

- Ann Intern Med 2007; 146(9): 666-673.
15. Miller FG, Emanuel EJ. Quality-improvement research and informed consent. *N Engl J Med* 2008; 358(8): 765-767.
16. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. 2. 医療に関する検討. 生命倫理総括レポート. [Final Report on Studies of the Ethical and Legal Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research] (厚生省医務局医事課, 監訳. 牛場大蔵, 福間誠之, 岩淵勉, 林茂, 中谷比呂樹, 中川米造, 訳) 東京: 篠原出版, 1984; 15-49.
17. Amdur RJ, Bankert EA. 2-3 説明文書・同意書. IRB ハンドブック: 臨床研究の倫理性確保, 被験者保護のために 第2版. [Amdur RJ, Bankert EA, eds. Institutional Review Board Member Handbook] (栗原千絵子, 斉尾武郎, 訳) 東京: 中山書店, 2009; 42-46.
18. Society of Thoracic Surgeons. Guidelines on Use of STS National Database and Database-derived Information. 2004. <http://www.ctsnet.org/file/STSNationalDatabasesGuidelines3FINAL.pdf> accessed at 2011/03/10
19. Khuri SF, Daley J, Henderson W, et al. The National Veterans Administration Surgical Risk Study: risk adjustment for the comparative assessment of the quality of surgical care. *J Am Coll Surg* 1995; 180: 519-531.
20. Khuri SF, Daley J, Henderson W, et al. The Department of Veterans Affairs' NSQIP: the first national, validated, outcome-based, risk-adjusted, and peer-controlled program for the measurement and enhancement of the quality of surgical care. *Ann Surg* 1998; 228(4): 491-507.
21. Grover FL, Shroyer AL, Hammermeister K, et al. A decade's experience with quality improvement in cardiac surgery using the Veterans Affairs and Society of Thoracic Surgeons national databases. *Ann Surg* 2001; 234(4): 464-474.
22. Burack JH, Impellizzeri P, Homel P, et al. Public reporting of surgical mortality: a survey of New York State cardiothoracic surgeons. *Ann Thorac Surg* 1999; 68(4): 1195-1200.
23. Narins CR, Dozier AM, Ling FS, et al. The influence of public reporting of outcome data on medical decision making by physicians. *Arch Intern Med* 2005; 165(1): 83-87.
24. Shahian DM, O'Brien SM, Filardo G, et al. The Society of Thoracic Surgeons 2008 cardiac surgery risk models: part 1--coronary artery bypass grafting surgery. *Ann Thorac Surg* 2009; 88(1 Suppl): S2-S22.
25. Birkmeyer NJO, Birkmeyer JD. Strategies for improving surgical quality--Should payers reward excellence or effort? *N Engl J Med* 2006; 354(8): 864-870.
26. Peterson ED, Coombs LP,

- DeLong ER, et al. Procedural volume as a marker of quality for CABG surgery. *JAMA* 2004; 291(2): 195-201.
27. Dimick JB, Welch HG, Birkmeyer JD. Surgical mortality as an indicator of hospital quality: the problem with small sample size. *JAMA* 2004; 292(7): 847-851.
28. Nelson DK, Amdur RJ. 3-2 研究者の利益相反. *IRB ハンドブック：臨床研究の倫理性確保，被験者保護のために 第2版*. [Amdur RJ, Bankert EA, eds. *Institutional Review Board Member Handbook*] (栗原千絵子，斉尾武郎，訳) 東京：中山書店，2009; 81-87.
29. 社団法人 日本外科学会. 倫理審査結果および経緯の開示 (NCD の件). <http://www.jssoc.or.jp/other/info/info20101117.html> accessed at 2011/03/10
30. 一般社団法人 National Clinical Database. 本事業の倫理的配慮について. <http://www.ncd.or.jp/ethics.html> accessed at 2011/03/10
31. 岡本悦司. 連結可能匿名化のための暗号手法. *日本公衛誌* 2004; 51(6): 445-451.
32. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 7.
33. Junghans C, Feder G, Hemingway H, Timmis A, Jones M. Recruiting patients to medical research: double blind randomised trial of "opt-in" versus "opt-out" strategies. *BMJ* 2005; 331(7522): 940.
34. Maier B, Behrens S, Graf-Bothe C, Kuckuck H, Roehnisch JU, Schoeller RG, Schuehlen H, Theres HP. Time of admission, quality of PCI care, and outcome of patients with ST-elevation myocardial infarction. *Clin Res Cardiol* 2010; 99(9): 565-572.
35. Licurse A, Barber E, Joffe S, Gross C. The impact of disclosing financial ties in research and clinical care: a systematic review. *Arch Intern Med* 2010; 170(8): 675-682.
36. Hester M. 病院倫理委員会と倫理コンサルテーション. [Ethics by Committee: a Textbook on Consultation, Organization, and Education for Hospital Ethics Committees] (前田正一，児玉聡，監訳) 東京：勁草書房，2009.
37. Vick CC, Finan KR, Kiefe C, Neumayer L, Hawn MT. Variation in Institutional Review processes for a multisite observational study. *Am J Surg* 2005; 190(5): 805-809.
38. McWilliams R, Hoover-Fong J, Hamosh A, et al. Problematic variation in local institutional review of a multicenter genetic epidemiology study. *JAMA* 2003; 290(3): 360-366.
39. Green LA, Lowery JC, Kowalski CP, et al. Impact of institutional review board practice variation on observational health services research. *Health Serv Res* 2006; 41(1): 214-230.
40. Yawn BP, Graham DG, Bertram

