

「第3回がん診療体制の質評価調査」結果報告会
—調査結果およびPDCA改善サイクルに関する報告—

- ・プログラム・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P.1
- ・本組織的活動の目的・・・・・・・・・・・・・・・・P.3
 若尾文彦 氏（国立がん研究センターがん対策情報センター）
- ・第3回がん診療体制の質評価調査結果報告，改善管理ツールの紹介・・・・・・・・P.7
 水流聡子 氏（東京大学 医療社会システム工学寄付講座）

「第 3 回がん診療体制の質評価調査」結果報告会
—調査結果および PDCA 改善サイクルに関する報告—

日時：2015 年 5 月 24 日（日）13:00～16:30

開催場所 東京都中央区築地 5-1-1

国際研究交流会館（国立がん研究センター内）

■本組織的活動の目的

若尾文彦 氏（国立がん研究センターがん対策情報センター）

第 I 部：調査結果報告

第 3 回がん診療体制の質評価調査結果報告，改善管理ツールの紹介

水流聡子 氏（東京大学 医療社会システム工学寄付講座）

第 II 部：病院の PDCA サイクルに向けた取り組みと可能性

① 栃木県がんセンターの取り組み

尾澤 巖 氏（栃木県立がんセンター）

② 四国がんセンターの取り組み

青儀 健二郎 氏（四国がんセンター）

③ 武蔵野赤十字病院の取り組み

嘉和知 靖之 氏（武蔵野赤十字病院）

第 III 部 地域の PDCA サイクルに向けた取り組みと可能性

① 栃木県の取り組み

清水 秀昭 氏（栃木県立がんセンター）

② 群馬県の取り組み

塚本 憲史 氏（群馬大学医学部附属病院）

尾嶋 仁 氏（群馬県立がんセンター）

③ 愛媛県の取り組み

谷水 正人 氏（四国がんセンター）

④ 三重県の取り組み

中瀬 一則 氏（三重大学医学部附属病院がんセンター）

■今後の展開

閉会 16:30

＜配布資料＞

資料 1）議事次第（本紙）

資料 2）調査報告書

別添資料）各発表資料

裏面につづく

<報告書ダウンロード>

PCAPS 研究会ホームページより，ユーザ名・パスワードを入力の上，ダウンロードして下さい．【URL】 <http://plaza.umin.ac.jp/~A-epath/>

画面上部「がん診療連携拠点病院における診療体制調査報告書・報告会資料のダウンロードはこちら」をクリック

→ 画面上部「報告書」をクリック

【ユーザ名】 **canorginv2**

【パスワード】 **pcapscancerepo2015**

本組織的活動の目的

若尾文彦

(国立がん研究センターがん対策情報センター)

1



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

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

2



IV 都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件について

- 都道府県拠点病院は、当該都道府県におけるがん診療の質の向上及びがん診療連携協力体制の構築、PDCAサイクルの確保に関し中心的な役割を担い、IIの地域拠点病院の指定要件に加え、次の要件を満たすこと

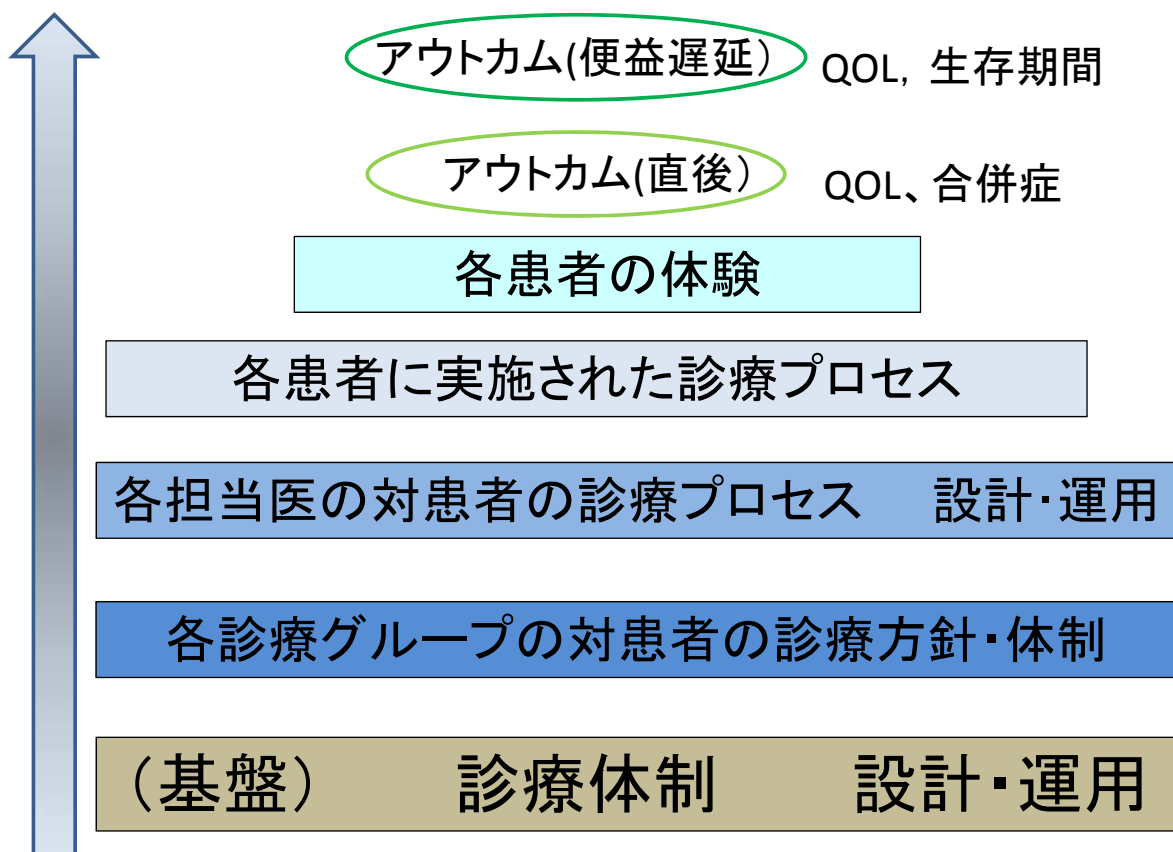
5 PDCAサイクルの確保

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

3

国立がん研究センターがん情報サービス ganjoho.jp

がん診療プロセスの質評価 (構造整理 案)



診療フェーズ

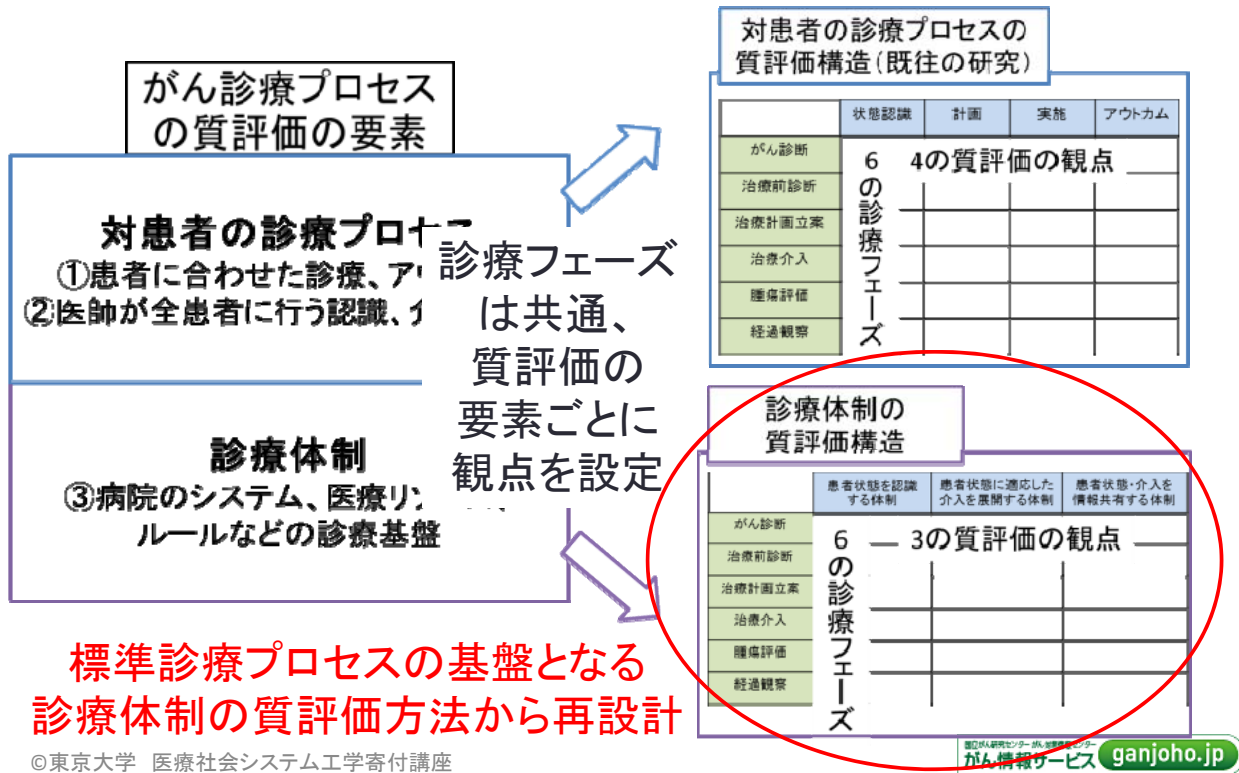
診療フェーズ	定義
がん診断	がんを確定するか、がんの疑いが強く診断的治療が必要と判断する
治療前診断	治療方針を立てるための病期(がんの広がりなど)を見積もる検査を行う
治療計画立案	検査結果や患者の希望に基づいて治療計画を立案する
治療介入	治療計画に従って治療を実施する
腫瘍評価	再発・残存がんなどを調べる検査を行い、治療や経過観察が必要かどうかを判断する
経過観察	積極的介入は行わずに状態を観察し、腫瘍評価の必要性を判断する

