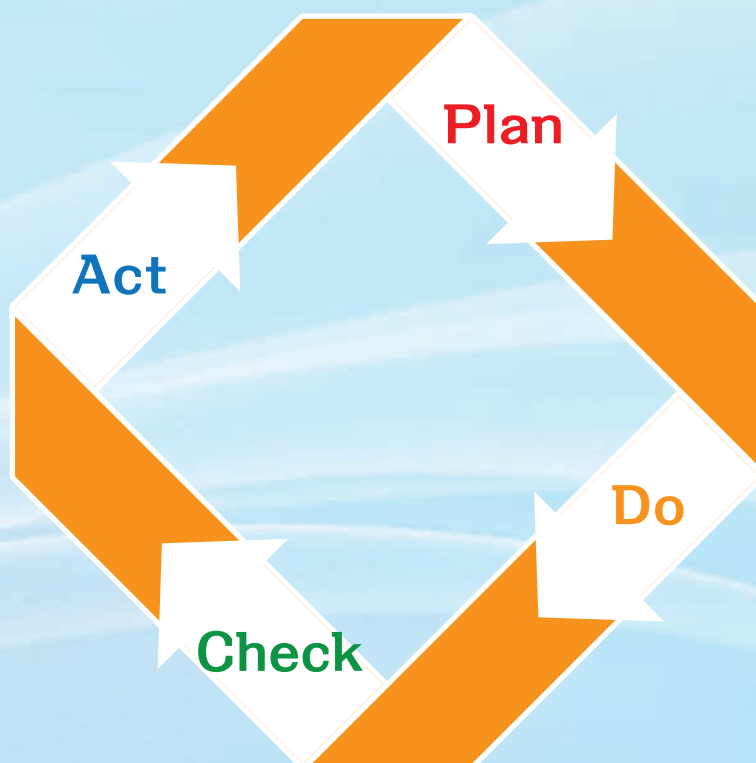


平成29年度 厚生労働省委託費  
がん診療連携拠点病院PDCAサイクル体制強化事業

平成29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：2018年2月3日(土) 13:00～17:00

会場：国立がん研究センター 築地キャンパス 新研究棟 大会議室

主催：国立研究開発法人 国立がん研究センター

# 平成29年度 都道府県がん診療連携拠点病院 PDCAサイクルフォーラム

## 報告書

.....《CONTENTS》.....

1. 開会挨拶 .....	1
国立がん研究センター 中釜 斉	
2. 来賓挨拶 .....	1
厚生労働省健康局 丸野 正敬	
3. がん診療連携拠点病院のPDCAサイクル .....	2
国立がん研究センター 加藤 雅志	
4. 秋田県の取り組み .....	9
秋田大学医学部附属病院 本山 悟	
5. 東京都の取り組み .....	21
都立駒込病院 鳶巣 賢一	
6. 長崎県の取り組み .....	28
長崎大学病院 石井 浩二	
7. 緩和ケアに関するピアレビュー実施支援事業(三重県の取り組みなど) .....	35
国立がん研究センター 加藤 雅志	
8. がん相談支援のPDCAサイクルの確保に関する研究 .....	43
国立がん研究センター 高山 智子	
9. がん医療の均てん化指標の測定に関する研究 .....	51
国立がん研究センター 渡邊 ともね	
10. おわりに .....	58
国立がん研究センター 若尾 文彦	
11. 閉会挨拶 .....	59
国立がん研究センター 中釜 斉	

## 開会挨拶

国立がん研究センター 中釜 斉

本日は大変お忙しい中、「平成29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」にご参席いただきまして誠にありがとうございます。地域によっては大雪などの影響で交通もままならぬところ、ご参加くださった方もいらっしゃると思います。あわせて深く感謝申し上げます。



改めて言うまでもないことですが、PDCAサイクルは、平成26年1月厚生労働省の「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」の中で指定要件の1つとして加わりました。そして、このPDCAフォーラムも今年で3回目となります。昨年の10月に第3期がん対策推進基本計画が閣議決定されましたが、がん診療連携拠点病院の皆さまと力を合わせてがん医療を着実に推進していくためにも、実施したことをしっかりと評価し、それをまた改善に向けてお互いの情報を共有しながらより良いものを目指していく、そのためにPDCAサイクルの仕組みは非常に重要だと考えております。

同時に各地域の特性を活かしながら、その都道府県に合った適切なPDCAサイクルを計画し、その進捗をきちんと管理していく。そのような試みも重要だと思います。お互いの取り組みを共有することによって、新たな課題、あるいは政策として反映すべき点も見えてくるのではないかと考えておりますので、本日はぜひ活発な議論をいただければと思います。よろしくお願いいたします。

## 来賓挨拶

厚生労働省健康局 丸野 正敬

これまでがん医療の均てん化を目的としまして、がん診療連携拠点病院の整備が進められてまいりました。先ほど中釜理事長からもご紹介いただきましたように、前回、平成26年1月にがん診療連携拠点病院の整備指針が見直された際に、拠点病院におけるPDCAサイクルの確保が整備指針に位置付けられ、都道府県拠点病院の皆様にはその中心となる役割を担っていただいているところでございます。



拠点病院の先生方、メディカルスタッフの皆様、そして都道府県の皆様には、日頃よりがん診療提供体制の質の確保にご尽力いただきまして誠にありがとうございます。昨年度に引き続き、本日3回目となるこのフォーラムでは、皆様のPDCAサイクルの確保に関する取り組みにつきましてご提示いただき、その好事例や課題について情報を共有できる機会となることを期待しております。

また、平成29年10月には第3期のがん対策推進基本計画が策定されました。現在は、その基本計画に基づきまして、拠点病院の整備指針につきましても見直しの議論をしているところでございます。本日の議論の内容を踏まえた上で、新たな整備指針におきましてもPDCAサイクルを有効に回しながら、がん診療提供体制の質がより向上されることとなりますよう、議論を進めてまいりたいと考えております。本日は何卒よろしくお願いいたします。

# がん診療連携拠点病院のPDCAサイクル

国立がん研究センター 加藤 雅志

最初に、がん診療連携拠点病院のPDCAサイクルについて全体的なお話をし、その後、各県からの取り組みを紹介していきたいと思います。

## 第3期がん対策推進基本計画

### 第2 分野別施策と個別目標

#### 2. 患者本位のがん医療の実現

～適切な医療を受けられる体制を充実させる～

#### (2) がんの手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法の充実

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

#### （取り組むべき施策）

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

先ほど、厚生労働省の丸野様からお話がありましたが、昨年、第3期のがん対策推進基本計画が策定されました。その中で、医療に関する取り組むべき施策として、「国は、拠点病院等における質の格差を解消するため、診療実績数等を用いた他の医療機関との比較、第三者による医療機関の評価、医療機関間での定期的な実地調査等の方策について検討する」と記載があります。診療の質を高めていくために、さまざまな取り組みをしていくことが今後、求められていくものと思います。

拠点病院の指定要件にも書かれているように、PDCAサイクルを確保していく必要がありますが、その目的は診療の質の改善です。そのための方法はいくつかありますが、今回のフォーラムでは特に、お互いを訪問して現場を見る実地調査について焦点を当てた取り組みを紹介していきたいと思います。

実地調査に関する第3期の基本計画の記載をみてみます。緩和ケアに関しては、厚生労働省がこれまでに開催してきた緩和ケアの検討会において、他の領域よりも先行した取り組みがなされてきています。厚生労働省が専門家の方々などと協力して実際に拠点病院を訪問するということを行って行ってきました。そのようなこともあり、緩和ケアに関する部分の記載では、実地調査に関する記載が多くあります。

実地調査については後ほど詳しくご紹介していきたいと思います。

現在の拠点病院の指定要件において、PDCAサイクルの確保に関する記載の中で、各病院が取り組む病院レ



### 3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

～がんになっても自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現する～

#### (1) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

##### ①緩和ケアの提供体制

#### （取り組むべき施策）

- ・ 拠点病院における連携を強化し、緩和ケアの機能を十分に発揮できるようにするため、院内のコーディネート機能や、緩和ケアの質を評価し改善する機能を持つ「緩和ケアセンター」の機能をより一層強化する。また、「緩和ケアセンター」のない拠点病院等は、既存の管理部門を活用して、上記の機能を担う体制を整備するほか、院内体制を整備し、緩和ケアの質の評価・改善に努める。さらに、緩和ケアの質の評価に向けて、第三者を加えた評価体制の導入を検討する。

#### (1) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

##### ①緩和ケアの提供体制

#### （取り組むべき施策）

- ・ 国は、緩和ケアの質を評価するための指標や基準を確立する。また、実地調査や遺族調査等を定期的かつ継続的に実施し、評価結果に基づき、緩和ケアの質の向上策の立案に努める。
- ・ 国は、実地調査等を通じて、拠点病院以外の病院における緩和ケアの実態や患者のニーズを把握する。拠点病院以外の病院においても、患者と家族のQOLの向上を図るため、医師に対する緩和ケア研修会等を通じて、緩和ケアの提供体制を充実させる。
- ・ 国は、緩和ケア病棟の質を向上させるため、実地調査等の実態把握を行う。その上で、緩和ケア病棟の機能分化等（緊急入院にも対応できる緩和ケア病棟と従来の看取り中心のホスピス・緩和ケア病棟等）のあり方について検討する。

ベルでの診療の質の改善だけではなく、都道府県レベルでもPDCAサイクルを確保するということが初めて記載され、全国の都道府県がそれぞれの状況の中で、新しい取り組みを開始しているところです。また、国立がん研究センタ

## 求められているPDCAサイクルの確保の体制

### ①拠点病院レベル

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

### ②都道府県レベル

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

### ③全国レベル

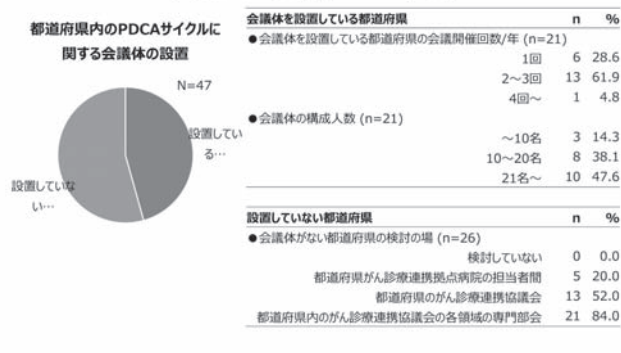
- 国立がん研究センターが中心となり、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会（国協議会）を設置、以下を協議
  - ・都道府県拠点病院のPDCA確保に関する取り組み状況の把握
  - ・都道府県拠点病院を介した全国の拠点病院等の診療機能や診療実績等の情報収集

## 第10回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 事前アンケート結果 2017年7月

	N=47	
	n	%
<b>●PDCAサイクルの確保に関する取り組み状況</b>		
都道府県内のPDCAサイクルの確保に関する責任者を決めている	26	55.3
都道府県内のPDCAサイクルの確保に関する実務担当者を決めている	29	61.7
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	55.3
都道府県レベルでPDCA確保の取り組みを開始している	36	76.6
都道府県内で達成すべき共通の目標を設定している	20	42.6
都道府県内の共通目標は「都道府県がん対策推進基本計画」に基づいている	14	29.8
共通の目標達成のために、各がん診療連携拠点病院が行動計画を立案している	9	19.2
各がん診療連携拠点病院が立案した行動計画の進捗状況について、都道府県内のPDCAサイクル部会・委員会等で確認している	16	34.0
都道府県内で設定した目標達成状況について、PDCAサイクル部会・委員会等で評価している	15	31.9
<b>●PDCAサイクルの確保で活用している方法</b>		
現況報告書を用いて拠点病院間の情報を共有	24	51.1
院内がん登録データを用いて情報共有	25	53.2
がん診療評価指標（Quality Indicator）の研究に参加	20	42.6
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	15	31.9
都道府県内共通のフォーマットを用いてPDCA活動について情報共有	16	34.0
特定のメンバーが訪問する実地調査	6	12.8
病院間の相互訪問による実地調査	13	27.7
その他	6	12.8

一は、その都道府県の新たな取り組みを皆様とこのフォーラムやホームページ等を通じて共有し、広めていくという役割が期待されています。

## 都道府県レベルのがん診療の質向上のための PDCAサイクル確保の取り組み 第10回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 事前アンケート結果 2017年7月



これは昨年の7月に、都道府県がん診療連携拠点病院が集まる都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会で事前に行ったアンケートのまとめです。PDCAサイクルに関して、すべての県が何らかの取り組みをしている状況でした。しかし、方法に関してはさまざまであり、例えば会議体を設置しているところが21、会議体ではないけれども拠点病院の連絡協議会や担当者間でPDCAサイクルに取り組んでいるところが26でした。おそらくそれぞれの都道府県の状況やいろいろな考え方がある中で、その都道府県にとって適切なやり方が検討された結果だと思えます。

政府が第3期の基本計画を策定し、現在、各都道府県でそれぞれの都道府県計画の策定準備を進めているところだと思えます。各都道府県がん診療連携拠点病院に対して、都道府県計画を意識しながら都道府県内の拠点病院が協力して、その都道府県計画を達成するためのPDCAサイクルを全体で回しているかと質問してみたところ、都道府県内の共通目標は「都道府県がん対策推進計画」に基づいていると回答したところは14と、まだまだ少なかった状況でした。

今回、第3期の新しい都道府県計画ができますので、がん診療連携拠点病院はその都道府県の計画を意識して、拠点病院が共通で達成するような目標を各都道府県で検討していただきたいと思います。もちろん、それぞれの都道府県ごとの状況がありますので、拠点病院全体で共通の目標を作ることが容易ではないところもあるかと思えます。難しいこともあるかもしれませんが、都道府県拠点病院の皆様方にはぜひこのような視点も持って、都道府県の計画を意識した共通目標を立てることができるのかどうかについて、ご検討をお願いしたいと考えています。

また、今回のフォーラムで取り上げている実地調査を行っているという都道府県は、まだ多くはありません。やっているところご回答いただいたところに詳しく話を聞いていくと継続した取り組みになっているところは多くなく、実地調査に関する取り組みはこれからという状況です。ぜひ先行している都道府県の話などを参考にしてくださいと幸いです。

## 第10回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 事前アンケート結果 2017年7月

### ●工夫していること

- 県の次期がん対策基本計画案の作成は県の協議会に依頼されており、目標設定を計画に反映させる予定（千葉）。
- PDCA部会を立ち上げ、トップダウン方式で共通目標を設定し、各施設とともに取り組んでいる（埼玉）。
- 都内をブロックに分け、各ブロックごとに意見交換や相互訪問を行う（東京）。
- 県のPDCA推進委員会は病院の管理的立場の方がメンバーとなり、各病院での推進を促す（山梨）。
- PDCAサイクル確保のための共通書式を用いて、県内拠点病院等で共有している（秋田、愛知、広島）。
- 医療安全の専門家（大学教授）にアドバイザーとして参加してもらう（愛知）。

### ●問題点

- 県内の情報を取りまとめる事務作業には医療的理解が必要であり、担当者の育成が課題。
- 手術・放射線・化学療法など治療そのもののPDCAサイクルについて議論できる場がない。

工夫していることについて、いくつか紹介しております。前回のフォーラムの中でご紹介いただいた埼玉県の取り組みも、来年に向けて新たな共通目標を作っていく準備をしていると伺っております。また、広島県の取り組みは昨年ご発表いただきました。東京都からは今回もご発表いただ

## 全国の都道府県で 多彩なPDCAサイクルの確保のための 取り組みが開始されている

今回のフォーラム開催に際し、全国16府県から関連資料をご提供いただきました

【本日の資料参照】

きます。

今回、皆様からそれぞれの県でどのようなPDCAに関する取り組みを行っているのかについて、事前にアンケートをいたしました。本日配布した資料の後半に、皆様からいただきましたPDCAに関する具体的な取り組みを掲載しています。追加の秋田県を加えて、全部で17都道府県からご紹介がありました（参照：【2】提供資料・都道府県のPDCAサイクル確保に関する取り組み [https://ganjoho.jp/med\\_pro/training\\_seminar/pdca/forum/20180203.html](https://ganjoho.jp/med_pro/training_seminar/pdca/forum/20180203.html)）。

私たちもこれを拝見し、各都道府県の取り組みを勉強させていただきました。本日のフォーラムでご紹介できない都道府県で、とても素晴らしい取り組みをしているところを、いくつかだけですがご紹介したいと思います。例えば、宮城県からはかなり詳細な資料を付けてくださり、他の都道府県の方々にとっても大いに参考になると思いました。いろいろな分野ごとに、診療の質の改善に向けてとても精緻に進めていらっしゃると思います。このような取り組みは、他の県でも行われていました。例えば、富山県や山口県などもとても参考になるかと思えます。

続いて、神奈川県取り組みです。以前、緩和ケア部会においてご紹介する機会もございましたが、緩和ケアについてピアレビューを実施しているという内容になっています。

また、私がとても素晴らしいと思ったのは愛知県です。医療安全という観点から診療の質の改善を、改善活動に詳しい企業の方の協力も得て行っています。危機管理といった観点からPDCAを回していくという視点は特徴的であり、とてもおもしろいと思えました。ぜひ参考にさせていただきたいと思えます。

高知県では相互評価を行っているとのことであり、お互いに評価をする時にどのような観点で評価していくのかという、チェックリストのようなものを作成しておりました。各地域の方々に聞いていくと、このようなチェックリストのニーズがあることは伺っております。それぞれの都道府県

で実際にお互いに評価していく時に何を評価すべきかを考える時の参考になると思ひ、ご紹介させていただきました。

かなり充実しており役立つ情報も多い資料となっておりますので、ぜひ関係者の方々には一度はお目通しいただきたいと思ひます。

### 都道府県レベルで取り組む PDCAサイクル確保の方向性（1）

#### 取り組むテーマや目標の設定について

各病院の現場が感じる課題の解決を優先に取り組む  
それぞれの病院内で取り組む改善活動を都道府県内で共有する



取り組むテーマは、できるだけ都道府県がん対策推進計画と調和を図る  
都道府県内で共通の目標を掲げ、各病院の改善活動の共有を図る

都道府県レベルで取り組むPDCAサイクル確保の今後の方向性について考えていきたいと思います。これまでは、各都道府県でまずは各病院の現場の困っていることを優先に考え、それぞれの病院が個々に独自の目標を立ててPDCAサイクルに取り組んでいたという都道府県が多かったと思ひます。これからの取り組みとしてはそれに加えて、できるだけ都道府県のがん対策推進計画を意識して、都道府県計画と調和が図られた都道府県内全体での共通目標を掲げていくことを目指していただきたいと思ひます。もちろん、都道府県内で取り組むPDCAの目標を、この共通目標だけにしようということではありません。それぞれの病院ごとの問題の解決や、診療の質を改善していく独自の取り組みも非常に重要です。ぜひ各病院の状況に合わせた目標設定を引き続きしていただきながら、加えて、可能であれば都道府県内全体の共通目標の設定も検討していただきたいと思ひます。

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

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

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

実際に共通目標を作っていくために、どのように進めて

## 都道府県レベルでの共通目標を設定する PDCAサイクルの確保

【第1フェーズ】関係者が集まる場でのグループワークや会議  
課題と解決に向けた取り組みの検討

【第2フェーズ】事務局  
「具体的な行動計画」と「指標」の案の作成

【第3フェーズ（可能なら実施）】関係者が集まる会議  
都道府県レベルの目標、行動計画、評価方法、指標の決定

【第4フェーズ】各病院  
自施設での目標、行動計画、評価方法、指標の決定

【第5フェーズ】関係者が集まる場でのグループワークや会議  
都道府県内で、各病院の取り組みの共有

## 都道府県レベルでの共通目標を設定する PDCAサイクルの確保

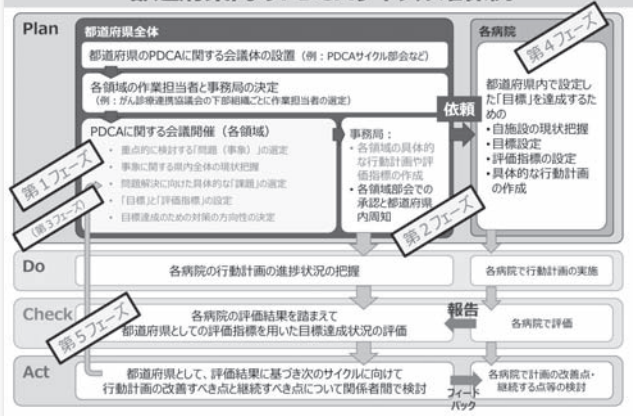
【第1フェーズ】関係者が集まる場でのグループワークや会議

- ①重点的に検討する問題・課題を列挙する
- ②現状の把握を行う
- ③列挙した問題・課題から、解決に向けて取り組む課題を選ぶ
- ④目標を決める
- ⑤解決の方向性を検討する

【問題】：事象。例 地球温暖化

【課題】：取組または自身に課せられていること。例 CO2排出削減

### トップダウン方式による 都道府県内のPDCAサイクル確保例



【第1フェーズ】の詳細

- ①重点的に検討する「問題」「課題」を列挙する

「都道府県がん対策推進計画」において、がん拠点病院に任されている内容で、都道府県全体の問題・課題であるが、まだ取り組みが不十分な領域を列挙する。

たとえば、「〇〇県がん対策推進計画」に以下のように記載されているもの

#### 4 高度ながん医療の総合的な展開

##### (2) がんと診断された時からの切れ目のない緩和ケアの提供

イ 拠点病院等の緩和ケアチーム及び緩和ケア外来等の体制強化

(拠点病院及び認定病院は、) 院内においてがん治療に当たる主治医と緩和ケアチームの連携を一層強め、患者の症状に合わせた緩和ケアが提供されるよう取り組んでいきます。

いくのかについて簡単にご紹介します。まず、各都道府県のがん対策推進計画を意識しながら共通目標を立てることが重要であり、その共通目標を達成するために各病院が施設の目標を作っていくことになります。

第1フェーズから第5フェーズまでの全体像になります。事務局は、それぞれの都道府県ですでに体制があるかと思いますが、その役割を整理しておくとういと思っています。まず第1フェーズですが、PDCAについて扱う会議の中で都道府県として何を目標にするのかの検討を行います。第2フェーズとして、その話し合いを踏まえて事務局が具体的な共通目標案を文章として整理して示します。丁寧にプロセスを経るのであれば、第3フェーズとしてその案を会議で承認した後、各病院に対して都道府県内で定めた共通目標として示すのもよいかと思っています。第4フェーズはそれを踏まえて、各病院がその共通目標を達成するために自分たちの施設の計画を立てていきます。そして、それぞれの病院がその計画を実施していき、第5フェーズとして都道府県全体の会議において各病院の取り組みを共有して、都道府県としての課題解決に向けた活動の進捗状況を確認し改善点を検討する。そして、その結果を各病院に伝え、各病院ごとで自施設の改善計画に活かしていくという流れができるとういと思っています。

では、具体的に共通目標を設定するということを見ていきたいと思っています。最初に共通目標を設定して計画を作る部分が最も重要であり丁寧にやっていく必要がある部分になります。第1フェーズにあたりますが、5つのステップで進めていきます。

まず1つ目のステップとしてやっていただくことは、検討する問題点や課題を列挙していく作業です。各都道府県の多くのがん対策推進計画において、がん診療連携拠点病院が取り組むことという記述があります。これは第2期のある県の計画ですが、例えば緩和ケアに関する部分で、県の計画の中で「拠点病院は、院内においてがん治療に当たる主治医と緩和ケアチームの連携を一層強め、患者の症状に合わせた緩和ケアが提供されるよう取り組んでいきます」という記載があります。このように拠点病院が取り組むことについて記載のある都道府県計画は多いと思います。特に、診療に関する部分は「拠点病院はこのようなことを取り組みます」という内容の記述が第3期の都道府県の計画の中でも多く含まれてくると思います。それを踏まえて、各都道府県内で実際に拠点病院がどのようなことを6年かけて行っていくのかについて、拠点病院で現場を担っている者たちが検討していく必要があります。

拠点病院が取り組むべき課題を並べていったあと、第

### 【第1フェーズ】の詳細

#### ②現状の把握を行う

(事前に行うことが難しいことも多いので可能な範囲で行う)

- ・(可能であれば事前に) 既存データの収集※
- ・会議の中で可能な範囲で現状を共有できるようにする
- ・(重要な課題であれば、今後の継続的なデータ収集を念頭に) 各病院の医療者からのインタビューやアンケート、患者アンケートなどを行う

※ 「がん拠点病院現況報告」「がん対策進捗管理指標」を活用する

2のステップとしてそれらの現状を整理することができることが望ましくあります。しかし、準備をしていなければ会議の中で現状把握をすることは現実的に難しいと思いますので、可能であれば都道府県計画に記載のある「拠点病院はこのようなことをしていく」という記述に関して、事前に必要なデータを収集しておいて会議の中で提示できると、より具体的に有意義なディスカッションができると思います。それが難しい場合は会議の中でわかる範囲で情報を共有し話し合っていくことでよいと思います。

### 【第1フェーズ】の詳細

#### ③列挙した問題・課題から、解決に向けて取り組む課題を選ぶ

たとえば、

「緩和ケアチームへの疼痛以外の依頼件数を増やす」

#### ④目標を決める

たとえば、「がん拠点病院の現況報告」における緩和ケアチームの依頼件数をベースラインとして、「年間の緩和ケアチームへの依頼のうち、疼痛以外の依頼件数を前年よりも増加させる」

そして、第3のステップとして、列挙した課題の中から、優先的に取り組んでいくものを選んでいきます。続いて第4のステップです。例えば第3ステップで「緩和ケアチームへの疼痛以外の依頼件数を県全体で増やしていく」という課題に取り組むべき課題として定めたとします。その取り組みの進捗状況を数値で実際に測っていけるよう目標を決めていきます。例えば「拠点病院の現況報告で報告している緩和ケアチームの依頼件数をベースラインとして、その件数の増加を目指す」といったような形になります。可能であれば数値目標を設定できるとよいのですが、難しい場合は、まずは増加させるということでもいいと思います。

そして、第5ステップで解決の方向性を検討していきます。多くの場合はそれぞれの拠点病院の中で各緩和ケア

### 【第1フェーズ】の詳細

#### ⑤解決の方向性を検討する

たとえば、

(案1) 都道府県内全体で取り組む方法を検討する  
都道府県全体で、医療従事者向けの緩和ケアチーム依頼増加に向けたパンフレットを作成し、各病院で啓発に取り組む。

(案2) 各病院に取り組む方法は一任する  
ただし、各病院の取り組みは相互に共有する。

チームの依頼件数を増やす計画を立案してくださいということで、案2で進めていくことになると思います。このように都道府県全体で共通目標を立て、実際の活動内容は各病院に任せることから開始するのが現実的です。しかし、もし可能であれば、都道府県内全体で取り組めることがないかということもぜひ検討していただきたいと思います。例えば、緩和ケアチームへの依頼件数を増やすために、都道府県内全体で取り組む方法として、都道府県内の医療従事者向けに緩和ケアチーム依頼増加に向けたパンフレットを作るといったようなことです。実際にそのような取り組みを実施しているという都道府県を今はまだ聞いたことがありませんので、今後の目指していくあり方の1つとして参考にしてもらえたらと思いますが、都道府県内全体で共通目標の達成に向けて何か取り組むことを、場合によっては話し合ってもらいたいと思います。ここまでのことを一度に進めていくことは難しいと思います。まずは各病院に計画立案をお願いするところが現実的な方法かもしれません。以上が第1フェーズになります。

## 都道府県レベルでの共通目標を設定する PDCAサイクルの確保

### 【第2フェーズ】事務局

- ・第1フェーズの話し合いを踏まえて、都道府県レベルでの「具体的な行動計画」と「指標」の案を作成する

### 【第3フェーズ(可能なら実施)】関係者が集まる会議

- ・都道府県レベルの目標、行動計画、評価方法、指標を決定する

### 【第4フェーズ】各病院

- ・各病院で、都道府県レベルの目標を実現するために、自施設での目標、行動計画、評価方法、指標を決定する

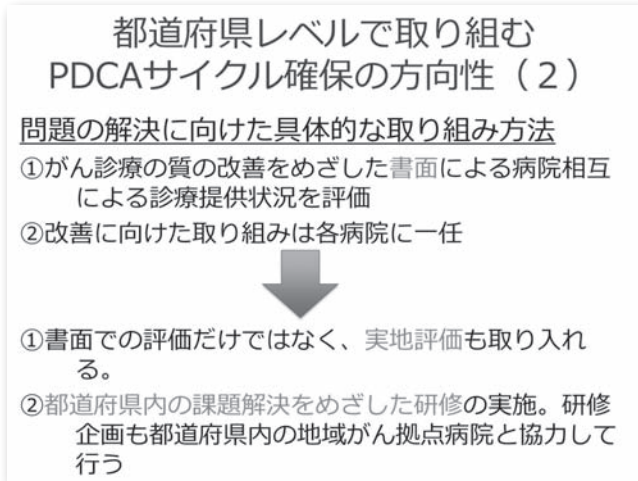
### 【第5フェーズ】関係者が集まる場でのグループワークや会議

- ・都道府県内で、各病院の取り組みを共有する

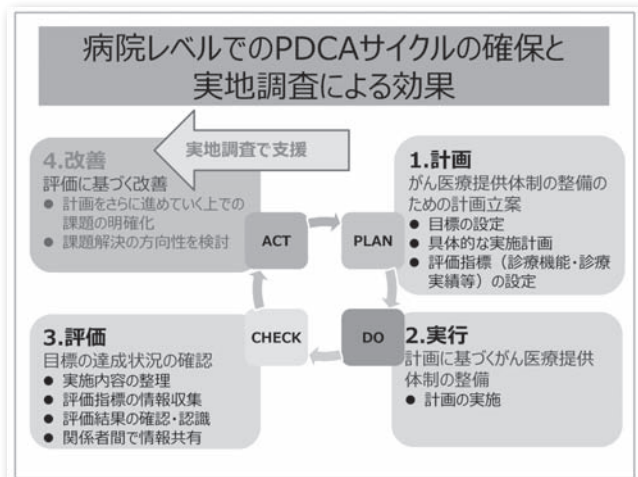
このようにして都道府県全体で共通目標を定めて、第2フェーズで事務局がその話し合いを踏まえた具体的な共通目標と指標を文章にし、第3フェーズで都道府県内の各病院の承認を得る。第4フェーズで各病院が実際に行



動計画を立て活動を行い、しかるべきタイミングで第5フェーズとして都道府県全体で中間評価や最終評価などをしていくという流れができるとよいと考えています。このモデルを参考に、今、都道府県で行っているPDCAの進め方について必要に応じて見直していくことを検討していただきたいですし、すぐに見直しが難しい場合は状況をみながらご検討いただきたいと思います。



では、都道府県内の課題を解決していくためにどのような活動をしていくべきなのかについて考えていきたいと思えます。これまでに話してきたように、診療の質の改善活動はそれぞれの病院が行っていくわけですが、ぜひ都道府県拠点病院の皆さんには、都道府県全体で診療の質が向上していくための取り組みについても考えてもらいたいと思っています。その1つの方法としては相互評価があります。まず最初にやりやすい方法として、会議のような場所で拠点病院の皆さんが集まり、拠点病院の現況報告などを用いて相互の診療状況の評価するという方法であり、このような取り組みを行っている都道府県もございます。本日いくつかの取り組みをご紹介しますが、実地評価というものを取り入れていくこともぜひご検討いただきたいと思います。そして、さらに可能であれば、都道府県内で課題解決を目指した研修を実施していくことも1つの方法で



## 都道府県がん拠点病院の役割

都道府県拠点病院は、当該都道府県におけるがん診療の質の向上及びがん診療連携協力体制の構築、PDCAサイクルの確保に関し中心的な役割を担うこと

### 1 都道府県における診療機能強化に向けた要件

- (1) 当該都道府県においてがん医療に携わる専門的な知識及び技能を有する 医師・薬剤師・看護師等を対象とした研修を実施すること。
- (4) 都道府県協議会を設置し、当該協議会は、当該都道府県内のがん診療に係る情報の共有、評価、分析及び発信を行うとともに、診療の質向上につながる取組に関して検討し、実践するため、次に掲げる事項を行うこと。
- ⑦ 当該都道府県におけるがん診療連携拠点病院が実施するがん医療に携わる医師を対象とした緩和ケアに関する研修その他各種研修に関する計画を作成すること。

あると考えています。

現在の拠点病院の指定要件において、都道府県拠点病院の役割として都道府県内に向けた各種の研修を開催しなければならないことが明記されています。ただし、都道府県内で研修をゼロから企画し開催することはかなり大変なことだと思います。そのため、国立がん研究センターがん対策情報センターではその開催の支援をしています。

### 国立がん研究センターにおける 研修に関する取り組み

#### がん対策情報センター開設前

- ・がん政策医療ネットワークに基づく個人向けのスキルアップ研修

#### がん対策情報センター開設後（平成18年度～）

- ・個人向けのスキルアップ研修のコンテンツの拡大
- ・院内の指導者向けの研修開始（平成19年度～）
- ・都道府県の指導者向けの研修開始（平成25年度～）

かつて、国立がん研究センターがん対策情報センターができる前は、国立がんセンターは個人向けのスキルアップを目指した研修を中心に行っていました。その後、院内指導者向けの研修を開始し、平成25年度からは都道府県の指導者向けの研修を開始しています。特に、都道府県内で研修を開催するためにはどうすればいいのかということ学ぶことができる指導者研修を開催しています。

今、がん対策情報センターが実施している研修は多くありますが、がん専門相談員と院内がん登録実務者以外のものとしては、看護師、化学療法チーム、薬剤師、緩和ケアチームなどがあり、その都道府県レベルの指導者育成に取り組んでいます。

