



臨床指標を用いた医療パフォーマンス評価は、医療の質を向上させるための有力な手法である。日米の代表的な事業についてその比較研究を実施する。

特別医療法人社団 時正会 佐々総合病院 理事長

佐々 英達

代理発表者： 社団法人全日本病院協会 常任理事

財団法人東京都医療保健協会練馬総合病院 院長

飯田 修平

「日米の診療アウトカム評価事業の比較研究」を報告いたします。

【スライド-1, 2】

研究目的は、日米の代表的なアウトカムアプローチの事例として米国のCPSの運営するIQIPと、日本の全日本病院協会の診療アウトカム評価事業を比較検討し、今後の方向性について明らかにすることです。

その背景としましては、医療の質への関心がますます高まっております。そして医療の質向上の代表的な手法としてプロセスアプローチとアウトカムアプローチがありますが、そのいずれが良いかということではありませんが、特にその関連に関して研究をしております。

【スライド-3】

今までいろいろ課題がたくさんある中で、明らかにしたい課題があります。

まず、臨床指標をどのように設定するか。どういう疾患を選ぶか、領域は。プロセス指標とアウトカム指標のバランスと言いますか、その選定です。

次に、報告、集計の頻度。これはデータの収集の実現可能性です。精度が悪くならないようにするにはどうするかということです。

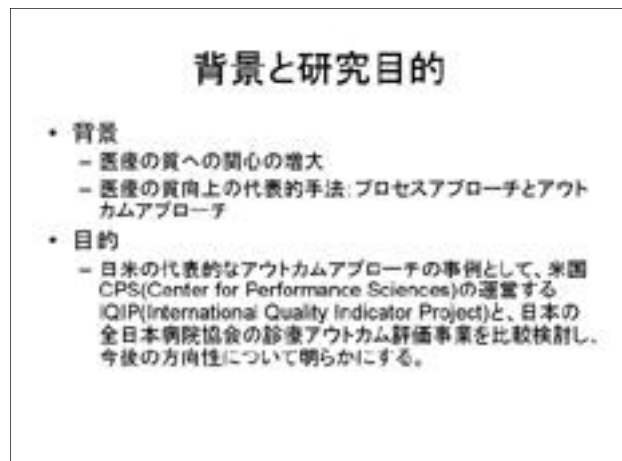
それから、データの信頼性をどう担保するか。これも同じようなことです。

また、他の制度との連携が有効であるかどうか。データの公開の是非、それから医療の質に基づく診療報酬の支払いに関してです。これはまだ日本ではごく一部に多少

スライド-1



スライド-2



スライド-3

明らかにすべき課題

- どのような臨床指標を設定すべきか
 - 疾患/領域(予防, 治療など)
 - プロセス指標vsアウトカム指標
- 報告・集計の頻度は
- データの信頼性をどのように担保すべきか
- 他の制度とのリンクは有効か
 - データの公開
 - 医療の質に基づく診療報酬支払い (Value based purchase CMS 2009年より導入)
- 方法
 - 各国の制度の事例研究
 - 日本での実践
 - 日米での比較研究

スライド-4

(社)全日本病院協会 診療アウトカム評価事業

- 参加病院
 - 2004年7月より開始 参加病院は約50病院(2006年度)
 - 現在は31病院(DPC評価事業への移行のため減少)
- 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
 - 代表的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)
 - 年間6000+α人 (2006年度は13779人のデータ)
- 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

反映されている程度ですが、米国でこの取り組みが始まろうとしております。

そして、その方法としては、各国の制度の事例研究、日本での実践、日米との比較研究です。

【スライド-4】

私たち全日本病院協会では診療アウトカム評価事業というものを行っております。

これは 2004 年 7 月から始めておりまして、約 50 病院が参加しております。今は DPC が始まって、DPC のデータと両方のデータ提出は大変だということとシステム上のいろいろな問題がありまして、今は 31 病院で行っております。

この診療アウトカム評価事業の特徴は、他に例がないと思いますが、患者個票のデータを集めているということで、統計データだけではないということです。

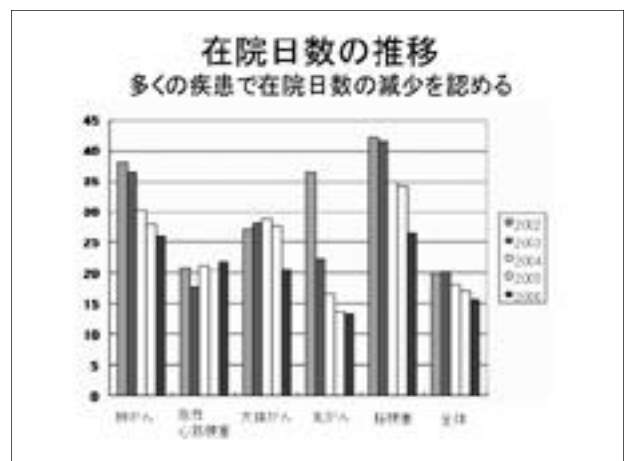
スライドにデータのことが書いてありますが、個人データを集めている。それから専用ソフトウェアを開発して、データは最初はフロッピーディスクで今は CDROM で集めている。そして代表的な 24 疾患を選んで取り組んでおります。その他に統計データとして、病院全体の、スライドの()内に示した指標を集めています。

