

K890-2 卵管鏡下卵管形成術

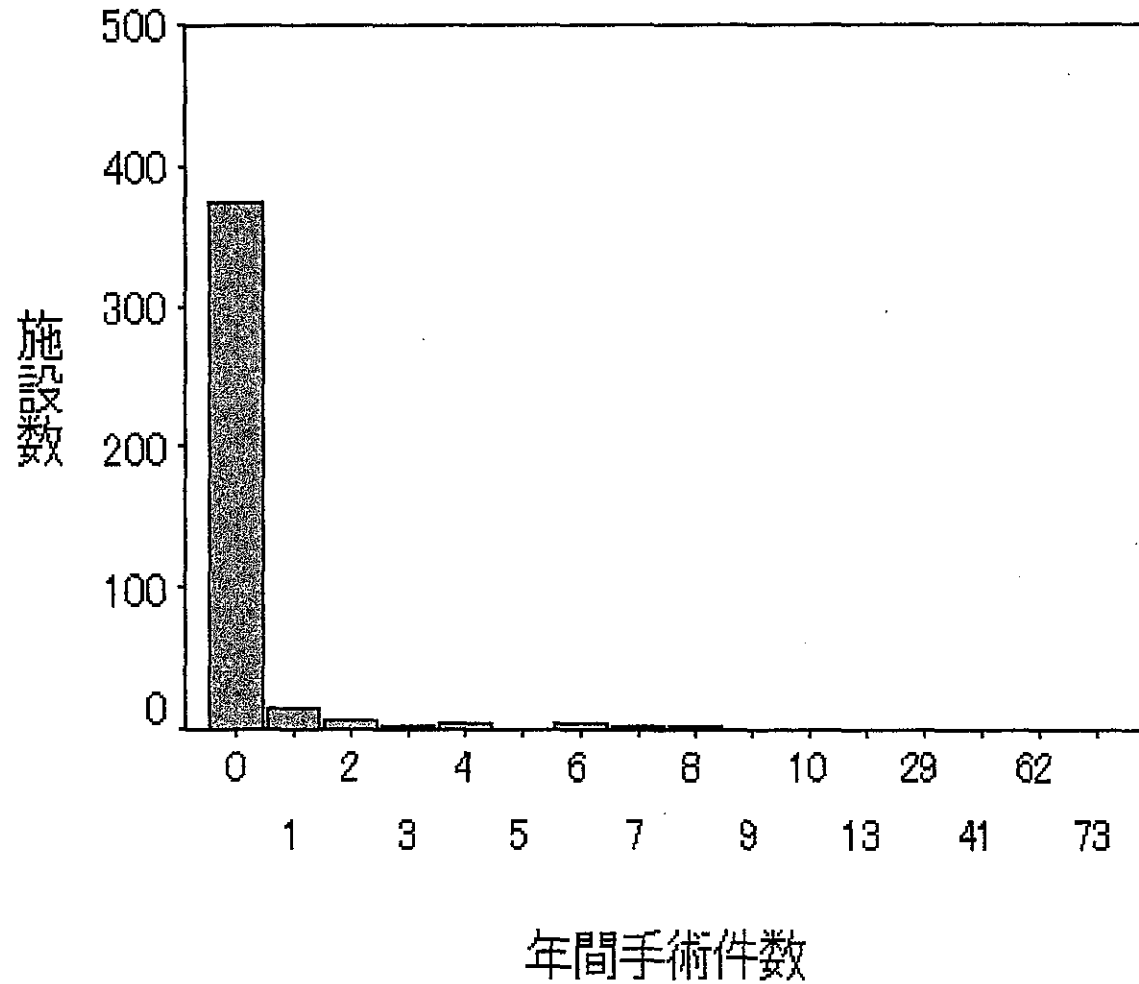


図5 卵管鏡下卵管形成術症例数の分布

