

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14回 運営委員会 (医療の質向上のための協議会)

2023年3月17日(金)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	
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	(委任状)	
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 一成	公益社団法人全国自治体病院協議会	副会長	出	新任
8 田中 桜	独立行政法人地域医療機能推進機構	理事	出	
9 田淵 典之	日本赤十字社 医療事業推進本部	副本部長	(委任状)	
10 永江 京二	独立行政法人労働者健康安全機構	理事	出	
11 西尾 俊治	一般社団法人 日本慢性期医療協会	常任理事	出	
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 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
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	欠	
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. 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. 2022(令和4)年度事業報告について
4. 2023(令和5)年度事業計画(案)について
5. 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の概要

目的	①多くの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	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	700病院		
	募集期間	第1期：7/1～8/31、第2期：9/12～11/30		
実施期間	2022年9月1日～2023年3月31日			
使用指標	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)		
	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		
	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		
計測期間 データ提出		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
主なフィード バック内容	<ul style="list-style-type: none"><li>計測データ提出病院の属性情報</li><li>指標ごとの計測率</li><li>病床規模別(200床未満/200-400床/400-600床/600床以上)のデータ分布</li><li>層別集計表 など</li></ul>			

# 参加状況(2023年3月17日時点)

第1期：7/1～8/31申込  
第2期：9/12～23/1/13申込

a. 地域	b. 開設主体			c. 病床数			d. 施設基準								
	第1期	第2期	合計	第1期	第2期	合計	第1期	第2期	合計	第1期	第2期	合計			
北海道・東北	43	20	63	国	84	36	120	99 <sup>-</sup>	25	19	44	特定機能病院	15	22	37
関東	109	86	195	公的医療機関	89	69	158	100-199	88	73	161	地域医療支援病院	154	99	253
中部・北陸	54	37	91	社会保険関係団体	4	5	9	200-299	53	41	94	それ以外	190	145	335
近畿	55	49	104	医療法人	117	98	215	300-399	65	32	97				
中国・四国	47	35	82	個人	2	0	2	400-499	43	36	79				
九州・沖縄	51	39	90	その他	63	58	121	500 <sup>+</sup>	85	65	150				
	359	266	625		359	266	625		359	266	625		359	266	625

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)	第1期	第2期	合計	(感染管理)	第1期	第2期	合計	(ケア)	第1期	第2期	合計		第1期	第2期	合計
医療安全対策加算1	279	183	462	感染対策向上加算1	222	154	376	褥瘡ハイリスク患者ケア加算	187	119	306	参加	238	158	396
医療安全対策加算2	58	66	124	感染対策向上加算2	53	44	97	該当なし	172	147	319	未参加	121	108	229
該当なし	22	17	39	感染対策向上加算3	59	53	112								
				該当なし	25	15	40								
	359	266	625		359	266	625		359	266	625		359	266	625

# 進捗状況(2023年3月17日時点)

# プロジェクトの流れ	第1期 n=359病院	第2期 n=266病院	備考
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)		11/30	
5-3 データ解説資料の配布 (1回目)		12/16	
6 計測・データ提出 (2回目)	11/1~1/31	申込日~1/31	
6-1 フィードバック資料の配布 (2回目)		3/10	参考資料1参照
7 イベント開催(医療の質向上のためのコンソーシアム)		次年度開催予定	
8 事後アンケート		3月末	



# 成果と課題について(2023年3月17日時点)

- 協力団体、協力病院のご協力のもと、おおむね順調に運用してきた。
- 運用を通じ多くの成果が得られたが、一部課題も顕在化した。
- 次年度はこれら実績を踏まえ事業運営を図る(議題4「事業計画(案)」)。

プロジェクトの目的	成果と課題
<b>【質指標活用の普及】</b> 全国の病院を対象に、質指標を活用した計測活動を継続的に行っていただく。	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 700病院の目標に対し、625病院(達成度89.3%)の参加であった。</li><li>○ 普及を進める方法について、再考の必要がある。</li></ul> <p>[普及に向けた主な取組] コンソーシアム(特別企画)開催、厚労省からの連絡文書発出、各種案内(協力団体、関係学会、機構内他事業) など</p>
<b>【質改善活動の動機づけ】</b> 他施設との比較を通じて質改善活動の契機としていただく。	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 計測対象とする期間が、プロジェクト開始前のデータ(2021年10月~2022年9月)であったことから、改善状況を把握ができない。</li><li>○ 次年度も可視化プロジェクトを継続し、改善状況を確認する必要がある。</li></ul>
<b>【質指標の標準化】</b> 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。	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 計測結果に基づき、部会において9指標の検証を行う予定。</li><li>○ 検証結果は本会に報告し、その取扱について検討いただく予定。</li></ul>

