

厚生科学研究費補助金
平成 16 年度医療技術評価総合研究事業
報告書

臨床指標を用いた医療の質向上に関する
国際共同研究

主任研究者

長谷川 敏彦

国立保健医療科学院

政策科学部長

平成 17 年 3 月

目次

I. 総論

- | | |
|-------------------------------|-------|
| 1)安全、質、満足に関する全体概念 | 長谷川敏彦 |
| 2)臨床指標のリスク調整方法論 | 清水佐知子 |
| 3)Customer Satisfaction(CS)とは | 藤村和宏 |
| 4)安全文化とは | 種田憲一郎 |
| 5)臨床指標をめぐる国際動向 | |
| ①米国 | 長谷川敏彦 |
| ②オーストラリア | 藤澤由和 |
| ③カナダ | 長谷川敏彦 |
| ④英国 | 長谷川敏彦 |

II. 方法論

- | | |
|-----------------|-------|
| 1)臨床指標調査 | 清水佐知子 |
| 2)CS 調査票と開発の意義 | 小高弘子 |
| 3)安全調査 | |
| ①安全文化調査インストルメント | 種田憲一郎 |
| ②組織診断インストルメント | 石川雅彦 |
| ③精神施設組織分析 | 富永利夫 |
| ④誤薬予防評価 | 古田康之 |
| ⑤コンピテンシー | 種田憲一郎 |
| ⑥分析手法 | 種田憲一郎 |
| 4)総合指標の開発 | 長谷川敏彦 |
| ①BSC | |
| ②各側面の構造 | |
| 5)各グループの目指すもの | |
| ①国立大学 | 武澤 純 |
| ②国立病院 | 斉藤英彦 |
| ③社会保険 | 石川 功 |
| ④日赤病院 | 宮下正弘 |
| ⑤自治体病院 | 向原茂明 |

III. 結果分析

- | | |
|-----------------------------|-------|
| 1)臨床指標を用いた医療の質評価分析 | 清水佐知子 |
| 2)患者満足度比較分析 | 長谷川敏彦 |
| 3)安全関連 | |
| ①患者満足度と職員満足度とヒヤリハット報告数の関連分析 | 関山真美子 |
| ②患者安全文化の現状診断及びインシデントレポートの関連 | 西尾由記子 |
| ③苦情第一対応者の初期対応における行動指針の作成 | 前田悦子 |
| ④医療事故発生時の説明 | 山本美和子 |

IV. 資料

V. 研究成果の刊行に関する一覧表

厚生労働科学研究費補助金（医療技術総合評価事業）
総括研究報告書

臨床指標を用いた医療の質向上に関する国際共同研究

主任研究者 長谷川 敏彦（国立保健医療科学院 政策科学部長）

研究要旨

近年の相次ぐ医療事故を背景とし、医療の質に施設間格差があることが広く認識されつつある。しかしながら、病院は自らが提供する医療サービスの質を客観的に評価し、全体の中における位置づけを把握する手段欠ける。これらの社会及び病院からの要望に答えるべく、医療の質を測定し、科学的根拠に基づき解析結果を還元することは、医療の質向上及び医療安全の推進を図る上で重要かつ、喫緊の課題である。

本研究は、医療の質を構成する三側面、「良質」、「安全」、「満足」のそれぞれについて臨床指標を開発し、測定し、参加施設へ還元することを通して医療の質の向上を図ることを目的とする。平成16年度研究では、上記3側面の概念的整理を行い、整理された概念を基にして臨床指標を開発し、さらにはその測定を行い、測定結果を評価した。

今後3側面の構造的関係を考察し明らかにする必要がある。また、測定した結果の効果的な還元方法について国内外、産業界の蓄積を基に検討し、実践し、その結果を評価する必要がある。

分担研究者

西岡清・横浜赤十字病院 病院長
井口昭久・名古屋大学医学系研究科・教授
武澤純・名古屋大学医学系研究科・教授
斉藤英彦・国立名古屋病院・病院長
石川功・社会保険群馬中央総合病院・病院長
飯田修平・練馬総合病院・病院長
平尾智広・香川医科大学・助教授
長谷川友紀・東邦大学医学部・助教授
佐藤敏彦・北里大学医学部・助教授
杉浦伸一・名古屋大学附属病院・講師
石田達樹・東京医科歯科大学医歯学・専門職員
加藤尚子・国際医療福祉大学・講師
佐藤康仁・東京女子医科大学医学部・助手

