

緩和ケアチームセルフチェックプログラム等の  
緩和ケアの質の向上を目指した  
取り組みについて

国立がんセンターがん対策情報センター  
がん医療支援部  
加藤 雅志

# がん拠点病院制度における PDCAサイクルの確保

## ① 拠点病院レベル

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

## ② 都道府県レベル

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

## ③ 国レベル

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

# 病院レベルでのPDCAサイクルの確保

## 4.改善

### 評価に基づく改善

- 計画をさらに進めていく上での課題の明確化
- 課題解決の方向性を検討

ACT

## 3.評価

### 目標の達成状況の確認

- 実施内容の整理
- 評価指標の情報収集
- 評価結果の確認・認識
- 関係者間で情報共有

CHECK

## 1.計画

### がん医療提供体制の整備のための計画立案

- 目標の設定
- 具体的な実施計画
- 評価指標(診療機能・診療実績等)の設定

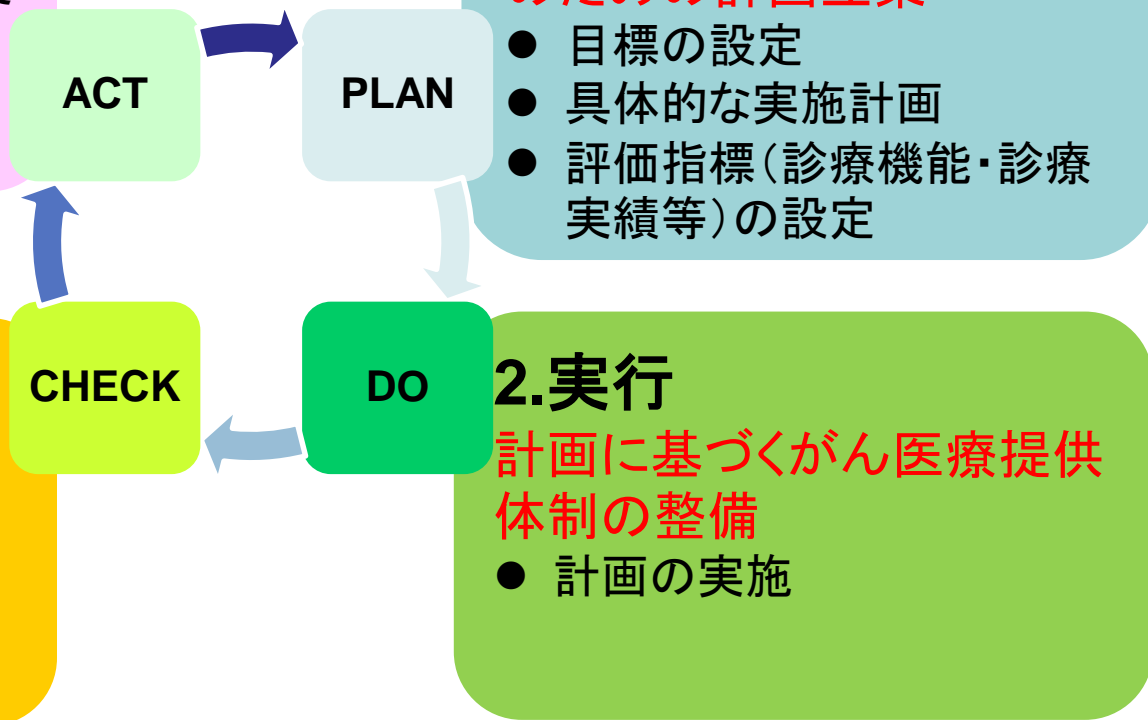
PLAN

## 2.実行

### 計画に基づくがん医療提供体制の整備

- 計画の実施

DO



# 「がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会」における議論の整理(案)【抜粋】

## III. 各施策の意見と今後の方向性

### 1. 緩和ケアの提供体制について

#### (1) 総論

#### (現状と課題)

- 緩和ケアの質については、書面のみで評価することが困難であり、その指標や質の良否を判断する基準も必ずしも確立されていない。

#### (今後の方向性)

- 緩和ケアの質を評価するための指標や基準を確立すべきである。また、診療の内容を評価するためには、実地調査や患者体験調査、遺族調査等の定期的、継続的な実施等を行うべきである。また、評価の結果に基づいた質の向上策の立案に努めるべきである。

