

# 4年目を迎えた高知医療センター 「医療の質指標」クリニカルインディケーターの公表 — 動き出した“うねり”の中で —

高知医療センター・医療の質評価委員会 委員長 深田順一

今年も遅くなりましたが、平成22年（度）の高知医療センターの医療の質指標、クリニカルインディケーター(C.I.)2010をお届けします。この公表は今回で4回目となりますが、今回もこれまでの指標をほぼ踏襲し、変更は一部に止めています。昨年までの数字と比べると改善したものもありますが、そうでもないものもあります。それぞれの意味するところは別に分析が必要と受け止めています。

さて、昨年のC.I.2009を公表した「にじ」7月号（第57号）でも少し触れましたが、本院は昨年、厚生労働省の実施した「医療の質の評価・公表推進事業」の実施団体の一つ、日本病院会のクオリティー・インディケーター・プロジェクト（Q.I.プロジェクト）に参加し、全国30病院の一つとして共通の11項目の「医療の質指標」に関する院内のデータ収集を行いました。その集計結果は報告書として厚生労働省にも提出されているところですが、この医療の質指標を測定・公表するという事業が、本年になって国レベルで新たな展開・広がりを見せてきたと私自身感じています。

そもそも経営指標とは別に、医療の質自体を指標として算出することについては、欧米先進国では既に根付いているようですが、我が国での取り組みは

まだ日が浅く、その広がりもこれまでは限定的なものに留まっていた（表1）。しかし、上に述べた厚生労働省事業は今年度も継続され、対象が昨年度の3団体（日本病院会、全日本病院協会、国立病院機構）に替わり、社会福祉法人恩賜財団済生会、全日本民主医療機関連合会（民医連）、日本慢性期医療協会の3団体が選定されたことにより、新たな展開への期待も出てきました。また、去る7月14日開催の第61回日本病院学会のシンポジウム「医療の質の評価・公表推進事業の成果」では、クオリティーインディケーター（Q.I.）の活用が医療の質向上に繋がる、という見方でシンポジストの意見が一致し、10月18日に日本医療機能評価機構が開催した「クリニカル・インディケーター・フォーラム」でも、昨年度、本年度の上記事業に参加の6団体のほか、京都大学医療経済学今中教授らの全国多施設臨床指標改善プロジェクト（QIP）、NPO法人VHJ機構のプロジェクトから、それぞれ報告がなされ、医療の質評価の流れの本格化が肌で感じられるようになってきました。本院は今年度も85施設に拡大した日本病院会チームの一員としてQ.I.プロジェクトに参加しており、引き続きデータ集計を続けていくことになっています。

筆者は昨年度のQ.I.プロジェクトスタート時から

表1：医療の質評価に関する取組の流れ 一年表一

	国外・国内の取り組み	高知医療センターの取り組み
19世紀末	ナイチンゲールが病棟毎の感染症発症率・死亡率を比較する	
1960年代	ドナベジアンが医療評価の3つの視点(構造・過程・結果)を提案する	
1990年代	先進諸国で医療の質・安全への関心が高まる	
2006年11月	日本で第一回医療の質・安全学会学術集会が開催される	
2007年4月		高知医療センターに医療の質評価委員会が設置される
2007年12月	聖路加国際病院が「Quality Indicator 医療の質を測るVol.1」を出版する	
2008年6月		高知医療センターが第1回クリニカルインディケーター69指標を公表
2009年7月		高知医療センターが第2回クリニカルインディケーター68指標を公表
2010年4月	厚生労働省・医療の質の評価・公表等推進事業が始まる	左記の事業に日本病院会グループの一員として参加する
2010年7月		高知医療センターが第3回クリニカルインディケーター66指標ほかを公表
2011年4月	日本病院会の「Q.I.推進事業2011」が始まる	左記の事業に引き続き参加する
2011年7月	第61回日本病院学会シンポジウムで「医療の質」が取り上げられる	
2011年10月	日本医療機能評価機構が「クリニカルインディケーターフォーラム」を開催	高知医療センターが第4回クリニカルインディケーターを公表予定（本誌2011年12月号に掲載予定）

