

# 都道府県内のPDCAサイクルの構築について



奈良県立医科大学附属病院 がん診療プロジェクト  
長谷川正俊

奈良県立医科大学 放射線腫瘍医学講座  
奈良県立医科大学附属病院 放射線治療・核医学科

# 奈良県がん診療連携協議会



都道府県がん診療連携拠点病院  
(奈良県立医科大学附属病院) 1



地域がん診療支援病院 3



地域がん診療連携拠点病院 4

# 都道府県内のPDCAサイクルの構築について

**PDCA**サイクル？ *Plan Do Check Act* !

よくわからないけれど（方法論～手法ですが）  
がん拠点病院では必須になったので



とりあえず始めてみましたが・・・

# ＜講演内容＞

1. PDCAサイクルの構築
2. 県がん対策推進協議会
3. がん診療連携拠点病院





PDCAサイクルを通じた  
医療計画の実効性の向上のための研究会  
報告書

平成26年3月20日

今村 知明 奈良県立医科大学健康政策医学講座教授

◎尾形 裕也 東京大学政策ビジョン研究センター特任教授

高橋 泰 国際医療福祉大学大学院教授

松田 晋哉 産業医科大学医学部公衆衛生学教授

# <参考資料>

## Ⅲ 医療計画のPDCAサイクルの具体的な手順及び留意点

PDCAサイクルを通じて医療計画の実効性を向上させるために、必要と考えられる手順及び各段階における留意点を以下に示す。

### i) PDCAサイクルの手順

#### ① 現行（第6次）医療計画の再確認

- ・ 第6次医療計画作成に当たって抽出した地域の課題、設定した目標、それを達成するための施策について改めて確認する。
- ・ 第5次医療計画終了時の評価についても参考にする。

#### ② 地域の医療提供体制の現状の把握

- ・ 課題ごとに、国から提供されたデータや都道府県の独自調査によるデータ等を確認し、地域の医療提供体制の現状を把握する。医療計画策定時からの状況等の変化はもちろん、医療計画策定時に分析されなかったデータ等がある場合には、それらについても活用するように努める。
- ・ データの分析や指標の把握に当たっては、国から提供されたデータブックを十分に活用する。その際、都道府県担当者のみならず、地域の医療事情に精通し、かつ統計学・疫学・公衆衛生等の知見を有する学識経験者や実際に医療を提供する者が関与することは、データ等のより有効な活用につながることを期待されるため、今後、都道府県は、さらに積極的にこれらの者と協力して取り組んでいくことが望ましい。

## <参考資料>

### ③ 課題ごとの進捗状況の評価

- ・地域の医療提供体制の目指すべき姿を常に念頭に置いた上で、既存の課題が解決に向かっているかについて、評価を行う。具体的には、課題ごとの目標や指標を用いて、第6次医療計画期間の中で達成可能な状況で進捗しているかについて確認する。
- ・進捗状況が芳しくない場合には、その原因について考察を行う。目標設定が適切でない場合は修正を検討する。
- ・設定された目標が抽出された課題に合致していなければ、個別の目標の達成状況が良好であっても効果がないため、課題に対応した目標の妥当性を常に意識して進めることが重要である。

### ④ 医療計画の修正・発展

- ・課題ごとの進捗状況を踏まえ、第6次医療計画期間の中で、どのように目標を達成していくかを確認する。必要に応じて、医療計画の追記や削除、修正を行い、より実効性のある医療計画への発展を目指す。計画を修正する際には、その修正箇所や理由を明確にする。
- ・特に、達成困難と考えられる課題については、その原因について十分に考察し、圏域連携会議や作業部会で議論し、解決策を検討する。
- ・既存の目標以外に新たな目標やよりふさわしい目標があるか、個別の目標をさらに細分化したものとすることが望ましいか等も見直し、課題達成に資する計画となるようにすべきである。

健発0110第7号  
平成26年1月10日  
厚生労働省健康局長

# がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針



## 新たながん診療提供体制（平成26年度から）

がん診療連携拠点病院における診療体制の向上や、基本的がん診療の更なる均てん化等を図るため、平成26年度から、見直しが行われた。



# 新たながん診療提供体制の概要

## 【課題と対応案】

### ①拠点病院間の格差の存在

→人材配置要件、診療実績要件等の強化、相談支援体制の充実によるさらなる質の向上及び一定の集約化

### ②拠点病院未設置の空白の2次医療圏の存在

→緩和ケア、相談支援及び地域連携等の基本的がん診療を確保した「地域がん診療病院」の新設。

### ③特定のがん種に特化した診療を行う病院の存在

→特定のがん種に対し高い診療実績を持ち、都道府県内で拠点的役割を果たす「特定領域がん診療連携拠点病院」の新設。

### ④がん診療提供体制に関するPDCA体制の構築

→国立がん研究センター、都道府県拠点病院による各拠点病院への実地調査等、

→各拠点病院での院内のPDCAサイクルの確保(患者QOL把握・評価等による組織的改善と実施状況の報告・広報体制の整備等)

## 現行



### 拠点病院

(397カ所:  
都道府県51、地域344、国立がん  
研究センター中央病院・東病院)

空白の医療圏  
(108箇所)

## 見直し後



## 情報の可視化

### 強化 地域拠点病院

- ・指定要件強化による質の向上
- ・高度診療に関する一定の集約化
- ・都市部への患者流入への対応
- ・複数指定圏域における役割・連携の明確化 等

### 新地域がん診療病院

- ・拠点病院とのグループ指定により高度がん診療へのアクセスを確保
- ・緩和ケア、相談支援、地域連携等基本的がん診療のさらなる均てん化
- ・空白の医療圏の縮小

**強化** 国立がん研究センター  
都道府県拠点病院  
国内、都道府県内のがん診療に  
関するPDCA体制の中心的位置  
づけ

## 連携



### 新特定領域

がん診療連携拠点病院  
・特定のがん種に関して多くの  
診療実績を有し、拠点的役  
割を果たす医療機関の制度  
的位置づけの明確化



# 新たながん診療提供体制の概要

## 【課題と対応案】

### ①拠点病院間の格差の存在

→人材配置要件、診療実績要件等の強化、相談支援体制の充実によるさらなる質の向上及び一定の集約化

### ②拠点病院未設置の空白の2次医療圏の存在

→緩和ケア、相談支援及び地域連携等の基本的がん診療を確保した「地域がん診療病院」の新設。

### ③特定のがん種に特化した診療を行う病院の存在

→特定のがん種に対し高い診療実績を持ち、都道府県内で拠点的作用を果たす「特定領域がん診療連携拠点病院」の新設

### ④がん診療提供体制に関するPDCA体制の構築

→国立がん研究センター、都道府県拠点病院による各拠点病院への実地調査等、

→各拠点病院での院内のPDCAサイクルの確保(患者QOL把握・評価等による組織的改善と実施状況の報告・広報体制の整備等)