A. 研究目的

近年の相次ぐ医療事故を背景とし、医療の質に施設間格差があることが広く認識されつつある。本研究は、医療の質を構成する三側面、「良質」、「安全」、「満足」のそれぞれについて臨床指標を開発し、公的病院を中心とする多施設の参加協力の下、開発した臨床指標を測定し、ベンチマークし、三側面を統合した変革の戦略 (change strategy) を立て、参加施設へ還元すること

を通して医療の質の向上を図ることを目的とする。

平成16年度研究では、医療の質についての概念整理、上記三側面の測定指標インストルメントの開発、及び開発した指標の測定及び評価を行った。

B. 研究方法

I. 総論

1) 安全、質、満足に関する全体概念

近年の経営概念の変化により医療の安全や質の位置づけが変わりつつある。そこで、これらの諸概念と臨床指標の関係について、文献レビューを行い、概念的考察を行った。また、臨床指標について国際的な動向とその日本への応用可能性を検討した。文献、インターネットによる概念と応用例のレビュー、並びに臨床指標についての現地調査と使用事例に関する分析を行った。

2) 臨床指標のリスク調整方法

臨床指標を用いて多施設間のアウトカムをベンチマークする上で、リスク調整は非常に重要である。本報告では臨床指標におけるリスク調整の意義及び方法について考

察する。

3) Customer Satisfaction(CS)についての考察

顧客満足概念を定義した上で、類似概念である知覚品質や態度との違いを明確にした。次いで、顧客満足を認知的満足と情動的満足以に分類し、それぞれの満足にかかわる重要な概念について検討を行った。具体的には、認知的満足／不満足は評価基準と知覚成果との比較の結果として形成されることから、比較基準として用いられる「期待」「衡平性」および「ノルム」について考察を行った。さらに、知覚成果が評価基準を下回ったとしても、必ずしも不満足が形成されないことから、これにかかわる概念として「原因帰属」について考察を行った。また、情動的満足については、まだほとんど研究が行われていないが、情動概念と満足形成における情動の役割について考察を行った。

4)安全文化とは

安全文化に関して既存報告書及び文献レビューにより考察を行った。

5)臨床指標をめぐる国際動向

①米国、カナダ、英国

文献的考察及び現地調査により、収集の主体、フィードバック法について比較した。

対象は米国メリーランド協会、米国退役軍人病院グループ、英国NIHシステムである。

②オーストラリア

オーストラリアにおける様々なレベルでの臨床指標への取り組みに関する情報を収集し、分析することにより、今後の日本における臨床指標への取り組みに対する方向性を提示した。連邦政府、州政府および関係機関の公式文書、非公式文書の収集とその分析、および連邦政府、州政府、および関係機関の政策担当者および実務担当者へのヒヤリング、さらに当該分野における研究者らとの意見交換を通して検討を行った。

II. 方法論

1)臨床指標調査デザインに関する研究

臨床指標のフレームワーク及び具体的測定指標について検討した。

2)顧客満足度調査票開発意義に関する研究

本研究では、①患者さん(顧客)対象、②職員(内部顧客)対象、③連携施設対象の3種類の顧客満足度調査票を開発した。

3)安全調査

①安全文化調査インストルメント

安全文化は、厚生労働省医療安全対策検討会のヒューマンエラー部会においても、平成13年に、安全な医療を提供するための10の要点の一つとして挙げられている。しかしながら、安全文化をどのように評価・測定するかということは容易ではない。本研究では安全文化を測定する手法を検討するため、インターネット上の情報を含む文献レビューを行った。

②組織診断インストルメント

医療施設における医療安全対策のシステム化を構築するにあたり、当該施設の安全管理体制の現状を知ることは極めて重要なことである。本研究では林らが開発した、安全管理組織診断ツール(以下ツール)を用いて安全管理診断を行った。

このツールは、2領域(安全管理体制、危険領域)で構成され、前者ではサブカテゴリーとして、組織、知識、管理、環境の4項目があり、それがさらに指針の整備や危険管理・危機管理など総計16項目に分類されている。後者の危険管理領域も総計16項目に分類され、夫々の項目が施設で行われているかどうかをチェックする方式となっている。

③精神施設組織分析

今回、精神科病院ではどのような安全管理体制が整備されているのか、現状を把握するため、郵送アンケートによる安全管理体制の取り組み調査を実施した。また、併せて精神科病院の安全管理体制や機能の問題点が抽出できる安全管理組織診断ツールを作成した。

④誤薬予防評価

院内での誤薬防止対策の戦略の一環として、有効性が確認されている誤薬方策事項を、その重要度やEBMの高さ、病院内資源の導入のしやすさなどの点からランクわけをして、独自の「誤薬対策におけるEBMを重視した組織自己診断ツール」を開発した。また、薬剤業務の流れに沿って投薬システムから対策を立てることが重要と考えて、同様に独自の「投薬システム(流れ、職種の関わり)を重視した組織自己診断ツール」を開発した。

