

「がん診療体制の質評価」 － 栃木県での取り組み －

<http://www.tcc.pref.tochigi.lg.jp/>

栃木県立がんセンター
清水 秀昭、尾澤 巖

PDCAサイクル フォーラム 2016年2月13日

栃木県立がんセンター は、
2016年（平成28年）4月1日

「地方独立行政法人」

になります。

<http://www.tcc.pref.tochigi.lg.jp/>

➡ <http://www.tochigi-cc.jp/>

hshimizu@tcc.pref.tochigi.lg.jp

➡ hshimizu@tochigi-cc.jp

中期計画（案） 前文

“公的使命を果たしながら
県民の健康の確保及び増進に寄与
・・・

一体感のある病院運営を行い、
県民から一番頼りにされる病院を目指す”

(地独)栃木県立がんセンター 中期計画(案):戦略マップ

ビジョン: 県民に対して提供する医療サービス、その他の業務の質の向上

県民に対する医療提供サービスの向上

あらゆる病態の患者に必要な治療ができる。県民から一番頼りにされる病院となる。

医療資源の最大限有効活用

人的資源、物的資源が最小限の投資で最大限の効果となる人事管理、原価管理の仕組みが確立されている。

職員のモチベーションの向上

職員が自ら進んで生き生きと働く職場となる。

県民からの信頼性の向上

患者やその家族への医療サービスの充実

地域の医療機関との連携強化

高度で専門的な医療の推進

全ての職員の技能の向上と人材確保

成長するための利益の確保

全ての職員が業務に専念できる

経営企画機能の強化・構築

チーム医療の推進

全ての職員の経営参画意識の向上

職員定着率の向上

やりがいのある業務ができる

育成型の人事管理制度の構築

研修体制の構築

目指すべき姿

財務の視点 顧客の視点

業務プロセスの視点
学習と成長の視点

がん診療体制の質評価

栃木県立がんセンターにおける経緯 -その1-

- 2013年 1月21日 「がん診療体制」第1回 アンケート調査（135項目）
→ 「患者に説明し、患者の同意を確認した記録があるか？」
何やら、重要な観点を含んでいるので協力
- 2013年 8月10日 国立がん研究センター にて打ち合わせ
→ 地域毎のがん診療体制の質評価可能性の検討
- 2013年11月23日 第8回医療の質・安全学会：シンポジウム
（発表：栃木県立がんセンターの取り組み）
- 2013年12月15日 がん診療体制の質評価：第1回 報告会（発表）
- 2014年 1月15日 がん診療体制の質評価：第2回 アンケート調査（146項目）
→ 栃木県がん診療連携協議会 参加病院へ
アンケート調査協力依頼（14施設 回答／17施設）
- 2014年 8月11日 栃木県がん診療連携協議会
→ PDCAサイクルの構築（地域連携・研修部会）
- 2014年 9月28日 がん診療体制の質評価：第2回 報告会

がん診療体制の質評価

栃木県立がんセンターにおける経緯 -その2-

2014年 10月20日 がん診療体制の質評価：第3回アンケート調査

2014年 10月28日 「がん診療体制の質評価：」説明会：地域連携・研修部会

2014年 11月21日 栃木県がん診療連携協議会 参加病院へ
第3回 アンケート調査協力依頼

2015年 1月12日 → 最終回答 回収（14施設 回答／18施設）

2015年 11月25日 栃木県がん診療連携協議会 参加病院へ
第4回 アンケート調査協力依頼

2016年 1月25日 → 最終回答 回収（16施設 回答／18施設）

平成22-25年度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

「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」

主任研究者 若尾文彦（国立がん研究センター がん対策情報センター センター長）

分担研究者 水流聡子（東京大学 医療社会システム工学寄付講座 特任教授）

【研究組織】 （PCAPS研究会 がん質評価班）

水流 聡子
飯塚 悦功
若尾 文彦

新海 哲
栗田 啓
蒲生 真紀夫
吉岡 慎一
吉井 慎一
青儀 健二郎
名取 良弘

東京大学
東京大学
国立がん研究センター
がん対策情報センター
湘南東部総合病院
四国がんセンター
大崎市民病院
兵庫県立西宮病院
ひたちなか総合病院
四国がんセンター
飯塚病院

矢野 真
羽藤 慎二
野崎 功雄
小口 秀紀
秋山 聖子
清水秀昭
尾澤 巖
塚本憲史
尾嶋 仁

武蔵野赤十字病院
四国がんセンター
四国がんセンター
トヨタ記念病院
仙台医療センター
栃木県立がんセンター
栃木県立がんセンター
群馬大学医学部附属病院
群馬県立がんセンター

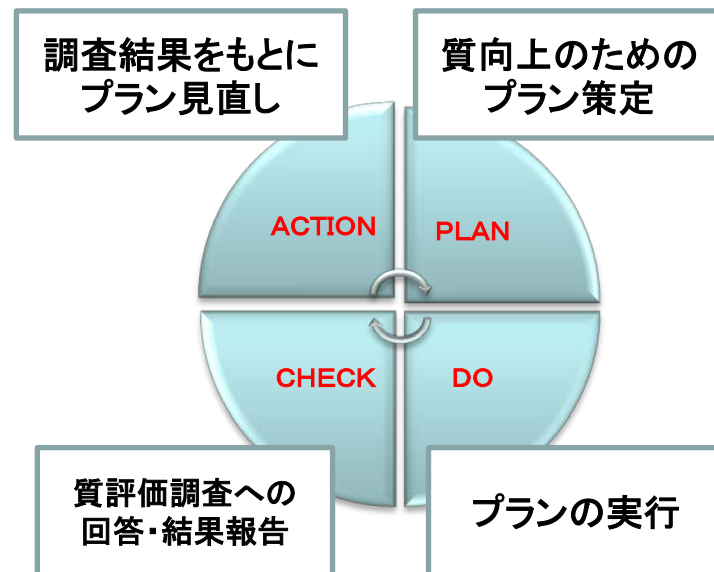
7

【研究事務局（がん領域担当）】
下野僚子・谷崎浩一（東京大学）

別紙53 栃木県内におけるがん診療等に関して 改善を図る体制

厚生労働科学研究（第3 次対がん戦略研究事業：若尾班
分担研究：水流）により、標準的ながん診療を行うための基
盤となる診療体制を調査し、「がん診療体制の質評価」のた
めの方法論（第1 版）が開発され、**全国のがん診療連携拠点
病院を対象に2013 年1 月に調査**が行われた。その調査結果
をもとにがん診療体制の改善を行うことで、PDCAサイクルを
確保する体制となる。

当センターも調査に回答することで協力施設として参加し
た。2013年12 月15 日に開催された当該調査結果報告会では
当センターの現状を発表した。栃木県では、都道府県がん診
療連携拠点病院である当センターが栃木県がん診療連携協議
会参加施設（国・県指定 地域がん診療連携拠点病院および
地域中核病院）に調査参加を呼び掛け、第2回調査（2014年1
月～）、第3回調査（2014年10月下旬～）に栃木県として同
調査に協力している。アンケート調査内容について理解を深
めるため第3回調査に先立ち、**2014年10月21日栃木県がん診
療連携協議会地域連携・研修部会において分担研究者水流聡
子先生による講演**が行われた。また、第2回質評価調査報告
会（2014年9月）及び第3回質評価調査報告会（2015年5月）
において、当センターおよび栃木県の状況を報告した。今後
も**栃木県におけるがん診療の質向上を図ることを目的にPDCA
サイクルの活動を推進**していく予定である。



栃木県がん診療連携協議会および 地域連
携・研修部会に参加している各施設が、
上記のPDCAサイクルを回すことで、
栃木県全体のがん診療体制の質を向上さ
せることが可能となる。

