

A photograph of the Tower Bridge in London, England, spanning the River Thames. The bridge's two towers and suspension cables are prominent against a clear blue sky. In the foreground, several boats are on the water, including a small yellow boat and a larger white boat with a canopy. The background shows the city skyline with various buildings.

英国の医療の安全と質活動の動向

～クリニカル・ガバナンスとP4P～

国際医療福祉大学大学院教授
国際医療福祉総合研究所所長
武藤正樹

国際医療福祉大学・高邦会グループの概要

平成7年栃木県大田原市に、日本初の保健・医療・福祉分野の総合大学として設立。看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士、診療放射線技師、社会福祉士、介護福祉士、薬剤師等のメディカル・スタッフを育成している。

国際医療福祉大学 大学院(東京青山 キャンパス)



大学院 医療福祉学研究科

大学院 医療福祉学研究科

修士課程: 保健医療学専攻、医療福祉経営専攻

臨床心理学専攻

博士課程: 保健医療学専攻

- 栃木本校のほかサテライトキャンパスも設置(東京・小田原・熱海・福岡・大川)
- 同時双方向遠隔授業
- 医療職のための本格的な生涯学習コース、「乃木坂スクール」開講

保健医療学部

看護学科、理学療法学科、作業療法学科、言語聴覚学科、視機能療法学科、放射線・情報科学科



大学クリニック(栃木大田原)

医療福祉学部

医療経営管理学科、医療福祉学科

薬学部

薬学科

福岡リハビリテーション学部

(福岡県 大川キャンパス)

理学療法学科、作業療法学科、
言語聴覚学科(平成19年4月開設)

小田原保健医療学部

(神奈川県 小田原キャンパス)

看護学科、理学療法学科、作業療法学科

大学附属施設

(269床)



熱海病院

(291床)



三田病院

(206床)



国際医療福祉
大学病院

(300床)



塩谷病院

東京本部 (乃木坂)

総務部
人事部
企画部
医療管理部



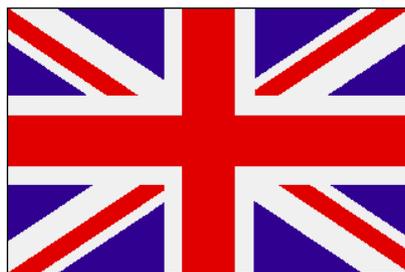
目次

- パート1
 - ブリストル王立小児病院事件と英国の医療改革
- パート2
 - ブレアのNHS改革とクリニカル・ガバナンス
- パート3
 - クリニカル・ガバナンスの3つのレベルと10のポイント
- パート4
 - 患者安全庁とクリニカル・リスクマネジメント
- パート5
 - 英国版P4P(医療の質に基づく支払い方式)

* 日本医療マネジメント学会医療安全分科会



パート1
ブリストル王立小児病院事件と
英国医療改革





英国民に衝撃を与えた
ブリストル王立小児病院事件

ブリストル王立小児病院



Bristol Royal Hospital for Children



ブリストル王立小児病院事件

- 小児心臓外科手術における高率の死亡率 (1984－1995年)
- 麻酔医の1990年の内部告発から始まった



麻酔医 Stehaen Bolsin



ブリストル王立小児病院事件

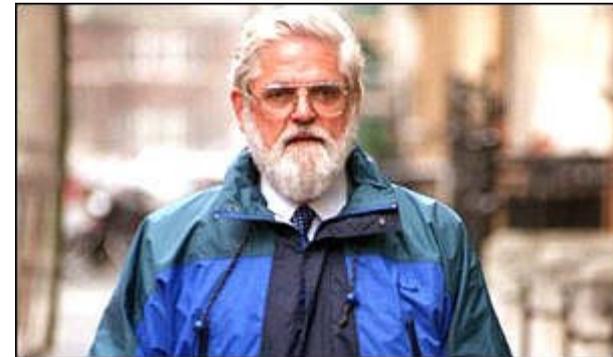
- 大血管転位症に対するスイッチング手術の死亡率
 - 心臓外科医のWisheart医師、Dhasmana医師
 - 38例のスイッチング手術(大血管転位症に対する大動脈と肺動脈のスイッチング手術)を実施(1988–1995)
 - 38例中20例(50%)が死亡
- 病院管理者Roylance医師
 - 1990年より死亡率が高率であることをBolsin医師の告発で知りながら、診療続行させていた



Wishearti医師



Dhasmana医師



Roylance医師

英国医道審議会

- 1998年英国医道審議会
 - 異常に高い死亡率
 - Dhasmana医師には手術治療の禁止
 - Wisheart医師には診療行為の停止
 - 異常に高い死亡率にもかかわらず放置していた病院管理責任も問われた



ブリストル王立小児病院事件のその後

- ブリストル王立小児病院で手術を受けて死亡したり、障害児となった親から多数の損害賠償請求が提出
- 特別調査委員会が1984年から1995年までの12年間の診療内容の調査を9億円の予算をかけて行った
- 調査報告書「Learning from Bristol」198項目の勧告

ブリストル王立小児病院事件のその後

- British Medical Journal(1998年6月)
 - 「すべては変わった、完全に変わった、ブリストル事件によって英国医療は変容する」
- 英国胸部外科学会
 - 外科医ごとの手術死亡率を報告するように求めた
- 英国医師会
 - 「ブリストルを越えて、医療の向上」フォーラムを開催
- ブリストル王立小児病院の手術再開
 - 大血管転位の手術再開:死亡率は3%に低下

現在のブリストル王立小児病院

	<i>Bristol n</i>	<i>Bristol Mortality %</i>	<i>UK Mortality % 1996-7</i>
<i>Adult Cardiac</i>	1184	2.4	5.1
<i>CABG</i>	831	0.8	3.7
<i>Congenital</i>	260	3.1	4.1
<i>< 1 year</i>	50	8.0	7.5

パート2

ブレアのNHS改革と クリニカル・ガバナンス



ブレア首相



イラク問題とブレア

ブレアのNHS改革

- ブレアの労働党政権 (1997年)
 - 教育、鉄道、医療(NHS)の3大改革
- 白書
 - “The New NHS、Modern dependable”
(「新たなるNHS,新たなる信頼」)
 - “A First Class Service”
(「第一級の保健サービス」) 1998年
- クリニカル・ガバナンス
 - NHSは医療サービスの質に対して責任をもつ

クリニカル・ガバナンスとは？
(Clinical Governance)

—NHS改革の中心概念—

クリニカル・ガバナンス定義 (1)

“a framework through which NHS organizations are accountable for continually improving the quality of their services and safeguarding high standards of care by creating an environment in which excellence in clinical care will flourish

From: A First Class Service, 1998

- クリニカルガバナンスとは継続的なNHSのサービスの質向上と、優れた臨床ケアを育成するための環境作りを通じて高い臨床の質のスタンダードを確保するための枠組みのことである。
- ファーストクラスサービス(1998年)

クリニカル・ガバナンス定義 (2)

- “A systemised process for monitoring and ensuring quality professional services provided by the organisation and accountable to the governing body”
- It involves promoting good practice, preventing poor practice and intervening in unacceptable practice. It includes standards of clinical behaviour as part of clinical practice.
- クリニカル・ガバナンスとは保健医療機関により提供される専門的なサービスの質のモニターやチェックと関係者への説明責任に対する体系的な過程である。
- クリニカル・ガバナンスは良き診療を促進し、悪しき診療を防ぎ、容認できない診療に介入することである。臨床的な行動規範についても臨床行為の一部として基準を設定する。

クリニカル・ガバナンス定義(3)

- A framework for accounting for the quality of clinical services to governing body
- With a mechanism for continuous quality improvement
- In an environment where clinical excellence can flourish
- 保健医療の管理機構に対する臨床サービスの質の責任体系
- 継続的な質向上のメカニズム
- すぐれた臨床を生み出す環境づくり

パート3

クリニカル・ガバナンスの 3つのレベルと10のポイント

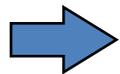
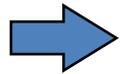
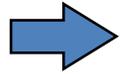
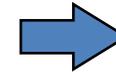
クリニカルガバナンスの3つのレベル

患者や国民の関与と
情報開示

①青書(National
Service Frameworks)

・国立最適医療研究所(NICE)

国レベルの明確な臨床ケアの基準設定や臨床指標の設定

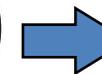


専門職の
自己統制

クリニカル
ガバナンス

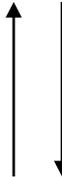
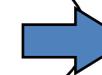
生涯教育

病院トラストや
開業医グループ
での実施



・NPF(National Performance Framework)
・医療改善委員会(CHI)

臨床現場における
モニターや監査



病院や診療所の現場レベルの クリニカル・ガバナンスの 10の具体的なポイント

- ① EBMとその支援体制
- ② 質向上のためのプロセス、たとえば臨床審査(クリニカル・オーデイト)
- ③ 臨床的なケアのレベルを把握するための指標(臨床指標)
- ④ 臨床的なリスク削減計画
- ⑤ 良質の診療、アイデア、イノベーションの体系的な普及

保健医療機関に求められる クリニカル・ガバナンスの10のポイント

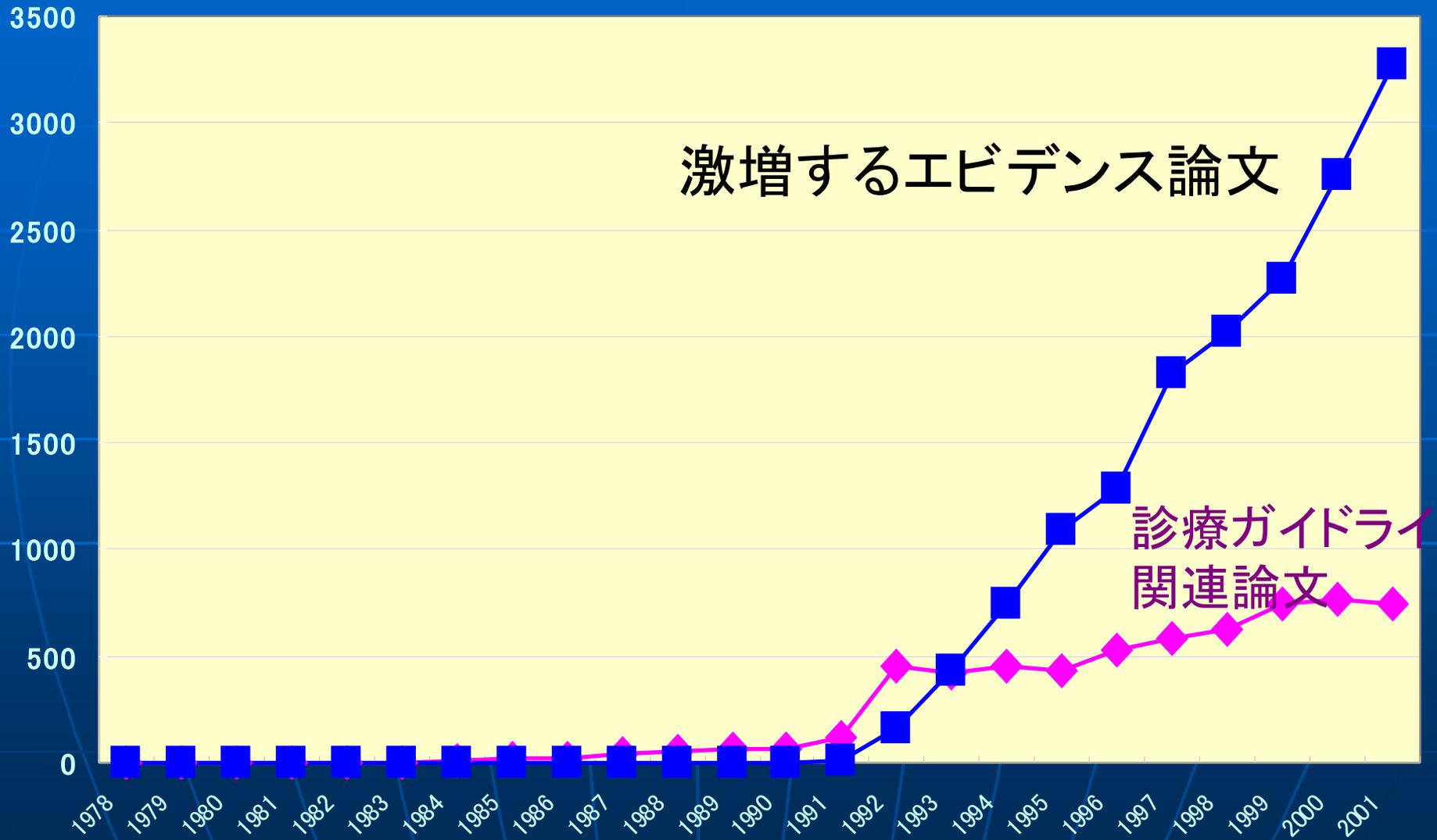
- ⑥患者有害事象の把握と開かれた調査、適切な教訓の学習
- ⑦患者の苦情から診療への教訓を体系的に学習すること
- ⑧臨床能力の貧弱さの問題を早期に発見し、対応すること
- ⑨すべての専門職の養成・研修事業がクリニカル・ガバナンスの原則を反映すること
- ⑩臨床的なチームにおいてリーダーシップを取る能力の向上