⑤医療安全管理者のコンピテンシー評価

近年、医療の質改善や医療安全を実践するための医療人の教育が緊急の課題となっている。その教育方法として、米国やオーストラリアではそれらを実践するコンピテンシー（行動特性、能力）を定めて教育することが進められている。本邦では、医療安全体制の整備のため医療安全管理者を設置し、その果たす役割や機能などの研究は進められつつあるが、未だ明確にされておらず、とくにコンピテンシーに焦点をあてた研究はみられない。そこで、本邦における医療安全管理者のコンピテンシーとは何か、を検討した。

⑥医療安全管理への産業界の分析手法の活用

医療事故の背後にある根本原因を追及し改善策を導き出す手法と、過去に経験した故障や事故・ヒューマンエラーを踏まえて、未然に防止する信頼性手法の一部を紹介する。理工学専門家とのインタビューおよび文献検索等にて、分析手法をレビューした。分析手法は主に原因追求型および未然防止型の二つに大別され、11の分析手法を抽出して検討した：RCA、VTA、SHELモデルVTA、4M4E法、Medical SAFER、FMEA、HAZOP、HACCP、HACCP、フールプルーフ、CRM等である。

4)総合指標の開発に関する研究

ハーバード大学カプラン教授のバランススコアカードの手法とジョンスホプキンス大学での実用例を検討した。

5)公的病院における臨床指標評価の意義に関する考察

国立大学病院、国立病院、日赤病院、自治体病院、社会保険病院それぞれの設立主体における臨床評価指標の役割と意義について考察した。

III. 分析

1)臨床指標を用いた医療の質評価分析

本報告はそのうち2グループについて、グループ内ならびにグループ間の医療の質の測定と比較を行ったものである。公的病院グループA31施設とグループB29施設を対象とし、院内統計から定義によって抽出したデータを収集し、平均値、分散等、最大・最小値等のベンチマーキング分析を行った。

2)患者属性及び入院時の各シーンが患者満足感へ与える影響要因分析

本報告は平成16年度から開始された公的病院6グループの医療の質評価プロジェクトのうち、公的病院2グループ、計177施設で実施した退院患者満足度調査についての分析結果である。本分析は施設間ベンチマークの前段階として、入院中の各シーン（入院時の説明、入院時の手続き、医師・看護師の態度、医師・看護師の技術、チームワーク、検査、手術、処方、食事、環境、退院時の説明）での満足度及び患者属性が総合的満足感へ与える影響を検討するものである。分析は総合的満足感に対応する項目に回答のあった26916例を対象とし、カテゴリデータの数量化を行った上で最小二乗法を行った。

3)安全関連

①患者満足度と職員満足度とヒヤリ・ハット報告数の関連分析

2つの医療施設において調査を行い、患者満足度と職員満足度、そして職員満足度とヒヤリ・ハット報告数とが相関があるかどうか分析を行った。

②患者安全文化の現状診断及びインシデントレポートの関連

2病院の全職員を対象に、安全文化の測定のために米国AHRQ (Agency for Health Research and Quality)が開発した医療のための安全文化質問調査票を用い、インシデント報告数との相関を解析した。

③苦情第一対応者の初期対応における行動指針の作成

本研究では、1)苦情発生初期対応の標準化に視点をおいた第一対応者の行動指針の作成、2)苦情場面を想定した対人コミュニケーションにおける効果的なりスニング行動指針の作成、を目的として行った。行動指針を作成するために、退院患者アンケート調査から苦情の内容を分類し、要因を明らかにする。それを故障の木 (Fault Tree) 図にまとめ苦情発生の要因を表す。医療従事者が体験した苦情対応の内容と患者側の苦情を照合し、共通した要因を抽出した。

④医療事故発生時の説明

本研究では、医療事故が起きた際に医療者側が行っている説明と患者が望む説明の実態把握を行った。3病院から医師、看護師、患者を対象にインタビューまたはフ

オーカスグループを行った。

C. 結果と考察

1) 臨床指標の構造と概念

経営はかつての収支の改善に限定した
ものから、限られた資源をいかに有効に
利用するか、算出／投入に以降しており、
算出は財務的な指標のみならず、医療の
安全、質、そして満足が重要であると考
えられた。これらが医療機関への信頼を
産み、継続的な顧客となる可能性を示唆
している。従って医療の質を図る臨床指
標は安全、良質、満足の三分野に渡る
必要があると言えよう。実際の臨床指
標の先行例を比較分析すると、各国で
それぞれ異なった主体（病院団体・認
証団体・大学等）が収集し、フィード
バックの方法も素数・リスク調整した
もの等種々あることが判明した。これら
の臨床指標の具体的な項目を収集する
検討し、より良い日本に適した臨床指
標の開発が望まれる。

