

卒業研究

建築業界とインフォームド・コンセント

平成24年度
(2012)

東京理科大学 工学部 第二部 建築学科

大熊 卓哉

目次

1. 研究目的-----	1
2. 建築業界におけるインフォームド・コンセント（情報開示）の現状-----	1
3. 建築生産システムの定義-----	2
4. インフォームド・コンセントの定義-----	4
5. インフォームド・コンセントの対象-----	5
6. 医療業界のインフォームド・コンセントの実例と建築業界の比較-----	6
6.1. 情報公開の規制について	
6.2. 医療の情報公開について	
6.3. 医療業界のインフォームド・コンセント（情報開示）の事例	
6.4. 日本医療機能評価機構（横断的評価の事例）	
6.5. 聖路加国際病院におけるQuality Indicator（時系列評価の事例）	
7. 医療分野におけるQuality Indicatorについて[4]-----	13
7.1. QIの概要	
7.2. 海外での医療業界のQIの取り組み	
7.3. 日本国内における医療業界のQIの取り組み	
8. 事例から見る建築業界におけるインフォームド・コンセント-----	15
9. 建築におけるインフォームド・コンセント項目について-----	16
9.1. 建築物の性能について	
9.2. 医療の事例との対比	
10. 建築業界へのインフォームド・コンセントの適用-----	17
11. 情報社会におけるインフォームド・コンセントの可能性-----	19
12. まとめ-----	19
13. 謝辞-----	20

巻末付録

建築業界とインフォームド・コンセント

辻本研究室 5108404 大熊卓哉

1. 研究目的

1990年代以降、インターネット等の普及に伴い、情報の交換手段が大きく変化してきており、さらに交換手段は進化、変化をつづけている。この変化は社会の情報に対する認識も変化させている。情報の発信・受信が容易にかつ、大量瞬時に可能となり、サービスの提供者と利用者の関係が従来とは違う形に移行することは明らかであろう。

建築業界はこの変化に対して、社会を構築する一端として、社会的責任を持ち対応していく必要が求められている。この流れの中で、早い段階から情報開示に取り組み先進的であると考えられる医療分野のインフォームド・コンセントに注目し、サービスの提供者と利用者の中で交換される情報のあるべき姿を建築分野との対比の中で考える。

2. 建築業界におけるインフォームド・コンセント（情報開示）の現状

現在の建築業界の情報公開は極めて行われてないに等しい状況にある。公開されている情報は入札情報、企業のホームページにおいては、運営に関しての情報程度である。

サービスの利用者である公衆が欲する建築に関する判断情報は、ほぼ提供されていないか、入手が困難な状況である。建築業界は、インフォームド・コンセントの必要十分な情報提供の段階にも至って居ないと言える。

この状況から脱するために、建築物のもつ公共性からより広く公衆に建築情報は提供されるべきである。また、建築物を所有する側の責任として、情報開示、共有することは重要な事柄である。

この重要性は、既存不適格の建築の問題で見えてくる。阪神大震災によって、既存不適格の建築物の安全性について、大きく取り上げられることとなった。災害時、このような建築物が周辺に危険を与える可能性があり、多くの被害者を出してしまう危険性がある。社会の財、市民の生活、生命を守るためにも、積極的に情報開示されることが望まれる。

社会に対して、建築業界がインフォームド・コンセントを行っていくことが、安全の保証された都市の形成には必要不可欠なのである。

3. 建築生産システムの定義

インフォームド・コンセントを適用する上で、まず建築生産システムについて定義する必要がある。

生産プロセスは建築物の企画、設計、契約、施工、維持・補修、解体までの全課程を含めるものであり、一連のサイクル全体を通したものとする必要がある。

(図1)

このプロセスを中心に建設プロジェクトには、作業、労力、資材、機材等、多くの関係主体が存在している。これらのプロセス、関係産業から構成されるシステムを建築生産システムとする。

医療診療システム(図2)とサイクルの段階的に比較するとシステムサイクルとしては似ている。このことから、医療の情報開示、インフォームド・コンセントは建築における、インフォームド・コンセントを考えるうえで参考になるものである。

一方、建築物の生産サイクルには多くの関係主体が関わっており、建築生産システムの高度化の研究、CM(コンストラクション・マネジメント)方式などの全体を管理する、建築システム手法もあるが、これらは、コスト管理など、経済的生産性を重視したものがほとんどであるため、これらの情報が公衆が受けることは想定されておらず、関係主体間全体の健全な建築物生産情報になっていない。

関係主体間において、建築情報の格差があり、その情報の非対称性をインフォームド・コンセントによって、解消する必要がある。

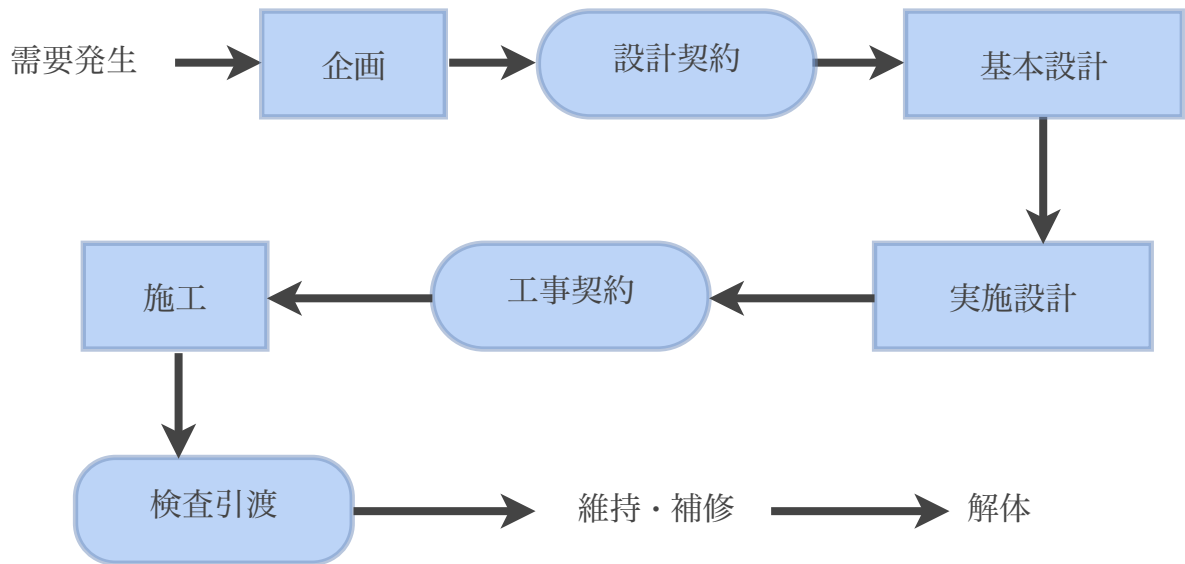


図1 建築生産システム概要

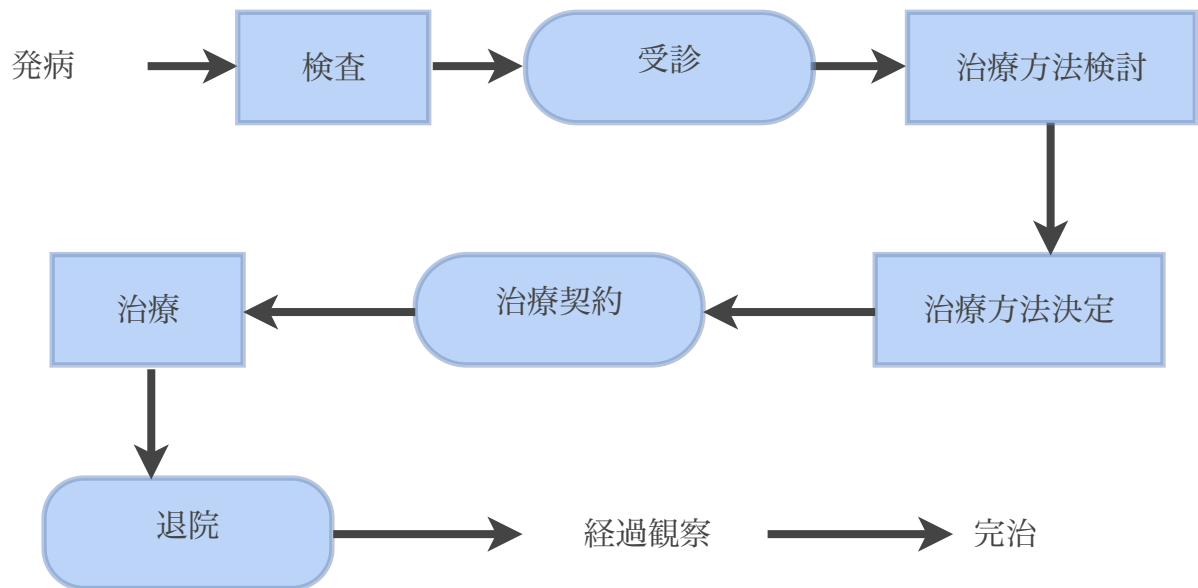


図2 医療システム概要

4. インフォームド・コンセントの定義

インフォームド・コンセントは元々、医療における、医療従事者の立場の強さによる、人権侵害的な医療行為の暴走を抑えるために生まれている。基本的理念として、情報提供者（医療従事者）からの必要十分な説明による、情報享受者の自由意思による医療行為に対する理解、同意である。また、理論構成としては下記のように星野氏が述べている。^[1]

