

## Contents

- Overview of Japanese healthcare system
- Standardization
- Benchmark using Clinical Indicators
- Accreditation
- Health Sector Reform and Public Reporting
- Challenges

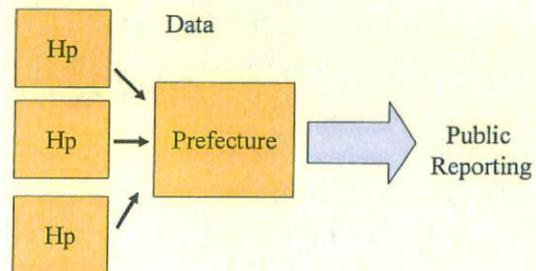
## Accreditation of HCOs

- Japan Council for Quality Health Care (JCQHC)(1995-)
  - Accreditation
  - Clearinghouse of EBM CPGs
  - Nation-wide incident/accident safety report collection
- 27.7% (2466/8892) hospitals have been accredited so far
- Voluntary
- Few incentives

## Contents

- Overview of Japanese healthcare system
- Standardization
- Benchmark using Clinical Indicators
- Accreditation
- Health Sector Reform and Public Reporting
- Challenges

## Health Function Public Reporting System (2008)



## Public Reporting by Hospitals (2008-)

- Hospitals are requested to report to the prefecture (local government) as for
  - General information
  - Utilization data
  - (Outcome data are not included)
- Prefecture compiles and offers these data so that patients can choose healthcare organizations
- Regional Health Plan based on informatics and networking

## Annual Medical Check by Insurance Body (2008)

- Health Insurance covers
  - Treatment of diseases and injury
  - Delivery
- Annual check and health education (new)
- Purpose
  - Reduce metabolic syndrome
  - Metabolic syndrome; visceral obesity + DM, hyperlipidemia and hypertension

## Contents

- Overview of Japanese healthcare system
- Standardization
- Benchmark using Clinical Indicators
- Accreditation
- Health Sector Reform and Public Reporting
- Challenges

## Background

- Success story
  - Good efficiency and equity (WHR2000)
  - Universal coverage (1961-)
- Health sector reform
  - Market-oriented mechanism
  - Competition
  - IT
- Challenges
  - Long lead time and political instability
  - Equity
  - Financial problem
  - Others; shortage of physicians and nurses etc. etc.



## Challenges of Quality Initiatives

- Social need for high quality
- Limited resources in healthcare
- No mandatory system
  - Accreditation
  - Outcome public reporting
  - No financial incentives



Thank you for you attention

*Grazie*



## ユーザー会議



## 国際シンポジウム



事例報告 ■ DPC対象病院のMedi-Target (DPC分析事業) 利用法

# DPC分析事業でアウトカム評価と同レベルの成果

Medi-Targetのベンチマークが業務改善と診療プロセス見直しを可能とする

(株)日立製作所水戸総合病院院長 永井庸次

(株)日立製作所水戸総合病院は2006年4月にDPC対象病院となり、同年5月からDPCによる診療報酬請求を開始している。

当初は、医師を始めとしたDPCに携わる職員も厚生労働省に提出するE・Fファイルや様式1\*\*の記入に手一杯であり、DPCにかかわるデータを分析ツールで何かしようと考えるだけの余裕はなかった。

もちろん、DPC別、診療科別、DPC入院期間別に収入比較(包括/出来高)を行ってはいたが、出来高とはその仕組みが異なるDPCについては、保険委員会などによる情報提供も自ずと異なったものになってしかるべきである。その際、情報提供も、どのレベルの職

員にどのレベルの情報を提供するのかわかることを先に決定しておかないと、総合的な解題に終始し、具体的な対応策が検討できないことも予想される。

当院は2007年8月に全日病のDPC分析事業に参加し、「Medi-Target」を導入した。さらに、07年10月からはIQIP(国際的臨床指標プロジェクト)事業\*\*にも参加している。

さらに、全日病では医療の質向上のためにアウトカム事業を行っている\*\*が、参加病院の大多数がDPC対象・準備病院であることから、DPC請求とアウトカム事業との二重の業務増大が大きな問題であった。そこで、この両者の業務の統合を図るためにMedi-Targetの導入が決定されたわけである。

を改訂する上で良い目安になると思われる。

また、入院経路別診療科別比較(図3)では、各診療科の特質、例えば連携がうまくいっている診療科とそうでない診療科では明らかに予定入院率などが異なるし、紹介患者の中身や紹介率、救急車台数の比較など、当院では独自に

検討していた内容がMedi-Targetでは自動的に提示されるので、誠に有用なツールといえる。

なお、10年の診療報酬改定ではDPCの調整係数を廃止すると言われており、Medi-Targetによるジェネリック品のベンチマークは医師に具体的に示せることから有用である。

