

厚生労働省補助事業

医療の質向上のための体制整備事業

モデル事業(パイロット)総括報告書

～医療の質指標を活用したPDCAサイクルの実装～

(案)

2022年3月8日版

公益財団法人日本医療機能評価機構

1 はじめに

- 医療の質向上のための体制整備事業（以下、本事業という。）は、医療の質指標（以下、質指標という。）を活用した改善活動を我が国で普及・促進させるために、医療関係団体の多大な協力のもと、様々な検討を進めてきた。
- 我が国では長年にわたり、医療関係団体等を中心に質指標を活用した改善活動が進められており、全国で約 1,000 病院が高い実績を積み上げられている。しかし、多くは病床規模の大きな急性期病院が中心であり、未だ取組が進められていない病院が数多く存在する。
- そこで、本事業では、質指標を活用した P D C A サイクルの実装をモデル事業（以下、パイロットという。）として企画し、年度を通じて実施してきたところである。
- パイロットは、質指標を活用した改善活動の取組をノウハウとして一般化し、未だ取組が進められていない全国の病院を対象に広くノウハウ等が提供できるよう、以下 4 点を主たる目的に実施してきた。
 - 1) 現場に即した改善支援パッケージ開発
 - 2) パイロット協力病院間のネットワーク構築
 - 3) パイロットを通じた事例収集及び各種検証
 - 4) パイロットを発展させた事業化の検討
- 「1) 現場に即した改善支援パッケージ開発」は、多忙な臨床現場で働く医療関係者が、必要な時に容易に手に取り活用できるような、実効性の高い質改善ツールの作成を念頭に検討を進めてきた。
- 「2) パイロット協力病院間のネットワーク構築」は、各病院団体から推薦され参加いただいた病院（計 23 病院）が、パイロットを通じて顕在化した現場の課題及び解決策について相互に共有できるよう環境を整備し、団体及び病院の垣根を超えたネットワークの構築が可能となるよう検討を進めてきた。
- 「3) パイロットを通じた事例収集及び各種検証」は、パイロットを通じて共有された各種取組及び作成された成果物について、その有用性を高めるための検証を行い、必要に応じて見直しを進めてきた。
- 「4) パイロットを発展させた事業化の検討」は、質指標を活用した改善活動を全国に普及・促進できるよう、パイロットの実績をもとにした事業化の検討を想定している。
- 以上より、本報告書は、年度を通じ実施してきた各種取組を振り返り、今後の事業運営に活用していくことを目的に作成するものである。

医療の質向上のための体制整備事業
医療の質向上のための協議会

36	目次	
37	はじめに	1
38	第1章 パイロットの流れ.....	4
39	第2章 パイロットの評価.....	15
40	2.1 協力病院のアウトカム評価	15
41	2.1.1 各協力病院における計測値の推移	15
42	2.1.2 協力病院にみられた変化.....	28
43	2.1.3 パイロットにおいて発生した業務負荷	30
44	2.1.4 考察.....	31
45	2.2 パイロット適用指標の評価について	32
46	2.2.1 指標設定・計測の側面からみたパイロット適用指標の評価	32
47	2.2.2 改善活動面からみたパイロット適用指標の評価	34
48	2.2.3 考察.....	34
49	2.3 教育・研修プログラムの評価について.....	36
50	2.3.1 評価方法	36
51	2.3.2 評価結果	36
52	2.3.3 考察	43
53	2.4 改善活動中の支援の評価について.....	44
54	2.4.1 各種報告会（中間・最終）の評価	44
55	2.4.2 改善活動中のコミュニケーションツール提供	50
56	2.4.3 計測結果のフィードバック	52
57	2.4.4 考察 加筆修正中	52
58	第3章 まとめ	53
59	おわりに	56
60	謝辞.....	56
61	付録.....	57
62	1. パイロットの流れ	57
63	表-付-1 パイロットプログラムとコンピテンシーの対応表	57
64	表-付-2 パイロット協力病院における改善チームの職種構成	58
65	2. パイロットの評価	59

66	表-付-3 改善対象とした指標に対する評価結果 【脳卒中】59
67	
68	

第1章 パイロットの流れ

前述の目的を踏まえ、パイロットは医療チーム(スモールグループ)に焦点を当て、以下表1の流れで行った。

表1 パイロットの流れ

#	活動内容	日程
1	テーマ設定	2020年2月
2	指標の選定	2020年9月
3	質改善活動におけるコンピテンシーの設定	2020年9月
4	プレ研修の実施	2020年11月
5	協力病院の募集	2020年12月
6	改善チーム編成の依頼	2021年1月～2月
7	医療の質向上のためのコンソーシアム(説明会)の開催	2/13
8	事前課題(ベースライン計測)の依頼	2/18～4/30
9	事前アンケートの依頼	2/18～3/5
10	キックオフ	e-learningの受講依頼 2月～5月
	セミナー	集合研修の開催 5月～6月
11	改善活動および指標データのモニタリング依頼	6月～2022年2月
12	改善活動の支援	6月～2022年3月
13	中間報告会の開催	10月～11月
14	最終報告会の開催	2月-3月
15	フォローアップ	パイロット終了後 から半年後(予定)

1) テーマ設定

QI標準化部会・QI活用支援部会の合同部会(両部会員13名)において、以下の検討を行い、「糖尿病」、「脳卒中(脳梗塞)」、「人工股関節全置換術(THA)または人工骨頭置換術(BHA)」の3つのテーマを設定した。

- 先行事業から既に運用されている、指標群(厚生科研 福井班(共通QIセット)や各病院団体の指標等の取組を参考に、全国共通して計測・改善が必要と考えられるテーマを検討した。
- 病院団体等のこれまでの実績から、“診断・治療(医療機関(病院))”をテーマの適用範囲とし、多くの領域がカバーできる「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」を対象とすることとした。

2) 指標の選定

- パイロットで使用する指標の選定にあたり、本事業の協力団体が運用する指標群(全733指標)を以下の3分類で整理した。

89
90

表2 指標群（全 733 指標）の分類

名称	定義
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考えられる指標
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）
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

91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

- パイロット適用指標は、デルファイ法※を参考に選定した。
※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。
- 選定に際しては、「（各団体のこれまでの計測実績から）改善の余地が大きい指標」「実施率が低位なプロセス指標」「臨床現場において重要と考える指標」「アウトカム指標」の 4 点を評価の視点とした。
- 選定された指標の一部については、各テーマに適用するかたちで分母・分子の調整を行い、パイロット適用指標として、各テーマ 5 指標（計 15 指標）を設定した。（表 3）
- 各指標について、協力団体の設定する計測手順を参考に、計測手順書を作成した。

101
102
103

表3 パイロット適用指標一覧

【糖尿病】

ID	指標名	定義	
DM-01	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	分子	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
		分母	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
DM-02	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	分子	分母のうち、診療開始月から 7 か月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
		分母	外来糖尿病患者のうち、診療開始月から 7 か月間の外来受診期間において、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
DM-03	外来糖尿病患者に対する腎症管理率	分子	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
		分母	糖尿病の外来患者数（透析患者を除く）
DM-04	糖尿病の治療薬が処方されている 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	分子	分母のうち、HbA1c の最終検査値が 7.0%未満の患者数
		分母	過去 1 年間に 90 日以上、糖尿病の治療薬が処方されている 65 歳未満の外来患者数
DM-05	糖尿病の治療薬が処方されている 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	分子	分母のうち、HbA1c の最終検査値が 8.0%未満の患者数

ID	指標名	定義	
		分母	過去 1 年間に 90 日以上、糖尿病の治療薬が処方されている 65 歳以上の外来患者数

【脳卒中（脳梗塞）】

ID	指標名	定義	
ST-01	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	分子	分母のうち、パス新規適用患者数
		分母	脳梗塞と診断された 18 歳以上の新入院患者数
ST-02	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	分子	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
		分母	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
ST-03	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	分子	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
		分母	脳梗塞と診断された 18 歳以上の入院患者数
ST-04	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	分子	分母のうち、退院時に抗凝固薬を処方された患者数
		分母	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
ST-05	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	分子	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
		分母	脳梗塞と診断された 18 歳以上の退院患者数

【人工股関節全置換術 (THA) または人工骨頭置換術 (BHA)】

ID	指標名	定義	
THA-01	人工股関節全置換術または人工骨頭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	分子	分母のうち、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
		分母	人工股関節全置換術または人工骨頭置換術の件数
THA-02	人工股関節全置換術または人工骨頭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	分子	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
		分母	人工股関節全置換術または人工骨頭置換術を施行した退院患者数
THA-03	人工股関節全置換術または人工骨頭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	分子	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
		分母	人工股関節全置換術または人工骨頭置換術を施行した退院患者数
THA-04	人工股関節全置換術または人工骨頭置換術施行患者に対する抗菌薬 3 日以内の中止率	分子	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
		分母	人工股関節全置換術または人工骨頭置換術を施行した退院患者数

ID	指標名	定義	
THA-05	人工股関節全置換術または人工骨頭置換術施行患者に対する術後平均在院日数	分子	分母対象例の術後在院日数（退院日-手術日）の総和
		分母	人工股関節全置換術または人工骨頭置換術を施行した退院患者数

3) 質改善活動におけるコンピテンシーの設定（21 項目）

- パイロットのプログラムを検討するにあたり、医療の質指標を活用した改善活動を進める上で必要になる能力を改善活動のプロセスに沿って 21 項目で整理をした。（表 4）
- 本コンピテンシーの能力向上を目的に、各プログラムの内容の検討を行った。コンピテンシーとプログラムの対応表は付録（表-付-1）を参照。

表4 コンピテンシー一覧

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医療の質の改善に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
		⑤分析に必要なデータを適切に収集できる
	データ分析能力	⑥分析に必要なデータを適切に選択できる
		⑦データを用いて現状を可視化できる
	データ読み取り能力	⑧分析結果から問題点を抽出できる
		⑨目標値の設定ができる
3. 改善策立案と実行計画	コミュニケーション能力	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
	質改善活動のマネジメント能力	⑪質改善手法についての知識がある
		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
4. 改善活動の評価	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

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)
	プレゼンテーション能力	①改善経過や成果を可視化できる
		②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
		③改善活動と成果を病院全体で共有している

4) プレ研修の実施

- パイロットの実施に先駆けて、3 病院に協力をいただき、キックオフセミナーの試行（プレ研修）を行った。（表 5）
- 当日得られた指摘等を踏まえ、プログラムの見直しを行った。

表5 プレ研修 協力病院一覧

参加テーマ	病院名
脳卒中（脳梗塞）	埼玉協同病院、 昭和大学江東豊洲病院
糖尿病	練馬総合病院

5) 協力病院の募集

- 本事業の協力団体へ、以下の推薦要件（ア）～（オ）をもとに、各テーマ 1 病院（10 団体×3 テーマ＝30 病院）の推薦を依頼し、合計 23 病院が本パイロットに参加することとなった。なお、そのうち 2 病院は、後述の中間報告会前後に、人員の確保が難しいことを理由に辞退し、以降は、21 病院で行うこととなった。
- （ア） 糖尿病、脳卒中（脳梗塞）、人工股関節全置換術（THA）または人工骨頭置換術（BHA）のいずれかが日常的な診療・ケアに含まれる病院
- （イ） 医療の質指標を活用した質改善活動に関心がある病院
質改善活動の実績がある病院のみならず、「関心はあるがどう行動すればよいかわからない」「過去に取り組もうとしたがうまくいかなかった」という病院を含む。
- （ウ） パイロットへの参加を通じて、質改善活動の実践・報告等にご協力いただける病院
- （エ） インターネット環境があり、Zoom や Microsoft OneDrive 等のオンラインツールを利用したコミュニケーションやデータのやり取りが可能な病院
- （オ） パイロットに関する説明会や最終報告会に、管理者層（病院長、副院長、看護部長、事務部長など）の参加が可能である病院

表6 推薦団体および協力団体一覧

団体名	テーマ		
	脳卒中	糖尿病	THA・BHA
一般社団法人 日本病院会	公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構		社会医療法人行岡医学研究会 行岡病院

	倉敷中央病院		
一般社団法人 日本慢性期医療 協会		平成横浜病院 ※中間報告会前後に辞退	西宮回生病院
公益社団法人 全国自治体病院 協議会	山形市立病院済生館	公立昭和病院	川口市立医療センタ ー
公益社団法人 全日本病院協会	社会医療法人禎心会 札幌禎心会病院	公益財団法人東京都 医療保健協会 練馬 総合病院	
社会福祉法人 恩賜財団 済生 会	済生会今治病院	済生会松山病院 福井県済生会病院	山形済生病院
全日本民主医療 機関連合会	汐田総合病院	勤医協中央病院	京都民医連中央病院 ※中間報告会前後に辞退
独立行政法人 国立病院機構	京都医療センター		
独立行政法人 地域医療機能推進 機構		地域医療機能推進機 構 東京新宿メディ カルセンター	地域医療機能推進機 構 大阪病院
独立行政法人 労働者健康安全 機構		中部労災病院	横浜労災病院
日本赤十字社	愛知医療センター名 古屋第二病院		静岡赤十字病院

6) チーム編成の依頼

- 多職種協働による改善活動を行っていただくため、協力病院へ、診療・ケアの改善活動に取り組む多職種チーム（以下、「改善チーム」という）の編成を依頼した。
- チームに含める職種の例示として、医師、看護師、薬剤師、指標データを計測できるスタッフ（診療情報管理士、事務職員など）を挙げた（協力病院の職種構成については、付録（表-付-2）を参照）。
- チームの人数に制限は設けなかった。また、医療の質に関する委員会・部門等が組織されている場合の当該部門からの参加も可とした。

7) 説明会の開催（「第2回 医療の質向上のためのコンソーシアム(2021年2月13日)」内で開催）

- パイロットの趣旨・概要を理解いただくため、説明会を行った。

8) 事前課題の依頼

- 各テーマのパイロット適用指標の現状値を把握いただくため、2020 年 7～9 月、10～12 月の各 3 か月（計 6 か月）のデータ計測を依頼した。（事前課題含め、パイロット中の計測結果の推移は「2.1.1 協力病院の改善活動と計測値の推移」を参照）

9) 事前アンケートの依頼

- 協力病院における医療の質指標の活用状況やパイロットへの参加動機などを把握するため、各病院の院長、副院長、質改善部門長などの管理者（以下、「病院管理者」という）を対象にアンケートを行った。（アンケート結果は参考資料 1 を参照）

＜設問＞

I. 貴院における医療の質指標の活用状況について

- (1) どのように医療の質指標を活用していますか。
- (2) 医療の質指標を活用するなかで、どのような課題がありますか。
- (3) 貴院には、医療の質指標を計測する体制はありますか。
- (4) (3) の体制に携わっている職種・人数を教えてください。
- (5) 貴院には、指標の計測値を用いて、医療の質を管理する体制はありますか。
- (6) (5) の体制に携わっている職種・人数を教えてください。
- (7) (5) の体制において、今年度はどのような活動をしてきましたか？

II. パイロットについて

- (1) 今回、パイロットにご参加いただいた理由を簡単に教えてください。
- (2) パイロットにおいて、改善チームにどんなことを期待しますか。
- (3) 改善活動を進めるうえで本事業からどのような支援があるとよいですか。

- 併せて、編成された改善チームの各メンバーに対しては、質改善活動におけるコンピテンシーについて、自己評価を依頼した。なお、研修プログラムの効果を検証するため、同様の自己評価をキックオフセミナー参加後、中間報告会参加後、最終報告会後にも実施した。（検証結果は「2.3 教育・研修プログラムの評価について」を参照）

10) キックオフセミナー（e-learning・集合研修）

(1) 実施の目的・概要

- キックオフセミナーの到達目標は、「受講した改善チームが、院内で実際に改善活動ができるようになる。」とした。
- キックオフセミナーは、指標を活用した改善活動を実施するための基本的な知識の習得を目的とした「e-learning」と、e-learningでの学びを実践し、実効性のある計画立案及び体制整備を行う「集合研修」で構成した。
- キックオフセミナーは、パイロットでの実施に先駆けて、3 病院を対象にプレ研修を実施し、内容の精査を行った。

