

平成28年度 都道府県がん診療拠点病院
PDCAサイクルフォーラム
2017年2月3日 於国立がん研究センター

埼玉県の取り組み

埼玉県立がんセンター



病院長

坂本裕彦

病院機能検討委員長
協議会PDCA部会長

川島吉之

取り組みの出遅れ

- 2014/01/10 新指針 PDCAサイクル
- 2014/04/01 埼玉県立がんセンターDPC導入
- 2014/12/30 埼玉県立がんセンター病院新築移転
- 2015/11/24-25 病院機能評価3rdG1.1受審

忙しさにかまけて活動できなかった

2016/05/29 **がん診療体制の質評価報告会**

PDCAの具体的な方法

埼玉県がん診療連携協議会としての参加を検討しよう

2016/06/09 加藤先生から御提案を頂き、打ち合わせ

埼玉県方式PDCAを作ろう

トップダウンによる共通の目標から始める

協議会共通目標

外来から在宅緩和ケアへの移行の促進

2016/07/05 PDCAサイクル院内会議（ワークショップ）

在宅医療との連携の課題抽出と解決策の方向性

2016/07/14 埼玉県がん診療連携協議会

- 加藤先生講演 PDCAモデルの導入、試行について
トップダウン方式
- 2016/07/05のワークショップ紹介
- 安藤先生(さいたま赤十字病院長)講演
「PDCAサイクルを効率的・効果的にまわすための調査票と
改善管理ツール」の利用について
手上げ方式
- PDCA部会新設の承認
PDCA手法の導入と
各部会のPDCAに横断的に関わることが目標

2016/07/22 PDCA部会各施設代表者選任の依頼

2016/11/11 第1回PDCA部会集合会議 各施設のPLAN共有
DO

2017/03/03 CHECK



都道府県がん診療拠点病院(1)



地域がん診療拠点病院(12)



埼玉県指定がん診療病院(13)



小児がん拠点病院(1)

埼玉県

人口 7,266,534人

H27.10.1国勢調査

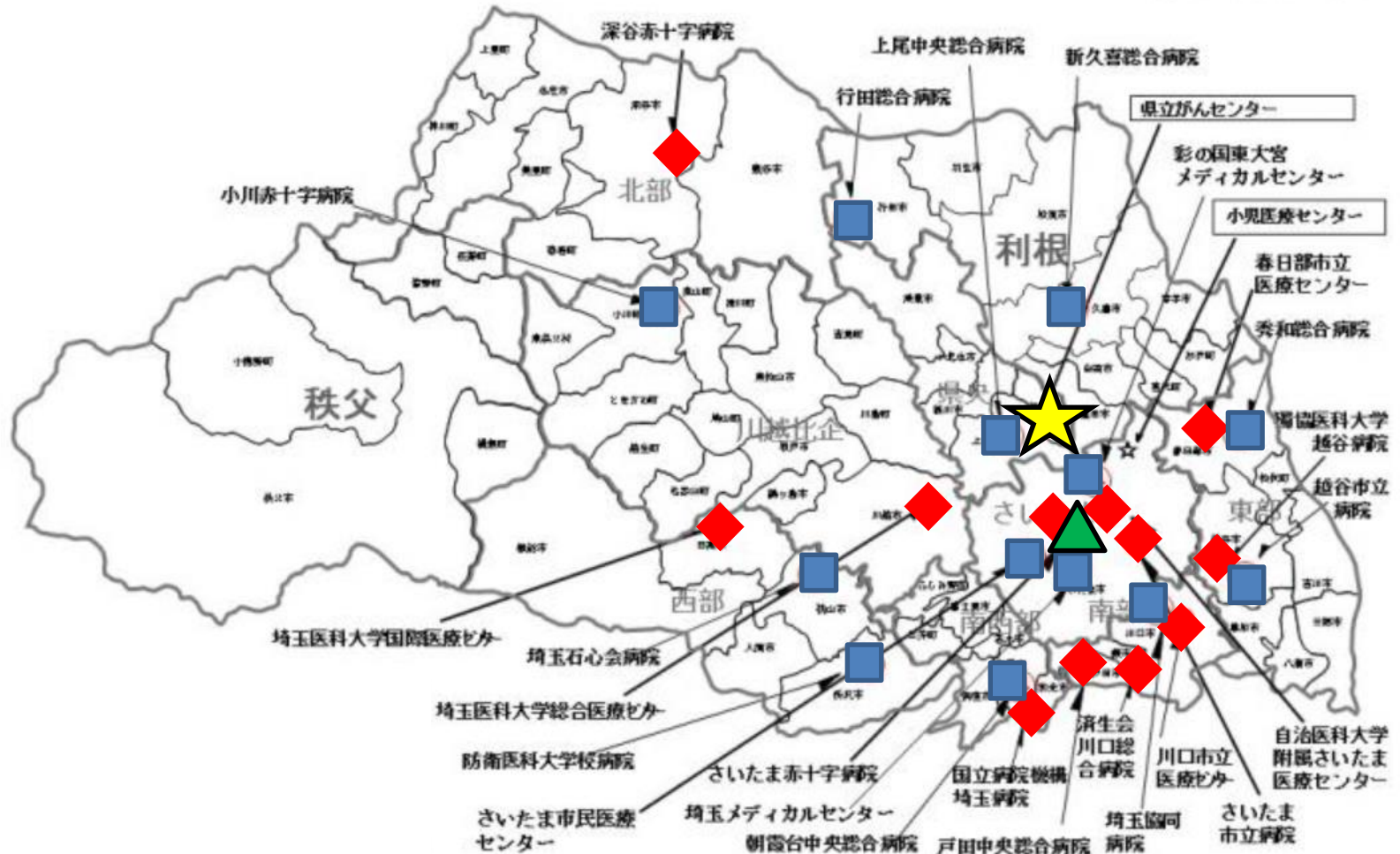
医師数 10,689人

H22現在

医師数/人口10万人 148.6人 H22現在

(都道府県格付け研究所資料)

