

8-2.

愛媛県での取り組み

NHO四国がんセンター 青儀健二郎

愛媛県内の医療機関のPDCAサイクル

以前からクリニカルパスが普及
(愛媛県クリニカルパス研究会、学会等)



PDCAサイクルというtermには慣れていた

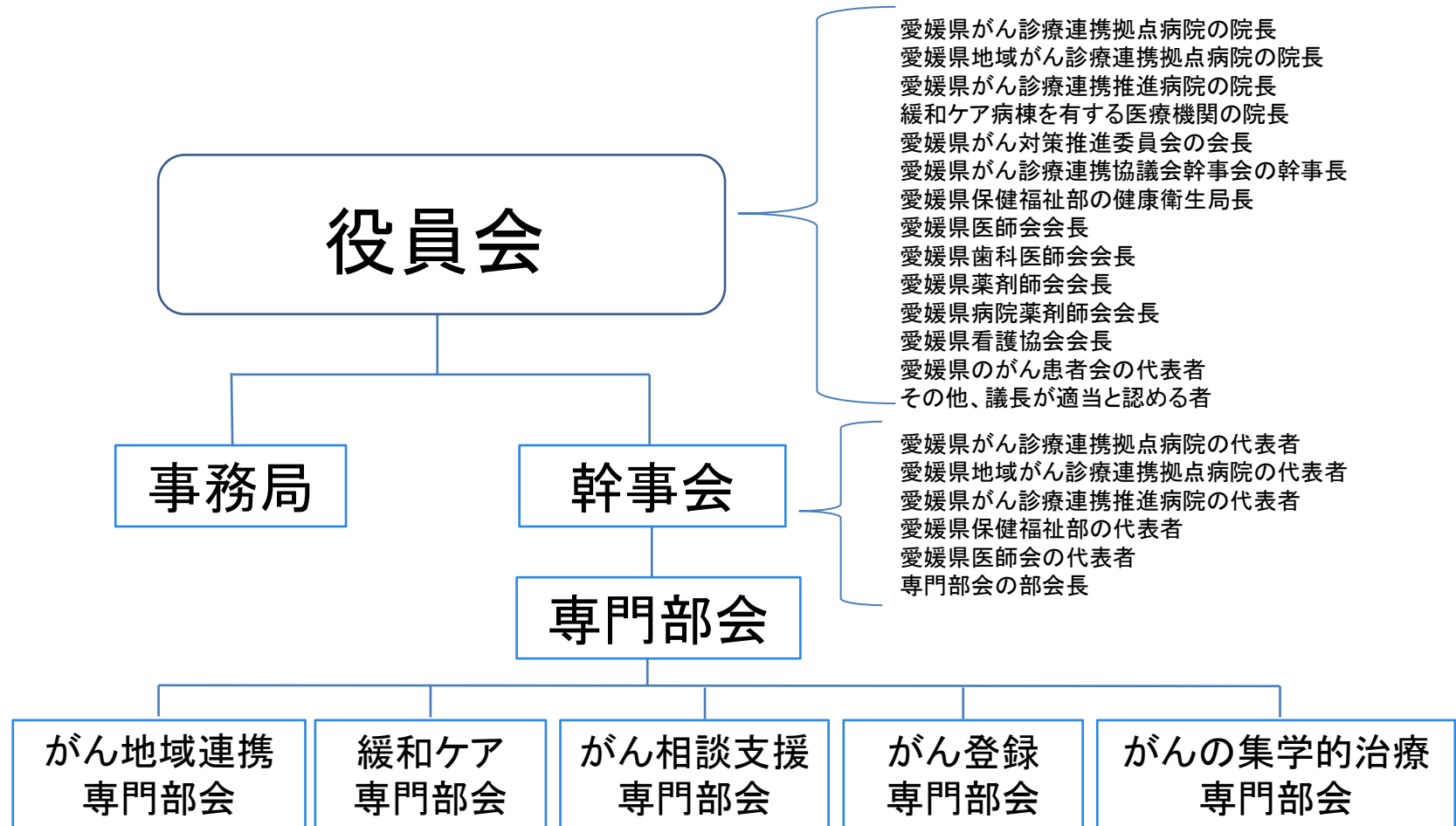


しかし施設のPDCAサイクル体制は各病院任せ
(監査、拠点病院指定要件、パスの展開)



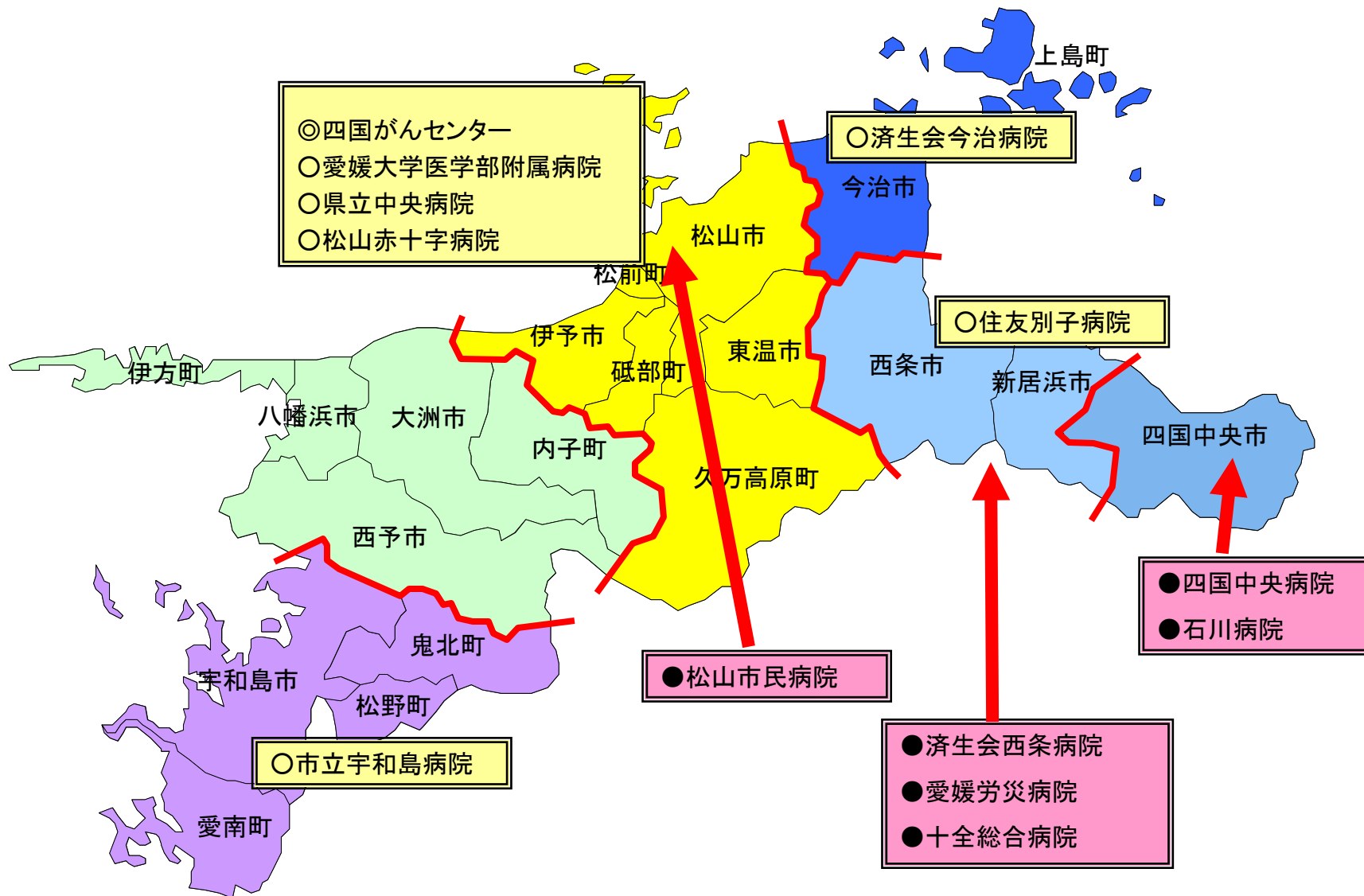
PDCAサイクル体制確立を連携協議会全体で進める？

愛媛県がん診療連携協議会



- 拠点病院間の情報共有・協力体制が整っている
- 役員会1回/年、幹事会3-4回/年、合同専門部会2回/年、専門部会はそれぞれに活動
- 活動状況は <http://www.shikoku-cc.go.jp/conference/> に公開
- H26年度から拠点病院を相互訪問し、実態を調査し意見交換している