2) 臨床指標のリスク調整方法に関する考察

リスク調整には主として2つの方法が
用いられている。1つは重症度分類別の
指標を評価するものであり、例えば、
出生時体重別死亡率や入院時JCSスコア
別死亡退院率などが該当する。もう1
つは、アウトカムとそれに影響を与える
要因のモデル式を特定化し、推定する
ことで得られた予測値と観測値の比率
を用いて評価する方法である。前者は
後者に比べてデータ収集の負担が軽い
が、基本的には重症度のみでリスク調
整される。後者は前者に比べて多くの
リスクを1つのモデルで捉え、評価す
ることが可能である。

3) Customer Satisfaction(CS)についての考察

CSにおける顧客には、外部顧客である
患者だけでなく、内部顧客である従業
員（医療従事者および事務職員）も
含まれる、と考えるべきである。なぜ
ならば両顧客とも組織の存続と成長に
とって必要不可欠な存在（人的資産）
であるだけでなく、両顧客の満足間
には循環的な影響関係が存在するた
めである。CSの向上を図るには、両
顧客の満足構造に対する理解に基づ
いて、両顧客に対して有効な施策を
展開しなければならない。なお、顧
客を広く考えるならば、患者を紹介
してくれるような他の機関も顧客に
含まれるので、それらの機関

に対する施策も必要である。このよう
な認識の下で、ここでは外部顧客（患
者）の満足構造を中心に考察を行う。
なぜならば、主体は異なっても満足
構造は類似しており、同様な概念を
適用できるからである。

4) 安全文化について

安全文化という言葉は、他の分野では
「安全性に関する問題を最優先にし、
その重要性に応じた配慮を行う組織
や個人の特性や姿勢の総体（国際原
子力機関、1991年）」という意味で
用いられている。

医療における安全文化とは、医療に
従事する全ての職員が、患者の安全
を最優先に考え、その実現を目指す
態度や考え方及びそれを可能にする
組織のあり方と言える。

5) 臨床指標をめぐる国際動向

① 米国

メリーランド病院協会は当初メリー
ランド州の会員の病院にて臨床指標
を収集し、ベンチマークして返す活
動を始めたところ、全国的な反響を
呼び、全米で約1500にのぼる病
院のベンチマークを行うに至ってい
る。方法としては会員制をとり所定
の方式に定義された情報を収集し、
フィードバックするものでほとんど
標準化は行われていない。

米国退役軍人病院では国立病院の
ネットワークを活かして152の病
院が定められたデータを本省に提
出し、ベンチマークしてフィード
バックする方法を用いている。デー
タは一部病院毎さらには22の地
域毎に提示され、質の改善に利用
されて、米国国立病院の改革に大
きく寄与したと考えられる。

② オーストラリア

オーストラリアにおいては、様々
なレベルで臨床指標を活用した活
動が展開されている。その中でも
特に注目している活動としては、
Australia Council for Health
care Standard(ACHS)と呼ば
れる第三者認証機構による臨床指
標を用いたベンチマーク制度、連
邦政府による臨床指標を用いた
政策イニシアティブなどが挙げら
れる。またこれ以外にも各州厚生
省による、独自の臨床指標収集
制度の確立や学会主導の認証機
構による臨床指標を組み込んだ
形での認証制度、病院有志連
合、さらに産婦人科領域にお
ける臨床指標を用

いたベンチマークへの取り組みと、臨床指標に関しては非常に多様な試みがみられることが判明した。

オーストラリアにおける臨床指標を用いた様々な活動は、必ずしも統一的な枠組みの中で展開されているとは必ずしもいえないが、少なくとも世界的な臨床指標の流れの中においては、ある種先進的な取り組みが見られる。とくに ACHS による臨床指標収集の取り組みは、他国に認証機構による同様の取り組みと比べても、その目的、内容およびデータの信頼性などの点において意味のあるものであると考えられる。

今後、臨床指標の活用は医療政策上の最重要課題となると考えられるが、こうした点から見てみると、オーストラリアにおける臨床指標活用の現状は、非常に多面的な展開を示しているといえる。具体的には、始まったばかりではあるが現場レベルでの自発的な取り組み、認証機構による取り組み、そして各州政府独自の取り組み、そして連邦政府による取り組みと異なる層での多面的な展開が見られる。またその一方で、連邦政府による試みは、他の医療政策と同様、臨床指標活用のためのインフラストラクチャーの整備という点に焦点がおかれており、今後の日本においてもこうした政策的な展開が求められると考えられる。

