

平成28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28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:2017年2月3日(金) 10:30~17:00

会場:国立がん研究センター 築地キャンパス 国際研究交流会館

主催:国立研究開発法人 国立がん研究センター

平成28年度 都道府県がん診療連携拠点病院
PDCAサイクルフォーラム 報告書

..... 《CONTENTS》

1. 開会挨拶	1
国立がん研究センター 中釜 齊	
2. 来賓挨拶	1
厚生労働省健康局 清住 雄希	
3. PDCAサイクルについて	2
国立がん研究センター 加藤 雅志	
4. 埼玉県の取り組み	7
埼玉県立がんセンター 坂本 裕彦	
5. 鳥取県の取り組み	14
鳥取大学医学部附属病院 辻谷 俊一	
6. 東京都の取り組み	24
都立駒込病院 鳶巣 賢一	
7. 広島県の取り組み	29
広島大学病院 杉山 一彦	
8. がん診療評価指標(Quality Indicator)の研究	35
国立がん研究センター 神谷 諭	
9. がん診療連携拠点病院における診療体制に関する調査	40
東京大学大学院 水流 聡子	
10. がん相談支援のPDCAサイクルの確保に関する取り組み	49
国立がん研究センター 高山 智子	
11. 緩和ケアのPDCAサイクル確保に関する取り組み	57
国立がん研究センター 加藤 雅志	
12. 総合討論	61
13. 閉会挨拶	66
国立がん研究センター 中釜 齊	

開会挨拶

国立がん研究センター 中釜 斉

昨年4月から当センターの理事長を拝命いたしました。都道府県がん診療連携拠点病院PDCAサイクルフォーラムについては、その重要性を強く認識しております。

本フォーラムの目的は、がん診療連携拠点病院のがん医療の質の向上を目指すために、都道府県のPDCAサイクル確保に資する情報共有をしておくことにあります。昨今、PDCAという言葉はいろいろなところで聞かれるようになりました。PDCAが氾濫している状況ですが、PDCAをどのようにして運営に生かしていくかが問われています。本フォーラムの目的である「がん医療の均てん化」を進めるにあたっては、各都道府県の特徴を考慮しながら、全体としての仕組みを考え、PDCAサイクルというこまを上手に回していくことが重要です。その回し方については、拠点病院の先生方がお互いに協力しながら模索していくことが必要だと常々感じております。各拠点病院の強みやできること、できないことがあるかと思えます。各拠点病院がバラバラに回していても、全体としての効率的な推進力にはつながらないと思えます。国立がん研究センターも、どのようにPDCAという仕組みを回していくかについて考えていかなければいけません。そういう意味で情報共有の場は非常に重要であり、本日はお互いにフィードバックをしていく場だと認識しています。

今回で2回目のフォーラムになりますが、このような機会を通して、お互いに協力できること、あるいは欠けているところを認識しながら、適切ながん医療が国民すべてに届くような仕組みを皆さんと協力してつくっていきたいと思えます。ぜひ忌憚のないご意見をいただきながら、均てん化に向けた仕組みをお互いに推進していければと思います。ご協力を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

都道府県がん診療連携拠点病院のPDCAサイクルは、平成26年1月のがん診療連携拠点病院等の整備指針に位置づけられ、拠点病院の先生方、スタッフの皆さま、都道府県の皆さまのご尽力をいただいているところです。昨年度このフォーラムを開催し、その好事例や課題、地域ごとの差異などについて共有していただきました。本日は、さらなる現状の把握や新たな課題がどのようなものかを共有していただけるものと大変期待しています。

また国においては現在、厚生労働省のがん対策推進協議会を中心に、第3期のがん対策推進基本計画を策定しているところです。その中で、前回の本フォーラムにおいてご指摘いただいた、現行の拠点病院等の整備指針においてPDCAサイクルを有効に回す手法が未確立であることや、地域によって連携のあり方が異なることについての対応がなされていないといった課題についても議論しながら策定を進めております。

本日の議論の内容も踏まえ、引き続き第3期の基本計画を策定していきたいと考えていますので、なにとぞよろしくお願いいたします。



PDCA サイクルについて

国立がん研究センター 加藤 雅志



がん対策を進めていくための体制

がん対策基本法の施行

がん対策推進基本計画の策定

都道府県がん対策推進計画の策定

- ・都道府県の状況に応じたがん対策の推進
- ・がん医療については「都道府県がん診療連携拠点病院」が中心的な役割を担うことが期待されている

がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針が示す今後の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

最初に、都道府県がん診療連携拠点病院に求められている都道府県レベルでのPDCAサイクルを確保していくことについて改めて情報を共有したうえで、これからの各セッションで具体的な取り組みについて話し合っていきたいと思っています。

ご存じの通り、がん対策基本法の成立後、国全体の方向性を定めるがん対策推進基本計画が策定されました。また今、第3期の基本計画の策定に向けた議論が行われているところです。ただし、実際の医療の現場の課題、臨床の現場でのがん医療の質の具体的な改善に向けた取り組みなどについては、都道府県ごとに考えていくことが求められています。行政の取り組みとしては各都道府県で都道府県がん対策推進計画が策定されており、都道府県の中でのがん診療については、本日まで参加くださっている都道府県がん診

療連携拠点病院の方々が、県内全体を見渡して課題を見だし、その解決に向けて県内の関係者と協力しながら活動を起こしていくことが今、求められています。

病院レベルでのPDCAサイクルの確保については、おそらくいくつかの病院で、がん診療連携拠点病院の整備指針が出されるよりも前に、各病院の中で診療の質をよくなるための改善活動などを実施していたと思います。先般発出された指針では、病院レベルだけではなく都道府県レベルでのPDCAサイクルも確保するように義務付けられました。「都道府県レベルでのPDCAサイクル」というのは新しい概念であることから、どのようにして県レベルでのPDCAサイクルを確保していくのか、それぞれの県で模索する状況がしばらく続いていたかと思っています。

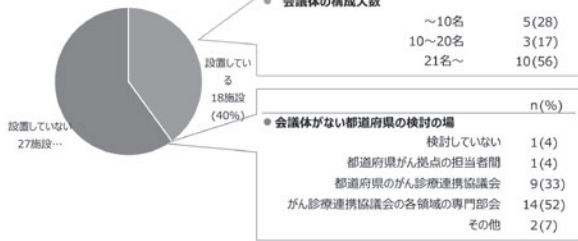
そのような状況を踏まえて、これも整備指針に書かれていますが、全国の取り組みを国立がん研究センターが取りまとめ、全都道府県がPDCAサイクルを確保できるような支援をしていくことも定められています。昨年度からこのようなフォーラムを開催するなど、関連する情報を共有していくことができるよう支援を開始しつつあります。

都道府県内のがん診療連携拠点病院のPDCAサイクルに関する調査 概要

目的	都道府県内のPDCAサイクルの確保に向けた取り組み状況を把握する
調査方法 期間	アンケート調査（平成28年8月実施）
対象者	各都道府県のがん診療連携拠点病院のPDCAサイクルの確保に関する担当者、またはそれに準ずる方
回答数	45都道府県

アンケート結果

都道府県内のPDCAサイクルに関する会議体の設置



昨年8月に各都道府県がん診療連携拠点病院に対して、都道府県レベルでのPDCAサイクルがどのような状況にあるのかアンケート調査を行い、45都道府県から回答をいただきました。そのアンケート結果について、それぞれの県がどのような状況か情報共有したいと思います。

まず、都道府県内でPDCAサイクルに関する特別な会議等を設置しているかをお伺いしたところ、PDCA部会などを設置しているところが18施設で40%でした。そのような特別なものは設置していないところが27施設で60%という状況でした。会議を設置している県では大体、複数回開催しているところが多いようです。構成メンバーも、各県内の関係者を集めていることもあって、人数は20名を超えるところが多い状況でした。

PDCA部会などの会議体がない県では、「検討していない」というところもある一方で、何らかの形でPDCAに取り組んでいるところがほとんどでした。基本的には都道府県のがん診療連携協議会や、PDCAに関する専門部会ではない、すでに設置されているそれぞれの部会などで活動しているという状況でした。何らかの形で県レベルでのPDCAサイクル確保に向けて活動していることが把握できました。

アンケート結果

PDCAサイクルの確保で活用している方法	n(%)
現況報告書を用いて拠点病院間の情報を共有	26(58)
拠点病院の現地調査を実施	14(31)
がん診療連携病院における診療体制に関する調査に参加	16(36)
がん診療評価指標 (Quality Indicator) の研究に参加	26(58)

診療の質の改善に向けて、どのような形で活動しているかについてはさまざまであり、「厚生労働省に提出している

現況報告書を共有することで改善について検討している」という県が半数程度ありました。現地調査、これは準備などが大変な取り組みではありますが、それをやっているところも14県ありました。後でご紹介する「がん診療連携拠点病院における診療体制に関する調査に参加している」という回答は16県でした。この調査への参加については、いろいろなレベルでの参加が含まれているかと思います。全県をあげて参加しているところもあれば、いくつかの拠点病院が参加しているというレベルもあるかと思います。そのようなものも含めて、県レベルのPDCAサイクルの確保に向けて調査に参加しているところが16県でした。また、本日ご紹介する「がん診療評価指標(Quality Indicator)の研究に参加している」という県も半数以上あり、それぞれの都道府県の取り組みは画一的ではなく、いろいろなやり方で活動していることがわかりました。

アンケート結果

都道府県内のPDCAサイクルの確保に関する取り組み状況	n(%)
都道府県内で責任者を決めている	24(53)
都道府県内で実務担当者を決めている	27(60)
都道府県内のPDCAサイクル部会・委員会等で、問題や課題を整理している	26(58)
都道府県内で達成すべき共通の目標を設定している	22(49)
共通目標達成のために、各拠点病院の行動計画を立案している	16(36)
各拠点病院が立案した行動計画の進捗状況について、都道府県内のPDCAサイクル部会・委員会等で確認している	12(27)
共通目標達成状況について、PDCAサイクル部会・委員会等で評価している	13(29)

実際にPDCAサイクル確保に向けてどのような体制をつくらせているのか伺ったところ、こちらもかなり多様な状況にあることがわかりました。こういった活動を本格的に進めていくためには、県内で責任者を決めていく必要があるかと思いますが、そうしている県が半数程度。また、実務の担当者を決めているところが60%程度でした。県内でしっかりと問題、課題を整理しているところも半数強くらいです。

本日もいろいろなところでテーマとしてあがってくると思いますが、都道府県内で共通の目標を設定しているところは半分程度となっています。県レベルでのPDCAサイクルがさまざまな形で始まっている中、今後の目指していくべきことの1つは、県内で共通目標を設定していくことだと私たちは考えています。また、共通目標達成のために各病院の行動計画をつくらせている県は、まだ少なくとも36%程度でした。それぞれの病院が立案したもの、その進捗状況を把握しているということになると、さらに低くて27%程度です。ただ、逆の言い方をすると、27%はこのような活動をしているという見方もできると思います。それぞれの状況についてしっかりと評価もしているところは約30%となっていました。

アンケート結果

都道府県内のPDCAサイクルの確保に関する工夫

- 都道府県拠点病院の幹部が、県庁担当者とともに県内の拠点病院を回り、現状を確認し、指示・指導を行ったことで、各病院のレベル向上が図られた（静岡）。
- 緩和ケア提供体制は実績数などでの評価が難しく、実地調査を採用することにしたが、県内でコンセンサスが得られず、緩和ケア部会でのグループワークを通して、実施にあたる困難や気掛かりを解決・工夫を検討する機会を設けた（三重）。
- 各施設からPDCAサイクル評価委員を選出し、訪問評価を実施している。また、県庁や県のがん対策推進協議会との協力体制をとっている（奈良）。
- 県内で「取り組むべき共通項目」を設定し、各施設で評価後に2施設1組の相互評価を実施している。共通項目に関する具体的な計画は各施設で設定し、高評価の取り組みについてワーキンググループ内で情報共有している（熊本）。
- 県のがん対策推進計画の中間評価を県拠点病院が業務委託で実施した。その結果に基づき、ロジックモデルを構築し、アウトカム指標を設定して評価をした。評価結果は各専門部会にフィードバックし、その結果を踏まえて各部会で年間計画をまとめ、県のがん診療連携協議会で協議した（沖縄）。

具体的なPDCAサイクル確保に関する工夫について、共有したい回答をいくつかご紹介したいと思います。

静岡県の取り組みは、都道府県拠点病院の幹部と県庁の担当者が一緒になって拠点病院を回っていくという取り組みを行ってまいりました。三重県では、緩和ケアに関して実地調査をしようとしたが実現に至らなかった。そこで、どのようにすれば実現できるのか検討したと書いています。その検討を経てということになりますが、三重県では、本年度、国立がん研究センターが支援する形で、実際に実地調査を行う計画を立てることができました。また奈良県では、昨年このフォーラムでもご紹介いただきましたが、訪問による評価や、県庁が開催する協議会と都道府県拠点病院が開催するがん診療連携協議会の協力体制をしっかりとつくって活動をしているという特徴がありました。熊本県では、共通目標を実際に設定して、2施設が組になって相互訪問、相互評価をするというやり方をしています。沖縄県は以前より画期的な取り組みを行ってまいりますが、ロジックモデルを構築し、アウトカム指標に基づいた評価を行い、それを県の協議会にも提出しているという報告がありました。

アンケート結果

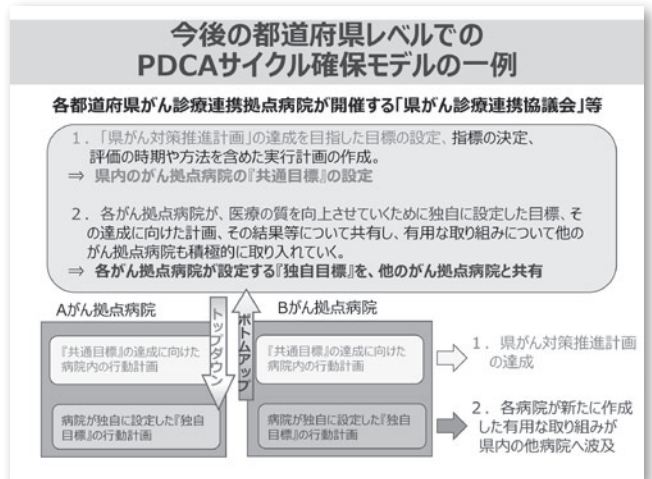
都道府県内のPDCAサイクルの確保に関する問題点

- 都道府県拠点病院には県内の各病院を指導できる権限がないため、PDCAサイクルの確保に中心的役割を担うことが難しい。
- 施設間の相互評価では、例えば相談支援事業やがん登録事業の体制の整備や運用形態を評価するべきであり、その手法は各県に委ねるのではなく、国全体での方向付けが必要である。
- 施設間で診療格差やPDCAサイクル確保に対する認識の格差があり、共通課題の抽出や、共通目標・評価指標の設定が難しい。
- 担当者の業務負担を避けるため、全国で用いることができる、簡素な手段（評価項目を絞る等）が必要である。
- 県協議会事務局で県内の課題を分析したり、情報の収集や分析を担う人材が不足していることや、外部への業務委託ができる予算がない。

一方、課題も多くあります。多くの県での共通の問題ですが、「都道府県がん拠点病院が県内の病院を指導できる権限がない」と多くの都道府県がん拠点病院の方々が感じて

おり、PDCAサイクル確保の中心的な役割を担うのが難しいという意見があります。確かに拠点病院の整備指針では、都道府県がん拠点病院がこのような役割を担うと書かれています。実際に指導をできるかということになると、現場では難しいと感じている現状があります。

施設間の相互訪問・相互評価に関しては、各都道府県に任せるより、国全体でどのような方法でやるべきかを示したほうがよいという意見や、できるだけ全国で共通して用いられるような簡素な評価方法があったほうがよいというご意見もいただいています。本当は共通目標が設定できたいのですが、施設間の格差などがあって設定が難しいという意見や、こうした取り組みは重要だけれども、実際にその情報収集や分析を担う人材がないという意見もあり、まだまだ多くの課題があります。したがって、このような課題を解決していくために、それぞれの県が行っている取り組みで参考になるものをできるだけ共有し、それぞれの都道府県が課題を解決していく具体的な方法のアイデアになればと考えています。



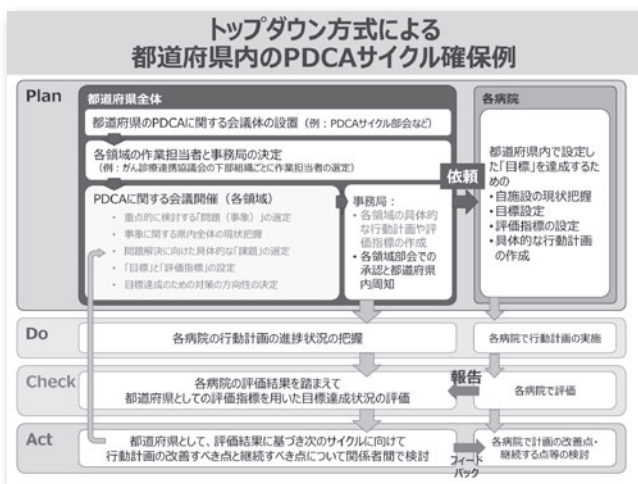
昨年度のフォーラムでもご紹介いただきましたが、都道府県レベルでのPDCAサイクルを確保するための考え方のモデルをお示しいたします。

まず、都道府県レベルのPDCAサイクル確保といわれて、多くの都道府県で行われたのが、都道府県内のそれぞれの病院が医療の質を向上させるためにどのようなことをしているのか把握し、それを県内で共有しようということでした。最初の活動をそこから始めた県が多かったと思いますし、今もこのような形で進めているところも多いと思います。

実際には、都道府県全体の課題を解決していくためには、それぞれの病院が必要だと思うことをやるだけではなく、都道府県で共通目標を設定して、それを達成するために各病院で何ができるのか、という取り組みも求められます。

特に今、第3期の基本計画が策定されていますが、改めてがん拠点病院が担うべき役割も記載されると思います。

それを都道府県内で実現していくためにはどうしたらいいのか、それぞれの都道府県で考えていくことが必要です。簡単にはできないかもしれませんが、都道府県の中でしかるべき会議体などを設定し、共通目標を決定する。各病院に対して「県で決定した共通目標を達成するために何をすればいいのか考えてほしい」というお願いをしていくような、トップダウン方式の考え方も少しずつ取り入れられたらいいのではないかと考えています。おそらくこの取り組みが、都道府県庁が策定する都道府県がん対策推進計画の達成にも資するものになっていくと思います。



実際にトップダウン方式を実現するための具体的な手順、考え方をまとめたものが上図です。例えば都道府県のがん診療連携協議会などの場、もしくはPDCAサイクルに関する会議体で、まず都道府県内で抱えている重要な問題は何かということを検討し、その問題の現状を把握することができたら一番理想的だと思います。そして、問題を解決するために何をすればいいのかという解決の方向性を考え、どのような方法で進めていくのか、さらに解決に向けた活動の目標と指標を設定するなど、しかるべき会議の中で決められたらいいと思います。

都道府県内全体で共通に目指す方向性が決まれば、がん診療連携協議会に参加している各病院に、共通目標を達成するために何をすればいいのか各病院レベルで考えてもらい、実際に実行してもらう。また、都道府県レベルでは実行の状況を把握していきます。しかるべきタイミングで各病院は自施設で行ってきたことを評価し、都道府県がん拠点病院にフィードバックします。都道府県がん拠点病院は、それぞれの病院の取り組みを把握して、都道府県全体での目標の達成状況を評価していきます。その結果に基づいて次年度はどうするかを考えるとともに、都道府県全体の進捗状況の分析結果を各病院に返す。このような方法が1つのモデルとして有り得ると考えています。

このような話をすると、理想的な話であって現実味がな いと思われる方もいるかもしれません。しかし今回、埼玉県

にご協力をお願いして、このようなモデルの実現可能性と有用性を検証しつつあります。これは、後ほど埼玉県の取り組みでご紹介いただきます。

このように、それぞれの県でさまざまな取り組みが進んでいます。昨年度第1回のフォーラムを開催し、今回は2回目になります。本日はさまざまな取り組みを紹介できるようなプログラムを構成しました。先ほど申し上げた埼玉県のトップダウン方式での取り組み。鳥取県で行っている、領域ごとに設置された部会ごとのPDCAサイクル確保に向けた取り組み。また、昨年度も報告をお願いした、医療機関が多い東京都でのPDCAサイクルの工夫。広島県が行っているピアレビューの取り組みなど、さまざまな取り組みをご紹介できるかと思います。ぜひ、今回のフォーラムの内容を各都道府県に持ち帰ってくださいますとありがたく存じます。また後半では、県レベルでのPDCAサイクル確保に関係している取り組みについてもご紹介したいと考えています。

今後の予定

全国の都道府県で、がん診療の質の向上を目指したPDCAサイクル確保の取り組みが開始され継続されるよう、国立がん研究センターでは以下について取り組んでいく。

- 都道府県レベルのPDCAサイクル確保に積極的に取り組んでいる都道府県の事例を、ホームページを通じて情報発信していく。
- 平成29年度は、都道府県レベルのPDCAサイクル確保に困難を感じている都道府県がん拠点病院を募り、がん対策情報センターが地域の状況を踏まえながら個別に支援を行っていくことを予定している。

【問い合わせ先】
 国立がん研究センターがん対策情報センター がん医療支援部内
 都道府県PDCAサイクル確保支援 事務局
 pcc-office@ml.res.ncc.go.jp

今後の予定ですが、国立がん研究センターでは、全国の都道府県が都道府県レベルのPDCAサイクルを確保していくことを実現できるよう支援をしていきたいと思っています。そのために今回のような取り組みをホームページなどを通じて情報発信することに加えて、来年度は進めていくことについて困っているという県がありましたら、どのようにすれば進めていくことができるのかについて一緒に考えていくという支援を行っていきたく考えています。この件について相談してみたいという方がいらっしゃいましたら、どうかご遠慮なく国立がん研究センターにご連絡ください。私たちと一緒に、都道府県がん拠点病院として何ができるのかについて、地域状況も踏まえながら個別に考えていきたいと思っています。

まず私からは、今回のPDCAサイクルフォーラムが目指しているところと、今後の活動の方向性についてお話をさせていただきます。

Q&A

(質問者) PDCAサイクル活動と都道府県の指定要件の関係について、今度の第3期の基本計画で拠点病院の指定を受けるには、今までと基本的には同じで、がん診療に関する件数や受診患者数などが前提になっていくという話も聞きます。このPDCAサイクルの活動を客観的に捉えるのはなかなか難しいと思うのですが、指定要件に少しでも何か絡むと、都道府県拠点病院としては協力を依頼するときに、かなり力になると思うのですがいかがでしょうか。

(国立がん研究センター・加藤) 私個人の意見になりますが、この取り組みを都道府県がん拠点病院が取りまとめていく必要性から、それぞれの地域がん拠点病院が積極的に協力していくべきであるということがより明確に記載されていくことになるのではないかと考えています。今もそのような記載はありますが、これでは不十分だと思いますので、そうしたものがより明確になるといいのではないかと思います。

(質問者) PDCAサイクルを回す課題、目標についてです。12月9日に改定されたがん対策基本法の中には、就労の継続という、いわゆる就労支援とがん教育推進ということがかなり強くうたわれています。その改正法の中にうたわれていることを特に強くPDCAで回すという意味合いなのか、それともがんに関わることだったら何でも目標を掲げてPDCAで回せばいいのか、その辺はいかがでしょうか。

(加藤) 各県で目指していく課題設定についての基本的な考え方の1つとして、各県で策定している都道府県がん対策推進計画に基づいていくという考え方があります。しかし、これは3、4年前に策定されたものなので、今おっしゃったような、新しく改定されたがん対策基本法で書かれている就労支援やがん教育については、それほど強く記載されていない県もあるかと思います。

私の考えとしては、もともとある県の計画に加え、今後各県の中で特に力を入れていく事項を踏まえて課題を設定していくのがよいと考えます。可能であれば県庁の方々と共有しながら、県が目指す方向性と拠点病院が実際に現場で課題だと感じているものをすり合わせた中で、いくつか現実的にできることからPDCAサイクルの目標として取り組むのがいいのではないかと思います。このように県内の関係者が共有できることから共通目標を設定していくのがいいと思っています。

埼玉県の取り組み

埼玉県立がんセンター 坂本 裕彦



取り組みの出遅れ

2014/01/10 新指針 PDCAサイクル
 2014/04/01 埼玉県立がんセンターDPC導入
 2014/12/30 埼玉県立がんセンター病院新築移転
 2015/11/24-25 病院機能評価3rdG1.1受審
 忙しにかまけて活動できなかった

2016/05/29 **がん診療体制の質評価報告会**
 PDCAの具体的な方法
 埼玉県がん診療連携協議会としての参加を検討しよう

2016/06/09 加藤先生から御提案を頂き、打ち合わせ
 埼玉県方式PDCAを作ろう
 トップダウンによる共通の目標から始める
 協議会共通目標 外来から在宅緩和ケアへの移行の促進

2016/07/05 PDCAサイクル院内会議（ワークショップ）
 在宅医療との連携の課題抽出と解決策の方向性

最初から自虐ネタで始まっているようで申し訳ないですが、取り組みが出遅れました。2014年に新指針PDCAサイクルということが示されました。それと前後して、私どもの病院ではDPC導入や、新病院への新築移転、その移転の関係でいったん途切れていた病院機能評価の受け直しとか、そんなことばかりやっていました。忙しくて随分遅れて、少し焦りが出ていたわけですが、2016年5月、がん診療体制の質評価報告会に参加させていただき、これはPDCAの具体的な方法としてとっつきやすいなと思い、県のがん診療拠点協議会としての参加を検討しようと考えました。

それと前後する格好で、先ほど加藤先生から少しご紹介いただきましたが、埼玉県方式をつくりましょうというご提案をいただきました。その具体的な内容としては、トップダウンで行う共通目標をもつということです。打ち合わせをして、共通目標としては「外来から在宅緩和への移行の促進」を目標としていこうという大筋を決めました。そしてまずPDCAサイクル、トップダウン式の目標に向かって院内でそれをやるために、また私どもの病院だけではなくて各拠点病院で考えていただく場合にも参考になるように、こういった目標に向けての在宅医療の連携と課題抽出と解決策の方向性を考えるワークショップを行いました。各病院でのモデルになればいいというような意味もあったと思います。

そういったことをやったうえで、次に7月の埼玉県のがん診療連携協議会で、PDCAモデルの導入やトップダウン方式について、これは加藤先生にご講演いただくのが一番説得力があるので、紹介していただきました。それに引き続き

当院で行ったワークショップでは、こういうやり方で、このような結果が出ているということをご紹介しました。また、PDCAサイクルの調査票と改善管理ツールについて、さいたま赤十字病

2016/07/14 埼玉県がん診療連携協議会

- ・加藤先生講演 PDCAモデルの導入、試行について
トップダウン方式
- ・2016/07/05のワークショップ紹介
- ・安藤先生(さいたま赤十字病院院長)講演
「PDCAサイクルを効率的・効果的にまわすための調査票と改善管理ツール」の利用について
手上げ方式
- ・PDCA部会新設の承認
PDCA手法の導入と
各部会のPDCAに横断的に関わることが目標

2016/07/22 PDCA部会各施設代表者選任の依頼

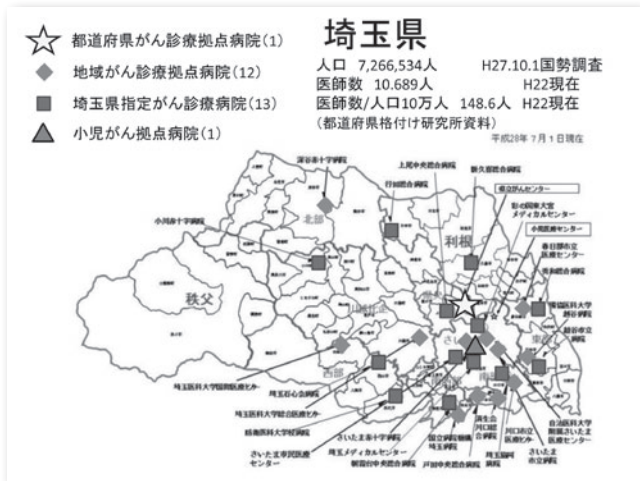
2016/11/11 第1回PDCA部会集合会議 各施設のPLAN共有
DO

2017/03/03 CHECK

院が前年から参加しておられましたので、プレゼンテーションをしていただいたわけです。しかし、2つのやり方を並列してとなると、ちょっとお腹いっぱいになるかなど。それで、トップダウン方式のほうはトップダウンでやってくださいとお願いをして、調査票と改善管理ツールに関しては、手あげをしていた病院のみで埼玉県の協議会として参加という格好でやりました。

それとともに、こういったPDCAを回していくにあたっては、いろいろな部会で回していくものを横断的に把握して、管理して、助言ができるような格好のPDCA部会があるとスムーズに回るのではないかと考えて、PDCA部会を新設することを協議会で提案し、承認していただきました。

その後の流れは、PDCA部会の各施設代表者の選任の依頼から始まり、4カ月後にPDCA集合部会というのをやって、各施設のプランを共有していこうということになりました。ただこれが実際にやってみると、すぐに決まったわけではな



くて、時間がたっていってしまったというような経過です。
 ここで埼玉県を紹介させていただきます。埼玉県は人口が726万6,534人と多い県です。その一方で医師数が1万684人。人数は多いのですが、人口10万人あたりにすると都道府県で第47位。それはもちろん、後ろをみたら1位という状況です。上に地図がありますが、埼玉県の中に都道府県がん診療拠点病院と地域がん診療拠点病院、それと埼玉県指定のがん診療病院と、もう1つ国指定の小児がん拠点病院、これらの病院がこういった分布であります。一目みてわかりになるように、かなり分布に偏りがあります。人口密集地帯とそうではない地帯、病院の立地によって状況は相当違います。拠点病院、指定病院合わせて26プラス1というのが協議会の内容です。

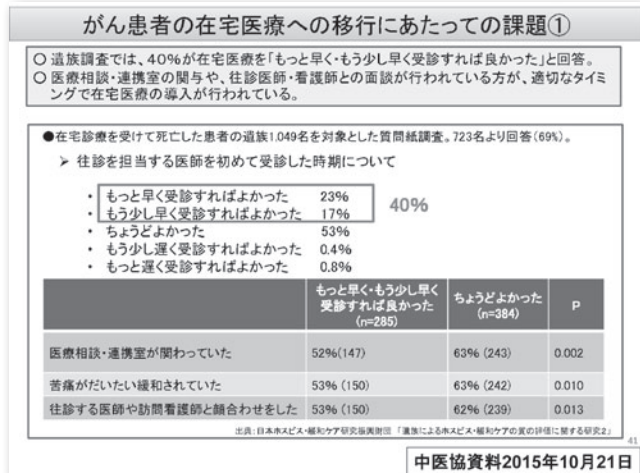
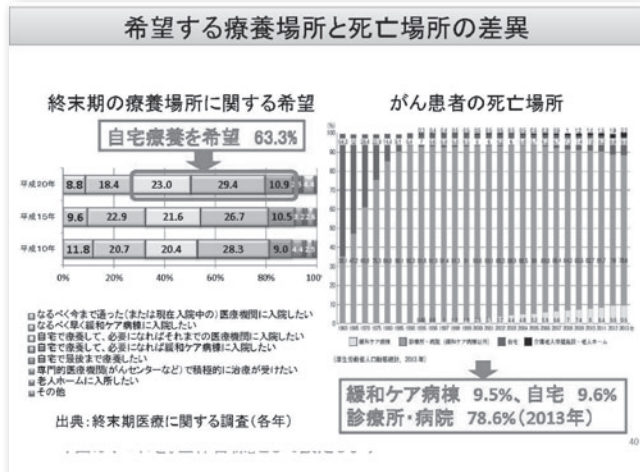
埼玉県全体で「トップダウン方式」によるPDCAサイクルの確保を具体的に始める

- (1) 埼玉県全体で『全体で達成する目標(全体目標)』『共通で目指す目標(共通目標)』『共通指標』を定める
- (2) 『共通目標』の達成に向けて、埼玉県内の全てのがん拠点病院等が、自分たちの病院における『施設目標』『施設計画』を作成する
- (3) 埼玉県内の全てのがん拠点病院等が、『共通指標』を用いてそれぞれの病院の進捗状況を評価していく
- (4) それぞれの病院の『施設計画』や、取り組み状況を埼玉県内で共有し、自施設の活動の参考にする

それで、PDCA部会では共通目標の話をししようということになりました。埼玉県でトップダウン方式によるPDCAサイクルの確保を具体的に始めようということ。共通目標、それから共通指標を用いていくということです。

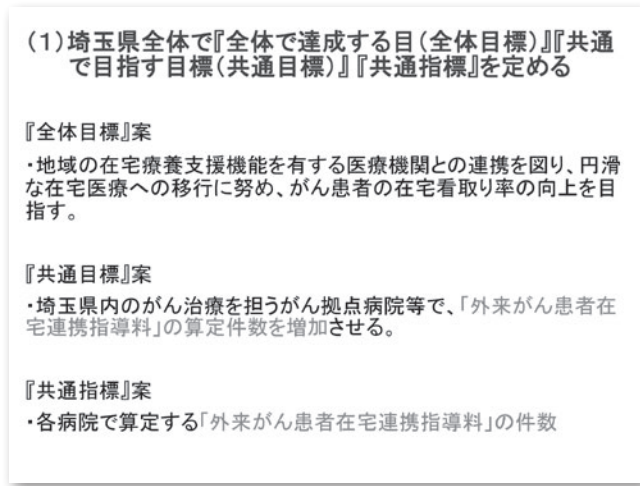
埼玉県がん対策推進計画でもがん患者の在宅医療の推進ということをやっています。埼玉県の計画とも整合性があるということで、このテーマでいこうと決まりました。

やはり計画を決めるにあたっては、その背景と理由が必要ですから、こういった説明もしていただきました。希望す



る療養場所と死亡場所などがどうも違っている。そして在宅患者の移行にあたっての課題があるとすれば、もっと早く受診すればよかったとか、そのような思いがあるようです。

その一方で、平成28年度の診療報酬の改定で、がん治療中の外来患者の在宅医療への連携の充実ということが図られ、新しく「外来患者在宅連携指導料500点(1人につき1回に限る)」というものが入りました。こういったもので後押しするということは、そういうふうになっていこうという国策がある。これからの高齢化なども含めて、これが全体的な時代の流れにも合っているということです。



それで、埼玉県をこのように決めました。全体目標として在宅への移行と、がん患者の在宅みとり率をあげていくこと。それから共通目標として、具体的には外来がん患者の在宅連携指導料の算定件数を増加させるということで、指標はその算定件数になります。このように数値化が容易なモデルだと結果も評価しやすい。これはPDCAという手法の1つの特徴だと思いますが、目標を数値化して、評価ができて、その後どうなっていくかがわかりやすくなっていくということだと思っています。

(2)『共通目標』の達成に向けて、埼玉県内の全てのがん拠点病院等が、自分たちの病院における『施設目標』『施設計画』を作成する

それぞれの病院で、埼玉県全体の共通目標である『外来がん患者在宅連携指導料』の算定件数を増加させるの達成を目指して、施設内での目標(施設目標)や計画(施設計画)を作成する
※可能な範囲で数値目標を記載するようお願いいたします

具体的手順の例示

●「施設目標」の例1

(成果目標)

- 在宅緩和ケアを希望する患者を、確実に在宅へつなげる体制を確立する
- 平成28年度の在宅医への紹介実績を〇件を目指す

(行動目標)

- 医療連携室は、〇月までに、在宅医リストを作成する
- 〇〇委員会は、〇月までに、患者への説明用パンフレットを作成する
- 毎月の紹介数〇件以上を目指す

●「施設目標」の例2

(成果目標)

- 外来から在宅に紹介する患者数を増やす

(行動目標)

- 医事課は各診療科ごとの実績を毎月とりまとめ医局内で共有する。
- 各診療科は、外来から在宅に紹介する患者数を増やす方法について検討する

そういったことをやるにしても、トップダウンで共通にやりましょうというからにはある程度まとまりがないといけなし、ただPDCAといって思い思いのものをいきなり持ち寄っても、なかなか議論がかみ合わないことも想定されます。そこで加藤先生から、施設目標の例1として、行動目標として在宅医リストをつくる、あるいは患者説明用のパンフレットをつくるか、具体的な手順を含めてご説明いただいたわけです。例2は、病院ごとに各診療科の実績のとりまとめをするなどして意識を高めていくような話です。これに関しては、具体的な手順を例示することも1つ重要なポイントかなと思います。

各拠点病院におけるPDCAサイクルの確保

在宅緩和ケアを実施する医療機関(在宅医)への紹介体制を確立するための計画立案		PDCAサイクル											
成果目標		2016年				2017年							
		7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月
P	(行動目標) 在宅医リストの作成 患者への説明資料の作成 毎月の紹介数〇件以上												
D	(計画の実施)												
C	(プロセス評価指標) 外来中に当該患者を地域連携室につなげた件数(1/月) (目標達成指標) 在宅医への紹介実績(1/月) (診療情報提供書による)												
A	(改善に向けた取り組み)												

注: 2016年10月以降、2017年12月までの期間に「行動目標を目標を記載する。可能であれば数値目標も記載する。」と記載されている。

ツールの提供 管理シート

その次ですが、これも実は加藤先生が準備して下さった、PDCAに付けるタイムテーブルです。このようなツール

に時間軸に沿って行動目標を書いて、計画で実施したものをDOのところに書いていく。それでCHECK項目も書くようにしていくと一目で振り返ることができますし、自分たちが今どこにいるかということも把握できます。こういったツールを提供して進めていくことになりました。

(3)埼玉県内の全てのがん拠点病院等が、『共通指標』を用いてそれぞれの病院の進捗状況の評価していく

(4)それぞれの病院の『施設計画』や、取り組み状況を埼玉県内で共有し、自施設の活動の参考にする

9月 情報の共有

- 各病院が作成した「施設目標」「施設計画」(P)を、事務局が収集します。
- 収集した情報は、県内のがん拠点病院等で共有します。
- 各病院は、他の病院の取り組みを参考にして、必要があれば目標や計画の修正をしてください。

