

200937062A

厚生労働科学研究費補助金

地域医療基盤開発推進研究事業

医療の質向上に資するアウトカム評価に関する研究

平成 21 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 福井次矢

平成 22 (2010) 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に関する研究…………… 1
研究代表者 福井 次矢

II 分担研究報告

1. がん医療の質の評価指標の作成する際の諸条件に関する研究…………… 5
祖父江 友孝
2. 医療の質の評価を実施するための諸条件及び導入手法等に関する研究…………… 9
矢崎 義雄
3. アメリカにおける医療の質向上の取組みと質評価指標に基づく支払いの現況に関する研究
飯田 修平…………… 75
4. 医療の質評価に関する諸外国の状況調査研究
—臨床指標を用いたベンチマーク事業(IQIP)についての研究—…………… 81
長谷川 友紀
5. 病院の医療の質を測る” Quality Indicator に関する意識調査…………… 86
高橋 理
6. イギリス・フランスにおける医療の質の評価手法等に関する研究…………… 104
高橋 理
7. オランダ訪問に関する報告…………… 109
小俣 富美雄
(別添資料) Basisset 日本語訳

- III 研究班員名簿…………… 205

I 総括研究報告書

平成21年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究研究事業）

「医療の質向上に資するアウトカム評価に関する研究」

総括研究報告書

研究代表者 福井 次矢 聖路加国際病院 院長

研究要旨：医療の質を向上させる手段としての「医療の質指標（Quality Indicator：QI）」測定・公表に係る実行上の課題・条件や全国の医療機関に導入する方法などについて、国内（聖路加国際病院、聖隷浜松病院、国立がんセンター、国立病院機構、日本病院会会員病院と大学病院のアンケート調査）および国外（米国、英国、フランス、オランダ）の先行事例を対象に調査研究を行った。今後、全国の医療機関でQIを測定・公表して、それを医療の質向上につなげるためには、（1）まず、10項目程度のQIをできるだけ多くの医療機関で測定・公表する、（2）公表したQIの医療機関ごとのバリエーションを分析し、その背景因子や改善の余地・方法について検討する、（3）改善の余地のあるQIについては、各医療機関で改善策を実施し、QI測定値の変化を追跡する、（4）測定するQI項目の見直し、新規QI項目の決定、QI測定値の改善（＝医療の質向上）の確認などを継続的に行う、そして、そのためには（5）全国の医療機関における「医療の質の測定と改善」を目的とする公的機関の設立が望まれる。

A. 研究目的

医療の質を向上させる手段としての「医療の質指標（Quality Indicator：QI）」測定・公表に関する実行上の課題・条件や全国の医療機関に導入する方法などについて調査研究を行い、今後、全国の医療機関でQIを測定・公表して医療の質向上を達成する方法を提言する。

B. 研究方法

国内（聖路加国際病院、聖隷浜松病院、国立がんセンター、国立病院機構、日本病院会会員病院と大学病院のアンケート調査）および国外（米国、英国、フランス、オランダ）の先行事例を調べるとともに、研究者が毎月会議に参加して、今後、全国の医療機関でQIを測定・公表して医療の質を改善するための方法について検討した。

具体的な研究方法を以下に列挙する。

①すでにQIの測定・公表・改善の試みが行われてきた聖路加国際病院および聖隷浜松病院の経験を共有し、QIの測定・公表を全国の医療機関に拡大する上での課題や条件を探る。

②国立がんセンターがん対策情報センターが主体となっていて行っているがん診療に係るQI測定の経験をもとに、QI測定・公表を全国の医療機関に拡大する上での課題や条件を探る。

③国立病院機構で行ってきた26項目の臨床指標の測定・公表の経験をもとに、QI測定・公表を全国の医療機関に拡大する上での課題や条件を探る。

④日本病院会会員病院と大学病院を対象にしたアンケート調査で、QI測定・公表の現状、QIに関する認識、医療の質改善への意欲などを調査する。

⑤QIをめぐる現状について、米国、英国、フランス、オランダの現地調査を行い、わが国で全国的に医療機関でのQI測定・公表を実現するための課題や条件を探る。

⑥研究班会議を毎月開催して、今後、全国の医療機関でQIを測定・公表して医療の質を改善するための方法について検討した。

（倫理面への配慮）

本研究では、医療の質指標・臨床指標（QI）という抽象的な命題あるいはすでに公表されてい

るQIを扱うため、患者個人を特定できるような臨床情報は扱わない。したがって、本研究に係る倫理的な問題は生じないと考える。

C. 研究結果

各研究方法に対応する研究結果を列挙する。

①聖路加国際病院では、2004年以降の電子カルテデータを用いて、約100種類のQIを測定・公表し、医療の質改善につなげている。QIの項目は、欧米の先進諸国からの報告を参考に、院内各部署の移行を踏まえて決定した。QI測定の目的で医師や看護師に新たな負担となる作業が発生しない項目で、かつ診療・看護内容（過程）に係る指標（プロセス指標）あるいは患者の転帰に係る指標（アウトカム指標）とすることに意を用いた。毎年、10種類程度のQIは、QI委員会にて、目標値を定めて、さまざまな改善策を立案・実行し、QIの改善を全病院職員が確認できる体制をとっている。聖隷浜松病院でも、聖路加国際病院と同様の試みが進行中である。

②国立がんセンターがん対策情報センターが主体となって行っているがん診療に係るQI測定の経験では、医療の質評価をプロセス評価とするのかアウトカム評価とするのかは、それぞれの長所・短所を検討して決定すべきであること、QIの測定・公表の作業負担の大きさ、QIの測定・公表が医療従事者にもたらす影響なども考慮すべきであることが指摘された。

