

Oncol に投稿中である（卵巣がん英語版は金原出版より発刊済み。子宮体癌英語版は日本婦人科腫瘍学会 HP で PDF 掲載）。

#### （乳癌）

平成19年から21年にわたってのガイドラインの改訂作業においても、人的労力および資金については全てが日本乳癌学会に依存していた。ガイドラインの作成・改訂は各関連学会の使命であるが、資金面および業務面については第3者組織からの恒久的な援助が望まれる。

これからの診療ガイドラインの改訂に際しては、患者・家族からの要望を考慮するとともに、関連する各団体との連携も求められている。この点から、平成21年度の『患者さんのための乳がん診療ガイドライン』の改訂に際しての組織体制の整備と関連する各団体との連携は意義深かった。

診療ガイドラインの品質を評価するひとつの側面として、定期的改訂が行われているか、ということが問われる。そのためには、一定の方法論に基づく科学的な改訂手順を確立して、安定した改訂作業を進める必要がある。とくに、バイアス、偶然の混入を排除する方策を含めた改訂手順を「見える化」することで、診療ガイドラインの公益性を高めることが可能になる。

#### （皮膚悪性腫瘍）

皮膚悪性腫瘍診療ガイドラインについては、当初の4がん種に加え、新たに皮膚リンパ腫診療ガイドラインが作成、公開された。これらのガイドラインは、日常診療の現場において医療従事者に役立つことを主眼とするものだが、各種ルートで公開されているので、がん患者とその家族もアクセス可能である。このこと

は、皮膚がんの適切、妥当な診療の推進に大いに資するものといえよう。

#### （胆道癌）

ガイドラインの利用をより効率的にするためにはインターネット上での公開は有用であると考えられ、今後もこれを継続、更新していく。しかし、ガイドラインがあちこちのホームページ上で乱立すると利用する側の混乱をきたす可能性が高く、公的な機関を中心として疾患ガイドラインの公開を中心として行っていく方法の検討がなされるべきであると考えられた。一方で、患者や家族が理解しやすい一般向けのガイドラインも非常に有用であり、今後、早急にこれを仕上げ、公開する予定である。

また、胆道癌診療に対する多くの新しい知見をどのように効率的に収集し、これを更新作業に活かしていくかが重要であると考えられた。特に、どの程度の間隔で改訂していくのか、また、その時々発表される多くの発表の中から特に重要と思われる情報を効果的に見つけ出し、早急に広く情報提供する手段もガイドラインの有効性を維持するために必須であると思われ、今後、アンケート調査の結果をふまえ、その体制作りを目指していく。

#### E. 結論

今後、ガイドライン作成と公開事業が継続的に円滑に施行されるためには、さらなる関連団体の密接な連携が必要と思われ、そのひとつの試みとして各団体の代表者からなる組織の構築が必要と考えられる。

#### （胃癌）

今回の新しい取り扱い規約に沿ったガイドラインは、国際的にも大いに活用される

ことが期待できる。また、従来不明確であった規約とガイドラインの役割分担が明確化された。

(肝癌)

肝癌診療ガイドライン 2009 年版は日本肝臓学会が主体となり改定作業が行われ、滞りなく出版された。予算は初版の 15 分の 1 程度で行われた。和書、英語論文、Web など広く公開される予定である。Web 公開までの期間短縮が今後の問題点である。

(大腸癌)

大腸癌ガイドライン初版発刊後 4 年後に、改訂版である大腸癌診療ガイドライン 2009 年度版を平成 21 年 7 月に発刊することができた。今後の改訂版の作成にあたっては、人的および経済的支持体制の整備が重要であると考えられる。

(膵癌)

3 年ごとの改訂のため、平成 21 年 3 月～4 月の改訂版発刊予定であったが若干遅れて平成 21 年 9 月に膵癌診療ガイドライン 2009 年度版を発刊した。

(婦人科癌)

出版社の契約期間（発刊後 1 年）が過ぎたものについては、本学会と Minds 等のがん情報サービスや日本癌治療学会とのリンク・一般公開を漸次進めている。さらに、次年度には 3 癌種を合わせた一般向けのガイドラインも発刊予定である。また、今後のガイドライン改訂に関する費用は引き続き日本婦人科腫瘍学会が中心となって賄ってゆくことになると思われる。

(乳癌)

これからの診療ガイドラインの作成・改訂作業においては、公益性の面から基盤となる専門学会と行政や関連する各団

体との円滑な連携が不可決である。

ガイドラインの内容を充実させることにより、診療の質の向上、均てん化に資するとともに医療者・患者間の情報共有、意思疎通を推進することが期待される。

(皮膚悪性腫瘍)

平成19年度公開の皮膚悪性腫瘍診療ガイドライン（4 がん種）ならびに平成21年度公開の皮膚リンパ腫診療ガイドラインは、我が国におけるこの方面の診療レベルの向上に大きく寄与するものである。

(胆道癌)

今後、胆道癌診療ガイドラインの更新作業および、その効率的な公開を進め、特に本邦における本疾患の医療均てん化を目指していく。

## F. 健康危険情報

該当なし

## G. 研究発表

(論文)

1. 平田公一, 沖田憲司, 成田茜, 木村康利, 水口徹, 大村東生, 古畑智久・最近のがん診療ガイドラインの動向・臨床外科・65(1)・17-28
2. 早川和重, 坪井正博: EBMの手法による肺癌診療ガイドライン2005年版. 成人病と生活習慣病, 39(6):676-678, 2009. (2009年6月15日)
3. 早川和重, 阿部由直 (企画・編集): 特集・化学放射線療法の現状と将来: はじめに. 臨床放射線, 54(7): 819-821, 2009.
4. 早川和重: コメディカルのための”が