12月 中間評価

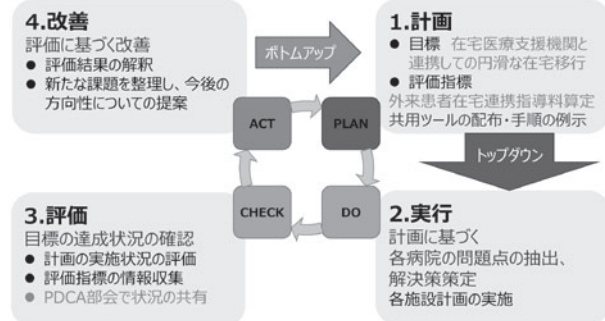
- 中間評価までの計画の実施状況(D)と、「共通指標」である「外来がん患者在宅連携指導料」の件数(C)を、事務局が収集します。
- 収集した情報は、県内のがん拠点病院等で共有します。

3月 最終評価

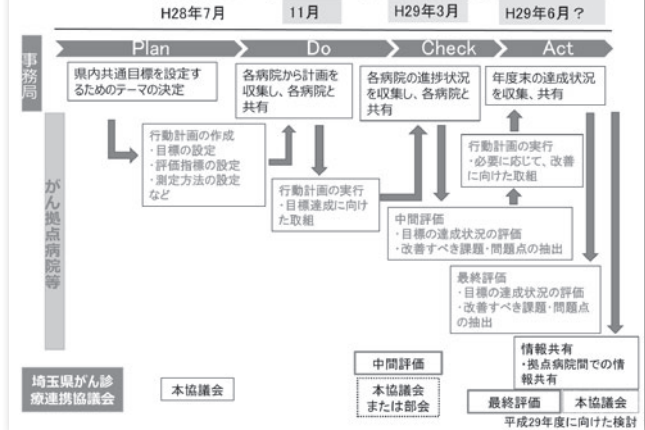
- 最終評価までの計画の実施状況(D)と、「共通指標」である「外来がん患者在宅連携指導料」の件数(C)を、事務局が収集します。
- 収集した情報をもとに、埼玉県がん診療連携協議会で改善すべき課題、来年度以降の活動に向けた議論を行います。

それで、このように共通目標を定めて進めていきましょうということで、9月には情報を共有して、12月に中間報告を行い、3月に最終評価ということでやったわけです。

埼玉方式PDCAサイクルの確保 イメージ



協議会スケジュールの現実



ここまでのところを図で表すと、埼玉県の場合、計画の段階で共用ツールの配布・手順の例示をする。ここをトップダ

ウンで行って実行に移します。今、実行しているところですが、実際にできているのはここまでです。埼玉県の場合といながら、まだここまでしかお示しできません。

各病院の計画に係るスケジュールをつくって、予定ではDOが9月、CHECKが12月、ACTが3月だったのですが、現実的にはずれ込んで、2月の段階ではまだあまり発表できないので大変心苦しいのですが、進んではいます。

当院で最初に行った「在宅医療におけるPDCAサイクルの確保に関するワークショップ」についてお話しします。埼玉県立がんセンターにおける在宅医療との連携課題を抽出し、その解決策の方向性について明らかにしていくことを目的として行いました。

在宅医療におけるPDCAサイクルの確保に関するワークショップについて 2

【課題の検討におけるポイント】

- 当院でがん治療を受けている患者は、がん治療が終わった後、希望した場所で療養できているか。
- 当院でがん治療を受けている患者は、がん治療が終わった後の療養の仕方について、どのようなタイミングで、どのようにして意思決定しているか。

【解決策の検討におけるポイント】

在宅で療養することを希望する患者が、その意向をよりスムーズに実現できるようにするためには、どのような取り組みが必要か。

23

在宅医療におけるPDCAサイクルの確保に関するワークショップの実施

日時：平成28年7月5日（火）17:30～19:00

参加者：医師、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカーなど（69名）

時間	セッション	概要
17:30-17:55	導入	・ 趣旨とグループワークについて説明
17:55-18:10	課題の抽出 (グループワーク)	・ 各職種がバランスよく揃うよう、9～10名にグループ分けした ・ グループ内で「在宅療養への移行」に関する問題点について意見を出し合い、優先して取り組むべきと考える問題点を1点挙げた
18:10-18:20	課題のまとめ	・ 各グループで抽出された課題を共有
18:20-18:45	解決策案の検討 (グループワーク)	・ 課題に関する解決策のアイデアを自由に出し合った
18:45-19:00	まとめ	・ 検討内容の共有とまとめを行った

4

ポイントとしては、在宅に向けてどのような現状であるかということで、医師、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカーというメンバーが69名集まってくれました。

グループワークのやり方は、協議会でプレゼンテーションをして各病院にお示しするためのものですから、このようにやり方も書いてあります。グループワークで解決策を検討します。

主な課題としてあげられたものが、家族や患者に説明するタイミングが難しいこと。それぞれの事情がありますから。在宅療養を支える体制の不足、これはすぐに病

課題の抽出（グループワーク）

1. 書記を決める。
2. グループ内で「がん患者の在宅療養への移行に関する問題点」について意見を出し合う。
3. 優先して取り組むべきと考える問題点を1点選ぶ。

在宅療養への移行に関する問題点

記載例)

- 担当医から患者が在宅療養について説明するタイミングが遅い。
- ……。
- 患者に適した在宅療養支援医療機関がわからない。
- 在宅療養移行の対象となる患者について、医療者間で情報共有できていない。
- ……。
- ……。
- ……。

25

解決策案の検討（グループワーク）

1. 共有された課題の中から、重要だと思われる課題について、具体的な対応策のアイデアを出し合う。

解決策

例)

- 課題 1. 担当医から患者が在宅療養について説明するタイミングが遅い。
- 化学療法のラストラインが始まるときまでには、主治医は、がん治療終了後のことを話し合い始める。
 - 患者や家族の意向を適宜確認し、医療者間で情報共有する仕組みを作る。
 - ……。

26

院でどうこうできるものではないので、院内でできることについて解決策をそれぞれグループワークで出してもらいます。

そのようなことを経て、11月のPDCA部会の集合会議第1回です。そこで聞いた結果、PDCA活動を意識してすでに行ってきた施設が26施設中7施設。協議会を経てPDCA部会を立ち上げた施設は4施設。まだというところが9施設。部会を欠席したところが6施設。この数字だけみると、うーんというところもありますし、まだ部会設立に至らないというのは、これからやろうということも含めているのだらうと思います。

主な課題

患者や家族に説明するタイミングの難しさ

- 在宅療養を患者へ説明する時期やタイミングが難しい
- 患者、家族の関係性が希薄化していて、情報を共有していくことが難しい
- 抗がん剤の進歩により、ギリギリまで治療を続けており、治療を終了する時期、緩和ケアに移行するタイミングが難しい

病院で取り組むことが可能

在宅療養を支える体制の不足

- 在宅医、在宅医療支援施設等が不足している
- 老々介護、独居、核家族化でサポートする人がいない
- 受け入れる家族の不安が大きい（自分たちでケアができるのか）
- 家族が働いていて、家にいないことが多い

病院だけで取り組むことは難しい

病院独自で取り組めるものについて、解決策を取りまとめることとした

7

主な解決策

患者、家族の意志を確認する体制づくり

- 患者、家族に適宜、意志の確認を行う
 - 早くから、少しずつ、随時
- 多職種でのサポートにより意志確認を行う
- スクリーニングシートで意向を確認する
 - 早めのリストアップと介入
- 在宅移行時期を見極めるフローチャートを作成する

医療従事者間での情報共有

- スタッフ間で情報共有できるようにする（診察記事に記録、目印をつけるなど）
- 医師と看護師も早くから見通しを話し合っておく
- スクリーニングしたことを情報共有し、情報をいやす

8

在宅診療・訪問診療できる医師のリストアップ

各病院で作成したリスト

地元医師会で作成したリスト

多くのリストは がんに特化しない連携に有効なものとして作成
がんへの対応の可否を個別に確認する必要あり

（好事例）S H M病院

3年前に、緩和ケアから始まった「埼玉北部在宅ネットワーク」（年2回 開催）では、約40～50人（医師、ケアマネージャー、看護師、在宅リハビリ、薬剤師等）が外部から集まる。最近は、在宅連携が年々増加しており、在宅看取り率が4割ぐらいになっている。ネットワークで顔見知りになり、この先生だったら受けますよと言ってくださる医師もいるので、信頼関係も物事を動かす大きな要素である。ただリストを作ったから受けてくれる訳ではありません。

このような状態でした。

各病院の行動計画は皆さん出してくださいましたが、26病院のうち3病院だけまだ出してくれないところが残っています。今、23病院が出してくれました。

それでお話したところ、各病院で在宅診療をやってくれる医師のリスト、あるいは地元医師会がすでにつくっていたリストがありました。ただし、こうした連携のリストは、がんに特化していなかったりするので、それを確認しなければなりません。また好事例として、緩和ケアから始まって顔が見える関係ができて、そうすると口コミでまた頼める、そういうよい流れができていた病院がありましたので、そういったことを発表していただきました。

あがった問題点としては、自前で往診している病院は算定できない。自分の病院で門前クリニックをもっていてそこで在宅をやっていると、これは紹介したことにならないんです。診療報酬には「他の保険医療機関に」と書いてあります。また、近隣に訪問診療可能な医療機関が乏しいという地域的な問題。その次は医師の意識の問題ですが、がん診療に緩和が早期に関わることを抵抗する医師がまだいること。それからもう1つ、これは大事なポイントですが、目標を算定件数に置くと、算定ありきで考えるのかということです。算定件数は結果であって、それ自体が目標ではない。

すごくその通りのことです。数値目標をもつ方式というのはやはり、理念が確認されないと、自己目的化というリスクを伴うという警告をメンバーの意見でいただけて、皆さんで共有ができました。

（新）外来がん患者在宅連携指導料500点
（1人につき1回に限る。）

第1 基本的な考え方

外来で治療を受けるがん患者が、適切な時期に在宅医療への紹介を受けることで、終末期により質の高い在宅でのケアを受けることができるよう、終末期に近いがん患者について、外来から在宅への連携を評価する。

【算定要件】

外来で化学療法又は緩和ケアを実施している進行がんの患者であって、在宅での緩和ケアに移行が見込まれるものについて、患者と診療の方針等について十分に話し合い、患者の同意を得た上で、在宅で緩和ケアを実施する別の保険医療機関に対して文書で紹介を行った場合に、1人につき1回に限り所定点数を算定する。

現状と行動への理念

入院から在宅へつなぐこと はすでに行われている

外来から在宅へつなぐこと

外来通院できる体調だからこそできること

がんの見通しについて早期から話し合い、より良い最期を迎えるために患者本人、家族に最期の迎え方も含めて自分の意思、希望を考えてもらう機会、時間を持ってもらえるように

34

やはり、現状と行動への理念ということが必要ではないかと思っています。口で説明できる理屈をもったうえでやるべきだなと思います。

2016/11/11 第1回PDCA部会集合会議

各施設のPLAN共有 PDCA現状報告

この時点までに PDCA活動をすでに行っていた施設	7施設
新たにPDCA部会を立ち上げた施設	4施設
まだ部会設立に至らない施設	9施設
部会欠席施設	6施設
計画表提出施設	23/26施設

伸びしろ有り

35

PDCA部会はまだ始まったばかりですから、はじめから全部がきれいに動いてくれるというのは期待しすぎで、これは伸びしろがあると考えて、その次を目指していきたいなど少し楽観的に考えていきたいと思っています。

Q&A

（質問者）PDCAの部会を立ち上げることについて、緩和ケアの部会もそうだと思うのですが、相談支援とか、結局同じようなメンバーが集まって、集まる会が増えてしまうだけで、実際のところ、PDCAの項目をトップダウンで決めることは非常に意味があると思うのですが、それぞれの部会がPDCAの方策に従ってやるということで十分な感じを受けています。そこで、2つの部会を立ち上げるこの意味があったかどうかを伺いたいと思います。

(埼玉県立がんセンター・坂本) おっしゃる通りです。各部会でもそれぞれPDCAということはすでに意識があって、われわれはすでにこういう動きをしているのにという意見もやはりあります。特に相談支援と看護の部会はそういった意識が強くて、よく動いています。そういったよく動いているところからすれば、余計なお世話という気持ちはおそらくあったのだらうと思いますが、必ずしも全部のところはそうやって動いているわけではないというのが、1つの事実だと思っています。

それで、共通目標をもってやっていくということは、私は個人的には2つの意味があると思っています。1つは、共通の目標をもって全体がそちらに動いていくという効果。もう1つは、PDCAというやり方、方法論としてのPDCAというものの回し方というのを、こういったツールを用いて型にはめて、この格好に落としつけていけばいろいろな問題が解決に向かうことを経験できるのだらうと。そういった方法論というところでいうと、何をやるかということよりも、その方法論を各部会に提供するという意味で、PDCAに特化した部会があることの意義はあると思っています。先ほどお示したように、その効果がどうなのかということも、まだわれわれのデータは検証できる段階に至っていませんので、考えとしてはこのようなことでやっているということなんです。

(質問者) 質問1つとコメントを1つだけ。都道府県で共通の指標をもつということは皆さんがんばったけど結構、難渋するんですね。それで私の質問は、都道府県には一応、がん対策推進協議会というのがあって計画をつくります。もう1つ拠点病院が集まる連携協議会というのがありますが、この目標を決めてこれでいくよ、ということを経験的に決めてトップダウンのてこにした、根拠にしたときのプロセスとか、どこをどう決められたのかお聞きしたいと思います。一体誰がトップダウンの目標設定をすればうまくいくのか、そこが疑問の1つです。

(坂本) これは最初に自虐ネタでお示しましたように、考えあぐねて困ったなと思っていたところに、加藤先生からご助言をいただいたことが最初のきっかけです。スライドでもつくりましたが、PDCAが回っていくと、チェックとか、各病院のもっている問題点を部会で共有して、その次のPDCAのAのところでもトップダウンで始めたものが最終的にボトムアップになって、次のPDCAの新しいPにつながる格好に回っていくことを期待しています。そのように回っていくと、部会と協議会でPDCAを回していくことにつながるかと思います。

推進協議会で出していただくのはやはりいろいろな項目がありますし、具体的なPDCAということに落とし込んでいくとなると、1個1個やっていく必要があると思うんです。そういう意味で、一番最初は誰が決めるかということ、やはり推進協議会、一番上のところでやったものの中から選んでいくと

いうことはあるかと思っています。今回の場合は特に、新しい診療報酬があって目標が数値化しやすいことが1つのメリットでしたので、これはいいなと思ったんです。

(質問者) 私がこうしたらいいかなと思ったのは、がん対策推進協議会という大きな協議会がありますから、その中でこれをやりなさいという号令をかけてちょうだいと言えば、その下の協議会も動きやすいし、部会も動きやすい。というふうに、先生のご発表の提案を受けてやってみようかと思っています。号令をかける人が誰かがなかなか難しくて難渋していますので。

コメントに移ります。最後の問題点と意見というスライドで、全部の施設で共通目標というのは、いろいろな反対の声が出るものだなと、私もよく経験しているんですが、100%全部同じものを皆の施設でやろうと思わないほうがいいと私は思っています。立ち位置が全部違うので、うちは該当しないというところがあることがあるんですね。ですから、マジORITYー8割、9割が一緒にやれるものが2つか3つあったら、全体としてなんとなく皆参加しているという形になるので、無理に100%にこだわらなくていいような気がしています。

(坂本) ありがとうございます。おっしゃった通りで、100%と言い出しますと、ちょっと穴が開いたら、それで頭を抱える。そういうふうに考えないほうがいいというご助言をいただきました。

(質問者) 私は、PDCA活動を行っていくときに、PDCA活動がもっている理念とか、その辺の共有というのが一番大事なのではないかと思っています。方法論はトップダウンだろうがボトムアップだろうが、あまりこだわらないでいいと思うんです。今回は先生が中心になって進められたと思いますが、各協議会のメンバーを説得する、わかっていたかのためにどれくらいの努力があったのか、それをお聞きしたいです。

(坂本) 実は、協議会でトップダウンでやらせていただいたと言ったときには、理念の話は大してしなかったんです。トップダウンということで、こっちは肩に力が入っていたところがありますから。ただPDCA部会のときにやはり、算定ありきかどうかという声が出てくるんですよ。それは非常にもったいなくて、その辺りでは、現状はどうか、患者さんはどんな気持ちで最期を病院で迎えているのか。家で迎えるときには、もっと早く家に帰ればよかったと思うと。やはりわれわれはそういったことに応えていくことを考えたほうがいいですよという話を、部会のときに共有をさせていただきました。これがわれわれの経過ですが、やはり理念というものがないと動かないですね。おっしゃる通りだと思います。

(国立がん研究センター・若尾) 目標があって、それを測る指標があるということは、非常にわかりやすいアプローチだ

と思います。それで、ちょっと各論的なことになりますが、ツールをつくっているいろいろな移行しやすい環境をつくっていますが、やはり一番ギアとなるのは、各診療科の医師が在宅に紹介する、そこをいかに進めるかということだと思います。そこをどのように取り組まれているのでしょうか。

(坂本) 私ども病院でワークショップをやったとき、やはりそこは大きな問題になりました。そのことは皆さんにも共有していただくようにはしたのですが、医師が抱える問題はたくさんあって、最近、抗がん剤治療がよくなったものだから、副作用が少なくなって相当悪くなくてもやればできる。それで患者さんも最後のとりでとしてそこにすごく期待しているところで、在宅に戻ってBSCにみたいな話はなかなかできないし、今患者さんががんばっているときに、先の話とはいえないなかなかできないでしょうというのが1つ。

もう1つは、化学療法のドクターたちは今、すごく忙しいんですね。外来化学療法で外来の時間がずっと続いて、次の患者さんがいっぱい待っている。その中でこんな大事な話をどこですのかと。ですので、ドクターだけで説明していくとかそういう格好にはせずに、ナースとか、ソーシャルワーカーとか、そちらからドクターに、「どうでしょう、この患者さんはこういう感じでラストラインに入ってきていますから、そろそろこの話をしておく患者さんは早くに移行できるんじゃないですか」みたいな話で、ドクターが「うん、いいね」と言ったら、後はナース、ソーシャルワーカーから家族にじっくり話をしたうえで、患者さんに話を続けていく。こういったような流れがいいのではないかなというのがワークショップで出てきました。それも何度も共有していくことによって各病院に広げていければなどという気持ちではあります。

(若尾) 実際にそのようにメディカルスタッフの方がドクターに推奨するようなことを、埼玉県立がんセンターでは取り組み始められているということでしょうか。

(坂本) そういことですね。その始まりは少なくともあります。どのくらい実行できているかということに関してはこれからですけども。

(質問者) 平成28年度の取り組みは在宅だということで、単年度のPDCAサイクルの目標設定をされているという理解でよろしいでしょうか。来年は違うということでしょうか。

(坂本) 当初は、単年度で取りあえず評価までいってという結果で考えていたのですが、先ほどお示したように、すでにずれ込んでいまして、単年度では終わらないんです。ですので、これは年度をまたいでしまって次の目標ということになるかもしれません。それと、次のテーマというものももちろんありますが、このテーマでもうひとサイクルPDCAを回すというのもありで、PDCAというのはこういうふうにとどんどん増えてしまうものだなという気持ちもあります。年度で区切れば、再考、評価もしやすいところがありますが、現実には、

そういくかどうかはまだ自信がありません。

(質問者) これは全体のことでですが、いろいろな県でいろいろなPDCAサイクルが回っていますが、ある1つの目標を例えば5年なら5個やった、あるいは3個やったということで、やった事業を最終年度の報告書でまとめればいいのか、それとも各病院のがんに関するある程度のPDCAチェック項目を包括的にまとめたようなものを出さなければいけないのか、最終報告書というのはどういう形が望まれているのでしょうか。あるいは、次に向かってわれわれはどういう目標を立てたらいいかというのを、どなたか教えていただければと思います。そこを大変苦慮しているんですけども、平成30年度はきっとそういうことになると思うんです。

(若尾) これも私見という形でお話をさせていただきます。今、整備指針をみますと、まとめて報告することがデューティーとなっているわけではありません。ですから極論を言うと、PDCAをやるのが目的ではなくて、医療の質を改善する、あるいは地域のがん医療を改善することが目的であって、それに向かっているものであれば1つでもいいのではないかなと思います。いくつなくてはいけない、全体を包括してなくてはいけないというのは無い。今の解釈だとそういうレベルだと思います。ただ今後、清住補佐がおっしゃったように、次の第3期の計画に基づいて、次の整備指針でもっと全体を包括するんだというようなものが出てくればまた変わるかもしれませんが、現時点では何か取り組みをしていることで評価されると、やっているとみなされるということではよろしいのではないかなと思います。

(厚生労働省・清住) 観点としては、若尾先生におっしゃっていただいた、医療の質の担保と向上で何ができるかという、そここのところPDCAサイクルが入ってきたのですが、そこに新たに報告や成果を位置づけるものをどんどん付加すると、今度は業務負担増の話になってきて、逆に現場に過重な負担を与えて、かえって医療の質につながらないということも議論の中ではあります。ですから、本日の時点で明確にこういう方向性だと言うことはできませんが、議論の中では、現場に過重な負担をかけるべきではないということをもまず位置づけて、そこで医療の質を向上するために何ができるかという観点で議論が進んでいると認識していますので、夏以降、基本計画策定以降の拠点病院の指針、策定に関する議論についてまたご留意いただければと考えています。

鳥取県の取り組み

鳥取大学医学部附属病院 辻谷 俊一

鳥取県のPDCAサイクルの取り組みは、ほとんど1年前に始まったところですが、そのとき、何をしたいのか全くわからなかったのですが、この都道府県の拠点病院の会議や、PDCAについてのフォーラムなどがあったのを参考にして、何をしようかということで始めました。

になると松葉ガニなどをご堪能いただけます。

鳥取県のがん診療連携拠点病院は、鳥取大学が都道府県拠点で、地域の拠点は赤印で示した4病院、東・中・西部にあります。

青いマークは県が指定している準拠点病院で、拠点病院は全部で10病院となります。



最初に、鳥取県をご紹介します。鳥取県は日本海側にありまして、島根県の隣です。よく島根県と、どっちが右でどっちが左かと言われますが、岡山県の上にあるのが鳥取県です。大きさとしては非常に小さく、面積も小さいですし、人口も60万人ということで、大きな町より全然小さいということになります。鳥取砂丘、大山、ゲゲゲの鬼太郎などが売りですが、スターバックスが最後に来たというのも有名になりました。うちの県知事が「スタバはないけど砂場はあるよ」と言ったのが、いろいろなところで評判になっております。冬

取り組みの内容

- 1) PDCA推進会議
 1. 鳥取県がん診療連携協議会
 2. 鳥取県がん診療連携協議会作業部会
 3. 鳥取県がん診療連携協議会テレビ会議
 4. 鳥取県がん診療研修会
- 2) PDCA推進マテリアル
 1. PDCAサイクル評価シート
 2. 「がん診療体制の質」評価ファイル
- 3) がん医療の教育・研修
 1. ICTがんセミナー
 2. 研修会
- 4) がん情報の普及・啓発
 1. 市民公開講座、ラジオ放送
 2. リーフレット、ポスター

私たちの取り組みの内容です。本当に貧弱なのですが、一応このように書いてみますと、まず、PDCAを推進する会議として当然ある鳥取県がん診療連携協議会と、その下の診療連携協議会作業部会が回すことになります。あとは、それが動くためにテレビ会議をしたり、がん診療研修会をやっていくことなどが、大もとの取り組み内容です。PDCA推進マテリアルの1つは、「PDCAサイクル評価シート」で、これは奈良県の長谷川(正俊)先生(奈良県立医科大学附属病院)などが使っておられるものを、そのまま拝借して使っています。それから、後ほどお話があるかと思いますが、「がん診療体制の質評価ファイル」という水流(聡子)先生(東京大学大学院)のツールを使ってやって行く。また、がん診療の教育・研修ということで、鳥取大学は、がんプロの参加メンバーですので、そういったものを使って県内の拠点病院の

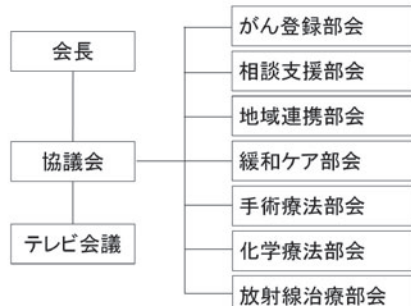
がん診療連携拠点病院



西部	中部	東部
鳥取大学病院	県立厚生病院	県立中央病院
米子医療センター	野島病院	鳥取市立病院
山陰労災病院		鳥取赤十字病院
博愛病院		鳥取生協病院

診療レベルのアップにつなげようとしています。また、がん情報の普及・啓発というのはやはり重要なので、そういった活動をしています。

鳥取県がん診療連携協議会



これがPDCA推進会議の組織図です。会長は鳥取大学病院の病院長で、その下に協議会があって、がん登録部会、相談支援部会、地域連携部会、緩和ケア部会、手術療法部会、化学療法部会、放射線治療部会の7つの部会をもって

PDCA推進会議のスケジュール

開催日	会議名	開催時間
2016年2月11日	がん診療研修会	12:00-18:30
3月23日	がん診療連携テレビ会議	19:00-20:00
5月18日	がん診療連携テレビ会議	19:00-20:00
7月25日	がん診療連携協議会	15:00-16:30
9月11日	がん診療研修会	12:00-18:30
9月28日	がん診療連携テレビ会議	19:00-20:00
11月9日	がん診療連携テレビ会議	19:00-20:00
2017年1月16日	がん診療連携協議会	15:00-16:30
2月11日	がん診療研修会	12:00-18:30

昨年からはじめたPDCA推進会議が、どういうスケジュールでここまで来ているのか、このスライドで示しています。まず、昨年の2月11日にがん診療研修会というのをやりました。これは、鹿児島県の取り組みで鹿児島大学の上野(真一)先生から教えてもらったものを、そのまま拝借して使っています。それで、講演会をして、作業部会をして、検討会をしようと思いました。当然、がん診療連携協議会というのを年2回しなければいけませんので、われわれは7月と1月に開催しています。そこでは、都道府県協議会や作業部会からのまとめなどが報告されるのですが、それでやっていると報告するのは年2回しかないということで、それではあまり進捗しないのではないかと考えまして、2カ月に1回、テレビ会議をはさむようにして進めています。ですから、2016年3月、5月にテレビ会議があって、7月に協議会、9月に2回

目のがん診療研修会をやって、テレビ会議が2回、17年1月にはがん診療連携協議会ということで、2月11日に3回目のがん診療研修会を行うスケジュールになっています。

作業部会役員 会長(赤) 副会長(青)

部会	がん登録部会	相談支援部会	緩和ケア部会	地域連携部会	手術療法部会	化学療法部会	放射線治療部会
鳥取大学医学部附属病院	田本 彰三 船橋 美香	西岡 秀 足立 寛子	吉本 美和 上田 直也	天山 寛治 伊藤 徳樹 (鳥取県立)	中村 尚宏 阿藤 博昭	上田 洋仁 藤田 啓吾	内田 伸也 松崎 秀宏
鳥取市立病院	小澤 伸小 米山 ちづる	山根 結香 山口 恵	足立 謙司 山根 結香	田中 千賀子 谷口 康夫	大石 正博 加藤 大	小寺 正人 大石 正博	松本 聡 飯本 博昭
鳥取県立中央病院	山根 博博 藤原 可奈子	藤原 哲人 池田 知	藤原 哲人 渡野由紀子	藤原 哲人 森本 尚輔	中村 謙一 前田 啓之	渡田 謙 安藤 嘉典	中村 謙一 砂川 知広
鳥取県厚生病院	藤原 智恵理 岸本 洋一	松崎 智美 阿部 桂	佐藤 徹 池田 幸	西山 紀子 池田 幸	吹野 俊介 米村 和実	小松 雅美 竹藤 祥江	河合 剛 木原 博行
米子医療センター	岸本 雅哉 (黒)	田中 聡子 (黒)	松原 聖士 (黒)	山本 智夫 (黒)	高野 卓朗 (黒)	鈴木 嘉典 (黒)	杉原 隆司 (黒)
鳥取赤十字病院	大島 佳千子(黒) 藤原 俊輔	水谷 ふみ江(黒) 田中 久雄	三谷 穂子(黒) 山口 由美	水谷 ふみ江(黒) 山代 恵	西門 千代美(黒) 小野 幸司	永瀬 美沙(黒) 武藤 洋平	大矢 寛(黒) 小林 正美
鳥取協賛病院	神田 ひとみ 大杉 みどり	藤村 五月 幸山 小百合	藤村 五月 幸山 小百合	村屋 光子 石川 真理	樋口 由利子 野本 真一	田中 久子 豊島 佳那子	木村 洋史 角野 義子
野島病院	陶山 純之 (鳥取県立)	石谷 正 (鳥取県立)		石谷 正 (鳥取県立)	野本 真一 (鳥取県立)	竹内 勲 (鳥取県立)	角野 義子 林 真一 (鳥取県立)
山陰労災病院	藤原 俊之(黒) 野野 美貴子	藤原 康行(黒) 青木 孝司(黒)	野野 孝司(黒) 青木 孝司(黒)	野野 仁愛(黒) 野野 富夫(黒)	野野 仁愛(黒) 野野 富夫(黒)	野野 典子(黒) 藤田 由美(黒)	高杉 昌平(黒) 藤本 秀樹(黒)
博愛病院	藤原 康平 (鳥取県立)	永野 智美 (鳥取県立)	藤原 昌子 (鳥取県立)	藤原 つゆ子 (鳥取県立)	安宅 正幸 (鳥取県立)	藤田 由美 (鳥取県立)	藤本 秀樹 (鳥取県立)
	八原 裕子 (鳥取県立)	藤野 美香 (鳥取県立)	加藤 洋一 (鳥取県立)	竹崎 昭 (鳥取県立)		田内 由理 (鳥取県立)	

これは作業部会役員の表です。縦列が各拠点病院で10病院あり、横に各作業部会があります。各病院から2名ずつ出していただいて、この作業部会を構成します。もちろん放射線治療などが無いところもありますので、そういうところは部会には出てきていません。

第1回が昨年ありまして、加藤(雅志)先生(国立がん研究センター)に来ていただきました。まず「我が国のがん対策

第1回鳥取県がん診療研修会

期日：平成28年2月11日(祝)
 会場：米子市 国際ファミリープラザ ファミリーホール
 12:00 参加受付、運営会議(部会長・副部会長会議)
 12:30 開会挨拶
 12:35 作業部会の業務と運営の説明と質疑応答
 鳥取大学医学部附属病院がんセンター 辻谷俊一
 13:00-14:40 講演会(全体研修会)
 13:00 「我が国のがん対策と今後の方向性
 ーがん診療に関するPDCAサイクルの確保に向けてー」

国立がん研究センター がん対策情報センター
 がん医療支援部 部長 加藤雅志先生
 13:50 「鹿児島県における作業部会の活動」
 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科
 臨床腫瘍学講座 教授 上野真一先生

第1回鳥取県がん診療研修会

14:40-15:00 休憩・移動(コーヒータイトム)
 15:00-16:30 各作業部会
 ●鳥取県のがん医療の課題抽出
 ●課題の克服に向けた中期計画
 ●平成28年度の行動計画と評価方法
 16:30-16:50 休憩
 16:50-18:00 各作業部会からの報告と検討会
 (全体研修会)
 18:00-18:10 閉会挨拶
 18:10-18:30 運営会議(次回開催打合せ)

と今後の方向性—がん診療に関するPDCAサイクルの確保に向けて—ということで、ここで部会員に何をしなければいけないのかをご説明いただきました。そして、作業部会の進め方として、「がん診療研修会というものを年2回やっていくんだよ」ということを、鹿児島大学の上野(真一)先生に来ていただき、講演していただきました。その会のはじめに私から「作業部会の業務と運営の説明と質疑応答」ということで、「なぜこのような取り組みが必要なのか」をご理解いただいたのが最初です。

その後、休憩を挟んで各作業部会を開催し、「鳥取県のがん医療の課題抽出」「課題の克服に向けた中期計画」「平成28年度の行動計画と評価報告」について考えていただきました。そして最後に各作業部会から、まとめの報告と、それに対するご意見をいただいて閉会するという段取りで進めています。

第2回鳥取県がん診療研修会

期日：平成28年9月11日(日)
 会場：米子市 国際ファミリープラザ ファミリーホール
 12:00 参加受付、運営会議(部会長・副部会長会議)
 12:55 開会挨拶
 13:00-14:40 講演会(全体研修会)
 13:00 「がん診療体制の質評価調査と改善に向けたPDCAサイクルの実現」
 東京大学大学院工学系研究科
 医療社会システム工学特任教授 水流聡子先生
 13:50 「愛媛県におけるPDCAサイクル実現への取り組み」
 四国がんセンター
 臨床研究推進部長 青儀健二郎先生
 14:40 鳥取県からの連絡

第2回鳥取県がん診療研修会

14:50-15:00 休憩・移動(コーヒータイム)
 15:00-16:30 各作業部会
 ① 各病院のPDCAの進捗状況
 ② 各病院のPDCAの評価
 ③ 部会としての今後の行動計画
 16:30-16:50 休憩
 16:50-18:00 各作業部会からの報告と検討会
 (全体研修会)
 18:00-18:10 閉会挨拶
 18:10-18:30 運営会議(次回開催打合せ)

第2回は昨年の9月に行いました。この会では水流先生に来ていただき、「がん診療体制の質評価調査と改善に向けたPDCAサイクルの実現」。それから青儀(健二郎)先生(四国がんセンター)に来ていただき、「愛媛県におけるPDCAサイクル実現への取り組み」ということで実際の例を示していただき、「なるほど、こんなことをするとPDCAは回るのか」と情報共有をしました。このときから鳥取県の連絡が入るよ

うになりまして、鳥取県としては、行政となるべく一体になってがん診療を進めていこうという考えでいます。

休憩を挟んで、各作業部会では各病院のPDCAの進捗状況を話し合い、それを評価する。そして、部会として今後の行動計画を立てるという形で進み、また全体での研修会を行って閉会いたしました。

第3回鳥取県がん診療研修会

期日：平成29年2月11日(祝)
 会場：米子市 国際ファミリープラザ ファミリーホール
 12:00 参加受付、運営会議(部会長・副部会長会議)
 12:55 開会挨拶
 13:00-14:40 講演会(全体研修会)
 13:00 「データに基づいたがん対策の企画・評価～大阪府と沖縄県の取り組み」
 茶屋町レディースクリニック
 琉球大学医学部 委託非常勤講師 井岡亜希子先生
 13:50 「本物のPDCAと見せかけのPDCA～データに基づく評価に向けて～」
 国際医療福祉大学大学院教授 埴岡健一先生
 14:40 鳥取県からの連絡

第3回鳥取県がん診療研修会

14:50-15:00 休憩・移動(コーヒータイム)
 15:00-16:30 各作業部会
 ① 各病院のPDCAの進捗状況
 ② 各病院のPDCAの評価
 ③ 部会としての今後の行動計画
 16:30-16:50 休憩
 16:50-18:00 各作業部会からの報告と検討会
 (全体研修会)
 18:00-18:10 閉会挨拶
 18:10-18:30 運営会議(次回開催打合せ)

(今年2月)11日に予定しております第3回については、茶屋町レディースクリニックの井岡亜希子先生——大阪大学や琉球大学でこういった活動の講師をされていた先生ですので、「データに基づいたがん対策の企画・評価～大阪府と沖縄県の取り組み」ということで、いかにデータを使って自分たちの成果を可視化することができるのか、講演していただきます。それから、国際医療福祉大学の埴岡(健一)先生にも来ていただき、「本物のPDCAと見せかけのPDCA～データに基づく評価に向けて～」という内容で、「本当にわかるようにするにはどうしたらいいのか」「まず自分たちの評価を、どうすれば自分たちでわかるのか」といったようなことを学ばなければいけないのかなと思っています。

そして、第1回、第2回と同じように、その後は作業部会を予定しています。

このような形でここまで回してきているのですが、実際に

推進マテリアルとしては、奈良県のものを使わせてもらって、最初の会合のときに「まずPlanとDoまでつくってください」とお願いしました。その後、各部会からご報告をいただき、PlanとDoができたのが今年の春の時点です。そして秋には、これにCheckとActが入ってきています。

PDCAサイクル評価シート

- 奈良県の活動に習って、各作業部会でPDCAサイクル評価シートを記入する
- 鳥取大学がんセンター事務局が評価シートを集める
- 各作業部会の部会長がまとめ、鳥取県がん診療連携協議会で報告する
- 鳥取県がん診療連携テレビ会議で進捗状況や問題点について協議する

こういう形で「1つ1つ徐々に中身を確認しながらやっていく」ということで、どうやっていくのか、これから具体的に、お示します。やり方としては、まず各作業部会でPDCAサイクルの評価シートを記入して、鳥取大学がんセンター事務局が評価シートを集めます。そして作業部会の各部会長にまとめをつくらせていただき、鳥取県がん診療連携協議会で報告していただきます。しかしながら協議会は2回しかありませんので、鳥取県がん診療連携テレビ会議で逐次、進捗状況や問題点について協議していくという進め方です。

がん登録部会

病院	Plan(計画)	Do(実施)	Check(点検・評価)	Act(処置・改善)
全病院	「がん登録の精度向上を図り、がん医療の均てん化やがん予防に活用するとともに、がん登録の認知度を高める」	<ul style="list-style-type: none"> • 院内がん登録実務者研修会を開催 • 各種研修会に参加しスキルアップ • 鳥取大学がんセミナーを受講 • 情報交換会に参加し情報共有する • 当該年症例データの提出 • 院内がん登録情報センターのHPから医療関係者、一般市民への情報提供を行う 	<ul style="list-style-type: none"> • 研修会への参加状況を把握 • 認定試験の受験状況を把握 • 各病院のHPで登録情報の更新を確認 	<ul style="list-style-type: none"> • 院内がん登録情報センターのHPに会員限定の掲示板を構築し、問題共有、早期解決を促す

1つ1つの部会の内容については、各病院単位でのPDCAもありますが、ここではひとまず全病院、全体での進め方を報告させていただきます。

まず、がん登録部会です。目標(Plan/計画)は「がん登録の精度向上を図り、がん医療の均てん化や、がん予防に活用するとともに、がん登録の認知度を高める」ということです。そのために「院内がん登録実務者研修会を開く」「各

種の研修会に参加しスキルアップする」「鳥取大学で行っている『ICTと人で繋ぐがんセミナー』に各病院が参加して受講する」「情報交換会に参加し情報共有をする」「症例データを提出する」「院内がん登録情報センターのホームページから医療関係者、一般市民への情報提供を行う」などを実施(Do)しているようです。

