

サバイバーシップと経済的負担 ～患者が抱える社会的な痛み～

2011年11月2日がん対策推進協議会

NPO法人HOPEプロジェクト

理事長

桜井なおみ

1

1986年に米国のNCCSが打ち出した、新しいがん生存の概念

Cancer Survivorship

キャンサー・サバイバーシップ

- 医学的見地からみた5年生存率や長期生存、治療効果だけを重視するのではなく、発病し、癌と診断された時からその生を全うするまでの過程を、いかにその人らしく生き抜いたかを重視した思想。
- QOLの確保、家族を含めた地域支援、偏見のない社会、がん研究と教育の普及などを視野に入れている。
- 犠牲者とみなされ、社会的な偏見にさらされてきたがん経験者が、人権やQOLを問い、がんと共存し、意味ある人生を生き抜くという姿勢がそこにある。 何年生きたかではなく、どう生きるか

2

Cancer Survivor

キャンサー・サバイバー

- An individual is considered a cancer survivor from the time of diagnosis, through the balance of his or her life. Family members, friends, and caregivers are also impacted by the survivorship experience and are therefore included in this definition.

- ・ サバイバーは、がんの告知を受けた個人がその生涯を全うするまでを意味する。
- ・ その家族、友人、ケアにあたる人々なども、その影響を受けるので、彼らもサバイバーに含まれるべきである。

3

画期的に伸びた近年のがん医療

- ・ 部位による差はあるが、地域がん登録における1997～99年の診断例の全がんの5年相対生存率は54% 出典:がんの統計'10年版 (財)がん研究振興財団
- ・ 2015年には、がん診断を受けて生存している人:530万人 出典:2002, がん生存者を中心とした心のケア、医療相談等の在り方に関する調査研究,
- ・ 小児においては、治癒率向上(約80%)による長期生存者の増加
- ・ 外来中心のがん医療。患者は医療より、社会とつながりをもつ時間の方が遥かに多く、「慢性疾患」となった“がん”は、社会の中でどのように自立、支援していくのかが新たな課題

4

米国では長期フォローを目的としたキャンサーサバイバーシップクリニックも誕生多くの書籍も出版。

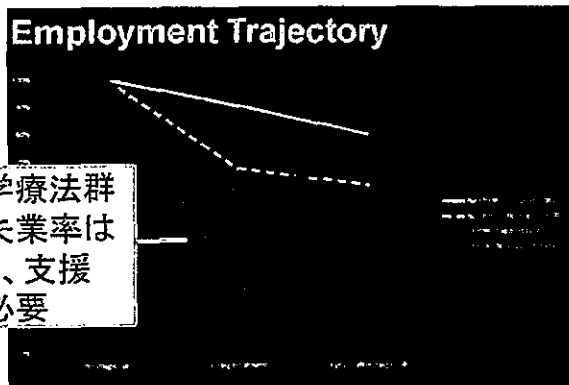


ダナファーバーインスティテュート

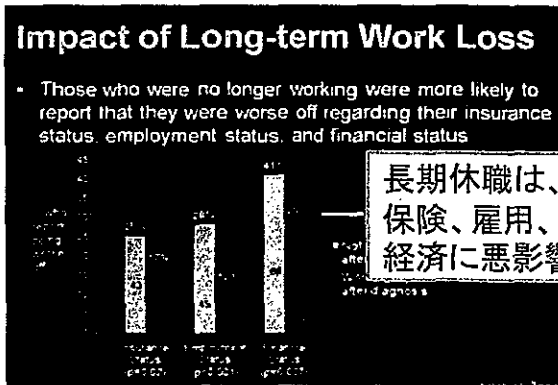


患者相談室にも「キャンサーサバイバーシップ」のコーナーが設置され、様々な支援ツールが設置されている。
 ヨーキーキャンサーセンター

海外では、治療後のサバイバーズ・ケアもがん医療が抱える課題の一つとして、学会の中でも議論されています。



化学療法群の失業率は高く、支援が必要



長期休職は、保険、雇用、経済に悪影響

ASCO2011 サバイバーシップケア



「乳がんでは、化学療法が長期的な失業をもたらすということを、臨床医や行政も認識しなければならない。周囲の支援がとても重要である。」出典：ミシガン大学、R.Jagsi氏 #9007

こうした動向、考えは世界へ広がり、社会的な痛みから経験者・家族を守る法制度が成立

韓国(コホートスタディ) JCO, vol26, 2008

- ・非常に厳しいがん患者の就労(30-47%が失業)
- ・肺、血液、脳、肝臓などは早い時点で離職

米国(メタアナリシス) JAMA, Feb 18, 2009

- ・健康な人と比べて1.37倍厳しい再就職

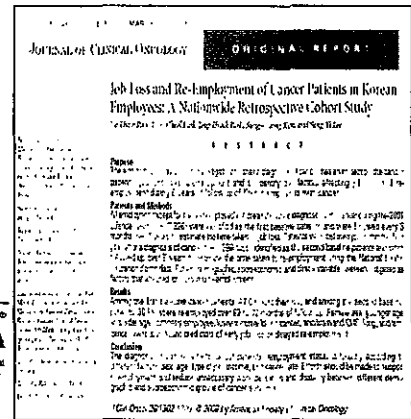
➤法制度によるがん経験者支援

米国

- ・家族・医療休暇法(FMLA) The Family & Medical Leave Act
- ・障害を持つアメリカ人法(ADA) Americans with Disabilities Act

イタリア

- ・キャンサーリハビリテーション法



JAMA

Online article and related content current as of February 11, 2009.

Cancer Survivors and Unemployment A Meta-analysis and Meta-regression

Supic, E. S., et al. JAMA. 2009;301:1111-1120.

DOI: 10.1001/jama.2008.1000

PMID: 19111111

PMID: 19111111

PMID: 19111111

PMID: 19111111

PMID: 19111111

PMID: 19111111

PMID: 19111111

PMID: 19111111

PMID: 19111111

PMID: 19111111

PMID: 19111111

Context: Nearly half of adult cancer survivors are younger than 65 years, but the re-employment of cancer survivors with employment status is unknown.

Objective: To assess the association of cancer survivorship with unemployment compared with healthy controls.

Data Sources: A systematic search of indexes published between 1966 and June 2008 was conducted using MEDLINE, CINAHL, EMBASE, PsycINFO, and OSH-ROM databases.

Study Selection: English studies evaluated adult cancer survivors and control groups, and employment as an outcome.

Data Extraction: Pooled relative risks were calculated over all studies and according to cancer type. A Bayesian meta-regression analysis was performed to assess associations of unemployment with cancer type, country of origin, average age at diagnosis, and time period (early vs late).

Results: Twenty-two studies describing 36 studies met the inclusion criteria. The analysis included 205 566 cancer survivors and 127 683 healthy control participants. Relative risks of unemployment with cancer type, country of origin, average age at diagnosis, and time period (early vs late).

Conclusions: Cancer survivors were more likely to be unemployed than healthy control participants (OR 1.37, 95% CI 1.23-1.52). Unemployment was higher in breast cancer survivors compared with control participants (OR 1.76, 95% CI 1.51-2.05), as well as in survivors of pancreatic cancer (OR 1.76, 95% CI 1.51-2.05) and cancer of the female reproductive organs (OR 1.51, 95% CI 1.23-1.80), compared with controls (OR 1.37, 95% CI 1.23-1.52). Unemployment rates were not higher for survivors of bladder cancer compared with controls (OR 1.37, 95% CI 1.23-1.52), prostate cancer (OR 1.37, 95% CI 1.23-1.52), or ovarian cancer (OR 1.37, 95% CI 1.23-1.52). For survivors in the United States, the unemployment rate was 4.5 times higher compared with survivors in Europe (OR 4.5, 95% CI 3.2-6.2). After adjustment for diagnosis, age, and time period, unemployment rates were not significantly associated with unemployment (OR 1.37, 95% CI 1.23-1.52).

Conclusion: Cancer survivors were more likely to be unemployed than healthy control participants (OR 1.37, 95% CI 1.23-1.52).

Conclusion: Cancer survivors were more likely to be unemployed than healthy control participants (OR 1.37, 95% CI 1.23-1.52).

Conclusion: Cancer survivors were more likely to be unemployed than healthy control participants (OR 1.37, 95% CI 1.23-1.52).

Conclusion: Cancer survivors were more likely to be unemployed than healthy control participants (OR 1.37, 95% CI 1.23-1.52).

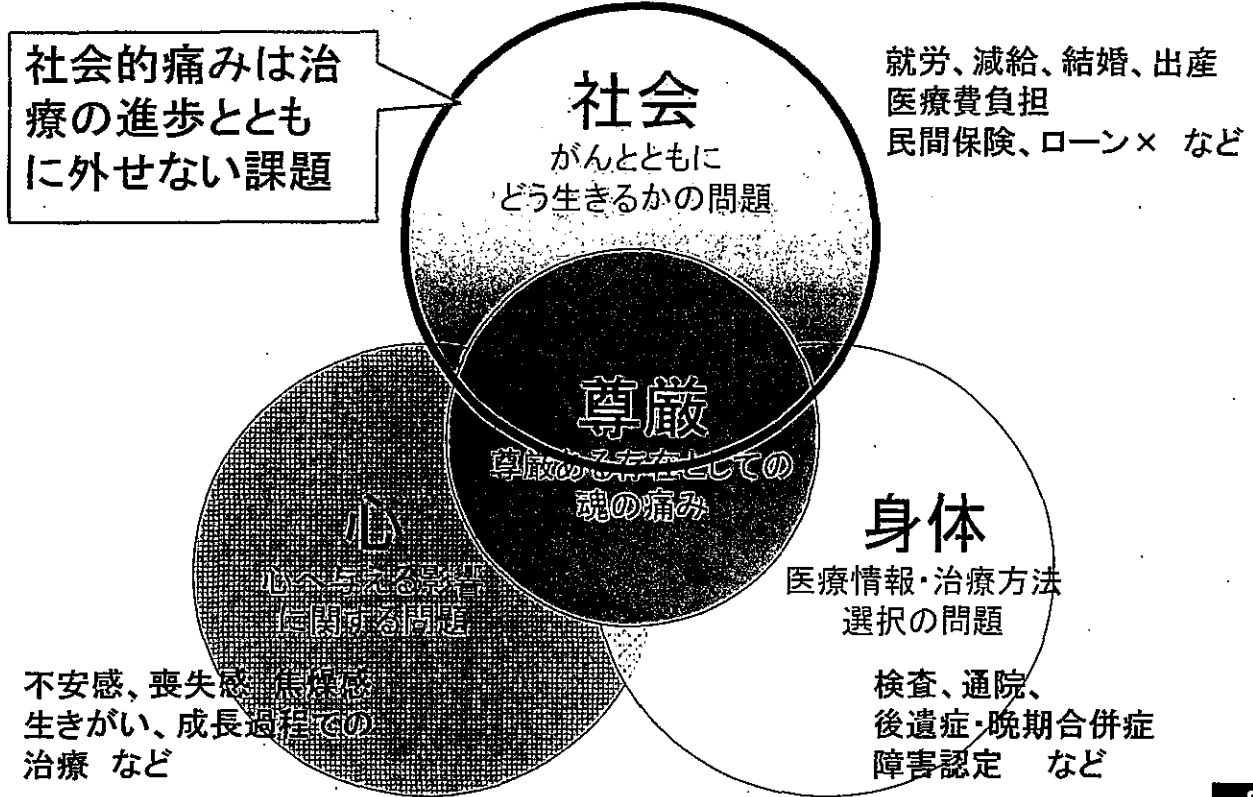
Conclusion: Cancer survivors were more likely to be unemployed than healthy control participants (OR 1.37, 95% CI 1.23-1.52).

Conclusion: Cancer survivors were more likely to be unemployed than healthy control participants (OR 1.37, 95% CI 1.23-1.52).

