

なってくるのが生産効率性。より低いコストでよりいい結果が出せるのか。さらにそれが公的保険という使命からいけば、分配効率性、そして公正性といったものが要求されてまいります。

一方病院経営者かというと、基本的にはどうやって組織を継続、存続させていくのかといった視点から、医療の質というものを考えていかなければなりません。その点で重要になってくるものとしては、いかに顧客が満足してくれるか。そして、いかに働いている人が誇り、満足をもって働いてもらえるような環境がつかれるのか。このような形になります。

結局問題としては、質の測定というのは誰にとっての質なのか。さらにそれがどうやって測られるのか。それを誰が作るのか。誰がどのように解釈するのか。そしてそれを実際の改善とか評価、つまり支払い評価などにつなげていくのか。この部分というものは、明示的であるようで実はそれほど明示的ではありません。数字というものは一見客観的のように見えて、実はものすごくポリティクスの世界になっているということでございます。

例えば、これを見てください。これはDPC研究班の京都大学の今中教授の報告書からコピーさせていただいたものなのですが、DPCの狭心症慢性虚血性心疾患経皮的冠動脈インターベンション施行症例における平均在院日数を参加病院の短い順から長い順に並べたものでございます。ご覧のように、1番短い入院期間は3日、1番長いのは17日かかってございます。これをパッと見せられて、どういう反応をするか。これは週刊朝日あたりだと、これで「おお、短い病院はすごいぞ」などと流してしまうわけなのですけれども、当然医療現場からすると「ちょっと待った」となるわけでございます。患者さんはこれを見てどうでしょう。短いのがいいの？ それとも長いのがいいの？ どっちなの。真ん中あたりが安全なのかしら。患者さんはこれを解釈できません。

この手の測定をするということについて、先ほどのリープフログをはじめとしてアメリカはさんざんやってきているので、何となくそれを日本にも持ち込めばすぐできるというような感じがあるかもしれませんが、実はアメリカもそんなに易しい道は歩んでいなかったということについて、これから少しご紹介したいと思います。

最初に70年代、80年代。先ほどのように、医療の内容にはばらつきがあるのだという、非常にある意味当たり前のことが公になるようになりました。そしてそこからばらつきがどの程度あるのか、そしてそれがなぜなのかといったことに関する要因検索が始まりました。それが80年代後半から90年代にかけて、では具体的にそれを測定して評価して改善につなげようということで、いわゆる質の指標であるクリニカルインディケーターであるとか、それを全国の病院などで比較するベンチマークといったような課題が出てまいりました。そして、先ほどのペイ・フォー・パフォーマンスのような支払い評価とか許認可とかいったものにそういう質の評価が正式に使われるようになり出したというのは、主に2000年以降。実は結構歴史は浅いのです。

その中でも1番中心核であったものの一つとして、ジョイント・コミッションというのがございます。病院の評価機構です。日本の病院評価機構が、お手本にしたものでござい

ます。これは51年にできあがったNPOで、病院の質とか適正性、あとは認証を行っています。アメリカの場合、このジョイント・コミッションの認証をもらうことがイコール公的保険、メディケアの償還受給資格になっているという点では、日本と違って支払いに直結している非常に拘束力といいますか、強制権の強い許認可になっております。

実はこのジョイント・コミッションも1989年から医療の質の測定指標の開発というのをしています。これは当時IMシステムと呼ばれているものでした。指標を開発し、それがちゃんと使えるものなのかの妥当性評価研究を行い、さらにそのデータを標準的に出させるために全国統一ソフトウェアをつくって、病院のデータのどこからどういうふうにデータを持ってきて、どう加工してどういうふうな数字にして、どういうフォーマットで電子的に提出するかまで、全部細かいプロトコルを決めました。

実はこれは1997年に全参加病院に義務付けということで1989年当時も言っていたのですが、挫折しました。理由は二つです。一つが、あまりにもギチギチ過ぎてしまったので、もうこれをやれるレベルの病院情報システムを持っている病院からすると、自前のいいものを持っていたので、わざわざIMシステムに合わせるというのはコストベネフィットが合わなかった。一方で追いつかない病院はそんな追加投資までできません。1990年代は、特にアメリカは不況からやっと立ち直ったぐらいの時代でしたので、幾つかの病院にはそういう体力はまだなかったというところでございます。

あともう一つ。ここがアメリカらしいのですが、実は、幾つかの病院や団体などから、「これは独占禁止法違反だ」といって裁判を起こされました。つまり、全く統一規格でやれということは、イコールそれですべて支配するという形になります。さすがに市場原理の国アメリカでして、独占禁止法だという訴えを出されて防御し切れなかったために、結局これはつぶれました。ただし、これがどういう波及効果をもたらしたかといいますと、これのおかげで質を測定するためのベンチマーク会社というのが雨後の筍のように、全米で数千できあがった。これが実はその後の展開につながっています。

独占禁止法で文句をつけられてしまったものですから、新しいシステムとしてOryx(オリックス)というシステムをつくりました。これは前のIMシステムでつくった指標の一部を転用しまして、内容だけ決めておいて、あとはそれさえ満たしていればどんな指標を使っても結構です。それを最終的にジョイント・コミッションが認証したらそれを使っていよいよ、というのをつくりました。これは2004年から最低3領域の測定を義務付けるという形になっていて、さらにこれがこの後、メディケアの担当である、日本でいうところの社会保険庁に相当するCenter for Medicare and Medicaid Services(CMS)のほうとジョイントでこの質測定指標、ベンチマーク事業が進んでおります。

現在これはホスピタル・クオリティ・メジャーという形で、このJointcommission.orgのところを見ていただくと、誰でも見られるようになっています。あと、同じようなのがCMSでも見られるようになっています。領域としましては心筋梗塞、心不全、肺炎、外科処置、周産期治療。この領域で、例えば心筋梗塞の場合、入院してきてどれぐらいすぐにアスピリンを飲ませたかとか、退院するときベータブロッカーを飲ませたかとか、大体

