




# 診療ガイドラインの活用ガイド

MINDS-QIP 共同研究・調査報告

(Ver1.1)



## 内容

1. はじめに
2. 本書の構成とスコープ
3. 背景：診療ガイドライン推奨事項の実践に向けた世界の動向
4. Minds-QIP 調査・解析結果からのエビデンス：キーポイント
5. 診療ガイドラインの推奨事項の適切な遵守を促進するための方法論：  
世界の動向を踏まえた望ましいアプローチ
  - 5.1. 診療ガイドライン推奨事項の実践を阻む多様な障壁
  - 5.2. 診療ガイドライン実践のための診療現場でのステップ
  - 5.3. 各ステークホルダーに診療ガイドラインが現場で使いやすくなるには
6. 診療ガイドラインの推奨事項の適切な遵守を促進するためのまとめ・提言
  - 6.1. 医療機関のトップマネジメント・QI 関連データの関係者へ
  - 6.2. 診療ガイドライン作成者へ
  - 6.3. 診療の実践現場で活動する医師・専門家へ
  - 6.4. 国・自治体など政策関係者へ
  - 6.5. 患者・市民がより良い医療を受けるために：すべての関係者へ
7. 参考文献
8. 診療ガイドラインの推奨の実践を支援するためのツール/リソース  
[補遺]
9. 医療の質指標（QI）活用事例集（抜粋版）

# 1. はじめに

Minds(マインズ)ガイドラインセンター(厚生労働省委託事業)の2002年以来の活動(当初は補助金による)を通して、本邦での診療ガイドラインは近年広く整備され、世界標準AGREEIIに則って評価選定・標準化が系統的に行われるようになってきている。そして、診療ガイドライン作成の手引きが各学会、各診療専門領域に広く普及し、多くの診療ガイドラインがMindsの手引きに則って作成され、診療ガイドラインの内容の向上が進んでいる。しかしながら、診療ガイドラインの発刊が増加する一方、まだ十分には活用されていないとしばしば言われる。

クリニカルパスを用いて診療ガイドラインの定着が図られている診療領域はあるが、施設ごとにその運用はまちまちである。また、診療ガイドラインの活用状況はプロセスの質指標(Quality Indicator: QI)を用いてモニタリングすることが可能だが、モニタリングが全国の病院でどの程度実施されているかは不明である。さらに、診療ガイドラインに記載される推奨事項がなぜ実践されないのか、また、実践されている病院とそうでない病院の違いは何なのか、あるいは、どのように実践が普及していくのかについて、未だ十分な知見がない。

一方で、世界的には研究成果から得られたエビデンスが政策や現場に活用されにくいことが問題視され、実装プロセスに関連する実装科学(Implementation Science)の領域が近年整備されつつある。診療ガイドラインがより幅広く普及し、活用されるためには、実装プロセスに共通してみられる阻害因子、促進因子にも注目し、検討する必要がある。

Minds-QIPプロジェクトでは、診療ガイドラインが現場で日常的に活用され、エビデンスに基づいた診療がより広く全国に行き渡るよう、数々の調査を実施し、阻害要因の同定や改善に向けた提案を行うなどの活動を行ってきた。2018年度は、特に診療ガイドラインを利用する多層にわたる関係者(診療に携わる専門家、病院リーダー、患者・市民、政策関係者等)の各レベルにおける障害、評価の仕組み、改善のための取組み等について、今年度を実施した調査解析および海外の取組みを紹介しながら、ここにまとめる。

関係者が今後、個人レベルのみでなく、病院などの組織レベル、地域レベル、そして国レベルでも、診療ガイドラインを少しでも利用しやすくなれば幸いである。

Minds-QIP プロジェクト一同

## 2. 本書の構成とスコープ

ヨーロッパ、北米では「実装科学 implementation science」は「知識移転 knowledge transfer」「知の交換 knowledge exchange」「エビデンスの使用 use of evidence」と同義で使用されている。さらに knowledge translation という語は、「医療システムを強化し、人々の健康を改善するために、妥当なステークホルダーによって知識が統合、交換そして適用され、世界および地域のイノベーションを促進させること」と定義され<sup>1</sup>、知識がなかなか実践にむすびつかない現状（“Know-Do” Gap）<sup>2-4</sup>を埋めるために必要な橋渡しの概念として、WHO(世界保健機関)をはじめ、世界的な文脈で広く使用されるようになっていく<sup>2</sup>。

診療ガイドラインの普及と活用を考える際も、診療ガイドラインで推奨されたエビデンス（知識）をいかに診療現場で実践（適用）できるか、という文脈で検討することが重要である。AGREEII<sup>5,6</sup>の中でも、領域5「適用可能性」の「ガイドラインにモニタリング・監査のための基準が示されている」（項目21）の中で、適用を測定するための明確に定義された基準(医療の質指標 QI や監査基準)の重要性について記載されているが、具体的な設定方法などについては定められておらず、現場で運用しにくいのが現状である。

本書では診療現場での診療ガイドラインの推奨・エビデンスをより広く実践できるようになることを目標として、主要なステークホルダーごとの環境に注目し、実践への阻害因子を可視化し、エビデンス・プラクティスギャップが少なくなるための多層的な取り組みについて提案する。

第4章で2018年度 Minds-QIP 調査結果から得られた知見で診療現場に改善策として還元できるポイントを呈示、第5章ではまず、「5.1.診療ガイドライン推奨事項の実践を阻む多様な障壁」で各ステークホルダーごとに生じる具体的な阻害因子を概観し、「5.2. 各ステークホルダーが診療ガイドラインを現場で使いやすくなるには」で具体的な課題例と対策案について、トピックごとに考える。「5.3. 診療ガイドライン実践のための診療現場でのステップ」では、特定の診療領域で推奨の実践を目標に掲げて現場でチームを結成することを念頭に、PDCA サイクルを用いたステップを提示する。

最後に、上記より得られたまとめについて、ステークホルダーごとに簡潔に提言を行う。



### 3. 背景

#### 診療ガイドライン推奨事項の実践に向けた国内・世界の動向

新規に発刊・改訂された診療ガイドラインや医療分野における様々な研究の究極の目標は、診療現場でこれらの推奨事項がタイムリーに実践され、より良い医療を提供し、患者アウトカムを改善すること、すなわち死亡率や罹患率を減少させたり、生活の質を改善することである。地域や職場などの人口集団としての健康改善も求められている。

しかしながら、世界中の医療システムにおいて、これらのエビデンスを適切に活用できず、過剰医療、過小医療、不適切な治療の実施などにより、しばしば患者が不利益を被り、医療システム上に効率が低下する<sup>3</sup>。例えば、米国では医療費の約30%は不必要で付加価値がないといわれ、過剰医療の抑制と適正化を行う Choosing Wisely キャンペーンが2012年に開始され（米国内科専門医機構：ABIM財団）、日本でも2016年に Choosing Wisely Japan が設立された。しかしながら、医師の行動変容にはなかなか結びつかないことが指摘されている<sup>4</sup>。

患者・市民の立場では、十分に情報にアクセスできない人がいる一方で、インターネットなどに溢れる医療情報を自身のために有効に活用できず、意思決定に使いかねていることが多い<sup>7</sup>。OECD 諸国では社会経済状況が不利な集団（各国で増加する移民を含む）も包含して、健康情報リテラシーを高める教育を国や団体レベルで支援する機運が高まっている<sup>8</sup>。しかしながら、日本ではまだ十分取り組まれているとは言い難い。

一方で、逼迫する財源の下、近年はエビデンスに基づくことはもとより、費用対効果に優れることがとりわけ強調されてきている。その結果、エビデンス・プラクティスギャップを縮小する研究や方策にも注目が集まっている。関連領域の研究に注目した学術誌の発刊（2006年頃-）や、米国を初めとするいくつかの国では政府や財団からの資金援助も増加している<sup>4</sup>。

診療ガイドラインの活用を成功させるには、単に要素としての阻害因子のみでなく、医療システムの弱点の同定、それを克服するための効率的な戦略、そして活用促進因子の同定が要になる。阻害因子、活用促進因子はともに現場の文脈に依存するので、実装のプロセスは無数に異なってくる。例えば、先進国と途上国、国内でも都市や地方、地域の文化の違いにより実装プロセスは異なる。入手可能な資源とこれらの文脈、そして現場に係る多様なステークホルダーごとのニーズを考慮した実装戦略が求められている<sup>9</sup>。

本研究事業では、近年の世界における活動や知見を踏まえて、日本の文脈において各ステークホルダーによって診療ガイドラインがより実践的に活用され、そしてより良い医療が受けられるようにすることを目標とする。

## 4. Minds-QIP 調査・解析結果からのエビデンス： キーポイント

### 4.1. 全国多施設周術期抗菌薬投与状況：質問紙調査結果（外科系診療科代表者向け）より

外科系の多くの診療科にまたがる領域である周術期予防的抗菌薬投与状況について、「術後感染症予防抗菌薬適正使用の実践ガイドライン」（2016）発刊認知状況も含めて全国多施設（QIP 参加病院）に勤務する診療科リーダーに対して質問紙調査を行った。責任医師の意識、診療科、施設ごとのルールやモニター状況につき、下記のような知見が得られた。

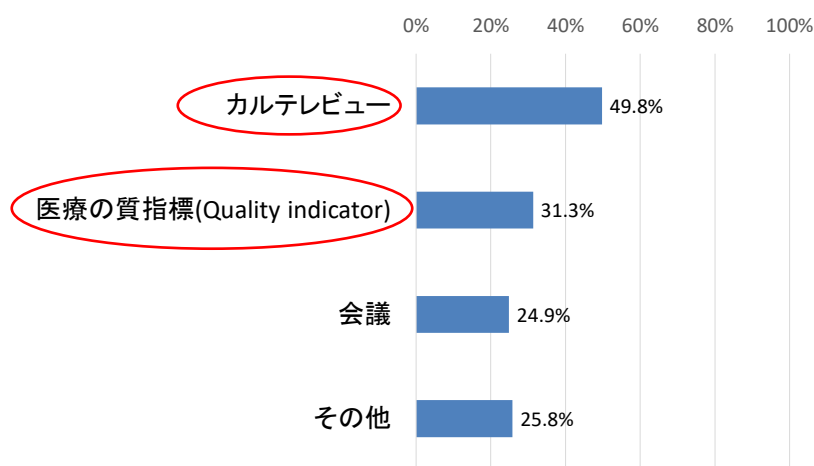
【方法】 QIP 参加 439 病院に勤務する外科系診療科代表者 2,418 名を対象に、郵送により無記名自記式調査票調査を実施（2018 年 8～11 月）、198 病院 810 名より回答を得た（回収率：病院レベル 46%、個人レベル 33%）。

#### <結果・キーポイント>

- 周術期予防的抗菌薬に関するルールは、クリニカルパスを用いて規定されていることが多い。
- ルール作成の契機は、「診療ガイドラインの発刊」が約 50%を占めた。
- 院内もしくは診療科内のルールの根拠として、「国内の診療ガイドライン」が 87%を占めた。
- ルール遵守状況をモニターしている診療科は約 40%だった。それらの診療科の約 50%がカルテレビュー、約 30%が医療の質指標(QI)でモニターしていた。QI は、今後普及の余地がある。
- 「術後感染症予防抗菌薬適正使用の実践ガイドライン」を、外科系全回答者の 35%は知らなかった。

## (図1) モニターする仕組みの具体的内容

(複数選択可) (n=217)



「その他」: 感染対策チーム(ICT)・抗菌薬適正使用支援チーム(AST)・感染管理室・薬剤部・クリニカルパス委員会・医事課によるチェック、術前・術後カンファレンス、手術部位感染(SI)管理システム

モニターする仕組みのある診療科の約50%がカルテレレビュー、約30%が医療の質指標(QI)を使用してモニターしていた。QIは、今後普及の余地がある。

## 4.2. 診療ガイドライン遵守状況と施設・責任者要因について

同じ手術であっても施設間の遵守率にはばらつきがあり、施設の要因（診療ガイドライン使用、モニター・ルールの仕組み等）が遵守率に関連する可能性がある。そこで、先述の調査票調査の結果と、同参加施設から定期的に収集している DPC データ（2016-2018 年度）を突合し、マルチレベル解析を行った。

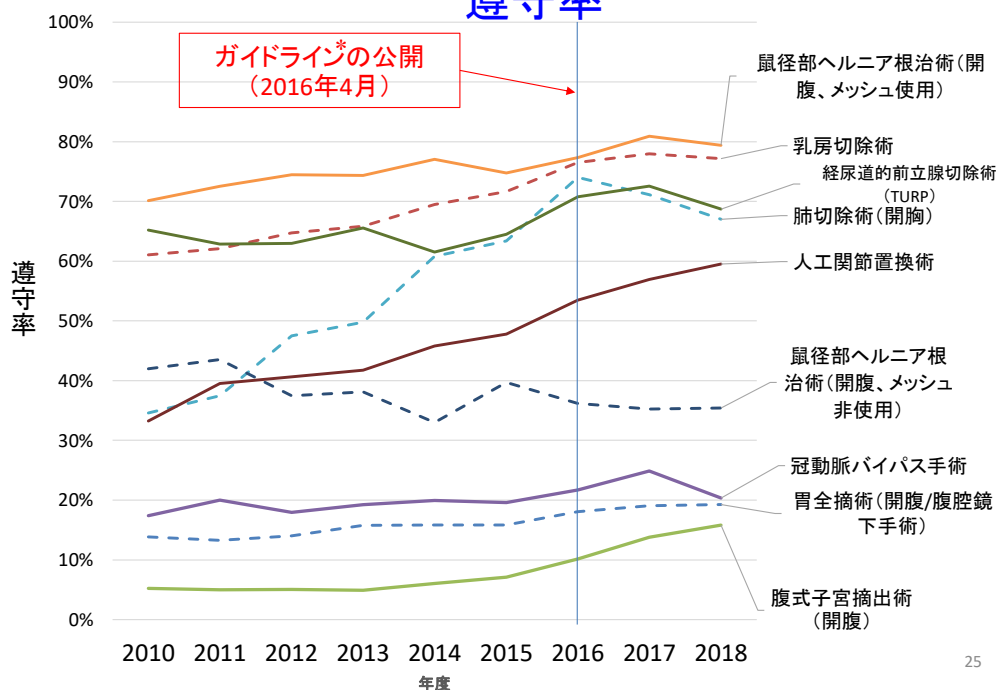
9 種類の手術\*について、周術期予防的抗菌薬の推奨薬剤および投与日数両方の診療ガイドライン遵守割合 QI を算出し（定義は補表 1 を参照）、患者属性を調整した上で、各診療科の責任者の経験年数、ガイドライン使用の有無、診療科/病院におけるルールの有無、ガイドライン遵守モニタリングの有無が周術期予防的抗菌薬の種類および投与期間遵守率に影響を及ぼす要因を探索した。

\*胃全摘術（開腹/腹腔鏡下手術）／乳房切除術／腹式子宮摘出術（開腹）／冠動脈バイパス手術肺切除術（開胸）／肺切除術（開胸）／鼠径部ヘルニア根治術（開腹、メッシュあり）／鼠径部ヘルニア根治術（開腹、メッシュなし）／人工関節置換術／経尿道的前立腺切除術（TURP）

