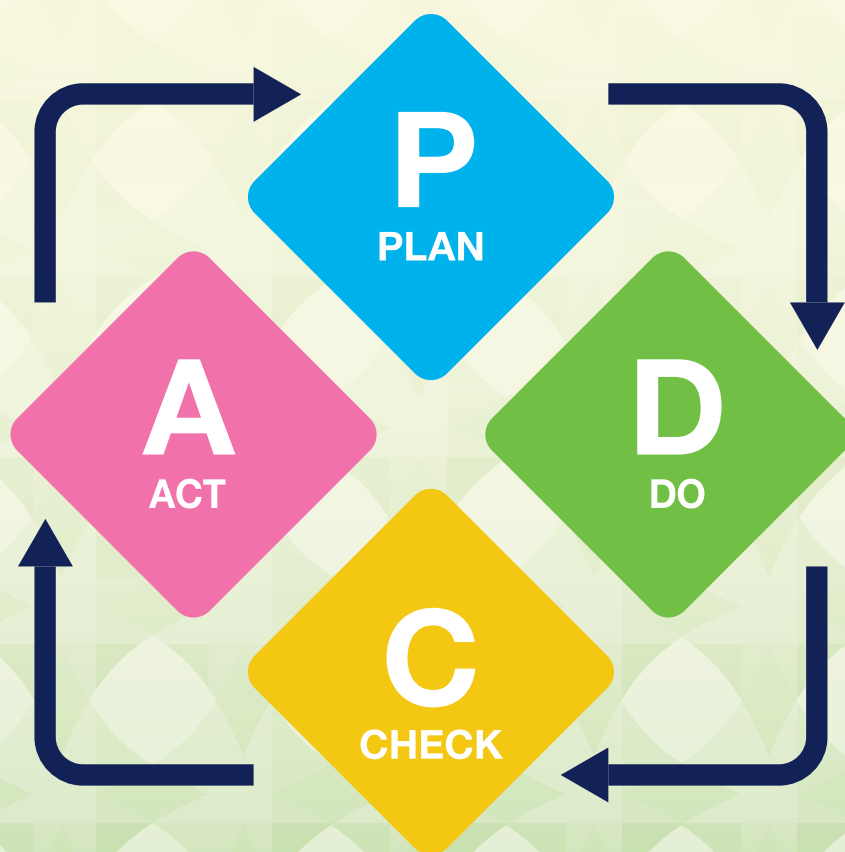


令和2年度 厚生労働省委託費
がん診療連携拠点病院PDCAサイクル体制強化事業

令和2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：2021年2月6日(土) 13:30~16:30 オンライン開催

主催：国立研究開発法人 国立がん研究センター

令和2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

開会挨拶	国立がん研究センター 理事長 中釜 斉	1
来賓挨拶	厚生労働省健康局がん・疾病対策課 がん医療専門官 湯川 芳郎	1
テーマ1	オンラインを活用した新型コロナウイルス感染症流行下での都道府県レベルでのPDCAサイクル確保の活動	
1-1	全国の都道府県レベルでのPDCAサイクル活動の現状 国立がん研究センター 加藤 雅志	2
1-2	兵庫県におけるオンラインによる研修会開催 兵庫県立がんセンター 角木 美加	5
1-3	秋田県におけるオンラインによるピアレビュー実施 秋田大学 安藤 秀明	11
テーマ2	都道府県レベルでの共通目標・共通指標を用いた診療の質の改善活動	
2-1	全国の都道府県レベルでの共通目標・共通指標を用いた活動の現状 国立がん研究センター 加藤 雅志	17
2-2	千葉県における共通目標を用いた活動 千葉県がんセンター 浜野 公明	20
2-3	全国の共通指標の作成の動向 (日本医療機能評価機構「医療の質向上のための体制整備事業(厚生労働省補助事業)」の紹介など) 昭和大学 的場 匡亮	26
2-4	がん医療の均てん化指標 国立がん研究センター 東 尚弘	32
2-5	愛知県における共通指標を用いた活動 藤田医科大学 河田 健司	39
2-6	共通目標・共通指標に関するディスカッション	44
閉会挨拶	国立がん研究センター がん対策情報センター長 若尾 文彦 国立がん研究センター 理事長 中釜 斉	47

開会挨拶

国立がん研究センター 理事長
中釜 斉

本日は、PDCA サイクルフォーラムにご参加いただきありがとうございます。今、新型コロナウイルスの市中感染が広がり、一部の都市では緊急事態宣言も発令されていて、非常に活動がしづらい状況の中、このPDCA サイクル体制強化事業に日頃からご協力いただき、また、本日フォーラムにご参加いただき、誠にありがとうございます。

本日は、PDCA サイクルに関して各都道府県の取り組みをご発表いただき、その活動を通じた医療の均てん化の進捗状況についてもお話を伺うことができると聞いております。PDCA サイクルフォーラムの事業開始以来、各都道府県の取り組みも年々強化されており、特徴的な取り組みについてのお話を聞かせていただいて、私も興味を持っているところです。このPDCA サイクルを強化することによって、がん医療の均てん化がさらに進んでいくことを非常に期待しているところであります。

一方で、本日のようなWeb会議には、最近の皆様も慣れてスムーズになってきていると思いますが、今後のがん医療を考える際に、研修も含めて、Webのシステムをうまく使いながら、医療の均てん化をより効率的、効果的に事業を進めていく。そういうことのためにも私たちはいろいろなことを学んでいければと思います。そういった視点から本日のフォーラムを私自身も楽しみにしていますので、一日よろしく願いいたします。

来賓挨拶

厚生労働省健康局がん・疾病対策課 がん医療専門官
湯川 芳郎

皆様、平素より大変お世話になっております。

最近開催された「第18回がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会」の中でも少しお話しさせていただきましたが、新型コロナウイルスが、やはりがん診療、がん医療にもかなり影響を与えているというような現状でございます。今までと同様のやり方ではPDCA サイクルを確保しにくくなっているという状況があると思っております。例えばWebでできることはWebでやっていただくというような、さまざまな工夫をいただいている状況だと認識しております。

本日は、そういったお話を聞かせていただき、私も勉強させていただこうと思っておりますので、皆様、どうぞよろしく願いいたします。

全国の都道府県レベルでのPDCAサイクル活動の現状

国立がん研究センター 加藤 雅志

がん診療連携拠点病院等に求められるPDCAサイクル確保に関するこれまでの状況

- 平成26年（2014年）に見直されたがん診療連携拠点病院の整備指針で、がん医療の質を改善していくことを目的に、PDCAサイクルの確保を、病院レベル、都道府県レベル、国レベルで取り組んでいくことが初めて定められた。
- 当初、「都道府県レベルでPDCAサイクルの確保」をについて、各都道府県はどのような活動をすればよいかわからない中、先進的な都道府県がん診療連携拠点病院が、試行錯誤を重ねながら様々な取り組みを開始した。
- 平成27年度（2016年2月）より、国立がん研究センターではPDCAサイクルフォーラムを開催し、都道府県レベルのPDCAサイクルを中心のテーマとして、全国の取り組みを共有し、各都道府県の支援を行っている。

都道府県レベルでのPDCAサイクル確保の活動について、現在の全国の状況をご説明したいと思います。

がん診療連携拠点病院制度でPDCAサイクル確保というのが定められていますが、こういった取り組みは平成26年のがん診療連携拠点病院の整備指針が見直されたときに定められたものです。

当時、病院レベルでの診療の質改善活動については、それぞれの病院で行われていたかと思いますが、さらに都道府県レベルでのPDCAサイクル確保ということが定められました。

当初、都道府県レベルでのPDCAサイクル確保については、各都道府県でまだ取り組みがなされていなかったこともあり、どのように進めていけばいいのか、全国的に試行錯誤を重ねながらさまざまな取り組みが始まった状況でした。

そのような中、厚生労働省の委託を受けてPDCAサイクルフォーラムを毎年開催しており、このような機会を通じて各都道府県で行われている取り組みを紹介していくことにより、多くの都道府県でこの都道府県レベルでのPDCAサイクル確保の活動が広がってきているという状況です。そして、国立がん研究センターでは、それらの活動を全国に紹介し支援を行っています。

第3期のがん対策推進基本計画では、診療の質を改善していくことが定められています。そこには、診療の実績等を用いた他の医療機関との比較や、医療機関間での定期的な実地調査などの取り組むことが望ましい活動についても記載されております。

第3期がん対策推進基本計画

(2018年3月閣議決定)

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。

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

こちらは、がん診療連携拠点病院制度におけるPDCAサイクル確保についてのスライドです。病院レベルでの診療の質改善活動はそれぞれの病院で進められていますが、都道府県レベルでのPDCAサイクル確保はまだ多くの都道府県で試行錯誤している状況にあり、どのような活動をするかについては、本日のようなフォーラムなどを通じて共有しているところです。今はコロナ禍でどのような工夫をするのが強く求められていますので、本日のフォーラムでは、この件についてさまざまな取り組みを紹介していきたいと思っております。

改めて、都道府県レベルでの診療の質を改善していくことを考えたときに、具体的な取り組みとして、大きく分けて3つの方法があります。

1つ目は、都道府県内に対して課題を解決するための研修会を開催していくということです。何か新しい取り組みや広く普及させないといけないことなどについて、都道府県内に向けて研修会を開催していくというのが1つ目の方法です。

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

2つ目の方法は、都道府県内で、それぞれの病院同士で行う相互評価です。相互評価については、方法がいくつかあります。1つは、会議や研修会の場で一堂に会したところで、それぞれの実績や取り組みについて発表したり、共有したりすることで相互評価する方法。他には実地訪問による相互評価を行う方法があります。ただし、今はコロナ禍で病院を訪問することが難しいため、それに代わる方法が求められています。

そして3つ目は、都道府県内で共通の目標を設定して、それを達成するために県内の関係者は何ができるのか、県内のそれぞれの病院は何ができるのかを考え、そういったことを通じて県全体の診療の質を改善していく方法です。以上のように大きく分けて3種類の活動があります。本日は、研修会の開催や相互評価についてはオンラインでの開催事例を、後半では都道府県内での共通目標についてどう考えていくかをご紹介しますと思っています。

昨年の11月に開催した都道府県がん診療連携拠点病院

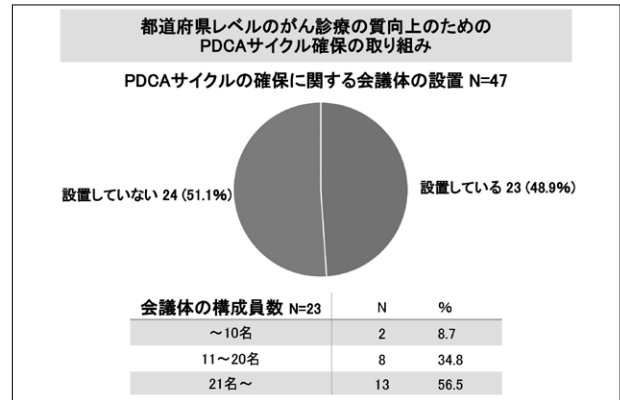
第13回 都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 (2020年11月5日開催)

アンケート調査 結果

都道府県における 都道府県がん診療連携協議会、専門部会等の運営・活動状況				
開催方法(重複回答)	2019年度 (2019.4~2020.3)		2020年度 (2020.4~2020.9)	
	N=47	%	N=47	%
会場での集合会議	45	95.7	14	29.8
オンラインでの会議	6	12.8	29	61.7
メール・書面での会議	25	53.2	26	55.3
開催中止	16	34.0	8	17.0
その他	2	4.3	7	14.9
上記のいずれも回答なし	1	0.0	8	17.0
その他の内訳				
2019年度	2020年度			
延期	延期、今後開催予定			
	延期、資料送付のみ			
	集合会議開催を中止し、WEBページで情報提供 メールにてアンケート調査を実施 など			

連絡協議会で、全国の都道府県単位の活動がどのような状況にあるのか、アンケートを行いましたので、その結果について改めて紹介したいと思います。

2019年度までは多くの県が集合会議を行っていましたが、2020年度に入って集合会議が難しくなり、オンラインでの会議が増えてきたというような状況です。



各都道府県内でPDCAサイクル確保について、会議体を設置しているかどうか質問したものです。必ずしも会議体を設置する必要はないのですが、会議体を設置しているのは23の都道府県でした。

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

開催した会議の回数 N=23	2019年度 (2019.4~2020.3)		2020年度 (2020.4~2020.9)	
	N	%	N	%
0回	0	0.0	8	34.8
1回	12	52.2	8	34.8
2~5回	8	34.8	3	13.0
6回~	3	13.0	0	0.0
回答なし	0	0.0	4	17.45
開催方法 N=20				
集合	20	87.0	2	8.7
集合、書面	2	8.7	0	0.0
オンライン、オンラインで計画中	0	0.0	7	30.4
書面、メール審議	0	0.0	3	13.0
回答なし	1	4.3	11	47.8

その活動の状況について見てみると、2020年度に入っからはPDCAサイクル確保のための会議の開催が難しくなっている状況があり、そして、開催しているところもオンラインで会議を開催した、または計画中という状況になっていました。

Ⅲ-1 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

会議体を設置していない都道府県 N=24

●会議体がない都道府県の検討の場

	N	%
検討していない	0	0.0
都道府県がん診療連携拠点病院の担当者間	2	8.3
都道府県のがん診療連携協議会	10	41.7
都道府県内のがん診療連携協議会の各領域の専門部会	20	83.3

会議体を設置していない都道府県も、全ての県が何らかの形でPDCAサイクル確保の取り組みを原則として行っている状況でした。

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

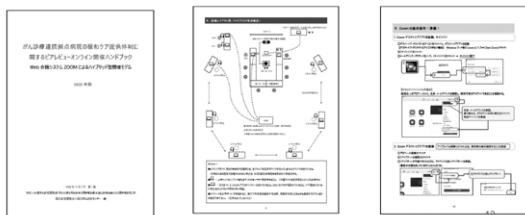
- 1 研修会の開催
- 2 相互評価の実施
 - 2-1 会議や研修会での相互評価
 - 2-2 実地訪問による相互評価
- 3 都道府県内で共通目標を設定した改善活動の実施
 - 都道府県内の活動について、当面の間、オンラインで実施していくことが求められている
 - コロナ禍が落ち着いた後も、今回得た経験をもとにオンラインを活用していくことが期待されている

このように、集合して会議などを行うことが難しくなっていることを踏まえて、当面の間、オンラインで何らかの活動をしていくことが求められています。また、オンラインでさまざまな活動経験を蓄積してきましたので、この経験を基にして、コロナ禍が落ち着いた後もオンラインを上手に使いながら、効率よく効果的に会議などが開催されていくことも期待されています。

そのような状況を踏まえて、本日は、1つ目の研修会の開催と、2つ目の相互評価のうち実地訪問について、オンラインで行うためのノウハウを皆様と共有したいと思い、2つの県に活動のご紹介をお願いしています。本日の前半はこのような形で進めていきたいと思っています。

全国への支援に向けた情報提供

全国への支援を目的に、『オンラインによるピアレビュー開催ハンドブック』及び『別冊 当日実施要領』を作成。
今後、ピアレビューを実施したいが実地での訪問は困難であり、オンラインで実施行きたいという都道府県で活用してもらえよう全国に向けて広く公開していく予定。




各都道府県で、オンラインで会議などを開催したり、オンラインで相互評価を実施する方法を自分たちでゼロから考えるのはかなり大変なことだと思っています。私たち国立がん研究センターでは、オンラインでピアレビューを行うためのハンドブックを作成しています。ほぼ仕上がってきましたので、近いうちに全国に向けて広く公開していきたいと思います。こちらは本日発表いただく秋田県の取り組みなどを参考にして作成しておりますので、ぜひ今後、皆様にもご活用いただきたいと思います。

1-2

兵庫県におけるオンラインによる 研修会開催

兵庫県立がんセンター 角木 美加

2021年2月6日（土）
「都道府県がん診療連携拠点病院PDCAサイクルフォーラム」



兵庫県における都道府県がん診療連携拠点病院が行うがん化学療法チーム医療研修会
～初めてのオンライン研修を試みて～

兵庫県立がんセンター
がん化学療法看護認定看護師
つぎ みか
角木 美加

本年度の開催について



COVID-19の流行でどうしていくか？

このような時に研修会をした方がいいのか？

感染対応で業務が増える中、研修会まで手が回るのか？

Zoomの操作ができるか不安？

本日は、このような貴重な機会をいただきまして、本当にありがとうございます。

本年度、COVID-19の流行により、県のチーム医療研修会を初のオンライン研修で行いましたので、どのように運用に至ったかなどをご紹介していきたいと思えます。

務が変わる中、新たにオンラインでの研修会の準備、開催まで手が回るか不安である。Zoomなどの不慣れなもので研修が行えるかが不安という意見が各職種から出ました。中でも特にMSWさんからは、オンライン操作への不安が強いという意見がありました。

例年の開催日時とテーマ

1日開催

開催日時・参加施設数	テーマ
平成27年（7施設） 10月3日	がん化学療法を受ける患者への多職種アプローチ～就労支援～
平成28年（5施設） 9月10日	免疫チェックポイント阻害薬の適正使用
平成29年（5施設） 9月23日	免疫チェックポイント阻害剤～チームで行う副作用マネジメント～
平成30年（7施設） 10月6日	遺伝性腫瘍 ～PARP阻害薬とBRCA遺伝子検査の承認に際して取り組みの共有～
令和元年（7施設） 10月22日	AYA世代がん～若年成人がん患者・家族をチームで支える～

本年度の開催について

（活動期間：R2年6月26日～12月4日）

過去に実施した研修後アンケートから

- 「他職種揃ってのカンファの実現が必要と強く感じた。」
- 「この4人でアクションを起こしたいと思う。」
- 「チーム医療の重要性は認識していたが、臨床になかなか導入できていないと感じていた。今回の形式が参考になった。」

↓

- 研修会継続について取りやめという方法は取るべきでない、当院の役割である。
- COVID-19流行によりこれからオンライン研修が取り入れられる時代になると予測できる。
- ニーズはあるはずであるがオンライン研修はどうか？

↓

募集要項を毎年送付する施設に、オンライン研修で開催を検討しているが、参加希望有無などアンケートを取ることにした。

平成27年より、兵庫県都道府県がん診療連携拠点病院として、毎年、がん化学療法チーム医療研修会を企画、開催していました。テーマなどは世の流れに沿って、ニーズに合いそうなものを検討、提示し、募集を行っていました。就労支援、遺伝性腫瘍、AYA世代など、さまざまなテーマで取り組んでいました。毎年5から7施設、医師・薬剤師・看護師・MSWの4職種の参加があり、この研修会は講義とグループワークを基本とした1日の集合研修でした。開催日は毎年、がん関連の学会が重複しない時期を選び、9月と10月を主としていました。

本年度の開催について、コアメンバーからはさまざまな意見が上がりました。COVID-19流行下でどのようにしていくのがよいのか、感染がどのようになるのか分からず、このような年に開催すべきなのか、感染対応でさまざまな業

本年度の活動に関して、どのようにするのがよいのか悩みながら、皆で検討していきました。過去に実施した研修後のアンケートから、「他職種そろってのカンファの実現が必要と強く感じた」「この4人でアクションを起こしたいと思う」といったコメントが見受けられていました。そのため、研修会を取りやめるという方法は取るべきでない、これは都道府県がん拠点病院としての当院の役割であると考えていました。

また、これからCOVID-19流行によりオンライン研修が増えてくる時代になると予測され、方法の検討は必要だと思いました。しかし、私たちはこのように考えていても、兵庫県下の病院の業務状況を踏まえ、研修会の参加希望施設がどれくらいあるのかという疑問が生じました。この問題を解決するため、アンケートを行うことにしました。

第6回 チーム医療研修会 事前調査結果

- 回答 22施設 (受付順)
 製鉄記念広畑病院・三田市民病院・川崎病院・姫路赤十字病院
 県立淡路・県立加古川・西宮市立中央病院・神戸中央病院
 県立西宮・宝塚市立病院・兵庫医科大学病院・西神戸医療センター
 加古川中央市民病院・明和病院・市立伊丹病院・北播磨総合医療センター
 済生会兵庫東病院・神戸中央市民病院・近畿中央病院・甲南医療センター
 姫路中央病院・神戸医療センター
- 問1 参加可能日程
 11/7…【14】 11/14…【16】 12/12…【17】
- 問2 講義部分について
 ・長時間になっても当日一括が良い 【6】
 ・講義部分は事前に行い、当日半日程度のプログラムが良い 【10】
 ・講義有無含めどちらでも (主催者側に任せる) 【6】

このアンケートを行った7月頃は、Zoomが少し世間的に知られ始めている頃でした。参加希望の有無、日程も同時に確認し、進められる形を取りました。

研修会日程候補日については、1月や2月になると感染拡大が予想されることから、11月を中心に考えていくこととし、あらかじめ3つの候補日を提示しました。希望が多かった11月14日を研修予定日として進めることとしました。

講義については、同日にオンラインで行うのがよいのか、事前配信がよいのかについても確認しました。事前配信の希望が多かったため、その希望に沿いました。また、半日研修とし、研修の企画を進めていきました。

- 問3 プレイベント参加意向
 ・日程が合えば参加したい 【15】
 ・当日以外は参加困難 【2】
 ・分からない 【5】
- 問4 参加形態
 ・個々人が別々の端末で参加 (推奨) 【14】
 ・全員が1カ所から参加 【5】
 ・その他 (具体的にお聞かせ下さい) 【3】
- (フリーコメント)
 ZOOM会議の経験がなく、端末等の使用について、院内での交渉が必要となるため、当日参加可能か現時点で判断できない。

ほかに、プレイベントとして、今回の重要な課題であった接続テストを行う必要があり、それらも確認しました。多くの方は参加を希望され、接続に関する心配事を持ち合わせておられることが分かりました。

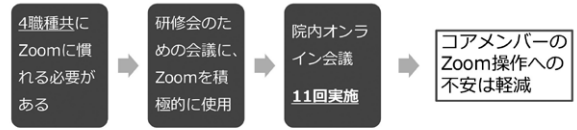
参加形態については、4職種の方がどのような方法で参加されるか確認することも必要でした。全員が1カ所から参加という施設が5施設あり、想定していた1人1つのパソコン、それぞれの場所から参加することが難しい施設があることが読み取れました。

研修の使用ツールについては、議論の結果、Zoomに決まりました。理由は、データの消費量の少なさ、参加人数、画面共有が可能であること、ブレイクアウトルーム機能があること、世間の認知度を考え、Zoomとしました。

この研修会の特徴である4職種ともにZoomに慣れる必要があり、当初、医師たちは慣れていましたが、職種により操作スキルにばらつきがありました。その対策として、研修会のために行う会議を対面会議とともにZoomでも行

使用ツールの検討とZoomスキル習得

Skype, Webex, Teamsなどと比較検討を行い、データ消費量の少なさ、参加人数、画面共有が可能である、ブレイクアウトルーム機能があることなどからZoomに決定 (R2年7月あたりの情報)



いました。院内オンライン会議は11回実施し、結果、コアメンバーはZoom操作への不安は軽減されていきました。

第6回 チーム医療研修会 Zoom打ち合わせ一覧

開催日	タイトル	ホスト
7月14日	Zoom会議①	医師
7月20日	Zoom会議②	事務局
7月27日	Zoom会議③	看護師A
8月3日	Zoom会議④	MSW
8月24日	Zoom会議⑤	薬剤師
9月7日	Zoom会議⑥	看護師B
9月11日	院外講師との意見交換会①	医師
9月28日	Zoomリハーサル①	事務局
10月2日	Zoomリハーサル②	システム管理室
10月5日	院外講師との意見交換会②	医師
10月26日	事前準備会議⑦	事務局

