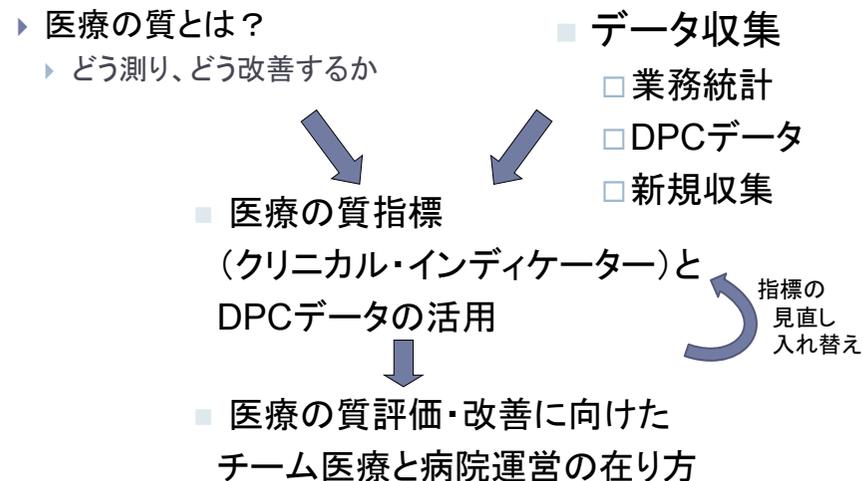


DPCと医療の質

2015年3月14日 DPC高松セミナー
京都大学医療経済学分野
猪飼 宏
hikai-kyt@umin.net

今日のお話



▶ 2

良い医療とは

- ▶ 効果 effectiveness
 - ▶ 効果が期待できる、正しい治療
- ▶ 効率 efficacy
 - ▶ 限られた資源で、より多くの人に医療を
- ▶ 倫理 ethics
 - ▶ 患者の利益を第一に
- ▶ 公平 equity
 - ▶ 患者の命は同列に扱う
- ▶ 安全 safety
 - ▶ 医療で損なわれる命は減らしたい

▶ 3

当セッションの内容

- 医療の質指標(QI, CI)の目的
- 根拠ある測定項目を選ぶ
- 診療改善につなげるために
- データ収集にDPCを活用する意義
- 多施設間比較を進める試み
- 指標の公開をめぐって

4

「医療の質」 Quality of Care

■ *‘the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge’*
(Lohr KN 1990)

- 個人や社会から見て、医療サービスを受けることにより、
 - 望ましい健康状態にいたる可能性がいかに高まったか？
 - そして、サービスの内容は現状の専門知識に沿っているか？

5

クリニカル・インディケーターとは

(臨床指標 診療指標 医療の質指標
clinical indicator, quality indicator)

- 特定の治療行為のプロセスや、その結果を測定するもの。
(Worring AM, 1992)
- 患者への治療結果に影響をおよぼす重要な統制・経営・診療・支援機能の質についての監視・評価に活用できる定量的な指標。
(JCAHO, 1989)
- 患者への治療結果に影響をおよぼす患者ケア・診療支援機能・組織機能の質を監視・評価・改善するためのガイドとして活用可能な測定ツール・スクリーン・あるいはフラッグとなるもの。
(Canadian Council on Health Services Accreditation, 1996)

6

いわゆる「臨床研究」との違いは？

例: 脳塞栓症の急性期治療

- 血栓溶解薬t-PAによって、脳血流の再開通が見られた。
↓
- 発症後3時間以内にt-PAを投与すると、3カ月後のADLが有意に改善。早ければ早いほど有効。
(Hacke W, Lancet 2004;363:768)
↓
- 当院ではt-PAを適切に使用できる体制を整えたので、以前よりも退院時ADLが改善した。

よい薬剤(効能)

基礎研究や前臨床試験で評価。

よい治療(効果)

臨床試験や観察研究で評価。

よい診療(成果)

実際の診療内容に即して評価。

7

医療の質指標 測定の目的

- 治療の質を記述する。
- 経時的に多施設と比較(ベンチマーキング)。
- 医療機関が運営上の優先順位を決定する。
- 説明責任・規制・認証を支援する。
- 医療の質の改善を支援する。
- 患者が自分のかかる医療機関や、自分の受ける治療オプションについて、選択・判断の材料にする。

→「見える化」による様々な活用を期待。

8

医療の質指標 測定の意義

- 測り始めることで、注意が向く。
- 測ることを意識すると、診療が変わる。
- 他との比較で、励みになる。
- 参加施設全体の診療の質が底上げされる。
- 「いい病院」が増える。
- 人々が健康になる。
- 医療費を効率よく使うことができる。
- 日本の国も元気になる。

9

Clinical indicatorの歴史(1)

- 19世紀にはクリミア戦争の英国群においてナイチンゲールが病院内死亡率を分析。
- 1910年に米国のCodmanがEnd result systemを発表。外科術後患者の追跡調査による治療成績の評価をするシステムとして1912年米外科医会が採用。しかし、手間・費用・厳格すぎる基準・公開義務などに同僚が反発、Codmanは追放される。
- 1918年 - 米外科医会が1ページの基準書に沿って692病院を調査、合格はわずか89病院、調査結果は破棄された。
- 1926年 - 米外科医会が18ページの基準書を作成。
- 1950年 - 3200以上の病院が、基準書をクリアする。

10

Clinical indicatorの歴史(2)

- 1951年 - 外科医会の試みに米内科医会・米病院協会・米医師会・カナダ医師会が合流、NPO設立。
- 1964年 - 有料のサーベイを開始する。
- 1965年 - メディケア法案が可決。JCAHOの認定病院が、メディケア適用医療機関とみなされる。
- 1966年 - 長期ケアのための認定を開始。
- 1975年 - 外来医療施設の認定を開始。
- 1983年 - ホスピスケア認定を開始。
- 現在ではJoint Commissionの名で全米で17000を超える医療機関を審査・認証。国際版のJCIも発足。

11

日本でも(1)

- 1976年(昭和51年) - 日本医師会内に病院委員会を設置し病院機能評価の手法について検討を開始。
- 1985年(昭和60年) - 日本医師会と厚生省(当時)が合同で病院機能評価研究会を設置。
- 1987年(昭和62年) - 同研究会が「病院機能評価マニュアル」を作成公表。
- 1995年(平成7年) - 「財団法人日本医療機能評価機構」が発足。
- 1997年(平成9年) - 本審査開始。
- 2009年(平成21年) - 病院機能評価 統合版評価項目V6.0

12

日本でも(2)

- 厚労省「医療の質評価・公表等推進事業」
- 2013年(平成25年) - 同V7.0へ移行予定
 - 診療プロセスの評価に重点
- 2014年(平成26年) - 労働と看護の質向上のためのデータベース(DiNQLディンクル)

13

医療の質と経営の質

- 医療の質が改善すると、
 - 早期回復・早期退院
 - 患者満足度の向上
 - 患者数の増加
 - 手術件数の増加
 - 1日当たり収益の向上
- 適切な情報公開の仕組みがあれば、質改善の取り組みは経営改善と矛盾しない。
- むしろ、行き過ぎた経営管理が医療の質を下げているか、という観点も重要。

14

当セッションの内容

- 医療の質指標(QI, CI)の目的
- 根拠ある測定項目を選ぶ
- 診療改善につなげるために
- データ収集にDPCを活用する意義
- 多施設間比較を進める試み
- 指標の公開をめぐる

15

医療の質の評価軸 Donabedian model

- ▶ 医療の質の評価軸は、3つに大別できる。
 - ▶ 構造 (structure)
 - ▶ 過程 (process)
 - ▶ 結果 (outcome)

Donabedian A.

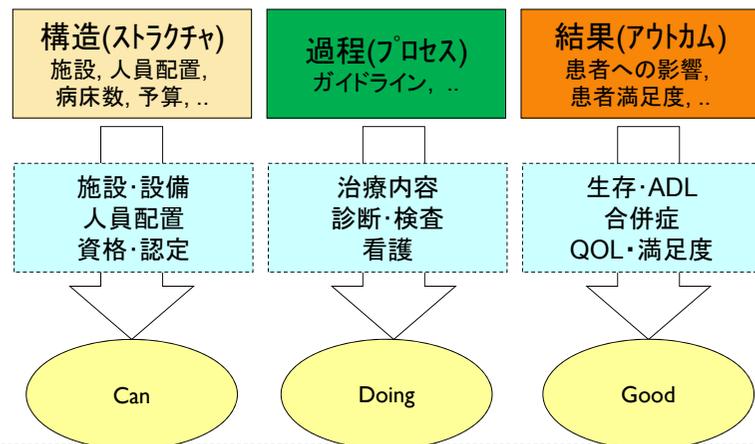
A guide to medical care administration. Vol. II:
Medical care appraisal – quality and utilization.

