

4. がん診療体制の質評価方法

4.1. 診療体制の質評価指標の設計

まず、もとのがん診療プロセスの評価項目から、診療体制に関わる評価項目を抽出し、診療体制を評価する項目に変換することで、標準的ながん診療プロセスに必要とする診療体制の構成要素を整理した。その結果、診療体制の質評価では、がん医療が状態適応型介入であることに加え、診療体制が医療従事者の所属組織によって設計・構築され、チームで実施されるものであることを考慮する必要性が理解できた。そこで、構成要素をグルーピングし、①患者状態を認識する体制、②患者状態に適応した介入を展開する体制、③患者状態・介入内容を職種間・診療科間・診療科内で意見交換し共通認識を持つ体制、という3つの診療体制の質評価の観点を設定した。

表5 がん診療体制の質評価の観点

診療体制の質評価の観点	構成要素
患者状態を認識する体制	患者の医学的状态、治療方針を確認する体制
	患者の希望・理解度・社会的状態を確認する体制
患者状態に適応した介入を展開する体制	最適な治療方針を実行するために必要な医療リソース
	標準的な診療方針を確認する指針
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持つ体制	治療前の患者の状态、治療方針等を治療に関わる医療従事者間(職種間・診療科間)で意見交換、共有、検討、確認する組織体制

そして、この観点を診療フェーズに適用して評価項目を設計した。診療体制では診療録やカンファレンスなど、具体的な評価対象が存在する。そこで、実際の診療で各評価項目の役割を果たす代表的な実現形態を設計した。

さらに、実現形態がどの形態で整備されることが望ましいか、がん診療の目標に影響を与える体制かを考慮して、専門医の協力の下、がん5種(肺、乳、大腸、前立腺、胃)の手術療法の評価指標を設計した。また、評価指標から具体性、客観性、計測可能性の3点を考慮して、計測項目を設計した。計測項目から診療体制の有無と運用の実態を問う質問を設計し、また、体制があるか・体制を整備しつつあるか・全くないかを分離できるよう実現形態ごとに回答選択肢を設計し質問票を作成した。

表6 がん診療体制の質評価項目

質評価の観点 診療フェーズ	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、診療科内で意見交換し、共通認識をもつ体制
01がん診断	<p>01-01-01 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)</p> <p>01-01-02 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)</p>	<p>01-02-01 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)</p> <p>01-02-02 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(診断ガイドライン)</p>	<p>01-03-01 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・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)</p>
02治療前診断	<p>02-01-01 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)</p> <p>02-01-02 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)</p>	<p>02-02-01 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)</p> <p>02-02-02 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(診断ガイドライン)</p>	<p>02-03-01 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・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)</p>
03治療計画立案	<p>03-01-01 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(説明同意書・患者の希望等記載用紙)</p> <p>03-01-02 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(カルテ、診療計画書)</p>	<p>03-02-01 最適な治療方針を実行するために必要な医療リソースがあり、そのリソースを運用しているか(各種医療機器、薬剤、実施者、術中迅速検査体制)</p> <p>03-02-02 必要な医療リソースを調達する体制があり、運用しているか(外部リソースを調達する体制)</p> <p>03-02-03 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(治療計画書、麻酔計画書、手術計画書、治療ガイドライン)</p>	<p>03-03-01 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(治療前カンファレンス、カンササーボード)</p>
04治療介入	<p>04-01-01 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(説明同意書・患者の希望等記載用紙)</p> <p>04-01-02 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(カルテ、診療計画書、麻酔記録、手術記録、退院時要約)</p>	<p>04-02-01 最適な治療方針を実行するために必要な医療リソースがあり、そのリソースを運用しているか(各種医療機器、薬剤、実施者、術中迅速検査体制)</p> <p>04-02-02 介入中に発生する緊急事態に対応する体制があり、運用しているか</p> <p>04-02-03 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(治療計画書、麻酔計画書、手術計画書、治療ガイドライン)</p>	<p>04-03-01 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(治療後カンファレンス、カンササーボード)</p>
05腫瘍評価	<p>05-01-01 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(説明同意書・患者の希望等記載用紙)</p> <p>05-01-02 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(カルテ、診療計画書、病理診断報告書)</p>	<p>05-02-01 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)</p> <p>05-02-02 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(腫瘍評価ガイドライン)</p>	<p>05-03-01 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(治療後カンファレンス、カンササーボード)</p>
06経過観察	<p>06-01-01 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(説明同意書・患者の希望等記載用紙)</p> <p>06-01-02 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(カルテ、診療計画書)</p>	<p>06-02-01 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)</p> <p>06-02-02 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(経過観察ガイドライン)</p> <p>06-02-03 標準的な地域連携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(がん地域連携バス)</p> <p>06-02-04 標準的な患者のQOL評価方法を確認する指針があり、その指針を運用しているか(QOL評価票)</p>	<p>06-03-01 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(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)</p>

表7 がん診療体制の質評価指標（大腸がん手術）

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・診療科内で意見交換し、共通認識を持つ体制	
	評価指標ID	評価指標	評価指標ID	評価指標	評価指標ID	評価指標
01がん診断	01-01-01-01	患者のがん確定診断の希望を記録し、患者に渡す体制があるか	01-02-01-01	がん確定診断に必要な検査機器を整備しているか	01-03-01-01	カンファレンス等の医療従事者間・診療科内・診療科間で意見交換し情報共有する体制があるか
	01-01-01-02	がん確定診断のための検査を実施する際、患者の同意を説明同意書に記録し、患者に渡す体制があるか	01-02-01-02	がん確定診断に必要な専門医が配属されているか	01-03-01-02	カンファレンス等の情報共有を行った記録を取る体制があるか
	01-01-01-03	医師ががん確定診断の結果を患者に説明し、患者の理解度を記録し、患者に渡す体制があるか	01-02-01-03	常勤医ががん確定診断を行う体制があるか	01-03-01-03	標準的な腫瘍内容に関して情報共有を行い、患者の治療方針に反映させる体制があり、その体制を運用しているか
	01-01-02-01	外来時の患者のがんや病状の理解度を問診票に記録する体制があるか	01-02-02-01	ガイドラインに準拠した診療を行う体制があるか	01-03-01-04	がん確定診断のための検査による有害事象に対応する手順を共有する体制があり、患者に公開しているか
	01-01-02-02	外来時の患者の医学的状態を問診票に記録する体制があるか				
	01-01-02-03	がん確定診断に関して計画した検査をカルテに記録する体制があるか				
	01-01-02-04	がん確定診断に関して実施した検査をカルテに記録する体制があるか				
	01-01-02-05	がん検診時に想定外の事態があった場合、その状況や対応に関してカルテに記録する体制があるか				
	01-01-02-06	がんと確定した結果を根拠とともにカルテに記録する体制があるか				
	01-01-02-07	がん確定診断にかかった期間等、患者にかかった負荷に関してカルテに記録する体制があるか				
02治療前診断	02-01-01-01	医師が病期診断や全身状態評価の目的を説明し、患者の理解度を記録し患者に渡す体制があるか	02-02-01-01	病期診断に必要な検査機器を整備しているか	02-03-01-01	カンファレンス等の医療従事者間・診療科内・診療科間で意見交換し情報共有する体制があるか
	02-01-01-02	病期診断のための検査を実施する際、患者の同意を説明同意書に記録し、患者に渡す体制があるか	02-02-01-02	病期診断に必要な専門医が配属されているか	02-03-01-02	カンファレンス等の情報共有を行った記録を取る体制があるか
	02-01-01-03	医師が病期診断の結果を説明し、患者の理解度を記録し患者に渡す体制があるか	02-02-02-01	ガイドラインに準拠した診療を行う体制があるか	02-03-01-03	標準的な腫瘍内容に関して情報共有を行い、患者の治療方針に反映させる体制があり、その体制を運用しているか
	02-01-02-01	病期診断・全身状態評価に関する検査計画をカルテに記録する体制があるか	02-02-01-03	常勤医が病期診断を行う体制があるか	02-03-01-04	病期診断のための検査による有害事象に対応する手順を共有する体制があり、患者に公開しているか
	02-01-02-02	病期診断・全身状態評価に関して実施した検査をカルテに記録する体制があるか				
	02-01-02-03	病期診断・全身状態評価に関する想定外の状態・診断結果に関してカルテに記録する体制があるか				
	02-01-02-04	患者の病期や全身状態の評価結果をカルテに記録する体制があるか				
03治療計画立案	03-01-01-01	医師が治療計画や治療によるQOL変化に関して患者に説明し、患者の理解度を患者の理解度等記載用紙に記録し患者に渡す体制があるか	03-02-01-01	常勤医が治療計画を立案する体制があるか	03-03-01-01	カンファレンス等の医療従事者間・診療科内・診療科間で意見交換し情報共有する体制があるか
	03-01-01-02	最終的な手術計画を患者に説明し、説明同意書に患者の同意を記録し患者に渡す体制があるか	03-02-02-01	ガイドラインに準拠した診療を行う体制があるか	03-03-01-02	カンファレンス等の情報共有を行った記録を取る体制があるか
	03-01-02-01	術前の患者状態をカルテに記録する体制があるか			03-03-01-03	標準的な腫瘍内容に関して情報共有を行い、患者の治療方針に反映させる体制があり、その体制を運用しているか
	03-01-02-02	予定術式をカルテに記録する体制があるか				