- SL, et al. Practice-based research network studies and institutional review boards: two new issues. *J Am Board Fam Med* 2009; 22(4): 453-460.
41. Christian MC, Goldberg JL, Killen J, et al. A central institutional review board for multi-institutional trials. *N Engl J Med* 2002; 346(18): 13-14.
42. Wolf LE, Croughan M, Lo B. The challenges of IRB review and human subjects protections in practice-based research. *Med Care* 2002; 40(6): 521-529.
43. Gold JL, Dewa CS. Institutional review boards and multisite studies in health services research: is there a better way? *Health Serv Res* 2005; 40(1): 291-307.
44. Edwards A, Elwyn G. *Shared Decision-Making in Health Care: Achieving Evidence-Based Patient Choice* 2nd Edition. New York: Oxford University Press, 2009.
45. Motomura N, Miyata H, Tsukihara H, Okada M, Takamoto S, Japan Cardiovascular Surgery Database Organization. First report on 30-day and operative mortality in risk model of isolated coronary artery bypass grafting in Japan. *Ann Thorac Surg* 2008; 86(6): 1866-1872.
46. Birkmeyer JD, Dimick JB. Potential benefits of the new Leapfrog standards: effect of process and outcomes measures. *Surgery* 2004; 135(6): 569-575.
47. Birkmeyer NJO, Share D, Campbell DA, et al. Partnering with payers to improve surgical quality: the Michigan Plan. *Surgery* 2005; 138(5): 815-820.
48. CMS Hospital Pay for Performance Workgroup. U.S. Department of Health and Human Services. Medicare Hospital Value-Based Purchasing Plan Development. Baltimore, MD: CMS, 2007.
49. Darr K. The Centers for Medicare and Medicaid Services proposal to pay for performance. *Hosp Top* 2003; 81(2): 30-32.

表 1 臨床データベースの正当性を高める方法の分類

生命倫理の4原則	正当性を高めるための方法
自律尊重原則	データ登録に関する同意の取得 登録目的, 登録情報の開示
無危害原則	該当なし
仁恵原則	登録情報の漏洩予防 登録される情報の匿名化
正義原則	参加に係わるコストの削減 参加条件の設定 データ利用の受付条件の設定 データ分析結果の公表内容の吟味 データ分析の限界に対する配慮 データ分析結果の公表対象の吟味 資金提供元の明示



表 2 臨床データベースに登録されたデータの使用例

---

個々の医療機関における診療の質の向上に向けた指標としての使用

個々の医療機関は、自施設の診療状況やその効果が全国と比してどの水準にあるのかを知ることで、診療の質の向上の指標とすることができる。

治療方針の決定に向けた資料としての使用

治療方針を決める上で、治療・手術の実施状況に関する情報やリスク調整済みの治療成績といった情報は有用である<sup>44)</sup>。リスク分析モデルを開発することで、治療・手術の前に患者の有するリスクを知ることにも可能である<sup>45)</sup>。

情報公開による患者の医療機関選択（Public Reporting）における使用

医療機関の症例数やリスク調整済み死亡率を公開する<sup>46)</sup>ことで、患者は医療機関や受診する医師を選ぶことが可能である。こうした情報公開は、医療機関の透明性を高めることにもつながる。

病院に対する報酬支払制度における使用

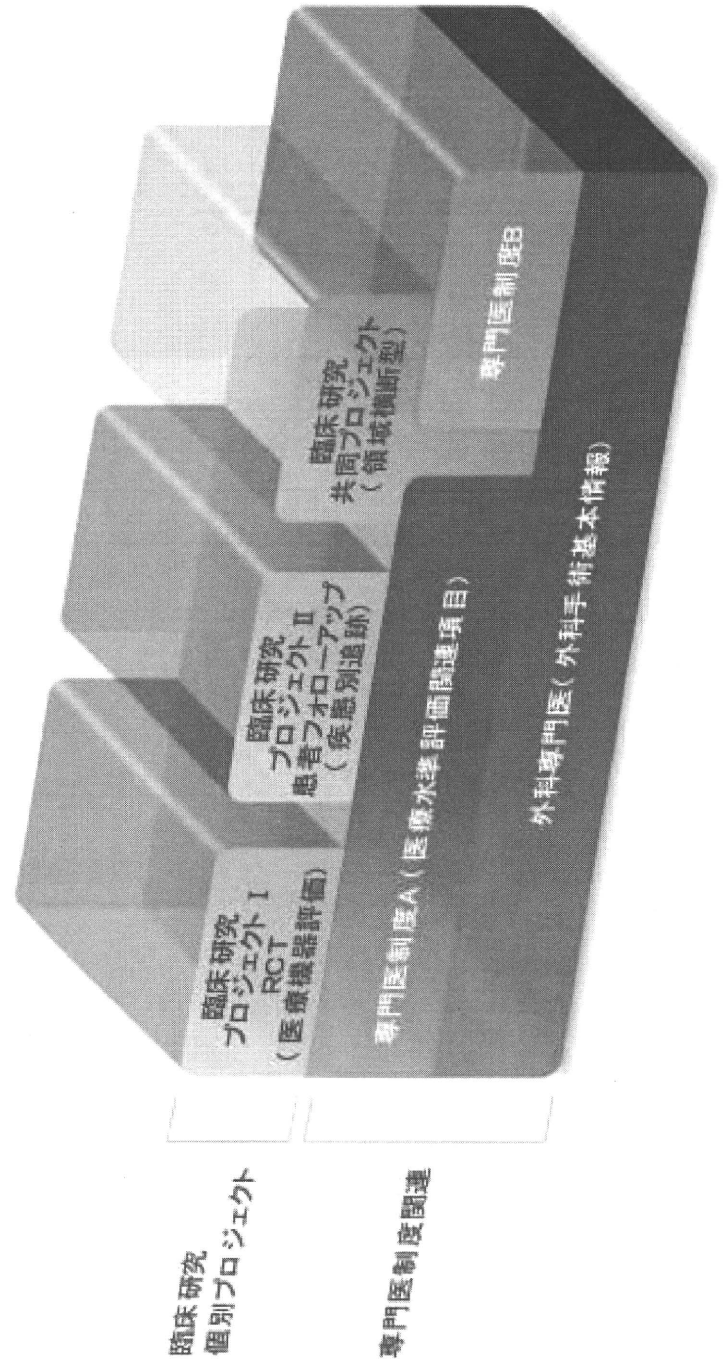
臨床データベース事業への参加の状況や蓄積されたデータを解析した結果を用いて、病院に対する報酬支払いを変化させる<sup>47,48)</sup>ことが考えられる。前者は参加に対する支払い（Pay for Participation）、後者は実績に対する支払い（Pay for Performance）<sup>49)</sup>と呼ばれる。