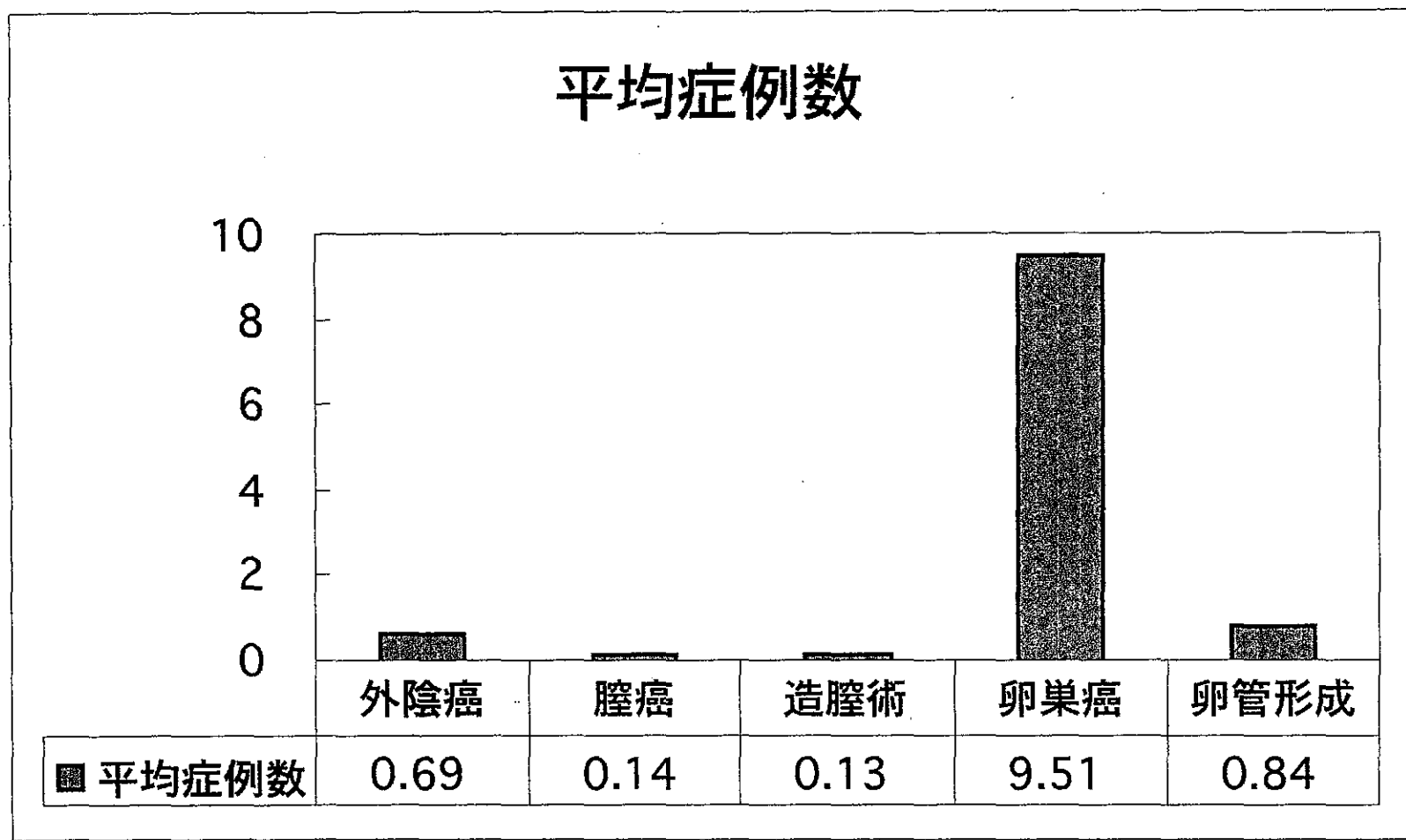
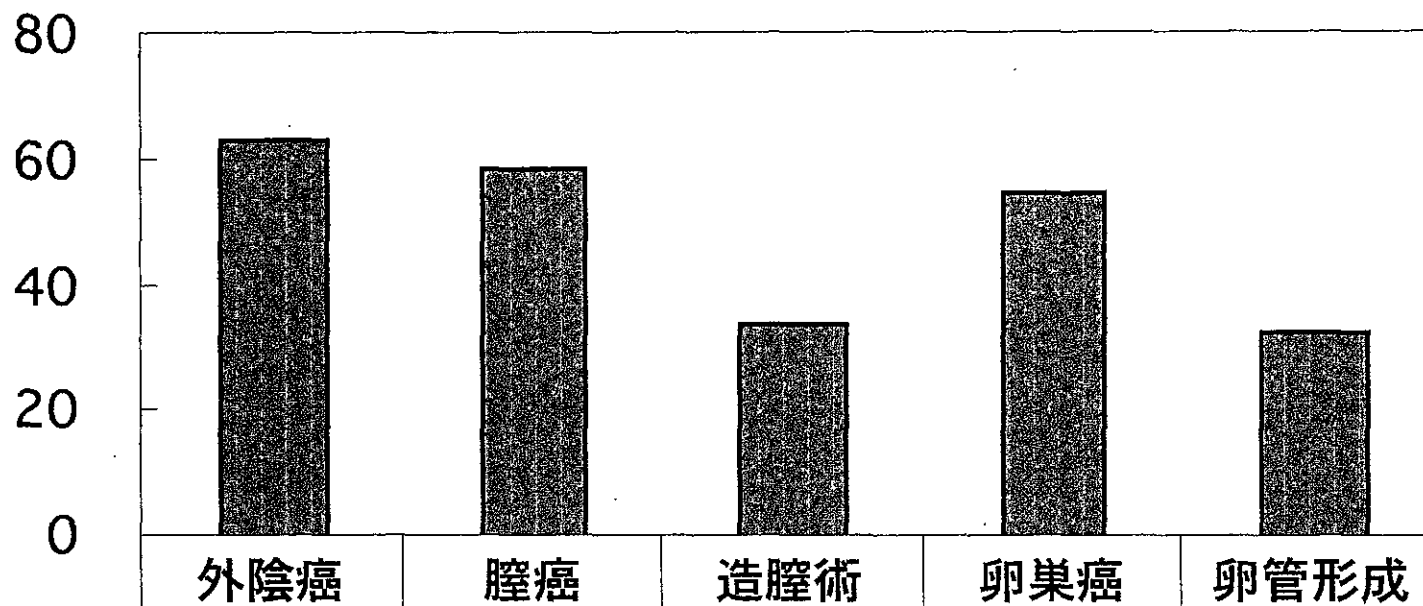