インフォームド・コンセントの理論構成と具体的方法 ^[1]

1) 適切な情報の開示

- (1) 患者の現在の医学的状態（無治療の場合の経過予測）
- (2) 予後を改善するかもしれない介入（そのリスクと利益）
- (3) 患者が選べる他の選択肢についての医師としての意見（そのリスクと利益）
- (4) 医師の最善の臨床的判断にもとづく勧告

2) 情報の患者による理解

3) 患者の自己決定能力の有無

法的判断力 (Competence)

意思決定能力 (Decision-Making Capacity)

代理同意 (Proxy Consent)

代理判断 (Substituted Judgement)

最善利益 (Best Interests)

事前指示 (Advanced Directives)

4) 患者が決定を行う際の自由意志・自発性の尊重

5) 患者の同意

医療においては基本的に医療機関、主治医と患者間での情報交換においてインフォームド・コンセントは行われるが、建築にインフォームド・コンセントを適応させる場合、建築の公共性から、複数の関係主体が存在し、さらには多くの第三者、公衆が関係してくるため、公衆全体を相手とした情報開示、そして、理解、同意を求める必要があるため、インターネット等の情報技術を利用した方法を取ることは有効な方法である。

よって、建築におけるインフォームド・コンセントは、医療のような特定の関係者間における情報交換ではなく、公衆全体までを対象とした社会全体に理解、同意を得る広義的なインフォームド・コンセントと定義する。

5. インフォームド・コンセントの対象

建築業界の関係を整理することで、インフォームド・コンセントの対象を整理し、考察する。

医療業界におけるインフォームド・コンセントは基本的には医療従事者と患者の1対1の関係であるが、建築業界においては、建築物の性能が直接関係する施工、設計、公的機関等以外に影響が及ぶ可能性があることから、建築主体以外にも、公衆が間接的に利益、不利益を受ける対象が潜在的に多い。(図3)このことから、先述のように、インフォームド・コンセントを広義的に解釈して対象を考える必要がある。

また、関係主体間で、建築情報の非対称が発生するため、この非対称を解消する必要がある。まず、第一に直接関係する当事者間における情報交換として、建築主に対して、インフォームド・コンセントを行う必要がある。そして、建築物所有者の責務として、建築主は建築物の性能について、公衆にインフォームド・コンセントを行う必要がある。さらには、建築生産サイクル全体を通して影響を受ける周辺住民や、建築物利用者、居住者に対して、社会に対しての公的責任を認識し、広くインフォームド・コンセントをおこなっていく必要がある。

特に、公共性の高い建築物におけるインフォームド・コンセントは、公衆が重要な対象となるべきである。

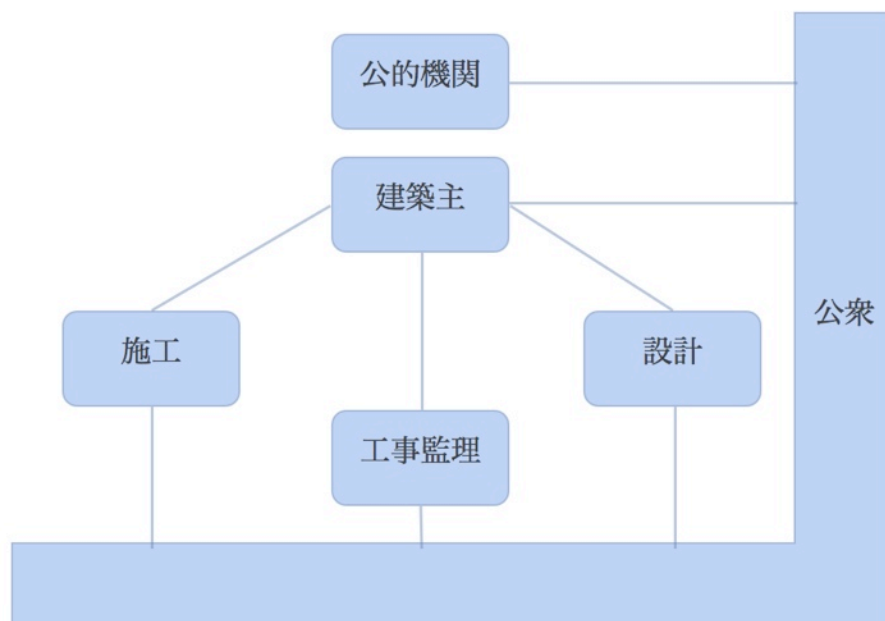


図3 建築システム主体関係図

6. 医療業界のインフォームド・コンセントの実例と建築業界の比較

6.1. 情報公開の規制について

現在、医療業界において、インターネットを利用した、ホームページ上での情報提供がよく行われている。これは医療法において、医療広告は1990年代以降規制が緩和されてきているが、依然として様々な規制が行われている。(図4)^{注1} その中で、ホームページは利用者が自ら情報を求めて閲覧するとされているため、広告の対象外とされている。

医療業界において、医療事故、訴訟の増加を受け、情報提供は近年、重視されつつあるが、現状、ホームページによる情報提供の方法は各医院によって、異なっており、それぞれ独自基準で情報提供を行っている。サービスの利用者が選択する際に、同一の基準で判断できる状況ではなく、十分な状況といえるものではない。

現在、建築においてはこのような規制は存在しない。建築の持つ公共性、また、公衆への被害等が及ぶ可能性から、情報公開は重要であるが、ミスリードを防ぐためにも過剰な誤解を招くような情報開示について防ぐ規制を検討する必要があるだろう。

