

がん診療連携拠点病院における診療体制の PDCA サイクル確保について

中瀬 一則, 大井 正貴, 東 千尋, 高尾 仁二, 西川 晃平
松原 年生, 近藤 英司, 俵 功, 水野 聡朗

三重医学 第66巻 第1-4号 別刷

三重大学医学部

三重医学会

2023

がん診療連携拠点病院における診療体制のPDCAサイクル確保について

中瀬 一則^{1,9)}, 大井 正貴²⁾, 東 千尋³⁾, 高尾 仁二⁴⁾, 西川 晃平⁵⁾,
松原 年生⁶⁾, 近藤 英司⁷⁾, 俵 功⁸⁾, 水野 聡朗⁹⁾

1) 三重大学大学院医学系研究科個別化がん免疫治療学, 2) 三重大学医学部附属病院 消化管外科
3) 同 乳腺センター, 4) 同 呼吸器外科, 5) 同 泌尿器外科, 6) 同 脳神経外科
7) 同 婦人科, 8) 同 血液内科, 9) 同 がんセンター

Efforts to ensure PDCA cycle in the medical care system in a regional cancer treatment
cooperation base hospital

Kazunori NAKASE^{1,9)}, Masaki OHI²⁾, Chihiro HIGASHI³⁾, Motoshi TAKAO⁴⁾, Kouhei NISHIKAWA⁵⁾,
Toshio MATSUBARA⁶⁾, Eiji KONDO⁷⁾, Isao TAWARA⁸⁾, Toshiro MIZUNO⁹⁾

1) Department of Personalized Cancer Immunotherapy, Mie University Graduate School of Medicine
2) Department of Gastrointestinal Surgery, Mie University Hospital
3) Breast Center, Mie University Hospital, 4) Department of Respiratory Surgery, Mie University Hospital
5) Department of Urology, Mie University Hospital, 6) Department of Neurosurgery, Mie University Hospital
7) Department of Gynecology, Mie University Hospital, 8) Department of Hematology, Mie University Hospital
9) Cancer Center, Mie University Hospital

要 旨

がん診療連携拠点病院では、自施設のがん診療機能について、PDCAサイクルを回すことにより、組織的な改善策を講じることが必要とされている。今回、われわれは、三重県のがん診療連携拠点病院である三重大学医学部附属病院におけるPDCAサイクルの取り組みについて検証した。当院では、全国で行われている「がん診療体制調査」に、がんを担当する診療科の代表医師が毎年、回答することによりPDCAサイクルを確保している。今回の検証により、診療科や担当医師が異なると、病院の診療体制に対する認識に、格差があることが明らかとなり、病院が一体となってPDCAサイクルの分析、評価を進めていくためには、複数の医師や診療科間で情報共有を行うことが不可欠であると考えられた。また、国立がん研究センターの「患者体験調査」の結果と比較することにより、医療者側と患者側の視点には、大きな乖離があることも明らかになり、今後は両者の視点を総合的に評価できる取り組みが必要であると考えられた。

キーワード：がん診療連携拠点病院, 診療体制, PDCAサイクル

Key Words: Regional cancer treatment cooperation base hospital, medical care system, PDCA cycle

緒 言

我が国では、全国どこでも質の高いがん医療が受けられるように、がん医療の均霑化を目指して各都道府県に1か所、都道府県がん診療連携拠点病院が、二次医療圏に1か所、地域がん診療連携拠点病院が整備され、がん診療の質の向上及びがん診療の連携協力体制が進められている。さらに、それぞれのがん診療連携拠点病院においては、がん患者とその家族にとって、安心かつ納得できる

がん医療を提供できるための診療体制の質の担保と向上が求められている。このような取り組みを恒常的に推進していくために、平成26年1月10日の厚労省局長通知で、がん診療連携拠点病院の新しい指定要件が示され、自施設のがん診療機能や診療実績、地域連携に関する実績や活動状況のほか、がん患者の療養生活の質について把握・評価し、課題認識を院内の関係者で共有した上で、PDCAサイクルを回すことにより、組織的な改善策を講じる体制を構築していることが必須条件と