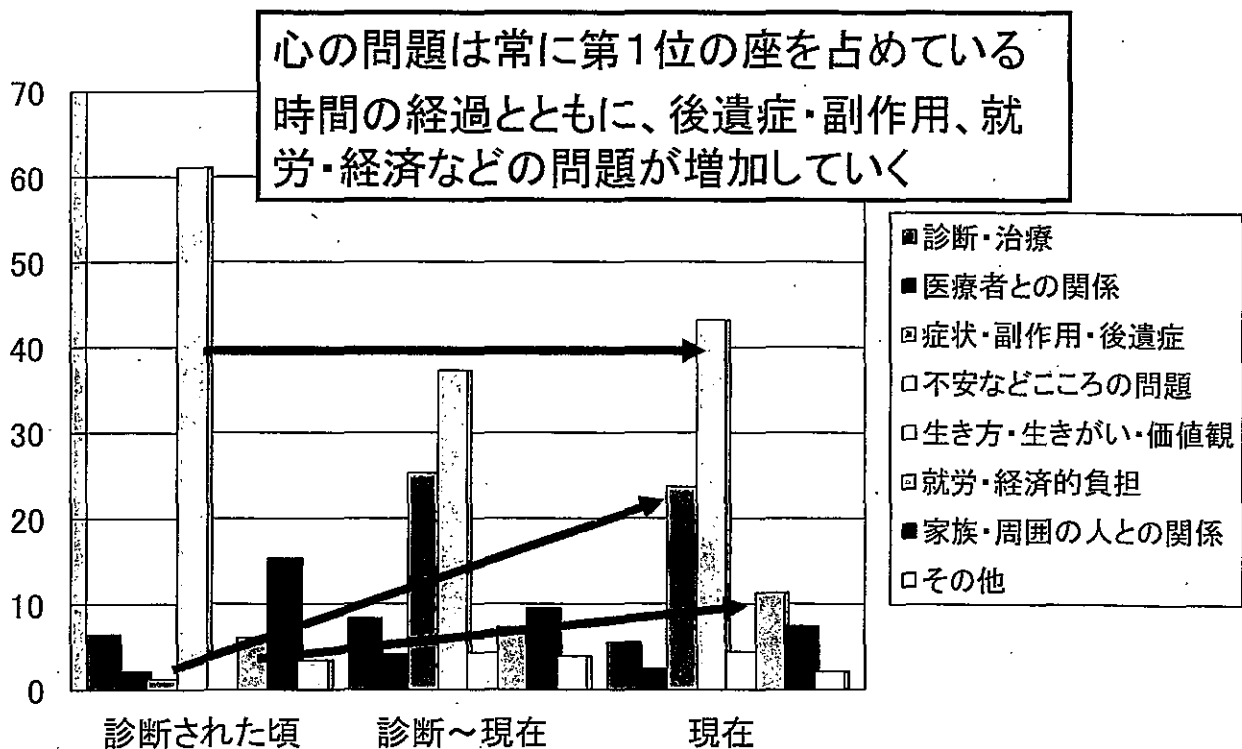
Conclusion: Cancer survivors were more likely to be unemployed than healthy control participants (OR 1.37, 95% CI 1.23-1.52).

患者が抱える社会的な痛み

小児がんを含む、がん経験者が直面する4つの痛み

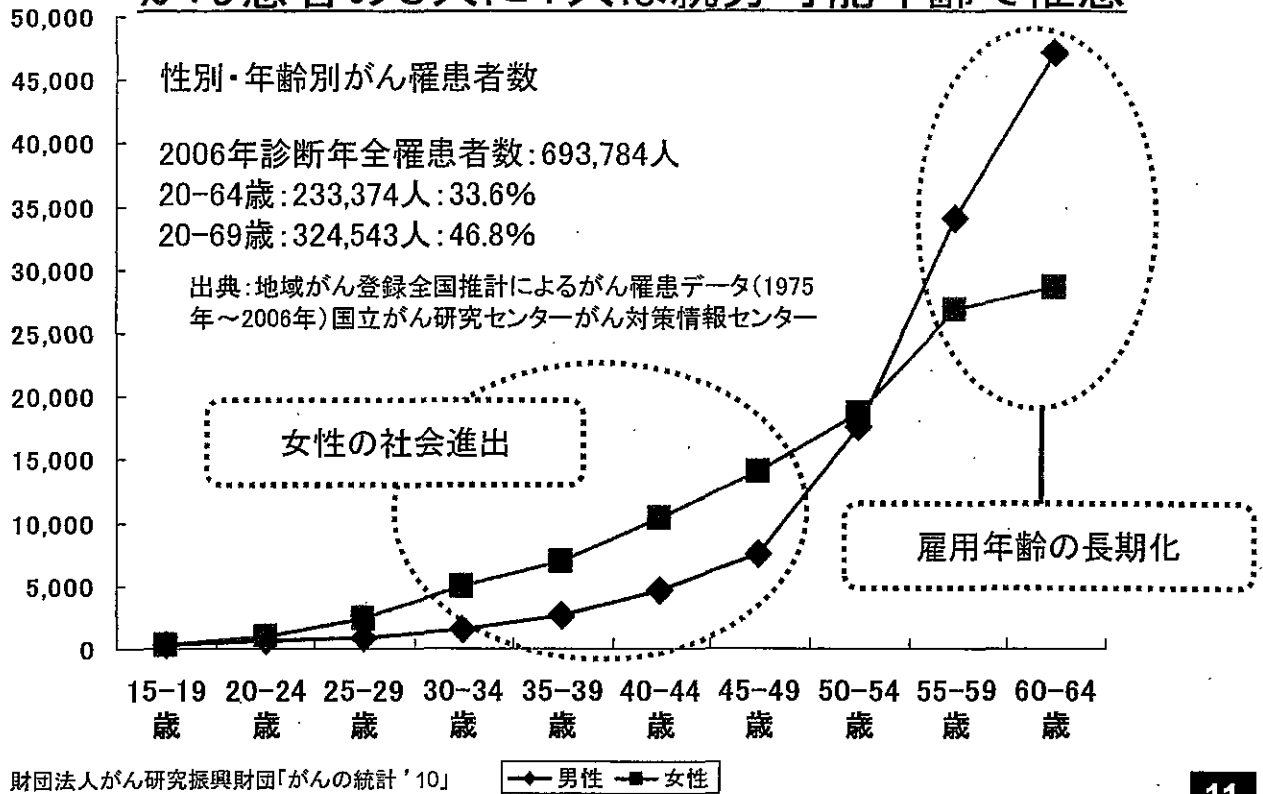


「診断された頃」「診断、治療、経過観察の家庭、再発・転移の治療」「現在」の3時点における悩みや負担 (出典:がんの社会学に関する合同研究班,2004)



働き世代とがん

がん患者の3人に1人は就労可能年齢で罹患



11

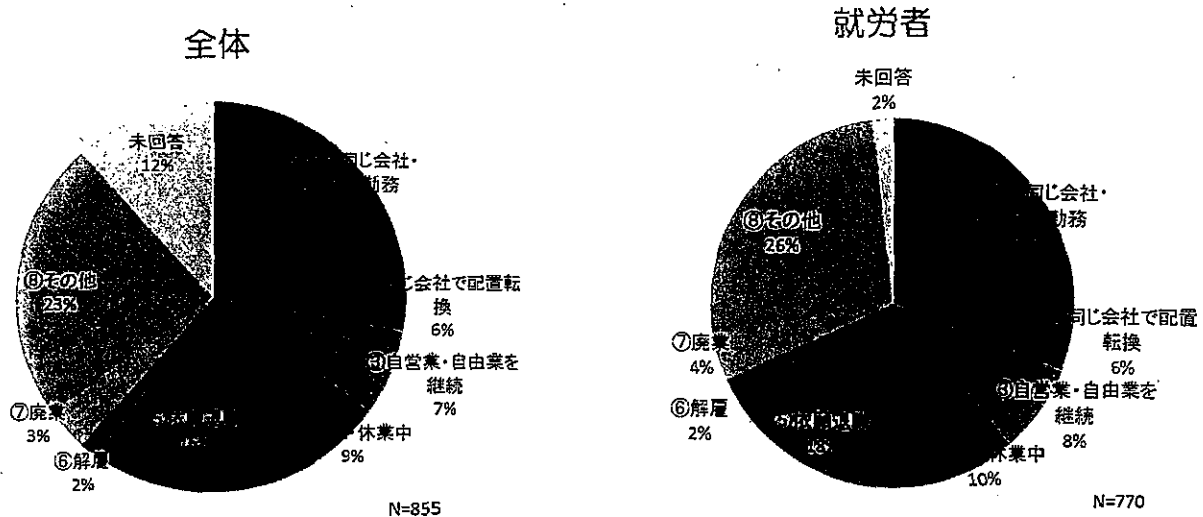
がん罹患が及ぼす家計への影響調査 (2010年)

- ① アンケート名: がん患者の就労と家計に関する実態調査
- ② 調査期間: 2010年6月1日~7月16日
- ③ 調査方法: がん関連情報サイト、患者支援団体メーリングリスト、ブログ、ツイッター等でのアンケート実施の告知を行い、①全国約150のがん患者団体・がん患者支援団体に対する郵送依頼と書面による回収、②インターネット上の案内によるWEBアンケートにより回答を得た。
- ④ 回答率: インターネット(188件)、紙ベース(667件)、合計: 855件
- ⑤ 調査項目: 1) 基本情報(年齢、性別など) 2) がんと診断される前の仕事について(職種・年収)、3) がんと診断された後の仕事について(職種・年齢)、4) がんに対する治療(治療状況、治療内容など)の4つのカテゴリについて設定。
- ⑥ 調査主体: 一般社団法人CSRプロジェクト

12

1) 仕事の継続

- 全体の21%が依願退職、解雇、廃業。休職・休業を含めると30%が仕事に影響を受けている
- 就労者では24%が依願退職、解雇、廃業。休職・休業を含めると34%が仕事に影響を受けている。

