

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13回 運営委員会 (医療の質向上のための協議会)

2022年12月1日(木)14:00 ~ 16:00  
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	
2 岡田 千春	独立行政法人国立病院機構	審議役	(委任状)	
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	出	
6 進藤 晃	公益社団法人 全日本病院協会	東京都支部長	出	
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	出	
11 原 義人	公益社団法人全国自治体病院協議会	副会長	出	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	(委任状)	
14 松原 為人	全日本民主医療機関連合会	理事	出	
15 岩澤 由子	公益社団法人 日本看護協会 医療政策部	部長	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	欠	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	欠	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		欠
24	高田 大輔	医療機能情報分析専門官		欠
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	中田 祐太	評価事業推進部企画課 主任	出	
35	浅野 由莉	評価事業推進部	出	

# 議事次第

1. 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
2. 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)
3. その他

# 1. 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

- ① モデル事業(医療の質可視化プロジェクト)について
- ② 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について

# 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の概要

目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>①多くの病院に計測活動を継続的に行っていただく。</li> <li>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。</li> <li>③他施設との比較を通じて質改善活動を動機づける。</li> </ul>			
対象病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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)</li> <li>○ 募集数は700病院を目安</li> <li>○ 募集期間…第1期：7/1～8/31、第2期：9/12～11/30</li> </ul>			
実施期間	2022年9月1日～2023年3月31日			
テーマ・指標	<ul style="list-style-type: none"> <li>①医療安全：転倒・転落(件数)、転倒・転落(3b以上)、肺塞栓の予防(リスクレベル「中」以上)</li> <li>②感染管理：血培2セット、広域抗菌薬使用時の細菌培養、予防的抗菌薬投与</li> <li>③ケア：褥瘡発生(d2以上)、入院早期の栄養ケア(65歳以上)、身体抑制</li> </ul>			
データ収集・フィードバック		計測期間	データ提出日	フィードバック
	1回目	2021年10月1日～2022年3月31日	11月4日	11月30日
	2回目	2021年10月1日～2022年3月31日 2022年4月1日～2022年9月30日	2023年1月31日	2023年2月28日
フィードバック内容	全体分布及び基本統計量（施設数、平均値、最大値、四分位数、最小値）を示した「速報版」「確定版」および解説資料			

# 申込状況(2022.11.30時点)

a. 地域			b. 開設主体			c. 病床数			d. 施設基準						
	9/1	現在	差分		9/1	現在	差分		9/1	現在	差分		9/1	現在	差分
北海道・東北	43	63	+20	国	84	118	+34	99 <sup>-</sup>	26	45	+19	特定機能病院	15	35	+20
関東	110	187	+77	公的医療機関	90	151	+61	100-199	89	160	+71	地域医療支援病院	154	244	+90
中部・北陸	54	88	+34	社会保険関係団体	4	9	+5	200-299	52	87	+35	それ以外	193	330	+137
近畿	56	104	+48	医療法人	119	214	+95	300-399	66	91	+25				
中国・四国	48	80	+32	個人	2	2	0	400-499	45	82	+37				
九州・沖縄	51	87	+36	その他	63	115	+52	500 <sup>+</sup>	84	144	+60				
	362	609	+247		362	609	+247		362	609	+247		362	609	+247

e. 診療報酬加算取得状況						f. 団体等Q I 事業参加状況									
(医療安全)	9/1	現在	差分	(感染管理)	9/1	現在	差分	(ケア)	9/1	現在	差分		9/1	現在	差分
医療安全対策加算1	279	445	+166	感染対策向上加算1	222	361	+139	褥瘡ハイリスク患者ケア加算	187	298	+111	参加	236	381	+145
医療安全対策加算2	60	125	+65	感染対策向上加算2	54	96	+42	該当なし	175	311	+136	未参加	126	228	+102
該当なし	23	39	+16	感染対策向上加算3	61	112	+51								
				該当なし	25	40	+15								
	362	609	+247		362	609	+247		362	609	+247		362	609	+247



# 進捗状況(2022.12.1時点)

# プロジェクトの流れ	第1期 n=362病院	第2期 n=247病院
1 応募受付	7/1～8/31	9/12～11/30
2 計測手順書の配布	8/10	
3 キックオフ動画の配信	9/1～1月下旬	
4 事前アンケートの提出	9/1～9/30	12/1～12/30
5 計測・データ提出 (1回目)	9/1～10/31	申込日～10/31(任意)
5-1 フィードバック【速報】の配布 (1回目)	11/4	
5-2 フィードバック【確定版】の配布 (1回目)	11月下旬(30日予定)	
5-3 データ解説資料の配布 (1回目)	12月中旬(16日予定)	
6 計測・データ提出 (2回目)	11/1～1/31	申込日～1/31
6-1 フィードバック【速報】の配布 (2回目)	2月上旬	
6-2 フィードバック【確定版】の配布 (2回目)	2月下旬	
6-3 データ解説資料の配布 (2回目)	3月中旬	
7 イベント開催(医療の質向上のためのコンソーシアム)	未定	
8 事後アンケート	3月末	

# 計測・データ提出状況(確定版:11月4日までの提出分)

a. 地域			b. 開設主体			c. 病床数			d. 施設基準		
	提出数	割合		提出数	割合		提出数	割合		提出数	割合
北海道・東北	34	11.8%	国	38	13.2%	99 <sup>-</sup>	21	7.3%	特定機能病院	10	3.5%
関東	89	31.1%	公的医療機関	82	28.6%	100- 199	76	26.5%	地域医療支援 病院	113	39.4%
中部・北陸	38	13.2%	社会保険関係 団体	5	1.7%	200- 299	43	15.0%	それ以外	164	57.1%
近畿	47	16.4%	医療法人	107	37.3%	300- 399	46	16.0%			
中国・四国	34	11.8%	個人	2	0.7%	400- 499	34	11.8%			
九州・沖縄	45	15.7%	その他	53	18.5%	500 <sup>+</sup>	67	23.4%			
287 100.0%			287 100.0%			287 100.0%			287 100.0%		

e. 診療報酬加算取得状況						f. 団体等Q I 事業参加状況					
(医療安全)	提出数	割合	(感染管理)	提出数	割合	(ケア)	提出数	割合		提出数	割合
医療安全対策 加算1	215	74.9%	感染対策向上 加算1	173	60.3%	褥瘡ハイリスク 患者ケア加算	136	47.4%	参加	180	62.7%
医療安全対策 加算2	54	18.8%	感染対策向上 加算2	48	16.7%	該当なし	151	52.6%	未参 加	107	37.3%
該当なし	18	6.3%	感染対策向上 加算3	50	17.4%						
			該当なし	16	5.6%						
287 100.0%			287 100.0%			287 100.0%			287 100.0%		

