

公益財団法人日本医療機能評価機構
医療の質向上のための体制整備事業(厚生労働省補助事業)

第11回 運営委員会 (医療の質向上のための協議会)

2022年6月27日(月)15:00 ～ 17:00
公益財団法人日本医療機能評価機構 オンライン会議

委員出欠状況(50音順)

委員名(敬称略)	所属	役職	出欠	備考
1 岡田 千春	独立行政法人国立病院機構	審議役	出	
2 草場 鉄周	医療法人北海道家庭医療学センター	理事長	(委任状)	
3 楠岡 英雄	独立行政法人国立病院機構	理事長	出	委員長
4 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	出	
5 進藤 晃	公益社団法人 全日本病院協会	東京都支部長	出	
6 田中 桜	独立行政法人地域医療機能推進機構	理事	出	新任
7 田渕 典之	日本赤十字社 医療事業推進本部	副本部長	出	新任
8 永江 京二	独立行政法人労働者健康安全機構	理事	出	新任
9 西尾 俊治	一般社団法人 日本慢性期医療協会	常任理事	出	
10 橋本 省	公益社団法人日本医師会	常任理事	(委任状)	
11 原 義人	公益社団法人全国自治体病院協議会	副会長	(委任状)	委員長代理
12 福井 次矢	一般社団法人日本病院会	QI委員会 委員長	(委任状)	
13 松原 了	社会福祉法人恩賜財団済生会	理事	出	
14 松原 為人	全日本民主医療機関連合会	理事	出	
15 吉川 久美子	公益社団法人 日本看護協会	常任理事	出	
16 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	出	アドバイザー
17 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		欠 アドバイザー
18 宮田 裕章	慶応義塾大学医学部 医療政策・管理学教室	教授		欠 アドバイザー
19 矢野 真	日本赤十字社 総合福祉センター	所長	出	アドバイザー(新任)
20 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	出	アドバイザー

関係者出欠状況

QI活用支援部会／QI標準化部会(敬称略)

21	尾藤 誠司	独立行政法人国立病院機構 東京医療センター 医療の質推進室長	出	部会長
22	的場 匡亮	昭和大学大学院 保健医療学研究科 准教授	出	部会長

厚生労働省医政局総務課(敬称略)

23	北原 加奈子	保健医療技術調整官	欠	
24	高田 大輔	医療機能情報分析専門官	出	
25	眞中 章弘	課長補佐	出	
26	三山 江穂	課長補佐	出	

公益財団法人日本医療機能評価機構

27	上田 茂	専務理事	出	
28	橋本 迪生	常務理事	出	
29	横田 章	常務理事兼事務局長	出	
30	亀田 俊忠	理事	出	
31	飛田 浩司	事務局次長	出	
32	菅原 浩幸	統括調整役	出	
33	神保 勝也	評価事業推進部 副部長	出	
34	實川 博己	評価事業推進部企画課 課長代理	出	
35	中田 祐太	評価事業推進部企画課 主任	出	
36	浅野 由莉	評価事業推進部	出	

医療の質向上のための協議会 設置趣意書

「最善の医療を受けたい」という根源的な願いに応えようと、我々医療に関わるものは、これまで多くの努力を重ねてきた。そのひとつとして、各医療団体のリーダーシップのもと、指標を用いて医療の質を可視化し、向上を図ろうという取り組みが行われ、多くの意欲的な医療機関などで、貴重な成果が得られているところである。

しかし、医療の質とは何か、どのように測り、どう継続的な改善につなげるのかなどについては未だに全国的なコンセンサスが得られているとは言えない状況にある。

このたび、この分野で実績を重ねてきた団体、医療機関を基盤として全国版の協議会を立ち上げ、国の支援を受けながら、改めて、医療の質の向上、情報の適切な開示・活用、そして患者中心の医療連携、などを継続的に進めていくための体制を構築することとした。

決して容易な取り組みではなく、長期的な努力の積み重ねが必要となるが、すべての人々の幸福に貢献すべく、団体の枠を超えた未来志向の建設的な協業を進めていく決意である。

2019年9月25日

議事次第

1. 今年度の事業方針について
2. モデル事業(医療の質可視化プロジェクト)について
3. 各部会の検討状況について
4. 医療の質指標等の標準化・公表のあり方について
(継続検討)
5. その他

1. 今年度の事業方針について

事業全体方針(今年度)

- 昨年度は、協力団体の多大なご支援のもと、多くの重要な成果が得られた。
- 今年度はそれらの成果を踏まえ、以下a, bを中心とした事業運営を想定する。

- a. これまでの取組で作成した各種成果物を基に、医療の質指標の活用を全国で普及させるための施策展開に力点を置く。

[主な取組] ・ 収集事例を活用した成功要因分析と普及のための施策検討
・ 「医療の質向上のためのコンソーシアム」の開催(2回)
・ モデル事業(医療の質可視化プロジェクト)の企画・運営

- b. また、継続検討である「医療の質指標等の標準化・公表のあり方」は、今年度を目途に一定の見解をとりまとめる。

[主な取組] ・ 医療の質指標基本ガイドに準拠する例示指標の設定

(参考：昨年度の主な活動実績)

	主な取り組み	成果物
#1	モデル事業（医療の質指標を活用したPDCAサイクルの実装；パイロット）	・ パイロット総括報告書 ・ 質改善ツールキット（12コンテンツ）
#2	改善事例の収集	医療の質指標を活用した質改善事例集（50事例）
#3	医療の質指標等の標準化・公表のあり方の検討	・ 医療の質指標基本ガイド ・ 例示指標（ガイドに準拠した指標）の選定方法
#4	最新版指標定義および前年度実績値の収集	医療の質指標検索サイトのデータ更新（最新版912指標）

各部会の計画概要

部会	計画	主な取組内容
標準化	#1 「医療の質可視化プロジェクト」の企画・運営	医療の質指標を活用できていない病院を主な対象に、全国で質指標の計測を普及させるために「 <u>医療の質可視化プロジェクト</u> 」を実施する(参加目標数700病院)。 ※医療の質指標を活用できていない病院(約7,000病院)の10%程度で運営
	#2 質指標の標準化に向けた検討	・協議会の検討経過及び「<u>医療の質可視化プロジェクト</u>」準備段階で整備した<u>例示指標</u>をもとに、<u>質指標の標準化に向けた検討</u>を行う。 ・協力団体が実施するQ I 事業に参加する病院間(約1,000病院)で相互参照可能な方法等を検討し、最終的には<u>全国で一斉に計測可能な方法とその取扱</u>について検討する。
活用支援	#3 各種成果物(質改善ツールキット、事例集)の普及・促進	・「<u>医療の質可視化プロジェクト</u>」の参加病院を主な対象に、<u>各種セミナー等を検討・実施</u>する。また、各種成果物を周知し、今後のブラッシュアップへつなげる。 ・医療の質向上のためのコンソーシアム開催を通じて、管理者へ質指標を用いた計測活動の意義や重要性の啓発を行う。
	#4 質改善における成功要因の抽出	昨年度収集した事例(約50事例)をもとに <u>成功要因等を探索し、質指標の普及促進に資する施策</u> を検討する。
	#5 PDCA事業の検討	・昨年度実施したパイロット及び今年度実施する「<u>医療の質可視化プロジェクト</u>」の成果・課題などを踏まえ事業設計を行う。 ・また、事業化に向けた市場調査を行う。