③国立病院機構では、2006年度から26項目のQIを測定・公表してきた。2007年度、2008年度の2年連続で改善したQIは3項目であった。課題としては、欠損値が多いこと、データの妥当性に問題があることなどが挙げられた。

④2010年2月に行ったアンケート調査で、日本病院会の会員病院432施設、大学病院36施設が回答（回答率22%）し、約77%が何らかの医療の質評価（大部分は患者満足度）を行っていて、25%がすでにQIを測定していた。さらに、回答を寄せた病院の94%が医療の質評価に強い関心を示していて、日本病院会の会員病院の多くが本事業に大変積極的であることが分かった。

⑤QIをめぐる外国の状況についての調査結果の概要は以下のとおりである。

1) 米国：1990年代後半、医療現場における患者の安全確保、医療の質向上への関心が高まった。そして、医療の質の向上を目指して臨床指標データを収集し、その結果を公開する制度の導入、さらには、臨床指標を基に評価された医療の質に応

じて診療報酬を支払うpay for performance (P4P) の概念形成、P4P制度の一部導入へと展開してきた。

2) 英国：NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) が2003年から作成しているQOF (Quality Outcome and Framework) がGP (General Practitioner) 診療報酬制度に導入されている。QOFの臨床QIは134項目 (clinical domain 86、organization 36、patient experience 3、additional services 9) からなり、P4P (GPの給料の約25%を占める) の体制となっている。2009年から、病院でのQOFが開始された。

3) フランス：保健省内の医療機関の質と安全局 (Haute Autorite de Sante : HAS) がQI関連業務を行っている。2003年に患者被害者団体からの診療改善要請があり、QI作成が始まった。当初、院内感染に関する3領域 (病院内組織—アクションプログラムを作ったか—、人的および予算面での態勢—対応チームを作ったか—、病院のアクション) のQIを作成し、各指標について100点満点で採点し、病院をA～Eに格付けをしている。QIの公開は、PLATINE (Plateforme d'information dur les Etablissements de Sante) が担当し、インターネットなどを介したQI指標へのアクセスが可能となっている。P4Pは導入されていない。

4) オランダ：2004年の医療保険制度改革にともなって、QIを用いた医療の質検閲体制が導入されたが、経済的インセンティブは導入されなかった。QIの項目は徐々に増えてきていて、2009年時点で、Basisset (Basic Set)、Zichtbare Zorg (Healthcare Transparent)、医療安全という3領域のQIについて医療の質検閲が行われている。

⑥班会議での研究協力者のさまざまな意見を勘案し、研究代表者としては、今後、全国の医療機関でQIを測定・公表して、それを医療の質向上につなげるためには、(1) まず、10項目程度のQIをできるだけ多くの医療機関で測定・公表する、(2) 公表したQIの医療機関ごとのバリエーションを分析し、その背景因子や改善の余地・方法について検討する、(3) 改善の余地のあるQIについては、各医療機関で改善策を実施し、QI測定値の変化を追跡する、(4) 測定するQI項目の見直し、新規QI項目の決定、QI測定値の改善 (=医療の質向上) の確認などを継続的に行う、そして、そのためには、(5) 全国の医療機関における「医療の質の測定と改善」を目的とする公的機関の設立が望まれる、等の提案をしたい。

D. 考察

本研究で調査対象となった欧米の4カ国（米国、英国、フランス、オランダ）はすべて、国家プロジェクトとしてQIを用いた医療機関の評価を行っている、2カ国では診療報酬との連動（P4P）も導入されている。いずれの国においても、医療の質向上に果たすQI測定・公表の有効性が確実に視されていることを強く示唆する状況である。

わが国でも、医療の質を向上させるための手段としてQIの導入を支持している医療機関が多く、いくつかの病院や病院団体でのQI測定・公表の経験もあり、QIの測定・公表を手段とする国家的プロジェクト立ち上げの機は熟していると思われる。

E. 結論

全国の医療機関でQIを測定・公表して、それを医療の質向上につなげるためには、（1）まず、10項目程度のQIをできるだけ多くの医療機関で測定・公表する、（2）公表したQIの医療機関ごとのバリエーションを分析し、その背景因子や改善の余地・方法について検討する、（3）改善の余地のあるQIについては、各医療機関で改善策を実施し、QI測定値の変化を追跡する、（4）測定するQI項目の見直し、新規QI項目の決定、QI測定値の改善（＝医療の質向上）の確認などを継続的に行う、そして、そのためには、（5）全国の医療機関における「医療の質の測定と改善」を目的とする公的機関の設立が望まれる。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

G. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

II 分担研究報告

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究研究事業）
分担研究報告書

がん医療の質の評価指標の作成する際の諸条件に関する研究

研究分担者：祖父江友孝 国立がんセンターがん対策情報センターがん情報・統計部 部長

研究協力者： 東 尚弘 東京大学医学系研究科公共健康医学専攻健康医療政策学分野 准教授

要約：医療の質の評価は、高度な知識に基づく行為を評価の対象とする。評価基準を作成するためには臨床専門家の主体的な参加は必須であり、評価を改善に結びつける意図を共有できなければ、逆に医療の質を落とすことにもなりかねない。医療の質評価を過程評価で行うか、結果評価で行うかは、それぞれの長所短所を十分検討して決定すべきである。また、評価活動そのものが医療従事者に引き起こす影響を常に視野に入れた上で仕組みを作っていく必要がある。さらに、医療の質に関する正確なデータ収集するためには、担当者の作業負担が膨大となるので、そのバランスをどのようにとるのかも大きな課題である。