### <結果・キーポイント>

- 周術期予防的抗菌薬の推奨薬剤および投与日数両方の診療ガイドライン遵守は、院内ルールがあるとガイドラインの遵守が 2~3 倍高く、モニタリングの仕組みがあると 1~3 倍、両方あると 3~5 倍高かった。予防的抗菌薬の適正使用には、患者、医師個人の要因のみではなく、院内ルール、モニタリングの仕組みの有無という病院の体制も重要である。
- 冠動脈バイパス手術、胃全摘術、腹式子宮摘出術では、院内ルールやモニタリングがあると、ガイドライン遵守がかえって減る傾向を認めた。（院内ルールが最新にアップデートされていない恐れがある）
- 院内モニタリングの仕組みの導入および最新のガイドラインに基づいたルールの策定は、予防的抗菌薬の適正使用につながる可能性がある。

(図 2) 周術期予防的抗菌薬の種類および投与期間  
遵守率



\* 『術後感染症予防抗菌薬適正使用の実践ガイドライン』

手術の種類により、遵守率が持続的に高い手術群、持続的に低い手術群、その中間の手術群を認めた。

(表 1) 手術 3 区分別 施設体制の予防的抗菌薬 QI 遵守への影響

手術区分	診療科属性	回帰係数	SE	OR	95% CI	P value
遵守率高	ルール有	1.1515	0.07915	3.16	2.92 3.42	<.0001
	モニタリング有	0.05032	0.09956	1.05	0.95 1.16	0.6132
遵守率中	ルール有	0.5499	0.03696	1.73	1.67 1.80	<.0001
	モニタリング有	1.0088	0.0433	2.74	2.63 2.86	<.0001
遵守率低	ルール有	-1.0579	0.05945	0.35	0.33 0.37	<.0001
	モニタリング有	-0.6586	0.1023	0.52	0.47 0.57	<.0001

患者レベル：性別、年齢層、併存症スコア、救急入院か否かで調整、診療科の責任者レベル：診療経験年数（28年以上か否か）、ガイドライン遵守の認識の有無で調整後

院内ルールがあるとガイドラインの遵守が2~3倍高く、モニタリングの仕組みがあると1~3倍、両方あると3~5倍高かった。

## 5. 診療ガイドラインの推奨事項の適切な遵守を 促進するための方法論： 世界の動向を踏まえた望ましいアプローチ

### 5.1. 診療ガイドライン推奨事項の実践を阻む多様な障壁

世界標準である AGREEII に則って診療ガイドラインが多数作成されるようになり、診療現場での疑問はクリニカル・クエスチョン(CQ)単位で対応できるようになってきた。しかしながら、診療ガイドラインは現場で使ったり使われなかったりしており、その不均一な普及状況は世界的にも課題と認識されている。

診療ガイドラインの推奨事項の実践を阻む要因は大きく次の2つに分けられる。1つは診療ガイドライン自身に内在する因子で、もう1つは診療環境や特定の現場に関連する外的要因である。前者は診療ガイドライン作成段階から方法論を含めて十分な検討を行うことが可能である。一方、後者には下記のような多面的な要素が考えられ、各々に対策を講じる必要がある<sup>10</sup>。

- 1) ストラクチャー要因：予算の制限、サービスの根本的変革が必要となる場合など
- 2) 施設要因：技術力が多方面に渡って不十分である、設備・インフラの不足
- 3) 専門家集団による要因：現場の標準的な医療が望ましい医療と隔たりがある
- 4) 個人的要因(専門家)：知識、態度、技術面の問題
- 5) 個人的要因(患者)：患者の認知と治療への好み、家庭・生活環境、ソーシャルキャピタルなど
- 6) 専門家-患者間のインタラクション：精神面の問題など
- 7) 社会経済的に恵まれない患者集団要因：貧困、ホームレスなど

上記の多面的な阻害の要因を発生レベルや文脈別に検討することは、現場に係るステークホルダーごとに改善策を検討する際に重要となる。医療提供者、患者はもとより、病院などの組織的文脈、社会的文脈(地域、国など)、政治・経済的文脈に注目する必要がある。また、診療ガイドラインの質や実装プロセスにおけるIT環境、現場のチームワークなども検討要素となる。

特に、専門家集団については下記①②、多くのステークホルダーの多元的影響については③について、次のようなポイントに注意して改善への戦略をたてる必要がある<sup>4</sup>。

#### ①不確実性

専門家の判断、治療アウトカムのばらつきは、医師の習慣、信念を曲げることへの抵抗等の心理的影響とも絡んでいる。メタアナリシス普及以前の世代の医師は、個別の研究を偏重する傾向がまだある。

## ②専門家と専門家集団における規範(norm)

診療ガイドラインを効果的に現場で活用するには、医師個人の知識や信念、経済的インセンティブのほか、外部からの影響を受けにくいとされる専門家集団の規範(norm)自体を変える必要がある場合がある。

## ③多元的關係者の影響

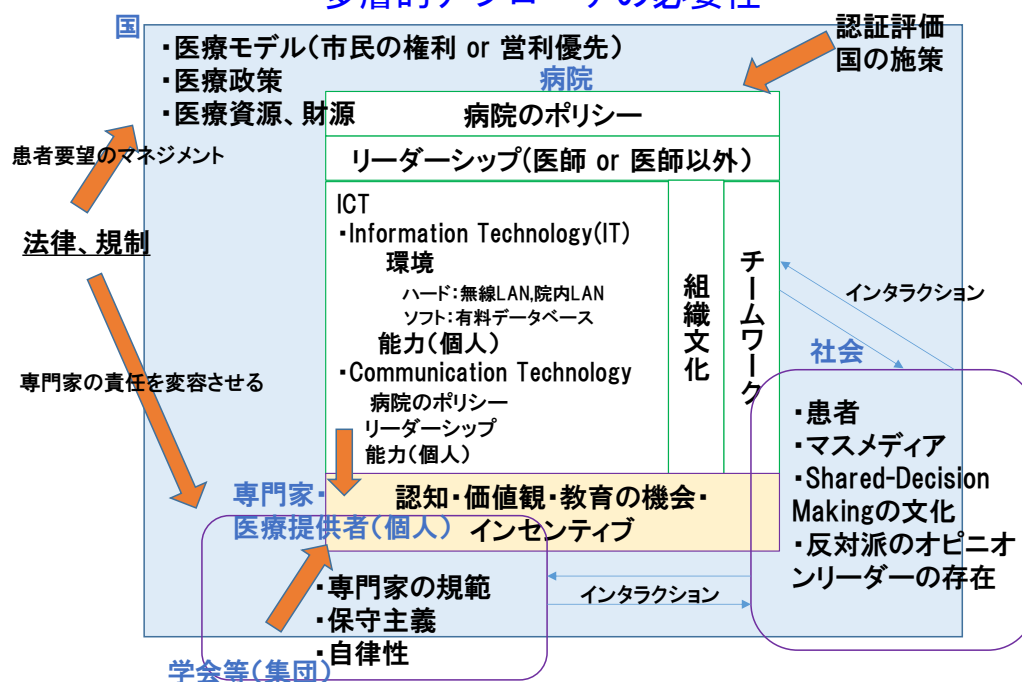
「多元的」とは、患者個人、患者-医師関係、診療レベル、病院組織レベルなどがある。これらを専門家のコミュニティと地域が取り囲み、国家政策レベルとなる。行動変容は個人レベル（患者・医師）がターゲットになる。専門家の集団規範や地域社会の価値観の変容は、個人の行動変容よりも一般に時間を要することが考えられる。変化を起こしたい研究者や現場リーダーはどこに介入すべきか迷う。

多元的な関係者が係わり、かつ協調したアプローチが重要であることが認識され始め、例えば米国では“Aligning Forces for Quality”のような活動が生まれている(Robert Wood Johnson 財団)。<http://forces4quality.org/>

さらに、難しい診療ガイドラインや複数の推奨を現場で活用する場合は、医療プログラムや医療モデルが重要となる。その際、医療システムが内包する弱点についても検討する必要がある。具体的には、阻害因子を克服する上で問題となる局面（例：実行しやすさ、守りやすさ、スコープ、現場の受容度、持続性、アクセスや費用など）が医療システムに起因していないかを検討し、実装戦略に組み込むことが重要で、それが最終健康アウトカムの改善に結びつくと考えられる<sup>9</sup>。

診療ガイドラインの活用を成功させるために、(図4)のように多層的な阻害因子を順次同定し、それを克服するための効率的な戦略、介入のポイントを決定し、さらに活用促進因子を同定するのがよいと考えられる。阻害因子、活用促進因子はともに現場の文脈に依存するので、介入は、入手可能な資源と現場に係る多様なステークホルダーごとのニーズを考慮して阻害因子・促進因子に働きかける形となる<sup>3、10、11-15</sup>。

(図4) 診療ガイドライン活用の障壁と介入ポイント  
—多層的アプローチの必要性—



例えば、国レベルに介入する手段は、法や規制を用いた手法が有効である。施設レベルに介入するには、国による施策や認証評価が、また専門家には病院や学会等専門集団からの介入が有効だろう。患者・市民はマスメディアや地域社会からの影響を一般に受けやすいが、専門家集団や病院、国の施策からのエビデンスに基づいた情報が、より良い医療を受けるための判断材料としては重要になるだろう。



## 5.2. 診療ガイドライン実践のための診療現場でのステップ

現場で診療ガイドラインの推奨を実践するためにまず行うべきことは、多職種からなるチームで、優先事項を決定することである。具体的には、「診療領域」と「改善したい事項」を明らかにするところから始まる。診療現場のチームが取り組めるのは一度に1つの診療ガイドラインがせいぜいであり、実際にはそのうち、優先される特定の推奨に限定されるだろう。診療チームとしては、取り組みやすい、あるいは結果の出やすい課題を選択するのではなく、現状の強みと弱みをよく認識して、改善すべき推奨を決定すべきである。下記はスコットランドや米国国防総省・退役軍人省における診療ガイドライン実装プロセスを参考に<sup>10, 16</sup>を日本の文脈にあわせて改編した、現場で想定される実践のためのステップである。

### ステップ1：推奨の実行チーム結成

代表的なステークホルダーが誰で、誰がチームリーダーとなるかを定める。チームは多職種で構成される必要がある。多職種は、①当該疾患領域の専門家、プライマリケア医、疾患専門の看護師等、②看護師、薬剤師、理学療法士、栄養士等、③診療情報を管理する職員、④医療の質マネジメントに関連する職員、⑤その他 等で構成されるとよいだろう。

### ステップ2：現状分析

診療の現状を客観的に把握する。何を改善すべきかを同定することは本質的に重要である。監査を行うことも一助となる。人、システム、ストラクチャー、内外の影響を含む現場環境をレビューすることも大事である。このような過程を経て、特定の診療ガイドラインの推奨を実践するための阻害要因、促進要因を見極めることが可能となる。

### ステップ3：診療ガイドラインを実現するための人材と環境の整備

特定の診療ガイドラインの推奨を実践するための人員と環境を整える。専門家が実行チームの積極的姿勢に協力的になり、特定の知識と技術が実践できることを確認する必要がある。このプロセスには相当の時間を要し、かつ熱意、良好なコミュニケーションに基づくコミットメント、実際的な支援が必要となる。計画当初から患者の代表を巻き込むことも重要で、患者の好みも考慮する必要がある。環境を整える際、新しい設備が必要になったり、型を変えたり、サービスへのアクセスを変更する必要が発生することもある。必要に応じて、メンバー間でリマインダーの活用も考慮するとよい。

#### ステップ4：診療ガイドライン活用のためのどの技術を用いるかの決定

特定の診療ガイドラインの優先的な推奨を実践するために、どの技術を使用するかを決める必要がある。すでに想定されている阻害因子に対し、先行研究で効果的であるとされた戦略を用いる。

#### ステップ5：改善のためのアクションプランの作成

すべてを統合して、改善のプロセスを実行に移すためのアクションプランが必要になる。参加者全員が、責任者の名の下に実施されるアクションプランの目的と、タイムライン（経過中に発生し得るアクシデントも含む）に同意する必要がある。

#### ステップ6：定期的監査とチームへの結果のフィードバック

定期的な監査とレビューにより進捗状況を評価し、チームへフィードバックする。参加メンバーが達成感を感じる事が重要である。経過中に発生した困難や想定外の事項に従い、計画は修正変更することが望ましい場合がある。常に成功を見据え、患者ケアの質が改善する道のみへ向けた、達成可能な小さなステップを目指すことが大切である。

※(補足)診療ガイドラインの推奨の選択方法など、より詳細なステップに関するあり方については、カナダの看護師チームが作成した支援ツール<sup>33</sup>を参照。

### 5.3. 各ステークホルダーに診療ガイドラインが現場で使いやすくなるには

診療ガイドラインの推奨を実装するプロセスを総合的に改善するためには、より多くの関係者の認知を高める活動（現場の成功事例の呈示、患者・市民から最新の推奨に基づく治療を医療者スタッフに要望する等）をはじめ、現存する関連事業やネットワークの活用、データによる評価・フィードバック、また実装支援のための資源の活用が効果的と言われている<sup>12</sup>。

診療ガイドラインを現場で実践的に活用することは大変複雑なプロセスであり、医療提供者・専門家、患者・市民などの個人レベル、病院・クリニックなどの施設レベル、政策関係者など自治体・国レベル、診療ガイドライン作成グループ、診療ガイドライン利用者、社会一般すべての調和的かつ積極的な参加が必要である<sup>14</sup>。これらの重要関係者ごとに多元的な働きかけが必須となる。そのためには、表に示す対象ステークホルダーの立場ごとに生じる阻害要因を同定し、各々の改善へ向けた対策を具体的に検討するのが有用だろう。以下に重要関係者ごとに、課題例とその対策例を提示する<sup>12</sup>。

### 5.3.1. 医療機関のトップマネジメント・QI 関連データの関係者へ

立場	阻害要因	対策に向けての戦略
病院リーダー・QI関係者	診療ガイドラインの活用に向けた病院の方針がはっきりせず、マネジメントも貧弱である	管理上の介入/患者苦情のマネジメント/認証評価の活用
	リーダーシップが不十分	
	病院の人的、物理的、財政的資源の不足	
	病院認証を受けていない(病院の質の維持・向上に関心がない)	監査・フィードバック
	診療ガイドライン活用にかかる費用や財源を考えていない	財政面を考慮した援助
	情報システムが十分活用できていない	・組織への介入(ストラクチャーの変化を促す) ・リマインダーの活用(電子または手動による方法)
	参考文献について、診療ガイドラインの利用者が容易にアクセスしにくくなっている	院内で無料で利用しやすいIT環境の整備、図書館ネットワークの活用
診療ガイドライン活用に係る専門家や病院へのインセンティブがない	医療者に異なるタイプの財政的インセンティブを設定	