年間計画

計画	主な作業	4-6月	7-9月	10-12月	1-3月
#1	「医療の質可視化プロジェクト」の企画・運営	a. 指標の選定・手順書の作成			
		b. 参加病院の募集			
		c. 情報システムの整備・運用			
		d. 報告会の開催(仮)			
		e. 報告書の作成			
		f. 例示指標の確定 (医療の質指標基本ガイド準拠指標)			
#2	医療の質指標の標準化・公表に向けた検討				
#3	各種成果物(質改善ツールキット、事例集)の普及・促進	a. 広報の計画と実施			
		b. ユーザー意見の収集方法の検討・実施			
		c. セミナー検討 (医療の質可視化プロジェクト)			
		d. セミナー検討 (管理者)			
#4	質改善における成功要因の抽出				
#5	P D C A事業の検討				

昨年度からの継続課題と対応

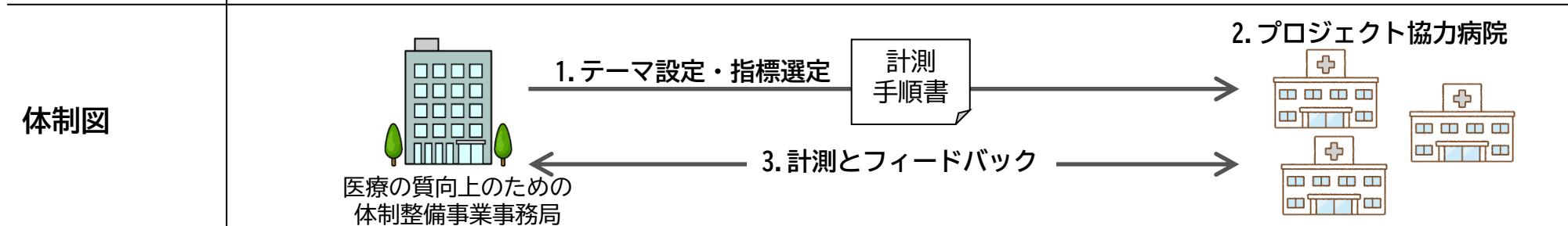
#	項目	課題	今年度の対応方針
1	協議会	1-1 医療の質指標等の標準化・公表のあり方（継続検討）	可視化プロジェクトを通じて選定された例示指標に基づき、既存指標との棲み分け、標準化指標のありかたを検討する。その後公表のあり方を検討する。
2	QI標準化部会	2-1 質指標の選定、運用と検証	「医療の質可視化プロジェクト」で対応
		2-2 医療の質指標基本ガイド	課題の整理を行う
		2-3 例示指標（ガイドに準拠した指標）の選定方法	「医療の質可視化プロジェクト」で対応
3	QI活用支援部会	3-1 パイロット協力病院へのフォローアップ	今後、部会の中で検討する。
		3-2 パイロット後の協力病院とのかかわりについて	
		3-3 質改善ツールキットのブラッシュアップの検討	今年度は事業成果物の普及・促進に重点を置く。 その中で得られた各種意見を踏まえ、対応を検討する。

2. モデル事業(医療の質可視化プロジェクト) について

2-1. 医療の質可視化プロジェクトの 概要

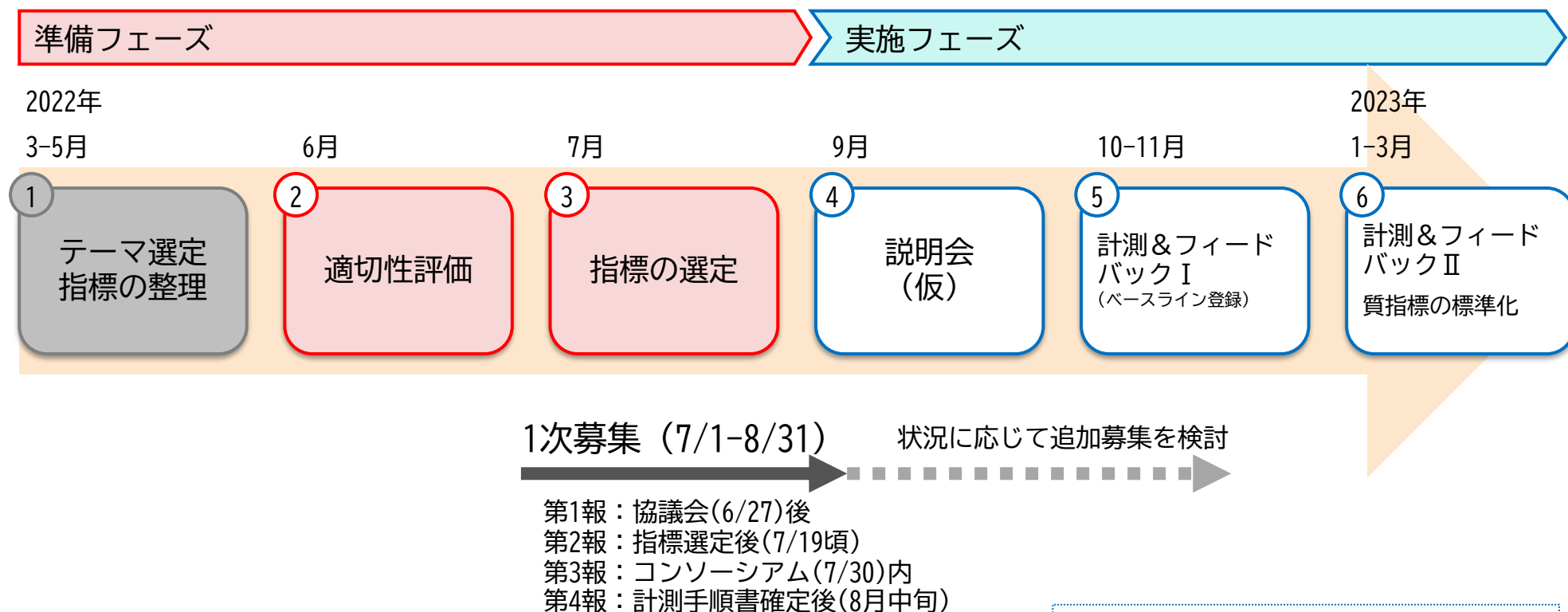
医療の質可視化プロジェクトの概要(案)