年間で約 6000 人強のデータが集まっております。統計データとしてのデータは公開しておりますが、個々の患者のデータに関しては公開していませんし、どのような病院が参加しているかについても、団体としてはコメントしません。それぞれの病院がやっているということに関しては、特に問題はないと思っています。

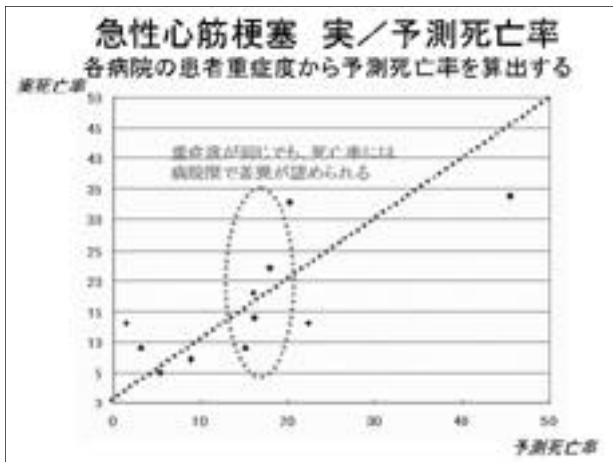
【スライド-5】

例えばこのようなものですが、これは悪性疾患、心筋梗塞、脳梗塞を例にとっています。24 疾患

スライド-5



スライド-6



スライド-7

- ### IQIPとの国際比較研究 米国のアウトカム評価
- 1985: IQIP
 - 世界最大規模のベンチマーク事業
 - Jones Hopkins 大学との連携
 - アウトカム評価モデルとして高い評価
 - 1998: Oryx Project
 - Joint Commission 認定病院による任意のデータ提供
 - 2002: 認定病院のデータ提供の制度化
 - 2004: Hospital Compare
 - DHHS(米国保健省)でのデータ公開
 - データ提供しない場合の罰則(メディケア支払いの減額)
 - 2009: Value-based Purchase
 - メディケアにおける質に基づく支払い

のうちのごく一部ですが、年度毎に平均在院日数が低下しております。急性心筋梗塞に関しては特にそういう傾向はありませんが、重症度別にまとめると、また面白いデータが出ます。

【スライド-6】

これが急性心筋梗塞の実死亡率と、横軸が予測死亡率です。斜めの点線に乗っていれば予測と実測が合うということですが、ここに書いていますように、重症度が同じでも病院によって死亡率の違いが見られます。これはそれぞれを層別化していないので当たり前ですが。

【スライド-7】

アメリカのメリーランド病院協会が行っている IQIP に、私たち全日本病院協会も参加しております。1985 年に世界最大のベンチマーク事業として始まっております。

1998 年には Oryx Project などもあります。

そして 2002 年に認定病院のデータ提供の制度化が行われております。これは米国の話です。

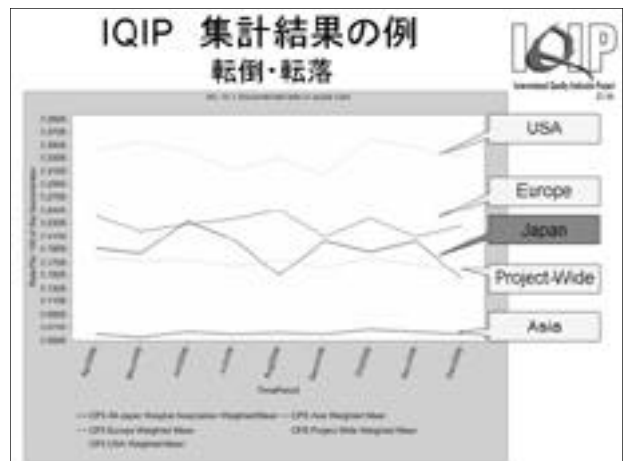
2004 年には Hospital Compare。米国保健省で行われております。データ提供にはメリットをつけておりますが、その後逆に(データを提出しない場合)今度はペナルティをつけるようになっております。

そして 2009 年からは、質に基づく支払いを始めるということが決まっているそうです。

【スライド-8】

これが IQIP の一つの事例で

スライド-8



す。転倒・転落に関してですが、国によって違う。これは2006年の4月から12月までの月毎のデータを並べたものです。この他にもいろいろなアウトカム評価の指標があります。

