

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～

発行日：2022年3月31日

公益財団法人日本医療機能評価機構

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（以下、協力病院という。）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

目次

はじめに	1
第1章 パイロットの流れ	3
第2章 パイロットの評価	16
2.1 協力病院のアウトカム評価.....	16
2.1.1 各協力病院における計測値の推移	16
2.1.2 協力病院の変化	43
2.1.3 パイロットにおいて発生した業務負荷	47
2.1.4 考察.....	47
2.2 パイロット適用指標の評価について	48
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	48
2.2.2 改善活動面からみたパイロット適用指標の評価	50
2.2.3 考察.....	52
2.3 教育・研修プログラムの評価について	53
2.3.1 評価方法	53
2.3.2 評価結果	53
2.3.3 考察.....	59
2.4 改善活動中の支援の評価について	60
2.4.1 各種報告会（中間・最終）の評価	60
2.4.2 改善活動中のコミュニケーションツール提供	63
2.4.3 計測結果のフィードバック	65
2.4.4 考察.....	65
第3章 まとめ	66
おわりに	71
謝辞	71
モデル事業（パイロット） 運営メンバー一覧	72

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(疾患)に焦点を当て、年間(2021年2月から2022年3月)を通じて、表1の流れで実施した。

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 セミナー	e-learningの受講依頼	2月～5月
		集合研修の開催	5月～6月
11	改善活動及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、以下に示す視点から「糖尿病」、「脳卒中(脳梗塞)」、「人工股関節全置換術(THA)又は人工骨頭置換術(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る指標群(厚生科研 福井班(共通QIセット))や各病院団体の取組を参考に、全国で共通した計測・改善が必要と考えられるテーマとした。
- 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。

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 ※2020年3月2日時点)を表2の3分類で整理した。

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(協力病院の任意で対応)
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

- パイロット適用指標は、デルファイ法※を参考に選定した。なお、適切性評価アンケートは本事業の QI 標準化部会及び QI 活用支援部会の部会員（計 13 名）で実施し、アンケート結果をもとに QI 標準化部会で合議を行い決定した。

※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）。
- 各指標は、協力団体が定義する計測手順を参考に、計測手順書を作成した。

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
		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（ワルファリン、ヘパリンを除く）を施行された患者の割合	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
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、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 項目で整理を行った（表 4）。
- 本コンピテンシーの能力向上を目的に、各プログラムの検討を行った（表 5）。

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
	医療の質指標の活用能力	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
		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

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)
		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
3.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
		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
4.改善活動の評価	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

表5 パイロットプログラムとコンピテンシーの対応表

コンピテンシー		キックオフセミナー		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)
		e-learning	集合研修	
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			○

	⑩臨床現場へのフィードバック			○
	⑪院内共有			○

4) プレ研修の実施

- パイロットの実施に先駆けて、キックオフセミナーの運用上の課題発見を目的に、試行（プレ研修）を行った。
- プレ研修には表 6 に示す 3 病院に協力をいただき、当日のヒアリングや事後アンケートを通じて意見を収集した。
- 指摘等を踏まえ、プログラムの見直しを行った。

表6 プレ研修 協力病院一覧

参加テーマ	病院名	実施日
脳卒中(脳梗塞)	埼玉協同病院 昭和大学江東豊洲病院	2020 年 11 月 21 日(土)、11 月 27 日(金)
糖尿病	練馬総合病院	

5) 協力病院の募集

- 本事業の協力団体に対し、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
- その結果、合計 23 病院が本パイロットの協力病院として参加することとなった（表 7）。
- 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。

表7 推薦団体及び協力病院一覧

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 倉敷中央病院		社会医療法人行岡医学研究会 行岡病院
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	札幌禎心会病院	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		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) 改善チーム編成の依頼

- 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、表8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。

表8 協力病院における改善チームの職種構成

【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	14	20	11	4	7	10	8	74

【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	管理 栄養士	その他
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

【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	管理 栄養士	その他
A 病院	2	3	1	1	1		8
B 病院	3	1			3	1	8
C 病院	1	1		1		1	4
D 病院	1				1		2
E 病院	5		2	2			9
F 病院	2	1	1	1	1		6
G 病院	2	1	1		2	2	8
総計	16	7	5	5	8	4	50

- 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（ベースライン計測）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 各協力病院における計測値の推移」を参照）
- 9) 事前アンケートの依頼
- 協力病院における質指標の活用状況やパイロット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、「管理者層」という。）を対象にアンケートを行った。
 - 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、5件法による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、質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、実効性のある改善計画の立案及び体制整備を行う「集合研修」で構成した。
- (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9 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、表10の日程及び表11のプログラムで実施した。
- 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。
- 課題解決に向けた意見交換・情報共有を目的に、研修終了後に30分程度、改善チーム間で自由に意見交換できる時間を設けた。

表10 集合研修 実施日

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)

表11 集合研修プログラム・講師

	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	
	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) 改善活動及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3か月ごとの計測値及びその間の改善計画の進捗状況の報告を求めた。報告は、QI活用支援部会が開発したモニタリングシートを使用し提出いただいた（表12）。
- 3か月ごとの計測値は事務局で指標及び病院ごとに、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12 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課題解決に向けた相談等を行うため、Microsoft TeamsTMを用いてチャットやデータの授受ができる環境をテーマごとに構築した。本環境の利活用向上を図るため、各テーマに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、同一テーマを担当する協力病院で、各改善チームメンバーのメールアドレスを共有し、個別にやりとりが行える環境も整備した。
- いずれも協力病院の希望により、任意で活用いただくこととした。

13) 中間報告会の開催

(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、活動中に生じた課題と解決策及び改善活動におけるモチベーションの維持・向上を目的に開催した。

(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報告及び各病院で共通する課題のディスカッションの2部構成とした（表13）。
- 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。
- 課題解決に向けた意見交換・情報共有を目的に、研修終了後に30分程度、改善チーム間で自由に意見交換できる時間を設けた。

表13 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) 最終報告会の開催

(1) 実施の目的

パイロットにおける活動成果の共有及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に開催した。

(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ほか、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（表 14）。
- また、ファシリテーター（QI 活用支援部会 部会員）による講評のほか、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。

表14 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		

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

本章では、パイロットを通して協力病院にみられた変化を量的・質的な視点から評価するとともに、パイロットで提供した各種ツール及び施策を多角的に評価する。具体的には、パイロット適用指標や教育・研修プログラム、改善活動中の支援策について、コンピテンシーの推移や協力病院及び関係者から寄せられた意見を整理し、その結果を考察する。

2.1 協力病院のアウトカム評価

本項では、協力病院の様々な活動実績を基に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、パイロットの参加を機に診療・ケアの体制や活動などにどのような変化がみられたか、管理者層と現場の改善チームの2つの視点で評価する。

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。

最後に2.1.4において、これら評価結果をもとにした考察を述べる。

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

評価は、2020年7月から2021年12月までの計測値を3か月ごとにグラフ化し、経時的な変化及び活動内容の振り返りをもって評価することとした。

- 2020年7月から2020年12月までの計測値は、パイロット開始前のベースライン値（後述）とし、その後の活動の基準とした。また、改善計画を基にした活動は2021年7月以降であるため、それまでの期間（2021年1月から同年6月）は活動準備期間としている。
- 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）全てを対象としたが、改善活動の対象とした指標は、自院の診療・ケアの現状を踏まえた選択としたため、病院によって対象、対応が異なる。

2) 評価結果

各グラフ内に記載する「ベースライン値」及び「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) ベースライン値と最終計測値との比較

- 21病院中18病院において、ベースライン値から改善対象とした指標の計測値が改善された。
- 残り3病院の内訳は、糖尿病が1病院、THAが2病院であった。
- 糖尿病の1病院（DM-02）は、値に大きな変化はなかった。その理由として、期間内に指標の計測対象となる患者が少なかったことを挙げられた。

- THA の 2 病院のうち 1 病院については、計測値が下がる結果となった (THA-04)。その理由として、「指標の計測方法を変更したため (ベースライン値を計測した際は、計測手順書通りの計測ができていなかった)」との報告があった。もう 1 病院 (THA-05) については、他に選択した指標の改善活動を優先的に起こったことを本結果の理由として述べた。

(2) 目標値と最終計測値との比較

- 21 病院中 13 病院において、目標値を達成することができた。
- 残り 8 病院については目標値に届かなかった。ただし、ほとんどの病院においては目標値に近似した値を達成できていた。

以降に、各協力病院の改善対象の指標、計測値の推移、及び改善計画を示す。

(1) 糖尿病 …7 病院

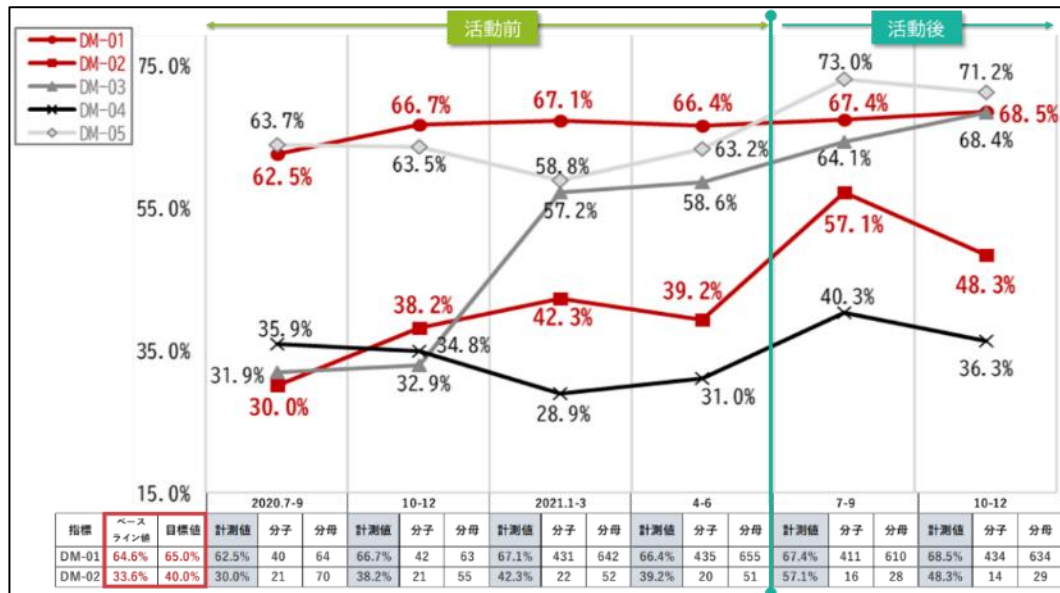
① A 病院

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



	計画内容	進捗管理 部署(者)	チーム以外の援助を 要請する部署等	具体的な行動計画	
				7-9 月	10-12 月
1	初診患者に対し栄養指導の計画を徹底する(患者背景も考慮)	外来担当医師、外来看護師	栄養科 メディカルクラーク	初診時間診票の確認、患者への声かけ徹底を周知する。指示の入力確認。	左記、継続。方法の見直し必要であれば再検討
2	患者の血液データの推移を見ながら、栄養指導対象者のピックアップを行う。	外来担当医師、外来看護師	栄養科	予習時に栄養指導対象となりそうな患者をピックアップし主治医へ報告	左記、継続。方法の見直し必要であれば再検討
3	透析予防指導を実施している患者の栄養指導実施をピックアップする。	外来担当医師、栄養士、外来看護師	メディカルクラーク	透析予防指導時にリストを残し、集計	透析予防指導時にリストを残し、集計
4	糖尿病患者対象に栄養指導を実施していることを周知する。ポスターを作成し外来に貼る。	栄養士、外来看護師	庶務課	ポスターを見て声をかけてきた患者をリストアップ。ポスターの効果を検討。	効果があまりなければ、内容、貼る場所の再検討。
5	週 5 人程度のリブレプロを導入し、食事記録をつける。結果に応じて栄養科から指導する。	外来担当医師、メディカルクラーク	栄養科	週 1 人以上	週 2 人
6	週 5 人程度のリブレプロを導入する。結果に応じて薬剤部から指導する。	外来担当医師、メディカルクラーク	薬剤部	月 1 人以上	月 2 人

	計画内容	進捗管理 部署(者)	チーム以外の援助を 要請する部署等	具体的な行動計画	
				7-9 月	10-12 月
7	在庫管理	看護部、メディカルクラーク	業務課	使用状況の一覧表作成	一覧表の運用開始
8	予約調整(リブレプロ導入・指導)、フロー作成	看護部	メディカルクラーク	集計し、現状を確認 予約調整	フロー作成・運用開始
9	スタッフの教育	常勤医師、外 来看護師	非常勤医師、病棟看護 師、栄養科、薬剤部	外来スタッフの周知	病棟看護師の勉強会 非常勤医師、栄養科、 薬剤師に伝達

