

私どもの病院の品質保証体系図は組織設計図のようなものですが、こういう形で 5W1H という各部門の役割分担が明確化されています。その中には方針管理とかチーム医療とか、是正・予防処置とかいろいろ入っております。Berwick は「すべてのシステムは結果が正確にいくように設計されていなければならない」と言っていますけれども、こういう品質保証体系図で暗黙知を形式知に変えていく作業が必要だと思います。

我々としては最初にキーププロセスをつくったのですが、これでは全く本当の日常診療には足りないということで、診療のプロセスを 12 余計に 2005 年以降つくりました。これらのプロセスは看護師や薬剤師主導でつくりましたので、医師主導になかなかありませんでしたけれども、ようやくこの 2 週間ぐらい前に各診療科のプロセスを作ろうと、副院長が中心になって動き出しまして、泌尿器科、内科、小児科、外科の診療プロセスができつつあるという状況です。

プロセスのところで重要なものは管理指標であり、管理指標の 3M というのは、意味があって、測定できて、管理できるというものです。管理指標というのは飯塚先生がおっしゃいますけれども、「あなたの仕事の良しあしはどこで判定するの？」というものであり、どのように管理指標を設定し、どこまで実施予定であるという管理水準の設定や、実際の管理手順の作成も必要です。

日常管理のところは、スタンダードのところをきちんと標準化して、それでドゥー、チェック、アクトと回していくわけですが、アクトのところ、日常のスタンダードをきちんと頻回に改訂して、村川さんもおっしゃっていましたが、改訂の繰り返しできちんと質保証をして、先ほどの暗黙知を形式知にもっていく、こういう形が必要だろうと思っています。

それから機能別管理のところは、先ほど矢野先生のところでありましたが、ICT、NST、パス、セーフティー、緩和ケア等、いろいろチームはありますが、各種委員会とチームをどういう形で結び付けていくかというのは非常に大きな問題です。我々は ICT のところには感染対策委員会を、NST には栄養ケア委員会を、パスにはパス委員会を、セーフティーマネージャーには安全管理委員会をつけています。基本的にはこの多職種協働実践チームの上には委員会を置いて、一緒に合同で、車の両輪のような形で動いてほしいという思いでつくっています。

組織図的にも、委員会を組織図上のどこに位置付けるかということは重要であり、スタッフの反対側、先ほどの某総合病院のもので、ああいう形で委員会をつくって、ラインとスタッフのところと分けてきちんとやるようにしています。

それから構造化のところ、これは BSC をまねてやっただけでいいのですが、いわゆる業務運営会議、先ほどのトップの質管理システムを含めて、こういうところの下に、基盤的なもの、それから学習、経営改善、部門のところ、あと部門間の調整、それから 1 番大事な、統合的な TQM とか ISO とか、医療情報、倫理、安全管理、こういう形に複数の委員会をまとめて機能を付与し、何とか構造化して、きちんと全体で融合できるようにしたいと思っています。しかし、これがなかなかうまくいきません。

ということかといいますと、例えば薬事審議会で「持参薬は危ないからやめよう」と言う。経営的にはやってくれと僕は言ったのですが薬剤部が大反対しまして、持参薬は絶対にやめるというので泣きの涙でやめました。一方、内視鏡委員会では、ポリペク有的时候には持参薬はOKだとローカルルールを出してしまっていて、このあたりの委員会同士の結論にどう整合性をつけるかというのが難しい問題です。これに関しては安全管理委員会でやろうとは思っていますけれども、委員会間のそごがあちこちに出てきます。

それから臨床研修委員会も副院長が委員長ですけれども、マッチングとかこういうプログラムをつくるのは非常に熱心に方針管理をやるのですけれども、でも実際に臨床研修医の日常業務とか共通課題の研修とかという日常管理をやっているかという、自部門だけは熱心ですが他診療科への根回しはあまりやっていないわけで、このあたりのところをもうちよっと委員会として、方針を出し、それに基づく日常管理・機能別管理をきちんと実施していただければと思っています。

あとは、これも別の副院長の感染対策委員会のところですが、感染対策委員会を含めて、薬事審議会で抗生剤の適正使用だとか、パス委員会でDPC対応のパスだとか、保険委員会でもDPC対応等々、いろいろな委員会が別個に連携せずに動いていることがよくあります。そういう意味で全体的にはTQM室で管理するわけですが、委員会の活動というのをどういう形で大きなところで見えていくかというのは問題でして、委員会の内部監査も我々はやっていますけれども、いろいろ議論のあるところです。

方針管理は、先ほどのところですが、例えば地域のがん診療連携拠点病院の準備というのは、私たちはまだ申請していませんけれども、こういう形のをきちんとつくっていかないと、なかなか方針管理というのはうまくいかないだろうと思っています。

最後のところですが、データの情報、知識の問題があります。データは山ほどあっても意味ある情報に変換するシステムができていない。真のナレッジマネジメントをどうするかという問題で、この情報のフローとストックをどう結び付けるかというのは質管理上大きな問題です。

そういう意味で、先ほどの業務フローを色々につくるのはいいのですけれども、実際は紙運用とIT運用では全く違うフローになります。紙運用では顕在化しなかった部門別、部門間の調整の不都合がITでは途端に露呈するというので、標準化した頑健性のある業務フローをつくっていかねばだめだと考えておりますけれども、このあたりも今後の問題ということでもあります。

医局会はこういう形の品質目標を我々につくってくれていますけれども、我々としては副院長をスタッフ・アンド・ライン機能として活用するつもりです。副院長職務規程とか医局長職務規程などというのはなかったわけで、このあたりもつくっていかねばなりません。

実際に医師は質改善のツールを使用・理解しない、もしくは自分のパフォーマンスデータを使用することを逡巡する・比較するのを嫌がる、やるべきではないと思っている。さらには、大体そんなものはすぐにできるとは思っていないということが問題であり、医師

と弁護士、牧師、教師というそうですが、プロフェッションが全くプロフェッションになっていません。医師には自律性があって、質のギャップが見つかったら、あそこがおかしい、薬剤部がおかしいからとか看護師がおかしいからだとそのギャップを他者に転換することが多いわけです。また、標準イコール画一性と考えたり、完璧性を求めて不完全はイコール失敗だという意識を持ちますが、事実による管理できちんと委員会だとかプロジェクトに参加させて、医師をその中心にして、プロセスオーナーとして動機づけをすることが結局チーム医療の基本だと思います。医師をきちんと巻き込んでやらないと、質管理の組織体制はできないだろうと考えています。DPCの松田先生が次にお話になりますけれども、DPCもこういうデータを出して、「あなたたちの診療科はこうですよ」ときちんと説明しないと、なかなか各診療科の医師たちは動かないのではと思います。


我々としては、院長を中心にTQMセンターの構築という形で、事実に基づく管理を、こういう実働部隊を使いながら、質を武器にして、暗黙知から形式知に病院の組織体制をつくっていきたいと思っています。

最後に私ども、3年後にはこのような288床のきれいな病院ができますので、ぜひ3年後にはひたちなか市にいらしていただければと思います。

## 医療機関における質管理システムと組織体制

(株)日立製作所水戸総合病院  
永井庸次

### 病院概要

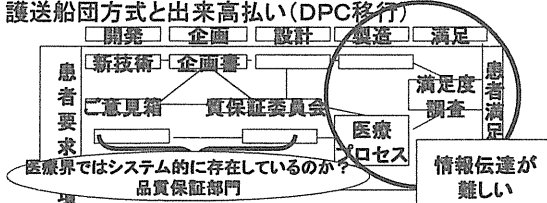


- 全国で60数箇所ある企業立病院の1つ
- 開院: 1959年(S34年)
- 所在地: 茨城県 ひたちなか市
- 製品(医療サービス)  
診療(外来・入院), 人間ドック
- 急性期医療に特化した地域完結型病院