栃木県がん診療連携協議会

2014年8月11日現在

※ 参加組織

(1) がん診療連携拠点病院

◇ **県拠点病院** (●) 1 施設
栃木県立がんセンター

◇ **地域拠点病院** (▼) 6 施設
那須赤十字病院 上都賀総合病院
済生会宇都宮病院 獨協医科大学病院
自治医科大学付属病院 佐野厚生総合病院

◇ **地域がん診療病院** (◆) 1 施設 : 芳賀赤十字病院

◇ **県指定 地域拠点病院** (◆) 1 施設 : 足利赤十字病院

(2) 県内 地域中核病院 (◆) 9 施設

栃木地区メディカルセンター 国際医療福祉大学病院
国際医療福祉大学塩谷病院 NHO栃木医療センター
新小山市民病院 菅間記念病院 NHO宇都宮病院
小金井中央病院 独協医科大学日光医療センター

(3) 県医師会 (4) 県歯科医師会

(5) 県看護協会 (6) 県薬剤師協会

(7) 県病院協会 (8) **県保健福祉部**



栃木県：人口約200万人
6つの二次保健医療圏

※ 部会を設置して具体的事案を議論する

部会の名称	主な協議内容
(1)地域連携・研修部会	がん診療に係る地域連携・研修 (医師、看護師及びコメディカル)
(2)緩和ケア部会	緩和ケアに関する事項
(3)相談支援部会	がん診療に係る相談支援に関する事項
(4)がん登録部会	院内がん登録に関する事項

地域連携マネジャーWG

栃木県における 「がん診療体制の質評価」の 取り組み

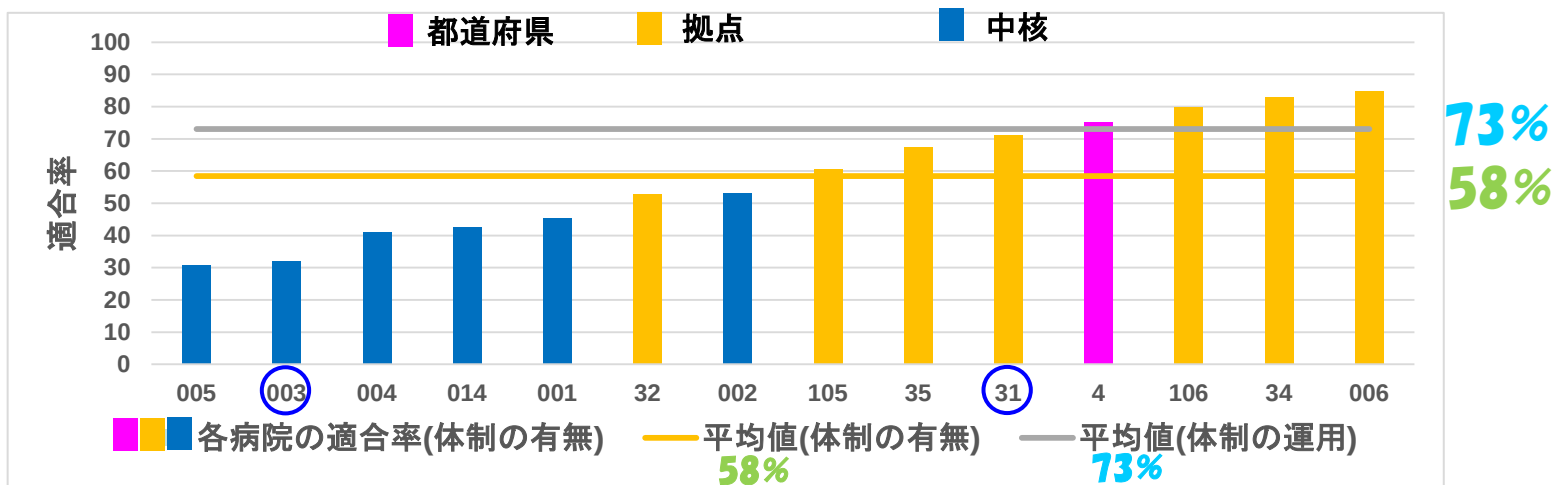
— 第2・3・(4)回調査の比較 —

総合点数(体制の有無)

第3回 (14施設)

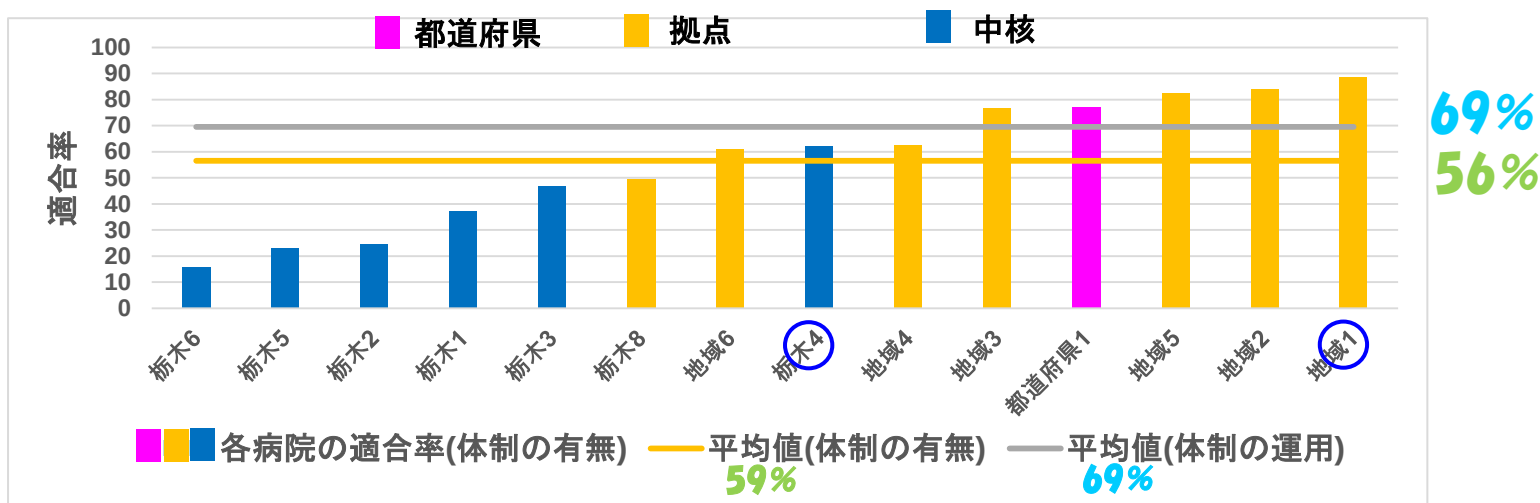
体制の有無

(質問票Pに換算)



