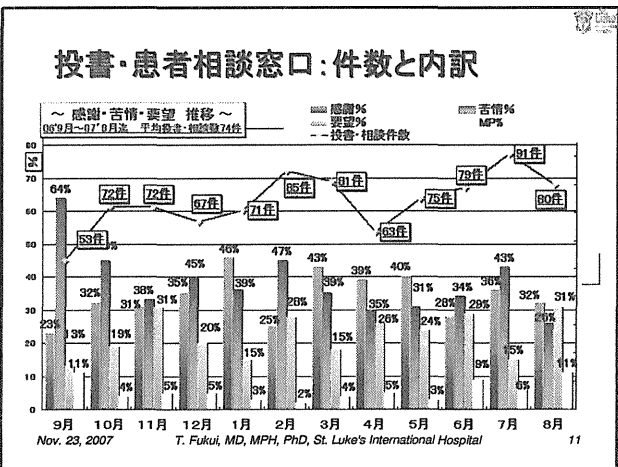


### 医療の不確実性

一質と安全を決定するパラダイム

1. 医療の「不確実性」: 医療者にとって
2. 医療の「不確実性」: 患者・家族にとって
3. 喫緊の課題

Nov. 23, 2007 T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital 10



### 患者・家族の苦情(例)

- 初期の「風邪」への対応  
→ 何日かたって「マイコプラズマ肺炎」の疑いとされた、「謝れ」
- 胸の痛みで救急室受診、痛み止めが欲しかったのにレントゲンをとられた  
→ 医療費を返せ
- 採血を1回失敗した  
→ 「業務上過失傷害罪だ」、「院長を出せ」、「謝れ」

Nov. 23, 2007 T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital 12

### 医療者と患者・家族との齟齬：原因

- 医学・医療の不完全性
  - サイエンスとしての進歩
  - 安全性への取り組みの遅れ(文化、投資)
- 期待感の増大
  - 社会全体の風潮(権利意識)
  - 「患者様」権利
- 医学・医療に関する知識の不均衡性
  - 教育システム
  - マスメディアの影響

Nov. 23, 2007 T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital 13

### メスメディアでの心肺蘇生術

- Diem SJ, Lantos JD, et al. Cardiopulmonary resuscitation on television: Miracles and misinformation. NEJM 1996;334:1578-1582
- 「ER」と「Chicago Hope」(1994-1995)、「Rescue 911」(1995)
- 心肺蘇生を試行した60場面
- 原因は大部分が外傷性、28%が心疾患
- 65%が小児、10代、若年成人
- なんと75%が生存(実際は、2-30%)
- 7%が回復し退院

Nov. 23, 2007 T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital 14

### 心肺蘇生術の成功率—波紋—

- Editorial, NEJM 1996;334:1604-1605
- Letters to the editors, NEJM 1996;335:1605-1607
- Gordon PN, Williamson S, et al. As seen on TV: observational study of cardiopulmonary resuscitation in British television medical dramas. BMJ 1998;317:78-783
- 64場面
- 52名の患者中、32名(62%)が心肺蘇生術を受けた
- 48%が35歳以下
- 英国のTVでは、生存率が25%と事実には近かった

Nov. 23, 2007 T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital 15

### 医療の不確実性

—質と安全を決定するパラダイム—

1. 医療の「不確実性」: 医療者にとって
2. 医療の「不確実性」: 患者・家族にとって
3. 喫緊の課題

Nov. 23, 2007 T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital 16

### 喫緊の課題

- 患者安全への取り組み
  - 専任のスタッフ配置
  - 意識の向上
  - 投資
- 適切な健康情報の普及
  - 小学生からの健康教育
  - マスメディア
  - 成熟した「価値観」の育成