---

## National Clinical Database Case Report Form : 外科専門医共通項目

院内管理コード		登録の拒否申請	<input type="radio"/> あり	登録拒否の申し出があった場合は「あり」を記載する。
患者生年月日	_____年__月__日	患者性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	
入院日	_____年__月__日	救急搬送	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	救急車による搬送で入院したか。
救急搬送時の郵便番号または患者居住地の郵便番号	郵便番号(7桁)〒 _____ <input type="radio"/> 特定不能または国外 (所在地情報) _____	・救急搬送が[なし]の場合:患者居住地の郵便番号とする。 ・救急搬送が[あり]の場合:救急車の要請があった搬送元の住所とする。 ・「特定不能または国外」の場合は、所在地に関する情報を記載する。		
入院時診断	入院時診断をICD10コード(3桁まで)で記載 診断1 _____ 診断2 _____ 診断3 _____ 診断4 _____ 診断5 _____ 診断6 _____ 診断7 _____ 診断8 _____			
診断名補足				
緊急手術	<input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい	手術をしなければ患者の生命予後や身体機能に著しい影響を及ぼすと判断され、手術実施決定後、即日(24時間以内)に行われた手術		
手術日	_____年__月__日			
術式1	コード	術式	<input type="checkbox"/> 内視鏡手術 <input type="checkbox"/> 外傷手術	
	術式1 術者名 術者 _____ 助手1 _____ 助手2 _____ 助手3 _____ 助手4 _____ 助手5 _____ 助手6 _____ 助手7 _____ 助手8 _____			
術式2	コード	術式	<input type="checkbox"/> 内視鏡手術 <input type="checkbox"/> 外傷手術	
	術式2 術者名 (術式1の術者チームと異なる場合に記載) 術者名 術者 _____ 助手1 _____ 助手2 _____ 助手3 _____ 助手4 _____ 助手5 _____ 助手6 _____ 助手7 _____ 助手8 _____			
術式3 (※術式4以降は別紙に記載)	コード	術式	<input type="checkbox"/> 内視鏡手術 <input type="checkbox"/> 外傷手術	
	術式3 術者名 (術式1の術者チームと異なる場合に記載) 術者名 術者 _____ 助手1 _____ 助手2 _____ 助手3 _____ 助手4 _____ 助手5 _____ 助手6 _____ 助手7 _____ 助手8 _____			
同時に行われた領域の異なる手術術式 (※術式4以降は別紙に記載)	(「あり」の場合は、以下に記載) _____コード _____術式		同時に行われた領域の異なる手術が行われた場合に記載。この場合は、別の症例レコードとして、異なる領域の術者が登録。	
	術式1 _____			
	術式2 _____			
	術式3 _____			
麻酔科医の関与	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり			
術後診断 (※診断5以降は別紙に記載)	術後診断が入院時診断と異なる場合に、ICD10コード(3桁まで)を以下に記載 診断1 _____ 診断2 _____ 診断3 _____ 診断4 _____			

- 外科専門医 (日本外科学会)
- 呼吸器外科専門医 (日本胸部外科学会, 日本呼吸器外科学会)
- 消化器外科専門医 (消化器外科領域については、次の学会が「消化器外科データベース関連学会協議会」を組織して、NCDと連携する：日本消化器外科学会、日本肝胆膵外科学会、日本食道学会、日本胃癌学会、大腸癌研究会、日本肝癌研究会、日本肝癌学会、日本内視鏡外科学会、日本腹部救急医学会)
- 小児外科専門医 (日本小児外科学会)
- 心臓血管外科専門医 (日本胸部外科学会, 日本心臓血管外科学会, 日本血管外科学会)
- 内分泌・甲状腺外科専門医 (日本内分泌外科学会)
- 乳腺専門医 (日本乳癌学会)



## National Clinical Database のテスト入力に関して

- この度は、National Clinical Database のテスト入力にご協力を頂き、誠に有難うございました。試用段階ということもあり、様々な不具合・不都合な点等があったかと存じます。今後、項目の修正やシステムの改善の参考にさせていただくため、ご意見、ご感想をお聞かせいただければ幸いです。なお、いただいたご意見やご感想は施設名や個人名が特定できない形で公開させていただき、National Clinical Database システムを使われる方の参考にさせていただきたいと存じます。ご了承の程、よろしくお願い申し上げます。
- 「あり なし」の設問では、該当しない方の選択肢を消去していただくよう、お願いいたします。

専門医制度			
施設名			
ご記入いただいた方 のお名前		ご連絡先電話番号 E-mail	

1. 入力していただいた症例数を教えてください。

例
---

2. 入力されてみて、使いにくいと感じた点や分かりにくい項目はございましたか。

あり	なし
----	----

特に使いにくいと感じられた点や分かりにくい項目を教えてください。

--

3. 入力されてみて、入力が不可能な項目はございましたか。

あり	なし
----	----

入力が不可能だと思われた項目をできるだけ具体的に教えてください。

--

4. 入力していただいた項目や選択肢以外に必要と思われた項目や選択肢はございましたか.

あり	なし
----	----

必要と思われた項目や選択肢をできるだけ具体的に教えてください.

5. NCDに加えるとよい機能や、今後、NCDを活用してできるとよいと思われたこと、NCDに対するご質問・ご要望などありましたら、ぜひお聞かせください.

ご回答を頂き、誠にありがとうございました.

ご記入いただいたものをNCD事務局までお送りください.