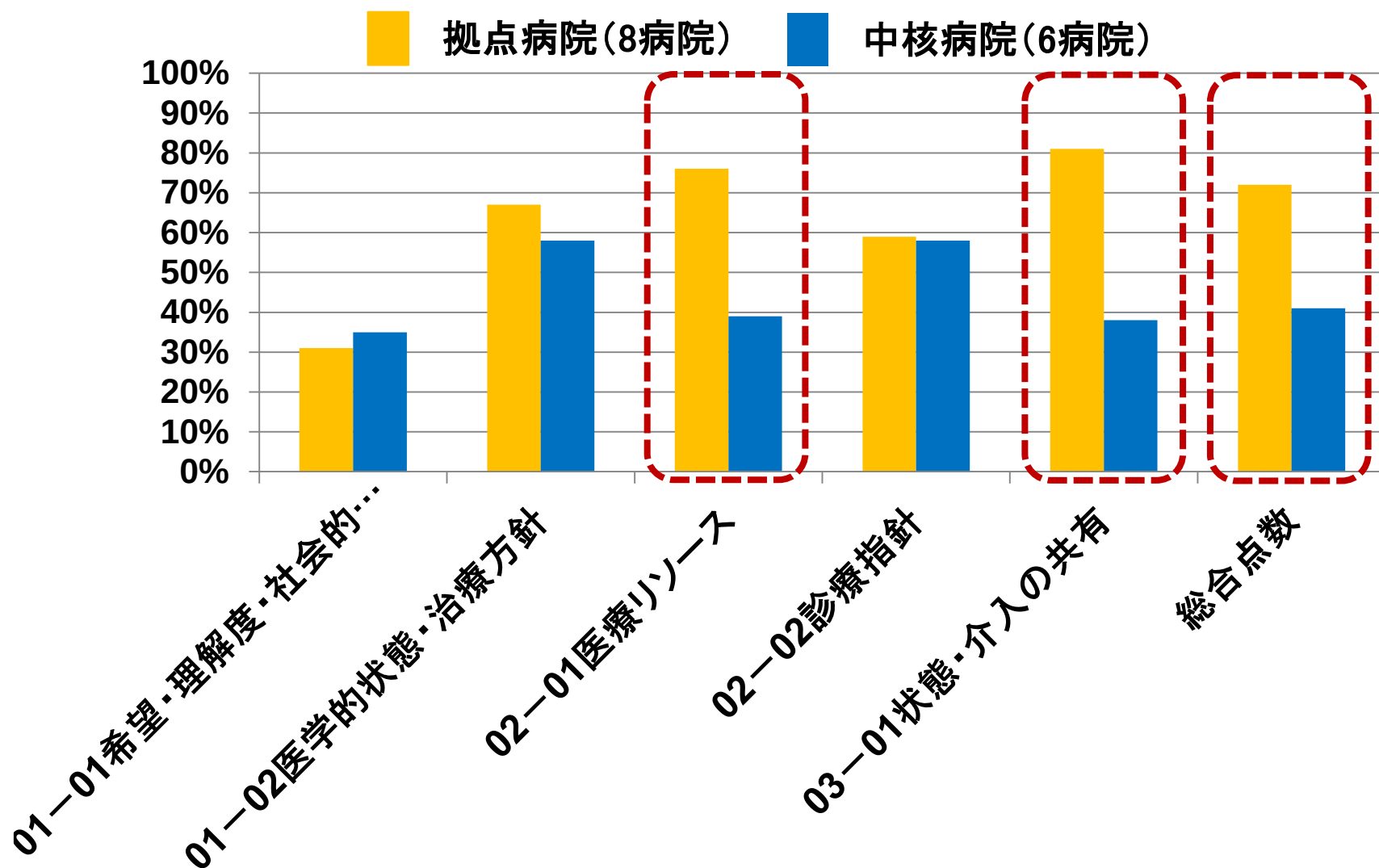
第2→第3: 全体的に改善を示す。○印は改悪?

第2回 (14施設)



