

公益財団法人日本医療機能評価機構
医療の質向上のための体制整備事業（厚生労働省補助事業）

第3回 運営委員会
（医療の質向上のための協議会）

2020年9月3日（木） 14:00 ～ 16:00
公益財団法人日本医療機能評価機構 オンライン会議

委員出欠状況 (50音順)

	委員名 (敬称略)	所属	役職	出欠	備考
1	石川 直子	独立行政法人地域医療機能推進機構	理事	出	新任
2	岡田 千春	独立行政法人国立病院機構	審議役	出	
3	草場 鉄周	医療法人北海道家庭医療学センター	理事長	出	
4	楠岡 英雄	独立行政法人国立病院機構	理事長	出	委員長
5	桜井 なおみ	キャンサー・ソリューションズ株式会社	代表取締役社長	出	
6	佐藤 朗	独立行政法人労働者健康安全機構	理事	出	
7	永井 庸次	公益社団法人 全日本病院協会	常任理事	出	委員長代理
8	橋本 省	公益社団法人日本医師会	常任理事	出	新任
9	窪地 淳	公益社団法人全国自治体病院協議会	参与	出	原委員代理
10	福井 次矢	一般社団法人日本病院会	常任理事	出	
11	松原 了	社会福祉法人恩賜財団済生会	理事	出	
12	松原 為人	全日本民主医療機関連合会	理事	出	
13	矢野 諭	一般社団法人 日本慢性期医療協会	副会長	出	
14	矢野 真	日本赤十字社 医療事業推進本部	統括副本部長	出	
15	岩澤 由子	公益社団法人 日本看護協会 医療政策部医療制度課		出	吉川委員代理
16	堀田 聰子	慶応義塾大学大学院 健康マネジメント研究科	教授	出	ア〃バ〃イ〃
17	宮田 裕章	慶応義塾大学医学部 医療政策・管理学教室	教授	欠	ア〃バ〃イ〃
18	渡辺 昇	ヒューマンウェア・コンサルティング株式会社	代表取締役	欠	ア〃バ〃イ〃

関係者出欠状況

QI活用支援部会／QI標準化部会（敬称略）

19	尾藤 誠司	独立行政法人国立病院機構	東京医療センター臨床研修科	医長	出	部会長
20	の場 匡亮	昭和大学大学院	保健医療学研究科	講師	出	部会長

厚生労働省医政局総務課（敬称略）

21	熊木 正人	課長			欠
22	渡邊 周介	課長補佐			出

公益財団法人日本医療機能評価機構

23	上田 茂	専務理事			出
24	橋本 迪生	常務理事			出
25	亀田 俊忠	理事			出
26	横田 章	事務局長			出
27	高島 昇	事務局次長			出
28	菅原 浩幸	統括調整役			出
29	神保 勝也	評価事業推進部	副部長		出
30	實川 博己	評価事業推進部企画課	課長代理		出
31	中田 祐太	評価事業推進部企画課	主任		出

議事次第

1. 前回開催（2/13）の振り返り
2. 今年度の進め方に関するご意見伺いについて
3. 作業部会での検討状況について
4. 今後の予定について
5. その他

1. 前回開催（2/13）の振り返り

前回（2/13開催）の主なご意見

質改善事業の関心を高めるための工夫

- 質改善事業に関心がない人・病院をどのように巻き込んでいくかが課題である。
- 長年にわたり訴求し続けてきたが、参加は限定的で小規模病院を巻き込んでいくことは難しい。
- 事務局のリソースが不足していることや他団体に所属し対応が重複するなどの課題もある。
- 質の評価が共有化されていかないと病院ランキングのような恣意的な評価が横行し、結果的に患者に誤った情報が提供され、医療の選択に悪影響を及ぼしてしまう。
- 関心を高め、アクティビティを向上させることは難しい問題であるが、成功事例等を共有化することで裾野を広げることが目標ではないか。

トップマネジメントの理解

- 長年事業を進め判明した課題としてトップマネジメントの事業への理解不足がある。
- トップマネジメントの認識が乏しく現場だけが頑張っていると疲弊感が募ってしまう。

公表のあり方

- 伝える側の方法のみならず、受け止め方の工夫についても検討いただきたい。
- 数字の解釈など受け止め方の理解に課題がある。アウトカム評価の偏重はよくないが、プロセス評価を充実させることができれば医療の質全体が向上するのではないか。

その他

- 測定の除外条件等、定義を精緻化していかないと臨床現場に受け入れてもらえない。
- 中長期的な検討として指標のメンテナンスについても検討してもらいたい。

2. 今年度の進め方に関するご意見伺いについて

ご意見伺いの結果について（ご意見聴取期間：5/28～6/5）

「今年度の事業の進め方」について、各委員へ趣旨等をメールにてご報告し個別にご意見を頂戴した。概ねご理解をいただき、進め方についてご了承をいただいた。

「今年度の成果物作成目標は変えない」という前提のもと、以下のような見直し案を進めたい。つきましては、見直し案を進めるにあたり委員の皆さまからご意見、ご助言をいただきたい。

	見直し案	当初案
パイロットの運用について	○ パイロットの開始を一時的に保留する。 ○ 医療機関の新型コロナウイルス感染症の対応状況等を踏まえつつ、下半期以降にパイロットの開始を想定する。なお、パイロットに参加いただく病院は、病院団体の推薦により実施する。 ○ パイロットは一定程度、質改善実績期間を要することから、翌年度にまたがる見通しである。	○ 病院団体の推薦により30病院に参加いただき、4月からパイロットを開始する。
成果物の作成方法について	○ 部会を中心に成果物を作成する。 ○ 下半期以降に開始するパイロットの運用を通じて成果物を検証する。	○ パイロットを通じて成果物を作成する。

委員からの主なご意見・ご助言

区分 主な内容

ご意見 (今年度の進め方について)

- パイロットの開始時期の変更は、現時点の状況からは妥当である。
- 医療現場への負荷がかからないように部会を中心に現場の運用を吸い上げることは重要である。
- 下半期以降にパイロットの開始を想定することは、やむを得ない。
- 下半期の状況によっては、さらなる延期が可能であれば見直し案に賛成する。

(パイロットについて)

- 法人としてはできるだけテーマごとに1病院、全体で3病院程度の推薦を考えている。
- パイロットに参加する協力病院のチームに対する研修は、協力病院募集への強力なインセンティブとなり、素晴らしいアイデアである。
- 今後パイロットに参画する医療機関を推薦するにあたり、事業の具体的な内容や、どのような医療機関が望ましいかなどについて情報共有を図りたい。
- 継続したパイロットへの参加が、参加病院の選定における重要なポイントである。

ご助言

- 感染対策に限定したqiについて成果を求めるのはどうか。全国の医療機関で成果を共有することが、今後の感染対策に関する基準の策定など新たなメリットにも繋がるだろう。
- 院内の感染症対策に対するガイドライン整備の徹底や院内感染拡大の防止なども、評価の大きな視点になるのかもしれない。
- 内容の標準化だけではなく運用の標準化も図れば、質の高い「質改善実践マニュアル」「人材養成カリキュラム・プログラム」に繋がると期待する。

3. 作業部会での検討状況について

今年度の作業方針

QI活用支援部会

作業方針

当初予定したパイロットを通じた成果物の作成を「**部会を中心とした成果物の作成**」「**パイロットを通じた成果物の検証**」と方針を変更し、検討を進める。

主な成果物 (予定)

質改善活動を実践できる人材
(チーム)の養成カリキュラム・プログラム

QI標準化部会

- 収集した各団体が運用する指標を整理し、**パイロットで取り扱う指標を抽出・選定**する。
- 抽出・選定の過程で論点となった内容は、下期以降に検討する「標準化及び公表のあり方」の参考とする。
- 既存指標の整理（パイロットで使用する指標及び測定手順書等）
- 指標検討・策定ガイドライン（標準化及び公表のあり方に関する取りまとめ等）