4.2. 診療体制の質評価方法の設計

推奨標準の診療体制、各病院であるべき診療体制、各病院の実際の診療体制と、それぞれの質に乖離があり、各病院が各々のあるべき診療体制にどの程度到達しているかを比較し評価する必要がある。そこで、回答結果から評価点数（回答が推奨標準に適合した数）と推奨標準の適合率（各病院のあるべき診療体制における実際の診療体制の到達度）を算出する評価方法を設計した。診療体制の質ではあるべき姿で体制が存在しているかに加え、あるべき体制を継続的に維持できるかを評価する必要があるため、1つの回答につき推奨する体制があることを0.5点、体制が実現保証されていることを0.5点とした計1点満点で評価点数を算出する。また、推奨標準の適合率は以下の算出式から算出される。

$$\frac{\text{回答が推奨標準に適合した数（病院の実際の評価点数）}}{\text{回答した全計測項目数－当該病院で非該当の計測項目数（病院のあるべき体制の評価点数）}}$$

以上より設計した大腸がん診療体制の質問票と評価点数の一部、評価点数の付け方を以下に示す。

表8 大腸がん手術療法の診療体制の質問票、評価点数（一部）

質問	回答選択肢（診療体制の有無）	回答選択肢（診療体制の運用実態）
がん診断について説明し、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	1=病院の公式文書に記録するよう決まっており、患者と病院の双方で持っている:1点 2=医師によっては文書に記録し、患者に渡すようになっている:0.5点 3=患者には口頭説明のみで記録を渡していない:0.25点 4=なし:0点 5=その他(記述):回答内容による 6=不明:0点 7=当該病院では非該当:分母から除外	1=当該症例で記録している:1点 2=当該症例では記録していない:0点 3=その他(記述):回答内容による 4=不明:0点 5=当該症例では非該当:分母から除外

表9 評価点数の付け方

回答選択肢	推奨体制がある	実現が保証されている	評価点数	
1=病院の公式の文書に記録するよう決められており、患者と病院の双方で持っている	0.5	0.5	1	
2=医師によっては医師作成の文書に記録し、患者に渡すようになっている	0.5	0	0.5	医師ごとに実現しているかどうかばらつき 実現保証がないので 0.5減点
3=医師によってはカルテに記録するようになっているが、患者には渡していない(口頭説明のみ)	0.25	0	0.25	患者に渡していないため、あるべき体制で存在しておらず0.75減点
4=なし、5=不明	0	0	0	
6=その他(記述)	※	※	※	記述内容による
7=当該病院では非該当	※	※	※	分母からも除外

回答結果から病院の実際の評価点数を算出し、
 診療フェーズ×観点のマトリックスに戻す
 (複数の診療フェーズに関わる回答はダブルカウント)

質問票

質問1 回答2(0.5点)
 質問2 回答4(0点)
 ...
 質問29 回答1(1点)

観点 診療 フェーズ	01 患者状態を把握する体制	02 患者状態に適合した介入を実施する体制	03 患者状態・介入内容を把握し、診療計画・診療内容で意見交換し、共通認識をもつ体制
01 がん診療	→ 0.5	...	→ 1
02 治療前診断	→ 1
03 治療計画立案
04 治療介入
05 治療評価
06 経過観察
合計

推奨標準の適合率

観点 診療 フェーズ	01 患者状態を把握する体制	02 患者状態に適合した介入を実施する体制	03 患者状態・介入内容を把握し、診療計画・診療内容で意見交換し、共通認識をもつ体制
01 がん診療	25%	...	50%
02 治療前診断	50%
03 治療計画立案
04 治療介入
05 治療評価
06 経過観察
合計

病院の実際の評価点数

観点 診療 フェーズ	01 患者状態を把握する体制	02 患者状態に適合した介入を実施する体制	03 患者状態・介入内容を把握し、診療計画・診療内容で意見交換し、共通認識をもつ体制
01 がん診療	2	...	2
02 治療前診断	2
03 治療計画立案
04 治療介入
05 治療評価
06 経過観察
合計

病院のあるべき体制の評価点数

図5 評価点数と適合率算出の模式図

5. がん診療連携拠点病院における調査概要

5.1. 調査目的

本研究では、医師が患者に提供するがん診療プロセスと病院のがん診療体制から構成されるがん診療プロセスの質評価方法を設計し、パイロット調査による検証と精緻化を繰り返したことによって、がん診療プロセスの質評価における方法論を確立させた。その結果、本研究で開発したがん診療体制の質評価方法の有用性が評価され、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 若尾班を通して全国のがん診療連携拠点病院にて、本研究で設計した質評価方法に基づきがん診療体制の調査を実施する運びとなった。本章にて概要を述べる。

本調査の主な目的は設計した診療体制の質評価方法の現実的な適用可能性、有用性、課題を検討することにある。

5.2. 調査方法

診療体制の実態調査を行うため、がん医療の均等化のため指定された397のがん拠点病院を対象とした。がん診療連携拠点病院の種類を以下に示す。

表10 がん診療連携拠点病院の種類¹⁾

病院の種類	病院数	定義
独立行政法人国立がん研究センター中央病院及び東病院	2	特に、他のがん診療連携拠点病院への支援、並びに専門的医師等の育成等の役割を担うこととされている。
地域がん診療連携拠点病院	344	診療体制、研修体制、情報提供体制の3項目について指定要件が盛り込まれている。各都道府県において、2次医療圏（複数の市町村を1単位とする医療圏）に1カ所程度を目安に整備する。
都道府県がん診療連携拠点病院	51	地域がんの指定要件に加えて、がんを専門とする医療従事者への研修の実施、地域がん診療連携拠点病院等に対する情報提供、症例相談及び診療支援、都道府県がん診療連携協議会の設置などの要件が追加されている。各都道府県に概ね1箇所整備する。

具体的な調査手順を述べる。

まず、国立がんセンター、都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院計397病院に調査概要を示した依頼書を郵送した。調査協力を承諾した病院からは、副院長レベルの調査担当医師氏名と連絡先メールアドレスを調査事務局に送付してもらった。

次に、協力許可が下りた病院から順に、エクセルファイルの調査シート（①プロフィール・②わかりにくい質問があったか、院内の体制の改善点が見つかったかを一言程度記入

してもらおうアンケートシート・③質問票・④質問票に回答すると適合率が自動算出される集計ツール・⑤調査マニュアルの5点を含む)をメールで配布し、調査を実施した。

事前に、本研究により導出された全135項目の質問票を用いて、研究メンバーの4病院の協力を得てパイロット調査を実施している。このパイロット調査において、4病院の回答者と回答結果を検討し、各病院の診療体制の整備状況のばらつきが見られた項目、4病院とも体制が整備されておらず特に重要と判断された項目の計29項目に絞り込んだ、質評価の情報量は低下するが調査負荷が軽減された質問票を準備した。なお、選択した29の質問は各評価項目から導出された計測項目のうち最低2項目以上を選択しており、評価項目を網羅している。

