

### + グループの4つの不確定さ「データ流動」

Gibb, Jack. "Climate for Trust Formation". In T-group Theory and Laboratory Method: innovation in re-education, pp.279-310. ED. by Leland P. Bradford, Jack R. Gibb, Kenneth D. Benne. New York: Wiley and Sons, 1964

- この場にふさわしい発言や行動がわからない
- どの程度、自己開示してよいか把握できない



表層的なコミュニケーションに  
終始する

### + グループの4つの不確定さ「目標」

Gibb, Jack. "Climate for Trust Formation". In T-group Theory and Laboratory Method: innovation in re-education, pp.279-310. ED. by Leland P. Bradford, Jack R. Gibb, Kenneth D. Benne. New York: Wiley and Sons, 1964

- グループの目標・メンバーの意思がわからない  
目標がメンバーで共有されていない/ 取り進む意図が理解できない

主体的な参加が難しくなる＝やらされ感

- 他の人は手を掛けずにやるのではないかと勘ぐる

素直に行動できなくなる

### + グループの4つの不確定さ「統制」

Gibb, Jack. "Climate for Trust Formation". In T-group Theory and Laboratory Method: innovation in re-education, pp.279-310. ED. by Leland P. Bradford, Jack R. Gibb, Kenneth D. Benne. New York: Wiley and Sons, 1964

- リーダーシップや役割分担が不明
- 誰がその場をコントロールするのか不明

指導者への過度な依存  
指導者への不満

- やってくれそうな人へ依存心が増す

### + 機器提供発生時に関するチームビルディング 施設側の医療者の思い・・・ミーティングの場で

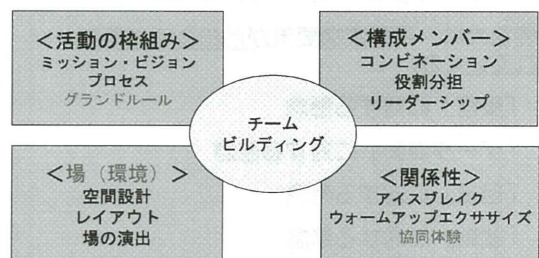
- 受容：受け入れられるか心配  
他施設の多くの人材が集めてくる  
この先の流れもわからない
- データ流動：どんな発言をしていいの心配  
意見を求められても言えない(言っていないのか)
- 目標：みんながどう思っているのか心配  
このミーティングは何を決めるの?
- 統制：役割が不明確で心配  
リーダーはCO? 医師? 施設の人?

### + 機器提供発生時に関するチームビルディング 施設側の医療者の思いに対してのお願い

不確かさ	COにお願いしたいこと	要素(カテゴリー)
受容 受け入れられる か心配	流れ・先の見通しを説明する COの役割(できること・実施 すること)を説明する	活動の枠組み 構成メンバー
データ 流動 どんな発言を していいの心配	質問を明確に Yes/Noクエスチョン 施設内でどのような調整が できるかについて質問	関係性 構成メンバー
目標 みんながどう 思っているの か心配	ミーティングの目標を明確に 提示	場(環境)
統制 役割が不明確 で心配	それぞれの役割を説明(紹介 にともなわず意思決定権など も)	活動の枠組み 構成メンバー

### + チーム・ビルディングの4つの要素

活動の枠組み：活動の狙い、目標、プロセス、指針(規範)など。メンバーで共有  
構成メンバー：メンバーの個性と組み合わせ  
場(環境)：場から多大な影響を受ける。部屋選び、座席レイアウト、空間演出  
関係性：関係性づくりを促進しないといけない



福公俊(2007):チームビルディング、日本経済新聞出版社

## + SL II 理論

**S1：教示的リーダーシップ**  
具体的に指示し、事細かに監督する  
→部下の成熟度が低い場合

**S2：説得的リーダーシップ**  
こちらの考えを説明し、疑問に答える  
→部下が成熟度を高めてきた場合

**S3：参加的リーダーシップ**  
考えを合わせて決められるように仕向ける  
→更に部下の成熟度が高まった場合

**S4：委任的リーダーシップ**  
仕事遂行の責任をゆだねる  
→部下が完全に自立性を高めてきた場合

http://leadship.blog.jp/dictionary/words/situational\_leadership\_theory.html

## + リーダーシップとマネージメント

- ・ リーダーシップとマネージメントは同義語ではない
- ・ リーダー：ある種の技術を駆使して他者の業務を推進
- ・ マネージャー：他者の業務を調整
- ・ リーダー全員がマネージャーである必要はない
- ・ マネージャー全員がリーダーである必要はない
- ・ 形式上、リーダーシップとマネージメントはすべての組織体に不可欠