入院基本料7:1(2006. 9)  
DPC対象病院(2006. 5)  
病院機能評価Ver4認定取得(2004. 4)  
臨床研修病院管理型指定(2003. 11)  
ISO9001:2000認証取得(2001. 5)

### 病院と質保証システム

- 品質保証部門がない(有する病院できつつある)
- 専門職集団の集合である(固有技術の評価)
- 多職種協働実践業務の風土がない(チーム医療)
- 個別性と多様性がある(パス:PCAPS)
- 可視化と標準化がない(業務フロー、電子カルテ)
- 護送船団方式と出来高払い(DPC移行)



### 医療における設計・開発

- 医療行為そのものがすべて設計・開発
- 多様性を克服する(可視化・標準化)
- クリティカルパス(チーム医療)
- 臨床プロセスフロー(業務フロー):5W1H
- 標準化の後に予防・是正処置がある
- 患者参画(患者の視点に立った医療)
- インフォームドコンセント(説明と同意)
- アカウンタビリティ(説明責任)

建築業における設計・施工分離

全体の設計  
個々の設計

プロセス指向(プロセスにはインとアウトがある)  
後工程はお客様、役割分担と責任権限  
IT導入により再度設計・開発必要

### 設計部長と品証部長

- 産業界ではどっちが上位か?
- 医療界では品証部長なぞいない
- 医療界では設計部長とは医師?
- では医療界も産業界と同じか?
- しかし、医師は医療を設計と考えているか?
- 医療行為に絶えずPDCAサイクルを回しているか?
- これは医師以外の他の職種も同じ

そもそも、データを集約・統合して、開示できるシステムが構築されているのか?

TQM室  
診療情報管理室  
医療安全室

### 現行の病院組織

- 顧客(患者)の視点に立っていない
- 部分最適と全体最悪に陥る
- 役割分担と責任権限が不明確である
- チーム医療ができない
- 質管理の仕組みができていない

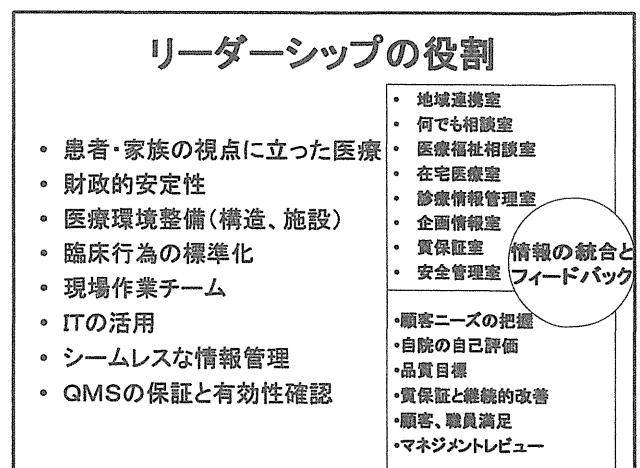
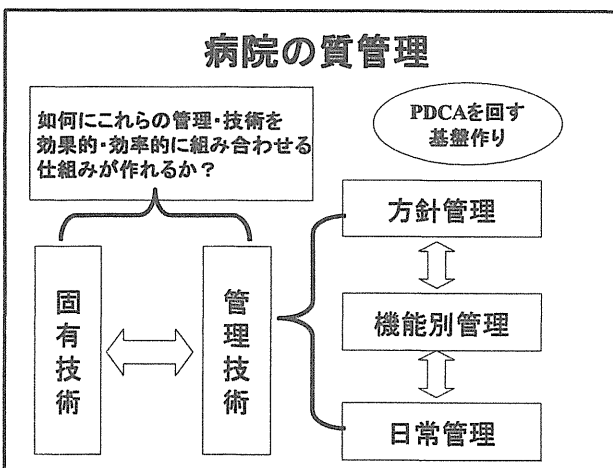
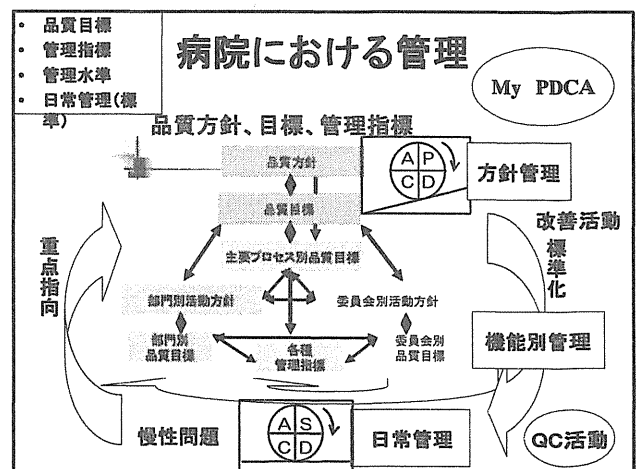
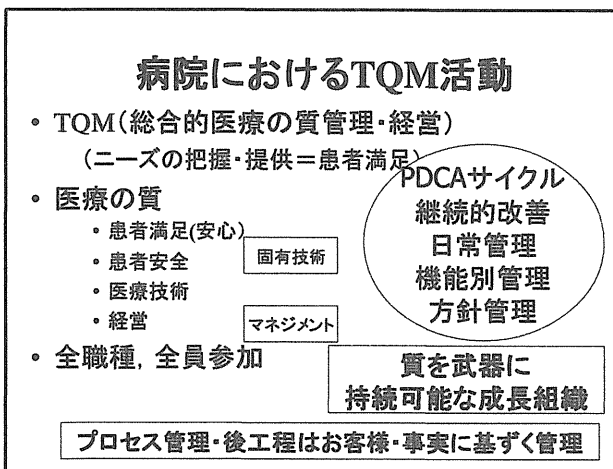
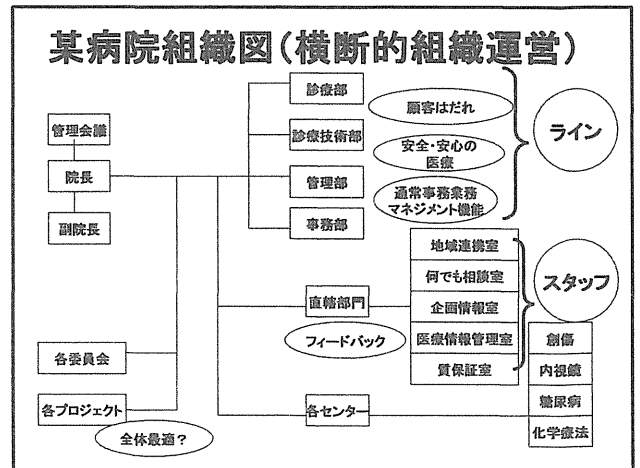
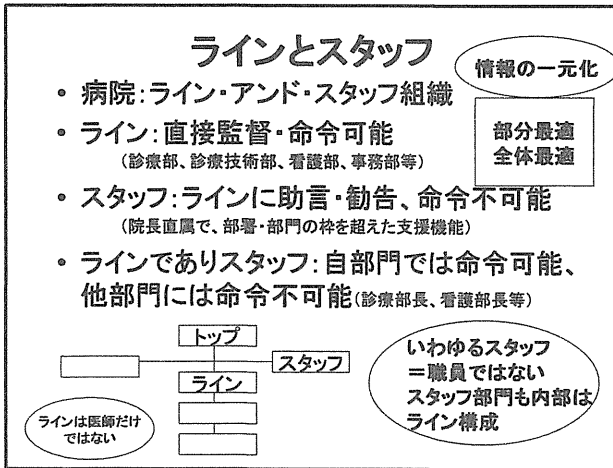
組織: 一定の目的を達成するために協力する集団