Checkとしては、「研修会の参加状況を把握」「認定試験の受験状況を把握」「各病院のホームページで登録情報の更新を確認」していきます。Actとしては、「院内がん登録情報センターのホームページに会員限定の掲示板を構築して、問題共有や早期解決を促すようにしていこう」ということです。

相談支援部会

病院	Plan(計画)	Do(実施)	Check(点検・評価)	Act(処置・改善)
全病院	「安心して質の高いがん相談が県内どこでも受けられる」方法	<ul style="list-style-type: none"> • リーフレットを作成し、がん拠点病院以外からの相談支援を促す • 「がんの親を持つ子どものサポート研修会」を1月28日に開催 	<ul style="list-style-type: none"> • 共通リーフレットを作成中 • 「がんの親を持つ子どものサポート研修会」の当日と6ヶ月後にアンケート調査を行って評価する 	<ul style="list-style-type: none"> • 情報提供・相談支援部会の研究班によるパイロットスタディーの結果を参考に「がん相談利用者調査」を実施する

相談支援部会です。「安心して質の高いがん相談を県内どこでも受けられる」というのが目標です。方法としては、がん相談の普及・啓発、がん相談に携わる医療者のスキルアップ、がん相談の質の評価をする。実際に何をしているかというと、「リーフレットを作成して、がん拠点病院以外からの相談支援も促そう」ということです。病院ごとにリーフレットをもっているのですが、そういうものではなく、いろいろなところに置けるものをつくる。あるいは、「がんの親を持つ子どものサポート研修会を開催しよう」ということで、これはつい先日、開催されました。リーフレットについては現在、作成中です。がんの親を持つ子どものサポート研修会は、当日と6カ月後にアンケート調査を行い、その取り組みを評価することになっています。

Actですが、情報提供・相談支援部会の研究班によるパイロットスタディーの結果がありますので、それを参考に、がん相談利用者調査を実施することになっています。

地域連携部会の目標は、「がん地域連携パスの体制の整備」です。方法としては、院内で運用のための話し合いを行い、具体的な運用システムを構築する。院内外への周知や、使いやすい「わたしのカルテ」の改訂版をつくる計画があります。医療圏ごとに「がんパス委員会」をつくり、看護師やMSWをコーディネーターに置いたらいいのではないかと

地域連携部会

病院	Plan(計画)	Do(実施)	Check(点検・評価)	Act(処置・改善)
全病院	<ul style="list-style-type: none"> 「がん地域連携バスの体制の整備」 院内で運用のための話し合い 具体的な運用システムの構築 院内外への周知 使いやすい「わたしのカルテ」改訂 	<ul style="list-style-type: none"> 医療圏ごとにがんパス委員会 看護師やMSWをコーディネーターに置く 「わたしのカルテ」をファイル形式にして、検査データは挟み込む 胃癌、大腸癌、乳癌を中心にがんパスを運用するための地域連携カンファレンスを開催 	<ul style="list-style-type: none"> 看護師、MSWの業務が多忙で、がんパスの運用に関わるのが困難 専任のコーディネーターを置く予算がない 医師会による「わたしのカルテ」の監修 部会で全県の運用を検討 	<ul style="list-style-type: none"> 地域連携カンファレンスの定期開催 看護師、MSWに負担の少ない運用の工夫 がんの地域連携の普及啓発 患者の満足度を高める工夫

ということで、活動が行われているところです。「わたしのカルテ」は、ファイル形式にして検査データを挟みこめるような形にしたい。あるいは、胃がん、大腸がん、乳がんを中心に、がんパスを運用するための地域連携カンファレンスを開催していく。

このようなことに取り組んでいますが、看護師、MSWの業務は多忙なので、がんパスの運用に関わるのはなかなか難しい。また、専任のコーディネーターを置きたいけれども予算がありません。医師会による「わたしのカルテ」の監修は、進んでいるようです。部会で全県の運用を検討することを、今後はやっていきます。

Actとしては、地域連携カンファレンスの定期開催、看護師、MSWの負担の少ない運用の工夫、がんの地域連携の普及・啓発、患者の満足度を高めること——この辺が今後の課題となっています。

緩和ケア部会

病院	Plan(計画)	Do(実施)	Check(点検・評価)	Act(処置・改善)
全病院	<ul style="list-style-type: none"> 「基本的な緩和ケアの普及」方法 医療圏ごとに緩和ケア部会が情報を共有 基本的な緩和ケアの研修会を開催 がん診療に携わる医師の全員が緩和ケア研修会を修了 	<ul style="list-style-type: none"> がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会のほかに 県立中央病院で緩和医療研修会 県立図書館「闘病記文庫」講演会 厚生病院での緩和ケア勉強会に合同参加 鳥取大学病院で中海緩和ケア研究会、がん看護研修会 米子医療センターで勉強会 	<ul style="list-style-type: none"> 研修会の参加者数の増加をめざす必要がある 合同での緩和ケア研修会が未実施 	<ul style="list-style-type: none"> 医療圏ごとの合同緩和ケア研修会を年度内に開催する

緩和ケア部会の目標は、「基本的な緩和ケアの普及」です。医療圏ごとに緩和ケア部会が情報を共有し、基本的な緩和ケアの研修会を開催し、がん診療に携わる医師の全員が緩和ケア研修会を修了することが目標になっています。実際に、そういった緩和ケア研修会のほかに、個別の病院ごと、あるいは地域ごとの研修会を行ってほしいということで活動が進んでいます。あと、「研修会の参加者数増加を目

指す必要がある」といったようなことや、「合同での緩和ケア研修会がまだできていない」というのが途中の評価です。今後は合同緩和ケア研修会を年度内に必ずやろうということで動いています。

手術療法部会

病院	Plan(計画)	Do(実施)	Check(点検・評価)	Act(処置・改善)
全病院	<ul style="list-style-type: none"> 「県内で安心して質の高いがん手術を受けることができるようにする」 方法 Clavien-Dindo分類に基づく術後合併症発生率 ステージごとの5年生存率 	<ul style="list-style-type: none"> 5大がん(胃癌、大腸癌、肝臓癌、肺癌、乳癌)を対象に過去3年間のNCDデータ登録から術後の合併症、在院日数を調査する 5大がんについて5年以上経過した症例で生存率を算出する 	<ul style="list-style-type: none"> NCDデータの収集は未実施 鳥取大学病院から胃癌のステージごとの生存率、合併症の発生率が報告 厚生病院から肺癌のステージごとの生存率が報告 	<ul style="list-style-type: none"> 継続して各施設でデータを解析する 現状の各病院の問題点を抽出するため、「診療体制の質」評価ツールを利用してみる

手術療法部会です。目標は「県内で安心して質の高いがん手術を受けることができるようにする」ということです。方法としては、Clavien-Dindo分類の術後合併症の発生率を調べたり、在院日数やステージごとの5年生存率を明らかにしてはどうか。5大がんの胃がん、大腸がん、肝臓がん、肺がん、乳がんを対象に、過去3年間のNCDデータ登録から、術後の合併症、在院日数を調査する。また、5大がんについては生存率を算出することをやっていますが、NCDデータの収集は未実施だそうです。鳥取大学からは、胃がんのステージごとの生存率、合併症の発生率は報告されますし、県立厚生病院からは、肺がんのステージごとの生存率が報告されていると聞いています。

実際のActとしては、「継続して各施設でデータを解析して」「現状の各病院の問題点を抽出するために、診療体制の質評価ツールを利用してみよう」ということになって、今後は、そういったところを県をあげてやろうという形になっています。

化学療法部会

病院	Plan(計画)	Do(実施)	Check(点検・評価)	Act(処置・改善)
全病院	<ul style="list-style-type: none"> 「化学療法の同意書を見直し、現在加算できていない管理料の算定を行う」 方法 各病院の同意書を見直す 	<ul style="list-style-type: none"> 病名と病態の説明 化学療法の目的・必要性・有効性 化学療法の内容と期間および注意事項 化学療法に伴う副作用 副作用への対応 代替可能な治療 化学療法を行わなかった場合に予想される経過 化学療法の同意撤回 	<ul style="list-style-type: none"> 加算に向けて 薬剤については問題ない 副作用について種類および対策の記述はある 日常生活での注意点、対応に用いる薬剤、医療用麻薬の使用法、他の薬剤との相互作用について記載が必要 	<ul style="list-style-type: none"> 平成28年度中に算定可能な要件を整備する 現状の各病院の問題点を抽出するため、「診療体制の質」評価ツールを利用してみる

化学療法部会の目標は、「化学療法の同意書を見直し、

現在加算できていない管理料の算定を行う」。これを行うことによって患者にもメリットがあるだろうということで、各病院の同意書を見直すことになりました。実際にチェックしてみますと、病名や病態の説明、化学療法の目的・必要性・有効性、化学療法の内容と期間と注意事項、化学療法に伴う副作用、副作用への対応、代替可能な治療、化学療法を行わなかった場合に予想される経過、化学療法の同意撤回—こういったものが必要になってくるわけです。

加算に向けて、薬剤については問題はなくて、副作用の種類や対策の技術は大体どこもみんなそろっています。ただ、日常生活の注意点、対応に用いる薬剤、医療用麻薬の使用法、ほかの薬剤との相互作用などについて記載がないところが多いということで、これを整理して28年度中には各病院が算定可能な状態にもっていこうということになっています。また、先ほどと同様に、現状の各病院の問題点を抽出するため、診療体制の質評価ツールを利用してみるということになっています。

放射線治療部会

病院	Plan(計画)	Do(実施)	Check(点検・評価)	Act(処置・改善)
全病院	「放射線治療を必要とする全ての人に、質の高い治療を安全に提供する体制を整備する」 方法 ・放射線治療の実態調査	以下の項目について調査した ・年度別放射線治療患者数 ・病院間放射線治療紹介件数 ・放射線治療スタッフ数	・年度別放射線治療患者数が医療圏間で差が大きい ・病院間治療患者紹介件数の実態把握が困難 ・治療患者の経過をたどることが困難 ・スタッフ数の不足	・地域連携状況の情報を含め、紹介件数を把握する ・各施設の人員の増員とスタッフ教育の推進 ・患者の放射線治療の理解度を深める

放射線治療部会です。「放射線治療を必要とする全ての人に、質の高い治療を安全に提供する体制を整備する」というのが目標です。方法としては、治療の実態を調査して年度別の放射線治療患者数、あるいは病院間の放射線治療の紹介件数、放射線治療スタッフ数などを把握しようということです。

把握した結果、年度別の放射線の治療患者数は医療圏間で非常に差が大きい、病院間の治療患者の紹介件数は実態把握が難しい、患者の治療経過をたどることが非常に困難でスタッフ数も不足している、というような評価です。地域連携状況の情報を含めて紹介件数を把握し、患者に、きちんと放射線治療が提供されているのかを把握していくことが必要だろうと考えています。各施設の人員の増員も要望していかなければいけません、なかなか実現しないので「スタッフ教育を推進していこう」「患者に放射線治療への理解を深めよう」という改善策がうたわれています。

このようなものが私たちがやっている全てですが、今、鳥

がん診療データとPDCAサイクル

データ	対策
75歳未満年齢調整死亡率、標準化死亡率	すべて
罹患率、喫煙率	がん教育
臨床進行度分布、がん発見率、精検受診率、要精検率、陽性反応的中率、検診受診率	がん検診
5年相対生存率、進行度別5年生存率	がん治療

死亡率改善速度	
がん治療	1年後
がん検診	3年後
がん教育	10年後

取県は3年連続して「75歳未満がん年齢調整死亡率」がワースト3ですので、早く何とかしなければいけません。もちろん年齢調整死亡率、あるいは標準化死亡率を改善させるとなると、罹患率や喫煙率等を改善する「がん教育」が必要で、がん検診によってがんの発見率をあげたり、精検受診率、要精検率、陽性反応的中率、検診受診率、あるいは早期で見つかる割合をあげていくことも大切です。がん治療の成績、5年相対生存率や進行度別5年生存率といったようなものを改善することは、われわれにとって真っ先にやらなければいけない。また、これを全てやってはじめて死亡率が下がっていくということで、まずやることは、すぐ結果が出せる「がん治療の質をあげる」こと。そして、がん検診の質の向上・広がり、教育の普及といったことを全て進めていかなければならないと考えています。

同時に、それは病院だけががんばってすることでもないと考えていますので、行政と手を組みながら推進していかなければいけないということで、鳥取県はこういう状況であることを把握して、われわれの提案を聞いてくださり、診療の質に関わる調査といったものにお金を出してあげようかなど、今、話し合いが行われていると聞いています。

付け加えになりますが、私たちが実際にスタッフのレベルアップを図るために一番利用しているのはやはり、いわ

山陰がん認定医療スタッフ インテンシブコース

鳥取大学医学部附属病院 がんセミナー年間計画

- ・鳥取大学病院教官によるセミナー
- ・各回3つのテーマで講義
- ・2つのがん疾患と緩和ケアのテーマを選択
- ・基本的事項と最新のトピックス
- ・ICTにて県内がん診療連携拠点病院と接続
- ・毎回50～70名の聴講者

日付	疾患・テーマ	副題(聴講科目)	講師
5月7日	肺癌	女性肺癌	徳島大学 徳島市市民病院 徳島市市民病院 徳島市市民病院
5月14日	肺癌	肺癌	徳島大学 徳島市市民病院 徳島市市民病院 徳島市市民病院
5月21日	肺癌	肺癌	徳島大学 徳島市市民病院 徳島市市民病院 徳島市市民病院
5月28日	肺癌	肺癌	徳島大学 徳島市市民病院 徳島市市民病院 徳島市市民病院
6月4日	肺癌	肺癌	徳島大学 徳島市市民病院 徳島市市民病院 徳島市市民病院
6月11日	肺癌	肺癌	徳島大学 徳島市市民病院 徳島市市民病院 徳島市市民病院
6月18日	肺癌	肺癌	徳島大学 徳島市市民病院 徳島市市民病院 徳島市市民病院
6月25日	肺癌	肺癌	徳島大学 徳島市市民病院 徳島市市民病院 徳島市市民病院
7月2日	肺癌	肺癌	徳島大学 徳島市市民病院 徳島市市民病院 徳島市市民病院
7月9日	肺癌	肺癌	徳島大学 徳島市市民病院 徳島市市民病院 徳島市市民病院
7月16日	肺癌	肺癌	徳島大学 徳島市市民病院 徳島市市民病院 徳島市市民病院
7月23日	肺癌	肺癌	徳島大学 徳島市市民病院 徳島市市民病院 徳島市市民病院
7月30日	肺癌	肺癌	徳島大学 徳島市市民病院 徳島市市民病院 徳島市市民病院
8月6日	肺癌	肺癌	徳島大学 徳島市市民病院 徳島市市民病院 徳島市市民病院
8月13日	肺癌	肺癌	徳島大学 徳島市市民病院 徳島市市民病院 徳島市市民病院
8月20日	肺癌	肺癌	徳島大学 徳島市市民病院 徳島市市民病院 徳島市市民病院
8月27日	肺癌	肺癌	徳島大学 徳島市市民病院 徳島市市民病院 徳島市市民病院
9月3日	肺癌	肺癌	徳島大学 徳島市市民病院 徳島市市民病院 徳島市市民病院
9月10日	肺癌	肺癌	徳島大学 徳島市市民病院 徳島市市民病院 徳島市市民病院
9月17日	肺癌	肺癌	徳島大学 徳島市市民病院 徳島市市民病院 徳島市市民病院
9月24日	肺癌	肺癌	徳島大学 徳島市市民病院 徳島市市民病院 徳島市市民病院
10月1日	肺癌	肺癌	徳島大学 徳島市市民病院 徳島市市民病院 徳島市市民病院
10月8日	肺癌	肺癌	徳島大学 徳島市市民病院 徳島市市民病院 徳島市市民病院
10月15日	肺癌	肺癌	徳島大学 徳島市市民病院 徳島市市民病院 徳島市市民病院
10月22日	肺癌	肺癌	徳島大学 徳島市市民病院 徳島市市民病院 徳島市市民病院
10月29日	肺癌	肺癌	徳島大学 徳島市市民病院 徳島市市民病院 徳島市市民病院
11月5日	肺癌	肺癌	徳島大学 徳島市市民病院 徳島市市民病院 徳島市市民病院
11月12日	肺癌	肺癌	徳島大学 徳島市市民病院 徳島市市民病院 徳島市市民病院
11月19日	肺癌	肺癌	徳島大学 徳島市市民病院 徳島市市民病院 徳島市市民病院
11月26日	肺癌	肺癌	徳島大学 徳島市市民病院 徳島市市民病院 徳島市市民病院
12月3日	肺癌	肺癌	徳島大学 徳島市市民病院 徳島市市民病院 徳島市市民病院
12月10日	肺癌	肺癌	徳島大学 徳島市市民病院 徳島市市民病院 徳島市市民病院
12月17日	肺癌	肺癌	徳島大学 徳島市市民病院 徳島市市民病院 徳島市市民病院
12月24日	肺癌	肺癌	徳島大学 徳島市市民病院 徳島市市民病院 徳島市市民病院
12月31日	肺癌	肺癌	徳島大学 徳島市市民病院 徳島市市民病院 徳島市市民病院

ゆるICTのテレビ会議システムで、教育を1つの施設だけががんばらなくてもやっつけていけるように、効率よくしていかなければいけないということで、これはインテンシブコースになります。鳥取大学で毎月のように教官が3つのテーマで講義をして、それを県内のがん診療連携拠点病院に接続して、毎回大体50名から70名くらいの先生方、あるいは医療スタッフの方々に聴講していただいています。

その案内のために、こういうポスターをつくりました。各診療連携拠点病院に案内をして、ポスターを貼り出してもらっています。これが鳥取大学のカンファレンスの様子です。

山陰がん認定医療スタッフ インテンシブコース

がんセミナーの案内

鳥取大学医学部附属病院がんセンター

【日時】 2015年9月3日(木) 8:15 ~ 20:00
【会場】 鳥取大学医学部附属病院 第2中央診療棟2階 キャンサーボード

【プログラム】
 特別講演「特製型G-CSF製剤 シーラスタ錠3.6mgについて」
 講師 藤田 昌紀 様 協和発酵キリン株式会社
 講演1「前立腺がんの診断と治療」
 講演2「悪性リンパ腫診断の注意点」
 講演3「がんのリハビリテーション」

- 地域がん診療連携拠点病院に案内し、ポスターを配布
- がんセンターのホームページで一般に案内
- 鳥取大学内には全職員にEメールで案内

山陰がん認定医療スタッフ インテンシブコース

夏季セミナー (鳥根大学と共催)

平成26年度がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン
 山陰がん認定医療スタッフ育成コース
 (シテッショ) 夏季セミナー(日) 参加無料

【日時】 平成26年8月31日(日)
 【時間】 9:00~16:30(8:45~受付)

【会場】 鳥取大学医学部附属病院がんセンター
 鳥取大学医学部4階4階ギラウラウラ
 町立鳥出病院、済生会江津総合病院 協賛

※今年度はTV会議システムを使用して配信いたします。
 鳥取大学医学部、鳥根大学医学部
 インテンシブコースセンター
 ※詳細は講演スケジュールをご覧ください

鳥取大学医学部 がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン事務局
 〒690-8501 鳥取県鳥取市鳥取1-1-1 電話: 0859-387008 FAX: 0859-387007

鳥取大学医学部 がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン事務局
 〒690-8501 鳥取県鳥取市鳥取1-1-1 電話: 0859-387008 FAX: 0859-387007

時間	演題	講師	会場
9:00	開会式	鳥取大学医学部附属病院がんセンター 院長 藤田 昌紀	鳥取大学医学部附属病院がんセンター
9:45	講演1「前立腺がんの診断と治療」	鳥取大学医学部附属病院がんセンター 泌尿器科 森真 先生	鳥取大学医学部附属病院がんセンター
10:30	講演2「悪性リンパ腫診断の注意点」	鳥取大学医学部附属病院がんセンター 血液内科 本倉 先生	鳥取大学医学部附属病院がんセンター
11:15	講演3「がんのリハビリテーション」	鳥取大学医学部附属病院がんセンター リハビリテーション部 山川 先生	鳥取大学医学部附属病院がんセンター
12:00	特別講演「特製型G-CSF製剤 シーラスタ錠3.6mgについて」	協和発酵キリン株式会社 藤田 昌紀 様	鳥取大学医学部附属病院がんセンター
13:00	昼食		
13:45	講演4「がん診療連携拠点病院の役割」	鳥取大学医学部附属病院がんセンター 院長 藤田 昌紀	鳥取大学医学部附属病院がんセンター
14:30	講演5「がん診療連携拠点病院の役割」	鳥取大学医学部附属病院がんセンター 院長 藤田 昌紀	鳥取大学医学部附属病院がんセンター
15:15	講演6「がん診療連携拠点病院の役割」	鳥取大学医学部附属病院がんセンター 院長 藤田 昌紀	鳥取大学医学部附属病院がんセンター
16:00	講演7「がん診療連携拠点病院の役割」	鳥取大学医学部附属病院がんセンター 院長 藤田 昌紀	鳥取大学医学部附属病院がんセンター
16:45	講演8「がん診療連携拠点病院の役割」	鳥取大学医学部附属病院がんセンター 院長 藤田 昌紀	鳥取大学医学部附属病院がんセンター
17:30	講演9「がん診療連携拠点病院の役割」	鳥取大学医学部附属病院がんセンター 院長 藤田 昌紀	鳥取大学医学部附属病院がんセンター
18:15	閉会式	鳥取大学医学部附属病院がんセンター 院長 藤田 昌紀	鳥取大学医学部附属病院がんセンター

それから、がんプロフェッショナル養成基盤推進プランの中で、鳥根大学と共催して行っている夏季セミナーがあります。これは朝から夕方まで1日かかりですが、受講においていただいたりICTを接続したりして、いろいろな会場で聴ける形にして、診療レベルのアップを図っております。

地域・社会への発信

中海緩和ケア研究会の案内

【日時】 2015年7月26日(日) 13:00~16:00
 【会場】 鳥取大学医学部附属病院 医学部臨床講義室
 鳥取大学医学部附属病院がんセンター センター長

【講演の目録】
 一般講演1 中海緩和ケア研究会一般演題(1)
 一般講演2 中海緩和ケア研究会一般演題(2)
 特別講演 米子医療センター緩和ケア病棟
 三谷 順子 先生
 特別講演2 『今日のがん医療の展開と緩和ケアの役割』
 山陰労災病院放射線科部長 井原 孝司 先生
 特別講演3 『がん診療連携拠点病院の役割』
 鳥取大学医学部附属病院がんセンター センター長 辻谷 俊一 先生
 特別講演4 『がん診療連携拠点病院の役割』
 米子医療センター副院長 山本 晋夫 先生
 特別講演5 『がん診療連携拠点病院の役割』
 安来第一病院院長 利原 勉 先生
 特別講演6 『がん診療連携拠点病院の役割』
 真誠会クリニック院長 小田 真 先生

- おもな参加施設
 - 鳥取大学医学部附属病院
 - 米子医療センター(緩和ケア病棟)
 - 山陰労災病院
 - 松江市立病院(緩和ケア病棟)
 - 松江赤十字病院
 - 安来第一病院(緩和ケア病棟)
 - 真誠会セントラルクリニック(在宅)
 - ひだまりクリニック(在宅)など
- 各地区の医師会、歯科医師会、薬剤師会などから参加

第5回 鳥取大学医学部附属病院がんセミナー 2015.09.03(木)

18:15~ 参加者合計63名



座長のがんセンター 辻谷教授



泌尿器科 森真先生



血液内科 本倉先生



リハビリテーション部 山川先生



質疑応答

第6回 鳥取大学医学部附属病院がんセミナー 2015.10.01(木)

18:15~ 参加者合計63名



第一外科 齋藤先生



放射線治療科 田原先生



化学療法センター 上田先生



座長のがんセンター 辻谷先生



質疑応答

これは緩和ケアです。先ほどもありましたが、各病院単位とか、合同での緩和ケアの推進に向けた取り組みの1つです。鳥取大学、米子医療センター、山陰労災病院、松江市立病院、松江赤十字病院、安来第一病院、あるいは在宅の先生方、医療スタッフの方々に集まりいただいて、勉強会をしております。

次に、がんプロについてのまとめです。鳥取大学は第2期のがんプロで、がん化学療法看護師、乳がん看護認定看護師、がん専門看護師の育成の講座を設置することになりました。この事業を通して地域のがん診療の看護師さんを育成していく担当になりましたので、そういったこともやっています。

がん情報の普及・啓発としては、市民公開講座を開催しています。われわれがよくやっているのは、ドキュメンタリー映画などとセットにして講演をすることです。そうすると、割と興味をひかれておいでいただける市民の方が増えるということがあります。このときは、ドキュメンタリー映

がん診療レベルの向上

①がんプロ連携大学との事業推進:

- ・ 連携大学間で定期的にICTを活用した症例・研究カンファレンスを実施
- ・ 連携ファカルティディベロップメント研修会、臨床研究研修会に参加して成果を共有
- ・ がんプロ研究シンポジウム、がんプロ地域シンポジウム、がんプロ国際シンポジウムを開催して情報共有と人材交流を実施
- ・ ICT連携特別講義を開催し、最新のがん診療情報を共有

②大学病院と地域の連携:

- ・ 大学にがん化学療法看護・乳がん看護認定看護師、がん専門看護師の講座を設置
- ・ がん化学療法看護認定看護師、乳がん看護認定看護師が地域の病院で活動を開始
- ・ 育成した認定看護師のフォローアップ研修を行い、地域のがん医療向上に貢献
- ・ 山陰がん認定医療スタッフ育成コース(インテンシブ)を開始し、がん拠点病院がICTで「がんセミナー」を聴講できる環境を整備
- ・ 中海緩和ケア研究会を開催し、地域における緩和ケアネットワークを整備

③患者・市民の支援と啓発:

- ・ がんプロ市民公開講座を開催
- ・ 鳥取県がんフォーラムを開催
- ・ 鳥取サイエンスアカデミーで繰り返し最新のがん医療情報を発信
- ・ がんと生きるセミナーの実施
- ・ がんサポートカフェの開設

④国際化の推進:

- ・ トーマスジェファソン大学に医師、看護師を派遣し、米国におけるチーム医療、地域連携、臨床腫瘍学に関する研修

緩和ケアセンター 市民公開講座

テーマ:きつと思います。
こんな風に死にたい。

第1部:ドキュメンタリー映画
「エンディングノート」

第2部:講演
「ありがとうも言わずに、
人生終わりますか」
鳥取大学医学部附属病院
緩和ケアチームリーダー
吉本美和先生

来場者数:約350人

平成28年度 鳥取大学医学部附属病院緩和ケアセンター市民公開講座

きつと思います。
こんな風に死にたい。

2016
12/18(日)
12:30開演 13:00開演 (15:30終了予定)

エンディングノート

「ありがとうも言わずに、人生終わりますか」

吉本 美和 先生

がんセンター 市民公開講座

テーマ:がん患者を支える

第1部:ドキュメンタリー映画

「大丈夫。一小児科医・
細谷亮太のコトバー」

第2部:乳がんと食事

・ 紙芝居「ある乳がん患者さんのお話」鳥取大学プレストケアチーム

・ 特別講演「乳がんと食事の関わり」

・ 順天堂大学乳腺外科 齊藤光江先生

来場者数:約150人

平成28年度 鳥取大学医学部附属病院がんセンター市民公開講座

がん患者を支える

2016
11/20(日)
13:00~17:00

国際ファミリープラザ2F
ファミリーホール

「大丈夫。一小児科医・細谷亮太のコトバー」

ある乳がん患者さんのお話

特別講演「乳がんと食事の関わり」

齊藤 光江 先生

12月18日緩和ケアセンター市民公開講座



11月20日がんセンター市民公開講座



多くの人に知ってもらうために

- ・ 興味深いテーマ
- ・ 人を呼び寄せる講演者やマテリアル
- ・ 新聞広告
- ・ 新聞折り込みチラシ
- ・ テレビ広告
- ・ ラジオ広告
- ・ ポスター掲示:病院、診療所、調剤薬局、市町村役場、コンベンションセンター、公民館、銀行、放送局、アスレチックジム

画「大丈夫。一小児科医・細谷亮太のコトバー」と乳がんの話絡めて、150人くらいにお集まりいただきました。これはその風景です。

緩和ケアセンター市民公開講座として、ドキュメンタリー映画「エンディングノート」を上映したあと、うちの緩和ケアチームリーダーが「ありがとうも言わずに、人生終わりますか」をテーマに講演を行いました。いわゆるアドバンス・ケア・プランニングを一般の方々に普及させたいということで、350人くらいの市民にお集まりいただきました。写真はそのときの風景です。

多くの人に知ってもらうためには、やはり興味深いテーマを掲げ、人を呼び寄せる講演者やマテリアルを考え、新聞広告、折り込みチラシ、テレビ・ラジオの広告を使ったりポスターをいろいろなところに貼っていただくなど、努力はしています。

われわれの課題は、とにかく鳥取県としては、がん死亡率を下げるのが非常に大きな目標です。それと同時に患者の満足度もあげたいということです。PDCAサイクルを回すために、われわれが今まで勉強させていただいたところでは、やはりデータを収集して、マテリアルをつかって、研修会

まとめ

- がん死亡率を下げるために、がんの教育、検診、治療内容を改善する
- 患者の満足度を上げるために、治療成績、情報提供、地域連携を向上させる
- PDCAサイクルを回すために、データ収集、マテリアル作成、研修会、情報発信を活用する
- 課題のPDCAを回しながら、地域としてがん診療レベルの向上をはかる
- 医療者に負担の少ないシステムを作り、効率よくPDCAサイクルを確保する

をして、レベルアップを図って、情報を発信する。このようなことを、とにかく一生懸命やっていくしかないのではないかと考えています。地域としてがん診療レベルの向上を図り、なおかつ、先ほどのお話にもありましたように、医療者の負担が少ないシステムでやっていかないと、これはなかなか難しいだろうというのが私の感想です。以上、私からのご報告とさせていただきます。

Q&A

(質問者) 日曜日に、こういう部会をされていますが、研修会で講師の方を呼ぶときなども含めて、費用はどうされていますか。

(辻谷) そうした費用は、がん拠点のほうの予算から出していますし、部会員の旅費は各拠点病院が出しています。ただ、県が指定する準拠点というのは、あまりそういうお金をもらっていないので、それについては鳥取大学の拠点病院の予算から出しています。

(質問者) ありがとうございます。鳥根県は部会がバラバラで開催して、みんなが顔を合わせることがなくて、なかなかうまくいっていないのと、部会の数が多すぎて収拾がつかないところで、今は整理している最中です。

それともう1つ、部会がすごくすっきりしていますが、がん教育の予防とか、検診とか、そういう部分はどこの部会が受け持っているのですか。

(辻谷) 一番多くやっているのは相談支援ですね。ほかには、地域連携でもやっていたりします。

(質問者) ありがとうございます。

(質問者) 先生のところでは部会ごとにPDCAを回しておられ、非常に感銘を受けました。ただ、少し気になったというか、われわれのところでも苦労しているのですが、例えば、がん登録部会、相談支援部会、地域連携部会などでは、登録の認知度を高めることが課題になっていたり、普及・啓発、スキルアップ、体制の整備といった、なかなか数値化できないものをPlanとしてあげることによってPDCAを回すのは、

Checkの部分がすごく難しいのではないのでしょうか。それをさらに、2回目のPDCAを回すときに、どう生かせばいいのか、わかりにくいのではないかなど思ったりもしています。逆に、手術療法部会では、かなり数値化されていて、われわれとしてはなじみやすいのですが、そのあたりは、どういふふう工夫されているのでしょうか。

それから、これは若尾(文彦)先生(国立がん研究センター)に聞いたほうがいいのかもしれませんが、こういうPlanを立てるときに、どういうことを知っておいたほうがいいのか教えていただけたらと思い、質問しました。

(辻谷) 「何をしたいか」というところも多分、部会の中ではいろいろあると思いますから、われわれのところは、それを中心にやっていただくことから始めようと考えました。完全にボトムアップのような感じで、上から「こうして」と言うことは全くなしてやったのですが、やはり評価の仕方というのは、例えば相談員のスキルがどういう具合に測れるのかといったことは、相談員の中でないとよくわからないわけですね。「相談の件数がどれだけ増えるよ」とか、そういうことももちろんあるわけですが、その評価の仕方を、いかに数にして「見える化」するかといったようなことも、同時に考えていただきながら進めています。また逆に言えば、先生がおっしゃったように「診療科によるがん治療」ということになると、やはり「診療科ごとの壁」というのが結構あって、同じようにやっていこうと言っても、ついてきてくれる診療科もあれば、きてくれない診療科もあったり、ということで、まだまだ先は長いところです。

(国立がん研究センター 若尾) プランを立てるときに、「何で測るか」という指標を、「何に使うか」ということも含めてPlanを立てていただくと、その後の継続がしやすいのではないかと思います。

(国立がんセンター 加藤) やはりPDCAは「できれば数値で測れるものを入れておく」というのが大事で、直接のアウトカムが難しい場合は、そのプロセスの部分でもいいので、何か数字で測れるものを1つでも立ててもらえると、客観的にやりやすいかなと思います。とはいえ、なかなか質的なものでしか評価できないものが多数あると思います。実際に1年間が終わったときに、どういう人が、それを評価するかということを決めておいて、質的な部分でPDCAのC(Check)をやるという方法もあるかもしれません。PDCA全体の課題となっていると思いました。

(若尾) 鳥取県の場合は教育とか検診とか、非常に幅広い範囲をカバーされていますが、これはがん対策協議会ではなくて、診療連携協議会のほうで「拠点病院として何ができるか」を考えているということでしょうか。

(辻谷) そうですね。どういう具合にやるかということに関しては、鹿児島県の研修会の例をみさせていただいて、全部

の部会が集まって講演を聴いたり勉強したりして共通の認識を図るところから始めるのが一番いいのではないかなと思、こういう形になっています。

(質問者) 何となく、トップダウンでうまくいっているみたいな感じがするんですね。各部会のメンバー表がスライドで出ていましたけど、メンバーを集めて、これで行くぞというときに、誰も反対しない、素直についてこられるという空気が、やっぱりあるんですかね。東京都ではそうはいかないと思いますので。

(辻谷) おそらく鳥取県は、昔から鳥取大学がありまして、県内の拠点病院にいるほとんどのドクターが鳥取大学出身なんです。それで、鳥取大学との人事関係をもちながら動いているということもありますし、私もそこに長い間いますので、存じ上げている方が非常に多くて、協力していただけるという面もあります。でも、やっぱりキャラクターというのか、鳥取県民は、そういうふうに従いやすい。僕も東京にいましたけど、東京で皆さんが話をされると、我も我もと意見が出ますが、鳥取の方は、ゆっくり静かに話を聞いていただいたあと、反対の人は次から来られなくなります(笑)。

(質問者) 部会の数が増えたり協議会の開催数が増えたりすると、いきおい、事務方といいますか、行政のバックアップの業務量がすごく増えるんですね。調整とか、資料づくりとか、後始末とか、議事録を残したり、記録を残したり、そのボリュームがすさまじくはならないですか。鳥取大学の中だけの作業はカバーしてくれると思いますが、各施設をまたいで連絡をしたり、調整をしたり、そのあたりの業務について県庁は手伝ってくれるのですか。

(辻谷) 県庁の人も来ておられますが……。実際のところは、ほとんど鳥取大学がんセンターの事務がやっています。なるべくそういう業務を少なくできるように、全会員のメーリングリストをつくって、部会長がそのメーリングリストにいろいろ投げかけて、その中で話し合いながら進めてもらっています。なるべく効率はあげたいと思っていますが、おっしゃるとおり、本当に負担は大きいです。

(質問者) まだ数が30以上はないですから、少しはいいのかもしれないですね。

(加藤) 私も鳥取県の取り組みを拝見して思ったのは、仕組みづくりを上手にされていて、それを全体でうまく共有できるようにビジョンを示している点が非常にいいのかなと思いました。各部会が活動していく。それを辻谷先生のところを取りまとめをするというスキームが、すごくすっきりと見えるようにしているので、各関係者が協力しやすい状況になっているのかなと思っています。

東京都の取り組み

都立駒込病院 齋巢 賢一



2014年1月の指針に記載された文言は・・・

各施設がやるべきこととして・・・



東京都全体として、施設を超えてやるべきこととして・・・

情報共有と相互評価（必要に応じて実地調査）を行う地域に対して広報する

⇒「PDCAサイクル」はツールであり、目標そのものではない
そこで、指針に求められた要件を中心に目標（指標）と定め、PDCAサイクルの手法で改善活動をすすめることを提案した

2014年1月の指針は「各施設で、診療実績、地域連携活動の実績、がん患者の療養上の質を把握・評価し、PDCAサイクルで組織的な改善策を」ということでした。それで、都道府県として施設を超えてやるべきことは「情報共有の推進と相互評価、必要に応じて実施調査」でしたが、何をしたらいいのかよくわかりませんでした。

PDCAサイクルはツールであって、問題はアウトカムではないのか。とにかくPDCAサイクルの手法で改善活動を進めることを各病院に提案するしかない、と始めました。

指針には理想像が書いてあります。それ自体はとても正しいし、もっとも深い理想があるのではないかとも思っていました。でも、現実の診療連携拠点病院は格差や、機能上、十分にできない事情もあります。人も足りないし、歴史もないので理想どおりにはなかなかいきません。そのギャップをPDCAサイクルの手法で埋める、それを都道府県の拠点病院は後押しをすることが求められているのだと思いました。

東京都内で指定されているのは54施設あって、都心部に集中しています。主な大学病院の本院はほぼ拠点病院になっています。公的病院は圧倒的に少ないですね。この状況でどう取りまとめていくのかは、本当に頭の痛いところです。

“都道府県内のがん診療連携拠点病院のPDCAサイクル確保”は何をめざしたのか？

指針の記載内容

? 本当の理想像?