Zoom会議11回

対面会議11回

- ・初めてのオンライン研修や操作練習のため会議回数の増やした。
- ・Zoomについては各自でも学習を進めコアメンバーは研修までにスキルを習得。

Zoom会議で工夫した点ですが、ホストを持ち回りとして、各職種が経験することとしました。ホスト、共同ホスト、参加のみの権限などの相違をお互いに理解することが必要だと考えたからです。4職種以外にも、がん診療連携協議会の事務担当者、システム管理室担当者とともに進めていきました。Zoom会議だけでなく、対面会議も11回行い、議論を重ねました。オンライン研修には検討課題が多くあり、会議回数の増加や、時間を要することは否めないことでした。勤務上、全てのコアメンバーが会議に出席することは難しく、議事録を残し、クローズドSNSであるワークプレイスを活用し、共有していきました。意見交換にも活用し、コアメンバーからの投稿は100件を超えていきました。

第6回 兵庫県がん化学療法チーム医療研修会 募集要項

- 概要
 がん化学療法の適正な実施においては、多職種の協力が必要であり、各施設におけるチーム医療の推進が求められています。当協議会では、医師・看護師・薬剤師・医療ソーシャルワーカーを対象とした「第6回 兵庫県がん化学療法チーム医療研修会」を開催いたします。
- 本年度のテーマはCOVID-19の流行を受けて「COVID-19流行下でのがんのチーム医療」とし、初のオンライン開催となりました。
- 下記要項をご参照の上、ご参加をご検討いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。
- 開催日時
 令和2年11月14日(土) 13時00分～17時00分
 (10月10日(土)・10月31日(土)βテスト開催 各日10時～12時予定)
 ※βテストへの参加は必須ではありませんが、可能な限りいずれかの日に参加をお願いします。
 - 開催形態
 Zoomを用いたオンライン開催
 - 対象者・募集人数
 募集施設・人数：18施設 (4名×18チーム)
 がん化学療法チームとして勤務している医師、薬剤師、看護師及び医療ソーシャルワーカーを対象とする。原則として4職種全てが揃うことを条件とする。

これは、オンライン研修会の募集要項です。医師・看護師・薬剤師・MSWの4職種を対象として「COVID-19流行下でのがんのチーム医療」というテーマで、令和2年11月14日13時～17時、Zoomを用いたオンライン研修で

募集を行いました。募集施設数を18としたのは、アンケートの回収数が22であったことや、Zoomでの許容人数を考え、ファシリテーターなどを含め100名弱で収まるようにしました。大人数になるとホスト作業が大変になると思いましたが、試みることになりました。

接続に関すること困り事とその対応

- 10月10日、10月31日「アイズブレイク兼βテスト」実施
10月10日の接続トラブルが多発した。
- 例)
- Zoomにログインできない、サインイン失敗によるアカウントロック、BORへ入室できない対策
 - 自宅からアクセスする等、事務局で把握しているアドレスと異なる場合があり再度事務局でメールアドレスを確認
 - Zoomのサインイン手順の再確認
 - パスワードの認識に誤りはないか
 - アカウントロックとなった場合30分アクセス不可となることの周知
 - 不安であれば事前に練習してもらおう
 - 本書（11/14）直前、Zoom入室のみの練習も設定して受け付ける

10月10日、31日に「アイズブレイク兼βテスト」として接続テストを行いました。1回目は接続トラブルが多発し、電話対応に追われることになりました。ほとんどが参加者側の原因に起因するものであり、Zoomにログインできない、サインイン失敗によるアカウントロック、ブレイクアウトルームへ入室できないという事象がほとんどでした。これでは研修会自体が成り立たないと考え、対策を講じることにしました。

Zoomに使用しているメールアドレスが、事務局で把握しているメールアドレスと異なる場合があり、再度事務局でメールアドレスを確認する作業を行いました。また、Zoomのサインイン手順の案内は送付していたのですが、サインインが問題なくできるようにパスワードの認識に誤りはないか、アカウントロックとなった場合、30分アクセス不可となることの周知、Zoom入室のみの練習日も設けて受け付けるという対処を追加して取りました。

オンライン研修当日の様子

- 参加施設数/人数：12施設×4職種 48名
 - 院内ファシリテーター 22名
 - 院外ファシリテーター 5名
- 合計75名

講義

- 研修前までに事前配信（Vimeo）：医師、薬剤師、看護師（MSWは講師予定者の都合により配信がなかった）

施設紹介

- 事前に送付し閲覧して頂く
- 研修当日、入室後にZoom画面上で12施設の施設紹介を動画として流した

研修当日の様子です。研修には12施設の応募があり、各職種全てそろっての参加でした。受講者は合計48名となりました。院内ファシリテーター22名、院外ファシリテーター5名、合計75名で実施しました。

講義は、アンケート結果に沿い、研修前までに事前配信を行いました。医師の講義は、COVID-19を受け入れている病院からの外部講師による講義、薬剤師は当院のオ

ンライン処方、内服抗がん剤処方について、看護師は面会制限が患者に与える影響についての講義を配信しました。

施設紹介は、今回は時間的に厳しく、各施設に事前送付し、閲覧していただく方法を取りました。また、研修当日、入室後にZoom画面上で施設紹介を動画として流すという工夫をしました。

第6回兵庫県がん化学療法チーム医療研修会プログラム

開始	終了	時間	内容
12:15	13:00	45分	受付（入室可）
13:00	13:05	5分	開催挨拶
13:05	13:10	5分	注意事項説明
13:10	13:55	45分	テーマ別ディスカッション
13:55	14:05	10分	（休憩）
14:05	14:35	30分	職種別ディスカッション
14:35	14:45	10分	（休憩）
14:45	15:30	45分	施設別ディスカッション
15:30	16:45	75分	各施設からの発表・質疑応答+総合討論
16:45	16:55	10分	総評
16:55	17:00	5分	閉会挨拶

当日のプログラムです。人数の多さや施設紹介の動画を流すため、受付時間を長く取りました。注意事項の中でZoomに関する操作案内をもう一度行いました。ディスカッションの間で休憩10分というのは、次のブレイクアウトルームへの割当て作業を行うために必要な時間でした。ブレイクアウトルームへの割当ては、主にかん診療連携協議会事務担当者とともに行っていきました。次のグループワークへ移行しやすいように、名前の変更など自分たちが割当てをしやすいようにやってきました。このブレイクアウトルームの割当て作業も当初はうまくいきませんでした。練習を繰り返し、当日には10分あれば、約70名の割当て作業は可能となりました。研修の成果物について、後日、がん診療連携協議会ホームページより閲覧できる形を取りました。



これは当日の本部兼事務局です。場所は当院の会議室です。腫瘍内科・松本医師、がん診療連携協議会の事務担当者、腫瘍内科秘書、システム管理室担当者、私の計5名がこの部屋でホストなどの役割、進行の確認、トラブル対応などを行いました。5名で集合していると、トラブルなどの情報交換がすぐに行え、対応が迅速に行えます。当日、画面が映らなくなったという電話の問合せがありました。システム管理室担当者が電話対応し、Wi-Fiの接続状況を確認後、すぐに回復したという事案がありました。

大変助かりました。また、腫瘍内科秘書には外線対応の業務を担っていただきました。

職種別フォーマットの準備
例) 看護師ルーム：外来での対応困難場面と工夫

施設	困難場面	工夫
県立加古川医療センター		
宝塚市立病院		
姫路赤十字病院		
神戸大学医学部付属病院		
県立西宮病院		
加古川中央市民病院		
関西労災病院		

特にオンラインではフォーマットがあると進めやすい

ディスカッションの中で工夫したことは、短時間でもスムーズに進行できるよう、フォーマットを作成し進めていったことです。オンラインでは名前と所属施設が分かりづらいことがあり、病院名を記入しておく、自然にその方が発言してくれるという流れになりやすいです。しかし、事務的なファシリテートになりやすいため、雰囲気を見ながらアレンジする力が必要です。

当日の振り返り

- ハウリングが生じている施設が1施設あり、施設別のディスカッションは一つのパソコンの前で集まって頂き、進行する方法に切り替えた。またマイクトラブル者1名あり、チャットでの参加へ切り替えた。
- ブレイクアウトルーム3つは時間的に厳しく、プログラムや参加施設数の見直しが必要。
- 参加施設が多く、発表に時間がとられた。総合討論の時間が短くなりディスカッション不足であった。通常開催時は、7施設を上限にしており、参加者が多くなればなるほど発言も出にくく、ディスカッションの内容も浅くなってしまうのではないかと、オンライン研修での発言の受講生の発言を広げていく事が難しい現状。ファシリテータースキルの向上が必要。

当日の振り返りでは、ハウリングが生じている施設が1施設あり、施設別のディスカッションは1つのパソコンの前で集まっていた頂き、進行する方法に切り替えました。また、マイクトラブルが1名ありましたが、チャットでの参加に切り替えるという臨機応変な対応を行いました。

ブレイクアウトルーム3つは時間的に厳しく、プログラムや参加人数の見直しが必要であるという意見が出ました。

参加施設が多く、発表に時間が取られ、総合討論の時間が短くなり、ディスカッション不足となっていました。オンライン研修は、受講生の発言を広げていくことが難しい現状にあることが分かり、ファシリテータースキルの向上が課題として挙がりました。

スライドには載せていませんが、経費に関することをお伝えしたいと思います。前年度の必要経費は約3万8,000円でしたが、本年度はファイル、名札、USBなどの必要物品の購入の必要がなく、経費はゼロでした。また、資料などをまとめてファイリングするという事務的準備の手間も省けました。

研修の事後アンケート結果です。設問1、COVID-19について正しい知識が得られたかどうか。設問2、

チーム医療研究会 事後アンケート集計

	設問1	設問2	設問3
COVID-19に対する正しい知識が得られたかどうか	8名	34名	25名
COVID-19影響下でのがん患者へのチーム医療の重要性を感じたかどうか	22名	13名	19名
1:とても当てはまる 2:やや当てはまる 3:普通 4:やや当てはまらない 5:全く当てはまらない	14名	1名	4名
1:とても当てはまる 2:やや当てはまる 3:普通 4:やや当てはまらない 5:全く当てはまらない	4名	0名	0名
1:とても当てはまる 2:やや当てはまる 3:普通 4:やや当てはまらない 5:全く当てはまらない	0名	0名	0名

	設問1				設問2				設問3			
	医師	看護師	薬剤師	MSW	医師	看護師	薬剤師	MSW	医師	看護師	薬剤師	MSW
1:とても当てはまる	4	0	3	1	10	9	7	8	7	5	6	7
2:やや当てはまる	4	0	5	5	1	3	5	4	5	5	6	3
3:普通	1	4	3	6	1	0	0	0	0	2	0	2
4:やや当てはまらない	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5:全く当てはまらない	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

COVID-19の影響下でのがん患者へのチーム医療の重要性を感じたかどうか。設問3、定期的なチームでの話し合いをしようと思うかというアンケートを研修後に取りました。回答は全員より得られ、それぞれ「とても当てはまる」「やや当てはまる」の項目で返答いただきました。また、4職種での回答に大ききばらつきは見られませんでした。

チーム医療研究会 アンケート前後比較

	設問1	設問2	設問3
COVID-19に対する正しい知識が得られたかどうか	8名	34名	25名
COVID-19影響下でのがん患者へのチーム医療の重要性を感じたかどうか	22名	13名	19名
1:とても当てはまる 2:やや当てはまる 3:普通 4:やや当てはまらない 5:全く当てはまらない	14名	1名	4名

	改善件数と割合内%				不変件数と割合内%				悪化件数と割合内%			
	医師	看護師	薬剤師	MSW	医師	看護師	薬剤師	MSW	医師	看護師	薬剤師	MSW
設問1	7	6	7	4	2	5	3	8	3	1	2	0
	58%	50%	58%	33%	17%	42%	25%	67%	25%	8%	17%	0%
設問2	11	5	7	10	1	6	4	2	0	1	1	0
	92%	42%	58%	83%	8%	50%	33%	17%	0%	8%	8%	0%
設問3	12	12	10	12	0	0	2	0	0	0	0	0
	100%	100%	83%	100%	0%	0%	17%	0%	0%	0%	0%	0%
小計	30	23	24	26	3	11	9	10	3	2	3	0
	83%	64%	67%	72%	8%	31%	25%	28%	8%	6%	8%	0%
合計	103				33				8			
		72%				23%				6%		

前後比較アンケートでは、1から5ポイントで集計する方法を取りました。3問を48名、計144回答の前後データを集計しています。その結果、研修会前後で総回答の72%において、前に比較して後ではポイントが向上しています。設問1のCOVID-19について正しい知識を得られたかでは、現在も流行しているCOVID-19について、エビデンスを示すことができないところが大きく影響したため、改善が50%にとどまったと考えます。設問3、定期的なチームでの話し合いをしようと思うかは、改善が96%であり、本研修会の目的は達成されたと考えています。

アンケートフリーコメント抜粋

(医師)
本当にご苦労様でした。Withコロナのなか、1方向性でなく各自が発表し意見交換するような開催企画はどのようなものか、我々も今後の中はどうしていくかという思いで参加希望を出しました。内容もそうですが、そういった点においても非常に参考になりました。有意義でした。本当にありがとうございました。

(看護師)
これまで院内でCOVID-19流行下でのがん医療に関して、個々で意見交換するもの多職種間で検討する機会が少なく、今回の研修は大変有意義なものであった。他施設で苦慮していることを知り、どのように対応しているか情報交換することで、院内で検討するべきことが明確になった。不慣れたZoom研修で、当日までサポートいただきありがとうございました。

(薬剤師)
COVID-19影響下、各施設の対応や課題を情報共有でき、自施設では問題と捉えていなかった内容を確認できたのは大変有意義であった。また、他職種で話し合う機会を持つことができ、業務の中では知りえなかった自施設の状況やそれぞれの取り組みを確認できた。またまた参加が見えないが、患者、医療者とともに少しでも安全、安心できるがん診療に向けて本日も学んだことを活かしていきたいと思う。

(MSW)
今回の研修はいつも比べてとても大変でしたが、コロナのおかげで研修の内容にプラス、オンラインカンファレンスについても良い学びの機会となりました。事務局の方には多大なご迷惑をおかけしましたが、温かくご支援いただき本当にありがとうございました。まだまだ大変な状況ですが、オンラインで顔が見えてつながれるということはとても強く、希望が持てることだと感じています。

今後の課題コメント
「もう少し資料を早めに送信してほしい」
「正しい知識をもち事前講義でほしい」

アンケートのフリーコメントです。医師「本当にご苦労さまでした。Withコロナの中、1方向性でなく各自が発表し、意見交換するこのような開催企画はどのようなものか、

われわれも今後の中でどうしていくかという思いで参加希望を出しました。内容もそうですが、そういった点においても非常に参考になりましたし、有意義でした。」

看護師「これまで院内でCOVID-19流行下でのがん医療に関して、個々で意見交換するものの多職種で検討する機会が少なく、今回の研修は大変有意義なものであった。ほかの施設で苦慮していることを知り、どのように対応しているか情報交換することで、院内で検討すべきことが明確になった。不慣れなZoom研修で、当日までサポートいただき、ありがとうございました。」

薬剤師「COVID-19影響下、各施設の対応や課題を情報共有でき、自施設では問題と捉えていなかった内容を認識できたのは大変有意義であった。また、他職種で話し合う機会を持つことができ、業務の中では知り得なかった自施設の状況や、それぞれの取組を認識できた。」

MSW「今回の研修は、いつもに比べてとても大変でした。コロナのおかげで、研修の内容に加えて、オンラインカンファレンスについてもよい学びの機会となりました。事務局の方には多大なご迷惑をおかけしましたが、温かくご支援いただき、本当にありがとうございました。まだまだ大変な状況ですが、オンラインで顔が見えてつながれるということはとても心強く、希望が持てることだと思います。」というようなコメントをいただきました。

アンケートのフリーコメントからは、がん医療に関する困り事について話し合い、今後もつなげていきたいという意見を多くいただいています。受講生はZoomに関する不安を抱いておられ、接続テストなど手間暇がかかりますが、そこを丁寧に対応すると研修会の成立につながるようになりました。

オンライン研修会を終えて思うこと

- ・チームの皆の知恵やアイデアを積み上げていくとオンライン研修会の実施は可能である。皆、得意な事を持ち合わせている。パッションを持ち続けると現実に至る。
- ・多少のトラブルは発生するものであると覚悟する。
- ・COVID-19流行下で他施設と交流が持ちにくい中、よりこのような場の提供は必要であると感じた。

オンライン研修を終えて思うことですが、チームの皆の知恵やアイデアを積み上げていくと、オンライン研修会の実施は可能です。オンラインシステム的なことを通常より得意としている方をどのように巻き込み、計画立案していくかということは重要です。企画の段階で本当にできるのかという壁が立ちますが、諦めないと実現に至ることを身をもって感じました。また、オンライン研修では、トラブルゼロを目指すとしんどい部分があり、多少のトラブルは生じるものであると考えながら企画していくことが大切

だと思いました。

COVID-19流行下では、より医療者間で交流を求めておられ、医療に関する困り事の意見交換などを行うことは大切であると感じています。



途切れることなく研修会を継続できていたのは、チームの皆のおかげであると思います。日頃からチーム医療の実践がこのようなところにつながってくると痛感した研修会でした。これからも取り巻く世の状況が変化する中で、柔軟に対応できる力を磨いていきたいと思っています。ご清聴ありがとうございました。

Q&A

(国立がん研究センター・加藤) このような大変な状況の中、関係者が研修会を開催していくことの重要性を再確認して、まずはやっというではないかということで準備し、開催に至った。その経過について詳しくご説明いただきました。

(国立がん研究センター・若尾) 委託をしないで皆さんで全てやられたということは、すごく努力されて大変だったと思いますが、もともとシステム管理の方などある程度詳しい方がいらしたという形でしょうか。

(角木) いえ、この研修会は本当に院内の自分たちの4職種だけで立ち上げたという経緯がありまして、がん診療連携協議会の事務担当者とともに進めていきましたが、今回オンラインということで、本年度からシステム管理室の方に入っていただきました。要請もこちらからしまして、いろいろなことを一緒にやっていただきたいというお願いをして進めていきましたが、ほとんど主導権は医師、看護師といったところでした。

(若尾) ありがとうございます。その結果、費用がゼロというのはすごく驚いたんですけども、本当に皆さんがいろいろと試行錯誤しながら作り上げたという感じですね。

(角木) そうです。病院長の富永院長も恐らく本日のフォーラムに参加されていると思いますが、毎年、病院側にも協力していただき、経費がかからなかったというのは本当にすごい結果だなと思っています。

(加藤) 実際には経費はかかっていないのでしょうけれども、その前の皆さんの労力はすごく大変だったと思います。熱意を持って準備されていったのは本当によかったと思います。お疲れさまです。

国立がん研究センター、がん対策情報センターでも指導者研修を行って、先日も角木先生にはファシリテーターなどご協力いただきました。実際にやってみて私たちも思うのは、今回の角木先生たちは、かなりの人数を対象に行っておられましたが、最初は人数を絞って、練習というか、パイロット的にやるほうが安心かなというふうに思っています。そんな中、これだけの人数で成功させているというのは本当に素晴らしいと思います。実際にほかの県がやるときは、少し人数を絞ってやるほうが最初は安全かもしれない。

あと、やはり継続してやっていくためには、事務局というか、機械回りのことを集中してやってくれる人が必要だと思うので、できれば病院長の先生から、事務の方々に手伝ってもらうように何か指示を出していただいて、医療職の人たちはできるだけコンテンツを作るほうに集中し、機械回りはできるだけ事務の方をお願いできるようになるといいのかなと思います。ほかの県で展開していく際には、少し大変だと思いますが、最初はその病院の皆さんが総力を挙げて取り組むような体制を作らないといけないのかなと感じたところです。

1-3

秋田県におけるオンラインによるピアレビュー実施

秋田大学 安藤 秀明

緩和ケアオンライン・ピアレビュー



秋田大学医学部附属病院緩和ケアセンターで働いております。県の緩和ケア部会としてオンライン・ピアレビューを行いました。

緩和ケア ピアレビューの意義

- 自施設の客観的データを収集して、自施設を分析する
- 自施設の困りごとを明らかにする
- 困りごとを、自施設の管理者と共有する
- 解決策を他施設レビューアと検討する
- レビューアから、当該施設および施設管理者に提案する
- 文書で、当該施設チームと管理者に分析案を送付する

緩和ケア部会ではピアレビューをやることになっているので、ご存じだと思うのですが、今日はPDCA部会なので、何をやっているかということの説明させていただきたいと思います。

ピアレビューは、自施設の客観的データを収集して、まずは自施設を自分たちが分析するということと、困り事を明らかにする。さらに、この困り事を自施設の管理者と共有していただいて、解決策を他施設レビューアと検討する。レビューアから当該施設及び施設管理者に提案して、文書で、当該施設チームと管理者に分析案を送付して検討してもらうということを行っています。

実は2019年に最初にピアレビューを始めました。第1回は秋田大学の医学部附属病院で行い、第2回を県内のA病院で2020年3月に予定していましたが、皆様ご存じのとおりCOVID-19の感染拡大があって、開催できなくなったという経緯があります。せつ

なぜ、リモート開催？



かく資料を準備したのもったいないということと、3年前より秋田県の緩和ケア部会では月1回、リモートで事例検討会を行っていましたので、その辺りもあって、リモートでの会議に抵抗感が少なかったのかもしれない。

事前準備

リモートで実施するために

準備計画としては..

