

Table 3: Observed and Risk adjusted means of total hospital costs, antibiotic costs, post-surgical length of stay in total and by hospital

	Total Hospital Costs (US\$)				Antibiotic Costs (US\$)				Post-surgical Length of Stay (Days)			
	Uninfected		Infected		Uninfected		Infected		Uninfected		Infected	
	Observed	Adjusted	Observed	Adjusted	Observed	Adjusted	Observed	Adjusted	Observed	Adjusted	Observed	Adjusted
Total	11,252.9	11,543.6	15,676.3	14,310.6	42.9	45.9	277.9	248.3	16.1	17.5	29.2	28.1
A	11,041.2	11,334.7	19,919.8	17,848.0	28.9	31.0	838.9	795.6	15.1	16.6	38.4	40.6
B	11,597.7	12,205.9	16,785.4	13,897.1	7.9	8.9	161.2	114.4	21.1	23.0	31.3	27.7
C	13,270.0	11,740.7	14,981.6	12,776.0	69.6	67.7	208.8	196.7	17.7	17.4	24.8	23.1
D	10,314.6	10,783.7	14,271.6	13,696.7	56.8	59.7	335.4	313.2	14.6	16.0	24.6	24.9
E	12,407.0	12,205.4	15,937.8	14,001.7	14.8	15.5	124.4	114.2	18.8	19.5	28.5	25.7
F	10,736.8	10,644.5	12,601.3	11,811.6	8.3	9.3	218.9	207.2	12.5	13.2	18.0	18.1
G	11,541.3	12,759.4	16,375.3	17,681.3	42.5	50.7	250.7	275.0	14.9	17.6	33.3	38.2
H	10,771.2	11,421.2	14,687.9	13,602.8	51.2	56.9	289.2	247.4	15.7	18.1	27.2	27.0
I	11,476.4	11,745.3	16,937.2	14,230.7	37.1	38.3	302.9	254.9	17.4	18.3	33.6	29.5
J	11,329.9	11,750.8	17,167.6	15,266.5	23.0	24.8	222.1	175.7	16.2	17.5	34.0	31.1

Table 4: Infections identified by identification method and by hospital

Hospital	Infected (Identified by ICD10 Codes Only)	Infected (Identified by both ICD10 and Antibiotic Utilization)	Infected (Identified by Antibiotic Utilization Only)	Uninfected	Total
A (57)	0	3	2	52	57
B (31)	0	3	1	27	31
C (85)	0	4	5	76	85
D (222)	0	15	33	174	222
E (81)	3	0	21	57	81
F (37)	0	5	3	29	37
G (93)	0	6	15	72	93
H (220)	3	6	24	187	220
I (159)	1	14	27	117	159
J (73)	2	5	14	52	73
Total (1,058)	9	61	145	843	1058

Figure 1: Infection Incidence Proportion by hospital and in total. White sections represent patients uninfected with HAIs; Sections with diagonal lines represent infected patients identified by antibiotic utilization only; Sections with dots represent infected patients identified by both ICD10 codes and antibiotic utilization; Sections with horizontal lines represent infected patients identified by ICD10 codes only (Only in hospitals E, H, I and J)

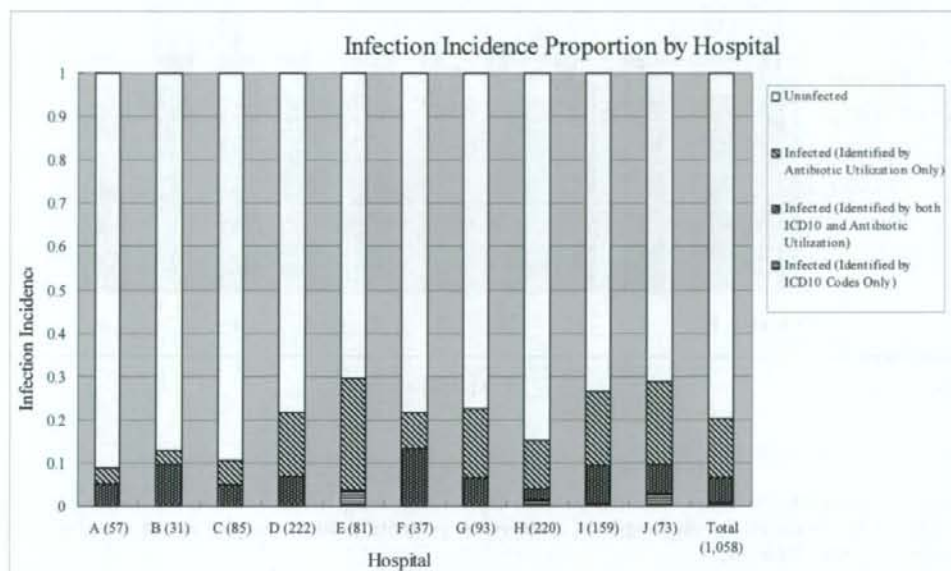


Figure 2: Comparison of infection incidence proportion and duration of prophylaxis by hospital.

