

# 医療の質の評価・公表について

## 医療の質の評価・公表の背景

### 医療の質に対する関心の高まり

近年、医療技術の高度化・複雑化に伴い、ガイドラインや根拠に基づく医療（EBM）など、医療の質を測定・評価する考え方が広がる一方で、患者や国民の意識の変化から、医療の質への関心が高まり、医療の質の向上及び質に関する情報の公表が求められている。

### 公表にあたり指摘されている主な課題

医療の質に関する情報の公表については、社会の関心が高いものの、以下のような慎重な意見もある。

- 指標を選定するにあたり、患者の重症度や年齢等を考慮する必要があるのではないか。
- 数値の公表により、患者が数値のみに惑わされるのではないか。
- 重症患者の多い病院の治療結果の数値が悪くなるため、重症患者の受入拒否へつながるのではないか。

どのような臨床指標を用いて、どのようなやり方で公表するかについて、  
医学的・社会的観点から総合的に検討する必要がある。

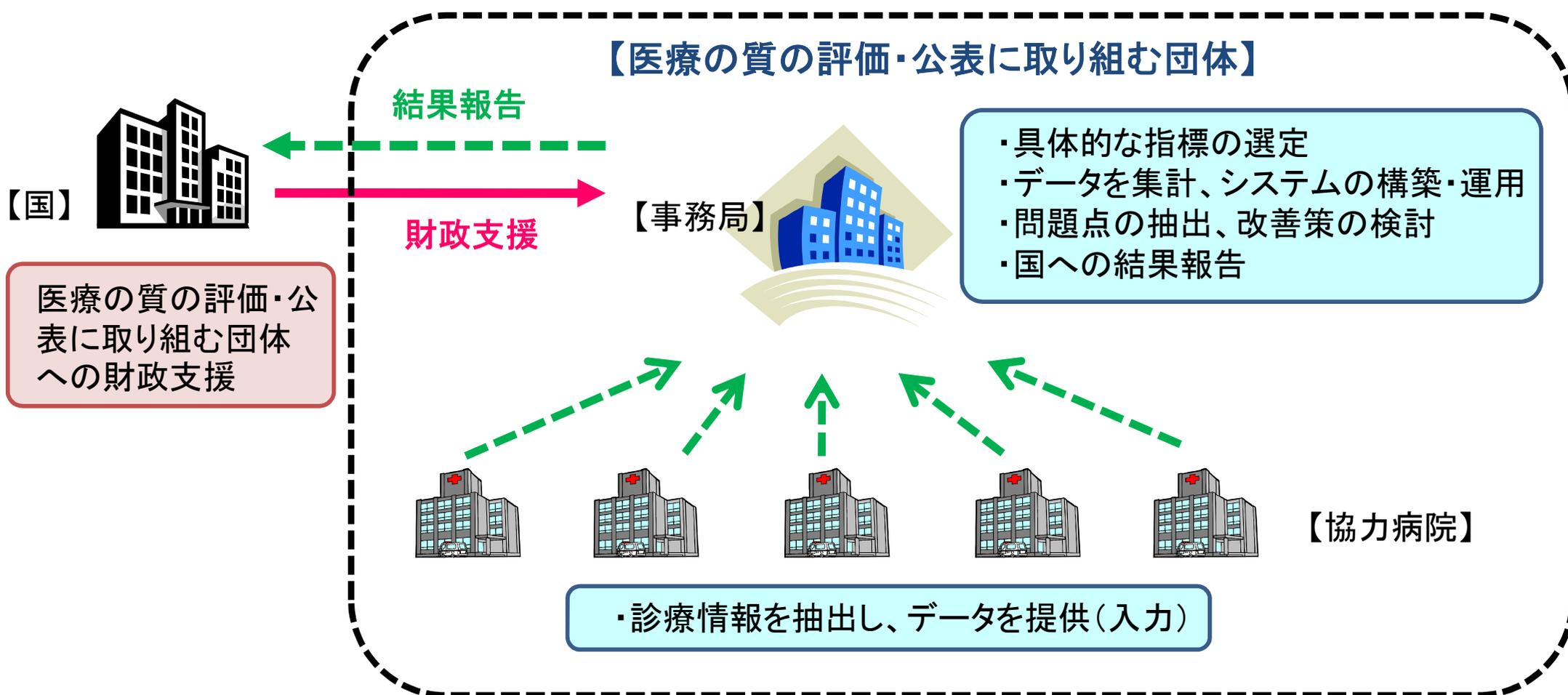
### 推進策

医療の質の評価・公表等推進事業の実施（平成22年度）

# 医療の質の評価・公表等推進事業(概要)

## 概要

関心の高い特定の医療分野や患者満足度について、モデル的に医療の質の評価・公表を実施し、その結果を踏まえて問題点等を検証する。



# 医療の質の評価・公表等推進事業(概要)

【申請資格】平成29年度公募要領より抜粋

- (1) 概ね40施設以上の病院により構成される団体
- (2) 事業を円滑に実施するための事務局機能を有する
- (3) 次の取組の実施が可能
  - 臨床指標に係る情報を収集・分析する人材の確保
  - 臨床指標の選定
  - 協力する概ね40施設以上の病院の選定
  - 各病院の臨床データの収集・分析
  - 収集・分析の結果得られた臨床指標の値による医療の質の評価
  - 臨床指標の値及びその算出方法等の公表
  - 医療の質の評価・公表に係る問題点の分析・改善策等の検討
- (4) 事業終了後も上記取組を継続
- (5) 医療の質の評価・公表の推進に係る国の施策、指導等への協力

# 医療の質の評価・公表等推進事業(概要)

## 【目的】

国民の関心の高い特定の医療分野について、病院が臨床指標（患者満足度、プロセス指標、アウトカム指標）を設定し、これに取り組んだ上で、分析・改善策の検討及び情報の公表を行うことで、医療の質の向上を推進させることが目的

## 【これまでの実績】

平成22年度 29,722千円	平成23年度 20,062千円	平成24年度 17,558千円	平成25年度 15,802千円	平成26年度 12,821千円	平成27年度 10,256千円	平成28年度 9,365千円	平成29年度 9,365千円	平成30年度 9,365千円
全日本病院協会	済生会	全日本病院協会	全日本病院協会	全日本病院協会	全日本民主医療機関連合会	全日本民主医療機関連合会	全日本病院協会	全日本民主医療機関連合会
国立病院機構	全日本民主医療機関連合会	全日本民主医療機関連合会	全日本民主医療機関連合会	全国自治体病院協議会	全国自治体病院協議会	全国自治体病院協議会	日本病院会	日本赤十字社
日本病院会	日本慢性期医療協会	日本慢性期医療協会	労働者健康福祉機構					

