

がん登録部会 Quality Indicator 研究

2015 年症例解析結果

報告書

令和元年 5 月

都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会

がん登録部会

はじめに

がん医療の均てん化は平成 19 年に施行されたがん対策基本法において基本的施策のひとつに挙げられており、がん対策の中心的存在といえる。その評価体制構築の必要性はがん対策基本法の成立当初から指摘されており、平成 18 年がん対策基本法成立の直後から厚生労働省がん臨床研究事業「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」（研究代表者：祖父江友孝）が開始、我が国における主要な 5 がん（胃・大腸・肺・乳腺・肝臓）に関して、各分野の臨床専門家パネルにより診療ガイドラインなどを元に診療の質指標（Quality Indicator, QI）が作成された。

これらは、「標準診療実施率」で患者集団（例えばある病院の受診患者）が受けている医療の質を測定するための指標である。言い換えれば、現時点における知見上、有効とされる診断法や治療などがどれだけ行われているのか、という視点から医療を評価しようという考えである。もちろん患者の個別の状態や希望などを考慮した例外的な扱いをどうするのかといった課題はあるものの、5 年生存率などの結果指標と違ってブラックボックス化しがちな統計的リスク調整が不要であることに加えて、測定自体が改善点を示すなどの利点があり、また、現実に行われている医療を記述することが均てん化の最初の一步であることからこの考え方が採用された。

一方、測定のための情報源としては診療録が最も信頼できるデータ源ではあるものの、実際の患者の状況に応じて診療内容は多岐にわたり、それらを幅広くカバーするため QI の数が増えれば増えるほど採録作業は非常に大きな負担となった。このため、当初、QI の作成後数年間にわたり、後継の厚生労働省研究班、国立病院機構共同研究などの枠組みでいくつもの先進的・篤志的な施設の協力を得て作業を試行し、さらにその結果をもとに優先付けをして QI 数を絞りこむ試みを行ったものの、作業負担は大きく、日本全体のがん医療均てん化を評価するまで広げることは不可能であると思われた。

このような中、院内がん登録ががん診療連携拠点病院の指定要件の一つとして整備され、平成 21 年度には 2007 年症例の全国データに基づく報告書の発行が開始、2008 年症例からは施設別の集計も公開されるようになった。2009 年からは全てのデータ提出施設が標準項目で提出され、2011 年症例からは指定されているほぼすべてのがん診療連携拠点病院がデータを提出、一部にがん診療連携拠点病院以外の施設からもデータの提出を受けるようになった。院内がん登録の目的の一つはがん医療の均てん化であり、このことから、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会・がん登録部会において、その設置要領 2 条に定められた活動事項の一つとして、「院内がん登録と関連した QI の収集に関すること」が挙げられた。そこで、先述研究班の後継である国立がん研究セン

ターがん研究開発費研究班がデータ収集・分析などの実務を担当し、その結果を都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会・がん登録部会が受けて報告等の窓口とする共同体制で研究が遂行される形となっている。

方法としては、院内がん登録と DPC 調査による EF ファイルあるいはレセプトを使い標準実施率を測定し、その上で必要に応じ診療録を参照して測定の検証や例外の考慮を試みることとして効率化が図られた。これは測定可能な QI は限られ網羅性は十分ではないものの、可能な範囲から始める、という方針転換である。結果、本研究では、作成された QI のうち、算定可能な指標を選定し、それらについて多数の施設で測定することが可能となった。

もちろんこれらの指標だけでこれだけで診療の質がすべて測れるわけではない。逆に限界の方が目立ち、「質」とは言い過ぎかもしれない。しかし、少なくとも診療の一定部分を可視化し、質を向上するきっかけにはなる。また、標準実施率を質とみなすという考えを基礎とはしているものの、真の質は、「標準診療を避けた方が良い状態にある患者に対し、適切に標準を避け最適な治療方針を見つけるか」にあるという別の考え方もある。

がん診療連携拠点病院の指定要件において、診療の質の継続的向上（PDCA サイクルの確保）が求められている。本研究に参加頂いた施設は、その基礎となるデータが既に手元にあることになる。是非このデータががん医療の均てん化に広く活用され、一人でも多くの患者がよりよい状態になるように事務局一同、願っている。

末筆ながら、このような集計が可能になったのは、参加施設において、データ提出のために作業をしていただいた皆様、そして日頃から院内がん登録の実務を担当されている方々のおかげである。この場を借りて心からお礼を申し上げたい。

都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会　がん登録部会長

がん登録部会 QI 研究事務局長

東　尚弘

（国立がん研究センターがん対策情報センターがん登録センター／がん臨床情報部）

目次

1 章. 方法.....	4
1. 参加施設.....	4
2. データ収集.....	4
3. データの加工.....	6
4. がん標準診療実施率（QI）の算出.....	7
5. 結果のフィードバック.....	8
6. QI の結果を見る上で注意点.....	10
2 章. 全体結果.....	14
1. 研究参加施設.....	14
2. 研究対象患者.....	16
3 章. 測定項目のまとめ.....	19
1. 胃癌.....	20
2. 大腸癌.....	25
3. 肺癌（1）.....	30
4. 肺癌（2）.....	36
5. 乳癌（1）.....	42
6. 乳癌（2）.....	47
7. 臓器横断（制吐剤）.....	52
8. 臓器横断（麻薬）.....	59
4 章. 未実施理由を加味した場合の実施率.....	64
5 章. 今後の方向性.....	66
結語.....	67
研究参加施設一覧.....	68

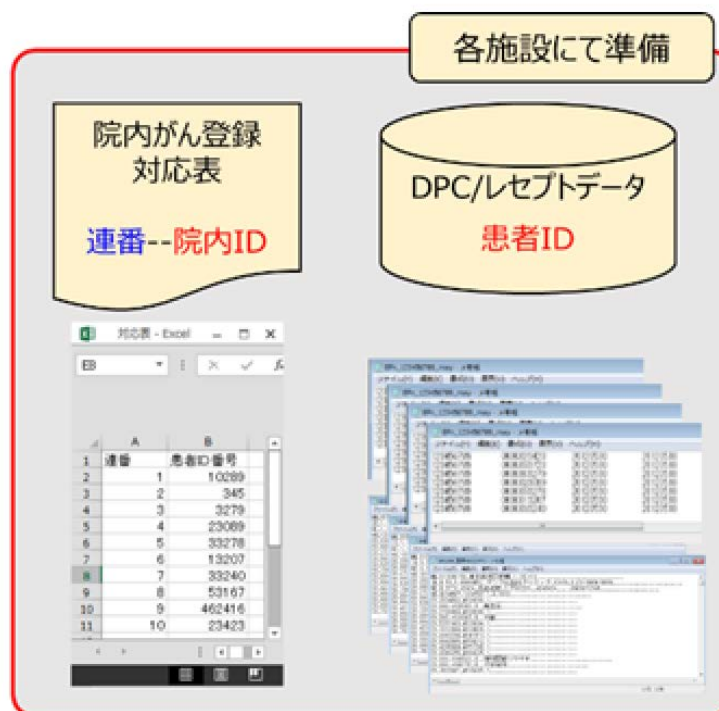
1章. 方法

1. 参加施設

本研究は平成 28 年 6 月に行われた都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会・がん登録部会において 2014 年症例の QI(Quality Indicator)研究の結果の報告と、2015 年症例 QI 研究の概要を説明後、院内がん登録 2015 年症例の全国集計に参加しているがん診療連携拠点病院等（都道府県推薦による参加病院を含む）の施設長あてに参加依頼を配布、参加申し込みのあった施設を対象とした。国の指定するがん診療連携拠点病院ではない施設でも、院内がん登録 2015 年症例を提出しており参加申し込みがあれば対象とした。

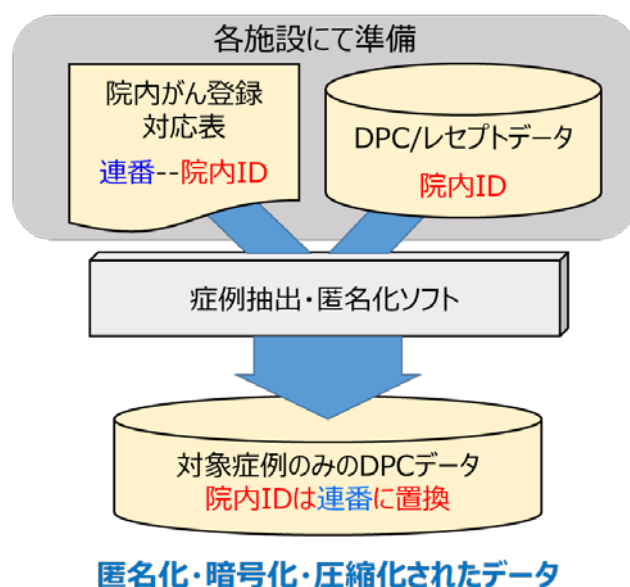
2. データ収集

データ収集は、2012 年症例より全がんを対象として収集している。2012 年はあらかじめ対象症例の連番リストを抽出の上、対象症例リストとして施設毎に送付していたが、2013 年からは対応表に載っている患者全例を対象としたため、対象症例リストの配布を中止した。その他の手順においては、前年と同様の方法でデータ収集を行った。



国立がん研究センターがん対策情報センター院内がん登録室で蓄積している院内がん登録データは患者 ID などの個人情報削除され、連番が割り当てられている。本研究では匿名 ID としてこの連番を利用し、QI 解析の対象となる患者の連番リスト（対象症例ファイル）を作成、各施設が院内がん登録提出で使われる施設別のページから配布した。

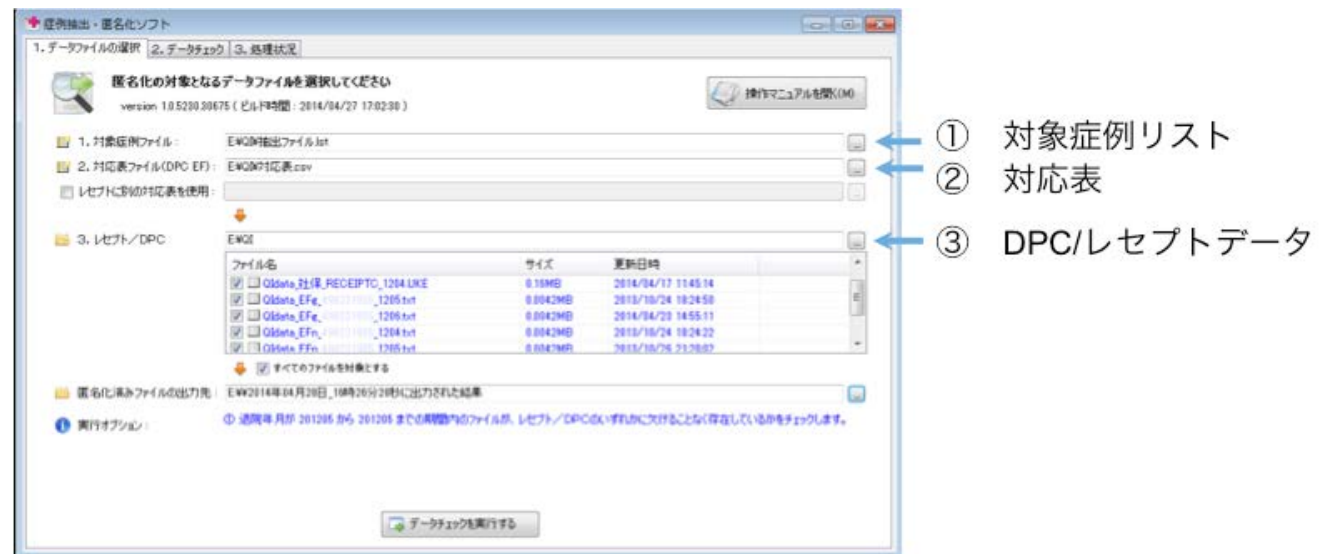
各施設では 2015 年症例の診断後最低 1 年間に受けた治療に関するデータを収集するため、2014 年 10 月～2016 年 12 月までの 27 ヶ月分の保有する DPC 調査のデータ（入院及び外来の E、F あるいは EF 統合ファイル。以下、総称して EF ファイルとする）の抽出を依頼した。DPC 調査における外来の EF ファイルの抽出・提出は 2014 年 10 月からのため、過去の外来 EF ファイルが作成できない施設については電算レセプトファイルで代用した。



各施設で抽出する DPC/レセプトデータは、がん以外の患者を含んでいるため、対象患者のみのデータを抽出した上で匿名化の上収集しなければならない。そのため、独自開発した症例抽出・匿名化ソフトを操作マニュアルと共に各施設に配布した。施設では、院内がん登録の連番と院内の患者 ID をリンクする対応表を保管しており、このソフトではそれを用い、DPC/レセプトデータの患者 ID が院内がん登録の連番に置換の上、他の個人識別情報（氏名等）や個人属性（年齢・性別）も削除し匿名化した。

ソフトを起動すると、次の図のように、1) 対象症例リスト、2) 対応表、3) DPC/レセプトデータの 3 つのファイル/フォルダが指定可能となっている。今回からは対象症例リストは設定しなくても良い様に改変し、2)、3) のそれぞれを指定し「データチェックを実行する」をクリックすることで、自動的にデータの処理が進むようにした。

DPC データ上の患者 ID とレセプトデータ上の患者 ID が異なる場合、DPC 用とレセプト用の 2 つの対応表を指定できるようにした。



3. データの加工

DPC データは、E ファイルと F ファイルが別々のファイルとして提出されている場合と、EF 統合ファイルの形式になっている場合があり、施設によって、そして診療月によってファイルの形式が異なっていたため、解析に用いるためにはデータを一旦 EF 統合ファイルの形式に再構築した。作成した EF 統合ファイルと 院内がん登録データは、施設番号と連番によりリンケージさせた。

レセプトデータは診療実施月までは存在するものの、基本的に診療日が不明のため、日付が必要な場合には診療実施月の末日を実施日として QI の解析を行った。日付を割り振ることで実際の診療録上の実施日とのずれが生じ、QI の対象となるべき患者が含まれなかったり、逆に対象になるべきではない患者が含まれたりする可能性がある。これはレセプトを利用した QI 計算の限界の一つであり、注意する必要がある。

4. がん標準診療実施率（QI）の算出

QI の解析にあたっては、臓器特異的な QI に関しては肉腫などの組織型を除いたがんの患者で、表にある局在コード、形態コードに該当する患者を解析対象とした。臓器横断的 QI に関しては全ての症例を解析対象とした。肝臓がん以外の形態コードは、院内がん登録のステージをつける対象組織型をもとに設定した。肝臓癌では肝内胆管癌患者は解析より除外した。症例区分 2（自施設診断自施設治療）と 3（他施設診断自施設治療）に対応する患者（臓器横断 QI に関しては症例区分 4（初回治療開始後／再発）も含む）を解析対象とした。院内がん登録と DPC/レセプトのリンクデータにより解析可能と考えられた QI について、分母に該当する癌種やステージの患者に対し、分子に記載されている標準診療が実施された患者の割合を計算した。QI の解析には StataMP のプログラムを用いた。解析にあたっては、二人の医療職の背景を持つ研究員が独立にプログラムを作成して解析結果が完全に一致することを確認した。

表. 解析対象とした局在コード・形態コード一覧

癌	局在コード	形態コード
胃癌	C16	8000-8001, 8004, 8010-8011, 8020-8022, 8032, 8050-8076, 8078, 8082-8084, 8140-8145, 8147, 8190, 8200-8201, 8210-8211, 8214, 8221, 8230-8231, 8255, 8260-8263, 8290, 8310, 8315, 8320, 8323, 8333, 8380-8384, 8401, 8430, 8440-8441, 8450, 8480-8482, 8490, 8500, 8503-8504, 8510, 8512, 8514, 8525, 8542, 8550-8551, 8560, 8562, 8571-8576, 8980
大腸癌	C18, C19, C20	8000- 8001, 8004, 8010-8011, 8020-8022, 8032, 8050-8076, 8078, 8082-8084, 8140-8141, 8143, 8147, 8190, 8201, 8210-8211, 8220-8221, 8230-8231, 8255, 8260-8263, 8290, 8310, 8315, 8320, 8323, 8333, 8380-8384, 8401, 8430, 8440-8441, 8450, 8480-8482, 8490, 8500, 8503-8504, 8510, 8512, 8514, 8525, 8542, 8550-8551, 8560, 8562, 8571-8576, 8980
肺癌	C34	8000-8001, 8004, 8010-8014, 8020-8021, 8032, 8034, 8041-8046, 8050-8084, 8123, 8140-8141, 8143, 8144, 8147, 8190, 8200-8201, 8210-8211, 8221, 8230, 8231, 8240-8246, 8249-8254 8255, 8260-8263, 8290, 8310, 8315, 8320, 8323, 8333, 8380-8384, 8430, 8440-8441, 8460, 8470, 8480-8482, 8490, 8504, 8510, 8512, 8514, 8525, 8542, 8550-8551, 8560, 8562-8576, 8980, 8982
乳癌	C50	8000-8001, 8010-8011, 8022, 8070, 8140-8141, 8143, 8147, 8190, 8200-8201, 8210-8211, 8221, 8230- 8231, 8255, 8260-8263, 8290, 8310, 8314-8315, 8320, 8323, 8333, 8380-8384, 8401, 8430, 8480-8482, 8490, 8500-8504, 8508, 8510, 8512-8514, 8520-8525, 8530, 8540-8541, 8543, 8550-8551, 8560, 8562, 8570-8576, 8982

5. 結果のフィードバック

結果のフィードバックにあたっては、集計結果を施設ごとにパスワードによってアクセス管理されたホームページを介して行った。通信経路は Secured Sockets Layer/Transport Layer Security (SSL/TLS)による暗号化しセキュリティを確保した。結果は QI に該当した自施設と全施設の患者数、平均実施率を表とグラフ上で表示することができ、自施設と同じ都道府県や医療機関の種類（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、国立病院機構）であれば、結果を選択して表示できるようにした。また、外来診療部分の補足にレセプトデータを一定期間利用した施設は「不完全データ」として検索範囲を選択できるようにした。

