

厚生労働省科学研究費補助金
医療安全・医療技術評価総合研究事業

**医療の質向上に資するアウトカム評価モデルの開発に関する研究
(H18 - 医療 - 一般 - 007)**

平成19年度 総括研究報告書

主任研究者 佐々 英達

平成20（2008）年3月

目 次

I. 総括研究報告	
医療の質向上に資するアウトカム評価モデルの開発に関する研究 -- 1	
佐々 英達	
(資料)	
II. 研究成果の刊行に関する一覧表 -----	43
III. 研究成果の刊行物・別冊 -----	43

厚生労働省科学研究費補助金
医療安全・医療技術評価総合研究事業

総括研究報告書

医療の質向上に資するアウトカム評価モデルの開発に関する研究

主任研究者 佐々 英達
社団法人 全日本病院協会 名誉会長

研究要旨

医療の透明性、安全と質への社会的関心はますます高まり、これへの対応は医療界にとって喫緊の課題である。本年度の研究では、(1) 米国、英国を中心に海外におけるアウトカム評価事情についての文献レビュー、現地調査を実施し、すでにアウトカム情報の公開が一部の国で行われていること、政府のリーダーシップの役割が大きい。(2) 米国のIQIPと診療アウトカム評価事業の比較検討を行い、またIQIPの参加体制を整えた。さらに、IQIP参加国の国際会議を通じて各国における医療の質向上への取り組み状況を明らかにした。(3) 診療アウトカム評価事業には、2007年度は14558人のデータが得られた。データ解析を引き続き行うとともに、参加病院数の維持、DPCの普及に伴い、入力負担を軽減するためシステム改善を行った。透明性、高い質、安全など医療に対する社会のニーズの高まりに対応するための環境整備は優先して取り組むべき課題である。診療アウトカム事業は、その中でも重要な位置を占めるとともに、病院団体の将来のあり方を示すものとして注目される。

1. はじめに

医療の質を向上させるためには、パス法、診療ガイドラインなどのプロセスアプローチ、および臨床指標を用いたアウトカム評価が、代表的な手法である。最近では、IT技術の活用により、二次利用可能な電子的データを集積し、アウトカムに影響を与える因子をプロセスレベルで同定し、その遵守をガイドラインやパス法により図ることによるアウトカムに基づくプロセスレベルでの質の確保が一部で試みられている。これは産業界におけるTQM（総合的質経営）と同様の手法である。全日本病院協会では、約30病院の参加による、日本で唯一のアウトカム評価事業（診療アウトカム評価事業、<http://www.ajha.or.jp/>）を2002年から運営してきた。現在は、主要25疾患で入院治療を受けた患者のデータが年間約3万件、その他病院全般の指標として転倒・転落、入院後発症感染症、抑制についてのデータが収集されており、参加病院へのデータフィードバックを継続的に実施することによる病院医療の質向上、統計データをウェブサイトを用いて公表することによる医療全般について国民の理解の促進に寄与する可能性が示唆されている。

本研究では、（1）各国における臨床指標を用いたアウトカム評価事業の概要について、実施主体、対象領域、用いられている臨床指標、参加状況、結果の公開、他の医療の質向上に関連した組織・活動との係わりなどについて明らかにする。また医療の質向上においては、政府の役割が重要視されていることから、当該事業における政府の役割についても明らかにする、（2）日米の代表的なアウトカム評価事業として、日本の診療アウトカム評価事業、米国メリーランド病院協会IQIP(International Quality Indicator Project)に、実際に日本の5病院が参加することにより、両者の、評価モデル、臨床指標、データ構造などについて比較検討を行う、（3）日本の約20参加病院のうちパフォーマンスの優れた病院の特徴について、リーダーシップ、医療の質担当部署、IT導入状況、パスの内容など、医療の質向上に関連する因子を明らかにする、（4）医療法改正にともない臨床指標を用いた新たな医療計画の策定が検討されていることから、臨床指標を個々の医療機関を超えて地域の健康評価などへの応用可能性について各国の事例を元に検討を行う。

本年度は、

- （1）米国を中心に海外におけるアウトカム評価事業についての文献レビュー、現地調査を実施した。特に、2009年からはメディケアによる医療の質

に基づく支払が予定され、そこでの臨床指標の役割について明らかにした。

- (2) IQIPには2006年7月より5病院が参加している。米国よりプロジェクト責任者を招聘し、病院担当者を中心に追加研修を実施するとともに、リスボンにおいて開催されたIQIP参加12カ国のナショナルコーディネーター会議により各国の状況を明らかにした。また新たにMRSA感染症についての臨床指標の導入について検討を行った。
- (3) 診療アウトカム評価事業には、2006年に13779人、2007年には14,558人のデータが得られた。これは2005年28360人、2004年26270人と比較して大幅な減少であり、原因として参加病院の多くがDPCを導入したため、人員など院内資源がDPCデータ作成に取られ、本事業への参加が困難になったためと推定される。これに対応するためにDPCデータを変換して、最小の労力で診療アウトカム評価事業用のデータが作成できるようシステム変更を行った。
- (4) DPC急性期病院の標準的な支払方法となりつつあることから、DPCデータを基にしたベンチマークシステムであるmedi-targetの開発を日生情報テクノロジーと協同して行った。現在は15病院が参加している。
- (5) 医療法改正にともない導入される医療機能情報提供制度についての検討を実施した。同制度では、医療機関のパフォーマンスを評価することは困難であり、地域の健康水準を評価するための情報も不十分である。今後必要な情報、利用法について、米国の事例をもとに検討を実施した。

