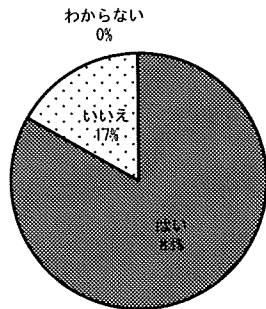
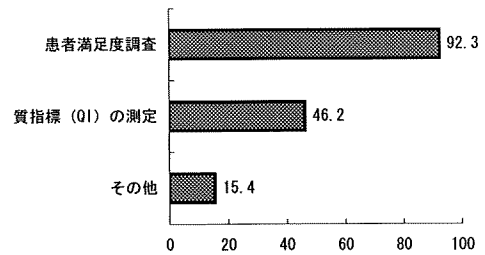


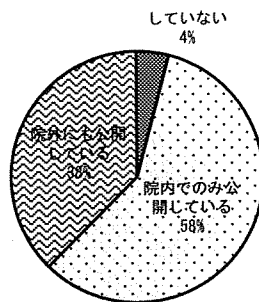
医師の質を評価する活動を行っているか



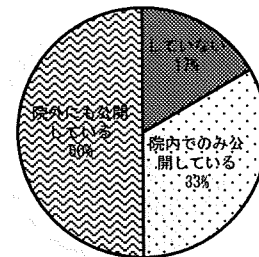
医師の質を評価する活動を行っている内容について



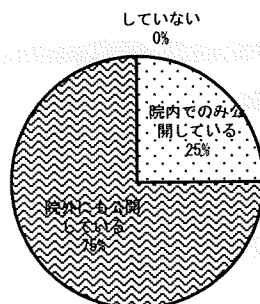
患者満足度調査について評価結果の公開をしているか



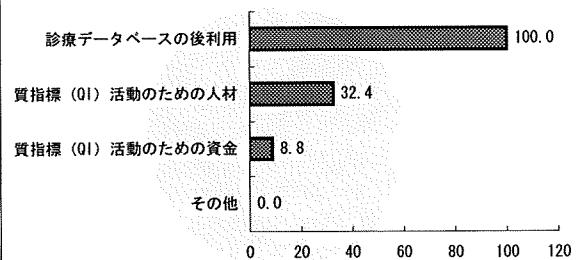
質指標 (QI) の測定について評価結果の公開をしているか



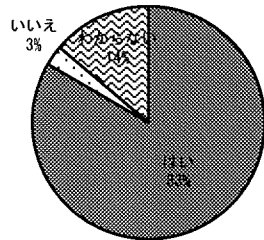
その他について評価結果の公開をしているか



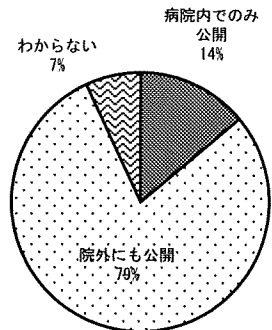
質指標 (QI) を算出するための資源として利用可能なものは



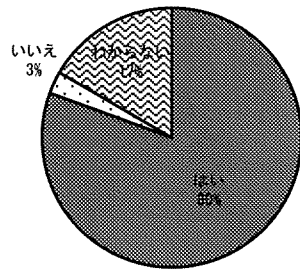
質指標(QI)の結果を公開すべきか



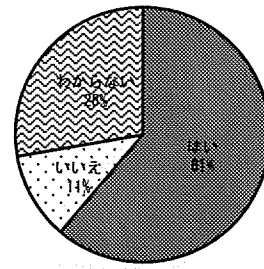
質指標(QI)の結果を公開する場合のレベルは



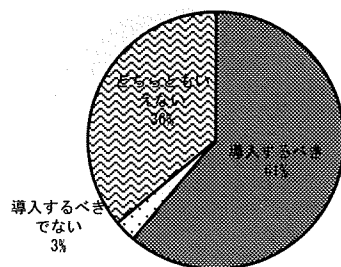
質指標(QI)の結果を一般公開することは、質の高い医療を提供するために有用か



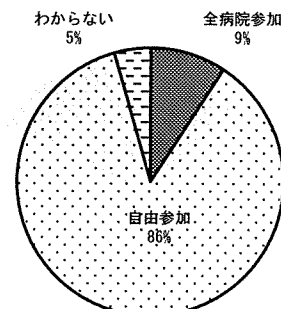
質指標(QI)の結果に対して経済的インセンティブは必要か



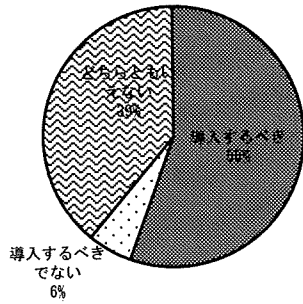
質指標(QI)の測定は今後、全国の医療機関に導入すべきか



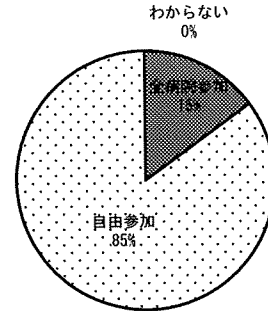
質指標(QI)の測定を今後、全国の医療機関に導入する場合の形式は



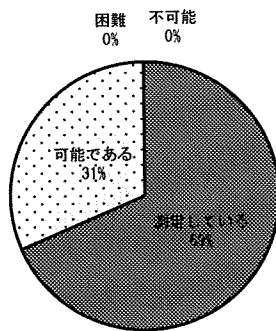
質指標(QI)の結果の一般公開は
今後、全国の医療機関に
導入すべきか



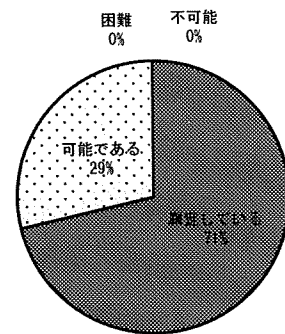
質指標(QI)の結果の一般公開を
今後、全国の医療機関に
導入する場合の形式は



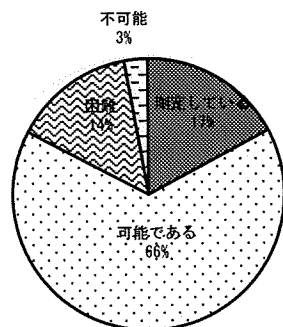
入院患者の転倒・転落発生率



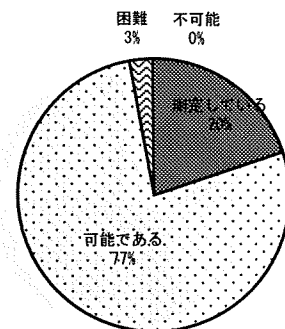
褥瘡有病率



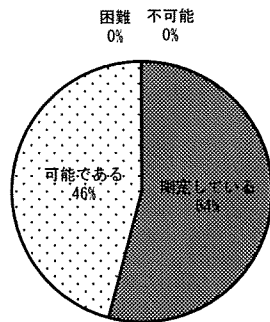
手術開始1時間以内の
予防的抗菌薬投与率



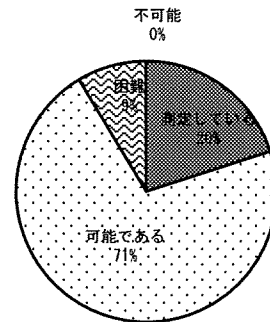
入院中の緊急再手術率



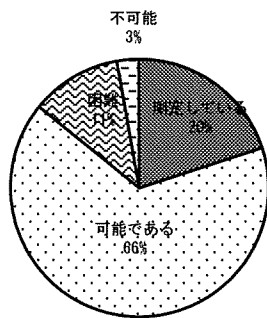
死亡退院患者率



退院後6週間以内緊急再入院率



糖尿病患者の血糖コントロール



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事業）
「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」
分担研究報告書

研究分担者：高橋 理 聖路加国際病院 一般内科 副医長
研究協力者：田頭 弘子 亀田メディカルセンター
内藤 亮 Imperial College NHS Healthcare Trust

研究要旨

目的：イギリス・フランスにおける医療の質の評価手法(データ収集・リスク調整、臨床指標、経営運営面での影響等)や施策の背景（規定する法規、施策導入過程の経緯、施策概要、社会的影響）を調査する。