私たちが目指していることとして、各都道府県がん拠点病院の指導者たちが各都道府県の中で研修を企画していく時に困らないよう、がん対策情報センターが開催する指

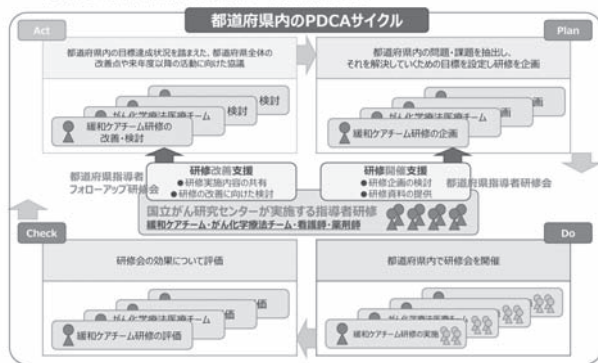
## 都道府県で研修会を開催するための 指導者養成研修の受講状況(平成28年度末まで)

看護師(平成26年度～)	29都道府県
化学療法医療チーム(平成26年度～)	15道府県
薬剤師(平成27年度～)	25都道府県
緩和ケアチーム(平成28年度～)	9県

### 都道府県内のPDCAサイクル確保をめざす都道府県指導者研修

都道府県内のがん医療水準の向上を目指し、都道府県内の指導者が課題解決に向けた都道府県内で研修を実施。

- ← 情報センター主催 都道府県指導者研修会で支援
- 目標達成状況を踏まえて研修を改善し、PDCAサイクルを確保していく。
- ← 情報センター主催 都道府県指導者フォローアップ研修会で支援



指導者研修を通じて研修の企画運営の仕方についてお伝えしていきます。その後、各都道府県がん拠点病院の指導者が研修計画を立て研修を実際に開催していただきます。そして、各都道府県の指導者が、開催した研修の効果について評価し次の年度の研修計画を作る時に、がん対策情報センターが開催するフォローアップ研修に参加いただき、他の都道府県の方々と情報共有をしたり問題解決のヒントを得たりすることで、さらにブラッシュアップされた研修をそれぞれの都道府県内で開催していただきたいと思っています。このように研修開催を通じて各都道府県の診療の質改善の具体的なアクションを行っていただきたく、国立がん研究センターは都道府県の支援をできたらと考えています。

以上、都道府県全体で取り組むPDCAサイクルについて、現在求められていることと今後取り組んでいくべきことについてお話しをさせていただきました。ご清聴ありがとうございました。

# 秋田県の取り組み

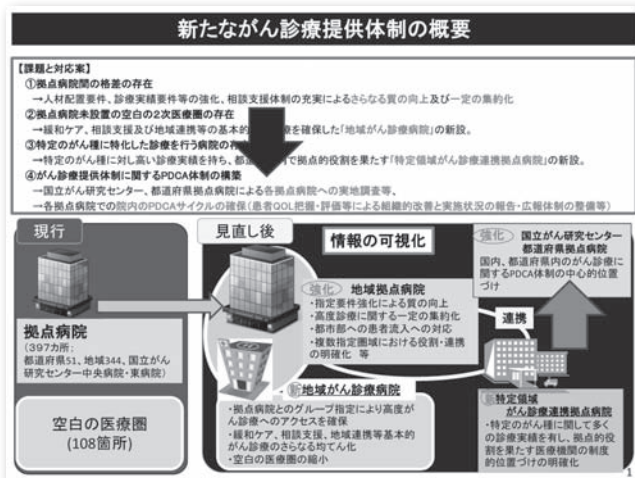
秋田大学医学部附属病院 本山 悟



ではないかと。それぞれの実地病院において全体を把握することが重要なのではないかなと思いました。

また、県拠点病院による各拠点病院への実地調査ということがありま

す。先ほど加藤先生もご紹介された内容ですが、それだけ



本日はがん対策後進県、それも最後尾をゆく秋田県に貴重な機会を与えてくださりまして、本当にありがとうございます。いろいろな課題が山積しております。しかしながら、地域には地域のいいところもございますので、そのへんを踏まえて、少しだけ秋田県の取り組みについてご紹介させていただきたいと思っております。

まず、2014年にPDCAに関することが新体制の概要に記載されたのですが、正直申しまして私どもは何をすればいいのか、どこから始めていけばいいのか、まったくわからない。そのような状況からスタートいたしました。

その文章を見てみると、各拠点病院での院内PDCAサイクルの確保が大切であると。その内容は、現状把握、評価、報告、そして広報であると記載されていました。しかし、各拠点病院による県全体の現状把握、あるいは評価も必要なの

## がん診療提供体制に関するPDCA体制の構築

☞ 各拠点病院での院内のPDCAサイクルの確保  
現状把握＞評価＞報告＞広報

☞ 各拠点病院による県全体の現状把握・評価も必要では？

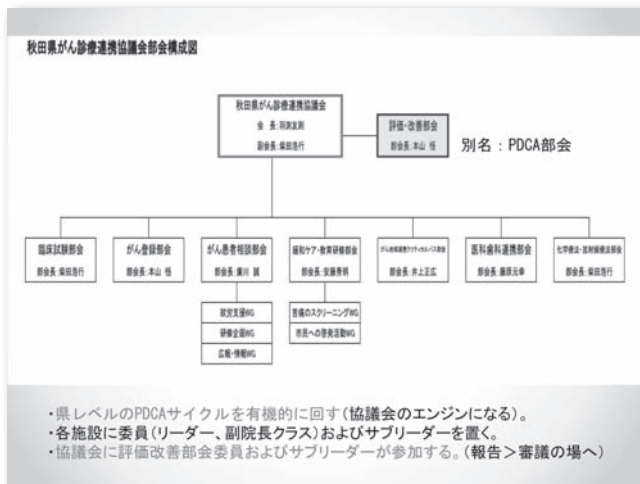
☞ 県拠点病院による各拠点病院への実地調査

☞ 各拠点病院から県拠点病院の評価も必要では？

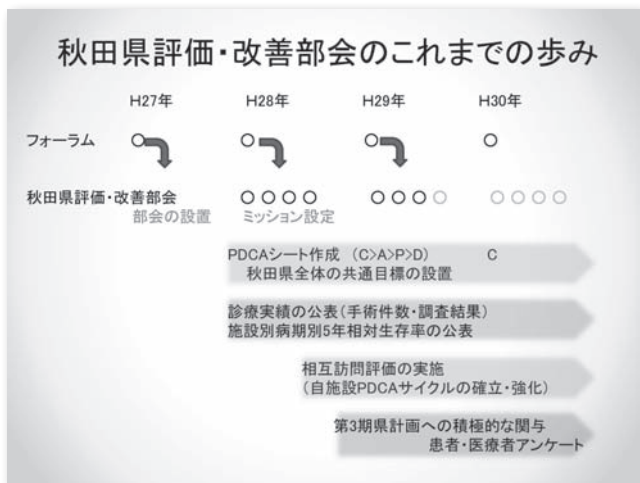
改善に向けた新たな計画が生まれる(PDCAサイクルの構築)

でいいのだろうか。逆に、各拠点病院から都道府県拠点病院を見た評価はどうなのか。これも必要であろうというふうに私どもは考えました。このような相互の評価があってこそ、このPDCAサイクルが構築されるものというふうに考えております。

まず、私どもは評価・改善部会という名前の部会を設けました。これは、本フォーラムに2015年度に初めて参加した時に東京都の取り組みを拝聴し、大変驚きを覚えたところからのスタートでございます。すぐに地元を持ち帰り、このような部会が必要であると。名前は東京都と同じでいい。別名はPDCA部会であるということを皆に周知して、早速この部会を作りました。その部会の位置付けも東京都とまったく同じで、協議会に直属する位置に置きました。そして、県レベルのPDCAサイクルをとにかく有機的に回す。協議会のエンジンになることを目的としてやってまいりました。



この構成員は、がん診療に直接あたっている副院長クラスをリーダーとして、あとは各施設において何名でも構わない、サブリーダーを置くことというふうに約束をしました。そして、この県の協議会に、評価・改善部会の委員あるいはサブリーダーにきちっと参加していただく。ともすれば協議会は、特に秋田では報告の場になることが多いです。これではいけない、きちっと審議の場にしなければということで、評価・改善部会、つまりエンジン部隊の委員の参加も求めることにしました。



これまでの秋田県の取り組みです。本フォーラムに毎年参加し、ここで新しい知見を得て、それをすぐ秋田県に導入するようにしてまいりました。部会を設置し、ミッションを設定しました。そして、年4回の開催なので、ここで1つずつP・D・C・Aと一通り回るような形で進めてまいりました。2016年度のこのフォーラムでは、PDCAシートが必要であるということを知り、秋田県全体の共通目標を作ろう、そして各病院、県全体の共通のPDCAシートを作成しようということで、早速取り組みました。Cから始めて、C・A・P・Dまでいき、次年度はいよいよ2回目のCに達するところです。

それから、このPDCAサイクルにも何度も記載されている診療実績の共有が必要であるということに関してですが、秋田県は大変コンパクトです。手術件数、あるいはがん登

録件数、調査の結果、これらのものを各病院ですべて共有しようではないかということで、ホームページ上に共有、公表しています。また、これは秋田県特有の公表ですが、施設別、病期別の5年相対生存率、5大がんに関してのみですがホームページ上に公表しています。患者さんには大いに役に立つと思っております。

そして、本日のテーマである相互訪問の評価に関しては、いろいろな考えがございますが、後ほど秋田県の考えを述べさせていただきたいと思います。そしてもう1つ、すでに第3期の県計画が各県において完成間近の段階かと思えます。秋田県では、この県計画に協議会が積極的に関わっていき、各病院からの意見を積極的にあげていこうという取り組みをしてまいりました。

### 評価・改善部会の使命と活動目標

#### 使命 (Mission)

秋田県がん診療連携協議会が効果的ながん対策を立案し遂行できるよう、がん対策に関する科学的根拠を協議会に上申する。

#### 活動目標 (Vision)

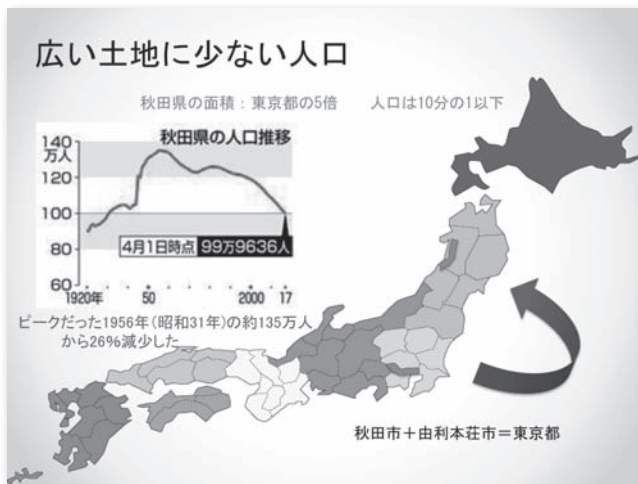
- ①秋田県がん診療連携協議会内に活発なPDCAサイクルが構築される。
- ②協議会構成施設の診療機能・体制・実績を相互評価し共有することで秋田県全体のがん診療体制が改善される。

それでは、1つずつご紹介させていただきます。まずは、この評価・改善部会に関するミッションですが、いろいろなことがあろうかと思いますが、私どもとしては科学的な根拠を協議会に出そうと。ただ言葉で伝えるのではなく、データで協議会に出して、協議会で協議をしてもらうようにしました。そしてビジョンは、PDCAサイクルが構築される、これは当然ですが、②でお互いを相互評価し、共有しましょう。そしてまた、各施設が秋田県全体のがん診療体制をきちっと把握しようというところからスタートしました。

#### 活動計画 (Action Plan)

- ①協議会構成各施設間の相互評価を行い、課題を部会全体で共有する。県中・県北・県南各所で部会ならびに研修会を開催することでがん対策改善意識の均てん化に努める。
- ②各指標をもとに秋田県全体および施設ごとのがん診療機能評価を行う。また、評価をもとに秋田県全体および施設ごとのがん対策を立案する。
- ③協議会を通じて秋田県がん対策推進委員会が策定する推進計画に提言を行う。

大切なアクションプラン、この活動計画なしには、やはり物事は進まないと思っております。これが物事を進める上で大変重要であって、私どもはこの部会のアクションプランなるものをきちっと作成させていただいたつもりです。県の中央、そして北、南、各所で部会ならびに研修会を開催する。がん対策改善の意識の均てん化を図るということを始めました。各施設の機能評価も行う。そして、がん対策計画の立案に関わるということです。

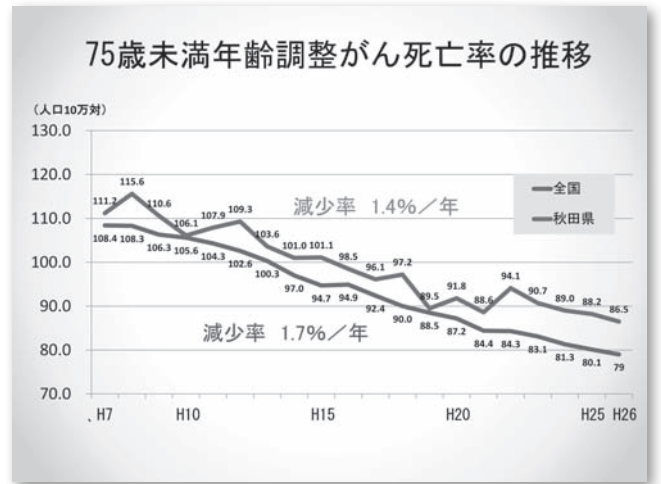


何といっても問題はここでして、東京都をそのまま秋田にはめ込むとわずかこれだけのスペースしかありません。面積は5分の1です。人口は10分の1以下。なんと、今年度は100万人を切ってしまったところでございます。秋田の一番の、あえて「売り」という言葉を使うと、一番の売りは人口減少であって、二番目の売りが、がん対策後進県ということになります。逆に言えば、コンパクトである。その気になればできる。伸びしろが非常に大きい。そういう捉え方もできるものですから、この伸びしろの大きさにあえてチャレンジしていこうと考えています。

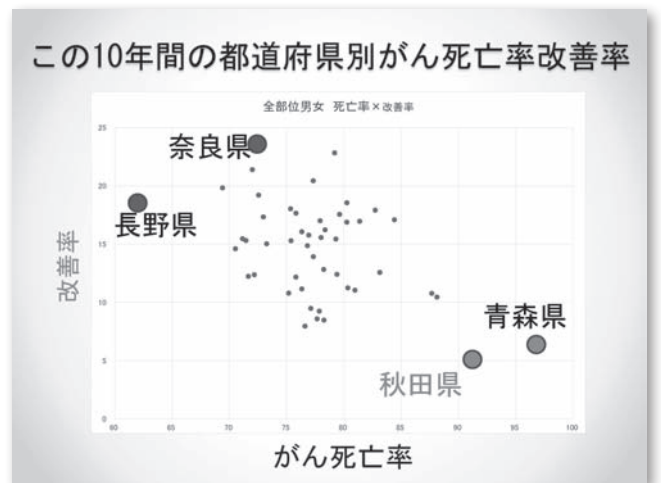


秋田県は広大な面積を持ち、見込みのものも含めて12の拠点病院があります。しかし、現状を申し上げますと、最も多い秋田大学医学部附属病院、つまり県拠点病院でもがん登録件数が2,000件程度です。そして、県南、県北の病

院に関しては、がん登録件数がわずか300件程度の小規模病院です。この中でPDCAサイクルをうまく回していくためにはどうするか。そして、秋田県全体の成績も悪い上に、さらにまた秋田県内にも地域格差がある。日本全国の地域格差と秋田県内の地域格差、これを両天秤にかけながら進めていかなければいけないというのが、われわれ秋田県の現状です。



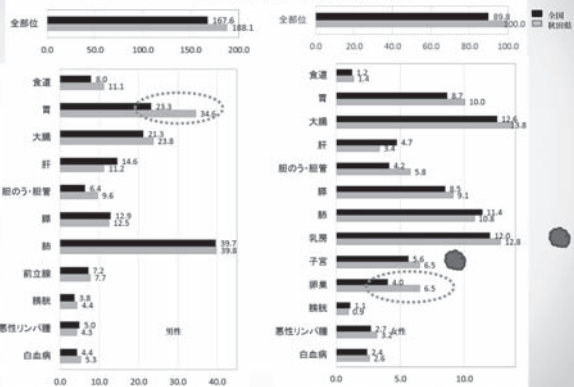
そして、またこれも大変お恥ずかしい話ですが、日本全国の1年あたりのがん死亡減少率は1.7%ですが、それに対して秋田県は1.4%。第2期のがん対策推進計画の目標を大きく下回ってしまいました。



直近10年間の改善率を見ます。例えば、奈良県や長野県のようにもともとがん死亡率が低い上に、さらにグッと伸びた県もあります。それに対して、もともとがん死亡率が高い上に改善率も低い。このような現状では、なかなか先へ進めないと考えています。

これは秋田県独自に解析したデータです。それでは、秋田のがんは何か。秋田のがんは男性の胃がん、女性の卵巣がん、これだけ違っていました。もっと深刻なのは女性の乳房と子宮に関してですが、なんと死亡率が上昇しています。いろいろな問題がありますが、とにかくその中で最も問題なのは何かを、自らの統計で探り当てたのがこの結果でござ

### がんの性別・部位別年齢調整死亡率(全年齢・2015年) 全国と秋田県の比較



### PDCAシートの作成

- ⇒ 県全体（各部会）のPDCAシート
- ⇒ 各病院でのPDCAシート

います。

それでは、PDCAシートの作成に関してお話をさせていただきます。まず、県全体のPDCAシートを作成しよう。各病院でのPDCAシートを共通の書式で作成しようということで取り組んでまいりました。

ボトムアップ型にするために  
能動的にやってもらうためにまず行ったこと

#### Q 評価・改善部会からの問い(共有)

- ① 自施設が抱えているがん診療に対する大きな課題は？
- ② その課題を解決する改善策は？
- ③ がん診療に関して自施設で行っている先進的な取り組みは？ (他施設への情報提供)
- ④ 第3期秋田県がん対策推進計画に盛り込む施策は？

トップダウン型、ボトムアップ型、いろいろなやり方があるうかと思いますが、まずこのようなことを全体に認識してもらうためには、ボトムアップ型がいいと考えたわけです。それぞれの施設の抱えている課題は何か、改善策は何か。何か先進的なことを行っているか。あるいは、次期の秋田県

のがん対策推進計画に盛り込むようなことがないか。これを行いました。

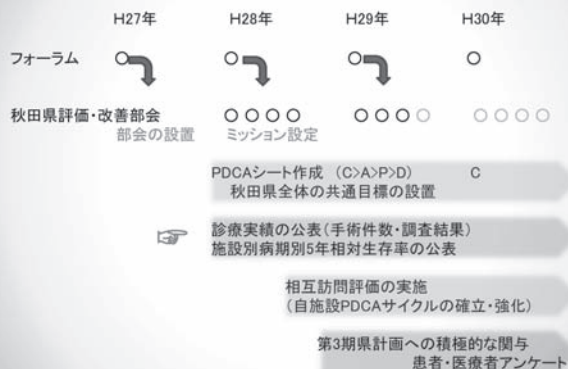
### 県全体(作業部会)のPDCAシート

部 門	評価項目	Plan (計画) 2017.7
がん登録部会	1. がん登録の精度向上を図る	1-1. 実務者のスキルアップを図るための積極的に各種研修等に参画する。 (秋田県内がん登録実務者研修会、東北がんネット主催研修会、三陸がんセンター主催研修会) 1-2. 各施設に院内がん登録中継者認定試験合格者を一人以上配置する。
	2. がん登録の認知度を高める	2. 市民にがん登録の存在と重要性を理解してもらうよう協議会HPを通じて啓発活動を行う。
	3. がん登録データの自己算出率を高める	3. 院内がん登録データによる施設別5年相対生存率を各施設で自己算出する。
緩和ケア・緩和医療部会	1. TV会議システムによる地域緩和ケア連携	1. TV会議システムを用いた、事例検討中心にカンファレンスを年4回開催する。
	2. 緩和ケアチーム状況調査	2. 施設毎の活動状況を明らかにして、各施設間の活動参考にする。
	3. 地域緩和ケアコンサルテーションシステム構築	3. 地域圏内での施設間コンサルテーションシステム構築を検討する。
がん地域連携リテリカルパス部会	1. 5次がんの地域連携リテリカルパスシートの更新を行う	1. 5次がんのがん地域連携リテリカルパスシートについて、より使いやすく、現在のエビデンスに基づいた内容に更新する。
	2. 地域連携リテリカルパスの運用件数を知る	2. 拠点病院のがん地域連携リテリカルパスの運用件数を把握する。
がん患者相談部会	1. がん相談対応能力向上のため、必要な研修を実施し、均てん化を図る	1-1. がん相談に関わる関係機関と情報共有しながら支援の検討に取り組み。 1-2. 企業に向けて診療と仕事の両立について周知を図るため、シンジウムを企画・開催する。
	2. がん相談対応能力向上のため、必要な研修を実施し、均てん化を図る	2. 平成29年度地域がん相談支援フォーラム秋田における研修を計画・立案・実施する。(11/18開催)
	3. 広報活動を行い、がん相談支援センターの周知とネットワーク強化を図る	3-1. 広報活動を展開し、がん相談支援センターの周知と相談員のネットワーク強化を図る。(平塚市県バレード、2017がんリミック展、平成29年度地域がん相談支援フォーラム等) 3-2. アピタランス支援の向上に向けた活動を行う。(ワレットの作成・配布、支援状況の情報交換・調整)
化学療法・放射線療法部会	1. がん相談支援センターの周知とネットワーク強化を図る	1. 拠点病院などの院内で行われているがん相談支援の実態を把握する。
	2. 放射線治療の院内実施件数を知る	2. 施設外からの紹介患者の放射線治療の実態を把握する。
	3. 放射線治療の院内実施件数を知る	3. 拠点病院などの院内で行われている放射線治療の実態を把握する。
	4. 放射線治療の施設外からの紹介率を知る	4. 施設外からの紹介患者の放射線治療の実態を把握する。

その結果をまとめてできたのが県全体のPDCAシートです。特段変わったことはありませんが、若干紹介しますと、がん登録部会では施設別、病期別の5年相対生存率を公表するだけではなくて、各施設で自己算出して常にアップデートできるようにしようではないか。あるいは緩和ケア部会では、何しろ面積が広いものですから、二次医療圏内で施設間のコンサルテーションシステムを作ろうではないかということ、1つの県全体の目標としております。また、相談部会においては、ともかくがん相談支援センターを周知しよう。そして、県内のいろいろなイベントを使って周知を図ろう、ということ、1つの目標にしました。そして、これを部会と協議会で承認いただき、県全体の目標として初めて設置しました。

また、各病院においても、まったく同じ書式ですがそれぞれPDCAシートを作成しました。例えば、秋田県全体の目標と同じ形式で、同じような内容のものを記載する病院もありますが、まったく独自にシンプルに、がん検診の受診率、喫煙、在宅ケアの3つに絞ってやろうという病院もありました。そのへんは自由度をもたせて、各病院の取り組みに強弱をつけてよいのではないかとということで始めました。

### 秋田県評価・改善部会のこれまでの歩み



### 施設別のがん登録件数を一覧表でHP上公表

施設	肺がん	大腸がん	胃がん	肝臓がん	膵臓がん	胆膵がん	腎臓がん	泌尿器がん	骨髄がん	皮膚がん	乳がん	子宮がん	卵巣がん	甲状腺がん	脳神経腫瘍	その他	合計
秋田大学	118	111	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	1,118
大館市立	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1,100
秋田厚生	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1,100
秋田赤十字	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1,100
大曲厚生	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1,100
平鹿総合	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1,100
能代厚生	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1,100
由利組合	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1,100
雄勝中央	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1,100
合計	1,118	1,111	1,104	1,104	1,104	1,104	1,104	1,104	1,104	1,104	1,104	1,104	1,104	1,104	1,104	1,104	11,118

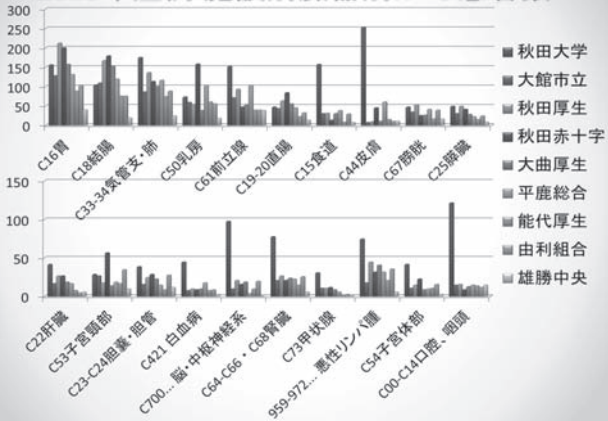
- 効果
- ・施設間の情報を共有できる
  - ・各施設のがん登録精度が上がる
  - ・県民の病院選びに役立つ

続いて、診療実績の公表です。これが秋田県のがん診療連携協議会のホームページに一覧表で、すでに掲載されています。がん登録件数が、それぞれのがんでそれぞれの施設で何件あるか。これは東京都などと違ってコンパクト故にできるのですが、自施設のデータを一覧表で公表することには抵抗もありました。しかし、そこはPDCAをきちり回すためにはそれぞれが共有しなければいけないということで、推し進めてまいりました。

施設間の情報を共有できると、副次的にいいこともありました。がん登録の精度が上がるんです。件数をしっかり確保しようじゃないか、そして生存率もやりますと、なぜ自分たちの病院は他の病院と比べて生存率が低いのか。がん登録データを基にしているの、がん登録データに病院の指導者が興味を持ち始める。基となるデータの精度が上がるということが、副次的に出たよいことでございます。

そして3つ目、これが果たしてどうなのかわかりませんが、県民の病院選びに役立つだろうと思っております。しかし秋田では、すでにポピュラーながんに関してはそれぞれの病院で治療が行われ、そして若干特殊な、私の専門領域である食道、あるいは脳といったがんに関しては、すでに県拠点病院に集約化されているという現状がありました。

### 2016年症例 施設別臓器別がん患者数



ですから、例えば手術数等もこのように公表したわけで

### 施設別のがんと手術件数を一覧表でHP上公表

施設	肺がん	大腸がん	胃がん	肝臓がん	膵臓がん	胆膵がん	腎臓がん	泌尿器がん	骨髄がん	皮膚がん	乳がん	子宮がん	卵巣がん	甲状腺がん	脳神経腫瘍	その他	合計
秋田大学	118	111	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	1,118
大館市立	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1,100
秋田厚生	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1,100
秋田赤十字	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1,100
大曲厚生	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1,100
平鹿総合	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1,100
能代厚生	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1,100
由利組合	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1,100
雄勝中央	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1,100
合計	1,118	1,111	1,104	1,104	1,104	1,104	1,104	1,104	1,104	1,104	1,104	1,104	1,104	1,104	1,104	1,104	11,118

- 効果
- ・施設間の情報を共有できる
  - ・県民の病院選びに極めて有用？(特に5大がん以外)
  - ・内視鏡治療件数などの公表要望が生まれた

すが、これによって患者さんの流れが大きく変わることは正直ありませんでした。また、地元紙もまったくこのホームページ掲載には触れてくれず、すごく寂しい思いをしています。しかしながら、こういったデータの公表こそが地域ならではのことで、いろいろなことに役立っていくだろうと思うので、今後も継続していくつもりです。

### QI研究への積極的な参加を呼びかけ

さらに、国立がん研究センターが中心と行っているQI研究に積極的な参加をしようではないかということ、協議会として呼びかけました。なぜかという、先生方ご存じのとおり、私どもは県全体のデータを把握することができます。非常に手間がかからず、大変有意義なデータが算出される研究ですので、県全体として参加しようということで呼び掛けをさせていただきました。同じように、患者体験調査への参加も協議会内で呼びかけて、全施設が参加するように求めているところです。

これが、5年相対生存率の実際に公表したデータです。国のデータとは違い、20例未満のものに関しては解析不能としているので、精度のことを言われるとかなり辛いものがあります。しかし、まず始めることからということで行いました。ここがポイントになるんです。手術率です。つまり、早期のがんばかり手術していれば、手術患者さんの予後がいいのは当たり前です。しかし、秋田県の病院を見ると、このよう



#### 胃がん

院内がん登録に基づいた2007-2008年相対生存率

全県別5年相対生存率

病期	2007	2008	2009	2010	2011
I	84%	88%	72%	87%	80%
II	-	47%	63%	-	-
III	-	20%	22%	39%	-
IV	12%	6%	10%	11%	6%
4-3	6%	6%	4%	6%	5%

総数 ( ) 272) 890) 930) 978) 911)

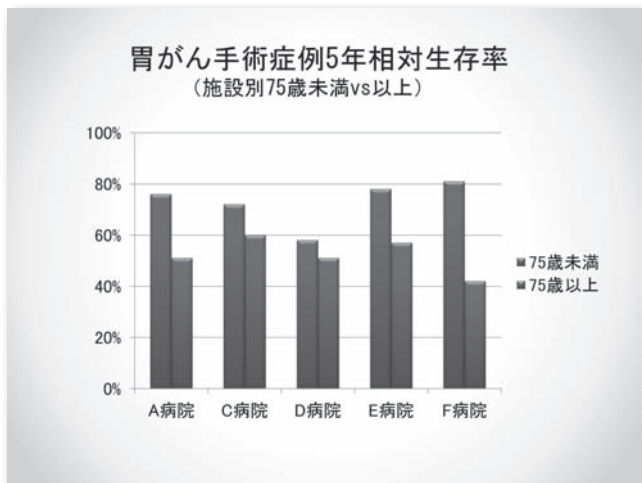
手術例別5年相対生存率

病期	2007	2008	2009	2010	2011
I	84%	88%	76%	85%	85%
II	-	54%	-	-	-
III	-	19%	22%	-	-
IV	-	-	-	-	-
4-3	70%	69%	5%	70%	69%

総例数 (22) 21%) 930) (10) 906)

手術率 25% 55% 61% 31% 50%

に拠点病院内で手術率にこれだけの差がある。これには私どもも正直、驚きました。当然、この手術率が高い病院では、おそらく手術適用をずいぶん広げているだろうということが想定されます。あるいは、内視鏡治療が少し少ないのではないかとということが容易に考えられるわけです。



そういったことを踏まえてデータを見る必要があるということで、合わせて75歳未満と75歳以下で、それぞれの病院で生存率が違うかどうかを解析し、これを各病院に配布しました。その結果、いくら相対生存率といっても、やはり年齢が高い患者さんに対する手術ではいい予後が期待できないということが、当然のごとく出るわけで、必ずしもこの相対生存率のデータがその病院のがん治療の実力を示しているものではないということに、改めて触れたところでございます。

続いて、本日のメインテーマである相互訪問についてです。まず、冒頭にも述べましたが、相互訪問する前にどういう体制がいいかを考えました。そのためには、置かれている構成員のレベルがどうであるのか。秋田県においては、とても高いレベルとは言えない。そういう状況であれば、誰か特定の間人がその施設を訪問することによって、果たして効果が得られるのか。そうではないだろうというふうに考えました。

### 各拠点病院からみた県拠点病院(秋田大学病院)の評価

Q1:都道府県がん診療連携拠点病院機能しているか?

平成26年度十分～まあまあ機能 6,不十分:4/11 消化器内科・外科:2施設、麻酔:1施設、臨床試験1施設  
 平成28年度十分～まあまあ機能 9,不十分:1/11 消化器内科・外科:1施設

悪化と判断:1施設  
 改善と判断:4施設  
 変化なし:4施設(変わらず機能している)

Q4:秋田大との連携を行っているか?

