

高知医療センターの クリニカルインディケーター (C.I.)

高知医療センターでは、当院の医療を質という側面から表現するのに相応しい指標を取り上げ、これをクリニカルインディケーター (C.I.)として皆さまに定期的にお知らせすることといたしました。今回は全69項目を予定していますが、今月号はその第1回のご報告です。

文責：医療の質評価委員会 委員長 深田順一

I クリニカルインディケーター (C.I.) 公表の背景

開院後3年が経過した高知医療センターですが、特に最近は大連日のように地元紙紙上で、急性期型病院としての機能を支える救命救急センターを中心とする現場医師の奮闘振りが、ややもすればセンセーショナルとも受け取られる書きっぷりで報じられております。その中で、私がやはり、という印象を受けましたのは、本年3月12日付け高知新聞夕刊の《医師が危ない(16)》の記事で、「…連載を読むと先生を含め医療スタッフ全員の体が心配でなりません。(中略) 過酷な環境で医療事故が起きないことを願うばかりです」という声が一読者の投書として取り上げられているのを目にした時でした。マスコミでのこのような取り上げられ方は、やはり危惧していたような懸念を生むのだな、という感じで、やはりC.I.をまとめるという作業を急いでおいて良かった、という思いを強くさせるものでした。

そもそも、当院で医療の質を評価し、公表しようという取り組みを始めたのは、開院間もない2006年(平成18年)の初頭でした。当初は医療安全の向上という視点が中心で、当院で是非、取り組むべき課題として機関決定され、平成18年度から委員会が設置されましたが、テーマがテーマだけにどこから手を着けていいか、と方向性が見えない時期もありました。しかしこの年、聖路加国際病院が公表した冊子「St.Luke's Quality and Healthcare Report 2006」の実物を見せていただく機会があり、委員一同その内容に多いに触発され、今回のまとめに向けぐっとムードが高まったことでした。

その後、実務部隊による情報収集・データ集計と各臨床チームとの調整、委員会・幹部会議での妥当性の検討などを経て、今回の公表まで何とかたどりついたわけですが、この過程で役立ったのは何と云っても、電子カルテシステムに日々蓄えてきた膨大なデータが後利用できたことです。電子カルテは入力にかかる負担の大きさのために敬遠され勝ちと言われますが、やはりその威力はデータの後利用における有利さだと、今回の作業を通じ改めて実感させられたことでした。

II 指標の選択と算出に 当たって考慮したこと

高知医療センターの目指す3つの

基本目標の第1は「医療の質の向上」ですが、では当院は「医療の質」をどのように捉えるべきでしょうか？

この点について、当院では「医療の質」をまず、『期待される医療内容がその通りもたらされるという信頼感』と捉えています。これは医療の高度さや難度とは似て非なる価値観で、上記のように開院当初から院内で当院の考える「医療の質」として位置付けられていたものですが、これについては一昨年秋の第1回医療の質・安全学会学術集会での高久史磨理事長の挨拶の中にあつた、「…医療は極めて高い不確実性の上になりたっているもので…、また医療に直接携わっているのもまた人間であることから、医療の現場では予想もしない事故が起きる可能性が常にある…」という件りとも軌を一にする基本認識と考えています。

それでは、この信頼感を表現するには、具体的にはどのような指標を揃えるべきでしょうか？

実は医療サービスの質を評価しようという試みは、欧米では既に100年の歴史があると言われております。この中で何を質として評価するかについては1960年代にA.Donabedianによって提案された、構造(Structure)、過程(Process)、結果(Outcome)の3つの視点というのが現在でもコンセンサスを得ているとされています(図1)。そしてこのうち“構造”の部分がかほぼ満たされている先進国では“過程”と“結果”を中心に、その取り上げ方が工夫されているというのが現状のようです。

では、目指すべきはアウトカムかプロセスかという点については、一義的にはこれも同学会のワークショップでの副島秀久済生会熊本病院TQMセンター長が表明された、『医療の質の核心は治療成績であるべきである』という考え方に我々も共鳴するものです。

図1：臨床評価指標(クリニカルインディケーター)とは？
医療活動を「結果」から評価し、質の改善に役立てるための数値目標

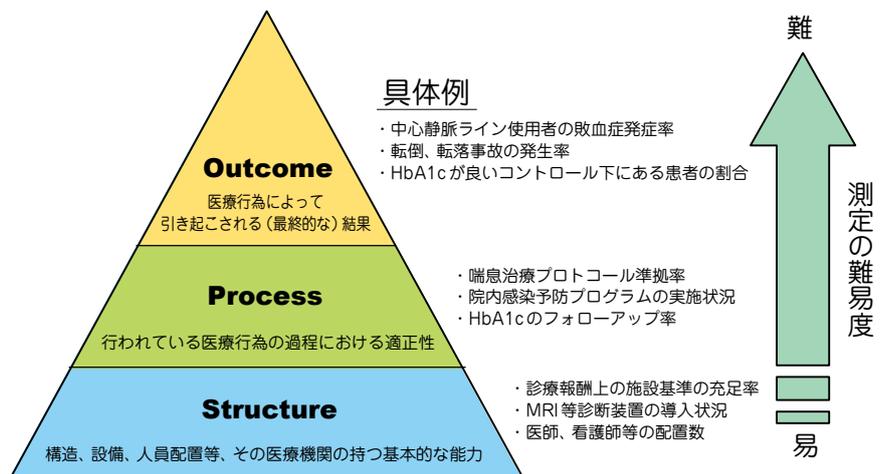


図1：「全日病ニュース」(平成14年7月15日)の「医療の質を測定するアウトカムアプローチ」を参考

なぜなら“結果”は“過程”に比べ、特に医療を受ける側、すなわち患者側からみたと、何より指標としてわかりやすいからです。しかし、ケースバイケースで“プロセス”も十分な指標になり得ると考えます。例えば、“高い有効性がエビデンスとして示されている治療法の当院での適用率”などは、プロセスに関する指標ではあるものの、十分に指標としての説得力を持つものと考えられるからです。

その上で①当院の質を相対評価できれば、よりわかりやすい指標となるのは明らかであるため、既に質の指標として認められたもの（ベンチマーク）があれば、これを候補としてまず考慮すること、②実際の算出作業を考え、できるだけ電子カルテから自動的に取り出せる数値を選択すること、などの点も念頭に置きました。しかし今回、最終的には当院独自の指標を考えざるを得ず、また、数値の算出にもある程度のマンパワーを費やさざるを得なかったというのが実情でした。

Ⅲ 第1回高知医療センター・クリニカルインディケーターの1例

このようにして今回公表するに至った高知医療センター・クリニカルインディケーター（KHSC-CI）の一部を紹介します。

代謝内分泌領域では今回、3つのC.I.を取り上げますが、その一つが『糖尿病治療を行った患者の中期的治療効果』です。そもそも糖尿病治療の質をどのように評価するか？ですが、聖路加病院では「3ヶ月以上通院している患者のコントロール状況を、HbA1cが6.5%以下、7.0%以下、9.0%以下を示す患者の割合（%）として表現する」としていますが、この指標では当院のように逆紹介を積極的に推進する施設の機能を表現するのは適切でないと考えます。

そこで当院では代謝・内分泌科を糖尿病で初診した患者さんが、初診後半年～1年の間に、初診時に比べどれだけ血糖コントロールが改善しているか、を表現することにしました。この“初診後半年～1年の間”というのは、患者指導の領域で著名な天理よろず相談所病院の石井均部長などによっても、一定（入院）期間後の糖尿病治療の効果を判定するに適した期間とされていますので、この数値化は当院の指標としてより適切と考えるわけです。図2には2006年1月から12月までに初診した糖尿病患者で、治療後の数値の残るケースをすべて含んだ集計を示しますが、当院の治療によりHbA1cは平均で9.69%から6.46%へ低下するという結果でした。この数値は、他の施設との比較は叶わないものの、それなりの成果と評価できるものと考えています。（図3は集計を60歳未満と60歳以上に分けたものですが、差のないコントロールが得られています。）

例1：個別診療機能指標

算出方法：2006年1月から12月までの間に当院、代謝・内分泌科で治療を開始した糖尿病患者が、初診後半年以上1年未満の期間にどこまでコントロールが改善されたかを、初診時HbA1c値と半年以上経過した後の時点で最も良くコントロールされたHbA1c値との差として算出し、グラフにまとめました。

図2：全体平均

『糖尿病治療を行った患者のヘモグロビンA1c低下度』3.23%（2006年実績）

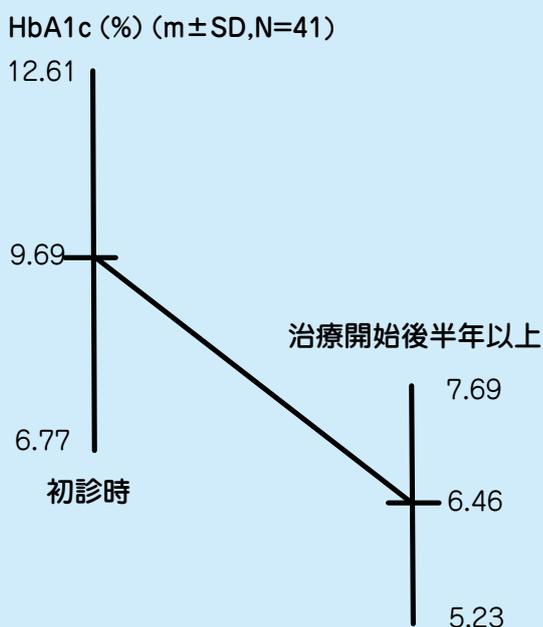


図3：年齢別集計