Nov. 23, 2007 T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital 17

### 健康情報学とは(1)

◇健康や医療に関わる「情報」の質、利用状況(理解)、行動への影響、健康への影響、などを検証し、

◇人の健康行動や受療行動をより適切なものにするための「情報」のあり方を追究する学問分野

Nov. 23, 2007 T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital 18

## 健康情報学とは(2)

- ◇ 体調不良を感じたときの「受療行動」
- ◇ 健康に関わる「行動」の重要性
  - 慢性疾患、生活習慣病、
- ◇ 行動を決定する上での「情報」の重要性
  - 情報量、情報の質、発信(入手)のタイミング
- ◇ ITやメディアによる情報過多
  - 信頼できる情報を見極める
- ◇ 科学的データ(EBM)と情報公開

Nov. 23, 2007

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

19

## 医療の不確実性

— 質と安全を決定するパラダイム —

1. 医療の「不確実性」: 医療者にとって
2. 医療の「不確実性」: 患者・家族にとって
3. 喫緊の課題

Nov. 23, 2007

T. Fukui, MD, MPH, PhD, St. Luke's International Hospital

20

# 特別講演

The Vision and Strategies of Patient  
Safety Initiatives in The U.S.

1

## The Vision and Strategies of Patient Safety Initiatives in the U.S.

Putting the Patient Back in the Center  
or  
Safety is Quality

Japanese Society for Quality and Safety in Healthcare  
Tokyo  
November 24, 2007

2

## Framework of Presentation:

The U.S. experience (hospital focus).

1. Scope of problem
2. Major organizational participants
3. Vision
4. Culture and safety
5. Changing the Culture
6. Measurement
7. Progress

3

## Scope of the safety problem: in 35,000,000 hospitalizations

- 50-100,000 avoidable inpatient deaths
- 350,000 – 5,000,000 adverse drug events.
- 1,200,000 surgical site infections and equal number of other complications
- 100,000 blood stream infections; 200,000 urinary tract infections
- 600,000 pressure ulcers in hospitals
- 1,800,000 unplanned readmissions within 30 days in older patients.

4

## Major organizations (1):

1. Federal:
  - a. Agency for Healthcare Research & Quality
  - b. Centers for Disease Control
  - c. Centers for Medicare & Medicaid Services
  - d. Food and Drug Administration
2. State
  - a. Licensing and survey organizations.
  - b. Various agencies for various initiatives

5

## Major organizations (2):

3. Non-governmental “independent”:
  - a. The Institute of Medicine
  - b. National Quality Forum
  - c. Institute for Healthcare Improvement
  - d. Accreditors (JCAHO and NCQA)
  - e. Professional certification boards
4. Professional and trade organizations

6

## Vision:

The right care for every patient every time.

-- The CMS Quality Roadmap

- Patient-centered, not provider-centered.
- Absolute: *every patient every time.*

## Culture and safety:

7

U.S. healthcare is not dangerous by chance. Culture issues include

- Denial

## Four Stages in Giving Up Denial

8

1. The data are wrong.
2. The data are right but they do not indicate a real problem.
3. There's a real problem, but it's not my problem.
4. There's a real problem and it's my problem, and I must help to fix it.

-- Donald M Berwick M.D. (after Elizabeth Kubler Ross in *On Death and Dying*)

## Culture Issues:

9

- Denial
- The system is OK, we'll just work harder.

## It's the System...

10

Every system is perfectly designed to produce exactly the results it produces.

-- Paul Batalden,

M.D.(attrib.)

Insanity is doing the same thing and expecting a different result.

-- Albert Einstein (attrib.)

## Culture and safety:

11

- Denial
- The system is OK, we'll just work harder.
- Status issues

## Status and culture

12

Whether it is the difference between

- doctor and patient
- senior doctor and junior doctor
- doctor and nurse

any status difference that reduces communication to improve safety is a safety hazard.

### Culture and safety:

13

- Denial
- The system is OK, we'll just work harder.
- Status issues
- Medicine as art

### Medicine as art

14

- The emphasis on idea of medicine as art creates two safety hazards
- Art is often used to justify unreliability
  - Art and professionalism are often used to justify accountability to peers rather than to patients or science.