なった。さらに、都道府県拠点病院では、当該都道府県におけるがん診療の質の向上及びがん診療連携協力体制の構築、PDCAサイクルの確保に関し中心的な役割を担い、情報共有と相互評価を行い、地域に対してわかりやすく広報することとされた。今回は、三重県のがん診療連携拠点病院である三重大学医学部附属病院において、このPDCAサイクル確保の取り組みが、平成26年度以降、どのように進展したかを検証し、その結果について、今後の方向性についても合わせて考察を加えて報告する。

体 制

がん診療体制のPDCAサイクルの確保に関しては、その進め方について、定められた方法はなく、それぞれの拠点病院で検討していく必要があったが、三重大学医学部附属病院では、国立がんセンター運営費交付金研究開発費による「がん医療の質の継続的な改善体制の整備に関する研究」の分担研究として、水流聡子（東京大学）の研究チームにより、PDCAサイクルが回るシステムとして開発された、「がん診療連携拠点病院における診療体制調査」に参加して進めていくことになった。平成26年10月の大学病院科長会で、がん診療体制のPDCAサイクルの確保のために、この調査に参加することになった経緯を説明し、関連の各診療科に協力を依頼して承認を得たのち、同年10月より開始されていた第3回調査より参加することになった。また、当院がんセンターでは、同年10月10日に、県の健康福祉部で行われた、拠点病院の新しい指針についてのヒアリングでも、上記の調査に参加することにより、PDCAサイクルを回してい

くことを説明した。さらに、健康福祉部との協議の結果、県のがん診療連携協議会に参加する各病院にも参加を依頼することになり、当院以外に、第3回調査に12病院、第4回調査に13病院が参加することになった。平成28年2月のがん診療連携協議会では、さらに、このプロジェクトを推進していくために、がん診療連携協議会の下部組織として、PDCAサイクル部会の設置を提案して承認が得られ、同年5月の、第1回PDCAサイクル部会で、第5回調査へは、がん診療連携協議会へ参加する16病院すべてが参加することを決定した。その後、新たに、がん診療連携協議会に参加するようになった病院を加えて、現在では18病院が、診療体制調査に参加している。

この調査は、診療体制の質評価項目として、診療フェーズを、「がん診断」、「治療前診断」、「治療計画立案」、「治療介入」、「腫瘍評価」、「経過観察」の6フェーズ（表1）に分け、それぞれのフェーズにおける質評価の観点として、「患者状態を認識する体制」、「患者状態に適応した介入を展開する体制」、「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」の3つの観点を掛け合わせた枠が設定されている（表2）。質評価の観点の「患者状態を認識する体制」は「患者の希望理解度、社会的状態を確認する体制」と「患者の医学的状态、治療方針を確認する体制」の2つに分かれ、「患者状態に適応した介入を展開する体制」も、「最適な治療方針を実行するために必要な医療リソース」と「標準的な診療方針を確認する指針、ガイドライン」の2つに分かれて、質問票が設計されており、担当者の回答結果から、診療体制を評価することになっている。質問票は項

表1 診療フェーズ

診療フェーズ	定 義
がん診断	がんを確定するか、がんの疑いが強く、診断的治療が必要と判断する
治療前診断	治療方針を立てるための病期（がんの広がりなど）を見積もる検査を行う
治療計画立案	検査結果や患者の希望に基づいて治療計画を立案する
治療介入	治療計画に従って治療を実施する
腫瘍評価	再発・残存がんなどを調べる検査を行い、治療や経過観察が必要かどうかを判断する
経過観察	積極的介入は行わずに状態を観察し、腫瘍評価の必要性を判断する

