

診療の質指標を用いた 沖縄県における胃がん及び大腸がんの 診療の質の評価

琉球大学医学部附属病院がんセンター
増田 昌人

【背景1】

1. がん対策の一つの柱である「がん医療の均てん化の促進」を評価するためには、がん診療の質の現状を把握した上で、どの程度改善されたかを測定する必要があるが、測定するための標準的な方法は未だ一つには定まっていない。
2. 診療の質を測定する方法の一つとして、「構造」、「過程」、「成果」の3つの視点がありDonabedianモデルと呼ばれ、頻用されている。
3. 医療の目標が患者の健康状態の改善であることから、「成果」の評価は重要であるが、診療から成果の出現まで時間がかかるという問題点がある。
4. 「構造」の評価は対象が具体的であり可視的であることが多いことから評価しやすいが、その構造が過程に反映されることが前提となるため、間接的な指標といわれている。一方で実際に改善を行っていく対象は「過程」の部分である。

【背景2】

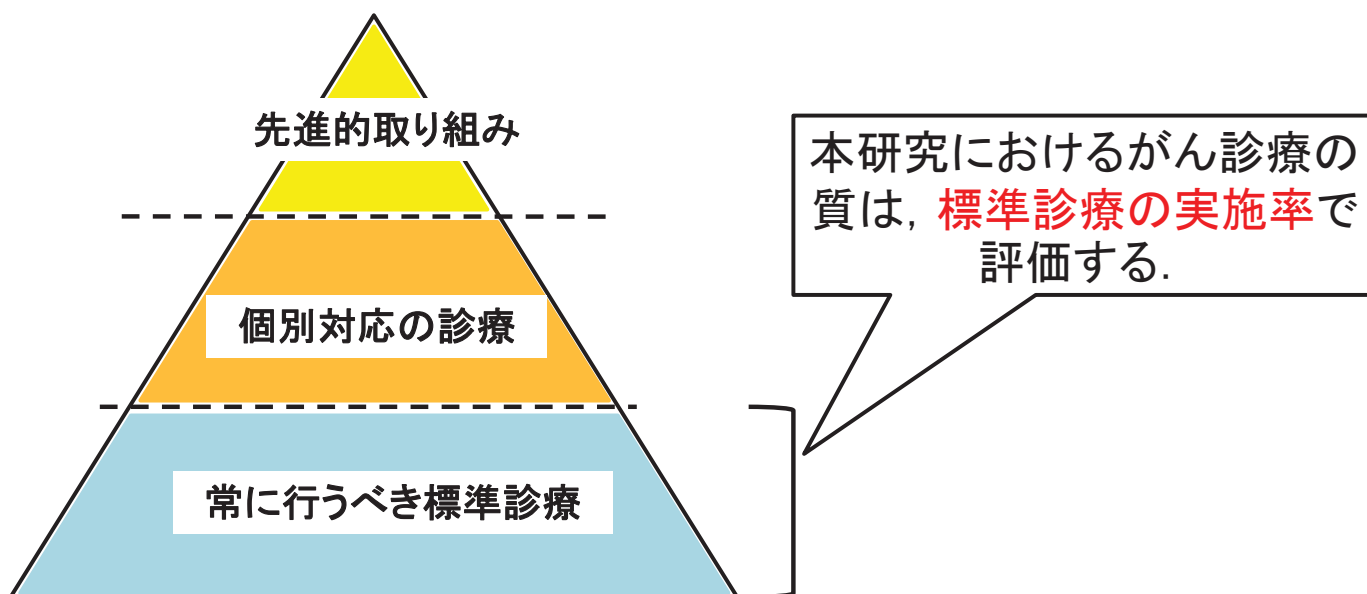
5. 「過程」の評価は、欧米の先行研究では主に外科的治療のガイドライン推奨治療の遵守率を指標として、医療の質を測定することが行われている。また高齢者医療に関する先行研究では、標準診療の実施率と生存率の関連が証明されている。
6. 我が国での「過程」の評価は、DPCやレセプトデータを用いて行われつつある。既存のデータベースから一括して得られるため、簡易で少ない費用や人手で得られる長所があるが、画一的で例外的事例の検討ができないことや他施設での情報が含まれていない欠点がある。
7. 診療録から直接採録して得られるデータは幅広い診療の詳細を検討することが可能であり、複雑な医療の現場の状況を把握できるという明らかな利点がある。

