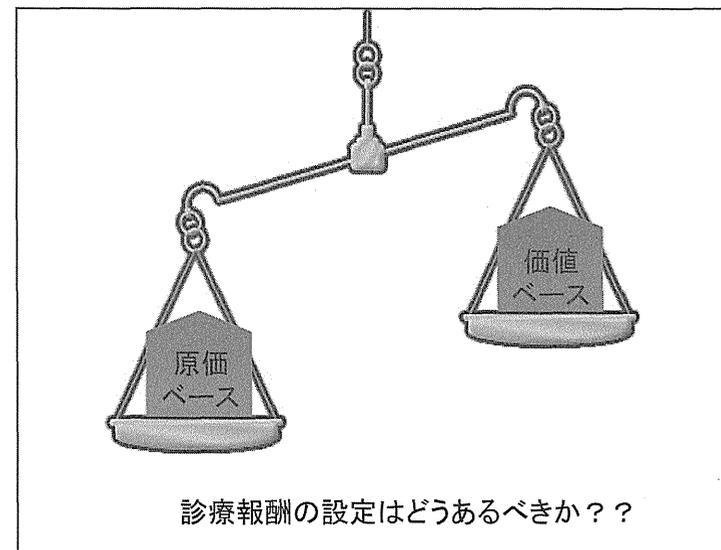


アカウントビリティ(責任)指標 4つの条件

- そのプロセスがアウトカム改善をもたらすという強いエビデンス
- そのプロセスが実行されたことを正しく把握可能
- 多くのプロセスを経ることなくアウトカムの改善をもたらすことができる
- 有害事象が起りにくい

[Chassin et al., 2010]



まとめ

- 臨床指標を用いた医療の質評価は世界の潮流。
- DPCデータによる臨床指標算出の研究が進んでいる。
- 病院内での系時的变化や、病院間の比較を行い、医療の質改善に用いることが可能。
- 但し、医療費支払への反映については慎重であるべきとの考え方もある。

DPCと医療の質

2014年3月1日 DPC盛岡セミナー
京都大学医療経済学分野
猪飼 宏
hikai-kyt@umin.net

クリニカル・インディケーターとは

(臨床指標 診療指標 医療の質指標
clinical indicator, quality indicator)

- 特定の治療行為のプロセスや、その結果を測定するもの。
(Worning AM, 1992)
- 患者への治療結果に影響をおよぼす
重要な統制・経営・診療・支援機能 の質についての
監視・評価に活用できる定量的な指標。 (JCAHO, 1989)
- 患者への治療結果に影響をおよぼす
患者ケア・診療支援機能・組織機能 の質を
監視・評価・改善するためのガイドとして活用可能な
測定ツール・スクリーン・あるいはフラッグとなるもの。
(Canadian Council on Health Services Accreditation, 1996)

「医療の質」 Quality of Care

■ 'the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge'
(Lohr KN 1990)

- 個人や社会から見て、医療サービスを受けることにより、
 - 望ましい健康状態にいたる可能性がいかに高まったか？
 - そして、サービスの内容は現状の専門知識に沿っているか？

Clinical indicatorの歴史(1)

- 19世紀にはクリミア戦争の英国群においてナイチンゲールが病院内死亡率を分析。
- 1910年に米国のCodmanがEnd result systemを発表。外科術後患者の追跡調査による治療成績の評価をするシステムとして1912年米外科医会が採用。しかし、手間・費用・厳格すぎる基準・公開義務などに同僚が反発、Codmanは追放される。
- 1918年 - 米外科医会が1ページの基準書に沿って692病院を調査、合格はわずか89病院、調査結果は破棄された。
- 1926年 - 米外科医会が18ページの基準書を作成。
- 1950年 - 3200以上の病院が、基準書をクリアする。

Clinical indicatorの歴史(2)

- 1951年 - 外科医会の試みに米内科医会・米病院協会・米医師会・カナダ医師会が合流、NPO設立。
- 1964年 - 有料のサーベイを開始する。
- 1965年 - メディケア法案が可決。JCAHOの認定病院が、メディケア適用医療機関とみなされる。
- 1966年 - 長期ケアのための認定を開始。
- 1975年 - 外来医療施設の認定を開始。
- 1983年 - ホスピスケア認定を開始。
- 現在ではJoint Commissionの名で全米で17000を超える医療機関を審査・認証。国際版のJCIも発足。