前述のパイロット調査4病院には、都道府県がん診療連携拠点病院が含まれていたことから、当該病院群に対する調査負担はあるが実施可能性は想定された。また都道府県がん診療連携拠点としてがん診療の質保証に対する国民の期待が大きい病院であると判断された。よって都道府県がん診療連携拠点病院、計51病院では、「135項目質問票」を用いて、診療体制の有無と診療体制の運用の実態について調査を行うこととした(全135×2=270項目)。他方、地域がん診療連携拠点病院計344病院と、診療体制整備の公的リソース投下が保証されていると考えられる国立がんセンター2病院では前述の「29項目質問票」を用いて、診療体制の有無に関して調査を行った。送付した調査依頼書を添付資料に示す。

5.3. 調査期間

調査は、2013年(H25年)1月に実施され、調査期間は、以下の通りであった。

1月15日 調査のお願い郵送準備・郵送

1月17～18日 各病院に到着

1月24日 回答の諾否についての返信締切、返信のあった病院に順々に調査票送付

1月31日 調査票の回答締切 (2月14日 調査票の回答最終締切)

5.4. 協力表明病院数、回答病院数、回答時間

協力表明病院数、回答病院数、回答時間の平均・標準偏差は以下の通りであった。

約4分の1の病院が協力表明し、約5分の1の病院が調査票に回答した。また、回答時間については回答者の院内の診療体制に対する認識の違い、調査票の解釈の違いによってばらつきが大きかった。

表11 協力表明病院数、回答病院数、回答時間平均・標準偏差

	病院数	協力表明 病院数	回答 病院数	回答時間 平均(分)	回答時間 標準偏差(分)
地域がん拠点病院 + 国立がんセンター (29項目の調査)	346	82 (24%)	67 (19%)	31	16
都道府県がん拠点 病院 (全135項目の調査)	51	15 (29%)	12 (24%)	153	138

6. 調査結果および考察

6. 1. 回答結果全体から得られる示唆

以下の調査結果を、本報告書内に添付資料として示す。

- ・ 地域がん診療連携拠点病院の回答結果 (29 項目)
- ・ 都道府県がん診療連携拠点病院の回答結果 (29 項目)
- ・ 都道府県がん診療連携拠点病院の回答結果 (135 項目)
- ・ 各観点の推奨標準の適合率, 総合評価点数 (調査病院全体, 地域がん診療連携拠点病院, 都道府県がん診療連携拠点病院)
- ・ 各観点の推奨標準の適合率, 総合評価点数の地域間比較
- ・ 各観点の推奨標準の適合率, 総合評価点数の病院の種類別比較
- ・ 都道府県がん診療連携拠点病院の各診療フェーズにおける診療体制の有無と運用の実態の比較 (調査病院全体, 各病院)

回答結果から得られる示唆を以下に記す。

全回答病院の半数以上で、以下の体制が未整備であることが示唆された。

- ・ 病状や治療計画について、患者自らが説明する記録
- ・ QOL 評価票
- ・ 有害事象の対応に関する患者向け説明資料

全回答病院の半数以上で、以下の体制が整備されていることが示唆された。

- ・ 腫瘍評価の検査計画に関する記録
- ・ がん地域連携パス
- ・ 複数の診療科が参加するカンファレンスの実施
- ・ 看護師, 薬剤師を交えたカンファレンスの実施
- ・ カンファレンスの定期開催
- ・ カンファレンス記録をとる体制
- ・ 術前, 術後診断・術前, 術後治療方針に関する意見交換
- ・ 診療中の有害事象 (術中合併症・抗がん剤投与, 検査項目) に関する対応手順の文書化
- ・ 診療中の有害事象に関する定期的な報告・情報共有

状態を認識する体制については、患者の同意を確認する記録などの整備状況が病院によって異なり、ばらつきが見られた。

介入に展開する体制については、検査機器は全病院で整備されており、ガイドラインの整備状況や、QOL評価票の採用に、ばらつきが見られた。

共通認識を持つ体制については、指定要件にも含まれている「カンファレンス」は全病院で実施されているが、カンファレンスの参加者や形態は病院によって様々であり、ばらつきが見られた。治療方針についての情報共有は行われているが、がん診断や病期診断時の情報共有は行われていない傾向が見られた。

地域がん診療連携拠点病院と都道府県がん診療連携拠点病院の回答結果を比較した結果、都道府県がん診療連携拠点病院の方が、以下の体制について高い整備状況を示した。

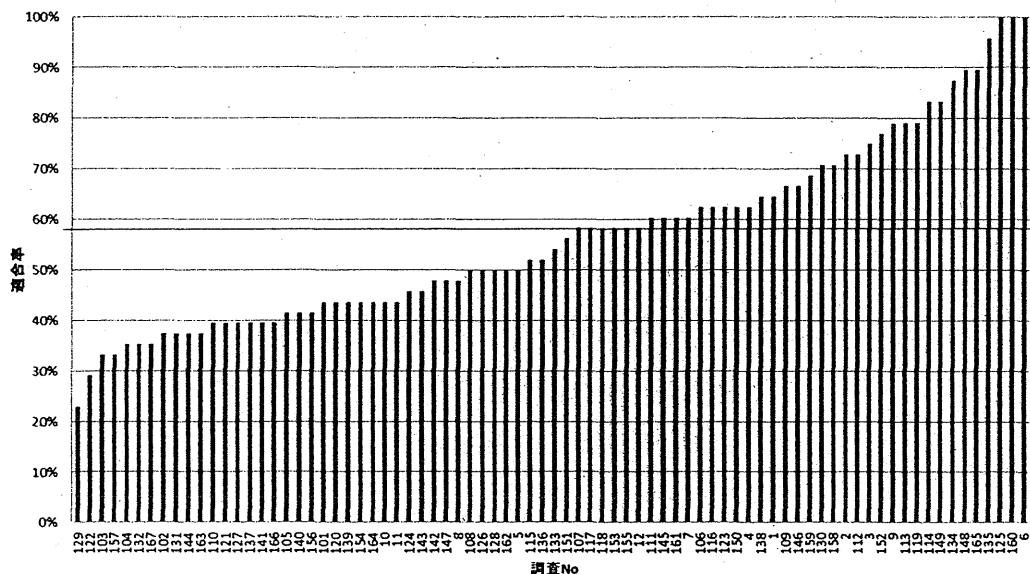
- ・患者の服薬状況を確認する記録
- ・病院として採用している治療ガイドライン

カンファレンスの参加診療科数、参加者に関する質問は、他の質問と比べて、「その他」の回答が多かった。今回の調査では、その他の回答の回答内容が多岐に渡り、評価点数に加算しなかったため、回答結果からより正確に推奨標準の適合率を算出するために、今後、質問表現や回答選択肢をブラッシュアップしていく必要がある。