- ん Basic Science”⑩:がん医療における放射線治療—基礎から臨床まで— . Oncology Nursing, 3(4): 12-15, 2009.
5. 早川和重: 外来で診る食道がん・胃がん・大腸がん:放射線腫瘍学の基本的知識. 診断と治療, 97 (11): 2205-2210, 2009(11月).
  6. 早川和重: 癌治療に用いられる新しい放射線. Urology View, 7(6): 21-26, 2009 (12月号).
  7. 山口俊晴、佐野武: 胃癌取り扱い規約と胃癌治療ガイドラインの改定に向けての動向、医学のあゆみ、230 : 955-958、2009
  8. 山口俊晴、佐野武、大山繁和、福永哲、比企直樹: 胃癌治療ガイドライン、Medical Practice 26 : 722-726,2009
  9. 山口俊晴、胃癌治療ガイドライン速報版、成人病と生活習慣病、39 : 695-697
  10. 池田真美、長谷川潔、國土典宏. 肝癌診療ガイドラインの有効活用法. 臨床外科 2010; 65(1): 54-60
  11. 大腸癌治療ガイドライン医師用 2009年版. 大腸癌研究会編. 金原出版株式会社, 東京, 2009.
  12. 大腸癌治療ガイドラインの解説 2009年版. 大腸癌研究会編. 金原出版株式会社, 東京, 2009.
  13. 大腸癌取り扱い規約第7版補訂版. 大腸癌研究会編. 金原出版株式会社, 東京, 2009.
  14. 固武健二郎、松井孝至: 今日の大腸癌治療のエッセンス. Mebio 20 (10) :26-33,2009
  15. 固武健二郎: 大腸癌治療ガイドライン (2009年版) の解説. 消化器外科 2月号 in press
  16. Watanabe T, Kobunai T, Sakamoto E, Yamamoto Y, Konishi T, Horiuchi A, Shimada R, Oka T, Nagawa H: Gene expression signature for recurrence in stage III colorectal cancers. Cancer 115(2):283-92,2009
  17. Watanabe T, Kobunai T, Tanaka T, Ishihara S, Matsuda K, Nagawa H: Gene expression signature and the prediction of lymph node metastasis in colorectal cancer by DNA microarray. Dis Colon Rectum 52(12):1941-8,2009
  18. Nishikawa T, Watanabe T, Sunami E, Tsuno NH, Kitayama J, Nagawa H: Prognostic value of peritoneal cytology and the combination of peritoneal cytology and peritoneal dissemination in colorectal cancer. Dis Colon Rectum 52(12):2016-21, 2009
  19. Tanaka T, Watanabe T, Kitayama J, Kazama Y, Tanaka J, Kanazawa T, Kazama S, Nagawa H: Chromosome 18q deletion as a novel molecular predictor for colorectal cancer with simultaneous hepatic metastasis. Diagn Mol Pathol 18(4):219-25,2009
  20. 日本膵臓学会膵癌診療ガイドライン

- 改訂委員会：膵癌診療ガイドライン  
2009 年度版. 金原出版株式会社, 東京, 2009.
21. 中尾昭公：消化器癌の診断と治療-最近の動向-膵がん. *メディカル朝日* 38:40-42, 2009.
  22. 膵癌取扱い規約第 6 版：日本膵臓学会編. 金原出版株式会社, 東京, 2009.
  23. 産婦人科研修ノート：長谷川清志、宇田川康博、悪性卵巣腫瘍の治療方針、三橋直樹、綾部琢哉/編、診断と治療社(東京)、466-469、2009
  24. 卵巣癌診療ハンドブック：長谷川清志、宇田川康博、悪性胚細胞腫瘍、杉山 徹/編、ヴァンメディカル(東京)、250-260、2009
  25. 子宮体がん治療ガイドライン 2009 年版：八重樫伸生、片渕秀隆、宇田川康博、日本婦人科腫瘍学会/編、金原出版(東京)、1-183、2009
  26. 卵巣腫瘍取扱い規約(第 2 版) 第一部 組織分類ならびにカラーアトラス：安田 充、宇田川康博、小西郁夫、坂本穆彦、本山悌一、他、日本産科婦人科学会・日本病理学会/編、金原出版(東京)、1-117、2009
  27. 日本婦人科腫瘍学会雑誌：石田志子、伊藤 潔、片渕秀隆、宇田川康博、八重樫伸生、
  28. 「子宮体癌治療ガイドライン 2006 年度版」の検証 -アンケート調査の集計結果から-、27(2):107-114、2009
  29. 日本乳癌学会：患者さんのための乳がん診療ガイドライン、金原出版株式会社(東京)、2009年
  30. 高塚雄一、中村清吾 編集：乳腺外科  
ナーシングプラクティス、分光堂(東京)、2009年
  31. Saida T : Malignant melanoma. In: *Therapy of Skin Diseases* (Edited by Krieg T et al), Springer, Berlin, 2010, pp621-632
  32. 佐藤隆美、斎田俊明、ほか：皮膚がん、「がん治療エッセンシャルガイド」(佐藤隆美、ほか編)、南山堂、東京、2009, pp445-467
  33. Shimizu H et al. Clinical Significance of Biliary Vascular Anatomy of the Right Liver for Hilar Cholangiocarcinoma Applied to Left Hemihepatectomy. *Ann Surg* 2009;249:435-439.
  34. Shimizu H et al. Aggressive surgical resection for hilar cholangiocarcinoma of the left side predominance: radicality and safety of left-sided hepatectomy. *Ann Surg* 2009 (in press)
  35. Miyazaki M et al. One-Hundred Seven Consecutive Surgical Resections in the Patients with Hilar Cholangiocarcinoma of Bismuth Type II, III and IV between 2001 and 2008 *J Hepatobiliary Pancreat Surg* <In press>
  36. Ohtsuka M et al. Surgical strategy for mucin-producing bile duct tumor. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* (in press)
  37. Suda K et al. Risk factors of liver dysfunction after extended hepatic

- resection in biliary tract malignancies. Am J Surg 2009; 197:752-8
38. 清水宏明他、胆道癌ガイドラインの注目点 広範囲肝切除において術前減黄術は必須なのか? 肝胆膵 2009; 58; 77-8
  39. 清水宏明他、肝門部胆管癌手術(門脈合併切除・再建を含む)手術 2009; 63: 1777-82.
  40. 大塚将之他、肝進展様式に基づく肝切除範囲-特にT2胆嚢癌に対する中央下区域切除 臨床外科 2009;64: 1079-83
  41. 大塚将之他、肝内胆管癌における手術適応とリンパ節郭清の実際 外科治療(印刷中)
  42. 加藤厚他、胆道癌の疫学 消化器外科 2009;32:1677-82
  43. 吉富秀幸他、「胆道癌診療ガイドライン」のエッセンス 消化器外科 Nursing 2009;14:96-7
  44. 吉富秀幸他「エビデンスに基づいた胆道癌診療ガイドライン」とその作成過程について 外科 2009;71:1-6
  45. 吉富秀幸他、ガイドラインによる胆道癌の診断・治療のアルゴリズム コンセンサス癌治療 2009;8:6-7
  46. 吉富秀幸他、胆道癌診療ガイドラインの利用法 臨床外科 2010;65:62-9
- (学会発表)
1. 平田公一, 高塚雄一, 加賀美芳和, 宮崎勝, 古畑智久, 沖田憲司, 門田守人・制吐剤ガイドラインコンセンサスミーティング・制吐剤適正使用ガイドラインの必要性・第47回日本がん治療学会学術集会
  2. Tomohisa Furuhata・NCCN-JSCO joint symposium・Endeavors of theJSCO to Develop and Present Clinical Practice Guidelines in Oncology・第47回日本がん治療学会学術集会
  3. 加賀美芳和:放射線治療から考える制吐剤の適応。第47回日本癌治療学会学術総会「制吐薬適正使用GLコンセンサスミーティング」2009年10月24日
  4. 山口俊晴、胃癌治療ガイドラインと胃癌取り扱い規約—それぞれの役割と問題点、第64回日本消化器外科学会総会、特別企画。2009年7月、大阪市
  5. 高山忠利, 幕内雅敏, 黒土典宏:治療アルゴリズム。第45回日本肝臓学会総会, 2009年6月, 神戸
  6. 固武健二郎:「大腸癌治療ガイドライン 医師用 2009年版」改訂の要点と課題。特別企画・消化器がん治療ガイドラインの現状と問題点。第64回日本消化器外科学会総会 2009.7
  7. 宇田川康博:「がん診療ガイドラインとは? -その功罪を含めて-」第270回奇松会及び講演会特別講演、2009
  8. 宇田川康博:「癌ガイドラインの上手なつきあい方」第7回熊本婦人科悪性腫瘍研究会(Kumamoto GOG)、2009
  9. 片渕秀隆、宇田川康博、他:「新たな収載疾患:特殊組織型ならびに癌肉腫・肉腫」第46回日本婦人科腫瘍学会教育講演、2009
  10. 宇田川康博:「がん治療ガイドラインの現況と今後の課題」平成21年度日本産