平成28年 7月 1日現在



県全体のがん診療の質の向上を目指した
埼玉県のPDCAサイクル確保に向けた
新たな取り組みの提案について

国立がん研究センターがん対策情報センター
がん医療支援部 加藤雅志

於2016/07/14 埼玉県がん診療連携協議会

PDCAサイクルの確保 イメージ

4.改善

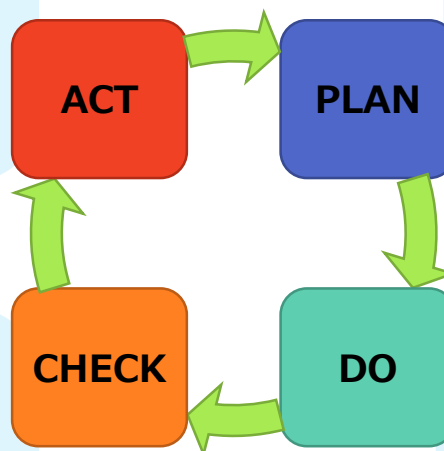
評価に基づく改善

- 評価結果の解釈
- 新たな課題を整理し、今後の方向性についての検討

3.評価

目標の達成状況の確認

- 計画の実施状況の評価
- 評価指標の情報収集



1.計画

がん医療提供体制の整備のための計画立案

- 目標の設定と計画の策定
- 評価指標（診療機能・診療実績等）の設定

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

新たながん拠点病院制度に定められた PDCAサイクルの確保

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、広報を行うことが求められる。

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
 - ・都道府県を越えた希少がんに対する診療体制等、臨床試験の実施状況

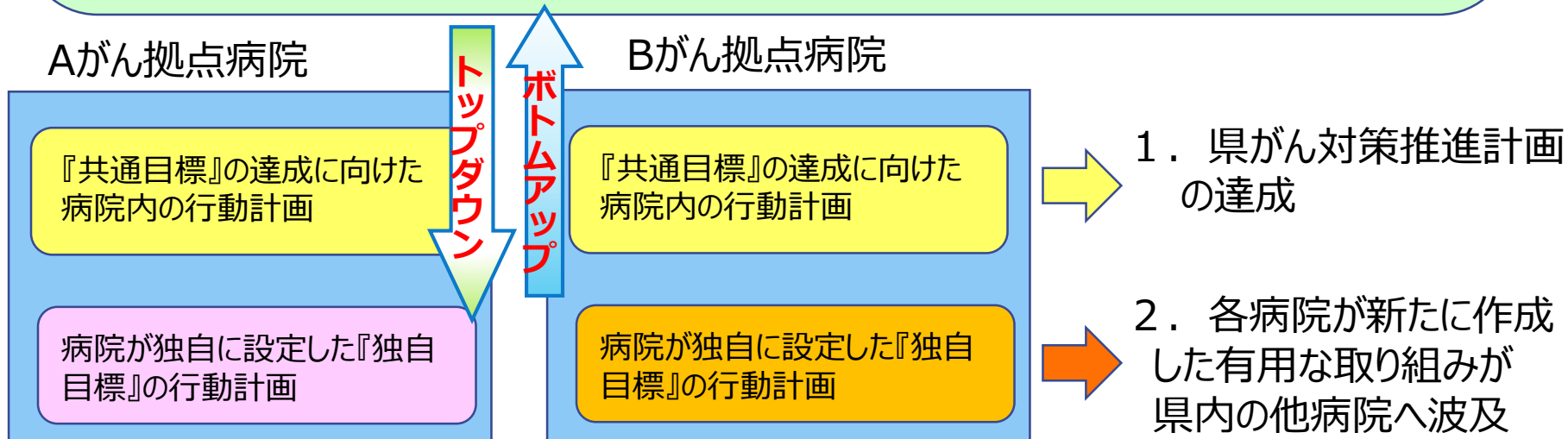
③全国レベル

- 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

今後の都道府県レベルでの PDCAサイクル確保のモデル体制の例

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

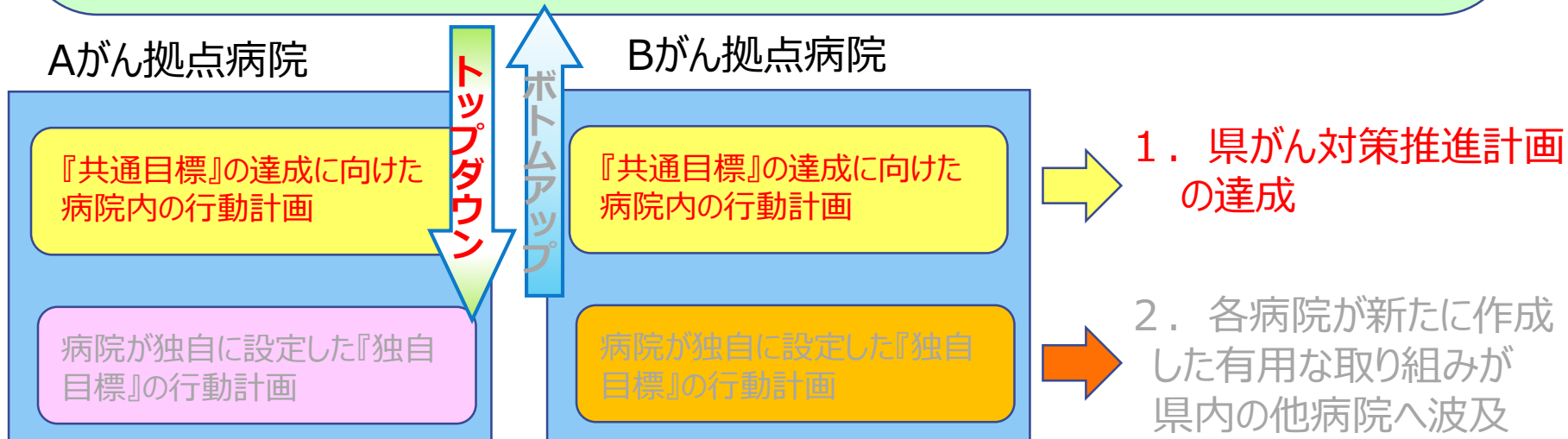
1. 「県がん対策推進計画」の達成を目指した目標の設定、指標の決定、評価の時期や方法を含めた実行計画の作成。
⇒ **県内のがん拠点病院の『共通目標』の設定**
『がん対策進捗管理指標』の活用
2. 各がん拠点病院が、医療の質を向上させていくために独自に設定した目標、その達成に向けた計画、その結果等について共有し、有用な取り組みについて他のがん拠点病院も積極的に取り入れていく。
⇒ **各がん拠点病院が設定する『独自目標』を、他のがん拠点病院と共有**