(2) e-learning

- e-learning はキックオフセミナー1 日目の開始前までに改善チームの全員に受講いただくよう依頼をした。(全 4 コンテンツ・合計約 120 分)
- 作成は QI 活用支援部会 部会員が行った。

表7 e-learning コンテンツ一覧

コンテンツ名	作成者
①医療の質とその評価について	尾藤 誠司 (QI 活用支援部会 部会長)
②医療の質指標に関する基礎知識	猪飼 宏 (QI 活用支援部会 部会員)
③医療の質の改善に関する基礎知識	本橋 隆子 (同上)
④データの収集・分析	荒井 康夫 (同上)

(3) 集合研修

- 集合研修は 1 テーマにつき 2 日間設け、以下の日程で実施した。

表8 集合研修 開催日程

テーマ名	1 日目	2 日目
脳卒中 (脳梗塞)	5/14 (金)	5/28 (金)
糖尿病	5/21 (金)	6/11 (金)
THA/BHA	5/22 (土)	6/18 (金)

- 集合研修における各グループワークの講師は QI 活用支援部会 部会員が担当した。
- 1 日目と 2 日目の間に中間課題として、事前課題の計測結果をもとに、診療・ケアの現状分析や課題の洗い出しにつながる情報収集を改善チームに依頼した。
- 病院間のネットワークを構築するため、各研修終了後に 30 分程度、受講者間で自由に意見交換できる時間を設けた。
- 当日の資料および運営マニュアルは、参考資料 2 を参照。

表9 集合研修プログラム

	時間		プログラム	講師
1 日 目	13:00～13:10	10 分	理事挨拶	亀田理事
	13:10～13:35	25 分	協力病院による自院紹介	尾藤 誠司
	13:35～13:45	10 分	e-learning 質疑	事務局
	13:45～15:00	75 分	グループワーク：チームの現状分析(自分たちの強みと弱み)	猪飼 宏
	15:00～15:10	10 分	休憩	

	時間		プログラム	講師
	15:10～16:30	80 分	グループワーク：指標データ記述のためのシミュレーション	尾藤 誠司
	16:30～17:00	30 分	中間課題説明	事務局・ 本橋 隆子
※中間課題(評価・分析に向けた情報収集)				
2 日 目	13:00～13:10	10 分	1 日目の振り返り	尾藤 誠司
	13:10～14:20	70 分	グループワーク：5 指標の測定結果の評価・分析	本橋 隆子
	14:20～15:20	60 分	グループワーク：改善計画の立案	本橋 隆子
	15:20～15:30	10 分	休憩	
	15:30～16:30	60 分	発表：改善活動にむけたまとめ	本橋 隆子
	16:30～17:00	30 分	チルアウトセッション	尾藤 誠司

11) 改善活動および指標データのモニタリング依頼

- 改善チーム内で定期的に計測結果や活動内容の進捗を共有し、改善活動を振り返るため、協力病院にはモニタリングシートを使って、3 か月ごとの計測値、およびその間の改善計画の進捗状況の記入と提出を求めた。
- 3 か月ごとの計測値は運営側で指標ごと、および病院ごとに、値の推移がわかるグラフにまとめ、各病院にフィードバックした。

表10 モニタリングシート提出日程

提出期限	計測期間
2021 年 8 月 13 日 (金)	①2021 年 1 月 1 日～3 月 31 日 ②2021 年 4 月 1 日～6 月 30 日
2021 年 11 月 12 日 (金)	2021 年 7 月 1 日～9 月 30 日
2022 年 2 月 10 日 (木)	2021 年 10 月 1 日～12 月 31 日

12) 改善活動の支援（～2022 年 3 月 31 日）

- 病院間の活動状況の共有や相談をするため、Microsoft Teams を用いてチャットやデータの授受ができる体制をテーマごとに構築した。この体制の活性化を図るため、各テーマのコミュニティに 1 名ずつ、情報発信やアドバイスをおこなう管理者（QI 活用支援部会 部会員）を配置した。
- また、同じテーマを担当する協力病院のなかで、各改善チームメンバーのメールアドレスのリストを共有し、個別にやりとりできる体制も整備した。
- いずれも希望者の任意で活用いただくこととした。

13) 中間報告会

(1) 実施の目的

キックオフセミナー時に策定した改善計画に対する現状の活動報告及び活動中に生じた課題の解決、および改善活動におけるモチベーションの維持・向上を目的とした。

(2) 実施日・プログラム・講師

- 当日は、各病院から、改善計画の進捗状況の報告、および各病院の共通する課題のディスカッションの2部構成とした。
- 当日のファシリテーターは、QI 活用支援部会 部会員が行った。
- 病院間のネットワークを構築するため、報告会終了後に 30 分程度、受講者間で自由に意見交換できる時間を設けた。
- 当日の資料および運営の手引きは参考資料 3 を参照。

表11 中間報告会プログラム・開催日程

時間		内容	脳卒中(脳梗塞)	糖尿病	THA・BHA
			10/22 (金)	11/5 (金)	11/12 (金)
13:00～13:05	5 分	事務局挨拶、 趣旨説明	事務局		
13:05～14:10	65 分	セッション① 協力病院による進 捗報告	尾 藤 誠 司 猪 飼 宏	尾 藤 誠 司 荒 井 康 夫	荒 井 康 夫 猪 飼 宏
14:10～14:15	5 分	休憩			
14:15～14:55	40 分	セッション② ディスカッション			
14:55～15:00	5 分	事務連絡	事務局		

14) 最終報告会

(1) 実施の目的

パイロットでの活動成果の共有、および組織全体に改善活動を展開させるための課題やニーズの共有を目的とした。

(2) 実施日・プログラム・講師

- 当日は、改善チームによる活動の振り返りの他、管理者層に参加いただき、パイロット協力の感想や今後の展開などを伺った。
- また、ファシリテーター（QI 活用支援部会 部会員）による講評の他、任意で出席いただいた運営委員会委員が、改善活動の継続や院内への展開につながるコメントやアドバイスを協力病院に行った。
- 当日の資料および運営の手引きは参考資料 4 を参照。

250
251

表12 最終報告会プログラム・開催日程

時間		内容	脳卒中(脳梗塞)	糖尿病	THA・BHA
			2/24 (木)	3/3 (木)	3/1 (火)
13:00～13:10	5 分	開会挨拶、 趣旨説明	事務局		
13:10～14:25	75 分	協力病院発表 (改善チーム・管 理者層)	猪飼 宏	尾藤 誠司	本橋 隆子
14:25～14:45	20 分	講評 (院内に改善活動を 展開させるための アドバイスなど。)			
14:45～14:50	5 分	事務局からの連絡 (パイロット終了 後について)	事務局		
14:50～14:55	5 分	閉会挨拶	厚生労働省		

252
253
254
255
256
257

15) フォローアップ

- パイロット終了時から約半年後、協力病院における質改善活動の状況(活動の継続、院内への展開等)を調査し、今後の事業運営に参考とする。

第2章 パイロットの評価

2.1 協力病院のアウトカム評価

本項では、協力病院の様々なアウトカムからパイロットの評価を行う。

2.1.1 では、各協力病院におけるパイロット適用指標の計測値の推移を示す。

2.1.2 では、パイロットへの参加を機に参加テーマの診療・ケアの体制や活動などにどのような変化がみられたか、病院管理者と現場の改善チームの2つの軸で評価する。

2.1.3 では、パイロットを進めるにあたり発生した業務負荷について述べる。

これらの評価結果をもとに2.1.4で考察を述べる。

2.1.1 各協力病院における計測値の推移

テーマごとに、各協力病院におけるパイロット適用指標の計測値の推移を示す。

1) 評価方法

- 2020年7月から2021年12月までの計測値を3か月ごとにグラフで示す。
- なお、計測は各テーマにおいてパイロット適用指標（5指標）すべてを対象としたが、改善活動の対象とした指標は、自院の診療・ケアの現状をふまえて選択制としたため、病院によって異なる。

