

1P-321
緩和ケアの市民啓発における寸劇の有用性評価: OPTIM鶴岡

鶴岡市立荘内病院、²⁾鶴岡地区医師会、³⁾緩和ケアサポートセンター鶴岡・三川、⁴⁾医療福祉大学大学院 医療福祉学研究所、⁵⁾東京大学大学院 医学系研究科、⁶⁾慶應義塾大学 医学部
明美¹⁾、鈴木 聡¹⁾、土田 兼史²⁾、富樫 清¹⁾、佐藤 八重³⁾、相庭 伸⁴⁾、佐藤 長谷川 伸¹⁾、菅原 由紀²⁾、末田 千恵⁴⁾、山岸 院美⁵⁾、⁶⁾

緩和ケアの普及を妨げる要因の一つに、緩和ケアや医療用麻薬に関する誤った情報があげられ、市民への適切な啓発が必要とされている。本研究は、緩和ケアや在宅療養に関する市民啓発の手段として寸劇を用い、その有用性を検討する目的とする。【方法】一般市民を対象に緩和ケアや医療用麻薬の正しい知識及び在宅療養の紹介を内容とする寸劇を行った。寸劇の有用性1項目、緩和ケアに関する知識3項目、在宅療養のイメージ5項目、がんに関する希望2項目について、寸劇の前後で自記式質問票により得た回答を比較した。鶴岡市立荘内病院の倫理委員会の承認を得た。【結果】403名から回答が得られた(回収率74%)。寸劇の内容について、83%が「とても役に立った」と回答した。寸劇後において、「麻薬は中毒にならない」などの緩和ケアに関する正しい知識が十分に和らげられない」などの在宅療養のイメージは、寸劇前より有意に向上していた(p<0.001)。もし、がんに罹患した際に、がんに関する正しい知識や在宅療養のイメージの向上がみられ、市民啓発活動の有用性が示唆された。この向上した知識やイメージが6ヶ月後まで保持されているかを検証するためのフォローアップ研究を今後予定している。

1P-322

緩和ケア・医療用麻薬に関する患者、家族の知識とケアの質評価尺度および緩和ケアの準備状態との関連: OPTIM-study

¹⁾慶應義塾大学 医学部 衛生学公衆衛生学、²⁾慶應義塾大学 総合政策学部、³⁾大阪大学 コミュニケーションデザイン・センター、⁴⁾国立がんセンター 中央病院、⁵⁾OPTIM-study group、⁶⁾帝京大学 医学部
○武林 亨¹⁾、秋山 美紀²⁾、平井 啓³⁾、的場 元弘⁴⁾、森田 達也⁵⁾、宮下 光令⁶⁾、山岸 院美⁶⁾、秋月 伸哉⁶⁾、白髭 豊⁶⁾、江口 研二⁶⁾

【目的】地域のがん患者や家族が緩和ケアについてどのような知識を持っているかを明らかにし、受けているケアの質評価、緩和ケアの準備状態との関連について検討することを目的とした。【方法】08年4~7月、10~12月に実施した患者調査、遺族調査に参加し調査票に回答した外来進行がん患者930名、がん患者遺族1394名を対象とした。緩和ケアに関する患者の知識は、緩和ケアについては3項目、医療用麻薬については2項目について5件法で「正しい知識の有無で2群に分類した。患者・家族によるケアの質評価は、Care Evaluation Scale (CES) ドメイン別得点と総合得点を用い2群(80点以上、未満)に、緩和ケアに対する準備状態は6段階に分類し、正しい知識を持つ者の割合を比較した。【結果】緩和ケア、医療用麻薬に関する質問のうち、正しい知識を持つ者の割合が50%未満であったのは、「麻薬中毒になつたり命を縮める」のみ(35%)であった。CESとの関連では、「末期の患者さんのためのものである」を除いていずれも、緩和ケアに対する正しい知識を持っていた。緩和ケアの準備状態との関連では、緩和ケアの利用を検討しているかすでに利用している群の方が正しい知識を持っていた。遺族調査でも同様の傾向であった。【考察】緩和ケアについて正しい知識は、受けているケアの質が高いと感じているか、緩和ケアの利用を検討している段階にある群で、より多く獲得されていた。

1P-323
緩和ケアにおける医療ソーシャルワーカーの相談支援の課題

国立病院機構 大阪医療センター、²⁾独立行政法人国立病院機構 福井病院
福本 学¹⁾、福長 麗奈²⁾、高居 千幸¹⁾、黒田 美和¹⁾、上田 純子¹⁾、里

医療ソーシャルワーカー(MSW)は、患者生活背景や身体状況により支援を必要とする患者に必要に応じて相談支援を行う。相談支援に影響する因子を抽出し、今後のMSWとしての課題を明らかにするために調査を行った。【方法】平成23年8月まで、当医療相談室において対面または電話による相談支援内容と「高齢者」「単身世帯」「医療管理(栄養管理など)」「疼痛」「PS」各要因との関連を検討した。【結果】相談支援141件(女性127、年齢65歳)、入院186/外来82であった。相談支援の多くは、内容は転院調整(療養型病院・緩和ケア病棟)調整156件、経済問題49件であった。各内容と有意な関連は「高齢者」「PS」緩和ケア病棟調整は「PS」、

1P-324

相談支援センターにおける一般市民や他院受診中の患者および家族からの相談の状況と内容の分析

群馬県立がんセンター 総合相談支援センター
○松沼 晶子、小池 由美、吉原 裕美

【目的】当院相談センターへの相談のうち一般市民や他院受診中の患者及び家族(以下病院外とする)からの相談状況及び内容を明らかにする。【期間】2009年7月~11月【方法】全ての相談の中から病院外の相談を抽出。相談状況(時間・方法・相談者・患者の現状状況・がんの治療状況・受診医療機関)の集計と内容を分析する。分析方法は「がん体験者の悩みや負担を整理した分類・静岡分類」を使用し、相談1件毎について相談者が最も話した内容を静岡分類の大分類、さらに細分類で表示、同じ分類毎に集計した。【倫理的配慮】データは統計的に処理し、個人が特定されないように配慮した。【結果】病院外の相談件数108件、方法は電話95件(88%)、がんの状況は初発52件(48%)、再発38件(35%)であった。相談内容は大分類で集計した結果、診断・治療が56件(52%)、がんの予防・がん検診・がんの疑い12件(11%)、細分類で集計した結果39に分類、多い順に治療選択の迷い17件、自覚症状でがんを心配12件、抗がん剤が効かなくなる6件、病院・医

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
東 尚弘	診療の質と公衆衛生の考え方	監修：相澤好治 編集：和田耕治 太田寛	臨床医のためのパブリックヘルス	中外医学社		2010	96-105

