

## 2. 論文発表

1. Iwasa S, Nakajima TE, Nakamura K, Takashima A, Kato K, Hamaguchi T, Yamada Y, Shimada Y. Systemic chemotherapy for peritoneal disseminated gastric cancer with inadequate oral intake: a retrospective study. *Int J Clin Oncol* 16(1): 57-62, 2011
2. Iwasa S, Yamada Y, Fukagawa T, Nakajima T.E, Kato K, Hamaguchi T, Morita S, Saka M, Katai H, Shimada Y. Management of adjuvant S-1 therapy after curative resection of gastric cancer: dose reduction and treatment schedule modification. *Gastric Cancer* 14(1): 28-34, 2011
3. Okita N.T, Kato K, Takahari D, Hirashima Y, Nakajima T.E, Matsubara J, Hamaguchi T, Yamada Y, Shimada Y, Taniguchi H, Shirao K. Neuroendocrine tumors of the stomach: chemotherapy with cisplatin plus irinotecan is effective for gastric poorly-differentiated neuroendocrine carcinoma. *Gastric Cancer* 14(2): 161-165, 2011
4. Tanai C, Nakajima T.E, Nagashima K, Kato K, Hamaguchi T, Yamada Y, Muro K, Shirao K, Kunitoh H, Matsumura Y, Yamamoto S, Shimada Y. Characteristics and outcomes of patients with advanced gastric cancer who declined to participate in a randomized clinical chemotherapy trial. *J Oncol Pract* 7(3): 148-153, 2011
5. Iwasa S, Nakajima T.E, Nakamura K, Takashima A, Kato K, Hamaguchi T, Yamada Y, Shimada Y. First-line fluorouracil-based chemotherapy for patients with severe peritoneal disseminated gastric cancer. *Gastric Cancer* [Epub ahead of print] 2011 May 15
6. Kato K, Chin K, Yoshikawa T, Yamaguchi K, Tsuji Y, Esaki T, Sakai K, Kimura M, Hamaguchi T, Shimada Y, Matsumura Y, Ikeda R. Phase II study of NK105, a paclitaxel-incorporating micellar nanoparticle, for previously treated advanced or recurrent gastric cancer. *Invest New Drugs* [Epub ahead of print] 2011 Jul 5
7. Sato T, Yamada Y, Muro K, Hayashi H, Shimada Y, Takahari D, Taku K, Nakajima TE, Shi X, Brown KH, Boku N. Phase I study of cediranib in combination with cisplatin plus fluoropyrimidine (S-1 or capecitabine) in Japanese patients with previously untreated advanced gastric cancer. *Cancer Chemother Pharmacol* [Epub ahead of print] 2011 Aug 19
8. 島田安博 胃がん化学療法の新展開 日本消化器病学会雑誌 第108巻 第9号 1521-1527, 2011

## 3. 学会発表

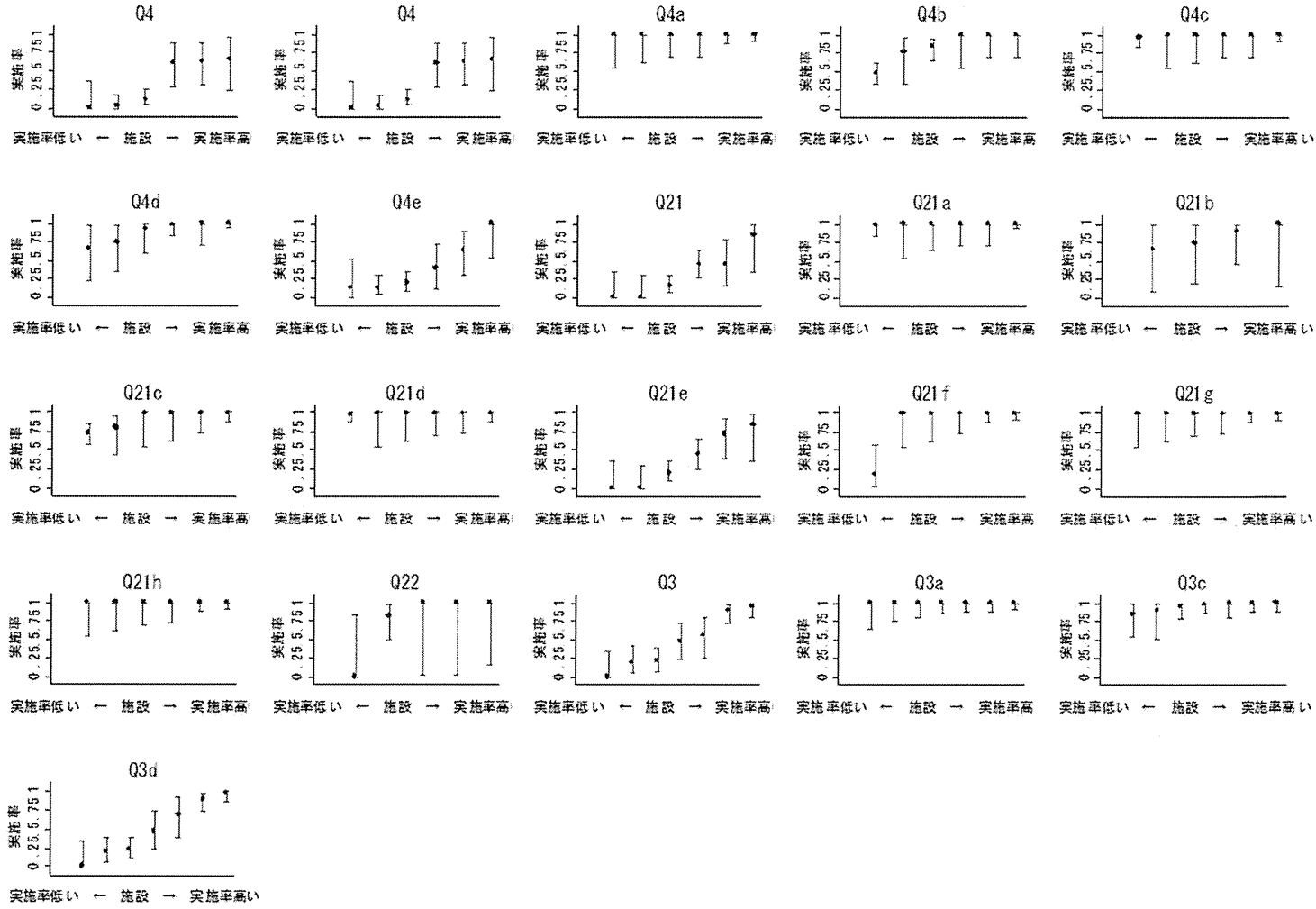
1. 東 尚弘、島田安博、中村文明、岡村健、祖父江田友孝 消化器がん診療の Quality Indicator PD10-4 胃癌診療の Quality Indicator の作成・実測の試みと今後 第66回日本消化器外科学会総会 2011/7/14 (名古屋)

H. 知的財産権の出願登録情報  
なし

別表1 胃癌 優先QI 7施設測定結果(N=323)