プロジェクトの実施方針を協議するQ.I.委員会に委員として参加していますが、その会の議論を通じ、今いくつかこの流れについて感じるところがあります。

まず第一に、医療の質を表現する指標として何が最もふさわしいかということです。この指標の選定についてはいくつかの考慮すべきポイントが指摘されています(表2)が、本院の参加するQ.I.プロジェクトではDPC参加病院がその多くを占めるため、DPCを活用できる部分に関してはこれを積極的に活用する流れがあり、2011年度の指標もこれを踏襲しつつ公表された全日病、NHOの昨年度の指標も参考にして決定されています(表3)。しかし、医療の在り方は多様であり、今後はそれらの多様性にも対応する配慮が求められるのではないのでしょうか?一例をあげると、Q.I.プロジェクト2011の糖尿病診療に関する指標は、その病院で糖尿病に関する投薬を受けている患者さんのうち、何%でJDS表示でのグリコヘモグロビンA1cが6.6%以下であるかで求めることになっています。しかしこれでは本院のように地域医療支援病院として、血糖コントロールのついた患者さんから紹介元に戻している施設にとっては、数値は低く出がちになるでしょうし、そ

表2:臨床指標(I.C.)の選び方 武藤正樹氏の講演より抜粋

- ①アウトカム指標、もしくはアウトカムに影響を与えるプロセス指標であること
- ②定義が明確であること
- ③データ収集が比較的容易であること
- ④医療の質指標としての代表性が高いこと
- ⑤標準的な成績が目安としてあわせて提示できること(施設間比較ができること)
- ⑥改善への努力が反映されやすいこと
- ⑦卓越した事例(ベストプラクティス)を示せること

もそも我々が力を入れる生活指導が功を奏して血糖コントロールが改善し、薬物療法から離脱できた患者さんはこの人数からは除かれることになるという矛盾も内包しているのです。地域医療支援病院としては、少なくとも地域医療機関との間での診療連携に乗っている糖尿病患者さんについては、連携に乗り続けている率(連携維持率)、すなわちフォローアップ率(言い換えれば非ドロップアウト率)、さらには、この連携診療中の患者グループの平均A1cレベルなどが、この部分に関する医療の質を表わすのに適しているのではないかと考えています。

表3:日本病院会のQ.I.プロジェクトの指標群 -2011年度指標一覧-

No.		指標名	分母	分子
1		患者満足度(外来患者)	患者満足度調査に回答した外来患者数	「この病院での診療に満足している」と回答した外来患者数(大変満足、満足、どちらでもない、不満足、大変不満足)の5段階
2		患者満足度(入院患者)	患者満足度調査に回答した入院患者数	「この病院での診療に満足している」と回答した入院患者数(大変満足、満足、どちらでもない、不満足、大変不満足)の5段階
3		死亡退院患者率	退院患者数	死亡退院患者数
4-①		入院患者の転倒・転落発生率	入院延べ患者数	医療安全管理室ヘインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数
4-②		入院患者の転倒・転落発生による損傷発生率	入院延べ患者数	医療安全管理室ヘインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうち損傷レベル4以上の転倒・転落件数
5		手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率	入院手術を受けた退院患者数	手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された退院患者数
6	DPC	退院後6週間以内の救急医療入院率	退院患者数	退院後6週間以内の救急入院患者数
7	DPC	手術ありの患者の肺血栓塞栓症の発生率(リスクレベルが中リスク以上)	肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院患者数	分母のうち肺血栓塞栓症を発症した患者数
8		褥瘡発生率	入院延べ患者数	調査期間における分母対象患者のうちd2以上の褥瘡の院内新規発生患者数
9		糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0%(HbA1c(JDS)<6.6%)	糖尿病の薬物治療を施行されている外来患者数	HbA1c(JDS)の最終値が6.6%未満の外来患者数
10	DPC	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	急性心筋梗塞あるいは再発性心筋梗塞の退院患者数	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
11	DPC	手術ありの患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率(リスクレベルが中リスク以上)	肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院患者数	分母のうち肺血栓塞栓症の予防対策(弾性ストッキングの着用、間歇的空気圧迫装置の利用、抗凝固療法のいずれか、または2つ以上)が実施された患者数

