

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出来る:
→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

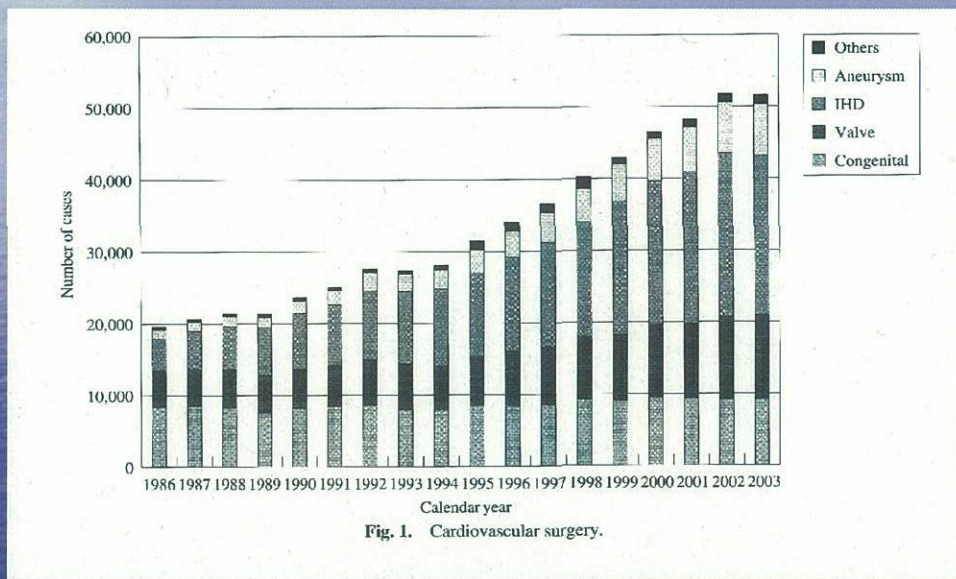


医療の集中化の必要性

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

冠動脈疾患: PCI vs CABG

	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

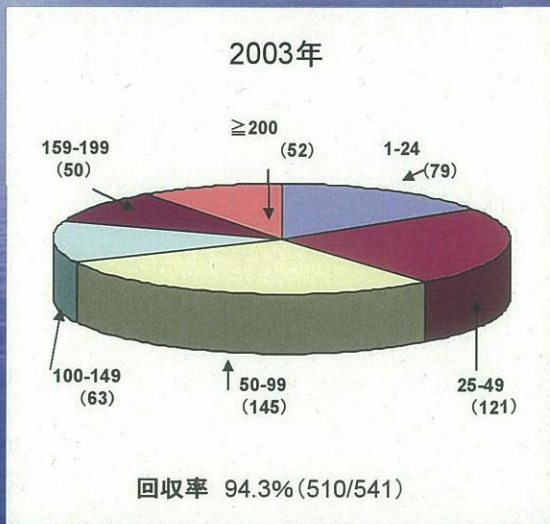
	施設数 /百万人	手術件数 /施設	手術件数 /外科医
ドイツ *	0.9	1,223	281
日本	3.6	100	34
アメリカ	3.6	242	175
(C o E		4,459	318)

