

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12回 運営委員会
(医療の質向上のための協議会)

2022年9月29日(木)10:00 ~ 12:00
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 今村 英仁	公益社団法人日本医師会	常任理事	出	新任
2 岡田 千春	独立行政法人国立病院機構	審議役	出	
3 草場 鉄周	医療法人北海道家庭医療学センター	理事長	出	
4 楠岡 英雄	独立行政法人国立病院機構	理事長	出	委員長
5 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	(委任状)	
6 進藤 晃	公益社団法人 全日本病院協会	東京都支部長	(委任状)	
7 田中 桜	独立行政法人地域医療機能推進機構	理事	(委任状)	
8 田淵 典之	日本赤十字社 医療事業推進本部	副本部長	出	
9 永江 京二	独立行政法人労働者健康安全機構	理事	出	
10 西尾 俊治	一般社団法人 日本慢性期医療協会	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	出	
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 鈴木 理恵	公益社団法人 日本看護協会 医療政策部看護情報課	専門職	出	吉川委員代理
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
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 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	矢野 好輝	保健医療技術調整官	出	
24	高田 大輔	医療機能情報分析専門官	出	
25	真中 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	

議事次第

1. モデル事業(医療の質可視化プロジェクト)について
2. 各部会の検討状況について
3. 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)
4. その他

1. モデル事業(医療の質可視化プロジェクト) について

医療の質可視化プロジェクト実施の経緯と今後の展開

前回、本会において、過去3年間の実績と今年度実施する医療の質可視化プロジェクトが、将来的にどのような展開となるのかと指摘があった。以下は、これまでの取組と今後の展開像について整理したものである。

イメージ 約1000病院

約8300病院

質指標活用の流れ	中間とりまとめ※	～2018年度 (先行事業)	2019年度～2021年度 (準備)	2022年度 (全国への普及・促進)	2023年度以降
指標の設定 (標準化)	⑤	<ul style="list-style-type: none"> 各団体による独自の指標の運用 共通QIセットの開発 	<ul style="list-style-type: none"> 医療の質指標基本ガイドの作成 パイロット適用指標の選定(糖尿病、脳卒中、THA) 	<ul style="list-style-type: none"> ガイドに準拠した例示指標の検討(パイロット適用指標、医療の質可視化プロジェクト適用指標等) 医療の質可視化プロジェクト適用指標の選定(医療安全、感染管理、ケア) 	全国規模の医療の質指標を活用した改善活動の実践(PDCA事業の実施)
指標の計測		<ul style="list-style-type: none"> 団体毎に計測とフィードバック 	<ul style="list-style-type: none"> 計測とフィードバック 	<ul style="list-style-type: none"> 全国規模のベンチマーク評価 	
計測結果に基づく改善活動	①② ③④	<p>各施設の質改善活動を組織的に支援する団体がある。一方、リソース不足等により手厚い支援が実施できないことを課題とする団体もある。(第1回運営委員会資料より)</p>	<ul style="list-style-type: none"> キックオフセミナー、報告会の開催 多職種によるPDCA活動 質改善ツールキットの作成 質改善事例集の作成 	<ul style="list-style-type: none"> 質改善ツールキットの普及・促進 質改善事例の検証(要因分析等) 	

※医療の質指標等を活用した質改善活動の普及・促進に関する中間とりまとめ(2021年3月31日)

〈施策案〉

①質指標を活用した質改善マニュアルの周知 ②PDCA事業の企画、運営 ③管理者、実務者を対象とした研修事業の企画、運営 ④改善事例等の情報共有 ⑤医療の質指標等の標準化・公表のあり方

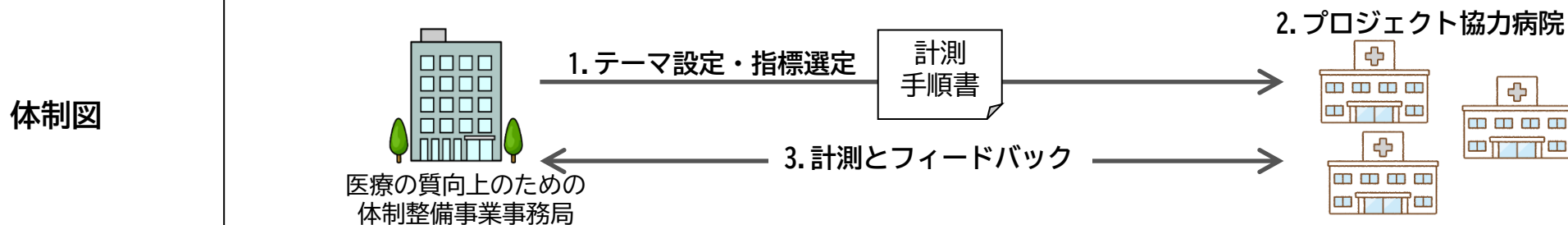
パイロット

医療の質可視化プロジェクト

医療の質可視化プロジェクトの概要

第11回運営委員会資料より（抜粋・改変）

目的	<ul style="list-style-type: none"> 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、かつ作業負荷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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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1日～2023年3月31日
テーマ	①医療安全 ②感染管理 ③ケア
指標数	3テーマで9指標
計測とフィードバック	<ul style="list-style-type: none"> ○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	<ul style="list-style-type: none"> ○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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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適用指標一覧 (全9指標)

テーマ	指標ID	指標名	分子	分母	算出元
医療安全	MSM-01	入院患者の転倒・転落発生率	入院患者に発生した転倒・転落件数	入院患者延べ数	サーベイランス
	MSM-02	入院患者での転倒転落によるインシデント影響度分類レベル3b以上の発生率	入院患者に発生したインシデント影響度分類レベル3b以上の転倒・転落件数	入院患者延べ数	サーベイランス
	MSM-03	リスクレベルが「中」以上の手術を施行した患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率	分母のうち、肺血栓塞栓症の予防対策が実施された患者数	肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院患者数	DPC
感染管理	IFC-01	血液培養2セット実施率	血液培養オーダが1日に2件以上ある日数	血液培養オーダ日数	DPC
	IFC-02	広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培養実施率	分母のうち、入院日以降抗菌薬処方日までの間に細菌培養同定検査が実施された患者数	広域スペクトルの抗菌薬が処方された退院患者数	DPC/レセプト
	IFC-03	手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率	分母のうち、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手術件数	手術室で行った手術件数	サーベイランス
ケア	CRM-01	d2（真皮までの損傷）以上の褥瘡発生率	d2（真皮までの損傷）以上の院内新規褥瘡発生患者数	入院患者延べ数	サーベイランス
	CRM-02	65歳以上の患者の入院早期の栄養ケアアセスメント実施割合	分母のうち、入院3日目までに栄養ケアアセスメントが行われたことがカルテに記載された患者数	65歳以上の退院患者数	サーベイランス
	CRM-03	身体抑制率	分母のうち、物理的身体抑制を実施した患者延べ数	入院患者延べ数	サーベイランス

第1期(7/1~8/31)申込状況

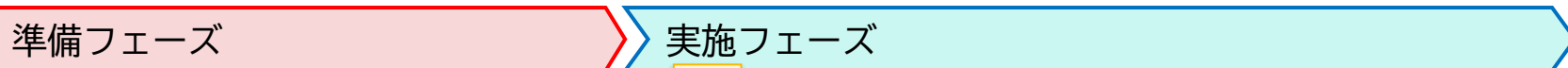
(2022/9/1集計)

- 第1期募集期間(7/1~8/31)に、**362**病院からのお申込みをいただいた。なお、第2期募集を9月12日より開始しており、9月26日時点で、**60**病院からの申し込みをいただいている。
- 引き続き、協力病院を募るための広報に取り組む。

a. 地域	b. 開設主体		c. 病床数		d. 施設基準		e. 診療報酬加算取得状況						
							(医療安全)		(感染管理)		(ケア)		
北海道	17	国	84	99-	26	特定機能病院	15	医療安全対策加算1	279	感染対策向上加算1	222	褥瘡ハイリスク患者ケア加算	187
東北	26	公的医療機関	90	100~199	89								
関東	110	社会保険関係団体	4	200~299	52	地域医療支援病院	154	医療安全対策加算2	60	感染対策向上加算2	54	該当なし	175
北陸	20	医療法人	119	300~399	66								
東海(中部)	34	個人	2	400~499	45	それ以外	193	該当なし	23	感染対策向上加算3	61		
近畿	56	その他	63	500+	84								
中国	35										25		
四国	13												
九州・沖縄	51												