## 2. 各部会の検討状況について (QI標準化部会)

# ①医療の質指標の標準化について

# 質指標の標準化に向けたこれまでの検討

## 質指標の標準化に向けた**本会(本事業)**の考え

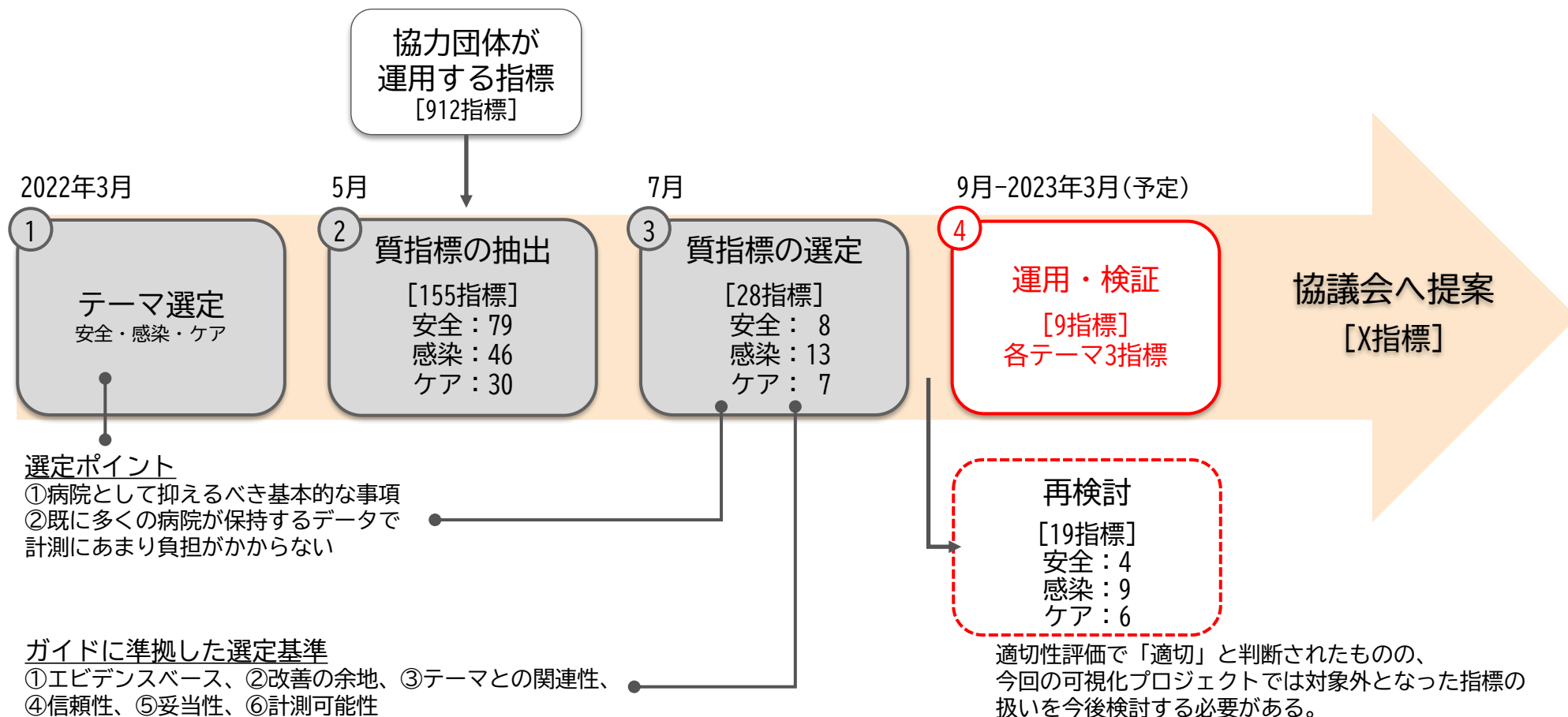
- 医療の質向上には、質を可視化し現状を客観的に把握することが重要であり、医療の質指標を用いた計測は、有効な手段である。
- 医療の質指標を用いた計測結果は、経時的なモニタリング、同規模・同機能の病院間比較を通じて、医療の質向上における改善の動機づけとなり得る。
- なお、協力団体が運用する質指標と本事業が扱う質指標は棲み分けて検討を進める。

## 質指標の標準化に向けた**本会(本事業)**の取組方針

- 我が国の全病院(約8,200施設)を対象に、ベンチマーク評価(医療の質可視化プロジェクト)を試行する。そのために、全国規模で計測が求められるテーマを設定する。
- 設定されたテーマに沿った指標は、協力団体が運用する既存指標から抽出し選定する。
- 選定は、医療の質指標の基本的な考えをまとめた「医療の質指標基本ガイド(質改善に資する医療の質指標の要件:6基準)」に準拠し行う。  
※今回は、病院の機能・規模等に寄らず計測可能な9指標を選定。
- 選定された指標は、医療の質可視化プロジェクトでの実績を検証したのち、全国で共通して計測が求められる質指標として協議会に提案する。