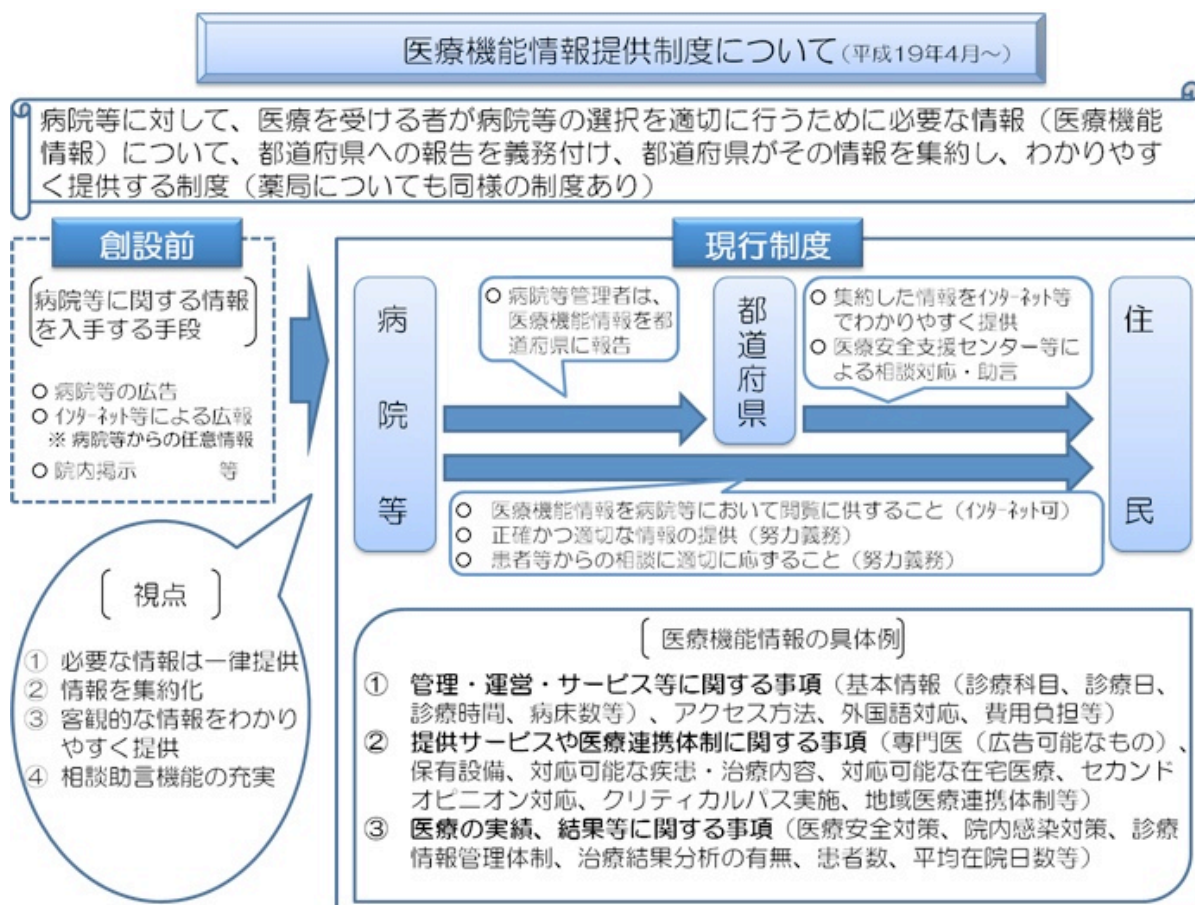


図4 医療機能情報提供制度^{注1}

6.2. 医療の情報公開について

広告規制の対象外であるホームページによって、どのように現在、情報公開を行っているか考察していく。

医療機関の情報公開について、友清貴和氏の「病院における情報公開項目の特性に関する研究」¹²⁾がある。

ホームページを開設しており、病院機能評価の認定を受けていることを条件として、日経病院ランキングより全国ランキング上位15病院、さらに全国ランキング病院との規模の差をできる限り少なくするため、鹿児島県の病院より病床数の多い順に15病院を抽出。計30病院を対象とした公開項目についての調査である。

病院機能評価項目に分類されている6領域に基づきチェックリスト作成。情報チェックについては、内容・詳細を問わずに、何らかの掲載があれば、その項目についての情報公開がなされているものとしている。

「公開項目は、広告規制の影響を依然として受けていると考えられる結果となった。現状、ホームページでの情報公開は有効に行われていない。各病院の比較では、特定の分野に高い公開率を示す結果が出た。これは、各病院が自院の特徴に関する情報を患者に公開しているものと考えられる。全体的に公開している情報量が少ないため現れた結果である。各病院の情報公開状況には、大きなバラつきがあり、情報が少ない現状では、患者は医療を受ける病院を複数の病院から、選択する際、同じ基準で比較・評価するのは非常に困難である結果となっている。」¹²⁾

この結果から、建築においても各企業等に情報開示を義務づけただけでは、十分な情報開示に至らない可能性を示していると考えられる。医療の情報公開を参考にこのような状況に陥らぬよう国全体での事業として進めて行く必要があると考えられる。

また、「日米の医療機関の情報開示に関する比較」¹³⁾がある。「日米の比較において、米国の方が圧倒的に情報が多く、診療に関する情報差は少ないものの、全体の情報量の違いは大きく、日本での医療側のホスピタリティの後れを示しているといえる。また、ホームページに関する認識が日本は米国に比べて遅れていることも原因ではないか。」と述べられている。

インターネット、ホームページは情報交換の重要な手段であるが、公衆全体の情報に対する認識の向上も必要である。

6.3. 医療業界のインフォームド・コンセント（情報開示）の事例

6.3.1. 日本医療機能評価機構（横断的評価の事例）

主な事例として、公益財団法人 日本医療機能評価機構^{注2}が病院機能評価を参加医療機関において行っている。主な評価項目としては、表1に示す領域となっている。

評価対象領域(機能種別版評価項目)	
1. 患者中心の医療の推進	患者の視点に立った良質な医療を実践するうえで求められる病院組織の基本的な姿勢について評価します。 患者の安全確保や医療関連感染制御に向けた病院組織の検討内容、意思決定について評価
2. 良質な医療の実践1	病院組織として決定された事項が、診療・ケアにおいて確実に安全に実践されていることを評価
3. 良質な医療の実践2	確実に安全な診療・ケアを実践するうえで求められる機能が各部門において発揮されていることを評価
4. 理念達成に向けた組織運営	良質な医療を実践するうえで基盤となる病院組織の運営・管理状況について評価

表1 病院機能評価の評価対象領域

このような評価基準に類似のものとして建築業界においても、住宅性能評価・表示協会が行う、住宅性能評価が行われている性能に対する認定が与えられる制度である。この評価は住宅を対象とするものである。内容としては、

- ・住宅の性能（構造耐力、省エネルギー性、遮音性等）に関する表示の適正化を図るための共通ルール（表示の方法、評価の方法の基準）を設け、消費者による住宅の性能の相互比較を可能にする。
- ・住宅の性能に関する評価を客観的に行う第三者機関を整備し、評価結果の信頼性を確保する。
- ・住宅性能評価書に表示された住宅の性能は、契約内容とされることを原則とすることにより、表示された性能を実現する。^{注3}

これらは統一の評価基準であり、認定表示されるため、情報の分かりやすさ等のメリットは多くある。しかし、医療において、各医療機関が同じ水準の設備を持ち、同じ水準で医療行為が行われていない状況において、立地、患者数、設備、規模等を含めた実態の評価としては、質の高い医療行為が行われているかの評価は困難である。設備の整った、大都市圏の医療施設の設備等において評価が必然的に高くなる。

建築においても、環境や企業の特徴の違いによって、求められる評価の重要度が違うこと、また、建築物には、潜在した性能があるため、判断基準として、単純にこの評価方法のみでは、十分な情報とは言えないだろう。

6.3.2. 聖路加国際病院におけるQuality Indicator（時系列評価の事例）

別の事例として、聖路加国際病院^{註4}におけるQuality Indicator(以後QI)の測定、公開がある。測定情報はホームページで一部公開、また年刊としてホームページ上よりも多い情報で刊行されている。（参考文献[5]）インフォームド・コンセントは医療において、1対1の関係において行われているが、聖路加国際病院のQIはインターネットを利用したホームページで広く公開されている。これは、広義的なインフォームド・コンセントになっている。

QIとは医療機関における医療実績の経年的、質の評価指標であり、海外、イギリス、フランス、オランダ等諸外国でも、各医療機関の評価基準として採用されているものである。主な測定項目は、表2で示す項目である。

聖路加国際病院におけるQIの主な項目分類	
1.病院全体	医療機関の運用、患者や従業員の状況の評価
2.報告・記録	医療行為、検査等の報告書が迅速に作成されているかの評価
3.教育	院内における教育体制の評価で、内部の研修医による評価、内部組織の評価
4.患者満足度	入院患者、外来患者による評価、意見投票箱による評価
5.看護	看護の際におこる、患者の事故の発生率を評価
6.薬剤	薬剤の処方の際して、服薬指導を行い、管理を行ったかを評価
7.手術・処置	手術等の処置において、主に術後処置等が適切に行われたかを評価
8.生活習慣	入院患者、外来患者の生活習慣病に関わる健康管理が適切に行われたかを評価
9.各科の実態評価	各診療科において、重要な指数を評価
10.救急	救急の受入れ応需率、救急患者の蘇生率等を評価

表2 聖路加国際病院QIの主な項目分類

これらは、内部からの評価、患者側からの評価、内部のカルテ情報に基づいた経年的評価であり、測定項目として医療行為の人的評価が主に取り上げられている、とともに、経年的な変化の評価であることから、各医療機関の規模や設備に影響されない質の評価情報となる。

ホームページ上における公開項目としては、5項目である。年刊書籍における公開項目は56項目となっている。数値とともに、全国、または世界基準からの比較分析、改善に向けての改善策を記述する形の公開情報となっている。

分類としては、医療施設の構造：施設、医療機器、スタッフ関連の項目が2項目、医療の過程：実際に行われた診療や看護の項目が27項目、医療の結果：診療の結果としての患者の健康状態が27項目となっている。QIの測定が医療の過程の項目を重視していることから、医療の過程に関する項目が多くなっている。

公開項目の数値の変動としては、改善傾向にあるものが26項目あるが、半数の項目が数値が上下している測定結果となっている。項目の定義、計算方法が年によって、一部変更になっているもあるため数値が変動している点もあるが、主に医療行為の結果を示す項目についての数値は傾向が安定していない。これは、医療の人間の個人差等による不確実性が影響しているものと考えられる。逆に医療行為の実施率などの医療行為として能動的に行われる医療の過程の項目においては、改善の傾向にある項目が多い。これは、QIの測定が医療施設内においてフィードバックされ改善されていることを示しているといえる。これらの情報はサービス利用者である患者が不確実性に基づく医療行為に対する理解、医療施設の改善対策の公開による医療行為の健全性を確認するための情報である。QIの公開は医療行為自体のインフォームド・コンセントとしての役割の側面もあるといえる。