# 医療の質の評価・公表等推進事業について

病院団体名	実施施設数	医療の質の評価・公表に関する団体の取組状況		
		結果の公表	検討委員会等	協力病院等への研修支援等
一般社団法人 日本病院会	355	団体のHP	QI委員会	日本病院学会でQIをテーマにシンポジウムを開催し、病院長から研究者まで様々な方面から講師を招き、最新情報の共有を図っている。
全国自治体病院協議会	176	団体のHP	臨床指標評価検討委員会	学会シンポジウムを開催し、優秀病院の事例発表及び事業報告を行っている。
社会福祉法人 恩賜財団済生会	157 ※	団体のHP	医療・福祉の質の確保・向上等に関する専門小委員会	研修会による個別医療機関へのフィードバックを継続して実施している。 ※介護老人保健施設、特別養護老人ホームを含む
独立行政法人 国立病院機構	141	冊子配布 団体のHP	臨床評価指標評価委員会	分析手法セミナー(分析の視点を学ぶ)、ワークショップ(委員会の運営を学ぶ)、報告会(各病院の課題や成果を共有)を行い、病院別サマリーを四半期ごとに配布している。
全日本民主医療機関 連合会	97	団体のHP	全日本民医連QI委員会	交流・研修会の実施による質向上・改善の事例の共有・蓄積を行っている。
日本赤十字社	74	団体のHP	医療の質向上委員会	日赤医学会総会及び研修会において、医療の質の評価の結果に関する報告を行っている。
公益社団法人 全日本病院協会	41	団体のHP	臨床指標評価検討委員会	各年度の事業終了後に報告会を開催し、参加病院にフィードバックをおこなっている。
一般社団法人 日本慢性期医療協会	39	団体のHP	診療機能評価基準委員会	—
独立行政法人 労働者健康安全機構	34	団体のHP	医療の質の評価等に関する検討委員会	施設間ネットワークを活用し、委員会での提言等、質の向上へ向けた情報の共有・蓄積を行っている。

## ○ 臨床指標について

- ・ 医療機関の特性に応じて選択できるように、臨床指標を作成すること
- ・ 自院における臨床指標の経年変化や、他院と比較できるように、臨床指標の要件を標準化すること
- ・ DPC対象病院以外も参加できるように、DPCデータのみ依存しないこと(電子カルテの活用など)
- ・ 診療報酬改定などの制度改革に対応できるように、臨床指標の要件を定期的に見直すこと
- ・ 医療機関からの疑義照会(臨床指標の算出方法など)に速やかに対応すること

## ○ 医療の質の評価・公表に関する取組の普及について

- ・ 医療機関のトップマネジメント層の理解・納得が得られるように普及啓発すること
- ・ 医療の質向上に向けた取組であることを共通理解にすること
- ・ 医療機関において臨床指標を使いこなせる人材を養成すること
- ・ 医療機関における臨床指標を活用した好事例を収集・分析・情報発信すること
- ・ 医療の質の評価・公表に取り組む医療機関へのインセンティブの付与

## ○ その他

- ・ 臨床指標を算出するためのシステムの維持管理に係るコストの確保
- ・ 医療機関を支援するための事務局体制の確保
- ・ 個々の病院団体の取組から医療界全体の取組へと転換すること

### 共通QIセットの作成

#### 平成28年度研究班

全国の病院(研究時点8470病院)を対象に、QIの測定と公表の現状、医療の質改善との関わり、共通QIを用いることへの意見などのアンケート調査を実施した。(805病院から回答; 回答率9.5%)

QIを用いた医療の質の測定・改善を全国の病院で行うためには、指標の数は30未満に抑えたほうがよいと考え、共通QIセット(23種類36指標: 参考資料)を提言した。

### 共通QIセットの評価

#### 平成29年度研究班

「医療の質の評価・公表等推進事業」参加団体において、前年度に提唱した共通QIセットを用いて医療の質の測定・評価・公表を行い、測定可能性や医療の質の改善への影響などを検証した。

### 共通QIセットの更なる検討

#### 平成30年度研究班—中間概要—

平成22年度以降の厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」参加団体の責任者が集う意見交換会を開催し、本テーマに関するこれまでの取り組み・問題点を集約し、わが国の医療の質を向上させる一手段としてのQIの測定・公表を推進する。

### 医療の質向上に向けての留意事項

研究班としては、QIの測定・公表の全国展開の最終目的は個々の病院における医療の質の改善であり、単なる病院間の比較・ランク付けではないことを強調したい。

#### 期待される効果

- 共通QIセットを用いた医療の質の測定・公表を、より多くの病院について行うことで、医療の質の可視化、各病院での改善活動(PDCAサイクル)を促すことができる。さらには、共通QIセットの測定・公表をある期間ごとに繰り返し行うことで、医療の質の改善が達成されているかを知ることができる。
- 医療の質の改善は、患者にとって直接的な利得であり、厚生行政の最大の目的の一つである。厚生行政上、医療の質を高めるためのインセンティブを考える上でも、共通QIセットの数値とその動きは参考になるはずである。
- 本研究成果は、医療の質の評価・公表に関する制度的対応に関する検討に活用されることで、全国の医療機関の医療の質向上に資することが期待される。

## 共通QIセット: 23種類の36指標

平成28年度厚労科研補助金

医療の質指標に関する国内外レビュー及びより効果的な取組に関する研究(研究代表者 福井次矢)

- ①入院患者満足度 ②外来患者満足度 ③職員満足度 ④転倒・転落発生率
- ⑤インシデント・アクシデント発生率 ⑥褥瘡発生率
- ⑦中心静脈カテーテル挿入時の気胸発生率 ⑧カンサーボードの開催
- ⑨麻薬処方患者における痛みの程度の記載
- ⑩急性心筋梗塞患者におけるアスピリン投与
- ⑪Door-to-Balloon ⑫早期リハビリテーション
- ⑬誤嚥性肺炎患者に対する喉頭ファイバースコープあるいは嚥下造影検査の実施率
- ⑭血糖コントロール ⑮予防的抗菌薬の投与 ⑯服薬指導 ⑰栄養指導
- ⑱手術患者での肺血栓塞栓症予防・発生率 ⑲30日以内の予定外再入院率
- ⑳職員の予防接種率 ㉑高齢者における事前指示(ACP)
- ㉒広域抗菌薬使用時の血液培養 ㉓地域連携パスの使用率

## 今後の対応(案)

- 医療の質の向上のために、平成22年度より「医療の質の評価・公表等事業」を開始し、これまでに9つの病院団体等が参加し、約1000カ所の医療機関において、医療の質の評価・公表の取組が実施されてきている。
- それぞれの病院団体等ごとに、独自の臨床指標を作成し、医療の質の評価・公表に関する取組の普及がなされてきているが、団体間で情報共有する機会が限られているため、これまでに蓄積されているノウハウの共有が十分になされていない。
- このため、団体間で情報共有する機会を定期的に設け、①臨床指標の算出方法、②臨床指標の評価・分析手法、③臨床指標の公表手法、④臨床指標を使いこなせる人材の育成手法、⑤医療機関における好事例の共有手法などのノウハウを共有し、臨床指標の標準化を図ることにより、医療の質の向上に取り組む医療機関を拡大していくことが重要である。