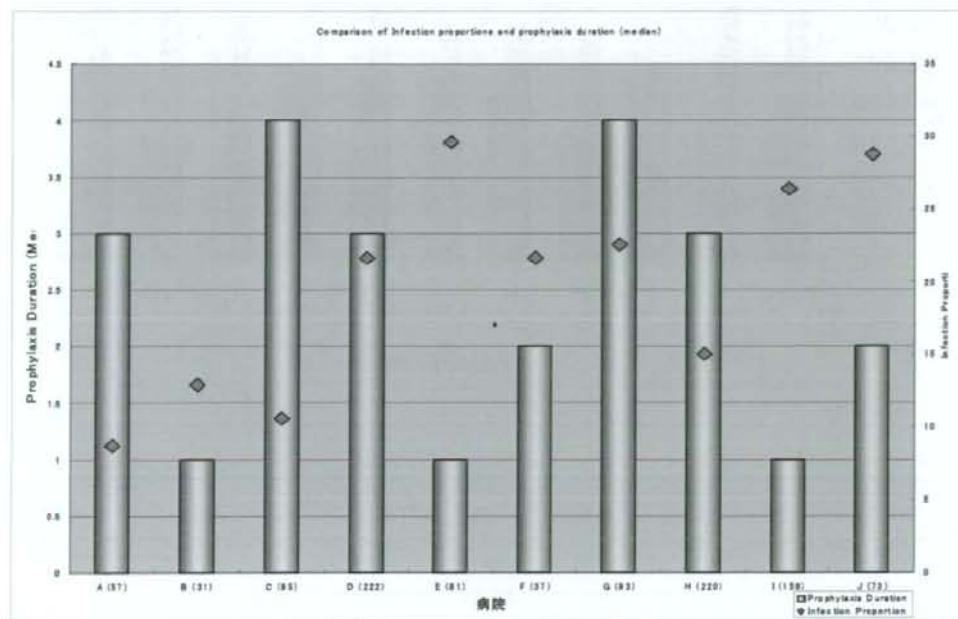


Figure 3: Estimated healthcare costs per hospitalization for infected (red) and uninfected (blue) patients, categorized by hospital. In all hospitals, infected patients paid more per hospitalization than patients who were not infected.

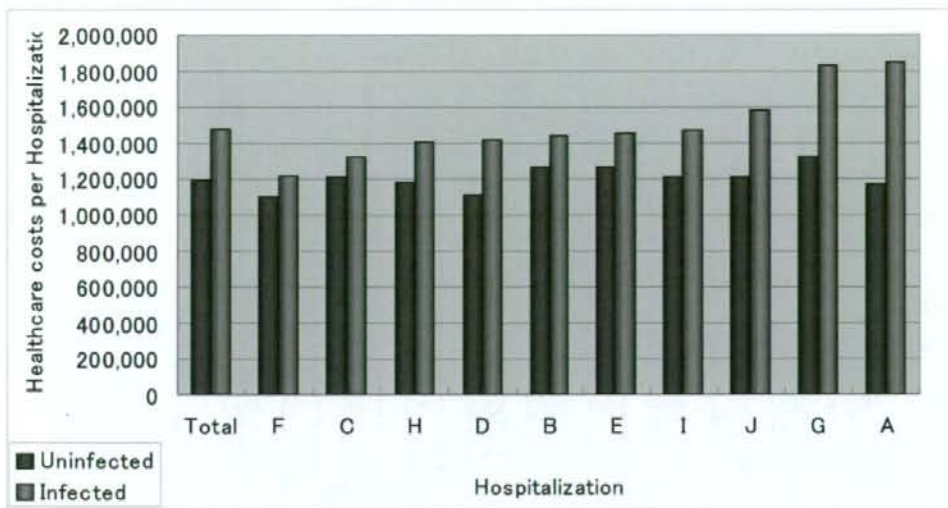
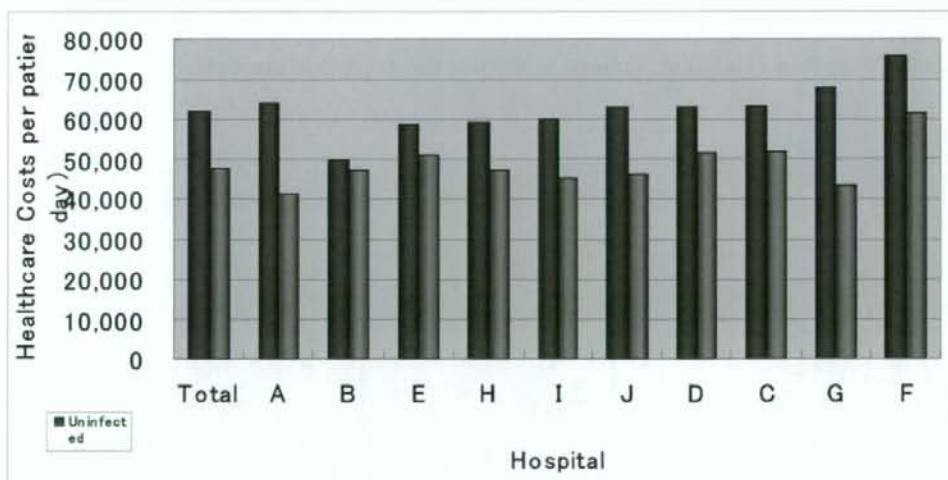


Figure 4: Estimated healthcare costs per patient-day for infected (red) and uninfected (blue) patients, categorized by hospital. In all hospitals, uninfected patients paid more per hospitalization than patients who were infected.



C. DPCデータを用いた子宮頸癌診療のばらつき
に関する検討

レセプトデータ(QIP データ)を用いた子宮頸癌診療のバラツキに関する検討

要約

【目的】

2007年、子宮頸癌治療ガイドラインが発表された。ガイドラインの目的の1つは治療の不適切なバラツキを減少させることにある。従来、日本産科婦人科学会は婦人科悪性腫瘍の診療内容の年次報告を行っているが、詳細な診療パターンの報告は行われていない。今回DPCデータを用いて子宮頸癌初回治療の詳細な診療パターンを解析し、そのバラツキを検討した。

【方法】

22病院より提出された全入院患者のDPCデータから、主傷病名、入院契機傷病名もしくは最大医療資源投入傷病名が子宮頸癌であり、退院日が2006年4月から2008年3月の間の初回治療症例を選択した。症例毎に入院DPCデータおよび外来レセプトデータを利用し、治療内容を解析し、診療パターンについて検討した。当研究は施設内倫理委員会の承認を受けている。

【結果】

対象は264例で、243例に手術が行われていた。このうち172例が手術療法のみ(うち80例は円錐切除術)であり、71例に補助療法が組み合わされていた。66例に術後補助療法、19例に術前補助療法が実施され、14例にはその両方が行われていた。手術・化学療法・放射線療法の組み合わせは18通りあった。

【結論】

当研究には臨床情報の不足という限界が存在するものの、今回観察された診療のバラツキの大きさは、診療のスタンダードが確立していない状況を反映したものと考えられる。しかしながら不適切なバラツキが存在すれば、それは診療レベルの低下のみならず、安全面・経済面における損失にもつながる。今後、さらなる臨床情報の収集につとめるとともにガイドラインの導入が診療のバラツキにどのような影響を与えるか検討を行いたい。