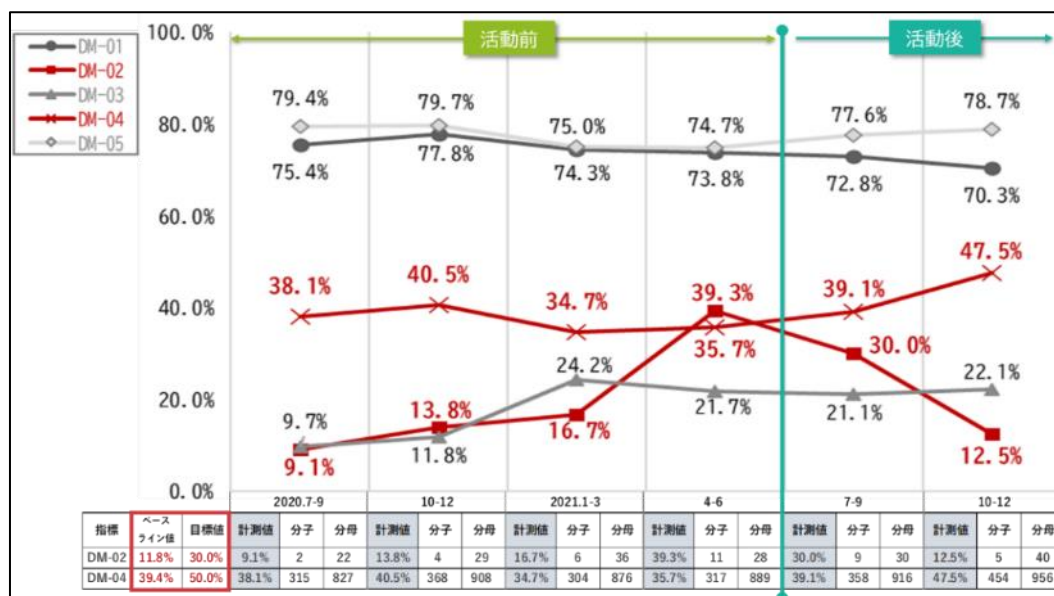
② B 病院

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



	計画内容	進捗管理 部署(者)	チーム以外の援助を 要請する部署等	具体的な行動計画	
				7-9 月	10-12 月
1	月曜午後に糖尿病指導外来を立ち上げ(多職種で患者に係るようにする)指導を行う→午後の空いている診察室を使用する	外来看護	企画情報推進室	- 部屋の確保 - 指導外来の教育プログラム、および受診のフローを決める - 初診の人は指導外来か教育入院の 2 択で選択してもらう - 専門医でない医師の患者に受診を勧める	- 指導外来の使用状況を調査 - 問題の抽出 - 改善策の対応 - 効果確認 →栄養指導の実施率
2	DM 指導のための記録のフォーマットを作成する →DM 患者の最初の評価をするための記録 指導のポイントを整理する(患者の基礎情報評価)	医師	企画情報推進室	フォーマットを決める	- 記録の調査 - 問題の抽出 - 改善策の対応 - 効果確認 →栄養指導の実施率
3	DM 指導経過の記録のフォーマットを作成する →看護師や栄養士が指導した内容の記録の一元化	看護師	企画情報推進室	フォーマットを決める	同上
4	指導料の取り漏れをなくすため、オーダーの実施登録を徹底する	栄養科	医事科	算定と指導件数を照合する	同上

③ C 病院

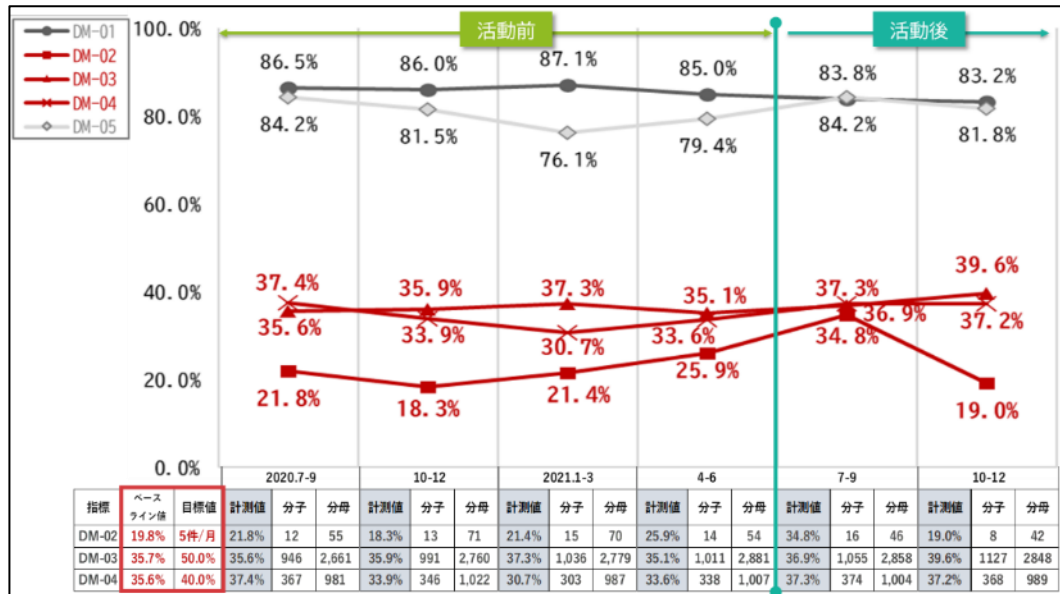
ア. 改善対象の指標

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



	計画内容	進捗管理 部署(者)	チーム以外の援助を 要請する部署等	具体的な行動計画	
				7-9 月	10-12 月
1	【DM-02】 ・初診の栄養指導は必ず行う。→ 医局へ依頼 ・内服治療中初診患者は次の受 診を最低 2 ヶ月とし HbA1c を検 査する。(分母↑)	栄養部・看護 師	医師・院長・内科医師	・ 内科カンファレンス で、院長が内科医 師に依頼する ・ 9 月に 7-9 月の初 診患者が 2 か月毎 に受診しているこ とをチェック(看護 師) ⇒状況を院長に報 告	・ 12 月に 10-12 月の 初診患者が 2 か月 毎に受診しているこ とをチェック(看護 師) ⇒状況を院長に報告
2	【DM-02】 栄養指導依頼の基準を作る(電 話栄養指導も含む)	栄養部	医師 医師補助	・ 基準を作る 食事記録を渡す (初回)→2 回目確 認→理解度、検査 値などで決定 ・ 運用する	運用状況、件数を確 認する
3	【DM-02】 栄養指導を実施する場所・物品 (電カル PC)を確保する	事務所・栄養 部	サーバ室・院長・医師	・ 医師が栄養指導室 とパソコンの申請依 頼提出 ・ 申請が通ればサー バ室に依頼	・ ノートパソコン 1 台 確保済 ・ 指導室は循環器外 来、麻酔科外来の 使用依頼→許可あり

	計画内容	進捗管理 部署(者)	チーム以外の援助を 要請する部署等	具体的な行動計画	
				7-9 月	10-12 月
4	【DM-03】 「腎症管理率向上のためのフローチャート」を作成 ALB/Cr、TP/Cr なしの患者さんに、検査をいれていくシステム作り	看護師・検査部	内科医師	・フローチャートを作成(医師) ・データが抽出次第、フローチャートを活用	・10 月フローチャートの見直し ・11 月に医師補助が ALB/Cr、TP/Cr が入力されているかの評価 ・12 月に医師補助が尿検査あり (ALB/Cr、TP/Cr 検査なし)の評価 ・ALB/Cr、TP/Cr 入っていないければ看護療養相談が主治医に依頼
5	【DM-03】 ・「腎症患者抽出データを透析予防に活用するフローチャート」を作成 ・5 年以内に透析になりそうな患者さんを透析予防にいかしていくシステム作り	看護師	医師、医師補助、栄養部、検査部、診療情報管理士	・フローチャート、パンフレットを作成 ・作成したフローチャート・パンフレットに沿って運用開始	・透析予防指導に繋がったかを管理栄養士が専門医に報告 ・専門医が透析予防依頼をする ・12 月に管理栄養士が透析予防に繋がったかどうか評価する
6	【DM-03】 糖尿病腎症の合併症管理のために、尿検査が必要であるという内容のパンフレットを作成し、尿検査なしの患者に配布・説明する	医師 看護師	内科医師 医師補助者 内科外来看護師	・パンフレットを作成(医師作成) ・主治医別に分けたデータを内科医師に依頼(医師補助者) ・9 月に腎カンファレンスで評価	・尿検査なし患者の主治医に再度オーダ依頼(医師) ・12 月腎カンファレンス評価
7	【DM-04】 放映糖尿病教室を実施。糖尿病患者や医師が指定する患者に視聴してもらう(診察の待ち時間を利用して 60 分)	看護師	医師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、臨床検査技師、看護師、(放映糖尿病教室のみ)	・スライドを作成 ・スライド視聴方法を決める(病院テレビ・タブレット)	放映糖尿病教室(病院テレビ・タブレット)視聴開始
8	【DM-04】 HbA1c10%以上の患者を抽出し、糖尿病専門医以外の患者を糖尿病専門医が確認する	看護師	医師、管理栄養士、看護師、診療情報管理士・医師補助者		HbA1c10%以上の患者を抽出し、カンファレンスを行い、治療に反映させていくフォローチャート作成・活用する

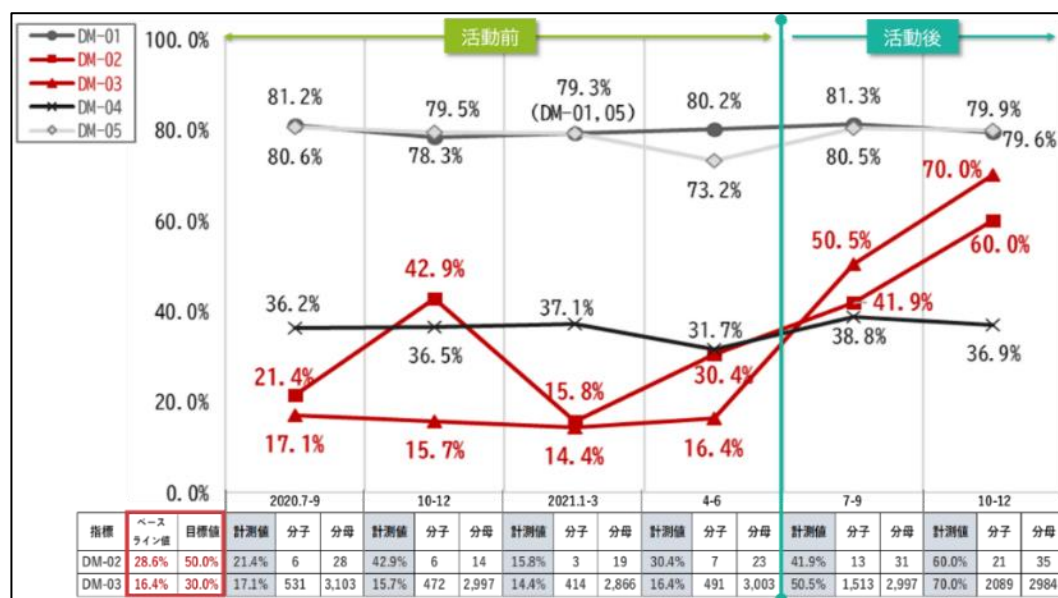
④ D 病院

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



	計画内容	進捗管理 部署(者)	チーム以外の援助を 要請する部署等	具体的な行動計画	
				7-9 月	10-12 月
1	DM-02: 糖尿病初診:事前予約あり 糖尿病事前紹介の対応 初診時に、栄養指導の事前予約する(または、2 回目)	連携室	栄養部	連携室にて、事前確認	連携室にて、事前確認
2	DM-02: 糖尿病初診:(HbA1c7%以上) 事前予約なし 通常/紹介初診 初診時または、2 回目に、栄養指導を予約する (3 回通院する可能性が高い人のスクリーニングを兼ねる)	看護師(問診担当) 研修医	栄養部	外来にてのチェックシート作成 糖尿病問診改良(テンプレ) 次回予約	シートの改良
3	DM-02: 初診終了時で、必ず次回栄養指導入力(確実に栄養指導する。)	医療秘書および看護師	連携室または、医事課抽出	医事課抽出シート化して、担当医師と栄養部に連絡	医事課抽出シート化して、担当医師と栄養部に連絡
4	DM-02: 再診受診前に、医事課にて、栄養指導していない患者抽出	栄養部	連携室または、医事課抽出	医事課抽出シート化して、担当医師と栄養部に連絡	
5	DM-02: 次回まででない場合:栄養部で、医師に電子カルテ付箋機能にて、お知らせ。	栄養部		外来にて、啓もう活動	
6	DM-03: 糖尿病再来時の微量アルブミン入力:3 か月毎	担当医師	医療秘書	医師の入力の啓蒙と敢行	医師の入力の啓蒙と敢行

	計画内容	進捗管理 部署(者)	チーム以外の援助を 要請する部署等	具体的な行動計画	
				7-9 月	10-12 月
7	DM-03: 糖尿病透析予防指導管理の適 応となる微量アルブミン尿が出て いる糖尿病患者抽出	情報課	医療秘書	糖尿病医師を中心に 抽出	可能なら他の内科医 師の抽出
8	DM-03: 翌週に来院する患者のお知らせ (紙媒体)メールボックスへ	医事課		抽出と配布	
9	DM-03: 医師が透析予防の指導につい て、患者に説明と同意	看護師	栄養士	透析予防の声掛けと 実践	