がん診療体制の質評価の観点

診療体制の質評価の観点	構成要素
1 患者状態を認識する体制	患者の希望・理解度・社会的状態を確認する体制 1-1
	患者の医学的状态、治療方針を確認する体制 1-2
2 患者状態に適応した介入を展開する体制	最適な治療方針を実行するために必要な医療リソース 2-1
	標準的な診療方針を確認する指針 2-2
3 患者状態・介入内容を職種間・診療科間で意見交換し共通認識を持つ体制	治療前の患者の状態、治療方針等を治療に関わる医療従事者間(職種間・診療科間)で意見交換、共有、検討、確認する組織体制

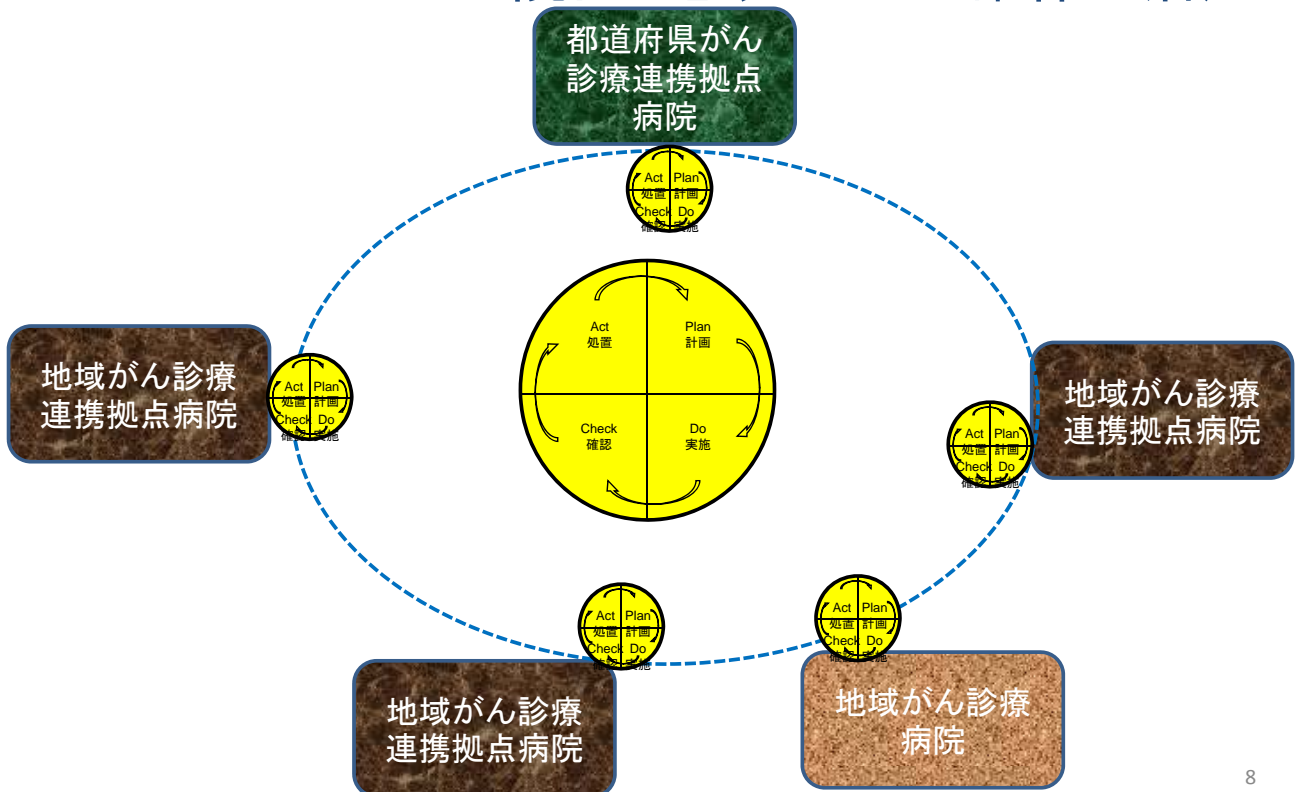
がん診療プロセスの質評価の要素

がん診療プロセスの質に影響を与える要因ごとに分けられる



がん診療体制の質評価調査を

院内・地域のPDCA確保に活用



第 I 部: 調査結果報告

第3回がん診療体制の質評価調査結果報告 改善管理ツールの紹介

水流聡子

(東京大学 医療社会システム工学寄付講座)

がん診療体制の質に関する本調査は、がん診療連携拠点病院の診療体制の質を高めよう、改善しようと、前向きに調査に対応してくださっている、大変誠実な病院様の調査結果となっています。このような病院グループが、がん診療連携拠点病院内に存在していることが、大変重要なポイントとなります。

われわれも、ここまでのものにするのに、5-6年以上かけて努力してまいりました。参画し改善に向けて努力しておられる病院様をエンカレッジする調査手法となれるよう努力する所存です。

次回調査にもぜひご参加いただけますよう、よろしくお願い致します。

がん診療連携拠点病院における診療体制の質評価 —組織的改善とPDCAサイクルの実現に向けて— 第3回診療体制調査(2014年10月) 調査結果報告

平成22-25年度厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業

「国民に役立つ情報提供のためのがん情報データベースや医療機関データベースの質の向上に関する研究」

主任研究者: 若尾文彦 分担研究者: 水流聡子

平成27-28年度国立がん研究センター研究開発費 「平成27-28 がん対策の推進に資する診療支援と研修のあり方に関する研究」

主任研究者: 加藤雅志 分担研究者: 水流聡子

【研究組織】(PCAPS研究会 がん診療質評価班)

水流 聡子	東京大学	矢野 真	日本赤十字社 事業
若尾 文彦	国立がん研究センター がん対策情報センター	羽藤 慎二	四国がんセンター
		野崎 功雄	四国がんセンター
加藤 雅志	国立がん研究センター がん対策情報センター	小口 秀紀	トヨタ記念病院
		秋山 聖子	仙台医療センター
飯塚 悦功	東京大学	乾 由明	兵庫県立西宮病院
新海 哲	湘南東部総合病院	清水秀昭	栃木県立がんセンター
栗田 啓	四国がんセンター	尾澤 巖	栃木県立がんセンター
谷水 正人	四国がんセンター	塚本憲史	群馬大学医学部附属病院
蒲生 真紀夫	大崎市民病院	尾嶋 仁	群馬県立がんセンター
吉岡 慎一	兵庫県立西宮病院	嘉和知 靖之	武蔵野赤十字病院
吉井 慎一	ひたちなか総合病院		
青儀 健二郎	四国がんセンター		
名取 良弘	飯塚病院		

【研究事務局(がん診療質評価班)】(東京大学)
下野僚子・太田耕右・谷崎浩一・仮屋崎真希

病院は、その時代の医療技術標準(推奨される、あるいは標準的な医療)に沿った安全安心な医療サービスを、持続的に提供したいと考える。しかしながら、患者に提供しようとする医療が、確実に質保証されて提供されることを支援する「診療体制」を、病院として整備していなければ、組織として質保証された医療を提供することは困難である。診療体制が整備されていない場合、医療の質は各患者に対応する医療者個々の努力に依存することになる。その結果、医療の質はばらつき、真摯な医療者ほど、疲弊する。医療者が患者に提供する「臨床プロセス」のよりよい標準を設計し、業務として実施する際の業務プロセスを、整備された診療体制上で、実施している・・・という環境を構築する必要がある。