APHA New York 1969

▶ 16

3つの視点から点検

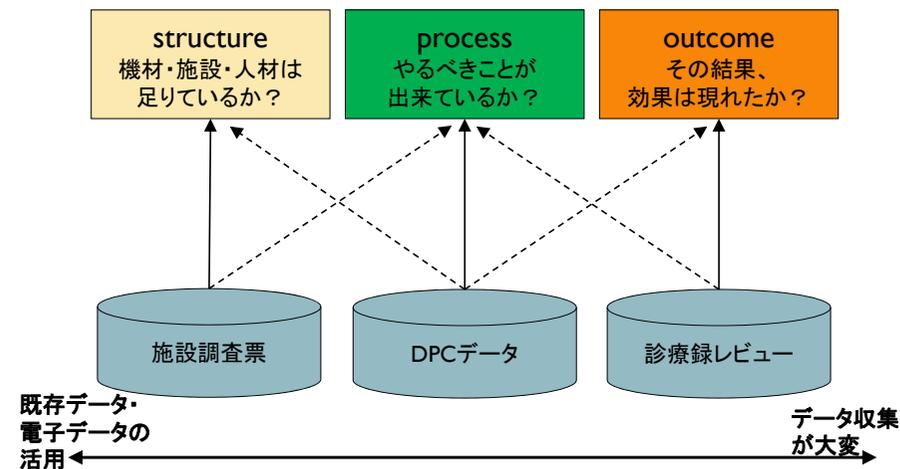
診療体制→診療過程→診療効果



▶ 17

3つの視点から点検

診療体制→診療過程→診療効果



▶ 18

各指標の例

■ ストラクチャー

- 専門医の有無
- 24時間CT対応
- 病棟薬剤師の配置
- 院内感染対策チームの配置

■ プロセス

- 診療ガイドラインに沿った投薬
- 救急到着後90分以内の心臓カテーテル実施

■ アウトカム

- 糖尿病コントロール割合
- 血圧コントロール割合
- 転倒・転落発生割合
- 再受診割合
- 退院時のADL
- 患者満足度
- 死亡退院割合

19

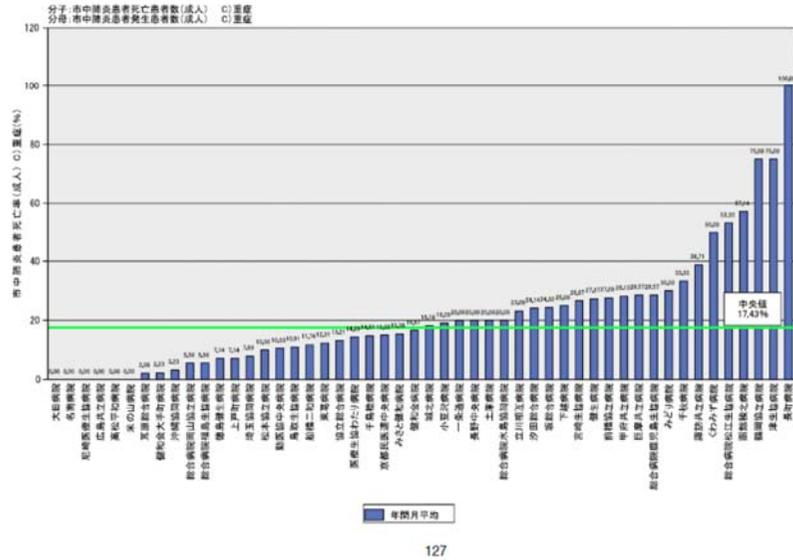
outcome

アウトカム指標の特徴

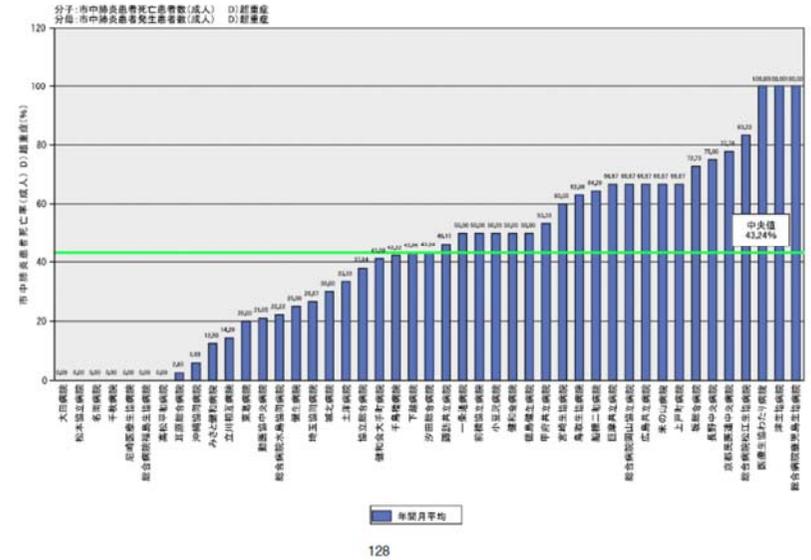
- 患者や住民には最も関心が高いと考えられる。
- 医療機関同士の比較が難しい。
 - 重症度が違う。
 - 設備やマンパワーが違う。
 - 地理的条件が違う。
 →「リスク調整」が有効だが、わかりにくくなる。
- 改善の方法や、その成果が分かりにくい。

20

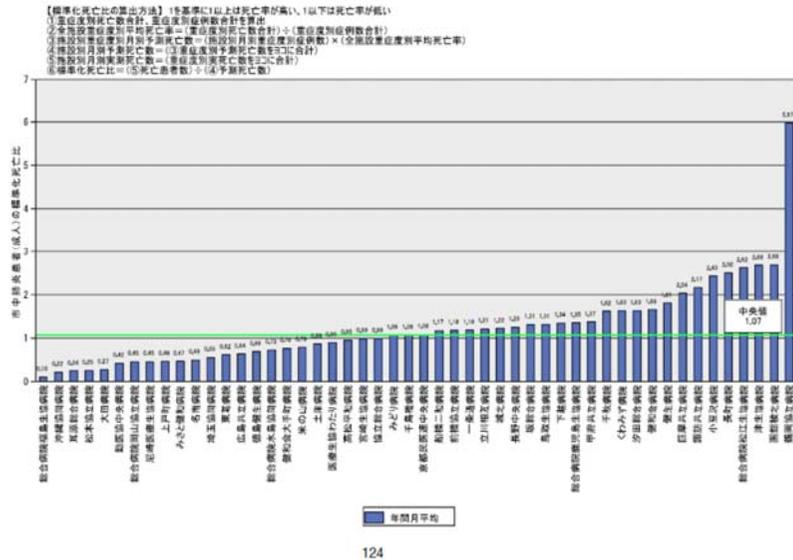
指標18: 市中肺炎患者死亡率(成人) C)重症



指標18: 市中肺炎患者死亡率(成人) D)超重症



指標18: 市中肺炎患者(成人)の標準化死亡率



結果(Outcome) - 5 D's

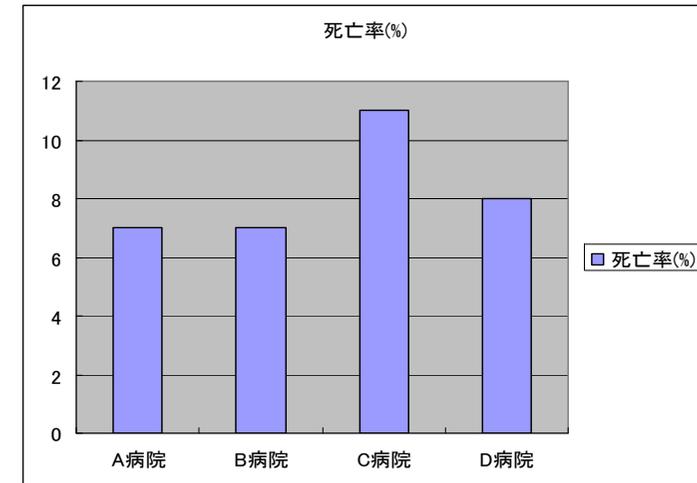
- Death
 - 長生き
- Disease
 - 症状・所見・検査異常の有無
- Discomfort
 - 痛み・嘔気・呼吸困難・痒み
- Disability
 - 職場復帰・家庭復帰
- Dissatisfaction
 - 病期の受容・ケアへの反感

結果指標の例

- 術中死亡率
- 入院死亡率
- 薬剤有害事象の発生率
- 入院期間
- 視力・QOL・ADL

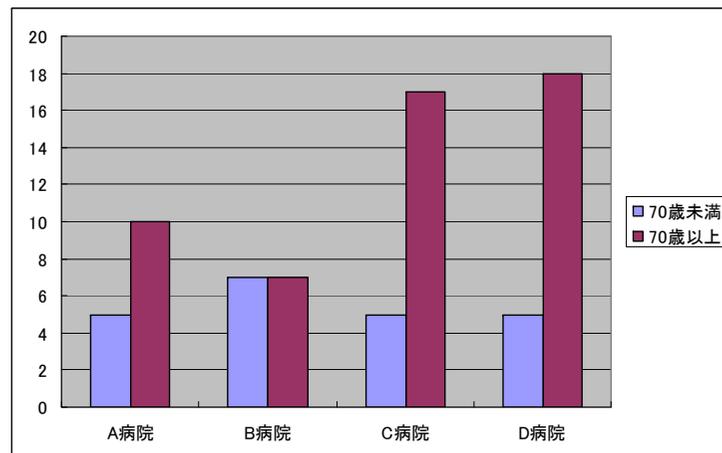
29

冠動脈バイパス手術の死亡率



30

冠動脈バイパス手術の死亡率



31

リスク調整

- アウトカムに影響しうる因子を調整
- もっともシンプルな方法は、患者の層別化
 - 階層の中でアウトカムを比較する。
 - 例:70歳以上、以下

32

血液製剤の使用量

■ 輸血療法の実施に関する指針

■ 血液製剤の使用指針 (2005年9月 厚生労働省医薬食品局血液対策課)

□ 推奨の例

■ 2) 急性出血に対する適応 (主として外科的適応)

- Hb値が10g/dLを超える場合は輸血を必要とすることはないが、6g/dL以下では輸血はほぼ必須とされている。* Hb値のみで輸血の開始を決定することは適切ではない。

→適正かどうかはカルテを点検する必要がある。

→疾患や重症度によって適応は異なる

- QIPでは血液製剤使用量をDPCの14桁コードで調整。

33

O/E値を用いた case mix調整 赤血球製剤使用数の比較

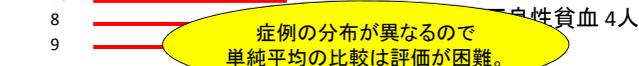
・A病院血液内科

- ・白血病 4人



・B病院血液内科

- ・白血病 1人



症例の分布が異なるので
単純平均の比較は評価が困難。

- ・再生不良性貧血 1人



- ・再生不良性貧血 4人



施設平均 8単位

>

施設平均 7単位

34

標準的な患者は何単位を要するか

・A病院血液内科

- ・白血病 4人



患者平均 10単位

・B病院血液内科

- ・白血病 1人



再生性貧血 4人



- ・再生不良性貧血 1人



患者平均 5単位



標準的な診療なら何単位を要するか

・A病院血液内科

- ・白血病 4人



- ・再生不良性貧血 1人



予測 9単位

・B病院血液内科

- ・白血病 1人



- ・再生不良性貧血 4人

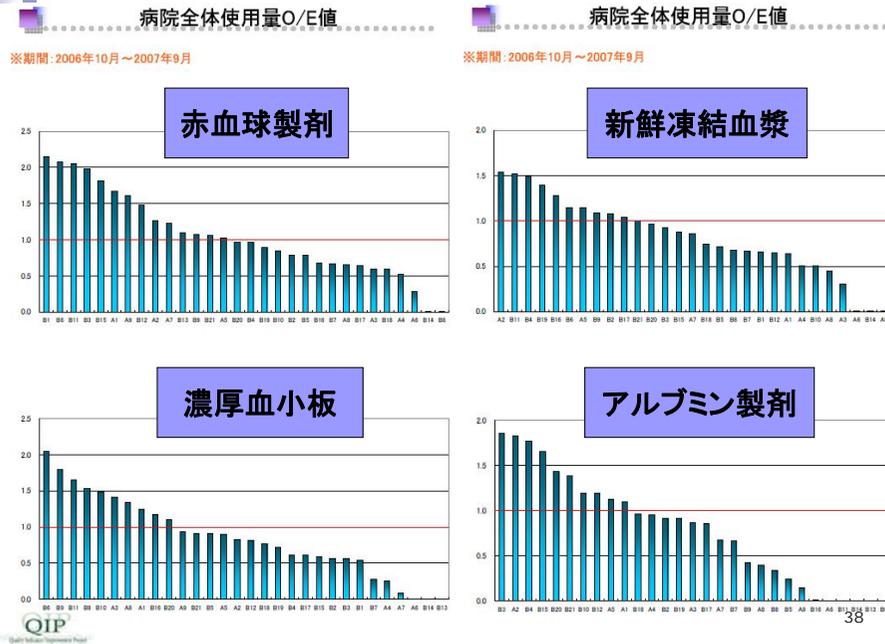
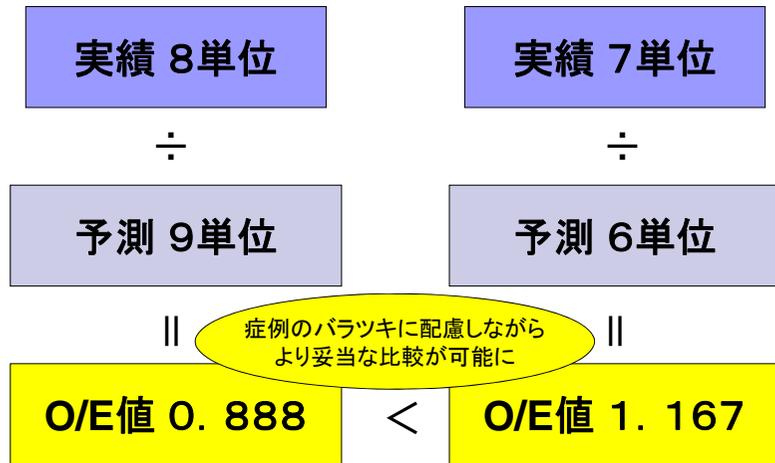


予測 6単位

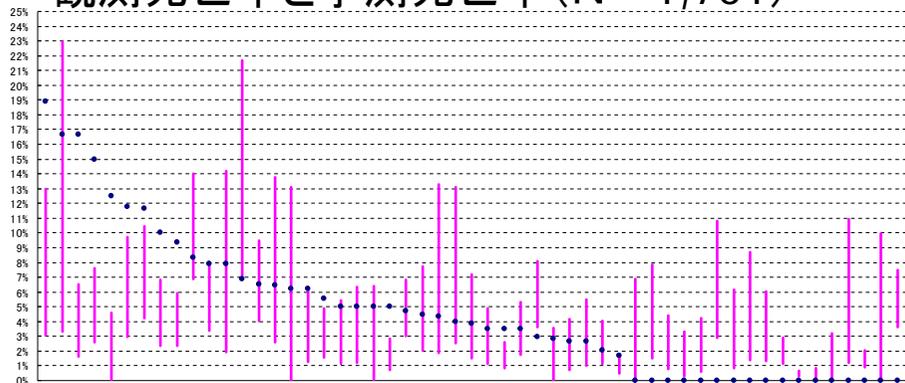
35

36

O/E値を用いた case mix調整



急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞における 観測死亡率と予測死亡率 (N=1,701)



