

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）

分担研究報告書

がん医療の質向上を目指した基本がんクリニカルパス作成と公開に関する研究

研究分担者 河村 進 独立行政法人国立病院機構四国がんセンター外来部長

研究要旨

平成25年度は、研究継続グループとして①泌尿器がん②肺がん手術③肝臓がん④悪性リンパ腫化学療法⑤リンパ浮腫治療⑥がんのリハビリ、再検討グループとして⑦乳がんグループの7グループでの検討が行なわれた。年度末には総計31種類の基本パスを完成させ公開した。

A. 研究目的

全国のがん診療連携拠点病院で共有できるがん診療標準クリニカルパスデータベースを構築し公開することが目的である。これによって、医療安全の推進がはかれるとともに在院日数の短縮など医療効率の向上およびがん治療の均てん化に貢献することが期待される。

B. 研究方法

泌尿器科領域パス、肺がん手術パス、肝臓がん関連パス、悪性リンパ腫化学療法パス、リンパ浮腫手術療法パス、がんのリハビリパス、作成公開済みの乳がんパスの改訂を全国のがん専門医療施設で各がん種のクリニカルパスに取り組んでいる研究者を中心に7ワーキンググループ（1グループあたり6-7施設）を組織し、各施設のクリニカルパスを収集し問題点と標準化について検討した。がん診療の基本パス（医療従事者用と患者用）作成にあたっては基本クリニカルパス策定規程を設け、①がん診療連携拠点病院レベルの内容②EBMに基づいた内容③ベンチマークを必須とし④汎用性のあるパスを目指す⑤エビデンス（ガイドライン

など）と連動して更新⑥7大がん以上を対象、を目標とした。

作成した基本クリニカルパスおよび各研究協力施設から収集したパスをライブラリーとして国立がん研究センターがん情報サービスのホームページより公開中である。

また新たな試みとして、リハビリグループでがんのリハビリの小冊子（がんの療養シリーズ）を検討開始した。

（倫理面への配慮）

クリニカルパスデータベースの構築にあたっては、医療の受け手に安全かつ信頼される医療を提供することを心がけている。また、個人情報扱わない研究である。

C. 研究結果

① 全国35施設からのクリニカルパス担当者による7ワーキンググループで検討した結果、下記の31種類の基本パスを完成し公開中である。

1. 肺葉切除基本パス
2. 肺がん化学療法（シスプラチン・ゲムシタ

- ビン併用療法) 基本パス
3. 肺がん化学療法 (カルボプラチン・パクリタキセル併用療法) 基本パス
  4. 肺がん化学療法 (シスプラチン・エトポシド併用療法) 基本パス
  5. 胃切除基本クリニカルパス
  6. 胃がん化学療法 (S-1+CDDP 療法) 基本パス  
化学療法導入入院治療
  7. 胃がん審査腹腔鏡基本パス
  8. 大腸がん化学療法 (mFOLX6) 基本パス リザーバーポート埋め込み、化学療法導入入院治療
  9. 大腸がん化学療法 (mFOLX6) 基本パス 外来通院治療
  10. 大腸がん化学療法 (bevacizumab+mFOLX6) 基本パス 外来通院治療
  11. 大腸がん化学療法 (bevacizumab+mFOLX6) 基本パス 入院治療
  12. 結腸がん手術基本パス
  13. 前立腺全摘術基本パス
  14. BEP 療法基本パス (精巣がん化学療法)
  15. 尿路上皮がん 化学療法 (ゲムシタビン・シスプラチン併用療法) 基本パス
  16. 乳がん手術基本パス
  17. 乳がん化学療法 (AC) 基本パス 入院治療
  18. 乳がん化学療法 (AC) 基本パス 外来通院治療
  19. 広汎子宮全摘術 基本パス
  20. 卵巣・卵管・腹膜がん根治術 基本パス
  21. 卵巣がん化学療法 TC 療法 (パクリタキセル + カルボプラチン) 基本パス
  22. 悪性リンパ腫化学療法 (R-CHOP 療法導入) 基本パス
  23. 悪性リンパ腫 [ホジキンリンパ腫] 化学療法 (ABVD 導入療法) 基本パス
  24. 悪性リンパ腫 [非ホジキンリンパ腫] 化学療法 (CHASER 療法) 基本パス
  25. 悪性リンパ腫 化学療法 (セヴァリン (R) 療法) 基本パス
  26. 悪性リンパ腫 化学療法 (Bendamustine 療

法導入) 基本パス

27. 悪性リンパ腫 化学療法 (R-Bendamustine 療法導入) 基本パス
28. 悪性リンパ腫 [非ホジキンリンパ腫] 化学療法 (EPOCH 療法) 基本パス
29. 急性骨髄性白血病 化学療法 (シタラビン大量療法) 基本パス
30. リンパ浮腫保存的治療 基本パス
31. 特殊な状況のリンパ浮腫保存的治療 基本パス

## E. 結論

全国のがん診療連携拠点病院で共有できるがん診療クリニカルパスのデータベースを公開することは医療安全の推進とともに医療効率の向上およびがん診療の均てん化に貢献することが期待される。

## F. 健康危険情報

特になし。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表 書籍

1. 河村進 がん治療後のリンパ浮腫 Astellas Square No. 39 VOL. 7 No. 4 12-13、2011
2. 河村進 厚生労働科学研究費補助金によるリンパ浮腫保存的治療クリニカルパス作成リンパ浮腫診療実践ガイド 株式会社医学書院 東京 pp79-87 2011
3. 河村進 クリニカルパス電子化のポイント・落とし穴 日本クリニカルパス学会誌 14(3)261-265、2012
4. 河村進 特集/形成外科における手術スケジューリング—エキスパートの周術期管理—クリニカルパスの基礎と形成外科領域での活用 PEPARS No. 83:9-17. 2013
5. 河村進 4) 悪性黒色腫治療によるリンパ浮腫 5) 化学療法との関連 リンパ浮腫診療治療指針2013 株式会社メディカルト

レビューン 東京 pp97-98 2013

6. 河村 進 2014年度版 リンパ浮腫診療ガイドライン 金原出版株式会社 東京
  7. 野崎功雄、後藤田直人、河村進、他 多施設で利用可能な胃切除クリニカルパスの作成と安全性の検証 日臨外会誌 74(2)、331-338、2013
  8. 野崎功雄、後藤田直人、河村進、他 幽門側胃切除と胃全摘の両術式に利用可能なクリニカルパス 日臨外会誌 74(9)、2343-2348、2013
2. 学会発表
1. 河村進 大西ゆかり リンパ浮腫クリティカルパスの公開によるリンパ浮腫標準治療の啓発第13回日本医療マネージメント学会学術総会 京都 2011年6月25日 京都
  2. 河村進 リンパ浮腫基本クリティカルパスの公開によるリンパ浮腫標準治療(複合的治療)の啓発 第65回 国立病院総合医学会 2011年10月8日 岡山
  3. 河村進 リンパ浮腫の病期および重症度別アプローチ 診療用クリニカルパス 平成21年度厚生労働省委託事業がんのリハビリテーションセミナー リンパ浮腫研修 2012年2月4日 神戸
  4. 河村進 リンパ浮腫の病期および重症度別アプローチ 診療用クリニカルパス 平成24年度第1回リンパ浮腫基本講演会 2012年6月9日 東京
  5. 河村進 若尾文彦 クリニカルパスを用いた標準リンパ浮腫治療(保存的)の啓発第36回日本リンパ学会総会 2012年06月30日 東京
  6. 河村進 若尾文彦 標準リンパ浮腫治療(保存的)クリニカルパスの公開 リンパ浮腫標準治療の啓発と底上げ 第4回日本下肢救済足病学会 2012年7月14日 愛知
  7. 河村進 若尾文彦 がん治療後リンパ浮腫の標準治療とその啓発 患者用パンフレットの公開 第14回日本医療マネージメント学会学術