PDCA: マネジメントサイクル

Plan

- P1: 目的, 目標, ねらいの明確化
- P2: 目的達成のための手段・方法の決定

Do

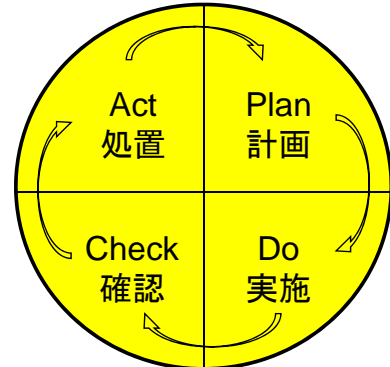
- D1: 実施準備・整備
- D2: (計画, 指定, 標準通りの)実施

Check

- C1: 目標達成に関わる進捗確認, 処置
- C2: 副作用の確認, 対応

Act

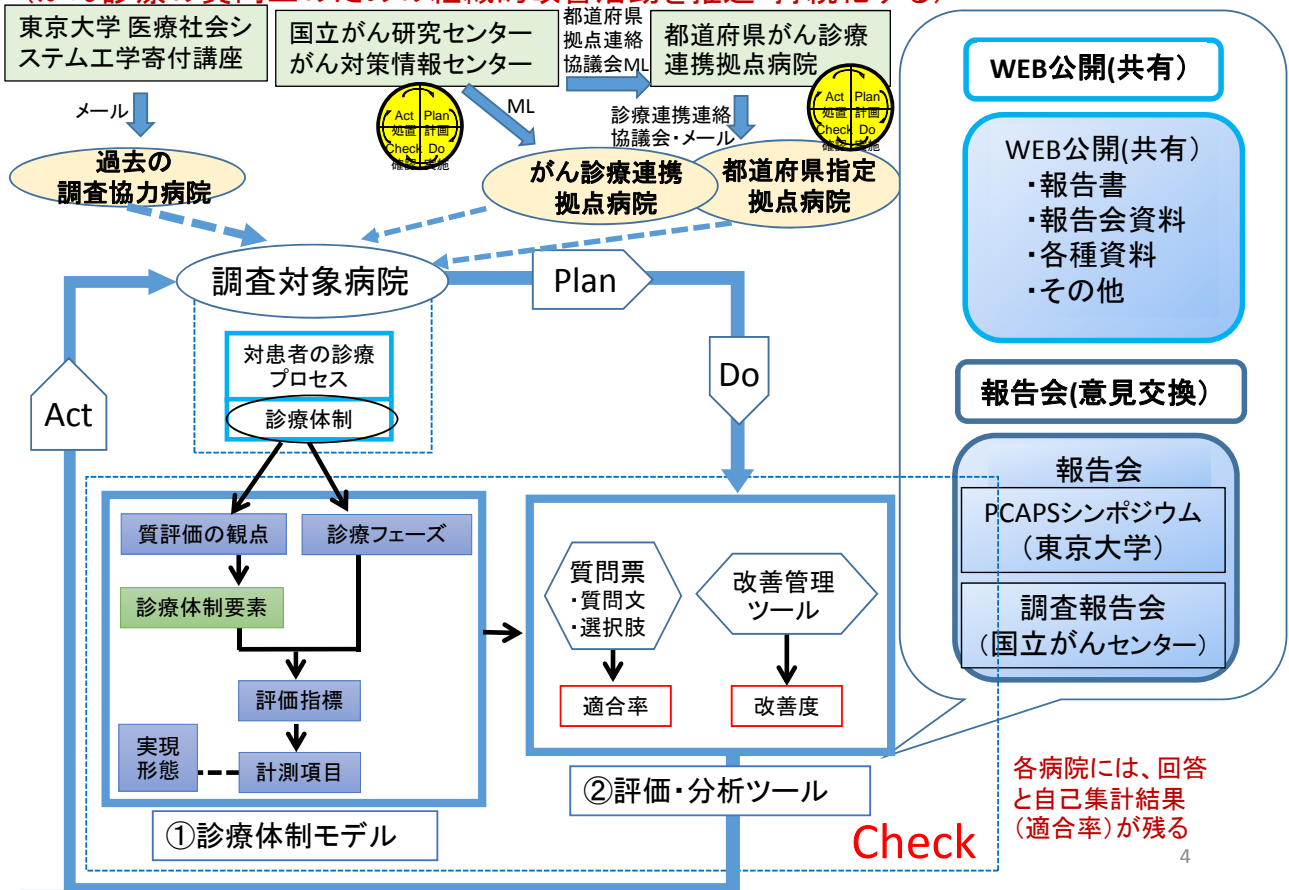
- A1: 応急処置, 影響拡大防止
- A2: 再発防止, 未然防止



3

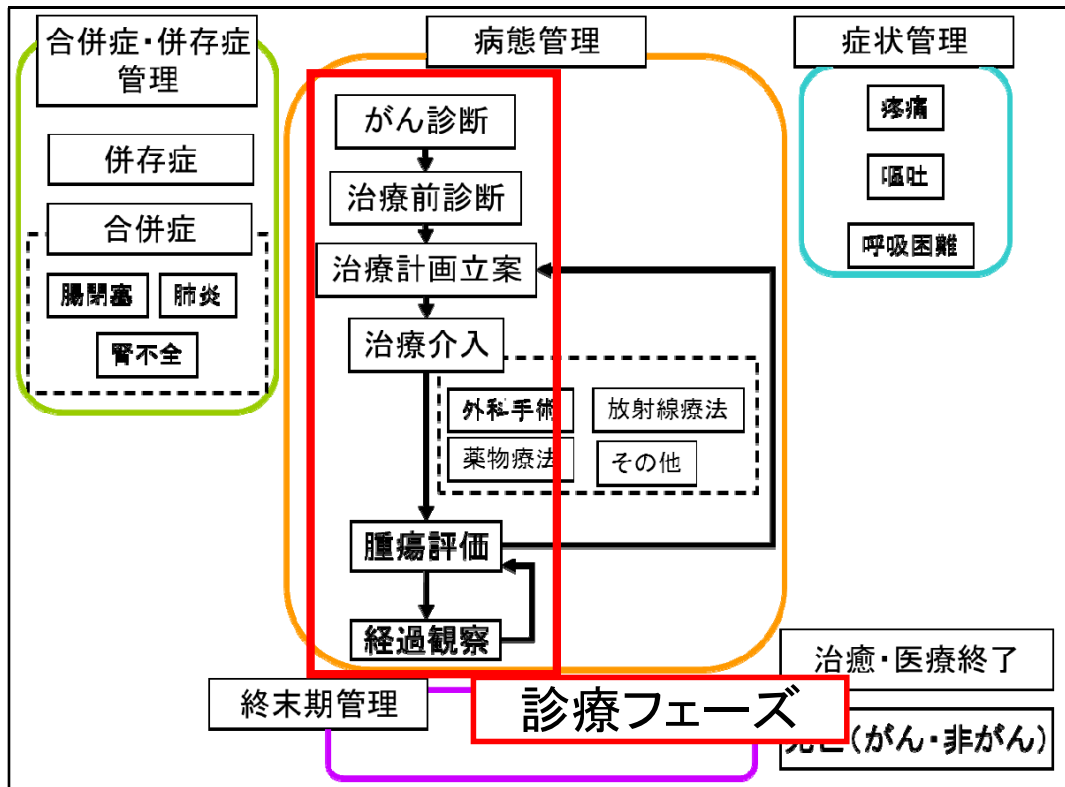
がん診療体制の質評価調査研究の全体像

(がん診療の質向上のための組織的改善活動を推進・持続化する)



4

がん診療構造図



5

がん診療体制の質評価の観点

診療体制の質評価の観点	構成要素	
1 患者状態を認識する体制	患者の希望・理解度・社会的状態を確認する体制	1-1
	患者の医学的状态、治療方針を確認する体制	1-2
2 患者状態に適応した介入を展開する体制	最適な治療方針を実行するために必要な医療リソース	2-1
	標準的な診療方針を確認する指針	2-2
3 患者状態・介入内容を職種間・診療科間で意見交換し共通認識を持つ体制	治療前の患者の状態、治療方針等を治療に関わる医療従事者間(職種間・診療科間)で意見交換、共有、検討、確認する組織体制	

＜新たな集計要素＞

3つの観点から15の機能を論理的に導出。細分化された機能別の適合率を算出できるように改良→体制上の問題がより明確化

	01患者状態を認識する体制						02患者状態に適応した介入を展開する体制				03患者状態・介入内容を職種間・診療科間で意見交換し共通認識を持つ体制																		
	01-01患者への説明を行う体制		01-01-02患者の理解度を確認する体制		01-01-03患者の選択・希望を確認する体制		01-01-04患者の同意を確認する体制		01-02-01認識方法(検査方法など)を確認する体制		01-02-02認識対象(患者状態)を把握する体制		01-02-03患者状態の解釈結果(治療方針など)を確認する体制		02-01-01リソースが整備された体制		02-01-02リソースを適切に活用する体制		02-02-01指針が整備された体制		02-02-02指針を適切に活用する体制		03-01-01適切な内容を検討する体制		03-01-02適切なメンバーで検討を行う体制		03-01-03検討内容を診療方針に反映する体制		03-01-04検討内容を共有する体制
01がん診断	1.3,11	30.31	1.2,3	4.5,6,7,8,9,10,11	34,35,36,37	32,33,39,40,41,44,46,54,55	38,42,43,45,47,48,49,50,55	111-1,11-2,111-3,111-4,111-5,111-6,112-1,112-2	113	120					135,141-4	136,137	140						138,139,141-4,142,143						
02治療前診断	12,13,14,16,17	14		12,13,15,16,17	37,51,52,53	54,55,56,57,58	38,55	111-1,111-2,111-3,111-4,111-5,111-6,112-1,112-2	114	120					135,141-4	136,137	140						138,139,141-4,142,143						
03治療計画立案	18,21	19,20		18,21	60	59	61,62	146	115	120			125,126	127-1,127-2,127-3,127-4,129,135,141-3,141-4	136,137	131,140							128,130,138,139,141-3,141-4						
04治療介入	22			22		64,68,69,72,73,74,75,76,77,78,86,87,88	63,65,66,67,70,71,77,79,80,81,82,83,84,85,87	146	116,117	120				127-1,127-2,127-3,127-4,129,132-1,132-2,132-3,141-1,141-2,141-3			131						128,130,133,134,141-1,141-3,141-4,142,143						
05腫瘍評価	23,24,25,26,144		26	23,24,25	89,90,91,98,99	54,55,92,93,94,95,96,100	55,93,97	111-1,111-2,111-3,111-4,111-5,111-6,112-1,112-2,146	118	120				132-1,132-2,132-3,141-1,141-2,141-3									133,134,141-2,141-3,141-4,142,143,145						
06経過観察	27,28,29	29		27,28	101,102,103	104,105,106,107,109,110,111	107	146,119		120,122,123	124			132-1,132-2,132-3,141-1,141-2,141-3									133,134,141-2,141-4,141-5						

5から15の機能へ論理的機能展開(第2回集計)

診療体制の質評価の観点	
01 患者状態を認識する体制 (状態認識)	01-01 患者の希望・理解度・社会的状態を確認する体制
	01-02 患者の医学的状態、治療方針を確認する体制
02 患者状態に適応した介入を展開する体制 (介入展開)	02-01 最適な治療方針を実行するために必要な医療リソース
	02-02 標準的な診療方針を確認する指針
03 患者状態・介入内容を職種間・診療科間で意見交換し共通認識を持つ体制 (共通認識)	

- ・患者への説明を行う体制
- ・患者の理解度を確認する体制
- ・患者の選択希望を確認する体制
- ・患者の同意を確認する体制

- ・認識方法を確認する体制
- ・認識対象を把握する体制
- ・患者状態の解釈結果を確認する体制

- ・リソースが整備された体制
- ・リソースを適切に活用する体制

- ・指針が整備された体制
- ・指針を適切に活用する体制

- ・適切な内容を検討する体制
- ・適切なメンバーで検討を行う体制
- ・検討内容を診療方針に反映する体制
- ・検討内容を共有する体制

がん診療体制の質評価調査 2013年1月(第1回目)



