

伊藤・葛西論文に対するコメント

渡辺 幸子*1

I. はじめに

- ・医療サービスの「質」を実証データで評価する試みは、1) 国民、2) 医療機関、3) 行政機関にとって、我が国が今まで待ち望んできた取り組みで、画期的であると考ええる。
- ・私的財は市場においてその「便益」と「価格」を消費者は知り得る前提である一方、医療は情報の非対称性が存在するため「便益や質」は見えづらい状況だった。欧米では、医療の質評価と開示が進み、国民が、医療機関別の質情報へのアクセスが可能となるなか、我が国でも定量的な質評価の可視化が進むことが期待される。
- ・高い質を提供する病院が、対価で評価される仕組み、つまり病院が質を上げる動機付けが必要と考える。
- ・「質」評価に向けて、公表データの少数事例のマスクングや、重症度の補正情報欠如に付いての問題提起はもっともである。

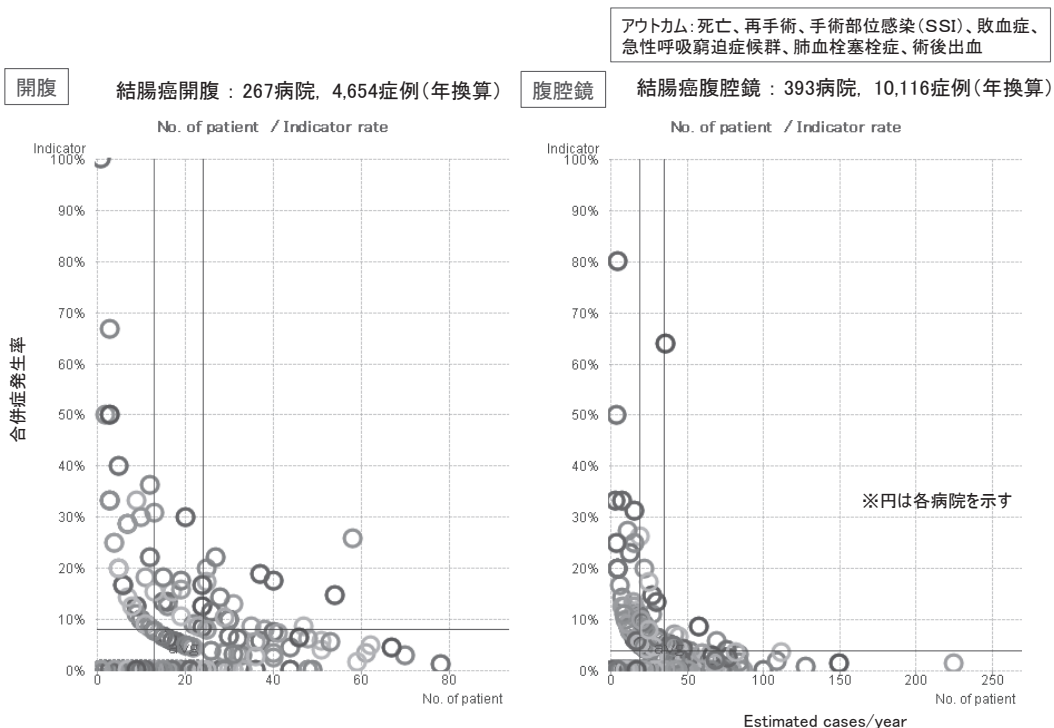
II. 地域の医療機関の治療アウトカム評価の指標についての考察

【質（アウトカム）評価データの問題提起について】

- ・「医療の質」向上と、「地域の医療提供体制」のあるべき姿の構築に向け、“医療機関別”の質評価は不可欠と考える。そのためには少数事例の把握こそ重要で、これらマスクングの撤廃に同意する。
- ・少数事例をマスクングすることは医療の質を見えづらくすることにつながると考える。海外では病院当たり・医師当たりの「症例数」と「医療の質」の相関については多くの先行事例がある（資料1：日本の事例）。急性期の病院・病床数が過多の日本では医師・看護師が分散し、結果、病院単位の症例数が極端に少なくなる傾向にあり（資料2）医療の質に懸念がある。医療の質の可視化のためには、少数事例の分析は必須である。
- ・厚労省が公開している医療機関別のDPC診断群類別データのマスクングは、①年間10症例未満だけでなく、②DPC病床から同病院の地域包括ケア病棟や回復期リハビリ病棟への転棟症例、③地ケア、回りハの直入・直退院も除外されている。これらの情報開示も必要であると考ええる。