目的	①多くの病院(特に今まで計測に取り組んでこなかった病院)に計測活動を継続的に行っていただく。 ②病院の機能・規模によらず共通的に計測可能で、かつ作業負担の少ない指標を設定する。 ③他施設との比較を通じて質改善活動を動機づける。
対象病院	○ 医療の質指標を用いた計測に関心のある全国の病院(各団体のQI事業に参加する病院を含む) ○ 募集数は700病院を目安 (各団体のQI事業に参加していない7,000病院の1割程度)
実施期間	2022年9月～2023年3月
テーマ	①医療安全 ②感染管理 ③ケア ④満足度
指標数	4テーマで10指標程度
計測とフィードバック	○計測 : 1回目: 2021年10-12月/2022年1-3月分のデータを計測し、10月末提出 2回目: 2022年4-6月/7-9月分のデータを計測し、2023年1月末提出 ○フィードバック: 全体集計グラフおよび基本統計量をフィードバックする
アウトプット	○協力病院…計測した指標の時系列推移データ、フィードバックデータ ○協議会 …ガイドに準拠した指標(例示指標)、適用指標に関する全国状況のデータ
運営主体	○ 本プロジェクトの運用は主に標準化部会が担当する。 ○ 質指標の計測のみならず、改善活動へと発展させるための施策等の実施については、活用支援部会が担当する。



医療の質可視化プロジェクトの流れ(案)

- 本日のご審議を踏まえ、6/28より広報を、7/1より募集を開始したい。ただし周知期間が短いことから、状況に応じて追加募集を行いたい。
- 7月中旬を目途にプロジェクト適用指標を確定する。
- プロジェクト期間は2022年9月～2023年3月とする。



※ 質指標の計測のみならず、改善活動へと発展させる施策は別途企画する。

医療の質可視化プロジェクト概要資料（配布用）

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

医療の質可視化プロジェクト

本プロジェクトは、我が国の全病院(8,238 施設*)を対象とした指標を活用し医療の質を可視化するプロジェクトです。病院の役割・規模等にかかわらず、本事業で検討した質管理に重要な指標を計測し、医療の質の更なる向上を目指すオールジャパンの取組です。我が国の医療の質向上のために、是非、本プロジェクトにご協力ください。

*厚生労働省「令和2(2020)年医療施設(静態・動態)調査(確定数)-病院報告の概況」

～医療の質可視化プロジェクト（概要）～

目的	「医療安全」「感染管理」「ケア」に関連した代表的な指標を計測・可視化することで、医療の質向上を目指します。	
実施期間	2022 年 9 月～2023 年 3 月	
対象	医療の質向上に向け指標を用いた取組に関心のある病院 ※はじめて指標を活用する病院の積極的な参加を期待しておりますが、既に指標の活用が進められている病院も是非ご参加ください。	
主な指標	下記 3 テーマに関連する 10 指標程度を計測いただく予定です。	
	テーマ	指標の候補（7 月中旬に確定する予定）
	医療安全	転倒転落、服薬指導、肺血栓症予防 等
	感染管理	細菌培養、血液培養 2 セット実施、薬物血中濃度測定 等
	ケア	褥瘡発生、身体抑制、栄養ケアアセスメント 等
ご対応事項	過去 12 か月分のデータをもとに各指標について計測を行っていただき、下記タイミングで 2 回データを提出いただきます(指標により計測対象期間が異なる場合があります)。	
	提出回数	計測データの対象期間
	1 回目	2021 年 10-12 月/2022 年 1-3 月(計 6 か月分)
	2 回目	2022 年 4-6 月/7-9 月(計 6 か月分)
メリット(想定)	○ 協力いただいた病院のデータを集計し、全体分布及び基本統計量など自院の現状を客観的に把握可能とする情報をフィードバックいたします。 ○ 医療の質指標を活用した質改善に関するセミナー、協力病院間の交流の機会など、協力いただく病院はすべて無料で参加できます(現在企画調整中)。 ○ 本プロジェクトの協力病院であることを広く公表いたします。	

申込期間：2022 年 7 月 1 日～8 月 31 日

申込方法：本事業オフィシャルサイト (<https://jq-qiconf.icqhc.or.jp/>)



<お問い合わせ>

公益財団法人日本医療機能評価機構 医療の質向上のための体制整備事業 事務局

E-mail: info-qiconf@icqhc.or.jp TEL: 03-5217-2326

(参考資料 1 をご参照ください)

2-2. 医療の質可視化プロジェクトの 準備状況

指標選定の進捗状況

- 現在、QI標準化部会で指標選定作業を進めている。
- 次回のQI標準化部会（7/7）を経て、協議会委員にプロジェクト適用指標を報告し、7月中旬（7/19頃）決定したい。

1. テーマの設定	3/14 協議会	以下①②のポイントをふまえ、 <u>医療安全</u> ， <u>感染管理</u> ， <u>ケア</u> ， <u>満足度</u> の4テーマが選定された。 ① 病院として抑えるべき基本的な事項 ② 既に多くの病院が保持するデータ、計測にあまり負担がかからない
2. 事前作業	4/27～6/24	タグ付け作業、適切性評価、指標選定の進め方 QI標準化部会（5/19、6/16）
3. 例示指標の選定	7/7 標準化部会	「例示指標（ガイドに準拠した指標）の選定方法」に沿って、適切性評価及び合議を経て、協力団体が運用している既存指標から例示指標を選定する。
4. 可視化プロジェクト適用指標の選定	7/7 標準化部会	適切性評価のスコアが高い指標から、テーマ設定時のポイント①②の視点で合議により適用指標を選定する。
5. 協議会へ報告	7/8以降	上記3. 4. の結果を協議会委員にご確認いただき、指標を確定する。

事前作業中にいただいた 満足度指標の扱いに関する主な意見

- 指標選定の事前作業を進めるなかで、とくに満足度に関する指標の扱いに関する意見があった。
- 満足度については検討すべき事項が他の3テーマとは異なることが想定されたため、別途課題を整理し、扱いを検討することとした。

(参考) 満足度に関する協議会・標準化部会における意見

協議会(2022.3.14)