総会 2012年10月13日 長崎

8. 河村進 がん関連標準パスの作成と啓発 がん治療の標準化を目指して 福井総合病院パス入門講座 ランチョンセミナー 2012年11月17日 福井
9. 河村進 リンパ浮腫の病期および重症度別アプローチ 診療用クリニカルパス 24年度第2回リンパ浮腫基本講演会 2013年2月9日 大阪
10. 河村進 若尾文彦 がん医療の質向上を目指したがん基本パスの作成と公開 第15回日本医療マネージメント学会 2013年6月14日 盛岡
11. 河村進 リンパ浮腫保存的治療の標準パス公開 第1回おかやまリンパ浮腫研究会 2014年3月16日 岡山

H. 知的財産権の出願・登録状況  
特になし。

3. その他

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）  
（総括・分担）研究報告書

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質の向上に関する研究

分担研究者 平田 公一 札幌医科大学 消化器・総合、乳腺・内分泌外科学講座 教授

研究協力者	宇田川康博	藤田保健衛生大学医学部産婦人科	教授
	加賀美芳和	昭和大学医学部放射線医学放射線治療学部門	教授
	福井 次矢	聖路加国際病院	院長
	西山 正彦	群馬大学大学院医学系研究科病態腫瘍薬理	教授
	藤岡 知昭	岩手大学泌尿器科	教授
	藤原 俊義	岡山大学大学院医歯薬学総合研究科消化器外科学	教授
	松原 久裕	千葉大学大学院医学研究院	教授
	山口 直人	東京女子医科大学医学部衛生学公衆衛生学第2講座	教授
	吉田 雅博	化学療法研究所附属病院 人工透析センター・一般外科	教授
	今村 将史	札幌医科大学消化器・総合、乳腺・内分泌外科学講座	助教
	沖田 憲司	札幌医科大学消化器・総合、乳腺・内分泌外科学講座	助教
 (事務的業務等の研究協力者)			
	中道 有美	札幌医科大学消化器・総合、乳腺・内分泌外科学講座	非常勤職員

## 研究要旨

分担研究課題「がん診療ガイドラインの社会的普及と質の向上に関する研究」にあたっては、昨年度に引き続き、ガイドラインの作成・評価に関する問題点の整理ならびにガイドラインの質を保つ統括体制構築についての具体的な要因を考案した。

その結果、ガイドライン作成・評価の実務は、専門系学術団体に依存しつつ日本癌治療学会の関連委員会へ提言し、その内容の受け止めについては円滑に進んでいると評価されるが、ガイドライン評価については、各専門系学術団体に依存しなくてはならない状況にあり、一部の学会ではその作業が進行中にあるが積極的に行なっている学会は少なかった。また、学術団体間での公開体制への共通認識は不十分であった。例えば、統括組織を設けること、財政支援提供等を具体的に検討した事実を報告した記録はなかった。尚、当該業務の財務については、当初、国費で一部支援されていたものが少なくないが、昨今では自発的な事業として行なわれており、中には負担を感じている学術団体としての意見もあった。次にガイドラインの作成・公開体制に関する連携組織構築については、「がん対策情報センター」、「日本医療評価機構 Minds」、「日本癌治療学会」のいずれかを中核拠点とすることが現実的と考えられ、これまでの歴史的経緯と実情に踏まえて「日本癌治療学会」へ委ねることが妥当であるとされたが、当面、当該分担研究組織を“連携協議会＝統括組織”として位置付け、日本癌治療学会や「がん登録からみたがん診療ガイドラインの普及効果に関する研究－診療動向と治療成績の変化-(H24-が

ん臨床-指定-001)」「いわゆる平田班)」へ当該分担研究内容を反映させるべき提言内容を検討することと併せて本分担研究グループが中核的役割を果たしていくべきとを結論とせざるを得なかった。また、連携組織間での財務支援の在り方にも課題が残り、少なくとも財務制限上の今日にあっては、日本癌治療学会、がんセンターがん対策情報センター、日本医療評価機構(MINDS)においてそれぞれの組織の特性に見合った役割分担の設定の中で、今後将来それらを統括していく道筋の構築が必要であるとの結論に至った。

前年度の結果を受け、本年度の研究項目を以下の如く考案した。

#### ①がん診療ガイドライン公開状況の把握とガイドラインの評価

ガイドラインの公開方法に関しては、統一された形式・フォーマットは存在しないが、web 公開に関しては年々最新版が増加しており、情報の正確さは格段に進歩している。但し、公開形式が混在しているため、必ずしも利用者にとって分かり易いものではなく、これらの問題点を解決するためにガイドライン公開組織間の連携の必要性が考えられた。

#### ②がん診療ガイドラインの作成・公開体制に関する統括組織とその在り方

利用者にとって分かり易いがん診療ガイドライン公開体制を構築するためには、作成団体、包括的公開サイト作成団体、横断的学術団体の密接な協力体制や情報の共有が必要であり、今後はそれぞれの組織の特性に見合った役割分担の設定、およびそれらを統括していく組織の構築が必要であると考えられた。

#### ③がん診療ガイドラインの作成・公開体制に関する統括組織の試験的運用

「がん診療ガイドライン作成・公開に関する研究協議会」として関係・関連組織との打ち合わせを施行した。作成・評価に関しては、日本癌治療学会及び専門系学術団体がその重要性を認識しており、各団体の現状把握の結果を研究する。また「がん登録からみたがん診療ガイドラインの普及効果に関する研究—診療動向と治療成績の変化— (いわゆる平田班)」へ当該分担研究内容を反映させ、各専門系学術

団体に協力を依頼し、また、その推進を図ることとした。現在の主な課題点として、以下 1~5 を中核に継続していくこととした。

1. ガイドライン作成方法の差の存在、2. 学会・研究会へガイドライン作成・更新の全てを依存する体制の是非、3. ガイドライン作成者の負担と評価、4. アウトカム評価方法の未確定・未実施、5. ガイドライン公開体制の非戦略性

#### ④ガイドライン作成・公開体制に関する財務上の課題・提言

殆どどの作成団体が自助努力で資金を捻出し作成している (一部については、日本癌治療学会あるいは平田班の研究費によるものがある)。より充実したものとするには財務上の課題解決とがん診療ガイドライン作成組織である学術団体間の信頼関係とより密接な連携が必要と考えられた。公開に関しては、ガイドライン公開組織間の連携、情報共有の必要性が考えられ、役割分担の設定、およびそれらを統括していく組織の構築が必要であると考えられた。

## A. 研究目的

昨年度に引き続き、現行のガイドライン作成・公開体制下での現状の分析とその課題を抽出するとともに、ガイドラインの質を保つための今後の組織体制の在り方、統括体制構築についての具体的な要因の可能性と限界を検討する。

## B. 研究方法

### ①がん診療ガイドライン公開状況の把握とガイドラインの評価

学術団体間の連携組織を構築している日本癌治療学会ホームページ上に掲載されている 25 癌種および支持療法 (疼痛管理、G-CSF 支持療法、制吐療法、リンパ浮腫) に関するガイド

ラインを調査対象とし、インターネットでの公開の様式、ガイドラインの更新や最新版の情報公開状況に関して研究する。

## ②がん診療ガイドラインの作成・公開体制に関する統括組織とその在り方

欧米におけるがん診療ガイドライン作成・公開体制との比較から、在るべき日本独自の作成・公開体制の構築を検討する。

## ③がん診療ガイドラインの作成・公開体制に関する統括組織の試験的運用

診療ガイドラインの普及に関する事業を厚生労働省委託事業として行っている日本医療機能評価機構医療情報サービス（愛称、Minds）、多くの医療情報（各学会掲載のガイドライン、日本癌治療学会、Minds）へのリンクを行い、いわゆるポータルサイトの役割を行っている国立がん研究センターがん対策情報センター、日本癌治療学会からの各代表者と協議会責任者（平田公一、福井次矢）により「がん診療ガイドライン作成・公開体制に関する研究協議会」を構築し、組織連携の推進や評価体制の効果、その在り方を検討する。

## C. 研究結果

上記の①～③について以下の如き研究成果を得た。

### ①がん診療ガイドライン公開状況の把握とガイドラインの評価

がん診療ガイドライン公開体制に関して、日本癌治療学会ホームページ上で公開されている25癌種およびがん疼痛の薬物療法、G-CSF適正使用、制吐薬適正使用、リンパ浮腫診療ガイドラインの公開体制について精査したところ、28領域で診療ガイドラインが存在したが、2014年1月の段階で、web上に最新のガイドラインが公開されているのは20領域であり、そのうち当該学会ホームページ上では15領域、日本癌治療学会ホームページ上では14領域、Mindsホームページ上では8領域の最新