*1 (株)グローバルヘルスコンサルティング・ジャパン代表取締役社長

資料1 医療の質と症例数には相関がある



※グローバルヘルスコンサルティング・ジャパンによる分析

- ・重症度の補正情報となる、心不全のNYHA、心筋梗塞のKillip分類、脳卒中のJCS分類のデータ入力は様式1で必須（資料3）。必須項目の未記入の改善には、データ精度を評価する機能評価係数Ⅱの「保険診療係数」の評価が効果的かもしれない。

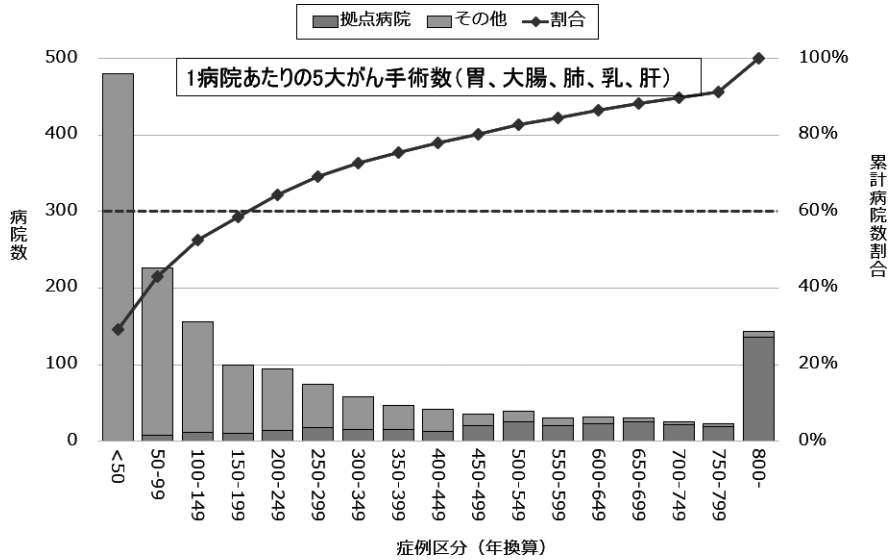
【質（アウトカム）評価の重要性・必要性と政策反映に向けて】

- ・医療の過剰と過少の評価について、DPCの入院と外来データから医療行為（投薬、注射、手術、処置、検査、画像など）をみるのが可能なので、「プロセス」評価として検討いただきたい。
- ・死亡率・在院日数・ADLの他、DPCからみることができる「アウトカム」評価として、再入院・再手術・合併症発症率（代理指標を含め）がある。なお在院日数については、日

本ではその支払い制度から医療提供側が病院経営とのバランスで調整をおこなうため、アウトカム評価としては必ずしも適正ではないと考えられる。

- ・重症度の補正には、疾患によって「年齢別」「性別」「基礎疾患」など母数を層別化することが必要かも知れない。統計的には傾向スコアマッチング（プロペンシティスコアマッチング）も考えられる。
- ・医療の質（アウトカム）を評価する支払いのインセンティブ設計を検討いただきたい。米国やスウェーデンでは、アウトカム（合併症発症率）が平均より高いと高い報酬、低い場合、報酬にペナルティーをかける設計がある（資料4）。