いない 2施設>1施設

また、もう1つはスピードです。特定の間人がそれぞれの病院を訪れるとすれば、一通り回るとに数年間かかります。それでは、この後進県秋田ではまた乗り遅れてしまうということで、一同が集まって相互チェックをするという形をとらせていただいたわけです。その前に「まず隼より始めよ」で、県拠点病院が皆さんから見えてどうなのか、病院長に対してのアンケートをとりました。「十分に機能している」あるいは「まあまあ機能している」というところが11病院中9病院あったので、まずまずだろうと。そして、その2年後に評価をもう一度しますと、「改善している」という施設が4施設あり、これもまあまあだろうと考えたわけです。

### アンケート「医療者のみなさまへ」

1. 調査時期  
2017年9月～2017年10月

2. 調査方法  
秋田県がん診療連携拠点病院等の計12施設\*の協力を得て、これら施設の医療者2,090名に対して、アンケート調査を実施した。

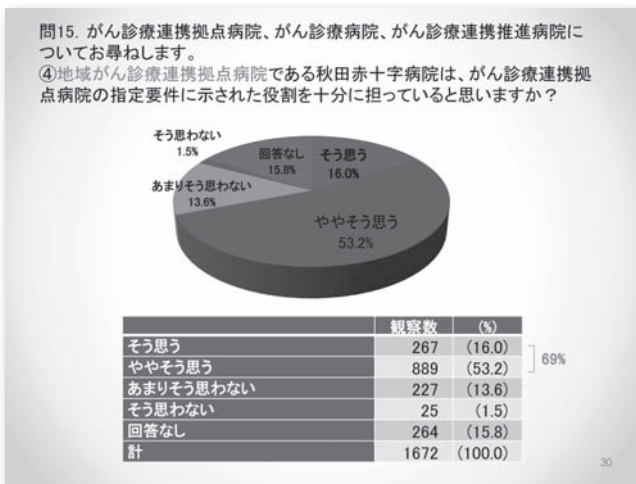
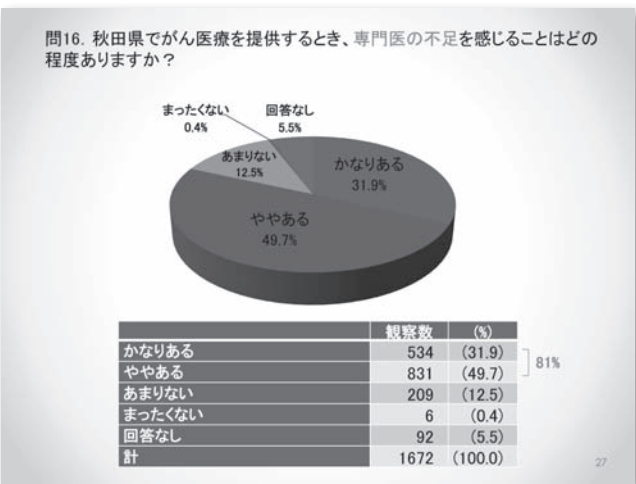
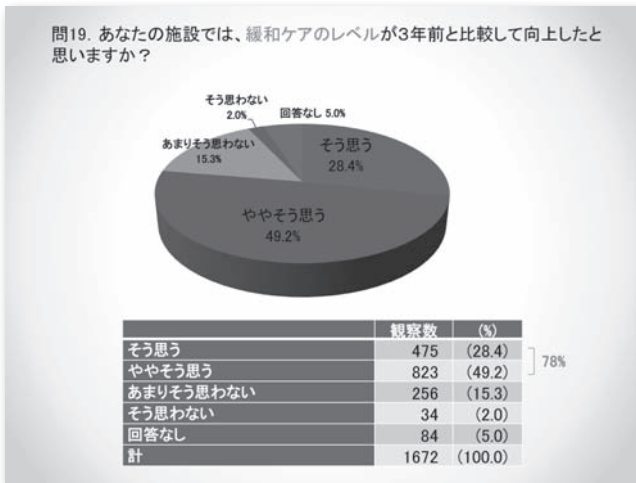
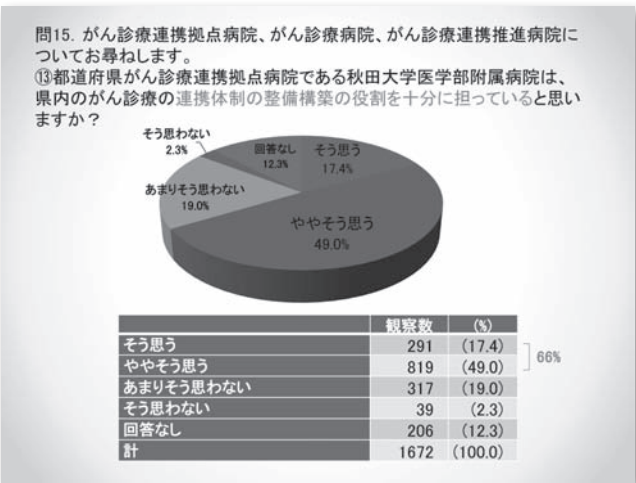
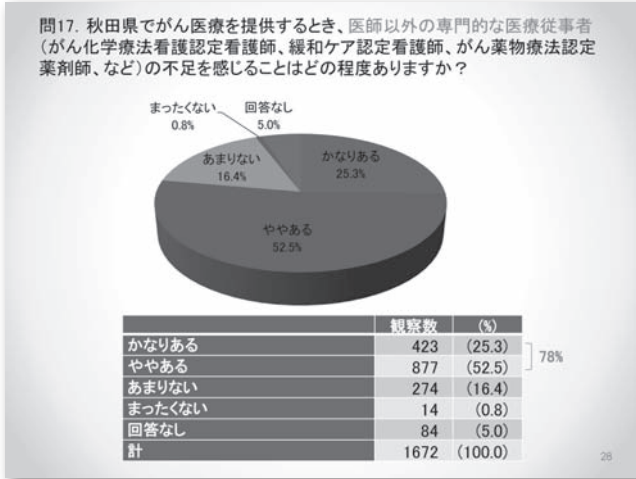
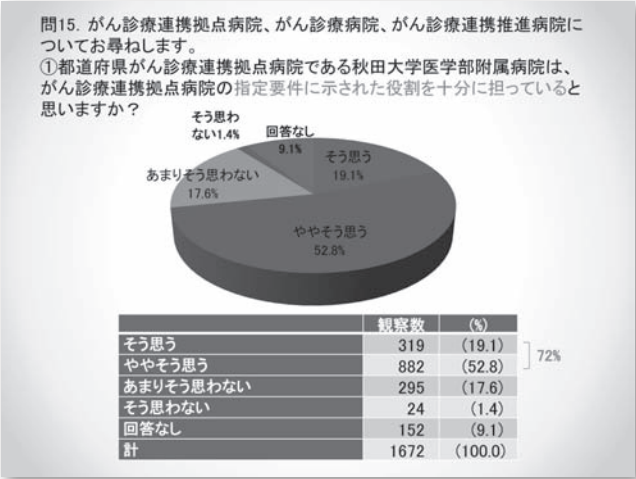
\*調査協力医療機関12施設  
 秋田大学医学部附属病院、大館市立総合病院、秋田厚生医療センター、秋田赤十字病院、大曲厚生医療センター、平鹿総合病院、能代厚生医療センター、由利組合総合病院、雄勝中央病院、市立秋田総合病院、中通総合病院、北秋田市民病院

しかし、本当にこれが真の声だろうかということで、これは最近行ったものですが、各拠点病院12施設の医療者約2,000名に対してアンケート調査を実施しました。

代表的な結果を持ってきましたが、例えばこのスライド(問15①)は、都道府県のがん診療拠点病院が指定要件に示された機能、役割を十分に担っているかどうか。72%が「そう思う」「ややそう思う」という結果でした。72%、何とか合格点をいただいたデータでしょうか。

そしてまた、体制の整備を十分に担っているかという問い(問15③)に関しては、若干値が落ちました。私どもは、自施設としての診療機能はそれなりにには行っているのです





が、やはり体制の整備にはまだまだ尽力しなければいけない結果というふうに認識しています。

これは驚きでした。患者さんではありません、あくまで医療者に対してです。専門医不足を感じるか(問16)。拠点病院にいる医療者が、81%が専門医不足を感じる。

また、医師以外の専門的な医療従事者の不足を感じるか(問17)。同じように約8割が感じるという結果でした。後ほど示しますが、患者さんのデータは必ずしもこうではありません。

緩和ケアレベルが3年前と比較して改善したと思うか

(問19)。約80%の患者さんが改善したという結果でしたので、少し胸をなで下ろしたところでございます。

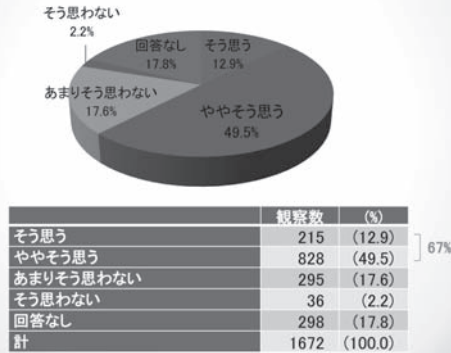
それぞれの病院について、実名を出して評価もしました。例えば、秋田の中核病院である秋田赤十字病院はどうか(問15④)。69%の医療従事者が「十分である」という答えを出しております。

一方、この病院は県推薦の比較的小規模の病院です(問15⑩)。この病院に関しても、67%がまずまず役割を担っているという結果を示したわけです。

そして相互訪問チェックです。やり方は、私どもは「わらし

問15. がん診療連携拠点病院、がん診療病院、がん診療連携推進病院についてお尋ねします。

①中通総合病院は、がん診療連携推進病院の役割を十分に担っていると思いますか？



秋田県がん診療連携協議会主催  
平成29年度 第一回評価・改善部会 2017/7/15

## 平鹿総合病院における がん診療の取り組みと今後の課題



### 県拠点病院(秋田大学病院)からみた各拠点病院の評価

県拠点病院には権限がない  
相互チェックという形式がよい  
県拠点病院・行政(がん対策室)は原則訪問側

- ・年2回実施 (県南>県央>県北>県央) 冬は県央
- ・現地で評価改善部会を開催(年2回)
- ・各施設のPDCAサイクルシートに則った現状報告と意見交換
- ・開催施設が必要とする強化策を提供  
(開催施設が選ぶ講演会)

そこで今日は…

「当院におけるがん診療の取り組みと今後の課題」  
について、各担当者から報告していただきます。

- ① 化学療法について 柴田勝弥(薬剤科副薬剤長)
- ② 放射線治療について 高橋光幸(放射線科主任)
- ③ がん登録について 高橋雅之(臨床検査科主任)
- ④ 相談支援について 中田琢也(医療福祉相談室)
- ⑤ 緩和医療について 奥山奈穂子(がん医療相談室)
- ⑥ 地域連携パスについて 大沢知佳(地域医療連携主任)
- ⑦ 総括・当院PDCAサイクルシートについて 堀川洋平

べ方式」ではなく、年2回、県南、県央、県北、県央で開催するという形で組みました。やはり、冬の時期は雪深いところに行くのは辛いということで、主に夏の時期には県南、県北に行くということでやってまいりました。このPDCAサイクルに則った現状報告と意見交換もしましょうと。そしてもう1つですが、開催施設が必要とする強化支援策を講演会という形で応援できないかということで、必ず講演会を1つここに加えることにしました。そして、その演者の選定、あるいはどういった話を聞きたいかに関しては、開催病院にすべて委ねる形にいたしました。

これが最初に県南で行った評価・改善部会の研修会です。この時にはQI研究への参加を私が呼びかけたのですが、「QI研究というものをなかなか十分理解できない。どういったものなのかを聞きたい」という要望がありましたので、東先生に秋田までお越しいただきました。

これが県南の病院です。それぞれの内容についてご報告いただき、ディスカッションをさせていただきました。

ここで初めて、PDCAサイクルシートというものを作りましたので、この病院におけるPDCAサイクルシートを評価することにしました。実際のシートを出していただき、このシートに対する意見交換をさせていただいたところです。いろいろな意見がございました。病院にとってこの研修会ならびに部会の開催が非常に役に立ったという意見をいただいています。何より有益だったのは、開催地でのがん医療に対する意識レベルが上昇したということです。これも副次的な効果でした。

続いて、県の中央の地区、秋田赤十字病院で開催しました。ここでは少しおもしろい取り組みが紹介されましたので、本日も少しだけご紹介させていただきます。

外来化学療法室はどこの病院にもあるかと思いますが、相談支援センターではなくて、外来化学療法室で電話による相談サポートを行っているということに、それぞれの施設

秋田県がん診療連携協議会主催  
平成29年度  
評価・改善部会  
平鹿総合病院のがん医療の取り組みと今後の課題  
2017年7月15日(土) 14:00~17:15  
場所: 平鹿総合病院 2階議室までお越しください

第1部 14:00~14:30  
評価・改善部会

第2部 14:30~17:15  
14:30~16:00  
「平鹿総合病院のがん医療の取り組みと今後の課題」  
16:15~17:15  
「QI研究を利用したがん医療の質的評価」  
講師: 国立がん研究センター  
がん登録センター長 東 尚弘

平成 29 年度秋田県がん診療連携協議会  
第 3 回評価・改善部会及びがん診療機能強化研修会

日 時：平成 29 年 12 月 2 日（土）14:00 ～ 17:00  
場 所：秋田赤十字病院 多目的ホール  
対象者：評価・改善部会委員とサテラーダー、秋田赤十字病院職員、他




・緩和ケア 小松田 賢治（緩和ケア内科部長）  
・緩和、腫瘍 奥村 博一（がん診療機能強化委員会）

（18:00～17:00）  
○協議議題「東北地区における新療科と緩和ケアの現状と課題」  
講師：東北大学大学院医学系研究科 緩和医療学分野教授 伊上 彰 先生

4. 部会の挨拶 評価・改善部会長 本山 勉

### 秋田県評価・改善部会のこれまでの歩み


	H27年	H28年	H29年	H30年
フォーラム	○	○	○	○
秋田県評価・改善部会 部会の設置	○	○	○	○
ミッション設定	○	○	○	○
PDCAシート作成（C>A>P>D） 秋田県全体の共通目標の設置				○
診療実績の公表（手術件数・調査結果） 施設別病期別5年相対生存率の公表				
相互訪問評価の実施 （自施設PDCAサイクルの確立・強化）				
第3期県計画への積極的な関与 患者・医療者アンケート				

### 化学療法室による相談サポート

- 平日9時～17時
- 外来化学療法室、腫瘍内科外来に通院している患者と家族が対象
- 初回治療患者には全例電話訪問を実施
- 過敏症発生患者や不安が強い患者など、状況に応じて電話訪問

<ポイント>

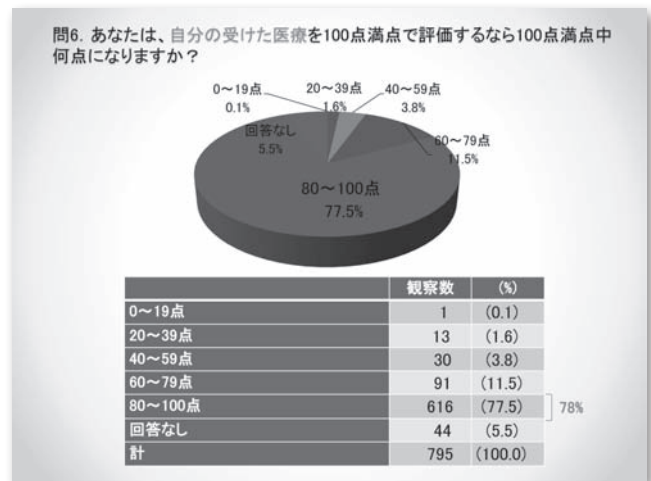
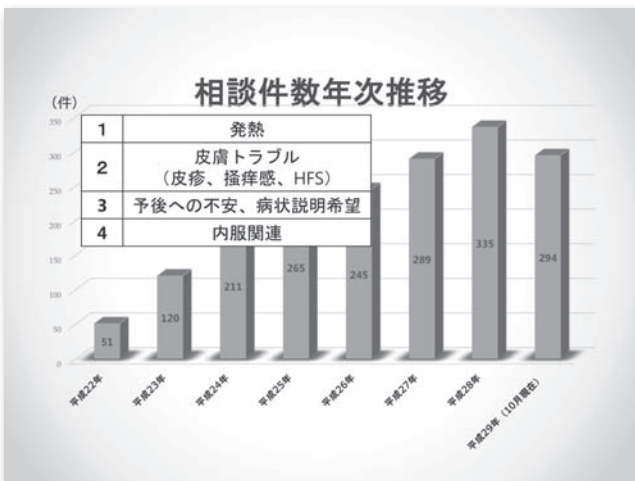
- ✓ 内服抗がん剤中の患者もサポート
- ✓ 多職種、他部門と連携しながら対処
- ✓ 相談内容はスタッフにもフィードバック・相談



### アンケート 「患者さん・ご家族のみなさまへ」

- 調査時期  
2017年9月～2017年10月
- 調査方法  
秋田県がん診療連携拠点病院等の計12施設\*の協力を得て、これら医療機関を受診された患者さん(1,957名のがん患者さんを含む)に対して、アンケートを送付した。

\*調査協力医療機関12施設  
秋田大学医学部附属病院、大館市立総合病院、秋田厚生医療センター、秋田赤十字病院、大曲厚生医療センター、平鹿総合病院、能代厚生医療センター、由利組合総合病院、雄勝中央病院、市立秋田総合病院、中通総合病院、北秋田市民病院



が注目しました。私も大変いい取り組みだなというふうに考えました。

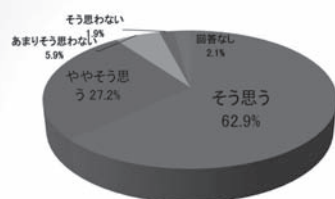
実際、相談件数も年々増えてきている。内容に関してはいろいろありますが、例えば発熱、皮膚のトラブル、予後への不安といった純粋に化学療法に関したことではなく、がん全体への不安に関してもスタッフが相談に応じているという結果をご紹介いただき、参加した各施設での同意を得たわけです。今後も、これに関しては進めていくという強い意思を表明してくれましたので、ぜひ各施設で同じような取り組みをしたいなというふうに、認識を新たにしましたところ。

最後ですが、第3期計画への積極的な関与についてです。今回は、拠点病院で治療した約2,000名の患者さんを対象にアンケート調査を行いました。

ご自分が受けた医療を100点満点とすると何点か(問6)。秋田の患者さんは非常にいい患者さんばかりで、高い評価をくださいます。これに甘えてはいけませんが、同じ調査を東京都でやればまったく別の結果が出てくるのではないかなと思います。秋田ではこのような結果でした。

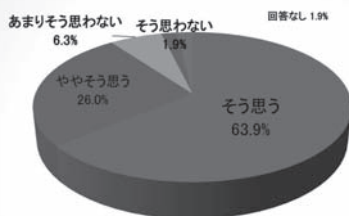
また、希望に沿った医療を提供してくれたか(問9)。90%が希望に沿った医療を提供したと。

問9. あなたの医療にあたった医師や医療スタッフは、あなたの希望に沿った医療を提供してくれたと思いますか？



	観察数	(%)
そう思う	500	(62.9)
ややそう思う	216	(27.2)
あまりそう思わない	47	(5.9)
そう思わない	15	(1.9)
回答なし	17	(2.1)
計	795	(100.0)

問12. 主治医が病状や治療等について十分な説明と情報提供をしてくれたと思いますか？



	観察数	(%)
そう思う	508	(63.9)
ややそう思う	207	(26.0)
あまりそう思わない	50	(6.3)
そう思わない	15	(1.9)
回答なし	15	(1.9)
計	795	(100.0)

## 第3期秋田県がん対策推進計画作成に協議会が積極的に関わってゆく

医療スタッフから見れば、8割の人間が専門医が足りない、専門スタッフが足りないと感じている一方で、実際に医療を提供した患者さんたちは、希望に沿った満足のいく治療を得たと。十分な説明と情報提供があった。90%の方がそのように答えております(問12)。

もっとも、アンケートの回収率は約半数で、比較的良好な印象を持たれた方がのみが回答してくださったという背景もあるのかもしれませんが。そして、この第3期の秋田県がん対策推進計画に協議会が積極的に関わっていく姿勢を、当初から打ち出しました。

「がん診療連携拠点病院におけるPDCAサイクルは、がん対策の一部である。がん対策全体のPDCAサイクルがあってこそ、がん診療拠点病院のPDCAサイクルが活きる」

どのような形で関わっていけばいいのか、私どもにはノウハウがない。そこで、埴岡健一先生をお招きして、どのように私どもの意見を県側に上げていけばいいのかということでご講演をいただき、それに基づいて各病院からの意見をいただきました。また、この分野では、特に大阪や沖縄で活躍された井岡亜希子氏を秋田大学に非常勤講師として招き、拠点病院ならびに秋田大学から秋田県に対して、一緒にこの計画を立てていったという経過があります。最終的に私どもの考え方すべてを秋田県のがん対策推進計画に盛り込むことはできませんが、この200ページからなる提言書を作成し、秋田県に提出するところでございます。

### 第3期秋田県がん対策推進計画の策定にあたり特に必要な事項

#### 1) がんの現状把握と目標値の設定

- ・秋田県における75歳未満年齢調整死亡率の推移を把握し、自然減を1.4%と算定した。
- ・全体目標「がんによる死亡者の減少」の数値を設定し、2027年の75歳未満年齢調整死亡率68.4%を目標値とした。「25%減少」
- ・全部位および部位別の死亡、罹患、早期診断割合、5年相対生存率を把握した。その結果、秋田県では全国と比べて死亡率の高いがんは男性では胃がん・大腸がん、女性では胃がん・大腸がん・乳がん・子宮がんであった。さらに、女性の乳がん・子宮がんでは年1.5%死亡率がむしろ増加していた。

その内容を少しだけご紹介させていただくと、秋田県では自然減が1.4%と全国より低かった。あえて、この度、国は全体の数値目標を示していませんが、後進県秋田では、12年後に25%の減少という数値目標を定めました。また、部位別、あるいは罹患率に限らず早期診断割合、それから5年相対生存率を把握する、そこから何が秋田にとって問題なのかということを導きました。男性では胃がん、大腸がん、女性では胃がん、大腸がん、乳がん、子宮がんが問題である。特に女性の乳がん、子宮がんは年1.5%、死亡率がむしろ増加していた。ここに問題があるということ、協議会から秋田県側にデータとしてお示しさせていただきました。

第3期秋田県がん対策推進計画の策定にあたり特に必要な事項

2) 分野別施策とその目標値(=中間目標)の設定

・がんの死亡率減少のエビデンスがあり、寄与が大きい分野別施策を決定した。

・秋田県の場合、柱となる分野別施策は以下の3点とし、まずは現状把握に努めた。

- ①タバコ対策：喫煙率の把握(特に年代別性別の喫煙率の把握)
- ②早期診断の推進：胃・大腸・乳房・子宮頸がんの早期診断割合の把握
- ③がん医療の均てん化：がん診療連携拠点病院等(県指定のがん拠点病院を含む)におけるカバー率の把握

そして、寄与が大きい分野に集中して対策を進めてほしい。そのためには、まずは喫煙率を把握し、特に年代別の喫煙率、秋田では20代、30代、40代の喫煙率が非常に高いのです。この若者たちの喫煙率をまず抑える。そして、全体の喫煙率を把握して、禁煙の方向に持っていきよう当局に働きかける。そしてまた、早期診断割合をきちっと把握して、ここを押さえる。また、拠点病院のカバー率に関しては、実はすでに高いのですが、さらに高めようということで取り組んでおります。

第3期秋田県がん対策推進計画の策定にあたり特に必要な事項

2) 分野別施策とその目標値(=中間目標)の設定

分野別施策によるがん死亡率減少を試算し、柱となる3点に關して2023年の目標値を以下のように設定した。

- ① 喫煙率の半減：男性20・30・40・50・60代は20%以下、女性20・30・40・50・60代は5%以下
- ② 早期診断割合60～80%：胃がん60%、大腸がん60%、乳がん(女)65%、子宮頸がん88%
- ③ がん診療連携拠点病院等におけるカバー率70～80%：胃がん60%、大腸がん60%、乳がん(女)75%、肺がん65%、肝がん55%、他のがん65%

この結果、喫煙率を半減させよう、そして早期診断割合をそれぞれのがん種においてこれだけの値まで持ってほしいということ、協議会から県に提案させていただきました。そして、私どもの拠点病院でのカバー率がこれぐらいの値になるべきだということを、提言申し上げた次第です。

そのために大切なアクションプランです。これが最終的に県計画に盛り込まれるかどうかはまだ決まっていますが、協議会として特に大事なタバコ対策に関して、アクションプランを作成して県に提出しています。ぜひ県計画に盛り込んでいただきたいと思っています。

がんの早期発見に関しても同様のアクションプランを作成しました。

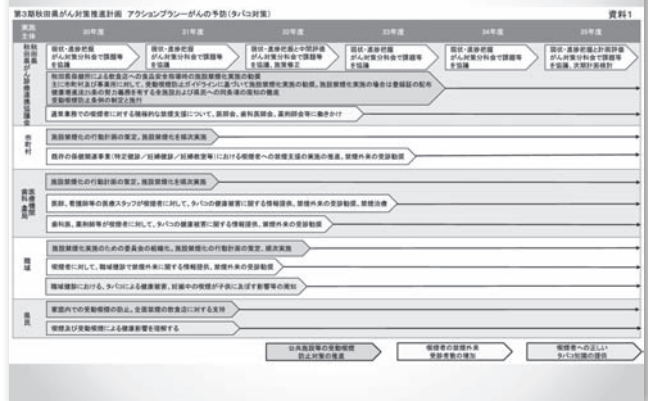
最後のスライドです。がん対策後進県、秋田県の取り組

第3期秋田県がん対策推進計画の策定にあたり特に必要な事項

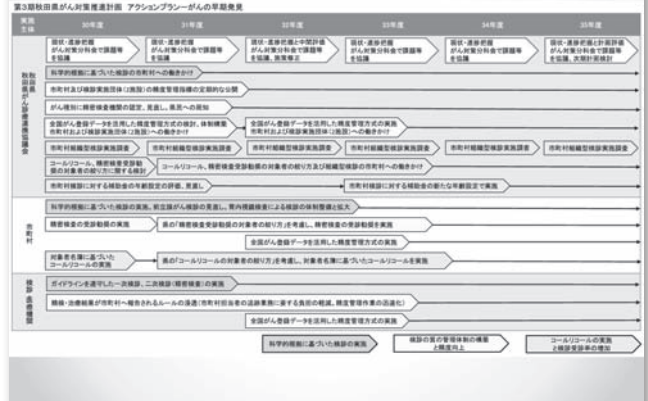
3) アクションプランの作成

・中間目標を達成するために優先順位の高い分野別施策のアクションプランを作成し、これを計画本体に組み込んだ。

アクションプランーがんの予防(タバコ対策)



アクションプランーがんの早期発見



みです。本フォーラムが大変役に立っています。毎年参加させていただき、ここで得た新たな知見を秋田県で説明し、それを実現していく。この繰り返し、まさにPDCAサイクルだと思えます。コンパクトな県ですので伸びしろが多いです。少しでも皆さんに追いつけるように、一生懸命やっていきたいと思っています。

## がん対策後進県からの脱却

一蟻の思いも天に届くー

本フォーラムの開催に感謝

## Q&A

(国立がん研究センター・加藤) アンケートの実施から県の計画への提言ということで、かなり意欲的に取り組んでいると思います。今回のテーマの相互評価についてもいろいろ現場の取り組みを工夫されていて、実際に会議をそれぞれの病院でやるということで、各病院の状況を把握して、お互いにどんなことをやっているか情報共有できるという考え方も素晴らしいと思って伺いました。

(質問者) 全然後進県ではないと思います。あそこまでやっておられたら大変なものだと思います。私の質問は、相互訪問に参加するのはどういうメンバーで、人数がどれぐらいで、実際にそこでやるディスカッションの所要時間をどれぐらいの設定でおやりになったのですか。

(本山) 訪問するメンバーは評価・改善部会の構成員なので、各拠点病院から最低でも2名、そして多い病院では3名から4名の方が参加します。ディスカッションの時間は、全体で約2時間から3時間ぐらいをとっています。

(質問者) ありがとうございます。東京で議論した時は、せいぜい2時間までだと。テーマはそんなにたくさんは無理だと。3つ、4つぐらいが妥当ではないかという意見でしたけれども、PDCAサイクルシートの項目数がたくさんありましたよね。あれは全部やったのですか。

(本山) 最初の部会では、周知の目的もあったので全てやりました。2回目は、後はもう各病院の独自性に委ねるということで、そこまではやっておりません。むしろ、新たな取り組みに関して発表いただいたということです。

年4回ですので、ちょうど1回開催するごとに1つずつ進んでまいります。ちょうど次年度、1周回りまして新たな展開が開けてくるのではないかなと期待しているところです。

(国立がん研究センター・若尾) 非常に進んだ取り組みをやられていると思ひまして感心しました。お伺いしたいのは、1つは診療連携協議会が積極的に広い範囲をカバーして

活動されているのですが、一方、県のがん対策推進協議会があると思いますが、そこの役割の違いはどうなっているのかという点。あと特に最後の県計画への提言が、病院からの提言というよりは広い範囲で公衆衛生的な視点が多く取り入れられていましたけれども、そこに埴岡先生、井岡先生が入っているということですが、どういう形でがん対策全体を見渡すようなことができたか、例えば大学の公衆衛生の教授にサポートしていただいたとか、そのへんの体制を教えていただきたいと思います。

(本山) まず、県の協議会との関連、立ち位置の違いですが、例えば私などは両方務めていますので重複しております。冒頭に述べましたが、秋田は非常にコンパクトな地域で、皆、顔も存じ上げております。各病院の病院長の顔もわかれば、協議会のメンバーもわかります。ですから、そこにあまり大きな敷居はないというのは特徴だと思います。ただ、県の協議会では、当然ですが行政の方、あるいは患者さんサイドの方もいらっしゃるの、そこで意見を合わせる。秋田県では秋田県健康づくり審議会のがん対策分科会という名称になっているのですが、その場で「協議会から積極的な意見を出したいけれどもそれでいいか」ということを、最初の会議で承認いただきました。「それでいい」ということでしたので、以降、積極的に秋田県のがん診療連携協議会からの意見を県の委員会で申し上げたというところでございます。

公衆衛生的なアプローチに関してですが、冒頭にも伝えましたが、それぞれの病院のPDCAを回すのももちろん大切ですが、それぞれの病院が秋田県全体の状況をしっかり把握しているかという、答えはノーだと思うんです。ですから、そこをしっかりと把握していただくために、私たちこの部会はデータを出すんだと。データを共有していただくんだという姿勢でやりましたので、当然、公衆衛生的なアプローチが必要になってまいります。しかし、残念ながら公衆衛生学の教授が当時是不在でした。現在は野村恭子先生がいらっしゃるの、関わっていただけるのですが、そういうこともあり、そのへんに強い井岡先生のお力をお借りして進めたところでございます。

(若尾) すばらしいと思います。

(加藤) 県の状況を踏まえた、本当に有効な、効果的な取り組みだと思いました。

# 東京都の取り組み

都立駒込病院 鳶巢 賢一



まさか3年続けてこの場に立とうとは、私自身、少し驚いています。先ほどの報告で、秋田県は対策後進県だとおっしゃっていましたが、東京都は先に進んでいるというより「先頭を走るのはやめておこう。そんなしんどいことはせずに最低限ギリギリをかすめていこう」というのが協議会の空気で、そういう作戦で来ました。全体の空気を読みながら、「どんな形でいこうか」とディスカッションしつつ、じわりじわりとは前に進んでいると思います。「今回、ここで発表する理由は何だろう」と考えてみましたが、多分そんなに先進的には動けない図体の大きい東京都が、それなりに、じわりじわりと階段を上っている風景が、もしかすると何かの参考になるかもしれません。

困ったよね」という話をして帰って来る。そういうやり方でした。この時に思ったのは、60弱の施設で、これをどうやればいいのかだろうと。正直、大変困りました。

これがちょうど2年前に、ここで話した時にまとめた東京都の現状です。

## 2014年～2016年までの活動内容の概要

- ① どれみ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
  - ・ 設定目標とどの進捗状況
  - ・ 課題解決に向けた工夫について

最初は秋田と同じで、「何をしたらいいのか。みんなできようかってこれに追いつこうか」という話から始まりました。とりあえずは目の前にあること、早い話が何かの形でアライバイでも作ろうかというところから始まり、お互いに勉強会をやって、それぞれの施設で取り組みやすい数値目標を立てることから始めました。都のがん診療連携協議会の中に「評価・改善部会」を立ち上げて、部会の中でお互いに進捗状況を報告しながら勉強して、互いに参考にすると。ですから、今日の主題である施設訪問には、最初は到底、間に合いません。そんなことはできない状態でした。

そんな中で、「でも、何かしないといけないな」ということになり、今から2年あまり前でしたが、私とがん研有明病院の副院長、東京都の職員、双方の事務の担当者で、試験的にいくつかの施設の訪問をしました。「どんなものかな」と思ってやったのですが、その時は一応、それぞれの施設の進捗状況を報告していただき、意見交換をする。場合によっては何か提言ができればいいですが、「お互いに

2016年2月時点

## 東京都における現状(感想も含めて)

- ① 各施設においてPDCA手法が、それなりに定着してきた
  - ② 他方、都全体としての共通目標は見いだしにくい
  - ③ 「相互訪問・相互評価」の方法が確立しない
- 他方、2016年2月のPDCAサイクルフォーラムで実感したことは
- ④ 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
  - ⑤ とりわけ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
- ⇒ しかし、長野県、奈良県のような対応は、施設数が多い東京都では足並みを揃えることは非常に難しい?

