

(1) 院長の立場から

西 間 三 馨

(1) THE POINT OF VIEW BY PRESIDENT

Sankei NISHIMA

臨床指標 (Clinical Indication : CI) を論ずる前に、独立行政法人化により医療の質は変化しうるかという大命題がある。結論としては“変化する”と思われる。現在、EBM (evidence based medicine) に準拠した各種疾患のガイドラインの作成、outcome research、包括医療化等が推進されている。一方で、総医療費の抑制がある。その中で、経済性、効率性を求められる独立行政法人組織においては、“より良質な医療を組織の支出をより少なくして提供する”ことにエネルギーが傾注されることになる。その1つのマーカーがCIといえる。

今、われわれに提示されている各種疾患のCIの多くは、高度、高質、高密度、広域、高回転性を意図した指標が多く組み込まれている。そしてこの数値化された指標は順列化され、今後は施設の順位付けに利用される可能性 (危険性) が大きい。すなわち、施設を伸ばす材料にもなれば、施設を振り落とす材料ともなる。

しかし、それぞれの施設は、規模、立地条件など、千差万別であり、努力して達成できる項目、いかに努力してもできない項目、さらにはする必要もない項目があり、総点で比較するにはあまりに交絡因子が多い。また、A診療料のCIが低く、B診療料のCIが高くと、Aの存在なくしてBはありえないこともあり、論功行賞で画一的に処理すると公平さを欠く。

本シンポジウムでは、免疫・アレルギー、重症心身障害、成育医療の3分野を例にとり、独立行政法人下での医療の質の保持・向上、現臨床指標の功罪とその今後の有効な使い方について病院管理者の立場から述べた。

各病院共通の臨床評価指標

現在、国立病院部から示された医療の質の項目 (暫定)

は、1. 患者満足度調査、2. 平均在院日数、3. 死亡退院率、4. 術前・術後在院日数、5. 手術関連合併症、6. クリティカルパス (CP)、7. 臨床検査精度管理手法、8. 迅速検査評価手法である。1の患者満足度調査は、patient oriented な医療においてはきわめて重要な項目である。欠点としては、とくにハード面のアップについてはコストを要し、それに対する収入の見返りが不十分なこと、調査日に左右されることなどであり、デビエーションの大きな施設には疑似患者も含めたランダムな抜き打ち立ち入り調査法を考慮すべきと考えられる。また、2の平均在院日数は6のCP手法を取り入れた良質、均質、迅速なシステムによるチーム医療の結果として得られるものであることを病院管理者としては肝に銘じておくことが必要である。平均在院日数を短縮する糊塗の方策はいくつもあるが、まさにそこには真の管理者の質、病院の質が問われる点がある。3、5は症例数や疾病のの違いの調整が難しい項目である。

疾患別の臨床評価指標

政策医療とされているもののなかで、当院の主要疾患であり、全国的にもその分野では上位であり、したがってCIの高得点が予想されるものについて分析し、医療の質判定との関係をみた。

1. 免疫・アレルギー

この分野のCIの達成度を、×：全くできていない、△：ややできている、○：できている、◎：十分にできている、とみると、×：1項目、△：5項目、○：2項目、◎：3項目である。そして今後5年の可能性は、×：1項目、△：0項目、○：7項目、◎：4項目となっている。このように現在でも本邦屈指のアレルギー専門病

独立行政法人 国立病院機構福岡病院 NHO Fukuoka National Hospital 院長

Address for reprints : Sankei Nishima, President, NHO Fukuoka National Hospital, 4-39-1, Yakatabaru, Minami-ku, Fukuoka, 811-1394 JAPAN

Received June 24, 2004

Accepted July 16, 2004

院であっても、近未来にすべて◎にはできない。その最も大きな理由は、リウマチ科が新設されたばかりであり、整形外科医がいないことによる。すなわち、異質の疾病の合算政策医療の欠点が出ている。

また、アレルギーであっても0のままのが2項目（喘息患者複数回発作入院率、喘息日誌とPEFモニタリング実施率）ある。これは項目設定が、急性増悪時や定期検査、および重症患者は専門病院へ、長期管理や中一軽症者は診療所へという現在の臨床現場の変化を踏まえていないからである。しかし、専門病院がなかったり、病診連携が困難な地域ではよいCIでもある。

2. 重症心身障害児者 SMID 医療

同様に SMID をみると、達成度は、×：1項目、△：1項目、○：7項目、◎：1項目であり、5年後の可能性は、×：1項目、△：1項目、○：2項目、◎：6項目となっている。×や△のままの項目は、退所支援と強度行動障害であり、退所支援は、入所して20年以上の SMID 者はすでに在宅医療・介護の時期を逸していること、強度行動障害は精神科医や精神科病棟の構造が必要なことによる。では、この2項目をはずせば、良い CI になるかということ、そうではない。当院にとってはたしかに最高位を望める CI 項目群となるであろうが、全国75の医療重心施設を見渡すと、最大の努力をしても10項目中、◎は3項目のみで、他は△-×がほとんどという予測がされる施設がかなりある。その理由は、大きく地理的条件が関わっている。交通の便が悪い、人口が少ない、専門医がいないの3条件は決定的ハンディキャップである。いずれも、その改善は施設努力ができるものではない。素人目には3番目の専門医がいないのは改善できそうであるが、対象症例の少ないところへは専門医は行かないし、育たない。とくに SMID の専門医は全国的に希少であり、コメディカルスタッフも含め、本来われわれの国立療養所が育てなければならなかった領域であったのに留意しなかったつけが回ってきたともいえる。この状況で SMID の CI が低いままなのでウンヌンといわれると

施設長もスタッフも立つ瀬がない。絶対的に政策医療そのものであるだけに今後、ひと工夫を要する部門である。

診療報酬体系との関係

右肩下りの資本主義経済下、医療の質を向上、保持するためには診療報酬体系を無視しては何も成せない。診療報酬体系の三部構成は、医療技術料、施設管理料、いわゆるもの代（医薬品、医療材料）であるが、平成15年3月に閣議決定された基本方針は、1. 医療技術の適正な評価、2. 医療機関のコストや機能の適切な反映、3. 患者の視点の重視となっている。一方、改定にあたってその率を決める3要素として財務省があげたのは、1. 物価・賃金の動向、2. 保険財政の状況、3. 医療機関の収支状況であった。この財務省の3要素のうち、とくに2. については国家財政の状況悪化から絶対的に支出抑制策がとられつつある。

このことは医療の質を向上、保持する方策は、従来のわれわれ、国立病院・国立療養所のやってきた“国から金をとってくる”方式では通用しない時代となっていることを認識せざるを得ない。

おわりに

医療の質的向上なくしては、われわれ、独立行政法人・国立病院機構の存在価値は減少していくことは論ずるまでもない。その質的向上は従来の手法や思考では成しえないことも確かである。となれば、機構を構成する医療スタッフの意識改革や再訓練、および、限られた資源の有効利用は必須条件である。

この臨床指標の導入と断えざる改良、および血の通った評価と活用（個別評価と総合評価、診療以外の項目の評価、医師以外のスタッフの能力評価、地域特性の配慮、患者側・周辺社会からの評価、客観性・公平性・透明性の確保）は、その大きなツールとなることが期待される。

（平成16年6月24日受付）

（平成16年7月16日受理）