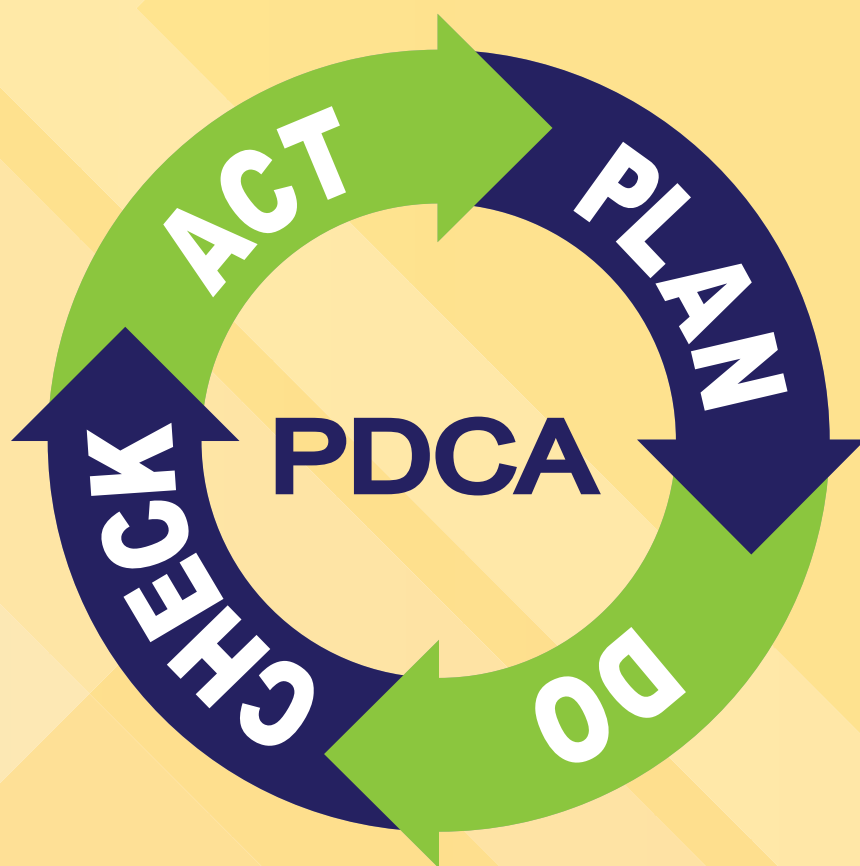


平成30年度 厚生労働省委託費
がん診療連携拠点病院PDCAサイクル体制強化事業

平成30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：2019年1月12日(土) 13:30～17:00

会場：国立がん研究センター 築地キャンパス 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30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 丸山 慧	
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.	宮城県の取り組み	6
	大崎市民病院 蒲生 真紀夫	
5.	愛知県の取り組み	13
	藤田医科大学 河田 健司	
6.	ピアレビュー実施支援事業	19
	国立がん研究センター 加藤 雅志	
7.	神奈川県での取り組み	22
	神奈川県立がんセンター 酒井 リカ	
8.	がん相談支援のPDCAサイクルの確保に関する研究	30
	国立がん研究センター 八巻 知香子	
9.	がん医療の均てん化指標の測定に関する研究	41
	国立がん研究センター 渡邊 ともね	
10.	愛媛県の取り組み	46
	四国がんセンター 青儀 健二郎	
11.	閉会挨拶	54
	国立がん研究センター 加藤 雅志	

開会挨拶

国立がん研究センター 中釜 斉

本日は、新年早々、また大変寒い日にもかかわらず、平成30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、誠にありがとうございます。

このフォーラムの目的は、がん医療の質を向上させることを目指して都道府県内のPDCAサイクル確保に資する情報共有、その場としてフォーラムが設けられているということでもあります。

第3期がん対策推進基本計画の中にも、がん医療のさらなる充実というのが大きな3つの柱の1つとして掲げられております。このがん医療の質をさらに向上させるためには、がん医療の均てん化に加えて、集約化とネットワーク、そして個々の医療機関の質の向上、さらにはその恒常的な維持などが必要になってくると思います。そのためのPDCAサイクルを皆で共有しながら進めているわけです。私はこのフォーラムに参加していて、年々、医療の質の均てん化のためのPDCAサイクルというのがうまい具合に回ってきているのかなど、その情報共有をする場としてこのフォーラムの位置づけがだんだん確固たるものになってきているのかなどという思いもあります。

一方で、医療が急激に変遷しようとしている中、例えばゲノムを使った臓器横断的な医療の展開など、新しいものがどんどん入ってくる中で、やはり一医療機関だけでそれを完遂することはなかなか容易ではなくなっていると思います。そういう中で、がんの診療に携わる都道府県拠点病院の方々が連携しながら、いかにしてそれを効率よく進めていけるかというのがますます重要になってきていますので、このフォーラムを存分に活用していただき、そのネットワーク化、あるいは各都道府県の試みを皆で共有させていただくことによって、さらによいものを患者さんやご家族に届けられるような、そういう仕組みを作っていければと思います。本日はよろしくお願いたします。



来賓挨拶

厚生労働省健康局 丸山 慧

本日は雨でお足元が悪い中お集まりいただきまして、先生方には御礼申し上げます。また、都道府県拠点病院の皆さま方、そして都道府県の方々におかれましては、がん診療提供体制の均てん化、そしてがん診療の質の向上——われわれの大事な施策課題でござ

いますが、これに日々ご協力をいただいていることに改めて御礼申し上げたいと思っております。

PDCAサイクルについては、がん診療連携拠点病院の整備指針に盛り込まれて5年が経過しました。昨年、整備指針の改正を行ったわけですが、その指針の中では、このフォーラムでご議論いただいたQuality Indicatorの利用や第三者による評価、拠点病院間の実地調査等を用いるなど工夫をするといった具体例を明記させていただいて、より一層の推進を図ってまいりたいと思っております。診療の質の向上については、その重要性はあせることなく、より一層重要になってきていると考えている次第でございます。

そして今回、都道府県による発表では、初回のフォーラムで発表いただいた愛媛県、今回初めての宮城県と神奈川県、愛知県から事例をご紹介いただけると伺っております。

PDCAサイクルフォーラムは、そういった好事例の共有を通じて、成功の鍵となるものは何か、その要素の抽出と共有をし、また課題は何で、どういうことをしていったらよいのかという議論ができる非常に貴重な機会だと考えております。意見交換が活発になることを期待するとともに、われわれも、次のがん対策は何をしていくべきかということを勉強させていただきたいと思っております。本日はどうぞよろしくお願いたします。



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



まずは、がん診療連携拠点病院等に求められるPDCAサイクルについてお話しします。今回でPDCAサイクルフォーラムも4回目となりますが、基本的な部分も含めて改めてPDCAサイクルの考え方について一度整理したうえで、これからの具体的な取り組みについてお話いたします。

第3期がん対策推進基本計画の全体目標

(平成30年3月閣議決定)

- (1) 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実
～がんを知り、がんを予防する～
- (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～
- (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～

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。

第3期がん対策推進基本計画が平成30年3月に閣議決定され、その中で、診療の質の改善が取り組むべき施策として記載されています。昨年7月に発表されたがん拠点病院の指定要件の中でも、これまでに引き続きがん拠点病院はPDCAサイクルの確保に取り組むことが定められています。

その中でPDCAサイクルとして、病院レベルで取り組むものに加え、都道府県レベルでもPDCAサイクルに取り組んでいくことが指定要件で定められています。前回の指定要件の中で、初めて都道府県レベルでのPDCAサイクルを確保していくことが定められたわけですが、それを受

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

けて新しい試みとして、各都道府県がそれぞれの地域の状況を踏まえた方法を模索しながら取り組み、その情報共有を全国レベルで行ってまいりました。

病院のがん診療の質を改善していく取り組み

1 がん診療評価指標（Quality Indicator）

国立がん研究センターがん対策情報センターがん臨床情報部

2 がん診療体制の質に関する調査

東京大学大学院 PCAPSがん質評価班

3 がん相談支援のPDCAサイクル確保の取り組み

国立がん研究センターがん対策情報センターがん情報提供部

4 緩和ケアチームセルフチェックプログラム

日本緩和医療学会

5 相互評価（ピアレビュー）

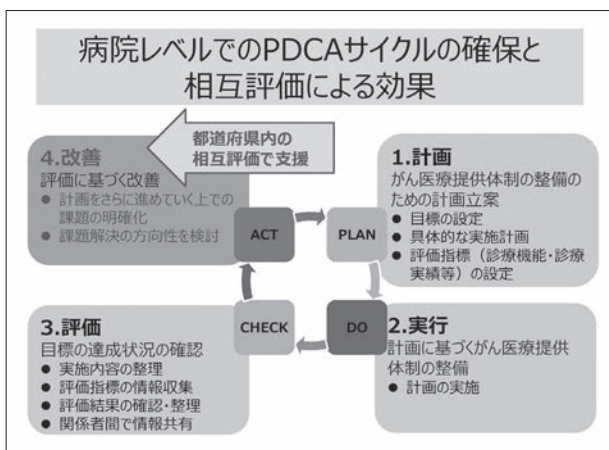
など

拠点病院レベル、病院レベルでのPDCAサイクルの取り組みを考えると、いくつかの方法があります。例えば、指定要件の中にも記載があるQuality Indicatorに加え、がん診療体制の質に関する調査、相談支援センターに関する取り組みなどがあります。また、緩和ケアの領域についてはさまざまな取り組みがありますが、その1つの具体例として日本緩和医療学会が行っているセルフチェックプログラムといったものもご紹介します。そして、診療の質を改善していくための重要な取り組みとして、病院間同士で相互に評価するという方法もあります。

相互評価の1つの手法として、相互に訪問して実地での調査を行うというものがご紹介します。全国の都道府県に

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【事前アンケート】		
第11回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会（2018年7月9日開催）資料 https://ganjoho.jp/med_pro/ liaison_council/ic01/20180709.html		
	N=45	
	n	%
●拠点病院のがん診療の質の向上を目指したPDCAサイクル確保で活用している方法		
現況報告書を用いて拠点病院間の情報を共有	22	48.9
院内がん登録データを用いて情報共有	22	48.9
がん診療評価指標（Quality Indicator）の研究に参加	20	44.4
がん診療連携病院における診療体制に関する調査に参加	10	22.2
都道府県内共通のフォーマットを用いたPDCA活動の情報共有	21	46.7
特定のメンバーが訪問する実地調査	6	13.3
病院間の相互訪問による実地調査	14	31.1
その他	10	22.2

状況を聞いてみると、実際に訪問し実地調査をしているところはまだまだ少ない状況です。この相互評価は、やり方によってはとても効果的である一方で、1つの病院の努力だけで実施できるものでは当然なく、他の施設と協力して取り組む必要があります。実施していくためには都道府県レベルで体制を作っていくことが必要です。つまり、相互評価を実際に実践していくためには、都道府県レベルでどうするかということを考える必要があります。



- 都道府県レベルで
がん診療の質の向上を目指す取り組み
- 1 研修会の開催
 - 2 相互評価の実施
 - 2-1 会議や研修会での相互評価
 - 2-2 実地訪問による相互評価
 - 3 都道府県内で共通目標を設定した改善活動の実施

診療の質の改善の中で、都道府県内で相互評価をすることは、PDCAサイクルというACT(A)の部分、改善活動の部分に効果的だと考えられます。相互評価が今後求められる一方で、都道府県内の関係者が連携していこうとしても、なかなか簡単には進まないこともあるかもしれません。しかし、都道府県内で連携した取り組みを進めていくこ

とが、今後は大変重要になってきます。では、都道府県レベルで診療の質を改善していく方法について説明していきたいと思います。代表的な方法として3つお示します。1つ目は、都道府県内の医療関係者等を対象に研修会を開催することで都道府県内の診療の質を上げていく方法です。2つ目は、先ほどから申し上げているような、相互に評価するという方法になります。3つ目は、都道府県内全体で共通目標を設定し、その目標を各病院が達成できるようにさまざまな取り組みをすることで県全体のレベルアップを図るという方法です。

都道府県内の緩和ケアチームに関する研修 【第11回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会アンケート】		
	N=45	
	n	%
●都道府県内の緩和ケアチーム研修について検討の場がある		
	32	71
●都道府県内の緩和ケアチームを対象とした研修等の実施状況（H29年度）		
	実施した	25 56
	過去に実施したが、H29年度は未実施	2 4
	未実施	17 38
●H29に緩和ケアチームの研修を実施しなかった都道府県の理由（複数回答可）		
	時間がない	8 18
	研修実施方法が不明	7 16
	予算がない	5 11
	話し合いの機会がない	4 9
	担当者がいない	3 7
●H30年度に緩和ケアチームの研修実施予定		
	29	64

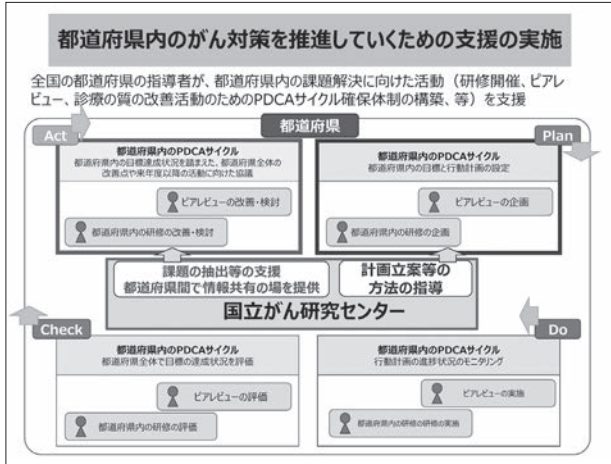
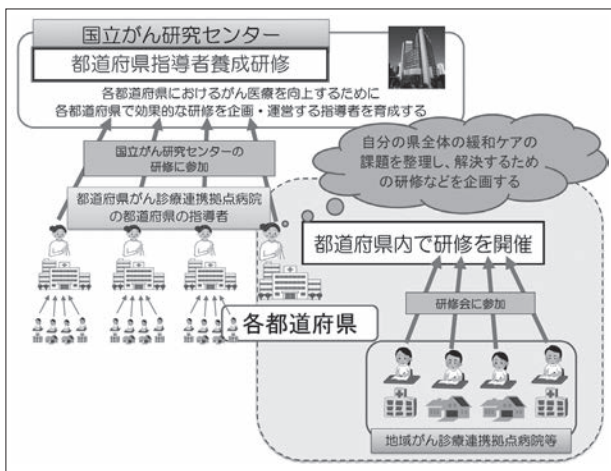
都道府県内のがん薬物療法に関する研修 【第11回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会アンケート】		
	N=45	
	n	%
都道府県内の施設に向けた、がん薬物療法に関する研修等の実施について		
	実施した	30 66.7
	過去に実施したが、H29年度は実施せず	3 6.7
	実施したことがない	12 26.6
H29に研修を実施しなかった理由（複数回答可）		
	n	%
	時間的に余裕が無かったから	6 50
	都道府県内で研修実施について話し合う機会がないから	5 41.7
	どのように研修実施を実現すればよいかわからないから	3 25
	予算が確保できなかったから	3 25
	担当者がいなかったから	2 16.7
	必要性を感じていないから	1 2.2

1つ目の研修会の開催に関連して申し上げると、がん対策の取り組みが始まった最初の頃は、都道府県がん拠点病院が各都道府県内で研修を行うことが難しい時期もあ

- 都道府県内で研修会を開催する際の困りごと
【第11回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会アンケート】
- 【研修会の企画について】
- 研修ニーズやレディネスの把握が困難
 - 研修会の内容がニーズにあっているか不安
 - 研修に対する意識や、取り組み状況に施設間格差がある。
 - 他の団体が行っている研修を十分に把握できていない
 - 恒常的な研修会システム構築に困難さを感じる
 - 受講後のフォローアップをどうしたらよいかわからない
 - 研修受講、提供に対するインセンティブがない
 - 外部に向けたeラーニングのメンテナンスができていない

りました。しかし、昨年の各都道府県での研修実施状況を見ると、例えば緩和ケアチームに関する研修では、約半数ぐらいの県で研修を行い、薬物療法に関する研修は、7割ぐらいの県が既に県内の研修を実施しているという状況でした。

また、各都道府県に研修を開催する際の困りごとについて尋ねてみると、どのように開催すればよいのかわからないというよりは、開催していく中でどのような工夫をすればいいか、具体的に取り組んでみてどのように改善していくべきなのか、ということでご困っている県が増えてきているようです。



これまで国立がん研究センターでは、各都道府県の指導的立場にある方々に対して、どのように研修会を開催すればよいかについて教示していく研修を行い、各都道府県内で研修を開催することを促してきました。そして、実際に各都道府県内で研修が開催されるようになり、私たちも国立がん研究センターが行う研修を見直していく時期になってきています。各都道府県の指導的な立場の方々の困りごとが、どうすればより良い研修ができるのか、このような困難を感じる県が増えてきていることを踏まえ、私たちは、都道府県内の研修開催を含めて、都道府県内で取り組む診療の質の改善活動をより一層支援していきたいと考えております。国立がん研究センターが単に研修会を開

催して何かを伝えるというのではなく、今後は各都道府県が取り組んでいるさまざまな取り組みを共有したり、困りごとを解決していくような場を作っていきたいと考えています。本日のこのPDCAサイクルフォーラムもそうですが、このような会を充実していきたいと思っています。

**都道府県レベルでがん診療の質の向上を目指す
会議や研修会での相互評価**

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

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

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

また、診療の質の改善という観点で考えたとき、先ほど申し上げたような相互評価が都道府県レベルでは1つの有効な方法です。しかし、実地訪問を毎年行うことはかなり負担が大きく、現実的ではないと思います。相互評価の方法は、現場に行く実地での評価以外にも方法がごございます。例えば、都道府県内の該当する領域の関係者が会議室などに集まって、各施設が取り組んでいる活動や改善活動について報告して、相互にその報告を評価したり、更なる改善について意見交換をしたりすることで診療の質の改善を目指すこともできます。こういった方法であれば定期的に行うことができますし、開催自体も実地訪問よりは現実的に実施できると思いますので、参考にしていただきたいと思います。

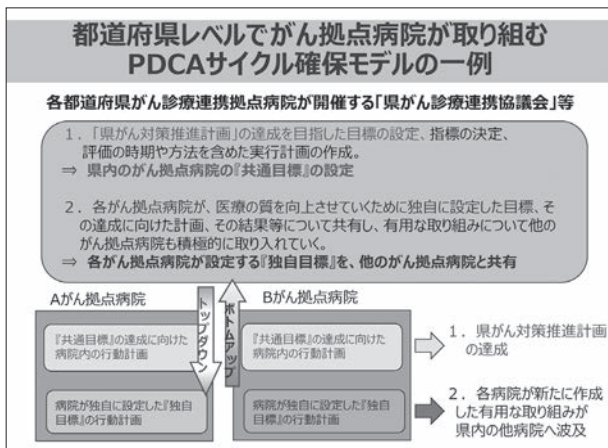
その際、それぞれの病院が異なるバラバラの方法で報告をすると、評価が難しくなります。都道府県内で行うのであれば、何らかの共通の手法を用いて、お互いに取り組む状況などを報告しあうことをお勧めします。そうすることで、評価の視点をそろえることができますし、医療機関同士の比較もしやすくなります。そのときに実際に使

- 都道府県レベルで
がん診療の質の向上を目指す取り組み**
- 1 研修会の開催
 - 2 相互評価の実施
 - 2-1 会議や研修会での相互評価
 - 2-2 実地訪問による相互評価
 - 3 都道府県内で共通目標を設定した改善活動の実施

都道府県レベル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【事前アンケート】		
第11回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会（2018年7月9日開催）資料 https://ganjoho.jp/med_pro/liaison_council/1c01/20180709.html		
N=45		
	n	%
●都道府県レベルでのPDCAサイクルの確保に関する取り組み状況		
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	28	62.2
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	27	60.0
都道府県レベルでPDCA確保の取り組みを開始している	35	77.8
都道府県内のPDCAサイクル部会・委員会等で、問題や課題を整理している	28	62.2
都道府県内で達成すべき共通の目標を設定している	25	55.6
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	25	55.6
共通の目標達成のために、各がん診療連携拠点病院が行動計画を立案している	18	40.0
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	19	42.2
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	18	40.0

えるツールとしては、QI活動で用いられるがん診療評価指標、がん診療体制の質に関する調査がありますし、チェックリスト的なものも有効かもしれません。実地訪問による相互評価については、本日の後半でお話したいと思います。

都道府県レベルでの診療の質の向上に関する3つ目の取り組みとしては、都道府県内で共通目標を設定することです。当初、都道府県の診療の質の改善活動において共通の目標を設定しているかどうかを尋ねると、設定をしている都道府県はかなり少ない状況でした。昨年、各都道府県の状況を聞いてみると、各都道府県が第3期のがん対策推進計画の見直しをした時期と重なったこともあったかと思いますが、都道府県内で共通目標を設定し、都道府県全体でがん拠点病院が目指す目標を定めているという都道府県が半数程度に増加していました。そして、その



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

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

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

共通目標に向けて、各病院が診療の質の改善活動計画を立てているという都道府県も増えてきているということがわかりました。

都道府県内のがん診療の質を向上させていくためには何が必要なか、それを達成するために、各病院が自分たちの病院としてできることは何かということを考える。共通目標を設定することで、それぞれの病院での改善活動の取り組みがより一層進むことを期待したいと思っています。

この取り組みが最終的に目指すことは、共通目標として、がん対策の重要な課題である、がん患者の生存率の改善やQOLの改善、そこにつながるような共通目標を全国で設定していくことになるかと思えます。全国でそういった取り組みが進むことで、各都道府県の取り組みが進み、各病院のがん医療の質が改善し、結果としてがん対策も進んでいくはずですが、しかし、診療の質の改善活動は一足飛びに進むものではなく、まずは自分たちができる活動、各都道府県内でできる活動を通じて、多くの経験を積み重ねていくことが重要です。このような活動を皆さまと一緒にいながら、各拠点病院、各都道府県ががん対策を進めていくためにどのようなことができるかということ、皆さま方と一緒に考えていきたいと思います。

**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**

全国のPDCAサイクル確保の取り組みを共有

「PDCAサイクルフォーラム」
https://ganjoho.jp/med_pro/training_seminar/pdca/forum/

「都道府県単位の医療の質の向上」の取り組みインタビュー
https://ganjoho.jp/med_pro/med_info/quality/

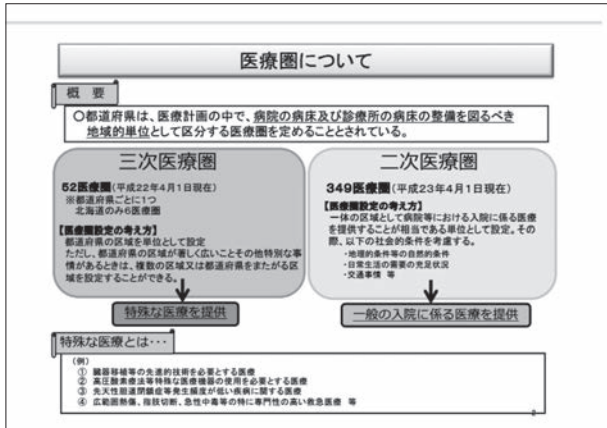
「都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会」
https://ganjoho.jp/med_pro/liaison_council/

今、申し上げてきたように、各都道府県のがん対策推進計画に基づいた共通目標の設定、そしてそれに基づく各病院の計画立案も、都道府県レベルの診療の質の改善に関して重要な取り組みです。このような取り組みを含めて、都道府県レベルでのPDCAサイクル確保に関する情報はホームページなどで公開していますので、引き続きご参照いただけたらと思います。

簡単ですが、都道府県レベルで取り組むPDCAサイクルの確保についてお話しさせていただきました。この後は、各都道府県でさまざまな取り組みが進んでいますので、その具体的な活動について紹介をしていきたいと思います。

宮城県取り組み

大崎市民病院 蒲生 真紀夫



私は、宮城県のがん診療体制検討委員会の委員長ということでお話させていただきます。地域がん診療連携拠点病院は主に二次医療圏で設定され、都道府県がん診療連携拠点病院は三次医療圏全体を見るという形で設定されています。宮城県の場合は、2013年、震災から明けて間もなくですが、震災の影響などによる人口減少の中で、7つあった二次医療圏を4医療圏に統合しました。それに伴って地域がん診療連携拠点病院の配置も各二次医療圏に置かれました。宮城県の特徴としては、人口は全体230万人ですが、仙台医療圏が150万人、半分以上の人口が仙台医療圏に集中していて、ほかの3医療圏に残りの人口が住んでいるということになります。

もう1つ宮城県の特徴は、都道府県がん診療連携拠点病院が例外的に2カ所あり、東北大学病院と宮城県立がんセンターの2カ所、仙台医療圏のダブルトップが都道府県がん診療連携拠点病院となっています。あとは、各

医療圏に地域がん診療連携拠点病院があり、仙台医療圏は人口が多いので、そのほかに2つという指定になっています。例えば私が所属する大崎・栗原医療圏は約30万人、石巻も約30万人、仙南は15万人ぐらいの医療圏で、各医療圏の事情が違う中で、どのようにそれぞれのPDCAを回すかということが問題になっています。

がん診療拠点病院の指定要件

2014.1.10 厚生労働省健康保険局長通知

- 診療体制**
がん診療連携拠点病院の指定要件
がん診療連携拠点病院の指定要件
がん診療連携拠点病院の指定要件
- 診療実績**
手術件数、放射線治療件数、化学療法施行件数
- 研修の実施体制**
- 情報の提供体制** 相談支援センター、広報、情報公開
- 臨床研究** 組織的な整備
- PDCAサイクル確保** 施設内、都道府県単位

PDCAサイクルの確保

がん診療連携拠点病院指定要件(2014.1.10)から

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

1～5番までもともあった指定要件に加え、2014年に、6番目として「PDCAサイクルの確保」ということが施設内と都道府県単位で求められるようになりました。

**都道府県単位のがん診療PDCA
宮城県がん診療連携協議会の設置と運営**

- 2006年12月発足・総会
- 都道府県がん診療連携拠点+地域がん診療連携拠点の7拠点病院の病院長と事務局による発足
- 宮城県健康福祉課:オブザーバーとしての参加
- 2006-2008年度は総会における情報交換
- 2009年度に6つの専門部会を設置

宮城県は、実はPDCAサイクルということの以前に、2006年に拠点病院の「宮城県がん診療連携協議会」というものを、院長、事務局長レベルで発足していました。そこに県のオブザーバーが入っているという形で、2006年から2008年ぐらまでは総会における情報交換を行っていましたが、2009年の段階でその協議会の中に6つの専門部会を設置しました。

**宮城県がん診療連携協議会
専門診療部会**

- 2009年7月 各種部会発足・部会長会議
 - 化学療法部会
 - 放射線治療部会
 - 緩和ケア部会
 - がん登録部会
 - 地域連携クリティカルパス部会
 - 患者相談部会
- 7) 口腔ケア部会 2011年～
- 8) 看護部会 2015年～
- 9) がん診療体制検討委員会 2014年～

この6つの専門部会——化学療法部会、放射線治療部会、緩和ケア部会、がん登録部会、クリティカルパス部会、患者相談部会——が2009年に発足して、その後、2011年と2015年に口腔ケア部会と看護部会が設置され、それぞれの部会で活動、操業を継続してまいりました。2014年にPDCAを施設内、都道府県でもやるようにということが要件に定められたのを受けて、これらの

**宮城県がん診療連携協議会
専門診療部会**

- 2009年7月 各種部会発足・部会長会議
 - 化学療法部会
 - 放射線治療部会
 - 緩和ケア部会
 - がん登録部会
 - 地域連携クリティカルパス部会
 - 患者相談部会
- 7) 口腔ケア部会 2011年～
- 8) 看護部会 2015年～
- 9) がん診療体制検討委員会 2014年～