2. 諸外国の代表的事例、および政府の役割についての検討

何らかの臨床指標を用いたベンチマークは、多くの国ですでに実施されている。

米国メリーランド病院協会が運営するIQIP(International Quality Indicator Project)には、世界11カ国の約1200病院が参加している(IQIPについては次章を参照)。1998年には、Oryx Projectとして、これまで病院機能評価を主たる事業としていたJCAHO(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations)が、認定病院を対象に、任意参加により一定のデータ提供を始めた。2002年からはデータ提出を制度化するとともに、2004年から

はHospital Compareとして、米国保健省の1機関であり公的医療保険であるメディケイド、メディケアを統括するCMS(Centers for Medicare and Medicaid Services)と共同して、病院から提出を受けたデータをウェブ上での公開を開始した。データ項目については表2-2に示す。なお、データ提出をしない病院に対しては、メディケアでの診療報酬を0.4%減額査定するというペナルティも併せて課している。結局、98%の病院がデータ提出を行い、米国においては病院について一定の情報が公開され、一般人がアクセス可能である状況が整った。今後は、データ項目の拡充、ペナルティの強化が予定されている。2007年より用いられる項目を併せて表2-2に示す。なおペナルティは2%と強化される予定である。また、同プロジェクトは2004-2006年の3年間かけて実施される、医療の質に基づく支払い(Pay For Performance、P4P)の手法開発を目的に実施される10の証研究プロジェクトの1つともなっている。米国では2009年度にメディケアでP4P(Value Based Purchase、価値に基づく購入)を導入する予定である。

医療情報の標準化、電子化、質向上を目的としたプロジェクトには政府の果たす役割が大きい。

表2-1 米国におけるアウトカム評価と情報公開の流れ

- 1985 : IQIP
 - 世界最大規模のベンチマーク
 - Jones Hopkins Univとの連携
 - アウトカム評価モデルとして高い評価
- 1998 : Oryx Project
 - Joint Commission認定病院による任意のデータ提供
- 2000 : Leapfrog Group for Patient Safety
- 2002 : 認定病院のデータ提供の制度化
- 2004 : Hospital Compare
 - DHHS (米国保健省) でのデータ公開
 - データ提供しない場合の罰則
- 2009 : Value-Based Purchase

表 2-2 Hospital Compareでの評価項目 (2004年と2007年の比較)
(2004年)

- ・ 心筋梗塞
 - 来院時のアスピリン投与
 - 退院時のアスピリン処方
 - 左室収縮不全に対するアンギオテンシン変換酵素阻害剤投与
 - 退院時の β 遮断剤の処方
 - 来院時の β 遮断剤の投与
- ・ 心不全
 - 左室機能の評価
 - 左室収縮不全に対するアンギオテンシン変換酵素阻害剤投与
- ・ 肺炎
 - 来院後 4 時間以内の抗生剤投与
 - 肺炎球菌のワクチン接種
 - 血液酸素濃度測定

(2007年)

- ・ 急性心筋梗塞
 - 来院時のアスピリン投与
 - 退院時のアスピリン処方
 - 左室収縮不全に対するACE阻害剤投与、またはアンギオテンシン受容体遮断剤投与
 - 来院時の β 遮断剤の投与
 - 退院時の β 遮断剤の処方
 - 来院30分以内の血栓溶解治療
 - 来院90分以内のPCI
 - 禁煙指導
- ・ 心不全
 - 左室機能の評価
 - 左室収縮不全に対するACE阻害剤投与、またはアンギオテンシン受容体遮断剤投与
 - 退院時指導
 - 禁煙指導
- ・ 肺炎
 - 血液酸素濃度測定
 - 抗生剤投与の開始時間