これまでの検討経過（2020年4月～8月）

	会議開催日等	主な議題
QI活用支援部会	4月～6月末	成果物の作成及び作業方針策定 ・人材養成カリキュラム・プログラムの作成・運用方針
	7月2日	今年度の活動に向けて ・成果物の作成方針、スケジュール ・人材養成カリキュラム・プログラムの作成・運用方針
	7月～9月末	コンテンツ作成・レビュー（e-learning）
QI標準化部会	4月23日	パイロット実施に向けた指標の考え方 ・パイロットで用いる指標の考え方 ・指標抽出の考え方・抽出方法
	5月27日	パイロットで使用する指標の選定方針① ・指標の呼称・定義（パイロット適用指標／関連指標） ・既存指標の整理から選定までの流れ
	6月15日	パイロットで使用する指標の選定方針② ・パイロット適用指標選定までの流れ ・定義が類似する指標の扱い
	6月22日	パイロット適用指標の選定①（“糖尿病”）
	7月17日	パイロット適用指標の選定②（“人工股関節置換術：THA”）
	8月7日	パイロット適用指標の選定③（“脳卒中”）
	8月20日	パイロット適用指標の最終化（“糖尿病”，“脳卒中”，“THA”）

作業部会での検討状況について (QI活用支援部会)

質改善プロセスと求められる能力

～質改善活動を実践できる人材（チーム）の養成カリキュラム・プログラム～

質改善プロセス	求められる能力（コンピテンシー）	構成要素（成果）
1. 医療の質の評価	医療の質指標の知識	①質指標についての知識がある
	医療の質指標活用能力	②質指標を用いた医療の質の評価ができる ③医療の質の改善が必要な質指標を選択できる
2. 現状分析と問題点の整理	データ収集能力	④病院データの種類とその特徴を理解している
	データ分析能力	⑤分析に必要なデータを適切に収集できる ⑥分析に必要なデータを適切に選択できる
	データ読み取り能力	⑦データを用いて現状を可視化できる ⑧分析結果から問題点を抽出できる
	コミュニケーション能力	⑨目標値の設定ができる ⑩分析結果に基づいて他部署・他職種で問題点を議論ができる
	質改善活動の知識	⑪質改善手法についての知識がある
3. 改善策立案と実行計画	質改善活動のマネジメント能力	⑫抽出した問題点が改善活動で解決可能か判断できる ⑬解決可能な問題点に対して改善策が立案できる ⑭改善策の実行スケジュールを立てることができる ⑮職種別の具体的な行動目標を立てることができる
	コミュニケーション能力	⑯他部署・他職種が協働して改善策が立案できる ⑰他部署・他職種間でお互いの行動目標を共有できている
	改善活動のモニタリング能力	⑱改善策の実行スケジュールの進捗管理・調整ができる ⑲改善経過や成果を可視化できる
	プレゼンテーション能力	⑳臨床現場へ活動経過や成果を適切にフィードバックできる
		㉑改善活動と成果を病院全体で共有している

研修会プログラム・コンテンツ概要

～質改善活動を実践できる人材（チーム）の養成カリキュラム・プログラム～

研修方法	コンテンツ（方略ラベル）	構成要素#	提供形態	パイロットでの運用
レクチャー	QI全般に関する基礎知識	1-①	e-learning 各コンテンツ30分程度の動画。	説明会
	医療の質の評価に関する基礎知識	1-②		
	PDCA質改善に関する基礎知識	3-⑪		
	データの収集・分析	2-④⑤⑥		
スモールグループ協議（SGD）	医療プロセスの質を改善する上で有効な方法について	3-⑪⑫⑬	集合型研修 オンラインによる実施。	キックオフセミナー
	現場でのQI運用を実現化する上でのバリアと解決策	2-⑩ 3-⑮⑯⑰ 4-⑱⑲		
実習	QI作成実習（根拠/勧告, 合意形成, 分母分子, データソース）	1-②		
	PDCA実習			
	QI運用実習（初期目標設定, 方略立案, 評価）	1-③ 2-⑧⑨ 3-⑭		
	データの集め方と分析	2-④⑤⑥⑦		
	改善活動のモニタリング	4-⑱⑲		
	評価結果の報告	4-⑳㉑		

質改善活動の工程と研修方法の整理

～質改善活動を実践できる人材（チーム）の養成カリキュラム・プログラム～

フェーズ	#	質改善活動の工程	研修方法		
			レクチャー	SGD	実習
準備	1	課題認識・設定 改善すべき 院内の課題テーマを設定 する。 ※パドメットでは3テーマ（糖尿病・脳卒中・THA）を設定する。			○
	2	体制構築 病院長のリーダーシップのもと、 質改善プロジェクトチーム（リーダー、メンバー）を構築 する。	○		
	3	指標の設定と状況把握（①主指標） 課題テーマに関する 現状を把握するための指標を設定 する。 ※パドメットではテーマに応じた指標群（パドメット適用指標・関連指標）を提示する。	○		○
	4	指標の設定と状況把握（②中間指標） 上記の指標の改善活動を進めるうえで、 マイルストーンとなる指標を設定 する。	○		○
	5	指標データの算出・分析 今後の改善活動の起点となる 数値を算出し、分析 する。			○
	6	目標設定（長期・短期） 主指標（中間指標）における数値目標を設定 する。 長期：1年後の到達目標／短期：3か月ごとの到達目標	○		○
	7	改善計画の立案 チームおよび関係者と、目標達成に向けた計画を作成する。 （誰が、いつまでに、何をするのかを明確にする。）	○	○	○
実施 (反復)	8	改善活動の実施 計画に沿って活動を行う。		○	
	9	改善状況の評価 ・主指標、中間指標の数値を定期的にモニタリングする。 ・計画の進捗状況をチーム内および関係者と共有し、今後の対応を検討する。			○
	10	改善計画の修正 評価に基づいて計画を修正する。			○

プレ研修の実施について

(研修プログラム・コンテンツを作成する。)

現在、検討を進める研修プログラム・コンテンツは、**パイロット開始前にレビュー（プレ研修）の実施を予定**する。プレ研修は、事務局で個別に依頼する少数の病院にご協力をいただく予定である。

プログラム	所要時間	概要	研修方法
事前学習	120分	・ QI全般に関する基礎知識 ・ 医療の質の評価に関する基礎知識 ・ PDCA質改善に関する基礎知識 ・ データの収集・分析	e-learning
集合研修	1日目	・ 主たる指標の選定 ・ 中間指標の作成 ・ データ収集・分析の方法検討	実習①
	(課題)	指標データの算出・分析	
	2日目	・ 医療プロセスの質を改善する上で有効な方法 ・ 現場でのQI運用を実現化する上でのバリアと解決策	スモールグループ協議 (SGD)
	3日目	・ 問題点の整理、改善策・計画の立案 ・ 作業内容の共有 ・ 研修の総括	実習②

なお、事前学習（e-learning）については、多くの医療関係者に聴講いただけるよう無料動画サイトへコンテンツを掲載し一般公開（9月中旬頃）を予定している。

パイロット実施のスケジュール（案）

#	フェーズ（実施時期・期間）	概要
1	事前アンケート 募集開始 ～2021年1月末	協力病院の概要を把握するためのアンケートの実施
2	説明会 2021年2月	・パイロットの概要を説明する。 ・指標を活用した質改善活動の意義等の講義を行う。
3	事前準備 2021年 2月～3月	＜病院への依頼事項＞ ・質改善プロジェクトチーム構築の準備、指標の設定と現状の把握、改善目標の設定と改善計画の立案を実施する。
4	キックオフ セミナー 2021年 3月	・事前準備状況について講師、病院間でレビューを実施する。 ・質改善活動を進めるうえでのポイントを解説する。
5	病院の改善活動 2021年 3月～12月	＜病院への依頼事項＞ ・月1回程度、病院の取組状況の報告 ・中間期にWeb報告会の実施 ※必要に応じて、当事業より病院のサポートを行う。
6	報告会 2022年 1～2月上旬	・各病院の取組を共有する。 ・組織全体に改善活動を展開させるためのポイントについて解説する。
7	フォローアップ 2022年 2月上旬～3月末	必要に応じて、報告会後の活動についてフォローアップを実施する。

研修コンテンツ（e-learning サンプル）

サンプル動画

本日の検討事項①

1. 質指標を活用した質改善活動について実績ある団体等の取組を参考に研修プログラム・コンテンツの開発を行った。本日お示しした研修プログラム・コンテンツについてご意見、ご感想をいただきたい。
2. 開発した研修プログラム・コンテンツについては、レビューを目的としたプレ研修をパイロット開始前（10月開催予定）に行う予定であるが、参加いただく病院は事務局で選定することでよいか。