員5病院が参加している。

\*3 全日病のアウトカム事業  
主要24疾患・処置の患者データと診療結果データを継続的に収集・解析、その結果を全体値と当該病院値ともども還元して、参加病院に、医療の質を改善する資料として活用してもらう取り組み。分析項目は、平均在院日数、死亡率、予定しない再入院率、入院後発症感染症、抑制率、転倒・転落率等からなる。データは四半期ごとに収集、その結果の一部は病院名を伏せてHPで公表している。

\*4 ベンチマーク  
標準化された情報にもとづいたアウトカムについて、共通する指標ごとに導いた結果を他病院と比較する手法

## 「様式1」の項目が入っているMedi-Target

医療の質向上には事実に基づく管理が必須であるが、医師を納得させるには事実に基づくデータ、意味のある情報をタイムリーに提供することは特に重要である。その中で、IQIPは病院関連感染率や転倒・転落率、褥瘡発生率、身体拘束率などを国家間、病院間で比較するもので、アウトカム事業は主に24疾患について平均在院日数、死亡退院率、予定しない再入院率、さらには院内の入院後発症感染率、転倒転落率、抑制率などを集計するものである。

Medi-TargetにはE、F、Dファイルは

もちろんのこと、様式1の項目が入っており、経営分析はもちろんのこと、様式1の項目を基に質保証の分析が可能となっている。

もちろん、病院関連感染率や転倒転落率などはアウトカム独自の項目であり、これらがすべてMedi-Targetで解消できるわけではないが、アウトカム事業の成果の大部分はMedi-Targetで達成されることから、DPC分析事業に参加している病院の業務量が激減したことは事実である。

## 多数病院の参加がベンチマークの精度を高める

現在色々なDPC分析ツールがあるが、ただ単に経営コンサル的なもので診療プロセスを改善・改善していくには無理がある。医師の立場から言えば、質向上に関連したデータを、院内はもちろん、同規模の他院と比べたベンチマーク\*\*情報が開示されてこそ、初めて業務の改善、DPCに沿ったクリティカルパスなどの診療プロセスの見直しが可能となると思われる。

なお、様式1については、当院では当初は医師の協力のもと非必須事項のステージ分類や重症度分類も記入していたが、現在は診療情報管理室が様式1を受け持っている関係上、非必須事項が大部分未記入となっている。

Medi-Targetの利点は通常の定型的分析(これは他の分析ソフトでも十分

可能である)だけではなく、様式1の非必須項目の観点からの、言い換えれば医療の質の観点からの分析(非定型分析)が可能であることが最大の利点である。その意味からも当院はもう一度様式1の非必須項目入力を再開しているところである。

全日病のDPC分析事業では、各病院の分析方法を参加病院で共有することも、同規模の病院を選択して病院間のベンチマークすることも可能である(図1)。

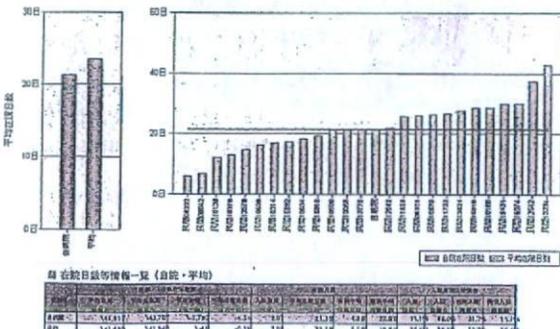
しかし、その精度は参加病院数に大きく左右されるので、ベンチマークにしても病院数が多くなればそのメリットも少ない。ぜひ多数の病院がDPC分析事業に参加するようお願いする次第である。

## 当院独自に作成を考えたデータもMedi-Targetで入手

診療科別包括/出来高差額比較をとっても、どの疾患の差額が大きいかということ各診療科医師が知ることは、即モチベーションの低下に結びつくものでないかと考えるが、同規模の病

院間で、薬剤・材料費比較、術前検査・術前画像比較(図2)、指導管理料比較、手術・麻酔料比較、がん化学療法のリジメン比較などのベンチマークは経営戦略上も有用なデータとなるし、パス