想定される理想像

目的：このギャップをPDCAサイクルの手法を使って埋めること

拠点病院間には格差がある決して機能上、十分とは言えない

それぞれのがん診療連携拠点病院

まずは、活動をとりまとめる組織作りから



東京都がん診療連携協議会の構成図 2014年5月

東京都内にある国指定・都指定のがん診療病院 ⇒合計54施設ある



それで最初に、2014年春の連携協議会で、従来の部会に横並びの形で「評価・改善部会」と銘打ってPDCAサイクル推進エンジンの中枢部にしようとした。がん研有明病院の方に副会長になっていただき、私は協議会会長兼部会長という組織にしました。

先ほど、「部会までつくる必要があるか」という議論がありました。ごもっともな点があります。この組織図を最初に載せたときに、私は言いました。「部会はこの位置では駄目かもしれない」と。協議会の運営実行エンジンを作り直すか

もしも。今春の協議会のときには、改変組織図を提案しようかと思っております。

2014年～2016年までの活動内容の概要

- ① とりあえず各拠点病院における実績を作る
 - ・ 実現可能性が高く、指針の精神に沿った目標選定
 - ・ 経済的な負担が増えることばかりを選ばない
- ② PDCAサイクルの手法について学ぶ
 - ・ 具体的に分かりやすい数値目標がよい
 - ・ タイムスケジュールと責任者を明確にする
- ③ 部会において各施設からの進捗状況報告、意見交換を行う
 - ・ 全ての施設からの報告をめざす
- ④ 施設訪問を試行し、当該施設の現状と課題について意見交換
 - ・ 運営上の組織作り
 - ・ 設定目標ととの進捗状況
 - ・ 課題解決に向けた工夫について

2014年、組織図の部会をつくってから各施設に言ったのは「取りあえず10月の現況報告書に間に合うように、実現可能性が高く指針の精神に沿った目標設定をしよう」ということです。

理念は大切だと思うのですが、具体的な動きに関するモデルがみえないことが指針の欠点だったと思います。理念だけではみんな動かないところもありますから、経済的な負担が増えることがあまりないように、場合によったら少しは収入につながるような……周術期口腔ケアとか、指導管理料の中でがん患者指導料とありますよね。やっぱり経済的にながしかのインセンティブもたせながら、バランスをとりながら始めました。

お互いに自分たちの施設の目標設定と具体的な動き方を解説してもらいながら一緒にPDCAサイクルの手法について学ぶということをやりました。わかりやすい数値目標とタイムスケジュールがないのは駄目、どこが責任主体であるかも明確でないと駄目だということで、各施設に、このPDCAサイクル管理ツールのフォーマットにのせて自分たちの活動を書いて発表してもらうことにしました。

この下を書いてある「部会において各施設からの進捗状況報告、意見交換を行う」ということで、おそらく国の拠点病院20何施設はほとんど回ったと思うんですね。次は都の拠点病院20何カ所を回る。初回の発表は、正直言って何をしているのかよくわからない感じの発表が多かったですけど、今ではタイムスケジュールにのって、今こういう状況で、今何が課題で、将来計画はこれ、という形になってきました。

施設訪問でがん研有明病院の副院長と私と、東京都の方と一緒に4施設回って聞いたのは「PDCAサイクルの運営組織はどんなふうにつくって運用していますか？どういう目標を設定し、進捗状況はどうでしょう？どんな課題がありますか？」ということでした。私たちは知っている限り、「その課題で困っているときは、こんなことをしています」と、情報提供するという形でがんばって見たのですが、54施設はとても

主な目標課題

- ・ 苦痛のスクリーニング実施数、その後の対応数
- ・ 除菌率の改善
- ・ 緩和ケアチームへの依頼件数
- ・ 緩和ケア研修会受講率の向上
- ・ 緩和ケアの地域との連携
- ・ キャンサーボード、合同カンファの充実
- ・ 外来化学療法法のインシデント、アクシデント減少
- ・ 円滑かつ安全なレジメン運用
- ・ レジメン適応の確認
- ・ がん患者サロンの運用実績の向上
- ・ 患者家族会の開催頻度
- ・ B型肝炎再活性化への対策
- ・ CPC開催頻度
- ・ がん患者相談件数
- ・ 地域連携クリティカルパスの実績向上
- ・ 緩和ケアパスの運用
- ・ 地域医療連携
- ・ 腫瘍内科の改善
- ・ レジメンの整備
- ・ 周術期口腔ケアの実施数
- ・ 医科歯科連携の強化
- ・ がん患者指導管理料算定数
- ・ I/Iハビリテーションの推進
- ・ 院内がん登録のHP公表
- ・ 広報活動の強化
- ・ 院内がん登録の精度向上
- ・ 患者満足度
- ・ 患者QOL
- ・ 患者療養生活の向上
- ・ 就労支援の強化

回り切れない。このままでは前に行かないということで、今年はちょっと方法を変えました。

主にどんなPDCAサイクルの目標課題が選ばれているか。特に、周術期口腔ケアの実施数とがん患者指導管理料算定数に関しては、9割以上。やはり実入りにつながることはちゃんと選びました。それとバランスをとるかのよう、緩和ケア研修会受講率をあげないと診療報酬に影響するかもしれない、などがすごく増えてきました。苦痛のスクリーニング実施数も、ほぼ全例で取り組まれています。こういう内容の進捗管理を、先ほどのPDCA管理ツールにのせて、各施設で発表してもらって、困っている問題の解決策はないのかを部会で話し合っています。

2016年2月時点

まとめ 3 (フォーラム後の感想)

- 新指針にある「PDCAサイクル確立」の行で、国が期待したことは、次のような点であると理解した
- ⑧ 各施設内で、そして各都道府県単位で、相互評価・改善活動を自主的に推進すること
 - ⑨ といわれ都道府県拠点病院が、その主役を担い、地域拠点病院を支援すること
 - ⑩ 現時点では、相互調査(実地調査)や支援を行うための権限付与や人件費などの予算措置は不十分。結局、その地域環境の中でできる範囲で、できることを工夫するしかない
→長野県、奈良県のような対処は、施設数が多い東京都では難しい

去年のフォーラム後にやっと、指針の意味がわかった気がしました。国が期待したのは、各施設内で、各都道府県——都道府県単位というのが大事で、相互評価・改善活動を自主的に推進してください、ということでした。全国の拠点病院を厚労省が中央で仕切るとは絶対に無理ですよ。そんな中で、都道府県拠点病院が主役を担い、拠点病院を「支援する」と書きましたけど、支援ではいふことを聞いてくれないところもたくさんあるから、何らかの権限をもらってやるのだったらやれるかもしれない。ただし、人とお金の問題もちょっと配慮してね、というのが私の本音です。

その下を書いてあります、権限付与、人件費など予算措置は、どう考えても不十分。私の病院でも、常勤職員2人が拠点病院対策に充てられていて、都の福祉保健局にもがん対策全体で合計4人で、54施設の行政サービスのサポート

その後の部会活動の展開

- 従来からの活動は継続する
 - ・ 国の動きに関する情報を伝える
 - ・ 現況報告書の共有
 - ・ 各施設におけるPDCAサイクルによる活動目標の調査
 - ・ 毎回の部会における施設発表と意見交換

さらに2016年度から

- サ7・グループに分けて、毎回、テーマを提示し、意見交換し、代表者が検討内容を発表する
 - ・ 互いに顔の見える関係を醸成する
 - ・ グループ内、および参加施設間での情報共有の場とする

トはとでもできないので、結局、いくつかの部会の主要メンバーが結構持ち出して、がんばっていると思います。やっぱり長野県や奈良県のような対応はちょっと無理、という印象でした。

国からの情報、都の情報の共有、現況報告書の共有など部会の従来の活動は継続しています。いつでもお互いに比較できるように、使える状況にしてあります。各施設がどういう目標を設定して活動しているかに関しては、年1回調査しています。減らすところはなくて、プラス1、2ぐらいでじわじわ増えています。毎回、2つか3つの施設に自分たちの活動報告をしてもらって意見交換しています。

54施設も集まるのは大変なので、互いに顔の見える関係を進めようと、小さなグループに分けてみました。事前にテーマを私から提示し、5つ、6つの施設で相談して意見交換して、代表者が発表して、みんなで質疑応答できる場をつくらうと考えました。

サ7グループに分けてみた

A グループ 区中央部

慈恵医科大学病院、順天堂医院、東京大学病院、三井記念病院、国際医療福祉大学三田病院、東京理生会中央病院、東京通信病院、虎の門病院、東京医科大学病院

B グループ 区東北部・東部

日本医科大学、聖路加国際病院、東京女子医科大学東医療センター、都立豊東病院、東部地域病院、江戸川病院、東京臨海病院

C グループ 区南部・西南部

NTT東日本関東病院、大森赤十字病院、日赤医療センター、東京共済病院、関東中央病院、JF東葛総合病院、昭和大病院、東芝病院、東邦大学大橋病院、東邦大学大森病院、東京医療センター

D グループ 区西部・西北部

慶応大学病院、東京医科大学、国際医療研究センター病院、JCHO東京新宿メディカルセンター、河北総合病院、帝京大学病院、日大板橋病院、豊島病院、順天堂大練馬病院、板橋中央総合病院、東京都健康長寿医療センター

E グループ 北多摩南部・北部

武蔵野赤十字病院、吉林大学病院、公立昭和病院、都立多摩総合医療センター、慈恵医大第三病院、結核予防会横赤十字病院

F グループ 北多摩西部・南多摩・西多摩

国立病院機構関西医療センター立川病院、東京百済総合病院、東大和病院、青梅市立総合病院、東京医大八王子医療センター、日本医科大学永山病院、多摩南部地域病院



結局、6つのグループに分けました。近隣の2次医療圏、2つ、3つぐらいを、私が仮置きでくくってみました。

グループ間の話し合いの風景がこんな感じです。私がテーマについて説明して、約30分話をしてもらって、1人が記録者で、1人が司会で、1人が発表者で、それは自主的に決めてくださいという形でやってきました。

最初はあまりにも難しいテーマで「実地調査をどう思う？ どういうやり方をしたい？」と性急すぎたんですね。どんな結果になったと思います？ちっとも前向きな議論は出なくて、「私たちは日頃から行き来ができていますので、このグループである程度話題を決めてやっていきます」というのは、1グループだけでした。私が奈良や沖縄の先進事例を解説したんですが、「全然そんなものはできるわけがありません」という否定的な意見で終始しました。

今後のPDCAサイクル確立に向けた活動の方向性として、参考になるのは…

「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」における議論の整理 平成28年10月 (現状と課題)

- ・ がん医療の均てん化については一定の成果が得られている
- ・ 相談支援センターの対応、緩和ケアの提供体制、セカンドオピニオンへの対応等では拠点病院間で格差がある
- ・ 地域連携バスの運用状況にも格差
- ・ がん医療の専門化にあわせて「集約化」も必要
- ・ 高齢がん患者が増加したが、併存疾患の取り扱いに関する議論が不十分
- ・ 外来でのがん治療が増えてきたが、説明・苦痛のスクリーニング等に従事するスタッフや、後方支援施設や保健薬局においてがん医療に従事する者が不足
- ・ 外来での高齢患者に対する薬剤師による抗がん剤の薬剤管理、副作用対策が重要になる
居室での緩和ケアも含めた対応が必要

「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」における議論の整理 平成28年10月 (今後の方向性)

- ・ 標準治療の提供、がん相談支援センター、緩和ケア、院内がん登録、がんサポートの実施等を引き続き維持する
- ・ 拠点病院間の格差を解消し、医療の質を担保するため、相談支援や緩和ケアの診療実績の集約を用いた拠点病院間の評価や、第三者による医療機関の評価を行うこと、定期的な実地調査を行うための方策等について検討することが必要
- ・ 拠点病院間の取組に格差が生じないように、指針上重要な取組については、具体的な内容を示すと共に、拠点病院等において実施されている医療の質の評価が可能な指標を作成するべき
- ・ ゲノム医療、医療安全、支持療法等、新たに盛り込むべき項目について検討すると共に、ゲノム医療、一部の放射線治療や、重要な課題である稀少がん、小児がん、難治性がん等のがん種については、一定の集約化について検討することが必要
- ・ がん以外の併存疾患にも適切に対応できる体制の整備
- ・ がん医療を外来で継続するため、外来診療の体制、拠点病院以外の病院、後方支援施設、在宅療養を含めたがん診療提供体制の整備に関する検討が必要
- ・ 外来化学療法の実施体制については、かかりつけ薬剤師・薬局等も含めた連携や、外来患者に対する適切な管理・支援が必要

平成28年10月に「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」の議論の整理が出ました。これがきっと、がん対策推進計画に反映され、次の拠点病院の指針に反映されるだろうと思います。2番目に「拠点病院間で格差がある」との評価がされています。「集約化も必要」というのも大事な意見です。突拍子もなく高い医療機器をあちこちに置いて均てん化するよりどこかへ集約したほうがいいですね。ゲノム診断などの特殊な医療は集約するしかないと思います。

とてもありがたいと思ったのは「併存疾患の取り扱いに対する議論が不十分」。すごく重要ですよ。外来治療にシフトする問題と高齢者の問題、地域の人と連携するという、はじめて国の意見がこの問題にスポットを当ててきたとい

うこと。私はとても健全な方向に向いていると思います。

方向性の1つは「拠点病院間の評価や第三者による医療機関の評価」。これで、ますます拠点病院はみんなやらねばならないという気持ちになってくれますね。

「定期的な実地調査を行うための方策等について検討することが必要」。正直言ってこれを提案してくれると大変ありがたい。グループ分けした中で相互評価しましょうという議論に展開しやすいです。

「医療の質の評価が可能な指標を作成すべき」というのは、国に課せられた話題だと思いますが、もうちょっと現場の負荷を考えたうえで指標をつくっていただけたらありがたいです。

第7回目の部会

グループ・ワークの内容

キーワードは、
① 外来がん治療、② 高齢者への配慮、③ 院外医療者との連携

- 外来でのがん治療の工夫、院外医療者との連携に焦点を絞って
 - ・ 高齢者への説明、副作用対策、相談支援の工夫
 - ・ 院外施設(院外薬局、クリニック等)との連携で外来治療を継続、あるいは経過観察する工夫
- 考慮すべき背景としては
 - ⇒ 経口抗がん剤、外来薬物療法が普及
 - ⇒ コンプライアンス維持、副作用対策は在宅での管理になる
 - ・ 高齢者が増えて、理解・判断に時間がかかる傾向がある
 - ・ 厚労省は「がん対策加速化プラン」で「がんとの共生」という方針を打ち出している

昨年12月に3回目のグループ・ワークをしたときに3つテーマを用意しておきました。1. 外来のがん治療について。みんなどんな工夫をしているか、何かいい知恵があれば盗み合いっこしましょう。2. 高齢者への配慮。外来治療にシフトしたり内服で抗がん剤が外に出ていたりするときに、ちゃんと理解している高齢者はいるだろうか、誰がどこでどんな説明を受けているのだろうかということも心配なので、中心になってくる化学療法で、先進的な工夫をしている施設の知恵を聞いてみよう。3. 院外医療者との連携。組織を、職種を超えて地域とどうやっているのか。このことについて意見交換をして発表してもらいました。

今後の部会活動の展開(構想)

- 地域のブロック別活動を拠点病院間のみならず、地域を巻き込んだ連携の輪作りに生かしていけたらと思う
⇒ グループ別の独立した会議を開催し、この会議に、その地域の医療関係者が参加することを期待したい
- これは、「地域医療構想」策定のプロセスと同じ
病床配分を決めるだけでなく、まずは地域の機能を把握し、互いに機能分担し、互いの機能を生かし、それぞれの立場の人・施設が、生き残ることができるようなネットワークが構築できたらと願っている

ここから先は私が在職中にどこまでできるかわかりませんが、やっぱり地域を巻き込んだ連携の輪をつくるのが求められているし、指針の方向性としてはそうするしかない

と思います。それで、グループ別の独立した会議を開催して、やがてその地域の医療関係者に、職種を超えて参加してもらえないものかと提案しました。どんな返事が返ってきたと思います? 「その日程調整、都の人がしてくれますか」と。都の人は2人でやれるわけじゃないですよ。2、3カ月に1回開くの。「夕方、夜なら弁当は出るんですか」という話も出るわけで、難しいところがあります。

でも、何とかそっちへ行けたらと思っています。ある意味、この方向性は地域医療構想策定と同じ足並みなんです。去年、私が愚痴のように「地域医療構想と医療計画と、がん対策の足並みがそろっていないのではないか」と言っていたけれども、だんだんとそろってきた感じがしています。

医療計画の見直し等に関する意見のとりまとめ

平成28年12月26日
医療計画の見直し等に関する検討会

- 1 5疾病について
(1) がんに関する医療提供体制について
 - ① 見直しの方向性
 - がん医療提供体制の構築に当たっては、「がん診療連携拠点病院等の整備について」(平成26年1月10日健康局長通知)などの各指針等を踏まえて取り組むことを基本とする。
 - これまでの治療を主とする医療に加え、予防や社会復帰、治療と職業生活の両立に向けた支援に取り組む。
 - 指標は、関連する各指針等を踏まえつつ、「指標に見るわが国のがん対策」(平成27年12月、国立がん研究センターがん対策情報センター)を参考に見直す。

第7次医療計画の見直しに関する検討会のとりまとめ(平成28年12月)には、5疾病5事業のがんに関してはこう書いてあります。「拠点病院等の整備について」は、その2年前の指針だから、来年の1月頃に出る指針を踏まえて取り組むことを基本とすると。

今、都立病院はどうするか再編計画が議論されてはいますが、がん医療は行政的医療かという議論があります。つまり、がんセンター不要論。そんな中で、この医療計画の中にこう書いていただいたので、がんセンターは生き残れるかもしれない。でも、がんの拠点病院としての作業は徹底的に続ける必要があります。

先ほどの地域医療構想の中で、地域の人たちとよく話し合いなさいということが書いてあり、これと一緒にのっかっていくことになると思います。

第14回地域医療構想策定
ガイドライン策定に関する検討会
平成28年3月10日 3

「地域医療構想の策定後の実現に向けた取組」における 地域医療構想調整会議での議論の進め方について

1. 基本的な考え方
地域医療構想の策定において、都道府県は、一般病床及び療養病床に係る高度急性期、急性期、回復期及び慢性期の将来における必要病床数(病床の必要量)の推計だけでなく、地域における各医療機関の機能や人員体制等を踏まえた課題の抽出とともに、あちこち医療提供体制の実現に向けた施策について、住民を含めた幅広い関係者で検討し合意形成を行うことが重要である。
また、策定後においては、地域医療全体を俯瞰した形で実現に向けた取組を進めていくことが基本となる。さらに、より実効性を高めるためには、取組の進捗を定期的に評価し、必要に応じて取組の見直しを図るなど、PDCAサイクルを効果的に機能させることが必要となる。

乗り越えるべき課題

- 活動を推進する指揮命令系統が不明瞭である
→東京都がん対策推進協議会、東京都がん診療連携協議会、各地域拠点病院、東京都福祉保健局等との権限・義務の整理が必要
- 東京都、東京都がん診療連携拠点病院における担当者の配備、予算上の措置も不十分である。都としてのがん対策に臨む方針を明確にするべき
- 東京都福祉保健局が、がん対策と地域医療構想策定、保健医療計画策定を担当している。関係者が協働して、これらの活動の整合性を確保する必要がある

東京都がん対策推進協議会というのがあり、別活動しているようにみえます。私が会長の東京都がん診療連携協議会は、この親会ではないという整理になっているようですが、対策推進協議会メンバーでもある私は、会議の中身に関する準備にはほとんど参加していません。たぶん奈良県や長野県は、2つの協議会は結構うまく機能していると思うんです。ここを都は考えないと、うまくいかないだろうと思っています。

都で担当している福祉保健局のほうは常勤職員4人で、対策協議会の事務局やさまざまな対策をやるだけで精いっぱい、診療連携協議会の事務局業務は私と駒込病院の事務局の人にほぼ丸投げ状態だと思います。行政と公的病院と一緒に仕事をすると、病院の側の意見が入る形をしっかりとつuckingいかないと、うまく動きません。

私ができるだけ口を出して、この指揮命令系統をきちんと整理して、都の方向性を誘導できたらと思っています。今度、国の保険医療計画を受けて東京都でもつくりますが、地域医療構想、これは実は公的病院が外される形になっているんですね。調整会議に都立病院の人はあまり入れてもらえない感じがしています。この整合性をどこかでとっていたかかないといけません。

Q&A

(質問者) 大阪もがん拠点病院は64あり、全部回るのに3年ぐらいかかりそうです。先生と共有できるところが多いです。2次医療圏ごとのネットワーク協議会をつくっておられないんですか。

(都立駒込病院・鳶巣) ないです。

(質問者) 大阪は、8つの2次医療圏ごとにネットワーク協議会をつくっていて、部会があります。PDCAサイクルがうまく回っているかどうかは違うんですけど。ネットワーク協議会には拠点病院以外に、市町村、保健所、各医師会が入って、少し地域連携構想に近い形です。2次医療圏によって課題が違いますので、そうしています。先生のところの協議会を、私たちは委員会といいます。委員長と会長は私が兼任しています。大阪府の施策ですし、ダブリもありますけど、う

まくいけているような気がします。適当な大きさと、行政、保健所と連携するのが、都会はいいのではないかなと思っています。

(鳶巣) 私から質問です。2次医療圏ごとのネットワーク会議は、いつ頃どういう形でどういう指示でできたのでしょうか。

(質問者) 医療圏の中で年に1、2回の全体会合があって、その中で熱心なところは部会をやっていて、登録部会とか相談支援部会とか地域パス部会とか必要に応じてやっていて、トータルしたらそこそこやっていると思います。

(鳶巣) 組織は昔からあるんですか。

(質問者) 4年前ぐらいから。

(鳶巣) なるほど。それは1つの案ですね。

(質問者) そうですね。私は8協議会に必ず出席するようにしています。全部が集まるのは50いくつでなかなか難しいでしょうし、課題も違いますよね。先生のところだと、郡部と都心部は違うでしょうし、そこは何か工夫されたらと思います。ただ、私たちもPDCAサイクルをうまく回して、課題ができていくかどうかは、必ずしも100%ではありません。先生のところより遅れているかもしれません。

(国立がん研究センター・加藤) 都心部ならではの考えを共有できたのはよかったと思います。

(鳶巣) 協議会が情報提供だけなら、皆嫌々参加して寝てるだけでしょ。何かみんなが口を開く術を、というのが元々の作戦だったのですが、とにかく分散させないことには身動きが取れないと。東京の2次医療圏は小さく、人口が多いから、23区の中に2次医療圏が7ぐらいあるんじゃないかな。

(質問者) 大阪も、大阪市が1つの2次医療圏です。たぶん日本で一番大きくて、だから大阪市が一番課題で、二百数十万なので4つに分けたいと思うんですけど。2次医療圏としては1つなので、それが課題です。

広島県の取り組み

広島大学病院 杉山 一彦

自己紹介

- 1984年 広島大卒 脳神経外科専門医 救急科専門医
- 神経膠腫 CNS胚細胞性腫瘍 髄芽腫 転移性脳腫瘍を中心に診断・治療 がん経験者の外来もしています
- 2012年4月広島大学病院がん化学療法科 がん治療センターの責任者に
- 原発不明、胚細胞性腫瘍、各種肉腫の治療治療加わる
- がん治療センターは広島県都道府県がん拠点病院 広島大学病院の窓口

広島県は病院自体のPDCAサイクルにはなかなか取り組めていませんので、病院間のPDCAサイクルの試みをお話します。広島大学病院のがん治療センターが、広島県都道府県がん拠点病院の窓口です。

がん診療連携拠点病院 PDCAサイクル

20140110 新指針より

II 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

6 PDCAサイクル

- (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。

III 都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件について

5 PDCAサイクル確保

- IIの6の(2)に規定する、都道府県内のがん診療連携拠点病院、特定療育拠点病院、地域がん診療病院におけるPDCAサイクル確保について、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

広島県はだいたい真四角です。山陽新幹線沿いに都市が並んでいて、2次医療圏もあります。広島市だけ、2次医療圏に県指定の拠点病院が5つあります。広島大学を入れると全部で16病院あるということで、病院数としては多いほうの県になると思います。

2005年8月のがん治療センターが組織上でできました。私が2012年からとりまとめ役のセンター長です。前の7年ぐらいで4人の教授がセンター長をされました。正直言って持ち回りだったと思います。がん化学療法科のポジションに就いて1カ月ぐらいしたら、前任者が「がん治療センターも

やることになってい
るから、お願いしま
す」と申し送りは何
もなかったのを覚
えております。

そういうことがあ
って、わずか3カ月
で、この場所で全国
の連絡協議会で広
島県の取り組みを



広島県都道府県がん拠点病院 広島大学病院がん治療センター

- 2005年8月 がん治療センター設立
- 広島県のがん拠点病院の取りまとめ役の窓口
- センター長
杉山 就任3年10ヶ月

広島県内がん診療連携拠点病院



発表しなさいということで発表したのを覚えております。

その年に現況報告書をはじめてみて、広島県、広島大学病院の現況報告書はかなり弱い点がたくさんあるのがわかりました。新指針が出て、PDCAサイクルを病院間で回せ

ということだったので、これは少しずつでもやっていかないと、5年たって現況報告書に何も書けないぞと考えると、特に病院間のPDCAサイクルに少しずつ取り組もうと決意しました。

病院間のPDCA確立

- 病院内でなく病院間のPDCA
- すぐ思い浮かんだのはチェックリストの送付→定例PDCA委員会→問題点の見える化→各病院へ改善点
- しかし実際には県内16病院の病院長、がん治療責任者 ほぼ顔を知らない(責任薬剤師さん 責任看護師さんはさらに?)
- 通常の委員会方式では拠点病院と深い交流は出来ない→病院間のPDCA永続的確保?

すぐ思い浮かんだのは、チェックリストをつくって回覧し、年何回か会議をして、「こうしましょう」「ああしましょう」と、「こういうリストできていないですから、これを次にやりましょう」ということを考えました。

でも、私自身が県内16病院の病院長、がん治療責任者の先生の顔もほとんど知らなかったもので、まず1年目は自分で回ってみようと思いました。

課題把握のため、外来化学療法、レジメン管理、がん登録に論点を絞ってアンケートのようなものをしてから回ってきました。

2015年2月5日に呉地区を回り、次に県北、広島大学のある広島中央の2カ所を回り、福山市を2月25日、広島市の北の病院と広島市の西、宮島を含む廿日市地区、広島市内、尾道地区、広島市の残りの病院を回りました。そして県立広島病院の先生方に広島大学を同じようにみていただきました。この1回目の訪問調査は2月から4月でした。

質問は、レジメン審査の状況、レジメンの整理はどうか、化学療法室の予約の方法について。また、薬物療法の内服

病院間のPDCA確立

- まず初年度各病院の活動状況を自分で見学
- 少なくとも病院長、がん治療責任者、責任薬剤師、責任看護師、事務責任者の方々の顔を把握する必要あり
- 初年度は広島大学病院より全病院に訪問
- 上記課題を把握するため、論点絞る
外来化学療法・レジメン管理・がん登録

外来化学療法 質問項目

- レジメン審査委員会:構成・開催頻度・出席率
- レジメン認証条件 レジメン整理
- 化学療法室予約方法
- 内服薬単独 内服+点滴レジメン管理
- B型肝炎再活性化予防
- 治療対象癌腫とここ1年の治療回数
- 血管外漏出 インフュージョンリアクションへの対応
- 化学療法室見学 ミキシング室見学
- 予めアンケートを実施して、その後訪問

単独や、点滴などの組み合わせのレジメンはどうなっているのかというのは、加算という点では病院の収益にはなるのですが、それをどうコントロールしているのかに興味があったので聞きました。

当時話題になっていたB型肝炎再活性化の予防、各病院でどのがん種をやられていて、治療回数はどのぐらいかということです。これは現況報告にも書かれます。血管外漏出やインフュージョンリアクションへの対応、そして化学療法室とミキシング室の見学です。

レジメン審査委員会

- 構成員:医師、薬剤師、看護師、事務方
2/16病院 事務方参加なし
外部委員 参加全くなし
- 出席率:64-88% 6/16病院 60%台
- レジメン認証:第3相 稀少疾患第2相
55年(2課長)通達 IRB審査必要
- レジメン整理:1-2年ごと 4病院3年以上無し

レジメン審査は医師、薬剤師、看護師、事務方というのが普通ですが、2病院は事務方が入っていないということでした。議事録などどうしているのかな?とは思いました。大事なのは外部委員ですが、全病院にいらっしゃいませませんでした。

出席率はおおむね半分以上ありますが、16病院中6病院が60%台とやや低めでした。レジメン認証は第3相試験でやられていましたが、稀少疾患では第2相が一般的でした。

いわゆる公知申請、(昭和)55年の2課長通達後はどうしているのかというと、IRB 審査を別に設けているところが多かったです。

レジメン整理は、1、2年ごとになっていますが、4病院は3年以上なくて、訪問時に「やらなければいけませんね」という

化学療法室 予約方法

- 電子カルテ 14病院
- Tel→カルテ 2病院
- Telのみ 1病院
- 患者の治療計画を別途紙媒体で相互確認
6病院
- 日付のみ予約 3病院 日付と時間 9病院
日付+時間+ベッド 4病院
- 電子カルテの会社によって予約システムの使い
勝手が全然違う

話になったのを覚えています。

化学療法室の予約方法は、電子カルテベースが14病院。電話して電子カルテにするのが2病院、電話のみも1病院ありました。われわれの病院もそうですが、外来化学療法室が紙媒体で治療歴を把握しているというのもありました。

日付のみ予約するのが3病院、時間と日付を予約するのが9病院、透析室のようにベッドまで予約するのが4病院でした。電子カルテは、カルテによって予約システムが違うこと、大手ほど使いにくいことがわかりました。

内服薬のレジメンは医師が管理しているところがほとん

内服薬のレジメン管理

- 併用レジメン:
注射薬のみレジメン管理 12病院
内服管理は医師のみで施行
3病院は両者レジメン管理
内1病院はすべて薬剤師が管理
- 内服単独レジメン:無し 10病院、あり 6病院
- 処方確認者 11医師のみ 4医師主体で依頼あれば薬剤師関与 2医師と薬剤師
- 薬剤師外来設置 2病院(内服管理は格段に充実している)

B型肝炎再活性化対策

- 電子カルテで抗原・抗体自動チェック 2病院
- 医師と薬剤師で人力2重チェック 1病院
- 薬剤師または看護師 11病院
- 医師のみ 2病院分子標的薬 各論 抗体薬
- 電子カルテでの自動チェックが理想だが経費の問題がネックになっている

どで、これがそのとき1番のポイントでした。充実しているところは、薬剤師外来を併設しているか、薬剤師がかなり厳密に管理していました。当然ですが院内の薬剤師の存在は非常に大事だと思いました。

内服単独レジメンは、10病院が医者の度量に任せています。薬剤師外来が設置されている2病院は管理については非常に充実していて、そういうシステムが非常に大事だと思いました。

B型肝炎チェックは人力というのが実情でして、電子カルテでチェックしているか、そこでスクリーニングしているのは2病院でした。非常にお金がかかることもわかりました。

対象癌腫と治療総数

- 大腸・乳腺・胆膵>肺・胃・婦人科
- 2病院 血液トップ
- 年間治療総数:688-15155人(中央値2789人)
- 1ベッドあたりの治療数:0.41-2.06
(中央値1.07)

対象がん腫は大腸、乳腺と、普通は肺や胃などが来ますが、広島県は胆のう、膵臓がトップ3です。広島赤十字病院と中国中央病院は血液腫瘍を看板としていて、血液がトップです。

1ベッドあたりの治療数は約0.5~2で、ほぼいい具合だと思います。2を超えて3に近くなるとかなり忙しい病院になってきますが、そういう状況でした。

緊急対応/ミキシング

- 全病院マニュアルあり
- G4のインフュージョンリアクション 2病院
- Fierst Call: 当番医3 主治医11
診療科当番医2
- ミキシング室:
治療室と併設・一体 12病院
薬剤部から搬送4病院

緊急対応のミキシングは、全病院にマニュアルがあり、G4のインフュージョンリアクションを2病院で経験されました。ファーストコールは当番医3病院、主治医11病院、専属医師がいてそこに呼ぶというのは2病院でした。ミキシ

がん拠点 外来化学療法 まとめ

- ・レジメン委員会:出席率 外部委員登用
- ・内服薬レジメン管理:不十分
薬剤師の関与必須
- ・薬剤師外来開設が全く不十分
- ・B型肝炎対策・ベッド予約:電子カルテとの連携
必須 システム改変をさらに安価に
- ・1日1ベッドあたり1患者治療→県全体としてはまだ
余裕あり
- ・化学療法専従医の必要性あり

ング室は12病院が治療室と一体で、薬剤部から搬送しているのが4病院でした。

院内がん登録 調査項目

- I 院内がん登録の組織体制
- II 院内がん登録の実施体制
- III がん登録の方法
- IV 集計、解析、報告書
- V 院内がん登録システムのソフト
- VI 院内がん登録の研修教育



6項目・約40の質問内容について訪問調査を実施

外部委員がいないことや出席率の問題、一番大きかったのは内服薬管理が不十分で、薬剤師の関与が必須だと言いました。

がん登録も同様にやりました。私自身はこの時点では全くの素人で、今でもそうですが、当院のがん登録管理の方向と一緒に、質問してもらいました。

院内がん登録 集計・解析・報告書

訪問調査を実施して改善が必要と考えられたこと

- 集計する項目を定めていない
- 報告書の作成を行っていない
- 集計結果等を院内誌やホームページで広報をしてない(指定要件)

訪問調査時の意見

- なにをどうやって集計したらよいか
- どのような報告書を作成したらよいか
- 部位分けや治療法分類など、国立がん研究センターの定義にそって集計を行いたいのが難しい。

20

委員会を開催していない病院が3病院、定期的で開催していない病院が2病院ありました。

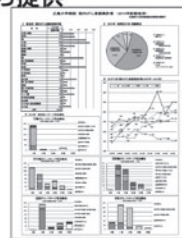
院内がん登録 調査結果

がん登録実務者と直接対話を行うことで実務を行う上での問題点がより明確になり、大変有益な調査であった。

今後も、問題点等について広島県院内がん登録部会等で検討を行い、院内がん登録のデータの精度向上及び活用を進めていきたい。

院内がん登録 その後の取り組み

- 広島県内の各拠点病院で統一したがん登録の集計表を作成
- 集計項目について、平成27年6月に開催をした広島県院内がん登録部会で検討
- 集計用のファイルを広島大学病院から提供
- 2014年診断症例から県内全がん診療連携拠点病院で統一をした定義で集計表を作成し、各施設のホームページで公表を行った。
- 今後も集計項目の見直し等を行い継続していく予定



がん登録の仕方は各病院によって、例えば病名で拾いあげる、病理で拾いあげる、初診時のアナムネで拾いあげる、などいろいろな方法でファーストタッチをしていることがわかって勉強になったのを覚えています。

がん登録の公表については順調に進みました。以前は反対する病院もありましたが、回ったあとは、統一フォームで、広島大学病院のがん治療センターのホームページで全病院を同じ項目で今掲載しています。非常によかったと思っています。

平成26年度 病院間PDCAサイクル 訪問調査

- ・何よりも各病院のがん診療に関わっている方々の顔の見える化が遂行できた
- ・各病院ともがん拠点病院の責務を遂行するための熱意が伝わってきた
- ・薬剤師外来やhigh volume centerの化学療法待ち時間解消には薬剤師・看護師の増員が不可欠→増員要求(action)済み 達成(achievement)未だ

訪問調査をして全病院の先生を私がみる事ができたの

平成27年度以降の 病院間PDCAサイクル 相互訪問調査

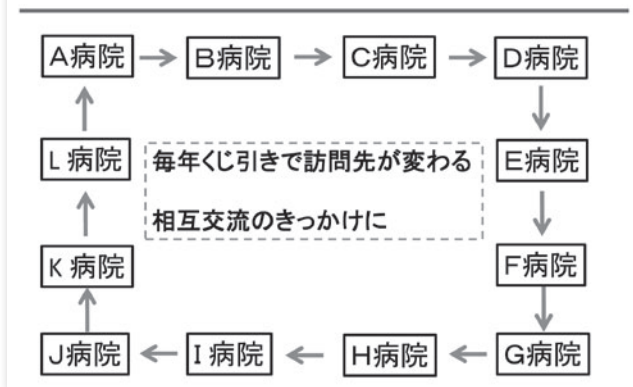
- 平成27年度：がん相談
- 平成28年度：緩和ケア
- 既に部会がある項目
- 担当者の他病院の活動環境視察が第一義
- わらしべ長者方式：各病院は何処か一つの病院を訪問し、何処か一つの病院から訪問される

が一番よかったと思います。

薬剤師外来やハイボリュームセンターの待ち時間解消には、薬剤師、看護師の増員が不可欠ですが、病院内のことがあつたりしてなかなかうまくいっていません。

平成27年度はがん相談、平成28年度は緩和ケアについてPDCAサイクルを回しています。

わらしべ長者方式



一方的な訪問ではなくて、「わらしべ長者方式」と呼んでいますが、毎年くじ引きで病院を決めて、A病院がB病院に行き、B病院がC病院に行くということをしています。がん相談と緩和ケアの部会内の他院のオンサイトに行っている話を聞くのは、部会で集まってやるより多いと聞いています。報告書が出てくるのが楽しみです。

Checkの後のAction

- 年度末に報告書作成
- 各病院にcheck内容をお知らせ
- 7月開催の拠点病院連絡会で報告
- Actionはそれぞれの病院で
- ActionはしてもAchievementはなかなか困難
- 平成29年度は病理診断(分子病理診断)を加えた複数項目を調査項目に
- 平成30年度にこの活動のまとめを計画
- 他県の取り組みも参考にしながら、包括的な病院間のPDCAサイクル確立の方策を模索している

チェック後、アクトはしていますが、アチーブメントはなかなか達成するのは難しく、特に増員は難しいと考えています。本年度4月から来年3月、平成30年度にどのような方式でやるか、何の項目でやるかはまだ決めていません。毎年7月に連絡協議会で決めているので、それまでにこの2年、最後の5年の後半をどうするかを考えているところです。

Q&A

(質問者) 質問項目の中に、各病院の実情に合わせて調査するのもありますし、悪いところは改善するところもあるでしょうし、訪問の目的をもう少し詳しくお願いします。

(広島大学病院・杉山) 訪問したのが2月から4月で、7月に連絡協議会があるので、そこで外来化学療法室とレジメン管理とがん登録の項目について、今のような資料を見せてそこで話し合うのが1つと、各病院については「こういうところを改善してください」と、私の印象のようなものを7月までにお送りしたということです。

(質問者) 報告に関わる、いろいろな項目が入っているわけですね。できれば、いいところをよそに伝えるとか、不十分なところは改善するのがいいと思います。先生はお1人で訪問されたんですか。

