

リンパ管侵襲(ly)④静脈侵襲(v)⑤口側切離端(PM)⑥肛門側切離端(DM)⑦外科剥離面(RM)郭清(検索)リンパ節個数転移陽性リンパ節の番号と個数を全て記載しているかどうかについて、最も多かったのが、施設で原則として統一的に実施している診療科が783ヶ所(88.2%)であった。次いで、施設として推奨しているが、判断は担当医に任せている診療科が79ヶ所(8.9%)、施設としての統一的な実施の推奨はない診療科が26ヶ所(2.9%)であった。

3.3.3.17 術後補助化学療法

pStageⅢ大腸癌では原則として6か月間の術後補助化学療法を行っているかどうかについて、最も多かったのが、施設で原則として統一的に実施している診療科が663ヶ所(74.7%)であった。次いで、施設として推奨しているが、判断は担当医に任せている診療科が205ヶ所(23.1%)、施設としての統一的な実施の推奨はない診療科が20ヶ所(2.3%)であった。

3.3.3.18 胸腹部CT実施

pStageⅢ大腸癌の術後サーベイランスによる術後5年間の6か月毎の胸腹部CT実施について、最も多かったのが、施設で原則として統一的に実施している診療科が546ヶ所(61.5%)であった。次いで、施設として推奨しているが、判断は担当医に任せている診療科が292ヶ所(32.9%)、施設としての統一的な実施の推奨はない診療科が50ヶ所(5.6%)であった。

3.3.3.19 術後1年時の大腸内視鏡検査

pStageⅠ～Ⅲ大腸癌の術後サーベイラン

スによる術後1年時の大腸内視鏡検査の実施について、最も多かったのが、施設で原則として統一的に実施している診療科が426ヶ所(48.0%)であった。次いで、施設として推奨しているが、判断は担当医に任せている診療科が385ヶ所(43.4%)、施設としての統一的な実施の推奨はない診療科が77ヶ所(8.7%)であった。

3.3.3.20 原発巣の切除等

原発巣による狭窄症状を有するStageⅣ大腸癌では原発巣の切除または人工肛門造設術/バイパス手術の実施について、最も多かったのが、施設で原則として統一的に実施している診療科が564ヶ所(63.5%)であった。次いで、施設として推奨しているが、判断は担当医に任せている診療科が271ヶ所(30.5%)、施設としての統一的な実施の推奨はない診療科が53ヶ所(6.0%)であった。

3.3.3.21 遠隔転移巣治療の第一選択

切除可能な遠隔転移巣に対する治療は転移巣の切除を第一選択としているかどうかについて、最も多かったのが、施設で原則として統一的に実施している診療科が506ヶ所(57.0%)であった。次いで、施設として推奨しているが、判断は担当医に任せている診療科が294ヶ所(33.1%)、施設としての統一的な実施の推奨はない診療科が88ヶ所(9.9%)であった。

3.3.3.22 KRAS 遺伝子検査

遠隔転移を有する大腸癌に対し化学療法を行う場合、一次治療を開始する前のKRAS 遺伝子検査の実施について、最も多

かったのが、施設で原則として統一的に実施している診療科が 585 ケ所 (65.9%) であった。次いで、施設として推奨しているが、判断は担当医に任せている診療科が 226 ケ所 (25.5%)、施設としての統一的な実施の推奨はない診療科が 77 ケ所(8.7%) であった。

3.3.4 肝癌

領域選択で肝癌を選択した診療科 749 ケ所を対象とした。

3.3.4.1 日本外科学会施設認定

日本外科学会の指定施設が 566 ケ所 (75.6%)、関連施設が 150 ケ所 (20.0%)、いずれでもない 33 ケ所 (4.4%) であった。

3.3.4.2 日本消化器外科学会認定施設

日本消化器外科学会の認定施設であると回答した診療科が 528 ケ所 (70.5%)、認定施設でないと回答した診療科が 221 ケ所 (29.5%) であった。

3.3.4.3 日本肝胆膵外科学会修練施設

日本肝胆膵外科学会の修練施設であると回答した診療科が 170 ケ所 (22.7%)、修練施設でないと回答した診療科が 579 ケ所 (77.3%) であった。

3.3.4.4 日本肝臓学会認定施設

日本肝臓学会の認定施設であると回答した診療科が 220 ケ所 (29.4%)、認定施設でない回答した診療科が 529 ケ所 (70.6%) であった。

3.3.4.5 消化器外科専門医

日本消化器外科学会による認定を受けた消化器外科専門医の在籍数について、0 名が 65 ケ所(8.7%)、1 名が 138 ケ所(18.4%)、2 名が 167 ケ所 (22.3%)、3 名が 128 ケ所 (17.1%)、4 名が 76 ケ所 (10.1%)、5 名が 66 ケ所(8.8%)、6 名以上が 109 ケ所(14.6%) であった。(6 名以上は合算とした)

3.3.4.6 肝胆膵高度技能指導・専門医

日本肝胆膵外科学会による認定を受けた肝胆膵高度技能指導医・高度技能専門医の在籍数について、0 名が 482 ケ所(64.4%)、1 名が 167 ケ所 (22.3%)、2 名が 56 ケ所 (7.5%)、3 名以上が 44 ケ所 (5.9%) であった。(3 名以上は合算とした)

3.3.4.7 肝臓専門医

日本肝臓学会による認定を受けた肝臓専門医の在籍数について、0 名が 417 ケ所 (55.7%)、1 名が 172 ケ所 (23.0%)、2 名が 79 ケ所 (10.5%)、3 名以上が 81 ケ所 (10.8%) であった。(3 名以上は合算とした)

3.3.4.8 がん治療認定医

日本がん治療認定医機構による認定を受けたがん治療認定医の在籍数について、0 名が 112 ケ所 (15.0%)、1 名が 158 ケ所 (21.1%)、2 名が 139 ケ所 (18.6%)、3 名が 118 ケ所(15.8%)、4 名が 73 ケ所(9.7%)、5 名が 36 ケ所 (4.8%)、6 名以上が 113 ケ所 (15.1%) であった。(6 名以上は合算とした)

3.3.4.9 腫瘍マーカー

肝細胞癌の診断において2種類以上の腫瘍マーカーの測定について、最も多かったのが原則的に第1選択として、施設として判断を統一している診療科が569ヶ所(76.0%)であった。次いで、施設として推奨しているが、実施の判断は各担当医による診療科が154ヶ所(20.6%)、施設としての推奨は、特に行っていない診療科が26ヶ所(3.5%)であった。

3.3.4.10 dynamicCT・MRI

肝細胞癌診断のためにdynamicCTまたはdynamicMRIの実施について、最も多かったのが原則的に第1選択として、施設として判断を統一している診療科が605ヶ所(80.8%)であった。次いで、施設として推奨しているが、実施の判断は各担当医による診療科が121ヶ所(16.2%)、施設としての推奨は、特に行っていない診療科が23ヶ所(3.1%)であった。

3.3.4.11 造影超音波検査

肝細胞癌診断のために造影超音波検査の併用した実施について、最も多かったのが施設としての推奨は、特に行っていない診療科が284ヶ所(37.9%)であった。次いで、施設として推奨しているが、実施の判断は各担当医による診療科が256ヶ所(34.2%)、原則的に第1選択として、施設として判断を統一している診療科が209ヶ所(27.9%)であった。

3.3.4.12 肝流入血流遮断

肝切除術において術中出血量を減少させるための肝流入血流遮断の実施について、最

も多かったのが、原則的に第1選択として、施設として判断を統一している診療科が491ヶ所(65.6%)であった。次いで、施設として推奨しているが、実施の判断は各担当医による診療科が184ヶ所(24.6%)、施設としての推奨は、特に行っていない診療科が74ヶ所(9.9%)であった。