愛媛県のがん診療連携拠点病院、がん診療連携推進病院



http://www.shikoku-cc.go.jp/conference/

Knowledge Suite スケジ x 愛媛県がん診療連携協議会 x

← → ↺ 🏠 www.shikoku-cc.go.jp/conference/

アプリ ★ Bookmarks Google Firefox ブックマーク 伝助 スケジュール…

愛媛県がん診療連携協議会

HOME 愛媛県がん診療連携協議会会長あいさつ 愛媛県がん診療連携協議会について 専門部会につ

愛媛県におけるがん診療の質の向上を目指し、
連携協力体制の構築を目的としています

ニュース&トピックス

お知らせ
平成27年度 愛媛県がん診療連携協議会幹事会 議事録掲載しました。 2015年6月3日
New

研修
質の高い終末期看護を学ぶ ～ELNEC-Jコアカリキュラム看護師教育プログラムinえひめ～ 2015年3月14日

研修
がん登録専門部会：セミナー・研修会 みんなのための5大がん登録講座-2014 2015年2月14日

お知らせ
平成26年度 第1回愛媛県がん診療連携協議会幹事会 議事録 2014年6月18日

プライバシーポリシー | 免責事項 | アクセシビリティポリシー

Knowledge Suite スケジ x 専門部会について | 愛媛 x みんなのための5大がん x

← → ↺ 🏠 www.shikoku-cc.go.jp/conference/subcommittee/

アプリ ★ Bookmarks Google Firefox ブックマーク 伝助 スケジュール…

愛媛県がん診療連携協議会

文字のサイズ 標準 大
お問い合わせ サイトマップ

HOME 愛媛県がん診療連携協議会会長あいさつ 愛媛県がん診療連携協議会について 専門部会について 協議会・専門部会の参加について

トップページ > 専門部会について

愛媛県がん診療連携協議会

専門部会について

愛媛県がん診療連携協議会では、「がん地域連携専門部会」「緩和ケア専門部会」「がん相談支援専門部会」「がん登録専門部会」「がんの集学的治療専門部会」の5つの部会を設置しそれぞれ協議を行っています。

がん地域連携専門部会

がん地域連携専門部会をご案内します。

- 活動方針・目的
- 年度計画
- 活動実績
- セミナー・研修会

緩和ケア専門部会

緩和ケア専門部会をご案内します。

- 活動方針・目的
- 年度計画
- 活動実績
- セミナー・研修会

がん相談支援専門部会

がん相談支援専門部会をご案内します。

- 活動方針・目的
- 年度計画
- 活動実績
- セミナー・研修会

がん登録専門部会

がん登録専門部会をご案内します。

- 活動方針・目的
- 年度計画
- 活動実績
- セミナー・研修会

がんの集学的治療専門部会

がんの集学的治療専門部会をご案内します。

- 活動方針・目的
- 年度計画
- 活動実績
- セミナー・研修会

専門部会について

- がん地域連携専門部会
 - 活動方針・目的
 - 年度計画
 - 活動実績
 - セミナー・研修会
- 緩和ケア専門部会
 - 活動方針・目的
 - 年度計画
 - 活動実績
 - セミナー・研修会
- がん相談支援専門部会
 - 活動方針・目的
 - 年度計画
 - 活動実績
 - セミナー・研修会
- がん登録専門部会
 - 活動方針・目的
 - 年度計画
 - 活動実績
 - セミナー・研修会
- がんの集学的治療専門部会
 - 活動方針・目的
 - 年度計画
 - 活動実績
 - セミナー・研修会

愛媛県がん診療連携協議会

拠点病院相互訪問調査

- 調査担当2病院の幹部(院長・看護部長・事務部長等)が対象の拠点病院を訪問し、拠点病院それぞれの現状と課題、今後の改善方法について意見交換する。
- 拠点病院指定要件の必須項目について実状を確認する
 - チーム活動・カンサーボード・各部門の運営状況について現場担当者から説明を受け、実績(カルテ記録・診療報酬算定数等)を確認する。
 - マニュアル(配布状況、改定の頻度)、スクリーニングシート、相談記録、議事録・参加者名簿等を確認し、網羅性、レジメン逸脱等について確認する。
- PDCAサイクルとしての各病院の取り組みについて意見交換
- がん相談支援センター、外来化学療法室、がん登録室を訪問



相互訪問調査日程表

1) 調査日	2) 調査時間	3) 調査を受ける
1 H26/11/28(金)午後	14:00～16:00	住友別子病院
2 H26/12/9(火)午後	15:00～17:00	済生会今治病院
3 H26/12/16(火)午後	15:00～17:00	市立宇和島病院
4 H27/1/29(木)午後	15:00～17:00	四国がん
5 H27/2/3(火)午後	15:00～17:00	愛媛県立中央病院
6 H27/2/10(火)午後	15:00～17:00	松山赤十字病院
7 H27/2/12(木)午後	15:00～17:00	愛媛大学医学部附属病院

がん診療連携拠点病院等の区分	該当指定要件
地域がん診療連携拠点病院	Ⅱ
特定機能病院を地域がん診療連携拠点病院として指定する場合	Ⅱ、Ⅲ
都道府県がん診療連携拠点病院	Ⅱ、Ⅳ
特定機能病院を都道府県がん診療連携拠点病院として指定する場合	Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ(3の(1)および(2)を除く)
国立がん研究センター中央病院および東病院	Ⅱ、Ⅲ、Ⅴ
特定領域がん診療連携拠点病院	Ⅱ、Ⅵ
地域がん診療病院	Ⅶ

指定要件での無い
A:必須
B:原則必須
C:対応することが望ましい
D:グループ指定を受けている場合必須
E:単独または連携による確保が必要
F:二次画像読みの医師数が300人以下の場合必須ではない
G:二次画像読みの医師数が300人以上の場合必須
「-」:要件に該当なし