2017/1/12

3

【背景3】

8. がん診療の中には先進的な取り組みや個別対応の診療が数多くあるが、常に行うべき標準診療も必ずあることから、この部分を評価し、がん診療の全てではないが、一部のがん診療の質の改善につながる可能性がある。



2017/1/12

4

【 目 的 】

1. 厚生労働省がん臨床研究「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の確立に関する研究」班（以下、研究班）が作成した「がん診療の過程を評価するがん診療の質指標（Quality Indicator: 以下, QI）」を、診療録から直接採録して得られるデータを用いて測定し、胃がんと大腸がんの標準診療と考えられるものが、沖縄県のがん診療を行っている主要医療機関でどれだけ行われているかを明らかにする。
2. このQIを経年的に測定し、実施率の改善が認められるかを明らかにする。

2017/1/12

5

【 対 象 】

1. 対象施設

- がん診療連携拠点病院 3施設（琉球大学医学部附属病院,
那覇市立病院,
沖縄県立中部病院）
- がん診療施設 1施設（中部徳洲会病院）

2. 対象症例

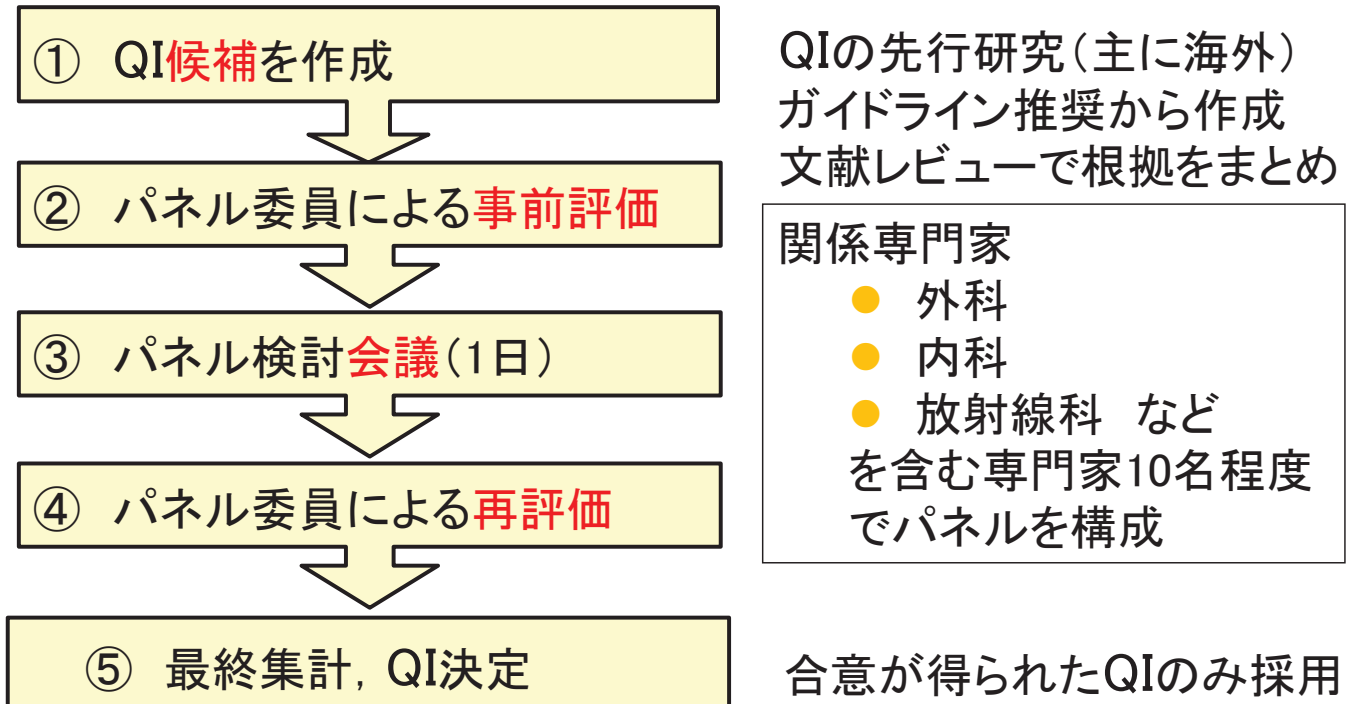
- 院内がん登録から抽出された2009年及び2011年に当該施設で初回治療を受けた胃がん及び大腸がん患者
- 除外基準：
 - ①病理学的に典型的ながんでないもの（肉腫、悪性リンパ腫など）
 - ②他院同時併診しているもの
 - ③他種類のがんの同時重複がん（大腸がんの多重発生は除外しない）
 - ④臨床試験の盲検化により採録が一部困難なもの