#### ○リーダーシップ

##### [課題例]

- ・リーダーシップが不十分
- ・診療ガイドラインの活用に向けた病院の方針がはっきりせず、マネジメントも貧弱である。

##### [対策例]

管理者は専門家が診療ガイドラインの推奨に沿うよう、診療しやすい環境を整えたり、何らかの強制を促すことが可能である。例えば、診断用検査の種類採用に関する要求は、プライマリケア医よりは専門医の希望を優先させたり、契約条項を見直すこともできる。また、院内で発生した患者の苦情を効果的にマネジメントすることが、病院職員の士気を高め、診療ガイドライン遵守に向けたチームワークを醸成することにも繋がる。その他、病院認証評価の機会を活用することも、院内の体制が最新の診療ガイドラインを実践しやすい状況にあるかを効率的に吟味する良い機会となる。

#### ○病院の質向上に向けた体制の充実

##### [課題例]

- ・病院の人的、物理的、財政的資源が不足している
- ・病院認証を受けていない(病院の質の維持・向上に関心がない)
- ・診療ガイドライン活用にかかる費用や財源を考えていない

##### [対策例]

病院認証を受けていない場合、病院認証という機会を通じて、第三者の視点から監査・フィードバックを受けることが改善の契機になりうる。特定の医療プロセスの中で、臨床

上のパフォーマンスが時間経過でどのように変化するかについて、カルテ、電子データベース、患者意見などから再検討が可能となる。

診療ガイドラインを実践するためには、具体的に必要な人材、リソース、チームなどを具体的に想定し、準備にかかる費用も念頭におき、実現へ向けて計画する必要がある。

#### ○情報システムの活用・充実

##### [課題例]

- 情報システムが十分活用できていない
- 参考文献について、診療ガイドラインの利用者が容易にアクセスしにくくなっている

##### [対策例]

情報システムが整備されていないか、十分活用されていない場合、ストラクチャーの変化を促すため、組織自体への介入が必要となる場合がある。例えば、職場における IT 環境（電子カルテの充実、無線 LAN へのアクセス、有料文献検索システムの導入など）を見直したり、勤務管理や院内図書を利用しやすくするための登録システムなど、技術的な充足が必要になることがある。また、推奨のいくつかを実践するために部署を新設（ペイン管理部門、感染管理部門等）したり、関連部門の責任者の雇用や多職種チームの発足が必要になる場合もあるだろう。

日常的な注意事項であれば、リマインダーの活用も効果があるといわれる。例えば、コンピュータや紙による注意事項の呈示など、電子的方法またはマニュアルで医療の専門家に対して特定の医療行為を実施させるよう促すことができる。

#### ○専門家や職員のインセンティブの醸成

##### [課題例]

- 診療ガイドライン活用に係る専門家や病院へのインセンティブがない

##### [対策例]

医療者に異なるタイプのインセンティブ（財政的/評判上/法的/倫理の専門家として）を与えることを検討する。例えば、補助金、奨学金、診療ガイドライン遵守のための教育コース・会議・研修会への参加などが考えられる一方で、法的や倫理面でのインセンティブは認知の変化や行動変容ももたらしうる。

### 5.3.2. 診療ガイドライン作成者へ

立場	阻害要因	対策に向けての戦略
診療ガイドライン作成者	すべての推奨をサポートするエビデンスが十分に存在しない	推奨内容を再検討する。
	診療ガイドライン本体が長すぎて、サマリしか使用する気にならない	
	出版形態が相談しにくい環境を作り出している	
	最終の推奨が曖昧で、一般医が理解しにくい	ユーザーの同意を得た診療ガイドラインの作成を図る。
	モニタリング(QIの設定)が難しいCQが多い	診療ガイドラインのCQ作成時よりモニタリングのためのQIの定義、データの入手しやすさ等を考慮する。
	診療ガイドラインに全ての方法論が記載されていない。難解な用語が使用されている。運営のアルゴリズムが含まれない。	報告の質に注意する。簡略化しすぎるのも問題である。
	参考文献について、診療ガイドラインの利用者が容易にアクセスしにくくなっている	アクセスしやすい参考文献を優先的に紹介する。

#### ○診療ガイドライン本体に内在する問題

##### [課題例]

- ・すべての推奨をサポートするエビデンスが十分に存在しない
- ・診療ガイドライン本体が長すぎて、サマリしか使用する気にならない
- ・出版形態によって、利用者が相談しにくい環境になっている

##### [対策例]

診療ガイドラインやその内容が作成された方法により推奨の活用が左右されうるので、推奨内容を再検討することも重要である。診療ガイドラインは複雑すぎると、現場での遵守率が低下すると言われる。信頼できる組織が作成主体で、信頼できるエビデンスレベルであることが、遵守率と正の相関を示す。

#### ○診療ガイドラインの内容に関連する問題

##### [課題例]

- ・最終の推奨が曖昧で、一般医が理解しにくい
- ・モニタリング(QIの設定)が難しいCQが多い
- ・診療ガイドラインに全ての方法論が記載されていない。難解な用語が使用されている。適用のためのアルゴリズムが含まれない。

##### [対策例]

一般医が理解しやすい推奨の作成のためには、ユーザーの同意を得た診療ガイドライン作成が望ましい。また、診療ガイドラインのCQ作成時よりモニタリングのためのQIの定義、データの入手しやすさ等を考慮すれば、診療ガイドラインの活用を可視化、評価することが障害になりにくい。「国内の診療ガイドライン」が院内(診療科内)ルールの根拠とされることが多いので、診療ガイドラインを作成するときからQIでモニター可能なCQの設定

を心がけることが望ましい。

さらに、方法論の記載については、報告の質に注意することも重要である。簡略化しすぎると却って理解しにくくなる場合がある。

#### ○アップデートの周知や参考文献へのアクセスしやすさ

##### [課題例]

- ・診療ガイドラインが発刊・アップデートされたことが周知されにくい
- ・参考文献について、診療ガイドラインの利用者が容易にアクセスしにくくなっている

##### [対策例]

診療ガイドラインはいろいろな診療領域、トピックについて次々と発刊・改訂されるが、それらをタイムリーに知ることはなかなか困難である。Minds ガイドラインライブラリのようなプラットフォームの積極的利用、各種学会のホームページへの掲載、診療ガイドライン電子情報の無料化など、トピックの現状ごとに対策は異なるだろう。利用者の立場からは、ニーズが発生した段階で、キーワードによる電子検索およびアクセスが容易であることが望まれる。参考文献については、アクセスしやすい参考文献を優先的に紹介するとよい。また、URL についてはアップデートされることが多いので、頻回にチェック、更新することが必要になる場合がある。

### 5.3.3. 診療の実践現場で活動する医師・専門家へ

立場	阻害要因	対策に向けての戦略
医師・ 専門家	診療ガイドラインや EBM に対する無関心	教育の機会を様々な形で提供し、診療ガイドラインの知識のアップデートと継続的訓練を図る。
	不適切な科学的情報の問題、会議の質の低さの問題	
	科学的文献を解釈する知識の限界、診療内容の負の側面への無理解	
	診療ガイドラインが多くの患者に当てはまらないとの認識	診療ガイドラインの配布・普及する。
	変化することへの抵抗と訴訟等に向き合うことへの恐怖	
	診療需要過多により診療ガイドラインを読む時間がない	リマインダーを活用する
	職場におけるインターネットアクセスの制限	病院へIT環境整備について要望を出す。
	同僚の支援の欠如、チームワーク力の低さ	コミュニケーション改善に向けた努力を行う。
	診療ガイドライン活用に係る専門家のインセンティブがない	インセンティブの設定をする。
	診療ガイドラインに沿わない意見を持つオピニオンリーダーに強く影響される専門家がいる	現場専門家のオピニオンリーダーの意見が診療ガイドラインの伝達を左右する。
病院・診療科の診療に関連する重要な QI の解析結果が、現場医師レベルに届いていない	診療科責任者は、QI 結果を院内医師全体と幅広く共有することを心掛ける。	

## ○医師個人の姿勢に関すること

### [課題例]

- ・診療ガイドラインやEBMに対する無関心
- ・科学的文献を解釈する知識の限界、診療内容の負の側面への無理解
- ・診療ガイドラインが多くの患者に当てはまらないとの認識
- ・変化することへの抵抗と訴訟等に向き合うことへの恐怖

### [対策例]

中堅・熟練医師には学会・製薬会社等による継続的訓練とアップデート、また若手医師には日常的な医学教育が最新の診療ガイドラインの認知および活用に繋がると考えられる。教育に携わる医師の場合、診療ガイドラインの内容を様々な教育活動(講義、会議等)で用いたり、積極的な参加者に対して双方向性のワークショップで紹介することも可能である。また、特定の疾患領域では、教育目的で施設や医師を個別訪問することで知識のアップデートを図ることもできる。その他、学会主導でトレーニングコースを開催したり、オンライン教材の提供を通して会員医師に対し知識の更新を図る場合がある。

また、日常的に必要なに応じて最新の診療ガイドラインが入手できる環境(電子媒体へのアクセス、紙媒体の配布・普及、無料など低コスト)が整備されていることが重要である。医師など医療提供者が迅速にかつ常にアップデートされた知識を持てることが、診療ガイドラインの内容を社会、ステークホルダー、将来の利用者とともに情報を共有するプロセスとなる。

## ○職場環境に起因すること

### [課題例]

- ・不適切な科学的情報の問題、会議の質の低さの問題
- ・診療需要過多により診療ガイドラインを読む時間がない
- ・職場におけるインターネットアクセスの制限
- ・同僚の支援の欠如、チームワーク力の低さ
- ・病院・診療科の診療に関連する重要なQIの解析結果が、現場医師レベルに届いていない

### [対策例]

現場の専門家集団の知識レベルの向上のためには、定期的な教育機会が必要である。学会や製薬会社等による定期的研修会などを通して、最新の診療ガイドラインを知ることが多くなる。各診療科リーダーや病院管理者のリーダーシップによる最新の診療ガイドライン周知も重要になる。職場環境が多忙で学習機会が不十分な場合は、電子カルテやeメール等を利用したリマインダーの活用も有効だと報告されている。特定の医療薬剤・医療機器の副作用や回収などについては、現状でも独立行政法人医薬品医療機器総合機構(PMDA)などを通じて、電子的方法または医薬品関係者による紙による情報提供を通じて、専門家の行動変容を促している(例:コンピュータや紙による注意事項の呈示)。

職場でのインターネットアクセスが不十分な場合は、病院管理者へIT環境整備について要望を出すなど、変革を促すことも重要である。現場のチームワークに関しては、コミュニケーション改善に向けて個々人で努力すること以外にも、チームワーク醸成に向けた組織的取り組みが望まれる。

診療科責任者は、QI 解析による興味深い結果が現場医師レベルに届いていないことが多いことを認識し、解析結果を院内医師全体と幅広く共有することが望ましい。

○専門家に関する障害

<p>[課題例]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・診療ガイドライン活用に係る専門家のインセンティブがない</li> <li>・診療ガイドラインに沿わない意見を持つオピニオンリーダーに強く影響される専門家がいる)</li> </ul>
--

[対策例]

院内で診療ガイドラインを活用するための機運が必要で、各科のリーダーに対するインセンティブの設定が重要である。財政的インセンティブや教育の機会（例：診療ガイドライン遵守のための教育コース・会議・研修会への参加）などの取組みを考慮する。また、現場専門家のオピニオンリーダーは影響力があるため、診療ガイドライン伝達の内容を左右する。リーダーの知識が更新されていないと、チームごと間違った診療を継続する危険性があるため、リーダーを含めた専門家集団の規範自体の見直しを図る必要があり、学会の果たす役割が大きい。

5.3.4. 国・自治体など政策関係者へ

立場	阻害要因	対策に向けての戦略
国・自治体など 政策関係者	医療システムと医療提供者の不足	法律や規制による介入
	国主導の診療ガイドライン活用計画が不十分である。	ニーズの高い疾患領域に対して働きかけ
	情報システムが十分活用できていない	施設レベルを越えて、診療ガイドライン活用に向けた情報システムの整備を考慮。
	認証を受けた、あるいは受ける過程にある病院が少ない	認証を受けやすくするインセンティブの設定
	診療ガイドライン活用に係る専門家や病院へのインセンティブがない	インセンティブの設定
	診療ガイドライン活用にかかる費用や財源を考えていない	長期的な運用を見据えた財源の設定
	施設レベル・地域レベル・国レベルのデータ活用が不十分	医療健康福祉に係る自治体関係者と病院・国レベルの関係者との協働

診療ガイドラインの普及・実装に係る活動を積極的に展開している海外先進諸国は、国からの支援が大きいことが特徴である。広く全国レベルの診療現場に、アップデートされた診療ガイドラインの推奨が行き渡るためには、民間の資金や活動だけでは不十分となることを念頭に置く必要がある。



## ○診療ガイドライン活用に向けた国の施策の充実

### [課題例]

- ・国主導の診療ガイドライン活用計画が不十分である。
- ・診療ガイドライン活用に係る専門家や病院へのインセンティブがない

### [対策例]

診療ガイドラインのトピックは無数にあり得るが、ニーズの高い疾患領域に対して働きかけることが重要である。また、診療ガイドライン活用に係る専門家が診療領域を越えて連携し、診療ガイドライン作成者、学会関係者、病院関係者、自治体関係者等とともに共同して、全国レベルで協議する機会が定期的にあると理想的である。そのためには、実現のための財政的な支援も必要となる。

診療ガイドラインの推奨を広く診療現場に普及させるために、諸外国では公的な資金で（収益を優先させずに）そのためのシステムを整備していることが多い。国の施策次第で、診療ガイドラインの現場への普及が阻害されることもあり得る。即ち、より良い医療を広く市民に提供するためには、国の施策が大変重要であり、エビデンスに基づく医療実践のための財源確保がその基盤となる。

## ○診療ガイドライン活用に向けた積極的な医療システムづくり

### [課題例]

- ・医療システムと医療提供者の不足
- ・認証を受けた、あるいは受ける過程にある病院が少ない
- ・診療ガイドラインの活用にかかる費用や財源を考えていない
- ・情報システムが十分活用できていない

### [対策例]

特定の診療ガイドラインの推奨を実践するために、阻害因子となる事項について、法律や規制を用いて医療サービスの利益や費用を変化させることが必要になる場合がありうる（例：医薬品価格やその他治療の規制）。都市や地方といった地域により、推奨を実践するための医療システムや医療提供者が不足することもある。施設レベルでは、認証を受けやすくするインセンティブ、費用等の設定なども再検討する必要があるかもしれない。診療ガイドラインの推奨を継続的に実施するために、長期的な運用を見据えた財源の設定が必要になることもある。

また、関連情報を共有して活用するためにも、施設レベルを越えて、診療ガイドライン活用に向けた情報システムの整備を考慮する。

○様々なレベルでのデータ活用と多様なステークホルダーの協働

[課題例]  
 ・施設レベル・地域レベル・国レベルのデータ活用が不十分で、有機的に施策に結びつかない

[対策例]

医療健康福祉に係る自治体関係者等は、地域レベルの医療プロセスが、診療ガイドラインの推奨などエビデンスに則っているかを知った上で地域へ働きかけるためにも、施設レベル・地域レベル・国レベルの様々なデータを十分に活用することが重要である。さらに、診療ガイドラインに係る病院や国を含む重要関係者とも協働して、より良い医療提供へ向けた取組みを行うことが望ましい。

5.3.5. 患者・市民がより良い医療を受けるために：すべての関係者へ

立場	阻害要因	対策に向けての戦略
<b>患者・市民の支援</b>	情報過多のため有効に利用できない、情報にアクセスできない・理解できない	教材の配布
	本来知ってほしい患者・市民に診療ガイドラインの存在が伝わらない	マスメディアの活用(例:TV,ラジオ、新聞、広告)
	自身や家族などが急な病気で、どうしてよいかわからない	意思決定支援のための電子システムを利用できるようにする

患者自身が診療ガイドラインの推奨を取り入れて継続することは、意味のある診療アウトカムを達成する際に重要である。下記のようなトピックについて、課題と対策例が考えられる。

○患者・市民への診療ガイドライン普及支援

[課題例]  
 ・本来知ってほしい患者・市民に診療ガイドラインの存在が伝わらない

[対策例]

医療者と患者のコミュニケーションを促進するためにも、患者・市民にも診療ガイドラインの存在および内容のエッセンスが伝わることを望ましい。重要なことは、情報へのアクセスがしやすいことである。紙媒体、電子媒体、視聴覚教材などが活用でき、複数の手段を用いることも考えられる。また、一般市民その他の多数者へ向けた特殊なコミュニケーション方法として、マスメディアの活用も考慮する(例:TV,ラジオ、新聞、広告)。ただし、これらは診療ガイドライン一般についてであり、特定の診療ガイドラインを活用するための戦略とはならない。下記のようなメディアが利用可能である。

- 診療現場内：ウェルカムマニュアル、患者の声、掲示板、チラシなどの配布物、院内広報紙、イントラネット

- 外部メディア：厚労省等の公的な情報プラットフォーム、eメール
- 習慣的に利用されるメディア：特定の催し、専門家による講演、調査、内部向けイベント、ビデオ会議等。

また、患者への支援が進むことで、医療者に最新の推奨に基づく医療を要望することも可能となる。

#### ○患者自身や家族、市民の意思決定支援

##### [課題例]

- ・自身や家族などが急な病気で、どうしてよいかわからない

##### [対策例]

意思決定支援のための電子システムが容易に利用できるようになることが望ましい。診断のための検査や治療への疑義が生じた場合や、特定疾患のモニタリングなど、意思決定が必要な時に電子化された医療情報に容易にアクセスできる情報システム環境が理想である。

ただし、ユーザーとしての患者・市民の情報リテラシーによって、利用の利便性が異なることを念頭に置く必要がある。Minds ガイドラインライブラリでは、一般市民が理解しやすい内容で、診療ガイドライン「Minds 版やさしい解説」を利用できるようにしている。他にも学会などから意思決定を支援する情報やシステムが提供されている場合がある。

#### ○診療ガイドライン記載内容の理解の支援

##### [課題例]

- ・内容が難しすぎて理解できない（ヘルスリテラシーの問題）
- ・情報過多のため有効に利用できない
- ・情報にアクセスできない（IT リテラシーの問題）

##### [対策例]

診療ガイドラインを紙、電子、視聴覚教材、科学雑誌で発表し、必要な人およびその人が使いやすい教材にアクセスできるようにすることが重要である。情報リテラシーが世代などにより異なるので、医療提供者には必要とする患者・市民の必要度に応じたレベルの情報へとつなぐ役割も期待される。

患者・市民自身も、診療ガイドラインの内容を理解できるよう、教育機会を積極的に利用し、信頼できる人や団体からの情報収集を図ることができれば理想である。

（表2）のようなチェックリストを活用して、現場の多職種チームで、各々の文脈に応じた阻害因子と改善の方策を検討することも重要であろう<sup>10</sup>。

(表2) 診療ガイドラインを活用するための文脈ごと障害チェックリスト(イメージ)<sup>12</sup>

バリア	観察ポイント	現在の状況		克服のための方策
診療ガイドライン自体	すべての推奨をサポートするエビデンスが十分に存在しない	はい	いいえ	
	診療ガイドライン本体が長すぎて、サマリしか使用する気にならない	はい	いいえ	
	出版形態が相談しにくい環境を作り出している	はい	いいえ	
	最終の推奨が曖昧で、一般医が理解しにくい	はい	いいえ	
	参考文献について、診療ガイドラインの一般利用者が容易にアクセスしにくくなっている	はい	いいえ	
専門家	診療ガイドラインや EBM に対する無関心	はい	いいえ	
	科学的文献を解釈する知識の限界、診療内容の負の側面への無理解、職場におけるインターネットアクセスの制限	はい	いいえ	
	製薬会社による継続的訓練とアップデート	はい	いいえ	
	変化することへの抵抗と訴訟等に向き合うことへの恐怖	はい	いいえ	
	不適切な科学的情報の問題、会議の質の低さの問題	はい	いいえ	
	同僚の支援の欠如、チームワーク力の低さ	はい	いいえ	
	診療ガイドラインが多くの患者に当てはまらないとの認識	はい	いいえ	
診療需要過多により診療ガイドラインを読む時間がない	はい	いいえ		
社会的文脈	診療ガイドラインに沿わない意見を持つオピニオンリーダーに強く影響される専門家がいる	はい	いいえ	
経済的・組織的文脈	医療を市民の権利としてではなく、保険者の営利サービス面を強調した医療モデルに基づく公共政策が実施されている	はい	いいえ	
	医療システムと医療提供者の不足	はい	いいえ	
	医療提供者をネットワークする組織がないため、医療や逆紹介へのアクセスが制限されている	はい	いいえ	
	国主導の診療ガイドライン活用計画がない。	はい	いいえ	
	情報システムが十分活用できていない	はい	いいえ	
	リーダーシップが不十分	はい	いいえ	
	病院の人的、物理的、財政的資源の不足	はい	いいえ	
	認証を受けた、あるいは受ける過程にある病院がほとんどない	はい	いいえ	
	診療ガイドラインの活用に向けた病院の方針がはっきりせず、マネジメントも貧弱である	はい	いいえ	
	診療ガイドライン活用に係る専門家や病院へのインセンティブがない	はい	いいえ	
診療ガイドライン活用にかかる費用や財源を考えていない	はい	いいえ		
その他	……	はい	いいえ	

## 6. 診療ガイドラインの推奨事項の適切な遵守を 促進するためのまとめ・提言

### 6.1. 医療機関のトップマネジメント・QI 関連データの関係者へ

- 診療ガイドライン活用のためには、クリニカルパスは重要である。それに加えて施設内（診療科内）ルール設定および QI を用いたモニタリングの仕組みを設置することが望ましい。
- トップマネジメントは診療ガイドラインの活用に向けた病院の方針を打ち出し、リーダーシップを発揮する。
- 病院の質向上に向けた体制の充実として、診療ガイドライン活用に向けた財源を確保したり、病院認証や情報システム（院内 LAN システムや文献検索システムを含む）の活用を図ることが望ましい。

### 6.2. 診療ガイドライン作成者へ

- 診療ガイドライン本体が長すぎる等、診療ガイドライン自体に内在する問題があれば、改訂時に改善策を再考すると同時に、アップデートの周知や参考文献へのアクセスしやすさを図る。
- 診療ガイドラインの内容に関連する課題（推奨が曖昧でないか、モニタリングしにくい CQ でないか等）につき、作成時より注意する。

### 6.3. 診療の実践現場で活動する医師・専門家へ

- 医師個人の姿勢(知識のアップデート、価値観)、職場環境に起因すること(多忙、コミュニケーション、組織文化等)、学会等で育まれる専門家規範など、診療ガイドライン活用を阻む多面的要因を十分考慮して、改善策を検討する必要がある。
- 診療科責任者は、QI 解析による興味深い結果が現場医師レベルに届いていないことが多いことを認識し、解析結果を院内医師全体と幅広く共有することが望ましい。

### 6.4. 国・自治体など政策関係者へ

- 診療ガイドライン活用に向けた国の施策充実と財源の確保を図る。
- 自治体関係者等は、地域医療レベルの医療プロセスが診療ガイドラインの推奨などエビデンスに則っているかを知って地域へ働きかけるためにも、施設レベル・地域レベル・国レベルの様々なデータを十分に活用して、重要関係者と共同の取組みを行うことが望ましい。

### 6.5. 患者・市民がより良い医療を受けるために：すべての関係者へ

- 患者・市民への診療ガイドライン普及支援、意思決定支援、情報の理解の支援を心掛ける。
- 患者・市民自身は、診療ガイドラインの内容を理解できるよう、可能な限り教育機会を積極的に利用し、信頼できる人や団体からの情報収集を図る。
- 診療ガイドラインを現場で実践的に活用することは大変複雑なプロセスである。医療提供者・専門家、患者・市民代表、病院トップマネジメント、政策関係者、診療ガイドライン作成グループなど、診療ガイドラインに係るすべての重要関係者が意識的に診療ガイドライン活用状況のフィードバックを受け、横断的に連携する機会を持つことが重要である。

## 7. 参考文献

1. Pablos-Mendez A, Shademani R. Knowledge translation in global health. *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 2006; 26(1):81-86.
2. World Health Organization. Bridging the "Know-Do" Gap. Geneva, Switzerland: WHO Press, 2006.
3. Straus, Sharon, Jacqueline Tetroe, and Ian D. Graham, eds. Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice. John Wiley & Sons, 2013.
4. Brownson, Ross C., Graham A. Colditz, and Enola Knisley Proctor, eds. Dissemination and implementation research in health: translating science to practice. Oxford University Press, 2017.
5. Brouwers M, Kho ME, Browman GP, Cluzeau F, feder G, Fervers B, Hanna S, Makarski J on behalf of the AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *Can Med Assoc J*. Dec 2010, 182:E839-842; doi: 10.1503/cmaj.0904496.
6. 公益財団法人 日本医療機能評価機構 EBM 医療情報部. AGREE II 日本語訳. 2016.
7. 山口育子 (2018) 『賢い患者』 岩波書店
8. World Health Organization (WHO). Health Literacy. The Solid Facts. 2013 <http://www.thehealthwell.info/node/534072> (Accessed: 18th March 2019)
9. Gagliardi AR, Alhabib S; Guidelines International Network Implementation Working Group (2015). Trends in guideline implementation: a scoping systematic review. *Implement Sci*, 10: 54.
10. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN50 A guideline developer's handbook. 2015.
11. Pan American Health Organization. Strengthening national evidence-informed guideline programs. A tool for adapting and implementing guidelines in the Americas. Washington, D.C.: PAHO; 2018.
12. Ministerio de Salud y Protección Social. Implementation manual for evidence-based clinical practice guidelines in health institutions in Colombia. 2016.
13. Goodall AH. Physician-leaders and hospital performance: is there an association? *Soc Sci Med*. 2011;73:535-539.
14. Bloom N, Garicano L, Sadun R, Van Reenen J. The distinct effects of information technology and communication technology on firm organization. *Management Science*. 2014;60:2859-2885.
15. Hamilton AB, Mittman BS. Implementation science in health care. In: Brownson RC, et al, editor. *Dissemination and implementation research in health: translating science into practice*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Oxford University Press; 2018. p. 385-400.
16. Jones LD, Rodgers ME, Royall MJ, Westhoff COLJ·VA/DoD Clinical Practice Guidelines: Putting Them to Work at Your Facility. ECRI Institute ; 2018.
17. ACC/AHA Special Report : Clinical Practice Guideline Implementation Strategies:A Summary of Systematic Review by the NHLBI Implementation Science Work Group. *JACC* 2017.
18. WHO Regional Office for Europe. Developing and implementing guidelines for health policy and clinical practice in Estonia: interim appraisal of progress. 2015.
19. National Health and Medical Research Council. How to put the evidence into practice: implementation and dissemination strategies. Handbook series on preparing clinical practice guidelines. 2000.
20. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess*. 2004;8:1-72.

21. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med.* 2003;26:79-89.
22. Gagliardi AR, Brouwers MC. Do guidelines offer implementation advice to target users? A systematic review of guideline applicability. *BMJ Open.* 2015;5:e007047. doi: 10.1136/bmjopen-2014-007047.
23. Ubbink DT, Vermeulen H, Knops AM, Legemate DA, Oude Rengerink K, Heineman MJ, et al. Implementation of evidence-based practice: outside the box, throughout the hospital. *Neth J Med.* 2011;69:87-94.
24. Gagliardi AR, Brouwers MC, Palda VA, Lemieux-Charles L, Grimshaw JM. How can we improve guideline use? A conceptual framework of implementability. *Implement Sci.* 2011;6:26.
25. Grimshaw J, Eccles M, Tetroe J. Implementing clinical guidelines: current evidence and future implications. *J Contin Educ Health Prof.* 2004;24 Suppl 1:S31-7. Review.
26. Cochrane LJ, Olson CA, Murray S, Dupuis M, Tooman T, Hayes S. Gaps between knowing and doing: understanding and assessing the barriers to optimal health care. *J Contin Educ Health Prof.* 2007;27:94-102.
27. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA.* 1999;28:1458-65. Review.
28. Barth JH, Misra S, Aakre KM, Langlois MR, Watine J, Twomey PJ, et al. Why are clinical practice guidelines not followed? *Clin Chem Lab Med.* 2016;54:1133-39.
29. Taba P, Rosenthal M, Habicht J, Tarien H, Mathiesen M, Hill S, et al. Barriers and facilitators to the implementation of clinical practice guidelines: a cross-sectional survey among physicians in Estonia. *BMC Health Serv Res.* 2012;12:455
30. Lyons SS, Tripp-Reimer T, Sorofman BA, Dewitt JE, Bootsmiller BJ, Vaughn TE, et al. VA QUERI informatics paper: information technology for clinical guideline implementation: perceptions of multidisciplinary stakeholders. *J Am Med Inform Assoc.* 2005;12:64-71.
31. De Vos M, Graafmans W, Kooistra M, Meijboom B, Van Der Voort P, Westert G. Using quality indicators to improve hospital care: a review of the literature. *Int J Qual Health Care.* 2009;21:11.
32. Ellen, ME. Knowledge Translation Framework for Ageing and Health. Geneva: World Health Organization. 2012.
33. Registered Nurses Association of Ontario (2002). Toolkit: Implementation of clinical practice guidelines. Toronto, Canada: Registered Nurses Association of Ontario.
34. Graham I, Logan J, Harrison M, Strauss S, Tetroe J, Caswell W, et al. (2006). Lost in knowledge translation: time for a map? *J Contin Educ Health Prof,* 26: 1-19.
35. Atkinson P et al. CJEM Debate Series: #ChoosingWisely – The Choosing Wisely campaign will not impact physician behaviour and choices. *CJEM.* 2018 Mar;20(2):170-5.
36. Flodgren G, Hall AM, Goulding L, Eccles MP, Grimshaw JM, Leng GC, Shepperd S. Tools developed and disseminated by guideline producers to promote the uptake of their guidelines. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2016;8.

## 8. 診療ガイドラインの推奨の実践を支援するための ツール/リソース

利用者ごとに役立つツールの種類が異なってくる。目的に応じて、海外のリソースを参考にし、活用することが可能である。

- 1) アルゴリズム、クリニカルパス（医療者向け）：アルゴリズムは各診療ガイドライン内で、またクリニカルパスは施設ごとに準備されることが多い。
- 2) 意思決定ツール（医療者・患者向け）：疾患領域によって、アプリなどで提供される場合がある。
- 3) 資源配分・費用算出ツール（政策関係者向け）
- 4) 診療ガイドライン実装に係る情報支援（診療ガイドライン作成者・政策関係者・研究者向け）
  - 普及と実装科学研究会：国立がん研究センター 社会と健康研究センター  
[https://www.ncc.go.jp/jp/cpub/division/prevention/project/project\\_08/prevention\\_08.html](https://www.ncc.go.jp/jp/cpub/division/prevention/project/project_08/prevention_08.html)
- 5) その他

診療ガイドラインとその活用に関連する情報リソースとして、国際的ポータルとしては、以下のようなものがある。

- 診療ガイドラインの活用を中心としたもの：
  - ・ AHRQ Toolkit: Implementation of Clinical Practice Guidelines  
<http://www.innovations.ahrq.gov/qualitytools/toolkit-implementation-clinical-practice-guidelines>
  - ・ The ADAPTE Process: Resource Toolkit for guideline adaptation  
<https://www.g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/adapte-resource-toolkit-guideline-adaptation-2-0.pdf>
  - ・ Guidelines International Network (GIN)
  - ・ GIRAnet. <https://www.g-i-n.net/working-groups/implementation/about-the-implementation-working-group>
  - ・ NIH <https://prevention.nih.gov/research-priorities/dissemination-implementation>
  - ・ Putting Clinical Practice Guidelines to Work in the Department of Veterans Affairs: A Guide for Action. The Department of Veterans Affairs Clinical Practice Guidelines Implementation and Education Task Force.  
[https://www.healthquality.va.gov/VA\\_Manual.pdf](https://www.healthquality.va.gov/VA_Manual.pdf)
- 診療ガイドライン自体の掲載やより幅広いリソースを含む：
  - ・ AHRQ [www.innovations.ahrq.gov](http://www.innovations.ahrq.gov)
  - ・ National Guideline Clearinghouse (NGC) [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov)
  - ・ Canadian Institutes of Health Research (CIHR)  
<http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/193.html>
  - ・ Institute of Health Technology Assessment  
<http://www.iets.org.co/English/contenido/implementation.aspx>
  - ・ New Zealand Guidelines Group (NZGG) [www.health.govt.nz](http://www.health.govt.nz)
  - ・ National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)
    - ・ SIGN [www.sign.ac.uk](http://www.sign.ac.uk)
    - ・ NHS Centre for Reviews and Dissemination (UK)  
<https://www.york.ac.uk/crd/>
    - ・ American College of Physicians (ACP) <https://www.acponline.org/>

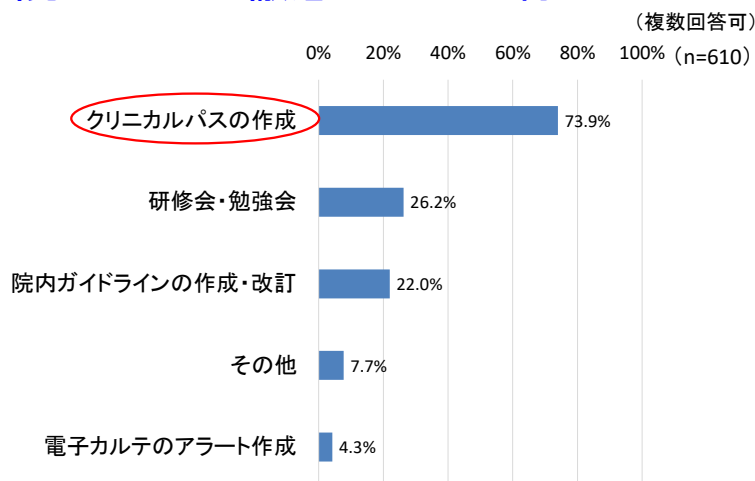
また、特定の疾患領域（がん、HIV など）を中心とした実践に特化したグループも多数ある。  
（例：ISWG Implementation Science Working Group（米、HIV に特化））



[補遺]

質問紙調査のキーポイントの根拠となる結果は以下の通りである。

(補図1) 院内ルール徹底のために行ったこと

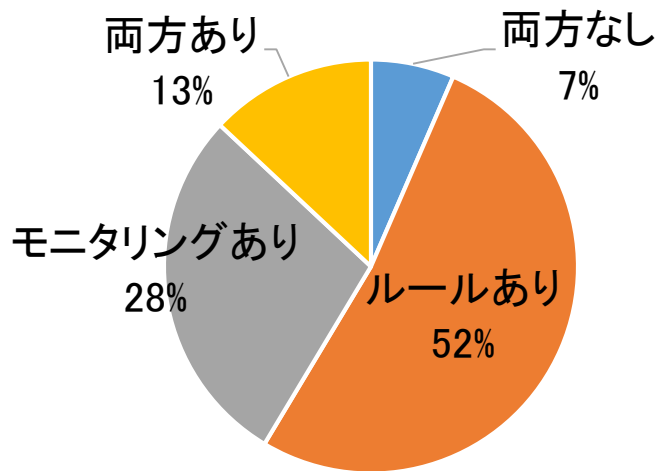


15

周術期予防的抗菌薬に関するルールは、クリニカルパスを用いて規定されていることが多い。

(補表1) 周術期予防的抗菌薬の推奨薬剤と投与日数遵守率 QI 定義表

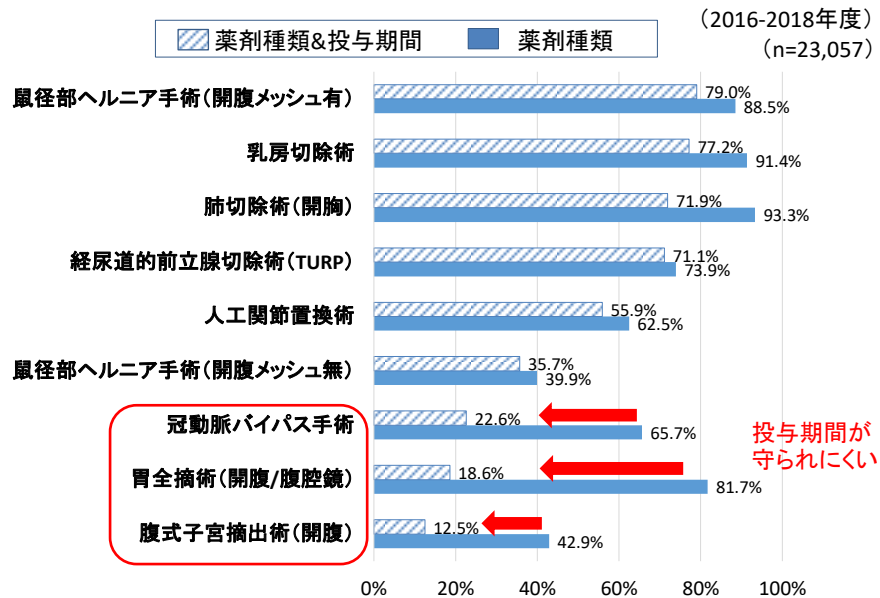
QI '周術期予防的抗菌薬の推奨薬剤および投与日数遵守率'	分母	分子	術後感染予防抗菌薬適正使用のための実践ガイドライン(2016) 推奨の内容		推奨のグレード	
			推奨抗菌薬	投与期間	抗菌薬の適応	投与期間
1 胃全摘術(開腹/腹腔鏡下手術)	手術前日に抗菌薬が投与されていない入院手術件数(胃全摘術)	手術日から手術翌日(手術実施日+1)まで推奨抗菌薬が連続に投与されていて、かつ手術翌々日(手術実施日+2)に推奨抗菌薬が投与されていない件数	CEZまたはSBT/ABPC	24時間	A(エビデンスレベルI)	A(エビデンスレベルI)
2 乳房切除術	手術前日に抗菌薬が投与されていない入院手術件数(乳房切除術)	手術日に推奨抗菌薬が投与されていて、かつ手術翌日(手術実施日+1)に推奨抗菌薬が投与されていない件数	CEZ	単回(長時間手術では再投与)	A(エビデンスレベルI)	A(エビデンスレベルI)
3 腹式子宮摘出術(開腹)	手術前日に抗菌薬が投与されていない入院手術件数(腹式子宮摘出術(開腹))	手術日に推奨抗菌薬が投与されていて、かつ手術翌日(手術実施日+1)に推奨抗菌薬が投与されていない件数	CMZ, FMOX, SBT/ABPCまたはCEZ+MNZ	単回(長時間手術では再投与)	A(エビデンスレベルI)	A(エビデンスレベルI)
4 冠動脈バイパス手術	手術前日に抗菌薬が投与されていない入院手術件数(冠動脈バイパス手術)	手術日から手術翌々日(手術実施日+2)まで推奨抗菌薬が連続に投与されていて、かつ手術翌々々日(手術実施日+3)に推奨抗菌薬が投与されていない件数	CEZ	48時間	A(エビデンスレベルI)	A(エビデンスレベルII)
5 肺切除術(開胸)	手術前日に抗菌薬が投与されていない入院手術件数(肺切除術(開胸))	手術日に推奨抗菌薬が投与されていて、かつ手術翌々日(手術実施日+2)に推奨抗菌薬が投与されていない件数	CEZまたはSBT/ABPC	単回~24時間	A(エビデンスレベルI)	A(エビデンスレベルII)
6 鼠径部ヘルニア根治術(開腹、メッシュ使用)	鼠径部ヘルニア根治術(開腹、メッシュ使用)前日に抗菌薬が投与されていない入院手術件数	手術日に推奨抗菌薬が投与されていて、かつ手術翌日(手術実施日+1)に推奨抗菌薬が投与されていない件数	CEZまたはSBT/ABPC	単回	A(エビデンスレベルI)	A(エビデンスレベルI)
7 鼠径部ヘルニア根治術(開腹、メッシュ非使用)	鼠径部ヘルニア根治術(開腹、メッシュ非使用)前日に抗菌薬が投与されていない入院手術件数	手術日に推奨抗菌薬が投与されていて、かつ手術翌日(手術実施日+1)に推奨抗菌薬が投与されていない件数	CEZ	単回	A(エビデンスレベルI)	A(エビデンスレベルI)
8 人工関節置換術	人工関節置換術日に推奨抗菌薬が投与されている件数	手術日に推奨抗菌薬が投与されていて、かつ手術翌々々日(手術実施日+3)に予防的抗菌薬が投与されていない症例	CEZ	単回~48h	A(エビデンスレベルI)	B(エビデンスレベルI)
9 経尿道的前立腺切除術(TURP)	経尿道的前立腺切除術(TURP)前日に抗菌薬が投与されていない入院手術件数	手術日に推奨抗菌薬が投与されていて、かつ手術翌々々々日(手術実施日+4)に予防的抗菌薬が投与されていない症例	CEZ, CTM, SBT/ABPCまたはアミノグリコシド系薬	単回~72h	A(エビデンスレベルI)	B(エビデンスレベルII)



(補図1) 診療科内の院内ルール・モニタリングの現状

周術期抗菌薬投与に関する何らかの院内ルールとモニタリングの両方を実施している診療科は1割強にとどまった。

(補図2) 薬剤の種類、薬剤の種類・投与期間遵守率



遵守率が低い手術群は、薬剤の種類よりは投与期間が守られない傾向を認めた。

## 9. 医療の質指標(QI)活用事例集(抜粋版)

### 当院におけるQIP活用事例報告

市立岸和田市民病院

事務局医療マネジメント課 井上 聡

平成31年3月2日 Minds-QIPセミナー

(抜粋版)

1

#### 1.背景・目的

- 平成26年度以前  
病院独自のクリニカルインディケータ一覧を作成し  
診療録管理委員会で各指標の推移を確認していたが、  
医療の質の向上につながっていなかった。
- 平成27年度の病院目標  
院内で遅滞しているQIの活用に病院として積極的に  
取り組み、医療の質の向上を目指すこととなった。



4

#### 病院の紹介

##### 【施設概要】

市立岸和田市民病院 (大阪府岸和田市)

病床数：400床

診療科：32診療科



##### 【平成29年度実績】

外来患者数：249,413人 (1,022人/日)

入院患者数：117,457人 (322人/日)

平均在院日数：11.2日

病床利用率：80.5%

2

#### 2.方法

##### ② どのような取り組みか

(2) 指標の活用方法について検討する

- 「医療の質の指標」一覧を使ってベンチマーク

⇒QIPの指標の中で、他院と比較して乖離のある

指標をピックアップし調査・分析する。

作業負担はなるべくかからないようにする。

- 各診療科の医師がQIPを閲覧できるよう周知

12

## 2.方法 (事例1)

### ベンチマーク事例1 (改善要と最終判断した事例)



#### 「医療の質の指標」一覧

- ・ 2017年度の病院の値を表示しています  
(平均より劣れている場合に赤字・緑字で表示されます)

順守率

指標番号	指標名	2017年度の 病院の順守率	2017年度の 全病院順守率	推移
3012	肩術期予防的抗菌薬投与日数-頭蓋内血腫除去術 [定義]	4.3%	51.4%	
3022	肩術期予防的抗菌薬投与日数-胃切除 [定義]	96.6%	94.1%	
3032	肩術期予防的抗菌薬投与日数-胆嚢摘出 [定義]	87.5%	84.5%	
3042	肩術期予防的抗菌薬投与日数-人工股関節置換術 [定義]	100.0%	91.5%	
3052	肩術期予防的抗菌薬投与日数-乳房切除 [定義]	100.0%	95.6%	
3062	肩術期予防的抗菌薬投与日数-甲狀腺手術 [定義]	93.3%	74.8%	
3072	肩術期予防的抗菌薬投与日数-前立腺がん [定義]	100.0%	95.2%	
3082	肩術期予防的抗菌薬投与日数-子宮頸腫 [定義]	98.2%	95.8%	

14

## 2.方法 (事例2)

### ベンチマーク事例2 (改善不要と最終判断した事例)



#### 「医療の質の指標」一覧

- ・ 2017年度の病院の値を表示しています  
(平均より劣れている場合に赤字・緑字で表示されます)

2031_1	肺炎に対し、尿中肺炎球菌抗原検査が実施された割合 [定義]	40.1%	39.7%
2031_2	肺炎に対し、血液培養検査が実施された割合 [定義]	40.8%	53.0%
2031_3	肺炎に対し、入院当日からの抗生物質投与が実施された割合 [定義]	73.2%	77.5%
2107	血液培養検査において、同日に2ロット以上の実施割合 [定義]	61.9%	56.2%
2108	抗MRSA薬投与症例対して、細菌検査を実施された割合 [定義]	77.3%	92.8%
2124	血液培養の実施 a. 広域抗菌薬使用時の血液培養実施率 [定義]	32.4%	35.4%

16

## 2.方法 (事例1)

### ベンチマーク事例1 (改善要と最終判断した事例)

#### 医療の質の指標

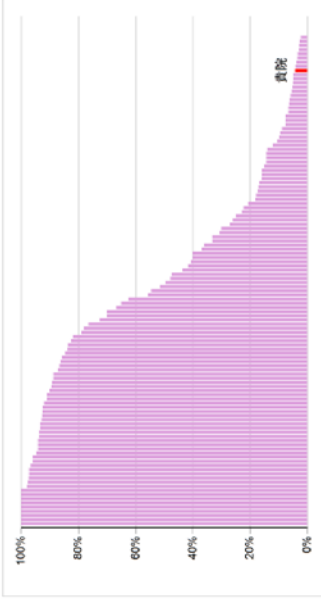
指標のコードは一般 (緑字)、重症度、人口密度、重、設立主体、自治体 に含まれます。

指標番号 3012

指標名 肩術期予防的抗菌薬のガイドライン順守率-頭蓋内血腫除去術

分子： 抗腫瘍剤の投与日数が2日以内の症例数

分母： 頭蓋内血腫除去術を受けた患者数



データ参照期間 2017年4月~2018年3月(週単位) 2017年度 (平成29年度)  
期間内例10例未満の病院を除外し、122/249病院を表示

【定義】  
頭蓋内血腫除去術に対して、予防的抗菌薬投与が手術日に開始されておりかつ投与日数が2日以内の症例割合

【調査方法】  
・ データ調査  
・ 現場へのヒアリング  
・ パスの確認

全病院 平均値	自院
51.4%	4.3%

15

## 2.方法 (事例2)

### ベンチマーク事例2 (改善不要と最終判断した事例)

#### 医療の質の指標

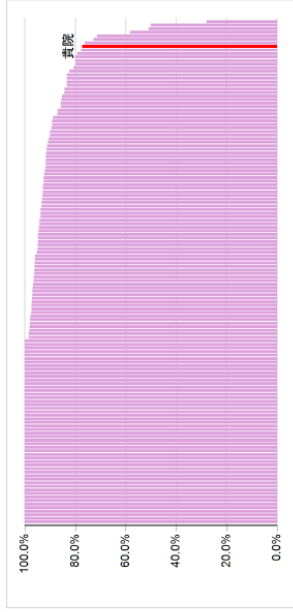
指標のコードは一般 (緑字)、重症度、人口密度、重、設立主体、自治体 に含まれます。

指標番号 2108

指標名 抗MRSA薬投与症例対して、細菌検査を実施された割合

分子： 分母のうち、細菌検査を実施された症例

分母： 抗MRSA薬を投与された症例数



データ参照期間 2017年4月~2018年3月(週単位) 2017年度 (平成29年度)  
期間内例10例未満の病院を除外し、142/205病院を表示

【調査方法】  
・ データ調査  
・ 現場へのヒアリング  
・ 診療科別の傾向

全病院 平均値	自院
92.8%	77.3%

17

### 3.結果（事例1）

ベンチマーク事例1（改善要と最終判断した事例）

#### 【調査結果】

- ・死亡症例以外は全て3日連続投与（カルテ確認）
- ・クリニカルパスは手術当日含め**術後3日**であった
- ・誤嚥の懸念があり、術後抗生剤としてではなく抗生剤投与が長くなっている（脳神経外科ヒアリング）



#### 【改善策】

- ・ガイドライン準拠したクリニカルパスに改訂
- ・呼吸器感染が明らかになった時点で抗菌薬を変更

18

### 3.結果まとめ

- ・2016年9月～2018年9月の2年間で他院と比較して乖離のある11指標について調査・分析を行った。
- ・うち改善要と最終判断とした指標は5つであった。
- ・改善不要と最終判断した主な理由として、病院の特性によるもの、人的要素によるもの、DPCデータの精度の問題等があげられる。

20

### 3.結果（事例2）

ベンチマーク事例2（改善不要と最終判断した事例）

#### 【調査結果】

- ・データ調査の結果、**整形外科**の症例が検査未実施
- ・人工関節置換術等の手術薬剤としてバンコマイシンを使用している（カルテ確認と整形外科ヒアリング）



#### 【見解】

- ・整形外科のバンコマイシン使用例は対象外と考えてよいのではないかと
- ・上記以外は全件細菌検査を実施 ⇒ 改善不要とした

19

### 4.考察

- ・QIPの「医療の質の指標」一覧を利用することにより、様々な指標のベンチマークが可能となり、自院の立ち位置の把握や調査分析ができるようになった。
- ・一方で2ヶ月に1回開催される委員会の中で実施しており、病院全体として取り組みができていくか振り返りが必要である。

22

# 中小病院でのQI数値収集 から”みえてきた” 評価手法に係る課題

(技粹版)

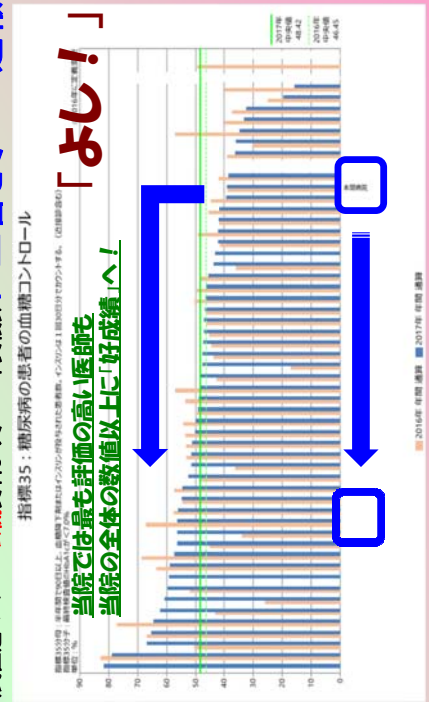
本間病院 事務部長室  
QI実務担当 大内広記(ヒロフミ)

[ 2015年4月～ ⇒ 2018年3月で約4年間 ]

## < 8.0 の割合で測ってみました

HbA1c

(民医連QIのWEB公開資料より[2017年実績])に上書き[2018速報値より]



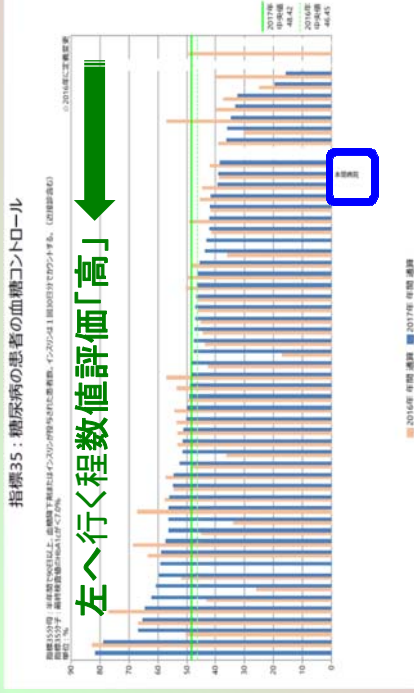
(当然、全体の成績も ↓ となる中で)

「**相対的評価**」が逆転！

(2018年より、民医連QI自体も基準変更となり、次年の報告書からは左側へ表示されるはず！)

## < 7.0 の割合で測ってみました

(民医連QIのWEB公開資料より[2017年実績])



HbA1c

「えっ?」

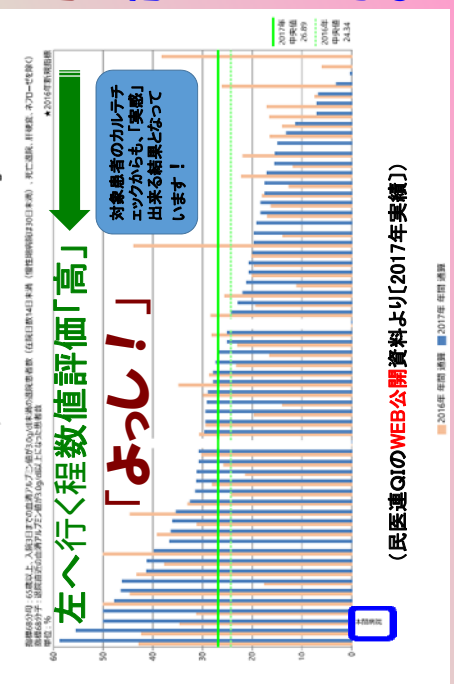
何年も何年も信頼して受診を続け、長く元気に過ごしている患者も多いために...

現在の定義では、「分母」には「検査値なし」の患者(当院の場合はそのほとんどが「透析患者」=かつ当院では「透析非常」に多く受け入れている)が含まれており、実際の「数値」「割合」自体は、もっと良いはず！

## 自慢(?)になるかもしれませんが...

ALB

指標6B：65歳以上低栄養の改善 B)退院直近の血清アルブミン値が3.0g/dl以上になった割合



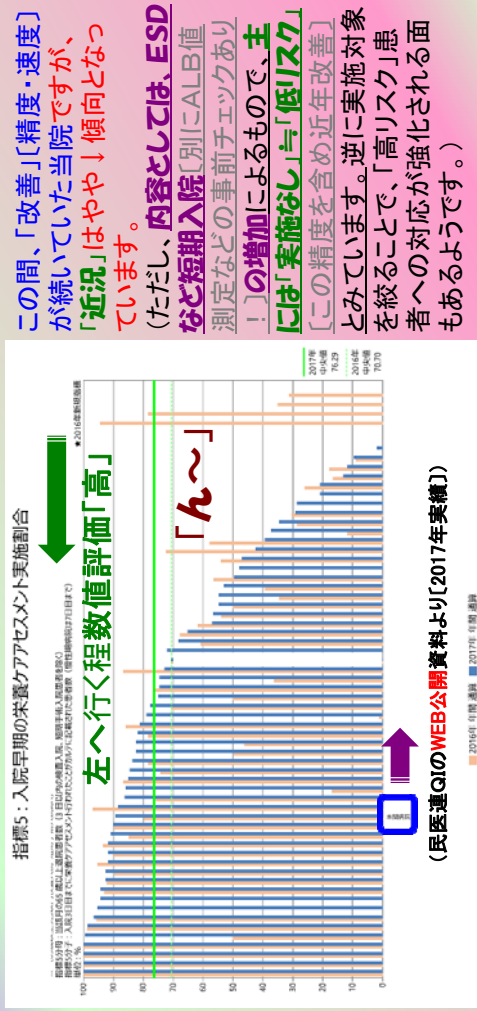
当院は  
民医連QI指標  
「低栄養の改善割合」が、

(定義：  
入院時ALB < 3.0  
⇒ 退院直近 ≥ 3.0)

比較的高い病院  
となっております！



ここで、「早期」栄養アセスメントの実施割合ですが...



この間、「改善」「精度・速度」が続いていた当院ですが、「近況」はやや傾向となっています。ただし、内容としては、ESD など短期入院(別にALB値測定などの事前チェックあり)には「実施なし」は「低リスク」(この精度を含め近年改善)とみています。逆に実施対象を絞ることで、「高リスク」患者への対応が強化される面もあるようです。

「栄養アセスメント」の実施「内容」から「みえる」こと

【65歳以上】入院時リスク判定「概況」[「概算値」] ...2018年下期(7~12月退院分)の「近況」から[65歳以上1ヶ月平均退院数約120件]

※「栄養アセスメント」の精度・速度が向上した「近況」のデータを採用し、各種数値を「概算値」や「平均値」として表示し、概ねこの2年間で比べると、このALB値3以下が比較的多かったことなどもあり、「若干」死亡退院割合も50%を切っていたのは事実だが、一方で、2015年は死亡退院割合は15%を超え、2016年はALB値「高」リスクの死亡退院割合から50%を超えていたの、「若干」死亡退院割合が多くなった(5%)で、「構成率」や「治療の困難さ」(「概算値」)は十分を示せていると判断した！)

●「ALB値」による単純[単一]リスク判定

ALB値のみでの単純リスク判定	構成率	死亡退院「数」/月	死亡退院割合
「高」リスク	10%	6名	50%
「中」リスク (低と高の中間)	30%	8名	23%
「低」リスク (ALB値≧3.6 測定なし 又は入院前測定)	45% (合わせて 15%)	4名 2名	7% 9%
合計、又は 合計における割合	100%	20名	16.5%

ALB値 + 各種チェックで！

●「栄養ケアアセスメント」によるリスク判定

身体測定など、手間を掛けたリスク判定	構成率	死亡退院「数」/月	死亡退院割合
「高」リスク	31%	11.5名	30%
「中」リスク (ALB値 + 他BMI等)	30%	5名	14%
「低」リスク (ALB値 + 他リスクなし 入院3日以内、 又はアセスメントなし)	11% (合わせて 28%)	0.5名 3名	3.9% 9.5%
合計、又は 合計における割合	100%	20名	16.5%

「栄養アセスメント」の実施「内容」自体は適切ですが...

「栄養」に係るリスクを見逃さないように、しっかりと手間を掛けて、「リスクを高め」に積極的に「栄養管理」介入へ！

ALB値 + 各種チェックで！

●「栄養ケアアセスメント」によるリスク判定

身体測定など、手間を掛けたリスク判定	構成率	死亡退院「数」/月	死亡退院割合
「高」リスク	31%	11.5名	30%
「中」リスク (ALB値 + 他BMI等)	30%	5名	14%
「低」リスク (ALB値 + 他リスクなし 入院3日以内、 又はアセスメントなし)	11% (合わせて 28%)	0.5名 3名	3.9% 9.5%
合計、又は 合計における割合	100%	20名	16.5%

表の結果からも、リスク判定と「栄養管理」の介入が適切に実施されていると推察出来ます

「死亡退院割合」からも、当院は入院時「高」・「中」リスクが比較的多いと推察出来る！(標準的な病院では「低」が下?)

●「ALB値」による単純[単一]リスク判定

ALB値のみでの単純リスク判定	構成率	死亡退院「数」/月	死亡退院割合
「高」リスク	10%	6名	50%
「中」リスク (低と高の中間)	30%	8名	23%
「低」リスク (ALB値≧3.6 測定なし 又は入院前測定)	45% (合わせて 15%)	4名 2名	7% 9%
合計、又は 合計における割合	100%	20名	16.5%

一方で、むしろ「ALB値」判定そのものが...

表の結果からも、実は「ALB値」判定そのものが「死亡退院」に繋がってしまいうリスクをより鮮明に示していることが良く分かります。(恐らくはどの病院でも似たような...)

「死」は「人の目」も活用した評価であり、判定基準にも違いが...

●「栄養ケアアセスメント」によるリスク判定

身体測定など、手間を掛けたリスク判定	構成率	死亡退院「数」/月	死亡退院割合
「高」リスク	31%	11.5名	30%
「中」リスク (ALB値 + 他BMI等)	30%	5名	14%
「低」リスク (ALB値 + 他リスクなし 入院3日以内、 又はアセスメントなし)	11% (合わせて 28%)	0.5名 3名	3.9% 9.5%
合計、又は 合計における割合	100%	20名	16.5%

## 【まとめ】 ALB値測定から“みえた”こと

- ◆実は、「栄養ケアアセスメント」のリスク判定よりも、むしろ、ALB値判定そのものが、「死亡退院」につながってしまうリスクをより鮮明に示している！
- ◆仮に、上記による判定を『全身状態分類評価』として、『診療分析』の要素に加えた場合、ビッグデータを『複合的』に解析することにより、医療従事者や患者などへ**非常に『有益な情報』を提供出来るようになる**  
**可能性が“みえて”きた！** ⇒ 非常に困難な条件下で、日々、軽快退院へ結び付けられるべく、頑張っている医師などの「診療支援」につながるようになれば、それはみんなにとって素晴らしいこと！

## 【本日のまとめ】【再掲】 HbA1c & ALB測定から

- ◆単純な数値分析だけでは、『患者層』の違いもあるので、『医師間』・「病院間」の比較評価は意外と難しい！  
 (むしろ、頑張る「良い対応」をしている可能性もあるので要注意！)  
 ※ただし、『困難さ』は“みえてくる”ので、他病院との『概況』比較自体は有効！
- ◆一方で、『剤数分類別評価』を用いて『経時的』に解析をすすめること  
 によって、『薬剤』の「評価分析」は今後飛躍的に進む可能性がある！
- ◆また、『全身状態分類別評価』を『診療分析』の要素に加えた場合、  
 上述『条件』の違いをある程度克服出来たり、より『複合的』な解析が  
 すすむことによって、非常に『有益な情報』を得られる可能性がある！





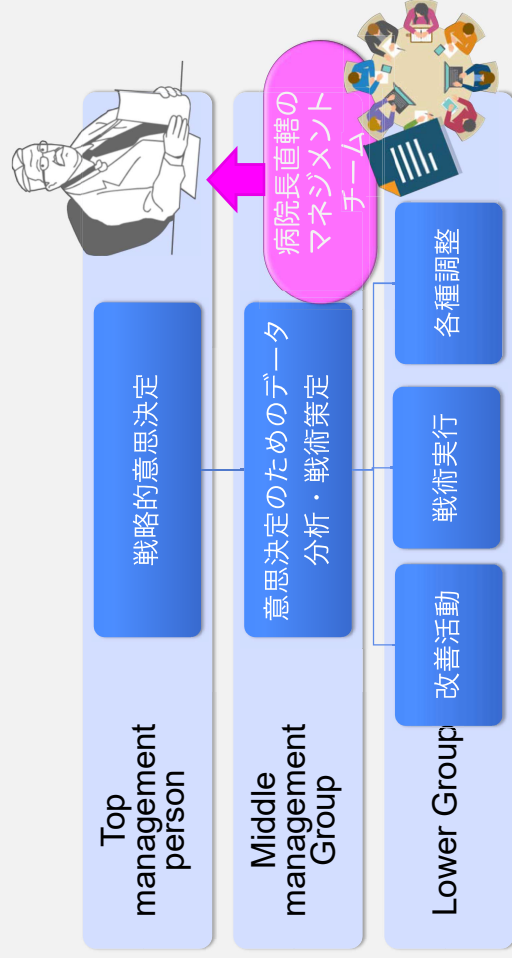
# Quality Indicatorによる 診療プロセスの見直し

Quality Management Team活動報告

(抜粋版)  
 埼玉医科大学総合医療センター  
 診療情報管理室 齋藤 豊  
 2019.3.2



## Quality Management Teamの位置づけ



## 埼玉医科大学総合医療センターの概要

DPC特定病院群

高度救命救急センター

総合周産期母子医療センター

ドクターヘリ基地病院

地域がん診療連携拠点病院 等

許可病床数 1053床(稼働病床数978床)

1日平均外来患者数 約2065.5名

平均入院患者数 約828.8名

平均在院日数 約13.4日



## Quality Management Teamの位置づけ

リーダー 副院長 (医師)

副リーダー 診療情報管理委員会委員長 (医師)

その他医師 14名

看護師 2名

薬剤師 1名

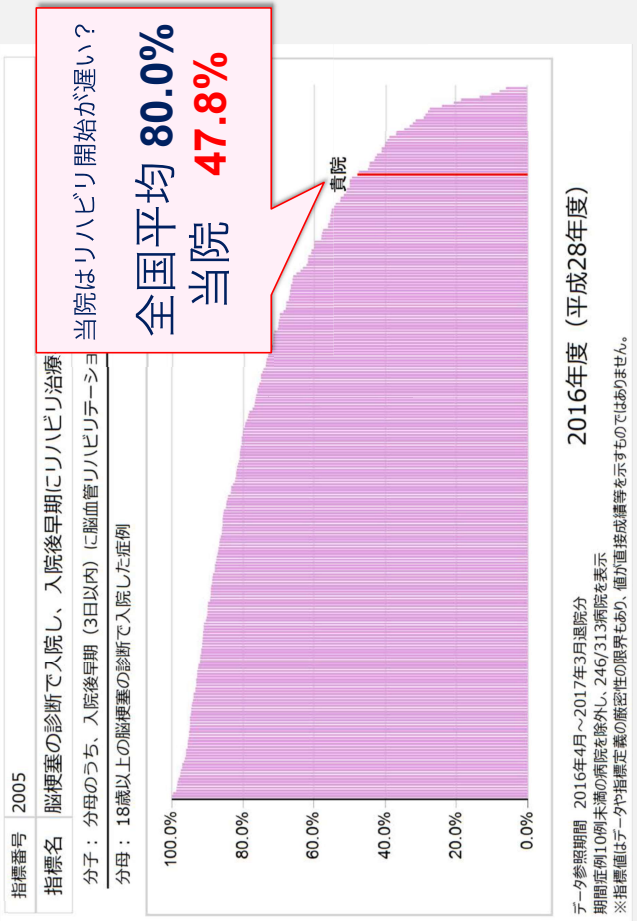
その他コメディカル 3名

医療事務職 3名

診療情報管理士 4名 (事務局)



# 脳梗塞早期リハビリ開始率が課題



# 必要に応じQMTからレポート

考察  
 また、当院のリハビリ開始までの診療プロセス等は以下のようになっており、セラピストがリハビリを開始するまでに、リハビリ開始と処方が必要である。主治医が直接セラピストへリハビリ処方を行わなければならないため、リハビリ開始までや時間を変化するため体系的に開始率が低くなっている可能性がある。

図3

また入院曜日によってリハビリ開始に差がないか検証した。  
 (図4)

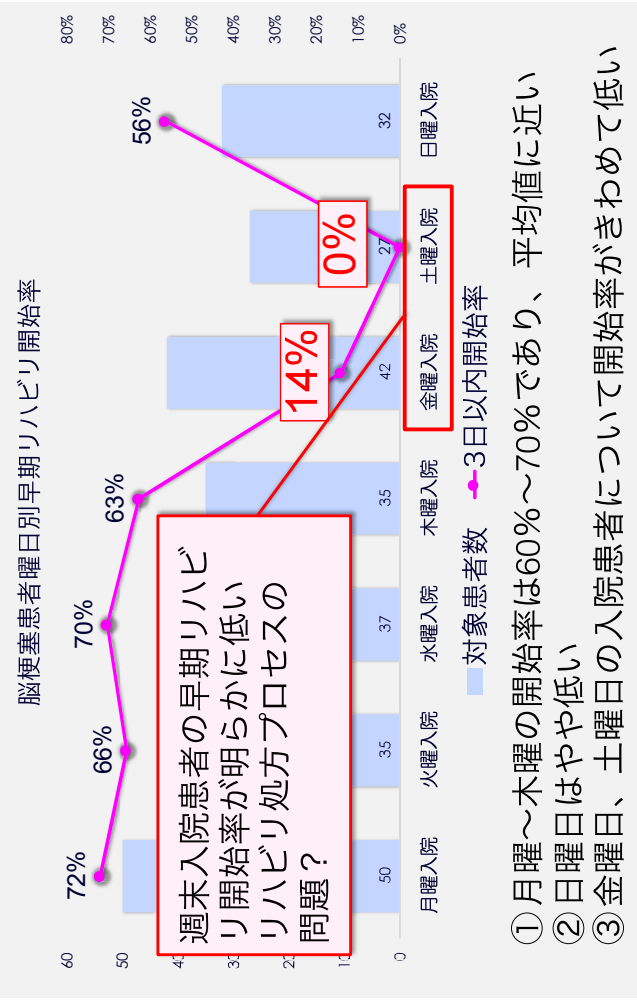
脳梗塞患者曜日別早期リハビリ開始率

脳日別早期リハビリ開始率と対象患者数

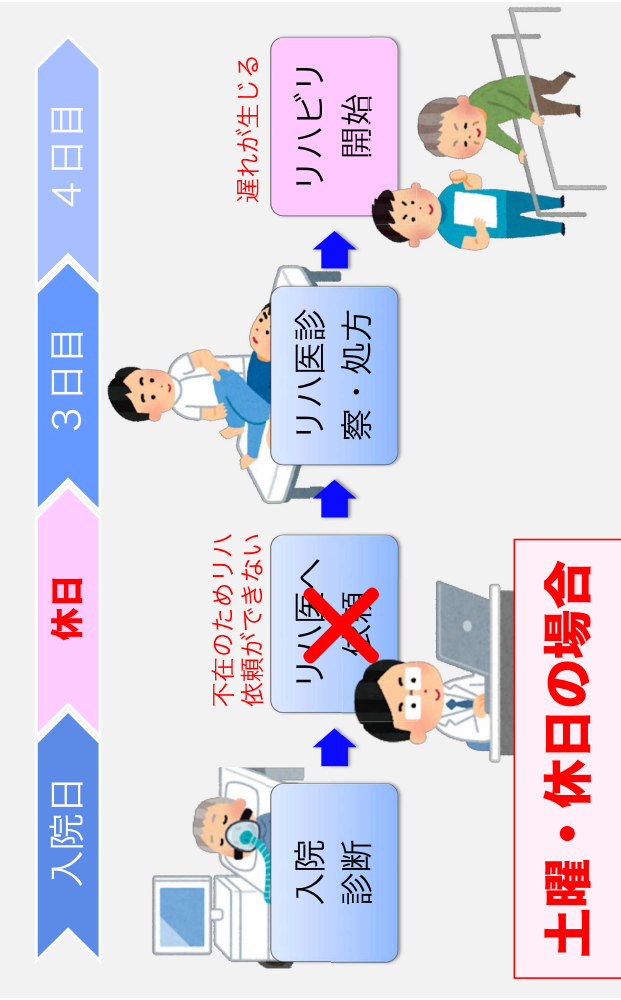
① 月曜～木曜の開始率は60%～70%であり、平均値に近い。  
 ② 日曜日はやや低い。  
 ③ 金曜日、土曜日の入院患者について開始率がきわめて低い。

カンファレンス形式とする場合も

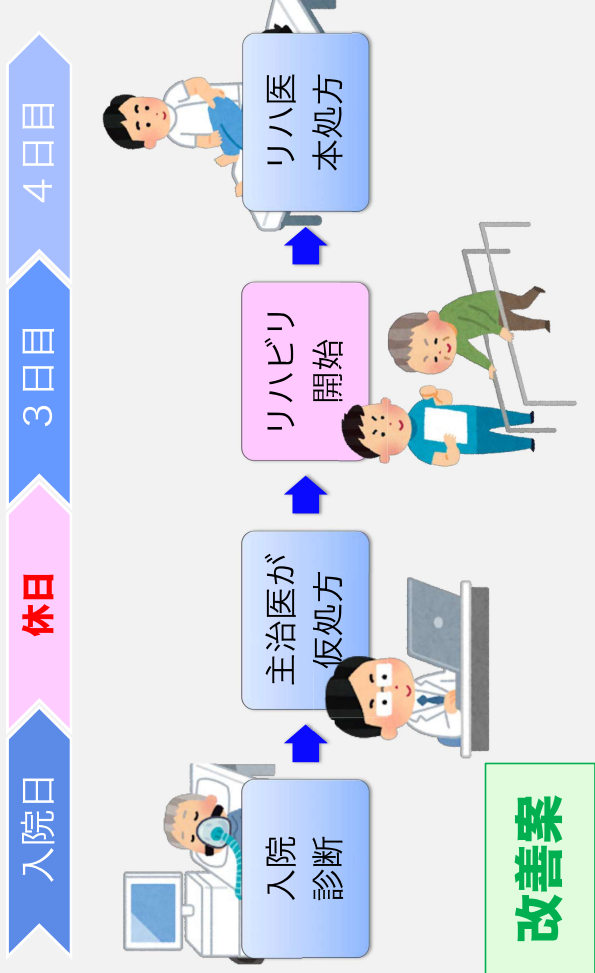
# 週末入院患者の開始率が低いことが判明



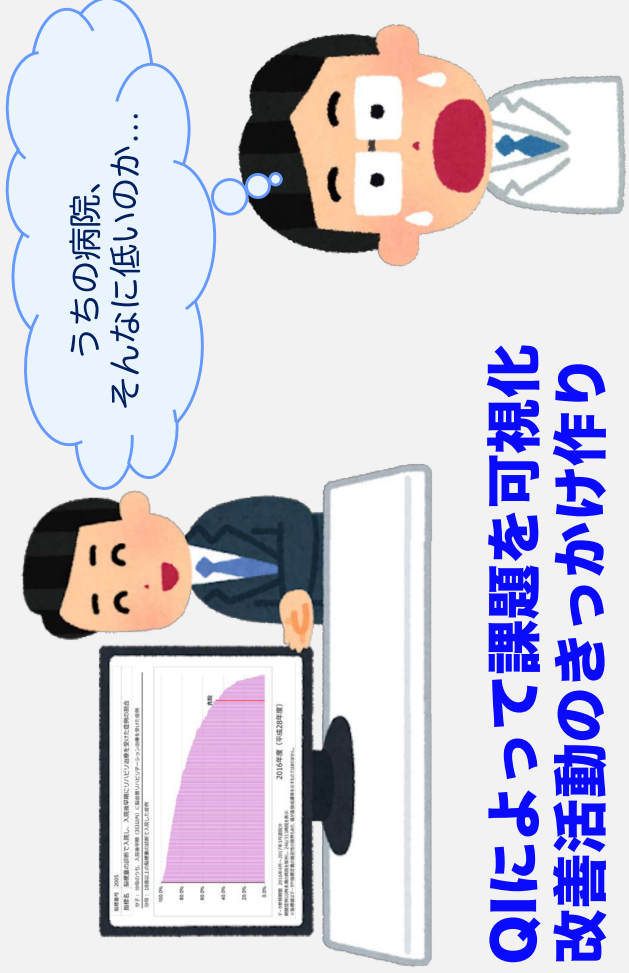
# リハビリ開始までのプロセス見直し



# リハビリ開始までのプロセス見直し

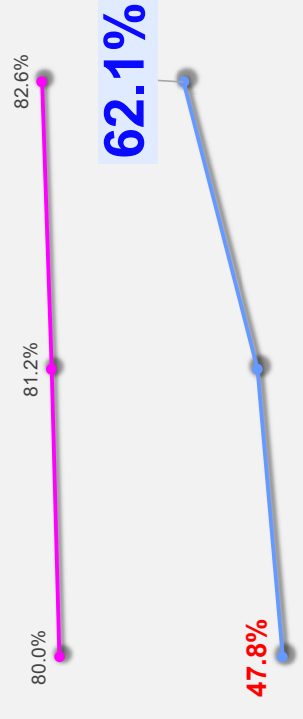


# QIは改善活動のきっかけとなる



# 数値が改善

脳梗塞早期リハビリ開始率年度推移



2016年度 2017年度 2018年度

当院の指標値 QIP全病院での平均値

# 結 語

- Quality Indicatorは自院の業務改善に寄与する
- ベンチマークで自院の状況を明らかにすることで現場が動きだす
- 適切なフィードバックが鍵





# 鹿児島市立病院のQIに対する 取り組みの現状と課題



経営管理課企画係  
主任：瀬戸口 泰彦  
主査：有元 徹



鹿児島市立病院 since 1940

1

Copyright 2019 © All rights reserved kagoshima city hospital

## 1-1-1 概要

開設主体	自治体 (地方公営企業法全部適用)
病床数	574床 ICU (特定集中治療室管理料2) 16床、NICU: 36床、 GCU: 12床、MFICU: 6床、SCU: 3床、救急病床: 24床 小児病棟: 44床、新生児一般病床: 32床 上記以外の一般病床: 401床 (感染症 6床を含む)
標榜科	28診療科 内科、神経内科、消化器内科、循環器内科、呼吸器内科、 リウマチ科、小児科、新生児内科、精神科、放射線科、 消化器外科、心臓血管外科、呼吸器外科、乳腺外科、 小児外科、整形外科、形成外科、脳神経外科、皮膚科、 泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、歯科、 歯科口腔外科、麻酔科、救急科、病理診断科
職員数 (2018. 4. 1)	医師:182人 (正職員124人+医員58人)、臨床研修医: 36人、 看護師:581人、薬剤師:27人、放射線技師:25人、臨床検査技 師:29人、PT・OT・ST:17人、事務:45人 等

