

## 16. 出産予定妊婦の帝王切開率

1) 対象病院	「産科」及び「小児科」を標榜する病院	
2) 計測期間等	平成20年度(H20年4月1日～21年3月31日)に出産した妊婦)	
3) 計測対象	分子	分母対象例のうち、帝王切開が実施された妊婦の数
	分母	36週以降43週未満で当該病院で出産を行った妊婦の数

### <計測フローチャート>

#### 分母の確定方法

1. 出産台帳より測定期間内に36週以降43週未満で出産した患者のリストを作成する

↓

#### 分子の確定方法

2. 出産台帳あるいは助産録より帝王切開の有無を確認する

## 17. 大腿骨頭置換術：平均術後在院日数

1)対象病院	「整形外科」を標榜する病院	
2)計測期間等	平成20年度(H20年4月1日～21年3月31日に退院した患者)	
3)計測対象	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、入院中に「大腿骨頭置換術」を受けた患者の数

### <計測フローチャート>

#### 分母の確定方法

1. 手術台帳、医事統計コンピューターにより

平成20年度の退院患者のうち、「大腿骨頭置換術」を施術した患者をリスト化する。

※再置換術についても対象とする。

※「大腿骨頭置換術」とは診療報酬点数表の手術コード(K081 人工骨頭挿入術, K082 人工関節置換術)とする。

この患者数が分母となる

↓

#### 分子の確定方法

2. 入院台帳、退院台帳、医事統計コンピューターにより

分母対象としてリスト化した患者の、手術日、退院日を調べる。

↓

3. 各々患者毎に(退院日－手術日)を算出し、その算出した数値の総和をもとめる。

この数値が分子となる。

## 18-1. 白内障手術:平均在院日数[ 両眼手術の場合 ]

1)対象病院	「眼科」を標榜する病院	
2)計測期間等	平成20年度(H20年4月1日～21年3月31日に退院した患者)	
3)計測対象	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「白内障」を主病名として白内障手術をおこない、2日以上の期間入院した患者の数 (両眼白内障手術の場合)

### <計測フローチャート>

#### 分母の確定方法

##### 1. 手術部台帳等により

平成20年度に「白内障」手術を実施した症例をリスト化する[ ただし両眼手術の場合 ]  
(平成21年3月31日までに退院した患者に限る。)

↓

##### 2. 診療録等により

1の患者のうち、2日間以上入院した患者を抽出する

↓

##### 3. 2の患者について、診療録より主病名が「白内障」であることを確認する。

この患者数が分母となる。

↓

#### 分子の確定方法

##### 4. 分母対象としてリスト化した患者の、入院日、退院日を調べる。

↓

##### 5. 各々の患者毎に(退院日-入院日+1)を算出し、その算出した数値の総和を求める。

この数値が分子となる。

## 18-2. 白内障手術：平均在院日数〔片眼手術の場合〕

1)対象病院	「眼科」を標榜する病院	
2)計測期間等	平成20年度(H20年4月1日～21年3月31日に退院した患者)	
3)計測対象	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「白内障」を主病名として白内障手術をおこない、2日以上期間入院した患者の数（片眼白内障手術の場合）

### <計測フローチャート>

#### 分母の確定方法

1. 手術部台帳等により

平成20年度に「白内障」手術を実施した症例をリスト化する〔ただし片眼手術の場合〕  
(平成21年3月31日までに退院した患者に限る。)

↓

2. 診療録等により

1の患者のうち、2日間以上入院した患者を抽出する

↓

3. 2の患者について、診療録より主病名が「白内障」であることを確認する。  
この患者数が分母となる。

↓

#### 分子の確定方法

4. 分母対象としてリスト化した患者の、入院日、退院日を調べる。

↓

5. 各々の患者毎に(退院日－入院日+1)を算出し、その算出した数値の総和を求める。  
この数値が分子となる。

### 18-3. 外来における白内障手術件数

1)対象病院	「眼科」を標榜する病院
2)計測期間等	平成20年度(H20年4月1日～21年3月31日に手術を行なっている患者)
3)計測対象	計測期間中に外来にて「白内障手術」を実施した患者の件数