# 計測・データ提出状況(確定版:11月4日までの提出分)

(n=287病院)

テーマ	指標ID	指標名	A期間		B期間		全期間	
			2021年10月1日～12月31日		2022年1月1日～3月31日		(A・B両期間提出)	
			計測病院数	計測率	計測病院数	計測率	計測病院数	計測率
医療安全	MSM-01	入院患者の転倒・転落発生率	286	99.7%	283	98.6%	283	98.6%
	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	284	99.0%	281	97.9%	281	97.9%
	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	211	73.5%	207	72.1%	206	71.8%
感染	IFC-01	血液培養2セット実施率	251	87.5%	250	87.1%	248	86.4%
	IFC-02	広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培養実施率	249	86.8%	248	86.4%	246	85.7%
	IFC-03	手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率	198	69.0%	198	69.0%	197	68.6%
ケア	CRM-01	d2(真皮までの損傷)以上の褥瘡発生率	265	92.3%	263	91.6%	262	91.3%
	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	228	79.4%	225	78.4%	225	78.4%
	CRM-03	身体抑制率	226	78.7%	223	77.7%	223	77.7%

## ②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について

# 成功要因分析・質指標の活用の実態調査の整理

- これまでの協議会の議論において、「なぜ、質指標の活用がうまくいったのか（成功要因分析）」及び「なぜ質指標の活用が進まないのか（質指標の活用実態調査）」の2つのQuestionが立てられ、QI活用支援部会において調査することとしている。
- これらは、共通の目的（医療の質指標を活用した改善活動に取り組まれていない病院への活動の普及・促進）に対して、ポジティブな面とネガティブな面からアプローチする方法論であり、進め方に整理が必要ではないか、との問題提起が部会にて挙げられた。

## 医療の質指標を活用した改善活動

### Question.1

なぜ質指標の活用が  
うまくいったのか  
(成功要因分析)



指標計測

+

改善活動  
(PDCA)



### Question.2

なぜ質指標の活用が  
進まないのか  
(質指標の活用実態調査)

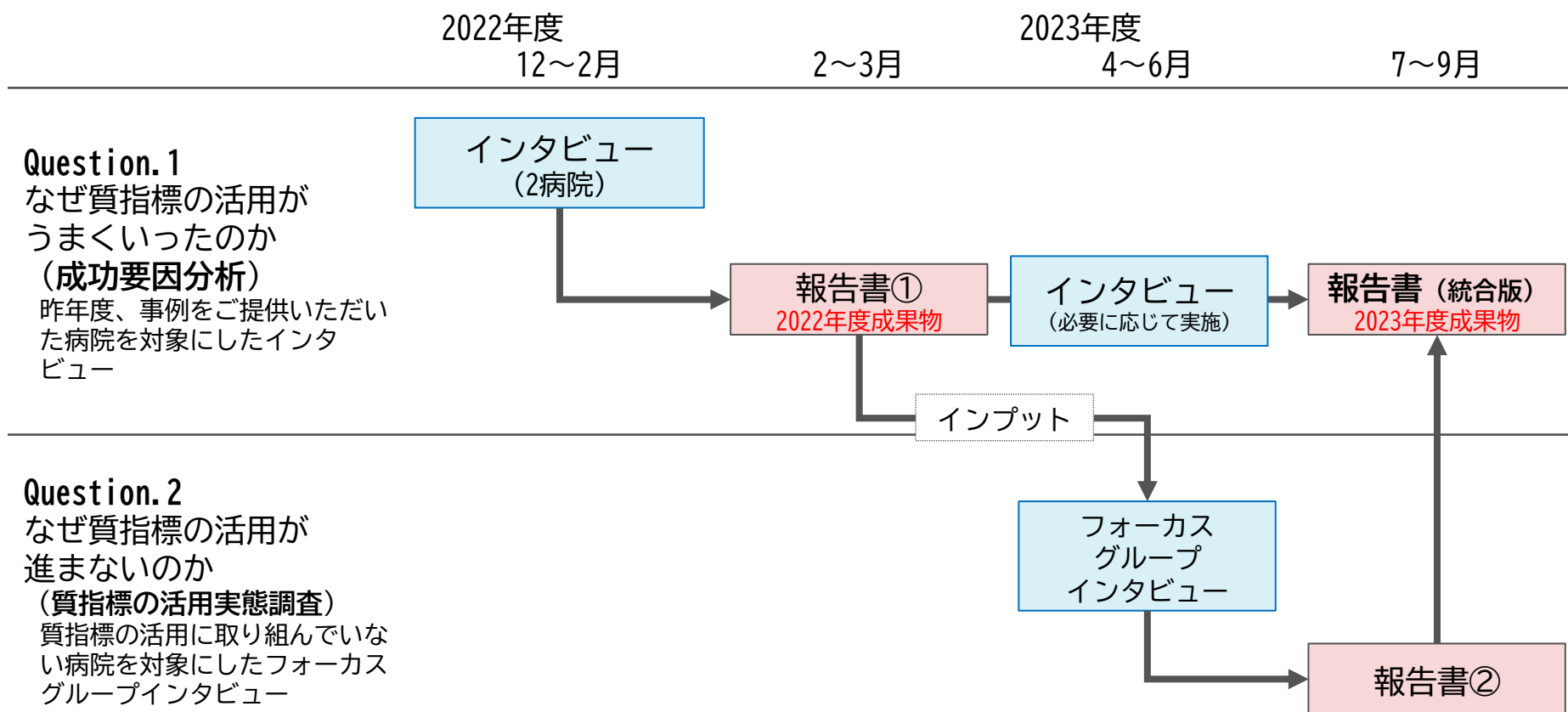


〈 成果物 〉

医療の質指標を活用した改善活動の実態報告書  
(成功のノウハウとバリア)

