

- 平成22年度医療の質の評価・公表等推進事業について ……1頁

- 「規制・制度改革に係る対応方針」等への対応について ……15頁

<平成22年度医療の質の評価・公表等推進事業について>

平成22年度医療の質の評価・公表等推進事業について(まとめ)

本資料は、各実施団体から提出された報告書を元に事務局で取りまとめたものである。

1. 実施団体

- (独)国立病院機構 (参加:45病院、臨床指標:患者満足度・17指標)
- (社)全日本病院協会 (参加:27病院、臨床指標:患者満足度・8指標)
- (社)日本病院会 (参加:30病院、臨床指標:患者満足度・9指標)

※ 入院患者死亡率や再入院率などのアウトカム指標、診療ガイドライン等のプロセスに従っている割合を示すプロセス指標を算出(詳細は参考資料)。指標によっては、除外規定等の設定や患者の基本情報別の階層化、一定の計算式を使ったリスク調整を実施。

2. 実施期間

平成22年7月1日～平成23年3月31日

3. 実施体制

- 団体事務局: 非常勤職員を確保しつつ既存の体制で対応、又は担当部門を新設
- 指標の選定・評価等: 臨床指標評価委員会の設置(6～7名程度(外部委員を含む))
- データ分析等: 専用のシステムを開発、又は外部委託
- 協力病院の体制: 既存の体制で対応

4. 公表方法

- 個別の協力病院ごとの値、又は協力病院全体の平均値を団体ホームページに公表
- 誤解を生じさせないよう、臨床指標の数値だけではなく、臨床指標の意味や算出法、解釈する上での注意点を併記

平成22年度医療の質の評価・公表等推進事業について(まとめ)

5. 各協力病院における取組や運動

今回の事業参画が契機となり、臨床指標等に関連する医療の質の向上のため、各協力病院において、人員や専門器具の確保、組織マネジメントの改善などの取組が開始された。その主なものは以下のとおり。

(1) 人員・構造設備・ツール

- 専門医等の育成・確保
- 専門器具・用具や医療機器の設置又は増設
- 院内のマニュアルの整備・見直し
- 患者のリスクをアセスメントするためのツール開発

(2) 組織マネジメント

- 部署ごとの目標値設定
- 診療ガイドラインに沿った治療実施の徹底
- インシデント・アクシデントレポートの分析、その対策の立案及び現場へのアドバイスの実施
- 手術部位感染調査の実施及びその結果のフィードバック
- 担当委員会による各病棟のモニタリング
- 患者や家族に対する啓蒙活動の実施

(3) 教育・研修

- 専門的な手技や院内のプロセスに関する職員向け研修会やOJTの実施
- 専門器具等の使用法に関する研修会の実施

平成22年度医療の質の評価・公表等推進事業について(まとめ)

6. 評価・公表等の効果、課題等(詳細は別紙参照)

(1) 評価・公表等により得られた協力病院における主な効果等

- 病院間のベンチマークが可能となったこと
- プロセス指標が大きく改善した病院があったこと

(2) 評価・公表等に当たっての主な課題等

- 臨床指標の定義、選定等に時間・労力を要したこと
- 臨床指標の算出結果の確認作業に時間・労力を要したこと
- 臨床指標の算出方法やデータ提出方法等に関する周知徹底に時間・労力を要したこと

7. 評価・公表等に協力病院が参加する上で効果的と考えられる取組

(1) 臨床指標の選択

- プロセス指標とアウトカム指標とを組み合わせ、両者の関連を調査できる方式としたこと
- 臨床指標の選定基準を明確化したこと

(2) 協力病院間の情報共有・認識の一致

- 団体と協力病院の情報共有のためにメーリングリストを作成したこと
- 本事業に関するQ&Aを作成し、団体から協力病院に周知したこと
- 協力病院に対する説明会だけではなく、協力病院におけるニーズの調査を事前に実施したこと

(3) 技術的な支援

- 協力病院におけるデータ収集を支援するためのツールを開発し、協力病院に配布したこと
- 臨床指標を利用した質改善の取組を実施している協力病院のメンバーが作業チームとして事業をサポートしたこと

平成22年度医療の質の評価・公表等推進事業について(まとめ)

8. 実施団体からの主な要望等

(1) 事業継続に必要とされる体制

- 今後の事業継続指標決定や定義のための人材を団体として確保する必要がある(必ずしも専任のスタッフである必要はないが、医学的知識があり、かつ実際の診療情報データの扱い方に精通している人材の育成あるいはチームの結成が必要不可欠)。
- 今後事業継続にあたり、指標やその定義の確定のための人材確保が必要。

(2) 医療の質の評価・公表等の推進の方向性

- 各病院の今後改善のためには、医療現場の実情を把握した上での分析とフィードバックが不可欠。
- 現時点で実行可能で、かつ医療上最も重要なことは、それぞれの施設が同じ定義による指標を経時的に算出し、改善に向けた取組を行うことであろう。