6.2. 各病院の観点ごとの推奨標準の適合率, 総合評価点数

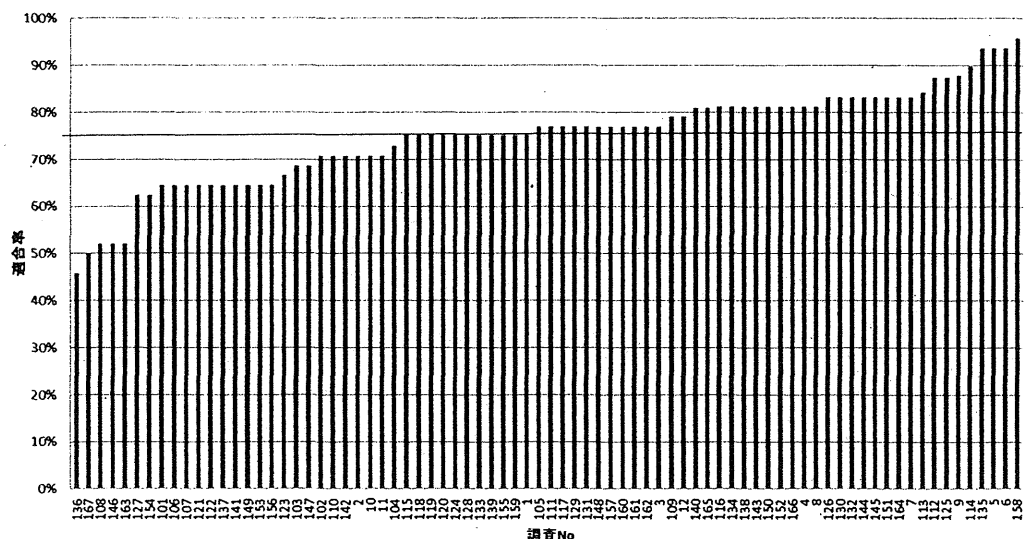
診療体制の3つの観点（患者状態を認識する体制、介入に展開する体制、共通認識を持つ体制）の推奨標準の適合率を算出した。地域がん診療連携拠点病院は29項目の回答結果から適合率を算出しているため、都道府県がん診療連携拠点病院においても29項目の回答結果について適合率を算出した。

■各観点の推奨標準の適合率（調査病院全体）



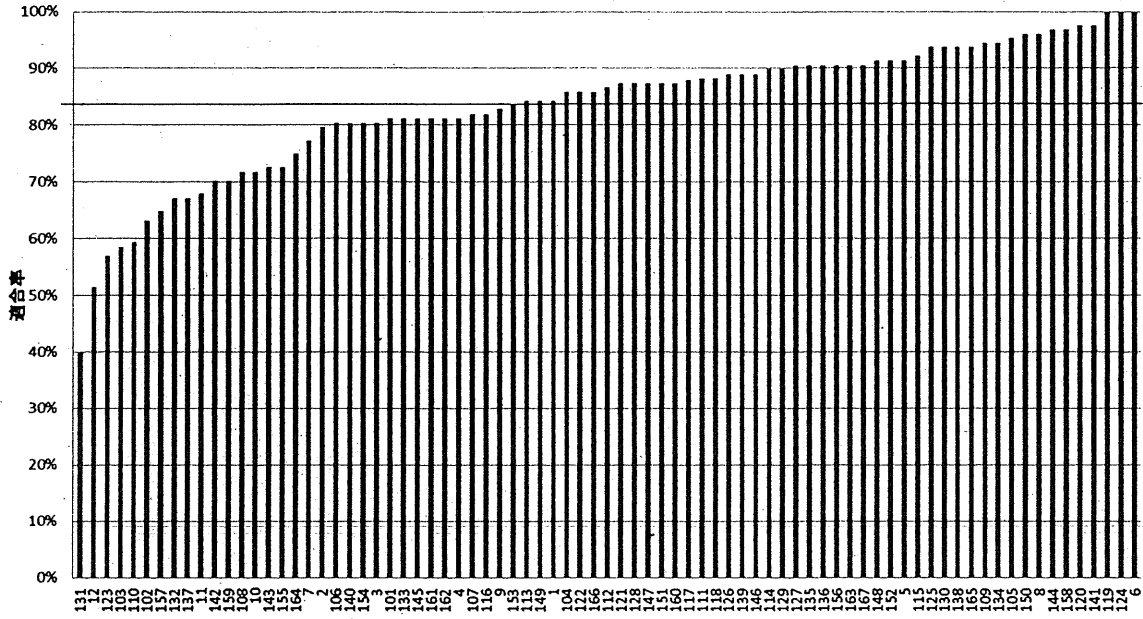
適合率(患者状態を認識する体制)

(平均 58%, 標準偏差 18%)



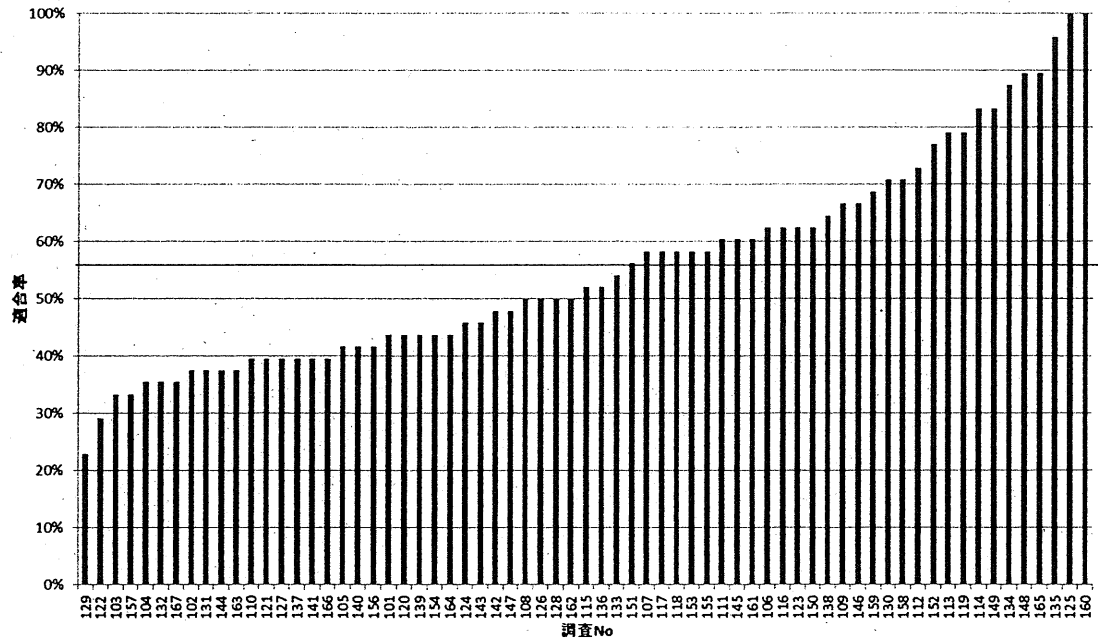
適合率(介入に展開する体制)

(平均 75%, 標準偏差 10%)

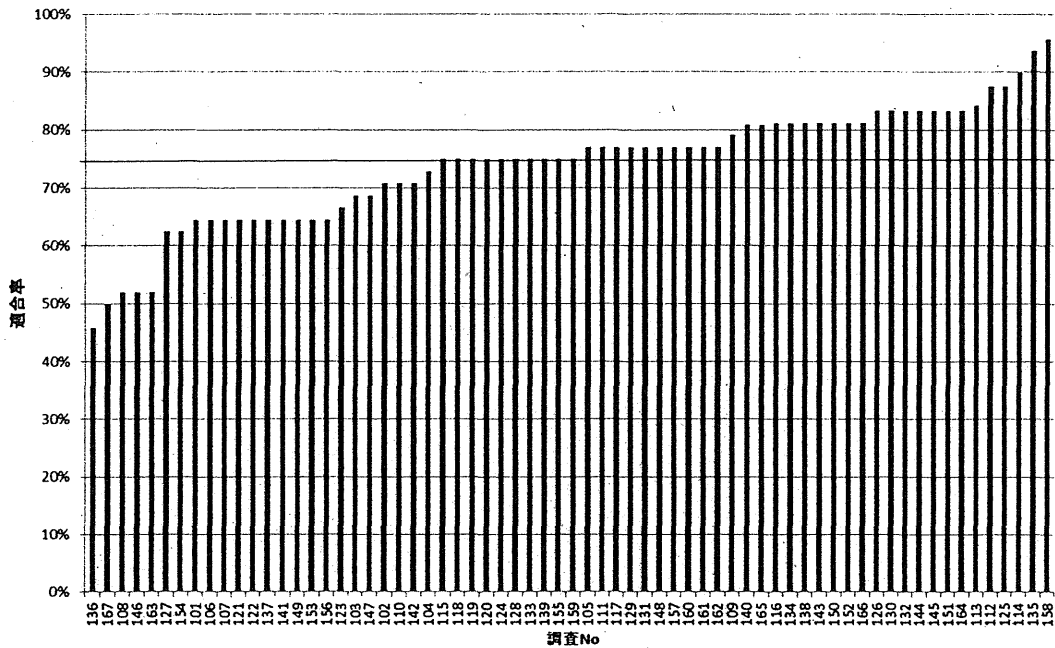


適合率(共通認識を持つ体制)
(平均 83%, 標準偏差 12%)