部会の活動を総括的にまとめて検討する「がん診療体制検討委員会」を協議会の実働部隊として発足させました。



これは宮城県協議会のホームページです。ホームページの作りとしては、階層が深くて探しに行かないと見られないのが残念ですが、このような部会があって、それぞれの情報が載っているという形になっています。

各部会の構成員と活動概要 2009-2013

化学療法部会	化学療法担当医師・認定看護師・薬剤師 市民公開講座開催・年1回・7拠点持ち回り
放射線治療部会	放射線治療担当医師・放射線技師 医療者向け講習会・年1回
緩和ケア部会	緩和ケア担当医師・認定看護師 緩和ケア講習会・各拠点で年1回 緩和ケアリンクナース養成研修 1/年（東北大）
患者相談部会	がん相談支援センター担当MSW 医療者向け講習会・年1回
がん登録部会	部会長医師、各拠点のがん登録実務者 がん登録研修会・年1回
連携パス部会	部会長医師、各拠点の連携担当実務者 地域連携クリティカルパスコーディネーター担当者会議・各拠点持ち回り 3回/年

まず、2014年にかん診療体制検討委員会ができる前、それぞれの6部会がどのような構成で、どういうことをやっていたかですが、例えば化学療法部会は、各施設の責任医師と認定看護師、薬剤師、この3職種で、最初は市民公開講座を7拠点持ち回りで開催したり、お互いの情報交換を行ったりしていました。放射線治療部会も、医師と放射線技師の集まりで講習会を行うなど、各部会で年1回や2回の集まりを持って、それぞれの職種が情報共有するベースが既にありました。

各部会PDCA活動概要 2014年～

化学療法部会	化学療法担当医師・認定看護師・薬剤師 市民公開講座開催・年1回・7拠点持ち回り	拠点病院の現状調査に基づく相互書面評価
放射線治療部会	放射線治療担当医師・放射線技師 医療者向け講習会・年1回	相互訪問による現地調査と評価
緩和ケア部会	緩和ケア担当医師・認定看護師 緩和ケア講習会・各拠点で年1回 緩和ケアリンクナース養成研修 1/年（東北大）	専門相談員講習会の強化
患者相談部会	がん相談支援センター担当MSW 医療者向け講習会・年1回	がん登録の標準化と相互評価
がん登録部会	部会長医師、各拠点のがん登録実務者 がん登録研修会・年1回	
連携パス部会	部会長医師、各拠点の連携担当実務者 地域連携クリティカルパスコーディネーター担当者会議・各拠点持ち回り 3回/年	
口腔ケア部会	各拠点歯科医師・頭頸部内科医 口腔ケア歯科連携	
看護部会	各拠点看護部管理者 がん専門・認定看護師の位置づけ	
がん診療体制検討委員会	各拠点のがん診療統括医師・各専門部会の部会長 拠点病院と部会のPDCA進捗管理・報告・公表	

の違いがあって、「こんなに違いがあるの」「ちょっと解釈が違うんじゃない」といったことが実際にはありました。例えば化学療法の点数や手術件数のカウントの方法が結構違ったり、内服を入れるのか入れないのかなど、いろいろな違いがわかって、次の年以降は現況報告書の記載内容を少しそろえましょうということで、県にもちゃんとそこをチェックしてほしいと要望して、お互いにデータを合わせていくというベースができたと思います。

PDCA 現地訪問調査

- 2014年から各専門部会で順次実施
 - 化学療法部会
 - 放射線治療部会
 - がん登録部会
 - 相談支援部会

それから同時期に、PDCAをきちんとやるのであれば、できる部会から現地訪問調査を実施しましょうということになりました。最初に現地調査を始めたのは化学療法部会で、2013年度から始めています。2014年度からは放射線治療部会も始めて、その後いろいろな部会が後追いをする形で相互訪問をしています。

化学療法専門部会 PDCA 現地調査

■調査日：2016年12月19日(月) 調査員(各施設持ち回り担当) 医師・看護師・薬剤師 2病院/年で計画的に巡回

■調査施設
① 大崎市民病院 9時30分～11時30分
② 東北労災病院 14時～16時

■調査担当者(2016年度宮城県がん診療連携協議会化学療法部会PDCA サイクル現地調査委員)
東北大学病院 石岡千加史(医師)
宮城県立がんセンター 高子利美(看護師)
みやぎ県南中核病院 田中 敏(薬剤師)

■被調査者
大崎市民病院 湯生真紀夫(医師)森屋智美(看護師)大場 憲(薬剤師)
東北労災病院 丹田 道(医師)片谷基子(看護師)熊谷史由(薬剤師)

■経緯
2015年1月6日付けで宮城県がん診療連携拠点病院化学療法部会が策定した(1)宮城県がん診療連携拠点病院 化学療法部会PDCA サイクル現地調査申し合わせ事項、(2)宮城県がん診療連携拠点病院化学療法部会PDCA サイクル現地調査業務手順書、(3)個別項目・評価表に従って、事前に化学療法部会で調査対象病院と決定した上記2病院(大崎市民病院と東北労災病院)で、聞き取りおよび施設の立ち入り調査により現地調査を実施した。大崎市民病院は比較的大規模な地域がん診療連携拠点病院であり、宮城県における化学療法の中心拠点であるため年間の化学療法実施件数が6,000件を上回る。

(以下略)

化学療法専門部会の現地調査のやり方です。7拠点を1年で全部回るのは難しいので、1年に2拠点を調査します。調査担当者は、この年は大崎市民病院と東北労災病院が調査を受ける側でしたが、受ける側ではない残りの拠点病院——東北大、宮城県立がんセンター、みやぎ県南中核病院——から医師、看護師、薬剤師の3職種を出してもらい、1日かけて、午前中1病院、午後1病院、2カ所の拠点を訪問してもらいます。それで、一定の基準に基づいて評価をしたり、現況を報告してもらったり、院内を見せてもらったりしながら、そこで相互評価をします。これが評価表(右上図)です。常駐しているスタッフが何人いて、認定薬剤師がどのぐらいいて、ベッドは何床で、例えば化学療法の運営マニュアルなどのいろいろ

化学療法部会 現地訪問調査

一定の評価表を用いて、各拠点の設備、人員、運営体制などを現地で評価し、互いに改善点について話し合う

施設	大崎市民病院	東北労災病院
スタッフ	有資格者(がん化学療法指導認定看護師) 1名	専任医師5名(兼務もあり3名に含む日もあり) 1名
	薬剤師(1キリンアジェ) 5名(うち1名認定薬剤師)	3～4名(うち1名認定薬剤師)
	がん専門看護師 1名	1名
	がん専門薬剤師 0名	0名
ベッド	17床	11床
リクワイアメント	6床	3床
その他	外傷化学療法件数 30人/日	外傷化学療法件数 20人/日
化学療法運営マニュアル	あり	あり
血管内腫瘍学マニュアル	あり	あり
血管内腫瘍キット	あり(調製する施設と兼用)	あり(調製する施設と兼用)
検査キット	あり	あり
治療記録システム	電子カルテ	紙カルテ(2年後電子化予定)
ブレンドステーション調製	薬液部	看護部
投与	主に看護部	看護部
ブライミング	ブライミングが必要の場合 10分程度	ブライミングが必要の場合 10分程度

なマニュアルが整備されているかとか、そういうことをだいたい50項目ぐらい現地で見ていきます。それで、改善点について話し合うというようなことをしています。

がん診療体制検討委員会によるPDCAサイクル活動改善点(2015-2017年度)

- 基礎資料(拠点病院の現況報告書)に沿った書面調査だけでは評価が表層的
- 各専門部会が年度ごとに重点事項(アウトカム)を定め、それに沿った相互評価とPDCAサイクル報告書を作成
- 部会報告の他に部会横断的事項に関しては体制検討委員会が別途調査報告

初年度の2014年にやってみて、現況報告調査を網羅的に全部やるのはあまり効率的ではないということで、次の年からは少しスタイルを変えました。現況報告書に沿った書面調査は、網羅的ではあるのですが、どうしても表層的になってしまうので、各専門部会が来年度はこの重点事項についてやりましょうということを部会ごとに目標設定してもらい、それに基づく相互評価、PDCAサイクルをまとめてもらうことにしました。看護部会も入れると今は8部会ありますが、その部会横断的な事項というのがどうしても出てくるので、部会におさまらな

例1 化学療法部会PDCA報告書抜粋 2018/4

重点調査 4項目

1) 副作用問診実施体制

施設	副作用問診実施体制			
	問診実施体制	問診実施体制	問診実施体制	問診実施体制
大崎市民病院	あり	あり	あり	あり
東北労災病院	あり	あり	あり	あり
宮城県立がんセンター	あり	あり	あり	あり
みやぎ県南中核病院	あり	あり	あり	あり

2) 抗がん剤暴露対策

施設	抗がん剤暴露対策			
	暴露対策	暴露対策	暴露対策	暴露対策
大崎市民病院	あり	あり	あり	あり
東北労災病院	あり	あり	あり	あり
宮城県立がんセンター	あり	あり	あり	あり
みやぎ県南中核病院	あり	あり	あり	あり

3) がん患者指導管理料

施設	がん患者指導管理料	
	管理料	管理料
大崎市民病院	あり	あり
東北労災病院	あり	あり
宮城県立がんセンター	あり	あり
みやぎ県南中核病院	あり	あり

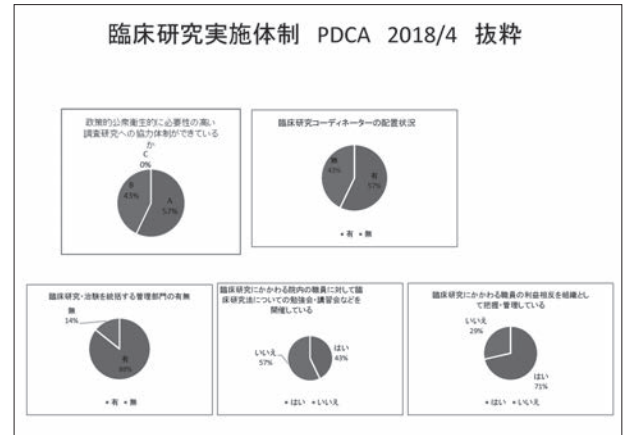
4) 遺伝外来カウンセリング

施設	遺伝外来カウンセリング	
	実施の有無	実施の有無
大崎市民病院	あり	あり
東北労災病院	あり	あり
宮城県立がんセンター	あり	あり
みやぎ県南中核病院	あり	あり

いような事項に関しては検討委員会として独自に調査をするということではじめました。

2017年度の化学療法部会では4項目の重点調査を行いました。例えば外来の化学療法室に患者が来たときに副作用の問診を誰がどういうタイミングで、どのぐらいのことをやっているか、曝露対策はどうなっているか、加算がとれるがん患者指導管理料というのが数年前からありますが、それは誰がどういうタイミングで加算をとって、年間何件ぐらいやっているかといった具体的なことです。それから、ゲノム医療がもう既に目の前に来ているので、遺伝外来のカウンセリング体制がどのぐらい整備されているかということ。この4項目について細かい調査を行って最終的に表にまとめました。お互いにやはり違いが見えて、非常に先進的にやっているところと、ちょっと立ち遅れているところがわかる。それから、副作用の問診の仕方も病院のハードとか看護師のマンパワーによって左右されますが、「ここを工夫するともっといいね」みたいなことがお互いにわかります。

も相互訪問を3年前ぐらいから始めていて、評価というよりは拠点病院の整備をお互いサポートし合っているというような形ができています。



臨床研究の実施体制について、臨床研究法が整備されたということもあって、部会とは別に検討委員会アンケートを行いました。拠点病院の臨床研究でどのぐらい実務や組織体制ができていくかということも質問しました。例えばCRCが常勤で配置されている拠点は6割、5病院です。臨床研究や治験を統括する管理部門は、だいたいのところはあるけど、1カ所はまだそういう管理部門がなかった。臨床研究法にかかわる勉強会・講習会を実施しているところは、まだ半分に満たないとか。そのほかに利益相反を把握しているかといったことを聞いています。

例2 緩和ケア部会 PDCA報告書 2018/4/27

I. 宮城県の緩和ケアの現状の総括

平成28年度から継続してPDCAワーキンググループにより客観的な評価指標を用いて昨年度からの推移等について相互評価を行っている。

評価項目

- 「苦痛のスクリーニングと苦痛の緩和」
- 「専門的な緩和ケアのアクセスの改善および緩和ケアチーム・緩和ケア外来」
- 「在宅緩和ケア」
- 「医師・医師以外の医療従事者に対する基本的な緩和ケア研修」
- 「普及啓発」の5分野とした。

平成30年2月23日(金)に第2回宮城県がん宮城県がん診療連絡協議会緩和ケア部会を開催し、各病院が緩和ケアの客観的な評価指標となるデータを提出し、相互評価および県内の緩和ケアの充足度について議論を行った。(後略)

例3 相談支援部会 PDCAチェックリスト 2016/9

宮城県 がん相談支援センターPDCA実施状況チェックリスト

項目	達成状況	備考
1. 相談支援センターの設置	○	
2. 相談支援センターの業務内容	○	
3. 相談支援センターの体制	○	
4. 相談支援センターの連携	○	
5. 相談支援センターの研修	○	
6. 相談支援センターの啓発	○	

例4 がん登録部会 PDCAチェックリスト 2018/4

項目	達成状況	備考
1. がん登録の推進	○	
2. がん登録の体制	○	
3. がん登録の連携	○	
4. がん登録の研修	○	
5. がん登録の啓発	○	

各拠点のPDCA確保体制の評価 2018/4

自院のがん診療体制を病院全体で検討する会議体と運営体制

- ・東北大学病院: 連携評議会(2ヶ月に1回)
- ・宮城県がんセンター: 幹部会、センター運営会議、診療科長会議、センター連絡会議(週1~月1回)
- ・仙台医療センター: がん診療連携推進(月1回のがん診療連携推進会議)
- ・東北労災病院: がんセンター委員会(月1回)
- ・大崎市民病院: 地域がん診療連携拠点病院運営委員会(全体会議は年2回、各幹部会は月1~4回)
- ・石巻赤十字病院: がん診療連携拠点病院運営委員会(年2回)
- ・みやぎ県南中核病院: がん診療運営委員会(年2~3回)

東北大: 月2回開催の連携評議会が組織横断的な検討が継続的に行われている他、医療安全推進室平取で毎月、安全推進会議やリスクマネージャー会議が開催されその内容を各診療科に周知している。

宮城県がんセ: 月1~4回の頻度で開催される幹部会、センター運営会議・連絡会議等で方針が検討、通知されている。

仙台医療セ: 品質マネジメントシステムISO9001:2015を取得しており、すべての診療科・部門で毎年PDCAサイクル実施している。がん診療に関しては月1回のがん診療連携推進会議を実施している。

東北労災: がんセンター委員会(院長も委員として参加)が月1回開催され、決定事項は定例の病院幹部会、病院運営委員会に報告されている。

大崎市民: 地域がん拠点病院運営委員会が年2回開催されて院内全体のがん診療に関するPDCAサイクルをチェックしている。各幹部会は月1~2回のミーティングを行っている。決定事項は定例の病院幹部会に報告されている。

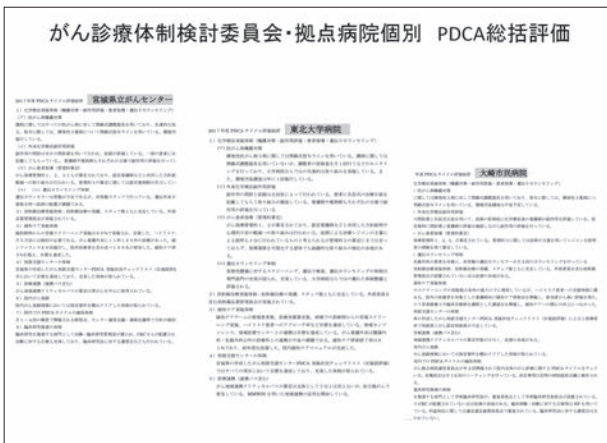
石巻赤十字: 地域がん拠点病院運営委員会が年2回開催されて院内全体のがん診療に関するPDCAサイクルをチェックしている。

みやぎ県南: がん診療運営委員会が年2回開催されて院内全体のがん診療に関するPDCAサイクルを実施している。

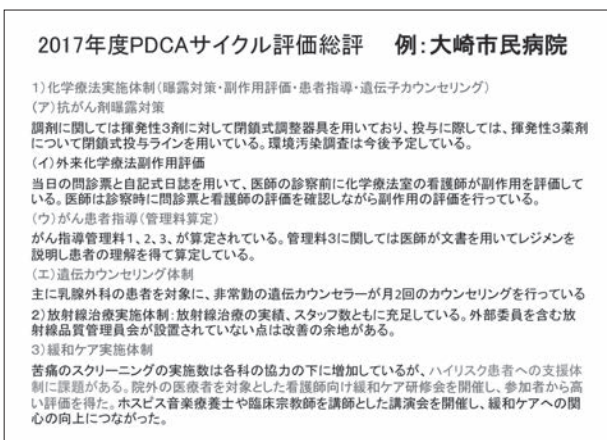
緩和ケア部会も同じように5項目の調査をしましたし、相談支援部会やがん登録部会も最近すぐくアクティブで、独自に宮城県版のチェック表を作って、がん登録がそれぞれの病院でどのレベルまでできているか、相談支援の体制は専門相談員がどのぐらいいて、研修を受けている人がどのぐらいいるかというようなことを、きちんと表にしてまとめて報告してくれています。それぞれの部会

部会レベルでかなり活発に活動していく中で、各部会でやっていることがそれぞれの病院としてきちんと統括されてコントロールされているかということを知っていると、さすがにPDCAは必須ということになっていて、それぞれの病院で、名前は違いますが、全体を統括する委員会がきちんと設置されているということもわかりました。

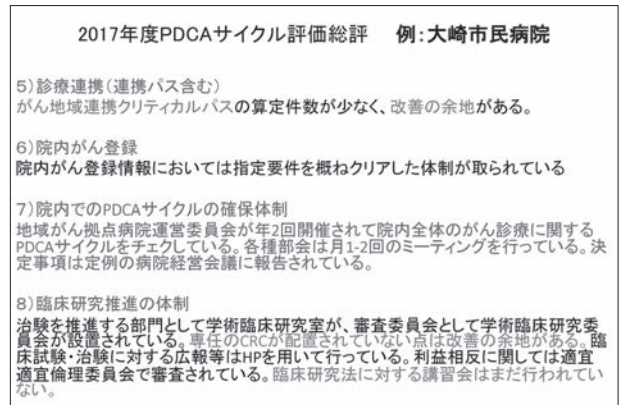
結果の公表については、まず各部会で作成した報告書を検討委員会に全部上げてもらいます。その膨大な資料を全部公表するのは大変なので、各部会から上がってき



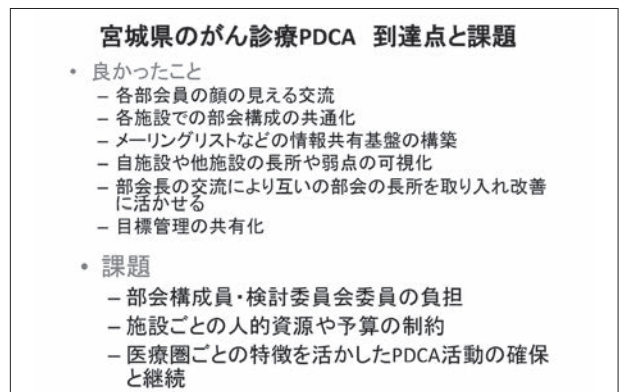
たPDCAの報告書と検討委員会の独自の項目を今度は各拠点病院単位にブレークダウン、つまりそれぞれの病院の特徴をコンパクトにまとめて、最終的にはこの診療体制検討委員会から、院長クラスが集まって年に1回開かれる協議会へ報告書を上げています。最終的にそれをホームページに公開するというやり方で、先ほどの宮城県のホームページの「がん診療連携協議会PDCAサイクル評価報告書」というPDFファイルを開くと、一枚一枚、それぞれの病院の総括評価みたいなものが出てきます。



例えば私の所属する大崎市民病院の例を出すと、遺伝カウンセリングは非常勤のカウンセラーがやっている。放射線治療実施体制に関しては、この時点では放射線品質管理委員会が設置されていないので、改善したほうがいいと。緩和ケアの実施体制については、やっているけど



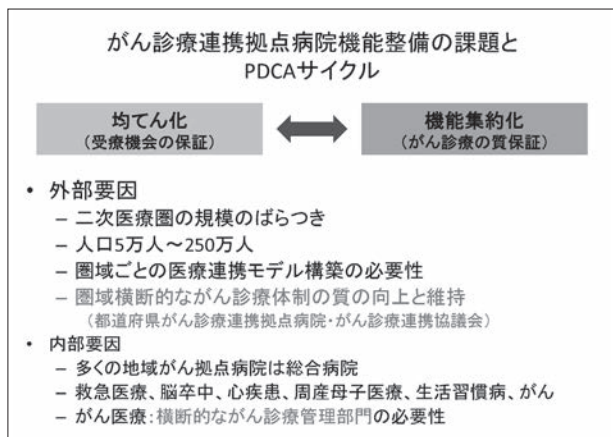
れども、ハイリスク患者の支援体制に課題がありそうだなとか。あるところは褒めていますが、かなり活発にミーティングをやっている。クリティカルバスの件数は少ないとか、きちんと専任のCRCを置いたほうがいいのではないかと。臨床研究法に対する講習会はまだ開かれていないので、やってくださいということを病院長宛てに委員会から報告を出しているという形です。



2009年からいろいろな部会を始め、2014年からは活発にPDCA活動をやってきて、良かったことと課題を挙げると、まず一番良かったことは、部会の活動が非常に活発になって、例えば化学療法部会には看護師、薬剤師、医師がいますが、医師同士、あるいは看護師、薬剤師同士のメーリングリストができて、情報共有基盤が日常のベースでできるようになったこと。各施設の長所や弱点が可視化されて、自分たちはどこを強化すればいいかということがよくわかるようになりました。もう1つは、検討委員会に各部会長に出席してもらってディスカッションをするので、お互いの部会がどうしているかということがわかって、あそこの部会がそんなに頑張っているんだと思ったら、うちもこういうのをやってみようということで、例えばがん登録部会がチェックリストを作り直したり、相互訪問をやるようになったり、頑張っている部会の長所をほかの部会が取り入れられるのが良かったなと思います。

課題としては、非常に負担が大きい、みんな手弁当というか、会議ではだいたい仙台に集まるのですが、忙し

い中でやはり大変だなと感じることはありましたし、課題が明らかになっても、施設ごとに人的資源、予算の制約があり指摘されてもすぐには改善できないこともあります。医療圏ごとの特徴を活かしていくということが必要だと思います。



一番最初に二次医療圏で規模にばらつきがあるという話をしました。その中で均てん化と機能の集約化とか、質を高めることをどうバランスをとるか。そこはやはり圏域全体で共通目標を立ててやっていくことで、ある程度底上げができ、連携できるのではないかと実感しています。もう1つは、こういう活動を通じて各拠点病院で横断的な管理部門とか委員会が強化されたということが一番良かったと思います。

Q & A

(国立がん研究センター・加藤) 実際のPDCAサイクル評価報告を拝見しましたが、各病院ごとに非常に細やかに報告書を作っています。具体的にどなたが作られているのでしょうか。

(蒲生) 部会で話し合った内容をもとに、最終的には私、委員長が素案を作って各委員に最終案をメールで送り、少し修正が入ったりして、それを出しています。最終的な分析は私です。

(加藤) つまり蒲生先生が全部の病院の分を作っていらっしゃる。

(蒲生) 各部会長から上がってきた資料や意見交換をもとに議事録ができて、議事録をもとにそれを各病院にブレイクダウンして作っているという形です。

(加藤) かなり理想的な体制でやっていらっしゃると思います。各部会での取り組みをきちんとPDCAという横串で評価できるのは、ほかの県でもやりたくてもなかなか難しいところがあります。特に宮城県は2つ都道府県がん診療連携拠点病院がある中で、そういう体制をしっかり作っていますが、意見の集約や合意形成をうまく行

うポイントはあるのでしょうか。

(蒲生) 6つの部会がかなり前からできていたのと、それぞれの部会長が、東北大だったり、がんセンターだったり、ばらばらなのですが、相当リーダーシップのある部会長がいて、全体のPDCAの委員会としては、その部会長の意見を取りまとめるだけでいいというような形で、部会が非常に早い段階から活発に活動していたというのが、私たちがうまくできたポイントだと思います。

(加藤) もう1つ伺いたいのですが、均てん化については、いろいろな取り組みを共有していくことでもいいと思うのですが、逆に集約化についての議論というのもあるのでしょうか。

(蒲生) 集約化に関しては、今回は書いていないのですが、遺伝カウンセラーのところでは少し意識しています。がんのゲノム医療が多分来年ぐらいから始まると、全ての地域がん診療連携拠点病院が横並びですぐ参加できるというようなことでもないので、そこは県の中で情報を共有して、集約化するものは集約化して、具体的には東北大学を中心にどうやって情報を入れて実働につなげるかというような議論を始めているところです。

(加藤) こういった取り組みが各病院でかなり主体的にできるというのは本当にすばらしいと思いました。

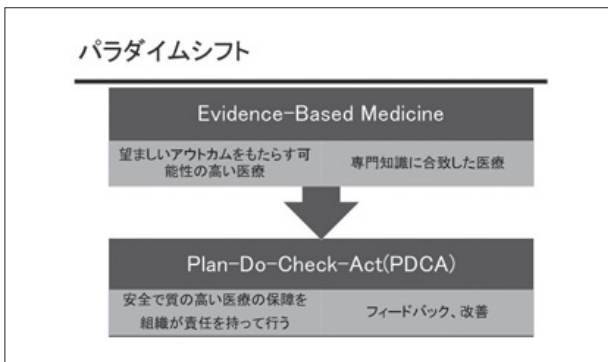
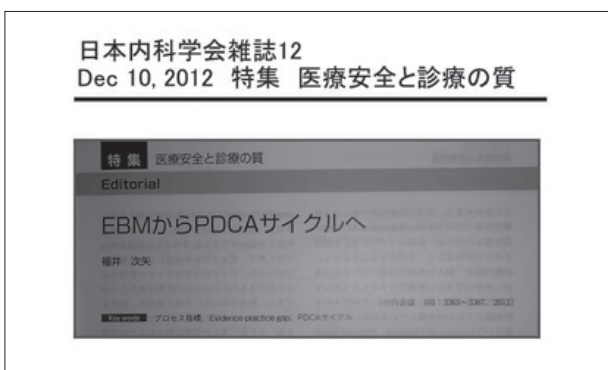
28の病院で取り組んでいます、全ての病院で規約を作っていました。

リスクアセスメント表（前ページ右下図）は、取り組む課題のリスクが起る可能性を、確実に起る、可能性が高い、可能性がある、可能性はほとんどないという4段階に分け、起こった場合に、致命的か、重大か、中程度か、軽度かということで、リスクを1から5までの数字で評価します。4～5は高い優先度で直ちに対策をする、2～3は中程度で速やかに、1であれば優先度は低いので必要に応じて行うということで、取り組みを数値で評価することも県内28の病院全体で取り組んでいます。