図1 ■胃がん在院日数のベンチマーク



## 全日病「DPC分析事業」申込受付中!

毎月のDPCデータを使って自院分析とベンチマークを低費用で行なうのが全日病の「DPC分析事業」です。  
共同開発者であるニッセイ情報テクノロジー社の分析ソフト(Medi-Target)をインターネットを通じて提供する方法(ASP)を採用しているため、高額につくソフト等が低価格で使えるだけでなく、参加病院のみが活用できるデータ分析サービスが色々と付加されており、参加病院に好評を博しています。  
Medi-Targetによって各種指標ごとのベンチマーク分析ができるため、自院の位置が把握できます。分析指標は厚労省では得られない指標が多く、経営分析には絶好のデータが入手できます。  
データを提出できる体制があれば、DPCを導入していない病院でも、また、どの月からでも参加できます。分析データの提供は試用版、定型分析版、フルバージョンと二重に合わせた3タイプから選択でき、各利用料とも、全日病会員には特別価格が設定されています。  
詳しくは全日病ホームページをご覧ください。事務局までお問い合わせください。  
全日病事務局 Tel.03-3234-5165 http://www.ajha.or.jp

図2 ■術前検査・画像料のベンチマーク

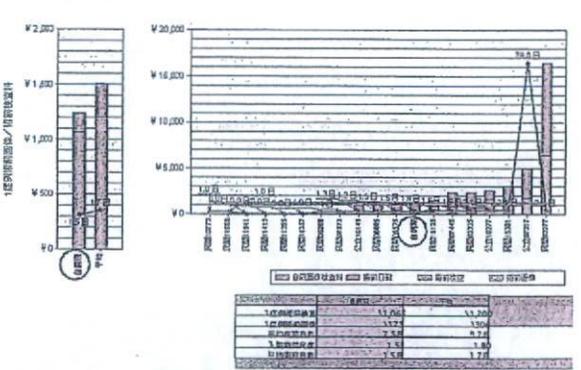
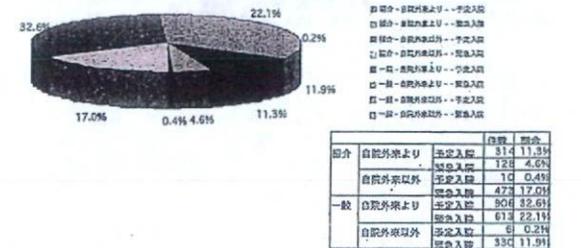


図3 ■全科の入院経路



IQIP国際会議の参加報告

# 一部国で診療結果の提出義務化、支払いへの反映が始まる

IQIP日本窓口として全日病が出席。各国報告に医療の質・安全への関心増大が顕著

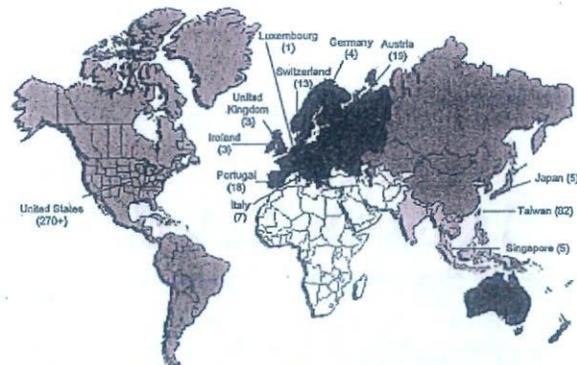
病院のあり方委員会外部委員・東邦大学医学部社会医学講座教授 長谷川友紀  
IQIP-Japanプロジェクトコーディネーター・河北総合病院診療情報部 村井はるか

## ◎世界規模のアウトカム評価事業IQIP

医療の安全と質についての社会的関心の増大、医療ニーズの高度化に対応するために、医療界は現在さまざまな努力を行っている。臨床指標を用いて適切な医療が実施されたことを確認するアウトカム評価は、医療の透明性、質を向上させる代表的な手法である。米国メリーランド病院協会の一部門であるCPSが運営するIQIP(International Quality Indicator Project)は1985年から活動を開始し、現在、12か国430以上の病院(複数病院を運営する組織を含むため実際の病院数はもっと多くなる)が参加する、世界最大規模のアウトカム評価事業である。

参加各国には窓口機能をはたすスポンサーが置かれ、アウトカム評価への参加はスポンサーを通じて行われる。日本では全日本病院協会がスポンサーに就いている\*1。各病院はデータをオンラインで送付し、自院の経時的な変化のみならず、自国の参加病院、他国の参加病院との比較が可能である。また、CPSとスポンサーによる教育研修、臨床指標の開発、相互の意見交換などが行われる。日本からは全日病会員の5病院が参加している。