(杉山) がん登録の専門員と病院のがん相談部門の人、病院の車を運転していただいた事務の方もいらっしゃいます。

(質問者) 大阪府も少しずつ拠点病院訪問をして、私たちのところは一応全部の項目を、前部会長、部会長と私と、府の人の3人か4人と、患者会の人も行きました。やっぱり患者の視点からみてもらうというのは、われわれの気付かないところを指摘しますのですごくよかったと思っています。相談支援センターの人がなかなか忙しいので参加できないのが私たちの課題です。回る人もご検討いただければと思います。

(杉山) ありがとうございます。

(国立がん研究センター・加藤) 訪問時のチェック項目はどのような基準でつくられたのですか。

(杉山) 私は初年度しか全部の病院に行っていないのですが、正直、あまり核心をえぐるような項目はなくて、どの病院でもうまく答えられるような項目を選びました。例えば、「外来化学療法室に常にお医者さんがいますか」ということは聞きましたが、「その当番表を見せてください」というようなことは聞かないようにしました。

(質問者) 現況報告書に書かないような数字を調べておくのは負担になるような気がします。数字もある程度必要だとは思いますが、訪問を受けた側の反応はどうでしたか。

(杉山) 時間をかけて調べなければいけない項目は、少なく

とも初年度は聞いていません。例えば、「どういうがん種が多いですか」については、資料を見せてくださいというわけではありませんでした。

(質問者) 病院ごとにどれぐらいの数を把握しているかについては差があると思いますが、「ここは大丈夫だろう」というところに合わせて質問されたという理解でよろしいですか。

(杉山) そのとおりです。

(加藤) 最後に緩和ケアについての相互訪問についての話がありますが、目的として監査的にやるのか、困ったことを解決するための訪問にするのかで、聞き方も随分変わってくるのかなと思います。

(杉山) 「監査」という言葉を使わずに「訪問」を使っております。

(質問者) わらしべ長者方式についてですが、訪問者は、固定ではないですか？

(杉山) 毎年どの病院に行くか、どの病院から来るかは、くじ引きです。

(質問者) そうすると、数が多くても組み合わせさえできれば、ある病院は1カ所の病院に行けばこの年度の作業は終わりだと。これは妙案ですよ。

(杉山) ただ、くじ運が悪ければ、福山の方が広島が一番西まで行かなければいけないこともあるし、運がよければ隣の病院に行くこともあります。

(質問者) チェックリストと報告のフォーマットさえ統一しておけば、けっこう機能しますよね。

(杉山) 1回行くだけです。日にちも、2病院で調整すれば、1日ずれても全然関係ないということになると思います。

(質問者) なかなかいい知恵だと思います。ありがとうございます。

(加藤) 1回の訪問はどれぐらいの時間ですか。

(杉山) 私が行ったときには、話を聞いて外来化学療法室を見学して、がん登録の部署をみてということで、2時間から2時間半ぐらい。緩和ケアについては1時間から2時間ぐらいでした。

がん診療評価指標(Quality Indicator)の研究

国立がん研究センター 神谷 諭

Quality Indicatorという指標を通して、いかにしてがん医療の質を押しあげていくかという活動についてお話しします。

背景

・がん対策基本法（平成19年4月1日施行）

（基本理念）

第二条 がん対策は、次に掲げる事項を基本理念として行われなければならない。

一 がんの克服を目指し、がんに関する専門的、学際的又は総合的な研究を推進するとともに、がんの予防、診断、治療等に係る技術の向上その他の研究等の成果を普及し、活用し、及び発展させること。

二 がん患者がその居住する地域にかかわらず等しく科学的知見に基づく適切ながんに係る医療（以下「がん医療」という。）を受けることができるようにすること。

三 がん患者の置かれている状況に応じ、本人の意向を十分尊重してがんの治療方法等が選択されるようがん医療を提供する体制の整備がなされること。

基本理念「適切ながん医療の均てん化を進める」

平成19年施行のがん対策基本法に「適切ながん医療の均てん化を進める」という基本理念があります。

がん診療の質評価のこれまで

平成19年 がん対策基本法施行に伴いスタート

(がん臨床相対化班①)

H19 専門家パネルによるQI作成（胃・大腸・乳・肝・肺）

H20 パイロット測定（1施設）

(がん臨床相対化班②)

H21 診療録によるパイロット測定（国立病院機構有志・他18施設）

H22 優先版QI（絞り込み）選定（5がん、50項目）

H23 診療録によるパイロット測定（沖繩4+茨城4+滋賀2施設）

(がん臨床東班)

H25 DPCと院内がん登録を用いた測定（13施設）

(がん研究開発東班、がん登録部会QI)

H26 DPCと院内がん登録を用いた測定（2011年症例182施設）

H27 2012年症例・232施設、2013年症例・297施設、

H28 2014年症例 424施設、胃がん、肺がん、子宮頸がんのQI追加

QI作成
診療録
DPC

いて話をしていきます。

この研究は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の協力を得て行っており、すべてのがん診療連携拠点病院と、院内がん登録

を提出している拠点病院以外の施設が参加可能です。これらの施設へ募集して、DPCと院内がん登録をリンク可能な形で収集し、標準診療の指標——Quality Indicator(QI)の実施率を測定しています。結果は、施設ごとにWebを介してフィードバックし、さらには標準診療がなされなかった理由を追加収集しています。



米国医学研究所（IOM）による医療の質の定義

“Quality of care is the degree to which health services toward individual and population increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge”

医療の質とは個人および集団に対する医療行為が望まれた健康状態をもたらす確率をあげ、最新の専門知識と合致する度合いをいう

Lohr K. Strategy for Quality Assurance IOM report 1990

平成19年以降、がん診療の質評価としてアプローチを試みてきましたが、この数年はDPCと院内がん登録をデータ源として用いた測定をしています。その具体的方法につ

まず、医療の質とは何か、ですが、よく用いられる定義と米国医学研究所による「個人および集団に対する医療行為

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病院以外でも参加可能
- ・ DPCを院内がん登録とリンク可能な形で収集
- ・ 標準診療の指標の実施率（QI実施率）を測定
- ・ 結果は施設毎にWebでフィードバック
- ・ 標準診療が行われなかった理由の入力

医療の質の測定

「ドナベディアンモデル」

・ 構造 = 医療を提供する環境、体制の有無、充実度
測りやすい ←→ 本当に良い医療が実施されている保証はない

・ 過程 = 医療が提供されるプロセスそのもの
直接評価 ←→ 測定に手間、要専門知識、項目が多い

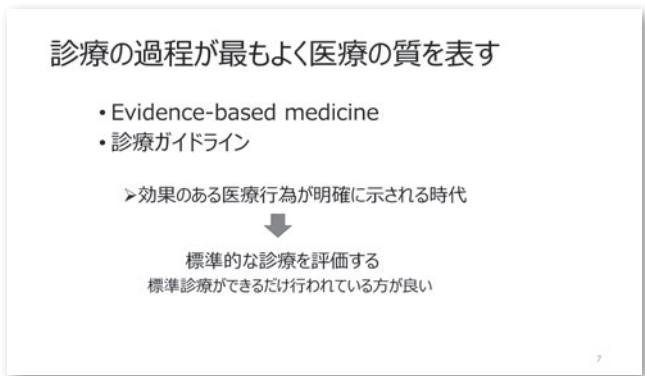
・ 結果 = 医療のあとの結果
評価が明確 ←→ 医療以外の要因の影響が含まれる

が望まれた健康状態をもたらす確率を上げ、最新の専門知識と合致する度合い」という定義があります。

医療の質を測定する際の指標としてよく用いられる概念として、ドナベディアンという方の提唱したモデルがあります。これは医療の質を3つの指標——構造、過程、結果の各指標に分けて考えるものです。構造指標は、医療を提供する環境、特定の体制の有無や資源の充実度などを指します。表すものが明確なため測定しやすいですが、例えば測定した体制が整備されていたとしても、医療が本当に患者に届いているという保証はありません。

過程指標は提供される医療のプロセスそのものを指します。直接的な評価指標ですが、測定に手間が掛かる場合が多いです。また、提供される医療が本当によいかどうかを判断するには専門知識が要ります。医療のプロセスそのものは1項目ずつしか測れないので、どうしても医療の質全体をみようとする測定する項目が多くなる欠点もあります。

結果指標は医療行為の後の結果を指します。例えば死亡率など、直感的にわかりやすい指標ですが、例えばとても状態が悪い患者の場合、医療行為に関わらず悪いアウトカムになってしまったりする場合があるように、提供される医療以外の要因の影響が大きく、少し解釈に注意が必要な指標です。



そのため、最近過程指標が最もよく医療の質を表すと考えられています。近年は、Evidence-based-medicineが普及し、学会などから各種の診療ガイドラインが提唱されており、効果のある医療行為が明確に示される時代です。この中でも、われわれは標準的な診療に着目し、標準診療が可能な限り行われていることを質のよい医療として捉えています。

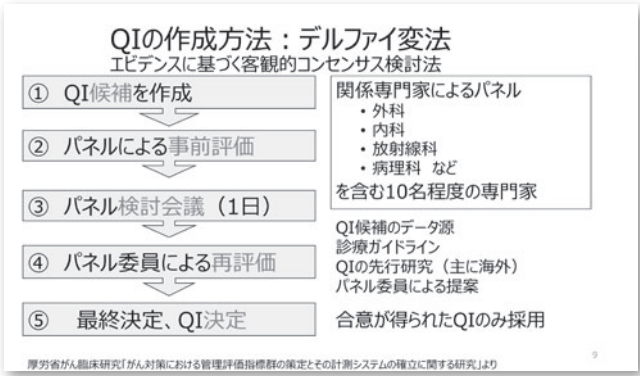
よく質問されるのは「なぜ標準診療に着目するか」です。「並の医療より最新の先端医療のほうが医療の質として高いのではないか」という質問を受けることがありますが、先端医療の多くは、その効果・弊害が未確立です。ある程度普及して効果・弊害が明らかになってきてその評価が確立して、ようやく標準になります。

なぜ「標準」診療？

- 標準 = 「並」？
- 最新先端医療の方が質の高い医療ではないか？

No!

➤ 最新の先端医療は効果・弊害の評価は未確立
→ 評価が確立したら「標準」になる

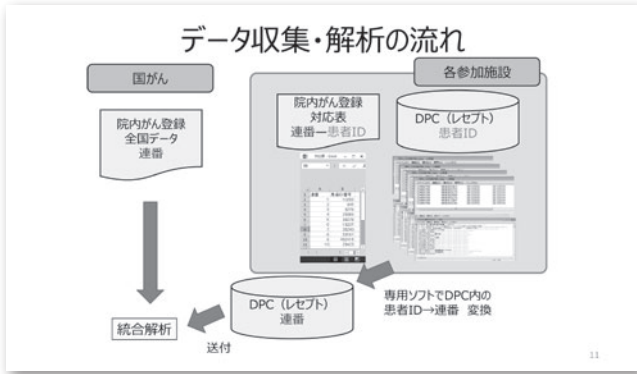


具体的なQIの作成方法を紹介します。外科、内科、放射線科、病理科など、なるべく広い分野から選出した10名程度の専門家パネルを組みます。QIの原案としては主にガイドラインや先行研究を用い、パネルの先生方の意見を出していただくこともあります。その原案を匿名で点数付けをして評価をし、最終的にある特定の合意基準を満たす点数が与えられたQIを採用します。



データは院内がん登録のデータとDPCデータを用いています。院内がん登録には、どのような患者で、どんながんで、どのステージでいつ診断されたかという情報が入っています。DPCデータ、レセプトデータには、その患者にどのような診療行為がいつどれぐらいされたかが入っています。これを合わせることで、どのような患者にいつどんな診療行為がなされたかがわかります。具体例としては、ステージIIIで新しく治療を受けた大腸がん患者に、手術後、標準的な化学療法がなされたかどうかを測定できます。

データ収集は、国立がん研究センターに提出されてい



院内がん登録の患者の連番を用いて、各施設でDPCと結び付けて抽出をします。各施設で抽出・匿名化したDPCデータを、国立がん研究センターの事務局に送っていただき、事務局で院内がん登録とDPCデータを統合して解析しています。QIの実施率を見ると、項目によって測定値にバラツキが認められます。

参加施設へのHPフィードバック

各施設にログインIDを割り当て
・施設名無し、実施率分布を表示
・自施設の位置が赤で表示

参加メリット：
非公開で他施設と自施設が比較可能

この結果を、各参加施設にWebを介してフィードバックしています。Web上では自施設が全体の中でどこに位置しているのかがわかるように表示されます。都道府県単位や施設タイプで区切ることもできるので、その枠の中で自分たちはどこに位置しているのか、他施設と比較することも可能です。

また、データから計測するだけでなく、さらなる活動もしています。今回扱っているデータですと、ほかの病院に行ったときの診療がみえません。紹介して治療の一部を他院でやらしてもらったりしている場合は、測定されてくる実施率は

これで均てん化がわかる!?

いやいや、まだ中間点

課題：

- ・他院での診療がデータから見えない
 - ・連携で治療の一部を他院へ紹介すると標準「実施率」が下がる...
- ・標準診療を行わない正当な理由（臨床判断）の可能性
 - ・全身状態、高齢、腎機能、患者希望

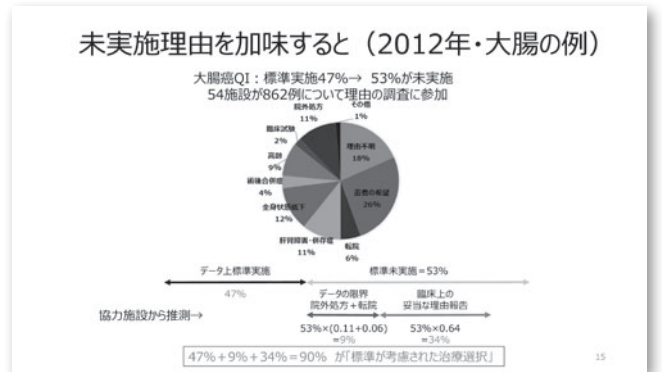
どうするか？

実際の実施された診療行為より下がってしまいます。例えば腎機能が悪かったり、患者が特別に希望したりしたという事情を考慮して、行すべき標準診療が行えない場合があります、そのような場合は測定した数字だけでは本来の診療の質は表せていない、と考えます。

未実施理由の入力（自由参加）

「理由不明」と「その他」以外の理由が選択されたら、スコアに反映＝標準を行ってなくても行ったのと同じ扱いとした集計も切替可

そのためわれわれは、先ほどの結果のフィードバックのページから、標準診療が実施されなかった患者のIDをフィードバックして、その理由を選択して入力できるシステムをつくっています。こちらを入力していただくと、自施設の数値が夜間に更新されます。

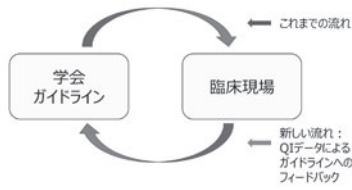


事務局で全体集計することに同意していただいた施設に関しては、事務局でその理由を集計しています。2012年の大腸の例でみると、未実施理由のうち患者の希望が約4分の1で、その他、全身状態が悪かった、腎障害・併存症があったなどの理由を計測された47%に加味すると、全体の90%が標準的な診療を考慮したうえで治療方針を立てられていることがわかります。

高リスクの化学療法施行時に、制吐剤を同日に3剤処方するというQIを測定したところ、ガイドラインは3剤で推奨しているのに、未実施患者の約半分で「施設の方針で2剤投与している」との回答がありました。このような場合には、QIをつくったパネルの先生方に返して、ガイドラインと実際の診療にズレがあることをフィードバックして、議論していただくことがあります。

今までの診療では、主に学会のガイドラインを臨床現場が用いるという一方的な流れだったのですが、今回のよう

QIがもたらす新しい流れ：ガイドラインと現場の疎通



16

に、QI測定をして見直しをしていくうちに、ガイドラインに対して現場から意見を投げかけられるということがありました。

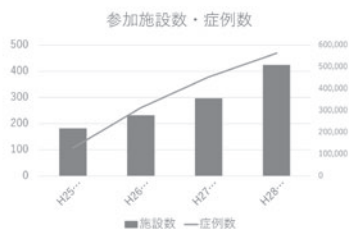
参加施設のメリット

- 他施設の状況と比較が可能
 - 標準の実施率の可視化から質の改善に
 - 診療報酬算定上の自施設の癖（も）
- 現場の意見がガイドライン委員などに伝えられる（匿名で）
- 診療報酬算定の漏れが見つかる
- がん登録とDPCのリンクデータが得られる

17

まとめに入っていきます。参加施設のメリットは、自施設の診療を可視化できるとともに、他施設の状況と自施設の状況の比較が可能になってくることです。ただし、あくまでも比較がメインではなくて、自施設の活動の見直しに役立てていただきたいと考えています。また、客観的に測定することで、診療報酬算定上の癖もみえてきます。具体的には、診療報酬算定で特定の項目が抜けがちだとかいったことが客観的にわかります。また、先ほどお話ししたように、未実施理由の入力・集計で、現場の意見がガイドラインに関わっている先生方に直接、匿名で投げかけられることもあります。

参加状況の推移



18

データを提出していただく施設が年々増えて、今年は4,324施設に参加いただいています。

研究における最近の動きですが、各臓器の学会のガイ

最近の動き：QI項目の追加と検証

- 学会のガイドライン委員会と連携DPCで測定可能なQI
 - 胃がん、肺がん、子宮頸がんを策定
 - QI（質の指標）ではなく実態指標も決定
- フィードバック・未実施理由から測定可能性を検証
 - 複雑なレセプトルールを加味しつつ継続的改善
 - 例）
 - 胃がん・色素内視鏡を「点墨」とコード（報酬規則上「準ず」）
 - ALK検体作成料をHER2検体作成とコード（準ず）
 - 「外来診療料」による血液検査のまるめ算定

19

ラインに関わる先生方とも連携して、測定するQIの項目を増やしていております。研究班で所有するデータは貴重ですので、標準的な診療だというQIとしての合意が得られなくても、測定意義が高いと判定されたものに関しては実態指標という形で計測をして、フィードバックをしております。われわれのほうも計測してフィードバックを繰り返す過程で、レセプトの算定の癖を理解発見し、より精度の高い結果を返せるように試みております。

まとめ

- がんQuality Indicatorは試行錯誤の連続
やっとな全国データが収集されつつある
- 均てん化の評価や質改善の評価に加え
データが現場とガイドラインをつなぐ効果

これまでQIの作成・測定にご協力いただいた先生方、がん登録実務者の方々、DPCの担当者の皆様へ深く感謝いたします。

20

がんのQuality Indicatorの研究は試行錯誤の連続ですが、全国からたくさんのデータが収集されつつあります。これを用いて均てん化の評価、質改善の評価をしていくだけではなく、データが現場とガイドラインをつなぐ効果もあると考えています。

Q&A

（国立がん研究センター・加藤）都道府県のPDCAサイクルの改善という観点で使っていくという話で考えると、いくつか方法があると思いますが、例えば共通指標の1項目に何か設定したり、QIでやっていた各施設の情報を県内でお互いに見合って改善点を探したり、こういうふうにするというのは、というご提案はありますか。

（国立がん研究センター・神谷）基本的には、診療行為自体はどこでもやっていただきたいことをQIに設定しています。地域・施設によって医療資源がさまざまなので、こちらからそれに対して積極的に「数字をもっとあげる努力をしな

い」ということは言わないようにはしています。それよりも、計測結果を自施設で評価し、機会があれば各地域単位で比較して、お互いにフィードバックを回してくださいと推奨しています。

(質問者) QIは非常に大事で、先生方の努力に大変敬服します。データソースなどで、どうしても限界がある場合がありますよね。そういうのはきちんと明らかにしていただきたいです。ご存じのとおり、加速化プランが1年ちょっと前に出て、そのときに、先ほどの大腸がんステージIIIの術後化学療法施行率が49.6%という数字が出て、全然標準治療になっていない、と議論されました。DPCデータですから入院患者しか対象ではありませんし、他病院に移った人も入っていませんよね。ですから、49.6は正しい数字でしょうが、さっきのはもう少し多くなっていましたね。

(神谷) 未実施理由を加味すると……

(質問者) もうちょっと増えるんですね。だから、DPCを使ったデータときちんと書かないと、「そんなに少ないんだろうか。半分もないのか」という議論が起きましたので、データソースの限界があったら、ぜひそれも一緒に公表していただきたいです。

(国立がん研究センター・若尾) 若干、補足させていただきます。そのデータは研究班で報告させていただいて、研究班ではデータの限界などすべて書いたのですが、最終的に厚労省の中間報告、さらに加速化プランにいくときにどんどん補足の部分が削除されて、誤解を生むような結果が出ってしまったということです。

(質問者) 表の中にもその文言を入れておかないと、結局そういうのは削除されますよね。知らない人はこれが全部だと思いますので、何か工夫をよろしくお願いします。

(若尾) ありがとうございます。

(質問者) 標準治療やガイドライン治療は、してはいけない人にはしないという、つまり何も発生しない率もすごく大事になってきますが、今の指標だと、どうしても「何かした」が分子にこないとQIに出ないのかなと思います。しない人にはしないというのをきちんと評価できるような指標は、何か考えられるでしょうか。

(神谷) 基本的にQIは標準診療とはいえ、何らかの理由があってすべきでない方にはすべきでないと思います。ただ、どうしてもDPCと院内がん登録だけではそこがみえてこないの、そこは各施設にフィードバックして、未実施理由の収集で、しない理由とその思考の過程が書いてあるかどうかということも評価するようにはしています。

(質問者) いつもQIを考えるとときに、最終的にはアウトカムとして、生存率の延長などにつながるとは思いますが、やはりIndicatorを設定するときに、生存に影響を及ぼす程度の違いがあると思うんです。例えばIndicatorを指標としてあげ

なさいというときに、計測がしやすいほうにいつてしまって、実際の診療のアウトカムが将来的に、長い目で見たときに、変えたIndicatorがよかったら、例えば生存率が上がったとかのデータに結び付かない状況もある気がします。そういったIndicatorを選ぶときに何か基準や、いわゆるサジェスチョンのようなものがあるのでしょうか。

(神谷) 基本的には、まずパネルの先生方で案をもんでもらうときに、計測方法を考えずに案を出してくださいとお願いしています。実際のところは先生方が測定しやすいほうにどうしても流れてしまうので、会議の中で、こちらのほうから適宜修正して、流れを戻すように努力はしています。

(国立がん研究センター・中釜) 最終的にどういうアウトカムを得たのかは、すごく重要だと思います。医療行為以外のものが入ってくる可能性があるということでしたが、やはりこういうQIによってきちっと管理し、目標値を設定することによって、実際にアウトカムはどう改善したのかを常に意識しながらバージョンアップをしていく、あるいは医療現場が使いやすいQIに切り替えていくということを考えていく必要があると思いますので、よろしくお願いします。

(神谷) QIの項目を継続して見直ししていかなければいけないと、私どもも考えております。

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



病院および地域で、組織的に改善のPDCAサイクルを回すために、がん診療体制の質評価指標の開発と仕組みづくりをしております。このツールを使い、少しずつ地域のPDCAを回し始めています。

みんなでみる形になります。Planから始めるときは、「新しいものを設計する」形になるので、非常にイノベーション的な大きな話になることもあります。

では、Planのところでは何が重要か。すべて2段階になっているのですが、「目的、目標を決める」ことが一番重要です。どんな状態にしたいのか、どんな世界をつくりたいのかという理念を実現し、目的を達成するための「手段・方法の決定」が2番目になります。

これを実際にすぐ実行できるわけではなくて、当然、準備が要ります。Doのところでは、「準備」をして、「実施」していく。Checkのところでは、どの程度、行程を終えたのか「目的達成に関わる進捗確認」をします。あるいは「副作用の確認」です。今、とっている指標が「副作用」をみていることもありますし、「出来栄え」をみていることもあります。

その出来栄えによっては、Act=改善をしていくことでPDCAサイクルを回していきます。ついでに言うと、1つわかった問題に対し、それだけに対処する応急処置ではなく、「未然防止」という形でほかの類似のことを改善する活動にも入ります。これがPDCAサイクルと呼ばれるものです。

平成22-25年度厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業
「国民に役立つ情報提供のためのがん情報データベースや医療機関データベースの質の向上に関する研究」
主任研究者:若尾文彦 分担研究者:水流聡子
平成27-28年度国立がん研究センター研究開発費「平成27-28 がん対策の推進に資する診療支援と研修のあり方に関する研究」
主任研究者:加藤雅志 分担研究者:水流聡子

【研究組織】PCAPS研究会 がん診療質評価班

水流 聡子	東京大学	矢野 真	日本赤十字社
若尾 文彦	国立がん研究センター	羽藤 慎二	四国がんセンター
	がん対策情報センター	野崎 功雄	四国がんセンター
加藤 雅志	国立がん研究センター	小口 秀紀	トヨタ記念病院
	がん対策情報センター	秋山 聖子	仙台医療センター
飯塚 悦功	東京大学	乾 由明	兵庫県立西宮病院
新海 哲	湘南東部総合病院	清水 秀昭	栃木県立がんセンター
栗田 啓	四国がんセンター	尾澤 敏	栃木県立がんセンター
谷水 正人	四国がんセンター	塚本 憲史	群馬大学医学部附属病院
浦生 真紀夫	大崎市民病院	尾嶋 仁	群馬県立がんセンター
吉岡 慎一	兵庫県立西宮病院	嘉和知 靖之	武蔵野赤十字病院
吉井 慎一	ひたちなか総合病院	中瀬 一則	三重大学医学部附属病院
青儀 健二郎	四国がんセンター	近藤 啓史	北海道がんセンター
名取 良弘	飯塚病院		

【研究事務局(がん診療質評価班)】(東京大学)
谷崎浩一・飯屋崎真希・岡本恵美・佐野けさ美・佐藤千恵子

©東京大学 品質・医療社会システム工学寄付講座

今年は北海道がんセンターの近藤(啓史)先生にも、PCAPS研究会「がん診療質評価班」のメンバーに入っていました。このフォーラムにご参加いただいている鳥取、埼玉、岩手の先生方にもご参加いただきたいと思います。

保証のために：標準=計画、技術基盤 (品質管理工学の知見)

PDCA: マネジメントサイクル

スタートポイントをどこにおくかを考える

➡ Plan ……ここから開始するときは新たな設計レベル
P1: 目的、目標、ねらいの明確化
P2: 目的達成のための手段・方法の決定

Do
D1: 実施準備・整備
D2: (計画、指定、標準通りの)実施

➡ Check ……ここから開始するときは調査分析レベル
C1: 目標達成に関わる進捗確認、処置
C2: 副作用の確認、対応

Act
A1: 応急処置、影響拡大防止
A2: 再発防止、未然防止

©東京大学 品質・医療社会システム工学寄付講座

これは、品質管理工学で用いる「PDCAマネジメントサイクル」です。皆さん、もう立派にお仕事をされていますので、Planから始まるのではなく、Checkから入りましょう、というのがこのツールです。Checkから入るときは、「調査・分析レベル」になるので、「今、いったいどうなっているのか」を、

がん診療プロセスの質評価 (複雑性の認識)

アウトカム(便益遅延) 患者の希望、QOL、生存期間

アウトカム(直後) 患者の希望、QOL、合併症

各患者の体験

患者状態推移:臨床プロセス

对患者に提供される診療プロセス

各担当医の診療方針・やり方

各診療グループの診療方針・体制

診療体制モデル (基盤) 病院の診療体制 設計・運用 現実の病院の体制

ギャップ(差異)

病院標準がないことが非効率性を生む

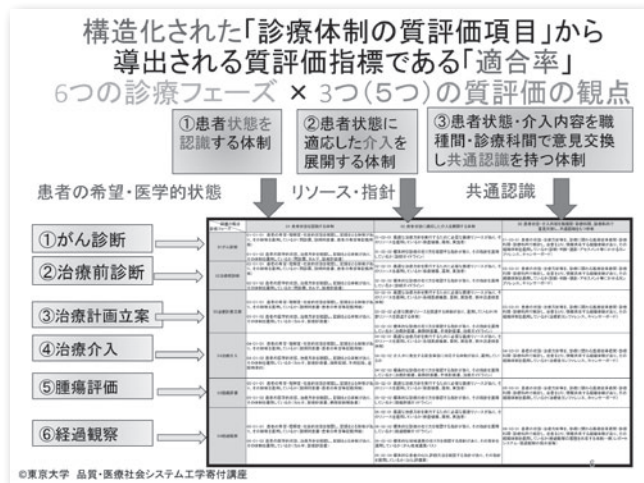
©東京大学 品質・医療社会システム工学寄付講座

患者さんに提供されているプロセスですが、各担当医の診療方針、各診療グループの診療方針がバラバラで、どうも病院全体の診療体制といったルールみたいなものができにくい病院があるようです。そのような病院ですと、これらの対応に、コメディカルの人たちが、かなり時間を費やしていて、本当は先生方がやりたい医療をお手伝いしたいのだけれども、コアな部分を手伝う時間がなくなってしまうという問題構造が起っています。患者さんは、「この病院の医療を受けに行く」という感覚で行きますから、当てがわれたものを、その病院のルールであろうと思うわけです。それが、先生によって違ったり、医療者によって違うということがあったりすると、患者さんも混乱するのではないのでしょうか。

われわれは、この「ギャップ」を見える化してみよう、と考えました。がん診療体制として「こうあるべき、こうでないと診療がやりにくいはず」というあるべき姿に対して、「現実の今の病院はどうなっているか」を比較し、このギャップをみて「どこが問題か」ということを原因分析していく。そういうことを考えましょう、という提案をいたしました。

先ほど神谷(諭)先生(国立がん研究センター)から、「診療プロセスが非常に複雑である」という話がありました。私たちもこの診療体制の研究の前に、診療プロセスをすべてチェックするための研究を行いました。そのときに、「この診療プロセスがいい」とわかっていても、それを各臨床の方々が実行するための「体制が整っている病院」でやるときと、「体制が整っていない病院」でやるときには、非常に大きな負荷の差があり、実現できないこともある、ということがわかりました。まずは体制を整えてから、診療プロセスを整理していくことになるのだろう、ということで、こういう調査を行うことにいたしました。

体制」(1-1)です。ここが意外と欠けていて、最初のほうで埼玉県立がんセンターの坂本(裕彦)先生のお話にありましたが、地域包括、あるいは、たくさんたまっていくがん患者さんの経過観察といったものを、どうやってみていくか。それも含めて、患者さんの本当の希望は何か、どういった状態を望んでいたのか、それを達成するような医療を提供することに価値があるのではないかと考えました。これが先ほど神谷先生がおっしゃった、「医療の質とは何なのか」ということになると思います。ここは今後ますます重要になってくると思われる。次が、「患者の医学的状態・治療方針」(1-2)です。そして、2の「介入」のほうの体制は、「医療リソース」(2-1)と「診療方針」(2-2)ということで、後者は主に診療指針、ガイドライン系のものになります。3でカンファレンスとか、さまざまな「情報共有」が行われていくことになります。がん診療体制の質評価には、この5つの観点があることが、研究的に論理的に、導出されました。



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	1-1
	患者の医学的状態、治療方針を確認する体制	1-2
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	2-1
	標準的な診療方針を確認する指針	2-2
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	

まず、体制を評価するときの観点ですが、これは研究的に導出された論理的なものです。1が「患者状態を認識する体制」、2が「患者状態に適応した介入を展開する体制」、3が「それらを共有する体制」です。1と2がさらに2分割されて、1の上が「患者の希望・理解度・社会的状態を確認する

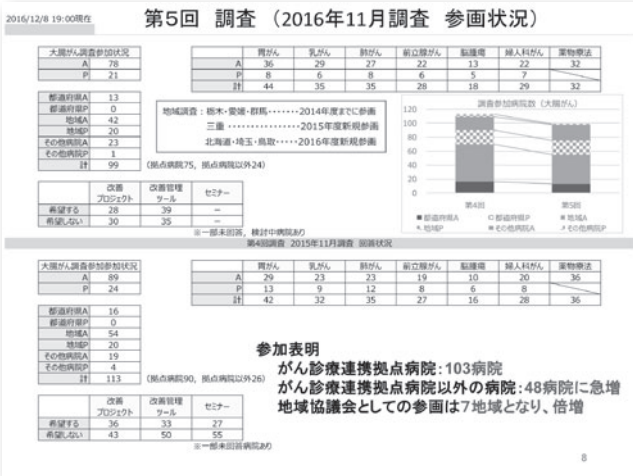
大きくは3つの「観点」ですが、①と②がそれぞれ2観点になって、全部で5つの観点になっています。左側の「診療フェーズ」を6つに分けて「6つのフェーズに対して5つの観点」でセルをつくります。この1個1個に「一般化評価項目」をつくり、それぞれに「質問項目」という「物差し」をつくっていくわけです。この物差しは、がん種ごとにつくらないといけません。がん種共通のものもありますが、少し表現を変えるものもあれば、中身がちよっと違うものもあります。こうやってつくられたものが、がん種別の「診療体制の質評価調査ツール」になっています。1がん種ごとに146項目ありますが、簡易チェック項方式として、「パーシャル」という「40項目チェックするだけでもある程度の全体適合率がわかる」というものもつくってあります。

「がん診療体制の質評価調査」は、パイロットスタディーが2012年から始まり、1回目が2013年1月、今の形になったのが2014年1月で、2014年10月、2015年11月、2016年11月で5回目の調査が終わりました。「Aファイル」146項目、「パーシャル(Pファイル)」40項目、「薬物療法」53項目

がん診療体制の質評価調査の歴史

- 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
 - 1地域の調査参画(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)
 - 3地域の調査参画(栃木県・Z1県・愛媛県) ※2015年5月の報告会后三重県参画
- 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)
 - 4地域の調査参画(栃木県・Z1県・愛媛県・三重県)
- 第5回 調査 (2016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)
 - 7地域の調査参画(栃木県・Z1県・愛媛県・三重県、北海道・鳥取県・埼玉県)

©東京大学 品質・医療社会システム工学寄付講座



となっています。

今年の調査結果の特徴をお話しします。調査総数は、手あげされた病院が154、実際に回答までたどり着いたのが133で、約86%でした。総数154のうち拠点病院103、拠点外51、そのうち回答までたどり着いたのは拠点病院88病院、拠点外45病院です。地域ごとの調査は、これまで4地域でしたが、今年は3地域増えて7地域となっています。地域で調査するときには、拠点外の病院が入る形になります。

これを昨年のもものと比較してみました。Pファイル、Aファイルでみえてきますと、拠点病院の場合、参加病院数はそ

調査回答病院数・平均回答時間			前回調査結果 (今回は集計中)	
調査回答病院数(大腸がん)			平均回答時間(分)	
	質問票A (146項目)	質問票P (40項目)	質問票A	質問票P
都道府県がん診療連携拠点病院	16	0	114	-
地域がん診療連携拠点病院+国立がんセンター	54	20	130	57
計	70	20	126	57

調査回答病院数(胃・乳・肺・前立腺・脳腫瘍・婦人科・薬物療法)							
	胃がん	乳がん	肺がん	前立腺がん	脳腫瘍	婦人科がん	薬物療法
第3回	A: 28	26	24	18	16	19	35
P: 19	17	13	12	5	10	10	
計	47	43	37	30	21	29	35
第4回	A: 26	21	21	18	10	19	32
P: 8	6	10	6	4	6	6	
計	34	27	31	24	14	25	32

©東京大学 品質・医療社会システム工学寄付講座 ※集計作業締め切りに間に合わなかった病院を含む

う変わらないのですが、非常に顕著なのは、Aファイルが大幅に増えていることです。また、1病院が多数のがん種を調査するようになってきたのも特徴です。

平均回答時間は、鳶巢(賢一)先生(都立駒込病院)からも指摘されましたが、なかなか短くはならなくて、第4回調査では、都道府県がん診療連携拠点病院が「質問票A(Aファイル)」で114分だったのが128分に、地域がん診療連携拠点病院+国立がんセンターが130分から140分が増えていきます。しっかりと考えて回答するようになったのか、毎年同じ病院が繰り返しているわけではなくて、新しい病院が参加してくることも一因ではないかと考えています。それから、がん種が増えてきますと、だいたい、大変なようですが、取りあえず今は2時間ぐらいで回答を終わるようになっていきます。「質問票P(Pファイル)」のほうは、1時間ぐらいです。

<体制の有無> Pに換算して集計 【診療フェーズ】 前回調査結果 (今回は集計中)

がん種	01大腸がん	02胃がん	03乳がん	04肺がん	05前立腺	06脳腫瘍	07婦人科がん	08薬物療法
01がん診断	69%	71%	70%	67%	69%	44%	58%	79%
02治療前診断	66%	68%	68%	63%	66%	43%	57%	78%
03治療計画立案	77%	76%	76%	73%	75%	57%	69%	73%
04治療介入	76%	76%	77%	71%	71%	64%	68%	79%
05経過評価	64%	68%	67%	60%	63%	55%	57%	65%
06経過観察	65%	66%	64%	60%	58%	51%	53%	36%
一般評価項目の計測項目合計	70%	72%	71%	67%	68%	54%	62%	74%

<体制の運用> Pに換算して集計

がん種	01大腸がん	02胃がん	03乳がん	04肺がん	05前立腺がん	06脳腫瘍	07婦人科がん	08薬物療法
01がん診断	73%	73%	74%	71%	70%	52%	55%	73%
02治療前診断	69%	70%	71%	66%	67%	45%	54%	78%
03治療計画立案	79%	75%	84%	77%	73%	67%	64%	78%
04治療介入	81%	78%	86%	79%	74%	74%	70%	85%
05経過評価	73%	71%	75%	70%	66%	67%	63%	83%
06経過観察	71%	65%	69%	66%	59%	67%	60%	45%
一般評価項目の計測項目合計	75%	73%	78%	72%	69%	65%	63%	79%

凡例	条件
80%	80%以上
70%	70%以上
50%	50%以上
○	50%未満

©東京大学 品質・医療社会システム工学寄付講座 10

<体制の有無> Pに換算して集計 【質評価の】 前回調査結果 (今回は集計中)

がん種	01大腸がん	02胃がん	03乳がん	04肺がん	05前立腺	06脳腫瘍	07婦人科がん	08薬物療法
01患者状態を認識する体制	41%	37%	34%	33%	37%	51%	63%	71%
02患者状態を認識した介入を継続する体制	63%	62%	61%	55%	63%	51%	63%	71%
03患者状態、介入内容を把握し、診療科間で意見交換し、承認調整を行う体制	82%	84%	88%	84%	100%	93%	87%	79%
04患者状態、介入内容を把握し、診療科間で意見交換し、承認調整を行う体制	59%	63%	61%	47%	47%	26%	34%	54%
05患者状態、介入内容を把握し、診療科間で意見交換し、承認調整を行う体制	77%	78%	78%	75%	73%	57%	70%	81%