# 実施の流れ

- 今年度は、「なぜ、質指標の活用がうまくいったのか（成功要因分析）」から着手し、取りまとめることを目標とする。
- 次年度、必要に応じて追加のインタビューを実施し、併せて質指標の活用実態調査を行う。



# 成功要因分析（インタビュー）実施概要

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ため
実施方法	<p>○ 事例をご提供いただいた病院の管理者・改善チーム・質指標の計測ご担当者へインタビューを行い、事例の掘り下げをする。</p> <p>〈 インタビュー項目 〉</p> <ul style="list-style-type: none"><li>① 改善活動のきっかけ</li><li>② 管理者のリーダーシップや関与</li><li>③ 質指標の設定・計測体制</li><li>④ 改善チームの編成とマネジメント</li><li>⑤ 改善活動の継続性</li><li>⑥ その他、病院が考える改善活動成功のポイント</li></ul>
依頼病院 ・実施日	<ul style="list-style-type: none"><li>1. 美原記念病院（1月中旬）</li><li>2. 彦根市立病院（1月下旬）</li></ul>
アウトプット イメージ	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 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。</li><li>○ 本成果物は、事業オフィシャルサイトへ公開する。</li></ul>

# インタビューの流れ

- インタビューは、管理者層、改善チーム、計測担当者に分けて実施する。
- インタビューは、病院の訴えを受け止めつつ、「どのような課題・障害があつて、それをどのようなプロセスでクリアし、今の状況に至ったか」のエピソード（事実）を収集することを留意し、その後、活動の評価（振り返り）を伺う流れとする。
- 当日、ご担当者が急遽対応できなくなった場合や十分にお話を伺うことができなかった場合は、別日にZoomでインタビューを設定するか、または書面で提出いただくなど、代替の手段を検討する。

時間	内容
13:00～13:15（15分）	ご挨拶・趣旨説明
13:15～14:10（50分）	インタビュー（管理者層）
14:10～14:20（10分）	休憩
14:20～15:10（50分）	インタビュー（改善チーム） ※インタビュー病院へは、「特にご紹介したい」と思う事例（1-2事例）に関わられた改善チームの方々の参加を依頼
15:10～15:20（10分）	休憩
15:20～16:10（50分）	インタビュー（計測担当者）
16:10～16:30（20分）	病院とインタビュアーの意見交換

※病院のご事情などに応じて、若干のプログラム変更が生じる可能性あり



# パイロット協力病院へのフォローアップについて

- 前回協議会でご報告したフォローアップ調査を現在実施・集計中である。
- 回答結果については、次回協議会にて報告する。

## 目的

パイロット協力病院の、その後の質改善活動の状況(活動の継続、院内への展開等)の調査及び調査結果の共有を通じ、パイロット協力後の活動の振り返りの機会を設ける。

## 回答対象

昨年度、パイロットにご協力いただいた21病院の改善チームの皆様

## アンケート項目

1. パイロット後の5指標の計測及び継続質改善の実施状況について、ご教示ください。
2. パイロットでのご経験が、自院での質改善にどのように活用されているかご教示ください。
3. パイロット終了後、指標計測や改善活動について、診療科・部門を限定せず院内で変化はありましたか？変化があった場合、どのような変化がみられたかご教示ください。
4. 昨年度、皆様に提供いたしましたe-learningなどのコンテンツ群を「質改善ツールキット」としてとりまとめ、本事業のオフィシャルサイトに公開をしております。これらのコンテンツのブラッシュアップにあたり、以下についてご意見をお聞かせください。
  - ① 既存のコンテンツ群について、よりよくするためのご提案があればご教示ください。
  - ② 指標計測・改善活動の状況を踏まえ、「こんなものがあると、より活動が充実するだろう」と思われるコンテンツなどがありましたら、ぜひご提案ください。
5. これから質指標の活用に取り組みようとしているチーム※に対して、パイロットのご経験をふまえて伝えたい「質改善活動のコツ」や「医療の質指標の活用のコツ」などがございましたら、ご教示ください。（例：データによるモニタリング、管理者の関与、など）

※緩和ケアチームや医療安全チームなど

## 取り扱い

アンケート結果は、次回協議会で報告後、各病院へもフィードバックを行う。

## 2. 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 医療の質指標基本ガイドに準拠する例示指標の設定、検証
- ② 既存のQI事業参加病院間の相互比較について
- ③ 患者中心ケアの可視化に向けた検討について

# 医療の質指標の標準化の取り組み経緯について

医療の質指標の標準化に向けた取り組みの経緯を振り返り、あらためて基本的事項の共有を図りたい。

## #1-a) 質指標の基本的な考えの整理

各協力団体の長年にわたる取り組みを基に質指標の基本的な考えを整理した“医療の質指標基本ガイド”を作成した。質指標についての共通した理解を深めることはできたが、具体的な指標については未だ整理ができていない。

## #1-b) 質指標の活用に関する基本的な改善活動の進め方の整備

参加病院を募り、共に質指標を活用しながらPDCAサイクルを実施し、参加病院間の交流を通じて質改善を促進させるためのパイロットを企画・運営した。

パイロット及びガイドの整備等を踏まえ、最終的には、医療の質指標を活用した質改善活動を全国に普及・促進させるために当事業の考えをとりまとめる。



## #2 ベンチマーク評価※で取り扱う指標の設定

- 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)。
- ガイドに準拠した指標を本事業の例示指標(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。
- ベンチマーク評価で使用する指標は、協力団体が設定・運用するすべての指標から本会が決定したテーマに適する指標を抽出し、医療の質指標基本ガイドに定めた質改善に資する指標の6基準(①エビデンスベース, ②改善の余地, ③テーマとの関連性, ④信頼性, ⑤妥当性, ⑥計測可能性)を基に選定する。

(※) 医療の質可視化プロジェクトと呼称



## #3 今後の検討課題

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。

# 可視化プロジェクトの位置づけについて

前回の協議会（9/29）で、可視化プロジェクトの位置づけに関するご質問があったことから、あらためて基本事項を整理した。

## ○位置付け：全個規模のベンチマーク評価の試行

指標		対象施設	右記以外 (7000病院)	QI事業に参加している病院 (1000病院)
区分3	各団体等が従来より運営する質指標		(今後、固有の改善ニーズに応じて対応する場合の領域)	従来通り運用
(区分2)	全国で共通して計測が求められる質指標	プロジェクトの対象施設 (目標700病院)		
区分1				

