

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：
(院内がん登録＋DPCによるがん医療の質評価)

平成29年11月29日

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

東 尚弘

thigashi@ncc.go.jp

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

10年後

- 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と、
国立がん研究センターがん研究開発費研究班で自主研究

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決定
- 原則、標準診療の実施率が高いほうが質が高い

⇒標準診療実施率を、

質の指標 = Quality Indicator(QI)として設定

わが国でのがん診療の質評価のこれまで

平成19年 がん対策基本法施行に伴いスタート

(厚労科研 (がん臨床) 祖父江班①)

H19 専門家パネルによるQI作成 (胃・大腸・乳・肝・肺)

H20 パイロット測定 (1施設)

(厚労科研 (がん臨床) 祖父江班②)

H21 診療録によるパイロット測定 (国立病院機構有志・他18施設)

H22 優先版QI (絞り込み) 選定 (5がん、50項目) ・QI改訂

H23 診療録によるパイロット測定 (沖縄4 + 茨城4 + 滋賀 2施設)

(厚労科研 (がん臨床) 東班)

H25 **DPCと院内がん登録**を用いた測定 (13施設)

(NCCがん研究開発費東班、がん登録部会QI)

H26 DPCと院内がん登録を用いた測定 (2011年症例182施設)

H27 2012年症例・232施設、2013年症例・297施設、

H28 2014年症例 424施設 (現在集計中) 他のがん種のQI追加の検討開始

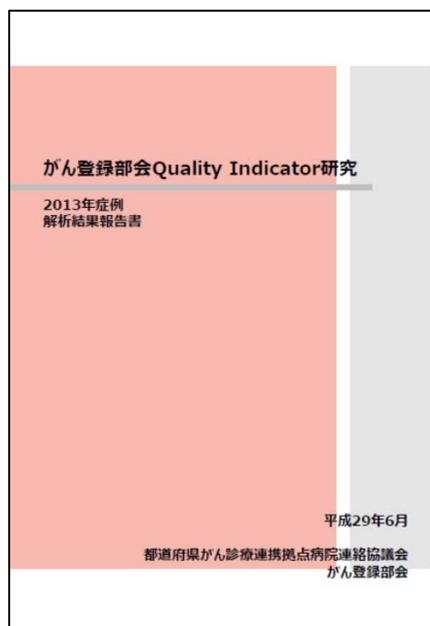
QI作成

診療録

DPC

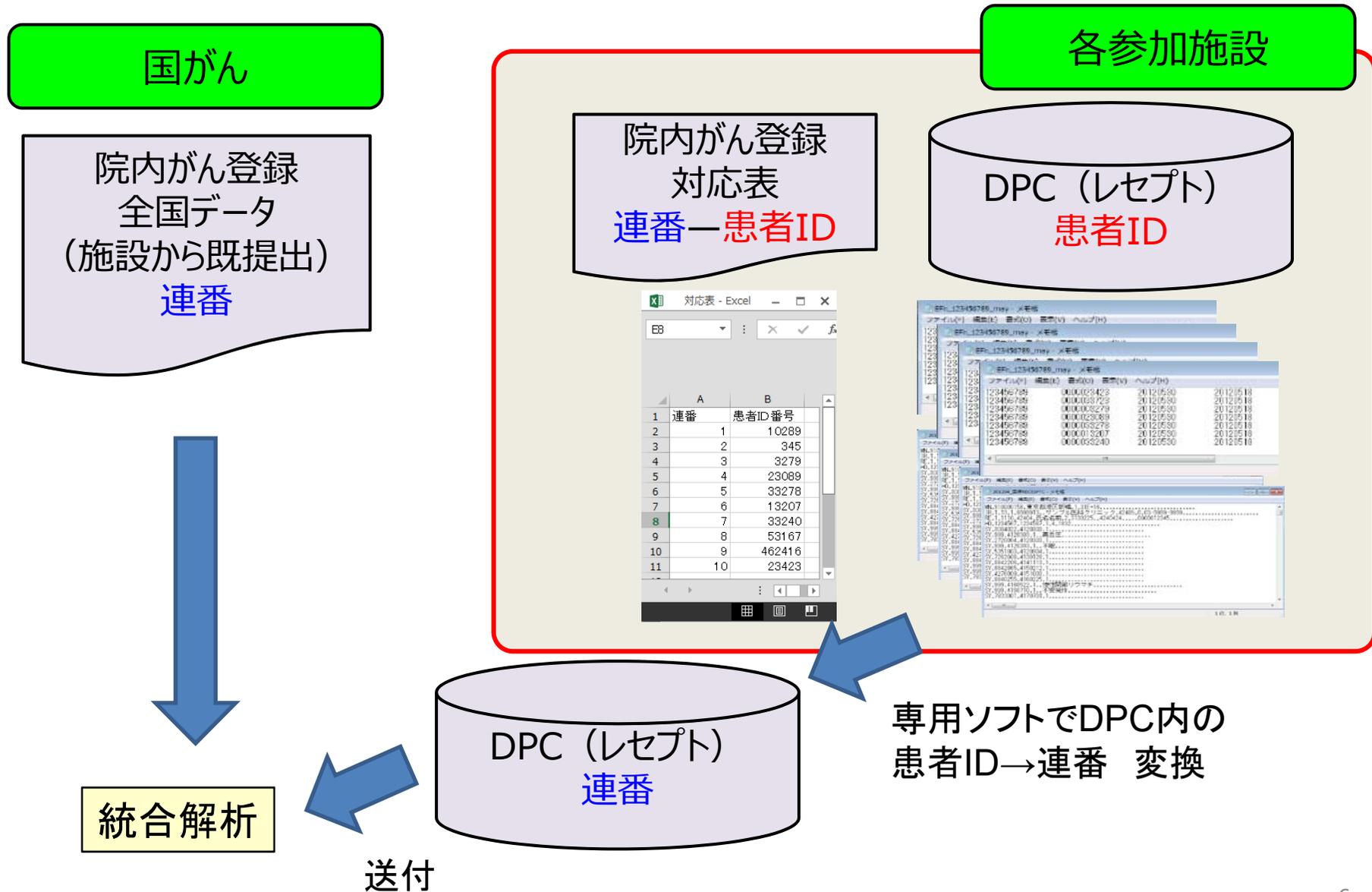
がん登録部会QIの手順概要

- 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(EF)/レセプトを収集
(診断年～診断年翌年末)



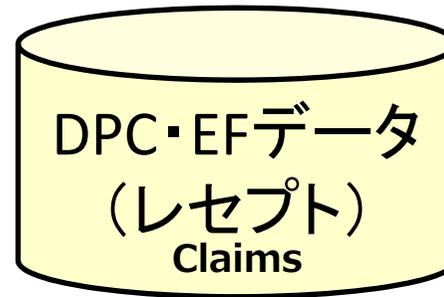
- 1) 施設で専用ソフトを使ってDPCデータを加工
(専用ソフトはNCCで開発・配布)
- 2) 国立がん研究センターに提出・集計
- 3) 標準診療実施率を施設毎にWeb上で
匿名比較可能なデータを返却 + 報告書

