

放送 毎週木曜日 21:30~21:45

ラジオNIKKEI

虎ノ門医学セミナー

～より良い地域連携医療をめざして～

企画・制作：虎の門病院・医師と団塊シニアの会
提供：総合メディカル株式会社



よい医療は、よい経営から

総合メディカル株式会社

2016年8月18日放送

「医療の質を測る」

聖路加国際病院 院長 福井 次矢

質の高い医療を受けたいと思わない人はいないでしょう。それでは改めて、医療の質とは何でしょうか？アメリカの独立非営利学術機関である Institute of Medicine 医学研究所が 1990 年に作成した報告書では、“患者にとって望ましい結果—アウトカム—をもたらす可能性の高いことが研究で示されている医療を実践している度合い・程度”と定義されています。言い換えると、研究に基づくエビデンス・根拠と実際の診療との格差（Evidence Practice Gap）がどのくらい小さいのか、あるいは、根拠に基づいた医療（Evidence-based Medicine : EBM）がどのくらい誠実に行われているのか、を意味します。

例えば、糖尿病の患者では、血液検査の HbA1c を 7.0%未満にコントロールすることで、腎臓などの重要な臓器の合併症を減らすことが実証されています。そこで、病院の診療データを用いて、糖尿病患者のうち HbA1c が 7.0%未満の患者の数を調べて、全糖尿病患者数に対する割合を計算しますと、根拠に基づいた医療が行われている度合いを知ることができます。2004年に聖路加国際病院を受診した糖尿病患者 1,983 人中、最後に測った HbA1c が 7.0%未満の患者数は 616 人でしたので、この割合は 31.0%となります。

もう一つ、患者の体内に留置しているカテーテルに伴う感染症を予防するうえで有効なことが実証されている、病院職員の手指衛生実施率を例として挙げます。ある時間帯に、特定の病棟の病室に出入りした職員のうち、備え付けの消毒液を用いて適切な方法で手指衛生を行った職員の割合を計算しますと、その数値から、根拠に基づいた院内感染予防行為が実践されている度合いを知ることができます。2012年に病室への出入りを観察した職員延べ 3,676 人中、適切に手指衛生をしていたのは 1,670 人でしたので、

実施率は 45%ということになります。

このような指標を質指標、Quality Indicator、略して QI と呼びます。

欧米では、2,000 年前後から、QI を用いた医療の質の測定と公開が行われるようになっていましたが、わが国でも、2005 年前後から、私たちの聖路加国際病院や国立病院機構が率先して QI の測定と公開を始めました。聖路加国際病院では、2004 年以降の電子カルテに記録されている診療データを用いて、毎年 100 項目を超える QI を算出・公開し、その数値を改善するという試みに、病院を挙げて取り組んでまいりました。