現行



拠点病院

(397カ所：  
都道府県51、地域344、国立がん  
研究センター中央病院・東病院)

空白の医療圏  
(108箇所)

見直し後



情報の可視化

強化 地域拠点病院

- ・指定要件強化による質の向上
- ・高度診療に関する一定の集約化
- ・都市部への患者流入への対応
- ・複数指定圏域における役割・連携の明確化等

新地域がん診療病院

- ・拠点病院とのグループ指定により高度がん診療へのアクセスを確保
- ・緩和ケア、相談支援、地域連携等基本的がん診療のさらなる均てん化
- ・空白の医療圏の縮小

強化 国立がん研究センター  
都道府県拠点病院  
国内、都道府県内のがん診療に  
関するPDCA体制の中心的位置  
づけ

連携



新特定領域

がん診療連携拠点病院  
・特定のがん種に関して多くの  
診療実績を有し、拠点的作用を  
果たす医療機関の制度的位置  
づけの明確化

# 新たながん診療提供体制の概要

## ④がん診療提供体制に関するPDCA体制の構築

- 国立がん研究センター、都道府県拠点病院による各拠点病院への実地調査等
- 各拠点病院での院内のPDCAサイクルの確保  
(患者QOL把握・評価等による組織的改善と実施状況の報告・広報体制の整備等)

**強化** 国立がん研究センター  
都道府県拠点病院

国内、都道府県内のがん診療に関する  
PDCA体制の中心的位置づけ

# がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針(新指針)

## I がん診療連携拠点病院等の指定について

3 国立がん研究センターは、我が国のがん対策の中核的機関として、以下の体制を整備する

(3) 定期的に都道府県拠点病院と国立がん研究センター中央病院及び東病院が参加する都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会(以下「国協議会」とする。)を開催し、以下に関する情報収集、共有、評価、広報を行う。