■世界各国のIQIP参加状況



## ◎IQIP参加国も持ち回りで毎年国際会議を開催

毎年5月には、各国のスポンサーが集合し会議が開催される。開催地はIQIP参加国の持ち回りで決められる。昨年はポルトガルのリスボン、今年は、イタリアのフェラーラで開催された。フェラーラはイタリア中部のエミリア・ロマーニャ州に位置し、14世紀にエステ家によって整備された。現在の人口は約13万人。イタリアのスポンサーであるフェラーラ大学も1391年の設立である。ルネッサンス時代の町並みがそのまま保存されており、世界遺産にも指定されている。州都ボローニャは電車で約1時間のところあり、1088年に設立されたヨーロッパ最古のボローニャ大学がある。



▲ボローニャ大学の「人体解剖博物館」を訪れ、世界で初めて人体解剖を行なった解剖台を前にする全日病代表団。

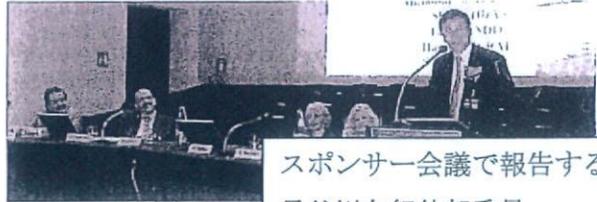
## ◎新たな指標を検討。医療安全専門家確保という課題も

今年の会議は2008年5月5日～7日に開催され、5月6日には医療関係者向けの国際シンポジウムが行われた。各国の状況が報告され、病院機能評価、認定との関連、新たな臨床指標の開発、将来の方向性などについて議論された。以下に主な発表を紹介する。米国では、1998年よりJoint Commissionの行う病院機能評価に付随して、Oryxプロジェクトとして認定病院からアウトカムデータの提供が任意で開始された。認定を受ける病院は2002年からすべてデータ提供を求められるようになり、2004年からはCMS(公的医療保険であるメディケア、メディケイドを担当する政府部門)と協同でHospital Compareとして、そのデータ集計結果が公開されるようになった。2009年からはアウトカム評価結果を基にした医療の質に基づく診療報酬支

払い(Value-based purchase)の導入が予定されており、今後は認定にアウトカム評価結果をどのように利用するかが検討課題となっている。ドイツでは2001年からアウトカムデータの提供が病院に義務づけられ、2005年以降、アウトカムデータが一般へ公開されている。また、病院機能評価を受ける病院が急速に増えている。スイスではすべての病院に何らかの患者満足度調査を行うことが義務づけられている等、各国の報告は、医療の質と安全に対する関心の増大を感じさせるものが多かった。EPOSはドイツの医療系コンサルティング会社であり、ドイツ(2002年より)、スイス、ルクセンブルク、イタリア(2005年より)、2007年以降はフェラーラ大学に移行)のスポンサーとなっており、これらの国ではIQIP参加病院の拡大と

もに、特に医療安全への関心の増加が認められた。しかし、RCA、FMEA\*2などを教えることのできる医療安全の専門家が少なく、スタッフの教育研修が困難な状況にある。このほか、イタリア、ポルトガル、オーストリアの状況について報告がなされた。スポンサー会議では、新たな指標についても検討がなされた。昨年度のリスボン会議ではMRSA感染症が検討さ

れ、その後指標に導入されたが、今回は、針刺し事故、輸血事故、心肺蘇生の成功率、看護士の労働投入量・離職率が候補に挙げられ、引き続き検討されることになった。また、データの信頼性を担保し、参加病院の質向上に役立てるための教育研修として、ビデオ、eラーニングなどを用いた遠距離教育の導入について検討がなされた。



スポンサー会議で報告する長谷川友紀外部委員

## ◎全日病の「DPCデータ分析」と「アウトカム評価」は統合へ

医療の透明性と質をいかに向上させるかは医療界に課せられた大きな課題である。この会議でも、医療の質の問題は、日本に限らず各国に共通した課題であることが痛感された。米国ではCPSなどによる取り組みの歴史があり、医療情報公開の制度化、質に基づく診療報酬支払いの導入が実現しつつある。全日病は、現在、臨床指標を用いた診療アウトカム評価事業\*3およびDPCデータを用いたベンチマーク事業としてのMEDI-TARGET(DPCデータ分析事業)\*4を実施しており、先進的な事例であるIQIPへの参加を通じて、データ収集の方法等の比較検討、解析結果の還元、医療の質への影響などを明らかにする研究的な事業として、前出2つの事業を補完することが期待される。2003年から導入されたDPCは、現在、急性期病院の標準的な支払い方法となりつつある。DPCのデータとしての特徴は、①傷病名・処置名を標準コード(DPCコード)を用いて分類している、