ポイント1

EBM支援体制

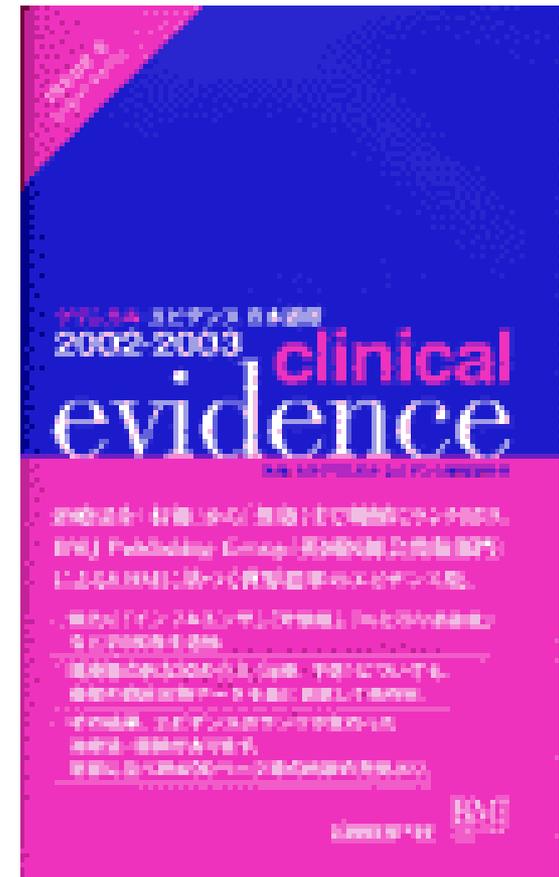
エビデンス・データベース
診療ガイドライン
クリティカルパス

激増するエビデンス論文と診療ガイドライン



英国医師会出版部 クリニカル・エビデンス(日本語版)

- 英国医師会出版部が6ヶ月に1回のペースでエビデンス集を発行
- 日本語版は日経BP社より発行
- エビデンス・グレードを明記している



ポイント2
クリニカル・オーデジット
(臨床監査)

クリニカル・オーデイトの定義

- クリニカル・オーデイト (Clinical Audit)
 - 臨床ケアの質を体系的に批判的に分析することである
 - その対象としては、診断、治療方法に関する方法や手技、さらに患者のQOLとアウトカムに影響を与える資源利用のすべてを含む。

クリニカルオーデイト (clinical audit)

- 患者のケアとアウトカムを向上させるための質改善プロセス
- 公認された基準に基づく体系的なレビュー
- 構造、プロセス、アウトカムの各層を体系的に評価
- 個人レベル、チームレベル、部門レベルの変革
- さらなるモニタリング

クリニカルオーデイト —成功の秘訣—

- データ収集と評価
 - エビデンスに基づくこと
 - 定量的に測定すること
 - 根本理由を同定すること
- ベンチマーキング
- 計画作成と実施
 - アウトカムを変えるための計画作成すること
 - 計画を実施し、成果をモニターすること
- 中央と地方の連携
 - NSFs、NICEとの連携
 - NHSの中央レベルと地方レベルのオーデイトの連携
 - CHIとの連携

CHIが現在推進中の クリニカル・オーデイト・プログラム

- 冠動脈疾患
 - 心筋梗塞 (National Audit Project)
 - 成人の心臓手術、小児心臓手術
 - 血管形成術
- がん
 - 肺がん (LUCADA), 頭頸部がん (DAHNO), 大腸直腸がん, 乳がん
- 高齢者
 - 脳卒中、根拠に基づいた処方、失禁
- 精神保健
 - 精神科領域における暴力
- 静脈潰瘍
- 糖尿病

クリニカル・オーデイトの例

(病院における下肢バイパス術の閉塞率1999-2001)

病院	バイパス術 実施件数	バイパス閉 塞件数(率)	予測される 閉塞率
1	163	12 (7.4%)	6.9% (11)
2	232	25 (10.8%)	8.2% (19)
3	261	15 (5.7%)	6.6% (17)
4	103	13 (12.6%)	11.6% (12)
5	268	25 (9.3%)	7.6% (20)
6	196	20 (10.2%)	5.6% (11)

ポイント3
臨床指標
クリニカル・インディケター
の活用

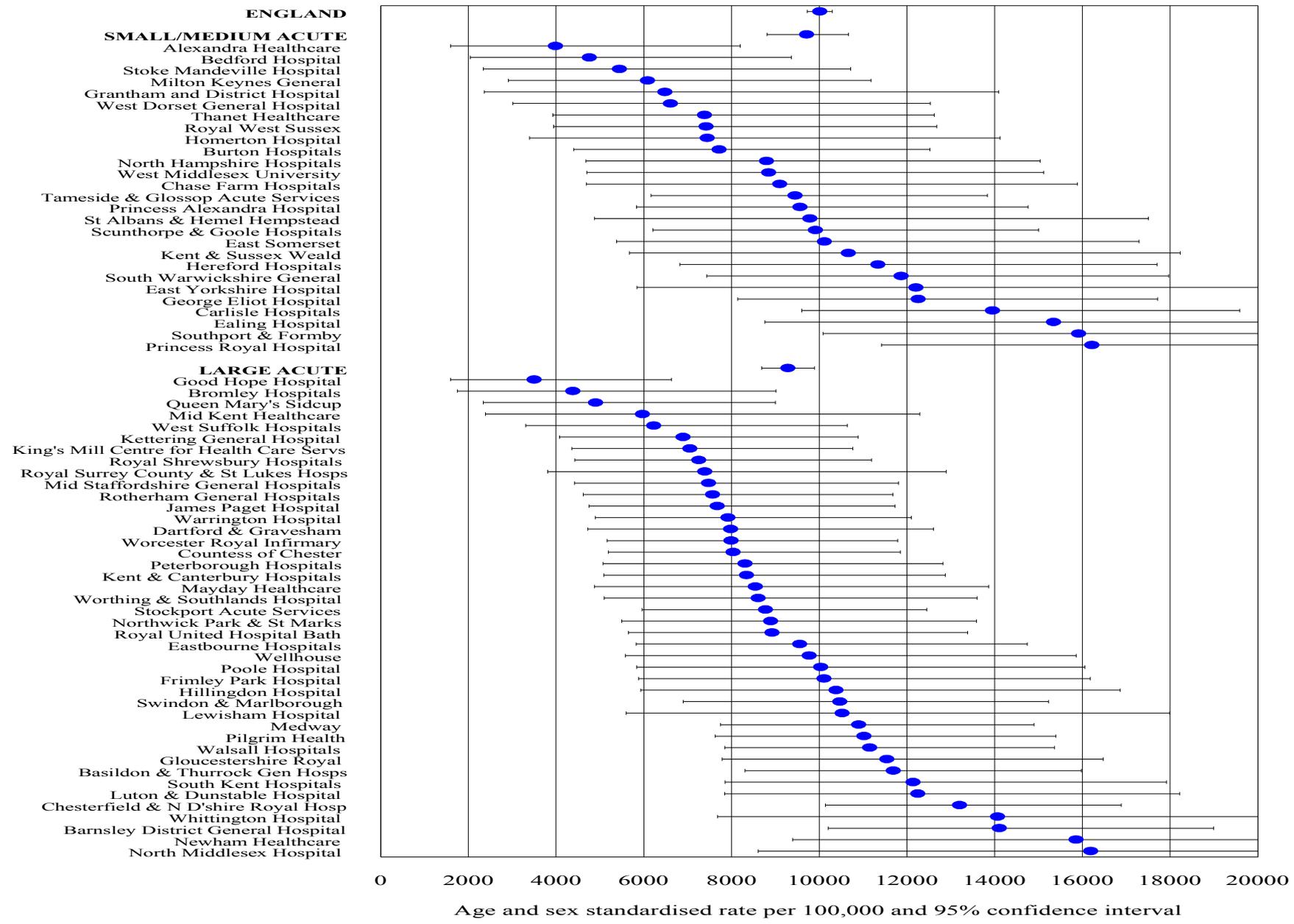
臨床指標（クリニカル・インディケーター）

- 医療の質を評価する定量指標
- 要件
 - アウトカム指標もしくはアウトカムに影響を与えるプロセス指標であること
 - データ収集が比較的容易であること
 - 医療の質指標としての代表性が高いこと
 - 標準的な成績が目安としてあわせて提示できることと（施設間比較ができること）
 - 改善への努力が反映されやすいこと
 - 卓越した事例（ベストプラクティス）を示せること

英国のクリニカルガバナンスにおける 臨床指標の活用

- 特定手術の死亡率や合併症の発生・再入院率、早期退院の実現、入院待機期間、患者・家族の経験など6領域41の指標が最初の測定対象になっている
 - (例) ウェールズ地方の心臓発作による緊急入院の入院中死亡率は平均18.7%だったが、最高と最低では13.5%から22.8%と無視できない差があった

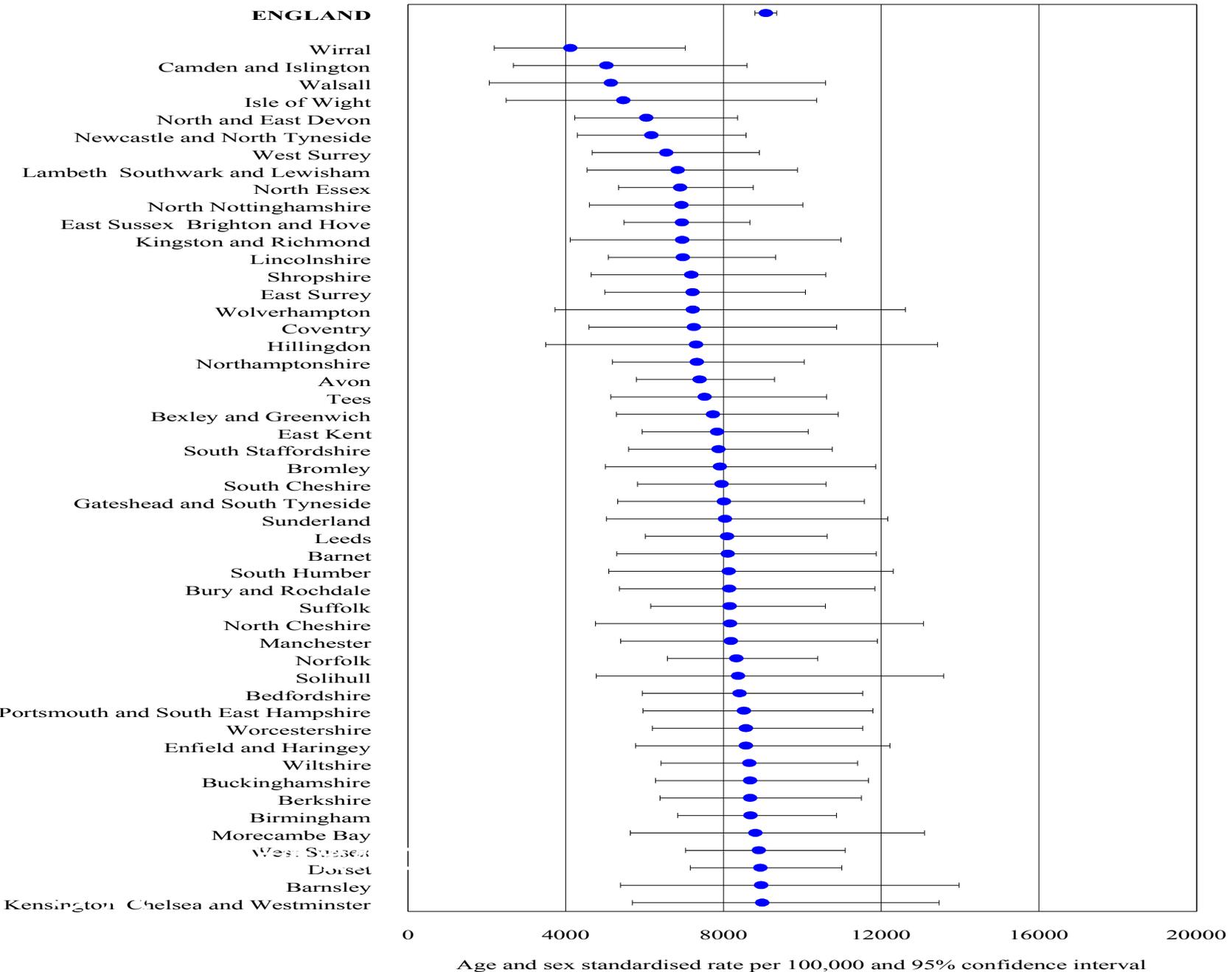
CI 3: Deaths in hospital within 30 days of emergency admission with a heart attack (ages 35-74) by NHS hospital Trust, grouped by Trust cluster, England 1998-99



These are detailed graphs for England showing how death rates vary within groups of "like" NHS hospital Trusts and between groups.

6xiv (CI 2): Deaths in hospital within 30 days of emergency admission with a hip fracture (ages 65+) by Health Authority, England 1998-99

ENGLAND



For more detailed information on England's health indicators, visit www.hpa.gov.uk

パート4
患者安全庁と
クリニカル・リスクマネジメント
患者安全庁の活動



患者安全庁

(National Patient Safety Agency)

- 2001年よりNHSの組織の一つとしてスタート
 - ①患者安全への7つのステップを策定
 - ②インシデント報告システム
 - ③医療安全に関する調査研究
 - ④医療安全に関する勧告・モニター
 - ⑤医療安全に関する省庁間の調整業務

①患者安全7つのステップ

- ステップ1
 - 安全文化の確立
- ステップ2
 - 職員の支援
- ステップ3
 - リスクマネージャーの活動の組織化
- ステップ4
 - 事故報告の促進
- ステップ5
 - 患者参加
- ステップ6
 - 事故の教訓から学ぶ
- ステップ7
 - 解決策の実施と事故防止

② インシデント報告システム

- インシデント報告システム（NRLS：National Reporting and Learning System）
 - 2003年11月よりインターネット経由で収集事業をスタート
 - インシデント報告カテゴリー
 - 急性期病院、精神病院、診療所、地域看護、薬局、救急車サービスなど
 - 2005年3月までに8万5千件の報告を集めた

HELPING TO IMPROVE NHS PATIENT SAFETY

INCIDENT REPORT FORM



Incident Details

Patients Involved

Staff Involved

Your Trust

Submit

In this section you are asked to provide information about the Patient Safety Incident you are reporting.