以下はテストデータを用いて作成したフィードバックページの例である。「自施設表示」ボタンを使い、自施設を赤く表示することができる。

表示条件

臓器・版	院内がん登録+DPC（2013版【継続】）	対象施設数 298施設
施設タイプ	全参加施設	
地域	全国	
データの適合度	不完全データを含む	

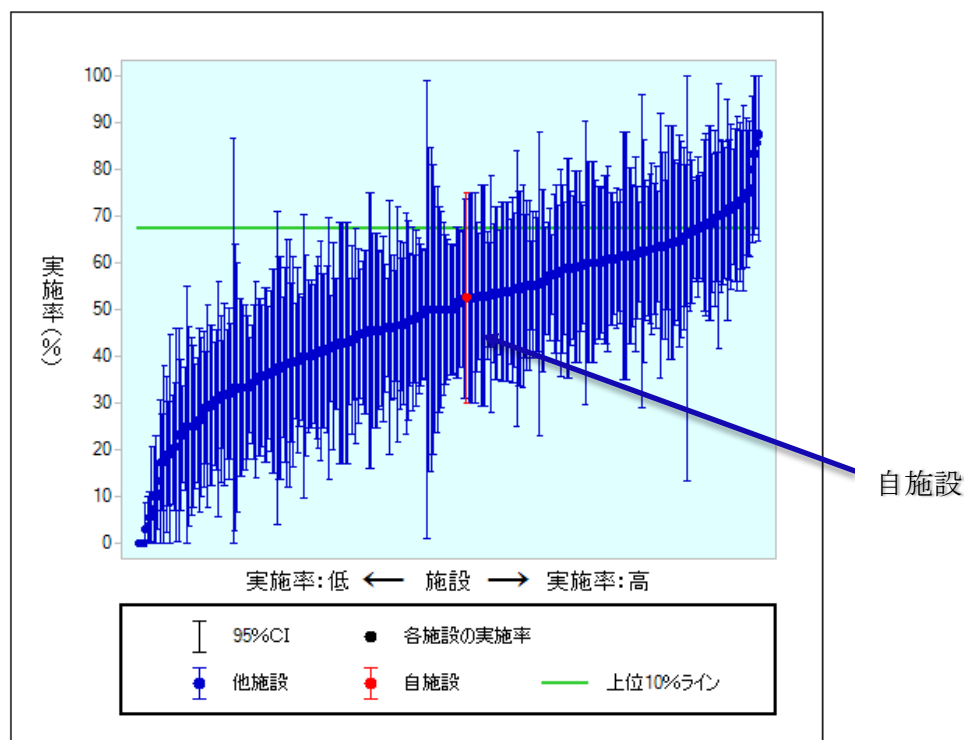
QI-c32 大腸癌への術後化学療法

分子：術後8週間以内に標準的補助化学療法が施行された患者数

分母：組織学的Stage IIIと診断された大腸癌患者数

コメント：

グループ全体：（対象患者数）9371（実施率）49% 自施設：（対象患者数）19（実施率）52.6%



テストデータ（数字はノイズを混ぜてあります）

自施設表示： ☒ あり ☐ なし

今回の QI 研究で標準診療行為が行われていない理由の検討支援のため、同ホームページ内で、QI の分母に該当したが分子の診療行為が行われなかった患者の連番リストと、分母に該当するきっかけとなった診療実施日のリストが表示されるようにした。またこのリストは csv ファイルとしてダウンロードできるようにした。さらに、がん標準診療が未実施とされた患者の、未実施理由を入力できるようにした。記入していただいた施設には未実施患者の集計を行う予定である。

■ 自施設の実施率

☐ すべての項目にチェック

他の施設との比較

経時グラフ

指標番号			分母		分子		自施設			グループ全体							
			分母の条件に当てはまる患者数		分子の条件に当てはまる患者数		実施率			分母の条件に当てはまる患者数		分子の条件に当てはまる患者数		実施率			
s23			pStageII～IIIの胃癌へのS1術後化学療法（術後6週間以内の退院例）														
☐			胃癌に対して根治手術を受け組織学的に取り扱い規約Stage II、III（pT1, pT3N0を除く）の進行癌と診断され6週以内に退院した患者数	S-1による術後化学療法が施行された患者数		3		3		100.0%		5289		3540		66.9%	
c32			大腸癌への術後化学療法														
☒			組織学的Stage IIIと診断された大腸癌患者数	術後8週間以内に標準的補助化学療法が施行された患者数		19		10		52.6%		9371		4594		49.0%	
lu8			非小細胞肺癌への手術切除施行														
☐			臨床Stage I～IIの非小細胞癌と診断された患者数	外科手術が行われた患者数		16		14		87.5%		18899		16781		88.8%	
lu22			非小細胞肺癌の術後化学療法														
☐			術後Stage II、III Aの非小細胞癌で完全切除された患者数	プラチナ製剤を含む術後化学療法が行われた患者数		6		1		16.7%		3821		1666		43.6%	
b35			乳房温存術後の放射線療法														
☐			乳房温存術を受けた70歳以下の乳癌患者数	術後全乳房照射が行われた患者数（術後7ヶ月以内）		59		51		86.4%		11046		8173		74.0%	
b38			乳房切除後・高リスク症例への放射線療法														
☐			乳房切除術が行われ、再発ハイリスクの（pT3以上、または4個以上リンパ節転移（pN2、3）のいずれか）の患者数	術後照射がなされた患者数（術後7ヶ月以内）		10		2		20.0%		1277		461		36.1%	
ce1			リンパ節陽性子宮頸がんに対する術後化学放射線療法（ガイドライン推奨実施率。QI検討未）														
☐			術前cT1～2の評価だったが、手術を受け、pN1～3、pM0と診断された子宮頸がん患者数	術後化学放射線療法が行われた患者数（放射線開始が術後180日以内で化学療法の開始のずれが14日以内が条件）		4		4		100.0%		357		191		53.5%	

テストデータ（数字はノイズを混ぜてあります）

6. QIの結果を見る上で注意点

QIの結果を解釈する上で、特にデータの特性による限界は注意が必要である。

◆ 院内がん登録・DPC-EF調査データの限界点

これらの電子データの限界点は4つある。それぞれ以下の通り解説する。

1) 他施設での診療行為がカバーされない。

今回のデータは各施設から個別に収集されており、その施設で行われた診療行為が電子化・コード化されているが、別の施設での診療情報は全く含まれていない。例えば手術をデータ提出施設で行い、別の病院を紹介して放射線治療を行った場合について、この放射線治療の実施はこのデータからは捕捉できない。

これがQIのスコアに対してどの程度影響されるのかは不明であるが、治療患者の多くが紹介で来院する病院では、治療前の検査結果を全て患者が持参するとデータには入らないことになり、見かけ上のQIのスコアは低く出る。また、逆に地域連携を積極的

に行い最初の治療後すぐに地域の病院で次の治療を行うことになっている施設においても QI のスコアが低く出ることがある。そのためデータの施設間比較はあくまで参考であることに注意する必要がある。

2) 標準を実施しなかった理由など、臨床的判断の過程が不明である。

標準診療は臨床における科学的エビデンスに基づく専門家の合意により多くの患者に有効であるとして診療方針の原則となっているものであるが、実際の患者によっては併存症や生理的機能の低下のため手術や化学療法を避けた方が良い場合や、標準診療を患者が望まない場合などもあり得る。データに含まれている診療行為はこのような臨床判断の結果でしかなく、その過程はそこからは必ずしも明らかではない場合がある。これはコード化された電子データの限界であり、その解決のためには前述の他院診療も含めて診療録から検討する以外にない。参加施設の中でさらに協力の得られた施設については、標準未実施の理由の入力を依頼する。

3) 診療行為コード体系に QI のために必要な臨床情報が不足していることがある。

今回利用した DPC 調査のデータは診療報酬請求のコードで行われた診療行為を表している。コードの目的が請求であるため臨床的に必要な情報がとらえきれないことがある。例えば、乳癌の手術においては、術式のコードはあるものの手術対象が右なのか左なのかについてのコードは存在しない。このため複数の手術コードがあったときに、前に手術した対象と同側なのか反対側なのかの判別がつかないことになる。このような場合には一定の仮定のもと QI スコアの算定をするしかない。また、さらに数種類の検査を同時に行ったとき、個別の検査をそれぞれ請求するよりも、「○種類以上」といった複数の検査をまとめて請求可能なコードが存在すると、そちらでコードがなされて個別の検査のコードが付与されないなどの独特の性質がある。DPC 調査のデータ自体は直接報酬に関係しないがこれらの性質により、データが必ずしも診療行為を全てとらえていない可能性についても注意しなければならない。

4) データにエラーが存在している可能性がある。

DPC・レセプトデータは、標準化された診療情報データであり、データの活用と共にその精度も向上してきている。しかし、算定・請求漏れ、コーディングエラーの可能性は依然存在するため、未実施とカウントされた患者の中には実際は標準診療が実施されたものの、データ上に上がってこない場合もあることに注意しておく必要がある。今後もデータの活用が続けば、より精度は向上してくると思われる。

以上の限界のため、今回の方法による QI 測定については、標準未実施の患者に何が理由だったのかを別途検討する必要がある。そのような検討を支援するため、参加施設への結果報告の際には、施設別のホームページ上で各 QI について未実施症例の匿名 ID リストを提供している。各施設あるいは、いくつかの施設でこれらの理由を検討できれば、その理由が妥当であるのか、施設毎に非標準の方針を選択する基準がどれほど異なるのか、などが明らかになる。これらの相違について検討し最善の方針が同定できればそれは臨床の進歩にもつながる。これをがん診療連携拠点病院の指定要件となった PDCA サイクルの中で、継続的な診療の改善に活用されることが望ましい。

◆ レセプトと外来 EF ファイルの情報の違い

従来、DPC 調査は入院データのみであり、2012 年 10 月から外来も EF の形式でデータの収集を始めている。今回の調査対象期間は、すべてこの外来 EF データ収集開始以降であるが、一部、この時点で DPC 病院でなかった施設もあるので、そのような施設で特に希望がある場合にはレセプトを代わりに収集した。しかし、レセプトは EF データに比較して 2 つの限界がある。以下にその概略を説明する。

1) 診療行為実施日が不明である。

EF データ診療行為の日付がデータにあるため、診療行為のタイミングや順序についても解析が可能であるが、研究当該期間のレセプトは診療月までしかデータ上存在しない。2012 年 4 月診療分からは電子レセプト請求を行っている施設においては診療日付も記載されるようになったが、今回の QI 算定のための対象期間の大半はそれ以前である。QI はそのようなタイミングを問うものも多く、タイミングに大きく依拠する 2 つの QI においては、外来部分にレセプトを提出した施設については算定不可能と判断した。他の QI については必要に応じて診療日をレセプト上の診療月の最終日（例えば 5 月であれば 31 日）と仮定して算定を行った。この点においては、実態との乖離が存在する可能性がある。

2) 院外処方箋の内容が不明である

処方箋を発行して調剤薬局において薬剤が患者へ渡された場合、当該薬剤の請求は調剤薬局において行われるために、医療機関からのレセプトにはその内容が掲載されない。これを DPC 調査における外来 EF ファイルにおいては、データに含めることとされている。QI 算定においては、患者の受けた薬剤の内容は重要な情報であり、レセプトで

は一定部分これが欠けることになってしまう。これがどの程度大きな問題となっているかは不明であるが、今回の QI の結果解釈においては注意が必要である。

2 章．全体結果

1. 研究参加施設

2015 年 QI 研究に参加意思を表明した医療機関は 436 施設であり、うち、国指定のがん診療連携拠点病院等に指定されていた施設は 302 施設（拠点病院の 70.7%）であった。参加施設の一覧は巻末に示す。

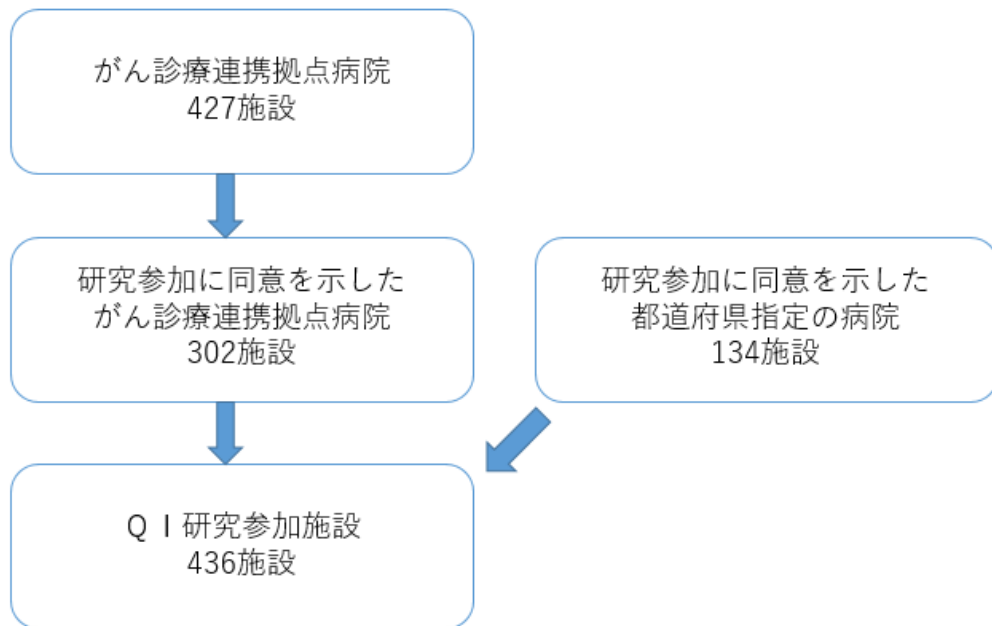
		2013 年	2014 年	2015 年
QI 研究参加施設(合計)		297 施設	424 施設	436 施設
病 院 属 性	都道府県がん診療連携拠点病院	45 施設	42 施設	42 施設
	うち大学病院	23 施設	21 施設	21 施設
	うち全がん協加盟病院	21 施設	20 施設	20 施設
	地域がん診療連携拠点病院	234 施設	242 施設	248 施設
	うち大学病院	39 施設	44 施設	43 施設
	うち全がん協加盟病院	8 施設	8 施設	7 施設
	地域診療病院	0 施設	9 施設	12 施設
	その他	18 施設	131 施設	134 施設
がん診療連携拠点病院等の参加率		68% (279/409)	69% (293/422)	71% (302/427)

* 注)都道府県がん診療連携拠点病院には、国立がん研究センター中央・東病院も含んでいます。

データ別にみると、研究対象期間 27 ヶ月分のデータを DPC データで提出した施設は 433 施設あり、一部の期間でレセプトデータを含めたデータを提出した施設は 3 施設あった。

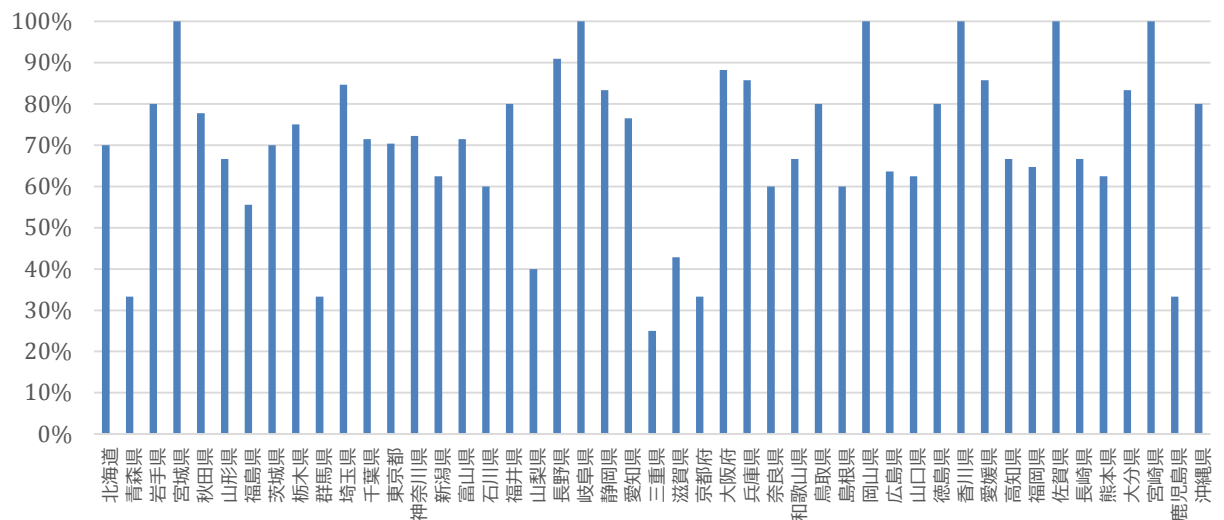
	2013 年	2014 年	2015 年
QI 研究参加施設	297 施設	424 施設	436 施設
DPC のみ提出した施設	293 施設	418 施設	433 施設
レセプトデータを提出	4 施設	6 施設	3 施設

図) 2015 年 QI 研究参加施設



都道府県別にみると、本研究には 47 の都道府県のがん診療連携拠点病院が参加し、多くの都道府県で参加率の増加が見られた。また、宮城県、岐阜県、岡山県、香川県、佐賀県、宮崎県では参加率が 100%となった。全国 427 のがん診療連携拠点病院等における 2015 年の本研究の都道府県別参加率を示す（国指定のがん診療連携拠点病院以外の施設を除いて算出）。

2014 年に参加した 424 施設のうち、366 施設は 2015 年も参加したが 58 施設は参加しなかった。2015 年に新規で参加した施設は 70 施設であった。



研究対象患者

本調査に参加した全癌の症例のうち、症例区分 2,3 の 2015 年症例は 494,028 名で 2015 年院内がん登録（n=610,028）のうち 81%であった。

表. 解析対象となった患者（全症例区分）

（肝臓癌は原発性肝癌取扱い規約第 5 版、それ以外の癌種は UICC 第 7 版のステージ）

	2014 年症例	2015 年症例	
	全がん	全がん	5 がんのみ
N	565,503	610,028	203,830
平均年齢 (SD)	67.1 (14.2)	67.3(14.2)	68.5(12.3)
性別, 男性 (%)	314,073 (55.5)	338,227(55.4)	106,205(52.6)
ステージ, n (%)			
0	52,027 (9.2)	56,419(9.3)	20,888(10.3)
I	172,326 (30.5)	188,147(30.8)	78,225(38.4)
II	83,084 (14.7)	90,299(14.8)	36,070(17.7)
III	72,918 (12.9)	77,550(12.7)	30,834(15.1)
IV	97,295 (17.2)	103,232(16.9)	35,204(17.3)
不明	87,853 (15.5)	94,381(15.5)	2,609(1.3)

がん種別では、大腸癌、胃癌、肺癌、乳癌、肝臓癌の順で患者数が多かった。5 がんの症例数は 203,830 で、52.6%（106,205 名）が男性、平均年齢は 68.5 歳（SD12.3）であった。参加施設の患者集計をがん種、ステージ別に示す。

表. 解析対象となった患者（癌種・ステージ別）

（肝臓癌は原発性肝癌取扱い規約第 5 版、それ以外の癌種は UICC 第 7 版のステージ）

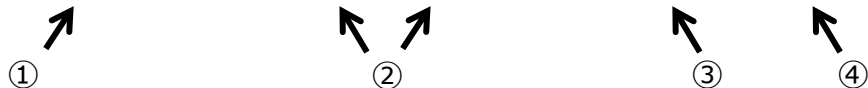
	胃癌	大腸癌	肺癌	乳癌	肝癌	その他
N	47973	61100	43,847	40,258	10,652	406,198
年齢	71.4	69.5	71.0	59.7	71.9	66.7
平均 (SD)	10.5	11.5	10.00	13.9	10.1	15
性別	33,753	35,946	29,760	251	7,495	231,022
男性 (%)	(70.4%)	(58.8)	(67.9)	(0.6)	(70.4)	(56.9)
ステージ, n (%)						
0		15,987 (26.0)	160 (0.4)	4829 (12.0)		35531 (8.8)
I	29,802 (62.1)	11,725 (19.2)	16,154 (36.8)	15,808 (39.3)	4,736 (44.5)	109,922 (27.1)
II	4256 (8.8)	11,814 (19.3)	3,740 (8.5)	13,297 (33.0)	2,963 (27.8)	54,229 (13.4)
III	5,023 (10.5)	12,113 (19.8)	7722 (17.6)	4,149 (10.3)	1,827 (17.2)	46,716 (11.5)
IV	8,152 (17.0)	8,849 (14.5)	15,345 (35.0)	2,019 (0.5)	839 (7.9)	68,028 (16.6)
不明	740 (1.5)	702 (1.2)	726 (1.7)	156 (0.4)	287 (2.7)	91,772 (22.6)

結果の見方

それぞれの QI について以下の形式で結果を提示する。

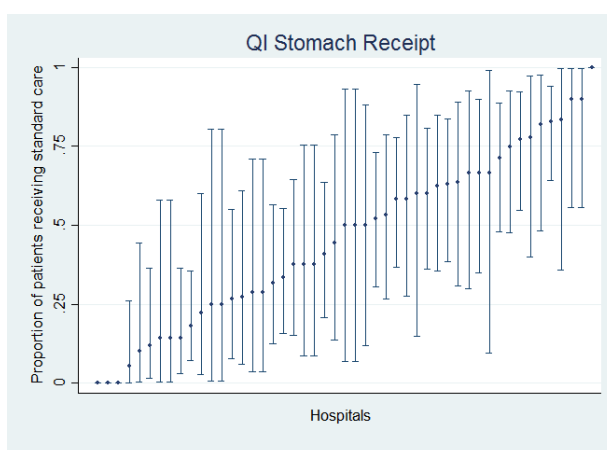
例) 全 500 施設の結果

該当施設数	対象患者数	全体の実施率 (95%信頼区間)
450	1000 / 2000	50.0% [45.0, 55.0]