A. 研究目的

医療技術的な診療の質を評価する際には、留意すべき点が多くある。診療の質評価として、誤差が大きい評価が行われた場合、質の高い医療を行っている医療提供者が不当な評価を受ける問題があるばかりでなく、評価活動そのものによって医療提供者の行動が望ましい方向とは違う方向へ影響され意図せざる結果（Unintended Consequence）が引き起こされることが考えられるからである。本分担研究は、そのような留意点をまとめて今後の診療の質評価が円滑に行われ、真に患者の健康と福利の向上に役立つための基礎資料とするのが目的である。

B. 研究方法

我々は、平成19年に施行されたがん対策基本法に定められている、「がん医療の均てん化」の進捗を把握する体制を構築するために、我が国の診療ガイドラインの作成に携わってきた臨床専門家の協力の下、診療過程の指標を作成してきた。対象分野はわが国において主要な位置を占める、乳がん、胃がん、大腸がん、肺がん、肝がん、緩和ケアとし、

これらの指標の作成は、各がんの診療ガイドラインの推奨や先行する海外の診療の質指標（Quality Indicator）を参考にしつつ、各臓器の著名な臨床専門家10名程度で専門家パネルを構成し、RAND/UCLA 適切性評価法（デルファイ変法）とよばれる定まった方法により行った。本報告においては、これらの研究班班会議や指標作成会議（専門家パネル会議）において、また、それらを広く臨床専門家へ紹介していく上で、浮かび上がってきた関連事項についてまとめる。

（倫理面への配慮）

これは過去の研究活動について総括する方法をとっており、研究対象者に侵襲を与える研究ではない。また、個人情報を取り扱う研究でもないため、特段配慮すべき点はない。

C. 研究結果

（診療の質の定義）

最初に、指標の作成に関わった臨床家の間で「診療の質」とは何か、ということが議論になった。診療の質は抽象的に考えると、個々の患者にとって最善の診療が行われているかどうか、またその程度であり、より正確に

は米国医学研究所 (Institute of Medicine) の「医療の質とは個人および集団に対する医療行為が望まれた健康状態をもたらす確率をあげ、最新の専門知識と合致する度合いをいう」という定義が存在する。その定義を引用して議論されることもあったが、やはり抽象的な定義や概念ではなく、よりわかりやすい「5年生存率」などのアウトカムが、質の最適の指標あるとの意見が多数あった。一方、アウトカムは病期や併存症などによって大きく影響されることから、評価結果の解釈には適切な統計的調節が必要になる点や、5年生存率では5年経たないと結果が出ないという点が指摘された。さらに、アウトカムが良い、悪いと評価されたとしても、医療を改善するためには原因となっている診療をそこからさかのぼって特定しなければならないという問題があることも指摘された。このような考察から、我々の作成する指標においては、診療プロセス（過程）を直接評価することを目標に、実際の診療における標準診療を記述して、その対象となる患者における実施割合をもって診療の質の指標とする方針をとることとした。

しかし、標準診療とは個々の患者の状態に対応して存在するため、その基準は少数では診療の一面しか見ないことになる。また、全ての患者の臨床状況に対して標準が存在するわけではない。そのため「診療の質」を網羅的に検討するためには必然的に数多くの指標が必要になるが、レセプトやオーダリングシステムから抽出可能な電子データだけでは測定できる範囲が非常に限られる。測定可能性を考慮すると、データ源を絞る必要があるが、絞りすぎて選択された測定結果が全体を代表しているかどうかを検討することができなくなることは避けなければならない。そこで、最初はデータ源を診療録と想定

して、現実的な範囲で測定が可能な限り、指標を限定することはしない方針をとった。

(指標作成における体制上の留意点)

指標作成において必要なのは多様な臨床専門家の意見を集約することである。指標の作成過程においては幅広い意見を集約できるように、指標検討の専門家パネル委員の専門分野と勤務先の種類、地域的な多様性を確保するようにつとめた。また、専門的な事項を検討できるよう基本的に当該臓器の診療に関わる分野の専門家を中心としつつも、一部隣接専門家(肝がんの検討に際しての消化管専門の外科医など)も含めることで専門家の一方的な立場に意見が限られないように配慮した。

また、海外とわが国では疾患構造や診療パターンが異なることも考慮して、海外の先行研究ではQIとして確立しているものであっても、そのまま採用せず、まずは「候補」として他のQI候補と同様に検討対象とした。

(指標の性質による注意)

過程を評価するQIは、対象患者と、そのような患者に対して行われるべき診療行為の記述が基本的な型である。これを、個々の患者に当てはめて「適合」「非適合」を決めた上でそれを医療施設の受診患者などの集団レベルで「適合患者数」÷「全体患者数」＝「標準実施率(割合)」が計算される。しかし、どの測定においても、実際に質として問題ない(「真の適合」)のなかで測定上「適合」とされる割合(感度)、逆に真に問題がある(「真の非適合」)のなかでの測定上「非適合」の割合(特異度)が100%とはいえない。QI実施率の数字としての値を比較のためのツールとして考えるのであれば、感度、特異度ともに高くなければならないが、活動

の手始めとして質評価活動の必要性に説得力を持たせるための「問題の大きさ」を決定するため、また、評価結果において許容可能な質をもって「質が低い」とする弊害を引き起こさないように慎重を期して、感度を高く特異度を多少犠牲にして設定することとした。また、標準は存在するものの、例外的な場合に該当する患者が一定割合存在する QI も多いため、適合の条件として要求する標準診療行為が行われるか、「あるいは行わない場合にはその理由を診療録に記載する」こととして明示的に例外を認めた QI が多数作成されることを許容した。これら例外的事例は電子データなどを使った場合には非常に捉えづらいが、そのことを意識してシステムを構築しないと標準医療を過度に押し進めることになり注意が必要である。

(データ収集の負担)