科婦人科学会富山地方部会特別講演、  
2009

針（日本胆道学会学術集会）胆道  
2009;23:456

11. 宮崎勝、消化器癌診療ガイドラインの  
現状と問題点—胆道癌—（第64回日本  
消化器外科学会）日消外会誌  
2009;42:926

H. 知的財産権の出願・登録状況  
該当なし

12. 清水宏明他、肝門部胆管癌における左  
側肝切除に伴う門脈合併切除・再建の  
工夫（第21回日本肝胆膵外科学会・学  
術集会）プログラム集 p141

13. 高屋敷吏他、腹腔鏡下胆嚢摘出術後に  
診断された偶発胆嚢癌に対する治療方

表1 アンケート調査対象学会・研究会

日本胃癌学会	日本小児血液学会	日本乳癌学会
日本肝臓学会	日本食道学会	日本脳神経外科学会
GIST 研究会	日本膵臓学会	日本肺癌学会
日本口腔腫瘍学会	日本泌尿器科学会	日本皮膚科学会
日本整形外科学会	日本血液学会	日本緩和医療学会
日本産科婦人科学会	大腸癌研究会	日本放射線腫瘍学会
日本婦人科腫瘍学会	日本肝胆膵外科学会	日本病院薬剤師会
日本小児がん学会	日本頭頸部癌学会	

平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金（第 3 対がん総合戦略研究事業）  
分担研究報告書

「がん診療に係る Quality Indicator の算出・公開が医療者の診療内容、患者・家族の  
Decision Making に与える影響に関する研究」

分担研究者：福井 次矢（財団法人 聖路加国際病院 院長）

研究要旨

聖路加国際病院では、病院全体の医療の質向上を目的として、電子カルテに蓄積されているデータを用いて Quality Indicator を算出し、2006 年から冊子を発行してきている。平成 19 年度の本研究において、がん診療全般の質を向上させることを目的とし、診療ガイドラインを参考にがん診療に係る Quality Indicator を検討し、当院の電子カルテに蓄積されているデータで算出が可能な 12 項目の Quality Indicator を決定した。今年度も 2009 年の電子カルテのデータを用いて、がん診療に係る Quality Indicator を算出し、ホームページおよびがん診療ハンドブックで公開した。Quality Indicator 公開が医療者に与える影響を調査する目的で、医療従事者へのアンケートを実施した。Quality Indicator の算出・公開が回答者の 26%の診療内容に変化を与え、結果として医療の質が向上していく可能性が示唆された。Quality Indicator 公開後の患者アンケートを実施し、Quality Indicator の算出・公開が患者・家族の Decision Making に与える影響を調査した。治療成績について知りたい、自分で治療方針を決めたいという人は非常に多かったが、Quality Indicator の存在を未だ知らない人も多く、より周知を行う必要があると考えられた。

A. 研究目的

近年、がん医療に関する正しい情報の不足、病院間あるいは地域間の医療の差に対する患者・国民の不安が増大しており、がん医療に関する正しい情報の提供とがん医療の均てん化の促進が、がん対策における重要かつ緊急の課題となっている<sup>1)</sup>。

聖路加国際病院では、病院全体の医療の質向上を目的として、電子カルテに蓄積されているデータを用いて Quality Indicator を算出し、2006 年 1 月から冊子を発行してきている<sup>2)3)4)5)6)</sup>。当研究では、がん診療に係る Quality Indicator を算出・公開することにより、がん診療全般の質の向上を実現し、患者・家族の Decision Making に役立つ情報提供を目的とする。

最近の英国からの報告では 6 つの地域での大掛かりな調査の結果、冠動脈疾患や気管支喘息、糖尿病の患者で Quality Indicator の目標値を満たしている割合が 1998～2003 年の間で有意に増加している<sup>7)</sup>。米国でも、Quality Indicator の公開が医療者のパフォーマンスの改善につながるとの調査報告がある<sup>8)</sup>。医療機関は、がん診療に係る Quality indicator の算出・公開により、自施設のおかれている位置を明確

に把握でき、改善あるいは機能分化が促進され、最終的に日本全体のがん診療の質の向上、均てん化につながる。

厚生労働省では、平成 17 年度および平成 20 年受療行動調査において、病院を選んだ理由、ほしいと思った・入手できた情報について報告している<sup>9) 10)</sup>。患者・家族・国民にとっては、がん診療に係る Quality indicator の算出・公開によって適切な情報を入手することが可能となる。患者および家族が医療機関、担当医師、治療方針等を決定する際に、Quality indicator の算出・公開がどのような影響を与えるのかを検証する。

一般的に、医療の質を測定する数値は、臨床指標(Clinical Indicator)と表現されることがあるが、これらを測定する目的はあくまでも医療の質を知ることであり、欧米の主要論文でも最近では Quality Indicator という表現が使用されているという実態<sup>11)~14)</sup>から、当研究でも Quality Indicator としている。

B. 研究方法

1. Quality Indicator の算出

2009 年 1 月 1 日から 12 月 31 日までの 1

年間のデータに基づき、平成 19 年度本研究において定義した 12 項目の Quality indicator を算出した。

- ① 放射線治療に関する同意書発行の割合
- ② 同意書発行から照射実施までの日数
- ③ DCIS に対する乳房温存術後の当院における放射線治療の割合
- ④ 化学療法に関する同意書の受取割合
- ⑤ 患者一人あたりの他科診察依頼の割合
- ⑥ 他科診察依頼が出てから診察までの期間（入院）
- ⑦ 他科診察依頼が出てから診察までの期間（外来）
- ⑧ 緩和ケア科が関与した割合
- ⑨ 悪性腫瘍における病理診断報告までの期間（生検）
- ⑩ 悪性腫瘍における病理診断報告までの期間（手術）
- ⑪ 院内死亡がん患者に対するオピオイド使用の割合
- ⑫ 術後の在院死亡率

## 2. Quality indicator の公開

### ① ホームページでの公開

当院公式ホームページに 2009 年 4 月 1 日から順次公開した。ホームページでの公開例を参考資料 1 に示す。各指標について「指標の意義」「改善のための要因分析」「改善案の具体例」「結果」「まとめ」という形式で、実際に改善活動を行っている各科の担当医師がホームページの原稿を記載した。