- ① 該当施設数は必ずしも全研究参加施設とは限らない。これは、各 QI で該当者がいない施設も存在するからである。QI によっては対象を狭く限っているものもあり、該当施設数は小さくなる。
- ② 対象患者数の数字が二つ並ぶうち、右側が分母であり、各 QI で記述する標準診療が適応となる対象患者の数、左側が分子、つまり、実際に対象患者のうち、QI で記述された標準診療を受けた患者の数である。
- ③ 実施率は対象患者数の欄の分子÷分母を百分率で表したものである。
- ④ 95%信頼区間は、算出された値の安定性を表す。QI に該当する患者が多いと安定して区間は狭くなり、少ないと広くなる。

グラフの見方



- これは百足図とよばれ、分布の形を表すのに使われる。
- 各点は施設の実施率を表し、左から実施率が低い順に並べられている。
- 各点から伸びる上下の線は上述の95%をあらわす。

レセプトを使った算定は診療日が曖昧、院外処方がデータに無いなどの限界があり、前回は分離して計算したが、特に大きく差があるわけではないため今回は全施設のデータを使用した。算出に利用したレセプトコード一覧は別途ホームページ等で提供する。

3章. 測定項目のまとめ

表. QI 解析結果のまとめ

対象臓器	分母	分子	2014 年症例 424 施設		2015 年 436 施設	
			患者数	実施率	患者数	実施率
胃癌	pStageII～III 胃癌への術後化学療法（術後 6 週間以内の退院例）		6510	68.0%	6815	68.5%
	胃癌に対して根治手術を受け組織学的に取り扱い規約 Stage II、Ⅲ（pT1,pT3N0 を除く）の進行癌と診断され 6 週以内に退院した患者数	S-1 または CapeOX による術後化学療法が施行された患者数				
大腸癌	pStageIII の大腸癌への術後化学療法(8 週以内)		12115	54.2%	12919	55.2%
	組織学的 Stage III と診断された大腸がん患者数	術後 8 週間以内に標準的化学療法が施行された患者数				
肺癌	cStageI～II 非小細胞肺癌への手術切除または定位放射線治療の施行		22912	88.7%	24725	88.6%
	臨床 Stage I～II の非小細胞癌と診断された患者数	外科治療、または定位放射線治療が行われた患者数				
	pStageII～IIIA 非小細胞肺癌への術後化学療法（プラチナ製剤を含む）		4501	44.1%	4366	44.3%
	術後 Stage II, IIIA の非小細胞癌で完全切除された患者数	プラチナ製剤を含む術後化学療法が行われた患者数				
乳癌	70 歳以下の乳房温存術後の放射線療法（術後 180 日以内）		12871	74.5%	13521	75.2%
	乳房温存術を受けた 70 歳以下の乳癌患者数	術後全乳房照射が行われた患者数				
	乳房切除後・再発ハイリスク(T3 以上 N0 を除く、または 4 個以上リンパ節転移)への放射線療法		1541	35.7%	1650	40.8%
	乳房切除術が行われ、再発ハイリスク（T3 以上で N0 を除く、または 4 個以上リンパ節転）の患者数	術後照射がなされた患者数				
支持療法	嘔吐高リスクの抗がん剤への 3 剤による予防的制吐剤		48129	76.3%	51492	75.5%
	催吐高リスクの抗がん剤が処方された患者数	同時に予防的制吐剤(セロトニン阻害剤＋デキサメタゾン＋アプレピタント)が使用された患者数				
支持療法	外来麻薬開始時の緩下剤処方		16685	64.7%	20811	61.7%
	外来で麻薬が開始された患者数	同時あるいはそれ以前 1 ヶ月以内に緩下剤の処方がなされた患者数				

注：本年より、実施率が高値で推移していた肝臓がんの QI は計測中止とした。

1. 胃癌

測定 QI : Stage II, III (pT1, pT3N0 を除く) 胃癌に対する術後化学療法

	分母	分子
胃	胃癌に対して根治手術を受け組織学的に取り扱い規約 Stage II, III (pT1, pT3N0 を除く) の進行癌と診断され 6 週以内に退院した患者数	S-1 またはカペシタビン+オキサリプラチンによる術後化学療法が施行された患者数

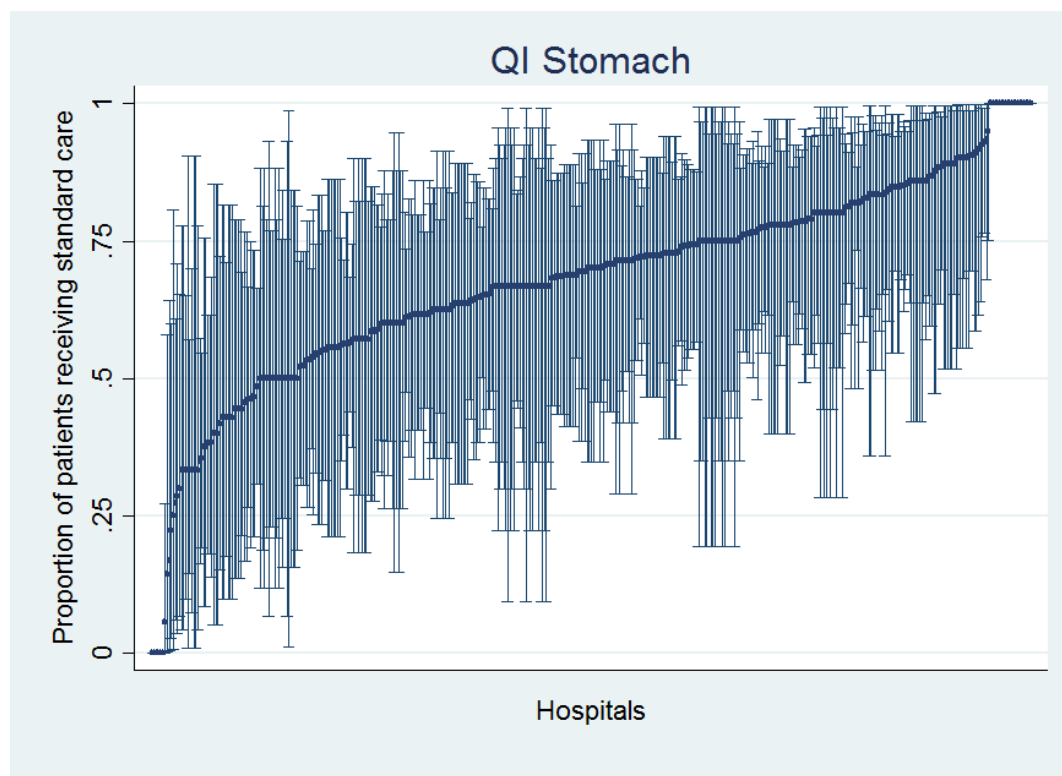
2015年症例 全 施設の結果

該当施設数	対象患者数	全体の実施率 (95%信頼区間)
434	4671/6815	68.5% [67.4, 69.6]

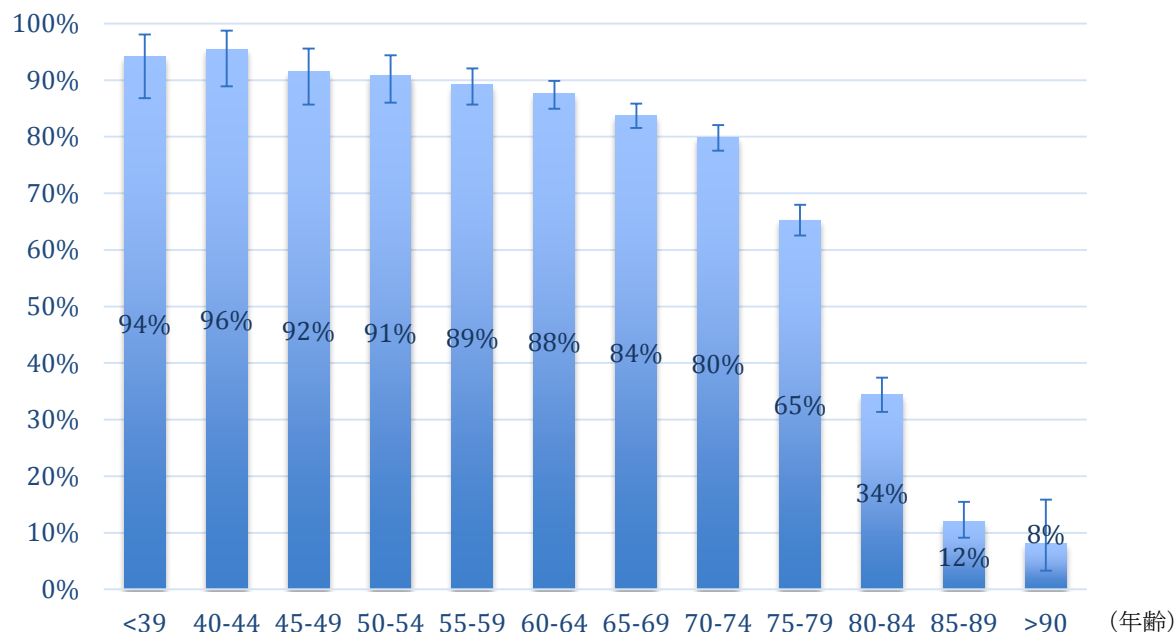
参考)

該当年	該当施設数	対象患者数	全体の実施率 (95%信頼区間)
2014	419	4425/6510	68.0% [66.8, 69.1]

図 胃癌 QI の施設別実施率



年齢別実施率



該当患者数	85	89	142	207	397	740	1196	1238	1227	975	432	87
-------	----	----	-----	-----	-----	-----	------	------	------	-----	-----	----

胃癌治療ガイドライン第4版でStage II、III（pT1,pT3NOを除く）胃癌に対してS-1の術後化学療法を推奨していることに対応するQIである。先行して行われた数施設での診療録レビューの結果と同様に実施率には施設間で差が認められた。術後化学療法におけるS-1の推奨は2014年に発行されたガイドライン第4版でも変更はないが、その後の臨床試験の結果に鑑み、推奨薬剤は拡大されと考えられた。その推奨に対応しS-1のほかにカペシタビンとオキサリプラチンが併用されている場合も分子を満たすとした。

このQIの集計においては、上記薬剤のいずれかが含まれた化学療法が行われていればQI実施としているため、S-1に加えてシスプラチンなどの他の抗がん剤が加えられている場合もQI実施とみなされる。再発の情報は不明なのでS-1投与の目的が術後化学療法であったのか、術後すぐの再発に対するものであったのかは区別できない。

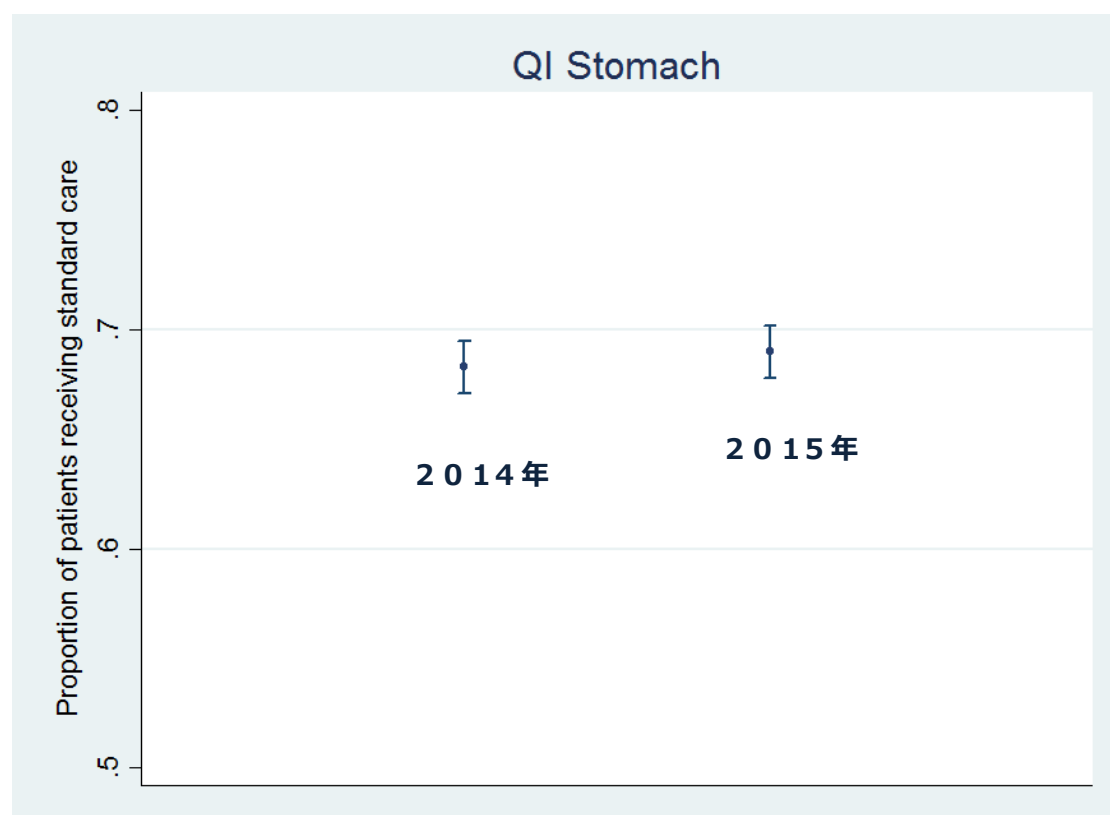
また、S-1推奨の元となった臨床試験（ACTS-GC）は対象を80歳までとしているため、それ以上の年齢においては臨床判断が分かれるかもしれない。実際上記グラフのように、80歳以上に対する実施率は非常に低い。

すべての術後療法に関連することであるが、DPCのみの情報では、転院後に化学療法を受けた場合や患者の併存疾患や希望により化学療法を実施しなかったなどの詳細は不明である。先行して行われた診療録レビューでのQI測定では、カルテに実施できなかった理由の記載がある場合が認められているので、各施設で未実施の理由を確認して検討することが望まれる。

2014 年症例-2015 年症例実施率の推移

2014 年と 2015 年の QI 研究に参加した施設で、本 QI に該当する患者が存在した施設における各年の実施率の推移を示す。

症例	該当施設数	対象患者数	全体の実施率（95%信頼区間）
2014 年	364 施設	3997/5853	68.3% [67.1,69.5]
2015 年		3978/5765	69.0% [67.8,70.2]



計算方法

分母の条件：胃癌に対して根治手術を受け組織学的に取り扱い規約 StageⅡ、Ⅲ（pT1,pT3N0 を除く）の進行癌と診断され 6 週以内に退院した患者数

- 院内がん登録の抽出条件
 - 組織診断名コードが対象組織型コード一覧（方法の章を参照）に合致
 - 症例区分が 2 or 3 （自施設初回治療例）
 - 術後病理学的ステージ II or III
 - pT2 以上
 - pT3N0 でない
- DPC・レセプトの抽出条件
 - 胃の悪性腫瘍摘出術あり（使用したレセプトコードは別ファイル、初回のみを対象）
 - 術前の化学療法なし
 - 退院日が悪性腫瘍摘出術から 6 週間以内
 - 診断日以降の行為対象

分子の条件：S-1 またはカペシタビン+オキサリプラチンによる術後化学療法が施行された患者数

- DPC・レセプトの抽出条件
 - ①または②の処方が術後 6 週間以内にあり
 - ① S-1
 - ② カペシタビン+オキサリプラチン
- （使用した薬剤コードは別ファイル参照）

未実施理由 : s23

未実施件数 : 555 例 (未実施調査協力 : 114 施設)

臨床的理由

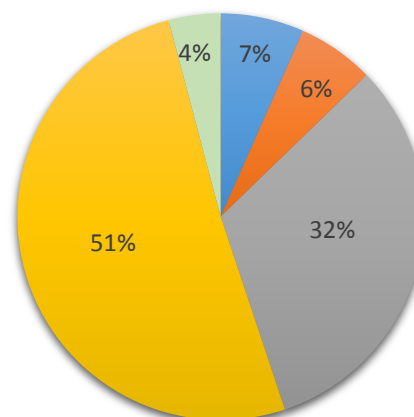
理由不明	37 (7%)
他施設実施	34 (6%)
患者希望	179 (32%)
臨床的理由	284 (51%)
■ 臓器障害	72 (13%)
■ 精神疾患／認知症	25(5%)
■ P S 不良	42(8%)
■ 術後合併症	28(5%)
■ 高齢かつ他に該当なし	108(19%)
■ 選択以外・医師判断※	7-9(1~2%)

※選択以外・医師判断理由詳細

- ・死亡
- ・化学療法不可能症例
- ・再発疑い

データの理由

算定漏れ／誤り	21 (4%)
---------	---------



- 理由不明
- 他施設実施
- 患者希望
- 臨床的理由
- 算定漏れ／誤り

2. 大腸癌

測定QI： StageⅢ大腸癌に対する術後化学療法

	分母	分子
大腸	組織学的 Stage III と診断された大腸がん患者数	術後 8 週間以内に標準的化学療法が施行された患者数

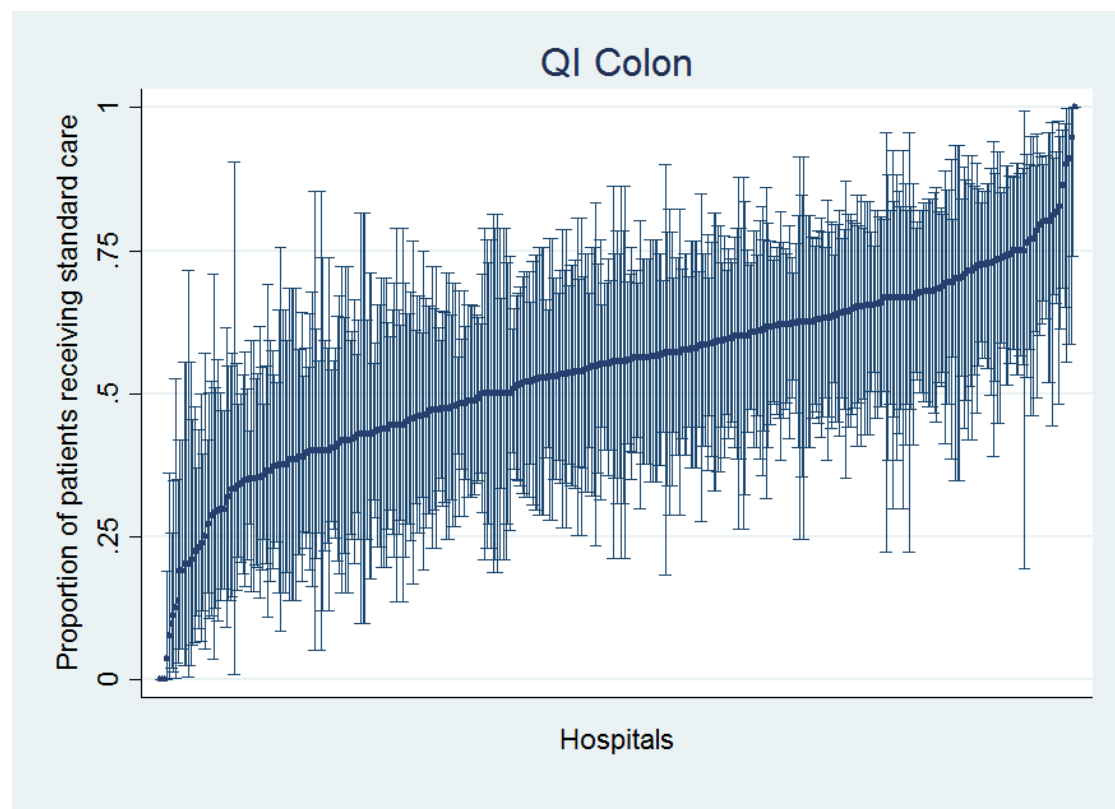
2015年症例 全 施設の結果

該当施設数	対象患者数	全体の実施率（95%信頼区間）
436	7134/12919	55.2% [54.4,56.1]