#### <計測フローチャート>

##### 1. 手術部台帳より

平成20年度に外来にて「白内障手術」を実施した症例数を計測する。

## 19. 超重症児(者)受け入れ率

1)対象病院	重症心身障害病棟を持つ病院	
2)計測期間等	平成20年度(H20年4月1日～21年3月31日に入院していた患者)	
3)計測対象	分子	分母対象例のうち、計測期間内に超重症児(者)入院診療加算を1回以上算定した患者実数
	分母	計測期間内に重症心身障害病棟入院中であった重症心身障害児(者)実数(7日以内の短期入所を除く)

### <計測フローチャート>

#### 分母の確定方法

1. 重心病棟入院患者年間リストの作成(7日以内の短期入所を除く)

計測期間中に重心病棟に7日間以上入院していた患者のうち、重症心身障害児(者)実数を計測する。

※重症心身障害児(者)の定義＝自立支援法に該当する重心病棟入院患者、措置入院患者

#### 分子の確定方法

2. レセプトより

分母対象例のうち、超重症児(者)加算を計測期間内に1回以上算定している人数を確認し集計する。

## 20. 重症心身障害児(者)短期入院受け入れ率

1)対象病院	重症心身障害病棟を持つ病院	
2)計測期間等	平成20年度(H20年4月1日～21年3月31日に退院した患者)	
3)計測対象	分子	計測期間内に退院した重症心身障害児(者)のうち、入院期間7日間以内であった短期入院患者数
	分母	平成20年4月1日の重症心身障害病棟の病床数(運営病床数)

\*在宅支援の状況を評価する指標

<計測フローチャート>

### 分母の確定方法

1. 平成20年4月1日の重症心身障害病棟の病床数(運営病床数)

### 分子の確定方法

2. 入院患者リストより

計測期間中に退院した者のうち入院期間が7日以内だった重症心身障害児(者)数を計測する。

- ※ 重症心身障害病棟以外の病棟に入院した者も含む
- ※ 入院期間7日間以内で退院した短期入所(旧ショートステイ)患者数を含む
- ※ 重症心身障害児(者)の定義＝自立支援法に該当する重症心身障害病棟入院患者、措置入院患者
- ※ 年度内に同一患者が複数回入退院した場合は該当すればそれぞれカウントする。

## 21. 結核入院患者 DOTS 実施率

1)対象病院	結核病棟を持つ病院	
2)計測期間等	平成20年度(H20年4月1日～21年3月31日に入院した患者)	
3)計測対象	分子	分母対象例のうち、DOTS 開始がなされた患者数
	分母	計測期間内に結核病棟に入院中で、主病名が「肺結核」かつ3日以上180日未満の期間入院した患者で、抗結核薬が処方された患者数(19年度内入院患者)

※DOTS とは、Directly Observed Treatment Short course(直視監視下短期化学療法)の略。  
医療従事者が患者の服薬を確認し、確実に治療を行うこと。

### <計測フローチャート>

#### 分母の確定方法

医事レセプトシステム及び病歴システムより

1. 結核病棟に入院した主病名「肺結核」患者のリスト化。(肺結核以外の入院患者を除く)
2. 1のうち、抗結核薬が処方された患者で、一つの入院期間が3日以上180日未満である患者を抽出。

※ 入院期間が平成21年度にまたがった患者も対象とする。

#### 分子の確定方法

3. DOTS 実施台帳より

分母対象例として抽出した患者のうち、DOTS 開始患者をカウントする。

※年度内に同一患者が複数回入退院した場合は該当すればそれぞれを対象患者とする。



## 22. 排菌陽性結核患者の平均在院日数

1)対象病院	結核病棟を持つ病院	
2)計測期間等	平成20年度(H20年4月1日～21年3月31日に退院した患者)	
3)計測対象	分子	分母対象患者の在院日数(退院日－入院日＋1)の総和
	分母	計測期間内に結核病棟から退院した患者のうち、主病名が「肺結核」で、入院期間が3日以上、180日未満であった患者で「痰塗末標本」で陽性であった実患者数。(多剤耐性結核患者数を除く)