作業部会での検討状況について (QI標準化部会)

パイロットで適用する指標の選定プロセス

収集した各団体が運用する指標を整理し、パイロットで取り扱う指標を抽出・選定する。抽出・選定の過程で論点となった内容は、下期以降に検討する「標準化及び公表のあり方」の参考とする。

各団体指標の整理 (既存指標:733指標)

属性情報（カテゴリ、タ）の付与及びテーマに関連する指標の抽出

既存指標に属性情報を付与し、以下3テーマに関連する指標を既存指標から抽出する。

＜テーマ＞

- 糖尿病: 糖尿病患者に関する指標（外来に関する総合的な指標を含む）。
- 脳卒中（脳梗塞）: 主に脳梗塞患者に関する指標（入院に関する総合的な指標を含む）。
- THA: 人工股関節全置換術の適用患者に関連する指標。

適切性評価の実施 (デルファイ法)

付与した情報をもとに、パイロットで適用する指標をデルファイ法にて選定する。

診療ガイドラインの推奨決定、質指標の作成などの合意形成に活用されるデルファイ法を適用し、パイロットに適用する指標の選定を行う。

＜適切性評価の結果＞

- パイロット適用指標（計15指標程度、5指標／テーマ）
テーマに関連した現場主体の医療の質改善活動を進めるにあたり、診療・ケアの向上に繋がるとされる指標（パイロットではデータの取得を依頼予定）。
- パイロット関連指標
パイロット適用指標以外で各団体が使用するテーマに関連した指標（パイロットでは情報提供を予定）。

パイロットの準備 ／標準化及び公表のあり方の検討

□測定手順等を作成する。
□これまでの検討結果を参考に標準化及び公表のあり方を検討する。

- 適切性評価で選定された指標（パイロット適用指標）について測定手順書等の作成を行う。
- 左記一連の作業を進めるうえで論点となった内容を整理し、「標準化及び公表のあり方」に向けた検討を行う。

適切性評価（デルファイ法）の進め方

事前に指標の取扱、選定方法を定義し検討を進めた。選定方法は合意形成に活用されるデルファイ法^{*}）を適用することとした。

* ランド研究所（RAND Corporation）とカリフォルニア大学ロサンゼルス校（UCLA）で開発された適切性評価法。

指標の取扱	①パイロット適用指標 (5指標程度／テーマ)	テーマに関連した現場主体の医療の質改善活動を進めるにあたり、診療・ケアの向上に繋がると思われる指標（データの取得を依頼）。
	②パイロット関連指標	パイロット適用指標以外で各団体が使用するテーマに関連した指標（参加病院の任意で対応）。
	③その他指標	- パイロットでは使用しないその他すべての指標。 - 現在の医療において役割を終えたと考える指標。

選定方法

メンバー

QI標準化部会及びQI活用支援部会の部会員（計13名）

視点

a) 改善の余地が大きい指標／b) 実施率が低位なプロセス指標
c) 臨床現場において重要と考える指標／d) アウトカム指標

基準

9段階評価の中央値と評点分布の“不一致なし／不一致”から、以下の通り判定する。
“不確定”の指標は合議を行う。

判定		条件①（中央値）	条件②（評点分布）
適切	条件①および②を満たす。	“7-9”に位置	不一致なし
不確定	条件①または②を満たす。	“4-6”に位置	不一致
不適切	条件①および②を満たす。	“1-3”に位置	不一致なし

手順

事務局が送付する評価シートをもとに各自9段階評価を実施（アンケート）
上記アンケート結果を事務局にて集計し、結果をもとに合議にて選定を行う。
（本部会ではスケジュールの都合上、“糖尿病”、“THA”についてはアンケートを1回、“脳卒中”についてはアンケートを2回実施。）

補足) 適切性評価（デルファイ法）の判定例

例	中央値	←適切でない 1 2 3 4 5 6 7 8 9 適切である→									評点結果	判定
		1	2	3	4	5	6	7	8	9		
指標A	"7"~"9" のいずれか	3人			3人			7人			→ 不一致なし	適切
指標B		4人			2人			7人			→ 不一致	不確定
指標C	"4"~"6" のいずれか	4人			6人			3人			→ 不一致なし	不確定
指標D		4人			5人			4人			→ 不一致	不確定
指標E	"1"~"3" のいずれか	7人			3人			3人			→ 不一致なし	不適切
指標F		7人			2人			4人			→ 不一致	不確定

不一致なし／不一致の定義 <The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual (2001)>

評価メンバー人数	不一致 (“1-3”, “7-9”に分布する人数)	不一致なし (中央値を含む領域外に分布する人数)
8, 9, 10	≥ 3	≤ 2
11, 12, 13	≥ 4	≤ 3
14, 15, 16	≥ 5	≤ 4

今回
(部会員13名)

糖尿病

糖尿病に関する指標として、「**血糖値HbA1c<8.0（7.0）**」,「**血糖自己測定**」,「**栄養食事指導（外来）**」,「**合併症管理率（腎症管理）**」の5指標をパイロットに適用する指標として選定。

#	指標名称（略名）	指標数
1	満足度（総合）	10
2	満足度（医師の説明）	3
3	満足度（医師への伝達）	2
4	血糖値HbA1c<8.0	6
5	血糖値HbA1c<7.0	3
6	血糖値HbA1c目標達成	1
7	血糖自己測定	2
8	栄養食事指導（主目的外）	4
9	栄養食事指導（外来）	2
10	栄養食事指導（入院）	1

#	指標名称（略名）	指標数
11	糖尿病療養指導士	1
12	合併症管理（足病変等）	1
13	合併症管理（腎症管理）	1
14	血糖値高齢SU剤処方患者の低血糖管理	1
合計		38

“糖尿病”パイロット適用指標

パイロット適用指標名称

分子／分母

糖尿病の薬物治療を施行されている65歳未満の外来患者に対するHbA1cの最終検査値が7.0%未満の患者の割合

=

HbA1cの最終検査値が7.0%未満の患者数

過去1年間に90日以上、糖尿病の薬物治療が施行されている65歳未満の外来患者数

糖尿病の薬物治療を施行されている65歳以上の外来患者に対するHbA1cの最終検査値が8.0%未満の患者の割合

=

HbA1cの最終検査値が8.0%未満の患者数

過去1年間に90日以上、糖尿病の薬物治療を施行されている65歳以上の外来患者数

インスリン療法を行っている外来糖尿病患者に対する自己血糖測定の実施率

=

分母のうち、計測期間中の外来診療において、「c150\$ 血糖自己測定器加算」を算定された患者数

糖尿病でインスリン療法を行い、かつ「c101 在宅自己注射指導管理料」を算定している外来患者数

外来糖尿病患者に対する管理栄養士による栄養指導の実施率

=

分母のうち、診療開始日から210日間の外来受診期間において、栄養食事指導を実施した患者数

外来糖尿病患者のうち、1年間に3ヶ月以上の「D0059 血液形態・機能検査ヘモグロビンA1c」の算定があった患者数

外来糖尿病患者に対する腎症管理率

=

分母のうち、「血清クレアチニンと尿中アルブミン」または「血清クレアチニンと尿蛋白」を測定した患者数

糖尿病の外来患者数（透析患者を除く）

“糖尿病”パイロット関連指標

#	指標名
1	外来患者満足度「a.全体としてこの病院に満足していますか？」
2	外来患者における総合満足度
3	外来患者の満足度調査
4	患者満足度（外来、満足度）
5	外来患者満足度
6	一般 患者満足度（外来患者） 満足
7	一般 患者満足度（外来患者） 満足またはやや満足
8	療養 外来患者満足度「この病院について総合的にはどう思われますか？」 満足
9	療養 外来患者満足度「この病院について総合的にはどう思われますか？」 満足またはやや満足
10	患者満足度(外来)
11	外来患者満足度「b.診断や治療方針について、今日までに医師から受けた説明は十分でしたか？」