資料2 5大がんの年間手術件数 がん症例が分散
49 症例以下が 3 割, 199 症例以下が約 6 割



※グローバルヘルスコンサルティング・ジャパンによる分析
※ 2019 年度厚労省公開データ (1,238 病院) より

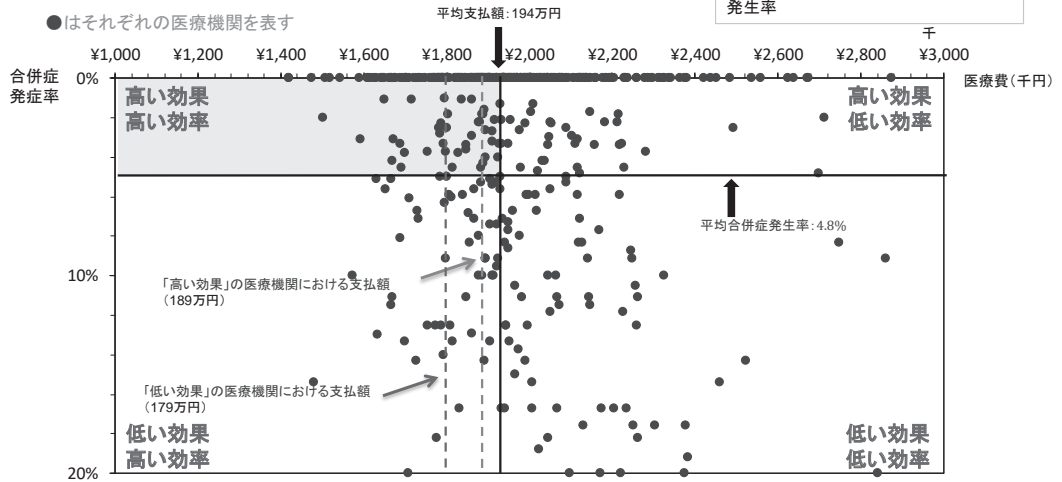
資料3 様式1 データ入力必須項目

コード	ペイロード種別	レコード必須条件等有	バージョン	連番	ペイロード番号	項目必須条件有	項目名	内容(入力様式等)
M010010	脳卒中患者/入院前	※14	ア	-	2	○	発症前 Rankin Scale	入力要領を参照
						○	脳卒中中の発症時期	入力要領を参照
M010020	脳卒中患者/退院時	※14	ア	-	2	○	退院時 modified Rankin Scale	入力要領を参照
M010030	脳腫瘍患者/テモゾロミド	※15	ア	-	2	○	テモゾロミド(初回治療)の有無	0. 無 1. 有
M040010	MDC04 患者/Hugh-Jones	※16	ア	-	2	○	Hugh-Jones 分類	入力要領を参照
M040020	肺炎患者/重症度	※17	ア	-	2	○	肺炎の重症度分類	入力要領を参照
						○	医療介護関連肺炎に該当の有無	0. 無 1. 有
M050010	心疾患患者/NYHA	※18	ア	-	2	○	NYHA 心機能分類	1. レベル I 2. レベル II 3. レベル III 4. レベル IV
M050020	狭心症、慢性虚血性心疾患患者情報/CCS	※19	ア	-	2	○	狭心症、慢性虚血性心疾患(050050)における入院時の重症度: CCS 分類	入力要領を参照
M050030	急性心筋梗塞患者情報/Killip	※20	ア	-	2	○	急性心筋梗塞(050030)における入院時の重症度: Killip 分類	入力要領を参照
M050040	心不全患者/血行動態的特徴	※21	イ	-	3	○	収縮期血圧	1. 100mmHg 未満 2. 100mmHg 以上、140mmHg 以下 3. 140mmHg 超

資料4 アウトカム向上に向けて 報酬インセンティブで行動は変わる

メイヨークリニック
との共同研究

【アウトカムと医療費のValue Matrix: 全人工膝関節置換術(TKA)】



上2つの象限に入るすべての病院は1回の包括払いで189万円の支払いを受け、下2つの象限に入る病院は5% quality withhold（報酬から差し引き）を適用し179万円の支払いを受ける。

出典：Denis Cortese, Natalie Landman, Robert Smoldt, Sachiko Watanabe, Aki Yoshikawa, "Practice variation in Japan: A cross-sectional study of patient outcomes and costs in total joint replacement procedures"