CoE: バード・ユーンハウゼン 心臓病センター

* Herzbericht 2000, E. Bruckenberg

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

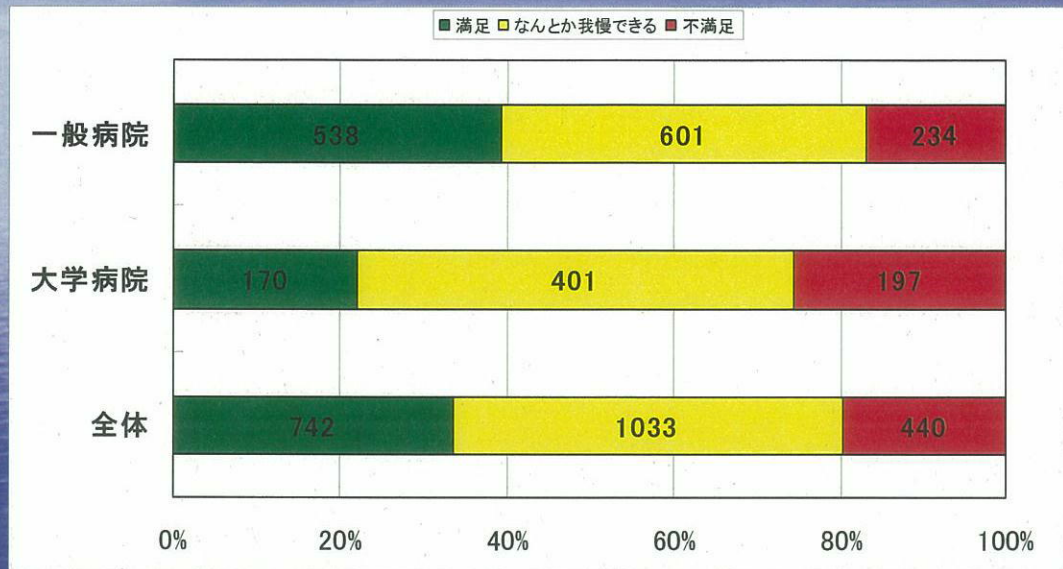
→ 1.38 / 100万人

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	395	500	20 50 →

仕事の満足感



日本胸部外科学会アンケート2002年

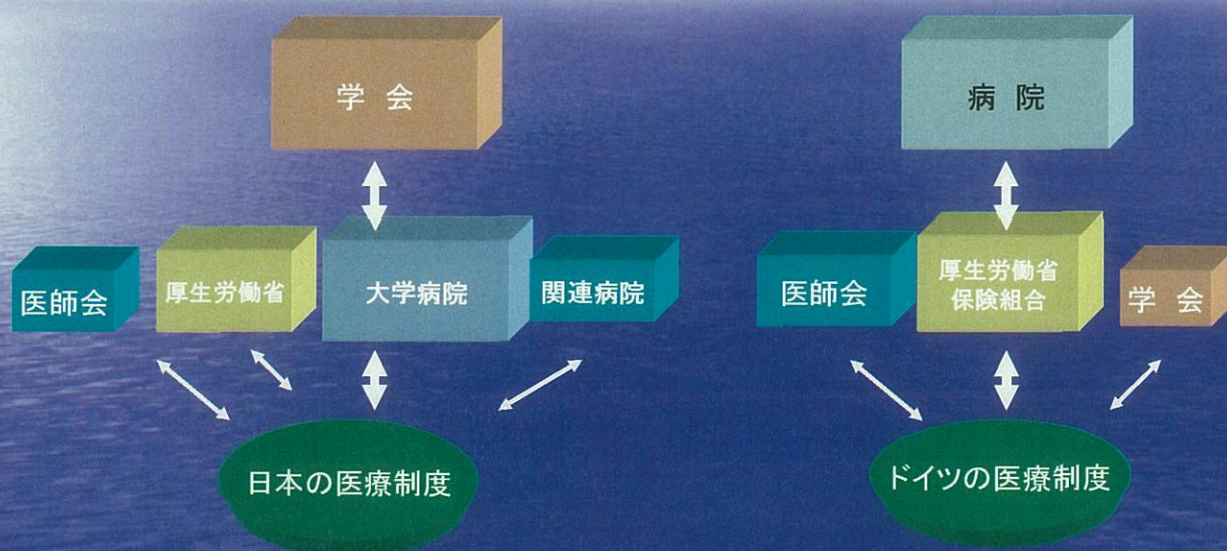
医療の集中化の必要性

医者の人事