専門的権威 ⇔ 管理的権限

手段を目的化する

医療管理 経営管理	TQM (総合的 医療の質経営)
--------------	------------------------

- 国家資格有する専門集団
- 職種間の異動困難
- 職種間の給与体系が不均一
- 仕事の出来の判断が困難
- 労働集約性が高い
- 離職率高い(ロイヤリティ低い)



## トップダウンとボトムアップ

- トップダウン
  - 方針管理
  - 日常管理できない組織に方針管理可能か？
  - 見える、ぶれない
- ボトムアップ
  - 日常管理
  - QC活動
  - 部門に限定され、組織横断的な改善に結びつかない
  - 他部門への影響が考慮されない

**意思決定**  
 1. 戦略的意思決定(トップマネジメント)  
 2. 管理的的意思決定(ミドルマネジメント)  
 3. 業務的意思決定(フロントレベル)

トップのリーダーシップと内部コミュニケーション

## 役割分担と責任権限

- 臨床プロセスフロー
- 5W1H
- 役割分担
- 責任権限(エンパワメント)
- 情報の共有化

**認定看護師**  
 ・機能別管理  
 ・委員会活動  
 ・組織図  
 ・役割分担と責任権限  
 ・コスト

## 部分最適と全体最悪

- 部門間バリアー
- 業務の可視化・標準化の欠如
- 医療現場の特殊性
- 後工程はお客様
- ITの影響

**内部コミュニケーション**  
 ・Communicate  
 ・Collaborate  
 ・Coordinate

3C

## 質管理と業務フロー

- 業務(Task)の流れ
- 情報(Information)の流れ
  - Flow
  - Stock

- 管理指標
- 管理水準
- 業務手順

如何に  
 効率的・効率的な  
 管理指標を  
 作れるか？

事実に基づく管理

重点指向      可視化・標準化

IT導入で業務革新可能か？

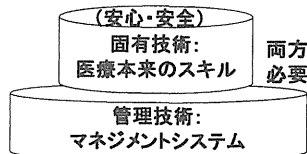
アメニティーと  
 機能

## グループワーク・発表会風景

毎年3回  
 RCA等の教育

## 事実に基づく管理に重要性

- 医師の裁量権
- 権威勾配
- 全員参加
- 管理指標
- 管理水準
- 業務手順
- 情報の共有

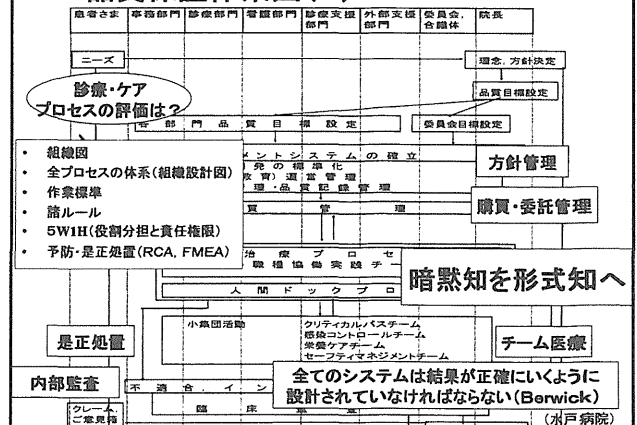


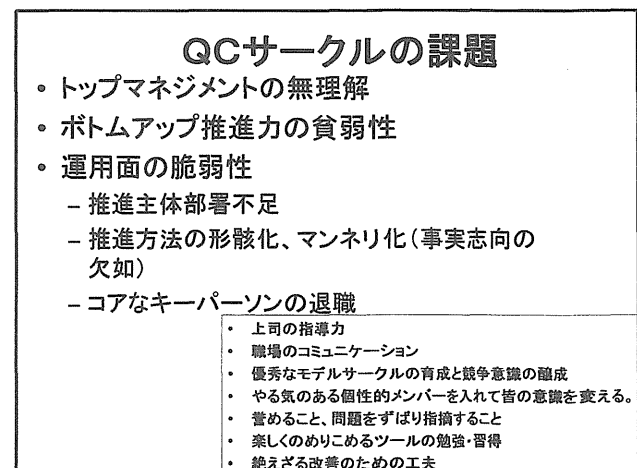
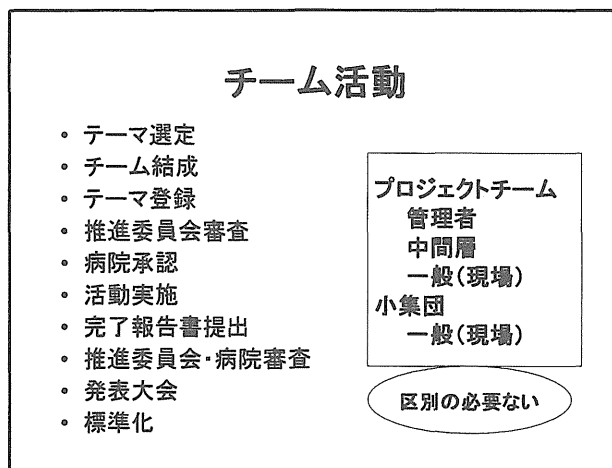
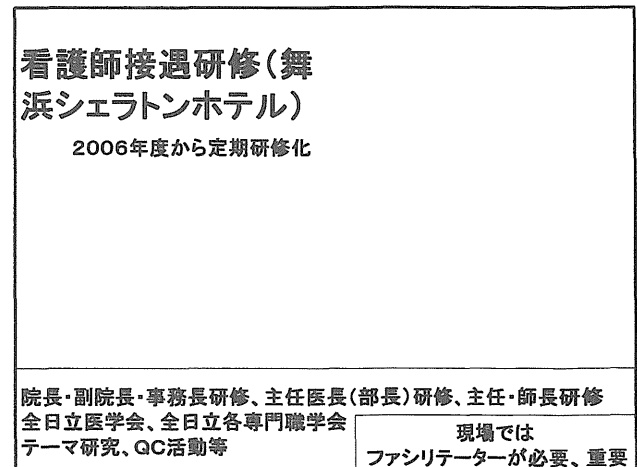
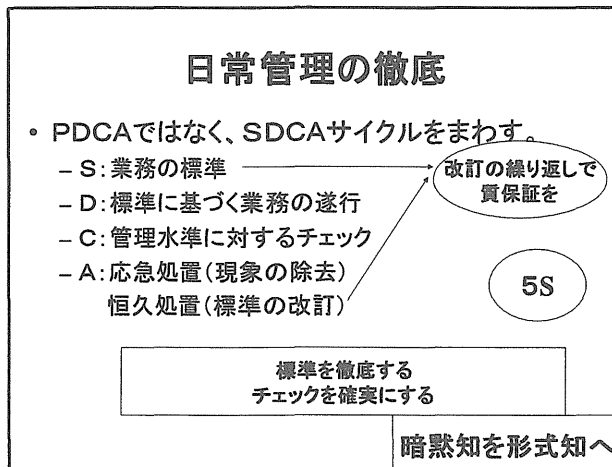
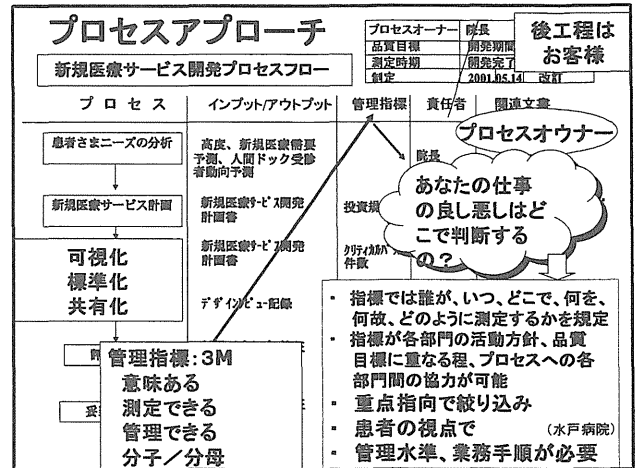
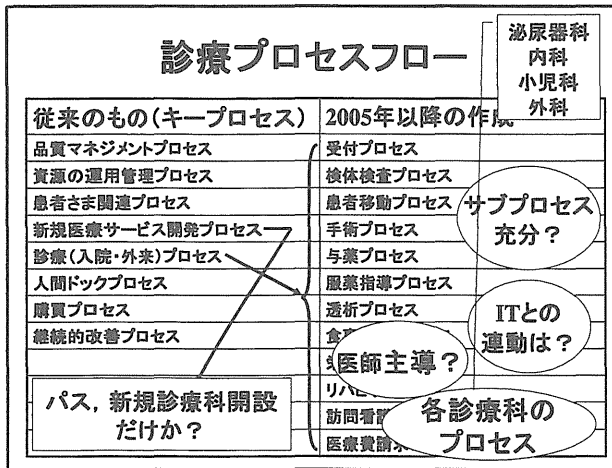
- 病院にはデータ(記録、帳票)は山ほどある。
- データを意味ある情報に変換するシステムができていない。
- オータリング、電子カルテで可能となるか？
- 病院における真の意味のナレッジマネジメントとは？