Is this text too small?

[CHANGE TEXT SIZE](#)

Patient Safety Incident Details

When and where?

SP1. In which service did the Patient Safety Incident occur? (This may not be the same as the service in which you work)

[HELP](#)

Please select

SP2. In which location did the incident occur?

[HELP](#)

Please select

SP3. What was the date of the incident?

[HELP](#)



Date:

Day

Month

Year

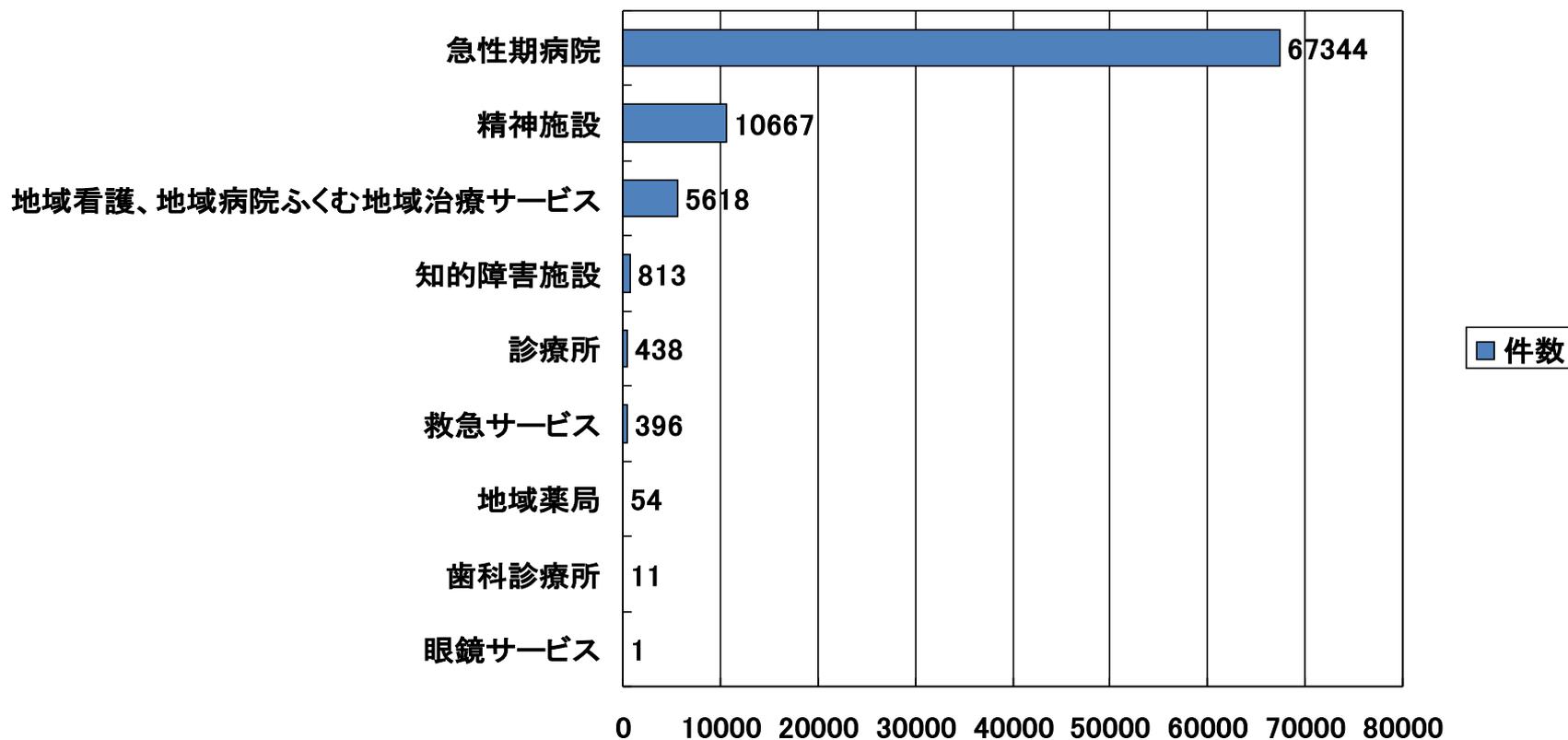
Set to today's date

インシデント・カテゴリー

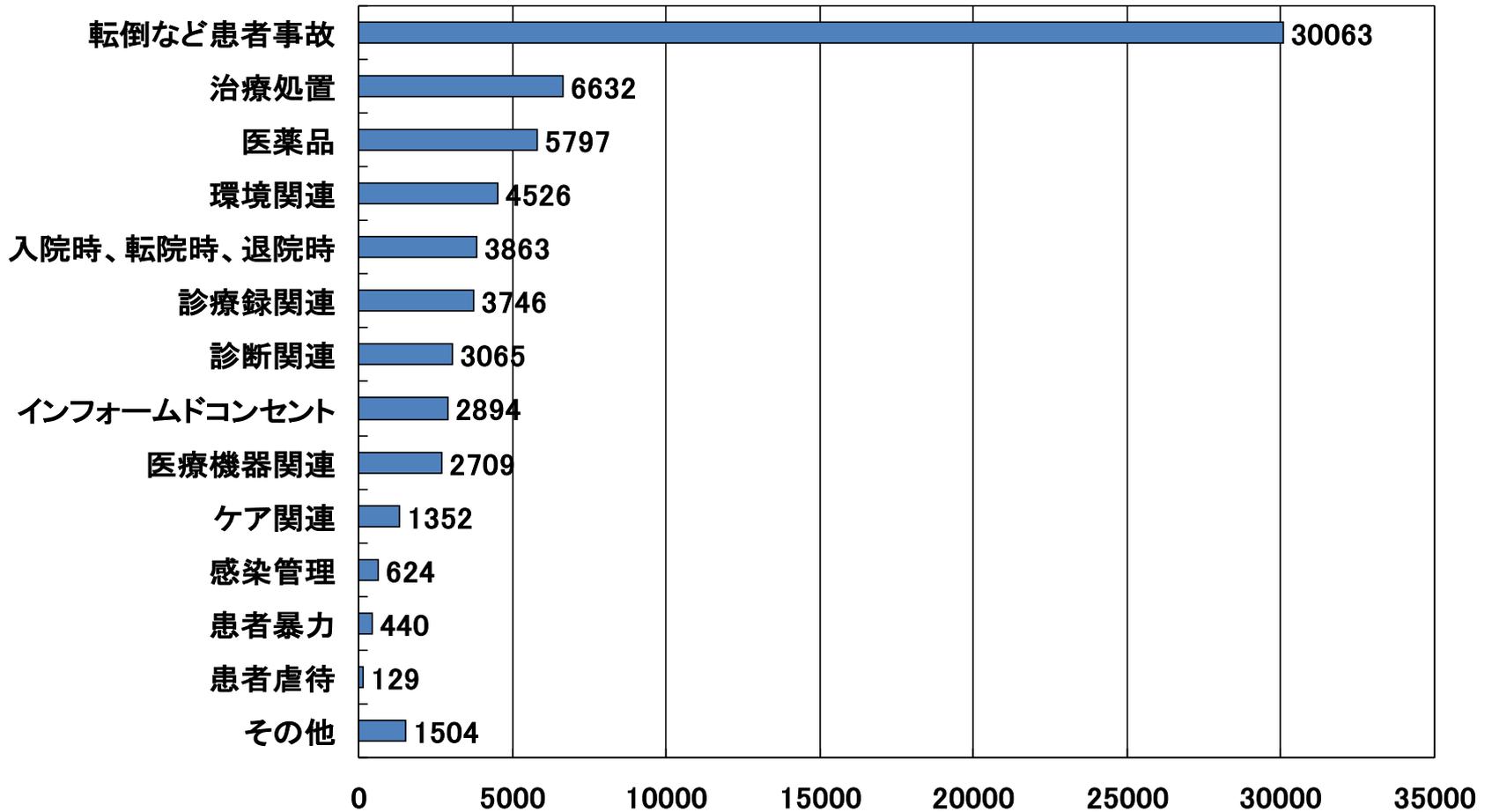
- アクセス、入院、転院、退院
 - ケアへのアクセスの遅れ、予期せぬ再入院、退院の延期
- 診断
 - 誤診、検査結果の報告漏れ、検査結果の紛失、患者へのインフォームドコンセント
- インフォームドコンセント、コミュニケーション、守秘
 - 守秘義務違反、医療チーム外とコミュニケーションエラー、患者間違い
- 暴力
 - 物理的、言語的暴力
- 診療録
 - 診療録の紛失、診療関連の報告書の遅れ
- ケアの実施
 - 合併症の発見の遅れ、入院期間の延長
- 院内感染
 - 医療機器の消毒、院内における交叉感染

報告施設別報告件数

NRLS報告(2005年3月までの累積)