図6 各手術群における平均症例数

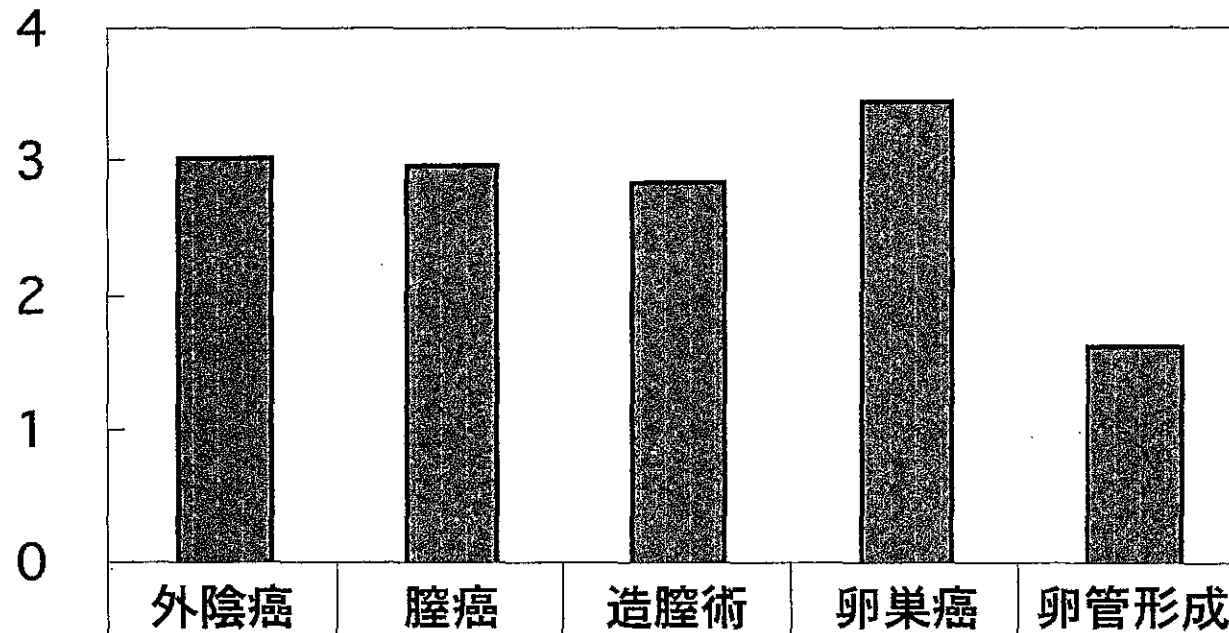
平均年齢



■ 平均年齢	63.27	58.70	34.12	54.44	32.43
--------	-------	-------	-------	-------	-------

