

国立病院機構における 臨床評価指標の取り組み

三田晃史[†]
小林美亜^{*}

尾藤誠司
伏見清秀^{*}

岡田千春
中山政弘

第64回国立病院総合医学会
(平成22年11月25日 於福岡)

IRYO Vol. 66 No. 2 (77-79) 2012

要旨

国立病院機構では、各病院で提供される医療を臨床評価指標として共有することで、病院間でのばらつきの少ない良質な医療を目指している。具体的には、個々の医療プロセスや結果を可視化し、病院横断的・時間横断的・疾病横断的な比較を行うことで、各病院が自己評価のもとに患者へのケアの質を考え、改善に向けた取り組みを行っていくもので、これらの取り組みを通じて、国立病院機構が提供する医療の向上を実現し、ひいてはわが国全体における医療の質の向上に寄与するものと考えている。

キーワード 臨床評価指標

経緯

臨床評価指標（以下、指標）の作成を開始した当初は278項目もの多くの指標を作成していた。しかし、膨大な事務作業が発生したことから、平成18年度より26と項目数を減らした指標の測定を開始し、平成19年度から平成20年度の3年間は、データの収集とともに評価対象となった病院の平均値の公表を実施してきた（国立病院機構：臨床評価指標：<http://www.hosp.go.jp/7,0,61.html>）

指標の運用にかかるイメージとしては、まず作成した各指標の基準値（目標値）を設定する。各病院は、基準値を踏まえて設定した達成値のクリアを継続的に目指す。そして、結果として診療プロセスなどの病院間の診療のばらつきが少なくなり、医療の

質の底上げが図られるといったものである。国立病院機構本部では、各病院が指標を評価するための支援として、情報の収集ととりまとめを実施し、各指標の計測マニュアルと各年度の結果を掲載した冊子の作成等を行ってきた。

課題

指標測定の開始後3年が経過した平成21年には、26の指標の運用を通じて、1) 臨床評価指標の運用による医療の質の改善効果が必ずしも高くない、2) 情報収集に際し、医療現場に過度に負担がかかっている、3) 対象となる評価領域が限定されており病院全体の取り組みにはつながっていない、など様々な課題が顕在化してきた。

国立病院機構本部 医療部医療課 *国立病院機構本部 総合研究センター 診療情報分析部 †医師
(平成23年2月8日受付, 平成23年12月9日受理)

Clinical Quality Indicators of National Hospital Organization in Japan

Akifumi Mita, Seiji Bitou, Chiharu Okada, Mia Kobayashi* and Kiyohide Fushimi*, NHO Headquarters

Key Words: clinical quality indicators

1	原発性肺がん入院中死亡率（切除例）
2	肺がん切除例の5年生存率（Stage I, II）
3	乳がん切除例の5年生存率（Stage II）
4	大腸がん切除例の5年生存率（Stage III）
5	胃がん手術：平均術後在院日数
6	大腸がん手術：平均術後在院日数
7	うつ病：平均在院日数
8	C型慢性肝炎入院患者に対するIFN治療率
9	急性心筋梗塞：平均在院日数
10	急性心筋梗塞の重症度別死亡率
11	急性心筋梗塞患者における入院当日もしくは翌日のアスピリン投与率
12	脳血管障害：平均在院日数
13	脳梗塞患者における早期リハビリ開始率
14	脳梗塞患者における初期少量アスピリン投与率
15	低出生体重児（1000 - 2500 g 未満）死亡率
16	出産予定妊婦の帝王切開率
17	大腿骨頭置換術：平均術後在院日数
18	白内障手術：平均在院日数
19	超重症児（者）受け入れ率
20	重症心身障害児（者）短期入院受け入れ率
21	結核入院患者DOTS実施率
22	排菌陽性結核患者の平均在院日数
23	全入院患者中のHIV陽性率
24	退院患者中の褥瘡（Ⅱ度以上）の院内発生率
25	75歳以上の入院患者における入院中の骨折率
26	病院職員のインフルエンザワクチン接種率

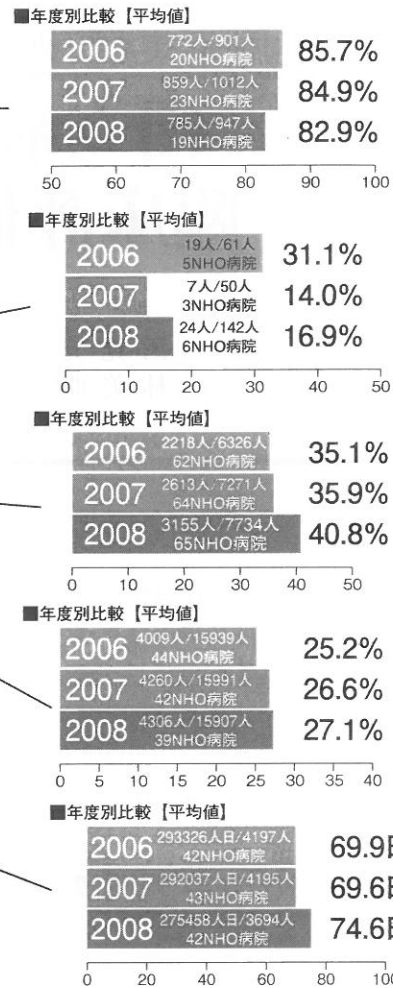


図1 26の臨床評価指標

そのため、平成21年度に「臨床評価指標の改善に関する検討委員会」を立ち上げ、新たな指標の検討・作成に着手した。この中で、指標の改善を行うに際して、内容の妥当性、測定・比較可能性、改善可能性を考慮した上で、次の3点の基本方針を固めた。