プロジェクトの流れ及び進捗状況

- 9月1日より、プロジェクトを開始し、申込病院へ各種資料の配布を行った。また、指標への疑義照会には随時対応している。
- 第2期募集を9/12より受付中である。



	2022年 4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	2023年 1月	2月	3月
テーマ選定 指標の整理												
適切性評価												
指標の選定												
各種資料の作成												
協力病院募集				第1期募集 (7/1-8/31)		第2期募集 (9/12-11/30)						
プロジェクト実施						医療の質可視化プロジェクト実施期間						
計測とフィード バック							計測①	FB①		計測②	FB②	
計測データの分析 支援セミナー									1回目			2回目

2. 各部会の検討状況について（QI標準化部会）

- ①可視化プロジェクトにおける各種検討
- ②患者中心ケアの可視化に向けた検討

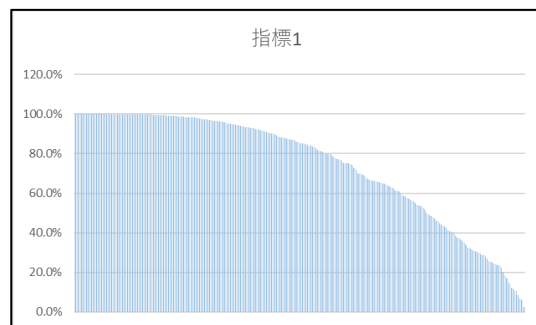
①可視化プロジェクトにおける各種検討

協力病院への計測データのフィードバックについて

- フィードバックは「全体グラフ・基本統計量」および「層別基本統計量」とし、使用する層別変数は病床規模、及び各種加算の算定状況（医療安全対策加算、感染対策向上加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算）を想定している。
- 併せて、標準化部会からは、病院側でも分析できるように、匿名化した計測データ（生データ）を提供する案も挙げられているが、本会でのご意見等も踏まえ、引き続き検討する。

〈 参考：フィードバックのイメージ 〉

○全体集計・全体グラフ、基本統計量



全体の 施設数	363
全体の 最大値	100.0%
全体の 75%値	98.5%
全体の 中央値	85.3%
全体の 平均	74.3%
全体の 25%値	56.1%
全体の 最小値	2.4%

○層別集計・層別基本統計量（施設数が10以下は非表示）

病床規模	値
100床未満	
施設数	26
最大値	100.0%
75%値	98.0%
中央値	85.0%
平均	77.4%
25%値	66.7%
最小値	2.4%
100～199床	
施設数	89
最大値	100.0%
75%値	98.3%
中央値	79.5%

施設基準	値
特定機能病院	
施設数	17
最大値	100.0%
75%値	99.8%
中央値	92.0%
平均	73.9%
25%値	43.6%
最小値	11.2%
地域医療支援病院	
施設数	154
最大値	100.0%
75%値	98.6%
中央値	95.1%

本プロジェクトにおける計測データの扱い

今後のフィードバック充実の案として、「病院名を匿名化した個別の計測値」をフィードバックすることについて、ご意見を伺いたい。

#	情報	データの内容	本プロジェクトでの扱い		備考
			公表	協力病院間で共有	
1	基本情報	病院名	● オプトアウトあり		本事業オフィシャルサイトに協力病院名一覧を掲載予定（非公表の申し出があった病院を除く）
2	指標の計測データ	集計データ …病院名は匿名	○	● FBに使用 N<10の場合は非表示	集計データは、以下の基本統計量を想定。 施設数、最大値、75%値、中央値、平均、25%値、最小値定
3		層別の集計データ	○	● FBに使用 N<10の場合は非表示	
4		個別の計測値	● 病院名 + 個別計測値	×	
5		● 病院名匿名化 + 個別計測値	×	?	<ul style="list-style-type: none"> 匿名化されているとはいえ、自施設の個別計測値が他施設の目に触れることを望まない病院があるのではないか。 一方で、他施設の計測値を参照したいという問い合わせもある。

計測データの分析支援について

- 第11回本会において、「データを集めてフィードバックするだけでは改善にはつながらないのではないか」とのご意見があった。
- そのため、計測データのフィードバック後に、データの読み取りや解釈についての解説を行い、院内の取り組みを振り返る機会を設ける予定である。引き続き、QI標準化部会にて検討を行う。

目的	フィードバックデータの適切な読み取り方や解釈・考察を解説することにより、院内全体で自院の立ち位置を把握し、各診療・ケアの取組を振り返る契機にさせていただく。
対象	計測実務者、管理者層、テーマに関連する現場の多職種スタッフ
形式	動画（協力病院にのみ配布）
配布時期	12月中旬 ※2回目のフィードバック後(2023年2月頃)にも内容を更新したうえで同様の動画を提供する予定
主な内容	<ul style="list-style-type: none">・ 総論（データ分析の意義、重要性など）・ フィードバックデータの読み方（統計的な解説）・ 各指標の結果に対する解釈・考察、活用方法・ 時系列データの解説、活用方法（計測ワークシートの説明）
備考	<ul style="list-style-type: none">・ 解説動画に関する質問や要望などをアンケートで受け付けることで双方向のやり取りを目指す。・ データを活用した改善活動への動機づけについては、QI活用支援部会と連携して企画を進める予定である。

②患者中心ケアの可視化に向けた検討

満足度に関する指標の扱いについて（案）

第11回運営委員会資料より（抜粋・改変）

- 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

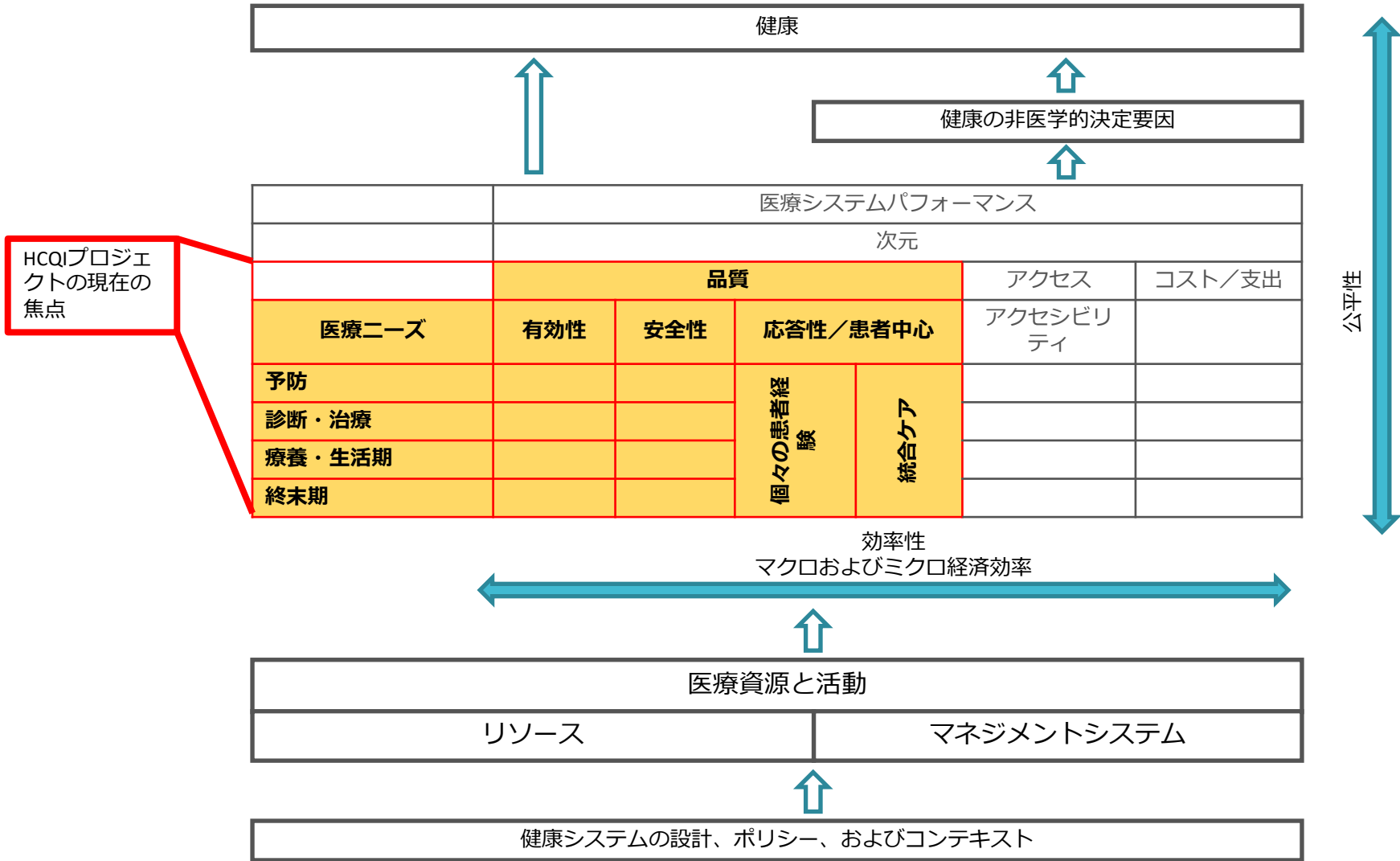
- 本プロジェクトは、統一された定義・手順で容易に医療の質を計測できることを前提としているが、本テーマは満足度調査票の様式や満足度に関する指標の設定・計測方法等が多種多様である。
- そのため、協議会や部会において他施設比較が難しいとの意見がある。
- 仮に、本プロジェクトで統一した調査票を導入し計測を求めると、新たに調査を行う協力病院の負担が大きい。
- 一方、本テーマに関しては、海外で既に統一した調査票が整備されており、我が国でも患者中心ケアに関する調査票や指標(日本語版HCAHPS, Patient Experienceなど)の研究が進められている。