(1998：モーリン・P・サリバンの著 日本語版監修)

## + リーダーシップとマネージメント

(1998：モーリン・P・サリバンの著 日本語版監修)

リーダーシップ	マネージメント
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 人間関係の過程</li> <li>・ この過程には人々を個人および集団の目標達成に駆り立てる影響力と役割モデル化が含まれる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 組織体の目標を達成するために、人員と資源を調整し、監督すること</li> <li>・ マネージメントの機能には、計画・組織化・指導・評価が含まれる</li> </ul>

保健医療機関では、スタッフレベルからマネージメントの専門的知識が要求される

## + 有能なリーダーの特性

(1998：モーリン・P・サリバンの著 日本語版監修)

- ・ 自信および自己認識
- ・ 強力な個人の価値観と価値観を解明する技術：
  - 選択肢を自由に選び、選んだ選択肢を尊重し、その選択肢に基づいて一貫性のある行動をとることを意味
- ・ 擁護（アドボカシー）：
  - 指揮下の人たちに対する情報提供と支持を意味
- ・ 責務（アカンタビリティ）：
  - 組織体に影響を及ぼす個人の価値観および行動に対して、進んで責任を負うことを意味

## + 有能なマネージャーの特性

(1998：モーリン・P・サリバンの著 日本語版監修)

- ・ 論理的なコミュニケーション、意思決定、および問題解決の技術
- ・ 動機付け、業績評価、質保証、さまざまな管理方法などの過程に関する十分な理解
- ・ 時間および予算が抑制される中で、作業の優秀性を維持するという、相反する目標を考慮し、つりあいを保つ能力
- ・ 将来を予測し、計画する洞察力
- ・ 職員を信頼し、グループダイナミクス（集団力学）の技術を利用して、組織体の目標を達成する能力
- ・ 職員の課題および関係上のニーズに対する配慮

## 臨床指標

救急医療現場における  
クオリティマネージメントセミナー

2014年12月14日

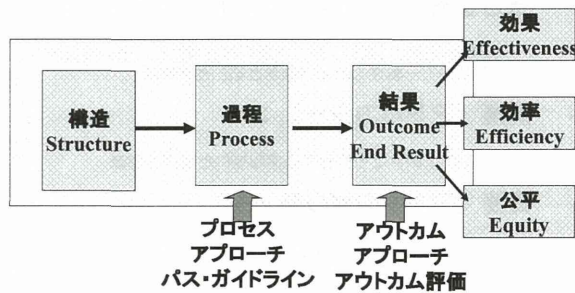
東邦大学医学部社会医学講座

長谷川 友紀

## 医療の質：現在の考え方

- ・ 質研究の始まり
  - 手術件数の地域差
  - 施設による治療成績の差
- ・ 深刻なQuality Chasm(谷間)の存在
  - 谷間とは：期待と現実の医療の差異
  - 急性期→慢性期に疾病構造が変化：谷間の拡大
  - 慢性期、精神、外来医療のモデルの欠如
- ・ 医療の質はいくつかの構成要素からなる
  - 適切な指標の組み合わせで測定可能
  - 分布、レベルに注目
- ・ 適切な指標を用いることにより
  - 可視化が可能、管理の対象、資源投入の対象

## 医療の質評価の3視点



## アウトカムアプローチ 臨床指標を用いたベンチマーク

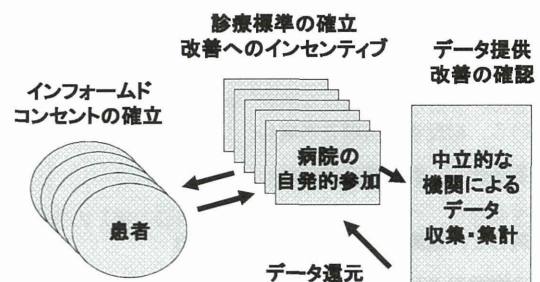
## 小石川療養所の医師別治療成績

(1831/12/1-1832/11/30)