- これまでの既存の取組を最大限に活かすことを前提とし、医療の質の評価・公表に積極的に取り組む病院団体等の協力を得ながら、「医療の質向上のための協議会」を立ち上げ、医療機関、病院団体等を支援する仕組みを構築してはどうか。

# 医療の質向上のための体制整備事業

平成31年度予算案:47,629千円(0千円)

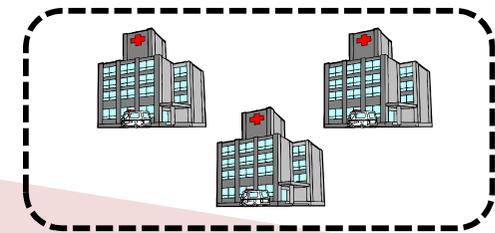
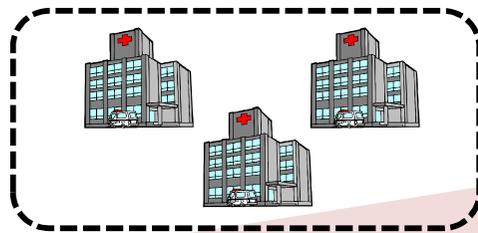
## 課題

厚生労働省は、医療の質を向上させるため、平成22年度から医療の質の評価・公表の取組を行う病院団体を支援することで、約千の病院が取組を行うようになった。しかしながら、データ収集の負担、医療の質の向上活動を担う中核人材不足を理由とした参加病院数の伸び悩み、団体間での臨床指標やその定義のばらつきなどが課題となっている。

## 方向性

これらの課題を解決するため、これまでの既存の取組を最大限に活かすことを前提とし、医療の質の評価・公表に積極的に取り組む病院団体等の協力を得ながら、「医療の質向上のための協議会」を立ち上げ、医療機関、病院団体等を支援する仕組みを構築する。

## 事業内容(イメージ)



医療機関、病院団体等の  
医療の質向上サポート

事務局機能

医療の質向上のための協議会運営



【採択事業者】

結果報告



財政支援



【国】

- 医療の質向上のための具体的な取り組みの共有・普及
  - ✓ 好事例の共有
  - ✓ 手引き作成
  - ✓ 臨床指標の公表
- 医療の質の向上活動を担う中核人材の養成
- 臨床指標の標準化
- 臨床指標の評価、分析支援

# 參考資料

# 医療の質の評価・公表等推進事業について (日本病院会)

## これまでの取組概要

当会は本事業が開始となった平成22年度に参加したことを契機に、翌年度より現在まで「QIプロジェクト」として独自に活動を行っている。本プロジェクトは「自院の診療の質を知り、経時的に改善する」ことを目的とし、医療の質の測定、評価、公表するための指標の検討、ならびに各病院でPDCAサイクルを病院の運営管理手法に組み込むことを促す役割を根付かせることを目的としている。

主な活動として、フィードバックの他、本プロジェクトの参加施設を対象に意見交換会を年1回開催。各参加施設より質改善活動の取組について発表を行ったり、委員会の委員より質改善活動の最新情報を報告している。また、日本病院学会でQIをテーマにシンポジウムを開催し、病院長から研究者まで様々な方面から講師を招き、最新情報の共有を図っている。

## 現在の団体としての事務局体制

参加病院は会員病院のうち、355施設が現在参加している。属性は大学病院から中小規模の病院、総合病院から単科病院まで全国にわたって様々な施設を有していることが特徴である。

### ○当プロジェクトの指標の選択

指標の選択は、QI委員会にて決定する。委員は、会員病院と外部から構成。現在、一般病床の指標は、「DPCデータ」34項目と「DPC外データ」25項目。精神・療養病床は、ともに11項目で測定している。今年度は、本事業の共通指標より「糖尿病薬物治療患者の血糖コントロール HbA1c<8%」、「1か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント発生件数」、「全報告中医師による報告の占める割合」、「職員におけるインフルエンザワクチン予防接種率」を一般病床の指標に追加。精神・療養病床も、次年度より共通指標より一部項目を取り入れていく予定である。指標内容については、参加施設の間合せや現状のガイドライン等を確認し、委員会内にて協議している。

### ○システムの整備状況/個別医療機関等へのフィードバック

QIプロジェクトにおける参加施設専用のホームページを用意しており、各施設は自施設の専用ページよりDPCデータのアップロードならびに数値を入力する。フィードバックについては、3か月に1回の頻度で参加施設へフィードバックを行う。データの種別は、月別、経年変化、病床別区分を作成し、ホームページより各施設で資料のダウンロードを行う。また、参加施設へ各々で分析できるよう全参加施設のデータ詳細CSVファイルを配布しており、施設独自で分析可能である。

### ○指標の公表

各年度最終報告書を当会のホームページにて掲載している。また、参加施設によって、独自にデータを加工し、施設のホームページにて公表しているところもある。

### ○業務フロー

参加施設よりデータを収集(3か月に1回)⇒関係機関にてデータ解析後、フィードバックデータを作成⇒各参加施設のホームページへフィードバックデータを配信⇒委員会にて四半期ごとのデータを確認し、傾向などを確認

## 個別病院での主な取組状況

○入院患者の転倒・転落発生率  
インシデント・アクシデント報告書の中でも、転倒転落に関するものは報告用紙を別にした。通常の報告書は白紙だが、転倒転落の報告書は黄色に変えたことで、事案の経過を追いやすく、報告が滞っている場合もチェックしやすくなった。提出された報告書がまとめやすくなり、看護部にフィードバックされ注意喚起が行われた。

○患者満足度(外来患者)  
外来待ち時間に対し、調査・原因分析を継続して実施し、待ち時間のストレス対策及び患者向け発信ツールとして院内情報をディスプレイにより提供している。会計待ち時間短縮のため「医療費後払いサービス」を導入し、登録・専用窓口を設けPRを行っている。昨年に引き続き、全職員向けの職員接遇研修会(年1回)、ロールプレイング研修会(年3回)を実施し、職員の接遇意識向上と、具体的な事例への対応について多職種での共有を図った。

○救急車・ホットラインの応需率  
救急応需率を高めるための会議(救急連絡会)を開催し、検討・協議を実施(通年開催)。救急隊との意見交換会実施。  
・二次救急医療連携システム(メイフィス)による情報発信(待機医師(科目)・病床情報)。救急隊との交渉記録による不応需理由の確認。救急隊が搬送先に困っている時間(早期7:30~8:30)の受け入れ努力。