※20件以上の入院件数を有する施設のみ対象 (53施設)

(入院の契機となった傷病名がI21、I22のいずれかで入力された症例に限定)

聖路加Quality indicator

Quality Indicator

聖路加国際病院の先進的試み

「医療の質」を測る

聖路加国際病院の先進的試み

本サイトでは、当院が定期的に評価している約100個のQuality Indicator (QI)の中から、15個の指標とそれらの指標を改善するための具体的な取り組みを公開しています。

Quality Indicator (QI)とは

A. Donabedian (1919-2000)は1990年に発表した論文で、『医療の質』は、

- (1)ストラクチャー 構造:施設、医療機器、スタッフの種類や数など
- (2)プロセス 過程:実際に行われた診療や看護の内容
- (3)アウトカム 結果:診療や看護の結果としての患者の健康状態

の3つの側面について評価しうることを提唱しました。

現在では、『医療の質』を知るには、プロセスの評価がもっとも望ましいと考えられています。実際、米国では『個人や集団を対象に行われる医療が、望ましい健康状態をもたらす可能性の両方、その時々々の専門知識に合致している度合い』が『医療の質』であると定義されています。

「望ましい健康状態をもたらす可能性の高い診療」や「その時々々の専門知識に合致した医療」とは、1990年代以降、世界の医療界で盛んに行われている『証拠に基づく医療 (Evidence-based Medicine, EBM)』にほかなりません。つまり、医療の質とは、EBMに導かれた医療をどのくらい行っているかを指しているのです。

当サイトを訪問された皆さまへのお礼

聖路加国際病院では、どのような方が、どのような目的で、当院の『医療の質』サイトにお立ち寄りされているのかを把握しております。大変お手数ですが、下記の2つのボタンをクリックして、『医療の質』サイトにお立ちください。

急性期医療に関する指標 | がん診療に関する指標 | 生活習慣病に関する指標 | 医療安全に関する指標 | 病院経営に関する指標

患者満足度 | 救急受入台数 | 外来待ち時間

病院経営に関する指標

外来待ち時間

01 指標

01 指標 | 02 要因分析 | 03 改善策 | 04 結果 | 05 まとめ

外来待ち時間



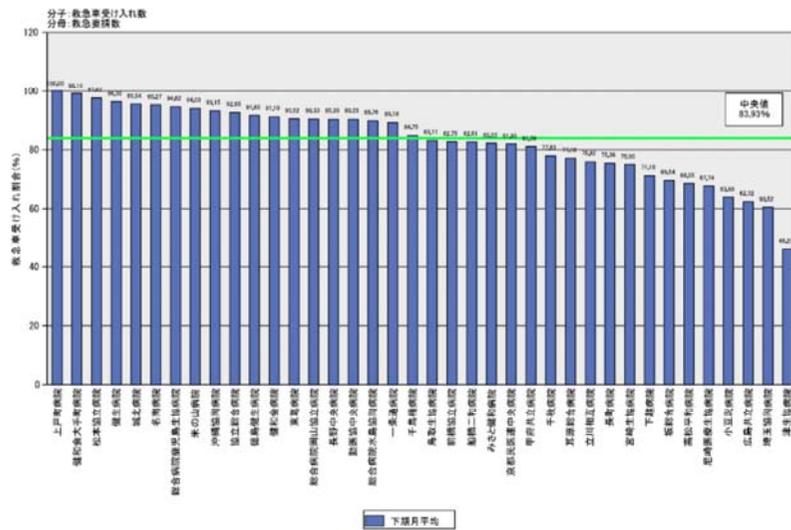
病院の医療の質を評価する際、患者満足度をその基準の1つとすることが一般的になっています。中でも、外来診療での医療の質の指標として、「外来待ち時間」、または「外来待ち時間に対する満足度」がよく用いられます。

外来待ち時間が発生する直接的な原因には、いくつかの要因があります。例えば、患者さんとの会話や診療行為にかかる時間の予期せぬ変動、突如発生する救急患者への緊急対応、予約患者の過剰受け入れ、医師または患者さんの診療への遅刻などです。一方、長い外来待ち時間が容認されてきた背景として、予約診療を行ってこなかった文化、すべての患者さんを診ようとする医療従事者の誠意、長時間待っても今日中に診てもらいたいという患者さんの焦燥感、医療従事者と患者さんの双方が持つ外来待ち時間への慣れが挙げられます。

プロセス指標の特徴

- アウトカムにつながると分かっており本来行うべき診療内容が対象患者においてどの程度行われているか。
- その根拠は？
 - 診療ガイドライン・学会による推奨、など。
 - 医学的・合理的な判断
- 分母・分子を明確に定義することで、多施設の比較が容易。
- わずかな改善でも、毎回の測定で検知できる。

救急車受け入れ割合



クリニカルインディケータ(医療の質の指標)
Clinical Indicator CiCiCi
厚生労働省臨床研修指定病院・日本臨床研修評価機構認定病院・開放型病院、救急告示病院

HOME > クリニカルインディケータTOP > 薬剤に関する指標

5. 薬剤に関する指標

13. 喘息で入院した患者の服薬指導の割合(平成18年度~H19年度)

喘息で入院される患者様では、服薬指導が重要です。喘息の病状をコントロールするためには、患者様への服薬指導が重要です。入院中に薬剤師が行う服薬指導は、患者様が退院した後の喘息コントロールに重要です。

14. 関節リウマチのコントロール(平成19年度~H22年度)

関節リウマチは、抗リウマチ薬の早期投入が大切関節リウマチは、対症療法により痛みを和らげる治療から、病状の進行を抑制し、関節の機能を保つ治療に変わりました。早期発見と早期治療が重要で、早期治療には有効性のまっさらした抗リウマチ薬を定期的に治療に組み込んでいく必要があります。関節の骨破壊の進行を抑制する可能性のある抗リウマチ薬は、早期に使うことで最も効果を発揮します。現在では、診断から3か月以内を開始すべきだとされています。

15. リウマトリックス服用患者の肝機能モニタリング(2ヶ月に1度以上)(平成19年度~H20年度)

抗リウマチ薬は副作用のモニタリングが必要です。メトトレキサートは、抗リウマチ薬の中でも安全性と効果のバランスに大変優れた薬です。関節リウマチに対して、世界中で最も使用されています。しかし、副作用がまったくない薬類も存在せず、メトトレキサートの場合も例外ではなく、よく知られた副作用に関しては、血液検査による早期発見が勧められています。特に骨髄抑制と肝機能障害に関しては、アメリカリウマチ学会からも定期的な血液検査のガイドラインが示されています。このガイドラインを遵守することは、専門医であれば当然熟知しておくべきことであり、より安全な治療につながります。



急性期医療に関する指標

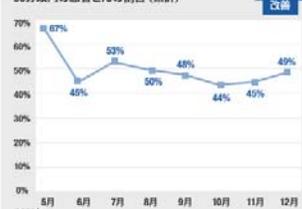
急性心筋梗塞のPCIまでの時間

01 指標

01 指標 02 要因分析 03 改善策 04 結果 05 まとめ

急性心筋梗塞のPCIまでの時間

90分以内の患者さんの割合(累計)



急性心筋梗塞(ST上昇型)の治療は発症後可能な限り早期に再灌流療法を施すことが生命予後の改善に重要である。現在、発症後12時間以内の場合に早期再灌流療法が適応とされている。再灌流療法は主にバルーンカテーテルを用いたPCI(経皮的冠動脈インターベンション)が行われます。

胸痛あるいは胸部圧迫感が出現してから再灌流療法を受けるまでの時間は、病院到着までの時間と病院到着後から再灌流までの時間に分けられます。前者には患者さんが救急車を呼ぶまでの時間や救急車が迅速に再灌流療法を施行できる病院へ搬送する時間が含まれます。病院到着(door)からPCI(balloon)までの時間は、急性心筋梗塞と診断し緊急心臓カテーテル検査と治療のためのスタッフとカテーテル室の準備、さらにPCIの手続きまで含まれる総合的な時間であり、door-to-balloon時間としてその施設での急性心筋梗塞治療のqualityを示す指標のひとつです。このdoor-to-balloon時間が90分以内であること、あるいは90分以内に再灌流療法が施行された患者さんの割合が60%以上という指標が急性心筋梗塞の治療の質の向上として挙げられています。

当院では、患者さんが救命救急センターに搬送され、心電図上急性心筋梗塞の疑いがあれば循環器スタッフを呼び出され、心カテの準備が始まります。患者、家族の同意を得て心カテ室に移動しカテーテル検査を施行した後、バルーンカテーテルを用いて冠動脈を拡張し、再灌流療法が行われます。door-to-balloon時間は、患者さんの重症度や医師の診断能力、治療技術だけでなく、救急部門と循環器部門の協力体制やナースを含めたスタッフの勤務体制、カテーテルの使用状況などにも左右され、総合的な指標として有用です。

DPCデータによる多施設比較

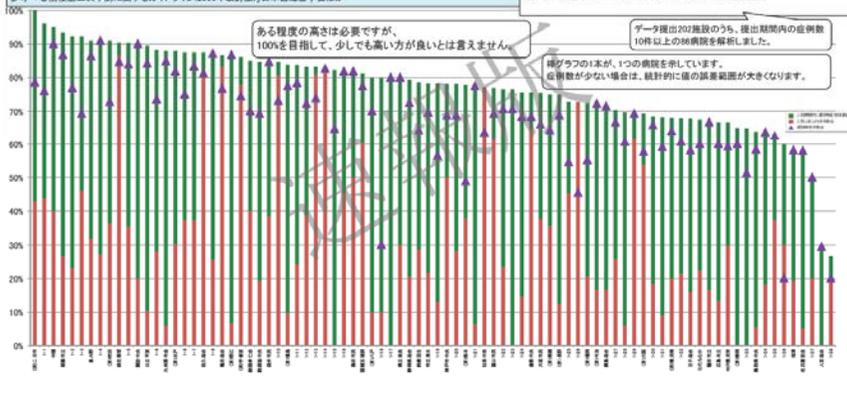
- 各施設が同じルールでデータを作成。
- 診療報酬データなので入力漏れが少ない。
- 多くの急性期病院をカバー

対象データ期間: 2011年4~10月 Quality Indicator/Improvement Project (QIP) 2011年12月

1) 急性心筋梗塞患者へのアスピリン投与の割合

Proportion of acute myocardial infarction patients who were administered aspirin during hospitalization. 急性心筋梗塞患者へのアスピリン投与は再発予防に有効です。注意: 禁忌症例(アスピリン喘息・消化性潰瘍・出血予定日12日以内・本剤にアレルギー歴、など)を分母から除外することが困難なため、本指標は必ずしも100%となるべきものではありません。特に症例が少ない施設で禁忌症例が偶発に多いと処方割合が低くなります。

目標設定: 処方割合が高い(例えば7~8割)に満たない場合、診療内容見直しの余地があると思われます。ただし、この指標には、上記のような限界があります。



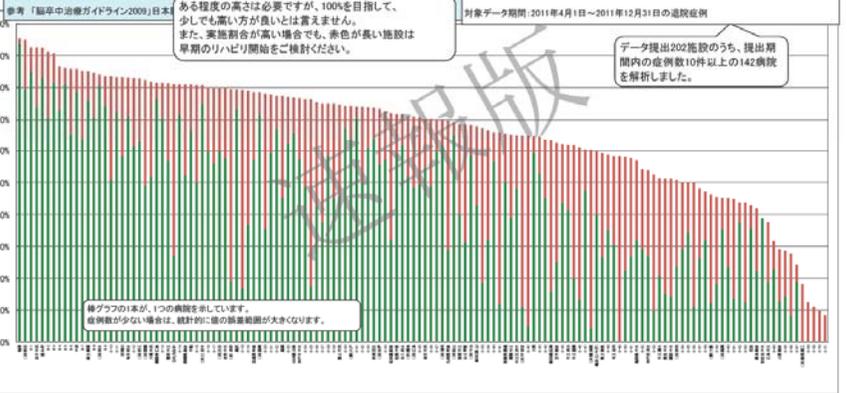
2010年度の指標9か月分よりも対象期間が短い7か月分ため、100例を超える症例数が少なくなっています。