# 緩和ケアチームの活動を改善していく取り組み

1 – 1 自分たちで、他の施設と比べて評価を行う  
(相対評価)

⇒ 緩和ケアチーム登録 (日本緩和医療学会)

1 – 2 自分たちで、基準と比べて評価を行う  
(絶対評価)

⇒ セルフチェックプログラム (日本緩和医療学会)

2 外部の者たちから評価を受ける  
(相対評価または絶対評価)

⇒ ピアレビュー

# 緩和ケアチーム登録

日本緩和医療学会では、

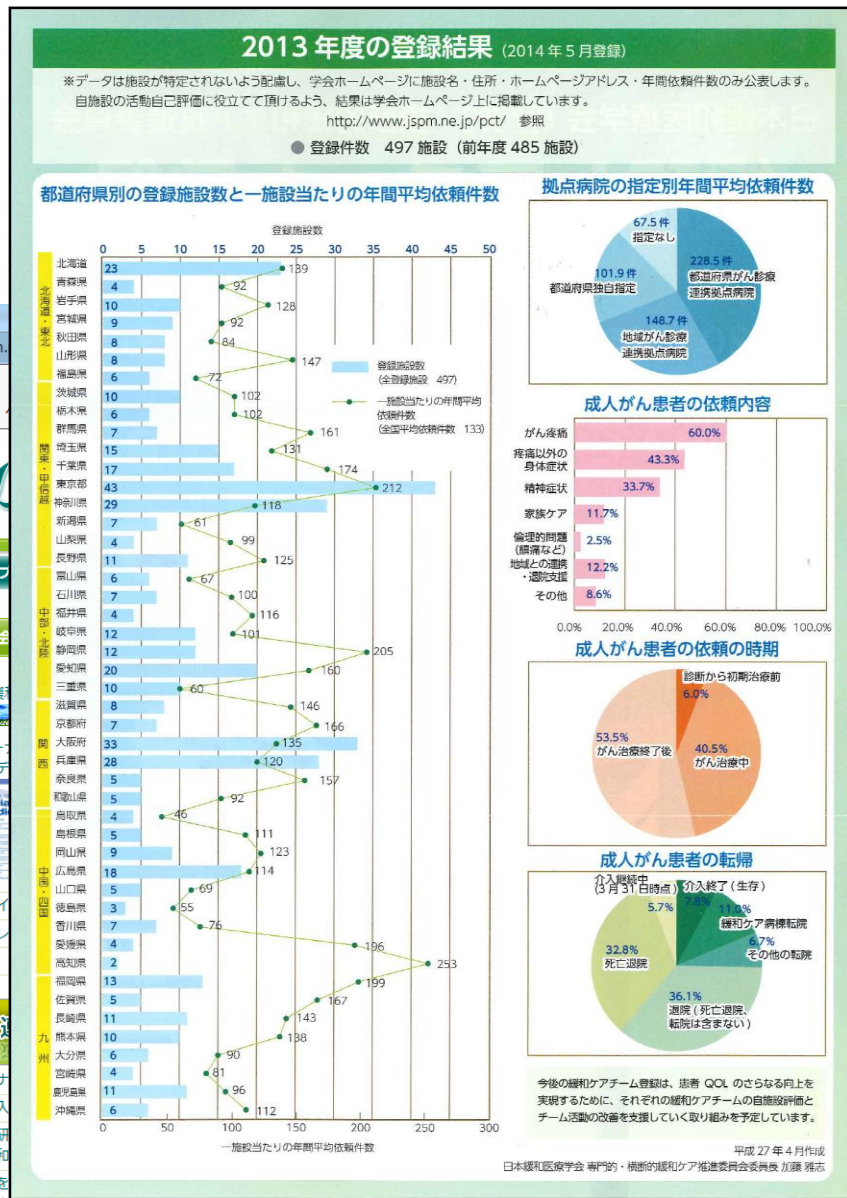
- 緩和チームの活動を支援していくことを目指し、
- 全国の病院で活動する緩和ケアチームの活動実態を調査し、
- 全国の緩和ケアチームの活動を明らかにするために、
- 2010年度から開始。