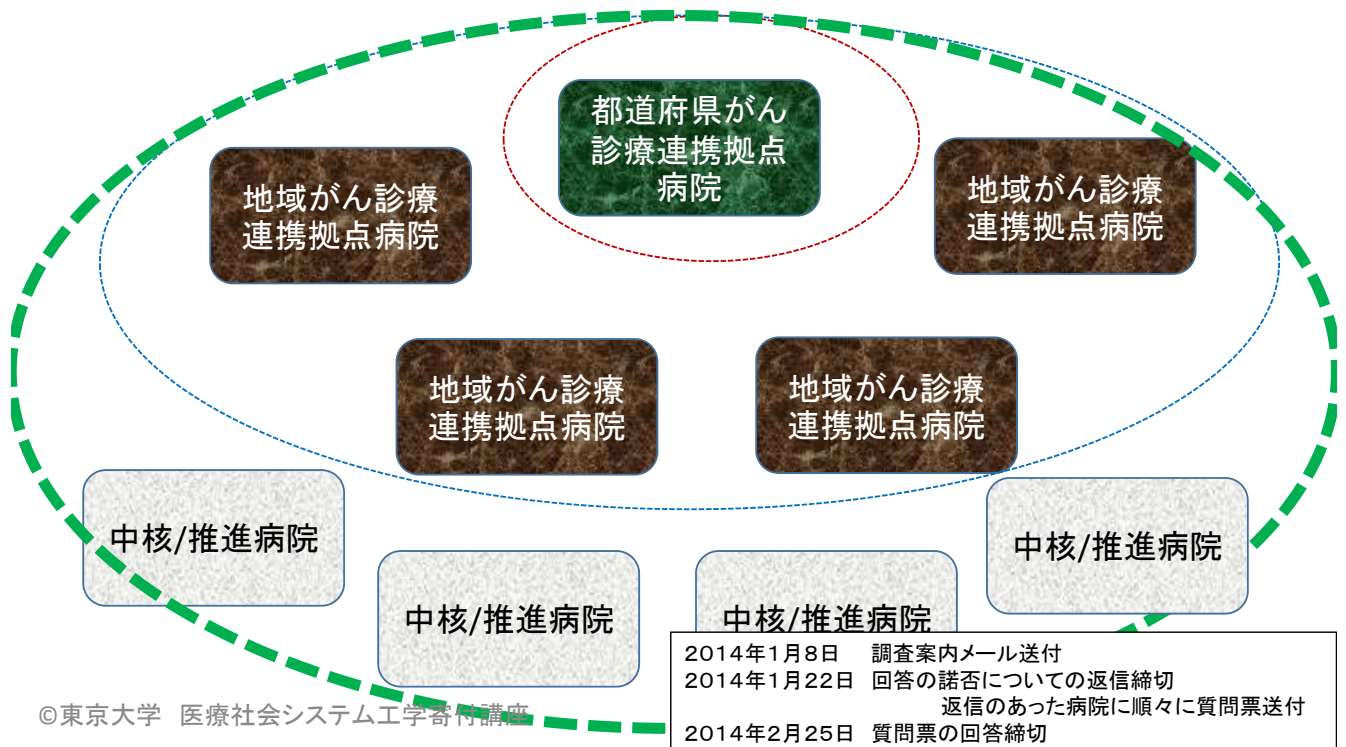
PDCA改善サイクルの展開を試行する病院/地域に働きかけ



©東京大学 医療社会システム工学寄付講座

9

第2回目調査(2014年1月)・・・調査票の改善(PDCA)
 病院間・地域間・病院属性間比較
 都道府県内のPDCAサイクルの展開: 試行地域 2地域
 質問票A(質問項目数:146) or 質問票P(質問項目数:40)



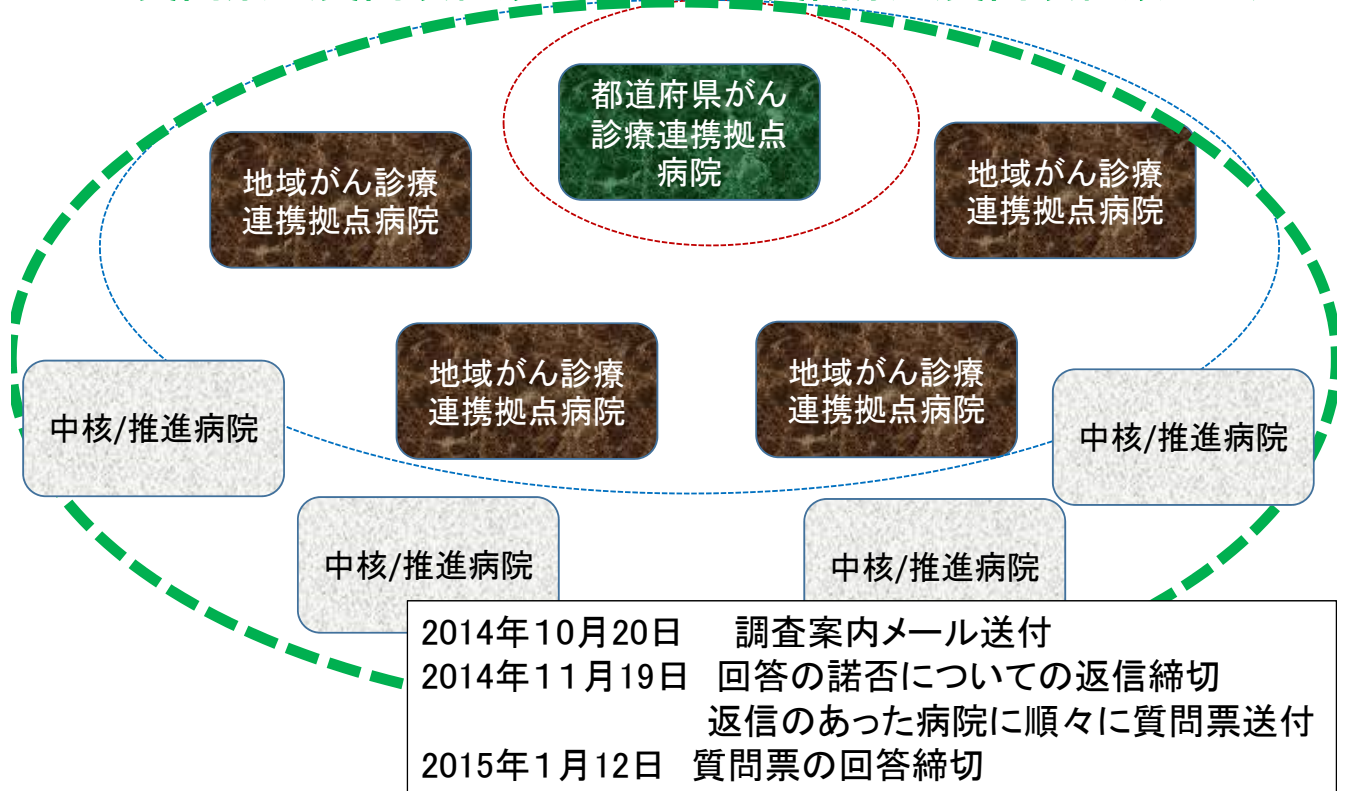
©東京大学 医療社会システム工学寄付講座

第3回目調査(2014年10月)・・・病院間・地域間・病院属性間比較

病院の改善度合いを見る(PDCA)

都道府県内のPDCAサイクルの展開: 試行地域 2地域(2回目)・2地域

質問票A(質問項目数:146) or 質問票P(質問項目数:40)



評価対象の設定

5つの質評価の観点を具体的に展開することで15の診療体制要素を設定

→PDCAの実現に繋がる評価要素

質評価の観点	01状態認識						02介入				03共通認識				
	01-01患者の希望・理解度・社会的状態を確認する体制				01-02患者の医学的状態・治療方針を確認する体制		02-01最適な治療方針を実行するために必要な医療リソース		02-02標準的な診療方針を確認する指針		03-01患者の状態・治療方針等を、診療に関わる医療従事者間・診療科間・診療科内で検討し、合意をとり、情報共有する体制				
診療体制要素	01-01-01患者への説明を行う体制	01-01-02患者の理解度を確認する体制	01-01-03患者の選択・希望を確認する体制	01-01-04患者の同意を確認する体制	01-02-01検査方法を確認する体制	01-02-02患者の医学的状態を確認する体制	01-02-03確認した患者状態を解釈する体制	02-01-01医療者が整備された体制	02-01-02医療機器が整備された体制	02-02-01各種ガイドラインが整備された体制	02-02-02各種計画書が整備された体制	03-01-01適切な内容を検討する体制	03-01-02適切なメンバーで合意形成を行う体制	03-01-03検討内容を診療方針に反映する体制	03-01-04検討内容を共有する体制

質問項目の設定

質評価の観点	01状態認識				02介入				03共通認識					
	01-01患者の希望・理解度・社会的状態を確認する体制				01-02患者の状態・病状・検査方法を確認する体制				02-02標準的な診療方針を確認する指針					
診療体制要素	01-01-01	01-01-02	01-01-03	01-01-04	01-02-01	01-02-02	01-02-03	01-02-04	02-02-01	02-02-02	03-01-01	03-01-02	03-01-03	03-01-04
01 がん診断	1-1.3-1.11-1 (説明同意書、患者の理解度等記載用紙、患者の希望等記載用紙)	30.31 (患者の理解度等記載用紙)	1-2.2.3-2 (患者の希望等記載用紙)	4.5.6.7.8.9.10.11-2 (説明同意書)	34.35.36.37 (問診票、カルテ、診療計画書、病理診断報告書)	32.33.39.40.41.4 4.46.54.55-1 (問診票、カルテ、診療計画書、病理診断報告書、服薬記録)	38.42.43.45.47.4 8.49.50.55-2 (問診票、カルテ、診療計画書、病理診断報告書)	112-1.112-2.113 (医療者)	111-1.11-2.111-3.111-4.111-5.111-6 (検査機器、薬剤)	120 診療ガイドライン、がん地域連携パス、QOL評価票)	135.141-4 (キヤンサーボード、有言事象への対応手順)	136.137 (キヤンサーボード)	140 (キヤンサーボード)	138.139.141-4.142.143 (キヤンサーボード、有言事象への対応手順)
02 治療前診断	12-1.13-1.14-1.16-1.17-1 (説明同意書、患者の理解度等記載用紙、患者の希望等記載用紙)	14-2 (患者の理解度等記載用紙)		12-2.13-2.15.16-2.17-2 (説明同意書)	37.51.52.53 (問診票、カルテ、診療計画書、病理診断報告書)	34.55-1.56.57.58 (問診票、カルテ、診療計画書、病理診断報告書)	38.55-2 (問診票、カルテ、診療計画書、病理診断報告書)	112-1.112-2.114 (医療者)	111-1.11-2.111-3.111-4.111-5.111-6 (検査機器、薬剤)	120 診療ガイドライン、がん地域連携パス、QOL評価票)	135.141-4 (キヤンサーボード、有言事象への対応手順)	136.137 (キヤンサーボード)	140 (キヤンサーボード)	138.139.141-4.142.143 (キヤンサーボード、有言事象への対応手順)
03 治療中経過観察	19-1.21-1 (説明同意書、患者の理解度等記載用紙、患者の希望等記載用紙)	19-2 (患者の理解度等記載用紙)			88.90.91.98.99 (問診票、カルテ、診療計画書、病理診断報告書、退院時契約)	1.94.95.96.100 (問診票、カルテ、診療計画書、病理診断報告書、退院時契約、服薬記録)	55-2.93-2.97 (問診票、カルテ、診療計画書、病理診断報告書、退院時契約)	112-1.112-2.118.146 (医療者)	111-1.11-2.111-3.111-4.111-5.111-6 (検査機器、薬剤)	120 診療ガイドライン、がん地域連携パス、QOL評価票)	132-1.132-2.132-3.141-2.141-3.141-4 (術後カンファレンス、有言事象への対応手順)			128.130.138.139.141-3.141-4 (キヤンサーボード、術後カンファレンス、有言事象への対応手順)
04 治療後経過観察	22-1 (説明同意書、患者の理解度等記載用紙、患者の希望等記載用紙)				89.90.91.98.99 (問診票、カルテ、診療計画書、病理診断報告書、退院時契約)	1.94.95.96.100 (問診票、カルテ、診療計画書、病理診断報告書、退院時契約、服薬記録)	104.105.106.107 (問診票、カルテ、診療計画書、病理診断報告書、退院時契約)	107-2 (問診票、カルテ、診療計画書、病理診断報告書、退院時契約)	146.119 (医療者)	120.122.123.124 診療ガイドライン、がん地域連携パス、QOL評価票)	132-1.132-2.132-3.141-2.141-3.141-4 (術後カンファレンス、有言事象への対応手順)			133.134.141-2.141-3.141-4 (キヤンサーボード、術後カンファレンス、有言事象への対応手順)
05 経過観察	27-1.28-1.29-1 (説明同意書、患者の理解度等記載用紙、患者の希望等記載用紙)	29-2 (患者の理解度等記載用紙)		27-2.28-2 (説明同意書)	101.102.103 (問診票、カルテ、診療計画書、病理診断報告書、退院時契約)	104.105.106.107 (問診票、カルテ、診療計画書、病理診断報告書、退院時契約、服薬記録)	107-2 (問診票、カルテ、診療計画書、病理診断報告書、退院時契約)	146.119 (医療者)	120.122.123.124 診療ガイドライン、がん地域連携パス、QOL評価票)	132-1.132-2.132-3.141-2.141-3.141-4 (術後カンファレンス、有言事象への対応手順)			133.134.141-2.141-3.141-4 (キヤンサーボード、術後カンファレンス、有言事象への対応手順)	