日本でも

- 1976年(昭和51年) - 日本医師会内に病院委員会を設置し病院機能評価の手法について検討を開始。
- 1985年(昭和60年) - 日本医師会と厚生省(当時)が合同で病院機能評価研究会を設置。
- 1987年(昭和62年) - 同研究会が「病院機能評価マニュアル」を作成公表。
- 1995年(平成7年) - 「財団法人日本医療機能評価機構」が発足。
- 1997年(平成9年) - 本審査開始。
- 2009年(平成21年) - 病院機能評価 統合版評価項目V6.0
- 2013年(平成25年) - 同V7.0へ移行予定
 - 診療プロセスの評価に重点

よくある疑問

- 臨床研究とはどう違うの？
- 本当に測って意味があるの？
 - その数字を改善すると、誰かが幸せになる？
- その数値は、現場の努力で改善できるの？
 - しかも、結果がすぐに数字に表れてほしい。
- 自分の施設で測るだけで良いのか？
 - 多施設間比較を行う意味は？
- データを集めるのが大変じゃないか？
 - 手間をかけずに、統一されたルールで。
- データは誰に見せるもの？
 - 患者含め一般に公開すべきもの、しにくいもの。

当セッションの内容

- 医療の質指標(QI, CI)の目的
- 根拠ある測定項目を選ぶ
- 診療改善につなげるために
- データ収集にDPCを活用する意義
- 多施設間比較を進める試み
- 指標の公開をめぐる

医療の質指標 測定の目的

- 治療の質を記述する。
- 経時的に多施設と比較(ベンチマーキング)。
- 医療機関が運営上の優先順位を決定する。
- 説明責任・規制・認証を支援する。
- 医療の質の改善を支援する。
- 患者が自分のかかる医療機関や、自分の受ける治療オプションについて、選択・判断の材料にする。

→「見える化」による様々な活用を期待。

京大医療経済学/猪飼宏2014

9

355

医療の質指標 測定の意義

- 測り始めることで、注意が向く。
- 測ることを意識すると、診療が変わる。
- 他との比較で、励みになる。
- 参加施設全体の診療の質が底上げされる。
- 「いい病院」が増える。
- 人々が健康になる。
- 医療費を効率よく使うことができる。
- 日本の国も元気になる。

京大医療経済学/猪飼宏2014

10

医療の質と経営の質

- 医療の質が改善すると、
 - 早期回復・早期退院
 - 患者満足度の向上
 - 患者数の増加
 - 手術件数の増加
 - 1日当たり収益の向上
- 適切な情報公開の仕組みがあれば、質改善の取り組みは経営改善と矛盾しない。
- むしろ、行き過ぎた経営管理が医療の質を下げているか、という観点も重要。

京大医療経済学/猪飼宏2014

11

いわゆる「臨床研究」との違いは？

例: 脳塞栓症の急性期治療

- 血栓溶解薬t-PAによって、脳血流の再開通が見られた。
- ↓
- 発症後3時間以内にt-PAを投与すると、3カ月後のADLが有意に改善。早ければ早いほど有効。
(Hacke W, Lancet 2004;363:768)
- ↓
- 当院ではt-PAを適切に使用できる体制を整えたので、以前よりも退院時ADLが改善した。

よい薬剤(効能)

基礎研究や前臨床試験で評価。

よい治療(効果)

臨床試験や観察研究で評価。

よい診療(成果)

実際の診療内容に即して評価。

京大医療経済学/猪飼宏2014

12

当セッションの内容

- 医療の質指標(QI, CI)の目的
- 根拠ある測定項目を選ぶ
- 診療改善につなげるために
- データ収集にDPCを活用する意義
- 多施設間比較を進める試み
- 指標の公開をめぐって