②検査・投薬など日々の医療内容がデータに含まれている、③診療報酬請求という病院の定常業務からデータが産生される、④データが電子化されており2次利用が容易なことであり、これらの特徴によって自院の時系列データ分析と他院との比較(ベンチマーク)が可能となり、その結果は医療の質向上や効率化に活用される。全日病が、2007年から開始したDPCデータ分析事業はその代表的な事例である。来年度からDPCデータ分析事業と診療アウトカム評価事業は統合される予定である。このような解析をより精緻化するためには、広く海外の状況について情報を収集するとともに、より多くの病院のベンチマーク事業への参加、政府の保有するデータベースの開放など、より信頼性の高い大規模なデータベースが使用可能となるよう、使用ルールを含めて検討されることが望ましい。全日病に期待される役割はますます大きなものとなる。



ユーザーズミーティングで討議する飯田修平常任理事

▲ユーザーミーティングの一コマ

【編集後記】  
\*1 全日病はメリーランド州病院協会が推進するIQIPに、アウトカム評価事業の共同研究という立場から参画、会員5病院が2006年4月よりデータ提供を始めている。この活動の窓口としてIQIP-Japan研究会が設置され、参加病院を中心にアウトカム評価指標と分析結果の研究や情報交換を行なっている。本活動については本誌2006年11月15日号に掲載した「IQIP-Japan研究会の報告」(村井はるか氏)を参照。  
\*2 RCA(根本原因分析)およびFMEA(故障モード影響解析)は一般産業界で広く使用されている信頼性手法で、現在、ともに医療安全対策における分析ツールに採用されている。  
\*3 全日病が2004年7月から始めた診療アウトカム評価事業は、現在、主要24疾患に関する平均在院日数、死亡率、予定しない再入院率、入院後発症感染症、抑うつ率、転倒・転落率等を指標に採用、会員41病院が四半期ごとにデータを提出、分析結果の概要を公表している。  
\*4 全日病が2007年7月に開始したDPC(データ)分析事業は、DPC分析ソフト(MEDI-TARGET)を用いて、豊富な指標ごとの自院分析とベンチマークを低費用で可能にしている。

# アウトカム評価に関する全日病の事業を検討会で報告

## 診療アウトカム評価、DPC分析、IQIPとの共同研究の全体像を紹介

飯田修平常任理事は、9月26日の「医療情報の提供のあり方等に関する検討会」に招かれ、アウトカム評価に関する全日病の厚生科学研究の実績を踏まえ、本会が進める診療アウトカム評価事業、DPC分析事業、IQIPとの共同研究活動について現状を報告した。

「医療情報の提供のあり方等に関する検討会」は、2006年秋にかけた第5次医療法改正の議論において、医療広告の大幅な規制緩和を図る「包括規定方式」の採用を決めるとともに、その対象項目にアウトカム指標を盛り込むか否かを検討したことがある。

その際に、「アウトカム指標については、今後の取り組みにより客観的な評

価の仕組みが確立されたものから、段階的に広告を可能とする」ことを確認している。今回のヒアリングは、2年ぶりにアウトカム評価の動向を取り上げたもので、この分野で先進的な実績を収める全日病の活動内容を参考聴取することになったもの。

全日病においてアウトカム評価の取り組みを主導する飯田常任理事は、①診療アウトカム評価事業、②DPC分析事業、③IQIPとの共同研究活動の3分野からなる活動の全体像を説明した。

さらに、現在、診療アウトカム評価とDPCデータ分析の一元化に取り組んでいることを紹介。DPCに含まれる指標については、さらに精緻な指標と分

析結果の抽出が可能となるようシステムのバージョンアップを図っていることを明らかにした。

委員の質問に、飯田常任理事は、アウトカム指標に関する全体の統計データは公表するものの、個別病院の詳細データは当該病院に還元してベンチマークと質向上等に活用するものであり、公表はしないという、アウトカム評価を進める上の原則をあらためて説明した。

IQIPとの共同研究活動については、共に招かれた長谷川友紀東邦大学医学部教授(全日病医療の質向上委員会等の外部委員)が詳しく紹介。同時に、世界におけるアウトカム評価の流れ

と、一部国で始まりつつあるP4P(アウトカムの報酬への反映)などの動向について解説した。

長谷川教授は、日本でこれから本格化する電子請求体制がアウトカム評価にふさわしい環境を提供すると指摘。アメリカではアウトカム評価のデータの公表が主流となっていることを例に、今後のわが国におけるデータ公開に向けた取り組みが質の向上を大きく促すものと期待を表明した。