■146の質問項目を設定
■診療体制要素ごとに質問項目がグルーピングされ、適合率が算出
→改善に繋がる評価・分析が可能

回答選択肢の設定

- 基本的考え方: 個々の病院の診療体制が標準的な状態から外れるときのパターンに着目
- 個々の質問項目に対し、達成度のパターンを **三段階**(はい・いいえ・場合による)の組み合わせにより設定

(例)

質問文	達成度	配点	回答選択肢
手術直前の全身状態の評価結果に関する記録があるか	○	1	1=病院・診療科内でカルテに記録するように決められている(全患者に適用するわけではなく、必要な患者について適用している場合を含む)
	△	0.25	2=医師によってはカルテに記録するようになっている
	×	0	3=記録する体制はなし

調査回答病院数・平均回答時間

調査回答病院数(大腸がん)

	146項目		40項目	
	質問票A	質問票P	計	
都道府県がん診療連携拠点病院	18	-	18	
地域がん診療連携拠点病院+国立がんセンター	46	37	83	
計	64	37	101	

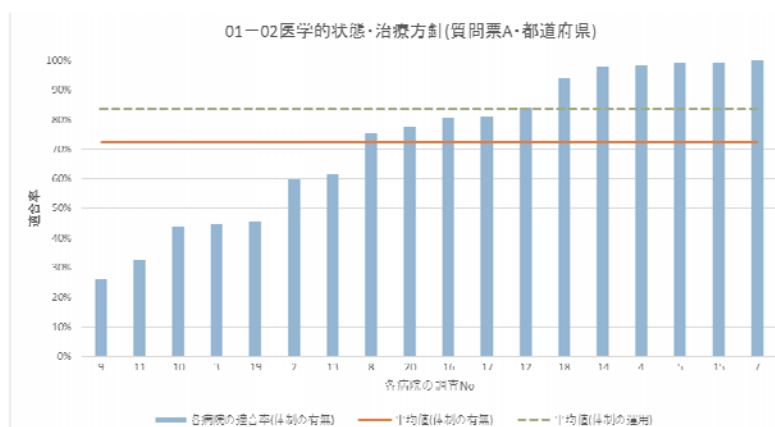
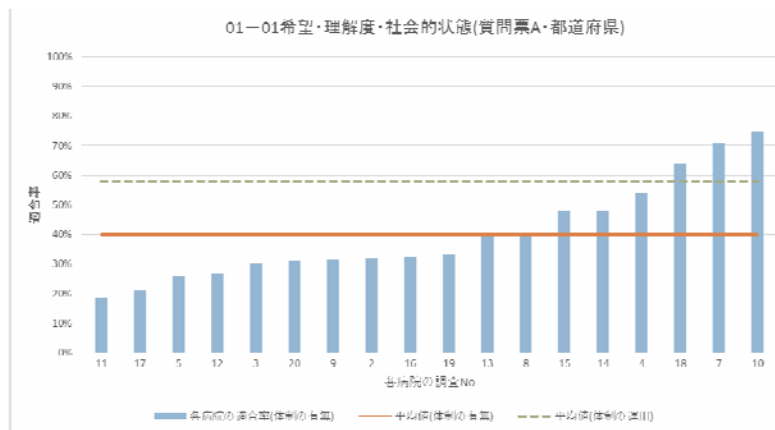
平均回答時間(分)

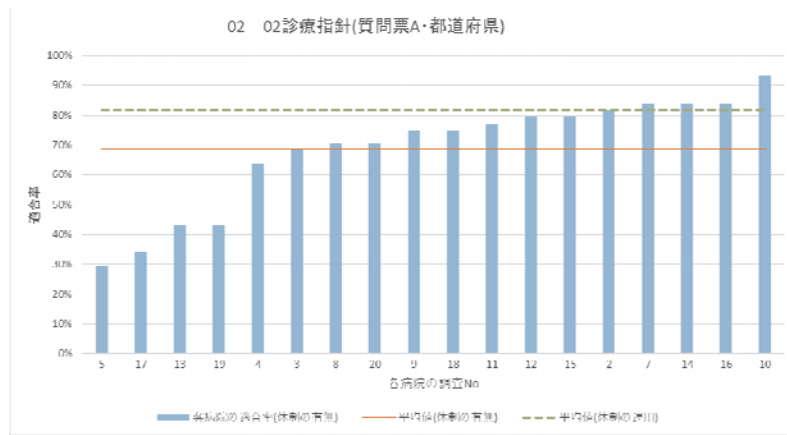
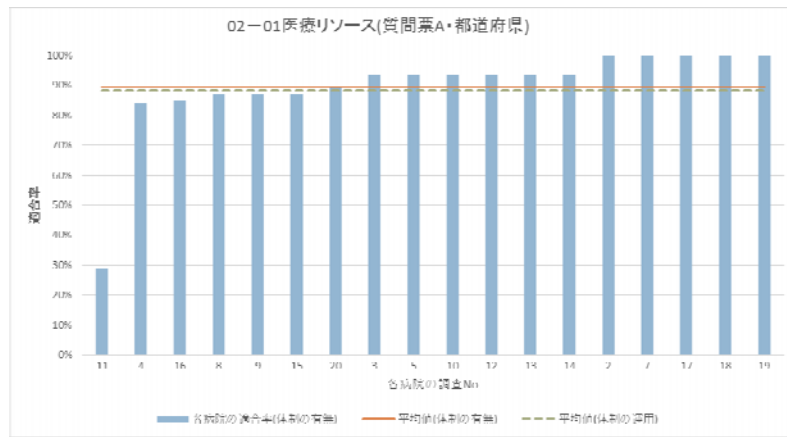
	質問票A	質問票P
都道府県がん診療連携拠点病院	107	-
地域がん診療連携拠点病院+国立がんセンター	134	74
全体	127	74

調査回答病院数(胃・乳・肺・前立腺・脳腫瘍・婦人科・薬物療法)

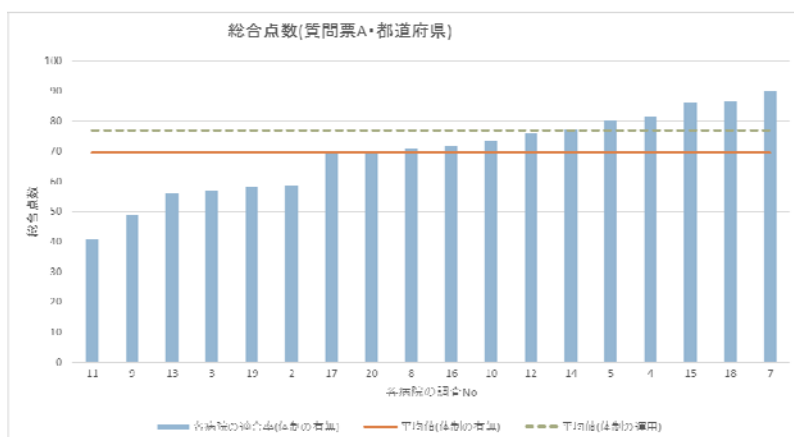
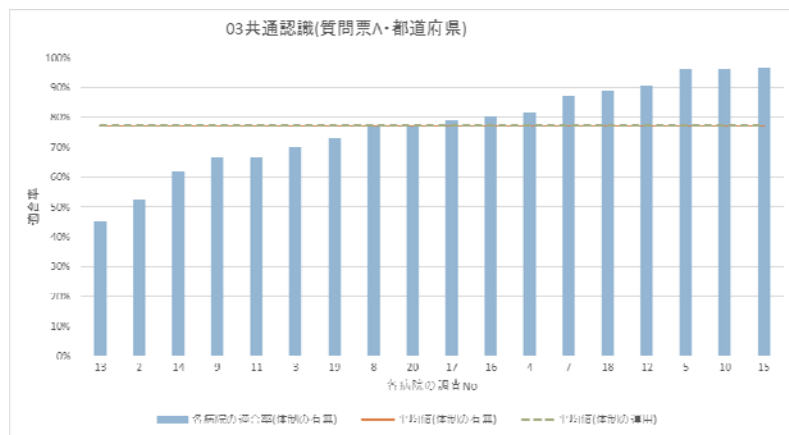
	A胃がん	P胃がん	A乳がん	P乳がん	A肺がん	P肺がん	A前立腺がん	P前立腺がん	A脳腫瘍	P脳腫瘍	A婦人科がん	P婦人科がん	薬物療法
都道府県がん診療連携拠点病院	13	0	14	0	13	0	11	0	8	0	9	0	10
地域がん診療連携拠点病院+国立がんセンター	15	16	13	14	13	10	9	8	9	3	10	7	23
拠点病院合計(A, P別)	28	16	27	14	26	10	20	8	17	3	19	7	33
拠点病院合計(A, P合算)	44		41		36		28		20		26		33