### Culture and safety:

15

- Denial
- The system is OK, we'll just work harder.
- Status issues
- Medicine as art
- Paying for silos

### Silos and Payment

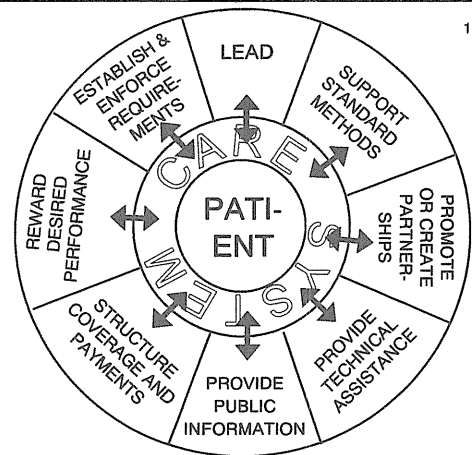
16

- Paying institutions separately nourishes a culture of fragmented care.
- Few payers pay doctors, hospitals, nursing homes, and home health agencies better if they coordinate care.
- The safe solution is to put the patient back in the center by paying for coordination and communication.

### Changing the Culture:

17

1. Name the problem of danger to patients
2. Provide evidence to support the naming
3. Offer hope and celebrate success
4. Identify waste to show safety can be free.
5. Harness idealism, fairness, and transparency.
6. Lead courageously at all levels.



18

## Measurement:

19

1. Three types:
  - a. Processes of care
  - b. Clinical outcomes
  - c. Patient assessments
2. Agreeing on measures is very political; the technical obstacles are often used for political ends.
3. Balancing burden and benefit has been key.
4. The National Quality Forum consensus process has become accepted and effective.

## Progress:

20

- Sentinel events
- CMS-JCAHO-NQF measures
- Publishing performance and the market theory
- Pay for reporting:
  - The Hospital Quality Alliance
  - The ambulatory quality effort

## Progress:

21

- Surgical Care Improvement Partnership Campaign for Nursing Home Excellence
- Hospital-acquired conditions
- Pay for performance
- The IHI Campaigns

## Why Campaigns Matter

22

- They name the problem in the context of hope.
- They recruit providers to support safety.
- They emphasize that we have system problems rather than people problems.
- They sidestep the problems of waiting for government leadership

## Summing Up

23

1. As medicine becomes more complex and costly, the system will become more dangerous unless we fix it.
2. Government leadership is wonderful, but don't wait for it.
3. Courage.



# 特別セミナー

Leadership and Safety

1

## Leadership and Safety: Managers, Insurers, and the Culture of Safety

Japanese Society for Quality and Safety in Healthcare  
Tokyo  
November 23, 2007

2

## Tonight's Approach

- I will speak as I would to an American audience.
- I will leave a substantial discussion period to talk with your help about how well some of these ideas might translate to Japan

3

## Safety = No harm to patients or staff

- No adverse drug events.
- No healthcare-associated infections
  - Venous catheters
  - Urinary tract
  - Surgical site
  - Ventilator-associated
  - Methicillin-resistant staph aureus (MRSA)

4

## Safety = No harm to patients or staff

- No failure-to-rescue
- No failures to follow protocol
- No pulmonary emboli
- No pressure ulcers
- No physical restraints
- No discharges to ineffective care

5

## Safety = No harm to patients or staff

- No needle sticks
- No muscle strains
- No hospital-acquired infections
- No hospital-acquired carrier states
- No injuries from sharp devices

6

## What is the Role of Managers and Payers?

The Centers for Medicare & Medicaid Services and the Institute for Healthcare Improvement have seriously underestimated the importance of hospital managers and boards and insurers in improving safety.

## What is the Role of Managers and Payers? <sup>7</sup>

Unless the top leaders and the top customers are visibly committed to safety, any move toward a culture of safety will be transient.

Managers and payers are responsible for nourishing a culture of safety in hospitals.