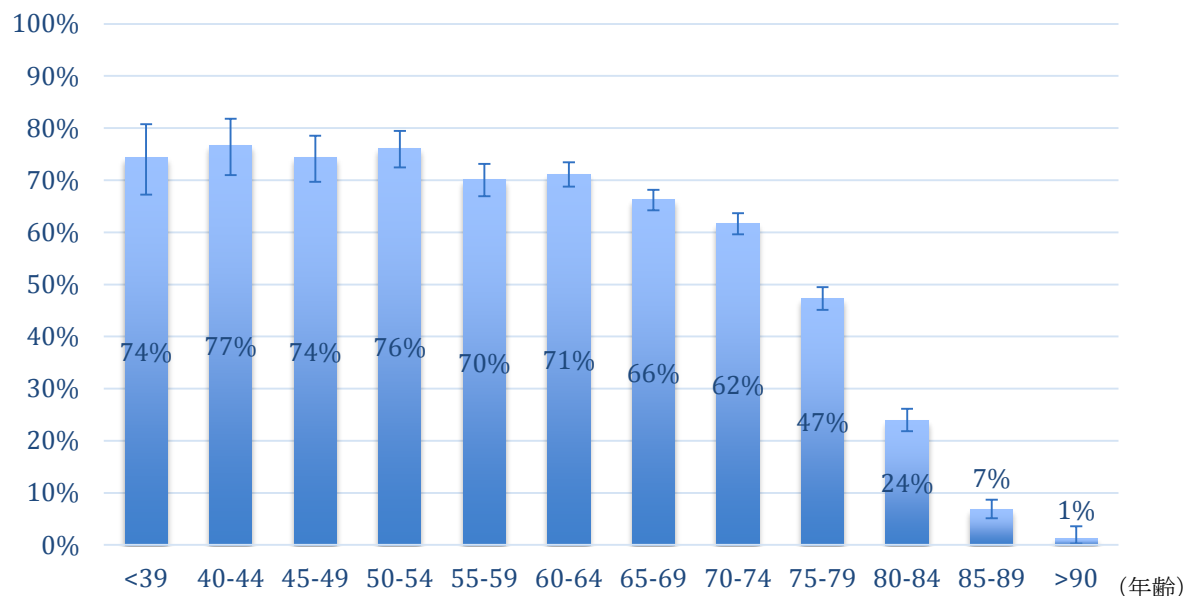
参考)

該当年	該当施設数	対象患者数	全体の実施率（95%信頼区間）
2014	421	6568/12115	54.2% [53.3,55.1]

図 大腸癌 QI の施設別実施率



年齢別実施率



該当患者数	172	247	397	596	865	1483	2255	2252	2053	1544	814	242
-------	-----	-----	-----	-----	-----	------	------	------	------	------	-----	-----

大腸癌治療ガイドライン 2014 年版 (p28-29) にて、R0 切除が行われた Stage III の大腸癌患者に対して、術後化学療法を推奨しており、このことは他の先進国においても QI として採用されている。また開始時期も術後 8 週間以内を推奨しているため 8 週以内の投与を確認した。化学療法レジメンは、5FU+LV、UFT+LV、Cape、FOLFOX、CapeOX が推奨されているため、これらのレジメンの実施の有無を確認した。さらに、ACTS-CC では、結腸癌における S1 の UFT/LV に対する非劣性が報告されていることから、2013 年症例より S1 を標準レジメンに含めており、2014 年症例においても踏襲している。この QI の計算には TNM 分類 7 版を用いているが、Stage III の条件は取扱い規約 7 版とほとんど違いがないので問題にはならない。手術日と同日に化学療法を施行している例があったが、これらは術中に腹腔内に化学療法剤を投与したと考え術後化学療法には含めなかった。

すべての術後療法に関連することであるが、転院後に化学療法を受けた場合や患者の併存疾患や希望により化学療法を実施しなかったなどの詳細は不明である。先行して行われた診療録レビューでの QI 測定では、診療録に実施できなかった理由の記載がある場合が認められているので、各施設で未実施理由を確認・検討することが重要である。

2014年症例-2015年症例実施率の推移

2014 年と 2015 年の QI 研究に参加した施設で、本 QI に該当する患者が存在した施設における各年の実施率の推移を示す。

症例	該当施設数	対象患者数	全体の実施率（95%信頼区間）
2014 年	366 施設	5868/10741	54.6% [53.7,55.6]
2015 年		6015/10893	55.2% [54.3,56.2]



計算方法：（すべての行為を診断日以降に絞る）

分母の条件：組織学的 Stage III と診断された大腸（結腸・直腸）がん患者数

- 院内がん登録の抽出条件
 - 組織診断名コードが対象組織型コード一覧（方法の章を参照）に合致
 - 症例区分が 2 or 3 （自施設初回治療例）
 - 術後病理学的ステージ III
- DPC・レセプトの抽出条件
 - 大腸または直腸の悪性腫瘍摘出術あり（使用したレセプトコードは別ファイル参照、初回のみを対象）
 - 術前の化学療法なし

分子の条件：術後 8 週間以内に標準的化学療法が施行された患者数

- DPC・レセプトの抽出条件
 - 以下の標準化学療法のいずれかが術後 56 日以内に実施
 - 5FU+LV: 5-FU、LV が同一日に処方されている
 - UFT+LV: UFT、LV が同一日に処方されている
 - FOLFOX: 5-FU、LV、L-OHP が同一日に処方されている。
 - Cape: Capecitabine が処方されていて、L-OHP の投与がない。
 - CapeOX: Capecitabine と L-OHP が同日に処方されている。
 - TS1: TS1 の処方がされている。
 - 初回手術後 56 日以内にもう一度大腸の手術を受けている場合は、2 回目の手術日から 56 日以内に上記の化学療法が処方されている。
 - 化学療法の投与期間には条件はつけていない。

未実施理由 : c32

未実施件数 : 1673 例 (未実施調査協力 : 125 施設)

臨床的理由

理由不明……………197 (12%)

他施設実施……………107 (6%)

患者希望……………516 (31%)

その他……………1-3 (1%未満)

臨床的理由……………798 (48%)

■臓器障害……………234(14%)

■精神疾患／認知症……………65(4%)

■P S不良……………95(6%)

■術後合併症……………152(9%)

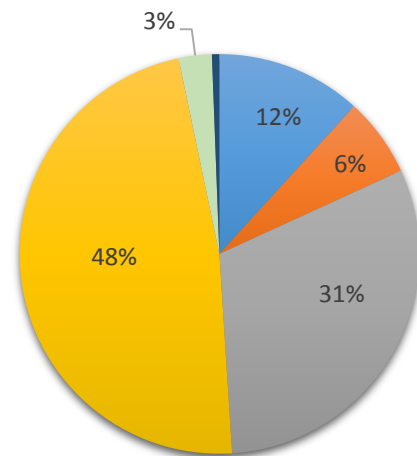
■高齢かつ他に該当なし
……………236(14%)

■選択以外・医師判断※
……………16(1%)

データの理由

算定漏れ／誤り……………45 (3%)

院内がん登録の誤り……………7-9(1%未満)



- 理由不明
- 他施設実施
- 患者希望
- 臨床的理由
- 算定漏れ／誤り
- その他 (1%未満の分類) 1%未満

※選択以外・医師判断理由詳細

・死亡

3. 肺癌（1）

測定QI： Stage I～IIの非小細胞肺癌への手術または定位放射線治療

	分母	分子
肺	臨床 Stage I～II の非小細胞癌と診断された患者数	外科治療、または定位放射線治療が行われた患者数

2015年症例 全 施設の結果

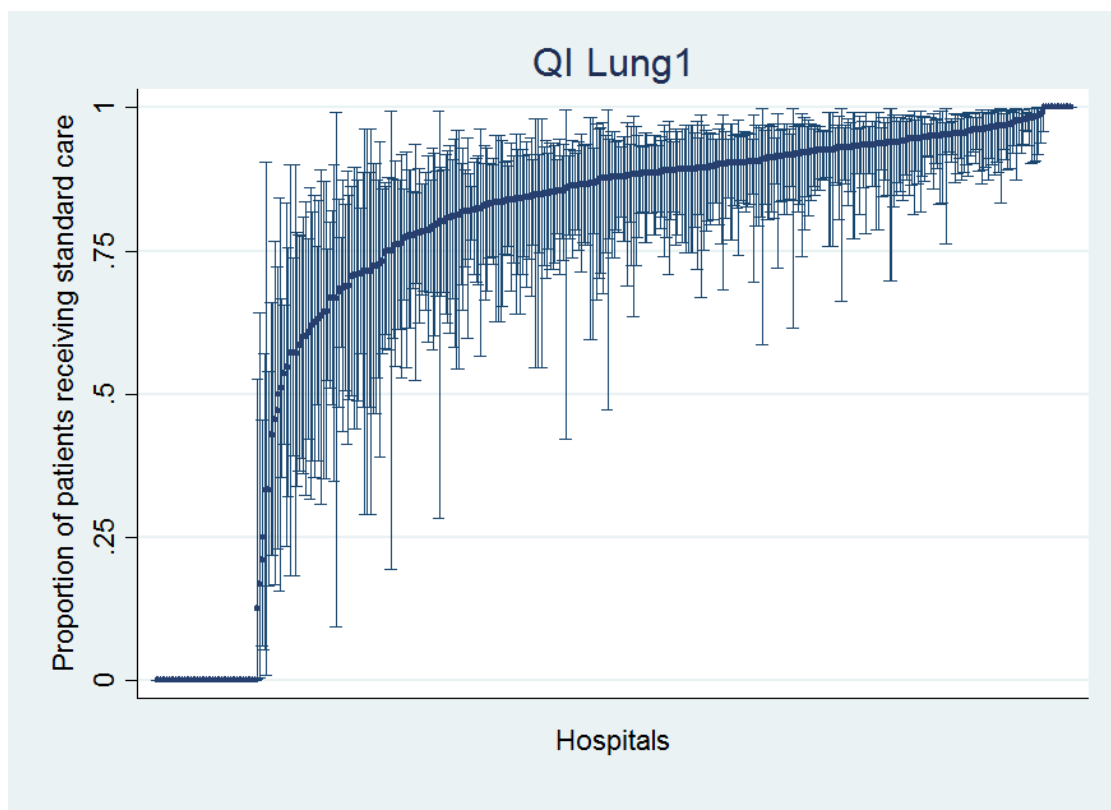
該当施設数	対象患者数	全体の実施率（95%信頼区間）
419	21911/24725	88.6% [88.2,89.0]

参考)

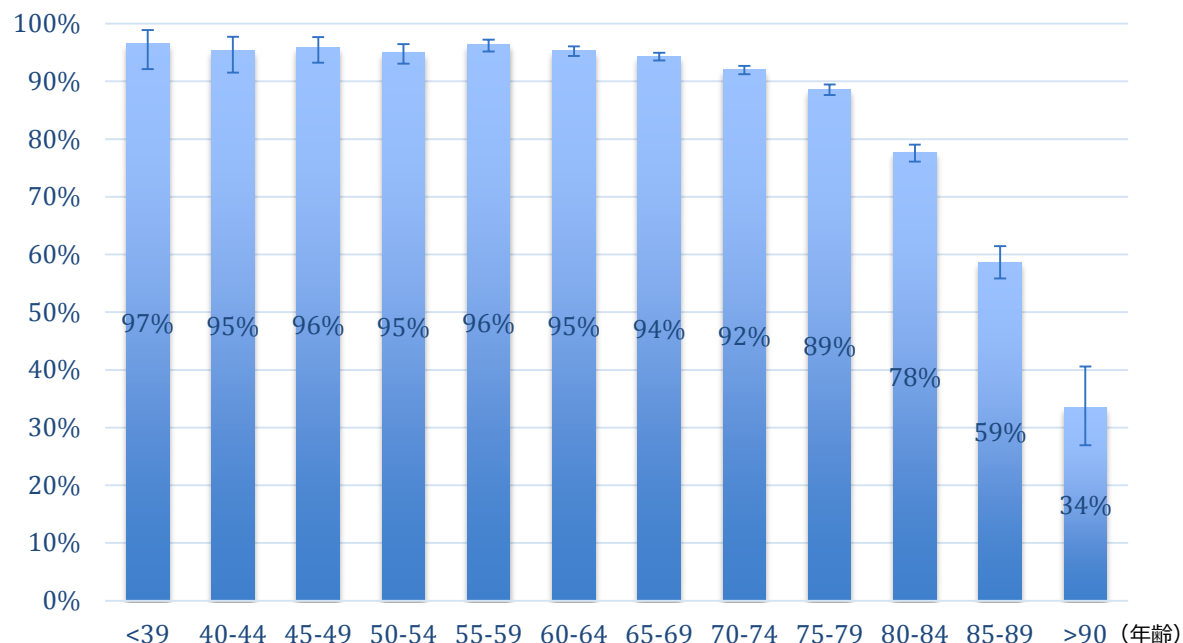
該当年	該当施設数	対象患者数	全体の実施率（95%信頼区間）
2014	410	19934/22630	88.1% [87.7, 88.5]

* 2014 年の値は 2015 年の計算方法により再計算されています

図 肺癌 QI1 の施設別実施率



年齢別実施率



該当患者数	145	213	361	694	1355	2506	4768	5457	4654	3156	1219	197
-------	-----	-----	-----	-----	------	------	------	------	------	------	------	-----

臨床病期 I - II 期非小細胞肺癌では切除可能症例には外科切除が推奨されるとされているため（肺癌診療ガイドライン 2015 年版 II .非小細胞肺癌、1-1-2.手術適応（臨床病期 I - II 期））、作成当初の QI は「Stage I~II の非小細胞癌患者に外科手術療法を行うか手術ができない理由の記載があるか」であった。Stage I-II 非小細胞肺癌は手術が標準とされるが、Stage I に対して医学的理由がある場合には定位放射線療法が推奨されていることを加味して、集計において Stage I の定位放射線療法も可とした数値を提示している。2012 年症例には臨床現場では肺癌取扱い規約第 7 版が使用され、院内がん登録では UICC-TNM 第 7 版で登録が行われているが、Stage I~II に関してこれらの相違はほとんどない。

この QI では、対象患者のうち 88%に外科治療、または定位放射線治療が実施されている結果となったが、実施患者のうち、外科治療が行われた患者は 94.5%、定位放射線治療実施患者は 5.5%であった。

2014年症例-2015年症例実施率の推移

2014 年と 2015 年の QI 研究に参加した施設で、本 QI に該当する患者が存在した施設における各年の実施率の推移を示す。

症例	該当施設数	対象患者数	全体の実施率（95%信頼区間）
2014 年	358 施設	18673/21053	88.7% [88.3,89.1]
2015 年		19341/21745	88.9% [88.5,89.4]



計算方法：（すべての行為を診断日以降に絞る）

分母の条件：臨床 Stage I～II の非小細胞癌と診断された患者数

- 院内がん登録の抽出条件
 - 組織診断名コードが対象組織型コード一覧（方法の章を参照）に合致
 - 症例区分が 2 or 3 （自施設初回治療例）
 - 臨床 Stage I or II
 - C34.0(主気管支)は除外

- DPC・レセプトの抽出条件
 - なし

分子の条件：外科治療、または定位放射線治療が行われた患者数

- DPC・レセプトの抽出条件
 - ①、②のいずれかがあり
 - ③ 肺の悪性腫瘍摘出あり
 - ④ 定位放射線治療あり(I 期のみ対象)
- （使用したレセプトコードは別ファイル）

未実施理由 : lu8

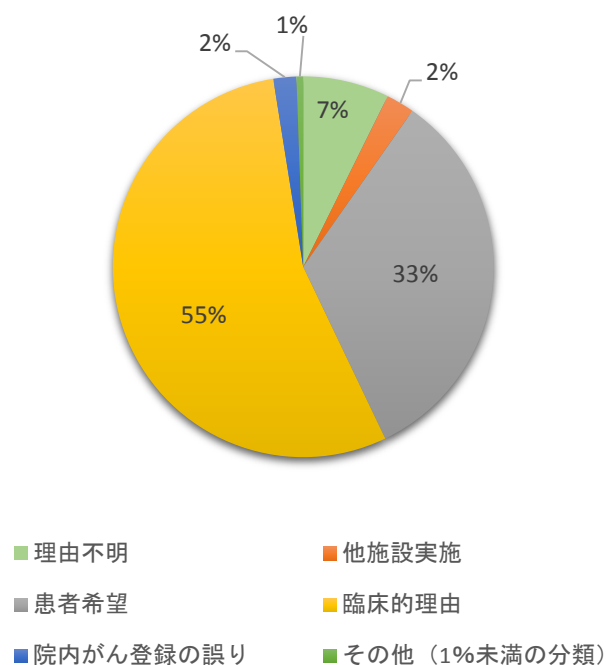
未実施件数 : 874 例 (未実施調査協力 : 117 施設)

臨床的理由

理由不明	64 (7%)
他施設実施	21 (2%)
患者希望	290 (33%)
臨床的理由	477 (55%)
■ 臓器障害	248(28%)
■ 精神疾患／認知症	29(3%)
■ P S 不良	69(8%)
■ 術後合併症	1-3(1%未満)
■ 高齢かつ他に該当なし	99(11%)
■ 選択以外・医師判断※	30(3%)

データの理由

算定漏れ／誤り	1-3 (1%未満)
保険診療適応外	1-3 (1%未満)
院内がん登録の誤り	17 (2%)



※選択以外・医師判断理由詳細

- ・腫瘍の位置や大きさより切除不能と判断された（パンコースト型等）
- ・胸壁浸潤
- ・術後の予後は期待できず、侵襲度を考えるとあまり進められないと判断された
- ・手術により深刻な呼吸機能低下の可能性があるため
- ・死亡
- ・切除可能性を上げるために化学放射線治療後の手術が有用であると考えたため
- ・気腫性変化はびまん性にあり、全摘は不能なため