- 患者満足度や職員満足度は、医療の質を測るうえで重要な指標ではあるが、各病院で使用されている調査票の評価方法や設問が多種多様であるため、共通項目を設定しないと全国的な比較が難しい。
- 将来的には他施設比較できるようなアプローチを検討してほしい。

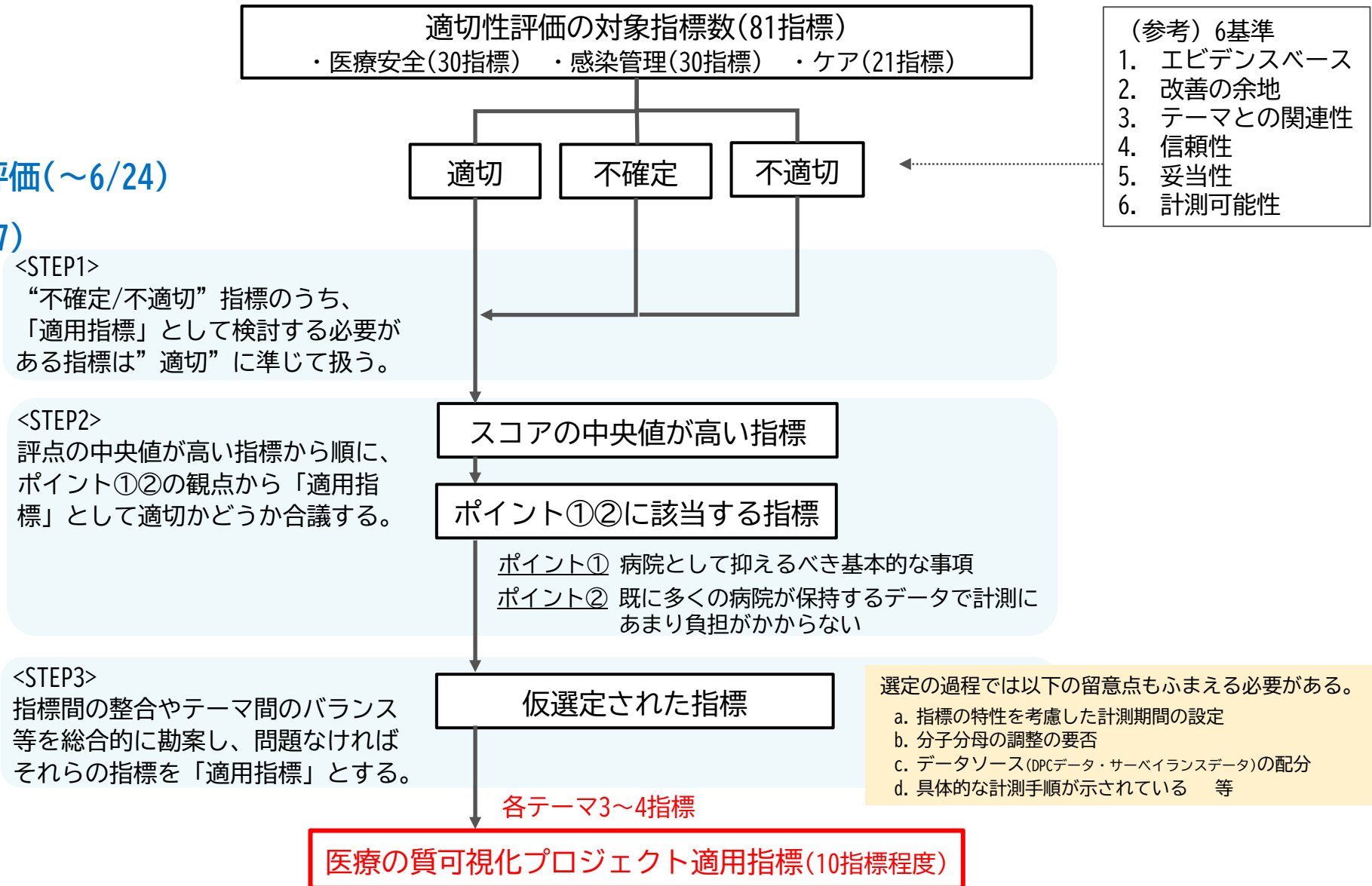
標準化部会(2022.5.19)

- 満足度に関する指標は、特性上、6つの基準(エビデンスベース, 改善の余地, テーマとの関連性, 信頼性, 妥当性, 計測可能性)に沿った評価が難しいのではないかと。
- 満足度調査は、各病院で設問や選択肢にばらつきがあるため、ベンチマークという形でのフィードバックは難しいと思われる。
- 団体以外の指標としてPXは、OECDフレームワークでも採用されているため、今後の検討に含めても良いと思う。

プロジェクト適用指標選定の進め方（医療安全, 感染管理, ケア）

適切性評価（～6/24）

合議（7/7）



選定候補指標①（医療安全：30指標）

1	転倒転落	転倒転落発生率	18	肺血栓塞栓症（発生率）	肺血栓塞栓症の発生率（リスクレベル中以上）
2		転倒転落発生率（影響度3b以上）	19		肺血栓塞栓症の発生率（リスクレベル高）
3		転倒転落発生率（影響度3b以上・1ヶ月間の患者数）	20		肺血栓塞栓症の発生率（リスクレベル中）
4		転倒転落発生率（インシデントレベル3a以上）	21		肺血栓塞栓症の発生率（退院患者数）
5		転倒転落発生率（損傷レベル2以上）	22	再入院率	予定外再入院（30日以内）
6		転倒転落発生率（65歳以上）	23		予定外再入院（7日以内）
7	インシデント・アクシデント	インシデント・アクシデント（発生件数）	24	入院中の骨折	入院中の骨折（75歳以上）
8		インシデント・アクシデント（医師による報告）	25		入院中の骨折（75歳以上・入院2日目以降）
9		インシデント・アクシデント割合	26		入院中の骨折（65歳以上）
10	服薬指導（要安全管理薬剤）	服薬指導（要安全管理医薬品の投薬または注射）	27	団体特有	術後大腿骨骨折
11		服薬指導（要安全管理医薬品の処方）	28		医療安全推進体制
12	服薬指導	服薬指導	29		薬剤関連事故
13	肺血栓塞栓症（予防対策）	肺血栓塞栓症の予防対策（リスクレベル中以上・理学的予防法または抗凝固）	30		針刺し事故
14		肺血栓塞栓症の予防対策（リスクレベル中以上・理学的予防法および抗凝固）			
15		肺血栓塞栓症の予防対策（リスクレベル高）			
16		肺血栓塞栓症の予防対策（リスクレベル中）			
17		肺血栓塞栓症の予防対策（手術患者）			