想定していなかった問題点
→大学内の状況を想定していたので

- 施設で利用できるインターネットは環境は少ない
- 利用出来るPCは少ない
- リモート会議の経験が少ない




リモートで実施するため事前準備についてです。準備計画としては、私は大学でリモート授業をやっていて、会議も全部リモートなので全く苦ししていませんでしたが、想定していなかった問題点がありました。私は大学内のような状況を考えていたのですが、病院施設だと利用できるインターネットの環境が実は少ないということがありました。

利用できるPCもあまりないということが判明しました。リモート会議の経験が少ないということで、大学では全て会議をリモートでやっていますが、なかなかこういうことは浸透していないということが分かりました。

事前準備

1. 実施時期
COVID-19対策が一段落してから：令和2年9月以降
令和2年10月27日（火）13：00～17：00
2. 開催形態
A病院でチームおよび管理者、メインレビュアー
リモートで県内・県外レビュアー、オブザーバー参加（秋田県内緩和ケア部会メンバー、A病院地域連携施設）
3. 通信アプリ
通信量、使い慣れたアプリ：ZOOM
4. 通信環境
病院では、会議室にLAN、WiFi環境に不安
WiFi環境整備：業者依頼
5. ハードウェア
個人のスマホ、PC等はある程度準備出来るが、性能の担保に不安



事前準備として、実施時期は、もともと3月に予定していましたが、COVID-19の対策が必要ですので、9月以降にしようということで、受審施設とも相談して、10月27日に予定をしました。

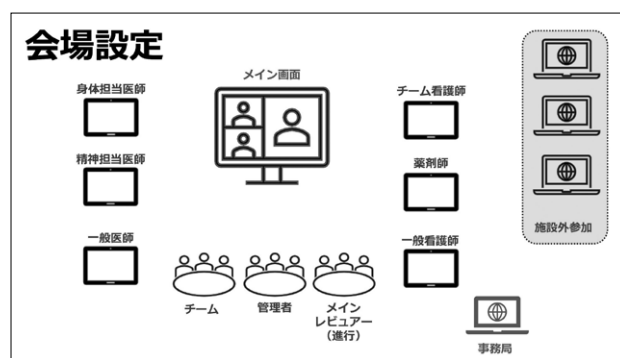
開催形式としては、A病院でチームが集まり、私たちもそちらに行くという形を取りました。このリモートのシステムを考えて準備したのが私だったので、受審側で何かあったとき困るということで、私が行くことにしました。それと、受審施設の管理者、メインレビュアーの私がA病院に集まり、リモートで県内外のレビュアーが参加。加藤先生にもご協力いただきましたが、こういう形で開催しました。あとは今回、リモートで多くの方が参加できるという利点がありましたので、オブザーバー参加として、秋田県内の緩和ケア部会メンバーと、A病院から提案があったA病院の地域連携施設、患者さんの連携している施設の方々にも多く陪席してもらいたいということで、このように行いました。

通信アプリについては、先ほどの講演でも話があったと思いますが、私の大学ではZoomを使っていて慣れていたということと、通信量の問題でZoomを使いました。

通信環境については、病院では会場の会議室にLANが1本ありましたが、複数台PCを接続するので、Wi-Fi環境が非常に不安だったということで、一番問題になると思いましたので、Wi-Fi環境の設営のみ業者をお願いしました。

ハードウェアとしては、オブザーバーの方々個人のスマホやPCなどである程度準備するというので、性能に担保が必要で不安もありましたが、各施設はPCを準備して、そのほかはiPadを準備しました。

実際の会場設定です。会場にメイン画面があり、チームと管理者と私たちが画面の前に座って、そのほかにPC・Zoomを操作する事務局がいて、施設外の参加者はネットで参加ということになっています。そのほかに院内の身体担当医師や精神担当医師、一般医師や、ピアレビューを受ける方はその都度この部屋に入ってきて、iPadで対応し



てもらおうという形を取りました。

（スライド「通信アプリ」）通信アプリについて先ほどお話をしましたが、通信容量はZoomが一番少ないということで選びました。当然、PCの画面が大きくなれば通信量が増大するというのと、音声通話のみであれば通信量は10分の1程度になりますので、ディスカッションのときは画面で顔を出してもらいますが、それ以外のときは顔を出さないで、という感じで行いました。

画面共有は、アニメーションや動画がなければ通信量は10分の1なので、アニメーションや動画は使わないよということなので準備をしました。

参加者数は通信量にあまり比例しないというデータがありますので、これもあって陪席の人にも多く参加していただいたというところであります。

ZOOM利用

- 通信速度 600kbps/1.2Mbps（推奨環境）
50Mbps速度環境を準備
- ヒアリング（30分/6グループ）
→ブレイクアウトセッション
- レビュアー会議
→ホワイトボード機能

Zoomの利用について、推奨環境としてはこういった環境があり、業者にWi-Fiを設定していただいて、通信速度も実際に測って準備しました。後ほどスケジュールを出しますが、それぞれのヒアリングは、ブレイクアウトセッションを用いて30分で6グループ、レビュアー会議はホワイトボード機能を使って行っております。このような事前準備をいたしました。

打合せは全てリモート会議で、1回目は9月8日に、加藤先生を含めて、秋田大学の事務局と受審施設とで行いました。ここで参加者やスケジュールを確認して、次に秋田大学の中で機材の確認とリモート操作の確認を行い、うちの事務局がまだ慣れていなかったのも、私が事務局に教えたということがあります。10月2日に秋田大学の事務局と受審施設のA病院とで接続をして、受審施設のネッ

事前打ち合わせ：リモート会議

- 9月8日：国立がん研究センター、秋田大学事務局、A受審施設
実施の実現性、参加者・スケジュール確認
- 9月17日：秋田大学事務局
機材確認、リモート操作確認
- 10月2日：秋田大学事務局、A受審施設
A施設設備とネット環境確認
- 10月7日：秋田大学事務局、県内レビュアー
ZOOM操作確認：接続、ブレイクアウト、ホワイトボード
- 10月27日：ピアレビュー実施



ト環境を確認しています。10月7日に県内レビュアーの方に、実際にZoomの操作とブレイクアウトセッション、ホワイトボード機能についての練習をしています。これを終えて、あとは本番ということになりました。10月27日にピアレビューを実施しました。

事前資料

- ピアレビューデータ
- リモート操作練習：ZOOM、ブレイクアウト、ホワイトボード
- リモート操作マニュアル作成配付
- WiFi環境設営：業者依頼し、事前確認
- 受審施設機材確認
 - メインPC、モニタ、カメラ
 - iPad：8台（ヒアリング用）
 - 事務局PC：3台（ホスト、共同ホスト）

事前資料は、ピアレビューデータとリモート操作練習の動画やリモート操作のマニュアルを送付しました。Wi-Fiの設営をお願いして、機材としてはメインPCとiPadを8台、事務局はPCを3台持っていきました。Zoomのアカウントは1本で行っています。

当日準備

当日スケジュール

時間	所要時間	内容
10:00		会場設営
11:00		ZOOMミーティングテスト
11:30		ZOOM接続、接続者の確認
12:00	50分	事前ミーティング：レビュアー、オブザーバー
13:00	15分	導入（実施の目的）と参加者紹介
13:15	45分	緩和ケア提供体制の紹介
休憩		
14:10	30分	ヒアリング：ブレイクアウトセッション
14:50	40分	レビュー会議：レビュアー、オブザーバー ホワイトボード
休憩		
15:40	40分	質疑応答・意見交換
16:20	10分	まとめ

当日の準備とスケジュールですが、私たちが受審施設に行きましたので、10時から会場設営をして、12時から事前ミーティングをレビュアー、オブザーバーと私たちで行っています。実際の会は1時から始まり、導入、緩和ケア提供体制の紹介ということでA施設の話をして、休憩。ブレイクアウトセッションは自動でセッションを組むようにしており、実際には修正はなかったのですが、修正が必要な場合に備えて1回目の休憩時間を取りました。さらにその後、ヒアリングが終わってから、レビュアー会議を、ホワイトボード機能を使って行っています。そして2回目の休憩はレビュアーの情報をまとめるために時間を取り、最後にまとめを行っています。



実際の当日の様子ですが、メインモニターが真ん中にありまして、私はモニターの正面にいて、向かって右に受審チームがいて、受審管理者が向かって左に座っています。後方に事務局がいて、Zoomの操作が必要であれば対応するという形を取っております。

（スライド「メインモニター側から撮影した画像」）これが、陪席やほかの方々が見ている動画です。画面左側が受審者側で、中央に私がいて、後ろが事務局で、画面右側は管理者という形になっております。



受審施設のプレゼンテーションですが、ここに受審施設のチームがいて、このPCでメインモニターに映して、この画面のデータが全体に配信されるように設定をしました。

ヒアリングのブレイクアウトセッションは、同じ部屋の壁際に机を並べ、担当者に入ってきていただいてこのように行っています。一般病棟の医師や一般病棟の看護師がそれぞれに分かれて、このぐらいのスペースを取って、レビュ

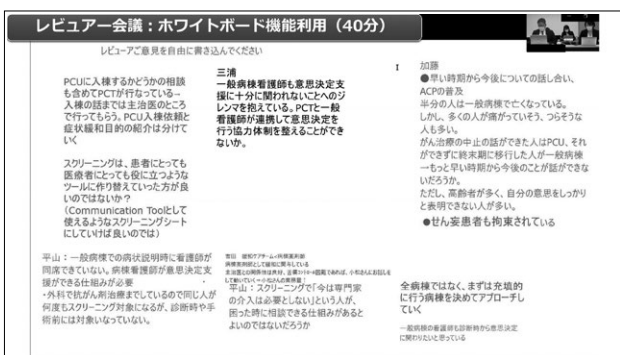


アーなどが何人か入って、iPadでそれぞれのヒアリングを行っているところです。こういう形で30分のヒアリングを行っています。実際にある程度大きな部屋なのですが、こういうふうにいると、どういう音声になるかということですが、【※音声再生】お分かりになりますか。

一応、それぞれのブレイクアウトセッションの中ではコミュニケーションができました。うまくやるためには、それぞれ部屋に分かれてやったほうがよかったのかもしれませんが、今回、実際にはなかったですが、やはり通信トラブルの心配がありましたので、部屋に集まって行いました。



レビュー会議は、私がこのようにいて、受審施設の方には抜けていただいて、レビューからZoomのホワイトボードを使って意見をいただいています。



Zoomにはホワイトボード機能というものがあり、このホワイトボードを共有しつつ、意見をそれぞれ出します。音声でも言うのですが、なかなか時間がないので、それ以外に気がついたことをこういうふうにホワイトボードに書いていただくと、非常に情報共有をやりやすいということと、私も後でコメント提出に役立ったということがあります。

振り返り

振り返り

- ・事前準備
 - 事前ミーティング
 - 事前マニュアル
 - ZOOM利用機能
 - ネットワーク環境
 - 利用機材の準備
- ・当日準備
 - 受審施設音声調整
 - 事務スタッフ
- ・当日運営
 - 時間配分、タイムマネジメント
 - レビュー数



振り返りです。事前準備として、事前ミーティングやマニュアル作成、Zoom機能、ネットワーク環境の確認などを行いました。当日の準備としては、音声調整。大きい部屋で共有するので、ハウリングが起こるかどうかの確認は準備が必要だと思います。当日の運営としては、もともとピアレビューはタイトな時間なので、時間配分が大事だと考えました。

まとめ

- ・リモート実施で、ピアレビューの目的は達せられた
 - 担当者の自己・客観評価
 - 病院管理者の現状を理解
- ・リモートのメリット
 - 多くの参加者が可能
 - 他施設からのレビュー参加負担が軽減
 - オブザーバー（受審予定、レビュー予定）の参加が容易
- ・リモートのデメリット
 - ネット環境・機材の準備
 - リモート操作の習得
 - 会議外のコミュニケーション・地域を感じる

まとめです。リモート実施でピアレビューの目的は達せられました。担当者の自己及び客観の評価はできたと話していました。管理者も現状を理解していただきました。リモートのメリットとしては、陪席も含めて多くの参加者が参加可能で、他施設からのレビューの参加も移動の負担が軽減されたのではないかとということでした。デメリットとしては、ネット環境・機材の準備が必要ということで、リモート操作の習得やコミュニケーションが取れないと、特に県外のレビューから地域を感じることができなかったということがありました。

今後の展望としては、コロナ禍とは関係なく、ピアレビューを普及拡大するために、特に県外レビューの確保や開

今後の展望

コロナ禍とは関係なく
ピアレビューを普及拡大するために
※県外レビューア確保、開催頻度を増やす
リモートは有用で、ピアレビューの目的は達せられる
※担当者の自己・客観評価、病院管理者の現状を理解

しかし、現場（地域）を感じ、交流するには
対面での交流が有効と思われる

各自の都合・考え方で
ハイブリッドで行うことが、最善策と思われる

催頻度を増やすためには有用なのではないかと思いました。リモートは非常に有用で、ピアレビューの目的は達せられて、この後、報告書を出しましたが、担当者も自己・客観的評価ができて、病院管理者からもチームに対していろいろとサポートを今、受けているということでした。しかしながら、現場の雰囲気を感じるためには、対面での交流がもちろん必要だと思いましたので、各自の都合に合わせてハイブリッドで行うのが最善かと考えています。



最後に結論ですが、現地に行きたい人は行って、行けない人はリモートで、頻度と質を担保していくのがよいのではないかと考えます。ご清聴ありがとうございました。

Q&A

(国立がん研究センター・加藤) 準備の部分や、実際に企画運営する視点で何が重要なのかという点を特に分かりやすく説明いただきまして、本当にありがとうございます。私も初めてこういうピアレビューの準備を手伝わせていただいて、大変だなと思いつつも、慣れていくと負担を軽減してやっていけそうですし、何よりも実際の現場にいる人たちや訪問する側は楽だなと思います。事務局は大変だけれども、レビューをする側としては行きやすい、やりやすいというメリットも多くあるのだなというのを感じたところでした。

(質問者) 私のところはまだ、Web会議はこのような形でやっていませんので、大変ご苦労されて、うまくいったことに変な感心をしました。

2つ教えてほしいのですが、ピアレビューの目的は、1

つは見学とか実地検分、それから意見交換、議論だと思えますが、実地検分や見学の部分は何か画像で撮ったり、工夫されたりしたのかどうか。それから、どうしてもこういうWebでの議論だと、遠慮する人は発言が少なくなりがちなのですが、普段からやっているオンラインではない場合と同じような議論が十分できて、深められたどうか。その2つを教えてください。

(安藤) 自施設の紹介については、おっしゃるように事前に写真を撮ったり、動画を使ったりして準備して、それをプレゼンテーションしています。ディスカッションに関しては、ピアレビューの場合は大体4、5人でのディスカッションで、全体でということは少ないので、発言は十分でした。あとは4、5人だと、もしかするとリモートのほうが表情も見やすかったりすることもあるので、十分議論ができて、時間が足りなかったという意見のほうが多かったです。大人数の場合は、誰かが質問している間にチャットに入力してもらって、コーディネーターがそれについてまたモデレーションしていくという形で行いました。

(質問者) 今回、トータルの人数は何人ぐらいになりましたか。

(安藤) トータルは陪席も入れると50人ぐらいです。

(加藤) 補足させていただきますと、今のディスカッションの点は2つあって、1つはレビューア会議みたいに言いたいことを言わないといけない時間と、もう1つは最後の締めの部分の振り返りの時間とがあります。今、安藤先生がおっしゃっていたようにレビューア会議のときはチャットとかホワイトボードを使って、発言できない人はどんどん書いてもらうというような工夫をしていましたし、全体の振り返りのところは、安藤先生が発言を促すように一人一人指名して、「誰々さんどうでしょう」というふうに、ちょっと緊張しそうな場面では指名をして発言を促すようにされていたので、それでうまくいったのかな、と外から見ていて思いました。

(質問者) 進行役はやはり大事ですね。進行を上手にやるというのが。ありがとうございました。

(加藤) 次の質問、よろしくお願います。

(質問者) 私どもも、こういうピアレビューをWebでできないかなと今、模索している段階です。普通はレビューアが指導を受ける施設と1対1でやるという形だと思うのですが、今回オブザーバー参加を認めておられましたよね。あれが私は非常に有効だなと思っています。本当を言うと、そこに県全体の施設が行くのがいいと思うのだけれども、いわゆるテクニカルな問題があって1対1になっているわけですが、そういうオブザーバー参加を認められて、そこからの意見の吸い上げというのをもされたのか、ということをお伺いしたいです。

(安藤) 県内レビューアは秋田県の緩和ケアチームのメンバー

が全部入っていたので、いろいろな地域からになっています。あとは県外レビュアーを3、4人お願いして、入っていただいています。実はこの緩和ケアのピアレビューはすごく時間がタイトなので、皆さんの意見をもらう時間がなかなかないというところがあります。

陪席のオブザーバーからの意見は、私は直接聞いていないですが、受審した施設からは、こういうことをやってもらえるのだとか、非常によかったという意見がありました。県内の緩和ケアチームの中では、次どこでやるかという話をしながら、ピアレビューがどういう感じか分かったということで、これまでは非常にハードル高く考えて、「うちはちょっと」と言っていたところもあったのですけれども、少し広がるようになるのかなと思っています。

(質問者) もう1つお願いします。ピアレビュー後に改善を求めることになると思うのですけれども、改善の結果というのはどのような形で受けられているのでしょうか。

(安藤) 改善の結果は、こちらから提言をして、施設ごとに違うのですけれども、それぞれチームの責任者の方にどういうふうに変わりましたかということ聞いています。どういうふうに変わった、人を増やしてもらったとか、管理者の先生とも会うことがあるので、院長先生から「こういうふうに変えました」という話を聞いております。直接話をして、対応していただきました。

(加藤) 今、秋田の取り組みをご紹介いただいたように、こういった取り組みをこれからほかの県でやっていこうというときには準備が大変だろうと思っています。その点を少しでも国立がん研究センターとして支援できるよう、マニュアルを作成しています。いろいろな取り組みを共有していきたいと思っていますので、どうぞよろしく願いいたします。このような形でオンラインの活動をいろいろと工夫しながら進めていくことが、恐らく全国のがん診療の質の向上につながっていくと思いますので、これからもさまざまな機会ですらこういった取り組みを紹介していきたいと思っています。

2-1

全国の都道府県レベルでの共通目標・共通指標を用いた活動の現状

国立がん研究センター 加藤 雅志

後半のプログラムに入ります。後半では、都道府県レベルでのPDCAサイクル確保の方法として3つ目の取り組みである、都道府県内での共通目標や共通指標を設定した取り組みについて取り上げていきたいと思ひます。

まず私から、共通目標・共通指標がどのようなものなのか簡単にご説明させていただきます。その後、実際に取り組んでいる千葉県の事例をご紹介します。また今、厚生労働省が進めている全国の共通指標の作成事業について、現在の進捗状況などを昭和大学の的場先生にご紹介させていただきます。

ただし、がん医療については、このような全国の共通指標の設定が難しいところもあります。そのような中で、これまで先進的に継続して取り組まれている「がん医療の均てん化指標」について、国立がん研究センターの東先生にご紹介させていただきます。

共通指標ということでは、愛知県ではこれまでに継続してこの観点から多くの取り組みをしています。今、県内でのようにこのPDCAサイクルを標準化していこうかと考えていらっしゃる愛知県の取り組みを、藤田医科大学の河田先生にご紹介させていただきます。後半はこのような流れで進めていきたいと思ひます。最後に時間が許す限り、テーマに関連した総合討論をしていきたいと思ひています。

全国の都道府県レベルでの 共通目標・共通指標を用いた活動の現状

国立がん研究センターがん対策情報センター
加藤雅志

全国の都道府県レベルでの共通目標・共通指標を用いた活動がどのような状況になっているかについて、お話ししたいと思います。

このスライドは何度かお示ししているものですが、都道府県レベルでの診療の質改善については、3種類の

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

取り組みの方向性があるということを申し上げました。

1つ目は研修会を開催するという事で、先ほど兵庫県から取り組みをご紹介します。2つ目は相互評価で、実地訪問に代わる方法ということでオンラインでの相互評価について秋田県からご紹介いただきました。これから、3つ目の都道府県内で共通目標を設定した改善活動についてお話ししたいと思います。

都道府県レベルのがん診療の質向上のための取り組み状況

第12回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会（2019年7月10日開催）資料
第13回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会（2020年11月5日開催）資料をもとに作成

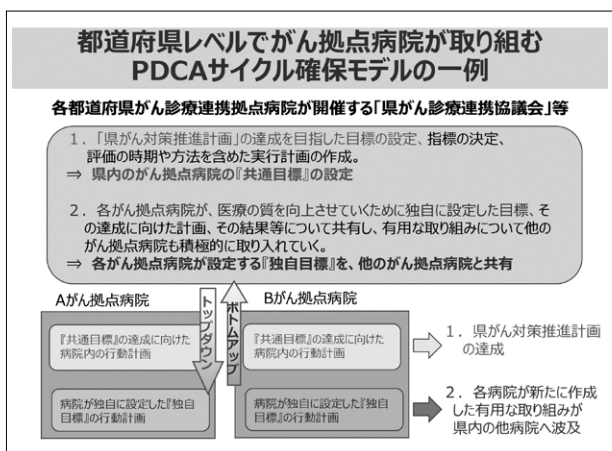
	2019年		2020年	
	n	%	n	%
	N=47			
都道府県内のPDCAサイクルの確保に関する責任者を決めている	29	61.7	31	66.0
都道府県内のPDCAサイクルの確保に関する実務担当者を決めている	33	70.2	35	74.5
都道府県レベルでPDCA確保の取り組みを開始している	35	74.5	38	80.9
都道府県内のPDCAサイクル部会・委員会等で、問題や課題を整理している	28	59.6	26	55.3
都道府県内で達成すべき共通の目標を設定している	25	53.2	26	55.3
都道府県内の共通目標は「都道府県がん対策推進基本計画」に基づいている	20	42.6	24	51.1
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	17	36.2	26	55.3
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	17	36.1	21	44.7
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	19	40.4	18	38.3

全国に、現在の都道府県レベルの診療の質の改善活動の状況について、2019年と2020年前半の状況をアンケートで聞いています。新型コロナウイルスの影響などで大変な状況ではありますが、いろいろな県が、この状況下でも、診療の質改善の取り組みを進めていることが分かりました。

テーマとして扱っていく共通目標・共通指標について、特に共通目標は、「都道府県内で達成すべき共通目標を設定している県」が2019年には25都道府県だったところ、2020年は26都道府県でした。そして、可能な限り推奨し

ていますが、「共通目標は都道府県がん対策推進計画に基づいている」というところもだんだんと増えてきています。特に今回、「共通目標達成のために、各がん診療連携拠点病院が行動計画を立案している」という項目が、2019年に17都道府県だったのに対して26都道府県に増えているところから、徐々にこの取り組みが全国で広がりつつあるということがわかりました。

しかし、逆の言い方をすると、半分ぐらいの都道府県がこうした取り組みを始めている一方で、残りの半分ぐらいの県ではまだ取り組みができていないということであり、これも重要な課題だと思っています。取り組みが進んでいない県がある状況を踏まえて、どのようにすれば全国で活動が広がっていくのかを考えていきたいと思えます。



こちらは以前に何度か出しているスライドになりますが、県内の診療の質改善を進めていくときに、いきなり共通目標を設定しようというのは難しいことです。各病院、地域でさまざまな事情がありますので、準備もなく県内の共通目標・指標を作ろうとしてもうまくいかないかもしれません。最初は、スライドの下にあるように、県内のそれぞれの病院が自分たちが必要性を感じる内容で診療の質改善活動を始めるところからスタートし、それぞれの取り組みを県内で共有して、良い取り組みがあれば、ほかの病院にも広げていくというやり方が最初の導入としては始めやすいと思えます。

そして、可能であればさらに一歩進め、県内で共通の目標を設定し、県内のしかるべき会議体などで、各病院に対して県内の共通目標を達成していくために、共通目標に関連した改善活動に必ず取り組んでほしいという形で決定をしていきます。このような方法をトップダウンと表現していますが、各病院が共通目標達成のために、自分たちの病院は何ができるのかということを考え、取り組みを進める。その結果、共通目標が達成でき、可能であれば、各都道府県のがん対策推進計画が達成されるという形が望ましい1つの方法になります。

共通目標の設定については、可能であれば、各都道府

**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。
活動の状況を評価するための
「共通指標」を可能な限り設定する

「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。

県のがん対策推進計画を意識して県内の共通目標を設定していくことを、多くの都道府県で検討してほしいと思えます。その際、難しいことではありますが、活動の状況、達成状況を評価するために、共通指標についても考えていただきたいと思えます。共通目標の設定は容易ではないこともあり、この点について、本日、意見交換をしていきたいと考えています。また、病院の視点から整理すると、共通目標を達成するために各病院で施設目標を定め、施設内の計画を立案していくことになります。このような取り組みが全国で進んでいくことが期待されています。

各都道府県で進めていくときのグループワークの手順

目的1：都道府県単位での緩和ケアの質の向上に向けた取り組みを進めていくための「都道府県内の共通目標」を定める

- ①自分たちの県が緩和ケアに関してどのような県になってほしいのかグループ（複数病院・多職種で構成されるグループ）で話し合う。
- ②県内で、がん拠点病院等が共通で目指す「共通目標」の候補をグループ内で羅列する。
- ③羅列した「共通目標」の候補の中から、「自県で採択したい共通目標」を選ぶ。（1つでも良いし、複数でもよい）
- ④会場全体で、自県が目指す「共通目標」を選ぶ
- ⑤選んだ「自県で目指す共通目標」の進捗状況を測定する「共通指標」案を考える（直接測定できない場合は、代替指標を考える）

目的2：各病院が自分たちの「施設目標」「施設計画」を作る

- ⑥病院単位でグループを作り、選んだ「共通目標」を達成するために、自分のたちの病院の「施設目標」「施設計画」について話し合う

共通目標を定めていく例になります。緩和ケアの領域で提案している手順になりますが、ほかの分野でも共通している部分があるかと思えます。どのようにして都道府県内の共通目標を考えて、定めていくかという手順を示しています。都道府県がん診療連携拠点病院が、都道府県内の関係者にいきなり一方的に「これを共通目標にしましょう」と定めても、その内容が本当に県内のニーズに合っていないければ、県内の関係者の賛同を得ることはできません。まず自分たちの県でその領域に関して話し合う場、そのために設定したグループワークでもよいですし、関係者が集まる会議内の時間でもよいので、自分たちが重要だと思うことについて話し合う場を設定します。