### <計測フローチャート>

#### 分母の確定方法

##### 1. 入院患者リストより

計測期間内に退院した患者のうち結核病棟に入院した主病名「肺結核」患者のリスト化。

↓

「痰塗末標本」で陽性患者で一つの入院期間が3日以上180日未満である患者の抽出。

↓

多剤耐性結核患者数を除く。

#### 分子の確定方法

##### 2. 1で分母対象としてリスト化した患者の、入院日、退院日を調べる。

↓

##### 3. 各々患者毎に(退院日－入院日＋1)を算出し、その算出した数値の総和をもとめる。

※ 年度内に同一患者が複数回入退院した場合は該当すればそれぞれを対象患者とする。

## 23. 全入院患者中の HIV 陽性率

1)対象病院	全病院	
2)計測期間等	平成20年度(H20年4月1日～21年3月31日に退院した患者)	
3)計測対象	分子	分母対象例のうち、HIV 陽性であった患者数
	分母	計測期間内に退院した患者数

### <計測フローチャート>

#### 分母の確定方法

1. 医事統計、医事レセプトにから計測期間内に退院した患者数を求める。

#### 分子の確定方法

2. 検査室 あるいは ICT(Infection Control Team)の台帳から HIV 陽性症例をリスト化する。
- ↓
3. それらの症例につき当該年度における入院の有無を診療録から確認する。

※ 年度内に同一患者が複数回入退院した場合は該当すればそれぞれを対象患者とする。

## 24. 退院患者中の褥瘡(Ⅱ度以上)の院内発生率

1)対象病院	入院基本料の施設基準項目の褥瘡対策に関する下記基準を満たしている施設。 (1)当該保険医療機関において、褥瘡対策が行われていること。 (2)当該保険医療機関において、褥瘡対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されていること。 (3)当該保険医療機関における日常生活の自立度の低い入院患者につき一律に褥瘡に関する危険因子の評価が実施されていること。	
2)計測期間等	平成20年度(H20年4月1日～21年3月31日に退院した患者)	
3)計測対象	分子	分母対象例のうち、褥瘡対策に関する治療計画書(院内発生)にて NPUAP の分類にて StageⅡ以上、もしくは DESIGN 評価表にて d2以上の褥瘡を有する患者数
	分母	計測期間内に退院した患者のうち入院時褥瘡評価で褥瘡のない75歳以上(退院時年齢)の患者数

\* この指標は、AHRQ 安全指標を参照しています。

### <計測フローチャート>

#### 分母の確定方法

測定期間内に退院した75歳以上(退院時年齢)の患者数から入院時褥瘡評価で褥瘡を有する患者数を差し引いた患者数—分母

#### 分子の確定方法

各院で定めている褥瘡対策に関する診療計画書より

①平成20年3月5日保医発0305002により厚生労働省保険局より示された様式を参考に各院で作成したものをを用いる。

②褥瘡対策チーム専任の医師もしくは看護師、褥瘡看護に関して5年以上の経験を有する看護師が評価したもの。

↓

褥瘡を有する75歳以上(退院時年齢)の患者をリスト化する。

↓

下記の条件に合致する患者を抽出する。

①入院中に発生した患者。

②真皮に至る損傷以上(NPUAPの分類にてStageⅡ以上、もしくはDESIGN評価表にてd2以上)の患者。

①及び②を満たす患者の合計数を出す。—分子となる

↓

指標を計算する。

## 25. 75歳以上の入院患者における入院中の骨折率

1)対象病院	全病院	
2)計測期間等	平成20年度(H20年4月1日～21年3月31日に退院した患者)	
3)計測対象	分子	分母対象例のうち、入院中に骨折し、加療を行った患者の数
	分母	計測期間内に退院した患者のうち、3日以上の期間入院した75歳以上(退院時の年齢)の患者数