Ⅱ 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について			
1 診療体制			
(1)診療機能			
① 集学的治療等の提供体制および標準的治療等の提供			
ア	我が国に多いがん(肺がん、胃がん、肝がん、大腸がんおよび乳がんをいう。以下同じ。)およびその他の各医療機関が専門とするがんについて、手術、放射線治療および化学療法を効果的に組み合わせた集学的治療および緩和ケア(以下「集学的治療等」という。)を提供する体制を有するとともに、各学会の診療ガイドラインに準ずる標準的治療(以下「標準的治療」という。)等ががん患者の状況に応じた適切な治療を提供している。	A	はい (はい・いいえ)
	我が国に多いがんおよびその他の各医療機関が専門とするがんについて、別紙4に記載すること。	-	別紙4
	我が国に多いがんへの対応状況について別紙5に記載すること、グループ指定を受ける施設との連携にて対応している場合にはその連携状況についても記載すること。	-	別紙5
	我が国に多いがん以外の各医療機関が専門とするがんへの対応状況について別紙6に記載すること、グループ指定を受ける施設との連携にて対応している場合にはその連携状況についても記載すること。	-	別紙6
イ	希少がんのうち、自施設で診断・治療実績が多く、かつ、他の医療機関から積極的に紹介を依頼するなど、専門的に扱っているがん種があれば、別紙7に記載すること。希少がんの定義については限定せず、通念上同種のがん種が多くないと判断されるものとする。	-	別紙7
	我が国に多いがんについて、クリティカルパス(検査および治療等を含めた詳細な診療計画表をいう。以下同じ。)を整備し、活用状況を把握している。	A	はい (はい・いいえ)
	我が国に多いがんおよび我が国に多いがん以外の各医療機関が専門とするがんの治療に関する院内クリティカルパスを整備状況と活用状況について別紙8に記載すること。	-	別紙8
	がん疼痛や呼吸困難などに対する症状緩和や医療用麻薬の適正使用を目的とした院内マニュアルを整備すると共に、これに準じた院内クリティカルパスを整備し活用状況を把握する等、実効性のある診療体制を整備している。	A	はい (はい・いいえ)
ウ	症状緩和や医療用麻薬の適正使用を目的とした、院内クリティカルパスの整備状況と活用状況について別紙9に記載すること。	-	別紙9
	がん患者の病態に応じた、より適切ながん医療を提供できるよう、がん診療チーム(手術、放射線診断、放射線治療、化学療法、病理診断及び緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の専門を異にする医師等)によるがん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換・共有・検討・確認等するためのカンファレンスをいう。以下同じ。)を設置し、その実施主体を明らかにした上で、月1回以上開催している。	A	はい (はい・いいえ)
	がん診療チームは多職種、かつ多専門家で構成されている。	-	はい (はい・いいえ)
	昨年1年間でがんと初めて診断された患者のうち、多職種かつ多専門家で構成されたがん診療チームで症例検討が行われた割合。	-	85%
エ	がん診療チームの活動状況について、別紙10に記載すること。	-	別紙10
	地域がん診療病院とグループ指定を受けている。	-	いいえ (はい・いいえ)
	グループ指定を受ける場合、その状況について別紙11に記載すること。	-	別紙11
	確実な連携体制を確保するためそのグループ指定先の地域がん診療病院と定期的な合同のカンファレンスを開催している。	D	はい (はい・いいえ)
オ	グループ指定先の地域がん診療病院とのカンファレンスの実施状況について、別紙12に記載すること。	-	別紙12
	グループ指定を受ける地域がん診療病院の診療機能確保のための支援等に関する人材交流計画を策定し、その計画に基づき人材交流を行っている。	D	はい (はい・いいえ)
	人材交流計画について、別紙13に記載すること。	-	別紙13
	がん患者に対するインフォームドコンセントの際、医師以外の職種が必ず参加することが原則となっている。	-	はい (はい・いいえ)
カ	上記の原則は、規定、あるいはマニュアルなどで明文化されている。	-	いいえ (はい・いいえ)
	糖尿病の専門チームを整備し、当該糖尿病チームを組織上明確に位置付け、がん患者に対して適切な血糖コントロールを行っている。	-	はい (はい・いいえ)
	感染症制御の専門チームを整備し、当該感染症チームを組織上明確に位置付け、がん患者に対して適切な感染症のコンサルテーションを行っている。	-	はい (はい・いいえ)
	栄養の専門チームを整備し、当該栄養サポートチームを組織上明確に位置付け、がん患者に対して適切な栄養管理を提供している。	-	はい (はい・いいえ)
キ	歯科口腔ケアの専門チームを整備し、当該歯科口腔ケアチームを組織上明確に位置付け、がん患者に対して適切な歯科口腔ケアを提供している。	-	はい (はい・いいえ)
	緩和ケアの専門チームを整備し、当該緩和ケアチームを組織上明確に位置付け、がん患者に対して適切な緩和ケアを提供している。	-	はい (はい・いいえ)
	疼痛の専門チームを整備し、当該疼痛チームを組織上明確に位置付け、がん患者に対して適切な疼痛ケアを提供している。	-	はい (はい・いいえ)
	小児固形腫瘍患者に対するがん診療チームは多職種、かつ多専門家で構成されている。	-	いいえ (はい・いいえ)
ク	昨年1年間自施設でがんと初めて診断された小児固形腫瘍患者の数。	-	0人