医師氏名	診療科	全快	病死	顕下	欠席	風聞不 宜相傳 候者	不續	抜膏	計
井上重丹	本道	21	8	7	0	0	1	0	37
藤原貞隆	本道	21	10	15	1	0	0	0	47
小川太左衛門	本道	23	10	0	1	0	0	1	35
牧野升備	外科	24	7	9	1	0	0	2	43
藤玄長	外科	38	7	11	0	1	1	0	58
長嶋増伯	眼科	24	6	11	1	0	1	0	43
井上三庵	本道風習	8	3	2	0	0	0	0	13
高木時庵	本道風習	6	3	2	0	0	0	0	11
成田孫元	本道風習	1	5	4	0	0	0	0	11
秋主勝	本道風習	2	0	7	0	0	0	0	9
藤田龜藏	本道風習	0	2	0	0	0	0	0	2
小川徳次郎	本道風習	5	1	2	0	1	0	0	9
Total		173	62	70	4	2	2	3	318

## 質評価・公表事業のスキーム

臨床指標を用いた継続的なデータ収集と還元

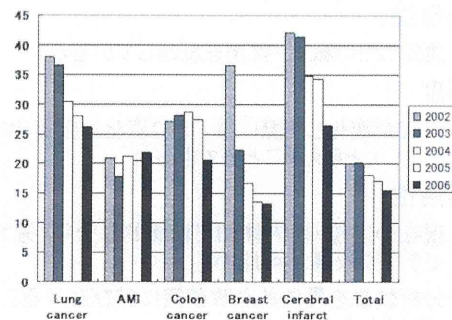




## 診療アウトカム評価事業 全日本病院協会

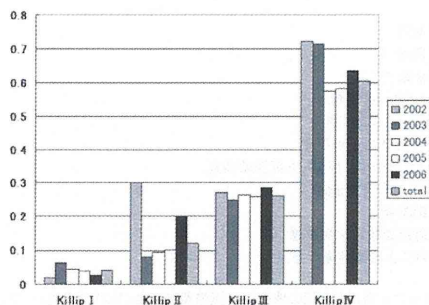
- 参加病院
  - 2004年7月より開始
  - 東京都内病院、全日本病院協会の会員
- データ
  - 個人レベルのデータ
  - 専用ソフトウェアを利用⇒FDDでの回収
  - 24疾患の患者個票+病院全体の指標(入院後発症感染症、転倒・転落、抑制)
- データの公開
  - 病院協会は個別病院の参加についてコメントしない
  - 対一般:統計データ
  - 対病院:参加病院vs統計データ
- 厚生労働省補助事業(2010、2012、2013年度)

## 在院日数



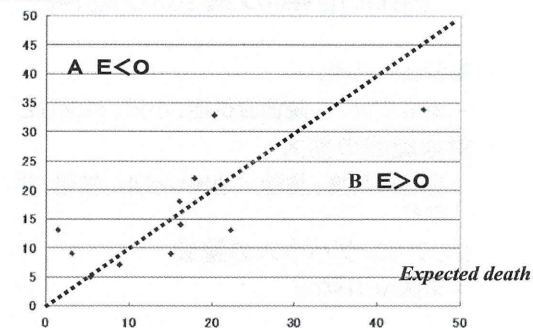
## 急性心筋梗塞の重症度別死亡率

Risk Adjustment based on Killip Score

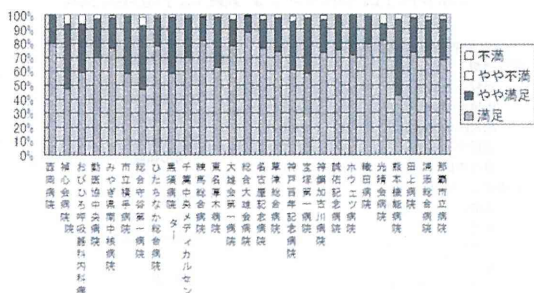


## 急性心筋梗塞の実／予測死亡率

Observed death



## 患者満足度調査



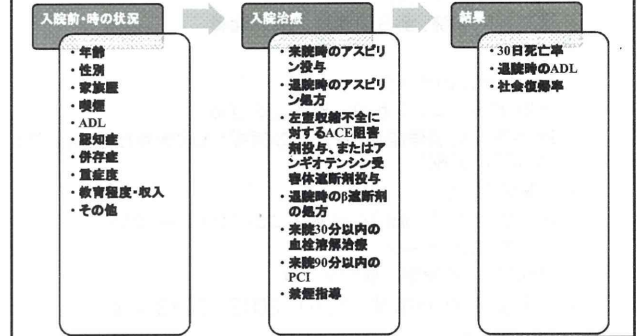
## 課題

- どのような臨床指標を設定すべきか
  - 疾患／領域
  - プロセス指標、アウトカム指標
- 報告・集計頻度は
- データの信頼性をどのように担保すべきか
- 他の制度との連携は有効か
  - 公表
  - 病院機能評価・認定
  - 診療報酬支払