3.3.4.13 TACE/TAE

肝障害度A、Bの進行肝細胞癌(手術不能で、かつ穿刺局所療法の対象とならないもの)においてTACE/TAEの実施について、最も多かったのが、原則的に第1選択として、施設として判断を統一している診療科が377ヶ所(50.3%)であった。次いで、施設として推奨しているが、実施の判断は各担当医による診療科が271ヶ所(36.2%)、施設としての推奨は、特に行っていない診療科が101ヶ所(13.5%)であった。

3.3.4.14 RAF

穿刺局所療法の適応がある患者に対する、RAFの第一選択について、最も多かったのが、施設として推奨しているが、実施の判断は各担当医による診療科が303ヶ所(40.5%)であった。また、原則的に第1選択として、施設として判断を統一している診療科も302ヶ所(40.3%)であった。施設としての推奨は、特に行っていない診療科は144ヶ所(19.2%)であった。

3.3.5 胆道癌

領域選択で胆道癌を選択した診療科755ヶ所を対象とした。

3.3.5.1 日本外科学会施設認定

日本外科学会の指定施設が 567 ヶ所 (75.1%), 関連施設が 162 ヶ所 (21.5%), いずれでもない 26 ヶ所 (3.4%) であった。

3.3.5.2 日本消化器外科学会認定施設

日本消化器外科学会の認定施設であると回答した診療科が 529 ヶ所 (70.1%), 認定施設でないと回答した診療科が 226 ヶ所 (29.9%) であった。

3.3.5.3 日本肝胆膵外科学会認定施設

日本肝胆膵外科学会の認定施設であると回答した診療科が 166 ヶ所 (22.0%), 認定施設でないと回答した診療科が 589 ヶ所 (78.0%) であった。

3.3.5.4 ICU の外科用病床数

ICU の外科用病床数について、0 床が 283 ヶ所 (37.5%), 1 床が 27 ヶ所 (3.6%), 2 床が 85 ヶ所 (11.3%), 3 床が 47 ヶ所 (6.2%), 4 床が 102 ヶ所 (13.5%), 5 床が 41 ヶ所 (5.4%), 6 床以上が 170 ヶ所 (22.5%) であった。(6 床以上は合算とした)

3.3.5.5 消化器外科専門医

日本消化器外科学会による認定を受けた消化器外科専門医の在籍数について、0 名が 58 ヶ所 (7.7%), 1 名が 150 ヶ所 (19.9%), 2 名が 179 ヶ所 (23.7%), 3 名が 126 ヶ所 (16.7%), 4 名が 77 ヶ所 (10.2%), 5 名が 57 ヶ所 (7.5%), 6 名以上が 108 ヶ所 (14.3%) であった。(6 名以上は合算とした)

3.3.5.6 肝胆膵高度技能指導・専門医

日本肝胆膵外科学会による認定を受けた

肝胆膵高度技能指導医・高度技能専門医の在籍数について、0 名が 485 ヶ所 (64.2%), 1 名が 170 ヶ所 (22.5%), 2 名が 58 ヶ所 (7.7%), 3 名以上が 42 ヶ所 (5.6%) であった。(3 名以上は合算とした)

3.3.5.7 がん治療認定医

日本がん治療認定医機構による認定を受けたがん治療認定医の在籍数について、0 名が 118 ヶ所 (15.6%), 1 名が 162 ヶ所 (21.5%), 2 名が 141 ヶ所 (18.7%), 3 名が 118 ヶ所 (15.6%), 4 名が 68 ヶ所 (9.0%), 5 名が 36 ヶ所 (4.8%), 6 名以上が 112 ヶ所 (14.8%) であった。(6 名以上は合算とした)

3.3.5.8 外科医 (研修医を除く)

研修医を除く外科医の在籍数について、0 名が 7 ヶ所 (0.9%), 1 名が 8 ヶ所 (1.1%), 2 名が 34 ヶ所 (4.5%), 3 名が 67 ヶ所 (8.9%), 4 名が 103 ヶ所 (13.6%), 5 名が 96 ヶ所 (12.7%), 6 名が 69 ヶ所 (9.1%), 7 名が 72 ヶ所 (9.5%), 8 名が 57 ヶ所 (7.5%), 9 名が 38 ヶ所 (5.0%), 10 名が 41 ヶ所 (5.4%), 11 名以上は 163 ヶ所 (21.6%) であった。(11 名以上は合算とした)

3.3.5.9 胆嚢摘出術・肝外胆管切除術

胆管拡張型の膵・胆管合流異常に対する胆嚢摘出術と肝外胆管切除術の実施について、最も多かったのが、原則的に第 1 選択として、施設として判断を統一している診療科が 489 ヶ所 (64.8%) であった。次いで、施設として推奨しているが、実施の判断は各担当医による診療科が 174 ヶ所 (23.0%), 施設としての推奨は、特に行っ

ていない診療科が 92 ヶ所 (12.2%) であった。

3.3.5.10 10mm 以上の胆嚢ポリープ手術

10mm 以上の胆嚢ポリープで増大傾向を認める場合の手術の実施について、最も多かったのが、原則的に第 1 選択として、施設として判断を統一している診療科が 600 ヶ所 (79.5%) であった。次いで、施設として推奨しているが、実施の判断は各担当医による診療科が 145 ヶ所 (19.2%)、施設としての推奨は、特に行っていない診療科が 10 ヶ所 (1.3%) であった。

3.3.5.11 広基性の胆嚢ポリープ手術

広基性の胆嚢ポリープに対する手術の実施について、最も多かったのが、原則的に第 1 選択として、施設として判断を統一している診療科が 532 ヶ所 (70.5%) であった。次いで、施設として推奨しているが、実施の判断は各担当医による診療科が 200 ヶ所 (26.5%)、施設としての推奨は、特に行っていない診療科が 23 ヶ所 (3.0%) であった。

3.3.5.12 CEA・CA19-9

胆道癌を疑った場合の CEA・CA19-9 測定の実施について、最も多かったのが、原則的に第 1 選択として、施設として判断を統一している診療科が 685 ヶ所 (90.7%) であった。次いで、施設として推奨しているが、実施の判断は各担当医による診療科が 61 ヶ所 (8.1%)、施設としての推奨は、特に行っていない診療科が 9 ヶ所 (1.2%) であった。

3.3.5.13 造影 CT

胆道癌の鑑別診断と進展度診断のための造影 CT の実施について、最も多かったのが、原則的に第 1 選択として、施設として判断を統一している診療科が 702 ヶ所 (93.0%) であった。次いで、施設として推奨しているが、実施の判断は各担当医による診療科が 47 ヶ所 (6.2%)、施設としての推奨は、特に行っていない診療科が 6 ヶ所 (0.8%) であった。

3.3.6 膵癌

領域選択で膵癌を選択した診療科 749 ヶ所を対象とした。

3.3.6.1 施設種類

施設の種類について、最も多かったのが、一般病院 651 ヶ所 (86.9%) であった。次いで、大学病院 78 ヶ所 (10.4%)、がん専門病院 17 ヶ所 (2.3%)、その他 3 ヶ所 (0.4%) であった。