運用しているパスの一覧
適応状況、実績、カルテの記録

院内マニュアルの確認診療体制

症例検討会の記録、実施状況、カルテ記録

どういう症例が取りあげられ
どういう症例が抜けるのか

チーム医療の実施状況の確認

	測定機関名を選択すること。	-		〔医用原子力技術研 究所放射線部 等(他)〕
	その他の場合、記載すること。	-		
	実施年月日(和暦YY年MM月DD日)を記載すること。	-		
ウ	連携協力により、グループ指定先の地域がん診療病院が放射線治療が提供できる体制を整備している。	D		《はい・いいえ》
④ 化学療法の提供体制				
ア	(3)の①のイに規定する外来化学療法室において、公益社団法人日本看護協会が認定を行うがん看護専門看護師や化学療法看護認定看護師をはじめとするがん看護を専門とする看護師を中心として、治療の有害事象を含めた苦痛のスクリーニングを行い、主治医と情報を共有できる体制を整備し、整備体制について、がん患者とその家族に十分に周知している。	A	はい	《はい・いいえ》
イ	急変時等の緊急時に(3)の①のイに規定する外来化学療法室において化学療法を提供する当該がん患者が入院できる体制を確保している。	A	はい	《はい・いいえ》
ウ	化学療法のレジメン(治療内容をいう。以下同じ。)を審査し、組織的に管理する委員会を設置している。なお、当該委員会は、必要に応じて、キケンサードと連携協力している。	A	はい	《はい・いいえ》
	化学療法のレジメンを審査し、組織的に管理する委員会について、別紙14に記載すること。	-	別紙14	
エ	グループ指定先の地域がん診療病院が標準的な化学療法を適切に提供できるよう、レジメンの審査等において地域がん診療病院を支援し、連携協力により化学療法を提供する体制を整備している。	D		《はい・いいえ》
オ	5大がん(胃・肺・肝・大腸・乳)の転移・再発症例の全身化学療法のうち、8割以上を内科医が主となり担当している。	-	いいえ	《はい・いいえ》
カ	化学療法の患者にジェネリックの抗がん剤を使用する選択肢を提示することを原則としている。	-	いいえ	《はい・いいえ》
キ	週末を含め、抗がん剤の全てのスキミング作業の90%以上を、薬剤師が行っている。	-	はい	《はい・いいえ》
⑤ 緩和ケアの提供体制				
ア	(2)の①のオ、カに規定する医師および(2)の②のイ、ウに規定する看護師等を構成員とする緩和ケアチームを整備し、当該緩和ケアチームを組織上明確に位置付けるとともに、がん患者に対し適切な緩和ケアを提供している。	A	はい	《はい・いいえ》
	緩和ケアチームの組織上の位置づけについて別紙15に記入すること。	-	別紙15 (任意様式)	
イ	緩和ケアががんと診断された時から提供されるよう、がん診療に携わる全ての診療従事者により、以下の緩和ケアが提供される体制を整備する。			
i	がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的苦痛等のスクリーニングを診断時から外来および病棟にて行っている。また、院内で一貫したスクリーニング手法を活用している。	A	はい	《はい・いいえ》
ii	アに規定する緩和ケアチームと連携し、スクリーニングされたがん疼痛をはじめとするがん患者の苦痛に対して、迅速かつ適切に緩和する体制を整備している。	A	はい	《はい・いいえ》
	スクリーニングの項目、対象、方法、タイミング、スクリーニングした結果の確認者、スクリーニング結果の活用方法等について別紙16に記載すること。	-	別紙16 (任意様式)	
	スクリーニング後の緩和ケアチーム等の専門家への迅速な患者紹介の基準と手順について別紙17に記載すること。	-	別紙17 (任意様式)	
iii	医師から診断結果や病状を説明する際に、以下の体制を整備する。			
a	看護師や医療心理に携わる者等の同席を基本としている。ただし、患者とその家族等の希望に応じて同席者を調整している。	A	はい	《はい・いいえ》
b	説明時には、初期治療内容のみならず長期的視野に立ち治療プロセス全体について十分なインフォームドコンセントに努めている。	A	はい	《はい・いいえ》
c	必要に応じて看護師等によるカウンセリングを活用する等、安心して医療を受けられる体制を整備している。	A	はい	《はい・いいえ》
iv	医療用医薬等の鎮痛薬の初回使用や用量の増減時には、医師からの説明とともに薬剤師や看護師等による服薬指導を実施し、その際には自己記式の服薬記録を整備活用することにより、外来治療中も医療用医薬等の使用を自己管理できるよう指導している。	A	はい	《はい・いいえ》
ウ	緩和ケアががんと診断された時から提供されるよう、アに規定する緩和ケアチームにより、以下の緩和ケアが提供される体制を整備する。			
i	週1回以上の頻度で、定期的な病棟ラウンド及びカンファレンスを行い、苦痛のスクリーニング及び症状緩和に努めている。なお、当該病棟ラウンド及びカンファレンスには必要に応じ主治医や病棟看護師等の参加を求めている。	A	はい	《はい・いいえ》
ii	がん疼痛をはじめとするがん患者の苦痛に対して、必要に応じて初回処方緩和ケアチームで実施する等、院内の診療従事者と連携し迅速かつ適切に緩和する体制を整備している。	A	はい	《はい・いいえ》
	緩和ケアチームによる年間新規診療症例数(平成25年1月1日～12月31日)	-	135	人
	緩和ケアチームによる新規診療症例について別紙18に記入すること。	-	別紙18	
iii	外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制を整備している。			
	※「外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制」とは、医師による全人的な緩和ケアを含めた専門的な緩和ケアを提供する定期的な外来であり、疼痛や精神面のみに対応する外来、診療する曜日等が定まっていなかったり、緩和ケア病棟の入棟相談などは含まない。	A	はい	《はい・いいえ》
	外来診療日については、外来診療表等に明示し、患者の外来受診や地域の医療機関の紹介を円滑に行うことができる体制を整備している。	A	はい	《はい・いいえ》
	外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制について別紙19に記入すること。	-	別紙19 (任意様式)	
	緩和ケア外来の状況について別紙20に記入すること。	-	別紙20	
	緩和ケア外来患者の年間受診患者数(平成25年1月1日～12月31日) ※複数回受診しても、1人としてカウントする。	-	28	人
	緩和ケア外来患者の年間受診患者のべ数(平成25年1月1日～12月31日)	-	253	人
	緩和ケア外来患者の年間新規診療症例数(平成25年1月1日～12月31日)	-	7	人
	地域の医療機関からの年間新規紹介患者数(平成25年1月1日～12月31日)	-	9	人
iv	(2)の②のイに規定する看護師は、苦痛のスクリーニングの支援や専門的緩和ケアの提供に関する調整等、外来看護業務を支援・強化すること。また、主治医及び看護師等と協働し、必要に応じてがん患者カウンセリングを実施している。	A	はい	《はい・いいえ》
v	(2)の①のオ、カに規定する専任の医師は、手術療法・化学療法・放射線治療等、がん診療に関するカンファレンスおよび	A	はい	《はい・いいえ》

認定看護師に運用の実際を聞く
記録を確認する

レジメンの一覧、審査の状況

チームメンバー構成

スクリーニングの方法、運用状況

運用状況を確認記録

カンファレンスの記録
ラウンドの記録

対応の状況

[illegible]

相互訪問調査結果

- ・ 設備・人員体制の面では差がみられるものの、すべての拠点病院で標準治療が実践されていることが確認できた。
- ・ 緩和ケアチーム・相談支援活動は、看護師・MSWを中心として全ての拠点病院で精力的に取り組まれていた。しかし麻薬処方量や緩和ケアチーム対応数・カウンセリング料算定数には大きな施設間格差があり、必要なサービスが患者に行き届いていない可能性が指摘された。
- ・ がん登録はすべての拠点病院で充実していた。
- ・ それぞれの病院で様々な質改善活動(PDCA活動)が行われていることが明らかになった。

ただし本調査は多大なパワーを要する！

主任研究者:若尾文彦

分担研究者:水流聡子

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
若尾 文彦

東京大学
国立がん研究センター
がん対策情報センター
国立がん研究センター
がん対策情報センター

矢野 真
羽藤 慎二
野崎 功雄
小口 秀紀
秋山 聖子

日本赤十字社 事業
四国がんセンター
四国がんセンター
トヨタ記念病院
仙台医療センター

飯塚 悦功
新海 哲
栗田 啓
谷水 正人
蒲生 真紀夫
吉岡 慎一
吉井 慎一
青儀 健二郎
名取 良弘

東京大学
湘南東部総合病院
四国がんセンター
四国がんセンター
大崎市民病院
兵庫県立西宮病院
ひたちなか総合病院
四国がんセンター
飯塚病院

乾 由明
清水秀昭
尾澤 厳
塚本憲史
尾嶋 仁
嘉和知 靖之

兵庫県立西宮病院
栃木県立がんセンター
栃木県立がんセンター
群馬大学医学部附属病院
群馬県立がんセンター
武蔵野赤十字病院

【研究事務局(がん診療質評価班)】(東京大学)
谷崎浩一・仮屋崎真希

本質評価指標の利点

状態認識、介入、共通認識の分野で推奨標準の適合率が全国平均とともに示されており、施設の現在の立ち位置がわかる。本調査をきっかけに各施設が診療体制の改善のため行動変容に繋がられる。