QI (Quality Indicator) とは？

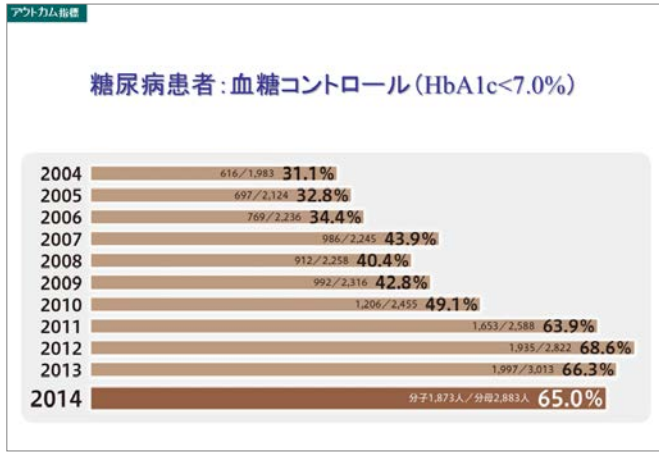
↓

エビデンスに基づいた“標準医療”が行われている度合いを示す数値

例1. 糖尿病の治療を受けている患者(分母)のうち、血糖値の目標値(<HbA1c 7.0%)が達成されている患者(分子)の割合

例2. ある時間帯において、病室に出入りした職員(分母)のうち、備え付けの消毒液を用いて適切な方法で手指衛生を行った職員(分母)の割合

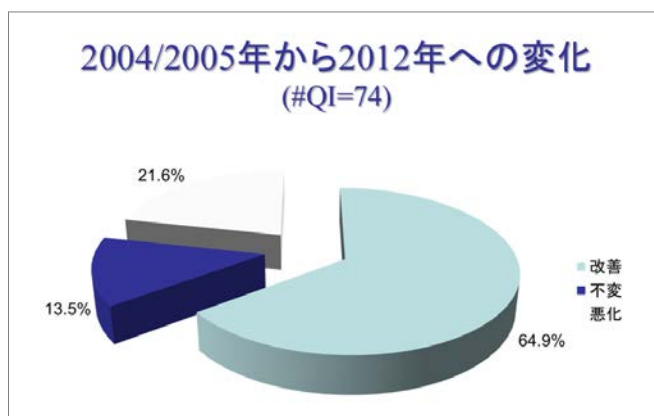
糖尿病診療の QI である HbA1c7.0%未満の患者の割合が、2004 年は 31%であったことは、先ほど述べたとおりです。2005 年以降、この数値を改善すべく、新しい血糖降下薬の使い方についての勉強会を頻回に開催したり、医師一人ひとりについて受け持ち患者での指標を計算して、その数値を私からフィードバックしたり、コントロールの悪い状態が長期間続いている患者の担当医には、糖尿病の専門医にコンサルテーションするよう個別に指示を出したり、さまざまな対応策をとってきました。その結果、毎年のようにこの指標は改善し、2014 年には 65.0%まで上がりました。



二つ目の例の院内感染予防の QI である手指衛生実施率は、2012 年にはわずか 45%であったことは先ほど述べたとおりであります。その後、多数のモニターカメラを全病棟に設置して、頻回に各部署や各職種、場合によれば病院職員に個別に数値をフィードバックしてまいりましたところ、2015 年には 72%まで大幅に上昇しました。並行して、この 4 年間で、膀胱留置カテーテル関連尿路感染や中心ライン関連血流感染などの院内感染発生率が 2 分の 1 ないし 3 分の 1 まで大幅に減りました。

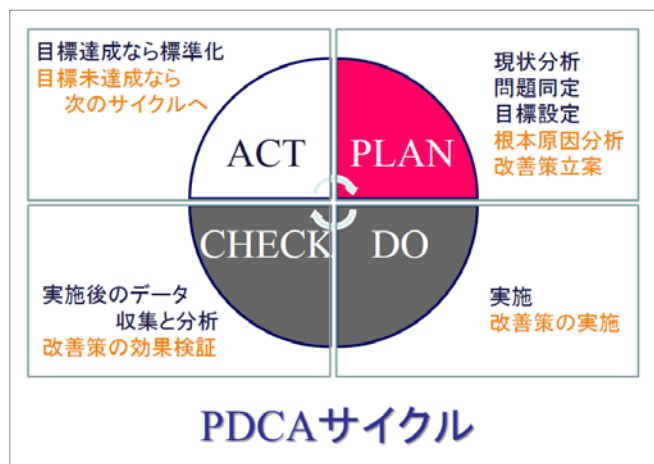
もう一つの例を挙げます。中心静脈カテーテルの挿入時に起こる気胸や動脈穿刺といった合併症の発生率が、聖路加国際病院では他の病院からの報告データに比べるとずいぶん高いことに、2006年頃、気付きました。そこで、電子カルテ上のテンプレートを作って、中心静脈カテーテル挿入に関わるさまざまなデータを収集しました。その結果、多くのスタッフ医師のスキル自体に問題があること、若い医師の熟練度のチェックがなされることなく手技を行っていることなどが明らかになりました。そこで、外部から講師を何度も招き、スタッフ医師、研修医の実技指導をお願いしました。さらに、シミュレーターでのカテーテル挿入、指導医のもと、3人以上の患者でのアシスタント、3人以上の患者でのオペレーターとしての経験、などの記録が揃って初めて独立したオペレーターとして認める、という認定制度を開始しました。その結果、2008年には合併症の発生率が6.2%でしたが、2009年には3.9%、2010年には0.5%、2014年にはなんと0%になりました。