#	指標名
12	患者満足度（外来、医師について）
13	療養 外来患者満足度「診断や治療方針について、今日までに医師から受けた説明は十分でしたか？」
14	外来患者満足度「c.診断や治療方針について、医師の説明を受けた際の疑問や意見は、医師に伝えられましたか？」
15	療養 外来患者満足度「診断や治療方針について、医師の説明を受けた際の疑問や意見は、医師に伝えられましたか？」
16	血糖コントロール a.糖尿病薬物治療患者の血糖コントロール
17	糖尿病患者におけるHbA1c値コントロール率
18	療養 療養病床における糖尿病患者の血糖コントロール
19	糖尿病の患者の血糖コントロール（8.0%）
20	血糖コントロール（8.0%） ・糖尿病薬物治療患者の血糖コントロール
21	一般 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0%
22	糖尿病の患者の血糖コントロール（7.0%）

#	指標名
23	インスリン療法を行っている外来糖尿病患者に対する自己血糖測定の実施率
24	栄養指導 a. 糖尿病・慢性腎臓病患者への栄養管理実施率
25	栄養指導
26	一般 糖尿病・慢性腎臓病患者への栄養管理実施率
27	栄養指導 糖尿病・慢性腎臓病患者への栄養管理実施率
28	外来糖尿病患者に対する管理栄養士による栄養指導の実施率
29	糖尿病入院栄養指導実施率
30	糖尿病合併症管理料算定者一人あたりの外来通院患者総数
31	糖尿病療養指導士一人あたりの外来通院患者総数
32	糖尿病患者における血糖コントロール（HbA1C）
33	75歳以上SU剤治療中糖尿病患者における血糖の管理率

検討の主なポイント（糖尿病）

“満足度”に関する指標について

- 病院全体を対象とした指標のため、糖尿病チームの質改善活動としては使いづらいのではないかな。
- “患者中心”は医療の質において重要な要素であるため、今後の検討課題とすべきである。

“血糖コントロール”に関する指標について

- 血糖コントロールは個々に応じた目標を設定し達成できているかどうかが重要である。
- HbA1cの閾値を一律に設定することは、診療ガイドラインの主旨とは異なる。診療ガイドラインに準拠した表現を工夫すべきである。
- 改善活動に繋げるためには基準より高いか低いではなく、分布を把握することではないかな。
- PDCAを支援するために分布を把握することは必要であるが、指標は対象を明確にすることが重要である。なお、今回は全患者をカバーする必要はないのではないかな。
- 診療ガイドラインでは、認知機能、ADL、併存疾患なども考慮することとされているがそれらを全て反映した指標を作ることは現実的でない。
- 糖尿病においては、まず年齢を考慮した指標を選定することが現実的ではないかな。

“栄養食事指導”に関する指標について

- 外来における診療・ケアの質向上を代表する疾患として糖尿病を設定したため、外来を対象とした指標を選定することによい。

“合併症管理”に関する指標について

- 合併症管理が重要な疾患であるため「腎症管理」「足病変等」の指標を纏めてはどうか。

脳卒中（脳梗塞）

脳卒中（脳梗塞）の指標として「**抗血小板／抗凝固薬処方割合（入退院時）**」、「**早期リハビリテーション開始率**」、入院医療全体に関する指標として「**クリニカルパス使用率**」、「**退院調整の実施率**」、合計5指標をパイロットに適用する指標として選定。

#	指標名称（略名）	指標数
1	嚥下機能検査の実施率	5
2	頭部CT／MRIの施行率	3
3	脳血管（頸動脈）病変評価の実施率	2
4	抗血小板／抗凝固薬処方割合（入退院時）	5
5	救急入院率	1
6	脳梗塞急性期t-PA治療施行率	1
7	破裂脳動脈瘤の外科／血管内治療の実施率	2
8	誤嚥性肺炎の摂食指導実施率	1
9	静脈血栓塞栓予防対策の実施率	1
10	口腔機能維持管理の実施割合	1

#	指標名称（略名）	指標数
11	早期リハビリテーション開始率	10
12	抗菌薬遷延率／中止率	2
13	地域連携パスの使用率	7
14	退院時スタチン処方割合	1
15	入院死亡率	7
16	脳梗塞ADL（BI）平均改善度	1
17	平均在院日数	1
18	経口移行割合	1
19	血圧コントロール目標未達割合	1
20	CVC感染症発生率	1

合計 54

入院医療全体に関する指標（脳卒中・人工股関節全置換術）

#	指標名称（略名）	指標数
1	クリニカルパス使用率	2
2	肺炎の重症度分類別割合	1
3	認知症保有率	1
4	褥瘡の持込率	1
5	薬剤管理指導（特に安全管理が必要な医薬品）	1
6	出血性胃・十二指腸潰瘍に対する内視鏡的治療(止血術)の実施率	1
7	体位変換の実施状況	1
8	褥瘡対策の実施率	1
9	ケアカンファレンス実施割合	1
10	FIM・BI等によるADL評価	1
11	リハビリテーション実施率	1
12	リハビリ個別療法実施延べ日数	1
13	リハビリ実施総単位数	1
14	リハビリカンファレンスの実施	1
15	院内感染症疑い率	1
16	尿道留置カテーテル使用率	1
17	入院患者1人1人当たり手指消毒回数	1
18	退院調整の実施率	2

#	指標名称（略名）	指標数
19	退院後サマリー記載割合	1
20	退院時共同指導の実施率	1
21	介護支援連携指導の実施率	1
22	逆紹介率	2
23	おむつ使用率	1
24	職員のインフルエンザワクチン予防接種率	1
25	認定意見書作成日数	1
26	退院患者の標準化死亡比	1
27	予定しない再入院率	9
28	アクシデント件数	2
29	転倒・転落発生率	11
30	高齢入院患者の入院中の骨折率	2
31	病棟における薬剤関連事故事象発生率	1
32	皮膚損傷による血液暴露件数	1
33	合併症発生率	1
34	肺炎の新規発生率	1
35	肺炎の治癒率	1
36	カテーテル関連尿路感染症発生率	2

#	指標名称（略名）	指標数
37	尿道カテーテルの抜去率	1
38	尿路感染症の新規発生率	1
39	尿路感染症の治癒率	1
40	中心ライン関連血流感染発生率	1
41	総黄色ブドウ球菌検出患者の内のMRSA比率	1
42	褥瘡発生率	7
43	褥瘡治癒率	1
44	医療費	3
45	平均在院日数	5
46	入院患者満足度	15
47	外来患者満足度	3
48	紹介率	1
49	在宅復帰率	1
50	職員満足度	1
51	MSW数	1
52	リハビリ体制	1

合計 104

“脳卒中（脳梗塞）”パイロット適用指標

パイロット適用指標名称

分子／分母

脳卒中患者に対する入院後2日以内に
抗血小板療法もしくは抗凝固療法を
受けた患者の割合

=

分母のうち入院後2日以内に抗血小板療法もしくは抗凝固療法（ワルファリン、ヘパリンを除く）を施行された患者数
脳梗塞か一過性脳虚血発作（TIA）と診断された18歳以上の入院患者数