# 医療の質の評価・公表等推進事業について (公益社団法人全国自治体病院協議会)

## これまでの取組概要

平成26年度から事業を開始し、小規模病院(44床)から1000床を超える大規模病院の臨床指標データの収集・分析を行い、公表している。当協議会の会員のうち半数以上がDPC対象・準備病院ではないため、EFファイルからのデータを条件とせず、どの病院でも参加できるものとし、自治体病院特有のものや精神などの指標も取り入れている。当事業の目的は、①医療の質に関する指標を経年的に調査し、その改善を図ることにより、医療の質の向上を図る。②自治体病院の地域での役割の可視化を図り、その一層の充実を図る。③従来データが少ない精神科病院の医療の質の検討を行う。となっており、各地域での病院貢献度の指標や精神の指標を多く採用している。データの継続的な収集のため、毎年4月に説明会を開催し、各病院の負担軽減と数値の統一性を保っている。同時に、当協議会ホームページでのデータ公表を行い、参加病院にもリンク設定を周知し、国民や患者がその病院の医療の質を見られるようになってきている。また、収集したデータを基に、数値の良くなっている病院に取組みを確認し、委員会で優秀病院を選考している。また、全国自治体病院学会シンポジウムでそれら優秀病院の事例発表を行い、横展開し、自治体病院の質の向上に向けた活動を行っている。

## 現在の団体としての事務局体制

【参加病院数】	平成30年度 176病院
【データ収集】	3か月ごとのデータを収集
【分析評価】	集計結果の分析は臨床指標評価検討委員会作業部会が行っている。その後、委員会を開催し、データの評価を行っている。年度中間及び年度の考察を行い、数値の経過と取組み内容から好事例としての発表病院を選考している。
【システム整備の状況】	臨床指標評価検討委員会委員(会員病院職員)によるシステム構築(入力票・エラーチェック・データベース構成・フィードバック・参加病院改善資料提供等)を行っており、外部委託はしていない。当協議会の特徴として、①各病院のEFファイルからCIを自動計算するソフトを開発して配布している。②これの使用説明会を毎年4月に実施して、各病院の負担の軽減と数値の統一性を保っている。③その開発のために調査年の前年の10月中に、指標の計算式を確定して、CIを自動計算するソフトの修正に入り、説明会に間に合うように毎年再開発している。
【指標の選択】	毎年、委員会での協議事項で指標の選定を行っている。平成26年度 一般22、精神15の指標で開始し、平成28年度には一般32、精神23へ、平成30年度には一般37、精神27となっている。
【公表方法の検討】	公表する内容は委員会で議論し、当協議会ホームページで公表を行っている。
【個別医療機関等へのフィードバック】	3か月ごとに提出された病院からのデータに対して、表紙の指標名右側に前年度比を表示し、病床規模別・二次医療圏別・精神科標榜別に比較が出来るデータを返している。各指標では年度別と四半期別の時系列に表示し経過が分かるようになってきている。グラフでは自院の位置が分かるように表示している。
【業務フロー】	事業の庶務は、事務局の経営調査部が担当し、分析作業及びツール作成・検証作業は、臨床指標評価検討委員会作業部会が行い、新指標の検討やデータ評価は臨床指標評価検討委員会が行う。

## 個別病院での主な取組状況

当協議会が指標について項目定義の明示をしたことにより、共通の定義でプロセスの改善に取り組むことができるようになった。精神科病院では、入院患者の早期退院に向けた取組みや長期入院患者の社会復帰支援について、一定の指標を定期的に確認し、経時的に数値を見ていくことにより、より積極的に退院支援に向けた取組みを院内に対して働きかけることが可能となった。

各指標の数値を把握し、改善のために院内研修を開催したり、診察等の件数を実態に合わせて計上するようになった。

医師の業務を他職種に移譲したり、地域連携パスやクリニカルパスを作成したり工夫をした取組みもあった。

入院期間の短縮のため、地域の医療機関との連携を図ったり、再入院のないように退院前のフォローを手厚くしたり、病院としての取組みで改善が努められた。

# 医療の質の評価・公表等推進事業について (社会福祉法人 恩賜財団 済生会)

## これまでの取組概要

H23年度	DPC 対象病院: 37 病院 (28指標)				
H24年度	DPC 対象病院: 50 病院 (38指標)	DPC対象外病院: 29 病院 (38指標)	介護老人保健施設: 29 施設 (3指標)	特別養護老人ホーム: 47 施設 (2指標)	
H25年度	DPC 対象病院: 50 病院 (40指標)	DPC対象外病院: 29 病院 (25指標)	介護老人保健施設: 29 施設 (5指標)	特別養護老人ホーム: 47 施設 (4指標)	
H26年度	DPC 対象病院: 53 病院 (42指標)	DPC対象外病院: 26 病院 (38指標)	介護老人保健施設: 29 施設 (13指標)	特別養護老人ホーム: 47 施設 (16指標)	
H27年度	DPC 対象病院: 53 病院 (42指標)	DPC対象外病院: 26 病院 (38指標)	介護老人保健施設: 30 施設 (13指標)	特別養護老人ホーム: 49 施設 (16指標)	
H28年度	DPC 対象病院: 53 病院 (42指標)	DPC対象外病院: 25 病院 (38指標)	介護老人保健施設: 30 施設 (13指標)	特別養護老人ホーム: 49 施設 (16指標)	※報告書作成中
H29年度	DPC 対象病院: 53 病院 (42指標)	DPC対象外病院: 25 病院 (38指標)	介護老人保健施設: 30 施設 (13指標)	特別養護老人ホーム: 49 施設 (16指標)	※予定

## 現在の団体としての事務局体制

### 【H23年度～H29年度】

医療・福祉の質の確保・向上等に関する専門小委員会※1にて、参加病院数、指標の選択および公表方法を検討。  
データ収集・分析評価は産業医科大学へ委託。  
集計結果を済生会ホームページにて公表し、個別医療機関へは年1回の研修会でフィードバックを行う。

### 【H29年度以降】

済生会本部に、DPCデータ・レセプトデータを蓄積するデータベースを構築。  
指標の選択、公表方法の検討、データ収集、分析評価を済生会保健・医療・福祉総合研究所※2で行う。  
研修会による個別医療機関へのフィードバックは継続して実施。

※1 委員長：済生会熊本病院 院長 副島秀久（H29年4月～済生会熊本県支部 支部長）

※2 H29年2月発足 所長：済生会 理事長 炭谷茂（顧問：産業医科大学 医学部 公衆衛生学 教授 松田晋哉）

## 個別病院での主な取組状況

他の済生会病院との比較や、指標結果の年度経過推移などによる指標結果の分析

# 医療の質の評価・公表等推進事業について (独立行政法人国立病院機構)

## これまでの取組概要

### 【目的】

1) 臨床評価指標を開発し計測することにより、機構病院が提供する医療を可視化し、医療の質の均てん化と向上を図る。  
2) 臨床評価指標による計測結果を公表することにより、機構病院が提供する医療の透明性を確保し、わが国の医療の質の向上に貢献する。