2) 評価結果

各グラフ内に記載している「ベースライン値」および「目標値」は以下の内容を意味する。

＊「ベースライン値」…2020年7月～12月の合算値（パイロット開始前の値）

＊「目標値」…キックオフセミナーで改善計画を立案した際に設定した値

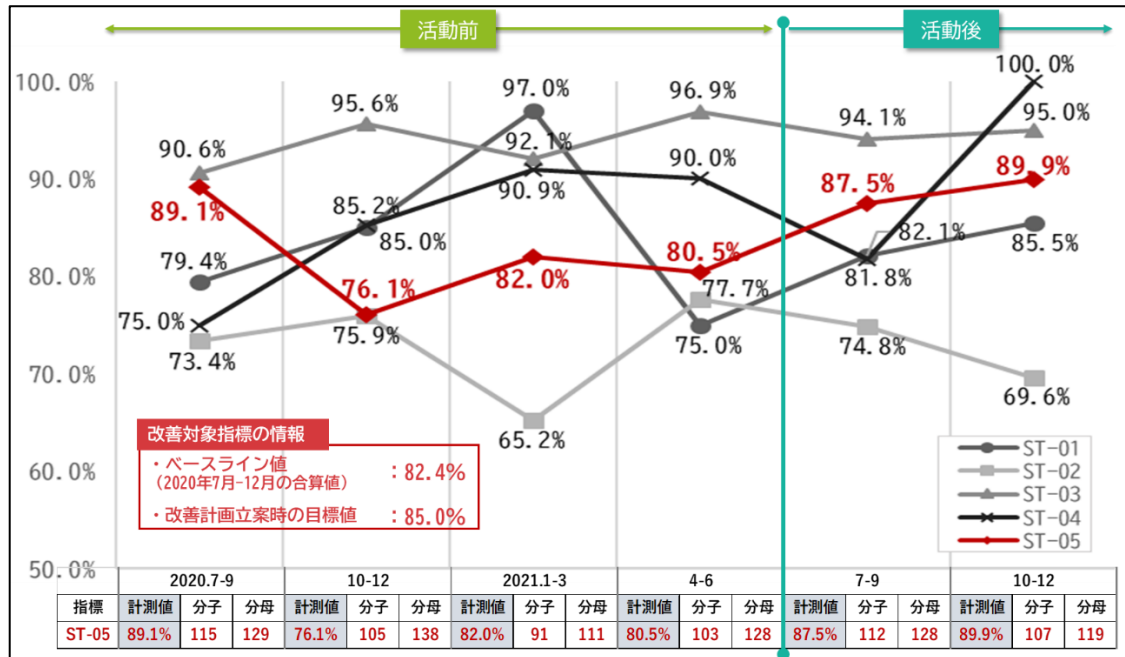
(1) 脳卒中（脳梗塞）…7 病院

① A 病院

ア. 改善対象の指標

ST-05 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

イ. 指標計測値の推移

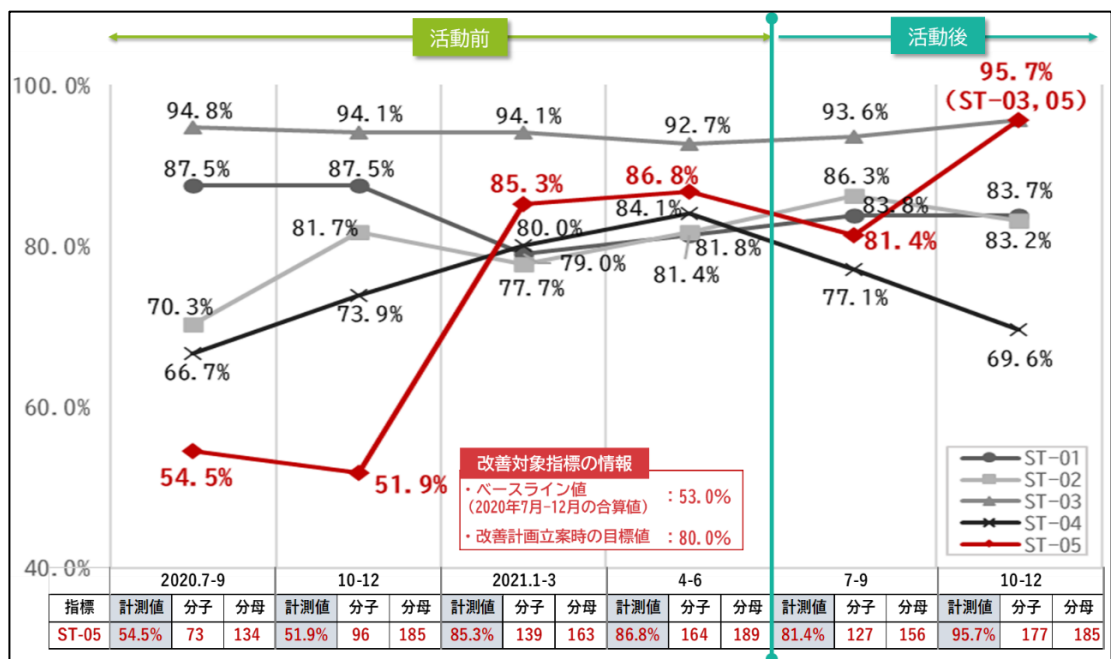


② B 病院

ア. 改善対象の指標

ST-05 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

イ. 指標計測値の推移

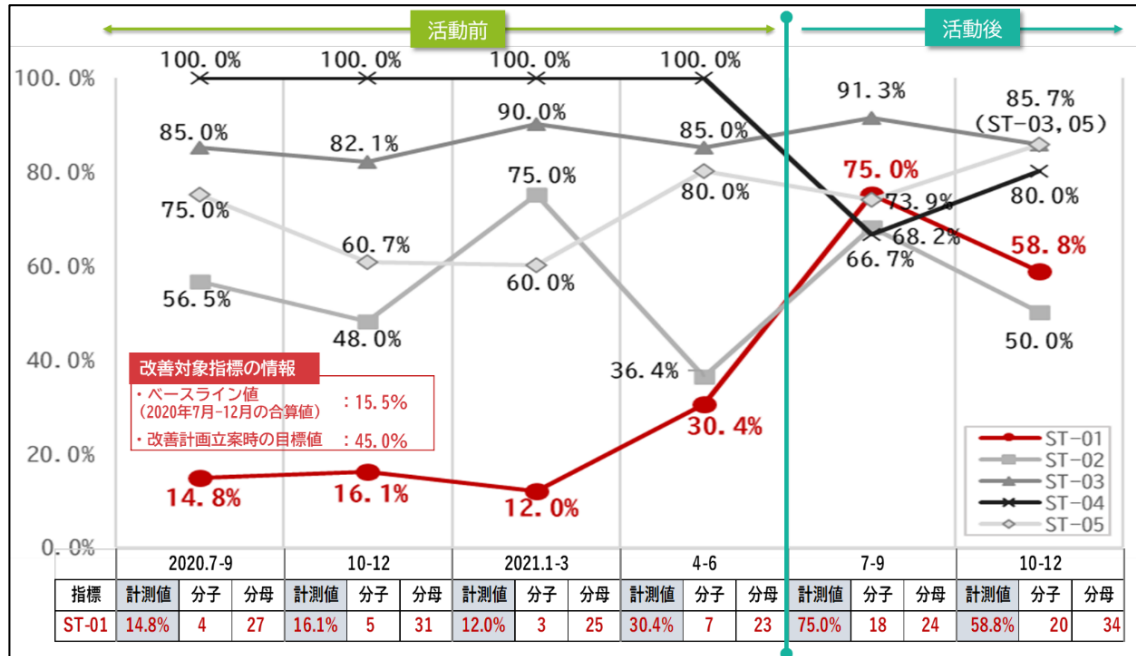


③ C 病院

ア. 改善対象の指標

ST-01 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

イ. 指標計測値の推移

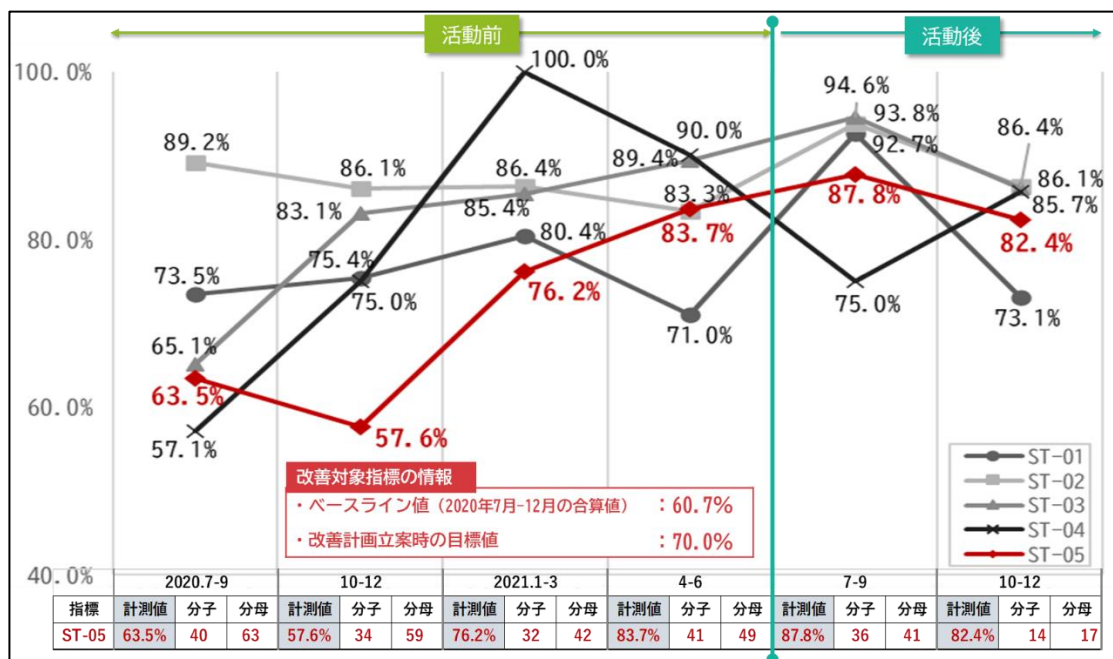


④ D 病院

ア. 改善対象の指標

ST-05 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

イ. 指標計測値の推移

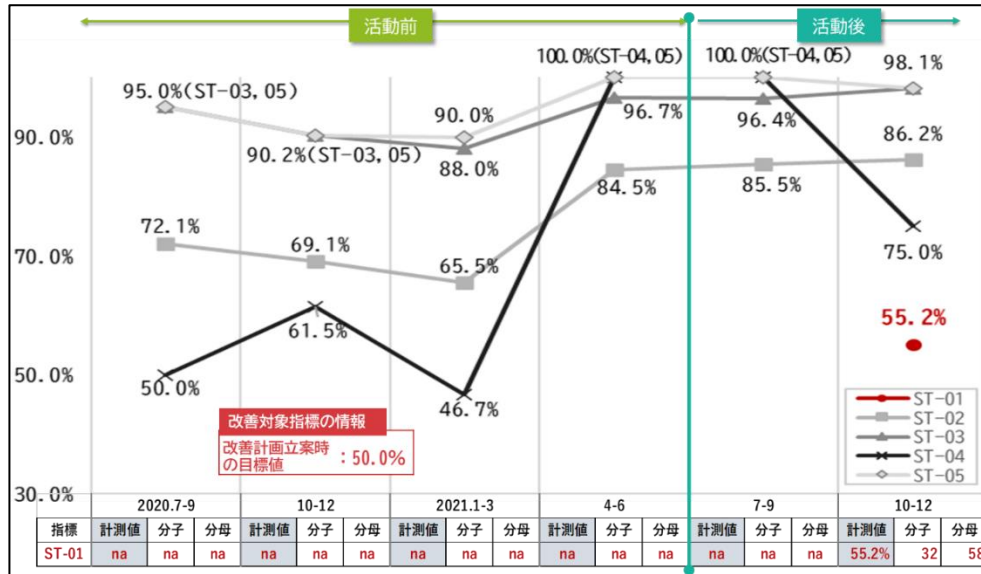


⑤ E 病院

ア. 改善対象の指標

ST-01 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

イ. 指標計測値の推移 (na: 測定対象がない場合や計測困難な場合)

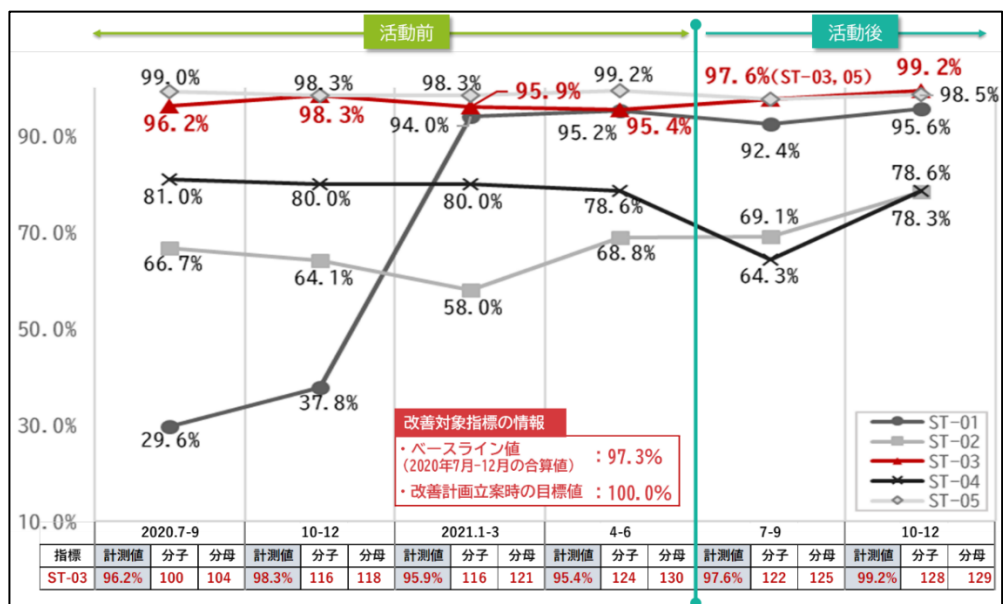


⑥ F 病院

ア. 改善対象の指標

ST-03 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

イ. 指標計測値の推移

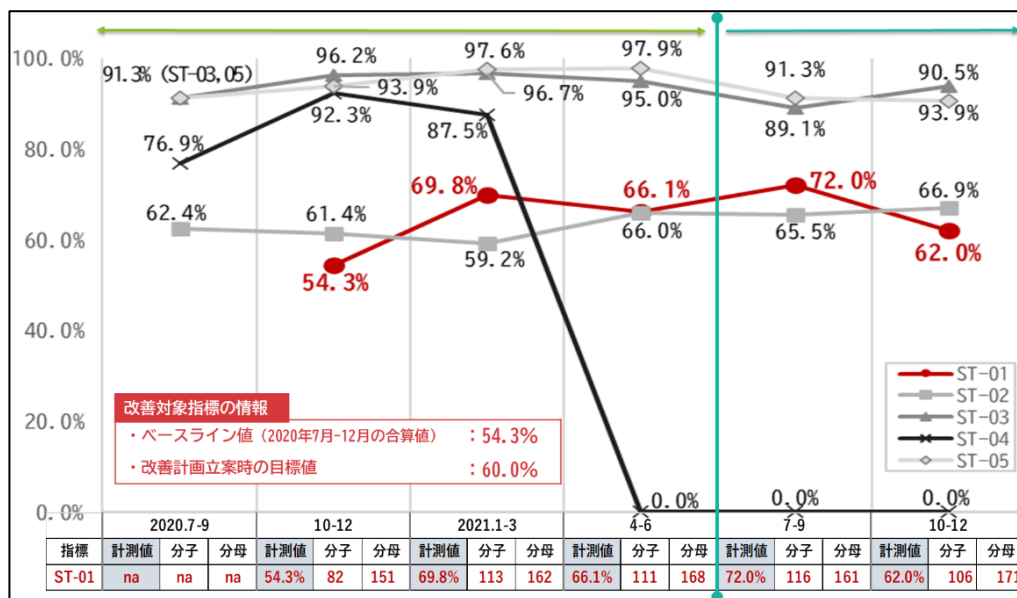


⑦ G 病院

ア. 改善対象の指標

ST-01 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

イ. 指標計測値の推移 (na : 測定対象がない場合や計測困難な場合)