分母	分子	条件	全体		グラフ 記号				
			患者数	実施率					
<b>内視鏡治療関連</b>									
4	内視鏡切除を受けた胃癌患者数	術前検査(内視鏡検査/UGI)が行われ、以下の事項が記載されている患者数 ・肉眼型 ・部位 ・腫瘍径 ・深達度 ・UL所見の有無	以下の全てを満たす	108	21%	4			
			・部位	108	100%	4a			
			・腫瘍径	108	72%	4b			
			・肉眼型	108	99%	4c			
			・深達度	108	94%	4d			
			・UL所見の有無	108	29%	4e			
21	内視鏡切除を受けた胃癌患者数	以下のすべての事項を含む病理組織学的診断が診療録に記載されている患者数 ・深達度 ・SM浸潤度(SM癌の場合) ・病変の大きさ ・組織型 ・UL所見の有無 ・脈管侵襲の有無 ・水平断端 ・垂直断端	以下の全てを満たす	108	28%	21			
			・深達度	108	99%	21a			
			・SM浸潤度(SM癌の場合)	17	82%	21b			
			・病変の大きさ	108	87%	21c			
			・組織型	108	99%	21d			
			・UL所見の有無	108	32%	21e			
			・脈管侵襲の有無	108	93%	21f			
			・水平断端	108	100%	21g			
			・垂直断端	108	100%	21h			
			22	胃癌に対して内視鏡切除を受け、組織学的検索で ・垂直断端陽性、 ・脈管侵襲陽性、 ・深達度がSM2(500mm以上)のいずれかを認めた患者数	外科的追加切除(リンパ節郭清を伴う)が施行されたか、または施行されない理由が診療録に記載されている患者数	追加切除か理由記載	17	76%	22
						追加切除の施行自体	17	65%	22a
<b>手術関連</b>									
3	根治的な待期手術を受けた胃癌患者数	術前検査(内視鏡検査/UGI)が施行され、検査結果詳細(肉眼型、部位、深達度)が記載されている患者数	以下の全てを満たす	164	55%	3			
			部位	164	100%	3a			
			肉眼型	164	97%	3c			
			深達度	164	57%	3d			
23	胃癌に対して根治手術を受け組織学的に取り扱い規約Stage II、III(pT1を除く)の進行癌と診断され6週以内に退院した患者数	S-1療法による補助化学療法の選択肢が提示されたか、または提示しない理由が診療録に記載されている患者数	S-1または施行しない理由	45	93%	23			
			S-1施行	45	64%	23a			
14	sT1N2またはsT2-3N0-2の胃癌患者数	初回治療として定型手術が施行されている、または施行されない理由が診療録に記載されている患者数	定型手術の施行か理由記載	65	89%	14			
			定型手術の施行	65	86%	14a			
7	待期手術を受けた胃癌患者数	合併症の内容とその発生率、死亡率を含めた手術のリスクが説明され(患者に説明できない場合には代理人に)、その診療録記載がなされている患者数	以下の全てを満たす	164	43%	7			
			合併症の内容	164	94%	7a			
			合併症発生率	164	43%	7b			
			死亡率	164	58%	7c			
<b>化学療法</b>									
26	化学療法を受けた胃癌患者数	各レジメン開始前にPerformance Status(PS)が評価されている患者数	「PS」の数字記載	103	22%	26			
41	化学療法を受けた胃癌患者数	初回治療開始後最初の3ヶ月間は、月1回以上、下記の血液検査がなされている患者数 ・白血球数(好中球数を含む) ・血小板数 ・総ビリルビン、AST、ALT ・血清クレアチニン値	以下の全てを満たす	83	71%	41			
			・白血球数(好中球数を含む)	83	72%	41n			
			・血小板数	83	82%	41p			
			・総ビリルビン	83	82%	41t			
			・AST、ALT	83	82%	41go			
			・血清クレアチニン値	83	81%	41c			
24	化学療法を受けた胃癌患者数	期待される効果、有害事象に関する説明(本人に説明不可能な場合には代理人に)がなされ、および文書による同意署名がある患者数	以下の全てを満たす	105	20%	24			
			期待される効果	105	57%	24a			
			有害事象に関する説明	105	46%	24b			
			文書による同意署名	105	29%	24c			
28	初回治療の化学療法を受けた胃癌患者数	最初の半年間、毎回診察時に検体検査以外の有害事象の有無が診療録に記載されている患者数		102	65%	28			

別表2 胃癌優先 QI の 各 QI の実測 7 施設分布 (3月17日段階、5施設確認済み) 内視鏡治療のない施設が1施設



## 厚生科学研究費補助金（がん臨床研究事業） 分担研究報告書

### 肺癌における診療の質を評価する指標の開発とその計測システムの確立に関する研究

研究分担者 浅村尚生 国立がん研究センター中央病院呼吸器腫瘍科呼吸器外科 科長

#### 研究要旨

肺癌は、本邦において特に重点的に対策に取り組むべき主要がんのひとつであるが、他臓器のがんと比較すると、固有の特性を持っている。病理組織型が多様であり生物学的特性（治療反応性と抵抗性）が異なること、早期発見が困難であること、外科切除率が低いこと、化学療法の効果が乏しいこと、結果として予後不良であること、などである。また、近年は民族種族的な背景の多様性も、薬剤感受性との関連で議論されている。肺癌診療については、日本国内ばかりではなく世界的規模でも、地域間、施設間でのその質に大きな差異が存在することは、広く知られている。そのため、肺癌診療体制の整備には、肺癌の診療をできうるかぎり客観的に評価することが欠かせない。そこで、こういった肺癌の多様性に立脚した診療の質の評価方法の確立が重要となる。本研究では、第一段階として、肺癌診療の質を計測するQIを作成し、第二段階として、このQIに基づいて実際の計測を行い、これらの結果によって、当初策定したQIの妥当性と計測容易性、等々を評価しようと考えた。平成二十二年度は、パイロット的に国立がん研究センター中央病院における外科切除症例を対象として計測した。平成二十三年度は、この計測を、4カ所の全国のがん拠点病院に拡大した。その結果、13項目のQIについては、430例について計測が可能であり、実施率が70%以下となったのは、4項目であった。

#### A. 研究目的

肺癌では、診断上の観点からも、治療上の観点からも、治療上の観点からも、特に配慮すべき点が多い。例えば、日本、アメリカにおいては肺野末梢に発生する腺がんの頻度が高く、これらが治療の主たるターゲットとなっていて、治療戦略が立てられている一方で、ヨーロッパでは依然肺門部に発生する扁平上皮がんが腺がんを上回っており、このような肺癌の発生部位の違いや組織型の違いは、標準的な診療にも大きな影響があつて、地域間、施設間での相違点となつて大きな差異が存在することが予想される。

肺癌全体としては、治療においては、外科切除の対象となる症例は、肺癌全体の40%に過ぎず、残る60%においては、病理組織型、病期などの観点から放射線治療、化学療法などが単独で、あるいは併用して施行されることが一般的である。

そして、確定診断の観点では、診断肺門部に主

として発生する中枢型の扁平上皮がんにおいては、喀痰細胞診や気管支鏡検査の重要性が高いが、肺野末梢部に主として発生する腺がんにおいては、経皮針生検の重要性がより高く、特に気管支内腔を観察することを主眼とする気管支鏡にはほとんど価値がない。

肺癌の各組織型における特性は、治療の観点でも考慮すべきことがある。例えば外科切除においては、肺門中枢の肺癌では、気管支形成術や肺全摘術などのより侵襲の大きな、難度の高い手術が必要とされる一方で、肺野末梢の腺がんでは、標準的な肺葉切除術と、より切除範囲の小さな区域切除術の重要性が高い。分子標的薬の適応も、腫瘍や患者の喫煙歴などに左右される。

本研究では、まず日本肺癌学会に属するメンバーによるパネルによって、QI項目を設定した。次に、このQIを、国立がん研究センター中央病院においてパイロットスタディをおこない、これを拡充してがん診療拠点病院4カ所にお

いて計測を行った。

## B. 研究方法

国立がん研究センター中央病院におけるパイロット研究を基盤として、QI の実施率計測の対象を、4カ所のがん診療拠点病院に拡充した。各施設においては、対象症例を100例までとし、計測対象症例の抽出は、無作為抽出とした。この結果に基づいて、各項目毎のQI測定可否、実施率のバラツキを検討した。今回の計測に当たっては、前回のパイロット研究の検討結果から、35項目QIのうち、13項目を選んで計測を行った。これらは、肺がんの病理組織、治療モダリティ、診療科などに配慮して、なるべくこれらのバランスをとるような選定を行った。すなわち、術前評価について3項目、外科療法／病理について3項目、非小細胞癌治療について2項目、小細胞がん治療について1項目、放射線治療について1項目、有害事象のフォローアップについて3項目である。