3.3.6.2 日本外科学会施設認定

日本外科学会の指定施設が 565 ヶ所 (75.4%)、関連施設が 157 ヶ所 (21.0%)、いずれでもない 27 ヶ所 (3.6%) であった。

3.3.6.3 日本消化器外科学会認定施設

日本消化器外科学会の認定施設であると回答した診療科が 528 ヶ所 (70.5%)、認定施設でないと回答した診療科が 221 ヶ所 (29.5%) であった。

3.3.6.4 日本肝胆膵外科学会修練施設

日本肝胆膵外科学会高度技能専門医制度における認定修練施設 (A) であると回答し

た診療科が 97 ヶ所 (13.0%), 修練施設 (B) であると回答した診療科が 62 ヶ所 (8.3%), いずれでもないと回答した診療科が, 590 ヶ所 (78.8%) であった。

3.3.6.5 日本消化器外科施設認定

日本消化器外科学会の認定施設または関連施設について, 認定施設が 446 ヶ所 (59.5%), 関連施設が 117 ヶ所 (15.6%), いずれでもないが 186 ヶ所 (24.8%) であった。

3.3.6.6 日本臨床腫瘍学会認定研修施設

日本臨床腫瘍学会の認定研修施設について, 認定研修施設であると回答した診療科が 186 ヶ所 (24.8%), 認定研修施設でないと回答した診療科が 563 ヶ所 (75.2%) であった。

3.3.6.7 NCD 膵癌登録

NCD の膵癌登録への膵癌症例登録について, 最も多かったのが, すべて登録している診療科で 512 ヶ所 (68.4%) であった。次いで, 一部の症例を登録している診療科が 139 ヶ所 (18.6%), 登録していない診療科は 98 ヶ所 (13.1%) であった。

3.3.6.8 術前術後補助化学療法の施行者

膵臓癌に対する術前・術後補助化学療法の施行者について, 最も多かったのが, 消化器外科医で 635 ヶ所 (84.8%) であった。次いで, 消化器内科医で 78 ヶ所 (10.4%), 腫瘍内科医で 26 ヶ所 (3.5%), 行っていないが 10 ヶ所 (1.3%) であった。

3.3.6.9 非切除や転移等の化学療法施行者

非切除や転移・再発膵臓癌に対する化学療法の施行者について, 最も多かったのが, 消化器外科医で 442 ヶ所 (59.0%) であった。次いで, 消化器内科医で 253 ヶ所 (33.8%), 腫瘍内科医で 49 ヶ所 (6.5%), 行っていないが 5 ヶ所 (0.7%) であった。

3.3.6.10 術中迅速組織診断の診断医

術中迅速組織診断の診断医について, 最も多かったのが, 常勤の病理医で 436 ヶ所 (58.2%) であった。次いで, 非常勤の病理医で 192 ヶ所 (25.6%), 迅速診断を行っていないが 117 ヶ所 (15.6%), 病理医でない医師が 4 ヶ所 (0.5%) であった。

3.3.6.11 日本外科学会外科専門医

日本外科学会による認定を受けた外科専門医の在籍について, 専門医がいると回答した診療科が 747 ヶ所 (99.7%), いないと回答した診療科が 2 ヶ所 (0.3%) であった。

3.3.6.12 日本外科学会指導医

日本外科学会による認定を受けた指導医の在籍について, 指導医がいると回答した診療科が 684 ヶ所 (91.3%), いないと回答した診療科が 65 ヶ所 (8.7%) であった。

3.3.6.13 消化器外科専門医

日本消化器外科学会による認定を受けた消化器外科専門医の在籍について, 消化器外科専門医がいると回答した診療科が 688 ヶ所 (91.9%), いないと回答した診療科が 61 ヶ所 (8.1%) であった。

3.3.6.14 消化器外科指導医

日本消化器外科学会による認定を受けた消化器外科指導医の在籍について、消化器外科指導医がいると回答した診療科が 629 ヶ所 (84.0%)、いないと回答した診療科が 120 ヶ所 (16.0%) であった。

3.3.6.15 肝胆膵高度技能専門医

日本肝胆膵外科学会による認定を受けた肝胆膵高度技能専門医の在籍について、肝胆膵高度技能専門医がいると回答した診療科が 126 ヶ所 (16.8%)、いないと回答した診療科が 623 ヶ所 (83.2%) であった。

3.3.6.16 肝胆膵高度技能指導医

日本肝胆膵外科学会による認定を受けた肝胆膵高度技能指導医の在籍について、肝胆膵高度技能指導医がいると回答した診療科が 247 ヶ所 (33.0%)、いないと回答した診療科が 502 ヶ所 (67.0%) であった。

3.3.6.17 消化器病専門医

日本消化器病学会による認定を受けた消化器病専門医の在籍について、消化器病専門医がいると回答した診療科が 633 ヶ所 (84.5%)、いないと回答した診療科が 116 ヶ所 (15.5%) であった。

3.3.6.18 消化器病指導医

日本消化器病学会による認定を受けた消化器病指導医の在籍について、消化器病指導医がいると回答した診療科が 440 ヶ所 (58.7%)、いないと回答した診療科が 309 ヶ所 (41.3%) であった。

3.3.6.19 がん薬物療法専門医

日本臨床腫瘍学会による認定を受けたがん薬物療法専門医の在籍について、がん薬物療法専門医がいると回答した診療科が 192 ヶ所 (25.6%)、いないと回答した診療科が 557 ヶ所 (74.4%) であった。

3.3.6.20 がん薬物療法指導医

日本臨床腫瘍学会による認定を受けたがん薬物療法指導医あるいは暫定指導医の在籍について、がん薬物療法指導医あるいは暫定指導医がいると回答した診療科が 205 ヶ所 (27.4%)、いないと回答した診療科が 544 ヶ所 (72.6%) であった。

3.3.6.21 がん治療認定医

日本がん治療認定医機構による認定を受けたがん治療認定医の在籍について、がん治療認定医がいると回答した診療科が 631 ヶ所 (84.2%)、いないと回答した診療科が 118 ヶ所 (15.8%) であった。

3.3.6.22 CT・MRI での造影剤使用

膵癌を診断するための CT や MRI における造影剤の使用について、最も多かったのが、原則的に第 1 選択として、施設として判断を統一している診療科が 690 ヶ所 (92.1%) であった。次いで、施設として推奨しているが、実施の判断は各担当医による診療科が 56 ヶ所 (7.5%)、施設としての推奨は、特に行っていない診療科が 3 ヶ所 (0.4%) であった。

3.3.6.23 3 テスラ以上の MRI 使用

膵癌を診断するために 3 テスラ以上の MRI の実施について、最も多かったのが、

原則的に第 1 選択として、施設として判断を統一している診療科が 313 ケ所(41.8%)であった。次いで、施設としての推奨は、特に行っていない診療科が 288 ケ所(38.5%)、施設として推奨しているが、実施の判断は各担当医による診療科が 148 ケ所(19.8%)であった。

3.3.6.24 根治手術切除療法

StageIVa までの膵癌（膵癌取扱い規約第 6 版の StageIVa で上腸間膜動脈（SMA）もしくは腹腔動脈幹（CA）に浸潤のないもの）に対して根治を目指した手術切除療法または根治切除を推奨し施行可能な施設への紹介について、最も多かったのが、原則的に第 1 選択として、施設として判断を統一している診療科が 511 ケ所 (68.2%) であった。次いで、施設として推奨しているが、実施の判断は各担当医による診療科が 170 ケ所 (22.7%)、施設としての推奨は、特に行っていない診療科が 68 ケ所 (9.1%) であった。