<http://www.jspm.ne.jp/pct/pct.php>

# 緩和ケアチーム登録 結果報告

緩和ケアチームの活動状況を  
ホームページやチラシにして、広く公開

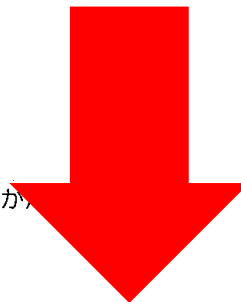
The screenshot shows the homepage of the Japanese Society for Palliative Medicine (JSPM). The navigation menu on the left includes: 学会概要, 学術大会, 厚生労働省委託事業 PEACEプロジェクト, 厚生労働省委託事業 CST研修会事業, 厚生労働省委託事業 緩和ケア普及啓発事業, 入会案内など, 会員専用, 専門医認定制度, 研究助成, 地区活動支援事業, and **緩和ケアチーム登録** (highlighted with a red box and arrow). Below the menu, there are sections for '現在募集中の情報(会員向)', '更新情報', and '教育関連'.



# 緩和ケアチーム登録 各施設へのフィードバック

各施設の活動状況を、  
他の同じ属性の施設と比較可能な形で、  
個別にフィードバック

病院の指定：国指定都道府県か



①緩和ケアチームのいずれかのメンバーが、患者を直接診療する活動を行っている日数

|         | 全体    | 都道府県  | 地域    | 都道府県独自 | 指定なし  | 貴施設 |
|---------|-------|-------|-------|--------|-------|-----|
| 週 1 日未満 | 2.8%  | 1.9%  | 2.0%  | 3.1%   | 5.4%  |     |
| 週 1～2 日 | 21.5% | 3.8%  | 13.3% | 33.7%  | 41.3% |     |
| 週 3～4 日 | 7.0%  | 5.8%  | 5.9%  | 11.2%  | 6.5%  |     |
| 週 5～6 日 | 64.2% | 82.7% | 74.1% | 49.0%  | 42.4% |     |
| 週 7 日   | 4.4%  | 5.8%  | 4.7%  | 3.1%   | 4.3%  | ●   |

②年間依頼件数

|      | 全体    | 都道府県  | 地域    | 都道府県独自 | 指定なし | 貴施設 |
|------|-------|-------|-------|--------|------|-----|
| 平均値  | 132.8 | 228.5 | 148.7 | 101.9  | 67.5 | 914 |
| 標準偏差 | 124.0 | 198.5 | 118.3 | 89.4   | 55.8 | 914 |
| 中央値  | 96.0  | 174.0 | 119.0 | 79.0   | 53.5 | 914 |

③入院がん患者の緩和ケアサービス利用率

|  | 全体   | 都道府県 | 地域   | 都道府県独自 | 指定なし | 貴施設  |
|--|------|------|------|--------|------|------|
|  | 5.0% | 4.1% | 4.9% | 6.1%   | 6.8% | 5.8% |

④依頼の時期（がん患者のみ）

|            | 全体    | 都道府県  | 地域    | 都道府県独自 | 指定なし  | 貴施設   |
|------------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|
| 診断から初期治療前  | 6.0%  | 7.1%  | 5.8%  | 4.7%   | 7.4%  | 7.9%  |
| がん治療中      | 40.5% | 53.0% | 39.8% | 35.5%  | 28.4% | 75.2% |
| 積極的がん治療終了後 | 53.5% | 39.9% | 54.4% | 59.7%  | 64.1% | 16.9% |