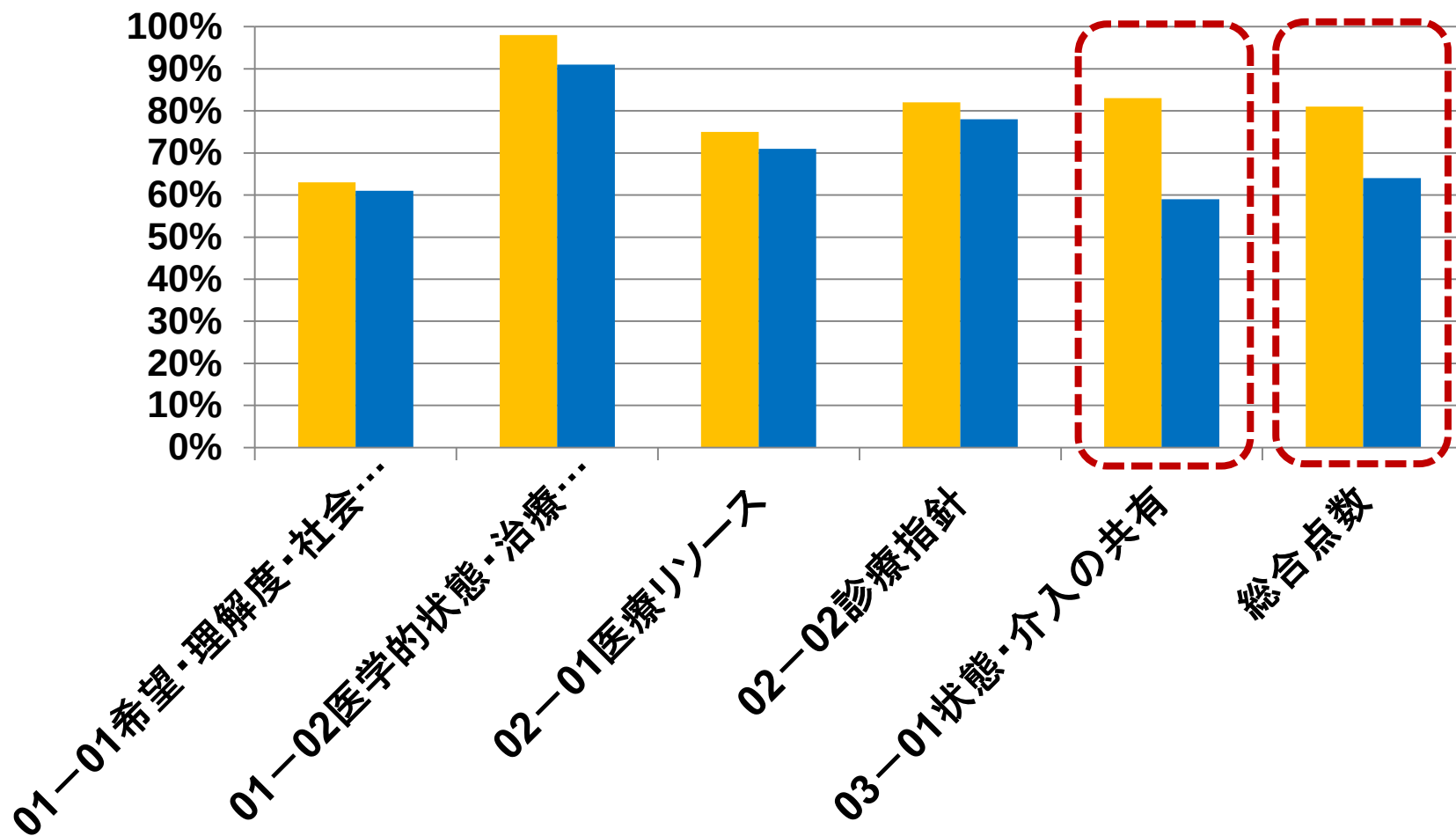
拠点病院と中核病院の比較 「体制の有無」

第3回アンケート調査



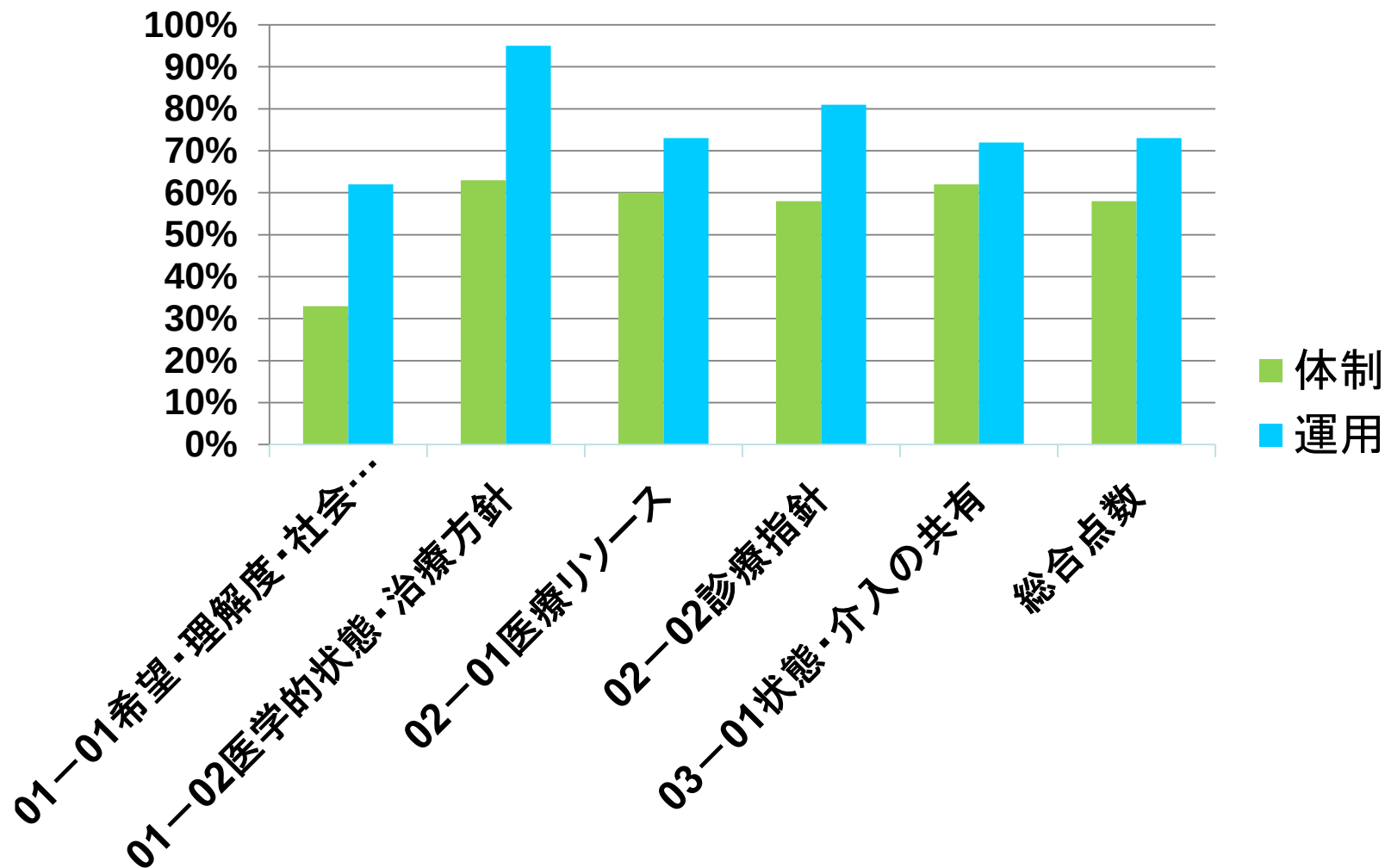
拠点病院と中核病院の比較 「運用の有無」

■ 拠点病院(8病院) ■ 中核病院(6病院)



栃木県における 体制と運用の比較

第3回アンケート調査

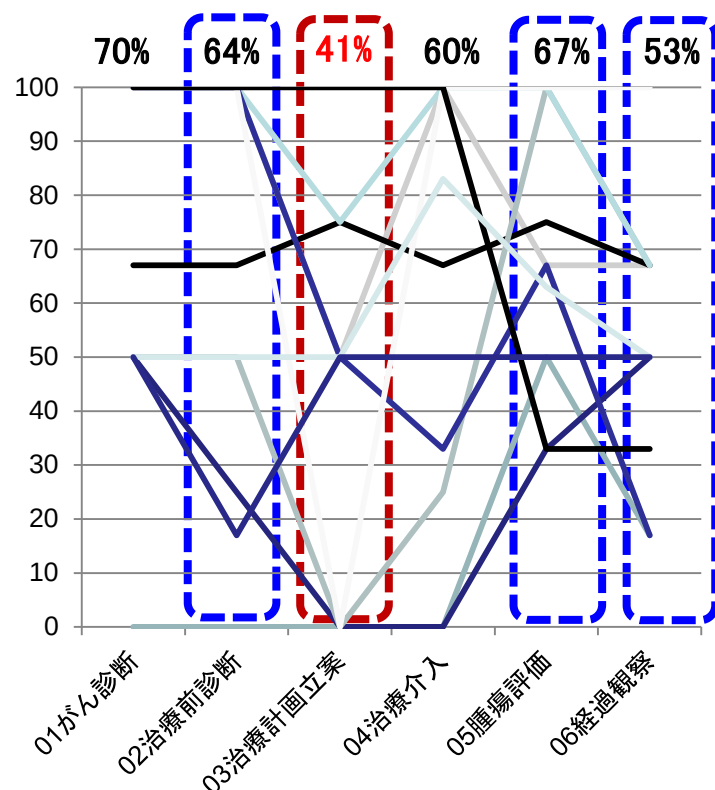
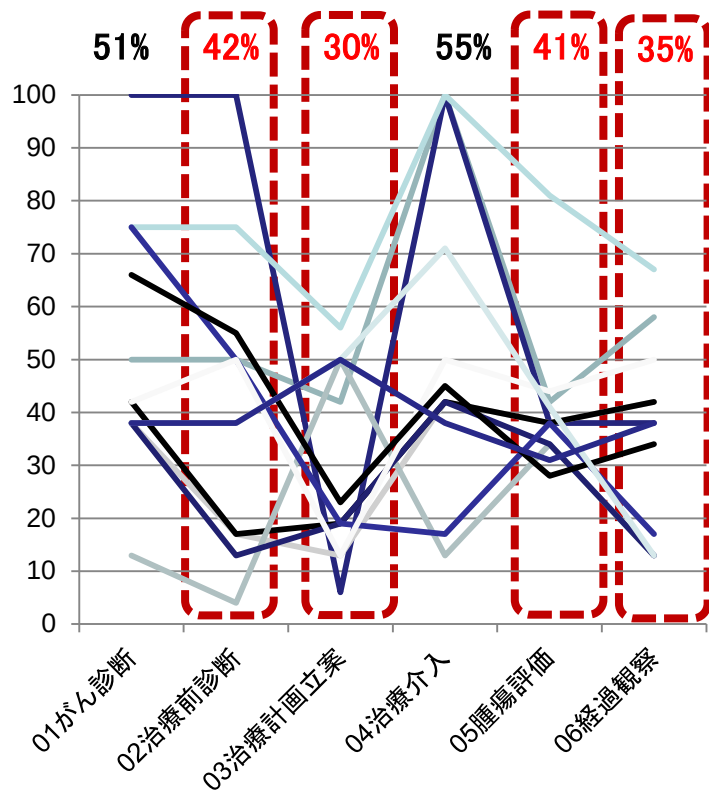