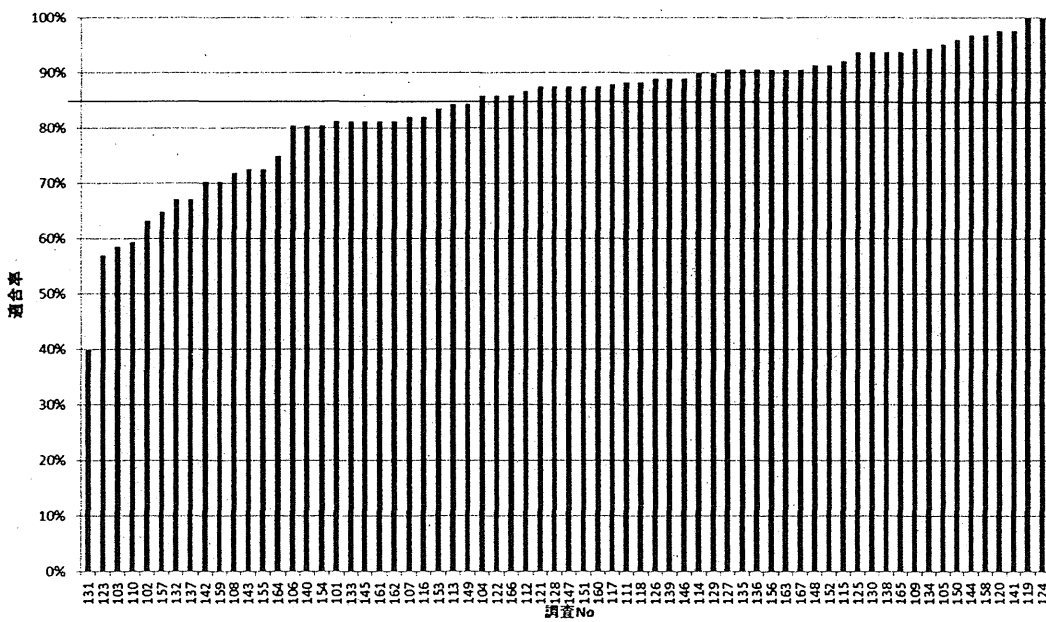
■各観点の推奨標準の適合率 (地域がん診療連携拠点病院)



適合率(患者状態を認識する体制 平均 56%, 標準偏差 18%)

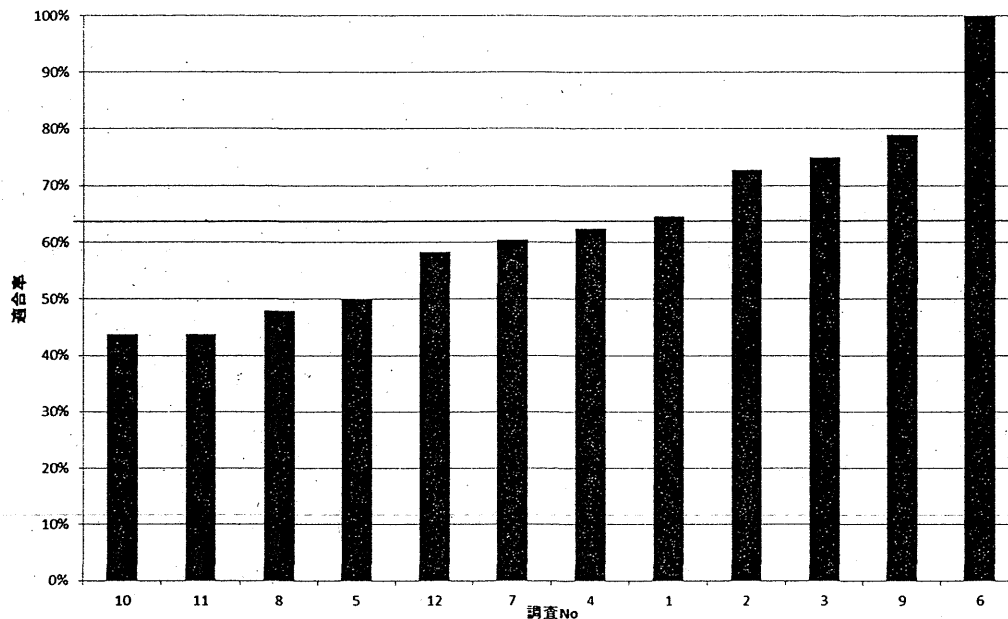


適合率 (介入に展開する体制 平均 74%, 標準偏差 10%)

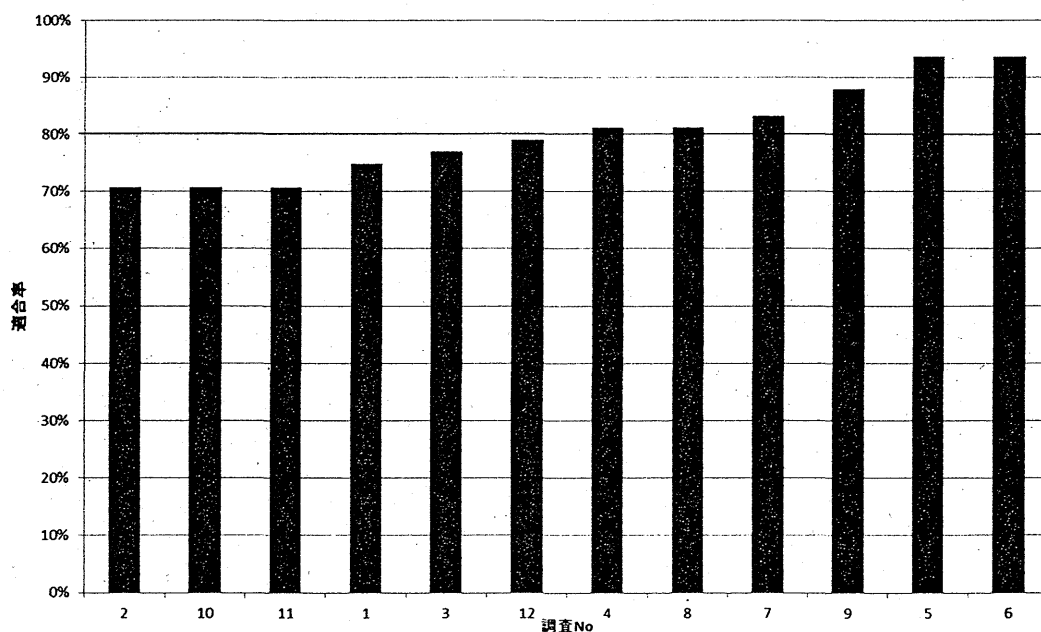


適合率 (共通認識を持つ体制 平均 84%, 標準偏差 12%)