## 臨床指標の選定

- 妥当性:
  - 測定したい概念・状況を反映しているか
- 感度:
  - 状況が変化した際には、その変化を数値の変化としてとらえることができるか
- 実用性:
  - 現在の医療・院内体制で現実的な費用・労力でデータ収集が可能か
  - 分析結果を具体的な改善策に結び付けることができるか

## 過程指標か結果指標か



## 臨床指標の最近の動向

- モジュール化
  - 患者安全、入院後合併症、小児、外来など
- 対象範囲の拡大
  - 患者満足度、施設／地域レベル、管理、費用など
- クリアリングハウスの整備
  - 米国ACHSなど

## 入院後合併症

(Hospital Acquired Condition)

- 手術遺残
- 空気塞栓
- 不適合輸血
- ステージ3、4の褥瘡
- 転倒転落による外傷
- 血糖のコントロール不良
- 尿道カテーテルに関連した尿路感染症
- 呼吸器に関連した肺炎
- 手術創感染
- 深部静脈血栓症／肺梗塞
- 造影剤による急性腎不全

入院後に出現した上記の病態には医療費の支払いはなされない。2015年からは、患者重症度を調整の上、発生率の高い25%の病院については、medicareによる支払総額の1%を減額。

## 患者安全

- |                       |                               |
|-----------------------|-------------------------------|
| 1. 麻酔合併症              | 15. 偶発的な穿刺または裂傷               |
| 2. 低死亡率のDRGにおける死亡     | 16. 輸血反応                      |
| 3. 褥瘡                 | 17. 分娩時外傷                     |
| 4. 手術を受けた患者の死亡        | 18. 産科外傷(経産分娩、機械補助有り)         |
| 5. 異物残存               | 19. 産科外傷(経産分娩、機械補助無し)         |
| 6. 医原性気胸              | 20. 産科外傷(帝王切開)                |
| 7. 中心静脈カテーテルに関連する血流感染 | 21. 地域レベル: 異物残存               |
| 8. 術後の股関節骨折           | 22. 地域レベル: 医原性気胸              |
| 9. 術後の出血、血腫           | 23. 地域レベル: 中心静脈カテーテルに関連する血流感染 |
| 10. 術後の生理学的代謝障害       | 24. 地域レベル: 術後の創傷離開            |
| 11. 術後の呼吸器不全          | 25. 地域レベル: 偶発的な穿刺または裂傷        |
| 12. 術後の肺動脈血栓症、深部静脈血栓  | 26. 地域レベル: 輸血反応               |
| 13. 術後の敗血症            | 27. 地域レベル: 術後の出血、血腫           |
| 14. 術後の創傷離開           |                               |

17

## AHRQクリアリングハウス 臨床指標の分類と掲載数

医療施設レベルの指標		地域レベルの指標	
臨床指標		地域住民の健康指標	
- 過程(process)	1114	- 過程(process)	0
- 近接性(access)	25	- 近接性(access)	2
- 結果(outcome)	351	- 結果(outcome)	7
- 過程(structure)	137	- 過程(structure)	2
- 患者の体験(patient experience)	294	- 患者の体験(patient experience)	2
医療提供に関連した指標		関連した指標	
- 医療スタッフの健康	4	- 健康状態	6
- 管理	1	- 管理	0
- 医療サービスの利用	88	- 医療サービスの利用	32
- 費用	0	- 費用	0
- 医療提供の効率性	0	- 健康知識	0
		- 健康関連の社会的要因	0
		- 環境	2
		- 医療提供の効率性	0