方法：2009年9月24・25日にフランスにおいてフランス保健省（Ministere de la santé et des sports）の医療機関の質と安全局と HAS: Haute Autorité de santé (French National Authority for health)を、2009年9月30日に英国で Nottingham PRIMIS+ Annual Conference に参加し、10月1日に University of Manchester、National Primary Care Research and Development Centre (NPCRDC)の Dr. Helen Lester をそれぞれ訪問しインタビューを行った。

結果：I フランス訪問

- 1) 医療の質を測定する施策の背景：院内感染症の増加が報告され医療の質への関心が高まった。最近の調査でも、医療の質の向上は、医療費や医療のアクセスの改善よりも患者からのニーズとして関心が高いと報告されている。医療の質はお金で代われないものがある。
- 2) QI について：院内感染関連 QI 作成より始まった。2003 年患者の被害者団体から診療改善の要請があり着手、2006 年 6 月院内感染の調査を 2835 の医療機関（公立・民間）で公衆衛生監督機関が行った。HAS: Haute Autorité de santé (French National Authority for health)によって、院内感染症関連 QI (ICALIN) が作成された。これらを、院内感染 QI として導入して全国病院で調査を、行った。この調査は、COMPAQH (Coordination de la mesure de la performance pour l'amélioration de la qualité hospitalière)が行い、医療機関の反応や、導入する indicator の Feasibility 調査、取得したデータの信憑性の確保を行った。
- 3) QI の公開と社会への影響：インターネットなどで全病院の QI 指標にアクセスできる。PLATINE (Plateforme d'informations sur les établissements de santé) がそれを提供・担当している。患者満足度が高く安全性が高いと受診する患者が多くなるので、それが動機付けになると考える為、結果に対する経済的インセンティブは必要ないと考えている。
- 4) QI の今後の内容について：2006 年に院内感染を中心とした 5 つの QI。2010 年に次の新しい QI を作成導入する予定である。それらは、痛みコントロール・心疾患・麻酔の品質・カルテの品質・退院報告書がかかりつけ医に送付されるまでの期間である。

II. イギリス訪問

- 1) Nottingham PRIMIS+ (Primary Care Information Services) Annual Conference : 2000 年に設立され、プライマリケア機構(primary care organizations)がコンピュータシステムを効果的に利用して患者ケアの改善をおこなうことを手助けするサービスを行っている。毎年カンファレンスは Nottingham 大学が主に主催している。
- 2) Information Centre について:
2005 年に設立され、主な役割は、診療データ (health and social care information) を収集・蓄積して他施設に提供。質を高く保ち、全国レベルで包括的データを他の施設のために管理することであり、年間 900 回以上の依頼があるとのこと。
- 3) Care Quality Commission (CQC)について：2009 年 4 月に設立された。今までの 3

つの団体を統合。9つのエリアに分かれている。主な役割は、医療施設の登録・評価。とくに患者の安全が中心、それほかに、アウトカム評価・患者の期待、患者の独立 (independence)健康・QOLなどを重視している。