心房細動を伴う脳卒中患者に対する
退院時抗凝固薬の処方割合

=

分母のうち退院時に抗凝固薬を処方された患者数
脳梗塞か一過性脳虚血発作（TIA）と診断され、かつ心房細動と診断された18歳以上の入院患者数

脳梗塞患者に対する入院後3日以内に
脳血管リハビリテーション治療が開始された患者の割合

=

分母のうち入院後早期（3日以内）に脳血管リハビリテーション治療を受けた患者数
脳梗塞と診断された18歳以上の入院患者数

脳梗塞で入院した患者に対するパス
を適用した患者の割合^{*1)}

=

パス新規適用患者数
脳梗塞と診断された18歳以上の新入院患者数

脳梗塞で入院した患者に対する入退
院支援加算を算定した患者の割合^{*2)}

=

分母のうち「入退院支援加算 1 または 2」が算定された患者数
脳梗塞と診断された18歳以上の退院患者数

当該指標はパイロットの運用に合うよう既存定義の一部について修正を行っている。本来の定義は以下のとおり。

*1（分子）パス新規適用患者数。（分母）新入院患者数

*2（分子）分母のうち「退院調整加算 1」が算定された患者数。（分母）退院患者数

“脳卒中（脳梗塞）”パイロット関連指標①

#	指標名称
1	誤嚥性肺炎患者に対する喉頭ファイバースコープあるいは嚥下造影検査の実施率
2	誤嚥性肺炎患者に対する喉頭ファイバースコープあるいは嚥下造影検査の実施率
3	誤嚥性肺炎患者に対する喉頭ファイバースコープあるいは嚥下造影検査の実施率
4	誤嚥性肺炎患者に対する喉頭ファイバースコープあるいは嚥下造影検査の実施率
5	誤嚥性肺炎患者に対する喉頭ファイバースコープあるいは嚥下造影検査の実施率
6	急性脳梗塞患者に対する入院翌日までの頭部CTもしくはMRIの施行率
7	急性脳梗塞患者に対する入院2日以内の頭部CTもしくはMRIの実施率
8	急性脳梗塞患者に対する入院2日以内の頭部CTもしくはMRIの実施率
9	脳卒中患者に対する頸動脈エコー、MRアンギオグラフィ、CTアンギオグラフィ、脳血管撮影検査のいずれか一つ以上による脳血管（頸動脈）病変評価の実施率
10	脳卒中患者に対する頸動脈エコー、MRアンギオグラフィ、CTアンギオグラフィ、脳血管撮影検査のいずれか一つ以上による脳血管（頸動脈）病変評価の実施率
11	急性脳梗塞患者に対する抗血小板療法の実施率
12	急性脳梗塞患者に対するアスピリン、オンザグレル、アルガトロバン、ヘパリンの投与率
13	一般 脳卒中患者のうち退院時抗血小板薬処方割合
14	救急搬送後の入院率
15	脳梗塞急性期t-PA治療施行率
16	破裂脳動脈瘤患者に対する開頭による外科治療あるいは血管内治療の実施率
17	破裂脳動脈瘤患者に対する開頭による外科治療あるいは血管内治療の実施率

#	指標名称
18	誤嚥性肺炎の摂食指導実施率
19	脳卒中患者に対する静脈血栓塞栓症の予防対策の実施率
20	口腔機能維持管理に関する実施割合
21	急性脳梗塞患者に対する入院後3日以内の早期リハビリテーション開始率
22	急性脳梗塞患者リハビリテーション開始率
23	一般 脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者割合
24	脳梗塞患者への早期リハビリ開始率
25	脳梗塞患者における早期リハビリテーション開始率
26	急性脳梗塞患者に対する早期リハビリテーション開始率
27	急性脳梗塞患者に対する早期リハビリテーション開始率
28	脳梗塞入院1週間以内のリハビリテーション強度
29	リハビリを受けた急性脳梗塞患者における1日あたり単位数
30	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤、未破裂脳動脈瘤患者のクリッピング/ラッピングにおける手術部位感染予防のための抗菌薬遅延率
31	くも膜下出血、破裂脳動脈瘤、未破裂脳動脈瘤患者のクリッピング/ラッピングにおける手術部位感染予防のための抗菌薬3日以内中止率
32	地域連携パス a.脳卒中患者に対する地域連携パスの使用率
33	脳卒中地域連携パスの使用率
34	脳卒中地域連携パスの使用率

#	指標名称
35	脳卒中連携パスの使用率
36	一般 脳卒中患者に対する地域連携パスの使用率
37	地域連携パス 脳卒中患者に対する地域連携パスの使用率
38	脳卒中地域連携パスの使用率(転院先)
39	一般 脳卒中患者の退院時スタチン処方割合
40	急性脳梗塞患者における入院死亡率
41	死亡率_重症度別
42	死亡率_年代別
43	死亡率_性別
44	急性脳梗塞患者における入院死亡率
45	急性脳梗塞患者における入院死亡率
46	退院患者の標準化死亡比
47	脳梗塞ADL改善度
48	脳卒中患者の平均在院日数
49	胃瘻や経管栄養からの経口摂取可能となった割合
50	降圧剤使用患者における血圧コントロール
51	中心静脈カテーテル留置後の感染症の発生率

“脳卒中（脳梗塞）”パイロット関連指標②

（入院医療全体に関する指標）

#	指標名称（略称）	指標数
1	クリニカルパス使用率	2
2	肺炎の重症度分類別割合	1
3	認知症保有率	1
4	褥瘡の持込率	1
5	薬剤管理指導（特に安全管理が必要な医薬品）	1
6	出血性胃・十二指腸潰瘍に対する内視鏡的治療(止血術)の実施率	1
7	体位変換の実施状況	1
8	褥瘡対策の実施率	1
9	ケアカンファレンス実施割合	1
10	FIM・BI等によるADL評価	1
11	リハビリテーション実施率	1
12	リハビリ個別療法実施延べ日数	1
13	リハビリ実施総単位数	1
14	リハビリカンファレンスの実施	1
15	院内感染症疑い率	1
16	尿道留置カテーテル使用率	1
17	入院患者1人1人当たり手指消毒回数	1
18	退院調整の実施率	2

#	指標名称（略称）	指標数
19	退院後サマリー記載割合	1
20	退院時共同指導の実施率	1
21	介護支援連携指導の実施率	1
22	逆紹介率	2
23	おむつ使用率	1
24	職員のインフルエンザワクチン予防接種率	1
25	認定意見書作成日数	1
26	退院患者の標準化死亡比	1
27	予定しない再入院率	9
28	アクシデント件数	2
29	転倒・転落発生率	11
30	高齢入院患者の入院中の骨折率	2
31	病棟における薬剤関連事故事象発生率	1
32	皮膚損傷による血液暴露件数	1
33	合併症発生率	1
34	肺炎の新規発生率	1
35	肺炎の治癒率	1
36	カテーテル関連尿路感染症発生率	2

#	指標名称（略称）	指標数
37	尿道カテーテルの抜去率	1
38	尿路感染症の新規発生率	1
39	尿路感染症の治癒率	1
40	中心ライン関連血流感染発生率	1
41	総黄色ブドウ球菌検出患者の内 のMRSA比率	1
42	褥瘡発生率	7
43	褥瘡治癒率	1
44	医療費	3
45	平均在院日数	5
46	入院患者満足度	15
47	外来患者満足度	3
48	紹介率	1
49	在宅復帰率	1
50	職員満足度	1
51	MSW数	1
52	リハビリ体制	1

合計 104

検討の主なポイント（脳卒中（脳梗塞））

既存指標について

- 多くは脳梗塞を対象として設定された指標であるので、テーマの名称を脳卒中から脳梗塞と変更した方がよいのではないかな。
- 脳卒中患者の多くが脳梗塞であるので、脳梗塞を中心として検討を進めた方がよいのではないかな。

“薬剤療法”に関する指標について

- 薬物療法については、入院時は進行予防、退院時は再発予防と区別して検討すべきである。
- 国内のt-PA療法の実施について地域差はないが、血栓回収療法については地域差があるため均てん化の動きがある。血栓回収療法の底上げが課題であるが、前段階のt-PA療法とセットで検討することがよいのではないかな。
- t-PA療法に関する既存指標の定義（分子）は診療報酬上の加算取得有無となっているが、診療の質向上とは少し意味合いが異なるのではないかな。
- 退院時については病型により対応が異なるので「心房細動を伴う患者に対する抗凝固薬処方の割合」がよいのではないかな。臨床現場からも納得感を得られるのではないかな。

その他

- 脳卒中のケアにおいて“クリニカルパス”、“地域連携”は重要である。
- “平均在院日数”については解釈が様々で回復期リハの院内有無など病院により環境が異なるので、評価が難しい。
- “入院死亡率”については、リスク調整を行わないと扱いが難しい。また改善活動の実施でコントロールできるかは疑問である。

人工股関節全置換術（THA）

人工股関節全置換術に関する指標として「予防的抗菌薬投与率」,「抗菌薬中止率」,「肺血栓塞栓症予防対策の実施率」,「早期リハビリテーション開始率」,「術後平均在院日数」の5指標をパイロットに適用する指標として選定（人工股関節全置換術の入院医療全体に関する指標の設定はなし）。

#	指標名称（略名）	指標数
1	予防的抗菌薬投与率	5
2	抗菌薬遷延／中止率	13
3	肺血栓塞栓症予防対策の実施率	8
4	早期リハビリテーション開始率	6
5	地域連携パスの使用率	7
6	肺血栓塞栓症の発生率	7
7	緊急再手術割合	2
8	早期手術割合	2
9	予防的抗菌薬選択率	1
10	術後平均在院日数	1