## 臨床指標の活用

## 米国Hospital Compare 全ての病院がデータ提供 (最初のデータセット、2004)

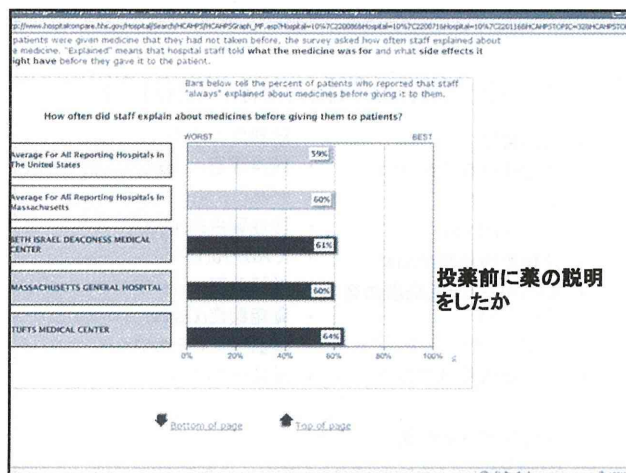
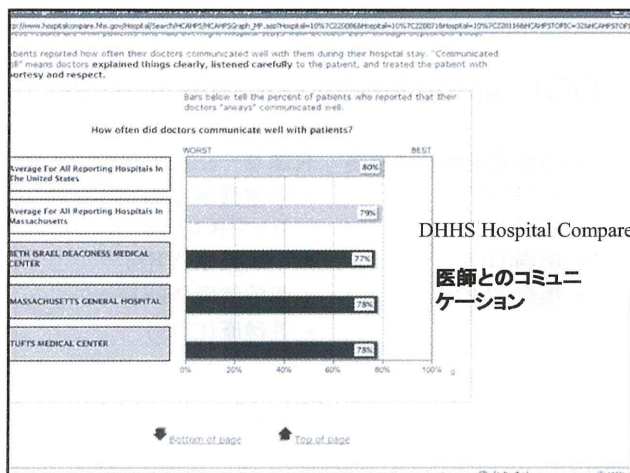
- 心筋梗塞
  - 来院時のアスピリン投与
  - 退院時のアスピリン処方
  - 左室収縮不全に対するアンギオテンシン変換酵素阻害剤投与
  - 退院時のβ遮断剤の処方
  - 来院時のβ遮断剤の投与
- 心不全
  - 左室機能の評価
  - 左室収縮不全に対するアンギオテンシン変換酵素阻害剤投与
- 肺炎
  - 来院後4時間以内の抗生剤投与
  - 肺炎球菌のワクチン接種
  - 血液酸素濃度測定