(図) データ収集・解析の流れ



院内がん登録 + DPC =

両者を組み合わせれば「どの患者に」「いつ何がされたか」がわかる



どの患者に

がんの部位
組織型
ステージ
診断日

いつ何をなされた

手術
化学療法
画像検査
服薬・注射
放射線治療
：

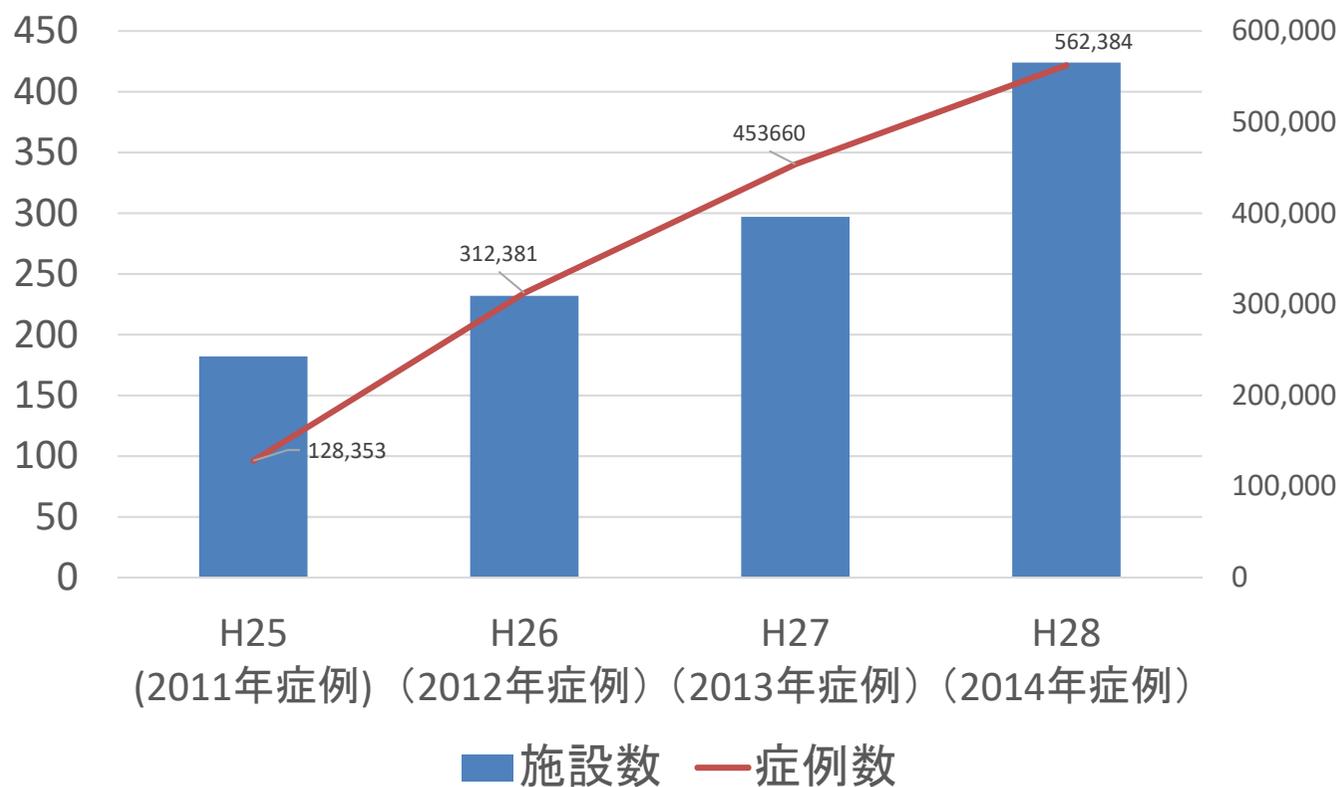
例：

Ⅲ期大腸癌の患者

手術後に化学療法を受けたか

参加状況の推移（任意参加）

参加施設数・症例数



対象：院内がん登録実施施設。拠点は約7割が参加

参加施設属性

		2012年	2013年	2014年
QI研究参加施設(合計)		232施設	297施設	424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	42施設
	うち大学病院	16施設	23施設	21施設
	うち全がん協加盟病院	13施設	21施設	20施設
	地域がん診療連携拠点病院	187施設	234施設	242施設
	うち大学病院	33施設	39施設	44施設
	うち全がん協加盟病院	4施設	8施設	8施設
	地域がん診療病院	—	0施設	9施設
	その他	15施設	18施設	131施設
がん診療連携拠点病院の参加率		55% (217/397)	68% (279/409)	67% (284/422)

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%

参加施設へのHPフィードバック

てすと病院
(東京都中央区)

[トップへ](#)
[前へ戻る](#)
[印刷プレビュー](#)
[未実施患者参照](#)
[パスワード変更](#)
[ログアウト](#)

未実施理由の反映： あり なし
※未実施理由の反映は毎朝2時に更新処理が開始されます

表示条件

臓器・版	院内がん登録+DPC (2012版)	対象施設数 233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) 6945 (実施率) 47.2% **自施設** : (対象患者数) 46 (実施率) **63%**

実施率:低 ← 施設 → 実施率:高

- 各施設にログインIDを割り当て
- 施設名無し、実施率分布を表示
- 自施設の位置が赤で表示

参加メリット:
非公開で他施設と自施設が比較可能

(画面は例データです)

限界 2 点

- 初回治療施設のデータのみ収集。他院診療のデータがない
 - 連携して治療の一部を他院へ紹介すると観察上の標準実施率が下がる・・・
- 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

どうするか？

未実施理由の入力（自由参加）

[トップへ](#)
[前へ戻る](#)
[パスワード変更](#)
[ログアウト](#)