質評価指標に求められるもの

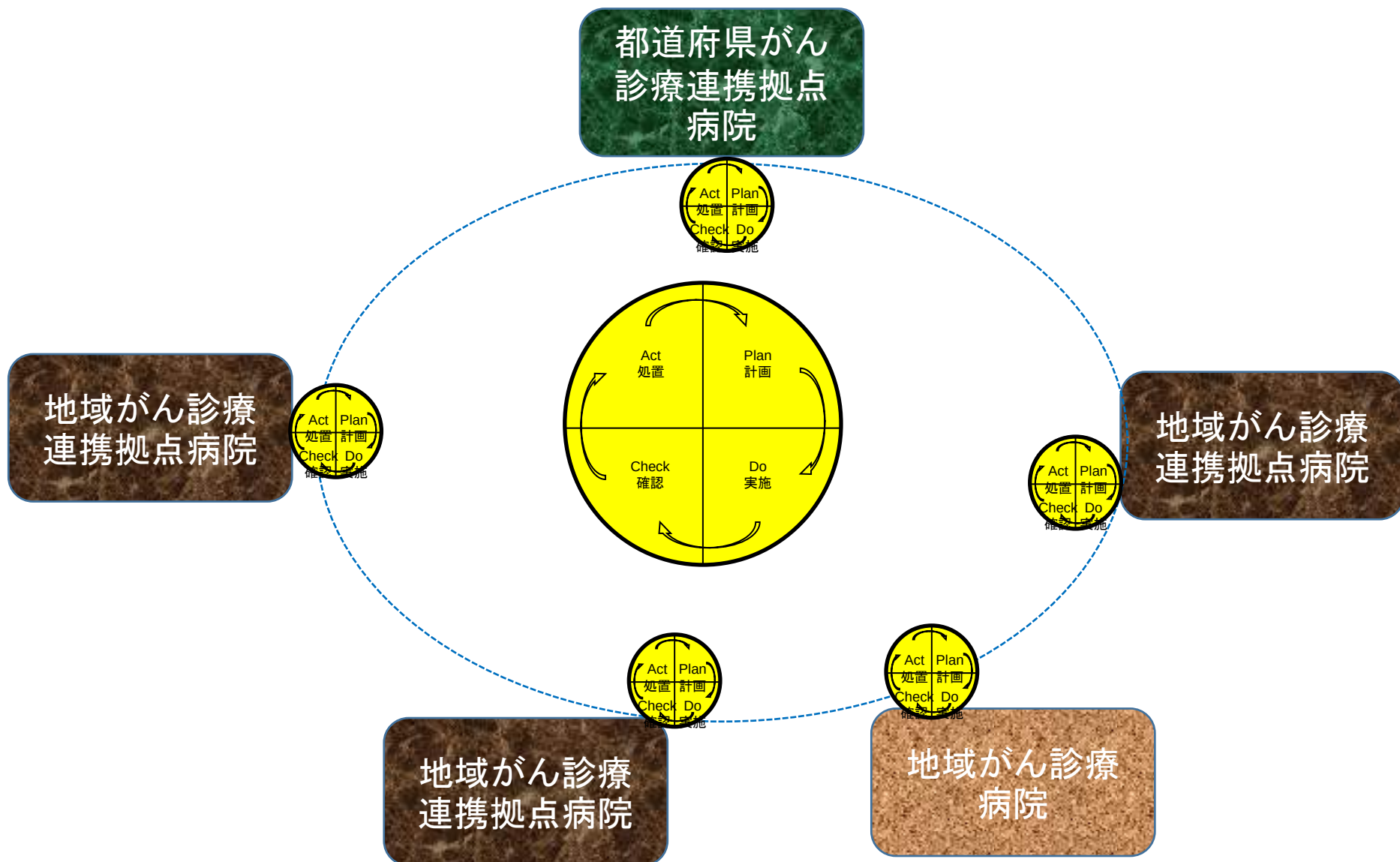
- データー収集が比較的容易である
- 医療の質指標としての代表性が高い
- 標準的な成績が目安として提示できる
(施設間比較ができる)
- 改善への努力が反映されやすい
- ベストプラクティスを示せる

構造指標 : 人員、組織、機器など

プロセス指標 : 研修、パス使用率など

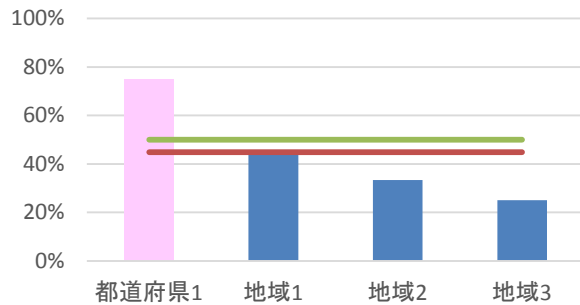
アウトカム指標 : 治療成績、褥瘡発生率、手術実績数など

がん診療体制の質評価調査を 院内・地域のPDCA確保に活用

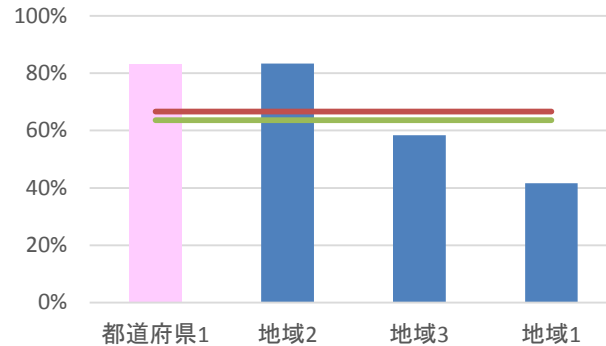


愛媛県のQI調査結果(2014/12)

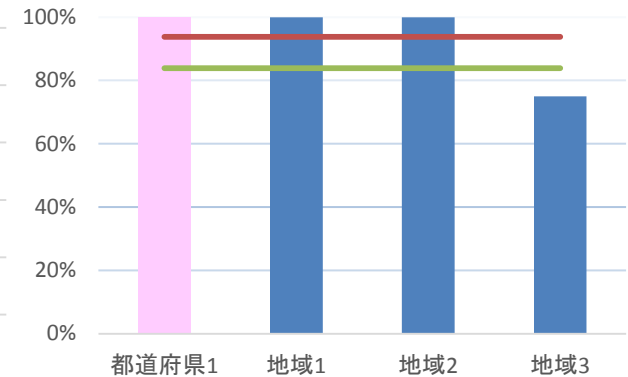
01-01 患者の希望・理解度・社会的状態を確認する体制



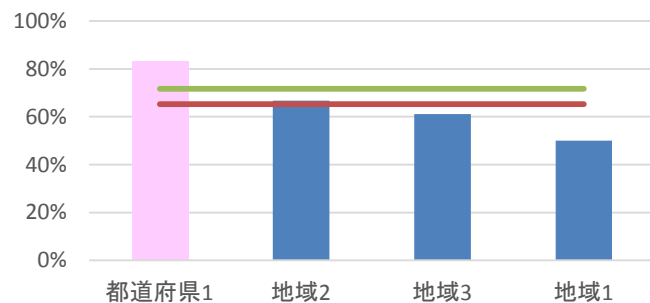
01-02 患者の医学的状態・治療方針を確認する体制



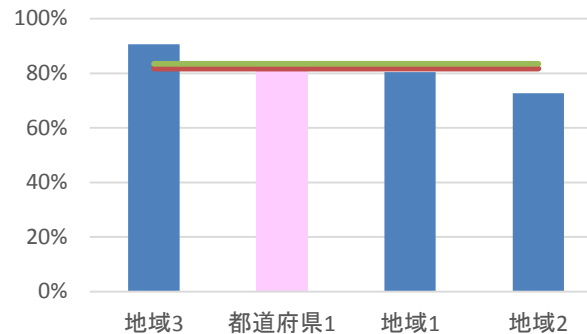
02-01 最適な治療方針を実行するために必要な医療リソース



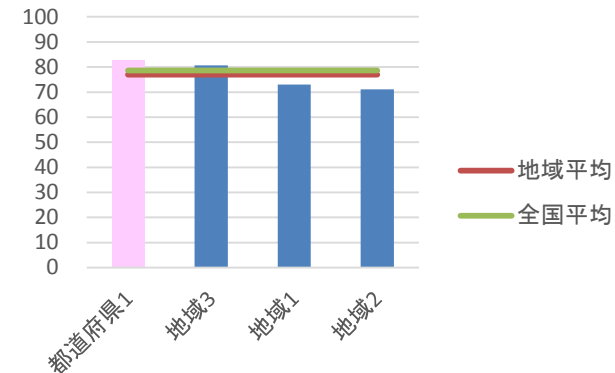
02-02 標準的な治療方針を確認する指針



03 共通認識を持つ体制



総合得点



当院でQI調査後に行われた改善

- 同意文書の整備、新規作成
- キャンサーボードの設立
- 経過観察における情報共有
- TQM(Total Quality Management)委員会の設立