医療の質の評価軸 Donabedian model

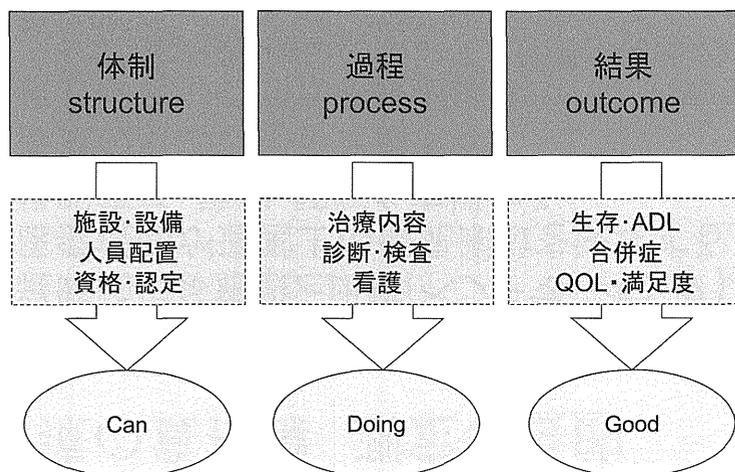
- 医療の質の評価軸は、3つに大別できる。
 - 構造 (structure)
 - 過程 (process)
 - 結果 (outcome)

Donabedian A.

A guide to medical care administration. Vol. II:
Medical care appraisal – quality and utilization.

APHA New York 1969

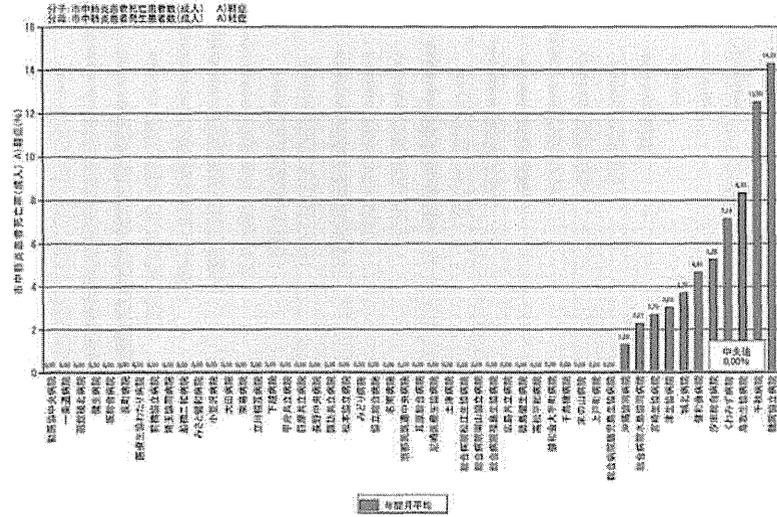
「医療の質」をとらえる3つの視点



各指標の例

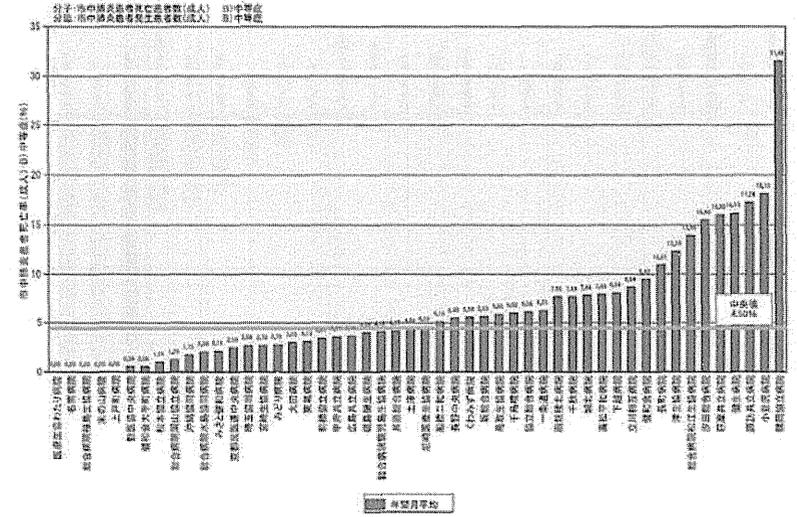
- ストラクチャー
 - 専門医の有無
 - 24時間CT対応
 - 病棟薬剤師の配置
 - 院内感染対策チームの配置
- プロセス
 - 診療ガイドラインに沿った投薬
 - 救急到着後90分以内の心臓カテーテル実施
- アウトカム
 - 糖尿病コントロール割合
 - 血圧コントロール割合
 - 転倒・転落発生割合
 - 再受診割合
 - 退院時のADL
 - 患者満足度
 - 死亡退院割合