① 各都道府県における都道府県拠点病院を中心としたPDCAサイクルの確保及びその実績



# がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針(新指針)

## 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、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。

# がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針(新指針)

## IV 都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件について

PDCAサイクルの確保に関し中心的な役割を担い、IIの地域拠点病院の指定要件に加え、次の要件を満たすこと。

### 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、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。

# がん診療連携拠点病院等の整備の新指針



PDCAサイクルの確保と  
情報共有 相互評価 広報

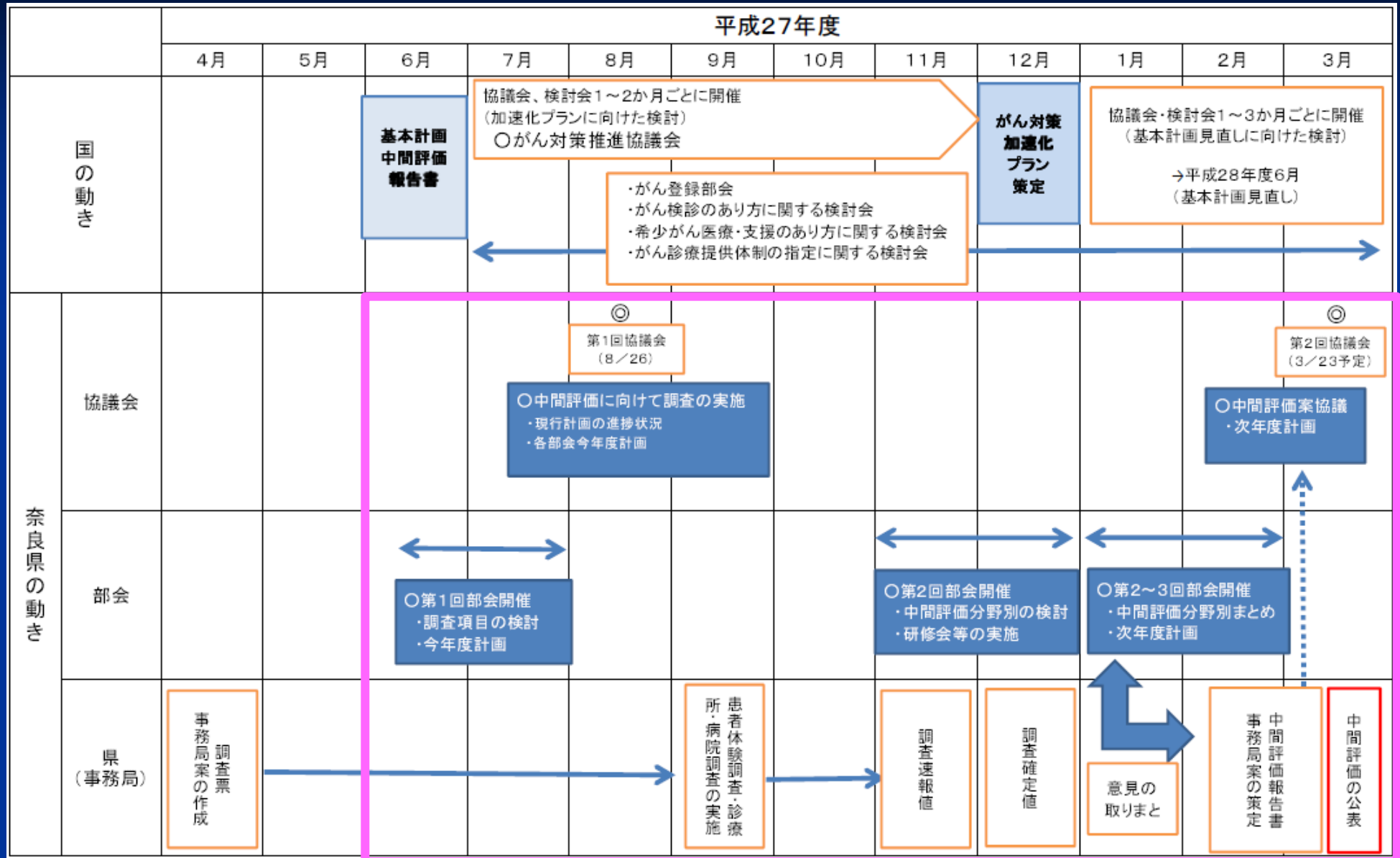
都道府県拠点病院が中心となって  
すすめる必要あり

# ＜講演内容＞

1. PDCAサイクルの構築
2. 県がん対策推進協議会
3. がん診療連携拠点病院

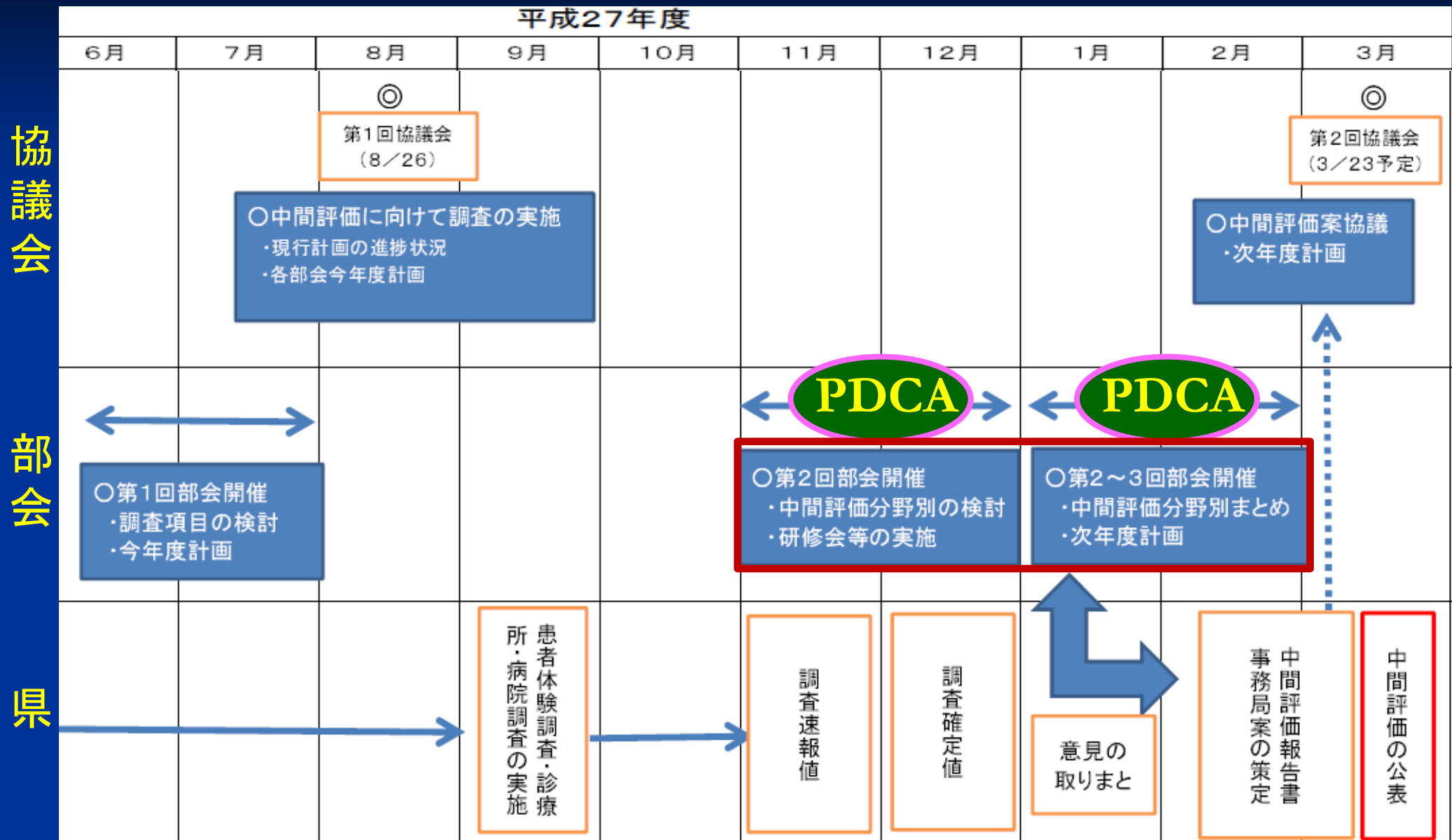


# 第2期 奈良県がん対策推進計画 中間評価スケジュール





# 第2期 奈良県がん対策推進計画 中間評価スケジュール



# 第2期 奈良県がん対策推進計画 中間評価スケジュール

がん対策推進基本計画  
中間評価報告書(平成27年6月)  
＜厚生労働省・がん対策推進協議会＞

本県の以前の調査データ



評価～PDCA

計画の目標：～結果

構造指標(S)

過程指標(P)

成果指標(O1)

分野別最終成果指標(O2)

# 奈良県がん対策推進協議会

## <中間評価のための調査について>

### 1. ならの患者体験調査について

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

## 今後の治療・療養について

問 26 在宅緩和ケア（注参照）を知っていますか。【〇はひとつだけ】

（注）在宅緩和ケア：在宅医やかかりつけ医による訪問診療や往診により、在宅での緩和ケアを受けること。

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

問 27 問 26 で「1. 知っている」と回答された方にお伺いします。  
在宅緩和ケアについて、どのようにお考えですか。【〇はひとつだけ】

1. 受けたいし、実現可能だと思う
2. 受けたいが、困難な気がする → 【問 28 へおすすみください】
3. 希望しない  → 【問 29 へおすすみください】
4. 経験した（現在受けている）
5. わからない

問 28 問 27 で「2. 受けたいが、困難な気がする」と回答された方にお伺いします。  
困難だと思う理由は何ですか。【〇はいくつでも】

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

# 奈良県がん対策推進協議会

## <中間評価のための調査について>

### 2. ならのがん在宅療養に関する診療所調査について

目的	平成26年度、在宅療養中のがん患者を対象に調査を実施し、在宅医療や訪問看護について現状を把握した。今年度は、診療所を対象に課題を抽出し、必要な対策を講じるための基礎資料とする。
対象	平成26年度 ならのがん在宅医療機能調査で、がん患者の診察について「実績がある」及び「できる」と回答のあった診療所 県内189施設
調査期間	平成27年9月1日（火）～平成27年9月30日（水）の1ヵ月間 回答締切：平成27年10月9日（金） 消印有効
調査方法	業者より直接、調査票と返信用封筒が郵送されるので、調査票に記入後、返信用封筒で県保健予防課あて郵送
調査結果	県下全体の結果について報告書の作成と県ホームページへの掲載



# 奈良県がん対策推進協議会

## <中間評価のための調査について>

### 4. ならのがん診療に関する拠点・支援病院調査実施について

目的	がん診療体制の充実として、化学療法についての更なる質の向上を図るため、がん診療連携拠点病院・地域がん診療連携支援病院における抗がん剤のばく露対策等について実態を把握するとともに、短期術後成績について「質の高い」「安全な」観点で外科的評価を実施することを目的とする。
対象	県内がん診療連携拠点病院・地域がん診療連携支援病院 8施設
調査期間	平成27年9月1日（火）～平成27年9月30日（水）の1ヵ月間 回答締切：平成27年10月9日（金） 消印有効
調査方法	業者より直接、調査票と返信用封筒が郵送されるので、調査票に記入後、返信用封筒で県保健予防課あて郵送
調査結果	県下全体の結果について報告書の作成と県ホームページへの掲載