版の閲覧が可能であった。がん対策情報センターホームページ上では、27領域の診療ガイドライン情報（公開状況）が掲載され、web版へのリンクがなされていた。web公開に関しては年々最新版が増加しており、情報の正確さは格段に進歩していた。但し、公開方法に関しては、独自のweb形式もあるため、必ずしも利用者にとって分かり易いものではない。

### ②がん診療ガイドラインの作成・公開体制に関する統括組織とその在り方

利用者にとっての利便性・簡便性という視点から、包括的なガイドラインサイトの必要性を再認識し、どう展開すべきか再検討した。現状では、がん対策情報センター、Minds、日本癌治療学会などが独自にガイドラインの情報公開を行っており、財務支援のある組織においては、その目的に沿っての公開体制を取ることができており、その在り方と明確な役割分担を整理すべきと考えられた。現状では、がん対策情報センターによる国内データベースの提供、診療医、患者の意見の収集、Mindsによる診療ガイドライン関連情報の提供と作成支援、日本癌治療学会による専門的情報の提供、専門医レベルの意見の収集、ガイドライン評価などが行われているが、各専門系学術団体によるガイドラインの提供などは重複している傾向にある。各団体の特性に見合った役割分担の設定や各団体間での基本情報の提供・共有の必要性、包括的ガイドラインサイトがweb化支援等を行う綿密な体制作りの必要性に関する検討が成された。

### ③がん診療ガイドラインの作成・公開体制に関する統括組織の試験的運用

これまでに、がん診療ガイドラインの作成・公開体制に関する連携組織設立のため、規約を作成し「がん診療ガイドラインの作成・公開体制に関する研究協議会」が開催され、以下の委員会の設置が確認されていた。

- がん診療ガイドラインの公開の在り方に関する検討委員会
- がん診療ガイドライン作成・更新方法

論およびガイドラインの構成の在り方に関する検討委員会

- がん診療ガイドライン作成・更新状況の実態把握および働きかけの在り方に関する検討委員会
- がん診療ガイドラインの評価方法の在り方に関する検討委員会
- がん診療ガイドラインによる診療動態の変化および治療成績の検証の在り方に関する検討委員会
- がん診療に関する臨床研究の推進に関する検討委員会
- がん診療に関するデータベースの在り方に関する検討委員会
- がん診療ガイドライン作成・更新・公開における適切な資金の在り方に関する検討委員会
- がん診療ガイドライン作成者に対する学術的評価の在り方に関する検討委員会

しかし、実活動のための財務支援およびその実践の場が存在しないため、今後の検討課題として残った。今年度は、現在のがん診療ガイドライン作成・公開における以下の課題点を抽出し検討した。

1. ガイドライン作成方法の差の存在
2. 学会・研究会へガイドライン作成・更新の全てを依存する体制の是非
3. ガイドライン作成者の負担と評価
4. アウトカム評価方法の未確定・未実施
5. ガイドライン公開体制の非戦略性

1. ガイドライン作成方法の差の存在

日本癌治療学会がん診療ガイドライン関係委員会全体会議に「(平田班)」および「(若尾班)」としてオブザーバー参加し、班研究の主旨について情報提供を行った(各専門系学術団体においては、平田班への直接参加していただき、情報提供と研究実践を行っていただいた)。

2. 学会・研究会へガイドライン作成・更新の全てを依存する体制の是非

学術団体によっては、会員数が少ないために学術団体独自の資金のみで、ガイドラインの作成・更新を行うことは非常に困難なことが伺われる。文献検索や構造化抄録作成などの業務も、主たる作成者である医師自身が行っているのがほとんどであった。一部については、MINDS業務としての支援があるが、統一された方針の下での実施として成されていない。

### 3. ガイドライン作成者の負担と評価

作成者の多くは大学教授及び教員となっている。その人たちにとっては、ガイドライン作成担当が数年間にわたり多大な業務となっているにも関わらず、ほぼボランティア活動と学会としてのある意味での強制となっていることが多い。作成者に対する学術的評価の在り方が検討されるべきと改めて考えられた。

### 4. アウトカム評価方法の未確定・未実施

アンケート調査が計画もしくは実施された領域は5領域、Quality indicatorを用いた診療動態の変化の検証も2領域で計画されていた。しかし、実際にガイドラインのアウトカム評価を行うためには、どのようなデータベースが必要か、そのための組織体制としては何が必要か、どのような調査を行うべきなのか、ガイドライン作成者が行うことなのか、などの課題が挙げられた。

### 5. ガイドライン公開体制の非戦略性

ガイドライン公開における、各専門学会とがん対策情報センター、Minds、日本癌治療学会の役割分担が必要か否かを検討した。財務支援のある前二者においては、その支援目的に添った活動となっており、日本癌治療学会においては、学術団体としての自己努力がなされている。また、最新版のweb公開にあっては、time lagをなくす点からも、各公開団体が連絡を密に情報共有する必要性が挙げられた。

## D. 考察

昨年度から引き続いて現状での推移の分析と新たな連携構築、そして本部の精度の高い医療への貢献のための在り方について以下の如く考

察する。

### ①がん診療ガイドライン公開状況の把握とガイドラインの評価

ガイドラインの公開方法に関しては、統一された形式・フォーマットは存在しないが、web公開に関しては年々最新版が増加しており、情報の正確さは格段に進歩している。但し、公開形式が混在しているため、必ずしも利用者にとって分かり易いものではなく、これらの問題点を解決するために問いを投げかけ、どのように展開させていくべきかについて、ガイドライン公開組織間の連携の必要性をさらに検討していくべきである。

### ②がん診療ガイドラインの作成・公開体制に関する統括組織とその在り方

利用者にとって分かり易いがん診療ガイドライン公開体制を構築するためには、作成団体、包括的公開サイト作成団体、横断的学術団体の密接な協力体制や情報の共有が必要であり、今後はそれぞれの組織の特性に見合った役割分担の設定、およびそれらを統括していく組織の構築が必要であると考えられた。そのためには、財務支援が必須と考えられた。

### ③がん診療ガイドラインの作成・公開体制に関する統括組織の試験的運用

#### 1. ガイドライン作成方法の差の存在

本協議会では、本邦に現状に合わせたガイドライン作成方法論に関して協議を行い、ガイドライン作成団体に提言していく。

#### 2. 学会・研究会へガイドライン作成・更新の全てを依存する体制の是非

資金援助の問題や、業務支援の方法論について協議していく必要がある。

#### 3. ガイドライン作成者の負担と評価

ガイドライン作成者に対する適切な学術的評価の在り方を協議し、各学術団体に提言していく。

#### 4. アウトカム評価方法の未確定・未実施

適切な評価方法に関する協議を行い、ガイドライン作成団体に提言していく。

#### 5. ガイドライン公開体制の非戦略性

適切な公開における協力体制に関して協議を行い、各団体に提言していく。包括的がん診療ガイドライン公開サイトの必要性、在り方、実現可能性について協議する必要がある。

## E. 結論

以上の結果より、「がん診療ガイドラインの社会的普及と質の向上」のためには、作成・更新・公開体制の問題点の整理ならびに統括体制構築が必要と考えられた。

ガイドライン作成・評価の実務は、日本癌治療学会の関連委員会へ提言し、その内容の受け止めについては円滑に進んでいると評価されるが、ガイドライン評価については、各専門系学術団体に依存しなくてはならない状況にあり、積極的に行なっている学会は少なかった。また、学術団体間での公開体制への共通認識は不十分であり、統括組織を設けること、財政支援提供等の具体的な検討はなかった。尚、財務については、昨今では自発的な事業として行なわれており、中には負担を感じている学術団体もあった。