PDCAのやり方は、すでにそれぞれの施設で、それなりに定着していることはわかりました。この時点では、東京都全体としての共通目標など、とても議論できる雰囲気ではありませんでした。「そんなことは無理。58の施設は全部、立ち位置も違う、状況も違う中で、そういう縛りはありがたくない」という空気が蔓延していたと思います。ところが、私もこのフォーラムに参加して、だんだん空気がわかってくと「どうやら都道府県の拠点病院が主役を担って、地域拠点病院を支援することを求めているのだな」と気づきました。でもその当時、ここで見せていただいた長野県や奈良県のような、あるいは沖縄県のようなやり方は到底できそうにありません。ここでちょっと躊躇しました。

その後、何を始めたかということ、従来からの「みんなで集まって意見交換をすること」はやって行こう、現況報告書は共有しよう、と。ここまではいいのですが、ここから先が手詰まりだったんですね。そこで、その次に考えた方法は、60弱の施設をいくつかのグループに分けて、毎回テーマを部会のほうで提示して、意見交換をする。早い話が少しだけ、お

## 2016年の部会活動の展開

- 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
- サブ・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

茶を濁したわけでは、個別に施設を回るのには到底、無理だと。だったら、5つ、6つ、7つ、場合によっては10ぐらいの施設になるのですが、それらの施設で、それぞれのテーマについて意見交換、情報共有、あるいは知恵をお互いに共有し、持ち帰ると。そういう形でもって、相互訪問、相互評価の代替にしようかと考えました。内心、私にはその時からちょっとした企みがありまして、「これはお互いに行くしかない」ということになったので、互いに顔の見える関係を、まず作っておこうと考えたのです。そのグループ、ブロック内では、お互いに話ができる関係ができる。これは少し、前に進めるかもしれないと思いました。とりえず、ここまでが2年前までの歩みです。

### サブグループに分けてみた

<b>A グループ</b> 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、東京済生会中央病院、東京逓信病院、虎の門病院、東京医科大学歯科大学病院	<b>B グループ</b> 区東北部、東部 日本医科大学、聖路加国際病院、東京女子医科大学医療センター、都立豊島病院、東部地域病院、江戸川病院、東京臨海病院	<b>C グループ</b> 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東京綜合病院、昭和大学病院、聖芝病院、東京大学大森病院、東京大学大森病院、東京医療センター
<b>D グループ</b> 区西部・西北部 慶応大学病院、東京医科大学、国際医療福祉センター病院、JCHO東京新宿メディカルセンター、河北綜合病院、帝京大学病院、日大板橋病院、豊島病院、天竺大塚西病院、坂橋中央綜合病院、東京府健康長寿医療センター	<b>E グループ</b> 北多摩南部・北部 武蔵野赤十字病院、杏林大学病院、公立昭和病院、都立多摩総合医療センター、慈恵第三病院、結核予防会種々十字病院	<b>F グループ</b> 北多摩西部・南多摩・西多摩 国立病院機構災害医療センター立川病院、東京西濃洲会病院、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、日本医大多摩東山病院、多摩南部地域病院

このように、いくつかのグループに分けてディスカッションの場を設けました。親会も含めるとこれまでで都合、10回近くやったかもしれません。そうすると、みんな、お互いに顔見知りになってくるんですね。

### グループ・ワークの検討課題

- ① 実地調査(施設訪問意見交換会)について
- ② 外来がん治療について
- ③ 高齢者への配慮について
- ④ 院外医療者との連携について
- ⑤ 一定の集約化が実現しそうな分野について

2017年2月のPDCAサイクルフォーラムで  
広島県から「わらしべ長者方式」の発表を聞いて

2017年3月の評価改善部会において説明し、その実行について相談を開始

6グループ(多摩地区は2グループ)に分けて、それぞれのグループで実現可能性について意見交換  
その後アンケート調査を実施した ⇒ 59施設中44施設(74.6%)から回答

そんな中で、だんだんと、「実地調査の可能性について」というテーマを選んでいきました。かなり温度差が激しいですから、「じわりじわりと歩み寄る」というか、「なるべく何

もしたくない施設」と、「ちょっと前のめり気味にがんばってやろう」というグループ・施設もあります。その足並みの不揃いを、どうやって1つの方向に向けようかと、あの手この手でテーマを繰り返しました。「外来のがん治療」「高齢者への配慮」「院外医療者との連携」「放射線治療」など、一定の集約化が必要と言われているがん対策の中に、今後、盛り込まれて来るであろうことを先取りして、グループの中でディスカッションをしました。お互いに何となく近づいてくれたところで、「実地調査についてどう思いますか」という意見交換を試みたところ、最初はとんでもなく否定的で、「そんなこと、やれそうもないよ」という話でした。

ちょうど去年、ここで広島県の「わらしべ長者方式」というのを拝聴して、「よし、このあたりがいい潮時だし、これはいい手だな」と思いました。早速持ち帰って、多分、その1カ月後ぐらいの部会の中で、みんなに「こういうやり方を聞いて来たよ。どう思う?」と言いました。すると、「まあ仕方がない。やるか」というぐらいの雰囲気になってきましたので、ついに去年は3月の部会で説明して、実行について相談し、だんだんとやる気になってきました。

この最初のところが実は難しく、足並みがものすごく不揃いな施設が1つの方向に向けて行動を起こすためには、慌てると、ちょっとおかしな雰囲気になります。ですから、ゆっくりゆっくりと話を進めようと。それで、「グループに分けていろいろと作業をすることについて、どう思いますか」と相談しながら、じわりじわりと外堀を埋めてくる、という感じでやりました。

### ブロック分けについて

- A・C・Dブロックの施設数が、比較して多いのが気になりました。
- 協力病院を含めるか、含めないかで意見が異なってきました。まず含めない場合は、お示しいただいたブロック分けで6病院と、ちょうど良い数と 思います。しかし、今までに開催された評価・改善部会では、既に北多摩西部の4病院で交流が行われている様に感じています。
- 北多摩西部の協力病院3施設を外すことは、現状に合わない印象です。また、当センターも南多摩の他の医療機関とは既に緩和を中心に交流が始まっており、そこから協力病院だけ外れらることは、違和感があります。
- 後の設問の回答になりますが、協力病院を外すことは現状にマッチしないと思います。しかし協力病院を含めるとの施設となり、また地域の特性上それぞれの 医療機関がかなり違ふこととなります。特に多摩地区は東西の移動は比較的容易ですが、南北の移動は非常に難渋します。出来たら、協力病院を含めて北多摩西部の1ブロックで4病院、南多摩1ブロックで4病院としていただけるとスムーズに感じます。ただし、そこで青梅市立病院が困って来ます。青梅市立病院には、どちらのブロックがほしいか選んでもらってはいかがでしょうか。浅はかな考えとは存知ですが、ご検討いただけますと幸いです。
- 近隣の病院は知っているの、他ブロックでもいいかと思う
- 区西部内での完結してほしい

● ブロック分けには、基本的に賛成  
● 組み合わせについては手直しが必要  
⇒なるべく地域で完結したい?  
● 協力病院の参加については賛成多数

ブロック分けをして、みんなで共同して相互訪問をする方法を念頭に置いて、「広島のようなやり方をするとしたら、どう思いますか」と聞きました。これは、その時に寄せられた意見をまとめたものです。すでに何度もブロックの中で話しているせいか、基本的には「ブロック分けに賛成」が圧倒的に多く、反対はなかったです。ただ、組み合わせそのものについては手直しが少し必要、と。あまり遠くへ行くのは不便だし、「こちらのブロックのほうに行きたいな」という施設もあったようです。それから、東京都には国指定と都指定の拠点病院の他に、都指定の協力病院というのが22施設あります。「それらがみんな同列に並んで参加する必要がある



のか?」「参加したくない施設や、しても意味がないと考える施設もあるのでは?」と、これは意見が不揃いでした。

### わらしべ長者方式での施設訪問について

- 原則賛成
- しかし負担が心配

● 東京都がん診療連携協議会及び事務局の決定に従う

● 当院は、今回東京都がん診療連携協力病院に指定されたばかりで、判断できかねます

● 必要と思いますが、負担が大きいように思います

● 第三者的視点での評価は、改善に有用です

● もちろんやるのは有意義だと思うが、時間をよく相談させてほしい。当院以外にも同様だと思うが、少数人数で対応しているため、日中だと相談業務も緩和ケアラウンドもまわってしまいます。あまりに時間外だとそれも超過勤務となり問題になってしまうかもしれないが

### 当座の訪問時のテーマを決めた方が良いかについて

- 事前にテーマを決める方が良いのだが、そのしつこさは慎重に

● 各圏域の訪問活動を共有できるように共通テーマと年ごとの重点テーマを定めるとよい

● 西多摩地域は訪問のための移動距離が長いので、できるだけコンパクトな作業にしたい

● 時間がなくて急に項目を決めるのはいかぬものかと思えます。新標準療法の院内がん登録の項目の検討を進めるなど、項目を決めるには慎重な姿勢が必要かと思われま

● 指示に従う

わらしべ長者方式の訪問に関しては原則、賛成です。でも、相変わらず負担が大変だと。「時間も、準備も、遠くまで通うのも大変」と冷めている施設もあれば、逆に前向きな施設もありますが、見ての通り、基本的には賛成が多かったです。こういうステップを踏まないことには前に進めないと思いい、このようなアンケート調査をしたわけです。

それから、テーマをどうするかも聞きました。決めたほうがいいのか、決めなくてもいいのか。決めない場合は、とりあえず意見交換をしようと提案しました。「自分たちはこうしています」「それについてどう思いますか?」「何かいい改善策がありますか?」といった意見交換をする場にしましょう、と言ったのです。そうしたら、「ある程度決めたほうがいい」という意見のほうが、確かに多かったと思います。でも、慎重な意見もあって、「そう気楽に言われても、ちょっと困ったな」という思いが、背景に隠れていました。

### 各ブロックの長の指名について

- 当院は、今回東京都がん診療連携協力病院に指定されたばかりで、判断できかねます。
- 担当者の移動に適宜対応可能です
- 協力病院は除く
- がん診療連携拠点病院が行うべき

● 協力病院は除く?

### 協力病院を相互訪問の対象にするか?

- 賛否両論あり 負担への危惧がある

● 当面相互訪問の対象に含めない。システムが整備されうまくなるようになってから参加するほうが望ましい

● 同じ医療圏で近隣施設であり、情報共有や相互評価、交流を深めることが望ましい

● 現在、協力病院は22病院ありますので数的に考慮するとの企画には協力病院を含めない方がスムーズに履行できると思う

● 恐らく全て参加するでしょう。マンパワー的に苦しいところは負担が大きいです

「ブロックを仕切る長を決めたいので、どうしたらよいか」と聞いたところ、無難なところで「協議会が指名してくれればよい」という意見が圧倒的に多かったです。そして「できれば協力病院は省いてほしい」という意見も圧倒的に多かったです。ブロックごとにブロック長を決めたのですが、実際には指名ではなくて、そのブロックの話し合いの中で決めていただきました。あまり問題なく、すんなりと決まりました。

「協力病院を相互訪問の対象にするのか」については、意見が割れました。どちらかという、協力病院にはいろいろな機能が、拠点病院と同じような負荷をかけ

るのはよろしくないのではないかと、という意見が多かったです。

### 結論

- 各グループで病院数の多いところ等、グループ内を2つに分ける等については、各グループにおまかせする
- ブロック長は必ず、国拠点の病院が担当する。(指名は合議で)
- 協力病院が参加するかどうかについては、それぞれの協力病院におまかせする。(希望があるところは参加していただく。)
- 訪問時間は2時間程度をめどに
- テーマは、今年度は自由設定として、意見交換の場とする  
広島県を参考にすれば、部会があるもの連携手帳、がん登録、相談支援センター、緩和ケアあたりで

去年の春の結論としては、まず「グループ分けは、自分たちで調節すればよい」と。隣のグループとトレードするもよし、中を割るもよし。そうやって、お任せしましょうと。そうしたら、分かれたグループもありました。ブロック長は、一応は国の拠点病院が担当することまで決めましたが、どちらかという合議で自然に決まりました。協力病院が参加するかどうかについては、参加したいところは参加する、参加したくないところは参加しなくてもよい。そういうふうになり、わりと自由にしました。確か、4施設ぐらいは参加しなかったように思います。

それから、「訪問は2時間ぐらいを目処にする」と決めました。先ほど言ったように、長いのはちょっと勘弁してほしいと。時間帯については、みんな、かなりデリケートなことを言っていました。テーマは、「今年度は自由設定にしよう」ということになりました。ここで全体としてのテーマを決めるとか、東京都としての共通のテーマを決めるには、どうにも議論が熟していないので、相互にお任せしよう。それぞれでやってください、という話で手を打ちました。

### 今年度の相互訪問概要:「わらしべ長者方式」

例えば..

訪問する施設 → 3報告書提出

1意見交換のポイント提示 → 2適切な訪問者を決定し、訪問意見交換を行う

訪問を受ける施設

<Aブロックの場合>

### 既に病院相互訪問が終わった病院に質問です

- 有益であった点、困ったこと
- 改善した方がよいと思われる点
- テーマをどのように決めるべきか?

⇒アンケートリストがあったほうが、訪問しやすい? など、ご意見を出し合ってください。

駒込病院のいるAブロックの場合はくじ引きして、このような組み合わせで回ることになりました。皆さんご存じのとおり「必ず1カ所は訪問する」「必ず1カ所から訪問を受ける」という方法です。「訪問する施設」と「訪問を受ける施設」の間では、訪問を受ける施設の側から3~5項目ぐらい、「こういうポイントについて意見交換したい」という意思表示をしていただくことにしました。訪問する側は、その課題に合わせた人をアレンジして訪問する。日程調整は双方で独自に

やっていただき、終わった後で、訪問した側が報告書を出して、都立駒込病院に送っていただく。それ以上はあまり、拘束しないことにしました。

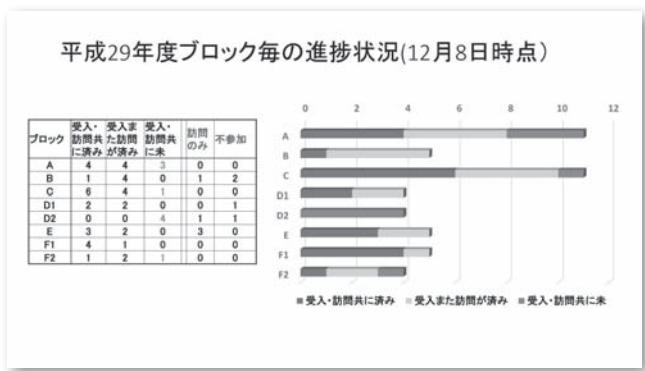
訪問が終わった後に、「さて、どう思いましたか?」「役に立ったと思いますか?」「何か困ったことはありますか?」「変えたほうが良いことはありますか?」と聞いてみました。実は、この時にはすでに、「テーマをどうするか」と、「チェックリストの作成」を意識していました。訪問時に手ぶらで意見交換をしても、みんなで集まって意見交換するのとそんなに変わりませんよね。やはり、客観的にアウトカムが見えるような形にするには、ちょっとしたチェックリストが必要なのではなからうか。それはいずれ求められるだろうという話をしていたので、それについても意見を出し合ってもらいました。

### 2017年12月の評価改善部会では、実施済みの施設からの意見を伺う

- 行くと病院の状況がわかり、有意義だったが、次に向けて数値化してどのように改善していくか、グループ全体のレベルアップ、情報共有をしていくとなると、1対1ではバランズがなくなる。
- もらえる全体が集まって、ディスカッションして、相談して、情報共有するほうが良いのではないかと、病院相互訪問はそれなりに意義があるが、毎年繰り返しても意味はないかなと思っている
- 良かった点は、顔が見えて、連携を構築するにはよかったです。困っている点も同じであったり、困っていることの異なる理由に気付いたことが良かった。
- 困った点は、日程調整が難しかった。
- 検討したほうが良いことは、拠点、協力を進んでおり、いいこともあるが、要件が異なるので、病院相互訪問の意義を検討したほうが良いのではないかと

- 既に、武蔵野赤十字病院、杏林大学病院、多摩総合医療センター、慈恵第三病院で年2回実施している。そこに、公立昭和病院、東京病院、横手赤十字病院、多摩総合医療センターに加わってもらえば効果が良いのではないかと
- 良かった点、今までならばあったので、相互理解ができたのではないかと
- 今回の方法では、アウトカムが見えないので、アウトカムが見えるように進めるべきではないかと
- 施設に近いことがあり、前から全合を定期的にやっているが、定
- いろいろねねの肯定的評価(相互理解)の点
  - グループ全体のレベルアップを促すには効果的か?
  - 毎年、同じやり方では意味が薄い?
  - 今回のやり方ではアウトカムが見えない?
  - 相互訪問の意義を検討した方が良い?
  - 日程調整が難しかった

ころ、このように、いろいろな意見が出て、なかなかいい意見もあります。でもやはり、「大変だな」という意見もありました。概ねは肯定的です。「やっぱり行ってみるものだね。集まって話をするよりは、直に行ってみるとよくわかることもあった」と。しかし課題もあって、「グループ全体のレベルアップを目指すには、これだけでは少し効率が悪いのではないかと」「毎年同じやり方では意味がないのではないかと」「意見交換だけでアウトカムが見えないのではないかと」と。中には「日程調整が難しかった」という、ちょっと1次元下がった意見もありました。



これは去年の12月8日時点の進捗状況ですが、ほとんどのところは訪問が終わっています。まだ終わっていないところもありましたが、1月下旬の時点で全部終わったと思います。



これがその報告書です。報告書もシンプルがよしろいと、ほとんどA4の紙1枚、場合によっては1.5枚ぐらいのところもあると思います。ここには書いてありませんが、一応は訪問を受けた側のプレゼンがいくつかあって、意見交換があって、それに対して訪問した側が「こう思ったよ」ということを書いています。これを、訪問を受けた病院にフィードバックすると同時に駒込病院に集約するという形で今、まとめておきます。これを次回の部会に提出して、これから先はチェックリストとか、いろいろなことを議論します。報告書の集約は、そのための準備です。

12月の部会の時に実施済みの施設から意見を聞いたと

### チェックリストを作るとしたら? グループ単位でご意見を出し合ってください

**a 現況報告書に準じた  
与長野方式?**

- 新たなチェックリストの作成が不要
- 全てを網羅できるか? → 参加メンバーの選定が難しい?
- 選定するとしたら、どのような基準で?
- 項目が多いと審査のみとなり、互いの改善活動に生かせないのでは?

**b テーマを絞って作成  
与広島方式?**

- 訪問メンバーを1対1やすい
- テーマ別に意見交換できる
- チェックリストを作成する必要
- テーマ選定をどうしようか? 東京都独自のテーマが出てくる可能性も?

**c テーマは施設任せ  
PDCAシート作成  
与奈良方式?**

- すでに各施設でテーマ選定はできている
- テーマ別に意見交換できる
- 統一フォーマットでPDCAシート作成するか?
- 国がチェックリストを提案してきたときに1対1セットされる?

この時に実は、「チェックリストを作るとしたら」と仮定して、3つの案を出しました。ほぼ作る気になっていますから、みんな覚悟していると思います。これは作るなど思っているけれど、現況報告書に準じた、「かなり監査に近いやり方」(表の a 案)をするのか、「ある程度テーマを絞ってみんなで共通のものを作る」(同 b 案)のか、今回みたいに「それぞれ自分たちが選ぶものだけを選んで自由にやる」(同 c 案)のか。ただ、いずれの場合も評価リストのフォーマットは統一したほうが良いという前提になっています。

a案、b案、c案について、いろいろ聞いたところ、結論からいうと、「bとcのハイブリッド案」が多かったです。cそのまま、というのはないんですね。「あのままでは前には進めないのではないか」という意見はあるようです。でも、「現況報告書ガチガチに、まるで監査のように回るのは勘弁してほしい」と。やはり「テーマは絞って、アウトカムが見えるようにすべき」という意見が、わりとメジャーになってきました。

それから、「都としてのテーマを持つことも構わないのではないかと」という意見になってきて、冒頭に加藤先生のお

### 何らかのチェックシートを作成するか?という質問に対する意見は、

#### ②を選択する意見

- テーマは絞って、年単位あるいは期間決めてアウトカムを出しているのいいのではないかと数値化しやすいものがアウトカムが見えるので、例) 緩和ケア研修受講率  
● 緩和ケアや服薬指導、がん看護外来、訪問外来等算定できる件数を増やす  
● 地域連携バス、緩和ケアバスの運用いくつか候補をあげて、テーマを絞って見えるアウトカムを出していく
- テーマは都でできるものでも、ブロック内で決めるのもどちらでもいい。

#### ②/③を選択する意見

- ②のような形があって、そこに独自の得意分野、不得意分野をつける。③をメインとしてフォーマットだけで統一してもいいのではないかと。
- アウトカムを出すのであれば、得意分野より得意分野をディスカッションしたほうがアウトカムが出しやすいのではないかと、人数が多いと時間的な制約があるので、テーマを絞って、訪問人数を決めたほうがいいのではないかと。
- 自分の病院の上層部が動かないので、外任をかけてほしい
- 現場にとって実益のあることをやりたい
- 少ないテーマでしっかり議論できて、会話ができる場を作るほうがいいのではないかと。
- テーマは施設におまかせ、場合によっては東京都共通のもの
- アウトカムがわかるようなフォーマットを考えたほうがいいのではないかと
- 最終的な成果がわかる報告形式に作りこんだらどうか
- テーマ選択性が良かったので、②か③

話にあったように、東京都のがん対策推進計画の中には、今度、数値目標が書かれる項目がいくつか盛り込まれることになっています。それを受けて、この部会で互いのテーマにしようということで、ある程度、話をしています。「bとcの組み合わせぐらいがいいのではないか」という意見もあるし、「上層部にもっと圧力をかけてほしい」とか、「実益のあることをやりたい」という、本音といえば本音の意見も聞かれました。私も回ってみて思いましたが、病院長とか幹部がその気になっていない施設は、かわいそうですね。下がどんなにがんばっても前に進めない、という状況があるように思いました。

#### ②/③を選択する意見

- 監査みたいなものではなく、PDCAを評価しあうのがいいのではないかと。
- テーマを決めてやる。あほうが相互討論やディスカッションに広がるというイメージがあるが、得意不得意、強点・強力の違いがあるので、とかかりやすいのは、②ではないかと。
- PDCAの評価について、右肩あがりのしやすいものとそうでないものがあるので、どのテーマにするかで変わる。
- PDCAが右肩あがりになっているかではなくて、お互いに訪問し、意見交換の結果、PDCAそのものが改善したかどうかで評価してもらえたらうれしいのではないかと。
- 隣一軒やっても回っていない、回っていても隣一軒だったものが、他の施設から意見ももらって、PDCAサイクルそのものがよくなったことを評価していただきたい。
- 右肩あがりになりそうなPDCAサイクルだけを出し、あうのでは意味がないのではないかと。
- いろいろな視点からの評価を含めていただけると思っています。

#### ②<③を選択する意見

- 各施設が自分が得意なテーマでいいので、アウトカムをせれるようなテーマを決めて病院相互訪問するのがいいのではないかと。
- 解決すべき課題が増えるのをベースにしてやったらどうか。ただし、共通の課題としてあのようなものを加味してもいいのではないかと。
- ②の方式の場合、PDCAをまわってアウトカムを評価するの時間がかかるため、いきなりアウトカムを要求されても無理である。あらかじめ何年前にテーマを決めて②を少し取り入れて行くというのであればいいのではないかと。
- アウトカムを数字(率)で出している。なるべく数値でできるようにしたいのではないかと。なお、率の場合は、分母はきちんと出すようにしてほしい。
- 病院の特色が違っているので、共通のテーマは難しいのではないかと。

他の意見は概ね、「ある程度、独自のテーマも出したいし、共通のテーマも持っていたい。そして、チェックリストみたいなものを簡単でいいから作ってほしいかな」という方向に、おそらく向いていると思います。

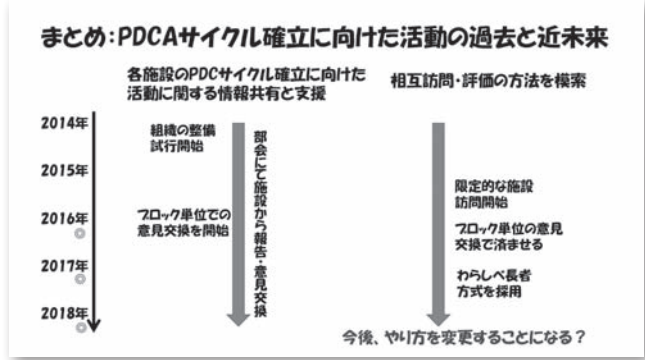
### 訪問施設からの報告書も見て:今後の方向性について

- フロック別の活動と、部会としての全体会議を組み合わせていく
- 相互訪問・評価については、当座「わらしべ長者方式」でいいが、単なる意見交換から、改善活動が評価できる段階へ進める必要  
⇒結局、②/③の組み合わせでやることになる  
また、1:1の相互訪問以外にフロック会議で共有することも必要?
- 改善状況を評価できるツールについては、次年度から模索する
- 右肩あがりの数値目標管理以外の評価法(数値改善の基礎となる体制整備の評価等)の検討も必要
- 東京都としての全体目標は、都のがん対策推進計画に記載された項目に従う予定

これからの方向性としては、ブロック別に、こういう訪問活動をやっていくことには、やはり意味はあると思っています。でも、その際に、ある程度のチェックリストが必要でしょう。それを作っていくことが、今年の目標になると思います。

部会の全体会議の中でも互いに意見交換しながら相互訪問も行う、というのがいい案のような気がします。

先ほども述べましたが、「共通のテーマ」と「自由なテーマ」を持つ。チェックリストについては、これからの模索になると思います。少し中途半端な意見ではありますが、「右肩あがりの数値目標だけを持つてくるのはどうかと思う」という声も聞きました。「PDCAの手法にだんだんと成熟してきた。その成熟過程を評価してほしい」と、学校みたいな意見もあります。「これは現業だから、やっぱりアウトカムだよ」と内心、思いますが、それはそれとして、みんなの気持ちを大事にしながら進めていこうと。東京都としての全体目標は、「都のがん対策推進計画に記載された項目に従う」ということで、ほぼコンセンサスを得られていると思います。



全体のサマリーをすると、2014年から18年までの間に3回のフォーラムに参加し、それを契機に、徐々に変わってきました。相互訪問、調査みたいな部分……まだ調査ではなくブロック単位の意見交換でお茶を濁している時代から、現在はある程度PDCAが回るようになったけれど、まだまだ序の口です。これから先は、もう少し洗練させていきたい。そのあたりまで来ていると思います。

2017年12月27日厚労資料より

### 今後のがん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループの主な論点

- 第3期がん対策推進基本計画を念頭に、拠点病院の指定要件を検討すべきである
- 以下に挙げる論点の検討においては、地域がん診療連携拠点病院、都道府県がん診療連携病院、及び地域がん診療病院のそれぞれにおいて求められる要件を検討すべきではないか?

- ① 以下の項目を新たに追加してはどうか。
  - 医療安全について
  - 支援法について
  - チーム医療について
  - 第三者による医療機関の評価や拠点病院間の定期的な実地調査(質の格差の解消)について
  - 指定要件を満たしていない可能性のある拠点病院等に対する指導方針について
  - 保険適応外の免疫療法等の取り扱いについて

国の指定要件に関する記載の方が、東京都の現状を追い越してしまうかも知れない?

相互訪問・評価については、今後、やり方を変更することになる、変更せざるを得ないのではないかと考えているのですが、まだ指定要件の新しいものが出ていませんよね。そこにどう記述されるのかわかりませんが、去年の12月までの資料を見る限りでは、「第三者による医療機関の評価や拠点病院間の定期的な実地調査」と、堂々と文章に書いてあります。この文面がどの程度、具体的な形で出てくるか。「場合によっては、これは待ってられないぞ」と。東京都

は、先ほど言ったように“先進国”ではないのです。全体の空気をしながら、じわりじわりと階段を上っていて、「あまり慌てて上らないようにしましょう」というのが合い言葉だったのですね。でも、国の指定要件に、この文章が書き込まれた時には、第三者集団を作らなければならないし、実際にチェックリストが必要になってくるでしょう。それで今年は、どういう指定要件が出てくるのかを注目しているところです。東京都の発表は以上です。

## Q&A

**(国立がん研究センター・加藤)** 東京都には、このフォーラムで毎回、ご報告いただいています。先ほど齋巢先生ご自身もおっしゃっていましたが、最初はかなり、都内の病院もこういう取り組みに対してご協力いただけない雰囲気でした。私も部会にオブザーバーとして何回か参加させてもらっていますが、なかなか難しいかなと思われた中で、齋巢先生がいろいろと細やかなご配慮をしてくださり、関係者の協力を得て、じわりじわりと着実に進んできました。その様子をぜひ、皆様にご紹介いただこうと、今回も発表をお願いした次第です。

**(国立がん研究センター・若尾)** 各ブロックごとにブロック長を決める、というお話がありましたが、ブロック間の検討などは、親会のほうにブロック長の方が出て来て、そこで意見交換するような形になっているのですか。

**(齋巢)** 仕組みはそうになっています。まだブロック長の会議は開いていないのですが、今年はやることになると思います。チェックリストについては、ある程度のたたき台を私のほうで用意しようと思っていますが、それを本当に部会に出してよいかどうかは、ブロック長会議でもう1回揉んでもらい、場合によっては各ブロックに持ち帰って調整するというプロセスを踏む必要があるかもしれません。そのためにも、今年はそろそろ、ブロック長会議を開こうかと思っています。

**(若尾)** 先ほど病院幹部の協力、理解とおっしゃいましたが、訪問する時の受け入れ先は必ずしも病院長というわけではなくて、がん診療を行っている部署というイメージなのでしょうか。

**(齋巢)** そこはかねがね気になっているのですが、東京都全体のがん対策推進協議会に病院長が出てくることはほとんどありませんし、部会に出てくることもありません。そして、今回のこの訪問に際して、「できるだけ病院の責任者が、ご挨拶だけでもいいから顔を出してほしい」と言ったのですが、報告書を見る限りでは病院長が顔を出しているところは、あまりないです。これが多分、東京都の、秋田県とは違うところかもしれませんね。東京都の実際の風景なのです。で

すから、協議会に参加している人、部会に参加している人、訪問に行く人・受ける人は、どちらかという自分に権限がない状態でやっている。それが辛いところですよ。

**(若尾)** 都道府県拠点病院の協議会のほうで意見をまとめていただいたところ、「がんセンターだったらいいけれど、大学病院とか総合病院の場合、がんについては施設としての対応が十分できないところもあるのではないか」という意見がありました。先ほど出ました新指定要件の中に、「病院として取り組む、ということ今回ぜひ入れていただきたい」との要望があり、提案書等を出させていただいているところです。最終的にどういう形になるかわかりませんが、やはり病院としての取り組みが必要になってくるだろうと、今のお話を伺って、改めて認識しました。

**(齋巢)** 私もそう思います

**(質問者)** 東京都は本当に大きな施設が数多くある中、それを見事にブロック分けされて、1つ1つ積み重ねていかれる過程がよくわかり、さすが東京都だと思いました。改善のポイントに関して、各ブロックのほうでもいろいろ話し合われたとのことですが、やはり非常に感心が高いテーマをピックアップすると取り組みやすいし、モチベーションにもつながると思います。例えば、よく言われている就労や労働環境整備の話などは、みんながすごく関心を持っているテーマだと思います。そのあたり、東京都ではフリーで選んでもらうようにしているのでしょうか。少し調整をして「これをやりましょう」と提案したら、それこそ全体で、まとまるような気もするのですが。

**(齋巢)** あまり負荷ばかりかかって実入りが無い取り組みは嫌われる傾向があったので、最初は実益がついてくるものから提案しました。それに実益がついてくることを知らない施設もあつたりします。そういうテーマを提案する形で出しています。それから「その他の施設が、どんなことをやっているか」を毎年調査して、みんなにフィードバックしています。それを見ながら、「うちでもやれそう」といった形で、じわりじわりと自分たちのところでも自主的にやっていただく、というやり方をしています。

**(質問者)** そういったモチベーションにつながるような形のプレゼンテーションなども、多分やっておられると思いますが、データを見ただけでも、十分にみんな「うちもやろう」という感じで、次々に雪だるま式に取り組みが改善するような気がします。ありがとうございます。

**(加藤)** 1つ確認させてください。各施設をブロックに分けてブロック長を定め、それぞれで訪問などしておられるとのことですが、その時にいろいろな作業をしたり、ブロックの取りまとめをしたりする事務局などは置かれていませんか。

**(齋巢)** それは将来、絶対に必要になると思います。今のところ、ブロックの中で独自に日程調整して、集まって相談をし

て、というのは多摩のほうの、ごく一部の地域で行われています。そこはもともと、普段からやっていた流れですからできるけれども、新たにそれが始まるというのは、今年の課題になると思います。

今のところは駒込病院の事務局が、それなりに汗をかいています。これから先は、それぞれのブロックの中でやっていただきたいと思ってはいますが……。私が「ブロック長になっても何のインセンティブもありません」と一言断言したら、みんな大笑いしていましたが、笑って済むのは今だけですよね。いずれは東京都にも、そのところを考えていただけるとありがたいと思います。国は考えませんよね。

(加藤) 全国的に見た場合、少なくとも都道府県拠点病院には事務局ができることになるといいのかなと思います、拠点病院の連絡協議会では毎回、そのように提案しています。ブロックごとに行う場合は、さらにまた負荷がかかってくると思います。他の県も、東京都の取り組みを今後も参考にされていくと思いますので、ぜひよろしくをお願いします。

# 長崎県の取り組み

長崎大学病院 石井 浩二



秋田県、東京都と非常に先進的な取り組みをされている都県の後に発表させていただき、非常に僭越ではありますが、地方の後進県である長崎県が少しずつ取り組みを始め、これからどういう改善をしようかという話をさせていただきます。

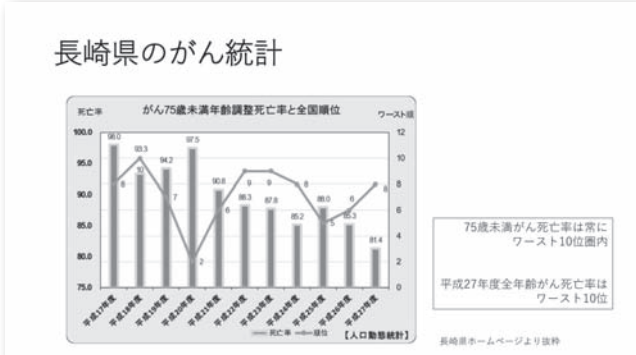
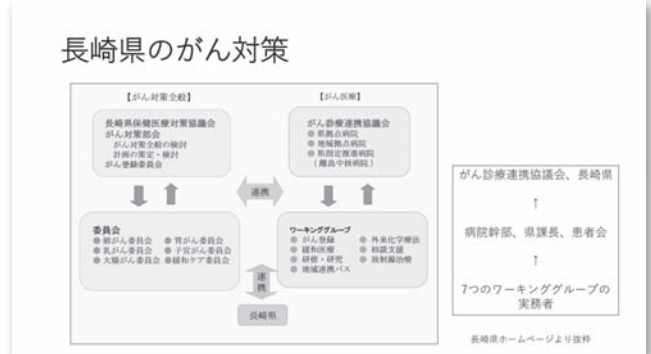
りません。75歳未満の死亡率は毎年ワースト10位以内、全年齢死亡率が、ようやくワースト10位になりました。

これは、長崎県のがん診療体制です（左下図）。8つの医療圏があって、

1つの県拠点病院、5つの地域拠点病院、そして2つの県指定推進病院があり、さらに長崎の場合は離島があるため4つの離島中核病院があります。これらを中心に、がん診療を行っています。



まず、長崎県についてご紹介します。面積は全国的にも小さく、人口も少ない県です。県庁所在地である長崎市の人口は43万人程度、人口の減少数は全国第2位です。地方の本当に小さな県です。