図7 各手術群における平均年齢

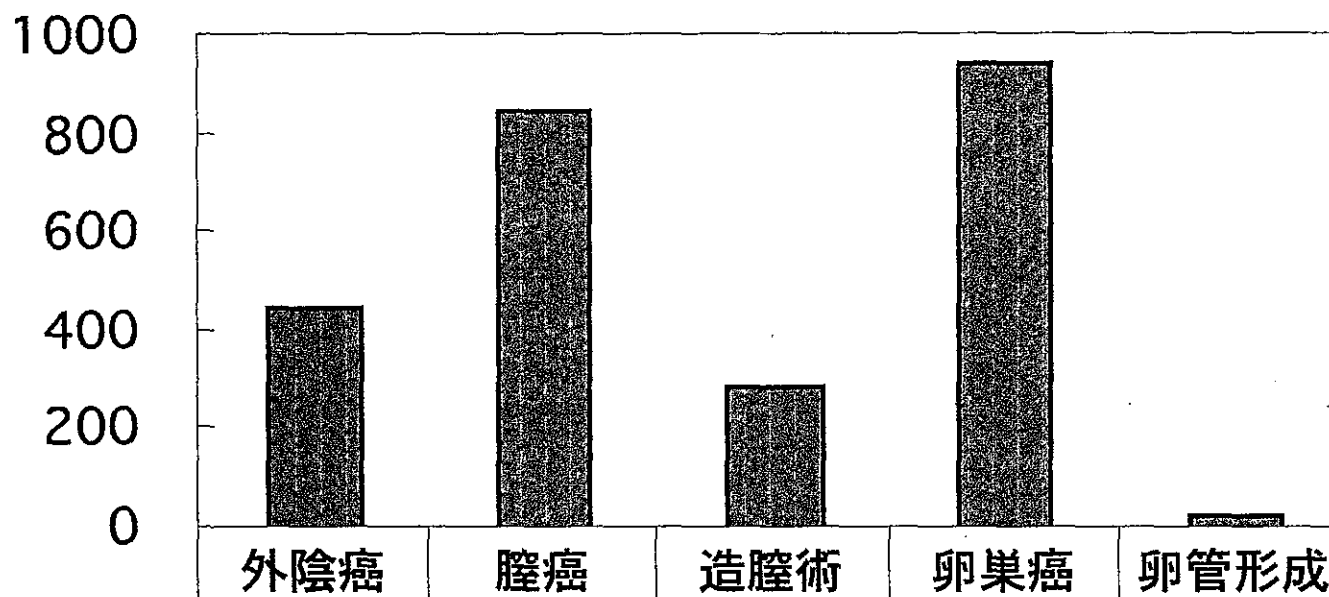
平均手術時間



■ 平均手術時間 h	3.03	2.99	2.85	3.45	1.63
------------	------	------	------	------	------