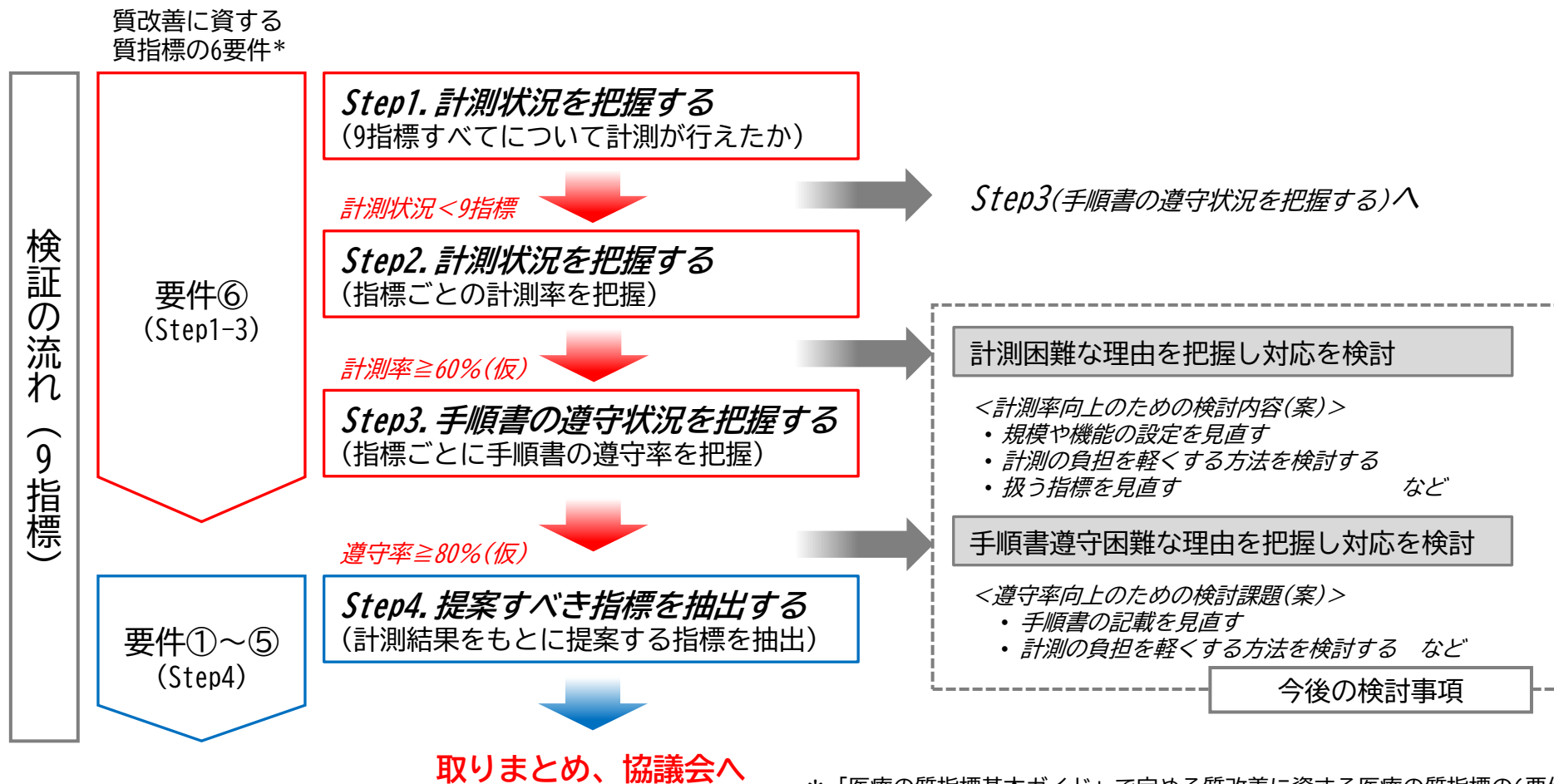
# 質指標の標準化に向けた取組

可視化プロジェクトで運用する9指標の計測実績等を検証し、全国の病院(約8,200施設)で共通して計測が求められる質指標を取りまとめ、協議会へ提案する。



# 9指標の検証方針と進め方

可視化プロジェクトを通じて得られた各種情報をもとに、下記の流れに沿って検証を進める。



\* 「医療の質指標基本ガイド」で定める質改善に資する医療の質指標の6要件  
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

# 参考)9指標の計測率(Step1. 計測状況を把握する)

上段:病院数  
下段:病床規模別計測率

指標数(テーマごとに3指標を設定[最大9指標])

	指標数(テーマごとに3指標を設定[最大9指標])									計	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
病床規模	99-			2	2	2	6	5	6	12	35
				(5.7%)	(5.7%)	(5.7%)	(17.1%)	(14.3%)	(17.1%)	(34.3%)	(100.0%)
	100-199		2	2	7 <sup>(*)</sup>	7	13	27	27	56	141
			(1.4%)	(1.4%)	(5.0%)	(5.0%)	(9.2%)	(19.1%)	(19.1%)	(39.7%)	(100.0%)
	200-299			2	1	3	6	12	13	44	81
				(2.5%)	(1.2%)	(3.7%)	(7.4%)	(14.8%)	(16.0%)	(54.3%)	(100.0%)
	300-399		1		2	2	8	6	27	42	88
			(1.1%)		(2.3%)	(2.3%)	(9.1%)	(6.8%)	(30.7%)	(47.7%)	(100.0%)
	400-499		2	2			3	7	22	36	72
		(2.8%)	(2.8%)			(4.2%)	(9.7%)	(30.6%)	(50.0%)	(100.0%)	
500-599			1	1	1	4	9	10	24	50	
			(2.0%)	(2.0%)	(2.0%)	(8.0%)	(18.0%)	(20.0%)	(48.0%)	(100.0%)	
600+		1	3	1	6	9	10	26	34	90	
		(1.1%)	(3.3%)	(1.1%)	(6.7%)	(10.0%)	(11.1%)	(28.9%)	(37.8%)	(100.0%)	
計		6	12	14 <sup>(*)</sup>	20	50	76	131	248	557	
		(1.1%)	(2.2%)	(2.5%)	(3.6%)	(9.0%)	(13.6%)	(23.5%)	(44.5%)	(100.0%)	