3.3.6.25 術後補助化学療法

術後補助化学療法のレジメンにおいて、S-1 単独療法の第一選択の実施について、最も多かったのが、原則的に第 1 選択として、施設として判断を統一している診療科が 342 ケ所 (45.7%) であった。次いで、施設として推奨しているが、実施の判断は各担当医による診療科が 274 ケ所 (36.6%)、施設としての推奨は、特に行っていない診療科が 133 ケ所 (17.8%) であった。

3.3.6.26 局所進行切除不能膵癌

局所進行切除不能膵癌に対する一次治療

として、化学放射線療法または化学療法単独による治療の実施について、最も多かったのが、原則的に第 1 選択として、施設として判断を統一している診療科が 463 ケ所 (61.8%) であった。次いで、施設として推奨しているが、実施の判断は各担当医による診療科が 220 ケ所 (29.4%)、施設としての推奨は、特に行っていない診療科が 66 ケ所 (8.8%) であった。

3.3.6.27 一次化学療法

局所進行切除不能膵癌・転移病変を有する膵癌に対する一次化学療法として、ゲムシタビン塩酸塩単独治療、ゲムシタビン塩酸塩＋エルロチニブ併用治療、S-1 単独治療のいずれかの実施について、最も多かったのが、原則的に第 1 選択として、施設として判断を統一している診療科が 445 ケ所 (59.4%) であった。次いで、施設として推奨しているが、実施の判断は各担当医による診療科が 255 ケ所 (34.0%)、施設としての推奨は、特に行っていない診療科が 49 ケ所 (6.5%) であった。

3.3.7 肺癌

領域選択で肺癌を選択した診療科 502 ケ所を対象とした。

3.3.7.1 日本外科学会施設認定

日本外科学会の指定施設が 402 ケ所 (80.1%)、関連施設が 91 ケ所 (18.1%)、いずれでもない 9 ケ所 (1.8%) であった。

3.3.7.2 認定修練施設

呼吸器外科専門医合同委員会の認定修練施設について、認定修練施設であると回答

した診療科が 285 ケ所 (56.8%), 認定修練施設ではないと回答した診療科が 217 ケ所 (43.2%) であった。

3.3.7.3 気管支鏡診断医

肺癌に対する気管支鏡診断の診断医について、最も多かったのが、呼吸器内科医が行っている診療科で 333 ケ所 (66.3%) であった。次いで、呼吸器外科医が行っている診療科で 112 ケ所 (22.3%), その他で 57 ケ所 (11.4%) であった。

3.3.7.4 化学療法・放射線療法施行者

肺癌に対する化学療法・放射線療法の施行者について、最も多かったのが、呼吸器内科医が行っている診療科で 269 ケ所 (53.6%) であった。次いで、呼吸器外科医が行っている診療科で 170 ケ所 (33.9%), 行っていない診療科で 35 ケ所 (7.0%), 腫瘍内科医で 28 ケ所 (5.6%) であった。

3.3.7.5 終末期ケアの施行者

肺癌に対する終末期ケアの施行者について、最も多かったのが、呼吸器内科医が行っている診療科で 236 ケ所 (47.0%) であった。次いで、呼吸器外科医が行っている診療科で 202 ケ所 (40.2%), 行っていない診療科で 42 ケ所 (8.4%), 腫瘍内科医で 22 ケ所 (4.4%) であった。

3.3.7.6 呼吸器外科専門医

呼吸器外科専門医合同委員会による認定を受けた呼吸器外科専門医の在籍について、呼吸器外科専門医がいると回答した診療科が 316 ケ所 (62.9%), いないと回答した診療科が 186 ケ所 (37.1%) であった。

3.3.7.7 気管支鏡専門医

日本呼吸器内視鏡学会による認定を受けた気管支鏡専門医の在籍について、気管支鏡専門医がいると回答した診療科が 289 ケ所 (57.6%), いないと回答した診療科が 213 ケ所 (42.4%) であった。

3.3.7.8 治療開始前の組織・細胞診断

一部の手術例を除き、経気管支生検、経皮生検、胸腔鏡下生検、開胸生検など患者の状況と施設の状況から適切な方法を用いて組織もしくは細胞診断の治療開始前の実施について、最も多かったのが、原則的に第 1 選択として、施設として判断を統一している診療科が 339 ケ所 (67.5%) であった。次いで、施設として推奨しているが、実施の判断は各担当医による診療科が 110 ケ所 (21.9%), 施設としての推奨は、特に行っていない診療科が 53 ケ所 (10.6%) であった。

3.3.7.9 中枢気管支病変への気管支鏡

中枢気管支の病変を疑った場合の気管支鏡の実施について、最も多かったのが、原則的に第 1 選択として、施設として判断を統一している診療科が 369 ケ所 (73.5%) であった。次いで、施設として推奨しているが、実施の判断は各担当医による診療科が 86 ケ所 (17.1%), 施設としての推奨は、特に行っていない診療科が 47 ケ所 (9.4%) であった。

3.3.7.10 FDG-PET

術前検査としての FDG-PET の実施について、最も多かったのが、原則的に第 1 選択として、施設として判断を統一している

診療科が 232 ヶ所 (46.2%) であった。次いで、施設として推奨しているが、実施の判断は各担当医による診療科が 151 ヶ所 (30.1%)、施設としての推奨は、特に行っていない診療科が 119 ヶ所 (23.7%) であった。

3.3.7.11 EGFR 遺伝子変異の検索

非小細胞肺癌症例において EGFR 遺伝子変異の検索の実施について、最も多かったのが、初回診断時に実施している診療科が 308 ヶ所 (61.4%) であった。次いで、再発時に行っている診療科が 122 ヶ所 (24.3%)、行っていない診療科が 72 ヶ所 (14.3%) であった。

3.3.7.12 ALK 遺伝子変異の検索

非小細胞肺癌 EGFR 遺伝子変異陰性症例に対する ALK 遺伝子変異の検索の実施について、最も多かったのが、初回診断時に行っている診療科が 224 ヶ所 (44.6%) であった。次いで、再発時に行っている診療科 168 ヶ所 (33.5%)、行っていない診療科が 110 ヶ所 (21.9%) であった。

3.3.7.13 胸部 X 線写真

胸部 X 線写真の、肺癌検出を目的とした最初の実施について、最も多かったのが、原則的に第 1 選択として、施設として判断を統一している診療科が 324 ヶ所 (64.5%) であった。次いで、施設として推奨しているが、実施の判断は各担当医による診療科が 92 ヶ所 (18.3%)、施設としての推奨は、特に行っていない診療科が 86 ヶ所 (17.1%) であった。

3.3.7.14 胸部 CT

肺癌検出を目的として、あるいは胸部 X 線写真で異状がある場合の胸部 CT の実施について、最も多かったのが、原則的に第 1 選択として、施設として判断を統一している診療科が 400 ヶ所 (79.7%) であった。次いで、施設として推奨しているが、実施の判断は各担当医による診療科が 69 ヶ所 (13.7%)、施設としての推奨は、特に行っていない診療科が 33 ヶ所 (6.6%) であった。

3.3.7.15 術前呼吸機能評価

スパイロメトリーによる術前呼吸機能評価の実施について、最も多かったのが、原則的に第 1 選択として、施設として判断を統一している診療科が 455 ヶ所 (90.6%) であった。次いで、施設として推奨しているが、実施の判断は各担当医による診療科が 31 ヶ所 (6.2%)、施設としての推奨は、特に行っていない診療科が 16 ヶ所 (3.2%) であった。

3.3.7.16 術前循環器機能評価

安静時心電図による術前循環器機能評価の実施について、最も多かったのが、原則的に第 1 選択として、施設として判断を統一している診療科が 461 ヶ所 (91.8%) であった。次いで、施設として推奨しているが、実施の判断は各担当医による診療科が 22 ヶ所 (4.4%)、施設としての推奨は、特に行っていない診療科が 19 ヶ所 (3.8%) であった。

