

診療報酬調査専門組織・手術に係る施設基準等調査分科会

(第2回)

日時：平成18年9月13日(水)

13:00～15:00

場所：厚生労働省専用第18会議室

議 事 次 第

- 1 手術件数と手術成績に関する調査について
- 2 手術に係る情報の開示について
- 3 その他

平成18年7月28日現在

手術に係る施設基準等調査分科会 委員名簿

(五十音順)

氏名	所 属
大江 和彦	東京大学大学院医療情報経済学分野教授
栗山 真理子	特定非営利活動法人アラジーポット専務理事
小柳 仁	聖路加国際病院ハートセンター顧問
○ 辻 一郎	東北大学大学院公衆衛生学教授
永井 秀雄	自治医科大学外科学教授
中川 正久	島根県立中央病院院長
名川 弘一	東京大学大学院臓器病態外科学講座教授
羽尻 裕美	東京慈恵会医科大学麻醉科非常勤講師
長谷川 敏彦	日本医科大学医療管理学教室教授
◎ 福井 次矢	聖路加国際病院院長
本田 麻由美	読売新聞東京本社編集局社会保障部記者
松下 隆	帝京大学医学部整形外科学講座主任教授
松山 裕	東京大学大学院生物統計学分野助教授
南 和友	日本大学医学部心臓血管外科教授

◎：分科会長、○：分科会長代理

医療機能情報の公表制度の創設（医療法、薬事法）

診調組 手 - 2
18.9.13

医療機関に対し、医療機関の医療機能に関する一定の情報について、都道府県への報告を義務付け、都道府県が情報を集約してわかりやすく提供する仕組みを創設する。（薬局についても同様の仕組みを創設）

現行制度

【患者が医療情報を得る手段】

- 医療機関の行う広告
 - インターネット等による広報
 - ※ 医療機関側による任意の情報
 - 利用者に対する医療機関内の院内掲示
- 等

改正後の制度

※ は、新たに追加される制度

医療機関

医療機関の管理者に対し、医療機能に関する 一定の情報 について、報告を義務化

都道府県

- 集約した情報をインターネット等でわかりやすく提供
- 医療安全支援センターによる相談、助言

住民

- 「一定の情報」は医療機関でも閲覧可能
- 正確かつ適切な情報の積極的な提供を行うよう努める責務
- 患者等からの相談に適切に応ずるよう努める責務

【見直しの視点】

- 必要な情報は一律に提供
- 情報を集約化
- 客観的な情報をわかりやすく提供
- 相談・助言機能の充実

【「一定の情報」の例】 ※具体的な範囲は、厚生労働省医政局内に常設する検討会で検討予定

- 管理・運営・体制に関する事項（診療日、診療時間、安全管理体制、医師等の略歴 等）
- 情報提供や医療連携体制に関する事項（クリティカルパスの実施、他の医療機関との連携の状況、セカンドオピニオンの実施 等）
- 医療の内容（医療機能）、実績に関する事項（診療・治療内容、在宅医療の実施、専門外来の設置、手術件数 等）

※医療の実績情報（アウトカム指標）については、データの適切な開示方法等、客観的な評価が可能となったものから積極的に提供

今後の進め方（案）

（平成18年）

7月31日（月） 手術に係る施設基準等調査分科会（第1回）

9月13日（水） 手術に係る施設基準等調査分科会（第2回）

11月以降 検討状況等に応じて適宜開催

（平成19年）

3月目途 手術に係る施設基準等調査分科会
・ 手術件数と手術成績に係る調査（中間報告）
・ 手術件数と手術成績について評価・検証

* 分科会における検討状況については、適宜、中医協診療報酬基本問題小委員会へ報告する。

手術に係る施設基準等調査分科会

南 和 友

日本大学医学部心臓血管外科教授
日本大学大学院総合科学研究科教授
ドイツ・ポツダム大学永代教授

平成18年7月31日

手術に係る施設基準

日本の医療改革の是非

1. 日本は世界でまれな長寿国:
→日本人の食文化(植物、魚貝類)の違い
2. 誰でも医療を受けることができる:
→USA以外の多くの国は国民皆保険
3. 日本の医療費はGDPの7.9%(世界17位)と低い
USAは15.0%(1位)、ドイツ11.1%(2位):
→病院の質は同等か?
4. 近くに病院があるほうが良い:
→医療の質?医療費の無駄