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。

参考：OECD Conceptual Framework

再掲：2019年度第1回運営委員会資料一部改変
(2019年9月25日開催)



「患者中心」の定義

- 第11回本会において、「患者中心ケア (Patient Centered Care) の定義づけが明確ではないため、部会で検討いただきたい。」とのご意見があり、QI標準化部会にて検討を行った。
- 昨年度取りまとめた「医療の質指標基本ガイド」では、患者中心性を以下のようにまとめており、これを議論の出発点とすることとした。

<p>応答性／患者中心性 とは Responsiveness/Patient centeredness</p>	<p>患者・利用者を中心に据えた医療システムを機能させ、患者・利用者の意向、ニーズ、価値を尊重した医療を提供すること</p>
<p>応答性／患者中心性 指標の例</p>	<ul style="list-style-type: none">• 患者満足度• CAHPS (患者経験)• EQ-5D (健康関連QOL) <p>CAHPS=Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems EQ-5D=EuroQol five-dimensional questionnaire</p>

※医療の質指標基本ガイド (第1版) をもとに事務局作成

海外の患者経験調査（成人・入院患者の例）

患者中心性指標のうち、プロセス評価である「患者経験調査」について、以下の3か国の事例を情報収集した。

国	米国	英国	オーストラリア
参照元	https://www.ahrq.gov/cahps/index.html	https://nhssurveys.org/	https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/indicators-measurement-and-reporting/australian-hospital-patient-experience-question-set
調査名	Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS®)	NHS Patient Surveys	Australian Hospital Patient Experience Question Set (AHPEQS)
成人・入院患者を対象とした調査	HCAHPS®	NHS Inpatient Survey	AHPEQS
設問数	29（分岐質問、個人属性含む）	57（分岐質問、個人属性含む）	12（分岐質問含む）
設問の領域	（次スライド参照）		
日本語訳	日本語版HCAHPS®あり	なし	なし

(続き)

国	米国	英国	オーストラリア
成人・入院患者を対象とした調査	HCAHPS®	NHS Inpatient Survey	AHPEQS
設問の領域	看護師とのコミュニケーション 医師とのコミュニケーション 薬剤に関するコミュニケーション 病院職員の応答 退院情報 退院時に自分のケアを理解していた 院内環境の清潔度 院内環境の静粛性 病院の総合評価 病院の推奨度	入院 病院及び病棟 医師 看護師 あなたのケア・治療 手術・処置 退院 全体 あなたについて	1. 私の意見や懸念に耳を傾けてくれた 2. 私の個人的なニーズは満たされました 3. ニーズを満たすことができなかった場合、スタッフはその理由を説明しました（質問 2 が否定的に回答された場合にのみ適用されます）。 4. 気遣いを感じました 5. 私は自分の治療とケアに関する決定を下す際に、好きなだけ関与した 6. 自分の治療やケアについて、必要なだけ情報を提供してもらいました 7. スタッフが私の治療とケアについて互いに話し合っていたことは明らかでした 8. 私は自分のニーズに合った痛みの緩和を受けました 9. 入院中、自分の治療やケアが安全であると確信した 10. 治療やケアの結果として予期せぬ危害や苦痛を経験した 11. スタッフが私の危害または苦痛について話し合った（質問 10 が肯定的に回答された場合にのみ適用される） 12. 全体として、私が受けた治療とケアの質は（とても良い、良い…）

QI標準化部会の意見

○患者経験調査について

- 患者経験調査は満足度比べて知名度が低かったが、近年は、さまざまな設定に対応した尺度が開発・検証・論文化されている。日本で患者経験がなじまない特殊な理由があるわけではないと思う。
- 患者がどのようなケアを受けたのか直接聞くこと（患者経験調査）を中心に検討することとしてはどうか。

○健康関連QOL指標について

- 健康関連QOL指標はアウトカムであり、患者の基礎状態に影響を受けてしまうため、標準的に測ることが難しい。

○今後の進め方について

- すでに開発された調査票を利用するのか、それらを参考に新たなものを開発するのかで進め方は大きく異なる。今後の議論の方向性を固めるべき。

検討事項 QI標準化部会での検討内容について

1. 医療の質可視化プロジェクトにおけるデータのフィードバック方法について

- データのフィードバック方法として、匿名化した計測データ（生データ）の提供の案が挙がっている。匿名化した計測データをフィードバックすることで、各施設での分析の自由度が得られる一方、分析作業の負担になるなどの懸念もある。当該データの取扱いについて、ご意見を伺いたい。

2. 患者中心ケアの検討の進め方について

- 患者中心ケアを可視化する具体的な方法として、プロセス評価である「患者経験調査」に関する情報を収集・整理することとしてはどうか。
 - 厚生労働科学研究でも患者経験調査が取り上げられており、研究概要をヒアリングするなど、勉強会を開催し情報収集してはどうか。
 - その他、収集すべき情報等があればご教示願いたい。
- 健康関連QOL指標はアウトカム指標であり、患者の基礎状態の影響を受けるため、標準化や改善の観点からは扱いが難しい。今回の検討のスコープ外としてはどうか。

2. 各部会の検討状況について（QI活用支援部会）

- ①収集事例を用いた成功要因分析
- ②質改善ツールキットの普及・促進
- ③パイロット協力病院へのフォローアップの実施

報告事項①収集事例を用いた成功要因分析

目的	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もち、自主的な改善活動へとつなげる
作成方法	昨年度、事例をご提供いただいた25病院（改善チーム）より、1～2病院を対象にインタビューを行い、事例の掘り下げをする。 〈 インタビュー項目（案） 〉 ① 改善活動のきっかけ ② 管理者のリーダーシップや関与 ③ 指標の設定・計測体制 ④ 改善チームの編成とマネジメント ⑤ 改善へのモチベーション維持 ⑥ 改善活動の継続性 ⑦ その他、病院が考える改善活動成功のポイント
アウトプットイメージ	● 事例及びインタビューをとりまとめた報告書を作成する。 ● 本成果物は、事業オフィシャルサイトへ公開する。
実施時期	11月～12月頃 ※インタビュー病院のご都合や医療情勢に配慮して実施する。

参考：2021年度 収集事例一覧（25病院50事例）

#	病院名	事例タイトル (改善課題、使用した指標、など)	病床規模	医療安全に寄与した事例	患者の意見が取り入れられたことにより改善につながった事例	多職種チームで質改善が進められた事例	診療・ケアのパフォーマンスが向上し、かつコスト面にも影響があった事例	その他
1	医療法人大誠会内田病院	膀胱留置カテーテル抜去	100床未満			○		
2	鶴巻温泉病院	病院信頼度	500床以上		○			
3	美原記念病院	身体抑制	100床以上 200床未満	○				○
4		薬剤費削減					○	
5		リハ病棟運営					○	
6	静岡市立静岡病院	入院患者の転倒・転落発生率	500床以上	○		○		
7	済生会熊本病院	重要画像症例における7日以内の患者対応実施率	400床以上 500床未満				○	
8	※病院名未公表	CT所見開封率	100床以上 200床未満	○		○		
9	済生会今治病院	トリアージ加算	100床以上 200床未満				○	
10		透析予防外来拡大	100床以上 200床未満			○	○	
11	済生会滋賀県病院	院内急変の急変予知・早期対応	300床以上 400床未満	○		○	○	○
12	済生会新潟病院	特別食割合	400床以上 500床未満			○	○	

(続き)