今後の都道府県レベルでの PDCAサイクル確保のモデル体制の例

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**
『がん対策進捗管理指標』の活用
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**



埼玉県全体で「トップダウン方式」による PDCAサイクルの確保を具体的に始める

- (1) 埼玉県全体で『全体で達成する目標（全体目標）』『共通で目指す目標（共通目標）』『共通指標』を定める
- (2) 『共通目標』の達成に向けて、埼玉県内の全てのがん拠点病院等が、自分たちの病院における『施設目標』『施設計画』を作成する
- (3) 埼玉県内の全てのがん拠点病院等が、『共通指標』を用いてそれぞれの病院の進捗状況を評価していく
- (4) それぞれの病院の『施設計画』や、取り組み状況を埼玉県内で共有し、自施設の活動の参考にする

埼玉県がん対策推進計画(平成25年度～平成29年度)の概要

計画策定の趣旨

■本県のがん対策を総合的、計画的に推進するための計画

計画策定の根拠

- がん対策基本法第11条第3項
- がん対策推進基本計画(H24・6・8閣議決定)

計画期間

■平成25年度から平成29年度まで

全体目標

がんにより死亡する人の減少
～がんの年齢調整死亡率(75歳未満)の20%減少～

すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減
並びに療養生活の質の維持向上

新 がんになっても安心して暮らせる社会の構築

具体的な取組

1 がんの予防とがん検診の受診率及び質の向上

【主な取組】

□がん検診の受診率向上

●がん検診受診率 現状値(H22年) 33.1% ⇒ 目標値(H28年) 50.0%
(例) 胃がん検診(男性)

□女性特有がんへの対応

●乳がん・子宮がん受診率 現状値(H22年) 22.9% ⇒ 目標値(H28年) 50.0%
乳がん検診 22.3% ⇒ 50.0%
子宮がん検診

●乳がん検診マンモグラフィ 現状値(H23年度) 399人 ⇒ 目標値(H29年度) 650人
読影認定医師数

【主な個別目標】

2 質の高いがん医療の提供

【主な取組】

□県立がんセンターの機能強化

●県立がんセンターの新病院整備(H25年度)

新 小児がん医療体制の充実

●県立小児医療センターの新病院整備(H27年度)