次にガイドラインの作成・公開体制に関する連携組織構築については、「がん対策情報センター」、「日本医療評価機構 Minds」、「日本癌治療学会」のいずれかを中核拠点とすることが現実的と考えられ、これまでの歴史的経緯と実情に踏まえて「日本癌治療学会」へ委ねることが妥当であるとされたが、当面、当該分担研究組織を“連携協議会＝統括組織”として位置付け、日本癌治療学会や「がん登録からみたがん診療ガイドラインの普及効果に関する研究－診療動向と治療成績の変化(H24-がん臨床-指定-001)」(いわゆる平田班)へ当該分担研究内容を反映させるべき提言内容を検討することと併せて本分担研究グループが中核的役割を果たしていくべきとの結論に至った。

また、連携組織間での財務支援の在り方にも課題が残り、少なくとも財務制限上の今日にあっては、日本癌治療学会、がんセンターがん対策情報センター、日本医療評価機構(MINDS)においてそれぞれの組織の特性に見合った役割分担の設定



の中で、今後将来それらを統括していく道筋の構築が必要であるとの結論に至った。

## F. 健康危険情報

(分担研究報告書には記入せずに、総括研究報告書にまとめて記入)

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

前佛均, 清谷一馬, 宇野智子, 木村康利, 蓮田泰誠, 光畑直喜, 伊奈志乃美, 鬼原史, 山上裕機, 平田公一, 中村祐輔: ゲノムワイド関連解析によるジェムシタビン副作用関連遺伝子の同定. 胆と膵 34:143-148, 2013

Hashimoto K, Masumori N, Tanaka T, Maeda T, Kobayashi K, Kitamura H, Hirata K, Tsukamoto T: Zoledronic acid but not somatostatin analogs exerts anti-tumor effects in a model of murine prostatic neuroendocrine carcinoma of the development of castration-resistant prostate cancer. Prostate 73:500-11, 2013

佐藤昇志, 鳥越俊彦, 平田公一, 今井浩三, 釣田義一郎, 瀬谷司, 松本美佐子, 松田修: 難治性がんに対するがん幹細胞標的ペプチドワクチン療法の開発. 厚生労働科学研究費補助金「難病・がん等の疾患分野の医療の実用化研究事業(がん関係研究分野)難治性がんに対するがん幹細胞標的ペプチドワクチン療法の開発」平成 24 年度総括・分担研究報告書 15-16, 2013

平田公一, 小川宰司, 河野剛, 石井雅之, 及能大輔, 九富五郎, 木村康利, 水口徹: 特集によせて肥満の疫学と最近のトピックス. Surgery Frontier 20:249-254, 2013

平田公一: 二期的肝切除における残存予定の肝臓の急速な肥大に対する門脈結紮術を併用した in situ 肝離断. The World on Digestive Surgery 14:5, 2013

巽博臣, 升田好樹, 今泉均, 吉田真一郎, 坂脇英志, 後藤京子, 原田敬介, 信岡隆幸, 平田公一:

重症患者に対する早期経腸栄養施行時の排便コントロールの有用性に関する検討. 静脈経腸栄養 28:1245-1250, 2013

平田公一, 水口徹, 木村康利: セプシスの定義. 敗血症(セプシス)救命治療の最前線 44-53, 医薬ジャーナル社. 東京. 2013 年

Nosho K, Igarashi H, Nojima M, Ito M, Maruyama R, Yoshii S, Naito T, Sukawa Y, Mikami M, Sumioka W, Yamamoto E, Kurokawa S, Adachi Y, Takahashi H, Okuda H, Kusumi T, Hosokawa M, Fujita M, Hasegawa T, Okita K, Hirata K, Suzuki H, Yamamoto H, Shinomura Y: Association of microRNA-31 with BRAF mutation, colorectal cancer curvival and serrated pathway. Carcinogenesis 35:776-83, 2014

平田公一, 木村康利, 今村将史, 石井雅之, 太田盛道, 及能大輔, 久木田和晴, 及能拓朗, 水口徹, 樋上哲哉: ハイブリッド手術室での取り組み 消化器外科領域. 消化器外科 37:87-94, 2014

Furuhata T, Hirata K, Wakao F, Okita K, Imamura M, Maehara Y, Nishiyama M: Questionnaire survey for the development and publication of Cancer Clinical Practice Guidelines in Japan. Int J Clin Oncol (in press)

Nishiyama M: Cross-boundary cancer studies at the University of Tokyo: Asia as a partner for Japan. Jpn J Clin Oncol 44:i32-37, 2014.2

西山正彦: がん治療認定医制度の現状と今後の展開. 特集「がん対策推進基本計画具体化に向けてのがん研究・診療・教育の方向性」. 腫瘍内科 13: 504-10, 2014

西山正彦: 序文. G-CSF 適正使用ガイドライン 2013 年版日本癌治療学会編 金原出版. 東京. 2013 年 11 月 30 日

宇田川康博: 婦人科がん治療ガイドライン—医師と患者と家族の絆—. 日本産科婦人科学会雑誌 65:1650-1657, 2013

片渕秀隆, 三上幹男, 宇田川康博, 八重樫伸生, 等: 子宮体がん治療ガイドライン 2013 年版第 3

版日本婦人科腫瘍学会編 1-209, 金原出版(株). 東京. 2013

山口直人: がんの疫学 UPDATE. 東京女子医科大学雑誌 83:14-22, 2013

佐藤康仁, 畠山洋輔, 奥村晃子, 清原康介, 小島原典子, 吉田雅博, 山口直人: 診療ガイドラインをウェブ上に提供する Minds サイトにおける課題と解決策. 医療情報学 34:35-43, 2014

## 2. 学会発表

宇田川康博: 特別講演: 子宮体癌—今後に残された課題の中から—. 福井産婦人科臨床セミナー—福井, 2013年4月14日

宇田川康博: 特別講演: 婦人科がん治療ガイドライン—医師と患者と家族の絆—. 第65回日本産科婦人科学会 札幌, 2013年5月11日

平田公一: 術後回復強化策に関する工夫. 第38回日本外科系連合学会学術集会 東京, 2013年6月7日

Aiba K, Tamura K, Saeki T, Nakanishi Y, Kamura T, Baba H, Yamamoto N, Kitagawa Y, Yoshida K, Furuse J, Kakeji Y, Wakabayashi G, Sugiyama T, Ito Y, Hatake K, Hirata K, Maehara Y, Kitajima M: Nationwide survey on CINV associated with MEC and HEC and primary care medical staffs' perception on CINV. The CINV Study Group of Japan Survey. MASCC/ISOO International Symposium on Supportive Care in Cancer Berlin, 6.28, 2013

西山正彦: 遺伝子診断・遺伝子解析とがん治療(ランチョンセミナー). 第19回日本遺伝子治療学会年次学術集会 岡山, 2013年7月4日

沖田憲司, 古畑智久, 今村将史, 西舘敏彦, 川本雅樹, 目黒誠, 信岡隆幸, 木村康利, 水口徹, 平田公一: 本邦におけるがん診療ガイドラインの現状と将来. 第68回日本消化器外科学会 宮崎, 2013年7月17日

平田公一: 消化器癌治療における日本からのエビデンスの発信-Oncologic Resction や RCT の

結果からみえてきたもの-. 第68回日本消化器外科学会総会 宮崎, 2013年7月18日

平田公一: 乳がん検診の将来像に向けて—北海道の現状と乳がん関連学術団体の提言より—. 2013年がん征圧全国大会記念シンポジウム札幌 2013年9月12日

平田公一: 消化器癌腹膜播腫の病態解明と新治療戦略. 消化器外科学会・消化器病学会合同シンポジウム 東京, 2013年10月12日

西山正彦: 理事長講演「明日に向かって」. 第51回日本癌治療学会学術集会 京都, 2013年10月24日

沖田憲司: 厚生労働省科学研究と QI 調査について. 第51回日本癌治療学会学術集会 京都, 2013年10月26日

Nishiyama M: Mission of Federation of Asia Clinical Oncology (FACO). The 3rd Biennial Meeting of ASGO and the 55th Meeting of JSGO, Kyoto, Japan, 12.13, 2013

宇田川康博: 特別講演: 婦人科がん治療ガイドライン—その概要と体癌の高用量ゲスターゲン療法に触れて—. 第28回日本臨床細胞学会宮城県支部学術集会 仙台, 2014年2月