背景・目的

近年、多くの診療領域においてエビデンスに基づいた診療ガイドラインが普及するようになった。診療ガイドラインの目的は1)現時点での適正と考えられる治療法を示す、2)治療レベルの施設間差を少なくする、3)治療の安全性と成績の向上をはかる、4)適正な治療を行うことで、人的・経済

的負担を軽減する、5)医療従事者と患者の相互理解に役立つ、があげられる(1)。また、診療ガイドラインにより、不適切なバラツキが減少し治療成績の改善のみならず経済的なベネフィットもみられるとする報告もある(2)。

その一方で様々な理由からガイドラインが遵守されていないことも事実である。Cabanaらは医師がガイドラインを遵守しない理由を、7つに分類した(表1)(3)。

婦人科癌領域における診療ガイドライン遵守率

を検討した文献は少ないがSijmonsらはオランダの初期卵巣癌治療におけるガイドライン遵守率が74.6%であったと報告しており(4)、Shawらはイギリスにおけるガイドライン遵守率は卵巣癌で81%、子宮頸癌では66%であったとしている(5)。ただしShawらの報告では子宮頸癌症例の40%は評価できなかったとしている。当教室において行った検討では日本における卵巣癌でのガイドライン遵守率は74%であった。

これらの報告は70-80%という高い遵守率を報告している。しかしながら、子宮頸癌の治療方針はNCI(6)をはじめとする欧米のガイドラインが放射線化学療法(手術も進行期によっては認められる)を主体としているが、我が国では歴史的に手術療法が重要視されており、診療内容が大きく異なること。また、卵巣癌は現在、揺るぎないゴールドスタンダードが確立しており、診療のバラツキが小さいことは当然予想されることであるのに対し、子宮頸癌ではゴールドスタンダードが確立しているといえないことの2点より我が国における子宮頸癌治療(初回治療)にはある程度のバラツキが存在することが考えられる。

そこで、今回の検討は多施設より提供を受けた入院および外来レセプトファイルを用いて診療のバラツキの程度がどの程度存在するのか検討を行った。ただし、子宮頸癌の診療ガイドラインは2007年に刊行されたため、ガイドライン遵守率・ガイドラインによる診療行為の変化については検討せず、今後の検討課題とした。

表1 医師が診療ガイドラインを遵守しない理由 (Cabanaら 1999)

- ・存在を知らない
- ・内容に詳しくない
- ・内容に不満・同意していない
- ・自分ではできないと思っている(自己効力感)
- ・ガイドラインで診療結果が良くなると思えない
- ・過去の診療を変える動機がない
- ・外的要因(患者の希望/不同意、ガイドラインそのものの問題)

方法

1. 患者の選択

当教室の研究プロジェクト(Quality Indicator/Improvement Project QIP)に参加する病院より提供を受けた入院レセプトデータより主傷病名、入院契機傷病名もしくは最大医療資源投入傷病名が子宮頸癌(ICD10 C539)の入院患者であり、退院期間 2006年4月1日～2008年3月末日かつ、子宮頸癌の初発治療を行っている患者を選択した。

2. データのプロセスおよび解析方法

上述にて選択された患者の入院レセプトから患者基本情報と実施された手術を、外来 E,F ファイルより放射線療法の実施および抗悪性腫瘍薬の使用レコードを抽出し、両者を結合した上で治療内容の詳細(手術・化学療法・放射線療法の実施の有無, 実施内容, 実施順序)を解析した。

データのプロセスおよび解析にはDr.SPSS 2[®] (SPSS Japan Inc. Tokyo)およびMicrosoft Office Excel[®] 2007 (Microsoft Corporation)を使用した。当研究は施設内倫理委員会の承認を受けている。

結果

1. 患者の基本情報

対象患者は 22 病院 264 名であり、1 病院あたりの患者数は 1-36 名であった。患者分布を図 1 に示す。進行期分類は 153 例(58.0%)で記載されておりデータの不備が目立ったが、病院間において記載率には大きな差がみられた(記載率 0-100%)。

また、患者の進行期分類を表 2 に示した。

2. 治療内容

手術・化学療法・放射線療法のそれぞれの実施状況を表 3 に示した。

化学療法の状況を詳しく分析すると、実施されたプロトコルは総数 12 存在した。50 名の患者に実施された全 60 プロトコルのうち、59 はプラチナを含むプロトコルであり、さらにそのうち 27 がタキサン・プラチナの組み合わせであった。子宮頸癌治療において広くタキサン製剤が使用されている実態が窺われた(表 4)。また放射線化学療法ではプラチナ製剤単独での投与が主体であった(全 13 プロトコルのうち 12 がプラチナ製剤単独投与)。

3. 集学的治療の実施状況

手術・化学療法・放射線療法の組み合わせ(集学的治療)の実施状況を進行期別に表 5 に示した。治療の組み合わせおよび順序は全 18 通り存在し、治療のバラツキが存在した。

さらに進行期分類情報が存在する 91 例について子宮頸癌治療ガイドライン 2007 年版との整合性を検討した。進行期分類 0, I, II 期では術後治療の有無、方法についてはおおむねガイドラインに適合していたが、手術内容がガイドラインに適合しない症例が数例認められた。III, IV 期では手術療法は推奨されていないが、今回の検討では 14 症例のうち 5 症例に対して手術が実施されていた。

ガイドラインでは術前化学治療(NAC: neoadjuvant chemotherapy)について、その予後改善効果は示されていないとしているが、17 例に実施されていた。また、ガイドラインには手術から補助療法(化学療法・放射線療法)を開始するまでの間隔についての記載はないが、今回の症例にて検討したところ化学療法で 15-122 日、放射線療法で 10-98 日と大きなバラツキを認めた。