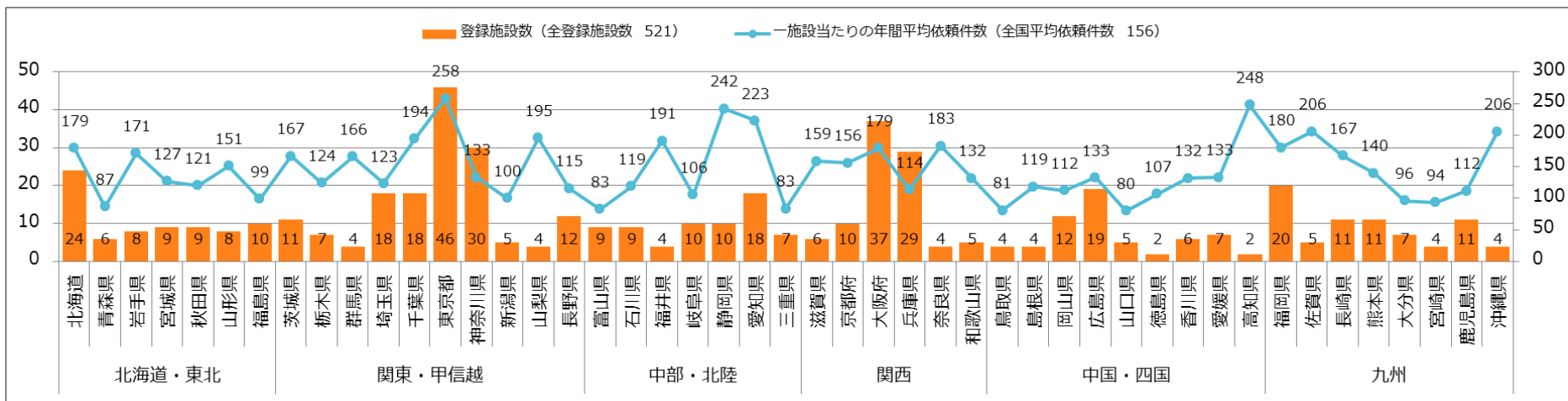
# 2015年度活動状況に基づく 緩和ケアチーム登録

## 緩和ケアチーム登録 協力施設数

|               | 協力施設数      | 解析対象とした依頼総件数  |
|---------------|------------|---------------|
| 2010年度        | 371        | 44,351        |
| 2011年度        | 393        | 44,087        |
| 2012年度        | 485        | 62,217        |
| 2013年度        | 497        | 66,005        |
| 2014年度        | 513        | 72,879        |
| <b>2015年度</b> | <b>521</b> | <b>81,296</b> |

# 2015年度活動状況に基づく 緩和ケアチーム登録

全国の一施設当たりの平均年間依頼件数 **156件**  
(前年の平均年間依頼件数 142件)



# 病院種別 登録状況 1

|              | 都道府県<br>がん拠点病院   | 地域<br>がん拠点病院     | 非がん拠点病院        | 合計               |
|--------------|------------------|------------------|----------------|------------------|
| 登録施設数        | 51               | 286              | 184            | 521              |
| 年間平均<br>依頼件数 | 326.1<br>(276.5) | 162.1<br>(154.5) | 99.5<br>(87.0) | 156.0<br>(142.1) |

( ) は、前年度の結果

# 病院種別 登録状況 2

|                           | 都道府県<br>がん拠点病院             | 地域<br>がん拠点病院               | 非がん拠点病院                    | 合計                         |
|---------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 登録施設数                     | 51                         | 286                        | 184                        | 521                        |
| 全施設での<br>全依頼総数            | 16,632                     | 46,361                     | 18,303                     | 81,296                     |
| がん患者<br>依頼総数<br>(小児がんを除く) | 16,018<br>96.3%<br>(97.2%) | 44,681<br>96.4%<br>(96.4%) | 17,666<br>96.5%<br>(95.6%) | 78,365<br>96.4%<br>(96.4%) |
| 小児がん患者                    | 188<br>1.1%<br>(1.6%)      | 182<br>0.4%<br>(0.4%)      | 17<br>0.1%<br>(0.2%)       | 387<br>0.4%<br>(0.6%)      |
| 非がん患者                     | 426<br>2.6%<br>(1.2%)      | 1,498<br>3.2%<br>(3.2%)    | 620<br>3.4%<br>(4.2%)      | 2,544<br>3.1%<br>(3.0%)    |