### ② 患者用がん診療ハンドブック

聖路加国際病院のがん治療に関する一般的な情報とがん種ごとの情報との 2 つのパートから構成されている。乳がんを対象として初版 500 部を作成し、当院ブレストセンター受診の乳がん患者へ配布した。

## 3. 医療従事者対象アンケート調査

Quality indicator 公開・算出が医療者の診療内容に与える影響を調査することを目的として、アンケート調査を実施した。当院の医療従事者（医師、看護師、薬剤師）を対象とし、院内メールにてアンケート調査の依頼をした。アンケート実施期間は 2009 年 11 月 16 日から 12 月 4 日まで 19 日間で、イントラネット上で回答する方法とした。アンケート内容を参考資料 2 に示す。

## 4. Quality indicator 公開後患者アンケート調査

患者の治療方針の決定と医療機関からの情報提供との関連性を調査するため、Quality indicator 公開後アンケート調査を実施した。当院ブレストセンターを受診している乳がん患者で治療方針が決定している患者を対象とした。2010 年 2 月 17 日から 3 月 19 日まで 27 日間アンケートを実施した。ブレストセンタースタッフが対象患者を誘導し、調査担当者がアンケートを配布し、回収を行った。医療従事者による誘導、質問は行わなかった。アンケート用紙を参考資料 3 に示す。

### （倫理面への配慮）

当研究は「聖路加国際病院 臨床研究審査のためのガイドライン」資料—1 [臨床研究における研究対象者の人権保護] に準拠している。Quality indicator 算出・公開に関しては、電子カルテに蓄積されたデータを使用した事後的なレビューであるため研究対象者個人への接触は一切ない。

医療従事者対象のアンケートおよび Quality indicator 公開後の患者アンケートは、個人を特定しない方法で実施した。医療従事者および患者のアンケートへの参加は任意であり、参加の有無による治療やケア等の不利益はない。アンケートへの参加は随時、拒否または撤回でき、拒否・撤回により不利益な扱いを受けたり、受けるべき利益を失うことはない。

## C. 研究結果

### 1. Quality Indicator の算出

当研究班で平成 19 年度に定義した 12 項目の Quality Indicator に関して 2009 年の値を算出し、2007 年から 2009 年まで 3 年分の比較を行った。別紙参考資料 4 に示す（表 1）。

- ① 放射線治療に関する同意書発行の割合  
同意書発行率は 2007 年から 98.4%、98.7%、99.6% と 100% には達していないが、確実に増加している。
- ② 同意書発行から照射実施までの日数  
全体としては、13.3 日、15.1 日、16.2 日と長期化の傾向にある。昨年まで長期化していた根治照射における日数が 2009 年は入院 5.5 日、外来 28.2 日と減少した。



③ DCIS に対する乳房温存術後の当院における放射線治療の割合

114/124=91.9%であり、放射線治療を行っていない患者 10 名の内訳は、内分泌療法 3 名、経過観察 6 名、退院後嘔吐のため再入院 1 名であった。

④ 化学療法に関する同意書の受取割合  
51.1%、64.0%、72.6%と増加した。

⑤ 患者一人あたりの他科診察依頼の割合  
総他科診察依頼件数 (3924 件) も患者一人あたりの件数 (1.6 件) も増加した。

⑥ 他科診察依頼が出てから診察までの期間 (入院)

入院では、2008 年値と比較して平均期間は 9.1 日と減少したが、中央値は 3.0 日と長くなった。

⑦ 他科診察依頼が出てから診察までの期間 (外来)

外来では、2008 年値と比較して平均値 14.6 日中央値 7.0 日と減少した。

⑧ 緩和ケア科が関与した割合  
32.4%、39.0%、42.1%と増加した。

⑨ 悪性腫瘍における病理診断報告までの期間 (生検)

採取から診断まで平均 7.2 日、中央値 6 日と昨年よりは時間がかかるようになって

いる。  
⑩ 悪性腫瘍における病理診断報告までの期間 (手術)

採取～診断まで平均 10.5 日、中央値 10 日とほぼ昨年と同様の結果であった。

⑪ 院内死亡がんと患者に対するオピオイド使用の割合

76.0%、84.1%、86.9%と増加した。

⑫ 術後の在院死亡率

昨年度までは 30 日以内の周術期の死亡率という定義で指標を算出していたが、30 日以内という根拠が明確にならなかったため、今年度からは術後の在院死亡率とした。術後の在院死亡の 10 件に関しては、死亡原因と手術から死亡までの日数の確認をしたが、昨年のように術後 200～300 日後に死亡した患者は、今年はいなかった。

## 2. Quality indicator の公開

### ① ホームページでの公開

医療従事者・医療関係者および患者・患者家族のいずれの立場でホームページを閲覧したかわかるようにトップページにボタ

ンを配置した。どちらのボタンを選択しても表示される内容は同じである。

2009 年 4 月 1 日から 2010 年 3 月 31 日までの一年間の閲覧数を調査した。一日平均 254 件 (医療従事者・医療関係者が平均 179 件、患者・患者家族が平均 75 件) であった。医療従事者・医療関係者の立場での閲覧が一番多かったのは 2 月 3 日の 619 件、患者・患者家族の立場での閲覧は 9 月 28 日の 330 件が一番多かった。月別、日別の閲覧数の推移を参考資料 5 (図 5、図 6) に示す。

ホームページに掲載した 15 の指標のうち、がん診療に関する 3 つの指標については乳房検査受診率が 8 番目、乳房温存手術が 11 番目、放射線治療の同意書作成割合が 15 番目とあまり閲覧されていない。医療従事者・患者の両方の立場で多く閲覧されているのは転倒・転落発生率、患者満足度、褥瘡発生率であった。患者・患者家族の立場で、乳房温存手術の閲覧が 6 番目と上位になっているのが特徴的である。(参考資料 5 図 7 参照)

### ② 患者用がん診療ハンドブック

2010 年 2 月 15 日からブレストセンターにて、乳がん患者に配布をした。2010 年 3 月 31 日時点で 160 冊配布を終えている。

## 3. 医療従事者対象アンケート調査

回答率は、全体で 17% (医師 29%、看護師 11%、薬剤師 42%) であった。回答者 185 人中、134 人 (72%) は Quality indicator が公開されていることを知っていたが、がん診療に関する 3 つの指標についての関心度は 3～10% で最も低かった。理由としては業務上、がん患者に関わる割合が 50% を超える回答者は 26% であり、関心事は外来待ち時間 (44%) や患者満足度 (41%) などのようにすべての診療科にまたがる指標であったと推測される。(参考資料 6 図 8～図 16 参照)