PDCAサイクル リスク管理表

No.	リスク名	対策実施日	Plan	Do	Check	Act	再評価
1	がん診療連携推進 ワーキングボード	2012年12月	○	○	○		リスク評価 軽～中 改善 あり なし 改善 あり なし
2	臓器提供時の同意書作成	2013年4月	○	○			リスク評価 軽～中 改善 あり なし 改善 あり なし
3	ランニング型手術台の導入 検討状況	2013年8月	○	○	○		リスク評価 軽～中 改善 あり なし 改善 あり なし
4	非脱着型洗剤・ 乾燥機の導入	2013年8月	○	○	○		リスク評価 軽～中 改善 あり なし 改善 あり なし
5	特定の癌種の標準治療	2013年12月	○	○			リスク評価 軽～中 改善 あり なし 改善 あり なし
6	がん薬物療法センターにおける 薬師の専任化（ワーキン グ）	2014年3月	○	○			リスク評価 軽～中 改善 あり なし 改善 あり なし
7	働き方改革の推進	2014年4月	○	○			リスク評価 軽～中 改善 あり なし 改善 あり なし

実際、この取り組みをリスク管理表というものに載せて、月に1回ぐらいみんなでチェックをしようということもマニュアル本には書かれています。取り組みが、Plan、Do、Checkのどの段階にあるか、チェックをした段階で効果があったか、リスクが3から2に下がったなどといった評価法で行います。規約とリスクアセスメント表、リスク管理表、これが愛知県の病院で取り組んで



いる共通の基盤であります。年に2回行っているPDCAサイクル部会では、このリスク管理表を提出していただいています。

2012年、日本内科学会の雑誌で「医療安全と診療の質」という特集が掲載され、聖路加国際病院の福井院長が巻頭で「EBMからPDCAサイクルへ」といったことを書かれていました。どういうことかということ、90年代後半からEBMというものが医療の分野に入ってきて、それをもとに2000年を越えたあたりからガイドラインというものが医療現場に入ってきた。十数年たってガイドラインは日本の医療に根づいた。ガイドラインというのは、6割ぐらいの患者さんがそのとおりに行われていると言われてはいますが、ガイドラインから漏れる残り4割の患者さんに適切な医療が行われているのかと。それを病院が、組織が責任を持って行うのがPDCAサイクルの本質だといったことを書かれていました。

**がん薬物療法の質・安全研究会
～がん診療の多職種連携・PDCAサイクルの実践を地域で推進～**

第1回2013年4月	第2回2013年10月
トヨタ記念病院	刈谷豊田総合病院
名古屋第一赤十字病院	社会保険中央病院
名古屋第二赤十字病院	トヨタ記念病院
藤田保健衛生大学病院	豊田厚生病院
	名古屋記念病院
	名古屋第一赤十字病院
	名古屋第二赤十字病院
	名大病院
	藤田保健衛生大学病院

私は2012年の11月から藤田医科大学に赴任し、「臨床腫瘍科」という診療科を立ち上げたのですが、先ほどの福井先生の「組織が責任を持つ」といったようなことと、以前からPDCAサイクルに取り組んでいたということもあり、地域で連携しながら進めていく、そうした取り組みができればよりいいのではないかと考え、「がん薬物療法の質・安全研究会」を立ち上げました。実際、文化が違う病院でそうした共通の取り組みができるのか最初は不安だったので、第1回目は、トヨタ記念病院、名古屋第一赤十字病院、第二赤十字病院と、昨年藤田医科大学に変わった藤田保健衛生大学、この4施設で行いました。これは第1回の様子です。多職種で、それぞれの病院がテーブルを囲んでPDCAサイクルを考えるという、そういった研究会です。参加者の評判がかなり良かったので、年に2回ほどやろうということになり、第2回目の10月には9つの病院が参加してくれました。テーブルもかなり増え、参加者も増えたという状況です。

2014年の1月、先ほどもお話があったと思いますが、がん診療連携拠点病院の要件にPDCAサイクルを実践すること、なおかつ都道府県レベルでその情報共有をする

第3回がん薬物療法の質・安全研究会
2014年4月18日

愛知県がんセンター 中央病院	豊橋市民病院	
名古屋第一赤十字病院	藤田保健性大医院	
名古屋第二赤十字病院	名古屋経済会病院	
名大病院	中部労災病院	
名古屋市立大医院	名古屋記念病院	
中京病院	愛知医科大学病院	
陶生病院	春日井市民病院	
一宮市民病院	半田市民病院	
小牧市民病院	トヨタ記念病院	
豊田厚生病院	刈谷豊田総合病院	
安城厚生病院	名古屋市立緑市民病院	
海南病院	※名古屋医療センター	

ことといったものが必須要件として入りました。既に10月の第2回の際には次は4月にやろうということが決まっていた、会場も押さえてあったので、第3回の研究会が4月18日に行われました。この間に、都道府県がん診療連携拠点病院である愛知県がんセンターを中心とした組織を作る必要があり、7月に拠点病院の審査、現地調査が行われるという状況でしたので、愛知県がんセンターと相談して、この研究会を第3回を最後にして、そのまま愛知県の部会に移行させようということになりました。愛知県内の国指定、県指定の全ての病院が参加してPDCAサイクルについての実践を行いました。名古屋医療センターが所用で参加できなかったため、後日、私が名古屋医療センターに伺って、PDCAサイクルの研修会のようなものを行いました。

愛知県がん診療連携拠点病院PDCAサイクル推進部会
2014年10月17日



2014年10月、ここから愛知県のがん診療連携拠点病院協議会のPDCAサイクル推進部会に変わりました。愛知県の国指定、県指定、そして国指定ではない病院も参加して、現在は28の病院がこの部会に年に2回参加しています。この写真では、名古屋大学の安藤教授が取り組みの発表をしていて、室部会長、事務局長の私、名古屋大学の長尾先生が並んでいます。長尾先生のアドバイスというのは非常に的確で、毎回、私たちはアドバイスをいただいて感謝しております。

2014年の10月に行われた第2回で、どれぐらいのPDCAサイクルの取り組みが行われているか聞いたところ、25病院の合計で133、中央値が4で、数値の幅は1～15というような取り組みの数でした。一番多く行われていたのが化学療法によるB型肝炎の再活性化対

愛知県がん診療連携拠点病院/県指定がん拠点病院
PDCAサイクル推進部会 2015年5月

25病院のPDCAサイクル総数 中央値	133 4(1-15)
B型肝炎再活性化対策	19
多職種がんボード・カンファレンス	8
緩和スクリーニング	6
内服抗がん剤の指導・有害事象評価	6
化学療法による有害事象スクリーニング	5

策、次いでがんボード・カンファレンス、緩和スクリーニング、内服抗がん剤の有害事象評価、このように多くの病院が興味、問題意識を持って取り組んでいるということがわかりました。

A病院

PDCA	「ペバシズマブの投与前のバイタルサインチェック」 背景：調整後、血圧が高く廃棄することが時折発生 ペバシズマブは高価な薬剤
P	・血圧に関する指針を作成
D	・主治医・外来看護師が血圧を確認 ・160/100mmHg以上の時は1-2時間安静で回復しなければ中止
C	・廃棄はないとは言えないが、かなり減少
A	・尿蛋白による廃棄の取り組みも行いたい

アドバイザーのコメント

- ・本来のPDCAとは違うまたは足りない
- ・廃棄の金額を減らすためにはどの業務行程が何%達成されるとよいか目標を定めるのがPlanであり、業務を視覚化(明文化)するとよい
- ・血圧のチェック率とそれを共有し調整にストップをかける共有率を出し目標を立てる。
- ・現在共有率が30%のものが80%に上がれば、共有できなかった事例の数が減り、廃棄率が減少したというように示せる

2015年5月の部会で、実際にA病院の方が発表したPDCAサイクルを紹介させていただきます。ペバシズマブ、商品名で言うとアバスタチンという血管新生阻害薬ですが、血圧が上がる副作用があります。主治医の先生が治療をやるといって調剤を開始し、薬剤ができた状態で、治療前に看護師さんが患者さんの血圧を確認すると、血圧がすごく高くて薬を廃棄せざるを得なかった。そんなことがあって、病院としてはかなり大きい額の損害が出てしまいます。Planとして、血圧に関する指針を作成する。主治医、外来看護師が血圧を確認する。160/100mmHg以上の場合には安静にして回復がなければ中止にすると。廃棄はないとは言えないが、かなり減少した。尿蛋白による廃棄の取り組みも今後は行っていきたいということを発表しました。

それに対して長尾先生のコメントは、「本来のPDCAとは違う、または足りておらず、廃棄の金額を減らすた

STEPPS」というものが、日本医療安全学会、医療の質・安全学会、そうしたところから広く知れ渡るようになりました。

チームSTEPPS 改革を成功に導く8ステップ

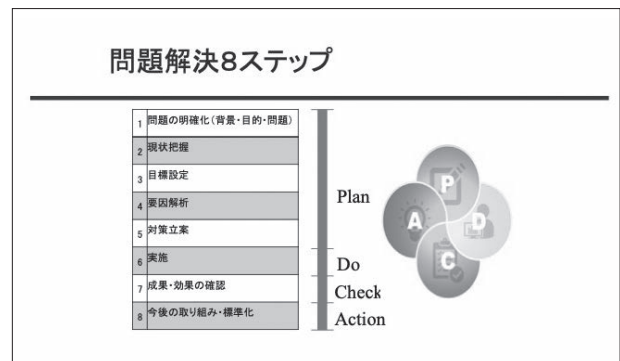
- 1 変革の準備と現状の把握**
(1) 真の危機感(切迫感)・問題意識を高め、そして十分な数の人々と共有する。
(2) 改革推進のために使命感を持って取り組むメンバーでチームを結成する。
- 2 実施すべきことの決定**
(3) 目指すべき目標、変革のビジョンと戦略を明確にする。
- 3 新たな取り組みの導入・変革の実施**
(4) ビジョンを浸透させ普及、周知徹底、共有する。
(5) ビジョンを実行に移す人々に権限を付与する、変革しやすい環境を整える。
(6) 短期的な成果を計画的に生み出し、認知・評価(祝福)する。
(7) 元の状態に後退したり、改革が停滞したりしないように継続してさらなる変革を生み出す。
- 4 改革の定着**
(8) 新たな仕組み・制度を定着させ、習慣化される新たな文化を醸成する。

B型肝炎再活性化対策

レベル	チームSTEPPS	目標	明文化	測定 分子・分母
1	1-4 ・問題意識の共有 ・チームを作る ・明確な目標 ・ビジョンの周知	・HBs抗原、HBs抗体、 HBs抗体の化学療法施行患者の病院全体の検査率の把握 ・周知	・チーム内の役割の明文化 ・目標・ビジョンの明文化	・検査施行患者数 /化学療法施行患者数
2	5-6 ・短期的な成果を計画的に生み出す	・診療科毎の検査率の把握⇒検査率の低い診療科の理由 ・システムとの連携 ・さらなる周知、医療者の責任が問われる医療過誤の事例になる	・システムと何を連携するか明文化(検査結果の表示法、病院全体の抗体検査施行リストなど)	・各診療科検査数 /各診療科の患者数
3	7 ・取り組みの推進・継続	・抗体陽性患者:3か月毎のフォロー ・診療科毎のデータ	・方法(リストの作成法・保管法:3か月毎のチェック・連絡の仕方)の明文化	・できている患者数/抗体陽性患者数
4	8 ・新たな取り組み	・患者に結果を知らせるツールを記載	・方法の明文化	・できている患者数/抗体陽性患者数

ご存じの方も大勢いるかと思いますが、これはもともとアメリカ国防総省、アメリカ軍がミッションを達成するためにどのような手順で進めていくのが一番成功する可能性が高いかということを数十年かけてエビデンスを集めたものです。そのエビデンスは軍に限らず、企業などがミッションを達成するためにどのようなことをやっているかということ、エビデンスを集めて作ったものです。この8つのステップのうち1番が危機感を共有する、改革のためにメンバーがチームを結成するといったようなものです。この順番どおりにやると成功する可能性が高くなるのであれば、B型肝炎の取り組みもこれにしたがってやればいいのかと考えて、レベルを1、2、3、4、チームSTEPPSの8のステップに目標を立てました。長尾先生から教えていただいた「明文化」と「測定」、「分母が何で分子が何か」といった、このような取り組み表を作って、これを全ての病院でやりなさいというわけではないですが、参考に進めてみましょうということで、情報共有というか、この基盤で進めていくということも行いました。

先ほどからお話しさせていただいている長尾先生は、トヨタ自動車と「ASUISHIプロジェクト」という、医療の質・安全のキーになる指導者を養成する取り組みをされています。トヨタ自動車はPDCAサイクルの元祖とい



うか、もともとそうしたものに取り組んでいる会社です。そのトヨタ自動車が行っているPDCAサイクルは、この8つのステップで行っています。偶然なのか、先ほどのチームSTEPPSと同じ8つのステップで、内容を見るとかなり近いということがわかるかと思います。それもそのはずで、アメリカ国防総省は、日本の企業の改善から検討し、それを軍に應用したわけで、トヨタ自動車の取り組みと似ているはずで、Planのところが非常に長いのがわかるといいます。問題の明確化、背景・目的・問題、こういったものを共有すること、現状把握、目標設定、要因解析、対策立案、ここまでするまでがPlan。長尾先生が最近、私たちに教えてくれているのは、「Planに8割のエネルギーと時間をかけなさい。あとのDo、Check、Actionは2割」ということです。Planに時間をかけてしっかりやらないと成功はしないということで、最近の部会では、このPlanのところでも5つのステップのうちどこが足りないかといったことをアドバイスいただいています。

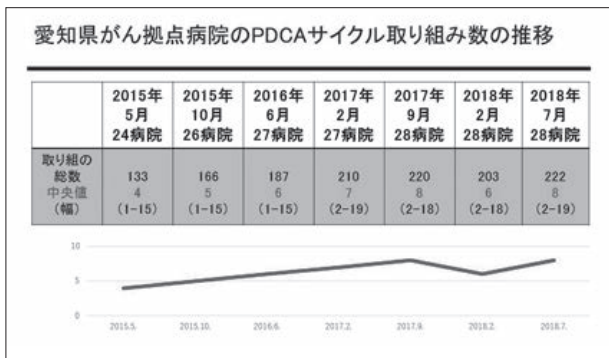
愛知県全体の取り組み:均てん化を実感

- #1 がん化学療法によるB型肝炎再活性化対策
- #2 抗がん剤曝露対策
- #3 免疫チェックポイント阻害薬の有害事象対策

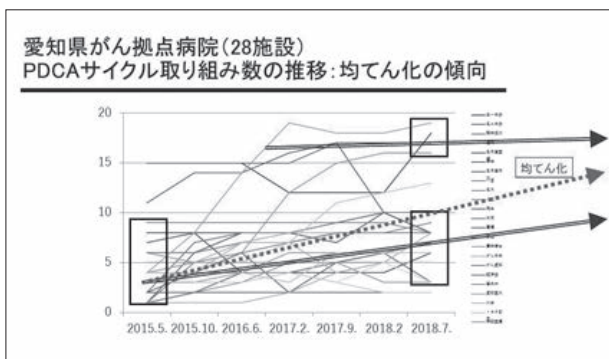
愛知県全体では、B型肝炎の再活性化対策だけではなく、抗がん剤の曝露対策や、免疫チェックポイント阻害薬の有害事象対策、このようなものも全体で取り組みを行って、均てん化を実感しております。このB型肝炎再活性化対策については、県内28の病院で取り組みを行って、抗体検査率の把握がしっかりできており、かなり母数が大きいものですから、現在、名古屋市立大学の薬剤師の先生が英語の論文を書いて、このPDCAサイクル部会で行った取り組みとして投稿する直前という状況です。

また、地域で医療安全、PDCAサイクルを担保する取り組みについて、2016年の第2回日本医療安全学会で

パネル討論会が行われ、愛知県の取り組みを発表させていただきました。



PDCAサイクルの取り組み数は、2015年5月に133だったのが、数が増えて、最新のデータでは、28の病院で222の取り組みを行っています。2018年2月に1回下がったのですが、また増えたという状況です。



PDCAサイクル推進部会での取り組みは6年目になりますが、均てん化ができてきているのか、ということを考えてみました。取り組みの数は、上に上がっているところと徐々に上がっているところがあります。高いところにレベルを合わせるといのが均てん化ですので、理想を言うとまん中の点線の矢印のようになっていれば均てん化の傾向はあるかなと思います。

名古屋第二赤十字病院の取り組み数の推移を見ると、2017年9月に数値が下がっています。きちんとチェックができて取り組みを終了したのか、もうやらなくていいと判断したのだと思います。取り組み数が多い病院では、毎月その数を計算して出すのは、私もやっていますが非常に大変です。もしかしたら、名古屋第二赤十字病院のようにしっかりとした取り組みを数多くやっている病院は、最終的に値が点線の矢印あたりに集まる(取り組み数が下がる)のが均てん化ではないかなと、個人的に思っています。これについては、リスク管理表で病院の委員会なりカンサーボードでチェックをしている、その現場にほかの施設が行って、きちんと相互評価をしていきたいなと思います。そうすると多分、取り組み数が増えてきて集約されるのではないかと、そのような実感を持っています。

Q & A

(国立がん研究センター・加藤) 歴史のある取り組みをご紹介くださり、ありがとうございます。病院レベルでの改善はもちろんのこと、県レベルでこういった活動をしているのは本当に素晴らしいなと思います、すぐく勉強になりました。

県レベルで共通の目標を3つほど掲げてやっているということで、県全体でのPDCAサイクルがうまくいっているかどうかについては、最後のスライドにあるように、各病院の取り組みを見ていくという方法もあると思いますが、県全体を代表するような、これを見ると県全体でPDCAサイクルの取り組みが進んでいることがわかるような、ほかの県の参考になるものがあれば教えてください。(河田) 1つ言えるとしたら、愛知県では長尾先生に毎回、施設の取り組みについてアドバイスをいただいています。去年、長尾先生が愛知県の取り組みは非常によくなっているとおっしゃいました。第三者の目から見ても最初の取り組みと今の取り組みはだいぶ違うと。いろんな施設に発表していただくと、確かに私が聞いても5年前とはだいぶ違います。長尾先生のアドバイスのおかげだと思います。ですので、第三者の目、専門家の目というのは1つあると思います。

(加藤) 自分たちで工夫しているだけでは気づけないことについて、スタートするときに専門家にかかわってもらえるのもいいでしょうし、その変化を第三者の目で継続的に見てもらう方法もあるということでした。



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

ここまで2つの県から取り組みについてご紹介いただきました。冒頭にも申し上げたように、さまざまある診療の質の改善活動の中に、病院間での相互評価というものがあります。相互評価にもいくつか方法があり、その1つの方法として、レビューアーが実際に現場を訪問し、現場の状況を見て改善についてアドバイスをするという取り組みがあります。このような取り組みの概要について私の方から説明した後、具体的な活動として神奈川県での取り組みについてご発表いただきます。

病院レベルでのPDCAサイクルの確保

II 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について 6 PDCAサイクルの確保

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

都道府県レベルでのPDCAサイクルの確保

IV 都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件について 5 PDCAサイクルの確保

IIの6の(2)に規定する、都道府県内のがん診療連携拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院におけるPDCAサイクルの確保について、当該都道府県内の取組について情報の取りまとめを行う等、中心となって情報共有と相互評価を行い、地域に対してわかりやすく広報すること。

これまでも説明してきましたように、がん拠点病院の指定要件として、病院レベルでのPDCAサイクルの確保が定められており、その中には、拠点病院間の実地調査等を用いるということが書かれています。そして、このような各病院の取り組みを都道府県がん診療連携拠点病院が中心となって情報共有をしていくということが定められています。

しかし、実際に実地訪問による相互評価を実施している都道府県はまだ多くないということについては、先ほ

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【事前アンケート】

第11回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会（2018年7月9日開催）資料
https://ganjoho.jp/med_pro/med_pro/liaison_council/101/20180709.html

	N=45	
	n	%
●拠点病院のがん診療の質の向上を目指したPDCAサイクル確保で活用している方法		
現況報告書を用いて拠点病院間の情報を共有	22	48.9
院内がん登録データを用いて情報共有	22	48.9
がん診療評価指標（Quality Indicator）の研究に参加	20	44.4
がん診療連携病院における診療体制に関する調査に参加	10	22.2
都道府県内共通のフォーマットを用いたPDCA活動の情報共有	21	46.7
特定のメンバーが訪問する実地調査	6	13.3
病院間の相互訪問による実地調査	14	31.1
その他	10	22.2

ピアレビュー実施支援事業

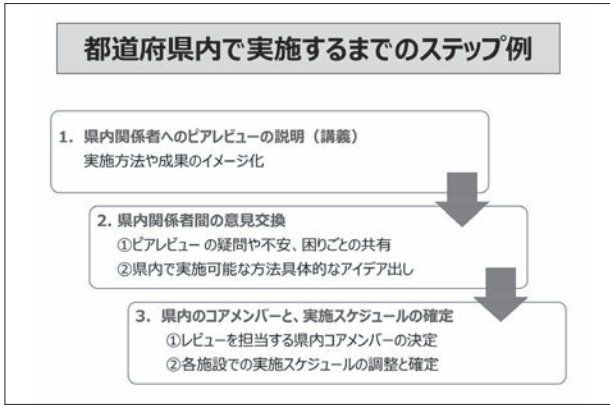
都道府県内の緩和ケアの医療水準の向上を目指した施設訪問によるピアレビュー

【目的】

- 厚生労働省からの委託事業に基づき、拠点病院の緩和ケア等のがん医療の質の向上を目指し、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み体制構築の支援を行う。

平成27年度 福岡県、北海道
平成28年度 三重県
平成29年度 鹿児島県
平成30年度 和歌山県、山口県、秋田県、愛知県
(薬物療法に関して) 神奈川県

ども申し上げたとおりです。このような現状を踏まえ、国立がん研究センターでは、PDCAサイクルフォーラムが始まったのと同じ平成27年度から、各都道府県で実施される相互評価を支援する事業を行っています。平成27年度からいくつかの県を支援してまいりました。平成28年度の三重県については、昨年度のPDCAサイクルフォーラムでご紹介いたしました。平成29年度に支援を行った鹿児島県については、実地訪問して相互評価で話し合ったことをもとに、訪問先の鹿児島大学が具体的にどのような改善活動を行ったのかという報告を、ちょうど先日いただきました。今後は、実地調査が現場でどのように活用されているのかといった取り組みもフォーラムの中でご紹介していきたいと考えています。平成30年度も複数の県で支援を行っております。これまでは緩和ケアを中心に実地訪問による相互評価の支援を行って来ていますが、今年度は神奈川県で行われた薬物療法についての相互評価についても支援する機会をいただきました。その報告は後ほどお願いしたいと思います。



こちらの図は、まだ実地訪問による相互評価を始めていない地域で、新たに開始するときの導入の手順の例を示したものです。最初のステップとして、相互評価で対象とする領域の都道府県内のがん拠点病院の関係者に向けて、実地訪問での相互評価とはどういうものなのか、先行して実施している事例などを紹介しながら、具体的な相互評価のイメージを都道府県内で共有していけるような場を作ります。2つ目のステップとして、都道府県内の関係者たちで、自分たちが相互に実地訪問して相互評価をしていくのであればどのようなやり方がいいのか、自分たちで実施可能なやり方はどのような方法か、どのような工夫をすれば有用な相互評価になるのか、などについて話し合い考えてもらいます。このとき、可能な限り上からの押し付けにならないように進めていくことが重要であり、都道府県内の関係者たちが主体的に考えてもらえるように配慮しています。グループワークなどで意見を出し合い、自分たちでこういうやり方だったら実施してもよいと納得できる方法を考えてもらい、合意形成していくことを支援できるよう心掛けております。そして3つ目のステップとして、皆で考えた方法に基づく相互評価を実際にやっていく、というプロセスを経るようになっています。このように進めていくと、比較的スムーズに導入することができると思います。

スケジュール例

スケジュール	total 180'	概要
事前		当該施設の状態に関する情報共有
I. 導入	15'	スケジュール概要と実施方法の確認
II. 緩和ケア提供体制の紹介	35'	施設紹介フォーラムを用いた課題・問題を含む施設紹介 組織の中で、緩和ケアチーム活動と現在の取り組みを管理側にも理解を促す
III. 施設内見学ヒアリング	40'	一般医師・看護師・緩和ケアチーム担当者へのヒアリング 全体では深い難いことを語ってもらう個別の気懸りに応える対象側が考えるチーム活動が見える
IV. レビューア会議	40'	レビューアの意見集約 現状と課題の明確化
V. 質疑応答意見交換	50'	問題点・課題、良い取り組みのフィードバック 課題に関する具体的な改善策の提案と議論 現状と課題の共有 管理者の現状理解と体制整備の必要性理解を促す
事後		ピアレビュー結果の報告と共有

実地訪問による相互評価のスケジュール例です。私たちが提案しているのは3時間ぐらいでおさまるような方法です。実地での相互評価については、さまざまなやり

方があります。私は、病院間同士で行うのであれば、監査的な実地訪問ではなく、困りごとを解決していくような実地訪問がいいのではないかと考えています。

緩和ケアに関して今回のピアレビューで検討したいこと

本フォーラムをこぼして困りごとを2〜3点、簡単に記入ください（記載例を示しています）。

*** 困りごと、または検討したいこと**
例）緩和ケアチームへの相談依頼件数が少ない。

その背景
例）緩和ケアチームの役割が院内に周知されていないことや、緩和ケアチームへの依頼方法に関する基準や手順が整備されていないことが影響している可能性がある。

その現状
例）年間の新規診療依頼件数は30件未満である。

例えば、緩和ケアの実地訪問での相互評価を行うとき、困りごとを解決することを目的としたときには、訪問を受ける側からのプレゼンテーションとして、このようなスライドを作成し、困りごとを提示してもらいます。困りごとの背景、現状についてプレゼンテーションしてもらい、訪問する側が個別ヒアリングなどを行いながら現場の状況などを把握していき、困りごとを解決していく改善の方法などを提案していくということを行ってきております。

実地訪問によるピアレビューの実施に向けて

実施するからには、「やってよかった！」と思えるものでなければ継続は不可能

- 訪問を受ける側にとって「来てもらって良かった！」と思うだけでなく、訪問する側も「勉強になった！」と思えるようなピアレビューの実施を目指す
- 各都道府県内でどのようなピアレビューを目指すのか、よく話し合い、関係者が納得した形で進めていくことが重要
- 現場レベルのピアレビューであれば、監査的なものではなく、困りごとの解決を目指したものにすることが効果的な場合が多い

- 実地訪問を受けて改善策を実現していくためには、病院長等の幹部の理解は必須であるため、病院長の出席を原則とするのが良い
- 準備で最も大変なのは、幹部が出席できるようにするためのスケジュール調整だったという施設が多い
- 実地訪問が単なる「見学会」にならないように、レビューアの中に必ずその領域の専門家を含まなければならない
- 自県以外の外部レビューアを含む方が、適度な緊張感が生まれるとともに、アドバイスの視点も広がる
- 県内で共通のチェック項目を定めることも有効。ただし、チェックが中心になり、訪問先の病院にあら探しにならないように注意すること。その際は、指定要件を満たしているかどうかという項目ではなく、県内の関係者が関心ある事（他の病院がどうしているか知りたい）について尋ねるものが有用。項目が増えると事前準備の負担になるので、必要最低限にするのが良い。

継続していくことを目指して、できる施設から始めていくのが重要

これまでいくつかの県で行われた実地訪問での相互評価を支援してきて明らかになってきたことを整理いたしました。都道府県内で、実地訪問での相互評価を1回だけ行うのであれば、無理をすればなんとかできると思います。しかし、相互評価は一度だけするのではなく、

継続していくことがとても重要です。継続して実施していくためには、都道府県内の関係者が、実地調査は自分たちにとって役に立つものだからやるのだ、ということを実感として感じる事が不可欠です。そうでなければ、継続して実施していくことは不可能です。実施するからには、関係者が「やって良かった！」という実感を持つことができるような方法で行っていくことが重要です。そのためには、訪問を受ける側が「訪問してもらって良かった！」と思うことを最優先にしつつ、訪問する側にとっても勉強になるような相互評価を実現していくための工夫を常にしていくことも重要です。