そういうプロセス系の指標が主です。アウトカムは入っていません。なぜかといいますと、アウトカムの場合、患者さんの重症度の補正という非常に難しい問題を抱えます。その結果、ほとんどはプロセス指標という形になっています。

もう一つ同時並行で動いていたのが、NCQAというものです。これもNPOなのですが、こちらは主に医療保険のほう、アメリカですから民間医療保険が動いているわけですが、その質の適正評価というのをやっています。主に外来系で、禁煙指導をやっているかとか、乳がん検診をちゃんと被保険者にやらせてもらっているかとか、抗鬱病の薬物治療の管理をちゃんとやっていますかとか、そんな感じのもので、これがHEDISと言われるベンチマークデータセットに従ってデータ提出が要求されています。これも当初、実はかなり怪しいといいますか、幾つかのヘルスプランがずるをして、いいデータだけ出してデータ信頼性がかなり疑問視された時期があったのですが、現時点では今、これが中心的なベンチマークの一つになっています。

先ほどのジョイント・コミッションはNPOで、病院協会でありますとか医師会とか看護協会とか施設協会とか、そういったものがバックになっていますが、こちらのNCQAは、バックについているのが実は保険会社および企業の代表です。なぜかといいますと、民間保険、アメリカは大企業の場合、企業が買って従業員にあげています。つまり、幾らこの保険料を払って幾らの結果が出るかは、実は企業にとってはものすごく大きい負担になっています。例えばフォードだとかGMとか、あそこら辺が一時期競争力を失った理由は、まさにこの保険料が年々高くなってしまったというのが非常に大きい問題として挙がっていました。実はこのNCQAなどが動いたバックには、経済界側からの要請という、非常に強いものがあったということになります。

こういう形で、いろいろな公的もしくは民間系のクオリティ・インディケーターが出てきてしまって、病院からするとあっちに合わせなければいけない、こっちに合わせなければいけないという混乱が出始めました。1998年に当時のクリントン大統領の大統領諮問委員会の提言を受けまして、1999年からNational Quality Forum(NQF)というのができあがりしました。消費者、企業、医療関係者、ヘルスプラン、つまりあらゆるステークホルダーを集めた形の委員会をつくって、ここでそういう尺度の、言ってみれば整合性をうまくコントロールする、交通整理をするというような形が行われています。現在この質評価基準はNQFの承認を受けて初めて効力を持つという形になっています。

さらにもう1個。先ほど池田先生のスライドに挙がってきましたリープフロッグ(Leap Frog)というもののなのですが、これは2000年からできあがった比較的新しいNPOです。これも実はバックグラウンドについているのはビジネス・ラウンド・テーブルという、大企業のエグゼクティブメンバーが中心になってつくっている、言ってみれば大企業上層部のクラブのようなところがございます。ここがやはり、医療サービスを購入するための費用対効果を向上させるということを中心的な目的として、このリープフロッグをつくっています。それで先ほどのように、病院指標としてICUの配置うんぬんというのをやっています。一応リープフロッグのホームページにも書いてあるのですが、これは主に

基本的には都会地区の、しかも予定手術患者のみ、つまり待てる処置のもののみ対象にしています、と言っています。これは要するに、集約化が可能なものだけということです。救急とか地域でやらなければいけないような日常診療、そういったものは一切含んでいませんというふうに書いてあります。

実はこのリープフログがいろいろな指標を出しているのです。例えば手術年間件数、先ほどCABG（冠動脈バイパス手術）が400件以上とか、そういうものが出ておりましたが、これに関しては、いわゆるVolume-Outcome Relationshipというのが本当にあるのかわからないのかということについて、リープフログ対専門学会の熾烈な戦いが過去5年間続いています。主立った臨床系の雑誌を見ますと、リープフログ系に近い雑誌で、リープフログの研究者が「ボリュームが多いところほど安全だ」という論文を出しますと、専門学会は自分のところの専門学会で、「いや、リープフログが言っているようには出なかった」というような論文を出して、両者が平行線をたどり続けている。何か、学術雑誌を使ってお互いに政治論争をやっているというのがずっと続いております。

しかし、一方で進んでしまっているのは病院ランキングの事業です。1990年代、まだこれは一部の公的な作業としてやられていました。例えば1990年代のニューヨーク州では州の事業として、心臓のバイパス手術、CABGの手術成績を、医師別、病院別に公表するというのをやりました。しかもそれは一応重症度補正というのを統計学的にやった、死亡確率信頼区間付きというもので出しています。見てみると、何とか病院の誰々が何人切って何人殺した、しかもそれが患者の重症度を補正してみても、なおその信頼区間を上回る数を殺している、のようなことが全部データとして出たというものです。

これが発表された結果として何が起こったか。確かにニューヨーク州は死亡率が下がりました。下がったのですけれども、その主立った理由は何か。病院が気を付けるようになったというのもあるのですが、重症の患者さんはニューヨークで切られなくなったというのがあります。実はニューヨーク州の周りの州は一気に死亡率が上がったという、非常に皮肉な結果を招いています。

さらにこの手のものに基づいて、本当に患者さん、それから外科医に紹介する循環器内科医が、紹介のパターンを変えたのかどうかということ調査した別途の研究もございます。これも限られたデータではあるのですけれども、その研究によれば、実はあまり参考にされなかったというふうに言われています。紹介する医師としては、「いや、そのデータだけで本当に表現できているとはとても思えない」と。基本的にはやはり地域の中で個人的なつながりで「こいつは頼めるやつだ」といった形で、いってみればコミュニケーションを重視していたというところがあります。患者さんのほうも、いくら成績がいいと言われても、基本的に医療というのは地場産業でございます。ワシントンに住んでいる人が、「そんなに素晴らしい人がいるのか」といってわざわざ飛行機で飛んでサンフランシスコに行くというのはなかなかあるものではございませんでした。