Quality indicator を知って診療内容を変えようと思った回答者は 38% もあり、実際に診療内容を変えた (プロセス) と答えたのは 26% と比較的高く、「実際に結果が変わった」 (アウトカム) とする回答者は 13% となっている。医師では、Quality indicator を知って診療内容を変えようと思った回答者は 50% であり、「実際に結果が変わった」とする回答者も 23% となっている。(参考

資料6 図8～図40参照)

#### 4. Quality indicator 公開後患者アンケート調査

(参考資料7 図41～図50参照)

- ・回収率は100%であった。257名から回答を得た。このうち、5.4%はQuality indicator 公開前にも回答していた。
- ・年齢は40～50代が多くを占め、学歴は大学・大学院卒が多く、年収は500～1000万円が最も多かった。
- ・当院を選択した理由は、「専門性が高い」が最も多く、ついで「医師の紹介」、「家族・友人・知人からの勧め」が続いた。
- ・受診する前に知りたかった情報は何かという問いに対しては、「特になし」が最も多かった。おおよその医療費と療養期間について知りたかったという人が2番目に多かった。
- ・医師、看護師からの説明では、公開前、後ともに口頭、診療記録・レントゲン、文書によるものの順に多かった。
- ・一般的な治療効果、聖路加国際病院での治療効果を知りたいという人の割合が高かった。
- ・当院での治療成績を知りたいかという問いに対しては、92%が知りたい、他院での治療効果を知りたいか、という問いに対して80%が知りたい、と回答していた。
- ・「当院と他の医療機関の治療成績を比較することで、あなた自身の考えは変わると思いますか？」という問いに対しては、「変わると思う」と答えた人は47%、「変わらないと思う」と答えた人は50%であった。
- ・治療方針をどのように決定したいかという問いに対しては、「自分自身と医師・看護師合意のうえで決定したい」が一番多かった。
- ・Quality indicator に関して周知していた人は257名中31.1%であった。がん診療ハンドブックで知った人が22.2%、インターネットのサイトで知った人が12.8%であった。一方QIをみたことがないと答えた人は63.8%であった。

- ・Quality indicator をみたことがある人とみたことが無い人で背景因子、設問への回答をまとめたが、有意差のあるものはなかった。(参考資料7表8参照)

#### D. 考察

##### 1. Quality Indicator の算出

初年度の班研究で設定した12項目のQuality Indicator の算出を3年間継続し、経年比較を実施した。Quality Indicator を設定する際に、電子カルテから抽出できる項目を中心に分母、分子、定義しておくことにより、継続性が確保できた。

Quality Indicator の目的の1つであるプロセスの改善を推進するためには、継続的に同条件で指標を抽出し、比較する必要がある。本研究では12項目のQuality Indicator のうち、8項目に改善がみられた。

1例をあげると、当院では2007年および2008年の放射線治療の同意書取得率はそれぞれ98.4%および98.7%と高率ではあったが、なお100%には届いていなかった。調査の結果、同意書が取得されていなかったのはすべて小児科の患者であることが判明した。小児科医が、患児とその保護者に対して治療方針の中で放射線治療についても概略説明をしており、放射線腫瘍科では省略することが多かった。放射線腫瘍科で同意書を取得するには患児への説明の他に改めて保護者にも説明と同意が必要となり、時間的な関係から敬遠されていた。そこで2009年4月からは小児科の患者に対しても他科と同様に保護者から同意書を取得することを徹底した結果、2009年前半は99.1%、後半は100%となった。

放射線治療のように身体に重大な影響を及ぼす可能性のある侵襲行為には同意書作成が必須であるが、放射線治療医とりわけ常勤医の不足により施設によっては同意書が取得されていない場合もある。このように重要さに疑問の余地がないことであるにもかかわらず、Quality indicator が算出、公開されねば日常診療に追われ通り過ぎてしまう作業を洗い出すことが可能となり、結果として医療の質を高めることに繋がった。

改善が顕著ではなかった残りの4項目に関しては、要因を分析して改善案を検討している。Quality Indicator を算出するこ

とにより、改善すべき項目が院内に周知されて明確になる効果は大きい。

一方、がんのように最新の治療方法が次々と報告される疾患やガイドラインの見直しが頻繁に行われるような疾患では、同じ Quality Indicator を何年も継続して算出していくことは難しい。毎年 Quality Indicator を算出することにより、必然的に毎年 Quality Indicator の定義も見直し、3年～5年単位で、設定した Quality Indicator の項目も修正していくこととなるであろう。

## 2. Quality indicator の公開

この数年間で、日本でも Quality indicator が冊子、書籍、ホームページ等の形態で公開されるようになってきている。本研究では、ホームページ、がん診療ハンドブックでの公開を実施した。ホームページでは、全閲覧の約70%が医療従事者・医療関係者となっていた。本研究では、患者の立場で Quality indicator を閲覧する場合も、表示される内容は同じであったが、患者用の公開内容の充実も今後の課題である。

Quality indicator そのものの周知を含め、患者・患者の家族にも Quality indicator をわかりやすく公開し説明責任を果たしていくことが必要とされる。本研究でも作成した「がん診療ハンドブック」のような冊子が役立つことが、患者アンケートの結果からも明らかとなった。「がん診療ハンドブック」に掲載した Quality indicator は1疾患につき数項目にとどまっている。具体的な疾患や治療内容に応じた Quality indicator を設定し、掲載していく必要があると思われるが、各 Quality indicator の分母の数が少数となり、指標の信頼性も問題となる。

## 3. 医療従事者へのアンケート調査

当院では2006年から Quality indicator の公開を開始したが、当院の医療従事者を対象とした Quality indicator に関するアンケートの実施は、本研究において初めて行われた。医師の回答率が、看護師の回答率より高くなっており、Quality indicator に関する医師の意識が高いことがうかがえる。

アンケートに回答した医師の50%が診療内容を変えようと思っており、Quality indicator の算出・公開が、医療者（特に医師）の診療内容に変化を与えていると言える。

実際の Quality Indicator の値が約70%改善されている実態と、結果として「変わった」と回答した医師が23%であることにより、Quality Indicator の算出・公開が医療者の診療内容に確実に変化を与え、結果として医療の質が向上していく可能性が本研究でも示唆された。

「QIを知って、診療内容を変えようと思いましたか？」という質問項目は、医師以外の看護師、薬剤師にとっては、回答しにくかった可能性もある。現在当院で算出・公開している Quality Indicator は、医師の治療内容や治療結果が中心となっているが、例えばがん患者の看護に関する Quality Indicator を設定することにより医師以外の医療者の意識も変化してくる可能性がある。

Quality Indicator の算出・公開と医療者の行動変容、結果の変化との関係に関しては、今後も継続して調査を続けていきたい。医療者に対しても Quality Indicator に関する更なる周知、啓蒙が必要であろう。

## 4. Quality indicator 公開後患者アンケート調査

Quality Indicator は、各治療行為で病院間の差を知り、医療の質の向上、均てん化に役立てられてきた。本研究では Quality Indicator を公開することが患者の受診行動、治療を決定する際の判断に影響をあたえるかを検討した。