#	病院名	事例タイトル (改善課題、使用した指標、など)	病床規模	医療安全に寄 与した 事例	患者の意見が 取り入れられ たことにより 改善につな がった事例	多職種チーム で質改善が進 められた事例	診療・ケアの パフォーマンスが向上し、 かつコスト面 にも影響が あった事例	その他
13	済生会奈良病院	残置薬に関して	100床以上 200床未満		○			
14		大腸内視鏡検査の入院準備に関して			○			
15		転倒転落に関して		○				
16	伊勢赤十字病院	血液培養2セット以上採取率	500床以上			○		
17	芳賀赤十字病院	レベル0のインシデントレポート提出 件数の増加	300床以上 400床未満	○				
18	北見赤十字病院	1,000入院あたりの予期せぬ心停止 (DNAR以外)	500床以上	○				
19		食事開始に伴う誤嚥性肺炎の院内発症 (1000入院あたり)				○		
20	庄原赤十字病院	全体のインシデントにおけるインシデ ント0レベル報告の割合	300床以上 400床未満	○				
21	松山赤十字病院	HCUラウンド実施率、他	500床以上			○		
22	福岡赤十字病院	予定入院・入院中患者の当日15時ま での指示・オーダー実施率	500床以上					○
23	市立千歳市民病院	褥瘡推定発生率	100床以上 200床未満			○		
24	春日井市民病院	肺血栓塞栓症の予防対策実施率	500床以上			○	○	

(続き)

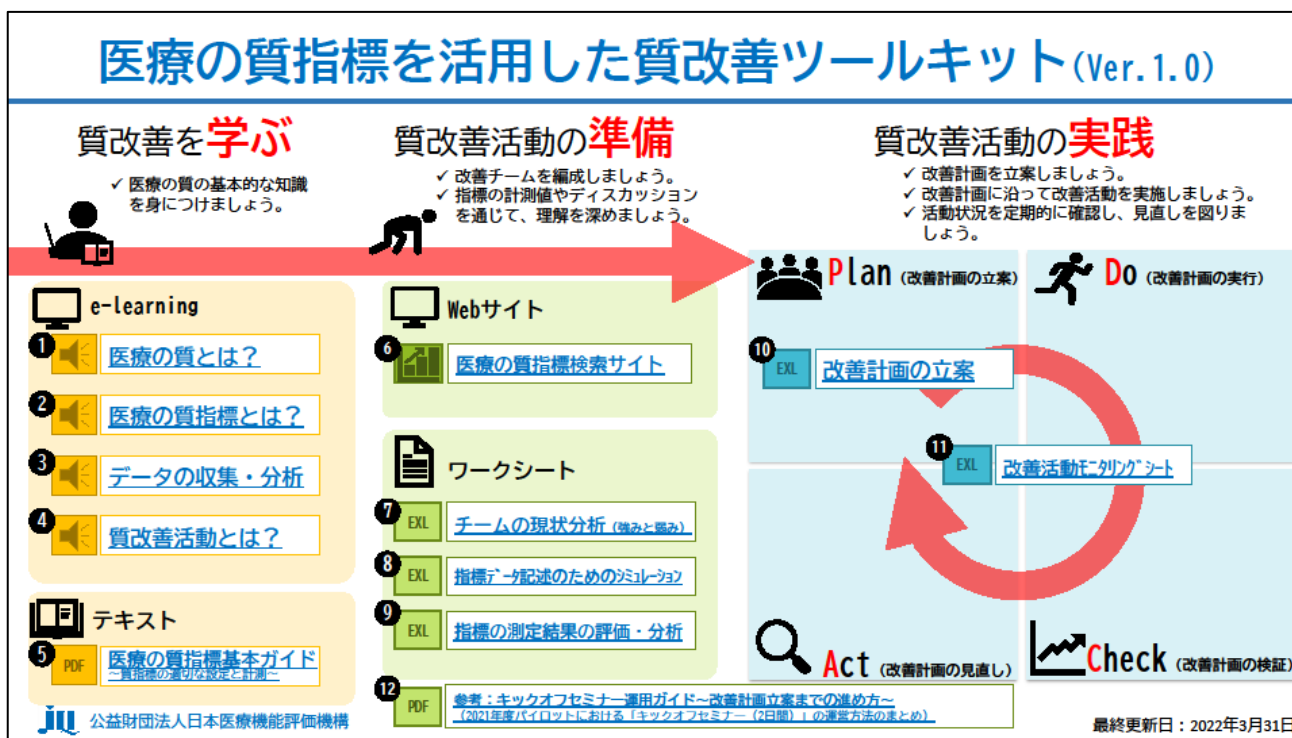
#	病院名	事例タイトル (改善課題、使用した指標、など)	病床規模	医療安全に寄与した事例	患者の意見が取り入れられたことにより改善につながった事例	多職種チームで質改善が進められた事例	診療・ケアのパフォーマンスが向上し、かつコスト面にも影響があった事例	その他	
25	静岡県立総合病院	睡眠薬使用適正化	500床以上	○		○	○	○	
26	長崎県精神医療センター	医療安全研修参加率	100床以上 200床未満	○					
27	八尾市立病院	がん患者サポート率	300床以上 400床未満					○	
28		薬剤管理指導料1・2算定割合					○	○	
29	彦根市立病院	がん患者サポート率	400床以上 500床未満			○	○		
30		せん妄ハイリスク加算率		○					
31		脳梗塞入院1週間以内のリハ強度					○	○	
32		悪性腫瘍症例における入退院支援加算の実施率					○	○	
33		外来がん化学療法を受ける患者の病薬連携実施割合					○	○	
34		患者支援の機能別分類における情緒的サポートの件数割合							○
35		逆紹介率						○	○
36		紹介率						○	○
37		診療報酬取組63項目のうち重点7項目の算定金額割合				○	○		

(続き)

#	病院名	事例タイトル (改善課題、使用した指標、など)	病床規模	医療安全に寄 与した 事例	患者の意見が 取り入れられ たことにより 改善につな がった事例	多職種チーム で質改善が進 められた事例	診療・ケアの パフォーマンスが向上し、 かつコスト面 にも影響が あった事例	その他	
38	彦根市立病院	大腿骨骨折地域連携パス利用者	400床以上 500床未満			○			
39		地域救急貢献率						○	
40		在院日数60日以上の患者の割合				○	○		
41		転倒転落件数（3b以上の報告）		○		○			
42		特定薬剤における血中薬物濃度実施率				○	○		
43		14日以内の認知症ケア加算の実施率				○	○	○	
44		排尿ケアチーム介入患者の退院後の下部尿 路機能障害の改善率				○	○	○	
45		入院患者における薬剤管理指導の実施率					○	○	○
46		薬剤総合評価調整加算算定率					○	○	
47		褥瘡推定発生率							○
48	京都医療センター	脳卒中(脳梗塞)の診療・ケアの改善	400床以上 500床未満	○		○	○	○	
49	行岡病院	THA・BHAの診療・ケアの改善	300床以上 400床未満			○			
50	倉敷中央病院	脳卒中(脳梗塞)の診療・ケアの改善	400床以上 500床未満			○			

報告事項②質改善ツールキットの普及・促進

- QI活用支援部会では、昨年度実施したモデル事業（パイロット）にて使用したe-learningコンテンツやワークシートなどを取りまとめた「質改善ツールキット」を作成し、事業オフィシャルサイトへ公開をした。
- 本ツールキットを広く医療現場でご活用いただきたいため、すでに指標計測に取り組まれている各協力団体のQI事業のご参加病院様への周知にご協力をいただきたい。



参考：質改善ツールキット コンテンツ一覧

#	フェーズ	形態	コンテンツ
①	質改善を学ぶ	e-learning	医療の質とは？(医療の質とその評価) ／講師：尾藤 誠司(QI活用支援部会 部会長)
②			医療の質指標とは？(医療の質指標の基礎知識) ／講師：猪飼 宏(QI活用支援部会 部会員)
③			データの収集・分析 ／講師：荒井 康夫(QI活用支援部会 部会員)
④			質改善活動とは？(医療の質の改善に関する基礎知識) ／講師：本橋 隆子(QI活用支援部会 部会員)
⑤		テキスト	医療の質指標基本ガイド
⑥	質改善活動の準備	Webサイト	医療の質指標検索サイト
⑦		ワークシート	チームの現状分析(強みと弱み)
⑧			指標データ記述のためのシミュレーション
⑨			指標の測定結果の評価・分析
⑩	質改善活動の実践	ワークシート	改善計画の立案
⑪			改善活動モニタリングシート
⑫		テキスト	キックオフセミナー運用ガイド～改善計画立案までの進め方～