( ) は、前年度の結果

# 非がん患者の登録の施設状況

|         | 都道府県<br>がん拠点病院<br>N=51 | 地域<br>がん拠点病院<br>N=286 | 非がん拠点病院<br>N=184 | 合計<br>N=521 |
|---------|------------------------|-----------------------|------------------|-------------|
| 0件      | 37.3%                  | 36.4%                 | 46.2%            | 39.9%       |
| 1～10件   | 49.0%                  | 49.3%                 | 45.1%            | 47.8%       |
| 11～100件 | 11.8%                  | 14.3%                 | 8.7%             | 12.1%       |
| 101件以上  | 2.0%                   | 0.0%                  | 0.0%             | 0.2%        |

# がん患者の依頼の時期

|                | 都道府県<br>がん拠点病院   | 地域<br>がん拠点病院     | 非がん拠点病院          | 成人合計<br>N=78,365 | 小児合計<br>N=387    |
|----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| 診断から<br>初期治療前  | 9.1%<br>(7.2%)   | 7.9%<br>(7.4%)   | 10.1%<br>(5.4%)  | 8.7%<br>(7.0%)   | 18.9%<br>(11.3%) |
| がん治療中          | 53.6%<br>(52.8%) | 43.4%<br>(40.4%) | 34.2%<br>(31.7%) | 43.4%<br>(40.9%) | 70.0%<br>(77.2%) |
| 積極的がん治<br>療終了後 | 37.3%<br>(40.0%) | 48.6%<br>(52.1%) | 55.7%<br>(62.9%) | 47.9%<br>(52.2%) | 11.1%<br>(11.5%) |

( ) は、前年度の結果  
 青字は、前年度より増加  
 赤字は、前年度より減少

# 年間依頼件数

|     | 2010<br>N=371 | 2011<br>N=393 | 2012<br>N=485 | 2013<br>N=497 | 2014<br>N=513 | 2015<br>N=521 |
|-----|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 平均値 | 119.5         | 112.2         | 128.3         | 132.8         | 142.1         | 156.0         |
| 中央値 | 89.0          | 81.0          | 90.0          | 96.0          | 106.0         | 113.0         |

# がん患者の依頼時期

|            | 2010<br>N=371 | 2011<br>N=393 | 2012<br>N=485 | 2013<br>N=497 | 2014<br>N=513 | 2015<br>N=521 |
|------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 診断から初期治療前  |               |               | 4.7%          | 6.0%          | 7.0%          | 8.7%          |
| がん治療中      |               |               | 41.0%         | 40.5%         | 40.9%         | 43.4%         |
| 積極的がん治療終了後 |               |               | 54.3%         | 53.5%         | 52.2%         | 47.9%         |

# がん患者の依頼内容（複数選択）

|             | 都道府県<br>がん拠点病院 | 地域<br>がん拠点病院 | 非がん拠点病院 | 成人合計             | 小児合計             |
|-------------|----------------|--------------|---------|------------------|------------------|
| 疼痛          | 50.9%          | 62.2%        | 58.2%   | 59.0%<br>(59.5%) | 36.7%<br>(44.4%) |
| 疼痛以外の身体症状   | 31.7%          | 42.7%        | 48.3%   | 41.7%<br>(43.9%) | 16.5%<br>(12.0%) |
| 精神症状        | 42.0%          | 35.0%        | 25.8%   | 34.4%<br>(33.7%) | 25.1%<br>(32.8%) |
| 家族ケア        | 9.8%           | 11.7%        | 13.2%   | 11.6%<br>(11.2%) | 58.1%<br>(56.4%) |
| 倫理的問題       | 0.6%           | 1.5%         | 3.3%    | 1.7%<br>(2.0%)   | 3.1%<br>(2.9%)   |
| 地域との連携・退院支援 | 7.3%           | 12.1%        | 13.0%   | 11.3%<br>(11.7%) | 5.4%<br>(4.2%)   |
| その他         | 15.6%          | 11.6%        | 10.4%   | 12.1%<br>(10.4%) | 25.8%<br>(6.6%)  |