図8 各手術群における平均手術時間

平均出血量



	外陰癌	膾癌	造膾術	卵巢癌	卵管形成
■ 平均出血量 ml	444.10	844.63	286.69	942.40	21.76

図9 各手術群における平均出血量

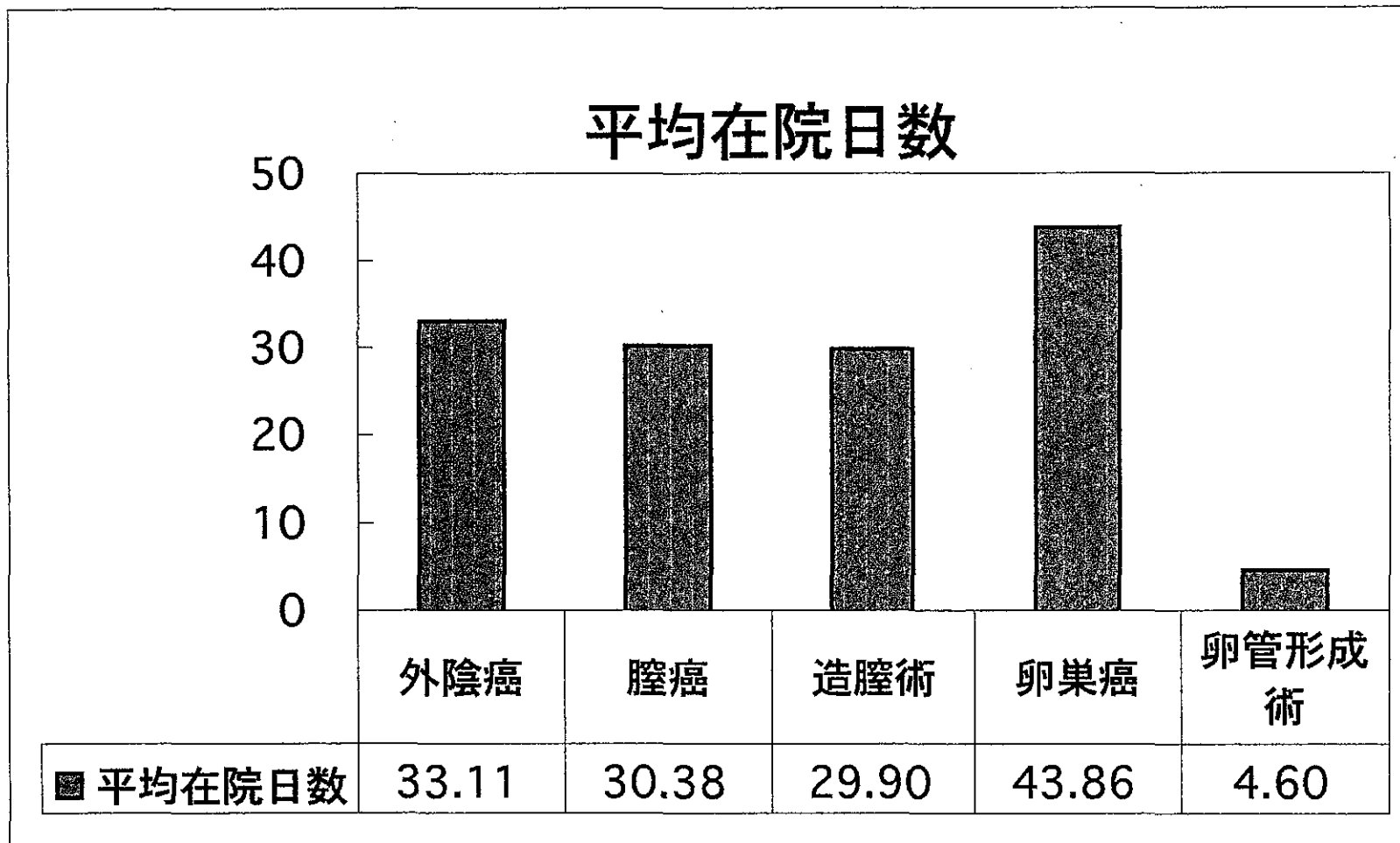


図10 各手術群における平均術後在院日数

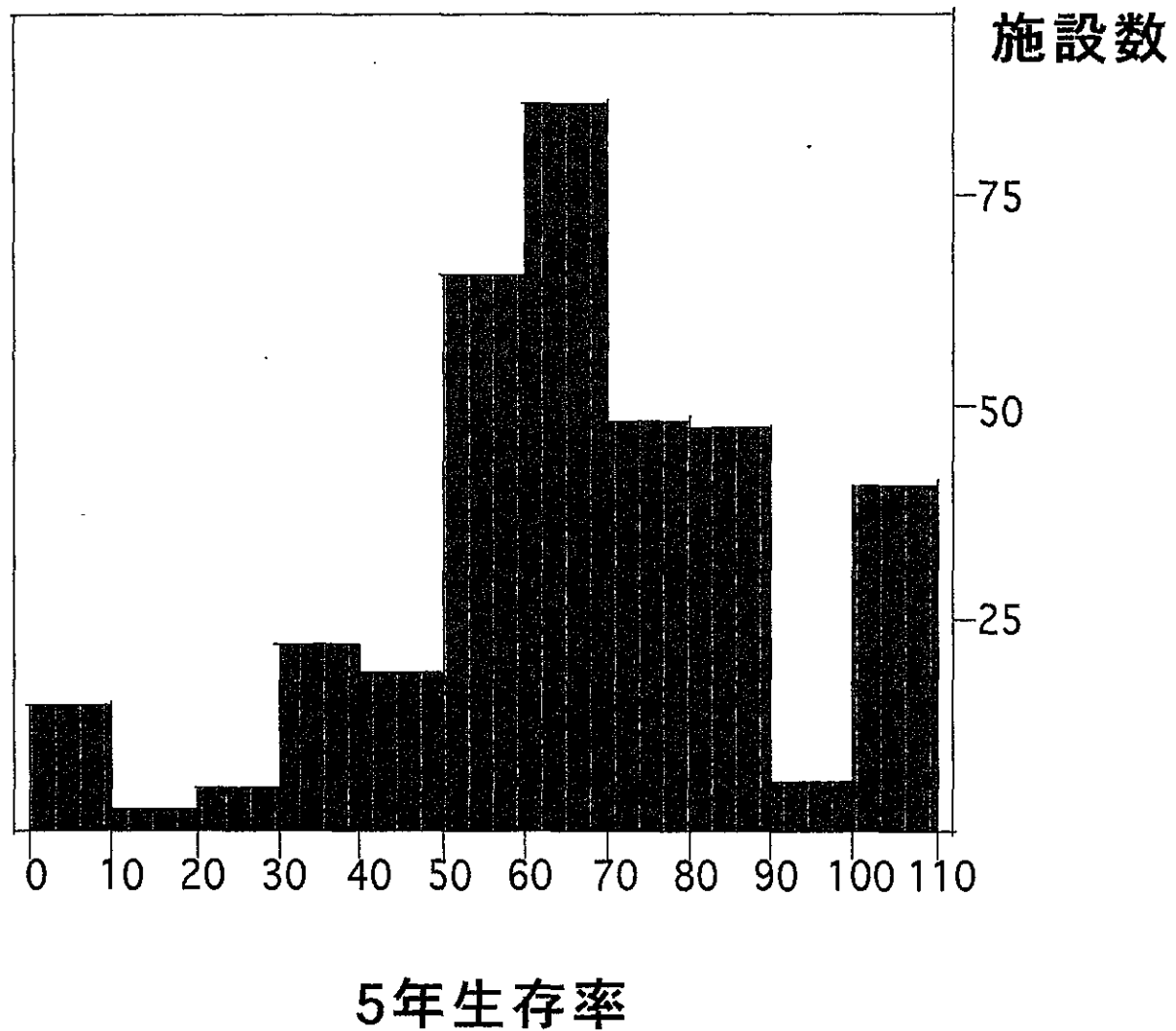


図11 各施設における卵巣悪性腫瘍5年生存率の分布

表1 各手術群における基礎データ一覧

	外陰癌	膣癌	造膣術	卵巢癌	卵管形成術
平均症例数	0.69	0.14	0.13	9.51	0.84
(中央値)	0	0	0	6	0
平均年齢	63.27	58.70	34.12	54.44	32.43
(中央値)	68	60	22	54	31
平均手術時間 h	3.03	2.99	2.85	3.45	1.63
(中央値)	2.90	2.55	2.55	3.00	2.00
平均出血量 ml	444.10	844.63	286.69	942.40	21.76
(中央値)	215	420	140	760	0
平均在院日数	33.11	30.38	29.90	43.86	4.60
(中央値)	28	24	18	30	5
回答数	424	423	416	464	417

表2 子宮附属器悪性腫瘍手術における各関連因子相互の相関

病床数	相関係数	1							
	有意確率 (両側)	.							
症例数群	相関係数	.377(**)	1						
	有意確率 (両側)	0	.						
卵巣癌数	相関係数	.485(**)	.829(**)	1					
	有意確率 (両側)	0	0	.					
患者年齢	相関係数	-0.017	-0.08	-0.07	1				
	有意確率 (両側)	0.743	0.117	0.169	.				
手術時間	相関係数	0.077	.122(*)	0.1	0.017	1			
	有意確率 (両側)	0.135	0.017	0.05	0.735	.			
出血量	相関係数	0.083	.175(**)	.215(**)	0.039	.535(**)	1		
	有意確率 (両側)	0.108	0.001	0	0.456	0	.		
在院日数	相関係数	0.057	0.041	0.082	0.055	.189(**)	.186(**)	1	
	有意確率 (両側)	0.283	0.437	0.122	0.298	0	0	.	