#	指標名称（略名）	指標数
11	術後感染症疑い率	1
12	術後の骨折発生率	1
13	6単位以上の輸血	1
合計		55

入院医療全体に関する指標

再掲

#	指標名称（略名）	指標数
1	クリニカルパス使用率	2
2	肺炎の重症度分類別割合	1
3	認知症保有率	1
4	褥瘡の持込率	1
5	薬剤管理指導（特に安全管理が必要な医薬品）	1
6	出血性胃・十二指腸潰瘍に対する内視鏡的治療(止血術)の実施率	1
7	体位変換の実施状況	1
8	褥瘡対策の実施率	1
9	ケアカンファレンス実施割合	1
10	FIM・BI等によるADL評価	1
11	リハビリテーション実施率	1
12	リハビリ個別療法実施延べ日数	1
13	リハビリ実施総単位数	1
14	リハビリカンファレンスの実施	1
15	院内感染症疑い率	1
16	尿道留置カテーテル使用率	1
17	入院患者1人1人当たり手指消毒回数	1
18	退院調整の実施率	2

#	指標名称（略名）	指標数
19	退院後サマリー記載割合	1
20	退院時共同指導の実施率	1
21	介護支援連携指導の実施率	1
22	逆紹介率	2
23	おむつ使用率	1
24	職員のインフルエンザワクチン予防接種率	1
25	認定意見書作成日数	1
26	退院患者の標準化死亡比	1
27	予定しない再入院率	9
28	アクシデント件数	2
29	転倒・転落発生率	11
30	高齢入院患者の入院中の骨折率	2
31	病棟における薬剤関連事故事象発生率	1
32	皮膚損傷による血液暴露件数	1
33	合併症発生率	1
34	肺炎の新規発生率	1
35	肺炎の治癒率	1
36	カテーテル関連尿路感染症発生率	2

#	指標名称（略名）	指標数
37	尿道カテーテルの抜去率	1
38	尿路感染症の新規発生率	1
39	尿路感染症の治癒率	1
40	中心ライン関連血流感染発生率	1
41	総黄色ブドウ球菌検出患者の内のMRSA比率	1
42	褥瘡発生率	7
43	褥瘡治癒率	1
44	医療費	3
45	平均在院日数	5
46	入院患者満足度	15
47	外来患者満足度	3
48	紹介率	1
49	在宅復帰率	1
50	職員満足度	1
51	MSW数	1
52	リハビリ体制	1

合計 104

“人工股関節全置換術（THA）”パイロット適用指標

パイロット適用指標名称

分子／分母

人工股関節全置換術施行患者に対する術前1時間以内の予防的抗菌薬の投与率^{*)}

=

手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が点滴投与開始された手術件数

人工股関節全置換術の件数

人工股関節全置換術施行患者に対する抗菌薬3日以内の中止率^{*)}

=

分母のうち手術当日から数えて4日目に抗菌薬を処方していない患者数

人工股関節全置換術を施行した退院患者数

人工股関節全置換術施行患者に対する肺血栓塞栓症の予防対策実施率^{*)}

=

分母のうち肺血栓塞栓症の予防対策（弾性ストッキングの着用、間歇的空気圧迫装置の利用、抗凝固療法のいずれか、または2つ以上）が実施された患者数

人工股関節全置換術を施行した退院患者数

人工股関節全置換術施行患者に対する術後4日以内のリハビリテーション開始率^{*)}

=

分母のうち、手術当日から数えて4日以内にリハビリテーションが行われた患者数

人工股関節全置換術を施行した退院患者数

人工股関節全置換術施行患者に対する術後平均在院日数^{*)}

=

分母対象例の術後在院日数（退院日-手術日）の総和

人工股関節全置換術を施行した退院患者数

“人工股関節全置換術（THA）”パイロット関連指標①

#	指標名称
1	予防的抗菌薬 a. 手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率
2	予防的抗菌薬 b. 術後24時間以内の予防的抗菌薬投与停止率
3	手術ありの患者の肺血栓塞栓症 a. 手術ありの患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率
4	手術ありの患者の肺血栓塞栓症 b. 手術ありの患者の肺血栓塞栓症の発生率
5	地域連携パス b. 大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携パスの使用率
6	手術が施行された患者における肺血栓塞栓症の院内発生率
7	手術が施行された患者における肺血栓塞栓症の予防対策の実施率
8	人工膝関節置換手術後3日以内の早期リハビリテーション開始率
9	大腿骨頸部骨折地域連携パスの使用率
10	人工関節置換術/人工骨頭挿入術における手術部位感染予防のための抗菌薬の3日以内および7日以内中止率
11	大腿骨近位部骨折手術患者に対する早期リハビリテーション（術後4日以内）の実施率
12	股・膝関節の人工関節置換術施行患者に対する早期リハビリテーション（術後4日以内）の実施率
13	大腿骨近位部骨折手術患者における手術部位感染予防のための抗菌薬遷延率
14	股・膝関節の人工関節置換術施行患者における抗菌薬3日以内中止率
15	股・膝関節の人工関節置換術施行患者における手術部位感染予防のための抗菌薬遷延率
16	手術ありの患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率(リスクレベルが中リスク・高リスク)
17	手術ありの患者の肺血栓塞栓症の発生率(リスクレベルが中リスク・高リスク)
18	手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率
19	肺血栓塞栓症の予防対策実施率

#	指標名称
20	大腿骨地域連携パスの使用率
21	肺血栓塞栓症の予防対策実施率
22	肺血栓塞栓症の発生率_管理料算定有無別
23	大腿骨地域連携パスの使用率
24	大腿骨頸部骨折連携パスの使用率(転院先)
25	術後24時間以内の予防的抗菌薬の投与停止率
26	術後48時間以内の予防的抗菌薬の投与停止率
27	待機的手術で術当日、翌日に6単位以上の輸血（RCC）を必要とした患者および自己血に加えて保存血輸血をした患者の割合
28	地域連携パス 大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携パスの使用率
29	緊急再手術割合 A) 入院手術患者の術後48時間以内緊急再手術割合
30	緊急再手術割合 B) 一入院期間中の手術後30日以内緊急再手術割合（手術後48時間以内含む）
31	予防的抗菌薬 A) 手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率
32	予防的抗菌薬 B) 術後24時間以内の予防的抗菌薬投与停止率
33	予防的抗菌薬 C) 術後48時間以内の予防的抗菌薬投与停止率
34	手術ありの患者の肺血栓塞栓症 A) 手術ありの患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率
35	手術ありの患者の肺血栓塞栓症 B) 手術ありの患者の肺血栓塞栓症の発生率
36	大腿骨近位部骨折患者に対する早期リハビリテーション(術後4日以内)の実施率
37	人工膝関節全置換術後の早期リハビリテーションの実施率
38	股関節大腿近位骨折手術施行患者における抗菌薬3日以内中止率

#	指標名称
39	股関節大腿近位骨折手術施行患者における抗菌薬1日以内中止率
40	股関節大腿近位骨折手術施行患者における抗菌薬7日以内中止率
41	股関節大腿近位骨折手術施行患者における手術部位感染予防のための抗菌薬遷延率
42	手術ありの患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率(リスクレベルが中リスク以上)
43	手術ありの患者の肺血栓塞栓症の発生率(リスクレベルが中リスク以上)
44	術後感染症疑い率
45	術後の大腿骨頸部/転子部骨折の発生率
46	一般 特定術式における手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率
47	一般 特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率
48	一般 大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携パスの使用率
49	一般 大腿骨頸部骨折の早期手術割合
50	一般 大腿骨転子部骨折の早期手術割合
51	手術患者における静脈血栓塞栓症の予防行為実施率
52	入院患者の肺塞栓症の発生率
53	手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率
54	大腿骨頭置換術手術患者の術後平均在院日数
55	大腿骨近位部骨折患者における早期リハビリテーション開始率