Nishiyama M: Symposium I Program for local area open innovation. The 1st International Symposium of Gunma University Program for Local Area Open Innovation R&D Human Resources - New Paradigms - Establishing Centers for Fostering Medical Researchers of the Future - Maebashi, Japan, 3.11, 2014

## H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
なし

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）  
（分担）研究報告書

がん診療連携拠点病院における質評価のための診療体制調査

水流聡子 東京大学大学院工学系研究科 特任教授

【研究要旨】

H24年度に実施した大腸がん手術療法に対する診療体制の質評価では、29項目の質問票、135項目の質問票を開発し、全国のがん診療連携拠点病院約400件に調査依頼をした。約2割の病院の協力が得られた。H25年度は、その調査結果を分析し、質問文と回答選択肢の改善を行った。第2回目の調査は、調査票P（40項目）、調査票A（146項目）で実施され、102病院からの協力を得た。質問項目の具体化・細分化による、回答率の変化により、現状把握の機能が強化されたことを確認した。したがって、本研究の手法により、改善につなげるための評価手法を構築することができたと考えられる。

1. 研究目的

本研究はがんの種類や治療法によらず臨床現場でがん診療プロセスの質を評価する指標を設計する方法、また、評価指標を活用して診療の質を計測し、改善に繋げる評価を行う方法の構築を目的とする。

今年度は、2013年1月に実施した第1回目の調査結果を分析し、調査票の改善を行った。

研究体制を表1に示す。

表1 がん質評価指標開発班

研究者区分	研究者氏名	所属
研究メンバー	水流 聡子 (研究代表者)	東京大学・大学院工学系研究科
	飯塚 悦功	東京大学・大学院工学系研究科
	若尾 文彦	独立行政法人 国立がん研究センター がん対策情報センター
	新海 哲	四国がんセンター
	蒲生 真紀夫	大崎市民病院
	秋山 聖子	東北大学病院
	青籠 健二郎	独立行政法人国立病院機構四国がんセンター 乳腺科
	名取 良弘	麻生飯塚病院
	矢野 真	武蔵野赤十字病院
	野崎 功雄	独立行政法人国立病院機構四国がんセンター 消化器科
	吉岡 慎一	兵庫県立西宮病院
	乾 由明	兵庫県立西宮病院
	吉井 慎一	株式会社日立製作所 水戸総合病院
小口 秀紀	トヨタ記念病院	
事務局	下野 僚子	東京大学・大学院工学系研究科・水流研究室
	太田 耕右	東京大学・大学院工学系研究科・水流研究室
	谷崎 浩一	東京大学・大学院工学系研究科・水流研究室



ることで導出する。さらに、構造化された質評価の観点の構成要素と診療フェーズの対応付けを行うことで、質問票に反映させる。

### 3. 結果

#### 3.1 第1回目調査結果の分析

回答選択肢が「はい・いいえ」の二択の質問に関しては、「質問の意味が分からない」「回答が一意に決まらない（場合によって回答が変わる）」といった内容のコメントが複数ある質問をピックアップする。

一方、回答選択肢が「場合による」を含む三択以上の質問については、上記のコメントがあり、なおかつ回答選択肢の「はい」よりも「場合による」を選択した割合が多い質問をピックアップする。

ピックアップされた質問に対応する実現形態に属する質評価の観点を構造化する。実現形態と観点对応表の一部を表2に示す。以上の方法で構造化すべき質評価の観点を洗い出すことが、3.1の目的である。

表2 質評価の観点と実現形態の対応表（一部）

観点	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				
実現形態	カンファレンス	術前カンファレンス	術後カンファレンス	カンサード	有害事象への対応手順の共有

#### 3.2 質評価の観点を構造化

実現形態を参考に質評価の観点を持つ特性に着目すると、観点03(共通認識を持つ体制)に関しては、表2から具体的な会議体であることがわかる。したがって、観点03は、「検討内容・構成メンバー・実施フェーズ・記録」といった構成要素に分けることができ、このようにして観点を構造化するときの方針を立てる。

さらに、この方針に基づいて、図3の形で質表の観点を構造化する。

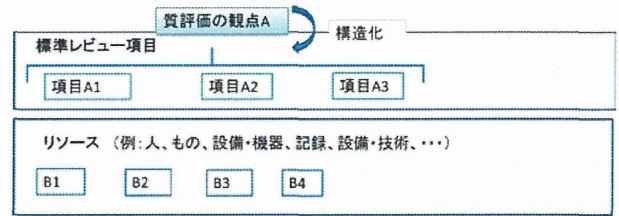


図3 構造化モデル

評価対象には、診療プロセス標準が確立しているかどうかレビューを行う際のチェックポイントや、具体的な医療リソースなど、性質の異なるものが混在している可能性がある。したがってこれらの構成要素間の関係を整理する必要がある。

#### 3.3 質問票への反映

構造化により得られた構成要素が、どのフェーズに当てはまるか決定する。診療フェーズの定義を参考に、表3の形で対応付けを行う。

表3 構成要素・診療フェーズの対応付け

フェーズ	質評価の観点	A		
	構成要素	A1	A2	...
フェーズ	01がん診断			
	02治療前診断			
	03治療計画立案	○	○	○
	04治療介入	○	○	○
	05腫瘍評価			
	06経過観察			

対応付けは、すべての質問項目が質評価の観点とフェーズに対応付けられて配列した体系的なマトリクスである知識ベースと呼ばれる表で確認する。

回答選択肢に関しては、3.2で展開された標準レビュー項目またはリソースがとりうる（標準から崩れうる）パターンの特定により再設計を行う。回答が一意に決まらない（場合によって回答が変わる）といったコメントのある質問に関して、達成度のパターンを三段階（はい・場合による・いいえ）で表現し、抜け・漏れが無いように回答選択肢を設定しなおす。質問文の表現に関しては、得られたコメントを参考に、診療ガイドラインや医師へのヒアリングによって現状に即した表現へと修正する。

#### 3.4 調査結果の分析

先行研究における2013年がん診療体制調査の結果を分析する。調査対象病院は、国から指定された約400の「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」のうち調査協力のあった79病院

である。

3.1により、表4の14個の質問をピックアップすることができた。これらの質問は、表7のように4種類の質評価の観点に分類することができたので、これら4種類の構造化を行った。

### 3.5 実現形態の構造化

3.2による結果の一部を以下に示す。情報共有する体制のうちのひとつである「術前カンファレンス」に関して、3.2に基づいて構造化を行った。

表4 質問のピックアップ

診療体制に関する質問		質評価の観点
質問番号(135)	ピックアップされた質問	
Q4	がん診断の患者の同意を確認した記録があるか	01-01
Q11	医師ががん確定診断の結果を患者に説明し、患者の同意を確認した記録があるか	
Q12	病期を確定することを説明し、患者の同意を確認した記録があるか	
Q16	CTが不可だった場合、他の検査を行うことに関して説明し、患者の同意を確認した記録があるか	
Q19	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があるか	
Q22	手術の結果を患者に説明し、患者の同意を確認した記録があるか	
Q25	5年後の再発のリスクに関して説明し、患者の同意を確認した記録があるか	01-02
Q29	術後のQOL(便回数の増加や失禁の可能性など)の変化について説明し、患者の理解度を確認した記録があるか	
Q31	患者自身の病状に関する患者の理解度を確認するために、患者自らが病状を説明した記録があるか	
Q52	計画したが実施しなかった検査がある場合、実施しなかった検査は何か、またその理由に関する記録があるか	02-02
Q62	予定術式がガイドラインに準拠していない場合、その理由をカルテ等に記録する体制があるか	
Q123	院内で使用するQOL評価票(EORTC-QLQ-CR38やmFIQL など)が決まられているか	03
Q128	ある場合、以下のどの診療フェーズで実施しているか	
	患者のがん確定診断時に実施している	
	患者の病期診断時に実施している	
	手術前に実施している	
Q132	カンファレンス等の情報共有による決定事項をどの程度治療方針に反映させているか	