しかし、そうは言ってもこの病院ランキング、先ほどのベンチマーク事業がCMS、それからジョイント・コミッション、リープフログ、さまざまなものができ上がっていつ

た結果、現在、花開いています。先ほどリープフログのホームページの図を池田先生が見せてくださいましたが、見てみると本当におもしろいです。自分が住んでいるところの住所のジップコードを入れて市の名前を入れると、そこにある病院がダダダダと出てきて、どういう質です、というのが書いてあるというふうになっています。

先ほどから挙がっている話で少し「あれ？」と思っている方がいるかもしれません。プロセスのデータはあるのですが、何件事故を起こしたかとか、どういう安全措置をとっています、という安全関係の指標は一切今まで含まれたことがありません。実は安全というのは指標化されたことがないのです。

このプロセスデータに関しては、レオナルドの今年度の論文の中にも書かれているのですけれども、例えばジョイント・コミッションのクオリティチェック、それからリープフログのホスピタル・クオリティ・アンド・セーフティー・サーベイ、CMSのホスピタルコンペア、これを全部比較してみたという研究があるのですけれども、指標の構成も内容も質もバラバラで、ランキングそれぞれでやらせると、全然違う結果が出る。そこでレオナルドたちは専門家も交えた指標開発と指標の質向上が必要だと主張しているのですが、雑誌を見ていただくと分かるように *Archive of Surgery* ですので、外科医の利益を代表しておりますので、本当かどうかといったところはこれまた疑問の残るところでございます。

さらにもう一つ、支払いに実際本当に突入してしまったのが、先ほど池田先生からもご紹介がありましたCMSのペイ・フォー・パフォーマンス (Pay for Performance) です。先ほど挙げたような指標、例えば心筋梗塞の患者にベータブロッカーを飲ませたか、のような感じの指標が5領域に渡ってあって、その成績ごと病院をランキングして、二百何病院か参加したのですけれども、上位の10%にはボーナス払いをする。下位の10%はペナルティで下げるという予定でやっていましたが、実は3年間はボーナスはつけるけどペナルティはつけないという形で実験を行っています。

ただ、「ペナルティ付けて2009年から本格導入せよ」というのが、米国議会の決定事項です。実はこれ、議会の政治先行で決まってしまったものなのです。その背景にあるのは先ほど申し上げた経済界からの要請です。これ以上金はかけるなど。限られた金でより効率のよいことをやるためには、悪いところから金をはがして、いいところに金を付けろという話です。したがってこのペナルティ方式については、議会は絶対に譲らない格好になっています。

ところが問題として挙がっているのは、確かにペイ・フォー・パフォーマンスに参加した病院では指標が改善しています、というのが、これは医学界では非常に権威のある『ニューイングランドジャーナルオブメディスン (New England Journal of Medicine)』に、学術的論文として既に発表されています。ただし、よくよく中身を見てみると書いてあるのですが、結果がよくなったのは都会の大学病院で、結果が悪くなったのは地方の中小病院であった、という結果が出ています。つまり、地方、都市格差を広げる格好になってしまったという形になっています。

ましてやこれが支払いにくついった場合、弱いところからはがしていいところに付けることになります。そうなるとういうことが起こるか。ますます都会の病院は栄えて、ますます地方の病院は廃れるという格好になってしまいかねない。そこで、実はこの論文の筆者たちは、「ペナルティ方式はやめて、一定の水準に上がったならボーナスをつけるという加算方式にしたほうがいい」ということを提言しています。多分、議会はそれは飲まないと思います。

ここから先はちょっと価格の話になります。先ほどから、社会的な額としてこれだけのものが費用としてかかっているということについてお話しありました。その計算の仕方にはいろいろなやり方がある、実はやり方が混ざっています。大きく分けると、キャッシュフロー方式と期待費用方式というのがあります。

キャッシュフロー方式というのは、我々がそれをやるために幾らかけたかという原価計算方式です。ただし、こっちの欠点は何をそれで生み出したのか、その価値がかけただけのことであるのかということ、支払ってくれる消費者なり保険者なりにちゃんと示す義務がこちら側にあります。例えば安全対策としてこれだけの金を使って人員を配置しました。OK。それで何が生まれたの？ 安全の弱点はここにあります。何も起こらないのが安全なのです。だから、結果が出せないというところがあります。

一方で期待費用方式。こちらはそれをやった結果、これだけの人員の損失であるとか人命の損失だとか、そういうのが避けられたという形で生み出したものの価値は出せます。一方こちらの弱点は何かといえば、誰がその金を払う責任があるのかという議論が残ってしまうところ。この部分で支払い方式につなげるというのが非常に難しい。結局アメリカの場合も、この部分に関しては評価にも支払い方式にもつながっていない、水面下の戦いになっているわけです。

なぜこういうことが起こるのかについて、ちょっと満足の解剖学という話でやってみたいと思います。こういうことです。これは満足の領域でよく使われている Kano モデルというものなのですが、横軸が「何かをやっている」、「やっていない」。縦軸が満足度だと思ってください。実は満足には3種類あると言われています。一種類は、やっていなくても不満にはならない。ただ、やってもらおうと満足になるというものです。これは豪華な病室のようなアメニティ部分です。一方で、やっていないと批判は受けるけれども、やっているからといって別に満足につながらないというものです。これはベーシック(basic)とかマスト(must)というような言い方をされます。つまり、やっていなければいけないことだと。安全というのはこの部分なのです。だから評価してもらえないという、非常に悲しい宿命を持っています。結局表面に出てくるものは何なのかというと、やればやるほど満足が上がるし、やらなければやらないで不満になるというものです。結局この部分を見せやすいのが、先ほどのような診療行為のプロセス評価のようなものになってしまうというところが非常に難しいところ。