<体制の運用> Pに換算して集計

がん種	01大腸がん	02胃がん	03乳がん	04肺がん	05前立腺がん	06脳腫瘍	07婦人科がん	08薬物療法
01患者状態を認識する体制	64%	58%	59%	59%	64%	52%	45%	79%
02患者状態を認識した介入を継続する体制	85%	80%	86%	88%	84%	84%	78%	89%
03患者状態、介入内容を把握し、診療科間で意見交換し、承認調整を行う体制	60%	56%	71%	74%	93%	64%	61%	80%
04患者状態、介入内容を把握し、診療科間で意見交換し、承認調整を行う体制	77%	72%	83%	79%	72%	36%	67%	68%
05患者状態、介入内容を把握し、診療科間で意見交換し、承認調整を行う体制	77%	76%	82%	72%	66%	66%	65%	77%

凡例	条件
80%	80%以上
70%	70%以上
50%	50%以上
○	50%未満

©東京大学 品質・医療社会システム工学寄付講座 11

この調査は、「体制の有無」と「体制の運用」で2回、回答していただかないといけません。146項目の「体制の有無」をみて、直近の問題があった1患者さんを選び、その患者さんに対して「どんな体制が施行されたか(体制の運用)」を答えていただきます。全病院をPに換算した適合率一覧が、この表です。70%以上が黄色、80%以上が白で、ピンクが少し低い50%未満、グレーが50~70%未満です。調査に参加している病院で「改善プロジェクト」に参加しているところ

は、「70%以上を目指そう」というのが目標値になっています。

第5回と第4回の調査結果を比較してみました。非常に単純でシンプルな集計で、がん種ごと、診療のフェーズごとに、どれぐらいの適合率だったかを1枠として、全がん種について「全体の出来栄え」をみたものです。「体制の有無」と「体制の運用」を比べると、運用のほうが黄色い枠が増えてくるのがわかります。

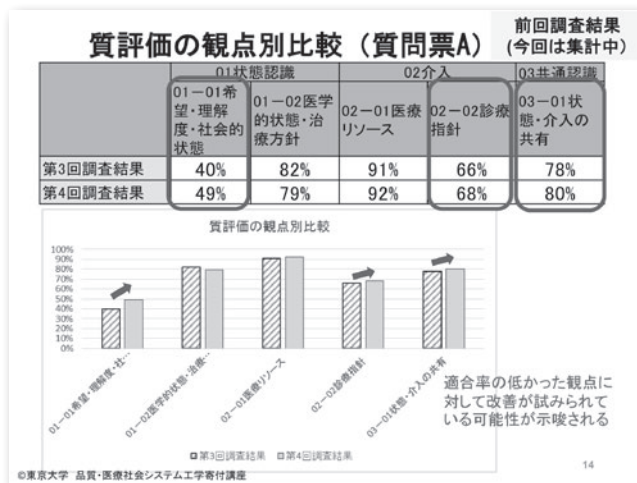
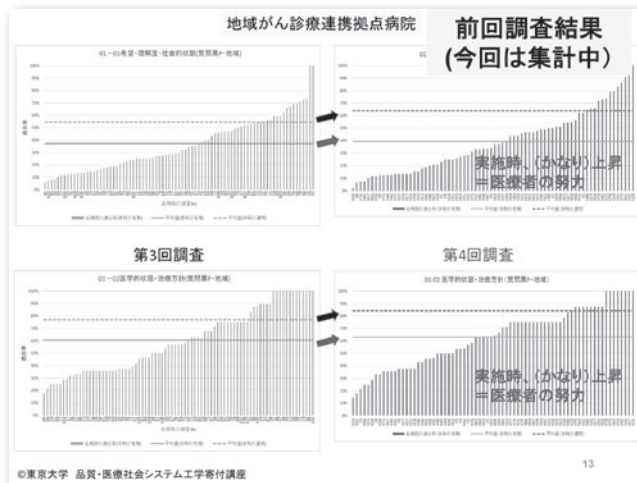
次に、先ほどの5つの観点を中心に置いて、横軸に各がん種を置き、第5回と第4回で比較して、70%以上がどれぐらいあるかをみていきました。「体制の有無」を観点別にみると、やはり「患者の希望・理解度を聞く体制」が非常に弱くなっています。運用についても同様のことがいえますが、ここを何とか医師たちが応えようとしており、先ほどのピンクの部分でグレーになっています。

これらを、「診療フェーズごとの適合率一覧」と、「質評価の5つの観点ごとの適合率一覧」に整理してみました。第4回から第5回にかけて何が変わっていているかをみると、やはり病院全体の体制整備には時間がかかっています。けれども、さまざまな「見える化」をしていくことにより人々の意識が変わり、行動変容が個別に生じていることが示唆される結果となりました。「患者の希望・理解度・社会的状態を確認する体制」の整備は難しいけれど、「運用」のほうはだいぶ、あがってきています。

これは昨年度の状態、第3回が左側、右側が第4回調査です。少しずつ平均値が上向いていることがわかってきました。

第3回と第4回の調査で観点別評価をやったときに、弱かったところ、「患者の希望・理解度・社会的状態」「診療指針」「状態・介入の共有」の体制については、何とか改善しようという動きがあります。「医学的状态・治療方針」「医療リソース」は、もうすでにかなりの適合率でしたので、その他の観点を改善しようという動きが始まっているようです。

第3回から第5回まで連続してAファイルで回答した25病

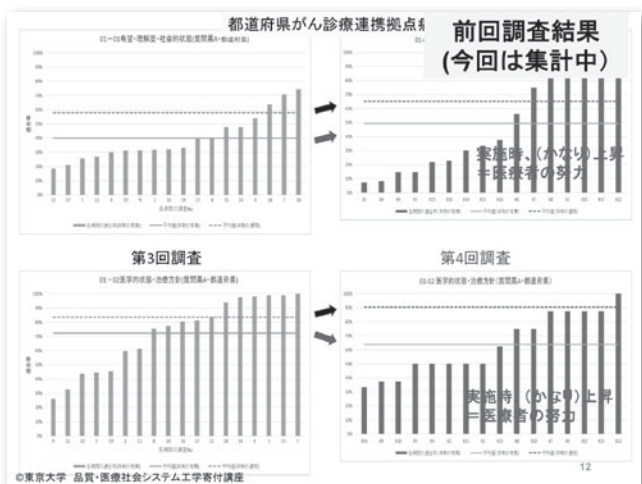


院の結果をみると、やはり「患者の希望・理解度・社会的状態」のところでは苦勞しているものの、少しずつ、3回のときよりは、あげようとしていることがわかってきました。

「全体の出来栄え」の1つとして、散布図を作製しました。横軸が「体制の有無」、縦軸が「体制の運用」、1個の点が1病院です。われわれの目標である「70%」を、赤いラインで示しました。どちらも70%以上となる「右側の一番端っこの四角い枠」にみんなで入ろうよ、というのが「改善プロジェクト」です。その項目、観点ごとの平均値は、点線で示しましたが、5回目になってくると、だいぶ、構成がわかってきたのですが、総合得点としては7割以上のところに、みんなが向かっていっている。きれいに向かっていっています。

「患者の希望・理解度」はバラつきがすごく大きくて、まだ7割以上のところに入っている病院は少ない。ところが、「医学的状态・治療方針」のところは、「体制の有無」は左右でみるとバラついています。縦軸でみるとおおよそ7割以上のところにみんな入っている。ここは医学的状态をみようとするところですので、診断とか治療方針について、それぞれの個人の努力ではなくかなり標準化され、均てん化してきているといえます。

「医療リソース」は、がん拠点病院の場合、ほぼ7割の中にみんな入っているという構造になっています。「標準的治



療指針(ガイドライン)」は少しバラついていますが、やはり「病院として採用するガイドラインを宣言している」というよりも、「個々の医師たちや診療科が選んでいる」という状況になっている。つまり、これについては病院の標準診療指針といったものを宣言することで、おそらく今後、右枠の7割以上のところに入っていくと思います。

方法論も含めて、みんなで考えていかないといけないのが、「患者の希望・理解度」と「共通認識」です。「術後カンファレンス」が、あまり実施率が高くないこともわかっています。

このように毎年やっていきますと、だんだんプロットする点が動いていくわけです。そして、全体で、どちらの方向に向かっているかが、わかるようになってきました。

次に「地域の出来栄え」ですが、7地域に参加していただきました。「地域Ge」は大腸がんで10病院が参加しています。ほかのがん種も含め、すべてAで参加しています。

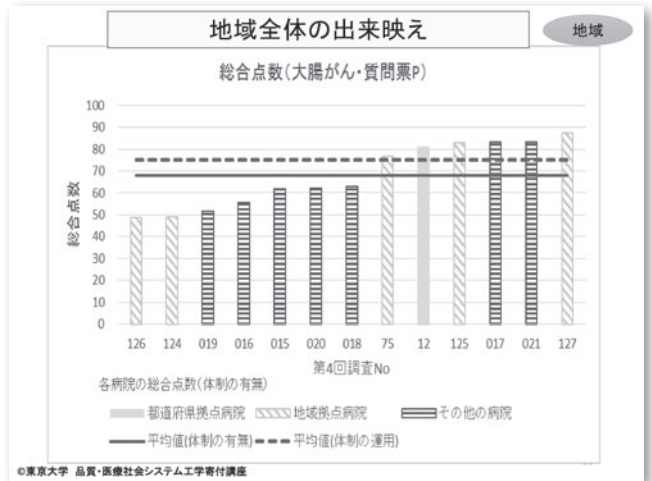
「地域Ug」は、大腸がんで15病院が参加していますが、手あげたけれども提出できなかった病院もありました。ほかのがん種についても、AファイルまたはPファイルで1回、全部やってみようという病院が出てきています。

「地域Gs」は、大腸がんで6病院が参加していて、やはりAの調査をするところが多くなってきています。

「地域Um」は拠点病院よりも地域の病院がたくさん参加しているようで、すべてAでやってみた、という形になっています。

「地域Gt」は、大腸がんで16病院が参加しています。拠点病院が調査実施の音頭をとり、私たちは調査票ツールを県に渡して、県の拠点病院からすべての病院に配布・回収していただきました。つまり、都道府県の拠点病院にデータが全部集まってきているということになります。私たちは、地域のヒストグラムをつくったりしました。

今年参加された「地域Gh」は、かなり巨大なところで、全部で37病院が、ほぼAです。少なくとも、拠点病院はAファイル全参加と、たくさんのがん種についても結構参加しています。拠点外の場合には、Pファイル調査とAファイル調査



体制の有無	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	
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

がほぼ同等か、Aのほうが若干多いぐらいです。こういったことを地域でやっていただいたら、私たちのほうで地域別にソーティングをかけていきます。その際に、都道府県がん診療連携拠点病院がピンク、地域拠点病院が黄色、その他の病院がブルーで、さらに「体制の有無」と「体制の運用」の平均値を置くヒストグラムをつくってお返している形になっています。この順番には、入れ替わりが起きている。

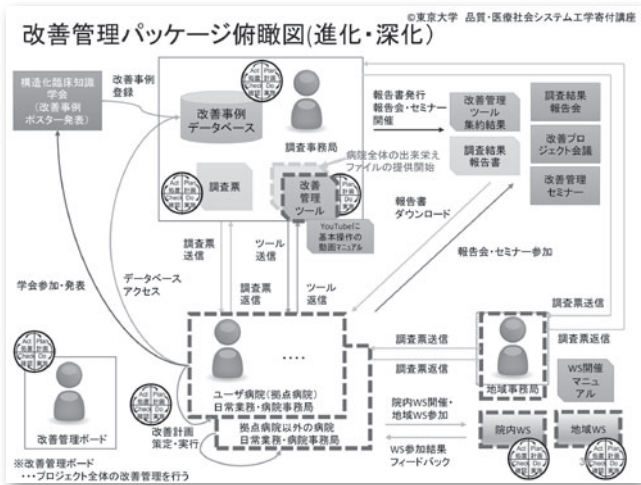
都道府県がん診療連携拠点病院には全部の病院のデータが集まっています。これを使って地域協議会のときに、

地域	調査No	大腸がん	胃がん	乳がん	肺がん	腎臓がん	脳腫瘍	婦人科がん	実務療法
都道府県がん診療連携拠点病院	12	A	A	A	A	A	A	A	A
	75	A	A	A	A	A	A	A	A
	124	P	P	P	P	P	P	P	P
	125	P	P	P	P				
	126	P	P	P	P	P	P	P	P
その他の病院	015	P	P						
	016	P	P	P	P	P		P	P
	017	P	P	P	P	P	P		
	018	P							
	019	P	P						P
	020	P	P	P	P		P		P
	021	P	P	P	P				
合計	13	13	11	9	9	6	6	6	8

施設名	01-01	01-02	02-01	02-02	03-01	総合
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

「いったい、うちの地域はどうなっているのだろうか」ということを提示するために、「各病院の集計結果を単純に貼り合わせる作業」をされた地域がありました。左側に質評価の観点(3つの大きな観点と、2つを2分割した計5つ)、その横に診療フェーズを組み合わせ、それぞれの縦列が病院ごとです。ピンクの部分は適合率が50%未満のところです。

同じ構造をもつ、病院ごとの集計結果を、貼り付けるだけで、地域がどうなっているかをビジュアルに見せて、「うちの地域全体で、これが課題なのではないか」ということを提示し、「それに対してどうしていくか」という議論もなされたようです。



このような形で、それぞれの病院の中の改善、地域の改善といったことが、できるだけ時間をかけずに進むように「改善管理パッケージ」をつくっています。

①調査票 **しくみとしての「改善管理パッケージ」**
 がん診療体制の質評価調査ツール
 ※調査報告会(2016年5月)・調査報告書ダウンロード(2016年6月)

②改善管理ツール
 調査結果(事実)にもとづく改善活動を支援するツール
 改善プロセスを管理していくツール
 ※セミナー(2016年3月)・操作e-ラーニング(2016年9月YouTubeにアップ)
 +αとして、病院全体の出来栄ファイル
 全がん種を串刺しにした適合率一覧
 当該がん種を取り扱っている診療科の診療体制状況の分析

③(病院の)改善プロジェクト
 3年以内に、5つの質評価観点を70%以上の適合率を目指す
 すでに達成している病院は、90%以上の適合率を目指す
 改善プロジェクト会議(2016年8月に実施)

④地域のPDCAサイクル構築支援
 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調査
 ※調査ツールの配布・回収、結果のフィードバック
 昨年度4地域から、今年度は7地域へ展開
 「大腸がん」の調査結果のみ、各病院に改善管理ツール配布可能とした
 ※他のがん種も希望がでている……対応検討

パッケージの中には「調査票」があって、「改善管理ツール」があります。病院別に、8つのがんのツールをそれぞれにつくります。ここはちょっと作業が必要ですので、有料としております。8がん種5万円で、全部、1個1個のものをつくります。

病院長などから、プラスアルファとして「これがほしかった」と言われたのが、「病院全体の出来栄ファイル」です。横にがん種があって、縦にフェーズがあったり観点があ

がん種を串刺しにした「病院全体の出来栄ファイル」
 ※当該がん種を取り扱っている診療科の診療体制状況の分析

体制の有無

【診療フェーズごとのがん種】	01大腸がん	02胃がん	03乳がん	04肺がん	05前立腺がん	06脳腫瘍	07婦人科がん	08薬物療法
01がん診断	70%	70%	70%	69%	71%	58%	65%	80%
02治療診断	66%	67%	67%	65%	69%	59%	61%	77%
03治療計画立案	71%	70%	70%	69%	74%	53%	64%	73%
04治療介入	79%	75%	77%	72%	76%	58%	76%	79%
05治療評価	69%	69%	71%	66%	70%	58%	66%	66%
06治療観察	65%	62%	63%	58%	61%	45%	58%	38%
一部診療体制の診療体制合計	71%	69%	70%	67%	71%	56%	66%	74%

【質評価の観点ごとのがん種】	01大腸がん	02胃がん	03乳がん	04肺がん	05前立腺がん	06脳腫瘍	07婦人科がん	08薬物療法
01患者対応(患者) 検査・治療の連携	41%	40%	38%	40%	44%	33%	32%	60%
02患者対応(医師) 検査・治療の連携	78%	70%	73%	66%	72%	56%	76%	71%
03患者対応(患者) 検査・治療の連携	90%	96%	96%	97%	98%	98%	95%	79%
04患者対応(医師) 検査・治療の連携	63%	64%	63%	54%	53%	24%	35%	54%
05患者対応(患者) 検査・治療の連携	74%	76%	77%	76%	77%	52%	67%	81%

たり、いろんな評価があります。「病院全体の出来栄ファイル」は、個人が作るのは大変なので、つくってほしいという要望があり、昨年こちらでつくって提供するようになりました。指標ですので、がん種ごとの適合率を表現しています。そのがん種を担当している8つの診療科の体制を、ある程度、表現しているともいえます。顕著に適合率が低いところがあったとしたら、そこは、さまざまな訴訟、クレーム、事故が起こるリスクをはらんでいるかもしれません。それを「病院全体でしていこう」という形にしていこうためのデータです。誰かが言っているわけではなく、データが示しているのです。

これを使って、「どうやったら改善できるかを、病院同士で互いに共有しましょう」という「改善プロジェクト」を実施しています。改善プロジェクトでは7割以上の適合率を目指しているところなんです。すでに達成している病院は、90%以上を目指しています。

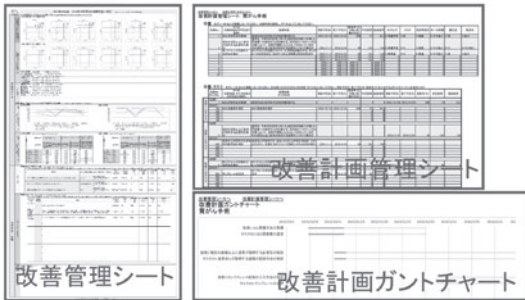
「地域のPDCAサイクルの構築支援」としては、改善管理ツールがほしいという地域が出てきましたので、「大腸がん(Aファイル調査のみ)だけをつくります」として、それだけをつくってサービスを提供したら、今度は「乳がんもほしい」という声があがりました。がん種ごとのルールを設けて、少し作業代をいただく形で提供しています。そうすると、地域

構造化された質問票(調査票)
 Excelファイルの全回答を入力すると ⇒ 適合率が出力される

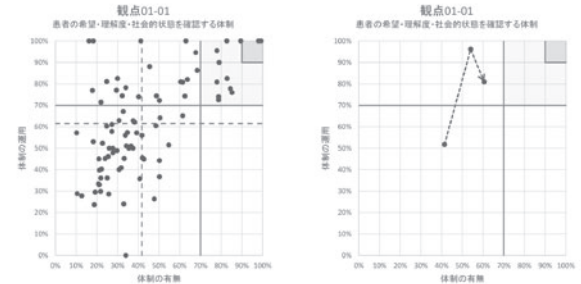
診療体制に関する質問	診療体制の有無に関する回答欄
質問1-1 がん診断について患者に説明した記録があるか	0-説明なし 1-説明あり(患者の同意を得た上で説明した記録がある)
質問1-2 その際に自分の病状を知りたいか患者の希望を確認した記録があるか	0-確認なし 1-確認あり(患者の希望を確認した記録がある)
質問1-3 患者のセカンドオピニオン希望の有無を確認した記録があるか	0-確認なし 1-確認あり(患者の希望を確認した記録がある)
質問1-4 検査のセカンドオピニオン希望の有無を確認した記録があるか	0-確認なし 1-確認あり(患者の希望を確認した記録がある)
質問1-5 がん診断の患者の同意を確認した記録があるか	0-確認なし 1-確認あり(患者の同意を確認した記録がある)
質問1-6 がん診断の患者の同意を確認した記録があるか	0-確認なし 1-確認あり(患者の同意を確認した記録がある)

改善管理ツール

- 調査結果（質問への回答・適合率）に基づいて、診療体制の改善を促すExcelツール

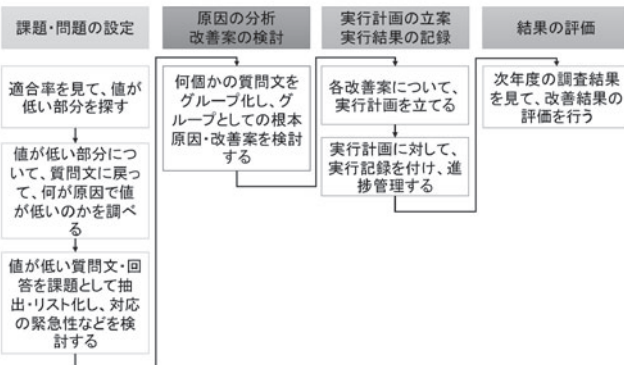


評価・分析支援 (体制の有無と運用の適合率:全参加病院・自院)



改善管理ツール

～改善を検討する流れをナビゲート～



「PDCA改善活動の進捗状況」地域間の比較

地域

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)

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	患者の希望・理解度・社会的状態を確認する体制	患者の希望・理解度・社会的状態を確認する体制	患者の希望・理解度・社会的状態を確認する体制	患者の希望・理解度・社会的状態を確認する体制
Q1がん診断	適合率 79%	96%	100%	100%	78%	
Q2診療計画	適合率 59%	93%	100%	100%	78%	
Q3診療立案	適合率 54%	81%	100%	75%	100%	
Q4診療介入	適合率 25%	95%	100%	100%	89%	
Q5診療経過	適合率 67%	100%	100%	100%	82%	
Q6経過観察	適合率 50%	86%	100%	50%	100%	
一般評価項目の計画項目合計	64%	94%	100%	75%	89%	

の協議会で議論するときのツールが出来上がってきます。「調査票」はエクセルファイルの形で、これに全部答えて回答が完了すると、その病院の適合率が出てきます。

「改善管理ツール」は、「改善管理シート」「改善計画管理シート」「ガントチャート(計画がどこまで進んだかを示し進捗を促すもの)」の3種類です。

「改善管理ツール」の流れは、改善を進める、ナビゲートしていくように構造化されています。

このツールを使って、「ここは25%と適合率が低いけれども、いったいどんな質問項目なのか」とカーソルを置くと、そ

の質問項目が出てきます。前回と今回を比較して、ブルーは改善したところ、赤は改悪したところ。一方を整備していくと、他方が逆に落ちてくるということもあります。

先ほどの散布図をみると、それぞれの病院が「自分の病院はここ」「ほかの病院はどうなっているか」と、全体の中の自分の病院の立ち位置がわかります。2回、3回、4回と参加していけば、その軌跡が出てくるデータも提供しています。

どのような組織が必要か (改善プロジェクト会議を通して)

※PDCAを回しつつある組織に共通する事項を整理してみた。

- 【概念モデル】当該組織のトップマネジメントが運営する組織
- 【実現形態】院長(がんセンター長)直下に置く(既存・新設の)院内組織(委員会or室等)

- 院長をトップとする組織
- 院長あるいは、権限移譲された「リーダー(副院長・院長補佐)」が統括
- リーダーのもとに、診療科の部長クラスの管理者が、各がん種の責任者となるチームを構成する。その他、本件に有用な医師・他を入れる
- 事務局を置き、専任を最低1名おく

がん診療にかかる「病院標準」を構築することになるが、ここからすべての診療にかかる病院全体の診療体制標準を構築するきっかけとなる。共通のもの、少し改変すれば適用可能なものも多い。全体としては共通の構造で、整備されていくため、再利用性が高まり、思考プロセスや業務プロセスが整理される。すなわち、診療体制全般の標準構築にもつながり、業務効率が上がります。より良い診療を提供するための時間が生まれる。コアメディカルは、各診療科や各医師のやり方に合わせる必要がなくなり、病院としての標準で業務をできるようになるため時間が生まれ、医師が考える本質的診療を支援できるようになる。

昨年の夏に、「改善プロジェクト会議」を開催しました。そのとき、PDCAを回しつつある組織に共通する事項を整理してみたところ、やはり当該組織、組織化ということが非常

に重要だとわかりました。まず、当該組織のトップマネジメントが運営する組織をつくらないといけません。実現形態としては、「院長あるいは、がんセンター長の直下に置いた組織」にしないとだめですね。院長をトップとする組織を、院長あるいは権限委譲されたリーダーが統括する。リーダーの下に、診療科の部長クラスの管理者が各がん種の責任者となるチームを構成する。

そのときに、この「PDCAサイクルを回すために有用な若手の医師や、有能な医師」を何人か入れておきます。意欲のある人を入れておくことが、非常に重要です。加えて重要なのが、「事務局を置く」ということでした。

■ 組織の機能

- 統括
- 小組織間の調整
- 改善(・変革)
 - 問題特定
 - 原因分析
 - 対策立案
 - 目標と改善計画設計
 - 推進
- 病院経営会議とのリンク
- 事務局 注) 事務という意味ではない
 - 標準の管理(追加・削除・変更と、それらの履歴)
 - データ化
 - 指標化
 - 資料作成
 - 会議開催
 - 会議記録
 - 窓口(内外の連絡調整)

28

組織の機能としては、「統括機能」「小組織間の調整機能」「改善機能(問題特定、原因分析、対策立案、目標と改善計画設計、推進)」があります。それから、ここが重要で、「病院経営会議とのリンク」を図ることです。財務的なこととの兼ね合いで、これをやると財務的にも経営的にもうまくやっていけると思われるものを、ちゃんとリンクさせなければいけません。そして「事務局」が重要です。事務ではありません、事務局です。事務局という機能を置かないといけません。

■ 組織化にかかる現状分析と組織化のためのステップ

<ul style="list-style-type: none"> ➢ 院長の認識(がん診療体制の整備必要性) <ul style="list-style-type: none"> ①強く認識している ②ある程度認識している ③あまり認識していない 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ 院長の認識(活動の組織化) <ul style="list-style-type: none"> ①強く認識している ②ある程度認識している ③あまり認識していない
--	--

- 組織の存在
 - ①ある程度の機能を有する組織があり、その中で活動している
 - ②機能は低い、いちおう組織があり、その中で活動している
 - ③組織として存在(宣言)していないが、院長自ら動いている
 - ④組織として存在していない
(調査は実施したが、調査結果に基づく改善がむずかしい)

<ul style="list-style-type: none"> ➢ 事務局機能を果たす「ヒト」 <ul style="list-style-type: none"> ①専任者がいる ②兼任者がいる ③いない 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ PDCAを回す改善活動のためのチーム人材育成 <ul style="list-style-type: none"> ①リーダー(統括) ②サブリーダー(各がん種の責任者) ③改善活動にとって、有用な医師 ④改善活動にとって、有用な他職員 29
---	--

「現状分析と組織化」ということで、この中に今、5つ置いています。今、自分の病院はどの位置にあるかをみて、もう少し上のステップにあがっていくと、組織化がやりやすくな

ります。院長は、診療体制の整備の必要性を「強く認識している」か、「ある程度認識している」か、または「あまり認識していない」か。また院長は「活動の組織化」をどう認識しているか。「組織の存在」はどうなのか。そして事務局機能を果たす「人」、それから「PDCAを回す改善活動のためのチーム人材育成」です。ここが重要だということがわかってきました。

これらの調査結果につきまして、今年5月28日の日曜日に「第5回調査報告会」を、この会場で行います。調査結果の詳細報告と、病院内のPDCAに向けて、先ほどの改善管理ツールを実にうまく使っていく若手の医師たちがいますので、その先生たちに「実際にうちではこう使っています」ということをお示しいただき、病院のPDCAの報告、地域のPDCAの報告、そして全体討論といった形でやりたいと思います。

Q&A

(国立がんセンター・加藤) 各県の取り組みをとりまとめて発表していただきましたが、今後どのような活動に発展させていけますか。

(水流) 地域には地域特性があり、多様性があります。この調査では、あくまでもデータに基づき「見える化」がなされていき、「誰が言っているのでもない、データに基づき、このツールが言っているだけ」という形で提示できるので、「誰からも恨まれない」という利点があります。見せるときに、いろいろなグラフをつくるなどの手間が要らないように準備してあります。

一番重要なのは、これを使って院内を改善していくことだと思います。院内を改善していきながら、「地域でこちらの方向にこうよ」と。そうするうちに診療体制の質があがり、地域の質があがってくる。先ほど述べたような地域包括、地域連携をしていくときに、同じ考え方で対応していけるようになるのではないかとというのが1つです。

「PDCAを回す」ことは、実は「組織能力をあげていく」ことになります。「何もしていない病院」ではだめで、「評価と改善を繰り返す」ことで、診療体制に限らず、病院の組織能力があがっていく可能性が高まります。外部環境変化が、どんどん起きているわけですから、外部環境変化に対応できる病院組織になっていくことが、一番大事だと思います。

今、地域の先生方が、病院ごとに、自分の病院でどうやってこれを使っていくかという活動をみえています。これは単なる道具ですので、どう使っていくかは、多様性があります。それから、地域においても規模や距離、意欲のある病院がどれだけあるかなど、さまざまな違いがあるわけです。その中で「PDCAを回す」ことをやっていった地域と、やらなかった地域では、おそらく地域としてのがん医療の能力が変わっ

てくるのだらうと思います。

今、皆さんはPDCAサイクルを回しています。多様性もあっていいので、それぞれの実践を報告会などで発表していただいたときに、共通の物差しがあり、変化していったことがわかると、互いに「あのやり方、方法はうちで使えるかもしれない」という形で共有ができます。今までの発表もそうでしたが、使えるやり方を、最も自分の地域や病院に合ったやり方を、とっていくことができると思っています。

(国立がん研究センター・中釜)地域特性を生かしたPDCAの評価軸をつくったときに、さらにそれを、よりよいステージに持ち上げていくためには、プランの書き直しが求められると思います。その点で、この評価システムは、どのように活用できるのでしょうか。

(水流)全体に関して言えば、まずチェックから入るので、何を問題視するか重点指向でいかないと大変です。「10個も20個も課題がありそうだけど、この3つにしよう。なぜならば、データがそう言っているから」。このように絞り込むと、合意形成が早くなります。「3つに向かってやっついこうよ」というときにも、みんなの動きをある程度ナビゲートできます。「各病院は…」とか、「その地域は…」などと、全部同じ枠組みで評価できるからです。

「やったけれども、うまくいかなかった」ところと、「やってみたら、うまくいった」ところでは、いったいどこが違ったのか。それをみたときに、「なるほど、こういうプロフィールをもっている病院だと、あまりうまくいかないかもしれない」「まずは、ここの部分を強化して、みんながその方向に向かっていってやらないと、この活動はうまくいかないかもしれない」、あるいは地域によっては「少し距離があったときに、患者さんの移動がうまくできないので、最終的に患者さんの連携がうまくいかないかもしれない」などということがわかります。ルールを「見える化」し、「きちんとつくりこむ」こと。例えば、「患者さんを連携するときに、どういった基準で連携するのか」を、地域ごとに決めなければいけないと思います。多様性があると言ったのは、そこなのです。

がん診療においては、地域連携を含めた連携がうまくいくことが非常に重要です。「連携の質」みたいなものをチェックできる指標があると、次のステップにあがれる形になると思いますので、そういったモデルをつくっていきたいと思います。

結果が数値化されてみえてくるので、俯瞰で描くことができます。単年度計画でやっても改善が難しいので、中長期計画になっていくものもあります。例えば、「3年間かけてここまで適合率をあげましょう」というときに、「まず1年目に5%あげて、次に3%あげて、最後に2%あげて、全体で10%あげよう」という形で、ある程度数値化しておくことは非常に重要です。最初の立ち上がりは、確かにサクッとやりやす

い。その後は、なかなか難しいわけですから、数値の目標値をどこに置くかということを決めておくことが、ある意味みんなが同じ物差しで同じ方向に向かうというときに、有効・有用なのだらうと思っています。

がん相談支援のPDCAサイクルの確保に関する取り組み

国立がん研究センター 高山 智子

私からは、「がん相談支援のPDCAサイクルの確保に関する研究」についてお話しします。すでに「情報提供・相談支援部会」とも協力する形で研究を行ってきていますので、ご存じの内容もあるかと思いますが。

がん相談支援関連のPDCA研究の進捗と部会での確認・合意事項について

*都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 情報提供・相談支援部会と研究班の報告

- どう測定するか“活動の見える化と相談件数のカウント”
 - 1) 「利用者調査」→研究班の協力を得て検討を開始する
 - 2) 「相談件数」→研究班の協力を得て検討を開始する
 - 3) 「相談件数以外の項目」→現況報告で
 - 4) 「実施状況」→各県で決めた活動内容を測定、見える化
- どう分析し、現在の状況を確認するか
 - うまくいっている？いっていない？どこを改善したらもっとよくなる？・・・
- 改善に向けて協議できる体制をどうつくるか、どの場を利用するか
- どう通常業務の中に、負担なく取り入れるか
 - つづけてこそ・・・

今日は、がん相談支援関連のPDCA研究の進捗と、部会での確認・合意事項をご紹介します。部会では、「相談支援センターの活動がなかなか見えない」ということで、「見える化」を行ってきました。それは「活動の見える化」であり、まずは「どう測定するか」を確認しました。

「どう測定するか」には、次の4つのカウント方法があります。1つは「利用者調査」で、利用された方が最終的に、どういった状況になったのかを聞きます。次に「相談件数」。これらは、ずいぶん前からの懸念事項で、2つとも研究班の協力を得て検討しました。3つ目の「相談件数以外の項目」は、現況報告でかなり詳しくとられていますので、それで見えます。4つ目の「実施状況」は、今日の発表の中にもいろいろありましたが、やはり各県でやっていることが違っており、「目標を定めていく」ことが必要です。各県で決めた活動内容を測定し、「見える化」していくというものです。

以上がメインで行っていることですが、その次の段階で「どう分析し、現在の状況を確認するか」という課題が出てきます。うまくいっているのか、いないのか。どこを改善したらもっとよくなるのか。それらを、どんなふうに分析するのか。改善に向けて協議できる体制も、必要になってくると思います。そのような体制を、どうつくるか。どんな場を利用するのか。

そして最終的には、これを継続的にやっていくために、どう通常業務の中に負担なく取り入れていくか。「続けてこそ」なので、これから項目を減らすことも視野に入れて、やっていく必要があると考えています。



第5回部会 (2015/6)資料

今後の具体的な進め方について (提案)

■ 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
 - 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
 - ・ 互いの県の取組みを参考にするなど

「今後の具体的な進め方」について、まず、実施状況からご説明していきます。各県で決めた活動内容を「測定」「見える化」していくために、本年度、6月の部会で現状をご報告

第5回部会資料

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 最終目標	がん相談支援センター 必要な条件・状態 必要条件・状態 実施状況の 例示	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	類りにできる人・相談の場がある 相談支援センターの役割を知っている人が増える 患者が孤立しない	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 情報や助けを求めている人に気づく人が増える	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 相談ベース数 フライバーの保てる部屋数 電話回線数 直通電話の有無	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
		・センターの窓口をわかりやすく提示した ・センター外で出張がん相談を行った ・「アポイント」の場をつつた ・案内を個別に配布している	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などの広報) (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)

○県 がん相談支援センター
PDCA実施状況チェックリスト
★各県で取り組みましょう！

いただきました。

「がん相談支援センター指標骨子」は、2年ほど前の部会でワーキンググループをつくって検討いただいたものです。「アウトカム」、最終的に何をを目指すのか。この図はもっと下まであるのですが、例えば「困っている患者・家族が減る」ことが最終的な目標で、それに対して相談支援センターができることとして、「その場所があることを知らせて使ってもらう」「使う人が増えていくこと」「そのためには案内をしていくこと」などがあげられました。また、最終的な目標を見失わないように、目に見える形で示した「指標」を用いました。

では、各県では、どんなことに取り組んでいくのか。それは「各県で決めていきましょう」ということで、ご報告いただきました。

第7回部会資料

がん相談支援センターの活動実施状況チェックリストおよびその他の取り組み状況

N=47

チェックリスト設定・実績把握の状況	件数	チェックリスト以外の取り組み状況	件数
設定あり 実績把握の実施あり	14	①あり	7
		②なし	7
設定あり 実績把握は未実施	5	①あり	0
		②なし	5
まだ決まっていない ・検討中	24	①あり	11
		②なし	12
		③未回答	1
未回答	4	-	-
合計	47		47

6

活動の実施状況については、チェックリストを例示も含めてお示ししました。6月の時点で47都道府県のうち、43県ほどから回答をいただき、そのうち34県が何らかの取り組みをしているとの報告でした。さらに半年以上たっていますので、何らかの取り組みを始めたところが増えているかもしれません。

アンケートでは、「チェックリスト以外に取り組んでいること」も具体的に回答いただいています。「相互訪問」「ワーキンググループを設置する」「研修会の開催」などがあげられ

第7回部会資料

チェックリスト以外に取り組んでいること（具体的に）

- 1. 相互訪問**
 - 都道府県拠点院以外の地域拠点病院を会場とした部会を年1回開催し、各施設の相談支援センター等の現状把握を行っている（栃木）
 - 県内のがん診療連携拠点病院全ての機能評価＜現地調査＞が行われており（毎年2病院ずつ）、その時に他施設の関係者がピアレビューとして、施設見学と意見交換が出来るような仕組み（長野）
 - チェックリスト項目を用いた訪問調査（広島）
- 2. 部会内での報告**
 - 県で統一したものはないが、施設により、がん相談対応評価表を用いて相談対応の振り返りを実施、また独自にPDCAサイクル表を作成し、ミーティングで進捗を管理など（兵庫）
 - 院内で稼働しているがん診療プロジェクトに対して毎月相談支援部門の活動状況を報告している。報告内容は年度当初に計画した事項（奈良）
 - 拠点病院現況報告を用いた協議会（部会）での意見交換（和歌山）
 - H28年度は活動評価班【PDCAサイクルの見直し】を計画している。これまでの活動を見直し、目標達成できるシートづくりを計画している。H24年、26年、27年にがん相談支援センターの機能評価を実施した。今年度は各施設内評価、県内評価を細分化し役割・機能の見直しを検討。（鹿児島）

8

第7回部会資料

チェックリスト以外に取り組んでいること（具体的に）

3. ワーキンググループを設置

- 研修ワーキンググループ、広報ワーキンググループを立ち上げ今後具体的に活動していく（福島）
- PDCAサイクルについてのワーキンググループを開催し、就労支援を共通目標として設定し、各病院が連携して、PDCAサイクルの取組（新潟）
- ①教育班（研修企画班・活動評価班）、②広報・周知（情報誌作成班・広報・周知班）に分けて活動（鹿児島）

