がん登録部会Quality Indicatorの活動

平成27年2月13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 東 尚弘

都道府県がん診療連携拠点病院協議会 がん登録部会QI研究



- ・全がん診療連携拠点病院へ参加募集
- ・院内がん登録提出施設は拠点以外でも参加可能
- ・院内がん登録をDPCとリンク可能な形で収集
- ・定められた標準診療実施率(QI実施率)を計算
- ・結果は施設毎にWebでフィードバック さらに標準を行わない理由の入力と集計返却

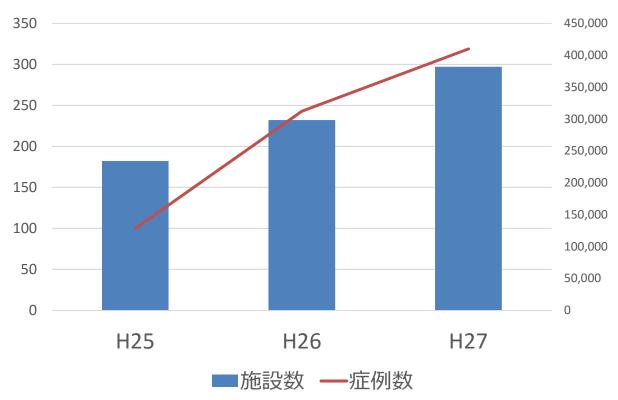
(がん登録部会へ結果を報告)

・参加施設は、参加証明書を発行



参加状况





• H25:2011年症例、 H26:2012年症例、H27:2013年症例

がん登録部会におけるQI研究の位置づけ

都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 <がん登録部会設置要領>

第2条 部会は次の事項について、情報を共有・検討する。 ア院内がん登録の標準化および普及に関すること。 (中略)

:

オ院内がん登録と関連したQuality Indicator (QI)の収集に関すること。

カがん登録に関連した研究に関すること。

そもそも、Quality Indicatorとは

• QI-プロセス指標(標準診療実施率)

実施率=(標準診療を受けた患者)÷(標準診療の適応のある患者数)

(目的)

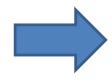
- 標準診療実施率を全国の拠点病院で測定することで
 - がん対策に役立てる
 - 全国値や標準診療実施率の分布
 - 高齢者の受けている医療実態の記述
 - がん診療の向上につなげる
 - 診療ガイドラインへの資料 (アンケートの補完)
 - 臨床現場で役立てる(自施設のPDCA、地域毎のPDCA)

生存率ではだめなのか?

数値の意味はわかりやすい、でもPDCAのためには問題が・・

- 5年生存率は、いつの診療の結果?
- 予後追跡の難しさ(追跡不能が多いと生存率が高く算出)
- 施設間で患者の状態が違う

A病院:高齢者が多い、B病院:糖尿病が多い、など。



生存率は重要だが、プロセス指標も重要 特に、タイミングの面でPDCAにはQIの方が良い *

なぜ「標準」なのか

「良くある質問」 先端治療の方が質が高いのでは?