ということで、ちょっとまとめをさせていただきますと、結局難しいところはどこにあるのか。質は多次元であり、ステークホルダーがいろいろいて、その政治的關係で決まる。

アメリカだって実はそれほどのんびりした話ではなく、経済界からのすごく強い要請でやられました。何が質かは、そこで決まってきます。そして客観的指標というのはすごくつくりにくい。妥当性の確保もすごく難しい。ましてや解釈になれば割れます。そして最後の Kano モデルでお見せしたように、安全とか医学的質というのは、我々専門家が流した汗と消費者が享受するものとの間をつなぐ何かをちゃんと示さないと、なかなか評価はしてもらえない。ここに最大の弱点があるのではないかと思います。

質と安全；
測定可能性と支払評価の壁

東京大学大学院公共健康医学専攻
橋本英樹

医療の質向上への取り組み

1. 組織的取り組み、連携が必要(個人の努力だけでは限界)
2. 医師・看護婦だけでなく事務を含めて相互理解が不可欠
3. プロセスの標準化と役割分担の明確化
4. 数値を使った目標管理・評価

↓
医療サービスの全プロセスを通じて責任分担が明確に
患者様にもサービスの流れや目的が理解できる

↓
責任性 (Accountability)と透明性 (Transparency)

数値に基づくためには

1. 出された数値は信頼でき、
かつ妥当なものでなくてはならない
2. 誰の目にもわかるものでなくては
ならない

「医療の質」に関心をもつ人々

患者 = 消費者意識・人権意識の高揚
医療情報の氾濫、「伝説」の崩壊

国・保険者 = 医療費増大・財政圧迫
「限りない資源の効率的分配」

医者 = 高度専門化、膨大な情報、速い革新
副作用や医療事故リスク

病院経営者 = 競争激化、効率経営

医師の関心は？

医学的にまともなことをしてるかどうか？

1. 効能 (Efficacy)
理想条件で行った治療がもたらす臨床的成果
臨床比較試験によって確認される
2. 効果 (Effectiveness)
通常条件で行った治療がもたらす臨床的成果
日常のモニタリングが必要
3. 適正さ (Appropriateness)
効果が損失・損傷を十分に上回っているか？

患者の関心は？

自分の求めるものが満たされたか？

1. コミュニケーション (Communication)
説明を受けて納得、不安を解消
2. 満足 (Satisfaction)
なやみが医学的・社会的・心理的に解決したか？
3. 統合性 (Integration & Coordination)
最初から最後まで面倒みてくれるか？連携は上手か？
4. 過ごしやすさ (Amenity)
安らかで安全、便利な治療環境

国・保険者の関心は？

限りある資源を国民のために有効利用できたか？

1. 生産効率性 (Productive efficiency)
より低いコストでよりよい結果が出せているか？
2. 分配効率性 (Allocative efficiency)
他の政策 (例えば教育や産業) と比較して医療に投資するのは妥当か？
3. 公正性 (Fairness)
すべての国民に等しく恩恵が及ぶか？

病院経営者の関心は？

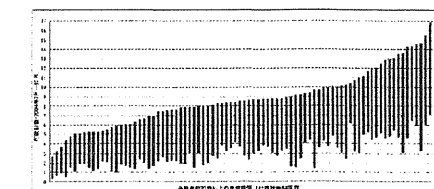
組織を存続できるか？

1. 内部外部分析 (Internal/Environmental Analysis)
なにが求められているか、なにができるか？
2. 管理会計 (Differential Accounting)
どのサービスがどの程度収益を出しているか？
2. 従業員の満足 (Working Satisfaction)
働く者が誇りと喜びを持っているか？
3. 顧客満足・忠誠 (Customers' satisfaction & loyalty)
固定客確保・新規客の呼び込みができるか？

質の測定

- だれにとっての質か
- どうやって測るのか
- だれが、どのようにそれを解釈するのか
- どうそれを改善につなげるのか
- どうそれを「評価」につなげるのか、だれが評価するのか

狭心症・慢性虚血性心疾患の経皮的冠動脈インターベンション施行症例における平均在院日数 (N = 4,708)



H18 診断群分類を活用した医療サービスのコスト推計に関する研究 平成18年度報告書 17年度データ、別冊7 今中、松田ら

アウトカム研究の発展 (米国の場合)

- 医療のばらつき (small area variation) の研究 (70-80年代)
ばらつきの実態と要因検索
- 医療の質の測定評価と改善 (90年代)
質の指標 (clinical indicator)
ベンチマーク (比較) とリスク補正問題
- 許認可、支払い方法などへの反映 (2000年以降)
Joint Commissionによる accreditation
CMSIによる Pay for Performance (P4P) 実験

Joint Commission (2007年までは Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO))

- 1951年設立のNPO
- 病院の質・適性の評価と認証を行う機関
- Joint Commissionの認証は公的保険 (MEDICARE) の受給資格になっているので、拘束力が強い

1989年～
医療の質の測定指標の開発 (IMSystem) が開始

- 指標計算のためのデータソースや集計方法まで厳密に指定
- 当初1997年には全参加病院に義務付けるはずだったが挫折
- ただしそのおかげでベンチマーク会社が乱立！

Joint Commission
(2007年まではJoint Commission on Accreditation of
Healthcare Organizations; JCAHO) (つづき)

指標を一部転用した、より拘束力の弱い、現在のORYXシ
ステムに変更、2004年から最低3領域の測定を義務付け
(ただしORYXは、一定の条件さえ満たしていれば、どのよ
うな指標でもよいことになっていて、統一・比較性にやや問
題が残っている)

2004年からはCenter for Medicare and Medicaid
Service(CMS)と共同 → “Hospital Quality Measures”
心筋梗塞、心不全、肺炎、外科処置、周産期治療、小児喘
息の5領域がある(主にプロセス指標)