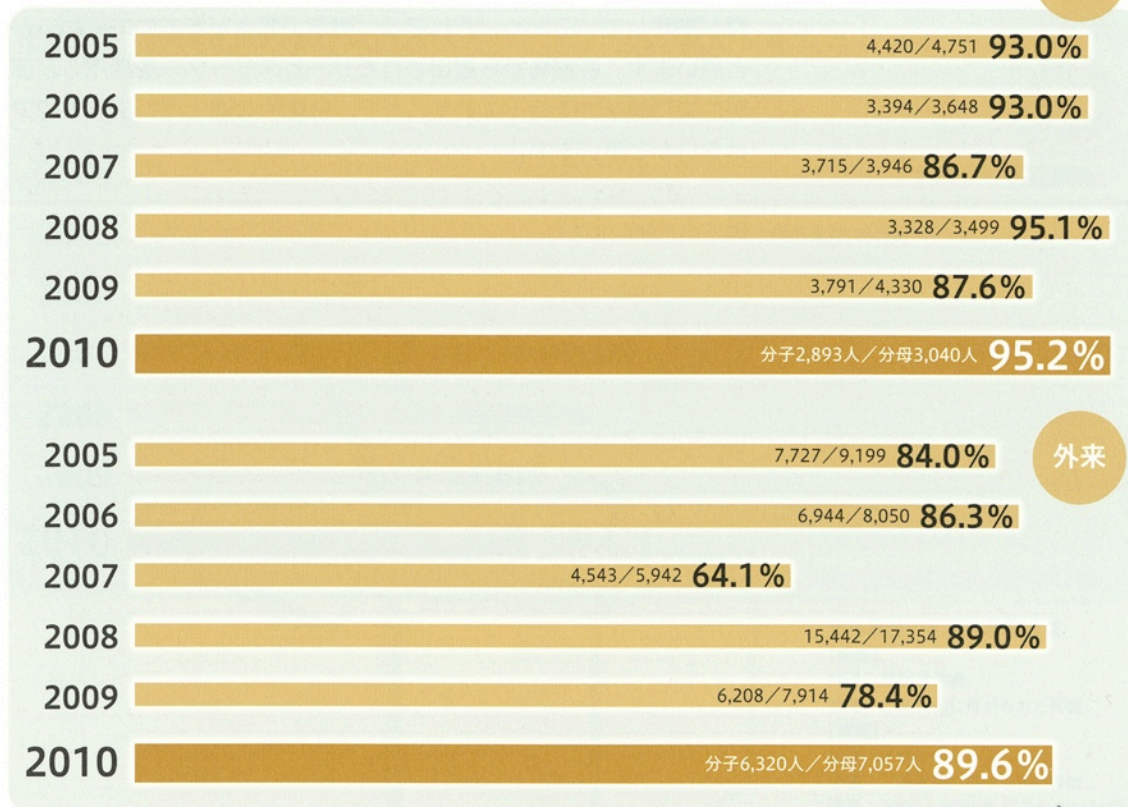
また、表3、4のような、4.患者満足度の患者側の評価を施設側が測定、公開している点は特筆すべき点である。患者の個人的な評価によって、結果に影響する可能性があるが、情報社会において、サービスの利用者にとっては、身近な求められる情報である。

これらの指標の選定手法は参考にするべき点である。

建築業界において、このような情報が各企業のホームページにおいて、容易に入手できる状況は多くないため、この事例を参考に情報開示を進めることは大いに影響のあることである。

患者満足度 Patient satisfaction - inpatient and outpatient

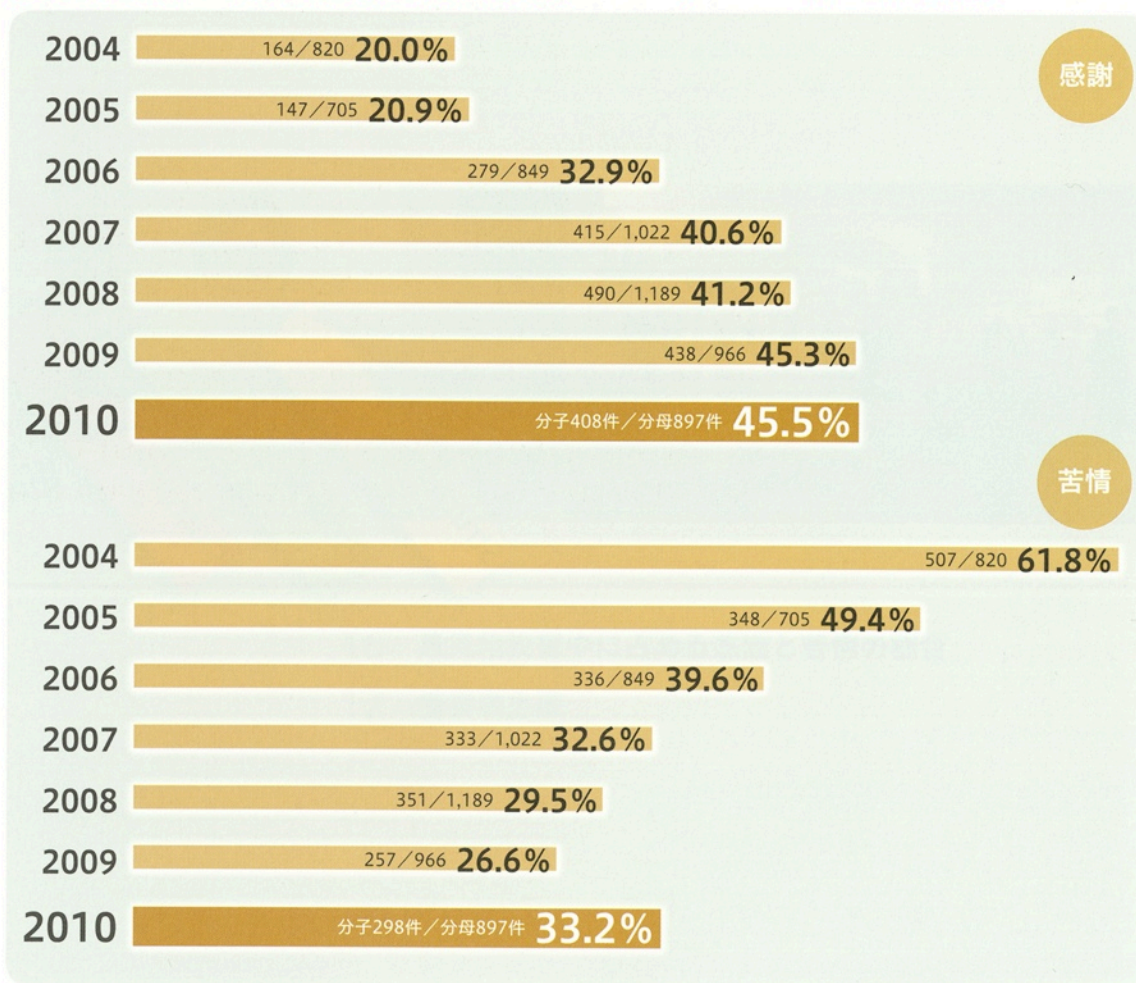
入院



外来

表3 患者満足度の患者側の評価 [4]

意見箱投書中に占める感謝と苦情の割合 Thank you letters, patient claims



●当院値の定義・計算方法
 【感謝】
 分子：感謝状件数
 分母：ご意見箱に寄せられた件数
 【苦情】
 分子：苦情件数
 分母：ご意見箱に寄せられた件数
 補足：2004・2005年度の分母は枚数、
 2006年度以降の分母は内容に対する件数

表4 意見箱投書中に占める感謝と苦情の割合^[4]

7. 医療分野におけるQuality Indicatorについて¹⁴⁾

7.1. QIの概要

建築業界のインフォームド・コンセントの重要な要素となり得るQIについて、考察していく。

1960年代、Ardis Donabedianが提唱した方法論に乗っ取っている。QIの調査は3つの側面から評価されるとし、①医療提供の構造②診断内容や過程③診断の結果によって評価される。

患者の健康を最も良くする方法として、実証された診療プロセスが行われているかを数値化することがQIである。つまり、標準医療がいかに実践されたかを示す指標である。

医療において結果を数値化して、評価では、

- ①人は必ず死ぬということ。
- ②医療の結果が不確実で確率的にしか予見できないこと。
- ③規模などの大きさによって、結果が実例と異なる可能性がある。

これらの点があるため、問題がある。

よって、行うべきことをきちんと行っているか、過程を反映させることで医療の質を評価する試みである。また、QIは、他施設の比較を目的としているのではなく、さまざまな改善の試みの成果を時系列で確認・フィードバックする目的で行われている。

これらの事例は、建築においても当てはまる点が多い、設計と実際の建築物との性能が不確実性があり、建築物の不完全性があるからである。施工の段階で正確に施工が行われているか評価することは、建築においても有効な建築の質の評価になるだろう。