目数が146のA（ALL）調査とポイントを絞った40項目のP（partial）調査からなっている。各質問に対する回答は「診療体制の有無」に対するものと「診療体制の運用実態」に対するものに分けて回答するようになっており、それぞれの質問につき、診療体制の達成度のパターンが、三段階の組み合わせで設定され、回答が推奨標準に適合した数と回答した全項目数から推奨標準の適合率が算出されている。評価は、「推奨体制がある」、「実現が保証されている」の両者があれば1点、推奨体制はあるが、実現が保証されていない場合は0.5点、さらに減点すべき状況であれば0.25点といった形で配点されている（表3）。この回答結果から病院の実際の評価点数を算出し、病院のあるべき体制の評価点数と比較して、推奨標準の適合率が算出されることになっている。この調査には、全国で100以上のがん診療連携拠点病院が参加しており、大腸がん、胃がん、乳がん、肺がん、前立腺がん、脳腫瘍、婦人科がんの7がん腫と薬物療法で調査

が行われていたが、調査票の質問数が多いことや重複する内容があること等が指摘され、内容の改訂が行われた結果、常識化されたと思われる質問項目が削除され、社会環境の変化に伴い新たに社会的要求が出てきたと思われる質問項目が追加されて、各がん腫の調査票がバージョンアップされたことにより、第7回調査より、A調査の質問数が146から135になり、薬物療法は53から55になった。P調査は、Aの135項目の中から抽出した50項目になった。また、第7回調査から、新しく血液がんの調査票が加わるようになった。

三重大学医学部附属病院では、現在、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、血液がんの調査票に、これらのがん腫の診療に関わる消化管外科、乳腺センター、呼吸器外科、泌尿器外科、脳神経外科、婦人科、外来化学療法部、血液内科の代表医師が、それぞれ年1回、回答することにより、PDCAサイクルを回しており、それぞれの担当医が集まる

表2 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	患者の希望・理解度・社会的状態を確認する体制 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	治療前の患者の状態、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

表3 評価点数の付け方（説明と同意や患者の希望・理解度に関する記録の場合）

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に決められており、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）	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	

病院内のPDCAサイクル検討会で、情報共有、意見交換を行いながら毎回の調査に参加している。県内のがん関連病院では、がん診療連携協議会のPDCAサイクル部会を中心にして、この調査に参加する各病院の担当者と情報共有を進め、相互評価を行いながら、調査を進めている。この調査は、全国的に、大腸がんに対する調査が基本になっており、三重県でも、大腸がんの調査には、PDCAサイクル部会に所属する18病院すべてが参加しているが、大腸がん以外のがん種に対する調査には、当院含めて5病院が参加している。上記の7種すべての調査に参加しているのは当院と伊勢赤十字病院のみである。

また、国立がん研究センターのがん対策情報センターのがん臨床情報部が、第3期がん対策推進基本計画中間評価として、平成30年度の国のがん対策の進捗評価を目的として患者体験調査を行っているが、その結果を参照し、特に、患者の希望・理解度・社会的状態を確認する体制に関して、患者サイドからの視点と医療者サイドからの視点との間に乖離がないかどうかについても検討した。この患者体験調査には、三重大学医学部附属病院も参加し、平成25及び28年1年間に、当院を受診された患者約100名の方に、アンケート調査票を郵送し、得られた回答を、国立がん研究センター研究事務局へ返送している。尚、この調査については、回答は自由かつ、無記名で、回答しないことで不利益が生じることはなく、プライバシー保護にも充分、注意を払っていることを明記した貼り紙を病院内に掲示して実施した。

これまでの診療体制調査の結果と問題点

毎年、がん診療連携拠点病院における診療体制調査の全国調査報告書が出されており、その中で、質問票Aの結果を質問票Pに換算して集計された結果が公表されている。それによると、体制の有無の「患者状態を認識する体制」の中で、「患者の希望理解度、社会的状態を確認する体制」の観点の適合率が、各がん腫で全般的に低くなっている。この調査では、適合率の目標は70%に設定されているが、第4回調査の、この観点の全国のがん種全体の平均適合率は32%となっていた¹⁾。