“良い病院、医者選び” 一般的な基準

病院

- 近所にあるのが良い、緊急の場合に助かる
- その病院は有名な何々大学系だから
- 病院が新しい、綺麗、大きい

医者

- 教授すなわち良い臨床家
- あの先生は外国の某施設に留学をしていた
- 雑誌、テレビに良く紹介されている

日本の医療の問題点

- 医療財政の緊迫
- 医療従事者の不足
- 次世代の医師の育成が不十分
- 質の高い専門病院が少ない

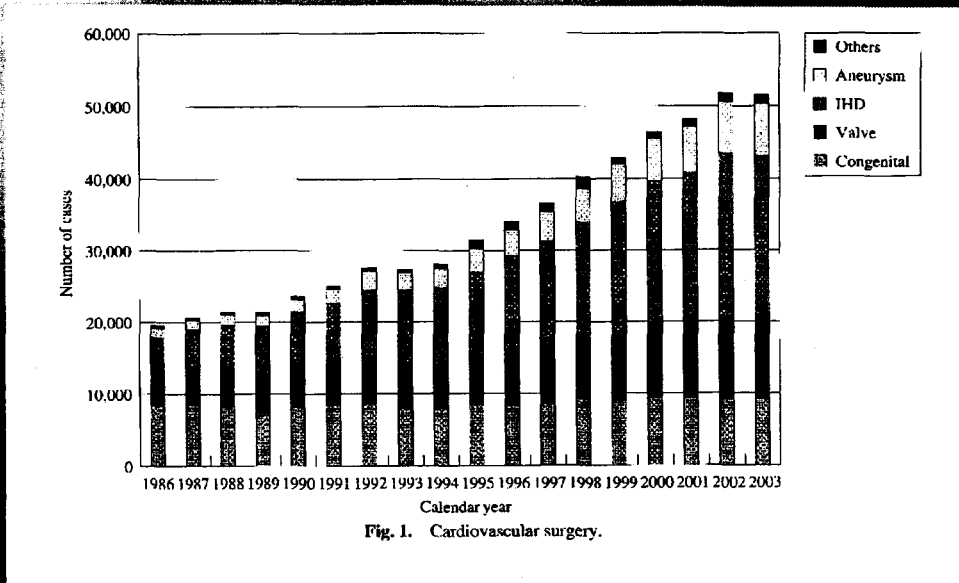


医療の集中化の必要性

日本胸部外科学会年度別統計

心臓外科手術

2005年発表



The Japan Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery
Vol 53 519 2005

疫学的調査 2005

	石川県*	全国(推定)
人口(百万人)	1.17	120
PCI(内科的治療)施行病院	20	2,000
CABG(外科的治療)施行病院	5	500
PCI 数/年間	2,540	254,000
DES 数/年間	1,476	147,600
CABG 数/年間	232	23,200

DES (Drug Eluting Stent): 42万円 × 147,600本 = 619億9200万円/年間
 PCI vs. CABG: 10倍以上

*TOMIDA S. et. al: The 11th Annual Meeting of the JACAS, 2006

心臓外科施設基準

	人口	手術数	施設数	外科医
ドイツ	8,700万	97,870 ¹⁾	80	348
日本	12,000万	51,608 ²⁾	510	1,500
米国	25,000万	215,250	890	1,230