選定候補指標②（感染管理：30指標）

1	抗菌薬の投与停止	手術翌日に予防的抗菌薬が投与されていない割合(特定の5術式)	16	尿路感染発生	尿路感染(新規発生患者数／平均入院患者数)
2		術後24時間以内または48時間以内の予防的抗菌薬投与停止率(特定の4術式)	17		尿路感染(延べ回数／尿道留置カテーテル使用日数)
3		術後2日目に予防的抗菌薬が投与されていない割合(冠動脈バイパス・その他心臓手術)	18	CVカテ感染	CVカテ感染(挿入後3日～7日に感染兆候／CVカテ挿入した退院患者数)
4	抗菌薬の投与	予防的抗菌薬点滴投与(手術開始1時間以内・特定の7術式の手術件数)	19		CVライン関連感染(CVライン留置延べ日数)
5		予防的抗菌薬投与(手術開始1時間以内・手術室で行った手術件数)	20	手指消毒剤の使用	入院患者延べ数当たり手指消毒剤使用量
6		予防的抗菌薬投与(手術開始1時間以内・手術室で行った手術患者数)	21		入院患者1人1人当たり手指消毒回数
7		予防的抗菌薬投与(手術開始1時間以内・特定の7術式の手術件数)	22	団体特有	新生児治療室におけるMRSAの院内感染の発生率
8	職員の予防接種率	予防接種（自施設＋他施設）	23		総黄色ブドウ球菌検出患者の内のMRSA比率
9		予防接種（自施設のみ）	24		院内感染症疑い率
10	血液培養の実施	血液培養の実施	25		術後感染症疑い率
11		細菌培養の実施	26		検体のグラム染色実施の有無
12	血液培養2セットの実施	血培2セット実施率	27		感染症治療の実施の有無
13	血中濃度測定	特定薬剤治療管理料を算定(バンコマイシンを投与)	28		抗生物質の適切な使用
14		特定薬剤治療管理料を算定(塩酸バンコマイシン(注射薬)・3日以上連続)	29		尿道留置カテーテル使用率
15		特定薬剤治療管理料を算定(TDMを行うべき抗MRSA薬・注射で4日以上投与)	30		適切な予防的抗菌薬選択率

選定候補指標③（ケア：21指標）

1	褥瘡の発生率	褥瘡発生率(d2以上/入院患者延べ数)
2		褥瘡発生率(d2以上/新入院患者数+当月1日現在患者数)
3		褥瘡発生率(d2以上またはステージⅡ以上/新入院患者)
4		褥瘡発生率(新規発生+他部位に発生/在院数)
5	身体抑制	身体抑制(入院後抑制解除割合)
6		身体抑制(月初の抑制患者割合)
7		身体抑制(抑制延べ日数/抑制実患者数)
8		身体抑制(抑制延べ日数/入院患者延べ数)
9		身体抑制(抑制延べ日数/検討記録回数)
10		身体抑制(抑制患者延べ数/18歳以上・入院患者延べ数)
11		身体抑制(抑制患者延べ数/入院患者延べ数)
12	栄養ケアアセスメント	栄養アセスメントの頻度
13		栄養ケアアセスメント(入院3日目まで/65歳以上・退院患者数)
14		栄養ケアアセスメント(入院7日目まで/65歳以上・退院患者数)
15	痛みの記載	痛みの記載(麻薬処方患者数)
16	団体特有	高齢患者における褥瘡対策
17		褥瘡持込率
18		特別食加算(18歳以上・糖尿病・慢性腎臓疾患)
19		ケアカンファレンス記録
20		ターミナルケア加算算定
21		ケアプラン

選定候補指標④（満足度：25指標）

#	指標	設問	計測方法
1	入院・総合満足度	この病院について総合的にはどう思われますか？	「満足」と回答した入院患者数の割合
2		この病院について総合的にはどう思われますか？	「満足」または「やや満足」と回答した入院患者数の割合
3		全体としてこの病院に満足していますか？	「非常に満足している」または「やや満足している」と回答した入院患者数の割合
4		①全体としてこの病院に満足している ②治療の結果に満足している ③入院期間に満足している ④入院中に受けた治療に満足している ⑤治療に私の考えが反映されたことに満足している ⑥この病院は安全な治療をしている ⑦この病院の医師や職員の説明はわかりやすい ⑧入院中に受けた治療に納得している ⑨全体としてこの病院を信頼している ⑩この病院を家族や知人に勧めたい	有効回答だったアンケートの数×50点に対する全10項目の合計点数の割合
5		入院満足度調査における「総合満足度」の項目	「大変満足」又は「やや満足」と回答した件数の割合
6		入院患者の満足度調査	①割合：内訳（5段階）ごとの有効回答数／有効回答合計数 ②平均点：内訳（5段階）ごとの有効回答数×内訳ごとの得点／有効回答合計数
7		全体としてこの病院に満足していますか？	内訳（①非常に満足、②やや満足、③やや不満、④非常に不満）ごとの有効回答数の割合
8		万一、家族や友人が病気になったとき、当院を薦めたいと思いますか？	内訳（①そう思う、②ややそう思う、③あまりそう思わない、④そう思わない）ごとの有効回答数の割合
9	入院・医師からの説明	入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について、医師から受けた説明は十分でしたか？	「十分だった」または「まあまあ十分だった」と回答した入院患者数の割合
10		入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について、医師から受けた説明は十分でしたか？	内訳（①十分だった、②まあまあ十分だった、③あまり十分ではなかった、④十分ではなかった）ごとの有効回答数の割合
11	入院・疑問や意見の表明	入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について、医師の説明を受けた際の疑問や意見は、医師に伝えられましたか？	「十分に伝えられた」または「まあまあ伝えられた」と回答した入院患者数の割合
12	入院・診療	当院に入院されて満足のいく診療を受けることができましたか	満足のいく診療を受けたと回答した入院患者数の割合
13	入院・看護	看護師の看護、応対、説明等に満足していただけましたか	満足のいく看護を受けたと回答した入院患者数の割合

続き)