第4回の三重県内における大腸がんの各病院の同調査結果では、三重大学医学部附属病院は13病

院中7番目の適合率で23%であった（三重県全体の平均適合率は34%）。三重県で参加した病院より、調査結果に対するコメントを頂いたが、その中の意見として、「患者の希望理解度、社会的状態を確認する体制」については、施設間のばらつきがあり、また、必ずしも、拠点病院で高い傾向ではなく、電子カルテなどを使用して、説明文書や確認事項などについては定型的なフォームを作成することで、改善される可能性が考えられるのではないかとのコメントがあった。また、質問内容が自己評価であり、第三者評価ではないことから、評価に、ばらつきが出た可能性があり、評価の高い施設と低い施設を比較することにより、今後、改善すべき点が見えてくる可能性があるのではないか、などのコメントも寄せられた。

その後、三重県のがん診療連携協議会に参加する16病院が参加した平成28年度の第5回調査²⁾、平成29年度の第6回調査³⁾でも、この観点の適合率が引き続き低いことが確認された。また、三重大学医学部附属病院の大腸がんのこの観点の適合率について、第3回からの経年推移をみると、診療体制の向上を目指すために、PDCAサイクルを回しているのであるから、本来なら、回を重ねるに連れて、右肩上がりに適合率は上昇していくはずであるが、第6回調査では、以前の調査より低くなったことが明らかとなった（図1）。これは、第6回調査より、担当者が交代したことによるも

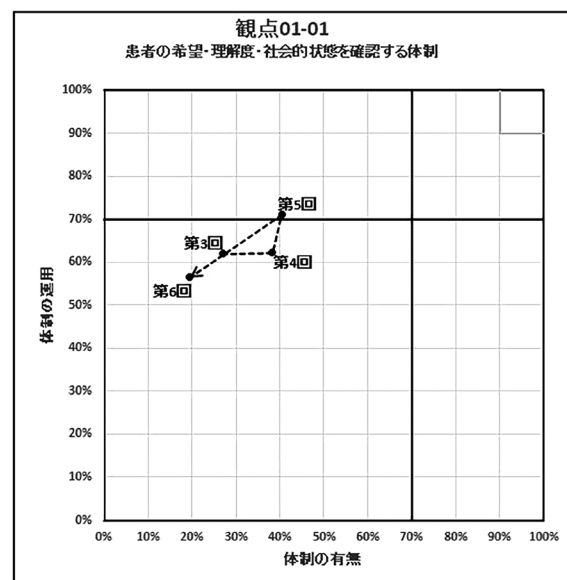


図1 第3回から第6回までの大腸がんの適合率の推移

のであり、自診療科の診療体制に対する前任者との認識の差異を反映しているものと考えられた。平成29年度（平成29年5月15日）のPDCAサイクル部会では、何とか三重県内の参加病院全ての適合率の向上を目指すために、第2回調査から参加している伊勢赤十字病院の「理解度チェックシートの取り組み」を参考にして、各病院で自施設の取り組みを再検討していくことになった。

三重大学医学部附属病院でも、この観点の適合率低値について、院内のPDCAサイクル検討会で、第6回調査のあと、協議した結果、胸部外科より、外来初診から治療方針決定までと入院時および退院前の3パートに分けて、患者への説明・理解度確認のためのチェックリストを作成することが提案された。しかし、この時点では、第7回調査⁴⁾で、質問票の改訂が行われることになったため、第7回調査の結果を見て、改めて、チェックリストの検討を行うことになった。しかし、その第7回調査の結果においても、やはり、各診療科ともに、「患者の希望・理解度・社会的状態を確認する体制」で適合率が低いことが確認された。そこで、第8回調査では、第7回調査の回答結果を振り返り、各診療科の適合率で格差がみられた項目について、診療体制の見直しを行うために、まず、病院の体制を確認する目的で、安全管理部と協議を行った。その結果、病院内では、既に、各種の医療行為とインフォームドコンセント等に対するチェック体制が確立しており、各診療科の病棟医長かりスクマネージャーが毎月、それぞれの診療科の入院症例を選別して、カルテの内容を確認し、チェックシートに記入して提出していることを確認した。その後、院内のPDCAサイクル検討会で、各診療科間での適合率の結果と、病院の安全管理部で確認した院内の診療体制について情報共有、意見交換を行ったのち、第8回調査に参加することとした。病院の安全管理部で行われているチェック体