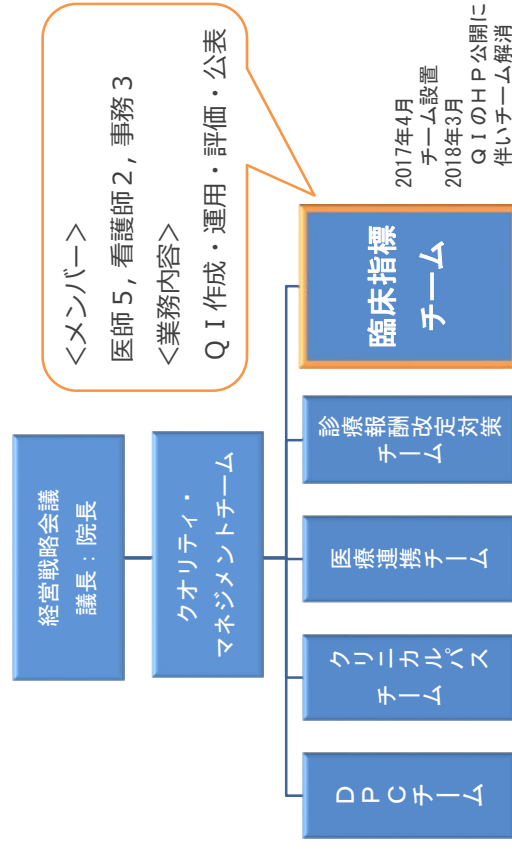


鹿児島市立病院 since 1940

4

Copyright 2019 © All rights reserved kagoshima city hospital

## 2-(2)-1-1 プロジェクトチームの設置

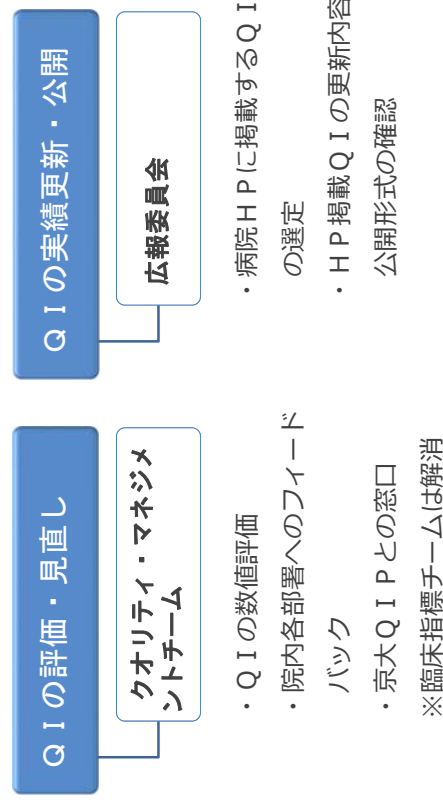


鹿児島市立病院 since 1940

13

Copyright 2019 © All rights reserved kagoshima city hospital

## 3-(1)-2 組織と役割分担



鹿児島市立病院 since 1940

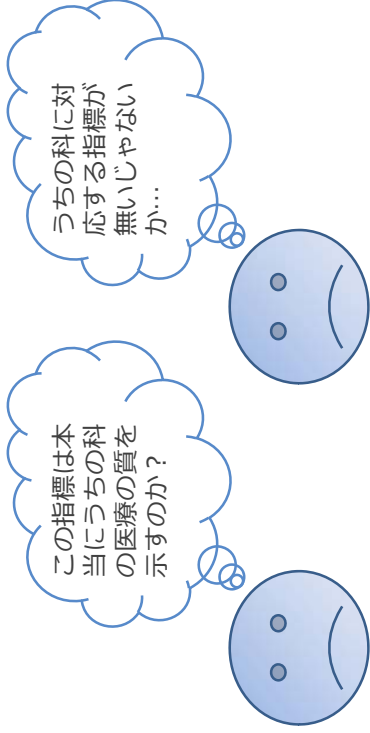
18

Copyright 2019 © All rights reserved kagoshima city hospital



### 3-(2)-① 課題：指標の妥当性の確保

適切な指標を選定したつもりであったが...



⇒ 不信

⇒ 無関心



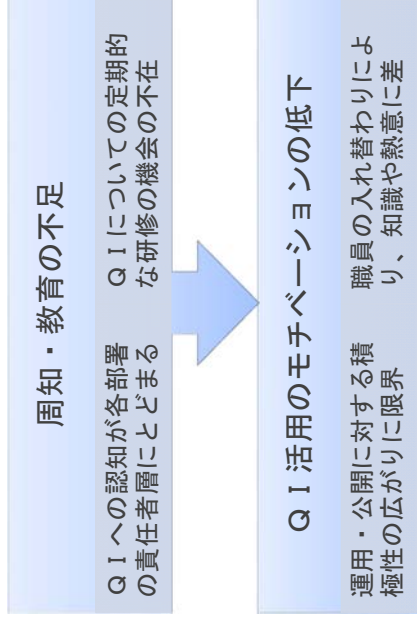
鹿児島市立病院 since 1940

Copyright 2019 © All rights reserved kagoshima city hospital

24

40

### 3-(2)-② 課題：Q I に対する認知の拡大

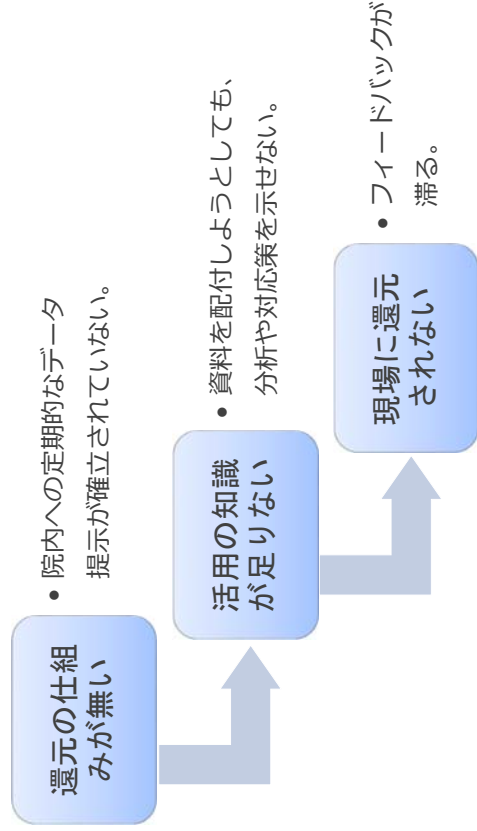


鹿児島市立病院 since 1940

Copyright 2019 © All rights reserved kagoshima city hospital

25

### 3-(2)-③ 課題：フィードバック体制構築

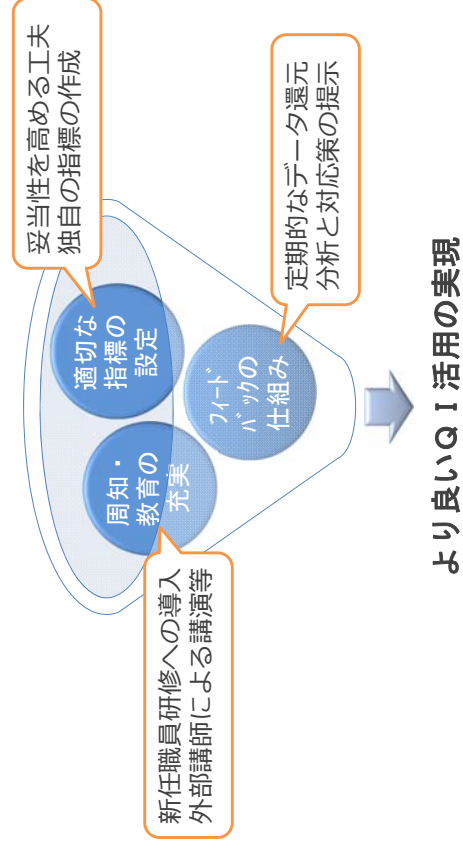


鹿児島市立病院 since 1940

Copyright 2019 © All rights reserved kagoshima city hospital

26

### 3-(3) 今後の展望



鹿児島市立病院 since 1940

Copyright 2019 © All rights reserved kagoshima city hospital

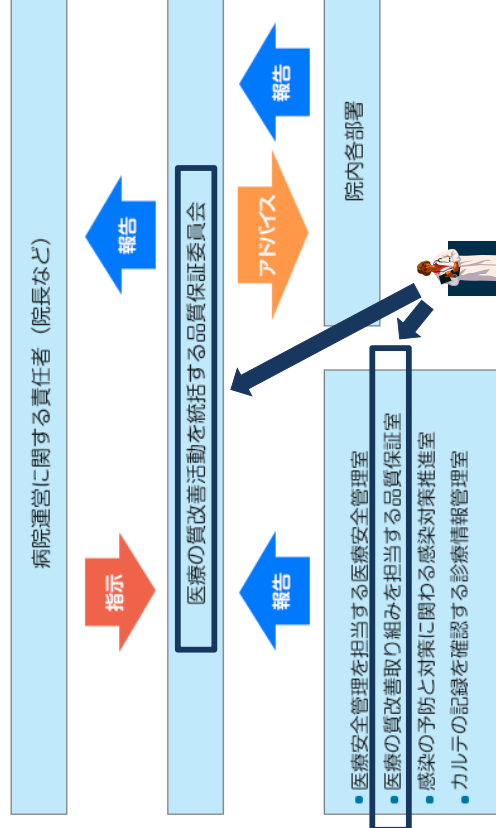
27

# NTT東日本関東病院におけるQIについて ～QIP、NCD、および電子カルテデータやDPCを用いた独自のQI～ (抜粋版)

NTT東日本関東病院 品質保証室  
医療情報分析担当 副室長  
松本聡子

1

# NTT東日本関東病院におけるQIのマネジメント体制



品質保証室の医療情報分析担当および品質保証委員会メンバーとして、各種臨床指標をマネジメントしている

3

## NTT東日本関東病院のQIを

位置づけの面から2種に大別 (1)

### 【1】各診療科・部署・チームのQI

各診療科・部署・チームが自らの医療の質を高められるよう、病院として以下のことを定めている

1. 各診療科・部署・チームごとにテーマを定め、PDCAサイクルを回す
2. 臨床指標 (QI) を用いて、上記1をモニタリングする
3. 上記1をモニタリングした結果をガバナンスに報告する

4

## NTT東日本関東病院のQIを

位置づけの面から2種に大別 (2)

### 【2】病院全体のQI

部署横断的なテーマに関する医療の質を高められるよう、病院として以下のことを定めている

1. 病院がモニタリングすることを決定した内容について、臨床指標を用いてモニタリングを行う
2. 上記1の結果をガバナンスに報告する
3. 上記2の結果、改善の余地があるとされた場合は、改善のための活動を行う

5



NTT東日本関東病院におけるQIを、  
データ源の面から4種に大別（1）

【1】QIP

1. 多施設間比較、継続的な比較が可能
2. 手順（a～c）が最小限で済む
  - a. エビデンスがあるQIを考えるための手順
  - b. 分子・分母の定義を定めるための手順
  - c. 数字の算出のための手順
3. 全診療科・部署・チームをカバーできない
4. 現場側が「今、努力していること」に合致しにくい
5. データ源がDPCのみである（テーマの制限多）
6. リスク調整が不十分な場合がある
7. 数が少なく、テーマの変更がしにくい

【利点】

【欠点】

6

NTT東日本関東病院におけるQIを、  
データ源の面から4種に大別（2）

【2】NCD、がん登録QI調査

1. 多施設間比較がある程度可能
2. カバーする診療科が極めて狭い
3. 内容が極めて狭い（数が少ない）
4. 数字がタイムリーに更新されない
5. 現場側が「今、努力していること」と合致しにくい



各診療科・部署・チームのQIとしては、  
QIPは3つ、NCDは1つ、使用中

【利点】

【欠点】

7

NTT東日本関東病院におけるQIを、  
データ源の面から4種に大別（3）

【3】独自に作成するQI

1. 数字をタイムリーに更新することができる
  2. カバー可能な範囲（診療科・部署等）が広い
  3. 現場側が「今、努力していること」に合致させやすい
  4. カバー可能な内容が広く、テーマ変更も容易
1. 多施設間比較が難しい場合がある
  2. 手順（a～c）がかかる
    - a. エビデンスがあるQIを考えるための手順
    - b. 分子・分母の定義を定めるための手順
    - c. 数字の算出のための手順

【利点】

【欠点】

8

QI作成時に使用するデータベースシステム（1）

主なデータベースシステム

1. 電子カルテ
  2. 部門システム
  3. DPC
- 番外編）各部署で手作業でデータベース作成

各データベースシステムに関する課題

1. 適切なデータ選択の難しさ
2. データの欠損の多さ
3. データ結合の煩雑さ
  - a：異なるデータベースシステム間
  - b：同一データベースシステム内

9







---

平成 30 年度厚生労働省委託事業：EBM (根拠に基づく医療)普及推進事業  
公益財団法人 日本医療機能評価機構 委託  
「診療ガイドラインと医療の質指標の活用実態についての調査・研究」  
Minds-QIP プロジェクト  
2019 年 3 月 31 日発行 (無断転載を禁ず)

---

京都大学 大学院医学研究科 医療経済学分野 編集・発行  
プロジェクト責任者 今中 雄一  
〒606-8501 京都市左京区吉田近衛町  
TEL 075-753-4454 (代表)  
[qip-office@umin.ac.jp](mailto:qip-office@umin.ac.jp)

---