(\*)提出された計測値を無効とした1病院を含む。

# 参考)指標ごとの計測率(Step2. 計測状況を把握する)

上段:病院数  
下段:病床規模別計測率

病床規模

	MSM-01 転倒・転落 (件数)	MSM-02 転倒・転落 (3b以上)	MSM-03 肺塞栓の 予防	IFC-01 血培2セッ ト	IFC-02 広域抗菌薬 使用時の 細菌培養	IFC-03 予防的 抗菌薬投与	CRM-01 褥瘡発生 (d2以上)	CRM-02 入院早期の 栄養ケア (65歳以上)	CRM-03 身体抑制	計
99-	35 (100.0%)	34 (97.1%)	13 (37.1%)	24 (68.6%)	26 (74.3%)	20 (57.1%)	33 (94.3%)	28 (80.0%)	29 (82.9%)	35 (100.0%)
100-199	132(*) (93.6%)	139(*) (98.6%)	81(*) (57.4%)	110 (78.0%)	109 (77.3%)	88 (62.4%)	132(*) (93.6%)	114 (80.9%)	106 (75.2%)	141 (100.0%)
200-299	79 (97.5%)	79 (97.5%)	57 (70.4%)	75 (92.6%)	76 (93.8%)	60 (74.1%)	77 (95.1%)	68 (84.0%)	65 (80.2%)	81 (100.0%)
300-399	77 (87.5%)	86 (97.7%)	74 (84.1%)	69 (78.4%)	68 (77.3%)	67 (76.1%)	82 (93.2%)	65 (73.9%)	68 (77.3%)	88 (100.0%)
400-499	65 (90.3%)	72 (100.0%)	65 (90.3%)	60 (83.3%)	58 (80.6%)	54 (75.0%)	65 (90.3%)	49 (68.1%)	53 (73.6%)	72 (100.0%)
500-599	47 (94.0%)	49 (98.0%)	43 (86.0%)	47 (94.0%)	46 (92.0%)	36 (72.0%)	46 (92.0%)	37 (74.0%)	34 (68.0%)	50 (100.0%)
600+	86 (95.6%)	90 (100.0%)	72 (80.0%)	69 (76.7%)	65 (72.2%)	60 (66.7%)	86 (95.6%)	63 (70.0%)	59 (65.6%)	90 (100.0%)
計	521 (93.5%)	549 (98.6%)	405 (72.7%)	454 (81.5%)	448 (80.4%)	385 (69.1%)	521 (93.5%)	424 (76.1%)	414 (74.3%)	557 (100.0%)

(\*)提出された計測値を無効とした1病院を含む。



## ②既存のQI事業参加病院間の相互比較について

# 既存のQI事業参加病院間の相互比較

- 前回協議会（12/1）において、可視化プロジェクト適用指標のうち2指標について、各団体が採用する指標定義と実績値を相互比較する資料を示したところ、他のプロジェクト適用指標についても、定義と実績値の一覧を示すことになった。
- そこで、協力団体からご提供いただいている指標定義と実績値を用いて、プロジェクト適用指標（9指標）の一覧表およびグラフを作成した。

## 方法

- プロジェクト適用指標（9指標）について、以下の作業を行った。
  - 各団体からご提供いただいている指標定義（分子、分母の定義）を精査し、同一定義、類似した定義に整理した。
  - 各団体からご提供いただいている実績値のうち、施設数、25%値、中央値、75%値を抽出し、表形式に整理した。また、四分位範囲（75%値－25%値）をグラフ化した。
  - ご提供いただいている実績値は個別施設データではないため、重複施設の調整はできなかった。
- 可視化プロジェクトの第1回集計データに同様の処理を施した。

# MSM-01: 転倒・転落発生率 (定義と実績値)

団体	分子	分母	施設数	25%値	中央値	75%値
可視化P	入院患者に発生した転倒・転落件数	入院患者延べ数	283	1.90	2.60	3.57
団体A (共通QI)	入院中の患者に発生した転倒・転落件数	入院患者延べ数 (人日)	-	-	-	-
団体B 一般	入院中の患者に発生した転倒・転落件数	入院患者延べ数	296	-	2.66	-
団体B 療養	入院中の患者に発生した転倒・転落件数	入院患者延べ数	21	-	1.96	-
団体B 精神	入院中の患者に発生した転倒・転落件数	入院患者延べ数	35	-	3.73	-
団体C	入院中の患者に発生した転倒・転落件数	入院患者延べ数 (人日)	急性期グループ： 14, 慢性期グループ： 14	-	-	-
団体D	A)報告のあった入院患者の転倒・転落件数	入院患者延数 (24時在院患者+退院患者数の合計)	93	3.49	4.57	6.00
団体E	入院中の患者に発生した転倒・転落件数	入院患者延べ数 (人日)	88	2.09	2.58	3.32

可視化プロジェクト適用指標と定義が同一な指標

# MSM-02: 転倒・転落発生率 (3B以上)

(定義と実績値)

団体	分子	分母	施設数	25%値	中央値	75%値	
可視化P	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	281	0.03	0.06	0.11	
団体A (共通QI)	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B 一般	入院中の患者に発生した損傷レベル4以上の転倒・転落件数	入院患者延べ数	296	-	0.05	-	
団体B 療養	入院中の患者に発生した損傷レベル4以上の転倒・転落件数	入院患者延べ数	21	-	0.00	-	
団体B 精神	入院中の患者に発生した損傷レベル4以上の転倒・転落件数	入院患者延べ数	35	-	0.12	-	
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)	急性期グループ: 14, 慢性期グループ: 14	-	-	-	
団体D	B)入院中の患者に発生したインシデント・アクシデント影響度分類レベル3b以上の転倒・転落件数	入院患者延数 (24時在院患者 + 退院患者数の合計)	93	0.05	0.10	0.14	
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	入院患者延べ数 (人日)	25	0.08	0.12	0.16	
団体B 一般	入院中の患者に発生した損傷レベル2以上の転倒・転落件数	入院患者延べ数	296	-	0.56	-	
団体B 療養	入院中の患者に発生した損傷レベル2以上の転倒・転落件数	入院患者延べ数	21	-	0.46	-	
団体B 精神	入院中の患者に発生した損傷レベル2以上の転倒・転落件数	入院患者延べ数	35	-	1.04	-	
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	168	0.43	0.6	1.27	※
団体G 【精神科再掲】	入院患者転倒・転落レベル2以上該当件数	入院延べ日数	57	0.56	0.88	1.37	※
団体I	入院中患者に発生した転倒・転落件数 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	32	0.15	0.20	0.32	