制については、病院全体で、まだ、周知徹底されていなかったこともあり、各診療科で確認し、情報共有できたことは、第8回調査での適合率アップに確実に貢献できることが予想された。今回は、その第8回調査⁵⁾と前回の第7回調査⁴⁾の回答結果を比較することにより、各診療科間のクリニカルガバナンスについて詳細な検討を行った。

第7回調査結果と分析

三重大学医学部附属病院におけるそれぞれのがん腫の手術に関わる診療科の担当医による第7回調査のA調査票への回答による結果を総合点数での適合率で、各がん腫毎に、左に「診療体制の有無」、右に「診療体制の運用実態」について示す(表4)。各がん腫で、「診療体制の運用実態」の適合率は80.7%から94.3%の範囲(平均89.6%)で比較的高い適合率を示しており、大きな差がみられないのに対して、「診療体制の有無」に関しては、57.0%から94.9%(平均74.4%)と、各がん腫間でかなりの差異がみられた。したがって、各がん腫を担当する診療科間で、診療体制の運用においては、各担当医が、あるべき標準の診療体制に合わせようと努力している状況が理解できるが、一方で、病院の診療体制の認識については診療科間で共有されていないことが判明した。

第8回調査結果と分析

第8回調査の結果(表4)では、各診療科の「診療体制の運用実態」の適合率は77.5%から98.4%(平均91.5%)となり、前回と殆ど差はみられなかったが、「診療体制の有無」の適合率は77.7%から98.9%(平均86.5%)と確実に向上し、各診療科の担当医の間で、診療体制に対する認識の格差が解消されたことが適合率向上に繋がったと考えられた。しかし、具体的な質問への回答について検討してみると、「治療にかかる支払額を、患者が

表4 第7回、第8回調査における当院の各がん腫の適合率

	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	
第7回調査	57.0	88.1	68.8	94.2	61.5	80.7	78.7	91.0	72.8	94.3	87.1	89.4	94.9	89.6
第8回調査	98.9	97.2	77.7	77.5	64.1	83.7	87.2	93.6	81.9	92.6	98.7	98.4	96.8	97.4

知る仕組みがあるか」に対する質問で、回答選択肢1の「仕組みがあり、その仕組みがあることを患者に知らせるしかけがあり、そのサービスを提供した記録がある」と回答したのは、7がん腫中5がん腫（大腸がん、乳がん、肺がん、脳腫瘍、婦人科がん）の診療科の担当医で、他の2がん腫（胃がん、前立腺がん）の診療科の担当医は、選択肢3の「仕組みがある」とするだけの回答を選択しており、診療科の担当医により乖離がみられた。この質問は、安全管理部のチェックシートを参照すれば、すべての診療科で選択肢1と回答できる体制になっていることが確認できるので、各診療科の担当医間に、病院の体制に対する認識の共有ができていない部分があることが判明した。また、大腸がんと胃がんは同じ診療科が担当しているにもかかわらず、回答が異なったことより、同一の診療科でも担当医により認識が相違することも明らかとなった。したがって、各診療科が足並み揃えてPDCAサイクルを回していくためには、各診療科で複数の医師で協議した上で回答し、さらに、各診療科間で、回答内容について、情報共有、意見交換をしながら進めていくことが不可欠であると考えられた。大腸がんの第7回調査では、県内18病院中、三重大学医学部附属病院は最下位の適合率（57.0%）であったが、第8回調査では、上記の取り組みの結果、県内トップの適合率（98.9%）にアップすることができ、病院内の各診療科、安全管理部などで、病院の診療体制について情報共有することが如何に大切であるかを確認するための良い機会となった。今回の検討により、各診療科が共通の土俵の上でPDCAサイクルを回していくための基盤が確立できたと考えている。