3.3.7.17 外科切除

臨床病期 I 期、または II 期の非小細胞肺癌で外科切除可能な患者への外科切除の実

施について、最も多かったのが、原則的に第1選択として、施設として判断を統一している診療科が428ヶ所(85.3%)であった。次いで、施設として推奨しているが、実施の判断は各担当医による診療科が44ヶ所(8.8%)、施設としての推奨は、特に行っていない診療科が30ヶ所(6.0%)であった。

3.3.7.18 肺葉切除以上の外科切除

臨床病期Ⅰ期、またはⅡ期の非小細胞肺癌で外科切除可能な患者への肺葉切除以上の外科切除の実施について、最も多かったのが、原則的に第1選択として、施設として判断を統一している診療科が380ヶ所(75.7%)であった。次いで、施設として推奨しているが、実施の判断は各担当医による診療科が80ヶ所(15.9%)、施設としての推奨は、特に行っていない診療科が42ヶ所(8.4%)であった。

3.3.7.19 集学的治療グループ

臨床病期ⅢA期の非小細胞肺癌の治療方針は呼吸器外科医を含めた集学的治療グループでの実施について、最も多かったのが、原則的に第1選択として、施設として判断を統一している診療科が291ヶ所(58.0%)であった。次いで、施設として推奨しているが、実施の判断は各担当医による診療科が122ヶ所(24.3%)、施設としての推奨は、特に行っていない診療科が88ヶ所(17.7%)であった。

3.3.8 乳癌

領域選択で乳癌を選択した診療科801ヶ所を対象とした。

3.3.8.1 日本外科学会施設認定

日本外科学会の指定施設が551ヶ所(68.8%)、関連施設が184ヶ所(23.0%)、いずれでもない66ヶ所(8.2%)であった。

3.3.8.2 日本乳癌学会施設認定

日本乳癌学会の認定施設が279ヶ所(34.8%)、関連施設が209ヶ所(26.1%)、どちらでもない313ヶ所(39.1%)であった。

3.3.8.3 日本臨床腫瘍学会認定研修施設

日本臨床腫瘍学会の認定研修施設が196ヶ所(24.5%)、認定研修施設でないが605ヶ所(75.5%)であった。

3.3.8.4 NCD乳癌非手術症例の登録

NCDの乳癌登録へ非手術の乳癌症例登録の実施について、最も多かったのが、登録していない診療科で385ヶ所(48.1%)であった。次いで、すべて登録している診療科が307ヶ所(38.3%)、一部の症例を登録している診療科が109ヶ所(13.6%)であった。

3.3.8.5 ホルモン治療の施行者

乳癌に対するホルモン治療の施行者について、最も多かったのが、術前・術後補助療法、再発治療とも外科医が行っている診療科で785ヶ所(98.0%)であった。次いで、術前・術後補助療法は外科医、再発治療は腫瘍内科医が行っている診療科が10ヶ所(1.2%)、術前・術後補助療法、再発治療とも腫瘍内科医が行っている診療科が6ヶ所(0.7%)であった。

3.3.8.6 化学療法の施行者

乳癌に対する化学療法の施行者について、最も多かったのが、術前・術後補助療法、再発治療とも外科医が行っている診療科で 773 ケ所 (96.5%) であった。次いで、術前・術後補助療法、再発治療とも腫瘍内科医が行っている診療科が 21 ケ所 (2.6%)、術前・術後補助療法は外科医、再発治療は腫瘍内科医が行っている診療科が 7 ケ所 (0.9%) であった。

3.3.8.7 NCD 乳癌登録体制

腫瘍内科医が乳癌治療に関わっている場合の NCD の乳癌登録の実施者について、最も多かったのが、外科医が行っている診療科で 520 ケ所 (64.9%) であった。次いで、NCD の乳癌登録を行っていない診療科で 144 ケ所 (18.0%)、腫瘍内科医の行った治療に関しては入力していない診療科で 102 ケ所 (12.7%)、外科医と腫瘍内科医が協力して行っている診療科で 31 ケ所 (3.9%)、腫瘍内科医が行っている診療科で 4 ケ所 (0.5%) であった。

3.3.8.8 乳腺専門医

日本乳癌学会による認定を受けた乳腺専門医の在籍について、乳腺専門医がいると回答した診療科が 354 ケ所 (44.2%)、いないと回答した診療科が 447 ケ所 (55.8%) であった。

3.3.8.9 腫瘍内科医

腫瘍内科医の在籍について、腫瘍内科医がいると回答した診療科が 167 ケ所 (20.8%)、いないと回答した診療科が 634 ケ所 (79.2%) であった。

3.3.8.10 がん薬物療法専門医

日本臨床腫瘍学会による認定を受けたがん薬物療法専門医の在籍について、がん薬物療法専門医がいると回答した診療科が 186 ケ所 (23.2%)、いないと回答した診療科が、615 ケ所 (76.8%) であった。

3.3.8.11 がん治療認定医

日本がん治療認定医機構による認定を受けたがん治療認定医の在籍について、がん治療認定医がいると回答した診療科が 620 ケ所 (77.4%)、いないと回答した診療科が 181 ケ所 (22.6%) であった。

3.3.8.12 ガイドラインに沿った治療

最新版 (2013 年版) の乳癌治療ガイドラインに沿った治療の実施について、最も多かったのは、原則的に行っている診療科で 700 ケ所 (87.4%) であった。次いで、施設として推奨しているが、実施の判断は各担当医による診療科が 94 ケ所 (11.7%)、原則的に行っていない診療科が 7 ケ所 (0.9%) であった。

3.3.8.13 ER,PgR,HER2 の免疫染色

乳癌症例で、ER,PgR,HER2 の免疫染色の実施について、最も多かったのは、原則的に行っている診療科で 767 ケ所 (95.8%) であった。次いで、施設として推奨しているが、実施の判断は各担当医による診療科が 28 ケ所 (3.5%)、原則的に行っていない診療科が 6 ケ所 (0.7%) であった。

3.3.8.14 センチネルリンパ節生検

術前リンパ節転移陰性症例に対するセンチネルリンパ節生検の実施について、最も

多かったのは、原則的に行っている診療科で606ヶ所(75.7%)であった。次いで、原則的に行っていない診療科が107ヶ所(13.4%)、施設として推奨しているが、実施の判断は各担当医による診療科が88ヶ所(11.0%)であった。

3.3.8.15 放射線治療

乳房温存術後に残存乳房への放射線治療の実施について、最も多かったのは、原則的に行っている診療科で646ヶ所(80.6%)であった。次いで、施設として推奨しているが、実施の判断は各担当医による診療科が101ヶ所(12.6%)、原則的に行っていない診療科が54ヶ所(6.7%)であった。

3.3.8.16 ハーセプチン投与

HER2陽性、1cm以上の浸潤性乳癌患者に術後補助療法としてのハーセプチン投与の実施について、最も多かったのは、原則的に行っている診療科で621ヶ所(77.5%)であった。次いで、施設として推奨しているが、実施の判断は各担当医による診療科が159ヶ所(19.9%)、原則的に行っていない診療科が21ヶ所(2.6%)であった。

3.3.8.17 画像検査

乳癌術後、定期的に遠隔転移の検索のための画像検査の実施について、最も多かったのは、原則的に行っている診療科で672ヶ所(83.9%)であった。次いで、施設として推奨しているが、実施の判断は各担当医による診療科が76ヶ所(9.5%)、原則的に行っていない診療科が53ヶ所(6.6%)であった。

