

平成 19 年 7 月 25 日

## 「手術に係る施設基準等調査分科会」への提言

日本心臓血管外科学会  
理事長 高本 眞一

2007 年 2 月 21 日の分科会においては、心臓外科領域における手術症例数と治療成績の関係(Volume-outcome 関係)について報告させて頂きました。今回は、施設集約化に関わる新たな分析を追加した論文が出版されたため、資料として添付致します。

胸部外科学会・心臓血管外科学会では「患者のための最善の医療」を提供するために、専門家と連携した実証的な分析を基に、施設集約化などの環境整備に取り組んでいます。分科会の議論は、これらの取り組みに大きな影響を与えるものであり、我々もその成果に期待しております。今回は分科会で議論のポイントとなる「施設基準」、「情報公開」の 2 点について、心臓外科領域での実証的分析や取り組みの観点から、提言を行いたいと思います。

### 1. 施設基準

心臓外科領域の施設基準については少数例（25 例～50 例）から、経過をみて段階的に基準を設定し、患者アクセスや専門医の育成等への影響を慎重に検討することが有用である。適切な基準の設定については呼吸器外科、消化器外科など領域ごとに事情が異なり、様々な観点からの議論が必要である。拙速に一律な基準を設定することは限界がある。

### 2. 情報公開

アウトカム情報の公開にあたっては領域ごとに、①質の高い情報を継続的に収集する体制を構築し、②公正な指標の確立に向けて、専門家同士で連携を行う必要がある。政策としては訪問施設の個別調査に裏打ちされた、ベンチマーキング事業参加に対する診療報酬加算 (Pay for Participation) などを設定して、これらの取り組みを支援することが有用である。

資料に対する問い合わせ先：

日本心臓血管外科学会

〒113-0033 東京都文京区本郷 2-26-9 鈴木ビル 6 階

Tel 03-5842-2301 / Fax 03-5842-2302

## 【1. 施設基準について】

適切な施設基準の設定を考える上では、Volume-outcome 関係を背景とした治療成績への影響を検討する以外にも、患者アクセスや人材配置・専門医の育成、医療費などに対する影響を検討する必要がある。心臓外科領域では既に報告した Volume-outcome 関係の検討（資料 p22-31）に加え、様々な影響を考慮した集約化のシミュレーションを行った（資料 p32-39）。

### ◇施設集約化における患者側への影響可能性（資料 p38 より抜粋）

	平均死亡率の予測(%)	施設を移動する患者数(人)		
		年間平均	30 km 以上の移動	緊急手術に限定した30 km 以上の移動
集約なし	4.62	(-)	(-)	(-)
年間 10 件以下集約	4.40	211( 0.4%)	4.8(0.01%)	0.8(0.001%)
年間 25	4.28	1,377( 2.6%)	162.5(0.3%)	12.3(0.02%)
年間 50	3.78	5,899(11.3%)	692.8(1.3%)	88.3(0.2%)
年間 75	3.12	11,213(21.4%)	1,440(2.8%)	179.3(0.3%)

\*緊急手術については「CABGの緊急手術」、「急性大動脈瘤」の両方を数えあげた

\*\*移動する患者の割合の母数には心臓外科手術の年間平均患者数52,305人を用いた

心臓外科領域では施設基準そのものに反対する訳ではなく、安全性の観点からみてある程度の基準は有効であると考えている（資料 p40-43）。しかしながら、厚生労働省により提示された年間 100 例の施設基準は、日本の心臓外科施設の 6 割を集約化の対象とするもので、人材配置やアクセスの点からみて急激であった。従って、少数例（25 例～50 例）から、2 年程度の猶予をみて段階的に基準を設定し、アクセスや専門医育成、コスト等への影響を慎重に検討することが有用であると考えられる。一方で基準の設定と基準の施行の間に猶予を設定し、地域や施設に準備期間を与えることも重要である。

ただ上記の政策案はあくまで心臓外科領域のものである。消化器外科や整形外科など他の領域では状況が異なるため、領域ごとに様々な観点からの議論が必要とされ、一律に基準を決めることには限界がある。また施設基準による施設集約化は、治療成績やアクセスなど患者側に対する影響も大きい。従って行政や学会だけでなく、国民選択の議論として位置づけ患者の意向を尊重することも重要である。

## 【2. 情報公開について】

情報公開に関しては、患者側が施設選択のために有効に活用できることが重要である。一方で公開される情報を臨床医側が理解・納得し、医療の質向上に向けて活用することも、中長期的な患者の利益に結びつく、その領域の医療の質向上という点からも不可欠である。

治療成績などのアウトカムは、第5次医療法改正による情報公開によって、今後公開が見込まれる重要な情報である。しかしながら外科領域において治療成績を指標に用いるためには、リスクの高い患者を医療提供者が回避すること等のデメリットを防ぐために、リスク調整を行った指標を用いることは不可欠である。日本の多くの領域でリスク調整が行われていない現状では、領域ごとの公正な指標について専門家同士が熟議を行うことが重要である。

加えて質の高い情報を、継続的に収集する体制を構築する必要がある。心臓外科領域においては、日本胸部外科学会と日本心臓血管外科学会との連携のもとに、日本心臓血管外科手術データベース機構 (<http://www.icvsd.umin.jp>) を設立し、質の高いデータを継続的に収集する努力を行ってきた。情報の質を確保するためには、施設訪問によるカルテや手術台帳のチェック、入力率の確認、入力項目の更新、入力システムの維持・運営などの作業が必要である。ただし現時点でこれは関係者のボランティアな努力によって支えられており、継続的な運営には制度的な支援が必要とされる。

情報公開に向けては、各学会が自らのプロフェッションとして質を維持・向上させるために主体となって情報収集に取り組む必要がある。このような専門家による、公正な指標の確立や質の高い情報を収集する体制に支援を行うことは、第1段階として有用であると考えられる。 政策としては「施設訪問個別調査に裏打ちされた質の高いベンチマーキング事業への参加に対する診療報酬加算 (Pay for Participation)」を設定することが1案である。

\*添付の資料の説明

第 59 回日本胸部外科学会学術集会では、「施設集約化」に対する学会としての方向性を探るための特別ワークショップを *Postgraduate course* の一環として開催致しました。これは厚生労働省による施設基準や第 5 次医療法改正による情報公開など、外科領域を取り巻く環境が大きく変わる中で、臨床現場の問題意識を政策に反映させることは重要な課題であるという認識によるものです。ワークショップでは午前の部（資料 p1-21）で医療政策と医療財政のしくみについて学ぶとともに、午後の部では実証的な分析結果（資料 p22-39）をもとにディスカッションを行いました。ディスカッションで参加者から出された意見をもとに、座長らが政策案としてまとめたものが資料 p40-43 です。

この政策案はあくまでもワークショップ参加者の意見に基づいた案であり、現時点では各学会の正式な政策案ではありません。学会としては、この案をたたき台に外科医だけでなく、患者側の意見を反映し、最終的な方針を定めたいと考えています。施設集約化に関する今回の検討は、学会発の医療政策の第一歩です。学会は、患者のための最善の医療というプロフェッションとしての責務を果たす中で、外科医の過酷な労働環境の改善などの周辺環境の整備を同時に行っていきたいと考えています。