- 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。

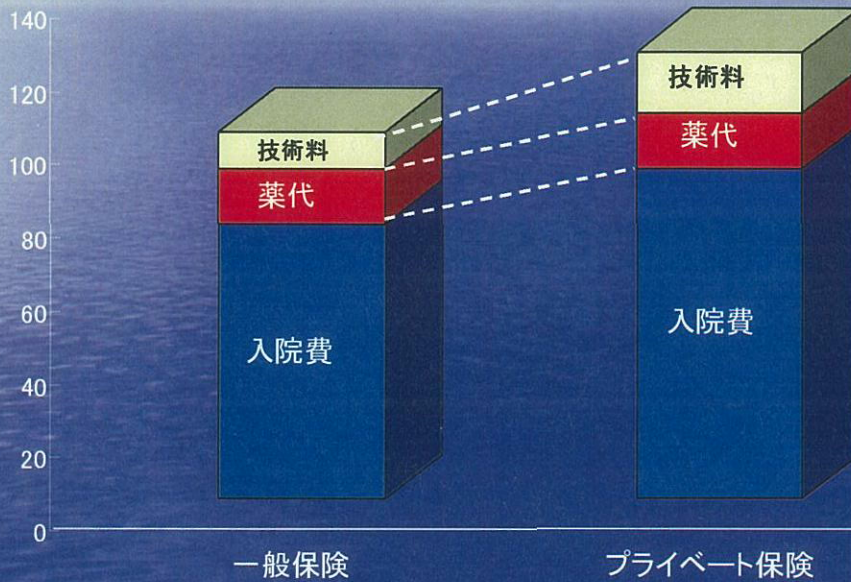
ドイツの医療改革

- 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

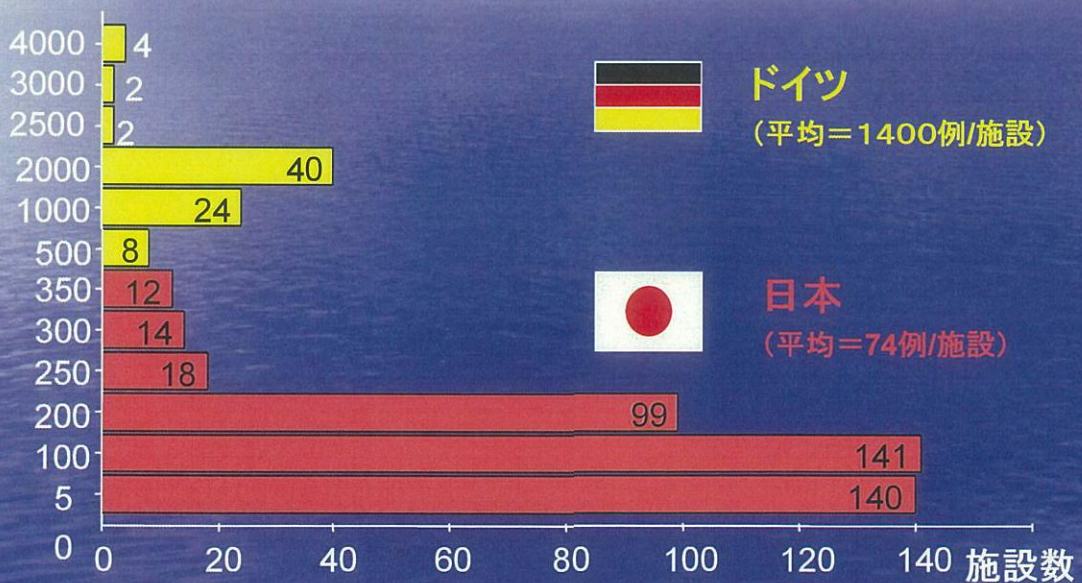
- 患者は、治療を受けたいと思う医師を選択できる
- 病院は、治療費を25〜30%加算できる
- 医師は、**自分の技術料**を定められた範囲(2倍以内)で患者の保険会社に請求できる
- プライベート保険の患者が多ければ多いほどその病院の名が上がり患者が多く集まる。
→ 病院経営が豊かになる