報告事項③パイロット協力病院へのフォローアップの実施

- 昨年度、パイロットへご協力いただいた21病院を対象に、フォローアップを実施する。
- なお、各病院の協力については任意とする。

目的	協力病院における質改善活動の状況(活動の継続、院内への展開等)を調査し、今後の事業運営に参考とする。
対象	パイロット協力病院 管理者層(病院長、など)
実施方法	パイロット時のご連絡担当者へメールにて案内を送り、Webアンケートにて回答する。
回答期間	10月中
質問内容	<ol style="list-style-type: none">1. パイロットにご協力いただいた改善チームの現況について →改善活動が続いているか。／ 継続の上での課題はあるか。2. 疾患テーマ以外での改善活動の展開について →診療科・部門と改善活動の内容3. 質指標の活用を進めていくうえでの課題や支援要望について

3. 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)

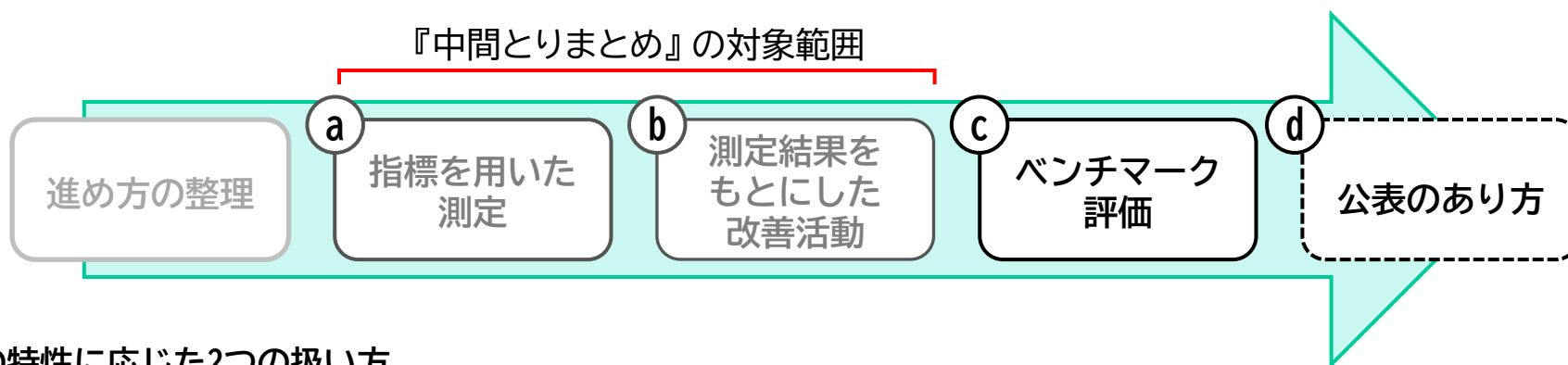
- ①医療の質指標の整理について
- ②医療の質指標の活用状況に関する実態調査について

①医療の質指標の整理について

質指標の標準化に向けた検討の流れ

- 医療の質指標の標準化については多様な意見があることから、慎重かつ丁寧な議論とするため、4つの論点(a)指標を用いた測定, b)測定結果をもとにした改善活動, c)ベンチマーク評価, d)公表のあり方)を順に検討している。
- a)b)の検討では、質改善目的で指標を活用するためには指標設定の自由度が必要であるとの意見があった。一方、c)では、ベンチマーク評価は質改善活動の更なる充実を目的とし、可能な限り測定方法は共通化するとしており、質指標の特性に応じた扱いを整理する必要がある。

医療の質指標等の標準化・公表のあり方」に関する検討



質指標の特性に応じた2つの扱い方

a)b)	<ul style="list-style-type: none">• 基本的な質指標が数多く存在するなか、各医療機関の状況において指標の多少なモディファイはせざるを得ないのではないか、手本となるような形を標準化と捉えていくことでよいのではないか。• 改善が目的であれば自主性が重要なキーワードであるので、自由度も必要である。(中間とりまとめ)
c)	<ul style="list-style-type: none">• ベンチマーク評価の目的：自主的な質改善活動の更なる充実• 全国の医療機関が自施設の位置づけを把握できるよう、可能な限り測定方法は共通化する(質指標の狙い, 分母・分子・除外要件等, 使用するマスターデータなど)。(第8回協議会)

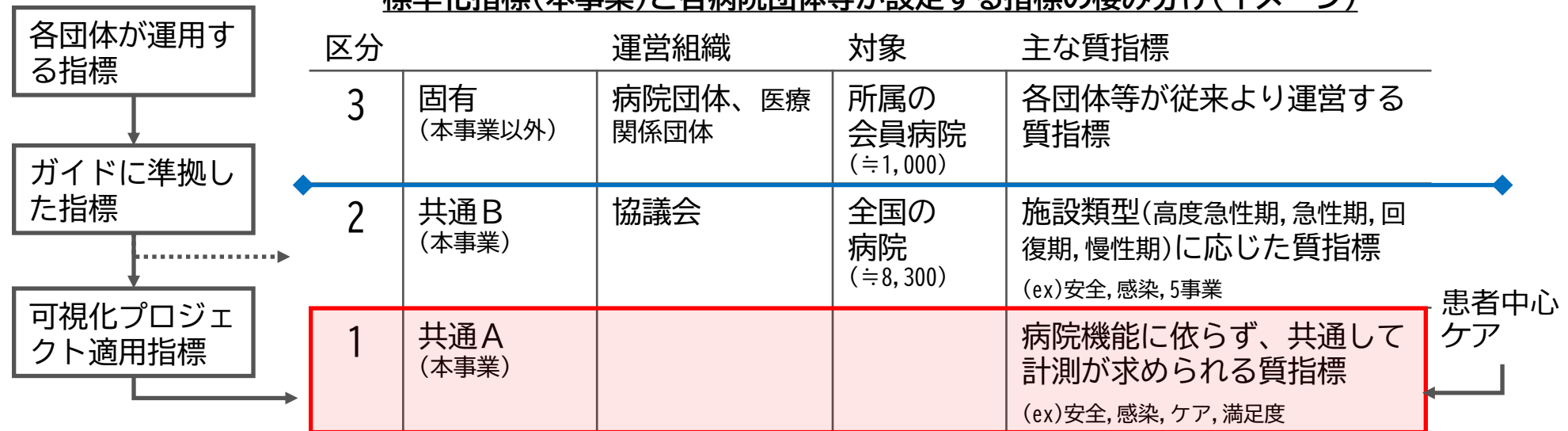
医療の質指標の整理について(案)

第11回運営委員会資料より(抜粋・改変)

- 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。
- 検討においては、これまでの既存の取組を最大限に活かすこと、また質指標の活用目的は改善であることを前提としている。この前提のもと、本事業で扱う質指標と各病院団体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)と各病院団体が設定する指標の棲み分け(イメージ)



【第11回本会での意見】

- 共通Bの部分は、高度急性期、急性期、回復期、慢性期という施設類型は明確な医学的な根拠に基づく分類ではない。これを現時点で区分すると、指標側から病院のランクづけを行うという流れが生じるのではないかと危惧する。どのような医療を提供しているのかという、医療の本質の内容に沿って区分すべきではないか。

QI標準化部会の意見

○ 基本的な枠組みについて

- 枠組みは3階層でよいのではないか。対象疾患・集団に応じた指標群を設定する必要があると思うので、区分1とは別に、区分2として扱うことがよいのではないか。
- 協議会の事業対象は区分1・区分2であり、区分3は不要ではないか。
- 今後様々な指標が作成されることを考えると、それらの指標の居場所を設けるという意味で区分3を残しておくとうよいのではないか。

○ 区分2の分類について

- 区分1は病院機能、区分2は病棟機能と考えてはどうか。
- 区分2は、OECDのHCQIプロジェクトの概念フレームワーク（予防、急性期、慢性期緩和ケア）の4区分を使用してはどうか。

○ その他

- 同じ指標なのに、機能によって求められるレベルが変わるのはよくない。
- ベンチマークを行うためには、本来は、中央集計が望ましい。

検討事項：3階層モデルの枠組みについて

- 共通の定義・計測方法で全国の病院が一斉に計測するための質指標を整理する目的で、3階層の枠組み（#38スライド）を考案したので、ご意見をいただきたい。
 - 本事業が取り扱う指標（共通）と、各施設・団体が固有に設定する指標（固有）に区分することとしてはどうか。
 - 本事業が取り扱う指標（共通）について、さらに「病院機能に依らず共通して計測が求められる質指標（共通A）」と、「施設類型に応じた質指標（共通B）」に区分してはどうか。
 - ただし「共通B」に対し、協議会で慎重な意見があったことを踏まえ、3区分がよいか、2区分でよいかについてもご意見をいただきたい。