②カナダ

カナダ、オンタリオ州では、州の病院グループと政府が財源を提供し、トロント大学のグループが各病院の医療の質の評価を試みている。カナダの場合は、医療の質を測定する臨床指標のみならず、財務的なベンチマークも同時に行っており、所謂バランススコアカードの方式をとっている。

③英国

英国 NHS ではブレア政権になって以降、医療の質ならびに安全の改善が政策課題となり、標準を設定する NICE、医療の実情を把握する CHIS の 2 つの機関が設置され、医療の質の測定が開始された。当初はクリニカルオーディットによる方法が中心であったが、最近臨床指標を用いたベンチマークが行われている。独立行政法人化

されたとはいえ、国立組織なので、米国の VA と同様に本省にデータを収集し、フィードバックする方法を用いている。

7)臨床指標調査デザインに関する研究

本研究では臨床指標を①病院特性指標、及び②診療成果指標の二つで捉え、①病院特性指標が捉えるべき病院のあるべき姿を「急性期地域中核病院として診療圏の住民・患者、そして診療所・他病院に貢献（そのための情報と診療の標準化のための基盤を所有）」、②診療成果指標が捉える病院の機能は「安全高質な医療即ち、合併症（死亡）なく出来る限り早く直して、高い診療結果を得る」という理念に沿った機能を評価する指標を設定した。

8)顧客満足度調査票開発意義に関する研究

調査票は、事実を把握するだけでなく、そこから各施設が改善の具体策を見出し、最終的な目的である医療の質向上を目指せるものとした。調査票の開発段階では、各国の調査票、他産業のアンケートなども参考とし、そこから、医療の質を具体的に改善するための「医療における 10 のサービスクオリティ」を定義した。

①患者さん(顧客)対象の調査票は、厚生労働省の「患者受領行動調査」、世界 70 カ国実施の WHO の世界健康調査の患者満足度、これらの調査とのベンチマーキングが可能である。また、マーケティングの世界的な権威であるコトラーが定義するサービスクオリティを決定づける 10 の要因も埋め込まれている。すでに日本の主たる医療施設 273 病院が研究に参加している。

②職員(内部顧客)対象の調査票は、①の患者さんの評価と職員の行動認識の差を測れるようにした。顧客満足創造において医療施設側の「やっているつもりなのに患者さんに伝わらない」というロスを減らし、限りある資源を患者さんが期待するサービスに集中させることが重要だからである。

③連携施設対象の調査票は、現在、連携の実態を把握するための調査票と各施設が連携先との関係を深めるためのコミュニケーションツールとしての調査票の 2 種が必要であると考えられている。

医療の質改善のためには、定期的に顧客満足度を測定することが重要である。特に 2

年目以降は、前年の結果を受けた1年間の施策や職員の行動がどれだけの成果をもたらしたのかを知ることが重要である。

9)安全調査

①安全文化調査インストルメント

米国を中心に複数の医療における安全文化調査票が開発されており、代表的なものとして、米国退役軍人病院で開発された質問票と米国 AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) で開発された質問票などがあつた。とくに AHRQ の質問票は、米国 21 病院の 1400 名以上の病院職員を対象に調査を行い、その妥当性がよく検討されていた。そして、その構成要素は病院の部署レベルでの安全文化に関わる 7 要素、病院全体に関わる 3 要素、そして 4 つのアウトカム変数であつた。

今回検討された調査票の中では、AHRQ の質問票が最も信頼でき、有用な安全文化調査インストルメントであると考えられた。今後、日本の病院での調査に利用し、その有用性について検討していく必要性があると考えられた。

②組織診断インストルメント

結果を分析するにあたり、点数化してリーダーチャートで組織の体制をビジュアル化できるように工夫した。この結果、組織における安全管理体制のカテゴリー別の充実度、未熟度が明らかになり、現状分析と今後の検討すべき課題が明示された点で有用であつた。本ツールは、組織における安全管理体制の評価にその有用性が期待できるが、カテゴリーの分類法や項目の重み付け等に関してまだ改善の余地があるため、今後さらに項目内用を再検討し、臨床現場でも使用可能な、省力化した改訂版を作成して重ねて検討を継続していきたい。

