

DPCと医療の質

2011年8月9日 DPC夏季セミナー

京都大学医療経済学分野
猪飼 宏

はじめに(1)

- あなたは、ある病院の経営企画部門で働いています。このたび、近くの病院との統合が決まり、1年後の新病棟オープンに向けた工事も順調に進んでいます。院内では両病院のスタッフを交えた運営方針の話し合いが持たれ、これから提供する医療の理念も形になってきました。
- 新しい病院理念の中には
 - 「最新の医学知識に基づいた、適切な治療の提供」
 - 「チーム医療や地域連携を充実し、急性期から退院後まで途切れないサービス」が謳われています。
- 医師の合同勉強会や、リハビリ部門・地域連携室の運営会議でも次々にアイデアが生まれ、設備改善や増員の要望も上がってきました。

はじめに(2)

- あなたは現場の盛り上がり喜びつつ、予算も気にしながら日々調整を行う毎日ですが、院長からは
- 「せっかく人もお金も投資して新しい病院に生まれ変わるのだから、その成果を目に見える形で残せないか」
- と言われ、診療の質指標プロジェクトを立ち上げることになりました。診療情報管理士や現場の医師も協力してくれることになっています。
- さて、何から始めましょうか。

病院憲章

1) 安全安心の医療を推進するために

- 安全文化を根づかせ、質の高い医療を提供するために、医療倫理の徹底、**チーム医療の推進**、管理運営の改善をすすめます。
- 安全に関する知識や技術を常に学び、向上することを心がけます。
- **科学的に根拠のある医療を行います。**
- 医療内容の客観化につとめ、医療の透明性を高めます。
- 医療の質を高めるための仕組みを作り、積極的に外部の評価を受けます。

病院憲章

2) 患者様本位の医療を推進するために

- 「患者様の権利章典」を尊重し、納得のいく医療を行います。
- 患者様への十分な説明、対話に心がけ、話しやすい雰囲気作りを努めます。
- 医療サービスの向上につとめ、かかやすい病院づくりを進めます。
- 室料差額を取らず低額無料診療を行います。
- 医学・医療・福祉の専門的情報を、患者様にわかりやすく提供します。
- **患者様の心理面・社会面についても配慮した医療を行います。**
- 患者様のご意見に耳を傾け、医療の改善に努めます。

病院憲章

3) 地域に開かれた医療を推進するために

- 地域の方々とともに、病気の予防や健康づくりに取り組みます。
- ボランティア活動などを通じた、病院への地域の方々の参加を推進します。
- 地域のご意見、要望をお聞きし、地域のニーズを反映した医療を行います。
- 地域の医療・福祉や行政など関連諸機関とのネットワークづくりを進めます。
- 地域の方々とともに、安心して住みつけられる、まちづくりを進めます。
- いのちと健康を大切にす立場から平和と環境保全を重視します。

- 本当にできているのか？
- どれだけ改善したのか？
- 他の病院の取り組みはどうなっているの？

例えばこのように測ってみよう

- 脳梗塞で入院した患者の中で、リハビリを受けた人は何割？ そのうち、入院後3日以内に開始できた人は？
- 脳梗塞で入院した患者の中で、再発予防薬(アスピリン)の処方を受けた人は何割？
- 患者の職業歴の記載割合は？
- ケアカンファレンスの実施頻度は？

上四半期を振り返っての到達点

- 測れば測るほど、測り方に異論が出る。
 - 分母・分子の定義について、度重なる議論。
- 測ると決めたら、データが集まる。
 - 手持ちのデータで何とかならないか
 - がんばって集めてみよう。
- 測っているうちに、元気が出てくる。
 - 他院との横比較、自院での縦比較

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)

- 病院・診療所など医療機関の設置目的に照らして、
- 目的通りの結果を達成できているかどうか、
- あるいは良い結果を実現するために必要とコンセンサスの得られた診療体制について、施設やマンパワーの充実度、標準的な診療の実施割合、治療成績など様々な側面から「医療の質」の評価を行い、
- 医療機関がより良く機能を発揮するための手がかりを与えてくれるツール。