QI調査検討会@SCC

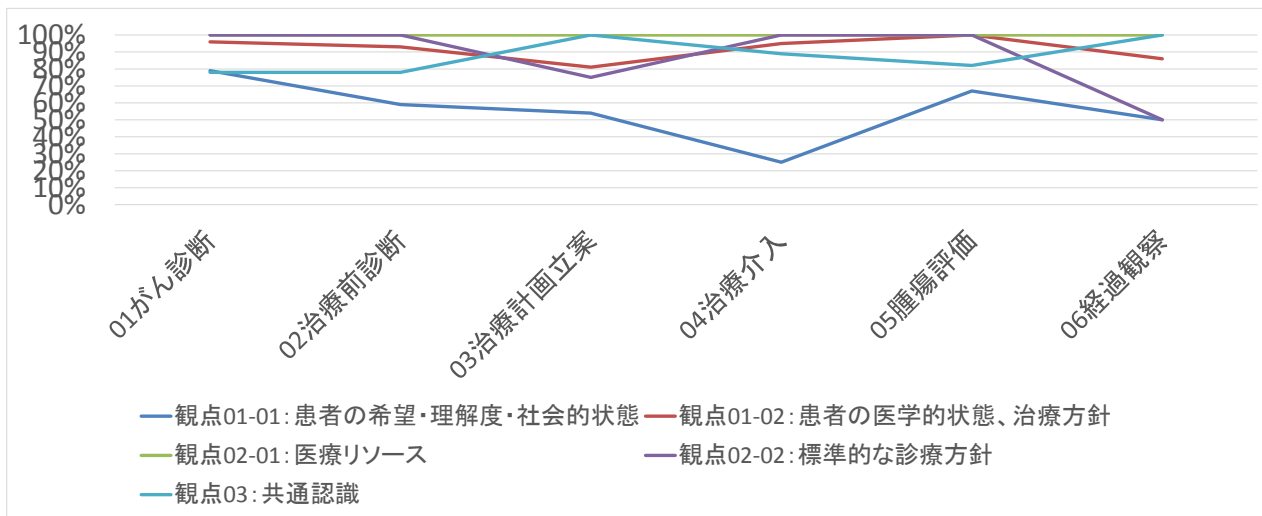
2015/8/7



QI調査検討会の目的

- QI調査の概説→コンセンサス形成
- 施行されたQI調査の結果提示→意義の理解
- 疑問点の解決
- 次回QI調査の案内

大腸がん



体制の有無

診療フェーズ	質評価の観点		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、共通認識をもつ体制
	一般評価項目		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(問診票、説明同意書、患者の希望等記載用紙)	患者の医学的状态、治療方針を確認し、記録をとる体制があり、その体制を運用しているか(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医療リソースがあり、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・治療方針等を、診療に関わる医療従事者間で診療科間・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・読影・治療・アセスメント等にかかるカンファレンス、カンササーボード、経過観察の履歴を共有する体制…例)レポートシステム・経過観察の掲示板等)
01がん診断	適合率		79%	96%	100%	100%	78%
02治療前診断	適合率		59%	93%	100%	100%	78%
03治療計画立案	適合率		54%	81%	100%	75%	100%
04治療介入	適合率		25%	95%	100%	100%	89%
05腫瘍評価	適合率		67%	100%	100%	100%	82%
06経過観察	適合率		50%	86%	100%	50%	100%
一般評価項目の計測項目合計			64%	94%	100%	75%	89%

表 5-18 診療体制要素別比較

	01状態認識						
	01-01希望・理解度・社会的状態				01-02医学的状态・治療方針		
	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
01大腸がん	42%	25%	29%	46%	71%	82%	77%
02胃がん	42%	26%	30%	41%	68%	80%	75%
03乳がん	44%	27%	33%	45%	75%	81%	77%
04肺がん	33%	20%	27%	41%	60%	71%	66%
05前立腺がん	43%	32%	37%	49%	75%	78%	77%
06脳腫瘍	24%	13%	12%	30%	59%	60%	57%
07婦人科がん	34%	23%	22%	35%	62%	71%	68%
平均値	37%	23%	27%	41%	67%	75%	71%

	02介入				03共通認識			
	02-01医療リソース		02-02診療指針		03-01状態・介入の共有			
	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大腸がん	98%	86%	56%	46%	81%	68%	71%	73%
02胃がん	97%	92%	57%	43%	86%	62%	66%	74%
03乳がん	99%	93%	53%	50%	79%	54%	64%	71%
04肺がん	90%	86%	44%	41%	72%	46%	62%	61%
05前立腺がん	99%	98%	41%	49%	81%	43%	63%	70%
06脳腫瘍	100%	93%	48%	38%	72%	23%	52%	58%
07婦人科がん	87%	83%	32%	37%	68%	42%	55%	61%
平均値	96%	90%	47%	43%	77%	48%	62%	67%

評価・分析支援ツール: 改善管理ツール

(適合率に対応する, 調査票の質問文と回答結果, のリンク)

フ エ ーズ		一般評価項目	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(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り、その体制を運用しているか(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医療リソースがあり、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・読影・治療・アセスメント等にかかるカンファレンス、カンサーボード、経過観察の履歴を共有する体制…例)レポートシステム・経過観察の掲示板等)
01がん診断	適合率		79%	96%	100%	100%	78%
02治療前診断	適合率		59%	93%	100%	100%	78%
03治療計画立案	適合率		54%	81%	100%	75%	100%
04治療介入	適合率		25%	95%	100%	100%	89%
05腫瘍評価	適合率		67%	100%	100%	100%	82%
06経過観察	適合率		50%	86%	100%	50%	100%
一般評価項目の計測項目合計			64%	94%	100%	75%	89%

質問1-1	がん診断について患者に説明した記録があるか
質問1-2	その際に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
質問2	患者のセカンドオピニオンの希望の有無を確認した記録があるか
質問3-1	患者のセカンドオピニオン希望があった場合、具体的なセカンドオピニオン対応内容を説明した記録があるか

1=病院・診療科の定型の文書(病院全体の決まりとして成立している文書)に記録するように決められており、同一のものを患者と病院の双方で持っている	☒ 当該症例では記録し、患者と共有している
1=病院・診療科の定型の文書(病院全体の決まりとして成立している文書)に記録するように決められており、同一のものを患者と病院の双方で持っている	1=当該症例では記録し、患者と共有している
5=医師によっては医師個人で作った文書もしくはカルテの自由記載に記録するようになっているが、患者に渡していない	6=当該症例では非該当(理由を記述)
5=医師によっては医師個人で作った文書もしくはカルテの自由記載に記録するようになっているが、患者に渡していない	6=当該症例では非該当(理由を記述)

本年度の調査希望(愛媛県)