本院の受診患者の特徴として、40～50代が多くを占め、比較的学歴が高く、年収は500～1000万円が32～38%、1000万円以上が27%と比較的高い人が多かった。

治療成績を知り、治療方針を自分で決定したいという人がほとんどではあったが、そういった背景でも、Quality Indicator の公開後に Quality Indicator をみた人は31.1%と少なかった。Quality Indicator を冊子やインターネットで公開しているという情報、アクセス方法を広く知らしめる必要があると思われた。また、院内にポスターを掲示するなど、Quality Indicator

とは何かといった啓発、啓蒙も必要であろう。

今回、Quality Indicator をみたことがある人とみたことが無い人でどの項目についても、調査結果に有意差を認めなかった。治療成績を知りたい人に、もっと知られるようになると、今後結果に変化がでてくるかもしれない。

Quality indicator の多くは、対象となる患者を母数として、診療ガイドラインやエビデンスどおりに診療された患者を分子として、その割合を指標として算出する。分母分子の定義が施設によって異なる場合や対象患者が一定の条件で抽出できない場合は、自施設での経年比較も困難となる。昨年度に引き続き今年度も算出したデータを検討して疑問がある場合にはカルテレビューを行ってその原因を特定する作業を行ってきた。実際に Quality indicator を算出して自施設の改善等に役立てていく際には、データの検証のために当研究のように時間と人手をかけることはできない。そこで、電子カルテに蓄積されたデータから効果的な Quality indicator を簡便にかつ効率よく算出する方法を探っていくこととなる。がんを取り扱う医療機関で共通のデータベースを構築できる可能性としては、院内がん登録の標準登録項目があげられる。当院のがん登録は 2007 年から開始したばかりであるが、2007 年 1 年分の登録が終了し、データベースとして活用できる段階となった。今後の Quality indicator の算出には、がんの Stage に関する情報が欠かせない。<sup>15)</sup> 院内がん登録のデータは、全国のがん診療連携拠点病院において共通の定義に基づき登録されているため、他院との比較やベンチマークに使用可能となる。院内がん登録のデータは、正式登録までに約 6 ヶ月以上かかるのが一般的である。一方、電子カルテに蓄積されたデータは、退院時サマリーや各種報告書も一ヶ月ほどで完成し、使用可能となる。院内における状況把握という点を考慮すると、即時的に対応したい場合には院内がん登録のデータでは間に合わない可能性もある。院内がん登録のデータ、電子カルテに蓄積されたデータそれぞれの利点を考慮し、目的にあわせて両者を使い分けることが必要となる。

がん診療にかかわらず、Quality Indicator を一般化していくためには、医療機関のみならず、患者・家族、保険者などの stakeholder それぞれの立場から妥当性の評価が必要不可欠である。祖父江班「がん対策における管理評価指標群の策定とその計測システムの確立に関する研究」においてエビデンス・診療ガイドラインと専門家の合意を得て作成された 5 臓器のがんと緩和ケアに関する Quality indicator<sup>16)</sup> について、電子カルテに蓄積されたデータから抽出可能かどうかを検討していくこともひとつの方法であろう。

Institute of Healthcare Improvement では、質レポートには 3 つの測定軸が必要であるとしている。1 つ目は顧客や患者の声を反映する Outcome measure、システムの一部やステップが予定通りに機能しているかを示す Process measure、そして改善するために行われた変化があらたな問題を引き起こしているかどうかを別な方向や次元からみる Balancing measure である。<sup>17)</sup> 今後の Quality Indicator の公開に伴い、この 3 つの測定軸に留意して質改善を行うことが必要と考えられる。<sup>18)</sup> Quality Indicator 公開が患者・家族の Decision Making にどのような影響を与え、また医療者にどのような影響を与えるのか、この 3 つの測定軸も考慮に入れ、検討していきたい。

#### E. 結論

当院の電子カルテに蓄積された 2009 年のデータから 12 項目の Quality Indicator を算出した。算出した Quality indicator は、ホームページおよびがん診療ハンドブックで公開した。医療者を対象としたアンケート結果から、Quality Indicator の算出・公開が回答者の 26% の診療内容に変化を与え、結果として医療の質が向上していく可能性が示唆された。Quality Indicator 公開後の患者アンケート結果からは、治療成績について知りたい、自分で治療方針を決めたいという人は非常に多かったが、Quality Indicator の存在を未だ知らない人も多く、より周知を行う必要があると考えられた。

F. 研究発表

1. 論文発表  
今年度はなし

2. 学会発表

今年度はなし

G. 参考文献

1) がん対策基本法

<http://law.e-gov.go.jp/announce/H18H0098.html> last access 2010/04/20

2) 聖路加国際病院診療情報解析システムワーキンググループ編集・発行: St. Luke's Quality and Healthcare Report 2006

3) 聖路加国際病院 QI 委員会編集・発行: St. Luke's Quality and Healthcare Report vol.2, 2006

4) 福井次矢監修: Quality Indicator「医療の質」を測る 聖路加国際病院の先端的試み Vol.1. インターメディカ, 東京, 2007.

5) 福井次矢監修: Quality Indicator「医療の質」を測る 聖路加国際病院の先端的試み Vol.2. インターメディカ, 東京, 2008.

6) 福井次矢監修: Quality Indicator 2009 [医療の質]を測り改善する 聖路加国際病院の先端的試み. インターメディカ, 東京, 2009.

7) Campbell SM, Roland MO, Middleton E, *et al*: Improvements in quality of clinical care in English general practice 1998-2003: longitudinal observational study. *BMJ* 2005; 331: 1121-1123.

8) Rollow W, Lied TR, McGann P, *et al*: Assessment of the Medicare quality improvement organization program. *Ann Intern Med* 2006; 145: 342-352.

9) 厚生労働省 平成17年受療行動調査の概要(確定)

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jyuryo/05/index.html>

last access 2010/04/20

10) 厚生労働省 平成20年受療行動調査 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/34-17.html> last access 2010/04/20

11) The Quality Indicator Study Group:

An approach to the evaluation of quality indicators of the outcome of care in hospitalized patients, with focus on nosocomial infection indicators. *Infect Control Hops Epidemiol* 1995; 16: 308-316.

12) Hofer TP, Bernstein SJ, Hayward RA, *et al*: Validating quality indicators for hospital care. *Jt Comm J Qual Improv* 1997; 23: 455-467.

13) Ader M, Berensson K, Carlsson P, *et al*: Quality Indicators for health promotion programmes. *Health Promot Int* 2001; 16: 187-195.

14) Guthrie B, Inkster M, Fahey T: Tackling therapeutic inertia: role of treatment data in quality indicators. *BMJ* 2007; 335: 542-544.

15) ASCO(American Society of Clinical Oncology): Summary of the Fall 2008 QOPI measures

(<http://www.asco.org/qualitymeasures>)

last access 2010/04/20

16) 厚生労働省がん臨床研究事業「がん対策における管理指標群の策定とその計測システムの確立に関する研究」班: 診療の質指標 Quality Indicator. 2009.

