

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Quality Indicator研究 (2013年症例)

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／がん登録センター

1

背景

- がん医療の均てん化：がん対策基本法の目標の一つ
- 第1期がん対策推進基本計画の目標
「10年で75歳以下年齢調整死亡率20%減」は、自然減に加え
①喫煙率低下、②検診受診率向上、③がん医療均てん化
の貢献によって達成を想定

2015年の死亡統計から、結果として死亡率減少目標は未達成

- ①喫煙率、②検診受診は目標未達が判明
- ③均てん化は、**評価測定体制も未整備**

体制整備への**準備**として

- 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
 - 国立がん研究センターがん研究開発費研究班
- の協力により「がん登録部会QI研究」として自主研究

2

均てん化

がん対策基本法の目標の一つ

- **均てん化** = 全国どこでもがんの**標準的な専門医療**を受けられる

- 均てん化の評価 = 標準診療の実施率を測定

- 診療ガイドラインの推奨などを元に測定項目を
Quality Indicator(QI)として設定

手順：

H19～厚労省研究班・臨床専門家のデルファイ変法による合意

「がん対策における管理評価指標群の策定と計測システムの確立に関する研究」（代表：祖父江友孝）

3

がん登録部会QIの概要

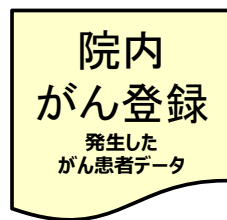
- **都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会がん登録部会**を通じて参加募集
- 対象施設：対象年の院内がん登録・全国集計参加施設
- 院内がん登録とリンク可能な形でDPC調査データ/レセプトを収集
(診断年～診断年翌年末)



- 1) 施設で専用ソフトを使ってDPCデータを加工
(専用ソフトは国立がん研究センターで開発・配布)
- 2) 国立がん研究センターに提出・集計
- 3) 標準診療実施率を施設毎にWeb上で
匿名比較可能なデータを返却 + 報告書

院内がん登録 + DPC =

両者を組み合わせれば「誰に」「何を」したかがわかる



どの患者に

どんながん？
発生部位
組織型
ステージ
診断日



何を

何の診療がなされた？
手術
化学療法
画像検査
服薬・注射
放射線
:

例:

Ⅲ期大腸癌の患者

手術後に化学療法を受けたか

2013年症例調査の概要

(実施内容)

- 昨年に引き続き2回目の全国規模の評価結果公表
 1. 全国の自主参加施設297施設において、昨年に引き続き、一定の標準診療実施率を集計、返却
 2. さらに70施設から「未実施」の理由を収集

(結果)

- 今回の項目総計では全体で72%の実施率 (前回68%)
 - 昨年よりも軽度上昇しているが、自然変化
- 未実施には理由が相当割合存在
 - 理由を加味するとほとんどのQIで90%以上の標準率 (考慮の上非実施を含む)

参加施設属性

		2012年	2013年
QI研究参加施設(合計)		232施設	297施設
病院 属性	都道府県がん診療連携拠点病院	30施設	45施設
	うち大学病院	16施設	23施設
	うち全がん協加盟病院	13施設	21施設
	地域がん診療連携拠点病院	187施設	234施設
	うち大学病院	33施設	39施設
	うち全がん協加盟病院	4施設	8施設
	地域がん診療病院	—	0施設
	その他	15施設	18施設
がん診療連携拠点病院の参加率		55% (217/397)	68% (279/409)

7

患者属性

	2012年症例	2013年症例	
	5がん	5がん	全がん
N	138,498	183,107	453,660
平均年齢 (SD)	67.9(12.2)	68.0 (12.2)	66.5 (14.3)
性別, 男性 (%)	74,126(53.5)	97,797 (53.4)	203,124 (44.8)
ステージ, n (%)			
0	12,120(8.8)	17,253 (9.4)	40,478 (8.9)
I	51,051(36.9)	71,417 (39.0)	140,301 (30.9)
II	25,569(18.5)	32,464 (17.7)	66,882 (14.7)
III	22,390(16.2)	27,964 (15.3)	58,751 (13.0)
IV	25,763(18.6)	32,141 (17.6)	77,436 (17.1)
不明	1,578(1.1)	1,868 (1.0)	69,812 (15.4)