\* 高齢者入院中のアクシデントを未然に予防できているかを見るための安全管理の指標

### <計測フローチャート>

#### 分母の確定方法

1. 入院診療録等より。計測期間に退院した患者のうち、75歳以上(退院時の年齢)、かつ3日以上の期間入院した患者をリスト化する。  
この患者数が分母となる

↓

#### 分子の確定方法

2. 医療安全管理者の協力を得て、分子の対象患者数を把握する。もしくは医療安全委員会、医療安全管理室、安全管理者等から事故報告書の閲覧許可および提供を受けた上、対象患者を特定しリスト化する。この患者数が分子となる。

↓

3. 指標を測定する。

## 26. 病院職員のインフルエンザワクチン接種率

1)対象病院	全病院	
2)計測期間等	平成20年度(H20年4月1日～21年3月31日)	
3)計測対象	分子	分母対象者のうち、自施設でインフルエンザワクチンを接種した職員数
	分母	院内職員対象インフルエンザワクチン接種を開始した月の初日に在職している非常勤職員を含む病院職員数(派遣職員を除く)

### <計測フローチャート>

#### 分母の確定方法

##### 1. 職員名簿リストより

施設において、院内職員対象インフルエンザワクチン接種を開始した月の初日に在職している、非常勤職員を含む病院職員数(派遣職員を除く)をリスト化する。

#### 分子の確定方法

2. インフルエンザワクチン接種した職員実績集計表より、自施設でインフルエンザワクチン接種した非常勤職員を含む職員数(派遣職員を除く)を集計する。これを分子とする。

## 当院の入院患者様における

### 手術後の予後調査についてのお願い

○については各病院で  
設定をお願いします。

本調査は、当院の入院患者様における手術後の経過に関する調査であり、平成15年度当時に当院で手術を受けられた\_\_\_\_\_様あてにお手紙をお送りしております。

以下の内容をお読み頂き、ご協力頂ける場合は、同封の返信用紙に当該患者様の現在の状況をご記入頂き、同封の返信用封筒にて○月○日までにご返送下さい。

なお、返信用紙にはあらかじめ識別コードを記載させて頂いております。

#### 1. 調査の目的、概要：

独立行政法人国立病院機構では、全国の国立病院機構の145病院が提供する医療や医療の結果に関するデータを把握し、当院でご提供する医療の質を高めるための臨床評価指標の計測を実施しており、手術後の患者様の状況についても調査を行っております。

具体的には、代表的な病気（がんや循環器疾患等）について行われている医療行為がどれほど標準的なものであるかどうかについて、また手術や治療後の生存率などの治療成績などについて広く情報を収集し、行った治療と治療成績を分析し、病院が提供する医療サービスを評価・改善し、安心・安全で質の高い医療の提供につなげるための取り組みです。

また独立行政法人として、病院を利用される皆様の情報を匿名的に収集し、統計情報とすることで今後わが国において、より質の高い医療サービス提供を推し進めていくための根拠を作ることも目的としております。

#### 2. プライバシーの保護について

お送りしました返信用紙には、識別コードを記載しておりますので、頂いた返信用紙と診療録（カルテ）の内容を突合させて頂きませんが、分析を行う際に私たちが利用させていただくデータは、患者の皆様個人を直接特定できない匿名化情報として収集された上、厳格に保護されます。

もし、本調査についてご質問等がある場合は、下記責任者までいつでもご質問下さい。また、調査にご協力をご了承頂けない場合においても、皆様への病院サービスご利用について不利益が生じることは全くございませんのでご安心ください。

なお、ご回答をお送りいただくことで、調査の主旨にご同意いただいたとさせていただきます。

平成XX年 X月

施設責任者： 独立行政法人国立病院機構

〇〇〇医療センター XX科 〇〇〇〇

住所：〇〇〇〇

電話：〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

## 当院の入院患者様における手術後の予後調査回答用紙

この回答用紙は、調査対象となった患者様（平成15年度当院にて手術を受けた方）またはそのご家族の方がご記入下さい。

### <調査項目>

今回の調査対象となった患者様の平成21年●月●日現在における安否の確認をさせて頂きたく存じます。以下の該当する括弧内どちらか1つに○を記入して下さい。

- ア. 生存 (       )
- イ. 死亡 (       )