#	指標	設問	計測方法
14	外来・総合満足度	この病院について総合的にはどう思われますか？	「満足」または「やや満足」と回答した外来患者数の割合
15		この病院について総合的にはどう思われますか？	「満足」と回答した外来患者数の割合
16		全体としてこの病院に満足していますか？	「非常に満足している」または「やや満足している」と回答した外来患者数の割合
17		全体としてこの病院に満足していますか？	内訳（①非常に満足、②やや満足、③やや不満、④非常に不満）ごとの有効回答数の割合
18		外来満足度調査における「総合満足度」の項目	「大変満足」又は「やや満足」と回答した件数の割合
19		①全体としてこの病院に満足している ②治療の結果に満足している ③通院期間に満足している ④受けている治療に満足している ⑤治療に私の考えが反映されたことに満足している ⑥この病院は安全な治療をしている ⑦この病院の医師や職員の説明はわかりやすい ⑧受けている治療に納得している ⑨全体としてこの病院を信頼している ⑩この病院を家族や知人に勧めたい	有効回答だったアンケートの数×50点に対する全10項目の合計点数の割合
20		外来患者の満足度調査	①割合：内訳（5段階）ごとの有効回答数／有効回答合計数 ②平均点：内訳（5段階）ごとの有効回答数×内訳ごとの得点／有効回答合計数
21		当院に受診されて満足のいく外来診療を受けることができましたか	満足のいく治療を受けたと回答した外来患者数の割合
22	外来・医師からの説明	診断や治療方針について、今日までに医師から受けた説明は十分でしたか？	「十分だった」または「まあまあ十分だった」と回答した外来患者数の割合
23		病気や症状に対する診断や治療方針について、医師から受けた説明は十分でしたか？	内訳（①十分だった、②まあまあ十分だった、③あまり十分ではなかった、④十分ではなかった）ごとの有効回答数の割合
24	外来・疑問や意見の表明	診断や治療方針について、医師の説明を受けた際の疑問や意見は、医師に伝えられましたか？	「十分に伝えられた」または「まあまあ伝えられた」と回答した外来患者数の割合
25	職員満足度	友人や家族が病気や怪我を患ったときに、あなたの施設を薦めたいと思いますか？	「強くそう思う」または「ややそう思う」と回答した職員数の割合

2-3. 満足度に関する指標の扱いについて（案）

- 満足度は「患者中心ケア」を測る重要な指標として、可視化プロジェクトのテーマに選定されたが、以下の課題及び現状をふまえると、まず可視化に向けた課題を整理する必要があるのではないか。
- そこで本テーマは「患者中心ケアの可視化に向けた検討」という位置づけに捉え直し、今年度の標準化部会のタスクとしてはどうか。

1. 満足度に関する指標における課題及び現状

- 本プロジェクトは、統一された定義・手順で容易に医療の質を計測できることを前提としているが、本テーマは満足度調査票の様式や満足度に関する指標の設定・計測方法等が多種多様である。
- そのため、協議会や部会において他施設比較が難しいとの意見がある。
- 仮に、本プロジェクトで統一した調査票を導入し計測を求めると、新たに調査を行う協力病院の負担が大きい。
- 一方、本テーマに関しては、海外で既に統一した調査票が整備されており、我が国でも患者中心ケアに関する調査票や指標（日本語版HCAHPS, Patient Experienceなど）の研究が進められている。

2. 患者中心ケアの可視化に向けた検討方針（案）

- 標記検討を実施する場合、以下の検討方針としてはどうか。
 - 国内外の文献・事例等を通して、わが国で同じ調査票（患者満足度調査票・患者経験調査票）を用いて患者中心ケアを計測、他施設比較する方法をQI標準化部会で整理し、実現可能と思われる施策について年度内に協議会に提案する。

2-4. 本プロジェクトの広報について（案）

医療の質可視化プロジェクトの広報について（案）

- 本プロジェクトは病院の規模・機能を問わず全国すべての病院が対象である。
- 協力団体の会員病院で、まだQI事業に参加していない病院がQI事業に関心を持っていただく契機となり、QI事業のさらなる活性化にもなり得ると考えている。そこで、ぜひ、協力団体の会員病院へ、本プロジェクトを周知願いたい。
- さらに、本事業の協力団体以外の病院団体や民間病院グループ等にも広く広報し、本プロジェクトへの参加を促したい。

（参考）日本病院団体協議会参加団体

1.	国立大学附属病院長会議	9.	一般社団法人日本社会医療法人協議会
2.	独立行政法人国立病院機構	10.	一般社団法人日本私立医科大学協会
3.	一般社団法人全国公私病院連盟	11.	公益社団法人日本精神科病院協会
4.	公益社団法人全国自治体病院協議会	12.	一般社団法人日本病院会
5.	公益社団法人全日本病院協会	13.	一般社団法人日本慢性期医療協会
6.	独立行政法人地域医療機能推進機構	14.	一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会
7.	地域包括ケア病棟協会	15.	独立行政法人労働者健康福祉機構
8.	一般社団法人日本医療法人協会		