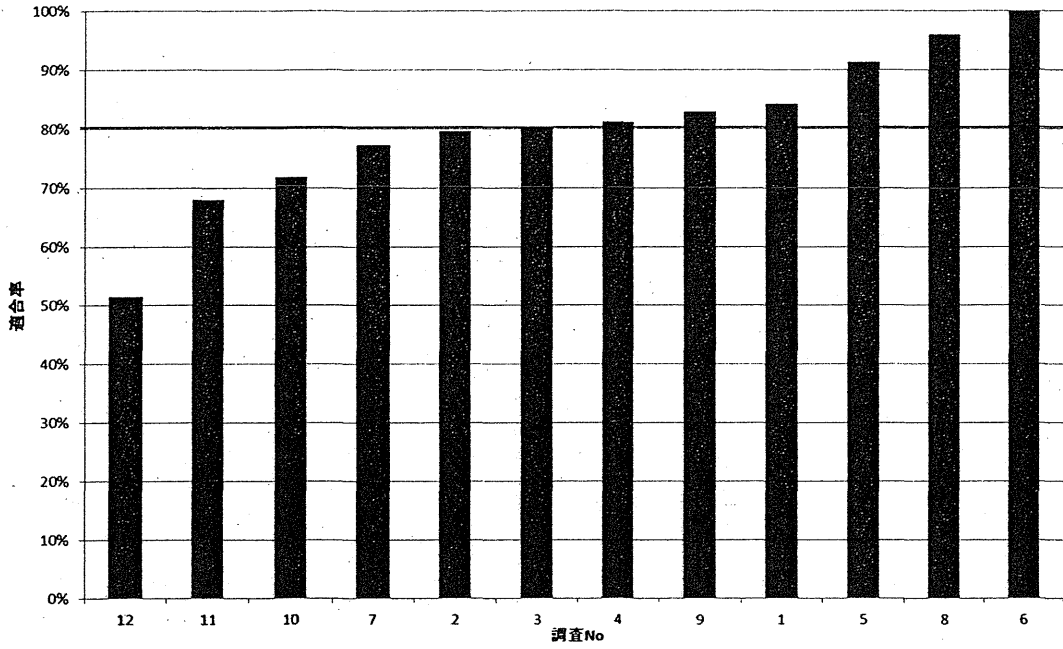
■各観点の推奨標準の適合率（都道府県がん診療連携拠点病院）



適合率（患者状態を認識する体制 平均 63%, 標準偏差 16%）

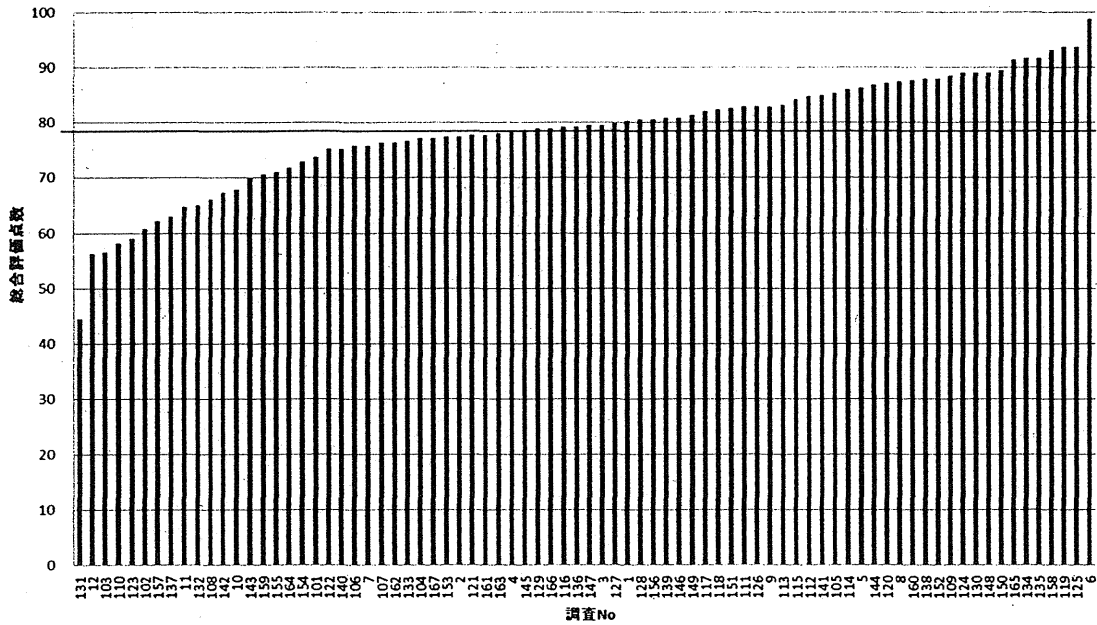


適合率（介入を展開する体制 平均 80%, 標準偏差 8%）



適合率 (共通認識を持つ体制 平均 80%, 標準偏差 12%)

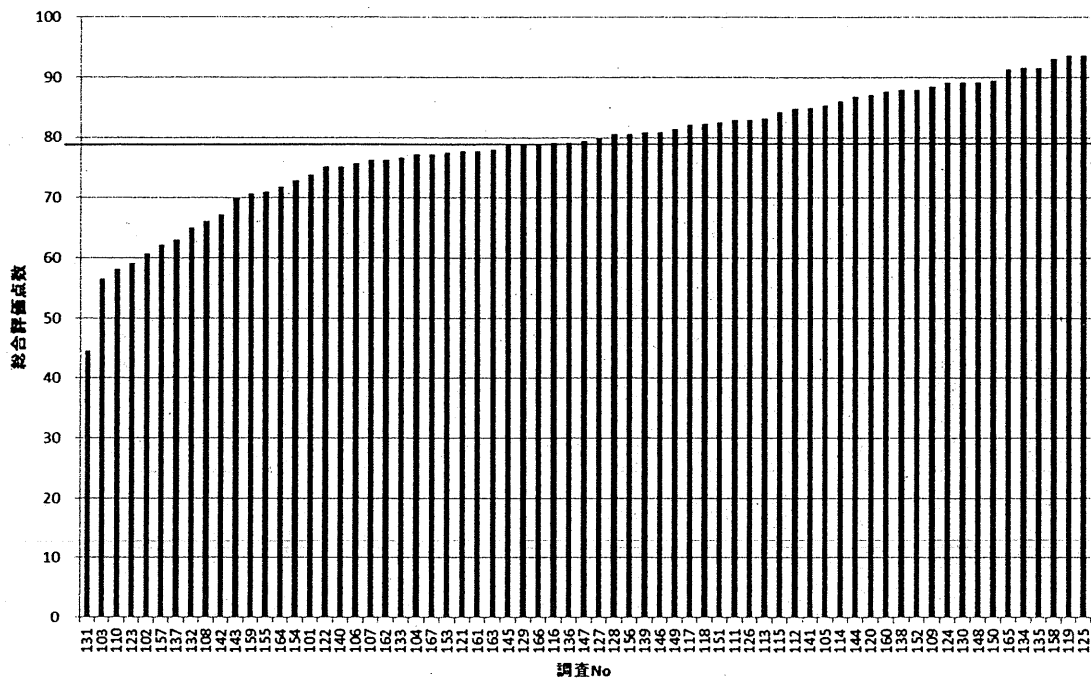
■ 総合評価点数 (調査病院全体)



総合評価点数

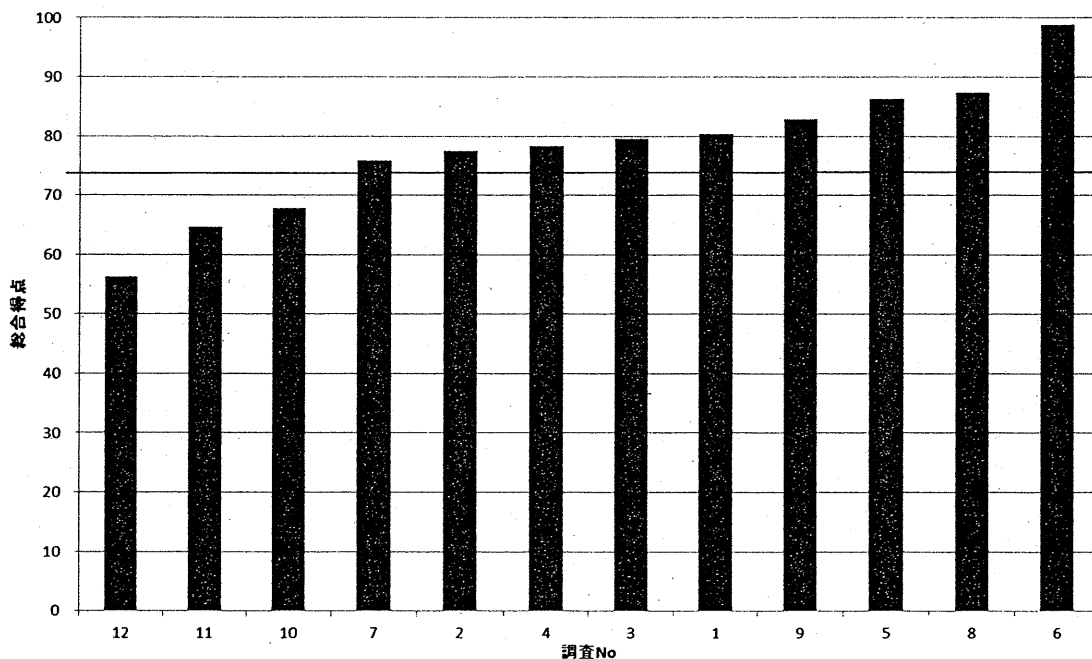
(平均 79 点, 標準偏差 10 点)