全国で画一的にやり方を統一して現場の主体性を無視した押し付けのようなことはすべきではなく、各都道府県内で自分たちが都道府県内でピアレビューをすることで何を目指していきたいのかを話し合っ、関係者が納得した形で進めていく、このプロセスがとても重要だと考えています。

現場レベルで相互に訪問する方法はさまざまあると思いますが、病院間で現場の医療を担っている者同士で訪問するのであれば、監査的なものではなくて、困りごとを解決していく方法のほうが具体的な効果が得られると考えております。病院間で相互訪問をしたときに監査的な実地調査になってしまうと、建前だけの議論が多くなってしまい、実際の現場の困りごとが見えにくくなることもあるからです。

また、実地訪問での相互評価をするときに、現場の担当者だけで訪問を受けてしまうと、現場の具体的な活動レベルでの改善について指摘ができて、病院全体としての改善にはなかなかつながらないということもあります。したがって、できるだけ病院長などの幹部が出席する形で開催することを強く勧めています。

実際に相互訪問を行った後の感想を聞いたとき、最も大変だったのは何かと尋ねると、準備の段階で幹部が出席できるようにスケジュールを調整するのが一番大変だった、と多くの方がお話しになります。これまで行ってきた支援を通じて考えていくと、準備については困っていることの状態を説明するための資料を既存のもので整理していただき、大変だとは思いますが幹部の方々が出席できるよう調整することには労力をかけていただきたいと思います。病院の幹部の方々に、課題や病院として取り組むべきことが何かについて、レビューアールから直接伝えて理解していただくことによる効果が、現場の担当者にとってはそれだけ大きいと思っています。相互評価の結果、現場の担当者の労力だけがが増えてしまうようなピアレビューではなく、提案された改善策を病院全体の取り組みとして受け入れて進めていけるようなピア

レビューになると良いと考えています。

実地訪問が単なる「見学会」にならないようにすることも重要です。それを防ぐためにも、レビューアールにその分野の専門家を必ず含めるべきであることを強調いたします。また、同じ県内の方々だけで相互訪問を行うと、なれ合いになってしまう可能性があることもしばしば指摘されています。適度な緊張感を生むためにも、自分たちの都道府県以外の方が外部のレビューアールとして参加することも推奨しています。

レビューをする領域によっては、県内で共通のチェック項目を定めることも有用です。相互訪問をするときに、この項目だけは各病院でどんな取り組みをしているのか必ず確認するようにしましょう、というように使うと良いと思います。ただ、チェックが中心になって訪問先のあら探しにならないように注意が必要です。指定要件を満たしているかどうかを網羅的にチェックするのではなく、県内の関係者が共通して関心のあるテーマについて各施設の状況を把握して深掘りできるよう確認をしていく、という形で使っていくのが良いと思います。

実地調査のやり方にはいろいろな方法があります。すでに現場に浸透している領域としては、感染対策や医療安全が代表的なものであり、相互訪問が全国で進められています。がん医療の診療の質改善活動に対して、相互訪問を行うことでどのような効果が得られるのかについては、これから知見を積み重ねていく必要があります。しかし、これまでに実地調査に参加してきた現場の方々にご意見を伺うと、実地調査を受けて良かったと感じている方が多くいるということは強く感じております。

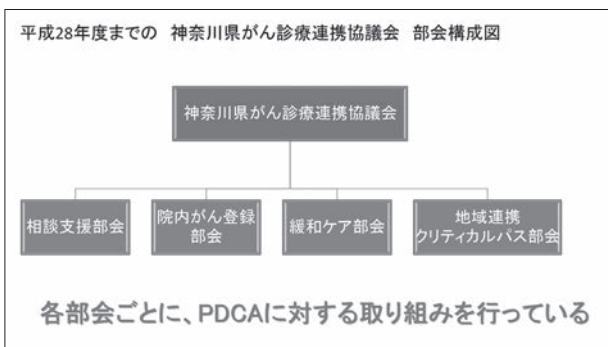
最後に改めて強調したいと思いますが、診療の質を改善していくために重要なことは継続していくことです。都道府県内の関係者が、継続していくことに価値があると感じることができる実地調査をしていくことが求められます。都道府県内での導入に当たっては、まずは都道府県内で実地訪問を受け入れることができる施設から始め、その効果を共有していくことで、都道府県内で実地訪問を受けたいと思う病院が増えていくことが望ましくあります。確かに労力がかかるものではありませんが、それだけの価値のある取り組みだと思いますので、実地訪問による相互評価が継続できる体制が全国に広がっていくことを期待しておりますし、引き続き支援をしていきたいと思っています。

神奈川県を取り組み

神奈川県立がんセンター 酒井リカ

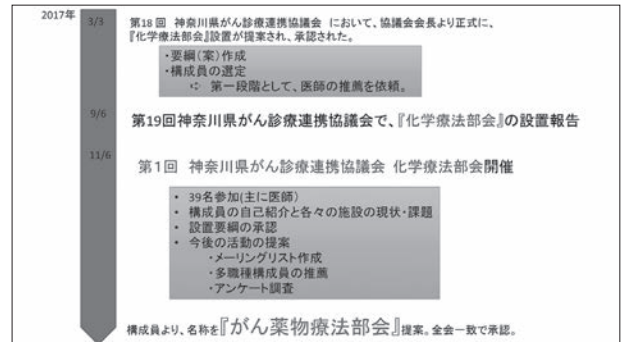


本日は、神奈川県のがん薬物療法部会で始めましたピアレビューについて、開催に至るまでのプロセスを中心に、報告させていただきます。

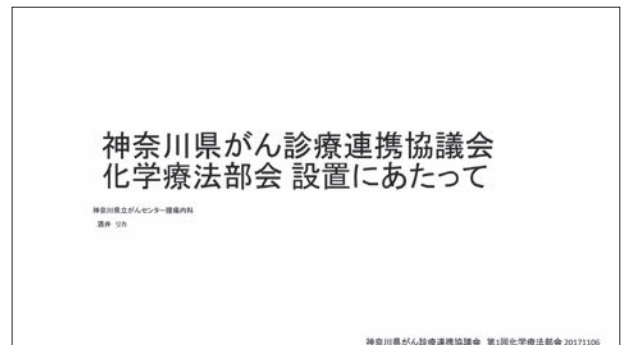


神奈川県がん診療連携協議会の中での「がん薬物療法部会」の設置は歴史が浅く、平成28年度までは、この4つの部会が主に活動を行っており、PDCAに対する取り組みについては、各部会ごとに行っているという状況でした。

28年度の最後、3月に開催された協議会のときに、がん薬物療法にかかわる部会（このときの名称は「化学療法部会」）の設置が初めて承認されました。この承認を受けて、「要綱の作成」、「構成員の決定」というプロセスを



踏んでいきます。第1弾としては、まず各施設から医師を推薦していただいて、部会を開くことになりました。最初に部会を開いたのは11月です。このときは39名の医師が参加し、各施設のがん薬物療法にかかわる現状や課題についてご報告いただきながら、状況を確認していきました。そして、今後どのような活動をしていくかについて、確認し合ったわけです。



神奈川県の情報

都道府県内の総人口 915万人 (H29年1月1日現在)
 がん死亡者数(%) 20,237人 (33.1%) (H27年12月現在)
 高齢化率 24.5% (H29年1月1日現在)

	総人口	年少人口 (0から14歳)	生産年齢人口 (15から64歳)	老年人口 (65歳以上)
全国	12682万人 (100.0%)	1574万人 (12.4%)	7630万人 (60.2%)	3478万人 (27.4%)
神奈川県	915万人 (100.0%)	113万人 (12.4%)	572万人 (63.1%)	222万人 (24.5%)

※全国の人口は、総務省統計局「人口推計月報（平成29年1月1日現在確定値）」によります。

前年から、9355人減少
 前年から、1万9712人減少
 前年から、4万8340人増加

第1回の化学療法部会でプレゼンテーションさせていた私のスライドから、少し抜粋させていただきます。神奈川県のがん薬物療法には、こういった課題があるかということ、まず「参加された施設の皆さんと共有する」

という作業を行いました。

神奈川県は、人口が東京都に次いで2番目に多く、がんの死亡者数が平成8年度以降は全体の約30%で横ばいとなっています。高齢化率に関しては、他県と同様、増加の傾向をたどっている県です。二次医療圏が11あり、東京に近い部分に人口が集中していて、西に行くと人口が少ないという地域差があります。こうした中で、当県のがん薬物療法の現状と課題について、まずは部会の施設の皆さんと共有することにいたしました。



**がん薬物療法
神奈川県の現状と課題とは・・・**

- 全国都道府県で第2位の人口を有し、高齢化率は増加。
県内総死亡におけるがん死亡割合は平成8年以降30%台で横ばい。
→外来化学療法を中心とした、がん薬物療法の質の向上(服薬管理や副作用対策等)は継続した課題。
- 11の二次医療圏内に、がん診療連携拠点および指定病院が1～5施設配置されているが、人口密度、人口構成年齢分布は医療圏により、その特徴が異なる。
→ 医療圏ごとに異なった、がん医療の特性、ニーズ。
→ 各施設のがん薬物療法の状況について、情報共有と整理が必要

人口が多く、また高齢化率が高まっている中で、「外来化学療法を中心とした、がん薬物療法の質の向上」は継続した課題であると認識しています。11ある二次医療圏ごとに、「がん診療連携拠点病院」及び「県の指定病院」が、だいたい1～5施設配置されていますが、人口密度や人口構成の年齢分布などの特徴は、医療圏によって非常に異なりますので、医療圏ごとのがん医療の特性、ニーズも全く異なっています。また、各施設の「がん薬物療法の状況」については、わかっているようでわからないことも多いため、「まずは情報共有と整理が必要」というように、第1段階では結論付けております。



これは、「今後のロードマップ」です。最初は医師を招集しましたが、薬物療法は多職種が必要ですので、多職種での構成員を推薦していただいてメーリングリストを作成する。それから、各施設の状況、がん薬物療法にかかわる状況についてアンケートを実施し確認していく。そのアンケートを解析することによって、部会で取り組む課題を抽出する。そういうロードマップをお示ししました。

2017年	11/6	平成29年度第1回 神奈川県がん診療連携協議会 がん薬物療法部会
	11/8	① 各施設あてに、医師以外の構成員(看護師、薬剤師、MSW等)の推薦を依頼 ② アンケート用紙配信
2018年	1/4	アンケート集計 ⇄ 解析 レジメン管理体制、外来化学療法部門体制、化学療法件数等 + 自由記載(今後の活動に関する)
	2/27	メーリングリスト 作成(参加94名) ⇄ 作動性テスト
	3/5	第20回 神奈川県がん診療連携協議会 がん薬物療法部会 活動報告 ⇄ アンケート集計結果報告
	4/9	都道府県指導者養成研修(がん化学療法研修企画)フォローアップ研修 ⇄ ピアレビュー 開催を計画
	4/23	平成30年度第1回 神奈川県がん診療連携協議会 がん薬物療法部会 ⇄ アンケート結果報告・ピアレビュー 提案

その後の流れとしては、多職種の構成員の推薦をいただき、同時にアンケート用紙を配信して、2018年1月にアンケート集計と解析の作業に入りました。3月下旬までに94名のメーリングリストを作成、作動性のテストなども重ねました。

この過程については、まず2018年3月の協議会において、部会の活動報告として、アンケート集計結果を含めてご報告しました。その後、新年度に入った4月に協議会のがん薬物療法部会をもう一度開いて、その辺りを詳細に報告するという経過をたどっております。2018年4月に、神奈川県がん診療連携拠点病院の、私を含めて薬剤師、看護師、それからメディカルソーシャルワーカーの4名が、都道府県指導者養成研修のフォローアップ研修を受けさせていただき、国立がん研究センターの加藤先生の講演なども聴講させていただく中で、「まずピアレビューを開催するのがよいのではないか」という決定に至った経緯がございます。

ここで、がん薬物療法部会が行ったアンケートの集計結果を、簡単に紹介させていただきます。全部で30施設が所属していますが、外来化学療法のベッド数は60床から10床未満まで非常に幅があることがわかります。また、2016年の外来化学療法の延べ件数は1万8,000件を超えるところから2,000件を下回るまで、やはりかなり差があることがわかります。

アンケートには自由記載もいろいろといただいていたのですが、それぞれの施設で、さまざまな困り事がありますし、施設の規模によってもニーズが違うことが見てとれます。その中ではやはり、「院内の知識の均てん化・システムの構築」を課題として挙げている施設が多いという印象を受けました。

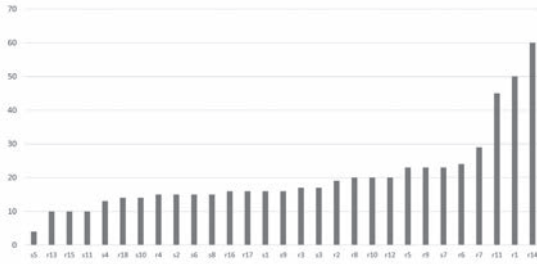
第20回 神奈川県がん診療連携協議会

がん薬物療法部会

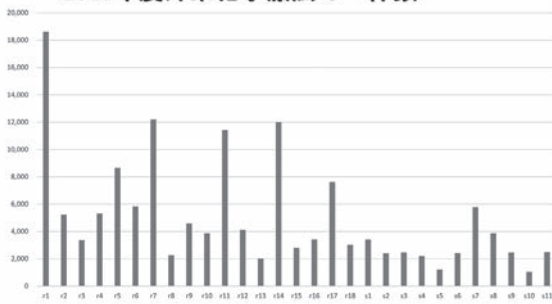
アンケート集計結果

神奈川県立がんセンター 腫瘍内科
酒井 リカ

外来化学療法室病床数



2016年度外来化学療法のべ件数



その他自由記載

- ・ IrAE診療体制の整備 2
- ・ 業業連携 1
- ・ 拠点・指定病院以外の施設への啓発 1
- ・ 終口抗がん剤の患者指導 3
- ・ 資格取得に対する県からのサポート(経済的) 1
- ・ 就労支援制度の院内外への告知 1
- ・ マンパワー不足 5
- ・ 治療室の環境整備 1
- ・ 暴露対策費用と加算額の乖離 1
- ・ 災害時ネットワーク構築 1
- ・ 相互チェック(PDCA) 1
- ・ 院内の知識の均てん化・システムの構築が課題 8
- ・ 肝炎ウイルス対策動員システム 1
- ・ がん薬物療法にかかわる病診連携 1
- ・ 参加全病院レベルでの統一は困難。専門分野ごとの情報共有を。 1

この部会で今後、どのような活動をしていくかについて提案したのが、次のスライドです。ピアレビューを行う提案をするときに、このような形でスライドを提出しました。

神奈川県がん診療連携協議会 がん薬物療法部会 今後の活動

神奈川県がん診療連携協議会
がん薬物療法部会 部会長
神奈川県立がんセンター 腫瘍内科 酒井リカ

神奈川県がん診療連携協議会 がん薬物療法部会 相互訪問ピアレビューの利点と課題

<利点>

- ・ 各施設にがん薬物療法専門医、化学療法認定看護師、がん専門看護師、がん薬物療法認定薬剤師、がん専門薬剤師、外来がん治療認定薬剤師等、がん薬物療法にかかわる専門資格を有する人員が揃っており、ピアレビューの質を担保する体制づくりの環境には比較的恵まれている。
- ・ 神奈川県がん診療連携協議会緩和ケア部門では、ピアレビューが既に行われており、ノウハウをえられやすい。

<課題>

- ・ 県内に30の拠点および指定施設があり、実地調査方法には工夫が必要。

まず、「がん薬物療法部会がピアレビューを開始する利点は何か」ということについて。加藤先生の講演の受け売りにはなりますが、専門知識を有する人がレビューアールとして必要になるため、がん薬物療法に限って言えば、薬物療法の専門医、認定看護師、認定薬剤師など専門資格を持つ人員が各施設にそろっている点が挙げられます。ピアレビューの質の担保という意味においては、その「体制づくりの環境に比較的、恵まれている」という利点があると考えられます。そして、神奈川県に特定して考えますと、既に緩和ケア部門のほうで先行して、ピアレビューがかなり順調に行われており、そこからノウハウが得られやすいというメリットがあります。ただ、課題としては、県内に30の拠点及び指定の施設がありますので、「どのように実施していくのか」が、非常に問題になると考えられました。

実施方法の提案

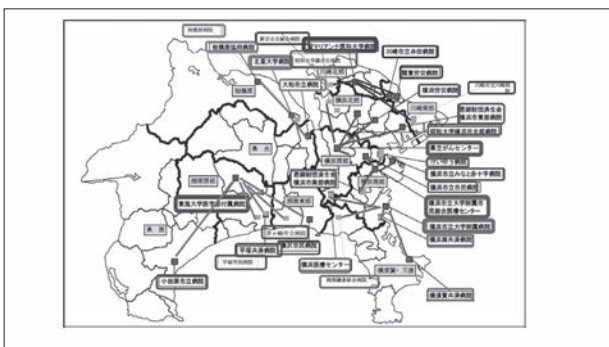
- ・ 県内をいくつかのグループに分け、グループリーダー施設を選定。
- ・ グループリーダー施設は、アンケート調査結果の2016年度外来化学療法のべ件数に基づき、年間6,000件以上施行した6施設を選定。
- ・ グループリーダー施設との地理的関係を考慮し、各グループの構成施設を決定。
- ・ ピアレビューは最初にグループリーダーに選定された6施設間で行う。
- ・ グループリーダー施設間ピアレビュー終了後、グループリーダー施設は、自グループ内施設のピアレビューを実施する。

	グループリーダー	診療連携拠点病院	診療連携指定病院
groupA	神奈川県立がんセンター (r1)	横浜労災病院 (r2)	昭和大学善が丘病院 (s8)
		昭和大学横浜市北部病院 (r3)	
		済生会横浜東部病院 (r16)	
groupB	横浜市立大学附属病院 (r5)	横浜共済病院 (s1)	湘南鎌倉総合病院 (s7)
		横浜西共済病院 (s1)	
		横浜医療センター (s4)	
groupC	聖マリアンナ医科大学病院 (r7)	川崎市立井田病院 (r8)	川崎市立川崎病院 (s11)
		関東労災病院 (r18)	新百合ヶ丘総合病院 (s9)
		藤沢市民病院 (r10)	平塚共済病院 (s2)
groupD	東海大学医学部付属病院 (r11)	小田原市立病院 (r15)	平塚市民病院 (s6)
		相模原協同病院 (r13)	茅ヶ崎市立病院
		相模原協同病院 (r13)	茅ヶ崎市立病院
groupE	北里大学病院 (r14)	大和市立病院 (r12)	国立病院機構相模原病院 (s10)
		大和市立病院 (r12)	国立病院機構相模原病院 (s10)
		横浜立みなと赤十字病院 (r6)	けいゆう病院 (s3)
groupF	横浜市立大学附属市民総合医療センター (r17)	横浜市立市民病院 (r4)	済生会横浜南部病院 (s5)
		横浜市立市民病院 (r4)	済生会横浜南部病院 (s5)

そこで考えてみたところ、やはり「県内をグループに分けるしかないだろう」ということになりました。そして、1グループにリーダー施設を1つ選定して、「グループ施設ごとに、まずはリーダー施設が活動を開始する」という形を提案しました。「グループリーダー施設をどうやって決めたいか」ですが、アンケート調査の結果をもとに、外来化学

療法の件数が多い上位6施設を選定しました。そして、このグループリーダー施設が決まった後に、地理的關係を考慮して、各グループの構成施設を決定しました。ピアレビューに関しては、最初はグループリーダーに選定された6施設間で行います。このグループリーダー間でのピアレビューが終わった後に、今度はリーダー施設に、それぞれのグループエリア内で、他施設との間でピアレビューを行っていただくという「2段階方式」です。この方法ですと、比較的時間を節約しながら、30施設でピアレビューを終えることができるのではないかと考えて計画しました。

AからFまでのグループそれぞれにグループリーダー施設があり、そこに診療連携拠点病院と指定病院が、だいたい3～5施設ずつ所属するという形になっています。



ちょっとビジーなスライドで恐縮ですが、太枠で示したグループリーダー施設の周りに、それぞれに所属する拠点ないし指定病院が集まっているという形です。

ピアレビューを開始するまでのステップ

- ① ピアレビューを実施する前段階として、レビューアー養成研修を開催する
- ② 研修会では、プログラム策定にむけて、意見交換等を行う
- ③ スケジュール調整を含め実際に検討する

次に、「ピアレビューを開始するまでのステップをどうしていくか」ということですが、初めての取り組みですし、「ピアレビューって何?」といった戸惑いも、やはり非常に多く感じられました。そこで、前段階としては、座学を中心に「ピアレビューとは何であるかを、われわれ自身でまず勉強する」。この段階をプロセスの1つとして踏む必要があると考え、「レビューアー養成研修」と銘打った研修会を第1弾として主催することにいたしました。この研修会は、「ピアレビューとはどのようなものか」を皆で共有し、「われわれの部会では、具体的に、どのようなプログラムでレビューを行ってほしいか」意見交換を行いながら進めていくとともに、スケジュールの調整までやっつけまおうというものです。

2018年 8/2

- ・日程調整
- ・グループリーダー施設への事前アンケート (ピアレビューのテーマ)

ピアレビュー研修
グループリーダー6施設含む11施設 計34名が参加
約2時間で以下の内容の研修を行った

講義

- ・神奈川県がん診療連携協議会緩和ケア部会における取り組みについて、『ピアレビュー導入の経緯』
- ・がん対策に関する今後の取り組みについて『がん対策とこれから求められるPDCAサイクルの確保』
- ・都道府県レベルで取り組むがん診療の質の向上に向けた取り組み—実地訪問によるピアレビューを中心に—

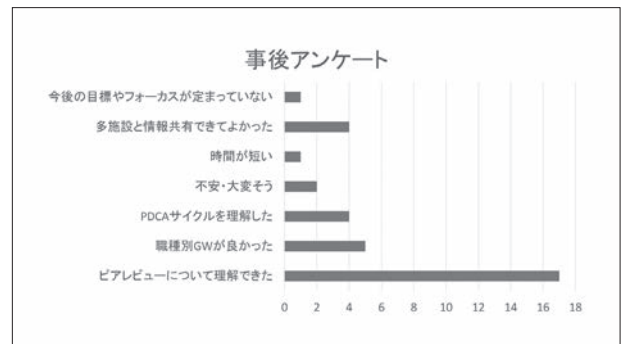
討議

ピアレビューに係わる討議

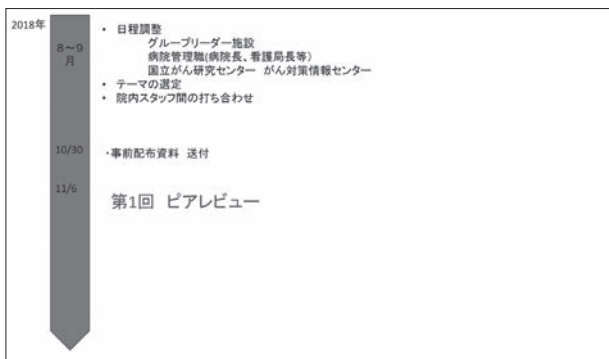
- ・事前アンケートより抽出したテーマの一覧
- ・がん薬物療法部会のピアレビューマニュアル(案)配布
- ・各職種(医師、看護師、薬剤師)に分かれて、ピアレビューテーマの話し合い

これがピアレビュー研修の具体的な内容です。2018年8月に初めて行いましたが、事前の調整としては、グループリーダー施設に対し「ピアレビューのテーマとしてどういふものを望みますか」というアンケートを行いました。その上で、ピアレビュー研修を2時間の予定で行い、グループリーダーの6施設からは各職種からのご参加を必須といたしました。それ以外に県内の施設からのオブザーバー参加も可能とし、計34名の方にご参加いただいております。

内容は、前半が座学の「講義」です。まず、神奈川県がん診療連携協議会・緩和ケア部会から、これまでの取り組みを簡単にお話しいただき、次いで、国立がん研究センターがん対策情報センターのご支援により橋本(浩伸)先生と加藤先生に、それぞれ講義していただきました。これらを通して、「がん薬物療法でのピアレビューをどうやっていこうか」というイメージ付けをしていただいた後に、グループディスカッションという形で、各職種ごとに、医師、看護師、薬剤師のグループに分かれて、「どのようなピアレビューのテーマを設定したらよいか」についての話し合いをしていただきました。そして、この話し合いにあわせて、事前アンケートより抽出したテーマの一覧と、がん薬物療法部会のピアレビューマニュアル案を配布するなどの準備をいたしました。



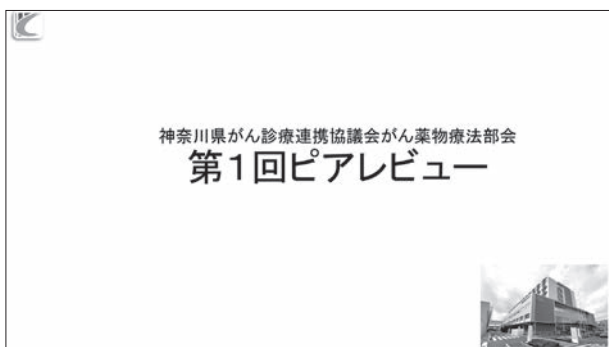
詳しい内容はここでは割愛させていただき、研修の事後アンケートだけご紹介いたします。「ピアレビューについて理解できた」というご意見が大半を占めていますが、一方で「今後の目標やフォーカスが定まっていない」と感じた方もおられ、「大変そう・不安」といった率直なご意見もいただいております。



その後は、第1回のピアレビューに関し日程調整に入りました。本来、ピアレビューは受け手施設とレビューア施設の「1対1」ないしは「1対複数施設」で行われますが、最初なので「受け手施設」は神奈川県立がんセンターとさせていただきます、残りのグループリーダー5施設の皆さんに訪問していただいて、レビューをお願いする形にいたしました。その準備段階として、まず、グループリーダー施設、それから当院の病院管理者、そして今回、がん対策情報センターのご支援が非常に重要でしたので、同センターの皆様とも日程調整をさせていただきました。

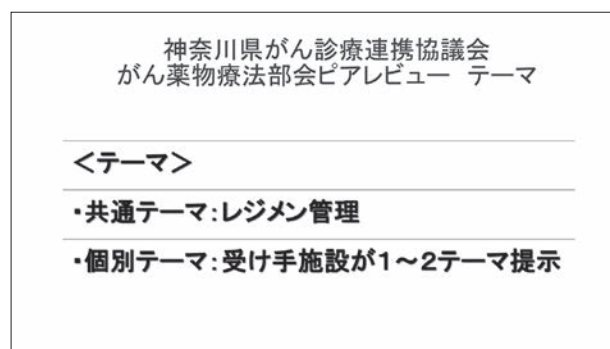
その後は、「テーマを何にするか」という選定作業を事前のアンケート調査をもとに行いました。それから、受け手側である当院が、院内で「プレゼンテーションのためのスタッフ打ち合わせ」を重ねていきました。11月6日に第1回のピアレビューを行うことになり、それまでに事前配布資料の送付をしなければいけなかったのですが、若干、院内スタッフの打ち合わせに時間がかかりました。各施設には、1週間前というぎりぎりの日程で、事前配布資料を送付させていただきました。