規模・機能に依らず重要な事項からテーマを設定し、協力団体が採用する指標（共通QIセット含む）の中から例示指標（ガイドに準拠した指標）を選定する。

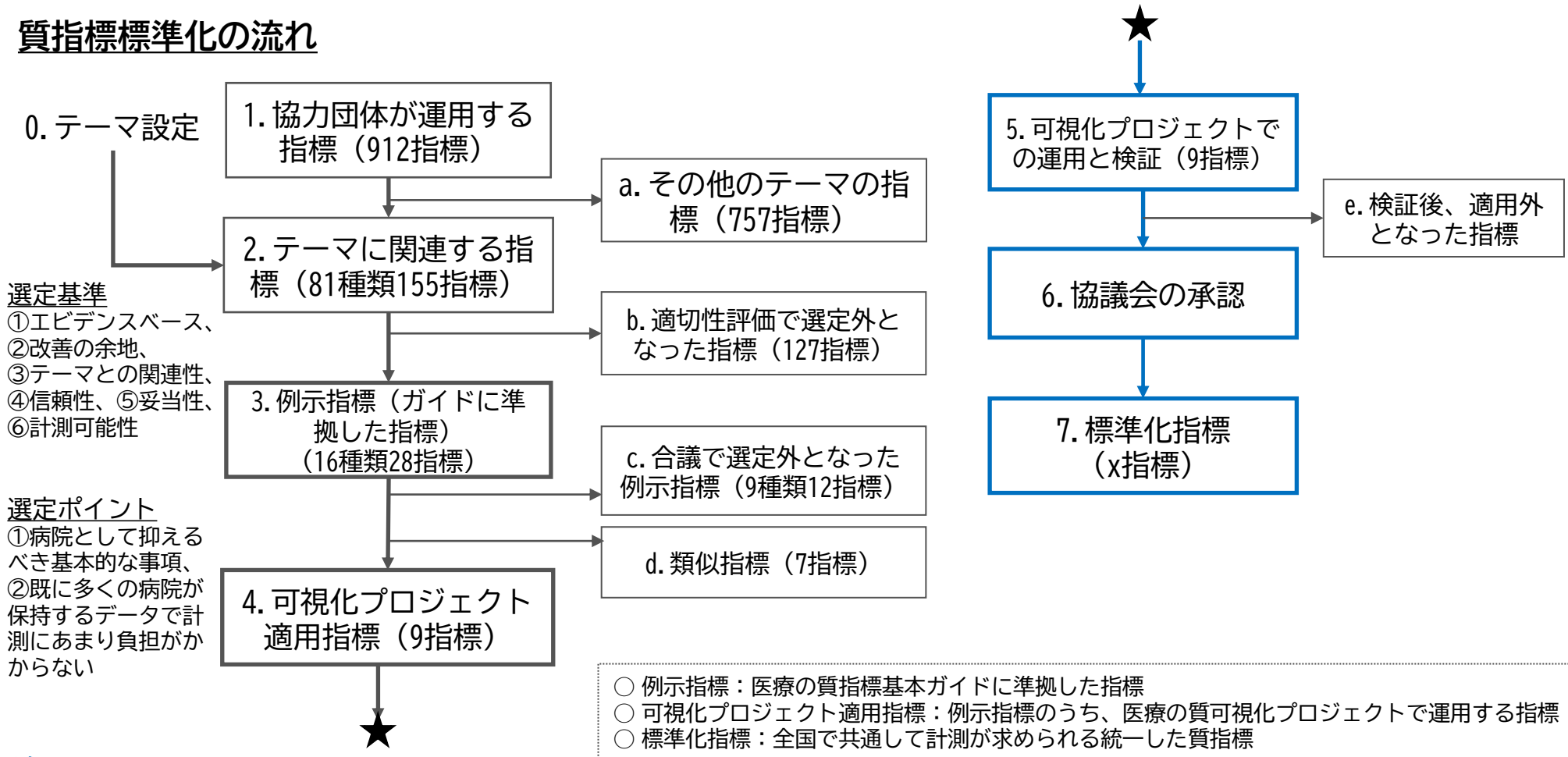
主な対象施設は、これまで質指標の計測に取り組んでいない病院を想定するが、なるべく多くの病院に参加いただくことを意図して、対象は、①はじめて指標を活用する病院、②既に指標の活用が進められている病院としている。

プロジェクトで扱う指標の将来的な位置づけ、各協力団体が運用する既存指標との棲み分けを踏まえ、全国で統一した指標のあり方を検討する。

# ①医療の質指標基本ガイドに準拠する例示指標の設定、検証

可視化プロジェクトに適用した9指標は、下記の流れに沿って運用を進めている。今後、計測値の最終集計結果等を踏まえて検証し、本会の承認を経て標準化指標として確定させる想定である。

## 質指標標準化の流れ



# 可視化プロジェクト適用指標の検証について

可視化プロジェクト適用指標の検証にあたり、最終集計時の提出状況、計測方法、疑義照会状況を踏まえ、選定時の要件を満たしていたかどうかを評価することとしてはどうか。

\*確定版(11/4までの提出分)を基に作成

テーマ	指標ID	指標名	全期間(A・B両期間提出) [n=287病院]		計測方法 [対計測病院数]			疑義照会数 (11/15時点) [n=67件(48病院)]		
			計測病院数	計測率	手順書利用	not手順書	照会数	提出数		
医療安全	MSM-01	入院患者の転倒・転落発生率	283	98.6%	279	98.6%	4	1.4%	2(2)	1病院
	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	281	97.9%	277	98.6%	4	1.4%	2(2)	2病院
	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	206	71.8%	191	92.7%	15	7.3%	5(5)	3病院
感染管理	IFC-01	血液培養2セット実施率	248	86.4%	220	88.7%	28	11.3%	7(7)	4病院
	IFC-02	広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培養実施率	246	85.7%	223	90.7%	23	9.3%	10(10)	5病院
	IFC-03	手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率	197	68.6%	172	87.3%	25	12.7%	11(10)	7病院
ケア	CRM-01	d2(真皮までの損傷)以上の褥瘡発生率	262	91.3%	253	96.6%	9	3.4%	9(8)	4病院
	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	225	78.4%	213	94.7%	12	5.3%	11(9)	5病院
	CRM-03	身体抑制率	223	77.7%	199	89.2%	24	10.8%	10(10)	7病院

