

慢性期医療の臨床指標 (Clinical Indicator) の導入と活用

—慢性期医療における診療の質を測る—

矢野 諭¹⁾ 武久 洋三²⁾

急性期・慢性期を問わず、複雑な構成要素からなる「診療の質」を測るための客観的な定量指標である「臨床指標 (Clinical Indicator: CI)」の導入によるベンチマーキング (成績比較) は、質の確保・向上のための有力な手法である。急性期医療を引き継ぐ Post Acute Therapy (PAT) としての慢性期医療の必要性・重要性を主張し続けてきた日本慢性期医療協会 (以下協会) は、慢性期医療の特色と現場の努力が十分に反映され、かつ客観的な第三者評価が可能な「10 領域 62 項目」からなる協会独自の「慢性期医療の Clinical Indicator」を完成させた。慢性期医療に求められる多彩な機能が強調され、従来の急性期医療が中心の CI との差別化が鮮明になっており、124 点満点で点数化される。協会の「慢性期医療認定病院認定審査」に使用し、慢性期医療のスタンダードを一般に周知させるツールとしても活用し、妥当性の検証を行って行く。それによって医療供給体制・医療経済など多角的な視点からの議論も可能となる。

キーワード: 臨床指標, ベンチマーキング, 診療の質, 慢性期医療機能, 慢性期医療認定病院

I. はじめに

「臨床指標 (Clinical Indicator 以下 CI)」の開発は 1990 年代に入って各国で行われてきた。医療の役割は全世界共通で、まず「病気を治すこと」・「救命すること」であり、従来の CI が救命率・生存率やその対極にある死亡率などで評価される急性期医療に重点が置かれてきたことは、ある意味で当然のことであろう。しかし、療養病床再編政策の中核である、平成 18 年 7 月の「医療区分導入」と「平成 24 年での介護療養病床全廃案 (一時延期)」を契機として、必然的に慢性期医療においても、急性期医療とは異なる視点で「診療の質」が問われるようになった。慢性期医療に到来した「担当領域の拡大・

多様化」と「診療の質の担保への要請」という劇的な変化が、質を測るための「慢性期医療独自の CI」の導入を求めたのである。

「日本慢性期医療協会 (以下協会)」は、平成 4 年 9 月に「介護力強化病院連絡協議会」として発足し、その後「介護療養型医療施設連絡協議会」、「日本療養病床協会」を経て、平成 20 年 7 月から現在の名称に変更した。平成 23 年 3 月 1 日現在で、会員病院数は 910 を数え、慢性期医療における質の向上をめざして、日本慢性期医療学会、慢性期医療認定講座、医療介護福祉士認定講座に加えて、協会内の各委員会が主導する幾多の調査研究事業を実施してきた。「『良質な』慢性期医療がなければ日本の医療は成り立たない」を理念として、急性期医療を引き継ぐ Post Acute Therapy (PAT) としての慢性期医療の必要性・重要性を一般に広く訴え続けてきた協会

¹⁾ 医療法人社団青優会 南小樽病院

²⁾ 医療法人平成博愛会 博愛記念病院

は、平成22年4月に、協会独自の「慢性期医療のCI」を完成させた。CIに「協会が提示する慢性期医療のスタンダードとして、各病院が項目を達成することが質の向上につながるもの」としての意義を付加し、その使用による「慢性期医療認定病院認定審査」事業による「慢性期医療における病院機能評価機構」の確立もめざしている。CIを、変貌した慢性期医療の内容を一般に周知させるためのツールとしても活用してゆくためには、医療経済学の視点からわが国の医療政策が歴史的にどのような背景や根拠ですすめられてきたのかが十分に理解されなければならない^{1,2)}。

本稿では、慢性期医療におけるCI策定の視点と作成の過程、完成したCIの概要と特徴、従来のCIとの比較、「慢性期医療認定病院認定審査」への活用、今後の展望と課題について述べる。

II. 協会独自のCI策定の視点と作成の過程

本稿ではいくつかの用語を以下の定義で使用する。

平成20年10月23日に発表された社会保障国民会議の「将来の医療供給体制」における改革シナリ

オ(図1)においては、平成15年に規定された「一般病床」、「療養病床」という概念が一掃され、「高度急性期」、「一般急性期」と区別された表現が用いられている。この後に「亜急性期・回復期等」、「長期療養(医療療養)」が続く。「高度急性期」をどのように規定するかにより、その後の患者の流れが決まる³⁾。「慢性期医療」のCIを論じてゆくためには、ここで「急性期医療」が明確に定義されていなければならないが、ますます短縮してゆく急性期病院の平均在院日数を考えた場合、「急性期治療を終了して数日間」という定義が妥当である⁴⁾。この定義では、それを引き継ぐ急性期後(post acute)の意味も役割も明確になり、「慢性期医療」の概念はかなり幅広い内容を包括して、一層多彩な機能を担うことになる。(図1)におけるBシナリオの「亜急性期・回復期等」以降を「慢性期」と称し、そのカバーする内容は、「日本慢性期医療協会」に名称が変更になった平成20年7月に公表された、マニフェストともいべき「7つの約束」(表1)に明示されている。