●については、各病院で  
記入して下さい。

※ 調査にご協力有り難うございました。

同封の封筒にて●月●日までにご返送下さい。よろしくお願い致します。

なお、今回の調査研究には使用しませんが、当院の医療サービスについてお気づきの点がありましたら、ご記入いただければ幸いです。

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

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

研究分担者 飯田 修平 （社団法人全日本病院協会 常任理事）  
研究分担者 長谷川友紀 （東邦大学医学部社会医学講座医療政策・経営科学分野 教授）  
研究協力者 北澤 健文 （東邦大学医学部社会医学講座医療政策・経営科学分野 助教）  
研究協力者 松本 邦愛 （東邦大学医学部社会医学講座医療政策・経営科学分野 助教）  
研究協力者 瀬戸加奈子 （東邦大学医学部社会医学講座医療政策・経営科学分野 博士課程）

研究要旨

アメリカでは、1990年代後半に医療現場における患者の安全確保や、医療の質向上への関心が高まった。そして、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) の概念へと展開してきた。本研究では、アメリカにおける医療の質向上の取組みと P4P プログラムの現況について概観した。

主要な P4P プログラムでは多くの領域でパフォーマンスの改善がみられ、プログラムは順調に運用されていた。また、少量の付加的なボーナスという位置付けから、支払いの重要な部分を占める Performance Based Contract への展開も検討されていた。

医療の質向上の組織的な取組みを基盤とした、P4P プログラムにおけるパフォーマンス測定の方法や収集されたデータの公開方法、さらに測定されたパフォーマンスの診療報酬への反映方法は、わが国への P4P プログラム導入を検討する際に有益な知見となると考えられる。

A. 研究目的

アメリカでは、1990年代後半に医療現場における患者の安全確保や、医療の質向上への関心が特に高まった。Institute of medicine (IOM) は、1999年の報告書 To Err is Human において、国家的な課題として患者安全の確保と、医療の質向上の必要性を明確に提示した。そして2001年の Crossing the Quality Chasm では、提供されてしかるべき医療と、実際に提供されている医療の間に大きな乖離があることを示し、保健医療提供システムのすべてのレベルにおいて変革が必要であることを指摘した。特に医療の質に応じたインセンティブの創出と導入、質の改善や説明責任、利用者の選択に役に立つ情

報の整備を提言した。これらの報告は、医療機関の医療の質向上への取組みに大きな影響を与えただけでなく、州および米国連邦政府の政策にも影響を与え、質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) の概念へと展開してきた。

The Integrated Healthcare Association (IHA) は P4P 推進を支援する非営利組織であり、毎年 National Pay For Performance Summit (P4P Summit) を主催している。

ベストプラクティス病院として表彰されている病院を訪問し、医療の質向上の取組みと質評



価指標の活用に関して報告する。また、IHAの活動、P4P Summit を利用した関係者のヒアリング調査の報告を中心に、米国における医療の質に基づく支払いの現況について報告する。

## B. 研究方法

病院訪問調査、関係者のヒアリング調査及び文献調査を行った。

## C. 研究結果

### I 病院訪問

米国における医療機関の運営には、標準的な方法と内容の医療の質評価を実施することは、必須の事項となっている。すなわち、The Joint Commission (JC) による病院機能評価を受審し、認定を受けなければ、CMS の支払いを受けることができず、民間医療保険組織からも指定されないからである。また、Hospital Compare をはじめとする病院評価指標の統計的及び個別のデータが Web で患者や一般市民にも公開されているからである。

#### 【訪問施設】

訪問した病院や組織は、医療の質および組織運営の質の評価が極めて高く、多くの賞を受賞している。

訪問施設は、Mayo Health System、Johns Hopkins Hospital、Boston Medical Center、Brigham and Women's Hospital の4病院、と IHI(Institute for Healthcare Improvement)である。