例えば緩和ケアであれば、緩和ケアに関してどのような県になっていきたいのかについて話し合います。比較的

少人数のグループに分けて参加者が話しやすい環境を作り、ディスカッションを進めます。そして、共通目標の候補をそれぞれのグループから発表していきます。それを羅列し、参加者全体で話し合いながら、候補の中からまずは1つでいいので、優先して取り組みたい共通目標を選んでいきます。共通目標の数は、最初は1つがいいと思いますが、場合によっては複数でも構いません。そして、会場全体で共通目標を選んだ後、可能であればそれを測る指標も検討していきます。直接、目標の達成状況を測る指標がない場合は、代替指標、そのプロセスの状況を評価できる指標を考えられるといいと思います。

何らかの共通目標を設定して、それを基に県内の各病院が、共通目標を達成するために自分たちの施設は何ができるのかということを考えていくような取り組みがより一層広がっていくことが望まれます。共通目標を基にして、自分たちの病院の施設目標・施設計画を話し合い、それを県内で共有していく体制が多くの都道府県で実現できたらと願っております。

1つのモデルとしてはこのような手順を示しておりますが、実際の取り組み状況について知っていただくことが重要だと考えます。必ずしも私たちが提案しているモデルのとおりではなく、各都道府県で自分たちの状況に応じてさまざまな取り組みを進めています。千葉県と愛知県で、それぞれが非常に素晴らしい取り組みが進んでいますので、本日、皆様にご紹介したいと思います。

2-2

千葉県における 共通目標を用いた活動

千葉県がんセンター 浜野 公明

令和2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
2021年2月6日(土)

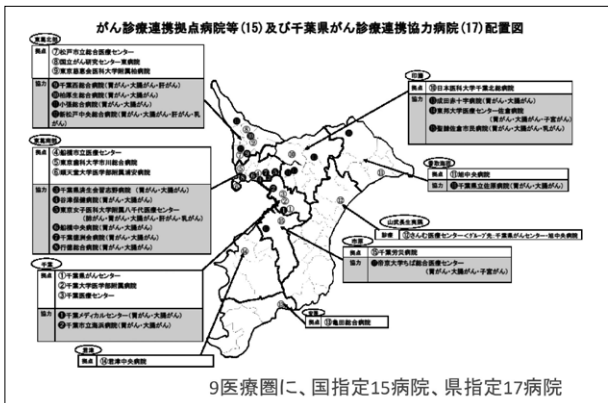
テーマ2
都道府県レベルでの共通目標・共通指標を用いた診療の質の改善活動

千葉県における共通目標を用いた活動

千葉県がんセンター
副院長 浜野 公明

千葉県がん診療連携協議会
PDCAサイクル専門部会 部会長

これから、千葉県において共通目標を用いた活動をするように行っているかについて、ご紹介したいと思います。



千葉県は二次医療圏が9つあり、国指定の拠点病院が15、県指定の協力病院（千葉県がん診療連携協力病院）が17、各医療圏にそれぞれ配置されています。

県指定の協力病院につきましては、これまでPDCAサイクルが指定要件にはなっていないのですが、この4月

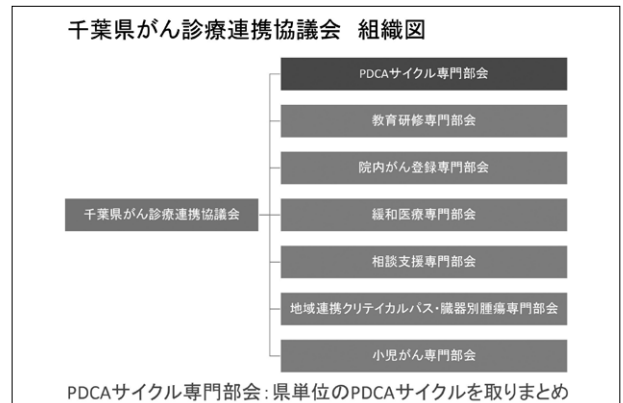
第3期千葉県がん対策推進計画

1. 予防・早期発見
2. 医療
 - ① がん医療の充実
3. がんとの共生
 - ① 緩和ケアの推進
 - i. がんと診断されたときからの緩和ケア
 - ii. 地域緩和ケアの推進
 - ② 相談・情報提供・患者の生活支援
 - I. 相談支援の充実
 - II. 情報提供の充実
 - III. 就労支援の充実
 - ③ がん教育
 - ④ 子ども・AYA世代に応じたがん対策
4. 研究等

→医療、緩和ケア、相談支援：千葉県がん診療連携協議会が担当

から指定要件に加えることになりました。ですから、今年度までの千葉県のPDCAサイクル活動は、国指定の15病院と、協力病院のうち任意で参加を希望している病院において行っているところです。

千葉県のがん対策推進基本計画は今、第3期が進められておりますが、この中の「2の①がん医療の充実」「3の①がんと診断されたときからの緩和ケア」「3の②相談支援の充実」につきましては、県からの依頼を受け、千葉県がん診療連携協議会が素案を作成しました。県協議会が自ら目標を立てて、それを県の目標としていただいています。中間評価についても、これから自ら行っていくことになると思います。



これは、千葉県がん診療連携協議会の組織図です。現在7つの専門部会があり、各専門部会がそれぞれPDCAサイクルを回すという形にしております。その取りまとめをするのが一番上の「PDCAサイクル専門部会」です。

PDCAサイクルを回すに当たっては、担当分野を決めて

千葉県がん診療連携協議会PDCAサイクル(分野)

担当専門部会あり	担当専門部会なし
① 教育研修	① 手術療法
② 院内がん登録	② 放射線療法
③ 緩和ケア	③ 薬物療法
④ 相談支援	④ 免疫療法
⑤ 地域連携	⑤ チーム医療
⑥ 小児がん	⑥ リハビリテーション
	⑦ 支持療法
	⑧ 病理診断
	⑨ がん治療の質向上
	⑩ がんゲノム医療
	⑪ AYA世代
	⑫ 高齢者
	⑬ 希少がん
	⑭ 難治性がん
	⑮ 医療従事者間の連携
	⑯ 長期フォローアップ
	⑰ 臨床研究
	⑱ その他

あります。左側に書かれている6分野が、各専門部会が担当している分野です。そして、右側に書かれている18分野は、担当専門部会がない分野です。拠点病院は、各々が自分の施設の中で施設内のPDCAサイクルを回しますが、その際に、この6+18項目について、それぞれ検討していただいています。この項目は、先ほどお示した千葉県のがん対策推進計画に沿ったものになっています。

PDCAサイクル実施状況報告書【令和元年度～】

施設名	分野	課題の内容	目標	目標達成の検証方法	Plan計画	Do実行	Check評価	Act改善
千葉県がんセンター								
国立がん研究センター東病院								
千葉大学医学部附属病院								
千葉医療センター								
船橋市立医療センター								
....								

拠点病院現況報告書に沿った項目

1ページ

私たちは、PDCAサイクル実施状況報告書に、県内共通のフォーマットを使っています。実際にはエクセルの表なのですが、先ほどお示した分野、それから課題の内容、目標、目標達成の検証方法、Plan、Do、Check、Actという項目が載っています。このエクセル表を毎年、各施設に配布し、これに記入して返していただくという形をとっています。

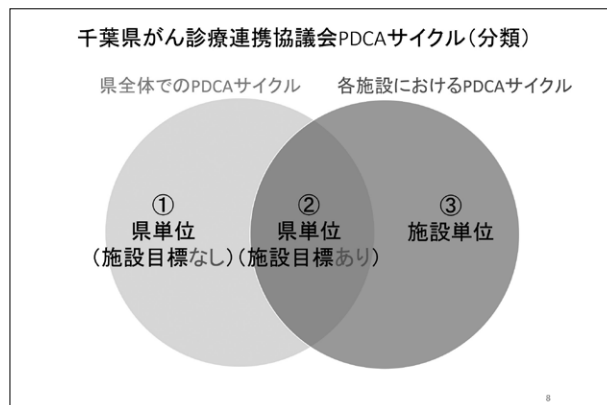
皆様は毎年秋に現況報告をされていると思いますが、実は、フォーマットの項目のうち課題の内容からPlanまでは、この現況報告に沿った項目としています。こうすることによって、なるべく各施設での書類作成の負担を減らしたいとの意図があります。

千葉県がん診療連携協議会PDCAサイクル(分類)

分類	定義	県協議会の改善活動	各施設の改善活動
① 県単位 (施設目標なし)	県単位で取り組む課題に対し、各施設が協力して改善活動を行うもの	専門部会で取り組む課題と目標を決め、PDCAサイクルを実施	-
② 県単位 (施設目標あり)	県単位で取り組む課題に対して共通目標を定め、その達成に向け各施設がそれぞれ改善活動を行うもの	専門部会で取り組む課題と共通目標を決め、各施設における改善活動の結果を踏まえ、PDCAサイクルの実施状況を総括	共通目標の達成に向け、各施設がPDCAサイクルを実施
③ 施設単位	各施設独自の課題に対し、施設単位で改善活動を行うもの	-	各施設が施設単位で独自に課題と目標を決め、PDCAサイクルを実施

千葉県のPDCAサイクルには、3つの分類があります。1つは県単位で施設目標がないもの(図の①)、2つ目は県単位で施設目標があるもの(同②)、そして3つ目が施設単位(同③)という3つのカテゴリーを現在、設けております。①県単位(施設目標なし)の定義は、「県単位で取り組む課題に対して、各施設が協力して改善活動を行う」というもので、施設ごとの目標は定めておりません。部会

全体で何か1つの課題に取り組んでいこうということです。②県単位(施設目標あり)は、「県単位で取り組む課題に対して共通目標を定め、その達成に向け、各施設がそれぞれ改善を行う」というものです。ですから、まず各専門部会で取り組む課題と共通目標を決めて、それに対して各施設が共通目標の達成に向けたPDCAサイクルを回すということになります。



そのような概念を簡単な図にしてみました。県単位で回すPDCAサイクルと、各施設で回すPDCAサイクルがあり、そのちょうど重なっている部分が②の県単位(施設目標あり)に当たります。

千葉県がん診療連携協議会PDCAサイクル(分類)

分類	定義	県協議会の改善活動	各施設の改善活動
① 県単位 (施設目標なし)	県単位で取り組む課題に対し、各施設が協力して改善活動を行うもの	専門部会で取り組む課題と目標を決め、PDCAサイクルを実施	-
② 県単位 (施設目標あり)	県単位で取り組む課題に対して共通目標を定め、その達成に向け各施設がそれぞれ改善活動を行うもの	専門部会で取り組む課題と共通目標を決め、各施設における改善活動の結果を踏まえ、PDCAサイクルの実施状況を総括	共通目標の達成に向け、各施設がPDCAサイクルを実施
③ 施設単位	各施設独自の課題に対し、施設単位で改善活動を行うもの	-	各施設が施設単位で独自に課題と目標を決め、PDCAサイクルを実施

では、実際に、令和2年度にどんな課題に対して計画が立てられたかについて、見ていきたいと思います。まず1つ目の①県単位(施設目標なし)については、どのようなものがあつたかを、ご覧いただきたいと思います。

これらは主立ったものですが、例えば院内がん登録専門

①県単位(施設目標なし)【令和2年度】(主なもの)

専門部会	課題の内容	目標
院内がん登録専門部会	院内がん登録データの利活用が進んでいない	院内がん登録データの分析・評価結果を、県協議会の他部門へ提供し活用
相談支援専門部会	がん相談支援センターで行うべき情報提供と支援の内容が確立していない	疲労、AYA、アピランス、妊孕性の相談支援Q&A集の作成
地域連携クリティカルパス・機器別腫瘍専門部会	コロナ感染症の蔓延に伴い、地域連携のあり方も変る可能性がある	コロナ感染症後の社会における地域連携あり方について、年度末にある一定の千葉県での方向性が出るよう検討する
小児がん専門部会	医療者の小児がんに関する知識や情報が不十分	研修会等を開催し、医療者が小児がんに関する知識を習得することが出来る

部会では、「院内がん登録データの利活用が進んでいない」という課題に対し、「院内がん登録データの分析・評価結果を、県協議会の他部門へ提供し活用」する。具体的には地域連携や相談支援などに使ってもらうことを目標としています。ですからこれについては、「各施設では特に取り組むものはない」ということになります。

以下、例えば相談支援専門部会であれば、「相談支援センターで行うべき情報提供と支援の内容が確立していない」という課題に対して、専門部会の中で役割分担をして、相談支援のQ & A集を作成しています。地域連携クリティカルパス・臓器別腫瘍専門部会では、「新型コロナウイルス感染症の蔓延に伴い、地域連携のあり方も変わる可能性がある」ことを踏まえ、そうした中でどのような連携のあり方があるかということ、みんなで協力して検討しています。また、小児がん専門部会においては、「医療者の小児がんに関する知識や情報が不十分」であるという課題があり、医療者が小児がんに関する知識を習得できるよう、実際に研修会を開催しました。研修会の運営は、部会のみんなで協力して行いました。

千葉県がん診療連携協議会PDCAサイクル(分類)

分類	定義	県協議会の改善活動	各施設の改善活動
① 県単位 (施設目標なし)	県単位で取り組む課題に対し、各施設が協力して改善活動を行うもの	専門部会で取り組む課題と目標を決め、PDCAサイクルを実施	-
② 県単位 (施設目標あり)	県単位で取り組む課題に対して共通目標を定め、その達成に向けた各施設がそれぞれ改善活動を行うもの	専門部会で取り組む課題と共通目標を決め、各施設における改善活動の結果を踏まえ、PDCAサイクルの実施状況を総括	共通目標の達成に向けた、各施設がPDCAサイクルを実施
③ 施設単位	各施設独自の課題に対し、施設単位で改善活動を行うもの	-	各施設が施設単位で独自に課題と目標を決め、PDCAサイクルを実施

ここからは、この講演のテーマである②県単位（施設目標あり）の、共通目標を定めた活動についてお話ししたいと思います。

PDCAサイクル実施状況報告書
②県単位(施設目標あり)

単位の区分	課題の内容	目標	目標達成の検証方法	Plan(計画)	Do(実行)	Check(評価)	Act(改善)
県単位共通	①専門部会長は、専門部会で取り組む課題と共通目標、目標達成の検証方法、Plan(計画)記入						③専門部会長は、各施設における改善活動の結果を踏まえ、県単位での総括を記入
施設単位共通	②専門部会委員(各施設)は、共通目標の達成に向けた、自施設におけるPDCAサイクルの実施状況を記入						

これが共通目標を定めた活動の実施状況報告書です。先ほど見ていただいた報告書とちょっと違っているのは、二段構えになっているところです。一番上に部会で総括をする部分があり、その下に各病院がそれぞれ記入していく

欄があります。

実際にどのように運用するかというと、まず専門部会長が、上の部分の「専門部会で取り組む課題と共通目標、目標達成の検証方法、Plan」について記入します。それを各施設に送ると、各施設のほうで、それぞれの専門部会の委員が、共通目標の達成に向け、自施設におけるPDCAサイクルの「PlanからDo、Check、Actまで」を書きます。最後に、1年の終わりには、専門部会が取りまとめ、各施設における改善活動の結果を踏まえ、県単位での総括を行います。県全体としての実施状況、Do、Check、Actを記入し、次年度に向けてどのようにしたらよいか検討し、次年度のPDCAサイクルにつなげています。

PDCAサイクル実施状況報告書の例
②県単位(施設目標あり)

課題の内容	目標	検証方法	目標達成の検証方法	Plan	Do	Check	Act
県単位の改善活動	緩和ケア研修会の受講率を上げる。①1年以上自施設に所属するがん診療に携わる医師・歯科医師90%以上 ②自施設に所属する2年目の臨床研修医100%	【施設単位】受講率達成状況調査(R2年3月31日) 【県単位】目標①②の達成施設数の割合(R2年3月31日)	1 各病院が共通目標達成に向けた取組を行う。 2 県内における当該研修開催予定を取りまとめ、提示する。				
施設単位の改善活動	<県単位共通>	<県単位共通>	<県単位共通>	各施設は、共通目標の達成に向けた、自施設におけるPDCAサイクルの実施状況を記入			

実際に報告された例をお見せしながら、もう一度ご説明いたします。これは2019年度の取り組みですが、例えば課題としては「緩和ケアを実践する人材の育成が必要」、目標としては「緩和ケア研修会の受講率を上げる」と記載されており、それに対し、医師・歯科医師90%、臨床研修医100%を指標にしています。その目標達成の検証方法として、施設単位で、それぞれの施設がこの90%、100%を目指して取り組んでいるかどうかを評価します。具体的には、90%、100%の両方をクリアした施設がどれくらいあるかを検証することにしました。これを受け、実際に各施設が共通目標の達成に向けた自施設におけるPDCAサイクルの実施状況を記入しています。

PDCAサイクル実施状況報告書の例
②県単位(施設目標あり)

課題の内容	目標	検証方法	Plan	Do	Check	Act
県単位共通	緩和ケア研修会の受講率を上げる。①1年以上自施設に所属するがん診療に携わる医師・歯科医師90%以上 ②自施設に所属する2年目の臨床研修医100%	1 研修対象者かつ未受講者を把握 2 対象者に直接、研修参加を促す連絡をする。 3 対象者の上司に部下の研修参加状況を伝え、上司からの働きかけを依頼する。 4 臨床研修医の研修計画に緩和ケア研修会への参加を組み込んでもらう。	1~3. 今年度当初に研修対象者を把握し、研修参加を促す連絡をした。また、上司から研修参加を促す働きかけを依頼した。また、非常勤職員についても、研修対象者を明文化し、院内に周知した。 4. 臨床研修医の研修計画に緩和ケア研修会を組み込んだ。	【施設単位】 ①1年以上自施設に所属するがん診療に携わる医師・歯科医師の95%が受講した。 ②自施設に所属する2年目の臨床研修医の100%が受講した。 →目標を達成した。	未受講の医師が5名おり、継続的な働きかけを行っていくとともに、具体的な策として、令和2年度研修予定から、研修受講の予定日を決めてもらうなどを実施する。計画を継続する。	

これはある施設の取り組み例ですが、この施設においては、目標を達成するために未受講者を把握する、対象者

に研修参加を促す連絡をする等々の取り組みをしました。Checkのところを見ていただきたいのですが、この施設では実際に医師・歯科医師の95%が受講、臨床研修医も100%が受講し、目標を達成した施設となっています。

PDCAサイクル実施状況報告書の例
②県単位(施設目標あり)

課題の内容	共通目標	施設単位	県単位
【施設単位】 ■ 受講率達成状況調査(R2年3月31日) ■ 未達成 5施設 ■ 未回答 2施設	Web形式の研修会に参加する	Web形式研修会への参加の有無	Web形式研修会への参加施設数
【県単位】 ■ 目標①②の達成施設の割合(R2年3月31日) ■ 未達成 8施設 ■ 未回答 2施設	地域でWeb形式の研修会ができるよう整備する	Web形式研修会の開催の有無	Web形式研修会の開催施設数
改善活動の 施設単位の <県単位共通>			

このほかの全ての施設の報告が集まったら、この上の部分、Checkのところでも評価します。この年は、医師・歯科医師については達成7施設、未達成5施設でした。このような形で結果を取りまとめて、Actとして「目標を達成している施設数はまだ少ないため、継続して取り組む課題である」と専門部会では結論づけました。

県単位PDCAサイクル実施件数【令和2年度】

専門部会	施設目標なし	施設目標あり	計
教育研修専門部会	1	2	3
院内がん登録専門部会	2	1	3
相談支援専門部会	2	2	4
緩和医療専門部会	0	2	2
地域連携クリティカルパス・臓器別腫瘍専門部会	3	1	4
小児がん専門部会	2	1	3
計	10	9	19

これは令和2年度(2020年度)の県単位でのPDCAサイクル実施件数です。6つの専門部会を合計しますと、「施設目標なし」が10個、「施設目標あり」が9個、合わせて19個の課題を定めております。このうち9つが本発表のテーマの「共通目標を用いた活動」になります。では、この9つがどのようなものなのか、これから具体的にご紹介したいと思います。

まず教育研修専門部会です。2つの目標を立てており、1つは「Web形式の研修会に参加する」です。そのため検証方法としては、施設単位では「Web形式研修会に参加しているか、していないかについて報告してもらう」、県単位では「Web形式研修会に参加している施設は全施設のうち何施設ぐらいあるかを評価の軸にしよう」ということになりました。

もう1つの課題は、逆に「各施設が地域でWeb形式の研修会ができるように体制を整備する」というものでした。

教育研修専門部会・県単位(施設目標あり)
【令和2年度】

課題の内容	共通目標	目標達成の検証方法	
		施設単位	県単位
都道府県拠点病院が開催する、Web形式研修会への参加方法を確立する	Web形式の研修会に参加する	Web形式研修会への参加の有無	Web形式研修会への参加施設数
地域の医療従事者を対象に、Web形式研修会の開催方法を確立する	地域でWeb形式の研修会ができるよう整備する	Web形式研修会の開催の有無	Web形式研修会の開催施設数

これに関しては、研修会の開催の有無が施設単位の評価指標になりますし、Web形式研修会の開催施設数が、県単位の評価になると思います。

院内がん登録専門部会・県単位(施設目標あり)
【令和2年度】

課題の内容	共通目標	目標達成の検証方法	
		施設単位	県単位
院内がん登録データの利活用ができていない	県内の院内がん登録データの分析・評価結果を活用する	施設内での活用の有無	活用した施設数

【Check】全体として行っている施設は少ない

【Act】初めての試みなので継続して行っていくべき

次いで院内がん登録専門部会です。先ほどお話しした県単位(施設目標なし)の課題「院内がん登録データの利活用ができていない」に対応し、「各施設内でそれを分析・評価し、活用する」ことを共通目標に挙げています。それに対し、施設単位では「施設内で活用したか否か」、県単位では「活用した施設数」を評価します。実施後、令和2年度の結果を見ると、Checkとしては「全体として活用した施設は少ない」という分析があり、Actとしては「今年からスタートした初めての試みなので、継続して行っていくべき」とされ、また来年度も同じ目標を続けていくことになりました。

相談支援専門部会・県単位(施設目標あり)
【令和2年度】

課題の内容	共通目標	目標達成の検証方法	
		施設単位	県単位
相談員基礎研修の未受講者がいる	①研修受講者が増える ②認定がん専門相談員1名以上	①研修受講者数 ②認定がん専門相談員の有無	①研修受講率 ②認定がん専門相談員数
がん相談支援センターの周知活動に施設差がある	①地域催事での情報提供活動に参加する相談員が前年度より増える ②各病棟の職員ががん相談支援センターを理解するための活動を年1回は開催する	施設内での地域での市民向け講演会開催数 施設内での職員向け研修会など開催数 院外からの相談件数の増減	県全体での地域での市民向け講演会開催数 施設内での職員向け研修会など開催数 院外からの相談件数の増減

【Check】コロナ禍ならではのウェブサロンの他、地域誌・院内研修など、7施設で実行

続いて、相談支援専門部会です。2つ課題があって、まず1つは「相談員基礎研修の未受講者がまだいる」ということです。そこで、「受講者が増える」「各施設に認定

がん専門相談員1名以上」ということを、共通目標としました。これらの評価としましては、施設単位では「研修の受講者数や認定がん専門相談員の有無」を指標とすることになっています。県単位では、研修受講率や県全体の相談員数を検証の方法としています。

また、「がん相談支援センターの周知活動に施設差がある」という課題に対しては、「地域の催事で情報提供活動に参加する相談員が昨年より増える」「各病院の職員ががん相談支援センターを理解するための活動を年1回は開催する」という目標を定め、やはりそれぞれ施設単位、県単位で、このような検証方法を設けています。実際の結果を見ると、県全体では「コロナ禍ならではのウェブサロンの他、地域誌・院内研修など、7施設で実行された」という評価になっています。