同時に、急性期医療中心の臨床指標の対象を広げ、慢性期や保健医療を含む地域医療のレベルアップにつながる指標開発が今後の重要な課題であると提唱した。

# 医療の質向上運動の国際会議で全日病の活動を報告

## IHPQSバンコック会議への参加報告 アウトカム評価、DPC分析事業とともに院内暴力調査結果にも高い関心

東邦大学医学部社会医学講座教授・病院のあり方委員会外部委員 長谷川友紀  
東邦大学医学部社会医学講座助教 北澤健文

2008年11月19日から21日に、バンコックでIHPQS (International Conference on Health Promotion and Quality in Health Services) が開催され、20カ国から3,643名、日本からは41人が参加した。

主要なテーマとして、ヘルスプロモーション、医療安全、国民中心医療、医療の質などが取り上げられたが、全日本病院協会に関連するものとして、診療アウトカム評価事業、DPC分析事業、院内暴力調査の3演題について発表を行なった。本学会の概要について報告する。

基調講演、教育講演では、タイにおける病院機能評価をはじめとした各国の病院機能評価の動向に関するもののほか、尾身茂WHO西太平洋事務局長による人間中心の医療をテーマとした講演など、近年の医療の質向上に関する動向が示された。

一般演題では、医療安全対策をはじめ

めとする医療の質向上に向けた各病院での取り組みに関する報告がみられたほか、ヘルスプロモーション活動、電子カルテといった病院内情報システムに関する報告がみられた。

私どもはポスターセッションで、わが国のDPC制度の概要を紹介するとともに、全日本病院協会のDPC分析事業Medi-Targetシステムから得られたベンチマーキングの結果と将来の方向性について報告した。

わが国では、2008年5月現在、1,428病院がDPCデータを厚生労働省に提出している。

DPCデータは標準化されており、そのデータ分析システムを用いることで自院の時系列データ分析のほか、他病院との比較(ベンチマーク)をすることが可能となる。

全日病は07年からDPC分析システムであるMedi-Targetを運営している。07年度のMedi-Targetデータから、主要な疾患、手術について各病院の患者数と平均在院日数の相関関係をみたところ、患者数が多いほど平均在院日数が短くなる相関関係が多くみられた一方で、一部の疾患ではその逆の相関もみられた。こうした結果は、各病院におけるケア提供体制の違いやケアプロセスの

違いを反映していると考えられた。

質疑では、タイ医療機能評価機構の関係者から、包括払いの導入にともなう過少診療や医療の質低下の予防方策などについて質問があり、EBMに基づくガイドラインに則った医療の推進や、クリティカルパスの適応拡大など、DPC制度を踏まえた今後の医療の質向上に関する方向性について議論が交わされた。

一方、別のポスターセッションでは、全日病会員病院を対象とした「院内暴力など院内リスク管理体制に関する医療機関実態調査」の主要な結果を報告した。この発表に対する質疑では、結果の詳細に関する質問のほか、調査票の設計、調査項目等にも質問があり、本研究に対する関心の高さが伺えた。

学会2日目の午後に開催されたシンポジウムには、IQIP (International Quality Indicator Project) のRainer Hilgenfeld氏、台湾医療機能評価機構のHsum-Hsiang Liao氏および長谷川がシンポジストとして参加した。

Hilgenfeld氏は国際的な臨床指標ベンチマーク事業であるIQIPの概要を紹介した。IQIPは医療の質改善をめざすツールとして現在12か国の500以上の医療機関で利用されており、日本からは

5病院が参加し、全日病が日本でのとりまとめをおこなっている。

IQIPでは、急性期病院、慢性期病院、救急外来などの病院機能のモジュールごとに設定された臨床指標を用いたベンチマーキングのほか、その基盤となる臨床指標データの活用に向けた学習の機会の提供や、参加施設のベンチマーキング活動、施設間のネットワーク活動への支援も行われる。

このIQIP活動に連動して、1999年から台湾ではTaiwan Quality Indicator Project (TQIP) が開始され、現在80病院が参加している。

シンポジウムでは台湾での臨床指標ベンチマーク事業の活動状況のほか、日本におけるIQIP参加病院の現況、全日病の診療アウトカム評価事業から明らかになった事業参加病院の臨床指標改善の状況などが紹介された。

以上、バンコックで開催されたIHPQSの一端を紹介したが、医療の質向上への取り組みが国際的な共通課題になっていることを示している。今後も、医療の質、あり方についての学会活動が盛んになるとともに、全日病がこの分野における日本発の情報発信において重要な位置を占めることが期待される。



▲学会主催者と同演者(左から長谷川教授、尾身茂氏)

アウトカム評価・IQIP・DPC分析各事業統合の報告

## DPC分析と診療アウトカム評価を4月に統合。機能・効率をさらに向上

全日病独自のデータベースを構築、提言に活かすことが必須。会員多数の参加を期待



医療の質向上委員会委員長 飯田修平

### 医療の質の評価に取り組む日米の病院協会

質の要素として、構造(structure)・過程(process)・結果(outcome)がある。医療の質を向上させる代表的な手法としては、パス法や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ある。