このグラフは長崎県のがん統計です。長崎もがん対策をがんばっているのですが、なかなかがん死亡率が下が

長崎県のがん対策は、「長崎県」「がん対策部会」「がん診療連携協議会」の3者が連携をとりながら行っています。協議会の下には「がん登録」「緩和医療」「研修・研究」「地域連携バス」「外来化学療法」「相談支援」「放射線治療」と7つのワーキンググループがあります。そのうち、今日はこれから、緩和医療グループのPDCAの相互チェッ



クについて話をしていきます。

先ほど挙げた7つのワーキンググループでは、年に1度、拠点病院と推進病院の実務者が一堂に会する会議を行っています。医師、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカーなどいろいろな職種の人が集まり、実務を行う上での問題点や工夫している点、他の病院の取り組みなどについて共有しています。ちなみに、昨年のワーキンググループでの議題としては、拠点病院の指定要件をきちんと満たしているかの確認や、緩和ケア研修会について、また地域連携パスの好事例などの共有を行いました。

### 長崎県がん診療連携協議会幹事会



県医師会、歯科医師会 副会長  
長崎県福祉保健部医療政策課 課長  
各拠点病院・推進病院 副院長  
患者会 代表  
大学病院 がん診療センター長  
各ワーキンググループ長  
などが参加  
1年間の全国会議の情報共有  
実務者会議での問題点、意見の共有

実務者会議の後には、がん診療連携協議会の幹事会があります。ここでは、県医師会と歯科医師会の副会長、県の福祉保健部医療政策課の課長、また各拠点病院と推進病院の副院長、大学病院のがん診療センター長、その他、各ワーキンググループ長などが参加して、1年間の全国会議の情報や、実務者会議で出された問題点・意見などを共有しています。

### 長崎県がん診療連携協議会（親会）



県医師会 会長  
県歯科医師会 会長  
県看護協会 会長  
長崎県福祉保健部 部長  
各拠点病院・推進病院 院長  
大学病院 がん診療センター長  
各ワーキンググループ長  
などが参加  
1年間の全国会議の情報共有  
実務者会議での問題点、意見の共有

その上に親会を行っており、ここでは医師会・歯科医師会・薬剤師会・看護協会の会長、また長崎県の福祉保健部の部長、さらに拠点病院と推進病院の院長、そして幹事会と同様に大学病院のセンター長とグループ長が参加しています。幹事会と同じく、1年間の全国会議の情報や、実務者会議で出された問題点などを共有しています。

このような流れで実務者の意見を病院幹部、県の課長、患者会、その他、長崎県や各病院長などが共有できるような仕組みになっています。

こういった仕組みをもとに、県は「がん対策推進計画」を作成し、緩和医療分野では、このような項目が計画とし

### 長崎県がん対策推進計画（緩和医療）

- 苦痛のスクリーニング
- 院内の連携強化
- 病院間でPDCAサイクルを利用した相互チェック
- 緩和ケアの質の向上
- 医師への緩和ケア研修等を通じた緩和ケアの提供体制の充実
- 専門家の育成
- 地域連携推進

てあがっています。その中に、「PDCAサイクルの相互チェック」がしっかりと盛り込まれています。

### PDCAサイクル確保

- (1) 自施設の診療機能や診療実績、地域連携に関する実績や活動状況の他、がん患者の療養生活の質について把握・評価し、課題認識を院内の関係者で共有した上で、組織的な改善策を講ずること。
- (2) これらの実施状況につき都道府県拠点病院を中心に都道府県内のがん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院において、情報共有と相互評価を行うとともに、地域に対してわかりやすく広報すること。

「がん診療連携拠点病院等の整備について」（厚生労働省健康局長通知）（2014年1月10日交付）より抜粋

2014年1月に公布された厚生労働省の健康局長通知でも、「PDCAサイクルの情報共有と相互評価を行う」ことが求められています。長崎県としても、やはり何らかの取り組みを行わなければならないと考え、少しずつ始めているというのが現状です。

### 長崎県緩和医療ワーキンググループにおけるPDCAサイクル相互チェック

- 2016年より開始
- 拠点病院、県指定推進病院より開始
- 出来れば県全域で行いたい

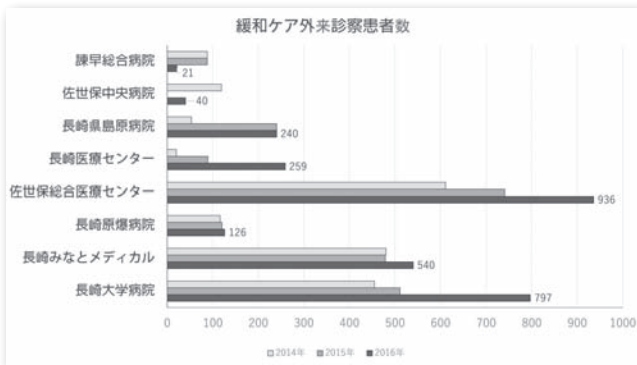
→ 緩和医療ワーキンググループ長により  
まずは医療圏内、近隣医療圏での相互訪問開始を計画

方法としては、「実務者の相互訪問による相互チェック」がよいという結論になり、少し遅かったのですが、2016年から実際に相互訪問を行っています。拠点病院と県指定の推進病院から始めてみようということになり、離島は来るのも行くのもなかなか大変だということで、まず本土の病院からスタートし、最終的には県全体で行いたいと考えました。緩和医療ワーキンググループ長から、そういった提言があり、まずは負担の少ない医療圏内で（医療圏内に1つしかないところは近隣の医療圏で）相互訪問を行ってみようという計画を立てました。

2016年5月、6月に、長崎医療圏の3つの拠点病院（長崎大学病院、長崎原爆病院、長崎みなとメディカルセンタ







### 緩和ケアチームメンバー（2016年度）

施設名	身体担当医			精神担当医			専門・認定看護師			薬剤師		
	専従	専任	兼任	専従	専任	兼任	専従	専任	兼任	専従	専任	兼任
諫早総合病院			1				1	2				2
佐世保中央病院	1							1				1
長崎県島原病院	1		1			2	1	1				2
長崎医療センター	1					2	1	1				3
佐世保総合医療センター		1	1			1	1	2			1	1
長崎原爆病院		1				1	1	1				1
長崎みなとメディカル	1				1		1	1				1
長崎大学病院	2				1	1	2	1				4

### 実務者の意見

- ・実務者は増えない
- ・患者数は増加している
- ・介入期間は延長している

業務が年々多忙になっているために他施設との時間調整、訪問が困難

専門職種の人数は増えないけれど、患者さんは増えている。また、がん治療が長くなり、介入期間が延長しているため、年々業務が多忙になっています。他施設と時間調整を行ったり、自施設でも複数の職種が一度に移動したりするのはなかなか難しい、という意見が聞かれました。

### 県北～県南医療圏まで



医療圏を超えての相互訪問は困難

- ・地方県であり拠点病院間が遠い
- ・交通アクセスが悪く時間がかかる

特に佐世保～島原間は高速を使っても時間短縮しない・・・

島原病院から熊本大学病院まではフェリーを使って1時間半で行ける

また、その他の理由としては、「遠い」という意見がありました。「近隣医療圏で行うのも難しいのだから、県全体ではまず無理」という意見が複数から聞かれました。小さい県なので距離的にそれほど遠いわけではありませんが、交通機関が整備されていないところがあるので、時間が

かかる。「医療圏を超えての相互訪問は、なかなか難しい」「地方県であり、拠点病院の間が遠い」「交通アクセスが悪くて時間がかかる」などの意見がありました。

そんなに時間がかかるのかと、試しに一番遠いと思われる佐世保と島原でシミュレーションしてみたのですが、やはり車で2時間以上かかることがわかりました。しかも、高速道路を使ったとしても、使わずに隣の佐賀県を回ってきた場合に比べて3分しか時間が短縮されない、という非常に悲しい事実がわかりました。島原の方に話を聞くと、「フェリーを使えば熊本大学まで1時間半で行けるのに、県内でそれより遠いところまで行くのは無理」と言われてしまいました。

### 対応策として考えたこと

- ・相互訪問は行えると良いが…（現状のままでは無理だった）
- ・県全域で行いたい
- ・効率よく行いたい！

負担がかかりすぎると、無理だと断られる・・・

続けることができないと意味がない！

相互訪問を行ったほうが、実際に顔も見えていいのかなと思うのですが、やはり負担がかかり過ぎて無理だと断られてしまいました。無理やり訪問を行っても、続けられなければ意味がない。効率よく行わなければ続けられないだろうという結論に至りました。では、どうしたらいいのか。県全体で行える、よい方法はないものだろうか……。

### 長崎県がん診療連携協議会実務者会議



県内全ての拠点病院、推進病院が集合

多職種が集合

公的な記録が残る

1度で済む！

幸い、長崎県では年に1回、多職種が集まる「長崎県がん診療連携協議会実務者会議」という場があり、これをうまく活用しようと考えました。1回で済むため、非常に効率的です。これを使ってみようということで昨年、試験的に行ってみました。

「県全体のPDCAの相互訪問を、この会で行うので、PDCAサイクル表をまた作ってください」とお願いしたら、皆さん気合を入れて、結構しっかりと作ってられました。

実際に相互チェックを行ってみたところ、「他施設の現状を知ることができてよかった」という意見がありました。

## 各病院ごとのPDCAサイクル表

大項目	緩和ケア部門PDCA			長崎県立病院	
	中期	中期(DLAD)	長期(DLAD)	長崎県立病院 中核施設(長崎)	長崎県立病院 中核施設(佐賀)
緩和ケア推進計画	緩和ケア推進計画の策定	緩和ケア推進計画の策定	緩和ケア推進計画の策定	緩和ケア推進計画の策定	緩和ケア推進計画の策定
緩和ケア推進計画	緩和ケア推進計画の策定	緩和ケア推進計画の策定	緩和ケア推進計画の策定	緩和ケア推進計画の策定	緩和ケア推進計画の策定

## 相互チェックを行ってみて

- ・他施設の現状を知れてよかった
- ・具体的なアドバイスをもらえてよかった  
(特に非常勤医師確保について)
- ・一度のみの集合では問題の共有が主になる
- ・解決策まで至れない問題点も多い

**一度では足りないとの意見が多数！**

また、地方県ゆへの悩みで、精神科医がいない病棟が毎年、問題になるのですが、「非常勤医師の確保についてアドバイスしてもらえてよかった」などと、意外と好評でした。あんなに「多忙で無理」だと言っていたのに、「1回だけでは足りない」という意見がたくさん出てきて、「集合できるのはいいけれど、1回だけの集まりでは問題の共有だけで終わってしまう」「たまたまよい意見をもらえたけれど、解決策までは至れない問題も多い」などの点が、今度は課題としてあがりました。やはり、効率だけを求めてうまくいかず、中身を充実させなければ、続けていくのはなかなか難しいだろうという結論に達しました。

## 対応策として考えたこと

- ・県全体で相互訪問は困難・
- ・県全体・多職種で集まる機会を生かすことは有効！
- ・効率的に複数回の議論を重ねてPDCAサイクルを確保したい!!  
・・・何とかできないか？
- ・電子メール？
- ・書留？
- ・LINEでグループ作るか？

ではどうしようかと考えたのですが、やはり県全体で相互訪問を行うのは困難だと思いました。しかしながら、県全体で、しかも多職種で集まれる機会を活かすのは非常に有効です。効率的に、しかも複数回の議論を重ねながら、PDCAサイクルの相互チェックを確保する必要がある、ということが今回の試みでわかりました。

電子メールを使う方法も検討してみたのですが、やはり時間がかかるし、実際に、しっかり読んでもらえているか

どうか分からないところもあって、うまくいかないだろうと思いました。書類で回すというのも、なおさら煩雑で時間がかかります。迷ったあげくに、LINEでグループを作ろうかとも思ったのですが、深夜に送られても困るし、現実的ではないなど。そんなふうにモヤモヤしながら、いろいろな会議に出ていました。

## 長崎県がん診療連携協議会幹事会



がん登録ワーキンググループではあじさいネットでテレビ会議しています。  
相談支援ワーキンググループもテレビ会議を開始しました。

長崎県がん診療連携協議会幹事会に出た時に、他のグループから、こんな情報を耳にしました。「がん登録ワーキンググループでは、あじさいネットを使ってテレビ会議をしている」と。そして、相談支援ワーキンググループもテレビ会議を始めた聞き驚きました。

## あじさいネット



「あじさいネット」というのは、平たく言えば「病院のカルテを開業医が全部見ることができるシステム」です。ネット回線を用いて、カルテはもちろん、画像、検査結果、治療内容、診療記録、すべてが見られます。これがあれば、在宅医は新たな検査をしなくても患者さんの現状を知ることができる。そこが非常に大きなメリットで、長崎県が誇る医療システムです。最近では薬局などもこれに入っており、すべての情報が見られるようになっています。

## あじさいネットといえば



恥ずかしながら病院と診療所を繋ぐツールとっていました。

今では病院と病院をつなぐツールとしても利用されているそうです。

あじさいネットの利点として、テレビ会議ができることは知っていました。退院前の合同カンファレンスなどに在宅医が参加できない場合に、テレビ会議を用いることができます。それは非常にいいものだなと思っていましたが、今では「病院と病院をつなぐツール」としての利用も始まっています。「病診連携から病病連携へ」と、あじさいネットは進化していました。



さらに調べてみると、長崎県全域、時には佐賀県の病院も、あじさいネットに加入しており、長崎県は「病院同士がつながる県」になっていました。



長崎県には8つの拠点病院と推進病院があり、そこではすでに、がん登録の研修会を年4回、あじさいネットのテレビ会議を用いて行っています。さらに、コアメンバーの会議を、それとは別に年4回、行っているということです。



この写真のように、テレビ上に画面がいくつか出て、それぞれの病院の担当者が映ります。音声もかなりクリアに聞こえ、ストレスなく会議ができるという感想を聞いています。

以上のように、何もないうちからPDCAサイクルの相互チェックを行おうと模索しながらやっているところです。「多

## PDCAサイクル相互チェックを試みて

- 多忙、交通アクセスの悪さを背景になかなか始められない  
(おそらく地方県全体の悩み)
- どの施設も問題を抱えながら改善したいと思っている。  
(都会も地方も同じ)
- メリットを実感してもらえたため県内の実務者が相互チェックに対して前向きにとらえだした

忙」と「交通アクセスの悪さ」を背景に、なかなか始められないという悩みがありました。おそらくこれは、地方県全体に共通する悩みなのかなと思っています。また、どの施設も問題を抱えながらも「改善したい」と望んでおり、その点は地方県も都会も変わらないと思っています。けれどもやはり、今回わかったことは、「メリットを実感してもらうことで、県内の実務者が、相互チェックを前向きにとらえることができた」ということです。県の拠点病院のスキームとして、少しでもよいものを提供することで、県全体がそれに乗ってくれる。そういう流れを作っていかなければならない、という結論に達しました。

## 今後の展望

- あじさいネットによる県全体、多職種の事前会議  
(出来れば複数回)
- 実務者会議での全体討議
- ピアレビュー (次の目標)

今後についてですが、まずは県全体でできる方法がよい、ということがわかりましたので、あじさいネットを用いて県全体・多職種の事前会議というものを、できれば複数回行い、その予備会議を基に、実務者会議の全体討論を行いたいと考えています。さらに、県の相互訪問も、できればやりたいと思っています。県拠点病院である大学病院が各拠点病院を訪問する形で、それもできれば国立がん研究センターのピアレビューなどを、ご協力をいただきながら行っていけると、県全体のPDCAサイクルのよい確保につながるのではないかと考えています。

## Q & A

(国立がん研究センター・加藤) 長崎県では、実際に実地調査をやってみて、いろいろな困難を理解したところで、では診療の質を具体的に改善するためには何ができるのかを考えました。工夫して、現実的にできることから始め、

そして今後はまた、いろいろなことを検討していこうという「長崎県ならではの取り組み」をご紹介いただきました。特に、アクセスの悪い地域などは参考になることも多かったのではないのでしょうか。

(質問者) 私たちも相互チェックを行う際に、最初に悩んだことがありますので質問させていただきたいのですが、施設を訪問した際に、その現場を訪れるのか、あるいは会議室に集まってやるのか、そこが実は重要な問題なのではないのかなど。例えば、医療安全や災害医療の相互訪問チェックですと、必ず現場を訪れてやることになっていると思います。その点に関して、長崎県での議論がどうであったか教えてください。

(石井) その点は、すごく大事なところだと思います。やはり、できれば診療の場面などを見たいと思い、時間もしっかり確保した上で始めたのですが、どこも前向きではなかったということが1つです。「あまり整っていない」と言われたり、診療内容を「あまり見られても困る」というところもあり、実際には会議室だけで終わってしまったのが現状です。本当はそこから広げていきかけたのですが、長崎市内だけの取り組みでは限界があるため、どうやって県のニーズに合う形にしていくかを今、模索しています。本当は、おっしゃるように診療の場も実際に見ながら行っていけると、非常に実のあるものになるのではないかと考えています。

(質問者) 加藤先生、その点はいかがでしょうか。

(加藤) 私たち国立がん研究センターも実際に実地調査の支援をさせてもらっていて、それぞれの病院に伺いますが、最初に模索していた時期は、できるだけ臨床場面を見られるようにと工夫していたこともあります。医療機能評価機構がやっているように、カルテを見ながら、実際の診療プロセスを、モデル患者を使って検討するようなこともやってみました。けれどもやはり、そうするとかなり時間がかかってしまい、全体的なことを見るのが難しくなってくると思います。

今は具体的に診療場面を直接見るということは少し諦めておきまして、どちらかというと、実際に現場に行き、その病院の医療者の方からたくさん意見を聞いています。代表選手の話だけを聞くのではなく、例えば緩和ケアでいうと、緩和ケアチームの方々だけではなく、緩和ケアチームを利用している一般のお医者さん、オンコロジストの先生方や一般病棟の看護師さんとか、管理者の方、病院長とか看護部長に必ず参加してもらって、できるだけたくさんの方の意見を聞くようにしています。そうすると、診療場面は見えなくても、その病院の事情がかなり把握できるので、そこから改善点などを一緒に考えていきます。多分、時間をかければ、そういった診療場面を実際に見るのが、本当は一番よさそうだと思いますが、先ほど齋巢先生の

お話にもありましたように、訪問時間を2時間ぐらいに収めるためには（国立がん研究センターのピアレビューの場合は3時間）、今のところ、そのあたりが限界かなと思います。いろいろなやり方があっていいのかな、と思っています。

(質問者) もう1点、伺いたいのですが、以前に長野県の事例報告で、県がものすごく強い権限で訪問されていると聞きました。長崎県の先生方の訪問には、行政が関与されているのでしょうか。ちなみに秋田県の場合は、行政が参加して意見は言ってくれますが、長野県のように大きな権限を行使するというのではなく、特に関与もされないという状況です。長崎県の場合はどのような状況なのか教えてください。

(石井) 長崎県の場合は、実務者会議の場に県の方がオブザーバーとして参加します。そこで実務者会議の内容を、しっかり聞いていただきます。こちら側から県のほうに質問をして、それに対して返答をいただく、ということではできていると思います。また時々、他県からも訪問を受けることがあります。今年、佐賀県から訪問があった時には、行政の方も同席していただき、長崎県の実務者と行政、佐賀県の実務者と行政という形で、行政と医療者、双方の意見交換の場ができました。長崎県の行政は、非常に協力的だと思います。

(加藤) やはり、行政の方がいい形で関わってくださるのが望ましい姿です。「指定要件を満たしていないから、これはちょっと問題があるぞ」などと指導するつもりで入ってこられると、「監査」になってしまい、困っていることや本当の現場の声を聞いて改善するというよりは、嘘をついて報告するような実地調査になってしまいます。都道府県の方が介入するにしても、いい形で、つまりオブザーバーという立場が、いい形といえるのかもしれませんが、その活動は見るけれども、あまり厳しい“監査の目”では見ずに、うまく参加してくださる。それぞれの病院間の訪問時には、そのような関係で行政に関わってもらえるといいのかなと思っています。

ただ、県内でこういう取り組みをする時に、行政の方が関わらないと、なかなか賛同が得られにくいということもあります。県庁の方々には、現場の意向をよくくみ取ってもらいながら、必要な声がけをしていただくという形で運ぶと、結構うまく進んでいく県も多いと思います。いずれにしろ、行政の方とのコミュニケーションは非常に重要だと思いますので、参考にさせていただければと思います。

# 緩和ケアに関するピアレビュー実施支援事業 (三重県の取り組みなど)

国立がん研究センター 加藤 雅志



国立がん研究センターは、厚生労働省からの委託を受け、各都道府県に対して緩和ケアに関するピアレビュー（実地調査による相互評価）の支援を行っています。これまで、いくつかの県の活動の支援をさせていただきましたが、昨年度は三重県の取り組みを支援いたしました。本来であれば、三重大学医学部附属病院の松原貴子先生から三重県の取り組みをご紹介いただきたかったのですが、ご都合がつかず、支援者の立場から国立がん研究センターの取り組みとともに紹介させていただきます。

ります。この背景としては、緩和ケアに関しては厚生労働省が設置した検討会がこれまでに実地調査を先行して行ってきたという経緯があり、緩和ケア領域については、一歩進んだ記

載が多いのだと思っています。実際に「実地調査」という言葉が多くの中で記載されています。

## 第3期がん対策推進基本計画

3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築  
～がんになっても自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現する～

(1) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

①緩和ケアの提供体制

(取り組むべき施策)

- ・ 拠点病院における連携を強化し、緩和ケアの機能を十分に発揮できるようにするため、院内のコーディネート機能や、緩和ケアの質を評価し改善する機能を持つ「緩和ケアセンター」の機能をより一層強化する。また、「緩和ケアセンター」のない拠点病院等は、既存の管理部門を活用して、上記の機能を担う体制を整備するほか、院内体制を整備し、緩和ケアの質の評価・改善に努める。さらに、緩和ケアの質の評価に向けて、第三者を加えた評価体制の導入を検討する。

(1) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

①緩和ケアの提供体制

(取り組むべき施策)

- ・ 国は、緩和ケアの質を評価するための指標や基準を確立する。また、実地調査や遺族調査等を定期的かつ継続的に実施し、評価結果に基づき、緩和ケアの質の向上策の立案に努める。
- ・ 国は、実地調査等を通じて、拠点病院以外の病院における緩和ケアの実態や患者のニーズを把握する。拠点病院以外の病院においても、患者と家族のQOLの向上を図るため、医師に対する緩和ケア研修会等を通じて、緩和ケアの提供体制を充実させる。
- ・ 国は、緩和ケア病棟の質を向上させるため、実地調査等の実態把握を行う。その上で、緩和ケア病棟の機能分化等（緊急入院にも対応できる緩和ケア病棟と従来の看取り中心のホスピス・緩和ケア病棟等）のあり方について検討する。

国の「第3期がん対策推進基本計画」において、緩和ケアの分野の取り組むべき施策として、相互評価や実地調査について多く書かれています。緩和ケアに関する記載の部分を見てみると、「緩和ケアの質の評価に向けて、第三者を加えた評価体制の導入を検討する」という記述があ

## 第5回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 緩和ケア部会 事前アンケート (2017年12月)

●第三者を加えた評価について



●実施済、計画中の具体的な実施手段

	n	(%)
会議や堅守会などの対面による議論	5	(26.3)
相互訪問による実地評価	11	(57.9)
特定メンバーによる実地評価	5	(26.3)
その他	4	(21.1)

昨年12月に行われた「緩和ケア部会」での事前アンケートの結果です。「実地調査などについて、どのような取り組みをしているのか」について質問したところ、第三者を加えた相互評価については、実施済みのところが4分の1程度、計画中を合わせると19都道府県という結果でした。また、そのうち16都道府県は、何らかの実地評価を行っていました。

実地調査にあたって、どのような工夫をしているのかについて尋ねてみたところ、いくつかの回答がございました。この中で注目していただきたいのは、できていないことを指摘するのではなく、「どうすればいいのか」を見ているという工夫です。これまで実地調査を行ってきた中で聞いてきた意見として「監査的なやり方では、現場の医療者が実際に困っていることや、問題の解決にはつながらない」

## 第5回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 緩和ケア部会 事前アンケート (2017年12月)

### 取り組みの工夫

- わらしべ長者方式で相互訪問を実施予定 (テーマ: 苦痛のスクリーニングと緩和ケア研修会) (東京)
- 施設規模等が似た3-4施設ごとのグループを構成し、相互チェックを開始 (福岡)
- できていないことの指摘ではなく、どうすればいいのか方策検討のための相互訪問を計画 (愛知)
- 県内の拠点病院間での実地交流に関する規約や実施手順を作成し、実地交流を開始 (徳島大)

### 取り組みに関する問題点

- 評価指標や基準が不明瞭である
- 各施設で緩和ケアに係る予算や人員が異なり、基準の設定が難しい
- 訪問日程の調整が大変である
- スタッフへの負担が心配
- 効果が不明

「上下関係がない病院間の相互評価については、できるだけ監査的にならないほうがよい」という意見も、よく聞かれます。

しかし、先ほどの長崎県の取り組みでお話があったように、相互評価を行う意思がありその意義を理解しながらも、実際に実施するとなると負担も大きく、準備も大変であるという問題もあります。実際に行ってみると、関係者は「やってよかった」と思うことが多いようですが、都道府県内で事前にその価値を共有することは難しいかもしれません。また、相互訪問が「県全体のレベルアップ・底上げに、すぐに寄与するのか?」と尋ねられると、個々の病院の問題解決にはとても有効だとは回答できますが、県全体のレベルアップ・底上げに対してはどうしても時間がかかってしまうと思います。上下関係のない病院間で行う相互評価、実地調査は、その病院の困りごとを解決していくことについて直接的な効果がある取り組みと断言していいかと思っています。

## 緩和ケアのピアレビュー実施支援事業

### 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】

- 各都道府県で、医療水準を向上させていくためのPDCAサイクル確保の取り組みは始まったばかりである。
- 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。
- 本事業では、拠点病院の緩和ケアの向上を目指し、同じ都道府県内の他の拠点病院や外部の専門家等が施設訪問による実地調査を行うことを支援する。そして、都道府県内で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に取り組む体制構築の支援を行う。

国立がん研究センターは、厚生労働省からの委託を受け、緩和ケアの実地調査を行っていく体制を構築していきたい都道府県があれば、それを支援する事業を行っています。

相互評価にはさまざまな方法があります。複数の施設が組を作って相互に訪問する方法、決まったメンバーが各施

## 緩和ケアのピアレビュー イメージ

### ● 実施に必要な体制

- 都道府県内の関係者間の調整、情報収集・分析・評価・改善等を管理する事務局機能
- 都道府県内で情報共有と相互評価のための評価指標 (現況報告などの既存データの活用も含む) の統一
- 都道府県内の実地調査方法等の統一

方法① 複数施設の相互訪問による実地調査

方法② 都道府県内の中心的メンバーが調査委員となり実地調査



設を訪問していく方法などがありますが、いずれもレビューアの質の担保が重要になります。それぞれの病院に専門家がいて、レビューアの質が確保できる場合はペアを組んで相互に訪問する方法や、A病院→B病院→C病院と訪問していく「わらしべ長者方式」もよいと思います。しかし、専門家が一部の病院にしかない領域に関しては、専門家がチームとなって特定のメンバーが一つひとつの病院を回っていくようなやり方のほうがよいかと思っています。

## 緩和ケアのピアレビュー 都道府県内で実施するまでのステップ例

1. 県内関係者へのピアレビューの説明 (講義)  
実施方法や成果のイメージ化

### 2. 県内関係者間の意見交換 (KJ法)

- ①ピアレビューの疑問や不安、困りごとの共有
- ②県内で実施可能な方法の具体的なアイデア出し

### 3. 県内のコアメンバーと、実施スケジュールの確定

- ①レビューを担当する県内コアメンバーの決定
- ②各施設での実施スケジュールの調整と確定

私たちが各都道府県の支援をする時に、実際にどのようなことをしているのかを、簡単に3つのステップで紹介してみたいと思います。1つ目のステップですが、まずその都道府県内の関係者が集まる会議のような場所で実地調査、ピアレビューとはどういうものなのか、どのような効果があるのかについて、講義形式で話をさせていただきます。ピアレビューが目指すものや効果、準備の仕方やピアレビュー当日のやり方など、相互評価としての実地調査について理解していただきます。2つ目のステップとして、都道府県内の関係者の中で、実地調査をするならば実際にどのようにやっていくかについて検討していただきます。できるだけグループワークや話し合いの時間を設けるようなプログラムとし、自分たちにとって有効な実地調査、相互評価とはどういうものかを主体的に考えてもらう機会を作っ

ています。都道府県ごとそれぞれに、さまざまな状況がありますので、私のほうから「こういう決まった方法でやってください」というやり方はしません。都道府県内の関係者の希望を最優先に実地調査のやり方を作っていくことが重要だと考えています。実地調査のやり方について具体的な内容を話し合っていく前に、ピアレビューについての疑問や不安点、あるいは、こういうやり方は嫌だということについても話し合ってもらっています。その上で、実際にやる時にはどのような方法で行うのかについて意見をまとめていってもらいます。

そこで話し合ったことを踏まえて、3つ目のステップとして具体的なピアレビューの実施方法、スケジュールを決めていきます。誰がレビューをするのかを決め、実地調査を受ける側と相談を開始しスケジュール調整をしていくというのが、国立がん研究センターが各都道府県に対して行っている支援の大きな導入の仕方です。



ここからは三重大学の松原先生が作ったスライドを用いて、三重県のピアレビューの取り組みをご紹介します。昨年度、国立がん研究センターは三重県の緩和ケアに関する実地調査の支援をさせていただきました。私たちの支援の仕方にも試行錯誤がございました。過去に行ってきたピアレビューには不十分な点もあり、その都度改善に取り組み、最近では「このようなやり方ががん拠点病院の診療の質の改善によいのではないか」と方針が固まってきつつあります。このようなプロセスも経て支援を行った三重県の取り組みを紹介したいと思います。

三重県でピアレビューが始まったのは、県のがん診療連携協議会でPDCAサイクル確保の取り組みについて話し合われた時、「緩和ケアについてどうすべきか」と考えたことがきっかけだったそうです。まずは書面などでやろうと検討しましたが「それで十分なのだろうか？」という疑問がわいたことがきっかけだと伺っています。

例えば「人口当たりの医療用麻薬の使用量が少ない」など、三重県には取り組むべき課題がたくさんあり、がん

## ピアレビュー取り組みのきっかけ

- がん拠点病院要件として「PDCAサイクル」の確保
- 三重県がん診療連携協議会にて「がん診療に関するPDCAサイクル確保の取り組み」が始まる
- 緩和ケアの分野ではどうする？  
まず、数字で・・・  
緩和ケア部会にて「現況報告・要件調査項目」をとりまとめて供覧(平成27年度)  
例)チームの人員配置、件数、医療用麻薬使用量など  
現状(質・状況)を把握できるか？

三重大学病院

## 緩和ケア提供体制のPDCAサイクル

- 現場の課題
  - がん診療拠点病院における専門的緩和ケア実務者不足  
緩和ケア管理加算をとっている施設: 1施設  
県内全域で医師数の減少
  - 人口当たりの医療用麻薬使用量は全国で最も少ない
- 緩和ケア領域の評価の指標や方法の課題
  - 内容や質の数値化が困難
  - 標準化された「指定要件」の書面調査  
詳細がわからない、機能しているかどうかわからない  
適切な現状評価にいたらない、質の向上につながりづらい

11  
三重大学病院

拠点病院の「指定要件」の書面による評価だけでは診療機能が実際にどのようなになっているのか把握することは困難だと考えました。

## ピアレビューのよさ

- 三重大病院での経験を通して  
平成26年12月(緩和ケアセンター設置前)厚労省の実地調査

実地調査を受けてよかったこと

- 現状把握
  - 緩和ケアチームメンバーが現状を把握できる
- 管理者への周知
  - 病院内でのシステム作りには欠かせない  
⇒「専従看護師3名などとんでもない」と言っていた病院幹部が動いた!