4. 県内情報の集約・情報誌の作成

- 毎年12月に、県相談支援部会加盟施設に対しがん相談支援に関する情報調査を行い部会に提示するとともに、HP「がん情報とちぎ」や「地域の療養情報」等に反映。（栃木）
 - がん相談支援センターの広報を兼ねて、県内統一した資料を作成し、各病院の職員や新人看護師などの教育に活用（富山）
- 9

第7回部会資料

チェックリスト以外に取り組んでいること（具体的に）

5. 研修会の開催

- がん相談員向けの研修会を開催。相談員同士の顔の見える関係づくりのため、ワート・カフェを取り入れた（富山）
- 研修（拠点全体のA研修、ブロック毎の活動-B研修）（福岡）

6. 調査の実施

- 県と共催（協議会・相談支援センター）で、企業側の就労調査、患者側調査を実施（山梨）
- 相談支援センターに関するアンケート調査H26実施（広島）
- がん相談支援センターやサロンがどのくらい知られているかアンケート実施。今後、集計分析予定（熊本）

7. カウントの統一・データの集約

- 相談件数カウントの統一（北海道）
 - 相談件数・サロン参加人数年次集計（広島）
- 10

ていました。

研究班の協力を得て検討している「利用者調査」と「相談件数」について、今までの進捗をご報告します。

「利用者調査」を始めるときに、やはりこれも部会の中で検討いただき、「利用者目線での評価として最終的な目標となるものが、すごく大事」「経費・労力がかかるため『継続した実施体制』についても検討していきましょう」「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」などが話し合われ、方向性として確認されました。

「相談件数のカウント調査」に関しては、基本方針にのっ

第5回部会資料

「利用者調査」 ワーキンググループからの提案

- 利用者目線での評価として最終的な目標となるもの
- 経費・労力がかかるため、継続した実施体制については要検討
- 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

「相談件数カウント調査」 ワーキンググループからの提案

- 基本方針に則り、相談件数を統一して把握する
- 「活動の見える化」に寄与する数値を出してみる
- 全国の提出方法については、負担の少ない記録方式を検討する

12

とって相談件数を統一して把握していきます。これも長い間、「共通して測定することができない」ことが、ずっと懸念になってきました。活動の「見える化」に寄与する大事な数値になってくるだろうということで、意識を共有してきた経緯があります。全国の提出方法については、「負担の少ない記録方式」を検討してきました。

研究班によるパイロット調査 2015年11月～

平成27年度 厚生労働科学研究 がん対策推進総合研究事業（がん政策～指定）
 <研究課題名> がん対策における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
 <代表研究者> 国立がん研究センター がん対策情報センター 若尾 文彦

●参加施設 8都道府県・16施設

北海道	北海道がんセンター/旭川医科大学病院
東京	東京都立駒込病院/がん研究会 有明病院
神奈川	神奈川県立がんセンター/藤沢市民病院
長野	信州大学医学部附属病院/長野市民病院
岡山	岡山大学病院/岡山赤十字病院
香川	香川大学医学部附属病院/高松赤十字病院
福岡	九州がんセンター/九州大学病院
長崎	長崎大学病院/長崎医療センター

研究班によるパイロット調査は、2015年から始めて8都道府県・16施設に参加いただきました。都道府県拠点病院と、もう1施設を必ずセットにして、県内2施設ずつです。今後、県内に、どんなふうにかかしていかを検討いただくことも

がん相談支援センターの「利用者調査」概要

調査項目 資料5参照

調査票の配布 配布終了
 調査期間中のすべての面談による相談者に配布（100名/施設）
 ●期間：2016年1月18日～4月15日
 平均44日間、最小18日間、最大64日間
 ●配布総数：1090名（平均68名、最小19名、最大100名/施設）
 ●配布率*：約38% *件数カウント調査連続稼働日20日間の結果より

調査票の回収 回収中
 がん対策情報センター宛に郵送により返送
 ●回収総数 683名分+α（2016年5月13日までの集計）

結果のフィードバック
 都道府県ごと、ならびに施設ごとに結果をフィードバック

利用者調査項目

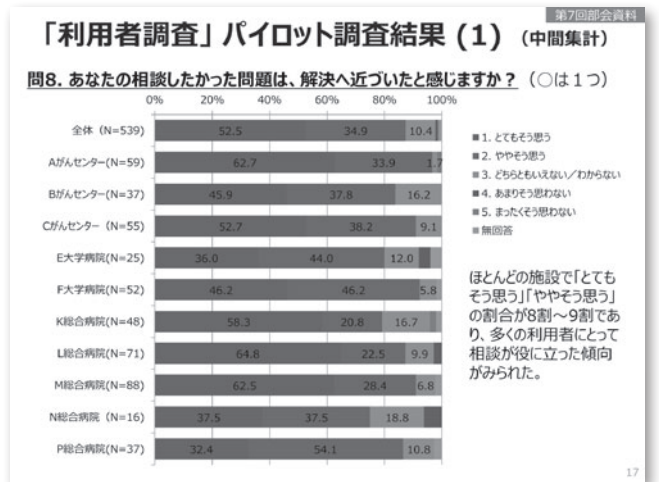
問1. どのようなお困りごとで、がん相談支援センターを利用されましたか？
 問2. がん相談支援センターは相談しやすい雰囲気でしたか？
 問3. 相談員はあなたの相談に対して真摯に取り組んでくれたと思いますか？
 問4. 相談員は病院や主治医や他の職員には言いえないことも話せる様な雰囲気でしたか？
 問5. 相談員は、病院から中立な立場を保っていましたか？
 問6. あなたの問題は、相談員に理解してもらえたと感じますか？
 問7. あなたが必要な情報は得られましたか？
 問8. あなたの相談したかった問題は、解決へ近づいたと感じますか？
 問9. 今回相談したことで、今後困りごとが出てきたときに、自分で対応することができると感じますか？
 問10. がん相談支援センターを利用したことで、安心して治療を受けたり、療養生活を送ったりできるようになりましたか？
 問11. がん相談支援センターを利用したことで、担当医や看護師など病院の職員とのかわり方は良い方向に変わりましたか？
 問12. 今日の相談前、相談後のお気持ちの変化について、下記の絵で一番近いと思われる30～5の番号に○印をお願いいたします。また、その理由をご記入下さい。

問13. がん相談支援センターをまた利用したいと思いませんか？
 問14. 家族があなたと同様に困っていることがあったら、相談支援センターに相談するのをすすめますか？
 問15. 今までにがん相談支援センターをどれくらい利用したことがありますか？
 問16. どのようにしてがん相談支援センターをお知りになりましたか？
 問17. 情報がほしい、相談したいと思ってから、すぐに相談支援センターを利用することができましたか？
 ○性別、年齢、今回の相談のがん患者さんからの関係、ご意見・コメント

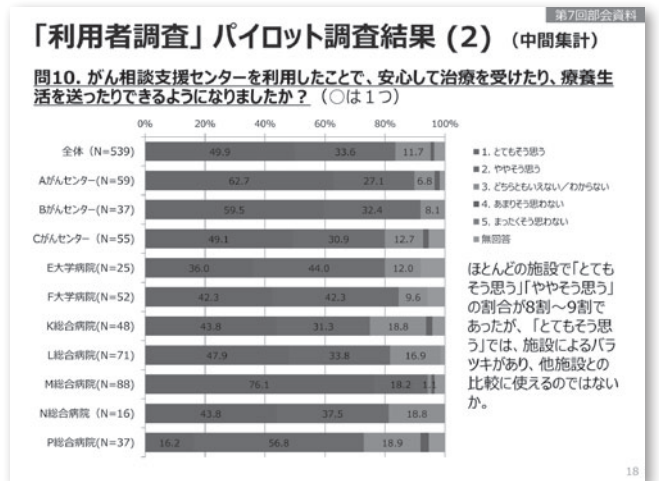
想定して、この8都道府県にご協力をいただいで進めていきました。

この「利用者調査」の概要は、すでに部会で報告させていただいたものですが、2016年1月から4月まで、各施設100名までアンケートを配っていただきました。配布総数は1,090名で、国立がん研究センターで一括回収し、683名分ほどが返ってきました。

「利用者調査」の項目は、17項目です。さらに性別、年齢、意見・コメントを加え、これを、まずはとっていきましょうということになりました。今後は、また減らしていく検討が必要になってきますが、結果をいくつかご紹介したいと思います。



「あなたの相談したかった問題は解決へ近づいたと感じますか?」。施設によって若干のバラツキはあるものの、80～90%の人から「とてもそう思う」「ややそう思う」という回答をいただいています。



「安心して治療を受けたり、療養生活を送ったりできるようになりましたか?」。先ほどと同様に80%以上は「とてもそう思う」「ややそう思う」との回答でした。ただ、よくよく見ると、施設によって差があり、16施設が集まったときにも、「どこで、どんな人に渡したのかによるのでは?」との意見が出ていました。この先の分析では、なぜこのような結果が出たのが課題になってくると思います。

「また利用したいと思いますか?」に対しては、「利用したい」が100%という施設もありました。「どのようにしてお知りになりましたか?」と、相談支援センターを利用するまでのルートも聞きました。

現在は研究班が、「調査結果を施設として、どのように生かせるのか」「県として、どのように生かせるのか」について、ヒアリングしています。まだ途中ですが、すでに結果を得たところから、「病院内でパンフレットの配り方を工夫して全員に届くようにしたい」「デジタルサイネージなどに必ず相談支援センターの案内を入れるような取り組みをしている」など、改善に向けて活動が進んでいるという報告も受けています。

利用者調査項目 自由回答 2箇所

問1. どのようなお困りごとで、がん相談支援センターを利用されましたか?
問2. がん相談支援センターは相談しやすい雰囲気でしたか?
問3. 相談員はあなたの相談に対して真摯に取り組んでくれたと思いますか?
問4. 相談員は病院や主治医や他の職員には言えないことでも話せる様な雰囲気でしたか?
問5. 相談員は、病院から中立な立場を保っていましたか?
問6. あなたの問題は、相談員に理解してもらえたと感じますか?
問7. あなたが必要な情報は得られましたか?
問8. あなたの相談しなかった問題は、解決へ近づいたと感じますか?
問9. 今回相談したことで、今後困りごとが出てきたときに、自分で対応することができると感じますか?
問10. がん相談支援センターを利用したことで、安心して治療を受けたり、療養生活を送ったりできるようになりましたか?
問11. がん相談支援センターを利用したことで、担当医や看護師など病院の職員とのかわり方は良い方向に変わりましたか?
問12. 今日の相談前、相談後のお気持ちの変化について、下記の絵で一番近いと思われる0~5の番号に○印をお願いします。また、その理由をご記入下さい。

問13. がん相談支援センターをまた利用したいと思えますか?
問14. 家族があなたと同様に困っていることがあつたら、相談支援センターに相談するのをすすめますか?
問15. 今までにがん相談支援センターをどれくらい利用したことがありますか?
問16. どのようにしてがん相談支援センターをお知りになりましたか?
問17. 情報がほしい、相談したいと思ってから、すぐに相談支援センターを利用することができましたか?
○性別、年齢、今回の相談のがん患者さんからの関係、ご意見・コメント

回答率 379/685=55.3%

回答率 293/685=42.8%

「利用者調査」の項目の中には、自由回答が2カ所あります。「問12」にある「フェーススケール」は滋賀県で取り入れているもので、「ぜひ入れてほしい」という要望がありました。顔の表情を使い、「相談に来る前のあなたの気持ちは?」「相談支援センターで相談を受けたあとにどうでしたか?」と、2回聞いています。「気持ちが変わった理由は?」と自由回答で聞いたところ、680人あまりのうちの5割以上が、ちゃんと理由を書いてくださっています。最後に、ご意見・コメントも聞いていますが、これにも40%以上が答えてくれます。これらは非常に大事なフィードバックですので、紹介していきたいと思えます。例えば、ここに書かれていた意見を丹念にひもといて、改善し得るところを1つ1つつぶしていくことが、大事だと思います。

「問12」で「相談前のお気持ちは?」と聞いた結果を、わかりやすく色付けしてみました。「笑顔」が濃いピンク、「悲しい顔」が紫色、「ややよい」が薄いピンクです。16施設全部を並べてみると、やはりブルーが多い。ブルーな気持ちで来られている方が多い、ということだと思います。

「相談が終わったあとは?」の結果を色にしてみたら、とても明るくなっていて「本当にすごいな」と思いました。ブルーな気持ちから、非常に明るくなって帰られた、という変化が見られます。

引き算をして、プラスになった理由を出してみました。「悲しい顔」から「一番明るい顔」になった場合が最大で、プラス5です。理由は「訪問看護ステーションとの連携や今後の病状についての不安を解消してくださって、アドバイスなど不安が安心に変わったと思います」とのことでした。

次に、プラス4になったご家族の方ですが、理由は「1人で考えて悩んでいたのですが、そのまま伝えてよいと太鼓判を押してくださり、安心感と励ましを受けたので、前に進むと確信を得ることができたので」。これらは非常に表情が変わったポジティブな反応です。

お金についても、「経口抗がん剤の治療費が高額で不安があったため相談し、いろいろ教えてもらって不安が少しなくなりました」といった回答を得られています。相談後、プラスになった方は86%にのびりました。

一方、マイナスになった人は思いの外少なく、8人だけ、1.2%です。プラスマイナスゼロという方は12.3%。「オピニオン的なところがなかった。病院、医師等の情報提供、アドバイスがなかった」ために、ゼロと回答した方もいました。

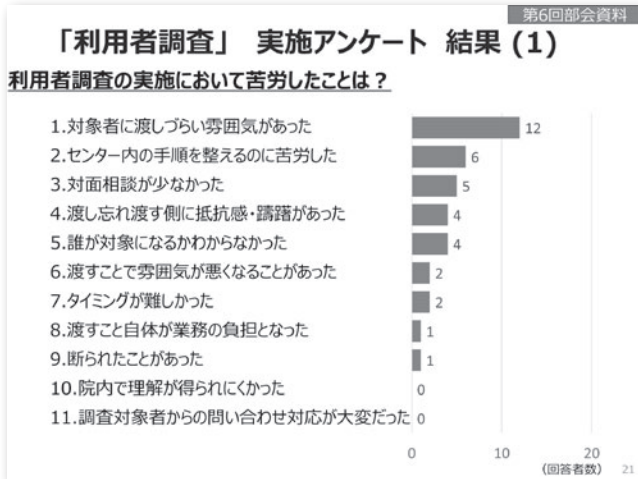
気持ちが変わった理由と、最後のコメントを組み合わせると、その方に何が起きたのかが少し見えやすくなると思います。これはプラスマイナスゼロの方の理由ですが、「はじめての相談だったので…これから何度か相談することで変わってくるかと思えます」と。最後のコメントは、「はじめて相談させてもらって少し心が軽くなりました。患者本人が一番つらいのに、患者の家族である自分が弱音を吐くことは、いけないと思っていました。けれども、相談をして、そうでないことを知り、改めて気付くことができたので、気持ち的にも少し楽になりました」。回答としてはプラスマイナスゼロですが、ちょっとホッとしたようなコメントがありました。ゼロの方の中には、「病気が治らないとわかったから」という理由をあげている人もいました。

これはマイナスになった方ですが、「もう少しゆっくり話をしたい。人員が少ない。スペースを広くゆっくりしていただけるようにしてほしい」と理由を述べています。その一方で、「入院中、看護師さんとはとてもよくしてくれました」とのコメントも。ほかには、「主治医がハッキリしない。言うことが二転三転、いつも大げさに言う。事実が知りたい。病院によって治療の違いが?」という意見もいただきました。

相談支援センターに関するものだけでなく、いろいろなコメントが寄せられるので、これをフィードバックする場が非常に大事になってくると思います。

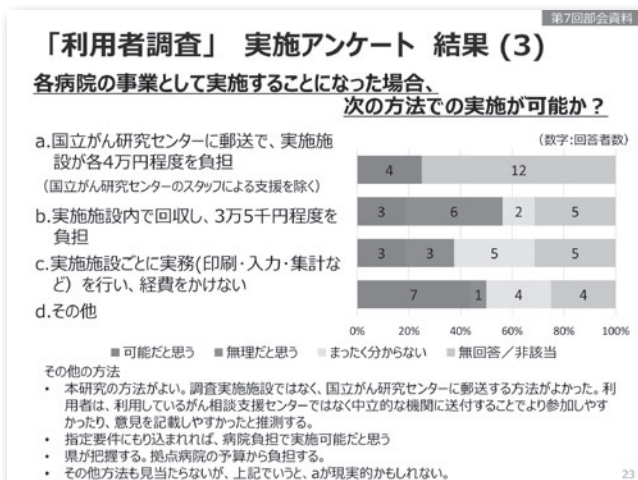
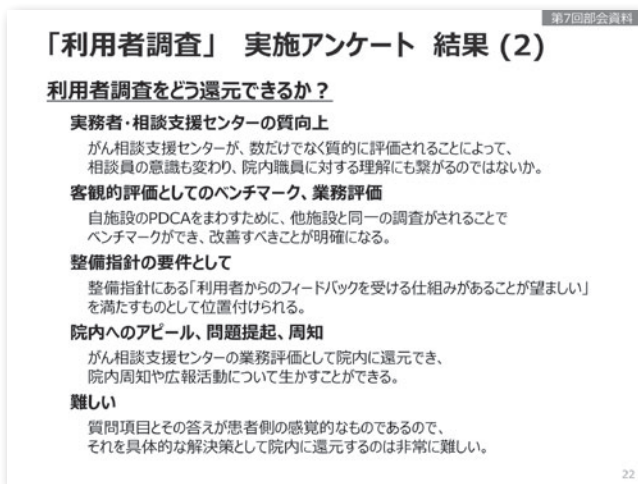
マイナス5の方で、「よい意味で気付かないようにしていた感情に気付かされた(残される親への気持ち)」という人もいます。その方のフェーススケールの表情は悲しく変化しましたが、「今度は私が困っている人の話を聞いてあげら

れたらと思いましたが」とコメントされていました。やはり、事実とか正しい情報を自分なりに解釈できたということでしょう。悲しい思いが、長くは続かないといいなと思います。そういった方もいらっしゃるということで、単なる数字的なことだけではなくて、質的なことも一緒に組み合わせることで、改善していくのかなと思います。



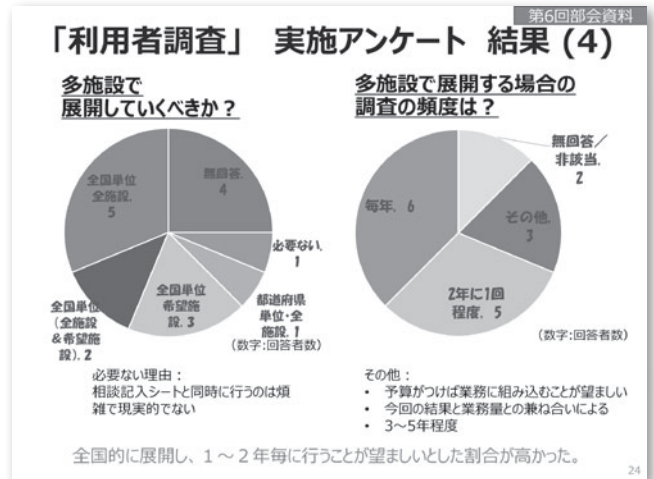
実際に、「利用者調査」を実施してみて、苦労したことは何か。協力いただいた施設からは、「調査票を配るのが難しかった」という意見が寄せられました。

また、「ベンチマークとしては大事」「統一して同じような

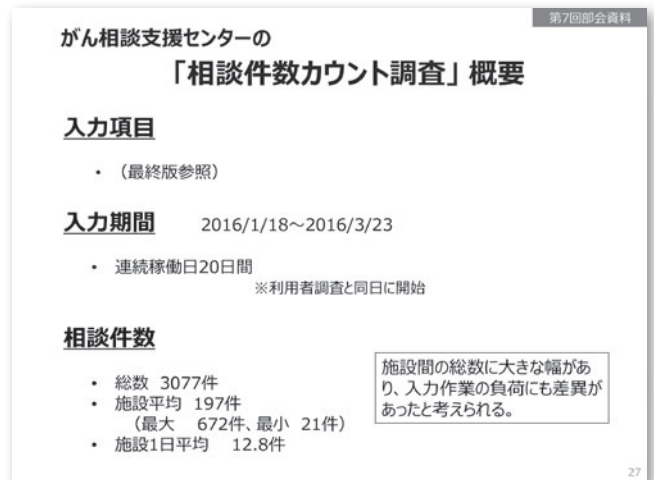


項目でたくさんの施設でとることが大事」という意見もあげられました。

では、どうしたら続けられるのか。これは、読み取り方が難しいですが、例えば各実施施設に3~4万円ぐらいの負担をしていただければ、われわれが全国の事務局機能を担えそうだと試算しています。実施施設内で実務を行うことを条件にすると「無理だと思う」が増えるため、非常に難しく、どうやっていくのか思案しています。



ただ、16施設は皆さん非常に前向きで、「やったほうが良い」とおっしゃっていて、「多施設で展開していくべきか？」との問いには、「全国でやっていったほうが良い」という回答が一番多くて、頻度は「毎年」が実は多く、全国での実施に関しては、皆さん非常にポジティブな反応でした。



「相談件数カウント調査」も、連続する20日間ですべていただきました。

項目を決めてとっていただくために、エクセルシートにマクロを組んだものをお渡ししたのですが、4分の3の施設は何らかの個別対応が必要ということでした。共通のフォーマットシートを使うときには、やはり事務局機能は欠かせないと思っています。

16施設を共通のフォーマットに従ってとっていただき、件数を比較しました。施設間で差がありますが、これは予測

データ収集方法

《調査開始前の記録方法(複数回)》 《調査時の記録方法》

ファイルメーカー	5
電子カルテシステム	5
電子カルテ	3
EXCEL	2
ACCESS	2
紙	1

配布のEXCELに直接入力 (A施設タイプ)
※施設のパソコン環境により、さらに4タイプに細分化 14施設

電子カルテなどからデータを規定のフォーマットに整形 (B施設タイプ) 2施設

二重入力した施設が12施設あり、入力が負担となった。

研究班内連絡数

- メール 約210通
- 電話 約5件

※操作などに関する問い合わせなし 4施設

- 3/4の施設への個別対応が必要であった。
- A施設タイプでは、各施設のパソコン環境が違うことへの個別対応が必要であり、とくに遠隔でのサポートには時間を要した。
- B施設タイプでは、フォーマットチェックに労力を要した。
- 今後の新規施設での導入時では、1施設あたり0.5~1人日のヘルプデスク作業が必要と考えられる。

「相談件数カウント調査」パイロット調査結果 (3)

総相談件数 連続稼働日20日間 n=3077
担当医からの紹介 → 患者が孤立しない

PDCAサイクル確保のためのアウトカム指標である「患者が孤立しない」の一つの指標である担当医からの紹介件数は、継続的な測定により自施設での状況の把握につながるのではない。

施設タイプ	担当医からの紹介あり	担当医からの紹介なし	不明
A9人専門病院	145	96	
B11人専門病院	319	8	
C19人専門病院	547	124	
D19人専門病院	91	2	
E大学病院	107	10	
F大学病院	87	10	
G大学病院	39	44	
H大学病院	49	12	
I大学病院	83	10	
J大学病院	4	10	
K総合病院	215	295	
L総合病院	67	41	
M総合病院	193	20	
N総合病院	2	2	
O総合病院	33	298	
P総合病院	57		

「相談件数カウント調査」パイロット調査結果 (1)

総相談件数 連続稼働日20日間 n=3077
→ 比較可能な件数の測定

「活動の見える化」に向けて、施設間の「1回の相談」の解釈のずれを最小化し、統一した方法で測定を行った。退院加算の算定のある相談については任意入力とした。

施設タイプ	退院加算算定あり	退院加算算定なし
A9人専門病院	241	
B11人専門病院	349	
C19人専門病院	672	
D19人専門病院	91	
E大学病院	105	
F大学病院	97	
G大学病院	83	
H大学病院	61	
I大学病院	93	
J大学病院	35	
K総合病院	472	38
L総合病院	109	
M総合病院	213	
N総合病院	2	
O総合病院	331	
P総合病院	62	

「相談件数カウント調査」実施アンケート

データ入力を継続できるか？

20日間の入力が負担だったか 今後も入力を継続できるか

二重入力した施設が12施設あったこともあり、入力を負担と感じる施設が多かった。そのため、継続して入力続けるのは難しいとの意見が多かった。

されたものです。その他、加算が「ある」「なし」もとれるようにしました。これによって、「どこまで比較をするか」わかるようにしました。こういう比較もできます。

は、全体で、どんなふう継続できるのか。実施アンケートを見ると、20日間の入力が「負担だった」という回答が非常に多いということです。

「相談件数カウント調査」パイロット調査結果 (2)

総相談件数 連続稼働日20日間 n=3077
対面相談/電話相談の件数 → 他施設との特徴比較

たとえば、がん専門病院であっても、施設によって電話相談の比率が違うなど、統一指標により、各施設での特徴がかなり違うことが明らかになった。自施設と同じ特色を持つ施設との比較により、活動の参考とできるのではないかと。

施設タイプ	対面相談	電話相談	FAX・メール
A9人専門病院	105	136	
B11人専門病院	213	135	
C19人専門病院	495	173	
D19人専門病院	76	15	
E大学病院	30	79	
F大学病院	52	45	
G大学病院	7	76	
H大学病院	19	42	
I大学病院	61	32	
J大学病院	3	3	
K総合病院	316	189	
L総合病院	20	89	
M総合病院	26	187	
N総合病院	76	76	
O総合病院	73	256	
P総合病院	8	54	

「相談記録のための基本形式」 研究班確定版

1.受付日/受付番号	7.相談者からの相談内容	●分類 (複数選択可および一つのみ選択)
2.相談時間(分)	●氏名	●内容(任意記入)
3.相談員	●場所	●分類 (複数選択可および一つのみ選択)
4.相談形式	●方法	●内容(任意記入)
5-1.相談者	●相談者のカテゴリ	●相談支援センターを利用したことに対する反応
●利用回数	●相談者からの紹介	●相談支援センターの今後の活動についての要望(任意記入)
●相談支援センターに関する情報入手経路(複数選択可)	●相談者以外の主たる相談者のカテゴリ	
5-2.患者以外の主たる相談者	●氏名(任意記入)	
●氏名(任意記入)	●年齢(歳)	
●性別	●性別	
6.患者本人の状況	●氏名(任意記入)	
●年齢(歳)	●年齢(歳)	
●性別	●性別	
●受診状況	●現在の治療状況	
●現在の治療状況	●がんの状況	
●がんの状況	●がんの部位*3 (複数選択可および一つのみ選択)	
●がんの部位*3 (複数選択可および一つのみ選択)		
		10.当該相談についての加算の有無(該当時のみ)
		11.施設自由使用欄(テキスト記入)
		項目1(任意記入)
		項目2(任意記入)
		項目3(任意記入)
		12.通信欄
		項目1(任意記入)
		項目2(任意記入)
		項目3(任意記入)

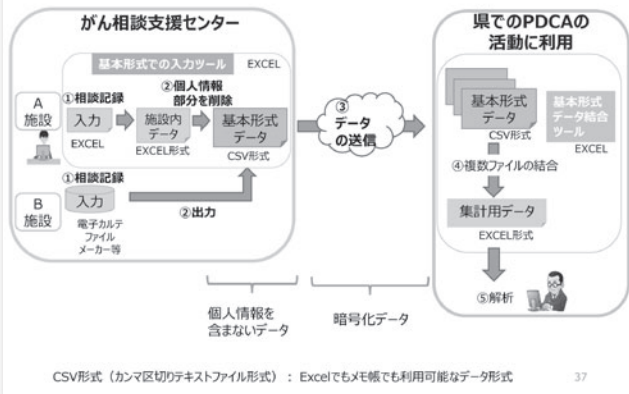
これは、媒体別の相談件数です。そして、担当医からの紹介があるかどうか。最終的な目標、「患者が孤立しない」ためには、主治医、担当医から紹介があることが大事です。そういったことに結びつく指標として、相談件数を使うことができます。

これは「相談記録」のために定めた「基本形式」です。「基本ツール」については研究班でつくった成果として、今、フォーマット形式をすでにホームページに公開しています。「入力ツール」「結合ツール」も3月予定でしたが、おそらく2月上旬には研究班のホームページにあがる予定です。これはまたご案内をさせていただきます。

このように、相談件数は基本のフォーマットに落として比較し得るものが測定できることはわかってはきました。で

部会のほうで、「相談件数」を今後、どうしていくかについ

「相談記録のための基本形式」の活用例



相談件数カウント調査の研究班の成果物の公開

- 「研究班確定版 相談記入シート（Excelファイル）」
＝「相談記録のための基本形式」

のがん情報サービス内での公開

2016年9月14日（公開済）

HOME > がん相談支援 > がん相談支援センター相談員サポート

> がん相談支援センター相談記入シートのご案内

http://ganjoho.jp/med_pro/consultation/support/registration_sheet.html

- 「相談記録のための基本形式」に基づく成果物の公開

基本形式での入力ツール（EXCEL）

基本形式データ結合ツール（EXCEL）

ツール操作マニュアル

CSV形式データ仕様書

2017年3月（予定）

で話し合っていたが、「基本形式」として採用していくことになりました。ただ、電子カルテなどをシステムに組み込んでいる施設も多数あるため、一気に進めていくことは難しい。改修の時期に合わせて入れていけるようにしましょう、ということで時期は確定ではないですが、進め方については同意が得られました。

ということで、まだ道半ばですが、ようやく「見える化」ができてきました。今後は分析と、どういうふうにフィードバックするかが課題です。各県別の比較というのがありますが、研究班でお話いただいたところでは、例えば病院によって機能が違うので、がんセンターのような病院は、ほかのがんセンターと比較をしたいということです。大学病院も、県内に1つしか大学病院がない場合は比較のしようがないので、隣県や全国での比較も必要になってくると思います。

「相互訪問」という話が今日も出ていましたが、このような形で見えるようにすることで、「あの施設はなぜ満足度が非常に高いのか」が、今度は気になってくるのです。そうすると、「あの施設はなぜ評価が高いのか見に行きたい」というふうに変わっていきます。単なる形式的なことを見るのではなく、「なぜ」というところで、お互いに「好事例」や「とてもいい活動」を共有できるといいのかな、と思っているところです。

Q&A

（国立がん研究センター・加藤）相談支援に関しては、各都道府県で部会などもつくって、常にPDCAサイクルを取り入れている活動も多いかと思いますが、都道府県レベルでの取り組みで何か「こういうものもある」と紹介できそうなものはありますか。

（高山）すでに研修などについて、いろいろご相談をいただいています。何かあったらご相談いただければ、可能な範囲で情報共有するなど、こちらでもサポートさせていただきます。どうぞ、ご連絡いただければと思います。

（質問者）相談支援のグループが、とても充実した活動をしている印象は、私ももっています。先ほど、パイロット調査は全国で継続的にやるには「お金がもたない」「人が足りない」という話がありました。それから、「共通の相談件数」もなかなか行き詰まっていた「全部がフォローできていない」と。とんちんかんだったら申し訳ないのですが、一瞬思ったことだけ話をさせていただきますと、まずパイロット調査は、本当はやるべきだと思います。全国で、これも1つのインジケターになる十分立派な指標だと思いますし、先ほど少しおっしゃっていましたが、将来これが何らかの診療報酬につながるエビデンスになれば、これはとても重要だと。本当に重要であることはみんなわかっているけれども、なかなかソフトなアウトカムというか、カチカチの数字で出せないアウトカムだから、とても難しいところがあると思うのです。

そこで、質問項目が17項目ありましたが、これを半分ぐらいに減らして、1つのフォーマットで、相談に来られた方が最後に帰るときに紙1枚にチェックだけして行って、ポトッと紙を落として帰っていただく。それを入力する手間は省けないけれども、その部分だけで、もうちょっとやれないでしょうか。フォーマットを決めてしまえば、入力だけしたら、あとはもうネットでつないでデータを送るだけでいいと思うのですが。

（高山）やれば、ぜひやりたいと思います。

（質問者）たぶん、これはできるような気がします。紙でないと、患者さんやご家族が、そのフォーマットに自分で入力して帰ることはできませんけれど。大概のところ、何かやると必ず「役に立ちましたか」などと、チェックがついているじゃないですか。ホテルに行ったって、いちいち「気に入ったかどうか」とアンケートがついているみたいに。あれをちょっと工夫して、「これがあればエビデンスとしてとても役に立つ、説得力のあるデータになるだろう」という設問に絞り込む努力をされてはどうか、というのが1つです。

それから、件数の調査のことは、たぶんそれぞれの施設が自分たちで思い思いのやり方で集計しているから、あの

数字は、本当は比較可能性がないのだと思います。「こういう相談が何件」とか、いろいろやっていますが。あれは前から思っていたのですが、がん登録ではHos-CanRの2とか、Hos-CanRを提供しましたよね。あれは、電子カルテとの間のリンクが、登録する人のケースファイリングとかプログラムが面倒くさいけど、相談支援センターの集計機能に関しては、電子カルテとのリンクはあまり必要ないと思うのですね。決まったフォーマットのプログラムをつくって、各施設に配布して、それを相談支援センターのパソコンに全部インストールしてもらって、そこで施設内の集計を共通のやり方でやってもらって、その集計データを送ってもらえれば簡単にできるのではないですかね。ここに「相談記録のための基本形式」の確定版というのがありますけど、これぐらいだったら何とか、1人の相談のあとで入力できないでしょうか。そうしたら、いけるような気がします。

(高山) アンケート用紙を簡素化することは大事なことだと思っています。あとは、来られた方はいいのですが、電話の方が非常に難しく、こちらにお集まりの都道府県拠点病院は電話相談が半分ぐらいあるとか。その部分の評価をどうするか、まだまだ案がない状況です。そういったところも非常に大事な相談対応かなと思っています。

また、こちらで開発したツールは、今現在、電子カルテからも引き出せますし、都道府県ごと、例えば拠点病院で20施設あるとしたら、そのいろいろな形式であがってきたものを結合できるツールまではつくっているんで、これを活用いただくという手はあると思います。

本当に施設によってさまざまで、すでに電子カルテともう1つ、別なもので管理をしていたり、もう始まったりしているところもありますので、それをうまく集める仕組みを考えられればいいなと思っています。これもまだまだ道半ばかな、とは思っていますが。

(国立がん研究センター 若尾) 今のツールのことで、補足させていただきます。もう皆さんに使っていただける状態では公開できているのですが、ただ、発表の中にもありましたけれども、最初に使い始めるときの使い方のインストラクションが大変で、その部分を、例えばがんセンターで400施設を相手にできるかという、そこがけっこう難しいです。可能であれば都道府県レベルで県内の地域拠点に対するそのあたりの指導をしていただく体制ができれば、このツールは一気に全国的に使える状態にはなると考えています。そのあたりも今、研究班でパイロット調査に協力いただいた18施設、それと1カ所、滋賀県で県内展開していただいている、県内のサポートはどのような形でできるかということも確認したうえで、また広げるための手段を考えたいと思っています。

(質問者) 今の相談件数のことと、似たような意見を実はも

っています。私は院内がん登録を担当していて、相談のほうも統括という立場でフォローしているのですが、院内がん登録は「入力項目を定めて、それに基づいて報告しなさい」ということを「拠点病院の要件」にしていますよね。このパイロットスタディーがうまくいけば、全国统一のものを要件にしてしまって、それで集計するということであれば県内の情報共有とか評価もしやすくなります。いいものができたら、そういう形にさせていただけたらいいのではないかな、と思っています。実務者の件も含めて、非常に院内がん登録と似ているような枠組みで活動しているので、ちょっとご検討いただければと思います。

(高山) ありがとうございます。

緩和ケアのPDCAサイクル確保に関する取り組み

国立がん研究センター 加藤 雅志

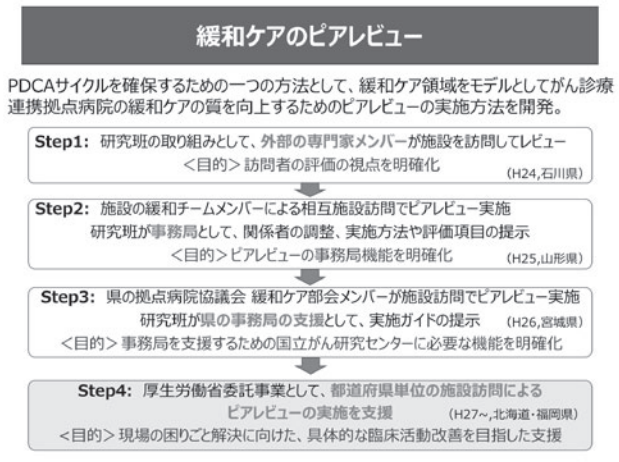


「緩和ケアに関する取り組み」をご紹介したいと思います。今までも話題にあがってきましたが、相互訪問によるピアレビュー、つまり相互訪問を行いながら相互に評価していくことについての話をしていきたいと思っております。昨年度も同様に「緩和ケアのピアレビュー」について報告しましたので、今回は主に、今後の方向性についてご紹介します。

ためのガイドといったものを作成し、拠点病院などに配布してきました。昨年度からは、厚生労働省の委託事業として、「ピアレビューの実施を国立がん研究センターとして支援する」という

ことになり、北海道や福岡県の支援を行わせていただいたところ です。

診療の質を改善していくためのPDCAサイクルを確保していくための方法には、いろいろなやり方があります。その1つの方法が、今すでに皆さまがやっておられる、ほかの施設からの訪問を受け、その評価を基にして改善に取り組むというものです。ただし、その方法には標準的なものがあるわけではなく、モデルを提示することも難しかったというのがこれまでの状況です。



緩和ケアに関するピアレビューについては、平成24年に「拠点病院の指定要件の中でPDCAサイクルの確保をどのように位置づけていくのか」という議論が始まるころから行ってまいりました。まずは「訪問調査をするときに、実地で評価を実践するときに必要なことは何か」、その後「訪問調査を実施していくために事務局にはどのような機能が必要なのか」などを明らかにする取り組みを進めてきました。