(3) 医療の質の評価・公表等の財政的な支援・インセンティブ

- 医療の質の評価・公表等には一定期間の運営継続が必要であり、必要な補助を継続すべき。
- 臨床指標を用いたデータ整備及び公表可能な病院に対する診療報酬上の評価を実施すべき。
- 臨床指標を用いたデータ整備及び公表を、医療計画に規定する4疾患5事業の参加病院の要件や臨床研修病院の要件、病院機能評価の評価項目とすべき。

9. 今後の予定

- 平成23年度も本事業を継続して実施することとしており(予算額:20,062千円)、現在、その実施団体の選定を実施中(本年7月を目途に事業開始予定)
- 平成22年度事業については、公表後の影響等を現時点で評価することは難しいため、引き続き三団体にご協力いただき、公表後の状況について聞き取りする予定

評価・公表等の効果、課題等

1. 評価・公表等により得られた協力病院における効果等

項目	効果等	左記の効果等に寄与したと考えられる取組や運動
医療の質の向上について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院間のベンチマークが可能となったこと ・ 病院の経営戦略立案の円滑化 ・ プロセス指標が大きく改善した病院があったこと ・ 医療の質の向上のための検討の仮定が重要であると認識できたこと ・ 単独施設では経験できないような事例を確認することもできたこと 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 院内の現状を調査し、関連する手順を統一したこと
職員の意識向上について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院の経営において、医療の質向上が重要な位置付けであるという認識が職員間に浸透したこと ・ 協力病院内での職員からの協力が徐々に得られるようになり、データ収集が短期間で実施できるようになったこと 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 作業チームにメーリングリストで問い合わせる仕組みを導入したこと、及び協力病院における研修会を実施したこと
外部（患者等）の反応について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 協力病院の知名度・信頼度が向上したこと 	—
その他の効果等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療の質向上のための情報整備が促進されたこと ・ 日本医療機能評価機構が実施する病院機能評価に円滑に対応できるようになったこと ・ 協力病院において、質向上のための取組が開始したこと 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自らの病院のデータだけではなく、他の協力病院のデータを併せてフィードバックしたこと

2. 評価・公表等に当たっての問題点・課題及びその解決策

(1) 技術面（指標の算出方法やリスク調整に当たっての技術的課題、データ収集や評価・公表に当たっての手続き上の問題点等）

	問題点・課題	改善策
準備段階	<ul style="list-style-type: none"> 適切な臨床指標選定。 協力病院の院内情報システムの事前確認。 適切な公表方法の確定。 大まかな指標の定義から協力病院の実務者が作業可能な指標定義に落とし込む作業とその検証に、多大な時間と労力を要した。 正確に日常診療を反映するような指標の算出には複雑な手順が必要となりがちであり、作業量が増大するだけでなく、解釈の相違もおこりやすい。 	<ul style="list-style-type: none"> 専門家パネルを設置し、諸外国での利用状況、過去の事業での経験、DPCで得られるデータの内容などを考慮。 事前調査を実施し、必要に応じて支援を実施する。 委託業者と専門家パネルとの事前の意見交換を実施。 医学的見地とITの両方に長けた人材の育成が必要。協力病院のデータ収集能力や継続力などに関する事前の調査を実施。実務者マニュアルを整備する。協力病院においてリーダーシップを発揮しつつ、調整や実務を担当する者を確保。データ収集等に関するFAQを作成し、協力病院間で共有しつつ、研修会を開催。
データ収集段階	<ul style="list-style-type: none"> 協力病院から提出されるデータの匿名化に時間を要した。 適切な情報収集頻度の確定。 データ収集に当たり、協力病院の負担が大きいことが懸念。 毎月収集するデータの提出期限を翌月10日に設定したが、提出が期限に間に合わない病院があった。 データにより、収集頻度及び提出手段が異なり（メ 	<ul style="list-style-type: none"> 匿名化の方法を協力病院に事前に徹底。 過去の事業経験を踏まえて、専門家パネルで決定。 DPCデータを最大限活用することとし、データを団体に提出するためのオンラインシステムを整備。 提出期限を翌月の中～下旬に設定。 適切な収集頻度及び提出手段を設定。