『医療の質用語辞典』による医療の質の定義では、「医療の質とは診療だけでなく、医療機関で行うすべての業務の質である。①診療(看護も含む)の

大胆な仮定をおいた平成37(2025)年時点のシミュレーションである

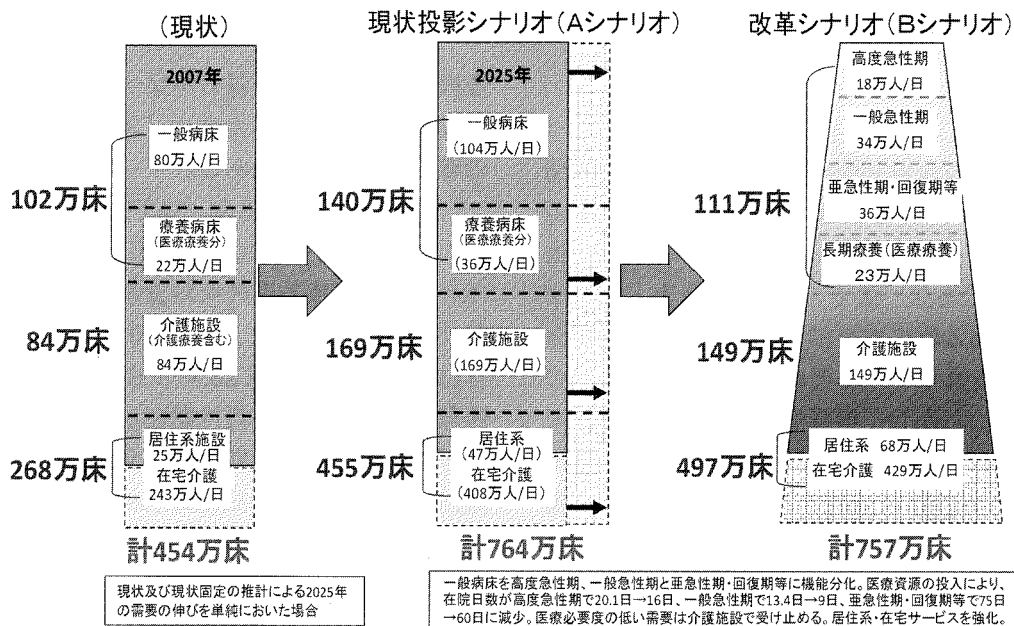


図1 改革シナリオ (B3 シナリオ)

表1 日本慢性期医療協会「7つの約束」

1. 高度急性期病院の治療を引き継ぎ、救急難民を防ぎます。
2. 医療と介護が一体となった機能を維持します。
3. 地域支援型医療拠点として在宅連携を支えます。
4. 高度慢性期病床として診療の質を確保します。
5. チーム医療を徹底します。
6. 亜急性期病床の機能を担当します。
7. リハビリテーション力を強化します。

質② 職員の質（知識・技術・待遇）③ 機器・設備の質④ 経営の質（運営）も含む広い概念である^{5,7)}とある。

「医療の質」と「診療の質」はしばしば混同して使用されることがあるが、本稿においては一貫して「診療の質」を用いている。ここでは上記の「医療の質」の定義の④の部分、すなわち経営の質を考慮していない。決して軽視しているわけではなく、慢性期医療においては、包括制の問題やケアミックス病院などを想定した場合に、経営の質が高いことと診療機能のレベルとは必ずしも相関しないと考えられるからである。実際急性期病院では、聖路加国際病院におけるCIのように医業利益率などの経営指標を採用している場合があるが^{6,7)}、今回の協会のCI策定では、経営の質の視点の項目はあえて選定しなかった。

CIの策定に際しては、医療の質を構成するDonabedianが提唱した3つの視点、①「構造（ストラクチャー）② 過程（プロセス）③ 結果（アウトカム）をそのまま適用し⁸⁾、「臨床指標（CI）」の定義として、『医療・病院管理用語事典』における記載、「①・②・③のいずれかについて数値化されたもの⁹⁾」を採用した。

「臨床指標（CI）」を用いたベンチマーキングは、医療行為が行われている現場においては急性期・慢性期を問わず、複雑な構成要素からなる診療機能のレベル、すなわち「診療の質」を客観的に判定・検証するための手法として存在している。米国ではJCAHO（保健医療機関認可合同委員会）のCI、メリーランド病院協会の急性期病院のCI、そしてわが国では、先述の聖路加国際病院のQI⁶⁾（Quality Indicator）や国立病院機構病院グループのCI⁷⁾などの従来の良く知られている数多くのCIは、大部分が急性期医療中心である。「在院死亡率」や「手術死亡率」は慢性期医療では指標として使えない。また「1週間の入浴回数」は急性期医療の指標として意味を持

たない。「平均在院日数」は基準値を変えれば、どちらでも使用することが可能である。このように、慢性期と急性期では重点項目も評価項目も異なるのが当然である。慢性期病院の特色と医療現場の実情が十分に反映され、かつ客観的な第三者評価が可能で、急性期病院との違いを明確にできる、協会独自のCIの策定が切望された。以下、協会CIの策定の視点と作成の過程を中心に述べる。