If you're not a part of the solution then you are a part of the problem.

-- Eldridge Cleaver

## What is a Culture of Safety? <sup>9</sup>

1. A culture of safety puts safety ahead of hierarchy, money, and tradition.
2. A culture of safety is fair –
  - staff are rewarded for reporting problems
  - staff are not punished for system failures

## What is a Culture of Safety? <sup>10</sup>

3. A culture of safety is honest: Harm to staff and patients is publicly acknowledged and tracked, not hidden.
4. A culture of safety investigates each harm to identify the root cause and to initiate preventive system changes.

## “Walking the walk”: Name the Problem <sup>11</sup>

1. Say to your staff that your hospital has a safety problem.

## Say That Your Hospital Has a Safety Problem <sup>12</sup>

- Despite our best efforts we sometimes hurt patients who come to us for help.
- We cannot accept this. It is not right. The fact that it happens other places does not make it right.
- We will attack the sources of harm, one by one, and steadily reduce them until patients and staff are safe.

13

**“Walking the walk”:**  
**Name the Problem**

1. Say to your staff that your hospital has a safety problem.
2. Involve the board of directors or their equivalent.
3. Know and publicly discuss key safety measures.
4. Repeat, repeat, repeat.

14

**“Walking the walk”:** Trust

1. Assure that the culture is fair and individuals are not punished for system failures.
2. Make visible decisions that put safety ahead of hierarchy, money, and tradition.

15

**“Walking the walk”:** Reliability

- Safety, efficiency, and effectiveness are mostly about reliability.
- Clinicians tend to focus on individual patients and often give reliability lower priority.
- Managers have a special role in leading improvement in reliability of care.

16

**“Walking the walk”:** Change

1. Set a few important, achievable targets.
2. Track progress publicly and personally.
3. When possible, collaborate with other hospitals

17

**Walking the Walk: Save Money**

- Knowing the effect of a change requires profound knowledge of your hospital (consider preventing readmissions).
- Actually achieving the savings requires management skills (consider nursing time)
- Safety should save money for the system, but who gets to keep it?

18

**About the CMS Strategies**

- All of these strategies are as important for conveying the resolve and intentions of the program as for the specific incentives they provide.
- They are a vital part of a cost-containment strategy because there is no new money for safety.

## Some CMS Strategies

- Lead and partner with other stakeholders
- Support standardized safety measures
- Pay for reporting and support public reporting
- Pay for performance
- Don't pay for mistakes

## In Summary

Leadership from both management and insurers is essential to building a culture of safety.

This leadership will require profound knowledge, courage, and a moral vision.

# 特別報告 1

「院内感染の現状と対策」

## 院内感染の現状と対策

武澤 純

名古屋大学大学院医学系研究科 機能構築医学専攻 救急・集中治療医学 教授

タイトルは、院内感染の現状と対策ということですが、院内感染対策はリスク管理であるということと、評価の問題、経営の問題、医療法の問題等に関して、展開していきたいと考えています。

アメリカの IHI (Institute of Healthcare Improvement) で、バーウィックを中心として、CDC と共同で院内感染などの医療事故を防ぎ、10 万人の命を救うために必要な 6 項目の目標を掲げられました。この 6 項目の医療安全のキャンペーンの中で、何と 3 つが院内感染に関連したものになっています。

医療事故と院内感染はどこでフュージョンしたのかということですが、キャンペーンの 6 つの中の 3 つが院内感染であるということは、日本だけではなく、アメリカも、医療安全の中で院内感染対策の果たす役割が非常に重大であるという認識に立っていると考えられることができると思います。

今までの院内感染の課題・問題点に対するキー・クエスチョンとして、院内感染症例は本当に増加しているのか、患者転帰の影響はどうなっているのか、社会負担は軽減されているのか増えているのか、というようなこと挙げられます。しかし、実際には誰も知らないし、興味を持つ人も少ないです。なぜなら、医療政策上、院内感染の優先順位が低いからです。社会的なスキャンダルとして院内感染を扱うマスコミが多いということも考えられます。また、医学研究上の院内感染の重要性というものが認識されていません。さらに、院内感染を担当する医療専門職があまり養成されていないという現状があります。