	<ul style="list-style-type: none"> ール又は郵送)、煩雑との意見があった。 ・事務局から協力病院に対する督促及びデータ修正確認に当たり、事務局の負担が大きかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・協力病院に対する周知徹底。なお、DPC関連のデータは、「DPC導入の影響評価に係る調査」のデータ提出に合わせたスケジュール及び収集方法としたため、大量であったにもかかわらず、期限までに提出できた病院が多かった。また、メールによる提出方法は簡便なため、期限までに提出するという意識が欠如するおそれがある。そこで、期限までに提出するインセンティブを設定(例:毎月のデータを各協力病院に翌月フィードバックし、提出状況を相互把握)。
データ分析段階	<ul style="list-style-type: none"> ・適切な分析方法の確定。 ・分析方法について、事前の検討が不十分であったため、多大な作業時間を要した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・海外比較が可能となるよう、過去の事業経験を踏まえて決定。 ・分析方法については事前に決定する。分析者用のマニュアルを作成し、指標決定の経緯や指標の意義、分母・分子の定義等も正確に共有。入力例を表示した同じフォーマットを全施設へ配布し、分析作業を効率化。
リスク調整段階	<ul style="list-style-type: none"> ・DPCデータを利用しているため、調整に限界。 ・重症度などを適切にリスク調整する手法を開発する必要がある。 ・リスク調整について一定の見解が得られていない指標が存在し、リスク調整のためにさらなる情報収集が必要になった。労力の割に全施設が納得する指標にするためには困難を伴う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・リスク調整法を別途検討。 ・過去の事業経験を踏まえ、年齢、性別、ADLなどの患者属性とは別に、疾患特異的な重症度指標を各疾患に一指標選定し、調整。 ・臨床指標の先行事例や文献内容から除外基準を設定し、より多くの施設が納得できる指標を作成。
臨床指標評価検討委員会等での	<ul style="list-style-type: none"> ・入力ミスの防止。 	<ul style="list-style-type: none"> ・DPCデータを最大限活用できるようにシステム設計し

<p>評価段階</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・外れ値が出た場合、それが指標の定義の理解不足に伴うものか、協力病院の診療体制によるものか、データ収集や分析ミスによるものかを特定する必要があり、多大な手間を要した。 	<p>つつ、データクリーニングのため論理的チェックなどを実施し、入力ミスが疑われる際には協力病院へ確認。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・外れ値の処理ルールを事前に明確にしておく（例：外れ値はそのまま掲載し、フィードバックを受けた各施設が事後的に確認・修正作業を行う等）ことにより、各施設の責任感を高めるとともに、事務局業務を軽減。委員会では、指標そのものの評価、改善に重点をおいた検討を実施。
<p>臨床指標公表段階</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・協力病院に対して、公表内容や時期について周知が不足する懸念。 ・各協力病院募集の際に、公表する旨のアナウンスを既に実施済みであり、数値確認はメーリングリストを活用したため、特に問題はなかった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・説明会を開催しつつ、併せて協力病院の担当者に対して電子メールにより事前に連絡。
<p>臨床指標公表後</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・外部から公表内容を使用したいとの要求が寄せられた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・公表内容の使用に関する一定のルールを整備（出典の明記、平均値であることなどの注意事項の付記義務付けなど）。
<p>その他</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・実施期間が短く、DPCデータから抽出した結果の妥当性について検討できなかった。 ・情報システムを本事業に適合させる作業が困難な協力病院があった。 ・ウェブ操作に不慣れであることなどが原因で、データの提出が遅れた事例があった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・協力病院からのデータをランダムに抽出し、カルテのデータ等と比較するなどし、妥当性を検証。 ・委託業者により至急対応。 ・事務局がデータ提出支援。また、試行期間を設け、課題の事前把握。

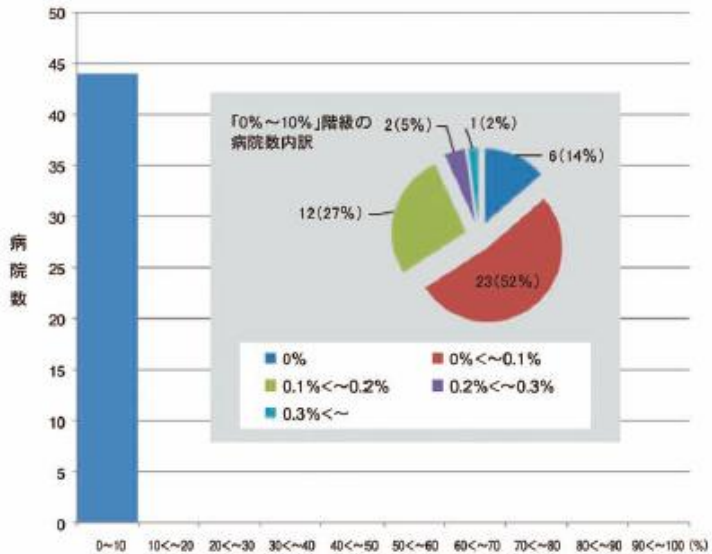
(2) 実施体制・コスト面（各段階での、人材確保や事務局体制、コスト上の課題等）