採録作業による QI の実測をいくつかの協力施設を募っておこなった。基本的にファイルメーカー Pro を使用して電子入力フォームを作成して手順書を作成、院内がん登録の実務者に採録作業の担当を依頼した。しかし作業負担が過大となったため、QI の数を減らす必要があると考えられた。一方、適切な評価のためには DPC などの電子データだけでは不十分であり、質の評価としては信頼できるものにはならないという意見もあった。また、海外の先行研究では請求情報（レセプトに相当）に出てくる情報で測定できる QI はカルテからしか測定できない事項に比べて実施率が高いため、改善に向けた問題点を捕捉できないという問題も指摘されている (MacLean et al, Med Care. 2006;44(2):141-8.)。そのため、再度臨床専門家にパイロット測定の結果を提示して、QI の優先順位付けを行い、優先順位の高い

ものから実地に広く使用する計画となっている。

(評価結果の使い方、公開の有無)

海外では結果を場合により公開し、さらには一部には良い結果を出した医療機関や医師に対して報酬を支払う (Pay for performance) という活動が紹介されることがある。しかし、公開している活動しか我が国に伝わらないため、全面的に公開されているかのような印象を受けがちな側面も注意する必要がある。また、公開することによる影響は事前に検討して可能な限り意図せざる結末を避ける必要がある。手術成績を公表すると重症患者が手術を受けにくくなる、肺炎で来院から抗生剤投与までの時間を指標とすると診断前の患者にまで「とりあえず」抗生剤が使われる (Metersky et al, Chest 2006;130(1):16-21)、などの弊害も考えられるため、段階的に仕組みの構築を進め、当初の結果はまずは臨床家を含む専門家の間で検討する必要がある。

さらに、結果に対して報酬をつけるとなると、測定が十分に高い精度を持っている必要がある。本来の質ではなく測定結果の成績だけを上げることを意図する医療機関や医療提供者が現れる可能性を念頭に置く必要がある。このような現象は監査や取締りをするなどの発想ではたちごっことなり、最終的に患者が不利益を被るリスクを大きく含んでいるし、また、一旦施策が始まると新しい利害関係が各者 (Stakeholder) に生まれ軌道修正することが難しくなるため、事前に十分にその影響を検討する必要がある。

D. 考察

我々の QI の作成過程は臨床の専門家を中心に作成してきたものであり、あくまで改善

を指向した QI となっている。施設間で比較の上ランキングして患者が病院選びに利用することを念頭に置いていないため、指標の内容については医療提供者以外からはかなり難解・専門的な内容となっている。しかし、がん医療が高度な専門家が主体となつて行う分野であることを考えると、その診療を改善するためには評価も専門的にならざるを得ない。一方、診療の質評価のための指標作成過程、その使用方法などは、これらの作業を通じて臨床専門家の中で議論されてきたことは学ぶべき点が多い。今後の診療の質を評価、改善していくためには、段階的な方法を取り、その都度検討を重ね、最終的に国民全体に最善の結果をもたらすことを考えていかなければならない。

E. 結論

臨床上専門的な過程評価のための QI を作成していく上で議論となった事項について概観した。段階的アプローチにより軌道修正をしつつ仕組みを構築し、各段階で臨床専門家の合意形成を図っていくのが、国全体の医療にとって最善の道であると考えられる。

F. 健康危険情報

特記すべきもの無し。

G. 研究結果発表

- 1) Salim, E.I., Sobue, T., et al. Cancer epidemiology and control in the arab world - past, present and future. Asian Pac J Cancer Prev. 2009;10(1):3-16.
- 2) Saika, K., Sobue, T., Epidemiology of Breast Cancer in Japan and the US. Jpn Med Assoc J. 2009;52(1):39-44.
- 3) Qiu, D., Sobue, T., et al. A Joinpoint regression analysis of long-term trends in cancer mortality in Japan (1958-2004). Int

J Cancer. 2009;124(2):443-448.

- 4) Moore, M.A., Sobue, T., Cancer research and control activities in Japan: contributions to international efforts. Asian Pac J Cancer Prev. 2009;10(2):183-200.
- 5) Matsuda, T., Sobue, T., et al. Cancer Incidence and Incidence Rates in Japan in 2003: Based on Data from 13 Population-based Cancer Registries in the Monitoring of Cancer Incidence in Japan (MCIJ) Project. Jpn J Clin Oncol. 2009;39(12):850-8.
- 6) Katanoda, K., Sobue, T., et al. Secular trends in neuroblastoma mortality before and after the cessation of national mass screening in Japan. J Epidemiol. 2009;19(5):266-270.

学会発表

- 1) Sobue, T., et al. The role of cancer registries in the basic plan to promote cancer control program in Japan. The 31st annual meeting IACR, New Orleans, 2009 Jun.
- 2) Sobue, T., et al. Cancer Registration in Japan. Asian Network of Cancer Registration Conference, Pattaya Thailand, 2009 Feb.