7.2. 海外での医療業界のQIの取り組み

イギリスでは、国の機関であるNICE (National Institute for Health Clinical Excellence) が設定したQIの目標値が達成していれば、その度合いに応じて診療報酬が高くなるQOF (Quality Outcome and Framework) 制度が開業一般医 (General Practitioner; GP) に適用されている。このように診療報酬に連動させてQIの目標値達成を促す仕組みを取り入れている。

フランスでは、保健省内の「医療機関の質と安全局 (Haute Autorite de Sante ; HAS)」がQI関連業務を行っている。2003年、患者被害者団体からの診療改善についての要請があり、QI事業が始まっている。院内感染に関する3領域の

QIを設定して、評価、採点を行い、病院の格付けを行っている。QIの公開はPLATINE (Plateforme d'information des Etablissements de Sante) が担当し、インターネットなどを介してアクセスが可能となっている。フランスにおいては、診療報酬との連動は行われていない。

オランダでは、2004年の医療保険制度改革にともなって、QIを用いて医療の質を検閲する体制が導入されている。QIの項目は徐々に増えており、2009年時点で、Basisset (Basic Set)、Zichtbare Zorg (Healthcare Transparent)、医療安全という3領域のQIが行われている。検閲結果は公開されている。診療報酬との連動は導入されていない。

これらの国において、QIの重要性は確認されており、評価の方法論として有用であると言える。建築においても、国主導で、QIのような時系列的評価を行うことは必要であると考えられる。

7.3. 日本国内における医療業界のQIの取り組み

日本においても、厚生労働省は、2010年度に「医療の質の評価・公表等推進事業」を始めている。

2011年4月には、30の会員病院で測定された11のQIの値が公表されている。

しかし、「病院で診療を受ける患者の病気の種類、頻度、重症度、救急車で搬送される患者の割合、患者の年齢、性別、教育レベル、職業、収入、病院の存在場所、他の医療施設との位置関係や連携の態様など、QIの値に影響を与える要因は、診療の質以外に数多くあり、病院によって異なる。したがって、診療の質を比べるためには、それらの多くの要因の影響を取り除いて、診療の質のみを反映する数値に変換する必要があるが、このような交絡因子調整の方法は、現在までのところ、誰もが満足できるようなものが開発されているとは思えない。

一方で、各施設で毎回同じ方法でQIを測定比較するのであれば、上記のQIの値に影響を与える要因の多くは差し引きされて、診療の質の変化のみが抽出される可能性が高くなる。」¹⁴⁾と福井氏は述べている。

医療においても、現在、QIの評価については模索段階であるといえるが、有用性は認められ推進されている。

8. 事例から見る建築業界におけるインフォームド・コンセント

日本医療機能評価機構による評価は各医療機関の横断的評価情報であり、聖路加国際病院で行われているQIの評価は各機関の経年的な評価情報である。それぞれに利点、欠点がある。これらの事例から、建築業界の目指すべき情報提供のあり方は、横断的かつ、各企業の経年的な評価情報を提供することで、サービスの利用者は建築物との関わりにおいて、十分な情報を得ることが可能になると考えられる。

住宅性能評価のような評価を住宅以外にも広げ、規模、環境によって、種別ごとの評価項目を選定、評価をする必要があるだろう。また、現在のシステムでは、審査の申請を行い、認定を得る形であるが、建築物の安全性の標準化を目指すためにも、全ての建築物を対象とすべきである。全ての建築物を対象とすることによって、建築物の情報の集約を進めることができる。

また、QIのような時系列による評価を建築業界において、実施させることが必要である。設計、施工時の実績が公開されることによって、公衆には分かりにくい、設計、施工の実情が理解できるようになり、建築主として、設計、施工会社を選定する際、ミスマッチを防ぐなどの重要な情報となるとともに、医療のQI項目の測定、公開によっても業務改善が起こっていることから、建築業界の健全化にもつながっていくと予想される。

これらの情報が、インターネット等において情報を入手することが可能となり、私たちはそれらの情報から、理解、同意した上で建築に関する決定を行うことになる。これこそが建築の目指すべき広義的なインフォームド・コンセントになるのではないだろうか。

インターネットを通じた情報公開が容易かつ広範囲に情報を提供できる手段である。この手段を活用することで、建築物によって、利益、不利益を受ける対象が複雑、多様である建築業界においてのインフォームド・コンセントを可能にできると考える。そして、情報公開は一方的な公開としてではなく、受け手側の理解、同意が得られるものとなる必要があるため、公開情報がわかりやすい情報であり、信頼性の高いものである必要がある。信頼性を高めるためにも、これらは国の事業として採択、推進することが望ましい。

9. 建築におけるインフォームド・コンセント項目について

9.1. 建築物の性能について

建築物の社会的要求性能の構造と分類についての研究は、参考文献[5]などの研究がある。この論文において、建築物をめぐる健康と安全に関する性能はこれに関わる2つの主体、建築主体、及び公衆の要求性能との関係から分類できる。また、予見できない性能は性能そのものやそれによる結果の難しさが挙げられている。

このような建築物の不完全性があることから、完成した建築から科学的に測定した性能のみを取り上げるだけでは、十分な建築物の情報とは言い難い。現在の科学技術ではこの性能の信頼性は施工段階によって、実績に基づいた工事が行われているかが重要となる。医療のQI同様、過程による施工の質の評価が重要な項目となる。このことによって、どのような性能を持つ建築物かをより信頼性を持たせた上での性能となりえる。

9.2. 医療の事例との対比

建築のインフォームド・コンセント項目について、考察してみたい。

医療において、前述の2例を考察すると、医療機関の運用、そして、主に医療結果よりも、医療過程の評価に重きを置かれているとすることができる。いかに、医療行為が実践されているかを表す指標が選ばれている。これは建築の項目を選定する際にも重要な要素となる。それは、建築物の完成時には専門的知識を持ってしても、評価の難しい潜在する性能があるからである。建築物が完成時にどのような性能を有するかの情報はもちろん重要であるが、設計に基づき適切に施工されているかを評価するには、この過程の施工実践の評価情報が建築の質の保証となる。また、悪質な施工業者の特定にもつながると予想される。主な項目としては、施工監理記録・報告、現場従事者のアセスメント、施工現場事故率、施工ミス発生率、周辺環境影響度（騒音等）が挙げられるだろう。

また、聖路加病院のQI項目の患者満足度のような利用者側からの評価情報も、利用者の求める情報開示であると考えられる。医療以上に、公共性の高い建築業界の情報開示において、重視すべき点である。

以上より、横断的な建築物の評価によって、建築物の性能を評価し、時系列的な建築業者の業務評価によって、建築業界の業務評価を行うことが望ましい。

10. 建築業界へのインフォームド・コンセントの適用

建築業界において、インフォームド・コンセントを適用した場合を考察してみたい。

建築物は権利の所有者が移り変わる可能性を持つため、最も対象建築物に対して、情報を保有する生産者側が容易には情報を提供、公開する難しさがある。この情報の取扱いの障害を取り除くため、建築物を所有する責務として、建築物情報の提供の義務化の法整備の必要がある。

医療業界は電子カルテの導入によって、情報のデータベース化を行っており、医療情報技師を設置するなど情報の活用について意欲的であるが、建築においても建築情報のデータベース化の手法が必要である。このデータベース化によって、情報の共有を容易にできるなど、情報が煩雑化しやすい建築物において有効な方法であると考えられる。インフォームド・コンセントを円滑に行うための課題となるだろう。

また、建築の社会的要求性能は影響を受ける関係主体によって、範囲、要求性能の高さが大きく異なってきてしまうため、関係主体がそれぞれ受忍できる範囲に性能が保たれるよう法的な規制を行う必要がある。とともに、社会的にも安全性が保たれるコストへの理解も関係主体間で情報交換する必要あるだろう。

また、「最高裁判所の調べによると、医療関係の訴訟件数は、1993年には442件であったのが、2002年には896件となっており、約10年間で倍増している。医療関係の訴訟の増加原因としては、医療事故への社会的批判が強まっていること、被害者の権利意識が高まっていること、医療情報へのアクセスが以前より容易になっていることなどが考えられる。」^{注5} このことから、同様に訴訟の増加が考えられるため、訴訟費用、損害賠償など多くの金銭的問題が発生する。現在に置いても建築家賠償責任保険など保険制度はあるが、より建築保険制度の拡充が必要となる。建築物の性能は潜在する性能を多く含んでいるため、サービスの提供者側、利用者側にとってもお互いを保護できる制度が必要となる。

1 医事関係訴訟事件の処理状況及び平均審理期間

(平成14年～平成23年)

年	新 受	既 済	平均審理期間 (月)
平成14年	906	869	30.9
平成15年	1,003	1,035	27.7
平成16年	1,110	1,004	27.3
平成17年	999	1,062	26.9
平成18年	913	1,139	25.1
平成19年	944	1,027	23.6
平成20年	876	986	24.0
平成21年	732	952	25.2
平成22年	791	921	24.4
平成23年	767	801	25.1