<http://www.jointcommission.org/>

The National Committee for Quality Assurance (NCQA)

こちらもNPO, おもにhealth plan(医療保険)の質・適性評価
や認証を目的に1990年に設立、保険会社・企業代表などか
ら構成される(企業は保険を購入する側にいる)
<http://web.ncqa.org/>

Healthcare Effectiveness Data and Information Set
(HEDIS) (ほぼプロセス指標のみ)

- 禁煙指導
- 抗うつ病薬物治療の管理
- 乳がん検診
- 子宮頸部がん検診(スメア)
- 小児の予防接種
- 包括的糖尿病ケア
- 高血圧治療管理
- 周産期ケア
- 心筋梗塞後のβ遮断薬処方

National Quality Forum (NQF)

President's Advisory Commission on Consumer Protection and
Quality in the Health Care Industry(1998) の提言をうけて1999年
にワシントンDCに設立された。

- 消費者、企業、医療関係者、ヘルスプラン、研究者・研究組織など
などから構成される。
- Joint CommissionのORYXも、NCQAのHEDISも、CMSなどそ
の他の組織などがばらばらに動いては、病院機関が対応できなくなり、
効率も悪いので、NQFが全体のまとめ役として機能
- それぞれの質評価基準はNQFの承認を受けて初めて効力をもつ
ものとされている

<http://www.qualityforum.org/>

Leapfrog

- NPO (2000～)
- Business Roundtableにより出資されてスタート(大企業
CEO協会)
- 医療サービス購入の「費用対効果向上」が目的
- 病院指標(ICUの人員配置基準、IT化、手術年間件数に
よる指標)の公開
- 都会の予定手術患者(集約化ができる)のみ対象
- 専門学会との間での「volume-outcome relationship」や
「人員配置基準」の妥当性をめぐる論争

病院ランキング(90年代の先行例)

- New York州でのCABG手術成績の公表医師別、
病院別
 - 「重症度」補正+死亡率の信頼区間つき
 - 確かに死亡率は下がったけれど....
- 紹介パターン
 - 紹介先の内科医は参考にせず(地域内での連携、コ
ミュニケーション重視)
 - 患者も参考にせず(いくらelectiveでも遠くにいけない)

病院ランキング (その後)

- 2007年現在、全国版でJoint Commission
(Quality Check), Leapfrog (Hospital Quality and
Safety Survey), CMS (Hospital Compare), ほか民
間営利ものも複数
- Leonard MJ, et al (Arch Surg, 2007;142;863-)
 - 指標の構成、内容、質はばらばら
 - ランキング結果も一致しない
 - 専門家も交えた指標開発と向上が必要(？)

Pay for Performance

- CMSで実験的に開始、2009年までに導入？
- 主にプロセス指標で評価、上位がボーナス、下位はペナルティ減算(ただし初期は減算保留)
- P4P参加病院で指標の改善
- ただし都会の大学病院と地方病院の差として顕れてしまった
- 一定の基準以上のものに加算という方式にすべきとの意見はあるが、もともと「資源効率化」のために議会が導入を先行決定

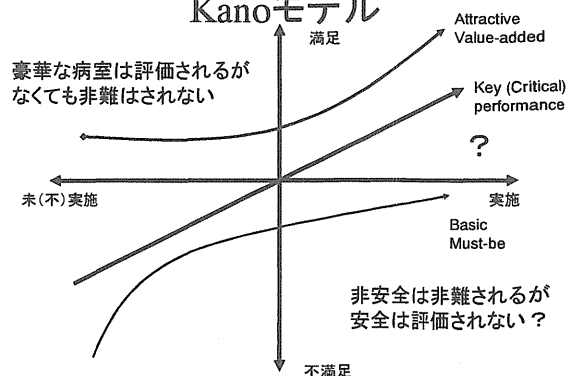
価格の設定

- Cash-flow 方式
 - いくらなににかけたか(原価計算方式)
 - 対価を払う価値として、なにを生み出したか？
 - 適正価格であるという基準はなにか？
- 期待費用方式
 - 期待費用(回避された事故・人命損失)=限界利益・費用で計算
 - 回避された結果は誰の視点か、どう金銭化するか
 - だれがそれを支払うのか

満足の解剖学

- 何故不満？
- 何故満足？
- 医療費は安い、質もそう悪くない(医師はぶっくらぼうかもしれないが、米国だって実は結構ひどい)
- なんのになぜ不満？(海外との比較)

Kanoモデル



まとめ

- 質は多次元、ステークホルダーの政治的力関係により、なにが「質」かは決まる
- 「客観的指標」の作成は技術的にも妥当性の確保が難しい
- 安全や「医学的質」は、専門家が流した汗と、消費者が享受するものとの間をつなぐコミュニケーションがないと価格化は困難

以下予備スライド

重症度(リスク)補正

- ・ ケースミックス分類(diagnosis related group)による方法
- ・ 重症度スコアの作成
古典的には疾患重症度(e.g. NYHAなど)より複雑なものでは APACHEなど (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) MedisGroupなどの商標登録のものもある
- ・ 併存症スコア
Charlson comorbidity indexなど
- ・ リスクモデルの作成(e.g. 米国胸部外科学会モデル)

ばらつきの要因と対策

1. 構造 → 制度や施設機能、地域補正
2. 患者特性 → 患者重症度の補正
3. 医療判断や行為内容のばらつき
→ ガイドライン、診療標準化
専門教育・専門医制度

質の指標化(clinical indicator)