緩和医療専門部会・県単位(施設目標あり)
【令和2年度】

課題の内容	共通目標	目標達成の検証方法	
		施設単位	県単位
緩和ケアチームのチーム活動の質について、施設間で差がある	チーム活動の質を向上させる	①緩和ケアチーム登録 ②緩和ケアの提供体制に関する調査	①緩和ケアチームへの依頼件数の平均
がん診療連携拠点病院等において、基本的な緩和ケアを実践できる人材の育成が必要である	緩和ケア研修会受講率を上げる ①医師・歯科医師:90%以上 ②臨床研修医:100%	受講率【共通指標】	目標①②の達成施設の割合

【Check】緩和ケアチームの新規依頼件数の平均
地域拠点病院 203件(前年度210件)
県協力病院 83件(前年度45件) 増加

緩和医療専門部会については、2つの課題があります。1つ目は「緩和ケアチームのチーム活動の質について、施設間で差がある」ことです。そこで、「チーム活動の質を向上させる」ことを目標とし、施設単位では「緩和ケアチーム登録をするかしないか」「緩和ケアの提供体制に関する調査をするかしないか」を検証方法としました。県単位では「緩和ケアチームへの依頼件数の平均」が、目標達成の検証方法となっています。実施結果ですが、地域拠点病院が前年度は210件、今年度は203件で、あまり変わっていなかった一方、県指定の協力病院については、前年度の45件から今年度は83件へと倍増しているという結果が出ていました。

また、先ほど2019年度の例として挙げた「緩和ケア研修会の受講率を上げる」という目標について、今年度も引き続き取り組んでおりますが、コロナの影響で研修会の開催はほとんどできていないという結果になりました。

地域連携については、地域連携の推進の取り組みが地域によって違うことから、各施設においては「各病院の特徴的な取り組みを報告すること」を目標とし、県単位では「千葉県の地域性、病院間の違いを検証する」ことを県全体の評価としています。

最後に小児がん専門部会です。「小児がん患者が成人

地域連携クリティカルパス・臓器別腫瘍専門部会
県単位(施設目標あり)【令和2年度】

課題の内容	共通目標	目標達成の検証方法	
		施設単位	県単位
地域連携の推進は各病院の共通の課題である。地域差も大きくその方法は様々である	各病院の地域連携推進の取り組みを評価し、共有する	各病院の特徴的な取り組みを報告	千葉県の地域性、病院間の違いを検証し、その効果についても推測する

小児がん専門部会・県単位(施設目標あり)
【令和2年度】

課題の内容	共通目標	目標達成の検証方法	
		施設単位	県単位
小児がん患者が成人への移行期にフォローアップが途絶える	小児医療から成人の医療へスムーズに移行できる体制を整える	①長期フォローアップ外来、AYA支援チーム等の設置・活動状況 ②移行期医療に関する講演会の開催・受講	①長期フォローアップ外来の設置状況 ②移行期医療に関する講演会の開催・受講状況

への移行期にフォローアップが途絶える」ことを課題としており、共通目標は「小児医療から成人の医療へスムーズに移行できる体制を整える」ことです。目標達成の検証方法として、施設単位では「長期フォローアップ外来、AYA支援チーム等の設置・活動状況」「移行期医療に関する講演会の開催・受講」を挙げています。県単位では「それらの外来等の設置状況」や、「講演会を県全体でどのくらい開催しているか、どのくらい参加しているか」ということを評価しています。

千葉県における共通目標を用いた活動(まとめ)

- 県内共通目標の設定(分野毎)
 - 共通目標 = 施設目標
(施設単位の集合体が県全体)
 - 共通目標 = 県レベルの目標 ≠ 施設目標
(施設が協力し県単位の事業)
 - 共通指標の設定は1課題のみ
- 県内共通のフォーマットを使用(現行は2年目)
- PDCAサイクルは「習うより、慣れる」

まとめです。千葉県における共通目標を用いた活動は、共通目標の設定を分野ごとに行っており、2つの枠組みがあります。1つは「共通目標が、そのまま施設目標になる」という考え方で、私たちが「県単位(共通目標あり)」と言っている枠組みです。「施設単位の活動の集合体が県全体の活動になる」という形です。もう1つの枠組みは「共通目標が施設単位の目標にならずに、県レベルの目標になっている」場合で、「各施設が協力して県単位の事業をする」というものです。これが、私たちが「県単位(共通目標なし)」と言っている枠組みで、「皆様で力を合わせて、グループでやっていきましょう」という考え方です。なお、共通指標については、共通目標を定めている課題のうち、

実際に指標を設定しているのは緩和ケア研修の受講率の1課題のみだと思います。各専門部会に対して、「できれば共通指標を設定してみてください」とお願いしていますが、なかなか難しいというのが、さまざまな人から聞いている意見です。

県内共通のフォーマットを使用する現行の様式は、今、2年目に入っております。PDCAサイクルは、共通目標・共通指標の設定を含め、実際にやってみないとなかなか分からない部分がありますので、取りあえずフォーマットだけは提供して、実際の活動は各専門部会や各施設に任せる、すなわち「習うより、慣れる」という考え方で今、千葉県は取り組んでいます。

Q&A

(国立がん研究センター・加藤) 今、浜野先生が最後のスライドで示してくださったように、私が先ほど説明したことを、より分かりやすくご説明くださいました。施設単位の活動の集合体が共通目標になる。そういった取り組みを積極的に行っていききたいと、私も考えていました。本当にありがとうございます。

先ほどご紹介くださった共通のフォーマットは、とても分かりやすいと思って拝見していました。県単位の活動と施設単位の達成状況の比較が分かりやすくまとまっており、他県でもきっと使いたいのではないかと思います。

そこで1つ伺いたいののですが、例えば教育についての共通目標、「Web形式を取り入れる」などは面白かったのですが、そのような共通目標の設定も各部会で考えてもらうことになっているのですか。

(浜野) そうです。各専門部会では年2回このシートを集めて共通目標の設定を行っていますが、第1回のときにもう、大まかな案を千葉県がんセンターの各専門部会の責任者が提案するという方法を取っています。その共通目標について皆様で検討し、「今年はこれでいきましょう」と決まったら、そこから、そのシートに各施設が記入していきます。目標を設定するに当たっては、前年ぐらいから「こんな項目が必要になりそうだ」というような議論を始めておいていただいて、実際には、第1回の部会で決めるというようなやり方が多いと思います。

(加藤) ありがとうございます。では、前年度に各施設からいろいろな意見を聞いておいたものを、事務局である都道府県がん診療連携拠点病院の担当者が案として提案し、それを承認して、共通目標としている。そのようなプロセスであるということですね。

(浜野) そうですね。

(国立がん研究センター・若尾) 共通フォーマットや施設

の目標、県の目標をきれいに整理していただいて、非常に分かりやすいと思いました。

担当部会がある6分野は、その部会を中心にいろいろ検討が進められると思うのですが、この部会がない18分野、これの検討の場や体制は、どのように作られているかについて教えてください。

(浜野) 18分野については、PDCAサイクル専門部会が担当するという形になっております。ただ、実際にはまだ「これについてやりましょう」という具体的な課題がなかなか出てきません。まだPDCAサイクルの実施体制づくりの段階であり、「PDCAにまず慣れる」という考え方で。具体的にテーマがはっきりしている6専門部会を優先して行っているというのが現状です。

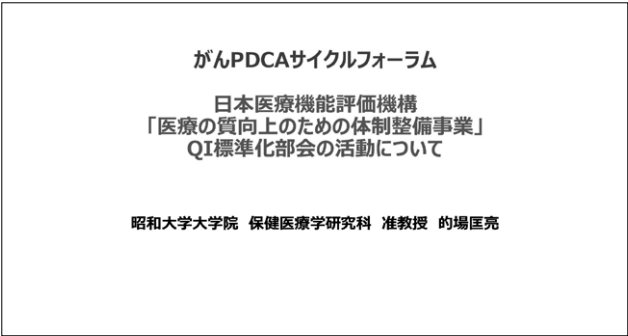
(若尾) そうしますと、PDCA部会から担当部署に対し、できそうなところから声をかけていく、というようなイメージでよろしいでしょうか。

(浜野) 18分野については担当する部会がないので、多分、6つのPDCAサイクル専門部会に所属している委員が、各施設の中で行っていくことになると思います。ですから、議論の場は、各施設の中になります。以前、このフォーラムで話題になったことがあると思いますが、PDCAサイクル専門部会は、各病院でPDCAサイクルを責任者として統括している方々に集まってもらっており、大体は副病院長クラスが集まっているので、恐らくそういう方々が中心になれば将来18分野のPDCAサイクルもできるだろうと思っています。

2-3

全国の共通指標の作成の動向

昭和大学 的場 匡亮



本日は、「医療の質向上のための体制整備事業」の中の部会の1つである「QI (Quality Indicator) 標準化部会」の活動についてご紹介しながら、今のQIの標準化に向けた議論がこういった形で進んでいるかについて、お話をさせていただきます。

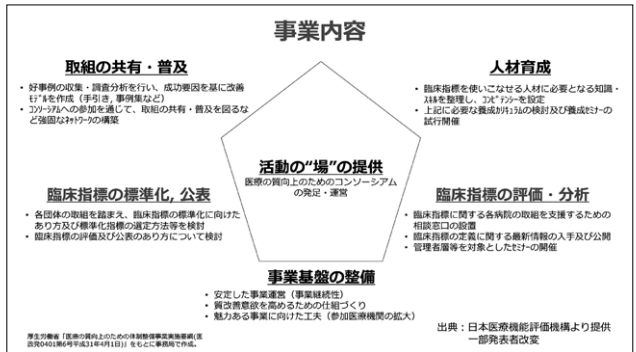
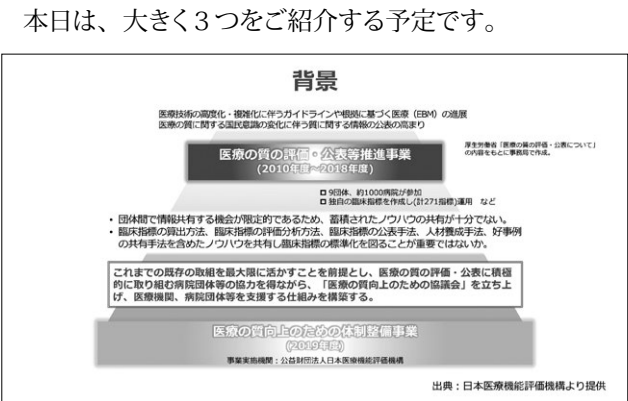
1. 医療の質向上のための体制整備事業 QI標準化部会の紹介
2. 国内の病院団体で使用されている 臨床指標の収集、整理について
3. 臨床指標の標準化について
4. まとめ

これをさらに進めるために、2010年から厚生労働省の「医療の質の評価・公表等推進事業」が立ち上がります。こちらは主に病院団体等を対象に団体内で指標を作成、団体内の病院に指標を算出していただいて、それらを取りまとめ、改善につなげていくという事業でした。この事業は2018年度まで続き、9つの団体から約1,000病院が何らかの形でご参加いただきました。

この事業でさまざまな指標ができてきたことを踏まえ、各団体が作ってきたものを土台に次のステップに進めていくということで、2019年度から「医療の質向上のための体制整備事業」が始まり、厚生労働省からの委託を受けて、日本医療機能評価機構が事業を推進しています。



こちらが、さまざまな病院団体や病院事業を行っている事業体です。



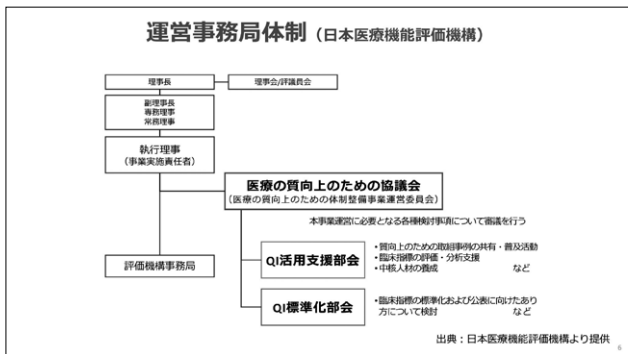
まず、全国のさまざまな指標を標準化していくための議論について、歴史的な背景を申し上げます。もともと2000年以前から、さまざまなガイドラインに基づいて医療を進めていく上で、Indicatorを使うという活動がありました。

主な活動のうち、5つをご紹介します。1つは、この指標に関する「人材育成事業」。人材の育成に関しては、指標を算出していく人材にも必要ですし、指標を使って改善を行う人材も求められてくるでしょう。そういった人材の要件などを整備し、育成していくための取り組みを行う事業です。

そして、個別の病院あるいは団体等で行っている事業の好事例を紹介する「取り組みの共有・普及」。まさに本日のPDCAサイクルフォーラムを行うようなイメージで取り組みを共有し、普及していくための事業です。

私たちが部会で行っているのは2つの事業で、そのうちの「臨床指標の標準化・公表」は、臨床指標の標準化をしていくための議論、土台を整備したり、測定されたさまざまな指標をどのように公表していけばいいかといった在り方について検討したりする取り組みです。もう1つは「臨床指標の評価・分析」で、団体等が作成した指標は現在733ありますが、そういった指標にはどんなものがあるのか、どんな特徴があるのかについて評価・分析する指標を作成し、それを共有していく取り組みです。733の指標については、後ほどご紹介します。

「事業基盤の整備」については、こういった活動全体を共有する場としてコンソーシアムを発足させて、運営する。そのような形で事業が進んでいます。



事業全体としては、日本医療機能評価機構の中に担当の理事がおられ、理事の統括の下に「医療の質向上のための協議会」が設置されています。この協議会には、先ほどご紹介したさまざまな団体からの代表者が参加し、今回の事業に関する議論を行っているところです。

この協議会の下には、2つの部会が設置されています。1つが「QI活用支援部会」で、人材育成や事例の共有などを行うことをメインにした部会です。もう1つの「QI標準化部会」は、臨床指標の標準化や公表に向けた在り方の議論をする部会です。私はこのQI標準化部会を担当しています。

国内の病院団体に使用されている臨床指標の収集、整理について

Copyright © 2021 Masaki Matoba All Rights Reserved.

QI標準化部会では、最初に、先ほど紹介した臨床指標——過去の8～9年間でさまざまな病院団体が作成してきた臨床指標を収集・整理する取り組みを行ってきました。

既存指標の整理

各協力団体のご理解、ご協力のもと全国規模で運用される医療の質指標を収集・整理し、閲覧・検索可能なデータベースを本事業のオフィシャルサイトに構築しています（登録数：733指標 2020年3月2日時点）。

医療の質向上のための体制整備事業 オフィシャルサイト
https://jq-qiconf.jcqh.or.jp/

出典：日本医療機能評価機構より提供

既存指標は現在733あり、その指標をこちらの「医療の質向上のための体制整備事業」のオフィシャルサイトで公開しています。公開に当たり、さまざまな形で指標を整理いたしました。

既存指標の整理（2）

既存の指標（共通QIセット、各団体にて定義する指標）を収集・整理・一覧化する。

カテゴリ	Structure	医療の質評価の枠組みを示す分類 (SPO)
	Process	外来、検査、入院、投薬、手術、看護・ケア、リハビリテーション、感染管理、退院、在宅支援、緩和ケア、その他
	Outcome	
	適用範囲	病院、病棟、診療所、訪問看護、診療科など
タグ	OECD CF	有効性、安全性、患者中心
	データセット	DPC、サーベイランス（電子カルテなど）、レセプト、その他
	テーマ（疾患等）	糖尿病、脳卒中、人工股関節置換術（THA）、医療安全、プライマリケア、ターミナルケア、精神科医療、救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療など

出典：日本医療機能評価機構より提供

まず1つは、その指標がいわゆるSPO（Structure、Process、Outcome）の枠組みから見て、どのような特徴を持っているかによる分類です。

もう1つは、検索や閲覧をするときに有用なタグをつけることです。そのために、病院全体を対象にした指標なのか、病棟を対象にした指標なのか、あるいは診療所や訪問看護ステーションを対象とした指標なのかというような「適用の範囲」、有効性、安全性、患者中心性といった「OECDのフレームワーク」の何に当てはまるのか、「データのソース」はどういったものなのか、「疾患等のテーマ」は何かというような観点から切り分け、それぞれの指標についてタグをつけました。先ほどご紹介したホームページでは、

57件中心 20件表示

順位A	団体名A	年度A	指標名A	データソースA	SPOA	更新日▼	閲覧数A
	全病棟	2019	乳がん患者の乳房温存在	DPC	Process	2021/01/14	6
	済生会	2019	胃がん手術 術後在院日数が延びた患者の割合	DPC	Outcome	2020/03/02	6
	済生会	2019	大腸がん手術 術後在院日数が延びた患者の割合	DPC	Outcome	2020/03/02	2
	済生会	2019	胆嚢炎下野がん手術の術後在院日数が延びた患者の割合	DPC	Outcome	2020/03/02	3
	済生会	2019	胆嚢炎下野がん手術の術後在院日数が延びた患者の割合	DPC	Outcome	2020/03/02	2
	済生会	2019	乳がんの患者に対する乳房温存在率の測定	DPC	Process	2020/03/02	7
	済生会	2019	大腸がんのステージIIがん患者の割合	DPC	Outcome	2020/03/02	4
	済生会	2019	胆がんのステージIIがん患者の割合	DPC	Outcome	2020/03/02	3
	済生会	2019	がん患者に対する緩和ケアの実行率	DPC	Process	2020/03/02	5
	野安機構	2019	胃がんに対するESD(内視鏡的粘膜下層剥離術)の実施件数	サーベイランス	Process	2020/02/28	3

Copyright © 2021 Masaki Matoba All Rights Reserved. 出典：日本医療機能評価機構より提供

733の指標が公開され、検索できるようになっています。

具体的には、今回、私が検索サイトの中で「がん」というキーワードを入れて検索したところ、57件の指標がヒットしました。ヒットさせると、最初に指標が一覧で出てきます。右側のほうを見ていただくと閲覧数がありますが、これは、この指標を実際に見ていただいた数です。まだまだ知名度が低くて、あまりご覧いただけていないので、是非、このホームページをご覧いただきたいと思っています。

では、この指標は、どのようなものなのか。実際に、こちらの指標名をクリックしていただきますと、その指標の名称の後に続いて、どういった指標なのかという説明や、その指標の算出に当たっての分母、あるいは分子の具体的な計算式、それからさまざまな定義といったものを閲覧することが可能です。また、公開されている範囲で、例えば中央値、あるいは四分位範囲といったものがあれば、そういったデータも併せて公開されています。

ここでは、「がん患者の周術期医科歯科連携実施率」という指標を試しにクリックして、お示ししています。指標の説明・意義としては、このような内容が記載されています。これは国立病院機構で作成され、活用されている指標なのですが、国立病院機構では、先ほどお話しした臨床評価指標の分子や分母の定義を事細かに紹介するようなマニュアルを、ホームページ上にPDFで公開しています。そちらへのリンクをたどっていくことができます。そのリンクをクリックしていきますと、先ほどの実施率に関係するような分子はこのKコードで、このような加算を算定したもの、という形で見るすることができます。

分母に関しましては、「これらのがんについては、このよ

うな傷病名を持っているものを特定の期間で抽出して、分母としてください」というように、具体的に見ることができません。このように指標に興味を持ち、実際に測定してみようという病院や団体が見て、参考にできるような形にまとめました。これが先ほどお話しした733の指標に関する整理の状況です。

こちらの整理を終え、今度は、臨床指標の標準化について議論を進めていこうということになっています。

実際に指標を分類してみると、例えば血糖コントロールについての指標を1つ取ってみても、細かく見ていくと、団体間でさまざまな違いがあります。例えば、ヘモグロビンA1cのカットオフ値を8.0にしている団体もあれば、7.0にしている団体もあるし、分母の患者数として年齢をある程度区切っているところもあります。また、薬物療法で入院している患者さんを対象としている団体もあれば、外来を対象としているような団体もあるということで、1つのテーマが決まると、団体ごとにその団体の特徴に応じた指標を作成していくといった様子が分かってきました。

733の指標全体をまとめますと、やはり急性期の病院の指標が大変多いという特徴がありますし、プロセスの指標が多いという特徴もあります。先ほど冒頭で少しご紹介しましたが、これまでの参加病院は約1,000で、日本の病院数から見ると、まだまだ参加病院が少ないのが現状です。そうした状況を鑑みますと、より多くの団体、学会、もしくは今回の事業のような都道府県単位、病院単位で、さまざまな指標を開発していただくためには、環境を整えていく必要があるのではないかと感じています。そういう議論になっています。そのような中で、まず初めに作っていくものとして、医

“医療の質指標開発・保守ガイド（仮称）” 目的及び対象について							
<p><目的></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 医療の質を可視化し、信頼性を向上させるための指標とはどうあるべきか、我が国における医療の質指標の基本的な考え方、指標の開発・保守方法等を体系的に整理する。 ■ “ガイド”を通じて多くの医療機関が医療の質指標の理解を深め、指標を活用した質改善活動を普及させる。 							
<p><対象及び活用イメージ></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>対象</th> <th>活用イメージ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>医療機関、病院団体、専門学会等の医療の質指標開発・保守の担当者</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ● 質指標の開発の際の指針 ● 開発した質指標の検証 ● 質指標の開発・保守体制構築の参考 ● 診療ガイドラインに基づく質指標の開発 </td> </tr> <tr> <td>その他、医療の質指標に興味・関心がある方。</td> <td>● 質指標の理解を深めるための参考資料</td> </tr> </tbody> </table>		対象	活用イメージ	医療機関、病院団体、専門学会等の医療の質指標開発・保守の担当者	<ul style="list-style-type: none"> ● 質指標の開発の際の指針 ● 開発した質指標の検証 ● 質指標の開発・保守体制構築の参考 ● 診療ガイドラインに基づく質指標の開発 	その他、医療の質指標に興味・関心がある方。	● 質指標の理解を深めるための参考資料
対象	活用イメージ						
医療機関、病院団体、専門学会等の医療の質指標開発・保守の担当者	<ul style="list-style-type: none"> ● 質指標の開発の際の指針 ● 開発した質指標の検証 ● 質指標の開発・保守体制構築の参考 ● 診療ガイドラインに基づく質指標の開発 						
その他、医療の質指標に興味・関心がある方。	● 質指標の理解を深めるための参考資料						
Copyright © 2021 Masaki Maruba All Rights Reserved. 出典：日本医療機能評価機構より提供							

療の質指標を開発したり保守したりするための「ガイド」があるとよいのではないかと議論になっています。まさにこの1月に、このガイドを作ろうという方針が協議会で決定し、2月から具体的な作成に入る予定となっています。後ほどご講演いただく東先生にもメンバーになっていただいて、本格的に議論が始まる予定です。

具体的なガイドのイメージですが、「個別の医療機関、病院団体、専門学会等で、これから医療の質指標の開発を担当する方」、あるいは「実際に開発された指標のメンテナンスや保守を担当する方」を、主な対象と考えています。活用のイメージとしては、「指標を作成する際の指針とする」、「実際に開発した指標を検証する」、それから「その保守体制、開発体制をどのように作っていけばいいのか」等々の場面で利用していただけるようなガイドとしたいと考えています。

ガイド構成要素（イメージ）	
構成要素	内容
医療の質向上のための体制整備事業について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業概要 ・ ガイドの位置づけ
医療の質の可視化	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療の質の定義 ・ 医療の質評価の外観（概念、視点、方法、目的）
質指標開発・検証の基礎、留意点	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療の質指標の定義 ・ 質指標の構成（分子、分母、除外条件、計測手順） ・ 質指標の特性、限界
質指標の開発、保守プロセス	<ul style="list-style-type: none"> ・ 重要性 ・ エビデンス ・ 仕様 ・ 実現可能性 ・ 変更可能性
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 質指標の開発 ・ 質指標の実装 ・ 質指標の保守 ・ 質指標の廃止
Copyright © 2021 Masaki Maruba All Rights Reserved. 出典：日本医療機能評価機構より提供	