ドイツの診療報酬制度

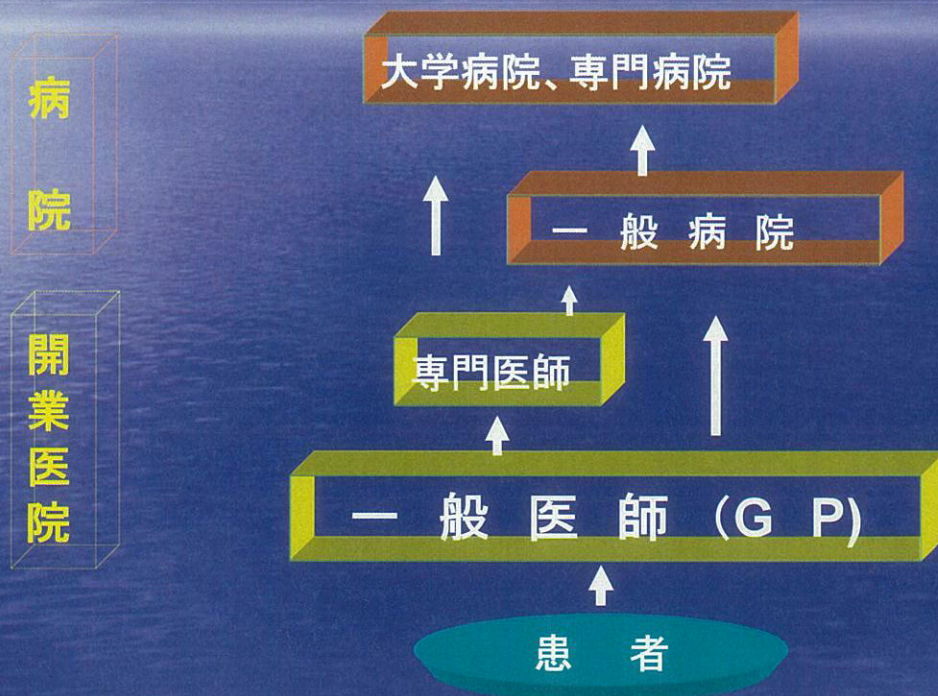


心臓病センター(ドイツ vs. 日本)

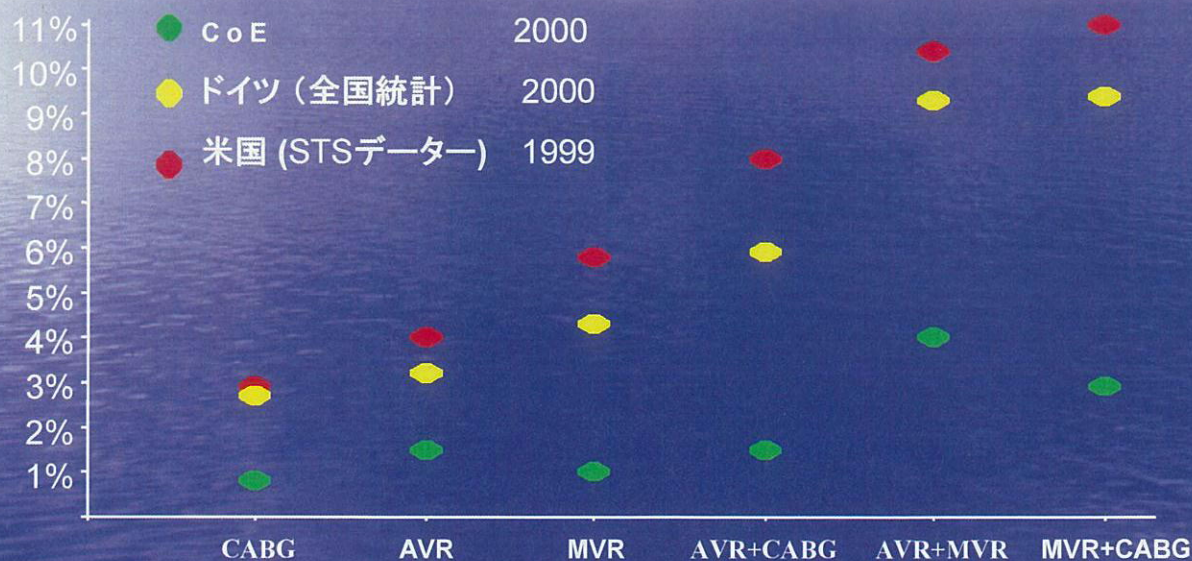
手術数/施設



ドイツの医療制度



心臓外科手術における危険率 (早期死亡率)

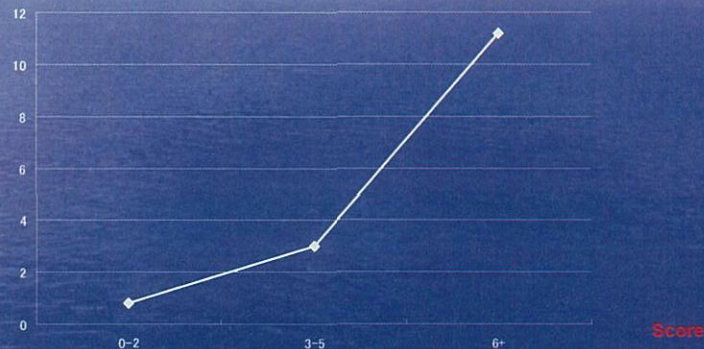


CoE: バードューンハウゼン心臓病センター

患者の重症度と早期死亡

EuroSCORE

死亡率



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)

1,683,100

-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

	日 本	ドイツ
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 ノバコール*	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

日 本 (DPC)		ドイツ (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

- 医療費の節減：専門病院の数の限定、定額制の徹底化
- 教育病院、一般病院の充実
- 医師の人事は医局支配から病院管理に
- 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