H. 知的財産権の出願・登録状況

特許取得：なし

実用新案登録：なし

その他：なし

分担研究報告書

医療の質の評価を実施するための諸条件及び導入手法等に関する研究

研究分担者 矢崎 義雄 国立病院機構 理事長

研究要旨

国立病院機構は、全国 145 の病院からなる我が国最大の病院ネットワークであるとともに、共通の理念に基づいて医療サービスを行なう法人である。病院機能を評価する上で、財務の観点、経営的な観点からの評価指標はいくつもあり、病院機能の改善に向けた根拠として運用されてきたが、医療そのものの質の定量的な評価が病院グループとして行われることはわが国ではなかった。国立病院機構は 2006 年度から 26 の項目の臨床評価指標を策定し、146 (当時) の NHO 病院でその指標を計測し、医療のプロセスや、提供された医療によってどれだけの健康に関する利益が生まれたかをもって評価し、病院間で良質でばらつきの少ない医療の均てん化に向けた方略に資するために結果を公開してきた。

2006 年度から 2007 年度まで、2007 年度から 2008 年度の二年間の推移を検定し評価した。ただし、2008 年度で測定病院数が大幅に増加したり、欠損値が多く二年間の成績の比較の妥当性に問題があるものが、一部の指標において認められた。

2008 年度に良好な改善を示した指標は 8 項目 (前年は 6 項目)。二年間とも良好な改善を示している指標は、3 項目。一年目は不変あるいは悪化したものが二年目に良好な改善を示している指標は、5 項目であった。2008 年度に大きな変化を示していない指標は、20 項目 (昨年は 23 項目)。一年目が良好な改善を示したが、二年目は不変となった指標は、2 項目。二年間とも大きな変化を示していない指標は、17 項目。一年目が悪化した、二年目が不変であった指標は 1 項目であった。2008 年度で悪化した指標は 5 項目 (2007 年度は 4 項目)。一年目が良好な改善を示したが、二年目は悪化した指標は、1 項目。一年目が不変であったが、二年目に悪化した指標は、3 項目。二年とも悪化した指標は、1 項目であった。

指標の基となるデータの収集に欠損値が多いものがあること、データの得られた施設が年度ごとに異なるなど検証の妥当性に問題がある点が課題と考えられた。今後は、これらの課題を解決するために DPC データ、レセプトデータ等から抽出できるデータ収集と臨床評価指標の策定が望まれる。

研究協力者

伊藤 澄信	国立病院機構本部	医療部研究課長
-------	----------	---------

A. 研究目的

国立病院機構は、全国 145 の病院からなる我が国最大の病院ネットワークであるとともに、共通の理念に基づいて医療サービスを行なう法人である。病院機能を評価する上で、財務の観点、経営的な観点からの評価指標はいくつもあり、病院機能の改善に向けた根拠として運用されてきたが、医療そのものの質の定量的な評価が病院グループとして行われることはわが国ではなかった。国立病院機構は 2006 年度から 26 の項目の臨床評価指標を策定し、146 (当時) の NHO 病院でその指標を計測し、医療のプロセスや、提供された医療によってどれだけの健康に関する利益が生まれたかをもって評価し、病院間で良質でばらつきの少ない医療の均てん化に向けた方略に資するために結果を公開してきた。

臨床評価指標の策定時は予備的に選定した 38 項目について実施可能性を検討するために、数施設でパイロット的に実施した上で計測方法のブラッシュアップなども行い、最終的に 26 項目を選定した。2007 年春より毎年、前年度の臨床評価指標を測定した。

本分担研究では、国立病院機構で測定した臨床評価指標の経年変化について考察し、過去 3 年に渡って集積した臨床評価指標の問題点について検討した。

B. 研究方法

2006 年度分 (2007 年 5 月にデータ収集) から毎年、国立病院機構臨床評価指標を収集しており 2008 年度分は 2009 年 4 月に収集した。2008 年度分収集データを 2006 年度、2007 年度と比較した。臨床評価指標収集に当たっては「国立病院機構臨床評価指標 2009 計測マニュアル」に従って、入力にあたっての施設間差がないようにした。収集した臨床評価指標以下の 26 項目である。

- 1 原発性肺がん入院中死亡率 (切除例)
- 2 肺がん切除例の 5 年生存率 (Stage I, II)
- 3 乳がん切除例の 5 年生存率 (Stage II)
- 4 大腸がん切除例の 5 年生存率 (Stage III)
- 5 胃がん手術：平均術後在院日数
- 6 大腸がん手術：平均術後在院日数
- 7 うつ病：平均在院日数
- 8 C 型慢性肝炎入院患者に対する IFN 治療率
- 9 急性心筋梗塞：平均在院日数
- 10 急性心筋梗塞の重症度別死亡率
- 11 急性心筋梗塞患者における入院当日もしくは翌日のアスピリン投与率
- 12 脳血管障害：平均在院日数
- 13 脳梗塞患者における早期リハビリ開始率
- 14 脳梗塞患者における初期少量アスピリン投与

率

- 15 低出生体重児 (1000~2500 g 未満) 死亡率
- 16 出産予定妊婦の帝王切開率
- 17 大腿骨頭置換術：平均術後在院日数
- 18 白内障手術：平均在院日数
- 19 超重症児 (者) 受け入れ率
- 20 重症心身障害児 (者) 短期入院受入れ率
- 21 結核入院患者 DOTS 実施率
- 22 排菌陽性結核患者の平均在院日数
- 23 全入院患者中の HIV 陽性率
- 24 退院患者中の褥瘡 (II 度以上) の院内発生率
- 25 75 歳以上の入院患者における入院中の骨折率
- 26 病院職員のインフルエンザワクチン接種率

C. 結果

今回の臨床評価指標の調査結果は 2006 年度、2007 年度、2008 年度の 3 点間で測定され、2006 年度から 2007 年度まで、2007 年度から 2008 年度の二年間の成績の変化を示した。この二年間の推移を検定し評価した。ただし、2008 年度で測定病院数が大幅に増加したり、欠損値が多く二年間の成績の比較の妥当性に問題があるものが、一部の指標において認められる。

○ 2008 年度に良好な改善を示した指標は 8 項目 (昨年は 6 項目)。二年間とも良好な改善を示している指標は、3 項目。一年目は不変あるいは悪化したものが二年目に良好な改善を示している指標は、5 項目であった。