もう少し具体的に、「こういったものができたらいい」というたたき台として挙がっているものを、お示します。「医療の質の可視化」ということで、医療の質の定義、評価の枠組み、さまざまな構成、特性、あるいは限界といったもの、医療の質指標そのものの内容、イメージというのはこういうものだというようにここに始まり、「指標の開発・検証に当たってのさまざまな基準や留意点」、「指標を作っていく上で、開発、実装、保守、廃止といったプロセスについて、どういった手順を踏んでいけばいいのか」など、となります。先ほどご紹介したように各団体で指標の開発を進めてまいりましたが、その方法論は暗黙知となっている部分が非常に多く、そういった情報を集める必要があります。また、東先生のような専門家の方にも入っていた

き、指標作成に携わる中で蓄積された知恵を集めて、形式知にできたらと考えています。そのようなガイドを作成しようと、議論を始めるところです。

参考）指標の望ましい要件（海外例）			
	NICE（英国） 医療プロセスガイド（2019）	NQF（米国） エンタープライズのための医療 標準化と評価のためのガイド ライン（2019）	OECD ヘルスケア品質指標プロジェクト 最終フレームワーク案（2006）
重要性	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標は我が国が優先する領域に対応しているか ・ 指標は当事者にとって有益とされている領域に 関連しているか ・ 指標は医療のアウトカムに有益な改善をもたらすか ・ 指標は最小または過剰な医療に 対応できるか 	<ul style="list-style-type: none"> ・ このトピックを測定すること が医療の質を向上させること に役立つ可能性があるか 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 疾患またはリスクの健康への 影響を軽減するための手段 ・ 医療の重要性 ・ ヘルスケアシステムの影響 を受けやすいか
エビデンスベース・妥当性	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標は質の高い証拠から作成されたものか ・ 指標は証拠ベースと矛盾しないか 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ケアの質に関する一貫性と 信頼性の高い情報を提供する か 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 妥当性 ・ 信頼性 ・ 証拠ベースの明示性
仕様・定義	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標はそれを構成する、分子、分母、除外の明確な 定義を有するか ・ 指標は特定の個人レベルを測定する か 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 算数の計算に必要な情報が 容易に入手可能であるか 	<ul style="list-style-type: none"> ・ プロトタイプ の存在 ・ 測定可能なデータ の可用性 ・ 測定のコストまたは負担
実現（運用）可能性	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標は実現可能性があるか ・ 指標は測定しやすさと信頼性を 兼ね備えているか ・ 指標は我が国がデータを 集めるか、追加データを受け 入れ可能な状態か 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 測定に必要となる データが利用可能であるか 	<ul style="list-style-type: none"> ・ プロトタイプ の存在 ・ 測定可能なデータ の可用性 ・ 測定のコストまたは負担
受容性	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標は顧客に受け入れられるか あるいはその管理下にある システムに適合するか ・ 指標の構築は最終的に 役に立つか 	<ul style="list-style-type: none"> ・ メジャーの用途（政府、 患者、プロバイダ、病院 医療計画）がメジャーの 結果を管理し、報告に役 立っているか 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 妥当性 ・ 信頼性 ・ 証拠ベースの明示性
リスク	指標による悪影響のない結果を受け入れ可能か		
その他		関連または競合する指標	
Copyright © 2021 Masaki Maruba All Rights Reserved. 出典：日本医療機能評価機構より提供			

海外を見ますと、例えば英国ではNICE、米国ではNQF等々で、既に指標の開発に関するガイドや評価のためのガイドが作成され、公開されており、こういった海外の事例も是非参考にしていながら、日本バージョンを作成していきたいと考えています。こちらの説明については割愛させていただきますが、ご参照いただければと思います。

まとめのスライド	
<ul style="list-style-type: none"> ・ がんPDCAの都道府県の共通テーマを考える上で、病院団体が作成した現行の指標も参考となる。 	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 今後、この協議会が指標を主体的に作るような議論はなされず、また、全国統一の指標を作成・または現行の指標から選択するという議論には様々な意見がある。 	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 今後作成予定のガイドを参考にして、都道府県あるいは各病院の現場の問題意識を出発点に、独自の指標を検討したほうが良いのではないかと。 	
Copyright © 2021 Masaki Maruba All Rights Reserved.	

以上、3点をご紹介しますいただきました。

まとめです。まず1点目は、今後、がんPDCAの都道府県の共通テーマを考える上で、これまでに病院団体等で作成していただいた現行指標などを見ていただければ、もしかすると参考になるものがあるのではないかと考えています。是非、ホームページへアクセスしていただき、指標をいくつか見ていただければと思っています。

2点目です。先ほど加藤先生から「1つの指標」「全国指標」というような話がありましたが、現在、協議会の中では「何かこの協議会で指標を1つ作っていきましょう」というような議論はまだなされておりません。また、「733ある指標の中から何かを選んで、全国統一の指標をつくる」、もしくは「現行の指標の中から、より多くの全国の病院に測定していただくような指標を選択する」という議論は少しありますが、非常に多様な議論があって、すぐに決着するような状況ではありません。むしろ、ガイドの作成が始まりますのでそれを参考に、都道府県あるいは各病院の現場の問題意識を出発点として独自の指標を検討・作成し

ていただき、またみんなで議論するという活動を、まず進めていったほうがいいのではないかと考えています。

ご清聴ありがとうございました。
ご意見、ご質問は
matoba@nr.showa-u.ac.jp

昭和大学大学院 保健医療学研究所 的場匡亮

以上で発表は終了とさせていただきます。何かご質問やご意見がございましたら、スライドの連絡先に遠慮なく照会いただければと思います。本日はありがとうございました。

Q&A

(国立がん研究センター・加藤) 全国のこういった共通指標について、今どのような考え方があるのか、非常に分かりやすくご説明いただきました。最後から2枚目のスライドで、「がんのPDCA領域での指標の活用」についてまとめていただきました。確かに現行の指標も参考になりますが、もしかしたら、各都道府県で関心のある事項はそれぞれだと思いますので、それにぴったり合うものがない場合は、やはり少し考えていかないといけないというお話だったかと思っています。こういった取り組みを各都道府県が考える際に、今、作成しようとしているガイドは参考になりますか。

(的場) できれば、そういった指標をこれから作ろうと取り組んでおられる方の参考になるようなものにしていきたいと考えています。

(加藤) ありがとうございます。とても楽しみにしております。

(質問者) 今、検討中のガイドに関して教えてください。いくつかの構成要素がある中で、私も一応いろいろな評価指標の研究に関わってきているのですが、指標の持っている重要性というものが本当に大事だと思います。参考資料にもありましたように、例えば海外のNICEやNQF、これらが2019年にできているということは、やはり各国も重要性に関しては、まだなかなか統一した指標が決められていない状況なのでしょうか。ここは非常に重要な問題だと思うのですが。

(的場) 先ほどご紹介したNICEの例は、国全体の指標として設定をしていく中での「評価のためのガイド」となっており、でき上がった指標をいかに評価して、「これだ」と決めていくか、というようなガイドになっています。ステップとしては、まず「作成のためのガイド」を作り、もしまたこの事業が続くようでしたら、今度は「評価のガイド」

も必要なのではないかと考えています。そのような議論を事務局等としています。我が国においては、まずステップとして、開発のガイドから作成したいと考えているところです。

(加藤) 本当に今のご指摘は大事なのですが、日本には日本の医療の状況があるので、簡単に海外のものを持ってきて、すぐ使えるというわけにはいかないようです。特に指標を測るといのはかなり労力がかかることですから、むしろ自分たちが測りたいものを選んでいくことも重要かなと思います。的場先生、今、糖尿病やほかの領域でいくつか、「それをモデルにして実際に病院でどんなことをやっていくのか」についても検討されていると聞いています。そういったものも、今後、我々に紹介いただけそうでしょうか。

(的場) 先ほどお話しした人材育成等の事業では、病院を対象にした1年間の質改善プログラムを病院研修のような形で進める取り組みを行っています。その中に糖尿病、脳卒中といったテーマがあり、測定して改善の対象とするような指標を、団体の指標の中から各テーマ5つずつ選定するという作業を、私たちの部会で行いました。そのときは大変苦労しました。「もし実績値が取れるのであれば、なるべくばらつきが大きくて改善の余地が大きいような指標を選びたい」「現在の実施率が低い指標を選べたらよいのではないか」ということで議論を始めたのですが、大変に紛糾しました。そのほか、指標を選ぶためのコツとして議論の中で出てきたのは、「算出のためのデータが継続的にきちんと取得できる指標でないといけない」「データの精度がある程度高く、現場に受け入れられる範囲でデータの精度を確保できるか」ということです。また、「測定による副作用の問題があって、この指標をよくするためにほかが犠牲になってしまうような指標はあまりよくない」とか、「現場の負担の問題」。それから「アウトカムの指標も選べればよい」という意見もあったのですが、アウトカムにはさまざまな背景の問題も同時に、測定のタイミングの問題などもあり、「適切なタイミングで測っていないアウトカムデータを集約して、何かの数値としてまとめて出したときに、その平均値に何の意味があるのか」というようなデータが病院単体で出てしまう可能性もあるなど、さまざまな議論がありました。「プロセス指標のほうが現行ではよいのではないかと」ということで、先ほどのテーマでの指標には、プロセス指標が多く選ばれました。ご参考になればと思います。

(加藤) 実際にいろいろな領域でQIの標準化が進んでいる中で、今後も、がんの領域でどうしていくのかということを考えていかなければならないと思いました。

このような全国の取り組みがある中で、特にがんについては国立がん研究センターの東先生がQIに関する活動をずっと行ってきております。こういった研究を、是非、今

日参加している多くの方々に知ってもらい、都道府県内でのように活用できるか議論をしていく基礎としていただけたらと思っています。

がん医療の均てん化指標

国立がん研究センター 東 尚弘

PDCAに資する指標・データ源について

令和3年2月6日
 PDCAサイクルフォーラム
 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
 東 尚弘

私からは、がん医療の均てん化指標・QI (Quality Indicator) について、お話ししたいと思います。毎回、PDCAフォーラムにおいては、がんのQIの結果をご報告していますが、今日は「都道府県の統一指標を考える」ことに重きを置いて、QIについては多少簡単にご紹介することとし、患者体験調査と、それから最近、患者さんの声を聞く機会がありましたので、そちらのご紹介をしたいと考えています。

はじめに：本報告の目的

- PDCAに使えるデータ源の紹介
 - QIのデータ
 - 患者体験調査
- 患者から改善課題として挙がっていることの紹介

最初のQI研究事業と患者体験調査のほうは、データ源として聞いていただければと思います。

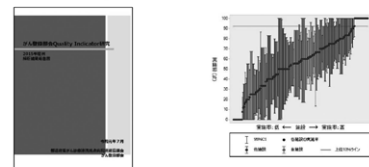
目次

- はじめに
- Quality Indicator研究事業
- 患者体験調査
- その他、重要なこと

まずはQI、Quality Indicator研究事業についてお話しします。

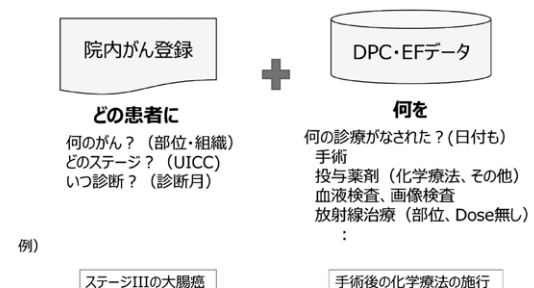
Quality Indicatorの概要 (研究+事業)

- 国立がん研究センターがん対策情報センターが事務局
- 院内がん登録とDPC調査データを共通番号で匿名化 (施設内)
 - 「DPC導入の影響評価に係る調査」の様式1、EFファイル
 - 配布ソフトを使って対応表から自動変換
- 一定の標準診療の実施率を集計、施設毎に返却
 - 結果は施設に個別フィードバック (施設での実施率、全体の中での位置)
 - 公表は実施率は各QIの全体値と分布、参加施設一覧のみ



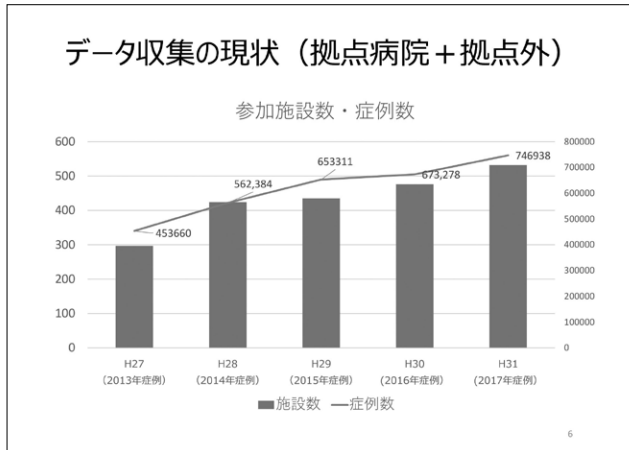
毎年、この話をしていますので、見たことのあるスライドだと感じる方が多いかと思いますが、このQI事業は、国立がん研究センターがん対策情報センターが事務局となって、院内がん登録とDPCデータを共通番号でリンクできるように匿名化し、それをデータ源として標準診療の実施率を集計し、フィードバックする事業です。毎年、このスライドのような報告書を配布すると同時に、Web上でもこのようなグラフを見ることができます。自分の施設の値は赤く染まっており、ほかの施設と比較した分布上の位置づけを知ることができます。

データ源概要：院内がん登録とDPCのリンク

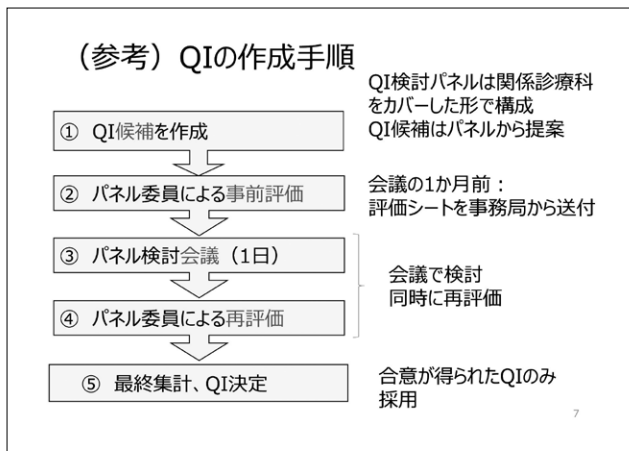


データ源は、先ほども申し上げたとおり、院内がん登録とDPCのリンクです。院内がん登録の情報は、「どの患者さんに」を見つけ出すために用います。つまり、患者さん

の台帳として院内がん登録を使うということです。ただ、台帳だけでは標準診療の実施状況はわかりませんので、「何がなされたのか」をDPCの中のEFというデータを使って見えています。これを見ると、例えば「ステージⅢの大腸がんに対して手術後の化学療法は行われたのか」ということがわかります。



この研究事業は2011年から始めていますが、データ収集の現状としては、徐々に参加施設は増えており、最新のデータがフィードバックされていて、2017年症例に関しては532施設・74万件のデータを集めています。



このQIをどのように作るのかに関しましては、一応、決められた手順として「Delphi 変法」という方法が国際的にも使われています。ここに少し書いてありますが、簡単に申し上げますと、まずQIを検討する専門家の先生方を募り、対象となるがん種に関係する診療科をカバーした形でパネルを構成します。基本的には手術をされる外科の先生方、化学療法の内科の先生方、また消化管ですと内視鏡の専門の先生方にも入っていただきます。そのほか、がん種によっては放射線診断・治療もしくは病理の先生方にも適宜、入っていただく形を取っています。

こういったパネルを構成した後で、パネルの先生方に、まずはQIの候補を作成していただきます。プロセスのQIが中心ですので、ガイドラインの推奨を見ながら、「強い推奨」をベースに標準診療実施率を測るQIの候補を出し

ていただきます。それらが「QIとして適切かどうか」を評価していただくために、評価可能なシート、「評価シート」を作って、まずは事前評価をしていただく。その事前評価が集まったところで、今度は一日、対面を基本とする会議に出てきていただき、事前評価の集計を見ながら、それぞれ「QIとして適切なのか、適切ではないのか」、あるいは「少し変えたら適切になるから、こういうふうに変えたらどうか」といった議論をしていただきます。その議論を基に、改変があったQIについては改変後のものを再評価して、最終的に「これはQIとして使ってもよい」との合意が得られたものをQIとして採用するという手順になっています。先ほど、このパネル会議は「対面で行う」と申し上げましたが、最近はやはりコロナの影響がありますので、Zoomを利用したWeb会議も何度か行っています。

標準診療実施率（2017）

がん	QI	532施設 2017年
大腸癌	pStageⅢの大腸癌への術後化学療法(8週以内)	54.8%
肺癌	cStageⅠ～Ⅱ非小細胞肺癌への手術切除または定位放射線治療の施行	88.8%
	pStageⅡ～Ⅲ非小細胞肺癌への術後化学療法（プラチナ製剤を含む）	40.2%
乳癌	70歳以下の乳房温存術後の放射線療法（術後180日以内）	74.9%
	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	38.0%
支持療法	嘔吐薬リスクの抗がん剤への3剤による予防的制吐剤(セロトニン阻害剤、テキサメタン、アプレピタント)	89.8%
	外来麻薬開始時の緩下剤処方	59.7%

提示の数値は実施のみの集計であることに注意。未実施理由については今後収集。


結果ですが、これも昔から使っているQIで、毎年出しているものです。最新のデータとして、2017年の、例えば先ほど例に挙げました「Ⅲ期の大腸がんへの術後化学療法」では、全国での実施率が54.8%でした。また、「Ⅰ～Ⅱ期の非小細胞肺癌に対する手術」は88.8%と基本的に高く、「70歳以下の乳房温存術をされた患者さんの放射線治療」は74.9と微妙な結果が出ています。一方「温存術後ではなく乳房切除後の、しかも再発ハイリスクとされた患者さんの放射線療法」ですと、かなり低い値も出ております。これには、いろいろ理由がありまして、この数字は当該施設における実施率であり、研究期間の中での実施率ですので、例え低いものであってもそれぞれ理由があるわけです。そういった観点から見ると、今後、何にフォーカスして見ていけばいいか、検討していけばいいかが分かります。

もちろん、この数字は結論ではなく、どちらかという出発点と言え、この数字を見て「では、この原因は何なのか」を考えることが一番重要です。原因が臨床的な判断であったり、データの限界だったりとということもありますので、そうした点に注意して数字を見る必要があると、われわれも考えています。

そのほか特徴的なのが、QI研究の中で「実態指標」というものが出てきたことです。QIと言えるほど「診療の質」や「医療の標準」を示すという結論は出ないかもしれないけれど、「せっかく測るのだったら、ガイドラインの作成側、学会側としても実態はどうなっているのか知りたい」「こういうことを調べられないか」との要望がありましたので、その部分はQI以外の実態指標という形で測定することにしました。例えば、「手術はどういった術式で行われているか」「緩和ケアの体制はどうか」などです。緩和ケアの体制は診療報酬の加算状況で測れるかどうか分からないので、実態指標として測定してみよう。これはデータ提出の緩和ケア加算が取れるかどうかにも関わってくるのですが、そこが少し曖昧なので、実態として見ようというわけです。そのようなことも、QIを作成すると同時に考えることができる。そういう方向で取り組んでいます。


さらに最近、卵巣がんのQIも作っています。これはまだ施設の皆様にはフィードバックしていない中間解析の段階で持ってきているものですが、これからいろいろと検討しながらフィードバックしていくことになると思います。

未実施理由の重要性：データの限界



他院での診療データがカバーされない

- がん登録をした施設での診療のみが収集
- 参加施設が、全体よりも良い施設の可能性



標準診療を行わない正当な理由の可能性

- 併存症、術後合併症、臨床判断
- 患者の希望

・診療行為コード付け方の癖（手術コードの取り方など）、間違い、「請求漏れ」
 ・希な組織型/状況などの、想定が不完全な場合があります

先ほども申し上げましたが、この「院内がん登録とDPCのデータに基づくQI」は、医療の質に対して結論を出すというものではなくて、「QIを基にPDCAサイクルを回す改善活動を行う」、もしくは「データが正しいかどうかを判断する」「QI自体が適当であるかについて考える」ための出発点と考えるべきだと思っています。

そのために未実施理由を協力施設で集めさせていただいています。データの限界としてわれわれが想定しているのは、院内がん登録、DPCではどうしても他院での診療データが分からないことです。また、患者さんの状態によって標準診療が行えない場合は「正しく撤退する」「正しく標準診療を行わない」ことも「質の高い医療」であるにもかかわらず、それはQIには表れません。そのため、やはりQIにおいては「未実施理由を考えていく」ことが非常に重要だと考えています。

QIについては簡単ですが以上です。次に、患者体験調

目次

- ・はじめに
- ・Quality Indicator研究事業
- ・患者体験調査
- ・その他、重要なこと

患者体験調査

- ・院内がん登録実施施設の患者を母集団
 - ・施設種別・都道府県で層別化
 - ・都道府県ごとに
 - ・都道府県拠点全施設
 - ・地域がん診療連携拠点病院2施設
 - ・全国で
 - ・地域がん診療病院
 - ・その他の院内がん登録実施施設
- ・施設毎に105名の患者に質問紙を送付
 - ・希少がん 15名、若年（～39歳）15名、その他 70名
 - ・がん以外5名
- ・診断前～サバイバーシップまでの各種体験・知識を聴取
- ・結果は、母集団を反映するように重み付けをして補正

16

査について少しお話しさせていただきます。

患者体験調査は、そもそも、がん対策の進捗管理を患者の体験から評価しようというアイデアを基に行われているものです。院内がん登録の実施施設を対象母集団とし、施設種別・都道府県別に層別化して、病院をサンプルします。さらに、そのサンプルされた病院の中で患者さんをサンプルし、質問紙を送付します。質問紙を送付する際には、希少がんや若年・AYA世代の患者さんが「がん対策上、非常に重要である」ことや、「普通にサンプルしてしまうと数が少なくて抜けてしまう恐れがある」ことに配慮し、層別化してサンプルしています。質問紙は、患者団体の方々や、がん対策推進協議会等で、かなりたくさんの方々のインプットをいただき、診断前からサバイバーシップまで各種の患者さんの体験等を聴取して作っています。層別サンプルをしていますので、結果は、母集団を反映するように重みづけをして報告しています。

その一部をご紹介します。例えば「受けた医療への総合的評価」では、「0点から10点まで、最低が0点で最高が10点だとしたら、あなたの受けた医療は何点ですか」という質問に対して、答えはこのグラフのような分布になっており、平均は7.9点という結果が出ています。

また、グローバルな評価として、「納得できる治療選択はできましたか」「専門的な医療を受けられましたか」「これまで受けた医療に納得していますか」といった質問に関しては、「とてもそう思う」「そう思う」と答えた方がそれぞれ8割弱いるという結果になっています。

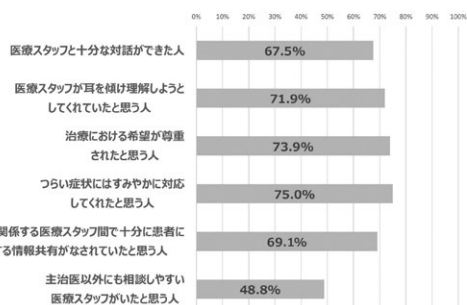
「受けた医療への総合的評価」

(問23)総合的な評価結果(0-10点)