肺炎球菌のワクチン接種
 インフルエンザのワクチン接種
 抗生剤投与前の血液培養
 適切な抗生剤選択
 禁煙指導

- ・手術創ケア及び感染予防
 - 切開1時間以内の予防的抗生剤投与
 - 手術終了後24時間以内の予防的抗生剤投与中止
 - 適切な予防的抗生剤選択

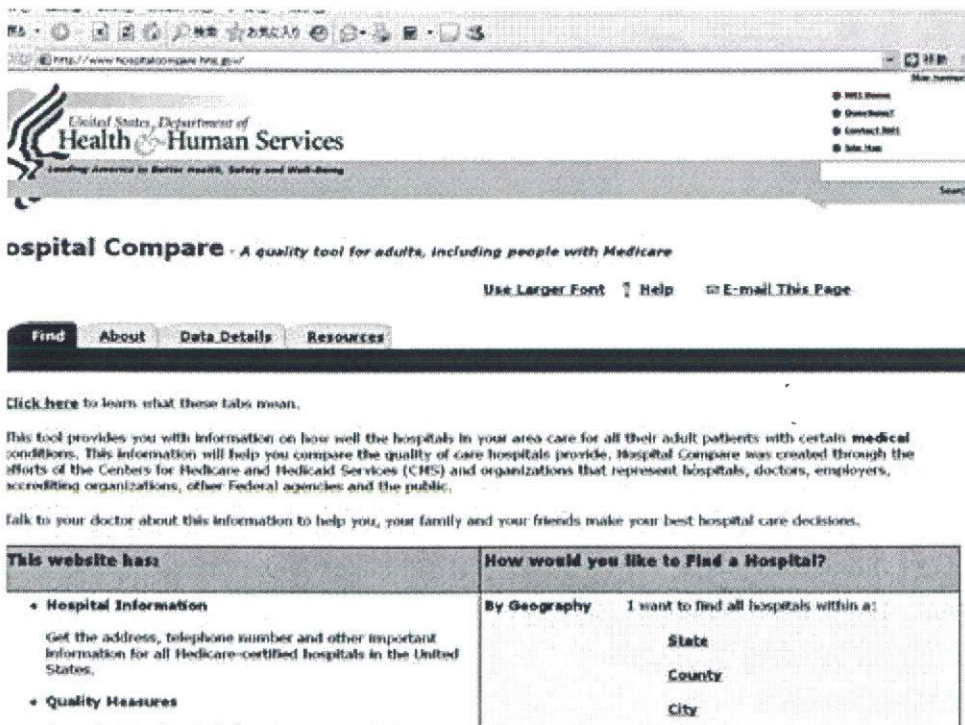


図 2-1 米国DHHS Hospital Compareのウェブ

特別寄稿

アウトカム評価と「質に基づく支払い」-医療法改正と医療情報提供の展望-

質評価を診療報酬に取り入れ始めた諸外国

日本も医療法改正で、診療結果を含む医療情報公表へ重要な一歩

東邦大学医学部社会学講座教授 長谷川友紀
病院のあり方委員会・医療の質向上委員会外部委員(兼任)

1. 質の可視化と管理-診療報酬による質の評価

米国のメディケアを運営するCMS長官のMark McClellan2004年9月に、「質を測定することにより、①情報に基づいた病院の選択、②良い質に対して診療報酬で報いること、③病院の改善の余地がどこにあるかを明らかにすることが可能になる。これらは質を向上させる上で大きな原動力となる。メディケアは質に基づく支払い(P4P: pay for performance)を今後全面的に導入する予定である」と宣言した。

近年、医療の質と安全に対する社会ニーズが急速に高まっている。現状において、受けてしかるべき医療サービスの質と、実際に受けている医療サービスの質に大きな格差(quality chasm)が存在すること、将来的に人口構造の高齢化に伴い、慢性期医療に医療サービスの比重が移行するにつれて、この格差が増大することが危惧される(Crossing the Quality Chasm、米国医学研究所、2001) ※1。

各国における医療制度改革においては、医療の質の確保と、制度として主として財政面からの持続可能性が大きな論点となっている。質についての議論も、ここ数年の間に大きな進展を遂げ、質は適切な臨床指標を用いることにより可視化、数量化が可能であり、積極的な管理の対象であると認識されるにいたっている。

質情報の収集・解析にあたっては、IT技術の役割が大きい。また、質向上が積極的な投資の対象とみなされ、質に基づく診療報酬支払システム導入により医療者にインセンティブを与えることが有力な解決策であると考えられている。

2. 「質に基づく支払い」-米国と英国における導入と拡大

米国医学研究所が医療の質改善に資するような診療報酬体系を推奨して以後、医療の質の測定、診療報酬との関連づけについて種々の試みがなされて

いる。

保険会社、医師グループなどが種々の支払い方式を用いている米国では、何らかの形で質を反映した診療報酬支払方式は2004年には84のプログラムで用いられていたが、2008年には160プログラムへと増加し8900万人をカバーすると推計されている※2。

メディケアでは、病院による診療情報の公開を実質的に制度化するとともに、さらに進んで、良質の病院には診療報酬の増額を行う試行が行われている。

Hospital Quality Initiative (MMA section1(b)、Market Basketとも呼ばれる)では、病院は3疾患・10臨床指標(急性心筋梗塞、心不全、肺炎)のデータ提供をCMSから求められる。データ提供を行った病院は、メディケアで定められた診療報酬の全額を受け取ることができるが、データ提供を行わなかった病院には0.4%の減額がペナルティーとして課される。