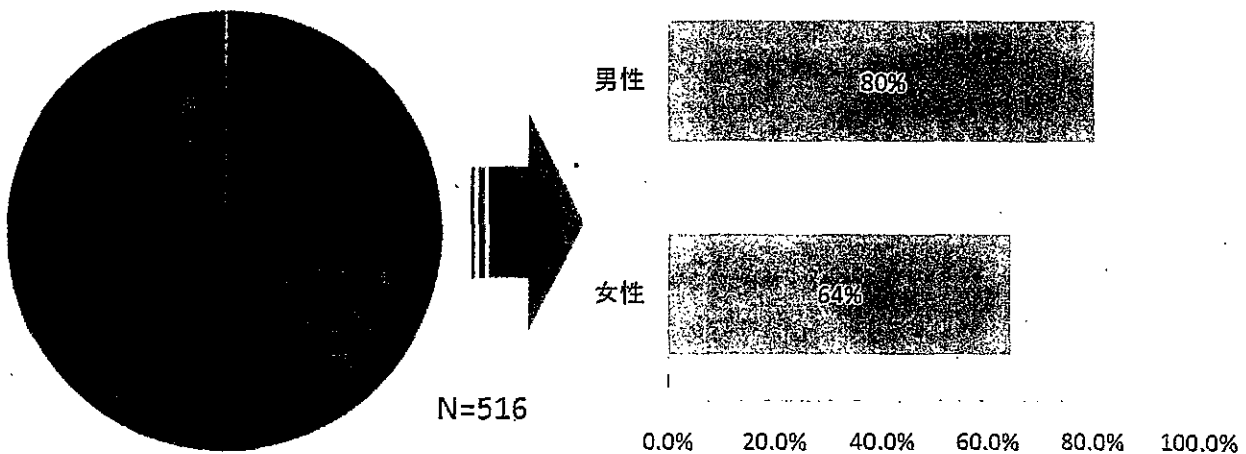


※右表の就労者は調査全体の回答数（855名）のうち、①年齢：20歳～69歳、②専業主婦、学生、年金受給者、無職を除く
 ※分析対象者の有効回答数：770名

2) がん罹患による収入の変化

- 定期的な収入があった20歳～69歳に限ると、67%が減収
- 男性80%、女性64%が減収
- 平均年収減少率は36%

平均年収減少率36%

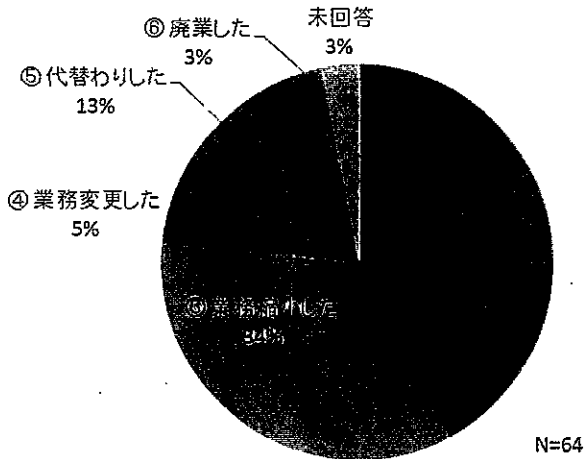


※一様分布を仮定して各年収レンジの中央値を用いて算出した推計値

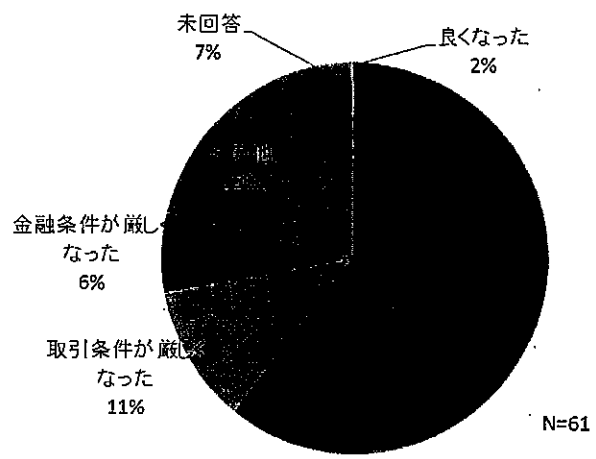
3) 個人事業主への影響

- がん罹患により事業へ影響があった人は72%
- 17%が取引先との関係に影響

がん罹患したことによる
事業への影響



がん罹患したことによる
取引先との関係への影響



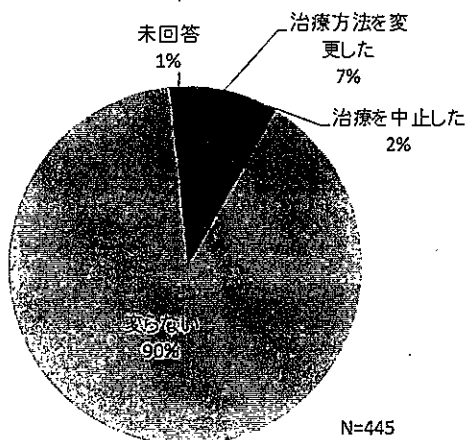
※全体回答数（855名）のうち、個人事業主のみを抽出、対象年齢は限定していない

15

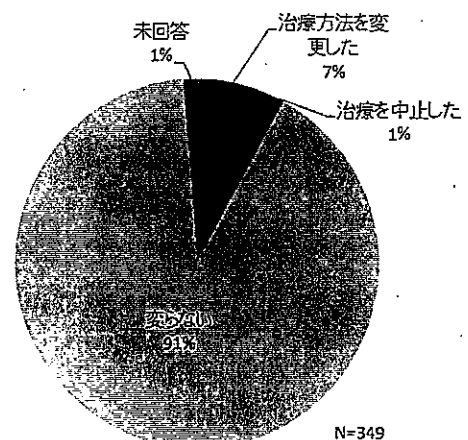
4) 治療方法への影響

- 治療方法を変更・中止したのは、全体の8~9%
- 収入、支出の問題が及ぼす影響範囲は広い。

全体



就労者



※右表の就労者は調査全体の回答数（855名）のうち、①年齢：20歳~69歳、②専業主婦、学生、年金受給者、無職を除く
※分析対象者の有効回答数：349名

16

ある肺がん患者さんの治療費について

単位:約(千円)

	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年	計
外来	700	300	700	750	1700	4150
入院	700		500		600	1800
処方箋薬剤	100	100	100	80	30	410
計	1500	400	1300	830	2330	6360
年収入	9000	8700	8440	5130	2200	

逆転!

降格人事
退職
失業保険

- ・発症後、会社を中長期間休暇→部署の異動
- ・最終的に部付で事実上の降格＝降給(年収半減)
- ・会社都合の「合併に伴う希望退職者の募集」に挙手
- ・ハローワークなどでの就活は厳しい実状

17

「病気の人いらない」

小さな小売店に20年近く勤めていきます。昨年、乳がんの手術をして1カ月で職場復帰し、社長に「これから月2回の通院が必要になる」と報告したら、「病気の人是要らないから辞めて」「平日に休むならパートになって」と言われました。納得できないと言ふと、「給料は下げるから」と1万5千円の手当を今月から削られてしまいました。母子家庭で娘を育てているので仕事を失うわけにはいきませぬ。普通に仕事をしているのに、悔しさでいっぱいです。

(岐阜県 会社員 40代女性)

出典:朝日新聞記事より 2009. 01.16

18

上限額が設定でも1カ月3~4万円近い支払が長期に続く⇔増加している一般所得者以下。

高額療養費の見直しのイメージ (案)

一体改革成案の「2015年度ベースで公費1300億円」の規模(※)の見直しを想定したもの(一般所得者の区分の細分化と年間上限額の設定)であり、低所得者の軽減の規模によって内容は変わる。
 (※) 一体改革成案の工程表では、「受診時定額負担等(高額療養費の見直しによる負担軽減の規模に応じて実施。例えば、初診・再診時100円の場合、公費1300億円)ただし、低所得者に配慮」としている。

	[現行]	[見直しのイメージ案]
70歳未満	◀上位所得者> 当初3ヶ月 150,000円 4月目～ 83,409円 + (医療費-500,000) × 1%	◀上位所得者> 当初3ヶ月 150,000円 4月目～ 83,000円 年間上限 996,000円(※1)
	◀一般所得者> 当初3ヶ月 80,100円 + (医療費-267,000) × 1% 4月目～ 44,409円	◀年収600万円以上(一般所得者)> 当初3ヶ月 80,000円 4月目～ 44,000円 年間上限 501,000円(※2) ◀年収300万円～600万円(一般所得者)> 当初3ヶ月 82,000円(※3) 4月目～ 44,000円 年間上限 501,000円(※3) ◀年収300万円以下(一般所得者)> 当初3ヶ月 44,000円(※3) 4月目～ 35,000円(※3) 年間上限 378,000円(※3)
	◀低所得者(住民税非課税)> 当初3ヶ月 35,400円 4月目～ 24,600円	◀低所得者(住民税非課税)> 当初3ヶ月 35,000円 4月目～ 24,000円 年間上限 259,000円(※4)

(※1) 現行の4月目以降と同額 (※2) 低所得者の当初3ヶ月と同額 (※3) 現行の4月目以降と同額
 (※4) 年収600万円以上と250万円以下の中間の額 (※5) 44,000円・12月・50% (※6) 35,000円・12月・50%

第46回社会保障審議会医療保険部会(平成23年10月12日)高額療養費の見直しと受診時定額負担について

社会保障・税一体改革成案平成23年6月30日/政府・与党社会保障改革検討本部決定

	免責、重点化、効率化	工程
IV 就労促進	●全国参加型社会の実現 ※ ・ジョブ・カードの活用等による若者の安定就労の確保 ・女性の就業率の向上 ・高齢者社会に適合した雇用制度の検討など若年層にかけがえのない働き場を創出 ・福祉から就労への移行等による障害者の雇用促進 ・地域の実情に応じた関係機関の連携と就業促進政策の総合的実施	●就労促進策の継続的推進 ・就業率 2009年 16% → 2020年 20% (若者: 11% → 17%) (女性: 10% → 16%) (高齢者: 11% → 13%) ・ジョブ・カード取得者 300万人 (2020年) ・障害者の雇用率 1.8% (2020年)
	●ディーセント・ワーク(働きがいのある人間らしい仕事)の実現 ・非正規労働者の公正な待遇確保に積極的に取り組むための総合的ビジョンの策定 ・有期契約労働者の雇用の安定や処遇の改善に向けた法制度の整備の検討 ・長時間労働抑制やメンタルヘルス対策による労働者の健康・安全の確保	●総合的ビジョン: 2011年に策定 ●法制度整備: 2011年度 労働政策審議会に諮問、所長の見直し指図 ●労働安全衛生法改正法案について、早期国会提出に向け検討
I・IV以外の充実、重点化	●サービス基盤の整備 ・あるべき診療・介護サービス提供体制の実現、こども園・保育サービス、放課後児童クラブ等のサービス充実確保に必要となる整備	●雇用・労務政策の抜本的な見直し
	●医療イノベーションの推進 ※ ・国際水準の臨床研究や先端医療等の創出 ・日本発のシーズを実用化につなげるための実務的支援 ・がん医療推進機構(AMED)の活用 ・医療従事者の特定における医療経済的効果のさらなる検討	●雇用・労務政策の抜本的な見直し ・年々から3年間以下(若年層)を重点的に研究費を重点配分 ・2013年度末までに格別数を3現在(640名)に引き続き、さらなる強化策を検討 ・格別の効率化: 2011年度からの新設
効率化項目	●第2のセーフティネットの構築 ・求職者支援制度の創設 ・求職者支援制度をはじめとした第2のセーフティネットの創設 ・生活保護受給者等に対する就労支援 ・障害者雇用促進法の改正(ワークシェアリング、フリースタイルワーク等)	●雇用・労務政策の抜本的な見直し ・雇用・労務政策の抜本的な見直し
	●生活保護の充実 ・生活保護受給者等に対する就労支援メニューの充実と支援強化 ・子どもの貧困防止 ・障害扶助等の適正化、不正受給防止対策の徹底	●雇用・労務政策の抜本的な見直し ・生活保護水準: 2011年4月開始において、2012年度末までに格別数を3現在(640名)に引き続き、さらなる強化策を検討 ・生活保護水準以外: 国と地方の協働の助成(2011年5月開始)一必要に応じて法案提出

どこにも<がん>は含まれていません。

(注) 1. 資料は、厚生労働省の「社会保障制度の持続可能性に関する調査報告書(平成23年5月12日)」及び「社会保障制度の持続可能性に関する調査報告書(平成23年5月12日)」に基づき作成されたものである。2. 生活保護水準: 2011年4月開始において、2012年度末までに格別数を3現在(640名)に引き続き、さらなる強化策を検討。3. 生活保護水準以外: 国と地方の協働の助成(2011年5月開始)一必要に応じて法案提出。4. 格別の効率化: 2011年度からの新設。5. 格別の効率化: 2011年度からの新設。6. 格別の効率化: 2011年度からの新設。7. 格別の効率化: 2011年度からの新設。8. 格別の効率化: 2011年度からの新設。9. 格別の効率化: 2011年度からの新設。10. 格別の効率化: 2011年度からの新設。

がん対策推進協議会に望むこと

21

次期基本計画策定に望むこと

- がん医療の進歩とともに生まれた新たな課題として、小児を含めたがん経験者・家族が直面する、就労・経済などの〈社会的痛み〉の解決へ通じる言葉を基本計画の中に刻み込んで頂きたい。
- 小児がんを含めたがん経験者の長期フォローについて、協議会の姿勢を明確にし、他部門へ切り込む道筋を整えて頂きたい。
- 金の切れ目が命の切れ目にならないよう、協議会から、患者の実情も踏まえた意見を必要に応じて出して頂くことを望みます。(一生継続する晩期合併症治療費負担を含めて)

22

今後に向けて

＜厚生＋労働省＞として、小児がんを含めたがん経験者の社会的な痛みの緩和について、他部門との調整を行う議論の場をがん経験者を含めて創設し、下記事項について別途検討して頂きたい。

①がん経験者雇用戦略の検討、法制度化の推進

- ・雇用創出：障がい認定基準の拡大、募集・採用における差別禁止
- ・雇用継続：より多様で柔軟な働き方を可能とする職場環境・社内制度づくりの推進、および推進企業へのインセンティブ付与
- ・復職支援：雇用能力開発の推進、復職時の差別禁止、ならびに復職後のフォローアップ(ソフトランディング)
- ・職域教育：検診と合わせた、職域でのがん教育の推進

②高額療養費制度の見直し

- ・社会保障審議会医療保険部会への意見書提出など

23

おわりに

「ある社会がその構成員のいくらかの人々を閉め出すような場合、それは弱くもろい社会である」。

これは、1979年の国際障害者年行動計画の一文です。この歴史的課題の解決がなされないまま、30余年を経た今、社会保障・社会福祉をはじめとする制度のほころびが各方面から指摘され、「無縁社会」と称されるまでになっています。

「推進会議」と「部会」は、「障害の有無にかかわらず国民が分け隔てられることのない共生社会」の実現とそのための制度改革を目指しています。それは、とりもなおさず、「弱くもろい社会」から、誰もが排除されることなく全ての人々が社会的に包摂される社会づくりに寄与するものであると確信しています。

出典：障がい者制度改革推進会議総合福祉部会「障害者総合福祉法（仮称）骨格提言素案」

がんは、ふたりに1人が罹患する「国民病」です。1人の罹患には、1つの家族があります。

人にとっての幸せとは社会とつながり、生きがいを持つということ。自由に生き、社会を活性化する一構成員として動くことです。

それが、サバイバーシップが訴える社会思想であり、＜がんになっても負けない社会＞になると私は信じています。

24

ありがとうございました



25

参考資料編

26

がん体験者の就労と雇用 (2008年)