考察

1. バラツキの度合い

今回の検討では、子宮頸癌の初回治療における手術・化学療法・放射線療法の組み合わせが18通り、実施された化学療法のプロトコールは12存在し、化学療法および放射線療法のプロトコールまであわせると全部で33パターンの診療内容が観察された。症例数が264であることを考えるとこのバラツキは大きいと考えられる。

その原因の一つは、診療のバラツキを収束させると考えられるガイドラインが我が国では2007年に発表されたばかりであり、今回の検討の対象期間である2006年4月から2008年3月末の間の症例に与えた影響が小さかったことであろう。しかしながら、診療ガイドラインがそれまでのエビデンスや一部のエキスパートオピニオンによって形成されることを考えれば、診療ガイドラインが存在しなかったことだけでこのバラツキの大きさを説明することは難しいと思われる。実際、発表されたガイドラインにおいて化学療法のプロトコールや放射線療法の照射法までは示されておらず、卵巣がんガイドラインにおけるmaximum cytoreductive surgeryとタキサン・プラチナ製剤による術後化学療法(7)という様なゴールドスタンダードがないことや、米国や西欧諸国と異なり歴史的に子宮頸癌での手術療法が重視されてきたことが、このような診療内容のバラツキにつながったものと考えられる。

2. ガイドラインとの整合性

先述のように、ガイドラインが発行されたのが2007年に発表されているため、今回の症例の治療内容との整合性という観点で検討を行った。

様式1にて進行期分類情報がえられる91例のみの検討ではあるが、0, I, II期において治療内容に多少のバラツキや実施手術に数例不適切な症例が認められるものの、おおむね治療ガイドラインとの整合性がとれているのに対し、III, IV期ではガイドラインでは推奨されていない手術療法が1/3程度に実施されるなど整合性がとれていなかった。この一因はやはり手術療法を非常に重視する我が国の診療の現状にあるといえよう。

また、治療ガイドラインでは予後を改善させないとされている術前化学療法が17例で実施されていた。術前化学療法実施症例の多くにおいて進行期分類が不明であるため推測になるが、一期的に手術が不可能であるため術前化学療法によるダウンステージングを図り手術を実施するということを計画してのことと思われる。ここにも手術療法を重視する我が国の診療内容が反映されていると考えられる。

3. 限界

レセプト研究の最大の限界は臨床データの不足である。レセプト研究での臨床情報は主に様式1による。様式1での癌診療に関する診療情報は病名・退院時転帰・手術・初再発区分・進行期分類・PS(performance status)・化学療法の有無などである。この中で大きな意味を持つ進行期分類や初再発区分は入力が必要ではない項目であるため、多くの欠損がみられ(今回の検討では264例

中 91 例のみに進行期分類情報が存在)十分な解析が困難であった。さらに手術の状況(根治手術か否か)や病理情報などはレセプトからは入手不能な情報であり、カルテレビューや癌登録に基づく研究と組み合わせるなど、それぞれの特徴を活かした研究手法が必要である。

しかしながら、レセプト研究には多施設からの患者データを一括して解析可能であるという従来の研究にはないメリットがある。これらのメリットを最大限に活かすためにも、進行期分類情報などの臨床情報が入力されるよう臨床現場を促さなければならない。そのためにはレセプト研究の成果を公表し、その可能性をひろく臨床現場の医師・コメディカルに浸透させることが重要となろう。

4. 今後の課題

今回の検討では、治療ガイドラインの遵守率やガイドラインが診療内容に与える影響を検討することはできていない。臨床情報のさらなる収集とともに今後の課題としたい。

参考文献

1. 日本婦人科腫瘍学会. 子宮頸癌治療ガイドライン 2007年版: 金原出版; 2007.
2. Quaglini S, Cavallini A, Gerzeli S, Micieli G. Economic benefit from clinical practice guideline compliance in stroke patient management. *Health Policy*. 2004 Sep;69(3):305-15.
3. Cabana M, Rand C, Powe N, Wu A, Wilson M, Abboud P, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*. 1999 Oct;282(15):1458-65.
4. Sijmons EA, van Lankveld MA, Witteveen PO, Peeters PH, Koot VC, van Leeuwen JS. Compliance to clinical guidelines for early-stage epithelial ovarian cancer in relation to patient outcome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2007 Apr;131(2):203-8.
5. Shaw M, Wolfe C, Raju K, Papadopoulos A. National guidance on gynaecological cancer management: an audit of gynaecological cancer services and management in the South East of England. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2003;24(3-4):246-50.
6. Cervical Cancer Treatment (PDQ®) [cited 23rd Dec 2008 21:55 (+9:00 GMT)]; Available from: <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/cervical/healthprofessional>
7. 日本婦人科腫瘍学会. 卵巣がん治療ガイドライン 2007年版: 金原出版; 2007.