病院の利益率からみると0.4%の収入減は大きな影響力を持つため、2004年には、ほぼすべての病院(98%)がデータ提供を行った。

さらに、2005年からはHospital Quality Allianceとして、外科の感染予防など指標の拡大、患者満足度(各病院300人の抽出調査)のデータ提供を受けて、このデータを厚生省がインターネット上で公開するにいたっている※3。

また、CMSの主導で、医師のプラクティスグループ、疾病管理など種々の領域を対象に試行プロジェクトが実施されており、3年経過後にはその評価がなされる予定である(現在は2年目である)。

そのうちの代表的なPremier Hospital Quality Incentive Demonstrationでは、274病院を対象に、5疾患・34臨床指標(急性心筋梗塞、CABG、心不全、肺炎、膝・股関節置換術)についてデータ提供を求め、当該疾患について、上位10%の病院には2%、上位11~20%の病院には1%の診療報酬増額を行う。

初年度の成績に基づいて下位20%の病院には3年目に到達すべき目標値が設定され、これを達成しない場合には1~2%(下位10%では2%、下位11~20%では1%)の診療報酬減額が行われる予定である。

英国では家庭医に対する報酬に、10の慢性疾患について146の臨床指標を設定し、診療効率と治療結果を加味する支払い方式が2004年に導入され、順次拡大される予定である※4、※5。

3. 医療改革と情報提供—社会的責任となる病院の情報発信

日本では2006年6月に医療制度改革関連法案が国会で成立した。医療制度改革では、①公的医療保険の再編、②臨床指標を用いることによる、主要疾

患者を対象にした地域レベルでの医療の質の管理(新医療計画制度)、③医療費の適正化(医療費適正化計画)が、いずれも都道府県を単位として進められる予定である。

新医療計画では、従来の1次から3次までの階層を有するピラミッド構造をとり、その中で医療が完結するとする2次医療圏の概念にかわってネットワーク型の医療圏が考えられている。

これは、疾患によって対象範囲が異なること、医療機関の役割分担は医療情報の公開に基づいて自然発生的になされ、都道府県はトップダウン的に医療機関を認定・指定するのではなく、むしろ情報を整備して医療機関間の調整業務を担うという特徴を有する。

例えば、肺がんの外科治療を行う病院が当該都道府県内に4箇所あり、それぞれの症例数がA120例、B100例、C30例、D5例であるとして、治療成績に大きな相違がなければ、情報を公開することによってA、Bの2病院に患者が集約し、自然発生的に2病院を中心とした医療圏が形成されることになる。(図1)

行政の役割は、医療機関についての情報の収集と一般への提供、地域での連携を促進するための連絡協議会の開催など、裏方的なものとなる。

また、医療圏が適切に形成され機能するためには、治療成績(アウトカム)を含む情報が利用可能な形で十分に提供される必要がある。これを担保するために、昨年の医療法改正において、都道府県は医療機関から一定の情報提供を受けることが定められた。(表1)

これまで、医療機関の情報発信を「する」「しない」は病院の裁量で決めることができた。しかし、医療法の今次改正は、一定の情報は医療機関の責任で整備し、都道府県とともに一般に向けても発信することが求められるというパラダイムの転換を図り、情報の整備と公開を医療機関の社会的責任として規定したことになる。

4. アウトカム評価—医療情報の整備・公開に向けた体制整備

診療アウトカム評価事業は2002年に東京都病院協会により開始され、2004年からは全日病がその運営を引き継いでいる。

多数の病院の自発的参加により、予め定められた臨床指標に基づいてデータの提供を受け、集計・解析を行なった上で参加病院に情報の還元を行い、その一部を一般にも公開するベンチマーク事業である。世界的には、米国メリーランド病院協会、豪ACHSなどが、規模的にも、歴史的にも代表的なものである。

これにより、①医療の透明性と説明責任の促進(現在の医療の実態を社会

に広く示すことができる)、②インフォームドコンセントの充実(参加病院や自院のものなど、実際のデータを示しながら説明を行い、患者が治療法を選択することが可能になる)、③改善へのインセンティブの付与(改善すべき点、優れている点など、参加病院の中での自院の位置づけが明らかになる)、などの効果が期待される。

収集するデータは、①主要25疾患について全退院患者の医療内容・結果・費用などの個別データ、②全入院患者を対象にした転倒・転落、入院後感染症、抑制の発生頻度、の2種類からなる。

現在、約50病院の参加の下、年間約4万人の患者データの提供を受けている。2006年からは、研究事業として、同事業の参加病院のうち5病院がメリーランド病院協会の運営するIQIP(International Quality Indicator Project)にも参加した。これによって同事業のシステム比較、同事業に参加する米国、英国など10カ国との比較検討が可能となった。

この事業に参加している病院は経営と医療の質評価に必要な情報を適時に入手することができるほか、今後、医療機関の社会的責任として要求される医療情報の整備と公開にも同時に対応できる体制整備を図ることが可能になる。