【スライド-9】

今申し上げた質に基づく支払い、P4Pと言われていますが、これがいろいろ試みられておりまして、Hospital Quality Initiativeということで10の臨床指標に基づいて行っております。データを提出しなかった場合には0.4%の減額ということで、最初はデータを提出する病院がそれほど多くはなかったのですが、ペナルティが入ってから2004年には98%の病院が参加したと言われています。

それからPremier Hospital Quality Incentive Demonstrationのところ、274病院が対象で参加しまして、5疾患34臨床指標に基づいて、いろいろデータ解析が行われております。その興味深い点は、上位10%の病院には2%、11から20%の病院には1%加算ということです。初年度の成績に基づいて下位20%の病院には3年目に到達すべき目標値が設定されて、達成しなかった場合には今度はペナルティで1~2%下げるとということです。英国のNHSでも家庭医に対する支払いが、そういう手法に基づいて行われたということです。

【スライド-10】

アウトカム評価事業を公開するべきかどうかということですが、基本的にはアメリカのメリーランド病院協会のアウトカム評価事業でも統計データは公開していますが、個々の病院のデータに関しては公開しておりませんでした。しかし、今度質の指標に基づく支払いが行われていて、一部に関してはネットで公開されております。わが国で、特に私たちがやっている全日本病院協会の活動では、統計データはホームページ上で公開しておりますが、個々の病院に関しては公開しないという方針は変わっておりません。

米国のニューヨーク州でも、クリームスキミングといいますが、他の州へ出ていく

スライド-9

P4P (Pay for Performance) の試み

- Hospital Quality initiative (MMA section 501(b))
 - 10の臨床指標
 - データ提供を行わなかった場合には0.4%の減額
 - 2004年には98%の病院の参加
- Premier Hospital Quality Incentive Demonstration
 - 274病院を対象
 - 5疾患34臨床指標(急性心筋梗塞、CAACG、心不全、肺炎、脳・肢関節置換術)
 - 上位10%の病院には2%、上位11~20%の病院には1%の加算
 - 初年度の成績に基づいて下位20%の病院には3年目に到達すべき目標値が設定され、達成しない場合には1.2%の減額
- 英国National Health Service (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

スライド-10

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

等いろいろなことが起こっておりまして、公開することに対する是非が問われておりますし、Up-coding、その他いろいろなことが問題になっております。

【スライド-11】

この表が今お話ししたことをまとめたもので、日本と米国とのアウトカム評価の比較です。

まだ私どもでは極く一部であり、アウトカム評価事業でも約30病院、IQIPにも5病院だけです。IQIPに参加しているのは、日米で同じ評価事業の中で一緒に入って、どういうふうに運営していくのか、どういう問題点があるかということを見るのが目的だったので。

それからアウトカム評価とプロセス評価がどうかということがありますが、アウトカム評価は難しく、アウトカムに関しては病院でコントロールできないという側面もあります。プロセスであればコントロールできるということもありますが、やはり両方のバランスをとった指標が必要であろうと考えています。

先ほど述べたように、私どもがやっているアウトカム評価事業は患者の個票データを使いますので、かなり粒度が細かくて、いろいろなことがわかるのですが、データを収集する作業が非常に大変ですので、どこまでやるかということも常に行ったり来たり議論があるわけです。参加病院は中小病院も多いですから、そこでの負荷に関してもいろいろ検討しています。

【スライド-12】

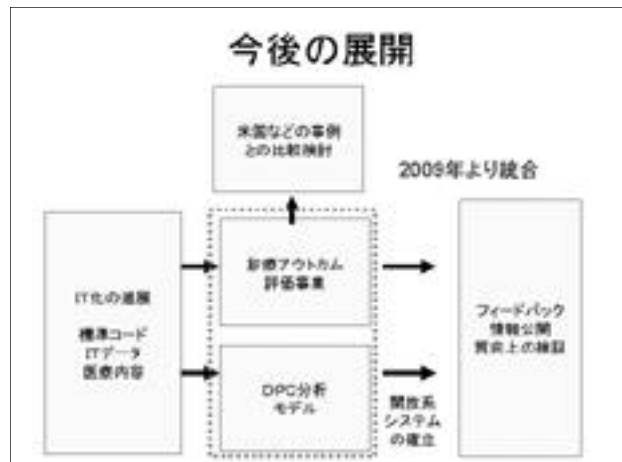
これが今検討しているものですが、診療アウトカム評価事業は別のソフトを使って、別に入力しています。これを何とか一元化できないかということで、やっと最近になってDPCの分析ソフトで良いものができまして、全日本病院協会としてはニッセイ情報テクノロジーのArrowsをもとにしてMedi-Targetを作って、診療アウトカム評価事業と共通のデータも