ここでは、がん診療と診療提供体制に関する用語の明確化のための調査報告書<sup>1)</sup>および専門医へのヒアリングにより、評価したい項目に抜け・漏れの無いように構造化を行った。その結果の構造の一部(術前カンファレンス)を以下に示す。

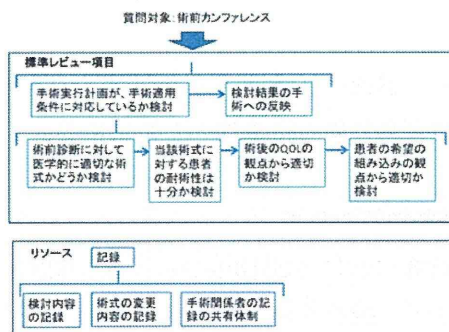


図4 情報共有する体制の構造化(一部)

### 3.6 質問票への反映

構造化により、術前カンファレンスを8つの構成要素に展開した(表5)。

表5 フェーズへの当てはめ(術前カンファレンス)

フェーズ	構成要素	質評価の観点							
		03共通認識							
		術前カンファレンス							
		術前診断に対して医学的に適切な術式かどうか検討	当該術式に対する患者の期待は十分か検討	術後のQOLの観点から適切か検討	患者の希望の組み込みの観点から適切か検討	検討内容の記録	術式の変更内容の記録	検討結果の手術への反映	手術関係者の記録の共有体制
01がん診断									
02治療前診断									
03治療計画立案	0	0	0	0	0	0	0	0	0
04治療介入	0	0	0	0	0	0	0	0	0
05療養評価									
06経過観察									

これらを観点・フェーズに当てはめた結果、計8個の構成要素が知識ベースに追加された。これを質問票に反映させるが、その際、質問項目を「術前カンファレンス・術後カンファレンス・カンサーボード」という評価項目のグループごとに配列することで、質問票の改善を図った。

回答選択肢に関しては、診療体制がとりうるパターンの特定により再設計を行った。表6の①と②の二種類の体制の有無を確認している質問(患者への説明内容の記録および共有に関する質問)について、達成度を三段階で表現し、抜け・漏れが無いように回答選択肢を設定しなおした。

表6 回答選択肢の設計

①説明内容と、それに伴う患者の理解など必要事項を記録しているか	②記録を医師と患者の間で共有しているか	前回調査における選択肢番号	前回調査における配点	新たに設定した選択肢番号	新たに設定した配点
○	○	1	1	1	1
	△	無し	—	2	0.625
	×	無し	—	3	0.5
△	△	2	0.5	4	0.25
	×	3	0.25	5	0.125
×	×	4	0	6	0

情報共有する体制について問う質問に関しては、「カンファレンス・カンサーボードの整備状況」を問う14個の質問へと具体化した。

### 3.7 第2回目調査の実施

2014年1月に全国の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に調査の協力を依頼

した。調査シートは、以下の2種類である。いずれの調査シートでも、質問毎に、①体制の有無 ②運用の実態 に回答してもらう形式とした。

【調査シートA】整備することが推奨される診療体制のすべてが設定（質問数：146）

【調査シートP】調査シートAから抽出された質問群が設定（質問数：40）

2013年調査では96%であった「はい」の割合が、2014年調査では減少し、カンサーボードに関しては未整備の傾向がみられた。

なお表7, 8は、ともに同一病院の集団の回答結果を集計した結果である。

表7 カンファレンスの記録に関する質問と、その回答結果（2013年）

回答は右の選択肢からお選び下さい。					
質問24 カンファレンス等情報共有を行った際、記録をとる体制があるか					
1=はい	2=いいえ	3=その他(記述)	4=不明(理由を記述)	5=当該病院では非該当(理由を記述)	
96%	4%	0%	0%	0%	

表8 カンファレンスの記録に関する質問と、その回答結果（2014年）

回答は右の選択肢からお選び下さい。							
		1=はい	2=まあいいか(回答に依らず)	3=いいえ	4=その他(記述)	5=不明(理由を記述)	6=当該病院では非該当(理由を記述)
質問22	術前カンファレンスの記録をとる体制があるか	85%	13%	0%	0%	1%	0%
質問27	術後カンファレンスの記録をとる体制があるか	56%	34%	4%	0%	4%	0%
質問32	カンサーボードの記録をとる体制があるか	66%	11%	3%	0%	20%	0%

2013年と2014年調査の両方に参加した30病院の、回答選択肢の再設計に該当する質問群の平均適合率と標準偏差の値を表9に示す。適合率は全体的に減少し、標準偏差は増加したことがわかる（5%有意）。

表9 選択肢再設計の効果の検証

	2013年調査	2014年調査
平均	60%	50%
標準偏差	18%	22%

全体の回収結果・集計結果を、以下の順に示す。

- 
- 1) 回答状況
  - 2) 適合率の概要
    - 2)-1 がん拠点病院の種類別・結果
      - ・総合適合率、観点別（体制の有無＋運用の実態）
      - ・フェーズ別（体制の有無）
    - 2)-2 病院の背景別集計結果
      - ・観点別
      - ・フェーズ別
  - 3) 病院間比較
    - ・体制の有無＋運用の実態
    - ・総合点
    - ・観点別
  - 4) 調査票回答病院の分析（都道府県・質問票A）
    - ・フェーズ別、観点別（体制の有無＋運用の実態）
-

1) 回答状況

表 1 調査回答病院数

	質問票A	質問票P	計
都道府県がん診療連携拠点病院	22	1	23
地域がん診療連携拠点病院+国立がんセンター	52	27	79
計	52	27	79

表 2 平均回答時間(分)

	質問票A	質問票P
都道府県がん診療連携拠点病院	149	60
地域がん診療連携拠点病院+国立がんセンター	143	63
全体	145	63

表 3 平均回答時間の標準偏差(分)

	質問票A	質問票P
都道府県がん診療連携拠点病院	54	0
地域がん診療連携拠点病院+国立がんセンター	74	35
全体	68	34

2) 適合率の概要

2)-1 がん拠点病院の種類別・結果

- ・総合適合率，観点別

表 4 適合率概要(質問票 A、体制の有無)

	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)	総合
都道府県がん診療連携拠点病院	66.1%	88.2%	75.7%	73.4%
地域がん診療連携拠点病院+国立がんセンター	69.1%	85.3%	73.3%	73.9%
全体	68.3%	86.2%	74.0%	73.8%

表 5 適合率概要(質問票 A、体制の運用)

	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)	総合
都道府県がん診療連携拠点病院	70.7%	79.1%	69.3%	71.9%
地域がん診療連携拠点病院+国立がんセンター	77.3%	84.9%	70.7%	78.0%
全体	75.3%	83.2%	70.3%	76.2%

表 6 適合率概要(質問票 P、体制の有無)

	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)	総合
都道府県がん診療連携拠点病院	46.5%	74.3%	75.6%	71.6%
地域がん診療連携拠点病院+国立がんセンター	47.3%	68.4%	73.0%	68.8%
全体	47.1%	69.7%	73.6%	69.4%

表 7 適合率概要(質問票 P、体制の運用)

	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)	総合
都道府県がん診療連携拠点病院	59.8%	67.5%	69.7%	67.8%
地域がん診療連携拠点病院+国立がんセンター	63.8%	69.2%	69.4%	69.1%
全体	62.9%	68.8%	69.5%	68.8%

表 4~7 より、以下のことがわかる。

- ・状態認識：体制の有無・運用にかかわらず、地域拠点病院のほうが適合率が高い。
- ・介入：体制に関しては都道府県拠点病院の方が整備されているが、運用状況は都道府県拠点病院の方が充実している。
- ・検定結果：質問票 A と P の適合率の差の検定結果を示す。(5%有意とする)

表 8 質問票 A と P の平均値の差の検定の結果(体制の有無)

観点01	観点02	観点03	総合
質問票Aのほうが適合率が高い	質問票Aのほうが適合率が高い	同じ	質問票Aのほうが点数が高い

表 9 質問票 A と P の平均値の差の検定の結果(体制の運用)

観点01	観点02	観点03	総合
質問票Aのほうが適合率が高い	質問票Aのほうが適合率が高い	同じ	質問票Aのほうが点数が高い

表 8,9 より、観点 03 以外については質問票 A の方が適合率は高くなるという結果となった。これより、質問票 A と P の点数を単純比較できないことがわかる。