○ 2008 年度に大きな変化を示していない指標は、20 項目 (昨年は 23 項目)。一年目が良好な改善を示したが、二年目は不変となった指標は、2 項目。二年間とも大きな変化を示していない指標は、17 項目。一年目が悪化した、二年目が不変であった指標は 1 項目であった。

○ 2008 年度で悪化した指標は 5 項目 (昨年は 4 項目)。一年目が良好な改善を示したが、二年目は悪化した指標は、1 項目。一年目が不変であったが、二年目に悪化した指標は、3 項目。二年とも悪化した指標は、1 項目。

2 個別項目

2007 年~2008 年度までの一年間で改善傾向がみられたものは以下のものがある。

- ・ 急性心筋梗塞 (AMI) の重症度別死亡率 (重症度 C) は減少した。
- ・ 脳梗塞における早期リハビリ開始率は一年目の不変から 2008 年度は増加し改善している。
- ・ 外来における白内障手術は 2008 年度に改善を示したが、欠損値が多くデータ収集の改善を図る必要がある。
- ・ 超重症児 (者) 受け入れ率は一年目も改善したが、2008 年度にかけてさらに改善した。
- ・ 結核入院患者 DOTS 実施率は 2 年連続で増加。

ほとんどの施設で 100%になっている。

- ・ 全入院患者中の HIV 陽性率は 2007 年度から 2008 年度にかけて増加している。

- ・ 退院患者中の褥瘡（Ⅱ度以上）の院内発生率は一年目の不変から 2008 年度は減少し改善が認められた。

- ・ 病院職員のインフルエンザワクチン接種率は 2 年連続で増加している。

2008 年度に悪化した指標として以下の項目がある。

- ・ C 型慢性肝炎入院患者に対する IFN 治療率は、2008 年度で低下した。

- ・ 低出生児体重児（1000-1500mg 未満）の死亡率は微増した。

- ・ 重症心身障害児（者）短期入院受け入れ率は、2 年連続減少した。

- ・ 排菌陽性結核患者の平均在院日数は、2008 年度増加した。

- ・ 75 歳以上の入院患者における入院中の骨折率は、2008 年度に微増した。

D. 考察

臨床評価指標の基となるデータの収集に欠損値が多いものがあること、データの得られた施設が年度ごとに異なるなど検証の妥当性に問題がある点が課題と考えられた。今後は、これらの課題を解決するために DPC データ、レセプトデータ等から抽出できるデータ収集と臨床評価指標の策定が望まれる。

E. 結論

国立病院機構は、全国 145 の病院からなる我が国最大の病院ネットワークであるとともに、共通の理念に基づいて医療サービスを行なう法人である。病院機能を評価する上で、財務の観点、経営的な観点からの評価指標はいくつもあり、病院機能の改善に向けた根拠として運用されてきたが、医療そのものの質の定量的な評価が病院グループとして行われることはわが国ではなかった。国立病院機構は 2006 年度から 26 の項目の臨床評価指標を策定し、146（当時）の NHO 病院でその指標を計測し、医療のプロセスや、提供された医療によってどれだけの健康に関する利益が生まれたかをもって評価し、病院間で良質でばらつきの少ない医療の均てん化に向けた方略に資するために結果を公開してきた。

2006 年から 2007 年まで、2007 年度から 2008 年度の二年間の推移を検定し評価した。ただし、2008 年度で測定病院数が大幅に増加したり、欠損値が多く二年間の成績の比較の妥当性に問題

があるものが、一部の指標において認められた。

2008 年度に良好な改善を示した指標は 8 項目（前年は 6 項目）。二年間とも良好な改善を示している指標は、3 項目。一年目は不変あるいは悪化したものが二年目に良好な改善を示している指標は、5 項目であった。2008 年度に大きな変化を示していない指標は、20 項目（前年は 23 項目）。一年目が良好な改善を示したが、二年目は不変となった指標は、2 項目。二年間とも大きな変化を示していない指標は、17 項目。一年目が悪化した、二年目が不変であった指標は 1 項目であった。2008 年度で悪化した指標は 5 項目（2007 年度は 4 項目）。一年目が良好な改善を示したが、二年目は悪化した指標は、1 項目。一年目が不変であったが、二年目に悪化した指標は、3 項目。二年とも悪化した指標は、1 項目であった。

指標の基となるデータの収集に欠損値が多いものがあること、データの得られた施設が年度ごとに異なるなど検証の妥当性に問題がある点が課題と考えられた。今後は、これらの課題を解決するために DPC データ、レセプトデータ等から抽出できるデータ収集と臨床評価指標の策定が望まれる。

F. 健康危険情報

特になし。

G. 研究発表

2006 年度以降の臨床評価指標については国立病院機構のホームページ（<http://www.hosp.go.jp/7,0,61.html>）で公開している。

H. 知的財産

特になし

添付資料

- 1) 国立病院機構臨床評価指標 2009
- 2) 臨床評価指標 2006～2008 の成績変化一覧
- 3) 国立病院機構臨床評価指標 2009 計測マニュアル

National Hospital Organization Clinical Indicator 2009

**国立病院機構
臨床評価指標**

2009

はじめに



国立病院機構は、全国145の病院からなる我が国最大の病院ネットワークであるとともに、共通の理念に基づいて医療サービスを行なう法人でもあります。患者や市民の皆さまが安心して医療をお受け頂くため、厳しい目で自己評価を行ないつつ、たゆまぬ医療の質向上に向けた努力を続けることが我々職員の使命です。