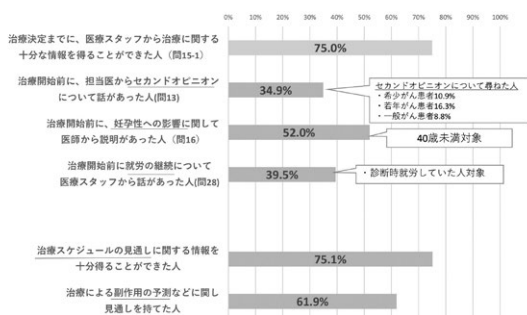
18

「医療者とのコミュニケーション」



20

「治療前の説明・見通し」



19

もっと細かい項目もたくさん聞いています。例えば「治療前の説明・見通し」については「治療決定までに、医療スタッフから治療に関する情報が十分得られましたか」との質問に対して75.0%が「とてもそう思う」「そう思う」と答えています。また、「セカンドオピニオンについて話がありましたか」との問いに「はい」と答えた人は34.9%となっています。同様に、「妊孕性の影響について医師から説明があった人(40歳未満対象)」は52.0%、「就労に関して医療スタッフから説明があった人」は39.5%でした。治療についての情報は十分に渡っているとは思いますが、今、話題になっているような個別項目の説明、セカンドオピニオンや妊孕性、就労に関しては、やや少なめであると感じています。

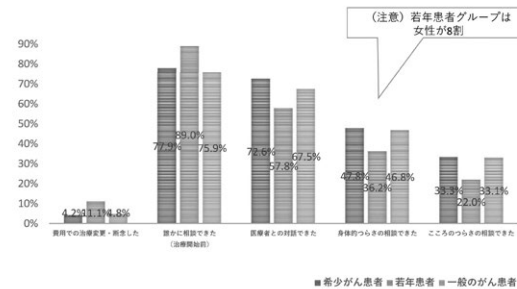
また、患者さんの不安のもとになる「治療スケジュールの見通し」、もしくは「治療による副作用の予測」に関しては、「見通しの情報を十分に得ることができた人」が75%、「副作用の予測に関して見通しが持てた人」が61.9%となっています。

そのほか、コミュニケーションについても聞いています。「医療スタッフと十分な対話ができ」「耳を傾けてくれた」「治療における希望が尊重された」「速やかにつらい症状に対応してくれた」「十分な情報共有がなされていた」「相談しやすいスタッフや主治医がいた」といった項目は高いのですが、「主治医以外にも相談しやすい医療スタッフが

いたと思う人」は半分以下になってしまうような点も見えてきています。

「AYA世代をとりまく状況」

～39歳(小児は除く)



21

「AYA世代を取り巻く状況」は今回、初めて見えてきたことですが、層別してサンプルした希少がん患者さん、若年患者さん、一般の患者さんの3グループでこの回答を比較してみました。代表的な質問だけをここに持ってきていますが、例えば「費用面の負担のせいで治療の変更・断念をした」と答えた患者さんは、ほかのグループだと4.2%、4.8%なのですが、19～39歳の若年患者さんは11.1%と、3倍弱がそのように答えていることが分かりました。また「誰かに相談できた」はほかのグループよりも高いのですが、「医療者との対話ができ」「つらさを相談できた」についてはグラフが少し凹んでいて、ほかのグループよりも数値が少し低いということが、今回の患者体験調査で明らかになっています。AYA世代(この場合は18歳以下の小児を含まない)、若年患者に対するケア、支援というのは、このような観点からも必要だということが分かると思います。

より詳しく知りたい方は、報告書をホームページにアップしていますので、もし興味がありましたら、このURLで見ただけいただければと思います。URLは少し長いので、「患者体験調査」で検索をしていただければヒットすると思います。

これはまだ未確定ですが、今後の方向性として、このような取り組みを継続して行っていかなければいけないと考

より詳しく知りたい方は



国立がん研究センターがん対策情報センターのHP

患者体験調査

検索

https://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/health_sf/project/survey/index.html

22

今後の方向性

- 地域がん診療連携拠点病院は全施設に拡大
- 施設単位の集計可能なサンプル数の確保
 - 2か年でのサンプル
- あらかじめ患者周知の方法、ポスターなど

えています。地域がん診療連携拠点病院は今回と前回、都道府県ごとに2施設ずつ限定していましたが、「施設ごとの検討をしたい」という声もいただいていますので、もしかしたら全施設に拡大したほうがいいのかもかもしれません。「サンプル数をもう少し確保したほうがいい」とも思いますし、それだけではなく、「あらかじめ患者さんに周知できるようなポスターなどを貼っておけば、もう少し協力がしやすい」という声もいただいています。そういった点も考えていくつもりです。

目次

- はじめに
- Quality Indicator研究事業
- 患者体験調査
- その他、重要なこと

最後に、「その他、重要なこと」として、患者さんに少しインタビューをする機会がありましたので、そのお話をさせていただきたいと思います。

今、拠点病院の指定要件の見直しが話題になってきています。国立がん研究センターの若尾文彦先生が代表を務める厚生労働科学研究で、それに関連するデータを取ってほしいという依頼があり、研究班の取り組みが進んでいます。データとしては、院内がん登録はもちろんのこと、ほかのがん登録情報や、必要に応じてレセプト情報なども

拠点病院の指定要件見直しに向けて

厚労科研「がん診療連携拠点病院等の実態把握とがん医療提供体制における均てん化と集約化のバランスに関する研究」（代表：若尾文彦）

- がん対策情報センター患者・市民パネルにインタビュー
患者、家族 17名にWebインタビュー

考えていかなければなりませんし、現況報告も解析していきます。そのほか「患者さんの声を聞きたい」ということで、最近、17名の患者さんに対してWebでインタビューさせていただきました。「拠点病院の機能は、どのようになったらよいと思いますか。ご自身の体験から聞かせてください」という内容のインタビューをしています。

明らかになった問題

がん医療

- 医療施設間での情報共有がもっとあってもよいのでは
 - 難しい症例については、カンファレンスの内容や直接議論
 - 紹介時、どちらがフォローするか（e.g.放射線の合併症）明確化
- 施設で勤める治療に選択肢が限定されている場合と、選択肢が多すぎてわからなくなる時がある。
 - メリット・デメリットの説明を十分に欲しい
- 妊孕性温存、精神科、併存症の治療など、がん診療の診療科以外が専門の診療に課題を感じる
 - 併存症を他施設でかかっていると、施設内で診てくれなかった
 - 「がんセンター」の方が、他の施設との連携がいい
- 専門外の場合にきちんと別の病院を紹介してくれるかどうか不安

26

そこに寄せられた問題がいくつかあって、少し分類をしています。「がん医療等」に関しては、例えば「医療施設の間で紹介されて受診をする際に、もう少し施設間で情報共有があったほうがよいのではないか」という意見がありました。その患者さんは何か難しい状況があって「手術をするか、しないのか」が検討され、「難しい手術である」と説明されて、ほかの病院を紹介されました。元の病院では「なぜ手術が難しいのか」「リスクを冒しても、その手術は必要なのか」といった議論が時間をかけてなされたと聞いていたのですが、紹介先の病院のほうは当然、その手術を目的で紹介されたと思っているので、手術が必要かどうかは議論されないままに手術が行われました。幸い、手術自体はうまくいったものの、「本当に必要だったのか」についての議論や説明がなかった点がご不満のようでした。なかなか難しいかもしれませんが、せつかく拠点病院に指定されているのだから、もっと情報共有できるシステムが作れないかというようなお話でした。

そのほか、「施設側が、自分たちのやりたい治療だけを勧めてくると感じることもある」という意見や、それとは逆に、選択肢がものすごく多くて「決めてくださいと言われて非常に困った」という意見も聞かれました。

それから、「診療科同士の連携が病院の中でもなかなかできない」と。特に、既に併存症で他施設にかかっていたりすると、がんの治療のために大きな病院に行っても、その病院ではなかなか併存症を診てくれない、とおっしゃる方が複数おられました。

また、「専門外の場合に、きちんと別の病院を紹介してくれるかどうか不安だ」「本当は専門ではないのに、『うちで治療します』と言っているのではないか」という意見も聞かれました。

相談支援

- 存在を知るのは診断後数年たってからだった
- 何を聞いてよいかわからないので相談事例を教えてください
- 相談したが「わからない」と言われて、行き場がなくなった
- 「どういう相談ですか？」と聞かれて、出直した
- 場所が分かりにくい
- 予約を取らないと受け付けてくれない施設がある
- 同じ病院（先生が怖いとか）の内容が相談しにくい
 - 患者にとっては、それが一番深刻な問題なのに
- 院外からでも相談してよい、ということは周知してほしい
- 心の支援は目に見えないから病院で位置づけが低い
- 相談支援員が告知に立ち会うのが良いのではないか
- 素晴らしいところは、素晴らしいので、質を評価することが必要

27

「相談支援等」については、「相談支援センターの存在がなかなか知られていない」と言われています。患者体験調査でも「知っていますか」と聞いており、66%が「知っている」と答えてはいるのですが、裏を返せば「3分の1は知らない」ということなので、もう少し頑張って周知を進めるべく系統的に体制整備をしていかなければならないと感じました。

ただ一方で、「相談しても『分からない』と言われてしまい行き場がなくなった」という声や、「相談支援センターに恐る恐る入ってみたら『どういう相談ですか』と聞かれ、何も言えなくなって出直した」という声、また「場所が分かりにくい」「予約を取らないと受け付けてくれないのでハードルが高い」「相談と言っても、何を相談していいのかわからない」という意見もいただいています。「先生と合わないときなど同じ病院内の相談支援センターには相談しにくい」という意見もあり、これは患者さんにとっては深刻な問題であるようです。

そのほか、「院外からも相談できることを、もっと周知してほしい」「患者から見ても、病院内での位置づけが低く立場が弱そうに見える」というような意見もいただいています。

最後に、「素晴らしいところがある一方で、なかなかハードルが高かったり、相談しても残念な結果になったりすることも多く、相談支援の質にもやはりばらつきがあるから、質を評価することも考えてほしい」という意見もありました。

「情報提供」に関しては、「一般的な情報についてはネットでもさまざまな情報が発信されていて非常に充実してい

情報提供

- 施設の治療実績に関する情報が圧倒的に不足
- どの病院で治療ができるのかの情報が欲しい
 - 脳腫瘍に対するモデル
- 一般論も良いが、地域に根差した個別情報が欲しい

る」という意見をいただいた一方で、「施設の個別情報、特に治療実績に関する情報は不足しているので、そこを何とかしてほしい」と。また、「どの病院で治療ができるのか」という情報が得られず、非常に困ったそうです。そのような「地域に根差した情報」を相談支援センターで集めてほしいという意見もいただいております。

まとめ

- PDCAで、データは重要
- 患者の声に耳を傾ける体制の確立を
- New normalに対応したPDCAとは・・・

以上、今回のご報告では「PDCAで何がデータとして使えるのか」を中心に、お話をさせていただきました。3番目のテーマは、「PDCA回路のどこかで、患者さんの声に耳を傾ける体制が必要なのではないか」という、1つの問題提起です。私自身は、恥ずかしながら、これまであまり「患者さんの意見を聞くこと」が十分ではなかったと思っています。研究班でこのような機会を得てインタビューをしてみたら、改めて「ああ、こういうところに困っていらっしゃるのか」という発見がたくさんありました。PDCAの中でも、これは恐らく重要な点で、「患者さんの声に耳を傾ける」ということを、考えていかなければならないのではないかと。それを申し上げたかった次第です。

コロナ禍が今後どうなるかはまだ見えないところがありますが、ニューノーマル（New Normal）に対応したPDCAとは、どのようなものなのか。「PDCAの活動を行う」という意味では、Web会議等が取り入れられていくと思いますが、診療提供体制、受診体制、受療体制等も、今後変化すると思われるので、その辺りも見据えつつ、考えていくことが必要なのではないでしょうか。具体的にアイデアがあるわけではないのですが、ここでは問題提起のみさせていただきます。

Q&A

（国立がん研究センター・加藤）QIに関しては多くの拠点病院が参加していますので、県内でデータを共有しながら

活用できそうです。また、患者体験調査も、今までは代表的な施設だけで、すぐに県内共通で使うのは難しいと思っていましたが、今後、多くの病院に拡大して、ある程度のサンプル数が確保できれば、これもまた共通指標の重要なデータになるのではないかと思います。今日のお話を伺いました。今、集まっている皆様は都道府県内で「がん診療はどうあるべきか」を考える立場の方がほとんどです。最後の東先生のご提案を参考にして、「患者さんの声を反映した県内の体制」といったことにも考慮していただきたいと思いました。

(質問者) 患者体験調査は2015年にも実施されていますが、そのときと比べて、今回は全体の方向性として、患者さんの満足度は上がっているのでしょうか。また、多分、今日参加している多くの病院はデータを提供していると思いますが、自分の病院はどの辺の立ち位置にあるのか、QIのように「ここは不足している」「ここはよい」というような評価は分かるのでしょうか。

(東) 患者満足度については、前回と共通の指標で測っているのは「納得しているかどうか」ということで、「あまり変わっていない」というのが実際のところでした。点数化したのは今回初めてですので、それが今後どう動くかが見えてくると思います。また、「他施設と比べられるか」とのご質問については、施設ごとの結果をフィードバックしているものの、QIのようにグラフで見える形にはなっていませんので、今後は考えていきたいと思っています。

愛知県における 共通指標を用いた活動

藤田医科大学 河田 健司

愛知県がん診療連携拠点病院協議会 PDCAサイクルの共通の取り組み

～地域が医療安全を担保するPDCAサイクルの構築～

愛知県PDCAサイクル推進検討部会事務局長
藤田医科大学臨床腫瘍科教授
河田健司

愛知県がん診療連携協議会 PDCAサイクル推進検討部会

- 共通の基盤：規約・リスクアセスメント表・リスク管理表
- 医師・看護師・薬剤師・事務の4職種：各病院担当者
- 医師・看護師・薬剤師の分科会⇒各職種の視点で、愛知県全体のがん診療レベルの向上（均てん化）になる共通の取り組み
- アドバイザー：医療の質安全の専門家
- 年2回の開催

愛知県PDCAサイクルの「共通の取り組み」

	2014年	2021年
目的		
県全体の医療の質の向上	PDCAの理解	プロセスの標準化

愛知県PDCAサイクルの共通の取り組みは、2014年にPDCAが「がん診療連携拠点病院」の要件に組み込まれたときから始まっているのですが、そのときから、「県全体で取り組む共通の取り組みを決めていこう」という考え方で行ってきました。目的は「県全体のがん医療の質の向上」ですが、開始してみると、「PDCAサイクルというのはどういうものか」について理解を深めるためには、共通の取り組みをしたほうが、より実感として分かるわけです。ですから、その理解にとっても役立つという実感があります。また、アウトカム評価、例えばB型肝炎の再活性化対策であれば、「検査率がもともと60%だったものが90%になった」といったアウトカム評価を行っていたのですが、現在は「共通の取り組みを行うことでプロセスの標準化が進みやすくなるのではないか」と考えています。

これは、「2014年に愛知県のPDCAサイクル部会が始まる時に、どのようなことを行ったか」ですが、共通の基盤として「規約」「アセスメント表」「リスク管理表」の3つについては同じものを使い、県内全体で進めていこうと考えました。医師・看護師・薬剤師・事務の4職種が参加し、医師・看護師・薬剤師の分科会を作って、各職種

の視点で県全体のがん診療レベルの向上、均てん化になる共通の取り組みをしようと、当初から決めていました。そして、医療の質・安全の専門家、アドバイザーの方にもついていたいただき、事業を開始しました。

共通の取り組みのポイント

- PDCAサイクル部会に参加している施設に温度差があることを理解する
- 取り組みやすい課題から開始する
- ゆっくり進める
- 医療安全の専門家のアドバイス

共通の取り組みを2014年から行ってきて、次の4つのポイントが分かりました。まず「PDCAサイクル部会に参加している施設に温度差があるため、そうした点を理解しながら進めていく」。共通の取り組みを決めると、かなり強制力に近いものが発生しますが、なかなか同じようにはできない施設もあるかもしれません。それを理解する必要があるわけです。2つ目は「取り組みやすい課題から開始する」。ガイドラインのようなものが、やりやすいと思います。3つ目は「ゆっくり進める」。そして最後に「医療の質・安全の専門家のアドバイスが非常に役に立った」ということです。

これは愛知県内のPDCAサイクルの取り組みの数です。中央値と幅が出ていますが、2015年5月時点では24病院で133の取り組み、中央値は4つでした。実は愛知県のPDCAサイクル部会が来週開かれるため、そこで報告されるデータが私のほうに来ています。全部で237の取り組み

愛知県がん拠点病院のPDCAサイクル取り組み数の推移

	2015年 5月 24病院	2015年 10月 26病院	2016年 6月 27病院	2017年 9月 27病院	2017年 2月 28病院	2018年 7月 28病院	2018年 2月 28病院	2019年 7月 29病院	2019年 2月 28病院	2021年 9月 27病院
取り組み の総数 中央値 (幅)	133 4 (1-15)	166 5 (1-15)	187 6 (1-15)	210 7 (2-19)	220 8 (2-18)	203 6 (2-18)	222 8 (2-19)	228 8 (2-21)	250 9 (2-22)	237 7 (3-26)
免疫 チェック ポイント 阻害薬					2	8	11	16	17	23

み、中央値は7、参加施設は27です。

現在、県全体で「免疫チェックポイント阻害薬に関する治療を安全にできるようにする」取り組みを行っています。そのような話が出てきたのは多分2018年ぐらいだったと記憶していますが、「県全体で取り組んでみませんか」と参加施設に提案し、「それぞれの病院で取り組みを開始してください」とお願いしました。2019年9月時点では17施設、今現在は23施設が開始し、残りは4施設と、まだ取り組んでいない病院が4つあります。27病院のうちの20病院、3分の2ぐらいの病院が取り組んでいる内容については「県全体で取り組む共通の指標」にして、ある程度強制力を持って進めていってもいいのではないかと、そのような実感を持っています。愛知県であれば、約20の病院が取り組みを行っているのであれば、残りの7、8病院には「是非それをやってください」というように、ある程度、強制力を持ったお願いができるのではないかと考えています。

日本の産業界が取り組んできた歴史

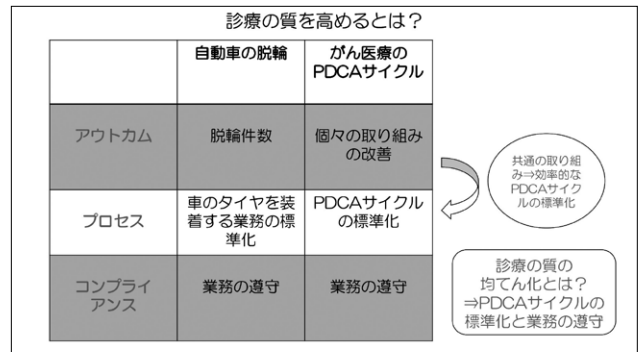
- ・ チームや組織において、仕事をすすめるうえで様々な課題が発生する。その多くは原因が分かっているが、個々人の事情があってできていない。その問題にどうアプローチしていくか、日本の産業界が取り組んできた歴史がある。
- ・ アウトカムな競争はあまり意味がなく、プロセス競争やコンプライアンス競争に移っている。例えば自動車の脱輪について、年間に何件発生したかではなく、企業において車のタイヤを装着する業務の標準化ができていないのか、またその業務を職員が遵守できているのかのプロセスで安全性を比較する。
- ・ WHOが2011年に出したカリキュラムでは、「ここ数十年で膨大な数の委員会や薬種団体から医療の安全と質を改善するための推奨策が数えきれないほど提唱されてきたが、その中で分かったのは、査読付き医学雑誌にエビデンスを発表するだけでは医療従事者の行動は変容させられないということであった」と記されている。行動を変えないと問題が解決しないということである。
- ・ アメリカは日本製品の品質が高い要因をPDCA手法であると考え、手法を持ち帰るあらゆる分野でPDCAを導入した。医療分野にも導入され、日本に逆輸入された。



PDCAサイクルは、2014年にがん医療の分野に入ってきたわけですが、もともとこれは、日本の産業界が取り組んできたものです。「労働安全衛生マネジメントシステム」という本が書店で販売されていますが、これはもともと、主に製造業で「安全に仕事ができるようにする」ための取り組みで、そこからPDCAサイクルが始まったわけです。規約、評価表、管理表といったものは、この「労働安全衛生マネジメントシステム」の中に書かれており、それをベースに、愛知県は2014年から進めてきているわけです。

このように産業界が取り組んできたPDCAサイクルでは、もともと「アウトカム競争」が行われてきましたが、それはあまり意味がなくて、「プロセス競争」や「コンプライアンス競争」に移ってきています。大切なのは「何%達成

したか」ではなく、「プロセスがしっかりできているかどうか」。そうした観点で評価されることがメインになっているわけです。



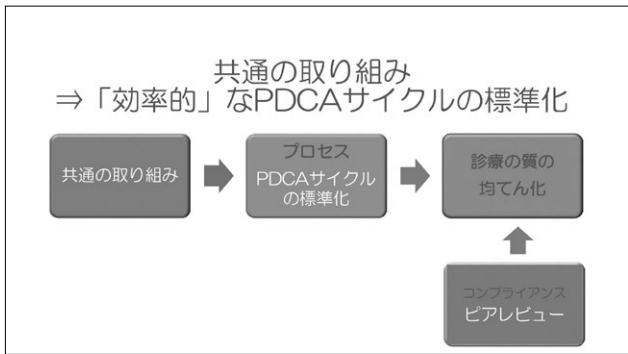
車の脱輪を例に、分かりやすく説明しますと、例えば「脱輪の件数を減らす」ことを目標にするのであれば、それがアウトカムになります。しかし、今現在どのようなことで評価されているかというと、「車のタイヤを装着する業務の標準化がしっかりとされているかどうか」。それがプロセスです。そして、「その標準化された業務がしっかりと遵守されているかどうか」が、コンプライアンスです。

がん医療のPDCAサイクルについても、「B型肝炎の再活性化の検査が何%になった」といったアウトカムを測定することもできるわけですが、「プロセスとしてPDCAサイクルの取り組みそのものが標準化されているかどうか」「その標準化されたプロセスが守られているかどうか」「ピアレビューによって、それらが確認されるかどうか」などが、今後、重要になってくると考えています。

当初、共通の取り組みはPDCAサイクルによって「がん診療の質を上げよう」と開始したのですが、やってみると「PDCAサイクルの理解」というものにつながったわけです。そして、2021年現在では、「PDCAサイクルのプロセスの標準化」がしっかりとできているかどうか重要です。共通の取り組みは、それを効率的に進めるための手段であると私は考えています。

先ほど、PDCAサイクルにおいて「医療の質を示す指標とは何か」というお話がありました。これは個人的な考えですが、例えば愛知県の指標に関して言うと分母が参加施設で、今は27病院です。そして分子が、PDCAサイクルの標準化がなされていることをピアレビューによって確認された施設数です。それを「27分の27」にすることが、目標ということになると思います。

ですから、PDCAサイクルの共通の取り組みというのは、このプロセス、PDCAサイクルの標準化を効率的に行うために、非常に有効なツールなのです。「プロセス (PDCAサイクルの標準化)」と「コンプライアンス (ピアレビュー)」の2つができることによって、診療の質が均てん化される。そのように考えており、共通の取り組みは、そのための効率的な手段であると思っています。



愛知県がん診療連携拠点病院PDCAサイクル部会
PDCAサイクルの標準化（雛形）

「名古屋大学病院患者安全推進部長尾先生より提供のスライド」

では、どのように標準化を行っているのか。これは名古屋大学病院の医療の質・安全推進部の長尾先生からいただいたスライドです。愛知県のPDCAサイクル部会のために、標準化のひな形を決めていただきました。

PDCAの流れ（問題解決8ステップを用いる）

1. テーマ選定	改善したいテーマを決める(困っていること)		
2. 現状把握	現状を把握する(現地現物、ブレイクダウン)	パレート図、P管理図、フローチャート、チェックシート、相関図、多変量解析	
3. 目標設定	重点系の設定と達成レベルの設定	定量的な数値設定	Plan
4. 要因解析	真因(根本原因)を特定する	特性要因図、RCA(根本原因分析)	
5. 対策立案	真因に対して対策を立てる	手順の改善、教育、周知	
6. 実施	対策を実施する		Do
7. 効果の確認	効果を確認する	パレート図、P管理図、有意検定	Check
8. 今後の取組み・標準化	定着化する	定着に向けた課題を選定し、2期目へ	Act

「名古屋大学病院患者安全推進部長尾先生より提供のスライド」

愛知県では、PDCAサイクルをこの「問題解決8ステップ」を用いて行っています。テーマ選定、現状把握、目標設定、要因解析、対策立案、実施、効果の確認、今後の取組・標準化。これは、トヨタ自動車が行っているPDCAサイクルを基に作ったものです。

少し簡単に説明します。Plan(1)のテーマ設定は「何

Plan(1) テーマ選定
多くの問題・・・何から着手するか?