1) E. Bruckenberg, Herzbericht 2000

2) T. Kazui, et al.: Jap.J. Thoracic and Cardio. Surgery, Vol 53, 2005

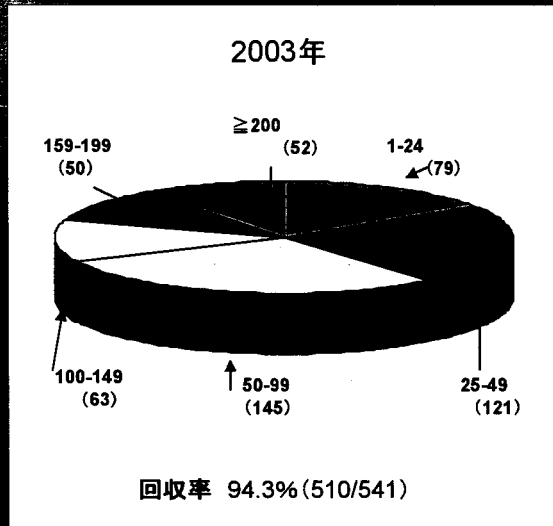
心臓外科施設基準

	施設数 /百万人	手術件数 /施設	手術件数 /外科医
ドイツ*	0.9	1,223	281
日本	3.6	100	34
アメリカ	3.6	242	175
(CoE)		4,459	318)

CoE: バード・ユーンハウゼン 心臓病センター

日本胸部外科学会年度別統計

年間心臓手術数 vs 施設数



The Japan Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery, Vol. 53, 517, 2005

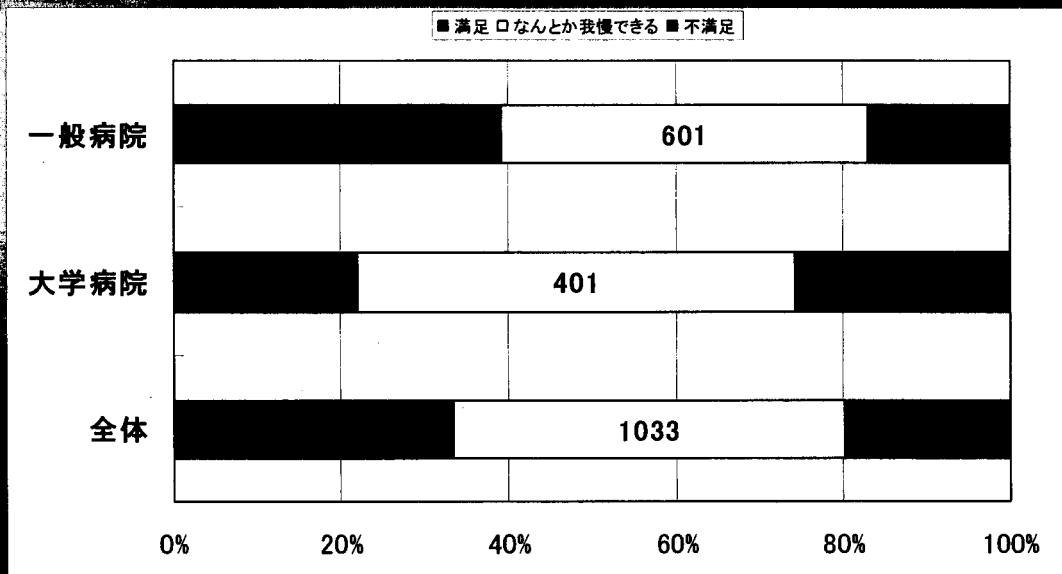
150例/年間以上: 102施設
 → 0.85 / 100万人
 100例/年間以上: 165施設
 → 1.38 / 100万人

胸部・心臓血管外科専門医

執刀症例数

	アメリカ (胸部外科)	ドイツ (心臓血管外科)	日本 (心臓血管外科)
先天性疾患	20	} 200	} 20 → 50 (06年度~)
後天性疾患	75		
血管外科	100	100	
肺切除	50	(40)	
その他	150	200	
合計			→