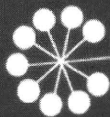
HOME

About NCD

FAQ

Links

Contact us

 外科系の専門医制度と連携した  
症例データベース


事業概要

名簿

▶ 社員・役員

▶ 委員会

定款

組織図

ホーム &gt; About NCD &gt; 事業概要

## 事業概要

### 外科系の専門医制度と連携したデータベース事業 「National Clinical Database」について

病院医療の崩壊や医師の偏在が叫ばれ、多くの学会や団体が医療再建に向けて新たな提言を行っていますが、どのような場所でどのような医療が行われているかが把握されていない状況では、患者さん目線の良質な医療は提供できません。そこで臨床に関連する多くの学会が連携し、わが国の医療の現状を把握するため、『一般社団法人 National Clinical Database』（以下、NCD）を立ち上げました。この法人における事業を通じて、治療成績向上や外科関連の専門医の適正配置の検討が可能となります。今の外科医を取り巻く状況は、外科医不足や過剰な労働環境など非常に厳しいものがあります。しかしながら我々外科関連学会では、社会への貢献とともに、このような状況を改善していきたいと考えています。皆様のご理解とご支援を頂けましたら幸いです。

一般社団法人 National Clinical Database 代表理事

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

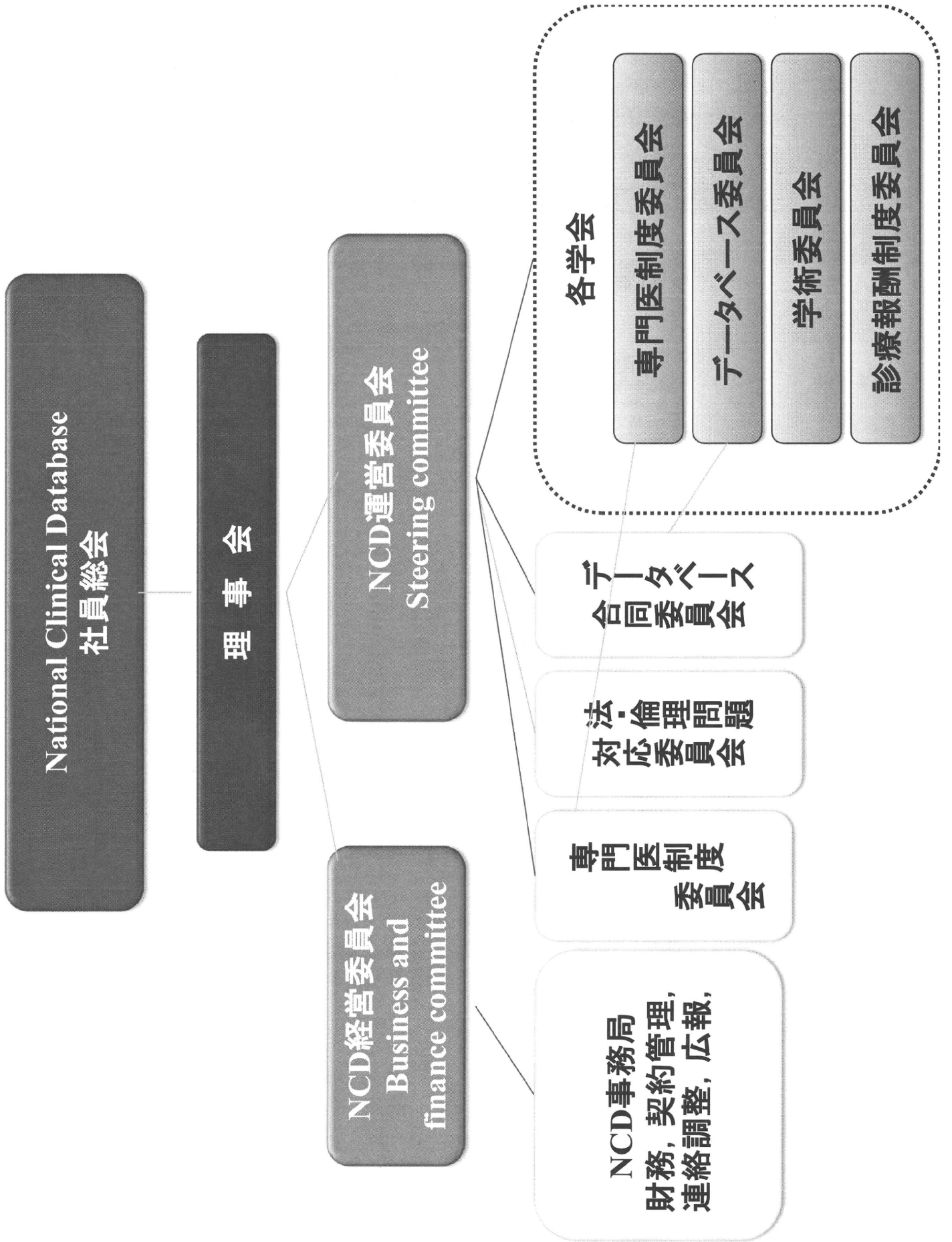
NCDに参加することにより、各施設は、重症度補正等を行った医療水準を示す指標（真の実力）を把握することができます。全施設の傾向と自施設を対比する中で、自施設の特徴と課題を把握し、各施設それぞれが改善に向けた取り組みを行うこととなります。国内外の多くの事例では、このような臨床現場主導の取り組みを支援することにより、品質向上に大きな成果を上げています。

#### 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、日本全体として質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。

#### 4. 領域の垣根を越えた学会間の連携

NCDは日本外科学会の外科専門医制度のみならず、外科関連の専門医制度が合同で行うものです。法人設置時の参加団体としては下記の学会・研究会による専門医・高度技能医の制度が予定されています。広範な診療科領域が連携し、医療の質向上に取り組む活動は、国内外でも例がない先進的な事例です。日本の医療を更に良いものにし、国際的なリーダーシップを示していく上でも非常に期待される事業です。