2つの指標

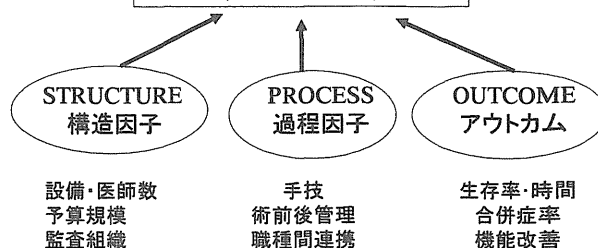
Sentinel カウント(1つでも起こればflagged)
Rate 実施割合や発生割合

Sentinel は重大事故などの場合に用いる
ほとんどはRate-based indicator

Indicatorの例

急性心筋梗塞入院患者にアスピリンが投与されている割合
急性心筋梗塞、退院時にβブロッカーが投与されている割合
乳がん患者で、estrogen receptor病理診断をしている割合
出産例のうち、帝王切開されている割合
喘息患者の退院例のうち一ヶ月以内に再入院する割合

医療行為を評価する3つの視点
(Donabedian)



改正医療法による病院機能の評価

都道府県は利用者に対して、適切に
医療資源の内容・機能に関する情報を提供
しなくてはならない

手術実績、専門医有無ほか
当初は臨床指標もいれるという話だったが ?

地域医療計画で求められる病院機能

- ・ 地域医療計画における役割機能の明確化
- ・ 経営効率性と透明性(公益性)
- ・ 都道府県保険者に与えられる独自裁量
- ・ 消費者に「情報を伴った自由な自己決定」

→ 地域医療体制に対し病院がどう貢献しているのかを明確にする「事前的」評価係数が
必要

シンポジウム 1

「岐路に立つ医療－「崩壊」から再建へ」

SY1-1

崩壊への要因

小松秀樹

虎ノ門病院 泌尿器科部長

私の話は学問ではなくて、政治的なものであるということをお断り致します。医療を崩壊させるための既存のリスクとしては、医療費抑制、適切な社会思想の崩壊、マスメディア、厚労省、司法、医事紛争の公平な処理システムの欠如、医療の質向上の努力不足があったと思います。

次に、新たなリスクです。現在考えられている対策そのものが、もろ刃の剣となってリスクになる可能性があります。医療事故調については後で詳しく述べます。私は、従来の司法判断にはリセットが必要だと思っております。その立場から見ると、ADRは問題のある司法判断の大量コピーの生産マシンになる可能性があります。無過失補償は、紛争の終点にしなければ大量の民事訴訟の起点になります。安全対策も、個別的事故を安全対策の入り口にすると対策が膨大になり、現場を疲弊させます。

直近の大きなリスクです。10月17日、医療事故調についての厚労省の第二次試案が発表されました。冒頭の理念部分の問題点です。「医療が安全・安心」と書かれています。安全という状態は医療にはありません。安全はリスクと同義で、変数にすぎません。また、安心は個人の心の問題であり、医療側の問題ではありません。中西準子氏は、「安心は生きている間にはなかなか得られない。得られるとすれば、個人が自己との闘いの末、ある一種の欲求を捨てることと引き換えに得られるもののような気がする」と説明されております。「安心・安全の医療」はどのような医療なのか、実際の医療の中では定義不可能です。幻想と言っていると思います。

「遺族の願い」は、1997年に加藤良夫弁護士が作られた冊子にあった『被害者の願い』から取ったものと思われます。元の冊子では、冒頭に「原状回復」という願いが置かれていました。さすがにこれは無理なので省かれたようです。気持ちとしてはよく理解できます。ですけれども、やはりむちゃな要求だというふうに思います。「被害者だと自分で思っている人たちの願いをそのまま受け入れると、医師はキリスト教徒のように原罪を負った存在で、慈悲により免罪されるべき存在となる。医師の立場はあまりに弱くなり、士気を失い、サービスの低下を招く。」このように、加藤弁護士に申し上げたことがございます。

「診療行為に関連した予期しない死亡」は、何の問題もない普通の医療でもしばしば発生いたします。第二次試案は、このことを考慮せずに極端な例を念頭に、「恨みは正当なものである」として調査を実施するというふうに理解されます。これは刑法に似ております。刑法総論は、殺人を念頭に置いているという印象をうけます。殺人を念頭に犯罪を定義し、それをほかに広げます。このために、組織事故を扱う過失犯罪では、かなりの無理が生じます。刑法は応報が目的であり、その結果が社会に何をもちたらずか、検証をあまりしませ

ん。

第二次試案の理念全体として、「安全・安心な医療」という幻想に基づいているように思います。医療が不確実であるということは書かれてはいるのですが、全体としては矛盾があるというふうに思います。

次に、組織と運営の問題点です。

1) 委員会は、医療従事者、法律関係者、遺族の立場を代表する者によって構成される。

どのような調査なのか。医学的認識、法的評価、感情的評価がこれだと一緒になります。これ非常に大変なことになる。

2) 医療関連死の届け出を義務化して、怠った場合の何らかのペナルティを課す。

3) 行政処分、民事紛争および刑事手続きにおける判断が適切に行われるよう、調査報告書を活用できることとする。

4) 行政処分は委員会の調査報告書を活用し、医療審議会等の既存の仕組みに基づいて行う。

全体として、責任追及が大きな目的になっています。我々がやっている院内の調査委員会の運営をするこつは、査問委員会にしないということです。第二次試案が実現すると、病院内の調査委員会では闊達な意見交換が無くなります。非常に暗いものになると予想します。院長と医師の間に疑心暗鬼が生まれます。事故調査と個人の処分の連動というのは、世界の常識に反します。

理解するためにメディアに置き換えます。

1) 報道被害調査委員会を総務省に設置する。

2) 委員会は報道関係者、法律関係者、被害者の立場を代表する者より構成される。

3) 報道関連被害の届け出を加害者の側の報道機関に対して義務化し、怠った場合にはペナルティを課す。

4) 行政処分、民事紛争および刑事手続きにおける判断が適切に行われるよう、調査報告書を活用できることとする。

5) ジャーナリストの行政処分のための報道懲罰委員会を、8条委員会として総務省に設置する。調査報告書を活用して、ジャーナリストとして不適切な行動があった者を処分する。