8

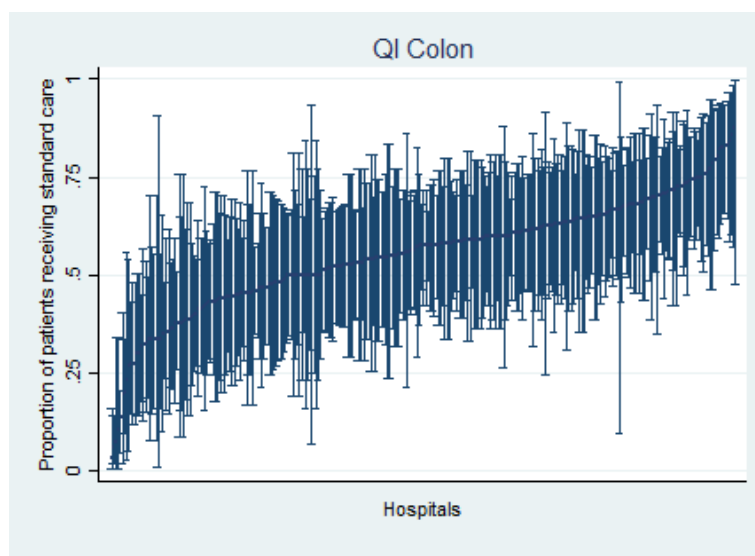
参加施設における標準診療実施率（2013）

がん	QI	全参加施設：297施設	
		患者数	実施率
大腸癌	pStageIIIの大腸癌への術後化学療法(8週以内)	9352	55.5%
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	18883	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）	3790	43.8%
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）	10987	73.9%
	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	1227	36.9%
胃癌	pStageII~III胃癌へのS1術後化学療法（術後6週間以内の退院例）	5286	66.9%
肝癌	初回肝切除例へのICG15分の測定	3245	92.3%
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)	43412	73.2%
	外来麻薬開始時の緩下剤処方	15386	64.2%

9

施設の分布のグラフ（1例）

例：Stage III大腸癌に対する術後補助化学療法：全体実施率55.5%

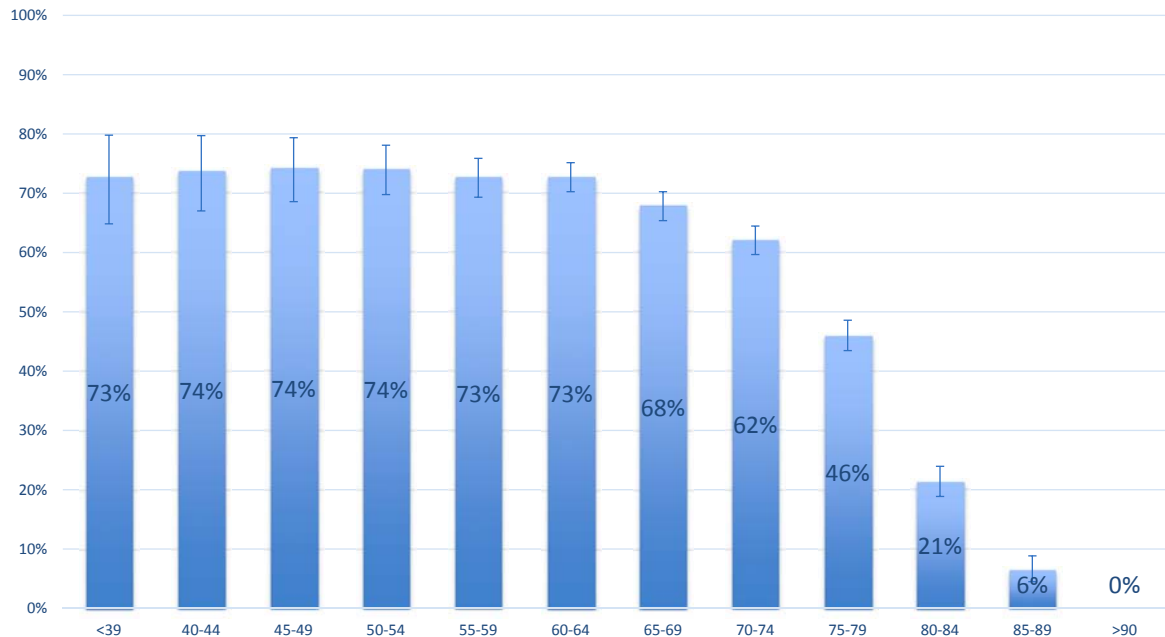


各施設毎の実施率(左→右で実施率の順番に整理)

95%信頼区間:施設の対象症例(分母)が少ないと、幅が広がる

10

年齢別の標準診療実施率 (下記はIII期大腸がん術後化学療法)



11

院内がん登録 + DPCデータの性質からの 解釈の注意点が2点

- 他院での診療がデータに含まれない
 - DPCデータは、がん登録をした施設での診療しかわからない
- 標準診療を行わない正当な理由（臨床判断）の可能性
 - 全身状態、高齢、腎機能、転院、患者希望