医療には個性、多様性があり、また、最終結果以外には適切な指標が少ないこともあり、アウトカム評価よりもプロセス評価が行われてきた。

しかし、最近では、IT技術の活用により、2次利用が可能な電子データをリアルタイムで集積し、アウトカムに影響を与える要因をプロセスで特定し、

質を確保する努力が実践されている。

日米の代表的なアウトカム評価事業として、全日病で実施している診療アウトカム評価事業と米国メリーランド病院協会のIQIP(International Quality Indicator Project)がある。

全日病会員の病院は、実際に両者に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っている(厚生科研究「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)。

### 10年近い歴史をもつ全日病のアウトカム評価事業

全日病は、アウトカム分析事業の予備的調査として、「医療行為別の費用在院期間調査」を1998年10月から1年間試行し、2000年8月から1年間、第2期調査を実施した。対象は27疾患・処置で、第1期は38病院、第2期は59病院であった。

東京都病院協会が2002年に開始したアウトカム評価事業を全国展開するために、2006年から全日病が運営主体と

なり約30病院が参加して実施している。主要29疾患の入院患者の個票データと、病院全体の統計指標として転倒・転落、入院後発症感染症、抑制のデータが収集されている。

参加病院は時系列データや結果を医療の質向上に活かす、統計データをホームページで公表して医療に関する国民の理解の向上に資することができる。

### 国際的な質向上活動(IQIP)への参加

全日病は2006年から、米国メリーランド州病院協会CPS(Center for Performance Sciences)が行っている国際的な質向上活動IQIP(International Quality Indicator Project)に日本の取りまとめ役として参加している。評価指標は表1に示す16項目である。

メリーランド病院協会は、臨床指標を用いたアウトカム評価を1985年から開始しており、現在、海外8カ国を含む約2,000病院が参加し、世界最大規模の事業を展開している。

対象分野は急性期入院、外来、精神科、長期ケア、在宅ケア等であり、四半期毎に分析結果がウェブサイトを通じて参加病院に報告される。

CPSから提供されるツールとしては、時系列的にトレンドをみるグラフ、管理図(報告開始12ヶ月後から作成可能)、四半期毎の報告書、参加病院全体との比較、ピアグループレポート(退院患者数、臨床研修病院等、同類の特徴を持つ病院間で比較する)がある。自院の時系列的推移とグループとの比較を合わせて参照することができる。

表1 IQIPにおける評価指標

<ul style="list-style-type: none"> <li>ICUにおけるデバイスの使用/関連した感染</li> <li>手術創の感染/抗生物質の予防的投与</li> <li>入院死亡率</li> <li>新生児死亡率</li> <li>周術期死亡率</li> <li>帝王切開と分娩管理</li> <li>予定しない再入院</li> <li>外来処置後の予定しない再入院</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>予定しないICUへの再入室</li> <li>予定しない手術室への再入室</li> <li>CABGによる周術期の死亡率</li> <li>物理的抑制</li> <li>転倒、転落(記録されたもの)</li> <li>鎮静剤、鎮痛剤の使用</li> <li>褥瘡</li> <li>術後の深部静脈血栓症と肺血栓症/手術に対する血栓予防</li> </ul>
--	---

### IQIPへの参加で日米のアウトカム評価が比較可能に

全日病の診療アウトカム評価事業は、メリーランド病院協会のアウトカム評価手法を参考にしている。対象疾患、参加病院など、規模の違いはあるが、病院単位の診療データを処理しているメリーランド病院協会に比べると、全日病のそれは患者の個別データを扱っていることから診療アウトカムと患者

属性の関係が把握できるという特長がある。

そうした意味で、メリーランド病院協会事業への参加は、同一データを提供して得られる評価結果を通して両者の比較ができ、その結果を全日病の事業に還元するという点で意義はきわめて大きいものがある。

### DPCデータで自院の分析・比較をする事業を開始

わが国におけるDPCは対象病院が1,400病院(45万床)にも達し、もはや、急性期病院の標準的な支払い方法となっている。これに対応して、全日病は、DPCデータを用いたベンチマークの仕組みを開発し、実用性、有効性を検証するために、会員病院を対象に2007年

からDPCデータ分析事業を開始した。参加病院はMEDI-TARGET(にっせい情報テクノロジー社のMEDI-ARROWSを基に全日病向けにカスタマイズした機能強化したDPC分析ソフト)を用いてwebベース(ASP: Application Service Provider)でDPCデータを分析すること