仕事の満足感



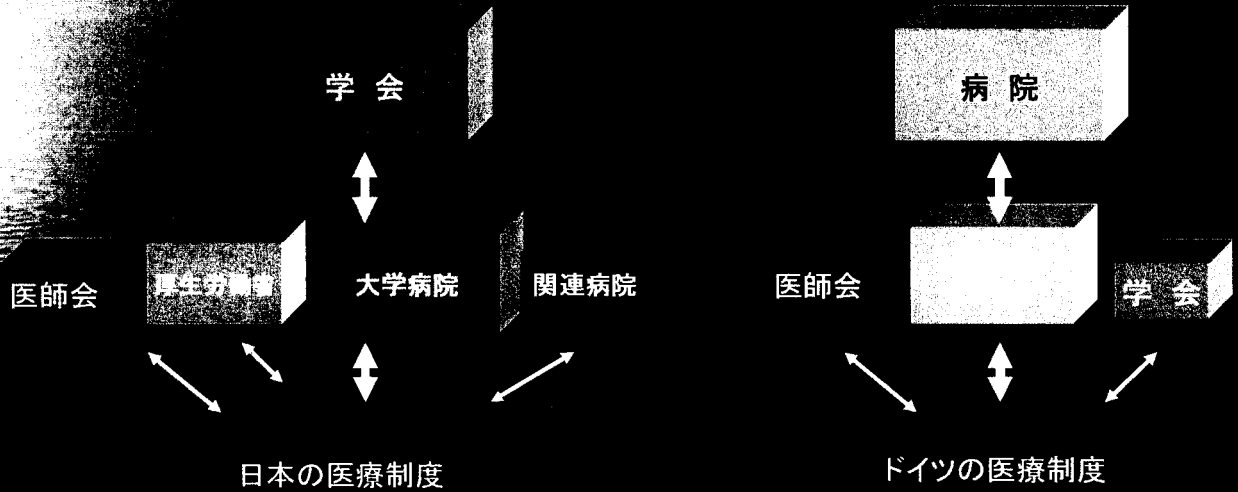
日本胸部外科学会アンケート2002年

医療の集中化の必要性

- 大学病院の医局人事からの切り離す
- 医者の職は病院との契約
- 無給職の禁止
- アルバイトに頼る給料体制の見直し

→ 学閥が無くなり、人材が有効に使われる
(医者 の 地域病院への流出)

医療行政の流れ



我が国における医療改革と 変革への対応

世界的に20世紀後半から医療費の高騰、少子高齢化に伴う医療財源の緊迫化が生じているが、日本でもその医療制度の改革が急務とされる。

日本の医療の根本はドイツの制度に起源し、明治以来とりわけ医学教育、保険制度を忠実に導入して来た。ドイツが取って来た医療改革を学ぶことで、日本の進むべき道が示唆される。

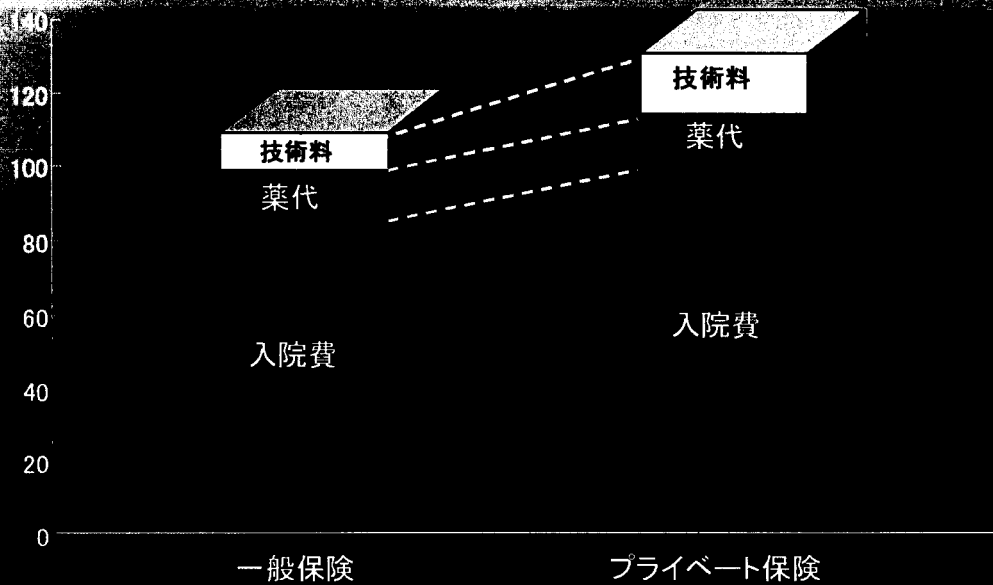
ドイツの医療改革

- 医療の集中化: 病院の数の制限(例、心臓外科施設は人口100万人に1箇所)
- 健康保険制度: 一般保険(国民健康保険や企業組合健康保険)、プライベート健康保険
- 出来高支払い制度の廃止: 定額支払(DRG)、総額支払(バジェット)制度の徹底化
- 教育病院の充実: 研修医の育成を強化
- 「医療の質」の第三者(公的)機関による監視