【主な個別目標】

3 がんと診断された時からの緩和ケアの推進と相談支援

【主な取組】

□緩和ケア提供体制の充実

●緩和ケアセンターの整備数 現状値 0か所 ⇒ 目標値(H26年度) 1か所

□患者とその家族にとって活用しやすい相談支援体制の充実

●地域統括相談支援センターの設置数 現状値(H23年度) 0か所 ⇒ 目標値(H29年度) 1か所

【主な個別目標】

4 がん患者の在宅医療の推進

【主な取組】

□切れ目のない在宅医療・介護サービスの連携体制の構築

【主な個別目標】

●在宅療養支援診療所数 現状値(H23年度) 432か所 ⇒ 目標値(H29年度) 700か所

5 がん登録の推進

【主な取組】

□精度の高い地域がん登録

【主な個別目標】

●県内のがん患者の実態を把握している割合 現状値 なし ⇒ 目標値(H29年度) 70%以上

6 がんの教育と普及啓発及び働く世代へのがん対策の充実

【主な取組】

新 一人ひとりががんを予防していくための教育や普及啓発

【主な個別目標】

●がん検診受診推進サポーター・がん検診県民サポーター養成者数 現状値(H24年9月) 3,000人 ⇒ 目標値(H29年度) 13,000人

新 就労等の社会的な問題への対応

●就労等に関する相談対応が可能な相談支援センター 現状値 0か所 ⇒ 目標値(H29年度) すべての拠点病院

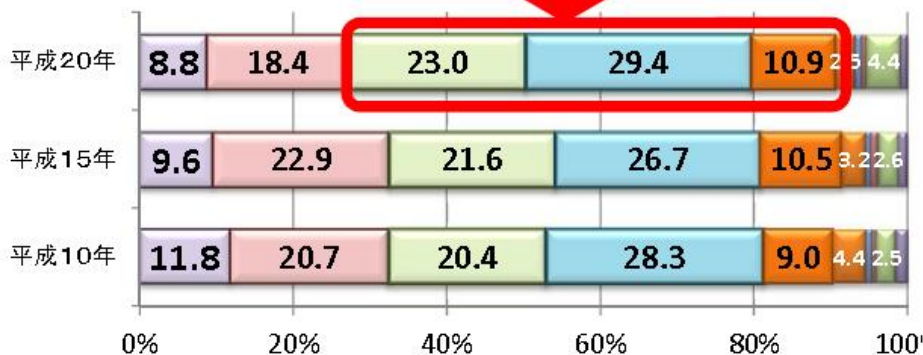
埼玉県
がん対策推進計画
との整合性も考慮

今回は、テーマを
「在宅医療の推進」
とする

希望する療養場所と死亡場所の差異

終末期の療養場所に関する希望

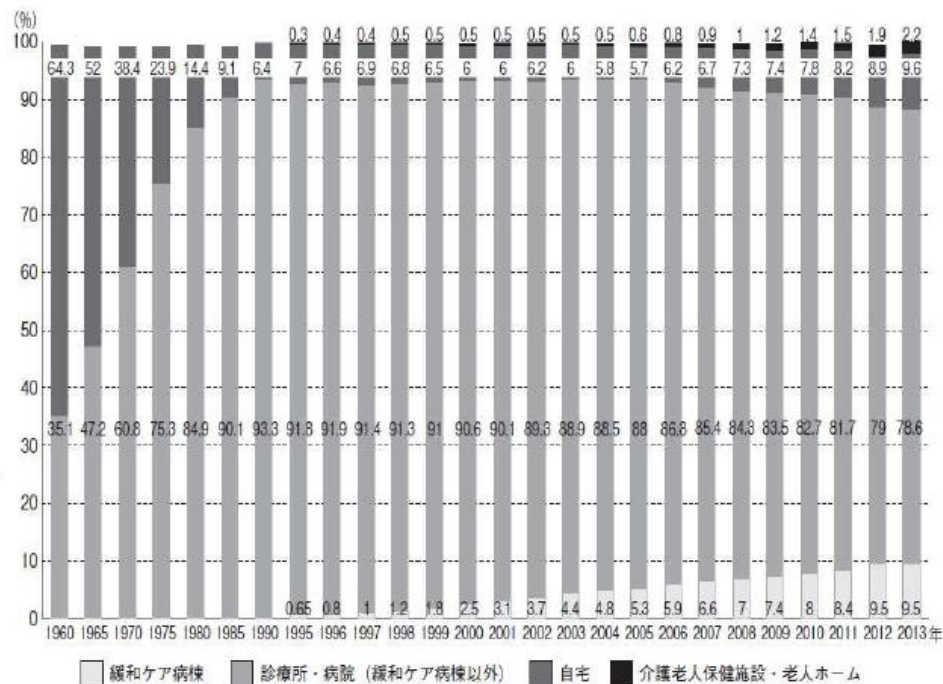
自宅療養を希望 63.3%



- なるべく今まで通った(または現在入院中の)医療機関に入院したい
- なるべく早く緩和ケア病棟に入院したい
- 自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい
- 自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい
- 自宅で最後まで療養したい
- 専門的医療機関(がんセンターなど)で積極的に治療を受けたい
- 老人ホームに入所したい
- その他

出典: 終末期医療に関する調査(各年)

がん患者の死亡場所



(厚生労働省人口動態統計, 2013年)

緩和ケア病棟 9.5%、自宅 9.6%
診療所・病院 78.6%(2013年)

がん患者の在宅医療への移行にあたっての課題①

- 遺族調査では、40%が在宅医療を「もっと早く・もう少し早く受診すれば良かった」と回答。
- 医療相談・連携室の関与や、往診医師・看護師との面談が行われている方が、適切なタイミングで在宅医療の導入が行われている。

●在宅診療を受けて死亡した患者の遺族1,049名を対象とした質問紙調査。723名より回答(69%)。

➤ 往診を担当する医師を初めて受診した時期について

- **もっと早く受診すればよかった** 23%
 - **もう少し早く受診すればよかった** 17%
 - ちょうどよかった 53%
 - もう少し遅く受診すればよかった 0.4%
 - もっと遅く受診すればよかった 0.8%
- 40%**

	もっと早く・もう少し早く 受診すれば良かった (n=285)	ちょうどよかった (n=384)	P
医療相談・連携室が関わっていた	52%(147)	63% (243)	0.002
苦痛がだいたい緩和されていた	53% (150)	63% (242)	0.010
往診する医師や訪問看護師と顔合わせをした	53% (150)	62% (239)	0.013

出典：日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究2」

平成28年度 診療報酬改定 がん治療中の外来患者の在宅医療への連携の充実

第1 基本的な考え方

外来で治療を受けるがん患者が、適切な時期に在宅医療への紹介を受けることで、終末期により質の高い在宅でのケアを受けることができるよう、終末期に近いがん患者について、外来から在宅への連携を評価する。

第2 具体的な内容

進行がん患者の緩和ケアに係る外来から在宅への切れ目のない移行を図り、在宅において質の高い緩和ケアを提供する体制を実現するため、進行がん患者に対して外来で化学療法又は緩和ケアを行う保険医療機関が、当該患者を在宅で緩和ケアを実施する別の保険医療機関に適切な時期に紹介することの評価を新設する。

(新)外来がん患者在宅連携指導料500点(1人につき1回に限る。)

[算定要件]

外来で化学療法又は緩和ケアを実施している進行がんの患者であって、在宅での緩和ケアに移行が見込まれるものについて、患者と診療の方針等について十分に話し合い、患者の同意を得た上で、在宅で緩和ケアを実施する別の保険医療機関に対して文書で紹介を行った場合に、1人につき1回に限り所定点数を算定する。

(1) 埼玉県全体で『全体で達成する目(全体目標)』『共通で目指す目標(共通目標)』『共通指標』を定める

『全体目標』案

- ・地域の在宅療養支援機能を有する医療機関との連携を図り、円滑な在宅医療への移行に努め、がん患者の在宅看取り率の向上を目指す。

『共通目標』案

- ・埼玉県内のがん治療を担うがん拠点病院等で、「**外来がん患者在宅連携指導料**」の算定件数を増加させる。

『共通指標』案

- ・各病院で算定する「**外来がん患者在宅連携指導料**」の件数

(2)『共通目標』の達成に向けて、埼玉県内の全てのがん拠点病院等が、自分たちの病院における『施設目標』『施設計画』を作成する

それぞれの病院で、埼玉県全体の共通目標である

「『外来がん患者在宅連携指導料』の算定件数を増加させる」

の達成を目指して、施設内での目標(施設目標)や計画(施設計画)を作成する

※可能な範囲で**数値目標**を記載するよう検討をお願いします

●「施設目標」の例1

(成果目標)

- ・在宅緩和ケアを希望する患者を、確実に在宅へつなげる体制を確立する
- ・平成28年度の在宅医への紹介実績を○件を目指す

(行動目標)

- ・医療連携室は、○月までに、**在宅医リスト**を作成する
- ・○○委員会は、○月までに、患者への説明用**パンフレット**を作成する
- ・毎月の紹介数○件以上を目指す

●「施設目標」の例2

(成果目標)

- ・外来から在宅に紹介する患者数を増やす

(行動目標)