3.3.9 成人心臓外科 (CABG)

領域選択でCABGを選択した診療科305ヶ所を対象とした。

3.3.9.1 心臓外科医 (研修医を除く)

研修医を除く心臓外科医の在籍数について、0名が8ヶ所(2.6%)、1名が15ヶ所(4.9%)、2名が53ヶ所(17.4%)、3名が73ヶ所(23.9%)、4名が53ヶ所(17.4%)、5名が26ヶ所(8.5%)、6名以上が77ヶ所(25.2%)であった。(6名以上は合算とした)

3.3.9.2 麻酔科医 (研修医を除く)

研修医を除く麻酔科医の在籍数について、0名が19ヶ所(6.2%)、1名が28ヶ所(9.2%)、2名が22ヶ所(7.2%)、3名が33ヶ所(10.8%)、4名が26ヶ所(8.5%)、5名が30ヶ所(9.8%)、6名が32ヶ所(10.5%)、7名が13ヶ所(4.3%)、8名が10ヶ所(3.3%)、9名が6ヶ所(2.0%)、10名が13ヶ所(4.3%)、11名以上が73ヶ所(23.9%)であった。(11名以上は合算とした)

3.3.9.3 心臓外科専門医

専門医認定機構による認定を受けた心臓外科専門医の在籍数について、0名が16ヶ所(5.2%)、1名が58ヶ所(19.0%)、2名が89ヶ所(29.2%)、3名が67ヶ所(22.0%)、4名が27ヶ所(8.9%)、5名が23ヶ所(7.5%)、6名以上が25ヶ所(8.2%)であった。(6名以上は合算とした)

3.3.9.4 集中治療専門医

日本集中治療学会による認定を受けた集中治療専門医の在籍数について、0名が140

ヶ所 (45.9%), 1名が 64ヶ所 (21.0%), 2名が 44ヶ所 (14.4%), 3名以上が 57ヶ所 (18.7%) であった。(3名以上は合算とした)

3.3.9.5 血液透析専門医

日本透析医学会による認定を受けた血液透析の専門医の在籍数について、0名が 98ヶ所 (32.1%), 1名が 57ヶ所 (18.7%), 2名が 53ヶ所 (17.4%), 3名が 44ヶ所 (14.4%), 4名が 16ヶ所 (5.2%), 5名が 18ヶ所 (5.9%), 6名以上が 19ヶ所 (6.2%) であった。(6名以上は合算とした)

3.3.9.6 臨床工学技士

臨床工学技士の在籍数について、0名が 4ヶ所 (1.3%), 1名が 2ヶ所 (0.7%), 2名が 3ヶ所 (1.0%), 3名が 16ヶ所 (5.2%), 4名が 24ヶ所 (7.9%), 5名が 31ヶ所 (10.2%), 6名が 16ヶ所 (5.2%), 7名が 25ヶ所 (8.2%), 8名が 23ヶ所 (7.5%), 9名が 16ヶ所 (5.2%), 10名が 25ヶ所 (8.2%), 11名以上が 120ヶ所 (39.3%) であった。(11名以上は合算とした)

3.3.9.7 体外循環技術認定士

4学会合同の体外循環技術認定士制度による認定を受けた体外循環技術認定士の在籍数について、0名が 35ヶ所 (11.5%), 1名が 72ヶ所 (23.6%), 2名が 87ヶ所 (28.5%), 3名が 61ヶ所 (20.0%), 4名が 24ヶ所 (7.9%), 5名が 13ヶ所 (4.3%), 6名以上が 13ヶ所 (4.3%) であった。(6名以上は合算とした)

3.3.9.8 症例検討カンファレンス

定期的な症例検討カンファレンスの実施について、最も多かったのが、週に1~数回の診療科で 208ヶ所 (68.2%) であった。次いで、ほぼ毎日の診療科が 84ヶ所 (27.5%), 月に1~数回の診療科が 9ヶ所 (3.0%), 原則として行うことはない診療科が 4ヶ所 (1.3%) であった。

3.3.9.9 ハートチームカンファレンス

ハートチームカンファレンスの実施について、最も多かったのが、週に1~数回の診療科で 197ヶ所 (64.6%) であった。次いで、月に1~数回の診療科が 39ヶ所 (12.8%), 原則として行うことはない診療科が 32ヶ所 (10.5%), ほぼ毎日の診療科が 31ヶ所 (10.2%), 年に数回の診療科が 6ヶ所 (2.0%) であった。

3.3.9.10 カンファレンス参加者

ハートチームカンファレンスの参加者について、最も多かったのが、心臓手術担当 (心臓外科医) で 270ヶ所 (88.5%) であった。次いで、主治医が 243ヶ所 (79.7%), インターベンション担当 (循環器内科医) で 233ヶ所 (76.4%), 当該手技に関与しない循環器内科医で 171ヶ所 (56.1%), 当該手術に関与しない心臓外科医で 164ヶ所 (53.8%), 画像診断担当 (循環器内科医) で 162ヶ所 (53.1%), 麻酔科医で 79ヶ所 (25.9%), 集中治療医で 30ヶ所 (9.8%) であった。

3.3.9.11 死亡・罹患カンファレンス

Mortality & Morbidity カンファレンスの実施について、最も多かったのが、年に数

回の診療科で 156 ケ所 (51.1%) であった。次いで、原則として行うことはない診療科で 98 ケ所 (32.1%)、月に 1~数回で 51 ケ所 (16.7%) であった。

3.3.9.12 死亡・罹患カンファレンス参加者

Mortality & Morbidity カンファレンスの参加者について、最も多かったのが、主治医で 195 ケ所 (63.9%) であった。次いで、心臓手術担当 (心臓外科医) で 191 ケ所 (62.6%)、当該手術に関与しない心臓外科医で 125 ケ所 (41.0%)、インターベンション担当 (循環器内科医) で 91 ケ所 (29.8%)、当該手技に関与しない循環器内科医で 81 ケ所 (26.6%)、画像診断担当 (循環器内科医) で 63 ケ所 (20.7%)、麻酔科医で 46 ケ所 (15.1%)、集中治療医で 34 ケ所 (11.1%) であった。

3.3.9.13 アスピリン投与

CABG 術前のアスピリン投与の実施について、最も多かったのが、施設としての推奨は、特に行っていない診療科で 155 ケ所 (50.8%) であった。次いで、施設として推奨し、判断を統一して行っている診療科で 98 ケ所 (32.1%)、施設として推奨しているが、実施の判断は各担当医による診療科で 52 ケ所 (17.0%) であった。

3.3.9.14 抗菌薬投与

CABG 術前の適切な抗菌薬投与の実施について、最も多かったのが、施設として推奨し、判断を統一して行っている診療科で 224 ケ所 (73.4%) であった。次いで、施設としての推奨は、特に行っていない診療科で 61 ケ所 (20.0%)、施設として推奨して

いるが、実施の判断は各担当医による診療科で 20 ケ所 (6.6%) であった。

3.3.9.15 内頸動脈グラフト

CABG にて内頸動脈グラフトの実施について、最も多かったのが、施設として推奨し、判断を統一して行っている診療科で 246 ケ所 (80.7%) であった。次いで、施設としての推奨は、特に行っていない診療科で 38 ケ所 (12.5%)、施設として推奨しているが、実施の判断は各担当医による診療科で 21 ケ所 (6.9%) であった。