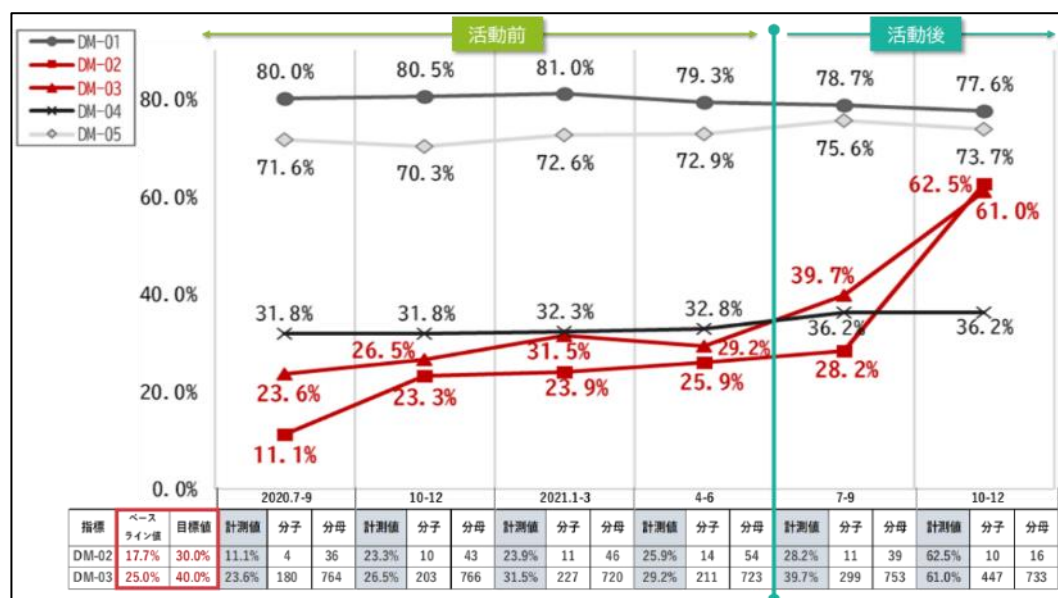
⑤ E 病院

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



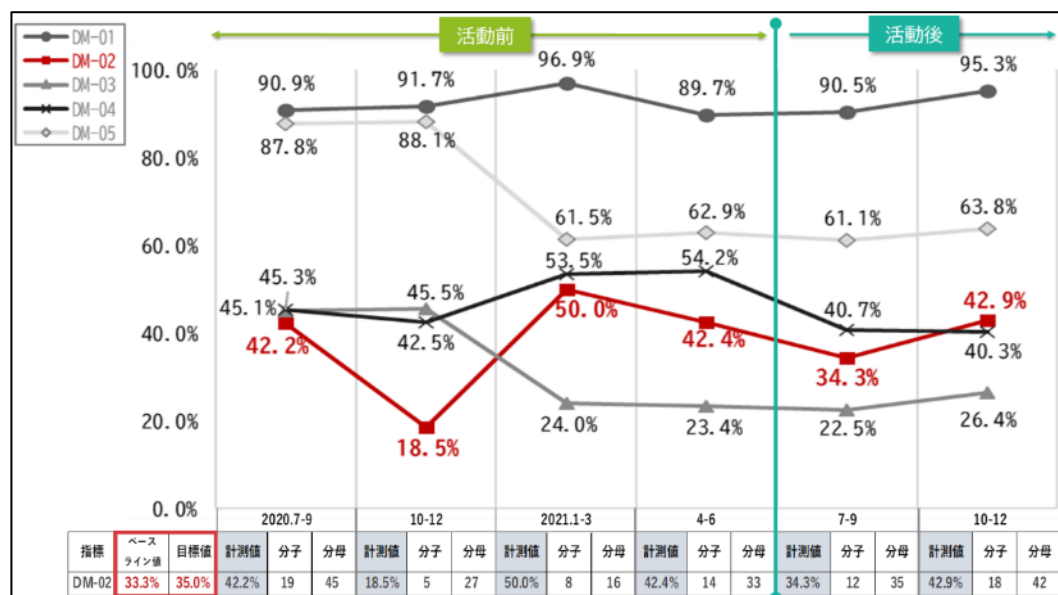
	計画内容	進捗管理 部署(者)	チーム以外の援助を 要請する部署等	具体的な行動計画	
				7-9 月	10-12 月
1	【DM-02】看護師の DM 初診患者 対応基準へ栄養指導の実施基 準を組み込み、医師へオーダー 依頼する	看護部		看護基準の変更	進捗状況の確認と運 用の見直し
2	【DM-02】DM 教育入院(新患)の 退院後フォロー時に栄養指導を 積極的に組み込む	栄養科	病棟看護師	実施し検証する	運用の見直し
3	【DM-02】循環器病棟または SU 入院中の DM 患者(新患)の退院 後フォロー (栄養指導オーダーを簡素化し、 指導依頼をしやすくする)	栄養科	心不全チーム	心不全チーム活動に 栄養科も参加し、外来 へ繋げる活動を続けて いく	進捗状況の確認と運 用の見直し
4	【DM-03】対象患者の抽出と情報 提供(尿蛋白定量、尿中アルブミ ン定量の実施者)	検査科	医療情報管理課、シ ステム課	抽出可能か検証	定期的なデータ提供
5	【DM-03】透析予防外来(腎サ)セ ット検査の普及(3か月に1回、尿 中アルブミンと尿蛋白定量と血清 クレアチニン測定を代行オーダー する)	検査科	腎臓内科医、腎臓チ ームスタッフ (検査オーダーを依頼)	代行オーダーの承認 を管理部に確認し、実 施を試みる	運用の見直し
6	【DM-03】年 1 回の DM 患者の全 身検査セットに、尿蛋白定量と尿 中アルブミン定量と血清クレアチ ニンの検査も組み込むようにする	看護部	外来診療支援課	実施し検証する	運用の見直し

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



	計画内容	進捗管理 部署(者)	チーム以外の援助を 要請する部署等	具体的な行動計画	
				7-9 月	10-12 月
1	初診患者受診時のフローチャートを作成、必ず栄養指導を受けるような流れを作る	医師・栄養部	他科の医師	フローチャートを作成する	見直しをする
2	栄養指導が算定されているか確認する	医事課	医師・栄養部		
3	初診患者のデータベースを作成し、診療内容を糖尿病チームがチェックできるような体制を整える	糖尿病チーム		データベースを作成する	見直しをする
4	初診患者の診療の質を担保するために、データベースを用いた診療の振り返りを行う機会を設ける。(月 1 回行われる糖尿病診療委員会で行うことを検討)	糖尿病チーム		プロトコルを作成する	見直しをする

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



	計画内容	進捗管理 部署(者)	チーム以外の援助を 要請する部署等	具体的な行動計画	
				7-9 月	10-12 月
1	カルテの定期受診テンプレートの改善(DM-03) →前回の採血、尿検査、CT 検査の最終検査日を入力枠作成	医師	医師事務・検査技師	テンプレートの修正を行う	テンプレートを全患者に活用する
2	医師間で半年に 1 回の検査実施のコンセンサスを得る(DM-03) →カルテ記載の最終検査日の確認は看護師や事務の協力を得る	医師	看護師 医師事務	医師へ周知する	半年に 1 回の検査を徹底する。
3	(医師へ HbA1c 検査値が 7.0%切るよう周知する。) ・ HbA1c 検査値 7.0%未満を患者の目標となるよう外来待合のテレビにプロモーションビデオを作成し流す。(患者向けの案内)(DM-04) ・ ビデオで、合併症で症状が悪化した症例を紹介し啓発する。(DM-04)	医師	看護師 栄養士 事務	・ プロモーションビデオの素材を探す。(YOUTUBE 等活用等) ・ リブレプロを促進	7.0%未満を達成した患者に備品を贈呈する等検査値を下げる意識付けや目標を定める
4	治療間隔(頻度)の標準化(DM-04) →検査を頻回にすることで患者の意識改革を推進。	医師	看護師	治療間隔の目安を定める。	検査数値を患者へ意識させる

	計画内容	進捗管理 部署(者)	チーム以外の援助を 要請する部署等	具体的な行動計画	
				7-9 月	10-12 月
5	看護外来で HbA1c の検査値が 7.0~7.5%以上かつ 65 歳以下の患者のスクリーニングと教育の重点化。(DM-04)	看護師	栄養士 検査技師	受診前日までに対象患者の抽出	教育・指導を実施する。(対象患者 1 日 20 人程度)
6	仕事と治療の両立支援に力を入れる。(目標 20 人)(DM-04)	看護師	MSW	対象患者の抽出	期間内に 20 人実施する
7	PHR アプリシンクヘルスの活用を促す(目標 50 人)。(DM-04) (体重、血圧、歩数等を日々入力してもらう)	医師	看護師 医師事務	・アプリを患者に案内しデータを診療・指導に活用 ・外来に体重計を購入する	患者の意識付け

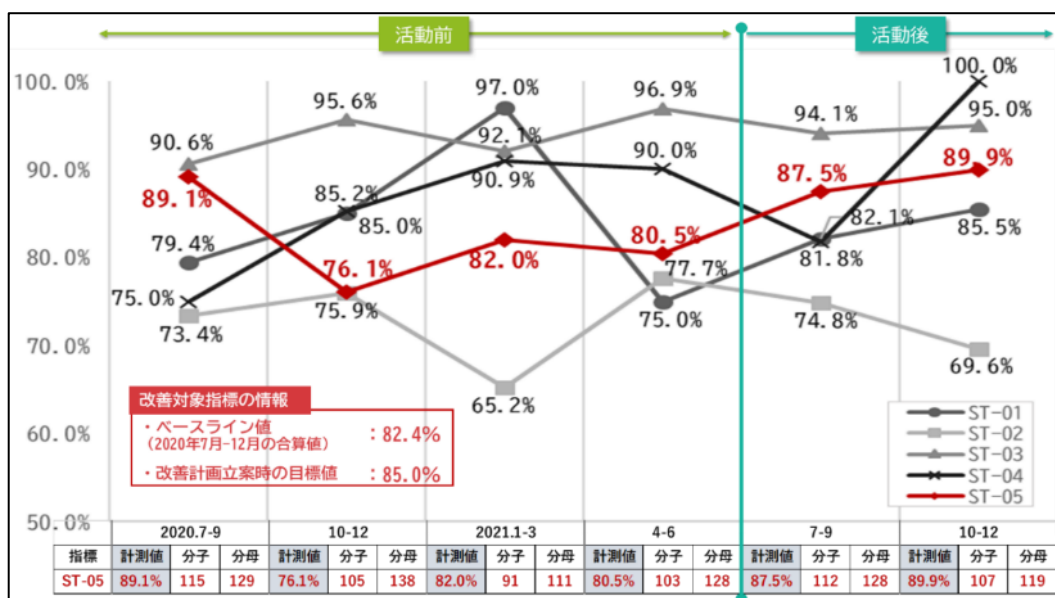
(2) 脳卒中（脳梗塞）…7 病院

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



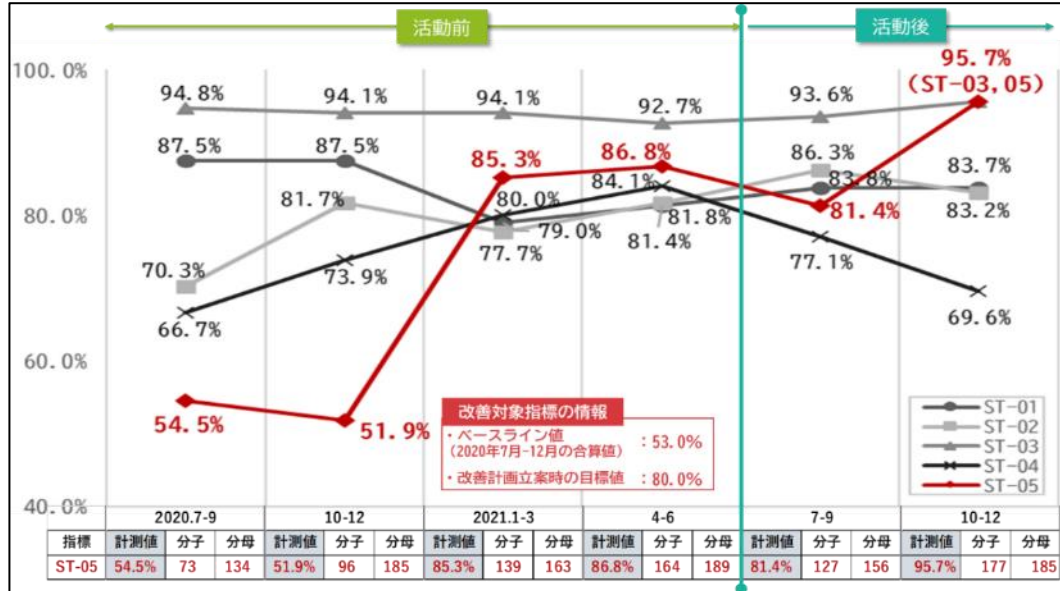
	計画内容	進捗管理 部署(者)	チーム以外の援助を 要請する部署等	具体的な行動計画	
				7-9 月	10-12 月
1	算定漏れを防ぐため、ハイリスク 患者が入院した場合、 病棟スタッフより地域医療連携室 にメール連絡	事務・MSW	病棟	病棟と退院支援部門 と打ち合わせを行い、 具体的なメールの内容等 について確認する	7-9 月で検討した内容 について再度見直しを 行う。
2	算定漏れを防ぐため、定期的に 算定リストと入院患者リストの照 合	事務・MSW	病棟	事務、看護師 (MSW) の役割分担を行う	7-9 月で検討した内容 について再度見直しを 行う。

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院支援加算を算定した患者の割合

イ. 指標計測値の推移



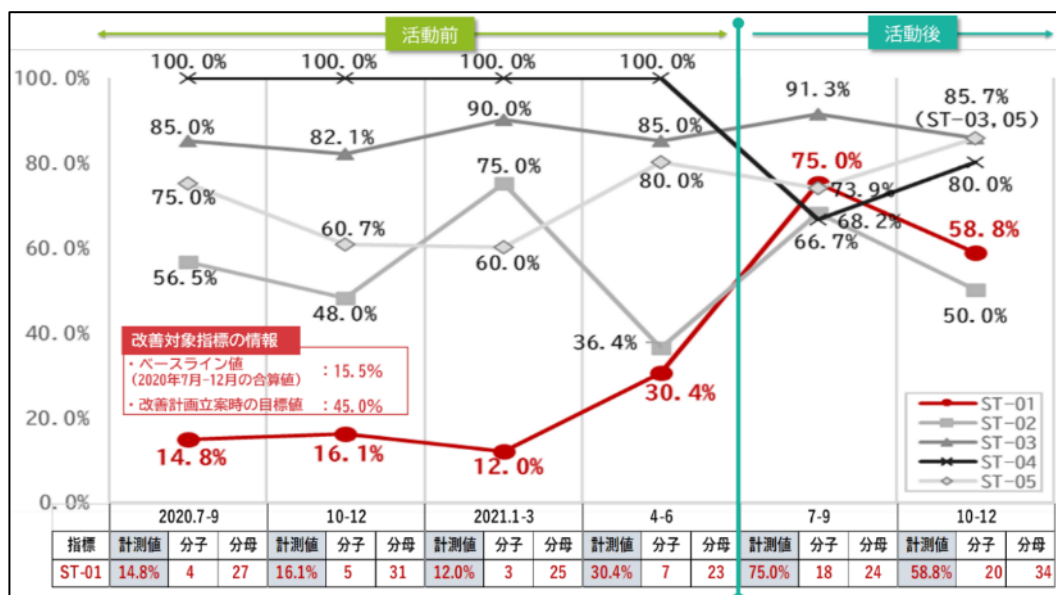
	計画内容	進捗管理 部署(者)	チーム以外の援助を 要請する部署等	具体的な行動計画	
				7-9 月	10-12 月
1	業務フローを見直し、責任部署の明確化	地域医療センター	看護部・地域医療センター・病棟クラーク・医事課	業務フローの作成	運用開始
2	算定漏れの改善	地域医療センター	看護部・地域医療センター・病棟クラーク・医事課	算定チェック機能見直し	見直した内容の実施
3	書類不備の改善	病棟クラーク	病棟クラーク・医事課	チェックシートの作成	チェックシートの運用開始
4	転棟時の取り漏れ対策	看護部	看護部	引継ぎルールの作成	引継ぎルールの運用
5	進捗状況の数値化・分析	診療情報管理室	診療情報管理室 医療の質改善チーム	データ抽出 現状分析	データ抽出 現状分析