- ・医事課は各診療科ごとの**実績を毎月とりまとめ**医局内で共有する。
- ・各診療科は、外来から在宅に紹介する患者数を**増やす方法について**検討する

具体的手順の例示

各拠点病院におけるPDCAサイクルの確保

在宅緩和ケアを実施する医療機関(在宅医)への紹介体制を確立するための計画立案

成果目標	PDCAサイクル		2016年						2017年			
			7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
在宅緩和ケアを希望する患者を、確実に在宅へつなげる体制を確立する 平成28年度の在宅医への紹介実績を〇件を目指す	P	(行動目標) ・在宅医リストの作成 ・患者への説明資料の作成 ・毎月の紹介数〇件以上										
	D	(計画の実施)										
	C	(プロセス評価指標) 外来中に当該患者を地域連携室につなげた件数 (/月)										
		(目標達成指標) 在宅医への紹介実績 (/月) (診療情報提供書による)										
A	(改善に向けた取り組み)											

行動目標を目標を記載する。可能であれば数値目標も記載する。

実際に実施した取り組みを順次記載していく

可能であれば、中間的な評価指標も設定

埼玉県全体で共通の最終的な目標達成指標

経過の中で、目標達成に向けて、計画を改善したり、新たに取り組んだことなどがあれば記載していく

ツールの提供 管理シート

(3) 埼玉県内の全てののがん拠点病院等が、『共通指標』を用いてそれぞれの病院の進捗状況を評価していく

(4) それぞれの病院の『施設計画』や、取り組み状況を埼玉県内で共有し、自施設の活動の参考にする

9月 情報の共有

- ・各病院が作成した「施設目標」「施設計画」(P)を、事務局が収集します。
- ・収集した情報は、県内のがん拠点病院等で共有します。
- ・各病院は、他の病院の取り組みを参考にして、必要があれば目標や計画の修正をしてください。

12月 中間評価

- ・中間評価までの計画の実施状況(D)と、「共通指標」である「外来がん患者在宅連携指導料」の件数(C)を、事務局が収集します。
- ・収集した情報は、県内のがん拠点病院等で共有します。

3月 最終評価

- ・最終評価までの計画の実施状況(D)と、「共通指標」である「外来がん患者在宅連携指導料」の件数(C)を、事務局が収集します。
- ・収集した情報をもとに、埼玉県がん診療連携協議会で改善すべき課題、来年度以降の活動に向けた議論を行います。