医師への武器は  
 事実だけ

多種類の帳票  
 情報の統合が難しい

## 品質保証体系図(1)

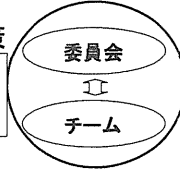




### 機能別管理と多職種協働実践チーム

- ICT(感染コントロール): 感染対策
- NST(含褥瘡): 栄養ケア
- パス: パス
- セーフティマネージャー: SM
- 緩和ケア等

QCツール  
IT  
全員参加  
現増



機能別管理と日常管理が必要  
トップのサポートが必要  
活動に権限とリソースが必要  
調整機能必要(薬事と感染との調整等)

放射線診断適正化委員会  
リハビリ有効活用委員会  
臨床検査適正化委員会  
ME有効活用委員会

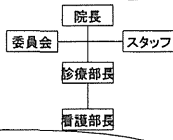
(水戸病院)

### 安全巡視

### 組織図と委員会

- 組織図上に位置を図示
  - 諮問委員会(助言的なもの)
  - 補佐委員会(連絡的なもの)
  - 執行委員会(執行的なもの)
- 役割分担と責任権限
- 議事録の公表

ここに医師を  
引き入れる



機能別管理

#### ファシリテーターの役割

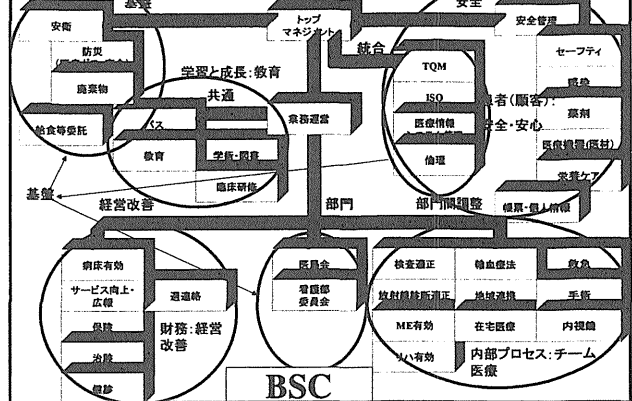
1. 偏りがないように万遍なく参加者の意見を聞く
2. 傾聴の姿勢を貫く
3. 発言の動向を見ながら、必要に応じてうまく発言を切り上げさせる
4. 判りにくい発言には的確な質問で論点の整理を促す
5. 採決をとる前に必要な注意を参加者に与える