その結果、何が起きているかという、患者転帰は悪化して、医療不信・不安は増大し、無駄な医療費が増えることになります。そして、患者・家族の社会負担も増える。一方では、皆さんご存じのように、医療従事者が疲弊して病院から逃げ出すというような事態が起きている。

それに対して、何をすべきかということですが、まず、実態を把握しなければいけません。数値に基づいて実態を把握しなければ、改善したかどうかは全く分かりません。つまり、サーベイランスということですが、これは社会負担についても言えます。どのぐらい社会負担があるのか、家族、会社、地域にどのぐらい損失を与えているかを把握する必要があります。また、医療経済や病院経営に与える影響も問題となります。そして、質・安全性の問題から、院内感染対策はどのぐらい影響を及ぼしているか。日本の院内感染対策は欧米と比べてどのぐらい優秀なのか、あるいは劣っているのかを把握しなければいけません。

また、人材育成ができていません。特に、院内感染に関する人材育成は、日本看護協会が一部始めていますが、総体的にはシステムティックな教育が全くなされていません。これは非常に大きな問題だと思います。私は、環境感染学会などに、大いに期待したいと思っています。

研究に関してもやはり少ないと思います。”Evidence Based Medicine(EBM)”といわれていますが、日本から出た論文はほとんどなく、悲惨な状況です。

医療安全、あるいは院内感染対策は、安心・安全・信頼、つまり社会システム全体に対する信頼性が基本です。社会安全保障として機能すべきであって、ここに利益を中心とする市場原理を持ち込むべきではないと私は考えています。すべきことはたくさんありますが、それを実施するには、一人の人間の努力、あるいは一つの医療機関の努力だけではだめだと思います。これは、国全体で取り組まなければいけない問題です。その中心に位置するのは、まさに行政です。

行政、特に厚生労働省の役割は大きいと思いますが、厚生労働省はガイドラインを作ったり、講習会、薬剤耐性菌の発生動向調査、中央会議での政策提言などを行っているのですが、実際には中央会議というのは、政策提言する会議になっていません。科学的・技術的なサポートをするところになっています。それではやはり困りますので、是非、国全体の院内感染対策の政策提言をする中央会議していただきたいと思っています。

学会は、ICD、特に感染症の専門職の養成という課題が非常に大きいと考えています。その次が学術研究だと思いますが、それをもう少し強化する必要があります。最近では地域感染症のネットワークに学会がかなり関与していますので、それも強化していただきたいと思っています。

職能団体である看護協会が、インフェクション・コントロール・ナースの養成を行っていますが、それに関する研究教育も必要です。医療機関は、職員のカリキュラム、学生の教育のカリキュラムを、大学院は感染症に関する専門職を養成するマスターコースを是非作っていただきたいと私は思っています。マスターコースを作るためには、今までの感染だけではなく、ホスピタル・エピテクノロジーやホスピタル・マネジメントなど、つまり戦略論や組織論が必要で、それらを背景にして院内感染対策をしないと、少数の人間の努力と正義だけでは達成できないということが分かっています。

これらのことに関して、評価の軸ということは必ず設けていただきたいと思っています。つまり、患者のアウトカムからの評価です。患者数も大事ですが、アウトカムからの評価、教育の評価、研究の評価が必要です。

未実施の問題もたくさんありますが、これからの時代は、行政に向かって「人をくれ、物をくれ、時間をくれ」と言っても、絶対に与えてくれません。つまり、行政の医療改革の戦略に対して、私たちがどういうものをカウンターパートとして対峙できるか、あるいは提示できるかということが非常に大きな問題で、政策提言ができないような学術団体や協議会は、基本的に社会価値がないと判断される時代が、恐らくやってくると思われれます。