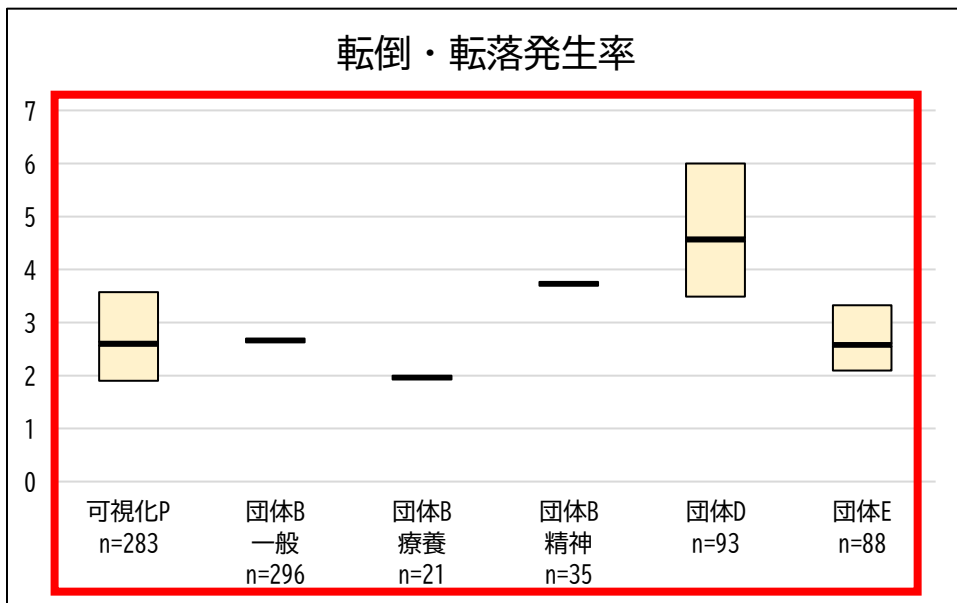
# MSM-03: 肺血栓塞栓症予防対策 (定義と実績値)

団体	分子	分母	施設数	25%値	中央値	75%値
可視化P	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	206	83.51	92.20	96.36
団体A (共通QI)	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	急性期グループ：60, 慢性期グループ：17	-	-	-
団体D	A)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	75	86.90	93.94	97.21
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	78	92.20	95.11	97.80
団体G	肺血栓塞栓症の予防対策対象手術が実施された退院患者のうち、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	149	88.60	91.90	95.40
団体K	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	82	95.46	97.63	99.32
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	96	84.45	90.15	96.74
団体H	分母のうち、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	DPC対象病院：57 DPC準備病院・データ提出加算算定病院：16 DPC以外の病院：7	-	-	-
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 (肺血栓塞栓予防管理料算定件数)	手術を受けた退院患者数	28	74.94	84.61	91.26