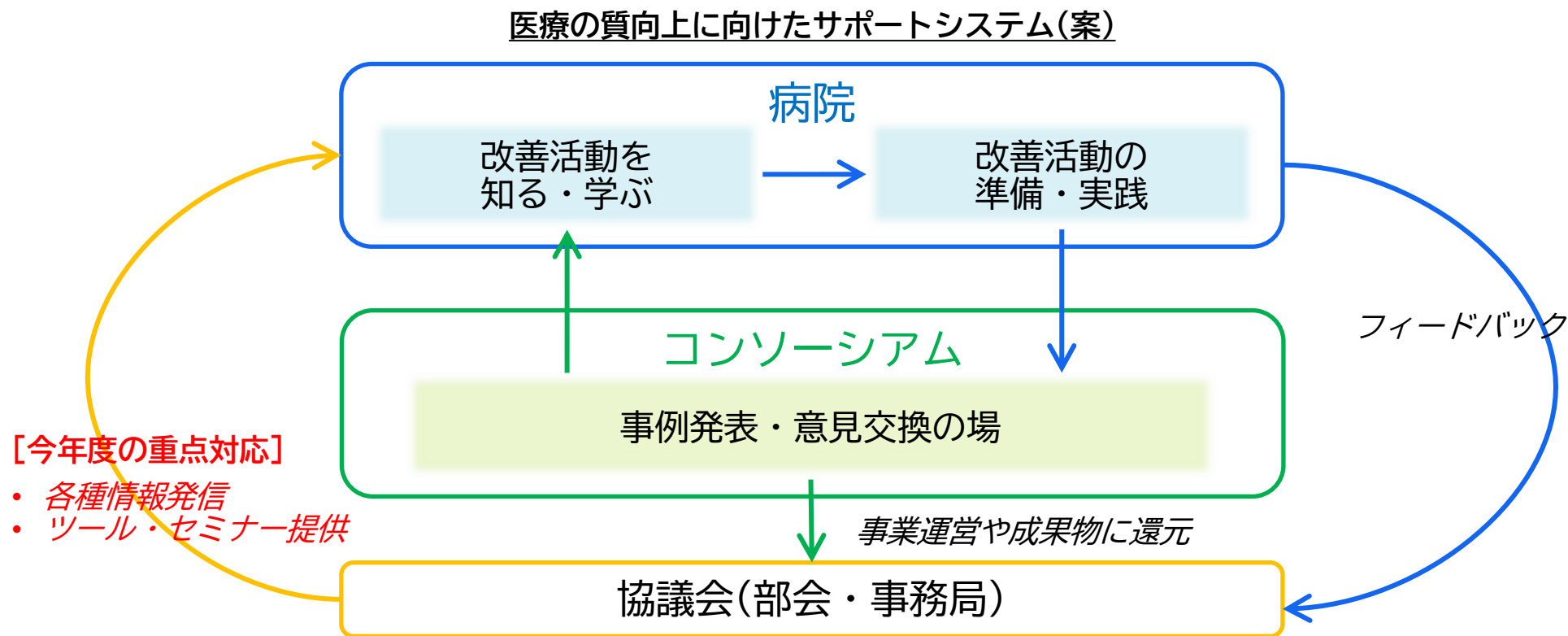
本日の検討・相談事項①

1. 「医療の質可視化プロジェクト」の内容や運用等について、留意すべき点などのご意見をいただきたい。
2. 満足度に関する指標について「患者中心ケアの可視化に向けた検討」に位置付けを捉え直し、部会で検討を進めることについて、ご意見をいただきたい。
3. 本プロジェクトの広報について、対象、方法などのご意見をいただきたい。また会員病院への周知についてご協力願いたい。
4. （ご相談事項）質指標・計測手順利用のご承諾について
 - 本プロジェクト適用指標は、昨年度各団体からご提供いただいた指標群から選定することでご理解いただいている。
 - 適用指標の選定後、計測手順を作成するにあたり、協力団体が運用している計測手順を引用・参照したい。
 - ついては、質指標及び計測手順を本プロジェクトで利用することについて、改めてご承諾いただきたい。

3. 各部会の検討状況について (Q I 活用支援部会)

普及・促進の体制構築について（中長期的に検討）

- 医療の質指標の活用を全国で普及させるためには、多くの医療関係者が質指標の活用意義を理解し、自律した自主的な改善活動へと発展させなければならないと考える。
- そこで、以下のような仕組みの構築を中長期的な目標とし、今年度は質指標活用に関する各種情報の発信やツール・セミナーの提供に注力する。



対象に応じた普及・促進の施策

- 質指標を活用した改善活動の関心度や経験値は、病院によりさまざまであり、それらに応じた施策を以下の通り整理した。
- 協議会において「未だ質指標を活用した改善活動に参加していない医療機関を主な対象としつつ、各医療機関のニーズに応じた柔軟な施策が展開できるよう取組を進める」と議論があったことを踏まえ、当座は①②に重点を置いた対応とする。
- 特に、昨年度、協力団体の皆様のご協力のもと収集した50事例をもとにした、成功要因分析を重点課題とし、検討を進める。

対象	アプローチの方向性	施策(案)	今年度対応
①質指標の活用に関心がない病院	質指標活用の関心を持ってもらうための 情報提供 を行う。	a. 各種広報（指標計測や改善活動の意義の啓発） b. 医療の質向上のためのコンソーシアムの参加勧奨	○
②質指標の活用に関心がある病院 ・計測経験はあるが改善には至らない病院 ・これまで計測の経験がない病院 など	“関心”から“経験”へ、行動変容させるために、 情報提供 及び 参加機会創出 の強化を図る。	a. 医療の質可視化プロジェクトの参加勧奨（質改善ツールキット・質改善事例集の提供及び活用に向けた支援） b. 成功要因（質改善事例集）の提供 c. 医療の質向上のためのコンソーシアムの参加勧奨	○
③既に質指標を活用し改善に取り組んでいる病院	病院個々の活動から全国的な活動へと展開させるための 機会提供の強化 を図る。	a. 医療の質向上のためのコンソーシアムにおける改善事例の発表および表彰制度の検討 b. 評価機構内の他事業（医療クオリティマネジャー養成）との共同企画の検討	b. のみ

成功要因分析について（概要）

○ 昨年度、質指標を活用した改善活動に取り組んでいない医療機関に質指標の活用への関心をもつていただくことを目的に、各協力団体の協力のもと、50事例を収集し、オフィシャルサイトにて公開した。

背景

○ しかし、本事例について、昨年度、「事例を公開するだけでは読者にはわかりづらいため、事例のノウハウを解説してはどうか」との意見があり、今年度の継続課題となった。今年度事業計画においても「収集した改善事例の成功要因を分析し、改善活動を院内全体に展開・定着させるために必要な施策を検討する。」こととしている。

目的・ねらい

未だ質指標を活用した改善活動に参加していない医療機関が質指標の活用に関心を持ち、自主的な改善活動へとつなげるための情報提供を行う。

作業期間

～2022年12月

作業者

QI活用支援部会・事務局

部会での主な意見

取り扱う事例の考え方

- 何をもって成功事例として取り上げるのか。「指標の値が改善された」「指標の値は上がらずともチームで活動ができた」など、こういった活動が手本となりうるのか、部会の中で認識合わせをしたほうがよい。
- 部会の視点から見た成功事例の基準として、「QIを用いてPDCAサイクルを継続的に回している」は外せないのではないか。ここがQCサークルと異なる点である。

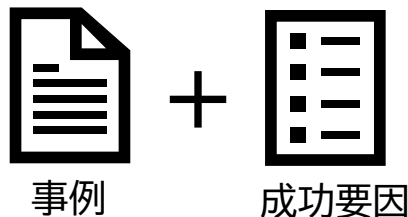
<事例イメージ>

- ・ 読者にとって学びのある事例
- ・ 読者が質改善に魅力を感じるような事例（まだ取り組んでいない病院が「これならやりたい」と感じる事例、改善に取り組むメリットを感じられる事例）

アウトプットイメージ

- 取り扱う事例について、成功要因の解説を追記するほか、収集された事例を成功要因ごとに整理をしてはどうか。

①ピックアップした事例に成功要因を解説する。



②成功要因ごとに事例を整理する

成功要因	事例
要因①〜〜	  
要因②〜〜	 

4. 医療の質指標等の標準化・公表のあり方 について(継続検討)

【再掲】 検討課題に関する今後の進め方について(案)

一部改変:第9回医療の質向上のための協議会資料
(2022年1月14日開催)

検討課題(a. テーマ設定 & 指標選定(ベンチマーク評価), b. 指標の標準化, c. 公表のあり方)について、以下の流れで検討を進めてはどうか。ただし、次年度以降については現時点で未確定のため以下は想定としている。

1/14
(本日)

3/14
(次回)