# 依頼時の依頼内容

|                 | 2010<br>N=371 | 2011<br>N=393 | 2012<br>N=485 | 2013<br>N=497 | 2014<br>N=513 | 2015<br>N=521 |
|-----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 疼痛              | 43.1%         | 66.5%         | 53.3%         | 60.0%         | 59.5%         | 59.0%         |
| 疼痛以外の<br>身体症状   | 23.6%         | 42.4%         | 36.9%         | 43.3%         | 43.9%         | 41.7%         |
| 精神症状            | 22.3%         | 35.7%         | 29.0%         | 33.7%         | 33.7%         | 34.4%         |
| 家族ケア            | 6.0%          | 12.0%         | 10.3%         | 11.7%         | 11.2%         | 11.6%         |
| 倫理的問題<br>(鎮静など) | 1.7%          | 2.2%          | 1.8%          | 2.5%          | 2.0%          | 1.7%          |
| 地域との連携・<br>退院支援 | 8.7%          | 12.0%         | 10.2%         | 12.2%         | 11.7%         | 11.3%         |
| その他             | 4.2%          | 9.6%          | 8.9%          | 8.6%          | 10.4%         | 12.1%         |

# 緩和ケアチームの活動を改善していく取り組み

1 – 1 自分たちで、他の施設と比べて評価を行う  
(相対評価)

⇒ 緩和ケアチーム登録 (日本緩和医療学会)

1 – 2 自分たちで、基準と比べて評価を行う  
(絶対評価)

⇒ セルフチェックプログラム (日本緩和医療学会)

2 外部の者たちから評価を受ける  
(相対評価または絶対評価)

⇒ ピアレビュー

# わが国における緩和ケアチームの基準

- ◆ 2008年緩和ケアチームの質の向上と標準化のために緩和ケアチームの基準が作成された
- ◆ 医療環境は大きく変化し、拠点病院を中心に緩和ケアチームを設置する病院は増加している
- ◆ 第2期がん対策推進基本計画と、がん拠点病院の指定要件では、苦痛のスクリーニングの実施、地域コンサルテーションの実施などが盛り込まれ、その活動の形態や役割も変化してきている
- ◆ このような状況の変化を踏まえ、木澤らは2015年に緩和ケアチームの基準の見直しを行った