院内感染は、先ほど申し上げましたように、一個人、一病院、あるいは一行政機関だけではなく、みんなで心を合わせて一つの目標を持ってやっていかなければいけない課題です。これは、大きなシステム全体の改善を要します。つまり、アメリカではチェンジ・ストラテジーといいますが、組織をどうやって変えるかということで、これは一組織だけで成し遂げられません。特に、パブリック・セクターはその傾向が強いので、行政機関、学会、病院、職能団体といった全てが力を合わせて院内感染対策に取り組むということが非常に大事だということです。

ドメインというのは、それぞれの大項目ですが、それに対して、ストラクチャー、プロセス、アウトカムのシステム改善を機軸に置いて院内感染対策をしなければいけません。ガイドラインだけ作ってもだめなので、ガイドラインを遵守するシステムと評価するシステムを作らなければなりません。

評価をするということに関しては、基本的には一部署だけで評価するのではなく、院内感染の発生率はそんなに高くないということもありますので、日本全体の取組みとして、一つの病院で1年間データをとってみて、他の病院とどう違うのか比較することが大事だと思います。これは感染率だけではありませんが、そうしたサーベイランスが非常に大事になっています。つまり、自分たちが実際に行っている院内感染対策がどれだけ効果を上げているのか、他の施設と比べてどうなのか見てみるということです。数値化されない改善策は、これからは評価されないと思います。「これだけ頑張っているんだ、これだけ大変なんだ」といくら言っても、誰も評価してくれません。つまり、患者さんや国民は評価しませんし、そうであれば、行政も当然評価しないということになります。そうなれば、職能団体も評価されないでしょう。

従来、日本では行政の力が強かったですが、今はもう官僚の力がかなり疲弊して破綻しているという状況であることを考えると、これから発言をしなければいけないのは、まさにプロフェッショナルの集団であると思います。そこに一番近いのは、現場で患者さんを診ている人たちだということになります。人くれ、物くれ」と言っている状態ではだめで、やはり全体を見た上で考え、自分たちの役割を確定して、全体の動きと調整を図りながら院内感染対策をしていくというような動きをしないと機能していかないと考えています。長谷川敏彦先生が、私と同じようなマッピングしているわけですが、今まで改善の古典的方法としては、構造規制、政府に頼るということでしたが、これからは違います。結果、情報、それから市場原理も考えながらやっていかなければいけません。

少し各論に入ります。

アメリカの CDC が出したデータによると、ICU における薬剤耐性菌による感染症は増えています。MRSA、VRE が 2006 年でもまだ増えています。何が言いたいかといいますと、アメリカの ICU では現在も院内感染は増加を続けているということです。アメリカの CDC あるいは NIEHS の感染対策は、一部の人が非常に教条的に信じてやっていますが、結果として院内感染は増えています。これは、CDC、NIEHS が機能していないということじゃな

いか、と考えることもできます。

では、翻って日本はどうでしょうか。日本は決してアメリカの CDC のように MRSA 感染症、VRC、あるいは多剤耐性緑膿菌が増えているわけではありません。これは一部のサンプリングしたデータですので、それで全て正しいと言うには問題があるかもしれません。少なくともアメリカの CDC、NIEHS のデータを鵜呑みにして対比し、日本は素晴らしいということはできないと思います。また、アメリカは何だかんだ言っても、ちゃんとデータを出していますが、日本はデータが出てきません。

術後創感染の比較データを見ますと、日本の創感染はアメリカの 2 倍になっています。某国立大学のデータによる、SSI の患者が出た場合とそうでない場合、医療費が大体 1 人あたり 120 万円違うということです。