5生率	相関係数	0.001	0.09	0.022	-.110(*)	0.039	0.029	0.074	1
	有意確率 (両側)	0.988	0.086	0.677	0.042	0.478	0.599	0.189	.
		病床数	症例数群	卵巣癌数	患者年齢	手術時間	出血量	在院日数	5生率

* 相関係数は 5% 水準で有意 (両側)

** 相関係数は 1% 水準で有意 (両側)

平成17年3月24日

外科系学会社会保険委員会連合 御中

社団法人

日本脳神経外科学会

保険委員長

外保連 実務委員 片山 容一

外保連 手術委員 阿部 琢己

手術アウトカムと症例数に関するアンケート調査報告

本学会は、施設基準とアウトカムの関連性の有無を調べるため、脳動脈瘤クリッピング術に対し、全国規模の調査を行った。

日本脳神経外科学会認定の専門訓練施設A項施設を対象に、平成15年1月から12月までの1年間に、破裂および未破裂脳動脈瘤患者に対して行った脳動脈瘤クリッピング術に対し質問票による調査を実施し、各施設のクリッピング術の手術件数、各症例の入院時の重症度(WFNS分類)、退院時転帰(Modified Rankin Scale)についてのデータを集積した。更に、現在の施設基準をもとに、各施設を、クリッピング件数30未満、30以上50未満、50以上の3つのグループに分け、手術件数と死亡率、機能的転帰の相関性について検定を行った。

369施設からの回答が得られた(回答率:96.6%)。クリッピング術の総数は、破裂脳動脈瘤が7,578件、未破裂脳動脈瘤が4,396件であった。手術件数に関しては、年間30件未満の病院は208施設で全体の56.4%も占めたのに対し、年間30件以上の施設は161で、全体の43.6%であった。そのうち、30件以上50件未満は96施設で26.0%、50件以上は65施設で17.6%であった。死亡率は、破裂動脈瘤が平均7.6%、未破裂動脈瘤では平均0.2%であり、手術件数と死亡率について有意差をもった関連性は認めなかった。手術件数と機能的転帰についても、有意差をもった関連性はみられなかった。

脳動脈瘤クリッピング術における手術件数と転帰の相関性に関しては、欧米の研究チームからいくつかの報告があるが、人種、医療制度、医療レベル、医師教育システムの違いなどを考慮しなければならず、またこれらの研究には統計的処理にも問題があり、日本において施設基準を導入する根拠にはならない。また、今回の我々の調査でも、手術件数と転帰の相関性は全くみられず、現在の施設基準は、日本の医療の現状を無視したものであると言わざるをえない。