### (倫理面への配慮)

本研究の主要な部分は、診療録からの患者情報採取が中心となることから、個々の個人情報保護に十分留意して解析をすすめた。準拠率などの時点では、個人情報が含まれることはないが、十分プライバシーが守られるように配慮することが班員に求められていると認識している。

## C. 研究結果

平成23年度末において、4施設のうち3施設について計測が行われた。計測対象症例は430例であった。13項目について、実施率が、95-100%であったものが2項目、70-95%であったものが7項目、70%未満であったものが4項目であった。癌診療拠点病院に関する限り、概ね実施率の計測は可能であると総括できる。実施率が95%を越える項目については、施設間の格差がかなり小さいと考えられるので、少なくとも施設間の診療の質の格差を検出する事項としては有用性に限界があると考えられた。

## D. 考察

肺がんの病理生物学的特性から、その多様性をカバーし、かつ異なった医療環境のおかれた医

療施設において計測されて比較が行われてこそ意義のあるものではある。すなわち、肺がんは、他の臓器癌と比較すると病理組織型の多様性という点で、異なった特性を有することは既に述べたとおりである。そして、これに起因して治療方法も多様化している。このような診療の実態を正確に把握して評価することは、実は容易ではない。QIの設定においても、このような点に配慮が必要とされる。一方、QIに基づく実際のデータ収集についても課題が存在する。肺がん患者の病理組織型や治療方法多様であることから、調査対象とする患者の選択についてのバイアスを極力排除する必要がある。診療の質の比較的高い治療方法を受けた患者がより多く調査されると、結果として準拠率が上がるからである。このようなことから、各施設における調査対象症例の選択について、一定の基準が必要とされよう。

がん診療拠点病院における計測によって、本研究班で策定したQIのうち13項目については、ほとんどが計測可能であることが確認された。今後は実効性を考慮し、各項目の妥当性を検討する必要がある。多施設、多項目についての計測を行う必要がある。

## E. 結論

肺癌に対するQIを、国立がん研究センター中央病院の肺がん患者を対象とするパイロット調査を終了した結果、ほとんどのQI項目は計測が可能であることが確認された。同様に、がん診療拠点病院においても、13項目について430例について計測を行ったところ、計測は十分可能であった。今後は、全ての項目について計測を拡充し、項目毎の妥当性を評価する必要があるものと考えられる。

## F. 健康危険情報

特記すべきもの無し。

## G. 研究発表

1. 著書  
なし

## 2. 論文発表

1. 東尚弘, 浅村尚生 肺癌登録と Quality Indicator. 肺癌 2012;52:72-76
2. Hosaka M, Asamura H, et al. Proteomic study of malignant pleural mesothelioma by laser microdissection and two-dimensional difference gel electrophoresis identified cathepsin D as a novel candidate for a differential diagnosis biomarker. J Proteomics. 2012;75(3):833-44
3. Tsuta K, Asamura H, et al. c-MET/Phospho-MET Protein Expression and MET Gene Copy Number in Non-small Cell Lung Carcinomas. J Thorac Oncol. 2012;7(2):331-39
4. Zielinski M, Asamura H, et al. Lobectomy in combination with radical lymphadenectomy is the most frequent surgical intervention performed in patients randomized in magrit trial evaluating MAGE-A3 antigen-specific cancer immunotherapeutic (ASC1) as adjuvant treatment in stage I B-III A NSCLC. Lung Cancer. 2011; 71: S37-S39
5. Wei, S, Asamura H, et al. Which is the Better Prognostic Factor for Resected Non-small Cell Lung Cancer: The Number of Metastatic Lymph Nodes or the Currently Used Nodal Stage Classification? J Thorac Oncol. 2011;6(2):310-18
6. Travis WD, Asamura H, et al. International Association for the Study of Lung Cancer/American Thoracic Society/European Respiratory Society. International Multidisciplinary Classification of Lung Adenocarcinoma. J Thorac Oncol. 2011;6(2):244-85
7. Suzuki K, Asamura H, et al. On behalf of the Japan Lung Cancer Surgical Study Group (JCOG LCSSG). A Prospective Radiological Study of Thin-Section Computed Tomography to Predict Pathological Noninvasiveness in Peripheral Clinical IA Lung Cancer (Japan Clinical Oncology Group 0201). J Thorac Oncol. 2011;6(4):751-56
8. Noro R, Asamura H, et al. Amplification of the ACTN4 gene in stage 1 adenocarcinoma of the lung. J Thorac Oncol. 2011;6(6):S959
9. Kakinuma R, Asamura H, et al. Ground-glass nodules detected by CT Lung cancer screening: results of an evaluation of progression during a 5-year follow-up period. J Thorac Oncol. 2011;6(6):S1385
10. Tochigi N, Asamura H, et al. Malignant pulmonary epithelioid hemangioendothelioma with hilar lymph node metastasis. Ann Diagn Pathol 2011;15(3):207-12
11. Sawabata N, Asamura H, et al. for the Japanese Joint Committee for Lung Cancer Registration. Japanese Lung Cancer Registry Study of 11,663 Surgical Cases in 2004: Demographic and Prognosis Changes Over Decade. J Thorac Oncol. 2011;6(7):1229-35
12. Tsuta K, Asamura H, et al. Utility of 10 Immunohistochemical Markers Including Novel Markers (Desmocollin-3, Glypican 3, S100A2,

- S100A7, and Sox-2) for Differential Diagnosis of Squamous Cell Carcinoma from Adenocarcinoma of the Lung. J Thorac Oncol. 2011;6(7):1190-99
13. Kozu Y, Asamura H, et al. The usefulness of mutation-specific antibodies in detecting epidermal growth factor receptor mutations and in predicting response to tyrosine kinase inhibitor therapy in lung adenocarcinoma. Lung Cancer. 2011;73(1):45-50
14. Rice DMB, Asamura H, et al. on behalf of the International Association for the Study of Lung Cancer International Staging Committee and the International Mesothelioma Interest Group. Recommendations for Uniform Definitions of Surgical Techniques for Malignant Pleural Mesothelioma: A Consensus Report of the International Association for the Study of Lung Cancer International Staging Committee and the International Mesothelioma Interest Group. J Thorac Oncol. 2011;6(8):1304-12
15. Yoshida A, Asamura H, et al. Comprehensive histologic analysis of ALK-Rearranged lung carcinomas. Am J Surg Pathol. 2011;35(8):1226-34
16. Asamura H. Surgery after induction chemotherapy or chemoradiotherapy for locally advanced lung cancer: A technical challenge. J Thorac Oncol. 2011;6(9):1458-9
17. Yoshida A, Asamura H, et al. Bright-field dual-color chromogenic in situ hybridization for diagnosing echinoderm microtubule-associated protein-like 4-anaplastic lymphoma kinase-positive lung adenocarcinomas. J Thorac Oncol. 2011;6(10):1677-86
18. Asamura H. Identity, Similarity, and Difference between Large Cell Neuroendocrine Carcinoma and Small Cell Carcinoma. J Thorac Oncol. 2011;6(10):1774
19. Mimae T, Asamura H, et al. Steroid receptor expression in thymomas and thymic carcinomas. Cancer. 2011;117(19):4396-4405
- H. 知的財産権の出願・登録状況  
なし