- 4) QOF (Quality Outcome and Framework)について：2003年より NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) が作成。予算は年間£10億であり、QOFはGPの給料の約25%を占める。GPの参加はvoluntaryだが、98%以上参加しているとのこと。QOF導入の背景は、政府レベルでの変化(医療の質は最も重要視)、研究レベル(質の測定方法の確立)、医師レベル(質を評価・公表することの理解・経済的インセンティブ)の3つが挙げられていた。
- 5) Clinical QI: 数(2009年)は、合計134 (Clinical domain 86, Organization 36, Patient Experience 3, Additional Services 9)で、QIの作成法：Stage1 ガイドラインを基にした情報収集 (NICE) → Stage2 プライオリティを決める (NICE) → Stage3 Piloting (NPCRDC/YHEC/IC) → Stage4 Validating (NICE) → Stage5 Change (DoH)
- 6) QOF導入の効果と問題点について—Dr. Helen Lester (National Primary Care Research and Development Centre, University of Manchester) のインタビューより：効果としては、医療の質の向上、データのクオリティの向上、医師をコンピューターになじませた。問題点は、始めの項目ではあまりにも達成率が高かった。また経済的インセンティブの影響が強くQOF項目のみに質向上が集中する結果になった。政治主導すぎたため、QOFの項目に含まれていない患者団体が彼らの疾患が軽視されるという不公平感と不安が生じた。診療時間は減少し、給料だけが増えただけという批判。
- 7) QOFの今後：給料の20%から2-7%に下げる予定。exception reporting rateのaudit。QI数は134からclinical QIのみで100ぐらいにしたい。QOF項目は毎年更新すべきである。今後、病院レベルでQOFの開始、5つの指標からNorthern partで行っているとのこと。

結論：医療の質を測定し公開することは英国やフランスにおいて関心もたれ実際に実行され整備されつつある。医療制度が異なるが我が国においても、それらの導入された背景・問題点は、今後参考になると考える。

A. 目的

イギリス・フランスにおける医療の質の評価手法(データ収集・リスク調整、臨床指標、経営運営面での影響等)や施策の背景(規定する法規、施策導入過程の経緯、施策概要、社会的影響)を調査する。

B. 方法

2009年9月24・25日にフランスにおいてフランス保健省 (Ministere de la santé et des sports) の医療機関の質と安全局と HAS: Haute Autorité de santé (French National Authority for health)を、2009年9月30日に英国で Nottingham PRIMIS+ Annual Conferenceに参加し、10月1日に University of Manchester, National Primary Care Research and Development Centre (NPCRDC)の Dr. Helen Lester をそれぞれ訪問しインタビューを行った。

ーを行った。

C. 結果

I フランス訪問

1) フランス保健省 (Ministere de la santé et des sports) の医療機関の質と安全局を訪問し、主に当局の構成・役割、施策の背景、医療の質の指標 (QI) 作成法・内容・公開、社会への影響についてインタビューを行った。

①医療機関の質と安全局の構成メンバー：中規模病院院長1人(患者の安全を担当、医師ではない)、医師2人、看護師2人、薬剤師3人、その他医療関係者2人の合計10人で構成されている。

②役割：主に院内感染、医薬品の管理、QI関連業務、医療の効率化を担っている。業務内容は、資金提供、教育・訓練、Good

Practice の提言、指標の公開・患者への情報提供を行っている。

③医療の質を測定する施策の背景：院内感染症の増加が報告され医療の質への関心が高まった。最近の調査でも、医療の質の向上は、医療費や医療のアクセスの改善よりも患者からのニーズとして関心が高いと報告されている。医療の質はお金で代われないものがある。

④QI について：医療の品質とは、適切な医療従事者によって適切な時期に、ガイドラインに沿って行われることを指す。院内感染関連 QI 作成より始まった。それは、まず、2003 年患者の被害者団体から診療改善の要請があり着手、2006 年 6 月院内感染の調査を 2835 の医療機関（公立・民間）で公衆衛生監督機関が行った。

HAS: Haute Autorité de santé (French National Authority for health)によって、院内感染症関連 QI (ICALIN) が作成された。ICALIN は 100 点満点の指標で 3 つの要素からなる。それは、病院内の組織（アクションプログラムを作ったか）、人的・金銭的手段（チームを作ったかどうか）、病院のアクションであり、それぞれが評価対象となる。病院の規模ごとに A から E まで格付けをおこなっている。

これらを、院内感染 QI として導入して全国病院で調査を、行った。この調査は、COMPAQH (Coordination de la mesure de la performance pour l'amélioration de la qualité hospitalière) が行い、医療機関の反応や、導入する indicator の Feasibility 調査、取得したデータの信憑性の確保を行った。データを収集は以前におこなっていた業務報告を利用した。

⑤ QI の公開と社会への影響：インターネットなどで全病院の QI 指標にアクセス (<http://www.platines.sante.gouv.fr/index.php>) できる。PLATINE (Plateforme d'informations sur les établissements de santé) がそれを提供・担当している。雑誌でもランキングを公開しているが、上位のみで、下位は公開していない。また、公開の前にはそれを病院に知らせている。公開について、導入当初は病院からの抵抗があったが、現在では病院の医療改善の原動力となっている。患者満足度が高く安全性が高いと受診する患者が多くなるので、そ

れが動機付けになると考える為、結果に対する経済的インセンティブは必要ないと考えている。

2) HAS (Haute Autorité de santé : 高等保険機構)に訪問し、主に HAS の構造、HAS が作成している QI の内容と今後についてインタビューした。

①設立：2004 年 8 月

②構成：350 人常駐（全体 3000 人）

③目的：患者ケアの質の改善と健康システム内で平等性を保証するために行われる活動を取りまとめる機関、フランス保健省の目的に沿って実行する。その活動内容は、薬や医療機器の評価からガイドラインの発行、医療機関の承認、医師の審査・承認、患者への医療情報提供と医療情報の質の改善を政府からは独立して行う。