ありますのでそれを統合化し、アウトカムに関しては診療報酬の請求には必要ないデータもありますのでそれを付加的に入力するという、一元化したシステムを作って現

スライド-11

	日本	米国
制度化	一部病院の自発的参加	IQIPなどの自発的参加を経て制度化
アウトカム評価の利用	医療機能情報提供制度の開始	DHHSによる公開費に基づく診療報酬支払い
データの提供	患者単位 DPCにおいては医療内容も含む	集計データ(分子、分母の数値のみ)
その他	データの粒度は高い 医療内容を含む 国の保有するデータの活用(環境制度)が課題 将来の方向性が明確にされていない	ICMの主導のもと国の戦略が明確にされている データ範囲、インセンティブなど、容易な部分からはじめ、徐々に範囲の拡大を行うなど実務的

スライド-12



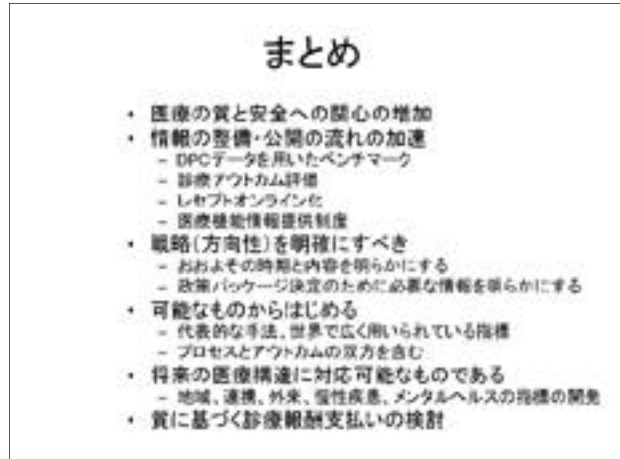
場の負荷を軽減して、より精度の高いアウトカム評価事業を展開したいということで準備をしている最中です。

【スライド-13】

まとめです。

情報公開という流れの中で、公開できるものを公開し、それを医療の質向上、経営にも生かすということで、プロセスとアウトカムの両方からやっていきたいと考えております。これからもシステム化をもう少し推進して参加病院を増やし、データの精度の高いものを作って、病院団体から質のデータ等を基に政策提言をしたいと考えています。

スライド-13



まとめ

- 医療の質と安全への関心の増加
- 情報の整備・公開の加速
 - DPCデータを用いたベンチマーク
 - 診療アウトカム評価
 - レセプトオンライン化
 - 医療機能情報提供制度
- 戦略(方向性)を明確にすべき
 - おおよその時期と内容を明らかにする
 - 政策パッケージ決定のために必要な情報を明らかにする
- 可能なものからはじめる
 - 代表的な手法、世界で広く用いられている指標
 - プロセスとアウトカムの双方を含む
- 将来の医療構建に対応可能なものである
 - 地域、連携、外来、慢性疾患、メンタルヘルスの指標の開発
- 質に基づく診療報酬支払いの検討

質疑応答

会場： いろいろな指標で医療の質を計っていらっしゃるというお話だったのですが、これはそれぞれの視点での指標が出てくるということで、総合的にどれがいいとか、どの指標が重要だといった重要さの区別は、何か工夫があるのでしょうか。特に診療報酬の支払いとのリンクという話になってくると、一律お金というものに尺度が統一されてしまうので、そういうのをどうやって統一するのかというのは重要な点だと思うのです。そのあたりのご意見ないしは何かアイデアを伺えればと思います。

飯田： 評価指標は、メリーランド病院協会で行っていたアウトカム評価事業のアウトカムの指標を参考にしてまず作って、それから IQIP に関しては急性期、長期療養とに分かれて別々になります。これも毎年国際会議があります。今年もイタリアのフェラーラに行ったのですけれども、そこでいろいろ議論して MRSA を評価指標に追加しようかということもあります。いろいろな現場の意見を聞きながら変えています。それはそれで継続してありますが、DPC 分析事業の中からはとれるデータもかなりあります。自由分析ができて、エクセルのピボットテーブルみたいなこともできます。主にそれはプロセス指標になってしまっていますが、その中にもアウトカム評価、例えば、再入院もそうですけれども、いろいろなことができますので、何をこれから分析するかというときに、多様な軸で調べることができます。

ただ、DPC 請求のデータ、つまり、E ファイル、F ファイル、D ファイル、様式-1 に入っていないものは分析できないわけですから、付加的に転倒・転落とか、術後感染症とかは、別の枠組みで入力しています。質の高いデータをとろうとすると負荷がかかりますので、それをどこまで、何をやるかという兼ね合いがあります。今はこの指標でやって、参加病院を増やして、もう少し検討しようということです。まだ全ての質が計れるということではございません。アウトカムに関してはまだまだ、一部しか計っていないと考えております。もう一つに関してはかなり計れます。