権限、リソースのない  
委員会は無意味

活動できない

トップマネジメントの決裁

### 水病委員会構造化



### 小集団活動(QCサークル)

- 現場で第一線で働く職員が
- 継続的に
- サービスの質の
- 管理・改善を行う。QC活動からQCチームへ

人間性尊重  
チーム活動  
継続性

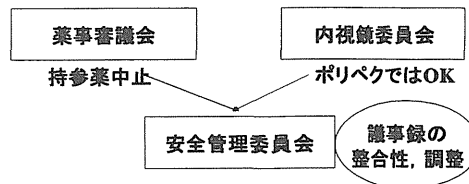
笑顔

看護局  
QC

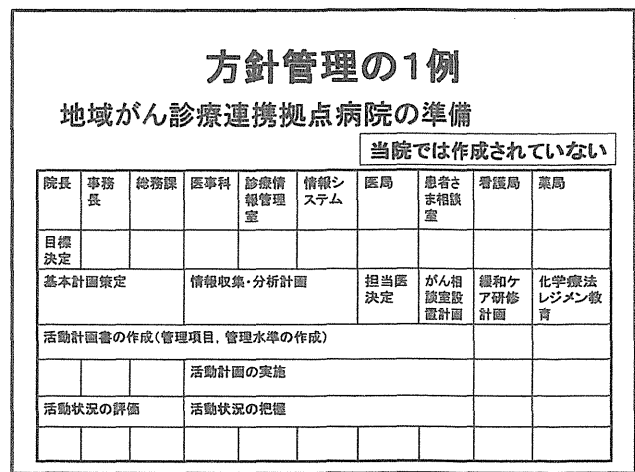
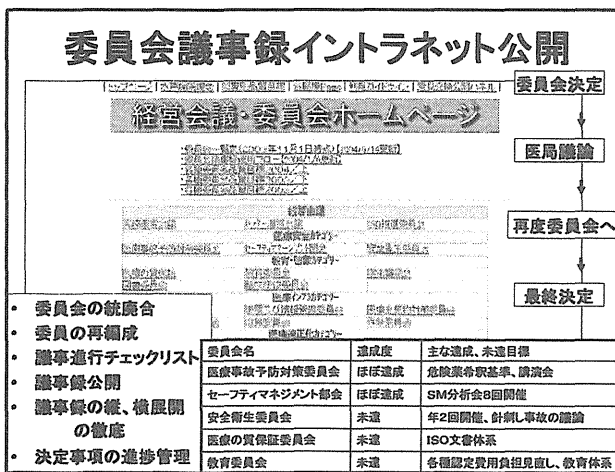
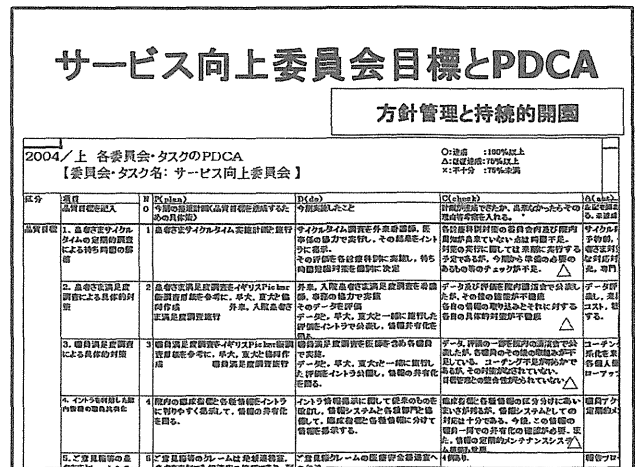
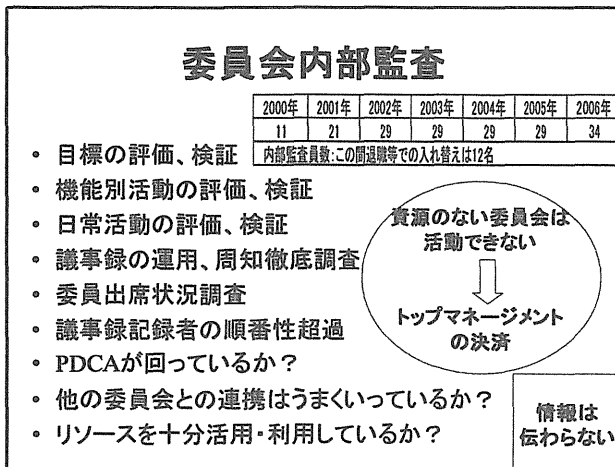
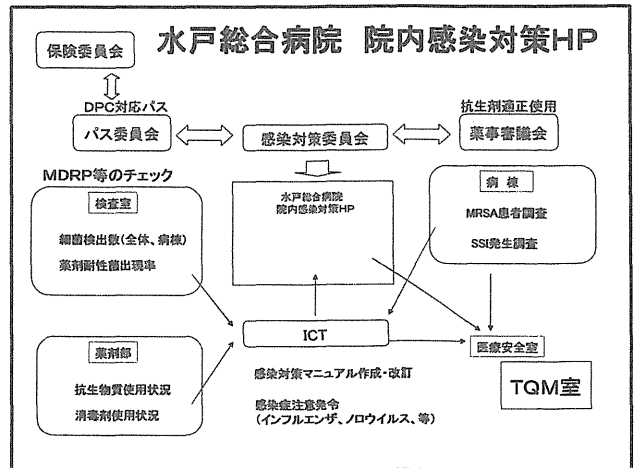
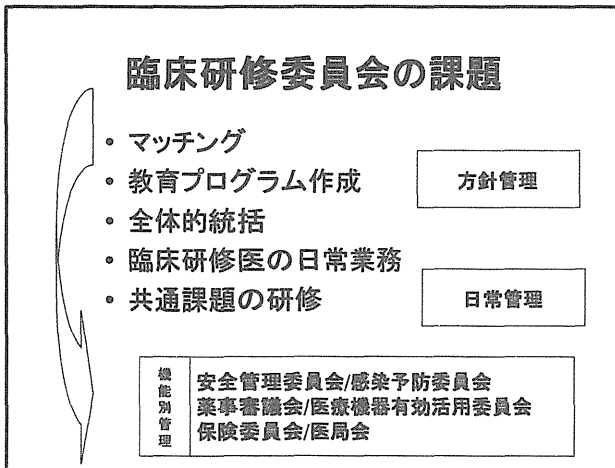
- B1: 業務の偏りを無くそう(働き甲斐のある職場作り)
- AC1: 魅力ある職場作り(離職防止対策について)
- B2: 内服薬「1回分渡し」にかかる時間を半減させよう
- A2: より良い職場環境作りを目指して
- B3: カンファレンス毎日実施への取組み
- A3: 働きやすい職場環境を目指して(時間外勤務を減らそう)
- 手術室: 術中記録の見直しを行い、記録時間を10分短縮しよう

### 委員会の諸課題

- 委員会組織の構造化は有効か?
- 議事録作成と内部コミュニケーション
- 統合部署必要







### 方針管理(PDCA表の改善前)

05/下 各部門の活動方針・品質目標・PDCA【部門名:放射線技術科】

活動方針: 医療の質向上のための自己研鑽  
 高品質医療の有効活用

項目	P (Plan)	D (Do)	C (Check)	A (Act)
品質目標	0 各期の検査計画(品質目標)を設定する(具体的な数値)	1 定期実施したこと	計画が達成できたか、出来なかった理由を報告を記入	左記を踏まえた来期の計画
放射線による画像診断の確保(1月末)	1 1週間の検査計画の導入 ・導入の問題点解決 ・導入によるコストの把握 ・導入後チェック数値の監視 ②非常勤放射線技師	・導入打ち合わせ 3回 ・操作勉強会(科内)2回 ・メールでの確認 随時 ・勤務加算申請書類4回	①△ 導入遅れのためチェック体制未整備 ②○ 要員加算申請から差 常時	読影結果チェック体制の確立 非常勤放射線技師日増加要

改善後

2006/上 各部門の活動方針・品質目標・PDCA

項目	月毎のPDCA					月末に記入		
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	A	
放射線による画像診断の確保(1月末)	1 1週間の検査計画の導入 ・導入の問題点解決 ・導入によるコストの把握 ・導入後チェック数値の監視 ②非常勤放射線技師	1) 1週間の検査計画の導入 2) 導入の問題点解決 3) 導入によるコストの把握 4) 導入後チェック数値の監視 ②非常勤放射線技師	1) 1週間の検査計画の導入 2) 導入の問題点解決 3) 導入によるコストの把握 4) 導入後チェック数値の監視 ②非常勤放射線技師	1) 1週間の検査計画の導入 2) 導入の問題点解決 3) 導入によるコストの把握 4) 導入後チェック数値の監視 ②非常勤放射線技師	1) 1週間の検査計画の導入 2) 導入の問題点解決 3) 導入によるコストの把握 4) 導入後チェック数値の監視 ②非常勤放射線技師	1) 1週間の検査計画の導入 2) 導入の問題点解決 3) 導入によるコストの把握 4) 導入後チェック数値の監視 ②非常勤放射線技師	1) 1週間の検査計画の導入 2) 導入の問題点解決 3) 導入によるコストの把握 4) 導入後チェック数値の監視 ②非常勤放射線技師	読影結果チェック体制の確立 非常勤放射線技師日増加要

何を目標にしようとしているのか。  
 その変化が改善であるかどうかのように分かるのか。  
 改善を生じるにはどのような変化が必要か。  
 パイロット実行(続行可能なPSはPSではない)

### データから情報・知識へ

- 病院にはデータ(記録、帳票)は山ほどある。
- データを意味ある情報に変換するシステムができていない。
- オーダーリング、電子カルテで可能となるか?
- 病院における真の意味のナレッジマネジメントとは?

業務の見直しの仕組み自体の標準化

フロー ↔ ストック

患者さま満足度調査、待ち時間調査の有効活用?

### 臨床プロセスフローとIT

- 紙運用とIT運用では臨床プロセスフローが根本的に異なる。
- 紙運用では顕在化しなかった部門内・部門間調整の不都合がITでは露呈する。
- IT化は現場での臨床プロセスフローの見直し、ひいては役割分担、責任権限の見直しの最大の契機となる(標準化した頑健なフロー)。

医師・看護師等の頭脳の可視化=ITによる質保証

カスタマイズパッケージ  
サブシステム(看護支援等)  
マスターの構造化

一回失敗しても再度失敗する理由? 業務フローの統一が出来ていない

### 医局品質目標

- 医局医師数の増員
- 医局員満足度の向上
- チーム医療の向上(全員満足度の向上)
- 臨床研修の充実
- オーダーエントリーシステムの完成
- 収支改善対策

副院長職務規定  
医局長職務規定

スタッフ

院長  
TQM室  
副院長

医局長 → 医局長

総看護師長

ライン

### 医師と質改善活動(1)

- 質改善ツールを使用・理解しない
- 自己のパフォーマンス評価にパフォーマンスデータを使用することに逡巡する、もしくは同僚・患者と比較・共有しない
- プロフェッションがやることだからパフォーマンス評価、判断決定評価、説明責任評価はやるべきではない。
- 医療のケアを定量化できないし、改善の測定もできない。
- 質改善の再設計に参加することは稀である

