

都道府県単位で取り組む 緩和ケアの質の向上について

国立がん研究センターがん対策情報センター
加藤雅志

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

事前アンケート 院内の緩和ケアの質改善に関する取り組みについて

	N=51
まあそう思う, そう思う 回答数 (%)	n(%)
○ 院内全体で質の改善に取り組む体制がある	44(86)
○ 院内全体で質の改善活動に係る数値データを把握している	32(63)
○ 院内全体の緩和ケアに関する薬剤, 医療機器, 医療器具などの使用状況を把握している	35(69)
○ 院内全体の現状を踏まえて、問題や課題を整理している	49(96)
○ 院内全体の質を改善するための目標を設定している	43(84)
○ 目標達成のために、具体的な行動計画を立てている	41(80)
○ 目標達成状況を評価している	39(76)
○ 評価結果に基づいて、新たな課題を明確にしている	37(73)
○ 緩和ケアの提供体制について定量的な評価結果をホームページ等で公表している	16(31)

事前アンケート 院内の緩和ケアの質改善に関する取り組みについて

取り組み内容, 工夫

- 外来・入院でPCTが関わった患者が退院後も相談できる「緩和ケアホットライン」を設置（青森県中）
- 患者満足度アンケートに「痛みや不安等への配慮」に関する質問を設定（愛知がん）
- 看護師を対象とするミニレクチャーの実施（鹿児島大）
- 緩和ケア教育の一環でフォローアップ研修の実施（静岡がん）
- リンクドクター・ナース・メディカルスタッフ 計40名以上の緩和ケア作業部会を設置して一次緩和ケアの向上を図る（九州がん）

問題点

- 質の評価に関する指標設定が難しく、共有が難しい
- 指標を設定しても質の向上に寄与するか不明
- 専門的緩和ケア提供体制の整備が不十分（専門家人員不足・苦痛のスクリーニング機能）

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

都道府県レベルで 緩和ケア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

国立がん研究センター

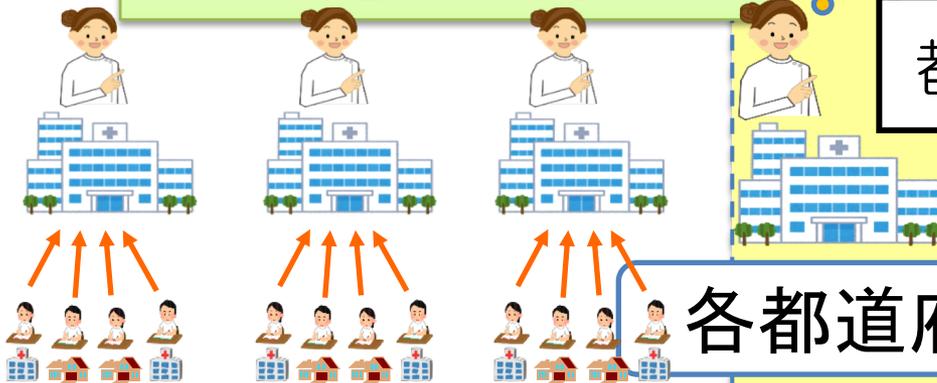
都道府県指導者養成研修



各都道府県におけるがん医療を向上するために
各都道府県で効果的な研修を企画・運営する指導者を育成する

国立がん研究センターの
研修に参加

都道府県がん診療連携拠点病院
の都道府県の指導者



自分の県全体のがん医療の
課題を整理し、解決するた
めの研修などを企画する

都道府県内で研修を開催

研修会に参加



地域がん診療連携拠点病院等

都道府県で研修会を開催するための 指導者養成研修の主な流れ

- 【1】 自都道府県内の現状の把握
- 【2】 先行している他都道府県の取り組みの学習
- 【3】 自都道府県内の課題と研修ニーズの整理
- 【4】 研修により達成したい目標の設定
- 【5】 研修プログラム案の作成
- 【6】 研修実施に向けた関係者との調整を含めた企画案の作成
- 【7】 他都道府県との意見交換

研修会後

- ・ 各都道府県での研修会開催に向けた進捗状況のフォロー
- ・ 研修会開催に向けた支援、資材の提供
- ・ フォローアップ研修会で各都道府県の取り組みの共有、自都道府県の課題解決に向けた検討、研修プログラムのブラッシュアップ

都道府県内の研修会を通じたPDCAサイクル

都道府県内で適切ながん医療が実施されるように、

(都道府県内で開催する研修会に向けた準備として)