項目	問題点・課題	改善策
準備段階	<ul style="list-style-type: none"> ・実施期間が短く、協力病院への事前説明が不十分であった。 ・医療の質の評価等に関する専門家を確保する必要性が生じた。 ・指標の決定や定義検討のための期間及び人材不足。 	<ul style="list-style-type: none"> ・余裕を持って事前説明会を開催。 ・個別に参加・協力を要請。 ・指標ごとに指標定義、除外基準、算出手順、データ提出形式等を記載した作業用マニュアルを整備。
データ収集段階	<ul style="list-style-type: none"> ・非DPCデータを使用する指標については、年度末の公表のために、7月～10月分及び11月～12月のデータ提出を協力病院に求めたが、スケジュールがタイトであり、現場に負担が生じた。 ・各協力病院における担当者の確保及び研修実施の必要性が生じた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・当該指標については、DPCデータから算出される指標とは別の提出スケジュールを検討。 ・事前にアンケートを実施し、各協力病院の状況を調査する。また、説明会を開催しつつ、問い合わせに随時対応できる事務局体制を整備。
データ分析段階	<ul style="list-style-type: none"> ・7月～12月のデータを使い、年度末の公表に向けて分析するとなると、スケジュールがタイト。 ・団体で独自にサーバーを確保し、システム開発を行うことは困難であった。 ・指標作成チームとデータ分析チームが異なると、分析過程で指標定義の解釈に相違が生じ、あらかじめ定められた算出法に沿っていない場合があった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・十分余裕を持ったスケジュールを立てる。 ・DPCデータの分析のノウハウを有する企業に外部委託する。 ・指標作成チームとデータ分析チームを分割しないか、又はより綿密な連携が取れる体制にする。協力病院担当者への教育体制を整備する。
リスク調整段階	—	—
臨床指標評価検討委員会等での評価段階	—	—
臨床指標公表段階	<ul style="list-style-type: none"> ・協力病院に対するデータの確認に十分な時間が取れ 	<ul style="list-style-type: none"> ・十分余裕を持ったスケジュールを立てる。

階	<p>なかった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・会員限定の情報と一般向けの情報とで、注意書きやデータの提示方法等が大きく異なっており、ホームページ作成に多大な費用や労力を有した。 	
臨床指標公表後	—	—
その他	—	—

■高齢患者(75歳以上)におけるⅡ度以上の褥瘡の院内発生率

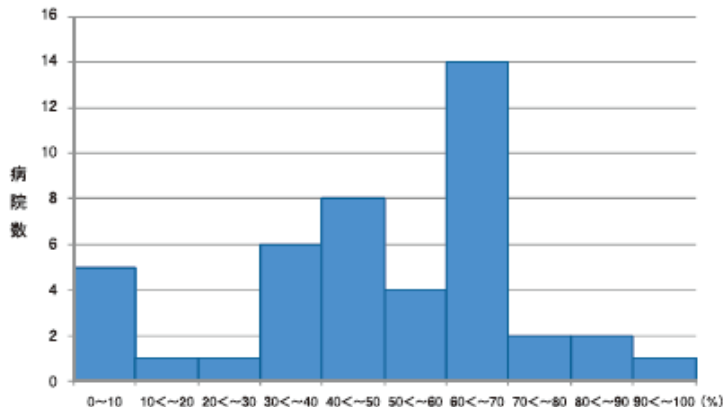
病院名	分母: 在院患者延べ数	分子	発生率(%)	病院名	分母: 在院患者延べ数	分子	発生率(%)
旭川医療センター	2,443	0	0.00	浜田医療センター	3,815	3	0.08
仙台医療センター	6,224	1	0.02	岡山医療センター	5,742	10	0.17
水戸医療センター	6,668	6	0.09	呉医療センター	10,236	11	0.11
高崎総合医療センター	8,636	7	0.08	福山医療センター	4,582	2	0.04
埼玉病院	2,725	4	0.15	東広島医療センター	7,883	9	0.11
西埼玉中央病院	2,156						
千葉医療センター	5,500						
東京医療センター	19,369						
災害医療センター	7,928						
横浜医療センター	7,614						
金沢医療センター	12,533						
甲府病院	1,674						
長野病院	6,111						
静岡医療センター	7,557						
名古屋医療センター	11,742						
三重中央医療センター	5,082						
京都医療センター	4,398						
舞鶴医療センター	4,733						
大阪医療センター	5,623						
大阪南医療センター	4,903						
姫路医療センター	3,544						
神戸医療センター	3,770						
南和歌山医療センター	5,505						
米子医療センター	6,976						



■高齢患者(75歳以上)における褥瘡対策の実施率(DPCデータから抽出)

* 分子: 「褥瘡患者管理加算」あるいは「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」の算定の有無から把握した結果

