

診療情報を活かした臨床評価指標 Ver. 5 の開発

金沢奈津子[†]第76回国立病院総合医学会
2022年10月8日 於 熊本

IRYO Vol. 77 No. 5 (314-317) 2023

要旨

国立病院機構では、質の高い医療を提供すべく、質向上に向けた取り組みを継続的かつ積極的に行っている。その一環として、医療の質指標である「臨床評価指標」を独自に開発しており、10年以上にわたって継続的に計測している。計測においては、各病院から本部に提供されるレセプトデータやDPCデータ等を用いて本部内で一括集計しており、各病院に計測作業の負担をかけない仕組みになっている。また、各病院においては、その計測結果をもとに医療の質の改善活動が実施されており、開発、計測から活用までのスキームが構築されている。

臨床評価指標は、医療の進歩に合わせて定期的な改定が行われる。本年度は、4回目の改定作業の実施年度であり臨床評価指標 Ver. 5を開発中である。Ver. 5では、これまでの枠組みにとらわれず、より幅広く活用できるよう多様な指標を積極的に取り入れること、また精度の高い指標に厳選することをコンセプトとしている。各領域の専門家からの意見を収集したうえで、指標に詳しいメンバーで詳細に議論できるように体制を構築しており、現在200を超える指標案について検討が進められている。臨床評価指標 Ver. 5が、各病院においておおいに活用されることを期待したい。

キーワード：臨床評価指標、医療の質指標、レセプトデータ、DPCデータ

臨床評価指標の概要

臨床評価指標は、国立病院機構が独自に開発する臨床指標であり、以下の2点を目的としている。

- 1) 臨床評価指標を開発し計測することにより、機構病院が提供する医療を可視化し、医療の質の均てん化と向上を図る。
- 2) 臨床評価指標による計測結果を公表することにより、機構病院が提供する医療の透明性を確

保し、わが国の医療の質の向上に貢献する。

医療の質とは、個人や社会に対する医療サービスの提供が望ましい健康状態への可能性を高めた度合い、あるいは提供されるサービスは現時点の専門的知識にあっている度合いと定義される¹⁾。つまり、有効とされる治療やケアが適切なタイミングで行われたかどうかや、最新のエビデンスに基づいた診療が行われたかどうかを問うもので、対象となる患者を分母、そのうち適切な診療が行われた患者を分子

国立病院機構本部 総合研究センター 診療情報分析部 [†]理学療法士

著者連絡先：金沢奈津子 国立病院機構本部 総合研究センター 診療情報分析部 主任研究員

〒152-8621 東京都目黒区東が丘2-5-21

E-mail: kanazawa.natsuko.dn@mail.hosp.go.jp

(2023年3月8日受付 2023年6月9日受理)

Development of NHO Clinical Indicator Ver. 5 using Medical Information Analysis Databank and NHO Clinical Data Archives

Natsuko Kanazawa, Clinical Research Center, National Hospital Organization Headquarters

(Received Mar. 8, 2023, Accepted Jun. 9, 2023)