埼玉方式PDCAサイクルの確保 イメージ

4.改善

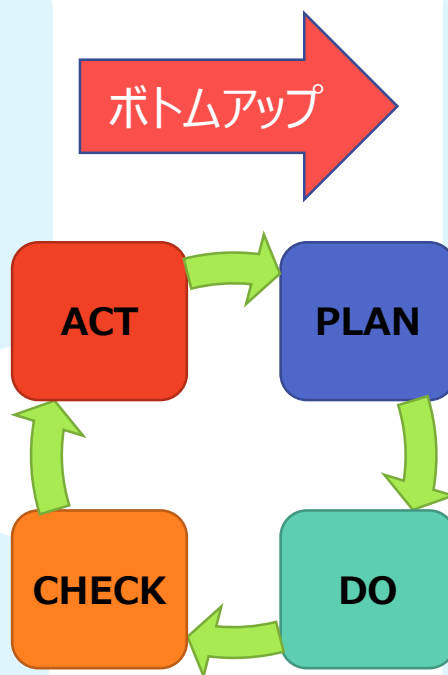
評価に基づく改善

- 評価結果の解釈
- 新たな課題を整理し、今後の方向性についての提案

3.評価

目標の達成状況の確認

- 計画の実施状況の評価
- 評価指標の情報収集
- PDCA部会で状況の共有



1.計画

- 目標 在宅医療支援機関と連携しての円滑な在宅移行
- 評価指標
外来患者在宅連携指導料算定
共用ツールの配布・手順の例示

2.実行

- 計画に基づく
各病院の問題点の抽出、
解決策策定
各施設計画の実施

各病院の計画に係るスケジュール

H28年7月

9月

12月

H29年3月

Plan

Do

Check

Act

事務局

がん拠点病院等

埼玉県がん診療連携協議会

本協議会

中間評価

本協議会
または部会

最終評価

本協議会

県内共通目標を設定するためのテーマの決定

各病院から計画を収集し、各病院と共有

各病院の進捗状況を収集し、各病院と共有

年度末の達成状況を収集、共有

行動計画の作成
・目標の設定
・評価指標の設定
・測定方法の設定
など

行動計画の実行
・目標達成に向けた取組

行動計画の実行
・必要に応じて、改善に向けた取組

中間評価
・目標の達成状況の評価
・改善すべき課題・問題点の抽出

最終評価
・目標の達成状況の評価
・改善すべき課題・問題点の抽出

情報共有
・拠点病院間での情報共有

平成29年度に向けた検討

協議会スケジュールの現実

H28年7月

11月

H29年3月

H29年6月？

事務局

がん拠点病院等

埼玉県がん診療連携協議会

本協議会

中間評価

本協議会
または部会

最終評価

本協議会

平成29年度に向けた検討



県内共通目標を設定するためのテーマの決定

各病院から計画を収集し、各病院と共有

各病院の進捗状況を収集し、各病院と共有

年度末の達成状況を収集、共有

行動計画の作成
・目標の設定
・評価指標の設定
・測定方法の設定
など

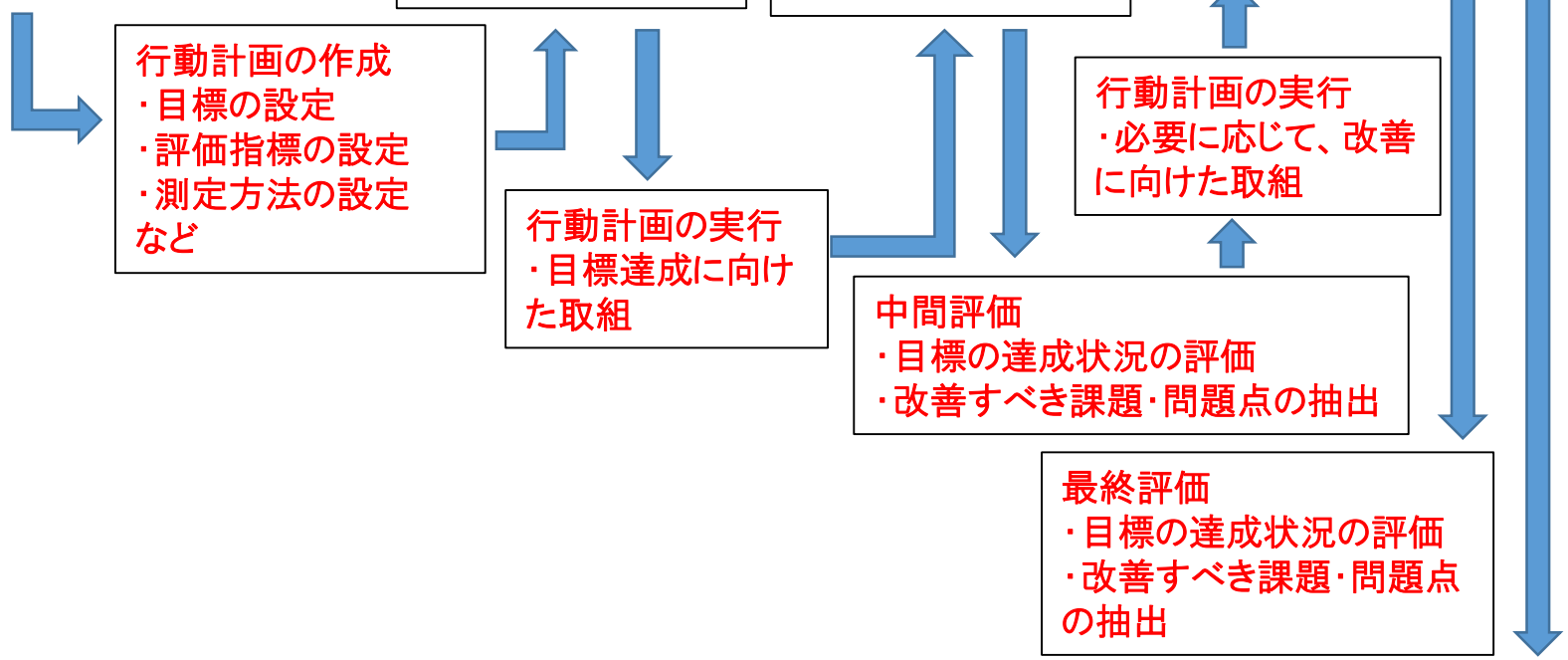
行動計画の実行
・目標達成に向けた取組

行動計画の実行
・必要に応じて、改善に向けた取組

中間評価
・目標の達成状況の評価
・改善すべき課題・問題点の抽出

最終評価
・目標の達成状況の評価
・改善すべき課題・問題点の抽出

情報共有
・拠点病院間での情報共有



在宅医療におけるPDCAサイクルの確保に関するワークショップについて 1

【ワークショップの目的】

埼玉県立がんセンターにおける、在宅医療との連携の課題を抽出し、その解決策の方向性について明らかにしていく。

於2016/07/14 埼玉県がん診療連携協議会

在宅医療におけるPDCAサイクルの確保に関するワークショップについて 2

【課題の検討におけるポイント】

- 当院でがん治療を受けている患者は、がん治療が終わった後、希望した場所で療養できているか。
- 当院でがん治療を受けている患者は、がん治療が終わった後の療養の仕方について、どのようなタイミングで、どのようにして意思決定しているか。

【解決策の検討におけるポイント】

在宅で療養することを希望する患者が、その意向をよりスムーズに実現できるようにするためには、どのような取り組みが必要か。

在宅医療におけるPDCAサイクルの確保に関するワークショップの実施

日時：平成28年7月5日（火） 17:30～19:00

参加者：医師、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカーなど（69名）

時間	セッション	概要
17:30-17:55	導入	<ul style="list-style-type: none">趣旨とグループワークについて説明
17:55-18:10	課題の抽出 (グループワーク)	<ul style="list-style-type: none">各職種がバランスよく揃うよう、9～10名にグループ分けしたグループ内で「在宅療養への移行」に関する問題点について意見を出し合い、優先して取り組むべきと考える問題点を1点挙げた
18:10-18:20	課題のまとめ	<ul style="list-style-type: none">各グループで抽出された課題を共有
18:20-18:45	解決策案の検討 (グループワーク)	<ul style="list-style-type: none">課題に関する解決策のアイデアを自由に出し合った
18:45-19:00	まとめ	<ul style="list-style-type: none">検討内容の共有とまとめを行った

課題の抽出（グループワーク）

1. 書記を決める。
2. グループ内で「がん患者の在宅療養への移行に関する問題点」について意見を出し合う。
3. 優先して取り組むべきと考える問題点を1点選ぶ。

在宅療養への移行に関する問題点

記載例)

- 担当医から患者が在宅療養について説明するタイミングが遅い。
- ……。
- 患者に適した在宅療養支援医療機関がわからない。
- 在宅療養移行の対象となる患者について、医療者間で情報共有できていない。
- ……。
- ……。
- ……。

解決策案の検討（グループワーク）

1. 共有された課題の中から、重要だと思われる課題について、具体的な対応策のアイデアを出し合う。

解決策

例)

課題 1. 担当医から患者が在宅療養について説明するタイミングが遅い。

- 化学療法のアストラインが始まるまでには、主治医は、がん治療終了後のことを話し合い始める。
- 患者や家族の意向を適宜確認し、医療者間で情報共有する仕組みを作る。
- ……。

主な課題

患者や家族に説明するタイミングの難しさ

- 在宅療養を患者へ説明する時期やタイミングが難しい
- 患者、家族の関係性が希薄化していて、情報を共有していくことが難しい
- 抗がん剤の進歩により、ギリギリまで治療を続けており、治療を終了する時期、緩和ケアに移行するタイミングが難しい

病院で取り組むことが可能

在宅療養を支える体制の不足

- 在宅医、在宅医療支援施設等が不足している
- 老々介護、独居、核家族化でサポートする人がいない
- 受け入れる家族の不安が大きい（自分たちでケアができるのか）
- 家族が働いていて、家にいないことが多い