- (注) 1 医事関係訴訟事件には、地方裁判所及び簡易裁判所の事件が含まれる。
 2 平均審理期間は、各年度の既済事件のものである。
 3 本表の数値のうち、平成16年までの各数値は、各庁からの報告に基づくものであり、概数である。
 4 平成23年の数値は、速報値である。

表 5 医事関係訴訟事件の処理状況及び平均審理期間

医療情報と同様に、建築情報は一般的に専門性の高い情報であると考えられるため、情報の受け手である公衆が十分な理解をすることは難しいという点もあると考えられる。単に情報が提供されるだけでなく、インフォームド・コンセントの双方向的な情報のやり取りが十分に行われなければ、多くの経済的損失を含む問題が発生してしまう。QIのような建築の質の公開は相互の認識のズレを埋めることにも有効であるが、さらに相互の理解を高めるためにも、情報の受け手側の理解を助ける医療業界における、セカンドオピニオンのような役割の設置も重要になると考える。

11. 情報社会におけるインフォームド・コンセントの可能性

前述のように、横断的かつ、時系列的に集約された情報は、サービスの利用者にとって、重要な情報であるとともに、建築業界にとっても、互いの情報が公開され、共有されることは、建築生産システムの改善にその情報を用いるなど、業務改善に大いに利用できるものである。そして、QIに見られるような自己機関における自己評価の公開は、各企業の業務の質の向上にもつながる重要な指標となり、サービスの利用者が建築についての質を把握できる指標となる。これらの実現は建築のインフォームド・コンセントに必要不可欠なものである。

また、情報社会は情報手段としてのインターネットから、インターネットによって、集積された情報の活用が重要になってきている。このように情報開示に留まらず、集約情報をいかに活用するかを考え、時代に則った、建築業界のインフォームド・コンセントを進めていくことも重要になってくる。

12. まとめ

以上、述べてきたように情報交換の方法が急速に発展、変化してきた現在において、建築業界におけるインフォームド・コンセントのあり方は、国全体で、より多面的に考えていく必要があり、情報技術を活用した可能性のあるものであるべきである。また、建築に関する情報は社会的にも災害時など、重要な情報となる可能性がある。これらの情報が提供者、利用者で容易に入手できる必要がある。しかし、これらの状況を把握するために、現状、情報を容易に大量に入手するには、多くの手間がかかると感じた。情報社会である現代において、情報公開は社会的要求であり、情報の持つ価値が高くなってきている。プライバシー等の問題もあるが、安全な住宅、都市の構築にはこれらの情報は必要不可欠なものである。各関係主体の持つ情報を共有することによって、利用者が容易に求める情報を十分な量に入手できるシステム作りは重要な課題である。

これらの課題を解決し、建築業界のインフォームド・コンセントが確立することによって、建築業界の信頼性へとつながるとともに、建築生産システムに改善へと変化を与える可能性のあるものとなりうる。

13. 謝辞

本論文の作成にあたり、適切な助言を賜り、丁寧に指導して下さいました辻本誠先生に感謝します。

また、辻本研究室の先輩・同期の皆様にも常に刺激的な議論を頂き、本当にありがとうございました。

注1 医療広告ガイドライン-厚生労働省：<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/kokokukisei/dl/shishin.pdf>

注2 公益財団法人 日本医療機能評価機構：<http://jcqhc.or.jp>

注3 一般社団法人 住宅性能評価・表示協会：<http://www.hyoukakyokai.or.jp>

注4 聖路加国際病院：<http://www.luke.or.jp/index.html>

注5 ISSUE BRIEF医療事故の現状と課題-医療事故への対応策の整備を中心に-国立国会図書館 ISSUE BRIEF NUMBER 433(Dec.11.2003)

参考文献

[1]星野一正 丸善ライブラリー「インフォームド・コンセント」丸善、東京、1997

[2]友清 貴和：病院における情報公開項目の特性に関する研究、鹿児島大学工学研究報告、第47号、2005

[3]栗原 信征 日米医療機関の情報開示に関する比較、上武大学ビジネス情報学部紀要、3(1)、2004.11

[4]福井次矢 聖路加国際病院Q I 委員会：Quality Indicator2011 [医療の質]を測り改善する インターメディカ 2010.9

[5]竹市尚広、辻本誠：建築物に対する社会的要求性能の構造と分類その2 日本建築学会計画系論文集 No.567,61-66,2003.5

ご挨拶

沿革

理念・運営の基本方針

病院概要

フロアマップ

交通案内

部門紹介

医療機器の紹介

関連サイトへのリンク

数字で見る聖路加国際病院

Quality Indicator
(医療の質)


国際的な医療機能評価
(JCI) 認証取得

メディア掲載情報

参考図書

病院の取り組み

Quality Indicator (医療の質)



Quality Indicator 2011 医療の質を測り改善する

福井 次矢 監修 聖路加国際病院QI委員会
インターメディアカ 2010年9月

QIの測定・公表を行う病院が急速に増加中！
その第一目的は、施設間の比較ではなく、
「各施設が診療の質を時系列で改善」すること。
聖路加国際病院でQIが改善した事例を振り返ってみると、7種類の介入方法が採用されていた。

聖路加国際病院がQIにこだわる理由

聖路加国際病院では2007年より他施設に先駆け、Quality Indicator (以下QI) の公表を行ってまいりました。QIとは、医療の質を評価する目安となる指標です。自分たちの提供している医療が本当に質の高いものであるかどうか、課題があればそれが改善されているかどうかなどを数値として示すことで、より質の高い(エビデンスに則した)医療の提供ができると考えています。

QIの測定・公開は医療者のパフォーマンス改善を目的に

QIを測定する目的は、「多施設を横断的に比較する」ことではなく、「各施設がそれぞれにおいて時系列で改善する」ことにあります。すでに諸外国では、国を挙げてのQIの測定、公開が行われています。

2010年は56のQIを測定、公開しました

2010年は以下の56指標の測定を行いました。聖路加国際病院は、この指標に基づき、業務改善、提供する医療の質の向上に努めております。

Quality Indicator 2011 [医療の質] を測り改善するー目次ー

- 第1章 医療の質とEBM、Quality Indicator
- 第2章 聖路加国際病院におけるQI測定・公表の経緯・手順と「改善」
- 第3章 病院全体
 - 1. 医療利益率
 - 2. 職員の健診受診率
 - 3. 職員の非喫煙率
 - 4. 職員のインフルエンザワクチン予防接種率
 - 5. 死亡退院患者率
 - 6. ソーシャルワーカーによる転院患者の割合
 - 7. 病床利用率、平均在院日数
 - 8. 退院後6週間以内の予定外再入院率
- 第4章 報告・記録
 - 9. 2週間以内の退院サマリー完成率、48時間以内の手術記録完成率
 - 10. 放射線科医による読影レポート作成に24時間以上かかった件数の割合
 - 11. 消化管生検検査の報告書が48時間以内に作成された割合
- 第5章 教育
 - 12. 卒後臨床研修マッチング1位希望者の募集人数に対する割合
 - 13. 別検率
 - 14. 研修医1人あたりの指導医数、研修医1人あたりの専門研修医数
 - 15. 看護師の教育歴
- 第6章 患者満足
 - 16. 意見箱投書中に占める感謝と苦情の割合
 - 17. 患者満足度
- 第7章 看護
 - 18. 入院患者の転倒・転落発生率、入院患者の転倒・転落による損傷発生率
 - 19. 転倒・転落アセスメント実施率
 - 20. 褥瘡発生率

第8章 薬剤

- 21.ワーファリン®服用患者における出血傾向のモニタリング
- 22.入院患者のうち服薬指導を受けた者の割合
- 23.ステロイド服薬患者の骨粗鬆症予防率

第9章 手術・処置

- 24.中心静脈カテーテル挿入術の重篤合併症発生率
- 25.麻酔からの覚醒遅延率
- 26.執刀開始1時間以内に予防的抗菌薬投与を開始した割合
- 27.手術患者における静脈血栓塞栓症の予防行為実施率
- 28.予防行為が行われなかった入院患者の静脈血栓塞栓症の発生率、予防可能であった可能性のある静脈血栓塞栓症の割合
- 29.非心臓手術における術後24時間以内に予防的抗菌薬投与が停止された割合、心臓手術における術後48時間以内に予防的抗菌薬投与が停止された割合

第10章 生活習慣

- 30.糖尿病患者におけるHbA1c検査実施率
- 31.糖尿病患者の血糖コントロール (HbA1c)
- 32.高血圧患者の来院時血圧測定率
- 33.降圧薬服用患者の血圧コントロール
- 34.LDLコレステロールのコントロール

