

関東／甲信越

千葉県

都道府県のPDCAサイクル確保に向けた活動の関連資料

教育研修分野における県全体の PDCA サイクル

教育研修専門部会では、県内拠点病院等の診療従事者に対し、がん診療に係る教育研修の充実を図るため、平成 28 年度に行った事業の評価と改善を行い、それに基づいて、新たな平成 29 年度のプランを作った。

なお、実施後に評価を行い、次年度には更なる改善を図る予定である。

平成 28 年度のプラン

1 合同研修会を新規実施 (P) (D)

- ・日 時：平成 29 年 2 月 18 日（土）13:00～17:00
- ・場 所 千葉県文化センター 5 階セミナー室
- ・対 象：県内拠点病院等の医療者
- ・テーマ：がん免疫チェックポイント阻害治療

2 拠点病院等による医師研修の受け入れ (P)

- ・若手医師等に対する実地研修を相互に受け入れる
 - ・研修受け入れ可能施設が、県協議会事務局を通じ、随時募集する
- (D) 募集要項案が作られたが、実際の募集は行われなかった。

平成 29 年度の第一回教育研修部会において昨年度の合同研修会の評価 (C) と改善 (A) を議論した。

1 合同研修会を新規実施に対する評価 (C)

合同研修会を行うことができたことは評価できるが、千葉県は広く、合同研修会を行っても、拠点病院全体の研修にならない。できれば e-learning 化することが望ましい

改善案 (A) 合同研修会から e-learning への計画と実行までの道筋をつける

第一歩として、各病院の研修状況の把握と推奨研修の集積を行うため、新たにアンケートを実施する。合同研修会を行い、共通ビデオ研修 (DVD) ができるようにする。

2 昨年度の医師研修の受け入れの評価 (C)

実地研修という言葉の曖昧さもあり、明確な研修の募集も無く、そのためハー

ドルが高く、研修を受けようという医師もいなかった。短期の現地研修は難しいため、シミュレーターなどでの研修の可能性を探ることとした。

改善案（A）シミュレーター研修までの道筋

第一歩として各病院のシミュレーターの所有状況を行い、国立がんセンター東病院にできた次世代外科・内視鏡治療開発センターに多数のシミュレーターがあることが分かり、その利用ができるようご協力をお願いした。

院内がん登録に関する県全体の PDCA サイクルの進捗状況
県全体の「PDCA サイクルの確保」の計画について

背景

- PDCA サイクルについての理解と経験がまだ乏しい。
- 県全体の PDCA サイクル確保は、分野毎に進める必要がある。
- PDCA サイクルを行うためには、分野毎の課題認識と目標設定が必要。

【県全体の課題】

- 1 院内がん登録実務者の確保とスキル向上が十分でない
- 2 院内がん登録データの利活用が進んでいない

【PDCA サイクル】

- 1 院内がん登録者の確保とスキル向上を図る。
 - ◇ 現在実施している院内がん登録実務者研修会のアンケートで課題を収集する。そのアンケートによってプログラムを工夫する。
- 2 院内がん登録データの活用
 - ◇ 県内の院内がん登録データの分析・評価の結果を、県協議会の他部門へ提供し活用してもらう

1 院内がん登録者の確保とスキル向上

PLAN（計画）

現在実施している院内がん登録実務者研修会のアンケートで課題を収集する。
そのアンケートによってプログラムを工夫する。

DO（実行）

平成 29 年度第 2 回院内がん登録実務者研修会にてアンケートを配布。

CHECK（評価）

今後取り上げてほしい講義内容

- ・ 多重がんルール・・・22
- ・ UICC 第 8 版・・・9
- ・ 5 大がん以外の病期分類概論・・・31
(脳、胆管・胆嚢、食道、骨・軟部、咽頭・喉頭、膀胱、腎盂・尿管)
- ・ 集計・分析・・・4
- ・ 病理（組織型）について、生存率の算出方法、ICD-O-3、標準登録様式

ACT（改善）

次回のテーマは多重がんルール、UICC 8 版、または、5 大がん以外の病期分類概論で検討していく。

2 院内がん登録データの活用

PLAN（計画）

県内の院内がん登録データの分析・評価の結果を、県協議会の他部門へ提供し活用してもらう（今年度は2014年症例）。

DO（実行）

各作業部会において、当該がん種の分析評価の結果、課題の抽出、改善策について検討

CHECK（評価）

別紙

ACT（改善）

次回（2015年症例）も同様に各作業部会へ提供し検討してもらうが、各作業部会から意見があがりやすいため、みてもらうポイントを具体的に作成して意見をきく。また、提供資料の改善点としては、割合だけでなく、全体の数字や母数の数字も記載し提供する。