(2) 糖尿病 …7 病院

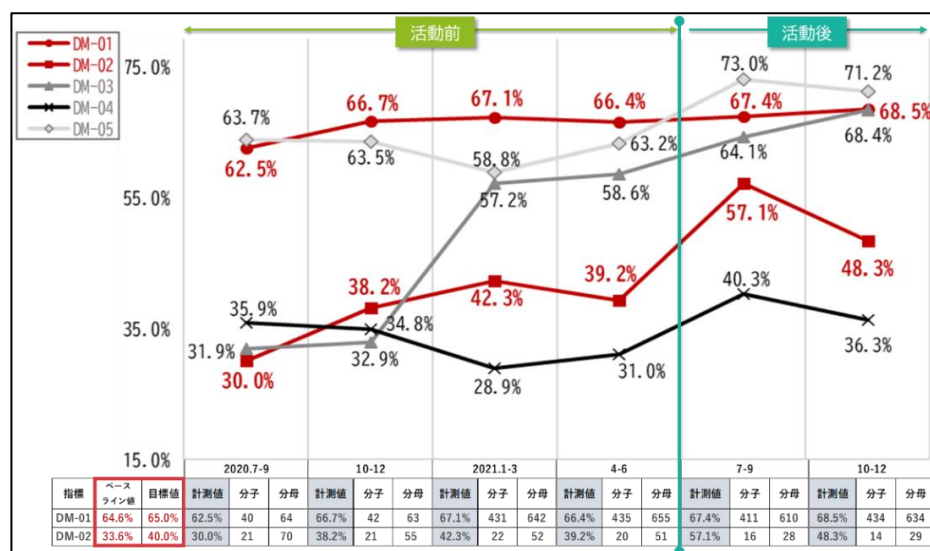
① A 病院

ア. 改善対象の指標

DM-01 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

DM-02 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

イ. 指標計測値の推移



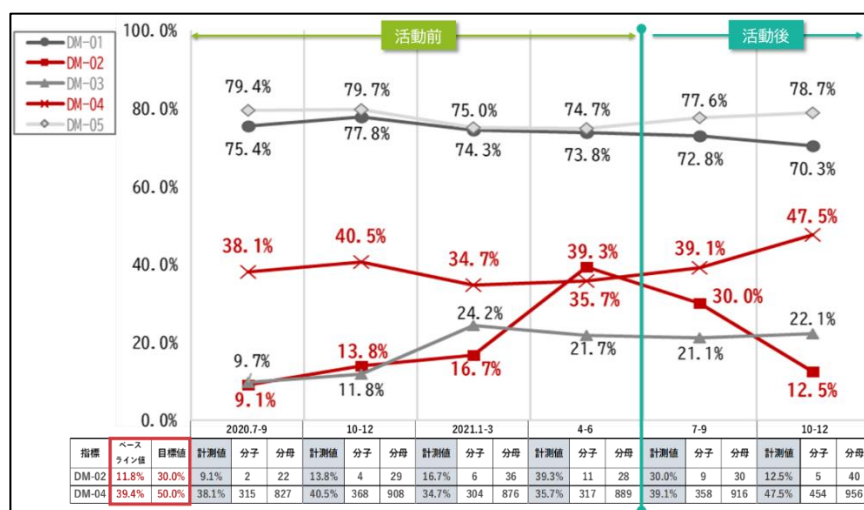
② B 病院

ア. 改善対象の指標

DM-02 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

DM-04 糖尿病の治療薬が処方されている 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

イ. 指標計測値の推移



③ C 病院

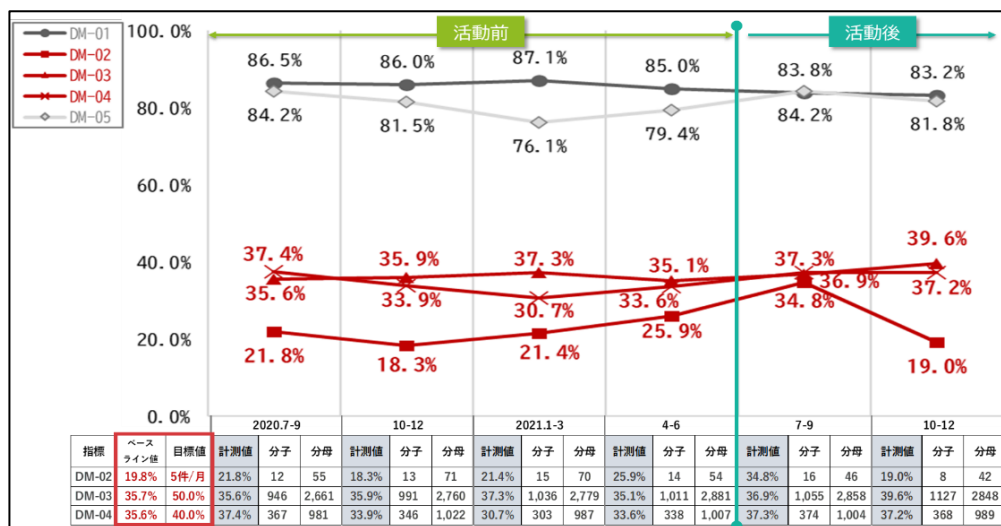
ア. 改善対象の指標

DM-02 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

DM-03 外来糖尿病患者に対する腎症管理率

DM-04 糖尿病の治療薬が処方されている 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

イ. 指標計測値の推移



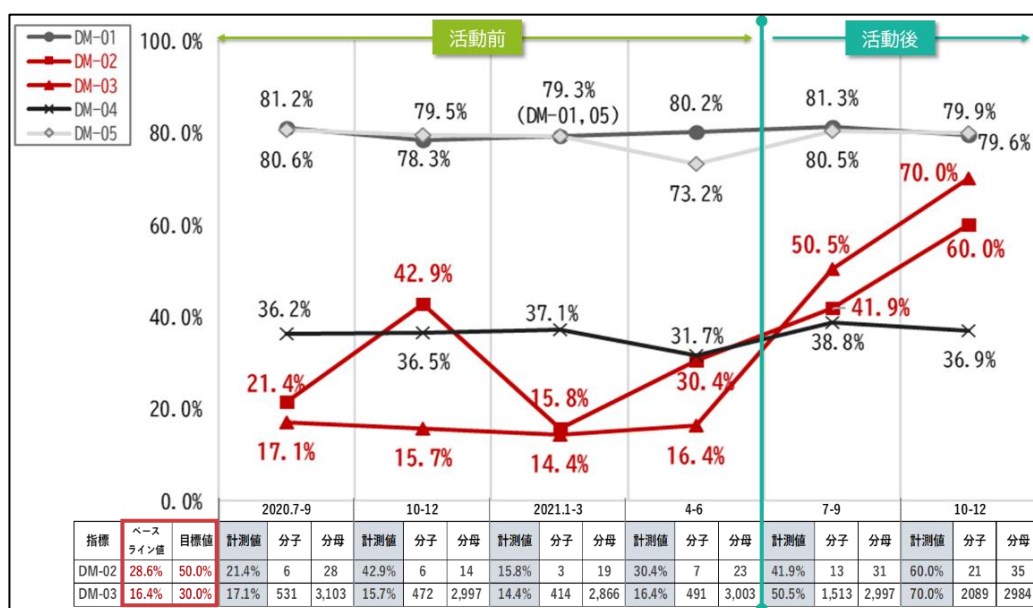
④ D 病院

ア. 改善対象の指標

DM-02 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

DM-03 外来糖尿病患者に対する腎症管理率

イ. 指標計測値の推移



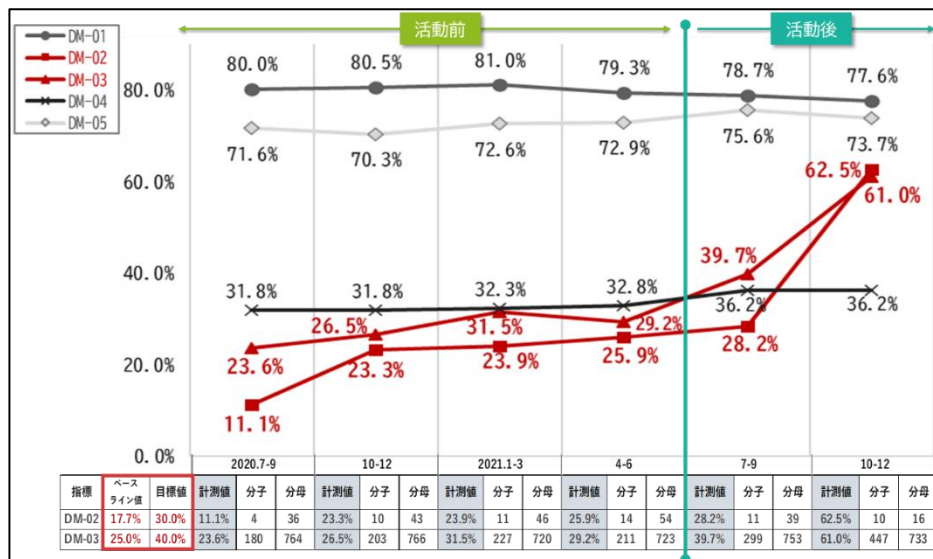
⑤ E 病院

ア. 改善対象の指標

DM-02 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

DM-03 外来糖尿病患者に対する腎症管理率

イ. 指標計測値の推移

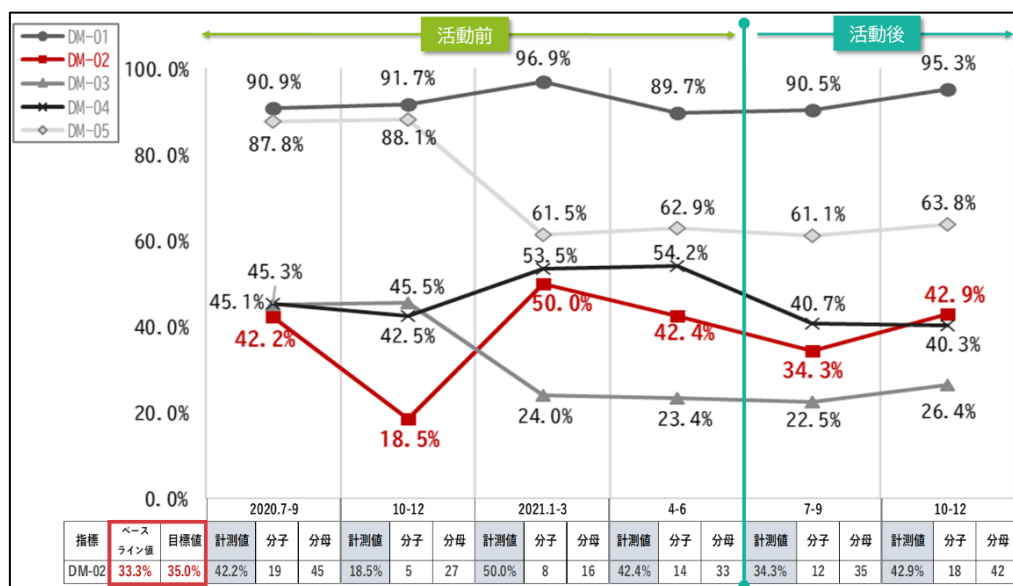


⑥ F 病院

ア. 改善対象の指標

DM-02 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

イ. 指標計測値の推移



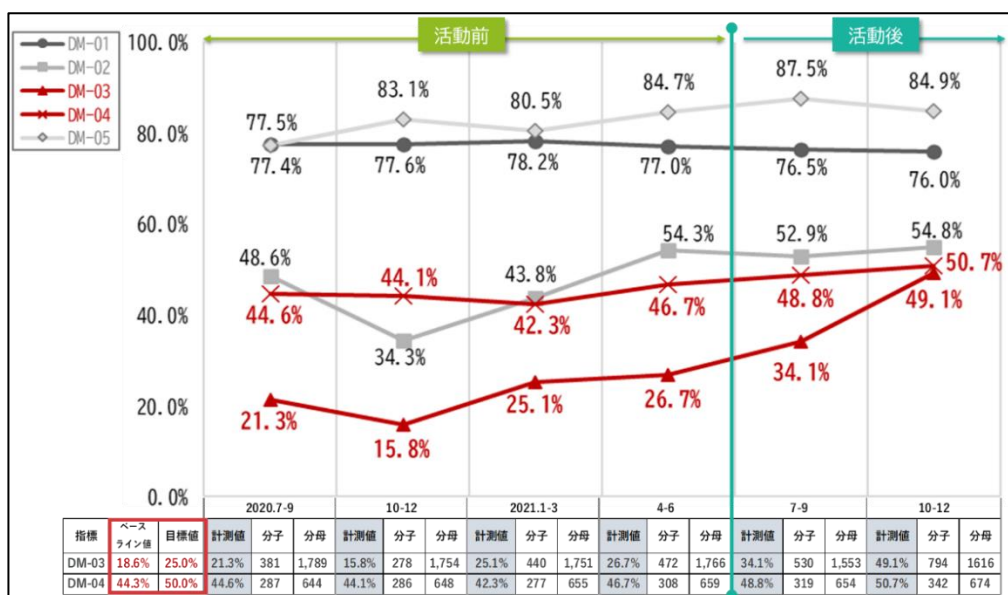
⑦ G 病院

ア. 改善対象の指標

DM-03 外来糖尿病患者に対する腎症管理率

DM-04 糖尿病の治療薬が処方されている 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

イ. 指標計測値の推移



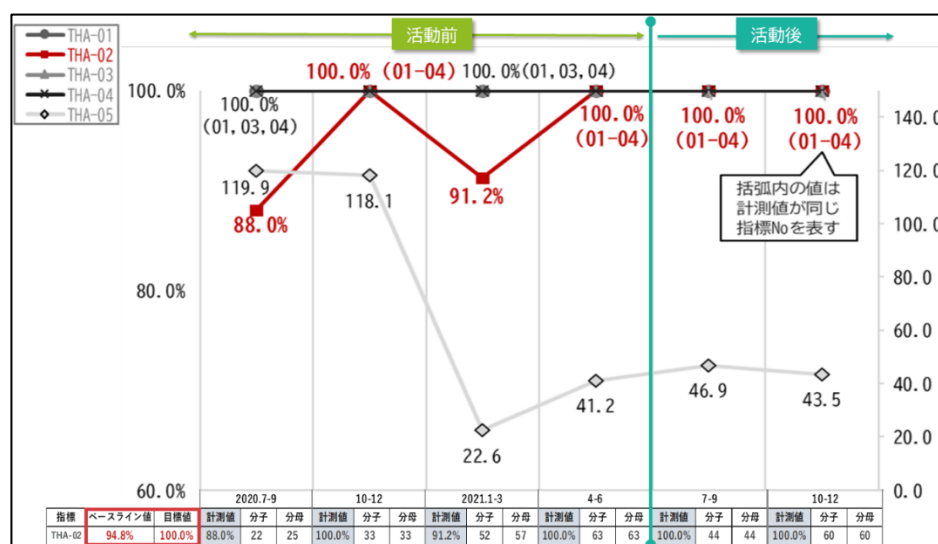
(3) THA・BHA …7 病院

① A 病院

ア. 改善対象の指標

THA-02 人工股関節全置換術または人工骨頭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

イ. 指標計測値の推移



② B 病院

ア. 改善対象の指標

THA-04 人工股関節全置換術または人工骨頭置換術施行患者に対する抗菌薬 3 日以内の中止率
THA-05 人工股関節全置換術または人工骨頭置換術施行患者に対する術後平均在院日数

イ. 指標計測値の推移



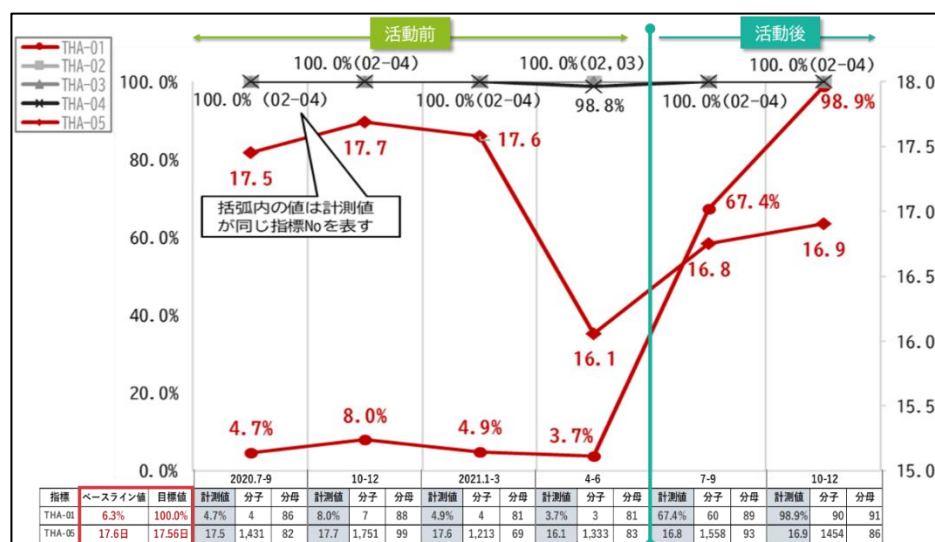
③ C 病院

ア. 改善対象の指標

THA-01 人工股関節全置換術または人工骨頭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

THA-05 人工股関節全置換術または人工骨頭置換術施行患者に対する術後平均在院日数

イ. 指標計測値の推移



④ D 病院

ア. 改善対象の指標

THA-04 人工股関節全置換術または人工骨頭置換術施行患者に対する抗菌薬 3 日以内の中止率

THA-05 人工股関節全置換術または人工骨頭置換術施行患者に対する術後平均在院日数

イ. 指標計測値の推移

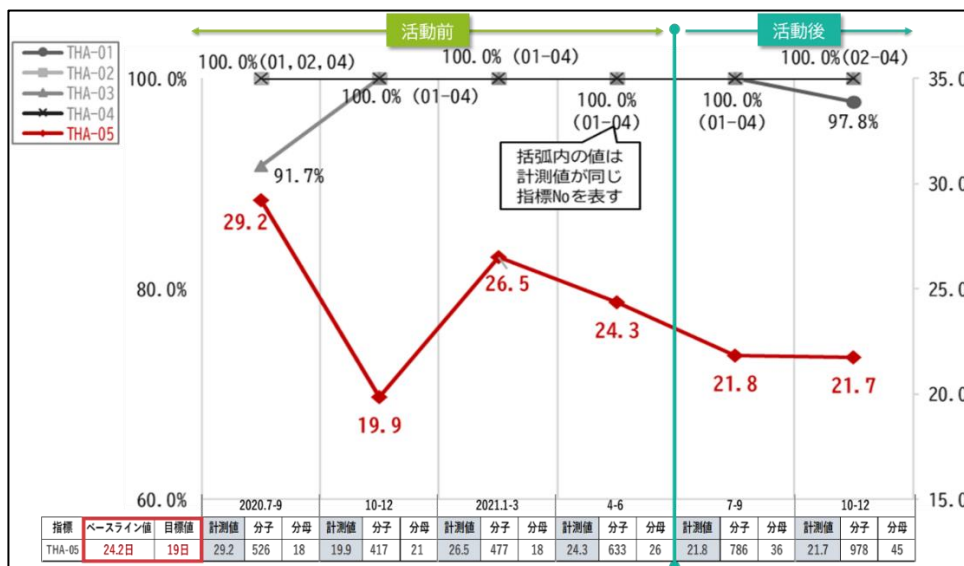


⑤ E 病院

ア. 改善対象の指標

THA-05 人工股関節全置換術または人工骨頭置換術施行患者に対する術後平均在院日数

イ. 指標計測値の推移



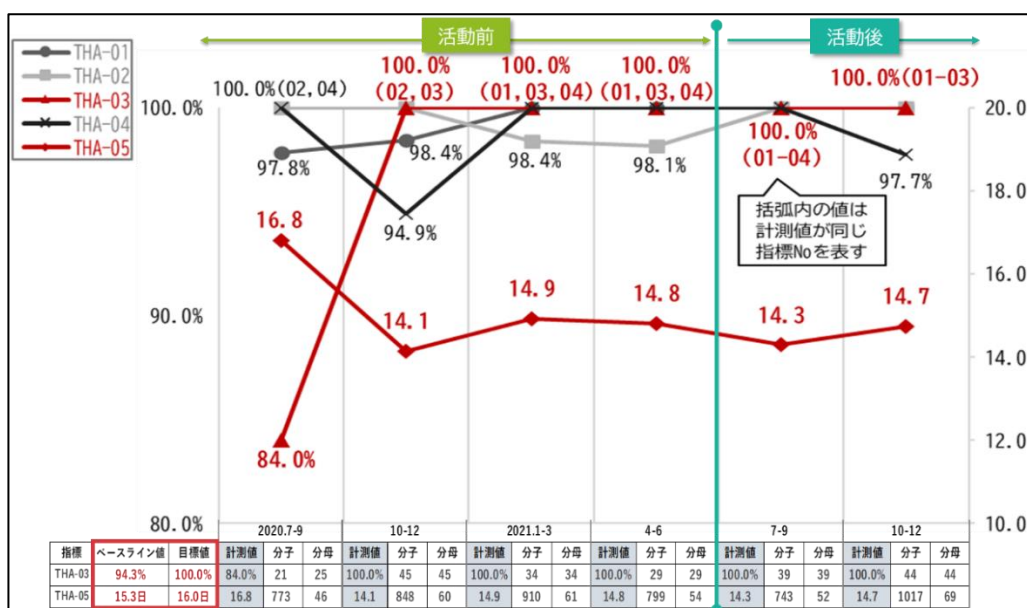
⑥ F 病院

ア. 改善対象の指標

THA-03 人工股関節全置換術または人工骨頭置換術施行患者に対する術後4日以内の
のリハビリテーション開始率

THA-05 人工股関節全置換術または人工骨頭置換術施行患者に対する術後平均在院日数

イ. 指標計測値の推移



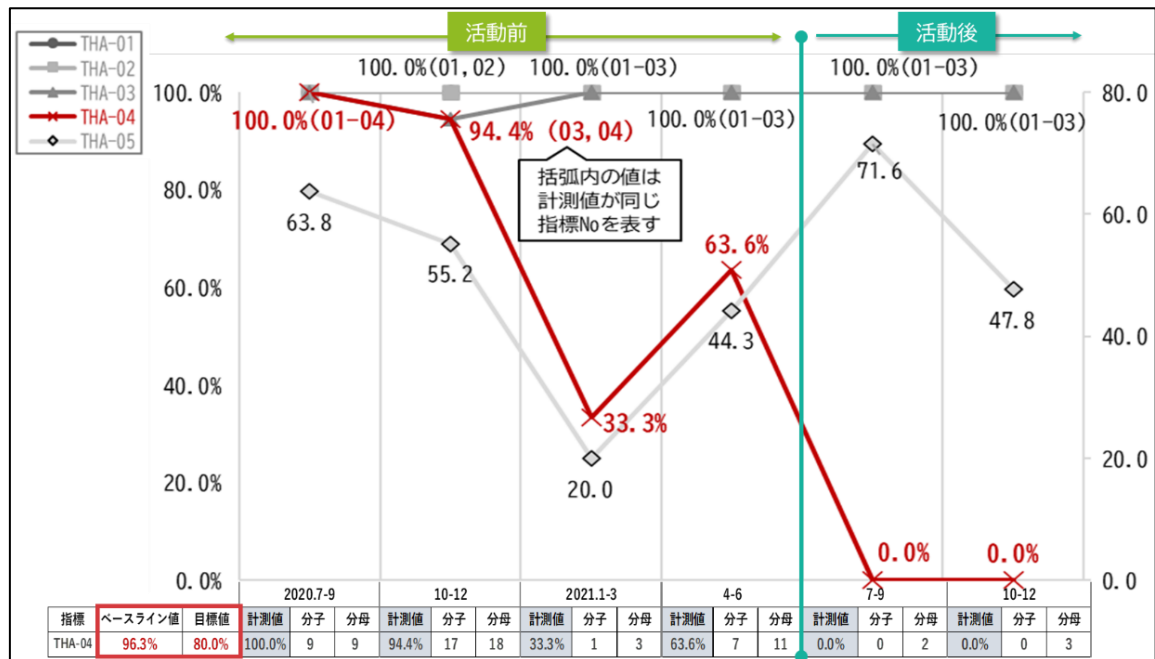
⑦ G 病院

ア. 改善対象の指標

THA-03 人工股関節全置換術または人工骨頭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

THA-05 人工股関節全置換術または人工骨頭置換術施行患者に対する術後平均在院日数

イ. 指標計測値の推移



2.1.2 協力病院にみられた変化

パイロットへの参加を機に、協力病院の体制や活動などにどのような変化がみられたか、病院管理者と現場の改善チームの2つの軸で評価する。

1) 評価方法

(1) 病院管理者にみられた変化

医療の質指標を活用した改善活動が院内の文化として醸成されるためには、病院管理者の理解やリーダーシップが重要と考えられる。

そのため、以下の方法で、パイロットへの参加を機に病院管理者にみられた変化を評価した。

① 最終報告会において、病院管理者から発表された内容を整理する。

本報告会では、パイロットの感想・気づき、自院における今後の改善活動の展開、および改善活動を院内に根付かせるうえで生じる課題・障壁について発表いただいた。

② 最終報告会後のアンケートの結果をまとめる。

パイロット開始前に実施した事前アンケートでは、病院管理者に対しパイロットの参加動機を尋ねた。最終報告会後のアンケート（参考資料4）では、その参加動機がパイロットを通して達成されたか否かを尋ねた。