※集計作業締め切りに間に合わなかった病院を含む

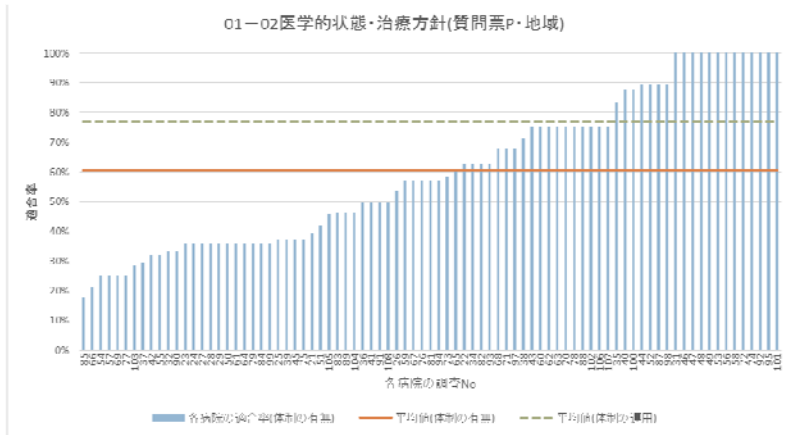
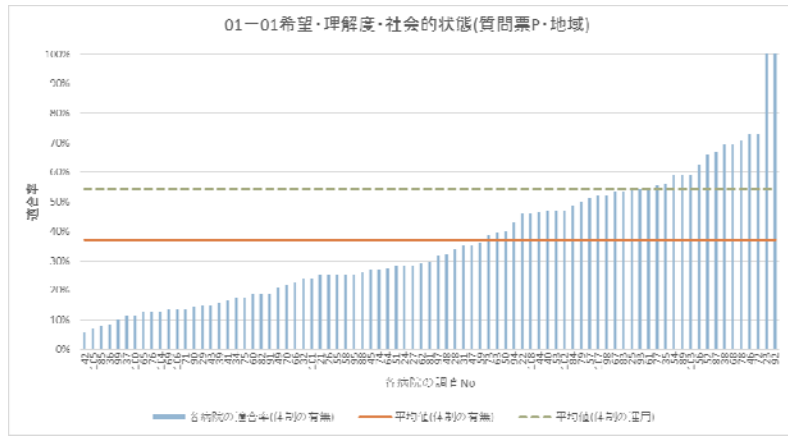




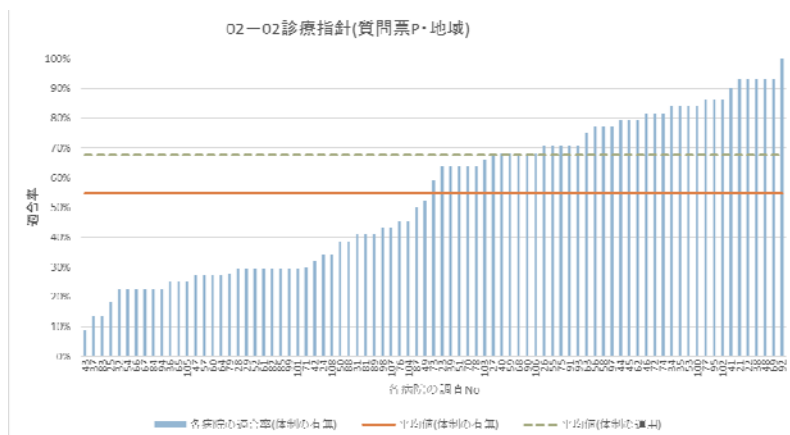
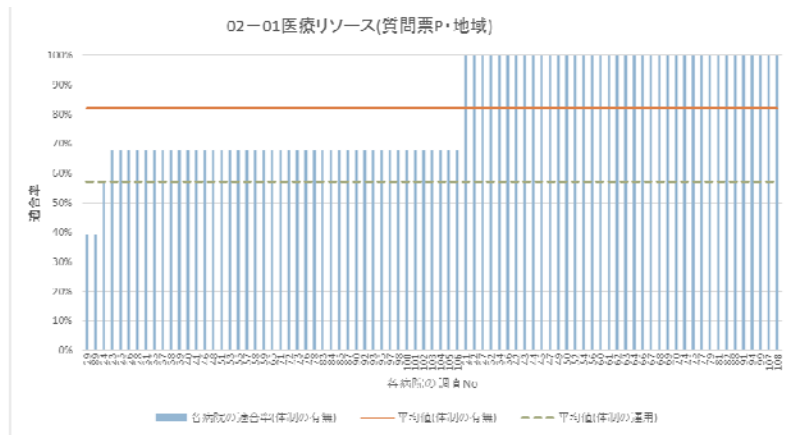
17



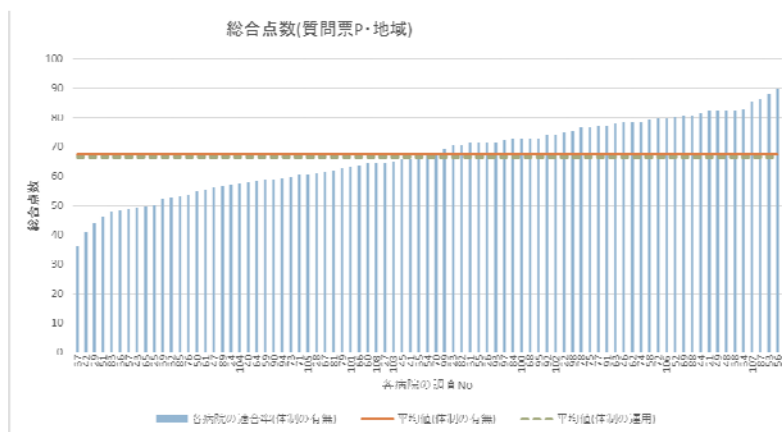
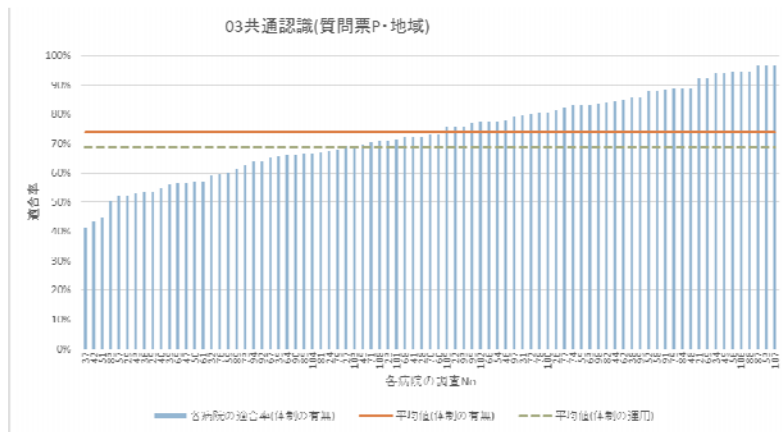
18