そんなことはありません

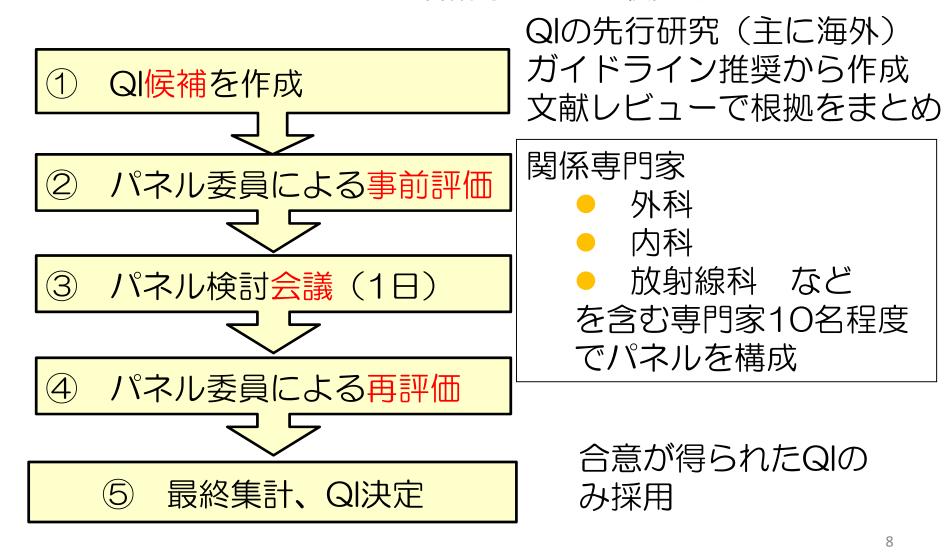
本質的に・・・

先端治療は効果が確立していない

確立したら、標準になります。

QI作り方:デルファイ変法

エビデンスに基づく客観的コンセンサス検討法



8

データ源:院内がん登録とDPCのリンク

院内がん登録



DPC・EFデータ

誰に

何のがん?(部位・組織) どのステージ?(UICC) いつ診断?(診断月) 何を

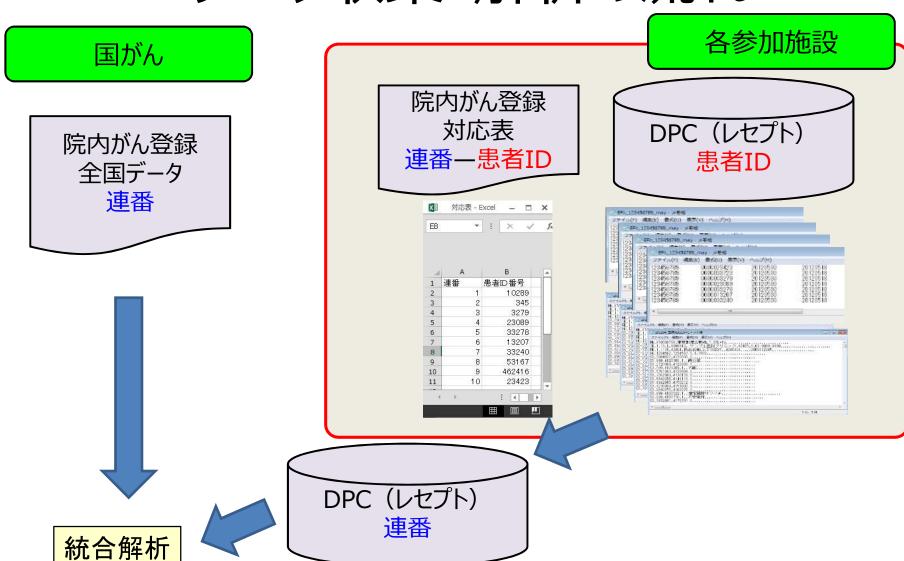
何の診療がなされた?(日付も) 手術 投与薬剤(化学療法、その他) 血液検査、画像検査 放射線治療(部位、Dose無し)

:

ステージIIIの大腸癌

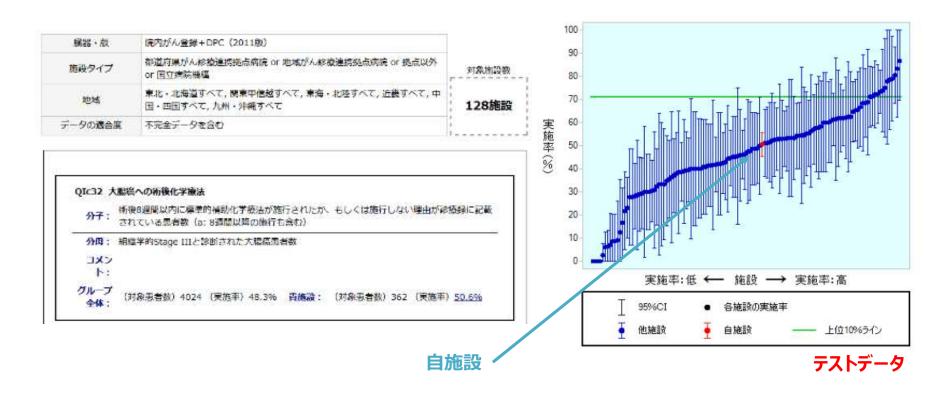
術後化学療法の施行

データ収集・解析の流れ



結果のフィードバック

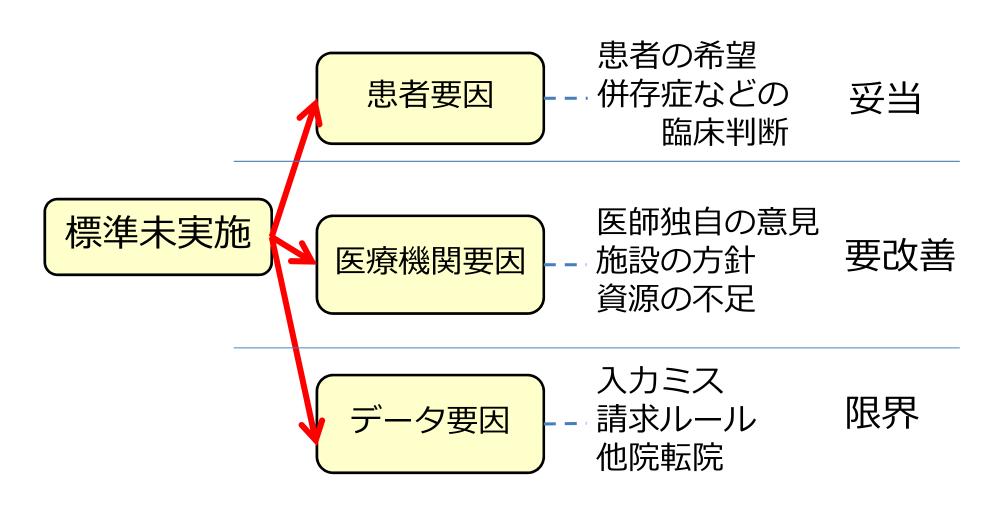
Feedback web site allows participating hospitals to compare their scores



継続的に改修を行い、

- ・割合だけでなく、診断〜治療開始までの日数などの平均値なども表示
- ・理由を入力すれば、標準診療実施率計算に反映などを可能とした。

QIはここからが重要:標準未実施の検討



未実施理由の入力

	Q番号単位 院内がん登録 + DPC(2012版) c32			•					
				•					
				▼ 表示 CSV ₂	力				
対象レコー	数:17件								
					表示	示件数: 1~10/	17件 最大化	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	選択のクリア 閉じ	ಶ				
		14	2012/11/08	理由不明・転院・他院で治療	4				
		15	2012/11/10	患者の希望					
		16	2012/11/22	肝障害 肝腎以外の併存症					
		17	2012/11/24	患者の全身状態不良 レセプト/EFデータの不備					
		19	2012/09/10	臨床試験で標準外治療実 院外処方					
		25	2012/12/01	不起生					
		28	2012/10/18	未設定					

「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=「標準を行っていなくても行ったのと同じ扱い」

理由の同定から対策へ

患者要因

患者の希望 ・併存症などの 臨床判断 対策例

・判断基準の明確化 /共通化

医療機関要因

医師独自の意見 - 施設の方針 資源の不足

- ・ガイドラインの検証
- ・施設方針の検証
- ・資源の確保
- ・医療制度設計

データ要因

入力ミス - - 請求ルール 他院転院

PDCAでの活用可能性

- 資源の不足などについては対策を
- 臨床判断の必要な症例
 ⇒施設間でカンファレンス
 判断基準を探る臨床研究など
- 施設の方針がガイドラインと異なる ⇒新しい臨床研究へ

これからのデータ収集と指標の拡張

QIに加えて、ガイドライン推奨/実態把握指標も含めて報告

診療の質指標(QI)	ガイドライン推奨(GL)	実態把握
通常は行われると考えられる 標準診療。	ガイドラインで推奨されている診療行為	必ずしも実施率が高い方が よいと言えないが、実態とし て重要な事項
例)pStageIII大腸癌の 術後化学療法実施率	例)T3N0M0前立腺癌 への術後補助療法(放 射線/ホルモン)	例) 胃癌全摘術に占める、 腹腔鏡下手術の割合
非実施の理由がない限り、 実施率が高い方が望ましい。 対象患者(分母)と診療 行為(分子)を設定	本文に臨床判断のための 詳細が記載されており、標 準とまでは言えず判断が 必要 (時に測定に向かない)	技術の普及などを経時的に観察するなど。

QI以外でのPDCAの材料例

・ 診断~待ち時間

• 周術期抗生剤の種類と長さ

:

•

まとめ

- がん登録部会QI研究は、がん医療のPDCAに活用可能
- 指標も様々なものがあります。(これから増えます)
 - QI vs GL推奨 vs 実態指標
- 質問などはいつでもどうぞ: hsr@ncc.go.jp