このような聖路加国際病院での11年以上にわたる経験では、測定・公開しているQIの約3分の2は、血糖値のコントロール、手指衛生実施率、中心静脈カテーテル挿入の合併症発生率の例のように、著しい改善を示しています。



QIの測定と公開は、根拠に基づいた医療が実際にどのくらい行われているのか、期待した結果がどのくらい得られているのかを視覚化・「見える化」するものであり、質を改善するうえで大変有用な手順と考えられます。

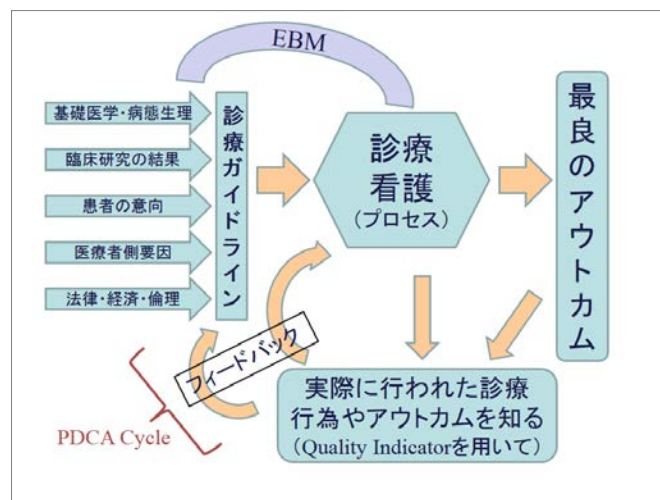
質改善のこの考え方・手順は、半世紀以上も前に、Walter A. Shewhart (ウォルター・シューハート) や W. Edwards Deming (エドワーズ・デミング) が、生産・品質管理の手法の一つとして提唱したPDCAサイクルそのものであります。PDCAサイクルとは、特定の業務を遂行するにあたって、過去の実績や将来の予測に基づいて計画を立て (P: Plan)、その計画に則って業務を行い (D: Do)、業務の実施や結果が計画通りかどうか確認し (C: Check)、計画通り行われていない部分について改善す



る (A : Act)、という手順を繰り返すことを言います。

医療上は、Plan がエビデンスを踏まえた診療ガイドラインに則った診療の促し、Do が診療現場での実践、Check が実際に行われた診療内容やその結果の評価であり QI の測定に相当します。そして、Act が QI の結果を踏まえた改善策の実践、ということになります。

QI の測定・公開が質の改善に繋がる仕組みとしては、第一に、「人は他人に見られている、監視されていると思うだけで、パフォーマンスが向上する」という、臨床疫学分野などでよく知られているホーソン効果 (Hawthorne Effect) が考えられます。また、エビデンスと比較して改善の余地があることをはっきりと認識できること、他の医師あるいは他の医療施設との比較、つまりベンチ・マーキングが可能となること、などは医療者の向上心を掻き立てます。加えて、病院組織としての対応や介入が必要かつ効果的な場面も少なくありません。業務プロセスの見直しや院内認定制度、部署や職種、個人へのきめ細かいフィードバック・アラート、スタッフ間のコミュニケーション改善の機会の設定、外部評価の受審など、多くの事例を挙げることができます。



QI の測定・公開は、2010 年度から厚生労働省の補助事業の対象となったこともあり、いまや多くの病院が行うところとなりました。聖路加国際病院が属する日本病院会では、2010 年に 30 病院で QI の測定・公開、改善の協働作業を開始しましたが、本年は 350 もの病院が参加する大きな事業となっています。今後とも、より多くの病院で QI の測定・公開、PDCA サイクルの活用が行われますことを願っています。