2017/1/12

6

【方法1】 QI作成方法

RAND/UCLA適切性評価法(Delphi法)



2017/1/12

7

【方法2】 実施率の計算方法

$$\text{QI実施率(\%)} = \frac{\text{分子: 指標を満たす患者数}}{\text{分母: 指標の対象となる患者数}}$$

QIの例と例外の配慮;

下記にQIの例を示す. 分子に標準治療を行わない理由の記載をもって標準実施と同様に扱っている.

大腸がんQI =

分子: 術後8週間以内に標準的補助化学療法が施行されたか、
もしくは施行しない理由が診療録に記載されている患者数

分母: 組織学的Stage IIIと診断された大腸癌患者数

2017/1/12

8

【方法3】 QI測定方法

1. 4施設において研究班が作成した胃がん11項目，大腸がん12項目のQIの計測をした。
2. 診療録からの採録は，院内がん登録実務指導者の資格を持つ診療情報管理士が行った。診療情報管理士により，研究班で開発されたファイルメーカーPro®による入力フォームに従い，必要かつ詳細な臨床情報を収集した。
3. 診療情報管理士によるデータ採録が可能かを検証するため，所属施設外の研究班の医師2名により，施設毎，疾患毎に10例採録を行い，解釈に違いがないか比較した。

<解析方法>

1. QIの各指標の対象となる患者の数とその指標を満たす患者の数から，それぞれのQIの実施率を求めた。
2. 経年比較は，比率の差の検定を行った。
3. 医師と診療情報管理士間の採録の一致度(K値)を計測した。

2017/1/12

9

【結果1】 対象者の基本属性

胃がん	2009年(n=109)	2011年(n=111)
性別		
男性	80 (73.4%)	70 (63.4%)
女性	29 (26.6%)	41 (36.9%)
年齢		
平均年齢(±SD)	71.7歳 (±11.8)	69.6歳 (±11.3)
中央値	72歳	72歳

大腸がん	2009年(n=281)	2011年(n=291)
性別		
男性	176 (62.6%)	180 (61.9%)
女性	105 (37.4%)	111 (38.1%)
年齢		
平均年齢(±SD)	66.7歳 (±11.2)	66.5歳 (±12.3)
中央値	67歳	66歳

2017/1/12

10

【結果4】医師と診療情報管理士の採録の一致度

医師の採録との一致率;

- QIスコアの一致率＝94%（施設別：90～95%）
- K=0.88（施設別：0.83～0.91）

【考察1】

1. 本研究によって、沖縄県におけるがん診療連携拠点病院及びがん診療施設の胃がん11項目、大腸がん12項目のQI実施率（がん診療の質指標）を明らかにした。
2. 個々のQIを検討すると、「標準」と考えられている診療でもその実施率に大きな差があることが明らかになった。
3. 経年比較では、一部のQIで実施率の改善が認められた。質改善のための介入は行っていないが、各病院の関連診療科の医局会等で、QIの測定開始に関する情報を提供したことで意識が高まり、向上に繋がった可能性がある。
4. 個別にみると、「診療録への記録の適切性」に関するQIで実施率が改善していた。これらのQIは、医師個人により改善が可能なものであった。このことから、測定実施に関する情報提供が担当医師の意識向上に繋がったと推測される。

【 考 察 2 】

5. 「患者に対する説明の適切性」に関するQIで改善が認められなかったのは、同意説明文書の変更など、組織による改善が必要なものが多かったため実施率の上昇に繋がらなかったことが、今回の結果から示唆される。
6. 「診断および治療などの診療行為の実施」に関する多くのQIで改善は認められなかったのは、これらのQIが実施できるかどうかは患者の状態により左右されるためではないかと考えられる。また、これらのQIは2009年の時点ですでに高い実施率であったため、改善が認められなかったことも考えられる。
7. 診療情報管理士と医師が採録した結果の一致率は高く、診療情報管理士によってデータを採録することは可能であった。多忙な臨床現場の医師が自ら自己評価を行うのは、現実的ではない。また、第3者による客観評価を行う方が良いと考える。