厚生科学研究費補助金（がん臨床研究事業）  
分担研究報告書

大学病院における診療の質を評価する指標の開発とその計測システムの確立に関する研究

研究分担者 目片 英治 滋賀医科大学腫瘍センター 講師  
研究協力者 太田 悦子 滋賀医科大学医療サービス課 診療情報管理士

研究要旨

大学病院における診療の質評価において、Quality Indicator（優先版）の採録を行い、実行の可能性と採録のノウハウを検討した。現在までに、胃がん、大腸がん、乳がん、肺がん、肝がんを対象として採録を行った。Quality Indicator（優先版）は大学病院における質評価項目として有効で、実施可能であった。今後はデータの結果のフィードバックが重要となる。当院では、診療録の記載方法・内容を明確化し、化学療法におけるレジメンごとの患者説明を推進するツールを作成した。このようなツールは、患者への説明を推進すると共に、院内での情報の共有化が可能となり、医療の質向上に役立つと考えられた。また得られた QI 実施率は、他の施設と比べるためのものでなく、自施設の医療レベル向上に用いるべきであると考えられた。

A. 研究目的

今年度は既に策定された Quality Indicator の項目から、項目数を絞り、採録結果より、指標の測定の実行可能性や採録作業のノウハウを検討する。さらに採録によって得られたデータを検討し、実地臨床へのフィードバック方法について考察する。

B. 研究方法

対象は、胃がん 92 例、大腸がん 93 例、乳癌 73 例、肺がん 103 例、肝がん 36 例を、2010 年の院内がん登録より下記の項目について、抽出した。

胃がんの QI（11 項目）

内視鏡治療関連  
手術関連  
化学療法

大腸がんの QI（13 項目）

内視鏡治療関連  
手術関連  
化学療法

乳がんの QI（12 項目）

手術関連  
薬物療法  
放射線療法

肺がんの QI（14 項目）

術前評価  
手術関連  
非小細胞性肺癌の治療  
小細胞性肺癌の治療  
放射線治療  
化学療法

肝がんの QI

腫瘍マーカーと画像診断  
肝障害度  
初回一連の治療  
治療後のフォローアップ

データの採録は、診療情報管理士 1 名で行った。



当院の診療情報システムについて：

外来は一部電子カルテ、入院は紙カルテである。処方、検査についてはオーダーリングシステムを備えており、検査データ、画像データの閲覧は電子化されている。

データの抽出は、主として紙カルテであり、診療録、退院サマリー、看護記録、麻酔科記録、手術記録その他、電子カルテの閲覧、臓器がんのデータベースより採録した。

化学療法に関しては電子カルテの登録レジメンより抽出した。

### C. 研究結果

胃がんにおいて、QIの低かった項目

内視鏡所見のUL所見、化学療法に関する説明（期待される効果、有害事象に関する説明、文書による同意署名）、化学療法の有害事象に関する診療記載であった。

大腸がんにおいて、QIの低かった項目

直腸癌に病巣部位に関する記載で、肛門縁から切除断端までの距離の記載と外来化学療法を受けている患者における有害事象に関する医師の記載であった。

乳がんにおけるQIの低かった項目

病理検査における浸潤径の記載、全身化学療法に関する説明（期待される効果、有害事象に関する説明、文書による同意署名）、化学療法の有害事象に関する診療記載であった。

肺がんにおけるQIの低かった項目

非小細胞性肺癌（臨床病期III）と診断された患者に対する化学放射線療法を行われか、行われない場合の理由記載、限局型小細胞性肺癌と診断された患者に対する化学療法と胸部放射線療法の同時併用が行われたか、行われない場合の理由記載であった。また、全身化学療法に関する説明（期待される効果、有害事象に関する説明、文書による同意署名）、化学療法の有害事象に関する診療記載であった。

診療記載から情報を収集するため、カルテの閲覧にかかる時間は、1件あたり30分から1時

間であった。項目別に見ると内視鏡関連、手術関連、病理所見などは記載されているところが一定であり、採録が容易であったが、化学療法のレジメンに関する情報は、レジメンの登録制により容易であった。しかし、副作用、個々の患者ごとに、レジメンの内容、投与間隔が変更されるケースがあり、同一レジメンか否かの判定が困難であった。

### D. フィードバック方法

データの採録を行うに当たって、困難を伴う項目は、すなわち院内での情報の共有が困難であることを示すことであり、診療録の記載を充実させる為の工夫を行った。

第一点は、診療録の記載についてである。当院では、Problem Oriented System (POS) に基づく Problem Oriented medical Record (問題志向型診療録)を採用している。問題点毎にSOAP形式で記載する。

S (subjective)：患者さんが直接提供する主観的な情報、全身状態

O (objective)：体温・血圧（診察所見）、検査データなどの客観的事実、患者・家族へ説明したことの内容

A (assessment)：それらの情報・事実から導き出される評価

P (plan)：問題点を解決するために取られる手段・方法

上記のように、客観的データの記載の中に説明内容を記載することとした。

第二点は、レジメンごとの化学療法の説明である。当院では外来化学療法を行う場合、レジメンごとに計画書を作成することをルールとしており、そのときに、患者へ渡す説明文と同意書を連結させ印刷されるようにした。（図参照）

同意文書は紙ベースで運用しており、電子カルテ上にスキャンし、保存している。

### E. 考察

今年度のQI項目は各臓器ともに10項目程度となり採録はしやすくなった。内訳は、術前

の診断、手術、化学療法、放射線治療と広範囲にわたり、ガイドラインに遵守した治療が行われているかという点と、患者説明と、内容の記載を確認するものとなっている。臨床の現場では、**QI** の内容を十分に踏まえるべきであろう。医療の質の確保には必要なことであると考え。一方、今回の研究で、医療の質の向上に必要なのは、個々の医師の技量を高めることの努力とは別に、**QI** の測定を含めた、標準治療をチェックする体制の構築が必要ということ、強く感じた。**QI** 項目の中で、記載しているかと言う点に関しては、記載する項目を院内で取り決めを行わないかぎり、実施率の向上は、困難と考えられた。化学療法において、レジメンごとに、同意書を作成し、説明文を患者に渡すということは、どの施設においても、現時点で、実施できていない共通した問題点であった。化学療法の大半が外来に移行しており、各主治医の業務量が増えている現状では、根本的な対策が必要であることは言うまでもない。現状では、コメディカルの協力を得て、実施率の向上を図る必要がある。

採録にかかる時間は、1件あたり30分から1時間であった。診療の記載内容から情報を収集する為には、カルテ内容を十分に把握する必要がある。その為、無理な時間短縮は、データ精度の低下を招く恐れがあると思われた。現在の電子カルテは、記載内容の全体を見渡すことが非常に困難である。また、病院ごとに電子カルテが異なり、採録のしやすさも異なる。各施設を比較するには、このような点に注意が必要である。

今後、がん診療連携拠点病院に採録を広げて行くにあたって、上記に留意しながら、進めていく必要がある。現在、拠点病院において、院内がん登録が必須となっているが、登録項目に、**QI** 項目を追加していくことが可能か否かという点が今後の課題である。一方、大学病院は、臓器がん登録をしていることが通常であり、院内がん登録の内容も、臓器がん登録に近づけていくことが望まれる。個々の病院に期待される機能を念頭に置いたがん情報の登録制度が必要なのではないだろうか。

採録した結果を如何に利用していくのかと

いうことが、班会議で議論になった。データの抽出目的は、あくまでも各施設の医療レベルの向上に用いるものである。他施設と比較をすることを目的とすべきではない。まずは、採録された結果を、速やかに現場へフィードバックし、自己改善に利用すべきである。今後、**QI** が広がっていくにあたり、各施設ごとに、適切なフィードバック方法を見つけ、医療の質向上に役立てて頂きたい。

## F. 結論

Quality Indicator (優先版) は大学病院における質評価を行なう為に活用できる内容であると考えられる。診療記載を求める項目については、病院のシステムとして対応していく必要がある。また、得られた **QI** の実施率は、他の施設と比べるためのものでなく、自施設の医療レベル向上に用いるべきである。