Q I 推奨の未実施症例一覧

表示形式：
 臓器・版：
 QI番号：

対象レコード数： 17件

表示件数： 1~10/17件 最大件数：

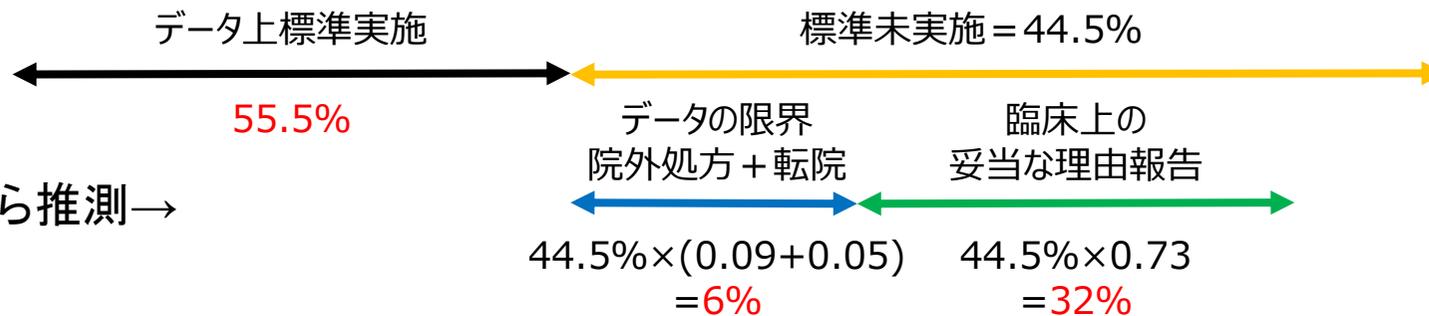
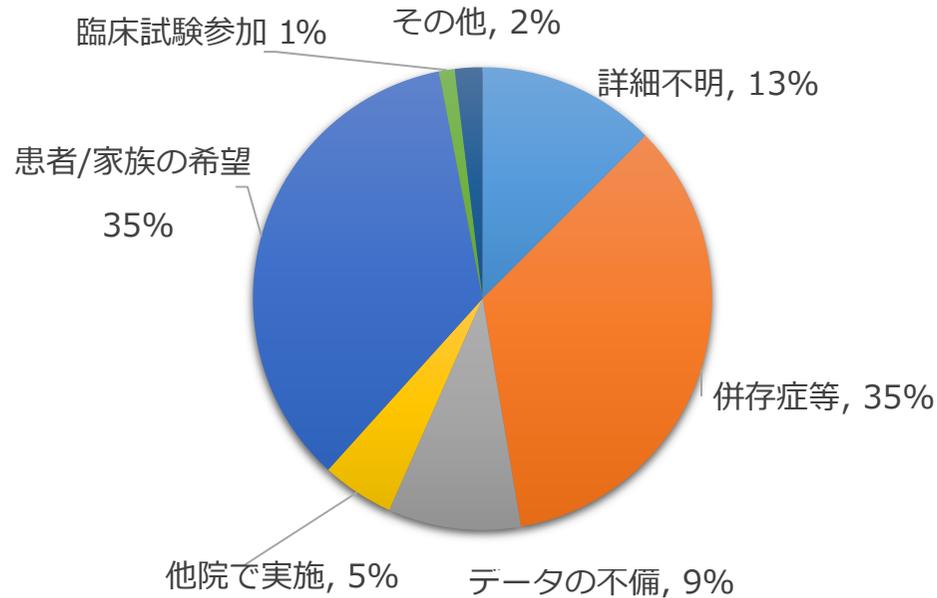
QI番号	件数	未実施患者ID	日付	未実施の理由 (+Ctrlキーで複数選択可)	備考
c32	17件	2	2012/06/01	未設定	
		9	2012/06/04		
		14	2012/11/08		
		15	2012/11/10		
		16	2012/11/22		
		17	2012/11/24		
		19	2012/09/10		
		25	2012/12/01	未設定	
		28	2012/10/18	未設定	
		30	2012/11/17	未設定	

- 理由不明
- 転院・他院で治療
- 患者の希望
- 腎障害
- 肝障害
- 肝腎以外の併存症
- 患者の全身状態不良
- しせつ/EIデータの不備
- 臨床試験で標準外治療実施
- 院外処方

「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 = 「標準を行っていないでも行ったのと同じ扱い」とした集計も切替え可

未実施理由を加味すると（2013年・大腸の例）

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



協力施設から推測→

56% + 6% + 32% = 94% が「標準が考慮された治療選択」

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%	75.1%
	外来麻薬開始時の緩下剤処方	64.2%	82.3%

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）
- ~~標準実施率の値をもとに拠点の指定~~
 - ∴ – DPCで測定した実施率の結果が、即、質ではない
 - 未実施には妥当な理由が存在する可能性
標準診療実施を検討後に適切に控えるのも質が高い
 - 実施率の数値は改善への**出発点**

判断のための評価ではなく改善のための評価

次のステップ

- QIの追加
 - 専門学会の先生方を中心にQIを作成・追加
 - QIだけでなく、標準として未確立の実態も記述
- がん対策への二次データ活用体制の整備
 - がん対策の進捗評価指標
 - 診断－治療待ち日数、在院日数、再入院率など
 - 高齢者への標準診療実施状況
 - がんの治療費用（入院・外来合算を出来高換算）の算定

まとめ

- がん医療均てん化のモニターのため、QI研究を実施中
 - 今後は**制度化が必要**
 - ∵ 拠点病院の参加率は頭打ち～漸減
- ただし、QIは質向上のためのはじまり。終着点ではない
 - 判断のための評価ではなく、改善のための評価を
- QI研究のために収集される、院内がん登録 + DPCデータは、がん対策にも必要なデータベース

これまでQIの作成・測定にご協力いただいた先生方、がん登録実務者の方々、DPCの担当者の皆様に深く感謝いたします。