

【医療の質の評価】

A. 研究目的

厚生労働省が平成22年度から実施してきた「医療の質の評価・公表等推進事業」により、医療の質の測定・公表に取り組む病院が著しく増えてきた。平成27年度には、8病院団体の800を超える病院がこの事業に取り組んでいると推測されている。しかしながら、病院団体ごとに扱う医療の質指標（Quality Indicator：QI）に相違があり、一見同じQIであっても定義が異なっている場合もあり、さらには収集方法や公表方法等にも相違がある。昨年度（平成28年度）の研究班（研究代表者：福井次矢）の研究成果として、全国の病院で採用しうるQIの一式（共通QIセット）—23種類の36指標：①入院患者満足度 ②外来患者満足度 ③職員満足度 ④転倒・転落発生率 ⑤インシデント・アクシデント発生率 ⑥褥瘡発生率 ⑦中心静脈カテーテル挿入時の気胸発生率 ⑧がんセンターボードの開催 ⑨麻薬処方患者における痛みの程度の記載 ⑩急性心筋梗塞患者におけるアスピリン投与 ⑪Door-to-Balloon ⑫早期リハビリテーション ⑬誤嚥性肺炎患者に対する喉頭ファイバースコープあるいは嚥下造影検査の実施率 ⑭血糖コントロール ⑮予防的抗菌薬の投与 ⑯服薬指導 ⑰栄養指導 ⑱手術患者での肺血栓塞栓症予防・発生率 ⑲30日以内の予定外再入院率 ⑳職員の予防接種率 ㉑高齢者における事前指示 ㉒広域抗菌薬使用時の血液培養 ㉓地域連携パスの使用率—が提案された。

本研究では、提案された上記共通QIセットの測定可能性や有用性などについて、「医療の質の評価・公表等推進事業」にこれまで参加した病院団体を対象にアンケート調査を行い、今後の医療の質の評価・公表等に関する制度的対応について検討する。

そうして、医療機能情報提供制度の報告事項としてQIを含めるべきかどうかなど、患者の医療機関の選択により資する制度になるよう検討を行い、今後の医療機能情報提供制度のあり方について提言をまとめる。

B. 研究方法

厚生労働省が平成29年度に行った「医療の質の評価・公表等推進事業」に参加した日本病院会、全日本病院協会を対象にアンケート調査（別紙1）を行い、共通QIセットおよび共通定義について、その測定可能性や医療の質改善への影響などにつ

いて検証した。また本研究を通じて、共通QIセットの課題やデータ収集・評価・公表等の手法に係る標準化および制度的対応に向けた検討を行う。

（倫理面への配慮）

本研究では、医療機関等を対象としたアンケート調査を行い、個人が特定されない形のデータのみ収集した。また人への侵襲を伴わないため、倫理的問題は発生しない。

本研究（17-R117：医療情報の適切な評価・提供及び公表等の推進に関する研究）は、聖路加国際大学 研究倫理審査委員会の承認を得て実施された。

C. 研究結果

厚生労働省の平成29年度医療の質の評価・公表等推進事業に参加している（一般財団法人）日本病院会および（公益社団法人）全日本病院協会を対象にアンケート調査（別紙1）を実施した。本事業に参加している136病院中77病院より回答があった（回収率57%）。

病床数別のヒストグラムは図1に示す通りで、総稼働病床数（mean + SD [Range]）は 435.6 ± 207.6 [99-1166]であった。

共通QIセットが自施設の質を改善することに役立つか

「問1. この指標を計測することが、自施設の質を改善することに役立つと思いますか？」の回答分布を図2に示す。転倒転落や褥瘡発生率や患者満足度などが高い値を示し、事前指示や地域連携パス、がん疼痛記載、がんセンターボードなどが低い値を示していた。

これを病床規模別に見てみると（図3. 病床規模別の共通指標セットが自施設に役に立つ割合）、病床規模によって結果が一致するものと一致しないものが認められた。

200床未満、200～400床未満、400床以上別の結果から、平均と分散を算出し、分散が高い順の共通QIセットを表1に示す。分散が高い上位10指標は、がん疼痛記載、事前指示、PEDVT予防、抗菌薬停止_24、PEDVT発生、抗菌薬予防投与、医師からの説明_外来、医師からの説明_入院、抗菌薬停止_48、インシデント・アクシデント発生率であり、200床未満の施設で自施設の質の改善に有効と思われるものは、がん疼痛記載、事前指示で、それ以外は病床規模が大き