## G. 健康危険情報

特記すべきもの無し。

## H. 研究発表

### 1. 著書

1. 目片英治 私たちのレジメン2011-2012 未来医療推進支援ネットワーク出版 P13-49 2011

### 2. 論文発表

1. Khanh DT, Mekata E, Mukaisho KI, Shimizu T, Tatsuta T, Sugihara H, Endo Y, Kurumi Y, Tani T. Myeloid cells positive for CD10 at invasion front can predict poor outcome in stage II colorectal cancer. Int J Clin Oncol. 2011;[Epub ahead of print]
2. Khanh do T, Mekata E, Mukaisho K, Sugihara H, Shimizu T, Shiomi H, Murata S, Naka S, Yamamoto H, Endo Y, Tani T. Prognostic role of CD10<sup>+</sup> myeloid cells in association with tumor budding at the invasion front of

- colorectal cancer. *Cancer Sci.* 2011;102(9):1724-33
3. Shimizu T, Mekata E, Murata S, Yamamoto T, Tani T. A case of catheter fracture of a totally implantable access port introduced through the right internal jugular vein. *J Surg Oncol* 2011;103(5):460-1
  4. 矢澤武史, 清水智治, 目片英治, 園田寛道, 龍田健, 谷徹 術前診断したS状結腸間膜窩ヘルニアの1例 *日本臨床外科学会雑誌* 2011;72(10):2676-2680
  5. 三宅亨, 清水智治, 園田寛道, 目片英治, 村田聡, 谷徹 術前診断に難渋した肺癌小腸転移の1例 *日本外科系連合学会誌* 2011;36(5):787-791
  6. 清水智治, 龍田健, 山口智弘, 山口剛, 村田聡, 山本寛, 赤堀浩也, 目片英治, 遠藤善裕, 谷徹 悪性疾患に対する化学療法中に発症した穿孔性腹膜炎における予後因子に関する検討 *日本腹部救急医学会雑誌* 2011;31(3):467-472

I. 知的財産権の出願、登録状況

なし

化学療法治療計画書

赤または青枠に記入して下さい

<b>レジメン名</b>	
--------------	--

レジメン名は以下の書類にコピーされます

患者情報

ID	@PATIENTID	身長	\$BODY001.01cm
名前	@PATIENTNAME	体重	\$BODY002.01kg
年齢	@PATIENTAGEYEAR歳	体表面積	\$BODY004.01m <sup>2</sup>
		PS (Performance Status)	

依頼医師	氏名は以下の書類にコピーされます
PHS	
外来曜日	
疾患名	
病変部位をご記入下さい	

レジメンについて

選択式

治療開始基準 必ず、記入して下さい

外来が初回投与ですか		白血球の下限值	
投与目的・対象疾患		好中球の下限值	
今回の化学療法 ライン数		体温の上限值	
薬剤の投与経路		その他	
ポート留置部位			
アレルギーの既往歴		PS (Performance Status)とは	
アルコール過敏の既往歴		PS0: 無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく発病前と同等に振る舞える。	
手術歴の有無		PS1: 軽度の症状があり、肉体的活動は制限を受けるが、歩行、軽労働や産業はできる。たとえば軽い家事、事務など	
手術日		PS2: 歩行や身の回りのことはできるが、ときに少し介助がいることもある。軽労働はできないが、日中の50%以上は起居している。	
手術術式		PS3: 身の回りのある程度のことはできるが、しばしば介助がいり、日中の50%以上は就床している。	
病名告知		PS4: 身の回りのこともできず、常に介助がいり、終日就床を必要としている。	
併存症の有無			
併存症の内容			
その他のコメント			

選択式

内容

放射線療法併用の有無	
内分泌療法併用の有無	
内服抗がん剤併用の有無	
医療用麻薬の内容	
解熱鎮痛剤併用の内容	
抗血栓、抗凝固剤併用の有無	

現病歴など

登録レジメンの変更点など


スキャン用

日付 2012年3月25日

ID @PATIENTID

名前 @PATIENTNAME

年齢 @PATIENTAGEYEAR歳

### 同意書（化学療法）

レジメン名	
-------	--

@PATIENTNAME 殿に対し、入院・外来化学療法を施行します。  
現在の病状、治療方法、治療目的、予想される副作用等について以下に説明する。

病名、症状		
治療方法	薬剤名	コメント
使用薬剤①		
使用薬剤②		
使用薬剤③		
使用薬剤④		
使用薬剤⑤		
投与期間		

治療の目的  腫瘍の縮小  症状の緩和  生存期間の延長  
 手術前の補助療法  手術後の補助療法  その他

予想される副作用(詳細は別紙)

--

私は化学療法を受けるにあたり、治療の必要性・危険性について、十分に説明をうけ、納得しました。  
またいつでも同意撤回できることも確認いたしました。

- 化学療法を受けることに ( 同意します 同意しません )

- 私の臨床情報(氏名や住所他、個人が特定できる情報を除く)を学会などで発表・公開することに  
( 同意します 同意しません )

同意年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者氏名(自署) \_\_\_\_\_

代読者(自署) \_\_\_\_\_

私は化学療法について説明文書を用いて説明し、患者さんに説明文書を渡しました。

説明年月日 2012年3月25日

説明者氏名 \_\_\_\_\_

この「同意書」は、必ずスキャンしてください

患者様用

日付 2012年3月25日

ID @PATIENTID

名前 @PATIENTNAME

年齢 @PATIENTAGEYEAR歳

化学療法説明文書

レジメン名	
-------	--

病名、症状

治療方法

薬剤名	コメント
使用薬剤①	
使用薬剤②	
使用薬剤③	
使用薬剤④	
使用薬剤⑤	

投与期間

治療の目的

- 腫瘍の縮小                       症状の緩和                       生存期間の延長  
 手術前の補助療法                       手術後の補助療法                       その他

予想される副作用

--

副作用詳細

<input type="checkbox"/>	血液、リンパ系障害	貧血、好中球減少、免疫低下など
<input type="checkbox"/>	発熱性好中球減少症	発熱をともなう場合、治療が必要
<input type="checkbox"/>	心臓障害	不整脈、呼吸困難、下肢の浮腫、発熱などの症状
<input type="checkbox"/>	耳、迷路障害	耳鳴り、耳が聞こえにくい、めまい、吐き気などの症状
<input type="checkbox"/>	内分泌障害	血液検査で異常値、男性化などさまざま
<input type="checkbox"/>	眼障害	見えにくい、眼の痛み、眼のかすみ、まぶしい、涙がでる。
<input type="checkbox"/>	胃腸障害	おなかの痛み、食欲低下、口内炎、口のかわき、下痢、便秘など
<input type="checkbox"/>	消化管穿孔	お腹の激しい痛みで、緊急手術が必要となります。
<input type="checkbox"/>	消化管閉塞	お腹がはる、吐き気、便・おならがでないなど、腹痛が強い場合手術となります。
<input type="checkbox"/>	全身障害	薬剤による体の反応のこと
<input type="checkbox"/>	インフュージョンリアクション	点滴直後や帰宅後などに、息が苦しいとか、発疹などの症状がでます。
<input type="checkbox"/>	アレルギー反応	体の異常な免疫反応のこと
<input type="checkbox"/>	アナフィラキシーショック	血圧の低下をとめない、生命の危険があり、直ちに入院が必要となります。
<input type="checkbox"/>	多臓器不全	原因不明
<input type="checkbox"/>	肝胆道系障害	血液検査値の異常でわかります。腹痛をともなう場合があります。
<input type="checkbox"/>	肝不全	体や結膜が黄色くなってきます。意識がなくなる場合もあり、生命の危険があります。
<input type="checkbox"/>	感染症など	発熱、痛み、腫れの症状ですが、原因はさまざまです。
<input type="checkbox"/>	処置合併症	点滴、採血に伴うもの、救命処置に関連するもの
<input type="checkbox"/>	臨床検査値異常	さまざまです。治療ごとに血液検査をすることが望ましい。
<input type="checkbox"/>	栄養障害	体重増加、減少、食欲不振、脱水など
<input type="checkbox"/>	筋骨系、結合組織障害	軟部組織壊死、関節痛、骨痛、成長抑制、側弯症、筋力低下など
<input type="checkbox"/>	神経系障害	健忘、認知障害、集中力低下、運動失調、構語障害、髄体外路障害、脳出血など
<input type="checkbox"/>	腎、尿路障害	血尿、たんぱく尿、尿閉、急性腎不全、膀胱穿孔、慢性腎疾患、など
<input type="checkbox"/>	呼吸器障害	誤嚥、呼吸困難、鼻出血、しゃっくり、無気肺、気管支瘻、気管支肺出血、気管支痙攣、など
<input type="checkbox"/>	皮膚、皮下組織障害	脱毛、皮膚炎、皮膚乾燥、多毛症、爪脱落、光線過敏症、ざ瘡様皮疹、皮膚萎縮、皮膚潰瘍など
<input type="checkbox"/>	ポート、リザーバ関連	ポート、リザーバを留置されている場合、チューブ断裂、血栓形成、感染などがあります。
<input type="checkbox"/>	アルコール等の含有	製剤中にアルコール等が含まれている為、眠気をきたします。また、酒気帯びとなる可能性があります。
<input type="checkbox"/>	その他	