- 都道府県内の現状を把握する。
- 都道府県内の課題を明確にする。

(研修会を通じて)

- 都道府県内の緩和ケアの質を向上させるための具体的な取り組みとして研修会を実施する。

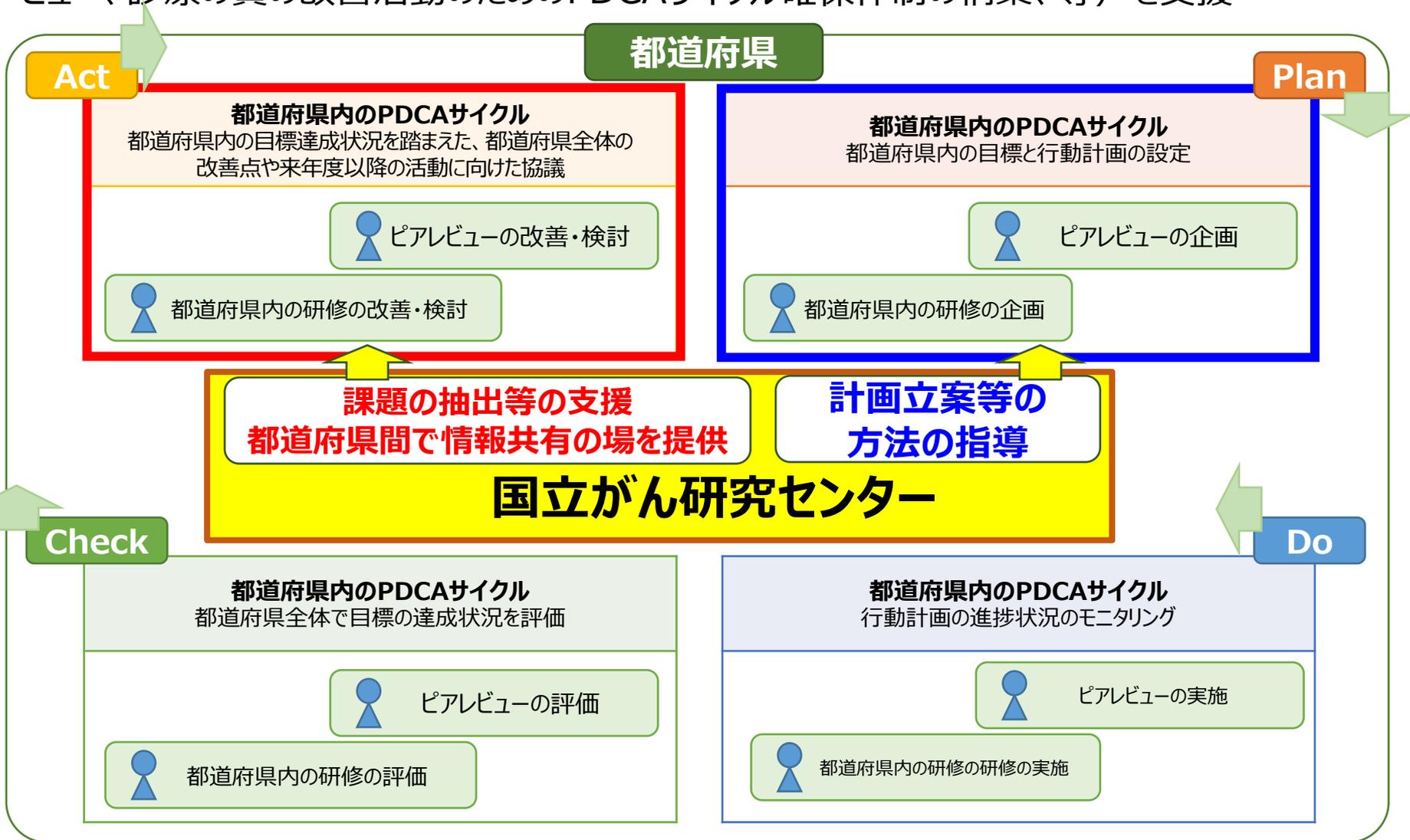
(研修会后)