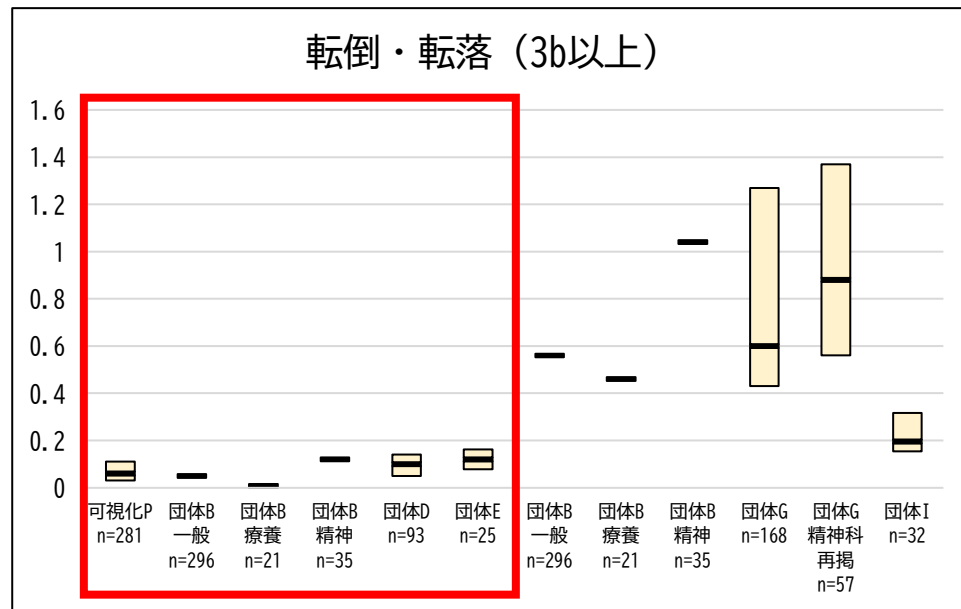
可視化プロジェクト適用指標と定義が同一な指標

# 医療安全 (四分位範囲グラフ)

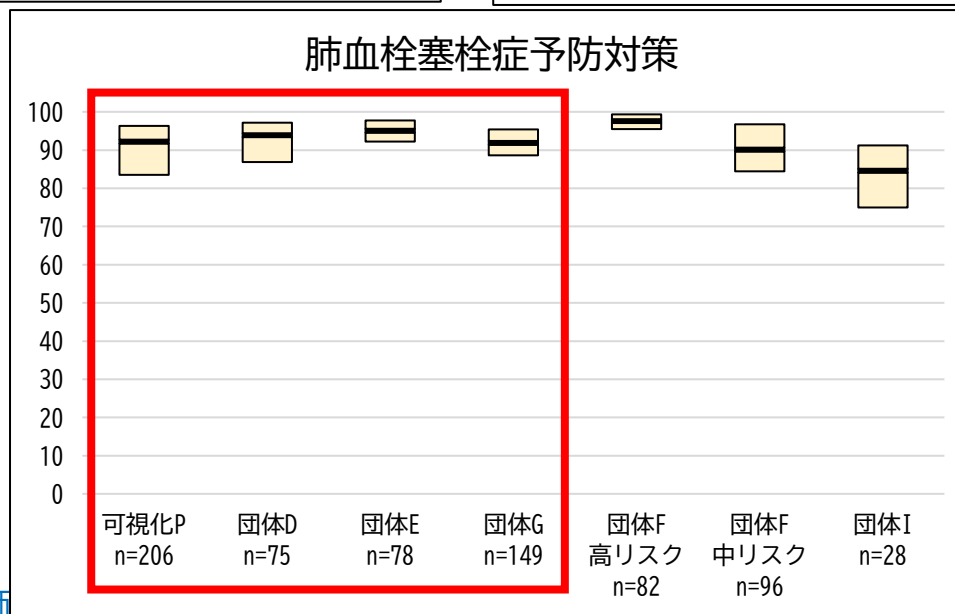
## 転倒・転落発生率



## 転倒・転落 (3b以上)



## 肺血栓栓塞症予防対策



# IFC-01:血液培養2セット実施率 (定義と実績値)

団体	分子	分母	施設数	25%値	中央値	75%値
可視化P	血液培養オーダーが1日に2件以上ある日数	血液培養オーダー日数	248	75.14	87.34	94.71
団体B	血液培養オーダーが1日に2件以上ある日数(人日)	血液培養オーダー日数(人日)	320	-	79.9	-
団体C	血液培養オーダーが1日に2件以上ある日数(人日)	血液培養オーダー日数(人日)	急性期グループ: 60, 慢性期グループ: 17	-	-	-
団体D	B)血液培養オーダーが1日に2件以上ある日数(人日)	B)血液培養オーダー日数(人日)	75	84.63	92.03	95.42
団体E	血液培養オーダーが1日に2件以上ある日数(人日)	血液培養オーダー日数(人日)	88	71.91	82.64	89.54

可視化プロジェクト適用指標と定義が同一な指標

# IFC-02: 広域抗菌薬使用時の細菌培養 (定義と実績値)

団体	分子	分母	施設数	25%値	中央値	75%値
可視化P	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	246	55.27	74.86	84.62
団体F	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	114	65.94	78.00	86.36
団体A (共通QI)	分母のうち投与開始初日に血液培養検査を実施した数	広域抗菌薬投与を開始した入院患者数	-	-	-	-
団体B	分母のうち、投与開始初日に血液培養検査を実施した数	広域抗菌薬投与を開始した入院患者数	321	-	38.6	-
団体C	投与開始初日に血液培養検査を実施した数	広域抗菌薬投与を開始した入院患者数	急性期グループ： 60, 慢性期グループ： 17	-	-	-
団体D	A)分母のうち投与開始初日までに血液培養検査を実施した数	A)広域抗菌薬投与を開始した入院患者数	75	26.23	35.06	43.11
団体E	分母のうち投与開始初日に血液培養検査を実施した数	広域抗菌薬投与を開始した入院患者数	88	27.70	39.55	45.61