#### [Mayo Health System]

Mayo Clinic Group は、Mayo Clinic、Mayo Clinic in Arizona、Mayo Clinic in Florida、Mayo Health System の4つの組織がある。Mayo Clinic は Academic Based care、Mayo Clinic in Arizona と Mayo Clinic in Florida は Academic

& Community Based care、Mayo Health System は Community Based care を特徴としている。

Mayo Health System は、Luther Midelfort の他に3病院、15診療所、薬局、在宅医療、3ナーシングホームを運営し、4200人の職員がいる。

基本理念は、患者の要望第一とすることである。尊重、整合性、チームワーク、卓越性に価値を置いている。

質に関する取組みの経緯は、1990年前には、質評価指向で、医療職の改善活動への参加は少なく、改善の一定の方法はなかった。

1990年代から、臨床指標として、主要な戦略目標を設定し、Juran トレーニングを導入し、IHIの質のパートナーとし、専用の資源を投入し、全員に主要なトレーニングをさせ、改善サイクル(PDSA)、統計的プロセス管理を導入している。

2000年代には、経営層に展開し、IHIと協同で参画し、風土を明確にし、各部署や個人に目標を設定し、シックスシグマ手法、ボルドリッジ、Lean、その他を導入している。

成果指標は、診療成績、患者指向、財務及び市場指向、業務指向、プロセスの効率性、リーダーシップに関する成果である。

#### [Johns Hopkins Hospital]

業務改善の教育プログラムを持ち、PDSAを強調している。すなわち、何を成し遂げようとしているか、変化が改善になることを如何に知るか、改善につながるどんな変化を起こせるかと考える方法である。

改善の指標のサンプルとして、1臨床指標(臨床成績、患者安全)では、①心不全患者が自宅への退院するときに指示書又は活動レベルや食事に関する指示書、処方

持たせる、次回外来予約、体重モニター、症状悪化時の対応（プロセス指標）

②15日の予期しない再入院率（成果指標）、③院内感染率（成果指標）、④肺炎入院患者への抗生剤投与の適時性（プロセス指標）、⑤入院患者の転倒受傷率（成果指標）、

2 サービス提供（仕事場の質、患者満足）では、①職員満足度（成果指標）、②物流評価（プロセス指標）、③職員100人あたりの受傷による損失日数（成果指標）、④入院患者満足度（成果指標）、⑤患者の苦情（成果指標）

3 財務の視点（財務成果、診療報酬）では、①平均在院日数（成果指標）、②Casemix index（成果指標）、③日当点（成果指標）、④

4 基盤整備（アクセス）

①Red alert hours（外来処置キャンセル率）（成果指標）、②Yellow alert hours（手術開始時間遵守率）（成果指標）、③HAL中止率（外科処置）（成果指標）、ED外来患者数（成果指標）

医療の質革新センターは2002年に設置された。各職種が改善の努力をし、データを収集し、ベストプラクティスを実践し評価する。ツールやトレーニングプログラムを開発し、全世界の病院を支援している。コンサルティング・サービスとして、リーダーシップと戦略、患者安全の改善、プロセス改善とプロジェクト・マネジメント、卓説した成果を動機付けるための成果の評価と指標の活用がある。

#### [Boston Medical Center]

Boston Medical Center 626床、職員数4765（常勤換算）、年間退院患者数29411、外来患者数803705、救急患者数129169

成果改善として、同僚評価、インフルエンザ及び肺炎ワクチンプログラム、転倒/転落防止、投薬の適切性、先進医療の計画、患者満足度調査を行っている。

Boston Medical Centerは、低所得者層への

医療の典型であり、他の訪問先との対照で大きな意義がある。

低所得者対象のBMC HealthNet Planという独自のマネージドケア組織(MCO)を運営し、州を超えて25万人の会員を擁している。2009年度は全米第2位の評価を得ている。