④医療の質の改善策：主に 3 つの方法を用いる。医療機関の承認：公立・私立を含めた全医療機関を 4 年毎に評価し承認する。生涯教育：ガイドラインに沿った医療に関する教育。医師や医療機関へ証明書の発行

⑤QI の今後の内容について：2006 年に院内感染を中心とした 5 つの QI。2010 年に次の新しい QI を作成導入する予定である。それらは、痛みコントロール・心疾患・麻酔の品質・カルテの品質・退院報告書がかかりつけ医に送付されるまでの期間である。

II. イギリス

1) Nottingham PRIMIS+ (Primary Care Information Services) Annual Conference : 2000 年に設立され、プライマリケア機構(primary care organizations)がコンピュータシステムを効果的に利用して患者ケアの改善をおこなうことを手助けするサービスを行っている。毎年カンファレンスが行われ、Nottingham 大学が主に主催している。今年行われたカンファレンスのトピックについての講義とそれについてディスカッションした内容を示す。

①Information Centre について：

2005 年に設立され、主な役割は、診療データ (health and social care information) を収集・蓄積して他施設に提供。質を高く保ち、全国レベルで包括的データを他の施設のために管理することであり、年間 900 回以上の依頼があるとのこと。

②Care Quality Commission (CQC)について。2009年4月に設立された。今までの3つの団体を統合。9つのエリアに分かれている。主な役割は、医療施設の登録・評価。とくに患者の安全が中心、それほかに、アウトカム評価・患者の期待、患者の独立(independence)健康・QOLなどを重視している。登録の予定：2010.1 NHS trust, 2011/4 primary medical service で開始される。

③ QOF (Quality Outcome and Framework)について：2003年より NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) が作成。予算は年間£10億であり、QOFはGPの給料の約25%を占める。GPの参加はvoluntaryだが、98%以上参加しているとのこと。QOF導入の背景は、政府レベルでの変化(医療の質は最も重要視)、研究レベル(質の測定方法の確立)、医師レベル(質を評価・公表することの理解・経済的インセンティブ)の3つが挙げられていた。

Clinical QI：数(2009年)は、合計134(Clinical domain 86, Organization 36, Patient Experience 3, Additional Services 9)で、QIの作成法：Stage1 ガイドラインを基にした情報収集(NICE) → Stage2 プライオリティを決める (NICE) → Stage3 Piloting (NPCRDC/YHEC/IC) → Stage4 Validating (NICE) → Stage5 Change (DoH) (図)

2) Dr. Helen Lester (National Primary Care Research and Development Centre (NPCRDC), University of Manchester) にインタビューを行った。

①医療の質を推進する背景について：社会的背景としては、90年代 EBM やそれに基づく Guideline の普及。政府から、医療の質への関心、National Service Framework, Audit の開始、'98年 Clinical Governance など。医師側からの背景は、医療費の削減のため医療の多くを GP へ誘導し GP の仕事量が増大、給料が専門医と比較して2/3程度などより、GPが海外へ流出とそれによる外国からの医師の流入。また、GPの仕事に対する満足度の低下、医学生からGPの敬遠により、2001年のGPに対するアンケートにより、このままではストライキを起こすとGPの86%が回答した。こ

れらより、GP数の確保と質の向上のため、GP環境の改善(new General Medical Service)に取り組むこととなった。

その解決策の一つとしてQOFが導入され、GPの“給料”を上げることと質をリンクさせた。

②QOFについて：

導入時：すでにGPの有志がつくっていた指標 PRICIZ(42指標)があった。

プライオリティ：Senior academic と BMA (British Medical Association:労働組合)が決めた。基準は、Common disease, primary care base, significant morbidity and mortality, clear diagnosis (measurable, recordable, simple)。エビデンス付けを行ったが、エキスパートによる選考によるもので、その確認としてのパイロット研究などの事前調査はなしに全国一斉試用が始まった。

2009年4月からNICEへ移行

効果について：医療の質の向上(QOF導入前からすでに達成していた項目も多く、やや効果度が弱かったかもしれない)、データのクオリティの向上、医師をコンピューターになじませた。

問題点：始めの項目ではあまりにも達成率が高かった。また経済的インセンティブの影響が強くQOF項目のみに質向上が集中する結果になった(QIの指標以外が注目されない、医師患者関係の増悪など)政治主導すぎたため、QOFの項目に含まれていない患者団体が彼らの疾患が軽視されるという不公平感と不安が生じた。診療時間は減少し、給料だけが増えただけという批判も大きかった。

対応策：給料の20%から2-7%に下げる予定。exception reporting rateのaudit。

Lester先生の意見としては、QI数は134からclinical QIのみで100ぐらいにしたい。QOF項目は毎年更新するべきとのことであった。

また、今後、病院レベルでQOFの開始、5つの指標からNorthern partで行っているとのこと。

D. 考察

英国は、NHS (National Health Service: 1948年に設立された150万人の従業員をかかえる世界最大規模の公

的医療機関：森 宏一郎 イギリスの医療政策（NHS）改革 日医総研ワーキングペーパー 2007, 参照）を中心に、プライマリケアにおける医療の質管理はエビデンスを基に経済インセンティブをつける目的で QOF という QI を基に行っており、専門科医療でのトラフとともに日本の保険点数と類似した形を呈している。ただし医療構造はプライマリケアと専門医療の間に明確な線引きがなされており、その基本構造での種々の細かい構造などは日本の現状とは著しく異なり、単純に対比させて考察することは難しい。