指標18：市中肺炎患者死亡率(成人) A) 軽症



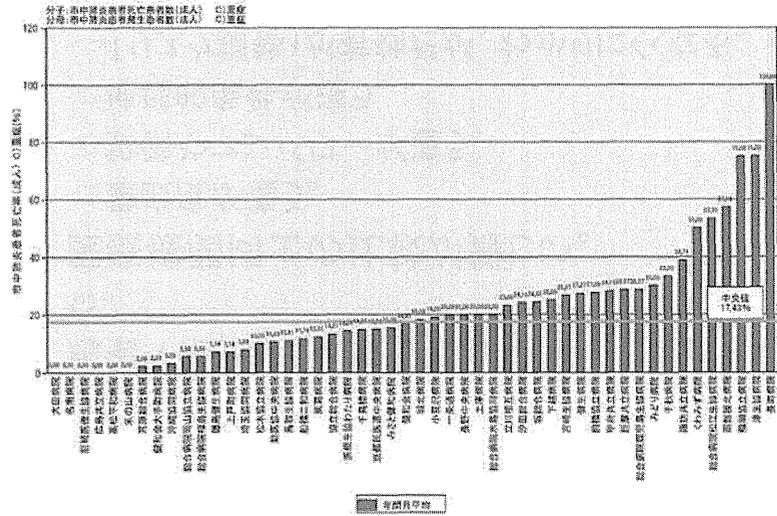
125 京大医療経済学/猪飼宏2014

指標18：市中肺炎患者死亡率(成人) B) 中等症



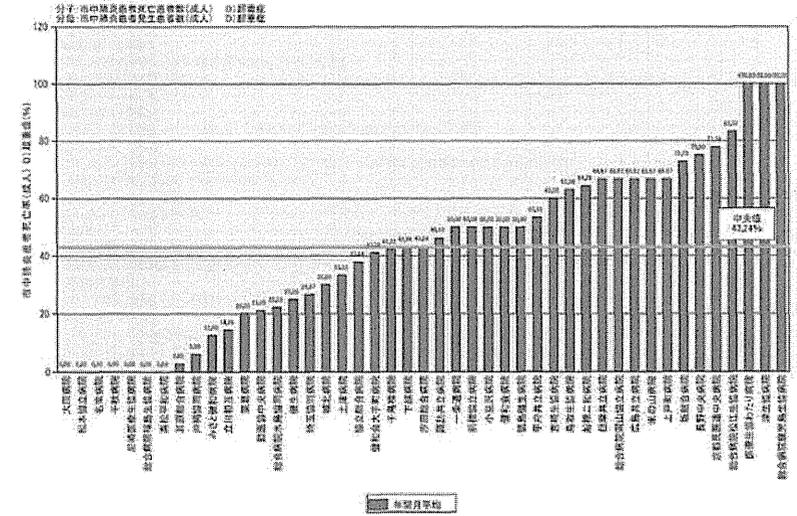
126 京大医療経済学/猪飼宏2014

指標18：市中肺炎患者死亡率(成人) C) 重症



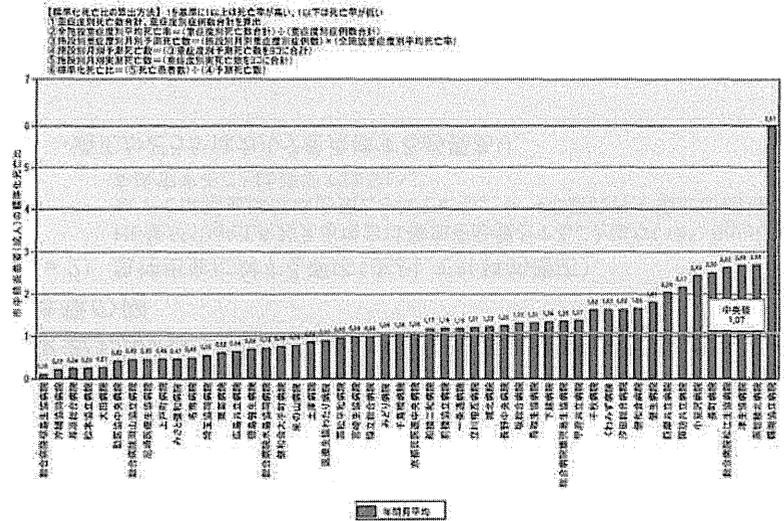
127 京大医療経済学/猪飼宏2014

指標18：市中肺炎患者死亡率(成人) D) 超重症



128 京大医療経済学/猪飼宏2014

指標18: 市中肺炎患者(成人)の標準化死亡率



124 京大医政経済学/猪飼宏2014

結果(Outcome) - 5 D's

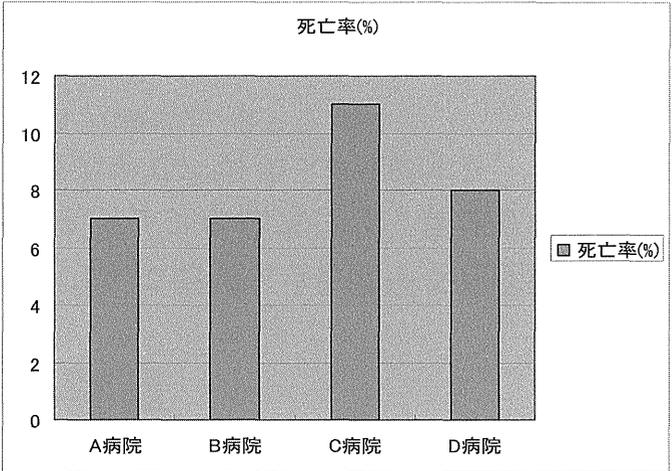
- Death
 - 長生き
- Disease
 - 症状・所見・検査異常の有無
- Discomfort
 - 痛み・嘔気・呼吸困難・痒み
- Disability
 - 職場復帰・家庭復帰
- Dissatisfaction
 - 病期の受容・ケアへの反感