<http://qi.ncc.go.jp>

last access 2010/4/20

17) Institute of Healthcare Improvement: Measures,

<http://www.ihl.org/IHI/Topics/Improvement/ImprovementMethods/Measures/>

last access 2010/4/20

18) 嶋田元: 電子パスの二次利用データベースの効用と Quality indicator による医療の質の向上. 日本クリニカルパス学会誌 2009; 11: 49-53.

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

特になし

## Quality Indicator 公開例 (ホームページ)

### Quality Indicator

聖路加国際病院の先端的試み





**Quality Indicator 2009**  
医療の質を測り改善する  
国際医療機関の先端的試み

【監修】聖路加国際病院  
院長 福井次矢  
【編集】聖路加国際病院  
QI委員会  
【発行】(株)インターメディア

# 「医療の質」を測る

## 聖路加国際病院の先端的試み

本サイトでは、当院が定期的に評価している約100個のQuality Indicator  
QIの中から、15個の指標とそれらの指標を改善するための具体的な取り組み  
を公開しています。



**Quality Indicator(QI)とは**

A Donabedian (1919-2000)は1966年に発表した論文で、『医療の質』は、

- (1)ストラクチャー 構造: 施設、医療機器、スタッフの種類や数など
- (2)プロセス 過程: 実際に行われた診療や看護の内容
- (3)アウトカム 結果: 診療や看護の結果としての患者の健康状態

の3つの側面について評価しうることを提唱しました。

現在では、『医療の質』を知るためには、プロセスの評価がもっとも望ましいと考えられています。実際、米  
国では「個人や集団を対象に行われる医療が、望ましい健康状態をもたらす可能性の高さ、その時々々の専門  
知識に合致している度合い」が『医療の質』であると定義されています。

「望ましい健康状態をもたらす可能性の高い診療」や「その時々々の専門知識に合致した医療」とは、1990年代  
以降、世界の医療を席巻している『証拠(エビデンス)に基づいた医療(Evidence-based Medicine (EBM))』がこ  
ろかなりません。つまり、医療の質とは、EBMに則った医療をどのくらい行っているかを問うているのです。

当サイトを訪問された皆さまへのお願い

聖路加国際病院では、どのような方が、どのような目的で、当院の『医療の質』サイトにアクセスされているの  
かを調査しております。  
大変お手数ですが、下記の2つのボタンをクリックして、『医療の質』サイトにお進みください。  
※表示される内容もこちらと同じです。

医療従事者、医療関係者として  
病院における医療の質向上の  
取り組みを知るため

▶ 医療の質サイトへ

患者・患者の家族として  
聖路加国際病院での医療の  
質向上の取り組みを知るため

▶ 医療の質サイトへ

図1 Quality Indicator トップページ

### Quality Indicator

聖路加国際病院の先端的試み



ホームページ > 医療の質一覧

**医療の質一覧**

**急性期医療に関する指標**

- ・急性心臓病発症の対応での対応
- ・救急室から入院まで時間短縮のための対応
- ・術前評価と術後の評価の標準化

**がん診療に関する指標**

- ・女性がん患者での乳癌検査受診率
- ・乳癌患者での乳癌温存手術の割合
- ・放射線治療に関する副反応予防の割合

**生活習慣病に関する指標**

- ・糖尿病患者での血糖コントロール
- ・高血圧患者における血圧コントロール
- ・腎臓病コントロール

**医療安全に関する指標**

- ・入院患者での転倒・転落発生率
- ・褥瘡発生率
- ・処置テンプレート記入率

**病院経営に関する指標**

- ・患者満足度
- ・社会貢献度
- ・患者満足度

**お知らせ**

- 2010.1.14 処置テンプレート記入率ページを更新いたしました。
- 2009.8.4 各指標ページを更新いたしました。
- 2009.6.24 各指標ページを更新いたしました。
- 2009.5.20 各指標ページを更新いたしました。
- 2009.4.1 Quality Indicator (QI) 特設サイトを公開いたしました。

図2 Quality Indicator 一覧

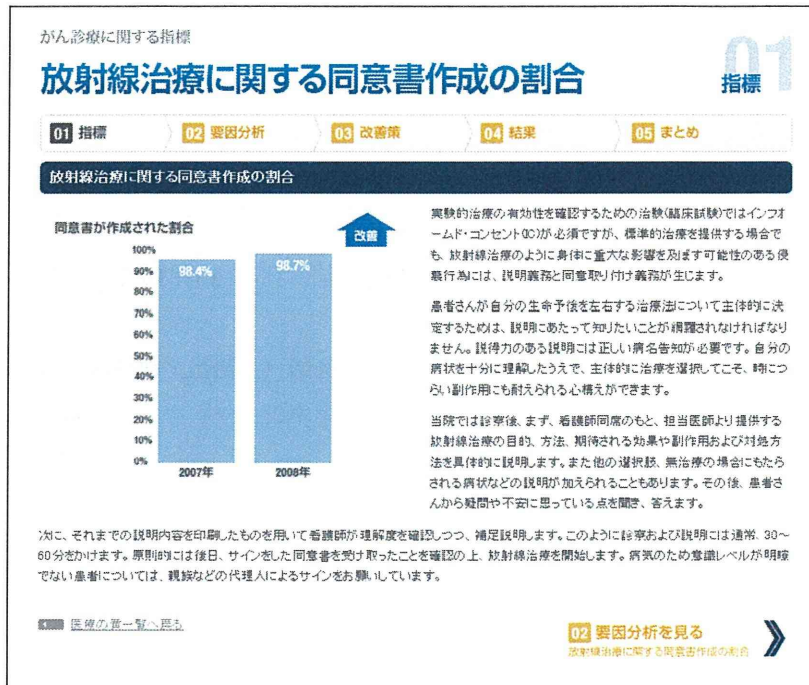


図 3 指標 (定義・意義など)



図 4 指標 (要因分析)

## 医療従事者対象のアンケート内容

1. 性別を選択してください。  
 男性  女性
2. 年齢を選択してください。  
 20-29歳  30-39歳  40-49歳  50-59歳  60歳以上
3. 臨床経験を選択してください。  
 5年未満  5-9年  10-14年  15-19年  20年以上
4. 職種・職位を選択してください。  
 医師（主治医）  医師（研修医）  医師（主治医／研修医以外）  
 看護師（ナースマネジャー／アシスタントナースマネジャー）  看護師（その他）  
 薬剤師
5. 仕事の何%程度、がん患者にかかわっていますか？  
 10%未満  10-49%  50%以上
6. QIが公開されていることは知っていましたか？  
 知っていた  知らなかった
7. 知っていたと答えた方は、何をご覧になりましたか？（複数回答可）  
 QI本/冊子  
 QIサイト（公式ホームページ）  
 その他 \_\_\_\_\_
8. QIを見る目的は何ですか？（複数回答可）  
 診療内容を確認  
 比較・ベンチマークの材料として  
 患者に対する説明  
 勉強会などの教材  
 その他 \_\_\_\_\_
9. QIを知って、診療内容を変えようと思いましたか？  
 思った  思わなかった
10. 実際に変えましたか？  
 変えた  変えなかった
11. 「変えた」と回答した方は、何を変えたか、具体的にお書きください。
12. 結果が何か変わりましたか？  
 変わった  変わらなかった  わからない
13. 「変わった」と回答した方は、何が変わったか、具体的にお書きください。
14. 6. で知らなかったと答えた方はどのように公開すれば見たのか具体的にお書きください。