次に出てくる疑問

- 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？
 - 患者を含め一般に公開してもよいもの、しにくいもの。

本日の構成

- 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
- 指標の公開の是非
- 質指標の変わった使い方

医療の質を測る目的

- 医療の質を良くしたい
 - 改善すべき点を明らかにしたい。
 - がんばった成果を確かめたい。
 - どこまで改善できるのかを知りたい。
- そのためにまず、診療内容を「見える化」したい。

医療の質指標(QI) 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。

いわゆる「臨床研究」との違いは？

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か月後の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。

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年米外科医学会が採用。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 - 米外科医学会が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 - 米外科医学会が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。

Joint Commission (旧JCAHO)

- 1951年 - 外科医学会の試みに米内科医学会・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。

日本医療機能評価機構

- 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)が合符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。



聖路加Quality indicator



良い指標であるための条件1

- 臨床研究において、患者にとって大切な「結果」との間に強い関係のある項目であれば、
- その項目を改善するために努力すれば、
- 患者が幸せになると予想される。

本日の構成

- 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
- 指標の公開の是非
- 質指標の変わった使い方

指標の作成と選択

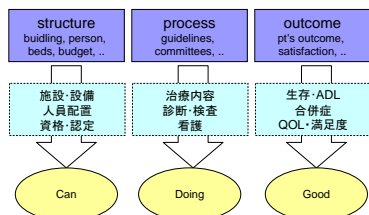
独りよがりにならないために

医療の質の評価軸 Donabedian model

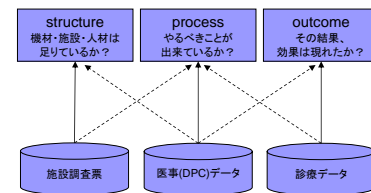
- 医療の質の評価軸は、3つに大別できる。
 - 構造 (structure)
 - 過程 (process)
 - 結果 (outcome)

Donabedian A. A guide to medical care administration. Vol. II: Medical care appraisal - quality and utilization. APHA New York 1969

3 major domains of quality assessment



3つの視点から点検 診療体制→診療過程→診療効果



良い指標であるための条件2

- 診療データと医事データ、
- 紙カルテと電子カルテ、など情報の出所は様々だが、楽に集められるに越したことはない。

本日の構成

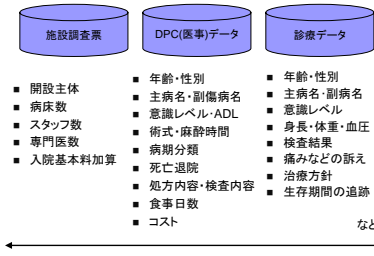
- 医療の質指標(QI, CI)の目的
- 根拠ある測定項目を選ぶ
- 診療改善につなげるために
- データ収集にDPCを活用する意義
- 多施設間比較を進める試み
- 指標の公開の是非
- 質指標の変わった使い方

DPCデータの活用

DPCデータとは

- 入院患者の診療報酬データ
 - 主に急性期病院から提出
- 患者情報・病名・診療行為明細・医療費
- 病名・資源利用に応じて14桁のコードに分類
 - 標準的医療費用を算出して定額支払制度に利用
 - 診療の質や量を共通のデータ基盤で比較可能

3者それぞれの特性がある。



良い指標であるための条件2

- 診療データと医事データ、
 - 紙カルテと電子カルテ、など情報の出所は様々だが、楽に集計できるに越したことはない。
- DPCデータの集計は比較的容易にできる。
DPCデータはどの施設も同じ基準で準備する。
→ 多施設比較に適している。

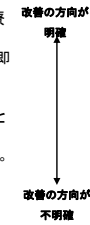
本日の構成

- 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
- 指標の公開の是非
- 質指標の変わった使い方

目標設定(ベンチマーク)