病院名	分母	分子	実施率(%)	病院名	分母	分子	実施率(%)
旭川医療センター	82	34	41.5	浜田医療センター	142	7	4.9
仙台医療センター	225	139	61.8	岡山医療センター	240	119	49.6
水戸医療センター	225	89	39.6	呉医療センター	382	237	62.0
高崎総合医療センター	295	132	44.7	福山医療センター	193	97	50.3
埼玉病院	109	46	42.2	東広島医療センター	190	9	4.7
西埼玉中央病院	75	50	66.7	岩国医療センター	525	358	68.2
千葉医療センター	181	66	36.5	関門医療センター	229	125	54.6
東京医療センター	614	368	60.0	高松医療センター	51	22	43.1
災害医療センター	328	1	0.3				
横浜医療センター	260	2	0.8				
金沢医療センター	343	2	0.6				
甲府病院	59						
長野病院	245	1	0.4				
静岡医療センター	293	1	0.3				
名古屋医療センター	437	2	0.5				
三重中央医療センター	198						
京都医療センター	191						
舞鶴医療センター	137	1	0.7				
大阪医療センター	182	1	0.6				
大阪南医療センター	220						
姫路医療センター	141						
神戸医療センター	121						
南和歌山医療センター	182	1	0.6				
米子医療センター	275	1	0.4				