病院種別	病院名	調査ファイル								改善管理プロジェクト		
		大腸がん	胃がん	乳がん	肺がん	前立腺がん	脳腫瘍	婦人科がん	薬物療法	改善管理プロジェクト参加希望	改善管理ツール利用希望	2016/3/12(土)セミナー参加希望
都道府県がん診療連携拠点病院	四国がんセンター	A	A	A	A	A		A	A	希望する	希望する	希望する
地域がん診療連携拠点病院	愛媛県立中央病院	A	A	A	A	A			A			
	松山赤十字病院	A	P	P	P	P	P	P	A	検討中	検討中	希望しない
	市立宇和島病院	A								希望する	希望する	検討中
	済生会今治病院	A								希望する	希望する	検討中
	住友別子病院	A								検討中	検討中	検討中
	愛媛大学医学部附属病院	A							A	希望する	検討中	検討中
	HITO病院	A							A	希望しない	希望しない	希望しない
その他の病院	四国中央病院	A	A	A	A			A	A	検討中	検討中	希望しない
	済生会西条病院	A								検討中	希望する	検討中
	松山市民病院	A								希望する	検討中	検討中
	合計	11	4	4	4	3	1	3	6	5	4	1

TQM@SCC

イメージ図

院長

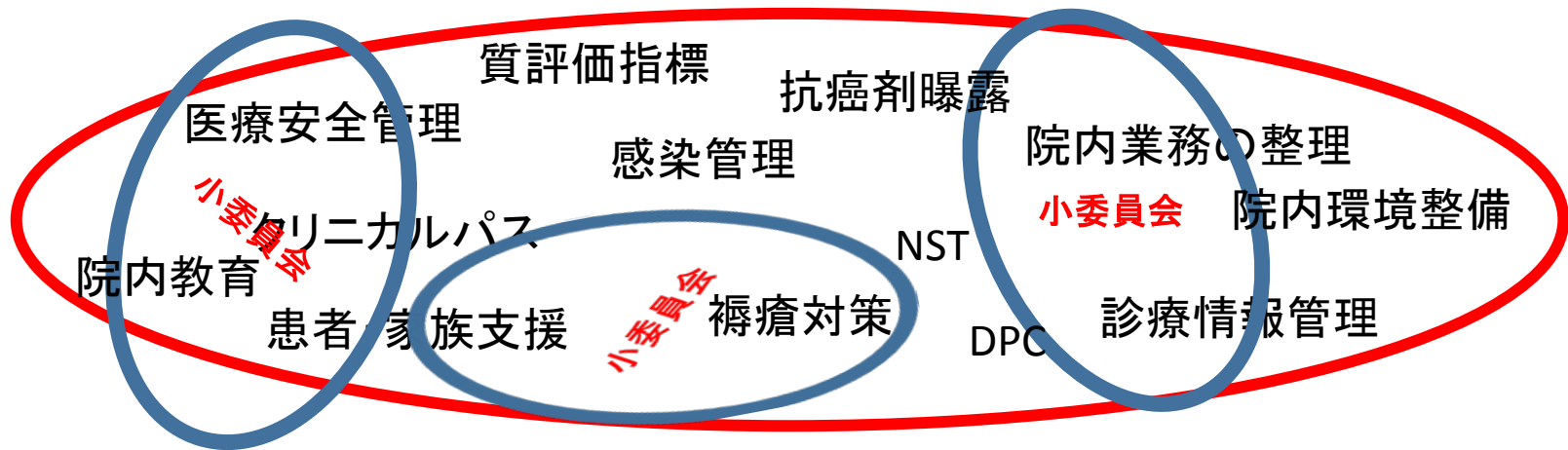
TQM委員会

- 1) 戦略の提示と改善目標の提案
- 2) 小委員会ごとに目標設定 & 達成報告
- 3) 情報収集と情報公開
- 4) 恒常的活動

ISO9001	経営指標・戦略	<モダリティ>	病院の設立理念・戦略
データ管理/評価	監査	医療の質指標	情報共有 情報開示



病院業務の改善(TQI活動を通じて)



TQM委員会の機能と運営方針

- ミッション: 院内の医療行為全般における質の保障・改善活動を推進することを通じて、患者に対し高品質な医療を提供し、医療スタッフの労働意欲増進を目指す。
- ビジョン:
 - ① 病院の運営・業務効率を上げ、医療の質評価指標等、集積管理されたデータを通して改善を行い、患者サービス提供の効率化、エビデンスに基づいた質の保障を推進する。
 - ② 改善目標により職員の目的意識を先鋭化し、前向きに労働に当たる環境を作るとともに、業務改善・環境整備による勤労意欲の増進を図る。
 - ③ 業務改善内容を院内・院外に常に関示していき、客観的評価を受けることにより、活動方針のアップデートを図る。
 - ④ 本活動を通じて地域医療、ひいては本邦の医療レベル確保へ貢献する。