- 研修の効果について評価し、次回の研修に向けてプログラムを改善する。

「都道府県内の相互評価」と組み合わせる研修も増加

都道府県内のがん対策を推進していくための支援の実施

全国の都道府県の指導者が、都道府県内の課題解決に向けた活動（研修開催、ピアレビュー、診療の質の改善活動のためのPDCAサイクル確保体制の構築、等）を支援



都道府県レベルで 緩和ケア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

病院レベルでのPDCAサイクルの確保と相互評価による効果

都道府県内の
相互評価で支援

4.改善

評価に基づく改善

- 計画をさらに進めていく上での課題の明確化
- 課題解決の方向性を検討

ACT

PLAN

1.計画

がん医療提供体制の整備のための計画立案

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

3.評価

目標の達成状況の確認

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

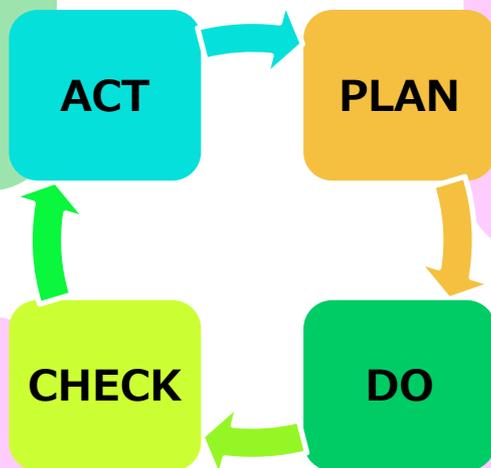
CHECK

DO

2.実行

計画に基づくがん医療提供体制の整備

- 計画の実施



都道府県レベルでがん診療の質の向上を目指す 会議や研修会での相互評価

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

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

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

がん診療の質を改善するための**共通の方法**

1 がん診療評価指標（Quality Indicator）

国立がん研究センターがん対策情報センターがん臨床情報部

2 がん診療体制の質に関する調査

東京大学大学院 PCAPSがん質評価班

【個別領域での取り組み】

3 がん相談支援のPDCAサイクル確保の取り組み

国立がん研究センターがん対策情報センターがん情報提供部

4 緩和ケアチームセルフチェックプログラム

日本緩和医療学会

など

都道府県レベルで 緩和ケアの質の向上を目指す取り組み

1 研修会の開催

2 相互評価の実施

2-1 会議や研修会での相互評価

2-2 実地訪問による相互評価

3 都道府県内で共通目標を設定した改善活動の実施

都道府県レベルのがん診療の質向上のための PDCAサイクル確保の取り組み（注 内容は緩和ケアに限らない）

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

	N=47	
	n	%
● 拠点病院のがん診療の質の向上を目指したPDCAサイクル確保で活用している方法		
現況報告書を用いて拠点病院間の情報を共有	22	46.8
院内がん登録データを用いて情報共有	24	51.1
がん診療評価指標（Quality Indicator）の研究に参加	26	55.3
がん診療連携病院における診療体制に関する調査に参加	15	31.9
都道府県内共通のフォーマットを用いたPDCA活動の情報共有	16	34.0
特定のメンバーが訪問する実地調査 ※	8	17.0
病院間の相互訪問による実地調査 ※	18	38.3

※ 実地調査を実施している重複を除いた都道府県数 23（48.9%）

ピアレビュー実施支援事業

都道府県内の緩和ケアの医療水準の向上を目指した 施設訪問によるピアレビュー

【目的】

- 厚生労働省からの委託事業に基づき、拠点病院の緩和ケア等のがん医療の質の向上を目指し、同じ都道府県内の他の拠点病院や外部の専門家等が施設訪問による実地調査を行うことを支援する。
そして、都道府県内で現場で困っていることを中心とした課題の解決に向けた話し合いを行い、具体的な臨床活動の改善に取り組む体制構築の支援を行う。