同じように、結核患者、内科患者を MRSA と非 MRSA で比較すると、ある 1,000 床規模の病院で、年間で約 11 億円の余分な医療費がかかっているということです。これは DPC に入る前ですから、実際にコントロールのデータをとって比較したわけです。ケースコントロール・スタディーをやったということですが、11 億円という多大な医療費がかかっているということです。年間 11 億円をどう考えるかということ、日本全体で 60 万病床あるとすれば、特に急性期病床・亜急性期病床では年間約 6,000 億円の損失があるという計算ができます。これは、国立大学の附属病院の年間収入と同じです。収支を向上させるように言われて、一生懸命に人員を配置して、国立大学が稼ぎ出す医業収入が、日本全体で院内感染によって失われている余分な医療費と一緒にだといえます。

私どもが京都大学の今中先生にお願いして、院内感染対策を実施するに当たってどれだけのコストが必要なのかというデータを出していただきましたが、年間で約 6,000 万円かかるというデータが出てきました。患者 1 人当たり、その増分コストを振り分けると一体いくらになるのか。DPC あるいは診療報酬請求の中で、院内感染のコストを入れ込むことを厚生労働省に要求するために、こうしたデータを取っています。

院内感染対策は、無償ではできません。非常に多くの専門的な知識と労働力、いろいろな機材、医薬品等を必要とします。安全も院内感染対策もタダでは買えないわけです。現在は水も空気もタダでは買えないような時代になっていますが、院内感染対策は、まさに病院のインフラ、安全性を支えるものとしてコストがかかるものであり、社会全体で負担すべき問題だということを、厚生労働省、あるいは文部科学省に要求するためのバックデータとして、これを使っています。

DPC は、皆さんご存じのような制度設計になっていますが、院内感染を起こすと、病院の損失部分と社会の損失部分があります。つまり、必要な入院期間、平均的な入院期間を超えて病院に入院するということは、病院の損失もありますが、次に新しい患者が入れないという損失があります。社会的には入院する必要がないのに入院されてしまったという状況があるわけですから、2 つを分けてよく考えるということが必要です。

名古屋大学における MRSA の患者さんについて、DPC を使って、従来の出来高払いと包

括の支払いの差を取ってみたところ、平均で年間約 140 万円の差がありました。患者の重症度等で標準化はされていませんし、リスク調整されていませんが、基本的には MRSA の感染で 100 万円から 200 万円ぐらいの間の損失があると考えられます。

DPC で松田先生の出されたデータによると、術後感染症の中でヘルニア、院内感染を起こしたかどうかという比較ですが、院内感染を起こすと 248 万円で、やはり 100 万円程度の違いが出てきます。これは DPC データですから、何のバイアスもありません。

院内感染を社会コストと考えますと、大体病院は 200 億円の収入があって、年間入院患者は 1.5 万人で、院内感染が 5%発生すると、1 患者当たり 130 万円余分な医療費がかかることとなります。約 10 億円の損失のうち、半分が病院の損失、残りの半分が社会損失ということとなります。その他、職場・家庭・社会の負担は全く計算されていません。

国民医療費は 31 兆円で、基数によって相当データが違いますが、概算すると病院でいったら大体 8,500 万円ぐらいの社会損失になっているということになります。

院内感染は、一つの病院の機能評価、つまりパフォーマンス評価ということになりますが、これからの時代は、「P for P」とか「P for V」、つまり、ペイ・フォー・パフォーマンスといって、「パフォーマンスに応じてお金を払いますよ」、「社会価値をどれだけ算出したかによってお金を払いますよ」というような、新しい財源・予算のアロケーションのシステムができつつあります。

従って、これからは、何を達成したかによって税金が投入される、あるいは保険料が支払われるという時代が来ると思います。それは単に金儲けではありません。例えば、診療報酬が上がるとかいう話ではなく、どれだけ患者や社会にとって有益な、あるいは意味のある社会価値を生み出したかということに応じて診療報酬等が決まるという時代をまさに迎えようとしています。