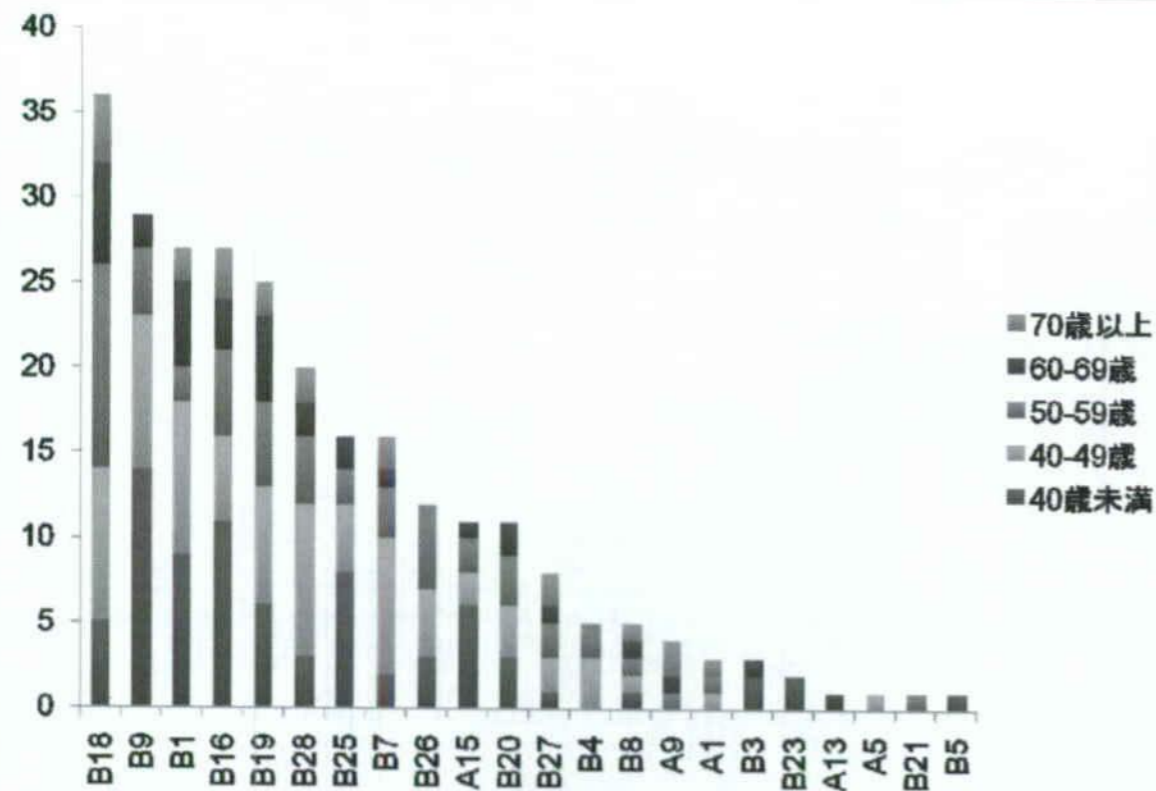


図1 病院別患者数および年齢構成

Stage	No. of patients
0	35
I	46
IA1	6
IA2	1
unclassified in stage IA	6
IB1	17
IB2	6
unclassified in stage IB	8
unclassified in stage I	2
II	16
IIA	6
IIB	10
III	9
IIIA	2
IIIB	7
IV	5
IVA	1
IVB	4

表2 患者進行期分類

Treatment	No. of Patients
Operation	243
conization	81
simple hysterectomy	26
radical hysterectomy	135
explorative laparotomy	4
other	1
Radiation	64
whole pelvic radiation (WPR)	51
intracavitary irradiation	1
WPR + intracavitary irradiation	12
Chemotherapy	50
adjuvant chemotherapy	25
neoadjuvant chemotherapy	18
concurrent chemoradiation	17

表3 治療内容

protocol	adjuvant	neoadjuvant	CCRT
platinum-based	25	17	18
with taxane	19	8	
paclitaxel + carboplatin	15	3	
paclitaxel + cisplatin	2	5	
docetaxel + carboplatin	1		
docetaxel + cisplatin	1		
without taxane	5	9	18
cisplatin only	2	1	12
carboplatin only			1
cisplatin + 5-FU	2		5
cisplatin + cyclophosphamide	1	1	
cisplatin + irinotecan		4	
cisplatin + mitomycin C		1	
ifosfamide + peplomycin + platinum		2	
non-platinum	1		
paclitaxel+ irinotecan	1		

CCRT concurrent chemoradiation

表4 化学療法プロトール

Stage	pt	without OP			OP	OP + adjuvant				neoadjuvant + OP		neoadjuvant + OP + adjuvant				other				
		RT	CCRT	CT	RT-CT	CCRT-CT	OP only	OP-RT	OP-CT	OP-CCRT	OP-CCRT-CT	CT-OP	RT-OP	CT-OP-OP	CT-OP-CCRT		CT-OP-RT	CT-OP-CT	RT-OP-RT	CT-OP-CCRT-CT
	264	10	4	1	2	2	172	28	15	6	1	3	1	1	8	3	1	1	1	2
0	35						35													
I	48	1	1				35	6	2						1					
IA1	6						6													
IA2	1		1				1													
unclassified in IA	6						6													
IB1	17	1					12	3	1											
IB2	6						4	1							1					
unclassified in IB	6						6													
unclassified in I	2						2													
II	16	2					6	2	3	2										1
IIA	6						3	1	1	1										
IIB	10	2					3	1	2	1										1
III	9	2					4	1												
IIIA	2				1	1	1		1											
IIIB	7	2				1	3													
IV	5	3				1	1													
IVA	1	1																		
IVB	4	2				1	1													
Unclassified	163	2	3	1	1		66	15	9	6	1	3	1		7	3	1	1	1	2

OP operation, CT chemotherapy, RT radiotherapy, CCRT concurrent chemoradiation

表5 進行期別治療組み合わせ

- D. DPC 制度下の乳癌治療の特徴と変化：
外科治療を中心とした入院治療について

DPC 制度下の乳癌治療の特徴と変化：外科治療を中心とした入院治療について

要約

【目的】

2003年4月から導入されたDPC（診断群分類）に基づく入院医療費の包括支払い制度は、治療に様々な影響を与えることが予想される。我々は、DPCデータを利用して診療プロセスや患者アウトカムを評価し、医療の質の向上を目指す研究；QIP(Quality Indicator/Improvement Project；以下、QIPと略記)を行っている。

我々は、乳癌治療を対象に、DPC導入期間内の入院診療のプロセスと在院日数などの指標を測定し、診療の経年的変化などのトレンドと施設間のばらつきについての検証を行った。

【対象】

QIP参加44病院10,570件の乳癌のDPCデータのうち、2004年4月～2008年2月の期間における、TNM分類可能な4,423件。

【方法】

DPC基礎調査データから対象症例の性別、年齢、TNM病期、入院時併存症、手術術式、術後補助療法、リハビリテーション、在院日数について、疫学的解析、病期別、年齢別、年次別、施設別に解析を加えた。

【結果】

高齢者における標準治療からの乖離傾向を認めた。乳房温存率の低下、またリンパ節郭清率の低下や化学療法施行率など低侵襲治療への選択傾向が観察された。年次別では、病期および併存症のわずかな軽症化と、手術症例における在院日数の短縮を認めた。また術後補助療法の入院での施行率は経年的に低下し、外来治療へのシフトする傾向を認めた。