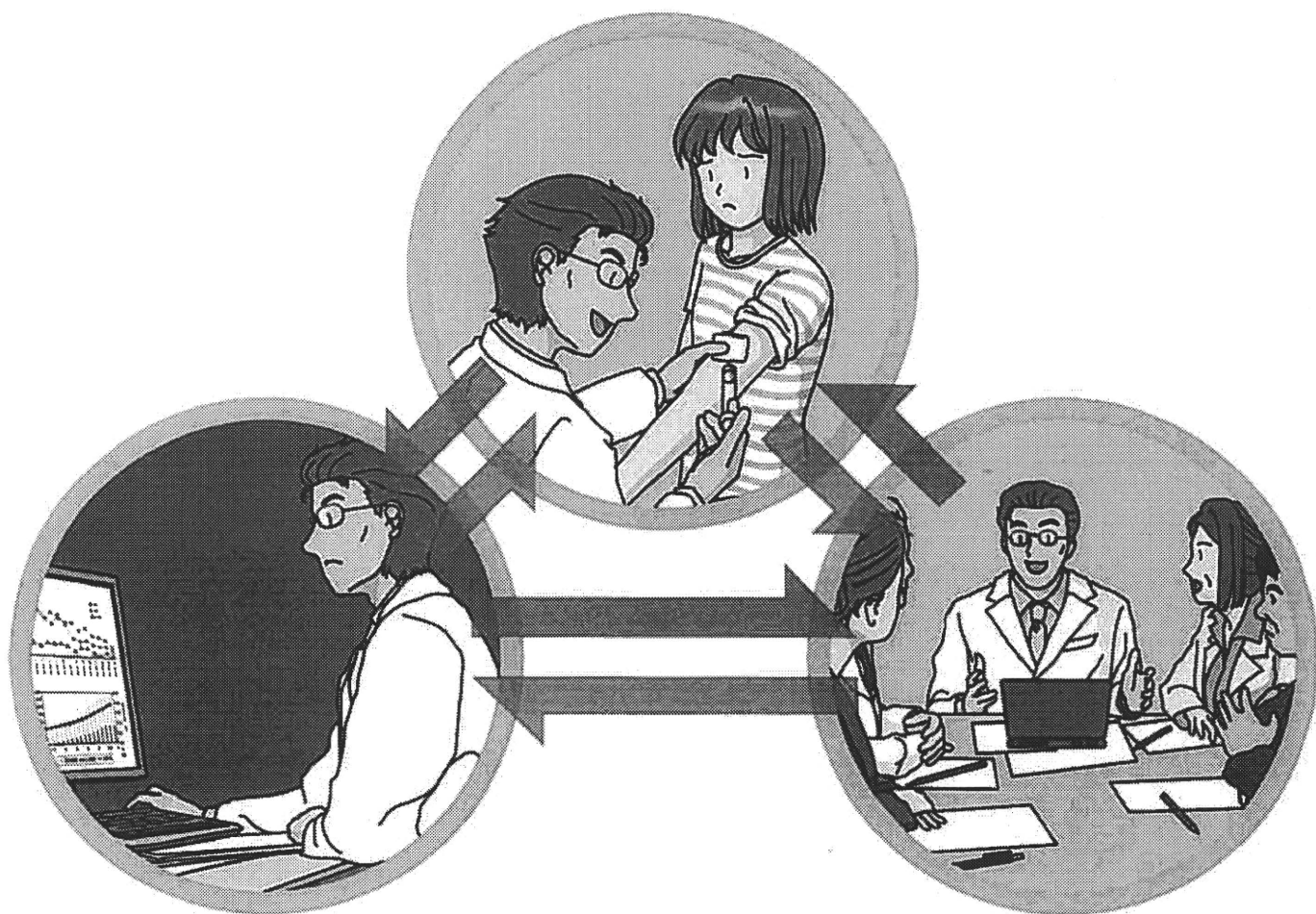
雑誌

発表者名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
東 尚弘, 祖父江友孝, 西本寛	臓器がん登録の現状-臓器がん登録の実態についての調査報告-	外科治療	104(2)	169-176	2011
Higashi T	Lessons learned in the development of process quality indicators for cancer care in Japan	BioPsychoSocial Medicine	4(1)	14	2010
Zhang M, Higashi T, Nishimoto H, Kinoshita T, Sobue T	Concordance of hospital-based cancer registry data with a clinicians' database for breast cancer.	J Eval Clin Pract.	doi: 10.1111/j.	1365-2753	2010
Higashi T, Machii R, Aoki A, Hamashima C, Saito H.	Evaluation and revision of checklists for screening facilities and municipal governmental programs for gastric cancer and colorectal cancer screening in Japan	Jpn J Clin Oncol.	40(11)	1021-30	2010
Higashi T, Fukuhara S, Nakayama T,	Opinion of Japanese Rheumatology Physicians on Methods of Assessing the Quality of Rheumatoid Arthritis Care	J Eval Clin Pract. (in press)			
Higashi T, Nakayama T, Fukuhara S, Yamanaka H, Mimori T, Ryu J, Yonenobu K, Murata N, Matsuno H, Ishikawa H, Ochi T et al	Opinions of Japanese Rheumatology Physicians Regarding Clinical Practice Guidelines	International Journal for Quality in Healthcare.	22(2)	78-85	2010
Yamamoto Y, Hayashino Y, Higashi T, Matsui M, Yamazaki S, Takegami M, Miyachi Y, Fukuhara S	Keeping vulnerable elderly patients free from pressure ulcer is associated with high caregiver burden in informal caregivers.	Journal of Evaluation in Clinical Practice	16(3)	589-9	2010
Shakudo M, Takegami M, Shibata A, Kuzumaki M, Higashi T, Hayashino Y, Suzukamo Y, Motira S, Katsuki M, Fukuhara S	Effect of Feedback in Promoting Adherence to an Exercise Program.	Journal of Evaluation in Clinical Practice J Eval Clin Pract. [E-pub]			2010
東尚弘, 町井涼子, 青木綾子, 濱島ちさと, 中山富雄, 佐川元保, 斎藤博		C T 検診	17(2)	106-114	2010
東尚弘	ヘルスサービスリサーチ(3)「米国におけるヘルスサービスリサーチの教育課程」	日本公衆衛生雑誌	57(8)	653-656	2010
東尚弘, 祖父江友孝	医療の質の評価方法	Surgery Frontier	17(4)	28-31	2010
東尚弘	統計データの新たな活用法としての「診療の質」指標の可能性.	大腸癌 FRONTIER	3(4)	73	2010
東尚弘	イギリスのNational Cancer Intelligence Networkにおける情報収集と活用.	癌の臨床	56(3)	261-265	2010
東尚弘	英国National Institute for Health and Clinical Excellenceによる科学的根拠に基づく指針・診療ガイドライン発行の仕組み.	癌の臨床	56(4)	343-347	2010

監修—相澤好治
北里大学副学長

編集—和田耕治 太田 寛
北里大学医学部衛生学公衆衛生学

臨床医のための パブリックヘルス



中外医学社

産婦人科における病院の集約化	86
産科施設数の推移, 産婦人科医数の推移	87
なぜ, 産科の現場から立ち去るのか	89
産婦人科の救急現場からの撤退を促進した「事件」について	89
産科医療体制の有効な対処とは	91

第4章 臨床データの活用

1. 診療の質と公衆衛生の考え方	〈東 尚弘〉	96
診療の質の評価がなぜ必要か		97
評価における構造・過程・結果の視点		97
過程の評価のススメ		98
診療ガイドラインと診療の質評価指標 (quality indicator: QI)		99
がん診療における診療の質評価指標 (quality indicator: QI) の 作成研究		100
どうやって診療の質の評価結果を生かしていくのか		102
2. 臨床研究支援と公衆衛生		
(ナショナルセンターの独立行政法人化を通して)	〈田中 剛〉	106
独立行政法人国立精神・神経医療研究センター (National Center of Neurology and Psychiatry) とは		107
Translational Medical Center (TMC) の試み		108
生体試料管理について		108
患者登録について		108
臨床研究者の育成支援について		109
知的財産 (知財) 管理について		110

第5章 最近のトピック

1. エビデンスに基づく公衆衛生		
(Evidence Based Public Health)	〈和田耕治〉	116
エビデンスに基づく医療と公衆衛生の違い		117

1 診療の質と公衆衛生の考え方

エッセンス

- 診療の質の評価方法は構造、過程、結果の3つの視点があると言われている。構造評価は専門機器の有無やスタッフ数などを評価し、比較的簡単に測定できる反面必ずしも最終結果を保証しない。過程評価は標準診療の実施率など直接評価であるが、詳細な専門知識が必要で評価に手間がかかる。結果評価は合併症発生率など結果で評価するが、患者の基礎状態や併存症など診療の質以外に影響を受けるなどのそれぞれ特徴がある。
- 適切な評価と改善を目指した仕組みの構築のためには臨床医が基準を作成して現場での評価・改善を担当し公衆衛生の専門家がそれを支援する集計や制度設計や提案をするなどの連携協力が望ましい。