(2) 改善チームにみられた変化

① 最終報告会において、改善チームから発表された内容を整理する。

本報告会では、今回の改善活動を機に日々の診療・ケアにみられた変化について、体制面・活動面・その他（意識変容など）の視点から発表いただいた。

② コンピテンシーによる評価 **加筆修正中**

- 各協力病院の改善チームメンバーを対象におこなった、各コンピテンシー（「**できる」）に対する自己評価の結果を用いる。ここでは、パイロット開始前と最終報告会後における自己評価の結果¹を比較した。
- ○病院○名の自己評価の結果を比較対象²とした。
- 「全く当てはまらない」、「あまり当てはまらない」を合わせた回答を以下「ネガティブ回答」とし、「非常に当てはまる」、「やや当てはまる」を合わせた回答を以下「ポジティブ回答」とする。

2) 評価結果

(1) 病院管理者にみられた変化

① 最終報告会における発表内容

- 最終報告会では、パイロットへの参加を機に「当院の状況の確認と他院との比較検

¹ 自己評価は、キックオフセミナー前、キックオフセミナー後、中間報告会後、最終報告会後の計4回実施した。評価は「非常に当てはまる」～「全く当てはまらない」の5件法とした。

² 自己評価をおこなった4つの時期で比較可能なデータのみを比較対象とした。

討をすることで、他の診療内容についても見直す契機となった」、「適切な指標を用いれば、組織的な業務改善に取り組むことができることがわかった」、「DPC や算定上の見落としを数多く見いだすことができ、経営面でも有益であることがわかった」といったポジティブなコメントが多く寄せられた。

- 自院における今後の改善活動に対しては、3 テーマ共通して、他疾患・他部門への改善活動の推進が掲げられた。その具体的な手段として、質改善に関する委員会の立ち上げ、院内への周知、好事例の院内発表などが挙げられた。
- 一方で、院内で改善活動を広げるにあたっては、日常業務との両立、活動の継続性の担保、多職種が集まる機会の調整などが課題として挙げられた。
- これらの課題を解消する方法として、QI を身近なものと捉えられるような仕掛け、現場との良好なコミュニケーション、質改善の取組に対するインセンティブやスタッフのモチベーションを維持・向上させる施策の考案などが挙げられた。また、改善活動を文化として醸成させるには、トップダウンとボトムアップの両方が必要であるというコメントもあった。

② 最終報告会後のアンケートの結果 **加筆修正中**

- パイロットの参加動機については、回答者〇名中〇名（〇％）の病院管理者が「参加動機を達成できた」と回答した（以下表）。その理由として、「～」や「～」などが挙げられた。

(2) 改善チームにみられた変化

① 最終報告会における発表内容

- 日々の診療・ケアにみられた変化について、体制面・活動面・その他（意識変容など）の視点からまとめた結果は、以下表のとおりである。

表 13 日々の診療・ケアにみられた変化

	変化の内容
体制面における変化	● 指標の計測などで事務との連携が図ることができた。 ● ワークフローの見直しに伴い、各ポイントでの担当と責任の所在が明確化した。 ● 業務を見直し、スタッフ配置を再編した。 ● 体制の変更により看護師、管理栄養士の活動の場が増えた。 ● 多職種からなる委員会を月 1 回開催し、改善活動について検討できた。 ● 特定の職種、課の負荷増大

	変化の内容
活動面における変化	● スタッフへ、アウトカム、バリエーションなどクリニカルパスの勉強会を行い、パスを使用、入力できるようになった。 ● カルテ内容をチェック項目式にするなど仕組みを改善でき、それに伴い業務も簡素化できた。 ● 診療情報管理士が加わることで、データの細分化を行ってくれるようになった。さらに医師補助者が加わることで、そのデータを主治医に報告し透析予防指導を依頼する流れができた。
その他の変化	● 他部門に対する理解が深まった/他部門との連携が円滑になった。 ● 情報共有することで風通しの良い関係を築く事が出来た。 ● 全体的に「言われたからやっていた」という意識から、「自分らがやらなくてはダメなんだ」という前向きの意識に変化があったように感じる。 ● 他に改善できるところはないか、ということに目が向くようになった。 ● 物事を進めていく際、PDCA サイクルを回しながら継続的な改善を目指していく思考が少しずつできるようになった。 ● 自分たちの意見を伝える際は、データによる裏づけ・評価があれば相手に伝わりやすいことが分かった。

② コンピテンシーによる評価 **加筆修正中**

- すべての項目が、ポジティブ回答に移行した。特に「～」「～」は…詳細は、「2.3 教育・研修プログラムの評価」「2.4 改善活動中の支援の評価」で触れる。

2.1.3 パイロットにおいて発生した業務負荷

本項では、パイロットに関する業務により発生した負荷について示す。

1) 評価方法

2022年1月7日から2月10日にかけて、各協力病院の改善チームメンバーの代表1名を対象に実施したアンケート(参考資料5)の結果をまとめる。アンケートでは、パイロットに関する業務により、時間外勤務が発生したかを伺った。

2) 評価結果

- 回答病院数は、21病院中21病院であった(回答率100.0%)。
- そのうち、71.4%(15病院)の病院が「パイロットに関する業務により、時間外勤務が発生した」と回答した。
- 上記15病院の中で、具体的に時間外勤務が発生したパイロット関連の業務については、以下表のとおり。全体では、「計測」において時間外勤務が発生した病院が10病院(66.7%)あった。特に糖尿病においては、6病院中5病院(83.3%)からの回答があった。
- その他、時間外勤務が発生した業務として、「発表資料等の準備・考察」や「事前学習(e-learning)」などが挙げられた。

表 14 時間外勤務が発生したパイロット関連の業務 【重複あり】

テーマ 業務	脳卒中（脳梗塞） 対象数＝5		糖尿病 対象数＝6		THA・BHA 対象数＝4		全体 対象数＝15	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
指標の計測	3	60.0%	5	83.3%	2	50.0%	10	66.7%
改善計画の遂行	1	20.0%	3	50.0%	0	0.0%	4	26.7%
改善チームミーティング	2	40.0%	2	33.3%	1	25.0%	5	33.3%
その他	1	20.0%	2	33.3%	3	75.0%	6	40.0%

2.1.4 考察

- テーマ問わず、各協力病院において改善活動の対象とした指標については、活動前と比較して計測値の向上がみられた。
- 病院管理者にも改善チームにも、パイロットへの参加を機に、改善活動に対する前向きな変化がみられた。病院管理者には、今回の改善活動を他部門・他部署に広げようとする姿勢が見受けられた。その際に生じうる課題にも何らかの策が検討されている病院が多くあった。現場の改善チームにおいては、多職種で活動を行ったことで風通しの良い関係性を築けた病院が多いように見受けられた。
- 業務負荷の面では、パイロットに関する業務の中でも特に「計測」に関して時間外勤務が発生した病院が一定数あった。各病院のリソースに起因するところも大きいと思われるが、本事業として、指標を設定する際の配慮や、指標計測の負担を軽減するためのサポートは今後必要と考えられる。

2.2 パイロット適用指標の評価について

本項では、パイロット適用指標について評価する。今回、1つのテーマに対し5つの指標を設定した。(第1章 表3参照)

2.2.1 では、指標の選定や計測の側面から、パイロット適用指標の評価を行った。具体的には、「指標の計測対象は改善課題／臨床課題として重要であったか」、「量的な値に変換できたか（計測できたか）」の2つの視点から評価した。

2.2.2 では、改善活動の側面から、パイロット適用指標の評価を行った。改善活動の実行にあたっては、各病院が自院の診療・ケアの課題に関連する指標を選択したため、評価対象は15指標すべてではないが、選択した指標が改善に役立つ指標であったかを評価した。

2.2.1 指標設定・計測の側面からみたパイロット適用指標の評価

1) 評価方法

パイロット適用指標を指標設定・計測の側面から評価するために2つの検証課題を設定し、各指標の関連情報（診療ガイドラインの推奨、参照値、採用団体数など）およびパイロット協力病院からの意見・疑義、アンケート、部会からの意見等をふまえ、評価・考察を行った。

検証課題① テーマにおいて診療・ケアの向上につながる課題を捉えた指標であったか
検証課題② 可視化できたか（計測できたか）

2) 評価結果

検証課題①：テーマにおいて診療・ケアの向上につながる課題を捉えた指標であったか

- パイロット適用指標は、「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・ケアの向上につながると思われる指標」と定義し、4つの視点(a.改善の余地が大きい/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)から選定した。
- 協力病院からは、「臨床現場で重要な指標であったか」というアンケートに対し、「非常にそう思う」「そう思う」と回答した病院が「脳卒中（脳梗塞）」「THA/BHA」では8割以上であったが、「糖尿病」では約6割にとどまった。
- また、協力病院などより、パイロット適用指標の意義や適切性、指標の特性等に関する以下の意見・疑義が寄せられた。またアンケート回答が「あまり重要とは思わない」という理由も同様であった。

(1) 指標の意義・適切性について

- 指標の意義・適切性に対して「必ずしも重要課題を捉えていないのではないか」「ほかに可視化すべき重要な臨床課題があるのではないか」「すでに十分に実施率が高く、改善の余地が乏しい指標があるのではないか」という意見・疑義があった。
- パイロット適用指標は、協力団体が運用する既存指標から選定していることから、各

指標についてはエビデンスまたは専門家の合意のもとで作成されていることを暗黙の前提とし選定した。しかし、協力病院から上述のような意見・疑義があったということは、当該指標を初めて使用する病院にとっては、指標の意義や適切性が必ずしも読み取れなかった可能性がある。

- また、臨床課題として重要な領域であっても既存指標がなければ選定できないので、重要な課題が欠落しているとの指摘があったと考えられる。

(2) 指標の特性等について

- 指標の特性については、「患者構成や季節変動など、改善活動ではコントロールできない要因の影響を受ける指標がある」「計測期間とデータ提出タイミングが適切でなく、値が過小評価される指標がある」との指摘があった。
- パイロット適用指標選定時には、協力団体に特に条件を設けずに運用されていることから、医療の質以外の要因の影響に関しては論点には挙げていない。また、全指標共通に計測期間を設定したが、個別に計測期間を検討する必要性が指摘された。

検証課題②：可視化できたか（計測できたか）

- 質指標の役割は質を量的な値に変換することであるが、今回選定したパイロット適用指標はすでに協力団体に運用されている指標であることから、計測に関して大きな問題はないと想定していた。また、パイロット協力病院から3か月毎に提出されるモニタリングシートでは、すべての指標において分子・分母の値が算出されており、計測できていることが確認できた。
- 一方、実際の計測における個別具体的な意見・疑義があった。内容を大別すると「(1) 指標定義について」「(2) 計測手順について」「(3) 計測の体制について」に分けられた。

(1) 指標定義について

- 指標定義に関する意見として「定義の内容が臨床現場の実態と合わないのではないか」「指標相互間の関連が考慮されていない」「同じテーマの指標間で分母が違う」という意見があった。
- 指標定義の内容は協力団体での定義をそのまま使用しているが、初めて当該指標を計測する病院にとっては、指標定義の理解が必ずしも十分でない場合があることが想定される。定義に記述されていない例外事項が発生した場合は、疑義に随時回答する必要があった。また、同じテーマの指標であっても参照元の協力団体における分母の定義などが異なっているため、選定された指標間の関連性や分母対象の相違が生じた。

(2) 計測手順について

- データソースとして電子レセプトデータを指定した指標に対して、データの扱い方がわからないため、DPC データで算出した病院があった。また2種類のコードを扱う場合で、コード表が1種類のコード範囲のみを指定する方式の場合、もう1つのコードを検索するための手間がかかったという指摘があった。

(3) 計測の体制について

- 計測に関連して「データ処理に長い時間を要した」「情報システムや専門人材の確保が必要」との意見があった。

2.2.2 改善活動面からみたパイロット適用指標の評価

1) 評価方法

- 2022年1月7日から2月10日にかけて、各協力病院の改善チームメンバーの代表1名を対象に実施したアンケートの結果をまとめる。

＜設問＞

(1) 改善対象とした指標は、担当テーマの診療・ケアの改善に役立ちましたか。

(2) (1)のように評価した理由を教えてください。

2) 評価結果

- 回答病院数は、21病院中21病院であった（回答率100.0%）。
- テーマごとの評価結果は表-付-3のとおりである。
- 上記設問(1)について、選択した指標に対し「非常にそう思う」、「そう思う」と回答した病院がほとんどであった。
- 選択した指標を用いて改善活動をおこなったことで、目指すべき診療・ケアの方向性の実現に繋がったことを評価理由として記載している病院が多く見受けられた。

2.2.3 考察

検証課題①：「テーマにおいて診療・ケアの向上につながる課題を捉えた指標であったか」

一部の指標について、患者構成等によって値が影響を受けることや、すでに100%実施できていることを理由に重要な指標ではないというアンケートの回答があった。これらの意見を今後の運営に反映する必要がある。その他の指標は趣旨に沿った指標が選定されていたと考えるが、寄せられた意見・疑義を踏まえ、以下の対応を検討する必要性が示唆された。

- テーマにおいて適切な指標であることを示すために、選定の視点をより精緻化するとともに、選定プロセスを明示することが必要である。
- 選ばれた指標が臨床現場のニーズ（課題意識）に沿った指標であるかどうかを考慮できる仕組みが必要である。また、現場のニーズはあるが、既存の指標が存在しない場合は、新たな指標を開発することも視野に入れて検討することが望ましい。
- 多くの病院ですでに実施率が高いなど改善の余地が乏しい、または改善課題としての優先順位が低いと思われる指標については、計測する意義や臨床的な重要性、現場の状況を踏まえた対応を検討する必要がある。
- 患者構成や季節変動などの影響が大きいと想定される指標については、それらを考慮した運用が望ましい。
- 指標の計測期間と計測された値の提出タイミングは、当該指標の特性等を考慮した運用が望ましい。

668
669 **検証課題②：「可視化できたか（計測できたか）」**

670 すべての指標について協力病院より計測値が提出されたため、パイロット適用指標は計
671 測できたと評価できる。しかし、より計測の効率性を高めるために、意見・疑義を踏まえ、
672 以下の点について検討する必要性が示唆された。

