言ってやりました。



2回目の部会は現況報告書が出た後でした。どんな目標を出したか聞いたところ、国指定の病院だけを見ると、緩和ケアスクリーニングや化学療法に関することなど、1施設2～4つほど項目を決めて、それなりにP D C Aサイクルに乗せてやってみたということが報告されました。

東京医科歯科大学附属病院と日大板橋病院の方の話を

後も継続して検討しようという話をして第4回目を迎えました。

4回目では、国からのさまざまな情報を伝え、勉強会をし、各部会がPDCAサイクルのエクセルチャートに乗せて、こんな活動をするというデモンストレーションをしてもらいました。この辺りから、PDCAの手法や活用状況が第三者からもわかりやすい進捗管理表が、だんだんと定着してきた印象でした。

第4回 東京都がん診療連携協議会 評価・改善部会
2015年9月4日

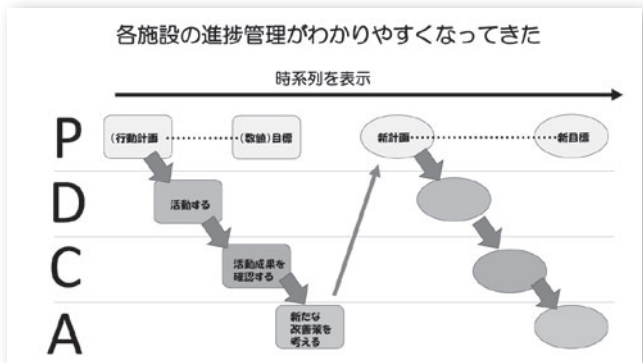
① 第8回(20150708) 都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会における資料から抜粋して説明
⇒都道府県としてのPDCAサイクル確保に関連する情報抜粋
・ 全国アンケートの集計より
・ 愛媛県の活動報告より
⇒国がん(国)レベルでの活動情報(本フォーラムの開催案など)

② 東京医療センター、多摩総合医療センター、東京医大からの活動報告

③ 他部会におけるPDCAサイクル手法を活用した活動の紹介
・ がん登録部会: がん登録に関するHPでの広報を充実
・ 相談・情報部会: 相談・支援センターに求められる機能の自己評価
・ クリティカルパス部会: 連携パスの発行数の増加

⇒ PDCA手法の活用状況がよくわかる進捗管理表が定着してきた印象

時系列でPDCAに沿って目標と最終ゴールを書き込んで活動し続け、その都度、確認しながら新たな修正目標を決めるとい、わかりやすいイメージで各施設が進捗管理表を書いてくれるようになってきました。



第4回の部会のまとめでは、いよいよ意見交換会と称して施設訪問に行くことになりました。「実地調査」という名前は露骨で、みんなものすごく構えるんです。ノルミみたいなものですので、がん研有明病院と駒込病院、東京都福祉保健局のスタッフで行くことにしようということで希望を聞いたら、訪問を希望したのは2施設だけでした。残念ながら「回答なし」が17施設もありました。これで雰囲気を読めますよね。実地調査に来てもらっても、自分たちの粗が見えるだけだから出たくないのかもしれない。本当のところ、現場の人が集まって会議をすると、そんなことを言われてもという意見ばかりで前にいきません。トップダウンをするほどの権限もなく、みんなで「こういうふうにとったらどうだろう」という、ささやかな一歩を提案しながら一緒に進んできたという歴史があります。

第4回目の部会のまとめ：今後の部会活動の方向性

- ① 都としての共通目標について
- ・ 「全施設共通とすることは難しい」という認識
 - ・ 国が提案しているQI指標確立に関する研究に参画していくのも一案
 - ・ がん登録部会QI研究として検討している指標を参考にする？
 - ・ 若尾(水産)氏がやっている「がん診療体制の質評価に関する研究に参加する？」
 - ・ 下記の「(仮)PDCAサイクル確立に関する意見交換会」の結果を踏まえて結論を出す
- ② 「意見交換会」の実施に向けて
- ・ まずは、がん研有明、駒込、福保(東京都)のスタッフが施設訪問する
 - ・ 現在のPDCAサイクル確保に向けた活動実態と、現況報告書の実情把握を基本に意見交換する
 - ・ その際、訪問先は「お手上げ制度」にする
 - ・ 各施設の希望を聞くこと・・・
- 国指定27施設中 ⇒希望する2、どちらでも良い7、希望しない6、回答無し12
都指定33施設中 ⇒希望する4、どちらでも良い9、希望しない15、回答無し5

私も、もっともだと思いますが、意見交換会では、例えば指定要件の中の、初診時からの緩和スクリーニング、多職種が参加するカンサーボード、連携クリティカルパスなどは、理念は非常によくわかるけれども、正直、本当に役に立つのかという意見が圧倒的に多いです。それで進めましようとはなかなかならず、もっといいかたちのブレークスルーをみんなで考えないといけないという雰囲気になっています。他には「患者サロン」といわれても、何が患者サロンかという定義も書いていないし、よくわからないという意見もありました。

相談支援センターの質の評価については、東京都としても部会で立派な基準をつくって評価に入っているから、これは国の動向を見守りたいということになりました。

施設訪問意見交換会の結果

- 訪問施設: 東京医科歯科大学、東京医大、日赤広尾病院
- 確認事項: PDCAサイクル確保に向けた組織体制、施設(見学)、実際の成果、運用上の課題などについて質問し、意見交換
- 結果:
 - ・ おおむね、施設単位でのPDCAサイクルの確保に向けた取組が実施され、成果をあげている
 - ・ 施設が選んだ目標実現に際して、マンパワーの不足だけではなく、そもそも、簡単には実行が難しい課題もある
 - 例) 外来初診時からの「緩和スクリーニング」
 - 「多職種が参加するカンサーボード」
 - 「地域連携クリティカルパスの運用」
- 参考: 出された意見の事例
 - ・ やはり、東京都全体の共通の目標設定は難しい
 - ・ 「がんサロン」の定義は?
 - ・ 「相談支援センターの質の評価」については国の動向を見守りたい

最後は私の感想です。それぞれの施設は一生懸命頑張ってそれなりに成果を挙げているし、ノウハウもだんだんと蓄積されてきていると思います。ただ、都全体で一つというのはなかなか難しく、これから先どうやって目標を探そうかという状況です。みんなが納得しないといけない、強制的なトップダウンはあり得ません。設立母体がバラバラで互いに拮抗している状態の中では、かなり難しいことです。

また、相互評価というのは一体どこまで何をしたらいいのか、よくわかりません。正直、新指針の理想像がつかみにくいですね。理念は理解できるけれど、具体的なイメージや実現可能性については、もっと詰めが必要で、たぶんこの会議がそのひとつの機会だと思います。実現のための人の確保や設備の改装にかかる、そういったコストはどうなっているんですか、という話はどこに行っても聞かれます。

やはりPDCAサイクルはあくまでツールであって、ツール自体は有効だとは思いますが。この15年間でBSCTとかシックス・シグマとか、さまざまな病院の業務改善活動ツールがありましたが、言い方を変えても根幹部分はPDCAと同じで、とても大事だと思いますし、みんなも認めていると思います。

ですから互いに情報交換し磨きをかけていくこと、みんなで集まって勉強会をして賢くなることは、良いことだと思います。ただ、訪問調査までする必要がどこにあるのかという疑問は残ります。どの時点で訪問が必要か、訪問したら何をするのか、まだ姿が見えません。拠点病院間の連携については、私は本当は拠点病院と周囲の施設との連携の方がずっと大事だと思っていて、大きな施設同士が連携して何をするのかという気もしています。しかしそういう連携を進める上では、今はお互いよく顔が見える関係になってきたので、お尻を叩かれたことはいいことだったかもしれません。

最後にくだいようですが、ツールはツールであって認定基準にツールが書かれること自体は、やはり違和感があります。具体的に何をしたらが問われるのであって、どういやり方をしたらが目標になり審査基準になるということには合点がいかないなと思っています。そういう思いを抱えつつ、この3月には日赤医療センターへ行って担当者と意見交換をして、せめてこういうささやかな一歩はどうですか、こういうふうにやっていきましょうという議論を続けて、もう少し頑張りたいと思います。愚痴みたいな話ですが、これが東京都の現状です。

まとめ 1：東京都での経験から（感想も含めて）

- ① 各施設における活動は、決して十分とは言えないが、それなりに進められている
- ② 都全体としての情報共有、改善に向けたノウハウの蓄積はゆっくりと進みつつある
- ③ 他方、都全体としての共通目標は見だしにくい
- ④ 「相互評価」が意味する内容が分からない
- ④ 新指針の記載内容が具体的にないため、理想像が掴みにくい
⇒めざす理念は理解できるが、具体的なイメージや実現可能性について詰めが必要である
⇒そのための人材確保、設備・システムの整備に要するコストも全く配慮されていない？

まとめ 2：東京都での経験から（感想も含めて）

- ④ 手法自体は有効であり、今後も、がん医療の向上に向けた努力を支えるツールになることは間違いない
⇒各施設の努力を継続し、互いに情報交換して磨きをかけることは有意義である
⇒しかし、訪問による「相互評価」の目的、方法については検討の余地がある
- ⑤ 「互いに顔の見える関係作り」の基礎となるので、拠点病院間の「連携」を進めるためには有意義であると言えそう
⇒やはり、「PDCA」は、あくまでもツールであり、それを使って、どのような成果が実現されるのかが問われるだけでは？
つまり、認定基準になるのはツールではなく、アウトカムでは？

Q&A

(質問者) いろいろなことを提示していただいで参考になりました。この場合は厚生労働省への提言なので、実地調査が必要かどうかというのを記録していただいで見直しの参考になればいいと思いました。

評価・改善部会はPDCAサイクルをしっかりと見つめてやっていく、すごい着眼だと思いました。施設長が現況報告書の内容をどの程度理解しているかは、施設によってだいぶ違うと思いますが、こういう部会がその施設長にどうフィードバックするか、将来的にどういうふうを考えているか。まさしく評価・改善部会が評価すると何が見えてくるのかという点をお聞きしたいです。

(都立駒込病院・鳶巣) 私自身は、他の部会と横並びに評価・改善部会があることは少し違和感があります。本当は協議会の横に置いて、全体の活動を評価する、更に他の4つの部会でカバーしきれないことを担うというようなかたちの組織図に変えたほうがいいと最初から思っていました。ただ、みんなの理解がそこまで及んでいない時期に、横にそんな部会をつくると、いかにもワンマン協議会長みたいで印象がよくないので、とりあえず並べてあります。実際には協議会の会長と副会長が評価・改善部会を兼ねているものだから、他の4つの部会より事実上、少し上にあるような格好になっています。

ご質問にあった施設長がどこまで理解しているか、というのはさまざまです。正直今はがん診療だけが病院の課題ではないので、病院長も、それだけに熱心になるということはなかなか難しいと思いますし、万事にこうなさいということとは言えないので、ぜひ理解してくださいというお願いだけです。

今考えているのは、60あるすべての施設に勉強会で発表をしていただくこと。そして60施設はやはり、あまりにも規模が大きいのので、小さなブロックにわかれて会議を進めるようなかたちにしていけないと、無理ではないかなという気がしています。

(質問者) 東京の非常に難しい状況がわかりました。こんなことを言うと怒られるかもしれませんが、院長の協力が得られない病院が多い中で、それならば拠点病院をやめますか、ということはい言えないのでしょうか？

(鳶巣) 私が権限を持って言えるわけではありませんが、これは国のルールです、だから仕方がない、やることをやったらどうだということは内心思っていますから、少しはそれに近い発言が出ているかもしれません。

(質問者) 東京都が推薦しないと拠点病院になれないものですから、そのあたり、もう少し協議会の権限を強めていただければと思います。あるいは奈良のように、がん対策協議

会などは活用できないでしょうか。何か動かすには、それなりの力がないと動かしにくいと思います。

(**鷹巣**) 東京都の場合、がん対策推進協議会はもっと大きな別の組織みたいな感じで、奈良のように現場とくっついていません。私がメンバーの1人として入っているだけで、他は病院の幹部は入っていないので、そこでの話はもっと大きな、全体としての話で、拠点病院の中がどうであるかという議論はほとんどありません。

(**国立がん研究センター・加藤**) 本当にP D C Aサイクルに関する課題を整理してくださいました。報告書は厚生労働省に提出させていただきます。

鹿児島県の取り組み

鹿児島大学病院 上野 真一



P D C A サイクルから見た鹿児島県のがん診療連携協議会活動をお話しさせていただきます。

鹿児島県は南北に600キロあります。指定病院や拠点病院が広域に点在していますので、行こうと思うと飛行機や高速船が必要で便利ではありません。私はこの正月に仕事で奄美大島にいましたが、本土が零下になって霜が降りたときに、奄美大島では温暖で、すでに神社で氷が売られていて、南北に長いと、こういう温度差もあります。

先ほど加藤先生もお話しされていましたが、P D C Aは、もともと一つの会社が業務改善のために始めたものだと聞いています。例えば民間企業のライバル同士と一緒にPlanを立てて、同じことをして、Checkすることなんて、あり得ないと思うわけですが、がん診療のP D C Aは県全体でやれという指針です。鹿児島市内には8つの拠点病院、指定病

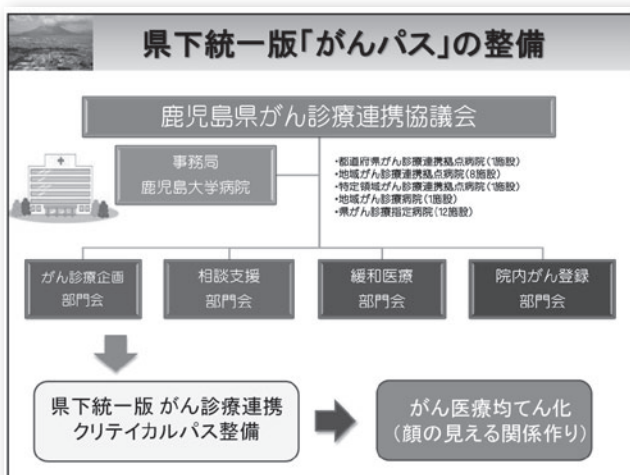
院があり、お互い結構なライバル意識を持っていたりします。そうすると同じPlanを立てることさえも難しいと感じますが、何年かやってきた現時点では、「顔の見える関係」があって、そして「互いの利益」が感じられて、そこから「社会への貢献、患者さんへの貢献」がしっかりと遂行されるようになれば、P D C Aサイクルが回り出すのかなと思っています。5年後はまた変わるかもしれませんが、今はそう考えています。

まず「顔の見える関係づくり」についてです。鹿児島県は地域拠点病院、特定領域がん診療拠点病院、地域がん診療病院、そして県指定病院などが23カ所あります。先ほど申しましたように、大学病院に負けているわけではないとおっしゃられる病院も当然あるわけで、そんなに簡単にトップダウンはできません。

まずP D C Aサイクルを始める前に、がん診療連携協議会の下で「がん診療企画部門会」で、がん診療連携パスの整備「県下統一版」の作成を行いました。なぜ、がん診療連携パスを整備しようと思ったかということ、ひとつにはもちろん患者さん、地域のためですが、これを県全体でやることで、各病院と顔の見える関係ができると思ったからです。

整備した統一版は、熊本県のものも参考にしています。県との共同作業で「私の手帳」センターを開設し、例えば、がん診療の連携がどのように行われているかが患者さんにわかるように、DVDなどをつくって各病院の外來待ち時間に見てもらおうようにしました。そして各拠点病院と地域の連携だけではなく、全部の拠点・指定病院と県全体200以上のクリニック・診療所が連携できるように、厚生局に届出を出し直しました。

もう一つ力を入れたのは各地域での「がん医療連携研修会」です。これは大学病院の腫瘍センター、緩和ケアセンター、「私の手帳」センターのスタッフが必ず赴いて、各拠点・指定病院と共催で行いました。院長先生や関連する各スタ



各拠点・指定病院との共同作業

5大癌と婦人科癌、前立腺癌、汎用版について、それぞれ、拠点・指定病院からのWGで作成。別グループが評価。

私の手帳
(がん診療連携パス)

お薬手帳は、がんの治療に限らず、お薬の処方を受ける際には必ず薬局に提示するように促されています。



鹿兒島県
2013年4月 第2版

平成25年度11月～平成27年度 がん医療地域連携推進事業 実施内容				
業務の区分	計画 (PLAN)	概要	実施 (DO)	評価 (CHECK)
			実施内容	
1	都市医師会 単位の説明会等	医療機関の医師 (医師・看護師・ 薬剤師・医療連携 推進員等)	平成25年度 ○都市医師会 会長・副会長 訪問	・県医師会、都市医師会を訪問、「私の手帳」の説明を行い認知と理解を促した。 ・連携医療機関へ訪問し「私の手帳」の普及活動が実施された。 ・2次医療機関ごとにがん医療に關して医師向け勉強会を開催することにより、医師間士の意見交換が活発に行われた。
			平成26年度 ○都市医師会訪問 13カ所 ○連携医療機関への説明会 8施設訪問 ○事務向け研修会開催 1回	
2	拠点・指定病院 での説明会 及び助言指導	拠点病院等職員 (医師・看護師・ 薬剤師・医療連携 推進員等) 二次医療機関ごと 多職種研修会 連携先医師等 員、訪問看護 士、薬剤師、保健 師など)	平成25年度 ○拠点・指定病院合同説明会 ○拠点・指定病院 個別訪問 16カ所	・がん拠点・指定病院と「私の手帳」センターが共同し、連携医療機関内への研修会を開催することにより、互々のバス運用の業務付けの向上を図る事が出来た。
			平成26年度 ○私の手帳の地域説明会 11回 (2次拠点・指定病院のうち、18病院が共同して研修会開催) 【参加者数】1353名 ○その他説明会 5施設訪問	
			平成27年度 ○4施設訪問 ○MBCラジオ「べらべら」作成・配布 ○院内患者サロン 参加	

各地域での「がん医療連携」研修会

大学病院(腫瘍・緩和ケア)「私の手帳」センターと各拠点・指定病院との共催

対象: 連携病院・在宅支援診療所医療者
専門薬局薬剤師
訪問看護師、保健師、介護士

内容: 地域包括ケア時代における
がん医療連携
情報共有のための連携パス
緩和医療連携



奄美



出水 鹿屋

DVD上映
「私の手帳」物語

※ 県内11カ所で開催、参加者1400名

平成25年度11月～平成27年度 がん医療地域連携推進事業 実施内容					
業務の区分	計画 (PLAN)	概要	実施 (DO)	評価 (CHECK)	
			実施内容		
3	県民向けセミナー	県民	平成25年度 ○第19回 広域用DVD作成	・市見公開講座、公共のメディアにより県民への「私の手帳」の広報を行った。	
			平成26年度 ○非常公開講座 3回講演参加		
4	連携パスの 運用状況の 把握及び運 用促進のため の調査・分 析	○がん拠点病 院等	平成26年度 ①拠点病院等に対する連携パス交付件数、パスの継続利用状況、利用者の居住地域等の状況確認 ②院内のがん患者会、がん拠点病院、地域の医療機関等からの連携パスの改善項目等に関する情報収集 ③県民向けセミナー等を利用した県民の連携パスに関する意識調査 ④拠点病院・医師会等との連携パスに関する事項の連絡・問い合わせ ⑤以上を踏まえた連携パス運用状況の現状分析及び活用促進のための方策の検討並びに県がん診療連携協議会への報告 ⑥地域のがん医療機関等対	平成27年度 ○私の手帳項目改善についてアンケート実施 ○アンケート項目: 「私の手帳を知っていたか」、「はい/いいえ」 「私の手帳」を使用したか、「はい/いいえ」	・バスを運用するにあたって、連携先を確保する為に九州厚生労働への提出手続を「私の手帳」センターで代行し、連携医療機関の認知向上が図られた。 ・運用状況を定期的に集計することにより、現状の発行数等を調査出来た。 ・次の課題として、現在の運用の中で発生している改善点を把握することが出来た。
			平成26年度 ○県下の900施設に対し連携医療機関希望のアンケートを実施 平成26年度 ○連携医療機関一斉提出を行い、「私の手帳」センターホームページへ(241回) ○鹿兒島県がん診療連携協議会にてバス現状報告		
			平成26年度		

アップが、その地域に対して責任感を持ってもらうという意味もあり、そのようなかたちになりました。対象は連携病院・在宅支援診療所の医療者、薬剤師、訪問看護師、保健師、介護士などで、内容は地域包括ケア時代におけるがん医療連携、情報共有のための連携パス、緩和医療連携などを取り上げました。研修会は県内11カ所で開催し、参加者は約1,400名でした。

P D C Aに沿ってお話しますと、まずPlanの部分、実は、これは県の補助金なのでトップダウン式に降りてきました。しかしながら、医師会への対応や県民向けセミナーなど業務の区分と対象のみが示されており、個別に何を行うかはボトムアップで考えていかないといけないということで、いろいろなことに取り組みました。医師会への要請、市郡医師会や連携医療機関への説明会、次の年には、拠点・指定病院にも理解してもらわないといけないので、先ほどのような地域での研修会を行ってきたわけです。

現在、3年経過し、「私の手帳」の冊数、配布病院、クリティカルパスの出る数は増えてきていますが、やはりなかなか難しい病院もあります。また、各病院での具体的な発行法などは必ずしも統一していませんので、関係者が集まる会議の場を設け、良い事例を紹介するようにしています。

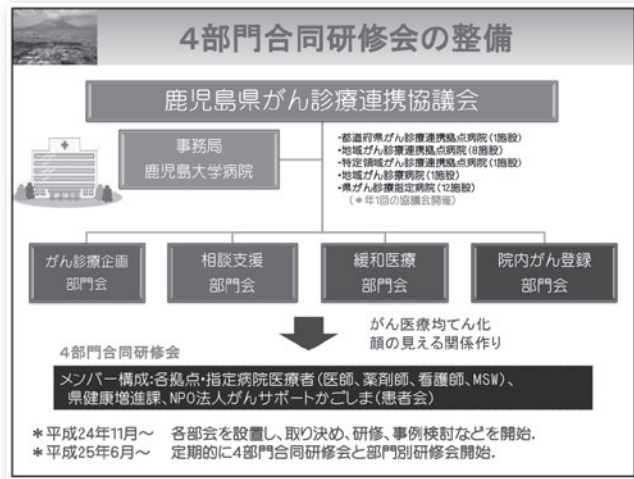
ACT:今後の課題

- **計画策定病院 (拠点・指定)**
各拠点・指定病院にバス運用のコーディネーターを育成し、円滑な運用を目指す。
2次医療圏毎に具体的な問題点抽出を行い、さらに、その地域の拠点・指定病院による運用会議を実施し、発行数増加につなげる。
2次医療圏毎に連携先医師向け「がん医療」勉強会を継続し、医療者同士の顔の見える関係性作りを進める。
- **連携医療機関**
かかりつけ医側の視点での情報収集として、連携医療機関へ運用の有無・問題点等をアンケート調査を行い運用へつなげる。
- **患者に対して**
「私の手帳」発行患者へ聞き取りやアンケートによる調査を行い、バリエーションチェックに活かす。

計画策定病院(拠点・指定病院)や連携医療機関にそれぞれ今後の課題があり、そして患者さんに対して、どうやってバリエーションチェックを活かすかということも今の課題となっております。

ここまではツールを通じての「顔の見える関係づくり」を話しましたが、そこに加えて職種ごとの横のつながり、そして職種を超えたつながりをつくるために4部門合同研修会を立ち上げ、メンバーは拠点・指定病院の医療者、県健康増進課、NPO法人がんサポートかごしまの方々を集まって

いただきました。設置要綱も策定し、4部門合同研修会では、第一部の全体講演会・報告会と第二部の部門別研修会を必ず開くということを決めました。今ではここがP D C Aに対する各部門別のCheck機能を担っています。



第一部では講師を招いての講演と、事業の好事例を各病院より紹介してもらっています。第二部の部門別研修会では、相談支援、がん登録、緩和医療、がん診療企画（特に化学療法、パス）などの部門に分かれ、毎回、研修会を行っています。こうするうちに顔の見える関係づくりが、各部門でできてきたと思います。

4部門合同研修会

【要項】

- ・年2回開催（金曜もしくは土曜午後）
- ・二部構成 第一部：全体研修会（講演、病院取り組み報告）
第二部：部門別研修会（事例検討、今後の取り組み等）

【第一部】 平成27年3月21日第4回（参加者160名）

がんパスに関する川内市民病院の取り組み
（地域医療連携室 本山栄一氏）

がん相談支援センターに求められる役割・機能
について（高山智子先生）

しかしそれだけでは全然回らないわけで、次に「互いの利益」の面について、「相談支援部門会」の活動を通じて紹介します。全体研修会の後、第二部の部門別研修会で事例検討やグループワークが行われています。扱うテーマは、当初は経済的な問題を抱えた相談者や終末期患者の在宅支援などでしたが、最近は国から要請されている就労支援のことなども取り上げています。この研修会は、がんセンターの「認定がん専門相談員」の認定に必要な教育研修に登録されました。

そうしますと、相談支援部門会参加者の間で、だんだんと

活動の可視化を行うようになり、センターの周知・広報、患者サロンの周知・充実、地域との連携強化、他職種とのカンファレンスなどのグループに分かれて、いろいろな新しい活動が始まりました。

がん相談支援部門の活動（4部門研修会）

開催日	全体研修会	事例検討	開催日	全体研修会	事例検討
H24年度 第1回 H24.11.9		「肺がん患者が粒子線治療を医師に相談し、治療を拒否された患者への対応」	第2回 H25.2.8	「新しいがん治療のかたち（粒子線治療）」 講師：メデイオリス医学研究財団 夏川良夫	
H25年度 第3回 H25.6.1	「がん診療連携タリキカルパス研修会」 講師：熊本赤十字病院血液腫瘍内科部長吉田聡 講師：熊本大学病院私のカリテセンターコーディネーター 高山弘子	「経済的な問題を抱えた相談者に対して、相談者としてどのように対応すべきか？」 講師：熊本大学病院私のカリテセンターコーディネーター 高山弘子	第4回 H26.2.21	「最新化学療法」 講師：熊本大学附属病院がんセンター外化学療法室長 野坂圭郎	「自院のがん相談支援センターを事例に、グループワークを実施」
H26年度 第5回 H27.7.26	「愛媛県がん診療連携協議会の取り組み」 講師：独立行政法人国立病院機構四国がんセンター 寺本典弘	「終末期患者の在宅支援について～がん相談員としてどのような支援ができるか？」	第6回 H27.3.21	「がん相談支援センターに求められる役割・機能について」 講師：国立がん研究センターがん情報提供研究センター 高山智子	「療養先の選択を意図表示されない患者への相談支援についてできることを考える～」
H27年度 第7回 H27.7.25	「最新消化器がん薬物療法とがん専門医の育成」 講師：九州大学九州連携推進医療研究講座 馬場英司	「九州・沖縄ブロック相談支援フォーラム～在職児童関係に向けての検討会」	第8回 H28.2.5	「静岡がんセンターにおける緩和ケア連携」 講師：静岡県立がんセンター緩和医療科部長 大坂 真	「就労支援についての知識を学ぼう」 ハローワーク、向野 智子

*4部門合同研修会、認定がん専門相談員認定に必要な教育研修にに登録

「鹿児島県のがん相談支援センターの取り組み状況」に関するアンケート調査の結果を平成24年と平成26年で比べると、活動に取り組む拠点病院が増えてきています。県全体の共通目標のもとで活動され始めたということです。また鹿児島県オリジナルの言葉ですが、相談員同士が困ったとき、落ち込んだときの語り合いの場として「相談員サロン」なども機能するようになりました。さらに、担当者が変わっても質の担保ができること、重点項目が整備されつつあること、次期目標も明らかになるとということもわかりました。

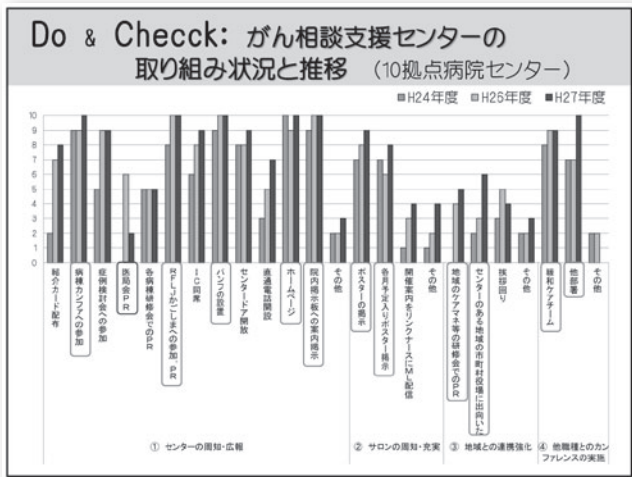
課題解決に向けた活動の可視化（H24～）

大項目	小項目
1) センター周知・広報	★(1) 紹介カード配布
	★(2) 務休カンファレンスへの参加
	★(3) 症例検討会への参加
	★(4) 医局会PR
	(5) 各病棟研修会でのPR
	(6) リレーフォーライフジャパンがこしまへの参加、PR
	(7) IC同席★条件あり
	(8) パンフレットの設置
	(9) センタードア開放
	(10) 直通電話開設
	★(11) ホームページ
	★(12) 院内掲示板へのセンター案内掲示
2) 患者サロンの周知・充実	(13) その他()
	(1) ポスターの掲示
	(2) 各月の予定入りポスター掲示
	★(3) 開催案内をリンクナースにML配信
3) 地域との連携強化	(4) その他()
	★(1) 地域のケアマネジャー等の研修会でのPR
	(2) センターのある地域の役所に出向く
	(3) 年度当初の挨拶回り
4) 他職種とのカンファレンスの実施	(4) その他()
	★(1) センターと緩和ケアチームとのカンファレンス
	(2) 他部署との情報共有カンファレンス
	(3) その他()

平成27年度にはグループが整理統合され、教育、地域連携、周知活動の3つになりました。ラジオ番組への出演、薬局薬剤師の研修会、県立図書館との協力、そういったものも周知活動の中に入っています。

先ほどのアンケート結果に平成27年の結果を加えたものを見ると、活動がだいぶ広がってきていると思います。

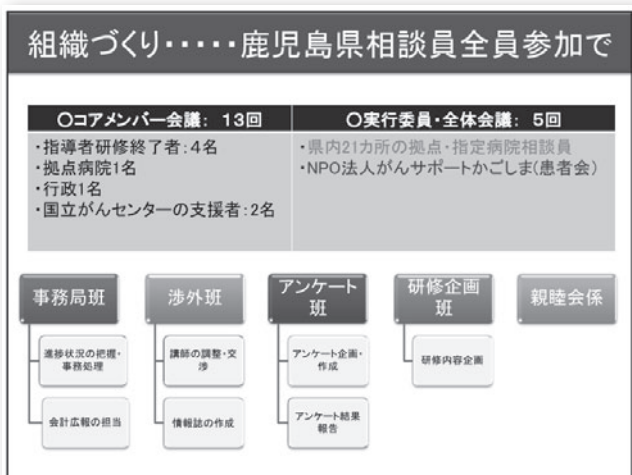
今後の課題としては、「相談員同士の信頼関係が深まり



チーム強化につながったので、その強化を図る「地域の医療者との接点が得られ始めたので、そのネットワークを強化する」「他施設の成功事例を共有し、相談事業を充実させる」などがあります。今後は、教育グループと広報・周知グループの2つに分かれて活動していこうという方針になっています。このように「互いの利益」が相談支援部門の中で感じられ始めたわけです。

最後は「社会への貢献」についてです。先ほどの相談支援部門会の活動は、昨年、がん相談支援センターの活動におけるP D C Aサイクルの確保のための「がん相談支援センター指標骨子」に17項目が採択されました。そのことにより、部門会メンバーのやる気がさらに増したように感じます。このようなかたちで、各県を刺激してもらおうのも国立がん研究センターの役割ではないかとも感じました。

九州・沖縄がん相談支援フォーラムが毎年行われておりますが、主催を各県の相談員の方々が率先して応募し、それにより、九州全体としてP D C Aも少しずつ回り始めている状況があります。平成27年度は鹿児島県で開催しましたが、それまでに築いてきたネットワークを基に、事務局班、渉外班、アンケート班、研修企画班、親睦会係とグループをつくり、1年以上前から28回会議を重ね準備をしました。この活動は非常にうまくいったのではないかと思います。



フォーラム参加者はそれまでを上回る201名にのぼり、患者団体からも多くの参加をいただきました。終了時のアンケートでは、高い割合で「役に立った」という好評を得ました。このように、互いのつながりと取り組みが社会や患者さんに対する貢献として感じられ始めると、さらには、そのネットワークを生かした活動強化につながり、相談支援部門の次なるステップが生まれてくるはずですよ。

地域がん相談支援フォーラム 九州・沖縄ブロックでのテーマと共有できたこと

	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度
開催場所	熊本県	福岡県	長崎県	博多・大牟田・伊予(福岡県)
相談員	103名 九州・沖縄8県	131名	124名(1日目) 116名(2日目)	70名 全道から
行政担当者	5名	9名	6名	1名
部会責任者	—	6名	7名	1名+多数
患者団体から	—	—	4名	3-4名
メインテーマ	院内体制の違いから学ぶ、院内で認められ地域に発信するために	院内外の人にとっての現状を知る5つの相談員を支えるネットワークづくり	難病・がん医療空白地域の現状を知る5つの相談員を支えるネットワークづくり	「がん相談支援センターのステップアップ」～周知と共働を目指して～
学んだこと・共有できたこと(一部)		あるべき姿の「がん」を持って病院幹部に話をしていくことが大切	相談員が人と人、機関と機関の間に介在することで積極的な研修を行うこと	きくって何だろう～きくために私たち相談員ができる(すべき)こと～

時間の関係で「緩和ケア部門」と「がん登録部門」の詳細は述べませんが、緩和ケア部門では、研修会、県下統一のシート作成、事例検討の3ワーキンググループが協議し、P D C A活動に取り組んでいます。例えば、「生活のしやすさに関する質問票」「疼痛評価シート」「疼痛パス」を県全体で統一して実施すれば、かかりつけ医や訪問看護師等にもつなぎやすいであろうと考えています。これに対するCheckは、先ほどの4部門合同研修会になるわけですが、外部評価なども取り入れる予定です。また、がん登録部門については年間5回研修会を開いていて、その2回を4部門合同研修会内で開催し、いろいろな情報交換や登録データの精度分析等を行っています。

最後に繰り返になりますが、4部門を中心として、それぞれの顔の見える関係づくりが大事だと思っています。そし

に機能する部分が無くないといけないと思っています。たぶん、国は、このことを求めているような気がします。都道府県で責任を持って、自分の都道府県内の拠点病院の内容に関して、切り込んだ鋭い指摘と支援をするように、ということだと思っております。そのレベルまで行くのが、なかなかハードルが高くて大変だと思っています。

(上野) P D C A はツールであり、それを目的にしてしまうと、理解を得られないと思います。先ほどの実地調査にも関連しますが、各病院への指摘・支援をトップダウンでやることの方がいいかは現時点ではわかりませんが、確かに平均値に遠く及んでいない病院があればそのような方策も必要な手段だと思います。しかしながら、私の考えを3点挙げましたが、各医療者が目的を理解し、いわゆる自分たちの利益、そして社会への貢献が感じられるようにならないと P D C A は回らないし、継続的なものにはならないのではないかと感じています。