- ①調査名:がん患者雇用に関するアンケート調査
- ②調査期間: 2008年3月10日～2008年3月31日(22日間)
- ③調査方法:がん情報サイト、患者支援団体メーリングリスト、ブログなどで呼びかけを行い、WEBアンケートにて結果解析
- ④調査対象:がん経験者
- ⑤調査項目:1)基本情報(年齢、性別など)2)がんと診断される前後の仕事について、3)がんと診断された前後の収入について、4)雇用継続に必要なもの、5)社会に対して求めるもの(自由回答)の5つのカテゴリについて設定。
- ⑥回答率:有効回答は403人。男女比は、男性40人(9.9%)、女性363人(90.1%)。回答者は40代が最多で、「診断を受けてから3年以内」の患者が40.7%で最も多かった。治療状況は「治療中」と「経過観察中」がほぼ半数ずつ。部位別では「乳房」が最多で約7割を占めた。
- ⑦調査主体:東京大学医療政策人材養成講座4期生 桜井班

27

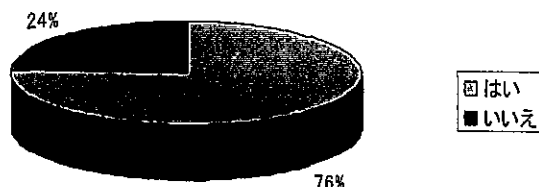
1. 仕事の継続

- ・ 4人に3人は「今の仕事を続けたい」と希望
- ・ しかし、3人に1人は診断後に異動・転職

診断された時点で「これまでの仕事を続けたい」と回答したのは75.9%の306人。

雇用継続を希望した人のうち95人(31.0%)が診断後に転職。うち、解雇14人、依願退職者23人、廃業8人

仕事継続への意欲



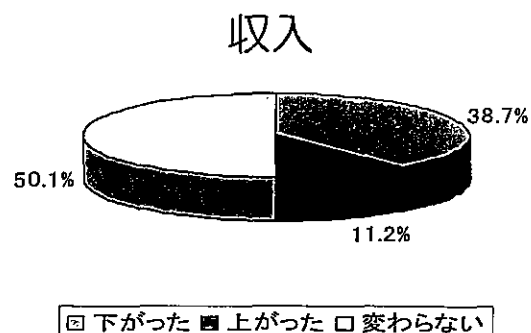
仕事を継続するうえで、がんが大きな障害になっている実態が浮き彫りに・・・

28

2. 収入

- ・ 4割は診断後に収入減
- ・ 転職者に限ると6割が収入減

診断後の収入は、38.7%
156人が「下がった」と回答。ほぼ半数の202人
(50.1%)は「変わらない」、「上がった」は45人
(11.2%)。



診断後に仕事が変わったと回答した人(149人)に限ると、収入が下がった割合は60.4%(90人)にもなる。

がん罹患が患者の収入を減らす要因になっている。

29

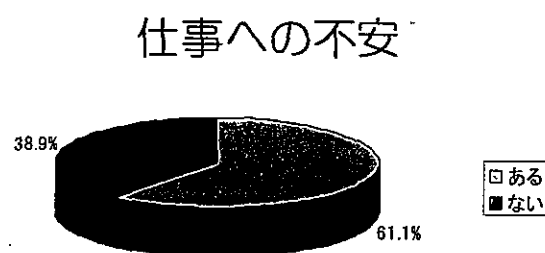
3. 仕事継続への不安

- ・ 就労者の約6割が「仕事の継続に不安」を感じ、3人に2人が「同僚や上司の理解が必要」

収入を伴う仕事をしているのは280人(69.5%)。258人(92.1%)は「今後も仕事を続ける」と回答

雇用継続には回答者275人の168人(61.1%)が「不安がある」

雇用継続には「同僚や上司の理解」が68.6%でトップ



職場の理解を求めている患者が多い。

30

4. 患者たちの声

- ・ がんと付き合いながら仕事ができるよう、労働時間に柔軟性を持たせること
- ・ 行政には雇用側ががん患者の就労を支援しやすい社会的な制度・システムの整備を要望
- ・ 職場のがんへの理解を求める声も多数。

がん患者が就労し続けるために必要なものを聞いたところ、400件近い声が寄せられた。

要望が多かった主なテーマ	
休暇・休職制度	73件
労働時間	54件
収入・医療費	26件
就職・再就職	16件
病気への理解	59件
行政の支援体制	19件

31

ウイルス性肝炎に対する職域教育の例

各都道府県知事 殿

健発0728第2号
基発0728第2号
職発0728第2号
平成23年7月28日

厚生労働省健康局長
厚生労働省労働基準局長
厚生労働省職業安定局長

職域におけるウイルス性肝炎対策に関する協力の要請について

肝炎対策の推進につきましては、日頃から御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。ウイルス性肝炎は、国内最大級の感染症と言われており、これに対する対策を総合的に推進するため、平成22年1月、肝炎対策基本法が施行され、同法に基づき、中長期的な肝炎対策の方向性等を定める、肝炎対策基本指針（別紙）を本年5月16日に告示、公表いたしました。

本指針において、肝炎ウイルス検査の受検勧奨や、就労を維持しながら適切な肝炎医療を受けることができる環境の整備等について、各事業主団体等に対し、要請することなどが定められ、これに基づき、事業主団体及び関係団体の長に対し、労働者に対する肝炎ウイルス検査の受診勧奨等について要請したので、各都道府県におかれましても、関係団体等に対し、下記事項について協力を要請されるようお願いいたします。

32

記

- 1 労働者に対して、肝炎ウイルス検査を受けることの意義を周知し、検査の受診を呼びかけること。
- 2 労働者が検査の受診を希望する場合には、受診機会拡大の観点からの特段の配慮をすること。
- 3 本人の同意なく本人以外の者が不用意に検査受診の有無や結果などを知ることのないよう、プライバシー保護に十分配慮すること。
- 4 肝炎治療のための入院・通院や副作用等で就労できない労働者に対して、休暇の付与等、特段の配慮をすること。
- 5 職場や採用選考時において、肝炎の患者・感染者が差別を受けることのないよう、正しい知識の普及を図ること。

がん対策における指標の考え方

平成23年11月21日

第28回がん対策推進協議会

東京大学医学系研究科公衆衛生学/健康医療政策学

東 尚弘

1

アウトライン

1. 指標を考える上での留意事項
2. 指標の整理と系統的策定
3. データ源
4. 測定結果の利用体制
5. 標準診療実施の評価
6. 指標と評価の影響

2

1. 指標を考える上での留意事項

評価無くして改善無し、しかし限界のない指標は無い

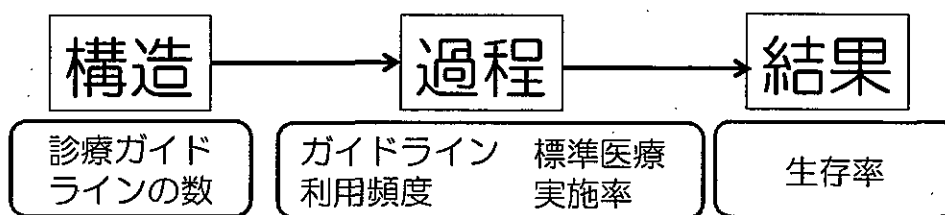
- 測りたい目標が測れているか（妥当性）
例）麻薬消費量で緩和ケアの活動が測れているか
- 同じ状況には同じ測定結果がでるか（信頼性）
例）同じ便検査を受けてもある人は大腸がん検診、別の人は衛生検査と考える
- 指標が施策の影響により変化するか（鋭敏性）
例）「研修終了者数」は容易に増加、死亡率は変化しづらい
- 結果が出るまでの時間（タイムラグ）
例）喫煙率が下がってから死亡率が下がるのはずっと後

3

2. 指標の整理と系統的策定

構造→過程→結果の流れに沿って指標作成が可能

- 例）標準医療の普及



一般的特徴

	構造指標	過程指標	結果指標
変化・効果	現れやすい	比較的現れやすい	現れにくい
測定しやすさ	多くは容易	施策・指標による	比較的容易
指標の意義	小さい	中間	大きい

注: 過程と結果の切れ目は時に曖昧、分類の議論は2次的。整理の枠組みが有用

4

3. データ源

- 既存のものをまず、最大限活用
例) 受療行動調査(十患者調査)から
がん患者の満足度
がん患者情報ニーズ

レセプト/DPCデータから
標準医療の実施率
拠点病院と一般病院の連携

5

データ間でリンクすれば更に有用

医療機関・患者ベース

- 院内がん登録
- レセプト/DPC
- 指定要件に関する情報
- 臓器がん登録/NCD
- 患者調査・受療行動調査
などの医療機関ベースの
統計調査

地域・住民ベース

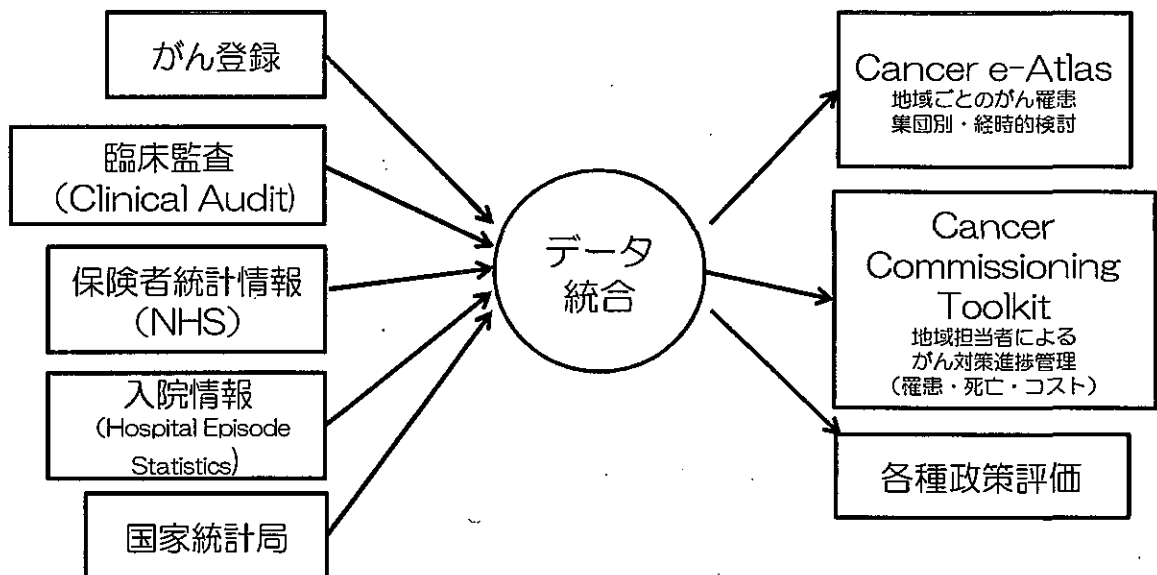
- 地域がん登録
- 住民基本台帳
- 人口動態統計
- 死亡診断書情報
- がん検診後の受療情報

十適宜、個別に特別研究 (Special Study)
(例えば、治療までの待ち日数など)

6

先進他国の例：データのリンク・集中利用

- イギリス：National Cancer Intelligence Network



- 米国：SEER（がん登録）＋Medicare（レセプト）など
- カナダ・オンタリオ：Cancer Care Ontarioで情報管理

7

4. 測定結果の利用体制

指標を主に使う担当責任者を設定して進捗管理を

カナダ・オンタリオ州の例：

- 14の地域それぞれに地域がん対策担当責任者 (Regional Vice President) を任命
- 担当者の年4回の会合で進捗を管理
- 目標の設定とそれに対する予算を設定