ここから先は「第1回のピアレビューをどのように行っ

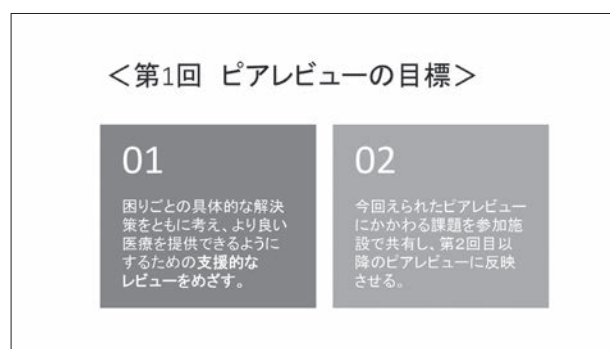


神奈川県がん診療連携協議会がん薬物療法部会 第1回ピアレビュー 概要	
・開催日時:	平成30年11月6日 13時～16時
・開催場所:	神奈川県立がんセンター 管理研究棟5階 大会議室・中会議室
・受け手施設:	神奈川県立がんセンター
・レビューア施設:	横浜国立大学附属・聖マリアナ医科大学・東海大学病院・北里大学病院・横浜国立大学附属市民総合医療センター
・オブザーバー参加:	国立がん研究センター がん対策情報センター 神奈川県立がんセンター 管理者(病院長、副院長、薬剤科長)
参加人数: 33名	

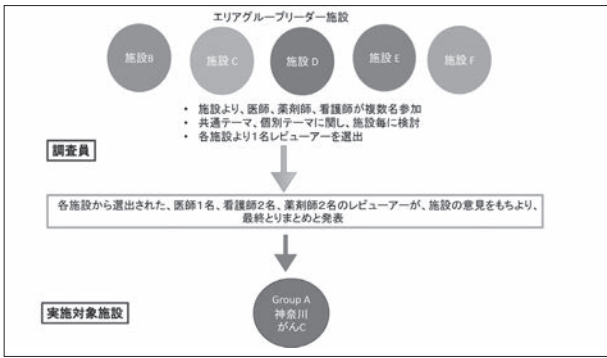
たか」について、かいつまんでご報告いたします。これが概要ですが（左下図）、ちょうど加藤先生からも推奨いただきました3時間の日程で、午後から開始いたしました。それぞれ、おいでいただく施設の予定も聞きながら、この日程で調整いたしました。会場として当院の会議室を2つ押さえ、ディスカッションするときには少し広いスペースで行えるように用意いたしました。受け手の施設は当院、レビューア施設は残りの5施設で、各施設から多職種でおいでいただくことになりました。オブザーバー参加としては当院の管理者が出席したほか、加藤先生をはじめ、がん対策情報センターの各職種の皆様にもご来院いただくことができました。



先ほど加藤先生から「共通のテーマを決めたほうがよいのではないか」というお話がありましたが、本部会ではまず「ピアレビューの共通のテーマを何にするか」を話し合いました。6施設全てが挙げていたのが「レジメンの管理」でしたので、少し大きなテーマにはなりますが、このタイトルを1つ残しました。後は「受け手の施設が個別のテーマを1～2テーマ提示する」という原則を確認しております。



これが、第1回ピアレビューを始めたときに参加者の皆さんと共有した目標です。先ほど加藤先生からも「監査的なものにはならないように」というお話がありましたが、「支援的なレビューを目指しましょう」ということですね。それともう一つ、第1回のピアレビューは今後、第2回以降のピアレビューを行う際の「モデルケース」になります。そこで、「第1回のプロセスを経て、それを第2回以降、どのように反映したらよいかということまで検討していく」という「2段階の目標」をお伝えしております。



では、実際にどのようなやり方でピアレビューに入ったのか。ちょっとわかりづらいかもしれませんが、こちら (Group A) がわれわれ受け手施設で、1施設です。そして、当日ご来院いただいたのが上部の5施設です。5施設それぞれから、3～5名ぐらいの多職種の方においでいただいています。先ほどお示した共通テーマと個別テーマについて、最初にわれわれがプレゼンテーションをした後、ディスカッションをしていただきます。まず各施設ごとに討議をしていただいて、その後、各施設から1人だけレビュアーとして登壇していただき、その施設の検討事項をまとめる形でレビューを取りまとめるという「2段階方式」をとることにいたしました。

時間	内容	実施者
13:00	施設概要紹介	施設代表
13:05	施設概要の紹介 - レビュアーの選定	施設代表
13:10	施設概要の紹介 - レビュアーの選定	施設代表
13:15	施設概要の紹介 - レビュアーの選定	施設代表
13:20	施設概要の紹介 - レビュアーの選定	施設代表
13:25	施設概要の紹介 - レビュアーの選定	施設代表
13:30	施設概要の紹介 - レビュアーの選定	施設代表
13:35	施設概要の紹介 - レビュアーの選定	施設代表
13:40	施設概要の紹介 - レビュアーの選定	施設代表
13:45	施設概要の紹介 - レビュアーの選定	施設代表
13:50	施設概要の紹介 - レビュアーの選定	施設代表
13:55	施設概要の紹介 - レビュアーの選定	施設代表
14:00	施設概要の紹介 - レビュアーの選定	施設代表
14:05	施設概要の紹介 - レビュアーの選定	施設代表
14:10	施設概要の紹介 - レビュアーの選定	施設代表
14:15	施設概要の紹介 - レビュアーの選定	施設代表
14:20	施設概要の紹介 - レビュアーの選定	施設代表
14:25	施設概要の紹介 - レビュアーの選定	施設代表
14:30	施設概要の紹介 - レビュアーの選定	施設代表
14:35	施設概要の紹介 - レビュアーの選定	施設代表
14:40	施設概要の紹介 - レビュアーの選定	施設代表
14:45	施設概要の紹介 - レビュアーの選定	施設代表
14:50	施設概要の紹介 - レビュアーの選定	施設代表
14:55	施設概要の紹介 - レビュアーの選定	施設代表
15:00	施設概要の紹介 - レビュアーの選定	施設代表
15:05	施設概要の紹介 - レビュアーの選定	施設代表
15:10	施設概要の紹介 - レビュアーの選定	施設代表
15:15	施設概要の紹介 - レビュアーの選定	施設代表
15:20	施設概要の紹介 - レビュアーの選定	施設代表
15:25	施設概要の紹介 - レビュアーの選定	施設代表
15:30	施設概要の紹介 - レビュアーの選定	施設代表
15:35	施設概要の紹介 - レビュアーの選定	施設代表
15:40	施設概要の紹介 - レビュアーの選定	施設代表
15:45	施設概要の紹介 - レビュアーの選定	施設代表
15:50	施設概要の紹介 - レビュアーの選定	施設代表
15:55	施設概要の紹介 - レビュアーの選定	施設代表
16:00	施設概要の紹介 - レビュアーの選定	施設代表

これは、当日のタイムスケジュールです。3時間の中の前半1時間ぐらいで、施設概要の紹介と、ちょっと欲張り過ぎたかなと思うのですが、共通テーマを1つと個別テーマを2つ、計3つのテーマを出しました。その後、1時間ぐらいかけて、施設ごとにそれぞれのテーマに関してのディスカッションを行い、それが終わった後に各施設代表のレビュアー5名に集まっていたいただき取りまとめ作業をしていただきました。

実は、この1時間の間に施設の見学も取り入れることにしました。まず、施設ごとに集まってディスカッションしていただいている間に、レビュアーとなる方に、先に施設のほうを回っていただきます。そして、レビュアーとなる方が、後半に、まとまって意見交換している間に、残りの方に施設見学に入っていただきます。そのような形で、何とか3時間以内に施設見学も取り入れることができました。最後に40分ぐらいかけて、レビュアーからのフィー

ドバックと意見交換を行いました。その後は、「今後、当部会としてこれをどのように続けていくか」という振り返りが必要でしたので、振り返りの時間をつくっております。



これが実際に行ったピアレビューの会場風景です。薬剤師にかかわる個別のテーマではこのような感じで、薬剤師さんがプレゼンテーションを行い、それぞれのテーマごとに質疑応答の時間も設けました。



これは、各施設がそれぞれ職種ごとに集まり、そのテーマについての意見をいただいているところです。



これは、各施設から1人ずつ登壇いただいたレビュアーの方の意見を、最後に取りまとめていただいたところです。これを、レビュアーさんとの意見交換といたしました。

今後の行動目標として、このときに提案した内容です (次ページ左上図)。第2回以降は、グループリーダー施設の2施設がペアを組んで、それぞれピアレビューを行うことで、「受け手とレビュアーの両方を経験していただく形にしましょう」という提案です。それを終わらせた後、31年度以降は、「グループリーダー施設が、グループ内のほかの施設とともにピアレビューに関して立案・計画し、それぞ

今後の行動目標

- <平成30年度の行動目標 案>
- ・グループリーダーの2施設がペアを組み、相互訪問を行う。
 - ・事務局は必要に応じ、事務的な支援を行う。
 - ・神奈川県がん診療連携拠点病院に所属する構成員は、可能な限りオブザーバーとして参加し支援する。
 - ・ピアレビューの概要は、神奈川県がん診療連携協議会において報告する。
 - ・ピアレビューの詳細はがん薬物療法部会において報告し、全施設で共有する。
- <平成31年度以降の行動目標 案>
- ・グループリーダー施設はグループ内のピアレビューを立案・計画し、実施する。
 - ・事務局は必要に応じ事務的な支援を行う。
 - ・ピアレビューの概要は神奈川県がん診療連携協議会において報告する。
 - ・ピアレビューの詳細はがん薬物療法部会において報告し、全施設で共有する。

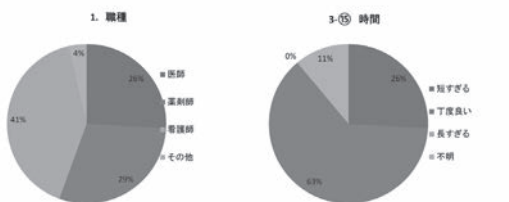
れ行っていただく」という提案をしています。実施に当たっては、やはりがん診療連携協議会の事務局の支援が必要になりますので、「全面的に支援いたします」とお伝えしております。

総合討論での意見

- ・県協議会として、病院に依頼することが必要。
- ・他県では、大学病院では協力が得にくい事例がある。
- ・ピアレビュー時に受け手施設の管理者に出席してもらうには、県レベルから、正式な依頼があったほうが良い。
- ・参加してよかった。
- ・今後、自施設でピアレビューをやっていきたい。
- ・できれば、開催に関し、県レベルでの依頼文章があると、病院からの理解・協力がえられやすい。
- ・リーダー施設間のレビュー終了後、各エリアでピアレビューを行う際には、同様の手法がとれるのか、検討が必要である。

総合討論では、「今後、ピアレビューを行っていく上で何が必要か」ということを、皆さんでディスカッションしました。やはり実施に当たって病院の中で理解してもらうには、協議会として、ないしは県レベルで各病院の管理者に正式な依頼をかけていただくことが不可欠であるとのご意見を複数いただいております。「ピアレビューをやってみてよかった」「ぜひ続けてみたい」という積極的なご意見もいただいております。

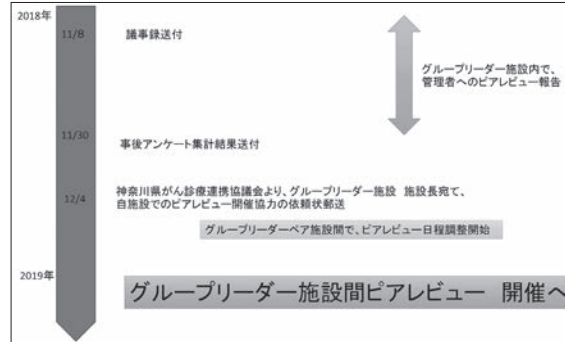
事後アンケート結果(抜粋)



これは事後アンケート結果の抜粋です。当日は医師、薬剤師、看護師が、だいたい3分の1ずつというバランスのとれた内訳で出席されました。3時間という長さはどうかなと思ったのですが、ほとんどの人が「ちょうどいい」とのことで、やはりこうして平日に行うには3時間がよいのではないかと思います。

当院の今後の活動としては、議事録送付の後、アンケー

今後の活動について



ト集計の結果を各施設に報告しています。その後、神奈川県がん診療連携協議会と神奈川県から、各グループリーダー施設の施設長宛てに、自施設でのピアレビュー開催協力の依頼状を郵送させていただきました。これを受けて、グループリーダー施設間のピアレビュー開催に向け、2月、3月の間に3施設でピアレビューの日程が既に決まっています。少しずつ進めていけるのではないかと考えております。

Q & A

(国立がん研究センター・加藤) 具体的な計画を立てて、県内でこういった相互訪問を始めたところ素晴らしいと思います。私もいろいろ伺っていますが、酒井先生のリーダーシップ、神奈川県がん診療連携協議会のいろいろなお支援が非常に役に立ち、県内の取り組みが進んだのだと思っています。

(質問者) グルーピングについて教えてください。6つのハイボリュームセンターをグルーピングする際、普通に考えますと、二次医療圏をもう少し意識するように思われますが、二次医療圏をまたがっているケースが見られます。どの県でもそうですが、二次医療圏ごとに多少、事情が違うため、その中で行うほうが良いような気がしますが、どうしてそのような方法をとらなかったのでしょうか。

(酒井) 神奈川県には二次医療圏が11ございまして、例えば二次医療圏に1施設というところもあります。それから、横浜市や川崎市など、施設数がかかり多いところもありますので、二次医療圏だけで分けるとかなり偏りが出てしまいます。また、ハイボリュームセンターをグループリーダー施設とし、その近くの施設でグルーピングしていますから、ある

程度、地理的には近いところで分けることができたと思います。

(質問者) 医療圏ではなく、距離を意識したということですか。

(酒井) 距離は意識いたしました。

(質問者) 大阪では二次医療圏を厳格に守って、二次医療圏の中で完結するような格好でやっているため、お聞きしました。

(加藤) 施設として訪問を受けた立場と、県内でPDCAを進めていくという2つの立場があると思いますが、実際に訪問を受けてみて、「やはりこの活動は県内に広げていったほうがいいな」というふうに、何か伝えたいことがあれば、お聞かせください。

(酒井) 今回、詳しいことはお伝えしなかったのですが、個別テーマで「薬薬連携」をどう進めていくかがあります。今回、「内服抗がん薬の取り組み」というテーマを出しましたが、それについてはいろいろな施設から勉強になるサジェスチョンをいただきました。それを院内でも取り組み、近隣の院外調剤薬局との連携を強める活動も進めていきながら、ほかの施設にも、その成功体験を伝えていけるような努力をしているところです。

(加藤) 神奈川県は本当に優秀な専門家がたくさんそろっていて、すごくいい取り組みをされています。さらにいい取り組みをしているところから、それぞれの施設の強みを活かしたアドバイスなどもあって、非常にいいディスカッションをされていたなと思いました。

訪問する側が専門家でないと、あそこまで現状に即したいいアドバイスはできないだろうなと思いました。もし実地で訪問するのであれば、やはりその領域の専門家が行かなければいけない。県内にいないのであれば、県外からでも、うまく招聘する。そうしていかないと、本当に単なる見学会になってしまうのだろうなと、ピアレビューをやっていて思いますので、そういった意味では、とてもいい取り組み姿勢だと思いました。

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 八巻 知香子



平成 30 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

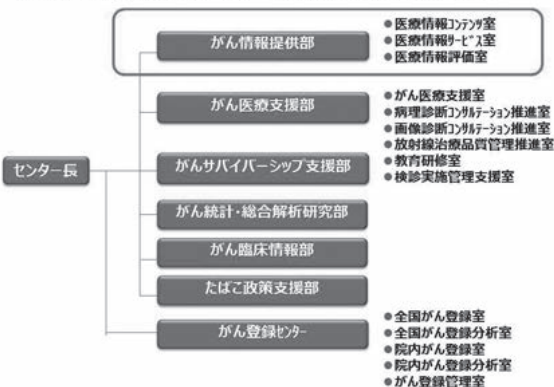
がん相談支援のPDCA サイクルの 確保に関する研究

国立がん研究センター
がん対策情報センター がん情報提供部
八巻 知香子

2019年1月12日(土) 13:30-17:00 国立がん研究センター

本日は、全国の「情報提供・相談支援部会」での取り組みについて紹介させていただきます。研究というよりむしろ、かなり実践に近い形で、全国の皆様とともに取り組んでいる内容を、ご紹介できればと思います。

国立がん研究センターがん対策情報センター



がん情報提供部

・ 活動計画 (Action Plan)

1. 患者、家族、一般市民、メディア、保健医療関係者、政策担当者に対し、がんの予防、早期発見と治療、療養に関する知識を普及するとともに、がんに対する地域・組織的な対策についての情報を集積する。
2. 情報提供を行う際は、その信頼性の科学的な根拠のレベルなどについて評価を行ったうえで提供する。
3. 患者自らの意思決定を支え、医療者とよりよい関係を構築するための情報提供を行う。
4. がんの情報の活用をより効果的に推進するために、がんに関する情報の普及状況や活用状況の把握と評価を行う。

- 国民の皆さんが直接使える情報発信
- 情報提供を仲立ちするがん相談支援センターの支援
- 情報を活用するより広い範囲の方々との連携

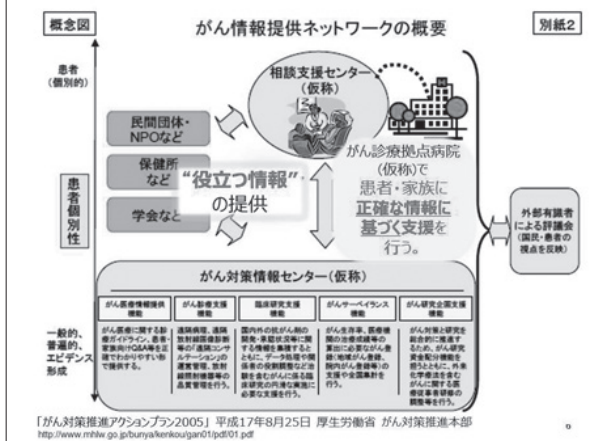
私たち「がん情報提供部」が事務局を務め、直接、行っていることとしましては、多くの方にお使いいただいているウェブサイト「がん情報サービス」の運営、冊子類などの媒体の作成、今日ご紹介いたします四百数十カ所の相談支援センターのネットワーキングとそのお手伝い、それから研修の提供などしております。また、行政の皆様、メディアの方々、市町村の方々など、より広い範囲の方々との連携も担っている部です。

本日の話題

1. 情報提供・相談支援部会における、がん相談支援センターの目指す活動の見える化
2. 施設単位の測定指標としての「利用者調査」の試行
3. 都道府県単位・全国単位でのPDCAサイクルの確保
4. 社会の変化に応じた課題の把握と取り組みの具体化

これは、今日ご紹介する4つの話題です。「情報提供・相談支援部会」では、最初に「がん相談支援センターの活動の見える化」に取り組んでまいりました。今日おみえの先生方の中にも、現在の委員もしくは以前の委員として、この取り組みを牽引してくださった方々がおられます。その後は利用者調査を組み、研究的に試行しました。また、最初に方針を決める中で、都道府県単位、または全国単位で「どうやって共通の目標を定めていくか」という課題にも取り組みました。相談支援センターは「患者さんの困り事に、最前線で接している」部門ですので、社会の状況の変化を先取りして「ここにこんな困難がある」という問題点を見つけられる場所であると思っています。従って、相談員から上がってくる問題は、相談支援部門だけで解決するべきものばかりではなく、病院単位、都道府県単位、あるいは社会全体でと、いろいろな面から取り組む材料にさせていただけるのではないかと考えております。

1. 情報提供・相談支援部会における、がん相談支援センターの目指す活動の見える化



第3期がん対策推進基本計画(平成30年3月9日閣議決定)(概要)

第1 全体目標
「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す。」
①科学的根拠に基づきがん予防・がん検診の充実 ②患者本位のがん医療の実現 ③尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

第2 分野別施策

1. がん予防	2. がん医療の充実	3. がんとの共生
(1)がんの1次予防 (2)がんの早期発見、がん検診 (3)がんの二次予防	(1)がんゲノム医療 (2)がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法 (3)がんの医療費 (4)がんの回復リハビリテーション (5)支持療法 (6)緩和ケア (7)小児がん、AYA(若年)世代のがん、高齢者のがん (8)がん診断 (9)がん登録 (10)医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組	(1)がんと協働された職場の環境づくり (2)相談支援、情報提供 (3)社会生活で患者ががん対策・がん患者等の悩みを克服するための社会的対応 (4)がん患者等の経済的負担の軽減 (5)ライフステージに応じたがん対策

4. これらを支える基盤の整備
(1)がん研究 (2)人材育成 (3)がん教育、普及啓発

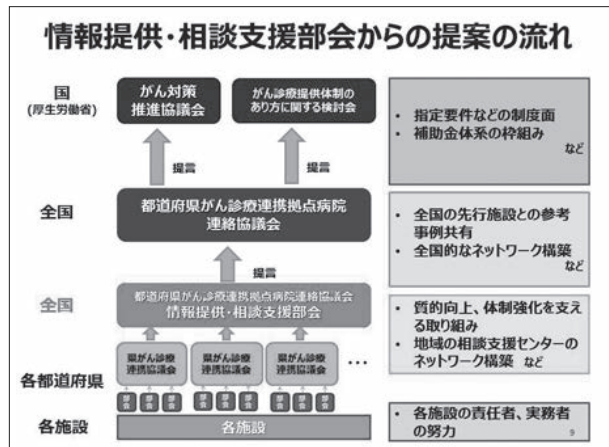
第3 がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

1. 関係者等の連携協力の更なる強化	5. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化
2. 都道府県による計画の策定	6. 目標の達成状況の把握
3. がん患者を含めた国民の努力	7. 基本計画の周知
4. 患者団体等との協力	

まず、相談支援センターの成り立ちについてですが、これは2005年当時の概念図です。そのときから一貫して「役立つ情報の提供」と「正確な情報に基づく支援」に取り組んでまいりました。第3期がん対策推進基本計画でも、一貫して、相談支援や情報提供の必要性がうたわれています。



相談支援センターが誕生してから5年余りたったところで、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会の中に「情報提供・相談支援部会」が設置されました。平成24年度からです。以来、年に1回または2回、部会を開催してきており、先日、第11回を開催するに至ったところです。



この情報提供・相談支援部会の全体の活動としては、各施設の意見を都道府県レベルの協議会が集約し、それを部会の中で検討して、必要な折には親会への提言を積極的に行ってまいりました。また、平成24年の部会設置の段階では、まだ必ずしも都道府県レベルで部会がそろっているわけではなかったのですが、数年前から47都道府県全てにおいて相談支援部会が活動を開始し、順調に展開されているという状況が確立されました。

都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 情報提供・相談支援部会設置要綱

平成24年11月27日より施行

(設置)

第1条 拠点病院で実施されている情報提供および相談支援体制の機能強化と質的な向上を図ることを目的とする。また、各都道府県や地域単位での取り組みを支援するため、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会の下部機関として、情報提供・相談支援部会(以下「部会」という。)を設置する。

(検討事項)

第2条 部会は、次の事項について、情報を共有・検討する。

- 都道府県、施設単位で行われている情報提供・相談支援の取り組みに関する現状把握と分析、情報共有に関すること。
- 情報提供や相談支援体制の機能強化や質的向上を果たす上で必要となる全国、地域レベルで整備すべき体制とレポート要件の整理
- 現場のみでは解決が難しい施策・制度面の改善等の必要事項の整理と(連絡協議会を通じて発信することを想定した)提言に向けた案の作成

これは、部会の設置要綱です。ここでも、みんなで「機能強化と質的な向上を図っていく」「各都道府県や地域単位での取り組みを支援する」というような共同体の設置をうたっております。

最初に部会を設置した段階で、アンケートを行い回収しておりますが、その当時寄せられたのが、「相談支援センターのあり方、何を評価すべきか、評価してほしいか」が、わかるようでわからないという意見です。それから、「あるべき姿を実現するために必要な体制とは本来どうあるべきなのか」。整備指針が1つの目安ではあ

情報提供・相談支援部会発足時より 共有されていた課題

- 2012年11月 第1回部会
下記3点が大きな課題として指摘された
 - 相談支援センターのあり方、相談支援センターとして何を評価すべきか、評価してほしいか
 - 相談支援センターのあるべき姿を実現するために必要な体制・人員配置とはどのようなものか
 - 相談員の対応の質向上のために必要な教育研修体制はどのようなものか

第2回 都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 情報提供・相談支援部会資料
https://ganjoho.jp/data/hospital/liaison_council/bukai/files/2013/03.pdf

りますが、整備指針に書かれていることを行い、それを満たしたとしても、それで本当にあるべき姿が実現できているかどうか分からない、というのが現場の相談員の方たちの不安であったと思われまます。それから、「必要な教育研修体制とはどのようなものか」。この3点を主要な検討テーマとして設定した上で、最初の活動が始まっております。

情報提供・相談支援部会としての 取り組み

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

第4回 都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会—情報提供・相談支援部会 2014年12月

12

部会としての取り組みが始まってからもう6年たつわけですが、その間に、ワーキンググループを立ち上げました。委員だけで100名余りになりますので、全体での討議というのは難しい。そこで、ワーキンググループの委員の皆様にご検討いただき、原案をつくった上で部会に諮るといった形をとってまいりました。

がん相談支援センターの活動における PDCAサイクルの確保に関するWGの報告

【委員】

- | | |
|---------------------|--------------------|
| ・木川幸一（北海道がんセンター） | ・三浦史晴（岩手医科大学附属病院） |
| ・花出正美（がん研究会有明病院） | ・菊池由生子（都立駒込病院） |
| ・清水奈緒美（神奈川県立がんセンター） | ・三輪真澄（滋賀県立成人病センター） |
| ・石橋京子（岡山大学病院） | ・三木晃子（香川大学医学部附属病院） |
| ・藤 也寸志（九州がんセンター） | ・嶋川由紀（大分大学医学部附属病院） |

第5回情報提供・相談支援部会 資料4-1
https://ganjoho.jp/data/hospital/liaison_council/bukai/data/20150610_04_01.pdf

13

ワーキンググループ開催概要

<検討事項>

1. 【がん相談支援センターの見える化】
2. 【相談件数のカウント方法の諸問題】



第5回情報提供・相談支援部会 資料4-1
https://ganjoho.jp/data/hospital/liaison_council/bukai/data/20150610_04_01.pdf

14

第4回の部会でワーキンググループを設置しようと決め、本日ご参加いただいております藤（也寸志）先生（九州がんセンター）に委員長をお願いして、最初のワーキンググループが発足しました。このときに、「PDCAサイクルの確保に関するワーキンググループ」として、さまざまな検討をいただいたのですが、かなり濃密なワーキンググループで、約4カ月間に3回の検討を行っております。

がん相談支援センターに不可欠な要素とは？

1. がん相談支援センターの目標は何ですか？

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

2. 緩和ケアセンターとは何が違うと思いますか？

第5回情報提供・相談支援部会 資料4-1
https://ganjoho.jp/data/hospital/liaison_council/bukai/data/20150610_04_01.pdf

15

検討を始めた時点では、「相談支援センターというのは何をすべきところなのか」「何を目指しているのか」「それは病院の中で、どんな独自性を持つのか」「何を大事にして取り組むべきなのか」ということを、ゼロから議論いたしました。議論の過程では、「相談支援センター

がん相談支援センターがめざすもの

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

第5回情報提供・相談支援部会 資料4-1
https://ganjoho.jp/data/hospital/liaison_council/bukai/data/20150610_04_01.pdf

16

で何をやればうまくいったと言えるのか」といった内容も検討してきました。


そこで提示されたのが、こちらの文章です（前ページ右下図）。非常に長いものになりました。整備指針には比較的、外形的な内容が示されているのに対し、ここには「何ができて、何を支えるべきところなのか」が記載されており、みんなで合意したものとして、現在も大事に使っております。「がん相談支援センターは、院内外のがん患者・家族と、それを取り巻く全ての人々が原則無料で、必要に応じて匿名で相談できることで、相談者が孤立することなく、困り事に対処する術を提供する」「その活動は『知る権利』『選ぶ権利』『自分らしく生活する権利』を守り、エンパワーメントするために行われる」「相談者に寄り添い、本質をともに考え、十分に情報を得て、納得して治療を受けられるようにする」「社会関係を保ちながら生活していけるように支援する」「直接解決できなくても、何らかの『対処する術』についての情報、入り口を提供する」「診療からは中立の立場で、コーディネート、アドボケート、説明、橋渡しを行う」「地域ネットワークの核でもある」「『がんになっても安心して暮らせる社会』の一翼を担う」——こういった比較的広い範囲に渡り、相談支援センターに課せられている役割を、現場の皆さん、それから責任者の先生方も合意して、最初のPDCAをスタートさせました。