## 米国Hospital Compare 全ての病院がデータ提供 (2009)

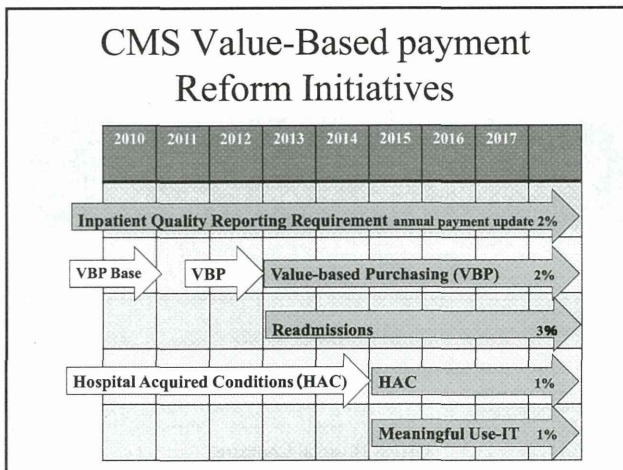
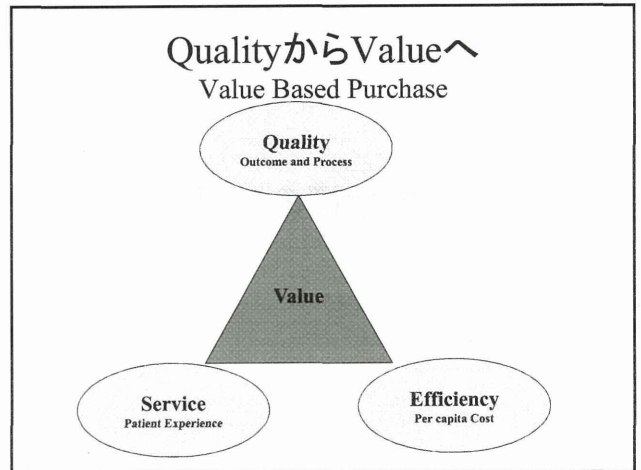
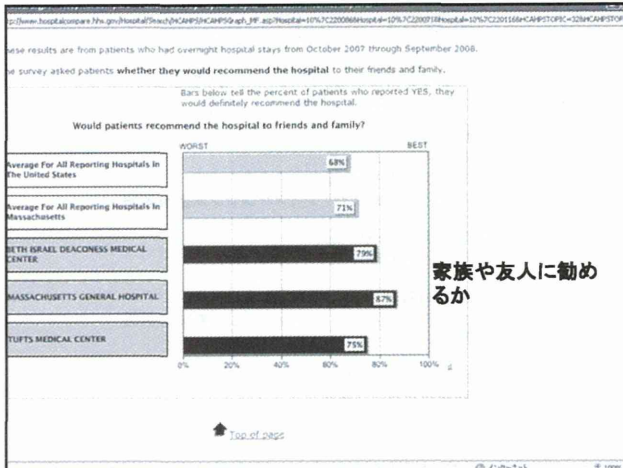
- 急性心筋梗塞
  - 来院時のアスピリン投与
  - 退院時のアスピリン処方
  - 左室収縮不全に対するACE阻害剤投与、またはアンギオテンシン受容体遮断剤投与
  - 退院時のβ遮断剤の処方
  - 来院30分以内の血栓溶解治療
  - 来院90分以内のPCI
  - 禁煙指導
- 心不全
  - 左室機能の評価
  - 左室収縮不全に対するACE阻害剤投与、またはアンギオテンシン受容体遮断剤投与
  - 退院時指導
  - 禁煙指導
- 肺炎
  - 血液酸素濃度測定
  - 抗生剤投与の開始時間
  - 肺炎球菌のワクチン接種
  - インフルエンザのワクチン接種
  - 抗生剤投与前の血液培養
  - 適切な抗生剤選択
  - 禁煙指導
- 手術創傷及び感染予防
  - 切開1時間以内の予防的抗生剤投与
  - 手術終了後24時間以内の予防的抗生剤投与中止
  - 適切な予防的抗生剤選択
  - 外科患者で適切な深部静脈血栓予防の指示
  - 外科患者で手術24時間前から手術後24時間後までの適切な深部静脈血栓予防
  - 心臓手術患者での適切な血糖管理
  - 外科患者での適切な剃毛
- 小児の喘息治療
  - 入院中の発作緩和治療
  - 入院中の全身ステロイド投与

General Information	Quality Information	Heart Bypass Surgery [DRG 550]				
Name, Address, Telephone, Type of Hospital and Distance	Provides Emergency Services	Hospital Process of Care Measures	Hospital Outcome of Care Measures	Survey of Patients' Hospital Experiences	Average Medicare Payment to Hospital	Number of Medicare Patients Treated
MEDICARE PAYMENT RANGE <sup>®</sup> for Hospitals in the United States for the Diagnostic Related Group (DRG): \$19,012 - \$24,164 Total Number of Medicare Patients Treated in the United States for the Diagnosis Related Group (DRG): 97,739						
MEDICARE PAYMENT RANGE <sup>®</sup> for Hospitals in Massachusetts for the Diagnostic Related Group (DRG): \$19,438 - \$31,702 Total Number of Medicare Patients Treated in Massachusetts for the Diagnosis Related Group (DRG): 274						
<input type="checkbox"/> MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL 55 FRUIT STREET BOSTON, MA 02114 (617) 726-2000 Distance: 0.81 miles Route: Care Hospitals & Clinics	Yes	Available	Not Available	Available	\$19,222	48 Medicare Patients
<input type="checkbox"/> MASSACHUSETTS EYE AND EAR INFIRMARY 115 CHARLES STREET BOSTON, MA 02224 (617) 533-7900 Distance: 0.85 miles Route: Care Hospitals & Clinics	Yes	Available	Not Available	Available	Not Available	Not Available

DHHS Hospital Compare







- ### 英国QOF (Quality Outcome Framework)
- 英国NHSでの家庭医に対する支払
  - 2004年より10の慢性疾患について146の臨床指標を設定し、診療効率と治療結果を加味する支払い
  - 任意の参加(実際には有利なため大多数のGPが参加)
  - 559指標(臨床、公衆衛生)