その点、フランスの医療はプライマリケアと専門科医療の住み分けは日本の構造にやや近い中で行われており、フランスと英国の取り組みの類似点を見ることで、日本での今後の可能性として考察していく価値はあるように感じられる。

両国とも、医療の質向上への動きは医療事故や感染症などが社会的問題となったことそのものや、その対応のために医師の仕事量が増大し医療環境の悪化したことを契機として、実施されてきている背景があり、非医師の医療の中での活躍の場の拡大や医療ガイドライン作成、QI の整備とリンクして経済的なインセンティブつけの基で行われてきている。またそれらの実施も検閲も設立は政府主導でありながら、運営は政府からも医師・医療団体からも独立した第三機関が管理する構造になっている。

全体として、医療の質向上への社会的ニーズの広がり大きい中で、その実施のために政府主導で政府と独立した質管理機関の設立がなされ、経済的インセンティブや仕事の細分化による医師以外の人員の医療ケア参入のさらなる促進、そしてそのための医療費・人員の投入が構造整備とともになされてきていることが印象的であった。

E. 結論

医療の質を測定し公開することは英国やフランスにおいて関心もたれ実際に実行され整備されつつある。医療制度が異なるが我が国においても、それらの導入された背景・問題点は、今後参考になると考える。

謝辞：フランス訪問先の紹介にご協力頂いたフランス日本大使館一等書記官 岡本利

久氏に深謝する。

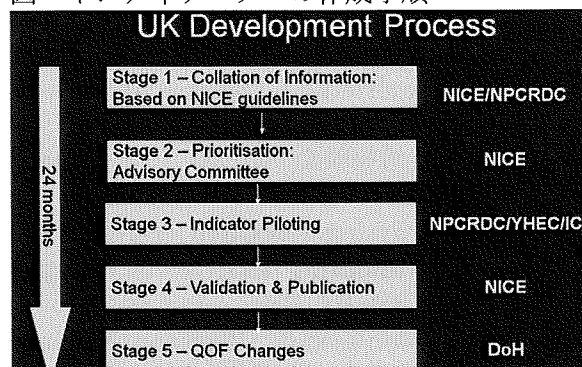
F. 研究発表

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

図 インディケーターの作成手順



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

オランダ訪問に関する報告

研究分担者：小俣富美雄 聖路加国際病院 内科 副医長

日本において医療サービスにおける Quality indicator (QI) が最近注目されている。諸外国においてはすでに種類の QI を様々な形で利用している国がある。こうした国の一つにオランダがあり、QI の導入の過程、及び最近の動向を調査するために、2010. 2. 15-19 の間、オランダを訪問した。3 つ (Utrecht University, Free University, Leiden University) の大学病院で会合をもち、それぞれの医療施設の QI 関係者、及び日本の厚生労働省に相当する Ministry of Health, Welfare and Sport に勤務する官僚から上記項目に関するプレゼンテーションを受けた。日本の現況については筆者がプレゼンテーションを行い、日本とオランダのこれらの分野における違い、また、QI の問題点などに関して議論した。

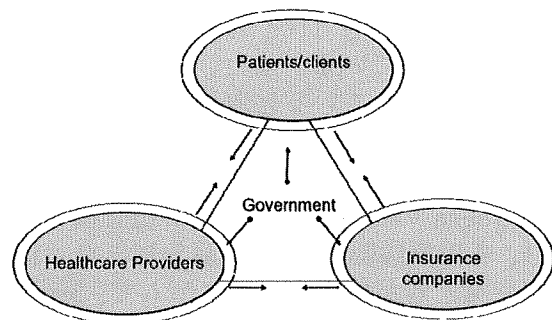
オランダの面積は 41526 平方キロメートル、人口は 1640 万人である。国民の年齢の中央値は 40 歳であり (日本人の年齢の中央値 44 歳)、人口 1000 人あたりの医師数は 3.9 人 (日本は 2.1 人) である。オランダの医療を担う医師は大きく以下の 3 種類に分類される。第一は国民の医療サービスへの窓口となっている Primary care physician であり、第二は病院を基盤として働く各分野の専門医である。第三は高度な専門医療機関を基盤とする専門医である。

オランダの医療保険制度は、2004 年に大きく変更された。即ち、それまでは、政府自身も保険者であったが、この期を境に保険者は保険会社に変更された。ただし、これらの保険会社は政府から法律により多くの制限を受けている。例えば、保険会社は保険の引き受けを拒むことはできないし、一方的に保険契約を解約する事も許されない。一方において、十分

な所得のない人に関しては、政府が肩代わりをして保険料を納付するシステム (Government subsidised private insurance system) になっている。

こうした変化の背景には、医療サービスの提供を従来の政府により価格統制された状態から自由競争による医療サービスに変更することにより、価格競争を促したい、との政府の意図がある。即ち、" Budget based" から競争原理が働きうる " Product based financing" への変更である (下図参照)。ただし、オランダ政府は、Medicare、Medicaid を除いた米国のように、医療サービスを完全に自由化するのではなく、徐々に解放し最終的に総医療費の 70% を解放しようと考えているとのことであった。

Healthcare: Dynamic marketplace



Groot, P

オランダの病院及び開業医においては、以前から政府による調査が年に一度実施されてきたが、2004 年から調査項目に Basisset (Basic set) と呼ばれる QI が含まれるようになった。2004 年の時点では、糖尿病、循環器疾患、妊娠などの 20 のテーマのそれぞれに付随して複数の項目があった。2008 年には Basisset に加えて Zichtbare Zorg (Healthcare transparent) と呼ばれる新たな QI が追加