院内TQM委員会での検討事項

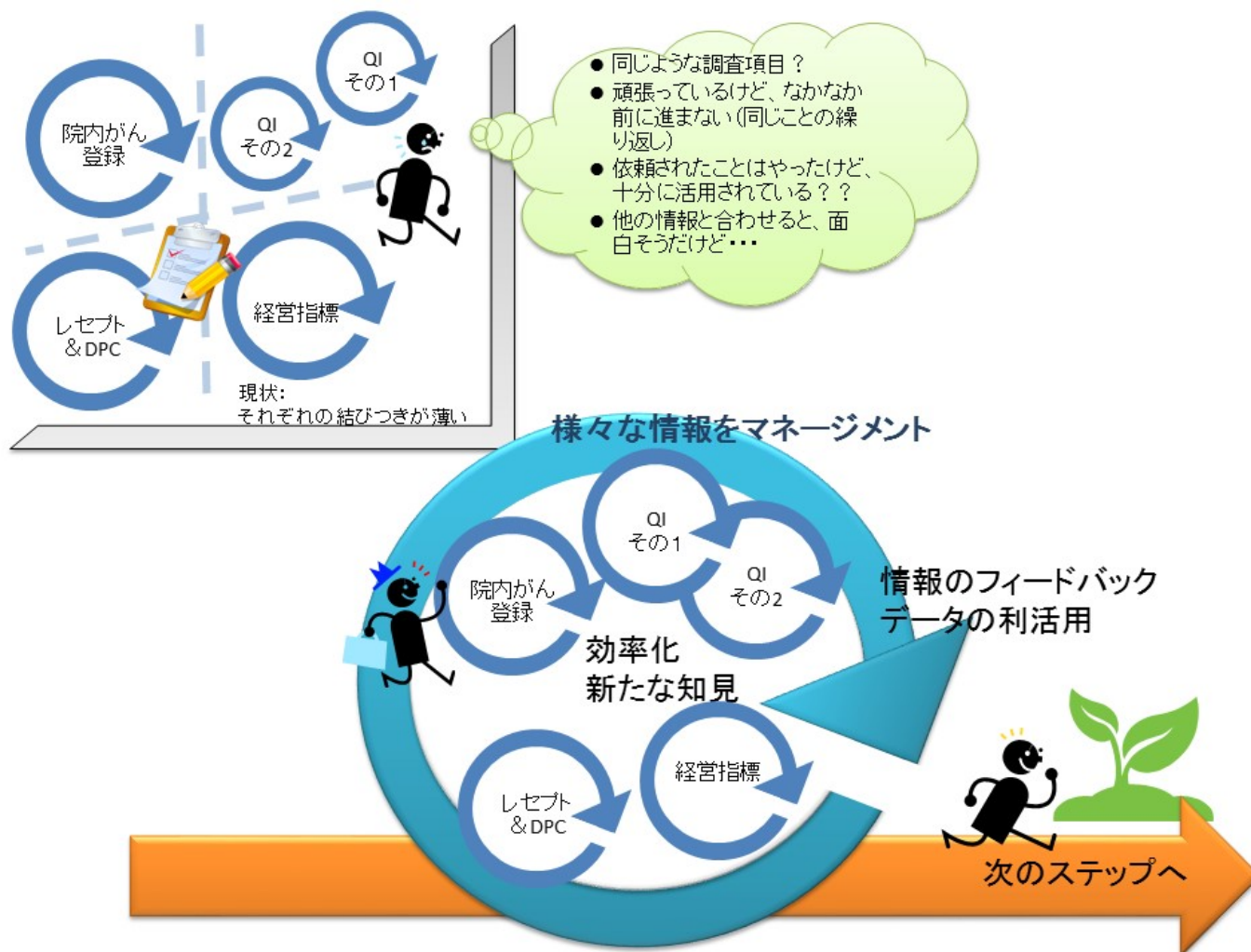
質評価指標の意義を確認

診療情報管理部門に、質評価指標調査担当を配置
(1名確保)



1. 質評価指標情報を提示(院内、地域)
2. データ解析、改善の助言(PDCAサイクル)
3. 定期的質評価指標調査の実施

Shikoku Cancer center Intelligence Project (SCIP) チーム



*寺本がん予防疫学研究部医療情報研究室長より

目的

主目的:TQM委員会の活動として情報やデータの一元的な管理を行う。

データマネジメントを行い、院内の業務改善や研究活動の支援につなげる。

どこにどんなデータがあるか、院内のデータの総体を把握できる
支援および提案が出来る

主に、複数科や複数部署に関係する情報を扱う。

副目的:そのようなチームを組織したことの成果を検討する

具体的・段階的目標

目標1(短期目標)

院内で行われているQI指標に関する調査、外部から依頼された複数科や複数部署に関わる医療情報を利用する調査等の実態を把握する。それらの研究のために一度集めた情報は再利用できるように管理する。依頼された研究を依頼された個人から取り上げて管理するのではなく、情報提供を援助する。

目標2

複数部署の代表からなるチームを組織することにより、把握した調査等の業務の効率化を測る。

どの部署にどんな情報が有り、どう言う形であれば有効に集められるか、ある部署のどんな情報が別の部署に必要なか、使えるかなどを検討する。Intersectionalに集まることにより、院内の総情報の可視化を目指す。再び集計する時にデータが取りやすい形を考える。

目標3(TQMのWGとして)

TQM委員会の元、情報のフィードバックを行う。*Intelligence*を作成する。

目標1・2により、医療情報研究と医療情報の両者を把握したチームとなったSCIPは、必要なIntelligenceをTQMメンバーと共に構成できる

目標4(SCCの情報関連研究をサポートするチームとして)

複数科や複数部署に関わるデータを利用する研究に対する支援を行う。

データ抽出やその加工に関するサポートを行う。

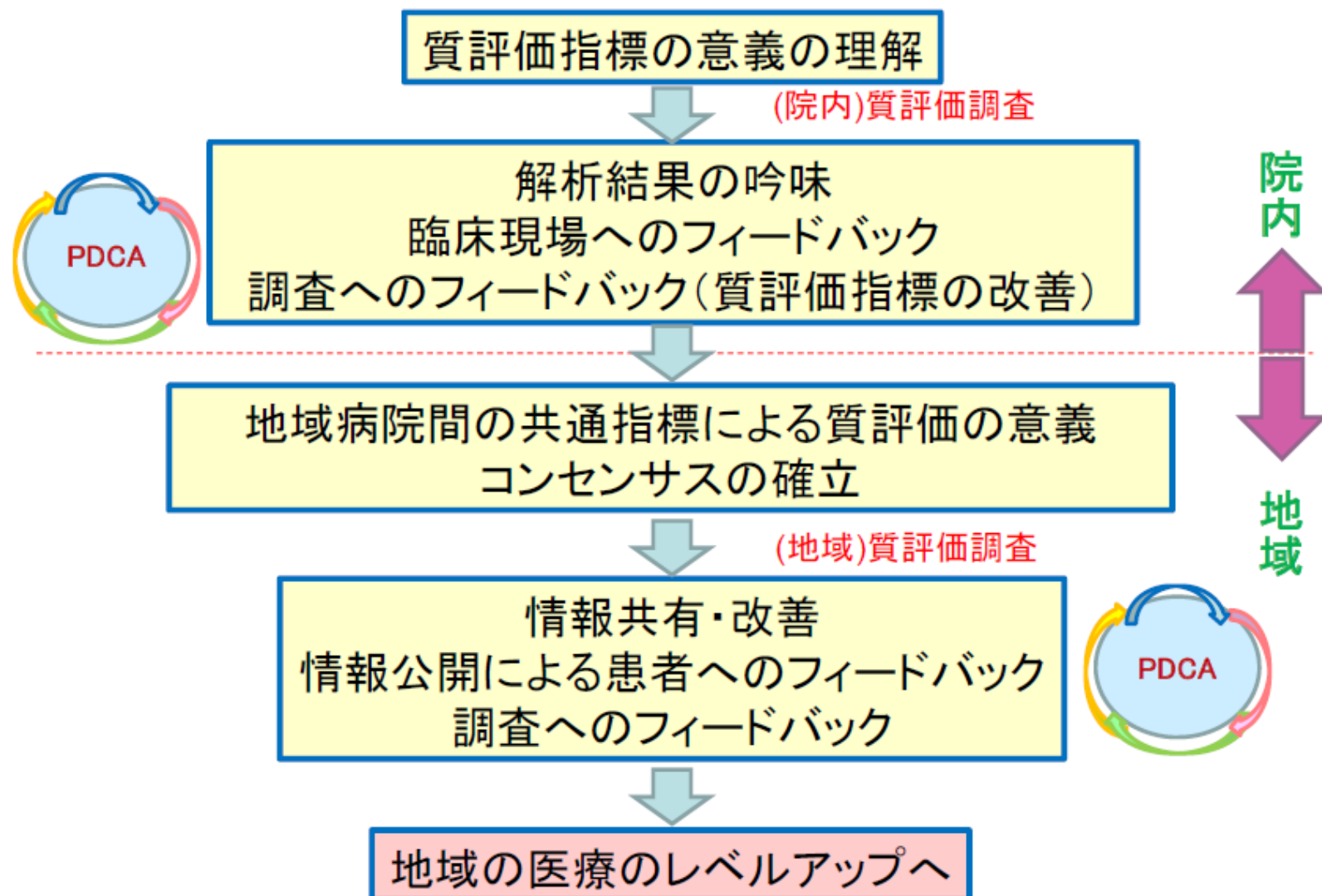
『SCIPは何処のどんな形で使えるデータがあるか把握している』、

あるいは『データを持っている』ので、有効にサポートすることが出来る。

案件を抱えた人物が、案件毎にSCIPに参加し、サポートと情報を得る。

*寺本がん予防疫学研究部医療情報研究室長より

質評価指標の展開プラン



NHO四国がんセンター

	新病院	旧病院
病床数	405床	360床
敷地面積	47千m ²	26千m ²
延床面積	37千m ²	22千m ²
駐車場	500台	200台

ご清聴
有難うございました



「地域医療連携研修センター」を併設

都道府県がん診療連携拠点病院