三重大学病院

先ほど述べましたように、当時、厚生労働省の緩和ケアの検討会の方々がいくつかのがん拠点病院を訪問し実地調査を行っており、三重大学でも実地調査がございました。その実地調査の結果、自分たちの現状を把握することができたということです。また、病院の管理者の立ち会いのもとで問題点や改善すべきポイントなどの指摘があり、現場と管理者が問題を共有することができ、この後指摘され

たことがいろいろと変わったそうです。例えば、現場から「看護師が専門性を活かした業務ができていない」と意見を上げていたが変化が無かったそうですが、この実地調査の後で変わったとも聞いています。

## ピアレビュー実施の困難

平成27年11～12月

国立がん研究センターがん対策情報センターからの実施支援を受け、県内拠点病院間での実施計画を立てる周知するも実施に至らず

### 理由

- ・多忙な病院業務の中で協力が得られない  
緩和ケアチーム実務者の負担  
病院側の理解困難：  
「実施調査」って何するの？  
もともと不十分な調査に来てもらっても仕方がない

三重大学病院

しかし、実地調査を三重県内全体に広げようと思っても、すぐにはうまくいかなかったそうです。最初は平成27年に「お互いに相互訪問をやりよう」という話になったものの、実現には至りませんでした。やはり、各病院ともに忙しく、すぐには協力が得られなかったということです。

## 平成28年度 実施の再計画

- ① 十分な検討期間をもち準備を行うこと  
がん診療連携協議会(平成28年3月)  
意義・目的の周知実施予告  
緩和ケア部会(平成28年5月)  
緩和ケア部会メンバーでピアレビューのあり方を議論
- ② 国立がん研究センターがん対策情報センターの実施支援を受ける  
実施施設の負担軽減を図る工夫

三重大学病院

平成28年度は「あまり急がずに、十分な時間をかけて準備していこう」ということになりました。まずは、実地調査の意義を主体的に考えてもらおうと、三重県の緩和ケア部会の中で実地調査について話し合う機会を作り、先ほど述べたような講義とグループワークを行いました。

その時に行われた部会スケジュール(右上表)になります。

私もこの時に松原先生と話し合いながら、どんなグループワークにしようかと考えました。松原先生のすばらしいアイデアだったのですが、まずは「こんなピアレビューだったら嫌だ」というテーマで話し合いを進めました。通常であれば、「三重県における望ましいピアレビューの在り方について」みたいなテーマで理想像から入ってしまうことも多いかと思います。松原先生の案でやってみたところ、

## 緩和ケア部会 分科会 【PDCAサイクル】GWスケジュール

時間	概要
14:50～14:55	導入
	Key Note Lecture
14:55～15:20	「がん診療連携拠点病院の緩和ケアに関するピアレビュー実施支援事業」 国立がん研究センター 加藤雅志先生
	グループワーク
15:20～15:30	①自己紹介、司会・発表者・書記の役割分担
15:30～16:15	②課題の抽出 と 対策について テーマ「こんなピアレビューだったらNO！」 ・テーマについて意見を出し合う ・主な課題2～3点に対する具体的な方策について議論
	共有・まとめ
16:15～16:45	・各グループより発表・共有 ・プラン作成
16:45～16:50	まとめ

## 「こんなピアレビューだったらNO！」 グループディスカッション内容 ①

現場の負担が増加する	スタッフに負担がかかる/人手がとられること 時間がとられること / 忙しい時間の訪問 / 時間通りに終わらない 準備が大変 / 資料など詳細な提示をとめられる 評価を受けることによりかえって現場の負担が増える
不適切な指摘	一方的なアドバイスのみ できていないことを責める 上目先で発言する 地域性がわかっていない提案される 現状でできていることを改善するようアドバイスする
解決が困難な点への批判	不備な点を批判される 人員不足である、兼任者が多い 常に向上的な方向に進まない 病院単独の機能では緩和ケアの強化が困難
組織の協力を得ることが難しい	現場のインタビュー時に仲間の協力が得られない(イヤな顔をされる) 院内の温度差がある 訪問＝監査ととらえてしまう 管理者の顔をうかがいながらのレビューになったら嫌

三重大学病院

ディスカッションが非常に活発に進みました。「こんなのは嫌なんだ!」というテーマのほうが、意見が言いやすいのだと思います。その後、嫌なピアレビューにならないようにどうすればいいのかということを考えるように促し、「やるのならこんなピアレビューが望ましい」と話題が展開していきました。これはすごく効果的なやり方だと思い、先日、支援にお伺いした和歌山県でもこの方法を取り入れてやったところとてもよい議論ができました。

この時の会では「こんなピアレビューだったら困る」ということで、「現場の負担が増える」「いろいろと指摘されても、その内容が不適切」「解決できない問題点ばかりを批判される」「組織が協力してくれない」など、さまざまな意見が出てきました。

一方、「メリットもきっとあるだろう」「ピアレビューを受けるとしたら、こういうふうにしてほしい」という意見も出てきました。

このような話し合いを経て「三重県ではこんな実地調査、相互訪問をしよう」という方針がまとめられました。相互訪問をする際は、批判やできていないところの指摘ばかりにならないようにしようということになりました。「お隣の緩和ケアを見に行く」ということをキーワードとして、同じ緩和ケアに携わっている者同士、一緒に困りごとを解決して



## 「こんなピアレビューだったらNO！」 グループディスカッション内容 ②

レビューのメリット	おとなりの緩和ケアを見ることができ 困っていることを共有できる
レビューを受ける際の要望	病院長にもわかってもらえるようにしたい 病院(幹部)の承認や理解が必要 主治医と緩和ケアチームの協力体制 自分達の気づかないことをおしえていただけるとありがたい 自分の状況として、自分のために他施設に行きたい モチベーションを維持できる環境
レビューワーカーになること の不安や問題	自分の能力 レビューワーカーとして機能できるか 自分たちの施設で困っていることをどう解決できるか 見に来てほしいが、見に行くのはイヤ 施設間の距離が遠い 訪問先が遠い、距離があり訪問が大変 緊急対応時 基本的緩和ケアと専門的緩和ケアのバランス

三重大学病院

## 三重でのピアレビューの モットーが決まる！

- ・対象施設の「批判・批難」「不足の指摘」にならない
- ・「お隣の緩和ケア」という諷刺文句を掲げ監査的イメージを払拭する
- ・「困りごとに焦点をあて支持的・建設的に話し合う場とする

三重大学病院

いこうという方針となりました。できるだけ監査的なイメージにならないよう、建設的に話し合うことを目的とする。拠点病院の現況報告を見ながら指定要件が満たされているのかどうかというところばかりに焦点が当たらないようにしましょう。そのような方針が決まりました。

## 三重でのピアレビューの 実施の方向性が決まる！

- ・三重県健康福祉部(がん対策担当)の承認と協力を得て実施  
病院幹部対策・院内の理解を得るために県に協力要請  
実地調査時は、調査員としてではなくオブザーバーとして参加
- ・県内の施設から固定のレビューワーカーを立てる  
県全体として取り組む
- ・国立がん研究センターがん対策情報センターとの共催  
資料提供・実施支援を受ける  
厚生労働省委託事業「がん診療連携拠点病院の緩和ケア提供体制に関するピアレビュー実施支援事業」  
・日程調整およびレビューワーカー調整  
県内メンバー 県外メンバー  
・事前資料フォーマット  
利用できる実施要領をたたき台として県内の実状に合うよう修正

三重大学病院

実際の進め方についてですが、三重県庁の協力を得て、県庁から手紙を出してもらおうことで、訪問を受ける病院側が協力しやすくなるような工夫をすることになりました。また、三重県では、県内の訪問メンバーを固定化して、訪問する側の質を担保しました。私たち国立がん研究センタ

ーは三重県の支援として必要な資材を提供するとともに、三重県が目指すピアレビューが実現できるようにアドバイスなどをさせていただきました。

## ピアレビューの実施

### 【参加者】

対象施設:緩和ケア担当者5名、院長・看護部長・事務長  
一般治療医2名・病棟看護師2名  
三重県緩和ケア部会メンバー4名  
県外レビューワーカー3名  
事務局 3名

### 【参加施設】

伊勢赤十字病院 平成29年2月22日  
松阪中央総合病院 平成29年3月1日  
鈴鹿中央総合病院 平成29年3月6日  
短時間に県内の全地域連携拠点病院をレビューできた！

三重大学病院

訪問する側は、県内の固定メンバー4名が中心になり、他に県外レビューワーカー3名と、私たち事務局という体制を基本といたしました。伊勢赤十字病院、松阪中央総合病院、鈴鹿中央総合病院の3病院を訪問しました。

## 当日訪問スケジュール：提供体制の紹介

事前 12:00-13:00	ミーティング	・ レビューワーカー打ち合わせ《訪問者のみ》
実地調査 13:00-13:15 (15分)	導入 参加者自己紹介	・ スケジュール概要とレビュー方法について情報共有 ・ 参加者自己紹介
13:15-13:50 (35分)	緩和ケア提供体制の 紹介	・ 対象施設の緩和ケア担当者が、施設内の緩和ケア提供体制についてパワーポイント等を用いて説明 ・ 施設の困りごとや課題の説明 ・ 質疑応答
13:50-14:30 (40分)	ヒアリング	・ 困りごとの内容に応じて、一般看護師や一般診療医、緩和
10分	休憩	
14:40-15:10 (30分)	レビューワーカー	
15:10-15:55 (45分)	質疑応答 意見交換	組織の中で 緩和ケアチーム活動内容と 現在の困りごとについて 管理者に理解を促す
15:55-16:00 (5分)	まとめ	
事後 16:00-17:00	ミーティング	・ レビューワーカー振り返り

訪問スケジュールは、午後1時から4時までの3時間で終了するようにしています。当日の進行ですが、まず訪問を受ける病院が緩和ケアの提供体制を説明します。この時には、できるだけ病院長などの管理者の方々にも立ち会ってもらい、現場の担当者が抱えている課題を自施設の病院長にもしっかり理解してもらえるよう心がけております。結果的に、すべての病院で病院長に立ち会っていただきました。

次いで個別ヒアリングを行い、実際の現場の状況を聞かせてもらいます。できるだけ1対1でヒアリングを受ける方が話しやすくなる環境を作ります。個別ヒアリングは非常に重要であり、全体の間ではなかなか聞くことが難しい実際の状況を聞くことができる貴重な時間になります。実地調査で現場の状況をお伺いする最も重要な時間になりますので、十分な時間をとることが必要です。

## 当日訪問スケジュール：ヒアリング

事前 12:00-13:00	ミーティング	・ レビュー者打ち合わせ《訪問者のみ》
実地調査 13:00-13:15 (15分)	導入 参加者自己紹介	・ スケジュール概要とレビュー方法について情報共有 ・ 参加者自己紹介
13:15-13:50 (35分)	緩和ケア提供体制の紹介	・ 対象施設の緩和ケア担当者が、施設内の緩和ケア提供体制についてパワーポイント等を用いて説明 ・ 施設の困りごとや課題の説明 ・ 質疑応答
13:50-14:30 (40分)	ヒアリング	・ 困りごとの内容に応じて、一般看護師や一般診療医、緩和ケアチームメンバーへのヒアリング
10分	休憩	
14:40-15:10 (30分)		
15:10-15:55 (45分)		バック ドバック 検討
15:55-16:00 (5分)		
事後 16:00-17:00	ミーティング	・ レビュー者振り返り

「全体共有では言いづらいこと」を語ってもらうことができる  
個別の気懸りに応えることができる  
対象側からみたチーム活動が見える

## 当日訪問スケジュール：レビュー者会議

事前 12:00-13:00	ミーティング	・ レビュー者打ち合わせ《訪問者のみ》
実地調査 13:00-13:15 (15分)	導入 参加者自己紹介	・ スケジュール概要とレビュー方法について情報共有 ・ 参加者自己紹介
13:15-13:50 (35分)		・ 対象施設の緩和ケア担当者が、施設内の緩和ケア提供体制についてパワーポイント等を用いて説明 ・ 施設の困りごとや課題の説明 ・ 質疑応答
13:50-14:30 (40分)	ヒアリング	・ 困りごとの内容に応じて、一般看護師や一般診療医、緩和ケアチームメンバーへのヒアリング
10分	休憩	
14:40-15:10 (30分)	レビュー者会議	・ レビュー者の意見集約《訪問者のみ》
15:10-15:55 (45分)	質疑応答 意見交換	・ レビュー者からみた問題・課題のフィードバック ・ レビュー者からみた良い取り組みのフィードバック ・ 問題・課題に対する具体的な改善策の検討
15:55-16:00 (5分)	まとめ	・ ピアレビューのまとめ
事後 16:00-17:00	ミーティング	・ レビュー者振り返り

現状認識と課題の明確化と共有  
どのように共有すべきかを集約

レビュー者だけで会議を行い、現状と課題を整理した後、どのようにその問題を病院側に伝えていくのかについて話し合います。

## 当日訪問スケジュール：フィードバックと質疑応答

事前 12:00-13:00	ミーティング	・ レビュー者打ち合わせ《訪問者のみ》
実地調査 13:00-13:15 (15分)	導入 参加者自己紹介	・ スケジュール概要とレビュー方法について情報共有 ・ 参加者自己紹介
13:15-13:50 (35分)		・ 対象施設の緩和ケア担当者が、施設内の緩和ケア提供体制についてパワーポイント等を用いて説明 ・ 施設の困りごとや課題の説明 ・ 質疑応答
13:50-14:30 (40分)	ヒアリング	・ 困りごとの内容に応じて、一般看護師や一般診療医、緩和ケアチームメンバーへのヒアリング
10分	休憩	
14:40-15:10 (30分)	レビュー者会議	・ レビュー者の意見集約《訪問者のみ》
15:10-15:55 (45分)	質疑応答 意見交換	・ レビュー者からみた問題・課題のフィードバック ・ レビュー者からみた良い取り組みのフィードバック ・ 問題・課題に対する具体的な改善策の検討
15:55-16:00 (5分)	まとめ	・ ピアレビューのまとめ
事後 16:00-17:00	ミーティング	・ レビュー者振り返り

現状認識（よい取り組み、課題）の  
明確化と共有  
管理者の現状と課題の理解を生み、  
体制整備の必要性自覚を促す

そして、病院側全体にフィードバックする時間になります。このような流れでピアレビュー当日は進めていきます。フィードバックの時間も病院長の方々に出席してもらうことが重要です。課題の整理、問題を改善する方向性、素晴らしい取り組みや、現場が頑張っている工夫などをフィードバックし、その病院内で今後の改善の取り組みの方向性などについて話し合うきっかけにしてもらいました。

## ピアレビュー後のスケジュール

- ・ レビュー終了後1~1か月半  
各施設への報告書
- ・ 平成29年5月26日 振り返り会  
ピアレビュー参加した施設の関係者による振り返り会
- ・ 平成29年10月26日 緩和ケア部会  
各施設でのレビュー後の状況について共有  
ピアレビュー全体についての振り返り

三重大学病院

ピアレビューが終了するとそれだけで達成感がそれなりにありますので、そこで満足してしまいがちですが、三重県はそこに留まらず、しっかりと振り返りの会を開催していることもすばらしいと思います。ピアレビューを受けた後、取り組み状況はどうなっているのかについて確認し共有しております。ピアレビューの報告書を各病院が受け取った後、半年くらい経ったところで振り返りの会を開き、その後、ピアレビュー後の取り組み状況について共有しております。

## <ピアレビューで得られたこと> 参加者による振り返り①

### 1. ピアレビューが支持的な対応であったこと

- ・ 「監査的でない」「批判的でない」を徹底したピアレビュー
- ・ 地域性・病院の特色・人員配置など現実に即した環境の中で、できていること・やっていることを承認・評価  
＝実務者だけではなく管理者の姿勢や態度が和らいだ
- ・ レビュー者の支持的な態度がよい循環を生み、レビュー者と施設とのコミュニケーションが構築  
＝現状や本音や困りごとや困難をさらに共有できる場

三重大学病院

では、実際にピアレビューをやってみてどうだったのかについてです。三重県の事前の会で決めたように、レビュー者が常に心がけていたのは「できるだけ監査的にならないようにしよう」ということでした。まず訪問を受ける病院が困っていることを聞き、それについて現実的に可能な改善策を話し合うことを心がけてきたわけです。そして、病院に課題があったとしても「実務者が悪者にならない」ようにとも心がけてきました。できないことがあったとしても、それは現場にいる人のせいではないということを幹部の方々にわかってもらえるようにしてきました。このような配慮の効果もあってか、病院内でさらなる話し合いが続き、組織として改善活動が進み、その後の具体的な改善にもつながっていったと聞いています。

そして、自分たちが行っていることが第三者の評価を受

## <ピアレビューで得られたこと> 参加者による振り返り②

### 2. 自分たちの診療・ケアの可視化 (対管理者、対プライマリ)

- ・ チーム内やセルフチェックでは気づけない点に気づくことができた
- ・ チーム外の医療者(医師・看護師)からどう見えているかを把握できた
- ・ 緩和ケアの実践に関する現状と課題について、管理者や事務サイドに理解してもらえるよい機会となった
- ・ 県内の近い施設との比較ができた: 比較の中で自施設の振り返りができた

### 3. 現状把握と動機付け

- ・ 自らの取り組みの振り返り・検討ができる
- ・ 実現可能な目標設定と解決策の検討ができる

三重大学病院

けることで課題の整理が進んだとのこと。外部からの指摘により、自施設での評価では気づかなかった部分が見えるようになったと聞いています。

## <ピアレビューで得られたこと> 参加者による振り返り③

### 3. 各施設の発達段階と課題に応じたディス カッションができる

- ・ 完成型の緩和ケアチーム研修と違い、それぞれの施設における発達段階・プロセスの中で生じる課題や困難を共有
- ・ 実現可能な目標設定と解決策の検討をその場でできる
- ・ 県内レビューワーが自施設での課題に取り組むためのヒント

### 4. 県外レビューワーによる俯瞰的視点での 指摘

- ・ 県外レビューワーの経験と知識による深みのある現状と課題の把握

三重大学病院

複数の病院を支援をしていく中で私自身が強く感じていることは、各施設で課題や取り組み状況が本当に違うということです。緩和ケアの取り組みが非常に進んでいる病院もあれば、これから開始していくという病院もあります。それぞれの病院の状況に合わせた提案をしていくことができることが、訪問による実地調査のよい点だと思っています。これは、都道府県内の病院が集まるような会議の中ではできないことです。そして、しばしば指摘されることでもありますが、自都道府県外のレビューアーが参加することも重要です。顔見知り同士では指摘しづらい点であっても、外部レビューアーであれば指摘できることがあります。また、たくさん問題点に気づいたとしても、それを全部フィードバックすることは推奨されません。この施設にとって、何をどのように伝えることが効果的なのか、現実的に問題を解決していく改善活動につながっていくためにはどのようなフィードバックの仕方が適切なのかということを考えながら指摘していくことが重要です。このようなことをしていくためには知識と経験のあるレビューアーの参加が必要であり、経験のある県外レビューアーが参加することで、より効果的

なフィードバックができると考えています。

## ピアレビュー実施半年後の変化 実施施設側の声

### 院内への活動の周知

病院管理者や事務職へのチーム活動の可視化と理解

### 院内での緩和ケア提供体制の変化

#### ・ システムおよびその運営の変化

① 苦痛のスクリーニングのシステム構築・試行

② リンクナース、がん看護外来

#### ・ プライマリとの関係や依頼状況の変化

早期からの緩和ケアの依頼が増加

職種を超えた相談が増加

三重大学病院

ピアレビューを実施したことにより、それぞれの病院が改善活動について熱心に取り組んだと伺っています。ある病院の取り組みとして「実際にシステムを変えた」「主治医から緩和ケアチームへの依頼の出し方、病棟との関係などについても見直しが進んだ」という報告があったそうです。

## <ピアレビューで得られたこと> 要望

#### ・ 定期的な開催と継続(数年単位での実施)

病院管理者との共有

施設外レビューワーとの院内スタッフのディスカッション

場の確保=手が届く範囲での学びになる

変化の実感と新たな課題の明確化

#### ・ レビューワーとしての参加

県外からの経験豊富なレビューワーとの交流

レビューを通しての学びと自施設への還元

三重大学病院

今後についてですが、ピアレビューを毎年実施していくということは現時的に困難であるため、数年ごとに行っていくことを検討しているそうです。ピアレビューの結果を病院の管理者と共有していくこと、レビューアーと訪問を受ける現場の人達がしっかりと話し合う時間を確保していくことがピアレビューを実施していく上で重要だと話し合われました。ピアレビューの際、個別のヒアリングをしていく中で、現場で困っていることについて、その場でレビューアーからアドバイスがもらえたことはよかったとも聞いています。現場の人とレビューアーが交流すること、県内だけではなく県外からのレビューアーとディスカッションができたことにより、より幅広く深い学びがあったと聞いています。

まず1つ目は、PDCAサイクルを確保していくために、ピアレビューでは問題点を指摘するだけでなく、それを改善につなげていくことができるようにしていくことが何よりも

## 今後のピアレビューに向けて

### 1. PDCAサイクルの確保のチェック

現状把握と課題の明確化⇒計画を具体化・実行への努力  
レビュー実施が目標で終わらない

### 2. 病院レベルの緩和ケア提供体制に焦点

組織整備の大きな推進力となったが、個人の知識や技術に  
関する課題解決には異なる対処が必要

### 3. 運営に関して

県外レビューワーカーの役割

県内で実施するために運営の担い方の検討が必要

三重大学病院

重要な課題であります。2つ目は、病院への実地調査では、まずは病院全体の体制に焦点を当てていくこととなりますが、医療現場が変わっていくためには個人のスキルアップもとても重要になってきます。ピアレビューの場で個人のスキルについて話し合うことは困難であるため、個人のスキルアップに関することは別の枠組みで考えていく必要があります。そして最後に、運営に関しては、県内だけでなく県外のレビューワーを含めていくことが望ましいことは十分に理解しつつも、それに対する謝金や旅費の支払いをしていくための財源をどうするかも現実的には問題になります。各都道府県の事情はさまざまかと思いますが、できるかぎり県外のレビューワーを含めていくことを私は勧めております。

## まとめ

支持的なピアレビューにより、やらされ感ではなく、各施設自らが、現状と課題の把握、将来の目標と計画を立てる機会を作ることができた

緩和ケア担当者のPeer Empowermentの実現に寄与  
各施設の緩和ケア体制整備の一役を担う

緩和ケアセンターの役割として、各施設に対するPDCAサイクルの機会と場を提供できた

必要に応じて、教育の場を設定する  
県全体でのシステムづくりの基盤

三重大学病院

三重県では、「やらされている」ピアレビューではなく、自分たちが主体となってあるべきピアレビューについて考え、それを実現していこうと取り組み、実際に訪問を受ける病院の困りごとを解決していくピアレビューを実施できたことはとても素晴らしいものだと思います。ピアレビューが県内全体の診療の質を改善する場を作るきっかけにもなり、引き続きこのような取り組みをしていきたいと考えていると伺っております。

最後に、ピアレビューの利点と課題についてのまとめで

## 緩和ケアのピアレビュー 利点と課題

### 【ピアレビューの利点】

- 外部レビューアーの第三者の視点で診療内容を体系的に評価することで、改善すべき問題点が具体的に示され、自己評価だけでは認識することが難しい現状を客観的に把握でき、医療の質の改善ができる。
- レビューアーと対象施設の担当者による現場でのディスカッションを通して、施設の状況に応じた実現可能な目標設定と解決策を検討することができる。
- 病院幹部が参加することで、問題点を施設全体で共有でき、改善に繋がる。
- 訪問施設側にとっても、他施設の状況を確認でき、自施設の取り組みを振り返る機会となる。

### 【ピアレビューの課題】

- ピアレビューが適切に実施されるよう、当該領域の専門的な知識を有しているレビューアーを確保するなど、ピアレビューの質を担保する体制が必要。
- 事前の担当者間の調整や、実施後の報告書のまとめや実施後のモニタリング等事務局担当者の作業負担が大きい。

す。それぞれの都道府県でさまざまな状況があり、病院同士が相互訪問を行うことについていろいろな考え方があるかと思います。さまざまな状況があることを踏まえ、一番理解を得やすい病院間で行うピアレビューのあり方としては、「現場の困りごとを解決する」という目的で実施していくことが一番理解が得やすく、お互いにとっても効果が得やすいものだと思います。「指定要件を満たしているかどうか」という観点で実地調査を行っていくのは、やはり行政の方々が実施していくほうが現実的であり、病院間で相互訪問をする時には監査的にならないほうがやりやすいだけではなく、効果的であると、三重県の取り組みを通じて思っています。また、国立がん研究センターは、厚生労働省の委託事業が続く限り、この支援事業を続けていく予定です。予算があるうちにできるだけ多くの都道府県を支援していきたいと考えておりますので、ニーズがあればできるだけ早めにお声かけください。

ピアレビューに関しては、この方法が絶対的に正しいというものはありません。それぞれの都道府県の状況に合わせて、都道府県内で適切な方法を考えることが重要になります。今回は緩和ケアの領域でピアレビューを進めてきておりますが、緩和ケア以外の領域でも有効なものだと思います。他の領域でも、ぜひ参考にさせていただきたいと考えております。

# がん相談支援のPDCAサイクルの確保に関する研究

国立がん研究センター 高山 智子



## がん相談支援関連のPDCA研究の進捗と部会での活動状況、そしてこれからの検討について

\*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
  - うまくいってる？ いってない？ どこを改善したらもっとよくなる？ …
  - → 個人へのフィードバック、組織へのフィードバック
- 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…
- 新たな課題の認識・共有、そしてPDCAサイクルへの組み入れ
  - 第3期がん対策推進基本計画、整備指針への対応 含む

昨年度は、PDCA研究の進捗に関する報告をさせていただきました。今回は、その後に追加で行った研究と、情報提供・相談支援部会を中心とする活動内容のご紹介をさせていただきます。

先ほど東京都の報告がありましたが、「それと同じ状況だったなあ」と思います。各県や施設の状況の中で皆さん、なかなか足並みがそろいにくい中で、苦勞しながら活動させていただいています。相談支援の活動は、なかなか目には見えないものです。「まあ、頑張ってはいるけれども……」などと言われたり、患者さんやご家族、一般の方々から批判の声を伺ったりすることもあります。

まずは、がん相談支援センターが、どういった活動をしているのか「見える化」をしていくことが大事だろうということで、「どう測定するか」、「それをどう分析し、現在の状況を確認するか」、そして「改善に向けて協議できる場や、それを話し合う場をどう確保していくのか」を検討しました。それらを、通常業務の中に負担なく取り入れることが大事です。「続けてこそ…」ということで、去年は、このような報告をさせていただきました。

これは相談支援に限らないのですが、第3期がん対策推進基本計画に加えられた内容のように、新たな課題もどんどん出てきます。それをどのように捉えて、PDCAサイクルの中に組み入れていくのか。われわれみんなの認識の中にどのように組み込み、共有するか。どんな改善活動を図っていくのかということも大事になってきていると思います。

今日ご紹介しようと思っているテーマの1つ目は「全国の

取り組み状況」、2つ目は「新たな課題の認識・共有、それをPDCAサイクルにどのように組み入れていくのか」、そして3つ目は「すごく難しいと感じていることになりすが、「分析と解釈を、どのように進めていくか。改善のためのフィードバックをどう行うか」。そのようなお話をさせていただきたいと思いま

## 1. 全国の取り組み状況

第5部会資料 (2015年6月)

### がん相談支援センター指標骨子

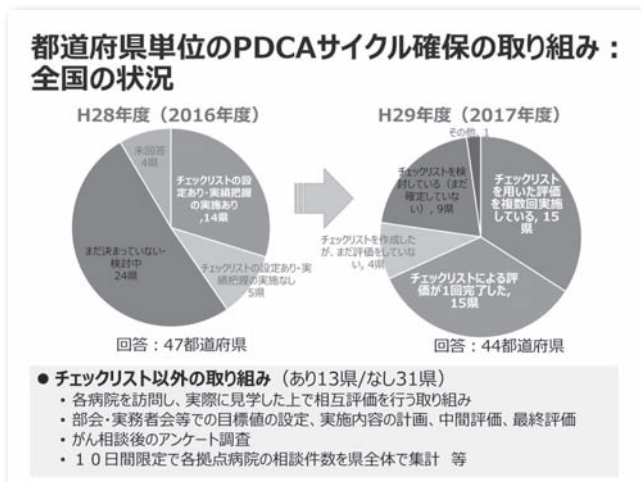
<目標の整理と対応する指標について>

アウトカム	プロセス	測定指標	構造	施策		
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 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 頼りにできる人・相談の場がある</li> <li>● 相談支援センターの役割を知っている人が増える</li> <li>● 患者が孤立しない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 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</li> <li>● 多様な相談先がある</li> <li>● 複数の相談場所がある</li> <li>● 情報や助けを求めている人に気づく人が増える</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 相談窓口をわかりやすく提示した</li> <li>● センター外出張がん相談を行った</li> <li>● “7アット”の場をつくった</li> <li>● …</li> <li>● 案内を個別に配布している</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 相談件数</li> <li>● 相談支援センター認知度、利用率</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 相談ブース数</li> <li>● プライバシーの確保</li> <li>● 相談支援センターについて積極的に周知する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 必ずがん相談支援センターと連携する</li> <li>● 相談支援センターについて積極的に周知する</li> </ul>

○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！  
(例)は、第6部会資料で提示(2015/12)

まず、「全国の取り組み状況」についてです。これは、2015年春の部会資料ですが、その半年～1年くらい前に、

見える化に関する「がん相談支援センターの指標骨子」というものを作りました。一番左の項目(前ページ右下表)が最終目標です。最終的には、困っている患者さん、家族が減ることを目標とし、「具体的に相談支援センターとして何ができるのか」を考えていこうということで、全体が見える大きなシートにまとめました。実際にあるべき姿を示す「指標」は、相談支援センターのレベルでいうと「実施状況」です。例えば、相談支援センターを利用しやすくするため、「ドアを開けておく」「パンフレットを配る」などを例示しています。どんなことを実施していくのか、各県の部会の中でチェックリストを作成し、取り組んできました。



2015年度にできた、この「指標」に対する取り組み状況を調査しました。左側は16年度に47都道府県に聞いた内容です。チェックリストの設定が「ある」は47都道府県中14県で、まだ決まってないところが半数ありました。右側は17年度初頭に聞いた結果で、この間に若干変化があり、チェックリストを用いた評価を複数回行っているところが15県ありました。まだチェックリストが確定していないところも9県ありますが、多くの県で取り組みが始まり、多くの県で繰り返し行われている、という状況になっています。

## 2. 新たな課題を認識・共有し、PDCAサイクルにどう組み入れていくか

- がん相談支援センターにおける患者や家族を取り巻く課題について
  - ・部会にてアンケートを実施 H28年7-8月
- がん相談支援センターでの情報支援に関する対応状況
  - ・部会にてアンケートを実施 H29年6-7月

7

このように、部会の中でも全国の状況を調査しながらPDCAサイクルに取り組んでいます。2016年7月～8月、第

3期がん対策推進基本計画の策定にあたり、「相談支援センターにおける患者・家族を取り巻く課題について」調査を行いました。やはり現場の声を聞いて吸い上げることが大事だということで、部会にワーキンググループを作り、その中で調査を企画しました。また、これに基づく調査をその後も続けていますので、後でそちらも紹介していきます。

### 「現在対応や解決がされていないと思われる患者、家族、市民のがんに関する困りごと」に関する意見のまとめ

●調査実施期間: H28年7月～8月  
●調査対象: 全国の情報提供・相談支援関連の部会 47都道府県より回答  
●分類方法: H28年7月5日～8月末までに得られた、746の意見について分類

- 1. 社会状況 (82)\***
  - 社会の中での課題 →主に、全国レベルで取り組むべきこと
  - ・孤立者・困難者の増加(26)、市民への啓発不足・成熟が得にくい人へのサポート不足(19)等
- 2. 社会保障制度上の困難 (48)**
  - 都道府県レベルでの課題 →主に、地域の中で取り組むべきこと
  - ・経済的支援制度の限界(35)、介護保険制度の限界(1)
- 3. 医療体制の変化・ひずみ (91)**
  - 各施設での課題・取組むべきこと
  - ・在宅資源・緩和ケア病床・地域資源の不足(27)、現在の対応できない(17)等
- 4. 地域・全国のネットワーク、機関連携 (42)**
  - ・連携方法の模索(19)、地域の情報不足・連携不足(15)
- 5. アクセスの保障 (122)**
  - ・市民の認知度が低い(64)、がん相談支援センターの立地・設備・雰囲気(36)、相談に来ない患者・家族へのアプローチ(20)等
- 6. 院内の機能・立場 (125)**
  - ・支援が必要な人のスクリーニングや継続的な相談の仕組みがない(39)、院内他部署・多職種との協力が理解されていない(25)、人員配置が薄い(17)等
- 7. 対応に苦慮する相談・必要と思うが対応できていない活動 (234)**
  - ・就労支援(61)、専門的知識を必要とする相談(47)、患者会・ピアサポーター支援(37)、他疾患(32)、より細やかな個別サポートニーズへの対応(29)、相談対応の質の担保(18)等

都道府県がん診療連携協議会 第8回 情報提供・相談支援部会 参考資料3-3参照 [https://ganjoho.jp/med\\_pro/liaison\\_council/bukai/shiryo8.html](https://ganjoho.jp/med_pro/liaison_council/bukai/shiryo8.html)

これは、2015年度にがん相談支援センターの活動をすすめる中で相談員の皆さんが認識している課題には「どんな課題があるのか」をまとめたものです。47都道府県、全部から回答がありました。この時はおそらく、都道府県拠点病院に各県内の意見をまとめていただき、こちらの事務局でそれを集約するという形を取ったと思います。746の意見を内容別にまとめると、7つの項目に分けられました。そのうち、主に「全国レベル」で取り組むべきこととして、例えば「孤立者が増えている」「独居世帯が増えている」「そうした中で、病院から退院した後のサポートをどう受けるか」といった課題があります。相談支援センターにそうした課題認識があっても、その部分だけでは解決が難しい。社会全体で考えないといけないような課題です。

そして「都道府県レベル」で取り組むべき課題。これは、病院だけではなくて介護施設などのネットワークも含み、相談支援センターや一拠点病院だけでは解決できないような内容です。下のほうの項目には「各施設で取り組むべき課題」があります。このようなレベル分けをしてみると、各施設での課題、現場で困っていることが比較的多く挙げられていたことがわかります。

ここに挙げられた中で、例えば就労支援や、妊孕性のように専門的知識を必要とする相談など、新たな課題が「がん対策」としてもあがってきています。おそらく皆さんの現場でも「それをどうしていったらよいのか」という課題認識があったのではないかと思います。

まだがん相談支援センターの活動の状況がよくわかっていないことについては、さらに2017年度の夏に調査をさせていただきます。ちょうど第3期がん対策推進基本計

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  
**がん相談支援センターにおける情報支援の状況  
 および次期整備指針策定の提案に向けたアンケート結果**

【調査目的】

- がん相談支援センターで利用する情報に関する基準、収集、整備の現状ならびに第3期がん対策推進基本計画に関する意見を集約し、
  - 情報提供・相談支援部会として取りむべき方向性について確認する。
  - 今後計画されている「がん診療体制のあり方の検討会」等の国の検討会等への提言案をまとめる。

【方法】

- 対象：全国のがん診療連携拠点病院等434施設
- 内容：がん相談支援センターの相談時の体制等の情報支援状況および第3期計画案への意見等について、14項目からなるWeb調査を実施（Kyoten-CISC-MLによる呼びかけ）
- 調査期間：2017/6/5～7/7