【結論】

経年的な重症度の変化、在院日数の短縮化、および入院補助療法の外来治療への移行などの変化を認めた。包括支払い制度の導入は、乳癌の診療行為に影響を及ぼした可能性がある。

背景

2003年4月より、DPC (Diagnosis procedure combination ; 診断群分類、以下DPCと略記) に基づく入院医療費の包括支払い制度は我が国に導入された。包括支払い制度は、治療に様々な影響を与えることが諸外国の先行研究において報告されている。近年、我が国の悪性腫瘍の中で死亡・罹患率ともに増加傾向にある乳癌は、年間死亡数9,885人(2003年)、罹患数は36,139人(1999年)であり、女性人口の約22人に1人が罹患している。推計からは間もなく大腸がんを抜き女性の悪性腫瘍の第1位を占めると考えられる(2010年45,569人、2020年50,221人)¹⁾。

一方、乳癌治療の進化は目覚しく、手術治療は拡大手術から低侵襲手術への方向にシフトする傾向にあり、薬物治療は分子標的薬などの新薬の開発や適応拡大が盛んである。また乳癌治療は病期に応じて、手術治療を主体にして薬物治療、放射線治療、緩和医療に至るまで多彩であり、集学的治療の代表的なものである。世界第一の女性の平均寿命を誇る我が国において、乳癌治療においてDPC制度導入下における、その影響や変化を評価することは、非常に意義があるものと考えられる。

目的

我々は、DPCデータを利用して診療プロセスや患者アウトカムを評価し、医療の質の向上を目指す研究；QIP(Quality Indicator/Improvement Project ; 以下、QIPと略記) と称する研究を行っている。今回、我々は乳癌治療を対象に、QIP参加施設のDPCデータ(以下、QIPデータと略記)を基にDPC導入期間における入院診療のプロセスと在院日数などの指標を測定し、診療の経年的変化などのトレンドと施設間のばらつきについての検証を行った。

方法

QIP参加44病院10,659件の乳房の悪性腫瘍のDPCデータ(090010)のうち、2004年4月～2008年2月の期間。対象病名は、「乳癌(ICD10コード:C50\$)」、「乳房の上皮内癌(D50\$)」を対象とした。DPC基礎調査データから対象症例の性別、年齢、TNM病期、入院時併存症、手術術式、術後補助療法、在院日数について、病期別、年次別、施設別に解析した。次のものは解析から除外した。

- 1) 病名が「皮膚のその他の悪性新生物、体幹の皮膚」、ICD10コード「C445」。
- 2) TNM病期分類がすべて記載されていないもの。(3,727/8,250件)
- 3) 男性の症例
- 4) 手術は、基本的に主病変に対する根治手術を対象とし、遠隔転移に対する手術または処置と思われる術式(肺切除、骨折、切除生検、気管切開術、輸血、肝動注)は除外した。

統計解析ソフトは、Dr.SPSS II for Windows 11.0.1Jを用いた。

結果

10,659 件のデータは、表 1 のとおり分類された。上記期間内の「乳癌(ICD10 コード:C50\$)」、「乳房の上皮内癌(D50\$)」は総計 8,250 件で、このグループを“全症例”と称した。上記全ての除外条件を満たし、TNM 分類が可能な症例は 4,423 件であり、このグループを“全 TNM 症例”と称した。そのうち手術を施行された症例が 2,657 件、そのうち根治的手術を施行された症例は 2,571 件であり、このグループを“手術症例”と称した (図 1)。

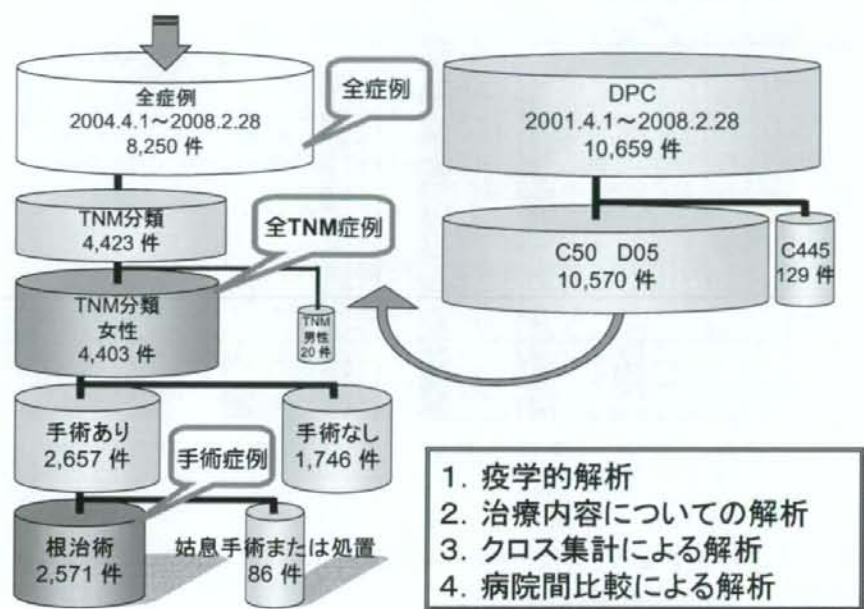


図 1

【疫学的解析】

1. 性差

“全症例”における性差は、男性 27 例 (0.33%)、女性 8,223 例 (99.7%) であった。

2. 年齢階層 (表 1、図 2)

“手術症例”および“全症例”における年齢中央値は、各々 57.5±13.3 歳 (24.2-96.4 歳)、57.8±12.8 歳 (20.2-102.3 歳) であった。

表 1

	手術症例	全症例	% 手術症例	% 全症例	% 癌登録
20-29	11	61	0.4	0.7	0.5
30-39	162	520	6.3	6.3	6.3
40-49	625	1,819	24.3	22.0	22.4
50-59	674	2,353	26.2	28.5	28.1
60-69	563	1,969	21.9	23.9	23.1

70-79	363	1,116	14.1	13.5	13.8
80-89	156	366	6.1	4.4	5.3
90+	17	46	0.7	0.6	0.3
合計	2,571	8,250	100	100	100