しかし、今年度の厚労省事業へは日本慢性期医療協会が参加されたとのことであり、このグループからは在宅復帰率など、療養病床を持つ施設などにも当てはまる質指標の提案もなされているといいます。今後、医療の質評価という考え方がDPC適用に代表される病院群に止まらず、診療所・クリニック、さらには介護施設や薬局においても受け入れられることが望ましいことを考えれば、それらにふさわしい指標が設定されていく、その魁になればと期待するばかりです。

指標の選定・選択についてですが、もう一つ指摘できるのは、それがStructure、Process、Outcomeのうち、どこに分類される指標か、という点です。従来の評価ではStructureとOutcomeに分類される指標が比較的多く、本院でも質指標公表を始めるに当たり、指標にStructureの要素を多く入れたことをもって、その呼称をQuality IndicatorではなくClinical Indicatorとした経緯があります。Outcome指標の公表を目指した理由は、それが指標として院内にも院外にもより判り易いと考えからですが、これに対してエビデンスに繋がるProcessの順守度を見るという指標は、指標としての合理性は高いものの医療界を越えるところまで理解されるかという懸念があり、今後、これらがどのような流れで定着するか興味のあるところです。「医療の質指標」は本来、患者さんが病院を選択するに当たっての情報になり得るものであり、院内改革の指標だけに留めておくのはやはりもったいないと感じます。院内向けという面については、本院では各職種別の指標も取り入れ、これを改善の目標にしようとする取り組みも始めていますが、これは次号でふれたいと思います。

そして第二に、その算出と運用に関することです。現状はDPCが動いているとはいえ、指標算出には組織として一定の時間と努力を要します。本院でもここまで指標を算出・公表し続けるにはかなりのエネルギーが必要でしたし、さらに指標を改善し、そして何よりこれを医療の質改善に繋げるためにはさらなる努力を要することが明らかです。これには院内の問題として病院が組織として「医療の質指標」公表の意義をさらに前向きに捉え、職員全体に指標算出に協力するよう号令を発する病院トップのリーダーシップ(図1)が望まれるでしょうし、指標算出の主力を担う作業部隊の頑張りもまた必須でしょう。次いで質指標の意義を理解・納得し、これを利用して自ら医療の質を高めようという職員の共感が業務改善のモチベーションとなるはずですが、このような職場風土の涵養もまた病院トップのリーダーシップに依るものでしょう。最後にこのような活動に対する院外からの関心も期待されることであり、それが批判であれ評価であれ、この活動に携わる職員にとっては得難い眼差しとなるはずですが、そして、そのためには広報活動の活発化もまた重要な要素でしょう。