今回の調査結果および現在の医療体制を考慮し、日本脳神経外科学会では、施設基準の廃止を要望する。

破裂脳動脈瘤

		Modified Rankin Scale							合計	P value
WFNS クリッピング件数		0 (%)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	6 (%)		
I	3 0 未満	558 (73.4)	184 (11.1)	44 (5.8)	25 (3.3)	26 (3.4)	12 (1.6)	11 (1.4)	760	0.181107
	3 0 以上 5 0 未満	527 (68.6)	101 (13.2)	45 (5.9)	39 (5.1)	26 (3.4)	12 (1.6)	18 (2.3)	768	
	5 0 以上	550 (72.7)	99 (13.1)	39 (5.2)	27 (3.6)	15 (2.0)	6 (1.0)	21 (2.8)	757	
II	3 0 未満	385 (50.9)	137 (18.1)	84 (11.1)	49 (6.5)	39 (5.2)	24 (3.2)	38 (5.0)	756	0.148107
	3 0 以上 5 0 未満	344 (50.1)	103 (15.0)	79 (11.5)	66 (9.6)	40 (5.8)	12 (1.7)	42 (6.1)	686	
	5 0 以上	367 (53.3)	131 (19.0)	71 (10.3)	45 (6.5)	28 (4.1)	23 (3.3)	23 (3.3)	688	
III	3 0 未満	167 (22.7)	155 (18.6)	53 (18.0)	47 (15.9)	37 (12.5)	10 (3.4)	26 (8.8)	295	0.380703
	3 0 以上 5 0 未満	167 (32.1)	31 (14.8)	27 (12.9)	30 (14.4)	28 (13.4)	11 (5.3)	15 (7.2)	209	
	5 0 以上	163 (29.3)	39 (18.1)	31 (14.4)	32 (14.9)	22 (10.2)	8 (3.7)	20 (9.3)	215	
IV	3 0 未満	198 (20.5)	160 (12.5)	78 (16.3)	52 (10.9)	72 (15.0)	54 (11.3)	65 (13.6)	479	0.153416
	3 0 以上 5 0 未満	157 (13.5)	153 (12.5)	61 (14.4)	72 (17.0)	84 (19.9)	43 (10.2)	53 (12.5)	423	
	5 0 以上	103 (21.1)	152 (10.7)	86 (17.6)	53 (10.9)	73 (15.0)	50 (10.2)	71 (14.5)	488	
V	3 0 未満	123 (6.7)	18 (5.3)	25 (7.3)	25 (7.3)	55 (16.1)	89 (26.1)	106 (31.1)	341	0.905729
	3 0 以上 5 0 未満	12 (3.5)	24 (7.1)	25 (7.4)	32 (9.4)	56 (16.5)	92 (27.1)	98 (28.9)	339	
	5 0 以上	22 (5.9)	25 (6.7)	19 (5.1)	37 (9.9)	59 (15.8)	90 (24.1)	122 (32.6)	374	

There was no difference in the hospital volume and mRS score (not significant, Kruskal-Wallis test).

未破裂脳動脈瘤

Modified Rankin Scale

クリッピング件数	0 (%)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	6 (%)	合計	P value
3.0未満	1010 (89.9)	160 (5.3)	21 (1.9)	14 (1.2)	11 (1.0)	5 (0.4)	3 (0.3)	1124	0.696305
3.0以上5.0未満	998 (90.2)	163 (5.7)	22 (2.0)	19 (0.8)	10 (0.9)	3 (0.3)	2 (0.2)	1107	
5.0以上	1964 (90.7)	106 (4.9)	49 (2.3)	25 (1.2)	13 (0.6)	4 (0.2)	4 (0.2)	2165	

There was no difference in the hospital volume and mRS score(not significant. Kruskal-Wallis test).

日本胸部外科学会 解析報告書

2005年2月25日

初回待機的 CABG における手術数とアウトカム(死亡率)の関係について

解析の目的

- 1) 手術数と手術成績の関連の有無を調べる。
- 2) 施設間に存在する手術成績のバラツキを調べる。

解析対象

on pump + off pump / 初回待機 / 1 枝+2 枝+3 枝+LMT+川崎病 / 手術数

エンドポイント

on pump + off pump / 初回待機 / 1 枝+2 枝+3 枝+LMT+川崎病 / 死亡数, 在院死亡数

区分について

- ◆ 病変枝数 (5 区分) : 1 枝, 2 枝, 3 枝, LMT, 川崎病
- ◆ 手術総数 (5 区分) 50 未満, 50~100 未満, 100~150 未満, 150~200 未満, 250 以上
- ◆ 手術総数 (3 区分) 25 未満, 25~50 未満, 50 以上

集計=結果はエクセルシート“集計結果”内

以下の項目について平均値, 標準偏差, 最小値*¹, 最大値*¹を求めた。死亡率は病変枝数ごとの手術数が0の場合に算出されないため, 他よりも標本数が少なくなっている。

1. 病変枝数 (5 区分) 別の手術数, 死亡数*², 死亡割合*²
2. 手術数*³ (5 区分) 別の施設数, 手術数, 死亡数*², 死亡割合*²
3. 手術数*³ (5 区分) ×病変枝数 (5 区分) 別の施設数, 例数, 死亡数*², 死亡割合*²