15. QI の課題や問題点について、自由にお書きください。

16. QI の項目で印象に残っているものは何ですか？（複数回答可）

- ①心筋梗塞の患者で、病院到着から PCI までの所要時間が 90 分以内の患者の割合
- ②救急外来受診から入院まで 4 時間以内の割合
- ③術前 1 時間以内の予防的抗菌薬投与率
- ④40 歳以上、50 歳以上の女性健診受診者の乳房検査受診率
- ⑤乳がん患者の乳房温存手術の割合
- ⑥放射線治療に関する同意書作成の割合
- ⑦糖尿病患者の血糖コントロール
- ⑧腎機能障害患者における適切な薬剤（ACEI・ARB）処方率
- ⑨入院患者の転倒・転落発生率、入院中の転倒・転落で手術が必要になった患者
- ⑩褥瘡発生率
- ⑪患者満足度
- ⑫救急車受入台数
- ⑬外来待ち時間

17. その他に QI の項目で印象にのこったものがありましたら、お書きください。

18. 算出・公開すべき QI がありましたら、お書きください。

## 乳腺外科外来受診患者さんに対するアンケート

財団法人 聖路加国際病院では、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「患者・家族・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構築に関する研究」の分担研究として、「がん診療の質を測り、治療方針の決定に役立てるための研究」を進めております。

この度、聖路加国際病院の乳腺外科外来を受診される患者さんを対象として、治療方針の決定および情報提供との関連性を調査するために、乳腺外科外来受診患者さんに対するアンケート調査を行うことになりました。ぜひ、アンケートにご協力をお願いいたします。

### 個人情報の取り扱いと調査への参加について

本調査で収集されたデータは、匿名化されて厳重に管理され、個人情報が特定されることはありません。データは研究目的にのみ使用され、その他の目的で第三者に開示されることはありません。また、本調査に参加しないことによって、治療やケアなどに不利益を及ぼすことはありません。

以上をご理解いただき、ご同意いただける方は次のページからの質問への回答ご協力をお願いいたします。

財団法人 聖路加国際病院

津川 浩一郎、関口 建次、鈴木 高祐、林 章敏、嶋田 元、脇田 紀子、吉野 由紀子  
春田 潤一、堀川 知香、福井 次矢

### アンケートの記入方法について

- ◆ 質問の中には1つだけ選ぶもの、複数選択するもの、◎と○をつけるものなど、回答のし方が異なるものがあります。質問文をよくお読みになって、指示通りにお答えください。
- ◆ 本研究に関する質問は、下記までお願いいたします。

ブレストセンター 住所：東京都中央区明石町9-1 担当：津川 浩一郎  
電話：03-5550-7185（ブレストセンター受付）

研究審査委員会 住所：東京都中央区明石町9-1 委員長：小松 康宏  
電話：03-5550-2423（月曜～金曜日 朝8時～夕方5時）

① 年齢、性別をご記入ください。

年齢 ( ) 歳、 性別 (女性・男性)

② 当院の乳腺外科を選ばれた特別な理由がありますか？

( ) 理由がある ( ) 特になし

理由があると答えた方は、以下の中から当てはまる選択肢に○をお願いします。(複数回答可)

- ( ) 当院にかかりつけ医師がいる
- ( ) 他の医師からの紹介
- ( ) 専門性が高い
- ( ) 家族・友人・知人からの勧め
- ( ) 交通の便がよい、自宅・職場・学校から近い
- ( ) 広告、刊行物、テレビ・ラジオ番組、インターネット等からの情報
- ( ) 保健所などの行政機関からの情報
- ( ) 建物がきれい、医療設備がよい
- ( ) 診察日、診療時間の都合がよい
- ( ) 他の病院に不満だった
- ( ) その他 \_\_\_\_\_

③ 受診する前に知りたかった情報はありますか？

( ) ほしい情報があった ( ) 特になかった

ほしい情報があったと答えた方は、以下の中から当てはまる選択肢に○をお願いします。

(複数回答可)

- ( ) 予約制の有無
- ( ) 夜間・休日診療、往診・在宅医療の実施の有無
- ( ) 連携先の医療機関の名称
- ( ) 第三者機関による病院の評価結果
- ( ) 医師の専門分野・経歴
- ( ) 標準的な治療方法とその有効性・合併症など
- ( ) 聖路加国際病院で行っている治療、聖路加国際病院の治療実績
- ( ) 安全(医療事故防止など)のための取り組み
- ( ) おおよその医療費と療養期間
- ( ) その他 \_\_\_\_\_

④ 当院を受診後、医師あるいは看護師から病状や治療方法について説明を受けましたか？

( ) 説明があった ( ) 説明はなかった

説明があったと答えた方は、以下の説明方法の中から当てはまる選択肢に○をお願いします。

(複数回答可)

- ( ) 口頭による説明があった
- ( ) 説明文書をもらった
- ( ) 診療記録やレントゲン写真などを見せてくれた
- ( ) その他 \_\_\_\_\_

⑤ ④で説明があったと答えた方にお聞きします。以下の項目を知ることができましたか？

1. 現時点での標準的な治療方法：(もっとも近いものを一つ選択してください)

- ( ) よくわかった
- ( ) 大体わかった
- ( ) よくわからなかった
- ( ) ほとんどわからなかった
- ( ) 説明はなかった

2. 提示された治療によって自分が受ける利益(予後が良くなるなどのメリット)：(もっとも近いものを一つ選択してください)

- ( ) よくわかった
- ( ) 大体わかった
- ( ) よくわからなかった
- ( ) ほとんどわからなかった
- ( ) 説明はなかった

3. 提示された治療によって自分が受けるリスク(副作用などのデメリット)：(もっとも近いものを一つ選択してください)

- ( ) よくわかった
- ( ) 大体わかった
- ( ) よくわからなかった
- ( ) ほとんどわからなかった
- ( ) 説明はなかった

4. 治療には複数の選択肢があること：(もっとも近いものを一つ選択してください)

- ( ) よくわかった
- ( ) 大体わかった
- ( ) よくわからなかった
- ( ) ほとんどわからなかった
- ( ) 説明はなかった

5. 何もしない場合に起こりうること：(もっとも近いものを一つ選択してください)

- ( ) よくわかった
- ( ) 大体わかった
- ( ) よくわからなかった
- ( ) ほとんどわからなかった
- ( ) 説明はなかった