(質問者) 難しい質問をしてしまいすみません。お互いに行き詰まっているものですから。

(上野) 先生の御意図は大変よく理解できます。比較的關係性のはっきりしている鹿児島県でも難しいのに、東京都でうまくいくとは想像できないでおります。

(国立がん研究センター・加藤) 先ほど私の中で、P D C A サイクルを確保する際に、価値観を共有することができるかどうかと申し上げましたが、そのWin-Winの関係をつくり、社会への貢献をするというところで、うまく共通認識などを上昇させていくとできるのではないかと、いうのを鹿児島県の取り組みを聞きながら感じたところです。

長野県の取り組み

長野県健康福祉部 山本 英紀



本日は行政の立場から、がん診療の医療の質を向上させていくための長野県の取り組みを紹介させていただければと思います。

一般論として「医療の質」とよく言われますが、どうやって担保するかというのは難しい課題であると感じています。個々の診療内容は関係学会のガイドラインを踏まえ、個々の専門家の先生方、医療スタッフの判断によって行われると思いますが、各医療機関の体制をどうやって向上させるかというのは本当に大きなテーマだと考えています。

行政としては、がん診療連携拠点病院等について認定基準に基づき指定を行い、医療現場の変化に合わせて指定要件を見直すことで診療水準の向上が図られていると考えております。しかし、このプロセスにおいて、書面審査だけで確認できるものには限界があると感じております。また、個々の医療機関が自身の医療機関だけで取り組めることには限界があると思います。

そこで長野県では、現在、「ピアレビュー」というかたちで外部委員、他者の目が入る取り組みを進めております。取り組みを行っている中で課題もありますが、そうした点を含めて説明させていただきます。

まず長野県のがん診療体制を紹介させていただきます。長野県は10の医療圏から成り立っており、がん診療連携拠点病院は、松本医療圏、長野医療圏には、それぞれ2カ所、佐久医療圏、諏訪医療圏、上伊那医療圏、飯伊医療圏には、それぞれ1カ所指定されています。以前は、北信、大北、木曾、上小という4圏域が空白地域でしたが、昨年北信地域に

がん診療病院が指定され、今年、新たに木曾と上小にもがん診療病院が指定されたため、10圏域のうち、現在、がん診療連携拠点病院・診療病院がないのは1医療圏という状況です。

長野県は面積が非常に大きいのですが、医療資源と医療機関は、それぞれの地域に一定の基幹病院が配置されています。

本日のテーマですが、長野県では、がん診療連携拠点病院への機能評価の実施を計画の中に位置付けています。一旦、指定された後も、書面審査だけというわけではなく、指定後も定期的に機能評価を実施するという取り組みを行っています。

長野県では、最初に救命救急センターで同様の相互評価をしていました。それに倣って、がんについても同じように取り組みを開始したところです。

機能評価の概要

(1/3)

1 がん対策推進計画における位置付け

「長野県がん対策推進計画」を包括する「信州保健医療総合計画（計画期間：平成25～29年度）」において

第7編 第1節がん対策 IVがん医療 における 第3施策の展開の (1)高度・先進的ながん治療が受けられる体制の整備に係る県の取組として

「がん診療連携拠点病院への機能評価を実施し、その内容を公表します。」と掲げている。

体制としては、推進協議会の下に診療、検診、登録の各部会をつくり、さらに診療部会の中に拠点病院整備検討委員会を設置して評価を行っています。拠点病院の推薦にあたっての実地調査、その後の機能評価もこの委員会で行って

長野県における拠点病院等の指定状況



います。

機能評価の概要

(2/3)

2 機能評価の体制

長野県がん対策推進協議会

- ト 診療部会：がん診療連携拠点病院整備検討委員会
- ト 検診部会：がん検診検討委員会
- ト 登録部会：がん登録事業推進委員会

- ◇ 平成18年2月の設置時は、がん診療連携拠点病院の推薦に関することについて検討・協議
- ◇ がん診療連携拠点病院の機能評価は、平成20年度から実施

委員会は医師会、学識経験者、がん医療関係者等の10名で構成されています。資料は長野県のホームページですべて公開されており、構成委員が具体的にどういう方か、どういう指摘がされたかなども公開しております。大学の先生も含めて基幹病院の先生や歯科医、薬剤師、看護師、さらにがん医療を受ける立場の方にも入っていただいているので、かなりいろいろな意見が出ます。

機能評価の概要

(3/3)

3 がん診療連携拠点病院整備検討委員会

◇ 組織（構成員） 現員10名

県医師会、学識経験者（県拠点、県薬剤師会）
がん医療（手術療法、放射線療法、化学療法、在宅医療、緩和ケア）に携わる者
がん医療を受ける者（患者・家族）

◇ 任務（検討・協議事項）

がん診療連携拠点病院等の推薦に関すること
がん診療連携拠点病院等の機能評価に関すること

機能評価の進め方は先ほどお話しした通り、推薦にあたって指定後に機能評価を行っています。機能評価を行う頻度は、4年に1回まわってくるように、毎年2カ所程度実施しています。忙しい先生方を拘束する関係もあって、それ以上の頻度で実施するのは難しいと感じています。

実施は、書面のチェックをした上で現地で直接質問する機会を設けています。基本的に現地調査は公開で実施し、調査結果や会議録等も公開しています。このように公開することが、評価を受ける医療機関に、前向きに何かを変えないといけないと思わせる要素の一つではないかと感じています。

最終的には、知事名で調査の結果として、ここを改善して

機能評価の進め方

(1/2)

1 実施に当たっての基本的な考え方

- ◇ 全ての拠点病院について4年に1回は機能評価を実施できるよう、毎年2カ所程度を計画的に実施
- ◇ 地域がん診療病院については、グループ指定先の拠点病院と合わせて実施
- ◇ 厚生労働省が実施する「現況報告書」調査結果を基に書面調査及び現地調査を実施
- ◇ 現地調査は公開により実施、会議記録及び調査結果は現地調査終了後に公表

機能評価の進め方

(2/2)

2 調査結果に係る基本的な考え方

- ◇ 委員会は、現地調査終了後に調査結果を取りまとめ、長野県知事に報告
- ◇ 長野県は、調査結果を調査対象施設に通知するとともに、調査結果等を公式ウェブサイトにおいて公表
- ◇ 調査対象施設は、調査結果を踏まえて、がん診療体制の改善・整備に努めるとともに、翌年度以降、その改善・整備状況を長野県（委員会）に報告
- ◇ 翌年度以降の委員会において、改善・整備状況を確認

ください、こうした取り組みが必要ですよということを書面でお渡しします。公開で調査した上で公式文書の連絡が行くということは、やはり医療機関にとってはかなり重大なことで、各医療機関で真摯に対応していただいていると感じています。

しかしながら、委員の先生方には限られた時間で機能評価をしていただいているため、的確な指摘や提言を行っていくことは、非常に難しいと感じるときもございます。

また、一旦、指摘をするとそれで終わりではなく、その次の年に病院の取り組み状況等を報告していただくというかたちで、4年間の間でも取り組みが公表されます。

具体的な機能評価の方法については、委員の先生方に現地に行ってもらい、まず、概要説明ということで調査対象の病院から施設の説明を受けます。次に、施設調査ということで、例えば化学療法や緩和ケアの外来など、実際の現場に赴いてディスカッションをします。その後、会議室に戻り、30分程度、質疑応答ということで、現場ではなかなか聞きにくいことも含め、直接さまざまな意見交換を行うという流れです。

その質疑を踏まえて、指摘事項をとりまとめ、当日のうちに口頭で講評をします。こうしたことを改善したほうがいい、こういう取り組みを推進していただきたいということ、直

機能評価の実施方法

(1/3)

1 実施日程

項目	内容等	傍聴
概要説明 20分程度	調査対象施設から施設概要の説明（フシゼン）、改善・整備状況の報告	○
施設調査 40分程度	委員の調査要求か所を中心に施設調査、傍聴者は別班を編成し施設見学	○
質疑応答 30分程度	委員からの質疑に対する応答（状況説明）、傍聴者からの質疑は不許可	○
取りまとめ 15分程度	委員のみで調査結果を取りまとめ、講評内容の確認（調査対象施設は退室）	×
講評・懇談 15分程度	委員長の講評、各委員の発言を踏まえて、調査対象施設関係者と懇談	×

接、院長先生やがん診療に携わっている先生方、スタッフにお話します。

スライドは、概要説明や質疑応答の際に、委員と施設スタッフが向かい合って座り、医療機関側から説明を受け、他の拠点病院など傍聴の方がそのやり取りを見ているという様子です。施設の調査は、患者さんを診察されている場合もあるので、プライバシー等に配慮しながら病院内を手短かに見て回ります。そのときには、傍聴の方も一緒に見て回ることができます。

実施サイクルについては、実施年に評価報告書を提出し

ていただき現地調査をして、その後1～3年間は書面のやり取りで改善状況を確認する。そして4年後に再び現地に赴いて調査をするというかたちを取っています。

機能評価のPDCAサイクル

機能評価の実施サイクル



最後に私が感じている課題について何点かお話しさせていただきます。

1点目は、医療機関、委員の先生、行政の負担が相当大きいということです。先ほどの通り、医療機関に実際に入調査に入る時間は2時間ですが、医療機関の担当の先生は準備に相当時間を使われています。傍聴の方も入ることもあり、資料のスライドの作成も含めて相当力を入れられていて、実際はかなり労力を使われているなど感じるところで。また、委員の先生も診療がありお忙しい中、調査のために1日空けるといのは大変だと感じています。もうひとつは、行政側の負担です。お忙しい先生方の日程調整をし、医療機関と調整をし、相当の労力を掛けて担当課が対応しています。そういう意味で、同様の取り組みを全県で本当にやれるかという、よく考えていかないと難しい面もあるのではないかと考えています。

2点目は、先ほども触れましたが、指摘事項の妥当性・実効性の確保です。改善した方が望ましい事項や、必ず取り組んでほしいものなど指摘は多岐にわたります。医療機関に取り組んでいただく上で、妥当な指摘事項・表現内容とすることが重要だと感じています。

委員長の先生は、厳しすぎる話は少し丸めて表現をするといった工夫でうまく回していただいておりますが、やはり限られた時間と人数でやっていることによる難しさがあると思います。

また、現地調査に実効性を持たせる上で、公開で実施して公式文書で指摘事項が届くというのは、法的な強制力がなくても一定の効果はあると感じています。

3点目は時間の制約です。皆さんも推測していただけると思いますが、2時間で調査を行い、適切な指摘をするというのは、かなりハードです。しかし、これを充実させると、

機能評価の実施方法

(2/3)

2 概要説明・質疑応答の様子



機能評価の実施方法

(3/3)

3 施設調査の様子



お忙しい先生方をもっと拘束しなくてはいけなくなるため、この時間設定は限界ではないかと思っています。1日で2施設回りますが、長野県は面積も広く移動時間がかかるため、このやり方で1日2施設が精一杯という状況になります。充実させようと思えば不可能ではないと思いますが、実際は難しいと思います。

最後に、ひとつのポイントとして、外部の委員、長野県以外の先生にもご協力いただくべきかは、大きいテーマだと思っています。先ほど長野県の救命救急センターでのピアレビューの話をしました。その際は県外の先生お2人に入っただき機能評価を行っています。

県外の先生にも入っただきことは有益な面があると思いますが、しかるべき先生をお願いをしなければならぬため、そういう方が他県まで来て協力いただけるかという、その実効性を担保するのは難しいところだとも感じております。

救命救急センターやがん診療拠点病院、特定機能病院など、今さまざまな議論の中でピアレビューが求められてきている状況だと思います。いろいろな課題はありますが、こうした取り組みをうまく現場に馴染ませること、実際に評価を受ける側、する側、そして事務を行う部署がいかに負担感なくやっていくかが非常に大きい課題だと考えております。

Q&A

(質問者) 1点目は評価委員の体制、人数、どういう方が入っているのか。2点目は、年2回の訪問を行うために県としてどのぐらいの予算を確保されているのか。その2点を教えてください。

(長野県健康福祉部・山本) 1点目の体制については、まず県医師会の副会長、学識経験者として大学病院の院長先生、県内基幹病院の院長先生、薬剤師会の会長の3名。がん医療に携わる医療スタッフとして、基幹病院の院長先生、外科系の先生、化学療法、放射線療法、緩和ケア等々の専門の5名。そして医療を受けられる立場の方1名の計10名で構成しています。

2点目の予算については、先生方への諸謝金と移動の交通費以外は、県庁職員が対応しており、そういう意味では職員の負担が大きいのではないかと思います。

(質問者) 10名の委員の謝金と交通費だけなんて、本当にごく僅かということですね。

(質問者) 調査結果の情報公開という話がありましたが、一般の市民の方もホームページから見られるのですか？

(山本) 指摘事項等は見ることが可能です。基本的には公開できるものは公開しています。

(質問者) 1点目は、調査結果をウェブで公表する、あるいはマスコミ等に開示するというので、実際に2次医療圏をまたがって患者さんの移動があったかどうか。2点目は、これだけの努力をされて実際にそれぞれの病院のがん診療機能が具体的にどう改善されたのか。この2点について教えてください。

(山本) 非常に難しい質問です。1点目は、おそらく今、各県で、地域医療構想の圏域間の患者の移動について議論されているのではないかと思います。こうした取り組みが患者の圏域を超えた移動に影響を与えたかどうかについては、明確に評価はできていません。

しかし、地域医療再生計画により、上小地域などで医療機関の機能整備を進めたことが、今回のがん診療病院の新指定につながっています。

2点目の機能評価を行ったことで変わった点は、私の印象ですが、調査の翌年行くと、こういう改善をしましたという報告があるので、質の向上につながっていると感じています。

(国立がん研究センター・加藤) 私も何度か長野県のピアレビューに同席させていただきましたが、訪問したレビューアラーが具体的に指摘すると、翌年こういうふうに変更しましたと報告があって、本当に具体的に変わっているなと思いました。

(質問者) とても参考になりました。機能評価というのを県独自で行って修正活動をするということは素晴らしいと思います。たぶんこれが本来、国が求めていた都道府県の活動だろうと思います。

そこで質問ですが、カギを握るのはサーベイヤーとして回るときの、とりまとめ役のバランス感覚だと思います。サーベイヤーの中に患者さんが入っているということは重要だけれども、その意見はたぶん、業界のバランス感覚を欠いていると私は思います。それをどうやって調整して良い方向に導いていけるかは、座長になる人のバランス感覚とか説明性にかかっていると思いますが、長野県の場合はそのトップをどうやって選んでいるのですか？

(山本) 現在は、大学病院の院長先生にお願いしています。ご指摘があったとおり、患者の方々はその視点でお話しされるので、その分野の先生が見ると行き過ぎじゃないかという場合もあるように思います。そこは座長の先生や他の委員の先生方が、治療を受けられる立場の方を否定しないよう、方向性は維持しつつ表現を工夫する、といった上手な会議運営がこの制度の肝だと感じております。

(質問者) 人選は誰が決めるんですか？

(山本) 基本的には、県の拠点病院である信州大学病院の病院長の先生にお願いしています。大学病院の院長をされている先生なので、そういった会議運営もうまくしていただ

けていると考えています。

(加藤) 私もその会議を傍聴させてもらったことがあります
が、指摘事項ではかなり厳しいことを言っても、報告書にま
とめるときは大事な方向性を示しつつ、事細かなところま
では言わないで、病院の中で工夫できるようなものにして
いて、非常に上手にやっていたらっしゃいました。本当に会議
運営のノウハウで、生きるも死ぬもそれ次第という印象でし
た。

本日は行政という取り組みで発表されましたが、これは
各都道府県に広げていく取り組みとして大いに参考になる
と思いますし、おそらく行政と都道府県拠点病院との連携
が今後、非常に重要になってくると思います。病院だけでは
できないけれど、行政の力をうまく借りることで取り組みの
幅が広がっていくと思いますので、ぜひ参考にさせていただ
けたらと思います。

がん診療連携拠点病院の緩和ケアのピアレビュー

国立がん研究センター 加藤 雅志



午前中は都道府県レベルのPDCAに関連して、取り組みを開始した都道府県からその内容について、ご発表をいただきました。午後は各領域ごとの取り組みとして「緩和ケア」や「相談支援」におけるPDCAに関する取り組みを紹介し、また、「がん医療を評価する指標」など、各都道府県で利用できそうな事項について紹介していきたいと思ます。

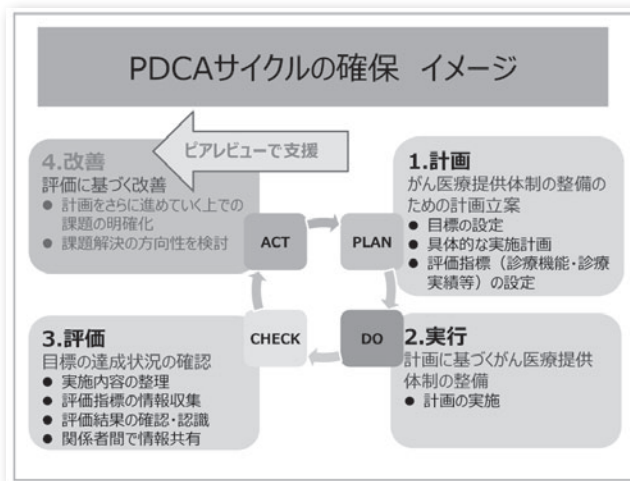
最初に、緩和ケアのPDCAに関連した取り組みをご紹介します。まず、私のほうから、これまでに「緩和ケアについてのピアレビュー」を実施してまいりましたので、そのことについて全体像の話をしていただきます。その後、今年度、実際に私たちが訪問してピアレビューを実施した北海道のほうからご発表をお願いしたいと思います。

私は、これから特に2つの点について重点的にお話ししたいと思います。1点目は、「ピアレビューをする上で求められる事務局の機能とはどういうものなのか」。実際に相互に施設訪問を行うには大きな労力が必要ですし、準備にも時間がかかります。これまで私たちは緩和ケアをモデルに、「相互訪問をする上で何が必要なのか」について考えてきました。これは緩和ケアに限らず他の分野においても、拠点病院同士で相互訪問を行うときに役立つ話だと思いますので、緩和ケアにとらわれずに、ぜひ参考にさせていただきたいと思ます。

2点目は「相互訪問をする目的」です。目的をどのように設定するか工夫することで、現場にとっての負担感も随分と変わります。今回、「どのように目的を設定するか」につい

てもお話をしたいと思っています。

「PDCAサイクルの確保」に取り組む中で、この「ピアレビューはどの部分に効果があるか」について考えると、各病院が計画を立て(Plan)、実行(do)し、情報収集・評価(Check)をし、「集めた情報をどのように評価し、次の計画を策定するのか」というサイクルの中の改善(act)の部分に、このピアレビューは効果を発揮いたします。



指定要件：PDCAサイクルの確保

- 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、広報を行う
- 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
 - 都道府県を越えた希少がんに対する診療体制等、臨床試験の実施状況
- ③ 国レベル
 - 国立がん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

相互訪問については、例えば診療報酬で「院内感染防止対策に関する取り組みの相互評価」が評価されていたり、国立大学病院で医療安全に関する相互評価に積極的に取り組んだり、先行する事例がございます。一方、がん拠点病院の場合は、その指定要件に関する基準が明確に定められていて客観的に評価できる項目は少なく、特に私たちが取り組んでいる緩和ケアに関しては、「これをやっていたらいい」「ここまでやっていないといけない」という基準が明確にされていない分、訪問してチェックをする場合、基準があいまいになってしまいます。そのような点から、がん拠点病院同士が、診療の質を改善することを目的に相互訪問

参考 感染防止対策地域連携加算の施設基準

- 感染対策防止対策加算1に係る届出を行っていること。
- 他の感染防止対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関に相互に赴いて別添6の別紙24又はこれに準じた様式に基づく感染防止対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告する。また、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関より評価を受けていること。

参考 国立大学附属病院感染対策協議会の活動

1. 感染対策相互チェック
 - 各施設の対策評価
 - 全体の標準化
2. サイトビジット
 - 感染対策上の重要課題を抱えた施設から依頼
 - 複数施設からICD/ICNを派遣
 - 特定テーマのディスカッションと現場ラウンド
3. 改善支援調査
 - アウトブレイク発生施設から依頼
 - 複数の施設からICD/ICNを派遣
 - 要因分析・感染経路特定サポート

外部からのチェックを活用した国立大学附属病院感染対策協議会の活動
八木哲也 名古屋大学医学部附属病院 中央感染制御部 准教授 INFECTION CONTROL 2011 vol.20 no.9

を行っていくことが難しくなっているのだろうと思っています。

これまで研究として、私たちは「相互訪問の方法」について検討をしてきました。医療の質を改善していくために、お互いに相互訪問する「ピアレビュー」という方法があります。その利点の一つとして、「第三者の視点で評価する」ことが挙げられます。「自己評価ではわからないところが客観的に評価される」点がピアレビューの利点です。

がん診療連携拠点病院の緩和ケアのピアレビュー方法の開発に関する研究

【背景】

- 拠点病院の緩和ケアに関する診療実態は十分ではなく、ケアの質的な面を継続的に評価し、評価結果を還元できる体制の整備が課題
- 医療の質を評価する方法の一つとして、外部の専門家が診療内容を評価するピアレビューがある
- ピアレビューでは、第三者の視点で診療内容を体系的に評価することで改善すべき問題点が具体的に示され、自己評価だけでは認識することが難しい現状を客観的に把握でき、医療の質の向上療サービスの改善が可能

平成24年度から26年度まで、「ピアレビューは実際に有効なのか」「それを実施するための事務局の機能は何か」、

そして「各地域でやっていく上で必要なツールは何か」などについて整理してまいりました。

緩和ケアのピアレビュー方法の開発に関する研究

目的：PDCAサイクルを確保するための一つの方法として緩和ケア領域をモデルとして、がん診療連携拠点病院の緩和ケアの質を向上するためのピアレビューの実施方法を開発する。

Step1: 研究班は、外部の専門家メンバーとして施設を訪問してレビュー (H24年度)
<目的> 訪問者の評価の視点を明確化

Step2: 施設の緩和ケアチームメンバーによる相互施設訪問でピアレビュー実施
研究班は、その事務局として関係者の調整、実施方法や評価項目の提示 (H25年度)
<目的> ピアレビューの事務局機能を明確化

Step3: 県の拠点病院協議会 緩和ケア部会メンバーが施設訪問でピアレビュー実施
研究班は、
として実施ガイド、マニュアルの提示 (H26年度)
<目的> 事務局を支援するための国立がん研究センターに必要な機能を明確化

7

ピアレビューを実施した訪問者であるレビュアーに感想を聞いてみると「いろいろなアドバイスがその場で直接できていい」という感想がある一方で、「問題点の指摘の仕方が難しい」という発言もありました。

PDCAサイクルの確保 【A病院ピアレビュー レビューアーの感想】

- 有益だと思った、数字だけでは見えない病院の状況が見える (医師・看護師、外部オブザーバー)
- その場でのやり取りで改善につなげられる (看護師)
- うまくいっていない施設の場合は、指摘の方法が難しい (医師・看護師、外部オブザーバー)
- レビューを通して病院管理職、事務系の人に緩和ケア整備の重要性に着目してもらえるといい (医師、外部オブザーバー)
- 自分の施設ですとすれば、理解や協力が得られるか不安 (医師、看護師)
- 県として外部のオブザーバーからの評価を得て県内での整備の遅れている点が認識できた (県庁)

また、ピアレビューを受けた病院側の者に聞いてみると「自分たちだけでは気付かなかったことが、外部から指摘されて明らかになってよかった」といった発言もありました。

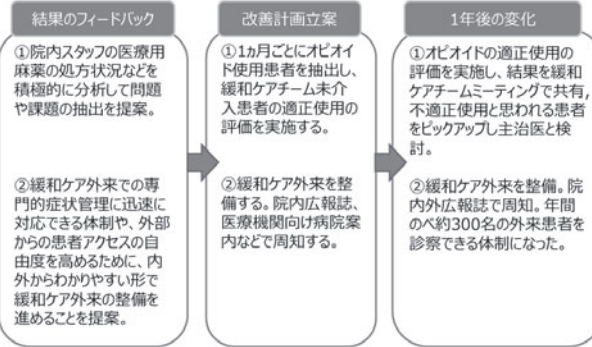
ある病院の事例を紹介します。ピアレビューを受け、レビュアーからの指摘として「がん患者の主治医が、医療用麻薬を適切に処方できていないのではないか」という指摘がありました。その指摘を踏まえ、その病院では、医師が適切に医療用麻薬を処方しているかどうかを薬剤師が確認するような体制をつくることをピアレビュー後の目標として掲げました。ピアレビュー後の1年後の状況報告をしていただいたところ、「定期的に医療用麻薬の処方内容をチェックし、不適切な方法で処方をしていると思われるケースは主治医に連絡する体制をつくった」とのことです。このように、ピアレビューをPDCAサイクルの中に上手に取り入れている病院もございました。

PDCAサイクルの確保 【A病院ピアレビュー 対象施設の感想】

- 緩和ケアチーム
 - ・ 緩和ケアチームの日々のもやもやが可視化され、現場での声や問題点が病院幹部をはじめ病院全体で共有された
 - ・ 強みと弱点両方わかることも良かった
 - ・ それなりに準備に労力がかかる為 1 - 2 か月前から取り組めるといい
- 病院スタッフ
 - ・ レビューアからの質問に答えにくいことがあった、自分たちが出来ないと感じられているように感じることがあった
 - ・ 「調査」ではなく「指導」と感じた点があった
 - ・ レビューアへの計らいで雰囲気よく意見交換できた
 - ・ 今後の対策についてディスカッションする時間があるとよかった

PDCAサイクルの確保 【B病院のピアレビュー後の変化】

【結果4】



ピアレビューの利点を、改めて整理したいと思います。まず、外部のレビューアが評価することで、対象施設が「自分たちではわからないことを、客観的な目で評価されることで気づくことができる」。さらに、外部から来た専門家と病院スタッフが現場で直接、話をする事で「具体的な改善策などを一緒に考えることができる」。レビュー後の講評やディスカッションに、病院幹部と一緒に参加することによって「現場の人たちが困っていることを幹部も共有することができ、責任を持って決定できる立場の者が問題点を認識し、次の改善に取り組むことができる」。その他、施設を訪問

ピアレビューの利点と課題

【ピアレビューの利点】

- 外部レビューアの評価により、対象施設の緩和ケア担当者が漠然と感じている問題が可視化できる
- レビューアと対象施設の担当者による現場でのディスカッションを通して、施設の状況に応じた実現可能な目標設定と解決策を検討することができる
- 病院幹部が参加することで、問題点を施設全体で共有でき、改善に繋がる
- 訪問施設側にとっても、他施設の状況を確認でき、自施設の取り組みを振り返る機会となる

【ピアレビューの課題】

- ピアレビューの質を担保するためにレビューアを養成するシステム等の構築が必要
- 事前の担当者間の調整や、実施後の報告書のまとめや実施後のモニタリング等事務局担当者の作業負担が大きい

する側にも「他施設の状況を直接確認することにより、自分たちの参考にできる」といった利点があります。

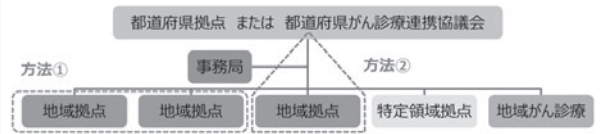
ただし、課題もあります。先ほどから「訪問するレビューアの質を担保することができるのか」「専門家として十分な資質を持っているのか」といった議論がありますが、レビューアの質を担保していくことや、準備の負担が大きいことも、課題だと思います。これは、長野県健康福祉部の山本英紀さんの発表と共通するところではないでしょうか。

PDCAを意識したピアレビューを行っていくときにとても重要になるのが「事務局機能」だと思っています。ここがしっかりと機能するかどうかで、ピアレビューの実施可能性が変わってくると思っています。

やり方としては、お互いに、あるグループを作ってその中でお互いに訪問し合うという方法もありますし、都道府県がん拠点病院の担当者などの固定したメンバーが1件1件順番に回っていくという方法もあります。これは地域の状況に応じてやりやすい方法で決定すればよいと思います。

都道府県レベルのPDCAサイクル ピアレビュー イメージ

- ピアレビューを実施するために必要となる体制
 - ・ 都道府県内の関係者の調整、情報収集・分析・評価・改善等を管理する事務局機能
 - ・ 都道府県内で情報共有と相互評価のための評価指標（現況報告などの既存データの活用も含む）の統一
 - ・ 都道府県内の実地調査方法等の統一
 - 方法① 複数施設の相互訪問による実地調査
 - 方法② 都道府県内の中心メンバーが調査委員となり実地調査



事務局機能について説明をしていきたいと思いますが、やるべきことはとても多くあります。最初から求められる役割を完ぺきにこなす必要はないのですが、相互訪問をする際に配慮すべき点として、参考にしてもらえればと思います。

まず「評価方法の決定」。訪問で重視して評価を行いたい項目や指標を決定します。それから、訪問先の病院の情報の収集と、都道府県内全体の病院の「情報収集」です。ピアレビューで訪問する際に、同一都道府県内の他の病院の状況と比較することも重要になってきますので、訪問先の病院を含めた都道府県内全体の情報収集をする必要があります。また、誰が誰を訪問するのかという「マッチング」や「スケジュール調整」。そして、具体的な「調査方法の指導」も行う必要があります。また、ピアレビューした後の結果を訪問先の施設に還元するのは当然のこととし、どのように都道府県全体の改善計画につなげていくかについて考え

る「協議の場の設定」も行わなければなりません。ピアレビューを都道府県内で「継続的に」行っていくために、情報収集、分析・評価・改善の実施管理をしていくことも重要になってきます。事務局に期待される役割はこのように多くあるため、片手間で行っていくのは困難かもしれません。

ピアレビュー：事務局機能

- 評価方法（評価指標や実地調査等）の決定
- 評価指標に関する都道府県内の情報収集
- 実地調査対象施設の選定や相互訪問施設のマッチング
- 実地調査のスケジュール調整
- 実地調査の手順に関する情報提供（調査方法の指導）
- 都道府県内での調査結果を踏まえた改善策の検討、計画作成のための協議の場の設定
- 実地調査結果等、継続的に都道府県内の情報収集、分析・評価・改善等の実施の管理、情報の公開

続いて、ピアレビューを実施していくときの留意点です。まず訪問の実施計画をつくる上で準備しなければいけないことからお話しいたします。先ほど、長野県の取り組みでも発言がありましたが、自分たちの地域内、同じ県内の方だけで訪問すると、馴れ合いが生じてしまうのではないかと懸念はしばしば指摘されています。直接的な利害がなく客観的な立場から発言ができる「地域外の専門家の同席」は、可能な限り取り入れるべきです。

訪問を受ける病院は、現場の担当者だけではなく、できる限り「病院の幹部」の方にもディスカッションや講評に出席していただくのがよいと考えています。解決すべき課題を病院幹部もその場で共有でき、具体的な改善策について検討していくことが可能になっていきます。

実際に訪問する際の留意点ですが、評価指標等の数値を見るだけでは直接訪問する利点を活かすことはできません。実際に行われている医療の内容、プロセス、質を見るようにすべきです。ただし、限られた時間の中で、全ての

診療の状況を見ることはできませんので、何を見て何を評価すべきかを事前に決めておく必要があります。そのためには「チェックリスト」をつくる、もしくはレビューアの中で統一した評価の視点などを決めておくのがよいと思います。

訪問した後は、「改善策を見出す」ことを目標とします。その際の注意事項としては、当然ではありますが、評価するメンバー間で事前に訪問施設の情報等を共有しておくことが大切です。現場に行ったら、みんなが初対面で、指摘する事項も人によって全然異なるとか、同じ項目に対して評価の基準が異なるということが生じないよう、事前に十分に情報共有をしておくことが重要です。

今回はできませんでしたが、時間や、さまざまな体制にゆとりがあれば、現場の医療従事者一人ひとりに話が聞けるような「個別ヒアリング」を盛り込めると、具体的な状況を、より把握しやすいと思います。ただし、実施するためには評価を受ける病院がヒアリングに対応する者を準備しなければいけないなど、新たな負担も生じるため難しい場合もあるかもしれません。

また、その場で、レビューアが思いつきで質問をするよりかは、ある程度、レビューアのほうで質問項目を事前に決めておくといいでしょう。調査結果のフィードバックは、あいまいな抽象的なものではなく、「何をどうすればいいのか」という具体的な改善策を提案するようところがけるといいと思います。

それと、私たちが常に配慮をしていますが、つい、できていないところに目がいってしまい、どうしても「批判」や「指摘」が多くなってしまい、評価を受ける側は「叱られているような感じになる」と言われてしまうことがあります。できるだけ「ポジティブなフィードバック」を取り入れてください。

最後に「雰囲気づくり」についてです。難しいことかもしれませんが、できるだけ自由に、お互いに意見が言い合えるような雰囲気をつくることができると、よりよいピアレビューになると思います。

ピアレビューを行う際の留意点

計画するうえで

- 実地調査の質を担保するため、オブザーバーやアドバイザーとして地域外の専門家の参加を検討する
- 改善への理解を促すため、当該施設の病院幹部に参加を求める
- 評価指標等の施設データだけでは見えない、具体的なケアの提供方法などの質を評価することを目標とする
- 問題点が指摘しやすいように、チェックリストや数値などを用いた評価を併用したり、統一した調査の視点や質問項目を設定する
- 当該施設の課題を抽出し、施設の状況に応じた具体的な改善策を見出すことを目標とする

ピアレビューを行う際の留意点

実施するうえで

- 事前に、実地調査メンバー間で評価指標データ等含む施設情報を共有する
- 評価指標データだけでは把握できないケアプロセスを評価するため、医療スタッフの個別ヒアリングを取り入れる（1・2名対1・2名程度が望ましい）
- ヒアリングでは、要件に関する問題点や困りごと、バリア等を聴取するために具体的な質問項目を事前に決めておく
- 調査結果のフィードバックでは、問題点や課題を指摘するだけでなく、その具体的な改善策を提案する
- フィードバックには良い取り組みに対するポジティブフィードバックを含める
- 個人評価ではなく施設全体を評価し、改善のためにどのような解決方法があるか、自由に意見が言える雰囲気作りに努める

厚生労働省では、緩和ケアに関して、さまざまな取り組みをしており、直接、がん拠点病院の緩和ケアの実地調査も行っております。実際に拠点病院を訪問して、緩和ケアの提供状況を評価した結果も報告されています。やはり訪問調査をすることで、会議室の中では見えてこない課題が共有でき、その改善を直接促すことができるという「良い循環」が生まれるケースがしばしばあったと書かれています。

厚生労働省 緩和ケア推進検討会
「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」平成26年3月

- 緩和ケアを推進していくためには、各施策の医療現場での推進状況を把握するとともにその実効性について評価し、残された課題を抽出することが求められている。このため、厚生労働省は拠点病院の実地調査を行った。
- 実地調査においては現場の状況を把握し課題整理を行うことを当初の目的としていたが、個々の施設の立場からも緊張感を持って自施設の緩和ケア提供体制を見直し、組織管理者と現場の実務者が同じ場所で意見交換をすることにより、取組が改善されるといった好循環を生むケースがあった。

そうした点を踏まえ、がん拠点病院のような医療機関では、自己評価だけでなく、国民や都道府県内外の専門家を含めた外部評価を取り入れたPDCAサイクルを構築していくとよいのではないかと、報告書には書かれています。