このような異様な制度があったのは、全体主義国家だけです。ジャーナリズムは抹殺されました。

第二次試案発表の2週間後、11月1日、自民党でヒアリングがありました。診療関連死調査分析モデル事業、日本医師会、病院団体が呼ばれ、賛否の表明を迫られました。これに全員が賛成致しました。自民党は、多くの医師が第二次試案に賛成していると理解してしまいました。実際には、パブリックコメントでは反対が大半でした。

これが実現するとどうなるか。

厚労省が強大な権限を持ちます。行政、司法、被害者代表が医療システム内に入って、網羅的に責任が追及されます。おびえながらの医療になるというふうに思います。医療シ

システムの自律性が破壊されます。全体主義国家では、医療の進歩は止まりました。社会システムは内向きのシステムです。自民党総務会で、市民団体、社民党、共産党関係者が多数を占めると、自民党は成立致しません。この制度は、医療崩壊を加速させます。内部の統制は内部で、外部からの統制は外部から行うべきだというふうに思います。

厚労省は責任を担えるでしょうか。厚労省はメディア、政治家らの攻撃を受け続けてきました。政府の抱える深刻な紛争の大半は、厚労省に集中しています。厚労省は、憲法上政治の支配を受けます。一方的にたたかれても、ひたすら耐えないといけない。しばしば、非難の当否にかかわらず相手の論理を受け入れざるを得ず、時に身内を切り、現場に無理な要求をしてきました。結果として官僚は疲弊し、官僚にも「立ち去り型サボタージュ」が蔓延しております。外から判断を押し付けられるような状況です。

判断の自律性が担保できず、感情論に流されます。

厚労省に大きな権限を与えることは、極めて危険だというふうに思います。

現場の医師のやるべきことです。第二次試案に反対なら、反対であることを示さないといけません。既に、医師は全体が賛成だと思われるわけです。モデル事業、日本医師会、病院団体に抗議して、意見を撤回させる必要があります。

果たしてそれで問題は解決するでしょうか。

日本医師会と勤務医の関係です。日本医師会は発言権を強めるために、勤務医の加入を推進してきましたが、開業医の利害を代弁し、一貫して勤務医の利害に冷淡でした。結果として、勤務医はだしとして使われてきたと言ってよいと思います。今回は、第二試案に賛成して勤務医を裏切ったというふうに思います。勤務医を「第二身分」に置く限り、日本医師会との真の協調は無いと思います。理不尽なルールは医師会の正当性を阻害し、開業医の利益を損ねているというふうに思います。

当面の課題です。

1) 勤務医の団体を作る必要があります。

これは午前中の鼎談で、国立がんセンターの土屋先生も非常に何度も強調されておりました。

2) より安全な医療を提供するための勤務環境改善を含めた環境整備を行う。

とにかく勤務医が意見を述べないといけない。

3) 再教育を主体とした自立的処分制度を立ち上げる。

被害が無くても不誠実な医療というのは、問題にしないといけないというふうに思っております。これについては、三重大学の木田博隆先生を中心に、若い医師が組織横断で集まって、外国の文書の翻訳や調査をやって情報を発信する。そういう計画が今、進行中です。

学会でこのような政治的発言をすることは問題があるかもしれませんが、学問だけで医療の質を高めることが難しいということも確かでございます。「韓非子」という中国の思想家の政治思想の基本概念に「勢」、これは勢いという字を書きます。「勢」というものがあります。これは言説の実効性を高める作用というふうに定義できるかもしれません。「権勢」

とか「大勢」、「趨勢」などという言葉に表れております。社会を動かすには「勢」、これを意識して作り出し、それをつかみ取る必要があります。皆さまの今後の意思表示と行動に期待をしております。

崩壊への要因 既存のリスクと新たなリスク

虎の門病院 泌尿器科
小松秀樹

医療を崩壊させる既存のリスク

医療費抑制
適切な社会思想の崩壊
マスメディア
厚労省
司法
医事紛争の公平な処理システムの欠如
医療の質向上の努力不足

医療を崩壊させる新たなリスク

医療事故調: やり方によってはリスクになる
ADR: 従来の司法判断はリセットが必要
やり方によっては過去の問題ある司法判断の
大量コピー生産マシンになる可能性がある
無過失補償: 紛争の終点にしなければ大量の
民事訴訟の起点になる
安全対策: 個別的事故を安全対策の直接の入り
口にすると、対策が膨大になり、現場を疲弊
させる

直近の大きなリスク 医療事故調
10月17日 第二次試案
理念部分の問題点

「医療が安全・安心」
安全はリスクと同義で変数 安心は個人の心の問題
「予期しない死亡が発生した場合に、遺族の願いは、
反省・謝罪、責任の追及、再発防止」
「これらすべての基礎になるものが、原因究明」
原因究明から反省・謝罪、責任追及へ
「遺族の願い」を前提としてよいか？

医療が不確実であるという事実と矛盾

直近の大きなリスク 医療事故調
10月17日 第二次試案 組織と運営の問題点

- 1)委員会(厚労省に所属する八条委員会)は「医療従事者、法律関係者、遺族の立場を代表する者」により構成される。
- 2)「診療関連死の届出を義務化して「怠った場合には何らかのペナルティを科す」。
- 3)「行政処分、民事紛争及び刑事手続における判断が適切に行われるよう、「調査報告書を活用できることとする」。
- 4)「行政処分は、委員会の調査報告書を活用し、医道審議会等の既存の仕組みに基づいて行う」。