③精神施設組織分析

調査の結果、ほとんどの施設で事例の集計、分析、改善策、安全管理研修が実施されていたが、危機管理マニュアルの未整備や患者参加の取り組み、外部評価の活用に対しては消極的であることが分かつた。また、安全管理者は副院長が兼任で務めており、専任の安全管理者を配置しにくい実態があることが分かつた。さらに施設内では

必要最小限の取り組みが行われていたが、積極的にレベルアップして行こうとする意欲が不足していることが分かつた。これらの原因としては、精神病院で培われてきた独特の組織文化(体質)が影響していると考えられ、今後は精神科医療の変革ために管理者、安全管理者の教育と医療スタッフの整備と教育が重要であることと思われた。安全管理組織診断ツール作成においては、一般診療科の組織診断ツールに精神科特有の項目を付加したものである。診断項目の多さなど、問題点も多いが、セルフアセスメントとして使用することにより、安全管理体制の強化につながると考えられた。今後改良を重ね、さらに有用な組織診断ツールの作成が必要と思われる。

④誤薬予防評価

2 つの組織自己診断ツールを実際に使用してその有用性を検討した結果、病院組織全体の誤薬対策の現状を把握することができた。今後、さらに改良を重ね、この診断ツールが、院内組織における誤薬対策の一助として発展することが期待される。

⑤コンピテンシー

コンピテンシーは 7 つのカテゴリーから成り、22 の学習目標と、その学習目標に到達するために必要な 306 項目の知識・技能・態度に分類された項目で構成された。これらはオーストラリアの分類による管理的職種・職位の Level3 と、組織全体の総括管理的職種・職位の Level4 のコンピテンシーの両者にわたるものであつた。本邦で実施されている医療安全管理者教育カリキュラムと比較すると、オーストラリアのコンピテンシーはそのほぼ全てを網羅した内容であつた。

コンピテンシーの到達を支援する項目は非常に包括的なものとなつたが、一方、自己評価としての活用の観点からは、評価項目数が多いため利用しにくいと思われた。また、特別に配慮すべき事項として、‘転倒・転落’‘輸血’についての検討も示唆された。今後、現場の医療安全管理者との検討を重ね、医療安全管理者が利用しやすい自己能力開発ツールの作成が期待された。

⑥医療安全管理への産業界の分析手法の活用

本研究は、産業界で開発された分析手法の内、ある程度方法論がイメージできて、医療界で取り入れられているものを含め、11の手法についてそれぞれの特徴、方法を情報収集し、限界と普及定着の状況から活用場面を考えた。情報を集める中で、産業界では、未然防止に多くの人と費用を掛け、安全で、顧客が満足でき、品質の良いもの、また安心・信頼できるサービスを提供できるようにと日常的に取り組んでいる様子が理解できた。

10)総合指標の開発に関する研究

カプラン手法は全学用のものでNPO病院には適応できないが、産出/投入分析の手法を用いて評価することが有用と思われる。

11)公的病院の役割と臨床指標の意義に関する考察

①国立大学がめざすもの

国立大学病院では国立大学附属病院長会議 常置委員会 運営改善問題小委員会の下に、平成16年6月に「病院機能情報の収集・解析システム検討プロジェクトチーム」を設置し、臨床指標の確定とその収集システムの構築に取り組んでいる。臨床指標はこれまで厚生労働省国立病院部、全国医学部長・病院長会議の大学病院の医療に関する委員会などが試行を行っており、東京都病院協会・全日本病院協会では臨床指標を用いたパフォーマンス評価事業を行っている。

「病院機能情報の収集・解析システム検討プロジェクトチーム」ではこれら先行する組織や団体と連絡を取りながら、臨床指標の定義・計算・比較・表示に関する標準化を行い、668の統一臨床指標を確定した。この指標の中には、構造、プロセス、アウトカム、警鐘事例に関するものに加えて、利用状況、アメニティ、外部評価に関するものが含まれている。

国立大学病院では現在国立大学共通の管理会計システムを導入中であり、この管理会計システムの中にはDPC解析システムも加えられている。このシステムを通じて必要なデータを自動的に抽出し、自動抽出ができない項目に関しては、手入力によって必要なデータを収集する予定である。また、近い将来、電子カルテシステムからのデータ移行も加えた臨床指標の収集・解析・配

布の総合システムを完成させる予定である。

②国立病院が目指すもの

特定独立行政法人「国立病院機構」は、2004年4月に旧国立病院・療養所が発展的に移行して発足したもので、全国約150病院からなる我が国最大の病院群である。病院機能としては急性期医療から神経難病、重症心身障害者、結核などに対する慢性期医療まで幅広い分野をカバーしている。我々の使命は、(1)患者さんの目線に立って満足される安心で質の高い医療の提供、(2)