今まで、病院機能を評価する上で、財務の観点、経営的な観点からの評価指標はいくつもあり、病院機能の改善に向けた根拠として運用されています。しかしながら、患者や市民の皆さまにとって最も肝心の医療そのものの質については、定量的な評価がなされることはまだ非常に少ないというのが現状です。患者の皆さま一人一人に提供される医療のプロセスや、提供された医療によってどれだけの健康に関する利益が生まれたかをもって医療を評価し、病院間で良質でばらつきの少ない医療の均てん化に向けた方略が、今後は是非とも必要です。また、そのような試みは、一法人として全国に病院ネットワークを持つ国立病院機構だからこそ可能なことなのです。

医療の内容や成績そのものを測定し比較するということは、非常に難しい部分がたくさんあります。例えば、治療の成績は、そもそもの患者さんの重症度に大きく影響を受けますから、治療の成績がよくない施設は技術に問題があるということには一概には言えません。そのため、医療の内容や成績を測定し、形にすること自体に抵抗を感じる方も少なくないと思います。また、指標上の成績をよくするために、患者さんを選別するようなことがおこり得る問題は、欧米でも指摘されているところであり、そのようなことは決してあってはならないことです。しかしながら、現在の我々が行なっている医療を可視化し、病院横断的・時間縦断的な比較を行なうことで、我々自身が形成的な自己評価のもとに患者さんへのケアの質を考え、改善に向けていくことは、極めて重要な取り組みです。

本臨床評価指標は、独立行政法人化以降、研究及び検討を重ねた成果をもとに、一昨年度からその運用を開始しました。本年度の結果については、一昨年度、昨年度結果との比較が出来る様に表記しました。今後さらに指標自体の吟味と改正も繰り返しつつ、この臨床評価指標が、国立病院機構が提供する医療の向上を実現し、ひいては我が国の医療の質向上に寄与することを強く願っています。

2009年12月

Contents

臨床評価指標の見方	4
1. 原発性肺がん入院中死亡率(切除例)	5
2. 肺がん切除例の5年生存率(Stage I, II)	
3. 乳がん切除例の5年生存率 (Stage II)	
4. 大腸がん切除例の5年生存率(Stage III)	6
5. 胃がん手術:平均術後在院日数	
6. 大腸がん手術:平均術後在院日数	
7. うつ病:平均在院日数	
8. C型慢性肝炎入院患者に対するIFN治療率	7
9. 急性心筋梗塞:平均在院日数	
10. 急性心筋梗塞の重症度別死亡率	
11. 急性心筋梗塞患者における入院当日もしくは翌日のアスピリン投与率	8
12. 脳血管障害:平均在院日数	
13. 脳梗塞患者における早期リハビリ開始率	
14. 脳梗塞患者における初期少量アスピリン投与率	9
15. 低出生体重児(1000~2500g未満)死亡率	
16. 出産予定妊婦の帝王切開率	10
17. 大腿骨頭置換術:平均術後在院日数	
18. 白内障手術:平均在院日数	
19. 超重症児(者)受け入れ率	11
20. 重症心身障害児(者)短期入院受け入れ率	
21. 結核入院患者DOTS実施率	
22. 排菌陽性結核患者の平均在院日数	12
23. 全入院患者中のHIV陽性率	
24. 退院患者中の褥瘡(Ⅱ度以上)の院内発生率	
25. 75歳以上の入院患者における入院中の骨折率	
26. 病院職員のインフルエンザワクチン接種率	13
計測対象病院と計測期間の定義	14



■ 臨床評価指標の見方

国立病院機構145病院施設のうち、指標の該当病院の数値をまとめ、独立行政法人国立病院機構のデータとして2006年から2008年の指標値をグラフ化して表示しています。

青・紺・紫それぞれの年度の色帯の中に示した数字は、指標値の分子/分母と、該当病院の数になります。

なお、巻末に計測対象病院と計測期間の定義を掲載しておりますので、ご覧ください。

* 2006年・2007年度の数値につきましては、計測方法の見直しや数値の精査を行った結果、データを更新している箇所もございますので、予めご了承ください。

< 凡 例 >

X. 胃がん手術：平均術後在院日数

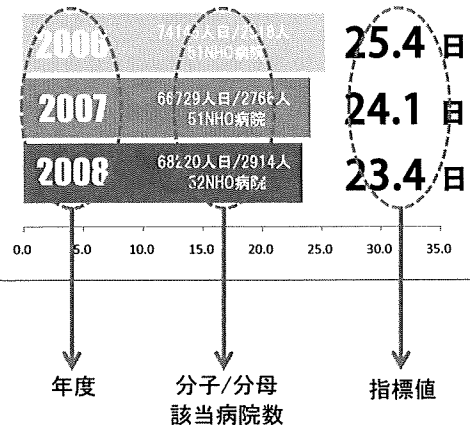
計測方法

【分子】分母対象例の術後在院日数(退院日-手術日)の総和

【分母】計測期間内に退院した患者のうち、「胃がん」を主病名として入院し、入院中に全身麻酔による手術治療(開腹もしくは腹腔鏡下による胃切除手術、胃部分切除術)を受けた患者数

※分子(上段)、分母(下段)にて定義を表記しています。

■ 年度別比較【平均値】



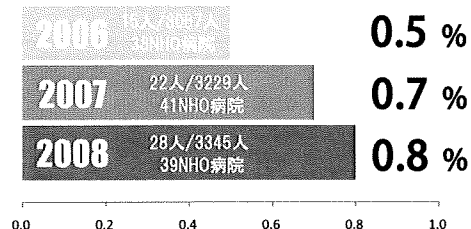
1. 原発性肺がん入院中死亡率(切除例)

計測方法

【分子】分母対象例のうち、手術後30日以内に死亡退院した患者数
(がん以外が死亡原因である場合も含む)

【分母】計測期間内に退院した患者のうち、「肺がん」治療を目的として入院し、入院中に肺切除術が行われた患者数

■年度別比較【平均値】



2-1. 肺がん切除例の5年生存率(Stage I)