9月ごろ
(予定)

a. テーマ
設定 & 指
標選定

概要把握

ベンチマーク評価の概
要及び指標選定の方法
などを共有し把握する。

テーマ設定

様々な視点から全国
規模で計測が求めら
れるテーマを検討し
設定する。

候補指標選定

テーマに応じた指標
を既存指標からガイ
ドに準拠し選定する。
(Q I 標準化部会)

指標選定

選定された指
標を確認し確
定する。

ベンチマーク
評価の実施

b. 指標の
標準化

ベンチマーク評価で扱う指標の位置づけ、各協力団体が運用
する現指標との棲み分けなど、全国で統一した指標のあり方
(指標の標準化)を検討する。

c. 公表の
あり方

上記a, bの検討内容
及び公表の目的, 対
象等の論点を整理し
検討を再開する。

2021年度

2022年度

【再掲】 前回(1/14)の振り返り及び今後の検討について

一部改変:第10回医療の質向上のための協議会資料
(2022年3月14日開催)

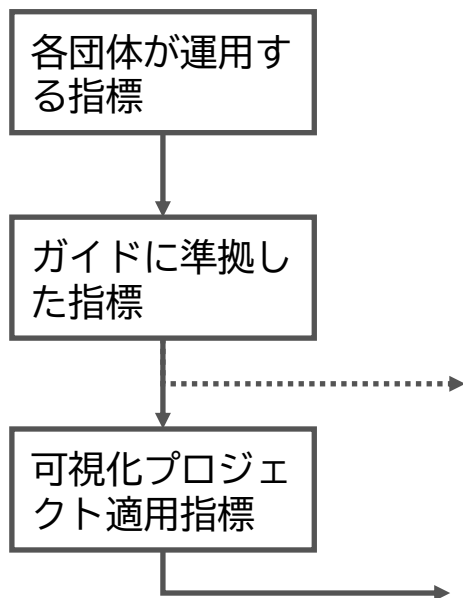
前々回(第8回)より「公表のあり方」について議論を開始したが、議論を進めるうえで整理すべき課題が判明し、前回(第9回)、今後の進め方について再整理を行った。

検討 順位	整理すべき課題	対応の方向性(案)	主な検討事項
3/14	#1 <u>医療の質指標を活用した改善活動に取り組んでいない病院(約7,000病院)の対応</u> をどうするか	○質指標計測の機会として、下期を目的に新たなモデル事業(仮称:医療の質可視化プロジェクト)を企画・実施する。 ○モデル事業を検証し、質指標活用の機運向上に向けた施策を検討する。	・どのようなテーマを設定すればよいか。 ・参加病院の設定をどうするか。 ・具体的な運用(募集, 指標の設定, データ授受等)をどうするか。
次年度	#2 <u>医療の質指標の計測のみで改善活動に至らない病院の支援</u> をどうするか	○今年度の成果物(質改善ツールキット, 改善事例等)を広く周知し提供する。 ○学びの機会(管理者・実務者セミナー, Q I コンソーシアム)等を検討し実施する。	
	#3 <u>協力団体が実施するQ I 事業に参加する病院間(約1,000病院)で相互参照可能な方法</u> をどうするか (標準化のあり方)	○各協力団体の取組(約1,000病院)をさらに充実させるための施策を検討する(団体間横断的なベンチマーク評価の検討)。 ○最終的には、全国で一斉に計測可能な方法とその取扱いについて検討する。	・各協力団体が運用する指標の定義を変えず、統合は可能か。 ・(統合可能な場合)その取扱いをどうするか。 ・(統合が難しい場合)共通して計測可能な方法をどう考えるか(#1の検討を含め)。
	#4 <u>医療の質指標の計測結果等の公表</u> をどうするか (公表のあり方)	上記3点の検討が終了次第、論点を整理のうえ、検討を再開する。	

医療の質指標の整理について(案)

本事業で検討した質指標(ガイドに準じた例示指標)は、将来的には我が国における標準化指標と昇華させることを想定する。なお、各病院団体等が運用する質指標との棲み分けは以下のようなイメージである。

プロジェクト適用指標の選定



標準化指標(本事業)と各病院団体等が設定する指標の棲み分け(イメージ)

区分		運営組織	対象	主な質指標
3	固有 (本事業以外)	病院団体、医 療関係団体	所属の 会員病院 (≒1,000)	各団体等が従来より運営 する質指標
2	共通B (本事業)	協議会	全国の 病院 (≒8,300)	施設類型(高度急性期, 急性 期, 回復期, 慢性期)に応じた 質指標 (ex)安全, 感染, 5事業
1	共通A (本事業)			病院機能に依らず、共通 して計測が求められる質 指標 (ex)安全, 感染, ケア, 満足度

本日の検討事項②

1. 医療の質指標等の標準化・公表のあり方については、選定された例示指標をもとに今後、協議会で議論を行う想定である。本日はそれに先立って、質指標の位置づけを共通部分と固有部分に整理する「医療の質指標の整理（案）」についてイメージを提示したが、現時点でのご意見をいただきたい。
2. 質指標の位置づけの整理に加え、質指標の運用の視点も重要と考える。標準化のあり方検討の基礎資料とするために、質指標の運用（とくに計測の阻害要因）に関する調査を企画・検討してはどうか。

5. その他

(医療の質向上のためのコンソーシアム 特別企画の開催について)

医療の質向上のためのコンソーシアム 特別企画2022

- 質指標を活用し、可視化することの意義・重要性の訴求を目的に「特別企画」として開催する。
- 参加者の医療の質の可視化および向上への意識を高め、下半期に実施する「医療の質可視化プロジェクト」への参加に繋げる。

開催概要

↓詳細・申込はこちら↓



日 時	2022年7月30日(土) 13時30分～15時00分		
開催方法	オンライン配信(YouTube利用)		
対 象	全ての医療関係者		
テーマ	医療の質を可視化し質向上へ ～全国で取組もう！指標を活用した医療の質の可視化～		
プログラム	来賓挨拶	厚生労働省	5分
	挨拶／事業紹介(「医療の質可視化プロジェクト」の案内等)	楠岡 英雄 (医療の質向上のための協議会 委員長)	20分
	講演: 医療の質向上における可視化の重要性(仮)	相澤 孝夫 (日本病院会会長/相澤病院最高経営責任者)	30分
	鼎談: 「質向上に向けた可視化の重要性(仮)」	相澤 孝夫 (日本病院会会長/相澤病院最高経営責任者) 小平 奈緒 (相澤病院/平昌オリンピック金メダリスト)	30分
	閉会挨拶	座長:楠岡 英雄 (医療の質向上のための協議会 委員長) 亀田 俊忠 (日本医療機能評価機構 理事)	5分