院内調査委員会の議論は疑心暗鬼
事故調査と個人の処分の運動は世界の常識はずれ

第二次試案:メディアに置き換えると

- 1)「報道被害調査委員会」を総務省に八条委員会として設置する。事務は総務省が所管する。
- 2)委員会は「報道関係者、法律関係者、被害者の立場を代表する者」により構成される。
- 3)「報道関連被害」の届出を「加害者側」の報道機関に対して義務化し、怠った場合にはペナルティを科す。
- 4)行政処分、民事紛争及び刑事手続における判断が適切に行われるよう、調査報告書を活用できることとする。
- 5)ジャーナリストの行政処分のための報道懲罰委員会を八条委員会として総務省に設置する。調査報告書を活用して、ジャーナリストとして不適切な行動があった者を処分する。

異様な制度 全体主義国家ではジャーナリズムを圧殺

第二次試案発表2週間後 07年11月1日自民党ヒアリング

診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業
(学会)
日本医師会
日本病院団体協議会

前もって自民党に賛否の表明を迫られたと推測される
全員が第二次試案に賛成することを表明
自民党は多くの医師が第二次試案に賛成していると
理解

どうなるか

厚労省が強大な権力を持つ 調査と処分
外部(行政、司法、被害者代表)が医療システム内に入って網羅
的に責任追及
脅えながら医療を実施せざるをえない
対立を助長: 病院管理者と現場、患者と医師、厚労省と病院
医療システムの自律性の破壊
全体主義国家では医療の進歩は止まった
社会システムは内向きのシステムとして機能する
自民党総務会で市民団体、社民党、共産党関係者が
多数を占めると自民党は成立しない
医療崩壊を加速

内部の統制は内部で、外部からの統制は外部で

厚生労働省は責任を担えるか

メディア・政治の攻撃を受け続けてきた
政府の紛争の大半は厚労省に集中
憲法上、政治の支配を受ける
一方的に叩かれる
ひたすら耐える
相手の論理を受け入れざるをえない
時に身内を切り、現場には無理な要求
疲弊: 立ち去り型サボタージュ
外から判断を押し付けられる状況
判断の自律性担保されず 感情論に流される

広範な調査、処分の権限を与えることは極めて危険

現場の医師のやるべきこと

第二次試案に反対なら反対であることを示す

モデル事業運営委員会、日本医師会、日本病
院団体連絡協議会に抗議して、意見を撤回
させる

それだけで問題は解決するか

日本医師会と勤務医

発言権を強めるために勤務医の加入を推進
開業医の利害を代弁
勤務医の利害に一貫して冷淡
結果として「だしとして使われてきた」
第二次試案への賛同は勤務医の利害と抵触

勤務医が第二身分(投票権なし)に据え置かれる限り、
医師会との真の協調はない
理不尽なルールは医師会の正当性を阻害し、開業医
の利益を損ねる

当面の課題

勤務医医師会の創設

より安全な医療を提供するための、勤務環境改
善を含めた環境整備

再教育を主体とした自律的処分制度創設

SY1-2

地域医療は崩壊している

小山田 恵

全国自治体病院協議会 会長

私は、地域医療の崩壊とは、「ある地域で医師不足やその他の事情によって医療提供が全く出来なくなった状態」ととらえております。その最大の要因は医師不足ですが、地理的条件が悪く、他に民間病院が全くないか、あっても少ない地域に存在する自治体病院の医師不足は即地域医療の崩壊に直結し、これが今全国各地で発生しています。すでに崩壊したところ、崩壊しつつあるところ、崩壊の危険にさらされているところを数えれば枚挙にいとまがありません。医師の引き揚げで産科、小児科はじめ診療科の閉鎖に追い込まれた所は言うに及ばず、ある町では400床の自治体病院で12名いた内科医師が1年の間に全員大学に引き揚げたとか、130床の病院で院長以下18名の全医師が引き揚げたというケースが次々と起こっています。私はこうしたところに出かけて行って、その実情をつぶさに見、そこの市長、町村長、住民、病院長、職員と語り合う機会を多く持つてきましたが、彼らは一様に、現状を嘆き、うろたえ、悲痛な叫びを上げているだけで自ら解決の道を探すことが出来ず、ひたすら国の対策を待っているというのが実情であります。こうした地域医療の崩壊、医療供給体制の欠落はそれまで地域にあった医療文化の消滅にとどまらず地域に住む人々の生活の混乱と破壊に直結していることを実感させるものでした。こうした状況を招いたのは、これまで医師の供給を全て大学に依存してきた自治体病院の体質の脆さと大学の医師派遣構造の無力化によって、働き盛りの若い医師の多くが地域での生活を嫌って都会に出て、民間病院や個人開業に走っているからであります。

その最大の原因は、日本の医師総数の不足にあります。これに対して国はこれまで一貫して医師養成の抑制策をとってきました。平成17年厚生労働省に設置された「医師の需給に関する検討会」は、医師必要数は26.6万人で、9千人不足しているが漸次充足の方向にあり、2025年には28.6万人、2035年には31.1万人になる。また勤務医の週平均勤務時間は週平均63.3時間で、時間外勤務は月93.2時間で、週48時間労働にするには5万5千人不足しているという調査結果を出した。しかし、この勤務時間には休憩、会議、研修医はじめ職員に対する教育や自己研修の時間が含まれているから、こうした部分を除けば、週48時間の勤務で済む。さらに外来診療を止めれば40時間内に収まる。医師不足は絶対数の不足ではなく、地域偏在と分野別偏在だから医師の入学定員は現状で良いという現状維持を意図した答申でした。私は会長になってから8年一貫して医師不足の問題に取り組んできましたので、この答申に真っ向から異議を唱え、公の場で医師不足については、まず医師の絶対数の不足を前提に対策を作るべきだと叫んできました。最近になって厚生労働大臣の口から医師の絶対数不足が言われるようになりましたが、遅きに失したものであります。今年5月になってようやく政治が動き出しました。私は自民党、公明党の政策責