【結果】

- 7/7までに提出された255施設の回答
- 回収率 都道府県拠点病院（中央機関を含む） 44施設（84.6%）  
 地域拠点病院、地域診療病院 211施設（55.2%）

がん情報サービス 医療関係者向けサイト HOME > 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 > 第3期 情報提供・相談支援部会 資料4 更新資料  
[https://ganjoho.jp/data/med\\_pro/aisan\\_council/bukai/data/shiryo9/20170712\\_04b.pdf](https://ganjoho.jp/data/med_pro/aisan_council/bukai/data/shiryo9/20170712_04b.pdf) 11

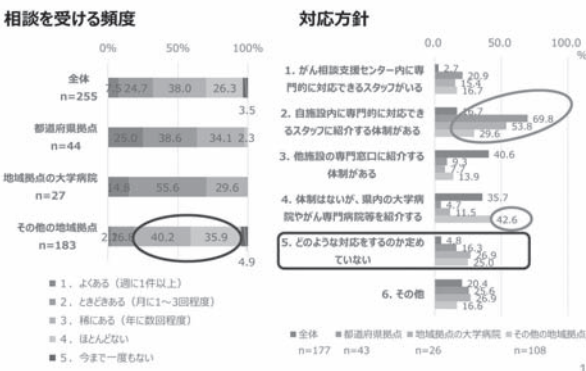
画がほぼ確定した段階でしたので、その内容とあわせて、計画についての意見を伺いました。そして、先ほど挙げた現場で困っている課題について、どういう状況なのか意見をいただく、という調査を行いました。全体で255施設からアンケート結果が得られました。

**アンケートで取り上げた内容**

- 就労以外の社会的支援について（自殺防止）**
  - 第3期がん対策推進基本計画および整備指針等に関する内容（計画に記述あり）
- 就労支援について**
  - 第3期がん対策推進基本計画および整備指針等に関する内容（計画に記述あり）
  - サバイバーシップ関連の相談内容の対応体制について-就労
- 就労以外のサバイバーシップ関連の相談の対応体制について**
  - サバイバーシップ関連の相談内容の対応体制について-①経済的課題、②アピアランス、③生殖機能温存、④がん治療の後遺症、⑤性生活：セクシュアリティ（計画に記述あり）
- 専門性の高い相談の対応体制について**
  - 第3期がん対策推進基本計画および整備指針等に関する内容（計画に記述あり）
  - ①臨床試験などの先進的な医療、②保険適用外の免疫療法、③がん患者の妊孕性、④家族性腫瘍
- がん相談支援センターの周知、質の向上、相談員の質の確保**
  - 第3期がん対策推進基本計画および整備指針等に関する内容（計画に記述あり）
  - がん相談支援センターの院内および院外周知の取組みについて
  - がん相談支援センターの質の向上および対応の均てん化に向けた活動について
    - 勉強会・研修会等の活動について
    - がん相談支援センターの相談対応環境の整備状況（診療ガイドラインの設置状況：活用できる状況になっているか）

前回の部会では中間報告という形でしたが、こちらは最終報告を17年12月にまとめさせていただいた内容です。詳しくは、ウェブサイトの部会のページにあげていますので、そちらをご参照いただければと思います。

アンケート結果  
**4. 専門性の高い相談の対応体制について**  
**①臨床試験などの先進的な医療に関する相談**



アンケートでは、専門性の高い相談への対応をどのよう

にしているか、臨床試験、免疫療法、妊孕性、家族性腫瘍について伺いました。左側は相談を受ける頻度で、一番上が全体の回答分布、その下が都道府県拠点病院、次いで地域拠点の大学病院、その他の拠点病院です。帯グラフの内訳は、一番左のブルーが「よくある」、次のオレンジ色が「ときどきある」といった内容の分布状況を示しています。やはり施設のバックグラウンドや施設の特徴によって、相談の頻度もだいぶ違うことがわかります。

それに対して、右側が対応方針です。「相談支援センターの中に専門的な対応ができるスタッフがいる」「相談支援センターの中にはないけれど、病院の中にそういった対応スタッフがいる」「病院の中では無理なので、他の施設の専門窓口を紹介する」「体制はないけれど、大学病院や、がん専門病院を紹介する」「どんな対応をするのか定めていない」の5段階で伺いました。このような内容でいろいろな相談対応状況について聞いているのですが、病院の種別によって、整備ができているところと、できていないところがあることがわかります。全国レベルでも、各県の対応としても、「対応を定めていない」というのは今後対応すべき課題になると思いますので、このデータや調査結果が、それを考えていただく機会になればと思っています。

全体の調査報告は現在、PDFにしてウェブサイトにあります。今後は47都道府県それぞれに回答結果を切り分けて、各県に、都道府県がん診療連携拠点病院を通じてお返しできるよう準備しています。ぜひ、それをご活用いただき、県の中でのディスカッションに役立てていただければと思います。

**ある県Bでの臨床試験などの先進的な医療に関する相談頻度と対応方法**



- 【対応方法】
- がん相談支援センター内に専門的に対応できるスタッフがいる
  - 自施設内に専門的に対応できるスタッフを紹介する体制がある
  - 他施設の専門窓口を紹介する体制がある
  - 体制はないが、県内の大学病院やがん専門病院等を紹介する
  - どのような対応をするのか定めていない
  - その他

これは、ある県の、臨床試験に関する相談の頻度と対応方法です。相談の頻度は、「よくある」から「稀にある」くらいのところに分布しています。「よくある」と答えた施設は、だいたい何らかの対応ができています。各県で皆さんが顔を合わせる機会がありましたら、どういう状況なのかを、全国の結果と照らし合わせながら確認してみてください。「自施設には対応できるスタッフがないけれど、他の施設で対

応してもらえるかどうか」など、今後の対応方法の取り決めもできるのではないかと考えています。

います。

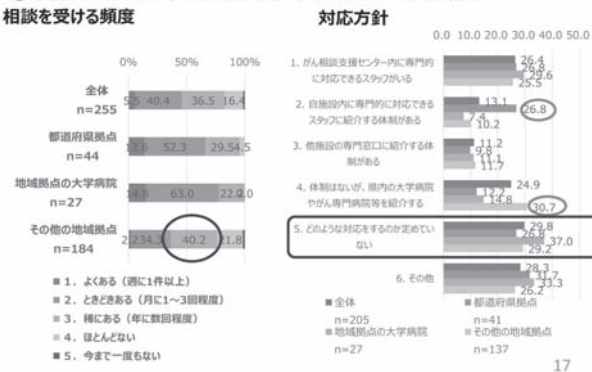
#### 4. 専門性の高い相談の対応体制について ①臨床試験などの先進的な医療に関する相談

- ～相談対応の困難事例～
- 院内の情報共有が十分でない/臨床試験については各診療科の医師が責任者となっており体制となっており情報収集が困難（都道府県拠点、大学病院、地域拠点）
  - メディアでの報道後、詳細な情報収集前に相談が殺到する（都道府県拠点/地域拠点）
  - 「他院で〇〇大学病院なら」と助言された場合の対応は適切な治療がない場合の落胆が大きく対応が困難（大学病院）
  - 検索して調べられる情報は表面的な情報に留まるため、他施設のCRCに直接問い合わせをすと迷惑がられる（地域拠点）
  - 相談員が問い合わせができる窓口がほしい（地域拠点）
- ～相談対応の好事例～
- 臨床試験や知見のスタートアップミーティングに参加し内容を把握（地域拠点）
  - 関連する報道後に情報を共有し勉強会を開催（都道府県拠点）
  - 院内CRC/臨床研究支援センター/臨床試験を担当する部署の薬剤師/担当医師と連携して対応（大学病院）
  - 走っている臨床試験ごとこの部署が中心になって対応するかを相談するシステムがある/専門窓口がある（大学病院）
  - 臨床研究センターで自施設の臨床試験の情報をとりまとめ、ホームページで公開（都道府県拠点）
  - 県内のがん相談ワーキング内で情報交換（地域拠点）

16

相談が困難な事例では、どんなことが困難だと思われているのか。また、好事例として「こんな工夫をしていますよ」ということも、あわせて伺いました。これもすべて、最終報告にまとめています。個別の病院名はお示していませんが、都道府県拠点なのか、大学病院なのかは示してあります。「こんなことをやっているんだ」ということは、全国の調査結果からも例を拾えると思いますので、ご活用いただければと思っています。

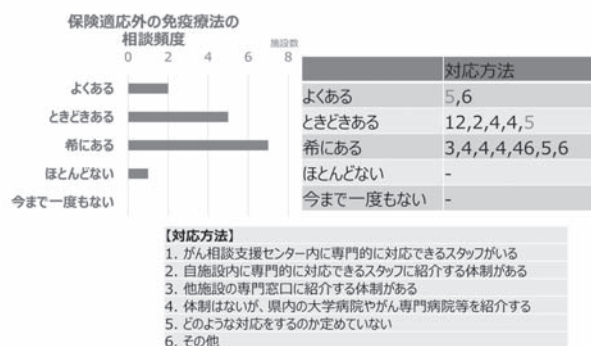
#### アンケート結果 4. 専門性の高い相談の対応体制について ②保険適応外の免疫療法に関する相談



17

こちらは、保険適応外の免疫療法に関する相談について。やはり病院の特性やバックグラウンドが違っていると、相談件数や対応方針にも当然、違いが出てきます。相談支援センターには「あれをしてほしい、これをしてほしい」と、当初に比べていろいろな役割が求められ、整備指針にもいろいろなことが書き込まれるようになってきています。それぞれの病院で、すべてに対応するのは非常に難しいということは、これまでとも言われてきたことです。こうした結果を参考に、都道府県の中での役割分担をしていく方法もあると思います。「この部分はあそこに任せて」と、既に分担しているところもあるかもしれませんが、この資料が、もっとわかりやすい形で役割分担するための、きっかけになればと思っています。

#### ある県Cでの保険適応外の免疫療法に関する相談頻度と対応方法



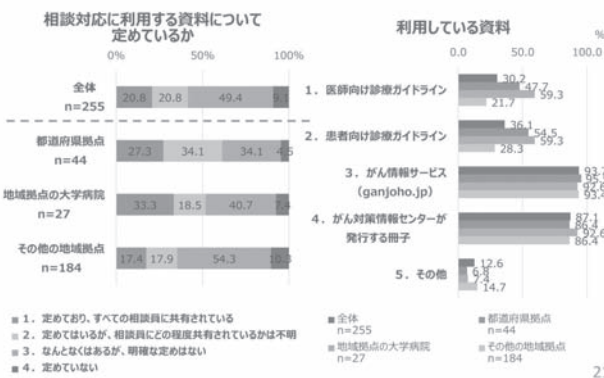
#### 4. 専門性の高い相談の対応体制について ②保険適応外の免疫療法に関する相談

- ～相談対応の困難事例～
- 免疫療法に賭けたい患者・家族（特に標準的な治療の効果が期待できない場合）と、反対の立場をとる医師との狭間に立たされる。患者の本来大切にしたいことをどのように実現するのか、対応が難しいケースが多い（大学病院、地域拠点）
  - 患者・家族は免疫療法について正しく理解していないことが多いが、医師の方も頭から否定するだけで詳細な説明をしていない場合も多いと感ずる/院内医師の中でも認識の差が大きい（都道府県拠点/地域拠点）
  - 相談者が免疫チェックポイント阻害剤と、保険適用外の免疫療法を混同している場合も多い/免疫療法がデメリットのない治療だと思込んでいる人も多い/報道による不十分な理解を伝えるツールが足りない（都道府県拠点、地域拠点）
- ～相談対応の好事例～
- 自施設の患者さんの免疫療法に関する問い合わせは、担当医と連携して対応できる（都道府県拠点）
  - 対応の方法については提供する情報も含めてスタッフ間で統一しているため、あまり混乱なく実施できている（都道府県拠点）
  - がん相談支援センターでは保健適用外の免疫療法についての対応は行なわない方針を定め、それについての情報提供はできないことを相談者に伝えただうえで、その後にある課題について話を聞き、対応している/背後には医師と率直に話が出来ないという課題を抱えていることが多い（大学病院、地域拠点）

19

相談を受けることが「よくある」「ときどきある」施設でも、対応方法を定めていないところがあります。他施設の事例を見ることによって、いろいろと改善が図れるかもしれないと思っています。

#### がん相談支援センターの質の向上/相談員の質の確保の取組① 相談にあたって利用する資料：全国状況



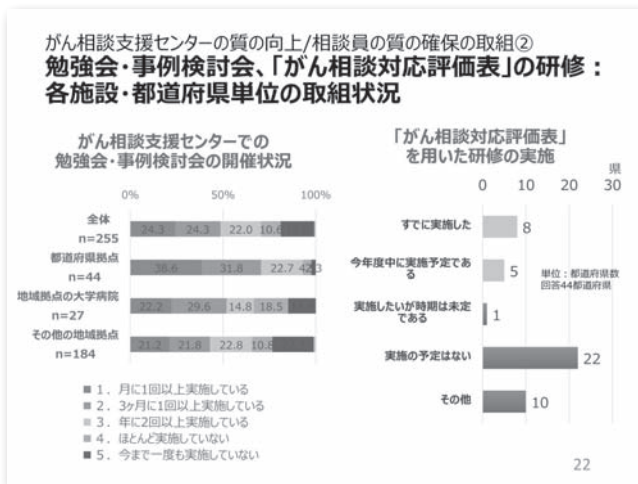
21

相談支援センターの質の向上、相談員の質の確保については、活動を始めて10年以上経ちますが、まだ十分ではないと感じているところ。これについても同様に、アンケート調査を行いました。「相談対応に利用する資料を定めているか」を聞いたところ、「なんとなくはあるが、明確な



定めはないが、まだ半数以上あります。また、「利用している資料は？」と聞いたところ、「がん情報サービス」(ウェブサイト)と「がん対策情報センターが発行する冊子」は9割強で使われているのですが、「医療者向け診療ガイドライン」「患者向け診療ガイドライン」は、大学病院などを除くと、まだまだ使われていないこともわかります。

これは私どもの事情もあるのですが、「がん情報サービス」は更新が間に合わないという状況もあり、そうすると、必要な資料の中で使えるものは使っていくことが不可欠となります。信頼できる情報として、かつ各診療や治療方針の考え方をまとめた、「診療ガイドライン」は、その重要なツールの1つになると思います。今ある資源の中で、どのように、よりよい相談対応をしていくのか、一緒に改善を図っていきたくと思っています。



各相談支援センターでの勉強会や、事例検討の場というのも、非常に大事です。これは相談支援センターに限らないと思いますが、相談員としての知識やスキルをつけ、個々の相談員の力を上げていくことが大切です。そのためには、やはり日々の活動の中で、事例検討やOJTのような場が非常に大事になりますが、それがなかなか確保できていない状況があることが、この結果でも分かります。各県の状況を、これで照らし合わせていただければと思います。

こちらの「相談対応評価表」は、初年度のPDCAの研修会で紹介させていただきました。相談者の方が何を求めているのかは、一人ひとり違います。でも、その相談対応のプロセスをポイントごとにチェックし直すことで、改善できることもあります。実際に相談をいただいた方の事例を基に検討していくことは非常に大事だと思います。この評価表はそのための一つのツールになるもので、さまざまな研修会を通して、今後も活用していきたいと思っています。

ここからは、3つ目のフィードバックについてお話しします。現状で、一番の課題になっているのは、相談支援センターに関して得られた調査結果をどうフィードバックするかということです。昨年度に、相談支援センターの「利用者調

### 3. 分析と解釈、そして改善に向けてのフィードバックをどう行うか

- 利用者調査、がん相談件数調査 (H27.11-H28.4) のフィードバック方法の検討
  - ・H28年度厚労科研 (若尾班) にてヒアリング調査を実施 H28年10月-H29年3月
- 今後に向けての検討

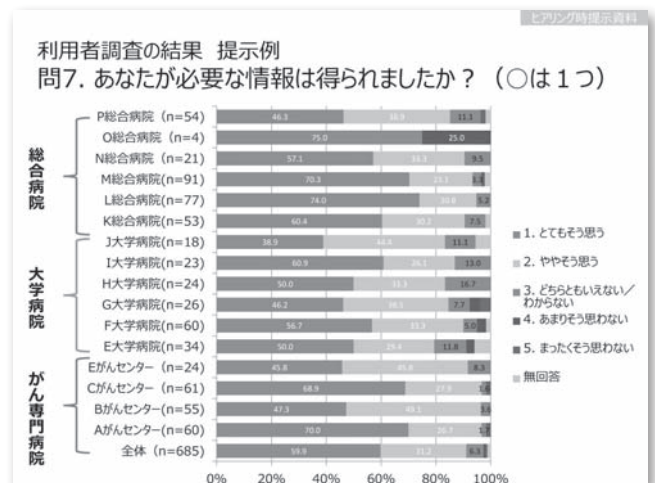
23

#### がん相談支援センターの利用者調査および相談件数の調査結果のフィードバック方法の検討

- 目的：がん相談支援センターの利用者評価のパイロット調査を実施した結果について、がん相談支援センターの現場で実施可能なフィードバック方法を提案すること
- 方法：質問紙調査を実施した8 都道府県の16拠点病院での調査 (16 施設で1090 票、回収は685 票) において、施設あたり30 人以上の回答が得られた9 施設の担当者に、ヒアリング調査を実施
  - 内容：「相談員として感じる本調査の意義」と「継続可能性」について
  - 結果の示し方：
    - ・利用者質問調査の結果と併せて実施した「相談件数カウント調査」の施設別の集計結果を示して実施した。
    - ・該当施設がどの種であるかを明示し、他の施設名は伏せて、病院種別 (がん専門病院、大学病院、総合病院) のみ示した。
    - ・結果の整理と纏め方：聞き取り内容のフィールドノートを作成し、まとまった発言の単位で書き起こした285のエピソードを質的に分析した。

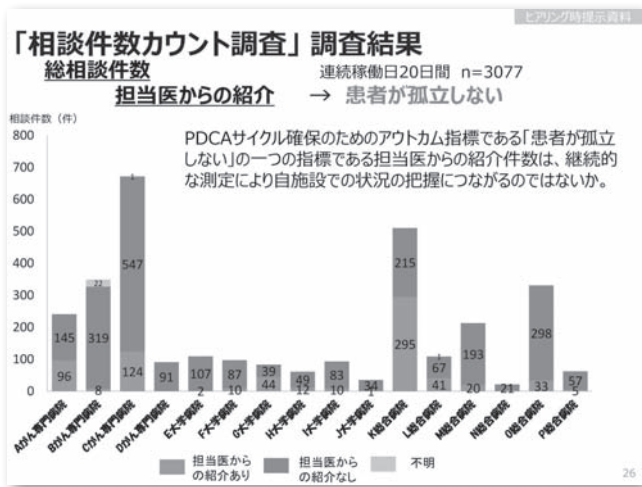
24

査」の結果をご紹介します。「利用者にとって必要な情報が得られた」「先生との話し合いがよりスムーズに進むようになったと思われる」など、実際に利用された方から回答をいただき、これが相談支援センターとしての最終的なアウトカム評価であろうということで、研究班として検討させていただきました。そしてもう一つ、相談件数を一律に同じような基準で調べる調査も実施しました。



これらの結果を実際にその施設の相談員に返す時は、どういうふうにお返するのがいいのか。ただ返されただけでは、次の課題解決につながらないかもしれません。今後

に活かしていただくフィードバックをどのような方法で行なうか、それが非常に難しいということで、研究の一環としてフィードバックを実際に行わせていただいて、お返しする際の留意点含め、その感想などを伺うヒアリングを行いました。こちらがお返しする際にも使った調査結果ですが、利用者調査は16施設で行った結果について、病院種別ごとに、「総合病院」「大学病院」「がん専門病院」としてお示しました。これはその一例ですが、「とてもそう思う」と「ややそう思う」を合わせると、8～9割が「必要な情報が得られた」と答えています。非常に高い割合ですが、「とてもそう思う」だけで見ると、75%と高いところから若干少なめのところもあるという結果でした。トータルとしては非常に良い結果だと思います。



相談件数はどのくらいあるのか、また、それはどこから入ってきた相談なのかを聞いた調査結果も、お返ししました。

### 結果：ヒアリングからの今後への示唆

- ① 調査を行った「相談員にとって」の主観的な意義**
  - ・「モチベーションアップになる」「励みになってうれしい」
  - ・相談員が少ない施設、相談員個人への直接的な批判となることの危惧
    - ・「今回の結果は、職員モチベーションに繋がらざるを得ない。どうやってその職員のフィードバックするのが課題。ペナランには信念と知識で対応できるが、新人が崩れてやっていると考えると恐ろしい仕事だと思ふ」
- ② 施設別調査結果の実態把握の「資料」として**
  - ・院内での活用 → 結果を使って、院内に発信できる意義がある
    - ・「がん相談支援センターが何をやっているのか、周知できていないところがあるので、院内説明の重要な材料になる。このような評価はなかなかもらえない」
  - ・複数施設での活用 → 数値・値だけで判断されることへの危惧
    - ・施設の特性やがん相談支援センターの体制によって値がばらつくことに十分理解が及ばず、値だけが批判されることになるのではない
- ③ 調査結果を活用し、業務の改善につながる・つなげられる**
  - ・「とてもそう思う」に対する「ややそう思う」…改善が必要なのがある
  - ・「やや」は、何から足りていないかあるんだろうと思った
  - ・「やや」まで入れると当院の値も全国的に値とは変わらないが、よい回答もあったことは注意してやりたい、と部署内で意図の確認をした」など
  - ・がん相談支援センターの利用経緯の確認から周知方法の見直しへ
    - ・施設によっては医療者からの紹介の割合が高い、パンフレットを見て利用する人がいること等に対し「意外だった」と、通常の相談対応の中では把握できていない情報であったことが伺われた。

これは、ヒアリングから得られた主な内容です。調査を行って非常によかった点として挙げられた内容は、「モチベーションアップにつながる」「励みになる」と。相談員たちは、自分の対応が「本当にその人にとってよかったのか」「改善につながったのか」がわからずにいるので、実際に相談者からこういったフィードバックを得られることは、非常に励みになるということでした。また、これも相談員のご苦労が

見えるお話でしたが、「結果を使って(相談支援センターの活動内容や利用者にごう評価されているのかについて)院内に発信できる」と。「こんなふう役に立っているのですよ」ということを数字として見せられることが意義として挙げられていました。また、この結果を使って「業務改善」に利用できるということでした。例えば、「パンフレットなどを見て来られる人が意外に多かった」点について、普段はそうしたフィードバックを得る機会がないため、得られた結果を利用して改善につなげられるという意見もありました。

一方で、これは次のQI(Quality Indicator)の内容にも関係すると思いますが、数値だけで判断されることへの危惧もあります。それから、相談支援センター特有の事情というものもあると思うのですが、相談員が少ない施設では、この最終的な利用者評価のアウトカムが他の施設よりも悪かった時に、ダイレクトに「自分のせいだ」と受け止めがちなこと。それは相談員個人のせいではなく、背景としてある「病院の体制」が、そのまま評価として反映されているのかもしれないのですが、現場に返す時には、それが非常に危惧されるという相談支援センターの管理者からのコメントもありました。

やはり、その人が本当に成長できるように、指導にあたる人が自分も一緒に成長するつもりで向き合えるかどうか。そうした「人を育てる」視点が必要です。ただ「フィードバックをすればよい」というわけではないので、そのあたりをどうしていくか。そして、フィードバックをしつつ、教育者にもなれるような人たちが現場が増えてほしいと思っています。そのようなことが本当にできるのか、私の中でもまだ、どうしたらよいかかわからず、ぜひ皆さんに教えていただきたいところです。フィードバックは非常に難しいなあと思っています。

### 今後に向けて

- 病院の特徴別での比較?!
  - ・がん専門病院、大学病院、同じくらいの規模の総合病院…
  - 県内(地域内)
  - さらに、広域や全国で同じ特徴をもつ病院間での比較ができるような体制が必要か
- PDCAサイクルの単位?!
  - ・個人レベル
    - ・相談対応の質評価表等を用いた確認
  - ・施設レベル
    - ・まずは見て、共有して、…
  - ・各県レベル
    - ・まずは見て、共有して、…
  - ・さらに広域圏レベル
    - ・部会等を利用した場での共通して目指す目標を共有
  - ・全国レベル
    - ・部会等を利用した場での共通して目指す目標を共有

もう1つ大事になってくるのが、県内だけではなく、全国レベルでの対応です。先ほどご紹介したように、専門的な相談の場合は、県内だけでは対応できないような事例も出てきます。そうするとやはり、全国レベルの部会を通して対

応するなど、広域の場合も必要になってくると思います。個人レベルも含め、いろいろな次元を組み合わせることでやることが必要になってくるのだらうと思っています。

**「がん相談支援センター指標シート」を活用して**  
 <個別～施設～都道府県～全国での進捗の共有、さらなる活性化に>

アウトカム			プロセス		測定指標	構造	施策
最終目標	準最終目標	必要な条件	必要な条件・状態	実施状況の例示	測定関連指標	調査関連	整備指針の内容
困っている患者・家族が減る	患者中心の（その人なり）意思決定が可能になる	納得して治療を選択できる 意志決定に必要な情報が得られる	相談対応の質が担保されている 科学的根拠に基づいた信頼できる情報が提供できる 理解を促進する説明ができる	相談員研修を受けた 院内勉強会に参加した 事例検討会を行った （各センター内/県内）  【都道府県拠点】 相談員研修を（定期的に）提供した  科学的根拠や信頼できる情報に基づく情報整備・更新を定期的に行った 上記情報を活用した・活用できた よりよい相談対応に向けたQA活動を定期的に行った	相談員の研修受講者数 【患者】 【都道府県拠点】 【院内相談員】 【院内相談員に対する研修提供数・参加人数】	相談員研修受講者数 【患者】 【都道府県拠点】 【院内相談員】 【院内相談員に対する研修提供数・参加人数】	【都道府県拠点】 【都道府県内の医療機関で実施されるがん相談に関する臨床試験について情報提供を行う】 【都道府県拠点】 【都道府県内に限らずがんに関する医療機関への紹介を含め、相談支援を拡大する】

これは冒頭でも示したプロセスのシートですが、多くの県で使っていただけるようになってきていると思います。現場の方には、アウトカム、プロセスと、全部が一覧表になっていることが非常に大事だと言われました。例えば、「パンフレットを配る」というプロセスでは、一所懸命にやればやるほど、その数にだけ集中して、「数を増やすためにはどうするか」といった思考に陥りがちです。でも、左側の最終的なアウトカムを見れば、「それって、元は何のためにやろうとしていたの？」と、振り返ることができます。そうした振り返りがあってこそ、「それは別にパンフレットでなくてもいいかもしれない」「他にも考えられる対応があるのでは？」と考えるのです。そういう意味で、視野を広げてくれるこのシートこそが大事だ、というようなコメントもいただきました。

**「相談対応の質保証を学ぶ」研修 講師派遣のご案内**

- 「相談対応の質保証（QA：Quality Assurance）を学ぶ」をテーマとする研修企画に、国立がん研究センターがん対策情報センターから各地域へ講師を派遣します
- 講師派遣期間：2018年度～2020年度
- 2018年度の講師派遣依頼応募期間：2018/1/15-2/28
  - がん情報サービスHOME > がん相談支援 > がん相談支援センター相談員研修の概要 >
  - [https://ganjoho.jp/med\\_pro/consultation/training/QA\\_h30/lecturer.html](https://ganjoho.jp/med_pro/consultation/training/QA_h30/lecturer.html)
  - 詳しくは、募集要項をご覧ください。

「相談対応の質保証を学ぶ」と題する研修を、これまで7～8年間、細々とやってきていますが、関心がある方にしか来ていただけていないという状況があり、向こう3年、出前で各県あるいはブロックに研修にお伺いすることにしました。手をあげていただいたところから伺う予定にしています。県単位ではなく、広域のブロック単位という形での近く

**応募の条件**

- ◆都道府県がん診療連携協議会の情報提供・相談支援部会からの申請をお願いします
- ◆2018年度～2020年度のうち各地域1回に限ります  
※各年度の上限は16企画程度
- ◆講義+グループワークを研修形態として、研修時間を4時間以上確保してください
  - ◆受講者数の目安は、20人以上50人未満を目安
  - ◆1グループは、受講者上限7人程度（ファシリテーターを除く）の編成
  - ◆グループファシリテーターは、各地域で確保
  - ◆開催運営の準備は、依頼者（各都道府県部会）でお願いします

\*複数県での協同開催および他県からの受講者受入れを可とする企画を優先します  
\*講師派遣の旅費は、国立がん研究センターで負担します

の県で共同開催することも大歓迎です。そうしたお互いに県境を越えて学び合う場に、ぜひ呼んでいただければと考えています。ウェブサイトでも紹介していますので、ぜひご応募いただければと思います。

## Q&A

（国立がん研究センター・加藤）相談支援に関しては、先ほどうぞ紹介があったように、どういう観点で評価をしていけばよいのかが指標のシートに、ある程度まとめられています。県内で相互に見ていく場合に、非常にやりやすい部分が先行して整えられており、他の領域にも応用できるところだと思っています。

（国立がん研究センター・中釜）内部からの質問で恐縮です。非常に重要な相談支援の問題に関して、原因を分析していると思うのですが、その分析された結果をどういうふうにするかというところが、少しわかりづらいかと思います。最後に示された、アウトカム、プロセス、その指標、それらをマッチングして各々の課題をそれぞれにあてはめて見ていくことが重要だと思うのですが……。例えば今日、挙げていた取り組むべき課題であるとか、専門性の高い具体的な案件に関して当てはめるとなると、その個々の課題を丁寧にマッピングしていくことが大切です。緊急性、重要性でマッピングして行って、最初のアウトカムをプロセスの中にいかに具体的に当てはめていくか。おそらく、地域性があるのか、全国レベルの問題なのかによっても多少、当てはめ方が違ってくるでしょう。がんセンターでの当てはめ方と都道府県では違ってくると思うのですが、もう少し、分析後の具体的なアクションの提案みたいなものがあると、もっとよいと思いました。それについては、どのようにお考えですか。

（高山）全国の状況がかなり違うということで、まとめるのにも非常に苦労しました。国立がん研究センターからの発信だけでは、うまくいかないこともあります。今、部会の中に10

人ぐらいのワーキンググループを作り、いろいろな立場の方に入っただきながら、そこで分析を深めて、部会の中で提案して、というようなサイクルが少しずつ回るようになってきています。ただ、各地域や各病院種別の事情もあり、中の事業がなかなか動かしにくいとか、連携が取りにくいといった点もあるので、積み上げ式で分析を深めています。そうして、できることを共有しつつ一步一步、進むしかないのかなと思っています。皆さんの協力を得ながらやっていくのが、今は一番よいのかなと思っています。

(加藤) 他の領域から見ると、相談支援に関しては、伝達する手段がかなりしっかりしていると思っています。例えば、患者申出療養の伝達なども、情報センター発信で、各都道府県、各現場に浸透させていく体制が、他の領域に比べてすごくしっかりしているように見えます。中釜先生がおっしゃるような課題を解決するアクションが確立していけば、どんどん広げていくことができると思います。本当に楽しい領域だなと、いつも思っています。

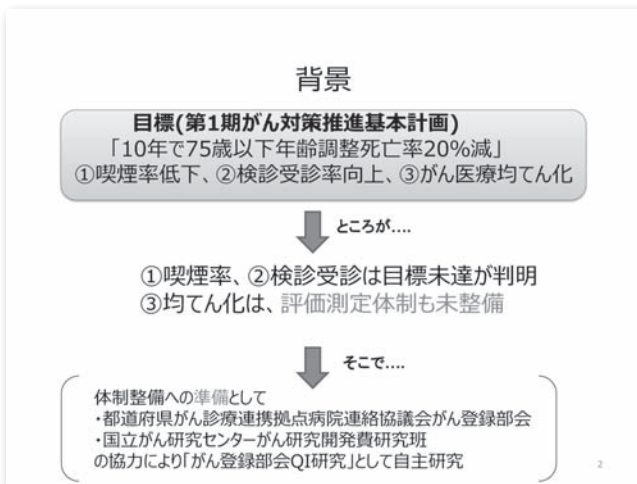
(高山) 県の部会が、しっかり活動してくださっているからだと思います。それがあってこそ、ですね。それでもまだ伝えきれないところもありますので、またこちらにもご意見をいただければと思います。

(加藤) いろいろな県の方々に取り組み状況を伺うと、相談支援の部会が一番、盛り上がっていると聞きます。さまざまな取り組みの中で、実地調査的なことをやっている県もあるとのことでした。