そのときに参考にしたのは、国際的なネットワークで

“Core Values”

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

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



【活動内容】

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

17

良質ながん情報や支援情報/支援を提供するために

“Core Values”

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

これは、がんの情報や相談対応を行う際の国際的な標準にもなっているものです。

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

アウトカム		プロセス		測定指標	構造	施策	
最終目標	準備目標	必要な条件	必要な条件-状態	実施状況の例示	調査関連指標	整備指針の内容	
困っている患者・家族が増える	頼りながら相談の場がある	相談の場があると感じる人が増える	その人にとってわかりやすい相談場所・相談の入り口がある	・ホウの窓口をわかりやすく提示した ・ホウ外で出張がん相談を行った ・ホウの場をつつた …	院内・院外での相談対応件数 【住民調査】【患者体験調査】相談の場があるの回答割合	相談ブース数 プライバシーの保てる部屋数 電話回線数 直通電話の有無 相談員数 …	必ずがん相談支援センターと表記する 相談支援センターについて積極的に周知する …
		患者が孤立しない	情報や助けを求めている人に気づく人が増える	・家内を個別に配布している	担当者が紹介された相談件数 （【医療者調査】相談支援センター認知度、有用度）	（拠点病院内でどこかの広報）	③主治医等から、がん患者及びその家族に対し、認知が深まる体制を整備する

第5回情報提供-相談支援部会 資料4-1
https://ganjoho.jp/data/hospital/liaison_council/bukai/data/20150610_04_01.pdf

ある International Cancer Information Service Group の Core Values です。PDCAを考えるに当たっては、先ほど挙げた共通の目標、長い文章で書かれたものをアウトカムの部分とし、最終的にはそのような状態になれるように活動を行います。そのプロセスの部分を考えていくに当たって、「測定すべきもの」「構造として支えなくてはいけないもの」「実際に取り組むべき施策」として何があるかというような、「骨子」をつくるのが、ワーキンググループの重要な課題となりました。

WGのまとめ

「がん相談支援センターの活動」の“見える化”について

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

1. 「アウトカム評価」
 - 利用者目線での評価であり、最終的な目標となるが、感度が低くなる
 - 資料4-4の「測定指標」（調査関連）部分
2. 「プロセス評価」
 - 「アウトカム評価」への道筋につながるであろうと予測されるもの
 - 日々の達成度が見えやすく具体的な改善に繋がりやすいが、これら項目を増やすことで測定の手間を増大させる
 - 資料4-4の「プロセス」部分

第5回情報提供-相談支援部会 資料4-1
https://ganjoho.jp/data/hospital/liaison_council/bukai/data/20150610_04_01.pdf

それらを検討した結果、2段階で考えていこうということになりました。アウトカム評価として、最終的には利用者の方に「よかった」と言ってもらえることが必要になるわけですが、相談支援センターで話を聞いてもらおうと、概ね満足されます。一般に、9割が満足して当然と思われています。それでは本当に、いいのか、悪いのか判断できません。既に90%になっているものを100%にするというのは恐らく現実的ではないですし、その値の変化を見るというのでは、「どれだけいい取り組みをしたか」「していないのか」という点を知り、改善に結びつけることはできません。一方で、利用者評価それ自体も大事なことではあるので、それは測定をしながらも、もっと具体的な活動レベルで、プロセスとなる部分を同時に測定しながら、確認していこうということになりました。実際に、測定指標として利用者調査をするならば、全

WGからの提案（測定・評価について）

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

第5回情報提供・相談支援部会 資料4-1
https://ganjoho.jp/data/hospital/liason_council/bukai/data/20150610_04_01.pdf

21

「がん相談支援センターの活動」の「見える化」の測定・評価について まとめ

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

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

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

第5回情報提供・相談支援部会 資料4-1
https://ganjoho.jp/data/hospital/liason_council/bukai/data/20150610_04_01.pdf

22

国統一の形にしたほうが良いだろうということで、「こんな項目を測定したらよいのではないか」という検討まではしたのですが、実際に400病院の調査をしようと思ったときに、その調査費用や、事務局体制を組むための予算がありませんでしたので、これは一旦、研究班に預ける形で、方法のみ検討しようということになりました。

2. 施設単位の測定指標としての「利用者調査」の試行

研究班の協力を受けたパイロット調査

- がん相談支援センターは利用者のフィードバックを受ける体制を整え、質を担保することが求められている
- 一般に相談支援サービスの満足度は高く、9割が「満足」以上が満足と答える傾向がある
- がん相談支援センターの活動の質を管理する指標とするためには、「満足度」だけではなく、より具体的、かつ感度のよい指標を用いて、各センターが目指すサービスが提供できているかを測定することが重要である。
- がん相談支援センターのめざすあり方に沿ったサービスが提供されているかを測定するための質問項目による、利用者評価のパイロット調査を実施し、サービスの質評価の指標としての利用可能性を検討する

第55回 日本癌治療学会にて報告

相談支援センターのアクティビティは非常に見えにくく、相談件数ぐらいいかに示せるものはありませんでした。そうすると、相談件数の数え方がいいとか悪いとか、地域連携を入れるのがいいとかまずいとか、そういう話に終始してしまう側面があります。そうではなく、相談支援センターの活動そのもの、何をすることが相談支援センターの活動であるのか、それを目指して活動していくための「プロセスを評価できる指標」をつくっていかうということで、第5回の部会、2015年ですから3年半前の部会で合意して、スタートしたのが議論の始まりでした。

先ほど言いました利用者満足度調査のようなものを、単に「よかったです」とか「役に立ちました」ということを超えて、先ほどの「がん相談支援センターがめざすもの」にあったような「相談支援センターとしてすべきこと・果たすべき役割ができたのか」「本当に中立な立場で支援できたのか」「橋渡しをするような役割が果たせたのか」「適切な情報が提供できたのか」といった観点で具体的にサービス評価ができるような、感度のよい指標を用いて測定する。そういうことを目指す調査を、企画いたしました。そのように、目指すサービスのあり方に沿った項目を設定し、それをサービスの質の評価として利用できるように調査は可能なのか、ということを検討しました。

まず、パイロット調査として、16カ所の相談支援セン

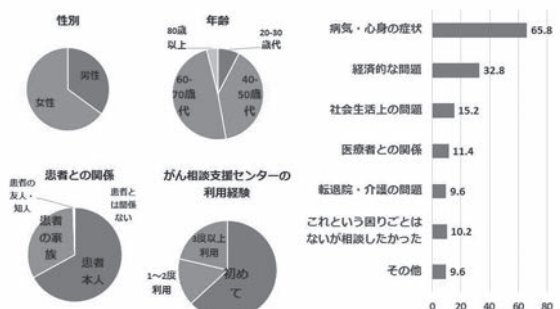
調査方法

- 対象者：調査期間中に16箇所のがん相談支援センターで面接によるがん相談支援センター利用した全数（上限100名）
- 配布と回収：調査票を手渡し、郵送で国立がん研究センター内宛に回収
- 調査期間：2016年1月～4月
- 回収数：685票(回収率62.8%)
- 分析対象：施設別分析については30票以上の施設のみを分析対象
- 調査項目：「がん相談支援センターの目指す姿」※の記述から、13項目の評価項目を作成

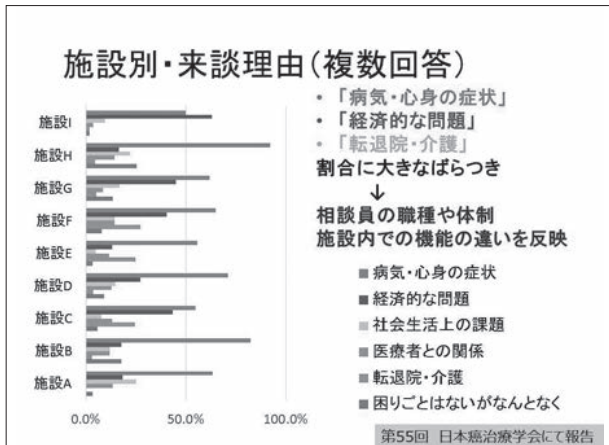
※都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 第5回 情報提供・相談支援部会

第55回 日本癌治療学会にて報告

回答者の属性と来談理由

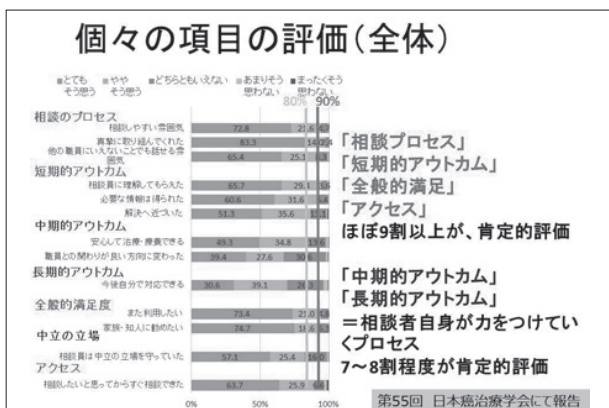


第55回 日本癌治療学会にて報告



ターにご協力いただき、各施設の上限を100票までとして調査票を配りました。調査期間の中で100票に達しなかった施設も多数ありましたが、700票ほどの回収を行い、その中で「相談支援センターの目指す姿」から導き出したアウトカムである13項目を評価いたしました。

回答者の属性は、資料にお示した通りですが(前ページ右下図)、そもそも相談支援センターというのは、いろいろな部門にまたがり、いろいろな特徴を反映するので、何のために相談に来たのかという時点でも、随分ばらつきがありました。

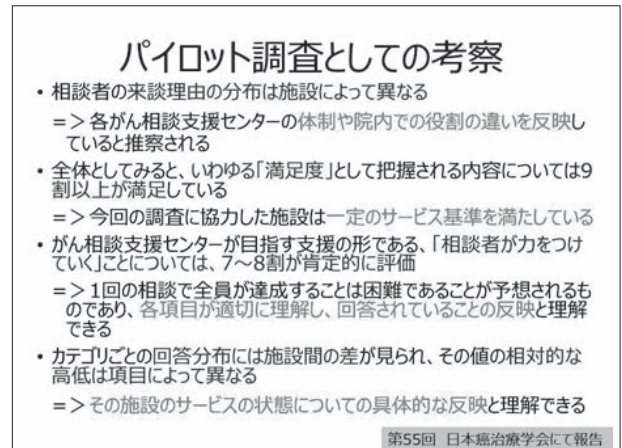
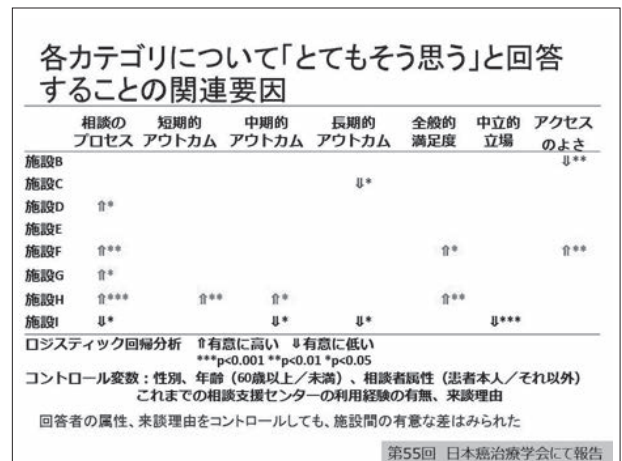


では、どれぐらい満足しているのか、よかったと評価されているのか、という観点で見ますと、全体に「相談のプロセス」、「ちゃんと話を聞いてくれた」、それから「理解してもらえた」、「情報が得られた」、こういった点に関しては、ほぼ9割以上で「とてもよかった」「ややよかった」という肯定的な評価が得られております。また、相談支援センターの場合、実際にはお話しするだけで、そこで何らかの処置をするわけではないですから、問題を解決するためには、その後に必要なアクションを、相談者自身が自分でとれるようになっていなければいけません。相談者自身の力で物事を解決しなければいけないという特質がありますので、実際には、相談者自身がその先に向かうための、恐らく時間がかかるであろう「長期的なアウトカム」もあります。それに関しても7~9割が、「問題解決に向かうことができた」と回答しています。



この結果を見ますと、相談支援センターは概ね、「高く評価されている」「実際に行っているサービスは評価を受けている」というふうに考えられますが、400ある相談支援センターの中には、恐らく「いいところ」「みんなが目指したい、まねしたいと思うところ」と、やはり「何らかの不足があって改善をしなければいけないと感じる部分」もあるのだろうということで、施設間でどのような差があるかということを検討しました。そうすると、項目数は限られていますが、必要な件数をコントロールしても、長期的なアウトカム、中期的なアウトカム、それからアクセスのよさなどを含めて、施設間で値に差がありました。

そういった差があるということは、実際にアウトカム



に関して「一定の感度を持っている」、実際の相談の対応のよさであるとか環境のよさに対して、「改善すればポイントが上がるような指標として活用できる」だろうと考えました。ただ、その値が、ほかの施設に比べて「高い」「低い」というように、単純に比較することはできない側面があります。

そもそも、相談者の来談理由の分布は施設によって異なりますし、体制や役割が違えば、どういう相談を持ち込まれるのかも変わってきます。現実には解決可能なものもあれば、社会制度的な制約があったり、あるいは病気の状態によっては解決できないケースもあります。ですから、全てが相談員の力量によってこのような分布になっているわけではありませんが、何らかの働きかけをしたり、改善を図ったときに利用できる測定指標として、活用できるのではないかと考えました。

パイロット調査結果としてのまとめ

- 本研究は、パイロット調査に協力した、相対的にサービスの質の高い施設の結果
- 患者の体験調査は、結果の活用には支援が必要 (Dacies & Cleary) とされているが、がん相談支援センター利用者調査は、施設や項目により回答分布に差
=> 提供されたサービスに対する利用者のフィードバックとして一定の意義があるものと考えられた。
- 来談理由の分布の差等、個々の施設の状況は様々
=> 単純に施設間比較として用いるべきものではなく、それぞれの現場の状況や経時的な変化と共に個々の結果を考察し、改善に役立てるべきものであると考えられた。

第55回 日本癌治療学会にて報告

結果：ヒアリングからの今後への示唆

- 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」「励みになってほしい」
 - 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への危惧
 - 「今回の結果は、職員とのモチベーションに繋がるかどうかわからない。どうやってその職員のフィードバックするかが課題。ベテランには伝えずに知識で対応できるが、新人が教えてやらないとわからないかという不安がある」と思う
- 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与えられない」
 - 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
 - 「施設特性やがん相談支援センターの体制によって値がバラバラ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か」
- 調査結果を活用し、業務の改善につながる・つなげられる
 - 「とても思う」に対する「やや思う」・・・改善が必要なことがありそう
 - 「やや思う、何かしら足りないところがあるんだろうと思う」
 - 「やや思わない」という回答も出てきた。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与えられない」
 - 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
 - 施設によっては医療者からの紹介の割合が高い、JIC-ネ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認識できていない情報であったことが分かった。

平成29年度がん診療連携拠点病院 PDCAサイクルフォーラム (2018年2月2日) 高山智子氏資料

これが、調査結果のまとめです。

後は、その調査結果を施設の中でどう使うかという問題があります。実際、16の施設にご協力いただきましたが、30票以上回収できた施設に限って、ヒアリングもさせていただきました。相談員の方、それから調査を担当していただいた方にもお話を聞いたのですが、皆さん「『とてもよかった』という相談者からの声がダイレクトに聞けて非常にモチベーションの向上につながった」と言い、「相談支援センターの役割を幹部に示すための重要な資料としても使える」といった好意的な意見が多

数ありました。

一方で、相談員が1人または2人と少ない施設——実際には2人以上必ず配置されているわけですが、ほぼ相談対応を専従の方がしているといった場合には、利用者調査の結果が相談員の評価そのものだという認識で捉えられる危険性、つらさがあるという意見もありました。評価がよかった施設においても、今はベテランの頼れるスタッフが担当しているから、この結果を本人に見せることもできるけれども、仮に若い担当者が来て、うまくいかないケースが幾つも出てきた場合には、この人数では結果を見せられないというふうに、懸念を示された施設もあります。

調査結果の中の具体的な自由記述については、「改善に役立つ」と言われた施設もありますが、一方で「一つの意見を直接、改善に結びつけることは難しい」とも言われ、両論がありました。ただ、患者さんからの直接の声を、「相談員が勝手に書き換えることができない意見」「外に向かって出された客観的な意見」と捉え、施設内に伝えることができる資料として活用し、相談員から見た現場の問題点の改善を図っていくことはできるのではないか、というような意見が聞かれました。

3. 都道府県単位・全国単位でのPDCAサイクルの確保

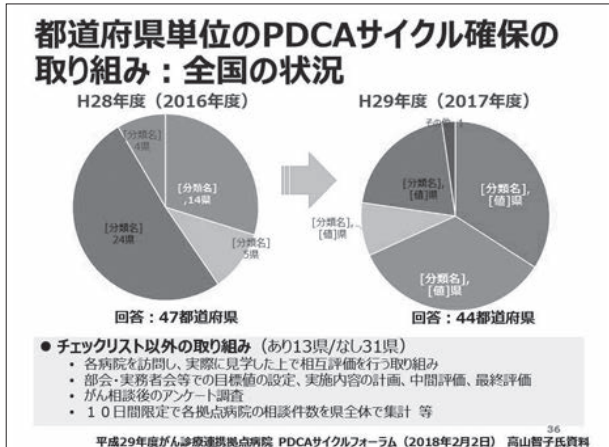
最初のワーキンググループの段階で、この取り組みを施設ごとだけでなく、県内で共通の目標を設定しながら進めていこうということでも合意しています。

がん相談支援センター指標骨子 <目標の整理と対応する指標について>

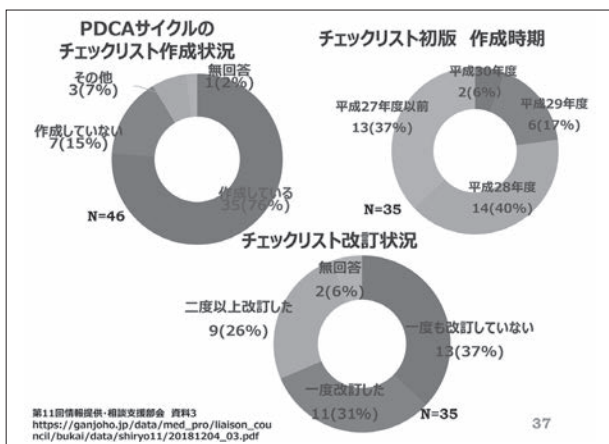
アウトカム		プロセス		測定指標		構造	施策	
最終目標	準最終目標	必要な条件	必要な条件・状態	実施状況の例示	測定関連指標	調査関連	体制	整備指針の内容
困っている患者が減少	相談の場がある	相談の場があると感じる人が増える	その人にとってアクセスしやすい相談場所・相談の入り口がある	・セナでの窓口をわかちあわせ提示した ・セナ外で出張がん相談を行った ・ヒアリングの場をつくった ・・・	院内・院外での相談対応件数	【住民調査】 【患者体験調査】 【患者体験調査】 【患者体験調査】	相談ブース数 プライバシーの保てる部屋数 電話回線数 直通電話の有無 相談員数 ・・・	必ずがん相談支援センターと表記する 相談支援センターについて積極的に周知する ・・・
		相談支援センターの役割を知っている人が増える	多様な相談先がある 複数の相談場所がある	・室内を個別に配布している	担当医から紹介された相談件数	【医療者調査】 【医療者調査】 【医療者調査】	拠点病院であること の広報	①主治医等から、がん患者及びその家族に対し、周知が図れる体制を整備する 35

これは骨子の一部ですが、具体的な指標の例を多数、挙げました。今日の資料には含まれておりませんが、部会の第5回の資料を見ていただければ約40項目ぐらい

を掲載しています。それぞれの項目について、例えば周知活動として「県全体でイベントを行った」など、具体的な活動の例を挙げております。それを都道府県ごとにアレンジしたり、中には独自で構成されているところもあります。そのような指標のリストを各県版でつくって、自分たちのPDCAサイクルを回そうと呼び掛けました。



2016年度の段階では、「約3分の1がチェックリストをつかった」という状況でしたが、そこから1年たって、ほぼ3分の2を超える施設が「チェックリストを作成済み」もしくは「チェックリストによる評価済み」という状況になってきました。さらには、「複数回実施している」とか、「回収を行っている」というように、全国的な展開も進んできております。チェックリストは、本フォーラム前半の部の宮城県のご紹介にもありましたが、あれがまさに相談員の例であり、各県ごとに重点課題を決めながら項目をアレンジして取り組んでおられます。



これは2018年12月の部会の前に、その状況をアンケートで確認したのですが、比較的新しく、去年または今年にできてきた都道府県もありますし、改訂が進んでいる県もごございます。

2018年12月の部会で合意しましたのは、新計画、新整備指針を踏まえたチェックリストの全国版の改訂です。そのもとになる案に関して、再度ワーキンググループで検討しようと考えております。実際に、第3期がん

新整備指針に基づいた、がん相談支援センターPDCA実施状況チェックリストの更新の提案

【背景】

- H29年度に、「がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するWG」への提言を検討するためのワーキンググループで、提言案を作成し、部会として（親会を経て）厚生労働省に提出した
- その中で、がん相談支援センター活動指標を提案したが、整備指針には反映されなかった
- 本部会に先立つ拠点病院向けアンケートにおいては、各都道府県においてチェックリストが策定・更新されている

【提案】

- 全国のがん相談支援センターが共通して取り組むべき方向を確認するため、第5回部会において合意された「がん相談支援センターPDCA実施状況チェックリストの骨子」について、現状と新整備指針を踏まえて、改訂を行っていただく。
- 改訂を行うにあたっては、参考資料として、現状の各都道府県におけるチェックリストを資料として収集し、新整備指針への提言をとりまとめたワーキンググループメンバーに継続して検討を依頼していただく。

第11回情報提供・相談支援部会 資料3
https://ganjoho.jp/data/med_pro/ liaison_council/bukai/data/shiryoy11/20181204_03.pdf

対策推進基本計画ができるとき、それから整備指針ができる段階で、相談支援部会としての意見を取りまとめたいただいたワーキンググループの皆様、再度お集まりいただき、その骨子を再度検討し「次の時代に合った相談支援センターの目標を具体化しよう」というふうを考えているところです。

4. 医療や社会の変化に応じた課題の見える化と取り組みの具体化

「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：2016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：2016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)***
*孤立者・困難な状況(26)、市民への啓発不足・成熟が必要な社会の風潮(20)、患者・家族のケア/情報が必要(19)等
- 2. 社会保険制度上の困難 (48)**
*経済的支援制度の限界(35)、介護保険制度の限界(13)
- 3. 医療体制の変化・ひずみ (91)**
*在宅医療・緩和ケア/病棟・地域資源の不足(27)、現在の医療体制が生み出す患者さんへの困難(17)、医師が十分に対応できない(17)等
- 4. 地域・全国ネットワーク・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)、地域とのネットワーク、他県の情報(8)
- 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)、相談に求めている患者・家族へのアプローチ(20)等
- 6. 院内の機能・立場 (125)**
*支援が必要な人のネットワーク/継続的な相談の仕組みがない(39)、院内他部署・多職種との連携不足(27)、活動が滞っている(25)、人員配置が悪い(17)等
- 7. 対応に苦慮する相談・必要だ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)、他院患者への支援の困難(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/shiryoy8.html

相談支援部会は比較的頻繁に全国アンケートをとっており、都道府県で取りまとめたいただくというよりは、400の拠点病院から直接、回答をいただいています。毎回、だいたい6～7割の施設から回答を寄せていただいているのですが、実際、相談支援センターにみえる患者さんたちからお話を聞く中で、どのような課題があるのかについては随時、調査をしてみました。これは3期の計画が出される前の段階で、相談支援部会として提言をまとめるに当たって行った調査ですが、実際には「孤立している人」「困難な状況にある人」「長期にわたって治

療をしながら生活する人」が増えています。こうした社会変化に沿った支援制度が十分に整っているとは言い切れず、実際にはそこからあふれてしまう患者さんがたくさんいます。そういった社会全体の困り事も、相談員の目を通じて部会の中で共有されてきました。

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

調査実施期間：2016年7月～8月
 調査対象：全国の情報提供・相談支援課の部会 47都道府県より回答
 分類方法：2016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
2. 社会保障制度上の困難 (48)	
3. 医療体制の変化・ひずみ (91)	● 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
4. 地域・全国のネットワーク、機関連携 (42)	
5. アクセスの保障 (122)	
6. 院内の機能・立場 (125)	● 各施設での課題・取り組むべきこと
7. 対応に苦慮する相談・必要だと認めていない活動 (234)	

* ()内の数字は、意見の数

相談支援センターの機能の特徴として、IDのない患者さん、自院の患者さん以外の方からも相談を受けるという特性があります。実際には自分の病院の中だけではどうしようもないこと、県内全体の課題であり都道府県レベルで解決していかないといけない部分があります。もちろん、相談支援センターの中、もしくは施設の中で取り組むべき課題も挙がってきておりますので、随時情報収集しながら、各施設に任せるべきこと、全国で取り組むべきこと、もしくは相談の現場では対応できないので提言として発信していくこと、というふうに分けて対応しているところです。

新整備指針で新たに触れられた役割への対応状況に関するアンケート

調査目的
 ・新整備指針において、拠点病院が取り組むべき事項や相談支援センターの業務が拡充されたことを受け、都道府県や施設内でのがん相談対応体制整備の現状を把握し、部会として取り組むべき方向性について議論を深めるための資料とする。

調査方法
 ・拠点病院メンバーリスト (Kyoten-CISC) にて、WEBアンケートへの協力依頼を行い、2018年9月26日～10月26日にかけてアンケートを実施した。