厚生労働省 緩和ケア推進検討会
「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」平成26年3月

- 緩和ケアに関する各施設の取組を改善させ維持していくためには、今回の実地調査のように、がん患者をはじめとする国民を含む外部の視点を組み込んだ評価体制を確立することが有効であり、毎年の拠点病院現況報告による自己評価のみならず、国民や都道府県内外の専門家による外部評価を組み込んだPDCAサイクルを構築することが求められていると考えられた。

第13回緩和ケア推進検討会資料 資料5
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000041484.html>

以上のような点も踏まえた上で、「緩和ケアに関するピアレビュー」が、平成27年度から厚生労働省の委託事業(当フォーラムと同じ事業枠)の内容に含まれています。その事業が厚生労働省から国立がん研究センターに委託されたので、年度当初から各都道府県がん拠点病院に対し、ピアレビューの協力について呼びかけてきました。現場の担当者からは、「いい取り組みだ」「自分たちが困っていることを改善できるチャンスかもしれない」とのコメントをもらい、実地調査／ピアレビューを順調に行えるのではないかと

思っておりまして。しかし、具体的に話を進めていくと、容易に実施には至りませんでした。

その理由を聞くと、私たちの訪問調査が、先ほどの厚生労働省事業のスタンスと同じで、「拠点病院の指定要件を満たしているのかどうかを評価する」「そして問題点があれば、それを改善するためのアドバイスをする」というような姿勢であるように受けとめられていたことにありました。つまり訪問する側が、「問題を探して見つけだす。それを指摘する」という印象で、「拠点病院の指定要件を満たしているかどうかをチェックしに来る」という監査のような印象を与えてしまっていました。今回のピアレビューは自由参加の取り組みですから、そのようなことが背景となり最初の呼びかけでは参加する施設はございませんでした。

このような状況を踏まえて、昨年末から「現場で困っていることを教えてください」「そのことについて話し合い、具体的な改善策と一緒に考えるための訪問をいたします」という姿勢に大きく変更いたしました。

訪問する側が、「スクリーニングをやっていますか」「緩和ケアセンターの整備はありますか?」と聞くのではなく、「何に困っていますか?」「そのようなことで困っているのなら、解決に向けて何ができるか一緒に考えましょう」という姿勢で臨むようにいたしました。がん拠点病院の指定要件を一つ一つ確認していくようなスタンスではなく、「困っていることの改善と一緒にしていこう」と姿勢を変えたところ、今回、北海道と福岡県が協力してくれることになりました。

厚生労働省の委託事業ですので、がん拠点病院に対して監査までは求めていないとしても、がん拠点病院の指定要件の充足を目指した活動をしてほしいという考えはあるかと思えます。しかし、今年度の状況をみると、自由参加という方法で行っているのであれば現場の立場からは、監査ではなく、困っていることの改善ということでなければ協力は難しいのかもしれませんが。そのような姿勢にしましたところ、実際にピアレビューを受け入れてくれる地域があり、今年度

緩和ケアに関するピアレビュー実施支援事業
(平成27年度開始)

都道府県内の緩和ケアの医療水準の向上を目指した施設訪問によるピアレビュー

【目的】

- 都道府県全体で、医療水準を向上させていくためのPDCAサイクル確保の標準的方法は未整備である。
- 特に、緩和ケアに関しては、画一的な書面のみで評価することは困難である。
- 本事業では、拠点病院の緩和ケアの向上を目指し、同じ都道府県内の他の拠点病院や外部の専門家等が施設訪問を行う。そして、現場で困っていることを中心とした課題の解決に向けた話し合いを行い、具体的な臨床活動の改善を目指す。
- 国立がん研究センターは、緩和ケアの質の向上を目指したPDCAサイクル確保に向けた一つの方法として、全国の都道府県が参考にできるよう、本年度の取り組みを整理しモデルとして提示していく。

緩和ケアに関するピアレビュー実施支援事業
(国立がん研究センターによる都道府県がん拠点病院への支援)

【スケジュール例】	180'	概要
事前		・ 現況報告等を用いた施設の情報共有
I. 導入	20'	・ スケジュール概要とレビュー方法の確認
II. 緩和ケア提供体制の紹介	30'	・ 紹介フォームを用いて課題・問題を含む施設の紹介
III. ヒアリング	50'	・ 緩和ケアチーム・一般医師・一般看護師を対象に施設の問題に関する状況の確認
IV. レビューア-会議	30'	・ レビューア-の意見集約
IV. 質疑応答 意見交換	45'	・ 問題点・課題, 良い取り組みのフィードバック ・ 対象施設の課題に関する改善策の検討
V. まとめ	5'	・ まとめ
事後		・ ピアレビュー結果の報告と共有

はご協力いただけなかった地域でも「そういうことならば来年度はぜひ」と言ってくださっているところもございます。

今後、各都道府県内で「相互訪問によるピアレビュー」の実施を企画することになったとき、ある程度強い力でトップダウン型に行える立場・状況があるのであれば「拠点病院の指定要件を見に行くスタンス」も可能だと考えております。しかし、立場が対等で強く要求ができない場合は、「困っていることについてお互いに話し合うスタンス」でなければ難しいかもしれませんし、むしろ積極的に協力が得られるかもしれません。ぜひ参考にしてもらえたらと思います。

今回の取り組みの詳しい内容については、この後、北海道の旭川医科大学の阿部泰之先生からご報告いただきます。私の発表は以上になります。ご清聴ありがとうございました。

北海道での取り組み

旭川医科大学病院 阿部 泰之



今回は、1回だけではありますが、P D C Aサイクルに関連して「緩和ケア分野のピアレビューの活動」を行ったので、それをお話する中で、緩和ケア分野のピアレビューに限らず、北海道の問題点や、「緩和ケアがこれからどうしていったらいいか」というようなことを、お話できればと思います。

ピアレビューについては、最近、加藤さんから依頼された仕事で、当初は「どんな意義があるんだろう、正直、面倒くさいな」などと思っていたのですが、やってみると、意外と、「これからの北海道をどうしていったらいいか」「個人的にもどうすべきなのか」など、今後のことを何か少し考えることができました。そういう意味では機会をいただき、ありがとうございました。

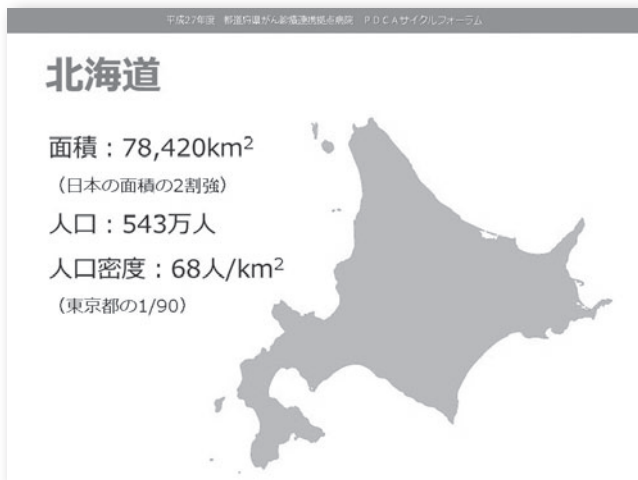
まず北海道について少しご紹介します。北海道はとにかく広いです。ここはすごく大事で、全く状況が違うということをまず共有しておく必要があると思います。日本の面積の2割以上が北海道です。人口は543万人いるのですが、人口密度は68人/km²で東京都の90分の1です。

それだけ人口密度が違って、つまり、がん診療連携拠点病院の話になるのですが、人材が、すごく薄いです。本当に薄いのです。その中で他県と同じことをやらなければいけないという、他府県とは違う現状が、まずあるということです。

一般道で行くと思ってください。例えば釧路から函館とか、それくらい遠いです。とても広くて、遠くて、という現状が、まずあります。その中で、拠点病院は今、20施設です。

特徴としては、「札幌に多く固まっている」とことと、他の医療圏を見ると、全部の医療圏を満たしていないのはもちろん、あっても1個ずつくらいしかないのです。こうした中で、本当に人材が薄い中でやっているというのが北海道の現状です。例えば、具体的にどこというわけではありませんが、消化器外科の先生で、がんに関わっている先生は、その病院に1人しかいなかったりします。

そして、その先生が「大腸がんの化学療法もやっています」「緩和ケアチームのマネジメントもしています」というような、本当に、そうした体制の中で診療されています。その先生が、すごく頑張っておられるとしても、化学療法のプロトコル、ガイドラインに沿って、きちんと、「最新の治療がしっかりマネジメントできるか」というと、支持療法も含めて、やはり限界もあります。では、緩和ケア部門で、どれだけそのあたりのマネジメントをうまくできるかという、またそれも限界が出る、ということになります。本当に、そんな状況



(拠点病院間の距離が)めちゃくちゃ遠いのです。しかも、新幹線とか高速道路などはありません。京都から東京まで、



でやっているのが、今の北海道のがん診療連携拠点病院の現状です。

指定要件などについても、その忙しい中でやっていくと、どうしても「何とか表向き、それを満たす」ようなことを、「したくないけど、せざるを得ない」状況がある、というのが北海道の現状と言っているのではないかと思います。

そうした中で、国の動きが出てきました。緩和ケア分野であれば「緩和ケア研修会をまずやらなければならない」という大きなタスクが示されたときに、「では、どうしよう」ということになったのです。

20の拠点病院があっても、緩和ケア専門の先生がいるところは、ほとんどありません。そうした中で「何とか緩和ケア研修会をやっていかなければならない」状況になり、私が主導して、とりあえず「メーリングリスト」をつくりました。そして「スケジュール調整」をしたり、「研修をどういうふうに実施したらいいか」「困ったときにはどうしたらいいか」考えたり、独自のファシリテーター研修や、追加の研修会なども行いました。そのような研修会に関わることをピアで、仲間同士で何とかしてきたという現状があります。

メーリングリスト HOPEFL since 2008

- ・Hokkaido Palliative-care Education and Facilitator Linkage
- ・北海道内で緩和ケア教育に関わる医師を含む多職種で構成（現在〇〇名が登録）
- ・緩和ケア研修会のファジーなスケジュール調整
- ・がん診療拠点病院緩和ケア部門の運営についての情報交換

さらに、より実動的な動きができる組織も、わりと早い段階でつくっていて、「多施設共同研究」なども、そちらで行っ

北海道がん医療心身ネットワーク since 2009

- ・HOPEFLよりも実動的な動きのできる組織を
- ・会員250名程度
- ・研究会7回
- ・多施設共同研究
- ・がんメンタルヘルス相談窓口支援
- ・がん医療に関わる心理士ネットワークの設立

ていました。

つまり、本当にピアで、「みんなで」何とかやっけていこうとしてきたわけで、それはいいところでもあるし、ある意味では、ちょっと北海道庁の人もいるので言いづらいのですけど、北海道庁が主導できちんとやってきた経緯ではありません。それで、本当にしつこいですけれど、ピアで頑張ってきた、というところに一応、自負があるというのが北海道の緩和ケア領域だと思っています。

北海道における、がん緩和ケアの特徴を挙げると、まず、ホスピスや緩和ケア病棟は、歴史的にも札幌圏が先進的な地域で、すごく充実しています。しかし、他は緩和ケア病棟の空白地域がすごく多くて、旭川が2番目に人口の多い都市なのですが、旭川ですらも2～3年前に、やっと1カ所ホスピスができたというのが現状です。他の地域に行ったら全然ない。空白地域が、すごく多いです。

人口あたりの（おそらく医師数あたりの）拠点病院が都道府県の中では最多で、500万人に対して20施設あります。とにかく慢性的な人手不足で、門外漢といったら語弊がありますが、特に緩和ケアが専門ではないけれど、自分がやらなければ仕方がない、やらされている、というようなケースが多いのも確かです。

かといって同一地域内では、がん診療を行っている病院を選ぶ余地がほとんどありません。これは北海道の特徴で、車で走ってみるとわかりますが、町とか市を走っていたら、やがて家がなくなるわけです。さらに走っていくと、ここは次の何市だ、というのが明らかにわかるのです。そういう特徴があります。

おそらく、関東だったら「このがんならこの病院」「耳鼻科で何かあったら隣のあの病院がいい」「眼科だったらこっちだな」という選び方をするのでしょうかけれど、北海道では、その市、その町の中の病院に行くしかないのです。「あまり競争がない」ということでもあって、つまり、「ライバルがない」。切磋琢磨しなくても、やっていけるような部分も、実際にあります。

北海道におけるがん緩和ケアの特徴

- ・ホスピス・緩和ケア病棟は札幌圏は充実
- ・他は緩和ケア病棟空白地域が多い
- ・人口当たり（おそらく医師数あたり）の拠点病院が最多→慢性的な人手不足（門外漢も多い）
- ・かといって同一地域内では、がん診療病院を選ぶ余地がない（＝ライバルがない）
- ・ピアで協力してやってきた土壌がある、仲は良い、お互いの大変さをよく知っている
- ・そのぶん、馴れ合いかも、PDCAのCとAの不足

いずれにしても、ピアで協力してやってきたという土壌が、少なくとも緩和ケアにはありますね。だから仲はいいし、お互い大変さをよく知っています。その分、加藤さんがさきほど言ったように、反面では、馴れ合いがあり、自身の評価をせず、相手の評価もしていなかったというところが、確かにあると思います。今回のP D C Aの「C」と「A」の部分が、このピアレビューで少し行えたというのは、画期的だったなと思っています。

今回、「緩和ケアの質の確保」のために、札幌の、あるがん診療連携拠点病院で、ピアレビューを実施しました。

参加者ですが、誰が参加するかというのがとても大事だと思っています。今回は、院長先生は最初の挨拶だけだったものの、緩和ケアにも理解がある副院長先生が、会議中長い時間いてくれたのと、緩和ケアチームのメンバーはもちろんのこと、腫瘍内科の先生、がんのC N S（専門看護師）、看護部長と副部長、病棟の各師長、情報部門の事務スタッフ、総務部スタッフなどいろいろな職種、部門の方々が参加してくださいました。その理由はあとからお話しますが、「緩和ケア部門だけでなく、いろいろな人たちを交える」というのが、このピアレビューの大事なところだと思います。

評価者としては、私を含む道内の緩和ケアや精神腫瘍の専門医、看護師などが、4～5施設ぐらいから1人ずつ来ていました。他に、道外から加藤さんと、オブザーバーの方が多職種で来ていただいて行いました。

平成27年度 札幌市立がん診療連携拠点病院 P D C Aサイクルフォーラム

緩和ケアのピアレビュー

- ・ P D C AのCとA
- ・ 緩和ケアの質の確保のために
- ・ 札幌のがん診療連携拠点病院にて実施
- ・ 参加者
 - ・ 施設内
 - ・ 院長、副院長、緩和ケアチーム、腫瘍内科医、がんCNS (PCU師長)、看護部長、副部長、病棟師長、情報部門、総務部
 - ・ 評価者
 - ・ 道内の緩和ケア、精神腫瘍医、緩和ケア認定看護師、道外からのオブザーバー (医師、看護師、薬剤師)

スケジュールとしては、まず緩和ケアの提供体制を、施設側から紹介してもらい、「ここはどうですか?」といったやり取りを適時に行ったのち、レビューアードだけの会議をして提案内容を決め、最終的にそれを提案して、またそこで意見交換をする、というような形です。完全に区切られているというよりは、適時、問題が出たらそこで相談するという、全体として、双方向のスタイルで進みました。

施設紹介の中から見えたことですが、そこはP C T (緩和ケアチーム)とP C U (緩和ケア病棟)の両方を持っている

緩和ケアに関するピアレビュー実施支援事業

【スケジュール例】	概要
事前	・ 現況報告等を用いた施設の情報共有
I. 導入 20'	・ スケジュール概要とレビュー方法の確認
II. 緩和ケア提供体制の紹介 30'	・ 紹介フォームを用いて課題・問題を含む施設の紹介
III. ヒアリング 50'	・ 緩和ケアチーム・一般医師・一般看護師を対象に施設の問題に関する状況の確認
IV. レビューアード会議 30'	・ レビューアードの意見集約
IV. 質疑応答 意見交換 45'	・ 問題点・課題、良い取り組みのフィードバック ・ 対象施設の課題に関する改善策の検討
V. まとめ 5'	・ まとめ
事後	・ ピアレビュー結果の報告と共有

施設で、院内ですべてが完結しているというか、その病院で診断・治療をして、ときには緩和ケアチームが関わって、最終的にその病院のホスピスで亡くなる、というような、「完結型の施設」でした。

逆に、外からはあまり受け入れていない、この施設の中だけでやっているみたいな病院だったのですが、チームへの依頼は全く断らず、どんなものでも、とにかく受け入れるスタンスでやっていました。そうするとプライマリーレベルの依頼も多くて、「麻薬を出したことがないので出してください」とか、そういうところから始まります。それは、うちの大学でもそうです。

「緩和ケア」という言葉にバリアがあって、わりと早期の関わりの方が少ないので、最近よくある「がん支持治療科」とか、「がんサポート〇〇チーム」とか、そういうふうに変名するほうがいいのか検討中です、という話もありました。

「苦痛のスクリーニング」が始まっていますが、まだ始めたばかりで、きちんとしたシステムが構築されておらず、できていない病棟もあるのが悩みというか、現状とのことでした。

それに対し、評価者からは「在宅への移行数はどうか」「院外からのP C U入院の割合はどうか」「どうしてスクリーニングがうまくいっていないのか」などについて質問があ

平成27年度 札幌市立がん診療連携拠点病院 P D C Aサイクルフォーラム

緩和ケアのピアレビュー

1. 施設紹介

- ・ 施設から
 - ・ PCTとPCUを持っているため、院内ですべてが完結する傾向
 - ・ チームへの依頼は断らず、どんなものでも受ける
 - ・ プライマリレベルの依頼も多い
 - ・ 緩和ケアという言葉にバリアがあるため、改名を検討中
 - ・ 苦痛のスクリーニングはやり始め、できていない病棟あり
- ・ 評価者から
 - ・ 在宅移行数、院外からのPCU入院の割合、スクリーニングがうまくいっていない理由についてなど質問

りました。

会議を踏まえて評価者からは、「リンクナースの機能充実を図っていくのもいいのではないか」「苦痛のスクリーニングは緩和ケアのタスクから外して、看護部とか病院長マターでやったほうがいいのではないか」などの提案をさせてもらいました。副院長がおられたので、これらの提案は、その場で直接伝わることになりました。

この病院の緩和ケアに限りませんが、今は院内完結型でやっているけれど、「今後はどのようにしていきたいか」というところをあまり考えていない、ビジョンや戦略（戦略）がないまま「とにかく頑張っている」状況が見えました。その点については、「緩和ケア部門の方針やスタンスを決め、それを院内に打ち出し広めていく過程で、教育的な関わりになっていくのではないか」という提案をしました。

平成27年度 新潟県がん診療連携拠点病院 P R I C A サイクルフォーラム

緩和ケアのピアレビュー

2. 評価者からの提案

- ・リンクナースの機能充実を図る
- ・苦痛のスクリーニングは、緩和ケアのタスクから外して看護部や、病院長マターとできないか
- ・緩和ケアに関するビジョン、戦略がない。どういった病院、緩和ケアにしていきたいのか
- ・緩和ケア部門の方針やスタンスを院内に広めていく過程で、教育的な関わりにもなるのでは

意見交換は、わりと自由に行いました。評価される側からは、「ピアレビューの前がすごく大変で、準備に何時間もかかった」「自分の施設のスクリーニングをして、数値化して提出するのは、すごく骨が折れる」「この事業に特化した事務担当者がいるわけではないので、臨床の先生とか看護師さんが臨床をやりながら担当せざるを得ないので、それがとても大変だった」という意見が出された一方で、「活動を改めて見直せたのはよかった」という話もありました。それと、これはうちの病院で行われたとしても同じだと思いますが、このピアレビューをすることになってから他部門の人、腫瘍内科の先生や別の病棟の婦長さんなどと、緩和ケアについて「現状はどうですか」ということを話した、その会議の場で初めて顔を合わせた、ということがありました。普段、いかに、そういうスタンスが共有されていないか、ということだと思います。

また、「病院の管理者が参加して、組織全体の問題として認識されたことが有意義でした」と言っている人もおられました。病院のトップに近い人に、このピアレビューに参加してもらわないと、「緩和ケア部門ではこうですわ」というよう

な話だけになってしまう。そこは重要ではないかと、私も思いました。その他、「インセンティブがないとなかなか大変です」という意見もありました。

評価者側の感想としては、特に、私を含む道内の参加者は、その施設の評価をしながら、むしろ「自分のところはどうか」などと考えました。「評価側で参加しているけど、うちでも、できていないな」とか、「ヤバイ、うちに来たら、これを言われるな」というように、セルフフィードバックをしていて、実は、その施設を評価しているのと同時に、自分の施設の評価もすることになっていました。「評価施設以外のチェック機能」としても、このピアレビューは働くのだと、実感としてわかりました。

「外部評価者」は絶対に必要です。近い人だけだと、互いに現状を知っていて「大変だろうな」ということがわかるので、なかなか深いところに突っ込んでいけない、ということがあります。加藤さんを含めて、外部の人が「いや、他のところでは結構、こんなことは普通にできています」「できるところはありますけど」などと言ってくると、「ああ、なるほど」とわかる。突っ込めないところを突っ込んでいただけるので、やはり、これは絶対に必要なのではないかと思えます。

平成27年度 新潟県がん診療連携拠点病院 P R I C A サイクルフォーラム

緩和ケアのピアレビュー

3. 意見交換

- ・ピアレビューの準備は大変であるが、数値化すること、活動を見直すことで得られたものもある
- ・この件について他部門と初めて話した (!)
- ・病因管理者が参加して、組織全体の問題として認識されることが最大の意義
- ・インセンティブがないと続かないかもしれない
- ・評価者も（特に都道府県内）自施設のことを考える機会となるので、評価施設以外のチェック機能となる可能性
- ・外部評価者は必要

ここからは私の総括ですが、「数値化できない組織の質とか問題点を、言語化して共有する」ためには、ピアレビューが有用だと思います。特に、緩和ケアの分野は、なかなか数値では表せないことが多いので、それに甘んじてしまい、「C」と「A」がなかった分野でもあると思います。そういう意味では、このピアレビューで「緩和ケア分野の評価をする」というのは、いいことなのかなという気がします。

また、同じ都道府県内でも、組織の位置付けによって問題とか課題が全然、違うということがわかりました。例えば、うちの大学病院は緩和ケアチームのみを持っているのですが、この施設のように「早期から介入できない」といった問題は、最近ほとんどありません。むしろ、そればかりになっ

て、「緩和ケアのアイデンティティはどこにあるのだろうか」と、逆に悩んでいるぐらいです。ですから、組織の位置付けとかスタンス、状況によって、課題は全く異なるのだということがわかりました。うちの病院では、そういう問題がないので、「こういうふうにしたらいいかもかもしれない」ということが、言い合えるのですね。「スタンスが違うからできている」ことを、共有できるのではないかと思います。

都道府県を超えて、あえて位置付けの似た組織から評価者を派遣するとか、逆にスタンスの全く異なるところから評価者を送るといったように、評価者を選び分けてみると、また少し違った評価があるのかな、という気がしました。

今回強く思ったのは、緩和ケアのピアレビューをしていくと、組織全体の問題に言及することになるということです。その病院として、その組織として、がんの人をどう診て、生活をどう支え、亡くなるときにはどうするのか。さらには、「この地域では…」という話に、どうしてもなっていく。やはり、緩和ケア部門の人だけを呼んでピアレビューをしても、意味がないとまでは言いませんが、なかなか効果が得られないと感じました。上の立場の人を含むことを必須にするほうがいいのではないかと思います。とはいえ、では、うちの大学病院はそういうことができるかと言うと、なかなか難しいです。

たぶん最初に、なかなか手が挙がらなかったのは、こういう理由もあると思います。病院長、院長に対し、緩和ケア部門の担当者が、「来てください」と言うのは、すごくバリアが高いのです。「チェックされるのがイヤ」というよりは、たぶん、そちらのほうが大きいような気がします。ですから、国から院長クラスに「その場に来なさい」と言ってもらえると、すごくいいと思います。

の人達に話を聞いてみると、もちろん、質の高い抗がん治療は必要なのですが、「話を聞いてくれて、普通に、きちんと対処してくれるお医者さんや医療者が、まずいてほしい」と言います。そういう病院の雰囲気や、どうしたらつくれるか。緩和ケア科がどう頑張るかというよりは、「プライマリーレベルの緩和ケア」が、全体として必要なのだと思います。厚労省が、緩和ケアの研修や、緩和ケアというものの広がりを通じて目指したいものというのは、まさに、そこなのではないかと愚考しているわけです。

そういう意味では、「緩和ケアというものを発展させなさい」とか、「病院の中で緩和ケア科の位置付けをしっかりとさせなさい」ということが、むしろ足かせになっている面があるのではないかと思います。特に最近、「苦痛のスクリーニング」が「緩和ケア部門の仕事」のような感じで下りてきているのですが、あれも明らかに緩和ケア科に限った話ではなくて、「病院全体の医療者が、いかに患者さんの苦痛に目を向けられるか」ということへの取り組みのはずなのです。それを、緩和ケア科のだけか1人に、「これを病院全体で広めるようにやりなさい」と言われたら、しんどいですよね。

ですから、むしろ「苦痛のスクリーニング」は緩和ケア部門の仕事ではなくて、病院全体の取り組みとして下ろしてもらえると、いいのではないかと思います。緩和ケアというものを、「緩和ケア」とは、あえて離れたところで推進していくような方法で政策の方向付けをしたほうが、遠回りだけど、うまくいくかもしれない、そういうことです。今回のピアレビューを通して感じましたので、それを最後の言葉とさせていただきます。

平成27年度 都道府県がん診療連携拠点病院 PCU/Aサイクリンフォーラム

緩和ケアのピアレビュー

総括

- ・数値化できない組織の質や、問題点を言語化し、共有するにはピアレビューが有用、特に緩和ケアで有用
- ・同じ都道府県内でも組織の位置づけによって問題点、課題が異なる（例：緩和ケアチームのみの施設と、PCUを持つ施設では課題が違う）
 - ・都道府県を超えて、位置づけの似た組織から評価者を派遣する方法
- ・おそらく組織全体の問題に必ず言及することになるため、病院管理者を含むことが必須（ただ、施設によっては困難）

最後に、せっかく中央の方も来ておられるので、もう少し大きな課題と提案を述べたいと思います。「緩和ケアが広がる」ということは、もう、緩和医療という学問とか、緩和ケア科のような部門の問題だけではなくなっています。患者会

平成27年度 都道府県がん診療連携拠点病院 PCU/Aサイクリンフォーラム

課題と提案

- ・緩和ケアが広がることが、緩和医療という学問、緩和ケア科という部門の問題だけではなくなっている
- ・必要な（患者が求めている）のは、話を聴いてくれて、苦痛にきちんと対処してくれる医療者および、そういう病院の雰囲気
- ・緩和ケアという括ることが、この医療者の基本の態度教育の足かせになっていないだろうか
- ・「緩和ケア」と離れたところで、推進していくという方法はないだろうか

Q&A

（国立がん研究センター・加藤）最後は緩和ケアの普及についても言及してくれました。今回、緩和ケアという領域でやりましたが、別に「緩和ケアで、どんどん全国でやりなさい」と言っているわけではなくて、基本的には、それぞれの都道

府県で重要だと思う領域に焦点を当てたピアレビューを
するとよいと思います。病院全体ということで訪問すると、ど
うしても一分野については限られた時間でしかレビュー、ディス
カッションできません。こういう緩和ケアでもいいですし、
これから発表のある相談支援についてやっていこうとか、
いろいろあるのではと思っています。何か質問や確認など
はありますか？

(質問者)最後の「緩和ケアの範疇だけに縛らないほうがい
い」というのは、阿部先生の言われた通りで、それを加藤先
生がまとめてくださったので、お互いに、どこかに行くとき
は、縛ったり、輪郭をはっきりさせたりすることは必要ない、
というのは全く同感です。

それはそれとして、一つ確認したいのですが、先方に対し
てどういうメッセージやアナウンスを持っていくか、それを
具体的に「こうしたらどうですか」というアイデアを聞きたい
と思います。例えば、「こういう具体的な数字を出してください」、
あるいは加藤先生がおっしゃったように「自分たちが最
も気になっているところを最初に挙げてください」とか。自
分たちのウィークポイントを「大丈夫ですから、責めたりしま
せんから教えてください」と言うとか、「必ず病院長は来てく
ださいね」といったメッセージは、どのように伝えたらいい
のか。参考のために聞かせていただければと思います。加
藤先生も含めてお願いします。

(阿部)加藤さんも言っていたことですが、どちらかという
と、やはりチェック(CHECK)というよりは相談事業みたいなス
タンスで行くほうがよいと思います。「何に困っていますか」
ということを中心に、「困り事はないですか」「困り事
を解決しに行きますよ」というスタンスで行くのがいいので
はないかと、実感としては思いました。

(質問者)それから、「幹部は必ず参加してくださいね」と、お
願いとして書いておく、と。たぶんそのあとは権限の設定の
問題ですね。「何の権限で君はそんなことを言っている
んだ」という、それに対する回答が、何かバックアップがあ
れば、これはいけると、そういうことですね。ありがとうございます。

(加藤)私も阿部先生と同意見です。

がん相談支援のPDCAサイクルの確保に関する研究

国立がん研究センター 高山 智子



私のほうからは、「がん相談支援のPDCAサイクルの確保に関する研究」について、今、どんなことを相談支援の領域全体として動かしているかを、既に進んでいることも含めて、ご紹介させていただきます。

研究を始めるにあたり、まずは「がん相談支援センターは何をやっているのか？」から整理しなければいけないと思いました。10年ほど前に、がん相談支援センターが置かれることが決まり、いろいろな活動、役割が示されてきましたが、昨今はまず「相談件数」、それが多いか少ないかで活動がわかる、というようなことも言われていました。けれども、相談支援センターの側から言うと、「その他のこともたくさんやっています。それをちゃんと見てほしい」との思いもありました。

「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」には、相談支援センターに関する記述があり、そこには「どんなことをするか」が、もちろん書かれてはいました。とはいえ、項目によっては、やることはわかるけれども、これがどんなふうに分自たちの活動として位置付けられるのか疑問に思えたり、相談支援に携わっている皆さんにとって必ずしも「これだ」という確信が得られないような活動も、中にはあったのではないかと思います。

それを「見える化」していく作業が、まず必要ではないか、ということで「情報提供・相談支援部会」という組織が、都道府県がん診療連携拠点病院の連絡協議会の下に置かれることになりました。実は同じような議論は、平成24年度頃から開始していて、似たようなことにずっと取り組んできては

いたのですが、3～4年の間、なかなか意見がまとまりませんでした。事務局として、常にいろいろな提案はするのですが、皆さんにもいろいろな思いや意見があり、病院の立場や位置付けも違

っているなどの理由から、なかなか意見が合わない、統一した見解が得られないということがありました。

ちょうど平成27年の冬に、「PDCAサイクルの確保のためのワーキンググループ」のメンバーを、この部会の参加者の中から、10人ほど募りました。そこでまず、どんな活動をしているか「見える化」し、部会として取り組むことが可能な「選択肢」を示して、そこから「部会としての方針を決める」というふうに進めていきました。

まず、がん相談支援センターで行う「品質管理や品質保証の活動」として、どんなことが一般に考えられるかを示してみました。相談支援センターには「正しい情報を提供し、それに基づいて患者さん・ご家族などの相談者に対応していく」という役割がありますが、よくよく、がん相談支援センターで実際にやっていることを振り返ってみると、がん相談支援センターで提供する資料の内容が正しいかどうか、きちんとCheckされているでしょうか。また、「連絡先のリスト」

情報提供・相談支援部会としての取り組み

- がん相談支援センターの活動のPDCAのサイクル確保のために、
- WGを立ち上げ、そこで・・・
 - ・がん相談支援センターの活動の見える化について検討を行い、
 - ・情報提供・相談支援部会として取り組むことが可能な選択肢案を示してもらい、
- 情報提供・相談支援部会の方針を決める

第4回 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 2014年12月

2

がん相談支援センターで行う品質管理や品質保証の活動

自施設のがん相談支援センターでは、	チェック済 ✓
相談支援センターで提供する資料（作成資料や配布物を含む）の内容が正しいかどうか、提供する内容として適切かどうかについて見直す	<input type="checkbox"/>
医療機関や施設内の部署の連絡先リストの内容が正しいかどうかを確認する、確認し直す	<input type="checkbox"/>
がん専門相談員による面接や電話での対応や電子メールでの対応をモニターし、品質基準が満たされていることを確実にする	<input type="checkbox"/>
サイト上の情報やリンクが正確かつ最新のものであるか確認する	<input type="checkbox"/>
相談対応の記録やコードが正確であるか調査・確認し直す	<input type="checkbox"/>

品質を管理するとは、Plan（計画）、Do（実施・実行）、Check（確認・評価）、Act（処理・改善）を通して、ここにあげたような質を維持し、向上していくための継続的なプロセスを実施していくこと

「がん専門相談員のための学習の手引き」（第2版）（2014）第V部 がん相談支援の質の管理と維持 p.150. http://ganjoho.jp/data/hospital/consultation/files/gakushu_guide.pdf

も、正しいかどうか確認しているのでしょうか。どちらも、必ず必要な活動だと思います。その他、「対応方法をモニター」したり、これは後でまた説明しますが「品質基準が確実に満たされている」ことも必要です。これらを定期的にCheckしていくことが、PDCAということになると思います。

では、「品質基準」とは、どういったものを言うのでしょうか。相談支援に関して言えば、情報サービスの品質基準とは、「全国の拠点病院等で提供する情報サービスネットワークに関連しているすべての人たち、相談支援センターの監督者や相談員、利用者である患者・家族・一般の方々から、繰り返し行われるフィードバックを通して定義されるもの」です。実際に、サービスがニーズに合っているかどうか、役立つものであるかどうかをCheckしていくこと。今は、こういう基準が大事だと思うということも、関係する人が変われば、また時代が変われば変化していきます。

そのように考えると、時代と言ったとしても長いスパンに感じられるかもしれませんが、「その時々で求められているものが変わっていく」ことを常に念頭に置き、「今、自分たちに求められている基準は何か」を見直していくことが、非常に大事になってくると思います。

品質基準

がん情報提供ネットワークで提供する資料やサービスの品質基準は、ネットワークに関連しているすべての人たち（がん対策情報センター、がん相談支援センターの監督者やスタッフ、ネットワークの利用者である患者や家族、一般市民）から繰り返し行われるフィードバックを通して定義される。それによって提供しようとしている情報やサービスが受け手にとって信頼に足るものか、役に立つものが定義されていく。つまり品質の基準は、がん情報提供ネットワークから利用者に提供されるサービスの有効性（役に立つものか）と品質の評価（信頼できるものか、安心できるものか等）で構成される。

がん情報提供ネットワークで提供されるサービスの品質の尺度とは、たとえば・・・

「がん専門相談員のための学習の手引き」(第2版)(2014) 第V部 がん相談支援の質の管理と維持 p.151。
http://ganjoho.jp/data/hospital/consultation/files/gakushu_guide.pdf

例えば、「正確な情報が伝えられること」「礼儀正しく、丁寧に、専門家のマナーで情報が提供されること」なども、品質基準の中に含まれるのではないかと思います。

「品質管理活動」は、間違いを事前に防いだり、欠陥品を避けたり、誤った情報を提供しないよう「ミス防止のための活動」です。先ほど述べたように、情報が正しいかどうかを定期的にCheckすることは可能です。がん対策情報センターの情報サービスも、定期的なCheckが十分行き渡っていない、というのが常に反省点なのですが、適切なCheckをしていくために「計画的に体系的にやっていく」ことが非常に大事です。