第11章 呼吸器

- 35.肺炎患者の死亡率
- 36.肺炎患者におけるERでの抗菌薬投与前の血液培養実施率
- 37.肺炎患者における来院後6時間以内の抗菌薬投与率

第12章 脳・神経

- 38.急性期開頭術施行患者の死亡退院率
- 39.入院となった脳血管障害患者における頭部CT検査施行までに要した時間
- 40.虚血性脳卒中または一過性脳虚血発作患者における抗血小板薬退院時処方率

第13章 心血管

- 41.PCI後24時間以内の院内死亡率
- 42.急性心筋梗塞の患者で病院到着からPCIまでの所要時間が90分以内の患者の割合
- 43.急性心筋梗塞患者における退院時処方率
- 44.PCI後24時間以内のCABG実施率
- 45.開心術を受けた患者の平均術後在院日数、人工心臓手術を受けた患者の平均術後在院日

第14章 慢性腎臓病

- 46.慢性腎臓病患者でのRAS阻害薬処方率
- 47.維持透析患者の貧血コントロール
- 48.維持血液透析の透析効率、維持腹膜透析の透析効率

第15章 消化器

- 49.胆嚢摘出術中の腹腔鏡下手術の割合
- 50.慢性C型肝炎患者における治療開始後12週時点でのHCV-RNA検査実施率

第16章 耳鼻咽喉・眼

- 51.急性外耳炎患者における全身抗菌薬療法を施行しなかった割合
- 52.小児での滲出性中耳炎患者における聴力検査実施率
- 53.網膜剥離術後28日以内の予定外再入院率

第17章 救急

- 54.救急車受入台数、救急車・ホットラインの応需率
- 55.救急外来受診後入院となった患者のうち入院までに6時間以上を要した割合
- 56.心臓停止患者の蘇生率 (心拍再開入院率)

聖路加国際病院で行われた、Q I 指標を用いた医療の質改善事例

時系列でQIを測定しながら、医療の質を改善するために、診療内容や看護業務の見直しに取り組んでいます。2011年に改善がみられた、5つのQI指標についてご紹介いたします。

Case1：糖尿病患者の血糖コントロール(HbA1c)



●当院値の定義・計算方法 1)

【<6.5%】分子：HbA1c (NGSP) <6.5% : HbA1c (日本糖尿病学会)の最終値が6.1%未満の患者数 分母：糖尿病の薬物治療を施行されている患者数 (過去1年間に該当治療薬が外来で合計90日以上処方されている患者)

【<7.0%】分子：HbA1c (NGSP) <7.0% : HbA1c (日本糖尿病学会)の最終値が6.6%未満の患者数 分母：糖尿病の薬物治療を施行されている患者数 (過去1年間に該当治療薬が外来で合計90日以上処方されている患者)

●参考値の定義・計算方法 2)

分子：Adults with diabetes who had hemoglobin A1c (HbA1c) level less than 7.0% at examination
分母：Adults age 40 and over with diabetes

<参考文献>

1) U.S. Department of Health and Human Services Agency for Healthcare Research and Quality : National

Healthcare Quality & Disparities Report.

http://nhqrmet.ahrq.gov/nhqrdr/jsp/nhqrdr.jsp#snhere#snhere (2011.05.06 available)

2) U.S. Department of Health and Human Services Agency for Healthcare Research and Quality : 2010 National Healthcare Quality Report. http://www.ahrq.gov/qual/nhqr10/nhqr10.pdf (2011.05.06 available)

HbA1cは、過去2～3か月間の血糖値のコントロール状態を示す指標で、正常値は5.8%以下とされています。糖尿病患者の血糖コントロールは、HbA1cが6.5%以下であれば「良好」とされ、7.0%以下であれば「可」とされます。種々の事情により厳格な血糖コントロールがよいとは限らない患者も多いことを考えると、当院の数値は、平均として大変良好な糖尿病診療内容であるといえると思われれます。しかし平均としては大変良好であっても、担当している医師によってコントロール率にかなりのばらつきがあることがわかり、とくに非糖尿病専門医のなかには低いコントロール率の医師もいることがわかりました。その原因として、非専門医の処方している抗糖尿病薬と専門医の処方している抗糖尿病薬にかなり違いがあることも判明しました。

2010年に、特にHbA1c値が改善している患者が増加した理由としては、以下のことが考えられます。

- (1) メトホルミンの高用量投与の認可がおりたこと
- (2) インスリンの投与が可能となり、より低いHbA1cを目指しやすくなったこと
- (3) 糖尿病専攻研修医の外来担当が増えたこと

勉強会開催後、非専門医のコントロール率が劇的に改善

院内の非糖尿病専門医を対象に、内分泌・代謝科医師により、抗糖尿病薬の選択と使用方法についての講演を何度も開催しました。その結果、勉強会の後で非専門医の処方内容に明らかな変化がみられ、コントロール率が劇的に改善しました。また院長から、医師一人ひとりに糖尿病コントロールの数値をフィードバックし、改善の余地があるようなら、努力してほしい旨を伝えました。それぞれの患者に合った薬を正しく選択し、量を調整し、インスリン導入の時期を逃さないように専門医との連携を密にとることなどによって、厳密なコントロールが可能な患者はすべからず良好にコントロールし、合併症を予防するよう努力を続けていきたいと考えています。

Case2：中心静脈カテーテル挿入術の重篤合併症発生率



●当院値の定義・計算方法

分子：重篤な合併症（気胸、動脈穿刺）の発症件数

分母：処置記録テンプレート（CVC）の記載件数

<参考文献>

1) N Eng J Med 2003 ; 348 : 1123-1133.

2) N Eng J Med 2007 ; 356 : e21.

中心静脈カテーテル挿入術（CVC）は、主に長期の栄養管理を必要とする患者、抗菌薬や循環作動薬などの複数の点滴を必要とする患者に必要とされる処置です。心臓近くの中心静脈にカテーテルという管を留置することで、重症な患者の全身管理に役立ちます。しかし不幸にも、カテーテル挿入時に気胸や動脈穿刺などの重篤な合併症が発生するケースも報告されています。中心静脈カテーテル挿入術の合併症頻度を低く保つことは、医療安全に対する取り組みの指標となります。

一般的に、中心静脈カテーテル挿入術によって起こる気胸や動脈穿刺の割合は、4%程度と報告されています。近年は、より安全で確実な処置のため、穿刺針の改良、安全な穿刺部位の検討、超音波の併用などの工夫が進み、以前に比べて合併症の頻度が低下したとの報告もあります。

当院では、2008年より処置記録テンプレートを導入し、院内で行う中心静脈カテーテル挿入術の全例を対象に、処置記録の徹底と合併症頻度のモニタリング、また、合併症低減の対策に取り組んできました。2008年から2010年にかけて、気胸と動脈穿刺の合併症頻度は6.2%から0.5%へと著しく改善し、この値は従来報告されている値と比較しても、極めて良好な数値であるといえます。

ガイドライン作成、認定医制度導入、教育体制を強化

処置記録テンプレートの導入に伴い、合併症が起こる背景としていくつかの問題点が明らかとなりました。具体的には、院内で統一したガイドラインの作成と認定医制度の導入、教育体制の強化（新たな手法としての超音波併用法の指導）、処置記録の解析と問題点のモニタリングを行うことで、合併症頻度の改善が得られたと考えられます。今後も低い合併症発生率を維持していくため、継続的な取り組みを行います。

Case3：転倒・転落アセスメント実施率

●当院値の定義・計算方法

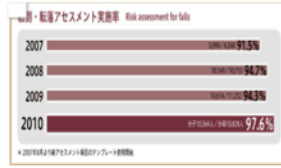
分子：転倒・転落アセスメント実施者数

分母：入院患者数

分子補足：転倒・転落アセスメント・対策（入院時）又は（1週間毎）のテンプレート有患者

分母除外：病棟3EW、6E、9E、GCU、NCU、CCU、ICU

診療科 小児科、宿泊ドック ・退院当日入院した患者 ・病院施設外の産科クリニック



<参考文献>

1) Healey F, Scobie S, Glampson B, Pryce A, Joule N, Willmott M : Slips, trips and falls in hospital. London : NHS 2007 ; 1.