01 患者状態を認識する 体制の整備状況と運用の実態

第3回アンケート調査

体制の整備状況(12病院)
全体平均:41%

運用の実態(11病院)
全体平均:59%

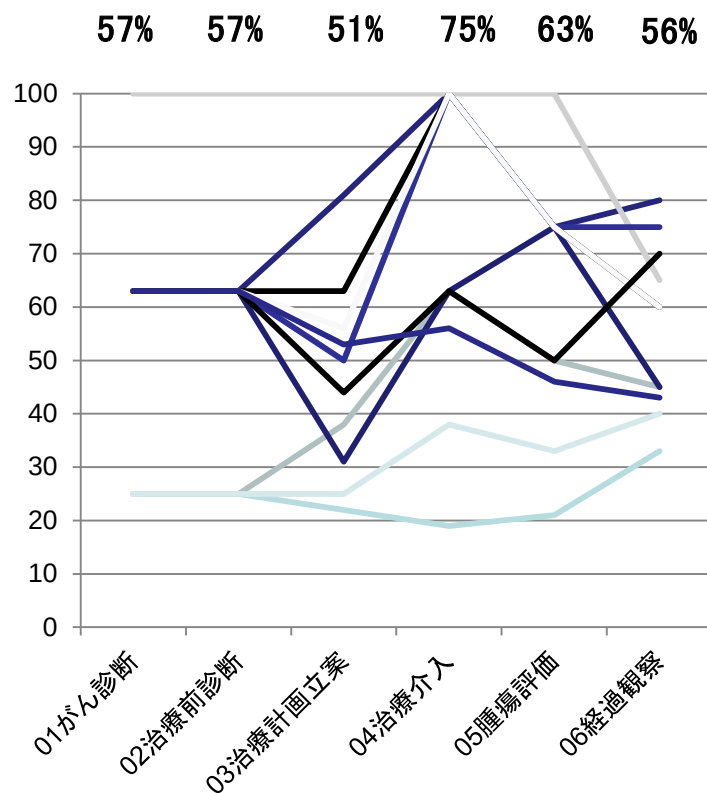


02 患者状態に適応した介入を展開する 体制の整備状況と運用の実態

第3回アンケート調査

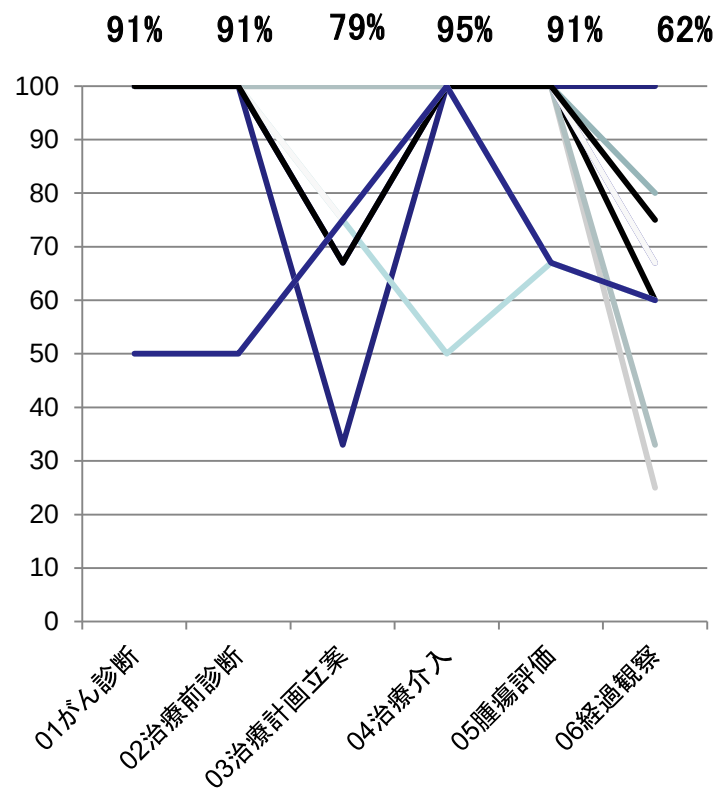
体制の整備状況(12病院)

全体平均:60%



運用の実態(11病院)

全体平均:85%

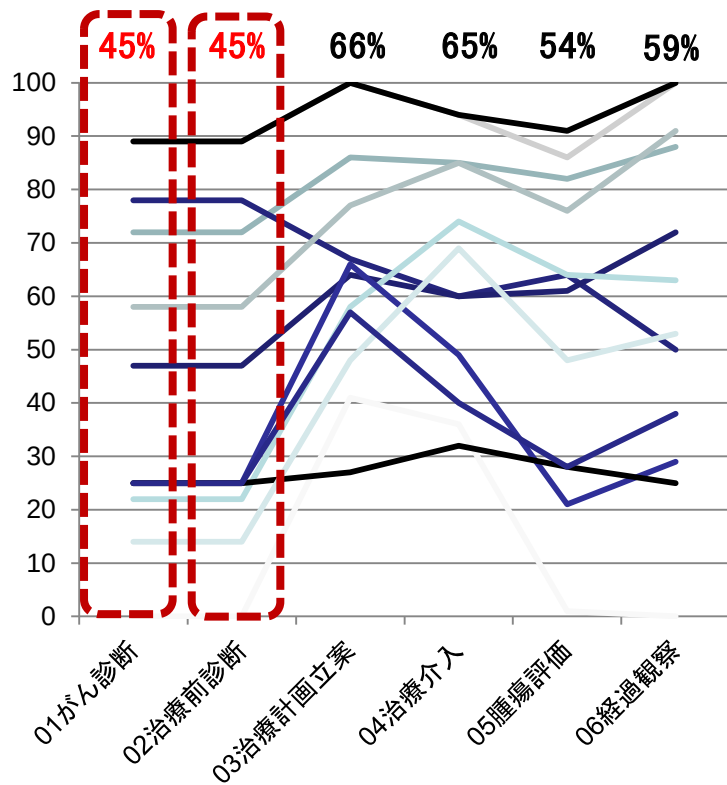


03患者状態・介入内容について共通認識を持つ 体制の整備状況と運用の実態

第3回アンケート調査

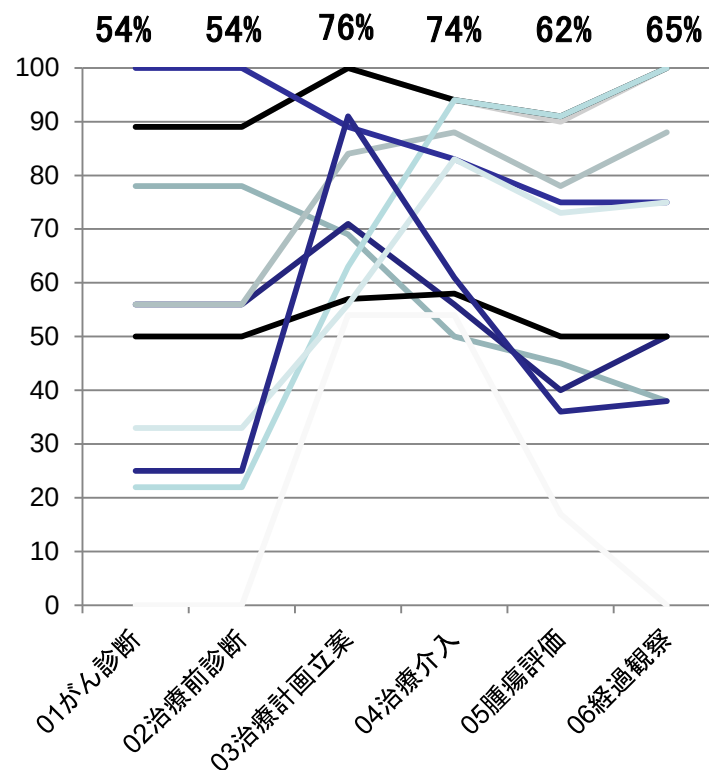
体制の整備状況(12病院)