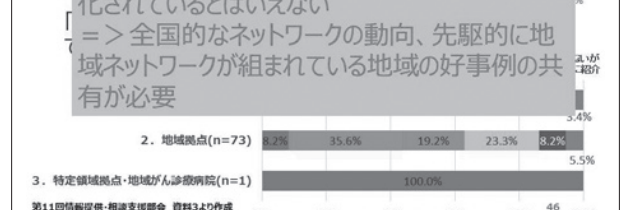
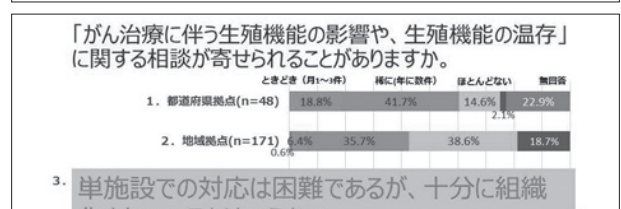
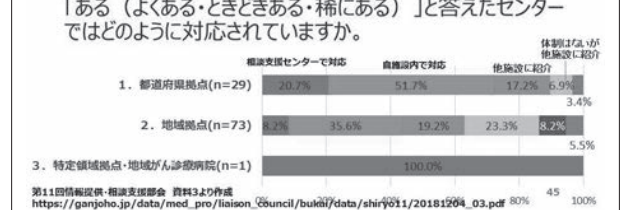
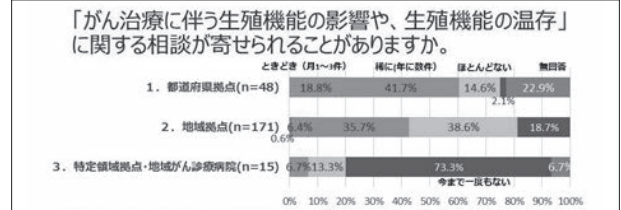
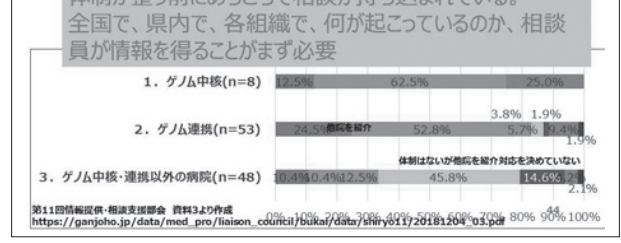
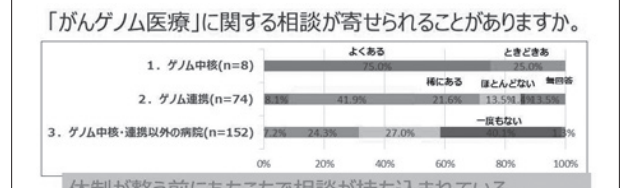
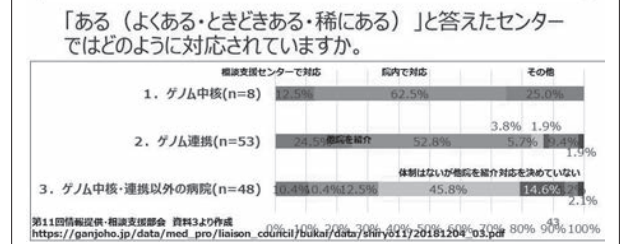
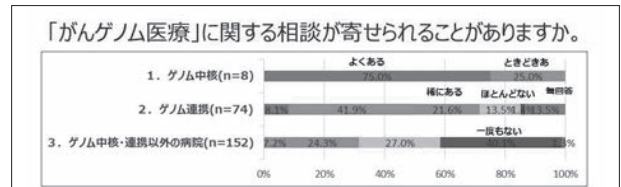
回収率：
 > 都道府県拠点病院：48施設 (94.1%)
 > 地域拠点病院：171施設 (48.8%)
 > 上記以外の病院 (特定領域拠点・地域がん診療)：15施設 (40.5%)

有効回答数：234
 (複数回答、同施設から複数名回答、県指定病院からの回答等無効：7)

第11回情報提供・相談支援部会 資料3
https://ganjoho.jp/data/med_pro/liaison_council/bukai/data/shiryu11/20181204_03.pdf

このほど新整備指針が出た段階で、相談支援センターの役割がまた増えました。最初の段階では、「ア・イ・ウ・エ……」と始まって「キ」まででしたが、第2期で「シ」まで行き、今回「チ」まで増えました。人員は増えませんが、業務がどんどん増えていく中で、「では、何に対する対応に困っているのだろうか」という点について調査をしたのが、この結果です。

やはり、実際に挙げられたのは、ゲノムに関する相談



対応です。ゲノム中核病院では相談が非常によくあるけれども、そうではないところになると非常に少ない。新たに追加された項目の中には、全ての施設で対応するのではなくて、連携して対応すべきものもあります。また、

従来とは違う視点のものも新たに出てきており、例えばゲノム医療であるとか、生殖機能に関する相談、こういったものに関しては、まず「どうやって対応しているかわからない」ということが現状としてありました。それに関しては、好事例を共有しながら、「地域のネットワーク化をどう図っていくか」ということに、今後取り組んでいく必要があるとの認識を、先日の部会で共有したところです。

がん相談支援センターにとってのPDCAサイクル

- がん相談支援センターに持ち込まれる困りごとは、医療や社会の状況・変化を直接反映する
- 時代と共に専門的な情報や支援にも対応することが求められる中で、何が起きているのか、課題を見える化し、情報共有を進めることは欠かせない
- 「がんに関する困りごとの全て」に対応する部門だからこそ、見失いがちな目指す姿は、客観的な指標の設定やそれに向かう具体的な活動の共有が不可欠

「がん相談支援センターにとってのPDCAサイクル」というものを考えますと、最初に申しました通り、相談支援センターは、一番困っているであろう患者さんから直接お話を聞いて、その人たちがきちんと治療が受けられるように、個々の支援を直接されている現場です。そのために、医療や社会の変化をそのまま反映したニーズが上がってくる場所、というふうに考えております。そうした観点から見ますと、相談支援センター自らが解決していくべき課題もあるのですが、施設全体として、もしくは都道府県行政の単位で、相談員の現場から上がってくるニーズに取り組んでいただき、それをPDCAの課題として取り上げていただく必要もあるのではないかと考えております。

これはゲノム医療や生殖医療などの分野で顕著ですが、12年前にはほとんど話題にならなかったような情報や支援が次々と必要になり、それに対して同じ相談支援の現場が対応していくことが求められています。そうした中で何が起きているのか、相談員の方たちも情報を常にアップデートしていかなければなりません。また、大きな病院、ハイボリュームセンターにいらっしゃる方は自然に耳学問のように入ってくる情報も、病床数の小さい病院では必ずしもそうはいかない場合もありますので、情報共有を図っていくことが不可欠です。今何が起きている、そこにどう取り組んでいくべきかという課題を「見える化」するネットワーク機能が、より必要となっていると感じております。

相談対応というのは、何がよかったか、あるいはよくなかったのかが見えにくく、病気が治るとか、患者さん

の生存とか、そういう指標では測れないところがあります。現在は試みの段階で、まだ実現していない部分もありますが、何をすべきなのかを明文化し、それをきちんと測定するということが、現場の負担が増えないように配慮しながら、現場にリターンがあるような形で測定・評価することは重要だと考えております。今も道半ばではありますが、相談支援部会の中で全国のネットワークを生かしながら取り組んでいることを、今後も継続していきたいと考えている次第です。

Q & A

(国立がん研究センター・加藤) 相談支援に関しては、各県、各ブロック単位でも活動していて、本当に、現場は意欲的にいろいろな活動をしております。こういった改善活動も、全国レベルで着々と進んでおりますので、ぜひ情報共有をしていただきたいと思います。

(質問者) 大阪には拠点病院が65あって、いろいろなことに取り組んでおり、中でもがん相談支援センターを一番重視しています。地域がん拠点では、大阪には府指定の病院があり、指定をとるために無理やり設置したようなところが、まだたくさん残ってしまっていて、なかなか病院全体というか、病院のトップの理解が十分に得られていません。マンパワーとかいろいろな面で、そのようなケースが非常に多いという印象です。国立がん研究センターでは、多分、地域連携拠点病院の400施設ぐらいは把握されていると思いますけれど、全国的には、どこの病院も、まあまあ手厚い体制をとって、患者支援に熱心に取り組んでいるという印象を持っておられるでしょうか。

それと、ご紹介のあったアンケートによると、満足度は「まあまあ高い」という結果が出ていました。質問にもよりますが、日本人の場合、ああいったアンケートは「どちらでもない」をニュートラルと捉えるのではなく、「やや」をニュートラル、中心にしたほうがよいのではないのでしょうか。昨年度は「とても」を抽出していたと思いますが、「とても」と「やや」とを一緒にしたら有意差が出たかどうか教えていただきたいので、やはりこういったアンケートでは「とても」を抽出すべきではないかと思いました。これはコメントです。

(八巻) 2点目から先に申し上げますと、傾向としてはほぼ一緒だったと記憶しています。ただ、やはりどうしても、全部に「とても」とつけ切れる人というのは非常に満足されているのだなど、自由回答をあわせて見ても、そういう印象を受けます。おっしゃる通り、結果をフィードバックしたときに施設の皆さんもやはり「『やや』というのは何かが足りないと思ったほうがいいですね」

というふうにおっしゃっておられました。

(質問者) 先生の出された表で、中長期のものは「とても」がやはり非常に少ない。足したら7～8割になるのですが、「やや」のほうが大きくて、短期のほうはほとんどが「とても」で「やや」が少ししかないような傾向があったので、そういうことを少し感じました。

(八巻) 1点目につきましては、恐らく発足時から指摘されていたことで、「相談支援センターの共通の名称を定める」「ロゴを設定する」など、都道府県内の部会としての活動を展開する中で、徐々に理解が得られる施設が増えてきているとは思いますが。確かに、特に都道府県による指定の場合は条件もまちまちですし、きちんとした手当てがあった上で指定されているところもあれば、名前だけの指定になっているようなところもありますので、その格差は依然としてあるように思います。

(質問者) われわれが広報していく先は、病院長とか、病院の経営陣に対してです。中にはおそらく、がんだけをやっている病院と、総合病院でいろいろな診療をやっている病院がありますので、後者の場合、病院長はがん以外が専門の方もおられますし、ほかのこともしなければならぬため、がんばかりに手をかけてはられない、というのが本音の病院もたくさんあります。われわれが訴えかける先についても、やはり上層部のほうに言っていけないといけない。現場に言ってもらちが明かないなど、少し思いました。

(加藤) 現場の皆さんは、本当によく取り組んでおられると思いますので、こういった部会や施設長会などに出ていらっしゃる方々の理解も得ながら、進められたらいいのかなと思いました。

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



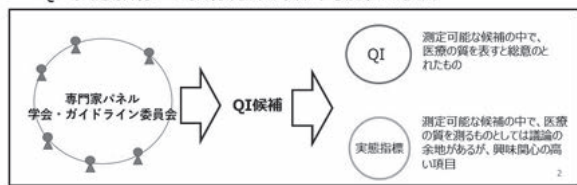
がん医療の均てん化 指標の測定に関する研究 (QI研究 2014年症例)

平成31年1月12日
国立がん研究センターがん対策情報センター
がん臨床情報部
渡邊ともね
tomonwat@ncc.go.jp

私からは、2014年症例のQuality Indicator（以下QI）の結果について報告させていただきます。昨年も同じような内容で発表しておりますので、できるだけ、昨年1年間でどのようなことを行ったかを中心にお話ししたいと思います。

QI研究

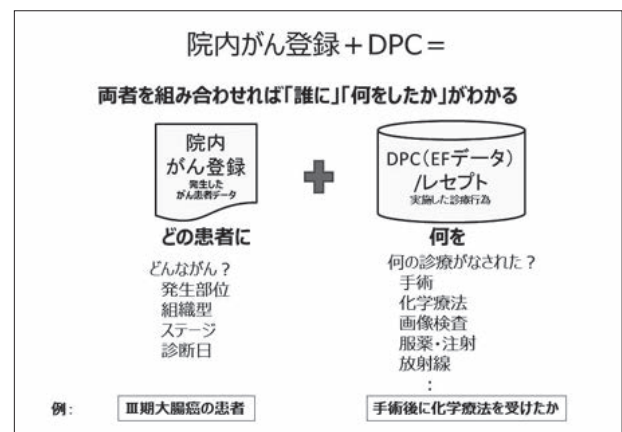
- ・がん医療の均てん化を評価する体勢づくり（2011～測定開始）
- ・QI策定に際しては、専門家によるDelphi変法を用い、ガイドラインに基づいたQI候補の考案と妥当性の検討
- ・QIと実態指標への指標分類、算出可能性の検討



そもそも「QI研究とは何か」というところから、お話しさせていただきます。平成19年に施行された「がん対策基本法」の中で、「均てん化」というのが目標の1つとして挙げられました。その後10年たった時点でも、評価体制すら未整備だったという状況を受けて、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会がん登録部会と国立がん研究センターの研究班が、その評価をしていくことになりました。それがこのQI研究です。

方法としましては、専門の先生方に集まっていただき、まず「QIの候補」というものをつくります。次に、た

くさんある候補の中から先生方が選んだ項目——ガイドラインの中でも「これはやっておくべきだろう」というコンセンサスがとれたものを「QI」として示しています。その下に「実態指標」と書かれているのは、医療の質を測る指標としてはまだ議論の余地があるものの、興味関心の高い項目です。このように2つに分けて決めています。



次に、「どう方法でQIを測るのか」ということですが、これは「院内がん登録」と「DPC」のデータを用いて測っております。院内がん登録は、診療連携拠点病院の指定要件であり、発生したがん患者の基本データが蓄積されています。DPCデータというのは、その中から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2つを組み合わせることにより、「どのような患者さんに、どのような診療が行われたか」ということが、わかるようになります。2つの情報は、「連番」を使って合わせます。例えば、Ⅲ期の大腸がんの患者さんが、術後に化学療法を受けたかどうかということ、データから知ることができるようになります。

QI研究の中で、もう1つ大切にしているプロセスに、「未実施理由の検討」があります。これは臨床上、妥当な理由を実施率に反映しようという試みです。例えば「術後に化学療法を行う」という標準治療があったとしても、腎臓の機能が悪くて行うことができなかった人もいます。その場合、データ上では、どうしても「実施していない」というふうに記録されてしまうのです。そのため、臨床


上妥当な理由も、しっかり実施率に反映させていただこうという試みのもとに、このプロセスがつけられました。

実際には、データを各施設に返却し、各施設にボランティアベースで入力作業をお願いしています。未実施の患者さんがいた場合、このような画面を開いて「どうして未実施なのか?」、その理由を、画面をポチポチしながら答えていただきます。その後は、未実施理由を加味した実施率を画面上で再計算することができます。このようにして各病院で診療を振り返りながら、PDCAサイクルを回していただくことが、この検討の目的です。

未実施理由の検討

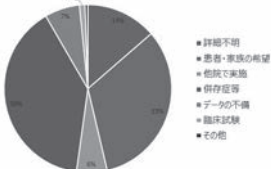
**目的：臨床上の判断を加味する
臨床現場におけるPDCAを回す**

**方法：未実施症例にたいし、各施設で理由を記入してもらい
その後、未実施理由を加味した実施率を再計算**



未実施理由を加味した実施率計算例

大腸癌QI：標準実施54% → 46%が未実施
68施設が931例について理由の調査に参加



● 詳細不明
 ● 患者・家族の希望
 ● 施設で実施
 ● 併存症等
 ● データの不備
 ● 臨床試験
 ● その他

データ上標準実施=54% 標準未実施=46%
 臨床上の妥当な理由報告 詳細不明
 46%×0.86 = 39.6% 46%×0.14 = 6.4%

54% + 39.6% = 93.6% が標準が考慮された治療選択

実際の未実施理由の計算方法ですが、例えば測定されたQIのうち大腸がんの項目については、2014年症例で69施設に未実施理由のデータを出していただきました。これらの未実施理由のうち、妥当なものは「実施した」と同じとみなします。大腸がんの場合は、未実施の46%のうち39.6%を「临床上妥当な理由」として、一番下の四角の中の方法で計算をし、標準治療が考慮された治療の選択がなされたということで、「実施」とさせていただいております。最後の詳細不明のところ、未実施の理由自体が不明なところだけは、本当に実施されなかったものとして計算しております。

そしてこちらが、2014年の結果です。2014年の参加施設は前年の2013年より増えており、297施設から424施設になりました。これは対象施設を拠点病院から

2014年症例の結果概要

参加施設

- 全国の自主参加施設 424施設において一定の標準診療実施率を集計、返却
- 69施設から任意で「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 (考慮の上非実施を含む)


県推薦にまで広げたことも理由の1つです。さらに、協力していただいた69施設からは、データ上の未実施の理由について収集いたしました。結果は後でお見せしますが、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っています。また、未実施の中の「妥当な理由がある」割合は相当数あり、それを加味すると、ほとんどのQIで90%以上の実施率となっております。

参加施設属性

		2014年
QI研究参加施設 (合計)		424 施設
病院属性	都道府県がん診療連携拠点病院	42 施設
	うち大学病院	21 施設
	うち全がん協加盟病院	20 施設
	地域がん診療連携拠点病院	242 施設
	うち大学病院	44 施設
	うち全がん協加盟病院	8 施設
	地域がん診療病院	9 施設
	その他	131 施設
	がん診療連携拠点病院の参加率	

参加施設の属性は、このようになっています。先ほど申しましたように、前年の297施設から増えて424施設となり、県推薦が多く加わりました。当時の診療連携拠点病院のうち67%が参加しています。拠点病院の参加率は毎年、ほとんど変わらない数字になってきています。これは、参加施設数と対象症例数の変化を図にしたも

ちなみに… QI参加施設・対象症例数の変化



■ 地域がん診療病院
 ■ 都道府県推薦病院
 ■ 都道府県がん診療連携拠点病院
 ■ 地域がん診療連携拠点病院

- 都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院の参加には大きな変化はなかったが、都道府県推薦病院の参加が大幅に増加
- 2014年症例において都道府県がん診療連携拠点病院の参加が無かった都道府県は石川県、愛知県、三重県、京都府、長崎県、熊本県、鹿児島県であった

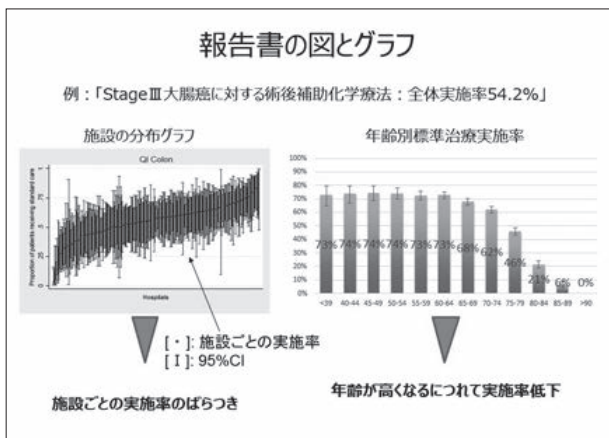
のですが、2013年の参加施設297のうち、90%の279施設は2014年にも当然、参加していただきました。県内の全ての拠点病院が参加して下さったのは宮城県、福井県、長野県、岡山県、香川県、佐賀県、宮崎県です。

患者属性		
	2014年症例	
	全がん	5がん
N	565,503	230,875
平均年齢 (SD)	67.1 (14.2)	68.5 (12.1)
性別, 男性 (%)	314,073 (55.5)	123,757 (53.6)
ステージ, n (%)		
0	52,027 (9.2)	22,964 (9.9)
I	172,326 (30.5)	88,518 (38.3)
II	83,084 (14.7)	40,452 (17.5)
III	72,918 (12.9)	35,449 (15.4)
IV	97,295 (17.2)	40,769 (17.7)
不明	87,853 (15.5)	2,723 (1.2)

これは、患者の属性です。56万人の患者データについて解析させていただきました。平均年齢67.1歳です。

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: 424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)	54.2% 93.6%
	cStageI~II非小細胞肺癌への手術切除または定位放射線治療	88.7% 99.5%
肺癌	の進行 pStageI~IIIA非小細胞肺癌への術後化学療法(プラチナ製剤を含む)	44.1% 92.7%
	70歳以下の乳房温存術後の放射線療法(術後180日以内)	74.5% 91.6%
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	35.7% 66.6%
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)	68.0% 98.1%
肝癌	初回肝切除例へのICG15分の測定	90.9% 95.2%
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、ドキサメタタン、フルピダント)	76.3% 78.4%
	外来麻薬開始時の緩下剤処方	64.7% 84.1%

この表の一番右側には未実施理由を加味した実施率が書いてあり、その左側には、データ上の実施率が記載されています。見ての通り、未実施理由を加味すると、ほとんどが実施率90%以上になります。毎年、「制吐剤の3剤同時投与」と、乳がんの「術後再発リスクへの放射線療法」は90%には届かないのですが、未実施理由で内容を見ていくという対応をとっています。



報告書も作成しており、図やグラフも載せています(左下図)。左側のグラフは、ステージⅢの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て、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おり、各点の上下に伸びているのは95%信頼区間で、数が多いほど、この幅が狭くなっています。このグラフから、施設ごとの実施率にどれくらいばらつきがあるかがわかります。右側は、年齢ごとの実施率のグラフです。これは「化学療法を実施したかどうか」という術後化学療法のQIですので、やはり年齢が高くなるにつれて少し実施率が下がる傾向が見られます。

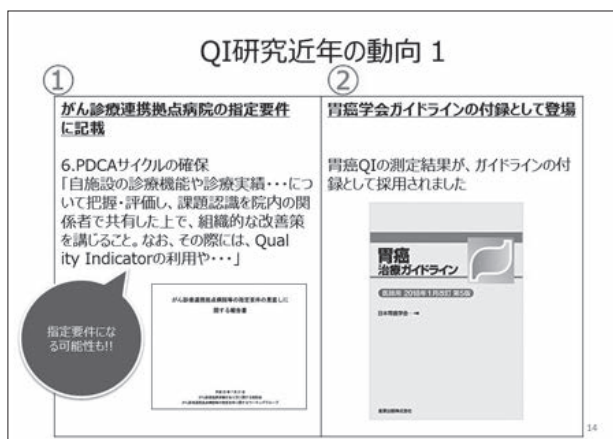


2013年と2014年の結果を比較したグラフも作成してみました。これは中核・拠点病院のみの実施率をグラフにしたもので、13年と14年の値はほとんど変わりありませんが、ずっと並べていったときに、少しずつよくなっているといいなと思っています。下がっているところは、ほとんどありません。

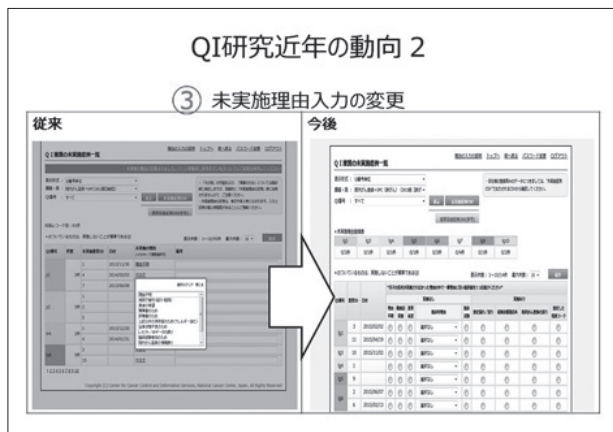
2015年症例解析結果速報			
がん	QI	424施設	436施設
		2014	2015
大腸癌	pStageIIIの大腸癌への術後化学療法(8週以内)	54.2%	54.3%
	cStageI~II非小細胞肺癌への手術切除または定位放射線治療	88.7%	88.6%
肺癌	の進行 pStageI~IIIA非小細胞肺癌への術後化学療法(プラチナ製剤を含む)	44.1%	44.2%
	70歳以下の乳房温存術後の放射線療法(術後180日以内)	74.5%	75.2%
乳癌	乳房切除後・再発ハイリスク(T3以上N0を除く、または4個以上リンパ節転移)への放射線療法	35.7%	40.8%
胃癌	pStageII~III胃癌へのS1術後化学療法(術後6週間以内の退院例)	68.0%	68.5%
肝癌	初回肝切除例へのICG15分の測定	90.9%	中止
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、ドキサメタタン、フルピダント)	76.3%	解析中
	外来麻薬開始時の緩下剤処方	64.7%	61.6%

これは2015年の速報です。最近、公開した一番新しいデータで、2015年症例を使い、その結果を表したものです。実施率が経年的に見て100%に近い肝がんは、すでに測定を中止しており、残りのいくつかのQIについて2015年の値を出しています。ずっと実施率が低かった乳がんの「術後再発リスクへの放射線療法」が、すぐ上がっていて、今、原因を解析しているところです。

その他の項目の実施率は、ほとんど差がない状態になっております。



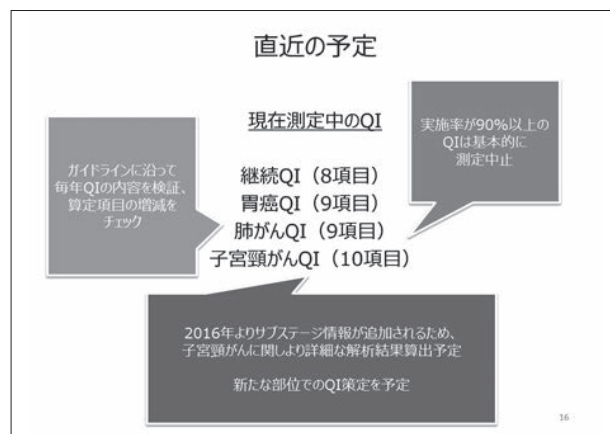
ここまでは2014年と2015年のQIの速報をお伝えしましたが、ここからは、去年1年間でどのようなことを行ったか、また、新しい動きなどについてもご紹介します。まず1つ目は、QI研究が、がん診療連携拠点病院の指定要件に記載されたことです。このように、「自施設の診療機能や診療実態……について把握・評価し、課題認識を院内の関係者で共有した上で、組織的な改善策を講じること。なお、その際には、Quality Indicatorの利用や……」という文言を入れていただいております。今後は、QIの利用が指定要件になるかもしれません。2つ目は、胃癌学会のガイドラインの付録に、胃がんのQIの測定結果を入れていただいたことです。



私たちが一番、力を入れて取り組んできたのが、未実施理由の収集方法の改善です。従来のECDは、左のような画面上で入力していただいたのですが、担当される方の職種はさまざま、医療者の方も、また、そうでない方もおられます。やはり少し、画面がわかりにくい部分もありましたし、「未実施理由とは何か」というのが、やや伝わりづらい部分がありました。例えば、「どうして実施しなかったのか」という理由を聞いているのに、「2週間後には実施しています」という答えが返ってきた場合、「どうして2週間後に実施したのか」を再度、確認

していただかなければなりません。そうしたズレが生じることで、病院の方々に手間をとらせてしまっていました。そのような反省点を踏まえて、2015年からは画面をがらりと変え、大分、視覚的にわかりやすくいたしました。未実施理由も、実施が本当に「あったのか」「なかったのか」をまず分けさせていただき、「データ上に算定し忘れてしまった」ことが理由なのか、それとも「本当に何か臨床的な理由があったのか」、その点を加味しながら入れていただけるようにしています。今年からのスタートですので、これからどうなるか、経過を見ながら改善をしていきたいと考えています。今後はご希望に応じて、入力の方法などを個別にインストラクションさせていただければと思います。

以上の3点が、昨年1年間で従来と大きく変わったところ です。



直近の予定としましては、まず、たくさんある算定項目について、内容の検証を行います。やはり、診療内容やガイドラインは毎年、改訂されて変わっていきますので、そのQIの内容がまだ妥当なのかということも、毎年しっかり検討していかなければなりません。それから、先ほど、「肝がんのQIはずっと100%に近かったので中止させていただいた」と申しましたが、実施率90%以上のQIは基本的に測定中止とさせていただき、毎年しっかりアップデートされた内容のQIを測定していけるよう努力してまいります。

また、2016年の院内がん登録より、サブステージ情報が追加されることになっています。例えば、子宮頸がんなどは今までサブステージがなかったために、どうしてもⅡ期とかⅢ期といった段階で止まってしまっていたのですが、もう少し細かい分類に分けて見ていくことができるようになります。そのほか、新たな部位でのQIの策定も具体的な検討が進んでいるところです。

最後になりますが、院内がん登録とDPCデータの解釈の注意点として、大きく上の2点を挙げさせていただきます(次ページ左上図)。1つは、今のデータ上、例

院内がん登録+DPCデータ：解釈の注意点

他院での診療がデータでカバーされない

- がん登録をした施設での診療、さらに研究に参加した施設の情報がわからないため、結果に偏りがある可能性

標準診療を行わない正当な理由（臨床判断）の可能性

- 全身状態、高齢、腎機能、転院、患者希望

未実施理由の妥当性の検証

- 未実施理由の入力内容が正しいか検証が必要

例えば患者さんが放射線治療だけを受けにほかの病院にかかるなど病院間を移動してしまった場合には、どうしても連結して同じ患者さんと認識させることができないため、他院での診療がカバーできなくなることです。ですから、「この病院で実施されなかった」からといっても、必ずしも「この人には、この治療が行われなかった」というわけではなく、もしかしたら、ほかの病院で実施されているかもしれません。その部分を、未実施理由の収集でカバーしていこうとしております。