はじめに

昨今の話題として「診療の質の確保」が言われることが多くなってきた。診療の質とは、患者のために最善の診療（治療だけでなく、診断なども含む）が行われているかどうかと考えると考えられるので、一見純粋に臨床の問題であるように思える。しかし、個別の患者に対して最善の診療を提供することには、社会背景や制度、保険などの様々な外部の状況が影響するし、診療の質の評価結果はどのように使うのか、公開か非公開か、どの主体が評価するのか、などの視点は制度的問題となる。このように診療の質を評価・向上させるといえるのは、臨床的要素と社会的要素の接点であるといえる。

診療の質の評価がなぜ必要か

診療の質はこれまで間接的にしか評価されてこなかった。病院を開設するときの基準、一定の施設基準を満たしたときの診療報酬上の加算などでの評価や、決められた委員会の設置あるいは手術件数等にほとんど限られていたと考えられる。しかし、そのような間接基準では実際の診療の質、診療の目標たる患者の健康状態の改善にどこまで結びついているのかは疑問視される傾向にある。このような間接的な評価しかなく直接的な評価がないために、平均寿命が世界一長いことを以て「医療の質が高い」という意見がある一方で、医療崩壊などということがいわれるような矛盾した事態となっている。さらに、最近「医学知識や技術は進歩してきてはいるものの、それが実際に患者の診療現場へ行きわたっているのか」という問題意識が広まってきている。これは欧米ではエビデンスー診療ギャップ（evidence-practice gap）などの言葉で表現されており、わが国でも同様の懸念が、施設間差、地域差の形でメディアなどに取り沙汰されている。

また、質が評価測定されないまま、医療費の問題、経営の問題が注目を集め、これら金銭的な問題は明確な数字で表されるために、診療の質の問題がいつの間にか医療費、経営の問題にすり替わり、医療費がかからないことが高い診療の質、経営状態が良いことが診療の質が高い、といった議論になりがちである。本来、医療費を抑制すれば逆に診療の質が下がるはずで、そのバランスを取るどころが重要であるが、経営と診療の質は別次元の問題であるはずである。もちろん医療費、経営の課題を否定するわけではなく、並んで診療の質も重要な問題であると認識されることが重要であり、そのためにはきちんと評価測定して検討の俎上に載せなくてはならない。これらの点を鑑みても、診療の質を評価・測定する方法を確立し、評価・改善の体制を作っていくことが必要といえる。

評価における構造・過程・結果の視点

では、診療の質はどのように評価すればよいのか、医療評価モデルで有名なドナベディアンは、評価には構造、過程、結果の3視点があるとしたり、構造

とは医療提供体制のことであり、専門医や診療機器の有無や数などをもって評価することで、それらから生みだされる診療の質を推定する。前項冒頭の間接評価はほとんどこれに該当する。また、過程の評価では医療そのものを診療録などから一定の基準によって直接吟味するものである。さらに結果評価とは生存率や合併症発生率などの診療が提供された後に起こった事柄で評価する。構造は評価が比較的容易であるものの、それらが良い診療に結びつくのかが保証されていない面（診療機器があっても使いこなせるか？）がある。過程は評価結果が基準と比較されるので改善点が直接示される長所があるものの、基準の選定に専門知識が必要だったり、医学の進歩とともに変化したりする点がある。結果は、例えば生存率など指標の良し悪しが一般にわかりやすい（悪いことが起きたら質が低い）反面、評価結果が得られるのに時間がかかる（5年生存率なら5年）、原因となる診療との関連（患者の状態が悪化したらいつの診療が原因か？）が不明瞭である場合がある。また患者の基礎状態など診療の質以外の要素が大きく影響し、それを調節するのに複雑な統計的調節が必要になることが短所とされている。これらは目的と場合によって使い分けの必要がある。

■ 過程の評価のススメ

臨床現場に最も近い評価は過程の評価と考えられる。過程の評価は診療内容そのものを評価するということであり、特に臨床医の果たす役割は大きい。実際の評価方法としては、標準診療を診療の質指標（quality indicator, 以下 QI と略す）として記述し、実際にそれぞれ標準診療の対象となる患者に対してどの程度標準診療が行われているのか（標準診療実施率）を以てその患者集団（たとえば一定の施設を受診した患者）の受けた診療の質を評価する。もちろん様々な臨床状況が存在するため、多数の QI 項目として設定して多面的に評価する必要がある。

ここで注意しなければならないのは、最新の医学知識とは、何も新しい薬や機器の開発のことには限りないと言ふことである。臨床研究によって古い薬が見直されることは、アスピリンや糖尿病のメトホルミンなどの例もあり、逆に新しい期待の薬が副作用はあるのに効果はなかった、ということもまれではな

い。そのため、一般にその時点での最新の知識から有効な診療行為として、専門家間でコンセンサスがあるものを最先端の「標準診療」というのが妥当である。

■ 診療ガイドラインと診療の質評価指標 (quality indicator: QI)

診療ガイドライン、QIとも標準を記述する意味では共通する点も多い。後述するように筆者の関わる研究班でも実際に QI を作成する際には、ガイドライン推奨を元にした。しかし、ガイドラインと評価指標は目的が異なるため必ずと詳細が違ってくる。

まず、ガイドラインは最終到達目標が個人であり、評価指標は社会（集団）であるという点が一般臨床と公衆衛生の対比に似ているかもしれない。ガイドラインは臨床研究などの集団で得られた知見を現場に普及しそれを通じて最終的には個人の患者の診療の向上につなげることが目的である。つまり、方向としては集団から個人へと影響が向かっており、最終到達点が患者個人々々である点が臨床的である。一方で QI は個々の患者の受けた診療行為を収集して評価として集計し、それをもって集団の受けた診療の質を測定、さらにそこから改善策を計画したり、質を保証するための社会的な仕組みを検討したりすることが目的である。これは、到達点が集団・社会である点が特徴である公衆衛生の側面を表しているともいえる。

他にも情報の普及を目的としたガイドラインと評価を目的とした QI では、表現の仕方も異なる。ガイドラインは最新の診療技術・知識などの情報の伝達が目的であるため、簡潔でわかりやすくなくてはならない。そのため個別の患者に適応する各状況は臨床家の判断に任せられることになる。例えば、アスピリンが心筋梗塞患者の予後を改善するとして処方ガイドライン上で推奨するのに対しアスピリンアレルギーの既往のある患者について触れる必要は薄い。しかし、QI においては評価の一貫性を保つために、アスピリンが禁忌である患者に関する一定の配慮（禁忌例は分母から除外して対象外とするなど）についても少なくとも明示的に設定する必要がある。また、ガイドラインは標準が未確立の

場合にも「未確立である」ことを情報として普及させざる必要があるため言及することが重要な場合がある。一方でQIは標準が未確立の場合には、そもそも評価はできないためQIを設定しないことになる。

このQI設定における「標準が確立」という制約のため、標準の存在しない分野において各臨床現場で行われている工夫などについては評価の対象とすることはできない。そのため過程評価の主目的は「有効と判明していることを確実に行う」ことの検証であり、医学の進歩を牽引するよるような質の向上というよりも、どちらかというと「底上げ」的な側面が強い。先端的な試みや工夫の有効性を検証するのは「結果評価」の視点の方が有望かもしれない。もっとも結果評価は患者の基礎状態などの治療以外の要因を考慮する必要はある。これらの点に鑑みて、診療の質を総合的に評価するためには適宜過程と結果を組み合わせて行うのが必要であることも付記しておきたい。

がん診療における診療の質評価指標 (quality indicator: QI) の作成研究

このような過程の視点での評価指標を作成した研究が、がん診療の分野で行われた。「がん対策における管理評価指標の策定とその計測システムの確立に関する研究」〔主任研究者：祖父江友孝 国立がんセンター（現、独立行政法人国立がん研究センター）〕という研究班である。これは、2006（平成18）年「がん対策基本法」が成立し、がん医療の均てん化（全国での均しく高い質を確保）に実施を行うことが国や地方公共団体の責務として定められたにもかかわらず、実はその質を評価測定するための基準や尺度がない、という問題意識から始まっている。