ただし、見ていくだけ、Checkするだけが目的ではありません。その先は、それを改善するために、「改善が必要な箇

がん相談支援センターで提供される 品質の基準 (例)

【情報】

- ・ 利用者に正確な情報が伝えられること
- ・ 利用者に完全な情報が伝えられること（利用者が求める情報をカバーしているか、利用者に提供すべき情報をカバーしているか）
- ・ 適切なニーズアセスメントを通じて利用者のニーズが特定されること
- ・ 利用者に対して決められた方法で提示されること

【提供】

- ・ 礼儀正しく、丁寧に、専門家のマナーで情報が提供されること
- ・ 信頼できる形式で情報が提供されること
- ・ 利用者との信頼関係を築くこと

【方針】

- ・ がん情報提供ネットワークの基本方針に沿って情報を提供すること

【充足度】

- ・ 潜在的ユーザーの何割をカバーしているか
- ・ 相談支援センターがカバーしている地域内での充足率はどのくらいか など

「がん専門相談員のための学習の手引き」(第2版)(2014) 第V部 がん相談支援の質の管理と維持 p.151。
http://ganjoho.jp/data/hospital/consultation/files/gakushu_guide.pdf

品質管理活動と品質保証活動

品質管理活動

- 品質管理は、間違いを事前に防いだり、欠陥品を避けたり、誤った情報を提供しないようミス防止するための活動である
 - 提供している資料や作成している情報や資料の内容が正しいかどうか等、定期的なチェックを行う
 - 定期的に行われる必要があるため、より効率的にその確認作業ができるよう手順やスケジュールなどを工夫する必要がある

品質保証活動

- ある資料やサービスが既定の要求に合っているか、適切に証明していくための計画的で体系的な活動のことをいう
 - 品質基準に基づいて利用者に提供されたサービス水準がそれを満たしているか等の評価
 - 継続してサービスを発展させていくには、欠かせない活動であり監督者の責任
 - ここで言う活動は、がん情報提供ネットワークで提供する情報やサービスの水準や傾向を明らかにし、どのような研修や継続的な改善が必要であるのかについて特定することにつながる

「がん専門相談員のための学習の手引き」(第2版)(2014) 第V部 がん相談支援の質の管理と維持 p.152。
http://ganjoho.jp/data/hospital/consultation/files/gakushu_guide.pdf

所」を特定していくことが大切です。そうして、常に改善を目指して活動を継続していく必要があります。

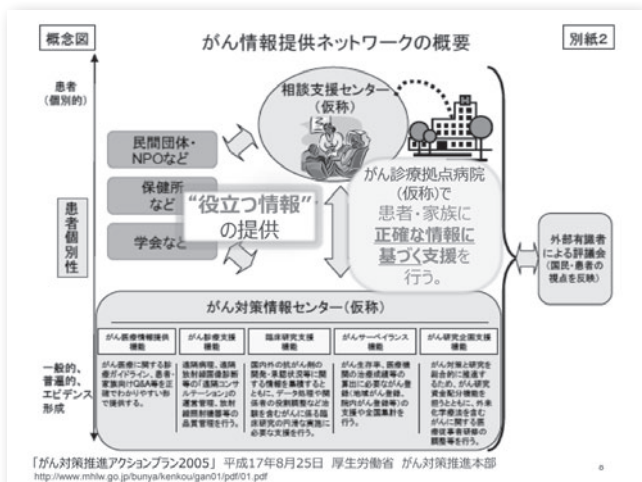
実際に、ワーキンググループの中で検討していただいたのは、「がん相談支援センターが期待されていることは、どのようなことか」、そして「がん相談支援センターが目指すものは、どのようなもの、状態か」。そこからスタートしました。

では、

- がん相談支援センターが期待されていることは、どのようなことでしょうか。
- がん相談支援センターが目指すものは、どのようなもの、状態でしょうか。

最初に「がん相談支援センター」(当初は「がん」が付いていない)の構想が出されたのは、2005年のアクションプランです。ここで言われていたのは、相談支援センターをつ

くって「役立つ情報を提供する」、そして「がん診療拠点病院（当時は仮称）で、患者・家族に正確な情報に基づく支援を行う」。この2つが、役割として挙げられていました。



10名ほどのワーキンググループには、相談員だけでなく、医師、看護師、ソーシャルワーカーといった立場の方々にも加わっていただき、「相談支援センターが目指すもの」を出していただきました。

以下は、実際に、皆さんから出された言葉をまとめたものです。「相談支援センターは、院内外のがん患者・家族を取り巻くすべての人々が、原則無料で、匿名で相談でき、相談者が孤立することなく、困り事に対して対処する術を提供する場である」「相談者の『知る権利』『選ぶ権利』『自分らしく生活する権利』を守って、エンパワメントする場である」

がん相談支援センターがめざすもの

- がん相談支援センターは、院内外のがん患者・家族ととりまくすべての人々が原則無料で、必要に応じて匿名で、相談できることで、相談者が孤立することなく、困りごとに対して対処する術を提供する場所である。
- 相談支援センターの活動は、相談者の「知る権利」「選ぶ権利」「自分らしく生活する権利」を守り、エンパワメントするために行われるものであり、がんのすべてのフェーズについての信頼できる情報を集積し、提供する。
- 相談員の役割は、相談者に寄り添い、困りごとの本質をとらえ、相談者が十分に情報を得て、納得して治療を受けることができ、就労なども含む社会的な関係を保ちながら生活していけるよう支援すること、直接は解決できない困りごとについても、何らかの対処する術についての情報を提供することである。相談員は、実際の診療に関わる医師、看護師からは中立の立場で、コーディネーター、アドボケート、患者・家族の理解を促進するような説明、橋渡しを行う。また、患者・家族をサポートするための地域ネットワークを構築する。
- このがん相談支援センターや相談員の活動は、「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」の一翼を担うものである。

第5回 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 (H27/6/10) 報告より
http://ganjoho.jp/hospital/liaison_council/bukai/shiryos.html

メンバーの意見が出やすくなるように、例えば「何がどうなったら、相談支援センターがうまくいっていると言えますか?」「地域の小学校で『がん相談支援センターって何?』と子供たちに聞かれたら、皆さんはどう説明しますか?」「がん相談支援センターがないと、どんな問題が起きますか?」と聞いかけてみました。それから、「緩和ケアセンター(利用者にとっては相談支援センターと似たようなもの)とは何が違うと

思いますか?」とも聞いています。相談支援センターが緩和ケアセンターと同じだったら別の名前をつける必要もないし、別に置く必要もないわけですが、両者に違いがあるとすると、その違いは何かを明確にさせていただきながら、言葉にまとめていきました。

がん相談支援センターに不可欠な要素とは?

- がん相談支援センターの目標は何ですか?

<何がどのようになったら、相談支援センターがうまくいっているといえますか?>
<地域の小学校で「がん相談支援センターって何?」という題で話をするとしたら、何をいいますか?>
<がん相談支援センターは無いとどのような問題が起きますか?>
- 緩和ケアセンターとは何が違うと思いますか?

もう一つ、日本だけではなく国際的な情勢も参考にして、検討を行いました。海外には「International Cancer Information Service Group(国際がん情報サービスグループ)」という、がんの情報提供の質の担保やトレーニングを行うN G O団体があります。そこがまとめている“Core Values”(大事なこと=これを目指すと良質ながん情報が提供できるという基準)も参考にしました。

“Core Values”

International Cancer Information Service Group (ICISG)
http://icisg.org/about-icisg/core-values/

国際がん情報サービスグループは、世界中のがんの不安やがんによる影響を受ける人々に、良質ながん情報や支援情報を提供することを使命とする国際的なグループで1996年設立、現在49か国から76団体 (NCI, ACS, CCS, Macmillan etc)が正/準会員として登録されている。(国立がん研究センター：2008年より正会員として登録)

【活動内容】

- がん情報サービスに関する様々な国々の連携協力の推進
- 良質ながん情報サービスの普及のためのマネジメント、評価、トレーニング方法などの情報共有
- 新しいサービス開発の支援など

Core Valuesには5つの基準が挙げられていますが、それらは、私たちが、がん相談支援センターの目標として挙げたものと、ほぼ一致しました。ただし、5つ目の「がん相談支援センターはすべての利用者に対して質の担保されたサービスを提供します」のところが、日本の場合、少し薄いように思いました。この中には、「定期的いきちんとトレーニングを受けている」ことも含まれます。こういったものも参考にし、目指す先を可視化する、という作業を行いました。

良質ながん情報や支援情報/支援を提供するために
“Core Values”

- がん相談支援センターは、利用者の個別のニーズ、価値観、文化について敏感であり、それを尊重します
- がん相談支援センターは、利用者が受ける医療について十分に情報を得た上で選択する権利を尊重します
- がん相談支援センターは秘密を守り、匿名でのサービスも提供します
- がん相談支援センターは患者、医師、医療専門職との関係を尊重し支えます
- がん相談支援センターはすべての利用者に対して質の担保されたサービスを提供します

これらは、がんの情報や相談対応を行う際の国際的な規準にもなっているものです。

“Core Value” International Cancer Information Service Group <http://icisg.org/about-icisg/core-values/> 12

最終的な到達目標と、少し具体的な目標を整理し、そこに至るプロセスや測定指標なども盛り込んで全体像を示したものが、「がん相談支援センター指標骨子」です。少し頭の整理をしていただくために、何を指して、そのための活動はどんなことがあるかということ全体を示す骨子にまとめていきました。

概略を紹介すると、「アウトカム(成果)」の一番左の最終目標が、「困っている患者・家族が減る」。この最終目標をブレークダウンした準最終目標が「頼りにできる人、相談の場がある」。これは相談支援センターだけでできるのではなく、さまざまな医療者が関わっていかないと結局は救えない、社会が変わらないと救えないのかもしれませんが、相談支援センターとして「少しでも関わっていけそうなところ」を示しました。

目標に至る「プロセス」としては、「その人にとってアクセスしやすい相談場所・相談の入り口がある」「わかりやすい表示がある」などを挙げています。

「測定指標」は、目標への到達度を実際に測定するために、何が指標になり得るかを検討したものです。次の「構造」というのは、相談体制のことです。相談には場所が必要です。プライバシーを守って相談したいと思っても部屋がなければできませんし、案内表示を出したくても病院側の了

解がなければ案内できません。構造的なことも一覧にまとめて、何が必要かをみんなで見ていく、という作業をしました。一番右の「施策」は、がん相談支援センターの整備指針です。

さらに、「見える化」には「アウトカム評価」と「プロセス評価」の2つがあるだろうということで、ワーキンググループでまとめてもらいました。アウトカム指標としては、「利用者が満足したか」を測ることが必要だという意見が挙げられましたが、これは頻繁には測定できないので、2つ目のプロセス評価を、「アウトカム評価への道筋につながるものが予測されるもの」として、整理して測定していこうということになりました。

**「がん相談支援センターの活動」の
 “見える化”について**

以下の1,2の両方を含むものを「がん相談支援センターの活動」として“見える化”していく

1.「アウトカム評価」

- ・利用者目線での評価であり、最終的な目標となるが、感度が低くなる
- ・「目標の整理と対応する指標」の「測定指標」(調査関連)部分

2.「プロセス評価」

「アウトカム評価」への道筋につながるであろうと予測されるもの

- ・日々の達成度が見えやすく具体的な改善に繋がりがやすいが、これら項目を増やすことで測定の手間を増大させる
- ・「目標の整理と対応する指標」の「プロセス」部分

14

実際には、研究班の協力を得て具体的に測れるかどうか「まだ検討中」のところと、都道府県の各部会に「既に測定をお願いしている」ところがあります。まずは、相談支援センターの「利用者調査」と「相談件数」について。相談件数については、「件数だけが指標ではない」という意見もありましたが、一つの大事な活動指標にはなる、ということで今、どんなふうに測れるか、研究班の協力を得て、検討を開始したところです。「相談件数以外の項目」としては、例えば「研修会に参加した数」「サロンの開催件数」「開催場所の

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
患者・家族・市民	がん相談支援センター	必要な条件	実施状況の概要	測定関連指標	調査関連	体制	整備指針の内容
最終目標	最終目標	必要な条件	実施状況の概要	測定関連指標	調査関連	体制	整備指針の内容
困っている患者・家族が減る	頼りにできる人、相談の場がある	相談の場があると感じる人が増える	その人にとってアクセスしやすい相談場所・相談の入り口がある	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】の回答割合	相談ブース数 プライバシーの保てる個室数 電話回線数 直通電話の有無 相談員数 ...	必ず「がん相談支援センター」と表記する 相談支援センターについて積極的に周知する ...
	相談支援センターの役割を知っている人が増える	多様な相談先がある	多様な相談先がある	担当医から紹介された相談件数	（【医療者調査】相談支援センター認知度、有用度）	（拠点病院であることとの広報）	④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
	患者が孤立しない	情報や助けを求めている人に気づく人が増える	情報や助けを求めている人に気づく人が増える	担当医から紹介された相談件数	（【医療者調査】相談支援センター認知度、有用度）	（拠点病院であることとの広報）	④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

13

部会として進めている“見える化”の取り組み

■ 活動の見える化と相談件数のカウントについて

- 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を測定、見える化

15

広がり」などを、現況報告から取ることができます。「実施状況」は今、各都道府県で検討中ですが、あとでまたご紹介していきます。

「利用者調査」は、現在、パイロット調査を行っているところです。パイロット調査を経て、全国で実施できるかどうかを検討していきます。

「利用者調査」(測定・評価について)

- ◆「測定指標」(調査関連指標)として「利用者調査」を測定していく
 - 最終目標により近いものとして、大事な調査である
 - 継続的に測定してこそ意味がある
- ◆「利用者調査」については、**全国統一の実施を想定した実施形態**とすることを提案する
 - よりバイアスのかかりにくい「利用者」からの回答を得るために、個別の病院ではない窓口とする
 - 経費・労力のかかるものであり、継続した実施体制については、今後要検討とする(→部会から親会へ提案する)
 - 一方、実施方法については、各施設へのフィードバック方法を含めて何らかの検討をしていく(→研究班の協力を得る)

「相談件数」も、いろいろな取り方がありますが、院外からの相談件数と、院内の主治医から紹介された相談件数を分けて見ることで、どういう人たちがその相談支援センターにアクセスできているのかがわかってきます。今、それを測れるかどうかを検討しています。

「相談件数」(測定・評価について)

- ◆「測定指標」(測定関連指標)として「相談件数」を測定していく
 - 院外での相談(出張相談など)件数
 - 相談の場があると感じる人が増える
 - 主治医から紹介された相談件数
 - 患者が孤立しない
 - 匿名の相談件数、ID(-)の相談件数
 - 公平・中立な相談の場が確保される
 - 院外医療者からの相談件数
 - 適切に対応できる医療者が増える

困っている
患者・家族が減る

「相談件数以外の項目」については、先ほどもご紹介しましたが、既に現況報告で挙げられている「院外での講演会の数」などもあると思います。

「実施状況」は、午前中の鹿児島県の報告にもありましたが、各都道府県の取り組み内容によって状況が違うと思います。先ほどの北海道の状況も、他とは大分、違います。その他の県でも、何を大事にしていくか、地の利を含めて、いろんな状況の違いがあると思いますので、やはり県の中で目標を定めて、項目を決めることが、まず大事だと考えてい

「相談件数以外の項目」(測定・評価について)

- ◆「測定指標」(測定関連指標)として「相談件数以外の項目」を測定していく
 - 相談員の研修受講者数
 - 患者サロンの開催数
 - 患者や市民向けの講演会の数(院内・出前の両方)
 - 医療従事者向けの講演会の数(院内・出前の両方)
 - 院外での講演会の数
 - 相談支援センターに接触した住民の数、割合
- 【都道府県拠点】
 - 県内相談員に対する研修提供数・参加人数(部会としての開催の報告を含む)
- 以上は、現況報告で把握可能

18

「実施状況」(測定・評価について)

- ◆「プロセス評価」として「実施状況」の進捗を各県で把握していく
- 「実施状況」の項目は、状況に合わせて各県で決める
 - 県協議会の場などで進捗について確認し合う(県のPDCA)
 - 何ができて/いないかの確認や議論、改善方法の検討そのものがPDCAの活動そのものと考えられる
 - 県協議会での話し合いをもとに、各病院で検討する(各施設のPDCA)
 - さらに課題を県の協議会に持ち寄り、改善方法等を検討する
 - 「実施状況」の項目について、部会内で情報共有を図る
 - 各県の工夫や取り組みを知ることができる
 - 自県内での取り組みの広がりや活性化につながる

19

ます。

以上のような「見える化」を、各県でまとめてやっていきましょう、ということで今、いろいろな活動内容を測定できるかどうかの検討を開始したところです。

「相談件数」のカウントをめぐるのは、いろいろと議論があったところも、さまざまな可能性を考えた上で、ようやく「測ってみましょう」というところに、たどり着きました。

全国で統一して相談件数を測っていくことの意味・意義なども整理し、部会の中で同意を得て、パイロット研究を先に進めているところです。「どこで・誰が相談を受けるのか」

「がん相談支援センターの活動」の“見える化”の測定・評価について まとめ

がん相談支援センターの活動の『最終アウトカム』に向けて、PDCAサイクル確保のために、活動の見える化を、

- 測定可能な「利用者調査」「相談件数」「その他の項目」で、全国の進捗を継続的に把握し、
- 各都道府県では、「実施状況」(各県で決めた活動内容)で、各都道府県の進捗を継続的に把握しつつ、改善に向けた活動を行う。

以上について、とりあえず試行的に、**実施可能な県で実施**して、その効果や実施上の困難などを部会で検討していく。

20

情報提供・相談支援部会における 相談件数のカウントをめぐる議論

- 1) 「退院・転院支援・調整業務、連携業務」も「相談支援」の一部である
⇒ 連携部門が独立している施設があるため不公平である
- 2) 自発的に相談に来た患者のみを「相談支援」とすべき
⇒ 自分でニーズに気づかない人もおり、医療者が促すことも重要
- 3) 診療報酬で手当てをされているものを「相談支援」とすべき
⇒ 診療報酬のみ「相談支援」とすべき
⇒ 診療報酬の手当てがあっても相談として重要なものはある
- 4) 件数を評価することそのものが不適切
⇒ 件数に代わる、可視的な指標がない
- 5) 相談件数と補助金の紐付けをなくすべき
相談件数の評価は、(県別の)新規がん患者数で調整されるべき
件数は施設単位ではなく、都道府県単位で評価すべき
⇒ 県別人口には大差があり、また、都道府県をまたいで受診する人もいるなど個々の事情が違ふ
- 6) 「なしなし」相談は、相談支援部門に限らず、全診療科から集計して計上すべき
⇒ 集計作業が複雑すぎ、現実的ではない

21

は病院によって違い、相談件数にもバラつきが出てきます。件数が多いから活動が活発だと言われても、「いやいや、それは違うだろう」というところが出てくるのも当然です。まず、その違いがわかるようなシートを使い、共通して比較できるところを見つけていけるようにすることが必要です。

他の病院との比較も大事ですが、病院の中でどう変化していったか、なぜ変化したのかという点を、まず見ていくことが一番大事なのではないかと思えます。「イベントの効果があったのか」「院内で紹介カードを配布したから増えたのか」といったことが見ていけるといいのではないかと思います。

全国で統一することの意味・意義

◆件数を評価すること自体に意味がない

⇒ 実際の活動量を示す重要な指標のひとつ
(これだけではないが、重要なものである)

- 件数が多いければよい、少なければ悪いということではないが、同じ特色をもつ施設と自施設を比べることができれば、自分たちの活動の参考になるし、参考にしたい
- 自分たちの参考として用いるためにも、同じ基準を用いて算出されていないと意味がない
- 件数によって補助金の額が変動するかどうかは切り離して、「自分たちの活動が見える化」するために使っていきたい。

22

「相談記入シート」を修正する際の基本的な考え方

- A: 全体としては、実際のがん相談支援センターの活動全体を把握できるような形式とすること
- B: その上で、「がん対策としてのがん相談支援センターの活動による相談」として対外的に明示する部分について、取り出すことが可能となるように、それを識別するための項目を設けること
- そして、対外的に明示する部分については、
- 診療報酬や自由診療によって手当てされる(=病院としての活動)ものを除外
 - 相談とはいえない簡単な対応を除外したもの

23

「活動が見える化」指標として(例)

院外相談がおしなべて増加。
●月に行った県内PRイベントの効果?

施設名	Aがんセンター	B	C市立病院	D総合病院
※相談件数の増減(統一した件数)	+100件	±0件	±0件	+30件
院内相談増減	+50件	±0件	-10件	+10件
院外相談増減	+50件	+40件	+10件	+20件
【相談経緯】				
自発的に	+30	±0件	±0件	±0件
担当医の紹介	+70件	±0件	±0件	+30件
その他医療者紹介	±0件	+100件	±0件	±0件
その他	±0件	+0件	±0件	0件

紹介カードを配布しているから?

院内向け研修会をシリーズで実施した効果?

医局会で定期的な活動報告をすることになったから?

ています。

実際に都道府県に対し、パイロット研究の参加希望や、その後、全国で実施するときに参加できるか、したいかを聞いたところ、42の参加希望がありました。パイロットの結果次第という面はありますが、多くの県で「みんなで測ってこよう」という結論に、たどり着いているところです。現在、パイロットに参加いただいているのは8都道県・16施設です。

測定と評価の進捗状況

■活動が見える化と相談件数のカウントについて

- 1) 「利用者調査」→研究班の協力を得て検討を開始する
 - ・(長期的にみて)都道府県として参加するか
→ 参加42、保留5、不参加0
 - ・今年度のパイロット研究に参加するか
→ 30都道府県、国指定154施設
- 2) 「相談件数」→研究班の協力を得て検討を開始する
 - ・(長期的にみて)都道府県として参加するか
→ 参加42、保留5、不参加0
 - ・今年度のパイロット研究に参加するか
→ 30都道府県、国指定148施設
 - *ただし、「相談件数」については合意が得られなかったため保留(3都道府県)
- 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を測定、見える化

25

現在、各県で検討していただいている「実施状況」の例示については、各県で目指しているところを提出していただ

今後の具体的な進め方について

■活動が見える化と相談件数のカウントについて

- 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を測定、見える化
 - 各都道府県での検討：県内で進める活動・取り組みを議論し、決める
 - 検討や実施が可能な県でスタートする
 - 各県の検討・実施状況について、部会事務局よりアンケート(2016年2~3月頃)
↓ 2016年度 第1回部会において
 - 各県の検討・実施状況の報告と共有
 - ①各県の取り組み状況について、「アンケート結果」を共有
 - ②「具体的な検討を開始した県からの報告」による共有
・互いの県の取り組みを参考にするなど

26

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	準最終目標	必要な条件	がん相談支援センター 必要な条件・状況 実施状況の例	測定関連指標	調査関連指標	整備指針の内容
困っている患者・家族が減る	頼りにできる人・相談の場がある	相談の場があると感じる人が増える	その人にとってアクセスしやすい相談場所・相談の入り口がある 多様な相談先がある 複数の相談場所がある	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」の回答割合	必ず「がん相談支援センター」と表記する 相談支援センターについて積極的に周知
		相談支援センターの役割を知っている人が増える	情報や助けを求めている人に気づく人が増える	担当医から紹介された相談件数	【医師者調査】相談支援センター認知度、有用度	相談支援センターについて積極的に周知
		患者が孤立しない	個別に配布している		【拠点病院等】「がん相談支援センター」の広報	必ず「がん相談支援センター」と表記する 相談支援センターについて積極的に周知

〇〇県 がん相談支援センター PDCA実施状況チェックリスト (例)資料4-3参照

き、それを好事例として他の県でも利用できるように、部会で情報共有していこうと考えています。

それから、最初に述べた「信用できる情報を、どのように自分たちの相談支援センターで評価し、使えるようにしているか」については品質管理・品質保証のための取り組みの一つとして、がん対策情報センターがん情報サポートセンターでは、電話による問い合わせ対応を行っています。ここでは情報の承認グレードを定めて実際に情報提供や相談対応を行っています。皆さんは、ネットの情報を「何でも使える」とは考えていないと思います。では、何を基準に信頼性を判断したらよいのでしょうか。私たちは「各種学会発行の診療ガイドライン」「MINDS」などの情報を「注釈なしで出典を伝えられるグレード1の情報」、「各病院公式サイト上の診療情報」「研究班作成のサイト」などを「注釈付きで出典を伝えられるグレード2の情報」と位置付けています。例えば、研究班のサイトは、あまり頻繁に更新されていないこともあるため、その点に注意して使うよう出典に注釈を付けてお伝えしています。また、出典を伝えるかどうかは相談員が判断して決め、「一般的には…」などと前置きして伝える情報もあります(「グレード3の情報」)。

「PDCA」には、いろいろなレベルがありますが、実際に相談対応をしていく中で、それを「モニターしていく」とい

う方法が、海外では既に行われています。これは、実際にはなかなか難しい方法です。

最終的に相談者に対して「満足しましたか」と聞ければいいのですが、大抵は、なかなか聞けません。困っている人に対し、ようやく問題が解決したところで、そんなことを言ってしまったら台なしになってしまうこともあります。できることは、「自分たちが自分たちを常にCheckする」こと。それが「プロセス評価」です。

プログラム評価：

1) プロセス評価

– プログラムの導入やプログラムの機能をモニターするために行われる
・例) 質の管理

2) アウトカム評価

– プログラムの効果をみるために行われる

・例) 利用者満足度調査

- なぜがん相談支援センターにアクセスしてきたか
- 利用者のニーズが満たされているか
- 提供されたサービスは、利用者にとって受け入れられるものか
- 利用者ががん相談支援センターを利用しようとした期待は、満たされたか

満足度評価では、9割以上の満足度が得られない場合には、提供したサービスを疑え Coping and Information Use by People with Cancer-Use of a Cancer Helpline, Marita Broadstock (1995) International Cancer Information Service Group (ICISG) <http://icisg.org/>

利用者満足度調査以外の方法は？

31

海外ではどんなことをしているかという、例えば、アメリカの国立がん研究所では、実際に電話やメールを全て録音またはサンプリングして、「正しい情報を伝えているか」「コミュニケーション・スキルがあるか」「方針を守っているか」といった観点から評価し、フィードバックします。フィードバックは、「あなたの施設は、こういったところが弱そうだから、こういう教育プログラムを持ったほうがいいですよ」と、センターに対して行われます。それが一番大事な点で、「これが悪い」で終わりではなく、「ここを改善したらもっとよくなる」ということを伝えるのです。

こうしたツールを日本でも開発していこうと、実際に国内で行われた相談事例をもとに、評価表をつくりました。

「がん相談対応評価表」については、「実際に相談支援セ

がん相談対応評価表 I (1)

「1. センター内で承認された情報を正確に提供している」

がん対策情報センターがん情報サービスサポートセンター (サボセン) で定めている「サボセン内で承認された情報」(内規より)

■ 信頼のおける情報を相談者のニーズに合った内容、方法でわかりやすく提供する。

承認グレード	WEB情報の例
1	注釈なしで出典を伝えられる情報 (*がん情報サービスにリンクがはれるサイト) ・各種学会発行の診療ガイドライン ・MINDS ・各種学会公式サイト(「E」マークを出している学会に限る) ・各病院公式サイト上の診療情報 ・研究班作成のサイト
2	注釈つきで出典を伝えられる情報 (*いものは、がん情報サービスにリンクがはれるサイト) ・各病院公式サイト上の診療情報 ・医療福祉系各学会公式サイト
3	相談者のニーズに合致した役立つ情報、他に代用できる情報がない、などの情報で、出典を伝えるか否かは相談員の判断による。(*サボセン内部資料として参照) ・参考いただけるサイト内データベース ・トピックス ・相談員が知っておくとい用語

- ①承認された信頼性のある情報をわかりやすく提供する ※1.【例】
● 「〇〇年発行の〇〇学会〇〇ガイドラインにより…」
● 「国立がん研究センターがん対策情報センターの「がん情報サービス」により…」
● 承認グレード3の情報伝える場合は、「一般的には…」など

がん情報サービスサポートセンター 内規 ver.2.1 (2015年3月更新)より

29

「個別の相談対応が機能しているか」のモニタリング 評価して改善〜海外の実践例を参考に

例1) 米国国立がん研究所：3つの指標からそれぞれ3点満点で評価

1. 正しい情報を伝えているか
2. コミュニケーション・スキルがあるか (共感的、知識/理解力)
3. 方針を守っているか

Callの録音、再生、評価を実施 (質の保証ツール (ソフトウェア) を活用)

例2) ビクトリアがん協会：電話対応と文書から

- ・ サービスと情報、データ収集
- ・ コミュニケーション・スキル
- ・ 情緒面のサポート

教育へ
フィードバック

4Call/Ns/月
(Call Monitoring Toolを活用)

日本でがん相談対応の「質の評価/教育ツール」の開発

NCIの3指標を参考に、実際の相談事例から開発(27項目)

- 情報提供の方針に従っているか
- 適切な情報を提供しているか
- 適切なコミュニケーションをとっているか
- 信頼性と妥当性、実施可能性について検討

第3次対がん総合戦略事業「患者・家族・国民の視点に立った適切ながん情報提供サービスのあり方に関する研究」平成20年度報告書 研究代表者：高山哲子

評価表開発経緯：日本における実際の相談事例から

- がん情報提供時の質に関する要因の検討、および質の評価ツールの作成
- 「がん電話情報センター」の相談事例から、相談時間、がん種、相談内容、対応している相談員の経験等から目的に合わせて対象事例を選ぶ目的別サンプリングを行い、17事例を抽出した。
- その事例の音声記録、および逐語録を10名の研究者らが聞き取り、読み取りを行い、それぞれ独立に「質の良い相談とは何か、質が悪い相談とは何か」について検討し、相談の質に関する評価要因を抽出した。
- その後、研究者全員での検討会（計11回）を行い、アメリカ国立がん研究所のCancer Information Serviceのがん情報サービスの質評価視点や、他の文献を参考にしながら、相談の質の評価要因の概念化を行い、評価ツールを作成した。
- さらに、この評価ツールを用いて、同一の相談事例を研究者ら10名が独立に評価し、ツールの確実性（dependability）、信憑性（credibility）について検討した。

33

ンターでの対応について決めた方針を守っているか」が一番大事なのですが、これを実際にやり始めてみると、そもそも「相談支援センターの方針を決めていない」ところが一番多そうだとすることに気がつきました。

そこで、まずは「方針をつくっていただく」ことから始めています。「使う情報について相談支援センター内で決めているか」「次の電話や対応を促すような言葉かけを必ず行っているか」「情報の出典（これは相手によって伝え方が異なりますが）を伝えるようにしているか」など、まずは方針をつくるのが大事だと思い、これを研修でも取り上げていま



がん相談対応評価表 I (1) がん専門相談員が行う相談対応の基本姿勢：

- 相談支援センターの方針を決める、そして、それが守られているかを確認する
1. センター内で承認された情報を正確に提供している。
 2. (ある程度まとまった) 情報を伝えるときに、免責事項、および、出典を伝えている。
 3. 医師が行うような診断や、特定の治療を勧めるようなことをしていない。
 4. 主治医と患者・家族、医療機関との関係を妨げるような発言や行動をしていない。
 5. 相談員の個人的な立場、好み、信条、意見を伝えていない。
 6. 相談者の個人情報を不適切に扱ったり、不必要に聞いたりしていない。
 7. 相談員の個人情報を伝えていない。
 8. 次回の電話を促すような言葉かけをおこなっている。

この評価表を研修会等で使用することを希望される方は、国立がん研究センターがん情報サービス事務局 gansho-admin@rml.res.ncc.go.jp まで、ご連絡ください。
国立がん研究センター指導者等スキルアップ研修会にて、本評価表を用いた研修会を開講予定ですので（H28年度）、ご活用希望される方は、こちらの研修に参加されることをおすすめします。

34



がん相談対応評価表 I (2)

- 実際の相談対応（アセスメントし、ニーズを捉え、それ沿った適切な情報支援）をする

- 相談者の体験や感情の表現を促進しているか
9. 相談者が話しやすいと思えるような話し方をしているか。
 10. 相談者の訴えを十分に聴き入っているか。
 11. 相談者の体験やそれらからくる感情を受け止めながら聴いているか。
- 相談者の状況を的確に把握し確認しているか
12. 相談者を適確に把握するための知識を十分に活用した対応ができていないか。
 13. 相談者の状況を、直接相談者に確認しながら把握しているか。
 14. 相談員が把握した相談者の状況や、感情を要約し、相談者に直接確認しているか。
- アセスメントを行い、相談者のニーズを的確に捉えているか
15. 相談者の主訴とニーズを右記に挙げてください。
 16. 相談員が把握した相談者の主訴とニーズを、相談者に直接確認しているか。
- 適切な情報支援を行っているか
17. 主訴とニーズに対し適切に対応しているか。
 18. 相談者が理解できる言葉遣いで情報提供を行っているか。
 19. 主治医と患者・家族との関係を把握し、主治医との関係が良好になるような支援をしているか。
 20. 相談者自身が自力で行動したり判断したりするための情報支援を行っているか。

35



がん相談対応評価表 II

「補助的な指標」として使うことを想定しています

- 相談者の反応を、相談対応の良否の目安の一つにする
1. 相談者の体験や感情、相談したい内容が相談員に十分に伝わったという反応があったか。
 2. 相談者が今おかれている状況を理解したという反応があったか。
 3. 提供された情報に納得したという反応があったか。
 4. 今後行うべき具体的な行動が述べられたか。
 5. 声のトーンに変化があったか。
 6. この電話相談を利用してよかったという反応があったか。
 7. 今後も相談しようという反応があったか。

36

す。

実際の相談対応、「きちんと話を聞いているかどうか」については、いろんな検討を含めて、今、研修会を始めているところです。どんなふうにするかということ、これがなかなか難しいのですが、客観的に、「自分の相談対応を聞く」ということが、まずは一番、勉強になります。

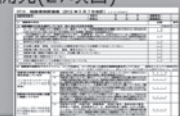
なかなか、そうした環境がつかないことが多いのですが、電話を録音するなど既に対応を始めている施設もいくつかあります。そこを自分で聞くことによって、「こんな癖がある」「もっと、こういう言い回しをしていたら展開が変わったかもしれない」などと、自分で気付くことができます。録音データなどをもとに、相談支援センター内で検討をしたり、メンターと呼ばれるアドバイザーに指導してもらったりすることも大事だと思っています。

相談対応のスキルアップを目指して使用するツールとプログラム

1) がん相談対応の「質の評価/教育ツール」(測定指標)

- 海外の指標および国内の実際の相談事例から開発(27項目)