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



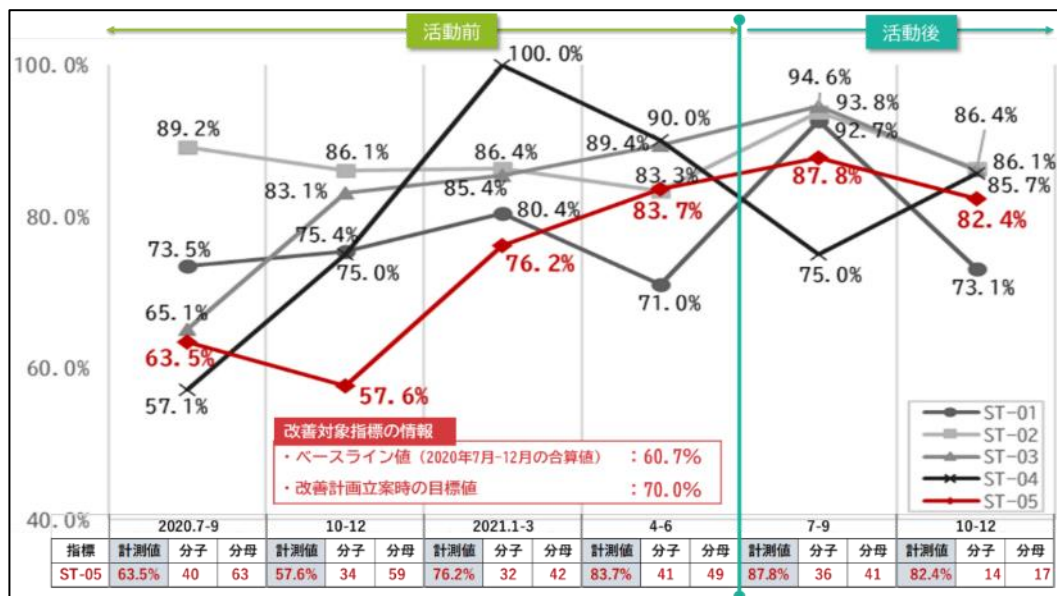
	計画内容	進捗管理 部署(者)	チーム以外の援助を 要請する部署等	具体的な行動計画	
				7-9 月	10-12 月
1	病期分けて作成	医局・看護部	システム管理部 クリニカルパス委員会 脳卒中チーム運営委員会	病期を分けたパスの作成・運用開始	使用割合の評価・確認
2	重症度に合わせたユニット型を作成	医局・看護部	システム管理部 クリニカルパス委員会 脳卒中チーム運営委員会		重症度に分けたユニットの作成・運用開始
3	職員への周知・パスの理解・教育(電子カルテの操作含む)	クリニカルパス委員会	脳卒中チーム運営委員会 システム管理部	クリニカルパスについての院内研修	
4	クリニカルパス展開中は他端末で同患者を開けないようにシステム変更する(ベンダーへ依頼)	システム管理部	クリニカルパス委員会 脳卒中チーム運営委員会 システムベンダー		

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



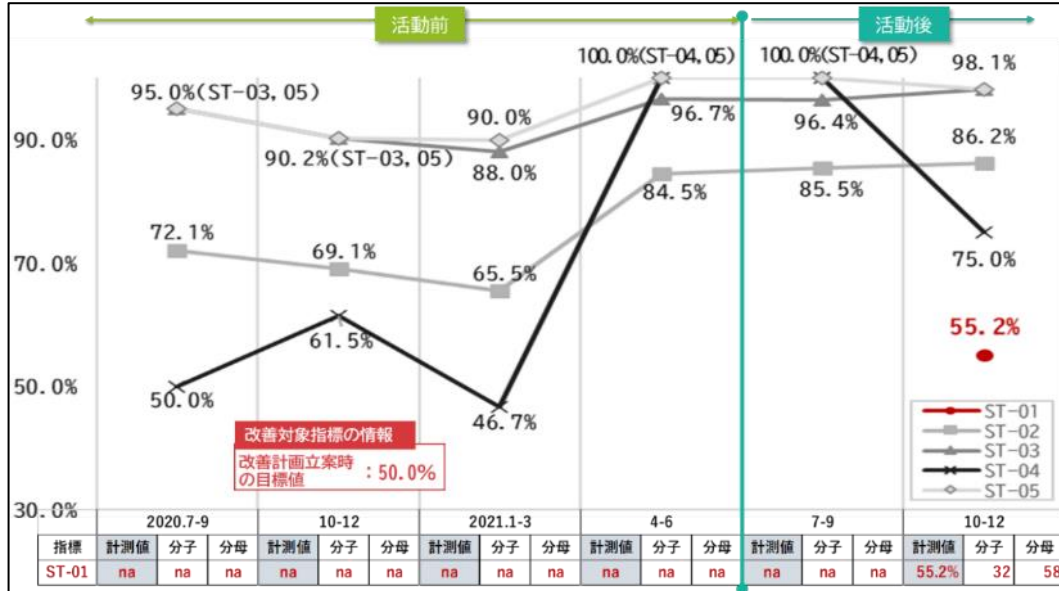
	計画内容	進捗管理 部署(者)	チーム以外の援助を 要請する部署等	具体的な行動計画	
				7-9 月	10-12 月
1	様々な評価シートの作成マンパワー不足を解決する。	事務管理	医師事務と地域連携のサポート、患者サービス課	仕事の振り分け、専門的でない仕事はほかの人に作業をお願いする。	
2	算定方法に関して医事課の算定漏れなのか、自動算定なのか確認。算定までの流れを明確にし、それぞれ必要部署に振り分ける。	医局	医局、看護部(クラーク)、患者サービス課	仕事の振り分け、専門的でない仕事はほかの人にお願いする。	すり合わせ。
3	算定漏れ問題をどうするか。(2と被る部分有り。)	患者サービス課、看護部、MSW	看護部、病棟担当事務(新設?)	システムの流れを確認する。	作成状況(達成率の確認)
4	患者背景を把握する。(多重疾患を抱えている患者が多い。地域柄の問題、独居、高齢化、核家族化など関係あるか。)	診療情報管理室	看護部	データの抽出	現状の把握、分析につなげていきたい。
5	時間帯別入院、入棟時間、曜日(土曜、日曜、祭日)の分析。	診療情報管理室	患者サービス課	データの抽出	現状の把握、分析につなげていきたい。

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)



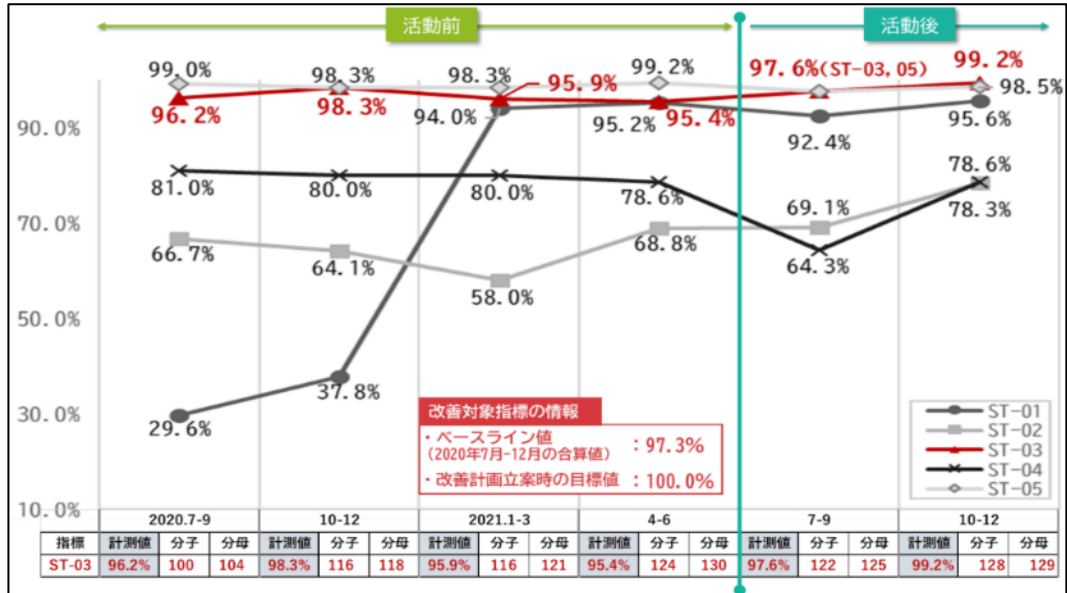
	計画内容	進捗管理 部署(者)	チーム以外の援助を 要請する部署等	具体的な行動計画	
				7-9 月	10-12 月
1	DPC の解析により平均入院期間分布の把握、重症度別のパス分類数の決定(軽症退院、重症転院、t-PA 有無等)	経営企画部	看護部、医師部	DPC の解析、重症度パス分類数の決定	
2	担当各部門につきパス主要項目のエクセル表の作成	経営企画部、パス委員会	看護部、薬剤部、地域医療連携部、リハビリ科、医師部、栄養指導部	パス主要項目のエクセル表の作成	
3	電子カルテへ挿入	経営企画部、医師部		電子カルテ上のパス作成	
4	実際の運用、問題点の検証	医師部、看護部	各部門	非常勤医師含めた周知	問題点の検証
5	適用外患者の条件検討 パリアンス分析	パス委員会			適用外患者の条件検討、パリアンス分析

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



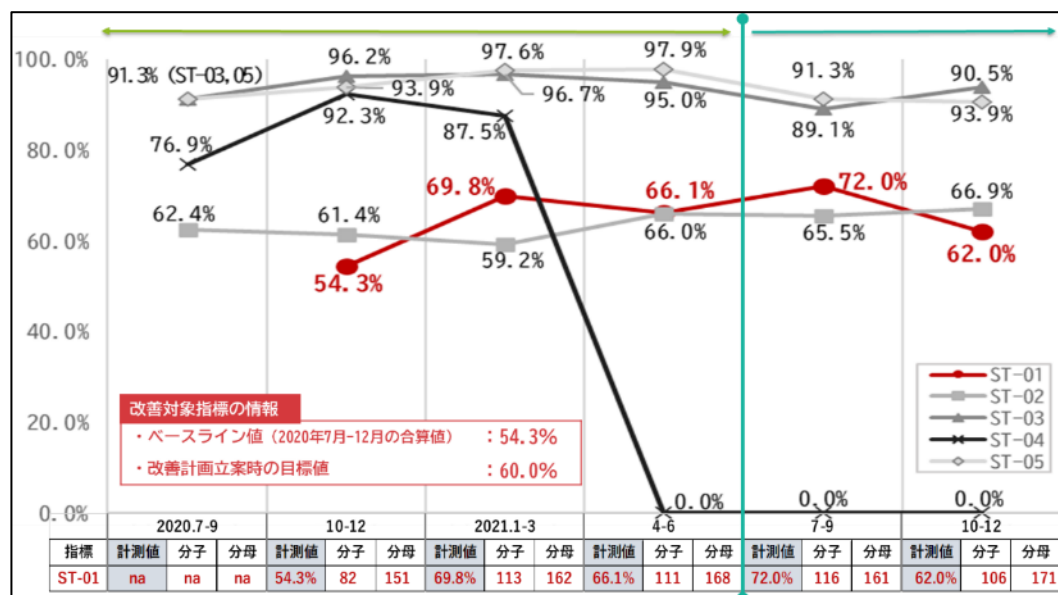
	計画内容	進捗管理 部署(者)	チーム以外の援助を 要請する部署等	具体的な行動計画	
				7-9 月	10-12 月
1	3日以内に脳血管リハビリテーション治療を開始する割合を100%にする。	脳神経内科	医療情報部	パスにリハビリテーションオーダーが組めるよう依頼実行	パスのオーダー率を評価
2		リハビリテーション科		現状:土曜2名、日曜1名 予定:土曜3名、日曜2名	リハビリの実施率を評価 (実施できない患者の詳細内容を確認する)
3		医事業務課		月単位で実施率とデータ分析をして多職種カンファレンスで検討	月単位で実施率とデータ分析をして多職種カンファレンスで検討

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)



	計画内容	進捗管理 部署(者)	チーム以外の援助を 要請する部署等	具体的な行動計画	
				7-9 月	10-12 月
1	医師にパスの内容を周知する	主任部長	看護師	診療科パス担当者より全医師にメール送信 +説明会	10 月以前のデータを 各医師にフィードバック
2	パスの詳細分析の実施と見直しの検討を行う	看護師	クリニカルパス委員会	委員会が行った分析を利用して必要に応じて内容の見直し(パスの名称変更など)などを検討する	分析結果を関連部署(医師・看護師)にフィードバックする