- 673 ● 定義に対する意見・疑義は、エビデンスや専門家が広く合意した内容であることを示す
674 など、指標定義の根拠を明確にする必要がある。
- 675 ● 例外事項についての疑義に対する円滑な対応方法・仕組みの構築が必要である。
- 676 ● 同じテーマにおける指標間の関連性について、あり方を検討する必要がある。
- 677 ● 電子レセプトデータは二次利用が困難であり、同様な情報を他のデータソースで代用
678 できないか検討する必要がある。
- 679 ● コード表を用いる場合は、病院がコードを検索する手間をかけずに済む方式が望まし
680 い。
- 681 ● 指標計測の体制が十分でない病院でも継続した活動が可能となるような方法または支
682 援策を検討する必要がある。

2.3 教育・研修プログラムの評価について

本項では、パイロットで設定した教育・研修プログラムについて評価する。

評価の視点として、コンピテンシーを用いた各改善チームメンバーの自己評価の結果や、協力病院および運営側から寄せられた意見を取り入れた。

2.3.1 評価方法

1) コンピテンシーによる評価

- キックオフセミナー前後に、各協力病院の改善チームメンバーを対象におこなった、各コンピテンシー（「**できる」）に対する自己評価の結果をまとめ、その変化を評価する。

2) 協力病院および運営側による評価

- 協力病院による評価は、集合研修後、各協力病院の改善チームメンバーの代表1名を対象に実施したアンケートの結果をまとめる。
- 運営側による評価は、集合研修後におこなった、当日の講師・ファシリテーター（QI活用支援部会員）との振り返り内容および、活用支援部会における部会員からの意見をまとめる。

2.3.2 評価結果

1) コンピテンシーによる評価

- キックオフセミナーに対応するコンピテンシーは以下表のとおりである。e-learningおよび集合研修は、それぞれ15項目のコンピテンシーの能力向上をねらいとして実施した。

表 15 キックオフセミナーに対応する項目

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）	e-learning	集合研修
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	○	○
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	○	○
		⑤分析に必要なデータを適切に収集できる	○	○
	データ分析能力	⑥分析に必要なデータを適切に選択できる	○	○
		⑦データを用いて現状を可視化できる	○	○
	データ読み取り能力	⑧分析結果から問題点を抽出できる	○	○
		⑨目標値の設定ができる	○	○
	コミュニケーション能力	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		○

質改善プロセス	求められる能力 (コンピテンシー)	構成要素（成果）	e-learning	集合研修
改善策立案と実行計画	質改善活動の知識	⑪質改善手法についての知識がある	○	○
	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	○	

- キックオフセミナーに対応する項目について、セミナー前後の自己評価を比較した結果は、以下表のとおりである。
- すべての項目において、ネガティブ回答の割合が減り、ポジティブ回答の割合が増えた。
- 特に、「⑧分析結果から問題点を抽出できる」、「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」、「⑫抽出した問題点が改善活動で解決可能か判断できる」においては、約 48.1%、ポジティブ回答が増加した。
- 集合研修において多職種でのグループワークを通して、自院の診療・ケアや改善チームの現状および課題を分析し、その結果にもとづいて改善計画を立案した体験がこの結果に表れたものとする。
- なお、キックオフセミナーに対応していない項目ではあるが、「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」はポジティブ回答が 57.4%と大幅に増加した。
- 集合研修では、改善計画を立案する際に、改善チーム以外の援助の必要性を評価し、要請する部署等の記載を求めたため、セミナー終了後に他部署に協力を仰ぐイメージがついたことによるものと考えられる。

表 16 キックオフセミナーに対応するコンピテンシー（16 項目）の自己評価結果の変化

構成要素（成果）	ネガティブ回答					「どちらともいえない」の回答					ポジティブ回答				
	セミナー前		セミナー後		増減	セミナー前		セミナー後		増減	セミナー前		セミナー後		増減
	人数	%	人数	%		人数	%	人数	%		人数	%	人数	%	
①質指標についての知識がある	62	57.4%	15	13.9%	-43.5%	23	21.3%	25	23.1%	1.9%	23	21.3%	68	63.0%	41.7%
②質指標を用いた医療の質の評価ができる	71	65.7%	12	11.1%	-54.6%	21	19.4%	41	38.0%	18.5%	16	14.8%	55	50.9%	36.1%
③医療の質の改善が必要な質指標を選択できる	73	67.6%	14	13.0%	-54.6%	22	20.4%	37	34.3%	13.9%	13	12.0%	57	52.8%	40.7%
④病院データの種類とその特徴を理解している	59	54.6%	17	15.7%	-38.9%	19	17.6%	26	24.1%	6.5%	30	27.8%	65	60.2%	32.4%
⑤分析に必要なデータを適切に収集できる	52	48.1%	25	23.1%	-25.0%	32	29.6%	29	26.9%	-2.8%	24	22.2%	54	50.0%	27.8%
⑥分析に必要なデータを適切に選択できる	53	49.1%	21	19.4%	-29.6%	31	28.7%	29	26.9%	-1.9%	24	22.2%	58	53.7%	31.5%
⑦データを用いて現状を可視化できる	48	44.4%	16	14.8%	-29.6%	31	28.7%	30	27.8%	-0.9%	29	26.9%	62	57.4%	30.6%
⑧分析結果から問題点を抽出できる	44	40.7%	8	7.4%	-33.3%	36	33.3%	20	18.5%	-14.8%	28	25.9%	80	74.1%	48.1%
⑨目標値の設定ができる	55	50.9%	14	13.0%	-38.0%	31	28.7%	29	26.9%	-1.9%	22	20.4%	65	60.2%	39.8%
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	39	36.1%	8	7.4%	-28.7%	35	32.4%	14	13.0%	-19.4%	34	31.5%	86	79.6%	48.1%
⑪質改善手法についての知識がある	51	47.2%	13	12.0%	-35.2%	30	27.8%	28	25.9%	-1.9%	27	25.0%	67	62.0%	37.0%
⑫抽出した問題点が改善活動で解決可能か判断できる	44	40.7%	8	7.4%	-33.3%	40	37.0%	25	23.1%	-13.9%	23	21.3%	75	69.4%	48.1%
⑬解決可能な問題点に対して改善策が立案できる	43	39.8%	7	6.5%	-33.3%	31	28.7%	20	18.5%	-10.2%	34	31.5%	81	75.0%	43.5%
⑭改善策の実行スケジュールを立てることができる	42	38.9%	7	6.5%	-32.4%	40	37.0%	33	30.6%	-6.5%	26	24.1%	68	63.0%	38.9%
⑮職種別の具体的な行動目標を立てることができる	47	43.5%	10	9.3%	-34.3%	38	35.2%	28	25.9%	-9.3%	23	21.3%	70	64.8%	43.5%
⑯他部署・他職種が協働して改善策が立案できる	40	37.0%	8	7.4%	-29.6%	32	29.6%	16	14.8%	-14.8%	36	33.3%	84	77.8%	44.4%

2) 協力病院および運営側による評価

(1) e-learning

① 協力病院による評価

- 回答病院数は、23 病院中 21 病院であった（回答率 91.3%）。
- e-learning の長さ（約 30 分のコンテンツ×4 本＝合計 120 分）について、16 病院（76.2%）が「適切」と回答した。なお、プレ研修（※第 2 章で説明）時のアンケートでは、受講者 17 名³のうち約 6 割⁴が「適切」と回答していた。
- e-learning は集合研修の事前学習という位置づけで提供したが、18 病院（85.7%）が集合研修の「参考になった」、「まあまあ参考になった」と回答した。なお、プレ研修時のアンケートでは、受講者 17 名³のうち 70.6%が同様に評価した。
- コンテンツの内容に対しては、「研修の事前準備としては過不足無い内容であったと感じた。」との意見をいただく一方、「内容がコメディカルには高度すぎる。」との指摘もあった。
- コンテンツの要望に対しては、「海外における質改善活動の具体的な実践と成果を知りたい」や「質の改善が地域医療や患者・家族、若手育成にどうかかわるのか知りたい」という意見があった。

表 17 協力病院による e-learning の評価

		脳卒中(脳梗塞) 対象数=7		糖尿病 対象数=8		THA・BHA 対象数=6		全体 対象数=21	
		件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
動画時間	適切	5	71.4%	6	75.0%	5	83.3%	16	76.2%
	長い	2	28.6%	2	25.0%	1	16.7%	5	23.8%
集合研修 への参考 度	参考になった	3	42.9%	5	62.5%	3	50.0%	11	52.4%
	まあまあ参考 になった	3	42.9%	2	25.0%	2	33.3%	7	33.3%
	あまり参考に ならなかった	1	14.3%	1	12.5%	1	16.7%	3	14.3%

② 運営側による評価

- e-learning の内容に対しては、4 つのコンテンツ間で多少情報の重複はあるものの、内容は適切であるとの評価であった。また、受講者のパフォーマンスやモチベーションを維持・向上させるために、多忙な医療者の負担感に配慮する重要性にも触れられた。
- 今回、e-learning の質疑応答は、キックオフセミナー内に設けた。協力病院からの質疑はなかったが、ファシリテーターからは、もし今後質疑があった場合は Q&A 集

³ プレ研修では施設単位で集計しているパイロットとは異なり、個人単位での回答結果である。

⁴ プレ研修ではコンテンツごとの評価であったため、今回は 4 コンテンツの平均値を示す。

を作成し、共有してはどうかとの提案があった。

(2) 集合研修

ここでは、「ア. 集合研修の構成や運用に対する評価」、「イ. 各ワークに対する評価」、「ウ. 病院間の意見交換・情報共有に対する評価」の3つにわけて、それぞれ協力病院および運営側による評価をまとめた。

なお、協力病院からの回答数は、23 病院中 21 病院であった（回答率 91.3%）。

【ア. 集合研修の構成や運用に対する評価】

- プログラムの構成に対しては、良い評価も得られたものの、セミナーの時間に対する課題も挙げられた。また、運用面に対しては、オンライン開催ならではの課題が挙げられた。

表 18 集合研修の構成や運用に対する意見

	協力病院（21 病院）による評価		運営側による評価
	良かった点	課題	
プログラム構成	● 流れが良かった。 ● e-learning で予習してから、集合研修で他病院の動きや値を見たうえでのワークは得るものが多かった。	● <u>研修時間（4 時間）が長い。</u>	● 30 分前倒しできるプログラムに改変してほしい。 ● 病院間で取組および理解度に差があった。 ● 病院が相談できる機会を設けられたら良かった。
オンラインによる運用	● （ブレイクアウトルーム機能を使って）時々ファシリテーターが議論にアドバイスをいただけるシステムは良かった。	● 準備時間も含めて半日程度、会場を確保することが会議室の整備状況や稼働状況によっては難しい。 ● ファシリテーターとコミュニケーションがとりにくい。	● 各病院にディスカッション内容を画面共有してもらえれば、ファシリテーター側もどんな議論がどこまで進んでいるか分かる。
開催要領		● 可能であれば平日の開催が望ましい。 ● 医師のスケジュールを確保するため、セミナーの日程は数か月前に案内してほしい。	● 次回以降、参加職種や人数に一定の条件を設定した方がよい。職種や人数の違いから、モチベーションが低くなってしまった病院もあった。

【イ. 各ワークに対する評価】

- 各ワークのワークシートは、参考資料○のとおりである。集合研修 1 日目は、改善チームの現状や指標計測において必要なデータリソースなどを把握するワークとした。そのうえで、2 日目では、自院の計測値や診療・ケアの課題の現状分析と、それをふまえた改善計画を立案するワークを設けた。

- 各ワークの時間配分について、プレ研修では、受講した3病院すべてが「適切」と回答した。
パイロットにおいては、まず1日目のワークに対して、協力病院の約7割が「適切」と回答した一方、約2割の病院が「短い」と回答した。2日目のワークに対しては、協力病院の約8～9割が「適切」と回答した（表19）。
- 協力病院および運営側によるワーク内容の評価は、表20のとおりである。1日目のワークに対しては、ワークシートに具体例を書くことで受講者の理解がより深まるような意見があった。また、病院機能や職種の違いに配慮したワークの内容および進め方を検討する必要がある。

表19 協力病院による各ワークの時間配分に対する評価

		脳卒中（脳梗塞） 対象数＝7		糖尿病 対象数＝8		THA・BHA 対象数＝6		全体 対象数＝21	
		件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
ワーク①チームの現状分析 （自分たちの強みと弱み）	短い	2	28.6%	3	37.5%	0	0.0%	5	23.8%
	適切	5	71.4%	5	62.5%	5	83.3%	15	71.4%
	長い	0	0.0%	0	0.0%	1	16.7%	1	4.8%
ワーク②指標データ記述の ためのシミュレーション	短い	1	14.3%	3	37.5%	0	0.0%	4	19.0%
	適切	6	85.7%	5	62.5%	5	83.3%	16	76.2%
	長い	0	0.0%	0	0.0%	1	16.7%	1	4.8%
ワーク③指標の測定結果の 評価・分析	短い	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	適切	6	85.7%	8	100.0%	5	83.3%	19	90.5%
	長い	1	14.3%	0	0.0%	1	16.7%	2	9.5%
ワーク④改善計画の立案	短い	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	適切	5	71.4%	8	100.0%	5	83.3%	18	85.7%
	長い	2	28.6%	0	0.0%	1	16.7%	3	14.3%

<時間配分に対する受講者からの声>

- ・ 検討項目数に対してワーク②の時間がややタイトだった。事前打ち合わせが必要である。
- ・ ワーク②では、他病院と指標の算出方法などについて、意見交換できる時間がもっと欲しかった。
- ・ ワーク④は、事前に打ち合わせなどをしているとワークの時間が長めに感じる。

表20 協力病院による各ワークの内容に対する評価

①チームの現状分析（自分たちの強みと弱み）		
協力病院（21病院）による評価		運営側による評価
良かった点	課題	
● 自院の長所、短所を見つめなおす良い機会となった。 ● 他病院の特徴を知ることが出来た。	● 本ワークは事前課題でもよかったのではないかと。 ● ストラクチャーとプロセスの区別がしづらかった。	特記なし

②指標データ記述のためのシミュレーション		
特記なし	● もう少し具体的な例がないと理解しにくかった。 ● 終始データ抽出が困難という話になってしまったため、他職種の意見は全く出なかった。	● 1つの指標に絞ったワークでなくてもいいのではないか。 ● データ資源（DPC やカルテ）の違いによる算出プロセスを考えるワークでは、ついていけない病院も一部あった。
③指標の測定結果の評価・分析		
● 自院の測定値と参考値とのズレとその原因を整理することができた。 ● 講師が他病院の情報を聞き出したため、色々聞く事ができ、とても参考になった。	● データ抽出のための専門家の支援は必要不可欠と思う。 ● 病院によって、診療の方針が様々であるため、選択する指標や目標値も異なるし、一律の評価は難しいと感じた。	特記なし
④改善計画の立案		
● 計画を発表する病院と、その内容に対してコメントする病院があらかじめ指定されていて大変良かった。	● 病院機能に見合った指標であれば、改善計画が立てやすかった。	特記なし

【ウ. 病院間の意見交換・情報共有に対する評価】

- 集合研修における、協力病院間のネットワーク構築に向けた施策として、病院間の意見交換・情報共有の機会を確保できるプログラムとした。しかし、オンライン開催という環境ならではの影響が多少あったことがうかがえる。

表 21 病院間の意見交換・情報共有に対する評価

協力病院（21 病院）による評価	運営側による評価
● 画面越しという環境では、活発な意見の交換を行うには時間が足りないと感じた。 ● オンラインであったからこそ多くの職員が楽に参加することができたことは大変良かった。各病院の意見や質問などを詳しく知り、あとからでもやりとりできる仕組みを考えていただけるとなおありがたい。	● <u>全員が発話できるような仕掛けが必要かもしれない。</u> ● あまり発言していない職種に意見を求めると、結構発言があった。声掛けの工夫をすればよかった。 ● ファシリテーターが介入するこ

協力病院（21 病院）による評価	運営側による評価
● <u>顔が見えず表情がわかりにくかったため、質問するほど打ち解けられなかった。</u>院内で、複数のパソコンから参加可能にすると、顔の表情も分かり他病院とのコミュニケーションがとりやすいと感じた。	となく、病院だけが集まる時間があってもよかった。