対象データ期間: 2011年4~10月 Quality Indicator/Improvement Project (QIP) 2011年12月

6) 脳梗塞におけるリハビリ実施症例の割合

Proportion of stroke patients with physical therapy (within 3 days of admission, or anytime before discharge). 脳梗塞患者において、早期のリハビリ介入は機能予後を改善します。注意: 病態(血行動態不安定や、意識障害が強い、など)による転倒や骨折を分母から除外することが困難なため、本指標は必ずしも100%となるべきものではありません。特に症例が少ない施設で禁忌症例が偶発に多いと処方割合が低くなります。

目標設定: 処方割合が高い(例えば7~8割)に満たない場合、診療内容見直しの余地があると思われます。ただし、この指標には、上記のような限界があります。



2010年度の指標9か月分よりも対象期間が短い7か月分ため、100例を超える症例数が少なくなっています。

国立病院機構 臨床評価指標

■急性脳梗塞患者に対する入院2日以内の頭部CT撮影もしくはMRI撮影の施行率

病 院 名	分 母	分 子	施行率(%)	病 院 名	分 母	分 子	施行率(%)
旭川医療センター	13	10	76.9	南和歌山医療センター	110	105	95.5
仙台医療センター	122	120	98.4	米子医療センター	52	48	92.3
水戸医療センター	65	63	96.9	浜田医療センター	70	68	97.1
高崎総合医療センター	90	88	97.8	岡山医療センター	74	71	95.9
埼玉病院	70	69	98.6	呉医療センター	108	108	100.0
西埼玉中央病院	32	30	93.8	東広島医療センター	78	75	96.2
千葉医療センター	81	80	98.8	岩国医療センター	134	134	100.0
東京医療センター	115	111	96.5	関門医療センター	51	49	96.1
災害医療センター	101	99	98.0	福岡東医療センター	60	57	95.0
横浜医療センター	81	69	85.2	九州医療センター	166	159	95.8
金沢医療センター	49	47	95.9	姫野医療センター	60	59	98.3
長野病院	31	30	96.8	長崎医療センター	54	52	96.3
静岡医療センター	53	52	98.1	長崎川棚医療センター	52	51	98.1
名古屋医療センター	185	182	98.4	熊本医療センター	123	122	99.2
三重中央医療センター	71	67	94.4	別府医療センター	54	52	96.3
京都医療センター	30	29	96.7	鹿児島医療センター	109	94	86.2
舞鶴医療センター	88	83	94.3				
大坂医療センター	93	90	96.8	病院ごとの施行率の平均値、標準偏差、中央値			
大坂南医療センター	69	67	97.1	平均値			94.9
姫路医療センター	86	82	95.3	標準偏差			6.5
神戸医療センター	21	14	66.7	中央値			96.5

*分母が10症例未満の病院数：8 49

当セッションの内容

- 医療の質指標(QI, CI)の目的
- 根拠ある測定項目を選ぶ
- 診療改善につなげるために
- データ収集にDPCを活用する意義
- 多施設間比較を進める試み
- 指標の公開をめぐって

50

指標選択の基準

施設が独自に開発する場合

- ▶ 測定の根拠がある
 - ▶ 測ってどうする？
- ▶ 測定方法が明確
 - ▶ 分母・分子の定義
- ▶ データ収集が容易
 - ▶ 業務統計の活用
- ▶ 現状と目標の関係
 - ▶ まだ合格点でないもの
- ▶ 現場の改善が見える
 - ▶ 努力が反映される
- ▶ 変化がすぐに見える

共同開発して施設間比較を行う場合

- ▶ 測定の目標が普遍的
- ▶ 測定方法が普遍的
- ▶ 施設間で現状にバラつきがある

▶ 51

目標設定(ベンチマーク)

52

適切な点検で、診療が変わる

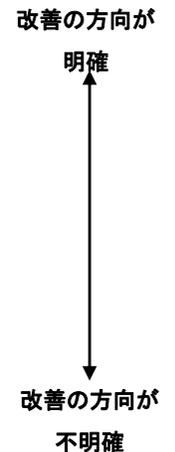
- 診療ガイドラインやエビデンスに沿った治療ができているか？
→プロセス改善の方向が明確で、行動が数字に即反映される。
- 根拠は良く分からないが、まずはいろいろと測ってみる。
→プロセス・アウトカムともに、他施設と比較可能。
→「重大性」を院内で共有し、課題を設定できる。
→改善のきっかけに。
(方法は施設による。)



53

目標設定 (ベンチマーク)

- 根拠のある目標
- Best practiceとの比較
- 全国平均との比較
- 院内での診療科間比較



54

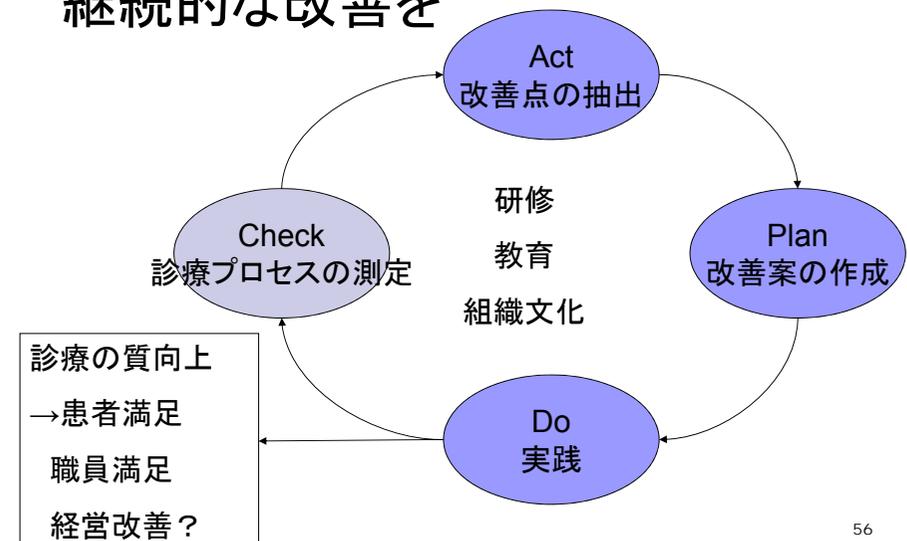
多施設データの院内での活用

- 経営会議で活用
- 診療科長会議で活用
- 医局に掲示

「ドクターの反応が読めないので、
怖くて見せられない」??

55

定期的な測定と情報共有で 継続的な改善を



56

当セッションの内容

- 医療の質指標(QI, CI)の目的
- 根拠ある測定項目を選ぶ
- 診療改善につなげるために
- データ収集にDPCを活用する意義
- 多施設間比較を進める試み
- 指標の公開をめぐる

57

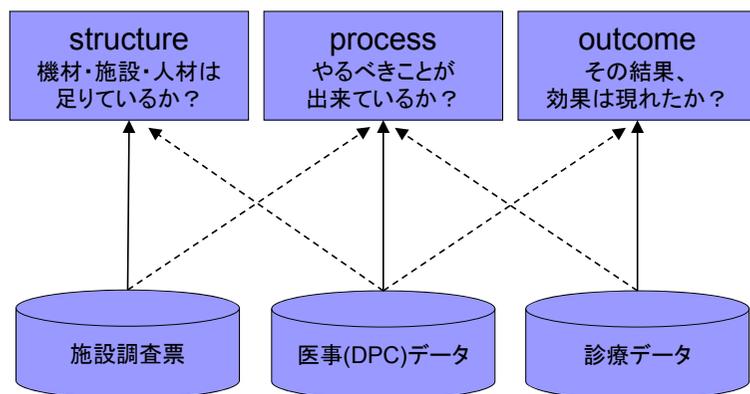
DPCデータとは

- 入院患者の診療報酬データ
- 主に急性期病院から提出
- 患者情報・病名・診療行為明細・医療費
- 病名・資源利用に応じて14桁のコードに分類
 - 標準的医療費用を算出して定額支払制度に利用
 - 診療の質や量を共通のデータ基盤で比較可能

58

3つの視点から点検

診療体制 → 診療過程 → 診療効果



59

3者それぞれの特性がある。

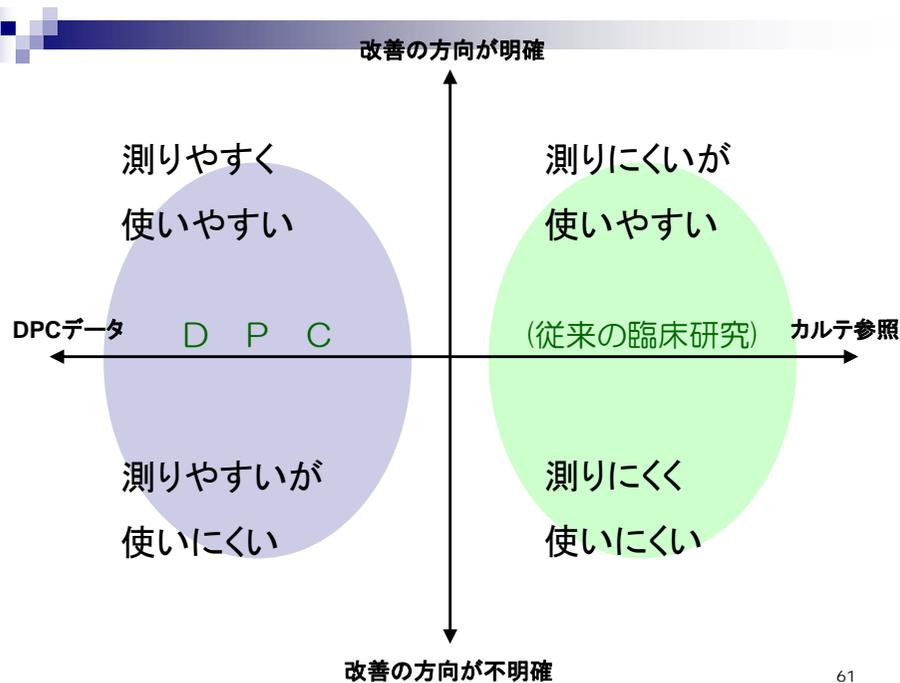


- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ 開設主体 ■ 病床数 ■ スタッフ数 ■ 専門医数 ■ 入院基本料加算 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 年齢・性別 ■ 主病名・副傷病名 ■ 意識レベル・ADL ■ 術式・麻酔時間 ■ 病期分類 ■ 死亡退院 ■ 処方内容・検査内容 ■ 食事日数 ■ コスト | <ul style="list-style-type: none"> ■ 年齢・性別 ■ 主病名・副病名 ■ 意識レベル ■ 身長・体重・血圧 ■ 検査結果 ■ 痛みなどの訴え ■ 治療方針 ■ 生存期間の追跡 |
|---|---|---|

など



60



61

DPCデータ活用の利点

- DPCデータの集計は比較的簡便。
 - DPCデータはどの施設も同じ基準で準備する。
 - 一定の臨床情報が含まれ、リスク調整が可能。
- 多施設比較に適している。

62

当セッションの内容

- 医療の質指標(QI, CI)の目的
- 根拠ある測定項目を選ぶ
- 診療改善につなげるために
- データ収集にDPCを活用する意義
- **多施設間比較を進める試み**
- 指標の公開をめぐる