された。2009年には23の疾患に関するZichtbare Zorgが発行され、それぞれ小冊子の中にQIが記載されている。こうして、Zichtbare Zorgの対象となる疾患の数も年々増加する傾向がある。また、2009年には、Basisset(別添資料)、Zichtbare Zorgに加えて、医療安全に関するIndicatorも導入された。これら3種類のQIに関しては、2011年を目処に一つの冊子に統一される予定になっている。

こうして、すでに国家レベルで実用化されているQIの選択過程に関して、Utrecht Universityのこの分野の担当教授たちに詳細を尋ねてみると、選択根拠に関しては明快な回答はえられなかった。また、医療現場への導入に関しては、従来から行われてきた検閲の項目を追加する形で行われ、例えば、導入の時点でQIを提供する医療機関側に経済面での動機付けを与える、などの施策はとられなかった。即ち、こうしたQIを含む検閲を行い、一定の基準に満たない部門に関しては、閉鎖などの処置をとる、とのことであった。

また、現在使用されているQIの妥当性に関する脆弱性はこちらでも良く認識されていて、Electric medical record systemを導入しての個人レベルでのBrain or Blame free reporting systemが求められている。また、Basisset(*)にも掲載されている結腸直腸手術分野においては第三者機関によるAudit systemが導入されている。このAudit systemはBusinessの世界における会計監査に相当し、各医療機関のQIの計算根拠となる情報を第三者が抽出するシステムで、Brain or Blame free reporting systemと並んで、今後の役割が期待されている。

オランダの医療事情は、国民年齢の中央値、医師数などから推察すると、日本より恵まれている感がある。これに加えて医師を3種類に大きく分類しそれぞれの役割を明確化することで、より効率の高い医療資源の利用が行われている。

また、保険制度に関しては、日本のような政府が全面的に介入した価格統制を伴う保険制度と、米国のように政府の関与が極端に少ない保険制度の両方の中間点

を模索しているように見受けられた。Free Universityの担当教授によると、オランダは他の政府が導入に失敗した保険システムを導入できた、と誇らしげであった。ただし、政府の担当者によると、日本と同様に、こうした医療制度の改革には相当な時間と労力が費やされた、との事である。

オランダの医療サービスにおける質の追求に関しては、Diagnosis-related Group (DRG)のすべての医療機関への導入や、2004年の政府によるQIの導入など、日本に比べると格段に進んでいる印象を受けた。ただし、QIの項目の選択に関しては、学術機関の担当者の意見にもあるように、はっきりした科学的根拠には乏しく、手探りの状態である点は、日本と変わらないようである。また、医療機関におけるElectric medical record systemの普及に関しては、日本よりやや遅れている感を受けた。

筆者の私見に過ぎないが、実際の医療現場にQIの導入がすでに行われているオランダの医療サービスは、近年改革された医療保険にも代表されるように大変ユニークなものであり、日本におけるQIの導入、医療保険制度改革にあたり、大変参考になりうる国であると思われた。

(別添資料)

*Basisset2009 日本語訳

(別添資料)

Basisset 2009 日本語訳

Hospital Performance Indicators

Basic Set 2009

Netherlands Health Care Inspectorate (IGZ)

Dutch Hospitals Association (NVZ)

Dutch Federation of University Medical Centres (NFU)

Association of Medical Specialists (OMS)

2008年6月、ユトレヒト

目次

はじめに

ユーザーマニュアル

指標

1 褥瘡

- 1.1 説明 病院全体の褥瘡の点有病率
- 1.1 指標 病院全体の褥瘡の点有病率
- 1.2 説明 均質な患者集団における褥瘡発生率
- 1.2 指標 均質な患者集団における褥瘡発生率

2 栄養失調

- 2.1 説明 病院における栄養失調のスクリーニング
- 2.1 指標 病院における栄養失調のスクリーニング
- 2.2 説明 栄養失調の治療
- 2.2 指標 栄養失調の治療

3 医薬品の安全性監視

- 3.1 指標 細胞増殖阻害薬の依頼に関するデータの完全性
- 3.2 指標 細胞増殖阻害薬の出庫

4 医療 ICT

- 4.1 説明 電子データおよびプロセス支援 ICT の利用可能性
- 4.1 指標 電子データおよびプロセス支援 ICT の利用可能性

5 院内感染

- 5.1 説明 院内感染サーベイランス
- 5.1 指標 院内感染サーベイランス

6 合併症の登録

- 6.1 説明 合併症の登録
- 6.1 指標 合併症の登録

7 術後の疼痛

- 7.1 説明 標準化された疼痛評価を実施した術後患者の割合
- 7.1 指標 標準化された疼痛評価を実施した術後患者の割合
- 7.2 説明 術後 72 時間以内に疼痛スコア 7 を超える痛みを経験した患者の割合
- 7.2 指標 術後 72 時間以内に疼痛スコア 7 を超える痛みを経験した患者の割合

8 危険性が高いインターベンションの件数

- 8.1 説明 腹部大動脈瘤手術件数
- 8.1 指標 腹部大動脈瘤手術件数
- 8.2 説明 食道癌切除術件数
- 8.2 指標 食道癌切除術件数

10 結腸直腸手術

- 10.1 説明 結腸直腸手術後の緊急再手術
- 10.1 指標 結腸直腸手術後の緊急再手術
- 10.2 説明 Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA) への参加
- 10.2 指標 Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA) への参加

11 手術のキャンセル

- 11.1 指標 待機手術前 24 時間以内の手術キャンセル率

12 集中治療

- 12.1 説明 集中治療のレベル分類
- 12.1 指標 集中治療のレベル分類
- 12.2 説明 院外質保証機関によるレベル分類の確認
- 12.2 指標 院外質保証機関によるレベル分類の確認
- 12.3 説明 ICU の登録集中治療専門医数 (常勤換算)
- 12.3 指標 ICU の登録集中治療専門医数 (常勤換算)
- 12.4 説明 ICU における患者 1 人あたりの人工呼吸時間
- 12.4 指標 ICU における患者 1 人あたりの人工呼吸時間
- 12.5 説明 NICE への参加およびデータの提供
- 12.5 指標 NICE への参加およびデータの提供