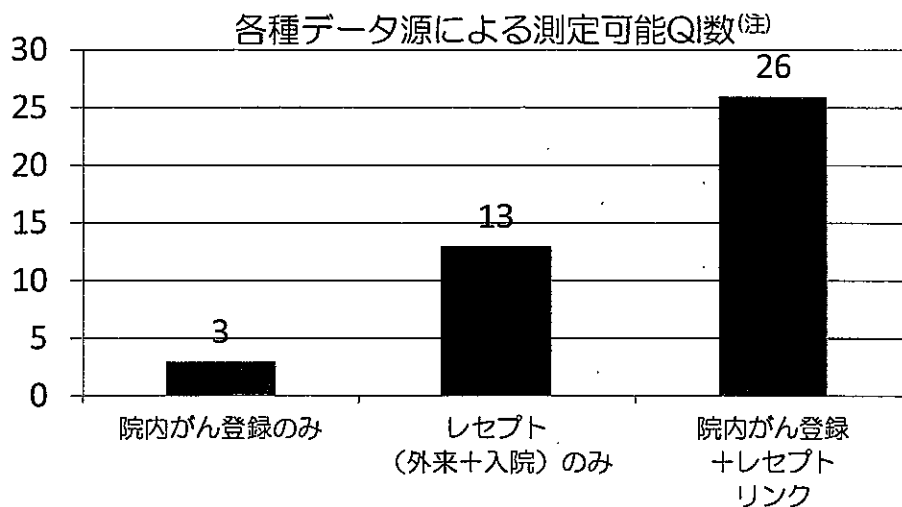
8

データ収集方法

院内がん登録実務者による診療録レビュー：

- 全セットで患者1件30~40分、優先セット平均20分程度

別のデータ源は？ → やはりリンクが必要



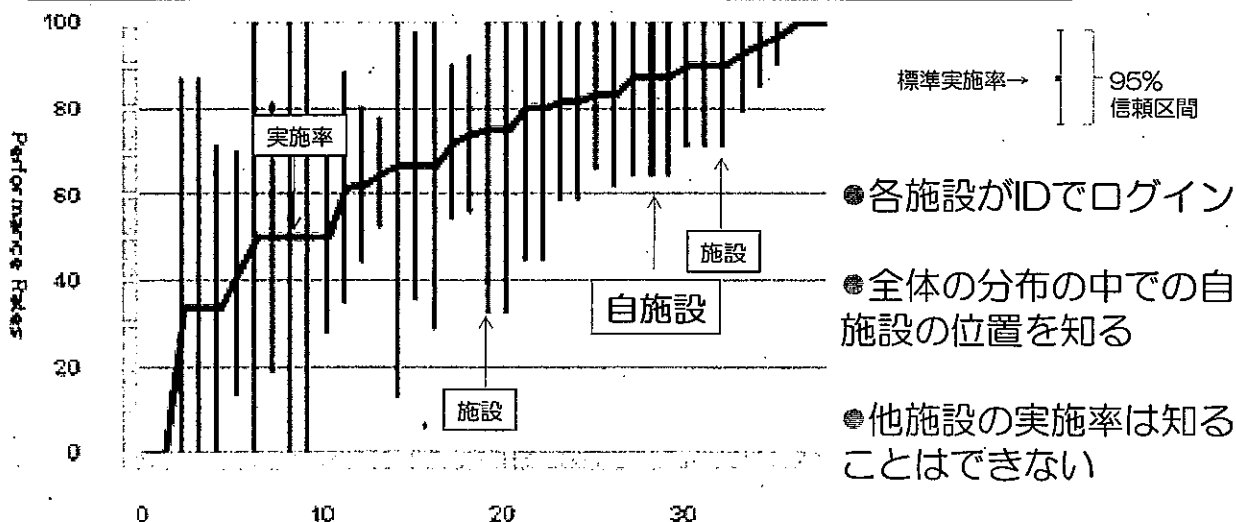
注：標準医療に対する例外の検討は診療録の検討が必要

11

海外の測定・運用例

米国外科専門医会（American College of Surgeons）の運営する
院内がん登録による計測例

QI：ステージⅢ結腸癌患者の術後化学療法—実施率の施設分布
(デモ画面。ある州のなかでの比較)

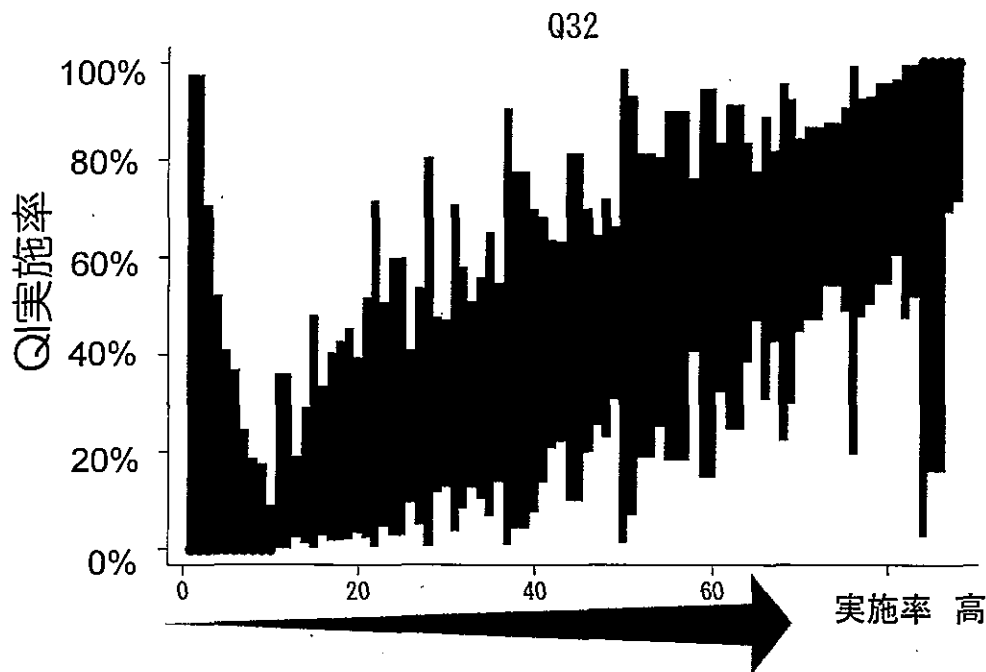


図は米国外科専門医会がん登録本部より提供。許可を得て使用

12

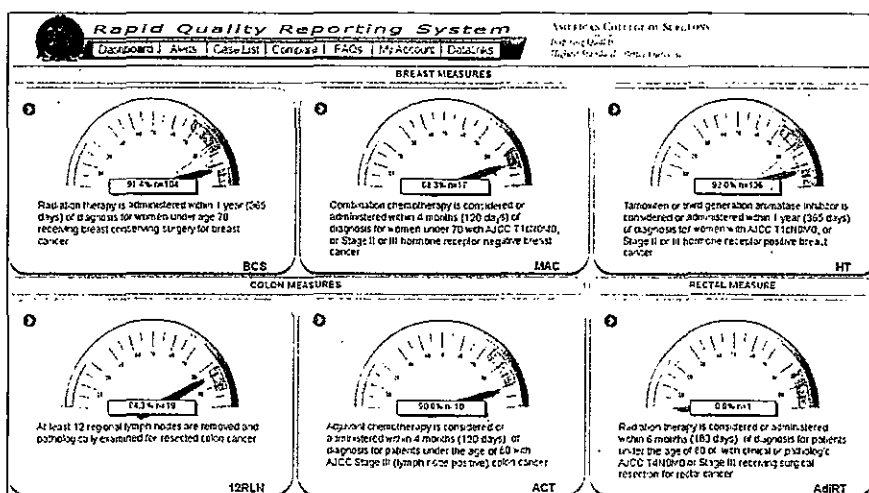
QI実施率 施設分布の例 (大腸癌研究会全国登録1998年症例)

術後ステージⅢの大腸癌に対する術後補助化学療法施行
 実施率：68.7% (ただし1998年症例)



13

米国外科専門医会のシステムは進化 即時的フィードバックシステム (6QI)



- 施設が症例提出すると、その時点での標準実施率が表示
- 標準非実施症例リストの提示
- 標準実施期限が近づくと警告表示も

図は米国外科専門医会がん登録本部より提供。許可を得て使用

6. 指標と評価の影響

- 評価によって行動が変わる
 - 改善が期待 \leftrightarrow 場合によっては弊害も
 - 検証体制が必要

例) 米国ニューヨーク州心臓外科手術、死亡率公開

- 1990年～
 - 施設名つきでHP上に公開
 - 統計的リスク調節により、基礎状態の違いを補正
- 死亡率減少： 3.52% (1989) → 2.76% (1992)

(懸念) 重症患者の手術が避けられるのでは？

15

基礎疾患保有率は急増

- ニューヨーク州心臓手術患者の基礎疾患の頻度

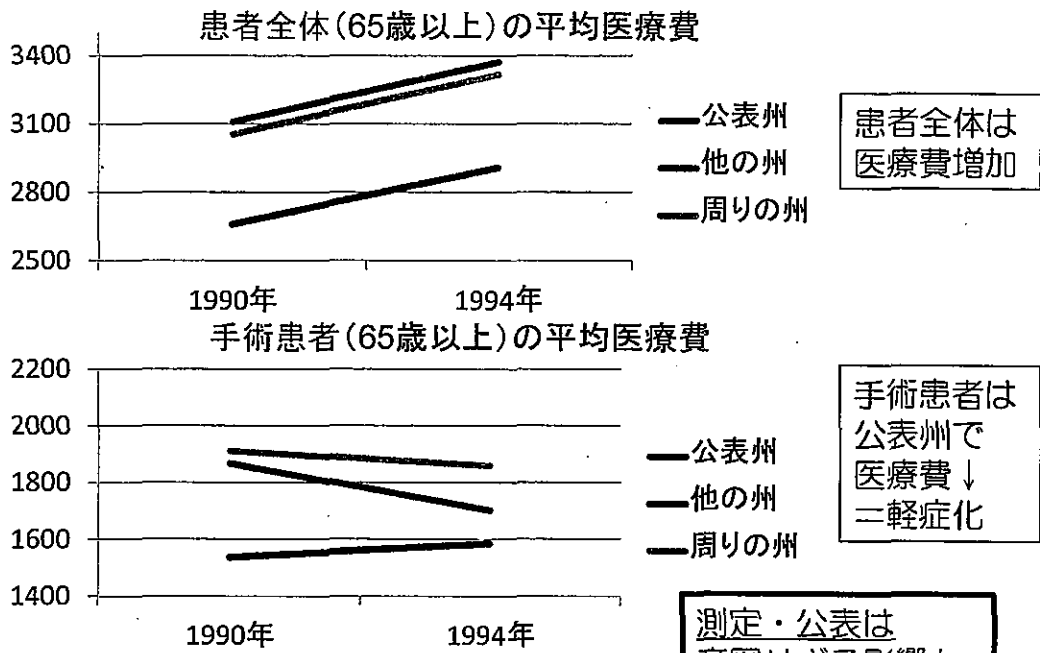
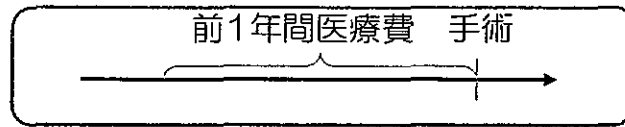
	1989	1990	1991
腎不全	0.4	0.5 ↗	2.8
心不全	1.7	↗ 2.9 ↗	7.6
肺気腫	6.9	↗ 12.4 ↗	17.4
不安定狭心症	14.9	↗ 21.1	21.8
心機能低下	18.9	↗ 23.1	22.2

公表開始

しかし、実際に基礎疾患が増えている？ vs 報告が増えているだけ？

Green, J and Wintfeld, N. New England Journal of Medicine 1999;332:1229-32より演者¹⁶改変

報告の偏りを受けない重症度指標
 =患者の手術前1年の医療費



患者全体は
医療費増加

手術患者は
公表州で
医療費↓
=軽症化

測定・公表は
意図せざる影響も

注：軽症化の適否は別の議論

Dranove et al. Journal of Political Economy, 2003;111(3): 555-588データより演者作成

17

まとめ

1. 評価無くして改善無し、しかし限界のない指標は無い
2. 施策毎に、構造→過程→結果の流れに沿って指標作成が可能
3. データ源は既存のものをまず最大限活用（リンクも）
4. 指標の利用体制の整備を
5. 標準医療の実施率検証体制の構築を
6. 測定が行動を変える力がある。意図せざる影響も注意

18

各種施策と対応指標の構造・過程・結果(施策特異的)の例

(注)本分類はあくまで系統的に指標を整理する方法を示すための例示です。以下、3点ご注意ください:1)分類の区分は曖昧な部分を含んでいますが、この指標は「過程に分類されるべき」とか「結果とすべき」という分類そのものへの議論は生産的ではありません。2)参考指標を含んでおり、高(低)い方が良い、と一概に言えないものもあります。3)挙げられた指標を必ずしも作者が推奨するものではありません。

色分け			
黒:がん対策推進基本計画中間報告で触れられているもの	緑:触れられていないが、別の場所に既に集計がある(ことが予想される)もの	青:既存のデータを加工・集計すれば算出可能な(と予想される)もの	赤:新たにデータをとる必要があるもの
			ただし、[]は副次的(手間に指標意義/精度が見合わない可能性が高い)
施策	構造	過程	結果(施策特異的)
外来化学療法の推進		実施件数 レジメン毎の外来点滴割合 入院療法割合	がん患者就労者割合 がん患者満足度(受療行動調査)
放射線療法の推進	リニアックの保有施設割合 IMRTの保有施設割合 放射線治療医の人数	実施件数(全体・[適応対象患者中]) [稼働率] 待ち時間(日数)	生存率
ドラッグラグの短縮			申請ラグ 承認ラグ 販売後警告発行数
緩和ケアの推進	緩和ケア研修の実施(数) 研修終了人数	【標準緩和ケア実施率】 麻薬使用量(総量・患者あたり)	症状コントロール成功率 除痛率
	緩和ケアチームの設置施設数		がん患者満足度
	施設ホスピスの病床数	ホスピス希望者の待ち日数 終末期ホスピス利用率	患者(家族)満足度
	緩和ケア外来の予約枠数	緩和外来希望者の待ち時間	がん患者満足度