基本に立ち戻り、まず、がん診療を何で評価すればよいかの問題である。がんの分野においては5年生存率が治療効果を測定する代表的な指標とされるが、これは結果指標であり受診患者の併存症や基礎状態が集団毎に異なるなど診療以外の要素に影響されてしまう。また、5年たたないと評価結果が出ないという問題もあり、がん医療の向上のための社会的施策を評価して必要に応じて軌道修正させていくためには適さない性質があった。一方で過程の視点によ

る評価は、そのような時間差がないためタイミングも良く評価結果を施策へ反映するのに役立つのではないかと考えられた。

先に過程の評価のためには標準診療をQIとすると述べたが、わが国で代表的とされる5つのがん（胃がん、大腸がん、乳がん、肝がん、肺がん）には診療（治療）ガイドラインが整備されており、そこから標準診療を抽出しQIの候補とすることが可能であった。そこで先に述べたような相違点に注意しながらこれらをQIの候補とした。また、海外の先行研究でも米国外科専門医会（American College of Surgeons）や臨床腫瘍学会（American Society for Clinical Oncology）が作成したQIや他の研究報告がいくつもあった。これらを元に、5つのがんでガイドライン策定に関わった先生方の参加を得、米国で開発され診療の質指標（quality indicator）の作成に頻繁に使われている

表 11 研究班で作成されたがん診療のQIの例

分母	分子
初回に肝切除術を受けた肝がん患者数	ICG15分停滞率が治療開始前に測定された患者数
Stage I～IIIの乳がんので乳房切除術を行われた患者	術前に乳房再建についての説明がなされた患者数
待期手術を受ける胃がん患者	診断的内視鏡検査の施行と、肉眼型、部位、進達度を含む検査結果詳細の診療録記載のある患者数
臨床病期I～II期の非小細胞肺癌と診断された患者	外科治療を行うか、行わない場合には根拠を診療録に記載された患者数
手術を受けた大腸がん患者数	術前に全大腸の検索（内視鏡検査または注腸造影検査）が施行された、もしくは施行されない理由が診療録に記載されている患者数
外来で定期的オピオイド処方を開始した患者数	便通対策が処方・指示された、または処方しない理由の記載がある患者数

RAND/UCLA 適切性評価法（デルファイ変法）とよばれる手法に従い上記5つのがん十緩和ケアで総計206のQIを作成した。

今回作成したQIの例を表11にあげる。原則、分母として対象患者を定義、分子としてそのような患者に原則行われるべき標準を示す、という形を取っている。例えば、「大腸がんの術前に全大腸の検索を行う」ことが標準と考えられたため、ここでは、「手術を受けた大腸がん患者」を分母（対象）として「全大腸の検索」を行った患者数が分子となった。しかし、術前に全大腸の検索を行うといっても通過障害や緊急手術のために全大腸検索ができない場合もあるため、実際のQIは「行わない場合は診療録に理由を記載することでもQIを満たしたことになるように設定されている。今回作成された全QIについては冊子やホームページ（<http://qi.ncc.go.jp>）で公開している。本稿作成現在パイロット施設においてこれらのQIをカルテから採録してQI毎の実施率を算出して検附中である。これらを応用すれば、目的に応じて施設毎や地域毎の比較などが可能になると考えられる。米国などにおいては保険団体系や学会などで、診療の質をこのような過程評価で測定し、その結果を各施設にフィードバックすることで診療の質が改善したという報告も多数見られている。ただ日本ではそのような評価結果が公表された事例が伝わって来やすいが、上記の外科専門医会、臨床腫瘍学会などの学会などが主体となって評価結果自体は外部へは非公開のまま施設毎に検討を促すことで診療の質の向上を目的とした活動の例もある。

どうやって診療の質の評価結果を生かしていくのか

短期的に採録や既存のデータなどを使って測定をすることは可能であるが、その結果をどのように考えどのように使っていくのかは考えておかなければならない。米国や諸外国では実例が蓄積しつつあるが、まず、診療の質は個別の患者に対する問題であると同時に、社会の問題でもあることを認識する必要がある。ここで注意しなければならないのは、診療の質の問題は必ずしも医療提供者側の問題ではない、ということである。例えばある施設が提供している診療の質の問題があったとすると、それはその施設だけの責任とはか

ぎらない。診療報酬の設定が質の高い診療にかかる費用に見合っておらず、経営・存続のための質を落とさざるを得ないかもしれない。また、なによりも診療の質を評価する体制がない状態ではコストを抑えることのみを経営側の視点が向いてしまうことによる弊害もあるだろう。コストは集計だけ行えば容易に可視化できるのに対して診療の質は様々な事項を考慮しなければ可視化できない。この見える・見えない、の違いは大きく、見えないものを考慮するのは難しいのである。

また、診療の質を評価する際には常にその影響を考えた上で制度設計をすることがある。過程の評価において標準実施率を使うと、良い評価を得ようとして標準を適用しない方が良い患者に対しても、標準診療（治療）が行われてしまうという弊害が起こる可能性もある。そのような弊害があっても、質向上への期待や質を評価しないリスクと比較してバランスを考えれば、評価は必要であることは疑いないと筆者は考えるが、少なくとも弊害への対策は必要である。これらのリスクは過程の評価に限ったことではなく、生存率などの結果評価を行った場合にも考えられる。例えば生存率の評価・公表を行うと、医療提供側は高リスクな患者、重症患者に医療提供をすることをためらうかもしれない。米国で心臓外科手術の死亡率を施設毎に公表している州、公表していない州の比較を行った結果、公表が始まった州では患者の手術前1年間の医療費が減り、公表活動のない州では変化がないという報告もある⁴⁾（ここでは、手術の記録や併存症の有無などによる重症度による検討では公表への対策から逆に併存症を多く記録するといった影響があるため、そのような影響がないと考えられる手術前1年の医療費を重症度の指標として使っている）。この影響とは、それまで手術の効果が期待できないような重症患者に対して手術をしていたのが適正化したのか、重症患者が手術を受けにくくなってしまったのかは不明な面があるが、少なくとも制度は検証と工夫が必要であることを示している。また、質の評価結果を公開することも、これらの影響を大きくすることを示している。くともまず、非公開で試行してよく検討することが重要であると考えられる。

●引用文献

- 4) Dranove D, Kessler D, McClellan M, et al. Is More Information Better? The Effects of Report Cards on Health Care Providers. *Journal of Political Economy*. 2003; 111: 555-88.

〈東 尚弘〉

まとめ

以上、診療の質評価に関する話題を述べてきたが、診療の質評価は臨床と公衆衛生の接点という冒頭の主張は納得いただけたであろうか。評価や認定を行うのは役所の仕事という考えも聞かれるが、わが国の医療の向上を達成するためには、公機関と医療施設、臨床家のパートナーシップが必須である。これらの診療の質の評価が妥当であるためには、臨床専門家が主体となって内容の設定を行うことが必須であるとは言ってもないが、その評価の実務的な視点や社会的な影響などを公衆衛生の専門家が担当するという協力関係が今求められているのである。

◆さらに勉強するために

- 1) Donabedian A. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Ann Arbor: Health Administration Press; 1980. (東 尚弘, 訳. 医療の質の定義と評価方法. 東京, 京都: iHOPE 出版; 2007.)
⇒頻繁に引用される構造・過程・結果のドナベディアモデルだけではなく質を考えるのに様々な事項を検討した力作である。
- 2) The Institute of Medicine. Crossing The Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. National Academies Press; 2001. (医学ジャーナリスト協会, 訳. 医療の質 谷間を越えて 21世紀システムへ. 東京: 日本評論社; 2002.)
⇒米国で医療の質に関する医学研究所の提言書。米国での医療が冷静にデータに基づいて分析されわかりやすくその質向上に関して解説してある。
- 3) 祖父江友孝, 東 尚弘, 編. 診療の質指標 Quality Indicator 「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に関する研究」班報告. (<http://qi.ncc.go.jp>)
⇒わが国で Quality Indicator を作成した活動の記録。基本的な考え方や議論が記されている。