上記症状はすべて出現するわけではなく、抗がん剤の種類や投与方法、また個人差により副作用の出かたは大きく変わります。上記以外にも稀な副作用や診断しにくい副作用が出る場合がありますが、その都度対応します。

説明年月日

2012年3月25日

説明者氏名

## 厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業） 分担研究報告書

### 都道府県がん診療連携拠点病院における診療の質を評価する指標の開発とその計測 システムの確立に関する研究

研究分担者 大谷幹伸 茨城県立中央病院茨城県地域がんセンター がんセンター長  
研究協力者 須能まゆみ 茨城県立中央病院 城県地域がんセンター診療情報管理室

#### 研究要旨

都道府県がん診療連携拠点病院である当院は、平成 21 年度より本研究班のデータ採録に加わった。QI データの採録（平成 20 年診断症例）は、胃癌 110 例、大腸癌 159 例、乳癌 63 例、肺癌 162 例、そして肝臓癌 54 例に行った（ただし肝臓癌は平成 22 年度に行った）。平成 23 年度は、優先順位付けされた QI での 2009 年診断症例のサンプル採録を試みた。また茨城県内の傾向の分析のため、日立総合病院、土浦協同病院そして筑波メディカルセンターでも採録を実施した。当院の採録結果は、胃がんと大腸がんにおいて、優先 QI 実施率が他の施設の平均に比べて同様ないしはやや高い傾向が認められた。

#### A. 研究目的

当院は都道府県拠点病院として平成 21 年度から調査協力機関に加わった。データの収集採録における支障、問題点を調べた。（なお当院の採録データの詳細は既に報告済みなので省略する。）本年の報告は、優先順位付けされた短縮フォームのサンプル採録の結果と問題点等を報告する。

#### B. 研究方法と結果

平成 23 年度は短縮フォームでの茨城県内の他の 3 つの地域がんセンター（土浦協同病院、日立総合病院、筑波メディカルセンター）においても、胃がん、大腸がん、汗がん、乳がん、肺がんの 2009 年分のサンプル採録を行った。採録にあたっては、医療事務に精通している者を、各施設に派遣して実施した。なお当院以外の採録は終了した。当院は胃がん、大腸がんの採録が終了した。その結果は表 1、2 に示した。

1：当院の胃がん優先 QI 採録結果について（表 1）。（2009 年診断症例の有効サンプル採録 77 例）

全 41 項目において、当院の実施率他施設の平均と比較して 10 ポイント以上低いのは 9 項目、逆に 10 ポイント以上高いのは 8 項目であった。おしなべて当院は全校の QI 項目の実施率と同様かやや高い傾向にあった。

2：当院の大腸がん優先 QI 採録結果について（表 2）（2009 年診断症例の有効サンプル採録 77 例）

全 34 項目において、当院の実施率と他施設の平均実施率と比較して 10 ポイント以上低いのは 6 項目で、逆に 10 ポイント以上高いのは 6 項目であった。全体として当院の実施率は全国平均よりも実施率は同様ないし高い傾向にあった。

3：採録に関する、採録の時の感想。

a：胃がん

当院は2010年3月15日から電子カルテ使用開始となったために、紙カルテ、オーダーリング末端、電子カルテの3カ所からのデータ採録で時間を要した。採録項目が減ったので以前に比べて、特に化学療法に対する有害事象、回数採録が短時間となった。

b：大腸がん

追跡の項目数が減ったので、それ以前の採録に比較して時間の短縮が認められた。化学療法中の有害事象について判断に迷う記載が多かった。

c：肺がん

化学療法のレジメンが変わる毎に検査データ等を追っていく作業があるため、他の臓器よりも採録に時間を要した。リンパ節郭清のレベルについては、リンパ節の番号がどの群に該当するのかなどの知識が必要であった。

d：乳がん

治療前のPSが記載されている箇所が医師によって異なるため、採録に時間がかかった。

e：肝がん

Child-Pug分類は記載されている割合が多かったが、肝障害度(A~C)の記載はあまりみられなかった。

4：QI結果についての診療担当医の意見と感想。

優先付け以前の肺がんとう乳がんにおけるQI採録結果を、他施設と比較したデータを診療担当医に示し、有用か否か、そしてその回答理由を求めた。

その結果、乳がんでは外科医1、内科医1より回答があり、内科医はこのQI採録が有用でないと回答した。その理由は、実際の診療が把握されていないとあった。外科医は有用と回答し、「他施設との比較は意義のあることである。ただし自身の診療内容が正確に反映されていない。」とのことであった。

肺がんにおいては外科医3、内科医2より回答を得た。有用は3名で、『当院の肺がん治療の問題点が明らかにできる。』『全国の他施設との比較が細かいカテゴリーででき、参考になる。』であった。有用でないとの回答が2名であり、「評価項目が細分化されすぎている。」「知りたい内容ではない。」であった。

### C. 考察と今後の予定

優先QI採録結果がそろい次第、当院と茨城県内の他の3施設、あるいは茨城県の4施設と他県のまた比較検討の予定である。またその結果を診療担当医に示し、意見、感想を求める予定である。

### D. 結論

優先順位付けされた短縮フォームでのQIデータの採録を行った。当院の採録症例数は胃癌77例、大腸癌77例であった。当院と他施設のQI実施率の結果は、全国の他施設のそれに比べて特別な差は認められなかった。

### E. 健康危険情報

なし

### F. 研究発表

#### 1. 著書

なし

#### 2. 論文発表

1. 藤本 清秀, 平尾 佳彦, 大橋 靖雄, 柴田 康博, 富士 幸蔵, 辻 秀憲, 清水 信貴, 宮澤 克人, 永田 仁夫, 大谷 幹伸, 古屋 亮兒, 朴 英哲 酢酸クロルマジノン投与による前立腺肥大症患者の血清PSA値およびテストステロン値の変動—多施設共同前向き臨床研究 泌尿紀要 2011;57:177-183

### G. 知的財産権の出願、登録状況

なし



# 厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業） 分担研究報告書

評価指標群およびオリジナル院内がん登録票等電子カルテに向けた準備への取組み

研究分担者 東出 俊一 市立長浜病院 外科 部長  
研究協力者 堀江 智美 市立長浜病院 医事課 診療情報管理士

## 研究要旨

当院は平成25年1月より電子カルテ化を予定している。導入後のカルテ記載内容の漏れを懸念し、『医師カルテ記載マニュアル』等を作成するための準備を行っているところである。院内がん登録、地域がん登録、検診後予後調査、NCD等々、書類が煩雑となっているのが現状である。