Lohr KN. Outcome measurement: Concepts and Questions. Inquiry 25:37-50, 1988

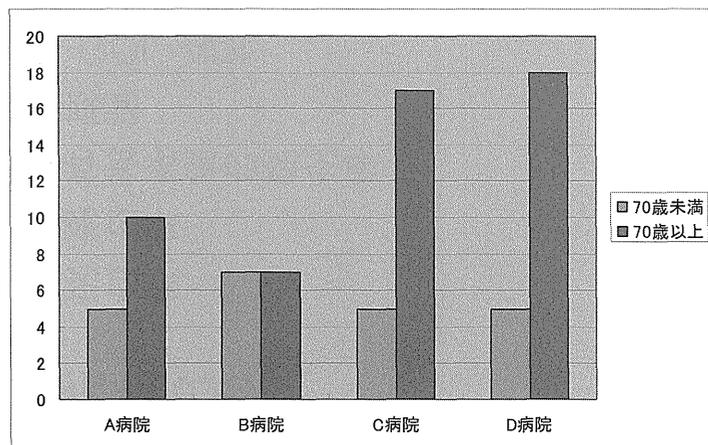
結果指標の例

- 術中死亡率
- 入院死亡率
- 薬剤有害事象の発生率
- 入院期間
- 視力・QOL・ADL

冠動脈バイパス手術の死亡率



冠動脈バイパス手術の死亡率



リスク調整

- アウトカムに影響しうる因子を調整
- もっともシンプルな方法は、患者の層別化
 - 階層の中でアウトカムを比較する。
 - 例:70歳以上、以下

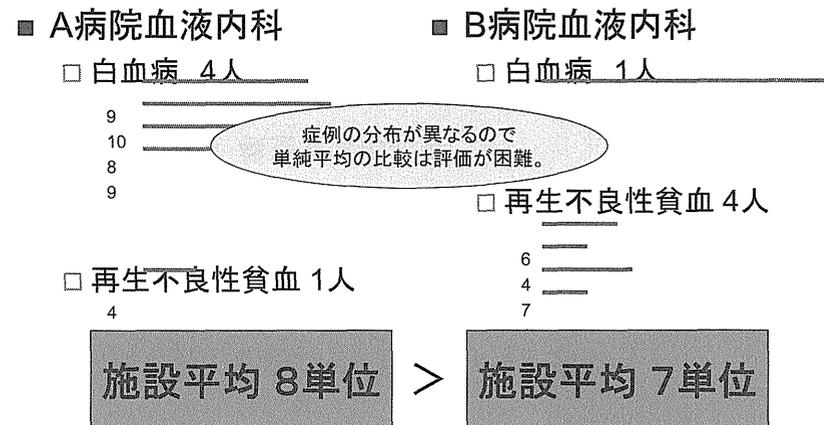
血液製剤の使用量

- 輸血療法の実施に関する指針
 - 血液製剤の使用指針 (2005年9月 厚生労働省医薬食品局血液対策課)
 - 推奨の例
 - 2) 急性出血に対する適応 (主として外科的適応)
 - Hb値が10g/dLを超える場合は輸血を必要とすることはないが、6g/dL以下では輸血はほぼ必須とされている。* Hb値のみで輸血の開始を決定することは適切ではない。
- 適正かどうかはカルテを点検する必要あり。