- ### QOF clinical domains (2013)
- 心房細動(AF)
  - 虚血性冠疾患(CHD)
  - 心不全(HF)
  - 高血圧(HYP)
  - 末梢動脈疾患(PAD)
  - 脳卒中・一過性脳虚血発作(STIA)
  - 糖尿病(DM)
  - 甲状腺機能低下症(THY)
  - 喘息(AST)
  - 慢性閉塞性肺疾患(COPD)
  - 認知症(DEM)
  - 精神疾患(MH)
  - がん(CAN)
  - 慢性腎疾患(CKD)
  - てんかん(EP)
  - 学習障害(LD)
  - 骨粗鬆症(OST)
  - 関節リウマチ(RA)
  - 緩和ケア(PC)

- ### QOF public health domains (2013)
- 心血管疾患一次予防 (CVD-PP)
  - 血圧(BP)
  - 肥満(OB)
  - 喫煙(SMOK)
  - 付加サービス
  - 子宮頸がんスクリーニング(CS)
  - 小児健康(VHS)
  - 母性健康(MAT)
  - 性健康(CON)

## 心房細動(AF)

指標	得点	加点の範囲
記録		
AF001 心房細動の患者の記録がなされている	5	
現在の患者管理		
AF002 AF患者のうち、CHADS2を用いてリスク評価がされている割合(過去12カ月間)	10	40-90%
AF003 AFで、CHADS2スコア1の患者のうち、抗凝固療養、抗血小板両方を受けている患者の割合	6	57-97%
AF004 AFで、CHADS2スコア2以上の患者のうち、抗凝固療養、抗血小板両方を受けている患者の割合	6	40-70%

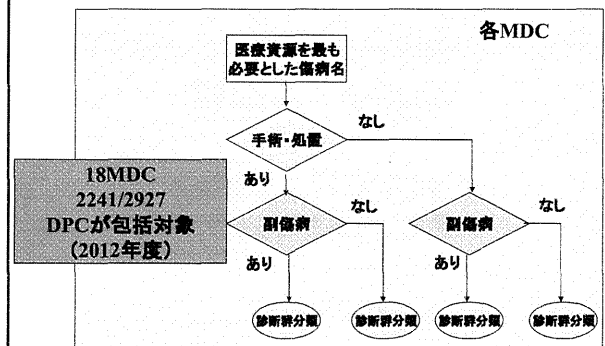
## 喫煙(SMOK)

指標	得点	加点の範囲
記録		
SMOK001 15歳以上の患者で喫煙状況が記載されている割合(過去24カ月)	11	50-90%
SMOK002 CHD、PAD、脳卒中・一過性脳虚血発作、高血圧、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患、慢性腎疾患、喘息、統合失調症、双極性障害、他の精神病患者のうち、喫煙状況が記載されている割合(過去12カ月間)	25	50-90%
現在の患者管理		
SMOK003 喫煙者で禁煙を希望する者に対して、情報提供、適切な治療により支援を行っている	2	
SMOK004 15歳以上の喫煙者で、禁煙の支援・治療の申し入れがなされた記録を有する割合(過去24カ月)	12	40-90%
SMOK005 CHD、PAD、脳卒中・一過性脳虚血発作、高血圧、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患、慢性腎疾患、喘息、統合失調症、双極性障害、他の精神病の喫煙者で、禁煙の支援・治療の申し入れがなされた記録を有する割合(過去12カ月)	25	56-96%

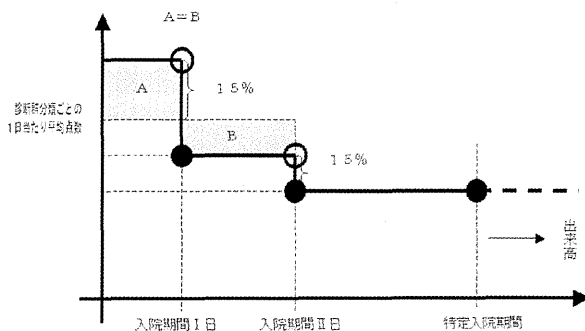
## 英国の特徴

- 臨床指標は頻りに改定
- NICE(National Institute for Health and Care Excellence)の役割
- GPから開始
- 支払面での優遇⇔コスト増大