それから、臨床現場ではどうしても、正当な理由で標準診療を行わない「臨床上の判断」というものが生じることがあります。データはそれを一律に「実施していない」と認識してしまうので、その点をしっかり未実施理由でカバーしていただけたらと願っております。やはり、先ほど申しましたように、未実施理由の内容の検証が必要です。

結語

診療提供
QIの結果、未実施理由の検討
必要時、診療提供の見直し
よりよい診療提供の計画

- 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

このような見解を踏まえまして、未実施理由に基づいたPDCAの検討を、ぜひ促進していただけたらと考えております。また、このような仕組みを制度化して、診療実態をモニターしていくことが必要であると考えています。今後は、測定募集施設の拡大や測定項目の拡大、臓器の拡大なども検討しております。

Q & A

（国立がん研究センター・加藤） 各病院で今、こういったQI活動に取り組みつつあると思いますが、もし都道府県単位でこのQIの指標を使っていこうということになった場合は、どのような使い方をしたらよいでしょうか。アドバイスをいただけたらと思います。

（国立がん研究センター・東） QI研究を一緒にやっております国立がん研究センターの東（尚弘）です。もし、都道府県単位で使っていただけたらしたら、ぜひお互いの施設の結果を見ていただきたいと思います。ただ見るだけではなくて、やはり先ほどのお話にあったように、「なぜそのQIが実施されなかったのか」という部分の集計も見ていただいて、できれば症例検討のような形で、それを使っていただきたいと思います。この症例について、例えば「腎臓が悪い」という理由が挙げられているけれども、それをみんなが見たときに、「この人はちょっと腎臓が悪いから化学療法はやめておこう」となっていくのか、それとも「そのぐらいなら多少ドーズを下げればできるのではないか」ということになるのか。そういった点を症例検討していただけると、恐らく、ある患者さんが受ける治療が病院によって違うというような状況が解消されて、真の「均てん化」が図れるのではないかと思います。

その際に、どうしても意見が分かれるようであれば、やはり臨床試験を行わなければならない、ということになると思います。それが本当の医療の発展につながるというふうに、我々は信じてやっていますので、ぜひその検討の場に、これを使ってください。もし、県で検討するから追加の解析が必要だというようなリクエストがあれば、われわれのできる範囲で、できるだけその要望に応えたいと考えておりますので、ぜひご活用ほどよろしく申し上げます。

（加藤） 県内の全ての拠点病院が参加しているということもありますし、「このように活用した」というような報告などをいただけたらと思いますので、ぜひよろしくお願いたします。

ので、詳しく実情がわかるということで、非常に重宝しております。このように質問項目なども用意されていて、担当施設がスコアリングすることになっています（前ページ右下図。訪問先は伏せています）。

相互訪問調査結果

- すべての拠点病院で標準治療が実践されていた。
- 緩和ケアチーム・相談支援活動は、看護師・MSWを中心として全ての拠点病院で取り組まれていた。しかし施設間格差がある項目もあり、必要なサービスが患者に行き届いていない可能性も指摘された。
- がん登録はすべての拠点病院で充実していた。
- 様々な質改善活動（PDCA活動）が行われていた。

**本調査は多大なパワーを要する！
毎年は無理**

スコアリングした後は、「実際に改善したかどうか」を確認する活動もしています。その意味では、ピアレビューというのは本当に「PDCA活動の中心」と言ってもよい活動だと思っています。とはいえ、多大なパワーを要するため「毎年は無理」という結論が出ております。前回、行ったのは4年前ですから、そろそろ次の訪問をしなければいけない時期になっています。

**【ベンチマークデータ】
・基本的なデータ**

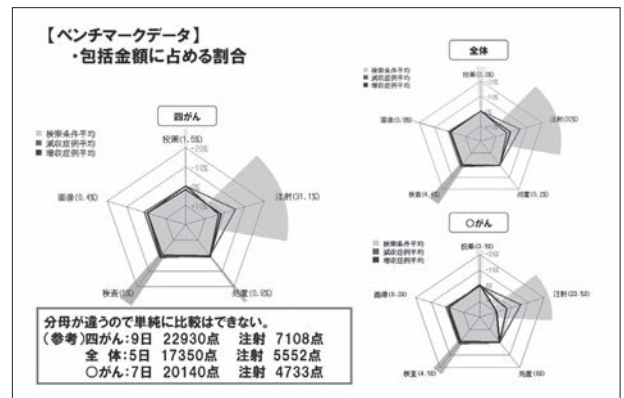
がんセンターグループ
実名でベンチマークデータを公開。

期間：2014年10月～2015年9月
 パス：ドセタキセル、FEC/EC、TC療法
 DPC：090010xx99x40x (n=175)
 DPC名：乳癌の悪性腫瘍 手術なし
 ドセタキセル、パクリタキセル、ゲムシタピンなど
 点数：1日 10609点 4日 1782点 9日 1395点

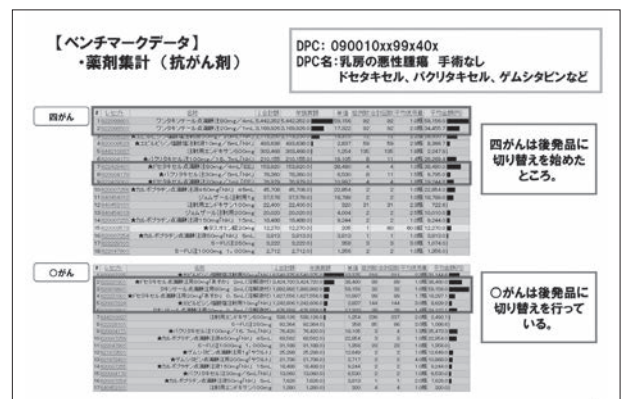
	四国がん 全体	四国がん ドセタキセル	四国がん FEC/EC	四国がん TC療法	245施設 全体	〇がん
症例数	175	29	87	63	3300	337
平均年齢	51.8	47.7	53.7	49.3	56.6	54.2
在院日数 平均	8.8	8.6	8.4	8.3	5.3	7
在院日数 中央値	9	9	9	9	3	7
在院日数 範囲	2-37	4-16	2-16	3-14	1-111	3-35
療養日数	--	--	--	--	--	--
療養日数	--	--	--	--	--	--
対出来高 増収割合	38.3%	17.2%	58.2%	22.2%	67.9%	73.3%
期間II 割合	9.1%	10.3%	10.4%	7.9%	60.7%	5.9%

やはり、何とか「医療の質を改善する」努力をしなければなりません。実は、先ほど言いましたように、クリニカルパスを利用して「われわれはどのような診療を行っているのか」という実態を見ています。例えば、乳がんの化学療法パスに基づいた診療内容については、がんセンターグループの「ベンチマークデータ」があります。それを利用して、「当院が行っているいろいろな抗がん剤治療のデータ」と「がんセンターグループ245施設のデータ」、それから「当院と同等規模で非常に先進的ながんセンターのデータ」の3者を比較してみたところ、「平均在院日数」については、当院のほうが先進施設に比べてはるかに長い設定でした。さらに問題なのは「対出来高・増収割合」で、実は化学療法を実施したときの収入を指標にしますと、ほかの病院に比べて、われわれは増収割合が非常に少ないことがわかりました。

これは非常にショッキングなデータであったため、リーダーチャートを用いて、詳しく分析してみました。

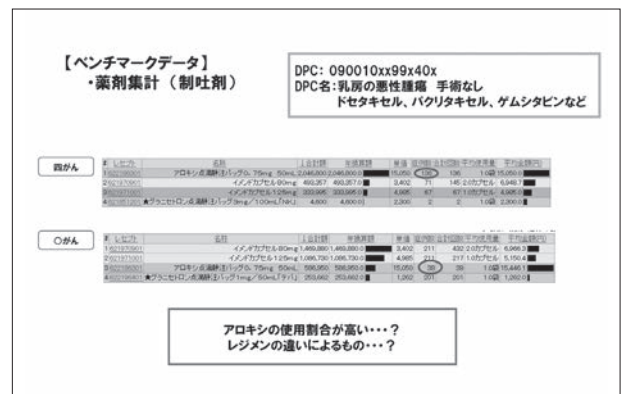


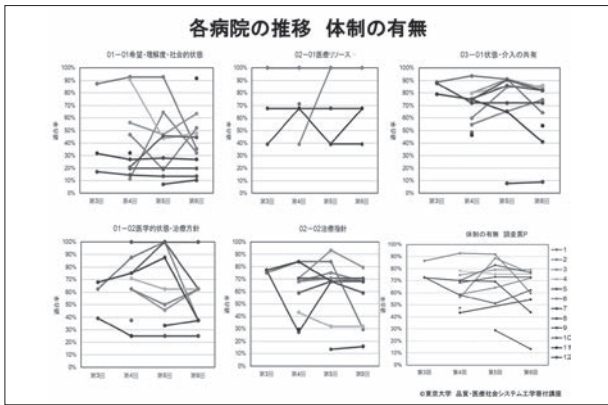
化学療法の入院の診療内容を、このよう五角形に分けてみますと、当院は注射の占める場合が高く、ほかの病院と比較して点数が非常に高めに設定されていました。DPCですから、当然、その分だけ収益を圧迫することになります。こういった形でクリニカルパスを見るだけでも、多くのベンチマークデータが集まります。



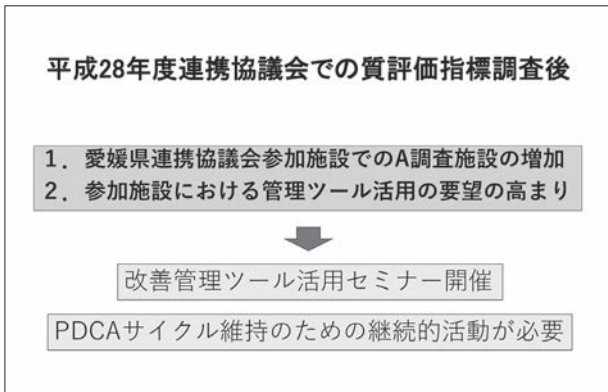
また、四国がんセンターは抗がん剤を後発品に切り替えるのが遅かったのですが、この先進的ながんセンターは後発品への切り替えを積極的に行っており、要するに「DPCの差益を稼いでいた」ということがよくわかりました。われわれも、そこを見習わなければいけない、ということになりました。

これは、制吐剤の使い方を示すデータです。アロキシ

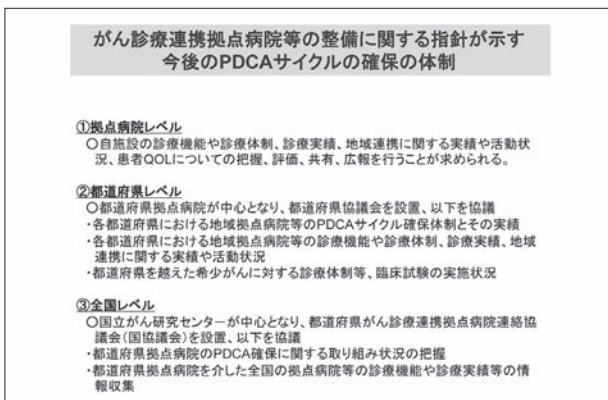




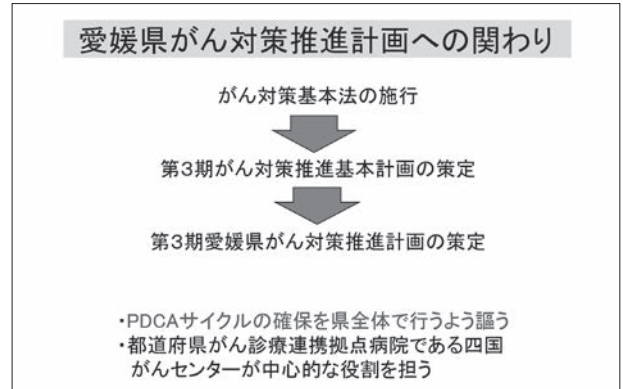
移を、項目ごとに比較したものです。3回目や4回目から参加している施設もありますが、5回目、6回目と進むにつれて数がそろってきて、全体的に見ると少し右肩上がりになっているように見えます。中には適合率が落ちている施設もありますが、そういった点をみんなで評価し合いながら、「診療体制をどのようにしていくか」「これから先どう改善していくか」について、もう少し、私たちもアプローチしていきたいと思っています。単に数字を出して、「皆さん、改善管理ツールを使いましょう」と呼びかけても、それだけではうまくいきません。PDCA体制については、やはり日ごろから、連携協議会全体で考えてもらわなければいけないと思っています。



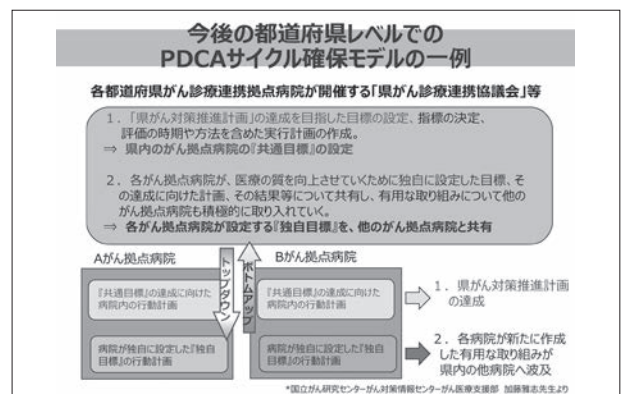
PDCAサイクル維持のための継続的な活動が必要だということがわかりましたので、改善管理ツールの活用と同時に、こういった活動をしていこうということになっています。



これは国立がん研究センターの加藤先生からいただいたスライドですが(左下図)、都道府県レベルでもやはり、PDCAサイクル確保の体制整備に取り組む必要があると思っています。われわれも、愛媛県全体でこういった体制づくりを推進していきます。

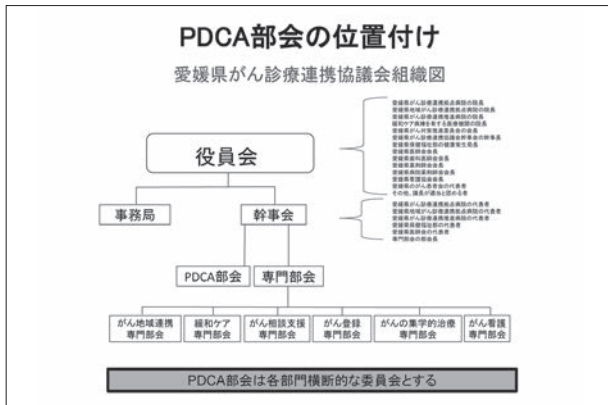


愛媛県の「第3期がん対策推進基本計画」を策定するときに、策定委員である当院の谷水院長に「愛媛県のPDCAサイクルの確保を、ぜひこの計画に入れてください」というお願いをして、それが無事に入りました。そして、「われわれが中心となってPDCAサイクルを確保し、回していきましょう」ということになりました。



これも加藤先生からいただいたスライドです。「PDCAサイクル確保モデル」の一例ですが、各病院の取り組み方法にはトップダウンとボトムアップの2通りがあります。恐らくトップダウンが一番簡単だと思うのですが、われわれが考えたのは、やはり各施設みんなにPDCA活動の意義をわかっていただき、「自分たちはこういった指標でやっているけれど、みんなはどうですか?」というように、「全体に関心を持たなければいけない」のではないかとことです。主にトップダウンを進めていくけれども、ボトムアップの道も生かしたいということ、ずっと考えておりました。

これは、愛媛県の連携協議会の組織図です(次ページ左上図)。「がん地域連携」「緩和ケア」「がん相談支援」「がん登録」「がんの集学的治療」「がん看護」の各専門部会が、すでにできております。「PDCA部会」がこの専門

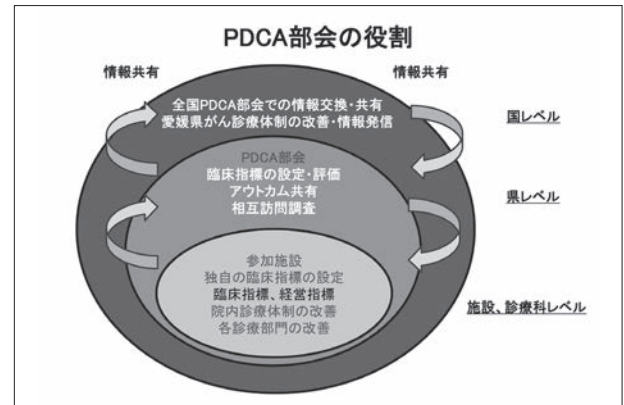


部会を束ねる「幹事会」の下に位置付けられ、部門横断的な組織になりました。2018年7月の協議会でPDCA部会の承認が得られましたので、いよいよ本格的に動かなければいけないと考えているところです。

実際に、各専門部会でそれぞれPDCA活動を行っており、例えば私は、「がんの集学的治療専門部会」の部会長を務めています。先ほどお話がありましたように、抗がん剤の曝露対策も愛媛県全体で改善していきましようということになり、県全体で曝露の調査を始めております。2週間後には2回目の実態調査が終わり、1回目の調査後に立てた対策のアウトカムがどうだったかについて、検討させてもらっております。

そしてもう1つが、「がんの化学療法」の実態調査です。私は化学療法科の医長でもあり、通院治療室を専門に担当しておりますが、通院治療室の実態把握というのが、やはりなかなか難しい。人手が足りず、みんながハードワークしなければならない状況で、非常にリスクな部門なのです。実は、実態調査でアンケートをとっても「リアルな言葉」がなかなか得られなかったのですが、集学的治療の専門部会で看護師さんが自発的にアンケートをとるようになってからは、「現実はどうなのか」「仕事は何時間やっているのか」「お弁当の時間は何分か」といった細かい内容まで記述してもらい、本当にリアルな実態を把握しようと努めています。このような取り組みを、PDCAを回すことの一環として始めております。

今までは各部門でいろいろと、PDCAを回す活動を行っていたのですが、それを少し統合して、みんなで情報共有をしていきましょう、ということになっています。PDCA部会をつくるに当たっては、どのようなことを目標にしたらよいかを話し合いました。部会としましては「臨床指標の設定・評価」「アウトカムの共有」「相互訪問調査」を通して情報共有し、県全体でもレベルアップを目指すことになっています。と同時に、参加施設それぞれにおいても「各診療部門の改善」「院内診療体制の改善」を目指していただきます。県内には、がんセンターばかりでなく、総合病院もありますので、皆さんが



PDCA活動に関心を持っていただけるような独自の「臨床指標・経営指標」を設定してもよい、という話もしております。「われわれは、このような指標を設定した」「このように改善活動を行った」ということをみんなで話し合い、「それはうちもやってみたい」という話になったら、どんどんそういった取り組みが広がっていく。それこそがボトムアップだと思います。体制の有無等の指標も確かに重要ではありますが、そのような形で、みんながモチベーションを持ってやっていけるような部会にしていきたいと思っています。

がん登録部会QI研究(東班)

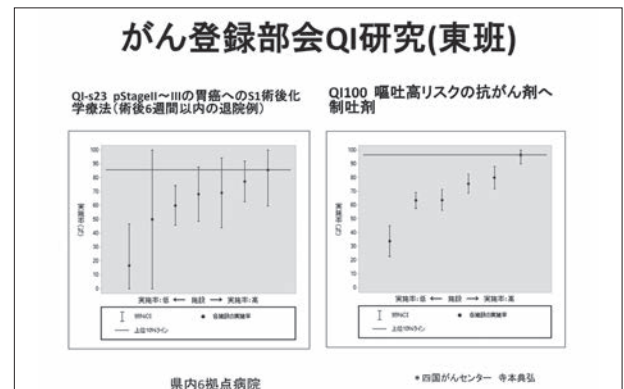
概略

- 都道府県がん診療連携拠点病院協議会がん登録部会の研究
 - 主体: 国立がん情報センター
- 院内がん登録とDPCデータを連結し、DPCの苦手ながん情報の正確性と院内がん登録に乏しい治療情報を補い合う

特徴・短所

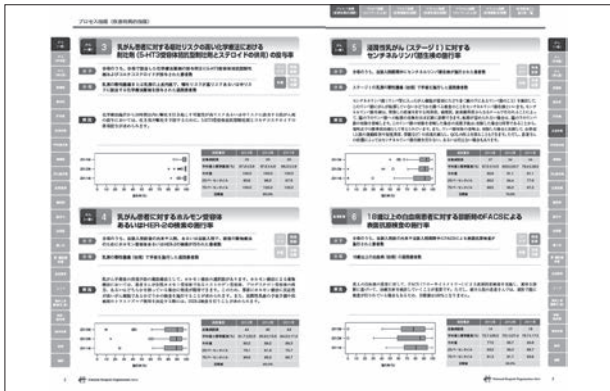
- 時間がかかる (データが古い) 現在2016年収集開始前
- 愛媛県の全施設が参加しているわけではない
- インパクトが強い
 - がん診療の質を冷徹に表すものに見えるため、協議会として横並びに提示するには、『生存率』以上の慎重性がある。
 - DPC部分の制限のため、解釈するにはfeedbackが必要=手間がかかる
 - 不実施の理由が、他院での治療や治験などの場合、QIが低くなる
- 協議会の事業として実施するには、今年度分(現在募集中)以後で行う必要がある

* 四国がんセンター 寺本真弘

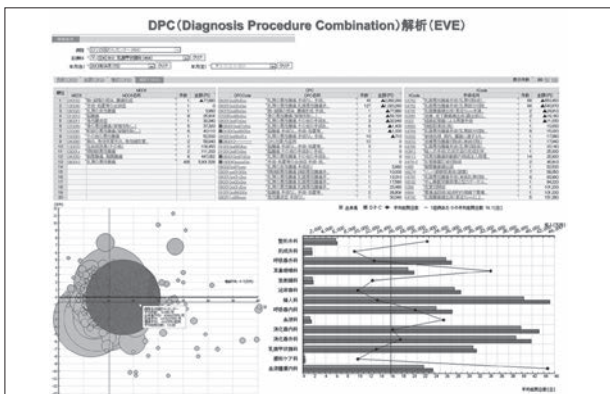


これは国立がん研究センター・東先生のQI研究です。すでに愛媛県のがん登録専門部会において実際に行っており、それをPDCA部会の中でも共有していて、非常にクリアカットでインパクトの強いデータが出ております。先ほどのお話にもありましたが、その解釈につきましては、未実施の理由なども含めて、慎重に行っています。DPCデータと登録データですから、算定に少し時間が

かかる場合があります。実はもう、「胃がんのステージⅡ～ⅢにおけるS1術後化学療法」と、「嘔吐高リスクの抗がん剤への制吐剤使用」については、このように県内の拠点病院における実態がわかっております。こういったデータは、すでに登録部会でも共有しております。



これはNHOの臨床評価指標の一部です。例えば、乳がん患者に対するホルモン受容体やHER-2の検索施行率など、実際の臨床において非常に有用かつ簡単な指標を共有したいと考えています。われわれの施設でも、この本橋先生の研究に参加して、いろいろな指標を設定させていただいたり、意見交換を行ったりしております。「これは面白い」というデータがあれば、ぜひ、愛媛県でやらせてもらえればと思っております。



これはDPCデータ分析システム「EVE」による解析結果です。このEVE解析によって、実際にどのような診療が行われているかということが、わかるわけです。こういった形で、簡単に、DPCデータから診療内容の指標を出すことができます。これらも含め、いろいろな指標をみんなで共有しながら、PDCA活動を行っていただければと考えています。要するに、自分たちの診療で、どのようなことが行われているのか、「診療を振り返る文化」みたいなものができればいいのかなと、われわれは思っております。

臨床指標測定の可能性について、このような形でまとめてみました。非常に簡単で実施可能性が高く、比較できて、先ほど述べたようなクリニカルパスとの併用や、

臨床指標測定の可能性

- * 診療内容の質の直接評価が可能
- * 診療過程に直接介入が可能
- * 反復収集が容易なため実施可能性が高い
- * 施設間比較が可能
- * 管理ツール、教育ツール、コミュニケーションツールに利用が可能
- * クリニカルパスとの併用も可能
- * 医療安全指標としてリスクマネジメントへ応用が可能

リスクマネジメントへの応用もできるのではないかと。このように可能性があるわけですから、そういった指標を駆使しながら、みんなでやっつけていこうという体制になっております。

今後のプラン

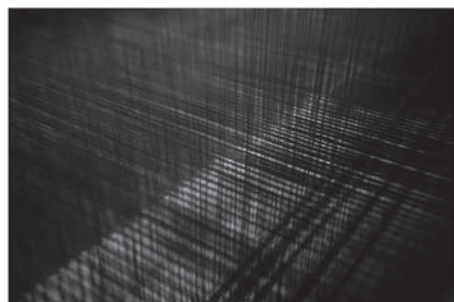
愛媛県がん診療連携協議会においてPDCA委員会を設立

- ・ 質評価指標調査(水流班)の実施、改善ツールの活用を継続する。
- ・ DPCデータを活用した簡易で継続調査可能な指標を開発・共有する。
- ・ 相互訪問監査活動は継続する。
- ・ 各病院間で指標に基づく改善過程を共有し、PDCAサイクルを維持する。

これは、今後のプランです。相互訪問調査は継続しますが、いろいろな指標、改善ツール等を活用した調査も、ぜひ、みんなで共有していきたいと思っております。各病院間で、指標に基づく改善過程を共有することによって、PDCAサイクルがどんどん回っていくのではないかと。具体的な活動としては、先ほどお話しした水流先生の指標や東先生の指標などがあるわけですが、さらにいろいろな指標を使って、いろいろな見方をしていくということが、やはり必要なのではないかと思っております。

診療を、縦糸と横糸のマトリックスのような見方で見ていくことが、非常に重要なのではないかと。1つの指標だけでは偏らない見方で、診療全体を見直していきたいと思っております。

ご清聴有難うございました



Q & A

(国立がん研究センター・加藤) 本当にさまざまなツールができていく中で、そういったものをうまく組み合わせることで実際の現場の改善につなげられたらと思います、愛媛県の先進的な取り組みについてご紹介いただきました。

できるだけ簡便で簡易な指標をと、いろいろな指標を使っておられますが、多くなればなるほど、やはり皆さん大変だと思います。県内にはいろいろな施設があり、状況もさまざまだと思いますが、いかがでしょうか。

(青儀) やはり基本としては、水流先生と東先生の指標が今、実際に使われていますので、それをまず使いながら、ほかにも関心の高いものを取り入れています。例えば、先ほどお話した抗がん剤の曝露の現状については、みんなで共有しているデータもありますし、そういうものを1つの指標にするのもいいのかなと思っています。

やはり、みんながモチベーションを保てるような仕組みづくりが大切です。上からの押し付けにならないように、みんなが一緒になってできるような形にしていければと思っています。われわれが少しずつサンプルをプレゼンテーションしながら、みんなにイエスと言ってもらってからやっていただくという形にできないかなと思っています。

(加藤) いかがでしょうか。ぜひ参考にさせていただければと思います。やはり、現場の皆さんに関心を持ってやってもらえるようなもの、そういったテーマを扱いながら県全体でも取り組んでいくということが重要だと思います。

閉会挨拶

国立がん研究センター 加藤 雅志

本日は、年始のお忙しい中、皆さまには全都道府県からお集まりいただきありがとうございました。PDCAに関しては、拠点病院の指定要件として引き続き記載されており、これからも都道府県単位の活動がより一層活発化するとともに、今後はより多くの分野で重要になってきます。私たちも引き続き、各都道府県の皆さまが意見交換をできる

場をつくっていき、それぞれの取り組みを共有しながら、全国でがん医療の水準の向上を図っていきたいと考えています。これからも皆さまと一緒に取り組んでいきたいと思っていますので、今後ともどうぞよろしくお願いいたします。本日は本当にありがとうございました。



平成30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30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31年3月

編集 加藤 雅志 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