- 1) 指標の結果から医療の質を改善するための具体的な行動が明確になること
- 2) できるだけ広い疾病領域をカバーした指標と疾病横断的な指標による構成とし、上記1)の視点を含めて、すべての病院、職員が指標を明確に意識し、積極的に活用することのできる指標とすること
- 3) ITの進捗等各病院の状況が異なっていること等を考慮し、指標の集計に必要なデータの提出方法は可能な限り簡便なものとし、医療現場に過度の負担が生じない仕組みを構築すること

新たな指標の作成

これらの方針に基づき、新たな指標の対象領域として17の急性期系領域と5つのセーフティーネット系の領域および疾病横断の領域を定めた。

そして、領域別指標に対して、機構の各領域の研究ネットワークの枠組みを活用し、疾病領域ごとに作業委員会を設置し、新たな指標を作成するとともに、疾病横断的指標に対しては、「臨床評価指標の改善に関する検討委員会」により、

- ア) デルファイ法による指標の作成
- イ) 国内外で既に活用されている指標について、機構におけるデータの収集可能性等を考慮し、改変することにより作成
- ウ) 診療ガイドラインで強く推奨されている診療行為をプロセス指標化することにより作成の、いずれかの方法により125の指標案を作成した。

さらに、その指標案の中より、「しっかりとした

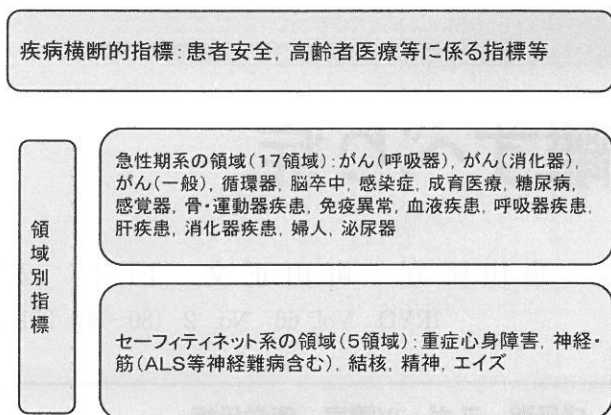


図2 新臨床評価指標の領域

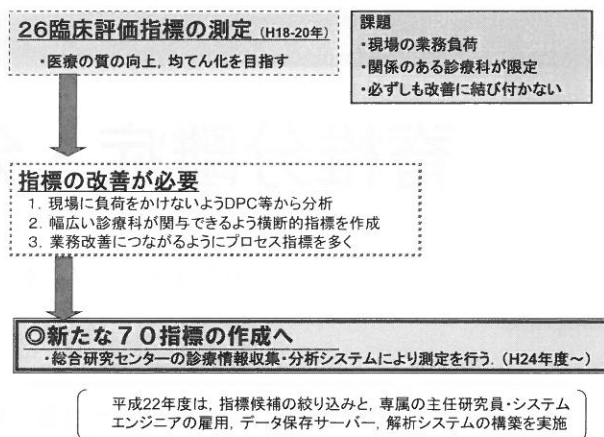


図3 臨床評価指標の公表および改善

エビデンスがあり専門家の合意が得られている」, 「健康への影響が大きい」, 「データ収集の負担が少ない」, 「得られた数値が業務改善への根拠となる」などの視点を基に, より使える指標として70指標を選別した。

現在, 個々の指標に対して, 必要に応じてバイアスを除去するための適用基準・除外基準を設定するとともに, 患者の重症度によって影響をうけるものについては, リスク調整を行うなどし, 二次データからの分子, 分母に関するデータの抽出方法を作成している。

指標収集に際するシステムの整備

また, 指標の選定と並行して, DPC データ (DPC 対象病院および DPC 準備病院) や入院・外来にかかるレセプトデータ (非 DPC 病院) などの電子情報を各病院から収集し分析するために「診療情報収集分析データバンク」を整備し, 平成22年10月より本格稼働しており, このシステムを活用しながら新たな指標の情報収集を進める予定である。

今後の方向性と課題

平成23年度からの指標作成に向けた情報を収集していくにあたって, DPC・レセプトなどの簡易な二次データを利用する制約上, 必ずしも除外できないバイアスを適用基準・除外基準の設定等によりできるだけ回避していく予定である。しかし, これらが必ずしも設定できない事項もあることから, 指標の評価対象とならない患者が含まれていることを前提として, 目標値の設定で調整を試みる方向である。

その上で今後, 2次データから抽出した情報の精度に係る信頼性・妥当性の検証を実施していくことも必要であると考えている。さらに, 診療報酬請求の対象とならない自由診療等 (例: 妊娠, 出産等の産科領域) の情報は DPC・レセプトデータ等から取得できないため, いかにも簡便にこのような情報を取得するかといった方法の開発なども進めていく予定である。

おわりに

医療の質を適切に定量化することには, バイアスなどのリスク調整をはじめとした多くの課題が残されており, 指標の公表に関しては, 患者・国民に正しい理解を求める必要がある。

しかし, これらの課題を克服し, 指標の運用により, 二次データ利用によるデータ収集の効率化・標準化を図るシステムを構築し, PDCA (plan do check analysis) サイクルを継続的にまわすことは, 医療の質の改善への手立てとなる。また同時に, 全指標の算出結果の公表を行うことは, 医療の質に対する説明責任を果たす手始めとなる。これらは, わが国における医療の質の向上および透明性の確保に向けて国立病院機構が担うべき役割として, 今後も更なる取り組みが必要であると考えている。

〈本論文の要旨は第64回国立病院総合医学会において「NHO 共同臨床研究と臨床評価指標 (QI)」において「国立病院機構における臨床評価指標の取り組み」として発表した内容に加筆したものである。〉