# 緩和ケアチーム セルフチェックプログラム

日本緩和医療学会が、わが国の緩和ケアチーム活動を改善していくことをめざして開発

各病院の緩和ケアチームが、緩和ケアの質を向上するための自施設評価を行っていくことを支援するプログラム

2015年版 緩和ケアチームの基準をもとに作成した

<http://www.jspm.ne.jp/pct/jishisetsu.html>

# スケジュール概要

## Check **START!**

### Check シートの配布と回答

- ✓ 緩和ケアチームメンバーに Check シートを配布
- ✓ メンバーはメンバーカンファレンス 1 回目開催までに回答

## Act

配布から  
1 ~ 2 週間後

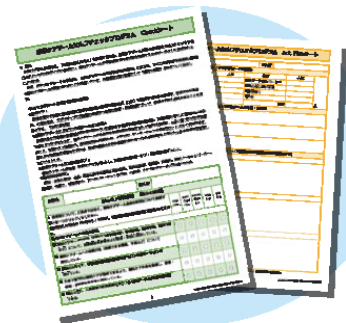
### メンバーカンファレンス 1 回目の開催

- ✓ 回答結果の共有
- ✓ 重点的に取り組むべき問題点・課題の抽出

## Do

1 年後  
改善計画の  
達成状況を  
チェック

### 改善計画の実行



## Plan

### 改善計画案の立案

配布から  
3 ~ 6 週間後

- ✓ 問題点・課題について実施責任者等が改善計画案を立案

### メンバーカンファレンス 2 回目の開催

配布から  
3 ~ 6 週間

- ✓ 改善計画案をメンバー間で検討し、改善計画を決定
- ✓ チームとしての Check シート / Act、Plan シートの回答

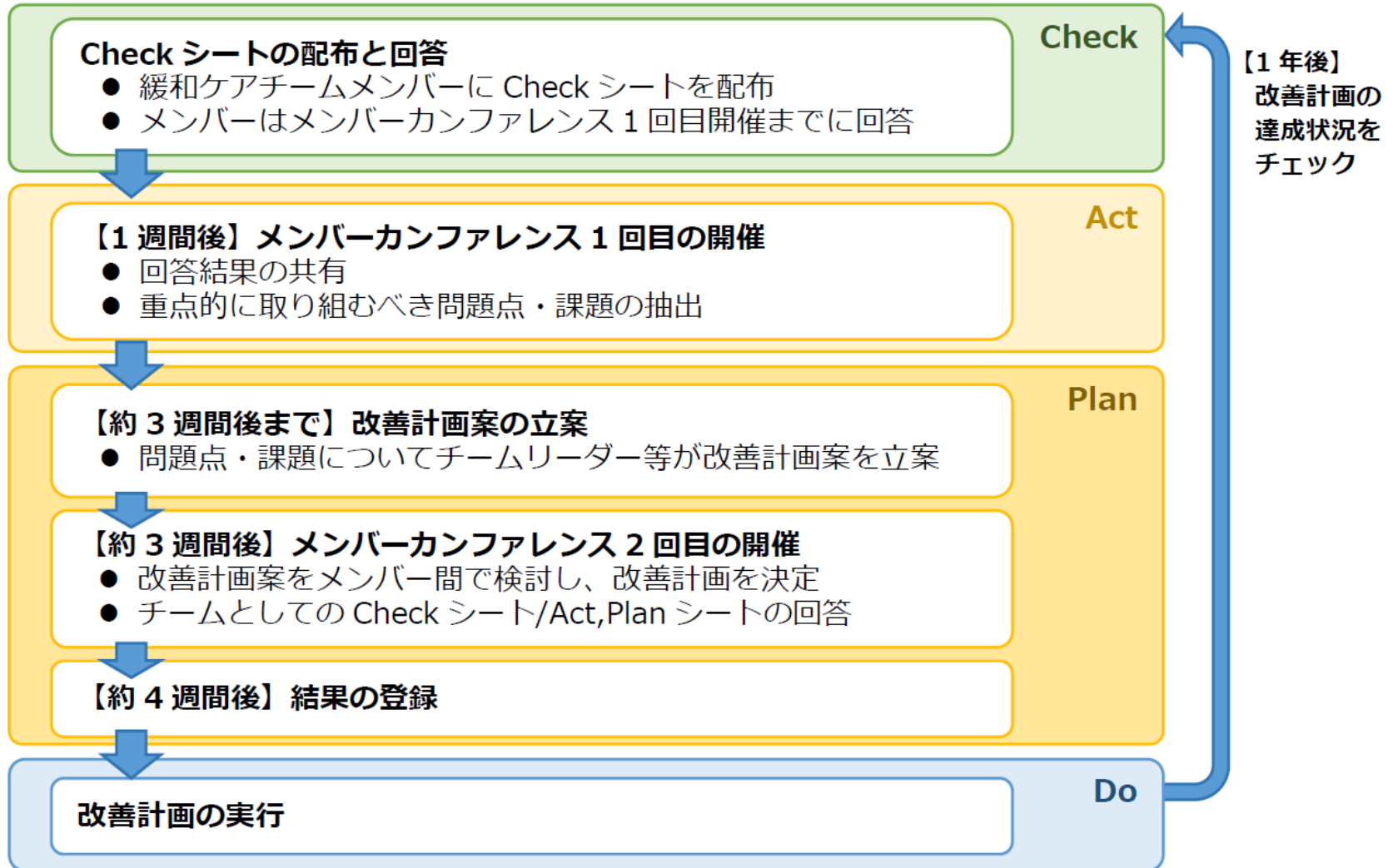
### 結果の登録

配布から  
4 ~ 8 週間



# 実施手順

## ■ スケジュール概要



# チェックシート

| 施設名   |  |  |  |  | 記入者 |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--|--|--|--|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Check : 評価項目 【痛みの緩和】  |  |  |  |  |     |                          |                          |                          |                          |                          |
| <p>●各項目について、該当する□を一つ✓(クリック)してください。<br/>           回答が難しい場合は「該当なし」を選び、その理由を自由回答欄に記載してください。</p> |  |  |  |  |     | できて<br>いない               | あまり<br>できて<br>いない        | おおむね<br>できて<br>いる        | できて<br>いる                | 該当<br>なし                 |
| 1) 緩和ケアチームへの介入依頼  |  |  |  |  |     |                          |                          |                          |                          |                          |
| ① 緩和ケアチームの体制（病院内での位置づけ、構成要員、活動時間、活動内容など）について、医療福祉従事者および患者・家族に周知している。                          |  |  |  |  |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ② 緩和ケアチームへの依頼方法（依頼できる職種、手段など）について周知している。  |  |  |  |  |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ③ 医師のみならず、多職種の医療福祉従事者からコンサルテーションを受けている。   |  |  |  |  |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ④ 外来で専門的な緩和ケアが提供できるよう、緩和ケア外来を整備し、患者・家族・医療福祉従事者に周知している。  |  |  |  |  |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ⑤ 平日は毎日、入院患者の新規依頼を受けコンサルテーション活動を実施できる。  |  |  |  |  |     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