■総合評価点数（地域がん診療連携拠点病院）



総合評価点数（地域がん診療連携拠点病院 平均 79 点 標準偏差 10 点）

■総合評価点数（都道府県がん診療連携拠点病院）



総合評価点数（都道府県がん診療連携拠点病院 平均 78 点 標準偏差 24 点）

各観点の推奨標準の適合率から示唆されることは、以下のようであった。

- ・ 3つの観点の中では患者状態を認識する体制が最も低く、ばらつきの程度が大きい。
- ・ 介入を展開する体制については都道府県がん診療連携拠点病院の方が平均的に高い整備状況を示す。
- ・ 共通認識を持つ体制については地域がん診療連携拠点病院の方が平均的にやや高い傾向を示し、規模が大きい病院ほど情報共有の体制整備が難しい可能性がある。
- ・ 総合評価点数は都道府県がん診療連携拠点病院・地域がん診療連携拠点病院間において差がみられなかった。本調査の結果から今後、評価点数の重みづけについて、検討・構築していく必要がある。

6.3. 観点ごとの適合率の地方間比較, 病院の種類別比較

■地域間比較

各地方の回答病院数・総合評価点数平均・観点の適合率平均

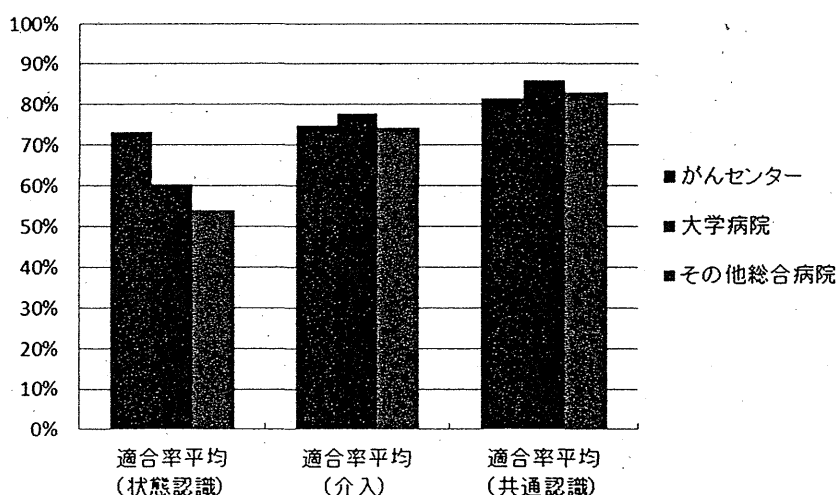
	回答病院数	総合評価 点数平均	適合率平均 (状態認識)	適合率平均 (介入)	適合率平均 (共通認識)
A北海道・東北	9	73	48%	68%	79%
B関東	17	81	60%	77%	86%
C中部	17	77	51%	75%	82%
D近畿	13	81	60%	72%	87%
E中国	4	78	68%	81%	80%
F四国	7	79	51%	72%	85%
G九州・沖縄	12	78	63%	80%	80%

近畿地方は比較的総合評価点数と共通認識を持つ体制が高い傾向、北海道・東北地方は比較的総合評価点数と状態認識を行う体制が低い傾向を示しており、このように地方間で適合率や総合得点を比較することで、各地方のがん診療体制の整備状況を把握できる可能性が示唆される。

■病院の種類比較

がんセンター・大学病院・その他の回答病院数・総合評価点数平均・観点の適合率平均

	回答病院数	総合評価 点数平均	適合率平均 (状態認識)	適合率平均 (介入)	適合率平均 (共通認識)
がんセンター	6	79	73%	75%	82%
大学病院	15	81	61%	78%	86%
その他総合病院	58	78	54%	74%	83%

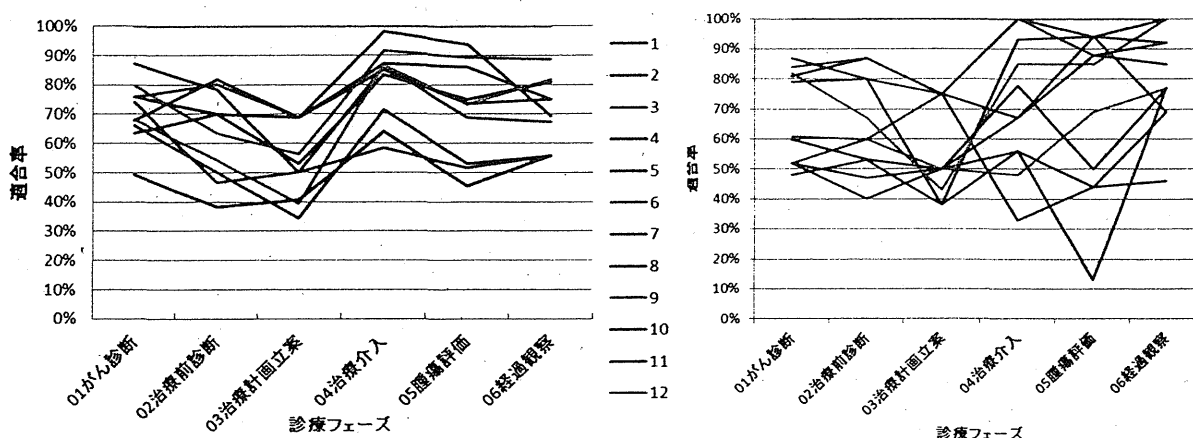


大学病院の方が総合評価点数は高いが、患者状態を認識する体制はがんセンターの方が高い整備状況を示している。

6.4. 都道府県がん診療連携拠点病院における診療体制の整備状況と運用の実態

都道府県がん診療連携拠点病院では全 135 項目について診療体制の有無と運用の実態を調査したため、各診療フェーズの診療体制の整備状況と運用の実態の比較を行う。

■都道府県がん診療連携拠点病院全病院の診療体制の有無・運用（観点ごと・診療フェーズ別）

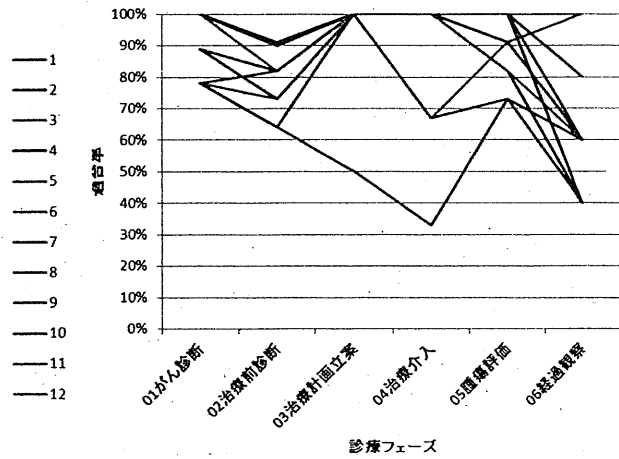
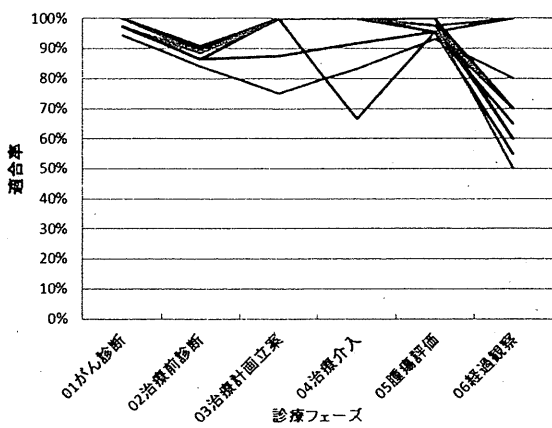