当「診療の質委員会」では、現場で診療に従事している会員病院の多職種（医師・看護師・薬剤師・臨床検査技師・事務職）で構成されるワーキンググループを結成した。当初集まったCIの候補は合計276項目に達し、項目の絞り込みが必要であった。

委員会で合意に達した策定の視点は、以下のよう

- A. 協会の方向性・会員病院の「現場」の実情と連動していること：調査結果を基盤
- B. 急性期医療との違いを明確にすること：差別化
- C. 「老人の専門医療を考える会」の「老人医療の臨床指標」を総論的な位置付けとする
- D. 職員の努力で達成可能で、達成に際して高額な費用を要しないこと：しかしハードルは必要以上に下げないこと

さらに協会は、日本医療機能評価機構の「病院機能評価」に相当する、第三者評価として位置付けられる、CIを用いた「慢性期医療認定病院」の認定審査機構の確立を視野に入れた。また、CIのアウトカム（結果）の集積が、回復期リハと同様に、ますますPay for Performance（以下P4P）の傾向が強まるであろう診療報酬改定におけるデータともなり得るような項目の選定と点数化にも配慮した。

まずAの視点の基盤は、平成20年度に協会新執行部発足と同時に再編成された15の委員会の活動であった。各委員会が会員病院を対象に多くの調査協力を依頼し、結果は協会のホームページ等で公表してきた。「急性期連携委員会」による「急性期病院と療養病床との連携に関する調査」、「医療保険委員会」による「医療区分の変化」をはじめ、リハビリテーションや終末期医療・看護、薬剤使用などにおいて、会員病院の実情と現場の声を反映しているデータが集積された。筆者が委員長を務める当「診療の質委員会」でも発足以来、①褥瘡②ADL③身体抑制④尿路感染症⑤経口摂取への

移行の5項目からなる、「診療の質の評価への取り組み」における調査と、「チーム医療に関するアンケート」調査を125の会員病院を対象に実施した。6ヶ月間の追跡調査における、3度以上の深い褥瘡の治癒・尿路感染症治療の実態・アルブミン値の改善・経管栄養から経口栄養への移行、チーム医療においては、コ・メディカルの配置の現状などのさまざまな調査結果が得られた。ベンチマーキングには点数化が必須である。点数化の場合の基準値(cutoff値)は、各種調査結果を基本としたが、データがない項目では特に基準値の設定に難渋し、最終的に委員会での合議・合意により決定した。

Bにおける差別化の第一歩はすなわち、「慢性期病院にあって急性期病院にないもの」に着目することであった。まさにそれに該当するものは「医療区分」である。会員病院における「医療区分の改善率」のデータも存在した。「医療区分」には功罪があり、処置が主体である欠点や、医療区分1の中の重症患者への対応など今後も見直しは絶対に必要である。しかし、診療報酬をインセンティブにして慢性期病院が求められているものが明確化され、目標の設定においても大きな役割を果たした側面は否定できない。特に「医療療養病床」にとって「医療区分」はいわば「命綱」である。「医療区分」の視点を入れることで、「医療区分の改善率」、「肺炎・尿路感染症の予防と治療」の項目選定が容易に可能になった。

もちろん慢性期医療の特色を示す項目は医療区分だけではない。きわめて幅広くなった守備範囲の中で「現場」の実情を反映させた結果、とくに「終末期医療」・「チーム医療」・「地域連携」の3領域を強調し、大項目に選定した。また急性期病院と共通する項目といえる、「医療」・「薬剤」・「看護・介護」・「リハビリテーション」・「検査」・「栄養」・「医療安全・院内感染防止対策」の7つを選定した。さらにCとDの視点を加えて、最終的に「10領域(大項目)62項目(指標)」からなる「慢性期医療のClinical Indicator(CI)」が完成した。

III. CIの概要と特徴

完成したCIは(別表)のように、

- ① 医療(7項目) ② 薬剤(6項目) ③ 看護・介護(8項目)
- ④ リハビリテーション(5項目)
- ⑤ 検査(6項目) ⑥ 栄養(7項目) ⑦ 医療安全・

院内感染防止対策(6項目) ⑧ 終末期医療(5項目) ⑨ チーム医療(7項目) ⑩ 地域連携(5項目)からなる。紙面の関係で一部のみを引用するが、各項目はa2点、b1点、c0点の3段階でさらに点数化され、合計で124点満点となる。レダーチャートを作成し、弱点の向上を目指すことができる。CIの1領域は医療であるが、指標に「医療区分の改善率」(表2)・「肺炎の治癒率」(表3)、「尿路感染症の治癒率」などの、医療区分関連のアウトカム指標が並んだことは象徴的である。各項目で[評価基準]に点数化の基準、根拠を可及的に明示して解説している(表2・表3・表4)。例えば会員病院153病院の医療区分の平均改善率は49.8%であり、改善率60%以上を2点とする根拠としている。