プライベート保険の利点

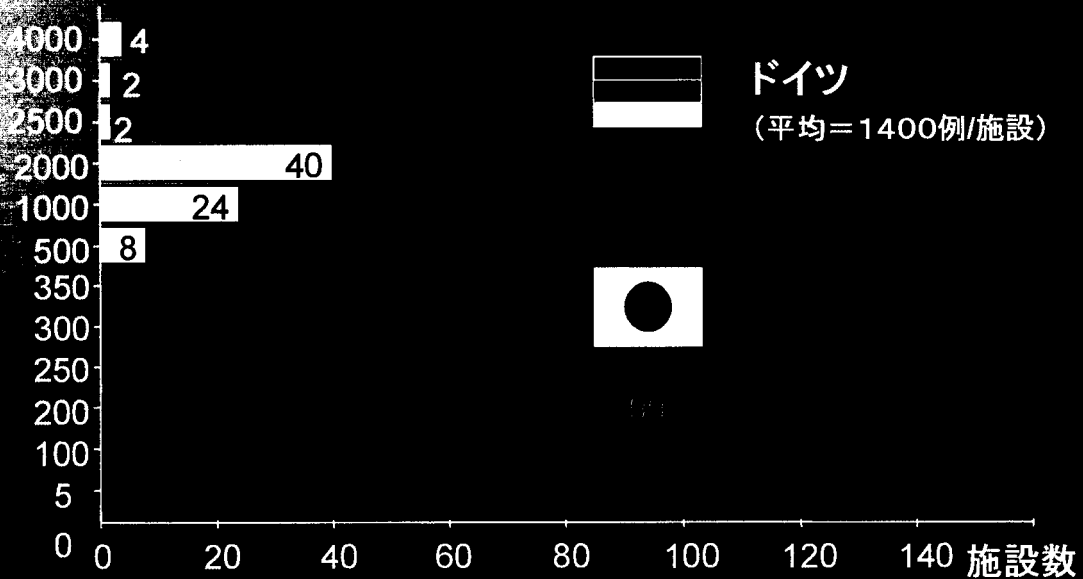
- 患者は、治療を受けたいと思う医師を選択できる
- 病院は、治療費を25~30%加算できる
- 医師は、自分の技術料を定められた範囲(2倍以内)で患者の保険会社に請求できる
- プライベート保険の患者が多ければ多いほどその病院の名が上がり患者が多く集まる。
→ 病院経営が豊かになる

ドイツの診療報酬制度



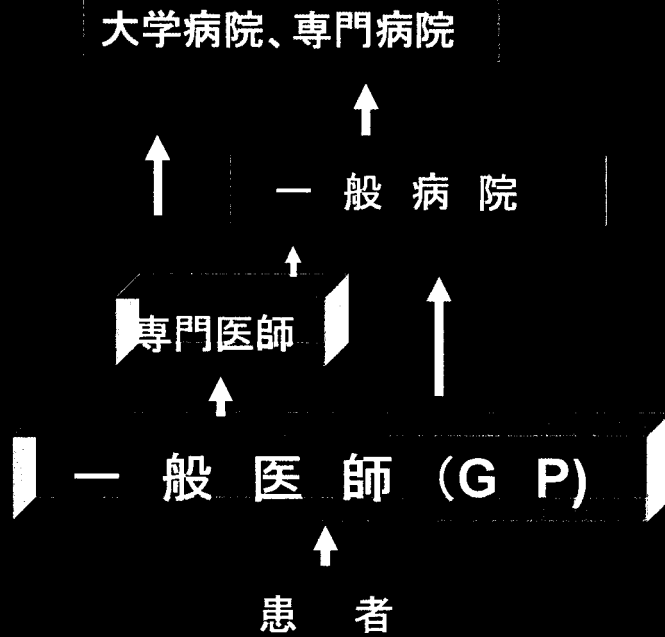
心臓病センター(ドイツ vs. 日本)