平成27年度 福岡県、北海道

平成28年度 三重県

平成29年度 鹿児島県

平成30年度 和歌山県、山口県、秋田県、愛知県、（薬物療法に関して）神奈川県

平成31年度 （予定）山形県、（予定 大腸がん診療に関して）埼玉県

都道府県内で実施するまでのステップ例

1. 県内関係者へのピアレビューの説明（講義）

実施方法や成果のイメージ化

2. 県内関係者間の意見交換

- ①ピアレビューの疑問や不安、困りごとの共有
- ②県内で実施可能な方法具体的なアイデア出し

3. 県内のコアメンバーと、実施スケジュールの確定

- ①レビューを担当する県内コアメンバーの決定
- ②各施設での実施スケジュールの調整と確定

スケジュール例

スケジュール total 180'		概要
事前		<ul style="list-style-type: none">当該施設の状況に関する情報共有
I. 導入	15'	<ul style="list-style-type: none">スケジュール概要と実施方法の確認
II. 緩和ケア提供体制の紹介	35'	<ul style="list-style-type: none">施設紹介フォームを用いた課題・問題を含む施設紹介 <p>組織の中で、緩和ケアチーム活動と現在の困りごとを管理者にも理解を促す</p>
III. 施設内見学ヒアリング	40'	<ul style="list-style-type: none">一般医師・看護師・緩和ケアチーム担当者へのヒアリング <p>全体では言い難いことを語ってもらう 個別の気懸りに応える 対象側が考えるチーム活動が見える</p>
IV. レビューアー会議	40'	<ul style="list-style-type: none">レビューアーの意見集約 <p>現状と課題の明確化</p>
V. 質疑応答意見交換	50'	<ul style="list-style-type: none">問題点・課題, 良い取り組みのフィードバック課題に関する具体的改善策の提案と議論 <p>現状と課題の共有 管理者の現状理解と体制整備の必要性理解を促す</p>
事後		<ul style="list-style-type: none">ピアレビュー結果の報告と共有

実地訪問によるピアレビューの実施に向けて

実施するからには、「やってよかった！」と
思えるものでなければ継続は不可能

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

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

継続していくことを目指して、できる施設から始めていくのが重要

都道府県内で共通の評価テーマを定める

例えば「痛み」を緩和する体制を相互評価する

1. 痛みを抱える患者が我慢せずに痛みを訴えることができるのか
2. スクリーニングで痛みを抱える患者を見だし、適切な医療者が対応できているか
3. 医師、看護師、その他の医療従事者による基本的な緩和ケアが実施されているのか
4. 基本的緩和ケアで軽減できない痛みを専門家（緩和ケアチームやその他の専門家）に紹介しているのか
5. 専門的な緩和ケア（緩和ケアチームやその他の専門家）が十分に機能しているのか
6. 院内の専門家（緩和ケアチームやその他の専門家）で対応できない痛みに対して外部の専門家に相談できる体制があるのか

都道府県レベルで 緩和ケアの質の向上を目指す取り組み

- 1 研修会の開催
- 2 相互評価の実施
 - 2-1 会議や研修会での相互評価
 - 2-2 実地訪問による相互評価
- 3 都道府県内で共通目標を設定した改善活動の実施

都道府県レベルでがん拠点病院が取り組む PDCAサイクル確保モデルの一例

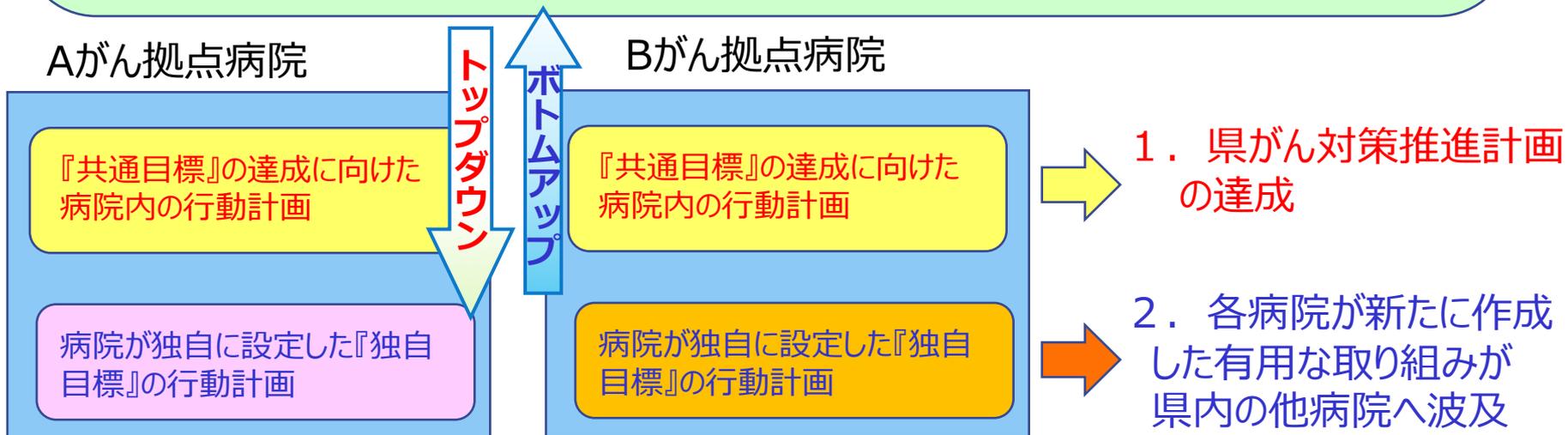
各都道府県がん診療連携拠点病院が開催する「県がん診療連携協議会」等

1. 「県がん対策推進計画」の達成を目指した目標の設定、指標の決定、
評価の時期や方法を含めた実行計画の作成。

⇒ 県内のがん拠点病院の『共通目標』の設定

2. 各がん拠点病院が、医療の質を向上させていくために独自に設定した目標、そ
の達成に向けた計画、その結果等について共有し、有用な取り組みについて他の
がん拠点病院も積極的に取り入れていく。