■ 理由別の転倒件数(1000人日あたり)【第2四半期】

(単位:件)	平均
患者の収容	1.0
治療に伴うもの	0.1
滑倒	0.2
その他	0.3

■ 理由別の転落件数(1000人日あたり)【第2四半期】

(単位:件)	平均
患者の収容	0.4
治療に伴うもの	0.0
滑倒	0.1
その他	0.1

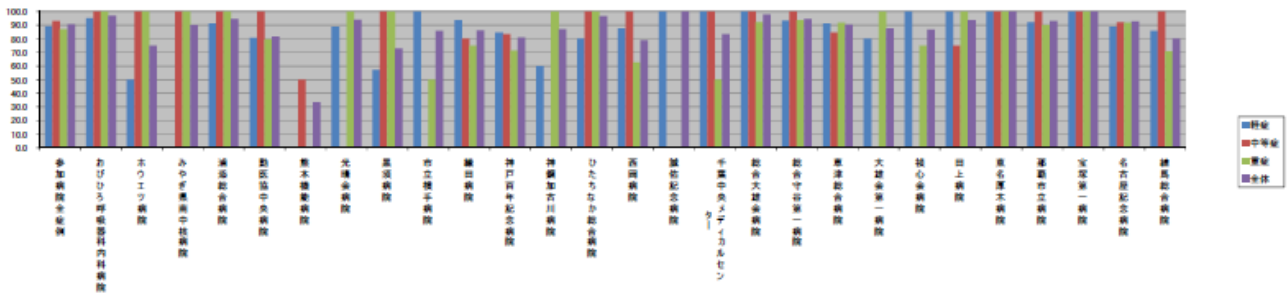
■ 肺炎に対する入院当日の抗生物質使用率(重症度別)【第2四半期】

H23/05/18

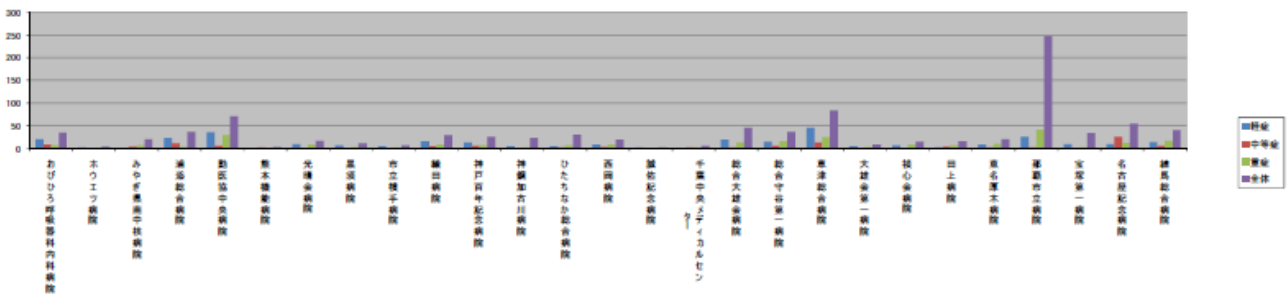
※ハイブ/ロニヒは、H23/05/18時点でデータを提出した病院です。

	参加病院全症例	おびひろ呼吸器科内科	ホウエツ病院	みやぎ産業中核病院	遠志総合病院	勤医協中央病院	熊本医療病院	光康会病院	黒須病院	市立種子病院	福岡病院	神戸百年記念病院	神崎加古川病院	ひたちなか総合病院	西河病院	徳信記念病院	千葉中央メディカルセンター	総合大建会病院	総合守母第一病院	東洋総合病院	大建会第一病院	徳心会病院	田上病院	東名厚木病院	那覇市立病院	宝塚第一病院	名古屋記念病院	徳島総合病院				
重症度別使用率(%)	89.1	95.0	50.0	0.0	91.2	90.6	N/A	88.9	57.1	100.0	93.0	84.6	60.0	80.0	87.5	100.0	100.0	93.3	97.3	80.0	100.0	100.0	84.6	N/A	N/A	75.0	100.0	100.0	92.3	100.0	85.9	85.7
中等症	97.8	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	N/A	N/A	100.0	N/A	80.0	93.2	N/A	100.0	100.0	N/A	100.0	100.0	92.3	93.0	100.0	100.0	100.0	94.6	N/A	N/A	75.0	100.0	100.0	92.3	100.0	
軽症	87.1	100.0	100.0	100.0	100.0	79.3	0.0	100.0	100.0	50.0	75.0	71.4	100.0	100.0	82.5	N/A	N/A	100.0	100.0	92.3	92.0	100.0	100.0	100.0	94.6	N/A	N/A	75.0	100.0	100.0	91.7	100.0
不詳	94.7	N/A	N/A	87.5	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	93.8	100.0	N/A	N/A	100.0	100.0	97.8	94.0	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	100.0	N/A	93.8	100.0	86.7
合計	90.6	97.1	75.0	90.0	94.6	87.7	33.3	84.1	72.7	85.7	88.2	80.8	87.0	95.7	78.0	100.0	83.0	97.8	94.0	90.5	87.0	88.7	93.8	100.0	93.1	100.0	92.8	92.8	90.9	90.9	90.9	
重症度別症例数(人)	313	20	2	1	23	28	0	8	2	2	18	13	3	2	2	2	1	19	15	46	3	7	2	8	20	9	2	14	9	2	14	
中等症	112	8	1	4	11	6	2	0	1	0	5	6	0	2	0	0	2	2	2	19	12	0	0	4	2	2	1	26	8	2	8	
軽症	249	7	1	1	8	21	0	6	1	2	8	7	3	7	8	0	1	12	18	26	3	8	7	10	41	3	12	12	12	12		
不詳	286	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	16	0	0	1	12	0	0	0	0	0	0	0	0	170	22	7	2		
合計	341	25	4	20	37	71	2	11	11	1	29	26	23	30	19	2	9	46	37	84	9	15	18	20	24	34	34	54	34	34		

重症度別使用率(%)



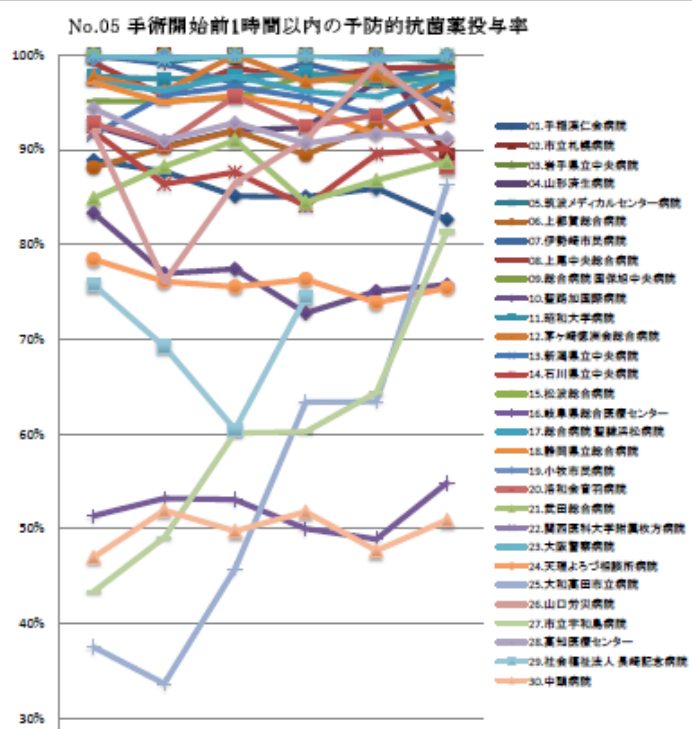
重症度別症例数(人)



No.05 手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率

分子: 手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された退院患者数
 分母: 入院手術を受けた退院患者数
 除外:
 ✓ 同一入院期間中に複数回の手術が行われている患者
 ✓ 手術申し込みが手術開始24時間以内に行われた患者(緊急手術)
 ✓ 帝王切開手術
 ✓ 外来手術
 ✓ 術前に感染が明記されている患者
 ✓ 予防的抗菌薬投与がされていない患者
 ✓ 手術前日~術後2日までに抗菌薬が投与されていない患者