4. 肺癌（2）

測定QI： StageⅡ、ⅢA非小細胞癌に対する術後化学療法

	分母	分子
肺	術後 Stage II, IIIA の非小細胞癌で完全切除された患者数	プラチナ製剤を含む術後化学療法が行われた患者数

2015年症例 全 施設の結果

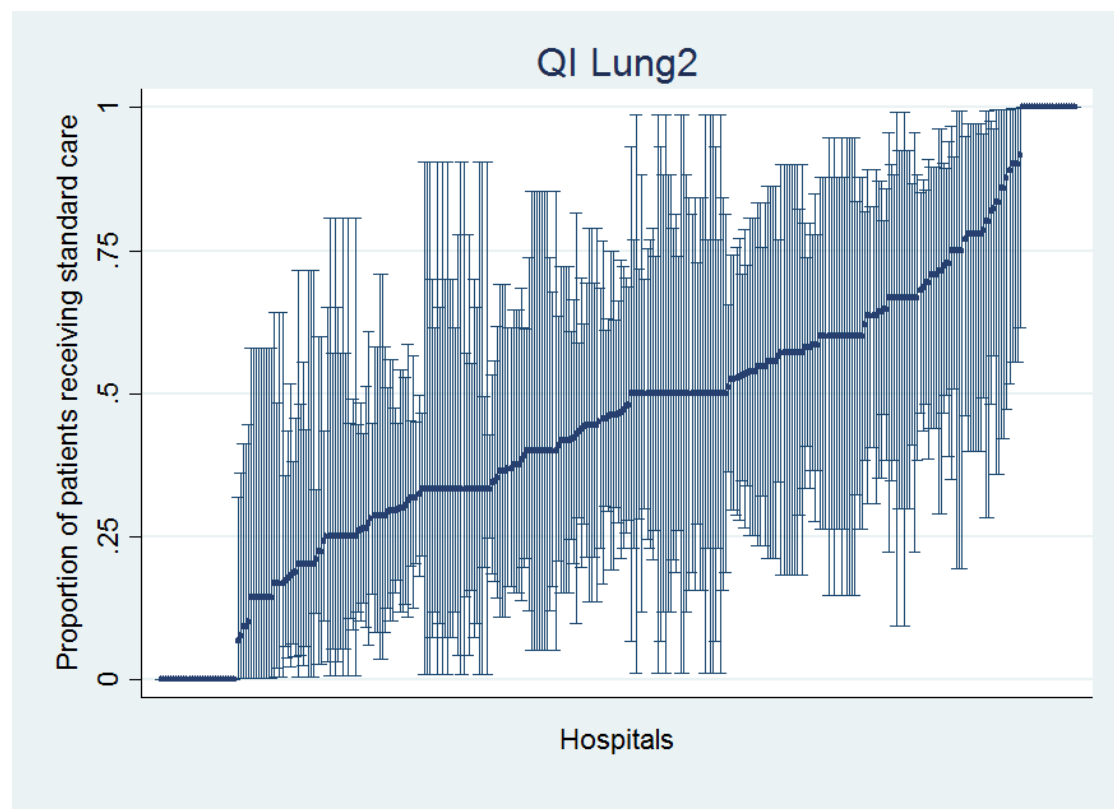
該当施設数	対象患者数	全体の実施率（95%信頼区間）
349	1932/4366	44.3% [42.8,45.7]

参考)

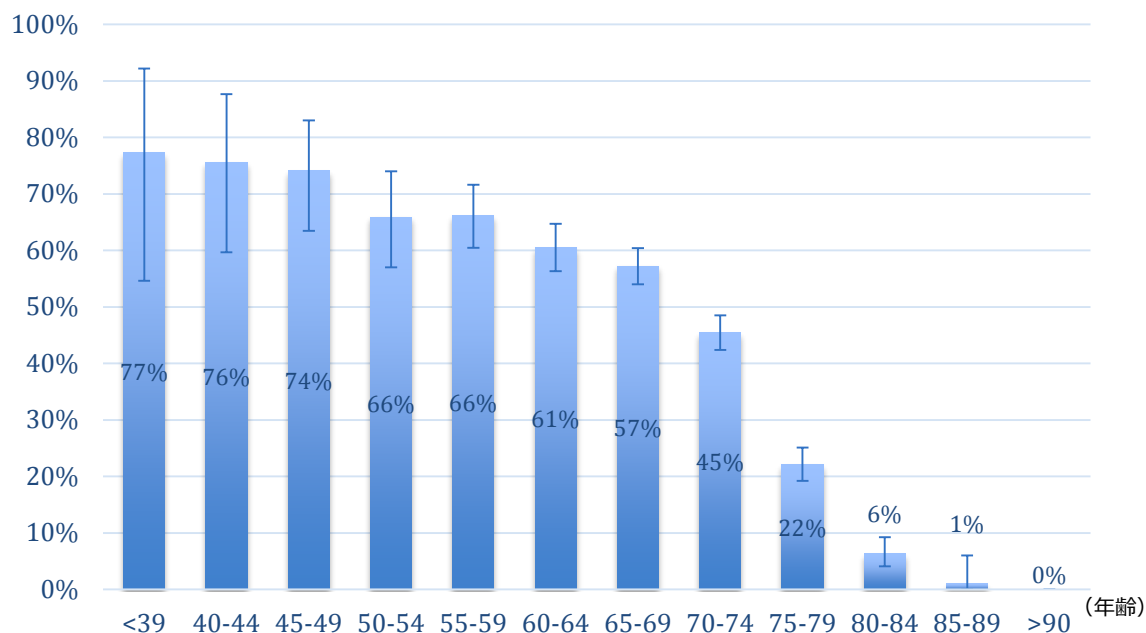
該当年	該当施設数	対象患者数	全体の実施率（95%信頼区間）
2014	347	1869/4238	44.1% [42.6,45.6]

* 2014 年の値は 2015 年の計算方法により再計算されています

図 肺癌 QI2 の施設別実施率



年齢別実施率



該当患者数	22	41	85	129	290	548	940	1045	788	381	90	7 - 9
-------	----	----	----	-----	-----	-----	-----	------	-----	-----	----	-------

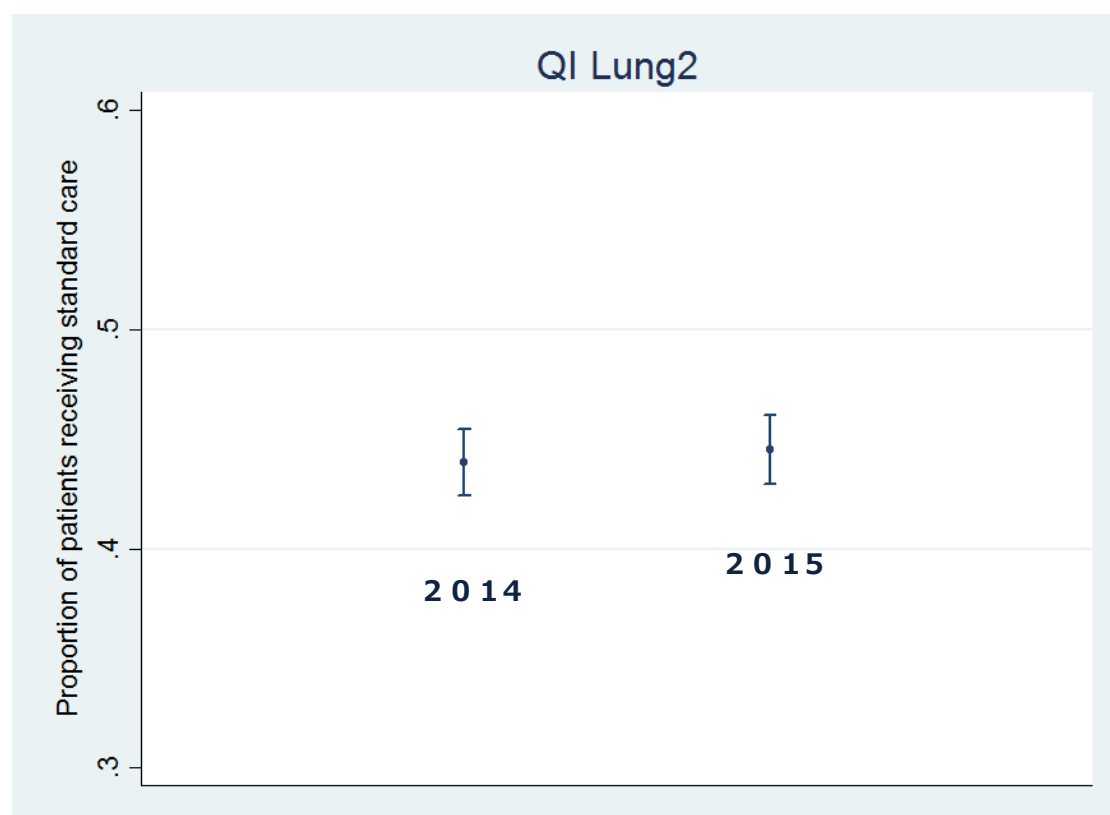
肺癌診療ガイドライン 2015 年版（Ⅱ. 非小細胞肺癌、2-3. 非小細胞肺癌の術後化学療法）では、術後病理 Stage II・IIIA 期で完全切除例に対しては術後にシスプラチン併用化学療法が推奨されている。研究班による QI 作成においては少々広めにとりプラチナ製剤とされた。オキサリプラチンは肺癌に保険適用がないため、ここでは対象のプラチナ製剤とはしていない。化学療法開始時期に関してはガイドライン等でも記載がないので 180 日以内に開始していれば術後化学療法とした。2012 年症例の病期は、臨床現場では肺癌取扱い規約第 7 版が使用され、院内がん登録では UICC-TNM 第 7 版で登録が行われているが、これらの間にはほとんど相違がない。手術日と同日に化学療法を施行している例があったが、これらは術中に胸腔内に化学療法剤を投与したと考え術後化学療法には含めなかった。また、対象期間よりも後の発行であるが 2016 年の新ガイドラインでは、肺内転移のある T3,T4 症例に関しては効果のエビデンスが無いとされているが、データのみからこれらを区別することができないために、本集計には区別されていない。

すべての術後療法に関連することであるが、転院後に化学療法を受けた場合や患者の併存疾患や希望により化学療法を実施しなかったなどの詳細は不明である。

2014 症例-2015 症例実施率の推移

2014 と 2015 の QI 研究に参加した施設で、本 QI に該当する患者が存在した施設における各年の実施率の推移を示す。

症例	該当施設数	対象患者数	全体の実施率（95%信頼区間）
2014 年	304 施設	18673/21053	88.7% [88.3,89.1]
2015 年		19341/21745	88.9% [88.5,89.3]



計算方法

分母の条件：術後 Stage II, IIIA の非小細胞癌で完全切除された患者数

- 院内がん登録の抽出条件
 - 組織診断名コードが対象組織型コード一覧（方法の章を参照）に合致
 - 症例区分が 2 or 3 （自施設初回治療例）
 - 術後病理学的ステージ II or III
 - 術後病理学的ステージ IIIB でない（以下のどちらか）
 - ・ pT4N2M0 でない
 - ・ pN3 でない
 - 外科的・体腔的治療・内視鏡治療の結果が 2 or 4 でない
 - カルチノイド腫瘍でない
 - 腺様嚢胞癌（8200）、細気管支肺胞上皮癌、粘液性及び非粘液性混合型（8254）、腺房細胞癌（8550）、腺房細胞のう胞腺癌（8551）、混合型腺房腺管癌（8552）は除外
- DPC・レセプトの抽出条件
 - 肺の悪性腫瘍摘出術あり（使用したレセプトコードは別ファイル、初回のみを対象）
 - 術前の化学療法なし
 - 診断日以降の行為対象

分子の条件：プラチナ製剤を含む術後化学療法が行われた患者数

- DPC・レセプトの抽出条件
 - 術後 180 日以内にシスプラチン・カルボプラチン・ネダプラチンのいずれかの処方あり
 - 初回手術後 180 日以内にもう一度肺の手術を受けている場合は、2 回目の手術日から 180 日以内にシスプラチン・カルボプラチン・ネダプラチンのいずれかの処方がある

未実施理由 : lu22

未実施件数 : 680 例 (未実施調査協力 : 95 施設)

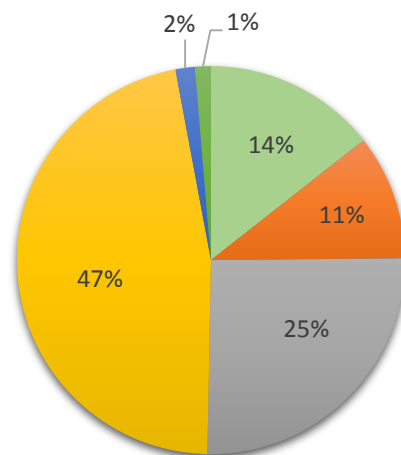
臨床的理由

理由不明	98 (14%)
他施設実施	71 (11%)
患者希望	173 (25%)
臨床試験	11 (2%)
臨床的理由	318 (47%)

■ 臓器障害	149(22%)
■ 精神疾患／認知症	7-9(1%)
■ P S 不良	40(6%)
■ 術後合併症	33(5%)
■ 高齢かつ他に該当なし	74(11%)
■ 選択以外・医師判断※	15(2%)

データの理由

算定漏れ／誤り	1-3(1%未満)
保険診療適応外	1-3(1%未満)
院内がん登録の誤り	4-6 (1%未満)



- 理由不明
- 他施設実施
- 患者希望
- 臨床的理由
- 臨床試験
- その他 (1%未満の分類)

※選択以外・医師判断理由詳細

- ・遺残が強く疑われることから施行せず、EGFR-TKI 投与開始
- ・化学療法を開始する前に死亡
- ・病理検査で N2 症例であったため適応外と判断した
- ・胎児性腺癌に対する報告が少なく、ガイドラインがないため

5. 乳癌（1）

測定QI： 乳房温存術後の全乳房照射

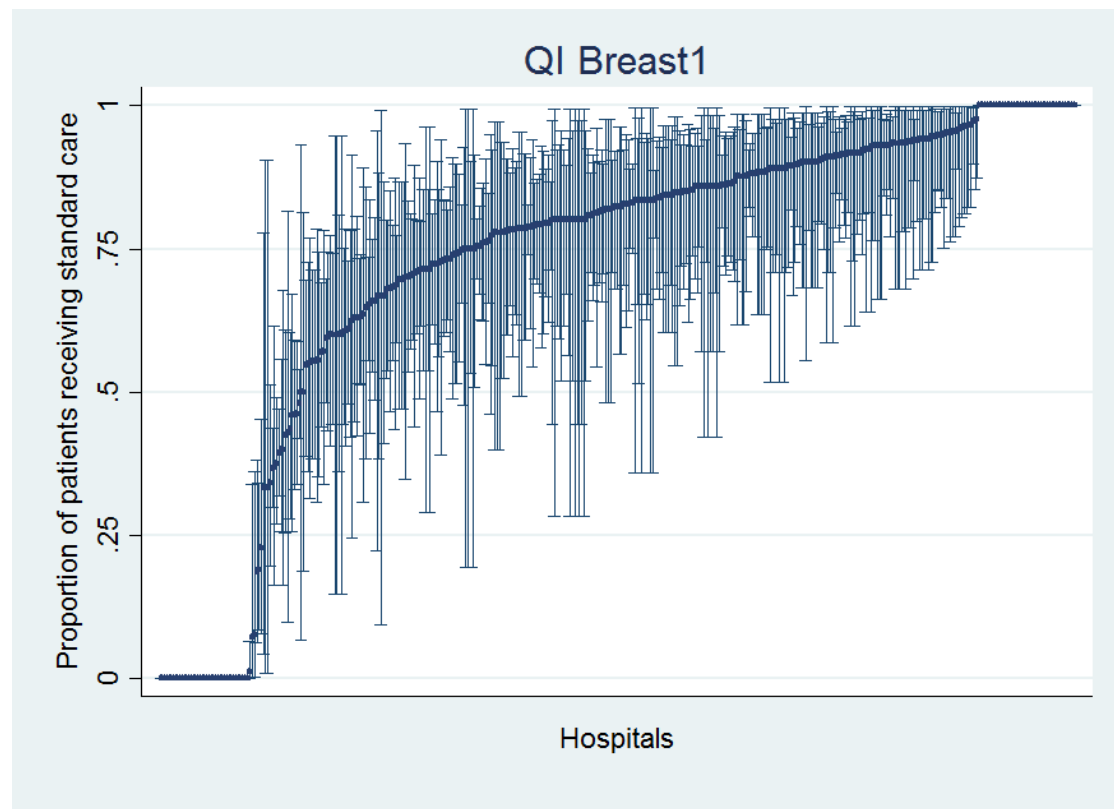
	分母	分子
乳腺	乳房温存術を受けた 70 歳以下の乳癌患者数	術後全乳房照射が行われた患者数

2015年症例 全 施設の結果

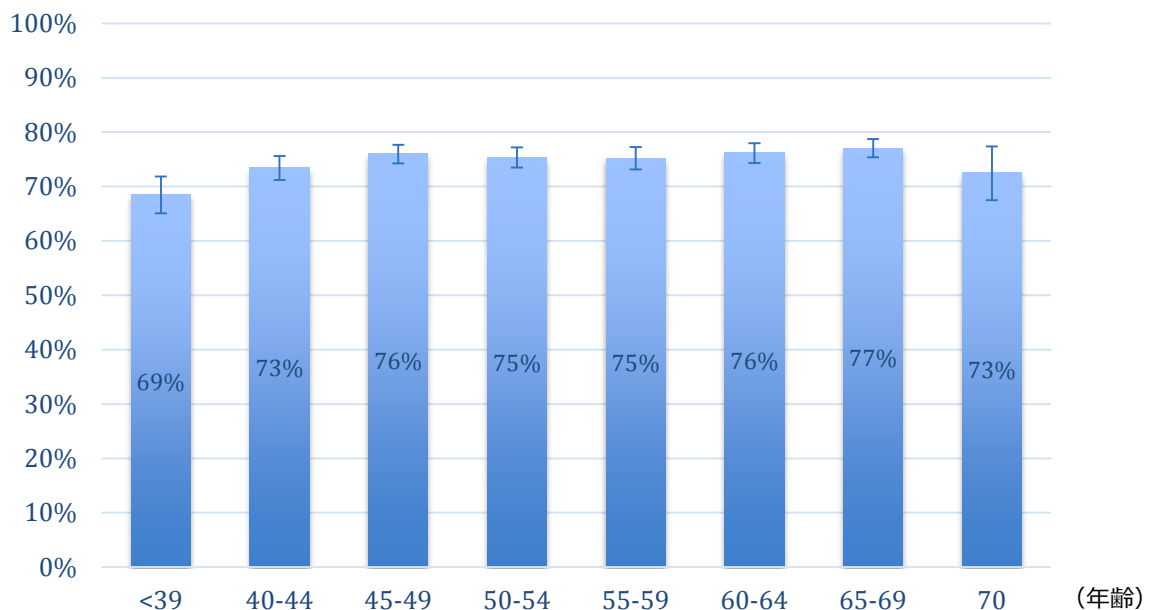
該当施設数	対象患者数	全体の実施率（95%信頼区間）
412	10174/13521	75.2% [74.5,76.0]

参考)	該当年	該当施設数	対象患者数	全体の実施率（95%信頼区間）
	2014	402	9583/12871	74.5% [73.7, 75.2]

図 乳癌 QI1 の施設別実施率



年齢別実施率



該当患者数	756	1590	2422	2089	1717	2113	2505	329
-------	-----	------	------	------	------	------	------	-----

乳癌診療ガイドライン 2015 年版では、乳房温存術後に放射線治療を推奨しており、他の先進国の QI としても採用されている。放射線治療開始までの期間はガイドラインで 20 週以内が望ましいとされているため 140 日以内の実施を確認した（p334,10-a）。術後化学療法が必要な場合には、化学療法を先行することが推奨されているため期限を長めにとり、240 日以内での実施の有無を確認した（p335）。複数回乳房に対する手術をしている場合、全ての手術が乳房温存術の場合は分母に含め、一回でも乳房切除術が施行された場合は分母より除外した。

すべての術後療法に関連することであるが、転院後に化学療法を受けた場合や患者の併存疾患や希望により化学療法を実施しなかったなどの詳細は不明である。

2014年症例-2015年症例実施率の推移

2014 年と 2015 年の QI 研究に参加した施設で、本 QI に該当する患者が存在した施設における各年の実施率の推移を示す。

症例	該当施設数	対象患者数	全体の実施率（95%信頼区間）
2014 年	349 施設	8792/11710	75.1% [74.3,75.9]
2015 年		8467/11276	75.1% [74.3,75.9]