病院だけで取り組むことは難しい

病院独自で取り組めるものについて、解決策を取りまとめることとした

主な解決策

患者、家族の意志を確認する体制づくり

- 患者、家族に適宜、意志の確認を行う
 - 早くから、少しずつ、随時
- 多職種でのサポートにより意志確認を行う
- スクリーニングシートで意向を確認する
 - 早めのリストアップと介入
- 在宅移行時期を見極めるフローチャートを作成する

医療従事者間での情報共有

- スタッフ間で情報共有できるようにする（診察記事に記録、目印をつけるなど）
- 医師と看護師も早くから見通しを話し合っておく
- スクリーニングしたことを情報共有し、情報をいかす

2016/11/11 第1回PDCA部会集合会議

各施設のPLAN共有 PDCA現状報告

がん診療拠点病院 13施設
県指定がん診療病院 13施設

この時点までに

PDCA活動をすでに行っていた施設 7施設

新たにPDCA部会を立ち上げた施設 4施設

まだ部会設立に至らない施設 9施設

部会欠席施設 6施設

施設名	2016年						2017年		
	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
A	・担当者の決定 ・当該患者の在宅移行の現状把握	・在宅医への紹介における必要な体制の確認 ・在宅医リストはすでに完成、運用	・在宅医リスト運用 相談支援センター 看護部門で実行 埼玉県 877施設のリスト、周辺の都県 31施設 平均10名の在宅往診のための紹介			院内中間評価 今までのデータから診療科へのフィードバック、在宅移行促進への働きかけ			・院内最終評価 ・次年度に向けた検討
B	(3月→診療報酬改訂説明会あり) (4月→相談支援課退院支援部門にて、診療報酬算定時の医事課への連携用紙作成済み・在宅医リストは既存)	P D C A 部会メンバーの選出	P D C A 部会メンバーの決定	・P D C A 部会開催 ・在宅での緩和ケア移行状況の把握	・P D C A 部会開催 ・診療情報提供書フォーマット内容の検討	・院内中間評価	当指導料の院内再周知の必要性を検討	がん診療のコストに関する勉強会開催	・院内最終評価 ・P D C A 部会開催 ・次年度に向けた検討
C	・退院調整室の増員等体制整備	・医師会との協調による在宅医リスト作成	・がん患者看護支援室及び退院調整室の運動 ・担当者の決定 ・在宅医への紹介における必要な体制の確認 ・計画の立案	・在宅医紹介用の診療情報提供書フォーマットの作成	・在宅医療に関する患者説明用資料の作成 ・在宅医紹介用ツールの周知	・院内中間評価	・在宅医リストの完成		・院内最終評価 ・次年度に向けた検討
D		活動のための組織化 担当者の検討	担当者の決定	(暫定) ・活動目的、目標の共通理解 ・該当患者の在宅移行の現状把握 ・算定準備 (システム) 開始		(暫定) ・該当患者の在宅移行の現状把握 (2) ・在宅移行における/リアと対応策の検討			
E									
F	・担当者の決定 ・昨年度の在宅移行の把握	・算定の体制の確立 ・算定開始	・部課長会で周知	・がん診療委員会で算定件数を把握					
G	・担当者の決定	・外来化学療法等がん治療を行っている患者実態の把握	・在宅医リスト作成の為、地域医療機関、訪問看護ステーションへのアンケートを実施	・アンケート集計および結果分析	・在宅緩和ケアへの移行体制の構築検討 (連絡、情報共有、IC等)	・在宅緩和ケアへの移行体制の構築検討 (連絡、情報共有、IC等) ・院内中間評価	・在宅緩和ケアへの移行体制の構築検討 (連絡、情報共有、IC等)	・在宅緩和ケアへの移行体制の構築検討 (連絡、情報共有、IC等)	・院内最終評価 ・次年度本格実施に向けた課題検討
H			・担当者の決定 ・当該患者の在宅移行の現状把握	・在宅医への紹介における必要な体制の確認	・当院地域連携に関わる在宅医の確認		在宅医リストの完成		・院内最終評価 ・次年度に向けた検討
I	担当者の決定	指導料算定の現状把握	在宅医リスト作成	患者への説明資料作成	・在宅医リスト完成 ・院内への周知	院内中間評価			・院内最終評価 ・次年度に向けた検討
J									
K	緩和ケア検討部会でPDCAサイクルの説明を行う。	計画立案	1. PDCAサイクルの具体的な流れを部会で説明する。 2. 対象診療科をどこにするか部会で話し合う。(おそらく消化器内科・外科) 3. 消化器内科・外科へ説明し、協力を得る。⇒ 担当：部会長 * 外来の場合、医師からがん看護相談のリーフレットを患者・家族へ渡してもらおう。 4. がん患者・家族のための療養支援フローシートの作成 ⇒ 担当：小暮 5. 退院支援用パンフレットの作成 ⇒ 担当：井桁・小暮 6. 在宅医・訪問看護ステーションのリストの作成 ⇒ 担当：地域医療連携室へ依頼	1. 部会で進行状況を発表し情報共有・修正を行う。	1. 部会で進行状況を発表し、情報共有・修正を行う。	中間評価			次年度へ向けた検討
L	・担当者の決定 ・当該患者の在宅移行の現状把握	・在宅医への紹介における必要な体制の確認 ・計画の立案	在宅医リスト作成のための、地域の医療機関へのアンケートを作成	地域の医療機関へのアンケートを実施	在宅医紹介用の診療情報提供書フォーマットの作成	院内中間評価 在宅医療に関する患者説明用資料の作成	在宅医リストの完成 在宅医紹介用ツールの周知	在宅医紹介実績の少ない診療科へ個別に説明会を開催	・院内最終評価 ・次年度に向けた検討
M	PDCAサイクル部会担当者の決定	在宅医への紹介における必要な体制の確認	各診療科における該当患者数の把握 (アンケート)	在宅医リスト作成のための地域の医療機関へのアンケートを実施		院内中間評価	在宅医リストの完成		・院内最終評価 ・次年度に向けた検討