視点

- 患者からのクレーム
- 重大な有害事例
- 数、割合が多い事例
- 最近増えた事例
- 関係者からの要望（自部署に求めるもの、他部署に求めるもの、安全管理部からの要望）
- 標準値（全国平均など）との差
- 自部署のQI
- IPSG（国際患者安全目標）などの一般的な目標（患者確認、コミュニケーション、ハイアラート薬、部位・手技の確認、感染対策、転倒転落）

困っていること、
繰り返し起きていること

「名古屋大学病院患者安全推進部長尾先生より提供のスライド」

から着手するのか」。多くの問題がある中から、困っていること、繰り返し起きていることを選びます。

Plan(2) 現状把握

視点

- どのくらい発生しているか？（発生頻度）
- どんな条件で発生するか？（患者、職種、経験、季節）
- どんな流れ/場面で発生するか？
- 一番多い項目は？
- 他と比べて何が違う？（多変量解析）
- 相関しているものはあるか？

現地現物
層別化でブレイクダウン

「名古屋大学病院患者安全推進部長尾先生より提供のスライド」

そして現状把握。どれくらい発生しているのか、などを確認するわけです。そのときにいろいろな図や表を使います。

Plan(3) 目標設定
重点系の設定と、達成レベルの設定

視点

- 現状把握の結果、どこに重点を置きますか？
- どの程度の改善を目指しますか？（撲滅・ゼロ化・昨年比半減など、明確な数値目標を設定する）

「名古屋大学病院患者安全推進部長尾先生より提供のスライド」

目標設定では、重点系の設定と達成レベルの設定を行います。目標をゼロにするのか、あるいは何%にするのか、そうした数値目標を決めるわけです。

Plan(4) 要因解析
なぜ目標と現状にギャップが生まれているのか、に注目し真因を探る

- 特性要因図（発生の仕組み、因果関係）
- なぜなぜ分析（根本原因分析、RCA (Root Cause Analysis))

真因の追求
ブレインストーミング

「名古屋大学病院患者安全推進部長尾先生より提供のスライド」

要因解析では、なぜ目標と現状にギャップがあるのかを考えます。真因の追求ですね。ここに時間をかけることも大切だと思います。

Plan(5) 対策立案
真因への対策を立案する

- 真因1に対する対策1
- 真因2に対する対策2
- 真因3に対する対策3

システム思考
(なるべく人に依存しない対策を)

ブレインストーミング

「名古屋大学病院患者安全推進部長尾先生より提供のスライド」

対策立案では、真因1に対する対策1、真因2に対する対策2というように、対策を作っていきます。

Do 実施
担当者・期日を決め、実施する

- 対策1の担当者、期日
- 対策2の担当者、期日
- 対策3の担当者、期日

工程表を作成する

「名古屋大学病院患者安全推進部長尾先生より提供のスライド」15

担当者、あるいは期日を決めて実施します。

Check 効果の確認
介入前と介入後を比較する

視点

- 件数は減ったか
- 構成順位は変わったか
- 有意な差といえるか

管理図

パレート図の比較

介入前 介入後

50%減

構成順位の変化

できれば有意検定

「名古屋大学病院患者安全推進部長尾先生より提供のスライド」16

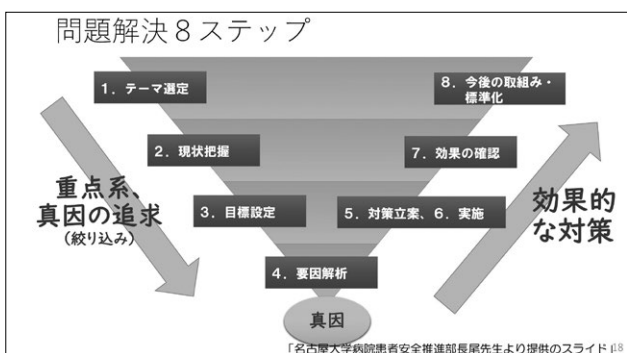
そしてCheck。介入前と介入後で、そのデータを確認します。

Act 今後の取り組み・標準化
定着させる

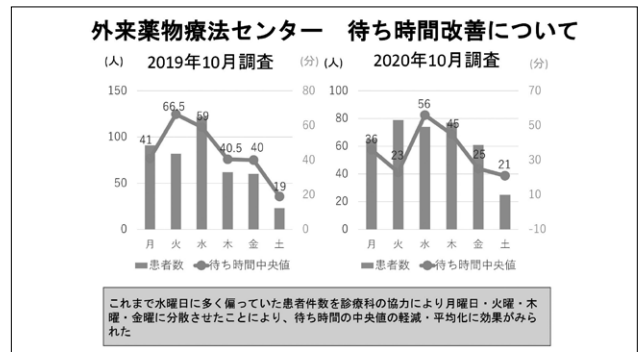
- 定着に向けた課題を選定し、2周目に繋げる
- 多くの場合、「標準化がまだまだ弱い」という課題が浮き彫りになる

「名古屋大学病院患者安全推進部長尾先生より提供のスライド」17

8段階目では、定着に向けた課題を選定して、2周目につなげていきます。その病院では、この8つの段階を経て、きちんとPDCAサイクルを回しているか。まずはPDCAを回していただき、それをピアレビューによって確認していく。そのようなことを考えています。

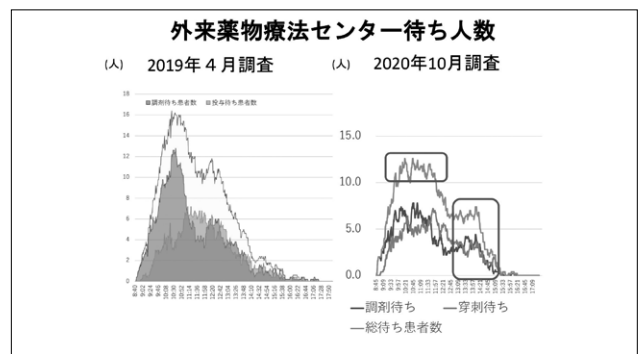


テーマを決めて、現状把握、目標設定、そして要因解析のところまでしっかりと考えて、対策立案、実施、効果の確認、取り組みの定着化を行っているわけです。



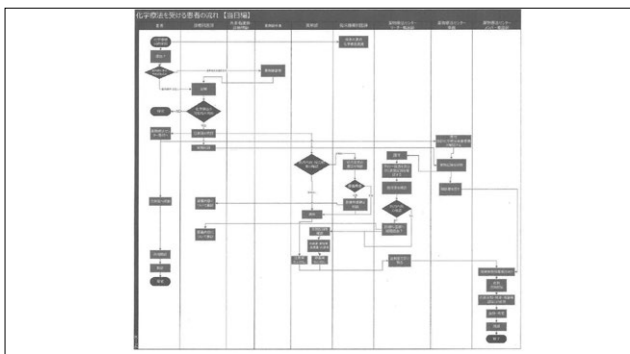
実際に、藤田医科大学病院で行った例を少し示させていただきます。「外来化学療法センターで患者さんの待ち時間が長い」という問題がありました。曜日によって患者さんの数にもかなりばらつきがあって、水曜日が一番多く、多い週と少ない週がある。多いときは1時間ぐらい待つということで、「患者さんを分散させる」、あるいは「午後のほうに来てもらう」などの取り組みを開始しました。1年後、曜日別の患者数はかなり平均化してきて、土曜日は半日なので数は少ないのですが、待ち時間の平均値も減ってきたわけです。

しかしまだ、十分とは言えません。この8つのステップを用いて、医療の質・安全の専門家にも入っていただき、現在もまだ、取り組みを行っている最中です。

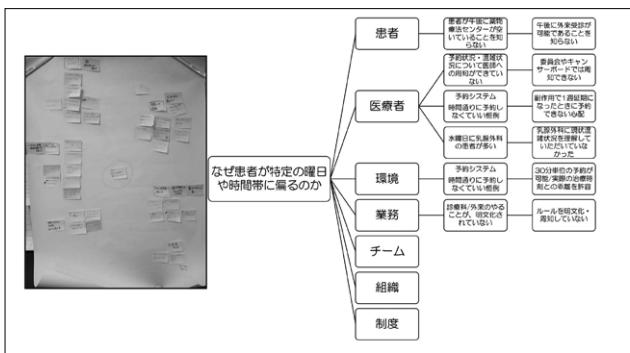


私たちがアウトカムを測定しようとするときは、「患者さんが何人いて、何分待たせた」といった項目を想定してしまおうのですが、専門の先生に入ってもらくと、このような図になります。横軸は時刻で、この時刻に外来化学療法センターで何人の患者さんが待っているのか、その理由は何なのかを表しています。薬剤師さんの抗がん剤のミキシングで待たせているのが青、看護師さんのセンター内の準備等で待たせているのがオレンジ色ですが、午前10時～11時過ぎ、12時ぐらいまで混んでいる。そこに集中しているのが分かるわけです。そのうち前半はミキシング、後半はセンター内での準備が混雑の原因になっています。去年の10月には、この尖っている部分がかなり減ってきて、

午後の時間帯にも波ができましたので、ある程度の取り組みができました。現在は「この時間帯・時刻に、患者さんがこれぐらい待っている」「これを10人未満にしましょう」ということをセンターの取り組みの1つの指標として、「この山をこちらに持ってくる努力」を行っているところです。このような図も、医療の質・安全の専門家から教えていただいて作成しました。こうした解析の仕方があるということが分かり、非常に参考になりました。



これは業務の流れです。少し細かい字で申し訳ないのですが、医療の質・安全の専門家に説明するときに、このような表を作成しました。すると私たちも改めて確認ができ、「ここに患者さんを待たせてしまう要因があるのではないか」というようなことも分かってくるわけです。改めて、このような表を作る。これも医療の質・安全の専門家のアドバイスを受けて作成したのですが、やはりいろいろなことが見えてくるわけです。



そして、外来化学療法センターのスタッフが、「何が原因なのか」概略を書いて模造紙に貼っていきました。内容ごとに島をつかって、理由を検討していく。実際に、こうした模造紙に貼って考えるということも、自分たちセンターのスタッフだけではなかなかできないのですが、医療の質・安全の専門家に入ってもらおうと取り組んでいける。対策立案まで考えるのですが、ここで専門家の先生に、「まだチームや組織、制度など、ほかに考えることがあるのではないか」とのアドバイスをいただきました。「真因の追求」ですね。先ほどご紹介した問題解決8ステップの表の、V字型の底の部分です。そこにもっと時間をかけてくださいと言われて、今、さらに検討しているところです。

まとめ

- PDCAサイクルを行う目的である「診療の質を高めること」はアウトカム評価ではなく、プロセス（PDCAサイクルの標準化）とプロセスの遵守（コンプライアンス）で評価
- 「共通の取り組み」は、PDCAサイクルの標準化を効率的に実現する手段
- 「医療の質・安全」と共同で取り組む

まとめです。PDCAサイクルの目的である「診療の質を高めること」は、アウトカム評価ではなく「プロセス（愛知県であればPDCAサイクルの標準化）」と「プロセスの遵守（コンプライアンス）」で評価をしていこうと考えています。「共通の取り組み」というのは、そのための効率的な手段であり、「医療の質・安全」と共同で取り組むと、非常にうまく進めることができると考えています。

Q&A

(国立がん研究センター・加藤) 愛知県の取り組みについて伺い、改めて参考になりました。県内全体でPDCAサイクルを回すために、それぞれの病院が工夫しながら診療の質の改善活動に取り組んできたからこそ、標準化することが重要なのだという結論に至ってきたのではないかと思います。標準化しようという提案をしたとき、愛知県内の皆様からはどのような反応がありましたか。

(河田) 確か、2019年頃だったと思いますが、県PDCAサイクル部会の会場で、フロアから「標準化してほしい」という意見が出され、「それなら長尾先生にお願いしてはどうか」という話になりました。部会の参加病院から要望があったという経緯です。

(加藤) 運営側からの提案ですと押しつけになってしまい、恐らく抵抗感があったと思うのですが、数年かけて各病院が工夫して取り組んできたけれども、「これはなかなか自分たちの努力だけではどうにもならない」という面があって、そのようなステップになってきたということでしょうか。

(河田) 毎回、いろいろな病院が発表し、それに対して長尾先生が意見を述べるのですが、専門家なので本当に的確なのです。であれば、長尾先生の意見に沿う手順書のようなものがあると、もっとうまくいくのではないかと。参加の先生は多分、そのように考えたのではないかと思います。

共通目標・共通指標に関する ディスカッション

(国立がん研究センター・加藤) ここからは少しお時間をいただいて総合的なディスカッションを行い、診療の質の改善、指標作り、共通目標、共通指標といった話題を深めたいと思っています。今、お話があったように、まずは県全体で共通目標を作らなければ、共通指標の議論にはならないかと思えます。今後、QIが作られ、全国で統一した指標が示されたとしても、それを活用していくのは県内の関係者の方々なので、まずは共通の目標がなければ共通指標を活用できないかと思えます。では、共通目標をどのように作っていくのか。そうした文化をどう作るのか。共通目標を設定している県は、まだ半分ぐらいいきません。いろいろと事情があって、1回やってみただけでも難しかったという県も、きっとあると思えます。浜野先生、千葉県では、こういう共通目標を進めていくコツというか、関係者の協力を得ていく工夫などはあるのでしょうか。

(千葉県がんセンター・浜野) 後半のセッションの冒頭で加藤先生が示されたスライドの中に、「トップダウン」「ボトムアップ」という言葉がありましたが、やはりボトムアップではないかと思えます。千葉県の専門部会は比較的、同じメンバーで毎年コミュニケーションを重ねています。その中で話題になっている課題や問題意識が共有されており、それが徐々にボトムアップされて、「部会の中で1つの目標を決める」というような流れになっているのではないかと思えます。

もう1つは、施設単位のPDCAサイクルについても、情報を集めて共有していることです。それも部会単位で情報共有しているので、各施設がどんな課題を持っているかが分かります。「結構、同じような課題を持っている施設が多いのだな」という理解が、恐らく議論の土台になっているのかもしれない。

(加藤) つまり、同じ県内の同じ領域で働いている人たちがコミュニケーションを取る場を都道府県拠点としてしっかり作り、それぞれの部会のメンバーが話し合うことで、共通認識ができてくると。そこで課題を改善するためにはどうしたらよいか。そのような流れができていくということなのでしょう。

(浜野) そうだと思います。あともう1つ、千葉県は施設

数が協力病院、県指定も含めると30施設以上になるので、共通目標を「みんなで話し合ってゼロベースで決める」のは難しいのです。ある程度、都道府県拠点で仕切り役になって皆様の意向を踏まえ、「このような案ではどうでしょうか」と、落としどころのある提案をすることも大事だと思います。

(加藤) なるほど。そういった意味では、愛知県も「話し合う土壌」が数年前からしっかりあると思えますが、そのような「話し合いの場を作るときの工夫」は何かあるのでしょうか。河田先生、お願いします。

(藤田医科大学・河田) 話し合いの場や、共通の取り組みの土壌を作る工夫について、私の印象を申し上げますと、医師・看護師・薬剤師で共通の目標を考えていこうとしたときに、愛知県では多くの場合、薬剤師さんがリーダーシップを取って進めてくれました。実際、薬剤師さんの仕事は自分たちだけで完結することはできないため、ほかの医療者に広げていく際に、看護師さんや医師がそれをサポートします。ですから、まず立ち上げのときに、薬剤師さんのグループにしっかりと引っ張ってもらう。それが、うまくいく方法ではないかと思っています。

(加藤) 私も、愛知県の会議に何度か参加させてもらった際に、医師ではなく、ほかの職種の方が施設の発表をされていて、多職種で取り組んでいることが、話し合いも含めてうまくいっている秘訣なのかなと思えました。医師はきっとアイデアは出すけれども、実際に担っているのは、ほかのメディカルスタッフの方々だと思えました。その方々が積極的になるような文化がいいのだと思えました。見ていて、そう思っておりました。

そのような話し合いを経て、今度は、それを指標にブラッシュアップしていく。それが本当に大変な作業なのですが、東先生、いろいろな指標、QI作りという観点で見ると、「本当は分母、分子が厳格でしっかりとしたQIを測らないと意味がない」という考え方がある一方で、各県が関心のある領域で共通の指標をつくっていくというときに、先生の立場から何か「こういった指標がいいのではないか」というアドバイスはありますか。先ほどの実態指標というのもの、都道府県レベルの現実的な取り組みだと思うのですが、

東先生の観点から、「県でいろいろ関心がある領域で指標を作るときには、こういうことも考えてみたらどうか」など、もしあればお願いします。

(国立がん研究センター・東) 指標作りのアドバイスはなかなか難しいのですが、いろいろなデータ源はありますし、いろいろな考え方で目標を設定すれば、おのずとどういったことが指標になるか見えてくると思います。ただ、見えてきた上で、「これはちょっと測れないね」ということもあります。そこはやはり目標を考えていただくのが一番で、その上でどんなデータがあるかを見ていただく、というのがいいのではないかと思います。

実態指標の話がありました。最初、われわれもQIというものを非常に厳格に考えていました。例外はもちろんあるかもしれないけれど、原則『「数値が高いほうがいい」というものにしてください』と言っていたのです。しかし、そうするとあまり面白くないもの、当たり前なものばかりがQIになる傾向があったりするので、その辺りは柔軟に考えています。浜野先生から、PDCAは「習うよりも、まずは慣れることから」というお話がありましたが、まさにそのとおりだと思います。QIを測るといっても、慣れるところから始まる。とにかく、まずは一度やってみる、行動することかなと思います。

(加藤) ありがとうございます。今いろいろと発言をいただいているところですが、せっかくの機会なので、参加者の皆様のほうから、これを確認したい、聞きたいということがあれば、ご発言いただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

(質問者) 私たちがPDCAを回すときに何を考えたかという、やはり各参加施設に興味を持っていただくことが大事だと思いました。トップダウンは早いからいいとは思いますが、今後とも長くPDCA活動をつなげていってもらうためには、ボトムアップのほうが余程、必要だと思います。先ほど指標の話がありましたが、皆様に興味を持っていただける指標を準備する必要もあると思っています。そこが非常に、私たちも心を砕いているところです。それから、「急ぎ過ぎない」ということも大事かなと思います。遅々として進まないこともあるかもしれませんが、「着実に一歩ずつ歩いていこう」という考え方でやっております。

(加藤) 本当に重要な指摘を、ありがとうございます。まずは関係者が興味を持つところから始めていかないといけないだろうと思います。恐らくこれは全ての県で共通することかもしれません。

(浜野) 今日、皆様の発表を聞いていて、少し感じたことをお話しします。このディスカッションはかみ合わないのではないかと心配したことがあって、それはQIや臨床指標というものが、私たち千葉県がやっているような

PDCAサイクル活動の対象とは少し違うところにあるような気がするのです。というのも、例えば「がん診療体制をどのように整備していくか」、具体的に言えば「緩和ケア研修の受講」「がん相談支援センターの周知活動」「AYA世代の人たちをどう支援するか」などが私たちの関心の対象となっており、それはなかなか指標化しづらいと思うのです。一方、臨床指標やQIは、例えば「がん治療成績を上げよう」という目標にかなり直結しているところがあります。「胃がんの生存率を何%上げよう」という目標を設定している県は、協議会の中にはあまりないと思うのですが、そういう意味で、なかなかかみ合わないのではないかと心配しているのです。実際に、がん治療成績自体を都道府県協議会の目標にしているような県はあるのでしょうか。(加藤) おっしゃる点について、幾つかの県で、あるかと思えます。それぞれの県で、どちらを優先するか話し合うべきだと思っています。先ほどもお話があったように、愛知県では「B型肝炎ウイルスの再活性化についてどれぐらい検査しているか」といった、まさに診療の質のうち、参加者が「これは大事だ」と思えるような指標を測定しています。その一方で、浜野先生が言われたように「体制がどれぐらい整ったのか」「研修会をどれぐらい行ったのか」というところから始めようという県もあると思えます。そこは、それぞれの県が関心を持っている分野を優先してもよいのではないかと思います。

やはり始めやすいのは、浜野先生が言われたように「体制を整える」ところで、それを共通の目標とし、お互いの取り組みを強化していった、「では、その中身はどうなのだろうか」と、さらに踏み込む。すると「そもそも診療の質の評価はできているのか」「PDCA自体をきちんと回しているのか」というように、だんだん議論が深まっていくのだと思います。深まり過ぎると今度は逆に、「そもそも何のためにやっていたのか」というように、全体を見る視点も大事になっていくのかもしれない。

その辺りの議論について何かご発言がある方はいらっしゃいますか。

(質問者) 今、浜野先生が言われた点は非常に難しいのですが、やはり均てん化ということを考えると、医療の質を都道府県全体で上げる取り組みも必要なのではないかと思っていました。ほかの施設の批判というのは、すごくしにくいことなのですが、私自身はやはり、病院によって医療の強いところと弱いところ、「この施設は医療のこの部分が少し足りないのではないか」という分析をして、最終的にはどこの病院に行っても患者さんが満足のいく医療を受けられるようにすることが必要だと思っています。医療体制の整備と医療内容の充実、その両方が必要だと思っており、そのような方向に進めようと思っています。難し

いですが。

(加藤) 私たちも両方大事だと思っています。でも、むしろ今の質問をいただいて、改めて、この2つの視点があるのだということを確認できました。

登壇してくださった皆様、本当にありがとうございました。

閉会挨拶

国立がん研究センター がん対策情報センター長

若尾 文彦

皆様、長時間にわたりご参加いただきまして、ありがとうございました。今回初めてのWeb会議での開催ということで、良い点、悪い点あったと思いますが、是非事務局に今後の開催についてご意見をいただきたいと思えます。

また、本日は新型コロナウイルス感染症流行下でのPDCAサイクル確保活動など、今までにない議論ができたと思います。本日の記録につきましては、まとめたものをがん情報サービスに掲載させていただきますので、そちらを都道府県内でご活用いただければと思います。

本日はご参加いただき、ありがとうございました。今後ともよろしく願いいたします。

国立がん研究センター 理事長

中釜 齊

本日の議論でいろいろなことを改めて学ばせていただきました。PDCAサイクルや医療の均てん化をどのように位置づけて、加えて各拠点病院がどのような医療を目指すのか。そして、それをどのようにコーディネートし、全体としてオーガナイズするのか、ということの重要性を改めて聞かせていただきましたので、これらについて考えていきたいと思えます。

今後ともいろいろとご指導いただきたいと思えます。ありがとうございました。

当日の各プログラム資料は下記ホームページに掲載しております。
併せてご参照ください

<国立がん研究センター がん情報サービス ホームページ>
令和2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 資料
https://ganjoho.jp/med_pro/training_seminar/pdca/forum/20210206.html

令和2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
令和2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 令和3年3月
編集 加藤 雅志 山本 里江 珍田 律子
発行者 国立研究開発法人 国立がん研究センター
〒104-0045 東京都中央区築地5丁目1番1号
TEL 03-3542-2511
E-mail pcc-office@ml.res.ncc.go.jp



国立研究開発法人

国立がん研究センター

National Cancer Center Japan