# 検討事項2-①

## 医療の質指標の標準化の流れについて（#19-21）

- 全国規模のベンチマーク評価を試行し（医療の質可視化プロジェクト）、ベンチマーク評価で扱う指標の設定という形で、質指標の標準化のプロセスを進めている。
- このプロセスに沿って、本事業が策定する標準化指標を定めることとしてよいか。

## ②既存のQI事業参加病院間の相互比較



# 既存のQI事業参加病院間の相互比較

- 可視化プロジェクト適用指標は協力団体が運用する指標から選定しているため、協力団体でも同様な指標の計測が行われている。その計測値を活用することで、団体内のみでは得られない新たな知見を得ることができるのではないか。
- QI事業に参加する病院間や可視化プロジェクトとの間で計測値の相互参照を可能とする方法等を検討し、最終的には全国で一斉に計測可能な方法とその取扱について検討する。

## 医療の質可視化プロジェクト適用指標の使用状況

テーマ	指標ID	指標名	A 共通QI	B	C	D	E	F	G	H	I	J
医療安全	MSM-01	入院患者の転倒・転落発生率	○	○	○	○	○	—	—	—	—	—
	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	○	○	○	○	○	—	△	—	△	△
	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	○	—	○	○	○	△	○	△	△	—
感染管理	IFC-01	血液培養2セット実施率	—	○	○	○	○	—	—	—	—	—
	IFC-02	広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培養実施率	△	△	△	△	△	○	—	—	—	—
	IFC-03	手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率	—	△	—	△	—	—	○	—	△	—
ケア	CRM-01	d2（真皮までの損傷）以上の褥瘡発生率	○	○	○	○	○	—	△	—	△	△
	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	—	—	—	○	—	—	—	—	—	—
	CRM-03	身体抑制率	—	○	—	△	—	—	—	—	—	△

# 相互比較シミュレーションの方法

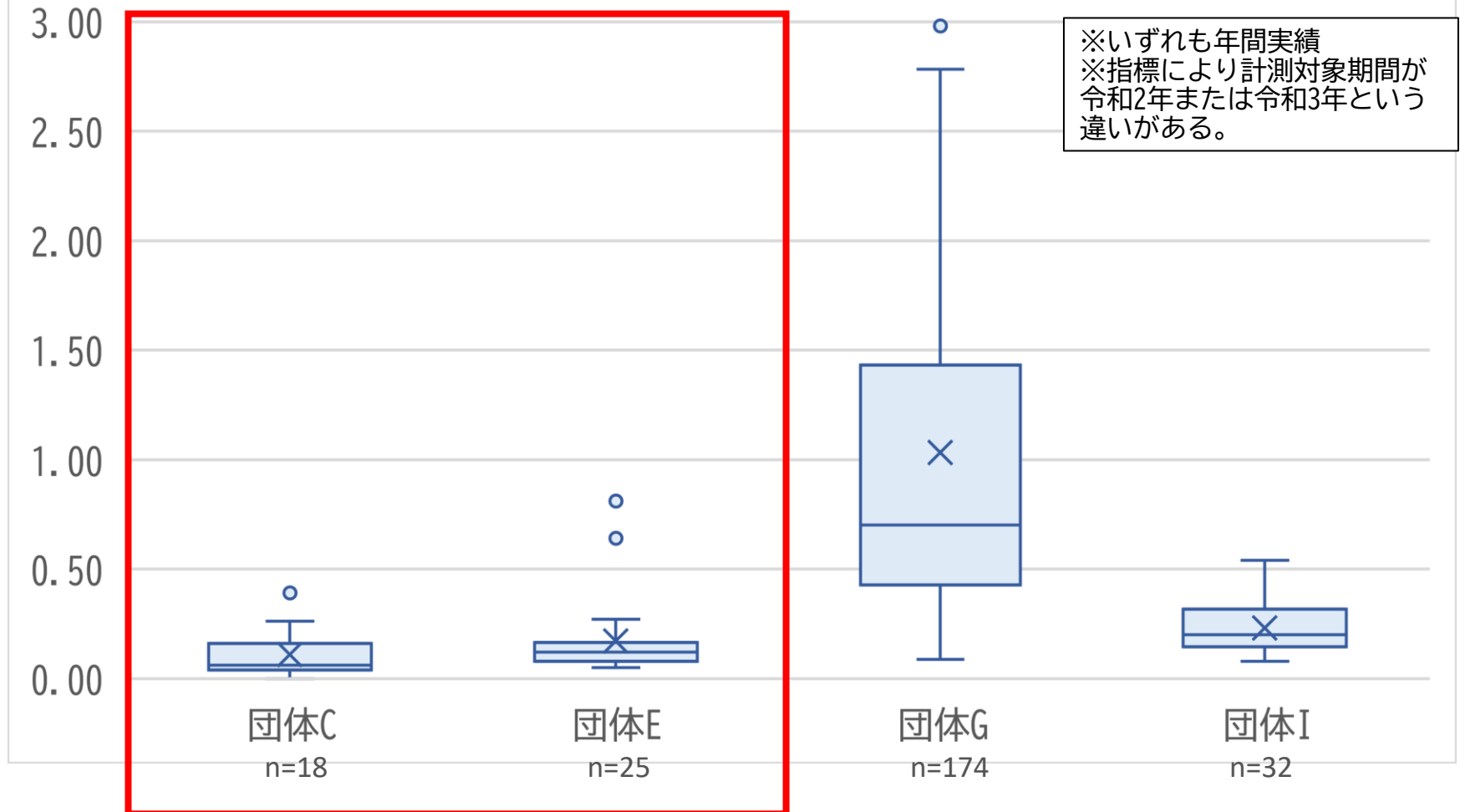
- 同じ定義、類似した定義の指標の計測値について、以下の場合の扱いを検討した。
  - 複数の団体に同じ定義の指標を運用している場合、計測結果を相互比較できるのではないか。
  - 同様な意図の質指標だが定義が異なる場合（類似指標）、相互比較は可能か。
- 方法：協力団体が公開しているQI事業報告書の最新版を閲覧し、個別施設の計測値（分子、分母、計測値）を参照した。対象指標として「MSM-02：転倒転落（3b以上）」「MSM-03：肺血栓塞栓症予防対策」を取り上げ、団体ごとに箱ひげ図を作成し、比較を試みた。