他の領域では、「薬剤の見直し頻度」(内服薬では2週間に1回以上が2点)、「褥瘡持込み患者の比率」(持込み80%以上が2点:会員病院平均値39.8%)、「リハビリの実施頻度」(1週間に1人当たり平均3日以上〈回復期リハでは6.0日以上〉が2点)、「検査(モニタリング・細菌検査など)の実施率・未実施率(1ヶ月間の検査未実施率20%未滿が2点)」などのプロセス指標を設定し、「褥瘡治癒率」(治療後2ヶ月で80%以上を2点)、「経管栄養から経口摂取が可能になった患者の割合」(5%以上を2点:会員病院の平均値0.34%)、「在宅復帰率」(表5)(50%以上を2点:会員病院の平均値46%)などのアウトカム指標と対応させた。さらに、9領域のチーム医療における、「病棟専任のコ・メディカル[MSW, リハビリ部門, 病棟クラーク, 薬剤師など]の人員配置(病棟で各2名以上の専任が2点)」といったストラクチャー指標も導入し、「多職種(5職種以上)によるカンファランス」という表現の多用など、全体として慢性期におけるチーム医療独自の特徴を反映したものになっている。これの基盤となったものは、先述の「チーム医療におけるアンケート」の結果である。急性期～慢性期～介護期の流れの中で、亜急性期機能・回復期機能も含めて、急性期病院からだけでなく介護期からの患者の大量の受け入れが求められる。CIの10領域(地域連携)の10-1および10-2にも盛り込まれているのが、これらの受け入れ機能である(表4)。

CIの具体的な活用の大きな目的の一つが、平成22年5月から開始された「慢性期医療認定病院」の認定審査である。審査対象病棟の一つは医療療養

別表 「慢性期医療のクリニカルインディケータ」(2010.7)
日本慢性期医療協会「診療の質委員会」作成

1 領域【医療】

- 1-1 入院時医療区分の3カ月後の改善率
(算定期間に限りのない区分の患者は除く)
- 1-2 肺炎の新規発生率
(肺炎治療目的の入院は除く。初発・再発は問わない)
- 1-3 肺炎の治癒率
- 1-4 尿路感染症の新規発生率
(尿路感染症治療目的の入院は除く。初発・再発は問わない)
- 1-5 尿路感染症の治癒率
- 1-6 入院時、尿道カテーテルが留置されている患者の1ヶ月後の抜去率
- 1-7 診療記録を評価しているか

2 領域【薬剤】

- 2-1 内服薬定期処方の見直しの平均頻度
- 2-2 注射薬処方の見直しの平均頻度
- 2-3 内服定期薬の平均処方薬剤数
- 2-4 簡易懸濁法が導入されているか
- 2-5 誤薬防止対策が適切に行われているか
- 2-6 薬剤師がミキシングを実施しているか

3 領域【看護・介護】

- 3-1 生涯教育体制が整っているか
- 3-2 看護計画が立案され、実行されているか
- 3-3 入浴回数は適切か
- 3-4 必要な患者に対する体位変換は適切に行われているか
- 3-5 褥瘡患者の持込みの比率
- 3-6 褥瘡の治癒率(治療後2ヶ月)
- 3-7 入院前に抑制が行われていた患者の入院後の解除率(入院後2ヶ月)
- 3-8 現在、抑制が行われている患者の比率

4 領域【リハビリテーション】

- 4-1 リハビリテーションを適切に行う体制が整っているか
- 4-2 休日を含め適切な頻度でリハビリテーションが提供されているか
- 4-3 十分な時間のリハビリテーションが提供されているか
- 4-4 多職種(リハビリ以外の職種も含めて)によるカンファレンス等にて、リハビリテーションの内容、頻度が検討されているか
- 4-5 FIM and/or BI等の客観的指標で患者のADL状態が把握されているか。

5 領域【検査】

- 5-1 緊急検査が実施できる体制が整っているか
- 5-2 画像診断のダブルチェックを行っているか
- 5-3 生理検査が適切に行える環境にあるか
- 5-4 検体のグラム染色実施の有無
- 5-5 全入院患者に対する1ヶ月間の検査未実施率
- 5-6 起炎菌検索と細菌培養感受性検査の実施率

6 領域【栄養】

- 6-1 多職種で構成されたNSTが定期的に活動しているか
- 6-2 体重測定の頻度
- 6-3 栄養ケアマネジメントが適切に行われているか(栄養アセスメントの頻度)
- 6-4 管理栄養士がケースカンファレンスに参加しているか
- 6-5 低栄養の改善率
- 6-6 1年以内に経管栄養(中心静脈栄養・胃ろう・経鼻)から経口摂取可能になった患者の割合
- 6-7 1ヶ月以内に経管栄養(中心静脈栄養・胃ろう・経鼻)から少しでも経口摂取が可能となった患者の割合(1口でも可)

7 領域【医療安全・院内感染防止対策】

- 7-1 院内における転倒・転落などによる重症事故の発生率
- 7-2 医療安全推進体制が整備されているか
- 7-3 職員のインフルエンザワクチンの接種率
- 7-4 結核に対する予防対策が適切に行われているか
- 7-5 院内検出細菌サーベイランスに基づいた感染症治療がおこなわれているか
- 7-6 耐性菌発生防止のための、抗生物質の使用が適切に行われているか