63

厚生労働省 医療の質の評価・公表等推進事業

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ 2010年度 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 日本病院会 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 28病院(DPC28) ▶ 全日本病院協会 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 27病院(DPC27) ▶ 国立病院機構 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 45病院(DPC45) ■ 2013年度 <ul style="list-style-type: none"> □ 全日本病院協会 <ul style="list-style-type: none"> ■ 43病院(DPC43) □ 労働者健康福祉機構 <ul style="list-style-type: none"> ■ 34病院(DPC30) □ 全日本民医連 <ul style="list-style-type: none"> ■ 83病院(DPC36) | <ul style="list-style-type: none"> ▶ 2011年度 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 済生会 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 37病院(DPC37) ▶ 日本慢性期医療協会 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 40病院(DPC 0) ▶ 全日本民医連 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 38病院(DPC30) ■ 2014年度 <ul style="list-style-type: none"> □ 全日本病院協会 <ul style="list-style-type: none"> ■ 42病院(DPC42) □ 全国自治体病院協議会 <ul style="list-style-type: none"> ■ 108病院(ほぼ全てDPC) | <ul style="list-style-type: none"> ■ 2012年度 <ul style="list-style-type: none"> □ 全日本病院協会 <ul style="list-style-type: none"> ■ 32病院(DPC32) □ 日本慢性期医療協会 <ul style="list-style-type: none"> ■ 40病院(DPC 0) □ 全日本民医連 <ul style="list-style-type: none"> ■ 39病院(DPC30) |
|--|---|---|

▶ 64

各団体が指標測定の方法や結果を公表

このページは、日本の医療機関が実施しているQIプロジェクトに関するウェブサイトのスクリーンショットのコレクションです。左側には「日本病院会」の「QIプロジェクト2013」のポータルサイトがあり、プロジェクト概要や参加病院の一覧が示されています。中央には「全国自治体病院協会 (JMHA)」の「医療の質の評価・公表」に関するページがあり、平成26年度事業計画の中で、医療の質の向上と質の情報当委員会が地域医療及び精神医療等の項目を多く選出したと述べています。右側には「がん診療の質指標 (Quality In)」に関するページがあり、がん診療における管理評価指標の策定とその計測システムの構築が紹介されています。また、「国立病計測マ2013年」のロゴも確認できます。

このスクリーンショットは、ウェブブラウザで表示されているPDFレポートのスクリーンショットです。レポートのタイトルは「乳癌 乳癌診療における Quality Indicator (QI) の策定」です。レポートの表紙には「乳癌」という大きな文字と「QI」のロゴが特徴的です。右側の本文には「我が国における乳癌診療の特徴」に関する説明が記載されています。また、左側の「Topics」欄には、2012.08.20から2013.06.01までの更新履歴がリストアップされています。

京都大学QIP DPCを用いた臨床指標

- ▶ 14領域
- ▶ 111指標
- ▶ 共有・公表も

このページは、京都大学QIP (Quality Indicator/Improvement Project) のウェブサイトに関するスクリーンショットです。上部には「Healthcare Economics & Quality Management」のロゴと「QIP Quality Indicator/Improvement Project」のサブタイトルがあります。中央には「一医療の質と経済性の評価・向上にむけて一 診療パフォーマンス指標の多施設比較 (QIP)」というテーマが示されています。下部には「臨床指標の公表」に関する情報が提供されており、「病院名入りで開始致しました。」と記載されています。また、右側には3D散布図のグラフがあり、「QIPとは」という見出しの下に、QIPの目的やDPCデータを用いた分析の重要性が説明されています。

京大QIP: Web BIシステムで医療の質を一覧

このスクリーンショットは、京都大学QIPのWeb BIシステム「医療の質の指標」の一覧画面です。画面には「「医療の質の指標」一覧」という見出しがあり、その下に「指標番号をクリックすると2012年度のレポートが表示されます。」と説明されています。また、「2012年度の貴院の値を表示しています (平均よりずれている場合に赤字で表示されます)」という注釈も含まれています。下部には「各指標の定義はここをクリックしてください(PDFファイル: 全指標一括)」というリンクがあります。画面の下部には「脳卒中」に関する指標の一覧と、その2012年度の貴院の値と全病院平均値を示す表が掲載されています。

指標番号	指標名	2012年度の貴院の値	2012年度全病院平均値
0548	脳卒中の診断で入院し、リハビリ治療のための評価を受けた症例の割合	72.4%	74.5%
0549	脳梗塞 (TIA含む) の診断で入院し、第2病日までに抗血栓療法を受けた症例の割合	55.6%	58.2%
0837	脳梗塞 (TIA含む) の診断で入院し、退院時に抗血小板薬を処方された症例	72.2%	70.8%
0841	心原性肺水腫を合併する脳梗塞 (TIA含む) の診断で入院し、退院時に抗凝固薬を処方された症例	84.1%	74.3%
0842	脳梗塞 (TIA含む) の診断で入院し、入院中に未分類/ペリを投与されなかった症例の割合	50.1%	54.7%
2004	脳梗塞の診断で入院し、リハビリ治療を受けた症例の割合	80.2%	78.2%
2005	脳梗塞の診断で入院し、入院後早期にリハビリ治療を受けた症例の割合	65.5%	58.3%

呼吸器系

指標番号	指標名	2012年度の貴院の値	2012年度の全病院平均
0064	経胸壁の肺/縦隔生検を実施した症例において、手技後に治療を要する気胸や血胸が生じた症例の割合	3.1%	2.8%
0238	医原性気胸の発生割合（18歳以上）	0.0%	0.0%
0271	術後肺炎症発症数および発症率（緊急手術を除く）	0.0%	0.1%
0272	術後呼吸不全発症率（緊急手術を除く）	0.0%	0.3%
0417	喘息入院患者における退院後30日間以内の同一施設再入院割合	7.1%	4.3%
0418	喘息入院患者のうち吸入ステロイドを入院中に処方された割合	68.0%	54.2%
0522	小児喘息に対して入院中に発作治療薬を処方された症例の割合	90.5%	94.5%
2057	中心静脈カテーテル挿入に伴う気胸の合併率	0.0%	0.0%

循環器系疾患 薬剤

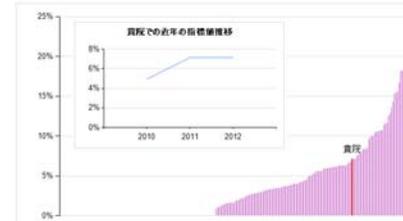
指標番号	指標名	2012年度の貴院の値	2012年度の全病院平均
0472	急性心筋梗塞患者における退院時βブロッカー投与割合	65.4%	56.3%
0473	急性心筋梗塞患者における退院時アスピリン投与割合	92.3%	88.4%
0474	急性心筋梗塞患者における入院後早期アスピリン投与割合	97.4%	98.2%
2001	急性心筋梗塞患者におけるアスピリン投与割合	91.3%	95.4%
2002	急性心筋梗塞患者におけるβブロッカー投与割合	63.5%	60.9%
2003	急性心筋梗塞患者におけるACE阻害剤もしくはアンギオテンシンⅡ受容体阻害剤の投与割合	67.8%	72.8%
2006	心不全患者へのβブロッカー投与の割合	59.4%	49.6%
2007	心不全患者へのACE阻害剤もしくはアンギオテンシンⅡ受容体阻害剤投与の割合	35.7%	53.8%
2050	急性心筋梗塞患者における退院時スタチン投与割合	82.2%	75.0%
2051	急性心筋梗塞患者における退院時のACE阻害剤もしくはアンギオテンシンⅡ受容体阻害剤の投与割合	63.6%	66.8%