施策	構造	過程	結果(施策特異的)
在宅医療の推進	がんに対応可能な在宅医療機関数		がん患者の在宅死亡割合 がん患者の死亡前6ヶ月の入院日数(レセプト) がん患者満足度
標準医療の普及による生存率向上	現行診療ガイドライン数 (5年以内に作成)	【診療ガイドライン利用頻度】/発行者数 →標準医療の実施率	生存率 QOLの向上
医療機関の整備 (ここではアクセス向上について例示)	拠点病院数	拠点病院を受診する患者割合	患者自宅-拠点病院距離(平均・最大)
地域連携の推進	5大がんにおける、地域連携クリティカルパスをもつ拠点病院数(割合)	5大がんにおける、地域連携CPを使った患者数	がん患者就労者割合 がん患者満足度
相談支援センターの整備	相談支援センター整備率 相談支援員研修終了者数 相談支援センター認知度(内閣府・世論調査)	相談支援件数(拠点現況調査) 内容別支援件数	患者情報ニーズ充足度(受療行動調査)
情報提供	パンフレット数 病院実績・提供項目数 がん情報サービス認知度(内閣府・世論調査)	情報利用率 (アクセスカウント、患者の調査)	患者情報ニーズ充足度
がん登録(院内がん登録)	院内がん登録実施施設数		院内がん登録活用事例数
	院内がん登録研修終了者数		院内がん登録精度
	予後調査の実施機関数 医療機関への予後情報提供可能市町村数	5年予後判明率	生存率(がん種別・ステージ別) 院内がん登録活用事例数
がん登録(地域がん登録)	がん登録認知度(内閣府・世論調査)	がん登録への国民サポート(内閣府・世論調査) 個人情報活用へのサポート 法制化	地域がん登録捕捉指標(DCN、DCO) 地域がん登録活用事例数 精度基準を満たす都道府県の割合

施策	構造	過程	結果(施策特異的)
がん登録(臓器がん登録)	臓器がん登録参加施設数	臓器がん登録提出症例数 NCDにおけるがん患者データ提出数	診療ガイドラインのエビデンス充足率 生存率 社会的・臨床的活用事例数
がん予防	禁煙啓発活動数 喫煙制限施策 未成年への教育活動数	喫煙率(未成年、成人) 受動喫煙暴露割合 禁煙試行数、成功率	喫煙関連がん種罹患率(地域がん登録によるがん種別推計)
	栄養関連啓発活動数	野菜・果物摂取量 塩分摂取量 脂肪比率	強度飲酒者割合 肥満者割合 栄養関連がん種罹患率
早期発見	がん検診機関の受診者受け入れ可能数 がん検診の利便性(夜間受診可能数、複数がん種の同時受信可能数)	がん検診受診率	早期発見割合 検診対象がん種死亡率
	精度管理評価市町村・検診機関数	がん検診精度指標(感度・特異度・要精検率・陽性的中率)	
がん研究(基礎研究)	研究関連予算	論文数	新技術の開発数
がん研究(疫学・臨床研究)	研究関連予算 臨床試験情報公開数	臨床試験患者数 臨床試験報告数 研究論文数	診療ガイドラインのエビデンス充足率
がん研究(社会研究)	研究関連予算		エビデンスに基づく施策数 研究に基づく政策評価数

National Clinical Database



NCD監事

日本消化器外科学会データベース委員会委員長

福島県立医科大学臓器再生外科学講座

後藤 満一

検索・ブックマーク・チェック・翻訳・オートファイル・ログイン



有限責任
中間法人 日本消化器外科学会
The Japanese Society of Gastroenterological Surgery

検索

HOME

学会概要

お知らせ

学術集会等

学会誌

専門医制度

事務手続き

HOME > お知らせ > ご報告 > 消化器外科データベース委員会2007年度調査報告

調査結果報告

日本消化器外科学会

消化器外科データベース委員会2007年度調査報告

後藤 満一¹⁾, 北川 雄光¹⁾, 木村 理¹⁾, 島田 光生¹⁾, 富田 尚裕¹⁾, 中越 享¹⁾, 馬場 秀夫¹⁾, 川崎 誠治²⁾, 平田 公一³⁾, 上西 紀夫⁴⁾, 北野 正剛⁵⁾, 大津 洋⁶⁾

消化器外科データベース委員会¹⁾, 医療安全検討委員会²⁾, 専門医制度委員会³⁾, 第82回定期学術総会会長⁴⁾, 理事長⁵⁾, 東京大学大学院医学系研究科臨床試験データ管理学講座⁶⁾

はじめに

2006年, 新理事長制移行時に新たに消化器外科データベース委員会が発足した。これ

お知らせ

ご案内

ご報告

理事会ニュース

評議員会・総会・社員総会・会員集会記録

国際交流奨励賞

調査結果報告

福島県立大野病院事件の福島地方裁判所の判決に対する声明

標準診療科名の見直しへの対応について

声明文(福島県立大野病院の医師逮捕・起訴の件)

日本医学会への申し入れについて

本会へのご寄付について

インターネット

スタート

Microsoft AccessONE

日本消化器外

インターネット



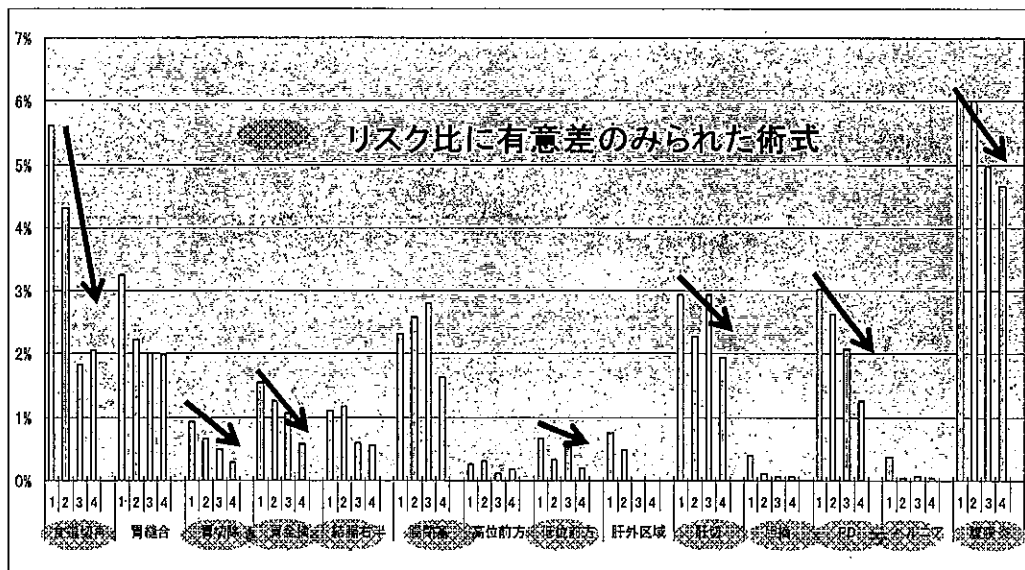
日本消化器外科学会の 認定・関連施設の手術症例の集積

	2006年			2007年			2008年		
	依頼数	施設数	回答率	依頼数	施設数	回答率	依頼数	施設数	回答率
	2,377	1,039	43.7%	2,360	1,464	62.0%	2,170	1,466	68.0%
認定施設	777	464	59.7%	768	591	77.0%	765	645	84.0%
関連施設	1,600	575	35.9%	1,592	873	54.8%	1,405	821	58.0%
手術数	333,627			439,897			417,786		

2008年: 大学病院は118/120, 98%



症例数カテゴリ別の死亡率



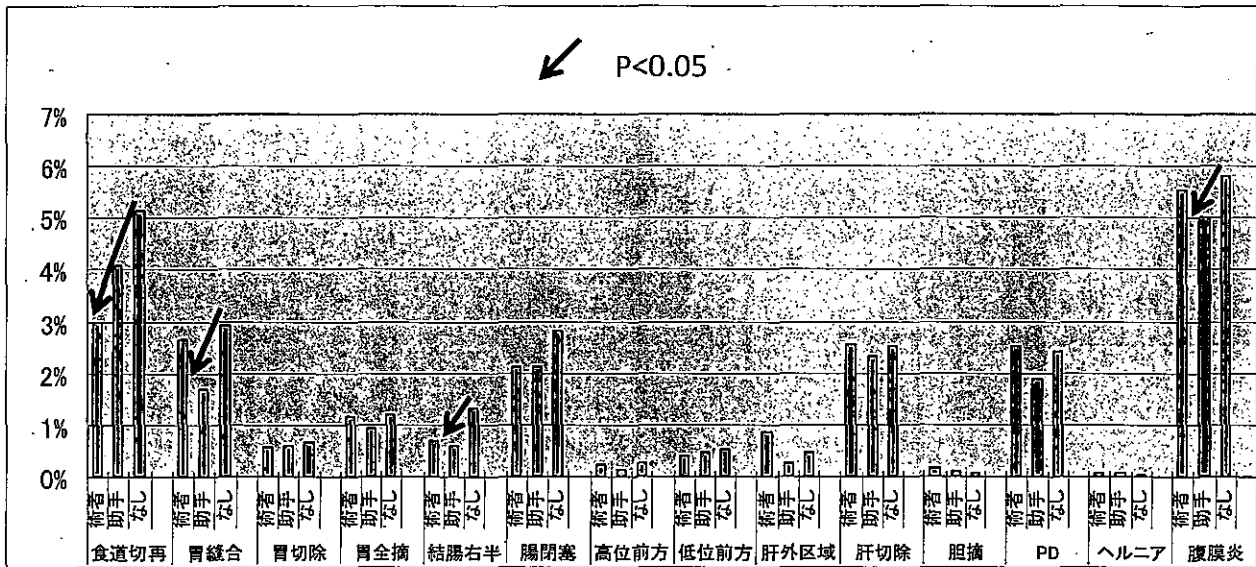
カテゴリー#	12	24	26	28	40	43	52	58	67	69	74	97	105	108
1	1~5	1~2	1~10	1~5	1~5	1~2	1~2	1~5	1~2	1~5	1~10	1~5	1~5	1~5
2	6~20	3~5	11~20	6~10	6~10	3~5	3~5	6~10	3~5	6~10	11~30	6~10	6~10	6~10
3	21~50	6~10	21~50	11~30	11~20	6~10	6~10	11~20	6~10	11~20	31~50	11~20	11~20	11~20
4	51~	11~	51~	31~	21~	11~	11~	21~	11~	21~	51~	21~	21~	21~