# Act/Planシート

## 緩和ケアチームセルフチェックプログラム Act, Planシート (案)

| 施設名                             |    |             |    | 記入者 |   |  |
|---------------------------------|----|-------------|----|-----|---|--|
| チームメンバー構成 (セルフチェックシート回答者)       |    |             |    |     |   |  |
| 職種                              | 人数 | 職種          | 人数 |     |   |  |
| 身体症状担当医師                        |    | 医療ソーシャルワーカー |    |     |   |  |
| 精神症状担当医師                        |    | 医療心理に携わる者   |    |     |   |  |
| 専従看護師                           |    | 管理栄養士       |    |     |   |  |
| 専従以外の看護師                        |    | その他         |    |     |   |  |
| 薬剤師                             |    |             | 合計 |     | 人 |  |
| Act: カンファレンスによって抽出されたチームの課題・問題点 |    |             |    |     |   |  |
| 1                               |    |             |    |     |   |  |
| 2                               |    |             |    |     |   |  |
| 3                               |    |             |    |     |   |  |



# 緩和ケアチームの活動を改善していく取り組み

1 – 1 自分たちで、他の施設と比べて評価を行う  
(相対評価)

⇒ 緩和ケアチーム登録 (日本緩和医療学会)

1 – 2 自分たちで、基準と比べて評価を行う  
(絶対評価)

⇒ セルフチェックプログラム (日本緩和医療学会)

2 外部の者たちから評価を受ける  
(相対評価または絶対評価)

⇒ ピアレビュー

# 病院レベルでのPDCAサイクルの確保と ピアレビューによる効果

ピアレビューで支援

## 4.改善

評価に基づく改善

- 計画をさらに進めていく上での課題の明確化
- 課題解決の方向性を検討

ACT

PLAN

## 3.評価

目標の達成状況の確認

- 実施内容の整理
- 評価指標の情報収集
- 評価結果の確認・認識
- 関係者間で情報共有

CHECK

DO

## 1.計画

がん医療提供体制の整備のための計画立案

- 目標の設定
- 具体的な実施計画
- 評価指標（診療機能・診療実績等）の設定

## 2.実行

計画に基づくがん医療提供体制の整備

- 計画の実施

# ピアレビューの利点と課題

## 【ピアレビューの利点】

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

## ● 【ピアレビューの課題】

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

# 都道府県レベルのPDCAサイクル ピアレビュー イメージ

## ● ピアレビューを実施するために必要となる体制

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

**方法① 複数施設の相互訪問による実地調査**

**方法② 都道府県内の中心的メンバーが調査委員となり実地調査**

都道府県拠点 または 都道府県がん診療連携協議会

方法①

事務局

方法②

地域拠点

地域拠点

地域拠点

特定領域拠点

地域がん診療