QI: 0417

指標: 喘息入院患者における退院後30日間以内の同一施設再入院割合

分子: 分母のうち、退院後30日間以内に喘息に罹患した患者で再入院した症例数

単位: %

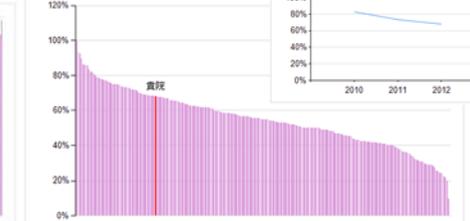


QI: 0418

指標: 喘息入院患者のうち吸入ステロイドを入院中に処方された割合

分子: 分母のうち、入院中に吸入ステロイド薬を処方された症例数

単位: %



QI: 0522

指標: 小児喘息に対して入院中に発作治療薬を処方された症例の割合

分子: 分母のうち、入院中に発作治療薬を処方された症例数

単位: %



データ集計期間: 2012年4月～2013年3月退院分

期間: 2012年度・平成24年度

期間: 2012年4月～2013年3月退院分

期間: 2012年度・平成24年度

データ集計期間: 2012年4月～2013年3月退院分

期間: 2012年度・平成24年度

このようなデータを扱います

病院・病棟情報

- 一般病床の平均在院日数
- 稼働病床の病床
- 退院時共同指導
- 職務満足度調査

労働状況

- 『看護職の夜勤・交代制勤務に
- 看護の質の向上

褥瘡

- 褥瘡推定発生率
- 体圧分散用具使用率
- 骨突出部の体圧測定率
- 褥瘡予防ケア実施内容

など計13項目

感染

- 中心静脈カテーテル関連血流感染 (CLABSI) 発生率
- カテーテル関連の尿路感染 (CAUTI) 発生率
- 感染防止に係る部門の設置

など計11項目

転倒・転落

- 転倒・転落発生率
- 転倒・転落による負傷発生率
- 転倒・転落防止のための備品の有無
- 危険因子の評価を実施した患者の割合

など計8項目

医療安全

- 誤薬発生率
- 誤薬による障害発生率
- レベル3b以上の誤薬発生率
- 看護職1人あたりのインシデント・アクシデント報告件数

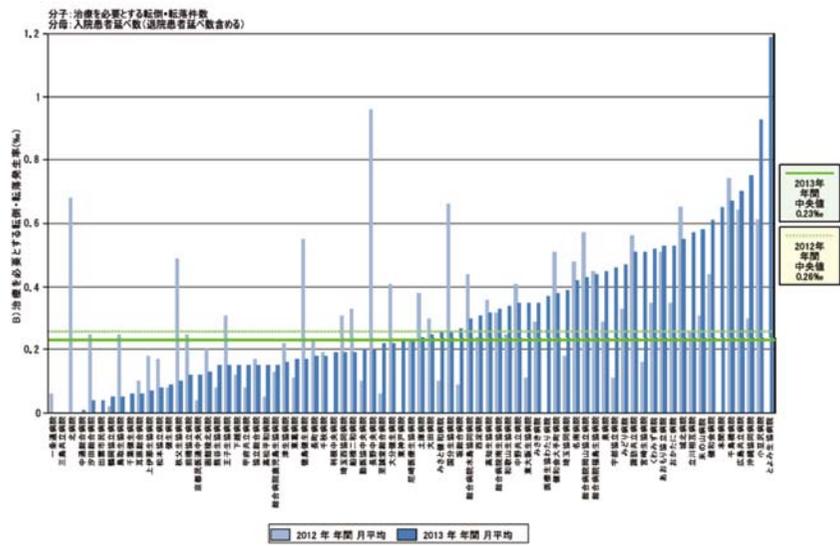
など計10項目

全日本民医連QIの指標一覧

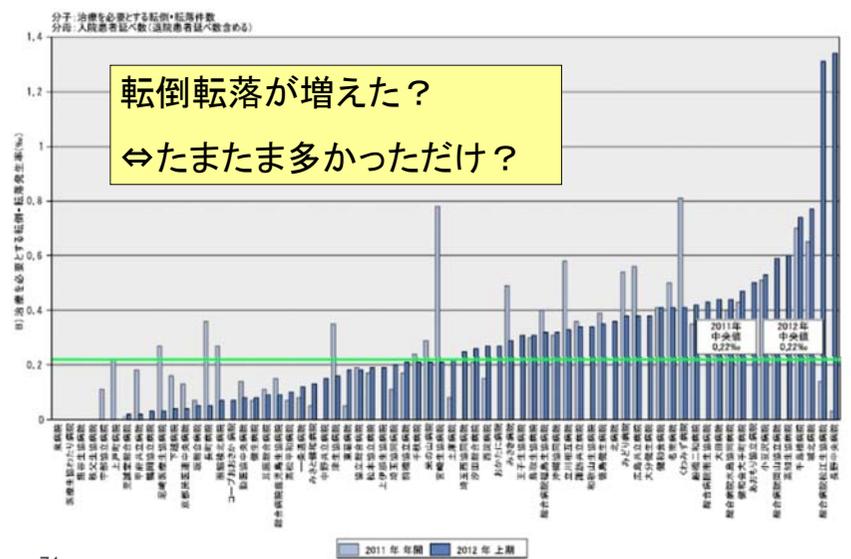
はじめに	2
外部評価委員考察	3
2013年民医連QI推進事業報告の注釈・公開とWebシステム	6
参加病院基本情報一覧	8
共通分母	10
I 病院全体・医療安全・感染管理	
★ 指標1 A) 報告のあった入院患者の転倒・転落発生率	11
B) 治療を必要とする転倒・転落発生率	
C) 損傷レベル4以上の転倒・転落発生率	11
★ 指標2 A) 急性冠動脈症候群における身体探査者1人あたり検出日数	20
B) 患者保護適用病室における探検割合	
★ 指標3 褥瘡新規発生率	25
指標4 中心静脈カテーテル関連血流感染	30
★ 指標5 退院後42日以内の緊急再入院割合	35
★ 指標6 死亡退院患者割合(病死亡率)	39
★ 指標7 射撃率	45
★ 指標8 ケアカンファレンス実施割合	49
★ 指標9 リハビリテーション実施率	53
指標10 100床あたりA) 採用薬品数 B) 新規採用数	57
指標11 退院後2週間以内のサマリー記載割合	63
指標12 観望量の記載率	68
II 手術関連	
★ 指標13 予定手術開始前1時間以内の予防的抗生剤投与割合	72
指標14 悪性腫瘍手術における術中出血病棟検体作成割合	77
★ 指標15 A) 入院手術患者の術後48時間以内緊急再手術割合	81
B) 入院期間中の手術後30日以内緊急再手術割合	
III 救急医療	
★ 指標16 救急搬送受け入れ割合	86
★ 指標17 心停止で救急搬入された患者のA) 心拍再開割合	93
B) 心拍再開し生存退院した割合	
IV 個別疾患	
★ 指標18 市中肺炎患者死亡率(成人)	98
★ 指標19 胃がん手術後平均在院日数	107
★ 指標20 急性心筋梗塞患者に対する入院後24時間以内のアスピリン処方率	111
★ 指標21 糖尿病の患者の血糖コントロール	115
V 地域連携に関する指標	
★ 指標22 A) 紹介患者率 B) 逆紹介患者率	120
★ 指標23 母体周リハビリ病棟の在宅復帰率	125
VI 人材の尊重	
指標24 医薬品副作用被害救済制度申請数	129
指標25 社会福祉活用により療養支援できた相談者の割合	133
指標26 カルテ提示率	138
VII 患者満足度	
★ 指標27 患者アンケート総合評価で「満足している」と答えた患者の割合 A) 入院患者 B) 外来患者	141

★は厚分省指標になります。

指標1: B) 治療を必要とする転倒・転落発生率

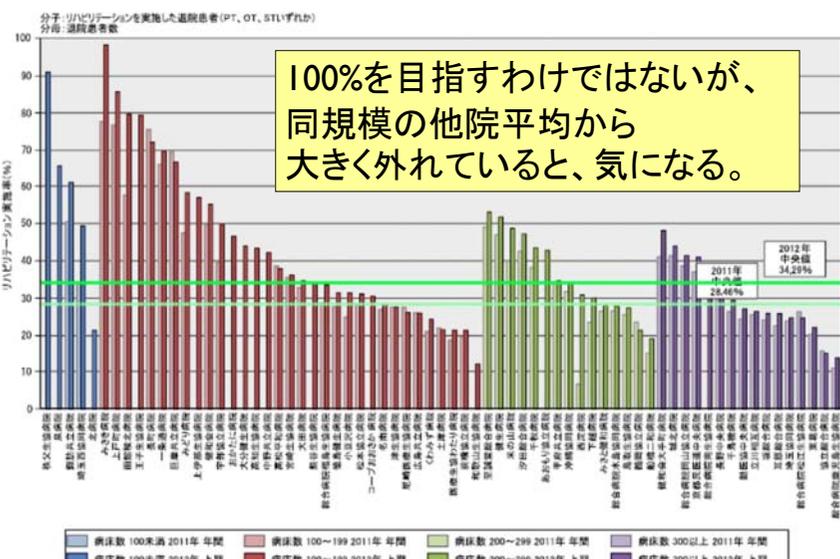


指標1: B) 治療を必要とする転倒・転落発生率

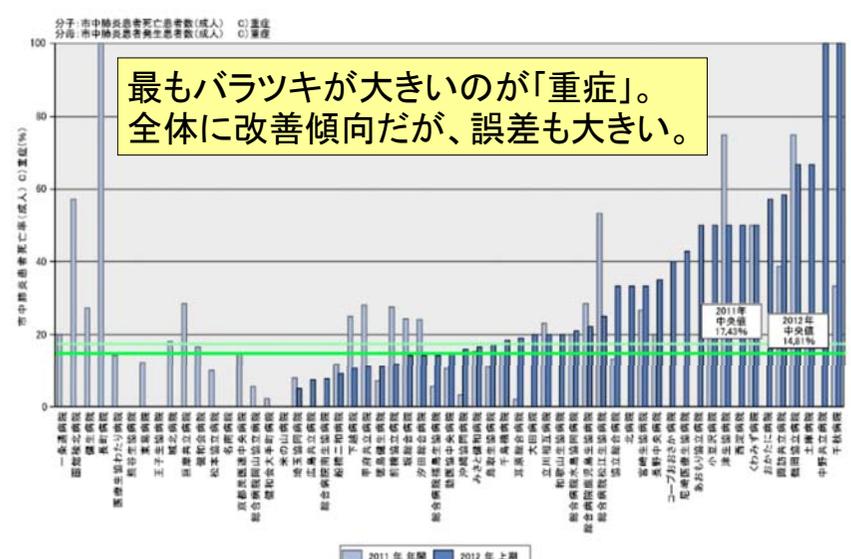


process

指標9: リハビリテーション実施率

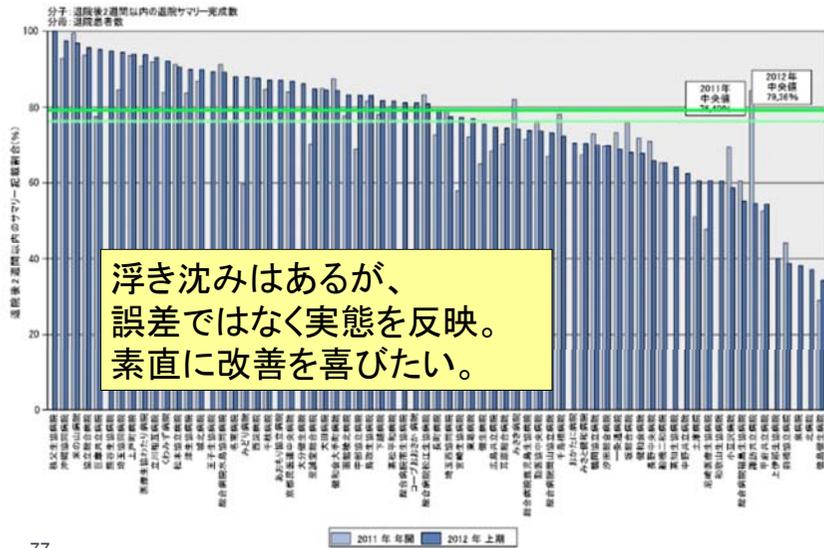


指標18: 市中肺炎患者死亡率(成人) C)重症



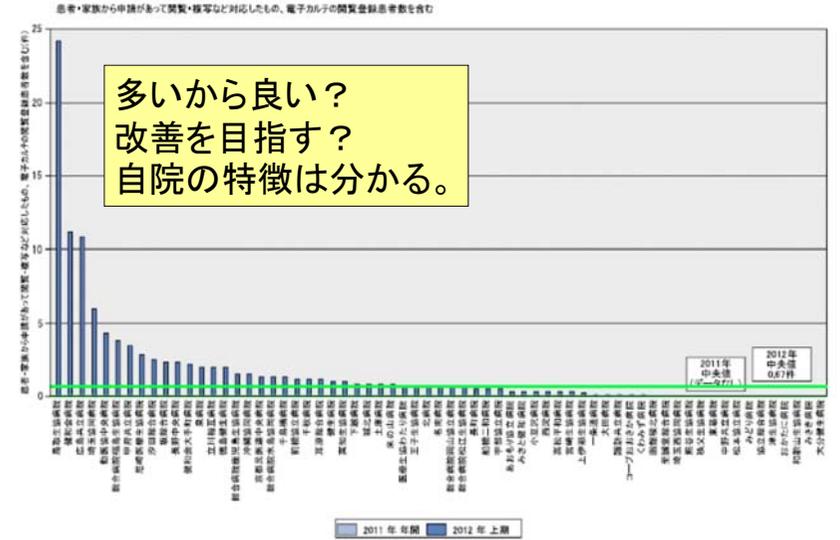
process

指標11: 退院後2週間以内のサマリー記載割合



process

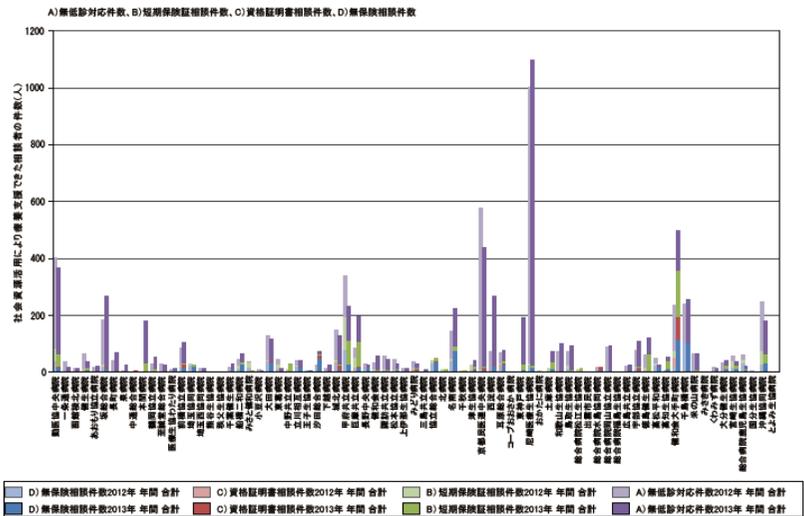
指標26: 患者・家族から申請があって閲覧・複写など対応したもの、電子カルテの閲覧登録患者数を含む



指標25 社会資源活用により療養支援できた相談者の割合

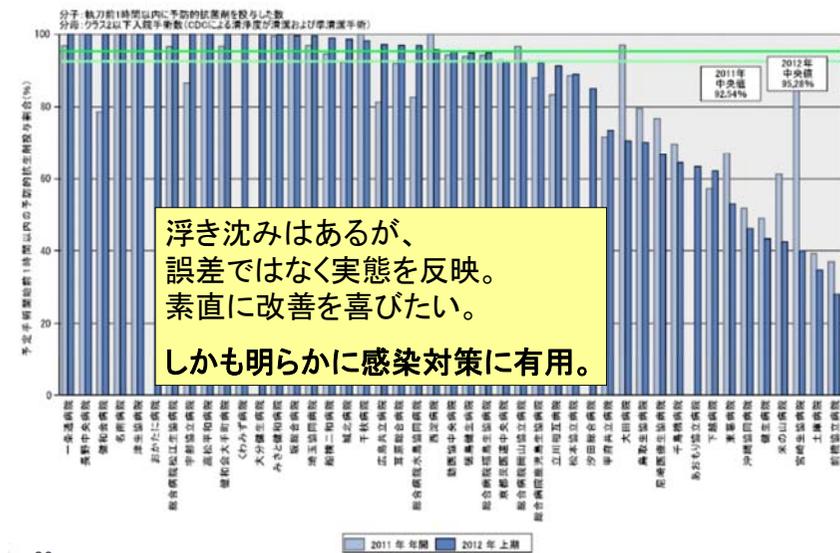
process

指標25: 社会資源活用により療養支援できた相談者の件数

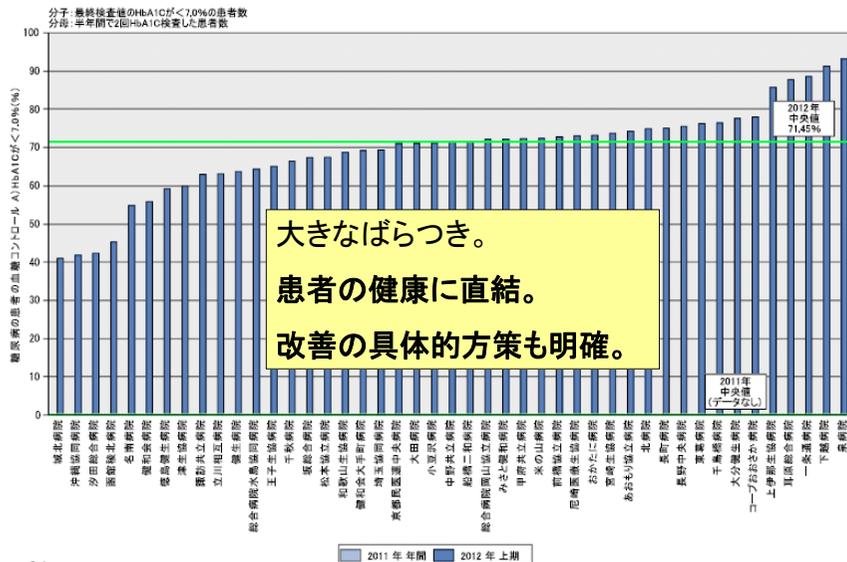


process

指標13: 予定手術開始前1時間以内の予防的抗生剤投与割合



指標21: 糖尿病の患者の血糖コントロール A)HbA1Cが<7.0%



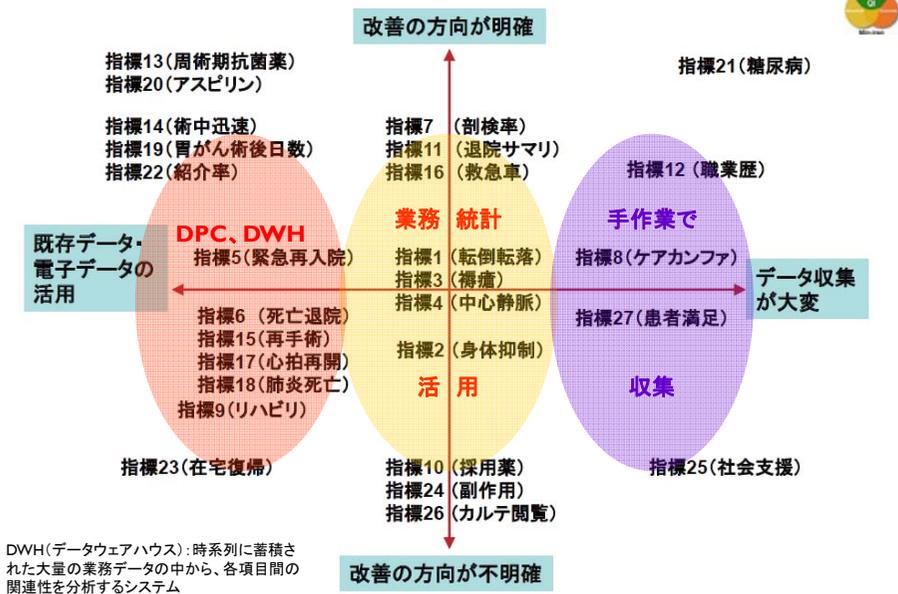
指標選択の基準

施設が独自に開発する場合

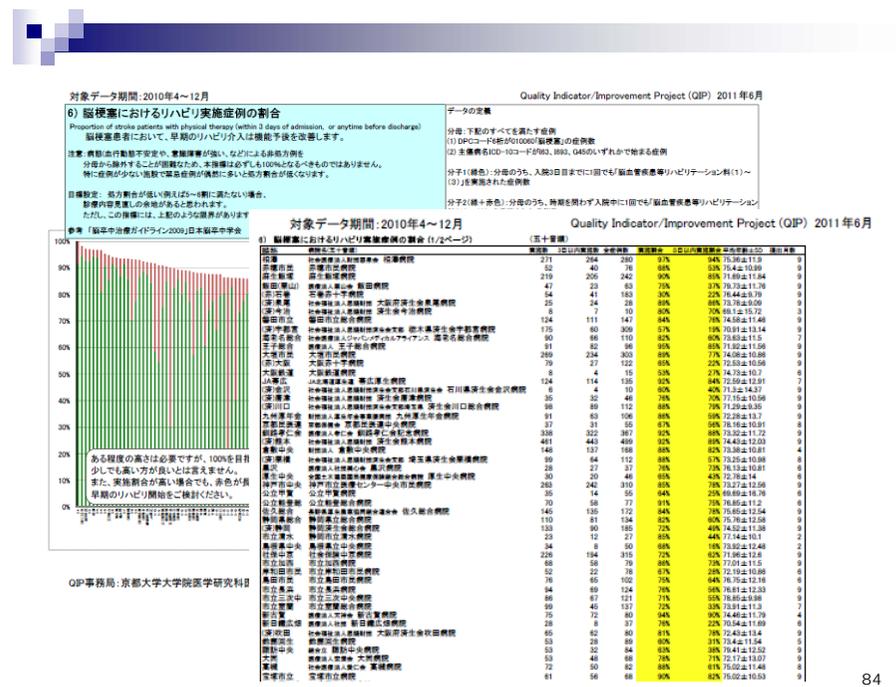
- ▶ 測定の根拠がある
 - ▶ 測ってどうする?
- ▶ 測定方法が明確
 - ▶ 分母・分子の定義
- ▶ データ収集が容易
 - ▶ 業務統計の活用
- ▶ 現状と目標の関係
 - ▶ まだ合格点でないもの
- ▶ 現場の改善が見える
 - ▶ 努力が反映される
 - ▶ 変化がすぐに見える

共同開発して施設間比較を行う場合

- ▶ 測定の目標が普遍的
- ▶ 測定方法が普遍的
- ▶ 施設間で現状にバラツキがある



DWH(データウェアハウス): 時系列に蓄積された大量の業務データの中から、各項目間の関連性を分析するシステム



病院団体間の指標の相違点

- 定義の違い
- 母集団の違い

85

例1-1: 急性心筋梗塞における再発予防 (AHRQ, 全日本民医連, QIP etc)

- 急性心筋梗塞患者に対する入院後24時間以内のアスピリン投与率 =
 - ※急性心筋梗塞患者に対する入院当日もしくは翌日のアスピリン投与率

入院後24時間以内にアスピリンを投与された患者数

一ヶ月間の急性心筋梗塞による入院患者数

86

例1-2: 急性心筋梗塞における再発予防 (国立病院機構, 日本病院会etc)

- 急性心筋梗塞患者に対する退院時アスピリンあるいは硫酸クロピドグレル処方率 =

分母のうち、退院時処方アスピリンあるいは硫酸クロピドグレルが処方された患者数

「急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞(DPCコード:050030)」の退院患者数。ただし、以下の場合を除外する。

- ・退院時転帰が死亡であった患者
- ・退院先が「他院へ転院(入院)した場合」あるいは「その他(介護老人保健施設, 介護老人福祉施設等への転所)」に該当する患者
- ・Killip 分類が「Class4」であった患者

87

異なる測定基準への対処法

- 各団体で自由に指標を開発する過程では、定義の統一は水を差す可能性。
- 各団体が新規指標を追加する中で、各団体の測定基準が公開されていると、そのまま採用される可能性あり。
- 一方で、異なる団体間での比較にも関心が集まると、中期的には指標が揃って来るとも期待。

88

ちなみに海外では

- 測定者は多彩
 - National Committee for Quality Assurance (NCQA)
 - Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)
 - CMS Hospital Quality Initiatives (HQI)
 - National Quality Forum (NQF)
 - Joint Commission Performance Measurement →測定マニュアルをCMSIにも提供
 - Hospital Quality Alliance (HQA)

89

各団体の指標はデータベースとして検索可能 National Quality Measures Clearinghouse

Title	Acute myocardial infarction: hospital 30-day, all-cause risk-standardized readmission rate (RSR) following AMI hospitalization.	Cardiovascular conditions: the relative resource use by members with cardiovascular conditions during the measurement year.
Measure Collection	National Hospital Inpatient Quality Measures	Not applicable
Submitter	Centers for Medicare & Medicaid Services/The Joint Commission	National Committee for Quality Assurance - Health Care Accreditation Organization
Developer	Centers for Medicare & Medicaid Services - Federal Government Agency [U.S.] Yale-New Haven Health Services Corporation/Center for Outcomes Research and Evaluation under contract to Centers for Medicare & Medicaid Services - Academic Affiliated Research Institute	National Committee for Quality Assurance - Health Care Accreditation Organization
Funding Source(s)	Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)	Unspecified

<http://quality-indicator.net/>

医療の質指標ポータルサイト

医療の質指標は、プロフェッションが自主的に活用して、改善に活かしていくことが重要です。そのため、指標関係の事業者間の共通化に関しては、外部から共通化されるのではなく、結果として共通になることが望まれます。一方で、特に診療ガイドラインやエビデンスに基づく指標の開発は、専門性と努力が必要なものであり、多くの異なる場で行われ、少しずつ異なる指標が多くなっていくと効果的でない面も出てきます。

そこで、診療ガイドラインやエビデンスに基づく指標の定義を、共同で維持、管理、発展させてプールし、そのプールの中から、事業ごとに適宜に活用していく、ということが、我が国における医療の質指標の活用推進に役立つと考えられます。病院団体の質指標は、それぞれの組織の特性、会員病院の特性に適合しているもので、事業を超えての標準化や共通化は困難な面が多々ありますが、もともと急性期医療を対象としているICVデータに基づく指標は、内容上もデータセットが共通であることから、共同で維持し、プールする指標の候補としてふさわしいと考えられます。

共同で所有し、維持、改訂、発展させていくスタート時点の指標定義体のプールの案として、厚生科研のもとで開発された指標群をPDFで掲載しています。

共同組織（予定）

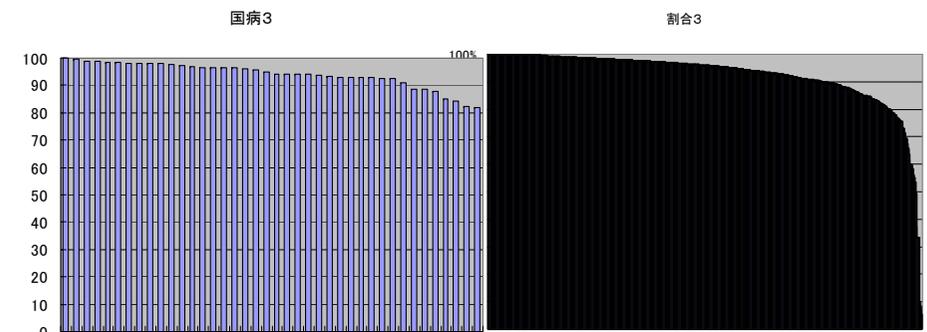
- ・全日本病院協会
- ・日本病院会

91

例2-1: 手術有の患者に対する 肺血栓塞栓症の予防対策実施率

国病データ

伏見班データ

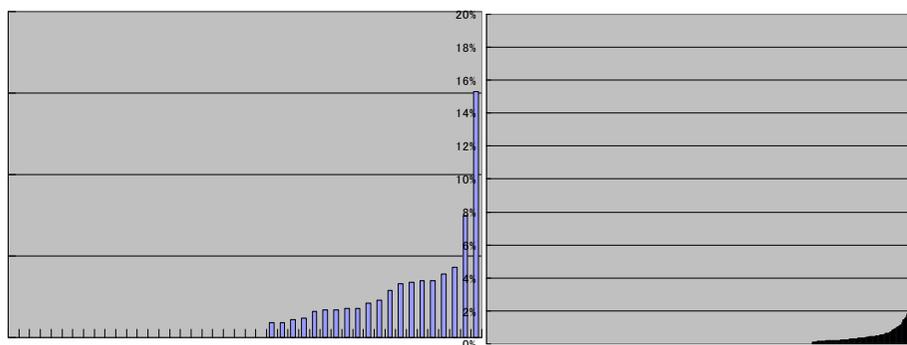


92

例2-2: 手術有の患者に対する 肺血栓塞栓症の発症率

国病データ

伏見班データ



93

病院団体間の指標の相違点(2)

■ 異なる母集団

- 測定項目の標準化により、複数のプロジェクトの測定結果を踏まえたベンチマークの設定が可能になる。

94

当セッションの内容

- 医療の質指標(QI, CI)の目的
- 根拠ある測定項目を選ぶ
- 診療改善につなげるために
- データ収集にDPCを活用する意義
- 多施設間比較を進める試み
- **指標の公開をめぐって**

95

指標の実名公開の影響(1)

- 数字や「ランキング」が一人歩き？
 - 数字合わせのために診療が歪む？
 - データの精度も損なわれかねない。
 - 患者の集中が起こりうる？
 - 診療報酬・混合診療・ドクターフィーの議論へ発展？
- 指標として未熟であることへの批判
 - データが間違っていたら大変。
 - 各施設でもデータを確認できる体制が必要か。
 - 正確なリスク調整は難しい、など
 - 必要性の理解がデータ入力の改善や精度向上につながる？
 - 公開への反発・不安
 - 指標に載らない努力は無かったことになる？

→分析者と医療者の対話が重要

96

指標の実名公開の影響(2)

- あるプロジェクトの参加施設の声
 - 公表がプレッシャーになったおかげで、測定をやり遂げることができた。
 - 当院の強みが良く分かり、誇りに感じた。
 - 部門での取り組みが院内で認められるきっかけになった。

97

ちなみに海外では

- 公表手段も多彩
 - Hospital Compare
 - Leapfrog group
 - National Committee for Quality Assurance (NCQA)
 - US News Best Hospitals Rankings (By Speciality and By Region)

98

Clinical Indicatorと Pay for Performance(P4P)

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

SPECIAL ARTICLE

Public Reporting and Pay for Performance in Hospital Quality Improvement

Peter K. Lindenauer, M.D., M.Sc., Denise Remus, Ph.D., R.N.,
Sheila Roman, M.D., M.P.H., Michael B. Rothberg, M.D., M.P.H.,
Evan M. Benjamin, M.D., Allen Ma, Ph.D., and Dale W. Bratzler, D.O., M.P.H.

N Engl J Med 2007;356:486-96.

Copyright © 2007 Massachusetts Medical Society.

99

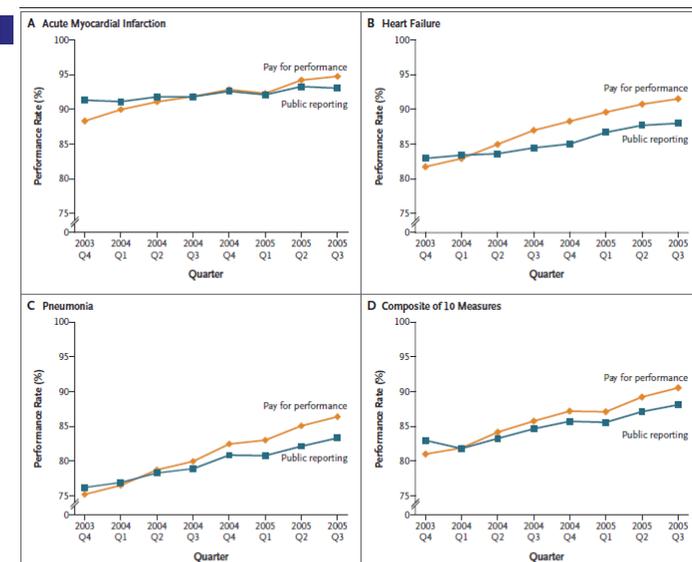


Figure 1. Improvement in Composite Process Measures among Hospitals Engaged in Both Pay for Performance and Public Reporting and Those Engaged Only in Public Reporting.
In an analysis matched for hospital characteristics, pay for performance was associated with improvements in composite process measures ranging from 4.1 to 5.2% over 2 years, including those in four key areas: acute myocardial infarction (Panel A), heart failure (Panel B), pneumonia (Panel C), and a composite of 10 measures (Panel D). The performance rate is the percentage of patients who were given the specified care for the condition. Q denotes quarter.

100

測定・改善プロジェクトを 推進するために

101

指標測定的前提となるリソース

- ▶ 医療情報の整備
 - ▶ 正しい病名
 - ▶ 正しいコーディング
 - ▶ 検索可能なテキスト
 - ▶ 薬剤・行為マスターの整備 など
- ▶ データ処理のための人手や設備
 - ▶ チーム回診記録(カテ感染、転倒)
 - ▶ カルテレビュー(職業歴記載割合)
- ▶ 大規模データ処理は、複数病院で一元的に行うと効率的。
 - ▶ ただし、データの確認は各施設でもできる体制が重要。

▶ 102

医療の質評価は、一つのプロジェクト。

- ▶ 強いリーダーシップ
- ▶ 関係者全員の意思疎通と連携
- ▶ 改善に有効な指標を選択
- ▶ 実際に測定可能な指標を選択
- ▶ 予算(資金, 人的資源)
- ▶ フィードバックを改善につなげる仕組み

▶ 103

誰をチームに入れますか?

- ▶ 疫学家
- ▶ 心理統計家・社会学者
 - ▶ アンケート調査の設計
- ▶ 臨床家
 - ▶ 医師, 看護師, 薬剤師, ..
- ▶ プロジェクトマネージャ
- ▶ データベース管理者
- ▶ プログラマー・システムエンジニア
- ▶ 広報係

医療の質をチームで改善

- ・多職種と対等な関係
- ・諸分野を横断的に把握
- ・ケアプロセスや病態への深い理解

▶ 104

有効な指標を作成するヒント

- ▶ まずは「プロセス図」を描くことから。
アウトカムに至る全工程を含んでいますか？
 - ▶ Structure
 - ▶ Process
 - ▶ Outcome
- ▶ アウトカム改善に向けて、何から着手しますか？
 - ▶ そこに文献的なエビデンスはありますか？
- ▶ その測定方法で、ほかの施設と比べることができそうですか？

目標設定

- ▶ 近隣の他病院との比較
- ▶ 院内の診療科間での比較
- ▶ 効率を改善する
- ▶ 認証評価
- ▶ 全般的なシステム改善
- ▶ 日本一を目指せ

データはどこにある？

- ▶ 紙カルテ
 - ▶ 診療内容が直接記載されている。
 - ▶ データの多くは主観的。
 - ▶ データ抽出に時間がかかる。
- ▶ 電子カルテ
 - ▶ 自由記載データ(散文での記載)は自動収集しにくい。
- ▶ 医事データ
 - ▶ データは客観的。
 - ▶ 臨床転帰は不十分であることが多い。
- ▶ 患者アンケートやインタビュー
 - ▶ QOLの測定にはもっとも信頼できる方法。
 - ▶ 患者満足度の測定や活用には工夫と戦略が必要。
 - ▶ 調査の準備にも実行にも時間や労力を要する。

指標選択の基準

- ▶ **測定の根拠がある**
 - ▶ 測ってどうする？
 - ▶ 測定方法が明確
 - ▶ 分母・分子の定義
 - ▶ **データ収集が容易**
 - ▶ 業務統計や医事データの活用
 - ▶ 現状と目標の関係
 - ▶ まだ合格点でないもの
 - ▶ **現場の改善が見える**
 - ▶ 努力が反映される
 - ▶ 変化がすぐに見える
- ▶ 測定の目標が普遍的
 - ▶ 測定方法が普遍的
 - ▶ 施設間で現状にバラツキがある
 - ▶ それなりの件数がある。

試行期間

- ▶ データ収集の担当者は誰？
- ▶ 時間や費用は？
- ▶ 患者のプライバシーや医の倫理は守られるか？
- ▶ ポリティクス

▶ 109

指標導入後の再検討

- ▶ 費用・労力
- ▶ 測定の質 / 報告の質
- ▶ 公表方法
- ▶ 改善に役立ったかどうか
- ▶ 患者を含む関係者からみた有用性・満足度

▶ 110

全日本民医連でのQIプロジェクト立ち上げ

- ▶ 15病院で測定を施行、定義の見直し
- ▶ 65病院に拡大して、正式に始動。
→現在83病院。
- ▶ 病院団体内部で一覧データを公開
→現在は一般公開へ
- ▶ 指標の開発には薬剤師・管理士など他職種で討論

▶ 111

指標による医療改善に向けた

5つのポイント (Vahé Kazandjian 1999)

- ▶ Indicator has to indicate. 指標は質を示しているか
 - ▶ But it is not easy to tell which one is doing right.
- ▶ It is person who measure, not indicators. 測るのは人間
 - ▶ Don't just end up with building of indicators.
 - ▶ Needs training for measurement, updates, etc.
- ▶ Indicator reflects environment. 環境に合わせた指標を
 - ▶ Reflect the philosophy of the organisation, region, etc.
- ▶ Measure > evaluate > observation > ... Cycle continues.
 - ▶ Indicator does change over time. 測定・評価・観察の繰り返し
- ▶ Don't just look at institutions. 患者のためになっているか
 - ▶ Look at the patients.

▶ 112

測定結果の活用に向けた組織作り

- ▶ 正確なデータ収集と、測定者へのフィードバック
- ▶ 「結果＋改善方法」を返す
- ▶ 追加分析やデータ検証を行える体制
 - ▶ 医師別・診療科別分析
- ▶ 多職種によるQI委員会
 - ▶ 院長など病院運営者のリーダーシップが重要。

▶ 113

指標測定の弊害

- ▶ 測りやすい指標ばかり測る結果、改善の努力がそちらへ歪んでしまう。
- ▶ 診療科間や医師個人間の比較を重視しすぎると、都合の悪い患者を診なくなる。(クリームスキミング)
- ▶ 測定に割く労力が大きすぎて、診療に手が回らない。

▶ 114

指標公開の弊害

- ▶ 「指標は診療活動の限られた側面を示しているに過ぎない」
⇒ 正しく伝わらないと、指標だけで病院の優劣を語られてしまう。
- ▶ 「指標は施設ごとの測定状況や患者重症度の構成に左右される」
⇒ 正しく伝わらないと、現場の努力が正しく評価されない。

▶ 115

大規模データを扱う場合の注意

- ▶ 個人の病歴や予後に関する繊細な情報
 - ▶ 情報が漏れないようにセキュリティが重要
- ▶ 万が一漏れても安心なデータ設計
 - ▶ 患者番号をはじめ、重要な項目の暗号化
- ▶ 個人が特定されてしまう心配
 - ▶ 結果公表時に少数例が特定されないように、マスク
 - ▶ 「京田辺市内の18歳男性が肝移植後に肺炎を合併」

▶ 116

測定を経験した施設の感想から

- ▶ 測れば測るほど、測り方に異論が出る。
 - ▶ 分母・分子の定義について、度重なる議論。
- ▶ 測ると決めたら、データが集まる。
 - ▶ 手持ちのデータで何とかならないか
→がんばって集めてみよう。
- ▶ 測っているうちに、元気が出てくる。
 - ▶ 他院との横比較、自院での縦比較
 - ▶ 自分たちの日々の活躍が周囲に認められた

本セッションのまとめ

- ▶ 医療の質指標は、より良い医療を実現するための有効な手段。
 - ▶ 測ることは変えること。
- ▶ エビデンスと現場に基づいた測定が大切。
 - ▶ 有意義な指標を、経年的に見る必要あり。
 - ▶ 指標作りは現場との共同作業。
- ▶ 診療の質の改善は、経営改善ともリンク。
 - ▶ 定期的な測定で、効率的に診療を改善しよう。
- ▶ 指標の公開を契機に、改善を加速しよう。