- ① 情報提供の方針の遵守
- ② エンカウンターへの促進
- ③ アセスメント
- ④ ニーズの確認
- ⑤ ニーズへの支援
- ⑥ 適切な情報支援



2) 成人学習理論に基づく『学習プログラム』

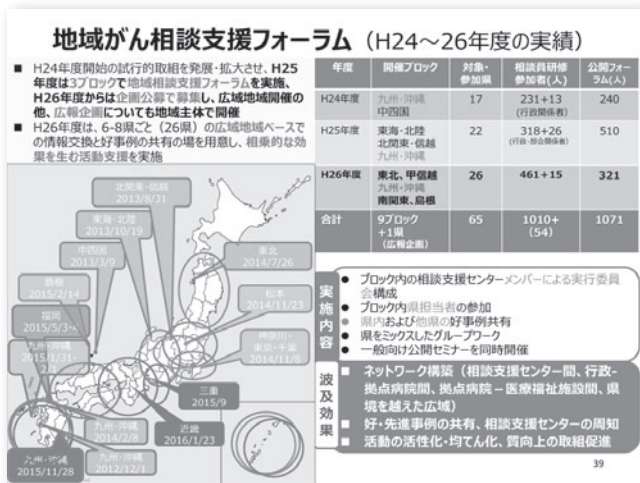
- 成人学習理論に基づいて作成

- ① 学習内容の共有：相談支援センター内の相談員同士で「質評価表」の項目内容、意味を学び、録音された他者の相談の評価を実施
- ② self-monitoring：自分の相談を録音し、同じ評価表で自己評価を実施
- ③ expert-monitoring：評価表を用いてメンターと共に振り返る

がん研究センターがん情報サービスの強化・充実と地域における相談支援センターの創設に関する研究「平成23年度研修会」研究代表者：高山聡子

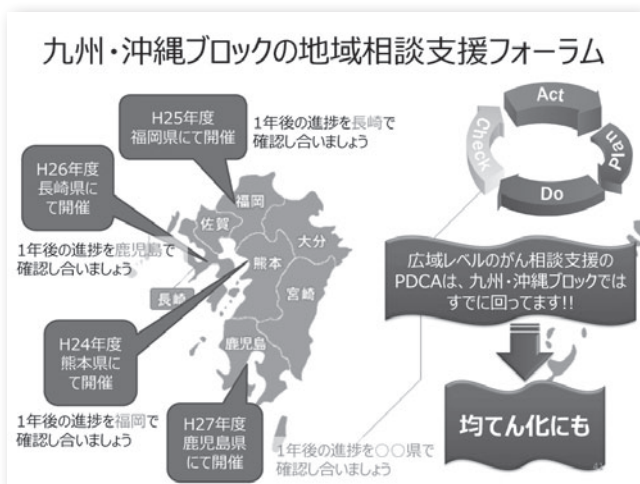
最後に、より広域な、相談支援センターのPDCAの取り組みをご紹介します。鹿児島県の事例として報告があったと思いますが、各県だけではなかなか解決しないようなこともあるため、広域で取り組もうと、まず最初は私たちが企画して、「ブロックフォーラム」を開催しました。現在は、できるだけ地元での企画をお願いし、地元主体で開催してもらっています。例えば、九州・沖縄ブロックは平成24年度か

ら始めて、徐々にテーマも変わってきています。最初は相談員だけが主だったのですが、行政担当者が当たり前のように参加するようになり、部会の責任者や先生方、患者さんたちも参加して下さるようになりました。もとより、相談支援センターは相談員だけでやるものではありませんが、「どんな相談支援のあり方を目指すのか」ということが、県内よりも、もっと広域で、いろんな角度から話し合われるようになっていきます。



地域がん相談支援フォーラムの九州・沖縄ブロックでのテーマと共有できたことの変化

	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度
開催場所	熊本県	福岡県	長崎県	博多どんたくイベント(福岡県) 鹿児島県
相談員(九州・沖縄8県)	103名	131名	124名(1日8回) 116名(2日8回)	70名 全国から
行政担当者	5名	9名	6名	1名
部会責任者	-	6名	7名	1名+多数
患者団体から	-	-	4名	3-4名
12名(8団体)				
メインテーマ	院内体制の違いから学ぶ、院内で認められ地域に根付くために	院内外の人知ってもらうための味方づくり	離島・がん医療空白地帯の現状を知る 相談者を支えるネットワークづくり	(県内入り)ナッシュ10,000歳 県民1,000名配布 出張がん相談パレード 100名
相談支援センター、相談員のスキルアップ、きここの大切さとセルフケアの重要性を感じて、実践				
学んだこと・共有できたこと(一部)	相談員同士が顔の見える関係を築いていくこと	あるべき姿のビジョンを持って病院幹部と話し合っていくことが大切	相談員が人と人、機関と機関の間に介入することで積極的な調整を行うこと	相談したい人はどこにでもいる、気軽に暮らしの中で話せるがん、になることが大事



Q&A

(国立がん研究センター・加藤) 相談支援は拠点病院の機能の中で非常に重要な役割なので、まずはこういった基準を決めて、それを、ちゃんとやれているかどうか確認していくことになると思います。今、モデルというか、パイロットでやっているところは、県内で共通の取り組みをしていくような動きなどはありますか。

(国立がん研究センター・高山) 「実施状況を決める」というのは、全部の県で今、試みていただいています。ただ、県によって進捗に「早い」「遅い」があると思うので、全部が一気に進まなくても、「できるところから、みんなでやっていきましょう」ということで、今は進めています。

(質問者) 私は、相談支援の機能は、診療機能本体と同じくらい非常に重要な部分だと思います。人は必ず、どこかで亡くなりますが、生きている間は、どう生きるかの勝負なので、診療本体とプラスアルファが、どうしても重要なのですね。それはよくわかるのです。それとたぶん、この部会の活動がとても順調に進んでいるような印象が私にはあって、安心はしているのですが、一つだけ気になることがあります。

いつかこの内容、サービスを充実させたときに、どうしても「人とお金の問題」が出てきます。お医者さんには定員があり、看護師さんにも定員があるけれど、この業界に定員という意識はないと思うので、やはり、この活動をするとき、同時にどうしても情報として押さえておいてほしいのは、「これだけのアクティビティを保てば、これぐらいの人が、これぐらいの設備・スペースが必要ですよ」ということです。それを同時に情報として提供していただけると、あちこち説得しやすいと思います。病院の管理者の目から見ると、これはペイしない世界です。でも、この大事なことを何とか進めるための、お金をどこから捻出するかを、やはり考えるわけで、そのときにどれぐらいの予算があれば、どれぐらいのことができるかは、ぜひこれからも応えてほしいと思っています。よろしくお願いします。

(高山) そのためにも、先ほどの相談件数、どこで、だれが、どんな相談を受けているのか「見える化」することが、すごく大事になってくると思います。順調に進むかどうか疑問なのですが、何とか応えられるようにしていきたいと思っています。皆さんの協力を得ながら、一生懸命やっていきたいと思っています。ありがとうございます。

(加藤) 相談支援は、本当に県内のネットワークも、たぶん他の分野に比べてしっかり構築されているところが多いです。ブロック単位でも動けていて、他府県の各ブロックのモデルになるような取り組みをしているところが多いと思いますので、ぜひ皆さま、各県の状況を把握して、他の分野にも広げていってもらいたいと思っています。

がん診療連携拠点病院における診療体制に関する調査

東京大学大学院 水流 聡子



日本品質管理学会の方で、昨年11月から副会長をしております。P D C Aサイクルは、ものづくりのほうで成功してきたわけですが、対サービスというほうはまだできていません。サービスの質とその標準化のための研究活動をする副会長としての役目を、新会長から仰せつかっている立場にあります。

P C A P S 研究会「がん医療の質評価班」の中で、私たちが研究開発している診療体制の質評価・改善手法は、客観的に評価する、事実に基づいて改善する、という活動にして長続きするものとなるように努力しております。事実に基づく問題特定と改善提案でないと合意形成が得られにくくなりますので、そのようなやり方を実現できるようにツールを開発し、広報・普及を図っています。

がん診療プロセスの質評価には、複雑性が多くあります。これをきちんと認識した上で、何を評価しているのかということを理解しないといけないと思います。いまつくろうとしているのは一番下の基盤、病院の診療体制です。

現状では病院としての診療体制というかたちではなく、各診療グループの診療方針・体制、あるいは各担当医の診療方針・やり方になっている部分が多くあり、そこに少し問題があったのです。

对患者に提供される診療プロセスでは、コメディカルを含めて皆さんの日常業務の中には、それぞれの先生、それぞれの診療グループに合わせて、患者さんにサービスを提供しなくてはならなくなっており、そうすると、その多様性に対応しなければならず、非効率な業務のやり方となってい

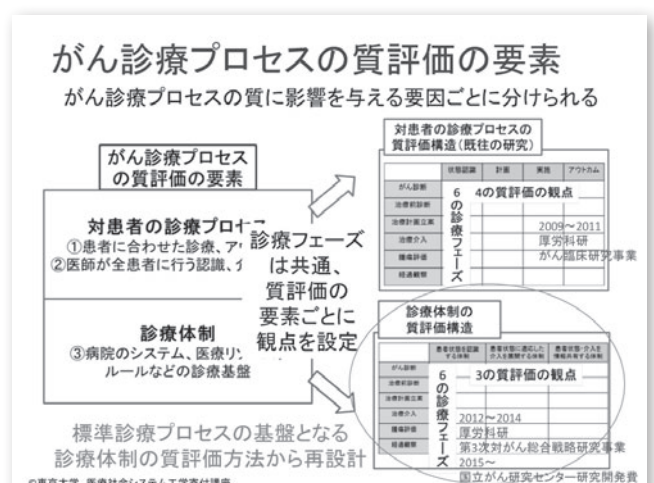
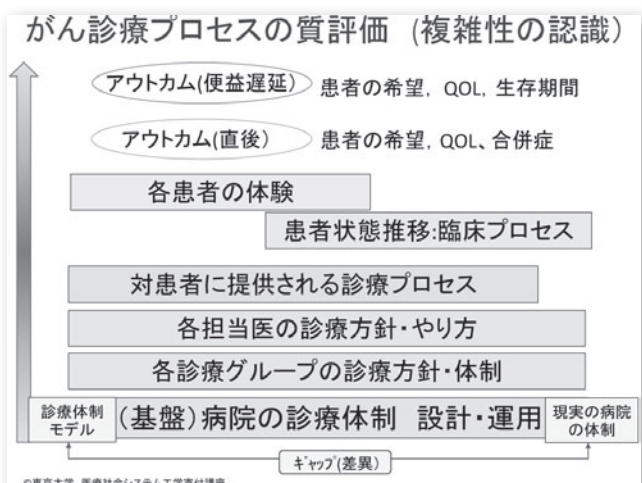
るようです。非効率の大きな原因のひとつに、病院標準はなく、先生毎・診療科毎のやり方という仕組みになっている点が指摘されます。

この部分を、早急に整理をして病院

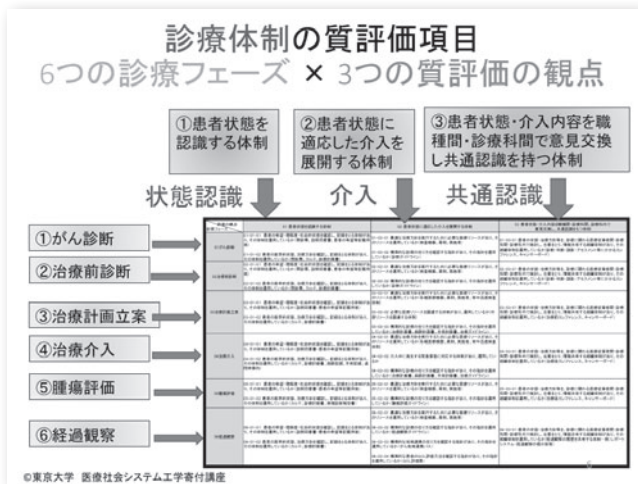
としての診療体制といったものをきちんとつくろうということがまず重要になってきます。そのために診療体制のモデルというものを論理的に長い時間をかけて作りあげてきました。それに対して現実の病院ではどうなっているかという調査をすると、診療体制モデルと現実の病院の体制とのギャップが見えてきます。ギャップが見えてきたものを診療体制モデルに近づけていくと、より仕事がやりやすい状況になるというやり方で進めているのが、われわれが提案・提供している診療体制の質評価調査です。

診療プロセスを構成する、「患者さんに対する診療プロセス(对患者のプロセス)」とそのプロセスを実行するための「基盤とする診療体制」、両方の研究をやってきました。对患者の診療プロセスを2009年から、診療体制を2012年から、厚生労働科研・若尾先生・加藤先生の分担研究として続けています。

モデルとしましては、がんの6つの診療フェーズ、「がん



診療、「治療前診断」、「治療計画立案」、「治療介入」、「腫瘍評価」、「経過観察」、この6つのフェーズがあるということが特定され、それに対して「状態認識：患者状態を認識する体制」、「患者状態に適応した介入を展開する体制」、それから「患者状態・介入内容を職種間、診療科間で、意見交換し、共通認識を持つ体制」の3つの大きな質評価の観点があることを特定しました。



この3つの観点とさきほどの6つのフェーズを掛け合わせて、それぞれの枠の中に、「評価項目」というものを論理的にあぶり出していくという作業をしました。

その結果、「患者状態を認識する体制」は「患者の希望理解度、社会的状態を確認する体制」と「患者の医学的状態、治療方針を確認する体制」の2つに分かれました。調査の結果、後者は比較的できておりますが、前者の体制はなかなかできていないことがわかりました。

次に、「患者状態に適応した介入を展開する体制」ですが、これも、「最適な治療方針を実行するために必要な医療リソース」と「標準的な診療について確認する指針、ガイドライン」の2つに分かれました。最適な治療方針を実行するために必要な医療リソースは、がん拠点病院ですので、かなり整備は進んでいるようです。課題となっておりますの

が、後者の「診療方針の標準化」で、これは病院標準として整備できていない病院が多数あるようで、ばらつきがあるという調査結果でした。

診療体制の評価項目について、先ほどの6フェーズ×3つの観点(5つに分割)で設定された評価項目が、実現形態としてどのような「かたち」になっているかという現実世界での質問文に変換して、回答をしやすくしています。こうやって回答した時に質評価につながる構成の回答選択肢を設計し、達成度によって配点をしていくというようなやり方を取りました。評価は、「推奨体制がある」、「実現が保証されている」の両者があれば1点、推奨体制はあるが、実現が保証されていない場合は0.5点、さらに減点すべき状況であれば0.25点、といったかたちで配点されています。それぞれの評価項目(質問文)にはいろいろなフェーズのある観点到に複数該当するものもあります。それらを全部集約するかたちで、適合率というものが自動的に出るようなExcelマクロを開発しまして、それを調査票として各病院にお渡しし

評価点数の付け方

質問例：がん診断について説明し、自分の病状を知りたいか患者の希望を確認した記録があるか

回答選択肢	推奨体制がある	実現が保証されている	評価点数
1=病院の公式の文書に記録するように決められており、患者と病院の双方で持っている	0.5	0.5	1
2=医師によっては医師作成の文書に記録し、患者に渡すようになっている	0.5	0	0.5
3=医師によってはカルテに記録するようになっているが、患者には渡していない(口頭説明のみ)	0.25	0	0.25
4=なし、5=不明	0	0	0
6=その他(記述)	※	※	※
7=当該病院では非該当	※	※	※

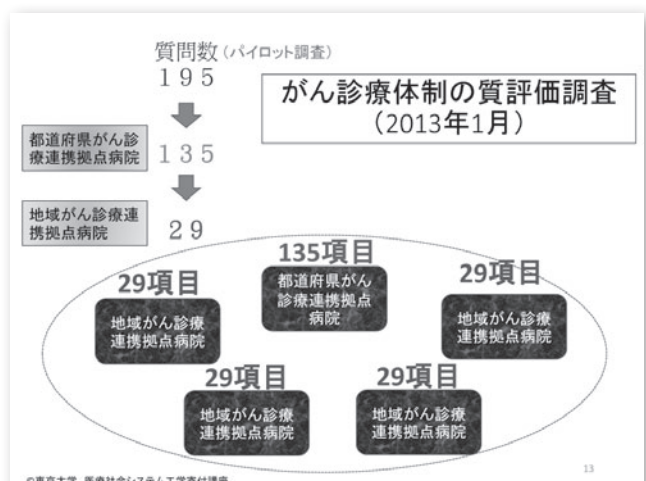
※ 記述内容による
※ 分母からも除外

ています。質問文に全部回答するとその瞬間に、自院の適合率(全体・フェーズ別・観点別)が自動的に算出されます。

パイロット調査を実施し、最初は195あった質問事項を135まで集約して、その中でもさらにこの29だけ回答すれ

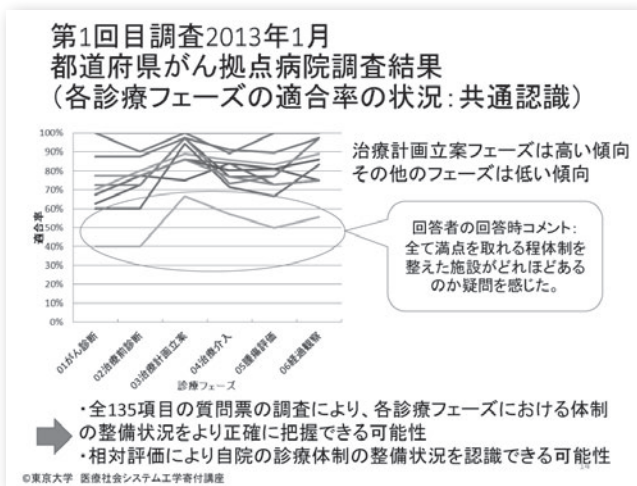
がん診療体制の質評価の観点

診療体制の質評価の観点	構成要素
1 患者状態を認識する体制	患者の希望・理解度・社会的状態を確認する体制
	患者の医学的状態、治療方針を確認する体制
2 患者状態に適応した介入を展開する体制	最適な治療方針を実行するために必要な医療リソース
	標準的な診療方針を確認する指針
3 患者状態・介入内容を職種間・診療科間で意見交換し共通認識を持つ体制	治療前の患者の状態、治療方針等を治療に関わる医療従事者間(職種間・診療科間)で意見交換、共有、検討、確認する組織体制



ば診療体制の概要がわかるといったものをつくり出したのが1回目の調査でした。都道府県がん診療連携拠点病院では135項目調査が必須、地域がん診療連携拠点病院では29項目調査でよいとしました。

初回調査では、都道府県がん拠点病院のうち12病院が参加してくださいました。フェーズ毎の適合率の比較グラフが画面に提示されていますが、ある病院から回答者の回答時コメントとして、「すべて満点を取れるほど体制を整えた施設がどれほどあるか疑問を感じる」というコメントをいただきました。初回調査で、この病院は12病院のうち、最低位にあり、かなり上の方で診療体制を整備できていた病院も実際には多数ありました。比較によって、全体の傾向と自院の立ち位置を理解できることが重要だと思われました。



この調査はパイロットスタディから始め第1回目の調査でかなりブラッシュアップをしまして、第2回目調査で完成をさせ、質問等を変えずに2回、3回、4回と調査を展開しています。

最初は大腸がんで走らせました。次に大腸がん(手術)と+7がん種別(手術)、それから第3回目ではがんの薬物療法(試行版)を提供し、2015年度はがん薬物療法の完成版というかたちで提供し、がん種別の質評価ができるように

がん診療体制の質評価調査研究・調査の推移

□ パイロットスタディ (2012年 5月~9月) 4
 > 195項目調査
 > 大腸がん(手術): 試行版

■ 第1回 調査 (2013年1月調査) 79 (1, 12, 66) A: 12
 > 135項目調査 29項目調査
 > 大腸がん(手術): 試行版

■ 第2回 調査 (2014年1月調査) 102 (1, 23, 78) A: 74
 > Aファイル: 146項目 Pファイル: 40項目
 > 大腸がん(手術): 完成版
 > 地域の調査参加(栃木県がん診療連携協議会)

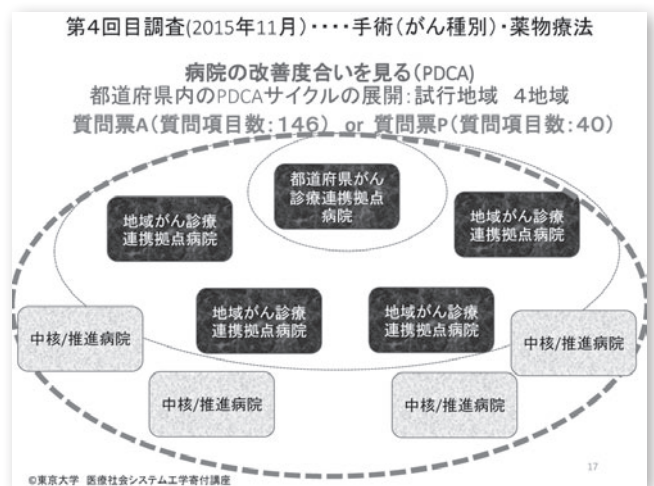
■ 第3回 調査 (2014年10月調査) 101 (1, 18, 82) A: 64
 > Aファイル: 146項目 Pファイル: 40項目
 > 大腸がん(手術)+7がん種別(手術)+がん薬物療法(試行版)
 > 地域の調査参加(栃木県・21県・愛媛県), 三重県参加

■ 第4回 調査 (2015年11月調査)
 > Aファイル: 146項目 Pファイル: 40項目
 > 大腸がん(手術)+7がん種別(手術)+がん薬物療法(完成版)
 > 地域の調査参加(栃木県・21県・愛媛県), 三重県参加

なりました。

これを院内・地域のPDCAの確保に活用しようということで、都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院それからがん診療の地域協議会参画病院の中で活用していただくということも進めております。

2015年の11月に行いました第4回目調査は、標準調査票が完成して3回目になります。質問項目数が146のA(ALL)調査、40項目のP(partial)調査、からなり、全病院にA調査をおすすめしました。地域協議会として、4つの地域が参加しました。全部で121の病院がやりたいということで手挙げをさせていただきました。



その前の年も同じようなかたちで実施しています。2015年度の分は、いま集計をしていますので、昨年度の結果をお示ししますが、146項目調査と40項目調査で、全体で64病院、37病院が参加してございまして、胃がんのオールとパーシャル、乳がんのオールとパーシャルという、がん種別のものにも多くの病院が参加してございました。

調査回答病院数・平均回答時間

調査回答病院数(大腸がん)

	146項目 質問票A	40項目 質問票P	計
都道府県がん診療連携拠点病院	18	-	18
地域がん診療連携拠点病院+国立がんセンター	46	37	83
計	64	37	101

平均回答時間(分)

	質問票A	質問票P
都道府県がん診療連携拠点病院	107	-
地域がん診療連携拠点病院+国立がんセンター	134	74
全体	127	74

調査回答病院数(胃・乳・肺・前立腺・脳腫瘍・婦人科・薬物療法)

	A胃がん	P胃がん	A乳がん	P乳がん	A肺がん	P肺がん	A前立腺がん	P前立腺がん	A脳腫瘍	P脳腫瘍	A婦人科がん	P婦人科がん	薬物療法
都道府県がん診療連携拠点病院	13	0	14	0	13	0	11	0	8	0	9	0	10
地域がん診療連携拠点病院+国立がんセンター	15	16	13	14	13	10	9	8	9	3	10	7	23
拠点病院合計(A, P別)	28	16	27	14	26	10	20	8	17	3	19	7	33
拠点病院合計(A, P合算)	44		41		36		28		20		26		33

※集計作業締め切りに間に合わなかった病院を含む

2014年度からがん種別のものでできました。5つの観点がありますが、がん種別に5つの観点で調査結果をまとめるといことになります。ある病院ではがん種別の調査に

すべてA調査で参加したので、がん種別の適合率を一覧にして、病院全体の診療体制の質評価についての結果が得られました。スライドは調査参加病院全体の適合率のがん種別比較です。脳腫瘍が平均値よりも低い。婦人科がんは診療指針が低いといった全体の傾向というものも、よりがん種別の特性に近いものが見えるようになってきました。

がん種別(手術療法)調査結果の分析

適合率の比較的高いがん種	01-01希望・理解度・社会的状態	01-02医学的状態・治療方針	02-01医療リソース	02-02診療指針	03-01状態・介入の共有
01大腸がん	41%	77%	91%	64%	76%
02胃がん	39%	76%	93%	64%	77%
03乳がん	41%	78%	96%	57%	72%
04肺がん	34%	67%	88%	46%	65%
05前立腺がん	44%	77%	98%	42%	71%
06脳腫瘍	23%	58%	97%	43%	60%
07婦人科がん	32%	68%	85%	39%	60%
平均値	36%	72%	93%	51%	69%

適合率の比較的低いがん種
 ■ 平均値より5%~10%高い
 ■ 平均値より10%~高い
 ■ 平均値より5%~10%低い
 ■ 平均値より10%~低い

©東京大学 医療社会システム工学寄付講座 20

このスライドは、先ほどの観点別に病院を適合率でソーティングをかけたもので、病院のIDでうちの病院はどこだということがわかるようになっています。比較ができると、全体の状況と自分の病院の立ち位置というのが理解できますので、何が問題かを特定するとき、問題の優先順位を決めるときに非常に便利になります。自分の病院の中だけでやってもだめなのです。他病院と比較することで、より問題が特定しやすくなり、改善対象となる優先順位も考えやすくなります。それからがん種についても、他のがん種と比較することで、院内の問題がより明確化してきます。

つまりわたしたちが狙っているのは、「標準化することによって比較を可能にすること」、「構造化することによって再利用を可能とすること」となります。

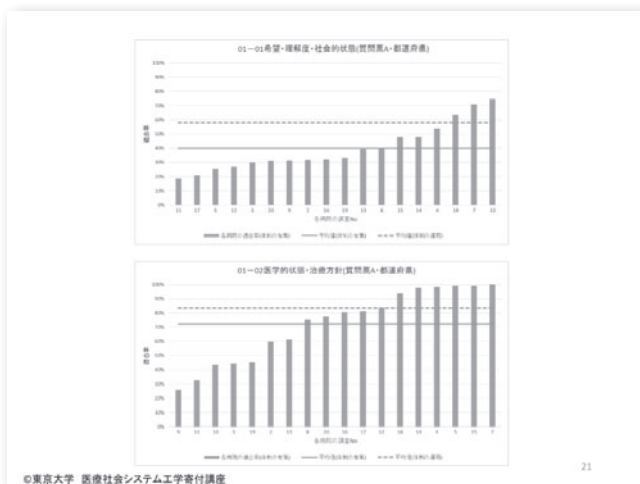
都道府県がん診療連携拠点病院を並べてみますと、かなり違うんだということがわかりました。この調査では、「体

制の有無」と「体制の運用」という2つの実態を確認しています。「体制の運用」では、合併症とか、問題が起きた、一番直近の患者さんを一人調査対象として決めていただいて、その患者さんにどんなふうに体制が運用されたかということ調査していただきます。

スライド中で、体制の有無と運用の平均値は横の線で表していますが、興味深いのは、体制の有無(実線)よりも体制の運用(点線)の方が平均値が高い観点があるということです。それは何を意味しているかというと、病院標準が低くても、医療者の努力によってよりよい医療が提供されるようなかたちとなっているということです。言い換えると、よりよい病院標準を整備されない中で、医療者は非効率に業務を実施しており、診療の質を個々の医療者の努力に依存する状況となっていることがわかります。つまり、医療者が疲弊した場合にはその努力ができないことになり、提供される医療の質は確実に下がるということです。これは、病院組織としての医療提供体制となっていないことを意味します。病院管理者には、病院としての診療体制を整備する責務がありますので、病院長には、早急に診療体制の整備を進めるしくみを準備することが要求されます。

医療者はちゃんとやろうとしているよ、だから病院管理者としては病院標準をきちんとつくっても大丈夫なんじゃないか、ということにもつながりますし、何よりもこういう体制下で診療に従事しているスタッフは気の毒だということになります。診療体制を整える責任は医療管理者にあります。幹部層がきちんと整えていくことをやらないといけません。少なくとも体制の運用の平均値の方が、体制の有無よりも高くなっているという観点が多かったということがわかったことが、この調査の一番の収穫なのかもしれません。

地域がん診療連携拠点病院の結果でも、やはり体制の有無よりも体制の運用の平均値が高いということで、皆さん医療者は体制が整わない中で患者さんに対してなんとかして頑張ろうという、個人の努力によって何か質を担保しようと



質問票(調査票) ※既存

・適合率が自動算出される

診療プロセス	質評価の観点	01 患者状態を認識する体制		02 患者状態に適切な介入を展開する体制		03 患者状態・介入内容の共有
		適合率	100%	100%	100%	100%
01がん診断	適合率	63%	100%	100%	100%	81%
02治療前診断	適合率	51%	100%	100%	100%	81%
03治療計画立案	適合率	38%	100%	100%	50%	95%
04治療介入	適合率	100%	84%	100%	100%	81%
05経過評価	適合率	83%	84%	100%	100%	68%
06経過観察	適合率	75%	80%	100%	50%	69%
一般評価項目の計測項目合計	適合率	64%	90%	100%	68%	81%
適合率の推移						

◎東京大学 医療社会システム工学寄付講座 25

している状況が伺えます。

いまだこまでできたかということのをこれからまとめていきます。まず質評価ができるためのツールをわれわれのほうでExcelマクロの組み込まれた調査ファイルをそれをお渡しします。そして各病院がその146項目のチェックシートに回答し全回答すると適合率が出てきます。それを見て、いまだどうなのかなということの見える化ができるようになりました。見える化ができただけで問題特定・改善検討に向けたナビゲートするものがないと、PDCAサイクルが回せません。PDCAサイクルはCから始まります。すでに、いまのやり方(Plan)、いまの実施(Do)をしているわけですから、Cから入ります。

C、Checkで入ってA、Actをかけていきます。CheckをかけたときにActにナビゲートしていくツールがないとPDCAが回しにくいでしょうということで、調査結果に基づく問題特定と改善提案の支援・改善プロセスの進捗を管理していくツール、「改善管理ツール」を開発しました。

ご出席の皆さんの中にもすでにこの調査にご参加してくださっている方も多いのでご理解いただけたと思いますが、でき上がった質問票を用いて質問項目毎にレベル別の選択肢を選んでいきます。全部回答すると適合率が自動算出され表示されます。いまのフェーズ毎の患者状態を認識する体制の患者の希望の理解度、社会的状態を確認する体制はこうなっていて、治療計画立案というところが適合率が低いというようなことが見えてくるというものです。適合率の推移は、折れ線グラフや棒グラフとして出てきます。

質問票(調査票) ※既存
 ・適合率が自動算出される

評価項目	質問票の観点	01 患者状態を認識する体制		02 患者状態に適切した介入を講ずる体制		03 患者状態・介入内容(治療計画・診療体制、診療体制での見直し・再評価)をもつ体制	
		患者の希望・理解度・社会的状態を認識し、治療計画立案に反映しているか(問診票、説明書、患者希望度調査票等)	患者の希望・理解度・社会的状態を認識し、治療計画立案に反映しているか(問診票、説明書、患者希望度調査票等)	患者の状態に適切した介入を講ずる体制が構築されているか(ガイドライン、標準化された介入メニュー等)	患者の状態に適切した介入を講ずる体制が構築されているか(ガイドライン、標準化された介入メニュー等)	患者の状態・介入内容(治療計画・診療体制、診療体制での見直し・再評価)をもつ体制が構築されているか(治療計画・診療体制、診療体制での見直し・再評価)をもつ体制が構築されているか	患者の状態・介入内容(治療計画・診療体制、診療体制での見直し・再評価)をもつ体制が構築されているか(治療計画・診療体制、診療体制での見直し・再評価)をもつ体制が構築されているか
01がん診断	適合率	63%	100%	100%	100%	81%	
02治療前診断	適合率	51%	100%	100%	100%	81%	
03治療計画立案	適合率	38%	100%	100%	50%	95%	
04治療介入	適合率	100%	84%	100%	100%	81%	
05診療評価	適合率	83%	84%	100%	100%	68%	
06経路管理	適合率	75%	80%	100%	50%	68%	
一般評価項目の計測項目合計		64%	90%	100%	68%	81%	

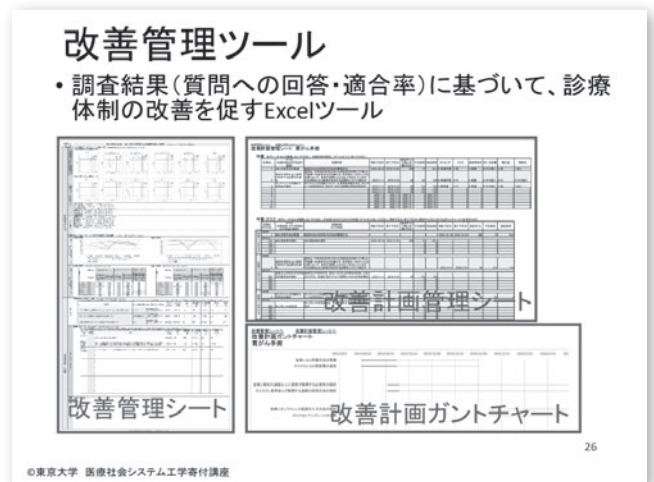
適合率の推移

©東京大学 医療社会システム工学寄付講座 25

改善管理ツールですが、改善管理シートと呼ばれる、病院の体制はどうだったかということのをまとめてある部分(調査結果)と、問題特定をしていくプロセスを支援する部分があります。調査結果に基づいて、問題特定をしていけるようになっています。その後、今度は改善提案/計画をしていく「改善計画管理シート」というものをつくっています。この改善計画管理シートは、調査結果に基づいて適合率の低か

った質問文を提示したり、前回数との比較で改善か改悪かを提示して、これが問題ではないかとその原因は何かを分析して、その問題の解決のための計画立案を支援します。問題解決のための対策としては、多数の原因を軽減・除去できるものが好ましいのですが、必要とするリソースや時間や合意形成にかかるコストを踏まえ、戦略的な計画を構築することが重要です。問題の解決のために、複数の課題が存在することが多々あり、着実に課題解決をしていくための「実行計画」が必要です。実行計画の進捗管理を可視化する改善計画管理シートも準備しています。

その課題に対する実行計画はいつ頃どこまでできたのか、例えばそれが2年間かけてやろうとしているのか、3年間かけてやろうとしているのか、いまの時点でどこまでできているのか。これは品質管理にも使っている改善計画ガントチャートと呼ばれるものですが、いまだこまで達成していますというような目標管理ができるシートをつくりました。

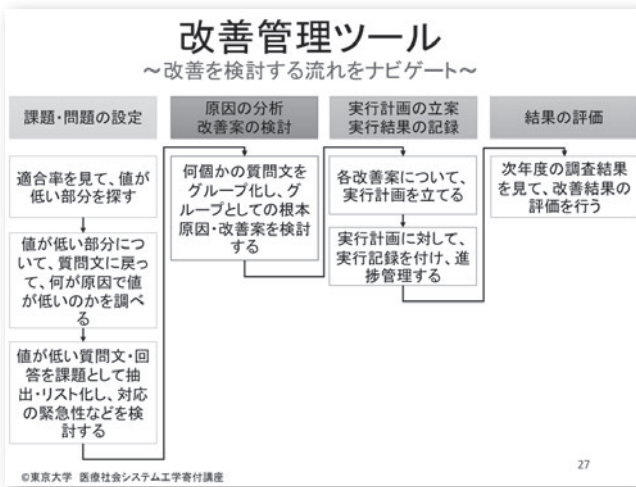


改善管理ツール活用の流れというのは課題・問題の設定、適合率を見て、値が低い部分を探し、値が低い部分について質問文に戻って、何が原因で値が低いのかを見ていく。これらをリスト化・一覧化することによって対応の緊急性などを検討しながら、優先順位を決めていき、大きな問題を特定していくことになります。

原因の分析というのが重要です。何個かの質問項目をグループ化して、グループとしての根本原因を考えることが重要です。部分最適になってしまうような改善をやっていてもしょうがないので、全体最適化できるように、根本原因を見つけ、改善案を検討します。そして、改善案を実行計画というかたちにしないと実現できませんので、立案をして、改善案について実行計画を立てて、それで実行計画に対して実行記録をつけて、進捗管理をするという手順となります。