## ○ 参照した報告書

- 日本病院会：2021年度 QIプロジェクト結果報告  
[https://www.hospital.or.jp/pdf/06\\_20221023\\_01.pdf](https://www.hospital.or.jp/pdf/06_20221023_01.pdf)
- 全日本病院協会：診療アウトカム評価事業  
<https://www.ajha.or.jp/hms/qualityhealthcare/>
- 日本赤十字社：令和2年度 医療の質の評価・臨床評価指標  
<https://www.jrc.or.jp/medical-and-welfare/medical/pdf/20220411-ee6ca3c448f02680cd53237f5db282ea0c75f703.pdf>
- 全国自治体病院協議会：令和3年度医療の質の評価・公表等推進事業 公表  
<https://www.jmha.or.jp/jmha/contents/info/137>
- 全国民主医療機関連合：医療の質の向上・公開推進事業 2021年 年間報告書  
[https://www.min-iren.gr.jp/hokoku/data/hokoku\\_r03/hokoku\\_r03.pdf](https://www.min-iren.gr.jp/hokoku/data/hokoku_r03/hokoku_r03.pdf)
- 恩賜財団済生会：令和2年度 医療・福祉の質の確保・向上等に関する指標  
[https://www.saiseikai.or.jp/about/clinical\\_indicator/r02/](https://www.saiseikai.or.jp/about/clinical_indicator/r02/)
- 国立病院機構：令和3年度 医療の質の評価・公表推進事業における臨床評価指標  
<https://nho.hosp.go.jp/files/000181124.pdf>
- 労働者健康安全機構：令和2年度労働者健康安全機構 臨床評価指標  
<https://www.johas.go.jp/Portals/0/data0/rosaibyoin/pdf/rinsyohyoka/R2/R2.1.pdf>

# 相互比較シミュレーション①

転倒・転落（3b以上／3a以上、損傷度2以上）



同一定義

# 相互比較した指標の定義（転倒・転落3B以上）

団体	分子	分母
団体C	入院中の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（人日）
団体E	入院中の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（人日）
団体G	入院患者転倒・転落レベル2以上該当件数	入院延べ日数
団体I	団体Iのインシデント・アクシデントレベル3 a以上の事例に限る。	入院患者延数