8 領域【終末期医療】

- 8-1 「終末期」の定義が院内で周知徹底されているか
- 8-2 終末期医療に対する特別な書類(同意書)の使用によるインフォームドコンセントが実施されているか
- 8-3 ターミナルカンファレンス(5職種以上)が開催されているか
- 8-4 デスカンファレンス(3職種以上)が開催されているか
- 8-5 安らかな死に向けての特別な部屋(個室)が確保されているか

9 領域【チーム医療】

- 9-1 病棟専任のコメディカルが配置されているか
- 9-2 多職種(5職種以上)による院内ケースカンファレンスが
行われているか
- 9-3 電子化による医療情報の共有が行われているか
- 9-4 慢性期医療認定医師、看護師が配置されているか
- 9-5 介護福祉士が適切に配置されているか
- 9-6 日本医療機能評価機構の認定病院であるか
- 9-7 老人の専門医療を考える会の「老人専門医療の臨床指標」
を活用しているか

10 領域【地域連携】

- 10-1 入院患者のうち急性期病院からの新規紹介入院患者の比率(紹介率)
- 10-2 在宅系からの新規入院患者の比率(居住系施設等を含む)
- 10-3 在宅復帰率(居住系施設等を含む)
- 10-4 多職種による退院カンファレンスを実施しているか
- 10-5 急性期病院・地域の介護保険事業所や施設と情報交換の場を設けているか。

表 2

1-1 入院時医療区分の3カ月後の改善率(算定期間に限りのない区分の患者は除く)

$$\text{(計算式)} \quad \frac{\text{医療区分の改善した患者数 [人]}}{\text{医療区分の変化した(改善+悪化)患者数 [人]}} \times 100$$

a	60% 以上	2 点	
b	40% 以上 60% 未満	1 点	
c	40% 未満	0 点	

【評価基準】

医療区分の改善率(算定期間に限りのない患者は除く)とは「医療区分3から、2または1への改善率」、「2から1への改善率」であり、診療の質の明確な指標である。

入院時の医療区分をもとに、死亡退院者も含めて算出する。

cut off 値は、当会「医療保険委員会」が平成21年6月に公表した「医療区分の変化」についての集計結果を参考に設定した。: 153 病院の平均軽快率: 49.8%

【注】

医療区分の該当病棟でない場合は(c)に「NA」とお書き下さい。

表 3

1-3 肺炎の治癒率

$$\text{(計算式)} \quad \frac{\text{3ヶ月の間に肺炎の治癒が確認された患者数 [人]}}{\text{3ヶ月の間に肺炎の治療を実施した患者数 [人]}} \times 100$$

月	月	月	月
分子	人	人	人
分母	人	人	人

a	90% 以上	2 点	
b	70% 以上 90% 未満	1 点	
c	70% 未満	0 点	

【評価基準】

① 診断は「医療区分 項目の定義」を満たすものとし、治癒の判定には血液・画像診断による確認が必須である。

② 1-2 は予防対策を重視した指標であり、あくまで新規発生率である。肺炎治療目的の入院患者は含めない。計算式は、公衆衛生的な罹患率(発生率)ではなく、簡略化した方法として、1ヶ月(3ヶ月)の1日の平均入院患者数(複数病棟の場合は合計の平均)を分母として、同期間内における新規発生者を分子とした% (=100人当たりの発生数)を用いるものとした。統計学的には厳密ではない。

③ 1-3 は肺炎全体の治癒率である。院内発生のみに限ると、一般に治癒率は決して高くはないが、治療目的での患者も含めて、全体で最低70%の治癒を指標とした。

【評価期間】

直近6ヶ月のうちの連続した3ヶ月とする。

【注】

分母の患者数が0の場合は(a)に「NA」とお書き下さい。

病棟とし、有しない場合には指定の2病棟とする。回復期リハビリ病棟も介護療養病棟も対象となる。協会に認定審査の受審申込がなされた時点で審査用紙が郵送され、受審病院は自己評価を行う。その後

認定審査委員会サーベイヤー(医師・看護師とコ・メディカル〈薬剤師・臨床検査技師・事務職・リハビリ担当者〉で構成)の3名が病院を訪問して各項目の評点を確認してゆく。実地審査は、評点の数値

表 4

10-1 入院患者のうち急性期病院からの新規紹介入院患者数（紹介率）

$$\text{(計算式)} \quad \frac{\text{急性期病院からの紹介入院患者数 [人]}}{\text{全新規入院患者数 [人]}} \times 100$$

a	40% 以上	2 点	
b	20% 以上 40% 未満	1 点	
c	20% 未満	0 点	

【評価基準】

- ① 急性期病院の定義：DPC 病院、特定機能病院、地域医療支援病院、救急告示病院
- ② Post Acute Therapy (PAT) としての慢性期医療の必要性・重要性を強調するためにも、急性期病院からの紹介率は重要な指標である。

10-2 在宅系からの新規入院患者率（居住系施設等を含む）

$$\text{(計算式)} \quad \frac{\text{在宅系からの新規入院患者数 [人]}}{\text{全新規入院患者数 [人]}} \times 100$$

a	40% 以上	2 点	
b	20% 以上 40% 未満	1 点	
c	20% 未満	0 点	

【評価基準】

- ① 急性期病院からの紹介入院だけでなく、居住系施設（特養、有料老人ホームなど：老人保健施設は除く）や自宅からの急性期疾患患者や慢性疾患の急性増悪の患者を受け入れることも、慢性期病院の重要な役割である。
- ② 10-1 と両立しない病院も出てくる可能性があるが、2 つとも重要な機能であるため、あえて項目を独立させた。