日本の病院のパフォーマンス評価が今問題になってきていますが、なぜそれが必要なのでしょうか。わが国の医療は先進国でどのような地位を占めるのでしょうか。WHO の報告では、たしか 10 番目ぐらいだったと思います。もっと低いかもしれません。それから、診療科別にみて、心臓外科は世界で何番目でしょうか。誰も知りません。医療のおかげで平均寿命は世界一となったといえる根拠あるのでしょうか。これもないですね。教育しかありません。医療を止めた方が平均寿命伸びるのではないかという極論すらあります。

それから、適正な利益を適正な医療に使っているのでしょうか。つまり、急性期予防、療養型、すべて分けてそれぞれの予算配分をしているのでしょうか。それから、患者に医療、病院を選択する、医者を選択する材料と機会を与えているのでしょうか。医療システムが適正に機能しているという証拠があるのでしょうか。離職率 10%以上の職場に未来はあるのでしょうか。年間平均手術件数 5 例前後の診療科に本当に専門性はあるのでしょうか。まさに日本の病院のパフォーマンスが問題になっているということです。つまり、国際比較の中で決して誇れるような数字が出せてないという現状があるわけです。

今までの医療供給体制、医療の教育体制、研究体制でいいのでしょうか。国立大学ある

いは大学病院を中心とした医療の教育や研究、供給体制で、日本の医療があと10年持つでしょうか。世界に通用する医療ができるでしょうか。私たちは、非常に大きな課題に迫られているということです。ちなみに、日本の医学研究、つまり臨床研究は1990年代から頭打ちです。法人化されたことによってどんどん下がっています。

翻って、欧米は17%アップしています。全体でいうと、2006年の段階で日本の医学研究のレベルは、欧米に比べて、47%低下しています。そういうことも含めて病院のパフォーマンスは非常に問題になっているということです。

これを解決するためには、何をしているかということを出す必要があります。つまり、治療成績を出すということです。医療の質を語るのは結構ですが、数値化して語って下さい。理念的に医療の質を語ってもしようがありません。医療安全も同様です。すべてが数値で解決できるとは思いませんが、少なくとも最低限の基本的な数値はあるべきだと思います。数値のないところで、「しんどい」、「つらい」、「人が足りん」と言っても、どうしようもありません。そういう数値を出さないと、医療従事者はみんな疲弊し、病院はどんどん閉鎖していくわけです。つまり、既に起こっているように、日本の医療供給体制は地方からつぶれていくということです。医療崩壊と叫んでいるのではなくて、既に崩壊していると思います。

病院の経営に関してはもう1回見直さなくてはなりません。経営に関しては、金儲け主義ではなく、「何のために経営するのか」ということが本当の経営です。それを忘れて、病院の中にスターバックスを入れてみたり、宅急便を入れてみたり、コンビニを入れてみたり、本当にそれがいいのでしょうか。患者のアメニティーにとって必要であれば構いませんが、単に病院の金儲けのため、つまり不良人員を解雇しないで雇い続けるためにそういうことをしているなら、言語道断といえます。

パフォーマンス評価に関してはいろいろな多軸性・多層性がありますので、よく注意をしないと誰が何の目的で何を使って何を獲得するためにやっているのか分からなくなります。アメリカでは、消費者団体や製薬会社などがパフォーマンス評価をしています。それらとは違った評価をちゃんとしなければいけません。

病院パフォーマンスの評価は次のように分けられます。ガバナンス、システムの問題、効率性の問題、持続性の問題といった評価軸によって評価されることになります。

実は、国立大学の方も、こうした評価を行っています。自己改善、社会への説明責任、エビデンスに基づく政策提言、事務機能の効率化です。この4つの観点に関して、私どもはデータを取っております。クリニカル・インディケ이터も含めて、安全のデータ、治療成績のデータも取っております。院内感染に関しては、インフルエンザの数、MRSAの患者数、平均在日数を超えて抗生物質を使用した患者の数などを、自動的にデータ収集ができるようなシステムを作っています。国立大学42大学のMRSAの患者数で、名古屋大学は、年間20人で少ない方ですが、年間400人以上MRSA患者が出ている病院もあります。