医師の労力の軽減を考慮しつつ、記載の充実を目指すことを目的とする。

## A. 研究目的

診療録は患者のためのものである。この原則のためには、誰が見ても理解できる診療録であり、充実したチーム医療の推進に役立つ情報を含んだ診療録でなければならない。また、他方、医療者側からすると、増加傾向にある医療訴訟に耐え得る診療録でもなければならない。上記を踏まえて、院内における診療録記載の不備を把握し、記載の充実を図ることが、診療の質の向上に繋がると考え、本研究班で作成されたQuality Indicator (QI) の研究に参加することになった。

本研究で診療録記載の標準とされた項目に加え、昨年はオリジナル登録票を作成した。

また、今年度はNCDのデータ登録が加わった。悪性疾患であっても専門分野により内容が変わるためこのことも含めた検討が必要になってきた。

診療録の記載の充実を図りながら、いかに医師の労力を軽減するのが、最大の問題である。

## B. 作成方法

《オリジナル院内がん登録用紙》

院内がん登録の内容をベースにし、地域がん登録の内容を重ね、更に検診の内容を盛込んだ。このことにより、患者の検診時からの状態が把握でき、一連の治療内容がこの登録票に凝縮されることになった。つまりは要約の役割を果たす内容となった。

## 《NCD》

疾患ごとの登録の内容をExcelで作成し、医師との連絡票を作成した。

## C. 運用

### ① 《オリジナル院内がん登録用紙》

院内の支援ツールにフォーマットを公開し、入院患者、外来患者を問わず『がん』と診断がついた（疑い込み）患者にはこの様式に記載することをお願いする。

### ② 《NCD》

入外来カルテ、オーダ等から、用紙に登録内容を起こす。入力後、医師に確認、承認の作業を行っていただく。

## D. 今後の課題

オリジナル、NCD共に細かなデータを取っているため院内にてデータの蓄積ができないか検討を行っている。また、これらを含めた電子カルテの運用についても検討段階であり、試行錯誤の状態である。都度修正を行い、調整を行っていく。

将来的に分析、各診療科へのフィードバックを目的とし、今後の活動に繋げていく予定である。

## E. 健康危険情報

特になし

## F. 知的財産権の出願・登録状況

なし

〔 NCD記載用紙 〕 消化器外科

患者情報

ID	NCD (病院管理コード)	国籍	日本、その他
氏名	生年月日	年	月 日 男・女

入院中

手術入院

【1回目】

手術回数】 1回 入院手術、外来手術 救急搬送】 なし、あり

入院日】 西暦 年 月 日 救急搬送時の郵便番号】 特定不能

退院日】 西暦 年 月 日 患者居住地の郵便番号】 特定不能または国外

入院時診断】 オーダ: \_\_\_\_\_ ICD-10

病理確認: OK、NG → \_\_\_\_\_ ICD-10

診断名補足】 なし、あり

手術情報

【1回目】

手術時存続	才	緊急手術	いいえ、はい
手術日】 西暦	年	月	日

術式】 オーダ: \_\_\_\_\_ ICD-9CM

病理確認: OK、NG → \_\_\_\_\_ ICD-9CM

内視鏡手術、外傷手術 術者: \_\_\_\_\_

同時に行われた領域の異なる手術術式】 指導的助手: \_\_\_\_\_

なし、あり 助手: \_\_\_\_\_

麻酔種類】 全身麻酔、腰椎麻酔、硬膜外麻酔、局所麻酔、その他

米国麻酔学会全身状態分類 (ASA-PA分類)】

ASA-1 : 正常で健康な患者 ASA-2 : 軽度の全身疾患を有する患者

ASA-3 : 重症な全身疾患を有する患者 ASA-4 : 生命の危険がある重症な全身疾患を有する患者

ASA-5 : 手術なしでは生存することが難しいと考えられる瀕死の患者

30日後

術中情報②	手術時間】 時間 分 術中輸血の有無】 なし、あり
	術中出血量】 ml 術中濃厚赤血球濃血量】 単位
	腫瘍の性状】 腫瘍なし、良性腫瘍、悪性腫瘍
	悪性腫瘍部位】 頭頸部、四肢、縦隔、肺、肝、腎、副腎、消化器、膀胱 胆嚢、精巣、子宮、陰、後腹膜、体壁、その他
腫瘍名】 神経非腫瘍、腎悪性腫瘍、肝悪性腫瘍、肺細胞腫瘍、横紋筋内腫 その他	
悪性腫瘍手術】 なし、全摘、産全摘、部分切除	

術後診断】 オーダ: _____ ICD-10
病理確認: OK、NG → _____ ICD-10

術後情報	術後30日以内の手術】 なし、あり 最重症ケアユニットへの入室の有無】 なし、あり
	最重症ケアユニットからの退出口】 西暦 年 月 日
	術後発生事象 (術後30日以内)】 なし、あり
	術後合併症およびその重症度分類】 (術後30日以内) なし、あり (Grade I)、あり (Grade II)、あり (Grade III) あり (Grade IV)、あり (Grade V)
術後30日状態】 生存、死亡 術後30日以内の再入院】 なし、あり	

退院時情報

退院日】 西暦 年 月 日 90日以上長期入院か】 いいえ、はい

退院時転帰】 生存、死亡

一次記入者 / 一次入力 / 確認者 / 入力 /

《 NCD記載用紙 》 消化器外科

患者情報

ID	NCD (病院管理コード)	国籍	日本 ・ その他
氏名	生年月日	年	月 日 男 ・ 女

入院中

手術入院

【1回目】

手術回数】 1回 入院手術 ・ 外来手術 救急搬送】 なし ・ あり

入院日】 西暦 年 月 日 救急搬送時の郵便番号】 \_\_\_\_\_ 特定不能

退院日】 西暦 年 月 日 患者居住地の郵便番号】 \_\_\_\_\_ 特定不能  
または国外

入院時診断】 オーダ: \_\_\_\_\_ ICD-10

診断確認: OK ・ NG → \_\_\_\_\_ ICD-10

診断名補記】 なし ・ あり

手術情報

【1回目】

手術時年齢】 才 緊急手術】 いいえ ・ はい

手術日】 西暦 年 月 日

術式】 オーダ: \_\_\_\_\_ ICD-9CM

診断確認: OK ・ NG → \_\_\_\_\_ ICD-9CM

内視鏡手術 ・ 外傷手術 術者: \_\_\_\_\_

同時に行われた領域の異なる手術術式】 指導的助手: \_\_\_\_\_

なし ・ あり 助手: \_\_\_\_\_

麻酔種類】

全身麻酔 ・ 頸椎麻酔 ・ 硬膜外麻酔 ・ 局所麻酔 ・ その他

米国麻酔学会全身麻酔分類 (ASA-PPA分類)】

ASA-1 : 正常で健康な患者 ASA-2 : 軽度の全身疾患を有する患者

ASA-3 : 重症な全身疾患を有する患者 ASA-4 : 生命の危険がある重症な全身疾患を有する患者

ASA-5 : 手術なしでは生存することが難しいと考えられる病気の患者

30日後

術中情報	手術時間】 時間 分 術中輸血の有無】 なし ・ あり
	術中出血量】 ml 術中濃厚赤血球濃縮量】 単位
	腫瘍の性状】 腫瘍なし ・ 良性腫瘍 ・ 悪性腫瘍
	悪性腫瘍部位】 頭頸部 ・ 四肢 ・ 縦隔 ・ 肺 ・ 肝 ・ 腎 ・ 副腎 ・ 消化器 ・ 膀胱 卵巣 ・ 精巣 ・ 子宮 ・ 陰 ・ 後腹膜 ・ 体壁 ・ その他
腫瘍名】 神経非腫瘍 ・ 腎悪性腫瘍 ・ 肝悪性腫瘍 ・ 肺細胞腫瘍 ・ 横紋筋肉腫 その他	
悪性腫瘍手術】 なし ・ 全摘 ・ 亜全摘 ・ 部分切除	
術後情報	術後診断】 オーダ: _____ ICD-10
	診断確認: OK ・ NG → _____ ICD-10
	術後30日以内の手術】 なし ・ あり 最重症ケアユニットへの入室の有無】 なし ・ あり 最重症ケアユニットからの退出口: 西暦 年 月 日
	術後発生事象 (術後30日以内)】 なし ・ あり
術後合併症およびその重症度分類】 (術後30日以内) なし ・ あり (Grade I) ・ あり (Grade II) ・ あり (Grade III) あり (Grade IV) ・ あり (Grade V)	
術後30日状態】 生存 ・ 死亡 術後30日以内の再入院】 なし ・ あり	
退院時情報	
退院日】 西暦 年 月 日 90日以上長期入院か】 いいえ ・ はい	
退院時転帰】 生存 ・ 死亡	