平成29年度 地域連携クリティカルパス・臓器別腫瘍専門部会 各作業部会での検討結果

部会名	院内がん登録データ分析結果の評価
肺がん部会	・詳細はわかりかねますが、概ね標準的な傾向だと判断されます。
胃がん部会	・千葉県は全国と比較すると平均的であり、全国の縮図を反映していると考えられる。さんむ医療センターなど母数の少ない医療機関では偏ったデータがみられる。具体的な数字を示し、分析結果を評価する必要がある。
大腸がん部会	<ul style="list-style-type: none"> ・膨大なデータがグラフ化されていて、直感的に理解しやすい。 ・治療方法が細分化されているため治療方法別のグラフはやや見にくく、元データの表もあると良い。 ・治療前ステージは不明が多く、評価が難しい。 ・施設や医療圏の間でばらつきが比較的大きいのは、治療法(内視鏡、放射線、薬物)、来院経路(紹介比率)、発見経緯(がん検診+健康診断・人間ドック比率)。 ・すべての項目で、千葉県と全国及び関東の他都圏との間にほとんど差異はない。
肝がん部会	・肝癌の分析結果は、各施設の母数の記載がなく、割合にばらつきがあるのは患者数が少ないためか、わかりにくいという意見があった。がん全体では、5大がんと言われてきた肝癌も上位10位以内に入らないこともあり、5大がんとさえなくなっていることが判明した。
乳がん部会	地域により0期1期乳癌の比率が異なり、地域別で乳ガン検診 治療体制の検討が必要 位置情報と紐付けされた情報は今後の分析に有用と思われる
子宮がん部会	・意見なし
前立腺がん部会	・千葉県内でも医療圏によって、また施設によってステージ別の患者割合の違いや行われている治療が異なることがデータとして得られたことは意義深い。今後もこのデータを活用していきたい。
口腔ケアパス部会	・特に検討することはありません。
地域医療連携実務者連絡会議	特に意見なし 国がん東は半数近くが県外から受診

相談支援に関する県全体のPDCAサイクルの進捗状況について (2017.12.7)

相談支援専門部会の下にPDCAサイクル作業部会を設置してPDCAサイクルを検討している

これまでに4回の作業部会を開催した

作業部会の目的

県全体のがん相談支援のPDCAサイクルの「測定指標」を作成する
測定指標には利用者（患者や家族）の評価も含める

測定指標として

- ①アンケート（①-1 患者および家族用、①-2 病院職員用）
 - ②各施設の相談支援担当部署からの現況報告
 - ③患者会による立ち入り調査
- を作成し、専門部会で承認を得た（修正は必要）
現在、最終修正を行っている（12/20 締め切り）

- ①-1、①-2、②については今年度中に実施する（相談支援専門部会で承認済）
- ③については予算の都合もあり、来年度に実施する

今後のスケジュール

- ・1月中旬までに①-1、①-2、②を拠点病院および協力病院の相談支援にかかわる部門の実務者にメールで配布
 - ・②の締め切りは1月末とする
 - ・①-2の病院職員用アンケートの締め切りは2月末とする
対象は病院全職員で、配布や収集の方法は各施設に任せる
収集したアンケートをがんセンターへ郵送してもらう
 - ・①-1の患者および家族用アンケートの締め切りは3月末
対象は患者および家族で、配布や収集の方法は病院に任せる
（配布期間は決める予定、1ヶ月間？）
収集したアンケートをがんセンターへ郵送してもらう
- * 次回の相談支援専門部会までに集計、考察（Pにつなげる）
* 集計や入力作業は作業部会を中心に専門部会のボランティアで行う

相談支援専門部会

緩和ケアチームの質向上について(PDCA サイクル②)

1. 課題

県内病院の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。

2. 目標

県内病院の緩和ケアチームについて、チーム活動の質を均てん化する。

3. 計画

各施設の緩和ケアチームに対し、チーム活動の質向上を支援する。

- ① 緩和ケアチーム実地研修への参加(全国)
- ② 緩和ケアチーム研修会の開催(県内)
- ③ ピアレビューの実施(県内)

4. 評価

緩和ケアチームの実態調査で評価する。(初年度は現状把握として行う。)

- ① 緩和ケアチーム登録(全国)
- ② 緩和ケアの提供体制に関する調査(県内)

地域連携クリティカルパスに関する PDCA

課題：地域格差、運用の煩雑さ、周知の不徹底などがあり運用実績が伸びない。

千葉県での特徴を生かした、簡便なクリティカルパスの改良

目標：千葉県共用パスとして実績向上、認知度の向上

Plan：千葉県共用地域連携クリティカルパスの問題点を抽出し、がん種毎、地域毎の問題点を整理する。

Do：各部会において臓器別にクリティカルパスの改善案を策定する。従来、部会にて問題点を共有するところまでで終わっていて、具体的な改善策の提示がなかった。部会は年一回のため、部会で承認までいかないと別個各委員とのやりとりが必要であり協議会までに間に合わない実情があった。

Check：第2回専門部会でクリティカルパスの変更案を承認し、協議会にて報告する。

Act：これまでの変更点を整理し、千葉県ホームページ上で従来のパスと差し替えて、運用実績の向上を図る。

今年度の実績

Plan：8回の臓器別部会と地域連携実務者連絡会議を開催。がん種別問題点と全体の問題点を抽出した。今年度は特に病院内の医師と連携実務者との関係、周知の不十分な点が議論になる。

Do：大腸がん、胃がんの診療経過表の変更案を事務局から提示、承認、胃がん診療計画表の変更を部会で決定。肝がん診療協力病院指定要綱改訂案提示

Check：専門部会で胃がんの診療計画表の変更は見送りになる。その他は承認され、協議会等に報告する。

Act：肺がんのクリティカルパスの変更、肝がんの診療経過表の改訂が行われ、ホームページ上差し替えられ、運用が始まる。運用実績は次年度に調査。

PDCAサイクルの**実施状況**について

病院名:

■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、患者QOL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たことについて、**実施状況を具体的に記載してください。**

PDCAを使って改善することを想定している課題(いくつでも可)

	課題の内容	目標	目標達成の検証方法(データ源)
1			
2			
3			
4			
5			

上記の目標に向けた活動計画(P)とその実施状況(D、C、A)

1	
2	
3	
4	
5	

必要に応じて、別添資料を提出してください。