# 中間評価(参考例; 検討中で見直し予定)

目標達成のために取り組んだこと 個別施策目標				
主な取組	指 標	最新値	※第2期計画 目標値	結果
新奈良県総合医療センターの整備	新奈良県総合医療センターの開設	H28開設	H28中に 開設	A
南和の救急病院(急性期)の整備	南和の救急病院(急性期)の開設	H28開設	H27中に 開設	B
がん診療体制の検討、地域がん診療連 携支援病院のあり方や指定要件につい ての検討	地域がん診療連携支援病院の増加	3か所	1か所 (H24)	A
チーム医療体制の整備、放射線治療や 化学療法に携わる専門的な医療従事者 の適正配置と育成	悪性腫瘍手術の実施件数(人口10万対・医療施設 調査)	-	295件より 増加 (H23)	-
	放射線治療(対外照射)の実施件数(人口10万対・ 医療施設調査)	-	1636件 より増加 (H23)	-
	外来化学療法の実施件数(人口10万対・医療施設 調査)	-	1624件 より増加 (H23)	-
	放射線治療専門医数の増加	13人 (H27)	-	A
	化学療法専門医数の増加 (がん薬物専門医、指導医)	8人 (H26)	-	A

# 中間評価(参考例; 検討中で見直し予定)

施策の中間目標 チーム医療の体制が整備されている			
指 標	最新値	結果	参考値
がん診療連携拠点病院における チーム医療の整備状況	100% (H27)	A	100% (H26)
横断的な医療チームによるがん 治療サポート体制がある拠点病 院の割合	100% (H27)	A	100% (H26)
化学療法で院内登録レジメン制 度を運用している拠点病院の割 合	100% (H27)	A	100% (H26)
短期術後成績の反映 (平均術後退院日数/人)	7.0日乳 8.4日肺 17.9日胃 20.1日肝 37.7日膵 20.6日大腸 10.3日前立腺		—

施策の最終目標 安心で質の高い医療が提供できている				
指 標		最新値	結果	参考値
ならのがん に関する患 者意識調査	①医師による診療・治 療内容の満足度	80.8% (H27)	A	79.1% (H25)
	②医師との対話の満 足度	76.4% (H27)	A	75.3% (H25)
	③診断や治療方針に ついて、自分の疑問 や意見を十分に伝え られた満足度	69.5% (H27)	B	71.6% (H25)
5年生存率		—	—	89.7%乳 68.7%大腸 32.9%肝臓 36.1%肺 62.8%胃 (H26国)

# 第2期 奈良県がん対策推進計画 中間評価スケジュール

## <今後の予定と課題>

これまでは分野別の部会委員による計画の作成と評価を主体に行ない、次にそれを全体の協議会で検討  
今年度からは、PDCAサイクルでの検討を強化

分野別の部会委員による  
計画の作成と評価



がん対策推進協議会で  
検討



# ＜講演内容＞

1. PDCAサイクルの構築
2. 県がん対策推進協議会
3. がん診療連携拠点病院





# 奈良県がん診療連携協議会



都道府県がん診療連携拠点病院  
(奈良県立医科大学附属病院) 1



地域がん診療支援病院 3



地域がん診療連携拠点病院 4

# がん診療連携拠点病院における PDCAサイクル構築

- 1) **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、他
- 2) 都道府県がん診療連携拠点病院  
～  
院内

# 都道府県内のPDCAサイクルの構築について

PDCAサイクル？

よくわからないけれど（方法論～手法ですが）  
がん拠点病院では必須になった？



とりあえず始めてみよう！

拠点病院に共通の課題である  
緩和ケアの新たな必須要件について、  
県拠点病院が主導で行なう方法を検討

# 平成26, 27年度 奈良県がん診療連携協議会

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



# 平成26, 27年度 奈良県がん診療連携協議会

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

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



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



実際に、一部の病院の**訪問調査**を実施



# 奈良県内のがん診療連携拠点病院におけるPDCA構築の流れ

都道府県PDCA		
H26 7 14	H26第1回奈良県がん診療連携協議会	<ul style="list-style-type: none"> <li>・PDCAについて それぞれの病院から評価委員を選出しPDCAを動かすことを承認</li> <li>・早い時期に相互チェックを行うことを長谷川委員より提案される</li> </ul>
H26 7 29		PDCAサイクル評価チーム委員選任依頼 各拠点、支援病院より1名選出
H26 8 8		PDCAサイクル評価シート(案)を作成
H26 8 12		<p>拠点、支援病院にPDCAサイクル評価シートを配布 参考 ①PDCAサイクル評価シート</p> <p>締め切りを9月中旬とし、PとDを記載願う。</p> <p>＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝＝</p> <p>記載要領: 評価シート1～3について、それぞれの項目の中から本年度改善を試みた小項目を選んで頂いて、Plan(計画)とDo(実施したこと9月中旬までに実施予定を含む)について記載依頼。</p>
H26 8 18		各拠点・支援病院のPDCAサイクル評価チーム委員が決定

H26 9 12		実地調査を奈良県総合医療センターとし 日程調整を行う
H26 9 27		奈良県総合医療センターにて実地調査 詳細は②会議記録
H26 10 10		奈良県総合医療センターより修正・追加 されたPDCAサイクル評価シートが提出さ れる
H27 2 2	H26第2回奈良県がん診療 連携協議会	PDCAサイクル実地調査報告 H27年度PDCAサイクルの評価について 確認 参考 会議資料2
H27 7 13	H27第1回奈良県がん診療 連携協議会	PDCAサイクルの評価項目は共通項目と し、項目については奈良医大にて決める ことが了承
H27 7 28		2周目のPDCAサイクル評価シートの記 載・提出依頼 参考 ③PDCAサイクル評価シート
H27 10 6		天理よろづ相談所病院にて実地調査(調 査対象病院は医大にて決定された) 詳細は④会議記録

## PDCAサイクル評価チーム委員

H27.9.1 現在

病院名	所属・職	氏名
奈良県立医科大学附属病院	放射線治療・核医学科 部長 がん診療対策プロジェクト外・リー	長谷川正俊
奈良県総合医療センター	集学的がん治療センター長	渡辺 明彦
市立奈良病院	泌尿器科部長兼緩和ケア室長	岡島 英二郎
近畿大学医学部奈良病院	外科 准教授	湯川 真生
天理よろづ相談所病院	消化器・一般外科 部長 がん相談支援センター 室長	吉村 玄浩
国保中央病院	統括診療部長	山田 行重
済生会中和病院	泌尿器科部長	小野 隆征
大和高田市立病院	副院長	岡村 隆仁