一次記入者 /

一次入力 /

確認者 /

入力 /

## 【胃】 MT届出票

記入日 年 月 日

外来 初発  入院  初発  新発生  再発  紹介の有無  有  無

医療施設 診療科 市立長浜病院 科 \_\_\_\_\_ 患者ID \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_ 病歴番号 \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_

患者氏名 \_\_\_\_\_  男  女

原発部位  U  UM  MU  M  LM  L 全体  前壁  後壁  大弯  小弯  全周

治療方法  外科手術(開腹)  腹腔鏡下手術  内視鏡的切除  術前治療有  無治療  その他( )  不明

外科手術の方法  治癒切除  非治癒切除  吻合術  単開腹  ポリープ切除術(内視鏡的摘除は除く)  その他

組織分類  pap  tub1  tub2  por1  por2  por(1,2不明)  muc  sig  その他( )

【今回入院】  化療あり  放治あり  免疫あり  その他( )  なし

【今後の予定】  化療あり  放治あり  免疫あり  その他( )  なし

### 胃癌取扱い規約 (1999年6月【第13版】) UICC(第6版)

o または s - TNM T N M Stage T N M Stage

肉眼型  0型(表在型) 亜分類:  I  IIa  IIb  IIc  III  IIc+III  IIc+IIa  III+IIc  III  その他の組合せ( + )

潰瘍  1型(潰瘍型)  2型(潰瘍限局型)  3型(潰瘍浸潤型)  4型(びまん浸潤型)  5型(分類不能)

腫瘍径( x ) mm T: N: M: H: P: CY: D:

【手術日】(内視鏡摘除日) 年 月 日  M  NO  MO  HO  PO  YO  DO  SM  N1  M1  H1  P1  CY1  D1

【手術切除または内視鏡摘除標本】  MP  N2  MX  HX  PX  CYX  D2  SE  NX  D3

PM: DM: LM: VM:  SE  NX  SI

【粘膜切除後の根治度】  EA  EB  EC

【根治度】  A  B  C

【進展度】  上皮内  限局  所属リンパ節  隣接臓器  遠隔転移  その他  不明

p - TNM T N M Stage T N M Stage

T: N: M: H: P: CY: ly: v: INF: a

M  NO  MO  HO  PO  YO  ly0  v0  a

SM  N1  M1  H1  P1  CY1  ly1  v1  b

MP  N2  MX  HX  PX  CYX  ly2  v2  c

SS  N3  H3  P3  CY3  ly3  v3

SE  NX  HX  PX  CYX

【組織学的所見の評価】

リンパ節転移: # : # : # :

# : # : # :  # : # : # :  # : # : # :

# : # : # :  # : # : # :  # : # : # :

【進展度】  上皮内  限局  所属リンパ節  隣接臓器  遠隔転移  その他  不明

転移  治癒  不寛  進行度や生命予後についての見込みなどを含めた告知  精神的・身体的理由で告知できず  告知の内容不詳

軽快  死亡  生命予後まで含めて全てを説明  前医で告知済  告知の内容不詳

寛解  原病死  病状や進行度までを説明  告知の内容不詳  告知の内容不詳

悪化  他がん死  病名告知のみ  告知の内容不詳  告知の内容不詳

その他  他病死  悪化以外の告知  告知の内容不詳  告知の内容不詳

## 【大腸】 MT届出票

記入日 年 月 日

外来 初発  入院  初発  新発生  再発  紹介の有無  有  無

医療施設 診療科 市立長浜病院 科 \_\_\_\_\_ 患者ID \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_ 病歴番号 \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_

患者氏名 \_\_\_\_\_  男  女

原発部位  C  V  A  T  D  S  RS  R  P

治療方法  外科手術(開腹)  腹腔鏡補助  腹腔鏡下  内視鏡的  術前治療有  無治療  その他( ) 摘除

内視鏡治療  ポリペック  EMR  ESD

外科手術の方法  治癒切除  非治癒切除  吻合術  単開腹  ポリープ切除術(内視鏡的摘除は除く)  その他

組織分類  carcinoma in adenoma  tub1  tub2  por1  por2  por(1,2不明)  sig  ecc  asc  ecc  その他の型( )  リンパ腫  カルチノイド腫瘍  非上皮性腫瘍 (IGST)  その他( )  その他( )

### 大腸癌取扱い規約 (2006年3月【第7版】) UICC(第6版)

o または e - TNM T N M Stage T N M Stage

肉眼型  0型(表在型) 亜分類:  I<sub>p</sub>  I<sub>sp</sub>  I<sub>c</sub>  II<sub>a</sub>  II<sub>b</sub>  II<sub>c</sub>  II<sub>a</sub>+II<sub>c</sub>  その他の組合せ( + )

潰瘍  1型(潰瘍型)  2型(潰瘍限局型)  3型(潰瘍浸潤型)  4型(びまん浸潤型)  5型(分類不能)

腫瘍径( x ) mm 腸管周率(腫瘍最大径径÷腸管半径) %

【手術日】(内視鏡摘除日) 年 月 日 登録医: N: M: H: P: CY: D:

【内視鏡摘除標本】 HM:  O  VM:  O  M  NO  MO  HO  P0  YO  DO  I  I  SM  N1  M1  H1  P1  CY1  D1

【内視鏡摘除後の根治度】  X  X  X  X  X  X

PM: DM: LM: VM:  SE  NX  SI

【手術切除標本】  MP  N2  MX  HX  PX  CYX  D2  SE  NX  D3

PM: DM: RM: R:  SI  AI  X

【粘膜切除後の根治度】  EA  EB  EC

【根治度】  A  B  C  非切除

【進展度】  上皮内  限局  所属リンパ節  隣接臓器  遠隔転移  その他  不明

p - TNM T N M Stage T N M Stage

T: N: M: H: P: CY: ly: v: INF: a

M  NO  MO  HO  PO  YO  ly0  v0  a

SM  N1  M1  H1  P1  CY1  ly1  v1  b

MP  N2  MX  H2  P2  CY2  ly2  v2  c

SS  N3  H3  P3  CY3  ly3  v3

A  NX  HX  PX  CYX

【組織学的所見の評価】

リンパ節転移: # : # : # :

# : # : # :  # : # : # :  # : # : # :

# : # : # :  # : # : # :  # : # : # :

# : # : # :  # : # : # :  # : # : # :

【進展度】  上皮内  限局  所属リンパ節  隣接臓器  遠隔転移  その他  不明

転移  治癒  不寛  進行度や生命予後についての見込みなどを含めた告知  精神的・身体的理由で告知できず  告知の内容不詳

軽快  死亡  生命予後まで含めて全てを説明  前医で告知済  告知の内容不詳

寛解  原病死  病状や進行度までを説明  告知の内容不詳  告知の内容不詳

悪化  他がん死  病名告知のみ  告知の内容不詳  告知の内容不詳

その他  他病死  悪化以外の告知  告知の内容不詳  告知の内容不詳