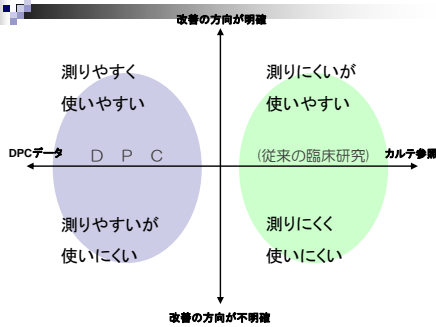
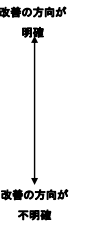
適切な点検で、診療が変わる

- 診療ガイドラインやエビデンスに沿った治療ができているか？
 - プロセス改善の方向が明確で、行動が数字に即反映される。
- 根拠は良く分からないが、まずはいろいろと測ってみる。
 - プロセス・アウトカムともに、他施設と比較可能。
 - 「重大性」を院内で共有し、課題を設定できる。
 - 改善のきっかけに。(方法は施設による。)



目標設定 (ベンチマーク)

- 根拠のある目標
- Best practiceとの比較
- 全国平均との比較
- 院内での診療科間比較



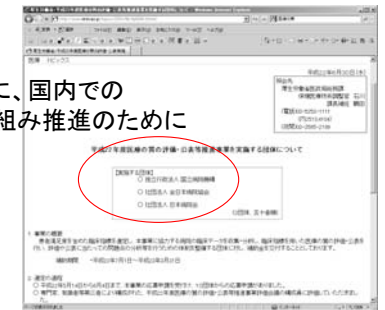
指標選択の基準

- 測定の根拠がある
 - 測ってどうする？
 - 測定方法が明確
 - 分母・分子の定義
 - データ収集が容易
 - 業務統計の活用
 - 現状と目標の関係
 - まだ合格点でないもの
 - 現場の改善が見える
 - 努力が反映される
 - 変化がすぐに見える
- 測定の目標が普遍的
 - 測定方法が普遍的
 - 施設間で現状にバラツキがある

本日の構成

- 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
- 指標の公開の是非
- 質指標の変わった使い方

さらに、国内での取り組み推進のために



厚労省事業の採択状況

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ 2010年度 <ul style="list-style-type: none"> □ 日本病院会 <ul style="list-style-type: none"> ■ 28病院 <ul style="list-style-type: none"> □ うちDPC28病院 □ 全日本病院協会 □ 国立病院機構 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 2011年度 <ul style="list-style-type: none"> □ 済生会 □ 日本慢性期医療協会 □ 全日本民医連 |
|---|--|

それぞれの特徴

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ 2010年度 <ul style="list-style-type: none"> □ 日本病院会 <ul style="list-style-type: none"> ■ 手計算+DPCは一元的に ■ 現場へのフィードバック重視 □ 全日本病院協会 <ul style="list-style-type: none"> ■ DPCのみ一元的に □ 国立病院機構 <ul style="list-style-type: none"> ■ ほとんどDPC ■ 横展開を強く意識 □ 各施設でも検算できるように | <ul style="list-style-type: none"> ■ 2011年度 <ul style="list-style-type: none"> □ 済生会 <ul style="list-style-type: none"> ■ 手計算+DPC一元的？ □ 日本慢性期医療協会 <ul style="list-style-type: none"> ■ 手計算のみ、DPC使えない □ 全日本民医連 <ul style="list-style-type: none"> ■ 手計算、一部DPCも可 |
|--|---|

病院団体間の指標の相違点

- 例1: 紹介率・逆紹介率測定
- 例2: 急性心筋梗塞における再発予防

例1-1: 紹介率・逆紹介率測定 (民医連の定義)

■ 紹介率 =

(開設者と直接関係のない)他の病院又は診療所から紹介状により紹介された一ヶ月間の患者数
+ 緊急的に入院した治療を必要とした一ヶ月間の救急患者数

1ヶ月間の初診患者数

例1-2: 紹介率・逆紹介率測定 (H16 四病院団体協議会統一案)

■ 紹介率 =

(A) 文書による紹介患者数
+ (B) 紹介した患者数
+ (E) 緊急的に入院し治療を必要とした救急患者数

[(C) 初診患者数 + (B) 紹介した患者数]
- [(F) 休日・夜間に受診した救急患者数
- (E) 緊急的に入院し治療を必要とした救急患者数]