可視化プロジェクト適用指標と定義が同一な指標

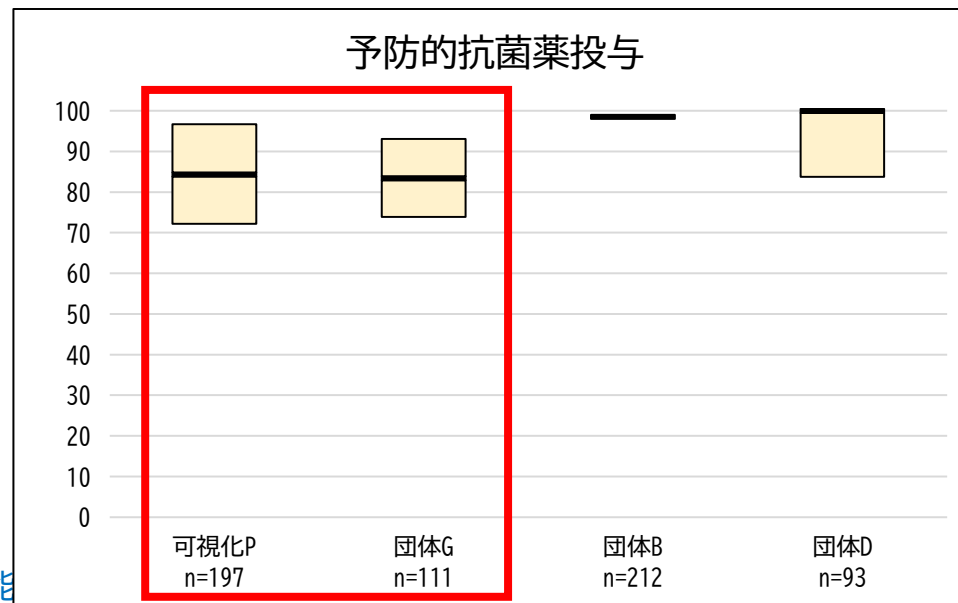
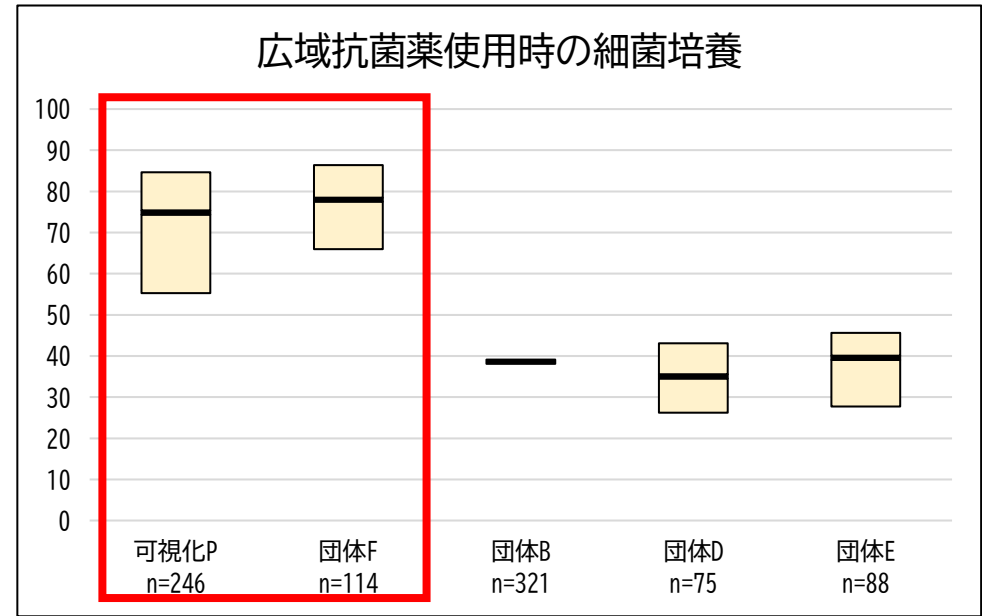
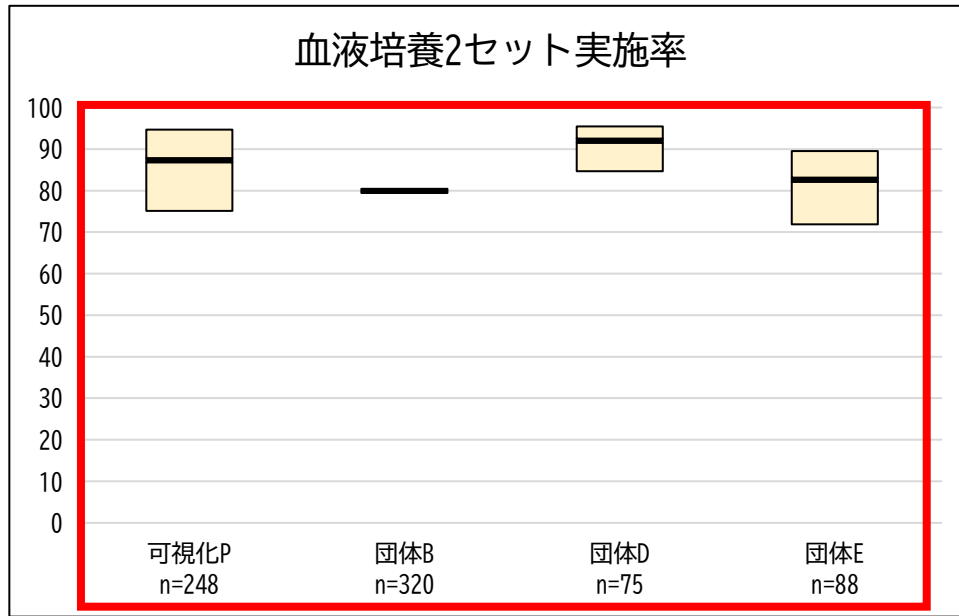


# IFC-03: 予防的抗菌薬投与 (定義と実績値)

団体	分子	分母	施設数	25%値	中央値	75%値
可視化P	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	197	72.18	84.31	96.67
団体G	手術のうち、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	111	73.9	83.4	93.1
団体B	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	特定術式の手術件数	212	-	98.5	-
団体D	A)手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が点滴投与開始された手術件数	A)入院手術件数 (冠動脈バイパス手術・そのほかの心臓手術・股関節人工骨頭置換術・膝関節置換術・血管手術・大腸手術・子宮全摘除術)	93	83.74	100	100

可視化プロジェクト適用指標と定義が同一な指標

# 感染管理 (四分位範囲グラフ)



# CRM-01:褥瘡発生(d2以上)

(定義と実績値)

団体	分子	分母	施設数	25%値	中央値	75%ル値	
可視化P	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	262	0.04	0.07	0.12	
団体A (共通QI)	d2(真皮までの損傷)以上の院内新規褥瘡発生患者数	同日入退院患者または褥瘡持込患者または調査月間以前の院内新規褥瘡発生患者を除く入院患者延べ数(人日)	-	-	-	-	
団体B 一般	d2(真皮までの損傷)以上の院内新規褥瘡発生患者数	同日入退院患者または褥瘡持込患者または調査月間以前の院内新規褥瘡発生患者を除く入院患者延べ数	275	-	0.07	-	
団体B 療養	d2(真皮までの損傷)以上の院内新規褥瘡発生患者数	同日入退院患者または褥瘡持込患者または調査月間以前の院内新規褥瘡発生患者を除く入院患者延べ数	20	-	0.04	-	
団体B 精神	d2(真皮までの損傷)以上の院内新規褥瘡発生患者数	同日入退院患者または褥瘡持込患者または調査月間以前の院内新規褥瘡発生患者を除く入院患者延べ数	30	-	0.03	-	
団体C	d2(真皮までの損傷)以上の院内新規褥瘡発生患者数	同日入退院患者または褥瘡持込患者または調査月間以前の院内新規褥瘡発生患者を除く入院患者延べ数(人日)	急性期グループ:60, 慢性期グループ:17	-	-	-	
団体D	d2(真皮までの損傷)以上の院内新規褥瘡発生患者数	同日入退院患者または褥瘡持込患者または調査月間以前の院内新規褥瘡発生患者を除く入院患者延べ数(人日)	93	0.06	0.08	0.11	
団体E	d2(真皮までの損傷)以上の院内新規褥瘡発生患者数	同日入退院患者または褥瘡持込患者または調査月間以前の院内新規褥瘡発生患者を除く入院患者延べ数(人日)	84	0.043	0.07	0.154	
団体G	入院時に褥瘡なく調査日に褥瘡を保有する患者数+入院時に褥瘡あり他部位に新規褥瘡発生の患者数	調査日の施設在院数	159	0.6	1.2	2.1	※
団体G 精神科再掲	入院時に褥瘡なく調査日に褥瘡を保有する患者数+入院時に褥瘡あり他部位に新規発生の患者数	調査日の在院数【入院当日は除外】	53	0	0.5	1.3	※
団体I	新規褥瘡発生患者数	新入院患者数	32	0.49	0.78	0.97	
団体J	分母のうち、d2以上の褥瘡の院内新規発生患者数	調査月の新入院患者数+当1日現在患者数	-	-	-	-	