急性期病院のインシデント内容

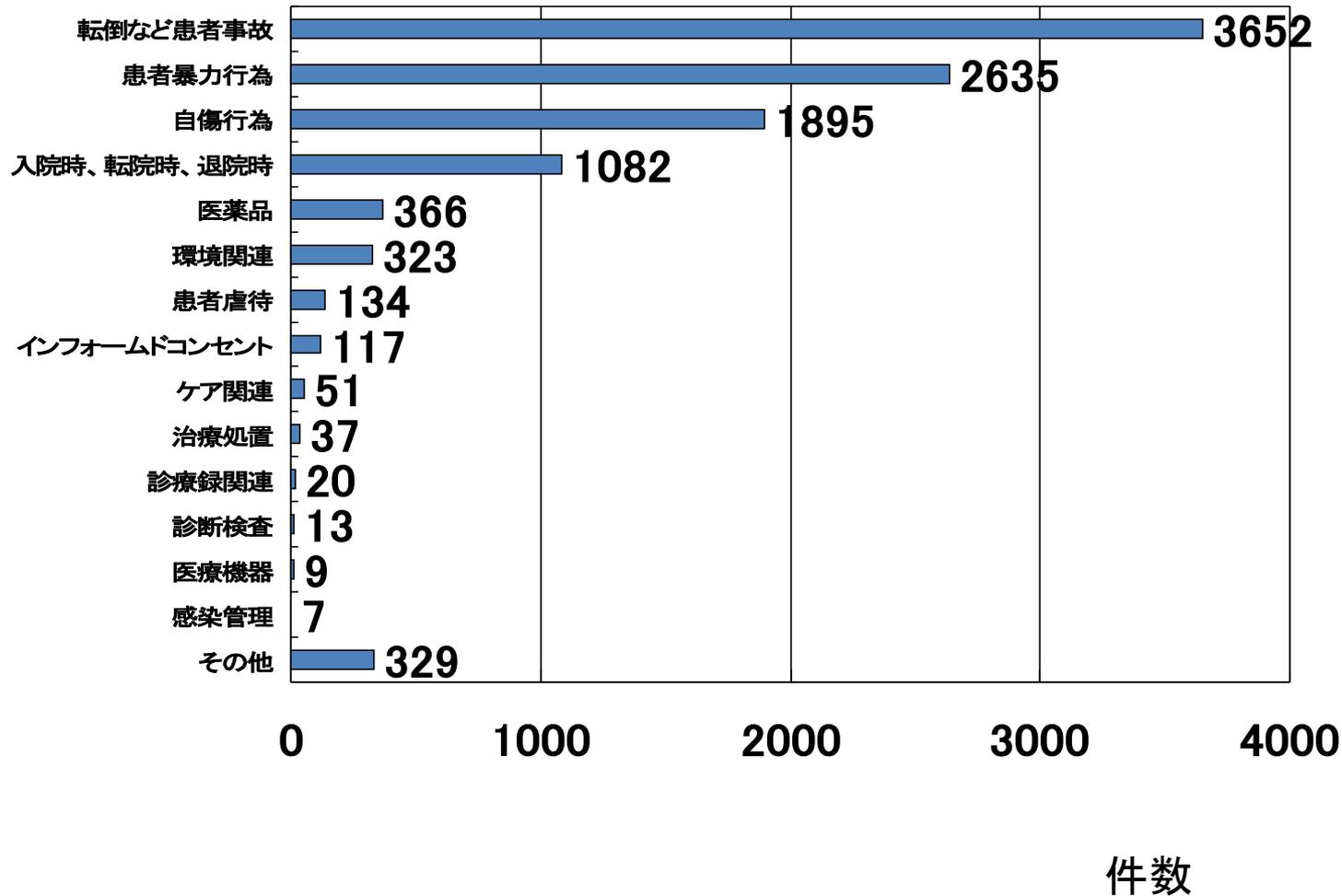


報告件数

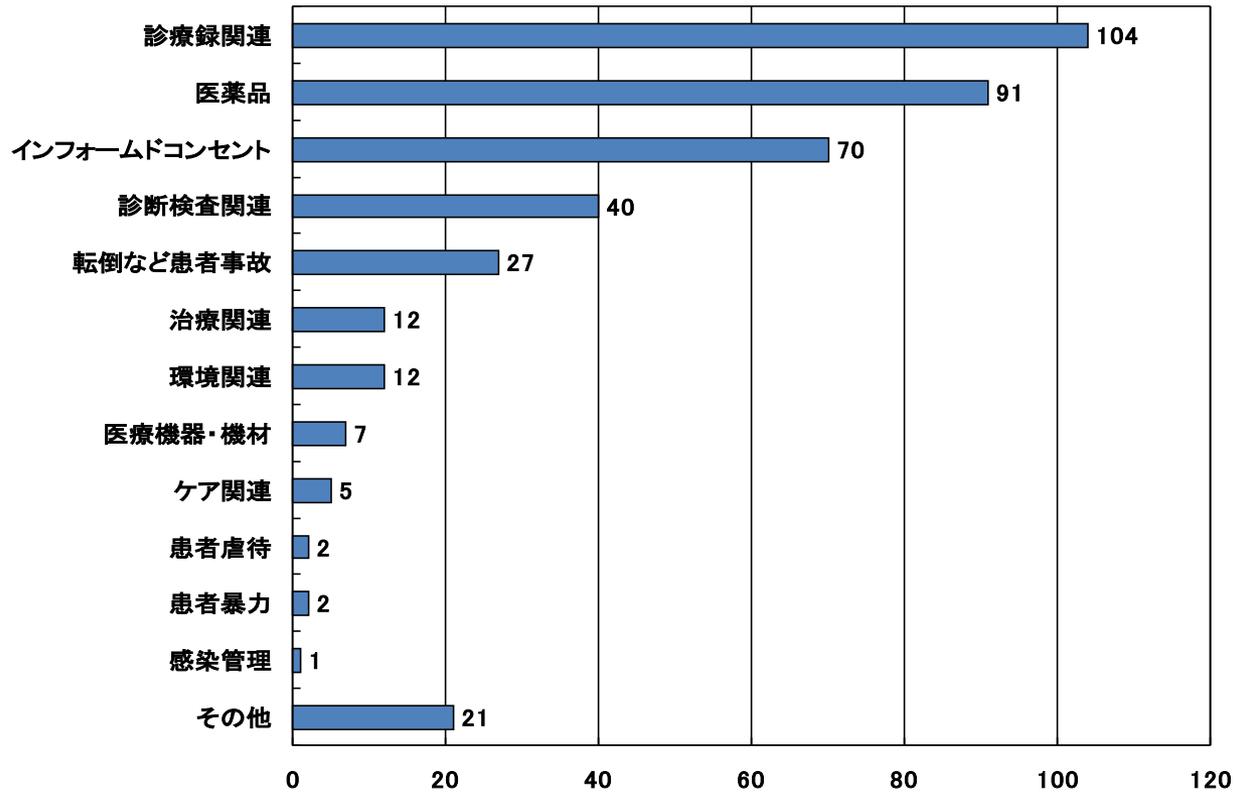
急性期病院のインシデント

- 転倒が第一位
 - 安全な病院建築イニシアティブ (Building a Safer Hospital Initiative)
 - 床材、床材の色彩、照明、手すりの改良
- 治療処置関連
 - インスリン投薬ミス
 - 抗凝固剤投与ミス
 - ワーファリン事故
 - 不適切な凝固能モニター
- 患者誤認
 - リストバンド関連のミス
 - 入力ミスで患者誤認