5. 今後の展望—アウトカム評価がもたらす病院の質向上

今後、医療機関の社会的責任として、ますます医療情報の整備、公開が要請されることが予想される。現在、米国の病院では、経営層だけでなく、CMS、JCAHOなど種々の関連機関への情報提供が要求されている。

要求される情報は必ずしも共通ではなく、それぞれ異なるために、院内診療情報管理部門に大きな負荷を与えているが現状である。将来的には情報の共通化が計られるものと考えられるが、当面は、病院に課せられた新たな社会的責任として体制構築に努力している状況にある。

一方、わが国では、医療法改正によって「医療機能情報提供制度」が創設され、医療機関が届け出て、都道府県が住民に公開すべきとされた一定情報の項目案が、昨年10月末に厚生労働省内の検討会でまとめられた。その内容は以下のように大別される。

(1) 医療機関についての基本的な情報

アクセス方法、診療科、入院設備、医師数、入院環境、夜間・時間外の受入体制 など

(2) 事実や実績に関する情報

疾患ごと・術式ごとの件数、外来・入院件数 など

(3) 治療成績（アウトカム情報）に関する情報

主要疾患ごとの死亡率・平均在院日数、再入院率、院内感染症発生率など

上記のうち(1)(2)についてはデータの作成も比較的容易であり、その公開については関係諸団体の間ではほぼ合意が得られている。

(3)については社会的にも最も必要とされている情報であるが、例えば、主要疾患ごとの「術後5年生存率」「院内死亡率」「手術後1ヶ月以内死亡率」「院内での感染症の発症率」等について、前出検討会の案は、院内での分析の有無と分析結果の提供の有無のみを示すという限定的なものとなっている。

厚労省はこの案に沿ってパブリックコメントを募り、省令化する予定である。分析結果を提供していると公表された医療機関を訪れることで当該アウトカム情報の入手は可能になるとはいえ、医療法改正および新医療計画の趣旨からは大幅な後退といわざるを得ない。

全日病は医療への信頼樹立、質の向上の観点から、アウトカム情報について可及的速やかな整備公開の制度化を希望するものであるが、データの整備に費用・時間を要することから、当初は主要疾患を対象にして暫時対象疾患の拡大を図ることが現実的であろう。

また、会員病院においては情報の整備提供がすでに病院の社会的責任として認識されるにいたっていること、診療アウトカム事業は医療の透明性・説明責任を果たすものとして重要であるほか、病院が院内体制整備を行う上で極めて効率的、有効な手法であり、ぜひ参加を検討していただくよう要望する。

図1. 新しい医療圏のイメージ

連携を主体とした医療圏が十分に機能するためには、治療成績（アウトカム）を含む情報の公開が不可欠である。

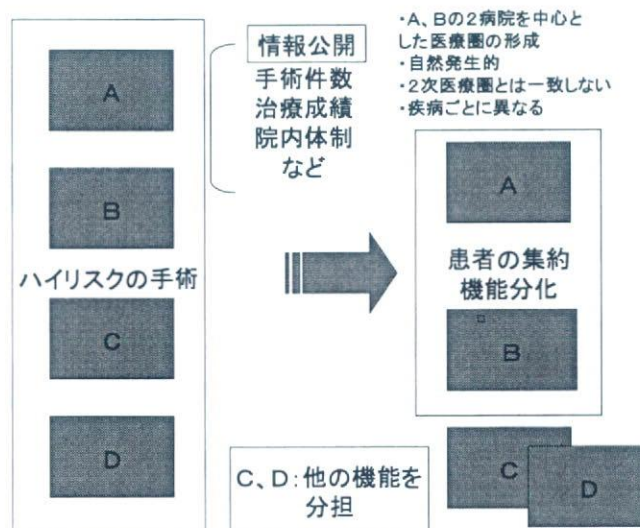


表 1. 新医療計画策定における都道府県の役割(医療法第5次改正 2006)

- ・ 医療連携体制が構築されるよう配慮する
- ・ 医療機能に関する情報の提供を求めることができる
- ・ 目標を定め、少なくとも5年ごとに評価する
- ・ 医療機関は医療連携体制に協力するよう努める
- ・ 国は都道府県に対して補助することができる

表 2. メディケア(Market Basket)で2004年より提供が制度化された臨床指標と、Hospital Quality Allianceで拡大された領域

● 3疾患10臨床指標

[心筋梗塞]

- ・ 来院時のアスピリン投与
- ・ 退院時のアスピリン処方
- ・ 左室収縮不全に対するアンギオテンシン変換酵素阻害剤投与
- ・ 退院時のβ遮断剤の処方
- ・ 来院時のβ遮断剤の投与

[心不全]