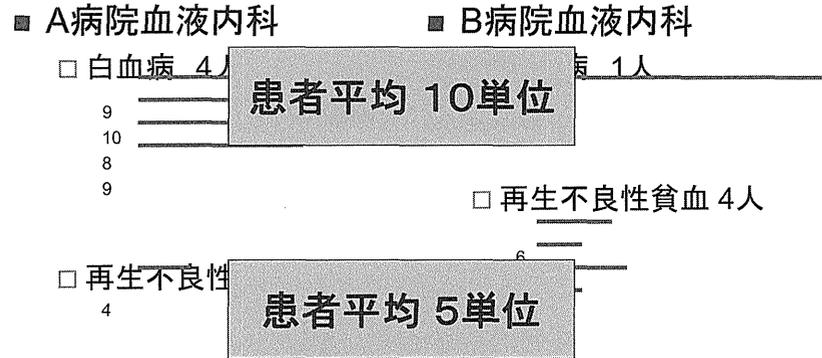
→疾患や重症度によって適応は異なる

- QIPでは血液製剤使用量をDPCの14桁コードで調整。

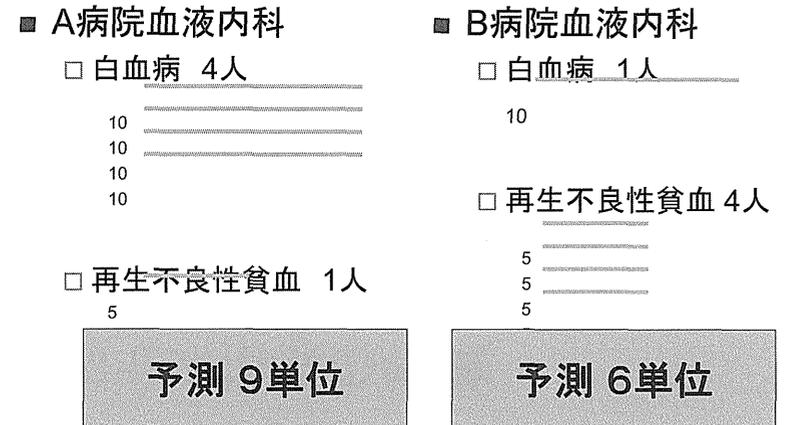
O/E値を用いた case mix調整 赤血球製剤使用数の比較



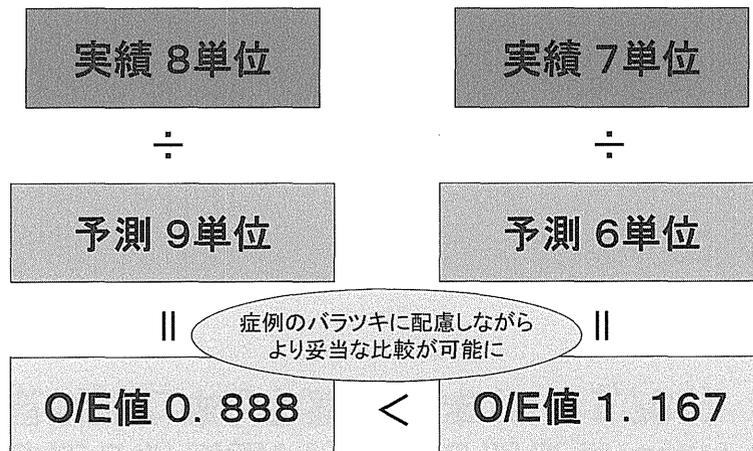
標準的な患者は何単位を要するか



標準的な診療なら何単位を要するか



O/E値を用いた case mix調整



病院全体使用量O/E値

病院全体使用量O/E値

※期間:2006年10月~2007年9月

※期間:2006年10月~2007年9月