3.3.9.16 退院時のアスピリン処方

CABG 後退院時のアスピリン処方実施について、最も多かったのが、施設として推奨し、判断を統一して行っている診療科で 260 ケ所 (85.2%) であった。次いで、施設として推奨しているが、実施の判断は各担当医による診療科で 29 ケ所 (9.5%)、施設としての推奨は、特に行っていない診療科で 16 ケ所 (5.2%) であった。

3.3.9.17 退院時のスタチン処方

CABG 後退院時のスタチン処方実施について、最も多かったのが、施設として推奨しているが、実施の判断は各担当医による診療科で 123 ケ所 (40.3%) であった。次いで、施設として推奨し、判断を統一して行っている診療科で 105 ケ所 (34.4%)、施設としての推奨は、特に行っていない診療科で 77 ケ所 (25.2%) であった。

3.3.10 インターベンション (PCI)

領域選択で PCI を選択した診療科 295 ケ所を対象とした。

3.3.10.1 症例検討カンファレンス

定期的な症例検討カンファレンスの実施について、最も多かったのが、週に1~数回の診療科で172ヶ所(58.3%)であった。次いで、ほぼ毎日の診療科が96ヶ所(32.5%)、原則として行うことはない診療科が13ヶ所(4.4%)、月に1~数回の診療科が11ヶ所(3.7%)、年に数回の診療科が3ヶ所(1.0%)であった。

3.3.10.2 ハートチームカンファレンス

ハートチームカンファレンスの実施について、最も多かったのが、週に1~数回の診療科で151ヶ所(51.2%)であった。次いで、原則として行うことはない診療科が57ヶ所(19.3%)、月に1~数回の診療科が40ヶ所(13.6%)、ほぼ毎日の診療科が30ヶ所(10.2%)、年に数回の診療科が17ヶ所(5.8%)であった。

3.3.10.3 カンファレンス参加者

ハートチームカンファレンスの参加者について、最も多かったのが、インターベンション担当(循環器内科医)で233ヶ所(79.0%)であった。次いで、主治医が230ヶ所(78.0%)、心臓手術担当(心臓外科医)で171ヶ所(58.0%)、当該手技に関与しない循環器内科医で159ヶ所(53.9%)、画像診断担当(循環器内科医)で118ヶ所(40.0%)、当該手術に関与しない心臓外科医で109ヶ所(36.9%)、麻酔科医で26ヶ所(8.8%)、集中治療医で10ヶ所(3.4%)であった。

3.3.10.4 死亡・罹患カンファレンス

Mortality & Morbidity カンファレンスの実施について、最も多かったのが、原則と

して行うことはない診療科で146ヶ所(49.5%)であった。次いで、年に数回の診療科で103ヶ所(34.9%)、月に1~数回で46ヶ所(15.6%)であった。

3.3.10.5 死亡・罹患カンファレンス参加者

Mortality & Morbidity カンファレンスの参加者について、最も多かったのが、主治医で147ヶ所(49.8%)であった。次いで、インターベンション担当(循環器内科医)で132ヶ所(44.7%)、当該手技に関与しない循環器内科医で100ヶ所(33.9%)、画像診断担当(循環器内科医)で70ヶ所(23.7%)、心臓手術担当(心臓外科医)で69ヶ所(23.4%)、当該手術に関与しない心臓外科医で55ヶ所(18.6%)、看護師で55ヶ所(18.6%)、麻酔科医で22ヶ所(7.5%)、集中治療医で19ヶ所(6.4%)であった。

3.3.10.6 door-to-balloon time

STEMI(ST上昇心筋梗塞)症例でdoor-to-balloon timeの測定実施について、最も多かったのが、施設として推奨し、判断を統一して行っている診療科で212ヶ所(71.9%)であった。次いで、施設として推奨しているが、実施の判断は各担当医による診療科で68ヶ所(23.1%)、施設としての推奨は、特に行っていない診療科で15ヶ所(5.1%)であった。

3.3.10.7 緊急カテーテル

NSTEMI-ACS(非ST上昇ACS)症例で緊急カテーテルの実施について、最も多かったのが、施設として推奨しているが、実施の判断は各担当医による診療科で106ヶ所(35.9%)であった。次いで、施設として推

奨し、判断を統一して行っている（6時間以内）診療科で101ヶ所（34.2%）、施設として推奨し、判断を統一して行っている（24時間以内）診療科で42ヶ所（14.2%）、施設として推奨し、判断を統一して行っている（12時間以内）診療科で39ヶ所（13.2%）、施設としての推奨は、特に行っていない診療科で7ヶ所（2.4%）であった。

3.3.10.8 虚血評価

SIHD（安定狭心症）で運動あるいは薬剤負荷による虚血評価の実施について、最も多かったのが、施設として推奨しているが、実施の判断は各担当医による診療科で181ヶ所（61.4%）であった。次いで、施設として推奨し、判断を統一して行っている診療科で97ヶ所（32.9%）、施設としての推奨は、特に行っていない診療科で17ヶ所（5.8%）であった。

3.3.10.9 PCI前アスピリン投与

PCI前のアスピリン投与について、最も多かったのが、施設として推奨し、判断を統一して行っている診療科で249ヶ所（84.4%）であった。次いで、施設として推奨しているが、実施の判断は各担当医による診療科で40ヶ所（13.6%）、施設としての推奨は、特に行っていない診療科で6ヶ所（2.0%）であった。

3.3.10.10 PCI後アスピリン処方

PCI後のアスピリン処方について、最も多かったのが、施設として推奨し、判断を統一して行っている診療科で262ヶ所（88.8%）であった。次いで、施設として推奨しているが、実施の判断は各担当医による診療科で

29ヶ所（9.8%）、施設としての推奨は、特に行っていない診療科で4ヶ所（1.4%）であった。

3.3.10.11 PCI前のP2Y12阻害剤処方

PCI前のP2Y12阻害剤の処方について、最も多かったのが、施設として推奨し、判断を統一して行っている診療科で234ヶ所（79.3%）であった。次いで、施設として推奨しているが、実施の判断は各担当医による診療科で49ヶ所（16.6%）、施設としての推奨は、特に行っていない診療科で12ヶ所（4.1%）であった。

3.3.10.12 PCI後のP2Y12阻害剤処方

PCI後のP2Y12阻害剤の処方について、最も多かったのが、施設として推奨し、判断を統一して行っている診療科で257ヶ所（87.1%）であった。次いで、施設として推奨しているが、実施の判断は各担当医による診療科で33ヶ所（11.2%）、施設としての推奨は、特に行っていない診療科で5ヶ所（1.7%）であった。

3.3.10.13 退院時のスタチン処方

PCI後退院時のスタチン処方について、最も多かったのが、施設として推奨しているが、実施の判断は各担当医による診療科で148ヶ所（50.2%）であった。次いで、施設として推奨し、判断を統一して行っている診療科で131ヶ所（44.4%）、施設としての推奨は、特に行っていない診療科で16ヶ所（5.4%）であった。

4. 病理領域の参画

2016年秋頃の症例登録を開始するため

に、2015年剖検情報に対する剖検登録システムおよび、過去データ移行分に対する集計システムの仕様について検討中である。以下に、剖検情報に関して検討された項目を示す。

4.1 施設情報に関する登録項目

4.1.1 基本項目

記入日、施設法人団体名称、施設名称、研修区分、研修施設番号、郵便番号、住所、代表電話番号、"病理専門医研修指導責任者名(病理専門医研修指導医)", 研修施設大学名、状況・実績報告年(1月～12月)、病床数、病理部門の名称、病理診断科の標榜科の届出、院内表示名称(部門名・科名)、病理外来の実施状況、専任病理医数、病理専門医数、解剖部署責任者氏名、剖検登録責任者氏名、剖検登録責任者部署、連絡担当者氏名、連絡担当者電話番号、連絡担当者電話番号内線、連絡担当者FAX番号、連絡担当者メールアドレス。

4.1.2 専任病理医に関する項目

氏名、勤務形態、職名、経験年数、病理専門医登録番号、病理専門医研修指導医認定年。

4.1.3 専任でない病理医に関する項目

氏名、勤務形態、職名、経験年数、病理専門医登録番号、病理専門医研修指導医認定年。

4.1.4 その他の職員に関する項目

人数、専任・兼任の別、主な業務内容。

4.1.5 研修医の受入れ状況に関する項目

研修期間、研修区分、性別、研修月数。

4.1.6 剖検・組織診・細胞診の実績に関する項目

総剖検数、入院患者剖検数、入院患者死亡数、剖検率、組織診件数、"うち迅速診断(組織診件数における)", 細胞診件数、総剖検数、組織診件数、"うち迅速診断(組織診件数における)", 細胞診件数、総剖検数、総組織診件数、"総うち迅速診断(組織診件数における)", 剖検番号開始、剖検番号終了、総細胞診件数。

4.1.7 剖検輯報データ・原稿提出に関する項目

提出日、提出形態、提出依頼大学、剖検輯報登録コード。

4.1.8 認定申請書変更項目に関する項目

認定申請書と著しく相異した事項(病床数、要員、機器など)、相異した事項詳細。

4.1.9 カンファレンス開催に関する項目

剖検例CPC、生検例(手術例を含む)CPC、がんサーボード(病理参加の場合のみに限る)、その他(内容)、その他(回)。

4.1.10 過去の剖検に関する項目

実施年度、院内、院外。

4.1.11 剖検受付時間について

受付時間、指定時間詳細。

4.1.12 精度管理状況に関する項目

剖検受付・標本作製・報告書作成:特に患

者・標本番号の取り違えの防止，染色液・試薬・廃液・器具・ブロックなどの管理，作製標本の品質管理，生検/組織診と摘出標本の突き合わせ，術中迅速診断と最終診断の突き合わせ，細胞診と組織診の突き合わせ，二次スクリーニング（ダブルチェック），外部コンサルテーション。

4.2 剖検登録に関する登録項目

4.2.1 基本項目

施設番号，患者剖検番号，患者氏名，患者イニシャル，年齢情報，患者生年月日，死亡日時，剖検日時，死後時間，患者年齢，患者性別，患者住所地，患者職業，整理状況，執刀医，補助者，解剖部位，剖検輯報編集者への連絡メモ，施設内でのメモ。

4.2.2 臨床に関する項目

臨床診断，臨床診断テキスト+出所，病悩期間，癌以外の手術，移植手術，心臓手術治療，原爆被爆，依頼科，主治医，その他の手術。

4.2.3 悪性腫瘍に関する項目

悪性腫瘍の個数，原発部位，組織型，進展度，術後状態，機能性腫瘍，分化度，細胞区分，浸潤転移，リンパ節転移。

4.2.4 非腫瘍性疾患に関する項目

良性腫瘍，感染症，一般病変，分類困難な疾患。

4.2.5 診断作成

輯報原稿，死因，主病変。

5. NCD フィードバック

5.1 NCD Feedback の各機能と活用

NCD Feedback 機能は，具体的に①リアルタイムフィードバック，② Risk Calculator，③施設診療科の患者背景とパフォーマンスの全国比較，の3つの形態で蓄積データのフィードバックを行っている。①リアルタイムフィードバック，及び，② Risk Calculator は，登録データの術前情報を元に構築されたリスクモデルを元に，①は症例登録時に，②は症例登録に関わらず，各術式のリスク因子を入力することで，その患者の重症度が補正された状態で術後30日死亡及び，術関連死亡が算出される。この結果は，患者へ手術説明をおこない，インフォームドコンセントを取得する際や，医局でのカンファレンスにて活用することが可能である。また，③施設診療科の患者背景とパフォーマンスの全国比較では，各施設診療科で登録された患者の術前リスクに関する項目の集計結果を確認することができる他，それぞれの項目について NCD に登録されている全国の施設データと比較することが可能である。また，これらの術前情報に基づき，全登録症例データから推定される予測死亡率や予測合併症発生率を自施設診療科で実際に起こった，死亡割合や合併症発症割合と比較することで，自施設診療科のパフォーマンスをベンチマーキング手法で比較することが可能である。ベンチマーキングの手法は，複数のシステムティックレビューで有効性が確認された強固な手法である他，心臓血管外科における我々の検証においても医療の質向上に有効であることが確認された⁷。

5.2 消化器外科領域におけるデータ還元

消化器外科領域においては、各リスクモデルに関する論文を術式別に国際学術誌に投稿し、peer reviewを受け、採択された術式から臨床現場へのフィードバックを開始している⁸⁹(各リスクモデルの因子は資料2、資料3参照)。昨年度は、医療水準評価対象術式の胃切除と急性汎発性腹膜炎を除く6つの術式のリアルタイムフィードバック機能を、今年度は残る2術式のリアルタイムフィードバック機能の構築を行った。また、今年度は8術式全てにおける重症度補正された死亡率のベンチマーキングシステムを活用し全国施設と対比可能なパフォーマンス指標を開始した。合併症については、論文の査読を待つ間、2011年~2013年に登録された8術式全ての医療水準評価対象術式の、各施設診療科の重症度補正死亡率と重症度補正合併症発生率を算出し、全国の治療成績との比較を行った結果を還元した。

5.3 マニュアルの作成

心臓血管外科領域において、このようなデータの還元をNCD設立以前から行っているが、一部の施設を対象にした調査によると、各機能の説明が不十分であり、提示されている指標の理解に困難を残したまま、医療の質向上へ繋がられていないケースが散見された。そこで、心臓血管外科領域では、今年度「NCD/JACVSD 活用マニュアル」を作成するほか学術集会の場においてもデータマネージャー会議で仕様説明を行うなど、Feedback機能のより積極的な活用を促す取り組みを開始した(資料4)。

D. 考察

日本における外科手術の全数把握を行い、科学的な目的で手術情報を集積・分析することは、外科医療の発展に寄与し、さらに市民に適切な外科医療を提供する根拠となる¹⁰。そのためには、手術が行われている全医療機関を対象とした、全ての手術症例が登録されたデータベースが必要となる。現在、日本で利用可能な他の手術症例データは、限られた医療機関、または限られた手術のデータである場合が多い。

NCDの2011年手術症例データの分析では、主要な手術において手術件数を比較し、95%以上のカバー率であることが示された¹¹。2012年以降の症例についても、参加医療機関の増加等および参加領域の拡大によって、より多くの手術が集積され、より登録率の高いデータベース事業となったことが示されている。

今回の脳神経外科領域の参画では、術後30日以内の生存だけでなく、各種合併症や推奨される臨床プロセスの実施状況などパフォーマンス指標を総合的に把握する。これらパフォーマンス指標に基づいた評価と改善は、死亡率の低下や術後在院日数の短縮、感染性合併症発生率の低下など、医療費の抑制に有効に作用する可能性が高い。また治療法の選択についても、悉皆性の高い現実世界のデータに基づいて分析を行うことにより、治療法(脳動脈瘤のクリッピング術 or コイル塞栓術、頸動脈狭窄症の内膜剥離術 or ステント留置術)の選択がもたらす臨床的な効果だけでなく、費用に対する影響を客観的に評価することが可能である。実証データに基づいて、医療費と質に対して客観的な比較考量を行う本事業は、超高