

## A. 研究目的

厚生労働省が平成22年(2010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(2015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。

平成28年(2016年)度研究班(研究代表者:福井次矢)は、QIの測定・評価・公表と質の改善に関する国内外のレビューを行い、今後、より効果的な取組にするための検討が行われ、全国の病院で活用することを想定した23種類36指標からなる共通QIセット(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栓塞症予防・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(ACP) 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)を提言した。

平成29年(2017年)度研究班(研究代表者:福井次矢)では、「医療の質の評価・公表等推進事業」に参加した日本病院会と全日本病院協会の2病院団体を対象に、共通QIセットを用いた医療の質の測定・評価・公表を行い、共通QIセットの多くの指標が自院の質の改善に役に立つこと、いくつかの指標については測定の容易性を改善する余地のあること、病床規模によって有益な指標が異なること、などがわかった。

平成30年度研究班では、前年度とは異なる2病院団体での共通QIセットの活用結果を踏まえ、共通QIセットの有用性についてアンケート調査を行い、諸外国の動向等をも踏まえ、わが国の医療の質の評価・公表に関する制度的対応に関する提言を行うことを目的とする。

## B. 研究方法

### 1) 共通臨床指標の定義に係る検討

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」に参加してきた病院団体に属する病院に共通QIセットを用いた医療の質の測定・評価・公表を行ってもらい、団体間での指標や測定方法等の定義のばらつきを共通化するための方法の検討、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、共通QIセットの最終化を進める。参加病院へのアンケートや実施団体の実務担当者や研究者へのヒアリングを行う。

### 2) 共通臨床指標の追加に係る検討

制度的対応の検討にあたって、医療機関の機能や規模にかかわらず、できるだけ多くの医療機関に利用いただくため、急性期病院以外で活用できる指標や外来で活用できる指標についても改めて検討を行い、共通QIセットの最終化を進める。検討にあたっては、必要に応じて、関連する病院団体や学術団体などの実務担当者や研究者へのヒアリングを行う。

### 3) 制度的対応に関する提言の策定

諸外国の制度動向等も踏まえ、我が国の医療の質の評価・公表に関する制度的対応について、その実施体制や必要資源(データ、人材、予算など)を含め、政策提言を策定する。必要に応じて、厚生労働省が開催する検討会において本研究班の成果について報告し、適宜、追加の検討を行う。

(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。

## C. 研究結果

平成29年(2017年)度研究班で日本病院会、全日本病院協会を対象に実施したアンケート調査同様、平成30年度医療の質の評価・公表等推進事業の参加団体である全日本民主医療機関連合会、日本赤十字社を対象にアンケート調査(別紙1)を実施した。140施設中90施設より回答があった(回収率64.3%)。

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 337.99 ± 192.89 [50-964]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。患者満足度や転倒転落などが高い値を示し、がん疼痛記載、嚥下機能検査、事前指示などが低い値を示していた。

これを病床規模別にみると (図3. 病床規模別の共通QIセットが自施設に役立つ割合)、全体ではがん疼痛記載は低い値を示したが、400床未満では50%以上が自施設に役に立つと回答していた。

#### 共通QIセットは算出が容易か

共通QIセットの算出方法は、自施設で算出する方法とDPCデータを用いた中央集計の2種類がある。これら計測する指標について計測の容易さの結果を図4に示す。DPCデータを用いる指標を除いて図4を見ると計測の容易さは3グループに分けることが可能であり、やや容易・非常に容易の2つの比率が50%以上の指標 (職員インフルエンザ、転倒転落、インシデントアクシデントレポート)、25~35%の指標 (褥瘡発生、患者満足度)、25%未満の指標 (事前指示、予防的抗菌薬投与、HbA1c、がん疼痛記載、がん疼痛記載、がん疼痛記載、がん疼痛記載) に分けられた。