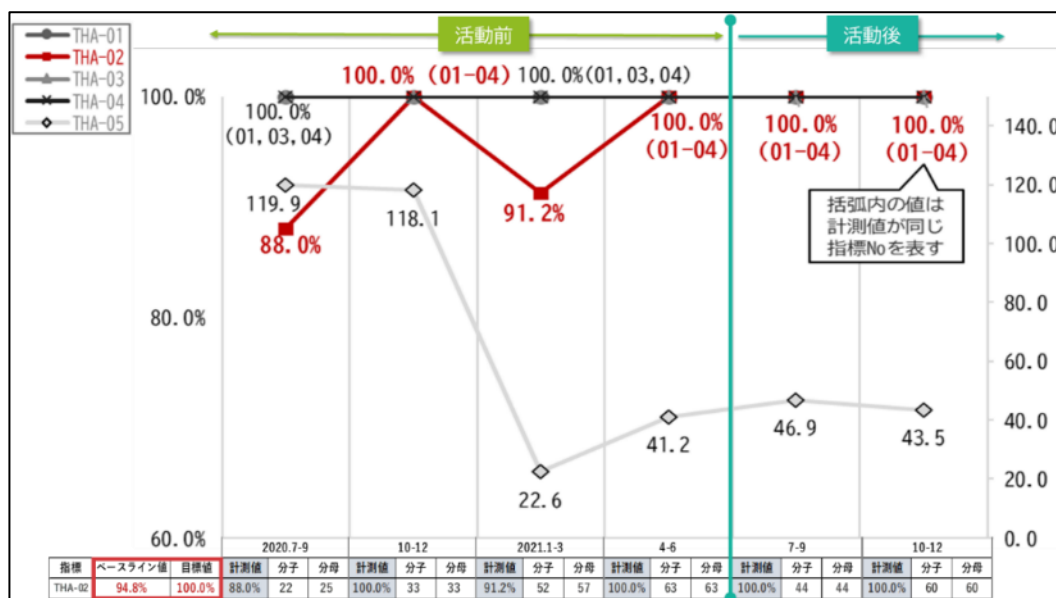
(3) THA・BHA …7 病院

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



	計画内容	進捗管理 部署(者)	チーム以外の援助を 要請する部署等	具体的な行動計画	
				7-9 月	10-12 月
1	血栓についての研修会の開催	医局	病棟看護部、リハビリ部	・基礎編 研修資料の作成 研修会の開催	・対策編 研修資料の作成 研修会の開催
2	家族・本人向けに理解できるような説明用紙の作成	診療部 医療安全委員会	看護部	・説明用紙の作成 ・運用基準の決定	運用開始
3	ICUに近い体制を整備	看護部	診療部 人事部	・人員配置の検討 ・病床運用の検討 ・病棟の業務改善の実施	運用開始
4	個々の患者について全職種が情報共有する	全職種	-	-	医師+各職種責任者が参加し共有

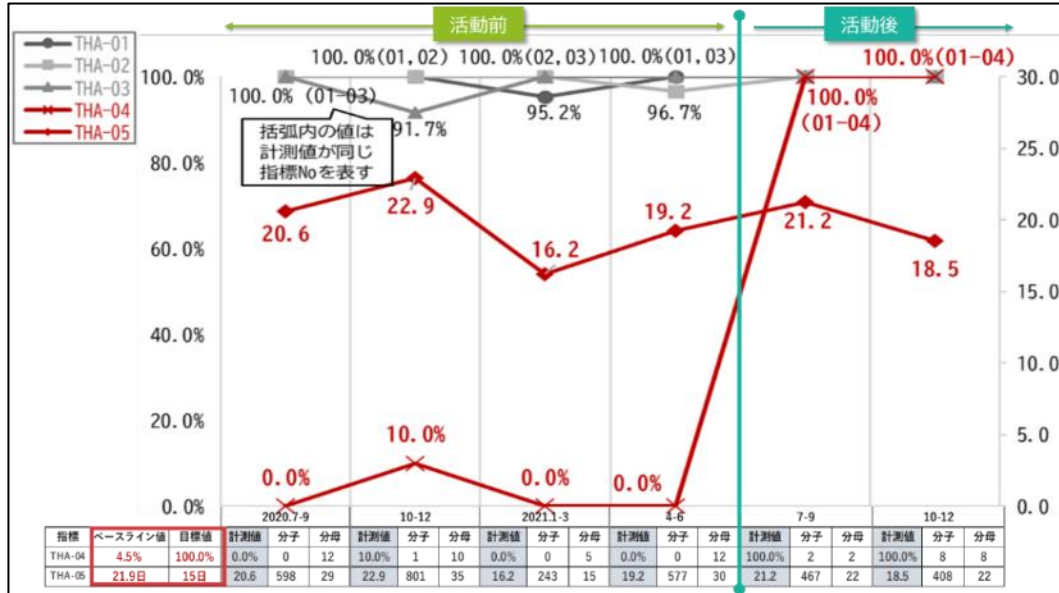
② B 病院

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



	計画内容	進捗管理 部署(者)	チーム以外の援助を 要請する部署等	具体的な行動計画	
				7-9 月	10-12 月
1	(THA-04) THA→現在使用しているクリニカルパスの変更を行う BHA→パスを運用していく	医師	看護部 経営企画課 医療システム係	クリニカルパスの変更・運用・医師への周知	3日以上使用している場合の原因調査
2	(THA-04) 現状の4日で実施できていなかった原因を追究していく。 基礎疾患がある場合の分析(症例をカルテに記入していく)	医師	看護部	3日で実施していく	3日で実施できなかった事象の分析
3	(THA-05) THA と BHA に分けて評価できるようなデータ管理の構築。	医事課	経営企画課 医療システム係	電子カルテからのデータ分析	THA と BHA に分けてデータを出せるよう調整する。詳細な分析には電子カルテのデータを利用する。
4	(THA-05) BHA→術後の「退院予定日のご案内」を運用していく。具体的には面談時に案内を実施。手術日に家族等への案内も可能。	総合相談室	医師 看護部	退院予定日を明確にし、転院調整を早める。転院調整の中身を調査。	手術日の面談を徹底し、退院予定日のご案内を確実に運用する。転院先への打診を早め、受け入れまでの日数を短縮する努力を続ける。
5	(THA-05) 総合的な在院日数の評価を行った。術前は調整困難な課題があるため、術後の退院調整に目的を絞り検討を進める。	総合相談室	看護部 経営企画課 医療システム係	必要日数と評価の検討	術後の退院調整に目的を絞り対策を継続する。

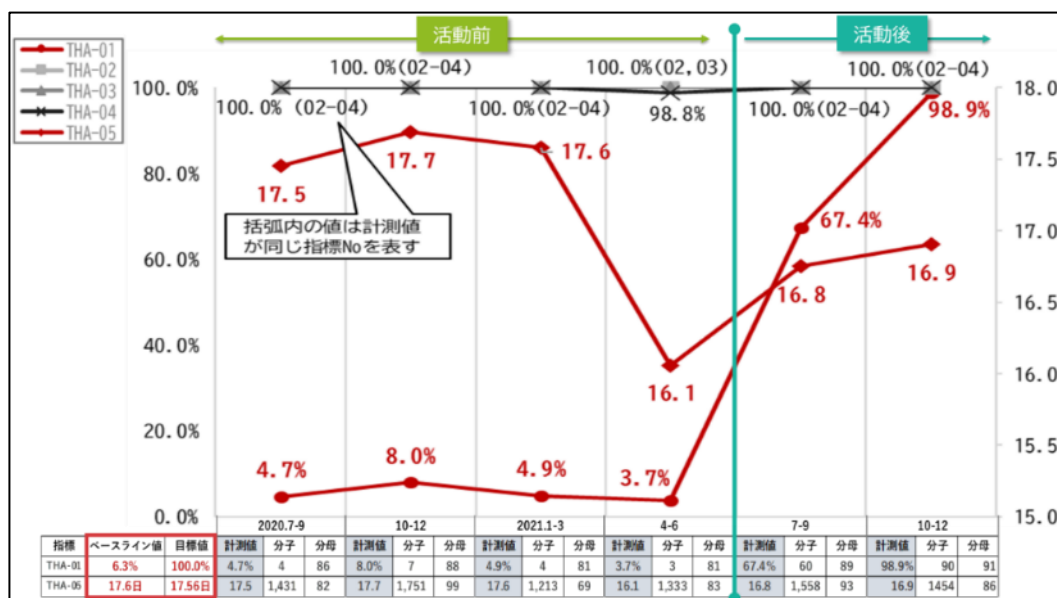
③ C 病院

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



	計画内容	進捗管理 部署(者)	チーム以外の援助を 要請する部署等	具体的な行動計画	
				7-9 月	10-12 月
1	抗生剤投与を手術室の術中パスに追加	看護部(手術室)	クリニカルパス検討看護部委員会 診療情報管理室(システム担当)	THAのみ適用	状況をみて他の整形外科手術に拡大
2	抗生剤を病棟管理から手術室管理(払い出し、実施入力)にする 薬剤部にも情報提供を行う	看護部(手術室)	手術室 病棟 薬剤部	THAのみ適用	状況をみて他の整形外科手術に拡大
3	クリニカルパスの修正(術前抗生剤の削除)	看護部(クリニカルパス検討看護部委員会)	看護部 医師 クリニカルパス委員会	THAのみ適用	状況をみて他の整形外科手術に拡大
4	バリエーション症例の分析	リハビリテーション部	医療福祉相談室 クリニカルパス委員会	RAPTを用いたバリエーション分析 バリエーションの具体的問題点の抽出	新規パスの検証

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



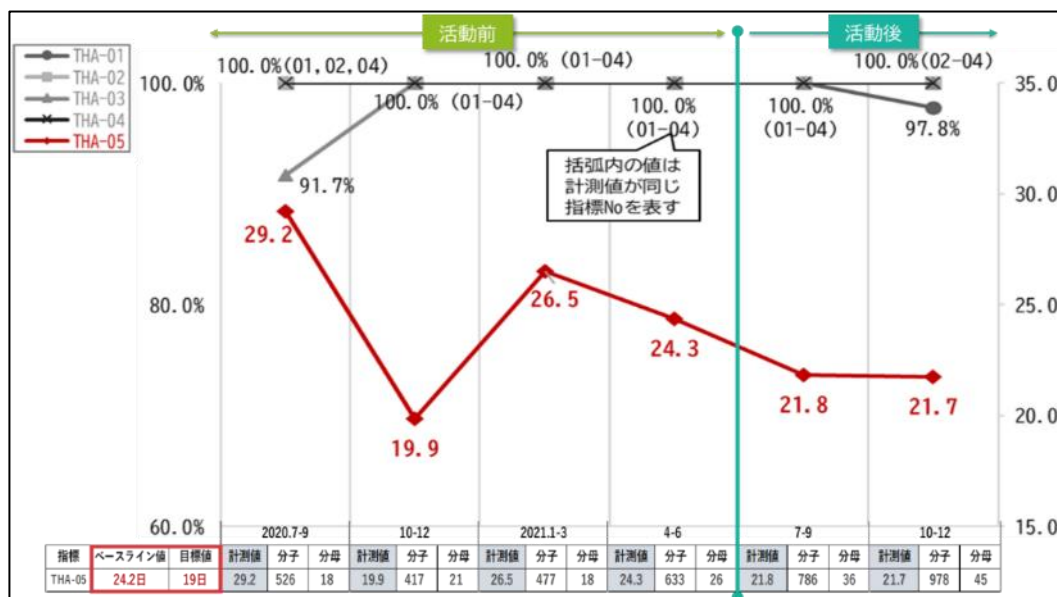
	計画内容	進捗管理 部署(者)	チーム以外の援助を 要請する部署等	具体的な行動計画	
				7-9 月	10-12 月
1	クリティカルパスの見直し	医事課	診療部(整形外科) 看護部	症例検討 パスの見直し等	症例検討 パスの見直し等
2	クリティカルパスに沿った退院までの日数調整等	医事課	診療部(整形外科) 看護部	症例検討 パスの見直し等	症例検討 パスの見直し等

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



	計画内容	進捗管理 部署(者)	チーム以外の援助を 要請する部署等	具体的な行動計画	
				7-9 月	10-12 月
1	THA と BHA の在院日数の調査 (それぞれの現状分析) 自宅退院の人と転院患者の掘り 下げ調査	診療情報 管理室	医師	データ調査	調査に基づくパスの見 直し
2	入退院支援室へ入院前にリハ病 院への転院の可能性を説明して いただく、もしくは入院診療計画 書等への同意書に記載する。	入退院支 援室・診療情報 管理室	各病棟の医師、看護 師	検討可能かの話し合 い	説明文書等の見直し・ 運用開始
3	病棟での自主練習(プログラム) の作成・修正と達成率の確認 チェックシートの作成	理学療法士・ 病棟の看護 師	医師	プログラム内容の拾 い上げ	内容の検討・プログラ ムの作成