## 外科専門医制度と連携したデータベース事業 「National Clinical Database」について

病院医療の崩壊や医師の偏在が叫ばれ、多くの学会や団体が医療再建に向けて新たな提言を行っていますが、どのような場所でどのような医療が行われているかが把握されていない状況では、患者さん目線の良質な医療は提供できません。そこで日本外科学会は、関連する多くの外科系学会と連携し、わが国の外科医療の現状を把握するため、『一般社団法人National Clinical Database』（以下、NCD）を立ち上げることといたしました。この新法人における事業を通じて、外科関連の専門医の適正配置が検討できるだけでなく、臨床現場の治療成績向上に向けた取り組みも支援することが可能となります。今の外科医を取り巻く状況は、外科医不足や過酷な労働環境など非常に厳しいものがあります。しかしながら我々外科関連学会では、率先して社会に貢献する中で、この状況を改善していきたいと考えています。皆様のご理解とご支援を頂けましたら幸いです。

社団法人日本外科学会 理事長  
一般社団法人 National Clinical Database 代表理事  
里見 進

### 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

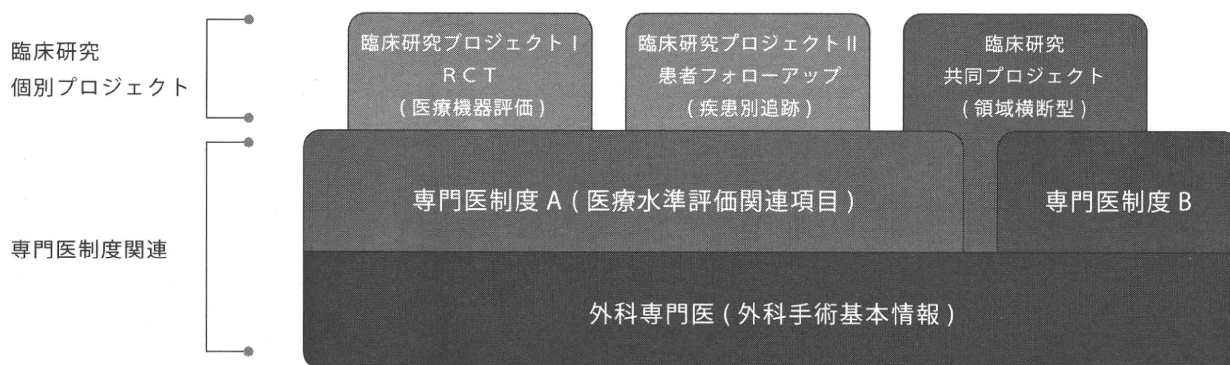
NCDのデータ解析により、日本全体として質の高い医療を提供する上で望ましい施設環境や、促進すべき医療プロセスが明らかになります。外科関連学会はNCDの活用により、最善の医療を提供するための体制整備や取り組みの促進について、根拠に基づいた検討を行うことができます。また今後は、外科関連学会をはじめとした専門家集団だけでなく、地域の方々や患者さん、保険者や行政と連携した活動も行っていく予定です。



#### 4. 領域の垣根を越えた学会間の連携

NCDは日本外科学会の外科専門医制度のみならず、外科関連の専門医制度が合同で行うものです。法人設置時の参加団体としては下記の学会・専門医制度が予定されています。広範な診療科領域が連携し、医療の質向上に取り組む活動は、国内外でも例がない先進的な事例です。日本の医療を更に良いものにし、国際的なリーダーシップを示していく上でも非常に期待される事業です。

- 外科専門医 (日本外科学会) 以下50音順
- 呼吸器外科専門医 (日本胸部外科学会、日本呼吸器外科学会)
- 消化器外科専門医 (日本消化器外科学会)
- 小児外科専門医 (日本小児外科学会)
- 心臓血管外科専門医 (日本胸部外科学会、日本心臓血管外科学会、日本血管外科学会)
- 内分泌・甲状腺外科専門医 (日本内分泌外科学会)
- 乳腺専門医 (日本乳癌学会)



#### 5. 今後の予定

外科症例の登録は、2011年1月1日(手術日)の症例から開始する予定です。また今後の各種専門医申請において使用される手術実績は、本データベース事業に登録された症例のみが対象となる見込みです。今後の進捗状況については順次ホームページで開示します。



National Clinical Database 事務局

〒100-0005 東京都千代田区丸の内 1-8-3 丸の内トラストタワー本館 20 階

TEL: 03 6269 3490 FAX: 03 6269 3418 Email: office@ncd-core.jp

 **NCD National Clinical Database**



**2011年1月1日**  
の手術症例から登録がスタートします

**専門医登録制度が変わります**

外科専門医、消化器外科専門医 (+肝胆膵高度技能医)、小児外科専門医、心臓血管外科専門医

各種専門医の更新にはNCDに登録された症例データが必要になります。

外科関連の専門医制度データベースが統一されることで、1症例につき一度の手術 (症例) 登録のみで複数の専門医制度への登録を行うことが可能となります。

詳しくは、<http://www.ncd.or.jp/> にアクセス

インタビュー

## 医療維新

## 外科系7学会で手術症例のデータベース構築目指す-東京大学小児外科教授・岩中督氏に聞く

3カ年計画で基盤整備進める、「根拠に基づく議論のたたき台に」

2009年9月29日 聞き手・橋本佳子 (m3.com編集長)

日本外科学会を中心に、外科系7学会が、共通の手術症例データベース構築に着手した。患者情報・術者情報・施設情報を一括して把握でき、専門医の適正配置などの医療提供体制構築や、医療水準の向上などのほか、医師個人にとっても専門医の取得・更新、臨床研究など様々な目的に活用できるデータベースの構築が狙いだ。

その基盤作りを進めるのが、厚生労働科学特別研究事業「外科全手術症例数登録とその解析のための学会間ネットワーク」。同事業の主任研究者を務める、東京大学大学院医学系研究科小児外科教授の岩中督氏に、データベース構築の背景や今後の予定などを聞いた（2009年9月24日にインタビュー）。