手術数/施設

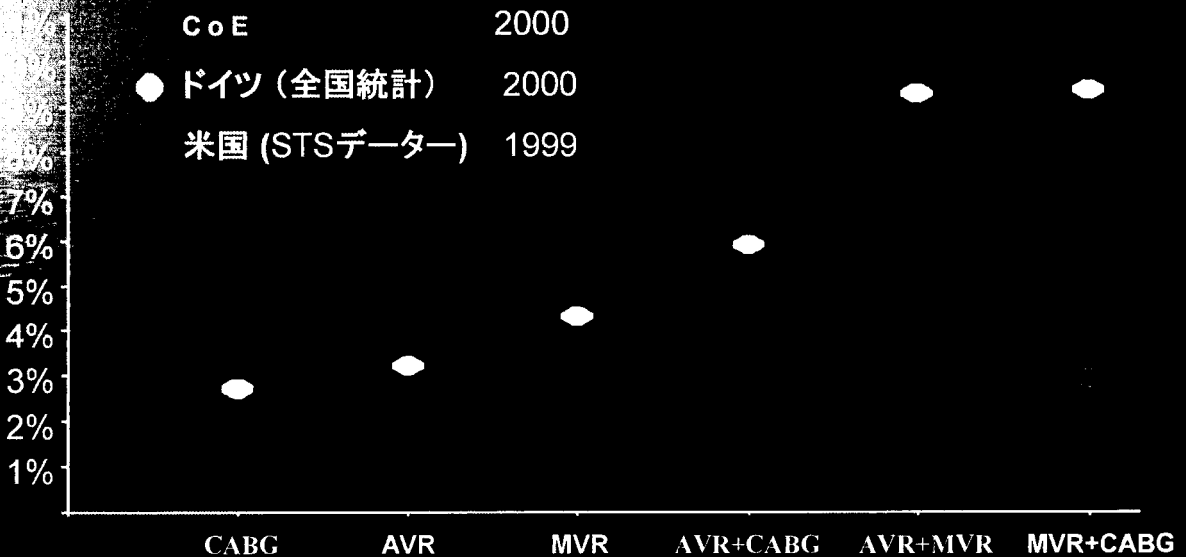


ドイツの医療制度

病院
開業医院



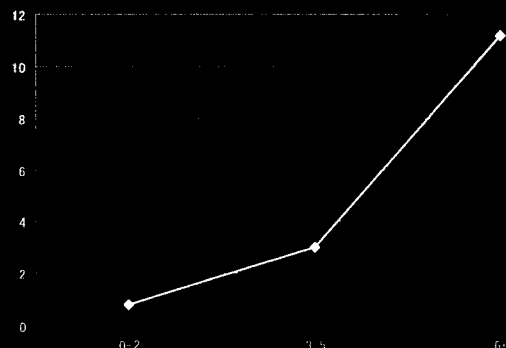
心臓外科手術における危険率 (早期死亡率)



CoE: バードューンハウゼン心臓病センター

患者の重症度と早期死亡

EuroSCORE



EuroSCORE	Patients	Died	95% confidence limits for mortality	
			Observed	Expected
0-2 (low risk)	4529	36(0.8%)	(0.56-1.10)	(1.27-1.29)
3-5 (medium risk)	5977	182(3.0%)	(2.62-12.16)	(2.90-2.94)
6 plus (high risk)	4293	480(11.2%)	(10.25-12.16)	(10.93-11.54)
Total	14799	698(4.7%)	(4.37-5.06)	(4.72-4.95)

Nashef et al. European Journal of Cardio-thoracic Surgery 16 (1999) 9-13

治療費 (CABG vs. PCI)

治療

費用(円)

外科的治療 (CABG、10日間入院費用含)

1枝	1,924,000
2枝以上	2,693,900

内科的治療 (PCI)