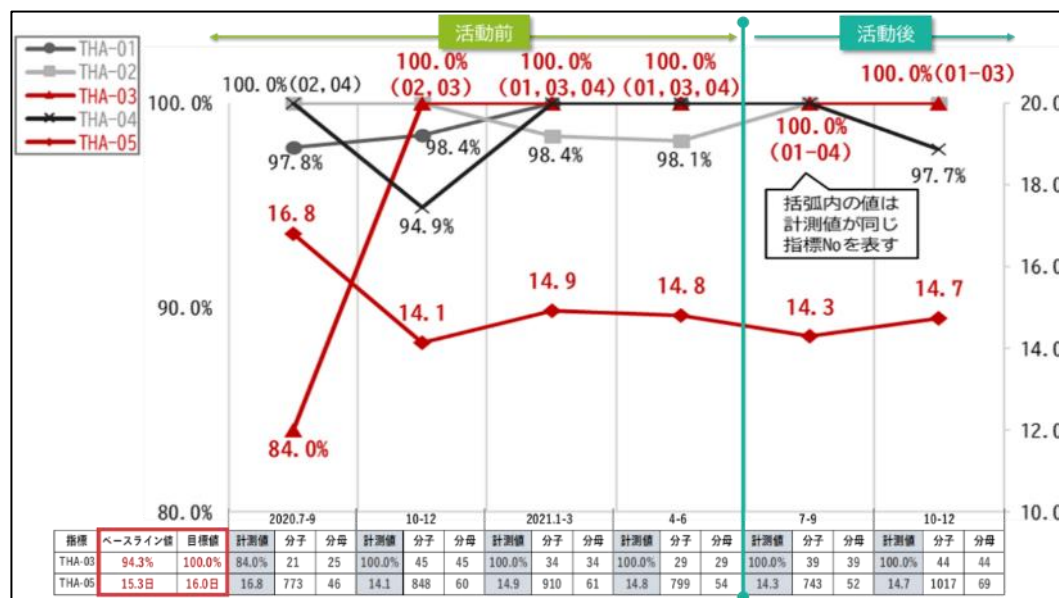
⑥ F 病院

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



	計画内容	進捗管理 部署(者)	チーム以外の援助を 要請する部署等	具体的な行動計画	
				7-9 月	10-12 月
1	THA-03: 7 月から祝日(土曜日)の頸部骨折・股関節疾患の新患を対象に実施していく	リハビリテーション科		開始していく	開始できているか評価する
2	THA-03: 出勤者を 1 名追加 新人を育成し、祝日(土曜日)の人員配置を実施する	リハビリテーション科		教育・研修、臨床経験を強化 1 名追加	臨床経験を強化 さらに 1 名追加
3	THA-03: BHA に関して、クリニカルパス実施について祝前日の実施の遅れをなくす	医師	看護師・リハビリテーション科	休前日の時間内にオーダー実施する	実施できているか評価
4	THA-05: 1. 転院について情報の共有をする 2. 転院先の早期決定: 診療情報提供書の作成依頼	1. 医師 2. 医療社会事業部	看護師・医療社会事業部	1. 周知徹底 2. 入院時に SW との早期 MT 計画立てる	実施できているか評価
5	THA-05: 指標の出し方として THA と BHA を分けてデータを検索。緊急・予定、認知症機能評価・退院後の施設等も含める	医事課		ひと月ごと集計し現場と情報共有する	データの指標があっているか評価する

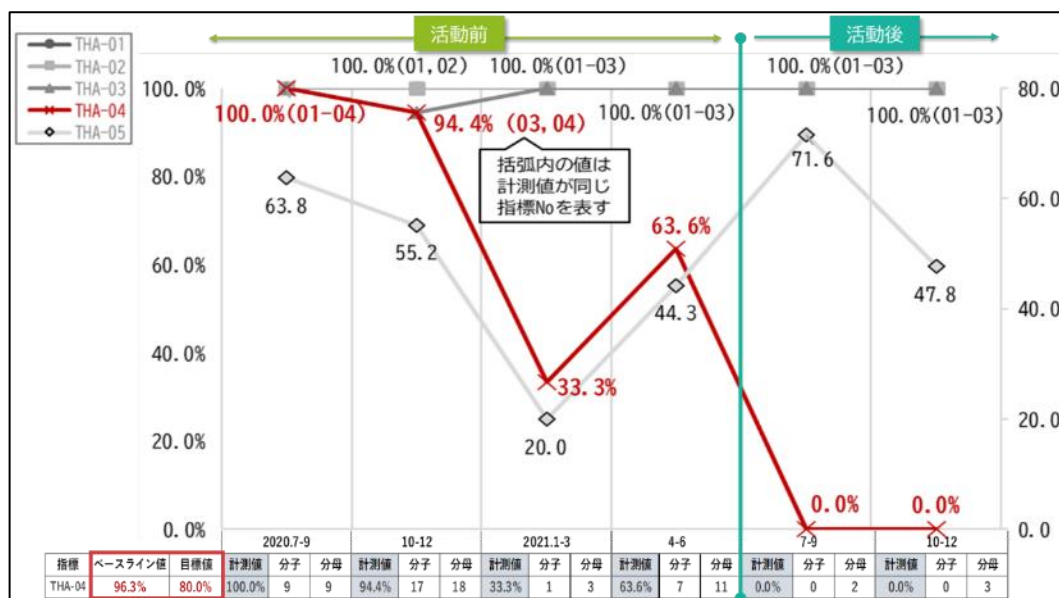
⑦ G 病院

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



	計画内容	進捗管理 部署(者)	チーム以外の援助を 要請する部署等	具体的な行動計画	
				7-9 月	10-12 月
1	THAパス変更。投与日数短縮化 が必要か医師に確認。	薬剤部		医師に確認	
2	パスの修正。	医師・看護部		パス内容修正	
3	クリパス委員会・部長医長会での 承認	クリパス委員 会		承認	
4	オーダーリングシステムのオーダ ー・セット内容の修正。	診療情報委 員会		変更方法確認	
5	ICT の関与(クリニカルパスから 外れた事例の共有)	看護部	薬剤部	共有フォルダに入力	

2.1.2 協力病院の変化

パイロットの参加を機に、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、管理者層と現場の改善チームの2つの視点で評価する。

1) 評価方法

(1) 管理者層の変化

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、管理者層の理解やリーダーシップが重要と様々な報告書等で示唆されている。

そこで、以下の方法でパイロットの参加を機に管理者層にみられた変化を評価した。

① 最終報告会において、管理者層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、及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、管理者層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伺った。

(2) 改善チームの変化

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

- 協力病院の各改善チームメンバーを対象に行ったコンピテンシー（「**できる」）に対する自己評価を用い、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。
- 21 病院 111 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」と回答した合算を「ネガティブ回答」と定義し、「非常に当てはまる」、「やや当てはまる」と回答した合算を「ポジティブ回答」と定義した。

2) 評価結果

(1) 管理者層の変化

① 最終報告会における発表内容

- 最終報告会では、パイロットの参加を機に「当院の現況と他院を比較検討することで、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

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。

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ついては、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。具体的には、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、院内で改善活動を広げるうえの課題として、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挙げられた。
- また、これら課題解決に向けた対応として、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。なお、改善活動を文化として醸成させるためには、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

- パイロットの参加動機に対する結果については、回答者 21 名中 21 名（100.0%）の管理者層が参加動機を「達成できた」、「概ね達成できた」と回答した（表 15）。
- 回答理由として、「改善活動の手法を学べた」、「多様なアプローチと多職種の協力によって医療の質が改善するという意識付けができた」や「多職種間のコミュニケーションが徐々にスムーズとなり、目標を達することで職場の雰囲気が良くなり医療の質向上につながった」などが挙げられた。

表15 最終報告会 アンケート結果

テーマ 達成度	糖尿病 対象数=7		脳卒中(脳梗塞) 対象数=7		THA・BHA 対象数=7		全体 対象数=21	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
達成できた	3	42.9%	2	28.6%	2	28.6%	7	33.3%
概ね達成できた	4	57.1%	5	71.4%	5	71.4%	14	66.7%

(2) 改善チームの変化

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、表 16 のとおりである。

表16 日々の診療・ケアにみられた変化

変化をみる視点	変化の内容
体制面における変化	● 改善活動を通じて、事務部門との連携が図ることができた。 ● クリティカルパス委員会の構成員を改善チームメンバーに参画させることで、委員会との連携が可能となり、パス作成がスムーズに進められた。 ● 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。 ● 特定の職種・課の負荷増大につながった。
活動面における変化	● 転院・退院調整業務における業務を見直し、簡素化を図ることができた。 ● 業務のマニュアル化を進めた。 ● 記録のテンプレートを作成し、標準化を図ることができた。
その他の変化	● 他部門に対する理解が深まり、連携が円滑になった。 ● 情報を共有することで風通しの良い関係を構築することができた。 ● 「言われたからやる」という意識から、「自分らがやらなくてはダメなんだ」という前向きな意識に変化した。 ● 「他に改善できるところはないか」と意識が広がるようになった。 ● 「PDCAサイクルを回しながら継続的な改善を目指す」という思考が徐々にできるようになった。 ● 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

- パイロット開始前（セミナー前）と最終報告会後の自己評価を比較した結果は、表17のとおりである。
- すべての項目において、ポジティブ回答の割合が増加した。中でも質指標の知識や指標の活用能力(①～③)及び他部署・他職種とのコミュニケーション能力(⑩, ⑪)については著しい向上がみられた。キックオフセミナーを機に身についた質指標の知識や活用能力が、改善活動を実践するなかでより培われたものと推察される。また、改善チームが多職種で構成されていること、部署・部門等の垣根を超えた改善計画の立案が多いことから、必然と関係者とのコミュニケーション能力が向上したものと考えられる。
- 上記項目におけるポジティブ回答が60～70ポイント増加した一方で、データ収集能力(⑤)や院内における改善活動のプレゼンテーション能力(⑳, ㉑)については30～40ポイントの増加にとどまった。特にデータ収集については、診療情報管理士や事務職員が主な対応者であったことが影響したものと推察される。また、院内における活動の周知については、最終報告会において管理者層からも課題として挙げられた。周知の重要性は認識しているものの具体的な方法は今後の検討課題としている病院が多くみられた。

表17 コンピテンシー（21項目）の自己評価結果の変化（キックオフセミナー前と最終報告会後の比較）

対象数＝111

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		最終報告会後		増減		セミナー前		最終報告会後		増減		セミナー前		最終報告会後		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	65	58.6%	5	4.5%	-54.1%	↓	23	20.7%	17	15.3%	-5.4%	↓	23	20.7%	89	80.2%	59.5%	↑
②質指標を用いた医療の質の評価ができる	74	66.7%	6	5.4%	-61.3%	↓	21	18.9%	20	18.0%	-0.9%	↓	16	14.4%	85	76.6%	62.2%	↑
③医療の質の改善が必要な質指標を選択できる	76	68.5%	3	2.7%	-65.8%	↓	22	19.8%	21	18.9%	-0.9%	↓	13	11.7%	87	78.4%	66.7%	↑
④病院データの種類とその特徴を理解している	61	55.0%	6	5.4%	-49.5%	↓	19	17.1%	20	18.0%	0.9%	↑	31	27.9%	85	76.6%	48.6%	↑
⑤分析に必要なデータを適切に収集できる	54	48.6%	10	9.0%	-39.6%	↓	34	30.6%	37	33.3%	2.7%	↑	23	20.7%	64	57.7%	36.9%	↑
⑥分析に必要なデータを適切に選択できる	55	49.5%	3	2.7%	-46.8%	↓	33	29.7%	32	28.8%	-0.9%	↓	23	20.7%	76	68.5%	47.7%	↑
⑦データを用いて現状を可視化できる	50	45.0%	3	2.7%	-42.3%	↓	32	28.8%	26	23.4%	-5.4%	↓	29	26.1%	82	73.9%	47.7%	↑
⑧分析結果から問題点を抽出できる	46	41.4%	1	0.9%	-40.5%	↓	37	33.3%	20	18.0%	-15.3%	↓	28	25.2%	90	81.1%	55.9%	↑
⑨目標値の設定ができる	57	51.4%	0	0.0%	-51.4%	↓	33	29.7%	26	23.4%	-6.3%	↓	21	18.9%	85	76.6%	57.7%	↑
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	40	36.0%	1	0.9%	-35.1%	↓	37	33.3%	16	14.4%	-18.9%	↓	34	30.6%	94	84.7%	54.1%	↑
⑪質改善手法についての知識がある	53	47.7%	4	3.6%	-44.1%	↓	30	27.0%	28	25.2%	-1.8%	↓	28	25.2%	79	71.2%	45.9%	↑
⑫抽出した問題点が改善活動で解決可能か判断できる ³	46	41.8%	3	2.7%	-39.1%	↓	42	38.2%	21	18.9%	-19.3%	↓	22	20.0%	87	78.4%	58.4%	↑
⑬解決可能な問題点に対して改善策が立案できる	45	40.5%	2	1.8%	-38.7%	↓	33	29.7%	16	14.4%	-15.3%	↓	33	29.7%	93	83.8%	54.1%	↑
⑭改善策の実行スケジュールを立てることができる	44	39.6%	3	2.7%	-36.9%	↓	42	37.8%	23	20.7%	-17.1%	↓	25	22.5%	85	76.6%	54.1%	↑
⑮職種別の具体的な行動目標を立てることができる	49	44.1%	2	1.8%	-42.3%	↓	40	36.0%	20	18.0%	-18.0%	↓	22	19.8%	89	80.2%	60.4%	↑
⑯他部署・他職種が協働して改善策が立案できる	42	37.8%	2	1.8%	-36.0%	↓	33	29.7%	16	14.4%	-15.3%	↓	36	32.4%	93	83.8%	51.4%	↑
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	51	45.9%	0	0.0%	-45.9%	↓	36	32.4%	10	9.0%	-23.4%	↓	24	21.6%	101	91.0%	69.4%	↑
⑱改善策の実行スケジュールの進捗管理・調整ができる	46	41.4%	0	0.0%	-41.4%	↓	48	43.2%	27	24.3%	-18.9%	↓	17	15.3%	84	75.7%	60.4%	↑
⑲改善経過や成果を可視化できる	46	41.4%	1	0.9%	-40.5%	↓	40	36.0%	20	18.0%	-18.0%	↓	25	22.5%	90	81.1%	58.6%	↑
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	51	45.9%	2	1.8%	-44.1%	↓	38	34.2%	35	31.5%	-2.7%	↓	22	19.8%	74	66.7%	46.8%	↑
㉑改善活動と成果を病院全体で共有している	53	47.7%	11	9.9%	-37.8%	↓	38	34.2%	30	27.0%	-7.2%	↓	20	18.0%	70	63.1%	45.0%	↑

³ セミナー前の評価に未回答が含まれているため、本項目の母数は110としている。

2.1.3 パイロットにおいて発生した業務負荷

本項では、パイロットで掲げた施策を遂行することで発生した業務負荷について示す。

1) 評価方法

評価は、2022年1月7日から2月10日にかけて実施した各協力病院の改善チームメンバー(代表者1名)を対象としたアンケート結果を基に行った。なお、アンケートは、パイロットの施策を遂行したことによる時間外勤務の発生有無について伺った。