参考)共通Q I セット (23種類36指標) → (14種類19指標)

#	指標名	#	指標名	#	指標名			
1	患者満足度	入院患者満足度 (*1)	9	がん	麻薬処方患者における痛みの程度の記載	17	チーム医療	栄養指導
2		外来患者満足度	10	急性心筋梗塞	急性心筋梗塞患者におけるアスピリン投与	18	病院全体	手術患者での肺血栓栓塞症予防・発生率
3	職員満足度	職員満足度	11		Door-to-Balloon	19		30日以内の予定外再入院率
4	医療安全	転倒・転落発生率 (*2)	12	脳卒中	早期リハビリテーション	20		職員の予防接種率
5		インシデント・アクシデント発生率	13	肺炎	誤嚥性肺炎患者に対する咽頭ファイバースコープあるいは嚥下造影検査の実施率	21		高齢者における事前指示(ACP)
6		褥瘡発生率	14	糖尿病	血糖コントロール	22	感染管理	広域抗菌薬使用時の血液培養)
7		中心静脈カテーテル挿入時の気胸発生率	15	抗菌薬	予防的抗菌薬の投与	23	地域連携パス	地域連携パス使用率(*3)
8	がん	がん	16	チーム医療	服薬指導			

共通QIセット

新共通QIセット

- (*1)・総合満足度
 - ・痛みのコントロール、処置
- (*2)・転倒・転落
 - ・転倒・転落3b以上
- (*3)・脳卒中
 - ・大腿骨頸部骨折

厚生労働行政推進調査事業補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）総合研究報告書
 「医療の質評価の全国展開を目指した調査研究（研究代表者 福井次矢）
https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202022021B-sogo.pdf

参考：ベンチマーク評価の目的と取扱い

第8回運営委員会資料より（抜粋・改変）

第7回協議会で、ベンチマーク評価の目的及び取扱いについて了承いただいた。一部文言修正を指摘いただき、以下のとおり変更をしたので確認いただきたい(朱書部分)。

ベンチマーク評価の目的

自主的な質改善活動の更なる充実のために、

- 自施設の位置づけを把握する(≒改善に向けたモチベーションを高めること)。
- 高いパフォーマンスを発揮する他施設の取組を知る契機とする。
- 質向上に向けた組織のガバナンス及び管理者のリーダーシップを強化する。

※修正前：組織の質に関するガバナンス及び管理者のリーダーシップを強化する。

ベンチマーク評価の本事業における取扱い

- 全国の医療機関が自施設の位置づけを把握できるよう、可能な限り測定方法は共通化する(質指標の狙い, 分母・分子・除外要件等, 使用するマスターデータなど)。
- 現在検討するガイドをもとに、ガイドに準拠した指標を当事業の例示指標(モデル指標)として策定し、広く全国の医療機関に提供する。
- また、今後は施策であるP D C A事業において例示指標を活用し、事業の一環としてベンチマーク評価を実施する。
- なお、ベンチマーク評価は自主的な質改善活動のための方策であり、病院間の比較・ランク付けではないことに留意する。

②医療の質指標の活用状況に関する 実態調査について

医療の質指標の活用状況に関する実態調査

- 第11回本会において、「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。**」との問題提起を行い、承認された。
- 本件について、QI活用支援部会において検討を行った際、「計測の阻害要因だけではなく、**質指標の活用の障害は何か、**まで広げた調査が望ましいのではないか」との議論があり、以下のような調査を検討している。

目的	医療の質指標の活用状況を調査し、なぜ、医療機関で質指標の活用が進まないのかを把握する。
実施方法	<ul style="list-style-type: none">・ 質指標活用に取り組んでいない病院（約7,000病院）を対象にした<u>フォーカスグループインタビュー</u>を行う。・ 病院は、医療の質可視化プロジェクト参加病院の中から、<u>協力団体のQI事業に参加していない病院をピックアップし、協力を要請する。</u>
実施期間	11～12月頃実施 ※実施スケジュールなどは今後部会で検討する

4. 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～

日時 2022年7月30日(土)13:30～15:00

開催形式 Web開催(YouTubeライブ配信)