# PDCAサイクル評価シート

各拠点病院の共通課題である新指定要件から  
緩和ケア関連を選んで評価シートを作成

# 奈良県がん診療連携拠点（支援）病院

## PDCAサイクル実地調査（1）・・・1年目

日時 平成**26**年9月29日（月）16：00～

場所 奈良県総合医療センター 会議室

### 出席者

奈良県総合医療センター： 渡辺、梅野、中西、石田

市立奈良病院： 岡島、松村

奈良県立医科大学附属病院： 長谷川、那須

### 調査内容

緩和ケアの提供体制に関する計画～実施状況、  
PDCAサイクルの運用状況等の調査、確認



# 奈良県がん診療連携拠点(支援)病院 「PDCAサイクル評価シート」

項目

**ウ 緩和ケアががんと診断された時から提供されるよう、アに規定する緩和ケアチームにより、以下の緩和ケアが提供される体制を整備すること。**

ii 週1回以上の頻度で、定期的に病棟ラウンドおよびカンファレンスを行い、苦痛のスクリーニングおよび症状緩和に努めている。

iii 当該病棟ラウンド およびカンファレンスには必要に応じて主治医や病棟看護師等の参加を求めている。

iv がん疼痛をはじめとするがん患者の苦痛に対して、必要に応じて初回処方を緩和ケアチームで実施するなど、院内の診療従事者と連携し迅速かつ適切に緩和する体制を整備している。

v 外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制を整備している。

    a 外来診療日については、外来診療表等に明示し、患者の外来受診や地域の医療機関の紹介を円滑に行うことができる体制を整備している。

vi 緩和ケアチームに携わる規定する看護師は、苦痛のスクリーニングの支援や専門的緩和ケアの提供に関する調整等、外来看護業務を支援・強化している。

    a 主治医および看護師等と協働し、必要に応じてがん患者カウンセリングを実施している。

vii 緩和ケアチームで身体的、精神的緩和に携わる専従の医師は、手術療法・化学療法・放射線治療等、がん診療に関するカンファレンスおよび病棟回診に参加し、適切な助言を行うとともに、必要に応じて共同して診療計画を立案している。

ix 緩和ケアに係る診療や相談支援の件数および内容、医療用医薬品の処方量、苦痛のスクリーニング結果など、院内の緩和ケアに係る情報を把握・分析し、評価を行っている。

病院名	Plan(計画)	Do(実施)	Check(点検・評価)	Act(処置・改善)
奈良県立医科大学附属病院	<p>(ウiv) がん疼痛をはじめとするがん患者の苦痛に対して、必要に応じて初回処方を緩和ケアチームで実施するなど、院内の診療従事者と連携し迅速かつ適切に緩和する体制を整備する。</p> <p>(ウix) ①左記の情報が把握できるように、情報把握シートを作成する。</p> <p>②それらを関連部署と共有し、分析・評価する。</p> <p>③相談支援センターが対応した、相談件数及び内容を報告(毎月)相談内容により看護師、心理士に情報提供、連携して相談支援</p> <p>④相談支援センター相談員が緩和ケアカンファレンスに参加</p>	<p>(ウiv)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・スクリーニングにて主科チームと緩和ケアチーム、がん相談員、がん関連の専門看護師・認定看護師との連携部分を明確にした。</li> <li>・苦痛のスクリーニング結果の情報を把握・分析し、評価を行うシートを作成した。</li> <li>・経営企画課と電子カルテでのシステム整備を検討する(8/13)</li> </ul> <p>(ウix)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>③相談件数、内容の共有も開始している。</li> <li>④実施済み</li> </ul>		
奈良県総合医療センター	<p>(ウiv) がん疼痛をはじめとするがん患者の苦痛に対して、必要に応じて初回処方を緩和ケアチームで実施するなど、院内の診療従事者と連携し迅速かつ適切に緩和する体制を整備する。</p>	<p>(ウiv)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的苦痛等のスクリーニングで、院内で統一したシートを用いて実施する。</li> <li>・得られた情報を緩和ケアチーム、がん関連の専門認定看護師と共有し、分析を行う。得られた分析結果から、患者さんの苦痛を緩和するプランを立案し適切に実施する。</li> </ul>		
市立奈良病院	<p>(ウiv) がん疼痛をはじめとするがん患者の苦痛に対して、必要に応じて初回処方を緩和ケアチームで実施するなど、院内の診療従事者と連携し迅速かつ適切に緩和する体制を整備する。</p>	<p>マニュアルに追記。がん診療委員会(8/26)にて周知。</p>		

## 奈良県がん診療連携拠点(支援)病院 「PDCAサイクル評価シート」

項目	<p><b>エ イおよびウの連携を以下により確保すること。</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i 緩和ケアチームへがん患者の診療を依頼する手順は、医師だけでなく、看護師や薬剤師など他の診療従事者からも依頼できる体制を確保している。</li> <li>ii 緩和ケアチームへがん患者の診療を依頼する手順など、評価された苦痛に対する対応を明確化し、院内の全ての診療従事者に周知するとともに、患者とその家族に緩和ケアに関する診療方針を提示している。</li> </ul>			
病院名	Plan(計画)	Do(実施)	Check(点検・評価)	Act(処置・改善)
奈良県立医科大学附属病院	<p>(エi)の暫定的な方法として、緩和ケアセンターの看護師、薬剤師、臨床心理士が窓口となり、おもに同職種からの依頼を受ける。(直接介入の場合には患者の同意が得られていることが依頼条件とする。)依頼を受けた者は、緩和ケアチーム介入に関して主治医、病棟看護師など関連職種との調整をおこなう。(緩和ケアチーム介入目的、介入程度、介入する職種などを話し合い、両者の合意を得る。)</p> <p>②上記の方法で生じる問題点などを抽出し、看護師や薬剤師など他の診療従事者からも問題なく依頼</p>	<p>(エi)①緩和ケアリンクナースには上記内容を告知済み。院内各職種への広報(9月1日拠点病院運営検討委員会)をおこない実施開始。</p>		
奈良県総合医療センター	<p>(エi)①医師が、がんサポートチームに依頼書を作成する。(患者の同意を得て、電子カルテのテンプレートを活用)または、看護師等から直接依頼を受ける②依頼を受けたがんサポートチーム(医師・看護師・薬剤師・臨床心理士)で定期的に確認し、関連職種との調整を行う。③患者訪問し、身体・精神・社会・スピリチュアルについて早期から対応する(カルテに記載)④緩和ケア診療加算として算定する場合は、「サポートチーム計画書」を作成。</p> <p>(エii)「がんサポートチームへの依頼方法」のフローを作成し、院内各職種に周知している。</p>	<p>(エi)「がんサポートチームへの依頼方法」のフローを作成し、電子カルテにて依頼できるよう周知した。(H25.4 がん拠点病院委員会にて承認済)</p>		

## <参考:議事録の一部抜粋>

【長谷川】 PDCAサイクル評価シート未記入の部分は早急に記載いただきたい。

【長谷川】 緩和ケアチームが介入する場合等、主治医との連携はどうしているか。

【奈良県総合医療センター】

主治医に介入に関して確認を取るようになっている。主治医が診断して、実際の対応は認定看護師やリンクナースが中心になって動いている。

【長谷川】 スクリーニング用のチェックシートを渡す対象の患者は？

【奈良総合医療セ】 スクリーニング対象はがんを告知している人のみである。

【奈良総合医療セ】 他院ではスクリーニングの実施方法や医師以外からの介入依頼をどうしているのか教えてほしい。

【市立奈良病院】 入院患者については、STAS-Jにてスクリーニングを行うことを緩和ケアマニュアルに追記した。STAS-Jを使用するため、スクリーニングは医療従事者がする。入院患者全てを対象としている。外来は現在マニュアルを作成中で、がん告知をした次の外来で記入してもらって取りまとめる予定である。スクリーニングシートは電子カルテ上に必ず残るようにしている。