9784498071100



1923047028006

ISBN978-4-498-07110-0
C3047 ¥2800E



定価(本体 2,800 円+税)

今日の問題

臓器がん登録の現状

—臓器がん登録の実態についての調査報告—

The current status of site-specific cancer registries in Japan

東 尚 弘^{*1*2} 祖父江 友孝^{*3}

HIGASHI Takahiro

SOBUE Tomotaka

西 本 寛^{*4}

NISHIMOTO Hiroshi

わが国では臓器がん登録として各専門学会が独自のがん登録を運営しているが、これまでがん登録同士の連携や情報共有が少なく、個人情報管理や予後追跡など共通の問題にも各登録が個別に対応していた。臓器がん登録事務局へその登録対象・登録情報・精度管理・予後調査などの実態調査を行い、了解の得られた14登録について報告する。血液疾患登録を除く全登録で外科症例は登録対象であったが、化学療法のみ、緩和のみの症例を登録対象とするかは登録によってさまざまであった。地域がん登録による全国推計罹患数に比較して登録のカバー率は6~78%と幅が見られた。多くのがん登録で電子システムが取り入れられ、各参加施設で連結可能匿名化の後登録がなされていた。予後調査については、予後不明割合はおおむね20%前後であり共通の課題と考えられた。今後は院内がん登録などの公的な仕組みを含めたがん登録の連携により効率的にがん対策を進めることが必要である。

I. 研究目的

1960年代より各臓器の専門学会による自主的ながん登録活動(臓器がん登録)が行われてきている¹⁾。これらの臓器がん登録は各臓器に特化して詳細な臨床的項目が収集されており、各癌の取扱規約やガイドラインを作成する際に活用されてきたが、その実態は各臓器によりさまざまであり臓器横断的に連携をもって調査が行われることは少なかった。これは臓器がん登録がそれぞれ個別の対象臓器の診療に寄与することに主眼が置かれていたため他の臓器の情報に関して必要性が高くな

いことから理解できるが、実際の運用に関する部分では、個人情報に対する対策や、収集方法に関するIT技術の活用、予後情報の収集など共通の課題も多いと考えられる。

本研究は、そのような認識に基づき効率よく課題に対処可能な環境作りを目標に、第1のステップとして各臓器分野において独自に運営されている臓器がん登録の実態を把握することを目的とする。

II. 研究方法

すでに研究班や以前の調査報告などから連絡担

*1東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻健康医療政策学分野 *2国立がん研究センターがん対策情報センターがん情報・統計部 *3部長 *4室長

Key words: 臓器がん登録/情報連携/実態調査

当者のわかる臓器がん登録の事務局に対して、平成22年2月郵送で質問紙を送付した。また回答と同時に調査時点で入手可能な最新の報告書と登録項目表(または登録様式テンプレート)も同封を依頼して収集を行った。調査票では、実施状況(中断・実施)、登録協力依頼範囲、登録症例数、登録間隔、登録対象、登録方法(電子媒体使用の有無)、倫理審査や匿名化の実態、予後調査の実施状況などについて聴取した。登録数については、地域がん登録による「全国がん罹患モニタリング集計」²⁾をもとにカバー率を算出した。なお、平成22年7月1日時点での最新版が2005年推計値であったため、臓器がん登録の登録症例がそれよりも新しい場合には、2005年の推定罹患数を使用した。登録項目表からは項目を基本情報、腫瘍情報、治療情報、予後情報、その他に分類の上、項目数を筆者らが計数した。患者の性別年齢などの情報に加えて、現病歴や併存症などは、基本情報に、病期や手術、病理所見などの観察情報や腫瘍マーカー値などは腫瘍情報、術式や内視鏡治療の方法、化学療法の有無やレジメン、放射線療法の部位線量などは治療情報と分類した。

平成22年3月31日現在回答の返却のあったがん登録について、回答をまとめた。臓器がん登録名付きでの結果の報告の可否を質問紙で聴取しており、その回答が「名前を出した上で報告して良い」という臓器がん登録のみ一覧表で個別の回答を集計した。

なお、本研究は個人を対象とした調査ではないことから、国立がんセンター(現・国立がん研究センター)倫理審査委員会が付議不要と判定された。本研究は、厚生労働省がん研究開発費「院内がん登録および臓器がん登録と連携した診療データベースの構築と活用に関する研究」の助成を得ている。

III. 研究結果

1. 回答状況

18登録を対象として調査を行ったところ、16

登録から有効回答を得、1登録については事務局不明により返送、1登録は無回答であった。報告形式の問いに対し、14登録は顕名で可、1登録が「集計としてのみ」、1登録が「回答保留」とした。

今回は集計のみとの回答が1登録しかなく、集計と顕名の一覧を混在させると、集計のみに含まれた回答が割り出される可能性もあるため、顕名を許可された登録のみについて報告する。

なお現在、登録を中断している登録(頭頸部癌、甲状腺癌)については、登録を実施していた最も新しい情報について回答を得た。

2. 登録協力施設の範囲と回答率

調査時点(平成22年3月)での登録実施状況を表1に示す。登録協力施設は、学会の加盟施設、評議員所属施設、教育施設などの関連施設が多数であるが一部、会員かどうかに関わらず広く参加を依頼しているところがある(7/14)。しかし、依頼された施設のうち、実際に登録に協力する施設の割合は臓器によってさまざまであった。地域がん登録の全国の推定罹患数に比較すると登録カバー率は半分以下(9/14)が多数であったが、傾向として登録症例数は増加傾向にあるところが多数であった。

3. 登録対象となる症例

登録対象に関する回答の一覧を表2に示す。回答したすべての登録で、年齢制限はなかった。外科切除性はすべての登録で対象となっていたのに対し、化学療法のみ症例、放射線療法のみ症例を対象としたのは11登録であった。外来治療のみ症例に関しても多数が対象としていたが、非対象とした登録が3登録あった。

一方で、セカンドオピニオンのみで来院した患者を対象と回答したのは、血液疾患のみ、緩和ケアのみ症例は5登録が対象とした。再発初診の症例は、4登録のみが対象とした。登録施設以外で行われた治療に関しては対象としている登録は少数(前医4/14、術後1/14)であった。

表1 各臓器がん登録の実施状況とカバー率

疾患名	H22.3 現在	登録 間隔 (年)	依頼先	依頼 施設数	登録 症例 年度	登録 施設数	登録 症例数 (1)	傾向	施設 回答率	全国推定 罹患数* (2)	推計 症例年**	推定カバー率 (1)÷(2)
血液疾患*	実施	1	日本血液学会専門医	490	2008	227	5,420	不明+	46%	30,436	2005	18%
胃癌	実施	1	年間50症例以上ある施設	472	2009	208	15,040	不明+	44%	106,760	2002	14%
頭頸部癌	中断	1	学会の加盟施設すべて	250	2003	134	3,219	増加	54%	15,384	2003	21%
甲状腺癌	中断	1	学会の加盟施設すべて	約200	2005	86	3,459	増加	約43%	9,219	2005	38%
原発性肺癌	実施	5	学会指定の専門医(認定医) 教育施設	570	2002	358	18,852	増加	63%	73,635	2002	26%
脳腫瘍	実施	4	会員個人へ依頼	約1,000	2001~ 2004	102	1,953	不変	約10%	4,392	2000	78%
子宮頸癌	実施	1	協力申請し認定された施設	281	2008	227	5,381**	増加	81%	16,422	2005	67%**
子宮体癌	実施	1	協力申請し認定された施設	281	2008	227	5,398	増加	81%	8,189	2005	66%
卵巣腫瘍	実施	1	協力申請し認定された施設	281	2008	227	4,811†	増加	81%	8,304	2005	58%
大腸癌	実施	1	学会の加盟施設すべて	約430	1999	86	5,273	減少	約20%	90,289	1999	6%
食道癌	実施	1	評議員所属施設	450	2002	222	4,281	増加	49%	16,323	2002	26%
原発性肝癌	実施	2	個人会員, 施設会員の施設, 過去の協力施設	864	2004~ 2005	544	20,753	増加	63%	83,709	2004~ 2005	25%
乳癌	実施	1	参加表明施設 (学会員+非学会員)	568	2007	290	23,495	増加	51%	50,695	2005	46%
骨軟部腫瘍	実施	1	大学, がんセンター, 基幹病院など	230	2008	90	4,764‡	増加	39%	3,472	§	53%