- ・ 左室機能の評価
- ・ 左室収縮不全に対するアンギオテンシン変換酵素阻害剤投与

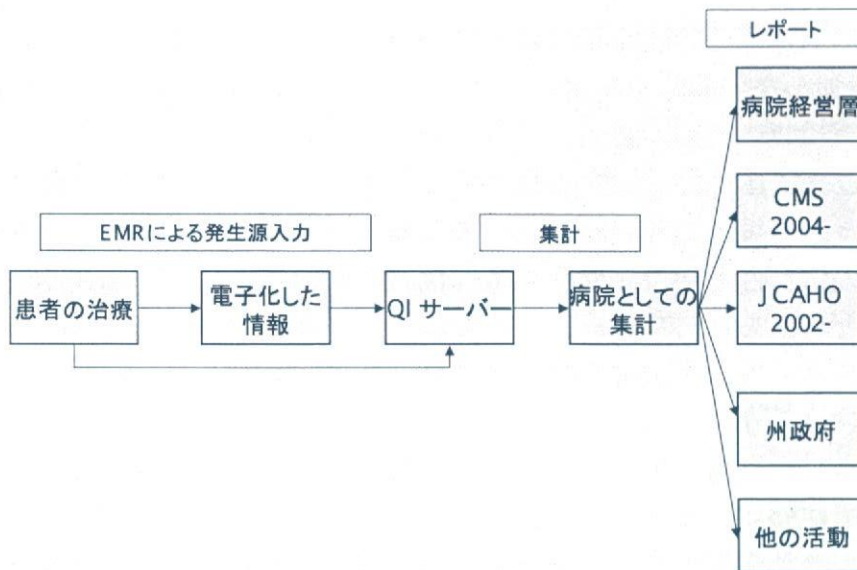
[肺炎]

- ・ 来院後4時間以内の抗生剤投与
- ・ 肺炎球菌のワクチン接種
- ・ 血液酸素濃度の評価

● Hospital Quality Allianceで追加された領域

- ・ ICU
- ・ 敗血症
- ・ 小児の喘息ケア
- ・ 疼痛管理
- ・ 深部静脈血栓症
- ・ 精神科入院治療
- ・ 看護ケア

図 2. 米国の病院における医療情報整備と報告



Q I : quality improvement (電子カルテ用サーバーに相当)

C M S : Centers for Medicare and Medicaid Services (公的保険であるメディケア、メディケイトを主管する省庁)。Market basket は2004年から導入された。

JCAHO : Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (病院機能評価・認定を行う団体)。認定にあたってアウトカム情報の提供が2002年から制度化された。

- ※1 Institute Of Medicine : Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century, Academic Press, Washington D.C., 2001
- ※2 2004 National Study Results. Med-Vantage, Inc
- ※3 www.HospitalCompare.hhs.gov
- ※4 Payment by results—new financial flows in the NHS, BMJ 2004;328:969-970 (24 April)
- ※5 Doran T, Fullwood C, Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiroeh U, and Roland M: Pay-for-Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom, NEJM 355:375-384, 2006

3. 日米のアウトカム研究の比較

(1) 概要

診療アウトカム評価事業には約30病院が参加しているが、うち5病院がIQIPに参加した。2007年5月にリスボンで、各国の代表者により会議が開催され、新規臨床指標の検討、各国における進行状況が紹介された。この結果を踏まえ、国内参加病院の担当者を集めたユーザー会議を2007年8月に開催した。病院担当者の継続的な教育研修は、病院の参加意欲を維持し、データの信頼性を向上させるために同プロジェクトでは必要不可欠な要素であると考えられる。

米国メリーランド州病院協会が実施しているIQIP(International Quality Indicator Project)は1985年から臨床指標を用いた医療パフォーマンス評価事業を実施しており、同分野では最大規模の参加病院を有する。事業の概要についてヒアリング調査を実施するとともに、診療アウトカム評価事業の参加病院のうち5病院が実際にIQIPにも参加することにより、日本の診療アウトカム評価事業の方法と相互の手法、収集するデータセット、集計結果の参加病院への還元などについて比較検討した。IQIPでは、資料に示すような項目を病院単位で集計した形で提供し、分子/分母の形で比較することが特徴である。また、IQIPが国際プロジェクトであることから、ベンチマークの対象としては、全参加病院、アジア地域、日本地域などを選択することが可能となっている。それに対して診療アウトカム評価事業では、特定の疾患で入院治療を受けた患者の個票を集計する形になっている。データ集計はIQIPが各病院で行うのに対して、診療アウトカム評価事業では運営主体で行うことがまったく異なっている。なお、診療アウトカム評価事業においても、転倒・転落、入院後発症感染症、抑制についてはIQIPと同様の考え方を取っている。データ集計をどこで行うにしろ、参加病院は院内のどこにデータが存在するかを明らかにし、院内組織体制を構築し、適切な帳票などを用いてデータ収集を図る必要がある。どのような方法を取ればこのような院内体制構築が円滑にできるかは今後の検討課題である。