「外科医不足の現状を訴えるためには、データに基づく議論が必要」と説く、岩中督氏。

——外科系の7学会で手術症例データベースの構築を目指す理由をお教えてください。

今回参加するのは、日本外科学会と、そのサブスペシャリティの学会に当たる、日本小児外科学会、日本心臓血管外科学会、日本呼吸器外科学会、日本消化器外科学会、日本内分泌外科学会、日本乳癌学会の計7学会です。

**手術症例データベース構築の第一の理由は、昨今の外科医不足対策です。**産科、小児科、救急医療などの問題についてはメディアで報道される機会が多い一方、外科領域が取り上げられることは少ないのが現状です。我々が持っている問題意識を市民、行政などに理解していただくためには、根拠に基づくディスカッションが求められます。


我々がいくら「外科医が不足している」と言っても、データがなければ現状を理解してもらうのは難しいでしょう。専門医資格を持つ外科医が、実際にどんな手術を何件くらい手がけているのか、外科医本来の手術に専念できる環境にあるのかなどについてデータで示すことが必要です。


手術症例の既存のデータベースとしては、レセプトやDPC（診断群分類包括評価）のデータなどがありますが、これらの保険データは、同一分類に複数の術式が入っている上、執刀医に関する情報などは含まれていません。

これに対して、今回構築するデータベースは、**医師個人が、いつ、どんな手術を行ったのかを登録**するため、患者情報・術者情報・施設情報の一括管理が可能です。私は小児外科医ですが、小児外科医が地域に不在のため、やむを得ず、外科医が小児の手術を手がけているケースなどもあるのが現状です。データベースの構築により、実際にどの地域のどの病院で、いかなる経

MR君・QOL君 新着13件


## MR君

 橋本佳子  
M3  
NEW 1/21号 混合診療の議論が再開、行政刷新会議が規...  
新着 10 件

 アン・ケイト  
M3  
過去のメッセージ一覧へ  
新着 0 件

登録済みMR一覧

## QOL君

 医学論文担当 高木 麻衣  
株式会社翻訳センター  
NEW わかりやすい英語論文を書くポイント～時制（現在形...  
新着 3 件

登録済み担当者一覧

## 提携企業情報

提携企業の医薬品、医療機器、出版、経営・開業支援情報を入手できます。添付文書も閲覧可能です。

提携企業一覧

## 新着トピックス

NEW 日本発の大規模IBS疫学調査 2010/01/22  
アステラス製薬

NEW 生活習慣病な人々第2回！ 2010/01/22  
ファイザー(株)

NEW クリニックナウ経営戦略編 2010/01/22  
アストラゼネカ株式会社

NEW 小児喘息と遺伝子研究の話題 2010/01/22  
グラクソ・スミスクライン(株)

NEW Dr.青木『臨床感染症講座』 2010/01/22  
株式会社 キューラ メディクス

## トピックスランキング

1位: 空気が読めないスタッフ対処法 2009/10/28  
フクダ電子(株)

2位: タミフル脱カプセル換算表更新 2009/11/24  
中外製薬(株)

3位: 音で覚える！聴診の方法 2009/11/25  
フクダ電子(株)

験年数の医師が、どのくらいの手術を手がけているのかが分かれば、地域ごとに必要な専門医数が把握でき、適正配置なども可能になります。

—それ以外には、どんな目的がありますか。

**医療水準の向上、外科医療の均てん化を図る狙いもあります。**今、「病院ランキング」本などが多数出され、「あの病院は手術成績がいい」といった見方をされますが、実際には患者背景などが異なり、手術成績の施設間比較は容易ではありません。手術症例データベースを構築すれば、患者のリスク調整を行った上での手術成績の比較も可能になり、自施設の位置づけが分かります。

さらに、**データベースの構築で、医師の事務負担の軽減につながることも期待しています。**現在、専門医の申請・更新、臨床研究、がん登録など、様々な目的で症例データの入力が求められます。医師個人にとって見れば、何度も同じ症例のデータを入力しているのが現状です。データベースを共有する形にし、目的に応じて必要なデータを使える仕組みにすれば、医師にとっては一症例については1回の入力で済むため、負担は軽減されます。今回のような**データベースの運用に当たっては、個々の医師の協力を得るためのインセティブが不可欠**です。登録されたデータが、専門医の申請・更新などにも使用できるようにします。医籍番号を登録する形にすれば、病院を異動しても過去のデータの集積が可能のため、医師個人の一生のデータベースにもなります。

そのほか、臨床研究の症例登録を容易にするなど、医師へのメリットも勘案しつつ、様々な応用が考えられます。

—具体的には、どんな手術症例データベースの構築を目指しているのでしょうか。

**データベースは「2階建て」で、1階部分は全領域共通のデータベース、その上に、各学会が目的に応じた様々なデータベースを構築するイメージ**です。

1階部分のデータベースは、各領域の学会単独では取得できない症例なども多く含まれます。この部分を全領域が共通に利用できるようにすることで、様々なメリットがあります。例えば、日本小児外科学会は学会が認定する施設で行われているすべての小児手術は把握できていましたが、近隣の施設で成人外科医によって行われる小児の虫垂切除術やヘルニア根治術、腸重積手術などは不明のままでした。このデータベースの利用により、小児外科医がどの地域でどれくらい需要があるのかなどが検討可能になります。

私が、今年度の厚生労働科学特別研究事業「外科全手術症例数登録とその解析のための学会間ネットワーク」として手がけるのは、この「1階建ての共通プラットフォーム」の部分です。

7学会のうち、既に日本心臓血管外科学会は、6-7年前から非常に詳細な症例データベースを運用しており、日本消化器外科学会も約3年前から予備調査を開始し、今年度からデータベース構築に向けて作業を開始しています。したがって、残る5学会のデータベース構築を進めます。同時に、日本心臓血管外科学会と日本消化器外科学会のデータベースとの連携についても検討することになります。