精神施設でのインシデント内容

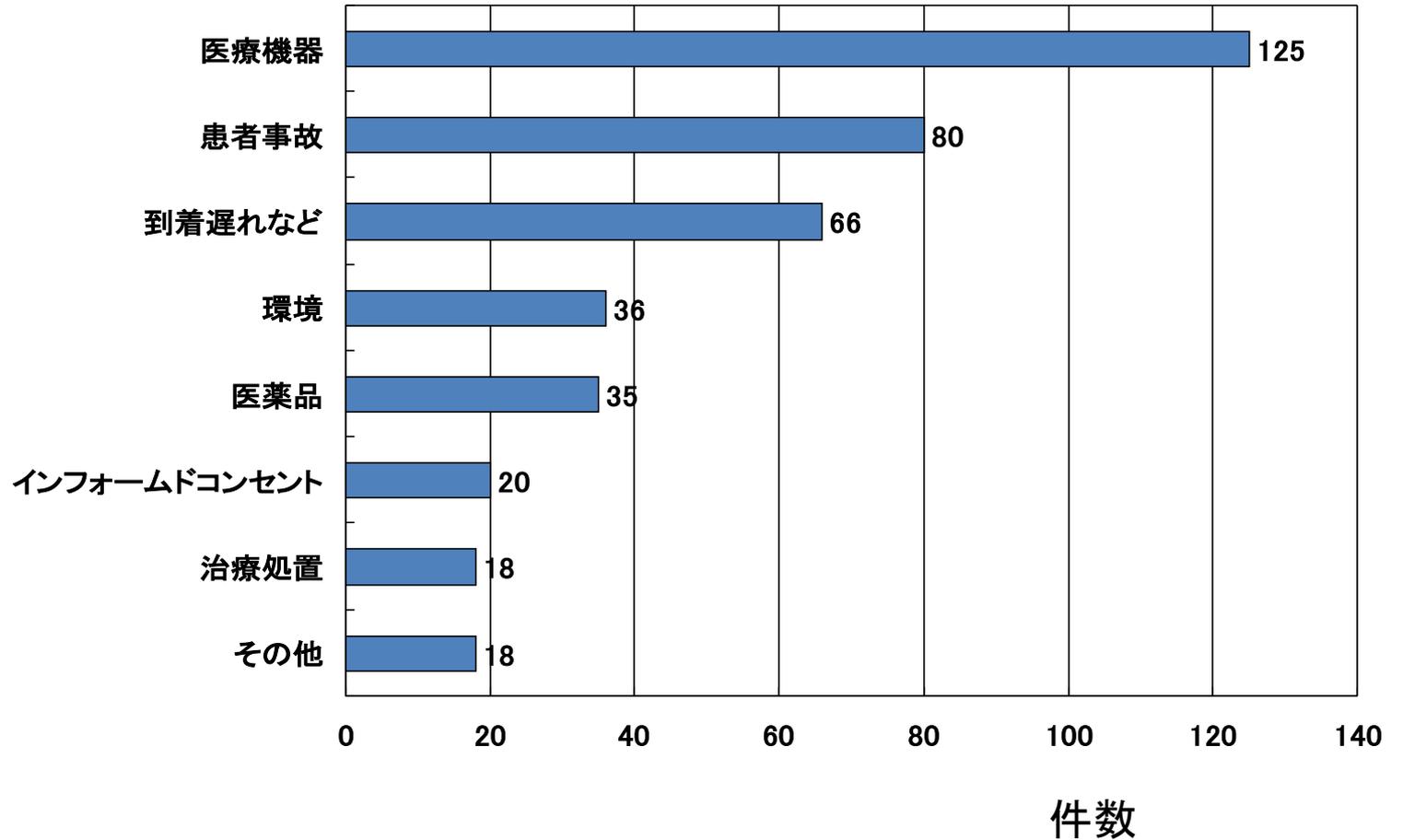


診療所のインシデント件数

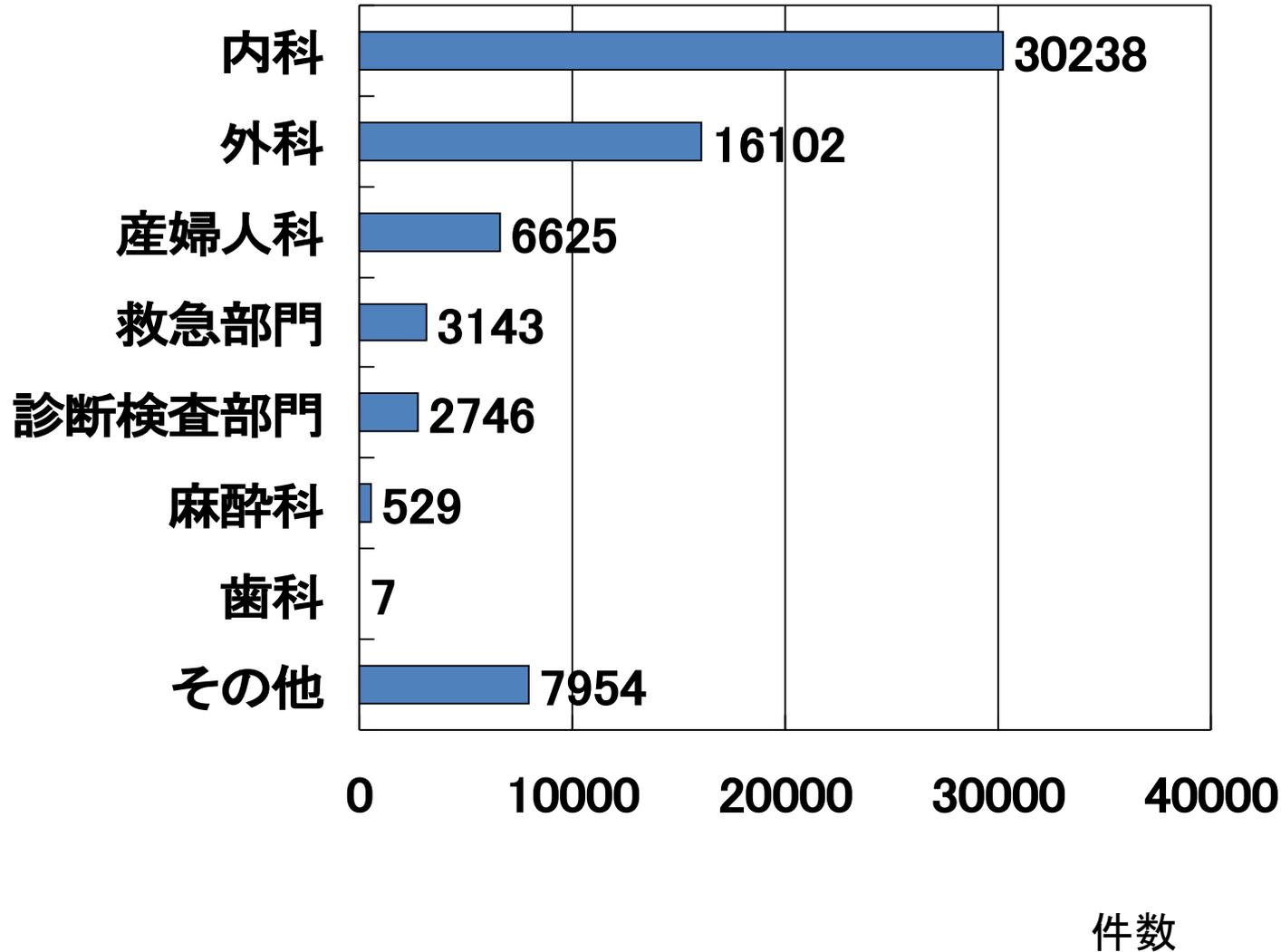


件数

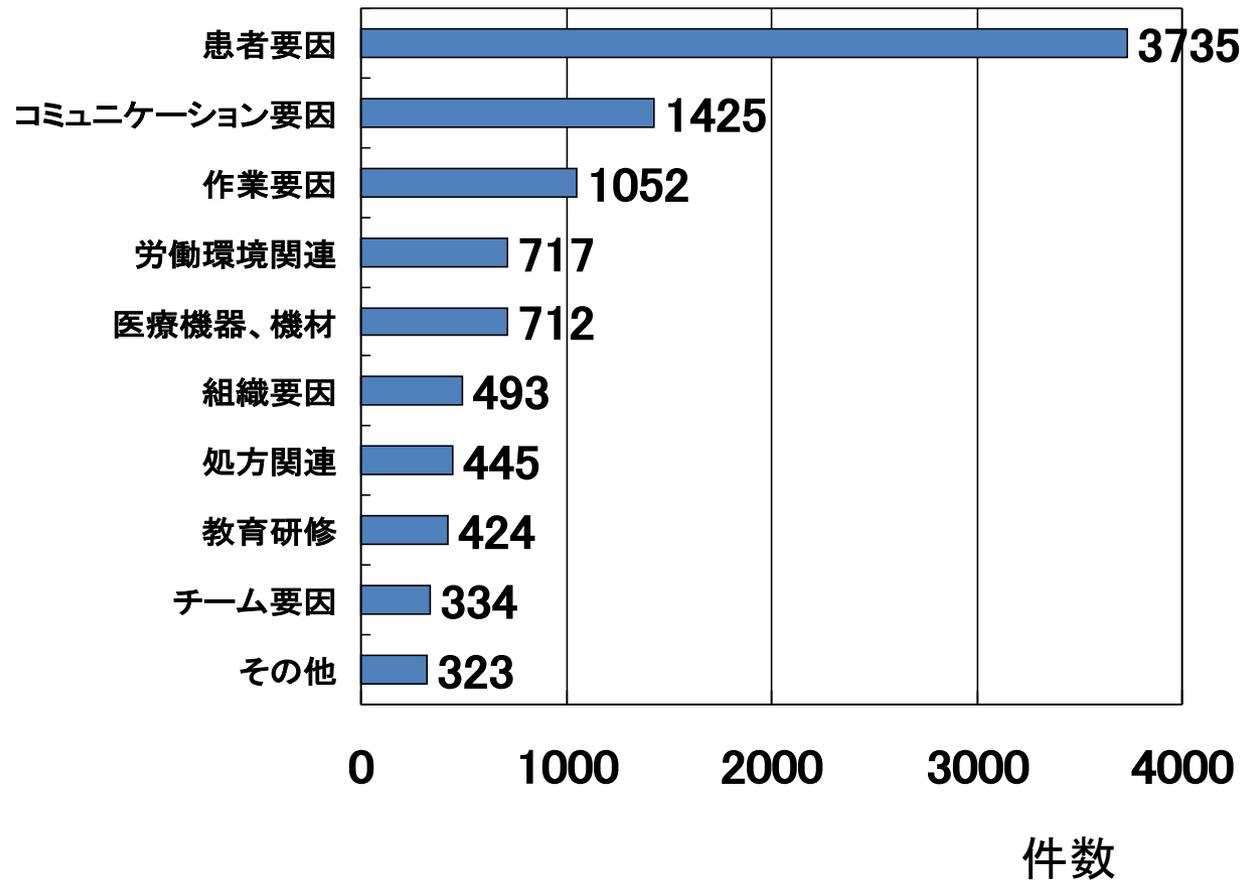
救急車サービス



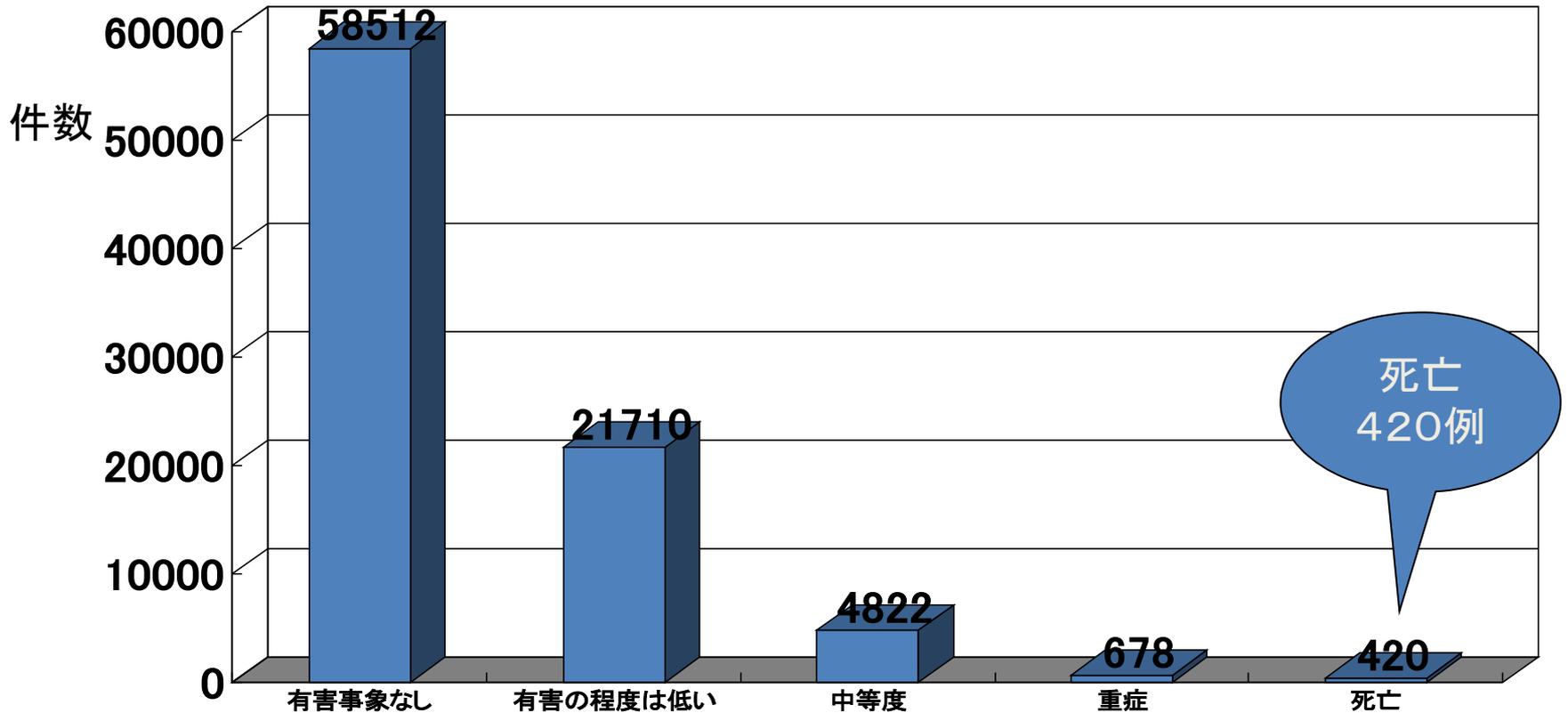
診療科別報告件数



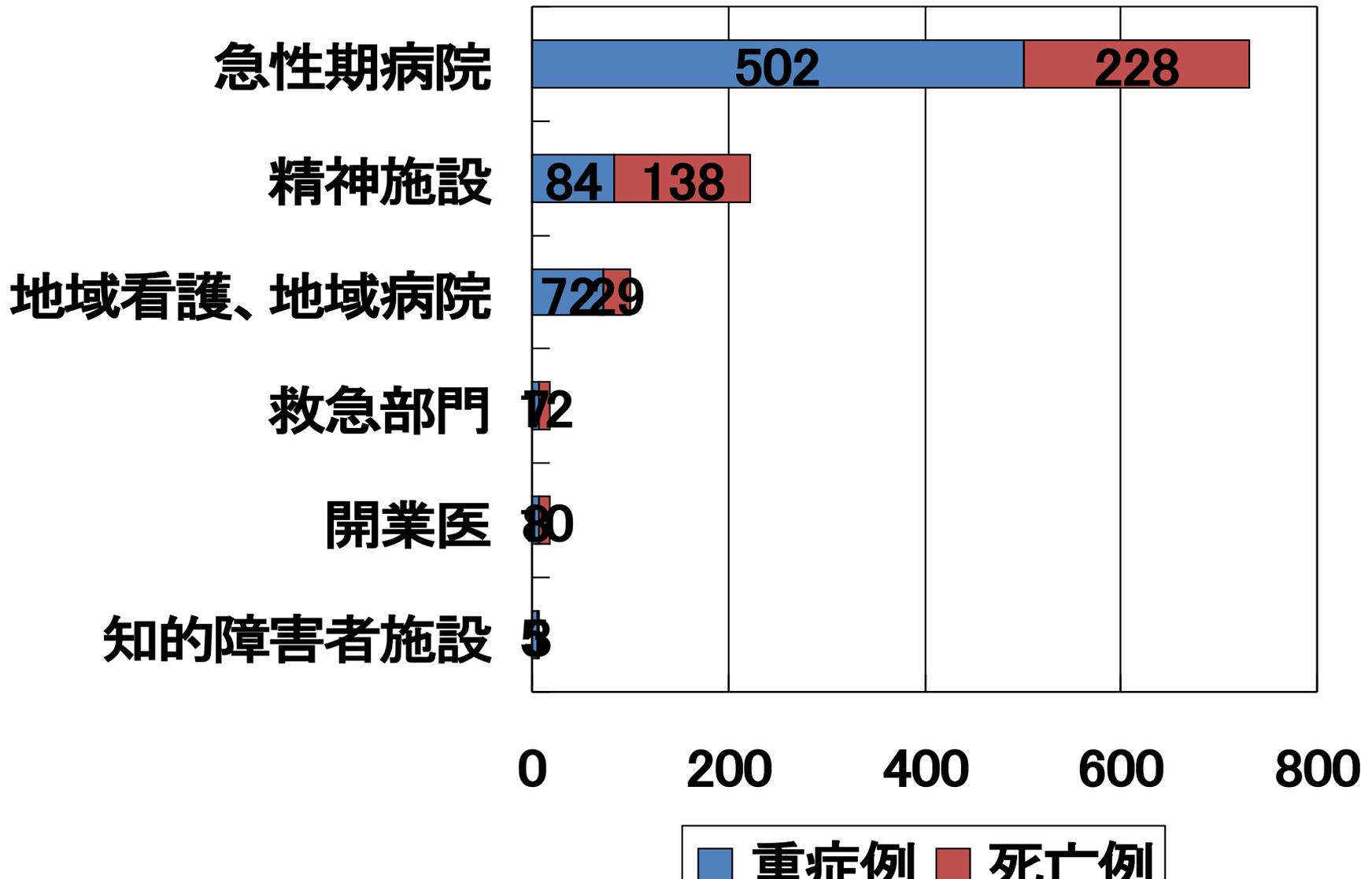
インシデント要因



患者有害事象の発生の有無と重症度



施設種別の死亡例・重症例件数



死亡420例

- 急性期病院
 - 手術中の消化管せん孔による術後死亡
 - 非専門家によるペースメーカーの電池交換による心臓停止
 - 型違い輸血による多臓器不全死亡
 - 院内感染による死亡
- 精神病院
 - 誤薬によるアレルギー反応による死亡
 - 患者自殺例
- 診療所
 - 凝固時間モニターなしでのワーファリン投与による脳内出血
 - 胸痛を訴えていた患者の診察まち中の死亡

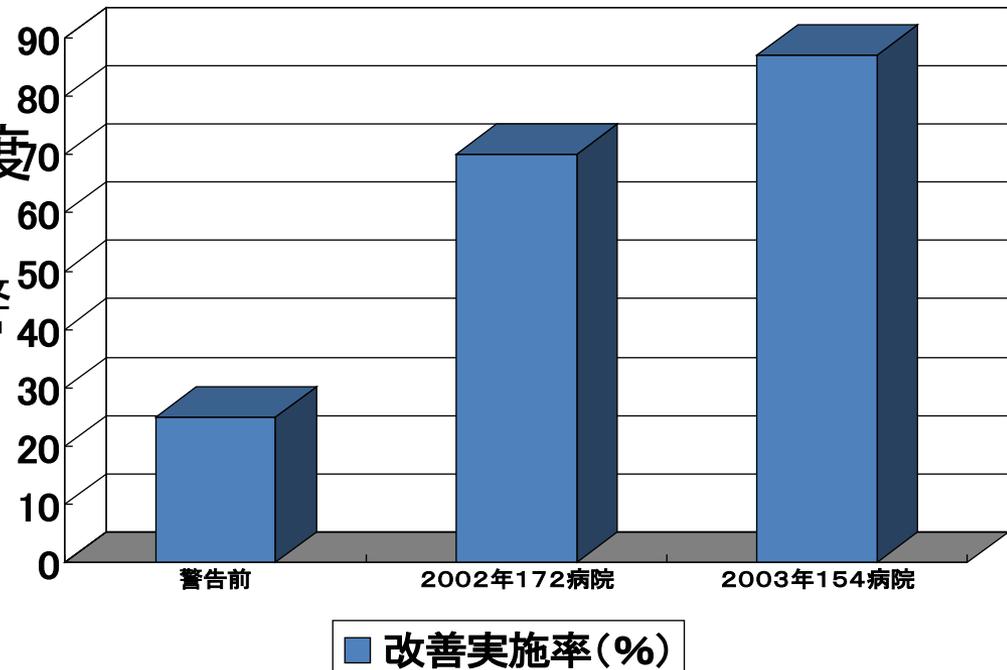
③患者安全庁の具体的な活動

(1) 高濃度カリウム液に関する警告

- (1) 高濃度カリウム液に関する警告

- 2002年10月に高濃度カリウム液の病棟保管や希釈使用について警告を出した

- この警告についての改善実施率のモニターも行った



(2) 手洗いキャンペーン

- (2) 手洗いキャンペーン
 - 患者安全庁の推計によると医療従事者が手洗いをしないことで、年間5000人の入院患者が院内感染で死亡している
 - 2003年より手洗いキャンペーンを実施
 - 「Clean your hands ,It's OK to ask!」
 - ポスターに上記の表示して患者から医療従事者に「手を洗っていますか？」と問いかける運動を行った
 - キャンペーン実施効果
 - 2003年7月から2004年1月までのキャンペーン期間中に6病院において医療従事者の手洗い率が28%から76%まで上昇した
 - 患者安全庁のスー・オズボーン氏コメント
 - 「手洗いが患者の命を守るという単純な事実に基づいたこのキャンペーンは、画期的」

(3) 患者誤認防止

- (3) 患者誤認防止

- リストバンド、バーコードリーダー

- 患者ICタグによる患者認識

- 患者生体認証

- サウスロンドンの外科病院

- 電子カルテの患者認証を指紋、虹彩による生体認証をおこなっている

(4) 外科手術部位のマーキング

- (4) 外科手術部位の左右間違い、部位間違いのためのマーキングガイドラインの作成
- 整形外科学会は手術部位に医師のサインを行うことを奨励した
- 外科学会のヒュー・フィリップ会長コメント
 - 「このガイドラインをすべての外科チームが受け入れるように」

(5) 緊急院内コールの呼び出し番号の標準化

- 院内で医療スタッフの緊急招集コール(コードブルー)の番号が病院によってまちまちだった
- 患者安全庁の調査によると27種類の電話番号が使われていた。
- これを「2222」に統一するように勧告している。

(6) 胃チューブの誤挿入

- 2002年10月から2004年10月までに胃チューブの誤挿入による死亡事故11件
- 勧告:「挿入後、送気をして聴診で位置を確認すること、吸引物をリトマス試験紙で酸性・アルカリ性の確認を行うこと、必要に応じてレントゲンによる位置確認を行うこと」

(7) 輸液ポンプの標準化

- 患者安全庁の2004年の6つのトラスト病院の輸液ポンプ調査
 - 6病院で31種類の輸液ポンプが使用
 - 輸液ポンプの65%が使用されていなかった
 - 輸液ポンプ関連のインシデントが321件あった
 - 原因は異なる輸液ポンプに起因
 - 輸液ポンプの標準化と使用台数の10%節減によって年間12万ポンドの節減につながるとしている

(8) 経口メソトレキセートの安全使用

- 慢性関節リウマチ治療薬の経口メソトレキセレートによって過去10年間に25人の患者死亡
- 死亡例
 - 1週間1回のメソトレキセートを毎日服用した
 - メソトレキセレート10mgと2.5mgの誤服用
- 改善
 - ファイザー製薬と協同して、メソトレキセレートの説明書の改良
 - メソトレキセレート10mgを剤形を2.5mgと区別しやすい形状に変えた

パート5

英国版P4P

(医療の質に基づく支払い方式)