### 【臨床評価指標の構成】

- 計測マニュアル: 定義・計測方法を解説
- 公表事業版: **医療の質の評価・公表等推進事業**
- 機構内病院版: NHO病院全ての集計値
- Webサイト版: 全体平均値などを対外的に公表
- 病院別サマリー: 各病院の集計値を要約



時期	指標数	特徴
H18年	26指標	初代。各病院からデータを収集
H22年	87指標 -公表17 -内部70	診療情報の二次利用による指標を開発。 厚労省「 <b>医療の質の評価・公表等推進事業</b> 」の初代団体に選定される
H27年 Ver.3	115指標	アウトカム指標や医療安全・チーム医療の視点を加えた新指標等を開発。

## 現在の団体としての事務局体制

【参加病院数】100% (141病院: 2018年度)

### 【データ収集・システム整備の状況】

- NHO本部に構築したデータベースを二次利活用
  - ①MIA(診療情報データバンク): レセプト・DPC(3か月毎)
  - ②NCDA(診療情報基盤): 電子カルテ・バイタル(前日)
- 分析は、前年度分を6-8月にまとめる。
  - ①本部DBからマニュアルに沿った計測をSE(2名)が行う
  - ②計測内容の確認から冊子編集を研究員(1名)が行う。
  - ③編集・印刷を経て冊子配布やWeb掲載を行う(年1回9月)。

### 【分析評価】

- 臨床評価指標評価委員会(外部委員2名: 委員6名)で承認
- 各病院ではPDCA事業に基づき、QM委員会で分析評価

### 【個別医療機関等へのフィードバック】

- 各病院の概要として、病院別サマリーを、NHO内での比較を通じて改善点を可視化するために**機構内病院版**を配布。(臨床評価指標の例)
- PCI(経皮的冠動脈形成術)施行前の抗血小板薬2剤併用療法の実施率/入院死亡率
- COPD(慢性閉塞性肺疾患)患者における呼吸機能評価の実施率
- 75歳以上入院患者の退院時処方における向精神薬が3種類以上の処方率

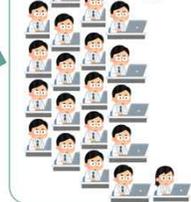
### 【指標の選択や公表方法の検討】

- 臨床評価指標Ver.4の開発  
運用体制も含め3年を目途に見直し、見直しは、1年を通じて行われる(開発年度)。開発の成果物として計測マニュアルを作成。
- Ver.4開発の基本コンセプト
  - ①NCDAの活用
  - ②臨床専門家やPDCAから意見集約
- 臨床研究ネットワークによるデルファイ法
- 評価・検討の組織体制  
臨床評価指標評価委員会の指名で検討部会(8名)を組織し、アドバイザー(23名)の協力の基開発を行う。

臨床評価指標評価委員会  
委員長 1名、外部委員 2名  
委員 5名



アドバイザー (23名)  
全国のNHO病院の臨床医にメールでアドバイスをもらう



## 個別病院での主な取組状況

### 【PDCA事業により実践的な運用を実現】

- P:「計画」、D:「実行」、C:「評価」、A:「改善」の4つのプロセスを順に実施することで、継続的に医療の質の改善をおこなう仕組み
- クオリティマネジメント(QM)委員会の設置  
全病院において、多職種からなる「**医療の質向上委員会(クオリティマネジメント委員会)**」を設置し、課題となる指標の選定、問題点の分析、解決のための取り組みの検討、活動のモニタリング等、指標の目標値達成を目指す仕組みを構築。
- NHO本部の支援体制
  - ①分析手法セミナー(分析の視点を学ぶ)
  - ②ワークショップ(委員会の運営を学ぶ)
  - ③報告会(各病院の課題や成果を共有)
  - ④病院別サマリーを四半期ごとに配布

### ○報告書

見開き1枚で  
PDCAを総括



# 医療の質の評価・公表等推進事業について (全日本民主医療機関連合会)

## これまでの取組概要

全日本民主医療機関連合会(以下、全日本民医連)は、「医療の質の向上・公開推進事業(QI公開推進事業)」を開始して8年目を迎えている。2010年に準備・試行、2011年から、49病院が参加し本格的にスタート、2018年までに指標の見直し、新設などを経ながら参加病院は、加盟142病院中97病院にまで広がっている。この7年間で、「民医連QI推進事業」は、①民医連QI指標の開発と測定、改訂(V.1~V.4)、京都大学QIPとの連携によるDPC情報を活用した指標の追加・充実、②評価・分析と公開の継続(「民医連QI推進事業年間報告書」発行)、指標値測定精度の改善とICTの活用を図ってきた。本事業を支える③QI・Webシステム(データ入力・分析・公開)の開発・機能強化と④交流・研修会の実施による質向上・改善の事例の共有・蓄積を行い、参加病院でのQIニュースの発行・QILレビュー開催など職員への浸透の工夫が進み、⑤日本病院会、診療情報管理学会などの学会での成果発表などにもつながってきている。

この7年間の到達点や成果は、全日本民医連QI委員会(17人・年4回定期開催)の粘り強い継続した役割の発揮とともに、専門的な外部評価委員(猪飼宏氏:山口大学医学部附属病院医療情報部准教授、橋本迪生氏:日本医療機能評価機構執行理事)や「厚労省事業評価会議」の援助・指導は欠かせないものであった。その評価は、後で触れるが、厚労省「医療の質評価・公開等推進事業(以下「厚労省推進事業」)」に全国の病院団体として5回採択されその事後評価報告書で示されている。

この7年間の実践を踏まえて、「民医連QI推進事業」をさらにステップアップするための目標として、①QI指標の充実・体系化と質向上・改善の事例の蓄積、②精度・分析力と報告率の向上-QIシステムの機能強化とICT活用、③QI担当者(診療情報管理士等)の配置・養成とQI活動の職員への浸透-病院管理部のリーダーシップの発揮、の3つを掲げて取り組みを進めている。2018年度から共通指標を取り込み新たな指標の設定・再編等で84指標に増やしている。

## 現在の団体としての事務局体制

### 〈民医連QI指標の特徴〉

民医連QI指標の特徴は、民医連病院を三つの機能別類型(DPC、DPC以外の急性期、その他)に整理した上で、①病院全体、②個別疾患、③診療機能、④地域連携・在宅、⑤人権尊重、⑥患者満足、⑦職員満足と7つの領域に区分、病院機能などから必須指標と共通指標、独自指標、任意指標に再編・設定していることである。標準的医療、全身ケア、安全管理、ヘルスプロモーションに関わる領域を拡充している。DPCデータから取り込み可能なデータと各病院で集計作業を行い提出するデータによるものがある。

### 〈公表〉

毎年、年間報告書を作成すると共に報告会を開催し、データと分析、全体の傾向や特徴を共有すると共に、個別病院の改善事例発表などの交流を行っている。データは、全日本民医連ホームページで公表するほか、参加病院では、後述するQIWebシステムにより、自由にデータのダウンロードやベンチマークが可能であり、それぞれの問題意識などに応じて活用し、現場へのフィードバックが行われている。

### 〈QI/Webシステムの開発と改良〉

この間、データ入力の負担軽減や「見える化」の促進を目的にQIWebシステムを開発・改変を行ってきた。DPCデータから集計できるデータについては、京都大学QIPの協力を得て取り込みを可能にし、各病院で集計を必要とする項目は担当者による入力を行っている。入力しやすさと入力されたデータを活用しやすいように、また容易にベンチマークできるシステムとしてきた。現場へのフィードバックに活用されている。

### 〈民医連QI推進士の養成〉

2017年度には自院のQI(質指標と改善)に関する知識、考え方を身につけ、指標を設定・測定、分析、評価・活用できる人材の育成をめざして「民医連QI推進士」の養成に着手した。2日間のセミナーでこれらの習得を行うセミナーで、2017年~18年の2年間で2回開催し、152名の受講者(推進士)を生み出している。将来的には、各病院に3名程度以上の民医連QI推進士がいる状態をつくりたいと考えている。

### 〈個別病院への援助〉

個別病院への援助として、「医療指標の定義と解釈-Q&A集」の発行を毎年重ねているほか、測定が困難な指標について「QI指標の測定方法の留意点と改善事例集」を発行し、担当者への支援としている。

## 個別病院での主な取組状況

【褥瘡新規発生率】(A病院)前年度比大幅増加のため、原因分析、マットレス不足が影響していると考え、購入、発生率改善した。(B病院)体圧分散マットを上級の物に更新、エアマットの使用を高め、予防と早期対応を可能とした。職員の学習、ポジショニングラウンドを実施し改善した。

【高齢者の内服定期薬剤7剤以上割合】(A病院)入院時の薬剤師評価、減薬提案をおこなう。開業医への減薬に関するニュース配信など行った。(B病院)減薬が可能か医師や薬剤師の提案が寄せられる。

【アルコール手洗剤使用割合】(A病院)手指衛生学習会を開催し目標を達成した。(B病院)QI委員会から発信し、感染対策委員会で検討、全職員のアルコール手指消毒剤を携帯することにした。(C病院)携帯用ポーチを導入した。

【尿路感染症新規発生率】(A病院)不要なカテーテル挿入を減らすよう情報提供を行った。(B病院)1週間毎に評価することで早期除去につながった。(C病院)感染対策委員会の定例議題とした。

【入院患者の転倒・転落発生率】(A病院)分析し離床センサーがオフによる事例があり、蛍光テプラで見えやすくした。オフにしないでいいタイプ(?)の導入を検討する。(B病院)低床ベッドへの変更、夜間フットライト付きの床頭台に変更した。(C病院)リハビリ科と共に転倒転落防止ラウンドを実施。リスク評価の上、主にベッドの高さ調整と環境面全般の点検を行い、実施者での骨折事例はなくなった。

# 医療の質の評価・公表等推進事業について (日本赤十字社)

## これまでの取組概要

日本赤十字社 医療事業推進本部は、全国で92の病院を運営しており、その多くの病院が各地域の中核医療機関として地域医療に貢献し、救急医療、がん診療、生活習慣病の予防や介護の支援、災害時における国内外への医療チーム派遣など、さまざまな活動を通じて社会に貢献している。

わが国において医療の質に関する国民の関心が高まる中、国民や患者の期待に応え、各赤十字病院および赤十字病院グループ全体として医療の質の評価・向上を図る必要性が高まったことから、「医療の質の評価制度」導入に向けた検討が始まった。

平成24年度、恒常的な委員会として、外部有識者を含む8名で構成される「医療の質評価検討委員会(準備会)」を設置し、赤十字病院グループの統一的な取り組みとして、各施設での医療の質の向上を目的に、臨床指標の策定、医療の質の可視化、業務改善に至る制度・仕組みについて検討を実施。平成25年度は一次導入(準備期間)として、「医療の質評価制度」の仕組み作りを行い、平成26年度には、医療の質の改善につなげるための臨床指標の可視化(集計・分析)及び各赤十字病院へのフィードバックを半期ごとに行える体制を構築し、臨床現場における活用の幅を広げ、正式に「医療の質の評価制度」を導入した。医療の質評価検討委員会(現、医療の質向上委員会)の下に、診療部門別評価部会等の臨床指標の評価に関する部会を設置し、臨床指標の整理、項目の追加、評価方法を検討してきた。診療分野別の指標やDPC対象病院(及び準備病院)のみを対象としていた急性期の臨床評価指標のみならず、回復期・地域包括ケア病床に関する指標も加え、赤十字病院グループ全92施設を対象とした医療の質の評価制度を確立し、現在に至っている。

平成30年度の実施体制を検討するにあたり、厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」への参加が検討され、平成30年5月、当該事業へ申請、採択される結果となった。

## 現在の団体としての事務局体制

- 参加病院 74施設
- 厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」共通評価指標 28指標、赤十字独自指標 23指標の合計51指標について調査を行う予定であるが、公表を行う指標やその公表方法等については、医療の質向上委員会及び臨床指標の評価に関する部会において検討を重ねている。
- 評価については、日本赤十字社ホームページにて、平成31年3月に公表を予定している。各協力病院でも、任意にて指標の公開を自病院ホームページ等で行う。
- 本事業への参加に伴い、「赤十字病院グループ臨床評価 計測マニュアル」を整備・発刊を行う。
- 臨床評価指標の算出には、DPCデータ(様式1、EFファイル等)とサーベイランスデータの2つのデータを使用する。
- DPCデータについては、本部事務局システム(全赤十字病院配備システム)にて収集・分析。サーベイランスデータについては、各施設にて調査を行い、本部にて回収・分析を行う。
- 集計結果について、医療の質向上委員会及び臨床指標の評価に関する部会にて評価・分析し、課題の抽出・検討を行う。委員会での検討結果を踏まえ、各病院に集計結果を配布する。また、DPCデータを用いた指標については、本部事務局システム(全施設配備システム)にて、各施設からも自施設のデータ及びベンチマーク等が閲覧可能である。
- 各病院内におけるフィードバックについては、下記のとおり計測マニュアルに定めている。
  - ア)各部署・委員会等による医療の質の評価・マネジメント
  - イ)評価データの検証
    - ※場合によっては、改善策の立案・対策
  - ウ)PDCAサイクル → 医療の質の改善
- 上記以外に、年に1回開催される日本赤十字社医学会総会や、本社が主催する医療の質の向上に関する研修会において、医療の質の評価の結果に関する発表報告を行っている。

## 個別病院での主な取組状況

本社主導の事業に加え、自院でも3つの委員会活動を通じて、医療の質(価値)向上・改善プロジェクトに取り組んでいる。

- ①TQM推進委員会／②臨床評価指標委員会／③病院機能改善委員会
- ① 多職種からなるサークルを毎年編成し、日常の業務の効率化や医療安全・感染制御等、部門横断的なテーマに対しQC手法等を用いて問題解決にあたっている。また、年2回その成果を発表するTQM大会も開催している。
- ② DPCデータや電子化された診療情報を基に臨床指標の作成を行い、その結果を他院とのベンチマークや過去の自院の指標との推移を可視化することで、問題点を洗い出し、PDCAサイクルを回すことにより、医療の質向上・改善を行っている。また、臨床指標実績はホームページに公開している。
- ③ 医療の質保障とたゆまぬ改善を継続・維持するため、外部評価を受けることを目的として本委員会が設置され、公益財団法人 日本医療機能評価機構の審査を受けた。第3者評価により明らかになった問題点及び課題を改善し、病院の更なる医療の質向上に取り組んでいる。

# 医療の質の評価・公表等推進事業について (公益社団法人 全日本病院協会)

## これまでの取組概要

公益社団法人全日本病院協会(以下「全日病」)は、医療の透明性、質の確保に臨床指標を用いた評価が重要であることから、平成14年より病院全体指標として転倒・院内感染症・抑制の3指標と主要24疾患について、会員病院の自発的参加の下でデータ収集・分析・参加病院還元という診療アウトカム評価事業を運営してきた。これは日本における代表的な医療の質に関わる継続的なベンチマーク事業である。その後、DPC導入に伴いデータ収集方法等を見直し、現在は、(1)DPCデータを用いた分析事業(MEDI-TARGET)、(2)前記に臨床データ、医療費、患者満足度等を加えた医療の質評価・公表事業(診療アウトカム評価事業と医療の質の評価・公表等推進事業の継続)の2つの質評価事業を運営している。(2)の他には疾患別に臨床指標と医療費、患者満足度を含めた全国的データの収集公表活動はない。現在の参加病院数は(1)79病院、(2)41病院である。

平成22、24、25、26、29年度に厚生労働省の「医療の質の評価・公表等推進事業」に採択され、指標を追加し上記(2)事業を実施しているが、平成29年度事業により全日病独自の指標(医療連携、介護連携等)の他、共通指標項目では必須項目とともに中小病院でもデータ収集可能な任意項目を採用できている。また、DPCデータ分析ツールでデータ収集・分析に活用するMEDI-TARGETに関する参加病院のアクセス内容・件数分析により病院における質評価・公表データに関するニーズを把握できている。担当部署である全日病医療の質向上委員会と事務局機能増により、全日病HPの充実とともに、分析システムの改変・更新、社会的要請を反映した指標の開発、現在の指標のより詳細な分析・広報・改善事例の検討が可能になっている。その結果、より広範囲な参加病院の拡充と充実したMEDI-TARGET分析説明・講習会、病院情報公表研修会、データウエアハウス構築講習会の定期的開催とともに、参加病院へのデータ情報の還元にとどまらず、会員病院、国民への情報提供が可能になっている。

## 現在の団体としての事務局体制

- 参加病院数:41病院
- データ収集・分析評価・システム整備の状況
  - ・当協会が実施するDPCデータを用いた分析事業(MEDI-TARGET)のシステムを利用し、データの多くはオンラインでサーバーにアップロードしているが一部の項目についてはメールで提出いただいている。公表データの集計およびシステム整備はニッセイ情報テクノロジー(株)に委託している。
- 事務局体制
  - ・常任理事の飯田修平、永井庸次が当団体の医療の質向上委員会の委員長、副委員長を務め、全日病職員と本事業参加病院のデータ管理・質改善担当職員とともに本事業を運営する。
- 指標の選択や公表方法の検討
  - ・指標の評価等は質向上委員会内に設置している臨床指標評価検討委員会で行っている。
- 個別医療機関等へのフィードバック
  - ・フィードバックについては、各年度の事業終了後に報告会を開催し、参加病院にフィードバックをおこなっている。
  - ・また、当団体のHPに結果を公開している。

## 個別病院での主な取組状況

- TQMセンターを中心とした質の管理体制の構築。
- QI活動に特化した院内独立組織の確立。
- 特定の指標を使用しての他院とのベンチマークと院内へのフィードバックの実践。  
具体的には、
  - ・転倒転落改善への取り組み
  - ・インシデント・アクシデントの測定と特に医師へのフィードバック
  - ・IVH気胸合併率の把握とIVHカテ挿入手技の標準化
  - ・心疾患患者への薬剤種別・投与法の見直し(ガイドラインに準拠したアスピリン投与やDTBなど)
  - ・脳梗塞入院患者の早期リハ実施割合を上げる対策
  - ・肺炎患者における抗菌剤投与前の血液培養実施率対策と2セット実施対策
  - ・周術期における予防的抗菌剤投与の中止対策の標準化
  - ・高齢患者(75歳以上)における褥瘡対策実施率把握に伴う褥瘡対策の充実・標準化
  - ・職員へのインフルエンザワクチン接種率の向上対策
  - ・患者満足度(入院患者)向上対策
  - ・患者満足度(外来患者)向上対策
  - ・誤嚥性肺炎の喉頭ファイバー検査等の実施率把握による嚥下性肺炎対策の充実
  - ・服薬指導の実施率把握による病棟薬剤師の活用、要注意薬剤対策の充実
  - ・栄養指導の充実による生活習慣病対策
- ・当該事業参加の契機ではないが、以前より日本病院会のQIプロジェクトにも参加しており、院内の業務改善委員会とその指標について毎月報告
- ・結果を病院ホームページにおいて臨床指標として公表
- ・臨床指標を意識したクリニカルパスの作成
- ・クオリティーインディケータの作成

# 医療の質の評価・公表等推進事業について (日本慢性期医療協会)

## これまでの取組概要

### 1. 平成23年度医療の質の評価・公表等推進事業

平成22年4月に当日本慢性期医療協会で作成した「慢性期医療の臨床的・インディケーター」を元に臨床指標27項目を策定し、40病院を対象に7～12月の6ヶ月間にわたる調査を実施した。回答病棟は、一般病床13:1 1棟、一般病床15:1 2棟、医療療養病床20:1 29棟、医療療養病床25:1 8棟、回復期リハビリテーション病棟20棟、介護療養病棟18棟、認知症治療病棟3棟、計81病棟である。

### 2. 平成24年度医療の質の評価・公表等推進事業

平成23年度医療の質の評価・公表等推進事業と同じ臨床指標27項目を用い、39病院を対象に7～12月の6ヶ月間にわたる調査を実施した。(うち38病院は平成23年度調査協力病院) 回答病棟は、一般病床13:1 1棟、一般病床15:1 2棟、医療療養病床20:1 28棟、医療療養病床25:1 9棟、回復期リハビリテーション病棟21棟、介護療養病棟16棟、認知症治療病棟3棟、計80病棟である。

本事業の実施によるデータ収集に係る問題点としては、患者の重症度、症例数によりデータに差が出る場合があるため、集計値を単純に比較できないことが挙げられる。また、効果としては、各病院において臨床指標による毎月のデータ収集をしたことにより、改善への目標設定ができたこと、病棟の特性を理解し医療の質の向上に向けた意識付けができたことが挙げられる。

## 現在の団体としての事務局体制

当日本慢性期医療協会が平成22年に策定した「慢性期医療の臨床的・インディケーター」は、平成26年にバージョンアップし、現在「慢性期医療の臨床的・インディケーター Version II」を策定している。「Version II」では、病院臨床指標20項目(薬剤、看護・介護、リハビリ、検査、医療安全・院内感染防止対策、終末期医療、チーム医療、地域連携)、病棟臨床指標47項目(医療、薬剤、看護・介護、リハビリ、検査、栄養、医療安全・院内感染防止対策、終末期医療、チーム医療、地域連携)とし、ホームページ上においても公開しているところである。

この臨床指標を用いた慢性期医療認定病院審査には、これまで40病院が受審し、3名の審査員による訪問審査を受け、慢性期医療認定病院として認定されている。

また、当日本慢性期医療協会では、今年度に「診療機能評価基準委員会」を立ち上げており、今後も臨床的・インディケーター等の指標の見直しを行いながら医療の質の向上に取り組んでいく予定である。

## 個別病院での主な取組状況

東京都八王子市にある永生病院では、平成17年にTQM(総合的質管理)センターを立ち上げ、医師、臨床検査技師、診療情報管理士、看護師、事務などが会議メンバーとなり、医療の質管理に努めている。継続したデータ収集を行うことによって、質の向上を目に見える形で表し、医療の質や委員会活動の質向上を目指して活動している。永生病院からは医療の質の評価・公表等事業にも積極的に参加され、既に10数年にわたる実績を積み重ねている。

神奈川県秦野市にある鶴巻温泉病院においては、医療の質の評価・公表等事業への参加の後に、平成28年にTQM課がスタートし、QI委員会において各種指標に取り組み、「QI通信」でその結果を公開している。

以上は一例であるが、医療の質の評価・公表事業を通し、各病院においてより具体的な質の向上に向けた取組みが行われるようになったといえる。

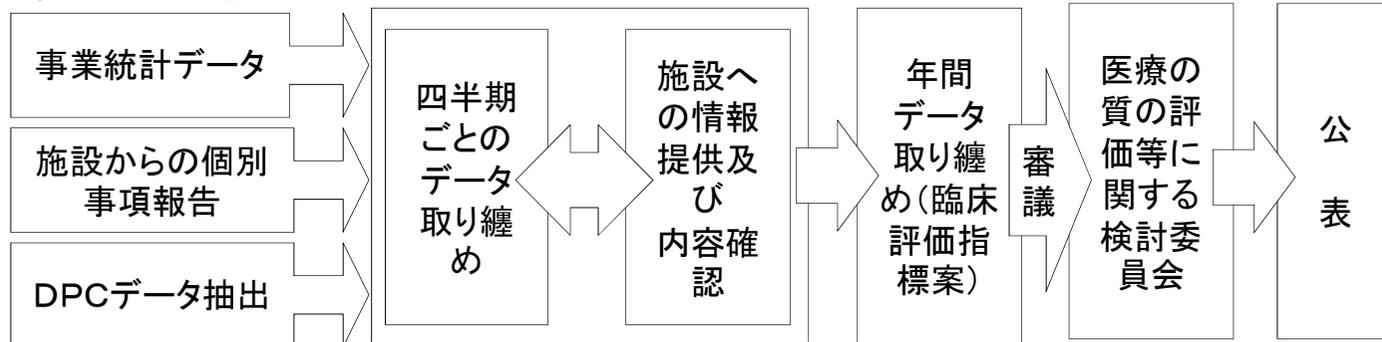
# 医療の質の評価・公表等推進事業について (独立行政法人 労働者健康安全機構)

## これまでの取組概要

- 平成22年12月1日 「医療の質の評価等に関する検討委員会設置規程」制定
- 平成22年12月21日 医療の質の評価等に関する検討委員会開催(初回開催:臨床評価指標作成の検討開始)
- 平成23年9月28日 医療の質の評価等に関する検討委員会開催
- 平成24年3月29日 「労働者健康福祉機構臨床評価指標の策定について」発出 → 指標データの収集開始(対象平成24年度データから)  
指標項目全40項目(一般医療37項目、政策医療3項目)
- 平成25年度 「医療の質の評価・公表等推進事業」参加
- 平成25年10月7日 医療の質の評価等に関する検討委員会開催(臨床評価指標の公表等の審議)
- 平成26年1月21日 臨床評価指標(20項目)を機構HPに掲載  
以降 毎年12月を目途に臨床評価指標(20項目)を機構HPに掲載  
医療の質の評価等に関する検討委員会を開催し、指標項目の追加及び見直しについて検討を行っている。
- 平成30年12月予定 臨床評価指標(30項目)を機構HPに掲載予定

## 現在の団体としての事務局体制

- 参加病院数:34施設(平成29年3月31日現在)
- データ収集方法:①事業統計システムからの定期報告(事業統計システムは全施設に設置)  
②施設からの個別事項報告  
③DPCデータからの情報抽出
- 指標の選択や公表方法の検討:「医療の質の評価等に関する検討委員会」において審議の上、決定する。  
公表する指標については、当初決定した20項目を継続して掲載している。  
指標は、5年程度に一回リニューアルを考慮しており、リニューアルに向け新規指標項目や既存指標の見直し等を「医療の質の評価等に関する検証委員会」において検証している。  
本年度から、リニューアルにより指標数を20項目から30項目に増やして公表を予定している。
- 個別医療機関へのフィードバック:機構HP等で各施設宛て臨床評価指標を提供しているため、個別にフィードバックは行っていない。
- 業務フロー:以下のとおり



## 個別病院での主な取組状況

各施設において、臨床評価指標を用いて医療の質を可視化し、医療の質の改善へ向け取り組んでいる。  
取り組み方としては、施設間の規模や環境にも差異があることから、他院との比較を行うのはもちろんだが、自院の経年的な変化を分析し、改善策を検討し対応を図っている。