実際には、この手術症例全数登録は「外科関連専門医制度委員会」内に設置された「手術症例データベースワーキンググループ」が担当します。7月から議論を開始し、今年度中にデータ管理のための組織ならびに各学会間のネットワークを完成させる予定です。

—「プラットフォーム」の部分のデータとしては、どのような項目を想定されているのでしょうか。

患者の年齢、病名、術式などのほか、執刀医と助手の情報（経験年数など）といった項目です。医師の協力を得るため、入力項目は必要最低限にする必要がありますが、例えば患者住所の郵便番号を入力すれば、各病院の診療圏を把握できるといったメリットがあります。今年度末までにプラットフォーム部分の登録事項を決めて登録システムを構築し、小規模の症例登録を行い、各学会のデータベースとの連動が可能かなどのテストまで実施したいと考えています。

この1階部分の「プラットフォーム」の上に、各学会が患者背景や転帰など、必要に応じたデータベースを構築してもらい形になります。

—来年度はどのような形で進める予定でしょうか。

研究費が獲得できるかどうかは未定なのですが、今年度を含め、2010年度と2011年度の計3年間でデータベース構築の準備を進める予定です。データベースは一元管理になりますが、各学会が把握している医師の個人情報などとの連携が必要になります。またセキュリティーやアクセス権（誰がどの情報まで閲覧することが可能か）といった様々な問題を解決する必要があります。2010年度はこれらの試行調査を行い、2011年度には全国規模の症例登録を開始できると考えています。

—手術症例データベースが完成すれば、手術成績の公表などを求める声も出てくることが想定されます。

データをどの範囲まで、どんな形で公開するかは今後の検討課題ですが、「悪いデータ」を隠すつもりはありません。ただ、個々の医師、施設の情報は公開されるべきではありません。今回登録されるデータを適切に用いることによって、専門医一人当たりの適切な手術症例数のあり方を検討したり、様々な施設の役割分担、すみ分けの議論にも発展できる可能性があります。

## インデックス

- スーパーローテートから大半の病院が変更-厚労省臨床研修推進室長・田原克志氏に聞く  
◆Vol.3 2009/9/30
- 外科系7学会で手術症例のデータベース構築目指す-東京大学小児外科教授・岩中督氏に聞く  
2009/9/29
- 地域医療再生基金は壮大な"無駄遣いコンテスト"-東日本税理士法人代表・長隆氏に聞く  
2009/9/25

この記事を知り合いに転送

↑ 前の記事

次の記事 ↓

## 最新記事インデックス

レポート	インタビュー	オピニオン	ニュース解説	スペシャル企画	医師調査
------	--------	-------	--------	---------	------

NEW 医療と司法の信頼回復のためADRを実施 - 医療紛争相談センター長・植木哲氏に聞く 2010/1/21

医師会独自で新型ワクチンの集団接種を実施-中央区医師会会長・隈部時雄氏に聞く 2009/12/19

霞が関の在り方に疑問を覚えたのが退職理由 - 元財務官僚・村上正泰氏に聞く

◆Vol.5 2009/12/3

「事業仕分け」は財務省を正当化する"錦の御旗" - 元財務官僚・村上正泰氏に聞く

◆Vol.4 2009/11/30

次期診療報酬改定は民主党の医療政策の試金石 - 元財務官僚・村上正泰氏に聞く

◆Vol.3 2009/11/27

社会保障国民会議で抑制論から転換の兆し - 元財務官僚・村上正泰氏に聞く

◆Vol.2 2009/11/26

「医療費亡国論」からの脱却が不可欠 - 元財務官僚・村上正泰氏に聞く ◆Vol.1 2009/11/25

医療者の自律的な院内事故調査が基本 - 日本救急医学会理事・有賀徹氏に聞く 2009/11/25

開業医の報酬レベルは成功の証 - 京都府医師会副会長・安達秀樹氏に聞く◆Vol.3 2009/11/6

医療費財源を確保できるかが最大の焦点 - 京都府医師会副会長・安達秀樹氏に聞く

◆Vol.2 2009/11/5

「日医との協力」が中医協委員を受ける前提 - 京都府医師会副会長・安達秀樹氏に聞く

◆Vol.1 2009/11/4

医療でも「モノから人」にお金を-茨城県医師会理事・鈴木邦彦氏に聞く◆Vol.2 2009/11/5

日医との連携は日医執行部の意向次第 - 茨城県医師会理事・鈴木邦彦氏に聞く

◆Vol.1 2009/11/2

「医師の仕事が正しく評価される」報酬体系を目指す - 山形大学医学部長・嘉山孝正氏に聞く 2009/10/31

混合診療裁判で“法の不備”が露呈 - 弁護士・井上清成氏に聞く 2009/10/19

---

バックナンバー

Copyright 2003-2010 M3, Inc. All Rights Reserved.

[利用規約](#) [個人情報の取扱いについて](#) [お問い合わせ](#) [m3.comとは](#)



橋本佳子  
M3

▼ 連絡・質問する

新着：10件

↑ 前のメッセージ

次のメッセージ ↓



MR君・QOL君 新着13件

(過去1ヶ月)

MR君

橋本佳子  
M3NEW 1/21号 混合診療の議論が再開、行政  
刷新会議が視...

新着10件

アン・ケイト  
M3

過去のメッセージ一覧へ

新着0件

登録済みMR一覧

QOL君

医学論文担当 高木 麻衣  
株式会社翻訳センターNEW わかりやすい英語論文を書くポイント～  
時制 (現在形...