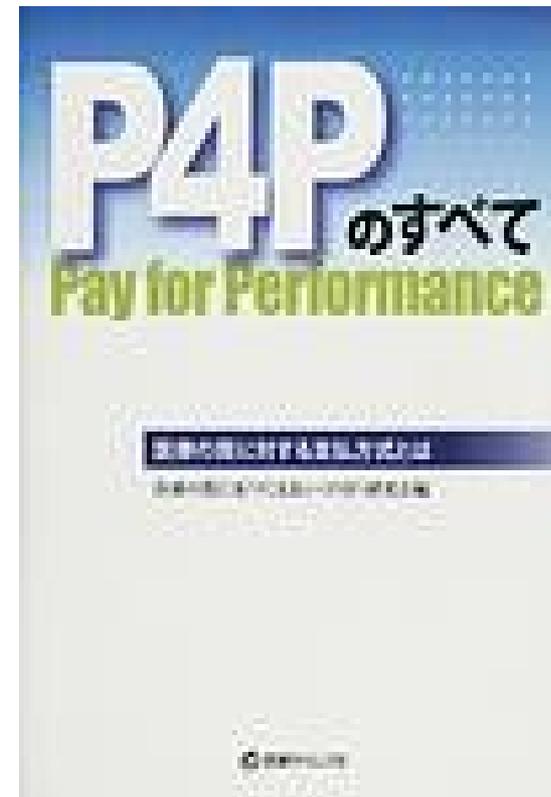
P4Pのすべて

- 医療の質に基づく支払方式とは

[P4P研究会](#) 編
[医療タイムス社](#) 版

2007年12月 発行 ページ 229P
サイズ A5ソフトカバー
2,940円

- ・P4Pは医療をどのように変えるか
- ・病院経営の視点から見たP4P
- ・看護とP4P
- ・日本版P4Pへの期待と不安
- ・英米のp4P臨床指標(資料編)



P4P研究会編(武藤ら)

ではP4Pとは何か？

P4Pとは？

- Pay for Performance(P4P)プログラム
 - 米国で始まった医療提供の質に対する支払い方式
- 「高品質の仕事に対して個人がボーナスを得るのと同様、病院もまた高品質の医療に対してボーナスが支払われるべき(HHS長官トンプソン AP通信社 2003年7月)」
- 「質の向上に対する経済的なインセンティブの欠如が質のギャップを温存する結果になっている(MedPAC モダンヘルスケア 2003年6月)」

P4Pの定義とは？

- P4P (Pay for Performance)とは高質の医療提供に対して経済的インセンティブを、EBMに基づいた基準を測定することで与える方法である。その目的は単に高質で効率的な医療にボーナスを与えることにとどまらず、高質の医療への改善プロセスを促すことにある。
(Institute of Medicine 2006年)
- 主として米国・英国・カナダ・オーストラリアで導入が進んでいる

英国の国営医療(NHS)

- 英国の国営医療サービス(NHS)と開業医
 - すべての住民に対して、原則無料で、包括的なサービス(予防やリハビリサービス等を含む)を税財源で提供
- 登録医制度(GP: general practitioner)
 - 住民は、予め登録した診療所のGPの診療を受け、必要に応じてGPの紹介の下に病院の専門医を受診
 - 住民は、診療所の登録と変更を自由に行うことができる。

英国のGP

- 英国の開業医 (GP: general practitioner)
 - 全英で診療所数は10,352 (イングランド 8,451、ウェールズ 497) 2005年
 - GP数はイングランド (2004年) で31,523人 (非常勤、研修医を除く)
 - GPは開業医トラスト (PCT : Primary Care Trust) を地域単位で形成し、地域における保健医療事業の計画立案とNHSからの事業委託を実施
 - イングランドで約300の開業医トラストがあり、一つの開業医トラストは現在、平均して人口14万人をカバー

開業医の診療報酬体系

- 包括報酬 (global sum)
 - 人頭支払い制度
 - 人頭支払いでは、登録住民の年齢別、性別、医療ニーズに応じた住民一人当たりの包括報酬が支払われる
 - 包括報酬には、もちろん地域や登録患者の特殊事情も加味される
 - 包括報酬には、診療所の維持費、各種検診、簡単な外科的処置、時間外診療なども含めた額が支払われる
- 追加サービス (enhanced services)
 - 出来高払い
 - 診療所が特別なサービスを提供すると報酬が出来高払いで追加される

第三の診療報酬体系として P4Pを導入

- Quality and Outcome Framwork:QOF
 - 2004年より新たに英国版P4PであるQOFが追加された
 - 10の疾病グループと146の臨床指標を設定
 - 臨床指標ごとに標準的な達成目標数値を設定し、目標を達成すれば成果報酬が支払われるという方式である。
 - 点数スライド制

2004年以降の変化

- GPの収入
 - 人頭払い(global sum)は約30%
 - 出来高払い(enhanced service)は約 20%
 - Quality and Outcome Frameworkは50%
- GPの収入は2004年以降、平均4万ドル、それまでの30%程度も増収になったといわれている。

QOFの仕組み

- 10疾患・146臨床指標の設定
- 10疾患
 - ①喘息、②がん、③慢性閉塞性肺疾患（COPD）、④冠動脈疾患、⑤糖尿病、⑥てんかん、⑦高血圧性疾患、⑧甲状腺機能低下症、⑨重篤な長期療養を必要とする精神疾患、⑩脳卒中および一過性虚血発作

QOFの仕組み

- 146の臨床指標
 - たとえば④冠動脈疾患で「新規に診断された冠動脈疾患患者のうち、運動負荷や専門医による評価のために紹介がなされた紹介患者割合」という指標がある
 - この紹介患者割合が25～90%の範囲の中で、紹介患者割合の応じてP4Pの最低0ポイントから最高7ポイントまで加点がなされる。つまり紹介患者割合が多ければ多いほど高いポイントがつく。
 - 1ポイント単価175ポンド

英国版P4Pの指標(喘息)

- 喘息(最高点72ポイント)
 - 1 喘息患者の登録 最高7ポイント
 - 2 スパイロメトリーやピークフローメトリーによる診断割合(8歳以上):最高15点 25~70%
 - 3 喫煙状態の記載割合(14~19歳):最高6点、25~70%
 - 4 喫煙状態の記載割合(20歳以上):最高6点、25~70%
 - 5 禁煙指導患者割合:最高6点、25~70%
 - 6 喘息手帳を持っている患者割合:最高20点、25~70%
 - 7 インフルエンザワクチン接種率:最高12点、25~70%

慢性閉塞性肺疾患 (COPD)

- COPD(最高点45ポイント)
 - 1 COPDの患者登録 5点
 - 2 新患におけるスパリロメトリと可逆性試験(reversibility testing) 最大5点 25~90%
 - 3 全患者におけるスパリロメトリと可逆性試験(reversibility testing) 最大6点 25~90%
 - 4 喫煙状態の記載 最大6点 25~90%
 - 5 禁煙指導 最大6点 25~90%
 - 6 FeV1 検査記録 最大6点 25~70%
 - 7 吸入器使い方チェック 最大6点 25~90%
 - 8 インフルエンザワクチン接種率 最大6点 25~85%

冠動脈疾患

- 冠動脈疾患(最高点121ポイント)
 - 1. 冠動脈疾患患者の患者登録が可能:最高6ポイント
 - 2. 新規に診断された狭心症患者(2003年4月1日以降に診断)のうち、運動負荷や専門医による評価のために紹介がなされた割合:最高7ポイント 25~90%
 - 3. 冠動脈疾患患者のうち、喫煙の状態についての記録がこの15ヶ月になされていた患者の割合(喫煙歴のない患者については初診から1回の記載でよい):最高7ポイント 25~90%
 - 4. 喫煙習慣のある冠動脈疾患患者のうち、禁煙指導や専門診療への紹介に関する記録がこの15ヶ月になされていた患者の割合:最高4ポイント 25~90%
 - 5. 冠動脈疾患患者のうち、この15ヶ月に血圧の記録がある患者の割合:最高7ポイント 25~90%
 - 6. 冠動脈疾患患者のうち、この15ヶ月における直近の血圧測定値が150/90以下である患者の割合:最高19ポイント 25~70%

冠動脈疾患

- 7. 冠動脈疾患患者のうち、この15ヶ月に総コレステロール値の記録がある患者の割合:最高7ポイント 25~90%
- 8. 冠動脈疾患患者のうち、この15ヶ月における総コレステロール値が5mmol/l(193mg/dl)以下である患者の割合:最高16ポイント 25~60%
- 9. 冠動脈疾患患者のうち、アスピリンやその他の抗血小板薬、あるいは抗凝固薬が(禁忌や副作用の記録がない場合に)この15ヶ月に投与されている記録がある患者の割合:最高7ポイント 25~95%
- 10. 冠動脈疾患患者のうち、βブロッカーが(禁忌や副作用の記録がない場合に)現在投与されている患者の割合:最高7ポイント 25~50%
- 11. 心筋梗塞の既往(2003年4月1日以降に診断)のある患者のうち、ACEIやARBが現在投与されている患者の割合:最高7ポイント 25~70%
- 12. 冠動脈疾患患者のうち、9月1日から3月31日の間にインフルエンザ予防接種の記録がある患者の割合:最高7ポイント 25~85%

糖尿病

- 糖尿病(最高点99ポイント)
 - 糖尿病の患者登録が可能 最高6ポイント
 - BMI記録 最高3ポイント 25~90%
 - 喫煙状態の記録 最高3ポイント 25~90%
 - 禁煙指導 最高5ポイント 25~90%
 - HbA1c記録 最高3ポイント 25~90%
 - HbA1cが7.4%以下 最高16ポイント 25~50%
 - HbA1cが10%以下 最高11ポイント 25~85%
 - 網膜症スクリーニング記録 最高5ポイント 25~90%
 - 末梢動脈の拍動記録 最高3ポイント 25~90%
 - 末梢神経障害記録 最高3ポイント 25~90%

糖尿病

- 血圧記録 最高3ポイント 25~90%
- 血圧 145/85mmHg以下 最高17ポイント 25~55%
- 微量アルブミン尿試験 最高3ポイント 25~90%
- 血清クレアチニン値 最高3ポイント 25~90%
- ACE阻害剤/A2拮抗剤の服用(蛋白尿、微量アルブミン尿)最高3ポイント 25~70%
- 総コレステロール値記録 最高3ポイント 25~90%
- 総コレステロール193mg/dl(5mmol/l)以下 最高6ポイント 25~60%
- インフルエンザワクチン接種率 最高3ポイント 25~85%

高血圧

- 高血圧(最高点105ポイント)
 - 1 高血圧患者の登録 最高9ポイント
 - 2 喫煙歴の記載 最高10ポイント 25~90%
 - 3 禁煙指導の実施 最高10ポイント 25~90%
 - 4 血圧記録の記載 最高20ポイント 25~90%
 - 5 血圧150/90mmHg以下 最高56ポイント 25~70%

脳卒中あるいはTIA

- 脳卒中あるいは虚血性脳発作(TIA) 最高点31ポイント
 - 1 患者登録 4ポイント
 - 2 CTあるいはMRI撮影 最高2ポイント 25~80%
 - 3 喫煙状態の記録 最高3ポイント 25~90%
 - 4 禁煙指導 最高2ポイント 25~70%
 - 5 血圧測定 最高2ポイント 25~90%
 - 6 血圧150/90mmHg 以下 最高5ポイント 25~70%
 - 7 総コレステロール値記録 最高2ポイント 25~90%
 - 8 総コレステロール値193mg/dl(5mmol/l)以下 最高5ポイント 25~60%
 - 9 アスピリン服用あるいは抗血小板薬、抵抗凝固薬の服用 最高4ポイント 25~90%
 - 10 インフルエンザワクチンの予防接種 最高2点 25~85%

QOFによる臨床指標の変化

- 開業医グループで計測した臨床指標の改善度(2004年と2005年比較)
 - コステロール低下した患者割合
 - 71 %から79 %と上昇
 - アスピリンや抗凝固剤を使用する患者割合
 - 90 %から94 %と上昇
 - β 遮断剤使用率
 - 63 %から68 %と上昇
 - インフルエンザ予防接種率
 - 87%から90%と上昇