*¹集計1のみ。

*²手術数と死亡割合では, それぞれ死亡数と在院死亡数について行う。

*³手術数=1 枝+2 枝+3 枝+LMT+川崎病の合計値

解 析

解析 1：手術数（5つの合計値）と死亡率の関連

(1) 相関係数、散布図（死亡割合、在院死亡割合）

相関係数、散布図ともに病変枝数ごとと総数の両方について作成した。散布図タイトル中にある番号は、sev=1;1 枝、sev=2;2 枝、sev=3;3 枝、sev=4;LMT、sev=5;川崎病、sev=6;総数を表している。

結果 1：相関係数

手術数と死亡数、在院死亡数の間には相関は全くなし

・相関係数は、死亡率=-0.08611、在院死亡率=-0.07713 【添付資料 remark 1】

・散布図で見ても負の相関があるように見える部分と手術数に関係なく死亡率 0 あるいは極めて良好な部分が混在 【添付資料 remark 2】

(2) ロジスティック・モデルのパラメータ（在院死亡割合）

施設間変動を無視した一般的なロジスティック回帰モデルを当てはめた。これは、不適切な解析であり、結果は参考程度とする必要がある。合計手術数は連続量の説明変数として扱った。有意水準 5% で有意になっている。

$p < 0.001$ ：手術数は成績の良否を説明(予測)している（参考程度）

(3) ロジスティック-正規・モデルのパラメータ（在院死亡率）

- ◆ 手術総数によらず施設間変動は一定を仮定
- ◆ 手術総数（3 区分）により施設間変動が異なることを仮定

施設間変動を考慮したロジスティック回帰モデルとして、一般化線形混合効果モデルの一つであるロジスティック正規モデルを当てはめた。これは、死亡割合の対数オッズに対して線形のモデル化を行い（ここまでは一般的なロジスティック回帰モデルと同じ）、その線形式に正規分布に従う施設間変動（誤差のようなもの）を仮定したモデルである。結果として得られる施設間変動の大きさを定量化し解釈することは困難である。病変枝数、合計手術数に関するパラメータ推定値は(2)で得られた結果とほぼ等しいが、(3)の方が 95% 信頼区間はより広がっている。

$p = 0.008$ ：手術数は成績の良否を説明(予測)している

施設間変動の大きさが手術数により異なることというモデルを仮定したが、計算が収束せず、推定結果が得られなかったため、結果は不掲載とする。

解析 2：死亡率の施設間変動に関する検討

(1) 手術数（3 区分）ごとの変動係数（死亡率，在院死亡率）

手術数ごとに死亡率と在院死亡率の変動係数を算出した。病変枝数については考慮していない。変動係数は×100 した後の結果になっている。

結果 2：変動係数

標準偏差/平均で現される“変動係数”は 1 を超えるとバラツキが大きいことを示し、厚生労働省が行っている DPC でも変動係数が 1 を超える診断群は、一日定額の値段が設定できず、包括外とされている。本検討では 100 倍した数字を示しているの、100 を超えていると大きくデータ、つまり死亡率がばらついていることを示す。

どの層においても、変動係数は 200 台～400 台で大きくばらついていることがわかる。

【添付資料 remark 3】

(2) ロジスティック・モデルの当てはまりの良さの指標

施設間変動を無視した一般的なロジスティック回帰モデルを当てはめ、モデルの当てはまりの良さを検討した。結果の内容は解析 1 と同じである。一般的に、当てはまりの指標であるデビアンズとピアソン χ^2 値は 2 よりも大きい場合に、当てはまりを悪いとする。

結果 3：当てはまりの良さ

デビアンズ=0.5541<2

ピアソン χ^2 値=1.2491<2

【添付資料 remark 4 の中段の右の Value/D のところ】

解析方法としては不適切ではあるものの、

データ上は当てはめたモデルに問題がないという結果であった

(3) ロジスティック-正規・モデルの尤度比検定

- ◆ 手術総数によらず施設間変動なしを仮定=1 番目のモデル
- ◆ 手術総数によらず施設間変動は一定を仮定=2 番目のモデル
- ◆ 手術総数（3 区分）により施設間変動が異なることを仮定=3 番目のモデル

上記の 3 つのモデルのうち、1 番目と 2 番目のモデル間の比較を尤度比検定した。この検定により、施設間変動の存在に関する有意性が検討できる。3 番目については、計算が収束せず、推定結果が得られなかったため、検討に入れなかった。有意性は、1 番目のモデルの (-2×対数尤度) と 2 番目のモデルの (-2×対数尤度) の差をとり、その値における自由度 1 の χ^2 分布の上側確率として算出した。

結果 4：尤度比検定

$p=0.0000029$ ：手術成績は病変枝数と手術数で説明し切れないほどばらついている

【添付資料 remark 5】