例2-1: 急性心筋梗塞における再発予防 (民医連の定義)

■ 急性心筋梗塞患者に対する入院後24時間以内のアスピリン投与率 =
□ ※急性心筋梗塞患者に対する入院当日もしくは翌日のアスピリン投与率

入院後24時間以内にアスピリンを投与された患者数

一ヶ月間の急性心筋梗塞による入院患者数

例2-2: 急性心筋梗塞における再発予防 (国立病院機構2010年度指標)

■ 急性心筋梗塞患者に対する退院時アスピリンあるいは硫酸クロピドグレル処方率 =
分母のうち、退院時処方アスピリンあるいは硫酸クロピドグレルが処方された患者数

「急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞(DPCコード:050030)」の退院患者数。ただし、以下の場合を除外する。
- 退院時転帰が死亡であった患者
- 退院先が「他院へ転院(入院)した場合」あるいは「その他(介護老人保健施設、介護老人福祉施設等への転所)」に該当する患者
* Killip 分類が「Class4」であった患者

指標の共通化に向けて

- 第三者を交えた客観的な整理の議論が必要。
- 日本医療評価機構主催の「クオリティ・インディケーター・フォーラム」
 - 3月19日開催予定だったが、震災のため延期
 - 10月15日(土)に再度開催予定。
 - 全日本民医連にもお声がかかる可能性。

ちなみに海外では

- 測定者は多彩
 - National Committee for Quality Assurance (NCQA)
 - Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)
 - CMS Hospital Quality Initiatives (HQI)
 - National Quality Forum (NQF)
 - Joint Commission Performance Measurement → 測定マニュアルをCMSIにも提供
 - Hospital Quality Alliance (HQA)

各団体の指標はデータベースとして検索可能
National Quality Measures Clearinghouse



ちなみに海外では

- 公表手段も多彩
 - Hospital Compare
 - Leapfrog group
 - National Committee for Quality Assurance (NCQA)
 - US News Best Hospitals Rankings (By Speciality and By Region)

本日の構成

- 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
- 指標の公開の是非
- 質指標の変った使い方

指標の実名公開の影響は未知数

- 数字や「ランキング」が一人歩き?
 - 数字合わせのために診療が歪む?
 - データの精度も損なわれかねない。
 - 患者の集中が起こりうる?
 - 診療報酬・混合診療・ドクターフィーの議論へ発展?
- 指標として未熟であることへの批判
 - データが間違っていたら大変。
 - 各施設でもデータを確認できる体制が必要か。
 - 正確なリスク調整は難しい、など
 - 必要性の理解がデータ入力改善や精度向上につながる?
 - 公開への反発・不安
 - 指標に載らない努力は無かったことになる?
→ 研究者と医療機関の対話が重要

本日の構成

- 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
- 指標の公開の是非
- 質指標の変った使い方

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。

cf) 経営の質指標

- 平均在院日数
- 1患者1入院当たり医療費
- 病床利用率
- 医業収支率
- 地域医療圏内におけるシェア、競合

診療の質指標の特異な活用法

- 支払制度とのリンク
~ Pay for Performance (P4P)
- 職員個人の評価や報酬との連動

Pay for Performance (P4P)

- 米国 英国 豪州 台湾 イスラエル では診療報酬支払いに関連付けられている
- が、質の向上に役立つかどうかは議論が分かっている。
 - 実証研究では質改善したものも少ないもの。
 - アウトカム指標のリスク調整は、現場の意見集約の困難さと、データの限界がある。
- 日本では、ひとまずDPC病院の機能評価係数において「データ提出指数」を導入。

まとめ

- 測ることは変えること。
- 経営改善と同時に、診療の質の測定を。
 - 定期的な測定で、効率的に診療を改善しよう。
- エビデンスと現場に基づいた測定が大切。
 - 指標作りは現場との共同作業。
 - 有意義な指標を、経年的に見る必要あり。
- 今後、指標の公開が進む。