## 日本:DPCによる診療報酬支払



## 一日当り点数の設定



## 包括の範囲

- 包括評価の範囲
  - 入院基本料、検査(内視鏡等を除く)、画像診断(画像診断管理加算、選択的動脈造影カテーテル手技を除く)
  - 投薬、注射(無菌製剤処理料を除く)、1000点未満の処置、病理診断(判断料等を除く)
- 出来高部分の範囲
  - 手術、麻酔、放射線治療、医学管理、1000点以上の処置、内視鏡検査、リハビリ、精神科専門療法



## 機能評価係数I

項目	係数
A100 一般病棟入院基本料(17床1入院基本料)	0.1008
A200 総合入院体制加算	0.0291
A204 地域医療支援病院入院診療加算	0.0277
A204-2 臨床研修病院入院診療加算(1基準型)	0.0012
A207 診療管理体制加算	0.0008
A207-2 医師等専任者補助体制加算(115対1補助体制加算)	0.0253
A207-3 急性期看護補助体制加算(125対1急性期看護補助体制加算(看護補助者5割以上))	0.0387
A214 看護補助加算(1看護補助加算1)	0.0404
A234 医療安全対策加算(1医療安全対策加算1)	0.0027
A234-2 感染防止対策加算(1感染防止対策加算1)	0.0125
A234-3 患者サポート体制充実加算	0.0022
A244 病棟兼用薬性実室加算	0.0087
A245 データ提出加算(1の口200床未満の病院の場合)	0.0047
DO26 検体検査有価料(注3のイ 検体検査管理加算(1))	0.001

## 機能評価係数II

I 群	II 群	III 群
複雑性指数	複雑性指数	複雑性指数
カバー率指数	カバー率指数	カバー率指数
救急医療指数	救急医療指数	救急医療指数
地域医療指数	地域医療指数	地域医療指数
データ提出指数	データ提出指数	データ提出指数
効率性指数	効率性指数	効率性指数

## 情報提供の問題

患者さんは果たして情報を見ているのだろうか？

## アウトカム情報の公開の論点

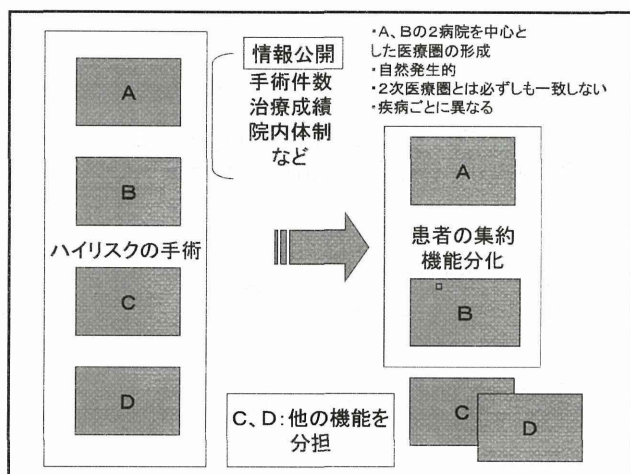
- 情報整備のコストと利用頻度
- リスク調整
- 一貫しない結果
- Up-coding(より重症として登録)
- 困難な患者の治療回避

## 医療における情報;医療法改正

- 従来: 広告
  - 患者増加を目的とした情報の提供
  - 広告可能事項を制限→緩和
  - 広告する・しないは医療機関の自由
- 今後の方向性
  - 一定の情報は広告とは区別して整備・公開の義務
  - 都道府県の役割を規定

## 医療法第五次改正

- 医療連携体制が構築されるよう配慮する
- 医療機能に関する情報の提供を求めることができる(医療機能情報提供制度)
- 目標を定め、少なくとも5年ごとに評価する
- 医療機関は医療連携体制に協力するよう努める
- 国は都道府県に対して補助することができる



## まとめ

- 医療の質と安全への関心の増加
- 質情報の整備・公開は世界的に趨勢
- 診療報酬支払などへの利用
- 今後の課題
  - 日本での院内での改善モデルの開発
  - 地域レベル・個人の生涯レベルでの健康指標の追跡可能な体制整備

お疲れさまでした

## 課題

- あなたは、初代の病院の質管理者として、データに基づく質改善を考えています。
- 具体的な改善計画を立ててください。

(注意: 臨床指標に限定せず、患者・職員満足度など、医療の質に関連したものであれば良いです)

## 具体的な作業

- 候補となる指標を挙げてください
- どのような理由でその指標を選択しましたか？
- その指標がなぜ改善の必要があるのでしょうか？
- 具体的にどのような改善策を考えますか？