-入院費(6日間)	214,500
-POBA (x1)	172,000
-DES (x1)	420,000
-その他費用	876,600

心臓外科手術治療費

冠動脈バイパス術	270万円	200万円
人工弁置換術	340万円	260万円
心臓移植	3500万円	2500万円
植え込み型人工心臓	パコール* 1380万円	480万円
	東洋紡* 316万円	トラテック*200万円
ペースメーカー*	70-200万円	30-100万円

*装置のみの価格

医科診療報酬の仕組み

DPC (DPC)		DRG (DRG)	
包括評価 (70%)	入院基本料 検査 画像診断 投薬 処置 プラス	包括評価	入院基本料 検査 画像診断 投薬 処置 手術・麻酔 リハビリテーション 画像診断
出来高評価 (30%)	手術・麻酔 リハビリテーション 画像診断	高リスク患者: ユーロスコア(>6) に対する治療費加算検討	

医療の集中化の必要性

利点

- ① 医療費の節減：専門病院の数の限定、定額制の徹底化
- ② 教育病院、一般病院の充実
- ③ 医師の人事は医局支配から病院管理に
- ④ 治療経験が豊かになり成績の向上

医療の集中化の必要性

提 案

1. 手術手技料を技量に応じて請求できる：
(例えば部長1.7倍、副部長1.2倍)
2. 専門病院(施設)の数の制限
(第1段階)心臓手術100例以上・・・1/3減少
(第2段階)心臓手術150例以上・・・2/3減少
3. 高リスクの患者には治療費を加算する
(EuroSCORE 中程度:10%、高度:20%)
4. 「病院の質」管理機構(第3機関)を作る

厚生科学研究「外科手術のアウトカム要因の解析と評価方法に関する研究」
準備状況 (2006.9.5 時点調整中の版)

1. 協力学会と調査対象予定とする手術

日本胸部外科学会

1. 冠動脈バイパス術
2. 肺悪性腫瘍手術
3. 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術

日本外科学会

4. 食道癌・食道全摘術
5. 膵頭十二指腸切除術
6. 直腸癌・直腸切除術/切断術
7. 結腸癌・腹腔鏡下結腸切除術
8. 乳腺悪性腫瘍手術

日本産科婦人科学会*

9. 子宮悪性腫瘍手術

日本泌尿器科学会*

10. 前立腺悪性腫瘍手術

日本整形外科学会*

11. 人工股関節置換術
12. 人工膝関節置換術

日本脳神経外科学会

13. 未破裂脳動脈瘤手術

*の学会とは対象手術について調整中

2. 対象とする医療機関

学会に登録されている医療機関 または 学会が選定した医療機関

*ただし複数の異なる診療科・講座で個別に実施している場合には、別の医療機関として扱う。

3. 対象となる症例

06年10・11月～07年3月の期間に、当該医療機関でその手術を受けた患者を調査対象とし、症例票の作成はこの期間に退院(死亡・転院・転科を含む)した患者の退院時とする。調査期間最終月については月末時点で入院中の患者については同日時点とする。

4. 調査票の種類

- 1) 医療機関票(医療機関ごとに1回答)
- 2) 術者一覧票(医療機関ごとにとりまとめて1回答)
*当該医療機関で調査対象期間(4～6ヶ月)中に、対象手術の主たる術者または手術実施責任者となり得る医師すべてについて作成。
- 3) 症例票

5. 調査票の調査項目

1) 医療機関票

- ・規模(ベッド数)
- ・年間の対象術式に関係した手術件数

施設での年間手術件数	
冠動脈バイパス手術件数 (緊急手術・オフポンプ含む)	開心手術件数
肺悪性腫瘍手術件数	開胸手術件数
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術件数	胸腔鏡下肺切除手術件数
食道癌における食道全摘手術件数	消化器手術件数
膵腫瘍における膵頭十二指腸切除手術件数	消化器手術件数
直腸癌における直腸切除術/切断手術件数	消化器手術件数
結腸癌における腹腔鏡下結腸切除手術件数	消化器手術件数
乳腺悪性腫瘍手術件数	—
子宮悪性腫瘍手術件数(開腹)	—
前立腺悪性腫瘍手術件数(開腹)	—
人工股関節置換手術件数	—
人工膝関節置換手術件数	—
未破裂脳動脈瘤手術件数(開頭クリッピング/血管内クリッピング)	開頭手術件数