可視化プロジェクト適用指標と定義が同一な指標

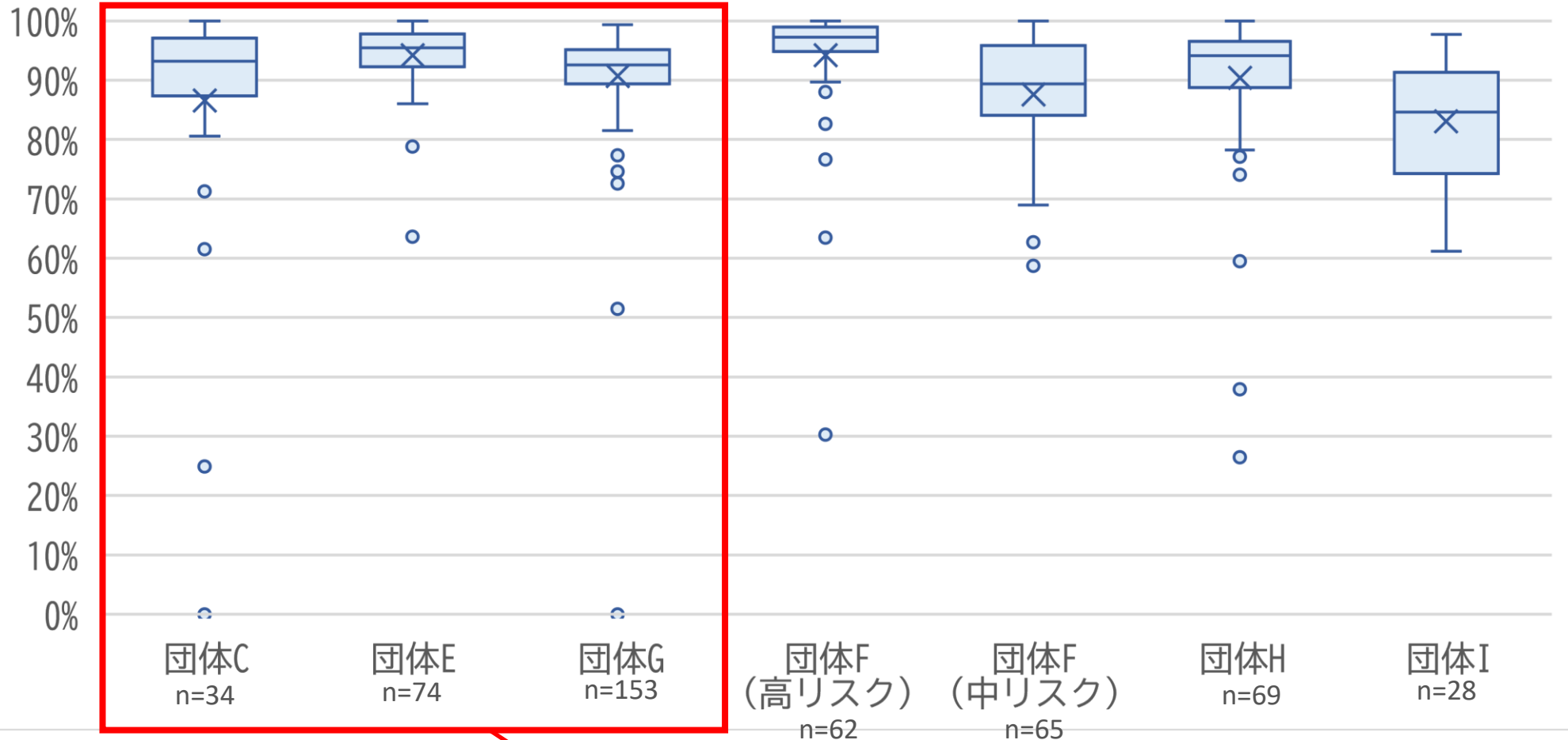
# 転倒・転落に関する質指標の分子の範囲の比較

インシデント影響度分類				(参考) 損傷レベル分類		
レベル	傷害の継続性	傷害の程度	傷害の内容			
レベル5	死亡		死亡（原疾患の自然経過によるものを除く）	5	死亡	転倒による損傷の結果、患者が死亡した
レベル4b	永続的	中等度～高度	永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害や美容上の問題を伴う	4	重度	手術、ギプス、牽引、骨折を招いた・必要となった、または神経損傷・身体内部の損傷のため診察が必要となった
レベル4a	永続的	軽度～中等度	永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害や美容上の問題は 伴わない			
レベル3b	一過性	高度	濃厚な処置や治療を要した（バイタルサインの高度変化、人工呼吸器の装着、手術、入院日数の延長、外来患者の入院、骨折など）			
レベル3a	一過性	中等度	簡単な処置や治療を要した（消毒、湿布、皮膚の縫合、鎮痛剤の投与など）	3	中程度	縫合、ステリー・皮膚接着剤、副子が必要となった、または筋肉・関節の挫傷を招いた
レベル2	一過性	軽度	処置や治療は行わなかった（患者観察の強化、バイタルサインの軽度変化、安全確認のための検査などの必要性は生じた）	2	軽度	包帯、氷、創傷洗浄、四肢の挙上、局所薬が必要となった、あざ・擦り傷を招いた
レベル1	なし		患者への実害はなかった（何らかの影響を与えた可能性は否定できない）	1	なし	患者に損傷はなかった
レベル0	—		エラーや医薬品・医療用具の不具合が見られたが、患者には実施されなかった			
その他				6	UTD	記録からは判定不可能

団体C、E	影響度分類レベル3b以上
団体I	影響度分類レベル3a以上
団体G	損傷度類レベル2以上

# 相互比較シミュレーション②

## 肺血栓塞栓症予防対策



同一定義

※いずれも年間実績  
 ※指標により計測対象期間が  
 令和2年または令和3年という  
 違いがある。

# 相互比較した指標の定義（肺血栓塞栓症予防対策）

団体	分子	分母
団体C	肺血栓塞栓症の予防対策（弾性ストッキングの着用、間歇的空気圧迫装置の利用、抗凝固療法のいずれか、または2つ以上）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症例数
団体E	分母のうち肺血栓塞栓症の予防対策（弾性ストッキングの着用、間歇的空気圧迫装置の利用、抗凝固療法のいずれか、または2つ以上）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
団体G	分母のうち、肺血栓塞栓症の予防対策が実施された退院患者数	肺血栓塞栓症発症リスクレベル「中」以上の手術を実施した退院患者数
団体F （高リスク）	分母のうち、肺血栓塞栓症の予防対策（弾性ストッキングの着用、間歇的空気圧迫装置の利用、抗凝固療法のいずれか、または2つ以上）を実施した患者数	肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「高」の手術を施行した退院患者数
団体F （中リスク）	分母のうち、肺血栓塞栓症の予防対策（弾性ストッキングの着用、間歇的空気圧迫装置の利用、抗凝固療法のいずれか、または2つ以上）を実施した患者数	肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」の手術を施行した退院患者数
団体H	計測値1のうち、肺血栓塞栓症予防管理料（弾性ストッキングまたは間歇的空気圧迫装置を用いた計画的な医学管理）を実施および、抗凝固薬（低分子量ヘパリン、低用量未分画ヘパリン、合成Xa阻害剤、用量調節ワルファリン）が処方された患者数	退院患者のうち、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患者数
団体I	ガイドラインに沿った静脈血栓症の予防行為を行った患者数（肺血栓塞栓症予防管理料算定件数（患者数））	手術を受けた退院患者数

# QI標準化部会の主な意見(11/18)

## 定義が同じ指標の扱いについて

- 同じ定義であれば団体間で計測値を相互比較することは可能。
- 定義が同じなら比較ができるというよりも、定義が同じでやっと参考になる程度と考える。

## 定義が異なる指標の扱いについて

- 数値を直接比較することについて
  - 測定の段階で定義が異なるのであれば、いくら分析を工夫しても直接比較できない。
  - 定義が違えば計測値が似ているからといって同じものではない。
- 定義の違いを踏まえての計測値の解釈について
  - 参照する指標定義との差異を精査したうえで、計測値の偏りが妥当な範囲かどうかを検討することは意味がある。
- 定義を一覧することについて
  - 定義の違いをまとめるのは重要で、分子・分母の定義をなるべく統一していったらどうかという議論が起きればよい。



団体間の計測値を相互比較しようとする場合は、参照する指標の定義と計測値を両方同時に検討することが重要である。



## 検討事項2-②

- 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として、団体間横断的な相互比較による評価を検討した。相互比較が可能な場合(同一定義の指標)、難しい場合(定義が異なる指標)があり、一律な対応は困難と考えられた。
- そこで、まず、団体の指標を整理し、同一指標を一覧化してはどうか。
- 相互比較の参照値として、可視化プロジェクト等、協議会で再設定した指標の計測値の活用を検討してはどうか。

## ③患者中心ケアの可視化に向けた検討

# 「患者中心ケアの可視化」の検討について

## 検討の経緯

医療の質可視化プロジェクトのテーマとして患者満足度が挙げられた。(第10回協議会2022/3/14)

多くの施設で患者満足度調査が行われているが、設問や計測尺度、計測方法等は標準化されていない。

短期間で計測方法等を標準化し可視化プロジェクトの運用に乗せることは困難と考えられたことから、患者中心ケアを可視化する方法についてQI標準化部会で別途検討することとなった。(第11回協議会2022/6/27)

患者中心性の代表的な指標には患者満足度、患者経験、健康関連アウトカムがあるが、このうち “信頼性・妥当性が検証された調査票がある” “改善に結びつきやすい” などの理由により、主に患者経験調査 (PX) を検討することについて協議会です承を得た。(第12回協議会2022/9/29)