13 妊娠

- 13.1 説明 帝王切開率

13.1 指標 帝王切開率

14 糖尿病

14.1 説明 糖尿病患者における平均HbA1c値

14.1 指標 糖尿病患者における平均HbA1c値

14.2 説明 糖尿病患者の眼科検診

14.2 指標 糖尿病患者の眼科検診

15 心臓病

15.1 説明 心臓外来での初診後1年以内の死亡率

15.1 指標 心臓外来での初診後1年以内の死亡率

15.2 説明 急性心筋梗塞による入院での院内死亡率

15.2 指標 急性心筋梗塞による入院での院内死亡率

15.3 説明 ペースメーカー植え込みの評価：体系的なデータ登録への参加

15.3 指標 ペースメーカー植え込みの評価：体系的なデータ登録への参加

15.4 説明 心不全による再入院

15.4 指標 心不全による再入院

16 脳血管障害（CVA）

16.1 説明 病院到着から血栓溶解療法開始までの時間

16.1 指標 病院到着から血栓溶解療法開始までの時間

17 股関節骨折

17.1 説明 股関節骨折後24時間以内に手術を受けた患者の割合

17.1 指標 股関節骨折後24時間以内に手術を受けた患者の割合

18 乳癌

18.1 説明 分類方針18.1 指標 分類方針18.2 説明 初回乳房温存手術後に *in situ* に癌細胞が残存していた患者の割合

18.2 指標 初回乳房温存手術後に *in situ* に癌細胞が残存していた患者の割合

18.3 説明 院内情報システムまたは電子カルテにおける、術前・術後の複数診療科にわたる乳房診察結果報告の利用可能性

18.3 指標 院内情報システムまたは電子カルテにおける、術前・術後の複数診療科にわたる乳房診察結果報告の可用性

19 白内障

- 19.1 説明 手術データの登録
- 19.1 指標 手術データの登録
- 19.2 説明 片方の眼ともう一方の眼の手術の間に十分な待機時間があった患者の割合
- 19.2 指標 片方の眼ともう一方の眼の手術の間に十分な待機時間があった患者の割合

20 小児の手術

- 20.1 説明 虫垂切除術後の在院日数
- 20.1 指標 虫垂切除術後の在院日数

21 専門医のパフォーマンス評価

- 21.1 説明 年1回の人事考課面談
- 21.1 指標 年1回の人事考課面談
- 21.2 説明 専門医の個別パフォーマンス評価システム
- 21.2 指標 専門医の個別パフォーマンス評価システム
- 21.3 説明 専門医のパフォーマンス不良に対する措置
- 21.3 指標 専門医のパフ

フォーマンス不良に対する措置

付録

頻出する用語の定義

2009年の基本指標の変更点（2008年との比較）

はじめに

このたび、Netherlands Health Care Inspectorate (IGZ) (オランダ医療監督局) より「*Basic Set of Hospital Performance Indicators* (病院のパフォーマンスに関する基本指標)」第7版となる2009年版を刊行することとなりました。本書の目的は、IGZが収集したデータを公開し、2009年に期待される結果の概要を明確かつ分かりやすく示すことにあります。

パフォーマンス指標を使った医療の質の評価は、今や品質保証プロセスに欠くことのできない要素です。また、パフォーマンス指標は医療機関の経営に組み込まれています。

とはいえ、パフォーマンス指標の分野では絶え間ない展開がみられます。2008年版に記載したとおり、Ministry of Health, Welfare and Sport (VWS) (厚生・福祉・スポーツ省) に代わり、IGZは政府機関である *Zorgbrede Transparantie van Kwaliteit* (ZbTK、医療における質の透明性) を設立しました。ZbTKは、医療選択肢と医療の利用に関する情報を提供するために使用する、疾患別指標の作成に主眼を置いています。したがって、これらの指標はIGZの査察範囲を超えるものです。これら指標の作成実現に向けて、ZbTK主導の下、プロジェクト・運営委員会 *Zichtbare Zorg Ziekenhuize* (ZZZ) (医療機関における医療の透明性) が設立されました。今後数年以内に、査察関連指標を含む *Basic Set of Hospital Performance Indicators* は疾患別指標へと展開していくでしょう。

Basic Set of Hospital Performance Indicators は、法により定められた年次報告書の一部であり、*Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording* (社会的説明責任に関する年次文書) に含まれています。関連データはウェブサイト (www.jaarverslagenzorg.nl) より提出してください。データ入力時に問題が生じた場合は、Eメール (jaardocumentmv@minvws.nl) または電話 (+31 70 340 6900) でヘルプデスクに連絡してください。本入力ツール使用にあたっては www.ziekenhuizen transparant.nl と同じ要件が適用されます。

2008年版からの変更点

2008年版とは異なり、2009年版はこれまでより約6カ月早く刊行されます。これにより、遅れることなく、あるいは可能な場合はより早期にデータをご提出いただけます。2008年版(2007年12月)と2009年版の刊行間隔が短いことから、大きな変更はありません。一方、2009年版の早期刊行にあたり、2007年の実績を盛り込むことはできませんでした。したがって、2007年データに基づく変更は2010年版に反映されます。それでもなお、2009年版では、定義のさらなる明確化、説明の変更、少数の新たな指標の導入などに取り組ん