表 5

10-3 在宅復帰率（居住系施設等を含む）

$$\text{(計算式)} \quad \frac{\text{在宅退院患者数 [人]}}{\text{全退院患者数 (死亡退院を除く) [人]}} \times 100$$

a	50% 以上	2 点	
b	30% 以上 50% 未満	1 点	
c	30% 未満	0 点	

【評価基準】

- ① 当協会における調査結果、「在宅復帰率は 46%」から、cut off 値の上限を 50% に設定した。
- ② 病院である以上、この項目が重要であるのは、回復期リハビリテーション病棟に限ったことではない。今後ますます評価される明確なパラメーターである。

の確認とその根拠となる診療録や必要書類・記録の提示が中心となる。サーベイヤーは最終的な評点を決定し、病院全体の印象を総括として記載する。評点が一定レベル以上に達した病院を「慢性期医療認定病院」に認定する。点数が著しく低い領域や項目についてはサーベイヤーが指導を行い、一定期間後

に書類の再提出を要請して改善の有無を確認する。第 1 回目の認定病院実地審査においては、すべてのサーベイヤーが研修を兼ねて一堂に会した。

サーベイヤーや受審病院の意見・疑問点は協会事務局に集められ、診療の質委員会委員長である筆者が対応している。サーベイヤー間の意見の統一・標

準化が最も重要であり、定期的に認定審査委員会を開催し意見交換を行っている。5年毎の更新基準も決定している。

平成23年3月1日現在、12の認定病院が誕生し、データが集積されている。すでに日本病院機能評価やISOを取得した病院も認定されている。今後も慢性期医療を提供している多くの病院に広く認定審査を受審していただき、協会独自の「慢性期医療における病院機能評価機構」の確立をめざしてゆく。

IV. 考 察

わが国においては、医療制度の歴史的背景や国民性、医療・介護供給体制が諸外国と大きく異なり、一部の「老人病院・療養病床」において独自の病院機能が容認され、社会的入院の温床となっていたことは否定できない。加えて「一般病床は急性期病院、療養病床は慢性期病院で後者は前者より格下」とあるというイメージが蔓延した。このような環境下におかれた慢性期病院においては、「病気を治して帰す」という病院本来の機能が重視されなくなり、診療の質が問われることは少なく、「慢性期医療の視点に立ったCI」が生まれる基盤が育たなかったのは無理からぬことである。

日本でのCIの開発は先述の聖路加国際病院における臨床指標⁶⁾や国立病院臨床指標¹⁰⁾などがよく知られており、いずれも急性期医療に重点がおかれている。特に臨床指標の先駆的活動が日本救急医学会であることは象徴的である。その根底には、医療の役割が「病気を治す」・「命を救う」ことであり、診療の質の差が生存率に影響するという明確な事実がある。一方、慢性期医療におけるCIは諸外国でも散見されるが、保険制度や医療供給体制や高齢化率、平均在院日数、国民性が異なり、そのままあてはめることはできない。よく比較されるのは米国のナーシングホームであるが、そこでのQuality Indicators (QI)¹¹⁾として示されるのは、やはり「ケアの質」であり、病院機能が十分反映されていないため、現在のわが国の慢性期病院の実情に合致しないのは当然である。一方、① 体重変化 ② 褥瘡 ③ 転倒・転落 ④ 予期せぬ転院 ⑤ 院内で発症した感染症（肺炎・尿路感染）⑥ 身体拘束を評価項目にした、IQIP¹²⁾ (International Quality Indicator Project) 策定による、Long Term Care Indicatorsの

表6 老人の専門医療を考える会の臨床指標8項目

①	経口摂取支援率
②	リハビリテーション実施率
③	有熱回避率
④	身体抑制回避率
⑤	新規褥瘡発生回避率
⑥	転倒転落防止率
⑦	退院前カンファランス開催率
⑧	安心感のある自宅退院率

表7 日本医療機能評価機構

8領域目 (Ver.6.0) の評価項目

8.1	療養病床への適切な受け入れと人権への配慮
8.1.1	療養病床への受け入れ体制が整備されている
8.1.2	療養病床の入院患者の意思を尊重し、人権に配慮している
8.2	チーム医療の適切性
8.2.1	QOLの向上を目指したチーム医療が展開されている
8.2.2	退院後の継続療養に向けたケアが展開されている
8.3	慢性期の診断・治療とケアの適切性
8.3.1	療養病床の入院患者の医学的管理が適切に行われている
8.3.2	嚥下機能が適切に評価され、機能の維持・向上に向けたケアが展開されている
8.3.3	排泄機能が適切に評価され、機能の維持・向上に向けたケアが展開されている
8.3.4	認知機能が客観的に評価され、意思疎通に配慮したケアが展開されている
8.3.5	コミュニケーション障害の原因が把握され、機能回復に努めている
8.3.6	日常生活の活性化を図り、自立できるように支援している