表3-1 IQIP-Japanの概要

- IQIP-Japan® : International Quality Indicator Project
→QIP:実践状況の測定から医療の質向上の機会を見つける
- 世界で500以上の医療機関が参加
- アジアでは中国4、台湾74、シンガポール4
- 参加時期：2006年7月1日から
- 参加病院：日本からは5病院
- 実施主体：Center for Performance Sciences (米国メリーランド州病院協会の子会社)

表3-2 測定項目

1. ICUにおけるデバイスの使用／関連した感染
2. 手術創の感染、抗生物質の予防的投与
3. 入院死亡率
4. 新生児死亡率
5. 周術期死亡率
6. 帝王切開と分娩管理
7. 予定しない再入院
8. 外来処置後の予定しない再入院
9. 予定しないICUへの再入室
10. 予定しない手術室への再入室
11. CABGによる周術期の死亡率
12. 抑制
13. 転倒、転落 (記録されたもの)
14. (鎮痛剤の利用)
→参加していません。
15. 褥瘡
16. 術後の深部静脈血栓症と肺血栓性塞栓症
- 手術に向けた血栓予防
17. ICUにおけるデバイスの使用に関連したMRSA感染

図 3-1 I I Q I P 参加状況

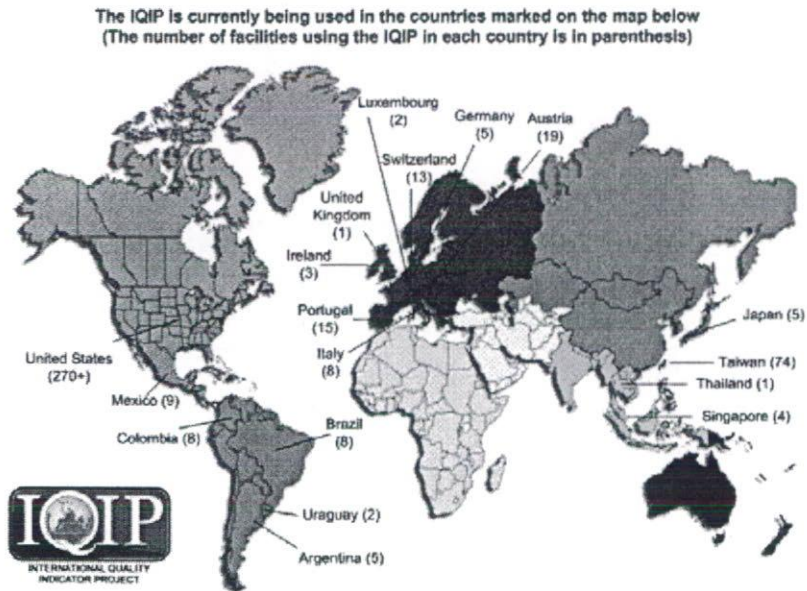


図 3-2 ベンチマークで各国比較を試みたもの

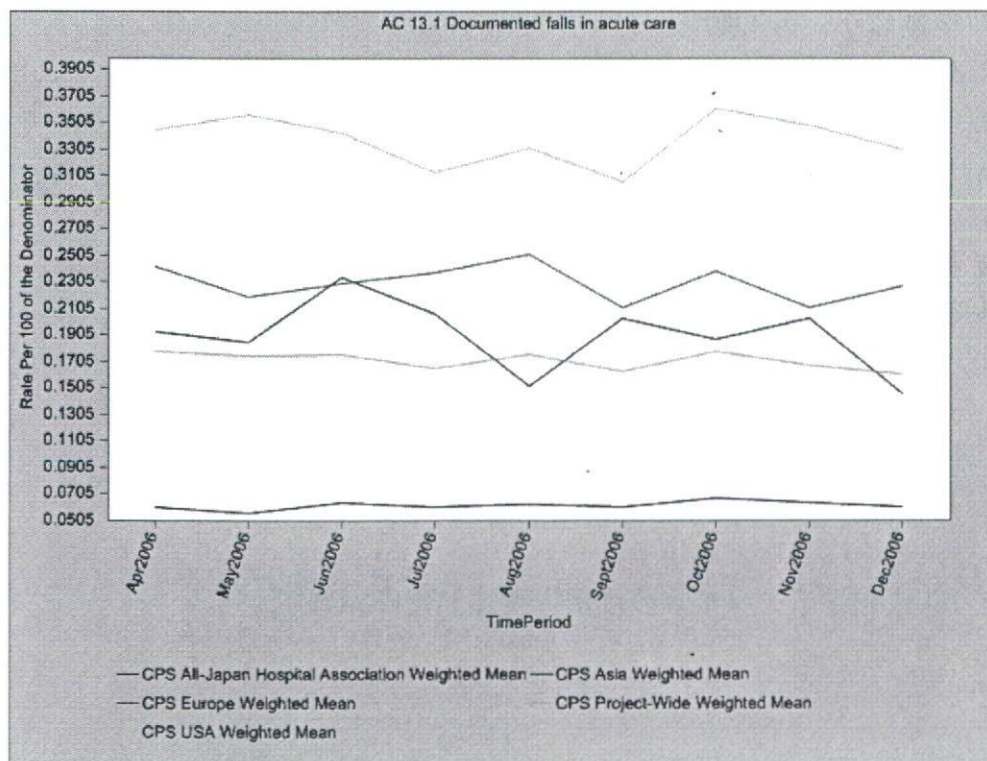


表3-3 IQIPレポートの種類と内容

- Measure Participation Reports
 - 測定項目ごとの参加病院数
 - プロジェクト全体、地域別（アジア、ヨーロッパ）
 - 各クォーターの締切後からウェブサイトからダウンロード可能（エクセル）
- Standard Quarterly Reports
 - 各測定項目ごとの総計値（当該病院、国、地域別）
- Aggregate Data と Next Steps
 - 各クォーター締切日から当月末までダウンロード可能（エクセル）
 - 各クォーターの要約と今後の実践に役立つ内容集
- ピアグループとの比較報告
 - カスタムレポート（臨床研修病院など属性のグループ、またはデータエレメントでの共通点から抽出、など）
 - 抽出条件がパフォーマンスに影響するのかどうかを理解するツール

(2) IQIPスポンサー会議

日 時：2007年5月2～4日

場 所：リスボン（ポルトガル）

参加者：西澤寛俊(会長)、安藤高朗(副会長)、飯田修平(常任理事)、佐
能量雄(理事)、長谷川友紀(東邦大学、IQIP-Japanコーディネー
タ)、村井はるか(河北総合病院、IQIP-Japanコーディネータ)

1) IQIPについて

クオリティインディケータープロジェクト（QIプロジェクト）は1985年にメリーランド州で自発的なパイロットプロジェクトとして始まった。その後、アメリカ国内に広がり、1991年に国際的活動となった。IQIP（インターナショナルクオリティインディケータープロジェクト）は1997年に世界の医療機関のニーズを視野に開発された。