Key words: NHO Clinical Indicator, quality indicator, insurance claims, DPC

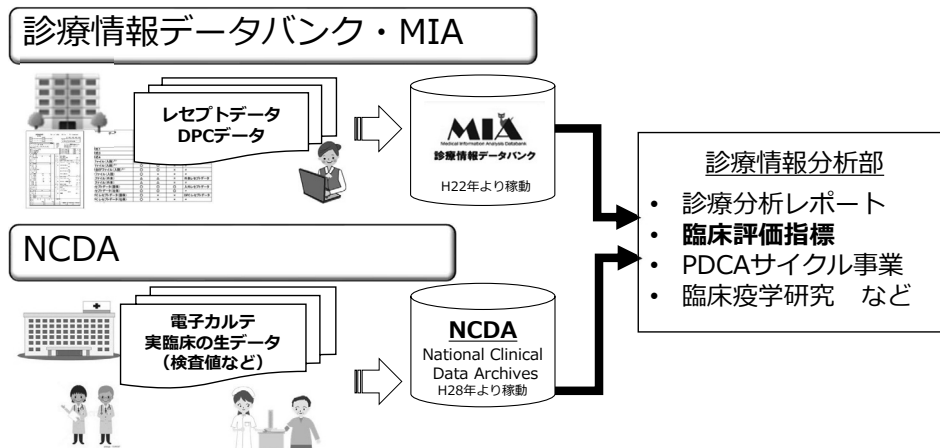


図1 国立病院機構が運用する診療情報データベース

として「%」で表される。たとえば、「脳卒中患者に対する早期リハビリテーション実施率」であれば、分母は脳卒中患者、分子は入院後早期にリハビリテーションを開始した患者となる。こうした診療プロセスの質を評価するものをプロセス指標といい、その結果として望ましい（望ましくない）アウトカムがどの程度得られたか（死亡率や感染発生率）をアウトカム指標、質の高い診療を行うための人員・設備・環境があったかを評価するもの（看護配置、専門医数等）をストラクチャー指標という²⁾。このように医療の質を客観的な数値として示し可視化することで、自院の現状や課題を知り、その課題に対する改善活動が実施できることから、臨床指標は医療の質改善のためのツールとして活用されている。国立病院機構では、定期的に臨床評価指標を計測することによって、各病院における診療の質の改善を目指している。

臨床評価指標の特徴

国立病院機構の臨床評価指標は、計測方法に特徴がある。臨床評価指標は、機構の全140病院から本部に提出される診療データを活用して集計を行っている。診療データには、複数の種類のデータが含まれており、機構本部ではこれらのデータを2種類のデータベースに格納して運用している（図1）。まず1つ目は、平成22年から運用開始した診療情報データベース（通称MIA：Medical Information Analysis databank）で、全140病院のレセプトデータとDPCデータを蓄積している。DPCデータには、DPC対象病院およびDPCデータ提出加算を算定する病院から提出されるデータが含まれている。2つ

目は、平成28年から運用を開始したNCDA（NHO Clinical Data Archives）で、これには67の病院の電子カルテデータが集積されている。機構本部総合研究センター内の診療情報分析部では、これらのデータを用いた分析・研究業務を行っており、臨床評価指標の計測もその業務の一つとして行われている。

こうした診療データを活用し、本部にて全病院の臨床評価指標を一括して計測するため、各病院における計測の手間は一切発生しない。また、データ上で病名（ICD-10コード）や診療報酬の算定状況で対象患者を定義し、該当する患者を機械的に抽出するため、結果の算出にかかる時間は2-3日程度と非常に短期間である。これは、指標計測の取り組みを継続していく上で非常に重要な点であると考えており、今後もこの仕組みを維持していく方針である。

一方、この方法にはデメリットもある。指標の集計は、すべて本部に提出されたデータに基づいて行われるため、データの正確性が結果に影響する。そのため、各病院において正しくデータを作成することが非常に重要となる。また、レセプトデータやDPCデータに含まれない情報は考慮されない点にも注意が必要である。たとえば、患者の状態や意思を踏まえ適切な判断として標準治療を行わなかった場合でも、指標では「適切な治療を実施しなかった患者」としてカウントされる。計測結果を解釈するうえでは、こうした特徴を知っておくことが重要である。