これを病床規模別にみると (図5. 病床規模別の測定容易割合)、400床未満、400床以上と比較して200床未満は褥瘡発生率の測定容易がやや高い結果を示したが、事前指示、がん疼痛記載はどの病床規模においても算出難易度が高いとの結果であった。

#### 全施設で測定すべき共通QIセットはなにか

全施設で測定すべき指標の結果を図6に示す。総合患者満足度、転倒転落、医師からの説明、褥瘡発生率が上位であり、事前指示、気胸発生率、予防的抗菌薬投与、嚥下機能検査が下位であった。

病床規模別でみると (図7. 病床規模別の全施設で測定すべき指標結果)、総合患者満足度、転倒転落は病床規模が小さな施設で選択されており、これは平成29年 (2017年) 度研究班で実施したアンケート調査と反対の結果であった。

#### 測定が容易で自施設の質を改善する指標

測定が容易で自施設の質の改善に役立つ指標の

分布を図8、図9に示す。自施設の質の改善に役立つ割合が50%を超えている指標がほとんどであった。

自施設で算出する指標に限定すると (図10、図11)、測定容易割合はばらついているが、患者満足度、転倒転落、インシデントアクシデントレポート、褥瘡発生率、職員満足度が、測定が容易で自施設の質を改善する指標と考えられているのに対し、事前指示、がん疼痛記載、予防的抗菌薬投与はいずれも低い値となった。

DPCで算出する指標に限定すると (図12、図13)、自施設に役立つ指標が50~75%に存在しており、自施設で算出する指標よりまとまっている。一方、自施設で算出する指標と比較すると、80%を超える指標がDPCでは無いことが特徴的であった。

#### 測定が容易で全施設で測定すべき指標

算出難易度はDPC指標よりも困難であるが全施設で測定すべき指標は転倒転落、褥瘡発生率、患者満足度を中心にDPC指標よりも高い傾向を示していた (図14、図15)。自施設算出の指標 (図16、図17) では転倒転落、インシデントアクシデントレポートが、測定が容易で全施設で測定すべき指標であった。算出難易度も高く、全施設で測定すべき割合が低い指標は事前指示、がん疼痛記載、予防的抗菌薬投与であった。

#### 自施設の質の改善に役に立ち、全施設で測定すべき指標

自施設に役に立ち、全施設で測定すべき指標の分布を図20、図21に示す。共通QIセットが全施設で測定されるべきとする割合は40%を下回っているが、図7で示したように病床規模によっては50%である指標もあることから、病床規模ごとに測定すべき指標は異なる可能性がある。左下から右上への分布となっており、自施設の役に立つ指標が全施設で測定すべき指標と代用することも可能と考えられた。

#### 団体間相関

自施設に役に立つ割合を団体間で比較 (図26、図27) してみると正の相関を示し、団体間による相違は少ないものと考えられた。95%信頼区間を外れる指標は転倒転落発生率、再入院、PEDVT、糖尿病栄養管理、インシデントアクシデントレポート、Door-to-Balloon、職員満足度、血液培養、培養2セット、職員インフルエンザ、気胸発生率、入院後・退院後アスピリンであった。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、インシデントアクシデント発生率、褥瘡発生率であった。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

平成29年（2017年）度研究班でのアンケート調査では、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を示したが、今回は総稼働病床数（mean + SD [Range]）337.99 ± 192.89 [50-964]と比較的規模の小さな病院から大規模病院までの結果を示すことができた。

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測定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。

##### 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、入院後・退院時アスピリン、周術期抗菌薬、Door-to-Balloonなどであった。

#### E. 結論

平成29年（2017年）度研究班に続き、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。今回は、小規模病院から大規模病院まで調査することができ、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QI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QIセットの新設・改廃、共通QI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が、全体を網羅的に見ていく必要がある。平成29年度研究班、平成30年度研究班と2年連続で4団体のアンケート調査を実施したことで、わが国の医療の質の評価・公表に関する制度的対応についての方向性が示唆された。

#### 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