患者体験調査との比較

次に、国立がん研究センターによる全国での「患者体験調査」⁵⁾の結果報告では、5大がん含め多数のがん腫における回答結果が得られており、今後、診療体制調査を進めていく上で参考になる点が見られた。特に、注目すべき点としては、患者のセカンドオピニオンに対する認識の違いである。「診療体制調査」では、「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」に対する回答で、当院の各がん腫の診療科の担当医は、回答選択肢の中の1の「病院・診療所内でカルテに記

録するように決められている」か、2の「医師によってはカルテに記録するようになっていない」を選択していたが、これらの回答は、安全管理部のチェックシートを参照すれば、すべて1の回答が得られることになる。しかし、患者体験調査の「がんの治療が始まる前に、担当医からセカンドオピニオンの話がありましたか」に対する患者の回答では、76.9%が「話はなかった」の回答になっており、医療サイドからの視点と患者サイドの視点では、大きな乖離があることが明らかとなった。

提 言

今回の検証により、三重大学医学部附属病院においては、同じ病院内でありながら、診療科が異なると、病院の診療体制に対する認識に、かなりばらつきがあることが明らかとなった。これまでの調査でも、同じがん腫で、担当者が、人事異動で交代になると、適合率の結果が異なってくるため、同一診療科内の担当者間での認識の差を強く感じていたが、今回は、各がん腫を横並びに比較することにより、担当する診療科間での病院の体制に対する認識の差の存在も明らかになった。そのために、調査前に、院内のPDCAサイクル検討会で、各がん腫の診療科の担当者が集まり、病院の診療体制について、予め、情報共有、意見交換を行ってから、「診療体制調査」に参加するようにしたところ、概ね、各がん腫の横並びの適合率の改善を図ることが可能となった。しかし、個々の具体的な質問への回答を振り返ると、さらに、改善の余地があることも明らかとなった。現在、各がん腫の調査に対しては、各診療科の担当者が単独で回答しているため、担当者の大学での在任期間の長さや診療科内での役職により、病院の診療体制に対する認識の程度に差が生じ、回答結果に及ぼす影響が大きくなると考えられる。また、一担当者の回答が病院を代表する見解となってしまうため、必ずしも、病院の真の体制を反映した結果とならず、第三者からみた場合に誤解を招く危険性がある。したがって、「診療体制調査」への回答には、担当者が単独で回答するのではなく、病棟医長クラスの診療科を代表する医師等を含めた複数の医師あるいはチームで合議した上で回答することが望ましいのではないかと考える。このように、各診療科で複数の医師で合議して、それぞ

れの診療科としての回答を行った後に、さらに、院内のPDCAサイクル検討会で各診療科との情報共有、意見交換を行いながら、PDCAサイクルを回していくことが、診療科間における共通の診療体制についての認識が共有化され、病院全体の診療体制の向上に確実に繋がっていくのではないかと考えている。

また、この調査の結果を、各施設間で横並びに比較することについては、自施設の立ち位置を俯瞰的に確認する意義はあると思われるが、施設ごとの診療体制の実情やそれに対する認識方法の違いもあり、同一の土俵で比較できるものではないため、各施設で経時的な結果の推移を評価していくことを、各施設単位での取り組みの指標としていくことが適切ではないかと考える。上述のように、三重大学医学部附属病院において、適合率をアップできた取り組みについて、三重県のPDCAサイクル部会で報告するとともに、他の病院での適合率アップの取り組みについても報告をお願いし、意見交換を行うことにより、三重県全体での適合率アップと本来の目的である、三重県内のがん診療連携拠点病院のがん診療体制の今後のさらなる整備、向上に貢献していけるのではないかと考えている。また、このような取り組みについて、各病院のホームページ等を活用して、地域に対して、わかりやすく広報していくことが、地域住民の方にも信頼される適切で、安心・安全ながん診療体制の確立につなげていけると考える。