介入依頼は全職種から受けて、できる範囲で看護師のみで介入している。専門認定看護師が動いている。看護師だけで動いても、医師(緩和ケア室室長)に全て報告を入れてもらうようにしている。

### 【奈良県立医科大学附属病院】

スクリーニングシートを作成して、患者に記入いただくようにした。現在、婦人科病棟と消化器外科病棟の2病棟で試験運用を行っている。試験運用の結果を受けて見直しを行い、その後、全病棟で運用を開始する予定である。外来まではまだできていない。

---

なお、訪問先の病院が、**PDCA**サイクル評価シートに**計画Pと実施状況D**を記載していなかった部分については、後日、記載して提出いただくように依頼

# 奈良県がん診療連携拠点（支援）病院

## PDCAサイクル実地調査（2）・・・2年目

日時 平成27年10月6日（火）16：00～

場所 天理よろづ相談所病院 会議室

出席者（敬称略）

### 天理よろづ相談所病院：

吉村（消化器・一般外科部長）、上田睦月（薬剤部長）

松尾（がん相談支援センター師長）、平瀬（同係長）、

国保中央病院： 山田行重（総括診療部長）

奈良県立医科大学附属病院：

長谷川（放射線治療・核医学科教授）

中村（緩和ケアセンタージェネラルマネージャー）

上野山（病院管理課病院総務係）

調査内容 平成27年度の奈良県がん診療議会におけるPDCA共通項目のうち「PDCAサイクル評価シート1」および「PDCAサイクル評価シート2」にもとづいて、運用状況につき調査・確認を行った。また、各病院における緩和ケアに関する整備の状況についての情報交換を行った。



# 奈良県がん診療連携拠点(支援)病院 「PDCAサイクル評価シート」 H27年度用

項目	<p><b>イ 緩和ケアががんと診断された時から提供されるよう、がん診療に携わる全ての診療従事者により、i～ivの緩和ケアが提供される体制を整備すること。</b></p> <p>i がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的苦痛等のスクリーニングを診断時から外来および病棟にて行うこと。また、院内で一貫したスクリーニング手法を活用している。</p> <p>ii スクリーニングされたがん疼痛をまじめとするがん患者の苦痛に対して、アに規定する緩和ケアチームと連携し迅速かつ適切に緩和する体制を整備している。</p> <p>iii 医師から診断結果や病状を説明する際に、以下の体制を整備する。</p> <p>a 看護師や医療心理に携わる者等の同席を基本とすること。ただし、患者とその家族等の希望に応じて同席者を調整している。</p> <p>b 説明時においては、初期治療内容のみならず長期的視野に立ち治療プロセス全体について十分なインフォームドコンセントに努めている。</p> <p>c また、必要に応じて看護師等によるカウンセリングを活用する等、安心して医療を受けられる体制を整備している。</p> <p>iv 医療用麻薬等の鎮痛薬の初回使用や用量の増減時においては、医師からの説明とともに薬剤師や看護師等による服薬指導を実施し、その際には自記式の服薬記録を整備活用することにより、外来治療中も医療用麻薬などの使用を自己管理できるよう指導している。</p>			
病院名	Plan(計画)	Do(実施)	Check(点検・評価) (Checkの方法も記載下さい) いつ、誰が、どの様に	Act(処置・改善)
天理よろづ相談所病院	<p><b>(イi)</b>・OPTIMの評価ツール「生活のしやすさに関する質問票」を、苦痛のスクリーニングシートとして使用する。</p> <p>・スクリーニングシートの運用は、7月より一部開始し、9月より全部署に拡大する。</p> <p>・スクリーニング後の対応および支援体制(窓口の明確化)を充実させる。</p> <p>・院内部長会、師長会、主任会、リンクナース会、外来勉強会にて、苦痛のスクリーニングシートの活用方法について説明をする。</p>	<p><b>(イi)</b>・苦痛のスクリーニングシート(OPTIMの評価ツール「生活のしやすさに関する質問票」)を2枚複写(カルテ貼付と評価用)として準備した。</p> <p>・スクリーニング後の対応および支援体制(窓口の明確化)を整備した。</p> <p>・院内部長会、師長会、主任会、リンクナース会、外来勉強会にて、苦痛のスクリーニングシートの活用方法について説明を行った。</p> <p>・スクリーニングシートを各部門に配布した。</p> <p>・7月より、一部の外来・病棟において、スクリーニングシートの使用を開始した。</p> <p>・9月より全部署にて、スクリーニングシートの使用を開始した。</p>	<p><b>(イi)</b>・7月より苦痛のスクリーニングの使用を開始し、192件の実施があった(10/68時点)。実施した各部署より、運用や患者の反応について聴取した。その結果は以下の通りである。</p> <p>① 字が小さくて読みにくい。</p> <p>② 「記入の仕方」が記入用紙の裏面にあり見にくい。</p> <p>③ がん患者であることが把握しづらいので、必要な患者に渡すことができないか不安である。</p> <p>④ 外来においては、スクリーニング後に対応するスタッフのマンパワー不足が懸念される。</p> <p>⑤ スクリーニング結果を基に診療が行えるので、患者の満足度は高かった。</p> <p>⑥ 事前に看護師が対応するので、診療がスムーズに行うことができた。</p> <p>⑦ トータル的な苦痛のスクリーニングができるようになった。</p>	<p><b>(イi)</b>・文字を大きくするために、記入用紙をA4用紙片面から両面に変更した。</p> <p>・「記入の仕方」は記入用紙とは別け、用度課でラミネーションして各部署に配布することにする。</p> <p>・外来患者のプラバンシーに配慮する必要と対応するスタッフのマンパワーに問題があるため、各診療科の現状に応じて導入するものとする。</p>
	<p><b>(イiii)</b>・病状説明の日時が看護師サイドで把握できるように、医師からの指示箋を作成する。</p>	<p><b>(イiii)</b>・部長会(11/13)と師長会(11/18)で、病状説明時に看護師が同席する目的や役割、記録用紙の説明を行なった。</p>	<p><b>(イiii)</b>・2～7月の期間内に、入院カルテに綴られていた「病状説明同席時の看護記録」は385件(診療情報課で</p>	<p><b>(イiii)</b></p>