全体平均:56%



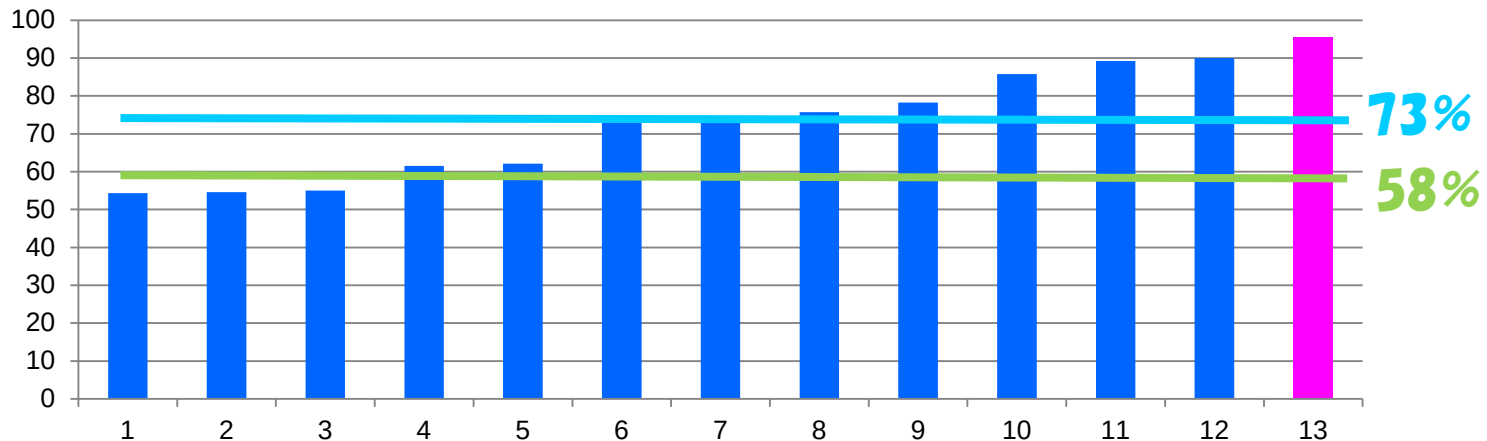
運用の実態(11病院)

全体平均:64%

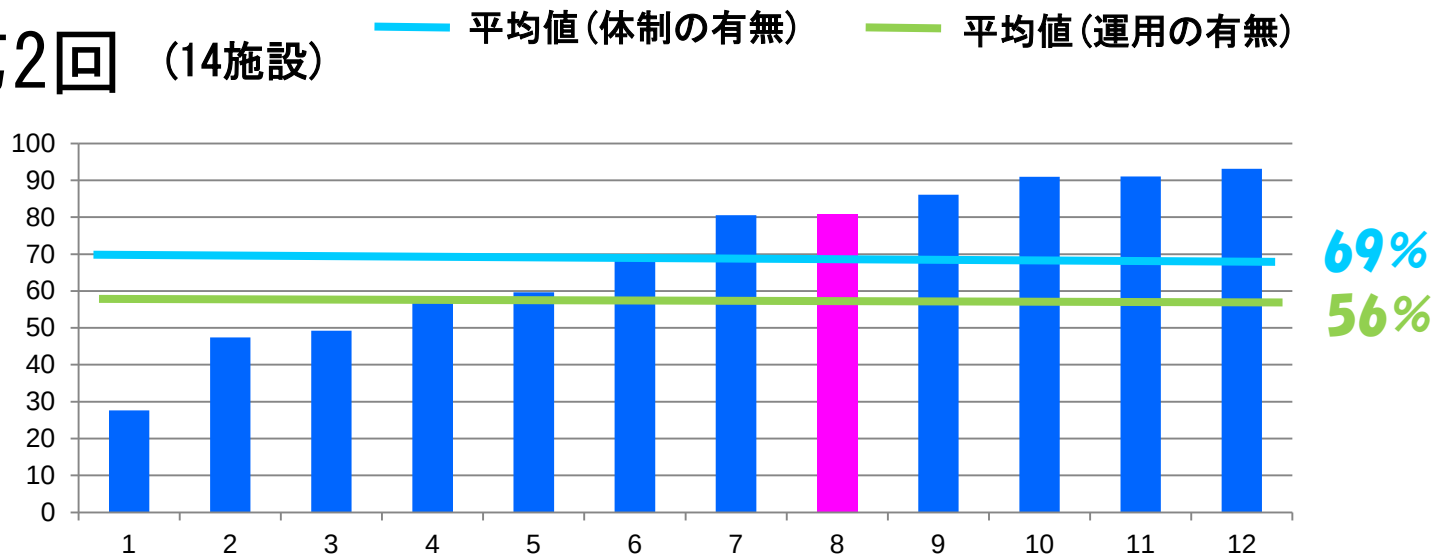


総合点数(運用の有無)

第3回 (14施設)



第2回 (14施設)



アンケート調査結果のまとめ

- ✓ がん診療体制の整備（有無）に関して、「医療リソース」「状態・介入の共有」および総合において拠点病院群の方が中核病院群より整備されている傾向が認められた。
- ✓ がん診療体制における運用の実態に関して、「状態・介入の共有」および総合において拠点病院群の方が中核病院群より若干、整備されている傾向が認められた。
- ✓ 患者の希望・理解度・社会的状態を確認する体制において全体的に整備が不十分であり、診療フェーズでは「治療計画立案」「経過観察」において、特に顕著に認められた。
- ✓ がん診療体制の整備（有無）が不十分であるのに比して、運用で補っている傾向が認められた。
- ✓ 第2回アンケート調査に比し、第3回は若干の改善を認められる部分もあるが、ほぼ同様の傾向であった。

**栃木県における
「がん診療体制の質評価」の取り組み
ー第4回調査での施設プロフィールー**

回答ファイル別 病院数

アンケート調査	第2回		第3回		第4回	
回答ファイル	A	P	A	P	A	P
都道府県	1	0	1	0	1	0
地域(県指定／国がん診療病院を含む)	2	4	7	0	7	0
がん診療中核病院	4	3	6	0	7	1
小計	7	7	14	0	15	1
計	14		14		16	

大腸がん 外科診療体制

都道府県／地域／診療(国)／中核	一般病床数	大腸担当消化器外科医師数 (一部、大腸外科のみ)	大腸がん年間外科手術症例数	
			2014年	2015年
都道府県	324	5	132	135
地域1	460	9	88	99
地域2	352	6→7	127	46
地域3	644	5→3	191	164
地域4	1132	5		260
地域5	1125	6	133	125
地域6	376	5→4	83	86
診療(国)	400	7	—	80
中核1	353	5		74
中核2	280	3→4	35	35
中核3	240	3→4	32	35
中核4	199	3		37
中核5	250	4	—	40
中核6	346	5→6	46	57
中核7	342	5	82	110
中核8	135	1→2	9	14

第4回 施設プロフィール「コメント・シート」

分かりづらい点 など

16施設のうちコメント記入 6施設

- ・ 確定診断、病期など各項目ごとに**同意と記録／理解の確認が必要。**
- ・ **症例プロフィールの入力の仕方・意義が不明**
どんなに症例を選んだとしても非該当の項目が多くなってしまうので患者選択に難渋する。
項目によって、**複数症例を選択しないと**、当院が必要な情報提供を患者に行えているか、情報を保護しているかどうか**が把握困難と思われ**、今回行ったデータ分析のみでは過小評価になっていると感じた。

改善すべき点

- ・ 患者状態を把握していることを文書化して残すこと。
- ・ 患者説明と同意に関して、今後は必要に応じて書面でのカルテ内保存が必要に思われる
- ・ 定型記録文書がなく**カルテと患者の両方で共有する体制**が整っていない。
定型文書を作成する必要がある。