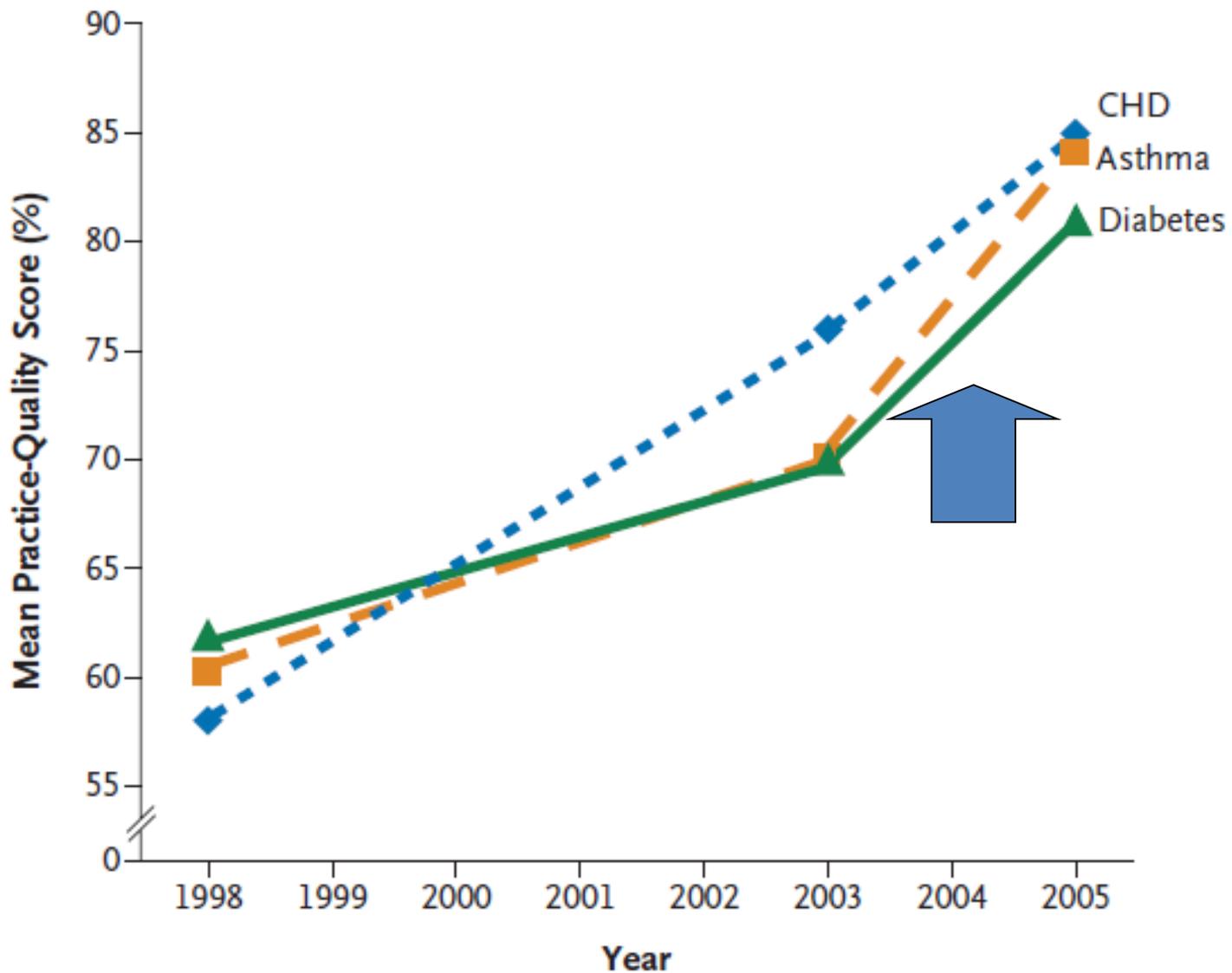


Figure 1. Mean Scores for Clinical Quality at the Practice Level for Coronary Heart Disease, Asthma, and Type 2 Diabetes, 1998 to 2005.

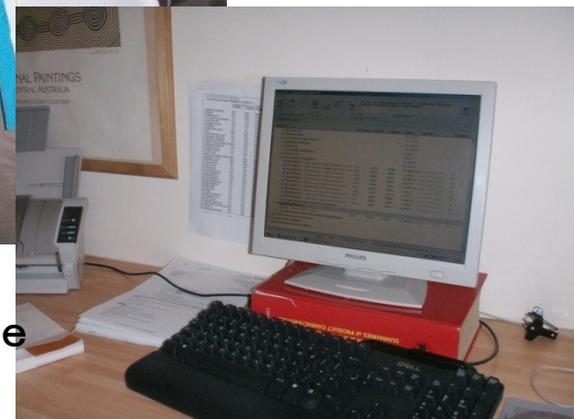
[Campbell et al., 2007]

サウスロンドンのGPクリニック



2007年10月

Dr Marie



マリー先生のP4Pに対する意見

- クリニックの女医のマリーさんが説明してくれた。
 - 「まずNHSのインフォメーションシステムを見せましょう」と言って、電子カルテの前に案内してもらった。
 - 「この患者は冠動脈疾患の患者ですが、テンプレートを開けて、この患者が12ヶ月以内に血圧の記録があるかどうかチェックします。また禁煙指導をおこなったかどうかもチェックするわけです。していなかったら電話で呼び出して次の診察の予約をとるわけです。これがポイントになって収入になるわけですから、患者のフォローの仕方が、QOF(クオーフ)導入の2004年前とはだいぶ変わりましたね。」

マリー先生のP4Pに対する意見

- Q「収入はどうですか？」
- A「このクリニックでは15%ぐらいの増収ですね。増収分はクリニックの人の雇用に当てました。患者を電話で呼び出したりするのも人手もかかりますからね。QOFのおかげで患者の日常のケアに目が行き届くようになったし、診療の質はあがりましたね。」
- Q「患者データの電子カルテへの入力の手間ではありませんか？」
- A「そうでもないです。テンプレートのチェックボックスを選んでいけば良いので、そんなに手間でもないです。」
- Q「デメリットはありましたか？」
- A「QOFではNHSの監査が増えたのが、ちょっとわずらわしいですね」とのことだった。

英国P4Pの成功の秘訣

英国のP4Pの成功の秘訣(1)

- 英国のP4Pの成功の秘訣
 - ブレア政権のクリニカルガバナンスのコンセプト
 - ブレア政権のときサッチャー政権の効率化重視政策から医療の安全と質重視に転換した
 - 同時に国民医療費を1.5倍に増加させた
 - EBMに基づく臨床指標の設定
 - 英国はNHSのコクラン共同計画のようなEBMライブラリや英国医師会のエビデンス集「クリニカルエビデンス」編纂事業が定着していた

英国のP4P成功の秘訣(2)

- クリニカル・オーデイト(監査メカニズム)
 - 病院レベル、地方レベル、全国レベルで医療の質の基準値を設定して、それを監査するメカニズムがクリニカルガバナンス政策の中で定着していた
- ITインフラ
 - ブレア政権の医療の質に対する予算投資で全国的な電子カルテシステムが確立していた
 - 国営医療なのでトップダウンによる実施が可能だった

わが国で
P4Pを導入する場合の課題

P4Pを導入する場合の課題(1)

- 指標の選定
 - 診療ガイドラインの確立
 - 諸外国のガイドラインが国内に適応できるのか？
 - 臨床指標の基準値・目標値の設定
 - 臨床指標のベースラインデータを測定して基準値を設定し適切な目標値を設定する必要がある
 - 全国調査とナショナル・データベースが必要
- リスク調整問題
 - リスク調整は精密にすべきだが限界もある

P4Pを導入する場合の課題(2)

- 質指標に関するデータ収集
 - 正確性、データ提出の負荷
 - データ収集そのものにインセンティブを与える必要がある(Pay for Reporting)
 - 支払方式とリンクする方法
 - DPCやレセプトオンライン化
- IT化
 - 質指標を報告するITインフラが必要

P4Pを導入する場合の課題(3)

- 支払方式の技術的な問題
 - 加算方式、減算方式
 - 係数方式
 - 基準値クリア方式、改善率クリア方式
- なによりも医療の質を測定し、支払方式にリンクすることへの合意と予算投入が必要

日本医療マネジメント学会 医療安全分科会



分科会長 日本看護協会会長 坂本すが

医療安全分科会の10年の歩み

- 第1回～第6回 リスクマネジメントセミナー
 - 第1回 「患者の安全確保を目指して」 2001年
 - 第2回 「医療安全を巡る国際潮流」 2002年
 - 第3回 「事例に学ぶ医療安全」 2003年
 - 第4回 「インシデント報告システム」 2004年
 - 第5回 「医療事故分析手法」 2005年
 - 第6回 「カルテレビュー」 2006年
- 第7回～ 医療安全分科会
 - 第7回 「リスクマネージャー」 2007年
 - 第8回 「医療安全ラウンド」 2008年
 - 第9回 「チームで取り組む医療安全」 2009年
 - 第10回 「医療安全のための根本原因
分析とチーム医療」 2010年

医療マネジメント学会主催
第1回リスクマネジメント・セミナー開催の御案内

テーマ：患者の安全確保をめざして

医療の安全対策は医療界における急務であります。厚生労働省では患者安全確保週間を設定するなど意識の徹底を図り積極的な対応が行われています。

本学会は現場における重要な課題として取り組み、今回下記の日程でセミナーを開催することになりました。医療に携わる方々に広く御参加頂きますよう御案内致します。

医療マネジメント学会
 理事長 宮崎 久義

○日 時 平成 18 年 10 月 20 日 (土) 10:00～18:00
 ○場 所 都市センターホテル コスモホール (8 階)
 東京都千代田区千代田 2-4-1

○プログラム

9:30 受付開始
 10:30 開 会

医療マネジメント学会 理事長 宮崎 久義

10:40～11:00

基調講演① 「患者安全確保週間にあたって」

厚生労働省医政局医療安全推進室長 新木 一弘

11:40～12:30

基調講演② リスクマネジメントからセーフティマネジメントへ

国立医療・病院管理研究所 医療政策研究部長 長谷川 敏彦

12:00～13:00 昼 食

13:00～14:30 シンポジウム(1) 「リスクマネジメントの現状と課題(1)」

① 医師の立場から

武蔵野赤十字病院 副院長 三宅 洋二

② 薬剤師の立場から

金沢大学医学部付属病院 副薬劑部長 古川 啓介

③ 看護の立場から

愛仁会高橋病院 副院長 内藤 正子

14:30～14:45 休 憩

14:45～16:45 シンポジウム(2) 「リスクマネジメントの現状と課題(2)」

① インシデントコーディングについて

国立長野病院 副院長 武藤 正樹

② 分析手法の実際

練馬総合病院長 阪 王 修平

③ リスクマネージャー研修について

九州大学大学院医学部附院 助教授 粘 浜 紳子

④ 法的側面

三ツ坂総合法律事務所 弁護士 児 玉 安 司

16:45～17:00 休 憩

17:00～18:00 パネル討論 「実効ある患者安全対策の確立へむけて」

シンポジストおよびフロアーを交えてのパネルディスカッション

(司会) 長谷川 敏彦、新木 一弘

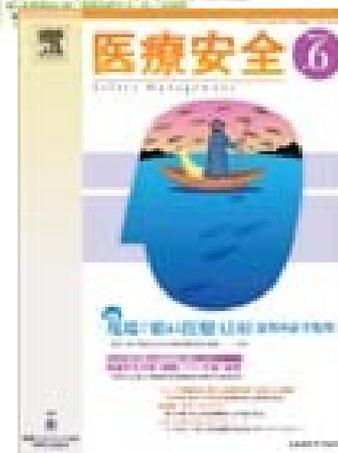
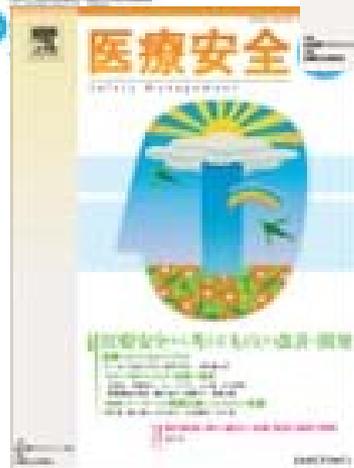
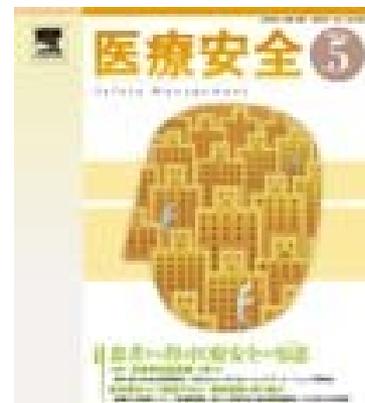
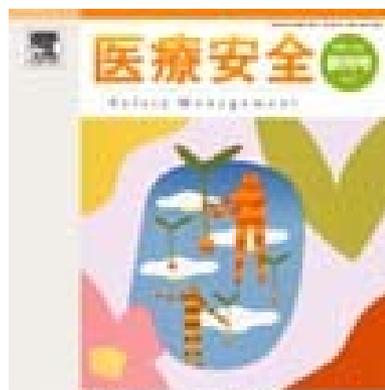


新木一弘室長

雑誌「医療安全」の監修

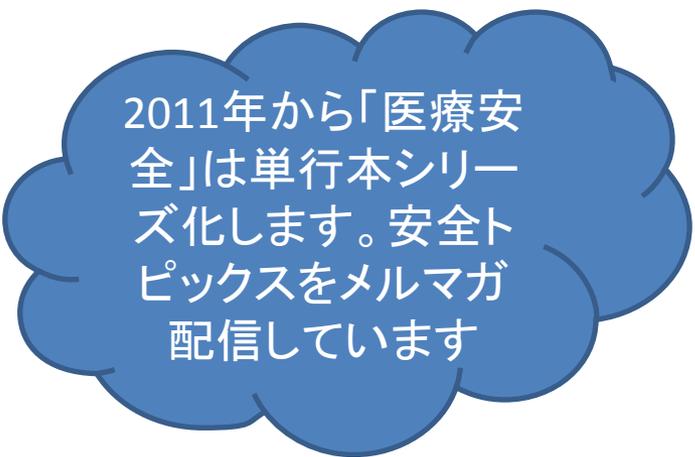
(坂本すが編集委員長)

- 2004年4月創刊 2010年8月までに25号まで
発行



雑誌「医療安全」の特集テーマ

- 「安全こそ医療の基本」
- 「医療安全のチームマネジメント」
- 「安全機能の第三者評価」、
- 「重大事故発生時の対応シミュレーション」、
- 「診療関連死の死因究明等」、
- 「身体拘束は必要か」
- 「成果を上げる医療安全対策」
- 「患者との信頼コミュニケーション」
- 「患者参加の進め方」
- 「持参薬管理」
- 「基礎と臨床をつなぐ医療安全教育」
- 「活用できていますか？医薬品・医療機器の安全情報」
- 「事故分析」
- 「院内暴力、クレームマネジメント」、



2011年から「医療安全」は単行本シリーズ化します。安全トピックスをメルマガ配信しています



日本医療マネジメント学会は
医療安全の推進に
10年に渡って貢献してきました。

次の10年で取り組むべき課題

医療安全10の課題

重大事故ゼロをめざして！

医療安全の10の課題(案)