2.3.3 考察

- e-learning および集合研修は、ねらいとするコンピテンシーの能力向上に効果があったものと考えられる。
- e-learning の4つのコンテンツは、引き続き改善活動が始める前の基礎知識を身につける教材として扱う。今後本事業をすすめるなかで、4つのコンテンツ以外に、多数の病院にとって必要と考えられる内容が生じた場合は、今回の協力病院からの要望も参考にコンテンツの追加を検討する。
- キックオフセミナーについては、セミナー時間の短縮化および各ワーク時間配分を検討するほか、ワーク内容や進め方は病院機能や職種の違いに配慮する必要がある。また、今後パイロットを事業化するうえでは、安定かつ効率的なセミナー運営を行うために、講師・ファシリテーターを担える人材の拡充やワーク方法の統一なども必要である。

2.4 改善活動中の支援の評価について

本項では、改善活動中の支援について評価する。

2.4.1 では、各種報告会（中間・最終）の評価を行った。コンピテンシーを用いた各改善チームメンバーの自己評価⁵の結果や、協力病院および運営側から寄せられた意見を評価の視点とした。

2.4.2 では、改善活動中のコミュニケーションツールの評価を行った。実際に活用いただいた協力病院からの意見および運営側の意見を主な評価の視点とした。

2.4.3 では、計測結果のフィードバックの評価を行った。実際に活用いただいた協力病院からの意見および運営側の意見を主な評価の視点とした。

これらの評価結果をもとに 2.4.4 で考察を述べる。

2.4.1 各種報告会（中間・最終）の評価

1) 評価方法

① コンピテンシーによる評価

- 中間報告会については、本報告会後に行った自己評価の結果とキックオフセミナー後の評価を比較し、その変化を評価する。
- 最終報告会については、本報告会後に行った自己評価の結果と中間報告会後の評価を比較し、その変化を評価する。

② 協力病院および運営側による評価

- 協力病院による評価は、各報告会後に、各協力病院の改善チームメンバーの代表 1 名を対象に実施したアンケートの結果をまとめる。
- 運営側による評価は、各報告会後におこなった、当日のファシリテーター（QI 活用支援部会員）との振り返り内容および、活用支援部会における部会員からの意見をまとめる。

2) 評価結果

(1) コンピテンシーによる評価

- 各種報告会は、以下表のコンピテンシーの能力向上をねらいとして実施した。

表 22 各種報告会に対応する項目

質改善 ポイント	求められる能力 (コンピテンシー)	構成要素（成果）
医療の質の評価	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

⁵ 自己評価は、キックオフセミナー前、キックオフセミナー後、中間報告会後、最終報告会後の計 4 回実施した。評価は「非常に当てはまる」～「全く当てはまらない」の 5 件法とした。

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)
現状分析と問題 点の整理	データ収集能力	⑤分析に必要なデータを適切に収集できる
	データ分析能力	⑥分析に必要なデータを適切に選択できる ⑦データを用いて現状を可視化できる
	データ読み取り 能力	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	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
改善策立案と実 行計画	質改善活動の知識	⑪質改善手法についての知識がある
	コミュニケーション能力	⑬他部署・他職種間でお互いの行動目標を共有できている
改善活動の評価	改善活動のモニ タリング能力	⑮改善策の実行スケジュールの進捗管理・調整ができる
		⑯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

① 中間報告会について

- キックオフセミナー後と中間報告会後の自己評価の結果を比較して検証した結果は、以下表 23 のとおりである。
- 12 項目のうち 5 項目 (②⑥⑦⑮⑳) において、ポジティブ回答の割合が増えた。
- 実際に質指標を用いた改善活動を計画に沿って進められた経験や、今回の活動を機に関係部署・関係職種に改善活動の内容を周知できた経験が反映されているのではないかと推察する。
- 一方で、「㉑改善活動と成果を病院全体で共有している」については、ポジティブ回答および「どちらともいえない」回答が減少し、ネガティブ回答へスライドした。報告会当日のディスカッションでも、病院全体への周知不足を課題として挙げられていたこととの関連が示唆される。
- なお、ポジティブ回答が減り、「どちらともいえない」回答の割合が増えた 5 項目 (⑤⑧⑩⑪⑬) には、他部署・他職種に関する項目が含まれている。報告会当日の活動報告においても、「業務が特定の個人に偏っている」「職種間の集合が困難」といった声が寄せられており、評価結果との関連が示唆される。

870 表 23 各種報告会に対応するコンピテンシー（12 項目）の自己評価結果の変化（キックオフ後と中間報告会後の比較）

構成要素（成果）	ネガティブ回答					「どちらともいえない」の回答					ポジティブ回答				
	セミナー後		中間報告会後		増減	セミナー後		中間報告会後		増減	セミナー後		中間報告会後		増減
	人数	%	人数	%		人数	%	人数	%		人数	%	人数	%	
②質指標を用いた医療の質の評価ができる	12	11.1%	12	11.1%	0.0%	41	38.0%	33	30.6%	-7.4%	55	50.9%	63	58.3%	7.4%
⑤分析に必要なデータを適切に収集できる	25	23.1%	18	16.7%	-6.5%	29	26.9%	37	34.3%	7.4%	54	50.0%	53	49.1%	-0.9%
⑥分析に必要なデータを適切に選択できる	21	19.4%	7	6.5%	-13.0%	29	26.9%	41	38.0%	11.1%	58	53.7%	60	55.6%	1.9%
⑦データを用いて現状を可視化できる	16	14.8%	7	6.5%	-8.3%	30	27.8%	33	30.6%	2.8%	62	57.4%	68	63.0%	5.6%
⑧分析結果から問題点を抽出できる	8	7.4%	6	5.6%	-1.9%	20	18.5%	28	25.9%	7.4%	80	74.1%	74	68.5%	-5.6%
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	8	7.4%	7	6.5%	-0.9%	14	13.0%	19	17.6%	4.6%	86	79.6%	82	75.9%	-3.7%
⑪質改善手法についての知識がある	13	12.0%	3	2.8%	-9.3%	28	25.9%	40	37.0%	11.1%	67	62.0%	65	60.2%	-1.9%
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	9	8.3%	4	3.7%	-4.6%	12	11.1%	24	22.2%	11.1%	87	80.6%	80	74.1%	-6.5%
⑱改善策の実行スケジュールの進捗管理・調整ができる	12	11.1%	4	3.7%	-7.4%	37	34.3%	43	39.8%	5.6%	59	54.6%	61	56.5%	1.9%
⑲改善経過や成果を可視化できる	9	8.3%	8	7.4%	-0.9%	34	31.5%	35	32.4%	0.9%	65	60.2%	65	60.2%	0.0%
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	12	11.1%	11	10.2%	-0.9%	44	40.7%	37	34.3%	-6.5%	52	48.1%	60	55.6%	7.4%
㉑改善活動と成果を病院全体で共有している	16	14.8%	18	16.7%	1.9%	42	38.9%	41	38.0%	-0.9%	50	46.3%	49	45.4%	-0.9%

871

872 ② 最終報告会について **加筆修正中**

- 873 ● 中間報告会後と最終報告会後の自己評価の結果を比較して検証した結果は、以下の
874 とおりである。

875
876
877 (2) 協力病院による評価

878 ① 中間報告会について

- 879 ● 報告会後に実施したアンケートの回答病院数は、中間報告会に参加した 22 病院中
880 21 病院であった（回答率 95.5%）。
- 881 ● 報告会の内容に対しては、約 9 割の病院が概ね満足しており、また改善活動への参
882 考になったとの評価結果であった（以下表○）。
- 883 ● 印象に残ったこととして、「各病院の取組が多彩で色々な介入方法があった」、「課題
884 となるポイントが各病院で異なるため、新たな視点を持つことができた」などが挙
885 げられた。
- 886 ● 要望として、「指標の数値だけでなく、構造的な因子の違いや背景の違いが指標に与
887 える影響についても議論を深めてはどうか」、「医療の質の改善活動は、現場では認
888 知度は高いものの実際何をすべきか分かっていないため、もっと基礎的な導入が必要
889 な気がする」といった意見があった。

892 表 24 協力病院による中間報告会の評価

		脳卒中(脳梗塞) 対象数=7		糖尿病 対象数=7		THA・BHA 対象数=7		全体 対象数=21	
		件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
セッション①協力病院による進捗報告の満足度	非常に満足	0	0.0%	2	28.6%	2	28.6%	4	19.0%
	やや満足	7	100.0%	4	57.1%	5	71.4%	16	76.2%
	やや不満	0	0.0%	1	14.3%	0	0.0%	1	4.8%
セッション②トークテーマに基づいたディスカッションの満足度	非常に満足	0	0.0%	1	14.3%	2	28.6%	3	14.3%
	やや満足	6	85.7%	5	71.4%	5	71.4%	16	76.2%
	やや不満	1	14.3%	1	14.3%	0	0.0%	2	9.5%
動画時間	適切	6	85.7%	6	85.7%	6	85.7%	18	85.7%
	長い	1	14.3%	1	14.3%	1	14.3%	3	14.3%
今後の改善活動への参考度	参考になった	2	28.6%	2	28.6%	3	42.9%	7	33.3%
	まあまあ参考になった	4	57.1%	4	57.1%	4	57.1%	12	57.1%
	あまり参考にならなかった	1	14.3%	1	14.3%	0	0.0%	2	9.5%
他病院と情報共有を図ることができたか	非常にそう思う	1	14.3%	1	14.3%	1	14.3%	3	14.3%
	ややそう思う	6	85.7%	5	71.4%	6	85.7%	17	81.0%
	全くそう思わない	0	0.0%	1	14.3%	0	0.0%	1	4.8%

893

② 最終報告会について **加筆修正中**

(3) 運営側による評価

① 中間報告会について

- 報告会の目的およびプログラムの構成に特に異論はなかった。ただ、目的に対しては、改善活動のゴールは診療・ケアの質を向上させることであり、指標値の向上ではないことをより強く病院に伝える必要があるとの意見があった。
- プログラムの構成に対しては、改善活動を第三者的に評価し、課題に対して具体的に助言できる立場の人がいるとより満足度が上がるのではないかという意見があった。
- 「セッション①協力病院による進捗報告」に対しては、同じ指標でまとめて改善活動の進捗を報告し、その内容に対するディスカッションを設定したやり方は良かったとの評価であった。
- 「セッション②トークテーマに基づいたディスカッション」に対しては、意見交換を活発にさせる工夫が必要であると評価であった。各テーマ共通の課題をトークテーマに設定したことは良いが、こちらからの投げかけを工夫しないと病院が口火を切って話すことは難しい印象であった。
- 今回はウェブ開催であったことから、外部の本事業関係者に対する配信をおこなったが、このことが協力病院による発言を抑制した可能性が挙げられた。特に、院長などの管理者層との関係性を話題にした際は、あまり活発な意見が交わされなかったため、参加者への一層の配慮が必要である。
- ファシリテーターからは、中間報告会を通して、①今後、組織のリーダーになって改善活動を広げられる可能性、②改善チーム以外から得られる支援・協力の度合いの温度差、③活動内容や計測値の院内周知の有無、④管理者層に気軽に相談できる体制の有無、などを把握したいという要望があった。

② 最終報告会について **加筆修正中**

2.4.2 改善活動中のコミュニケーションツール提供

パイロットでは、改善活動中の支援策のひとつとして協力病院間および病院内でのコミュニケーションツールを設定した（以下表）。これらのツールの有効性について評価する。

表 25 改善活動中のコミュニケーションツール

ツール		ツールの役割
病院間のコミュニケーションツール	・ Microsoft Teams ・ メーリングリスト	協力病院間で改善活動状況の共有や相談をおこなう。
病院内のコミュニケーションツール	モニタリングシート	定期的に計測値の推移や改善活動の振り返り、改善計画の見直しを改善チームでおこなう。

1) 評価方法

病院間および病院内のコミュニケーションツールについては、以下の方法で評価した。

① 協力病院による評価

2022 年 1 月 7 日から 2 月 10 日にかけて、各協力病院の改善チームメンバーの代表 1 名を対象に実施したアンケートの結果をまとめる。

② 運営側による評価

活用支援部会における部会員から寄せられた意見をまとめる。

2) 評価結果

(1) 病院間のコミュニケーションツール

① 協力病院による評価

- 回答病院数は、21 病院中 21 病院であった（回答率 100.0%）。
- 改善活動中に病院間で意見交換や情報共有をおこなう有効な手段として、「Zoom などを使用した定例のオンラインミーティング」を選択した病院が最も多く、15 病院（71.4%）であった。ついで「メーリングリスト」を選択した病院が 11 病院（52.4%）、「掲示板」を選択した病院が 9 病院（42.9%）であった（重複あり）。
- 病院間で意見交換・情報共有するうえでは、事前に診療科、病床数、地域における役割など病院概要に関する情報を望む声が多くあった。また、各病院の質改善活動を行ううえでの体制として、院内での立ち位置や方針、割り振られている仕事の内容などを参考にしたいという病院もあった。

② 運営側による評価

- 活用支援部会員より、改善活動中に病院間で意見交換や情報共有をおこなう意義および手段・方法に対する評価があった。
- 前者に対しては、日々の業務に追われるなかで、各病院が情報交換のために、時間と資源（人材）を投入する意義を明確にする必要があるとの意見があった。
- 具体的には、病院の負担感に配慮しつつ、病院側の課題を解決する専門家と病院との接点の筋（縦のつながり）と、病院間の交流の場（横のつながり）を整理す

る必要性が述べられた。

- 後者（手段・方法）に対しては、実際に Microsoft Teams やメーリングリストが活性化しなかったことを受け、その理由として、誰と何を交換していいのかが病院にとって明確ではなかったため、オンライン上での交流の場を用意しても、聞きたい人に「最短で」アクセスできない問題があったのではないかと、という見解が示された。
- また協力病院と同様、部会員からも定期的なオンラインミーティングの開催がコミュニケーションをとるための望ましい手段のひとつとして挙げられた。

(2) 病院内のコミュニケーションツール

① 協力病院による評価

- 回答病院数は、21 病院中 21 病院であった（回答率 100.0%）。
- モニタリングシートは、改善チーム内で定期的に計測結果や活動内容の進捗を共有し、改善活動を振り返ることを目的としたツールとして提供した。アンケートでは、この目的にあった活用ができたと思うか伺った。
- その結果、20 病院（95.2%）が、「非常にそう思う」、「そう思う」と回答した。
- また上記の目的以外に、院内で開催される会議で報告する際の資料として使用した病院も複数あった。また、「このシートを参考にして、患者指導や医療安全など他の項目についても管理したい」という病院もあった。
- モニタリングシートの内容に対しては、「記入欄が小さく具体的な記入が難しい」という意見があった。
- 活用に対しては、「チームや院内全体の活動として自覚を持って取り組めるよう、各部署にしっかりと仕事を割り振るように記載することを強く推奨して欲しかった」、「メンバーが変わっても継続して取り組める仕組みが必要ではないか」という要望があった。
- また、モニタリングシート以外の改善活動中の支援策としては、「管理者層が興味をもって積極的に参加してもらうよう、アプローチしてもらいたい」、「評価機構から毎月何かしらのアクションがあった方が持続した活動ができる」、「中間報告会后ぐらいに各病院へのアドバイスなどが欲しかった」などの要望があった。

② 運営側による評価

- 病院内のコミュニケーションに対し、運営側からの評価は特になかった。

2.4.3 計測結果のフィードバック

継続的な改善活動を支援するため、運営側では協力病院から定期的に提出されたモニタリングシートに基づき、各計測値の推移をグラフ化して各病院にフィードバックした。これらの支援の有効性について評価する。

1) 評価方法

協力病院による評価として、2022年1月7日から2月10日にかけて、各協力病院の改善チームメンバーの代表1名を対象に実施したアンケートの結果をまとめる。

2) 評価結果

- 回答病院数は、21病院中21病院であった（回答率100.0%）。
- すべての病院が、運営側からの計測結果のフィードバックが、改善活動を進めるうえで「参考になった」、「まあまあ参考になった」と回答した。
- その理由として「数値化することで、改善したことが一目瞭然であるから」、「自院の立ち位置が判明するだけでなく、他院の動向や数値の変化も見て取れたから」、「ネックになっている所やうまくいった点など振り返り、次の行動計画を立てることができたから」などが挙げられた。
- 一方で、病院によって、質改善活動に取り組む勢いが異なるため、そこに配慮したフィードバックの方法が課題ではないか、という意見もあった。