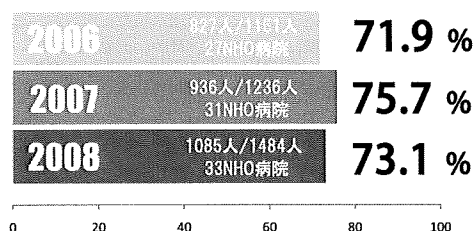
計測方法

【分子】分母対象例のうち、院内情報や郵送による予後調査により「生存」を確認した数(*)

【分母】計測期間内に「肺がん」を主病名として、手術治療(肺の切除術)が行われた患者のうち、病理組織所見上の病期がStage Iであった患者数(*)

(*) 安否が不明の患者については、分母から除外せず、分子には生存の確認が行われた患者のみを「生存」としています。
そのため論理的には実際の生存率よりも低い値となります。

■年度別比較【平均値】



2-2. 肺がん切除例の5年生存率(Stage II)

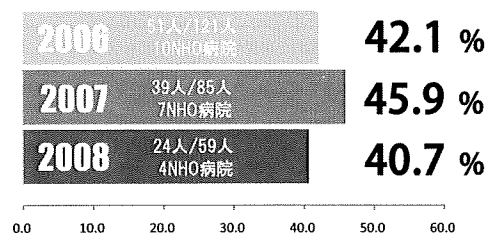
計測方法

【分子】分母対象例のうち、院内情報や郵送による予後調査により「生存」を確認した数(*)

【分母】計測期間内に「肺がん」を主病名として、手術治療(肺の切除術)が行われた患者のうち、病理組織所見上の病期がStage IIであった患者数(*)

(*) 安否が不明の患者については、分母から除外せず、分子には生存の確認が行われた患者のみを「生存」としています。
そのため論理的には実際の生存率よりも低い値となります。

■年度別比較【平均値】



3. 乳がん切除例の5年生存率(Stage II)

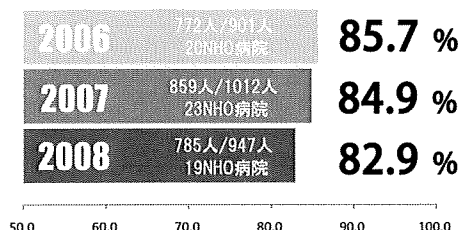
計測方法

【分子】分母対象例のうち、院内情報や郵送による予後調査により「生存」を確認した数(*)

【分母】計測期間内に「乳がん」を主病名として乳房の切除術(乳房温存術を含む)が行われた患者のうち、病理組織所見上の病期がStage IIであった患者数(*)

(*) 安否が不明の患者については、分母から除外せず、分子には生存の確認が行われた患者のみを「生存」としています。
そのため論理的には実際の生存率よりも低い値となります。

■年度別比較【平均値】



4. 大腸がん切除例の5年生存率(StageⅢ)

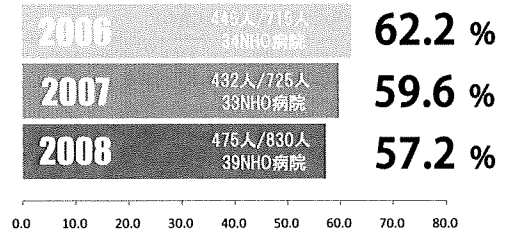
計測方法

【分子】分母対象例のうち、院内情報や郵送による予後調査により「生存」を確認した数(*)

【分母】計測期間内に「大腸がん」を主病名として手術治療(大腸切除術)が行われた患者のうち、病理組織所見上の病期がStageⅢであった患者数(*)

(*)安否が不明の患者については、分母から除外せず、分子には生存の確認が行われた患者のみを「生存」としています。
そのため論理的には実際の生存率よりも低い値となります。

■年度別比較【平均値】



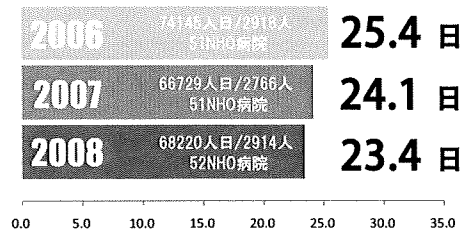
5. 胃がん手術:平均術後在院日数

計測方法

【分子】分母対象例の術後在院日数(退院日-手術日)の総和

【分母】計測期間内に退院した患者のうち、「胃がん」を主病名として入院し、入院中に全身麻酔による手術治療(開腹もしくは腹腔鏡下による胃切除手術、胃部分切除術)を受けた患者数

■年度別比較【平均値】



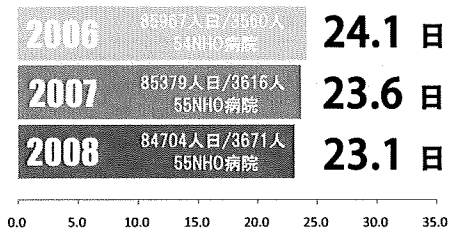
6. 大腸がん手術:平均術後在院日数

計測方法

【分子】分母対象例の術後在院日数(退院日-手術日)の総和

【分母】計測期間内に退院した患者のうち、「大腸がん」を主病名として入院し、入院中に全身麻酔による手術治療(開腹もしくは腹腔鏡下による大腸切除手術、大腸部分切除術)を受けた患者数

■年度別比較【平均値】



7. うつ病:平均在院日数

計測方法

【分子】分母対象例の在院日数(退院日-入院日+1)の総和

【分母】計測期間内に退院した患者のうち、「うつ病」を主病名として精神科病棟に入院し、7日以上入院期間がある患者数

■年度別比較【平均値】