施設名	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
N		P D C A 院内委員会チーム設立	在宅医リスト作成のためのアンケート等実施	患者・家族への説明用パンフレット作成			在宅医リスト作成		
O	現状把握 担当者の選定	・在宅医への紹介における必要な体制の確認（地域連携室・医事課との業務分担）	第1回さいたま市北部緩和ケア研究会開催	第8回さいたま北部在宅ネットワーク開催		中間評価			最終評価
P		・現状把握 4月7月に1件ずつ算定あり。いずれも外来。 ・目標設定	現状把握 ①外来での患者支援件数 ②当院在宅と法人内診療所の在宅への紹介数	MRに向けた中間評価			がん患者に関する地域連携カンファレンスの開催		最終評価 次年度目標設定
Q	・担当者の決定	・外来化学療法等がん治療を行っている患者実態の把握	・在宅医への紹介における必要な体制の確認 ・計画立案	・在宅医リスト作成の為、地域の医療機関へのアンケートを実施	・在宅緩和ケアへの移行体制の構築	・在宅緩和ケアへの移行体制の構築 ・院内中間報告	・在宅緩和ケアへの移行体制の構築 ・在宅医リストの完成		・院内最終評価 ・次年度に向けた課題検討
R	・担当者の決定				在宅医のリストを作成するため、在宅医へ聞き取り調査を実施	在宅緩和ケアに関する説明用資料の作成	在宅医リストの完成	各診療科へ在宅医の案内	・院内評価 ・次年度に向けた検討
S	・担当者の決定 ・院内在宅医リスト、および市内・市外在宅医リストの完成 ・当該患者の在宅移行の現状把握	・在宅医への紹介における必要な体制完成（院内、院外） ・計画の立案	・院外在宅医紹介用の診療情報提供書フォーマットの作成	・在宅医紹介用ツールの周知	・在宅医療に関する患者説明用資料の完成 ・自施設医師への在宅医療の啓発活動	・中間評価			・院内最終評価 ・次年度に向けた検討
T									
U			在宅医・訪問看護ステーションのリスト作成	主治医・退院支援部門・患者家族3者の意向検討カンファレンスの実施	在宅医紹介用の診療情報提供書フォーマットの作成	DNARの具体的対応策の検討	在宅医療に関する患者説明用資料の作成		院内最終評価 在宅医リスト実績評価 次年度に向けた検討
V			・外来がん患者在宅連携指導料 算定状況確認 施設基準確認 ・緩和チームと情報共有 同意書について情報収集	・既存パンフレット収集 内容検討 ・在宅医療への紹介件数 連携室実績件数の把握 ・コスト算定方法確認		中間評価		・患者用パンフレット完成 ・算定方法・手順マニュアル完ぺき ・在宅医療への移行実績と算定件数の整合性確認修正	・最終評価 ・次年度に向けた検討
W			在宅医リスト作成のための、地域の医療機関へのアンケートを実施				院内中間評価		在宅医リストの完成
X			・担当部署決定	・該当患者の抽出 ・体制の整備	・体制整備 ・在宅医リスト作成開始		・院内整備状況確認	・在宅医リスト作成完了	・算定状況確認 ・体制評価 ・次年度方針検討
Y			・がん相談支援センターのパンフレット作成	・在宅医リスト作成のための地域の医療機関への聞き取り調査	・在宅医リスト作成のための地域の医療機関への聞き取り調査	・在宅医リストの完成	・在宅医リストの院内説明会開催		
Z	・担当者の決定 在宅での状況把握	・当該患者の 在宅からの紹介による受入体制の確立 ・計画の立案		・在宅医リスト作成の為、地域往診医へ情報収集の訪問			・院内中間評価 在宅医リストの完成 在宅医毎の往診患者者リストの完成		・院内最終評価 ・次年度に向けた検討

在宅診療・訪問診療できる医師のリストアップ

各病院で作成したリスト

地元医師会で作成したリスト

多くのリストは がんに特化しない連携に有効なものとして作成
がんへの対応の可否を個別に確認する必要あり

（好事例） S H M病院

3年前に、緩和ケアから始まった「埼玉北部在宅ネットワーク」
（年2回 開催）では、約40～50人（医師、ケアマネージャー、
看護師、在宅リハビリ、薬剤師等）が外部から集まる。最近は、
在宅連携が年々増加しており、在宅看取り率が4割ぐらいになっている。
ネットワークで顔見知りになり、この先生だったら受けますよと言って
くださる医師もいるので、信頼関係も物事を動かす大きな要素である。
ただリストを作ったから受けてくれる訳ではありません。

(問題点) (意見)

自前で往診している病院では算定できない S 病院

近隣に訪問診療可能医療機関が乏しい K 病院 G 病院

がん診療に緩和が早期にかかわることに抵抗する医師がいる

算定ありきはいかななものか？ 算定はうまくつながった結果であり、
それ自体が目的ではないとの指摘

その通り 理念を確認

数値目標を持つ方式が陥る可能性のある自己目的化への警告

(新)外来がん患者在宅連携指導料500点

(1人につき1回に限る。)

第1 基本的な考え方

外来で治療を受けるがん患者が、適切な時期に在宅医療への紹介を受けることで、終末期により質の高い在宅でのケアを受けることができるよう、終末期に近いがん患者について、外来から在宅への連携を評価する。

[算定要件]

外来で化学療法又は緩和ケアを実施している進行がんの患者であって、在宅での緩和ケアに移行が見込まれるものについて、患者と診療の方針等について十分に話し合い、患者の同意を得た上で、在宅で緩和ケアを実施する別の保険医療機関に対して文書で紹介を行った場合に、1人につき1回に限り所定点数を算定する。

現状と行動への理念

入院から在宅へつなぐこと はすでに行われている

外来から在宅へつなぐこと

外来通院できる体調だからこそできること

がんの見通しについて早期から話し合い、より良い最期を迎えるために患者本人、家族に最期の迎え方も含めて自分の意思、希望を考えてもらう機会、時間を持ってもらえるように

2016/11/11 第1回PDCA部会集合会議

各施設のPLAN共有 PDCA現状報告

この時点までに PDCA活動をすでに行っていた施設	7施設
新たにPDCA部会を立ち上げた施設	4施設
まだ部会設立に至らない施設	9施設
部会欠席施設	6施設
計画表提出施設	23/26施設

伸びしろ有り

がんで苦しむことの無い世界を目指して



ご清聴ありがとうございました