# 奈良県がん診療連携拠点(支援)病院 「PDCAサイクル評価シート」 H27年度用

項目	<p><b>イ 緩和ケアががんと診断された時から提供されるよう、がん診療に携わる全ての診療従事者により、i～ivの緩和ケアが提供される体制を整備すること。</b></p> <p>i がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的苦痛等のスクリーニングを診断時から外来および病棟にて行うこと。また、院内で一貫したスクリーニング手法を活用している。</p> <p>ii スクリーニングされたがん疼痛をはじめとするがん患者の苦痛に対して、アに規定する緩和ケアチームと連携し迅速かつ適切に緩和する体制を整備している。</p> <p>iii 医師から診断結果や病状を説明する際に、以下の体制を整備する。</p> <p>a 看護師や医療心理に携わる者等の同席を基本とすること。ただし、患者とその家族等の希望に応じて同席者を調整している。</p> <p>b 説明時には、初期治療内容のみならず長期的視野に立ち治療プロセス全体について十分なインフォームドコンセントに努めている。</p> <p>c また、必要に応じて看護師等によるカウンセリングを活用する等、安心して医療を受けられる体制を整備している。</p> <p>iv 医療用麻薬等の鎮痛薬の初回使用や用量の増減時には、医師からの説明とともに薬剤師や看護師による服薬指導を実施し、その際には自記式の服薬記録を整備活用することにより、外来治療中も医療用麻薬などの使用を自己管理できるよう指導している。</p>
----	---

病院名	Plan(計画)	Do(実施)	Check(点検・評価) (Checkの方法も記載下さい) いつ、誰が、どの様に	Act(処置・改善)
奈良県総合医療センター	<p><b>(イi)</b> 先行して運用開始している他病院のスクリーニングの情報収集を行う。(専門看護師)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>院内で一貫したスクリーニング手法を活用するために項目を洗い出し、使用する「生活のしやすさに関するシート」を決定し作成する。</li> <li>電子カルテへの活用を検討する。</li> <li>「がん告知」された患者・家族の心情を配慮した配布方法を検討する。</li> <li>特定の部署(数部署)を対象に運用を試みる。</li> <li>運用しての問題を抽出し、評価する。</li> <li>運用後の修正を加え、スクリーニング手法を最終決定する。</li> </ul> <p><b>(イii)</b> 「生活のしやすさに関するシート」の運用を、緩和ケアチームとの連携方法手順を作成し、わかりやすく周知する。</p>	<p><b>(イi)</b> 先行して運用開始している他病院のスクリーニングの情報収集を行った。(認定看護師H26.4)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>院内で一貫した使用する「生活のしやすさに関する」シートの項目は、患者・家族の心情を配慮できるような内容を精査し決定した。(H26.5,6,7緩和ケアチーム)</li> <li>スクリーニング手順書を作成し、運用方法を決定した。(H26.7)</li> <li>緩和ケアチームでスクリーニングの目的・運用について概要を説明した(H26.8)</li> <li>電子カルテ上で運用できるよう作成した(H26.8)</li> <li>がん拠点病院医療委員会で、目的・運用について概要を説明した。(H26.9.4)</li> <li>試験運用診療科部長・事務部担当(セクレタリー)・外来看護師長・病棟担当をに運用の説明を行う。(9/1、9/17、9/27に実施)</li> <li>告知患者に対して、入院申し込み外来診察日に、患者に配布。</li> <li>入院日、病棟にて収集し、主治医が内容を確認</li> <li>緩和ケアチームと連携する。</li> </ul> <p><b>(イii)</b> 「生活のしやすさに関するシート」の運用を、緩和ケアチームとの連携方法手順を作成し、わかりやすく周知する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>手順書作成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>電子カルテ内検索ツールを使用して、ICDコードでCとDに該当する患者を入院日ごとに抽出(ID、入院日、診療科、入院病棟、主病名等を医事課、病歴管理室、認定看護師で抽出システムを作成)、認定看護師がシステムを利用してリストを作成。</li> <li>リストを利用し、電子カルテをチェック(告知済、確定診断後の患者を抽出)対象者の中でスクリーニングシートが作成されている患者を確認。作成後の回収状況を確認。(H26.9～H26.11認定看護師)</li> <li>【9月対象者56、作成数22、回収数10】【10月対象者79、作成数20、回収数11】【11月対象者66、作成数7、回収数2】</li> <li>スクリーニング状況から、現在の手順では十分ではないと判断し、外来担当者、病棟担当者で修正点を検討(H26.12)</li> <li>新手順は告知済患者に対してスクリーニングシートは入院日までに電子カルテ上で医師が作成する。入院時作成されているスクリーニングシートを病棟看護師が確認し配布。患者に記入してもらい回収。回収したスクリーニングシートは病棟セクレタリーがスキャンし、</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>【2月作成率32.14%、回収率0%】【3月作成率53.15%、回収率55.93%】</li> <li>【4月作成率57.39%、回収率59.79%】</li> <li>【5月作成率87.03%、回収率71.27%】</li> <li>【6月作成率88.7%、回収率76.36%】</li> <li>作成率、回収率ともに増加。作成も安定し、定着している。回収への意識も高まり、各病棟でどのようにすれば回収率を100%にできるかの取り組みが考えられて実施されている。また、スクリーニング評価を踏まえ、患者とその後の対応について話し合う機会も設けられている。</li> </ul>

# がん診療連携拠点病院における PDCAサイクル構築

- 1) 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
- 2) **都道府県**がん診療連携拠点病院  
～  
**院内**

# 奈良県の都道府県がん診療連携拠点病院（奈良医大内） におけるPDCA構築の流れ

院内PDCA		
H26 8 8		PDCAサイクル評価シート(案)を作成
H26 9 1	がん診療連携拠点病院 運営検討委員会	院内PDCAサイクル評価委員選出 PDCAサイクル評価シートの評価
H27 3	緩和ケアセンター運 営委員会	H26年度PDCAサイクル評価シート の確認
H27 3	腫瘍センター運営 委員会	H27年度PDCAサイクル評価シート の確認

H27 3	がん診療連携拠点病院 運営検討委員会	H28年度PDCAサイクル評価シート の確認
H27 8 31	がん診療連携拠点病院 運営検討委員会	H26年度PDCAサイクル評価シート の評価 参考 ⑤PDCAサイクル評価シート H27年度評価シートの確認
H27 12		H28年度PDCAサイクル評価シート の内容再確認(予定)



奈良医大附属病院 院内PDCAサイクル評価チーム委員

H27.9.1 現在

所属・職	氏名
放射線治療・核医学科 部長 がん診療対策プロジェクト・リーダー	長谷川正俊
腫瘍センター長	神野 正敏
緩和ケアセンター長	四宮 敏章
歯科口腔外科 助教	青木 久美子
地域医療連携室 補佐	谷 久代
看護部 副部長	和田 容子
患者・家族支援室	川本 たか子
病院管理課 課長	後藤 淳宏