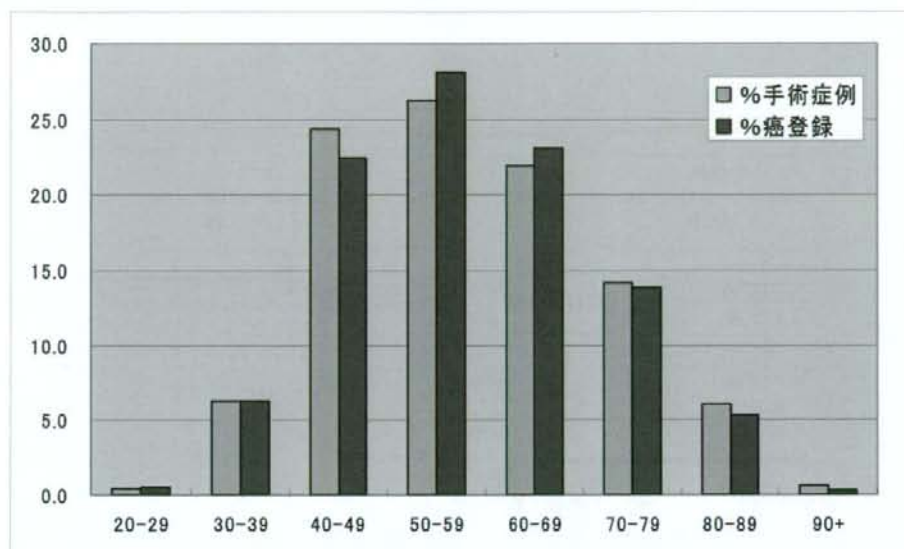


図 2

QIP データでの“手術症例”の性差・年齢階層は『乳癌学会の全国乳がん患者登録調査報告 2005 年版』²⁾ と大きな相違は認めなかった。

3. 初発、再発(表 2、図 3)

DPC データでは、初発・再発の入力項目 (ff1610) がある。“手術症例”における、初発症例は、94.6%と大きく占め、入力状況は 96.3%と比較的高率である。一方、“全症例”においては、再発症例の占める割合が増加するものの、入力状況は 35.6%が未入力であり、その割合は小さい。

表 2

	手術症例	全 TNM 症例	全症例	%手術症例	%全 TNM 症例	%全症例
記載なし	97	153	2938	3.8	3.5	35.6
初発	2431	3887	4350	94.6	88.3	52.7
再発	43	363	962	1.7	8.2	11.7
件数	2571	4403	8250	100	100	100

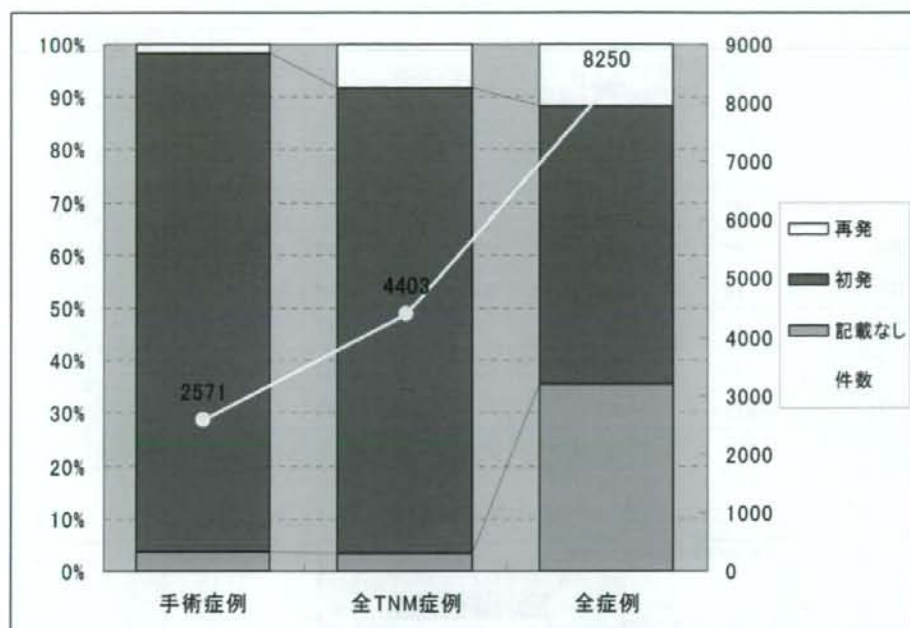


図 3

4. T 因子

“手術症例” および“全 TNM 症例”において、T0～T4, Tis は各々、T0 2(0.1%), 13(0.3%)、T1 1,212(47.1%), 1,700(38.5%)、T2 845(32.9%), 1,625(36.8%)、T3 107(4.2%), 267(6.0%)、T4 147(5.7%)、514(5.7%)、Tis 258(10.0%), 284(6.6%)であった。

5. N 因子

同じく N0～N3 は各々、N0 1,890(73.5%), 2,563(58.2%)、N1 581(22.6%), 1407(32.0%)、N2 83(3.2%), 292(6.6%)、N3 17(0.7%), 141(3.2%)であった。

6. M 因子

同じく M0, M1 は各々、M0 2,516(97.9%), 3,952(87.8%)、M1 55(2.1%), 451(12.2%)であった。

7. 病期分類(表 3、図 4)

同じく Stage 0～IV は各々であった。Stage 0 258(10.0%), 284(6.5%)、Stage I 1,049(40.8%), 1,332(30.3%)、Stage IIA 657(25.6%), 1,083(24.6%)、Stage IIB 342(13.3%), 699(15.9%)、Stage IIIA 86(3.3%), 239(5.4%)、Stage IIIB 112(4.4%), 223(5.1%)、Stage IIIC 12(0.5%), 92(2.1%)、Stage IV 55(2.1%), 451(10.2%)であった。