このように改善計画を実行していきながら、次年度の調査時期になり調査をすると調査結果に改善効果が反映されているかどうかを分析できます。適合率が少し上がる結

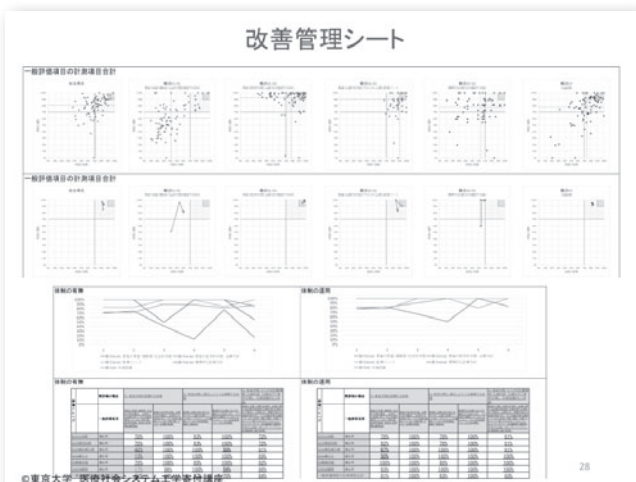
果を得ると、改善成果を理解できるので、励みとなり、さらに改善を継続しようという意欲が高まります。こういうかたちでPDCAを回していきます。



下図は、改善管理シートの例です。上のグラフは今年度の調査結果ですが、全体の横軸が診療体制の有無、縦軸が運用の実態になります。それで体制の有無は70%、体制の運用の実態は80%という点にドットが打たれます。ここには調査に参加した全病院をプロットしてあります。プロットした時に、70%のところと平均値のところにも点線をひいてあります。

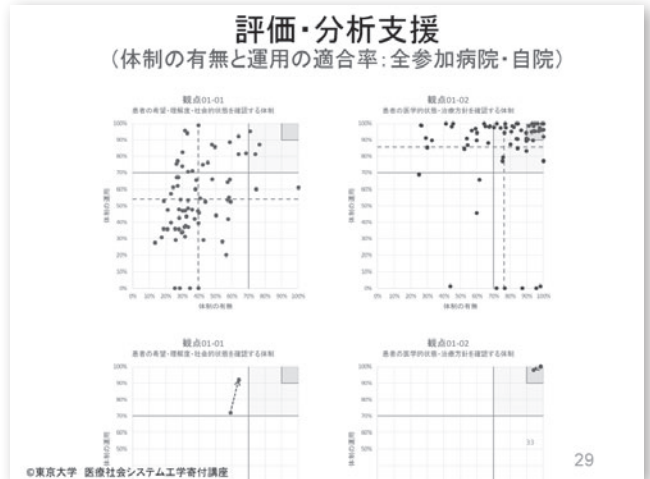
「改善管理プロジェクト」というプロジェクトを今年からやろうということになりました。参加する病院は手を挙げてくださいと調査時に提示しましたら、36病院が改善プロジェクトに参加する、検討したいというのが40病院でした。そういう病院は「7割以上のところに3年間かけて入るようにしましょう」というのを目標値において、すでに7割のところに入っているところは、9割以上のところに入りましょうというような目標値にして頑張ろうと投げかけました。

参加病院全体の今年の状況というのがあって、それに対してうちの病院はどういう変化をしてきたかということ、1回、2回、3回と継続して調査している場合には、グラフ



で可視化できるようにしてあります。それを今年の調査の結果ということで、体制の有無と体制の運用で、フェーズ別に何%の適合率かというのがグラフ化されていき、表となってそれぞれの数値が表れる。これが改善管理シートの今年の調査結果、エビデンスです。

これが先ほど示した例ですが、ここで患者の希望・理解度・社会的状態を確認する体制で、7割以上のところにあ

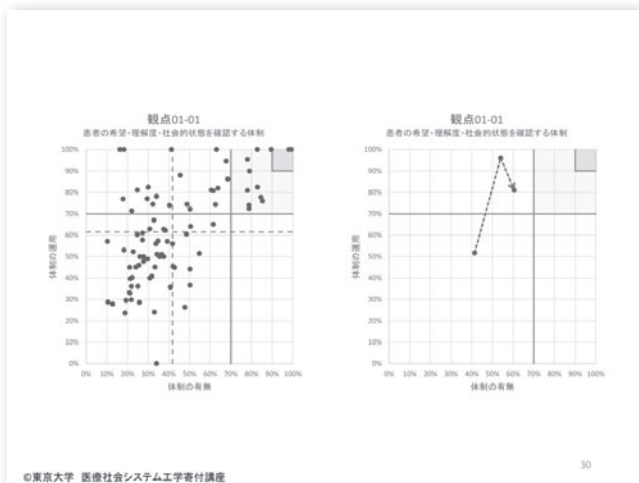


るのは3病院ぐらいで、多くの病院は5割の周辺です。それに対して患者の医学的狀態や、治療方針を確認する体制は、さすが拠点病院、多くの病院がすでに7割以上をとっている。私の病院はといたら1回目から少し上がったとか、ここにいたんだけどさらに頑張ったとかいうようなことがわかります。こういうものが各病院に渡されるということになります。

これにはデータの入れ込み作業が必要です。がん種毎にやりますので、その作業を病院がしていたら大変なことになります。それを無償でやるわけにいかないの、それを何がん種やっても金額は5万円提供することにしました。なるべく自動化もし、あとで手作業を入れながら、いま7がん種と大腸がん、それに薬物療法を入れて9がん種、全部つくって、お渡ししますということをやりました。これには毎年の調査結果が入れ込まれて、比較分析を支援する構造に設計されています。1回目、2回目、3回目と調査結果が全部そこに記録されてきます。ワークシートで展開されていき、記録が3年間、データとともに残ります。そういった作業を毎年するのに、研究メンバーの臨床の先生たちと相談して、やはり自院のツールを作成する作業は、やってもらった方が早いんじゃないかということになって、5万円ぐらいで何とかできるように努力してみました。

ある病院の例ですが、改善を進める中で、一度上がってまた下がったというのがあります。全がん種の診療体制を整備して、このがん種を実現させたら別のがん種ができなくなったという事例です。情報共有・共通認識のための

体制として、カンサーボードに該当する多職種カンファレンスを充実させたら、乳がんのところには他のコメディカルが集まりやすいのですが、そうすると大腸がんのところに行けない、という話になって、大腸がんでは適合率が下がるという結果になるわけです。医療コストの課題もあり、リソースを踏まえると現実的にはすべてのがん種での整備は困難なものもあり、院内での優先順位等を決めて対応するというのが妥当な改善計画となることもあるという事実です。



評価結果が出たときに、ここは一体どうなっているのだろうか、25%だぞ、となった時に25%のところをクリックするとピットと質問項目、これをつくり上げた質問項目と回答、結果が表示され、前年度と今年度、改悪と改善がわかるようになっていきます。また、年度毎にわかるようにしました。どこが問題だ、この質問項目が関係しているとなったら、その質問と回答を切り取ってきて、問題のほうにコピー＆ペーストというふうに処理できます。

©東京大学 医療社会システム工学寄付講座

評価・分析支援

(適合率に対応する、調査票の質問文と回答結果、のリンク)

観測項目	一般評価項目	患者の希望・理解度・社会的状態を確認する体制の有無	患者の希望・理解度・社会的状態を確認する体制の運用	患者の希望・理解度・社会的状態を確認する体制の有無	患者の希望・理解度・社会的状態を確認する体制の運用
01がん診断	適合率	79%	96%	100%	100%
02治療前診断	適合率	59%	93%	100%	100%
03治療計画立案	適合率	54%	81%	100%	75%
04治療介入	適合率	25%	95%	100%	100%
05腫瘍評価	適合率	67%	100%	100%	100%
06経過観察	適合率	50%	86%	100%	50%
一般評価項目の計画項目合計		64%	94%	100%	75%

質問1-1: がん診断について患者に説明した記録があるか
 質問1-2: その際に自分の病状を知りたいか患者の希望を確認した記録があるか
 質問2: 患者のセカンドオピニオンの希望の有無を確認した記録があるか
 質問3-1: 患者のセカンドオピニオン希望があった場合、具体的なセカンドオピニオン対応内容を説明した記録があるか

①「観測」評価票の定義の文章、病院全体の決まりとして成立している文章に記録する
 ②「観測」評価票の定義の文章、病院全体の決まりとして成立している文章に記録する
 ③「観測」評価票の定義の文章、病院全体の決まりとして成立している文章に記録する
 ④「観測」評価票の定義の文章、病院全体の決まりとして成立している文章に記録する
 ⑤「観測」評価票の定義の文章、病院全体の決まりとして成立している文章に記録する

32

チェックですが、診療体制について病院全体の出来映えを、いままでのものはがん種ごとに見ていましたが、病院全体でがん診療がどうなっているのかというのを見るときには、がん種毎に比べると、病院全体のイメージというかエビ

デンスが見える化されてきます。

例えば数値の低いところですが、患者の希望・理解度・社会的状態を認識する体制といったものを、今度はがん種別に比較してみるとというようなこともできるようになっています。

Check「診療体制」病院全体の出来映え

がん種	大腸がん	胃がん	乳がん	肺がん	前立腺がん	脳腫瘍	婦人科がん
01がん診断	適合率 46%	45%	63%	50%	78%	32%	36%
02治療前診断	適合率 13%	16%	39%	54%	66%	13%	44%
03治療計画立案	適合率 27%	10%	17%	33%	56%	10%	73%
04治療介入	適合率 13%	13%	19%	13%	56%	13%	56%
05腫瘍評価	適合率 17%	17%	29%	19%	53%	14%	85%
06経過観察	適合率 13%	13%	15%	21%	71%	13%	35%
一般評価項目の計画項目合計	26%	24%	38%	38%	66%	19%	52%

凡例: 条件 80%以上 80%以上, 70% 70%以上, 50% 50%以上, 5% 50%未満

がん種	観測項目	01 患者の状態を確認する体制			
		01-01 患者への説明を行う体制	01-02 患者の理解度を確認する体制	01-03 患者の希望・理解度を確認する体制	01-04 患者の同意を確認する体制
大腸がん	適合率	24%	17%	34%	28%
胃がん	適合率	18%	21%	22%	32%
乳がん	適合率	39%	31%	16%	44%
肺がん	適合率	45%	17%	6%	44%
前立腺がん	適合率	91%	50%	56%	51%
脳腫瘍	適合率	16%	15%	6%	28%
婦人科がん	適合率	69%	56%	22%	40%

33

先ほどは病院全体でしたが、今度は地域ということを考えてどうか。ある地域の調査の状況一覧ですが、都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、その他の病院で、13病院が大腸がんは全部参加ですということで、オール、146に参加してください。それからパーシャルという40に参加するところ。胃がん、乳がん、全部ありますが、それぞれに対して自由に参加していいですよと提示してその結果を一覧化すると、地域の状態が表れます。これで地域の診療体制の出来映えを全体として見るができるかもしれないと考えています。

Check「診療体制」地域全体の出来映え

観測項目	大腸がん	胃がん	乳がん	肺がん	前立腺がん	脳腫瘍	婦人科がん	実数
都道府県がん診療連携拠点病院	A	A	A	A	A	A	A	12
地域がん診療連携拠点病院	A	A	A	A	A	A	A	75
その他の病院	P	P	P	P	P	P	P	124
	P	P	P	P	P	P	P	125
	P	P	P	P	P	P	P	126
	P	P	P	P	P	P	P	127
	P	P	P	P	P	P	P	015
	P	P	P	P	P	P	P	016
	P	P	P	P	P	P	P	017
	P	P	P	P	P	P	P	018
	P	P	P	P	P	P	P	019
	P	P	P	P	P	P	P	020
	P	P	P	P	P	P	P	021
合計	13	13	11	9	9	9	9	8

34

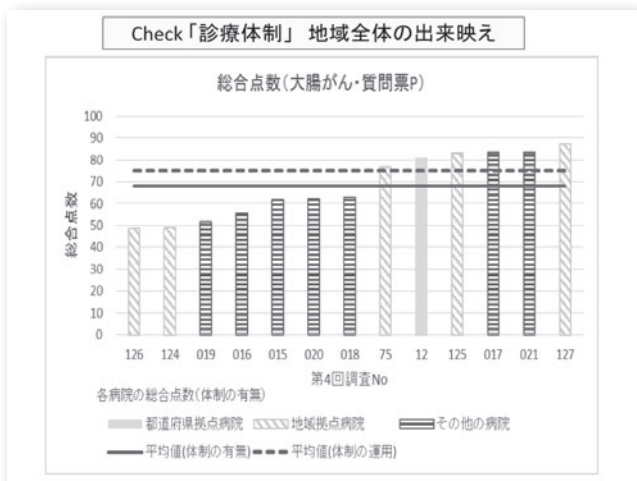
例えば体制の有無と体制の運用で、地域全体で都道府県がん診療連携拠点病院の平均値、地域がん診療における平均値、その他の病院で、全体でいくらというところが、体制の有無と体制の運用というところである程度わかるような構造になっています。

A 調査というもの、146項目調査に参加しないと、先ほどの改善管理ツールは使えません。ただ40項目に参加して地域全体で40項目に換算してやって、全体を見るということはいはできます。

Check「診療体制」 地域全体の出来映え							
	01状態認識		02介入		03共通認識	総合点数	
	01-01 希望・理解度・社会的状態	01-02 医学的状態・治療方針	02-01 医療リソース	02-02 診療指針	03-01 状態・介入の共有		
体制の有無	都道府県がん診療連携拠点病院	15%	75%	100%	80%	90%	81
	地域がん診療連携拠点病院	35%	50%	81%	55%	78%	69
	その他の病院	44%	48%	91%	34%	74%	66
	全体	38%	51%	88%	46%	76%	68
体制の運用	都道府県がん診療連携拠点病院	63%	100%	100%	100%	86%	86
	地域がん診療連携拠点病院	72%	90%	67%	87%	82%	82
	その他の病院	67%	62%	60%	51%	73%	69
	全体	68%	76%	66%	69%	77%	75

チェック、診療体制、地域全体の出来映えを総合点数として大腸がんの質問票Pと比較すると、その他の病院も頑張っているようなところが見えたり、都道府県がん拠点病院は頑張りましたよというところが見えてくるかもしれません。

こういったものを全部観点ごとに並べ替えをして、うちの地域ではどこが全体としてできていないのかなというところがわかり、地域全体で体制を整えていくというようなかたちができるようになってくると、がん患者さんへの医療連携もスムーズにできるようになるかもしれません。



2015年、11月調査の部分ですが、1月22日現在のデータですので、まだ回収途中です。全体で、がん拠点病院は約400です。昨年11月に調査に参加しますか、ということを書いたときに、拠点病院のうち106病院さんが手挙げをされました。つまり、25%が参加する。そして回答返信、返信できたところが1月22日の段階では80の拠点病院が提出できると。これが20%。改善管理プロジェクトに参加

します、あるいは検討中です、P D C Aをやらうといい始めた病院が60病院、15%。

そして、改善プロジェクトに参加して、実際に改善しますという参加を検討中ではなくて、絶対に参加をしようと言ったところが29病院で約7%です。これが全体として拠点病院400病院の全体の調査、手挙げをして回答を返信したところで、調査に対してDo、チェックをかけた。

そこからC→Aというふうに関心や実際にやりますよ、P D C Aを回しますよというところがいま全体の15%、7%ということになります。いま検討中というところが入ってくれば15%ぐらいになって、マーフィーの法則でいうと、2割ぐらいが動くよ全体が動き始めるかな、ということから少し期待がもてるかもしれないと考えています。

国内で地域は47地域あって、いま手挙げしているのが4地域で、改善傾向・行動変容は、2地域増えましたので8%というかたちになっております。

がん診療体制の質評価 第4回調査(2015年11月調査) 各拠点病院および地域の調査参加状況 (2016年1月22日現在)					
各拠点病院	全体	調査手上げ (PD)	回答返信 (PDC)	改善プロジェクト参加・検討中 (PDCAスタート)	改善プロジェクト参加(改善傾向・行動変容)
	100.0% (約400病院)	25.0% (106病院) 目標:100病院	20.0% (80病院) 目標:80病院	15.0% (60病院)	7.25% (29病院)
地域	全体	調査手上げ (PD)	回答返信 (PDC)	改善傾向・行動変容	
	100.0% (47地域)	8.5% (4地域)	8.5% (4地域)	4.2% (2地域)	

次に、P D C Aチェック、P D C A改善活動がその地域でどれくらい意欲が高まっているかというのを見るためのものがないか、画像的にチェックしたほうがいいんじゃないかということで、P D C A改善活動地域の出来映えというかたちで見てみましょう。

これはある地域のもですが、都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、その他の病院とした時に、大腸がんではどんな調査参加状態か、がん種毎の参加状態、改善管理プロジェクトへの参加、改善ツールの利用、それからセミナーへの参加、といったものについて希望状態を記載していきます。そうすると、検討中とか、希望するというのが次々に出てくると、だんだん地域で意欲が出てきているかもしれない。というようなことが見えるかもしれません。

ここは大学病院がリードしているところ、ここはがんセンターがリードしているところなど、各都道府県の表を全部つけていくと、これはP D C A改善活動を国全体の出来映え

みたいなかたちになるかなという感じで、軽くスマイルマークとかでランクを見せていくと、だんだんニコニコと笑っているような日本列島の地図ができていくといいのかなというふうにも思っています。

Check 「PDCA改善活動」 地域の出来映え										地域			
病院種別	調査ファイル									改善管理プロジェクト			
	大腸がん	胃がん	乳がん	肺がん	前立腺がん	脳腫瘍	婦人科がん	実物療法	改善管理プロジェクト参加希望	改善管理ツール利用希望	2014.3/17(土)セミナー参加希望	2014.3/17(土)セミナー参加希望	2014.3/17(土)セミナー参加希望
都道府県がん診療連携拠点病院	A	A	A	A	A	A	A	A	検討中	検討中	検討中		
地域がん診療連携拠点病院	A	A	A	A	A	A	A	A	検討中	検討中	検討中		
がん診療連携拠点病院	P				P	P			希望しない	希望しない	希望しない		
	P								検討中	検討中	検討中		
	A								検討中	検討中	検討中		
	A	P	P	P	P	P	P	A	希望する	検討中	検討中		
	A								希望しない	希望しない	希望しない		
	A	A	A	A	A	P	A	A					
	A	A	A	A	A	A	A	A					
その他の病院	A								検討中	検討中	検討中		
	A								検討中	検討中	検討中		
	A								希望しない	希望しない	希望しない		
	A								希望する	希望しない	希望しない		
	A		A					A					
	P												
	A												
合計	16	5	6	6	7	4	5	6	2	0	0	39	0

改善管理ツールを活用して、改善を図ろうとしている病院が集まって、お互いの改善ツールを使ってそのままプレゼンすることをおすすめします。ワークショップを開くとすると準備がすごく大変だということがあります。準備に時間がかからないようにするために、常にそういったツールができ上がっている状態で、それをお互いに見せ合うことで議論が始まるというやり方がいいのではないかと考えています。大事なことはできるだけ効率的にプレゼンし合って意見交換、改善事例紹介などをして切磋琢磨する状況をつくるのが本当は大事なんだろうと思います。意欲ある病院が集まって組織的に改善を進めるといふコミュニティ、これが非常に重要なことで、やりたくないところにいるのではなくて、意欲ある病院が集まってやっていくところもつくったほうがいいのではないかと考えています。

都道府県がん診療連携拠点病院がリーダーシップをとって、地域のがん診療体制の改善を進めていく手順ですが、まず組織化が必要です。まず自分の病院。それから地域の意欲のある病院。ここでいうとAファイル調査、それから改善管理ツールを使用します。そして地域で本調査に参加してもらい、地域協議会の全病院に展開していくというステップです。こういうステップで調査参加を組織化して行って、2番目にこのPDCAサイクルのツールを活用して回していくことではないかと考えています。まず自分の病院でやっていくということが重要です。そこから地域の意欲ある病院グループでコミュニティを形成していく、そして地域で本調査に参加した病院に③を提示するというかたちで、徐々にいろいろなツールを使いながら改善していくという高まりが重要かと思えます。

いま改善管理パッケージということで、さまざまなツール

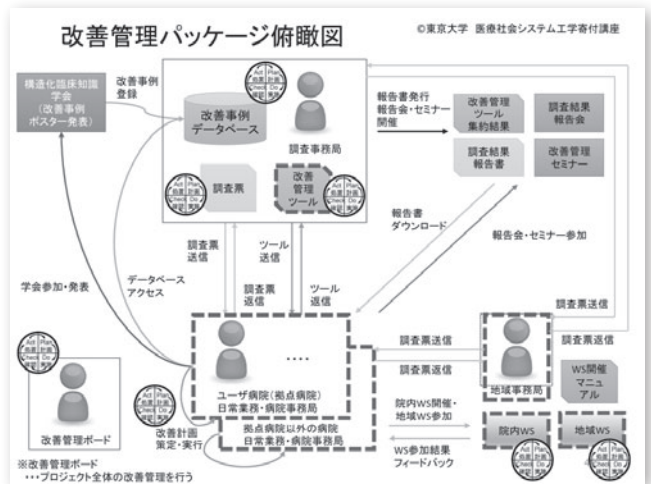
改善管理ツールを活用して、改善を図ろうとする病院が集まって、お互いの改善ツールを使い、そのままプレゼンして、意見交換・改善事例紹介などをしあい、切磋琢磨するワークショップのような会議をすることは意義があると思われまます。意欲ある病院が集まって組織的に改善をすすめていくというコミュニティを作ることが重要だと考えています。

都道府県がん拠点病院がリーダーシップをとって、地域のがん診療体制の改善をすすめていく手順は以下のようなのではないのでしょうか？

- ①組織化
 - ・自院内
 - ・地域の意欲ある病院(Aファイル調査・本ツール使用)
 - ・地域で本調査に参加した病院
 - ・地域協議会の全病院
- ②自院のPDCAサイクルをこのツールを活用して回す
- ③地域の意欲ある病院グループでコミュニティを形成して、PDCAサイクルをまわす
- ④地域で本調査に参加した病院に、③を提示する

©東京大学 医療社会システム工学寄付講座

を準備して、われわれの方もPDCAを回して、ユーザー病院、それから地域の方にもサポートができるように体制を整えているところです。



愛媛県での取り組み

四国がんセンター 青儀 健二郎



愛媛県の活動状況を報告させていただきます。愛媛県の医療機関のPDCAサイクルとタイトルがありますが、PDCAサイクルをやりなさいということで最初は少し戸惑いがありました。クリニカルパスに関しましてはこういうPDCAサイクルという言葉が対応されて、愛媛県はクリニカルパスはわりと進んでいました。その中で出てくるPDCAサイクルという単語には慣れていたのですが、では施設のPDCAの体制というのは、どうなっているのかという話になりました。

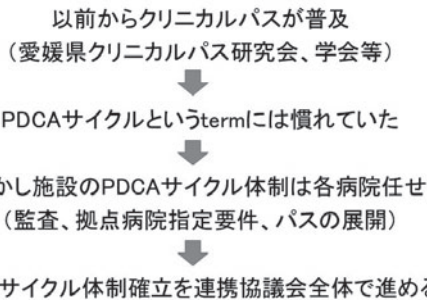
もっぱら各病院任せであります。われわれの病院もそうですが、監査を受けたり、拠点病院の指定要件だったりとか、PDCAにはそういう言葉が出てきます。それで各病院ではいろいろと体制の整備とか進んでいるので、各病院任せだったよねという話になりまして、これを愛媛県全体でちょっと動かす必要があるのではないかという話になってきました。

わけです。

愛媛県は長細い県であります、それぞれ連携拠点病院と、あと県が指定する診療連携推進病院というのがありまして、非常にアクティブな病院が多いです。ではやりましょうと。八幡浜も今度新たに県の指定に入り、ほぼ全県にわたっています。ちょっとバランスの悪さは否めないのですが。

ホームページも作っておりまして、活動内容というのを日

愛媛県内の医療機関のPDCAサイクル

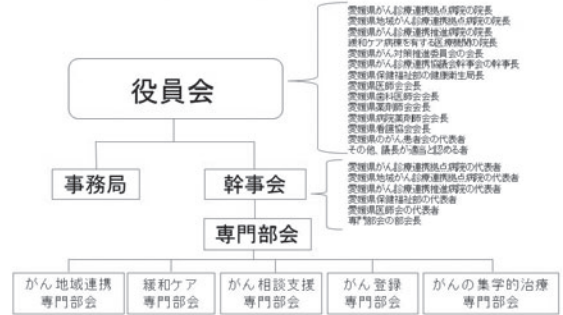


愛媛県のがん診療協議会というのがありまして、各部署がごぞいます。

ひとつ、この連携協議会の中でも情報共有というか協力体制が比較的整っています。愛媛県の県民というのは非常に穏やかで素直な人が多いので、こういうことをやろうと言ったら、わりとやってくれるような状況があります。

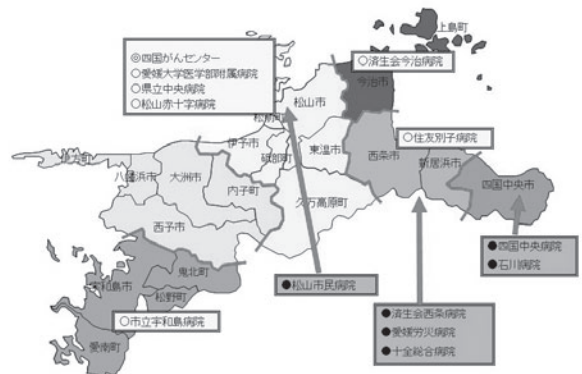
平成26年から拠点病院を1回相互訪問しましょう、実態を調査して、PDCAサイクルを回すひとつのきっかけにしましょうという話がありました。早速そこから話がいった

愛媛県がん診療連携協議会



- 拠点病院間の情報共有・協力体制が整っている
- 役員会1回/年、幹事会3-4回/年、合同専門部会2回/年、専門部会はそれぞれに活動
- 活動状況は <http://www.shikoku-cc.jp/conference/> に公開
- H26年度から拠点病院を相互訪問し、実態を調査し意見交換している

愛媛県のがん診療連携拠点病院、がん診療連携推進病院



こういったことをお話しさせていただいてちょうどいいじゃないかということになりました。質評価指標というのは、いわゆる全国平均等との比較で、施設の立ち位置がわかるということで、その後調査をきっかけに、そういった情報が入ってくると、やはり、みんないい方向に向かっていきたいというモチベーションになるわけです。いわゆる行動変容をきたされるというのがわかっていますので、そういったものをまずやってみるのはどうでしょうかということで、連携協議会の方に話を持っていきました。

それで、質評価を求められるものとしてベストプラクティスを示せるというのはいいのですが、データ収集がやはり容易である必要がある。なるべく質評価指標として枝葉末節のところを評価してもしょうがないわけで、中枢性というか、診療内容に本当に関わる重要なところが盛られる必要があるでしょうし、目安として何パーセント、何パーセントと数字になれば非常にわかりやすい。おまけに施設間の比較ができますから、ベンチマークにもなるということになります。

質評価指標に求められるもの

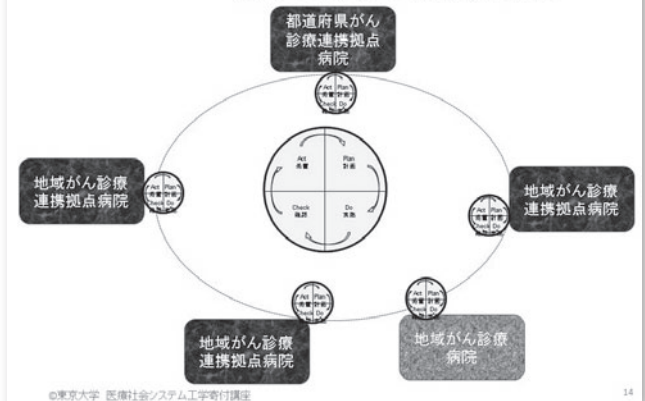
- データ収集が比較的容易である
- 医療の質指標としての代表性が高い
- 標準的な成績が目安として提示できる（施設間比較ができる）
- 改善への努力が反映されやすい
- ベストプラクティスを示せる

構造指標：人員、組織、機器など
 プロセス指標：研修、バス使用率など
 アウトカム指標：治療成績、褥瘡発生率、手術実績数など

(河村進@SCCより改変)

ですから指標というのはなるべくわかりやすいものがよい。今回の場合は、水流先生の方の研究に参加しておりますので、これを連携協議会でやってみましょうと。試しに

がん診療体制の質評価調査を 院内・地域のPDCA確保に活用

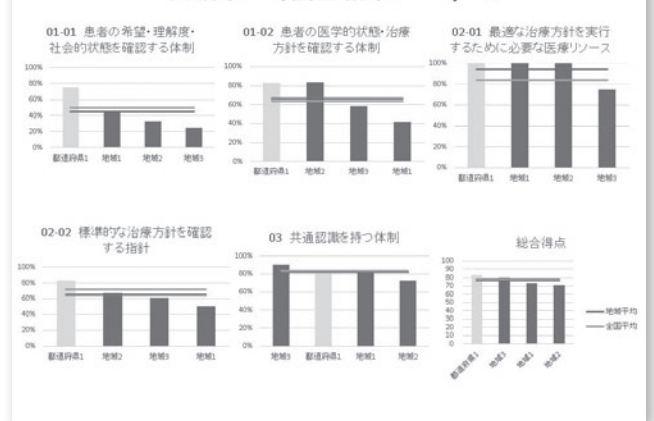


2014年の12月第3回調査で、4施設だけ参加させてもらって、一応やってみたんです。

そうしたら、意外と各病院の差がわかるんです。各病院の弱点とか、いいところとか、強みとかいろいろわかりました。これで全国平均、地域平均を取って見ますと、自分の病院の立ち位置がわかる。われわれの場合、術後の共通認識を持つ、例えばフォローアップの時にどういふふうにやるのかとか、どういった診療体制を保っていくのか、実は情報共有する体制が弱いので、カルテに何も医者は書いてないということになりますから、フォローアップはどうすればいいのかわからない、そういったことも弱点としてわかりました。

これを愛媛県の連携協議会の中に提示するだけでも、みんな面白そうなことをやっているなということで関心を持っていただきました。ですからこういったものを一個ずつ案とも出しながら、みんなに提示していく。連携協議会の中で提示していくというような方法をとりました。

愛媛県のQI調査結果(2014/12)



当院のQ I 調査後に行われた改善でどういふことが起こったかということですが、調査をすることによって、やはりいろいろわかることというのはあります。これはまずいというのがありまして、3つほど挙げておりますが、同意文書の作成と同意文書の整理が足りないところ、それからまったく作っていないところもあったということがわかりました。これはいまどんどん改善しております。

それからカンサーボード、各診療科がカンファレンスを持つというのは当然のことですが、病院全体で一堂に介して治療方針とかそういったことを話し合うという機会がなかったわけです。ここもやはり作らないといけない。早速作って、月に1回必ず集まってオープンにしてやっております。

それから、経過観察における情報共有はどうしても医師が一人でやってしまうことがあり、このところは何とか共有する方法を考えていこうということがわかっているところです。

こういったこともあります。それよりも何か全体的に医療の質を保証するようなTQM委員会を、前からいろいろな学会でも言われていると思うんですが、これを機会につくりました。

ちょっと話が戻ります。QI調査の話ですが、こういういものがありますよ、ということで連携協議会の人と話したら、その話を聞きたいということになりました。

QI調査を昨年8月に、加藤先生、水流先生に来ていただいて行いました。連携協議会の方の院長先生もおられましたが、どちらかというと実務者が集まって、QI調査のコンセプトを説明していただいて、コンセンサスを作っていく。うちがやっているQI調査の結果も提示させてもらって、こういういいことがあるんだ、ということを知ってもらうということをやりました。

当院でQI調査後に行われた改善

- 同意文書の整備、新規作成
- キャンサーボードの設立
- 経過観察における情報共有
- TQM(Total Quality Management)委員会の設立

具体的な疑問点がたぶん出てくるとお思いますので、そのところからも検討会の中で話をさせていただきますし、今年の年末にかけてありますよという話をさせていただきます。ここでもずいぶんQI調査に関して、いままでの相互訪問調査にとってかわるように、こういったQI調査を毎年やっけていこうという話になりまして、アグリーメントを取ることができました。

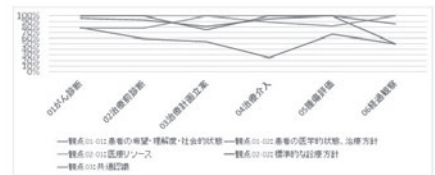
QI調査検討会の目的

- QI調査の概説→コンセンサス形成
- 施行されたQI調査の結果提示→意義の理解
- 疑問点の解決
- 次回QI調査の案内

そのときに提示したうちのデータです。これは大腸がんの表ですが、こういう表になって出てきますから、これをわれわれは改善のツールとして使っておりますということを提示させてもらいましたし、全国平均でこういったところが弱い、全国的な流れというものもわかります。そういったQI調査の優位性みたいなものをこういったところを提示させていただきます。

それから先ほど水流先生からお話がありましたが、改善につなげなければいけないということがありましたので、今回、改善管理ツールの方もこの調査についてきますという話をさせていただきます。クリックすれば問題点がわかるという話でしたが、今回の場合はそういったPDCAで言えばCとAにつなげられるツールではないかということでもあります。QI調査ですから、毎年やっていく必要があるということ。今回初めての参加になる施設も多いんですが、そういったところを繰り返していけば、改善の方につながるQI調査の意義というのは皆さまにわかってもらえると思います。

大腸がん



評価項目	評価項目の概要	体制の有無			
		01 患者状態を認識する体制	02 患者状態に認識した介入を遂行する体制	03 患者状態・介入内容を確認・評価し、改善を図る体制	04 患者状態・介入内容を確認・評価し、改善を図る体制
01がん診断	患者の病歴、現病歴、症状、検査結果、画像診断結果を基に、適切な診断を行う体制	75%	96%	100%	78%
02治療計画	患者の病歴、現病歴、検査結果、画像診断結果を基に、適切な治療計画を立てる体制	59%	93%	100%	78%
03治療計画立案	患者の病歴、現病歴、検査結果、画像診断結果を基に、適切な治療計画を立てる体制	54%	81%	100%	100%
04治療介入	患者の病歴、現病歴、検査結果、画像診断結果を基に、適切な治療計画を立てる体制	25%	95%	100%	85%
05経過観察	患者の病歴、現病歴、検査結果、画像診断結果を基に、適切な治療計画を立てる体制	67%	100%	100%	82%
06経過観察	患者の病歴、現病歴、検査結果、画像診断結果を基に、適切な治療計画を立てる体制	50%	86%	100%	100%
一般評価項目の計画項目合計		64%	94%	100%	85%

今年の愛媛県の調査希望表です。脳腫瘍の診療科のないところもございしますが、あるところはちゃんとやっております。やはり空白になっているところは埋めていただきました。