“人工股関節全置換術（THA）”パイロット関連指標②

（入院医療全体に関する指標）

#	指標名称（略称）	指標数
1	クリニカルパス使用率	2
2	肺炎の重症度分類別割合	1
3	認知症保有率	1
4	褥瘡の持込率	1
5	薬剤管理指導（特に安全管理が必要な医薬品）	1
6	出血性胃・十二指腸潰瘍に対する内視鏡的治療(止血術)の実施率	1
7	体位変換の実施状況	1
8	褥瘡対策の実施率	1
9	ケアカンファレンス実施割合	1
10	FIM・BI等によるADL評価	1
11	リハビリテーション実施率	1
12	リハビリ個別療法実施延べ日数	1
13	リハビリ実施総単位数	1
14	リハビリカンファレンスの実施	1
15	院内感染症疑い率	1
16	尿道留置カテーテル使用率	1
17	入院患者1人1人当たり手指消毒回数	1
18	退院調整の実施率	2

#	指標名称（略称）	指標数
19	退院後サマリー記載割合	1
20	退院時共同指導の実施率	1
21	介護支援連携指導の実施率	1
22	逆紹介率	2
23	おむつ使用率	1
24	職員のインフルエンザワクチン予防接種率	1
25	認定意見書作成日数	1
26	退院患者の標準化死亡比	1
27	予定しない再入院率	9
28	アクシデント件数	2
29	転倒・転落発生率	11
30	高齢入院患者の入院中の骨折率	2
31	病棟における薬剤関連事象発生率	1
32	皮膚損傷による血液暴露件数	1
33	合併症発生率	1
34	肺炎の新規発生率	1
35	肺炎の治癒率	1
36	カテーテル関連尿路感染症発生率	2

#	指標名称（略称）	指標数
37	尿道カテーテルの抜去率	1
38	尿路感染症の新規発生率	1
39	尿路感染症の治癒率	1
40	中心ライン関連血流感染発生率	1
41	総黄色ブドウ球菌検出患者の内のMRSA比率	1
42	褥瘡発生率	7
43	褥瘡治癒率	1
44	医療費	3
45	平均在院日数	5
46	入院患者満足度	15
47	外来患者満足度	3
48	紹介率	1
49	在宅復帰率	1
50	職員満足度	1
51	MSW数	1
52	リハビリ体制	1

合計 104

検討の主なポイント（人工股関節全置換術：THA）

既存指標について

- 人工股関節全置換術（THA）のみを対象とした指標は存在せず、他の術式を含めた指標（対象の一つに人工股関節全置換術を含む）として23指標が存在する。パイロットに適用する指標については、**分母を“人工股関節全置換術”として明確に定義**する必要がある。
- 再置換術については特殊な要因を含んでいると思うので、今回は初回手術のみを対象としたらどうか。また、**THAのみでは大規模病院に限定されてしまう可能性があるため、広く病院を募るという視点から人工骨頭置換術（BHA）も対象に含めてはどうか。**
- 抗菌薬に関する指標については、**術前と術後で目的が異なるため区別して検討**する必要がある。

“抗菌薬”に関する指標について

- 術前術後、双方で重要な指標である。**術前は多くの団体が使用する投与率**を選定することでよいのではないか。また**術後も同様に中止率**を選定することでよいのではないか。

“肺血栓塞栓症”に関する指標について

- 標準的な**予防対策の実施状況を把握することが重要**ではないか。
- “発生率”は実績値が低位であることから指標になりにくいのではないか。またアウトカム指標は重要であるが様々な要因が影響を及ぼすので改善は難しいのではないか。

“術後平均在院日数”に関する指標について

- 平均在院日数はモニタリング指標として当然測定すべきではないか。
- 「クリニカルパスの使用率」「退院調整」は平均在院日数に影響を及ぼす因子である。これらを統括する意味で平均在院日数を選定することでよいのではないか。

事業進捗 (2020年9月3日現在)

事業内容	#	検討事項	進捗状況	備考
a 取組の共有・普及	1	好事例の収集・調査分析を行い、成功要因を基に改善モデルを作成（手引き、事例集など）	保留	次年度対応予定
	2	コンソーシアムへの参加を通じて、取組の共有・普及を図るなど強固なネットワークの構築	対応中	
b 人材養成	3	医療の質指標を使いこなせる人材に必要な知識・スキルを整理し、コンピテンシーを設定	対応中	
	4	上記に必要な養成カリキュラムの検討及び養成セミナーの試行開催	対応中	
c 臨床指標等の標準化, 公表	5	各団体の取組を踏まえ、臨床指標等の標準化に向けたあり方及び標準化指標の選定方法等を検討	対応中	
	6	臨床指標等の評価及び公表のあり方について検討	未着手	下期対応予定
d 臨床指標等の評価・分析	7	臨床指標等に関する各病院の取組を支援するための相談窓口の設置	保留	次年度対応予定
	8	臨床指標等の定義に関する最新情報の入手及び公開	対応中	
	9	管理者層等を対象としたセミナーの開催	保留	次年度対応予定
e 事業基盤の整備			対応中	

厚生労働省「医療の質向上のための体制整備事業実施要綱(医政発0401第20号令和2年4月1日)」をもとに作成。

本日の検討事項②

1. 各団体よりご提供いただいた指標群からパイロットのテーマに応じた指標を選定した。本日お示しした指標群についてご意見、ご感想をいただきたい。
2. 指標選定作業及び国内外の検討実績等を参考に指標の標準化及び公表のあり方を検討する予定であるが、検討にあたり留意すべき事項等についてご示唆をいただきたい。

別添資料

プロジェクト作成成果物（改善支援パッケージ）

医療の質改善活動を実施するにあたり、“指標”を有効に活用できるよう実践マニュアル及び人材養成カリキュラムを現在検討中である。

改善支援パッケージ

質改善実践マニュアル

医療の質指標を活用した質改善活動の考え方、進め方などを纏めたマニュアル

医療
機関

質改善支援運用マニュアル

医療機関の質改善活動を支援するための対応マニュアル

協力団体
事務局

人材養成カリキュラム

医療の質指標を活用した改善活動を推進できる人材養成のカリキュラム・プログラムなど

医療
機関

協力団体
事務局

既存指標の整理

国内外で設定される医療の質指標を収集、整理し一覧化（オフィシャルサイトで公開）

医療
機関

協力団体
事務局

指標検討・策定がトライン

質改善をモニターするうえで必要となる医療の質指標の検討・策定の手引き

医療
機関

協力団体
事務局

□ Qi活用支援部会で担当

□ Qi標準化部会で担当

改善支援パッケージ作成の流れ

医療現場の声を反映したマニュアル及び人材養成カリキュラムの開発を進め、**各協力団体様のご理解のもと、団体に加盟する病院等の方々と共に検証を進める（パイロットの実施）** 予定である。

2019年度

2020年度

2021年度

- ・質改善実践マニュアル
- ・質改善支援運用マニュアル
- ・人材養成カリキュラム・プログラム
- ・既存指標の整理
- ・指標検討・策定ガイドライン

テーマ設定
(糖尿病, 脳卒中, THA)

**各種コンテンツ
検討・開発**

**各種コンテンツ
検証・修正**

**改善支援
パッケージ初版**

現場の方々の協力のもとに検証を実施
(パイロットの実施)

テーマ設定における考え方（糖尿病, 脳卒中, THA）

再掲：第2回医療の質向上のための協議会資料
（2020年2月13日開催）

前提条件 （適用範囲）

- OECD Conceptual Frameworkを活用する。
- 病院団体を中心とした事業であるため、今年度は“診断・治療（医療機関（病院））”をテーマの適用範囲とする。

検討の ベースライン

- 現在、福井班（共通QIセット）や各病院団体で多くの指標が提案、運用されており、それらを有効に活用できるテーマが望ましい。
- 今年度は複数団体で取組実績がある共通QIセットを一定程度カバーできるようなテーマを設定する。

テーマの 検討

- 入院患者のケア（内科系）、入院患者のケア（外科系）、外来患者のケアを対象とすると多くの領域がカバーできる。
- 多職種チームの取組として“脳卒中 and/or 急性心筋梗塞”、“人工股関節置換術（THA）”、“糖尿病”及び組織横断的な取組として“周術期の医療安全”などがあげられる。