- 1 患者有害事象の把握
 - 簡便なカルテレビュー方法(GTT)の開発
- 2 報告システムの整備
 - 改善に直結する簡便な報告システムの開発
- 3 情報支援体制の構築
 - 院内の医療安全情報の収集と発信の支援体制
- 4 ネバー・イベント・リスト(重大事故リスト)の防止
 - 11の重大事故リスト
- 5 医療安全に資する電子カルテシステム
 - GTTスキャン搭載型の電子カルテの開発

医療安全の10の課題(案)

- 6 質安全に関する研究の促進
 - 医療事故の機序解明、モデル開発他
- 7 医療安全に関する臨床指標の開発
 - 臨床指標の収集と公表、医療監査ほか
- 8 医療安全の教育
 - 卒前・卒後教育、教材開発など
- 9 標準化促進
 - 業務標準、標準手順、診療指針、クリティカルパスほか
- 10 チーム医療と安全
 - チームSTEPPS

簡便な有害事象の把握手法の開発

～日本版グローバル・トリガー・ツール
(GTT)の開発～

簡便手法開発が必要な理由

- 医療安全対策の有効性の評価には、有害事象を常時、体系的・網羅的に把握する必要がある。
- 既存のヒヤリ・ハット報告、事故報告は自発・任意報告なので、有害事象を全例把握ができない。
- 全例把握の手法はカルテ・レビューであるが、実施に多くの資源を費やし、個々の医療機関で簡便に行える方法とはいえない。

GTT (Global Trigger Tool)

- 米国IHI(医療の質改善研究所)が開発。
- 短時間でほとんどの有害事象を把握するために開発。
 - (実行性を重視)
- 米国の“10万人の命を救え”キャンペーンで、多くの施設で有効性が確認
- 基本はカルテ・レビューであるが、「トリガーとなる項目」を眼でスキャンし、項目が陽性の場合のみカルテを読み込む
- 複数のモジュール(診療、投薬、手術、ICU、周産期、救急)を組み合わせて用いる。
- 将来は電子カルテに搭載することも可能

トリガー項目

診療モジュール(例)

輸血、血液製剤の使用

心肺停止、急変

...

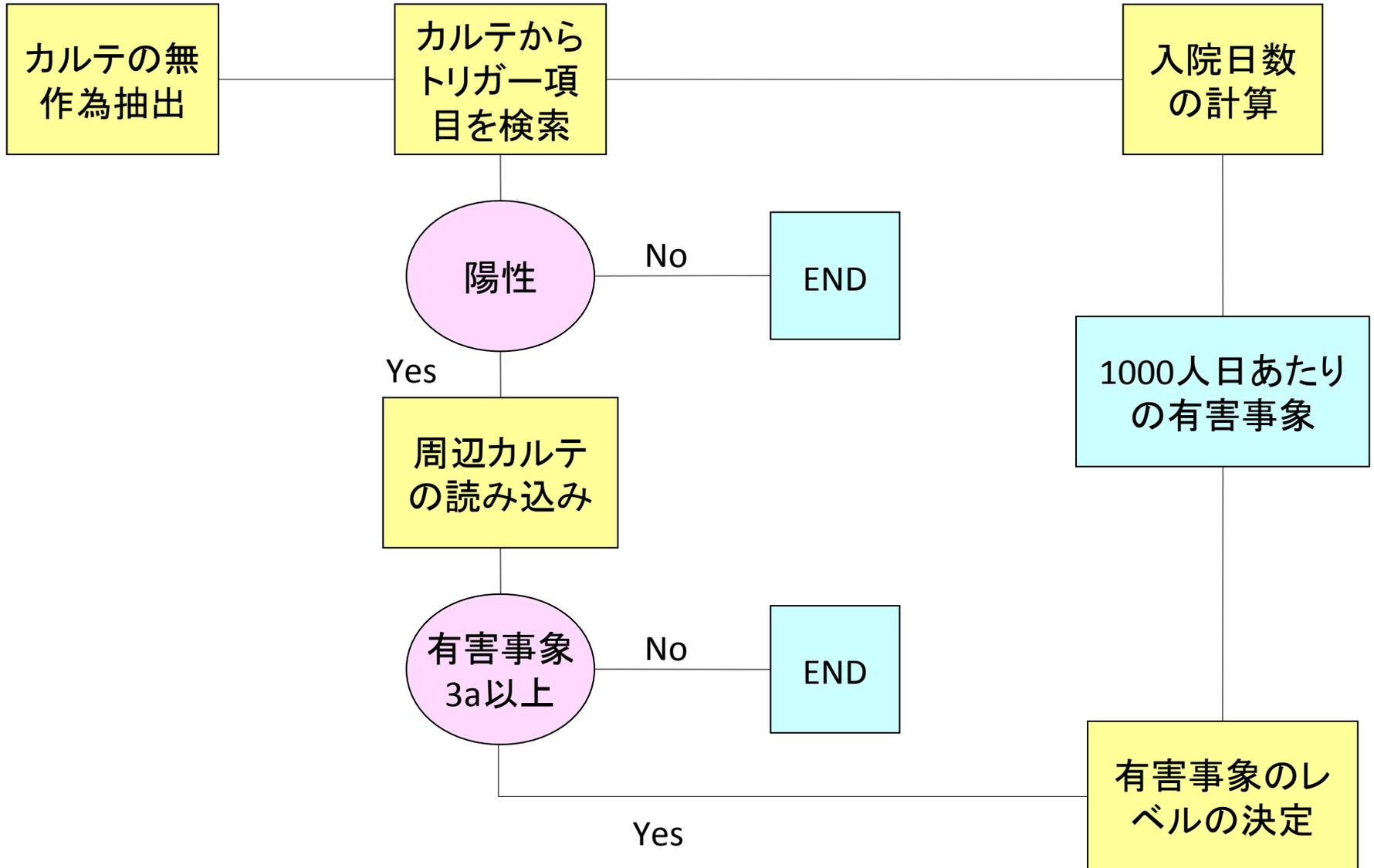
投薬モジュール(例)

PTT > 100秒

...

診療モジュール		投薬モジュール	
C1	輸血、血液製剤の使用	M1	Clostridium difficile 陽性
C2	心肺停止、急変	M2	PTT > 100 秒
C3	透析開始	M3	PT-INR > 6
C4	血液培養陽性	M4	血糖値 < 50 mg/dl
C5	寒戦 (X線、ドップラー) あるいは深部静脈血栓	M5	BUN、あるいは血清クレアチニンの上昇 (元の2倍超)
C6	ヘモグロビン、ヘマトクリットの急激な低下 (>25%)	M6	ビタミンK 投与
C7	転倒・転落	M7	Diphenhydramineの使用
C8	褥創	M8	Flumazenilの使用
C9	30日以内の再入院	M9	Naloxoneの使用
C10	抑制帯等の使用	M10	制吐剤の使用
C11	医療起因の感染症 (CV、SSI、UTI等)	M11	過度の鎮静、低血圧
C12	入院中の脳卒中	M12	突然の投薬中止
C13	高度ケアユニットへの移送	M13	その他
		ICUモジュール	
C14	処置の合併症	I1	ICUでの肺炎の発症 (診断)
C15	その他	I2	ICUへの再入室
		I3	ICUでの処置
		I4	気管内挿管、再挿管、BiPap
		モジュール	
S1	再手術	P1	アプガースコア (5分) < 7
S2	手技の変更	P2	転院、高度ケアユニットへの移送
S3	術後のICU入室	P3	硫酸マグネシウム、あるいは terbutaline の使用
S4	回復室での気管内挿管、再挿管、BiPap	P4	3度、4度の会陰裂傷
S5	術中、あるいは回復室でのX線検査	P5	分娩の誘発
S6	術中、あるいは術後死		
S7	術後24時間を超える人工呼吸器装着	救急モジュール	
S8	術中のepinephrine、norepinephrine	E1	48時間以内の再入院 (再来)
S9	術後 troponin > 1.5 ng/ml	E2	救急での6時間以上の滞在
S10	術中の麻酔方法変更		
S11	術後早期の他科相談		
S12	病理所見が「異常なし」、あるいは診断と関係の無い所見		
S13	術中のAライン、CVライン確保		
S14	6時間を超える手術		
S15	術中の臓器の除去、損傷、修復		
S16	その他術中合併症		

トリガーのプロセス



GTTのメリット

- 施設の安全性についてモニターできる
 - 有害事象を測定するため、施設や部署の真の安全度が把握・モニターできる。
- 対策を講じるべき課題がわかる
 - 既存の報告システムでは、実際に起きている有害事象の把握はできない。脆弱な部分の同定ができる。
- 新たな対策の効果を測定する
 - 各種対策や・体制改革等の効果が測定できる。
- 分析、研修等の対象症例を選択する
 - 実際に施設で発生した有害事象(レポートで挙がってこない)が把握できるため、RCA等の改善活動のテーマとして選択できる。

日本版グローバル・トリガー・
ツール(GTT)を開発しよう

ネバー・イベント・リスト (重大事故リスト)

決して起こしてはいけない
11の医療事故リスト

ネバー・イベント・リスト

- ネバー・イベント・リスト

- MS－DRG

- 2007年10月より米国のメディケア・メディケイド・センター（CMS）は入院における包括払い分類のDRG（Diagnosis Related Group）をさらに精緻化した分類方式であるMS－DRG（Medicare Severity-DRG）をスタート

- 「決して起こしてはいけない医療事故リスト」

- このネバー・イベント・リストに挙がっている項目についてはCMSは病院にその発生報告の義務づけ、さらにはこの事象に関する追加的な医療費については保険償還を行わないこととした。

ネバーイベント・リスト11項目

- ネバーイベント・リスト

- ①術中空気塞栓
- ②手術時の異物残置
- ③輸血時の血液型誤認
- ④膀胱留置カテーテル由来の感染
- ⑤褥瘡
- ⑥中心静脈カテーテル由来の感染
- ⑦縦隔炎
- ⑧院内外傷(転倒・火傷など)。

- 追加項目

- ⑨手術部位感染(ある種の整形外科手術、肥満手術)
- ⑩血糖値のコントロール不良による合併症
- ⑪深部静脈血栓や肺梗塞(膝関節や股関節の人工関節置換術)

私の経験から・・・

空気栓塞と異物残置

術中空気栓塞の重大インシデント

(例) N病院における術中輸血ポンプによるエア流入インシデント

- 45歳男性 虚血性心疾患、胆石症
- ○月○日
- 9:58 心臓バイパス術(CABG)開始、午後からパコレ実施
- 13:12 ラパコレ開始
- 14:00 自己血輸血開始
- 14:20 肺動脈圧上昇、血中酸素分圧低下
- 14:35 輸血ポンプによる下肢静脈内へのエア流入に気付く
(輸血リザーバーのキャップはずれ、輸血ポンプ設定ミス)
- 14:40 輸血ポンプ緊急停止
 - 流入エア量推定160ml
- 15:25 手術終了
- ○月○日患者予定どおり退院

問題の輸血ポンプ

- 輸血量設定ミス

エア抜きキャップはずれ

エア混入センサー
がなかった



手術時の異物遺残 摘出時の麻酔で死亡事故

- 症例
 - 15歳男性、アイゼンメンジャー症候群（心室中隔欠損、肺高血圧症）脳膿瘍、
 - 2003年9月3日に脳膿瘍全摘術、コドマンサージカルパテイを遺残
 - 9月4日に摘出手術、麻酔時に心停止
 - 9月15日死亡、警察通報、司法解剖
- 事故原因
 - コドマンサージカルパテイのカウントをしていなかった
 - 再手術時にハイリスク麻酔の評価がなされていなかった
 - 再手術時期、麻酔の適切性については外部評価を行った。
 - インフォームド・コンセントが検討課題
- 問題点
 - 司法解剖結果を知ることができない
 - 各種の院内の調査資料は証拠として押収される可能性がある
 - マスコミへの対応

コドマン・サージカル・パーティの 術野遺残

- ガイド糸を創外に誘導して、遺残防止を行う
- このガイド糸を、機械だしの看護師が短く切ってしまった
- ガイド糸の長さや、その扱いのルールが術者によってまちまちだった
- カウントをしていなかった



N病院で脳外科手術で 全身麻酔受け中3男子死亡



2003年9月15日
全身麻酔を受けた中学3年
男子生徒が死亡した
午前、長野県上田市
2004年8月示談成立

謝罪記者会見(2003年9月)

重大事故ゼロを目指そう！



新幹線は開業以来死亡事故ゼロ



次の10年間も
日本医療マネジメント学会は
日本の医療安全をリードします

日本医療マネジメント学会
医療安全分科会

5日間で学ぶ医療安全超入門

- 日本医療マネジメント学会監修
坂本 すが責任編集

税込価格：¥1,470（本体：
¥1,400）

bk1ポイント倶楽部：14ポ
イント（1%進呈）

出版：学研

サイズ：21cm / 111p

ISBN：978-4-05-153000-6

発行年月：2008. 5

利用対象：医療従事者



医療材料の事故防止・安全管理 のポイント

- **武藤 正樹【著】**
ぱる出版（2010/08/10
出版）
- 191p / 21cm / A5判
ISBN: 9784827205794
NDC分類: 492.8
- 価格: ￥2,625 (税込)
ポイント: 25 pt



- ・クリニカルガバナンスとは
高質のケアを保障する
継続努力と説明責任の体系
医療組織を質と安全で規律する
- ・わが国にも患者安全庁を作ろう！
- ・わが国にも医療の質と安全に対する
日本版P4Pを導入しよう！
- ・日本医療マネジメント学会医療安全分科会
にご参加を！

ご清聴ありがとうございました



国際医療福祉大学クリニック<http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイト
に公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

gt2m-mtu@asahi-net.or.jp