施設名	2010/09		2010/10		
	分母	分子	割合	分母	分子
01.平福徳仁会病院	270	240	88.9%	301	264
02.市立札幌病院	20	20	100.0%	15	15
03.岩手県立中央病院	237	237	100.0%	260	260
04.山形済生病院	241	223	92.5%	249	235
05.筑波メディカルセンター病院	147	147	100.0%	141	140
06.上都賀総合病院	101	89	88.1%	92	83
07.伊勢崎市市民病院	186	186	100.0%	217	215
08.上尾中央総合病院	244	242	99.2%	256	245
09.総合病院 国保旭中央病院	536	510	95.1%	531	505
10.聖路加国際病院	330	275	83.3%	334	257
11.昭和大学病院	487	476	97.7%	473	461
12.茅ヶ崎徳洲会総合病院	132	129	97.7%	155	149
13.新潟県立中央病院	107	98	91.6%	189	181
14.石川県立中央病院	124	114	91.9%	176	152
15.松総総合病院	112	112	100.0%	117	117
16.岐阜県総合医療センター	148	76	51.4%	47	25
17.総合病院 聖隷浜松病院	545	529	97.1%	587	565
18.静岡県立総合病院	241	234	97.1%	280	266
19.小牧市民病院	278	277	99.6%	271	271
20.落和会音羽病院	124	115	92.7%	107	97
21.武田総合病院	119	101	84.9%	187	165
22.関西医科大学附属枚方病院					
23.大阪警察病院	232	232	100.0%	247	246
24.天理よろづ相談所病院	357	280	78.4%	385	293
25.大和高田市立病院	112	42	37.5%	113	38
26.山口労災病院	125	115	92.0%	167	127
27.市立宇和島病院	150	65	43.3%	161	79
28.高知医療センター	212	200	94.3%	244	222
29.社会福祉法人 長崎記念病院	33	25	75.8%	52	36
30.中頭病院	215	101	47.0%	233	121
平均値			86.8%		
中央値			92.7%		
最小値			37.5%		
最大値			100.0%		

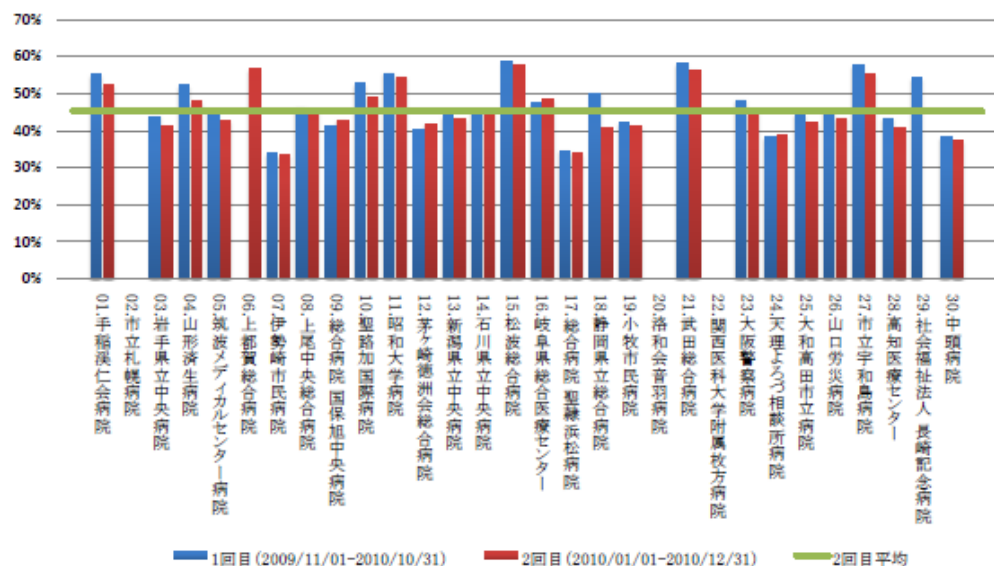


No.09 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0% (HbA1c (JDS) <6.6%)

分子: HbA1c (JDS) の最終値が6.6%未満の患者数
 分母: 糖尿病の薬物治療を施行されている患者数 (過去1年間に該当治療薬が外来で合計90日以上処方されている患者)
 除外: 運動療法または食事療法のみの患者

施設名	1回目 (2009/11/01-2010/10/31)		2回目 (2010/01/01-2010/12/31)		
	分母	分子	割合	分母	分子
01.平福徳仁会病院	1192	660	55.4%	1156	605
02.市立札幌病院					
03.岩手県立中央病院	888	389	43.8%	875	360
04.山形済生病院	914	477	52.2%	1150	553
05.筑波メディカルセンター病院	601	273	45.4%	598	255
06.上都賀総合病院					
07.伊勢崎市市民病院					
08.上尾中央総合病院					
09.総合病院 国保旭中央病院					
10.聖路加国際病院					
11.昭和大学病院					
12.茅ヶ崎徳洲会総合病院					
13.新潟県立中央病院					
14.石川県立中央病院					
15.松総総合病院					
16.岐阜県総合医療センター					
17.総合病院 聖隷浜松病院					
18.静岡県立総合病院					
19.小牧市民病院					
20.落和会音羽病院					
21.武田総合病院					
22.関西医科大学附属枚方病院					
23.大阪警察病院					
24.天理よろづ相談所病院					
25.大和高田市立病院					
26.山口労災病院					
27.市立宇和島病院					
28.高知医療センター					
29.社会福祉法人 長崎記念病院					
30.中頭病院					
平均値					
中央値					
最小値					