報告連絡相談

医師 看護師 教師

意図的であり、プロフェッション(専門職)とはなっていない  
システムより固有技術からの改善の方が多い

### 医師と質改善活動(2)

- 自律性
- 質のギャップを他部署に転換
- 標準は医療の質に合わないという考え(標準=画一性)
- 医師、経営管理者、質管理者がお互いに異なった文化、価値、言語を
- 完璧性(不完全は失敗) 委員会・プロジェクト参加

事実による管理

組織ではパフォーマンス評価、判断決定評価、説明責任評価に関する患者、医療人との率直な議論が必要である

### 業務フロー作成

- 役割分担 (5W1H)
- 責任権限
- リーダーシップ
- 重点指向
- 内部コミュニケーション
- 管理項目
- 管理水準

医師を中心とした  
多職種協働実践作業

建設業:  
ヒエラルキー存在  
リーダーも複数  
協働逸脱の同定が容易

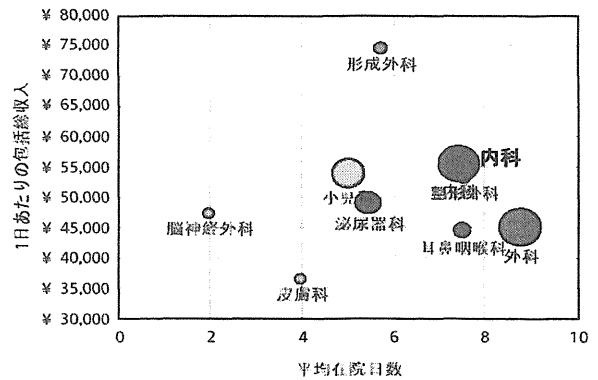
職員不足  
離職率アップ  
モラル低下

情報の共有

情報の活用

動機付けの出来た、関与できる職員がチーム医療の基本

### DPC指標



### 内部監査

- 品質目標を監査する
- プロセスだけではなく機能も監査
  - 各種委員会 (機能横断チーム)
  - プロセスフロー (チーム医療)
  - クリティカルパス
  - インシデントレポート
  - 患者満足
  - 職員満足

内部監査員育成  
教育・指導  
戦略的内部監査  
組織風土の是正  
継続的改善・マネジメントレビューにつながる  
内部監査  
是正・予防処置につながる  
内部監査

QMSパフォーマンス向上に  
内部監査, マネジメントレビューは有効

内部監査: 方針・機能別・日常管理の出来具合のチェック

### TQMセンターの構成

- センタ長——院長
- 副センタ長——事務長
- センタ員——(医療機器安全管理責任者)  
ME有効活用委員会委員長 (医務部長)
- (医薬品安全管理責任者)  
薬事委員会委員長 (薬局長)
- (感染管理責任者)  
感染対策委員会委員長 (副院長)
- (医療安全管理責任者) —— 副院長予定  
医療安全管理室長 (専従)

実働部隊  
情報システム  
診療情報管理室  
地域連携室  
ME室  
薬剤情報室  
感染管理室  
医療安全管理室  
等

事実に基づく  
管理

TQMで暗黙知から形式知へ

医師を動かす組織体制



新病院計画鳥瞰図

WS4-4

DPC と医療の質

松田 晋哉

産業医科大学医学部 公衆衛生学教室

## DPCと医療の質

産業医科大学  
公衆衛生学教室  
松田晋哉

なぜ診断群分類が必要になってきたのか？

医療の目的 ⇨ 患者の治療

第一の評価指標 ⇨ 質

では、医療サービスの質はどのようにして評価するのか？

評価指標の確立が必要

絶対評価ではなく相対評価

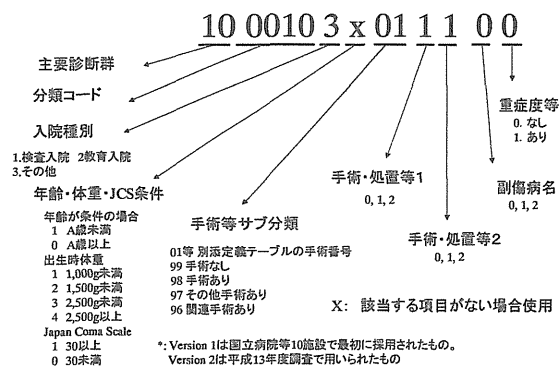
良い治療の評価に  
関する暗黙知

比較による評価

比較という作業を  
通して形式知化する  
(可視化)

比較の単位が診断群分類

## 診断群分類コード(version 3\*)の構成



## DPCの基本的考え方

- 各患者を「病名」と「行われた医療行為」との組み合わせで分類する方法
- 例えば「胃の悪性腫瘍、開腹胃全摘術(処置等、副傷病なし)」という形で患者を分類する

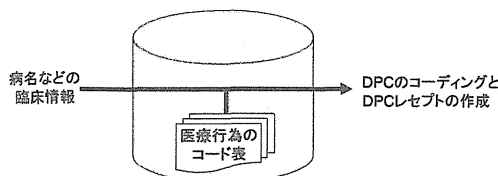
このままではコンピューターで処理できないので、これを14桁の数字で表現する。

060020 3 x 01 x0 0 x

胃の悪性腫瘍 胃全摘術 副傷病なし 処置等なし

## 各患者のDPCへの割りつけ方

すでに各病院が持っているレセ電算システムを使うことでDPCへの割付ができる ⇨ **これがポイント!**



この仕組みをReceipt Data Download方式という

## DPCプロジェクトの本質は 情報の標準化と透明化

～何がわかるのか?～

## E-fileとF-file

E-file		F-file
データ識別番号	→	データ識別番号
入院年月日(西暦)	→	入院年月日(西暦)
データ区分	→	データ区分
順序番号	→	順序番号
		行為明細番号

DPC導入以前は単に診療報酬を計算するコンピュータ内部の情報に過ぎなかったEFファイルが、DPC導入により医療のプロセスを評価するための貴重な情報源となった。

## E-fileの構造

名称	データエレメント Data Element	説明
○	施設コード	
○	データ識別番号	様式1と一致する。
○	退院年月日(西暦)	yyyymmdd
○	入院年月日(西暦)	外来在外や未定入院は00000000とする
○	データ区分	レセプト電算処理システムの診療識別に使用する
○	順序番号	データ区分別に、診療行為明細を1からの連続した番号で付分する。
○	前記点賦マスタコード	
○	レセプト電算処理システム用コード	
○	診療番号(基本)	診療報酬点数上の診療番号 M000等
○	診療行為名称	
○	行為点賦	診療行為(例)での点数計
○	行為材料費	診療行為内の薬品点数計(例) 薬剤料のみ
○	行為材料費	診療行為内の材料点数計(例) 材料料のみ
○	円・点賦分	1:円単位 0:点単位
○	行為点賦	同日の同一行為は1回カウント
○	診療番号	
○	レセプト識別コード	
○	退院年月日	yyyymmdd
○	レセプト料区分	
○	診療料区分	
○	施設コード	
○	診療区分	1:一般以外 0:一般 2:入院中の外来診療
○	入院区分	1:外来 0:入院

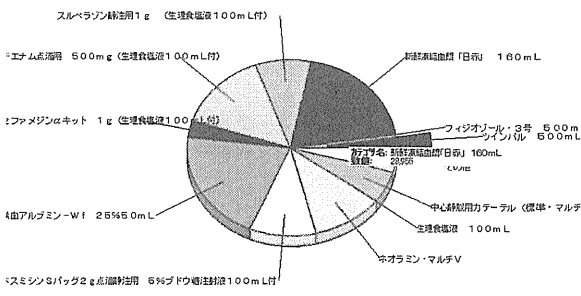
- ・ オーダーごとに1レコード
- ・ 入院日が埋め込まれているので、複数回の入院にも分離できる。
- ・ 順序番号はF-fileとの対応に重要
- ・ 行為名称は代表名称になっており、薬剤ではすべての中身を意味しない。
- ・ 退院時処方のように複数日数分のオーダーは、回数で表現。
- ・ 使用量はF-fileで表現。