参加は各国の窓口（スポンサー）を通じて行う。IQIPからスポンサーへは教育研修、レポート、図表、集合的な分析等が提供され、スポンサーから参加医療機関に向けてはさらに教育研修、データ収集支援、データ管理が行われるしくみとなっている。データは参加医療機関からIQIPに直接提出され、レポートも直接受け取ることができる。

IQIPの中心的活動は教育研修とユーザー（参加医療機関）会議の開催、マニュアルの整備とトレーニング、ケーススタディ・ベンチマーキングとネットワーク作り、そしてインターネットを利用したデータ収集とレ

ポート入手ソフトウェアの開発である。急性期臨床指標は表1の通りであり、それらは①プロセスの中に生じるばらつき (variation) を理解する、②プロセスを長期間モニターする、③プロセス内で変更した部分の効果を見る、④一般的な基準点を提供する、⑤より正確な基準を提示し予測に役立てる、といった活動を通じて臨床指標を質向上に役立てることを目的に開発されている。また、将来的な課題としては新しい測定セット (measure sets) の開発、データの質の向上、そしてピアグループをあげている。測定セットは、従来の指標を疾患別あるいはケアのタイプ別に総合的に理解するため、データ収集項目の再編成と新規追加を行い、表2の通り新たな内容を作成した。データの質の向上への取り組みとしては、①現在入力しようとしているデータを過去の平均を基にした予測範囲と比較し、②値が一貫しているかを確認する、③1つの指標内で枝分かれした小項目の測定値の和が親となる測定項目の値に等しい、④その他の検算、等の機能としくみの普及を行った。ピアグループとの比較も、例として地域、臨床研修病院や他院患者数といった病院属性、カテーテル検査数等の類似したデータ値を基にしたグルーピングが促進されるよう課題に取り組むこととなった。

2) 各国の状況 (日本以外)

(ア) オーストリア

Ministry of Health and Womenからの指示によりリンツ大学IPGが窓口となってIQIPに取り組んでいる。1998年には6病院で始まり2006年には27病院が参加している。うち、21病院が公立病院、民間病院が2病院、そして精神科領域に4病院が参加している。オーストリア北部 (UA--Upper Austria) の医療機関は州政府によりIQIPへの参加が義務付けられている。しかし、州政府は数値そのものを管理しているのではなく、どの臨床指標にどれだけの期間参加するか、そしてデータをどのように利用するか、といった部分に介入している。

現在、急性期臨床指標には16項目、精神科臨床指標には2項目参加している。オーストラリアでは、1つの臨床指標の導入までに約40時間、月々に費やす時間は1指標につき1ヶ月2時間を目安にしている。導入にあたっては、QIPチームを編成すること、医療機関に関係のある指標をよく理解すること、良質なデータを得ること、データ利用支援を行うこと、病棟 (unit) ごとにデータ収集とフィードバックを行うこと、教育研修を行うことが必要だと述べている。医療機関内のQIPチームは異なる職種で3-5名で構成されており指標の利用は主に医師の役割となっている。IQIPから