臨床研究と治験による医療の質の向上、(3)医師およびコメディカルの教育研修、(4)政策医療の推進、および(5)災害時などの緊急医療支援である。特に、全国の多数の病院からなるネットワークを活用して臨床研究を進めEBM(科学的根拠に基づいた医療)を実践し且つ創造することを目指している。そのために平成14年度から臨床評価指標の導入に向けて取り組みを始め、現在、各分野共通の臨床評価指標と政策医療の19分野に固有の臨床評価指標を作成しデータを集めることを開始した。独立行政法人の中期計画の達成度の一つの指標として、また、他の設立母体の病院群との比較のために臨床評価指標を役立てたいと考えている。

③社会保険病院がめざすもの

社会保険病院(全国に52施設)では、本部の全社連を中軸に、2003年より3年間にわたる「経営改善計画」に鋭意取り組んでおり、今年は、その最後の年度となっている。これまで、2年が経過しているが、その間の全社連ならびに各病院の必死の努力により、その成果は顕著に表れてきているところである。その中で、我々社会保険病院も国立病院機構病院、国立大学法人病院、労災病院、日赤病院、一般病床200以上の公的病院の5団体と共に、本研究に参加させていただくことは、大変有意義なことと考えている。勿論、各病院自らが、院長をトップに医療の質の向上に取り組むことが重要であり、本気で改善に取り組めるか否かが、結果を左右するキーポイントになるであろう。本研究の目的は、「安全」・「良質」・「満足」の3つの側面から、臨床指標の測定と評価を行い、それらの結

果を病院の質の改善に向けてフィードバックすることであるが、これにより、医療の質評価の日本型基準を作成するという目的も兼ねていると考える。この本研究の成果は、他の病院グループのみでなく、我々社会保険グループにおける「経営改善計画」の推進にも必ず役立つことと期待している。国立保健医療科学院の長谷川敏彦部長を中心とした本研究班には、全国6団体に属する各病院の臨床指標データの収集、解析、さらにまとめという大規模で大変な労力を要する大仕事となるが、是非とも成功することを祈りたい。

④日赤病院が目指すもの

日本赤十字社は現在91病院で医療事業を展開している。公的病院としての赤十字病院の使命とは、まず、「災害が起こったときの迅速な救護活動」である。一方地域に於ける「赤十字病院群」の使命は「病院規模の大小を問わず、地域の医療需要を敏感に感じ取り、迅速に対応することによって、常に医療標準を地域に提供してゆきその向上を図ってゆく」ことである。

この使命に込めているか、日本赤十字社では各病院の経営資料を収集し、毎年発行してきている。近年は経営のみでなく、医療の質の向上を計るべく患者サービスの取り組み状況なども取り入れられてきており、内容は年々充実してきている。

しかし、その評価は内部はもちろんであるが、外部評価が欠かせない。また他の公的医療機関も含めた病院群との比較によってその独自性が検証されるべきであろう。また病院機能評価は本来医療成果としてのアウトプットやサービスの受益者である患者の満足度により評価されるべきである。今回の研究には赤十字病院グループでは「臨床指標」に47病院、「患者満足度」に22病院が参加した。「臨床指標」への参加では院内統計の不備に気づかされ、その対策を通してグループ内の医事統計のステップアップがなされた。「患者満足度調査」ではネガティブクエスションという従来と異なり質問方式がとられ、受ける側の本音が引き出されているものとして注目される。ベンチマークを通じ自院の位置を知り、またグループ内の病院間の違い、他グループの差など既に注目すべき成

果が出てきている。

2年、3年目の本研究には更に多くの病院の参加を得て、医療の質の向上に役立てたい。

⑤自治体病院における患者満足度調査の有用性

自治体病院659病院のうち12,9%(85病院)が黒字で、残り87,1%(574病院)は赤字という。

これは、医療制度初め構造的な欠陥といわざるをえないが、かといって患者さんを無視しては、病院運営は、成り立たない。これまでは、不採算部門運営という錦の御旗で、公的病院は、その存在を容認されてきた。しかし、日本中、他の業種においても、その存在を賭け、統廃合、合理化、専門化を図っている。自治体病院においても、患者に選ばれて初めて病院運ができる。そのためには、良質な医療を展開することが、肝要である。すなわち、①良質な医療、②安全な医療、③患者満足の追求が、効率性と共に求められる。このためには、長谷川班の研究に沿った臨床指標を用いた自己評価と第三者評価が必要不可欠である。今後は、調査と分析を行い、組織改善の1つのツールとしていきたい。