#:各術式において(番号)、各カテゴリーの症例数がほぼ同等となるように便宜的に症例数を規定した。

2007年



専門医の関与と死亡率



食道切除 胃縫合

結腸右半切除

腹膜炎

2007年



合併症発生に対する専門医の関与

上段:2006, 中段:2007, 下段2006

手術名	術死比率	在院死比率	死亡合計比率	再手術比率	吻合不全比率	併発症比率
食道切再	0.9%	2.0%	3.0%	2.4%	11.5%	11.2%
胃縫合	0.8%	2.5%	3.6%	2.8%	12.5%	12.5%
胃切除	0.9%	2.9%	3.3%	3.0%	12.2%	12.3%
胃全摘	1.1%	1.8%	2.6%	0.7%	3.0%	3.0%
結腸右半	1.2%	1.2%	2.4%	0.8%	3.0%	3.0%
腸閉塞	1.1%	1.3%	2.4%	0.5%	2.5%	2.5%
高位前方	0.1%	0.1%	0.6%	0.5%	1.5%	1.0%
低位前方	0.2%	0.3%	0.6%	0.5%	1.4%	0.8%
肝外区域	0.2%	0.4%	0.6%	0.5%	1.5%	0.6%
肝切除	0.1%	0.9%	1.3%	1.0%	3.6%	3.1%
胆摘	0.1%	0.7%	1.1%	0.8%	3.3%	3.2%
PD	0.4%	0.9%	1.3%	0.8%	3.1%	3.1%
ヘルニア	0.4%	0.3%	0.7%	0.6%	1.4%	7.6%
腹膜炎	0.4%	0.5%	0.9%	0.7%	1.5%	8.5%
胃全摘術	0.2%	0.6%	0.8%	0.6%	1.5%	8.2%
結腸右半切除術	1.2%	1.2%	2.4%	0.9%	1.5%	9.6%
腸閉塞術	1.1%	1.3%	2.4%	1.2%	1.8%	12.1%
高位前方切除術	1.1%	1.6%	2.7%	1.2%	1.7%	12.5%
低位前方切除術	0.1%	0.2%	0.2%	0.9%	3.0%	6.4%
肝外区域切除術	0.1%	0.1%	0.2%	0.9%	2.2%	7.4%
肝切除術	0.2%	0.4%	0.6%	0.9%	2.4%	7.1%
胆摘術	0.2%	0.4%	0.6%	2.4%	7.8%	7.5%
PD術	0.1%	0.3%	0.5%	2.2%	7.6%	9.6%
ヘルニア術	0.2%	0.3%	0.5%	2.1%	7.9%	9.2%
腹膜炎術	0.2%	0.1%	0.6%	0.3%	0.3%	0.3%
胃切除術	0.2%	0.1%	0.6%	0.3%	0.4%	0.3%
胃全摘術	0.1%	0.5%	0.6%	0.3%	0.4%	0.3%
結腸右半切除術	0.1%	0.5%	0.6%	0.4%	0.5%	1.3%
腸閉塞術	0.1%	0.5%	0.6%	0.4%	0.8%	1.5%
高位前方切除術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
低位前方切除術	0.5%	1.6%	2.5%	0.9%	2.6%	4.7%
肝外区域切除術	1.3%	1.6%	2.9%	1.1%	2.3%	5.1%
肝切除術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
胆摘術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
PD術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
ヘルニア術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
腹膜炎術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
胃全摘術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
結腸右半切除術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
腸閉塞術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
高位前方切除術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
低位前方切除術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
肝外区域切除術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
肝切除術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
胆摘術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
PD術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
ヘルニア術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
腹膜炎術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
胃全摘術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
結腸右半切除術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
腸閉塞術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
高位前方切除術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
低位前方切除術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
肝外区域切除術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
肝切除術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
胆摘術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
PD術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
ヘルニア術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
腹膜炎術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
胃全摘術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
結腸右半切除術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
腸閉塞術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
高位前方切除術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
低位前方切除術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
肝外区域切除術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
肝切除術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
胆摘術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
PD術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
ヘルニア術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
腹膜炎術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
胃全摘術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
結腸右半切除術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
腸閉塞術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
高位前方切除術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
低位前方切除術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
肝外区域切除術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
肝切除術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
胆摘術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
PD術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
ヘルニア術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
腹膜炎術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
胃全摘術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
結腸右半切除術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
腸閉塞術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
高位前方切除術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
低位前方切除術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
肝外区域切除術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
肝切除術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
胆摘術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
PD術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
ヘルニア術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
腹膜炎術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
胃全摘術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
結腸右半切除術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
腸閉塞術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
高位前方切除術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
低位前方切除術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
肝外区域切除術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
肝切除術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
胆摘術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
PD術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
ヘルニア術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
腹膜炎術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
胃全摘術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
結腸右半切除術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
腸閉塞術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
高位前方切除術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
低位前方切除術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
肝外区域切除術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
肝切除術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
胆摘術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
PD術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
ヘルニア術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%
腹膜炎術	0.9%	1.1%	2.3%	1.0%	2.1%	4.6%

胃切除において
縫合不全率は
専門医が術者の場合
は低い

胃全摘術

高位前方切除術

膵頭十二指腸切
除術

上段:2006, 中段:2007, 下段:2006
:専門医の関与の仕方においてリスク比に有意差のみをみたしたもの
:専門医の関与の仕方においてリスク比に有意差のみをみたしたもの
:専門医の関与の仕方においてリスク比に有意差のみをみたしたもの



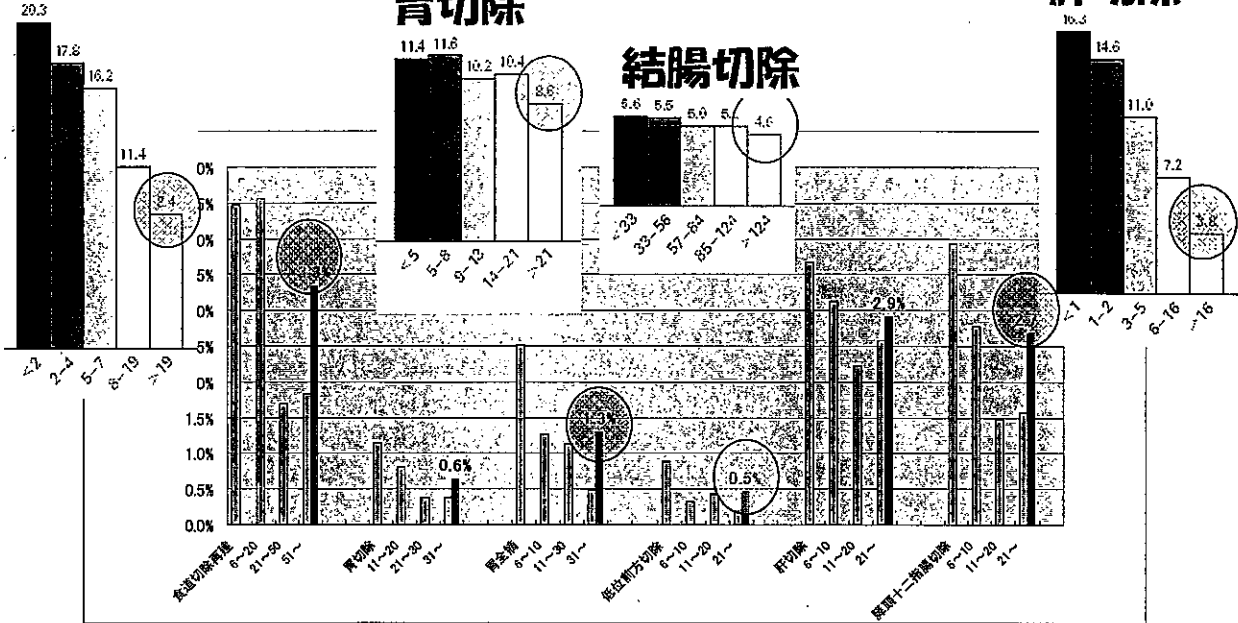
Hospital volumeと術式別の死亡率 米国との比較

食道切除

胃切除

膵切除

結腸切除



1994-1999
National Medicare claims
data base
2.5 million procedures

Birkmeyer JD et al. N Engl J Med 346:1128-37,2002



日本消化器外科学会での展開

- 全国の消化器外科手術数・死亡率・合併症率の把握の継続
- 消化器外科手術における専門医の意義
- リスクアジャストした手術成績：施設間・欧米との比較
- 各施設の医療水準の向上
- 専門医の申請・更新の効率化

消化器外科手術のデータベース構築

データベース事業の成り立ち

外科関連専門医制度協議会

消化器外科専門医, 心臓血管外科専門医,
小児外科専門医, 内分泌・甲状腺外科専門
医, 乳腺専門医, 呼吸器外科専門医

サブスペシャリティー学会

日本消化器外科学会
日本心臓血管外科学会
など

外科専門医

日本外科学会

データベース構築の重要性

一般社団法人
National Clinical Database (NCD)

いつ、どこで、だれが、だれに、何の手術を、
どれだけ、治療成果は、安全性は



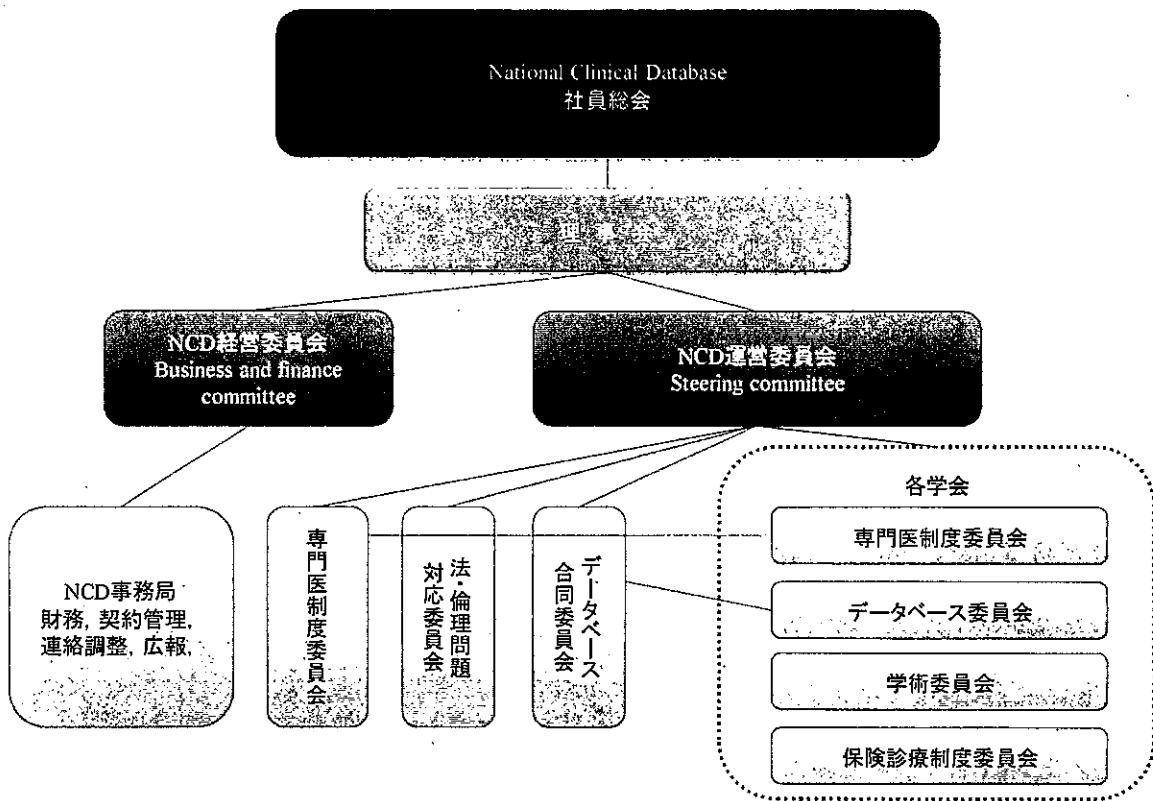
外科治療の現状の把握

疾患の種類・頻度・分布、外科医・専門医の配置、
治療成績、安全性、医療環境

地域・病院の医療の質の向上、専門医の意義、
外科医・専門医の適正配置、医療環境の改善

政策への提言

国民の健康・福祉へ貢献



NCDの目指すもの

❁ 1. 外科関連の専門医のあり方を考えるための共通基盤の構築

日本では現在、多くの診療科領域において、どのような場所でどのような手術が、誰によって、どの程度の数が行われているかが、把握されていない状況です。外科関連の専門医の適正配置を考える上では、現状を把握することがなによりも重要です。外科医は、自ら実施したすべての手術をNCDのデータベースに登録します。NCDでは、患者さんに最善の医療を提供するため、これらのデータを分析・評価し、外科医療の現状を体系的に把握します。

❁ 2. 医療水準の把握と改善に向けた取り組みの支援

NCDに参加することにより、各施設は、重症度補正等を行った医療水準を示す指標（真の実力）を把握することができます。全施設の傾向と自施設を対比する中で、自施設の特徴と課題を把握し、各施設それぞれが改善に向けた取り組みを行うこととなります。国内外の多くの事例では、このような臨床現場主導の取り組みを支援することにより、品質向上に大きな成果を上げています。

❁ 3. 患者さんに最善の医療を提供するための政策提言

NCDのデータ解析により、日本全体として真の高い医療を提供する上で望ましい施設環境や、促進すべき医療プロセスが明らかになります。外科関連学会はNCDの活用により、最善の医療を提供するための体制整備や取り組みの促進について、根拠に基づいた検討を行うことができます。また今後は、外科関連学会をはじめとした専門家集団だけでなく、地域の方々や患者さん、保険者や行政と連携した活動も行っていく予定です。