また、今回、われわれは、国立がん研究センターの「患者体験調査」を参照したが、この調査は、幅広いがん腫の患者を対象にしており、各がん腫で回答数に、かなりのばらつきがあるため、われわれが対象としているがん腫での回答結果としても参照できるのかどうかに関しては、議論の余地があるかもしれない。しかし、具体的な質問の内容をみると、例えば、セカンドオピニオンに対する認識が、医療者サイドでは、希望の有無を確認したことになっているが、患者サイドでは、病院からの対応はないと感じている方が多数を占めていた。患者側の視点で満足が得られる結果が出ていないということは、医療者側のみの一方向的解釈になっていることが否めず、これらの事実は真摯に受け止める必要がある。患者側からの視点でも、満足が得られたとする回答が得られて初めて、名

実とともに、がん診療連携拠点病院としての機能を備えた医療機関であると認定されることに繋がるのではないかと考える。したがって、今後、がん診療連携拠点病院の診療体制として必要とされる「患者とその家族にとって、安心かつ納得できるがん医療を提供できるための診療体制の質の担保と向上」を実現・推進していくためには、医療者サイドの視点だけでなく、患者サイドの視点も、取り入れて、偏りなく総合的に評価していくことが極めて重要であると考え。国立がん研究センターがん対策情報センターが実施している「患者体験調査」との綿密な連携や現在、参加している「がん診療連携拠点病院における診療体制調査」についても患者側の視点も組み込んだ質問項目を追加するような改定が加えられていく必要があるのではないかと考えている。さらに、このような改定を加えた質問を各施設でも実施し、医療者サイドと患者サイドの視点での乖離の程度を各施設で検証することができれば、それぞれの施設の自己評価そのものの見直しにもつながり、引いては、三重県全体のがん医療体制の底上げに大きく貢献できるのではないかと考える。

著者のCOI (conflicts of interest) 開示：近藤英司；講演料 (インテュイテブ・サージカル合同会社)、水野聡朗：研究費・助成金 (アストラゼネカ株式会社、第一三共株式会社、ノバルティス株式会社)

参考文献

- 1) 平成27年度国立がん研究センター運営交付金研究開発費「がん医療の質の継続的な改善体制の整備に関する研究」(加藤班) 分担研究 (水流研究チーム) 調査報告書 (2015年11月調査) がん診療連携拠点病院における診療体制調査 Version1.1 2016 (平成28年5月)
- 2) 平成28年度国立がん研究センター運営交付金研究開発費「がん医療の質の継続的な改善体制の整備に関する研究」(加藤班) 分担研究 (水流研究チーム) 調査報告書 (2016年11月調査) がん診療連携拠点病院における診療体制調査 Version1.0 2017 (平成29年5月)
- 3) 平成29年度国立がん研究センター運営交付金研

究開発費「がん医療の質の継続的な改善体制の整備に関する研究」(加藤班)分担研究(水流研究チーム)調査報告書(2017年11月調査)がん診療連携拠点病院における診療体制調査 Version1.0 2017(平成30年5月)

4) 平成30年度国立がん研究センター運営交付金研究開発費「がん医療の質の継続的な改善体制の整備に関する研究」(加藤班)分担研究(水流研究チーム)調査報告書(2018年11月調査)がん診療連携拠点病院における診療体制調査 Version1.1 2019年6月

5) 患者体験調査報告平成30年度調査 国立がん研究センターがん対策情報センター 厚生労働省委託事業 令和2年10月

(本論文の要旨は、第4回日本臨床知識学会学術集会(2020年1月25日,東京大学)のシンポジウムで発表した。)