計算方法

分母の条件：乳房温存術を受けた 70 歳以下の乳癌患者数

- 院内がん登録の抽出条件
 - 組織診断名コードが対象組織型コード一覧（方法の章を参照）に合致
 - 症例区分が 2 or 3 （自施設初回治療例）
 - 年齢が 71 歳未満（生年月と最後の手術日から計算）
 - StageIV は除外
- DPC・レセプトの抽出条件
 - 乳腺腫瘍摘出術あり（使用したレセプトコードは別ファイル、最後の手術日のみを対象）
 - 観察期間内に乳房切除術なし
 - 術前の放射線治療なし
 - 診断日以降の行為対象

分子の条件：術後全乳房照射が行われた患者数

- DPC・レセプトの抽出条件
 - 術後化学療法なしの場合：術後放射線治療が最後の手術日から 140 日以内
 - 術後化学療法ありの場合：術後放射線治療が最後の手術日から 240 日以内

未実施理由：b35

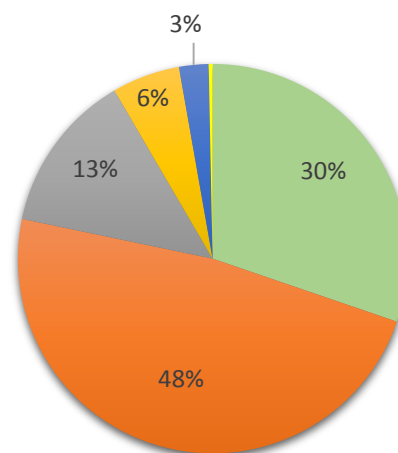
未実施件数： 939 例 （未実施調査協力：111 施設）

臨床的理由

理由不明	284 (30%)
他施設実施	451 (48%)
患者希望	125 (13%)
臨床的理由	53 (6%)
■臓器障害	20 (2%)
■精神疾患／認知症	1-3(1%未満)
■P S不良	1-3(1%未満)
■術後合併症	10(1%)
■高齢かつ他に該当なし	1-3(1%未満)
■選択以外・医師判断※	15(2%)

データの理由

算定漏れ／誤り	23 (3%)
院内がん登録の誤り	1-3 (1%未満)



※選択以外・医師判断理由詳細

- ・出産を控えており、出産後に施行予定であったため
- ・左乳房温存術後に放射線照射、同じ乳房に放射線照射できないため
- ・VNPI score 5 点のため術後療法なし
- ・VNPI スコア 6 点の為術後療法なし
- ・前回手術時に行っているため

- 理由不明
- 他施設実施
- 患者希望
- 臨床的理由
- 算定漏れ／誤り
- 院内がん登録の誤り(1%未満)

乳癌（２）

測定QI： 乳房切除後の腋窩リンパ節転移例に対する術後照射

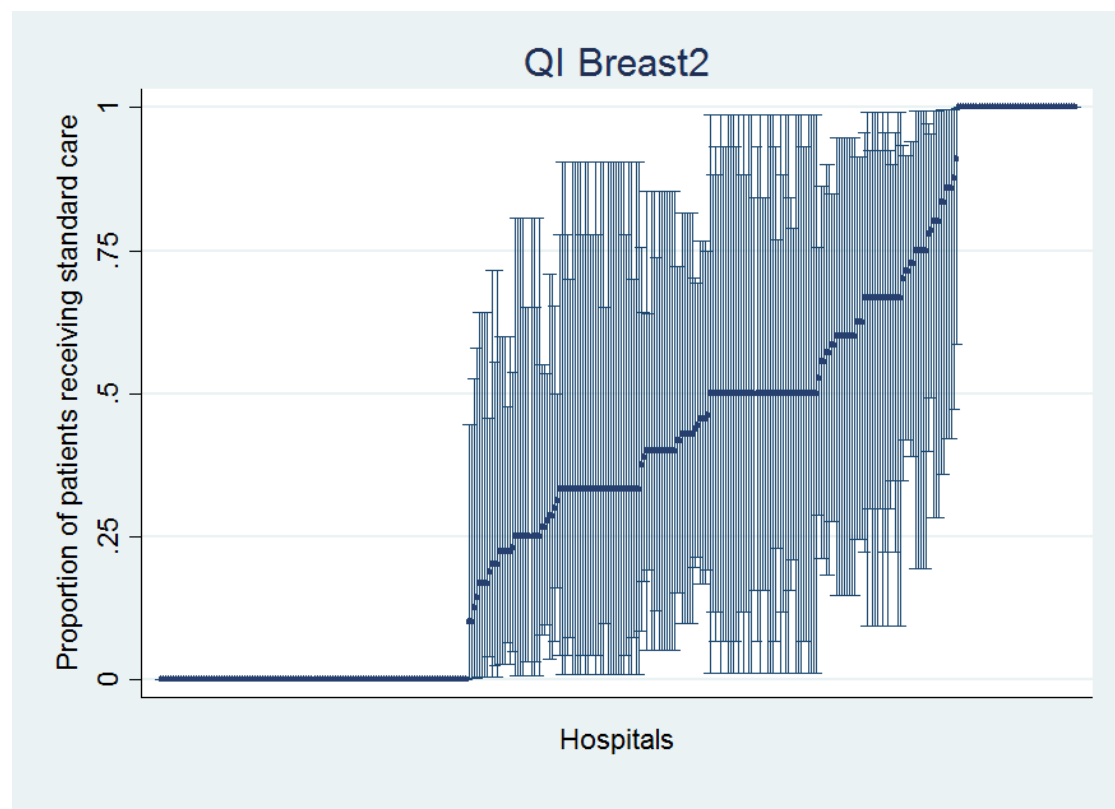
	分母	分子
乳腺	乳房切除術が行われ、再発ハイリスク（T3 以上で N0 を除く、または 4 個以上リンパ節転移）の患者数	術後照射がなされた患者数

2015年症例 全施設の結果

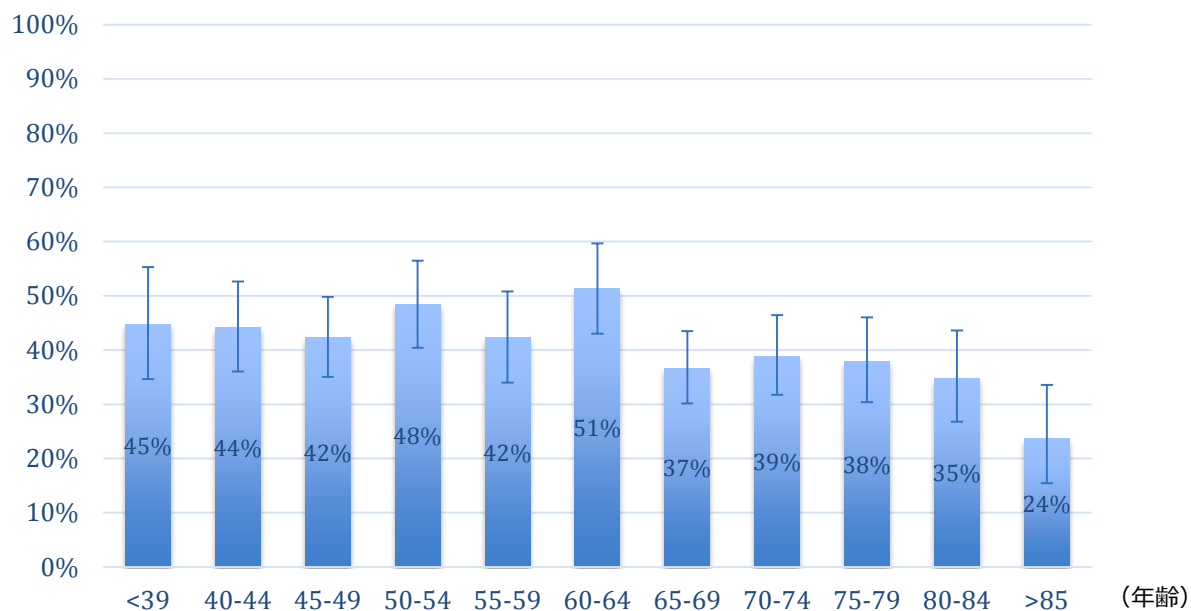
該当施設数	対象患者数	全体の実施率（95%信頼区間）
357	674/1650	40.8% [38.5,43.2]

参考)	該当年	該当施設数	対象患者数	全体の実施率（95%信頼区間）
	2014	340	550/1541	35.7% [33.3, 38.1]

図 乳癌 QI2 の施設別実施率



年齢別実施率



該当患者数	96	147	182	159	142	148	213	180	158	132	93
-------	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----

乳癌診療ガイドライン 2015 年版では、乳房切除後に 4 個以上のリンパ節陽性、5cm 超の腫瘍の場合に術後放射線照射を推奨している(p326)。放射線治療開始までの期間は明確に記されていないが、乳癌 QI1 に合わせ 20 週以内とした。術後化学療法が必要な場合には、化学療法を先行することが勧められているため、140 日、240 日以内での実施の有無を確認した (p317) 。複数回手術がある場合はがん登録がどの手術に対応するのか不明なので、初回の手術が乳房切除の症例のみを対象にした。

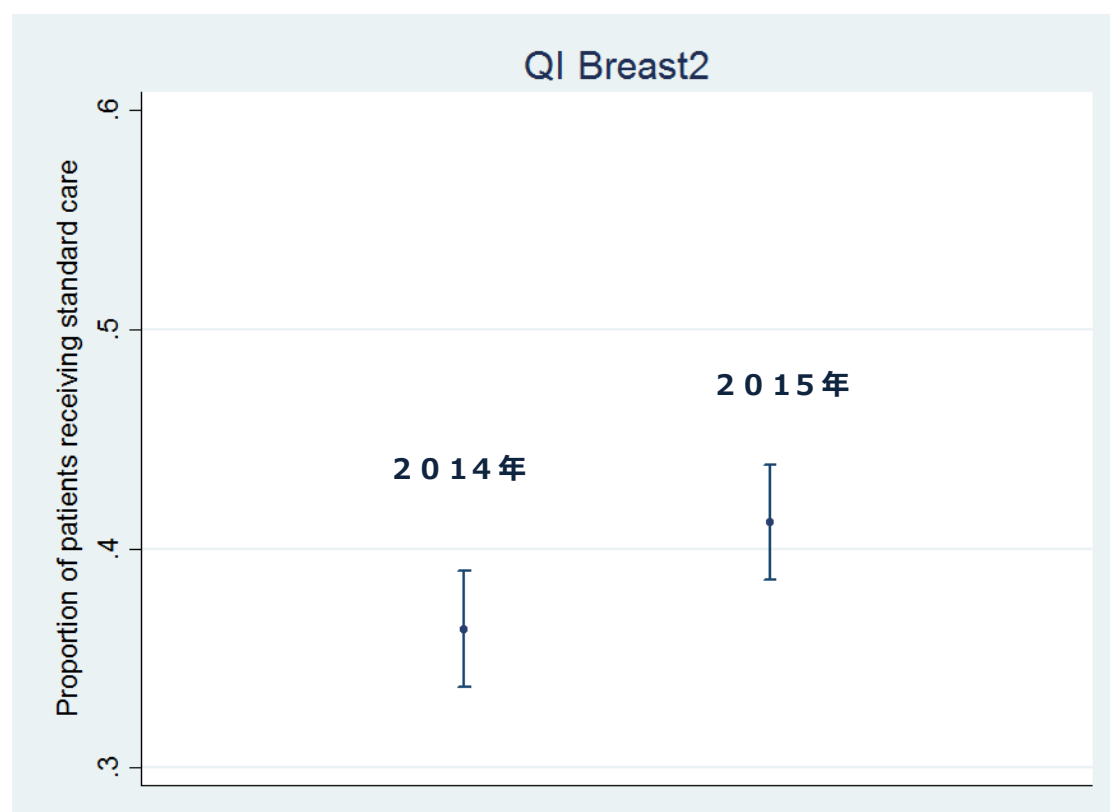
実施率は 35.7%[33.3,38.1]であったが、pT3 または pT4 診断を受けた患者のなかで pN1 と、pN2 または pN3 の 2 つ群に分けて解析した結果、それぞれ実施率は 17.5%[13.6,21.9]、40.9%[38.1,43.7]となった。

すべての術後療法に関連することであるが、転院後に化学療法を受けた場合や患者の併存疾患や希望により化学療法を実施しなかったなどの詳細は不明である。

2014年症例-2015年症例実施率の推移

2014 年と 2015 年の QI 研究に参加した施設で、本 QI に該当する患者が存在した施設における各年の実施率の推移を示す。

症例	該当施設数	対象患者数	全体の実施率（95%信頼区間）
2014 年	301 施設	470/1294	36.3% [33.7,39.0]
2015 年		579/1406	41.1% [38.6,43.8]



計算方法

分母の条件：乳房切除術が行われ、再発ハイリスク（T3 以上でN0を除く、または4個以上リンパ節転移のいずれか）の患者数

- 院内がん登録の抽出条件
 - 組織診断名コードが対象組織型コード一覧（方法の章を参照）に合致
 - 症例区分が2 or 3 （自施設初回治療例）
 - T3N1,pT4N1,pT1N2,pT2N2,pT3N2,pT4N2,pT1N3,pT2N3,pT3N3,pT4N3
 - Stage IV は除外
- DPC・レセプトの抽出条件
 - 初回の手術が乳房切除術（使用したレセプトコードは別ファイル）
 - 術前の放射線治療なし
 - 術前の化学療法なし
 - 診断日以降の行為対象

分子の条件：術後照射が行われた患者数

- DPC・レセプトの抽出条件
 - 術後化学療法なしの場合：術後放射線治療が初回の手術日から140日以内
 - 術後化学療法ありの場合：術後放射線治療が初回の手術日から240日以内

未実施理由 : b38

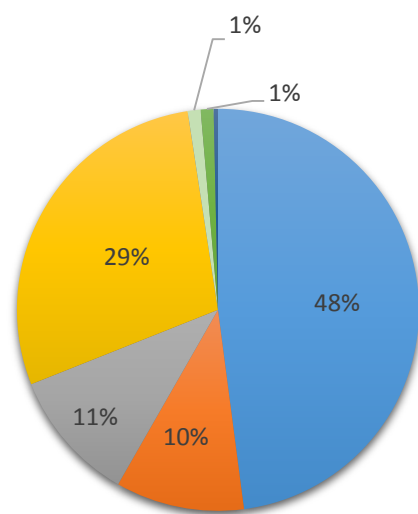
未実施件数 : 288 例 (未実施調査協力 : 88 施設)

臨床的理由

理由不明	139 (48%)
他施設実施	30 (10%)
患者希望	31 (11%)
臨床試験	1-3 (1%未満)
臨床的理由	81 (29%)
■臓器障害	17(6%)
■精神疾患／認知症	4-6(1~2%)
■P S不良	12(4%)
■術後合併症	4-6 (1~2%)
■高齢かつ他に該当なし	20(7%)
■選択以外・医師判断※	22(8%)

データの理由

算定漏れ／誤り	1-3 (1%)
院内がん登録の誤り	1-3 (1%)



※選択以外・医師判断理由詳細

・死亡

- 理由不明
- 他施設実施
- 患者希望
- 臨床的理由
- 算定漏れ／誤り
- 院内がん登録の誤り
- 臨床試験 (1%未満)

7. 臓器横断（制吐剤）

測定QI： 催吐高リスク化学療法前の予防制吐剤投与

	分母	分子
横断	催吐高リスクの抗がん剤が処方された患者数	同時に予防的制吐剤(セロトニン阻害剤+デキサメタゾン+アプレピタント)が使用された患者数

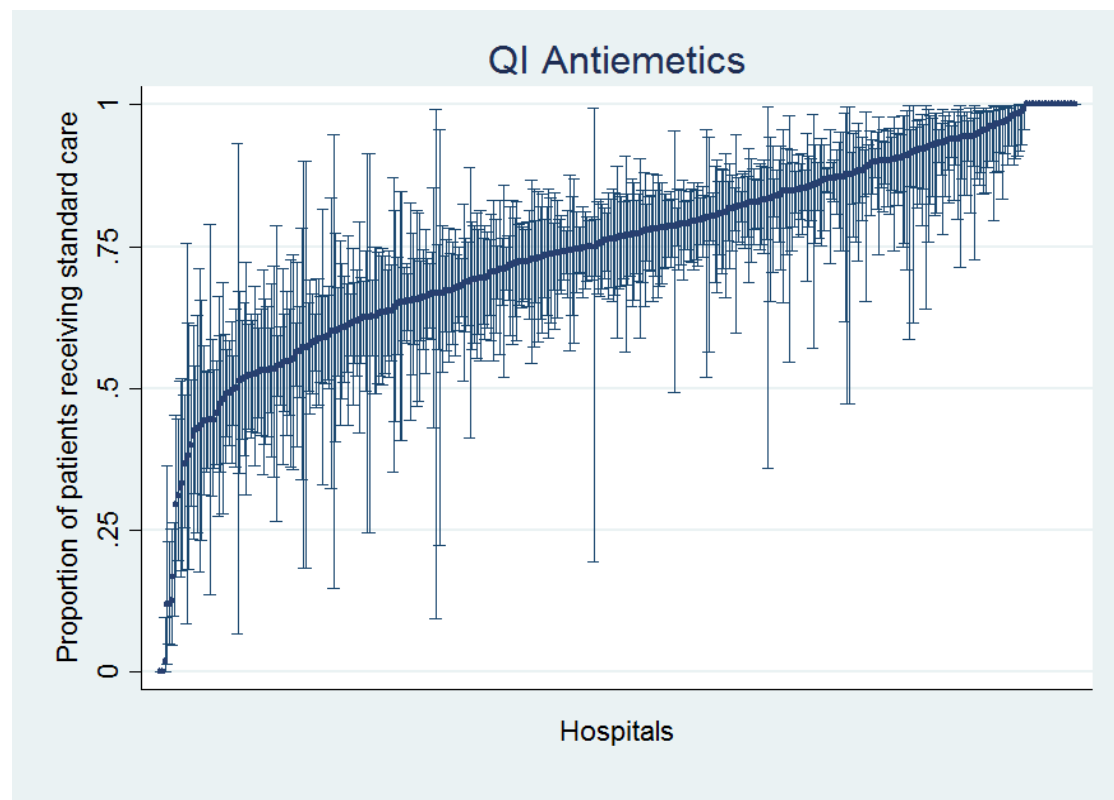
2015年症例 全 施設の結果（レセプトデータを含む6施設は除外）

該当施設数	対象患者数	全体の実施率（95%信頼区間）
430	38880/51492	75.5% [75.1,75.9]