2) 評価結果

- 回答数は、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「パイロットで掲げられた施策を遂行したことにより、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施策については、表 18 のとおり。全体では、「指標の計測」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施策として、「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18 時間外勤務が発生したパイロットで掲げた施策【重複あり】

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

2.1.4 考察

- ほとんどの協力病院において、改善活動の対象とした指標の計測値は、ベースライン値から向上がみられた。協力病院が立案した計画が、当該指標に関わる診療・ケアの改善に有効であったことが示された。
- 管理者層にも改善チームにも、パイロットの参加を機に、改善活動に対する前向きな変化がみられた。管理者層には、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。なお、その際に生じうる課題についても何らかの策が検討されている病院が数多くあった。
- 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。一方、業務負荷の面では、特に「指標の計測」に関して時間外勤務が発生した病院が半数以上であった。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も必要と考えられる。

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つのパイロット適用指標を設定した。(第1章 表3 参照)

2.2.1 では、指標の設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。

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。

これらの評価結果をもとに2.2.3 で考察を述べる。

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)及び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。
- 協力病院に対して実施したアンケートで「担当テーマの診療・ケアの質を可視化するために、臨床現場において重要な指標だと思いますか」という設問について、テーマ別に集計した。
 - 糖尿病では、「非常にそう思う」「そう思う」という回答が60%であった。「そう思わない」「あまりそう思わない」の主な理由は、診療・ケアの質だけではなく患者の技術・理解・経済力や時間的な余裕といったことがらが大きく影響する、個人差が大きいため一括りにはできない、かなり季節変動の影響を受けやすい、等であった。
 - 脳卒中(脳梗塞)では、「非常にそう思う」「そう思う」という回答が80%であった。「そう思わない」「あまりそう思わない」の主な理由は、すでに当り前の治療となっている、指定されている薬剤に制限がある、等であった。
 - THA/BHA では、「非常にそう思う」「そう思う」という回答が77%であった。「そう思わない」「あまりそう思わない」の主な理由は、すでに100%達成できている項目のため、等であった。
- その他、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(表19)。

表19 検証課題①に関する協力病院などの意見

論点	意見
指標の意義・適切性について	● 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。
指標の特性等について	● 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。

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、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、表20のとおり、実際の計測における個別具体的な意見・疑義があった。なお、糖尿病指標のデータソースとして電子レセプトを指定したものがあり、それに対する意見があったほかは、テーマに特有な傾向はみられなかった。

表20 検証課題②に関する意見

論点	意見
指標定義について	● 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の定義が異なる。
計測手順について	● 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。 ● コード表の形式によっては、病院側でコード検索の手間がかかる。
計測の体制について	● 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である。

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、各指標がテーマにおける診療・ケアの改善活動へ役立ったかどうかアンケート調査を実施した。

2) 評価結果

- アンケートの回答病院数は、協力病院21病院中21病院であった(回答率100.0%)。
- テーマ及び指標ごとの評価結果は表21のとおりである。

表21 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	3 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で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 ⁴	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				

⁴ 1 病院が複数の指標を選択しているため重複がある

【THA・BHA】

指標ID	改善対象とした病院数	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。

- 改善対象に選択した指標について、「担当テーマの診療・ケアの改善に役立ちましたか。」という質問に対し、「非常にそう思う」、「そう思う」と回答した病院が 87.1%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。
- なかでも DM-02 及び THA-05 は、それぞれ 7 病院中 6 病院が改善対象として選択した。理由としては、「自院の取り組むべき課題であったため」、「重要だが見逃されがちなポイントであったため」、「当該疾患における病院機能の総合評価に反映できるため」などが挙げられた。
- 一方、どの病院も改善対象として選択しなかった指標があった。理由としては、「改善活動に繋がりにくい」、「計測対象として指定された薬剤が自院の実態と合わなかったため」、「当該疾患の診療・ケアにおいて当然のことであり改善の余地がなかった」、「目標値が設定しにくい」、「個人差が大きく目標値設定が困難なため」などが挙げられた。なお、テーマに特有な傾向はみられなかった。

2.2.3 考察

1) 検証課題①について

一部の指標について、指標の意義・適切性及び指標の特性等の面から指摘があった。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が、当該指標を初めて使用する病院に対しては、指標の意義や適切性を丁寧に伝えていく必要がある。また、医療の質以外の要因の影響に関しては議論するプロセスをもっていなかったため、今後検討する必要がある。それら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、協力団体以外の指標の活用や、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。

2) 検証課題②について

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、以下の点について検討する必要性が示唆された。

- 指標の定義は、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必要がある。
- 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。
- 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。
- 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できないか検討する必要がある。
- コード表を用いる場合は、病院のコード検索にかかる負担への配慮した方式が望ましい。
- 指標計測の体制が十分でない病院への支援策を検討する必要がある。

3) 改善活動面からみた評価

協力病院が改善対象とした指標については、9割近くが役に立ったと回答していることから、テーマにおける質改善に資する指標であったと評価できる。しかし、改善対象に選ばれなかった指標もあり、今後の指標選定において以下の点について検討する必要性が示唆された。

- 質改善活動を見据え、当該疾患の診療・ケアにおいて取り組むべき課題、かつ現場の改善活動につながりやすい指標であるかという視点が必要である。
- 病院または患者の個別性により数値に大きく影響を及ぼす指標は、改善対象として扱いにくいため、選定設定の際に留意する必要がある。

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、協力病院及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) 協力病院及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）との振り返り内容及び、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表 22 のとおりである。e-learning 及び集合研修は、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。
- 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、表 23 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、ポジティブ回答が 45 ポイント以上増加した。
- 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及び課題を分析し、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。

表22 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)
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
	医療の質指標の活用能力	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
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

表23 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

対象数＝111

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	65	58.6%	15	13.5%	-45.0%	↓	23	20.7%	28	25.2%	4.5%	↑	23	20.7%	68	61.3%	40.5%	↑
②質指標を用いた医療の質の評価ができる	74	66.7%	12	10.8%	-55.9%	↓	21	18.9%	41	36.9%	18.0%	↑	16	14.4%	58	52.3%	37.8%	↑
③医療の質の改善が必要な質指標を選択できる	76	68.5%	15	13.5%	-55.0%	↓	22	19.8%	39	35.1%	15.3%	↑	13	11.7%	57	51.4%	39.6%	↑
④病院データの種類とその特徴を理解している	61	55.0%	16	14.4%	-40.5%	↓	19	17.1%	31	27.9%	10.8%	↑	31	27.9%	64	57.7%	29.7%	↑
⑤分析に必要なデータを適切に収集できる	54	48.6%	23	20.7%	-27.9%	↓	34	30.6%	33	29.7%	-0.9%	↓	23	20.7%	55	49.5%	28.8%	↑
⑥分析に必要なデータを適切に選択できる	55	49.5%	19	17.1%	-32.4%	↓	33	29.7%	33	29.7%	0.0%	→	23	20.7%	59	53.2%	32.4%	↑
⑦データを用いて現状を可視化できる	50	45.0%	15	13.5%	-31.5%	↓	32	28.8%	32	28.8%	0.0%	→	29	26.1%	64	57.7%	31.5%	↑
⑧分析結果から問題点を抽出できる	46	41.4%	8	7.2%	-34.2%	↓	37	33.3%	23	20.7%	-12.6%	↓	28	25.2%	80	72.1%	46.8%	↑
⑨目標値の設定ができる	57	51.4%	13	11.7%	-39.6%	↓	33	29.7%	32	28.8%	-0.9%	↓	21	18.9%	66	59.5%	40.5%	↑
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	40	36.0%	8	7.2%	-28.8%	↓	37	33.3%	17	15.3%	-18.0%	↓	34	30.6%	86	77.5%	46.8%	↑
⑪質改善手法についての知識がある	53	47.7%	12	10.8%	-36.9%	↓	30	27.0%	30	27.0%	0.0%	→	28	25.2%	69	62.2%	36.9%	↑
⑫抽出した問題点が改善活動で解決可能か判断できる ⁵	46	41.8%	8	7.2%	-34.6%	↓	42	38.2%	28	25.2%	-13.0%	↓	22	20.0%	75	67.6%	47.6%	↑
⑬解決可能な問題点に対して改善策が立案できる	45	40.5%	7	6.3%	-34.2%	↓	33	29.7%	24	21.6%	-8.1%	↓	33	29.7%	80	72.1%	42.3%	↑
⑭改善策の実行スケジュールを立てることができる	44	39.6%	7	6.3%	-33.3%	↓	42	37.8%	35	31.5%	-6.3%	↓	25	22.5%	69	62.2%	39.6%	↑
⑮職種別の具体的な行動目標を立てることができる	49	44.1%	10	9.0%	-35.1%	↓	40	36.0%	29	26.1%	-9.9%	↓	22	19.8%	72	64.9%	45.0%	↑
⑯他部署・他職種が協働して改善策が立案できる	42	37.8%	8	7.2%	-30.6%	↓	33	29.7%	16	14.4%	-15.3%	↓	36	32.4%	87	78.4%	45.9%	↑

⁵ セミナー前の評価に未回答が含まれているため、本項目の母数は110としている。

2) 協力病院及び運営側による評価

(1) e-learning

① 協力病院による評価

- 回答数は、23 病院中 21 病院（回答率 91.3%）であった（表 24）。
- 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、プレ研修時のアンケートでは、受講者 17 名⁶のうち約 6 割⁷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⁶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24 協力病院による e-learning の評価

		糖尿病 対象数＝8		脳卒中(脳梗塞) 対象数＝7		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	6	75.0%	5	71.4%	5	83.3%	16	76.2%
	長い	2	25.0%	2	28.6%	1	16.7%	5	23.8%
集合研修 への参考 度	参考になった	5	62.5%	3	42.9%	3	50.0%	11	52.4%
	まあまあ参考になった	2	25.0%	3	42.9%	2	33.3%	7	33.3%
	あまり参考にならなかった	1	12.5%	1	14.3%	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、コンテンツの時間を短く区切るなど、多忙な医療者の負担感に配慮する必要があるとの意見があった。
- 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、それぞれ協力病院及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

⁶ プレ研修では病院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。

⁷ 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。

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25 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。	● 研修時間(4 時間)が長い。	● 30 分前倒しできるプログラムに改変してほしい。 ● 病院間で取組及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。
運用 オンラインによる	● (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】

- 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 26）。
- 協力病院及び運営側によるワーク内容の評価は、表 27 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及び進め方を検討する必要がある。

表26 協力病院による各ワークの時間配分に対する評価

		糖尿病 対象数=8		脳卒中(脳梗塞) 対象数=7		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	3	37.5%	2	28.6%	0	0.0%	5	23.8%
	適切	5	62.5%	5	71.4%	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	3	37.5%	1	14.3%	0	0.0%	4	19.0%
	適切	5	62.5%	6	85.7%	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	8	100.0%	6	85.7%	5	83.3%	19	90.5%
	長い	0	0.0%	1	14.3%	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	8	100.0%	5	71.4%	5	83.3%	18	85.7%
	長い	0	0.0%	2	28.6%	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27 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な。 ● ストラクチャーとプロセスの区別がしづらかった。		
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な。 ● 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	特記なし

	し、一律の評価は難しいと感じた。	
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28）。

表28 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たとなおありがたい。 ● 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。同病院内で、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。	● 全員が発話できるような仕掛けが必要かもしれない。 ● 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 及び集合研修は、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及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、との指摘がある。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）の評価について、協力病院及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及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及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

協力病院及び運営側に寄せられた意見を基に各報告会について評価を行った。

- 協力病院による評価は、各報告会后に、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、各報告会后におこなった、当日のファシリテーター（QI 活用支援部会員）との振り返り内容及び、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) 協力病院による評価

① 中間報告会について

- 報告会后に実施したアンケートの回答数は、中間報告会に参加した 22 病院中 21 病院であった（回答率 95.5%）。
- 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考になったとの評価結果であった（表 29）。
- 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」などが挙げられた。
- 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な気がする」といった意見があった。

表29 協力病院による中間報告会の評価

		糖尿病 対象数＝7		脳卒中(脳梗塞) 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	2	28.6%	0	0.0%	2	28.6%	4	19.0%
	やや満足	4	57.1%	7	100.0%	5	71.4%	16	76.2%
	やや不満	1	14.3%	0	0.0%	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	1	14.3%	0	0.0%	2	28.6%	3	14.3%
	やや満足	5	71.4%	6	85.7%	5	71.4%	16	76.2%
	やや不満	1	14.3%	1	14.3%	0	0.0%	2	9.5%
報告会の時間	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	5	71.4%	6	85.7%	6	85.7%	17	81.0%
	全くそう思わない	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	4.8%

② 最終報告会について

- 報告会後に実施したアンケートの回答数は、最終報告会に参加した 21 病院中 21 病院であった（回答率 100.0%）。
- 報告会のプログラムに対しては、すべての病院が「非常に満足した」、「やや満足した」との評価結果であった（表 30）。
- 印象に残ったこととして、「各病院とも多職種連携が進み、チーム医療の重要性を再認識されていた」や「各病院とも改善活動の継続性や効率性について今後の取り組み方を模索していることがわかった」、「管理者層から発せられるキーワードが共通しており、どの病院も同じ思いで診療していることを確認できた」などが挙げられた。
- 要望として、「今後も長期的に継続するために、データ抽出の簡易化を検討してほしい」、「計測手順書をもとに今回取り組んだテーマ以外も計測をして、自院の程度を確かめてみたい」といった意見があった。

表30 協力病院による最終報告会の評価

		糖尿病 対象数=7		脳卒中(脳梗塞) 対象数=7		THA・BHA 対象数=7		全体 対象数=21	
		件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
プログラムの満足度	非常に満足	4	57.1%	3	42.9%	3	42.9%	10	47.6%
	やや満足	3	42.9%	4	57.1%	4	57.1%	11	52.4%
報告会の時間	適切	7	100.0%	6	85.7%	5	71.4%	18	85.7%
	長い	0	0.0%	1	14.3%	2	28.6%	3	14.3%

(2) 運営側による評価

① 中間報告会について

- 報告会の目的及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の評価であった。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