質問票 P (簡易版) 作成の際、質問の選択方法に課題があることが分かる。

- ・フェーズ別

以下に、都道府県拠点病院・地域拠点病院・全体の、



フェーズごとの適合率を示す。

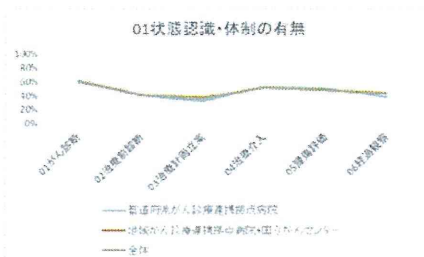


図1 フェーズ別適合率(観点01・体制の有無、すべて質問票Pに換算)

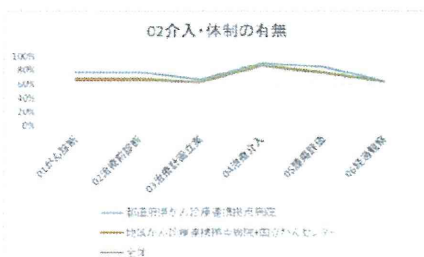


図2 フェーズ別適合率(観点02・体制の有無、すべて質問票Pに換算)

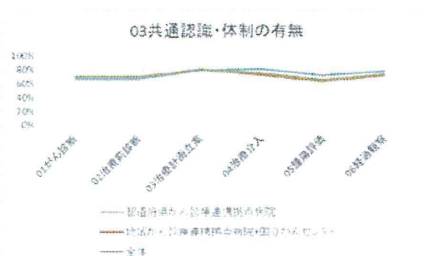


図3 フェーズ別適合率(観点03・体制の有無、すべて質問票Pに換算)

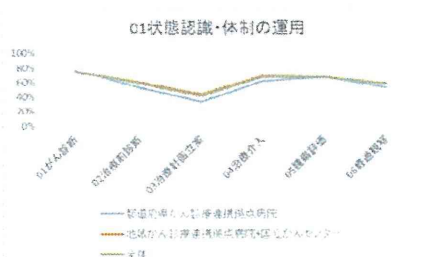


図4 フェーズ別適合率(観点01・体制の運用、すべて質問票Pに換算)

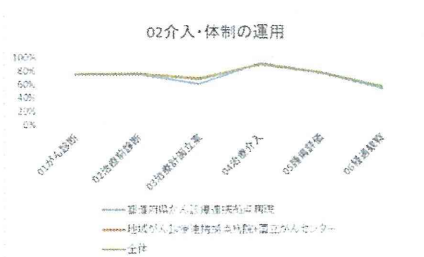


図5 フェーズ別適合率(観点02・体制の運用、すべて質問票Pに換算)

て質問票Pに換算)

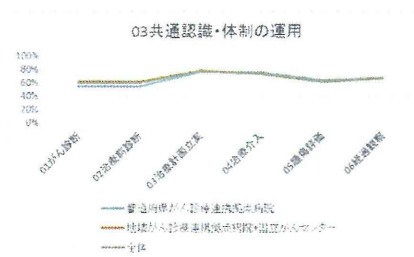


図6 フェーズ別適合率(観点03・体制の運用、すべて質問票Pに換算)

観点01,02については、フェーズ03(治療計画立案)で特に低い適合率を示した。一方、観点03では、フェーズ03が高い適合率となった。

病院の種類ごとの適合率の差に関しては、都道府県拠点病院で若干低い傾向が見られたものの、大きな差異は見られなかった。

## 2)-2 病院の背景別集計結果 (がんセンター・成人病センター、大学病院、その他総合病院)

### ・観点別

表10 病院の背景別集計結果(体制の有無、すべて質問票Pに換算)

	01状態認識	02介入	03共通認識
がんセンター・成人病センター	55%	78%	74%
大学病院	43%	68%	74%
その他総合病院	47%	68%	73%

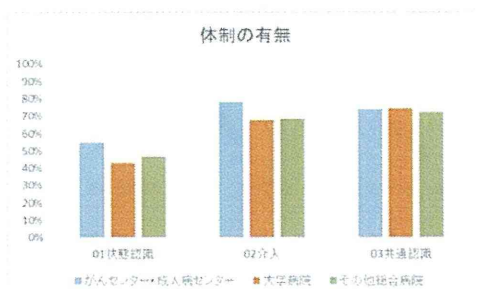


図7 病院の背景別集計結果(体制の有無、すべて質問票Pに換算)

表 11 病院の背景別集計結果(体制の運用、すべて質問票 P に換算)

体制の運用	01状態認識	02介入	03共通認識
がんセンター・成人病センター	69%	78%	77%
大学病院	57%	66%	67%
その他総合病院	64%	68%	69%

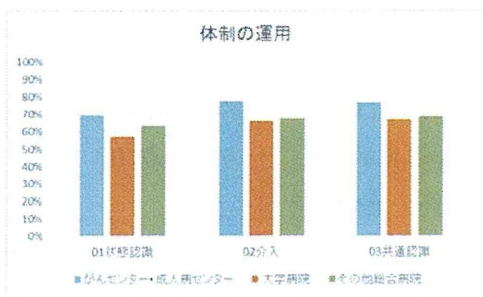


図 8 病院の背景別集計結果(体制の運用、すべて質問票 P に換算)

体制の有無・運用ともに、がんセンター・成人病センターで高い適合率を示した。

また、観点 01 で、体制の運用と実態の差が大きいことがわかった。これは、体制としては不十分だが、個々の医師が実現させようとしていることが予想できる。

・フェーズ別

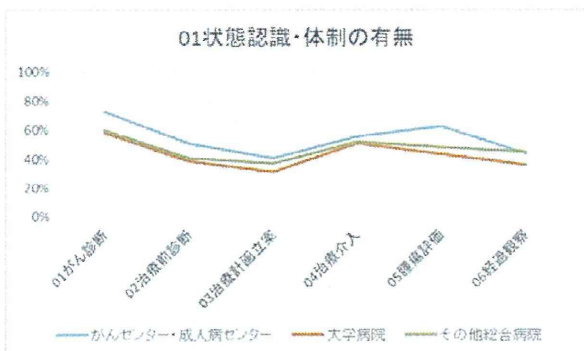


図 9 フェーズ別適合率(観点 01・体制の有無、すべて質問票 P に換算)

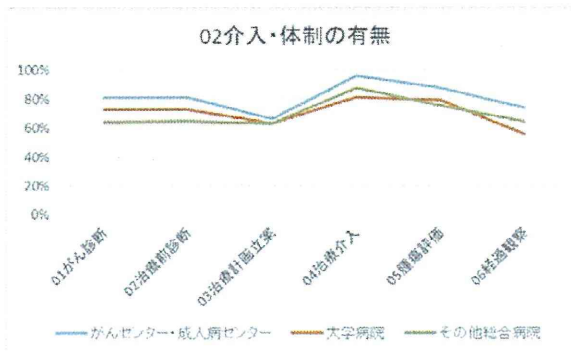


図 10 フェーズ別適合率(観点 02・体制の有無、すべて質問票 P に換算)

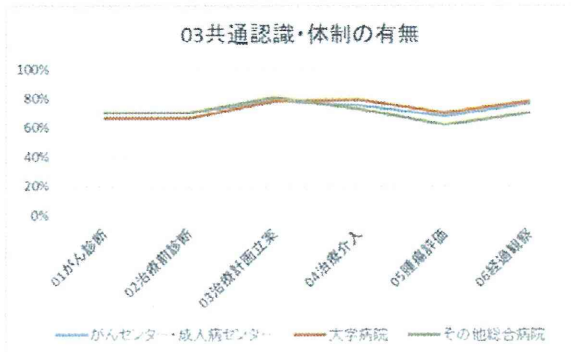


図 11 フェーズ別適合率(観点 03・体制の有無、すべて質問票 P に換算)