*外科的貧血および鉄欠乏性貧血を除く血液疾患 **登録症例数(1)には上皮内癌5,687名を含んでいない。カバー率は総数で計算
 †オンライン登録へ移行期のため少ない。カバー率は2000年の報告における原発性腫瘍を地域がん登録と比較することで算出
 ‡境界悪性含む †統発性骨腫瘍, 良性腫瘍を含む。カバー率の算定には悪性腫瘍のみで算出。 +再開後まもないため傾向がわからない。
 §地域がん登録データの1993~2003年診断例のうち利用可能な罹患率と2008年人口の年齢階級別・性別分布より算定。
 ※地域がん登録による全国推定罹患数。症例年度は可能な限り臓器がん登録症例年度に近いものを使用しているが、同一とは限らない。

表2 各臓器がん登録における登録対象・非対象

疾患名	外科治療 のみ	内視鏡 のみ	化療 のみ	放射線 のみ	セカンドOp 症例	緩和ケア のみ	外来治療 のみ	再発初診 症例	当院無治療 他院紹介例	再治療	治療後 当院受診例	術後他院 治療継続例	前医治療の 情報	術後転院例 の情報
血液疾患	対象	対象	対象	対象	対象	対象	対象	対象	対象	対象	対象	対象	非対象	非対象
胃癌	対象	非対象	非対象	非対象	非対象	非対象	非対象	非対象	非対象	非対象	対象	非対象	非対象	非対象
頭頸部癌	対象	NA	対象	対象	非対象	対象	対象	非対象	対象	非対象	非対象	対象	対象	非対象
甲状腺癌	対象	NA	非対象	非対象	非対象	非対象	非対象	非対象	非対象	非対象	対象	対象	対象	非対象
原発性肺癌	対象	対象	対象	対象	非対象	対象	対象	非対象	非対象	非対象	非対象	不明	非対象	不明
脳腫瘍	対象	対象	対象	対象	非対象	非対象	非対象	非対象	非対象	非対象	対象	対象	非対象	非対象
子宮頸癌	対象	NA	対象	対象	非対象	非対象	対象	非対象	非対象	非対象	非対象	対象	非対象	不明
子宮体癌	対象	NA	対象	対象	非対象	非対象	対象	非対象	非対象	非対象	非対象	対象	非対象	不明
卵巣腫瘍	対象	NA	非対象	非対象	非対象	非対象	不明	非対象	非対象	非対象	非対象	対象	非対象	不明
大腸癌	対象	対象	対象	対象	不明	不明	対象	非対象	不明	非対象	非対象	対象	対象	不明
食道癌	対象	対象	対象	対象	不明	不明	対象	対象	不明	非対象	対象	対象	不明	不明
原発性肝癌	対象	NA	対象	対象	不明	対象	対象	対象	対象	非対象	対象	対象	不明	不明
乳癌	対象	不明	対象	対象	非対象	非対象	対象	非対象	非対象	非対象	不明	対象	対象	対象
骨軟部腫瘍	対象	対象	対象	対象	非対象	対象	対象	対象	非対象	非対象	不定・不明	対象	非対象	非対象

NA: 該当せず

表3 データ収集の方法と登録協力施設への倫理的配慮の依頼事項

疾患名	データ収集		倫理的配慮			
	データ収集手段	テンプレート	登録施設で倫理承認	事務局で倫理承認	施設での患者同意方法	匿名化の方法
血液疾患	Web以外のインターネット	病名構造 PDF ファイル	施設の判断	あり	掲示で周知を依頼	連結可能匿名化
胃癌	Web以外のインターネット	ファイルメーカー	施設の判断	あり	掲示で周知を依頼	連結可能匿名化
頭頸部癌	紙	登録票(紙)	施設の判断	なし	依頼なし	顕名
甲状腺癌	紙	登録票(紙)	施設の判断	なし	依頼なし	顕名
原発性肺癌	Web	自主開発のソフト	施設の判断	あり	依頼なし	連結可能匿名化
脳腫瘍	Web	UMIN オンラインシステム	施設の判断	あり	依頼なし	連結可能匿名化
子宮頸癌	Web	UMIN オンラインシステム	施設の判断	なし	依頼なし	連結可能匿名化
子宮体癌	Web	UMIN オンラインシステム	施設の判断	なし	依頼なし	連結可能匿名化
卵巣腫瘍	Web	UMIN オンラインシステム	施設の判断	なし	依頼なし	連結可能匿名化
大腸癌	電子媒体を郵送	ファイルメーカー	施設の判断	あり	依頼なし	連結不可能匿名化
食道癌	電子媒体を郵送	ファイルメーカー	施設の判断	あり	依頼なし	連結不可能匿名化
原発性肝癌	電子媒体を郵送	ファイルメーカー・エクセル	施設の判断	あり	依頼なし	連結可能匿名化
乳癌	Web以外のインターネット	ファイルメーカー	施設の判断	なし	依頼なし	連結可能匿名化
骨軟部腫瘍	電子媒体を郵送	オーダーメイドのアプリケーション	施設の判断	あり	掲示で周知を依頼	同意が得られた場合は連結可能, 得ていない場合は連結不可能匿名化

4. 登録方法

登録方法は、現在登録の実施を継続しているすべての登録で、何らかの電子媒体を使用した登録を行っていた(表3前半)。しかし、その方法は、登録のテンプレートはファイルメーカーを用いる登録と、独自にホームページやソフトを開発する登録、UMINのオンラインシステムを用いる登録などさまざまであった。

5. 研究倫理的配慮と個人情報

表3後半に倫理的配慮に関する回答の一覧を示す。すべての登録で、各協力施設における倫理審査は施設に任されており、登録事務局での倫理審査・承認は8登録で行われていた。患者の個別同意を協力施設に要請しているところは存在しなかったが、血液疾患、胃癌、骨軟部腫瘍登録では院内掲示による患者への周知を依頼していた。匿名化は現在実施している登録すべてで行われていた。しかし、そのため中央事務局での登録症例の重複チェックが困難であり、ほとんどの登録で協

力施設内での重複チェックを依頼していた(表4, 1-2列)。

6. 品質管理と報告

表4に各段階における、データの整合性チェック、有効回答割合算出の有無を示す。整合性のチェックは、入力時、提出時、集計時の各段階ですべての登録において少なくともいずれかの段階で行われていた。また、有効回答割合については、多数で(10/14)で基本的に算出されていた。また、有効回答割合を算出しない登録においても、整合性チェックを行っており全例有効と考えている、との付記があった。定期報告については、一般へ公開あるいは学会員へ報告されていた。データの二次利用については、手続きの定められている登録(8登録)、とくに手続きが定められていないが許可されている登録(4登録)、許可は出していない登録(2登録)と対応が分かれた。