## F-fileの構造

名称	データエレメント Data Element	説明
○	施設コード	
○	データ識別番号	
○	退院年月日(西暦)	yyyymmdd
○	入院年月日(西暦)	外来在外や未定入院は00000000とする
○	データ区分	レセプト電算処理システムの診療識別に使用する
○	順序番号	データ区分別に、診療行為明細を1からの連続した番号で付分する。
○	行為明細番号	診療明細情報の順序番号に対応する行為明細を、1から付分する。
○	前記点賦マスタコード	
○	レセプト電算処理システム用コード	
△	診療番号(基本)	診療報酬点数上の診療番号 M000等
○	診療明細名称	
○	使用量	
○	診療単位	診療行為も含めてレセプト電算処理システム用特定診療コードを使用。
○	行為点賦	行為の点数計
○	行為薬品費	行為の薬品料(薬価×使用量)。
○	行為材料費	行為の材料料(購入価または公示値×数量)。
○	円・点賦分	1:円単位 0:点単位
○	出来高実績点賦	出来高算定として請求すべき点数。
○	出来高・包括フラグ	1:出来高 0:包括

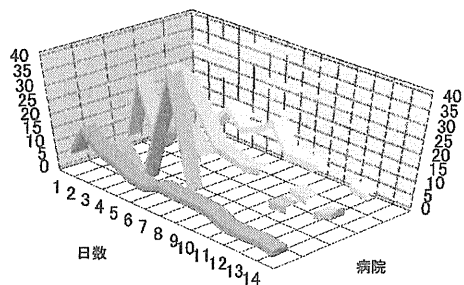
- ・ オーダーの明細
- ・ 一つのE-fileレコードに、複数のF-fileレコードが対応する
- ・ 実施回数、実施年月日はF-fileにはない。
- ・ 出来高実績点数、出来高・包括フラグは、平成18年度から新規追加。

## 使用薬剤の分析



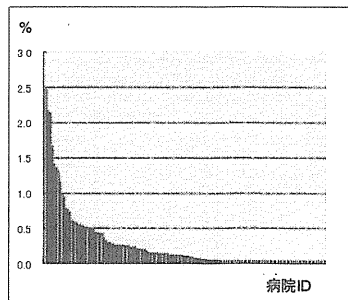
## DPCを用いた医療プロセスの分析例

DPC050050 狭心症、慢性虚血性心疾患  
病院別入院経過日ごとの手術点数割合



資料: 伏見清秀(2005)

## 術後感染症の発生頻度 (060210ヘルニアの記載のない腸閉塞)



### 術後感染症の有無によるコストの差異 (060210ヘルニアの記載のない腸閉塞)

	術後感染	平均値	標準偏差	有意確率
平均在院日数	なし	31.5	25.2	0.018
	あり	62.3	38.2	
全コスト	なし	132298.9	103104.1	0.024
	あり	246756.8	153752.5	
検査コスト	なし	8048.8	6242.6	0.023
	あり	16128.0	10572.7	
画像診断コスト	なし	8798.6	6482.9	0.006
	あり	14055.4	9198.3	
注射コスト	なし	19514.5	37266.2	0.187
	あり	33867.3	41097.0	
手術関連コスト	なし	29921.4	18347.0	0.005
	あり	45148.6	27498.6	
包括部分コスト	なし	52045.1	67986.6	0.107
	あり	106141.2	106537.2	
出来高部分コスト	なし	30326.8	18673.9	0.038
	あり	50991.1	30321.9	

### DPC時代における病院感染対策・副作用対策の重要性

- ほとんどのDPC分類では術後感染・薬の副作用は分類のキーとして使用されない
  - これらが発生すると、そのぶんだけコスト高となり、また医療の質も低下する
- 病院感染対策・副作用対策の重要性
  - NST、ICT、口腔ケア、副作用回避、急性期からの適切なリハビリなどの重要性
  - 病院薬剤師・栄養士・看護師・リハスタッフなどコメディカル業務の重要性

### 医療の質とは

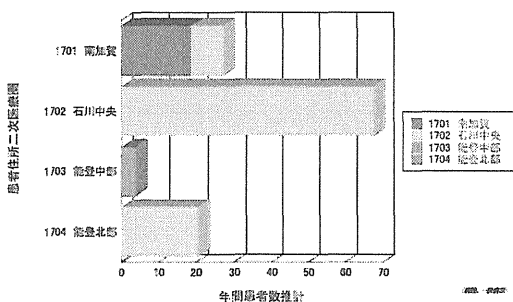
- 臨床の質
  - 治療成果に関連する指標
  - 安全性に関連する指標
- 経営の質
  - 経営の効率性に関連する指標
  - 経営の安全性に関連する指標
- 制度の質
  - 公平性
  - アクセスのしやすさ
  - 効率性
  - 持続可能性

### 医療機関別・MDC別主な診療行為件数 (H17)

施設名	手術	MDC別												合計	手術	手術率		
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12					
札幌医科大学附属病院	26	11	13	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
旭川医科大学	26	11	13	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
秋田医科大学	26	11	13	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
山形医科大学	26	11	13	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
岩手医科大学	26	11	13	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
宮城医科大学	26	11	13	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
福島医科大学	26	11	13	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
群馬医科大学	26	11	13	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
新潟医科大学	26	11	13	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
富山医科大学	26	11	13	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
石川医科大学	26	11	13	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
福井医科大学	26	11	13	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
岐阜医科大学	26	11	13	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
長野医科大学	26	11	13	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
山梨医科大学	26	11	13	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
東京医科大学	26	11	13	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
茨城医科大学	26	11	13	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
栃木医科大学	26	11	13	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
群馬医科大学	26	11	13	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
埼玉県立中央病院	26	11	13	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
埼玉県立東部病院	26	11	13	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
埼玉県立北部病院	26	11	13	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12

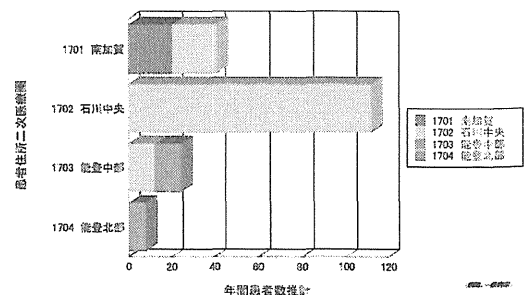
DPC支払い対象施設のMDC別の主な診療行為(構式)1件数が手術の有無別に公開されている(H17年度データ以降、H19年度からは全施設)

### 石川県診療圏分析・短期入院・手術あり 対象：040040 肺の悪性腫瘍



資料：伏見清秀(2006)

### 石川県診療圏分析・短期入院・手術あり 対象：050030 急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞



資料：伏見清秀(2006)

## まとめ

- DPCの本質は医療情報の標準化と透明化
  - DPCを用いた医療の質の評価
  - DPCを用いた経済的評価
  - DPC関連情報を分析できる事務職の育成が重要
- 医療情報標準化プロジェクトとしてのDPC対象施設数は確実に増加する
- DPCを用いた包括評価対象施設も拡大する
  - 各病院の機能の評価方法など、検討課題は多い
  - 一般化には今しばらく時間がかかるのではないか

## 参考文献

- 伏見清秀(2006): DPCデータブック、じほう
- 松田晋哉(2006): 臨床医のためのDPC入門、東京:じほう.
- 松田晋哉(2007): 基礎から読み解くDPC第2版、東京:医学書院.
- 藤森研司・中島稔博(2007): DPCデータ分析入門、東京:じほう.