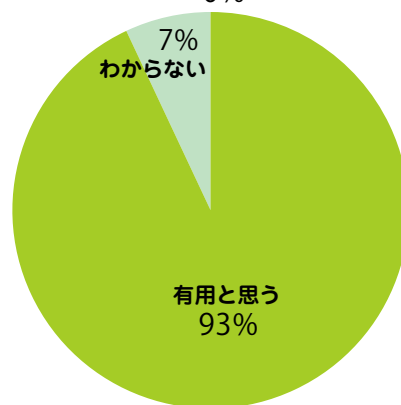
医療の質評価に関しての最近の国内の動きは、

“うねり”とでも言えるダイナミズムを感じる状況になってきています。

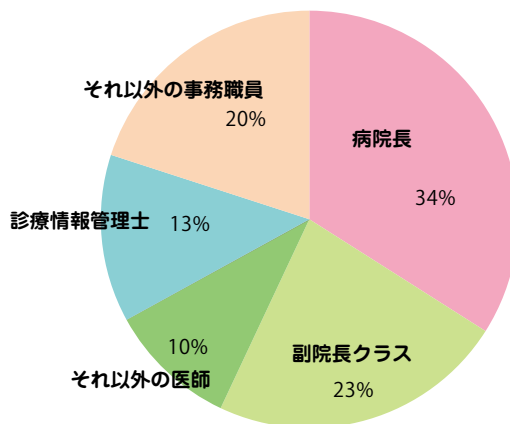
皆様からの声をお待ちいたします。

**図1** 2010年度の日本病院会QIプロジェクトに参加した30病院で、直接、指標の算出に当たった担当者へのアンケート結果  
(深田順一：組織として取り組む「医療の質」の向上. JIM 21(3)：192-195, 2011)

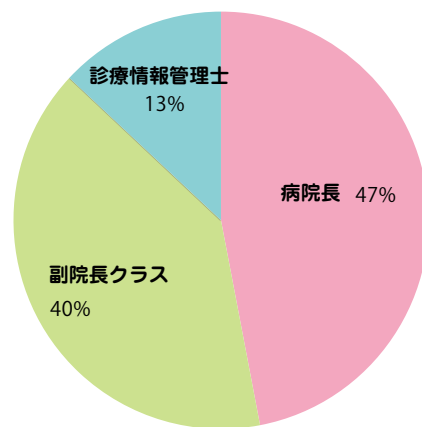
**「臨床指標」の算出は「医療の質」向上に有用だと思われますか？**



**「臨床指標」算出の現在のリーダー役は？**



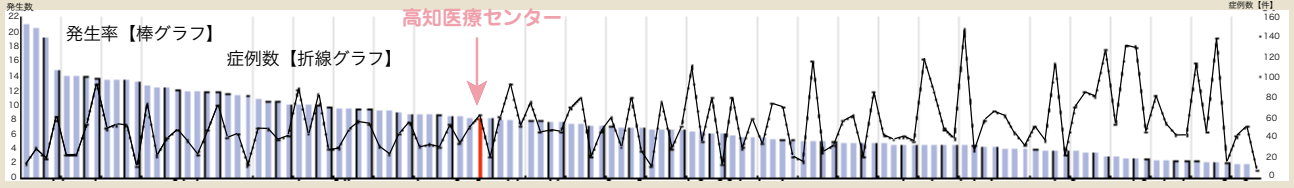
**「臨床指標」算出に当たっての望ましいリーダー役は？**



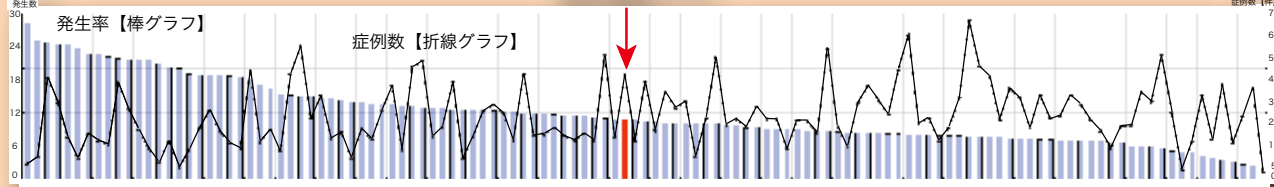
医療の質を向上させるためには、医師を中心とする医療従事者の不断の努力がまず求められますが、加えて、組織としての取り組みが不可欠と考えられます。