新着3件

登録済み担当者一覧

MR君・QOL君の使い方

## 1/12号 日本の手術は世界一か？外保連が市民公開シンポジウム

2010年01月12日 (m3ポイントとは)

「日本の医療技術を世界と比較する」-日本の手術は世界一か？

外保連（外科系学会社会保険委員会連合）は1月10日、このようなテーマで、市民公開シンポジウムを開催しました。2時間強にわたったシンポジウム。結論から言えば「5年生存率などの全国平均の統計的データから見れば、日本のレベルは高い。しかし、そのことが一般にあまり知られていない。また『どこで治療を受けたいか』を知りたい患者ニーズに答えていない」とまとめることができます。



1月10日、都内で開催された外保連主催の市民公開シンポジウム。

シンポジウムは、大腸がん、その後の転移で計3回がんの手術を受けた、ジャーナリストの鳥越俊太郎氏の特別講演から始まりました。鳥越氏は、肺がん転移に伴う胸腔鏡手術を受けた後、約1週間でテレビに復帰した体験などを紹介、「日本のがんの手術レベルは、世界でもトップレベルであることをわが身を持って感じた」とコメント。

その後、下記のがん領域について、5年生存率をはじめ、日本と先進諸国のデータが紹介されました。例えば、杏林大学外科教授の呉屋朝幸氏は、外科手術の水準は、(1)症例数、(2)治療成績、(3)合併症発生率あるいは術中死亡（在院死亡）率、(4)新技術の普及、などの視点から評価できると指摘。その上で、例えば「1999年の切除例では、5年生存率は61.6%。世界のスタンダードと言われる米国の『CF Mountain CHEST1997』と比較すると、いずれの病期においても日本の成績は優れる。さらに、手術に伴う術後30日以内の死亡例は、欧米諸国は3-6%であるのに対し、日本は1%以下」などのデータを紹介しました。

### 【各がん領域のシンポジスト】

大腸がん：前田耕太郎・藤田保健衛生大学外科教授

肺がん：呉屋朝幸・杏林大学外科教授

子宮頸がん：桜木範明・北海道大学生殖内分泌・腫瘍学分野教授

骨肉腫：岩本幸英・九州大学整形外科教授

各データ発表後、司会の一人、読売新聞東京本社編集局医療情報部の山口博弥氏が、会場の参加者に「日本の医療技術は世界でもトップレベルである。特に欧米に比べても高いことを知っていたか」と問いかけたところ、手を挙げた人は約半数にとどまりました。

その後、山口氏は、シンポジストとのやり取りを経ながら、「日本では、どこの施設でも、そうした高い技術を持っているのか。そうでない場合、患者はどうすればいいのか」「もっと広報を徹底してほしい。がんの治療成績（症例数や5年生存率）を学会のホームページなどで公開はしていないのか」「がんを手がける病院が多すぎる、集約化するという議論はないのか」などと質問を投げかけました。

鳥越氏も、「日本のレベルはトップレベルではあることは間違いないが、日本中、どこでも同じ医療を受けられるわけではない。私はいろいろ相談を受けるが、その際、2つの問題がある。一つは、地域格差があること。大都市では患者が望めばトップの医療を受けられるが、地方では必ずしもそうではない。優れた医師が現実にはいないこともある。またがんは個別であり、一人ひとりの経過は違う。がんが見つかった場合、どこに行って相談すればいいのか、どこで情報を得たらいいのかが分からない現状がある」と指摘。

これらに対する現時点での対応は、十分とは言えません。各シンポジストは、各種がんの取扱い規約やガイドライン、パンフレットの作成、専門医制度の充実、専門病院の一覧作成などの取り組みを紹介しましたが、そもそもこれらの情報の存在を知らなければ、患者はアクセスできません。

また複数のシンポジストが異口同音に指摘したのが、**初期診断（かかりつけ医）の重要性**。「最初に診察したドクターが的確な見立てができるか、それが一番重要。それができるための教育とシステム作りが必要」（岩本氏）。

鳥越氏は、「今日のシンポジストは、日本、いや世界でもトップレベルの先生方。しかし、こうした先生にたどり着くまでが大変。日本には、かつてはかかりつけ医がいて、地域社会が成り立っていた。しかし、高度成長が進み、地域社会が崩壊していく中で、医療の面では、高度医療は進展して、ホームドクターの存在が希薄になってきた。ここに大きな問題がある。入り口としてかかりつけ医がいて、方向を指示してもらい、次のステップとしてどこかに紹介していただく。こうしたシステムになっていないために、患者が路頭に迷うケースがたくさんある。この問題を医学界として考えてほしい」と指摘しました。

もっとも、現在、紹介・連携システムは、特に都市部ほど確立されていないのが現実。**外保連名誉会長（東大名誉教授）の出月康夫氏**は、「どんな医師にかかったらいいか、一般の方はかなり困っている現実があるのではないかと。私も約5年前に腎臓がんになって、懇意にしている泌尿器科の先生に相談にいった。『これくらい進行しているのであれば、東京であれば手術ができるのはこの先生』と紹介してくれた」と自らの体験を紹介。その上で、「自分の領域ではない部分は、『自分の領域ではない』として、紹介する先生を持っていることが一番。日本の医療は全部国が決めているので、国、行政として紹介制度を作っていただきたい。東京であれば、区単位でいいから、グループを作ってほしい。受診先に困った場合には、そこに行けば分かる。こうした紹介システムを日本の医療制度の中で作っていくのが、一番公平なのではないか」との考えを示しました。

さらに、**外保連会長補佐（東大小児外科教授）の岩中督氏**は、厚生労働科学特別研究事業「外科全手術症例数登録とその解析のための学会間ネットワーク」を紹介（「外科系7学会で手術症例のデータベース構築目指す」を参照）。「このデータベースができれば、各地域にどのくらいの症例があり、どんな医師が診ているかが把握できるようになる。集約化を進めた方がいい手術、一方で幅広い施設で実施した方がいい手術などが分かるようになる。2、3年でこうしたデータを出したい」（岩中氏）。

実はこの日のシンポジウムの会場は、約500人収容可能な広さでしたが、3分の1も埋まっておらず、空席が目立ちました。医療を受ける側の患者、一般市民にも、情報収集を積極的に取り組むことが求められますが、患者さんたちの不安、疑問に応えるには、医療者側による各種データ・エビデンスの収集・確立と、広報の重要性がクローズアップされたシンポジウムでした。

この連絡内容に点数をつけてください。

点数：（星5つが最高、星1つが最低）