- 報告会の目的及びプログラムに特に異論はなかった。事前に発表フォーマットを作って、協力病院に情報を入れてもらうことで、スムーズな運営ができたとの評価であった。
- プログラムの構成に対しては、各病院の管理者層が参加し評価したことで、改善チームの士気が高まったのではないかという見方もあった。
- 一方で、管理者層からは改善活動の継続及び展開に一定の課題が挙げられたことから、今後、本事業としてこの課題に対応できるプログラムやツールの検討、設定が必要であるとの見解が示された。

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及び病院内でのコミュニケーションツールを設定した（表 31）。これらのツールの有効性について評価する。

表31 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

病院間及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及び手段・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 TeamsTM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

1) 中間報告会

- 協力病院及び運営側において、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。

2) 最終報告会

- 協力病院及び運営側において、中間報告会と同様、良い評価が得られた。自院の活動成果を可視化できたとともに、他病院の活動成果も知れたこと、自院の管理者層から活動が評価されたことなどが満足度につながった印象である。発表内容から、改善チームにも管理者層にも今回の活動を継続、あるいは発展させていきたいとの意欲がうかがえたことから、本事業として改善活動の継続を支援する仕組みづくりが必要である。

3) 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

- 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。

4) 計測結果のフィードバック

- 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。本章では各目的に沿ってパイロットの結果・考察をまとめる。

1. 現場に即した改善支援パッケージ開発

パイロットで使用したコンテンツ、ワークシートなどの成果物は、「質改善ツールキット（以下、ツールキットという。）」として取りまとめた。

ツールキットは、パイロットの流れに則り、質改善とは何かを学ぶフェーズ（e-learning など）、質改善活動を準備するフェーズ（集合研修）、改善活動の実施とモニタリングのフェーズ（改善活動）に沿って成果物を整理した。また、ツールキットは、今後、本事業オフィシャルサイトへ公開し、広く医療関係者及び本事業の協力団体等が活用できるようにする予定である。

1) e-learning 動画

質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をまとめたコンテンツを以下のとおり作成した。

コンテンツ名	作成者
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)
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)
データの収集・分析	荒井 康夫(同上)
医療の質の改善に関する基礎知識	本橋 隆子(同上)

2) 医療の質指標基本ガイド～質指標の適切な設定と計測～

我が国において質指標の共通した理解が深まることを目途に、質指標の基本的な考え方を整理した医療の質指標基本ガイド（以下、ガイドという。）の作成を行った。

ガイドは、質指標の目的・意義をはじめ、質改善に資する質指標の設定及び選定のプロセスについて、協力病院からの意見などを踏まえ取りまとめている。

3) 集合研修ワークシート

実効性のある質改善計画の立案に向けた各種ワークシートを作成した。また、集合研修の運用に関する手引きも併せて取りまとめた。

- チームの現状分析（強みと弱み）
- 指標データ記述のためのシミュレーション
- 指標の測定結果の評価・分析
- 改善計画の立案
- キックオフセミナー運用ガイド～改善計画立案までの進め方～

4) 改善活動モニタリングシート

改善チームが、活動期間中、定期的にチーム内で容易に振り返りが行えるよう、指標の計測値及び改善の進捗状況を記入するフォーマットを作成した。

2. パイロット協力病院間のネットワーク構築

個々の改善活動をより充実させるためには、顕在化した諸課題及び解決策を協力病院間で共有し、共に考えることが重要と考え、協力病院が相互に情報共有が図れる環境を以下のとおり整備した。

目的	施策
顔が見える関係性の構築	● ワークごとの意見交換 ● 研修、報告会終了後に意見交換の場の設定
協力病院間で改善活動状況の共有や相談	● Microsoft Teams™(チャットやデータの授受) ● メールアドレスのリスト(改善チームメンバーへ個別の連絡・相談)

上記施策は、一堂に会する研修会、報告会又は開催前後において一定の活用、効果があったと評価するが、それ以外の状況では、一部の病院のみの活用にとどまり、かつ、あまり活用されなかった。

しかし、パイロット中に実施したアンケートでは、改善活動中の病院相互の意見交換や情報共有を行う有効な手段として、多くの病院が上記施策は有効と回答している。なお、回答には上記施策を活用しなかった病院が含まれていることは留意すべき点と考える。

アンケートの回答と実態で生じた齟齬の要因として、協力病院間の関係を十分に構築できていなかったことが推察される。集合研修後のアンケートにおいても「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。」との指摘もあった。また、パイロットでは、協力病院及び参加する改善チームの情報（病院規模や参加の背景など）を事前に共有しなかったため、相手先が見えない環境で相談しづらいといった可能性もある。

これらの解決策として「協力病院及び改善チームメンバー体制等の事前情報の共有」「改善チームのメンバー全員が発話する場の設定」などが考えられるが、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、引き続き検討が必要である。

3. パイロットを通じた事例収集及び各種検証

質指標を活用し質向上を目指す協力病院の取組を成功に導くため、パイロットは以下をポイントに設計した。

設計のポイント	主な構成
特定の診療・ケアを対象とした改善活動	● 疾患テーマの設定(「糖尿病」、「脳卒中(脳梗塞)」、「人工股関節全置換術:THA 又は人工骨頭置換術:BHA」) ● テーマに基づく指標(パイロット適用指標)の設定
多職種によるチーム編成と組織の支援	● 多職種協働による改善活動体制の構築 ● 管理者層や関係部署からの理解と協力
改善活動の流れの設定	● コンピテンシー(21 項目)の設定 ● キックオフセミナーの開催(改善計画の立案) ● 報告会の開催 ● 改善活動の定期的なモニタリング、振り返り
協力病院間のコミュニケーションの場	● 集合研修、中間・最終報告会での意見交換・情報共有 ● 改善活動中の適宜の連絡・相談体制の構築

3 テーマ、合計 21 病院が、パイロット適用指標から改善の対象とする指標を設定し、約 1 年間改善活動を進めた。なお、改善の対象とした指標は以下のとおりである。

テーマ	改善の対象とした指標		計測のみ	
糖尿病	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-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
	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		
脳卒中 (脳梗塞)	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	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
	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	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
	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		
THA・BHA	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-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		
	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-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		

最終報告会で発表された結果によると、改善の対象とした指標全てにおいて、計測値が向上されたことを確認できた。また、同報告会では、改善活動を通じて得られた変化について、以下の内容が報告された。

体制面の変化 例) 診療・ケアチームの人員体制における変化 など	● 改善活動を通じて、事務部門との連携が図ることができた。 ● クリティカルパス委員会の構成員を改善チームメンバーに参画させることで、委員会との連携が可能となり、パス作成がスムーズに進められた。 ● 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。 ● 特定の職種・課の負荷増大につながった。
活動面の変化 例) 計測ツールや日常の業務フローにおける変化 など	● 転院・退院調整業務における業務を見直し、簡素化を図ることができた。 ● 業務のマニュアル化を進めた。 ● 記録のテンプレートを作成し、標準化を図ることができた。
その他	● 他部門に対する理解が深まり、連携が円滑になった。

例) チームメンバーや他部門・他部署の意識の変化 など	● 情報を共有することで風通しの良い関係を構築することができた。 ● 「言われたからやる」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した。 ● 「他に改善できるところはないか」と意識が広がるようになった。 ● 「PDCAサイクルを回しながら継続的な改善を目指す」という思考が徐々にできるようになった。 ● 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。
-----------------------------	--

なお、パイロット期間中、定期的に実施した 21 項目のコンピテンシーを用いた自己評価においても、パイロット前後でスコアの向上が確認できた。

パイロットの施策を通じて実施した改善活動が、多くの病院で日常の診療・ケアの向上に繋がり、改善チームメンバー個々の知識・能力向上に寄与し、効果を実感されたことは留意すべき点である。

以上より、前述する「特定の診療・ケアを対象とした改善活動」「多職種によるチーム編成と組織の支援」「改善活動の流れの設定」「協力病院間のコミュニケーションの場」が改善活動を成功させるうえで重要なポイントであることが確認できた。

一方、今回のパイロットでは諸所の課題も散見された。具体的には、「改善チーム以外の部門・部署との連携不備」「人員の維持・確保の困難による継続参加の辞退」「指標計測における時間外勤務の発生」などである。

改善活動を継続させるうえでは、これら諸課題に関する支援が重要であることが示唆された。

4. パイロットを発展させた事業化の検討

本事業では、質指標を活用した改善活動の普及・促進を目的に、今年度実施したパイロットの全国展開を検討している。そこで本項では、パイロットを通じて得られた成果・課題のうち、事業化に向け詳細な検討が必要な事項を取りまとめた。

論点	主な課題
改善活動をモニタリングする指標	指標の設定 ● 指標の特性を加味した選定(患者属性や季節変動の影響の考慮、など) ● 指標選定の視点の精緻化及び選考プロセスの明示 ● 臨床現場のニーズに応じた新たな指標を開発の検討 指標の計測 ● 計測者の負担軽減に向けた対応(同テーマの指標間における定義の調整、指標特性に応じた適切な計測期間の設定、など) ● 全国展開を見据えた指標計測の運用方法の検討(例外事項の疑義対応体制、指標計測の体制が十分でない病院への対応、など)
キックオフセミナー(教育・研修プログラム)	e-learning ● 質改善活動の経験が浅い病院に向けたコンテンツ作成 ● 「医療の質指標基本ガイド」との整合・見直し 集合研修

論点	主な課題
	● オンライン開催における、協力病院間の顔が見える関係性の構築 ● テーマに応じて参加職種や人数の条件設定 ● 全体及び各ワークの時間配分の見直し ● 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）
改善活動中の支援	● 運営側からの支援ニーズへの対応（運用が困難な部分の手助けが欲しい、など） ● 病院間の相互支援の仕組みの検討（病院の課題及び解決策の共有、など）
人材養成について （コンピテンシーの評価）	● コンピテンシーの精査・見直し ● 組織内の理解・連携に関する項目（他部署・他職種との連携、院内の周知など）のスコア向上に向けた施策の検討

以上、パイロットの目的に沿って結果・考察を記述した。なお、本報告書作成にあたり、協力病院から改善活動を進めるための要望等について、多様な意見をいただいたので、以下に紹介する。今後の事業運営の参考としたい。

対象	要望事項等
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と。
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ィア、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。

おわりに

質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、モチベーションは産出されにくい。また、複数の指標を選択し運用する場合は、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感に影響を及ぼすこととなる。質指標を取り扱ううえで、十分留意したい視点である。また、質指標を活用した改善活動は、診療・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た取組が必要である。今後は、パイロットの経験を踏まえ、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。

謝辞

準備期間も含めると約2年間、質指標を活用したPDCAサイクルの実装に向けて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。パイロットを完遂できたのは、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年間を過ごさせていただき、我々も大変多くの学びや気づきがありました。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。ご尽力に心より御礼申し上げます。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。

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。

モデル事業（パイロット） 運営メンバー一覧

[敬称略]

QI 活用支援 部会	荒井 康夫	(学校法人北里研究所 北里大学病院 医療支援部 診療情報管理室 特別専門職)
	猪飼 宏	(京都府立医科大学 大学院医学研究科 医学・医療情報管理学 教授)
	岩渕 勝好	(山形市立病院済生館 呼吸器内科 科長)
	尾藤 誠司	(国立病院機構 東京医療センター 医療の質推進室 室長)
	本橋 隆子	(聖マリアンナ医科大学 予防医学教室 講師)
	宮地 正彦	(掛川市・袋井市病院企業団立 中東遠総合医療センター 企業長兼院長)
QI 標準化部会	青木 拓也	(東京慈恵会医科大学 総合医科学研究センター 臨床疫学研究部 講師)
	鴨打 正浩	(九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座 教授)
	國澤 進	(京都大学大学院 医学研究科 社会医学系専攻 医療経済学分野 准教授)
	鈴木 理恵	(公益社団法人 日本看護協会 医療政策部 看護情報課 専門職(調査研究企画調整担当))
	林田 賢史	(産業医科大学病院 医療情報部 部長)
	東 尚弘	(国立がん研究センター がん対策研究所 医療政策部 部長)
	的場 匡亮	(昭和大学大学院 保健医療学研究科 准教授)
	矢野 諭	(一般社団法人 日本慢性期医療協会 副会長)
医療の質向上の ための協議会	石川 直子	(独立行政法人地域医療機能推進機構 理事)
	岡田 千春	(独立行政法人国立病院機構 審議役)
	草場 鉄周	(医療法人北海道家庭医療学センター 理事長)
	楠岡 英雄	(独立行政法人国立病院機構 理事長)
	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)
	佐藤 朗	(独立行政法人労働者健康安全機構 理事)
	進藤 晃	(公益社団法人 全日本病院協会 東京都支部長)
	西尾 俊治	(一般社団法人 日本慢性期医療協会 常任理事)
	橋本 省	(公益社団法人日本医師会 常任理事)
	原 義人	(公益社団法人全国自治体病院協議会 副会長)
	福井 次矢	(一般社団法人日本病院会 QI 委員会 委員長)
	松原 了	(社会福祉法人恩賜財団済生会 理事)
	松原 為人	(全日本民主医療機関連合会 理事)
	矢野 真	(日本赤十字社 医療事業推進本部 総括副本部長)
	吉川 久美子	(公益社団法人 日本看護協会 常任理事)
	永井 庸次	(株式会社日立製作所 ひたちなか総合病院 前院長)
	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)
	宮田 裕章	(慶応義塾大学医学部 医療政策・管理学教室 教授)
	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)
事務局	菅原 浩幸	(公益財団法人日本医療機能評価機構 統括調整役)
	神保 勝也	(公益財団法人日本医療機能評価機構 評価事業推進部 副部長)
	實川 博己	(公益財団法人日本医療機能評価機構 評価事業推進部企画課 課長代理)
	中田 祐太	(公益財団法人日本医療機能評価機構 評価事業推進部企画課 主任)
	浅野 由莉	(公益財団法人日本医療機能評価機構 評価事業推進部企画課)