項目は偶然であるが、協会のCIにきわめて近いものである。

また、「老人の専門医療を考える会（以下老専医）」が作成した「老人病院機能評価マニュアル」を用いて平成5年から20年まで毎年、日本療養病床協会（協会の改称前の名称）会員病院を対象として機能評価が行われてきた。老専医ではこの評価マニュアルを発展的に解消して、8項目からなる「老人の専門医療の臨床指標」（表6）を策定し、平成21年10月より老専医の会員病院で施行中である。これは対象が「老人」に限定されているが、協会の会員病院の慢性期医療の現状に合致する点が多い。CIではこれを「総論的指標」と位置付けることとして、「第三者評価の一つとして活用しているか」という視点で、活用の有無をCIの9領域（チーム医療）の7項目目に指標として加えた。

わが国では、それ以外に慢性期医療のみに特化した臨床指標は見当たらないが、「第三者評価」とし

では、良く知られた「日本病院機能評価」がある。「日本医療機能評価機構」の認定も第三者評価の導入という視点で、同じく9領域の6項目目を選択されている。病院機能評価の評価項目はプロセス指標が中心であるが、その8領域目が「療養病床」についてのものである(表7)。表現は異なっているが、(別表)の4領域・5領域・6領域・10領域に記載された内容と重複する部分がある。

慢性期医療のCI策定の必要性が生まれた背景には、わが国の医療政策の変遷¹²⁾とそれに対応した慢性期病院の変貌がある。医療区分の導入は「ショック」といわれるほどのペナルティー的な意味合いを持ち、慢性期病院にも「できるだけ早く治療して、地域に帰す」という病院本来の機能が求められるようになった。医療療養病床は「ICUと類似化」とまで言われるようになり、これは平成22年6月に実施された「横断調査」の結果でも明らかになった。超高齢社会の進展、今後数年の死亡者の激増は、慢性期病院の役割増加と負担に拍車をかける。また近年の医療療養病床には、多くが「医療区分2・3」に該当する多彩な原発臓器の悪性腫瘍の終末期や神経難病の入院患者が増加し、対象年齢が必ずしも高齢者だけではなくなっている。「治す」とは対極の「治らない病気」への対応、「死」を考えた「終末期」への対応もCIに設定されている。これは「ホスピスケア」とは違った多彩な内容を含んでいる「慢性期医療機能」のひとつといえる。

慢性期医療の現状を対外的にも明示できる客観的な多くのデータを材料として、平成21年より協会は、中医協の「慢性期入院医療の包括評価調査分科会」において、回復期リハと同様に慢性期包括医療に対する「医療の質の評価」の導入を訴えてきた。その結果、平成22年度の診療報酬改定において、入院基本料や地域連携などのいくつかの領域で評価が得られた。CIを活用する場は、認定審査だけではない。慢性期医療においても、診療機能の質によって診療報酬上の評価に差がつくことは当然であり、「医療区分」はいわば、「Pay for Process」としての役割の一部を担ってきたといえる。そしてCIによるアウトカム評価はP4Pへのアプローチも可能にする。急性期医療や回復期リハに限らず、P4Pについての議論はわが国ではまだ未成熟である¹³⁾。認定審査の進捗とともに、協会が提出するデータとしてのアウトカムが出てくれば、慢性期医療における

P4Pについての議論も可能である。ただ、アウトカムとしての肺炎・尿路感染の治療率がCIに選定されたのは、医療区分2に記載された疾患であるという理由である。院内発生と治療目的の入院患者を含めた治療率であり(肺炎では90%以上が2点)、そこではリスク調整が全く行われていないため、ベンチマーキングには不適である。しかし、高度急性期病院で治療する必要のない患者がやむを得ずそこに搬入される、いわゆる「ミスマッチ」患者の解消は「救急難民」の防止にも貢献するだけでなく、それらをトリアージすることで節約できる医療費は、年間1兆6,000億円以上と試算される³⁾。肺炎、尿路感染、脱水、褥瘡などの患者がまさにそれに該当する。急性疾患発症後の廃用症候群に対するリハビリ機能も付随する慢性期医療は、医療費節減効果だけでなく、在宅復帰率向上にも大きく貢献できる。

協会は今後もCIを、認定審査の推進・普及だけではなく、他の色々な場面で公表・活用して一般に周知させてゆく。その中で重要な課題は、選定項目は適切であるか、基準値は適当か、追加が必要な項目はないかなどの、情報収集・分析・評価によるCIの「妥当性の検証」である。「慢性期認定病院認定審査」は、平成23年3月1日現在、12の病院が認定されているにすぎず、妥当性の検証データとしてはいまだ不十分である。しかし、12病院中10病院が、すでに「日本医療機能評価機構」の認定病院である。認定審査を協会内部だけのものではなく、広く第三者評価として確立してゆくためには、データの集積だけではなく、サーベイヤーと受審病院の視点も加味した、2つの機能評価の整合性における議論が必要になる。