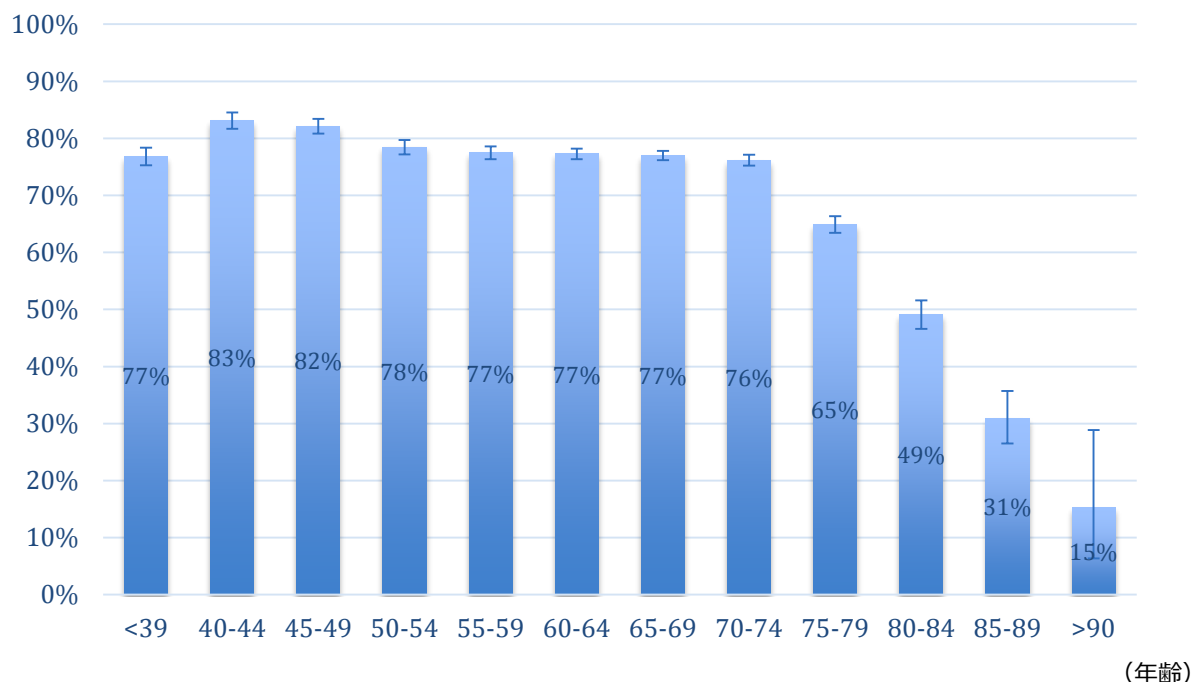
（レセプトデータを含む施設は除外: 4 施設/2014 年）

参考)	該当年	該当施設数	対象患者数	全体の実施率（95%信頼区間）
	2014	416	36713/48129	76.3% [75.9, 76.7]

図 制吐剤 QI の施設別実施率



年齢別実施率



該当患者数	3019	2701	3485	4131	5507	7916	10530	8048	4154	1548	407	46
-------	------	------	------	------	------	------	-------	------	------	------	-----	----

制吐剤適正使用ガイドライン（ver.1.2）では、催吐リスク分類で高リスクに属する薬剤（シスプラチン、シクロフォスファミド+アントラサイクリン、ダカルバジン）を含む化学療法を行う場合には、アプレピタント、5-HT₃ 受容体拮抗型制吐剤、デキサメサゾン の 3 剤による予防的制吐剤の投与が推奨されている。この指標は他の先進国の QI としても採用されている。化学療法のレジメンにプレドニゾンなどステロイドが含まれている場合があるので、別のデキサメサゾンに関しては他のステロイドが処方されている場合には、無くても可として計算した。

今回の QI の計算では、すべての化学療法を対象にすると件数が非常に多いため当該施設における初回の化学療法のみを対象にした。手術日と同日の化学療法は術中の投与と考えて QI の対象とはしなかった。また、胸腔、腹腔、心嚢ドレナージを実施した日の化学療法についても胸腔内投与などの可能性があるため、QI の対象とはしなかった。肝動脈塞栓術、及び肝動注の際使用した抗がん剤も対象外とした。アプレピタントは 2012 年 6 月まで小児に対する適応がなく、2012 年 6 月からの追加承認も 12 歳以上の小児においての追加承認であったため、本 QI は成人を対象とすることとし 20 歳未満の患者は解析対象より除外した。制吐剤適正使用ガイドラインは胆道がん、胆のうに対する GEM・CDDP レジメンを高リスクと分類していないため、対象より除外した。さらに、移植治療の場合には免疫抑制効果のあるステロイドの投与を控える可能性があるた

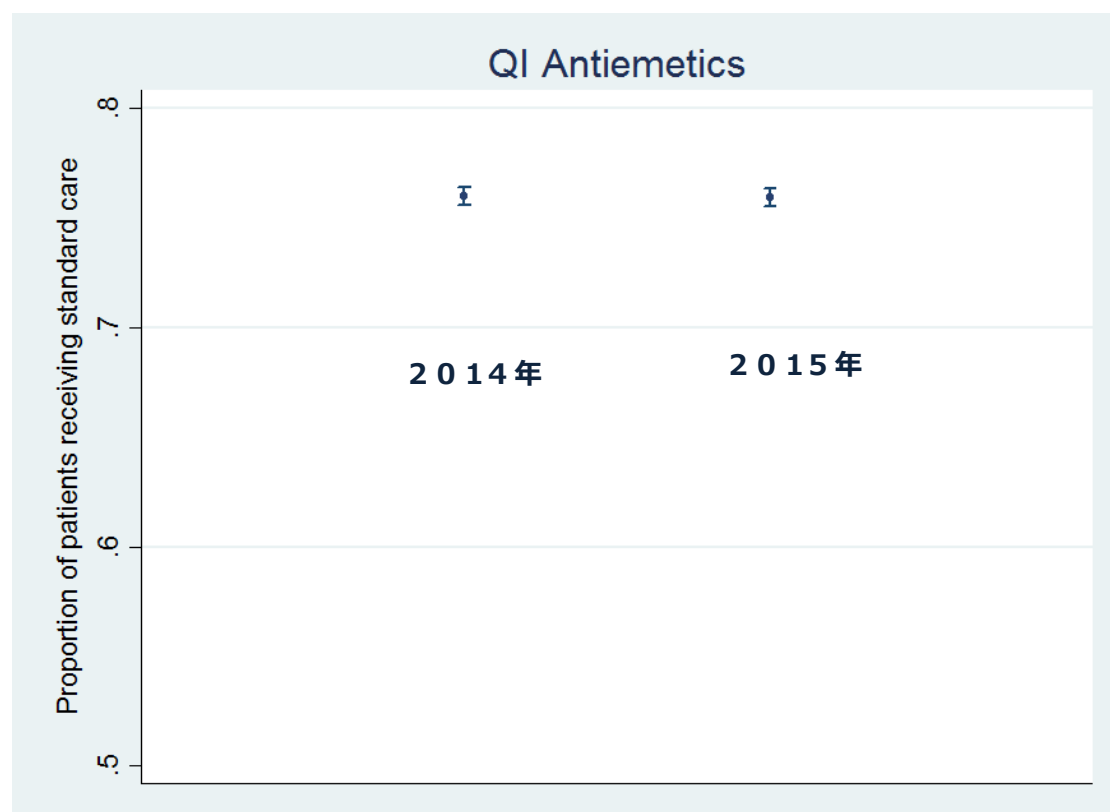
め、移植治療のための抗がん剤投与の場合は分母対象外として扱った。静注の制吐剤に関しては、化学療法剤と同日と前日に投与されている場合を予防投与とみなし、経口の制吐剤に関しては、化学療法の 30 日前までに処方されている場合を予防投与とした。

2014 年症例では、分母の化学療法の日付を診断日以降に絞って解析したため、該当の化学療法は 2014 年以降に診断後に実施されたものののみ対象となっている。このことにより、2014 年以前に診断された癌に対する化学療法を拾う可能性がなくなり、より一層、現実に応じた診療実態が可視化されることを期待する。

2014 年症例-2015 年症例実施率の推移

2014 年と 2015 年の QI 研究に参加した施設で、本 QI に該当する患者が存在した施設における各年の実施率の推移を示す。

症例	該当施設数	対象患者数	全体の実施率（95%信頼区間）
2014 年	362 施設	33303/43823	76.0% [75.6,76.4]
2015 年		34125/44925	76.0% [75.6,76.4]



計算方法

分母の条件：催吐高リスクの抗がん剤が処方された患者数

- 院内がん登録の抽出条件
 - 診断時 20 歳以上
 - 胆道がん,胆のうがんではない
- DPC・レセプトの抽出条件
 - 以下の化学療法のいずれかがある（使用したレセプトコードは別ファイル、初回のみを対象）
- ・シスプラチン
- ・ダカルバジン
- ・シクロフォスファミド+エピルビシン
- ・シクロフォスファミド+ドキソルビシン
- ・シクロフォスファミド（1500mg 以上）：内服薬の処方除外
 - 手術日と同日の化学療法ではない
 - 胸腔・腹腔・心嚢ドレナージの加算と同日の化学療法ではない
 - 動注化学療法の加算と同日の化学療法ではない
 - 化学療法より 3 週間以内に造血幹細胞移植がない
 - 診断日以降の行為対象

分子の条件：化学療法と同日に予防的制吐剤が使用された患者数

- DPC・レセプトの抽出条件
 - 以下のすべての条件を満たす（使用したレセプトコードは別ファイル）
- [

- ・ホスアプレピタント、またはアプレピタント
 - ・5-HT₃ 受容体拮抗型制吐剤
 - ・デキサメサゾン（またはその他のステロイド）
- 上記の3剤すべてが**

静注製剤の場合は化学療法と同日または前日に処方あり

経口製剤の場合は化学療法日の 30 日前までに処方あり

または

[

- ・オランザピン（経口）
 - ・パロノセトロン（静注）
 - ・デキサメサゾン（またはその他のステロイド）

上記の3剤すべてが 静注製剤の場合は化学療法と同日または前日に処方ある
経口製剤の場合は化学療法日の30日前までに処方あり

未実施理由 : o1

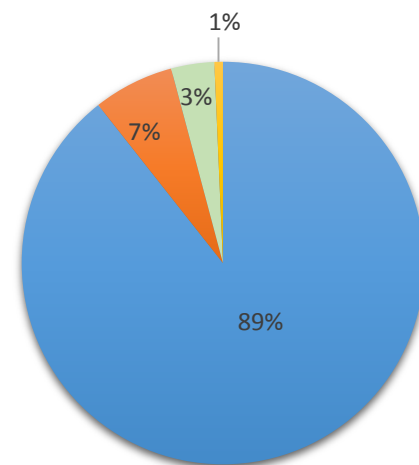
未実施件数 : 2774 例 (未実施調査協力 : 99 施設)

臨床的理由

理由不明	2479 (89%)
他施設実施	4-6 (1%未満)
患者希望	1-3 (1%未満)
臨床試験	11 (1%未満)
臨床的理由	180 (7%)
■臓器障害	50 (2%)
■精神疾患／認知症	1-3 (1%未満)
■P S不良	1-3 (1%未満)
■術後合併症	4-6 (1%未満)
■高齢かつ他に該当なし	7-9 (1%未満)
■選択以外・医師判断※	116(4%)

データの理由

算定漏れ／誤り	96 (3%)
院内がん登録の誤り	1-3 (1%未満)



※選択以外・医師判断理由詳細

・シスプラチンが入っているが用量少ない為

■理由不明
■臨床的理由
■算定漏れ／誤り
■その他 (1%未満の分類)

8. 臓器横断（麻薬）

測定QI： 外来麻薬処方時の便通対策

	分母	分子
横断	外来で麻薬が開始された患者数	同時あるいはそれ以前 1 ヶ月以内に緩下剤の処方がなされた患者数

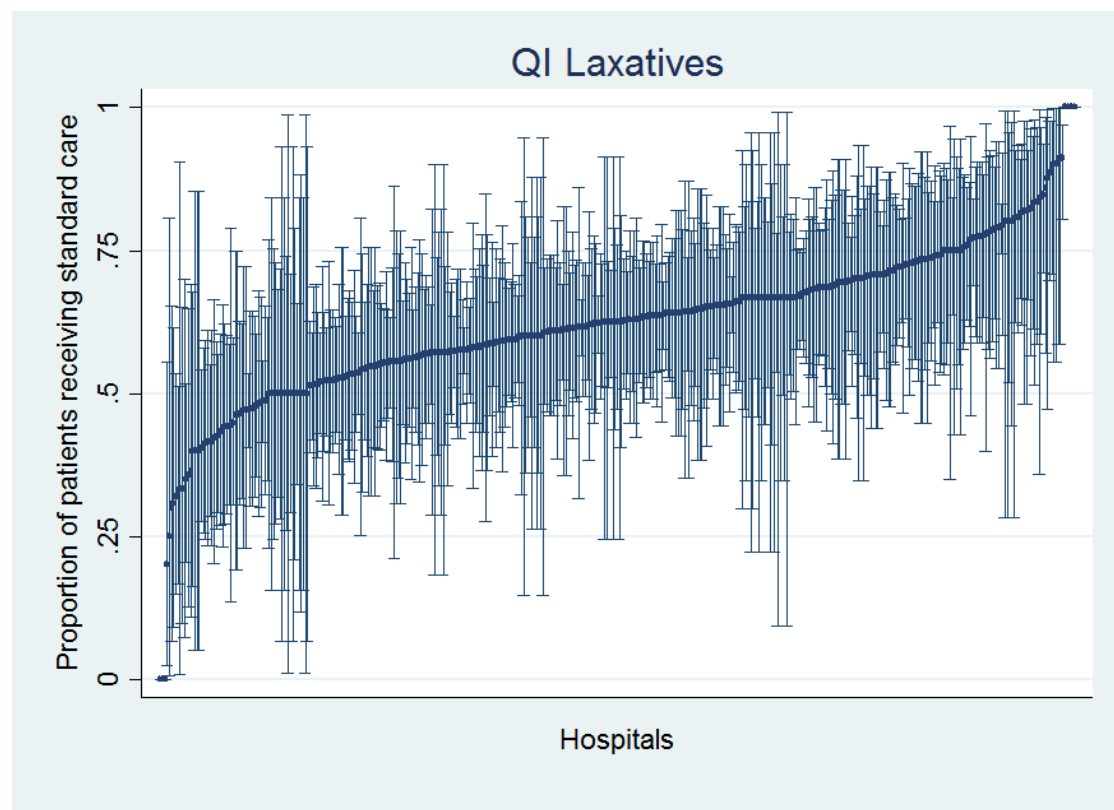
2015年症例 全施設418の結果（レセプトデータを含む6施設は除外）

該当施設数	対象患者数	全体の実施率（95%信頼区間）
432	12834/20811	61.7% [61.0,62.3]

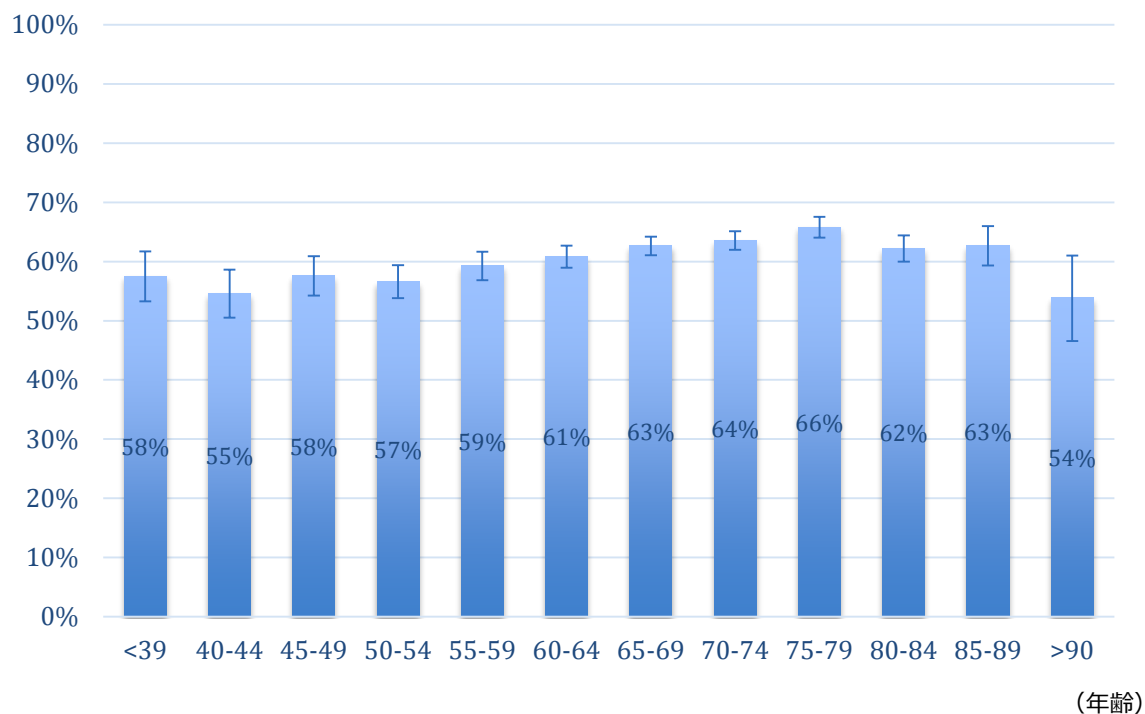
（レセプトデータを含む施設は除外:4 施設/2013年）

参考)	該当年	該当施設数	対象患者数	全体の実施率（95%信頼区間）
	2014	417	10795/16685	64.7% [64.0, 65.4]

図 麻薬 QI の施設別実施率



年齢別実施率



該当患者数	551	599	877	1263	1652	2694	3752	3658	2841	1895	834	195
-------	-----	-----	-----	------	------	------	------	------	------	------	-----	-----

オピオイド系鎮痛剤を継続的に使用した場合、便秘は高頻度で認められるため便通対策が推奨されている。米国で開発された、がん補助療法の質指標である ASSIST project¹でも定期的なオピオイド投与時の 24 時間以内の便通対策を QI としている。外来で初回のオピオイドが投与されるような場合には、注意深く観察することが不可能であるため、外来にてオピオイドが開始された患者を対象とした。緩下剤の種類は特に限定せず漢方薬でも実施されているとした。緩下剤はオピオイド開始前よりも前に処方がある場合は多いと考えられるため、オピオイド開始前 30 日以内に緩下剤の処方があれば実施したと考えることとした。他院での処方薬は今回のデータには含まれておらず、診療録から他院での処方内容の記載を確認することが望ましい。また、麻薬の一時的な利用がある場合は、未実施理由として頓服に含めた。

(参考文献)

- 1) Lorenz et al. Quality measures for supportive cancer care: the Cancer Quality-ASSIST Project. Journal of Pain and Symptom Management. 2009;37(6):943-64

2014年症例-2015年症例実施率の推移

2014 年と 2015 年の QI 研究に参加した施設で、本 QI に該当する患者が存在した施設における各年の実施率の推移を示す。

症例	該当施設数	対象患者数	全体の実施率（95%信頼区間）
2014 年	363 施設	3978/5765	69.0% [67.8,70.2]
2015 年		11070/17983	61.6% [60.8,62.3]



計算方法

分母の条件：外来で麻薬が開始された患者数

- 院内がん登録の抽出条件
 - なし（全例）
- DPC・レセプトの抽出条件
 - オピオイド系麻薬鎮痛剤の処方あり（使用したレセプトコードは別ファイル、初回のみを対象）
 - 初回のオピオイド系麻薬鎮痛剤の処方が外来でされている。
 - 診断日以降の行為対象

分子の条件：同時あるいはそれ以前 1 ヶ月以内に緩下剤の処方がなされた患者数

- DPC・レセプトの抽出条件
 - オピオイド系麻薬鎮痛剤の処方日と同日か 30 日前までに緩下剤の処方がある。

未実施理由：o2

未実施件数：1738 例（未実施調査協力：112 施設）

臨床的理由

理由不明……………1243（72%）

他施設実施……………164（9%）

患者希望……………19（1%）

臨床試験……………3（1%未満）

臨床的理由……………297（17%）

■臓器障害……………108(6%)

■精神疾患／認知症
……………1-3（1%未満）

■P S 不良
……………24(1%)

■術後合併症
……………1-3（1%未満）

■高齢かつ他に該当なし
……………1-3（1%未満）

■選択以外・医師判断※
……………159(9%)