III. 分析

1)臨床指標を用いた医療の質評価分析

結果・討論：グループA、Bの各指標の平均値を比較すると、平均在院日数(胆石症、大腿頸部骨折、くも膜下出血)、手術死亡率(胆石症)、術前日数(胃の悪性新生物)、再入院率(胆石症)等について2グループの平均値に統計的に有意な差があった。また、院外処方箋発送率、外来での多剤処方率、退院時服薬指導件数についてもグループ間で有意な差が認められた。各指標の変動係数を比較すると、いずれのグループでも専門看護師の配置、警鐘事例数、院内感染症発生率、再入院率等の指標でばらつきの大いものが存在した。特にこれらの指標について、現場にフィードバックをすることにより、各病院並びにグループ全体として質の改善が期待される。結論：公的病院間で行った臨床指標によるベンチマーク分析では警鐘事例数、院内感染症発生率、再入院率等の指標にばらつきが認められ、これらを利用することは、病院経営及び診

療の質の向上に有用と考えられる。

2) 患者属性及び入院時の各シーンが患者満足感へ与える影響要因分析

病室の環境、設備、食事といったアメニティに関する満足感、及び医師、看護師のチームワークに対する評価、医師看護師の技術・知識に関する満足感の、総合的満足感へ与えるインパクトが大きかった。患者属性を見ると、女性では総合的満足感が低く、また、年齢、学歴、世帯所得のいずれも正の方向で統計的に有意であった。学歴に関しては年齢との交差項で有意に負の影響が認められ、学歴が高いほど、医療サービスに対する評価が厳しいことが示唆された。医療スタッフの技術やチームワーク、病室の環境への満足感が退院患者の総合的評価を上げることが示唆された。また、属性により満足感が異なる可能性も認められ、今後これらの属性を調整した上で各施設間の満足度の評価を行う必要があると考えられる。

3) 安全関連

①患者満足度と職員満足度とヒヤリ・ハット報告数の関連分析

患者満足度と職員満足度の間には有意な相関がみられた。また、調査対象となった病院の1つにおいては職員満足度とヒヤリ・ハット報告数に相関が認められたが、他の施設では相関関係は認められなかった。患者満足度を向上させるためには、職員の知識・技術の向上、職員のやりがいを促進するための支援、職場風土の向上が重要であることが示唆された。

②患者安全文化の現状診断及びインシデントレポートの関連

上司の安全に対する態度が高く、施設レベルでの患者安全を最優先事項としての経営活動や病院の部署横断的なチームワーク、イベント報告頻度が低いことがわかった。また安全文化全体の平均とインシデント報告は比例しないが、イベント報告頻度についてのドメインとイベント報告数とは相関がみられた。AHRQの質問票は、安全文化を構成する具体的な行動を尋ねているため、現状の診断に役立ち、PDCAサイクルを循環させるために有用であると考えられた。

③苦情第一対応者の初期対応における行動

指針の作成

苦情対応の第一対応者の行動指針は、苦情対応要素の①公平性：苦情の把握、②応答性：迅速な対応、③透明性：迅速な報告、④支援：迅速な依頼、⑤記録：記録の提出を軸とし、フローチャートで作成した。効果的なリスニング行動指針は、対人コミュニケーションコンピテンスにおけるリスニングの6つプロセスに、効果的な言語的、非言語的コミュニケーションの代表的なメッセージを組み合わせ作成し、プロセス別に実践レベルであらわした。これらと平行して、苦情対応マネジメントシステムに関する教育プログラムと連動させ各医療従事者の内的な動機付けにつなげることが重要であると考えられた。

④医療事故発生時の説明

主に次の三つのことが明らかとなった：
①医療事故・過誤についての知識不足や認識の違い、②医療従事者の実際の説明と患者が望む説明とのギャップ、③事故当事者に対する組織的なサポート体制の不足などがみられた。医療者側が行っている説明と患者が望む説明とのギャップを埋め、患者が納得できる説明を行うためには、医療者が過誤の説明を行いやすい環境を整備する必要があると思われた。具体的には、医療安全教育、医療過誤の説明に関する検討の機会、当事者の組織的なサポート体制などが必要であると考えられた。

D. 結論

平成16年度研究によって「安全」「良質」「満足」の医療の質を構成する3側面の概念が整理された。また、3側面を具体的に評価する指標を開発した。さらに、開発した指標を、公的病院を中心とする施設で施行し、その結果を分析した。

今後、まず上記3側面の構造的関係を考察し、明らかにする必要がある。また、測定した結果の効果的な還元方法について国内外、産業界の蓄積を基に検討し、実践し、その結果を評価する必要がある。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし