

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）

小児がん拠点病院等の連携による移行期を含めた小児がん医療提供体制整備に関する研究
分担研究報告書

「小児がん拠点病院の治療の質的評価の研究」

研究分担者 瀧本 哲也

国立成育医療研究センター 臨床研究センター 疾患登録管理室 室長

研究要旨

小児がん中央機関と拠点病院のネットワークの診療実態の評価や診療連携体制のあり方を検討するために、15の拠点病院を対象としてはじめて実施されたQI指標調査の結果からは、明らかに低値で拠点施設としての適格性を疑わせる指標がみられた一方で、算定が容易でない、結果の価値評価が難しい、施設の立場を考慮した評価が必要である等、QI指標そのもののあり方についての問題点もみられた。これには、指標の定義の明確化、ベンチマーキングのための目標値の設定、地域ごとの疾患の分布と関連した判定法や施設の性格・施設内の取り決め等と関連した判定法の必要性などがあつた。これらの結果を踏まえて、研究班においてQI指標の見直しを実施され、再度の調査につなげることができた。

A. 研究目的

本分担研究は、厚生労働行政の課題のひとつである小児がん中央機関・拠点病院を軸とした小児がん医療提供体制のあり方を検討する本研究班の目的に沿って、昨年度までに策定した小児がん診療に関連するQuality Indicator(QI)の問題点について検討し、QI指標の改良につなげることを目的とする。

B. 研究方法

昨年度に策定した構造指標10、過程指標17、結果指標9を15の拠点病院にはじめて適用した結果の詳細については昨年度の研究班報告書にて報告した。本

分担研究ではこれらの結果を分析して特にQI指標そのものの問題点を検討し、具体的な改善点を明らかにすることによってQI指標の見直しにつなげる。

（倫理面への配慮）

QIの算定に必要な情報には、個人の特定につながる情報は一切含まない。また、情報を収集して集計を行う当センターにおいては、QI収集作業について施設倫理委員会の承認を受けている。

C. 研究結果

1. QI指標の回収状況（表1）

構造指標は概ね良好な回答率であった

が、過程指標、結果指標のうち、在院のべ日数、長期フォローアップ外来受診率、中心静脈カテーテル関連血流感染率、術後治療開始日数、5年生存率、5年無病生存率の6項目については、3施設以上から回答がなかった。これらの指標の算定には長期間の観察や、院内の多くの部門からのデータ収集が必要であることが原因のひとつではないかと考えられた。

2. 測定の意義からみた分類と達成度

QI 指標には複数の目的や意義があるため、単純な分類は必ずしも容易ではないが、以下の3つに分類したうえで施設ごとの達成度について検討した。

1) 拠点病院ネットワーク全体として達成度を評価すべき指標

これには小児血液・がん専門医・(暫定)指導医数、小児がん認定外科医数、放射線治療専門医数、病理専門医数、専門・認定看護師数、専門・認定薬剤師数、緩和医療専門医・指導医数、療養支援担当者数、保育士数の9指標が該当すると考えられた。しかしながら、施設ごとに置かれた立場が異なることもあって、単純な比較によって人数の過不足を論じるのは困難と考えられた。

2) 施設間で達成度を比較することによって向上を目指すべき指標

小児血液腫瘍診療に携わるレジデント1人あたりの小児血液・がん指導医数、入院日あるいは診断日から初回治療開始までの日数、病理報告所要時間、外来

化学療法のべ件数、在院のべ日数、術後治療開始日数(小児外科、脳神経外科)、骨髄穿刺・腰椎穿刺における鎮静率、輸血量(赤血球、血小板)、宿泊施設利用者数、AYA世代比率、死亡前30日間における在宅日数、発熱性好中球減少症によるICU入室率、術中出血量、5年全生存率、5年無病生存率の15の指標が該当すると考えられた。

このうち、骨髄穿刺・腰椎穿刺における鎮静率については低値の施設があった。一方、在院のべ日数、術後治療開始日数(小児外科、脳神経外科)、宿泊施設利用者数、AYA世代比率、発熱性好中球減少症によるICU入室率、術中出血量、5年全生存率、5年無病生存率については施設間の差が大きかった。

3) 個々の施設ごとに個別に達成度の向上を図るべき指標

これには化学療法レジメンの院内委員会での審査率、3D-CRT/IMRT実施率、長期フォローアップ外来受診率、緩和ケアチーム介入率、院内学級への転籍率、復学カンファレンス実施率、相談支援センターにおける小児がん相談件数、精子保存実施数、中心静脈カテーテル関連血流感染率、化学療法関連死亡率(ALL)、手術部位感染発生率、術後30日以内の手術関連死亡率の12の指標が該当すると考えた。このうち、3D-CRT/IMRT実施率、長期フォローアップ外来受診率、緩和ケアチーム介入率、復学カンファレンス実施率、精子保存実施数の5指標については明らかに低値の施設が見られ、問題と思われた。一方、化学療法レジメンの院

内委員会での審査率と相談支援センターにおける小児がん相談件数については施設間のバラツキが大きかった。

3. QI 指標によって明らかになった問題点

1) 構造指標

小児がん認定外科医、放射線治療専門医、緩和医療専門医・指導医、専門・認定薬剤師が不在の施設があったほか、「専門・認定」の資格であっても、実際にどの程度小児がんの診断に精通しているかは不明である点が問題と考えられた。

2) 過程指標

化学療法レジメンの院内委員会での審査率の低い施設がある、緩和ケアチーム介入率は一部の施設を除いて低い、骨髄穿刺・腰椎穿刺における鎮静率が低い施設がある、麻酔科による鎮静は一部を除いて普及していない、復学カンファレンス実施率が低い施設がある、精子保存は普及していないことなどが問題点と考えられた。また、在院のべ日数、宿泊施設利用者数、相談支援センターにおける小児がん相談件数については、施設による差がかなり大きいものの、その意義についての判断が難しい指標と考えられた。

3) 結果指標

これについても、発熱性好中球減少症によるICU入室率、術後治療開始日数、5年全生存率、5年無病生存率などについては、施設による差がかなり大きいが、

評価が難しい指標と考えられた。

D. 考察

中央機関・拠点病院ネットワークにおいてはじめて実施したQI指標の集計からは、明らかに低値で拠点施設としての適格性を疑わせる指標がみられた一方で、算定が容易でない、結果自体の価値評価が難しい、施設の立場を考慮した評価が必要である等、QI指標そのもののあり方について検討する必要がある指標もあると考えられた。施設間差が大きい指標が多かった理由として、個々の施設の達成度だけではなく、このような指標自体に起因する曖昧さも考えられた。また、QI指標の見直しには、達成率がある程度以下あるいは施設間差が大きいもので収集が困難でないことを重視するとともに、QI指標によって明らかになった問題点もふまえて見直すだけでなく、達成されれば外していく一方で、必要に応じて新しい指標を導入していくことが必要と考えられる。

具体的な問題点としては、定義をより明確にする必要があると考えられる指標(化学療法レジメンの院内委員会での審査率、入院日あるいは診断日から初回治療開始までの日数、外来化学療法のべ件数、長期フォローアップ外来受診率、手術部位感染発生率など)、ベンチマーキングのための「目標値」設定が必要と考えられる指標(各構造指標、死亡前30日間における在宅日数、中心静脈カテーテル関連血流感染率、術後治療開始日数、5年全生存率、5年無病生存率な

ど)、地域ごとの疾患の分布と関連した判定が必要と考えられる指標(病理報告所要時間,輸血量,術中出血量など)

施設の性格や施設内の取り決め等と関連した判定が必要と考えられる指標(AYA世代比率,発熱性好中球減少症によるICU入室率など)が存在し、検討を要すると考えられた。その一方で、現状でも既に高い達成率の指標(院内学級への転籍率,化学療法関連死亡率,術後30日以内の手術関連死亡率など)については継続して収集する意義について再考すべきと思われた。

研究班では本分担研究での結果を踏まえて、QI指標の見直しが実施され再度の調査が行われたが、これについては他稿に譲ることとしたい。

E. 結論

15の拠点病院へのQI指標の適用結果に基づき、QI指標そのもののあり方についていくつかの問題点を指摘し、研究班でのQI指標の見直しにつなげることができた。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

該当なし

表1. QI指標の回収状況