19



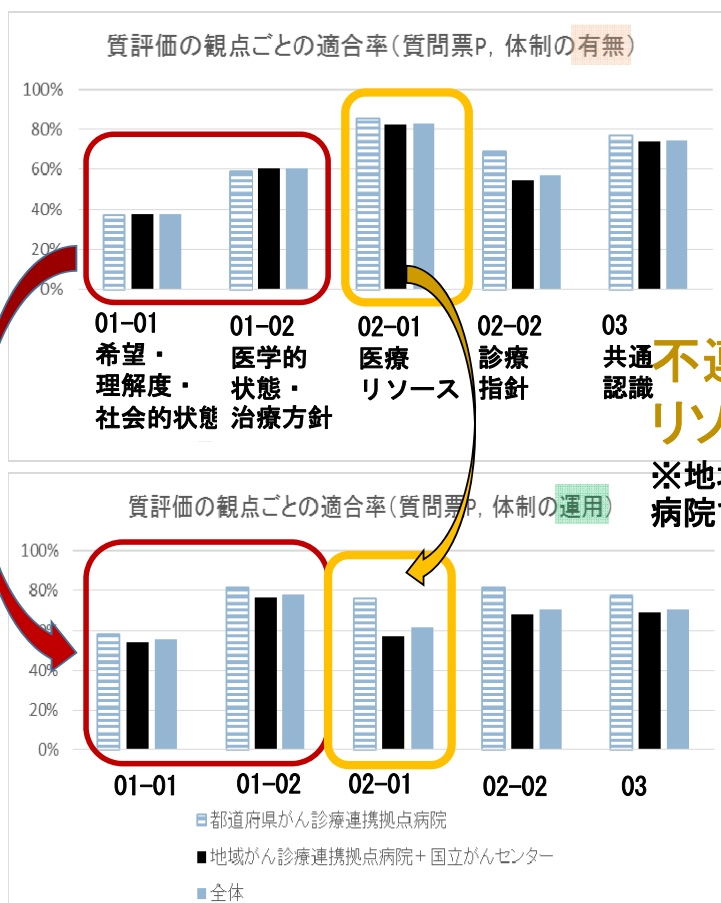
20



21

質評価の観点別の分析

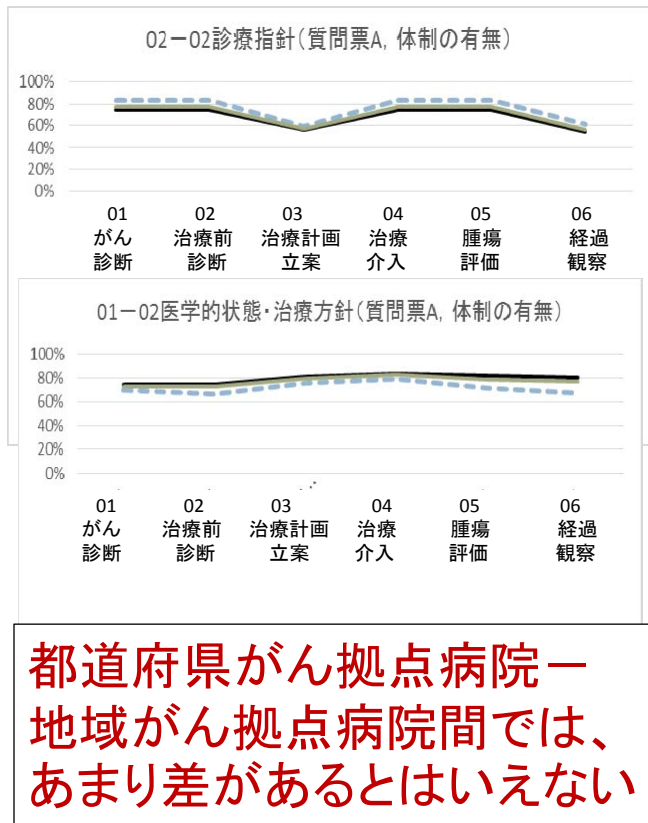
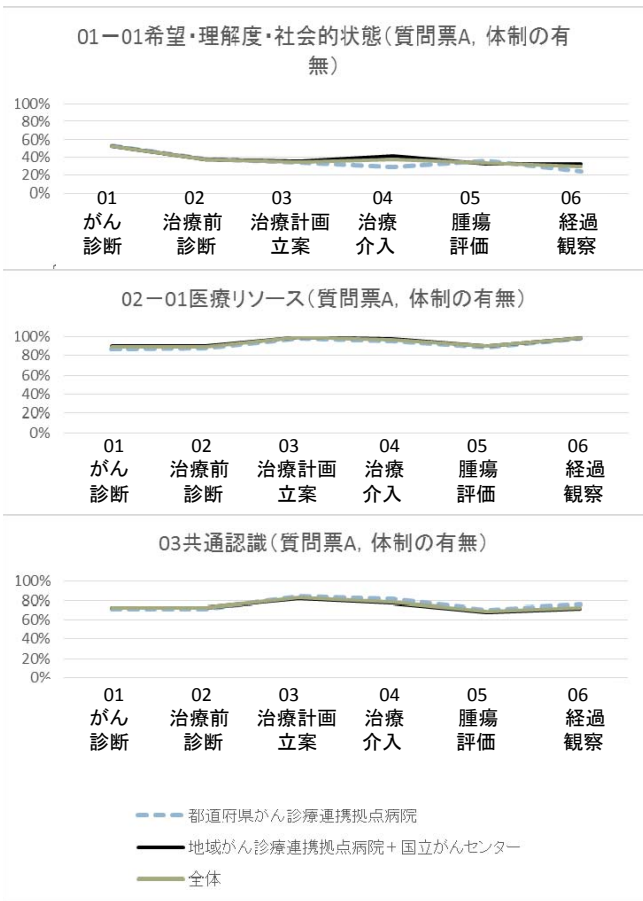
個人の
努力で
対応？



不遵守？
リソースが不足？
※地域がん診療連携拠点
病院で顕著

22

診療フェーズ別の分析



診療体制要素別分析 (質問票A、体制の「有無(上)」と「運用(下)」)

	01状態認識							02介入				03共通認識			
	01-01希望・理解度・社会的状態				01-02医学的状態・治療方針			02-01医療リソース		02-02診療指針		03-01状態・介入の共有			
	01-01-01患者への説明を行う体制	01-01-02患者の理解度を確認する体制	01-01-03患者の選択・希望を確認する体制	01-01-04患者の同意を確認する体制	01-02-01認識方法(検査方法など)を確認する体制	01-02-02認識対象(患者状態)を把握する体制	01-02-03患者状態の解釈結果(治療方針など)を確認する体制	02-01-01リソースが整備された体制	02-01-02リソースを適切に活用する体制	02-02-01指針が適切に整備された体制	02-02-02指針を適切に活用する体制	03-01-01適切な内容を検討する体制	03-01-02適切なメンバーで検討を行う体制	03-01-03検討内容を診療方針に反映する体制	03-01-04検討内容を共有する体制
都道府県がん診療連携拠点病院	41%	25%	30%	45%	62%	77%	72%	97%	85%	61%	47%	85%	67%	71%	74%
地域がん診療連携拠点病院+国立がんセンター	42%	25%	28%	47%	74%	83%	79%	98%	87%	54%	46%	79%	68%	71%	73%
全体	42%	25%	29%	46%	71%	82%	77%	98%	86%	56%	46%	81%	68%	71%	73%
都道府県がん診療連携拠点病院	67%	42%	42%	57%	83%	86%	82%	95%	85%	65%	64%	82%	69%	97%	74%
地域がん診療連携拠点病院+国立がんセンター	61%	34%	35%	53%	84%	86%	84%	90%	84%	51%	59%	77%	45%	85%	69%
全体	63%	36%	37%	54%	83%	86%	84%	91%	85%	55%	60%	78%	51%	89%	70%

実施時、(かなり)上昇
=医療者の努力

実施時、(やや)下降
=不遵守? →実施しにくい?

がん種別(手術療法)調査結果の分析

適合率の比較的高いがん種	01-01 希 望・理解 度・社会 的状態	01-02 医 学的状 態・治療 方針	02-01 医 療リソース	02-02 診 療指針	03-01 状 態・介入 の共有
	01大腸がん	41%	77%	91%	64%
02胃がん	39%	76%	93%	64%	77%
03乳がん	41%	78%	96%	57%	72%
04肺がん	34%	67%	88%	46%	65%
05前立腺がん	44%	77%	98%	42%	71%
06脳腫瘍	23%	58%	97%	43%	60%
07婦人科がん	32%	68%	85%	39%	60%
平均値	36%	72%	93%	51%	69%

適合率の比較的低いがん種

- 平均値より5%~10%高い
- 平均値より10%~高い
- 平均値より5%~10%低い
- 平均値より10%~低い

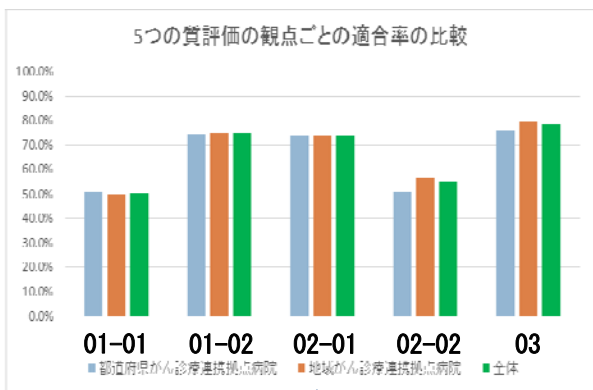
25

薬物療法調査結果の分析

質問票は手術療法とは異なる

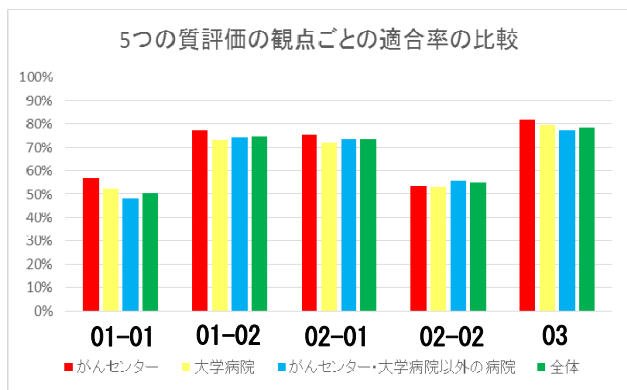
質問数:53

質問内容:体制の有無のみを質問



患者の希望・理解度
医学的状態・治療方針
医療リソース
診療指針
共通認識

都道府県がん拠点病院
— 地域がん拠点病院間
では、あまり差があるとは
はいえない



患者の希望・理解度
医学的状態・治療方針
医療リソース
診療指針
共通認識

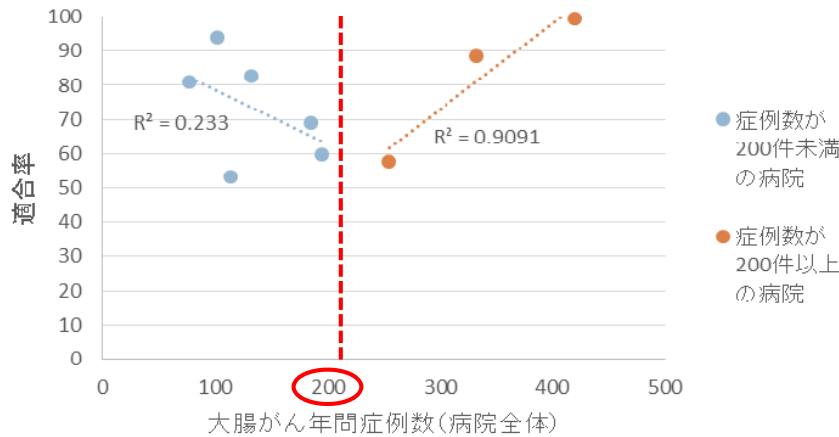
がんセンターの適合率が
やや高い傾向

26

実態調査結果との比較

大腸がん手術に関する実態調査	回答病院全体	がんセンター	がんセンター以外の拠点病院
病院全体における大腸がん手術年間症例数(件)	165	201	159
大腸がん手術を担当する医師の数(人)	6.4	5.2	6.6
医師一人当たりの大腸がん手術年間症例数(件)	34	51	32
調査回答病院数	65	9	56

総合評価点数と症例数の相関(がんセンター)



年間症例数200件以上:

正の相関→
システムの要因
(スケールメリット等)

年間症例数200件未満:

負の相関→
個々の医師による努力

27

第3回PDCAサイクル実現への有用性検討(第2-3回結果)