当座のテーマ

糖尿病

脳卒中

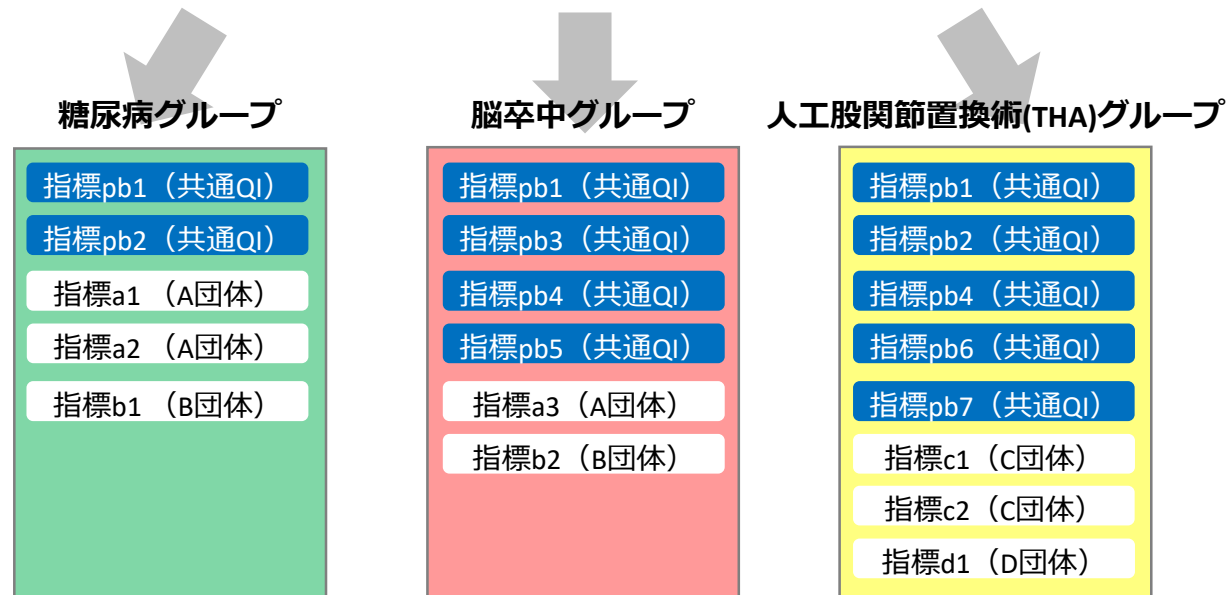
人工股関節置換術
（THA）

テーマに応じた医療の質指標（最終化イメージ）

再掲：第2回医療の質向上のための協議会資料
(2020年2月13日開催)

収集・整理された指標のうち、各テーマ（糖尿病，脳卒中，人工股関節置換術：THA）に関連する指標を抽出しグループ化を行う。

一覧化に向け収集・整理された指標プール (共通QIセット, 各団体が定義する指標, その他)



パイロットの実施
(2020年度～)

4. 今後の予定について

検討スケジュール（予定）

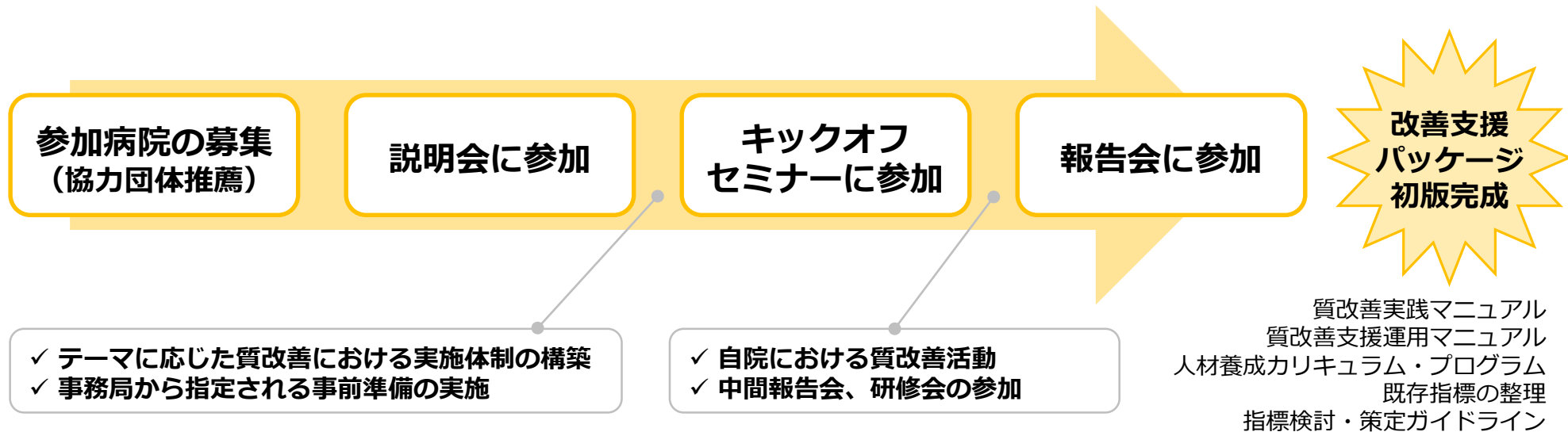
パイロット開始準備を主たる作業としつつ、検討事項の一つである医療の質指標の標準化及び公表のあり方についても議論を開始する。

	～9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
コンテンツ作成	動画等の作成 研修資料作成						
プレ研修	企画／準備	研修開催					
コンテンツ修正		動画・研修資料更新					
パイロット適用指標検討	パイロット適用指標の定義再調整 測定手順書作成						
標準化・公表のあり方	医療の質指標の標準化、公表に向けた検討						
パイロット準備・実施	運用方法等検討		協力病院募集／事前アンケート実施			説明会開催 キックオフセミナー開催	

 QI活用支援部会で対応
 QI標準化部会で対応

パイロットの実施

開発した改善支援パッケージを各協力団体様からご推薦をいただいた病院と共に検証を進めていく予定である。なお、パイロットに参加いただく病院は、当事業が企画する各種施策をもとに質改善活動を進めていただくことを想定している。



本日の検討事項③（今後の展開案）

- パイロット終了後は、参加病院のご意見等から研修プログラム・コンテンツ、各種指標等の検証及び見直しを進める予定である。
- 中長期的には、パイロット前後で得られた知見をもとに**指標における標準化指針の策定、測定の信頼性向上を目指した指標の評価及び指標を活用した質改善活動の支援等を行う**ことでどうか。

現在（2019年度～）

今後（2021年度～）

主な施策	質改善活動の促進に向けたモデル事業（パイロットの実施）	i. 医療の質指標を活用した質改善活動の組織支援 ii. 医療の質指標を専門とした事業体制整備・運営
内容	● 指標を活用した質改善活動の活性化 ● 関係団体・病院間のネットワーク構築 ● 指標を活用した質改善活動支援ツール開発（改善支援パッケージ）	i. 医療の質指標を活用した質改善活動の組織支援（a.取組の共有・普及／b.人材養成） ・ 医療の質指標を活用した質改善活動の継続的な支援（パイロットの事業化） ・ 医療の質指標を使いこなせる人材の養成 など
	● 標準化・公表のあり方を議論するための基盤整備及び検討の実施	ii. 医療の質指標を専門とした事業体制整備・運営（c.臨床指標等の標準化,公表／d.臨床指標等の評価・分析） ・ 医療の質指標に関する専門機能として標準化の提唱 ・ 標準化指針（ガイドライン）の策定及び指標の評価認定 ・ 医療の質指標を活用した質改善の制度化に向けた提言 など

5. その他

ご相談事項

1. ご提供いただいた質指標のパイロットでの利用について

- 各病院団体のこれまでの実績を有効に活用するため、パイロットで扱う質指標は、昨年度ご提供いただいた指標群を利用することで既にご理解をいただいている。
- そこで、本日お示した質指標及び各測定手順等のパイロットでの利用（一部改変を含む）について、改めてご承諾いただきたい。

2. 質指標の実績値及び最新定義のご提供について

- 各病院団体が運用する質指標については、例年、実績値が集計され各病院団体のホームページ等で公表がされている。
- 当事業では、各病院団体からご提供いただいた指標群をオフィシャルサイト上で検索、閲覧することを可能としている。そこで、昨年度ご提供いただいた指標群の公表された実績値についてご提供いただきたい。
- また、今年度検討される質指標の最新定義についてもご提供いただきたい。

詳細は後日、各病院団体事務局様を通じてご相談する予定である。