入院患者の転倒・転落のリスクを的確にアセスメントして対策を立案・実行することが、転倒・転落の予防に効果的であり、推奨されています。アセスメント実施率を把握して、実施率を100%に近づけることが重要になります。

転倒・転落のアセスメント項目は、当院のデータに基づいて独自に設定しました。2007年8月から電子カルテ上のテンプレートでの運用を開始し、現在の項目は6項目です。

転倒・転落アセスメント実施率は、2010年に97.6%と調査開始以来最も高くなりました。毎月、アセスメント実施率を、ナースマネージャー会やインシデント検討会などを通じて各部署にフィードバックし、改善を呼びかけました。さらに各部署で、アセスメントが実施されなかった患者をリストアップして、その理由を検査しました。

その結果、ほぼ全入院患者について、入院時に転倒・転落アセスメントが実施されるようになりました。

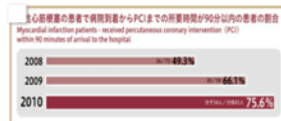
「予防対策立案率」と「説明文書発行率」を継続して追跡

当院では、予防対策立案率も指標として追跡しています。アセスメントを行った患者のうち予防策を立案した患者の割合は、2009年度は99.7%、2010年度は99.6%でした。

また、転倒・転落予防策には、「ナースコールで看護師を呼ぶ」といった患者と家族の協力が必要な予防策もあるため、患者・家族への説明を行うことも必要です。当院では患者・家族に説明用文書を用いて説明を実施した率も指標として追跡しています。アセスメントを行った患者のうち文書を用いて説明を行った患者の割合は、2009年度の89.6%から2010年度の95.1%へと上昇しました。

転倒・転落予防のプロセスとして、今後もアセスメント実施率とともに予防対策立案率と患者・家族への説明文書発行率の追跡を継続していきます。

Case4：急性心筋梗塞の患者で病院到着からPCIまでの所要時間が90分以内の患者の割合



●当院値の定義・計算方法

分子：分母のうち、来院からPCIまでの所要時間(分)が90分以内の患者数

分母：救急部を受診し、24時間以内に緊急PCIを実施した急性心筋梗塞 (ST上昇型) 患者数

<参考文献>

1) Antman EM, et al. : ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction. Circulation 2004 ; 110 : 82-292.
 2) Flynn A et al. : Trends in door-to-balloon time and mortality in patients with STEMI undergoing PPCI. Arch Intern Med 2010 ; 170 : 1842-1849.

急性心筋梗塞 (ST上昇型心筋梗塞; STEMI) の治療には、発症後可能な限り早期に再灌流療法 (閉塞した冠動脈の血流を再開させる治療) を行うことが、生命予後の改善に有用です。

病院到着 (door) からPCI (balloon) までの時間は、急性心筋梗塞と診断されてから、緊急心臓カテーテル検査と治療のためのスタッフならびにカテーテル室の準備、さらにPCIの手法までを含む複合的な時間であり、door-to-balloon時間と呼ばれます。具体的にはdoor-to-balloon時間が90分以内であること、あるいは90分以内に再灌流療法が施行された患者の割合が50%以上という指標が用いられます。

2010年は、PCI実施まで90分以内の患者の割合をさらに75.6%まで増加させることができました。これは、QIを取り入れてから力を入れてきたER医師と循環器内科医師の定期カンファレンスにて、診断の難しかった患者や時間のかかった患者を毎月検討することにより、ERをローテーションするレジデントを含め、常にdoor-to-balloon時間を意識して診断とその後の治療にあたる環境がつけられているためと考えられます。

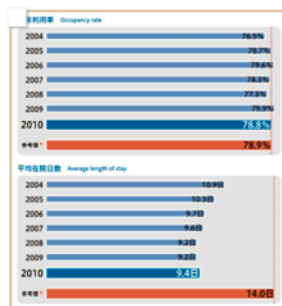
STEMI治療はその日のその時間に勤務するERの医師や看護師、また心臓カテーテル治療を担当する医師や看護師というチームで行われますが、当院のような研修病院では数か月で入れ替わってしまう場合もあります。したがって、いつでもどのチームであっても均一な医療の質を維持するよう、door-to-balloon時間を意識するためのコミュニケーションが不可欠です。

医師の勤務体制も変更、検討会を実施

PCIを担当する医師の勤務体制をオンコール体制から24時間当直体制とし、看護体制も整えました。設備やマンパワーは全体を規定する大きな因子であり、これらの変更がどこまで個々のdoor-to-balloon時間短縮に寄与するか、検討しています。

Door-to-balloon時間が長くなる患者には、ショック、心肺停止蘇生後などの重症例、予後不良例が多く含まれており、STEMI治療の重要な問題となっています。今後は、標準化されたSTEMI治療を継続するための絶え間ない教育と同時に、重症例に対する循環補助や低温療法へのアクセスの時間短縮も課題です。これまでのERとのカンファレンスに加えて、看護師、臨床工学技士を含めた検討会を実施していきます。

Case5：病床利用率・平均在院日数



●当院値の定義・計算方法

【平均在院日数】

分子：年間在院患者延べ数

分母：（年間新入院患者数+年間退院患者数）/2

分子補足：新入院・退院患者とは、その対象期間中に、新たに入・退院した患者をいい、入院したその日に退院あるいは死亡した患者も含む

●参考値の定義・計算方法 5)

【平均在院日数】

分子：年間在院患者延べ数

分母：（年間新入院患者数+年間退院患者数）/2

●当院値の定義・計算方法

【病床利用率】

分子：月間在院患者延べ数の1月～12月の合計

分母：（月間日数×月末病床数）の1月～12月の合計

分子補足：在院患者とは、毎日24時現在病院に在院中の患者をいい、入院した日に退院あるいは死亡した患者は含まない

●参考値の定義・計算方法 5)

【病床利用率】

分子：月間在院患者延べ数の1月～12月の合計 分母：（月間日数×月末病床数）の1月～12月の合計

<参考文献>

- 1) 上原嶋夫, 黒田幸清他: 医療の質マネジメントシステム, 日本規格協会, 2003.
- 2) 井部俊子, 中西睦子監修: 看護管理学習テキスト第2版 看護経営・経済論, 日本看護協会出版会, 2011.
- 3) 看護データバンク, EBURSING増刊1号, 中山書店, 2010.
- 4) 厚生省の指標 増刊, 国民衛生の動向2010/2011, 財団法人 厚生統計協会, 2010.
- 5) 平成22年病院運営実態分析調査の概要: 全国公私病院連盟 社団法人日本病院会 (平成23年3月29日) <http://www005.upp.so-net.ne.jp/byo-ren/H22-gaiyou.doc> (2011.04.21 available)

病院にはヒト、モノ、カネが投資されていてそれらがどの程度効率的に活用されているのかを知る必要があります1)。

保健医療機関の施設基準の1つである「一般病棟入院基本料」の枠組みにおいて、7:1や10:1という看護師配置数のほかに、平均在院日数も一般病棟における医療の質を保証する指標となっています2)。

また、平均在院日数は、2003年から急性期病院において導入されている診療報酬「DPC」を活用することによって、患者に効率的な医療がいかにつけられ、患者の早期社会復帰を促進しているかを表す指標になります3)。

さらには、病床利用率と平均在院日数は、当該医療機関における経営の質を示す指標としても活用されています。

当院の2010年度の病床利用率は78.8%で、2009年度比で、1.1ポイント減となりました。病床利用率が減少した理由として、以下の要因が考えられます。

- (1) 5月の大型連休と9・10月の連休および年末年始の患者数の落ち込みが2009年度よりも大きく、その回復も緩やかであったこと
- (2) 病棟の工事に伴う病床利用制限期間があったこと
- (3) 救急車搬送による救急入院患者が、2009年度より減少したこと

当院の病床利用率は、参考値の78.9%とほぼ同値の結果となりました。一方、平均在院日数を見ると、参考値の14.0日に対して、当院は9.4日と、5日弱短い値です。これは、患者の入退院、転入・転出などの移動に伴う回転率の高さを裏付けるものです。さらに、当院の病床利用率を、2010年8月に発表された厚生省の指標の中の日本全体の病院の数値と比較してみます。日本の全病床における平均病床利用率は81.7%（2008年度統計）で、病床の種類別では一般病床の利用率は75.9%（前年度より0.7%減）となっており4)、当院の病床利用率は全国の一般病床の平均値よりも2.9ポイント上回っていることとなります。

病床をさらに効率的に活用していくためには？

さらに病床利用率をアップするために、以下の方策が考えられます。

- (1) 救急車の応需率を高め、救急入院患者を増やす。
- (2) 引き続き、看護部の病床管理統括マネジャー・副統括マネジャーが、現場の動きをモニターしながら、病床を柔軟に利用する。
- (3) 引き続き、院長をはじめとして、病床管理に関連する部門・部署のメンバーが毎日集まり、全体状況を把握して、病床を有効利用できるよう話し合う。

Q | 指標の詳細・測定結果は『Quality Indicator 2011 医療の質を測り改善する』として出版しています。



Quality Indicator 2011 医療の質を測り改善する

福井 次矢 監修 聖路加国際病院QI委員会

インターメディカ 2010年9月

QIの測定・公表を行う病院が急速に増加中！

その第一義的目的は、施設間の比較ではなく、

「各施設が診療の質を時系列で改善」すること。

聖路加国際病院でQIが改善した事例を振り返ってみると、7種類の介入方法が採用されていた。

[ページトップへ](#)

[個人情報保護方針](#) [このサイトについて](#) [取材・見学について](#)