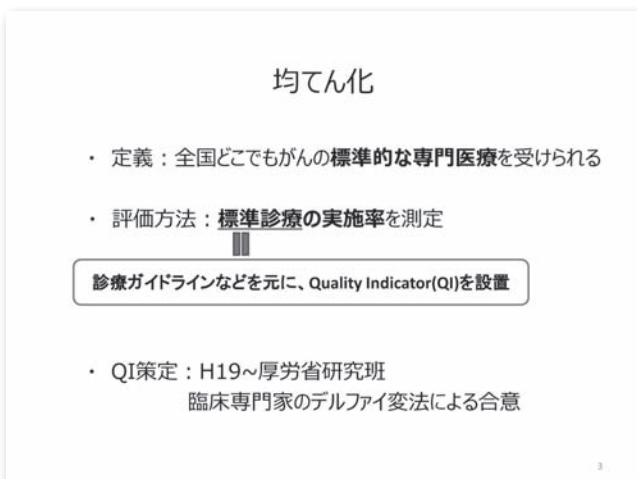
# がん医療の均てん化指標の測定に関する研究

国立がん研究センター 渡邊 ともね

先ほど秋田県の取り組みの中でご紹介いただきましたQI (Quality Indicator) 研究について、本日はご紹介させていただきます。



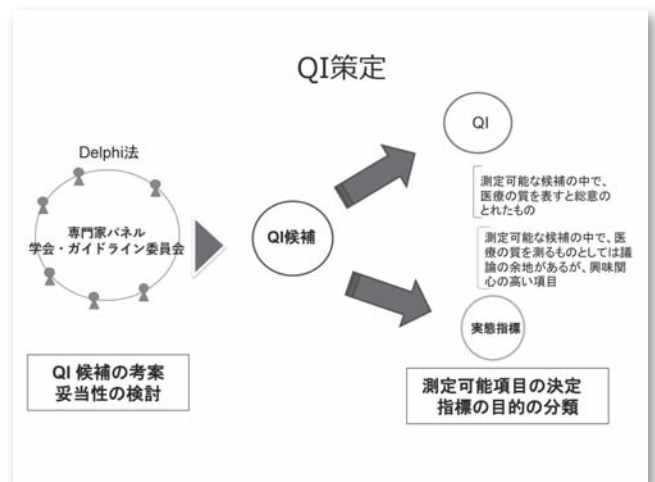
QI研究の背景にある「がん医療の均てん化」は、2007年に施行された「がん対策基本法」の目標の1つとして挙げられています。この法律に基づく第1期がん対策推進基本計画の目標は、「10年で75歳以下年齢調整死亡率20%減」というものです。ここに示した「喫煙率の低下」「検診受診率の向上」と共に、「がん医療の均てん化」が、目標達成に貢献する主な要因として想定されてきました。しかし、10年経った今、この目標は「未達成」という結果になってしまいました。さらに、均てん化に至っては評価する体制も未整備でした。このことを受けて、都道府県がん診療連携拠点病院の連絡協議会が、がん登録部会と



協力し、国立がん研究センターのがん研究開発費の研究班で、評価の活動を行ってきました。それが本研究です。

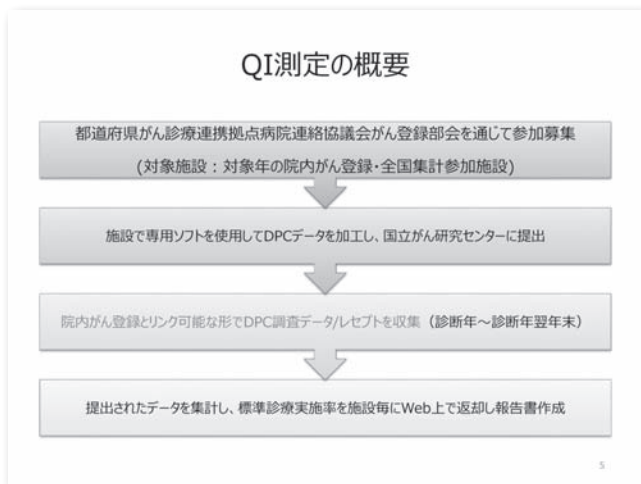
そもそも、均てん化というのは、

「全国どこでも、がんの標準的な専門医療が受けられるようにすること」と定義されています。均てん化の評価をするために、標準的専門医療、つまり標準診療の実施率を測定するのが直接的な方法です。そのため、以前より診療ガイドラインの推奨を基に、臨床専門家によるデルファイ変法という方法を用いて、測定項目、すなわち「Quality Indicator」を策定してまいりました。

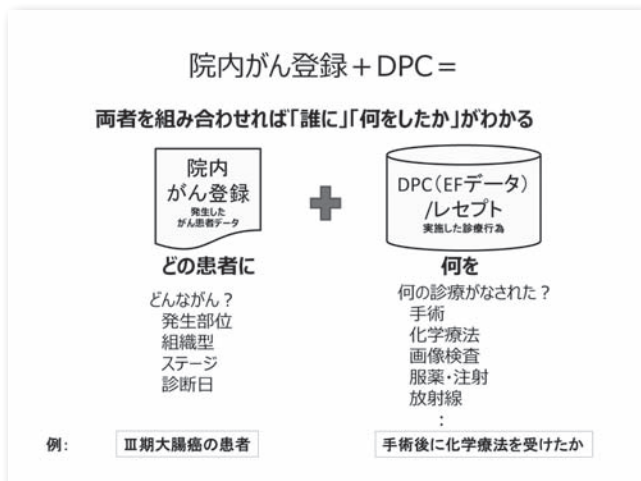


Quality Indicatorの策定方法について説明します。Quality Indicator (以下QI) というのは、「医療の質を表す」とされる指標です。まず、専門家パネルでガイドラインの作成などに関わってくださっている先生方を中心にご協力いただき、そこでデルファイ変法という手法を用いてQIの候補を出します。たくさん集まった候補を、さらにQIと「実態指標」に分けます。QIは、測定可能な候補の中でも、主に「医療の質を表す」という総意が取れたものです。一方、実態指標というのは、測定可能な候補の中で、「医

療の質を測るものとしては議論の余地があるけれども、興味関心の高い項目」です。「測定可能な候補の中」としたのは、解析するデータの特徴などによっては、QIの候補として挙がっても、なかなか測れない部分もあるからです。そのため、測定可能なものの中からQIと実態指標を選んできています。



次にQI測定の概要ですが、今回のQIの研究では、がん登録部会を通じて参加を募集し、院内がん登録とDPC調査のデータを活用して、実際に集計を行いました。手順は、この表に書いてあるとおりです。まず参加募集をして、手あげ方式で「参加してもよい」と言ってくださった施設に対して専用ソフトを配ります。それでDPCデータを加工していただき、こちらに提出していただきます。それから、院内がん登録とリンク可能な形でDPCやレセプトを収集し、それを解析して、それぞれの施設に専門のサイトを通して結果をフィードバックしていく、という形です。



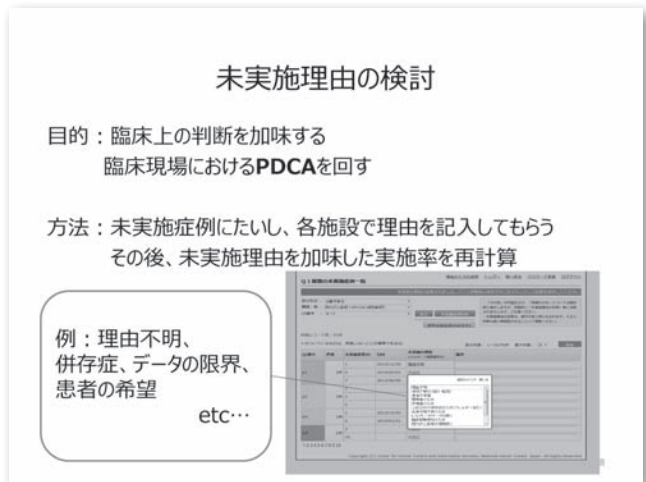
院内がん登録とDPC調査のデータを用いて、「それらを合体させることによって標準治療を計算する」と申し上げましたが、院内がん登録は、がん診療連携拠点病院の指定要件であり、発生したがんや、患者さんの基本データが蓄積されています。また、DPCデータというのは、その中に出来高請求書であるレセプトと同じ内容のものが含まれ

ていますので、これらを組み合わせると、「どのような患者に何が行われたのか」ということがわかります。つまり、「誰に」「何を」という形になっているのです。例として、資料の下に挙げていますが、「Ⅲ期大腸がん患者が術後化学療法を受けたか？」という指標に関しては、まずⅢ期大腸がんの患者を院内がん登録のほうから見つけてきます。そしてDPCデータのほうで、実際に術後化学療法がなされたかを見ています。



ただし、扱っているデータの数値に関しては注意点もあります。今回は、主に2つを挙げました。1つは「他院で行われた診療がデータに含まれていない」ということです。例えば、手術と術後化学療法の一連の治療が2つの施設で行われていたりすると、どちらか1つのデータしか拾えなくなってしまいます。

また、標準治療は全部の患者さんに一律に行うべきものではなく、逆に患者さんの状態によっては控えるべきものもあります。それぞれのケースで柔軟に対応しなければなりません。そうした事情が、データからは見えません。このような弱点をカバーするために、「未実施の理由の収集」を積極的に行うようになっています。



未実施理由を検討することにより、臨床上の妥当な理由を実施率に反映させることを試みています。例えば、標準

治療では「術後化学療法を実施する」ということになっていても、実際の臨床現場では、腎臓の機能が悪いなどの理由から「標準治療を行わないことのほうが妥当」である場合があります。このような場合には、標準治療が加味されたケースとして扱うことにより、「実施」とみなして、実施率を再検査します。未実施理由の入力はサイト上で行われ、サイトの画面はこのような形（左下図）になっています。入力、各施設にいただいています。このように、自らの診療行為の振り返りを施設に行っていただくことによって、各施設で臨床現場におけるPDCAを回すことを目的としています。

### 2013年症例の結果概要

**(参加施設)**

- 全国の自主参加施設297施設において、一定の標準診療実施率を集計、返却
- 70施設から「未実施理由」を収集

**(測定結果)**

- 実施率には施設ごとにばらつきあり
- 未実施には妥当な理由が相当割合存在  
→理由を加味するとほとんどのQIで90%以上の標準率率 (考慮の上非実施を含む)

2013年の結果を報告させていただきます。参加施設は297施設で、これらの施設における9項目の標準診療の実施率を計算し、返却しています。さらに、協力いただいた70施設からはデータ上の「未実施」の理由について収集しました。標準治療の実施率は、施設ごとにばらつきがある結果となりました。また、未実施の理由には「妥当な理由」が相当割合、存在しており、これらを加味すると、ほとんどのQIで90%の「標準治療の実施率」を出すことができました。

### 参加施設属性

		2013年
QI研究参加施設 (合計)		297施設
病院 属性	都道府県がん診療連携拠点病院	45施設
	うち大学病院	23施設
	うち全がん協加盟病院	21施設
	地域がん診療連携拠点病院	234施設
	うち大学病院	39施設
	うち全がん協加盟病院	8施設
	地域がん診療病院	0施設
	その他	18施設
がん診療連携拠点病院の参加率		68% (279/409)

こちらは参加施設の属性の詳細です。前年の132施設から増えて、297施設となっています。がん診療連携拠点

病院を中心に、それ以外の施設の参加もあり、当時の診療連携拠点病院のうち68%にご参加いただいています。少しずつではありますが、年々増えています。

### 患者属性

	2013年症例	
	5がん	全がん
N	183,107	453,660
平均年齢 (SD)	68.0 (12.2)	66.5 (14.3)
性別, 男性 (%)	97,797 (53.4)	203,124 (44.8)
ステージ, n (%)		
0	17,253 (9.4)	40,478 (8.9)
I	71,417 (39.0)	140,301 (30.9)
II	32,464 (17.7)	66,882 (14.7)
III	27,964 (15.3)	58,751 (13.0)
IV	32,141 (17.6)	77,436 (17.1)
不明	1,868 (1.0)	69,812 (15.4)

これは患者数ですが、全部で45万人の患者についてのデータをいただいています。平均年齢は66.5歳となっています。

### 参加施設における標準診療実施率 (2013)

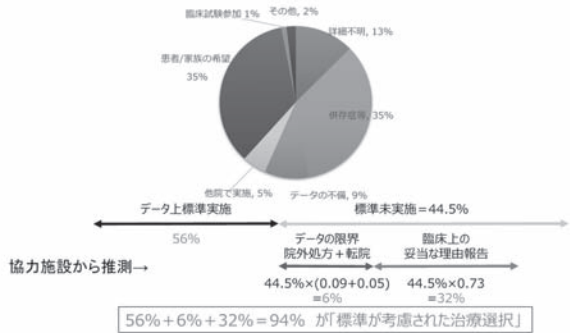
がん	QI	全参加施設: 297施設	
		患者数	実施率
大腸癌	pStageIIIの大腸癌への術後化学療法(8週以内)	9352	55.5%
肺癌	cStageI~II非小細胞肺癌への手術切除または定位放射線治療の施行	18883	88.6%
	pStageII~III非小細胞肺癌への術後化学療法 (プラチナ製剤を含む)	3790	43.8%
乳癌	70歳以下の乳房温存術後の放射線療法 (術後180日以内)	10987	73.9%
	乳房切除後・再発ハイスク(T3以上N0を除く、または4個以上リンパ節転移)への放射線療法	1227	36.9%
胃癌	pStageII~III胃癌へのS1術後化学療法 (術後6週間以内の退院例)	5286	66.9%
肝癌	初回肝切除例へのICG15分の測定	3245	92.3%
支持療法	嘔吐高リスクの抗がん剤への3剤による予防的制吐剤(セロトニン阻害剤、テキサメタン、アプレピクタント)	43412	73.2%
	外来麻薬開始時の緩下剤処方	15386	64.2%

これが、測定をした項目と結果です。5がんと支持療法に対し、全部で9項目について調べています。実は臓器別に、胃がんの他の項目や、子宮頸がんなどについても調べていたりするのですが、ここに挙げた9項目が一番最初から調べているQIの項目になっています。例えば、大腸がんは「Ⅲ期の術後化学療法がどうだったか」、肺癌の治療では「吐き気の副作用の強い化学療法時の予防的制吐剤の投与がどうなっているか」といった項目についても調べています。

標準治療の実施率が計算された項目のうち、大腸がんの項目については69施設が未実施理由のデータを出してくださいました。これらの未実施理由のうち「妥当なもの」を「実施したものと同一」と解釈して計算してみると、元々の56%に上乗せして、妥当な理由として加味したものが38%あって、それを足すと94%が「標準治療が考慮されて治療選択がなされた」ということがわかります。妥当な

## 未実施理由を加味した実施率計算

大腸癌QI：標準実施55.5%→ 44.5%が未実施  
69施設が1082例について理由の調査に参加



理由の内訳は、「院外処方や転院など」が6%、「臨床上の妥当な報告」が32%です。それを足した38%が、標準治療として加味されたということです。

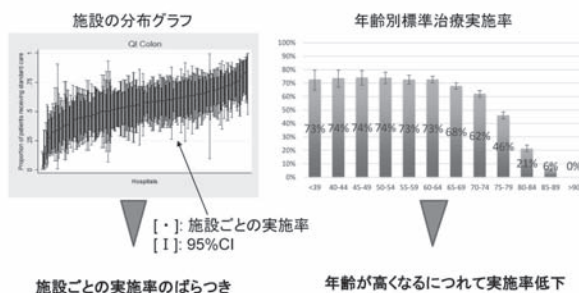
## 参加施設における標準診療実施率(未実施理由加味)

がん	QI	全参加施設：297施設	実施率 + 理由
大腸癌	pStageIIIの大腸癌への術後化学療法(8週以内)	55.5%	94.4%
肺癌	cStageII~II非小細胞肺癌への手術切除または定位放射線治療の施行	88.6%	99.1%
肺癌	pStageII~IIIA非小細胞肺癌への術後化学療法(プラチナ製剤を含む)	43.8%	92.3%
肺癌	70歳以下の乳房温存術後の放射線療法(術後180日以内)	73.9%	92.3%
乳癌	乳房切除後・再発ハイリスク(T3以上N0を除く、または4個以上リンパ節転移)への放射線療法	36.9%	71.1%
胃癌	pStageII~III胃癌へのS1術後化学療法(術後6週間以内の退院例)	66.9%	97.5%
肝癌	初回肝切除例へのICG15分の測定	92.3%	95.3%
支持療法	嘔吐高リスクの抗がん剤への3剤による予防的制吐剤(セロトニン阻害剤、テキサメタン、アプレピタント)	73.2%	76.2%
支持療法	外来麻薬開始時の緩下剤処方	64.2%	82.3%

未実施理由が考慮されて計算されたものが、一番右のほうに出ています。元々の計算された数値が左側に出ているものです。これを見ていただくとわかるのですが、だいたい90%以上になっていて、下のほうには71%や76%などがあります。

## 報告書の図とグラフ

例：「StageⅢ大腸癌に対する術後補助化学療法：全体実施率55.5%」



報告書には、さまざまな解析結果のグラフや図を載せています。左のグラフのほうは、ステージⅢ大腸がんに対す

る化学療法の実施率を施設ごとに計算し、それを順番に並べたものです。各点が施設ごとの実施率を表していて、各点の上下に伸びているのは95%信頼区間です。95%信頼区間なので、該当数が多ければ多いほど幅が縮まる形になります。このグラフから施設ごとの実施率に、どのくらいのばらつきがあるかがわかるといいます。同様に、年齢別の実施率のグラフも右のほうにあります。この例は化学療法ですので、やはり年齢が高くなるほど実施率が低下していく傾向にあることがわかります。

## 研究の限界

### 参加施設の偏り

- 自由参加のため、参加施設に偏りがある可能性があります

### 他施設での診療行為

- 未実施理由の入力により克服を試みるものの、労力等の理由により困難

### 未実施理由の妥当性

- 入力された内容の妥当性の検証ができていない

研究の限界を、ここに3点挙げています。1点目は「参加施設の偏り」です。今は手あげ方式で参加していただいているので、もしかしたら自信のある施設が多く参加している可能性もありますし、そういう意味では偏りがまだあるかと思っています。2点目は「他施設での診療行為」です。未実施理由の入力により、いろいろなデータの限界を克服しようと試みてはいるのですが、とても時間と労力のかかる作業です。各施設では、一度カルテに戻ったり、先生方に相談したりしながら、未実施理由の入力をし、それらをもとにこちらで集計します。いろいろな改善策を試みているのですが、大変手間のかかる作業ですので、なかなか全部の施設に参加していただくということは困難になっています。3点目の「未実施理由の妥当性」については、入力していただいた内容を施設に戻ってチェックしていくことができず、検証ができていません。

このような限界を踏まえて、「未実施理由に基づく個別の症例の検討」については、ぜひ今後も支援していただきたいと考えています。また、このような仕組みを制度化することにより、診療実態を継続してモニターしていくことも必要だと考えています。今後は、測定施設の拡大や、測定項目、指標、対象臓器の拡大なども検討したいです。この研究は標準治療の実施率を出していますが、標準というのは全体として出すことに意味があります。しかし、未実施理由などの例は個別のもので、個別に検討していただくことが大切です。そのため、それぞれの施設



## 結語

- 未実施症例について現場での個別検討を促進（PDCA）
- 継続的な均てん化モニターを制度化
- 測定募集施設の拡大、測定指標や臓器の拡大などを検討



で個別の患者さんに近いところで検討していただいて、診療提供のサイクルの中でPDCAを回しながら、医療の質を高める指標にしていただければと考えています。

## Q & A

**(国立がん研究センター・加藤)** QIに関しては、すべてではないものの、多くの病院が協力してくださっています。それぞれの施設が、診療の状況を他の施設と比較しながら、自施設を振り返るよい機会としてQIを使ってくださっていると思います。これは、都道府県レベルのPDCAサイクルにも活用できるのではないかと考えているところです。こういった指標を、ぜひ利用していただきたいと思っています。  
**(国立がん研究センター・若尾)** 私からは情報提供です。もう皆さんご承知の方も多いと思われそうですが、今、厚労省のほうで、「がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ」が開かれています。2017年11月に行われたワーキンググループでは、今後、取り組むべきこととして「診療の質の評価」が議論され、このQIが紹介されました。

今お話があったように、QIは現在まで研究として、手あげ方式で行われており、参加施設数も約300にとどまるなど限界があるようです。拠点病院としての診療実態をしっかり調べていくことが必要ではないかという意見を受けて、今後、厚労省のほうで指定要件の案を作っていく、さらには2018年の4月～5月に予定されている「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」での最終報告の中で、新しい整備指針、指定要件の検討にQIが盛り込まれる可能性があります。そのことを、知っておいていただければと思います。

**(質問者)** QIは、ガイドラインに基づいて作られているということですが、ガイドラインというのは、あくまでも診療の“手すり”であって、ある程度の振幅幅というか、“非遵守”も頭の中に入れて作っているはずですよね。こういったQI

になってしまうと、やはり数字が出てきます。何%といった数字の「どこを目指したらいいのか」という疑問があって、少し、そのあたりを検討してみたことがあります。例えば制吐療法についても、僕らが診療計画において適応を決めるにあたっては、理由がちゃんとある。もっともな理由、いわゆるガイドラインを凌駕するような理由もあるんですね。ここが非常に曖昧模糊としていて難しい。「県レベルで標準治療が実施されていない」となってくると、ますます、その検討が難しくなってくると思います。「こうしたらいいよ」というような、何かいいアイデアはありますか。

**(渡邊)** QIに関しては、数値を意識していただくというよりは、先ほどお話ししたように「PDCAを回して、各施設で自分の診療の実態を振り返っていただく」ことが本来の主旨です。ですから、「数値でどこを目指したらいいか」ということは申し上げられません。そのサイクルの中で自らを振り返っていただく、ということを主眼としております。**(加藤)** では、東（尚弘）先生（国立がん研究センター）からも回答をお願いします。

**(国立がん研究センター・東)** 先ほどのご質問は私たちとしても非常に悩ましいところです。私たちにできる解決策としては、未実施の理由をできるだけ多く集めて、それを加味した数値を出そうということです。ところが、未実施の理由を実際に集めて見てみますと、やはり現場でないとわからない内容が出てきたり、さらには書いてあること以外にもまだ何かあるのではないかと予想させるような表現も少なくありません。これはやはり、全国で集めたデータの中で細かい部分を検討するのは、少し無理があるのではないかと考えました。

ですので、PDCAの場で相互訪問する時や、県で集まって相互に考えていただく時に、そういう「標準治療が実施されなかった症例」をいくつか集めて、「これはどうなのだろうか」と議論をしていただいたり、「こういう理由が自分たちにはあった」と思うけれど、もしかしたら、「慣れている方であれば違う治療法をした」のかもしれないし、「標準治療をもっとやれたのではないかなど」というような検討をしていただけると、おそらく治療の質も上がっていくのではないかと考えています。

目標値というのは、数字だけではないと思います。自信をもって「理由がある」と言える、そのところをプラスした実施率、あるいは準拠率が100%になるのが、やはり目標ではないかなと勝手に考えています。勝手に考えているというのはよくないのかもしれませんが、こちら側としての願いです。どうぞよろしく申し上げます。

**(加藤)** 今、東先生からもお話がありましたが、やはり各県とか各地域の中で、QIを活用してもらえるような体制が少しずつできていってほしいと思います。そう考えると、

各地域にがん種ごとのネットワークがあれば、QIについて具体的な中身の検討もできるようになってくると思います。領域ごとのネットワークを作るのは、なかなか大変なことかもしれませんが、そういうツールが用意できつつありますので、利用が始まるといいのかなと思いました。

(東) まったくおっしゃるとおりで、領域ごとのネットワークは本当に必要だと思いますが、多分、全部のがん種において、それを作るのは難しいと思います。一番最初に本山先生(秋田大学医学部附属病院)が「秋田県では卵巣がん、子宮がん等を重点的に考えなければいけない」と話されましたが、そうした重点領域については、まずこういったツールを使って見ていただく。そういうところから始めていただくといいのではないかなと考えています。

(秋田大学医学部附属病院・本山) 先ほどご報告をさせていただきましたが、当院のPCから入れば、当院のデータを含めて秋田県全体の施設のデータが見られます。それを県の評価・改善部会に提示しています。当院のデータは他の病院にも全部わかってしまう。そして、秋田県のデータ、全国のデータ、それぞれの病院・施設の治療成績もわかっていますので、こういったツールを使っていこうと呼び掛けをしているところです。

その一方で、未実施理由の研究はなかなか難しい。QI研究の最も優れているところは「手間がかからない」ところだと認識しています。それに対して、未実施理由の研究はものすごく手間がかかるものですから、未実施理由がきちりと確認されている項目は、むしろ未実施理由の研究項目から外していただいて、どんどん新しいQIを加えていただければと願っています。

(国立がん研究センター・中釜) 繰り返しになるかもしれませんが、やはり未実施を加えて数値が出ると、その数値が先行するのも事実でしょう。おそらく未実施には、その臨床現場を考慮すれば、いろいろなファクターが入ってきます。ただ、数字で出ると、そこは標準治療なのに、それほど振れ幅があるのかという印象を与えてしまう。そこに対しては、どうアクションをプランニングするのかというところも、ある程度考えておく必要があるのかなと思います。「数字を修正して合わせると、標準治療の実施率は高いですよ」という結論をもっていけばそれでいいのか。できない現状を、そこには社会構造も関わってくると思うのですが、その現状に対しても、ある程度戦略をもって臨む必要があるのではないかなと思いますが、そのあたりはどのようにお考えですか。

(東) 非常に難しいご指摘だと思いますが、われわれが今できるのは、「未実施の理由を加味した数字が出せない間は、生の数字は一般には公表しない」ということです。必ず未実施を考慮したデータが出るようになってから、それ

を並べて出すようにして、数字が独り歩きしないように気をつけています。それでも、未実施の部分をもっと紹介されているケースも見られるので、見つけた時は「そういうことはやめてください」とお話しするようにしています。今のところは、そこまでできていませんが、今後はITも進歩してくると思いますから、今、本山先生が非常に大変だとおっしゃった点を、できるだけ大変ではないようにしていき、そういったデータが広く集められるようにしたいと考えています。

(中釜) これ以上言うとセンシティブな感じもしますが、例えば、この前見せていただいた前回の調査結果では、内科的な治療の場合は高齢者、特に85歳以上になると通常の治療を行うケースが多い。それはある程度、納得できますけど、一方で外科治療の場合は、高齢に関してチャレンジしていくケースが増えていきます。これはおそらく考え方そのものが違うのだと思いますが、議論のテーマとしては重要であると認識しています。どこかに、それを検討するような場を設けていただければと思いました。

(東) ありがとうございます。

(質問者) やはり私も、QIの数値が出てしまうと独り歩きするのではないかと心配しています。私が考えているのは、例えば、臨床試験をしっかりとやっているところでは、そこが標準から外されてしまうわけで、その場合はどういう評価をされるのか。それから、QIを作る対象疾患として、5大がんのような、患者さんも多くて、かなりエビデンスがしっかりしている領域であればいいのですが、やはり希少がんになると、ほとんどエビデンスがない領域があります。それを評価していくのか、していかないのか。それについてはどうお考えですか。

(東) 「数字が独り歩きしないように」という点には、非常に気を使っていますし、「まだ標準治療がない場合はどうするのか」についても、非常に大きな問題であると認識しています。標準がない場合の主な対策としては、QIという「医療の質」の文脈で語られる指標だけでなく、「実態指標」も出していくべきではないかと思っています。実態指標はまだエビデンスがあまり確立していないため、高いほうがいいのか低いほうがいいのかは言えないかもしれませんが、中間的に、今どういう現状であるのかがわかります。例えば、胃がんの手術における腹腔鏡下治療の選択は、「絶対にこちらがよい」という推奨はまだないと認識しています。もしかしたらあるかもしれませんが……。ただ、それは外科の先生方みんなが気になるところで、胃がんのQIを作っている時には「腹腔鏡下治療についてはぜひ出してほしい、実態として教えてほしい」と言われました。そういった指標も出していき、「数字というのは、必ずしも医療の質を表すだけではない、それをもとに考えることもできるんだ」

という文化を作っていきたいと考えています。

(渡邊) 臨床試験に関しては、一応、実施理由の中に臨床試験という項目が入っています。そこをチェックしていただいたら、「臨床試験なんだな」ということがわかるようになっていきます。

(質問者) 私は乳腺の治療をやっております。2点、質問させていただきたいのですが、まず1点目は「評価をする」ということの基本的なところについて。内容は医療行為、その判断のもとになるのはDPCデータ、そしてそのスケールとしてはガイドラインということですね。逆にガイドラインについては、乳腺の領域だと非常にスパンが早いし、スケールが非常にバリエーションがあります。それから、DPCデータ自体も非常にざっくりしていて、おそらくこういう数字が出るということは、簡単で理解しやすく、評価もしやすいということで、一般ウケするとは思いますが、事実の評価をする上で測るメジャーがDPCデータというのは、非常にラフなメジャーではないかと思うのです。

今、適応外とか評価がうまくいかなかったものについて一生懸命評価しよう、分析しようという話をされていましたが、本来、測るべきものについてのメジャーが、それだけ大雑把なものでもいいのでしょうか。そこを精査しないで数字を出してくると、8割か7割ぐらいの正答率とはれると思うのですが、細かい評価としては、やはり十分ではないような気がします。実際に今後、こういうものが必要になるのは間違いないことですし、正しいと思いますが、スケールと分析対象について、もう少し詳細なパラメータを出していただかないと、現場の立場としては非常に辛い……それが要望というか、質問です。

それから2点目ですが、実際に、これだけデータ量が多くなれば何らかのものは当然、出てくるでしょう。私は日本の中でしか知らないのですが、海外での実情、Indicatorを使った分析の成功例はあるのでしょうか。そのあたりの情報も教えていただければ非常に参考になります。

(東) 最初のご懸念に関しましては、本当におっしゃる通りです。がん登録は精緻化していますが、DPCのデータはレセプトに準拠しているため、どうしても大雑把であるということと言われています。その点で、「数字が独り歩きしない工夫」ということになるとは思いますが、内容の公表については、先ほど述べたように「理由なしでは公表しない」ということをまず1点、行っています。もう1つ、われわれが守りたいこととしては、「施設別の数字は出さない」。「算出はするのですが、公表はしない」というふうにしようと思っています。今でも施設ごとに見えるようになってはいますが、それを公表することはありません。公表するのは、「分布」だけです。日本のがん医療の均てん化を目標としている中で、「均てん化が実現できているかどうかは全

然わかりません」というわけにもいかないので、その間をとって「やれることをやる」という方針で落ち着いているということです。

ただ、これが完璧なものだとは思っていません。理想と現実の間を埋めるために未実施理由を収集し、細かいDPCのデータをもう1回見直しています。未実施理由の使い方としては、それを数字として出すだけではなくて、それをもとにプログラムや行動をもう1回見直したり、行動の横にあるコメントを見直したりということもやっています。今は「そういった努力をしているところです」としか申し上げられないのが現状です。

海外の現状については、私もそれほど海外を広く知っているわけではないのですが、論文としては、あちらこちらで出て来ています。世界的には、こういう指標を見ていこうという潮流になっています。アメリカの外科専門医会のがん登録には、こういったデータをまとめてフィードバックする仕組みがあり、それをさらに発展させて、ほぼリアルタイムで出るようにしようとしています。実は、われわれの活動は、それをまねて始めたものです。ASCO（米国臨床腫瘍学会）のほうでもデータを集めてフィードバックするQOPY（Quality Oncology Practice Initiative）という活動に取り組んでおり、Certificationを出したりもしているようです。

(質問者) 今の外科だとNCD（National Clinical Database）のデータベースが非常に大きくなって、5年生存率、10年生存率などについても学会として動き出していると思いますが、それらのデータベースを拾ってくることもお考えなのでしょうか。

(東) NCDは外科を中心とした非常に大きなデータベースで、先生方にご尽力いただいていると思いますが、われわれのほうでは既存のデータを使ってできることをやっ払い、それを出していこうと考えています。NCDとも少しお話をさせていただいて、データの相互検証をしていく計画もありますが、今のところ、QIはQIでやっ払い、QIと考えています。

(加藤) QIについては皆さん関心が高いということがよくわかりました。

## おわりに

国立がん研究センター 若尾 文彦

いろいろな活動でご存じの方もいらっしゃるかもしれませんが、PDCAを回す時に、アウトカムの1つとして「患者体験調査」の結果を活用したいという声を、各都道府県の取り組みなどの際に聞いております。

1回目の患者体験調査は、研究班の活動として2014年度に実施したのですが、現在は研究班ではなく事業として、次の患者体験調査を行うための準備をしています。現在、調査票の改修などを含めて作業を進行しており、2018年度、夏から秋にかけて第2回目の患者体験調査を実施することを想定しています。今のところ、規模とすれば前回と同じ都道府県拠点と、地域拠点2カ所を前提としています。ただ、前回と同じように、オプションとして、都道府県単位で他に追加の病院も参加したいということであれば、そ

の実費をいただくような形で受け入れることができないかと考えています。PDCAのアウトカムの部分で患者体験調査を活用したいということであれば、夏から秋のタイミングで調査を実施しますので、ぜひご参加ください。また、2回やって終わりということではなくて、それ以降は、数年単位で繰り返すことを想定しています。その先のことも考えておりますので、ぜひご検討ください。

もう1つ、先月終わりにプレスリリースしましたが、この2月から遺族の方に向けた調査のパイロット版を実施させていただき、来年は「遺族調査」の本調査を行う予定です。もちろん、終末期の患者家族のケアの状況を調べるアウトカム部分のデータになると思いますので、ぜひ活用をお考えいただければと思います。

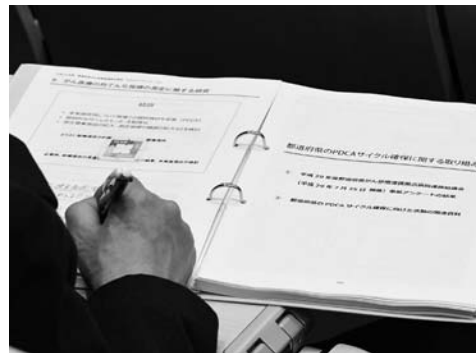


# 閉会挨拶

国立がん研究センター 中釜 斉

本日は長い時間、ご議論いただきまして本当にありがとうございました。PDCAサイクルフォーラムということで、様々な都道府県の試みを伺いとても力強く感じるとともに、私もまた非常に勉強になりました。各地域の特性を活かして、それぞれが自分たちの地域に合った取り組みを少しずつ進めている、まさにこれがPDCAサイクルが定着してきたということだと印象を強くもった次第であり、私自身は非常に感銘を受けているところです。このような試みが日

本全体に広がっていき、お互いに共有すると同時にお互いに学んでいくことで、よりよいシステムを無理のない形で、しかも最終的にそれが患者さんに有用な成果という形で広がっていくことにより、まさにがん医療の均てん化が実現できるのではないかと感じました。簡単ではございますが、総括とさせていただきたいと思います。本日はありがとうございました。



---

平成29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29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30年3月  
編集 加藤 雅志 中澤 葉宇子 藤下 真奈美  
珍田 律子 水本 三夏  
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