BMC HealthNet Planの質向上の使命は、臨床指標の成果、評価指標を測定して、会員の健康状態の改善を促進し、会員の満足度を挙げることである。継続的質向上(CQI)の手法を取り入れている。また、地域のMassHealth(MCO)と連携して質指標を評価している。

Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS)は、National Committee for Quality Assurance (NCQA)の提示にしたがって、ヘルスプランやMCOの成果の評価指標や報告を標準化するために全国的活動をしている。

HEDISが報告する評価指標は以下の通りである。

①乳がん検診（年齢51-64）、②子宮頸がんのスクリーニング、③産前産後のケア、④産前の診察回数、⑤MCO登録時の妊婦週数、⑥抗うつ薬の管理、⑦精神疾患の入院後のフォローアップ、⑧精神入院患者数と平均在院日数、⑨デイケア、入院、外来の精神疾患患者の割合、⑩薬物依存患者の入院利用率と平均在院日数、⑪デイケア、入院、外来の薬物依存患者の利用率

#### [Brigham and Women's Hospital]

Brigham and Women's Hospitalでは、Dana-Farber Cancer Instituteの乳がん患者への抗癌剤誤投与による死亡事故を契機に、2つの病院の入院をDana-Farber Cancer Instituteに統合して1つにし、薬剤管理も統合して運営している。

Clinical Excellence Center (CCE)が、Brigham and Women's Hospitalの質と安全性

の向上の目的がある。CCE の副理事長である Michael Gustafson, MD, MBA が、Dana-Farber Cancer Institute と両施設の質に関する代表を務めている。CCE は、①分析と計画、②意思決定支援の仕組み (DSS)、③成果改善、④質のプログラム、⑤安全チームの5つのグループから成る。

#### 【IHI(Institute for Healthcare Improvement)】

IHI(Institute for Healthcare Improvement) は全世界的な改善促進を目指している。1986年の設立以来現在までの活動の経緯を、①啓蒙期、②教育期、③協同改善期、④再構築期、⑤運動期、⑥広範展開期に区分している。

IHI は以下の9つに価値を置いて活動している。

①壁の撤廃、②迅速性、③健康と医療に集中する、④ボランティア重視、⑤顧客指向、⑥正直、⑦透明性、⑧秩序、⑨賞賛と感謝

IHI は、自組織が何であり、何を成し遂げなければならないか、何ができるかを検討し、2008年から2010年までの組織の戦略計画を、①動機付け、②革新、③成果、④仕事の喜び、⑤長期に亘る活性化、としている。その現れとして、IF(IHI Future) Project を立ち上げ、夢を語り、実現に向けて活動している。

臨床指標とは別に、組織全体の指標 (Whole System Measures : WSM) があり、その評価指標の多くは確立されているが、一部では、試行の後に精緻化している。

#### 【医療の質評価指標への医療機関の対応】

医療の質評価指標、とくに、臨床指標に関する質問への共通する回答は以下の通りである。

- ① 独自の指標を設定するよりも、JC や各臨床専門分野 (学会・疾患) の指標を用いている。
- ② 専任の担当職員を配置、あるいは外部の支援を受けている。

③ コンサルテーション会社あるいはコンサルタントと契約し、専用の情報システム (アプリケーション) を導入している。

④ 品質管理の考え方、手法を導入していること。とくに、TOYOTA 方式を強く意識している。シックスシグマからリーンシグマあるいは Lean を導入している。

⑤ チームを意識した活動を展開している。改善活動を利用している。

⑥ 質評価の仕組み構築および運用に関して、IHI と連携している。

⑦ 薬剤の安全管理や臨床検査室の効率化に関する取組みが多い。

#### II 成果に基づいた支払い (P4P)

P4P Summit は今回で5回目である。参加者は約500名で、多くはアメリカ国内からの参加であったが、アメリカ以外に日本、ドイツ、イギリス、ブラジルなど8カ国からの参加があった。参加者の所属は研究機関のほか、民間医療保険者、臨床医グループ等の医療提供者、保健医療情報システム企業等であった。