表 3

病期	手術症例	全 TNM	乳癌登録	%手術症例	%全 TNM	%癌登録
0	258	284	1280	10.0	6.5	8.1
I	1049	1332	5568	40.8	30.3	35.2
IIA	657	1083	4384	25.6	24.6	27.7
IIIB	342	699	1751	13.3	15.9	11.1
IIIA	86	239	495	3.3	5.4	3.1
IIIB	112	223	602	4.4	5.1	3.8
IIIC	12	92	91	0.5	2.1	0.6
IV	55	451	357	2.1	10.2	2.3
合計	2571	4403	15816	100	100	100
			1288			不明 8.1

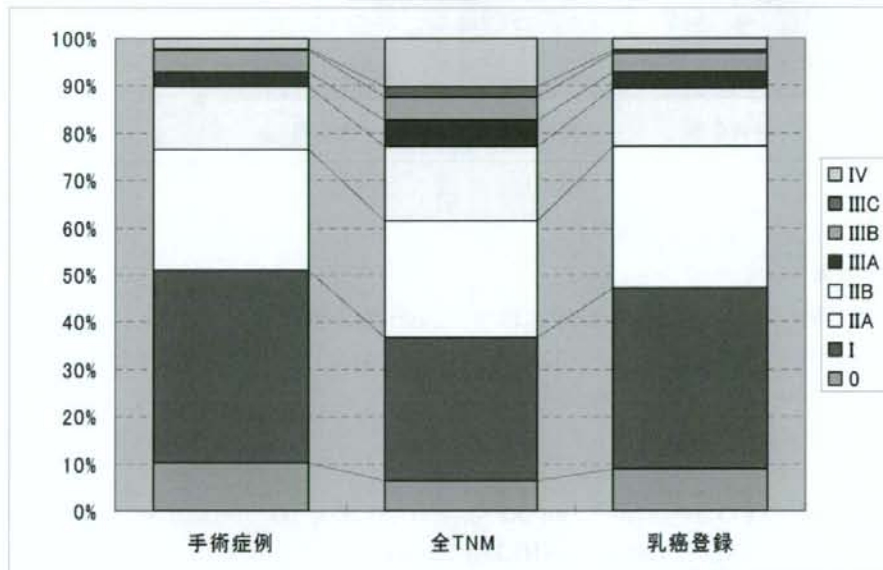


図 4

QIP データでの“手術症例”の TNM 病期は『乳癌学会の全国乳がん患者登録調査報告 2005 年版』と大きな相違は認めなかった。

8. 併存症(図 5)

入院時併存症は、Charlson comorbidity index (CCI)に準拠してスコア化した。“手術症例”および“全 TNM 症例”において各々の平均値は、 2.24 ± 0.98 (0-8)、 2.49 ± 0.02 歳 (0-8) であった。

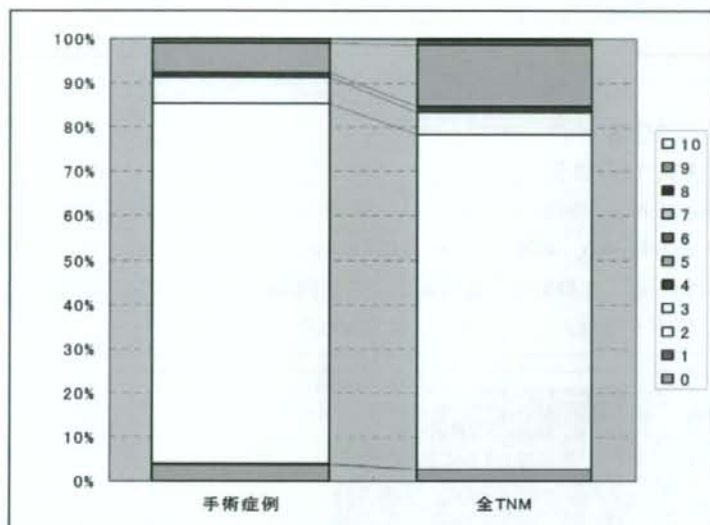


図 5

9. 手術術式(図 6)

”手術症例”における手術術式の詳細は、図 6 に示した。両側同時手術は 27 件 (1.1%) であった。またこのグループは、乳房に対する根治的手術のみを対象とした。乳房温存手術の施行率 (以下、温存率と略記) は、55.6% (1,429 件)。腋窩リンパ節郭清施行率 (以下、郭清率と略記) は、73.6% (1,893 件) であった。

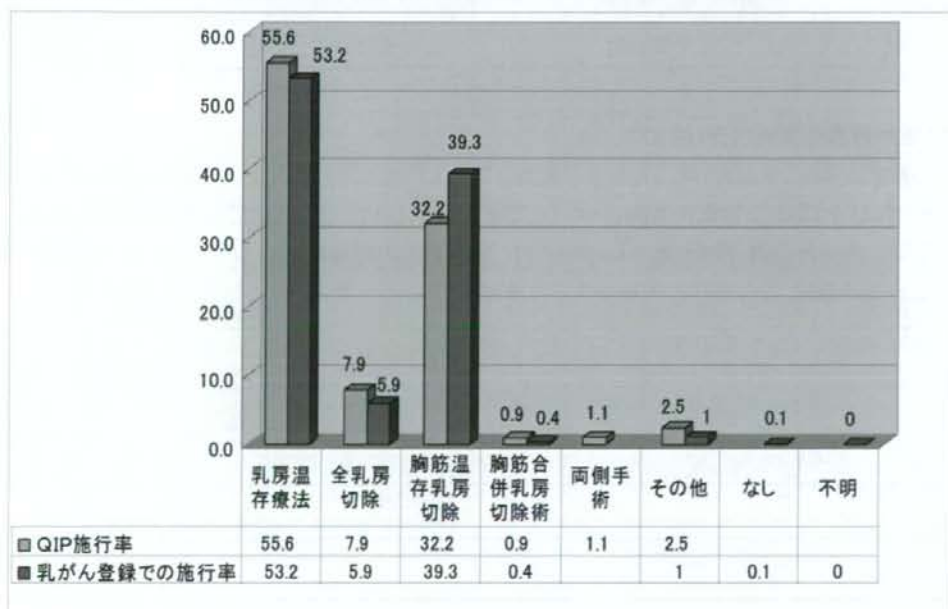


図 6