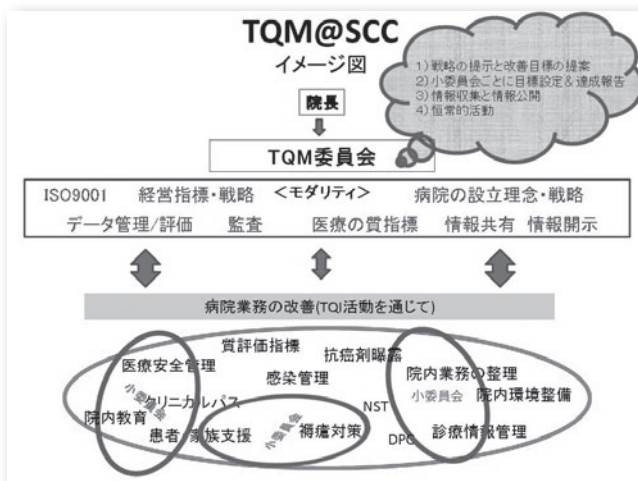
本年度の調査希望(愛媛県)

病院種別	病院名	調査希望							2017/7/12 アンケート 希望
		大腸がん	胃がん	乳がん	肺がん	前立腺がん	脳腫瘍	婦人科	
総合病院	四国がんセンター	A	A	A	A	A	A	A	希望する
がん診療連携拠点病院	愛媛県立中央病院	A	A	A	A	A	A	A	希望する
がん診療連携拠点病院	松山市十字病院	A	P	P	P	P	P	A	検討中
	松山市和泉病院	A							検討中
	美土会今治病院	A							検討中
	松山市子母屋病院	A							検討中
	愛媛大学医学部附属病院	A						A	検討中
がん診療連携拠点病院	北川病院	A							検討中
	松山中央病院	A	A	A	A		A	A	検討中
	美土会西条病院	A							検討中
	松山市民病院	A							検討中
合計		11	4	4	4	3	1	3	4

と思います。

先ほどの改善管理プロジェクトの方にも希望するという
こともありますし、今度3月にまたあるんですが、そういった
ものにも参加していただければなどと思っています。ですが
から表の空白の部分にもっと色が付いていくのが今後の目標
かなとわれわれの方は思っています。

先ほど言いましたTQM委員会というのは、院長の直属
でいろいろなモダリティを持っています。データ管理とか、
質評価指標であるとか、情報共有、いろいろなトータルクオ
リティをマネジメントするような、いままで各委員会が乱立
しているんですけど各分野がそういったものをメン
ジメントするということになります。戦略を示したり、改善目標の
提案など、言ってみれば情報公開です。これは大切です、
恒常的にこういうのをやっていく必要があるということ
です。2年間やってはいますが、なかなかまだアウトカムとい
うのは、そこまで出せるところではありません。こういった情
報管理のほうの委員会、情報管理をする積極的なひとつの
モダリティとして、行っていく体制でございます。



ミッション、ビジョンがなければ組織というのは動かない
ということがありますので、これらを立ててやっているつも
りです。

TQM委員会の機能と運営方針

- ミッション: 院内の医療行為全般における質の保障・改善活動を推進することを通じて、患者に対し高品質な医療を提供し、医療スタッフの労働意欲増進を目指す。
- ビジョン:
 - ① 病院の運営・業務効率を上げ、医療の質評価指標等、集積管理されたデータを通して改善を行い、患者サービス提供の効率化、エビデンスに基づいた質の保障を推進する。
 - ② 改善目標により職員の目的意識を先鋭化し、前向きに労働に当たる環境を作るとともに、業務改善・環境整備による勤労意欲の増進を図る。
 - ③ 業務改善内容を院内・院外に常に開示していき、客観的評価を受けることにより、活動方針のアップデートを図る。
 - ④ 本活動を通じて地域医療、ひいては本邦の医療レベル確保へ貢献する。

最終的には医療スタッフの労働意欲の促進を目指すとい
う委員会にしましょうということで、愛媛県の中にも他に
もTQM委員会のある施設はたくさんありますから、そうい
ったところと今後連携をと思っております。

検討事項ですが、一応質評価指標の意義を確認したとい
うことになりますから、担当を1名確保しようということ
でしてました。診療情報管理士もいますし、統計に詳しい先
生もいらっしやいますし、がん登録の寺本医長もおります
ので、診療情報管理部門に質評価指標調査担当を決めて、そ
れを専任でやっていきたいと思いますという話になっていま
す。

CIの情報定義をする、データ解析して、改善の助言、P
DCAサイクルにつなげたい、これは今度調査が行われま
すから、その結果をみんなにフィードバックして、こうして
みましょうという方向性を持った意見の調査結果の提言が
できればいいかなと思っております。それで定期的にや
っていく主体となりましょうということになっています。

院内TQM委員会での検討事項

質評価指標の意義を確認
診療情報管理部門に、質評価指標調査担当を配置
(1名確保)

1. 質評価指標情報を提示(院内、地域)
2. データ解析、改善の助言(PDCAサイクル)
3. 定期的質評価指標調査の実施

四国がんセンターインテリジェンスプロジェクト、
スキップ(SCIP)チームと言います。いろいろところで、こ
ういう登録とか経営指標とか、レセプトとかDPCとかや
っているのですが、それを総合的にマネジメントする必要
があるのではないかと。TQM委員会の中に、そういった情報

Shikoku Cancer center Intelligence Project (SCIP) チーム

この図は「Shikoku Cancer center Intelligence Project (SCIP) チーム」の活動フローを示しています。中心には「情報管理」があり、「データ解析」「改善の助言」「定期的調査」のサイクルが回っています。また、「患者」「スタッフ」の両方への「情報のフィードバック」が行われ、「効率化」「新たな知見」が生まれます。最終的に「次のステップへ」進むことが示されています。

*寺本がん予防疫学研究部医療情報研究室より

データの一元的な管理を目指そうということになっております。

それでいわゆる単なる脳れき、知識とか、アイデアというのではなくて、総合的にインテリジェンスを形成していこう、インテリジェンスが入ると非常に面白いグループだと思んですが、病院内のTQM委員会の中につくって、QI調査にしても主体的にやっていく。情報管理士がドクターと同じ質問票を比較してやってもそんなに遜色はない、すり合わせは必要ですが、情報管理士が専門でやっても構わないということになっていますから、思いっきりそのスキップチームの方にQI調査の委託をしてもいいかなと思っている状況ではあります。

目的
主目的: TQM委員会の活動として情報やデータの一元的な管理を行う。
 データマネジメントを行い、院内の業務改善や研究活動の支援につなげる。
 どこにどんなデータがあるか、院内のデータの総体を把握できる
 支援および提案が出来る
 主に、複数科や複数部署に関する情報を扱う。

副目的: そのようなチームを組織したことの成果を検討する

具体的・段階的目標
目標1(短期目標)
 院内で行われているQI活動に関する調査、外部から依頼された複数科や複数部署に関する医療情報を利用する調査等の実施を把握する。それらの研究のために一度集めた情報は再利用できるように管理する。依頼された研究を依頼された個人から取り上げて管理するのではなく、情報提供を奨励する。

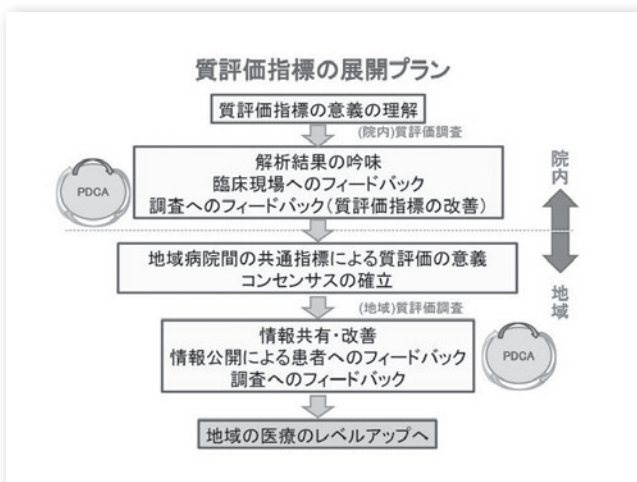
目標2
 複数部署の代表からなるチームを組織することにより、把握した調査等の業務の効率化を図る。
 どの部署にどんな情報が有り、どう言う形であれば有効に集められるか、ある部署のどんな情報が別部署に必要か、使えるかなどを検討する。Intersectionalに集まることにより、院内の総情報の可視化を目指す。再集計する時にデータが取りやすい形を考案する。

目標3(TQMのwgとして)
 TQM委員会の元、情報のフォードバックを行う。Intelligenceを作成する。
 目標1,2により、医療情報研究と医療情報の両者を把握したチームとなったSOPは、必要なIntelligenceをTQMメンバーと共に構成できる

目標4(SOPの情報関連研究をサポートするチームとして)
 複数科や複数部署に関わるデータを利用する研究に対する支援を行う。
 データ抽出やその加工に関するサポートを行う。
 「SOPは何処のどんな形で使えるデータがあるか把握している」
 あるいは「データを持っている」ので、有効にサポートすることが出来る。
 案件を抱えた人物が、案件毎にSOPに参加し、サポートと情報を得る。

*寺本がん予防疫学研究所医療情報研究室長より

院内でやっている質評価を愛媛県の全体に地域に配って行って地域全体がこのような調査のフィードバックを受けて、PDCAサイクルをどんどん改善していけるように、進めていけるようにやっているつもりでいます。まだ1年目ということで、次年度からたぶんそういった具体的な活動には入れると思いますが、連携協議会はコミットしてくれていますので、情報のシェアというものをしていけば、ドライビング・フォースがかかっていくものとわれわれは思っています。



Q&A

(質問者) もともとPDCAサイクルというか、医療の質を向上することは、病院毎でやっていたと思うんです。それぞれが個々でやっているものだけでも別に病院の質としてはいいのかもしれませんが、これを全県でやろうということになると、どういう効果がありそうでしょうか。

(四国がんセンター・青儀) 愛媛県というのは、がんになっても安心して治療が受けられる県というのを目指しています。だからどの病院に行っても同じようなクオリティが保証されているということがありますので、非常に県民全体の安心感につながるかなと思っています。何か情動的なものの言い方で申しわけありませんが、愛媛県はだいたいそういう流れがあります。県が協力的ですので、こういうところに予算をくれたりするはずなので、それを期待してやっております。

(質問者) 同じ指標を使っていることで何かディスカッションの幅とかそういったものが変わってくるのでしょうか。

(青儀) これは今度の評価の結果が出たあとで、そこにディスカッションが要ると思いますが、実際にそういう指標で差が出たところはどういうところに差が出たんだろうかということを各病院でお互いに同じデータをみんなで見ながらディスカッションをすることは必要だと思います。まだ具体的な詰めはできていないのですが、ひとつの指標でみんなが話をするということがいままでなかったもので、それをぜひやらせてもらえればと思います。

栃木県での取り組み

栃木県立がんセンター 清水 秀昭



本日は、P D C Aサイクルのフォーラムの発表ということ
で指名されましたが、プログラムを見ていると発表というよ
りもいろいろな情報を教えてもらえるなど。そんなふうな聴
講のスタンスで来ています。

P D C Aサイクルに関していくつかの取り組みでありま
すが、実際に現地調査とかそういうような取り組みをしてい
ません。最初に水流先生がご紹介された、がん診療体制の
質評価というそのツールを使って取り組み始めたという、そ
んな状況の説明になるかと思えます。私はいま、このツール
を使ってやると非常にいいんじゃないかなという感触を持
ちましたので、水流先生の宣伝係みたいな役割になるのか
もしれません。

まず、この3年間水流先生の取り組みをしているので
すが、この1～2年、実際に現地調査ができないということが
ありました。それはわれわれの病院は2016年4月に地方
独立行政法人になりますが、この2年間の準備期間が事務
作業とか結構忙しくて、他のことができないこともありま
した。これはあとで言い訳のひとつになります。

独立行政法人ですが、中期計画ですね、これは4月1日
が議会議決ということで、現時点では案ですが、だいたい固
まっています。公的使命、これは都道府県拠点病院というこ
とです。それをずっと開院当初あるいは平成19年、その指
定を受けた時からそういうふうな意味合いで動いております。
それで、さらに県民に提示するというので、一番頼りに
される病院と、そんなふうに着目しております。

ご存じの方が多いと思いますが、バランススコアカードを
4年ぐらい前からこの手法で各部門で取り組んでいますの
で、ある意味でP D C Aを回せるということになります
が、中期計画は非常に私自身も目を通してわかりづらいの
で、これをバランススコアカードの指標で戦略マップという
かたちで、ビジョンを立てる、目指すべき姿のもと3つの項
目で各々のマップというのをつくりました。

ここからは本日の主題ですが、がん診療体制の質評価
で、われわれの病院がこれに取り組んできた経緯というの
を簡単にご説明しますが、先ほど水流先生がご説明されま
したように、2013年の1月に第1回のアンケート調査があ
りました。多くのアンケート調査が私の方に回ってきます
ので、一応目を通しました。これは、結構なアンケート項目で

す。それで135とい
いますけれど、体制
と運用を2つや
ると、掛ける2で
すからものすごい項目
になります。私は外
科ですからある程
度はわかりますが、
これはどういうこと
かなとかわからな

い項目もあって、システムをやっている副病院長と確認し
たり、あと大腸の専門の担当医師を呼んだりしてやりました。
最初は5～6時間かかりました。

その中で、患者さんのことが結構質問項目に入っている
んですね。それで患者さんに説明して患者さんに同意を確
認した記録があるかと。その当時、いまもそうですが、当然
I Cは丁寧にしますが、患者さんが確認したかどうかとい
うのはまだできていませんでした。患者さんの視点がずい
ぶん多く含まれているということです。あと診療のフェーズ
によってですね。ということで、われわれはもっと診療体制
ということで考えていかなければいけないのかなと、そん
なふうな感触を持ちました。そういうふうなことで、ご協力さ
せていただいて、いくつかの学会発表とか、2回目の調査
のときに栃木県のがん診療連携協議会、そこの協議会の部
会に下ろしましてアンケート調査を依頼しました。

さらにP D C Aサイクルということも念頭に置いてやると

がん診療体制の質評価

栃木県立がんセンターにおける経緯 -その1-

- 2013年 1月21日 「がん診療体制」第1回 アンケート調査 (135項目)
→ 「患者に説明し、患者の同意を確認した記録があるか？」
何やら、重要な観点を含んでいるので協力
- 2013年 8月10日 国立がん研究センターにて打ち合わせ
→ 地域毎のがん診療体制の質評価可能性の検討
- 2013年11月23日 第8回医療の質・安全学会：シンポジウム
(発表：栃木県立がんセンターの取り組み)
- 2013年12月15日 がん診療体制の質評価：第1回 報告会 (発表)
- 2014年 1月15日 がん診療体制の質評価：第2回アンケート調査 (146項目)
→ 栃木県がん診療連携協議会 参加病院へ
アンケート調査協力依頼 (14施設 回答/17施設)
- 2014年 8月11日 栃木県がん診療連携協議会
→ PDCAサイクルの構築 (地域連携・研修部会)
- 2014年 9月28日 がん診療体制の質評価：第2回 報告会

ということで、部会を設立して対応してきています。それで、3回目の前のときに、地域連携の研修部会と、これを検討する部会ですが、水流先生に来ていただいて実際このアンケート調査の意味合いとか実際にどういふふうな回答をするというふうなことでご説明いただきました。それで4回目も対応したという、そんなふうな経緯になっております。

がんの質評価班にも参加させていただいています。現況報告書では、P D C A サイクルを回すということで、がん診療の質評価ということを一項目として挙げて報告をしています。

栃木県に関しましては、県立がんセンターが都道府県がん診療連携拠点病院、あとは二次医療圏ごとに6つの地域拠点病院、国の指定の地域がん診療病院、県指定ひとつ、あと地域の中核病院ということで全部で18の施設が連携協議会に参加しております。

こういう4つの部会のうちの一つの地域連携部会ががん診療の質評価を対応しています。

栃木県がん診療連携協議会

2014年8月11日現在

※ 参加組織

(1) **がん診療連携拠点病院**
 ◇ 拠点病院 (●) 1施設
 栃木県立がんセンター

◇ 地域拠点病院 (▼) 6施設
 那須赤十字病院 上野原総合病院
 済生会宇都宮病院 獨協医科大学病院
 自治医科大学付属病院 佐野厚生総合病院

◇ 地域がん診療病院 (◆) 1施設
 芳賀赤十字病院

◇ 県指定 地域拠点病院 (◇) 1施設
 足利赤十字病院

(2) **県内 地域中核病院 (●) 9施設**
 栃木地区メディカルセンター 国際医療福祉大学病院
 国際医療福祉大学塩谷病院 NHO 栃木医療センター
 新小山市民病院 菅岡記念病院 NHO 宇都宮病院
 小金井中央病院 独協医科大学日光医療センター

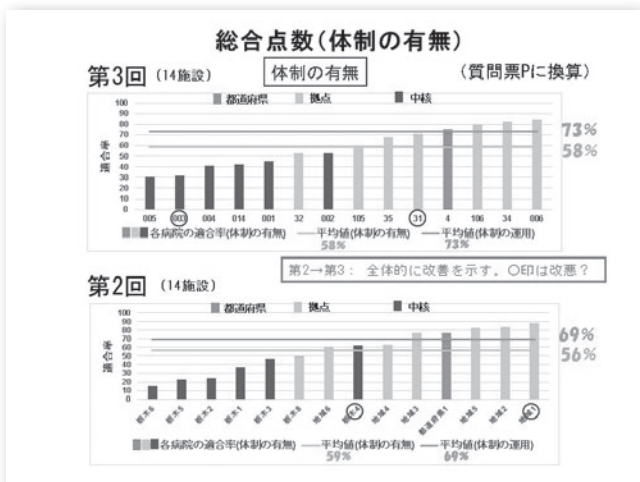
(3) 県医師会 (4) 県歯科医師会
 (5) 県看護協会 (6) 県薬剤師協会
 (7) 県病院協会 (8) 県管理栄養士会

※ 部会を設置して具体的事項を議論する

部会の名称	主な趣 旨 内 容
1) 施設連携・研修部会	がん診療に係る施設連携・研修 (医師、管理職及びコメディカル)
2) 施設ケア部会	施設ケアに関する事項
3) 相談支援部会	がん診療に係る相談支援に関する事項
4) がん登録部会	院内がん登録に関する事項

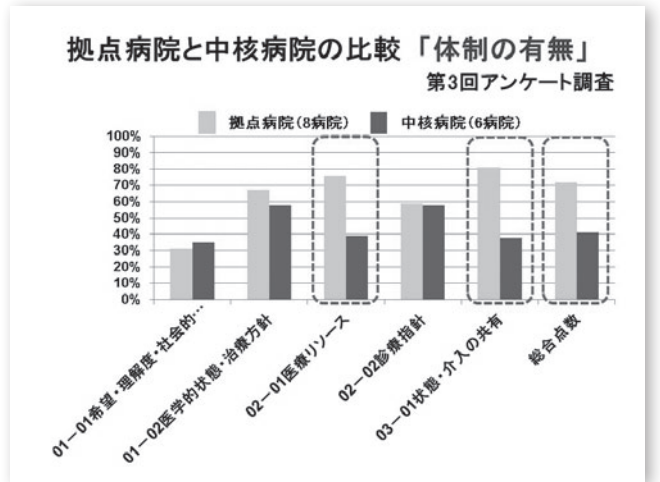
栃木県：人口約200万人
 1つの二次保健医療圏

それで2回、3回、4回の調査ということで、これは簡単に説明しますが、2回目、3回目ということで数値、これが体制で、上のほうの横線が運用です。いずれも運用の方がカバーしていると。2回、3回に比べると若干の改善。この

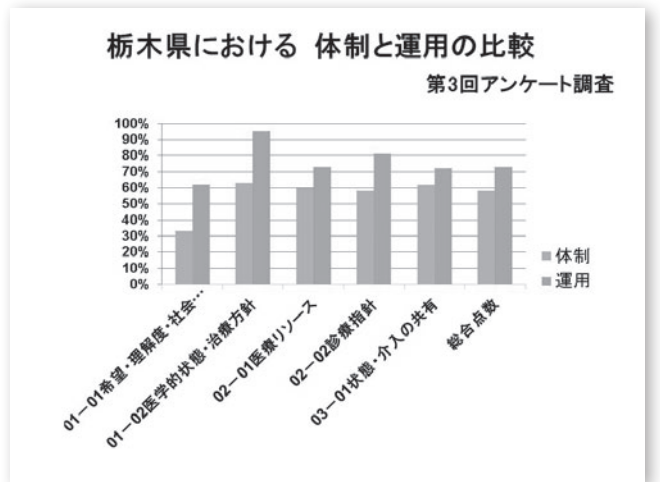


パターンは全体として拠点病院の方が総合点と体制は整備されているかなという、そんな印象はあります。

各々のフェーズの表です。第3回ですが、拠点病院と中核病院を比べてこういうふうな項目で少し差はあるかなと。それでリソースに関しまして、運用となると、先ほどの水流先生のお話ですが、個々の医師の対応でリソースの活用ということはカバーされています。



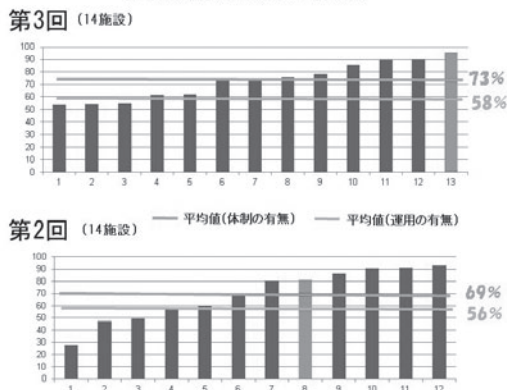
体制と運用ですが、運用がカバーしているというようなことが、各フェーズであります。あとは診療フェーズ毎のデータとか、いろいろあります。体制と運用とか、あとは患者さんの状態に即した介入、共通認識を持つというふうな点で、体制ではまだ不十分だということも出ています。



運用の有無、これは全病院まとめてですけど、当センターは2回より3回で少し運用のところ医師の努力がさらに上がっているというふうなデータです。

この2回、3回のアンケート調査結果ということでまとめますと、医療のリソース、介入の共有等、これは拠点病院の方がやや整備されている。運用のところも同様ですね。あとは患者さんの希望理解度、そういう認識をする体制です。やはりまだまだ体制が不十分であって、最初の時よりも治療

総合点数(運用の有無)



PDCA サイクルに向けた栃木県の取り組み

アンケート調査結果のまとめ

- ✓ がん診療体制の整備(有無)に関して、「医療リソース」「状態・介入の共有」および総合において拠点病院群の方が中核病院群より整備されている傾向が認められた。
- ✓ がん診療体制における運用の実態に関して、「状態・介入の共有」および総合において拠点病院群の方が中核病院群より若干、整備されている傾向が認められた。
- ✓ 患者の希望・理解度・社会的状態を確認する体制において全体的に整備が不十分であり、診療フェーズでは「治療計画立案」「経過観察」において、特に顕著に認められた。
- ✓ がん診療体制の整備(有無)が不十分であるのに比して、運用で補っている傾向が認められた。
- ✓ 第2回アンケート調査に比し、第3回は若干の改善を認められる部分もあるが、ほぼ同様の傾向であった。

計画、立案、経過観察、治療が終わって外来フォロー、そういうところで、整備が不十分だということで、運用が補っている。2回より3回は若干の改善と。

4回に関しましては、病院別のプロフィールというのがあったので、それを簡単に説明します。2回、3回、4回ですが、これは大腸がんのアンケート調査ですが、2回、3回は14施設が回答。4回は16施設が参加で、Aファイルに関して15施設が回答していただいています。

それですまず大腸がんに関しまして、やはり各々の施設の

回答ファイル別 病院数

アンケート調査	第2回		第3回		第4回	
	A	P	A	P	A	P
都道府県	1	0	1	0	1	0
地域(県指定/国がん診療病院を含む)	2	4	7	0	7	0
がん診療中核病院	4	3	6	0	7	1
小計	7	7	14	0	15	1
計	14		14		16	

診療体制というのはやっぱり差があります。病床数もそうですが、手術症例数、大腸がんの担当医ですが、これはあくまでも私の推測のところ、大腸外科専門というふうなところでやっている施設はあると思いますが、他の病院は一般消化器外科が疾患を担当している。そんな状況もあると思います。

症例数は今年のもので、これは大学ですが、大学が他の施設よりもやや高いと。そんなふうな状況である。やはり診療体制の違いということも念頭に置いておかなければいけないと思います。

それで、施設プロフィールというアンケートの調査にあります。コメントシートですが、わかりづらい点ということで、各々の項目でどういう記載、理解の確認が必要ということで、毎回こういうようなアンケートの項目があるということが少し戸惑っているということだと思います。

あと症例プロフィールですが、体制と運用のところ、運用のところ、例えば合併症がある患者さんをひとつあげてということですが、なかなかそれに関してどの症例を選んだらいいかということがわかりづらい。場合によっては複数症例を選択しないと、その患者さんにしっかり情報を提供できるか、体制とかも、把握が難しいんじゃないかというコメントがございました。

第4回 施設プロフィール「コメント・シート」

分かりづらい点など

16施設のうちコメント記入6施設

- ・ 確定診断、病期など各項目ごとに同意と記録/理解の確認が必要。
- ・ 症例プロフィールの入力の仕方・意義が不明
どんなに症例を選んだとしても非該当の項目が多くなってしまうので患者選択に難渋する。項目によって、複数症例を選択しない、当該が必要な情報提供を患者に行っているか、情報を保護しているかどうか把握困難と思われ、今回行ったデータ分析のみでは過小評価になっていると懸念。

改善すべき点

- ・ 患者状態を把握していることを文書化して残すこと。
- ・ 患者説明と同意に関して、今後は必要に応じて書面でのカルテ内保存が必要と思われる
- ・ 定型記録文書がなくカルテと患者の両方で共有する体制が整っていない。定型文書を作成する必要がある。

その他

- ・ 質問項目、選択肢があまりに多く、時間がとてまかります。

回答使用時間: 平均値 110分; 中央値 90分; 範囲: 40-300分
(回答施設数 14/16)

改善すべき点ということもアンケートをまじめに答えていただけたらいい意味合いは皆さん理解します。この患者状態を把握していることを文章化しなければいけないんだとか、説明同意に関してカルテ保存、書面でしっかりとるか、あるいは共有体制ですね、そういうところに関しては、しっかり意識づけはされているのかなとは思いますが、それが実際改善の方向で施設として、あるいは診療科としてやっていくというのは、この回答していただいた先生方がそういう動きをするかどうかとはまた別の話かなと思います。あとは時間です。アンケート調査の時間で平均2時間近く、中央値は90分です。

それで代表的な項目のキャンサーボードに關しましては、先ほどの四国の説明は、ひとつの典型的なことを病院全体で討論するというか、議論するのがキャンサーボードとして一般的ですが、ここでは普通の術前カンファレンスも入れてもいいということで、多くがそんな意味合いで回答しています。

共有に關してはあまり理解されていないというのが多い。担当医の不足が4つの施設である。大腸がんの化学療法等に医師が関与するか、そのへんの医師不足ということです。コメディカルの不足。あとは事務局機能というのもこれはこのアンケート調査を回答するにあたって、事務局がどこまで関与するかとか、そういうふうな意味合いもあると思います。

質問: キャンサーボード 回答施設: 15

1=大いに当てはまる 2=やや当てはまる 3=当てはまらない

	1	2	3
1. 多職種・診療科間で情報共有を行う必要性が十分に理解されていない	1	10	4
2. 大腸がん手術担当医の不足	1	3	11
3. ほか診療科の医師不足	4	9	2
4. 薬剤師、看護師、その他コメディカルの不足	3	7	5
5. 開催・運営にかかわる事務局の機能の欠如もしくは不足	5	7	3

あとはリンパ浮腫のことが書いてあります。当センターも基本的には計測していない方に入ります。大腸がんの薬物療法、ほとんど全部が実施しているわけですが、この質問でタキサン系の薬剤を使用しているかということで、多くの拠点病院は実施していないと書いています。タキサン系の薬剤は大腸がんでは使用しません。他の部位でタキサン系を使用することもあるが、この質問の意図がわかりませんというコメントもありました。

質問: リンパ浮腫/薬物療法 回答施設: 15

3=術後は発症疑い/確定の場合に計測し、以降は定期的に測定 4=計測していない

	3	4
6. がん手術の前後に、リンパ浮腫の診察を目的として肩胛計測を行っていますか?	3	12
7. 大腸がんについて薬物療法を実施していますか?	15	0
8. 薬物療法を実施している場合、タキサン系薬剤使用	9	6

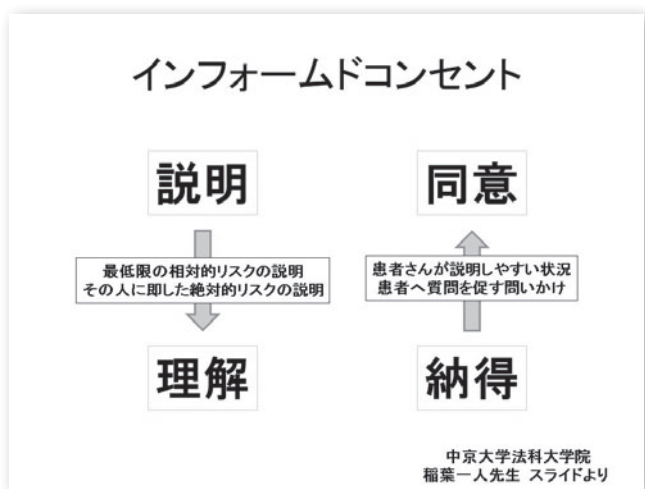
大腸がんでは使用しません、他部位のがんでは使用します。質問の意図がわかりません

それであとは当センターでの診療体制の質、評価の対応ということで簡単に説明します。

インフォームドコンセントの観点からの体制づくりということで、インフォームドコンセントはご存じのように説明・理解・納得・同意ということです。

電子カルテを利用してということで各々の診療フェーズによって患者さん、ご家族に説明。それでワードとエクセル機能を電子カルテと連動させてIC機能にする。患者さんには多職種で対応していくというのがひとつのかたちだと考えています。

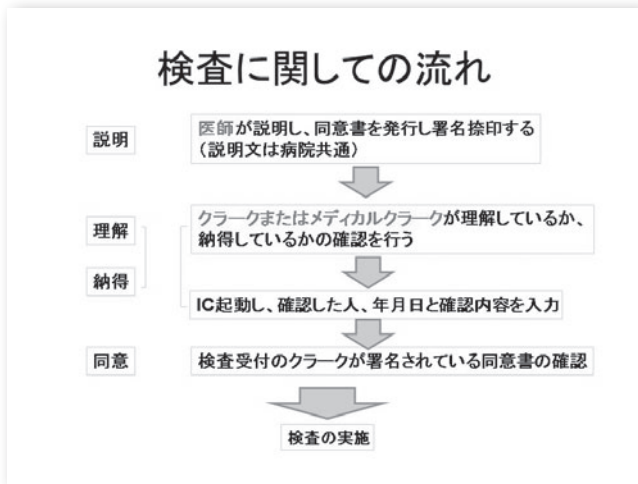
先ほどのアンケート調査のリソース1のいくつかの検査項目、あるいはそういう項目がございます。



ということで、こういうふうな説明同意書が報告されて、ICを起動しますと、理解・納得・同意ということで、診療説明のフェーズによって、理解・納得・同意と、そういうふうな私たちで電子カルテを昨年3月に更新しましたので、そこでシステム的には対応しています。

氏名	日付	診療科	ステータス
...	2015-09-03	...	完了
...	2015-02-17	...	完了
...	2015-02-17	...	完了
...	2015-02-17	...	完了
...	2014-11-11	...	完了
...	2014-09-05	...	完了
...	2014-09-05	...	完了
...	2014-01-22	...	完了
...	2014-01-16	...	完了
...	2014-01-10	...	完了
...	2014-01-09	...	完了
...	2014-01-08	...	完了
...	2014-01-08	...	完了
...	2013-12-24	...	完了
...	2013-09-25	...	完了
...	2013-09-11	...	完了
...	2013-09-11	...	完了
...	2013-09-11	...	完了
...	2013-09-03	...	完了
...	2013-04-03	...	完了

検査の流れということで、これは一般的に説明・理解・納得・同意でいまはメディカルクラーク等を使って、確認とかそういう作業をしています。しかし手術とか侵襲的なこと



に関しては、やはり医師がある程度関与しなければいけない。当初は認定看護師が同席してというかたちを作ったのですが、マンパワー的にはまだ無理だと、そんなふうな状況です。あとはインターネットでシンクライアント技術、電子カルテの端末でインターネットを参照する、電子カルテの中に入れて込んで、患者さんの説明のところで、パワーポイントを使ったり、当センターのホームページ、あるいは肝臓学会のガイドラインにアクセスしてという、そういうふうなところで活用をしているという話です。

いまの全体の流れのまとめになります。

あとは将来的に外科学会のナショナルクリニカルデータベースとかそういう登録なんかに活用していくということです。

まとめ

- ひな形説明文書を作成していることにより、医師毎の説明文書ではないので、説明の質が担保される。
- ひな形説明文書に患者個人の情報を記載することにより患者個別の説明文書とすることができる。
- 医師の説明後に検査の場合には理解しているかどうか、納得しているかどうかを多職種で確認することができる。
- 治療の同意書に関しては徐々に理解、納得を認定看護師に行ってもらい、がん患者指導管理料1を確実に算定できるようにしたい(まだ不十分)。
- 状態認識を行う体制の整備がある程度行われたと思われるので、実際に行われているかのチェックをDWHから今後調べてみる必要がある。
- 診療中にインターネット上のリソースを利用できる環境を作った。
- NCDなどインターネット上で患者登録することが多くなり、利便性がかなり向上した。

今年度大腸がんに関しまして、昨年度と比較して数値が、これは体制の有無や運用もそうでしたが、表記が少しバケで正しく出ていませんでした。ここで体制に関して提示したかったのは実際の患者さんの希望とか、確認ということで、「がんになったら手に取るガイド」というふうな、がん研究センターの班研究でわたしも参加したんですけど、「わたしの療養手帳」ですね、そういう患者さんの記録とかわからないものを質問することがありますから、こういう印刷物で手

体制の有無<適合率> 大腸がん 2014年度→2015年度

評価項目	01 患者状態を把握する体制	02 患者状態二回以上の介入を要する体制	03 患者状態介入内容を看護師が把握し、記録し、共有する体制
01 がん診断	適合率 56%→70%	5%→100%	38%→78%
02 治療診断	適合率 68%→75%	0%→100%	25%→78%
03 治療計画立案	適合率 38%→42%	0%→100%	50%→100%
04 治療介入	適合率 13%	0%→100%	100%
05 経過評価	適合率 78%	0%→100%	33%→80%
06 経過観察	適合率 17%	0%→86%	100%
合計	54%→61%	1%→98%	44%→83%

渡すのか、どういうふうな説明をするのかというのは、やっぱりまだこれからの検討課題かなと思っています。

わたしの療養手帳

http://ganjoho.jp/data/public/qa_links/hikkei/hikkei_02/files_02/TO_all.pdf

実際の運用というところでもずいぶん活用されていますけれど、2014年度の回答選択でやや不適切な表示がありました。それで、先ほど水流先生がお話しになったように改善管理ツールですが、これは印が付いているところをクリックすれば、表示されますので、今年の4回はこれをもうちょっと活用してまとめていこうと思います。昨年のところではこの改善ツールがなかったのが、各々の質問への対応というのがいちいち戻らないといけなくて、ものすごい手作業がかかりました。