# ワークショップ 5

「医療の質保証とプロフェッションの役割」

大平 勝美

社会福祉法人はばたき福祉事業団 理事長

私は、はばたき福祉事業団の理事長をしております大平勝美といます。1996年に薬害 HIV 感染被害裁判が和解で解決し、その後患者・家族・遺族が生き抜いていく上で、HIV 感染被害の問題を自助努力、自分たちで積極的に救済を進めていくため「はばたき福祉事業団」をつくりました。本日、私たち血友病患者に被害が生じた医療や社会的な背景なども含めて、患者が安心して医療を受けていく環境がもっと良くなって欲しいという期待を込めて、発言の場をいただきました。

医療の専門家・学会の指導的立場の方々の前でお話するというのは大変おこがましいことなのですが、私自身、血友病患者で HIV 感染している者として、医学の進歩というものに対し、社会生活が昔に比べればとても良くなっていることに大変感謝しています。中でも、HIV の領域ではここ 20 年、特に 10 年の間に研究者・医療者の専門家の皆さんの力で、私たちは死の病気という命の淵に立たされていたところから、未来を想像できる、生き続け生活できる、そういう期待ができる現状にいることは、大変ありがたいと思っています。

一方、患者の救命や健康保持に携わる医療関係者は、私が生後 1 歳くらいから 57 年の間ずっと病院に通っている患者の体験から、社会人としての患者、社会人としての医療者という双方が社会人として語り合うコミュニケーションがなかなか通じにくいところがあるのではないかと感じています。科学者として患者に接するのですが、社会人としての患者に接するときなどに、患者はとっては「もうちょっと優しくてもいいのでは」と命の不安を相談する医療現場で医学は冷徹にと思ふときもあり患者の信頼が揺らぎます。逆に、医療への情熱の熱さを感じる時もあります。私が体験してきている薬害 HIV 事件では、科学的と言われる専門家の意見が先行して、社会人としての患者像を掴めない患者不在の対応にあまりに多くの血友病患者の命が失われ、当事者の怒りや社会からの批判が噴出し、社会正義を揺り動かす事件として民事・刑事の司法判断までに進展しました。このような体験から思うに、プロフェッション以前に命を尊ぶ人間であって欲しいと。病気になったとき、やはり患者は医療者を信頼し通院します。病院・医療者が安全・信頼感を発揮できる医療の提供により、患者は自ら積極的に病気を治していくんだという自己管理できる心構えもついていきます。しかし、いろいろな医療トラブルや社会的に大きな問題がおきたときに、その信頼は大きく揺らぎます。

そういう意味から、医療関係者、特に専門家の方たちの高い見識に立ち、社会全体を見つめるような自己管理・使命感があって欲しいと感じています。それは、例えば薬害 HIV 事件の際に、未曾有という被害発生に、他の医療のプロフェッションは、何を考え、被害

発生の報道等の推移を見つめていたのでしょうか。細分化されて行く医療の専門職、縦割りの医療といわれる中で、身近では病院内での対応、セカンドオピニオンを求めての院外連携のハードルの高さ、また医学界内の細分化された専門領域を現実に見ることで自分の病気は病院全体で横断的に診てもらえないものなのかと嘆くことが往々にしてあります。専門性という領域ごとの足を踏み入れない暗黙の慣習という壁が、患者の抱く医療の安心と信頼を阻害しているように思います。薬害 HIV 事件以後も肝炎などいろいろな問題が起きています。医学会全体として、社会を大きな視野から見つめて、起きている問題などに「こういうふうにしなくちゃいけないよ」と考え方を医療現場や社会に示すことができる責任体制を持つことが大切と考えます。特に、医学会の指導的立場にある方から、社会に対しても医学会全体に対しても、提言、警告など発していただくことは重要です。患者・市民にとっても、「今、医学はこういう方向に進んでいる」、「こういう憂慮すべき問題がある」、社会的問題についても「医学界としても大変心配しているんだな」と、私たちに目に見えてくると思います。

医学の世界というのは私たちから見ると難しい分野で、いろいろな専門家の意見を調整するのはとても大変なのかもしれません。けれど、医療のプロの方たち、プロ意識を持った方たち、そこに社会のいろいろな分野の識者を交えて時々医療全体を見直す、患者が信頼し、安心できる医療の提供について、新鮮で未来志向をもって患者・市民に提示する役割も重要と考えます。私たち患者も、多いに期待するところです。

患者も、自己管理をしながら生活の中で治療をポジティブに位置づけることが大きな課題です。人の命に一番密着し、また利害関係が生じる医療において、医療の専門家の自律的自己管理に心がけていただき、医療者の方々熱い使命感が感じられる良質な医療を提供していただけるような医学会の新たなシステム構築を期待します。私たち患者も、全力を挙げてご協力して、一緒につくって行けるような立場に立てればと思っています。今日は高いところからいろいろ失礼なことも含め申し上げましたが、ぜひ、患者の思いを反映した医学、医学会であって欲しいと思ひまして、一言述べさせていただきました。ありがとうございました。

野村 英樹

金沢大学医学部附属病院総合診療部 総合診療内科 准教授

私は、このワークショップのタイトルにも含まれております「医療の質保証」と「プロフェッション」という言葉をキーワードに、皆さまと考えてまいりたいと思います。

医療の質保証、英語ではクオリティ・アシュアランスです。質を保証するということは、一つには質を管理するということと、それからもう一つ、管理されて質が高い状態であることを示すエビデンスを提示するという、二つのプロセスに分けられます。「質の管理」には四つのステップがあります。まず、①スタンダードを設定する。スタンダードは、「良質水準」と訳してはどうだろうかと考えています。「ここより上ならば良質な医療ですよ」という水準です。次に、②スタンダード以上を目指す学習や努力を継続的に行うということ。さらに、③スタンダードに照らした評価を行って、④その評価結果に基づいて認定を行うということ。もし認定が更新できなければ再教育が必要となりますし、場合によっては、あくまで例外的と考えるべきだと思いますが、排除を行う。これがプロフェッションとして必要な役割になるだろうと思います。ここでは、スタンダード（良質水準）というものが全ての出発点である、ということになります。

ところでそのスタンダードですが、例えば刑法にしてもそうですけれども、何十年も前の刑法をいまだに引きずっているということが果たしていいことなのかどうか。もちろん、コロコロ変わるのもよくないかもしれませんが、プロフェッションに求められるスタンダードというものは、恐らくかなり速い速度で変わっていくものですので、継続的に更新をすることが重要だろうと思います。もちろん学習する上では、プロフェッショナルになるまでだけが学習ではなく、なった後の学習ということが非常に必要となります。再教育や排除については、第三部の処分制度のところでもとり上げたいと思います。

「質維持のエビデンスを提示する」ということは、「質管理」のプロセスで述べた四つのステップについて透明性を確保する、周りから見えるように議論を行っていくということと、そこで行われた議論の内容が必ずしも誰にでも理解できるわけではありませぬので、説明責任をきちんと果たすということにならうかと思ひます。

ここからはわかりやすく説明しようと思ひます。まず、臨床医の一生。これはセミの一生のような図ですけれども、こんなような一生を私たちは過ごしていると思ひます。医師を志望する人が医学部に入って臨床前教育を受け、その後、臨床教育、初期研修、スペシャリストとしての研修、あるいはゼネラリストとしての研修を受ける。さらに、サブスペシャリストとしての研修を終えて、やっと臨床医として一人前になる。その後も生涯学習を繰り返して、最後に引退して年金生活に入るといふことでございますけれども、サブスペシャリスト研修までの部分は、製品に例えれば製造工程です。臨床医が製品といふこと