そこで、QI標準化部会では、主に患者経験調査について情報を収集・整理し、わが国で標準的に運用すべき患者中心ケアの可視化の方法を検討している。

# 患者経験調査(PX)について

- 患者経験調査 (PX)のイメージを共有するために、患者満足度調査 (PS)と比較した。

項目	患者経験 (PX)	患者満足度 (PS)
定義	患者がケアプロセスで経験する事象 (Aoki T.)	ある医療行為に対する患者の期待に応えられたかどうかを示す主観的な尺度 (AHRQ)
医療の質評価の枠組み	プロセス	アウトカム
計測方法	患者経験調査票を使用	患者満足度調査票を使用
設問例	入院中、医師はあなたが理解できるように説明しましたか？ <input type="checkbox"/> まったくしていなかった <input type="checkbox"/> ときどきしていた <input type="checkbox"/> たいていしていた <input type="checkbox"/> いつもしていた	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？ <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> やや満足 <input type="checkbox"/> やや不満 <input type="checkbox"/> 不満
	設問に総合評価や病院推奨度を含む場合あり	設問に経験に関する項目を含む場合あり
標準化の状況	海外では、信頼性・妥当性が検証された標準的な調査票がある	多種多様な調査票が運用されている。信頼性・妥当性の検証状況は不明。
日本での活用	一部の病院で利用が始まっている	多くの病院で利用

# 受療行動調査の活用案について

患者の受療状況や満足度等を調査するための国の調査として受療行動調査が行われている。これを活用して、いったん患者満足度調査の標準化を図ってはどうかという案について検討した。

目的	全国の医療施設を利用する患者について、受療の状況や受けた医療に対する満足度等を調査することにより、患者の医療に対する認識や行動を明らかにし、今後の医療行政の基礎資料を得ることを目的とする。
調査項目 (入院調査票)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病院を選んだ理由</li> <li>・ 入院までの期間</li> <li>・ 医師から受けた説明の程度</li> <li>・ 退院の許可が出た場合の自宅療養の見通し</li> <li>・ 今後の治療・療養の希望</li> <li>・ 満足度 等</li> </ul>

厚生労働省 受療行動調査（一般統計） 調査の概より抜粋・引用  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/34-17a.html#list01>

**問4** 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、今日までにこの病院の医師から受けた説明は十分でしたか。(○はひとつだけ)

- |               |             |
|---------------|-------------|
| 1 十分だった       | 4 十分ではなかった  |
| 2 まあまあ十分だった   | 5 説明を受けていない |
| 3 あまり十分ではなかった | 問6 へ        |

**問5** 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。(○はひとつだけ)

- |               |                |
|---------------|----------------|
| 1 十分に伝えられた    | 4 まったく伝えられなかった |
| 2 まあまあ伝えられた   | 5 疑問や意見は特になかった |
| 3 あまり伝えられなかった |                |

**問9** この病院における入院についての感想をお聞かせください。(それぞれ○はひとつだけ)

内 容	非常に満足している	やや満足している	ふつう	やや不満である	非常に不満である	その他
医師による診療・治療内容に満足していますか	1	2	3	4	5	6
医師との対話に満足していますか	1	2	3	4	5	6
医師以外の病院スタッフの対応に満足していますか	1	2	3	4	5	6
病室でのプライバシー保護の対応に満足していますか	1	2	3	4	5	6
病室・浴室・トイレなどに満足していますか	1	2	3	4	5	6
食事の内容に満足していますか	1	2	3	4	5	6
全体としてこの病院に満足していますか	1	2	3	4	5	6

# QI標準化部会での主な意見 (10/20、11/18)

## 患者満足度調査について

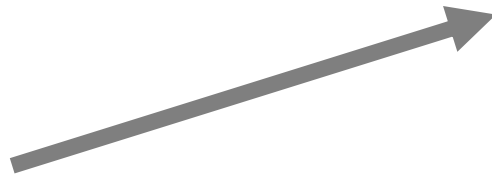
- 「満足」とは本質的に期待と結果のバランスであり、期待が低ければ結果が悪くても満足する場合があります。したがって客観的な「体験／経験」を導入すべき。
- 患者満足から医療の質を考えることが本当にいいことなのか疑問視する意見も多々あるため患者経験／体験を中心に議論する方がよい。
- 受療行動調査の患者満足度の設問を活用し、まずは満足度調査の標準化を図ってはどうかとの案があったが、いいレファレンスになるものの、患者経験に関する設問が限定的である。
- 受療行動調査で総合満足度を測っても、そこから課題を見出して具体的な改善に結びつけることは難しい。

## 患者経験調査の導入について

- 急にすべての調査項目をPXに置き換えると抵抗を感じる病院もあると思うので、一部の下位尺度を取り入れる手もある（ただし、学術的にはやらないとの意見もあり）。
- 厚生労働科学研究で米国の患者経験調査であるHCAHPSの日本語版が既に作成されているので、そのような既存のものから、適切なものを選択するのがよい。

# 患者中心性指標の導入方針について（検討中）

- 可視化プロジェクトで扱う患者中心性指標として、QI標準化部会では、患者経験調査に基づく指標を導入する意見が多い。
- 患者経験調査の導入にあたっては細かな運用課題が想定されるため、すでに先駆的に取り組んでいる事例を参考にするなどさらに情報収集し、具体化したい。



## ●現状

### 患者満足度調査の個別運用

- 多くの施設で患者満足度調査が運用されているが、標準化されていない。

## ●望ましい姿

### 標準化された患者経験調査への移行

信頼性・妥当性が検証された患者経験（PX）調査を導入し、普及を図る。

- ① 患者満足度調査から切り替える。
- ② 部分的な導入から、全設問の導入へ移行する。

### 今後整理すべき課題

- 患者経験調査票の選定
- ベンチマーク指標の設定
- 運用方法（調査の運用、ベンチマークの運用）
- 今後の展開 等

## 3. その他

- ① 質指標の実績値及び最新定義のご提供について
- ② 医療の質向上のためのコンソーシアムの開催時期見直しについて



# ご相談事項

## ① 質指標の実績値及び最新定義のご提供について

- 当事業では、各協力団体様からご提供いただいた指標群をオフィシャルサイト上で検索、閲覧することを可能としている。そこで、昨年度ご提供いただいた指標群の公表する実績値についてご提供いただきたい。
- また、質指標の最新定義（2022年度版）についてもご提供いただきたい。

## ② 医療の質向上のためのコンソーシアムの開催時期見直しについて

例年、年度末に本コンソーシアムを開催しているが、年度内に可視化プロジェクトのデータ集計等を遅滞なく実施し、年度明けの2023年度上期に、成果を踏まえた次年度計画を広く発信・共有するためのコンソーシアムを開催することとしてはどうか（※ただし、来年度も本事業が継続した場合）。

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。