今年はこちらを活用していきたいと思っていますが、まだまだ5万円の提示の意味を理解してなくて、都道府県拠点病院のわれわれが5万円でやると他の参加してくれた施設のデータも全部入ってきて、まとめるのに便利かなと思っていました。各々の拠点病院とか中核病院もやはり5万円で買って、各々のデータを振り返ると、それで持ち合って先ほどの研修部会とかで議論にという、そういうストーリーらしいので、私はこれから研修、地域連携の研修部会とかで、そのような活用をお願いする、そんなふうな役目もしていこうと考えております。

まとめますと、共有するということと、施設での違い、あとはシステムが無理でもいくつかの既存の資源を活用する、あるいは改善、管理ツールということで、われわれの病院では地域連携の研修部会で、それを検討していきたいと、そんなふうに考えています。

PDCA サイクルに向けた栃木県の取り組み

今後の対応

- 栃木県がん診療連携協議会 地域連携・研修部会において今回の結果を共有する。
- 手術件数・医師数など診療体制の違いによる影響を把握する。
- システム構築での組み込み、既存資源（わたしの療養手帳）など対応策を提示する。
- 「改善管理ツール」の活用により問題点・計画性が見える化を部会として共有する。

上記を踏まえ、PDCAサイクルを回すことで、がん診療体制の質の向上・均てん化を目指す。

う話もありました。

とにかくサービスは提供します。そのサービスを受けたいところはどうぞお使いくださいということです。本当は清水先生たちのように地域で回しているところがあったりして、地域全体のものをその中でやってあげたいんですが、ちょっと本当は現実的にはそれは不可能になるので、5万円ということで提案しているという状況です、ご理解いただければと思います。

(清水) 私もまだ使いこなしていないんですが、うちが見たのは低い数値のところをやって、質問項目が出て、昨年と比べてずいぶん違うなど。実際他は、改善計画ですね、タイムスケジュールののっかって一つひとつ入れ込むと、こういうふうなタイムスケジュールでやっていきなさいというご指導もいただけるツールなので、本当に使えればわれわれの病院とか地域には役に立つかなと、そんなふうには感じています。

(加藤) ぜひこういうものもあるということは参考にしてもらって今後の検討に使ってもらえたらと思います。

Q&A

(国立がん研究センター・加藤) 今回、県内で共通で例えば先ほどのご紹介でキャンサーボードの状況など課題がお互い共有できたと思うんですが、県の中でこういうことについて、取り組んでいくとか、こういう課題解決に向けて話し合うようなことはなされていく予定なのでしょうか。

(栃木県立がんセンター・清水) 最初に言い訳したように、時間が取れなくて部会を設定できなかった、来年度、4月下旬から5月ぐらいにかけて部会をやって、いまのご指摘のところを提示していきたいと、そんなふうに考えております。

(加藤) ありがとうございます。

(東京大学大学院・水流) 改善管理ツールは、Aファイルと呼ばれて146項目を調査したところしか使えないものです。それに体制の有無と体制の運用と両方答えてもらうといういろいろなことができるようになってきているという。参加した病院のデータを全部集めて、散布図にして、それをまた入れ込んであげて、あなたの病院の、前回調査があれば、前回から今回の変化率みたいなものを出して行って、それをがん種別にまたお渡しするということなので、緻密に作業工程をどのぐらい掛かったかやってみたら、5万円でも、ということなんです。いま厚労省の方で例えばがん拠点病院のPDCAを回すための経費として組まれるようであればそのままお渡しできるわけですが、いま研究的にやっているものですし、研究メンバーから見た時に、自分たちがこの作業をして入れ込むことを考えたら、出張に行く経費といっしょだとい

がん診療評価指標(Quality Indicator)の研究

国立がん研究センター 東 尚弘



私からは、がん登録部会Q I 研究Quality Indicatorということで、これまでの話とはまた違うお話をさせていただきます。がん登録部会Q Iとは何か、1枚のスライドにまとめるとご覧のような感じになります。

都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会というのが全国の都道府県拠点の会ですが、この下の組織でがん登録部会というのがあります。その活動としてQuality Indicatorを測ってお返すというのががん登録部会QIです。

測定のベースとなるのががん登録ですので、院内がん登録の提出をいただいている施設については拠点以外の方も参加可能です。具体的作業としてはこの院内がん登録に対してD P Cのデータをリンク可能なかたちに加工してわれわれの方にいただき、それを使って標準診療の実施率

を、項目数は少ないのですが計算してお返すということをしています。

結果は、施設毎にホームページ上でデータを載せて、施設の方でアクセスしていただければ結果がわかる、その比較もできるというかたちを取っております。

現在の参加状況ですが、平成25年から始めさせていただいて、今年で3年目になっております。一番新しいデータは2013年の診断症例に関して参加を募集したところ、297の施設でデータを出していただくということが完了しました。

そもそも、がん登録部会におけるQ I 研究というのは何かといいますと、がん登録部会の設置要領の中に規定がありまして、部会の活動の中で院内がん登録と関連したQ Iというのはやっていくんだということが定められています。ここを根拠にして、このQ I 研究をさせていただいております。ただ参加自体は強制ではなくて、自由参加です。

都道府県がん診療連携拠点病院協議会 がん登録部会QI研究

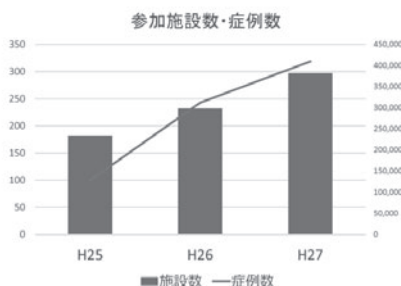


- ・全がん診療連携拠点病院へ参加募集
- ・院内がん登録提出施設は拠点以外でも参加可能
- ・院内がん登録をDPCとリンク可能な形で収集
- ・定められた標準診療実施率(QI実施率)を計算
- ・結果は施設毎にWebでフィードバック
さらに標準を行わない理由の入力と集計返却

(がん登録部会へ結果を報告) ・参加施設は、参加証明書を発行



参加状況



・ H25 : 2011年症例、H26 : 2012年症例、H27 : 2013年症例

がん登録部会におけるQI研究の位置づけ

都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会
〈がん登録部会設置要領〉

第2条 部会は次の事項について、情報を共有・検討する。
ア 院内がん登録の標準化および普及に関すること。
(中略)

オ 院内がん登録と関連したQuality Indicator (QI)の収集に関すること。
カ がん登録に関連した研究に関すること。

ここでいうQuality Indicatorというのは何か、Quality Indicatorをそのまま訳すと質の指標ですので、いろいろな取り方があると思いますが、このがん登録部会でやってい

るQuality Indicatorは、プロセス指標ということで、その中でも標準診療の実施率を測って、それをQuality Indicatorの質の指標としようということにしています。

実施率ですので、標準診療の適用のある患者さんのうち何%が実際にその標準を受けているかということ割合として出して、それをもって一応質の指標としようということにしております。

目的としては、2つ考えています。がん診療の質の向上につなげるというのは一番大事なところで現場で役立てる。本日のテーマであるPDCAでいえば、自施設のPDCA、もしくは地域でのPDCAに役立てることを想定しております。ただ、それだけではなくて、データを活用することでがん対策全体にも役立てていきたいということを考えております。

そもそも、Quality Indicatorとは

- QI-プロセス指標（標準診療実施率）
実施率 = (標準診療を受けた患者) ÷ (標準診療の適応のある患者数)

(目的)

- 標準診療実施率を全国の拠点病院で測定することで
 - がん対策に役立てる
 - 全国値や標準診療実施率の分布
 - 高齢者の受けている医療実態の記述
 - がん診療の向上につなげる
 - 診療ガイドラインへの資料（アンケートの補充）
 - 臨床現場で役立てる（自施設のPDCA、地域毎のPDCA）

5

ここではQIは標準診療実施率ということでやっておりますが、よく聞かれる質問が、生存率でやるのがいちばん、質の評価なんじゃないかというふうに言われます。確かに生存率というのは非常に重要な指標ではあります。しかも5年経った後に生きているかの割合ということで非常にわかりやすいわけですが、ただ、PDCA、継続的な改善ということに使うためには少々問題があると思っております。

理由は大きく分けると3つあります。ひとつは5年生存率といういつの診療の話かということです。単純に考えると5年前の診療かもしれないということになるのですが、5年前の診療をいま見て、それを改善しようとしてももうすでにスタッフも代わって、標準診療自体も実は変わっているかもしれないということもあります。そのへんのタイムラグは改善を考えた時に痛いです。

次に5年生存率を拠点病院で集めてそれを報告することにしてはいますが、なかなかここまで進まなかったというのは、やはり予後を追跡することが非常に難しいということがあります。5年生存率ですので、5年後の予後という、患者さんが引っ越されているかもしれませんし、どこか

別の病院に転院されているかもしれませんので、系統的に評価を捕捉するのが難しかったということもあります。


最後に、5年生存率。生存率はアウトカムの評価ですので、施設毎の患者さんの状態がもともと違うと、どうしてもその、そこから考えなければいけなくなってしまいます。もともと重症な患者さんが多いとか、高齢者が多いということであると、生存率は当然悪くなる、そういうことを考慮し始めると、数値の解釈に始まり、どういうふうに改善していくのかということが非常に難しくなるということです。

そのような点を考え合わせると、生存率は重要ですが、やはりプロセス指標を考えていくことが、PDCAの継続的な改善につながるのではないかと思います。

生存率ではだめなのか？

数値の意味はわかりやすい、でもPDCAのためには問題が・・・

- 5年生存率は、いつの診療の結果？
- 予後追跡の難しさ（追跡不能が多いと生存率が高く算出）
- 施設間で患者の状態が違う
A病院：高齢者が多い、B病院：糖尿病が多い、など。

 生存率は重要だが、プロセス指標も重要
特に、タイミングの面でPDCAにはQIの方が良い

6

次に、なぜ標準なのかということをよく聞かれます。言い換えれば、質が高いというのは、先端医療が提供できるということではないかと言われることが多いのですが、そんなことはありません。なぜかという、先端医療というのはリスクとベネフィットのバランスが確立していないもので、これが確立すれば標準になります。標準とは、いまわかっている一番いいリスクバランスの治療ということが言えると思います。何も標準は「並」の治療というわけではなくて、いまわかっている一番いいものというふうに考えていただければ、

なぜ「標準」なのか

「良くある質問」 先端治療の方が質が高いのでは？

そんなことはありません

本質的に・・・
先端治療は効果が確立していない

確立したら、標準になります。

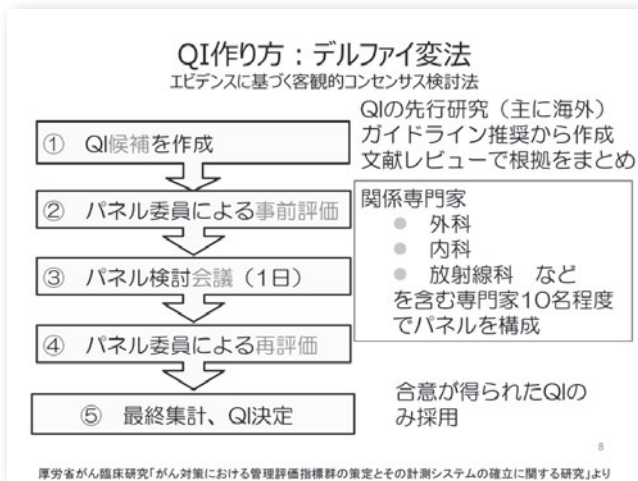
7

なぜ標準を見ることが大切なのかということが、見えてくるのではないかと思います。

先端医療というのは聞こえもいすし夢もありますが、統計的に先端医療として臨床試験に入ったものが最終的に何%ぐらい認可されるのかといいますと、11%とか15%とかそういう統計も出ているぐらいですので、新しいものは、夢はあるけれど、そこを測って質としようというところには少し遠いと言えると思います。

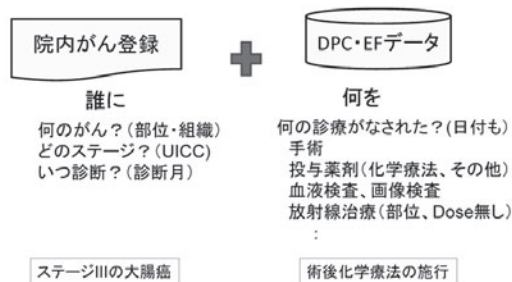
次にQ I 標準といっていますけれど、その標準の項目をいまどうやってつくるのかということのひとつのスライドにまとめてみました。国際的に決められた手順がありデルファイ変法という名前がついています。まず検討グループをつくっていろいろな専門の先生方に集まってもらう。その先生方にQ I の候補を作成して、これは専門家の先生方に作成してもらってもいいのですが、ガイドラインをもとに作成したりとか、お互いにつくったものを事前評価していただきます。

その事前評価をもとに会議をして、その事前評価の集計で意見が分かれたのは、なぜ意見が分かれたか、どうしたらQ I として良くなるのか考えてもらいます。それができたところで、もう1回評価していただいて皆さんがいいと、これはQ I として使っていいというふうに合意が得られたものだけを採用する。そういう手順になっております。



次に今回がん登録部会でデータを収集して、測定している手順ですが、このデータ源は最初に申しあげたとおり、院内がん登録と、D P C のリンクデータを使っております。そもそも院内がん登録というのはがん登録ですので、がんになった患者さんのリストがここでわかる台帳のようなものです。これにリンクしてD P C のデータをつけてあげると、D P C のデータは基本的にはレセプト請求データといっしょですので、その患者さんに何が行われたかということがわかります。例えばステージ3の大腸がんの患者さんで術後化学療法の施行がされたのかということが、これを組み合

データ源：院内がん登録とDPCのリンク



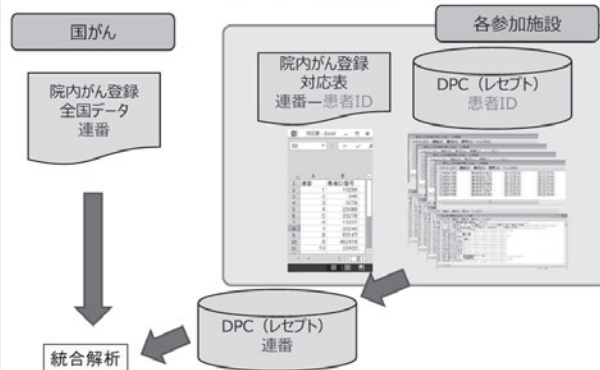
わせるとわかるということになります。

そういうデータをつくるためにデータ収集のプロセスがあります。国がんの方で院内がん登録の全国データを集めさせていただいておりますが、こちらは匿名IDがついたデータです。そこで、この匿名IDを各施設の中でD P C につけていただくということをしております。

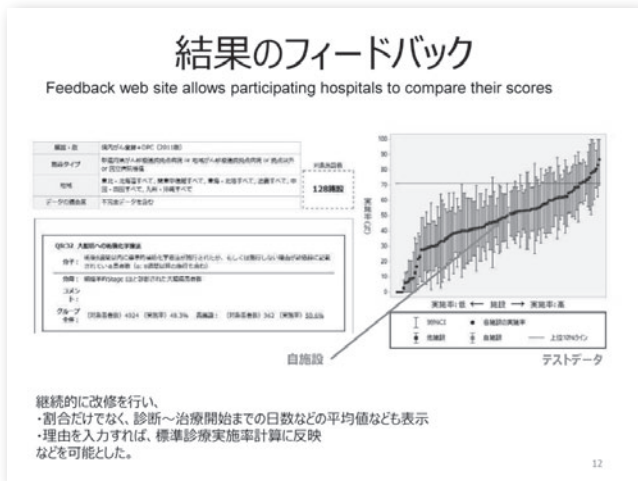
D P C のデータは膨大な量になりますので、手動では非常に大変、ほとんどできませんので、基本的にはソフトをお配りして、院内で、D P C のデータのもともとの患者IDを連番に置きかえるということをしていただいております。院内がん登録はこちらに出す時に、対応表というのがいっしょに出てくるというか、院内に残るようになっておりますので、それを読み込んでD P C に連番をつけて、こちらにいただいて解析をするわけです。

これはお配りしていないスライドですが、5がん+支持療法に関するQ I が測定されています。ステージ3大腸がんの化学療法とか、肺がんのステージ1~2の非小細胞肺癌に対する手術(もしくはステージ1 定位放射線)とか化学療法で嘔吐の副作用が高リスクである抗がん剤に関する散剤の予防的な制吐剤の投与などの標準診療の実施率というものをここで何%というかたちで算定しております。

データ収集・解析の流れ

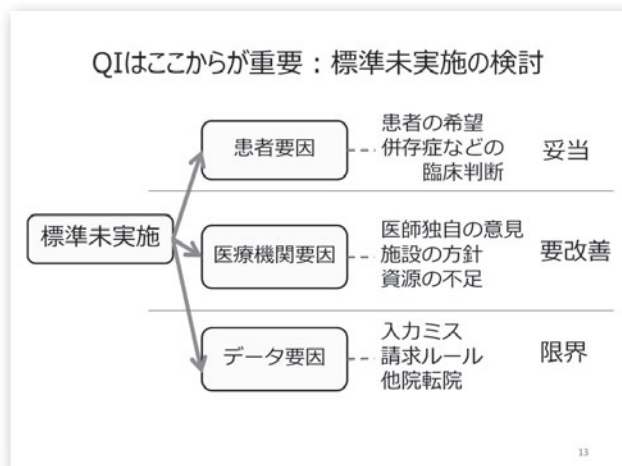


この結果を、各施設でフィードバックをしております。それぞれの参加施設に、IDとパスワードを配っておりますので、それで結果のホームページにログインしていただくとグラフのようなかたちで、先ほどの数字も施設別に出ます。グラフで他の施設がどういった分布なのかというのは、点の分布で自分の施設だけ色が付いて、他と比べて自分の施設が、どんな感じの実施率かということがわかるようになっています。



このQ I 活動は最終的な評価というためにやっているわけではなく、むしろQ I はここからが重要だと考えております。標準診療が未実施だった場合、どういう原因があるのかというと、大きく分けておそらく患者さんの要因、併存症があったりとか、標準はわかっているんだけど患者さんが希望されたということでやらなかった、もしくは医療機関などの要因、施設の方針が標準とは違う方針を持っているとか、医師の独自の意見というのがありますし、あとは資源が不足しているからできなかったというのもあるかと思います。

またデータ要因もあります。このQ I は院内がん登録とD P Cのデータを使っていますので、他の病院に行っても行われたらそれが捕捉できません。そのへんはデータの限界があります。このように、未実施だということがわかった場合



には、その次の原因を考える。ここが本当のQ I の活動になるかと思います。

そのためにこのQ I では標準が適用、つまり分母に入ったにも関わらず、分子の標準診療が行われていなかったという、患者さんのリストをまたお返すようにしています。リストは匿名の番号ですので、それぞれの施設の中で、いろいろ、もとの患者さんに戻するためには対応表を見ていただかなくてはなりませんが、そうして吟味して、さらにその理由を入力していただければそれを集計してお返すという活動もしております。

さらに最近フィードバックのホームページを変えまして、この理由が、併存症であるとか、転院したためとか、そういう理由であれば、ちょっとボタンを追加して切り替えると、標準を実施したのと同じように計算されてフィードバックされるというものもつくっております。

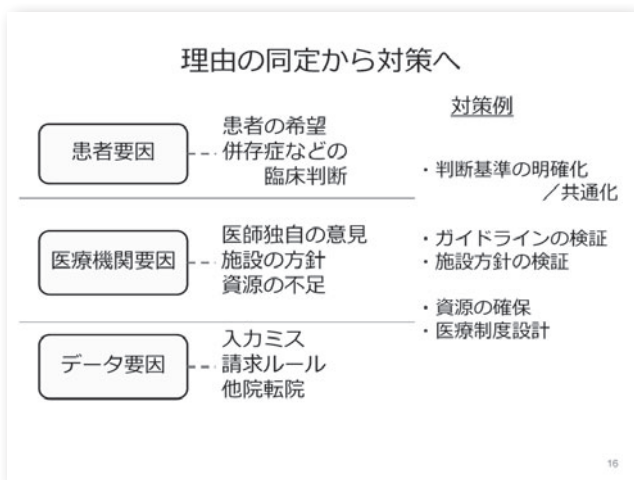
まだ計算途中なのでできていないのですが、標準非実施の理由調査があります。先ほど少しご紹介した嘔吐の高リスクの化学療法に対する予防的制吐剤の実施で、いろいろな理由を挙げていただいています。この理由の入力は、これも自由参加で結構大変な作業になりますので、やれるところだけやってくださいということで、ここはもう33施設だけがやっていただきました。標準が未実施だった患者さんの中で、本当はデキサメタゾンが標準というふうにあったのですが、他のステロイドを使ったというのが7%であったりとか、あとちょっとデータの問題があって例えば実施入力をしていなかったからD P Cに乗ってこなかったとかそういうのがあったりとか、そういう部分もあることがわかります。



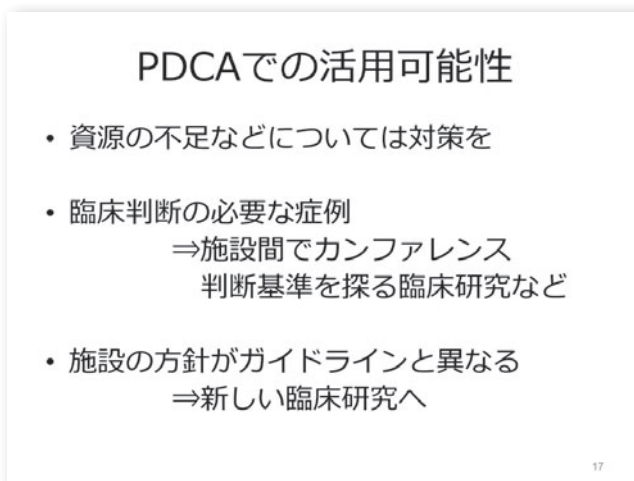
というような感じでいろいろ理由を見ていただければ、その対策というのが浮かんでくるのではないかと思います。患者要因の場合は、それは仕方がないでしょうというお話をしましたが、その判断にはいろいろあるでしょうから、もしその判断基準を例えば明確化する、共通化するようなこと、といったことも今後この活動をもとにした対策ということで

できるのではないかと思います。

あとは先ほど言ったガイドラインの検証とか資源の確保というのも対策に含まれるというふうに思います。

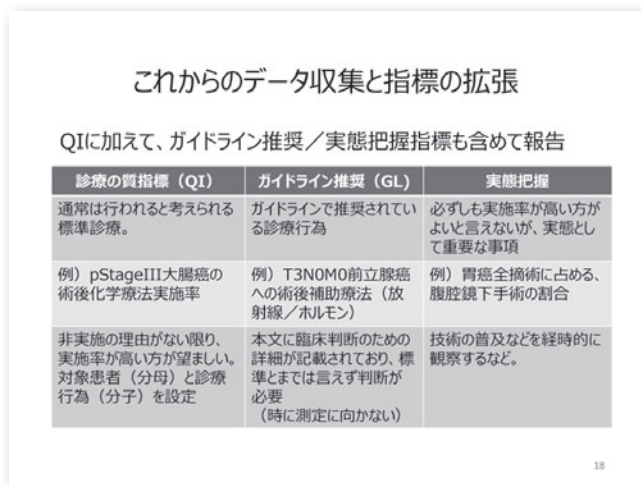


P D C Aでの活用ということでは、資源の不足は対策をとということですが、臨床的な判断というのは、これは施設間で、もしカンファレンスをしていただいたりとかすると、判断基準を探るといような研究等にもつながるかもしれません。例えば高齢だったら化学療法をしないということは当然あるとは思いますが、では何歳までだったらやるべきなのか、やれるのかとか、そういったこともちょっと考えていただくと均てん化という意味でいいかもしれないというふうに思っております。

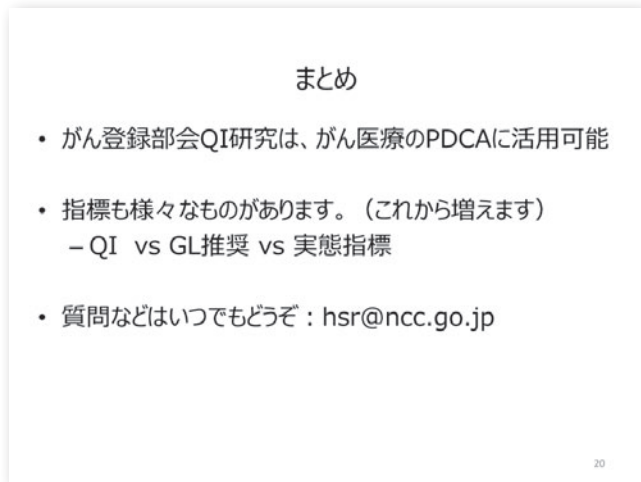


今後、Q Iに関しては、先ほどのデルファイ変法でつくった非常に決められた硬いQ Iだけではなくて、少しガイドラインに書いてある推奨の実態としてどうなっているのかというようなことを測ってみたりとか、それ以外にも実態としては例えば胃がんの腹腔鏡手術の割合とか、そういったものは検討すべき実態ということで、測定してフィードバックをするなり情報として出していきなりということをしてほしいというふうに考えております。

それ以外でも、診断から治療までの待ち時間であるとか、周術期抗生剤の種類とか、Q I以外の面でもデータを取っておりますので、そのフィードバック等も行っていきたいと思っております。



ちょっとかけ足になりましたが、がん登録部会Q IのデータというのもP D C Aのデータ源になり得るということをご紹介させていただきました。指標も今後増えてきます。いまQ I自体ももう少しD P Cでも取れるようなものをつくらうということで、学会の胃がん学会の委員の先生方へお願いしたりとか、活動しておりますので、今後、よりいろいろなものがフィードバックできるようになるのではないかと思っております。これまで通りデータをいただいてフィードバックするというのは基本ではありますが、今後その各施設、各地域でいろいろな課題があると思いますので、そこに合わせたこんなデータがあったらいいなというのがもしあれば、ご相談いただければ、こちらのマンパワーの許す範囲でお応えしていきたいというふうに思っております。



Q&A

(質問者) 基本は、ベースは施設に返すということだと思うんですが、現時点で都道府県拠点に対して県内のデータをまとめて返すとか、そういう取り組みはされていますか？

(国立がん研究センター・東) 基本的にはこれは研究ベースですし、各施設から参加していただいてやっているものですから、もちろん各施設が了解してここの病院に都道府県拠点にデータを置かせてくださいと、渡してほしいという依頼を受ければもちろん渡しますが、それがなくてお出しするということはないという方針にしています。

(質問者) いまのところそういう依頼は来ていませんか？

(東) ないです。

(質問者) もし都道府県単位で、この県はひとつまとめて県内で共有しますという話にもなったとすると、県内の特別な集計とかが、県内でわかりやすくフィードバックすることは今後可能性としてはありそうですか？

(東) 県の中でやろうと思えば、フィードバックのホームページ上で県を選ぶ画面がありますので、そこだけクリックして自分の県だけ限定をかけて検索をかけていただければ、県内の値と県の中での比較はできるようになっています。もちろんそれ以上の要望があれば、こちらで対応はしようと思っていますけれど、ご指摘の点に関しては、すでにいまの段階で一応できます。ただし、2つしか参加していない県とか出すと相手がわかってしまうので、3つ以上参加の県だけが出るという、そういうかたちの制限をかけています。

(質問者) いろいろQ I 調査もありまして、ポイントの置き方というのは違うと思うんです。例えばD P Cの方からQ I を引っ張ってくるとか、N H Oで、ひとつのインジケータを決めましょうとやってそれを全国的に見ていくとか。なるべく負担を軽くしてもらうとか。例えばわれわれが参加している水流先生も結構詳細なデータが要ることがありますね。だからそれぞれのQ I 研究の持っているいいところと悪いところとか、それをわれわれはどう考えていったらいいのか。結構たくさん出てきますね。それを全部せいの!でやるのがいいのかというのがありますし、われわれの負担の方とどうバランスを取ってどのへんに落とすところを持っていけばいいのかというのは、ちょっと迷うところがあるんですが、それを教えていただければ。

(東) そうですね、難しいところだと思います。どれに参加するのかとか、おそらく参加できるところは参加していただいたほうがいいんじゃないかと思いますが、問題意識によると思います。自分の施設は何か、ここは悪いんじゃないかとか、全体としての統一が取れていないんじゃないかとか、ということが問題であれば、それを見るようなQ I 活動に考えていただければいいでしょうし、診療内容をみんなで見る

場がないね、ということが問題意識になるようでしたら、がん登録部会Q I に参加いただければその診療内容をお見せすることができると思います。そのへんは各施設の判断なんじゃないかとかとは思いますが。

(国立がん研究センター・加藤) そういったご意見はやはりいろいろなところからいただいております、私たちの今後の使命としてはどのQ I というか、どの指標は何が測れて、何がよくないのか、悪いのかなど、そういうような比較できるような何か、少しものをまとめてそれで各施設、各県で、自分たちはどれを使おうかという、そういったことがわかりやすくなるというなと思っています。全部やるのはさすがに大変だと思うので、自分たちの課題に沿ったいいものを選んでもらいやすくなるように少し考えております。

(質問者) 先生方がやられているこの研究はともかくデータを提供するわれわれの仕事量が非常に少なくて大変ありがたいと思っているところです。ぜひ進めていただきたいと思っております。その上で、質問ですが、インジケータをこれから最も精度の高いインジケータの設定が一番難しいと思うんですが、こちらとすればもっともっと増やしていただきたいと思っています。そのへんの見通しに関して教えていただけないでしょうか。

(東) Q I、インジケータを増やしていくということについては各学会にアプローチをさせていただいて、その学会もつuckingしているガイドラインの内容としてこれを測るのがいいといったご提案を伺うようアプローチをしています。

今年度は、肺がんと胃がんをやっていたんですが、来年度は子宮頸がんをやろうかということを考えていまして、あと前立腺がんについてもちょっと検討はしているんですが、まだ実現ができるかどうかはわからない状況です。

(国立がん研究センター・若尾) いきなりふって申しわけありませんが、増田先生に沖縄の取り組みをちょっとご紹介いただければ参考になるのではないかと思います。

(琉球大学医学部付属病院・増田) 琉球大学がんセンターの増田です。東先生がいまご発表されたのは院内がん登録と、E F ファイルをリンクさせて基本的には自動的にといたしますか、データをリンクさせて自動的に出るQ I を見ていらっしゃるということですが、私たちのところはほぼ同じQ I をつくり、通称「手間ひまQ I」と呼んでいるんですが、カルテから直接、データを取りまして、それでQ I を測定しております。

沖縄県は拠点病院が3つしかありませんで、その3つと、もうひとつ一般病院というか、がんをよくみている病院の4施設で、そこに院内がん登録の指導者がいるものですから、その4施設で測定しております。具体的にはさっき言いましたようなステージ3の大腸がん術後化学療法というのが入っているかどうかに関しまして院内がん登録とE F

ファイルですと、実際には高齢者だったとか、合併症があったとか、術後にトラブルがおきたとか、治療が8週で過ぎてしまったとか、というのはたぶん通常のデータですとネガティブにとるんですけど、私たちの場合、カルテを取ると、その理由がちゃんと書いてあれば、それをポジティブにとるというかたちにはしています。そういった点に注意しながら細かく一例一例、全部カルテをめくるQ Iを測定しておりまして、それを結果が出た時点で、それぞれ4病院にがん会議の先生方をお招きしてQ Iのフィードバック活動というのをしております。その結果、そのデータを見ているところなんですけど、それをフィードバックすることによって、個々の臨床医の先生方の行動変容が起きつつあるところまで、そういった意味では意味があるQ I測定とフィードバックかなと思っています。

(加藤) 本当に各地域でそれぞれの取り組みがあると思います。本日までご紹介させてもらったのは一部ですので、おそらく本日まで発表になっていないところでも、おもしろい取り組みがあるということがあれば、ぜひそういった情報を教えていただければ、私たちがお伺いして、どのようなことをしているのか、聞かせてもらおうかなと思います。

(質問者) いま沖縄の取り組みも出ましたし、とても素晴らしいと思います。そういう個別の取り組みをそれぞれの地域でやれる時は精一杯みんなやっていただいて、私たちも東京都の中でもやれるところではかやれませんが、やはりやっというところ、いい参考にはなりました。

ひとつだけ、コストベネフィットの検討が非常に重要だということだけは若尾先生と厚労省の方にぜひお願いしたいと思います。正直申しまして、水流先生の研究を最初拝見した時に、これはいかん、いまは近づけないと思ったんですね。清水先生がおっしゃったみたいにこの業務負担を院内に持ちこむ、説得する、東京都全体にある程度のお知らせはしたが推奨するにはこれは無理があるだろうという判断をしました。確かにいま伺っていると、まだまだシェイプアップするというか、ブラッシュアップする余地があるみたいだし、最終的に全国に号令を掛ける時には、いろいろな状況を配慮した上で、コストベネフィットがちゃんと取れるようなかたちで号令は掛けていただきたいというのがひとつです。

でもいまやっていらっしゃる熱意と方向性は、私はいいと思うし、感激しております。それが本当に、もし自分の施設でもがっちりそれがやれたらなと思います。そのコストベネフィットだけは、ぜひともその研究していらっしゃる方は緻密に詰めてから話していただきたいと、それだけです。

(加藤) そういったことを心掛けていきたいと思います。

閉会

(国立がん研究センター・加藤) 本日のフォーラムですが、前半はP D C Aサイクルの考え方と各都道府県でどのように体制を構築していくのかということについて、すでに取り組んでいる地域の取り組みも交えて総論的なお話をいたしました。後半はP D C Aサイクルに関連した様々な取り組みを紹介させていただきました。P D C Aサイクルは、がん医療の質を改善していくための手段でありますので、活用する目的に合わせて、さまざまな形で取り入れていっていただければよく、全国で画一的に行うというものではございません。まずは、P D C Aといっても、様々な取り組みがあることを共有し、自分たちの地域でどのようなことをしていけばいいのかということを考えてもらえばいいと思います。

最後に、厚生労働省の清住様からひと言いただきたいと思っております。

(厚生労働省健康局・清住) 本日は、様々なご指摘をいただきありがとうございます。先生方、また都道府県の皆さまが地域の実情に応じて積極的にP D C Aサイクル確保に取

り組んで下さっており、本当に感謝しておりますし、今後どのように対策を進めていくかという点について大変参考になりました。

来年度には第3期のがん対策推進基本計画の策定に向けた議論を開始することとしております。今後も先生方や都道府県の皆さまからさまざまなご意見をいただきながら、がん対策を推進していきたいと思っております。本日はありがとうございました。

(加藤) ありがとうございます。国立がん研究センターでは今回のフォーラムを最初の一步として、今後も継続的に各都道府県の活動を支援していきたいと考えています。可能であれば、都道府県がん拠点病院が取り組んでいく具体的な活動の直接的な支援もしていきたいとも考えています。そして、今回のように全国で情報や取り組みを共有するような取り組みも行っていきたいと思っていますので、どうぞ今後もご遠慮なくご意見をお寄せくださいますと幸いです。本日は本当にありがとうございました。



平成 27 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
平成 27 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 平成 28 年 3 月

編 集 加藤雅志 中澤葉宇子

発行者 国立研究開発法人 国立がん研究センター

〒 104-0045 東京都中央区築地五丁目 1 番 1 号

TEL 03-3542-2511

E-mail pcc-office@ml.res.ncc.go.jp



National Cancer Center
国立研究開発法人
国立がん研究センター