患者状態を認識する体制（左：整備状況，右：運用の実態）

患者状態を認識する体制については、以下に示すような治療計画立案フェーズに関する体制の整備状況が低かった。

- ・患者の病状と治療計画の関係，術後合併症及び治療による QOL 変化（排便状態や性活動など）について説明し，患者の同意を確認した記録
- ・病状と治療計画の関係について，患者自らが説明する記録
- ・治療による QOL 変化について，患者自らが説明した記録
- ・最終的な治療計画を経済的側面も考慮して説明し，患者の同意を確認した記録

診療体制の整備状況と運用の実態は似たグラフの形状をとるが、運用の実態の方が院内の状況や症例の状況により、病院間のばらつきが大きかった。病院間で比較すると、概ね整備状況が高い病院は運用状況も高い傾向を示す一方で、診療体制の整備状況は高いが、運用状況になると低くなる病院も見られた。

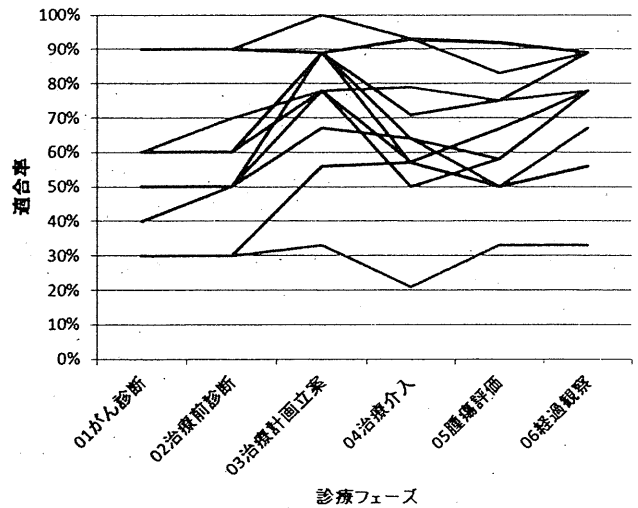
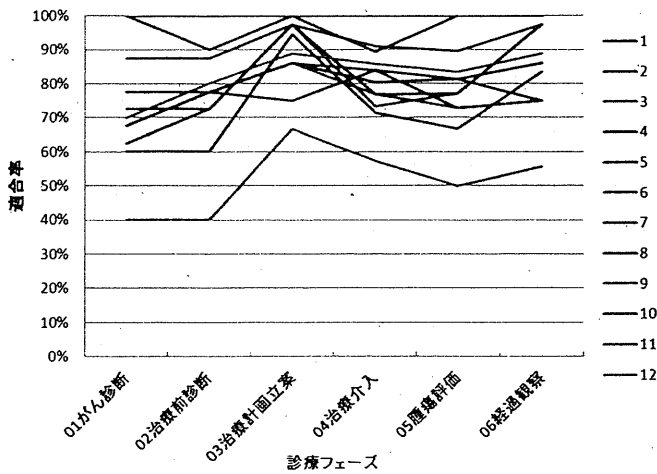


介入を展開する体制 (左：整備状況, 右：運用の実態)

介入を展開する体制については、経過観察フェーズに関する体制の整備状況が低いことがわかり、QOL 評価に関する診療体制の整備の必要性が示唆された。

診療体制の運用においても経過観察時において診療体制の運用状況が低下することが示唆された。

また、現在の調査票では院内で採用するガイドラインの整備状況が適合率の違いに大きく影響を与えてしまうため、今後質問内容を修正する、評価点数の重みづけを変えるなどを行い、適合率の算出方法を精緻化していく必要がある。



共通認識を持つ体制 (左：整備状況, 右：運用の実態)

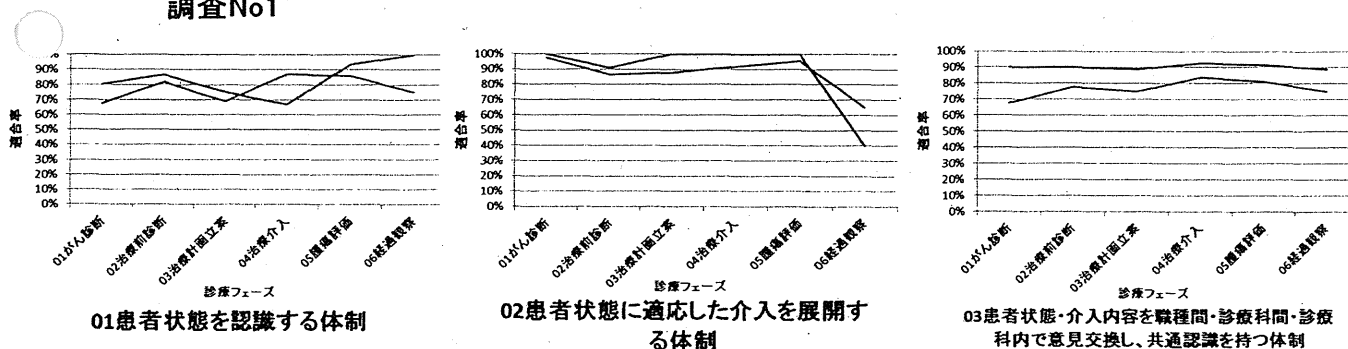
共通認識を持つ体制については、治療計画立案フェーズに関する体制の整備状況が高い傾向が見られた。このことから術前診断・術前治療方針に関してはカンファレンスにて情報共有されている一方、確定診断・病期診断時や術後の腫瘍評価に関しては情報共有の方法が確立していないことが示唆される。

診療体制の運用の実態も治療計画立案フェーズでは高い傾向が見られた。

■各病院の診療体制の有無・運用の実態(都道府県がん診療連携拠点病院)

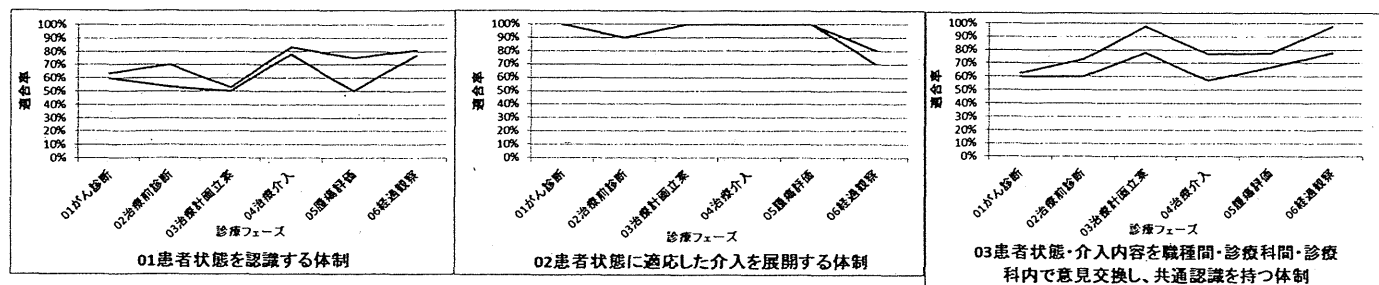
赤線が診療体制の有無、青線が運用の実態に関する適合率を示す。

調査No1



調査 No1 の病院では診療体制の整備状況よりも運用の実態の方が高い傾向を示した。これは体制としてはまだ確立されていないが各医師が標準診療を行う体制を整備しようとする取り組みの傾向が示されていると考えられる。

調査No2



調査 No2 の病院では診療体制の整備状況よりも運用の実態の方が低い傾向を示した。これは体制としては整備されていると認識している一方、院内の状況や症例の状況によって整備されている体制を運用していない場合がある傾向が示されていると考えられる。