その他

- ・ 質問項目、選択肢があまりに多く、**時間がとてもかかります。**

回答使用時間: 平均値 110分; 中央値 90分; 範囲: 40—300分
(回答施設数 14／16)

質問： キャンサーボード

回答施設：15

	1=大いに当てはまる	2=やや当てはまる	3=当てはまらない
1. 多職種・診療科間で 情報共有を行う必要性 が十分に 理解 されていない	1	10	4
2. 大腸がん 手術担当医 の不足	1	3	11
3. ほかに診療科 の医師不足	4	9	2
4. 薬剤師, 看護師, その他 コメディカル の不足	3	7	5
5. 開催・運営にかかわる 事務局の機能 の欠如 もしくは 不足	5	7	3

質問：リンパ浮腫／薬物療法

回答施設：15

	3＝術後は発症疑い／確定の場合に計測し、以降は定期的に測定	4＝計測していない
6. がん手術の前後に、リンパ浮腫の診療を目的として 周径計測 を行っていますか？	3	12
	1＝実施している	2＝実施していない
7. 大腸がん について 薬物療法 を実施していますか？	15	0
	1＝使用している	2＝使用していない
8. 薬物療法を実施している場合、 タキサン系薬剤 使用	9	6

大腸がんでは使用しませんが、
他部位のがんでは使用します。
質問の意図がわかりません

- 栃木県立がんセンターにおける
「がん診療体制の質評価」への対応
 - ◆ システム(体制)的対応
 - ◆ 診療科としての対応

病院のPDCAサイクルに向けた 取り組みと可能性 (同意のシステムへの組み込みについて)

インフォームドコンセントの
切り口からの体制作り

電子カルテを利用

- 様々な診療フェーズでの患者さん及び家族への説明の記録
- 説明はひな形を管理 (Word & Excel機能)
- 説明文書と連動したIC機能
- 多職種で患者の希望、説明に対する
理解・納得、診療行為に対する同意の取得

レビュー

登録

仮登録

説明年月日 2015-03-29 説明者 尾澤 巖 選択

開始時刻 08:52 終了時刻 08:52

説明を受けた方 ☒ 本人 ☒ その他 配偶者

☒ 重要 ☐ 告知

説明項目

☐ 病名 ☐ 症状 ☐ 検査結果 ☒ 治療方針・検査予定 ☐ 予後

説明後の状態

☒ 理解 ☒ 納得 ☒ 同意

同席者

説明内容

手術治療について説明した

説明時の反応

理解していただいた

検査に関しての流れ

説明

医師が説明し、同意書を発行し署名捺印する
(説明文は病院共通)

理解

クラークまたはメディカルクラークが理解しているか、
納得しているかの確認を行う

納得

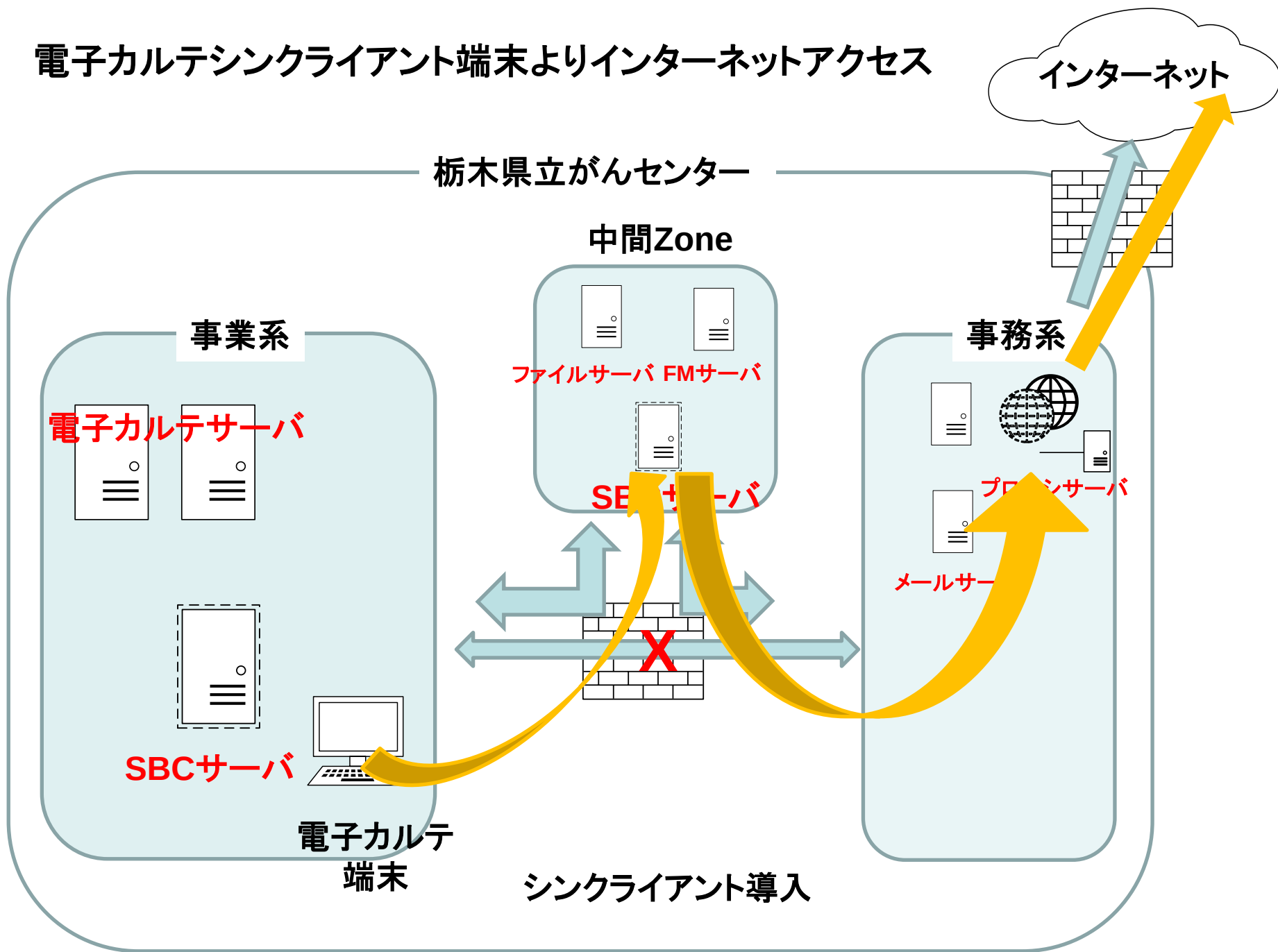
IC起動し、確認した人、年月日と確認内容を入力

同意

検査受付のクラークが署名されている同意書の確認

検査の実施

電子カルテシンクライアント端末よりインターネットアクセス



まとめ

- ひな形説明文書を作成していることにより、医師毎の説明文書ではないので、説明の質が担保される。
- ひな形説明文書に患者個人の情報を記載することにより患者個別の説明文書とすることができる。
- 医師の説明後に検査の場合には理解しているかどうか、納得しているかどうかを多職種で確認することができる。
- 治療の同意書に関しては徐々に理解、納得を認定看護師に行ってもらい、がん患者指導管理料1を確実に算定できるようにしたい(まだ不十分)。
- 状態認識を行う体制の整備がある程度行われたと思われるので、実際に行われているかのチェックをDWHから今後調べてみる必要がある。
- 診療中にインターネット上のリソースを利用できる環境を作った。
- NCDなどインターネット上で患者登録することが多くなり、利便性がかなり向上した。