# 奈良県立医科大学附属病院 「PDCAサイクル評価シート」

H26年度(H26.4～H26.9)の  
PDCA

対応 診療科等	項目	Plan(計画)	
① 集学的治療等の提供体制および標準的治療等の提供		実施予定	
○緩和ケアセンター (呼吸器・アレルギー・血液内科) (放射線治療・核医学科)	エ がん疼痛や呼吸困難などに対する症状緩和や医療用麻薬の適正使用を目的とした院内マニュアルを整備すると共に、これに準じた院内クリティカルパスを整備し活用状況を把握する等、実効性のある診療体制を整備する。	がん疼痛、呼吸困難の院内向けクリティカルパスを、呼吸器内科、薬剤部と共同し作成。6月から、呼吸器内科と共同し運用する。運用後、修正を加え、9月からは全科で運用できるようにする。	H26年9月1日

Do(実施)		Check(点検・評価)
6月11日	疼痛緩和オピオイド導入パス作成。呼吸器内科と相談の上、C8病棟の試験導入をはかる。がん性疼痛、呼吸困難マニュアルを作成していく。	
8月8日	疼痛緩和オピオイド導入パス作成済み。呼吸器内科と協同し、C8病棟の試験導入を8月中に開始する。	
9月1日	呼吸器内科と協同し、C8病棟での試験導入の最終調整段階。9月上旬に開始する。	良好 マニュアルについては緩和ケア研修会で使用している小冊子を使用し、改良していくということですのでよろしく願い致します。

## Act(処置・改善)

現時点では導入件数は0件。引き続きC8病棟で行う。呼吸器内科医にアンケートを行う。

# 奈良県立医科大学附属病院 「PDCAサイクル評価シート」

H26年度(H26.4～H26.9)の  
PDCA

対応診療科等	項目	Plan(計画)	
	① 集学的治療等の提供体制および標準的治療等の提供		実施予定
○緩和ケアセンター	い がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的苦痛等のスクリーニングを診断時から外来および病棟にて行うこと。また、院内で一貫したスクリーニング手法を活用する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・先行して運用開始している他府県のスクリーニングの情報収集を行う。</li> <li>・院内で一貫したスクリーニング手法を活用するために項目2と連携を図り、使用するスクリーニングツールを決定し、作成する。</li> <li>・項目2と連携を図り、スクリーニング方法を決定する。</li> </ul>	H26年9月1日

Do(実施)		Check(点検・評価)
6月11日	情報収集中	
8月8日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・先行して運用開始している他府県のスクリーニングの情報収集を行った。</li> <li>・院内で一貫したスクリーニング手法を活用するために項目2と連携を図り、使用するスクリーニングツールを決定し、作成した。</li> <li>・項目2と連携を図るため、腫瘍センターのスクリーニング担当者と相談した。</li> <li>・スクリーニング運用方法を決定した。</li> <li>・緩和ケアリンクナース会でスクリーニングの目的・運用について概要を説明した(7/10)</li> <li>・師長会でスクリーニングの目的・運用について概要を説明した(7/17)</li> <li>・試験運用開始に向け、関係者を集めて説明会・意見交換会を行う。関係者のコンセンサスを得る。(8/19、8/21、8/22予定)</li> <li>・意見交換会后、問題を検討し、2部署にて運用予定(9月上旬予定)</li> </ul>	
9月1日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・経営企画課と電子カルテでのシステム整備を検討した(8/13)。</li> <li>・試験運用開始に向け、関係者を集めて説明会・意見交換会を行い、関係者のコンセンサスを得た。(8/19、8/21、8/22実施した)</li> <li>・意見交換会后、運営に関する微調整を行った。</li> <li>・9/1がん診療連携拠点病院運営検討会で説明し、コンセンサスを得た。</li> <li>2部署(B6病棟、A6N病棟)にて運用開始する。</li> </ul>	良好 苦痛等のスクリーニングは非常にありがたい。多くの病棟や、出来れば外来でも開始して欲しいとの意見があるので、さらなるレベルアップをお願いします。

## Act(処置・改善)

2部署(B6病棟、A6N病棟)で運用開始し、導入約80件程度。その後、2部署の看護師対象に運用についてのアンケート実施。アンケート結果をもとにスクリーニングシートを修正。今後関係者へコンセンサスが得られれば対象部署を拡大へ。

# 県内

# 院内

都道府県PDCA			院内PDCA		
H26 7 14	H26第1回奈良県がん診療連携協議会	・PDCAについて それぞれの病院から評価委員を選出しPDCAを動かすことを承認 ・早い時期に相互チェックを行うことを長谷川委員より提案される			
H26 7 29		PDCAサイクル評価チーム委員選任依頼各拠点、支援病院より1名選出			
H26 8 8		PDCAサイクル評価シート(案)を作成	H26 8 8		PDCAサイクル評価シート(案)を作成
H26 8 12		拠点、支援病院にPDCAサイクル評価シートを配布 参考 ④PDCAサイクル評価シート締め切りを9月中旬とし、PとDを記載願う。 ===== 記載要領:評価シート1～3について、それぞれの項目の中から本年度改善を試みた小項目を選んで頂いて、Plan(計画)とDo(実施したこと9月中旬までに実施予定を含む)について記載依頼。	H26 9 1	がん診療連携拠点病院運営検討委員会	院内PDCAサイクル評価委員選出 PDCAサイクル評価シートの評価
H26 8 18		各拠点・支援病院のPDCAサイクル評価チーム委員が決定	H27 3	緩和ケアセンター運営委員会	H26年度PDCAサイクル評価シートの確認
H26 9 12		実地調査を奈良県総合医療センターとし日程調整を行う	H27 3	腫瘍センター運営委員会	H27年度PDCAサイクル評価シートの確認
H26 9 27		奈良県総合医療センターにて実地調査 詳細は④会議記録	H27 3	がん診療連携拠点病院運営検討委員会	H28年度PDCAサイクル評価シートの確認
H26 10 10		奈良県総合医療センターより修正・追加されたPDCAサイクル評価シートが提出される	H27 8 31	がん診療連携拠点病院運営検討委員会	H26年度PDCAサイクル評価シートの評価 参考 ④PDCAサイクル評価シート H27年度評価シートの確認
H27 2 2	H26第2回奈良県がん診療連携協議会	PDCAサイクル実地調査報告 H27年度PDCAサイクルの評価について確認 参考 会議資料2			
H27 7 13	H27第1回奈良県がん診療連携協議会	PDCAサイクルの評価項目は共通項目とし、項目については奈良医大にて決めることが了承			
H27 7 28		2周目のPDCAサイクル評価シートの記載・提出依頼 参考 ④PDCAサイクル評価シート			
H27 10 6		天理よろづ相談所病院にて実地調査(調査対象病院は医大にて決定された) 詳細は④会議記録	H27 12		H28年度PDCAサイクル評価シートの内容再確認(予定)

# 都道府県内のPDCAサイクルの構築について

## PDCAサイクル？

よくわからないけれど  
がん拠点病院では必須になったので、



とりあえず、多少強引に始めてみたところ、  
最初はよく理解されていない施設もあったが  
2年目になると、PDCAが上手く機能するようになり、  
さらに連携、情報交換等の(副次的)効果もあった。