これまでに事務局のためのマニュアルや、レビューアの

緩和ケアのピアレビュー実施支援 国立がん研究センターが都道府県拠点を支援

【スケジュール例】 180'	概要
事前	・ 現況報告等を用いた施設の状況の共有
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'	・ 施設紹介フォームを用いた課題・問題を含む施設の紹介 ・ 質疑応答
III. 施設内見学ヒアリング 60' (80')	・ 該当施設内での見学 (20') ・ 一般医師・一般看護師へのヒアリングで基本的緩和ケアの確認 ・ 緩和ケアチームへのヒアリングで施設の問題や専門的緩和ケアの確認
IV. 質疑応答意見交換 60'	・ 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具体的な改善策の検討
V. まとめ 10'	・ 実地調査のまとめ
事後	・ ピアレビュー結果の報告と共有

これは、私たちが提案している方法の一部です。3時間程度で何とか収まるようなやり方を方法の1つとして提案しています。

本年度の活動として、現在、三重県で県内の拠点病院を相互訪問してピアレビューを実施していくための、三重県の事務局機能の支援を進めているところです。三重県の中で2月、3月に行うピアレビューの支援をすることになって

国立がん研究センターによる 緩和ケアのピアレビュー実施支援

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、緩和ケアは画一的な書面のみで評価することが困難である。
- 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のピアレビューを、全国の都道府県が参考にできるよう、実際に都道府県を支援し、その活動を提示していく。

緩和ケアのピアレビュー実施支援
国立がん研究センターが都道府県拠点を支援

H28三重県がん診療連携協議会緩和ケア部会
地域拠点病院の相互訪問によるピアレビュー実施支援

【目的】三重県の緩和ケア領域のPDCAサイクルを確保するため、研究班が作成した実施ガイドに基づき、国立がん研究センターが三重県緩和ケア部会の事務局機能を支援する。

- ・ レビューア
 - ・ 三重大学医学部附属病院（県拠点）の担当者 2名程度
 - ・ 県内関係者2~3名
 - ・ 外部専門家3名，事務局3名
- ・ 実施時期（予定）
 - ①伊勢赤十字病院 2月
 - ②松阪中央総合病院 3月
 - ③鈴鹿中央総合病院 3月

緩和ケアのピアレビュー実施支援
国立がん研究センターが都道府県拠点を支援

- ・ 来年度はピアレビューで使用できるチェックリストの開発とともに、都道府県単位の緩和ケアピアレビューの実施に関して、継続的に支援することを予定しています。
- ・ 支援をご希望の都道府県がん拠点病院がございましたら、下記の事務局までご連絡ください。

【問い合わせ先】
国立がん研究センターがん対策情報センター がん医療支援部内
緩和ケアのピアレビュー実施支援 事務局
pcc-office@ml.res.ncc.go.jp

います。

午前中にもご紹介があったように、実施調査、相互訪問が、各地域で行われつつあります。そうした中で、共通で生じる困難が「訪問したときにどのような点を評価すればいいのか」ということであり、「そのひな型、アイデアを提示してもらいたい」というニーズが強くあります。そこで、来年度に向けて私たちは、まず緩和ケアの領域で「訪問時のチェックリスト」のようなものを作成して、提示していきたいと思っています。また、その後、すぐに全部の領域をカバーすることはできませんが、緩和ケア以外の領域についても、相互訪問する際に、訪問先のどのようなところを重点的にみればいいのかなど、みるときのポイントをまとめたチェックリストのようなものを作成していくための活動を準備しているところです。

厚生労働省とも相談して、緩和ケアのピアレビューについて来年度も引き続き支援する予定になっています。もし、県内ではじめて緩和ケア領域でのピアレビューをやっていると考えている都道府県や、あるいはすでに取り組んでいる都道府県であっても、どのようなものでも構いませんので何らかの支援やお手伝いを必要とすることがあれば、国立がん研究センターの事務局までご連絡くださいますと幸いです。

第63回がん対策推進協議会 資料

がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会 議論の整理 概要

（背景）これまで緩和ケアの均てん化を目指し、拠点病院を中心に基本的な緩和ケア研修の実施、専門的な緩和ケアの体制整備等に取り組んできた。これまでの現状と課題を踏まえ、緩和ケアの更なる推進について議論の整理を行った。

現状と課題	今後の方向性
<ul style="list-style-type: none"> ・ 緩和ケアの質に関する指標や基準が確立していない。 ・ 専門的な緩和ケアの診療機能の確保が不十分。 ・ 拠点病院以外の拠点における緩和ケアの体制について十分把握できていない。 ・ 知識において、切れ目のない緩和ケアの提供体制が構築できていない。 ・ 緩和ケア研修にも、緊急時のバックアップとしての役割等が求められている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 緩和ケアの質を担保するための指標や基準を確立する。 ・ 専門的な人材の適任配置及び緩和ケアチームを育成する。 ・ 拠点全体の緩和ケアの質を向上させ、緩和ケアセンターの機能を生かす。 ・ 拠点病院以外の拠点における緩和ケアの実態を把握する。 ・ 知識で関連分野の専門家と定期的な意見交換する機会を創出する。 ・ 緩和ケア研修の質の確保と向上のため、2次研修における緩和ケア研修の機能分化等の有効性について検討する。等
<ul style="list-style-type: none"> ・ 緩和ケア研修会、卒前・卒後教育 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 拠点病院は、拠点病院以外の病院を対象として、緩和ケア研修会の受講状況の把握とともに積極的な受講支援を行う。 ・ 緩和ケア研修会の開催は、拠点病院の負担にならないよう、様々な人材の参加者に負担を軽減する等の配慮を検討する。 ・ 緩和ケア研修会の効果測定が患者アウトカムでない。 ・ 卒前・卒後研修において、緩和ケアを学ぶ機会を確実に確保する必要がある。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療用医薬品、介護、小児等、がん以外の疾患の緩和ケア 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 国に対しては医療用医薬品の適正な処方、がん診療に携わる医療従事者に対する適正な研修の機会を確保するための研修を実施する。 ・ 患者、家族が抱える介護負担を軽減することを検討する。 ・ 小児・AYA世代に対する緩和ケアの連携・提供体制の整備を推進する。 ・ がん以外の疾患に対する緩和ケアの実践調査を行う。等

このような相互訪問や実地調査のようなものを、本当にやっていく必要があるのか、と思われる方もいるかもしれませんが。この資料は、緩和ケアの現状と課題、今後の方向性について厚生労働省の検討会がまとめて、先日のがん対策推進協議会で提出したものです。緩和ケアに関してはさまざまな課題があり、「何を評価すればいいのか指標を確立しなければいけない」ということで、何をすべきかを明確化することが求められています。

その他、総務省の行政評価の中には、緩和ケアの領域について「緩和ケアとして最低限のものを提供できていない

第4回がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会 資料

2 拠点病院の診療体制の適切な整備及び更なる充実

調査結果	取組
<p>指定要件の充足状況の確認が形式的なものにとどまる都道府県の中には、指定要件を満たしていない施設のある例が都道府県単位の計半数あり</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 緩和ケアチームの構成員である専任の専門看護師が未実施(1事例) ② がん相談支援センターの専任の相談員が未実施(1事例) ③ 緩和ケアにおける外来患者に対する苦痛のスクリーニングが未実施(1事例) ④ 緩和ケアチームによる研修(ワークショップ)が未実施(1事例) <p>一方、未実施の例のうち12都道府県中7都道府県では、実地調査を実施し、最終に指定要件の充足状況を確保</p> <p>(注) 実地調査による未実施の事例は、研修の機会を確保する(注2)、緩和ケア研修会に積極的に参加し、入職中の研修生を確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 国及び都道府県による、指定要件の充足状況の確認の厳格化

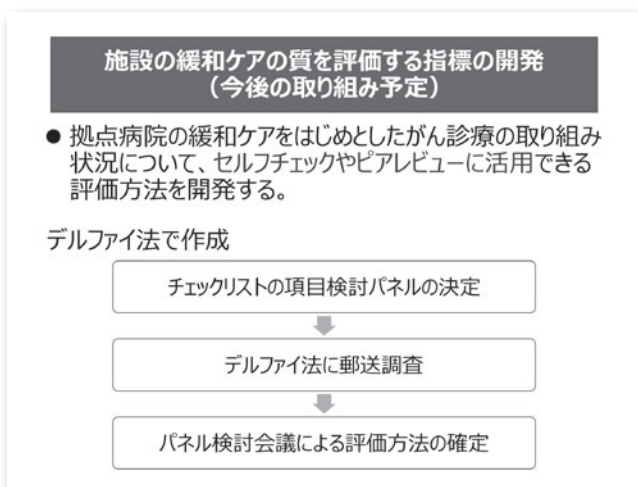
調査結果	取組
<p>① 一部の拠点病院において最低限提供すべき緩和ケアが提供されていない。また、拠点病院間で緩和ケアの提供体制及び提供内容が区々となっている状況</p> <p>間接的に提供すべき緩和ケアが提供されていない状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 緩和ケアに関する必要要件が未実施の例、かつ緩和ケア事例(研修項目①②③) ② 拠点病院間で緩和ケアの提供体制及び提供内容が区々となっている状況 <ul style="list-style-type: none"> ① 緩和ケアチームの医師に限り(医師6名)要件等①②③を満足していない(拠点病院13施設(66.6%) ② 緩和ケアチームの精神科領域に専門資格を有する、耳鼻咽喉科等の医師を擁している拠点病院の割合が、調査対象の拠点病院における緩和ケアチームによる開業医参加施設割合は最小(12-最大49)例あり、同程度の拠点病院で比較 <p>厚生労働省の調査結果では、身体や気持ちのケアが必要と認められていない患者が約割。また、拠点病院からは、整備指針における緩和ケアの定義や内容が不明瞭との意見あり</p> <p>(注) 必須要件①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚㉛㉜㉝㉞㉟㊱㊲㊳㊴㊵㊶㊷㊸㊹㊺</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 拠点病院に求められる緩和ケアの標準化及び整備指針の明確化等による緩和ケアの充実に向けた支援

がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会やがん対策推進協議会における緩和ケアのPDCAサイクルに関する議論

- ・ がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会
 - ・ 緩和ケアの質に関する評価指標が基準が確立していないため、十分な評価が困難となっていることが課題。
 - ・ 緩和ケアの質を評価するための指標や基準を確立することが必要。
- ・ がん対策「緩和ケアの推進」に関する行政評価・監査（総務省行政評価局）
 - ・ 拠点病院において拠点病院間で緩和ケア提供体制や内容が区々。
 - ・ 拠点病院からは、整備指針における緩和ケアの定義や内容が不明瞭という意見。

のではないか」「それぞれの状況は違うため、緩和ケアの整備指針の明文化などが必要」といった内容が書かれています。

これらを踏まえると、緩和ケアに関しては、それぞれの病院で取り組み状況がさまざまであることから、改善すべき課題を明確にしていくためにも、まだ方向性として固まったものではありませんが、何らかの形で実地調査的な、相互訪問的なものが、今後、拠点病院に対して求められていくものと考えています。私たちも、このような活動を行うことが求められたときに、すぐに協力できるよう準備を進めておきたいと考えている状況です。



先ほども申し上げましたが、来年度以降、まずは緩和ケア領域から、ピアレビューなどで使えるような「チェックリスト」をつくっていきたくと考えています。また、それは相互訪問だけで使うものではなくて、それぞれの病院が、「自分たちがやるべきことは、やれているのかどうか」という「セルフチェック」にも使えるようなものにしていきたくと思っています。簡単につくれるものではないと思いますが、必要に迫られているものだと思いますので、可能な限り現場で役立つものになるよう、いいものをつくっていきたくと思っています。その際には、皆さま方から、ご助言などいただくことになるかと思っています。ぜひご協力いただきたくお願い申し上げます。

Q&A

(質問者) 評価指標をデルファイ法で作成されるということですが、それはクオリティーインジケータのようなものまで考えているという理解でよろしいでしょうか。

(加藤) 作成予定の評価指標ですが、実地調査で活用できる評価の視点というものであり、クオリティーインジケータのようなものというよりは、実地調査で訪問するときに、どういうところをみればいいのか、どのような数値を確認すべきかということになるかと思っています。クオリティーインジケ

ーターに関しては、東尚弘先生(国立がん研究センター)が取り組んでおりますので、そこで作成されたものを訪問時に確認していくというやり方はあるかもしれません。今の時点ではクオリティーインジケータそのものをつくっていくことは想定していません。

(質問者) 手法としては、チェックリストをデルファイ法で作成するというのでしょうか。

(加藤) その通りです。

(質問者) 本論から外れるかもしれませんが、「非がん領域の緩和ケア」について伺います。まず、がん拠点病院に対して使って、少し調べていこうというお話だったと思います。いわゆるがん領域の「PEACE 研修」というものが、非がん領域でも進んでいると聞いていますが、それと、この調査との連携はあるのでしょうか。

(加藤) 非がんに関しては、ご指摘のとおり、今、循環器疾患などに特に焦点をあてながら、緩和ケアの対象を広げようという議論が進んでいるかと思っています。また、それを踏まえたPEACE研修のプログラムの改訂についても検討を始めています。将来的には非がん領域の緩和ケアの実施状況はどうかということも評価の対象に入ってくるかもしれません。しかし、まずはがん診療連携拠点病院でのがん患者への対応状況をみていくのが主たる目的なので、非がんについては最初は優先順位としては低いと思っています。ただし、実際に進めていく中で、やはり非がんについても実施しているところはみていくべきであるという指摘が多くなってくれば、もちろん、そのときには修正していく必要があるだろうと考えています。

(質問者) 拠点病院として相互評価をするときに、たぶん「基本的な緩和ケアの提供」のところと、「専門的な緩和ケアの提供」のところがあって、特に緩和ケアセンターをもつようなところとそうでないところでは、けっこう層別化があると思います。それから、緩和ケアだけをやっているような病院をもっているかどうかという点でも、ずいぶん違ってくると思います。そういったことも、今、先生が考えている評価には入れていくということで、よろしいでしょうか。

(加藤) まさにご指摘くださったところが重要なところだと考えております。「専門的な緩和ケア」に関しては、私も関わっていますが、日本緩和医療学会でセルフチェックプログラムを作成しており、診療の質を改善していくための取り組みが開始されているところです。一方、「基本的な緩和ケア」については、評価をどのようにしていくべきか明確になっていないところがあります。今後、国立がん研究センターが取り組んでいこうと考えていることは、「専門的な緩和ケア」についての評価というよりは、「がん診療を行う医療従事者であれば、基本的にやらなければいけないことが適切に行われているか」という評価を、重点的に取り組んでいこうかと

は思っています。

もちろん、専門的なものも、必要に応じて項目として取り入れていくことになるかと思えます。

総合討論

(国立がん研究センター 加藤)ここからは、総合討論に入りたいと思います。議会ではありませんので、何かを決める場ではなく、お互いがやっていることをいろいろと意見交換して、自分たちの県に持ち帰って役立ててもらうことを目的とした会ですので、ぜひ自由に議論をしていただきたいと考えています。いきなり自由にというのは難しいと思いますので、私のほうで考えているテーマを3つほどあげてみます。

本日の会議で出てきた中から拾うと、まず都道府県でPDCAサイクルを回していくときに、「共通の目標」をどのように考え、設定していくべきか。また、設定する際の「工夫」などについても話し合うことができれば、ということが1つです。それから、各都道府県が「PDCAサイクルを確保する体制」はさまざまで、「会議体をしっかり置く」ところもあれば、「今ある組織を柔軟に使っている」ところ、「いろいろなブロックに分けている」ところなどもあるかと思います。そういった県内でのPDCAサイクルの体制づくりについて意見交換できたら、というのが2つ目です。そして3つ目に、「相互訪問、実地調査などに関して意見交換できることがあれば」と考えています。よろしければそういった形で進みつつ、必要に応じてその他のことについても話し合っていきたいと思っています。

では、まず「共通目標の設定」について、少し意見交換できたらと思います。最初に申し上げたように、共通目標の設定をどれぐらいの県がやっているのかというと、8月時点では半数ぐらいでした。今回、このフォーラムを開催する前に、実際に県で共通目標を設定しているところに対して、どんな目標を設定しているのかについてうかがい、協力いただける範囲で、多くの県から回答をいただいています。最初に目についた印象としては、今回の会議の中でもありましたが、「県で作成した『県計画』に基づいた指標を設定している」と答えてくださった県が、いくつかあります。

例えば兵庫県、京都府、その他にもあったかと思いますが、そういう形でやると、確かにコンセンサスを得られやすいのかなと思います。また、それ以外に、独自で目標を設定しているところも多くありました。共通目標の設定について、こういう「工夫」が、さらにできるのではないかと、ということがあれば、自由に発言いただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

(千葉県がんセンター 浜野公明)1つはリクエストですが、来年また、このフォーラムをやるときにアンケート調査をさ

れると思うので、共通目標に県の計画を入れるかどうかということ、ぜひ知りたいと思い、そういう質問をあらかじめアンケートに入れていただければと思っています。実は、千葉県では来年度、県のがん対策推進計画を策定するのに合わせて、がん診療にあたる部分は千葉県がん診療連携協議会が提案し、それを県レベルのPDCAサイクルの目標、共通目標にしようと考えています。現在、県側と会議のスケジュール調整を終えたところです。

そうした中で私が感じたのは、今の都道府県がん診療連携協議会と行政との連携については、あまり定められたものがなくて、各都道府県の拠点の置かれた立場によってだいぶ、連携や協力の体制、密接性が違うのではないかとことです。今日、皆さんのお話を聞いていても、そう思いました。その点については、少なくとも連携することが必要なのではないかと感じています。

千葉県では今、県協議会の事務局を務めている私と、隣に座っている県の担当者が、事務局レベルで何とか調整して、そういう方向性を出していこうということになっています。

(加藤)貴重な事例報告をありがとうございます。先ほどの会議の中でも、「県の計画でつくったものをPDCAに落とせばいいのではないか」という話もあった一方、今の千葉県のように、むしろ拠点病院側が提案していくという話も、非常にいいのではないかなと思いました。沖縄県が、まさにそういう形で、県の拠点病院の皆さまがいろいろなものを提案して、それを計画に反映させてもらうように活動しています。行政と拠点病院の連携協議会の関係は、さまざまだと思いますので、いきなり自分たちの県の状況を変えられるものではないとは思いますが、こういう活動もあるということが、大いにヒントになると思いました。

(琉球大学医学部附属病院 増田昌人)先ほどの浜野先生の意見に賛成です。まず指定要件の中で、がん診療連携協議会の立場は、拠点病院のとりまとめ役とされています。もちろん大事な役目としてほかにも10個ぐらい、個別に具体的な役割が明記されているのですが、問題は、今回のPDCAサイクルを回すにしても、また今後の拠点病院のあり方についても「県との協力」はとても大事だということです。その点、沖縄県は決してうまくいっているわけではないんですね。

そういう意味では、指定要件の中に、例えば「協議会はきちんと協力して」とか、逆に「県は協力してほしい」というこ

とを入れていただくと、各都道府県拠点病院の先生方は動きやすくなると思います。がん診療連携協議会で発案する場合も、県の正規職員の方に入ってもらえばいいのですが、文書がないと参加できないとか、参加してもオブザーバーになったりすることもあります。

いろいろな問題はあるのかもしれませんが、ぜひ「がん診療連携協議会は県と協力して活動するように」という一文を入れていただきたい。それだけで、だいぶ、活動しやすくなると思います。今日、清住(雄希)先生(厚生労働省健康局)がいらっしゃっているので、そこはぜひ入れていただければと思っています。

もう1つ、がん対策推進協議会というのが各県にあると思いますが、その活動内容もかなり差があって、とても熱心なところから、沖縄県のように数年に1回しか開かれていないところまで、いろいろ各県によって状況が違います。どちらかがアクティブに活動できるように、がん診療連携協議会の部分にも「県と協力して」とか、「県は協力するように」ということを、ぜひ厚生労働省で考えていただけるとありがたいと思っています。

(加藤)ありがとうございます。おっしゃるとおり、都道府県内のがん医療を考えれば、都道府県拠点病院が中心となり、県内の拠点病院をとりまとめて、いろいろな活動方針などを決めていくことになると思います。そういう意味では県の計画策定の部分にも大に関わっていくことが、現場にとっては有用でしょう。また、そのように県のがん対策で決まったものを拠点病院側がよく知って、それを実現するために何ができるのか工夫の仕方を考える。そうした連携ができると、理想的なのかとは思いますが。

(厚生労働省健康局 清住雄希)ありがとうございます。現在のところ、がん対策推進基本計画には、「国のつくった計画に基づいて県でも計画をつくる」というところまでは書き込まれていますが、確かに拠点病院のことになりますと、指針の中で、なかなか都道府県の行政との連携までは踏み込めていないということがあります。

これまでも各都道府県によって、行政が非常に密接に関わっている都道府県もあれば、そうではない都道府県もあって、なかなか動きづらいというご指摘もいただいています。本日のご指摘は非常に重要なものと受け止めさせていただきます。指針にどのように書き込むかについては、検討会での議論、意見を踏まえながらはなりますが、実際につくっていく事務局としては本日、ご意見を承りましたので、引き続きよろしくお願いたします。

(加藤)ありがとうございます。本日、この会に検討会のメンバーも何人か出席されていますので、この発言をうまく利用してもらえたらと思いました。

(佐賀大学医学部附属病院 佐々木和美)その点について、

ぜひ松浦(成昭)先生(大阪府立成人病センター)にお聞きしたいのですが、先ほどお話のあった「ネットワーク協議会に2次医療圏の自治体が入っているシステムをつくり、自治体に声掛けをして、ちゃんと参加してもらおう」という行動変容は、どうして起こったかについて、ぜひうかがいたいです。

(大阪府成人病センター 松浦成昭)大阪府では、府のほうから入っていただいていますので。自治体とか各病院にとっては、われわれよりも府のほうの方が怖いんですね。府がやらないと……。あまりお金は出していないから大した影響はないかもしれないけれど、それでもやっぱりいうことを聞いてくれるんですよ。ですから、やはり府との関係が必要だろうなと思います。

大阪府では、先ほど沖縄県の先生が言われたことは当たり前前の話で、そういうことが必要なのかなど。今、厚労省の方が言われたように、国の指針もそうですが、各都道府県で計画を出していますよね。その中にも書いてもらえるように働きかけてはいかがでしょうか。何か、もう少し強い言葉で「連携して」とか、あるいは「市町村も協力する」とか。たぶん、来年の1月ぐらいから年度末までに、各都道府県が計画を立てると思いますので、そこで検討いただけたらと思います。

(加藤)ありがとうございます。こういう会ではじめて、県庁がやっている協議会と、拠点病院が開催している診療協議会が、連携している県があることを知ったところもありますので、こういうものが標準になっていくといいなと思いました。

(島根大学医学部附属病院 鈴宮淳司)今のような話は、実はもう島根県では、ずいぶん前に終わってしまっていて、手厚い島根県のバックアップで、逆に診療拠点の連携のネットワーク協議会がファンクションしていないという事態におちいって、それで今回、4月に整理させていただきました。部会が重なっていて、情報が切れている部会があるわけです。

位置付けとしては、島根県は、がん対策協議会に全部を一本化して、県とがん診療の拠点病院が一緒になってやる。その中には、今、大阪府の先生が言われたように、各保健所が全部、連携をしていますので、基本的にはシステムとしてはとてもよく、ありがたいところで、増田先生には大変申し訳ないですけども、うまくいっています。

ただ、個別にみると、今度は逆に、小さな県で人がいなくて兼任に兼任を重ねるので、どっちが何をやるという役割分担がうまくいかないとか、あとは拠点病院のマンパワーを含めて、すべてのアクティビティが落ちてしまって、均てん化にいく前に「病院の診療レベルを一定に保つ」ところが、きつくなっているところもあります。

都道府県によっていろいろな部分があると思いますけれども、がん対策の中に、いかに上手に対策協議会を位置付けていくか。せっかくそこで、行政といろいろなところがバインドしていますので、各診療拠点病院ががんばるのももちろんですが、やはり患者会を入れた対策協議会が対策を立てたり、いろいろなことをする中心だと、私たちは今、思っています。本当に、島根県の県の担当者には大変感謝していて、ほかの県の方々の話を聞かされた時に、大変だろうなと思いつつ、聞かせていただいている次第です。組織図は変えていますので、ご連絡いただければ県の担当者に教えてもらえると思います。参考になれば幸いです。

(加藤)ありがとうございます。島根県庁のがん対策の取り組み姿勢は、ほかの県と比べると非常に積極的で、また熱心だということは皆さん知っているとおりだと思います。ほかの県も、こういう県があるということをぜひ情報として伝えつつ、自分たちの県も、こういったものをどんどん進めていくべきだということを、県庁の方々に説明する時の1つの材料に使ってもらえたらと思いました。

(四国がんセンター 青儀健二郎) 今日、実は私、この会に参加させてもらって他県の皆さん方をみていると、県から来ている方もおられるので、非常にうらやましいなと思いました。こういうのは、僕らが一生懸命に拠点病院として活動しようと思って支援しても、なかなかうまくいきません。例えば県の人と一緒にいてくれたら、ベクトルを合わせる意味でも非常に有益だと思いますけれども、どのようにやると、そうなるのでしょうか。われわれが声掛けするものではないですし、システムとして何か「一緒にこういうのをやりましょうよ」という呼び掛けをしているのですか。

(加藤) 今日、県庁から来ておられる方で、「こういうふう働きかけてもらえると、県庁職員もこういう場所に一緒について行きやすい」というようなことはありますか。なかなか手をあげて発言しづらいかもしれませんが、どうでしょう。県庁の方、誰かアドバイスをいただけないでしょうか。

(松浦) 私が答えるのも何ですが……どの都道府県の行政でも、がん対策はがんばりたい、それは課題ですよ。いろいろなデータが欲しいので、われわれも県に協力する、そうすると県もわれわれに協力する、というのはあると思います。私たちの病院は府立なので有利ですが、かなり交流する機会は多いです。たぶん、毎月どころか、2週間に1回ぐらいはどこかで会っているぐらいの頻度です。がん登録のデータなどは、府も使いたいわけですね。それを分析して、いろいろな場面で出してあげるとか、向こうが検診のデータが足りなかったら出してあげるとか、そういう協力をする中で、徐々に連携できていくのではないかと思います。よかったら大阪府の山尾先生、いかがですか。

(大阪府健康医療部保険医療室健康づくり課 山尾 裕) 大阪

府はご存じのように、がん検診受診率と、がん死亡率が非常に高く、府をあげてがん対策に取り組んでいます。その関係で、都道府県の拠点病院の先生方にご協力いただいて、府をあげて少しでも府民のがんによる死亡が改善することを目指しておりますので、そういった面では本当に病院側と行政と表裏一体の関係で、われわれのグループは、がんばっております。

(国立がん研究センター 若尾文彦) 一点、ヒントを申し上げます。今日のフォーラムはPDCAに特化したもので、たぶん都道府県の方でPDCAに興味を持っている方が参加してくださったということだと思います。毎年6月、7月に開催している都道府県がん診療連携拠点病院の連絡協議会は、午前中に都道府県のがん対策の主管課長会議があって、午後に連絡協議会を設定しています。それで、県の方も午前中に厚労省の会議に参加して、午後のがんセンターの都道府県拠点病院の会議に参加できるようなスケジュールでやっています。過去にも多くの都道府県の方に参加していただいているので、今年もそのように設定して、拠点病院の親会のほうにまず一緒に来ていただくということを、きっかけにいただければいいのではないかと思います。

(加藤) ありがとうございます。共通目標の設定は画一的なものではないですが、もし可能であれば、そういったものを設定しつつ、また、それをほかの県ともうまく情報共有できたらいいなと思っています。先ほどもご指摘いただきましたが、アンケートなどをする際に少し工夫していきたいと思えますので、ぜひご協力いただけたらと思っています。

続いて、「PDCAサイクルを確保する体制」です。これはもう県の状況に応じて、今の形でやっておられると思いますが、本当に、そのような会議体や組織を設定するメリットはあるのか、かえって邪魔になってはいないか。また、位置付けも横並びでつけるのか、横串で刺すような体制でつくるのか、さまざまな工夫があると思います。何か情報共有できるものがあれば、ぜひご紹介いただきたいと思いますが、いかがでしょうか。県内で「PDCAサイクルの確保について検討する場」について、意見交換できたらと思います。

(増田) 今日はとても勉強になりました。好事例4県の取り組みはすばらしいなと思いました。発表の中で再三、出ていたのは、「誰がやるのか」「どこでやるのか」という問題でした。「お金が十分でない」「人が十分でない」中で、PDCAサイクルを回していくのはとても大変だと思いますし、各拠点病院には、がん以外にもたくさんの仕事があります。また、実際に臨床の先生方に、これ以上無理をさせるのはとても難しい部分もあると思います。

そうした中でも、やっていかなければいけないということで、1つ重要なのは「体制づくり」です。事務局を都道府県の拠点病院の中に置いて、そこがある程度マネジメントをす

るという体制づくりが、大事なのかなと思います。これはどこの県に限らず、たぶん、そういうことをやる「部署がない」「人がいない」から、結局それを臨床の先生方が「やらざるを得ない」、先生方に「頼まざるを得ない」ということなのだと思いますが、なかなか私たちもいづらい。ですから、例えば強化事業費を弾力的に運用することによって、そういう人員を確保して、そこが事務局機能を果たすことはできないでしょうか。施設訪問するにしても、それこそアポ取りから始めて、必要資料を集める仕事もあります。その部分を事務局がやれば、ある程度、回っていくのではないかと考えています。

沖縄県のPDCAサイクルは決してうまくいってはいませんが、ただ、拠点病院としての仕事やネットワークづくりには取り組んでいます。私たちは協議会を4回開いていますし、専門部会も7つあり、年間30回以上の会議を開いています。私が勤務している琉球大学病院のがんセンターの中に事務局を置いており、センターの事務員が、先生方から提案されたいろいろなアイデアを具現化するため、メールで意見調整したり、必要なメンバーを選定して会議を招集したり、アポ取り・場所取りや予算の確保なども行っています。

強化事業費の弾力的な運用をすることが大事なかなと、ずっと考えています。拠点病院はいろいろなことをしなければならぬ一方で、強化事業費の弾力的な運用は少しずつ狭まってきている感じがします。これは私見ですが、もう少し、強化事業費を拠点病院でフレキシブルに使えるような形に戻していただけないかなと思います。その際に、ある程度のたがをはめるとすれば、PDCAサイクルを回すために事務局機能をどこかに置く。そのための人員確保に向けて、今日は清住先生がいらっしゃっているので、拠点病院の強化事業費は毎年毎年、少しずつ総額としては減っていると思いますが、新しいことを始めるということで、予算の確保と予算のシーリングをその年だけは止めていただければと思います。もう1つは、そういう使い方もあるということ、指針の中にも、また実際の強化事業費の使い方の中にも、明記していただけるとありがたいと思っています。

(清住)ありがとうございます。ただ今ご指摘いただいた件ですが、必要な額を必要な分だけ財務省にしっかり要求するというのももちろん毎年、厚労省からも行っていますが、やはり、がん対策に限らず、どこかの分野に重点的に非常に多くの額が落ちるとすることは考えにくく、そこにあまり注力はできないのではないかと考えております。

ただ、一方で現在の事業費、拠点病院補助金ですが、昨年まで開催していた検討会の中でも、次の拠点病院の指針を改正する議論をする際には、現在の補助金の運用状況や濃淡、また使用方法などを含めて指針の議論を行うべきであるという宿題を、すでにいただいています。今度の基本

計画を策定して、その後に新たな指針をつくる議論の際には、この補助金の運用の濃淡等も含めて議論する予定にしています。

(加藤)ありがとうございます。毎年6月ぐらいに開催している拠点病院の連絡協議会でも、毎年のように「都道府県拠点病院の事務局機能強化のための予算の配慮をお願いします」ということを書いています。これについては、ずっと強く希望してきたので、優先事項として入れてもらえたらありがたいと思います。実際に、都道府県レベルでのPDCAサイクルの実績もできています。かつてはこういったものを理念だけで書いていましたが、実績を根拠にして、財務省などへの交渉の材料に使ってもらえたらありがたいと思います。なにとぞご検討くださいますようお願いいたします。

(若尾)本日の各県の取り組み等を聞いて少し考えたことをお話します。1つ目のテーマである全体目標とも絡むのですが、結局、PDCAの体制をつくるにあたって、「県のPDCA全体について決める体制」と、「個々の事業別のPDCAについて決める体制」の2つに分けてはどうかと考えています。例えば、「PDCA部会をつくって、そこが全体を決めて、さらに個々も回す」というところもあれば、「全体については協議会そのもので決めて、各部会で個々のものをする」というところもある。ですから、全体をどこかで決めて、個々をどこかやるというふうに決めれば、その体制はどのような形でもいいのかとは考えました。

(加藤)ありがとうございます。やるべきコンテンツを整理して、それを、それぞれの県の状況に合わせて落としていけばいいのではないかと、という話だと思います。すでに、相談支援などについては充実した活動が始まりつつあるところもあります。全体をみて、「県全体としてどのような目標を設定するのか」を別途、検討する必要があるかもしれませんので、参考にしてもらえたらと思います。

あともう1つ、私のほうで考えていたものですが、「実地調査的なもの」「ピアレビューをするときの相互訪問のようなもの」について。いろいろな形で、すでに始まっているところもあるかと思いますが、この取り組みについて何か情報共有しておくことがあれば、ぜひ意見交換できたらと思います。いかがでしょうか。

(若尾)これも、先ほどのPDCAとも重なる話だと思いますが、結局、相互訪問するにしても、しっかりした事務局があって、事務局が「どこが、どこを回る」などの日程調整をすることができれば、数が多くても参加する施設を増やせると思います。事務局として、そういう取りまとめをする部署がないと、逆に相互訪問などはできにくいのではないかと、今日のお話を聞いて、また感じました。

(加藤)ありがとうございます。私たちがまとめた事務局のマニュアルも、それなりの分量がありまして、やるべきこと

を書き出すと本当に多くなってしまいます。ですから、実際にやるためには事務局規模の充実が何よりも大事だと思います。

また、先ほど高山(智子)先生(国立がん研究センター)から話がありましたが、「チェックリストをみていく」という、「やるべきことを実地調査にしていく」方法もあると思いますが、現場で起きてきた問題とか、いい取り組みを、現場レベルで「これをみに行こうよ」とボトムアップするような「提案に基づく実地調査」も、実際の現場では非常に有意義だろうと思います。そういう実地調査の方法も、より積極的に取り入れていけるといいかなと思いましたので、参考にしてもらえたらと思います。

では、それ以外のことで、何か皆さんで情報共有や、確認したいことなどはありますか。

(秋田大学医学部附属病院 柴田浩行) PDCAで、評価をするところが大事だと思いますが、いろいろな情報を集めるのはレイバーインテンシブで、なかなか現場はやらないところですよ。今、電子カルテには、ほとんどの医療情報を入れてありますよね。そういうビッグデータから何かを収集するようなツールや、評価ツールの開発など、例えば国立がん研究センターの方々に何かやっておられるでしょうか。先ほどの、どちらかというとデジタル化しにくい患者相談とか緩和ケアのチェック項目などは、一部デジタル化した形で電子カルテにビルトインできるようになれば、今後の評価ツールとしては有効に使えるかなと思いますけれど。実際には、糖尿病やほかの領域で電子カルテ上のビッグ情報を評価に使うような動きがあると聞いていますが、がんの領域ではそのあたりの動きは何かありますでしょうか。

(若尾) 今のところ考えられるのは、これから院内がん登録のデータを生かすということと、先ほど神谷(諭 国立がん研究センター)から報告させていただいた、「ツールとDPCのリンクによって診療情報のQIを決定する」というところまでしか、われわれのほうでは考えられていません。ただ、がんの場合は、院内がん登録をキーとして、いろいろなデータをつなぐということは、今後、可能性としてはあると考えています。また、いろいろアイデア等をいただければ、私たちのほうでも考えたいと思いますので、ぜひよろしく願いいたします。

(加藤) その他には、いかがでしょうか。本日の議論は、ぜひ多くの方と共有できたらと考えていますので、できるだけ早く、発表で使った資料の掲載を進めていきたいと考えています。また、前回のフォーラムのときもそうだったのですが、資料も含めて読みやすい形にまとめた報告書も合わせて、ホームページに掲載していくつもりですので、ぜひご活用いただければと思います。

また、昨年度に発表していただいた奈良、東京、鹿児島の方

々々については、その後、どういうことをやっているのか、インタビューという形でお話を聞いています。今、国のがん対策の中でPDCAサイクルがどんなふう動いているのか、ここに参加している方だけではなく、多くの方に知ってもらえるように、読みやすい形で、まとめています。がん対策に関するPDCAサイクルが動いているのだということ、うまく周知できるよう準備していることを、報告させていただきたいと思っています。

本日、多くの情報共有ができたと思います。私たち国立がん研究センターの活動についても、今後の方向性について、いろいろな示唆をいただいたと思いますので、その点も含めて、よりよいものにしていきたいと考えています。

閉会挨拶

国立がん研究センター 中釜 齊

本日は7時間近くにおよぶ皆さまの活発な意見交換を聞かせていただき、私自身も非常に勉強になりました。皆さまが、がん医療の質を高めるためにPDCAというツールを使ってさまざまな試みを行い、さまざまな困難を抱えながら取り組んでおられることもよくわかりました。ご発表にありましたように、このPDCAというツールを通じて、現状の理解を共有し、さらにその理解を深化し、ひいては医療の質の向上につながる、そういうことが少し見えてきたように思います。

同時に、やはりPDCAについては、地域特性を生かしながらいかに運用していくのかという課題、そして国全体としてがん医療の均てん化に取り組む際には、拠点病院と行政とが関係性を密接に深めていくために、財源的な確保が必要であるということもわかりました。少ない財源・人数で行

われている皆さまの努力が、多くのがん患者さんに届くようにしなければなりません。そして、それを目指しているという皆さまの心意気が共通であることもよくわかりました。

これらを実現できるように、全国のがん拠点病院が互いに意見交換し、情報をフィードバックしながらより理想的な姿を見いだしていく、本日はそのような活動の一環だと感じました。これは継続的に続くような仕組みを考えなければいけないでしょうし、そのための忌憚のない意見の交換も重要だと思います。今日1日、私自身本当に勉強になりました。この機会を継続しながら、ぜひ皆さまと一緒に多くのがん患者さんが適切な医療を受けることができる仕組みを実現していきたいと思いました。

本日はありがとうございました。



平成28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28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29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5丁目1番1号
TEL 03-3542-2511
E-mail pcc-office@ml.res.ncc.go.jp



国立研究開発法人

国立がん研究センター

National Cancer Center Japan