No.09 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0% (HbA1c (JDS) <6.6%)



平均値	
中央値	
最小値	

<「規制・制度改革に係る対応方針」等への対応について>

外国医師の臨床修練制度の見直しについて

1. 見直しの具体的な内容

(1) 年限の弾力化

- 現行は、許可の有効期間は最長2年間とされているため、例えば、日本の医学部の大学院（一般に4年課程）に留学したとしても、十分な臨床教育を受けられない可能性がある。
- このため、医療分野の国際交流の進展等により一層寄与する観点から、正当な理由（医学部の大学院に在学中等）があると認められる範囲（最長2年間）で、許可の有効期間の延長を認めることとする。
 - ※ 大学院に在学中の者については、在学中の期間に限り、再延長（最長2年間）を認めることとする。
 - ※ 歯科医師については、医師と同様の見直しを行うこととする。また、看護師等については、正当な理由があると認められる場合に限り、現行の許可の有効期間（1年間）を最長1年間延長することができることとする。

(2) 手続・要件の簡素化

- 臨床修練制度は制度施行（昭和62年）から20年以上が経過し、この間、受入病院において、外国の医師の受入れに関するノウハウの蓄積、外国の医師の能力等を主体的に確認する仕組みの整備等が進められているが、一方、当事者からは「手続が煩雑」「要件が厳しすぎる」等の指摘もなされている。
- このため、制度運用の実態に沿って、受入病院の責任において、①外国の医師の能力水準、②適切な指導体制、③医療事故等が発生した際の賠償能力、を確保する仕組みに改めるとともに、厚生労働大臣が関与する手続・要件を簡素化する方向で見直しを行うこととする。

【見直しの具体的な内容】

- ◆ 厚労大臣による指導医認定制度を廃止（外国の医師の語学能力に適した指導医を受入病院が選任）
- ◆ 受入病院と緊密な連携体制が確保されている病院・診療所における臨床修練の実施を許容
- ◆ 不適切な事例が発覚した場合の対応（立入検査、法令違反の事実の公表等）を整備
- また、入国後速やかに臨床修練を開始できるようにするため、入国前でも臨床修練の許可を受けることができるよう整備することとする。

(3) 教授・臨床研究における診療の容認

- 現行は、医療研修を目的として来日した外国の医師に限って診療を行うことが認められているが、今後、医療分野における国際交流が進む中で、例えば、高度な医療技術を有する外国の医師が、その技術を日本の医師に対して教授するために来日するケースや、海外のトップクラスの研究者が、日本の研究者と共同して国際水準の臨床研究を実施するために来日するケースも想定される。
- このため、教授・臨床研究を目的として来日する外国の医師について、当該外国の医師や受入病院が一定の要件を満たす場合には、診療を行うことを容認することとする。具体的な要件については、教授・臨床研究の安全かつ適切な実施を確保する観点から、以下のとおりとすることとする。

	教授・臨床研究	臨床修練
外国における臨床経験	<ul style="list-style-type: none"> ・ 教授・臨床研究に関連する診療科・診療分野における10年以上の診療経験があること ・ 教授・臨床研究の実施に必要な卓越した水準の診療・研究能力を有するものと認められること 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 3年以上の診療経験があること
受入病院の基準	<ul style="list-style-type: none"> ・ 大学病院、特定機能病院、国立高度専門医療研究センター 等 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 大学病院、臨床研修病院、その他の臨床研修病院と同等の教育体制を有する病院
責任者の選任	<ul style="list-style-type: none"> ・ 受入病院が実施責任者を選任 ・ 実施責任者が計画書を作成。計画書に従って適切に実施されるよう管理。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 受入病院が指導医を選任 ・ 指導医が実地に指導監督
説明責任	<ul style="list-style-type: none"> ・ 計画書の公表 ・ 外国の医師の氏名、実績等の院内掲示 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 外国の医師の氏名等の院内掲示
実施可能な業務の範囲	<ul style="list-style-type: none"> ・ 教授・臨床研究に関連する診療（処方せんの交付を除く。） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 制限無し（処方せんの交付を除く。）
実施可能な場所	<ul style="list-style-type: none"> ・ 受入病院（緊密な連携体制を確保する病院を含む。） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 受入病院（緊密な連携体制を確保する病院・診療所を含む。）

2. 見直しに当たっての留意点

- 詳細な制度設計については、広く関係者の御意見をお聞きした上で決定することとする。
- 今回の見直しは、外国の医師免許を日本の医師免許として認めるものではなく、あくまで一定の目的の場合に医師法の特例を認めるものである点に十分留意することとする。