臨床評価指標の歴史

臨床評価指標は平成18年から計測が開始された。当時は、MIAやNCDAのデータベースが構築される

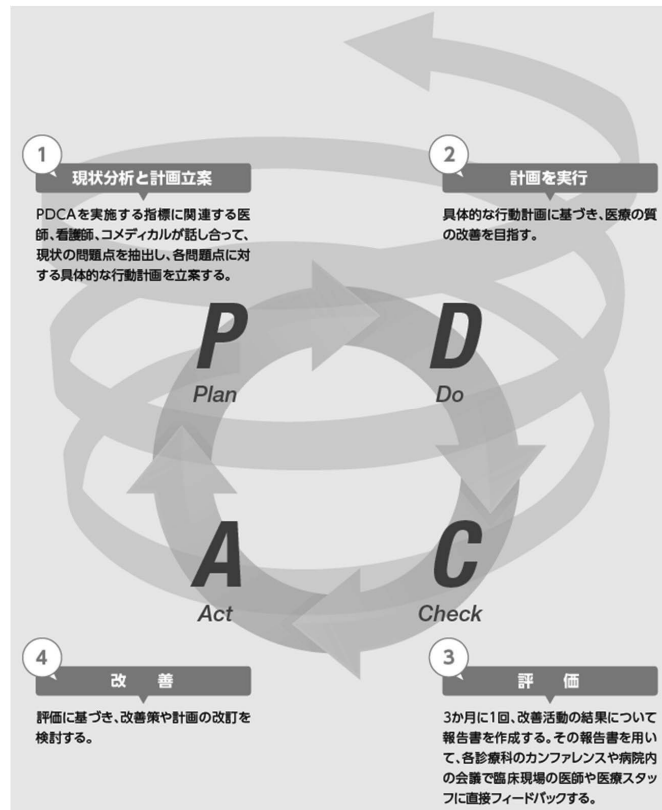


図2 PDCAサイクルに基づく医療の質の改善活動

以前であったため、各病院職員による手作業での集計作業が行われた。その後、1回目の改定作業を経て平成22年から2代目となる臨床評価指標（全87指標）の計測が開始された。この時、初めてMIAデータを活用した指標が開発された。また、平成22年には、厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」が開始され、臨床指標の開発・計測・公表の取り組みが全国的に始まった。国立病院機構は、初代参加団体の一つとして、指標の開発、計測および病院名付きでの結果の公表を行った。この取り組みは現在も継続しており、臨床評価指標 Ver. 4では24指標を公表指標に位置づけ病院ごとの結果を機構のウェブサイトに掲載している（公表はDPC対象病院のみ）。

続いて、2回目の改定作業を経て平成27年から臨床評価指標 Ver. 3の計測が開始された。診療領域別の指標に加え、医療安全やチーム医療など医療全体に係る分野横断的な指標が追加され、指標数は全115指標に大幅に増加した。

さらに、令和元年度からは臨床評価指標 Ver. 4の計測が開始された（全120指標）。この改定作業では、NCDAの運用開始にともないNCDAデータを活用した指標の開発が行われた。NCDAを使用するメリットとして検査値を利用できる点が挙げられる

が、Ver. 4では、糖尿病患者のHbA1cの値を使った指標や、術後感染の評価として白血球数やCRP、体温のデータを使った指標が新たに開発された。

臨床評価指標を活用した取り組み

国立病院機構では、平成27年から「臨床評価指標を用いたPDCAサイクルに基づく医療の質の改善事業」を始動した。臨床評価指標の実績に基づき改善活動を行うもので、各病院が毎年1指標を選び改善活動の立案、実行、評価に取り組む（図2）。この活動により、多職種間のコミュニケーションの改善や業務の効率化、パスの適正化など、さまざまな改善例が報告された。このような活動を140病院で一斉に実施することは容易ではなく、大変稀有な事例としてNHO外からも注目されている。