表4 データの品質管理と報告、二次利用の状況

疾患名	重複チェック		整合性チェック			有効回答割合の計算				報告・データの二次利用	
	中央での 重複チェック	施設内重複 禁止の依頼	入力時	提出時	集計時	ステージ	病理 組織型	年齢	性別	定期報告	二次利用
血液疾患	なし	なし	あり	なし	なし	なし	なし	なし	なし	学会員へのみ	不許可
胃癌	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	一般へ公開	許可(手続き定)
頭頸部癌	あり	あり	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	一般へ公開	許可(手続き定)
甲状腺癌	あり	あり	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	学会員へのみ	不許可
原発性肺癌	なし	あり	あり	なし	あり	あり	あり	あり	あり	一般へ公開	許可(手続き定)
脳腫瘍	なし	あり	あり	なし	なし	NA	あり	あり	あり	一般へ公開	許可(手続き定)
子宮頸癌	なし	あり	あり	なし	なし	なし*	なし*	なし*	なし*	一般へ公開	許可(手続き不定)
子宮体癌	なし	あり	あり	なし	なし	なし*	なし*	なし*	なし*	一般へ公開	許可(手続き不定)
卵巣腫瘍	なし	あり	あり	なし	なし	なし*	なし*	なし*	なし*	一般へ公開	許可(手続き不定)
大腸癌	なし	あり	あり	なし	なし	あり	あり	あり	あり	学会員へのみ	許可(手続き定)
食道癌	あり	あり	あり	なし	あり	あり	あり	あり	あり	一般へ公開	許可(手続き定)
原発性肝癌	あり	なし	なし	なし	あり	あり	あり	あり	あり	一般へ公開	許可(手続き定)
乳癌	なし	あり	あり	なし	なし	あり	あり	あり	あり	一般へ公開	許可(手続き定)
骨軟部腫瘍	なし	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	一般へ公開	許可(手続き不定)

*入力時チェックを行っているのので、すべて有効と考えられており、算出をしていない。

表5 予後調査の状況

疾患名	予後算 出時点 (年後)	予後情報の登録時期	起点	予後不明 割合(%)	左記割合 算出年	不明割 合公表	生存率算出における 不明例の扱い
血液疾患	1	登録と分けて後に追跡	診断日	算出せず	.	.	生存率を算出せず
胃癌	7	予後付で同時登録	初回手術日	21.4	2002	あり	生存打ち切りとする
頭頸部癌	5	登録と分けて後に追跡	当院初診日	20	1999	なし	生存打ち切りとする
甲状腺癌	10	登録と分けて後に追跡	治療開始日	20.6	1977~1992	あり	生存打ち切りとする
原発性肺癌	5	予後付で同時登録	初回手術日, 診断日	算出せず	.	.	分母から除外
脳腫瘍	5	予後付で同時登録	治療開始日	算出せず	.	.	生存打ち切りとする
子宮頸癌	3, 5	登録と分けて後に追跡	治療開始日	19.8	2000	あり	死亡として扱う
子宮体癌	3, 5	登録と分けて後に追跡	治療開始日	17.0	2000	あり	死亡として扱う
卵巣腫瘍	3, 5	登録と分けて後に追跡	治療開始日	-	-	-	未定(登録開始後, 現時点で予後未発表)
大腸癌	5	1999~は後に追跡*	初回手術日	19.6	1999	あり	生存打ち切りとする
食道癌	2, 5, 8	予後付で同時登録	治療開始日, 初回手術日	算出せず	.	.	生存打ち切りとする
原発性肝癌	3, 5, 10	登録と分けて後に追跡	入院日	25.8	1994~2005	あり	生存打ち切りとする
乳癌	5, 10	登録と分けて後に追跡	治療開始日	-	-	-	未定(予後未解析, 通常は生存打ち切り)
骨軟部腫瘍	2, 5, 10	登録と分けて後に追跡	診断日	-	-	-	未定(予後未解析)

7. 予後情報収集(表5)

予後情報については、すべての登録で登録が実施されていた。予後を算出する時期については、

短いものでは1年後、長いものでは10年後まで各臓器のがんの特性に合わせてさまざまであった。症例の登録と予後情報の付加の時期は、同時に登

表6 各臓器がん登録における登録項目数

疾患名	総項目数	基本情報 (現病歴含む)	腫瘍情報 (病期、手術・病理 所見を含む)	治療情報	予後情報*	その他
胃癌	53	7	33	9	4	
頭頸部癌	103	8	59	26	3	7(追跡)
甲状腺癌	68	19	32	11	6	
原発性肺癌	63	6	44	8	5	
脳腫瘍(原発性)**	43	11	8	13	11	
脳腫瘍(転移性)**	44	11	9	13	11	
子宮頸癌	23	3	13	7	-	
子宮体癌	22	3	12	7	-	
卵巣腫瘍	30	4	13	13	-	
大腸癌	124	12	87	17	8	
食道	136	19	61	52	4	
原発性肝癌	185	29	83	26	4	43(再発の状況)
乳癌	113	14	13	86	-	
骨軟部腫瘍	188	23	38	90	37	

注：登録項目表/様式を元に筆者らが計数したため、各事務局の公表する項目数とは異なる場合がある。

血液疾患登録については、疾患により項目が細分化されているため表に含めなかった。

*予後情報については、提出された登録項目表/様式に該当項目がない場合には「-」とした。

**様式が原発性、転移性で異なる

録しているのが4登録、分けて登録している登録は9登録であった。また1登録においては移行期にあった。予後を算出する起点は臓器ごとにそれぞれであったが、大半が、手術日や治療開始日と回答した。また協力施設での予後確認の方法については全登録でとくに指定をしていなかった。最終生存確認日(月)、死亡日(月)についてはすべての登録で収集されていた。予後不明割合を算出している登録は半数であり、その割合はほぼ2割前後であった。生存率は10登録で算出されていたが、その際不明例の扱いは、生存打ち切りが7/10であり、他、分母から除外(1登録)、死亡として扱う(2登録)であった。

8. 登録項目数(表6)

それぞれの臓器がん登録における登録項目数を表6に示す。総項目数は、22項目~183項目と、幅があった。なかでも病期や手術・病理所見、術前の腫瘍マーカー値などの腫瘍に関する情報が多数を占めており、また治療情報についても手術や

内視鏡、放射線療法などの治療選択ばかりでなく、術式や放射線の線量などの情報が項目としてあげられていた。

IV. 考 察

臓器がん登録は、これまで学会の自主的な研究活動として行われており、各登録が独立に発展してきた。臓器が異なれば、がんの特徴・治療法・予後などもすべて異なり、それぞれが高度な専門性を持っているため、この多様性は自然なことといえる。本研究はこのような独立した臓器がん登録の実態を明らかにして今後の資料とすることを目的として実施された。

今回の調査では、臓器ごとの多様性が見られた一方で、その運営について共通の課題も存在することが明らかになった。そのような課題の一つとして、予後の収集があげられる。回答のあった登録における予後不明割合は一貫しておおむね2割前後であった。予後調査は協力施設の負担も大き

いため、予後判明率を上げる努力を施設に強いることは過大な負担につながる。しかし、生存率算出において、院内情報のみで把握可能な予後情報のみを使用した場合と、役場照会を行いほぼ全例の予後を判明させた場合で算出した生存率を比較した先行研究では、予後判明率が高いほど生存率は高く算出される例が報告されている³⁾。そのような偏りのある数値の算出を避けるため、予後追跡・生存率公表のモデルを示した全国がん(成人病)センター協議会加盟施設の生存率協同調査における公表指針では「予後(消息)判明率95%以上目標、90%未満は算定中止」としている⁴⁾。今後、協力施設の負担を増やさずに予後判明率を上昇させるためには、院内がん登録、地域がん登録など公的なしくみにより予後情報を系統的に収集し、一定の個人情報保護の元、臓器がん登録へ円滑に提供する仕組みが必要であると考えられる。

また、登録症例のカバー率も共通の課題かもしれない。これは、臓器によって非常に大きな幅が見られた。もっとも精度の高い詳細情報を収集するためには対象を広げるよりも高度な専門施設に限って登録を行った方が良いという考え方もある。しかし、カバー率が低く偏りがあるサンプルから得られた結果は解釈が困難であるため、対象を絞るのならばその偏りの方向と程度に関する考察は必要である。