でいます。関係者との協議の上、2009年版で実施可能な変更と、2010年版で実施する変更を決定しました。

定義や質問が明確に示されていないければ、解釈の相違が生じる可能性があります。IGZ ならびに関係者は、このような問題点を指摘ならびに是正する責任を有しています。

初版となる 2003 年版の刊行以降、多様な指標が新しい指標に置き換えられました。これはすなわち、もはや指標の順序が全く論理的ではないことを意味しています。2010 年版では 2009 年版よりも大きな変更がなされると思われれます。したがって、2010 年版では、指標の順序を入念に吟味し、必要に応じて章番号を変更します。

より早期のデータ提出

2008 年、より早期のデータ提出が決定され、データ提出期限は、報告対象年の次年の 3 月 1 日となりました。したがって、2009 年版については、**2010 年 3 月 1 日**までに、社会的説明責任に関する年次文書用にデータをご提出いただく必要があります。

このような決定は、本年より、*Basic Set of Hospital Performance Indicators* の刊行をこれまでより約 6 カ月早めることによるものです。病院には、データをより早期にご提出いただくこととなりますが、これにはいくつかのメリットがあります。まず、IGZ がより早期の段階でデータのクリーンアップを行い、年次文書での発表前にこれらのデータを病院に報告することができます。このようなアプローチによって、誤っている可能性のある情報が公表されるのを防ぎます。また、次年の指標の向上に向けた取り組みが可能となります。

正式な発刊日とデータの発表については従来通りです。病院には、2010 年 6 月 1 日に病院のウェブサイトでデータを発表することが義務づけられます。

2009 年版の最終結果は、Netherlands Health Care Inspectorate (IGZ) のウェブサイト (www.igz.nl) および 2010 年末に刊行される「*Het resultaat telt 2009* (2009 年結果)」に掲載されます。結果は、*Wet openbaarheid van Bestuur* (政府情報法) に従ってすべて開示されます。

パフォーマンス指標から収集されたデータは、IGZ が監督責任を果たす上で重要な手段となります。提供された医療の潜在的リスクを示す指標は、この一年、強制手段としても使われました。たとえば、IGZ は食道切除術に関する強制手続きに着手し、データ検証を行いました。当該データ検証において、提出されるべきデータが、実際にはすべて提出され

ていないことが判明しました。このような状況を受けて、IGZ はデータ検証の対象範囲を拡大し、ランダムチェックを実施することとしました。

2008 年版においてすでに、2009 年版には専門医の人事考課面談の結果を測る指標、ならびに病院標準化死亡比（Hospital Standardised Mortality Ratio : HSMR）採用の現状を示す指標を導入することを示していました。

実際に、2009 年版には専門医の人事考課面談の結果を測る指標が組み込まれています。同指標は 3 つのパートに分かれており、年次考課面談制度の有無、専門医の個別パフォーマンス評価システムの使用、ならびにパフォーマンスが低下した場合の規定に関する質問で構成されています。

2009 年版には HSMR の導入に関する指標が組み込まれていませんが、安全性プログラムの枠内で監視対象となる予定です。また、褥瘡に関する項に皮膚の浸軟を含めるべきか否かについて議論されていますが、IGZ は関連する指標の変更は行わず、2008 年版と同様の対応を取ることを決定しました。

Dutch Hospitals Association（NVZ）（オランダ病院協会）が *Basic Set of Hospital Performance Indicators* に関与するのは、2009 年版が最後となります。これまで、NVZ によって有益な質問がなされてきました。しかし、現状においては、一部の質問は今も Annual Hospital Figures Survey（年次病院データ調査）に含まれていますが、不要となった質問もあります。

Basic Set of Hospital Performance Indicators は完璧ではありません。定義や質問が明確に示されていないければ、解釈の相違が生じる可能性があります。IGZ ならびに関係者は、これらの問題点を指摘ならびに是正する責任を有しています。2009 年版に含まれる多数の指標については再評価を行い、必要に応じて書き直しおよび／または変更を行っています。

2008 年版からの具体的な変更点

各指標の変更点を説明した付録（107 ページ）を参照してください。

全般

ほぼすべての指標は、登録システムが利用可能であるかについて尋ねています。登録システムとは、該当する指標のデータを自動的に得ることのできるシステムを指します。

胆嚢摘出術

同指標は削除しましたが、別の指標との差し替えは行っておりません。

緊急再手術

同指標のタイトルを「直腸結腸手術」に変更しました。Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA) への参加に関する質問を追加しました。

心臓病

この指標では、初診 (FAC) 後 1 年以内の死亡率を尋ねています。分母および分子の定義をより具体的に示しています。心不全外来クリニックの運営に関する質問は削除しました。ペースメーカーの登録に関する質問を追加しました。

脳血管障害

病院到着から血栓溶解療法開始までの時間に関する質問では、到着後 1 時間以内、1~2 時間、2 時間以上後で患者を区別しました。

股関節骨折

同指標より温存療法を削除しました。

乳癌

研修方針のデザインに関する質問を削除しました。また、院内情報システムまたは電子カルテにおける、術前・術後の複数科にわたる乳房診察結果報告の可用性に関する質問を追加しました。

専門医の人事考課

本指標を新たに導入しました。

説明責任

これまでの *Basic Set of Hospital Performance Indicators* と同様に、2009 年版は Netherlands Health Care Inspectorate (IGZ)、Dutch Federation of University Medical Centers (NFU) (オランダ大学病院連合)、Dutch Hospitals Association (NVZ)、および Association of Medical Specialists (専門医協会) がそれぞれに担当責任を有する下で共同作成されました。IGZ にとって指標は予防的研究手段であり、リスク評価に基づき監視の優先順位をつけることができます。一方、医療部門の機関にとってパフォーマンス指標は、内部管理を行う上で適切であると同時に、病院の社会的説明責任を果たす上で重要です。