事例： 第2回調査結果に基づくヒアリング T病院 改善案

T病院における適合率

質評価の観点	01状態認識							02介入				03共通認識			
	01-01患者の希望・理解度・社会的状態を確認する体制				01-02患者の医学的状態・治療方針を確認する体制			02-01最適な治療方針を実行するために必要な医療リソース		02-02標準的な診療方針を確認する指針		03-01患者の状態・治療方針等を、診療に関わる医療従事者間・診療科間・診療科内で検討し、合意をとり、情報共有する体制			
診療体制要素	01-01-01患者への説明を行う体制	01-01-02患者の理解度を確認する体制	01-01-03患者の選択・希望を確認する体制	01-01-04患者の同意を確認する体制	01-02-01検査方法を確認する体制	01-02-02患者の医学的状態を確認する体制	01-02-03確認した患者状態を解釈する体制	02-01-01医療者が整備された体制	02-01-02医療機器が整備された体制	02-02-01各種ガイドラインが整備された体制	02-02-02各種計画書が整備された体制	03-01-01適切な内容を検討する体制	03-01-02適切なメンバーで合意形成を行う体制	03-01-03検討内容を診療方針に反映する体制	03-01-04検討内容を共有する体制
適合率(2014年1月)	46%	50%	31%	42%	88%	97%	93%	100%	89%	50%	0%	83%	25%	100%	73%

T病院における改善案

- ①患者への**説明・選択・納得・同意**の確認状況を、電子カルテの画面上で確認できるようにするように院内のシステムを整備する(01-01-01, 01-01-02, 01-01-03, 01-01-04)
- ②医師とメディカルクラークで、患者への**説明・選択・納得・同意**の確認に関する業務を分担し、医師の負担を減らしつつ確実に患者の状態を確認できるようにする(01-01-01, 01-01-02, 01-01-03, 01-01-04)
- ③患者の**QOLを評価する方法**を整備する(02-02-01)
- ④確認した患者の希望を**治療計画書**に反映させる(02-02-02)
- ⑤がん診療連携拠点病院の要件に基づいて、**カンファレンスの多職種参加**を推進する(03-01-02)
- ⑥有害事象およびそれに対する対応内容について検討した際は、院内の報告システムを活用して**検討内容を確実に報告**するようにする(03-01-04)

事例： 第3回調査結果に基づくヒアリング M病院 改善案

M病院における適合率

質評価の観点	01状態認識							02介入				03共通認識			
	01-01患者の希望・理解度・社会的状態を確認する体制				01-02患者の医学的状態・治療方針を確認する体制			02-01最適な治療方針を実行するために必要な医療リソース		02-02標準的な診療方針を確認する指針		03-01患者の状態・治療方針等を、診療に関わる医療従事者間・診療科間・診療科内で検討し、合意をとり、情報共有する体制			
診療体制要素	01-01-01患者への説明を行う体制	01-01-02患者の理解度を確認する体制	01-01-03患者の選択・希望を確認する体制	01-01-04患者の同意を確認する体制	01-02-01検査方法を確認する体制	01-02-02患者の医学的状態を確認する体制	01-02-03確認した患者状態を解釈する体制	02-01-01医療者が整備された体制	02-01-02医療機器が整備された体制	02-02-01各種ガイドラインが整備された体制	02-02-02各種計画書が整備された体制	03-01-01適切な内容を検討する体制	03-01-02適切なメンバーで合意形成を行う体制	03-01-03検討内容を診療方針に反映する体制	03-01-04検討内容を共有する体制
適合率(2014年10月)	67%	15%	19%	71%	95%	100%	97%	100%	79%	50%	100%	77%	63%	63%	88%

M病院における改善案

- ①看護師の協力を得て患者の**理解度**や**希望**を確認する体制を整備する(01-01-02, 01-01-03)
- ②関係者全員が容易に**ガイドラインにアクセス**できるようにネットワークを整備する(02-02-01)
- ③**QOL評価票**を整備する(02-02-01)

がん診療体制の質評価モデルを用いた

評価・分析ツール

質問票: 適合率
改善管理ツール: 改善度

31

評価・分析ツール: 質問票 (回答結果の可視化)

■ 質問文

- 計測項目を実現形態ごとに並べることで全146項目の質問文とした

■ 回答選択肢

- 基本的考え方: 個々の病院の診療体制が標準的な状態から外れるときのパターンに着目
- 設定方法: 個々の質問項目に対し、達成度のパターンを三段階(はい・いいえ・場合による)で表現し、抜け・漏れが無いように回答選択肢を設定しなおす

質問文	達成度	配点	回答選択肢
(例) 手術直前の全身状態の評価結果に関する記録があるか	○	1	1=病院・診療科内でカルテに記録するように決められている(全患者に適用するわけではなく、必要な患者について適用している場合を含む)
	△	0.25	2=医師によってはカルテに記録するようになっている
	×	0	3=記録する体制はなし

32

評価・分析ツール: 質問票

(回答結果の可視化)

■ 適合率

- 定義: 病院のあるべき体制における、実際の診療体制の達成度(%)
- 算出方法
 - 質問は1回答につき1点満点とし、以下の式で算出

$$\frac{\text{回答が推奨標準に適合した点数(病院の実際の評価点数)}}{\text{回答数} - \text{当該病院で非該当の項目数(病院のあるべき体制の評価点数)}}$$

- 診療フェーズ・質評価の観点・診療体制要素ごとに集計

質問文	質評価の観点	診療フェーズ	診療体制要素
・がん診療連携拠点病院の記録をとる体制があるか ・その記録は、少なくともがん診療連携拠点病院の参加者が参照できるようになっているか ...	03 共通認識を持つ体制	01 がん診断	03-01-04 検討内容を共有する体制

評価・分析ツール: 質問票

(回答結果の可視化)

■ 質問票(一部)

問診票の記入項目について問30～33の質問にお答えください。 回答は右の選択肢からお選び下さい。		回答選択肢 1=病院・診療科の公式の問診票や服薬記録などに記録するように決められている(全患者に適用するわけではなく、必要な患者について適用している場合を含む) 2=医師によっては医師個人が作成した問診票やカルテの自由記載に記録するようになっている 3=記録する体制はなし 4=その他(記述) 5=不明(理由を記述) 6=当該病院では非該当(理由を記述)
質問30	術前診断時に、患者のがんに対する認識を確認した記録があるか	
質問31	患者自身の病状に関する患者の理解度を確認するために、患者自らが病状を説明した記録があるか	
質問32	患者の服薬状況を確認した記録があるか	
質問33	糖尿病、高血圧症、心臓血管病、腎機能障害等併存症の有無、手術歴、家族歴等を確認した記録があるか	

質問に回答することで、適合率が自動的に算出される

評価項目	01 患者状態を認識する体制		02 患者状態に応じた介入を展開する体制		03 患者状態・介入内容を職種間・診療科間・診療科内で意見交換し、共通認識をもつ体制
	患者の希望・理解度・社会的状態を確認し、記録をとる体制がある(問診票、説明同意書、患者の希望等記載用紙)	患者の医学的状態、治療方針を確認し、記録をとる体制がある(問診票、カルテ、診療計画書)	最適な治療方針を実行するために必要な薬物リソースがあり、そのリソースを運用しているか(検査機器、薬剤、実施者)	標準的な診療の在り方を確認する指針があり、その指針を運用しているか(ガイドライン、がん地域連携パス、QOL評価票)	患者の状態、治療方針等、診療に際する医療従事者間・診療科間・診療科内で検討し、合意をとり、情報共有する組織体制があり、その組織体制を運用しているか(診断・判断・撮影・治療・アシスタント等)にかかるカンファレンス、がん診療連携拠点病院・がん診療連携拠点病院・経過観察の履歴を共有する体制(例)レポートシステム・経過観察の提示板等)
適合率	67%	90%	92%	100%	56%
02 治療計画立案	適合率 41%	100%	92%	100%	56%
03 治療計画立案	適合率 8%	100%	100%	42%	81%
04 治療介入	適合率 13%	93%	100%	100%	72%
05 腫瘍評価	適合率 72%	100%	93%	100%	45%
06 経過観察	適合率 33%	100%	100%	100%	38%
一般評価項目の計測項目合計	48%	95%	94%	84%	62%
適合率の推移	[Line Graph showing trends for each category]				

評価・分析ツール:改善管理ツール

(過去2回調査における改善・改悪状況)

・過去2回の診療体制調査の結果を貼り付けることで、回答結果の推移を可視化することのできるツール

①質問に対する回答の変化の分析

		回答結果 (2014年1月)	回答結果 (2014年12月)
診療体制に関する質問		選択肢	選択肢
質問1	がん診断について説明し、自分の病状を知りたいか患者の希望を確認した記録があるか	①医師によっては医師個人で作った文書もしくはカルテで医師に基いては医師個人で作った文書もしくはカルテ	①「病院」診療科の定室の文書(病院全体の決まりとして)
質問2	患者のセカンドオピニオン希望の有無を確認した記録があるか	①医師に基いては医師個人で作った文書もしくはカルテ	①医師に基いては医師個人で作った文書もしくはカルテ
質問3	癌のセカンドオピニオン希望があるに限り、具体的なセカンドオピニオン対応内容を説明し、対応するかどうかを確認した記録があるか	①病院「診療科」定室の文書(病院全体の決まりとして)	①医師に基いては医師個人で作った文書もしくはカルテ
質問4	がん診断の患者の同意を確認した記録があるか	①なし	①医師に基いては医師個人で作った文書もしくはカルテ
質問5	注腸造影検査を行う場合、注腸造影検査の同意を確認した記録があるか	①「病院」診療科の定室の文書(病院全体の決まりとして)	①病院「診療科」定室の文書(病院全体の決まりとして)
...

②適合率の変化の分析

質評価の観点	01 患者状態を認識する体制				...
	01-01患者の希望・理解度・社会的状態を確認し、記録をとる体制があり、その体制を運用しているか				
診療体制要素	01-01-01 患者への説明を行う体制	01-01-02 患者の理解度を確認する体制	01-01-03 患者の選択・希望を確認する体制	01-01-04 患者の同意を確認する体制	...
適合率 (2014年1月)	53%	47%	51%	80%	...
適合率 (2014年12月)	65%	29%	51%	89%	...
改善度	12%	-18%	0%	9%	...

改善度:過去二回の診療体制調査における適合率の差