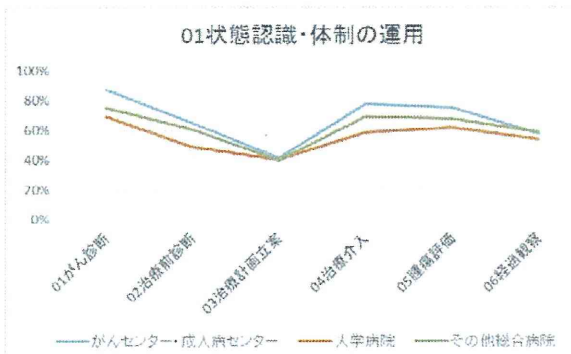


図 12 フェーズ別適合率(観点 01・体制の運用、すべて質問票 P に換算)

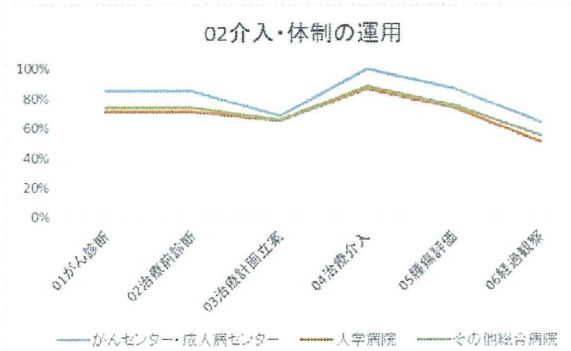


図 13 フェーズ別適合率(観点 02・体制の運用、すべて質問票 P に換算)

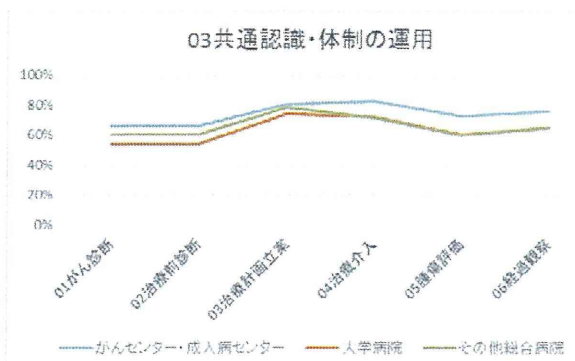


図 14 フェーズ別適合率(観点 03・体制の運用、すべて質問票 P に換算)

図 1~図 6 と同様の傾向を示した。また、がんセンター・成人病センターの適合率が高いことがわかる。

3) 病院間比較

・観点別 (都道府県)

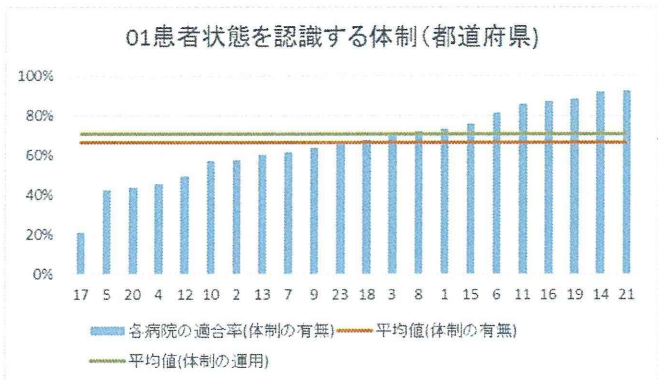


図 15 都道府県拠点病院の適合率(観点 01、質問票 A)

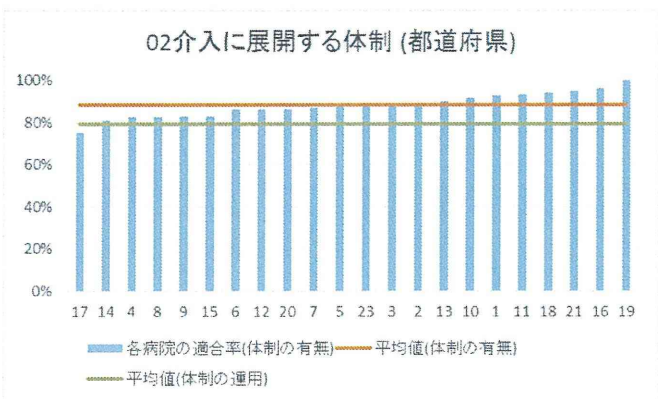


図 16 都道府県拠点病院の適合率(観点 02、質問票 A)

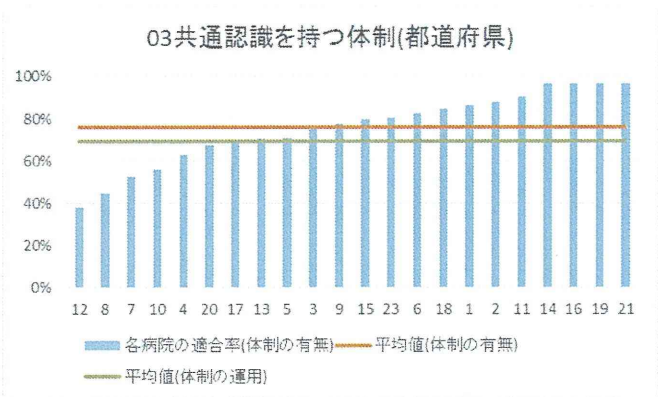


図 17 都道府県拠点病院の適合率(観点 03、質問票 A)

・総合評価点数 (都道府県)

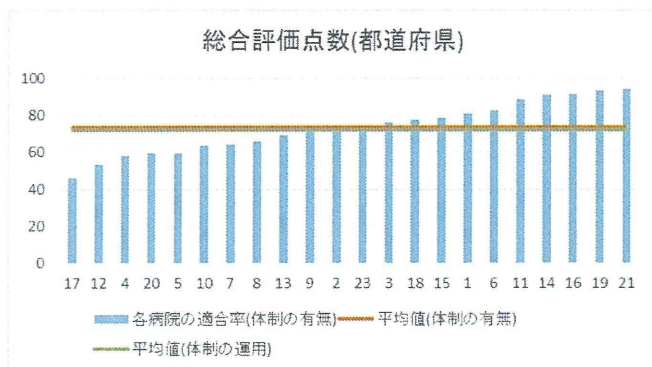


図 18 都道府県拠点病院の適合率(総合評価点数、質問票 A)

・観点別 (地域)

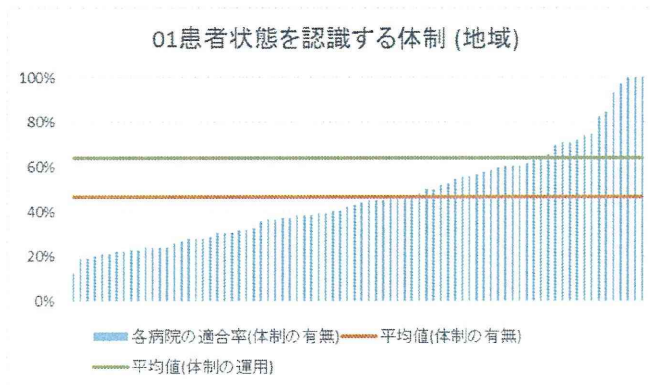


図 19 都道府県拠点病院の適合率(観点 01、すべて質問票 P に換算)

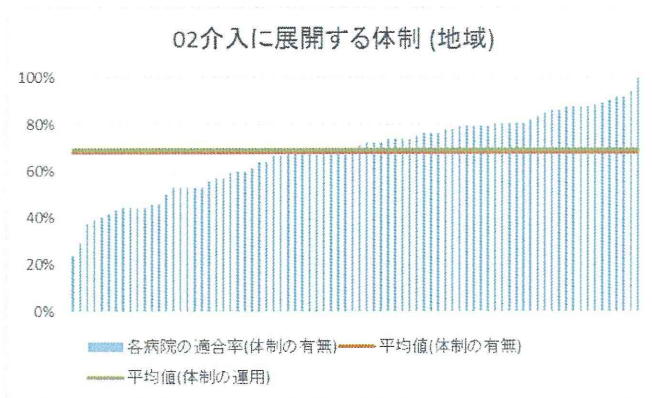


図 20 都道府県拠点病院の適合率(観点 02、すべて質問票 P に換算)