参加対象 全ての医療関係者

最大同時視聴数
／申込数 **1,090名**／**2,105名** ※参考：前回参加者数 822名

来賓挨拶／矢野 好輝

趣旨説明「医療の質を可視化し質向上へ」／楠岡 英雄

プログラム
・ 演者(敬称略) 講演「医療の質向上を目指して」／相澤 孝夫

鼎談「質向上に向けた可視化の重要性」

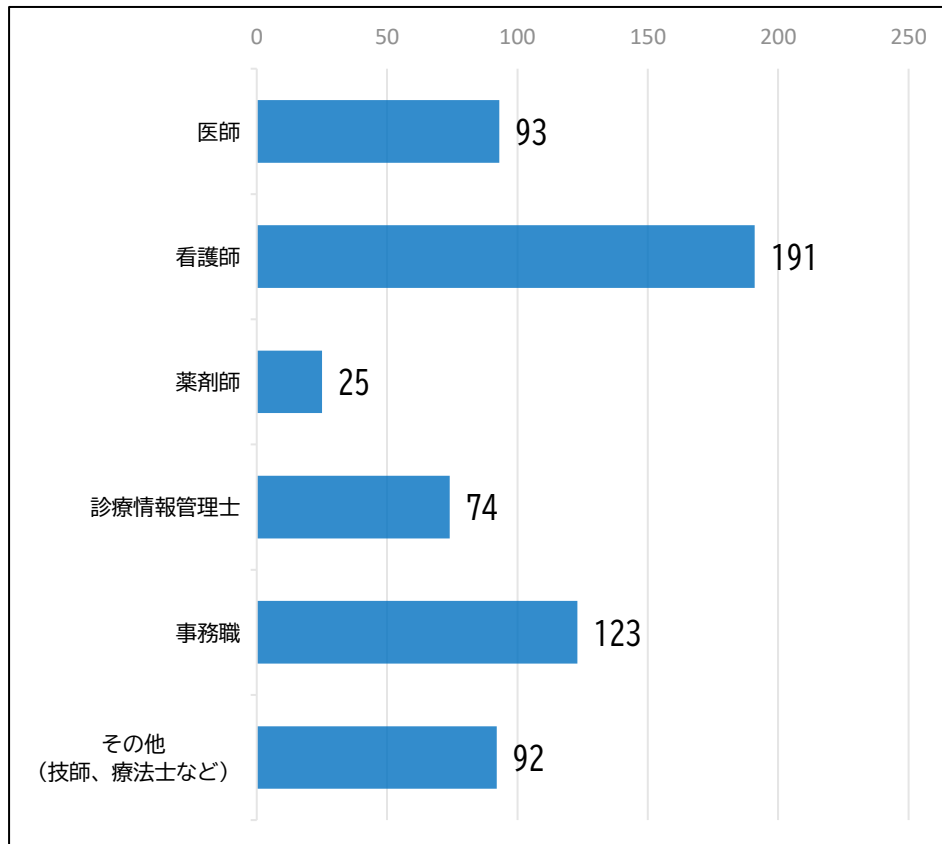
<座長>楠岡 英雄

<出演者>相澤 孝夫、小平 奈緒

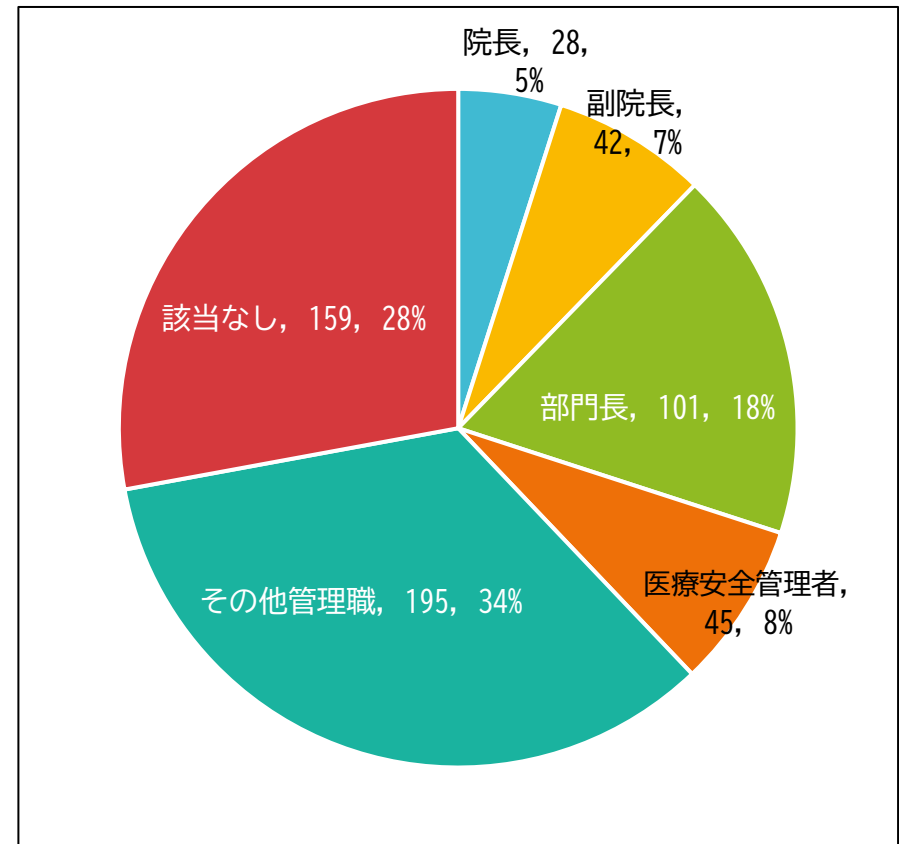
アンケート結果①回答者属性

(N=570)

職種構成 (複数回答)

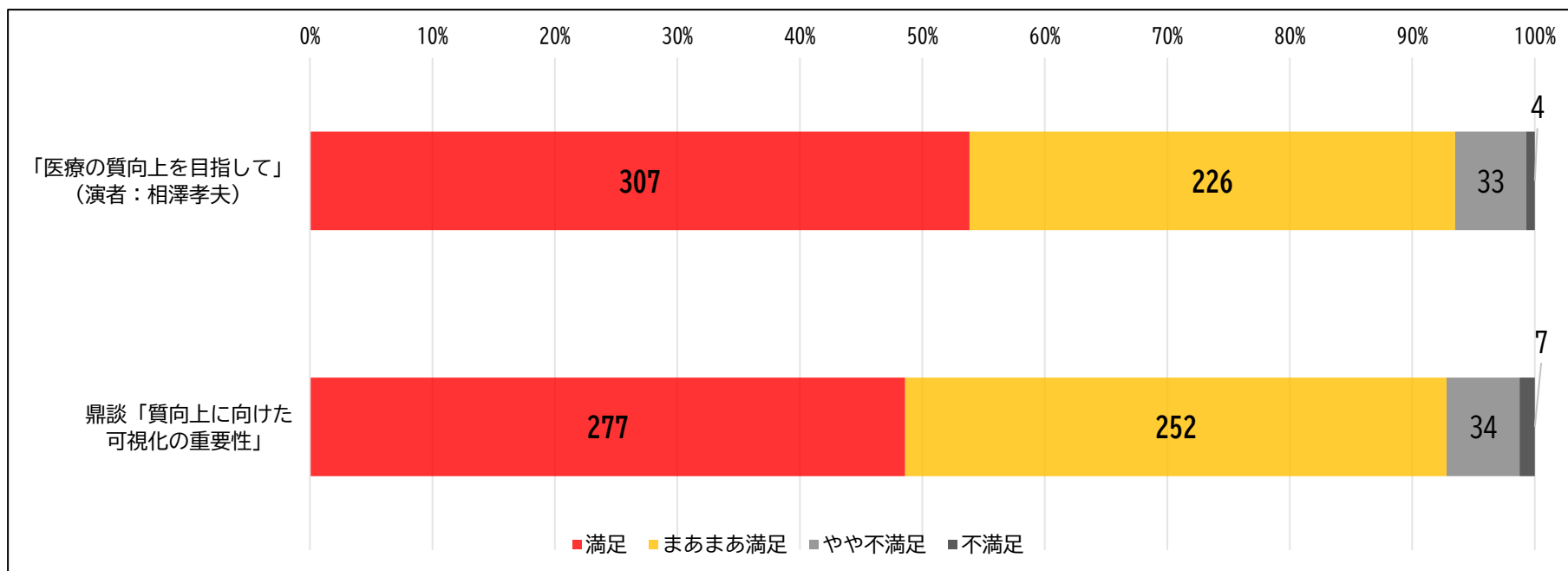


役職構成



アンケート結果②プログラムの満足度

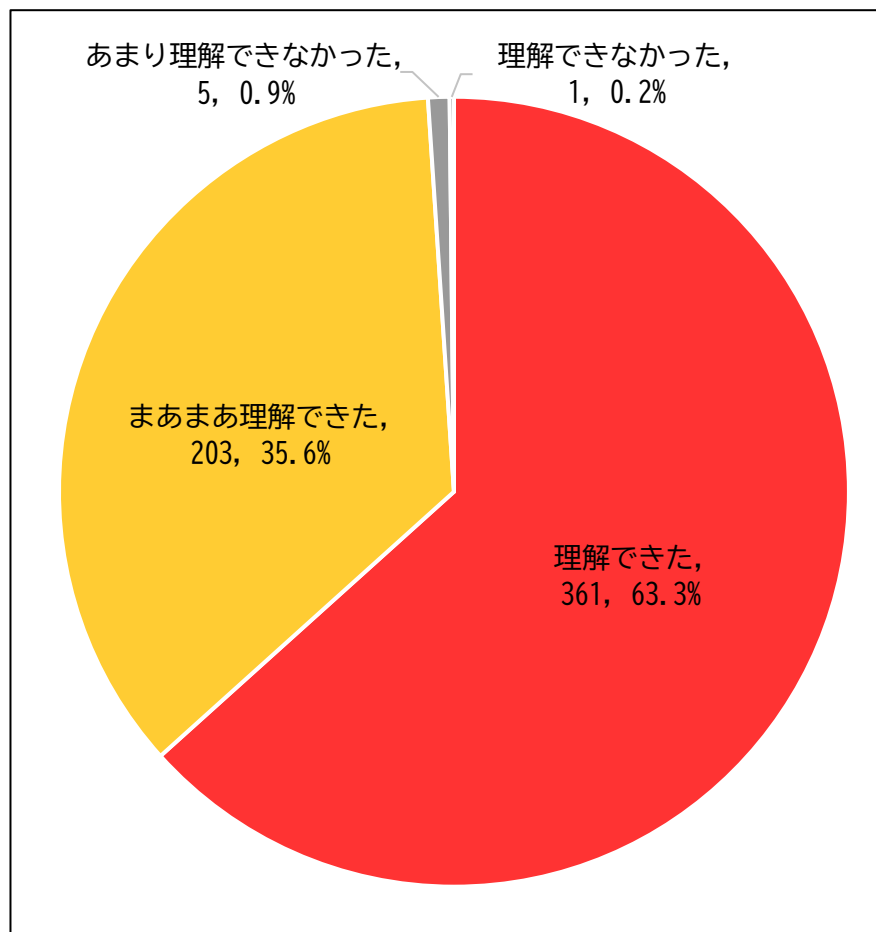
(N=570)