2.4.4 考察 加筆修正中

- 中間報告会については、概ね良い評価が得られた。他病院の進捗状況や課題、解決策が各病院にとって良い刺激になった印象である。運営側としては改善活動に参考となる具体的な情報や助言を提供する仕組みづくりが必要である。
- 最終報告会については・・・
- コンピテンシーについては、中間報告会後の評価では、ネガティブ回答が減ったものの、ポジティブ回答の増に至らない（「どちらともいえない」回答の増加）項目が散見された。これら項目については新たな施策の検討が必要であるかもしれない。また最終報告会後の評価では・・・
- 改善活動中における病院間のコミュニケーションツールについては、今回運用したような「メーリングリスト」や「掲示板」を有効な手段として選択した病院も一定数あったが、実際は、やり取りをする病院が次第に限られ、活性化までに至らなかった。アンケートにもあったように、病院間での情報交換や意見交換には、病院概要や改善活動の体制など、事前にコミュニケーションを取りやすい情報の提供が必要であったと考えられる。
- 計測結果のフィードバックについては、多くの病院にとって有効であったと考えられる。今回は経時的な変化のみならず、ベンチマークの要素も含んでいたことが好評価に影響したと推察される。

第3章 まとめ

パイロットは、「現場に即した改善支援パッケージ開発」「パイロット協力病院間のネットワーク構築」「パイロットを通じた事例収集及び各種検証」「パイロットを発展させた事業化の検討」の4つを主たる目的に実施した。本報告書において、パイロットでの各種取り組みを振り返り、評価した結果、これらの目的は概ね達成されたものと考えられる。

本章では、上記4つの目的のひとつである「パイロットを発展させた事業化の検討」に主眼を置き、各評価を整理するとともに、事業化に向けて詳細な検討が必要な事項を「改善活動をモニタリングする指標」「キックオフセミナー（教育・研修プログラム）」「改善活動中の支援」の3つの軸で取りまとめる。

1) 改善活動をモニタリングする指標

(1) 指標の設定

- パイロット適用指標は、「現場主体の医療の質改善活動を進めるにあたり、診療・ケアの向上につながると思われる指標」として4つの視点から検討し、選定した。今後、全国の医療機関を対象とした事業化にむけて、選定した指標がテーマにおいて適切な指標であることを理解できるよう、指標選定の視点を精緻化するとともに選定プロセスを明示することが必要である。
- 今回はデルファイ法を参考にした方法で指標選定し、おおむね趣旨に沿った指標が選定されたと考える。しかし、指標によっては、患者属性や季節変動の影響が大きく、計測値の妥当性や改善活動の対象として難しいものがあるため、指標の特性を加味した選定ができるよう選定方法において工夫が必要である。
- なお、臨床現場のニーズはあるが、既存の指標にはない場合は、新たな指標を開発することも視野に入れて、今後の事業での扱いを継続して検討していくことが望ましい。

(2) 指標の計測

- 協力団体の運用する定義および計測手順をもとに「計測手順書」を取りまとめたため、同じテーマであっても参照元の団体ごとに計測手順の差異が生じた。今後は、同じテーマの指標間における定義の調整や指標特性に応じた適切な計測期間の設定など、計測者の負担軽減や納得感のある定義にするための対応が必要である。
- 定義に記載されていない例外事項の疑義に対する円滑な対応方法・仕組みの構築や、指標計測の体制が十分でない病院でも継続した活動が可能となるような方法など、今後、全国の病院を対象に広く展開するために、指標計測の運用方法を工夫、検討していく必要がある。

2) キックオフセミナー（教育・研修プログラム）

(1) 実施体制

- パイロットでは、キックオフセミナーを実施し、改善活動の基礎知識の習得、および改善計画の立案まで行った。また、コロナ禍での実施であることを踏まえ、完全オンラインで実施した。
- オンラインでの開催は、院内から参加できることにより、交通費や移動時間など負担感の軽減に有効である反面、協力病院間のコミュニケーションを行う上では、「顔が見えず表情がわかりにくい」「全員が発話できる仕掛けが必要」などの課題が挙げられた。
- また、協力病院に対して、多職種による改善チームを編成しての参加を求めた。特に職種や人数の制限などは設けなかったため、各病院によって多様なチームが編成されたが、運営上の観点から、参加職種や人数に一定の条件を設定した方がよい、との問題提起があった。
- 事業化に向けては、病院の負担感にさらに配慮しつつ、多くの学びが得られ、より充実した改善活動に繋げられるよう、見直しを図っていきたい。

(2) 実施方法

① e-learning

- 改善チームからは概ね好評価をいただいているが、「内容がコメディカルには高度すぎる」との指摘もあった。今後、事業化した際の病院の募集方法によっては、知識・経験ともにばらつきが大きくなることが想定され、それに応じたコンテンツ作成が必要となるかもしれない。
- また、今年度、QI 標準化部会にて、「医療の質指標開発・保守ガイド」をとりまとめ、公開を予定しているため、各コンテンツの内容との整合を確認の上、必要に応じて見直しが必要となる。

② 集合研修

- 集合研修では、全体の時間の短縮化、および各ワーク時間配分の見直しが課題として挙げられている。また、今後、参加病院数に応じて、ワーク内容や進め方に配慮する必要がある。
- また、安定したセミナー運営を行うために、「講師・ファシリテーターを担える人材の拡充」「セミナー運営方法の効率化（ファシリテーションガイドの充実、ワーク方法の統一、など）」なども必要となる。

3) 改善活動中の支援（コミュニケーションツールの活用について）

- 改善活動中に提供した、Teams コミュニケーションツールやメールアドレスのリストは、協力病院側からの要望もあって設定したが、実際は一部の病院のみの使用にとどまり、あまり活用されなかった。
- その要因としては、キックオフセミナーにおいて、病院間で顔の見える関係性が十分に構築できていなかったため、積極的なコミュニケーションが生まれなかったものと考えられる。病院間のネットワーク構築につながる環境整備については、改善活動中

1112 における、他病院とのコミュニケーションの必要性の精査も含め、引き続き検討が必要
1113 である。

1114 ● また、協力病院間の基本情報（病床規模や患者数など）が周知されていなかったこと
1115 も要因としてあげられ、参加病院の情報を事前に収集・共有する仕組みも必要である。

1116

1117 **4) その他（改善活動を進めるうえでの支援・協力の要望）**

1118 ● 中間報告会后に、改善チームへ「改善活動にあたり、関係者からどのような支援・協
1119 力があればよいと思うか」について伺った。

1120 ● 日常の診療を行いながら改善活動を進めるためには、多方面からの支援がないと継続
1121 が難しいことが示唆される。特に、改善活動をモニタリングするための指標の計測の
1122 支援に関する要望が多く挙げられた。

行政への要望

- DPC における F ファイルにすべての医療行為が出力されていれば、医療行為の内容を把握しやすく、計測の手間もあまりかからないため、医療の質向上につながるのではないか。

病院団体への要望

- 他病院(団体)との情報交換を積極的に行えるようにして欲しい。
- 質改善に取り組んでいる、頑張っている病院であることを公表できるとよい。
- 分析のプログラム開発も含め、データ集計を一元化して欲しい。
- 院内共有に必要なアイデア、資材等を紹介して欲しい。
- 行政への働きかけ(質改善の評価体系の構築、国民への啓発)。
- 医療の質の改善活動に向けて、もっと基礎的な導入(研修)が必要である。

院内管理者層への要望

- QI の活用や改善活動の啓発を各部署へ働きかけて欲しい。
- 質改善の部署を設置して欲しい。
- 時間外活動(定例会議)を業務として認めて欲しい。
- 改善には費用がかかるので支援して欲しい。

院内他部署の要望

- 部門内部で医療の質に関する話題性を確保したい。
- QI データを基に質改善に積極的に関わって欲しい。
- 各部署の抱えている問題点の共有が、別の観点から解決につながると思う。
- 今後さらに別テーマを設定し、協力部署を増やしたい。

1123

1124

1125

1126

1127

以上

1128 おわりに

1129 指標を用いて医療の質を計測することは、改善に向けたモチベーションを高めるうえで
1130 有効である。しかし、疾患や領域等、臨床における課題が反映された指標でなければ、その
1131 モチベーションは産出されにくい。また、今回のパイロットのように、複数の指標を選択し
1132 運用する場合は、指標間の相互関係や重複感も考慮しなければ、改善チームの納得感や負担
1133 感に影響を及ぼすだろう。今後、本事業として医療の質指標を取り扱ううえで、十分留意し
1134 たい視点である。

1135 また、医療の質指標を活用した改善活動は、指標の計測値を向上させるだけでなく、診
1136 療・ケアの質を向上させることが主たる目的である。改善活動の結果、他の質の低下につな
1137 がる、というトレードオフの関係ではなく、全体のバランスを考える必要がある。このパイ
1138 ロットでの経験をふまえ、現場が改善活動を通して医療の質の向上につながることを実感
1139 できるような教育・支援体制を引き続き検討していきたい。

1140 以上を踏まえ、本事業は、医療機関の質指標を活用した改善活動の一助となるべく、鋭意
1141 取り組む所存である。

1142 謝辞

1143 準備期間も含めると約2年間、医療の質指標を活用したPDCAサイクルの実装に向けて
1144 進めてきたこのパイロットは、無事に幕を閉じることができました。

1145 パイロットを完遂できましたのは、ひとえに協力病院の皆様の多大なるご協力のおかげ
1146 と深く感謝いたします。新型コロナウイルス感染症拡大による影響で日々の診療も多忙を
1147 極めるなかで改善活動を遂行いただけましたことは、誠に感慨深いものがあります。共に1
1148 年間を過ごさせていただき、我々としては大変多くの学びや気づきがありました。

1149 協力団体の皆様には、病院のご推薦にあたり多々ご検討、ご対応いただきました。ご尽力
1150 に心より御礼申し上げます。

1151 また、パイロットの企画、運営にあたりましては、本事業の協議会委員、QI 活用支援部
1152 会員、QI 標準化部会員の先生方に多大なるご指導ご鞭撻を賜りました。

1153 最後になりましたが、パイロットを進めるにあたり多々ご助言を賜りました厚生労働省
1154 医政局総務課の皆様にも心より御礼申し上げます。本当にありがとうございました。

1157 付録

1158 1. パイロットの流れ

1159 表-付-1 パイロットプログラムとコンピテンシーの対応表

		キックオフセミナー(e-learning)	キックオフセミナー(集合研修)	改善活動 (モニタリングシートの記入、中間・最終報告会の参加)
1. 医療の質の評価	①指標の知識	○	○	
	②指標を用いた質評価	○	○	○
	③指標の選択	○	○	
2. 現状分析と問題点の整理	④病院データの種類と特徴	○	○	
	⑤データ収集	○	○	○
	⑥データ選択	○	○	○
	⑦現状の可視化	○	○	○
	⑧問題点抽出	○	○	○
	⑨目標設定	○	○	
	⑩他部署と議論		○	○
3. 改善策立案と実行計画	⑪質改善手法の知識	○	○	○
	⑫解決可能かの判断	○	○	
	⑬改善策立案	○	○	
	⑭改善計画	○	○	
	⑮職種別の行動目標	○	○	
	⑯他部署協働の改善策立案	○		
	⑰行動目標の共有			○
4. 改善活動の評価	⑱進捗管理・調整			○
	⑲改善経過や成果の可視化			○
	⑳臨床現場へのフィードバック			○
	㉑院内共有			○

1160

1161

1162 表-付-2 パイロット協力病院における改善チームの職種構成

1163 糖尿病

病院名	医師	看護師	薬剤師	診療情報 管理士	事務	管理 栄養士	その他	総計
A 病院	2	5	2		2	1		12
B 病院	2		4	1		1	3	11
C 病院	2	3	1	1		1	2	10
D 病院	1	2	1	1		1		6
E 病院	2	1	1	1	1	3		9
F 病院	2	1	1		1	1	1	7
G 病院	3	8	1		3	2	2	19
総計	15	20	11	5	8	10	8	77

1164

1165 脳卒中（脳梗塞）

病院名	医師	看護師	薬剤師	診療情報 管理士	事務	その他	総計
A 病院		1	1		1		3
B 病院	2	3	1	2		3	11
C 病院	1	2		1		1	5
D 病院	1	1	1	1			4
E 病院	3	2	2	2	1	2	12
F 病院	3	2	1		3	1	10
G 病院	1	1	1	1	1	2	7
総計	11	12	7	7	6	9	52

1166

1167 人工股関節全置換術(THA)または人工骨頭置換術(BHA)

病院名	医師	看護師	薬剤師	診療情報 管理士	事務	その他	総計
A 病院	2	3	1	1	1	0	8
B 病院	3	1			3	1	8
C 病院	1	1		1		1	4
D 病院	1				1	0	2
E 病院	5		2	2		0	9
F 病院	2	1	1	1	1	0	6
G 病院	2	1	1		2	2	8
総計	18	8	5	6	9	4	50

1168

1169

2. パイロットの評価

表-付-3 改善対象とした指標に対する評価結果

【脳卒中】

指標ID	改善対象とした病院数	非常に そう思う	そう思う	主な評価理由
ST-01	4 病院	1 病院	2 病院	パス使用の意識付けになった。
ST-02	0 病院			
ST-03	1 病院	1 病院		休日出勤や代休を組み合わせるリハビリ単位数を維持するためのタスクシェア、タスクシフトを話し合えた。
ST-04	0 病院			
ST-05	3 病院	2 病院	1 病院	- 業務改善、業務フロー改善に繋がった。 - 退院困難な患者の退院支援に対する意識が以前に比べ上がった。

【糖尿病】

指標ID	改善対象とした病院数 ⁶	非常に そう思う	そう思う	あまりそう 思わない	主な評価理由
DM-01	1 病院		1 病院		- 患者の行動などが血糖値にどのように反映するかを見ることができた。 - 患者の理解、納得を得ることができ、医療者側も適切な指導や薬物療法の調整につなげることができた。
DM-02	6 病院	3 病院	2 病院	1 病院	- 初回指導がしっかり行えて生活習慣の改善に有用であった。 - 栄養指導継続マニュアルを作成したことで指導件数が増えた。 - 分母の設定に問題がある。糖尿病診療を目的に来院した患者に限定すれば、指標目標値達成への意欲につながる可能性がある。
DM-03	4 病院	2 病院	2 病院		指標として意識することで、糖尿病腎症の状態の評価ができるようになり、必要な症例に対して、腎重症化予防の指導をすることができた。
DM-04	3 病院	2 病院	1 病院		- 患者様のデータを改善させるために取り組みが必要であることがデータからよく分かった。 - 医師の GL 順守意識が向上して、clinical inertia に流されないようになった。
DM-05	0 病院				

⁶ 1 病院が複数の指標を選択しているため重複がある

指標ID	改善対象とした病院数 ⁶	非常に そう思う	そう思う	あまりそう 思わない	全くそう 思わない	主な評価理由
THA-01	2 病院		1 病院		1 病院	● 改善前は問題点に気付いていなかった。 ● 全症例 1 時間以内の投与の為、当院では不要な指標であった。
THA-02	3 病院		2 病院		1 病院	● 医事算定もれのチェック強化に繋がった。 ● 全症例に実施している為、当院では不要な指標であった。
THA-03	2 病院		1 病院		1 病院	● 土曜日ハビリの実施を推進できた。 ● 全症例が術後 4 日以内にリハを開始している為、当院では不要な指標であった。
THA-04	3 病院	3 病院				● エビデンスに基づかず、漫然と従来通りの医療を実施していたことに気づいた。 ● クリニカルパスの見直しに繋がった。
THA-05	5 病院	1 病院	3 病院	1 病院		● 患者の ADL 回復と満足度のみを優先して、入院期間を設定していたことに気づけた。 ● 入院期間の短縮に取り組んだが、質も担保することが難しいことも認識できた。