講演形式のプレゼンテーションの他、パネルディスカッションにより、先駆的な研究者や政策策定者、P4P 運営者による情報提供、ケーススタディなどが紹介された。また6~8のテーマに会場を分けて討議を行うセッションも設定され、各会場で活発な意見交換が行われていた。以下に主要な発表について概要を示す。

#### 【米国内の主な P4P プログラムの状況】

##### ・IHA による P4P プログラム

カリフォルニア州の非営利組織、IHA による P4P プログラムはアメリカ国内でも先駆的である。2003年から始まった IHA による P4P プログラムには2010年現在、7つのヘルスプラン、229の臨床医グループに所属する3万5千人の

臨床医が参加し、およそ 1,050 万人の HMO 加入者をカバーしていて、これはアメリカ国内最大規模である。

IHA が用いるパフォーマンス測定項目は、毎年改訂されていて、例えば 2003 年には臨床、患者による経験、情報技術への投資の 3 要素から構成されていたが、2010 年の最新版では医療の質、患者による医療の評価、情報技術の活用、糖尿病ケア、効率化の 5 要素に拡大している。測定する指標数も当初の 25 から 67 となった。

プログラム開始 6 年目である 2008 年のプログラムの結果では、ほとんどの指標でパフォーマンスの改善がみられた。

何らかの形で P4P を実施することは、現在ではコンセンサスが得られている。今後は、少量の付加的なボーナスという位置付けから、専門家への支払いの重要な部分を占める

Performance Based Contract への展開を検討している。そのための要素として、(1)質に関するデータ収集と公開の継続、(2) 質指標の改修、(3)HMO の保険料上昇率抑制（消費者物価指数のインフレ率との同等化）、(4)ケアのコストに関する指標の追加、(5)効率性の測定における例外の除外、(7)インセンティブの割合を現在の 3%から 2016 年までに 10%とする、(8)インセンティブに用いる指標を質で調整する、といった事項が検討される必要がある。

#### ・Premier による QUEST

CMS と Premier によって 2003 年から 2006 年まで試行された P4P プログラム Hospital Quality Incentive Demonstration (HQID) は、2007 年から Premier による QUEST へと引き継がれた。QUEST には全米の 150 以上の病院が参加し、医療の質、効率性、医療安全、患者満足度の 4 領域の指標が測定されている。

QUEST 参加病院では、他の Premier 関連病院に比して各領域の指標が向上していることが

報告された。また、今後のパフォーマンス測定領域として、救急医療、ケアのコストと無駄からみた効率性、ケアコーディネーション、外来診療などが挙げられた。

・ブルークロスブルーシールドミシガンの事例  
ブルークロスブルーシールドミシガンは州の 45%のシェアを持ち、州内ほぼすべての医療機関と取引があり、各病院との関係も深い。出来高払いの限界として、住民視点の欠如、提供システムの断片化、ヘルスケアプロセスを重視する視点の欠如、弱いプライマリケア基盤、臨床指標データセットの欠如といった事項が整理され、より高い良質な医療の提供を目指して P4P が導入された。

導入の第 1 段階では、州と国のスコアを比較し、その結果に基づいて報酬を支払う方針を定め、各病院に周知した。第 2 段階では、各病院に対してスコア向上への財政的な支援を行った。第 3 段階において、個別の病院のパフォーマンスに応じて報酬を分配した。

成功要因として、加入者の帰属（全てのブルークロスブルーシールドミシガンの加入者をいずれかの病院に割り当てた）、加入者情報に基づく質の高い病院データ、医療提供者のプログラムへの関与と教育などが挙げられた。

#### 【その他の支払い方式の状況】

##### ・人頭制による支払い

カリフォルニアで人頭制を導入している臨床医グループ HealthCare Partners の Regional Medical Director が、所属グループの現況について報告した。

グループの診察対象患者の 62%は高齢者であり、その多くは 2 つ以上の慢性疾患を抱えている。入院患者の 75%は慢性疾患によるものであり、家庭医療による支援も行っている。

人頭制を運用する上で重要な事項として、(1)