診療フェーズ	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、共通認識をもつ体制
	一般評価項目	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)	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)	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)	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(ガイドライン、がん地域連携パス、QOL評価票)	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・治療・アセスメント等にかかるカンファレンス、カンサーボード、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)
01がん診断	適合率	56%→70%	5%→100%	38%→78%	100%	78%→81%
02治療前診断	適合率	68%→75%	0%→100%	25%→78%	100%	78%→81%
03治療計画立案	適合率	38%→42%	0%→100%	50%→100%	100%	69%→91%
04治療介入	適合率	13%	0%→100%	100%	100%	50%→100%
05腫瘍評価	適合率	78%	0%→100%	33%→80%	100%	45%→100%
06経過観察	適合率	17%	0%→86%	100%	75%→100%	38%→100%
合計		54%→61%	1%→98%	44%→83%	90%→100%	59%→84%

質評価の観点	診療フェーズ	代表的な実現形態	診療体制評価指標	診療体制に関する質問
--------	--------	----------	----------	------------

質問19 病状と治療計画の関係について、患者自らが説明した記録があるか

質問29-1 術後のQOL変化(ボディーイメージの変化)について説明した記録があるか

質問20 治療によるQOL変化について、患者自らが説明した記録があるか

質問29-2 その際に患者の理解度を確認した記録があるか

06経過観察	QOL評価票	経過観察する際のQOL評価票に基づいて患者のQOLを考慮しているか	質問124	術後、QOL評価票を用いてQOL変化を評価した記録があるか
				2=当該症例では記録していない(理由を記述)
				QOL評価表使用していない
				質問101 退院後の経過観察の計画や予定時期に関する記録があるか
				質問102 経過観察の実施間隔に関する記録があるか

わたしの療養手帳



国立がん研究センター
がん情報サービス ganjoho.jp

患者必携

わたしの療養手帳

自分らしくがんに向き合うために



「患者必携 がんになったら手にとるガイド 普及新版」別冊

診察のときのためのメモをつくる

自分の知りたいこと、言いたいことを、要領よく伝えるのは難しいことです。あらかじめ伝えたい内容を整理したり、担当医からの説明を書きとめるために、このメモを活用してください。

なお、《診察を終えて》の欄には、診察で理解できたこと、気を付けようと思ったことを書きとめ、その後の生活に役立てましょう。



薬や体調のことを記録する

薬は、正しくのむことがとても大切です。日記や予定表に、自分でわかりやすいように工夫して、薬の**一覧表**や、服薬の確認などを記録しておくこと、薬の管理に役立ちます。

《薬の一覧》 「薬の一覧表」→P63～

薬の名前				
のみ方				

— 第3部 —

療養生活の記録

治療後は体をいたわりながら、日常生活を送ることになります。また、通院しながら元の生活に戻る場合もあるでしょう。そのときに、記録しておくことで役立つこともあります。



診療フェーズ	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、共通認識をもつ体制
	一般評価項目		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)	患者の医学的状态、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)	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)	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(ガイドライン、がん地域連携パス、QOL評価票)	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・治療・アセスメント等にかかるカンファレンス、カンサーボード、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)
01がん診断	適合率		27%→78%	100%	72%→83%	100%	72%
02治療前診断	適合率		33%→82%	100%	83%	100%	72%
03治療計画立案	適合率		83%→67%	100%	100%	33%→50%	86%→91%
04治療介入	適合率		0%→50%	100%	100%	100%	85%→89%
05腫瘍評価	適合率		21%→100%	100%	85%	100%	82%
06経過観察	適合率		8%→83%	86%	100%	50%→56%	88%
合計			28%→81%	98%	84%→87%	64%→70%	82%→84%

2014年度：多くの回答選択が不適切表示となっていた。

質評価の観点	診療フェーズ	代表的な実現形態	診療体制評価指標	診療体制に関する質問
質問19	病状と治療計画の関係について、患者自らが説明した記録があるか			3=当該症例では記録していない(理由を記述)
質問20	治療によるQOL変化について、患者自らが説明した記録があるか			3=当該症例では記録していない(理由を記述)
質問101	退院後の経過観察の計画や予定時期に関する記録があるか			2=当該症例では記録していない(理由を記述)
質問102	経過観察の実施間隔に関する記録があるか			2=当該症例では記録していない(理由を記述)

改善管理ツール

①改善管理シート (適合率データ表示部)

▶ 適合率をクリックすると、関連する質問文と回答結果が表示される

[改善管理シートへ](#)

胃がん手術の診療体制の質問票 (調査シートA)

第3回調査回答結果 (2014年10月調査)

全ての質問を表示

質問票の観点	診療フェーズ	診療体制に関する質問	選択肢	選択肢
01患者状態を把握する体	03治療計画立案	※ 質問18-1 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(症状状況など)について説明した記録があるか	1=病院・診療科の定型の文書(病院全体の決まりとして成立している文書)に記録するように決められており、統一のものを患者と医師の両方で持っている 1=病院・診療科の定型の文書(病院全体の決まりとして成立している文書)に記録するように決められてお	1=当該症例では記録し、患者と共有している 1=当該症例では記録し、患者と共有している
		※ 質問18-2 その際に患者の同意を確認した記録があるか	6=なし	3=当該症例では記録していない(理由を記述)
		※ 質問19 病状と治療計画の関係について、患者自らが説明した記録があるか	6=なし	3=当該症例では記録していない(理由を記述)
		※ 質問20 治療によるQOL変化について、患者自らが説明した記録があるか	5=医師によっては医師個人で作った文書もしくはカルテの自由記述に記録するようになっているが、患者に渡し 5=医師によっては医師個人で作った文書もしくはカルテの自由記述に記録するようになっているが、患者に渡し	3=当該症例では記録していない(理由を記述) 3=当該症例では記録していない(理由を記述)
		※ 質問21-1 最終的な治療計画を経済的側面も考慮して説明した記録があるか		
		※ 質問21-2 その際に患者の同意を確認した記録があるか		

適合率の運用	01がん診断		当院で実施しているがん診断の患者・診療科別に集計					
	02治療前診断		当院で実施している治療前診断の患者・診療科別に集計					
	03治療計画立案		当院で実施している治療計画立案の患者・診療科別に集計					
	04治療介入		当院で実施している治療介入の患者・診療科別に集計					
	05経過評価		当院で実施している経過評価の患者・診療科別に集計					
	06経過観察		当院で実施している経過観察の患者・診療科別に集計					
	診療フェーズ・質問票の観点ごとの適合率一覧表		診療フェーズ・質問票の観点ごとの適合率一覧表					
診療フェーズ	質問票の観点	一般診療項目	当院で実施している診療項目	当院で実施している診療項目の適合率				当院で実施している診療項目の適合率
				当院で実施している診療項目の適合率				
	01がん診断	100%	100%	100%	100%	81%		
	02治療前診断	100%	100%	100%	100%	81%		
	03治療計画立案	38%	100%	100%	50%	95%		
	04治療介入	100%	84%	100%	100%	81%		
	05経過評価	83%	84%	100%	100%	68%		
	06経過観察	75%	80%	100%	50%	69%		
一般診療項目の計画項目合計		64%	90%	100%	68%	81%		

今後の対応

- 栃木県がん診療連携協議会 地域連携・研修部会において今回の結果を共有する。
- 手術件数・医師数など診療体制の違いによる影響を把握する。
- システム構築での組み込み、既存資源（わたしの療養手帳） など対応策を提示する。
- 「改善管理ツール」の活用により問題点・計画性の見える化を部会として共有する。

上記を踏まえ、PDCAサイクルを回すことで、がん診療体制の質の向上・均てん化を目指す。