臓器がん登録は多くは外科医を中心に行われてきたことから手術症例が中心であると考えられがちであったが、今回調査した登録においては、多くが化学療法のみ、放射線療法のみのもも登録対象としていることが判明した。しかし、実際収集された報告書から判明した手術症例の割合と、2007年全国の院内がん登録の登録例における手術症例の割合⁵⁾と比較すると、それぞれ、大腸癌(87%(1998年) vs 73%)⁶⁾、乳癌(99%(2007年) vs 93%)⁷⁾、肝癌(31%(2004～2005年) vs 25%)⁸⁾と、臓器がん登録で手術症例が多いことがわかる(胃癌、肺癌の報告書は切除例のみのため割愛)。院

内がん登録は日本全体を代表しているわけではないことに留意すべきではあるが、手術症例が現時点で多く登録される印象を裏づける結果のひとつではある。

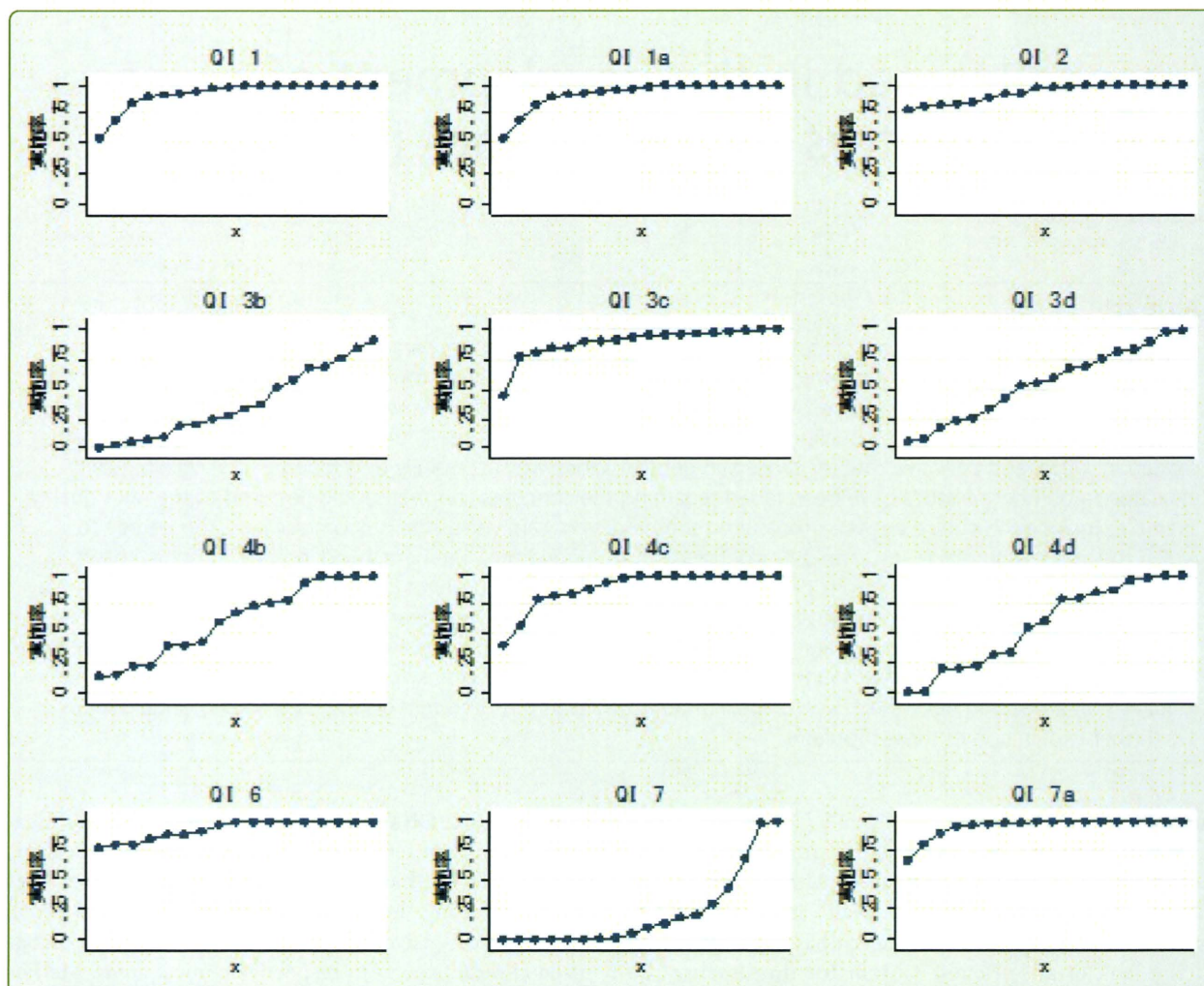
これまで臓器がん登録に対しては一般に公的機関による関与はほとんど行われてこなかった。2007年に作成された国のがん対策の方向性を定めたがん対策推進基本計画においても「臓器がん登録」としてその存在は認められているものの、その国のがん対策の位置づけや方向性については、「予後調査にあたって(中略)臓器がん登録との連携(中略)について更なる検討を行っていく。」と述べられているにすぎない⁹⁾。これは、一つは臓器がん登録が、今回の調査で示されたように、数が多く多彩であるばかりでなく統一した窓口が存在せず、意思決定や連携がとりづらいことが一つの原因かもしれない。また、がん登録側も各専門分野に特化しており他臓器や公的機関と連携する必要性をあまり感じていないことや、自主性を重視して連携を避ける傾向にあったことも一因かもしれない。しかし、がん対策基本法が施行され国全体ががん対策に取り組む時勢にあって、その中心の医療を担う専門家団体がその情報収集に当たって分離している状態が良いのかどうかは少なくとも再検討する必要があるのではないかと考えられる。がん対策基本計画において、学会が果たすべき役割を明確にした上で(ガイドライン作成、専門医資格認定など)、臓器がん登録の役割を再検討し、役割に応じた公的連携を考慮すべきではないか。今後の多くの学会、がん登録主体が協力・連携して共通の課題を克服することで、学会・がん登録主体自身にとって良い方向へ作用するだけでなく、ひいては、国全体のがん対策の促進要因となることが望まれる。

(謝辞)

本研究の調査にご回答をいただきました、各臓器がん登録のご担当の先生方に感謝致します。

文 献

- 1) 兎玉哲郎：臓器別がん登録における生存率調査の概要。JACR Monograph 7:32-34, 2001.
- 2) 独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター：全国がん罹患モニタリング集計。
<http://ganjoho.ncc.go.jp/professional/statistics/monita.html>
(Accessed on 07.22.2010)
- 3) 木下洋子, 味木和喜子, 木下典子ほか：がん専門施設における生存率計測の標準化。癌の臨床 46:1197-1203, 2000.
- 4) 全がん協加盟施設の生存率協同調査・公表指針：<http://www.gunma-cc.jp/sarukihan/seizonritu/sisin.html>
(Accessed on 4.16.2008)
- 5) 独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター：がん診療連携拠点病院院内がん登録全国集計2007。
http://ganjoho.jp/professional/statistics/hosp_c_registry.html (Accessed on 7.22.2010)
- 6) Registry Committee, Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum: Multi-Institutional Registry of Large Bowel Cancer in Japan Vol.24 Cases treated in 1998 (Prospective Registry Data).
- 7) 日本乳癌学会, 登録委員会：全国乳がん患者登録調査報告-暫定版-第38号2007年次症例。
- 8) 日本肝癌研究会：第18回全国原発性肝癌追跡調査報告(2004~2005)。2009.
- 9) がん対策推進基本計画：<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-1a.pdf> (Accessed on 8.10.2010)



Lessons learned in the development of process quality indicators for cancer care in Japan

Higashi