⇒ 各がん拠点病院が設定する『独自目標』を、他のがん拠点病院と共有



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

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

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

事前アンケート 都道府県全体の緩和ケアの質改善に関する 取り組みについて

	N=47
行っている 回答数(%)	n(%)
○ 緩和ケアのPDCAサイクルの確保の責任者を決めている	36(77)
○ 緩和ケアのPDCAサイクルの確保の実務者を決めている	33(70)
○ 都道府県内の現状を踏まえて、問題や課題について整理している	40(85)
○ 都道府県内で達成すべき共通の目標を設定している	31(66)
○ 都道府県のがん対策推進計画に基づき共通の目標を設定している	29(62)
○ 各がん診療連携拠点病院が行動計画を立案している	26(55)
○ 各がん診療連携拠点病院の行動計画の進捗状況を確認している	24(51)
○ 目標達成状況について、緩和ケア部会等で評価している	31(66)

事前アンケート 都道府県全体の緩和ケアの質改善に関する 取り組みについて

取り組み内容, 工夫

- 都道府県内の実務者間でweb/テレビ会議システムを活用した会議の開催（長崎, 岩手）
- 相互評価に取り組んでいる（多数都道府県）
- 緩和ケアチームを対象とする研修会を開催（多数都道府県）

問題点

- 都道府県内の状況を把握できていない
- 質の向上の評価が難しい
- 医療資源不足・専門家人員不足がある
- 都道府県内の問題点に差があり、共通目標の設定が難しい

2018年、都道府県レベルでの緩和ケアに関するPDCAサイクル確保の活動を今後より一層進めていく方法を明らかにするために、

都道府県がん拠点病院等の都道府県レベルでの診療の質の改善活動に携わる立場にある者57人（32都道府県）により、

「都道府県レベルでのPDCAサイクル確保が困難な点と解決方法」について意見を出し、その意見を内容分析的に要素を抽出した。

【都道府県レベルでのPDCAに関する課題】

- 関係者の理解不足、知識不足であること
- 都道府県で取り組む体制が不十分であること
- 都道府県内で設定する共通目標の設定が難しいこと
- アウトカムをどのように評価していけば良いかわからないこと
- 病院レベルでのPDCA確保に取り組む体制が不十分であること

【解決策】

- 共通目標・共通指標・アウトカムの評価方法の具体例の提示
- 都道府県の取り組み状況のレベルに合わせたモデル的な好事例の提示
- PDCAに関する周知や学習できる環境の整備

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方法の検討

2019年9月、緩和ケア領域の専門家29名により、都道府県単位で緩和ケアの質の向上を進めていくために、

都道府県がん診療連携拠点病院を中心となって取り組みを進めていくときに、都道府県内の各病院はどのようなことができるようになるべきか

について、グループディスカッションを行い、意見の集約を行った。

Driver diagram and change package

Improve the detection and management of diabetes in pregnancy

Evidenced by an increase in the proportion of mothers with pre-pregnancy diabetes having HbA1c levels taken at booking

National maternal and neonatal health safety collaborative

A driver diagram is used to conceptualise an issue and to determine its system components which will then create a pathway to achieve the goal.

Primary Drivers are system components which will contribute to moving the primary outcome.

Secondary drivers are elements of the associated primary driver. They contain change concepts that can be used to create projects that will affect the primary driver.

Mandatory dataset and other suggested additional measures are also in this document.