**医療の質指標の全国同規模病院での比較** - DPC抽出データからH21年度(上段) H22年度(下段)を比較する -

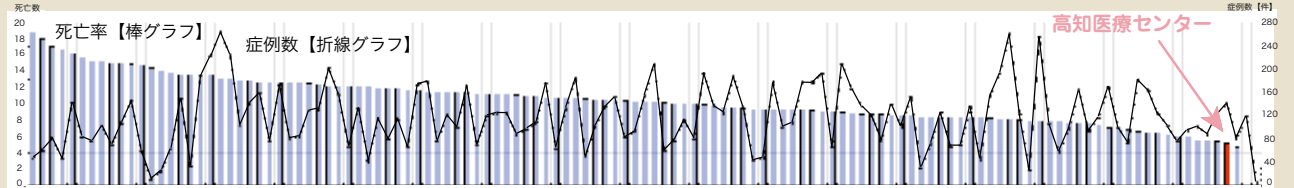
**IVH施行患者での敗血症発生率 (H21年度)**



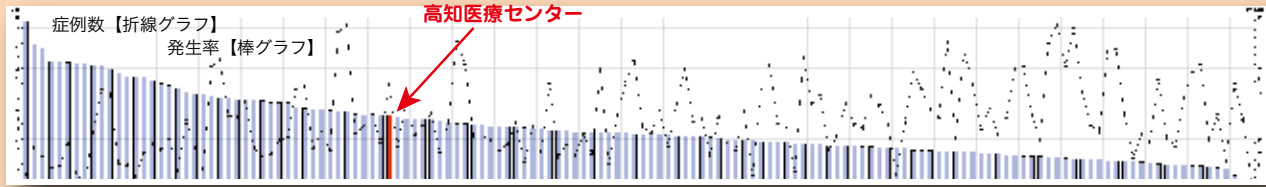
**IVH施行患者での敗血症発生率 (H22年度)**



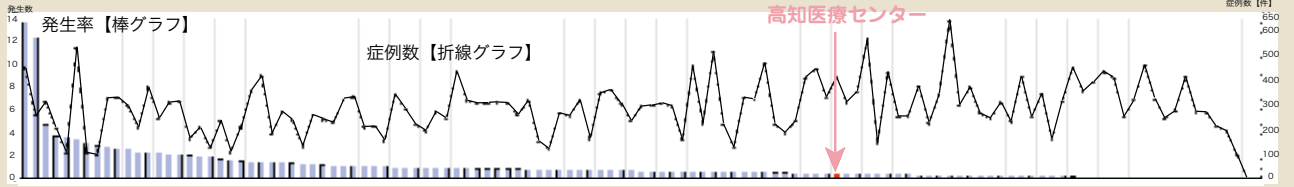
**人工呼吸器装着患者での肺炎発生率 (H21年度)**



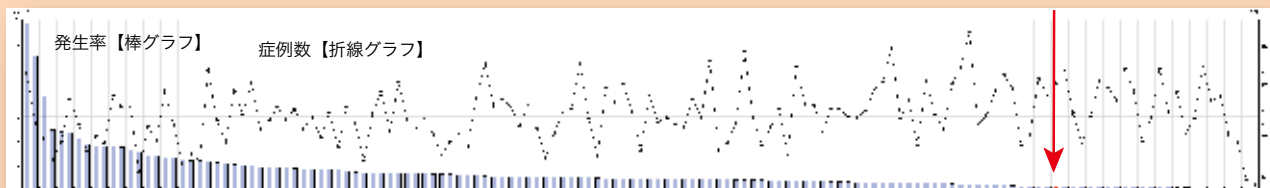
**人工呼吸器装着患者での肺炎発生率 (H22年度)**



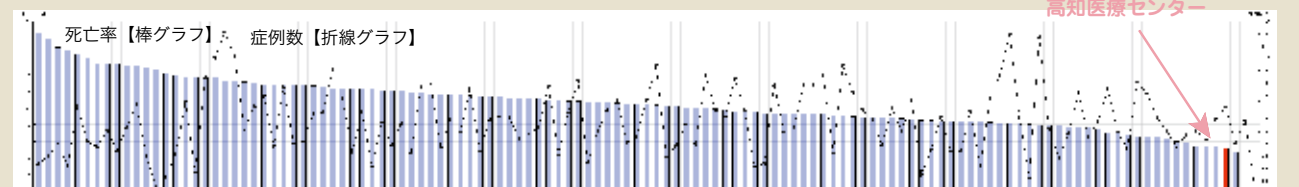
**膀胱内留置カテーテル施行患者での尿路感染発生率 (H21年度)**



**膀胱内留置カテーテル施行患者での尿路感染発生率 (H22年度)**



**救命救急センターから収容した救急搬送症例での死亡率 (H21年度)**



**救命救急センターから収容した救急搬送症例での死亡率 (H22年度)**