■術前臨床所見

- ・身長（手術時），体重（手術時）
- ・糖尿病
- ・術前1年以内の喫煙，喫煙歴（ブリンクマン・インデックス）
- ・呼吸困難（術前30日以内）
- ・日常生活動作（ADL）（術前30日以内），日常生活動作
- ・人工呼吸管理（術前48時間以内）
- ・慢性閉塞性肺疾患（COPD）
- ・入室時肺炎（胸部X-P, CTで確認した場合）
- ・腹水（術前30日以内）
- ・食道静脈瘤（術前30日以内）
- ・高血圧（術前30日以内）
- ・うっ血性心不全
- ・心筋梗塞の既往（術前30日以内）
- ・狭心症（術前30日以内）
- ・経皮的冠動脈インターベンション（PCI）の既往
- ・心臓外科手術の既往（ペースメーカー挿入などを除く）
- ・動脈性閉塞性疾患（PVD）による症状に関連した手術の既往
- ・動脈性閉塞性疾患（PVD）による症状
- ・急性腎不全（術前24時間以内）
- ・透析（術前2週間以内）
- ・脳障害の既往
- ・脳障害の発生時期
- ・多発転移を伴う高度進行癌
- ・解放創
- ・長期的ステロイド投与
- ・体重減少（過去6か月に10%以上）
- ・血液凝固異常
- ・術前輸血（術前72時間以内）
- ・癌化学療法（術前30日以内）
- ・放射線治療（術前90日以内）
- ・術前敗血症
- ・妊娠
- ・局所麻酔以外の手術（術前30日以内）

習慣

（術直前）

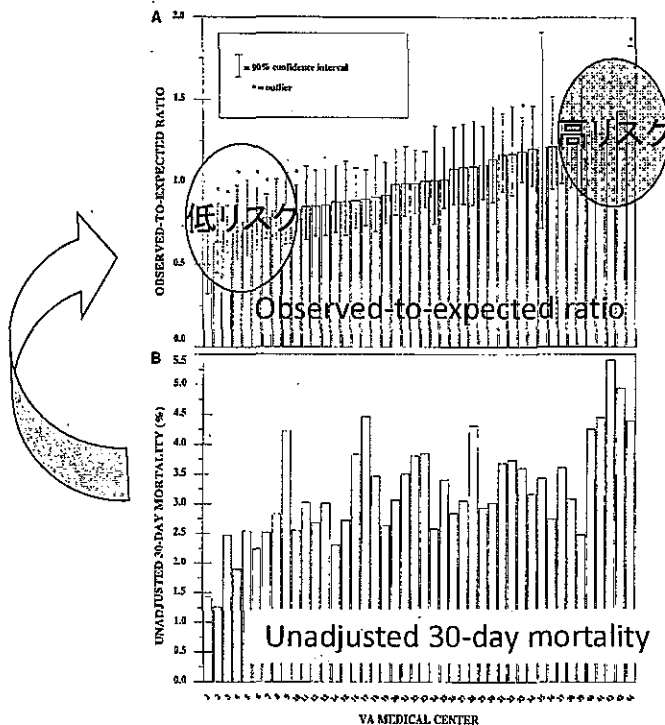
達成の

87項目 退院時

■手術情報，検査値

- 血清ナトリウム，尿素窒素，クレアチニン，アルブミン，総ビリルビン，AST（GOT），ALT（GPT），アルカリホスファターゼ（ALP），白血球，ヘモグロビン，HbA1c，血小板，部分 tromboplastin 時間（APTT），プロトロンビン時間国際標準比（PT-INR），プロトロンビン時間（PT），CRP
- 麻酔時間，術中輸液量，術中FFP輸血量，術中血小板輸血量，術中全血輸血量，術中発生事象，肝切除部位
- 術後情報
- ・術後発生事象（術後30日以内）
- ・再手術
- ・IVR
- ・皮切創浅部の外科手術部位感染（SSI），皮切創深部（筋膜，筋層）の外科手術部位感染（SSI），臓器，体腔の外科手術部位感染（SSI）
- ・筋膜の離開を伴う創離開（部分的にでも）
- ・縫合不全，膝液瘻，胆汁瘻
- ・肺炎（胸部X-P, CTで肺炎像を認める，または喀痰細菌培養で陽性の場合）
- ・予定外の気管内挿管（再挿管あるいは新たに挿管した場合）
- ・肺塞栓症（肺血流シンチグラム，造影CT，血管造影で肺塞栓症と診断されたもの）
- ・人工呼吸器管理（累積48時間以上ベンチレーター管理を要した場合）
- ・腎機能障害（クレアチニン値が術後2mg/dl以上増加した場合）
- ・急性腎不全（新たに腹膜透析，血液濾過，血液透析を施行した場合）
- ・尿路感染症（発熱（ $>38^{\circ}\text{C}$ ），頻尿，排尿痛もしくは膀胱部圧痛のほか，尿培養で陽性の場合）
- ・中枢神経障害
- ・24時間以上の意識障害
- ・末梢神経障害
- ・蘇生を要した心拍停止
- ・心筋梗塞
- ・術後輸血
- ・深部静脈血栓症
- ・術後敗血症
- ・その他合併症，その他の術後発生事象

NSQIP



Khuri SF et al. J Am Coll Surg 185:315-327,1997

	有用性基準	
--	-------	--

1. 中心的課題の明確化

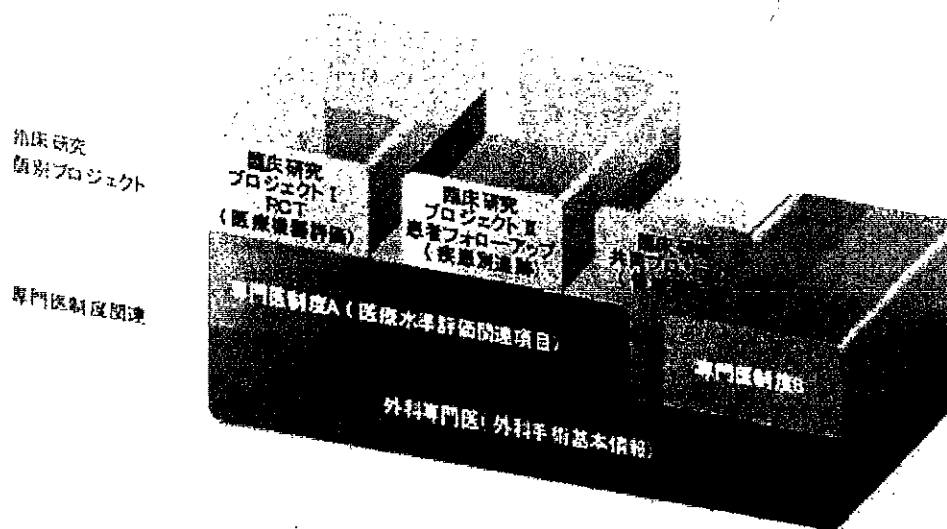
患者視点に基づいて定義された医療の質の向上

医療の目的は医療費を削減することではなく、患者のための最善のサービスを提供することである。「医療の質」向上への貢献を、多くの臨床学会は活動の主目的として掲げるようになった。

	有用性基準	
--	-------	--

2. 関係者の価値の把握

患者・一般市民 →より良質な医療の提供を受ける
 医療提供者 →臨床研究・現場での実践のサポートを得る
 参加施設 →施設マネジメントにおける活用
 臨床学会 →根拠に基づいたプロフェッショナリズム確立
 医療関連業者→市販後の品質管理や事故対応
 行政・保険者→医療の質に基づいた資源配分の検討



NCDは専門医申請に必要とされる症例登録部分は基盤学会が支え、個別の臨床研究については、各専門領域が発展的に臨床研究プロジェクトを実施することを想定して構成されている。

分類例

疾患登録型のデータベースにおける目的の分類 (例: 臓器がん登録)

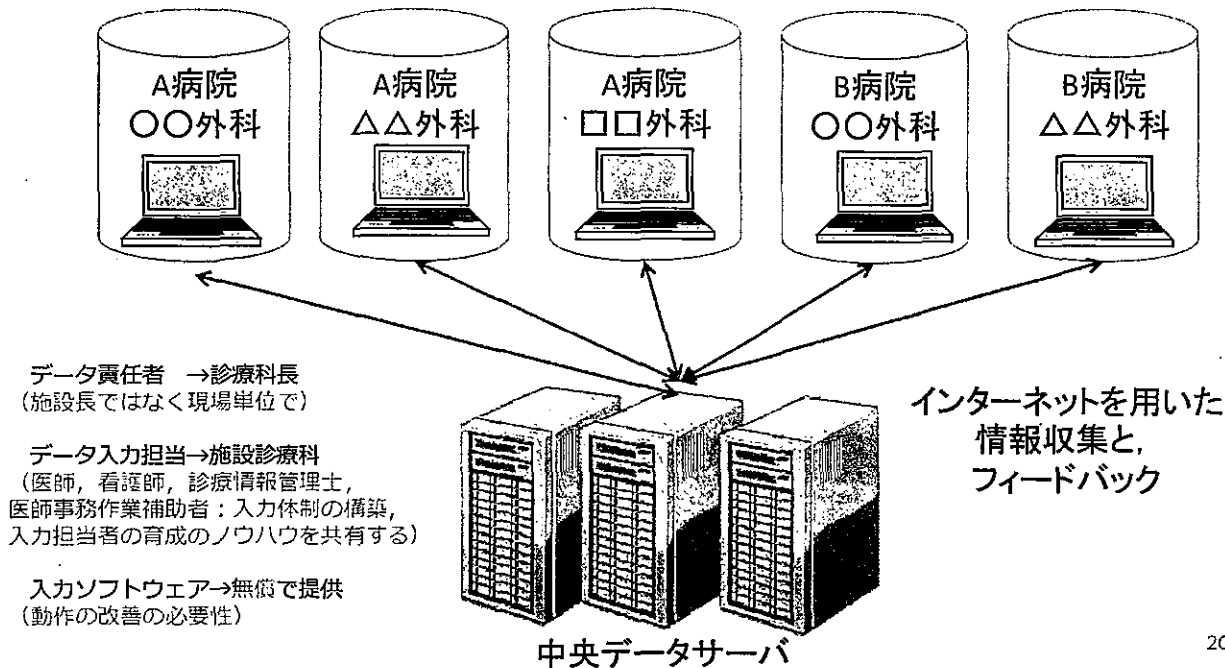
医療水準評価

- ・周術期における診療科のアウトカム分析
- ・適応のある臨床プロセスの実施状況

診断・治療法評価

- ・癌取り扱い規約とTNM分類の整合性検討
- ・抗がん剤治療の効果評価
- ・特定手術におけるアプローチ別の影響の検討

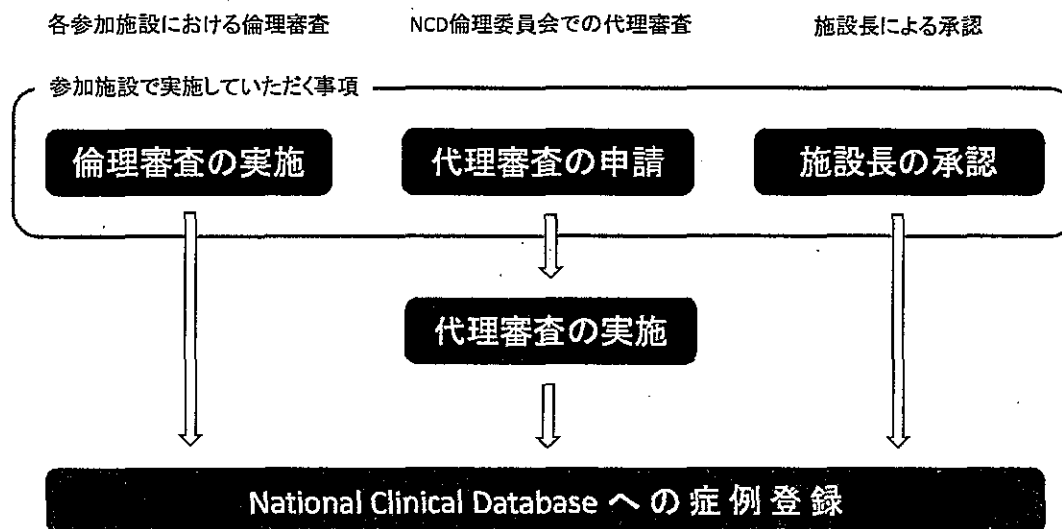
収集するデータは日常臨床の中に位置づけられる情報
 →領域の専門家であれば臨床を行う上で必ず把握すべき情報で構成する。
 それ以外の情報は期限を設定した個別プロジェクトで把握することが有用



参加者側の手続き

本事業における倫理審査(参加施設)

参加施設は下記のうち、いずれかを選んで実施する



OPT-OUT: いずれの場合も、患者さん向け資料を参加施設
 診療科のウェブサイトへの掲載、ポスターによる周知をし
 ていただく。