To view a section, click on the appropriate colour on the driver diagram.



collaboration

trust

respect

innovation

courage

compassion

Aim

Primary Drivers

Secondary Drivers

Improve the detection and management of diabetes

Improving the quality and safety of care through Clinical Excellence

Support an increase in pre-pregnancy preparation for women with established diabetes

Support an increase in the diagnosis of gestational diabetes

Support antenatal management of mothers with diabetes in pregnancy

Support planning of delivery

Support postnatal planning of care

Creating the conditions for a culture of safety and continuous improvement

Understand the culture and learning system in the department

Build capability to improve both the culture and the learning system in the department

Develop and nurture the conditions that enable a just and safe culture

Develop safe and highly reliable systems, processes and pathways of care

Improve work processes and outcomes for mothers and babies using improvement tools and measurements over time

Learn from and design reliable pathways of care

Improve the experience of women, families and staff

Work with mothers and families to improve their experience of care

Work with staff to improve the work environment to support staff to deliver safer care

Work effectively with local network and commissioning organisations to develop effective local maternity systems

Learn from excellence and error or incidents

Learn effectively from episodes of avoidable harm

Learn effectively from examples of high quality care or excellence

Share findings from incidents and high quality care between organisations and within local maternity systems to aid adoption and spread

Click on a driver to find out more

都道府県の緩和ケアの質を向上させていくために、

目標 「都道府県内のがん診療連携拠点病院等が適切に緩和ケアを提供できるようになる」

そのために、がん拠点病院等はなにができるようになるべきか

primary drivers

- A すべての医療従事者が疼痛緩和等の緩和ケアを提供できるようになる
- B （専門的な）緩和ケアサービスにアクセスできるようになる
- C 医療者と患者・家族が情報を共有したうえで、療養環境調整等について患者の意向を尊重した意思決定支援ができるようになる
- D 地域の医療機関との強固な連携により患者の療養場所の移行が円滑にできるようになる

どんな県にしたいか？

A	患者さんの苦痛緩和や望んでいることを尊重することが場所を問わず医療機関で提供できるようにする
B	すべての医療者が積極的に支える、医師だけでなく多職種が関わるようにしたい
C	患者さん目線でどのようにアクセスすればいいかわかりやすいようにしたい
D	最後まで自分らしく生きることができる県にしたい
E	切れ目なく医療を提供できるようにしたい
F	(早期介入や意識などの) 地域による格差を県内で均てん化したい
G	ACPを推進して看取りができるようにしたい
H	敷居が高い緩和ケアのイメージがあるので、患者さんが声を出してもらえりような県にしたい。緩和ケアがありふれたものにしたい
I	住み慣れた地域で標準的緩和ケアが受けられるようにしたい

選んだ共通目標とその指標

A	目標	患者さんがアクセスしやすいようにする
	指標	窓口の対応の良さなど評価し、県にフィードバックする。PDCAで評価。
B	目標	症状コントロール不良によるがん治療の遂行不可をゼロにする
	指標	緊急入院数と緩和ケア依頼数。緩和ケアマニュアルを評価。市民向けのサイトのアクセス数
C	目標	がんと診断されたときから評価できるツールを作成する
	指標	患者と家族と医療者が共有できる苦痛のツールをつくりインターネットなどを通じて配布。
D	目標	ACPのプロセスを医療者や地域の人（家族や友人など）を巻き込んでできるようにする
	指標	ACPのツール、症状緩和
E	目標	県としてACPのシステムを構築していく
	指標	ACP行った件数、算定件数、研修会の受講率や理解度、遺族による評価
F	目標	拠点病院のレベルアップし格差を減らす。
	指標	緩和ケア算定とっている施設数、拠点病院の相談件数、認定看護師などの専門家の数
G	目標	講演会などから少しずつACPを発信していく。
	指標	講演会の参加者人数等、在宅での看取った数、など
H	目標	町の緩和ケア医（サテライト）を増やす。
	指標	ピアサポートの活動内容、緩和ケアの受診数を見ていく、拠点病院以外での緩和ケアを見る件数を見ていく
I	目標	地域の医療関係者と介護士が基本的な緩和医療を提供できることを目標。
	指標	ACPの実施。平穏死の指標。アウトリーチをしていき、それを評価する。

全国の都道府県で 多彩なPDCAサイクルの確保のための 取り組みが開始されている

全国のPDCAサイクル確保の取り組みを共有

「PDCAサイクルフォーラム」

https://ganjoho.jp/med_pro/training_seminar/pdca/forum/

「都道府県単位の医療の質の向上」の取り組みインタビュー

https://ganjoho.jp/med_pro/med_info/quality/

「都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会」

https://ganjoho.jp/med_pro/liaison_council/

都道府県内で適切な緩和ケアが 提供されるようになるために

都道府県内の各医療機関において、
正しい知識と技術に基づく緩和ケアが
提供される体制を整備しなければならない



都道府県がん拠点病院の指導者が
地域の医療に目を向け
地域の状況を把握し
どのような対策に取り組むべきか
検討していくことが期待されている