臨床評価指標 Ver. 5 開発について

令和4年度に4回目の改定作業が実施された。臨床評価指標 Ver. 5 開発の基本コンセプトは、以下の2点である。

- 1) 多様な発信先を想定した指標の開発

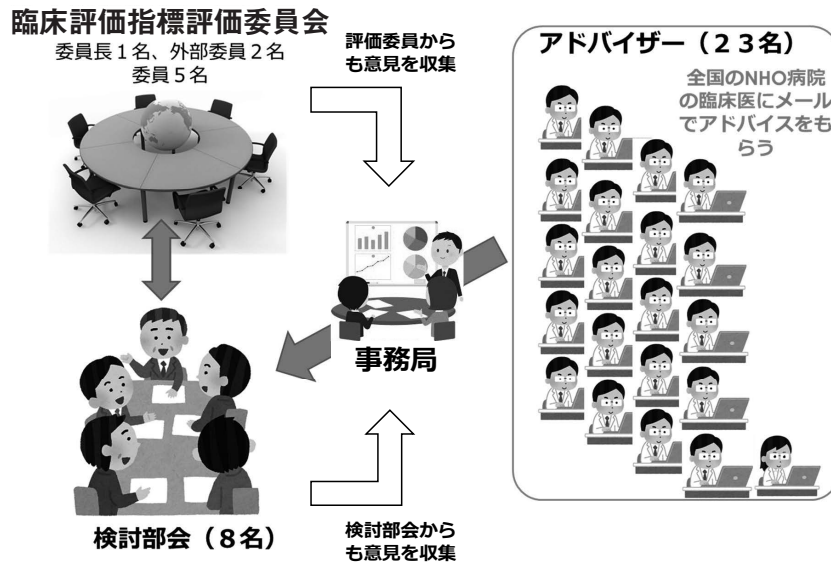


図3 臨床評価指標 Ver. 5 の開発体制

これまでの臨床評価指標は、現場の医療者が活用することを前提に、開発が行われてきた。Ver. 5 開発においては、患者や第三者にもわかりやすい指標や、多様化する病院機能を評価する指標の開発にも取り組む。

2) 指標の質の維持・向上

医療技術の進歩、時代の変遷に照らし、テーマの妥当性、計測方法の妥当性を見直し、精度の高い指標を選抜する。

Ver. 5 の開発に際し3つの委員会が組織された(図3)。まず、臨床の専門家として各診療領域を代表する23名からなるアドバイザーグループを立ち上げた。各アドバイザーには、Ver. 4 の120指標のうち専門領域に関連する指標についての意見、事務局が作成した新指標案についての意見、および新指標案の発案を求めた。事務局では、収集した意見をもとに、指標定義の確認・修正や、デモデータによる仮集計を行い、指標の原案を作成中である。この原案は、今後検討部会において議論される。検討部会は、指標またはデータ分析に詳しいメンバーで構成される少人数のグループで、定義の確認や指標の採用・不採用、目標値の設定など具体的な内容を議論し、Ver. 5 案を作成する。これを、最終決定機関である臨床評価指標評価委員会において審議し、最終的な Ver. 5 を完成させる予定である。今回の改定では、より広く意見を収集するため、アドバイザーのみならず評価委員会および検討部会のメンバーからも意見収集を行ったため、従来よりさらに充実し

た開発体制となっている。現在、既存の120指標に加え約100の新指標案について検討が進められている。ガイドラインの推奨や診療報酬における評価、データ上での定義の可否、仮集計結果の妥当性など多面的に評価し、さらに上記コンセプトに照らして Ver. 5 に収載すべき指標の選定が行われている。

ま と め

国立病院機構では、医療の質の向上を目指し臨床評価指標の開発・計測を10年以上にわたり実施している。令和5年度には、臨床評価指標 Ver. 5 による計測が開始される予定である。より多方面での活用を念頭に開発されたものであり、幅広い場面での活用が期待される。

〈本論文は第76回国立病院総合医学会シンポジウム「診療情報データベースの概要と活用」において「診療情報を活用した臨床評価指標 Ver. 5 の開発」として発表した内容に加筆したものである。〉

利益相反自己申告：申告すべきものなし。

[文献]

- 1) Lohr KN. Medicare : A Strategy for Quality Assurance. National Academies Press. Washington D.C., 1990.
- 2) Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Q 1966 ; 44 : 166-203.