12

未実施理由の入力を募集→70施設が応募

Q I 推奨の未実施症例一覧

表示形式： Q番号単位
 臓器・版： 院内がん登録+DPC(2012版)
 QI番号： c32

表示 CSV出力

対象レコード数： 17件

表示件数： 1~10/17件 最大件数： 10 保存

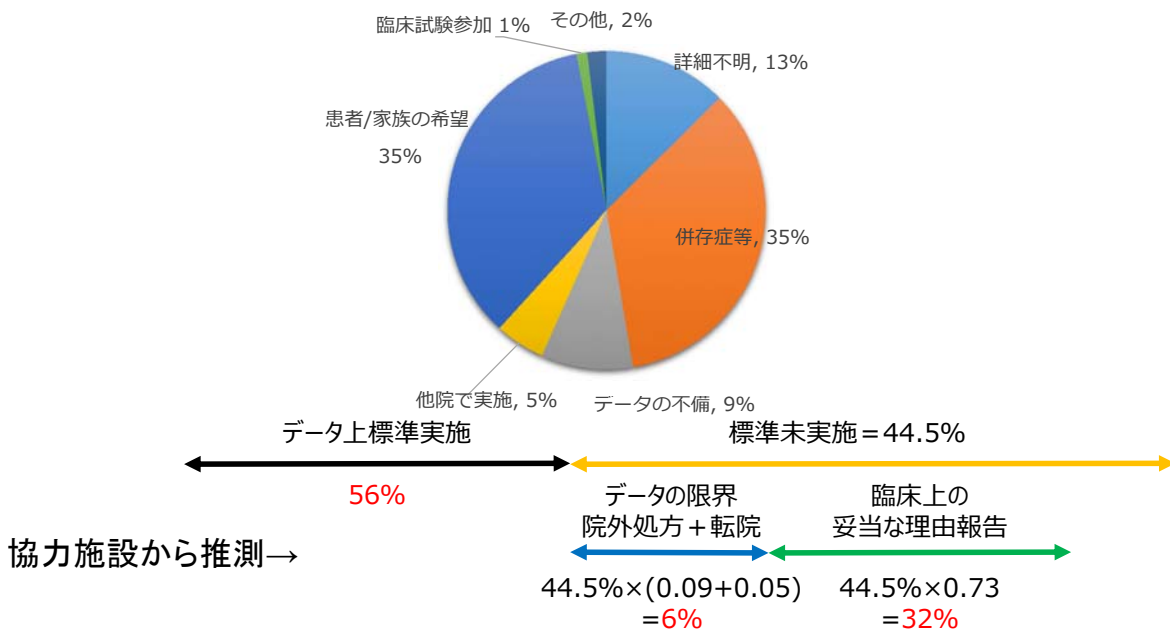
QI番号	件数	未実施患者ID	日付	未実施の理由 (+Ctrlキーで複数選択可)	備考
c32	17件	2	2012/06/01	未設定	
		9	2012/06/04	未設定	
		14	2012/11/08	理由不明	
		15	2012/11/10	転院・他院で治療	
		16	2012/11/22	患者の希望	
		17	2012/11/24	腎障害	
		19	2012/09/10	肝障害	
		25	2012/12/01	肝腎以外の併存症	
		28	2012/10/18	患者の全身状態不良	
		30	2012/11/17	しせつ/EFデータの不備	

「理由不明」と「その他」以外の理由が選択されたら、
 スコアに反映＝「標準を行ってなくても行ったのと同じ扱い」とした集計も切替え可

13

未実施理由を加味すると（大腸）

大腸癌QI：標準実施55.5%→ 44.5%が未実施
 69施設が1082例について理由の調査に参加



56% + 6% + 32% = 94% が「標準が考慮された治療選択」

14

参加施設における標準診療実施率 + 未実施理由加味

がん	QI	全参加施設：297施設	
		実施率	+理由
大腸癌	pStageIIIの大腸癌への術後化学療法(8週以内)	55.5%	94.4%
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	88.6%	99.1%
	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）	43.8%	92.3%
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）	73.9%	92.3%
	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	36.9%	71.1%
胃癌	pStageII~III胃癌へのS1術後化学療法（術後6週間以内の退院例）	66.9%	97.5%
肝癌	初回肝切除例へのICG15分の測定	92.3%	95.3%
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)	73.2%	76.2%
	外来麻薬開始時の緩下剤処方	64.2%	82.3%

15

調査の限界

- 制度化されていないため参加は自由参加
 - 地域差は不明（良い施設だけが参加の可能性）
 - 「未実施理由」の労力を確保するのが困難
- 他院での診療情報の補足は困難
 - 労力や個人情報保護とのバランス
- 未実施理由の妥当性は未検証
 - 「併存症」は本当に治療変更が必要なほど重篤か？
 - ⇒地域や施設のPDCAで検討と改善を推進

16

QI研究のあるべき姿

- 継続的な均てん化モニターを制度化（全拠点の参加が望ましい）
- 未実施症例について現場での個別検討を促進（PDCA）
- ~~QIの実施率をもとに拠点病院の指定~~
 - ∴ – 実施率の測定値が即、質ではない
 - 標準診療を検討した後に適切に実施を控えるのも質
 - 実施率の数値は**出発点**として改善が大事

判断のための評価ではなく改善のための評価

17

次のステップ

- 測定募集対象施設の拡大
 - 2014年症例からは、がん診療連携拠点病院以外の院内がん登録実施施設へも募集（497施設が応募、解析中）
- 測定臓器の追加
 - 他臓器でも専門学会のGL委員を中心にQIを作成
 - 胃癌はガイドラインの付録として活用予定
 - 子宮頸がんも検討中
- がん対策へのデータ活用
 - 希少がんの診療実態の記述など

18

謝辞

Q I の作成にご協力いただきました先生方、データ収集にご協力いただきました参加施設の皆さまに、心より御礼申し上げます。