連携パスであった。測定容易割合の団体間相関（図28、図29）でも団体間による相違は少なく正の相関を示していた。95%信頼区間を外れる指標は職員インフルエンザ、抗菌薬予防投与、職員満足度、HbA1c、医師からの説明、医師への伝達であった。全施設で測定すべき指標の団体間相関（図30、図31）でも同様の傾向であるが、95%信頼区間を超える指標が多かった。

D. 考察

医療の質の評価と公表等推進事業の制度的対応について：共通QIセットの測定可能性

これまで診療報酬制度のなかで評価されてきた転倒転落などの医療安全の分野、褥瘡の分野においては計測が容易と答えている施設が多く一定の方向性が示されたと考えられる。また患者満足度評価においては各施設で設問内容や選択肢が異なることは以前からの課題であるが、算出の容易さや自施設の質の改善に役立つ割合から見ても測定可能性は満たされていると考えられる。一方、自施設に役に立つ指標は病床規模によりばらつきがあり、今後は病床規模にわけた共通QIセットの検討が必要と考えられる。

今回は限られた病床規模における調査であり、総稼働病床数（mean + SD [Range]）は 435.6 ± 207.6 [99-1166] と大規模病院における結果である。共通QIセットの普及を通じ、定期的な調査を元にした指標の策定が望まれる。

全施設で測定すべき指標

共通QIセットは全施設で測定すべき指標として策定されたものであるが、全施設で測定すべき指標と自施設に役に立つ指標分布（図20、図21）結果からは正の相関を示しており自施設に役に立つ指標を全施設で測定すべきとする指標と捉えても概ね問題なさそうである。自施設の質の改善に役に立つ割合がたとえ中等度以下であったとしても、図3に示すように病床規模に分けて検討することで、有用と考えられる指標も存在する。400床以上ではそれ程役には立たないと考えられているが、200床未満では役に立つと考えられている指標例として、がん疼痛記載、事前指示、HbA1cなどがその代表である。逆に400床以上で役に立ち200床未満ではそれ程役には立たないと考えられている指標例はPEDVT、周術期抗菌薬、医師からの説明、医師への伝達、血液培養などであった。病床規模により担っている役割が異なることを示している可能性があり今後さらなる調査が必要である。

今後の共通QIセット

指標の定義は医学の進歩や利用可能な情報源が広がることにより新設、改版、廃棄を行う必要がある。また単年度で質の改善まで見込める事例もあれば改善活動が目に見えるようになるまで時間を要する指標も存在する。このため指標の定義は長期間に及ぶメンテナンスが必要となる。さらに薬剤を使用する指標については新たな薬剤が出るたびに指標の定義の変更が必要で迅速な対応も求められる。手術や薬品などの各種マスタについて、管理団体によっては前版または前々版の公開に限られているなど長期的なデータ利活用の観点から非効率な形での提供となっており、本研究会の議論でも特に標準的に利用される薬剤や手術・処置などのマスタについては過去版も含めて公開することが望ましいという意見が出された。

今後は共通QIセットの定義やデータ収集・評価・公表等の手法の検討や普及を主導し実践するグループまたは団体が必要である。

E. 結論

共通QIセットを用いて実際に計測を行った団体にアンケート調査を実施した。共通QIセットは自施設の質の改善に役に立つことが示されたが、測定容易さについては改善の余地があることがわかった。また病床規模によって有益な指標が異なるため、病床規模を考慮した共通指標セットの新設・改変・廃棄が必要と考えられた。医療の質の改善は単年度で達成されにくいものも多く存在するため、共通指標セットの新設・改変・廃棄、共通指標セットの定義のメンテナンス、マスタ整備、評価や公表などの手技の標準化を実践する新たな部署または団体の必要性が示唆された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
 該当なし
2. 実用新案登録
 該当なし
3. その他
 該当なし