※選択以外・医師判断理由詳細

・TKI による下痢でポリフル、ロペシン、ラック B
内服中

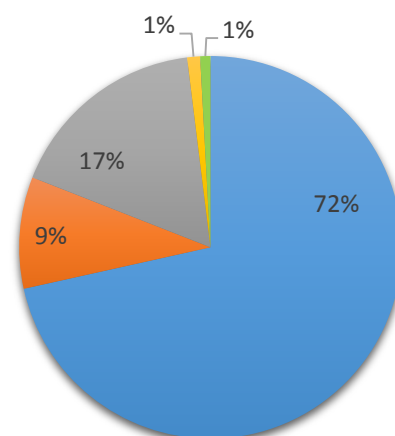
・頓用のため

・持参薬あり

データの理由

算定漏れ／誤り……………11（1%未満）

保険診療適応外
……………1-3（1%未満）



■理由不明
■他施設実施
■臨床的理由
■患者希望
■その他（1%未満の分類）

4章. 未実施理由を加味した場合の実施率

QI の項目に示された診療が実施されなかった症例に関して任意の施設で未実施であった理由の集計と解析を行った（「各指標末頁を未実施理由」を参照）。これら施設は全参加施設のおおよそ 6 分の 1 程度であったが、これらの施設の QI の結果と全参加施設の結果の間では、さほど大きな違いを認めなかった。そのため、施設における未実施理由の内訳が全参加施設における未実施症例の理由の内訳とおおよそ類似するものと仮定して、妥当な未実施理由を加味した実施率を推計した。

表. 未実施理由の集計に参加した 132 施設と、全 436 施設の QI 実施率の比較

がん	QI	未実施理由の集計に参加した 132 施設		全参加施設 436 施設	
		患者数	実施率	患者数	実施率
胃癌	pStageII～III 胃癌への術後化学療法（術後 6 週間以内の退院例）	1873	68.9%	6815	68.5%
大腸癌	pStageIII の大腸癌への術後化学療法(8 週以内)	3827	55.3%	12919	55.2%
肺癌	cStageI～II 非小細胞肺癌への手術切除または定位放射線治療の施行	7794	88.2%	24725	88.6%
	pStageII～IIIA 非小細胞肺癌への術後化学療法（プラチナ製剤を含む）	1272	44.6%	4366	44.3%
乳癌	70 歳以下の乳房温存術後の放射線療法（術後 180 日以内）	4521	78.4%	13521	75.2%
	乳房切除後・再発ハイリスク(T3 以上 N0 を除く、または 4 個以上リンパ節転移)への放射線療法	549	44.1%	1650	40.8%
支持療法	嘔吐高リスクの抗がん剤への 3 剤による予防的制吐剤(セロトニン阻害剤、デキサメタゾン、アプレピタント)	15885	76.3%	51492	75.5%
	外来麻薬開始時の緩下剤処方	5752	62.3%	20811	61.7%

未実施理由を加味する際には、「患者の希望」「肝障害」「腎障害」「併存症」「合併症」「全身状態の低下」「転院」「院外処方」「算定漏れ」などを未実施理由として妥当なものとして実施率に反映させた。

一方、QI で指定されている期間内から外れて実施されたという報告や、臓器横断（制吐剤）の QI において、制吐剤を 3 剤ではなく 2 剤処方した、施設のガイドラインを使用した、といった報告は、妥当な理由とは言えないと考え、実施率に反映させなかった。また、未実施理由の中には「高齢」という記載が少なからず存在した。これが、全身状態などの他の理由がなく単に年齢が高齢であったために未実施としたか、または高齢であるために全身状態が悪く認知機能の著しい低下があり、ガイドライン上の治療は適切ではないと判断されたという意味での「高齢」と記載したかが明確ではなかったが、多くの場合「全身状態の不良」とほぼ同義で使用されていたため「併存症等」の中を含んだ。

今回の理由の集計は各施設の自己申告に基づくものであり、例えば腎障害という理由にしても、腎機能がどの程度なのかということについては統一した基準を設けていない。これらは、今後施設内、施設間での具体的な検討を経てさらなる詳細を決定することが望ましい。また、理由を加味することで実施率の数値が大幅に変化（上昇）することに鑑みて、標準診療実施率のデータ上の数値のみを観察するのではなく、未実施の理由をその妥当性も含めて検証することが、改善と均てん化につながる重要な活動であると考えられる。

表. 未実施理由を加味させた場合の実施率の変化

		未実施理由の加味なし	未実施理由の加味あり
		実施率	
QI	胃癌	68.5%	97.8%
	大腸癌	55.2%	94.6%
	肺癌（１）	88.6%	99.2%
	肺癌（２）	44.3%	92.2%
	乳癌（１）	75.2%	92.6%
	乳癌（２）	40.8%	71.6%
	臓器横断（制吐剤）	75.5%	78.2%
	臓器横断（麻薬）	61.7%	72.4%

5章. 今後の方向性

◆ QI の改訂・追加

各癌の診療ガイドラインの改訂に伴い、最新のエビデンスを反映した QI となるよう解析方法や QI 自体をアップデートする作業や、新たに測定可能と考えられる QI を追加することを検討する作業を行う必要がある。また、標準治療の確立後にその実施を検討する QI だけではなく、標準治療が確立する前の段階での実態を表す指標についても設定し、その現実を見ながら標準治療を探ることも必要になると考えられる。

◆ フィードバックシステムの継続的改善

施設毎の QI の計算結果は専用のホームページ上で返却し、匿名で施設間の比較も可能な形としている。また、同じホームページ上で各 QI の標準診療未実施症例の匿名 ID のリストの一覧を提示し、理由の入力も可能になっている。未実施理由の入力は、昨年よりも詳細な理由を設定した。さらに、入力の仕方に関する動画も作成し、必要に応じて視聴することが可能となっている。

未実施理由の入力は、各施設が各自で施設の診療行為を振り返り今後に活用していただくことを第一の目的としており、作業がより円滑に可能なようにするような工夫についての検討を重ねていく。

◆ データ活用委員会

参加施設にとって役に立つ解析を行うためには、今後どのような解析を行うべきか、そしてどのように結果をフィードバックするべきかなど検討するような体制が必要であると考えられる。現時点では、2次利用の可否についての検討会は開催しているが、今後はそのあり方を考えるなどのより多岐にわたる検討が可能な体制も必要である。

◆ 次年の予定

2016 年症例については、2015 年と同様、全がんを対象としてデータを収集し、既に測定している既存の 51 項目の測定のほか、新規 QI と追加解析結果をフィードバックできるよう準備を進めている。

結語

本研究は5年目に入り、436施設（がん診療連携拠点病院の71%）からデータ提供を得て42項目のQIと9項目の実態指標についてがん医療の実態を検討した。こうして5年目も継続して測定を行うことができたのも、各施設の担当者の皆様の粘り強いご尽力のたまものである。この場を借りて厚く御礼を申し上げたい。

本研究で構築している院内がん登録-DPCデータベースには様々な活用方法があるが、データ解析を通して医療の質向上のための各施設の取り組みを支援するためには、今後測定を継続するだけでなく、測定システム自体をより良いものへと改善し続ける必要がある。医療連携などが反映されない、患者の状態に関する情報に乏しいというDPCデータの限界もある中で、データの限界と特性を理解しつつ意味のある指標をエビデンスに基づき策定し、測定方法を工夫し続けることが、モニタリングの価値を高め、医療の質の向上へとつながっていくにちがいない。今後とも、全国の医療機関の皆様とともに、がん患者の受ける医療を少しでも向上させるためにQIを続けて行きたいと考えている。

研究参加施設一覧

北海道	北海道がんセンター
	旭川厚生病院
	王子総合病院
	砂川市立病院
	市立釧路総合病院
	帯広厚生病院
	北見赤十字病院
	日鋼記念病院
	函館五稜郭病院
	札幌厚生病院
	北海道大学病院
	手稲溪仁会病院
	旭川医科大学病院
	KKR 札幌医療センター
	斗南病院
	勤医協中央病院
	JCHO 北海道病院
	NTT 東日本札幌病院
	製鉄記念室蘭病院
	苫小牧市立病院
	旭川赤十字病院
	総合病院伊達赤十字病院
	JR 札幌病院
青森県	青森県立中央病院
	八戸市立市民病院
	津軽保健生活協同組合 健生病院
	八戸赤十字病院
	黒石市国民健康保険 黒石病院
	青森労災病院
岩手県	岩手県立中央病院
	岩手県立二戸病院
	岩手県立中部病院
岩手県	岩手県立胆沢病院
	岩手県立大船渡病院
	岩手県立久慈病院
	岩手県立釜石病院
宮城県	東北大学病院
	宮城県立がんセンター
	石巻赤十字病院
	仙台医療センター
	大崎市民病院
	東北労災病院
	みやぎ県南中核病院
	仙台厚生病院
	JCHO 仙台病院
秋田県	秋田大学医学部附属病院
	大曲厚生医療センター
	平鹿総合病院
	大館市立総合病院
	秋田厚生医療センター
	由利組合総合病院
	中通総合病院
	市立秋田総合病院
山形県	山形県立中央病院
	山形大学医学部附属病院
	山形市立病院済生館
福島県	公立置賜総合病院
	福島県立医科大学附属病院
	太田西ノ内病院
	竹田総合病院
	総合南東北病院
	いわき市立総合磐城共立病院
茨城県	茨城県立中央病院
	筑波メディカルセンター病院
	総合病院土浦協同病院

茨城県	株式会社日立製作所 日立総合病院
	友愛記念病院
	水戸医療センター
	株式会社日立製作所 ひたちなか総合病院
	水戸赤十字病院
栃木県	栃木県立がんセンター
	自治医科大学附属病院
	栃木県済生会宇都宮病院
	獨協医科大学病院
	那須赤十字病院
	佐野厚生総合病院
	足利赤十字病院
	新小山市民病院
	国際医療福祉大学病院
	栃木医療センター
群馬県	伊勢崎市民病院
	桐生厚生総合病院
	前橋赤十字病院
	群馬大学医学部附属病院
	太田記念病院
	群馬県済生会前橋病院
埼玉県	埼玉県立がんセンター
	さいたま赤十字病院
	深谷赤十字病院
	春日部市立医療センター
	さいたま市立病院
	獨協医科大学越谷病院
	川口市立医療センター
	埼玉医科大学 国際医療センター
	済生会川口総合病院
	戸田中央総合病院
	自治医科大学附属 さいたま医療センター
	上尾中央総合病院

埼玉県	JCHO 埼玉メディカルセンター
	越谷市立病院
	彩の国東大宮メディカルセンター
	埼玉協同病院
千葉県	総合病院 国保旭中央病院
	亀田総合病院
	千葉労災病院
	船橋市立医療センター
	千葉大学医学部附属病院
	千葉医療センター
	東京歯科大学市川総合病院
	順天堂大学医学部附属 浦安病院
	東京慈恵会医科大学 附属柏病院
	さんむ医療センター
	成田赤十字病院
	千葉県がんセンター
東京都	国立がん研究センター 中央病院
	東京都立駒込病院
	がん研有明病院
	青梅市立総合病院
	NTT 東日本関東病院
	日本赤十字社医療センター
	武蔵野赤十字病院
	聖路加国際病院
	帝京大学医学部附属病院
	東京医科大学 八王子医療センター
	杏林大学医学部附属病院
	順天堂大学医学部附属 順天堂医院
	慶應義塾大学病院
	東京都立 多摩総合医療センター
	公立昭和病院
	東京慈恵会医科大学 附属病院

東京都	虎の門病院
	東京医科歯科大学 医学部附属病院
	災害医療センター
	立川病院
	順天堂大学 医学部附属練馬病院
	東京共済病院
	東京臨海病院
	東京都健康長寿医療センター
	東大和病院
	複十字病院
	板橋中央総合病院
神奈川県	神奈川県立がんセンター
	横須賀共済病院
	横浜市民市民病院
	相模原協同病院
	横浜国立大学附属病院
	聖マリアンナ医科大学病院
	東海大学医学部附属病院
	北里大学病院
	横浜労災病院
	横浜市民みなと赤十字病院
	大和市立病院
	関東労災病院
	済生会横浜市東部病院
	横浜南共済病院
新潟県	新潟県立がんセンター 新潟病院
	新潟県立中央病院
	新潟市民病院
	長岡赤十字病院
	新潟大学医歯学総合病院
	済生会新潟第二病院
富山県	富山県立中央病院
	富山大学附属病院

富山県	厚生連高岡病院
	高岡市民病院
	市立砺波総合病院
	富山市立富山市民病院
	富山県済生会高岡病院
石川県	金沢医療センター
	石川県立中央病院
	金沢医科大学病院
	恵寿総合病院
	金沢病院
	金沢赤十字病院
	石川県済生会金沢病院
福井県	福井県立病院
	福井県済生会病院
	福井赤十字病院
	福井大学医学部附属病院
山梨県	山梨県立中央病院
	山梨大学医学部附属病院
長野県	信州大学医学部附属病院
	佐久総合病院 佐久医療センター
	諏訪赤十字病院
	飯田市立病院
	長野市民病院
	長野赤十字病院
	相澤病院
	伊那中央病院
	長野県立木曽病院
	北信総合病院
岐阜県	岐阜大学医学部附属病院
	岐阜市民病院
	高山赤十字病院
	岐阜県総合医療センター
	岐阜県立多治見病院
	大垣市民病院
	木沢記念病院

岐阜県	松波総合病院
	朝日大学歯学部附属 村上記念病院
静岡県	静岡がんセンター
	静岡県立総合病院
	聖隷三方原病院
	聖隷浜松病院
	静岡市立静岡病院
	藤枝市立総合病院
	浜松医科大学 医学部附属病院
	浜松医療センター
	磐田市立総合病院
	国際医療福祉大学熱海病院
	沼津市立病院
	富士宮市立病院
	静岡医療センター
	静岡赤十字病院
愛知県	愛知県がんセンター中央病院
	安城更生病院
	海南病院
	名古屋医療センター
	小牧市民病院
	豊橋市民病院
	名古屋大学医学部附属病院
	中京病院
	豊田厚生病院
	名古屋第一赤十字病院
	名古屋第二赤十字病院
	藤田保健衛生大学病院
	半田市立半田病院
	名古屋掖済会病院
	トヨタ記念病院
三重県	岡崎市民病院
	伊勢赤十字病院
三重県	済生会松阪総合病院

三重県	市立四日市病院
滋賀県	大津赤十字病院
	彦根市立病院
	滋賀医科大学 医学部附属病院
	長浜赤十字病院
	草津総合病院
	近江八幡市立 総合医療センター
	済生会滋賀県病院
	東近江総合医療センター
京都府	京都市立病院
	京都第一赤十字病院
	京都第二赤十字病院
	京都岡本記念病院
	三菱京都病院
	済生会京都府病院
	京都民医連中央病院
	宇治徳洲会病院
大阪府	武田総合病院
	大阪国際がんセンター
	市立岸和田市民病院
	市立東大阪医療センター
	市立豊中病院
	大阪市立総合医療センター
	大阪赤十字病院
	大阪南医療センター
	大阪労災病院
	大阪大学医学部附属病院
	大阪医科大学附属病院
	近畿大学医学部附属病院
	大阪市立大学 医学部附属病院
	関西医科大学附属病院
	大阪医療センター
	堺市立総合医療センター
	高槻赤十字病院

大阪府	市立池田病院
	大阪府済生会千里病院
	箕面市立病院
	高槻病院
	松下記念病院
	八尾徳洲会総合病院
	ベルランド総合病院
	府中病院
	大阪府済生会野江病院
	JCHO 大阪病院
	南大阪病院
	市立貝塚病院
	岸和田徳洲会病院
	和泉市立病院
	淀川キリスト教病院
	関西医科大学 総合医療センター
	富田林病院
	P L 病院
	りんくう総合医療センター
	北野病院
	住友病院
	千船病院
	多根総合病院
兵庫県	兵庫県立がんセンター
	神戸大学医学部附属病院
	神戸市立医療センター 中央市民病院
	関西労災病院
	近畿中央病院
	姫路赤十字病院
	姫路医療センター
	赤穂市民病院
	公立豊岡病院組合立 豊岡病院
	兵庫医科大学病院
	兵庫県立柏原病院

兵庫県	神戸市立西神戸医療センター
	神戸医療センター
	西宮市立中央病院
	神鋼記念病院
	市立伊丹病院
奈良県	奈良県立医科大学附属病院
	奈良県総合医療センター
	市立奈良病院
	大和高田市立病院
和歌山県	和歌山県立医科大学 附属病院
	南和歌山医療センター
	日本赤十字社 和歌山医療センター
	橋本市民病院
鳥取県	鳥取大学医学部附属病院
	鳥取県立厚生病院
	米子医療センター
	鳥取県立中央病院
	野島病院
	博愛病院
	山陰労災病院
島根県	島根大学医学部附属病院
	島根県立中央病院
	安来市立病院
岡山県	岡山大学病院
	岡山済生会総合病院
	岡山赤十字病院
	倉敷中央病院
	津山中央病院
	岡山医療センター
	川崎医科大学附属病院
	金田病院
	高梁中央病院
	岡山市立市民病院

岡山県	岡山労災病院
	川崎医科大学 総合医療センター
広島県	広島大学病院
	広島赤十字・原爆病院
	廣島総合病院
	呉医療センター
	東広島医療センター
	福山市民病院
	市立三次中央病院
	福山医療センター
	呉共済病院
	中国中央病院
	尾道市立市民病院
山口県	山口大学医学部附属病院
	山口県立総合医療センター
	岩国医療センター
	周東総合病院
	長門総合病院
	総合病院山口赤十字病院
徳島県	徳島大学病院
	徳島県立中央病院
	徳島赤十字病院
	徳島市民病院
	阿南共栄病院
香川県	香川大学医学部附属病院
	香川県立中央病院
	香川労災病院
	三豊総合病院
	高松赤十字病院
愛媛県	四国がんセンター
	市立宇和島病院
	愛媛大学医学部附属病院
	愛媛県立中央病院
	松山赤十字病院
	済生会今治病院

高知県	高知大学医学部附属病院
	高知医療センター
	高知赤十字病院
	高知病院
福岡県	九州がんセンター
	九州大学病院
	久留米大学病院
	公立八女総合病院
	大牟田市立病院
	北九州市立医療センター
	九州医療センター
	福岡県済生会福岡総合病院
	聖マリア病院
	JCHO 九州病院
	産業医科大学病院
	戸畑共立病院
	浜の町病院
佐賀県	佐賀大学医学部附属病院
	佐賀県医療センター好生館
	唐津赤十字病院
	嬉野医療センター
長崎県	長崎原爆病院
	佐世保市総合医療センター
	長崎医療センター
	長崎県島原病院
熊本県	JCHO 人吉医療センター
	熊本赤十字病院
	熊本医療センター
	済生会熊本病院
	荒尾市民病院
	天草地域医療センター
	国保水俣市立 総合医療センター
大分県	大分大学医学部附属病院
	大分赤十字病院
	別府医療センター

大分県	大分県済生会日田病院
	中津市立中津市民病院
	大分医療センター
宮崎県	宮崎大学医学部附属病院
	県立宮崎病院
	都城医療センター
	宮崎県立日南病院
鹿児島県	鹿児島大学病院
	鹿児島医療センター
	今給黎総合病院
	出水郡医師会 広域医療センター

鹿児島県	大隅鹿屋病院
	慈愛会 今村総合病院
沖縄県	琉球大学医学部附属病院
	那覇市立病院
	沖縄県立中部病院
	沖縄県立宮古病院
	中部徳洲会病院
	沖縄協同病院
	豊見城中央病院
	ハートライフ病院

他 10 施設（施設名一覧に掲載されないことを希望した施設）

平成 30 年 05 月 16 日 第 1 刷発行（非売品）

編集：東尚弘、岩本桃子、渡邊ともね、今埜薫

発行：都道府県がん診療連携拠点病院がん登録部会 Quality Indicator 研究・事務局

国立がん研究センターがん対策情報センターがん臨床情報部内

東京都中央区築地 5-1-1 Tel(03) 3542-2511 Fax(03)5565-2322

Email: hsr@ncc.go.jp