また、医療政策にも医療現場の実情が反映される傾向がますます強まり、必然的に慢性期病院の今後求められる診療の質の内容にも変化が求められる。

今後は、現場の実情と認定審査の結果をふまえて、各方面の批判も受けながら、CIに適宜変更・修正・追加を行う柔軟な対応が肝要であろう。現在のCIには具体的な項目が設定されていない、協会が今後の慢性期病院の2大必需機能であると考えている「がん患者支援機能・認知症治療機能」も視野に入れなければならない。特に先述の横断調査の結果を受けて、いずれこのCIは、基準13:1、15:1の一般病床を含めた、慢性期医療を提供する病院全部に適応可能であるように対応してゆく必要性が生じて

くるであろう。その基盤になるのは、平成 22 年 10 月に協会が作成した、「慢性期医療版 DPC」ともいえる、「慢性期病態別診療報酬試案」である。ここでは、患者の「処置」ではなく「病態」を中心として、現状の医療区分の見直しを含め、上記の 2 大必需機能への評価も加味されている。

慢性期医療に求められる「診療の質」とは何か、そして「質」を正確に反映する CI とはいかなるものであるかについての議論はまだ緒に就いたばかりである。すなわち認定審査等における十分なデータの集積はこれからである。CI は妥当性の検証がなされて初めて、それをういた医療供給体制、医療経済などの多角的な視点からの説得力のある議論が可能となる。

V. 結 語

日本慢性期医療協会が策定した「慢性期医療の臨床指標 (CI)」の導入における策定の視点、特徴と「慢性期医療認定病院認定審査」への活用、および今後の展望と課題について述べた。

この CI では、慢性期医療に求められる多彩な機能が強調され、従来の急性期医療が中心の CI との差別化を鮮明にしている。協会は、現在の慢性期医療のスタンダードとしての「慢性期医療における病院機能評価機構」の確立をめざすとともに、CI を慢性期医療の内容を一般に周知させて、多角的な視点からの議論を可能とするツールとして活用してゆく。今後の最も重要な課題は、データの集積を基盤

とした妥当性の検証である。

文 献

- 1) 池上直己, 急性期以外の入院医療のための新たな支払形式, 医療経済・政策学第 5 章, 勁草書房, 2005
- 2) 池上直己, ベーシック医療問題入門 (第 4 版), 日本経済新聞社, 2010
- 3) 武久洋三, どうする療養病床転換 ~行政の動きからの検証~, 病院経営 No. 411, 産労総合研究所, 4-11, 2009
- 4) 武久洋三, 慢性期医療の概論について, JMC, 65(4), 23-30, 2009
- 5) 医療の質用語事典編集委員会, 医療の質用語辞典, 日本規格協会, 2005
- 6) 福井次矢, 「医療の質」を測り改善する~聖路加国際病院の先端的試み, インターメデカ, 2009
- 7) 真野俊樹, 患者さんの満足度 UP, 南山堂, 26-31, 2010
- 8) Donabedian A, Exploration in quality assessment and monitoring, Volume I: The definition of quality and approaches to its assessment. Health Administration Press, 1980
- 9) 日本医療・病院管理学会 学術情報委員会編, 医療・病院管理用語事典, 市ヶ谷出版社, 76, 2010
- 10) 全国医学部長・病院長会議, 臨床指標による大学病院の医療の質・安全・患者満足度に関する調査報告書, 2005
- 11) Zimmerman D.R, Karon S.L, Arling G. et al, Development and testing of nursing home quality indicators, Health Care Financing Review, 16(4), 27-107, 1995
- 12) International Quality Indicator Project (<http://www.internationalqip.com/>)
- 13) 植岡健一, P4P は医療をどのように変えるか, P4P のすべて~医療の質に対する支払い方式とは~ (P4P 研究会編), 医療タイムズ社, 18-38, 2007

(平成 23.1.4 受付, 平成 23.3.7 採用)

連絡先: 〒047-0002 小樽市潮見台 1-5-3

南小樽病院 矢野 諭

E-mail: s_yano@seiyukai-gr.jp

INTRODUCTION AND UTILIZATION OF A CLINICAL INDICATOR OF CHRONIC THERAPY

— Measuring quality of medical care in chronic therapy —

Satoshi YANO¹⁾ and Yozo TAKEHISA²⁾

Benchmarking (comparison of results) by introducing a “clinical indicator (CI),” an objective quantitative indicator consisting of complex components to measure the “quality of medical care,” is a powerful method to ensure and improve the quality, regardless of the acute or chronic stage of the care. The Japan Association of Medical and Care Facilities (hereafter referred to as the association), which has continued to emphasize the necessity and importance of chronic therapy as post-acute therapy (PAT) following acute therapy, completed its own “CI of chronic therapy” consisting of “10 areas and 62 items,” which fully reflects the characteristics of chronic therapy and efforts of people involved, and by which objective third-party evaluation can be made. This CI emphasizes various functions required for chronic therapy, is clearly differentiated from the usual CIs, which deal mainly with acute therapy, and is scored with a maximum of 124. It will be used for the “certification examination for chronic therapy certified hospitals” of the association and also utilized as a tool for making the standard of chronic therapy generally known, and its validity will be verified. Thereby, it will be possible to have discussions from various points of view, such as the medical supply system and health economics.

Key words : clinical indicator/benchmarking/quality of medical care/chronic therapy function/chronic therapy certified hospital

¹⁾ Minamiotaru Hospital

²⁾ Hakuai Memorial Hospital