2) 術者一覧票

- ・当該医療機関での術者の識別記号
 - ・主たる術者として当該手術を経験した経験カテゴリー
- カテゴリー例:

冠動脈バイパス手術、消化器系手術:

a. 50例未満 b. 50~100未満 c. 100~500未満、d. 500以上

未破裂脳動脈瘤手術件数:

a. 10例未満 b. 11~30未満 c. 30~50未満、d. 50~100未満、e. 100例以上

3) 症例票(イメージ)

例1) 冠動脈バイパス術の症例票 (学会と調整中・現時点での案)

術者情報	主たる術者の医師記号	
	手術チームの実施責任者の医師記号	
術前情報	緊急区分	a. 手術決定後、24時間以内に手術を開始(緊急手術)
		b. 手術決定後、3日以内に手術を開始(緊急手術)
		c. 上記以外(待期的手術)

	再手術区分	a. 初回のバイパス手術
		b. 複数枝の待期的分割手術の2度目以降
		c. 予期しない閉塞や合併症による再手術
	患者の手術時年齢	()歳
	患者の性別	男
		女
	術前の糖尿病の有無	なし
		あり・無治療
		あり・食事療法等のみ、または経口糖尿病薬治療中
	術前の透析治療の有無	あり・インスリン注射使用者
		なし
	術前の心不全の有無	あり
		なし
	術前最終検査におけるLVEF	あり(NYHAでIV度またはカテコラミン必要な状態)
術前最終検査におけるLVEF	%	
術前の補助循環使用	なし	
	あり	
術前評価における病変数	1枝	
	2枝	
	3枝	
LMT病変	なし	
	あり	
手術情報	実施手術	1枝
		2枝
		3枝
	手術時間	時間 分
術中出血量	ml	
手術実施年月	年 月(西暦)	
術後情報	再開胸止血操作の有無	なし
		あり
	術後の一過性の脳血管障害	なし
		あり
	退院時または07年3月30日の患者生死	生存
		死亡
	上記生存時、術前に存在しなかった非可逆的な脳神経障害・脳血管障害の有無	なし
あり		
上記が有的时候に、運動機能障害の残存	a. 下肢片麻痺	
	b. 半身麻痺	
	c. 全身麻痺	
手術から退院まで日数	日	

例2) 膵頭十二指腸切除術 の症例票 (学会と調整中・現時点での案)

術者情報	主たる術者の医師記号	
	手術チームの実施責任者の医師記号	
	再手術区分	a. 当該部位の腫瘍切除に関する初回手術
		b. 待期的分割手術の2度目以降
		c. 予期しない閉塞や合併症による再手術
	患者の手術時年齢	()歳
	患者の性別	男
		女
	術前の糖尿病の有無	なし
		あり・無治療
あり・食事療法等のみ、または経口糖尿病薬治療中		
あり・インスリン注射使用者		
腫瘍の部位	膵頭部, 胆管, 十二指腸乳頭部, その他	
臨床ステージ	I, II, III, IV	
手術情報	実施手術(複数選択)	幽門輪温存
		大動脈周囲リンパ節郭清
		門脈合併切除
	手術時間	時間 分
	術中出血量	ml
手術実施年月	年 月(西暦)	
術後の化学療法の有無	なし・あり	
術後情報	胆管炎, 胆管炎からの敗血症	なし・あり
	症状のある縫合不全	なし・あり
	膵液漏出・膵液瘻に伴う腹腔内症状(出血等)	なし・あり
	手術から退院までの日数	日
	退院時または07年3月30日の患者生死	生存
		死亡
	上記生存時、術前に存在しなかった非可逆的な障害の有無	なし
あり(障害の種類:)		
死亡の場合、術後日数	()日	

現在までに、日本胸部外科学会、日本外科学会、日本脳神経外科学会と症例票のドラフトが完成している。今後、細部の調整と残る学会との協議を進める予定。