が可能ならば、他院とのベンチマークも行うことができる。

ベンチマークの対象病院には本事業参加17病院のほか、従来のMEDI-ARROWSを利用しデータのベンチマークへの提供に同意した病院も含まれる。

### 両事業の統合で還元報告も2週間に短縮

DPC分析事業と診療アウトカム評価事業に参加する会員病院には、入力様式の異なる両事業それぞれにデータを作成するという負担がかかる。

そこで、全日病としては、データ作成の負担軽減を図るためにシステムの改良を試みてきたが、本年4月を期して、既に事業化している全日病DPC分析事業(MEDI-TARGET)と診療アウトカム評価事業を統合一元化すること

にした。

これにより、省力化のみならず、データ分析の有用性が向上し、また、データ提出後約2週間でフィードバックできるように改善され、時間が短縮される。

2009年3月までは従来の方でデータ提出していたが、フィードバックも今までと同じであるが、09年4月以降は統合化されたシステムとして運用される(詳細は全日病HPを参照されたい)。

### データの多寡がデータベースの質を決める

2008年から医療機能情報提供制度が導入され、各病院は診療情報を都道府県に提出し、各都道府県は全医療機関の情報を住民に公表する仕組みがスタートしている。

この制度を契機として、診療所などの医師が患者を紹介する際にわかりやすい情報提供をいかに行っていかかが検討されつつある。本事業が、当該病院における診療情報を提供する上でこと有効に寄与するものとなることを期待される。

診療報酬オンライン請求の義務化によって、DPCあるいは入院に限らず、デジタルデータでの請求が求められている。

本事業の統合化・一元化の目的は、

DPCにとどまらず、当初からオンライン請求を視野に入れた枠組みを構築することにある。

医療費抑制反対と叫ぶだけでは医療崩壊・病院崩壊は阻止できない。「全日病総研」が設立される今こそ、全日病として独自のデータベースを構築し、分析し、政策提言に活かすことが必須である。

構築されるべきデータベースは、対象病院とデータ種別、したがってデータ件数の多いほど有用な分析を可能とする。

統合化によって機能と効率性がさらに向上する「DPC分析・診療アウトカム評価事業」により多くの会員病院の積極的参加をお願いする次第である。

表2 診療アウトカム評価事業運用方法 新旧対象表

No.	項目	新(平成21年4月以降)	旧(平成21年3月まで)
1	参加対象	全日病DPC分析事業参加病院(但し、平成21年2月現在までに本事業に参加し、データを提出中の病院は、平成21年度は継続可)	診療アウトカム評価参加の全日病および都府県会員病院
2	参加費用	DPC分析事業の費用負担が必要(但し、平成21年2月現在、本事業に参加し、データを提出している病院は、平成21年度は無料)	無料
3	提出データ作成ツール	DPCデータ追加入力システム	①遠隔患者登録システム ②DPCデータ追加入力システム(DPC参加病院のみ)
4	提出データ	①DPCデータ(様式1、様式4、D、E、Fファイル) ②DPC追加入力データ ③抑制、④転倒・転落、⑤入院後発症感染症	1. DPC未参加病院 ①遠隔患者、②入院患者数、③抑制、④転倒・転落、⑤入院後発症感染症 2. DPC参加病院 ①DPCデータ(様式1、様式4、D、Eファイル) ②DPC追加入力データ、 ③入院患者数、④抑制、⑤転倒・転落、⑥入院後発症感染症
5	データ提出時期	毎月10日、25日(毎月提出)	年4回(四半期毎)に提出
6	フィードバックまでの期間	10日提出分は当月25日Web反映 25日提出分は翌月10日Web反映	データ提出後3ヶ月
7	フィードバック方法	インターネットを使用して閲覧・分析	郵送

### 全日病DPC分析事業(MEDI-TARGET)の概要

○厚労省に提出するDPCデータ(様式1、4、D※、E、F各ファイル)を使用し、病院の経営状況、課題分析、他の病院とのベンチマーク分析を提供する。(※DPC準備病院はDファイルの代わりにDPCコードの提出が必要)

○参加病院から毎月提出されるデータをサーバーに保存し、参加病院はインターネット経由でアクセスし分析する(ASP方式のため、病院内にサーバー設置やSES等の要員配置は不要)。

○提供サービスは下記2種類(ベンチマーク分析は両サービスで使用可能)

- ①スタンダード(定型分析:各病院で弊用される分析の視点を用意)
- ②エンタープライズ(定型分析+自由分析:自由自在なデータ抽出ができ、簡単操作で作成、グラフ挿入、データエクスポート可)

## II. 研究成果の刊行に関する一覧表

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	出版社名	出版地	出版年	ページ

## III. 研究成果の刊行物・別冊