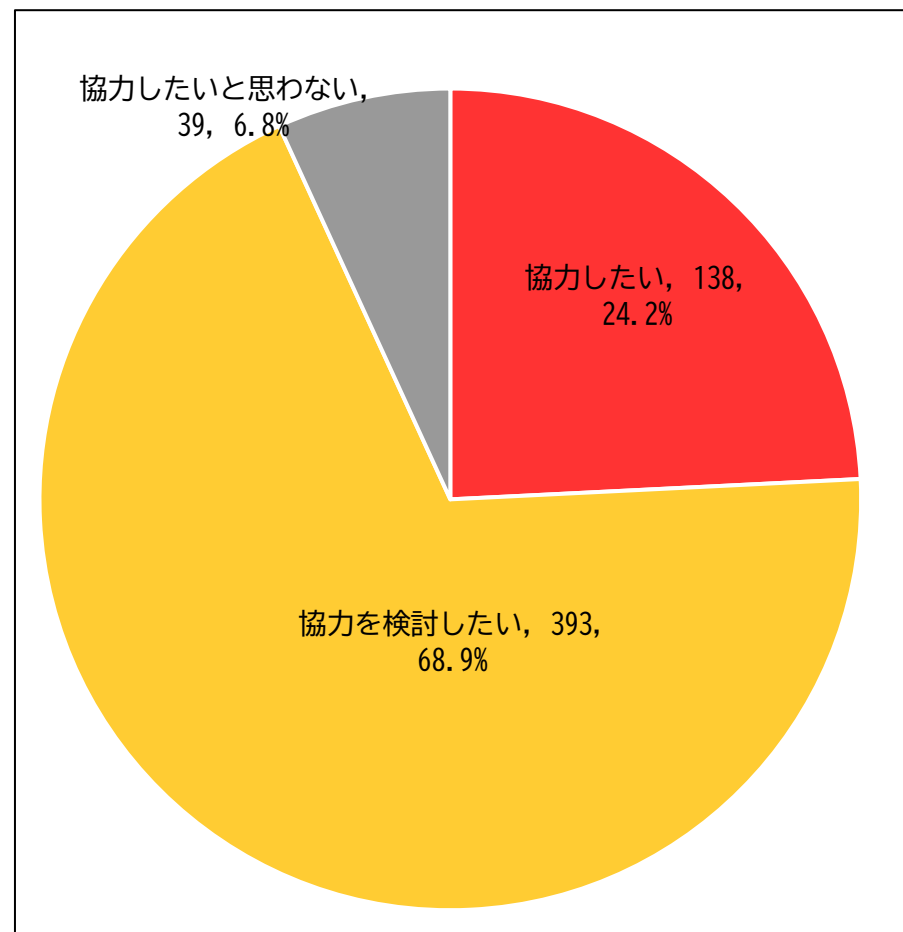
アンケート結果③医療の質可視化プロジェクトについて

(N=570)

本日のコンソーシアムに参加し、
医療の質の可視化の重要性について理解できたか。

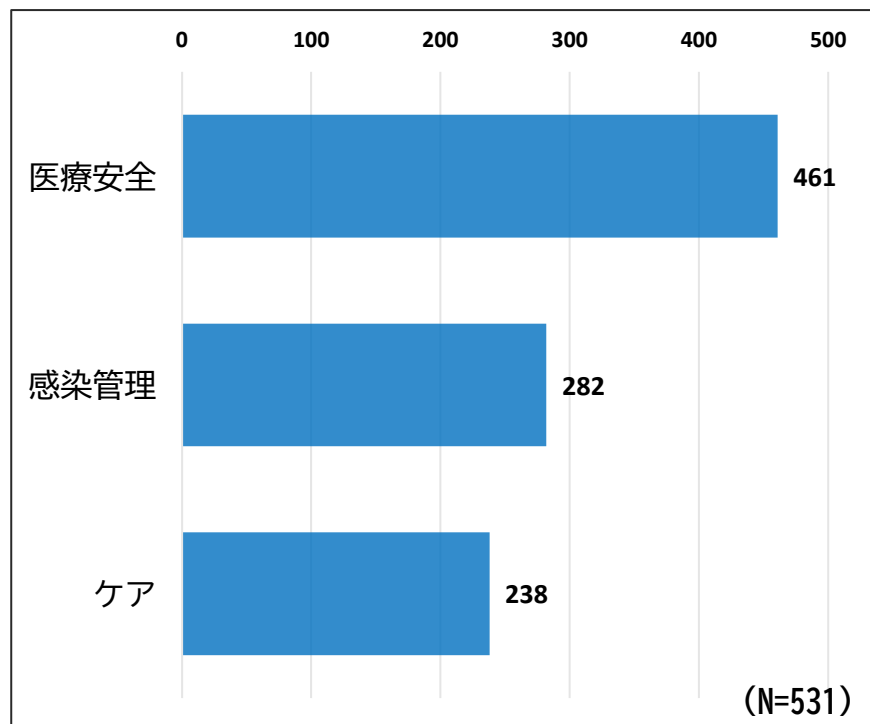


「医療の質可視化プロジェクト」について
どう思われるか？

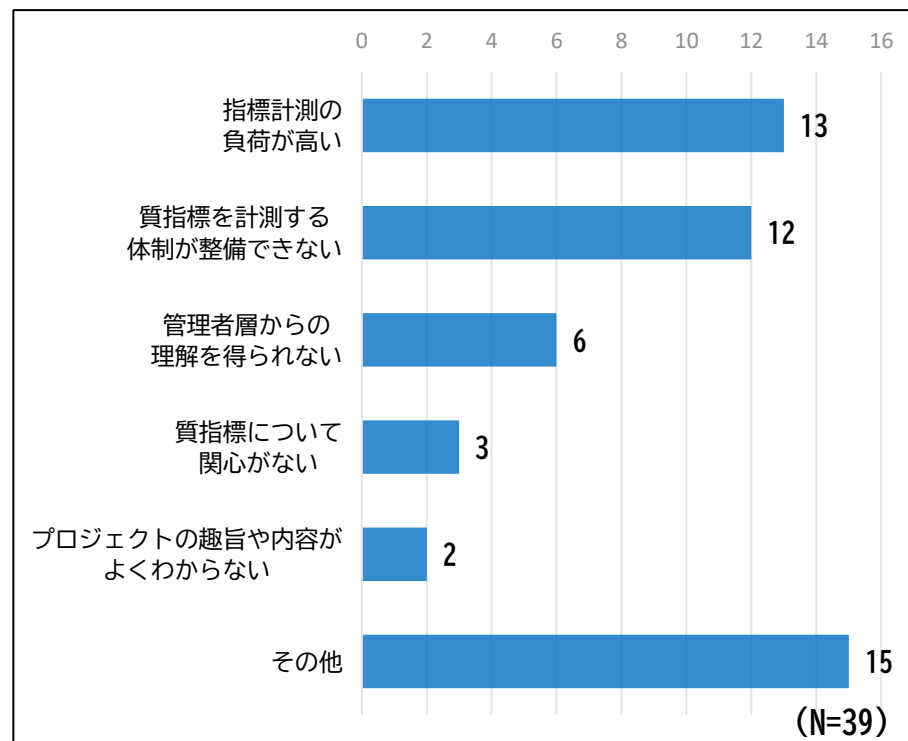


アンケート結果④医療の質可視化プロジェクトについて

前問で「協力したい/協力を検討したい」を選択した方
関心の高いテーマ(複数回答)



前問で「協力したいと思わない」を選択した方
「協力したいと思わない」理由(複数回答)



※「その他」の理由

- (コロナ禍などを理由に) 協力する余裕がない
- すでに他団体等を通じて指標計測に取り組んでいる、など

アンケート結果⑤感想・要望

感想

- 数値で見える化するだけでなく、「ちょっと背伸びすれば達成できる」適切な目標を設定することが大事という相澤先生のお話、自分の感覚を言語化して客観的に見られるようになるという小平選手のお話が印象に残った。
- 多職種チームでベクトルをともにした医療の質評価は、とても意義がある。小さな施設でも取り組める独自の評価指標を決めて、職員全体で確認できるように協力したい。
- 質改善を組織全体で行いたいが、「これまで通り」という文化をどう変化させていくか苦慮している。小さな成功体験の積み重ねをコツコツと進めていき、成長できる楽しさや「できた」という実感を提供する機会を設けていきたい。
- 目標指数設定が目標ではなく、業務改善に取り組むプロセスが重要である。そのプロセスの中で質の可視化を取り入れていく重要性も理解できた。患者・家族そして職員目線での取り組みが見える化しながら進めていきたい。

要望

- 現場に対しては結果にこだわらず「良いデータ」ではなく「正確なデータ」を出すこと、経営陣に対しては、QIを病院の現状可視化ツールとしての必要性をテーマとしてほしい。
- QIを設定・可視化している医療機関がより評価される診療報酬制度の設計となるように引き続き働きかけてほしい。
- 臨床評価指標そのものの質（妥当性や根拠）の向上について、ガイドラインの改訂、レセプトやDPCデータから取得するデータの限界などをどのように考慮され、ブラッシュアップされているかを知りたい。
- 全くQIに興味のない人達に興味をもってもらうアプローチを知りたい。

ご相談事項

1. 成功要因分析にご協力をいただき、病院への打診について

- 昨年度ご提供いただいた事例の中からいくつかの病院（改善チーム）にインタビューを行い、事例の深堀を行いたい。
- そこで、ご提供いただいた病院に対し、ご協力の可否についてご確認をお願いしたい。

2. 「質改善ツールキット」の周知のご協力について

- QI活用支援部会では、昨年度実施したモデル事業（パイロット）にて使用したe-learningコンテンツやワークシートなどを取りまとめた「質改善ツールキット」を作成し、事業オフィシャルサイトへ公開をした。
- そこで、本ツールキットの医療現場での活用を促進するため、各協力団体のQI事業にご参加をいただいている病院様に、是非ご使用いただきたく、周知にご協力をいただきたい。

詳細は後日、各協力団体事務局様を通じてご案内、ご相談する予定である。