# CRM-02:入院早期の栄養ケア（65歳以上） （定義と実績値）

団体	分子	分母	施設数	25%値	中央値	75%値
可視化P	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	225	73.33	93.50	99.68
団体D 急性期病棟	A) 入院3日目までに栄養ケアアセスメント行われたことがカルテに記載された患者数（急性期病棟）	当該月の65歳以上退院患者数（3日以内の検査入院、短期手術入院患者を除く）	93	57.44	76.42	89.47
団体D 急性期以外の病棟	B) 入院7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（急性期以外の病棟）	当該月の65歳以上退院患者数（3日以内の検査入院、短期手術入院患者を除く）	93	46.51	76.02	95.17

可視化プロジェクト適用指標と定義が同一な指標

# CRM-03: 身体抑制率 (定義と実績値)

団体	分子	分母	施設数	25%値	中央値	75%値
可視化P	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	223	3.45	10.29	17.39
団体B療養	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	18	-	10.7	-
団体B精神	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	28	-	7.6	-
団体B一般	分母のうち(物理的)身体抑制を実施した患者延べ数	18歳以上の入院患者延べ数	166	-	9.9	-
団体D抑制割合	身体抑制を実施した延べ日数(A、B、C共通) 6歳以下およびセンサーマットを除く。	B) 当月の入院患者延べ数(退院患者延べ数含む)	93	6.0	9.0	4.0
団体J	抑制が行われている患者数	入院患者数	-	-	-	-

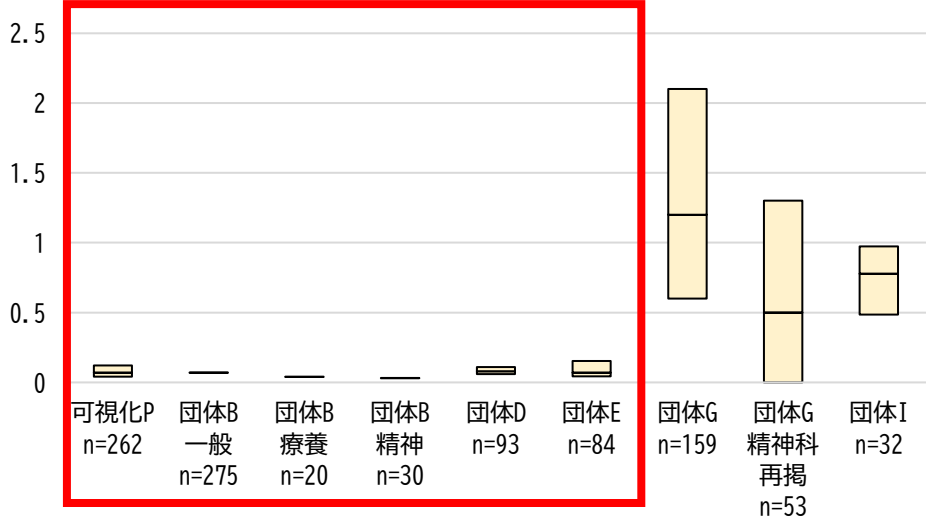
※

※単位を揃えるために「×100」している

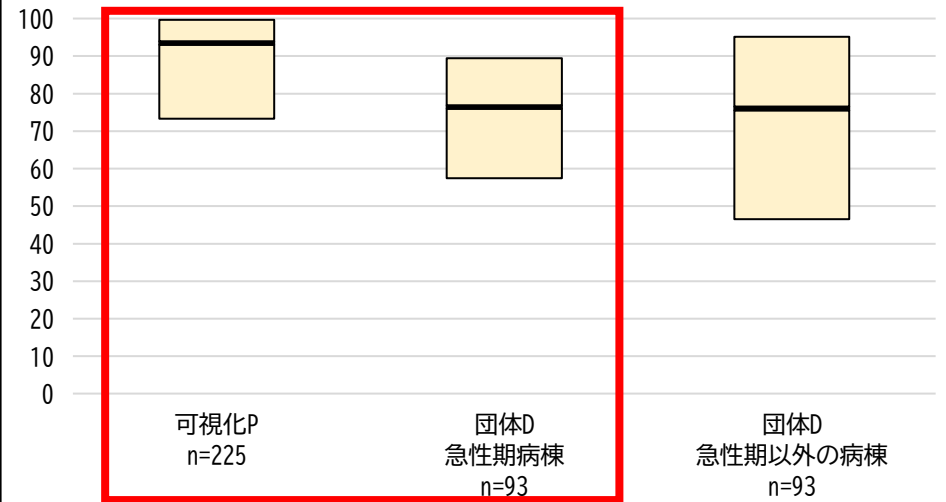
可視化プロジェクト適用指標と定義が同一な指標

# ケア (四分位範囲グラフ)

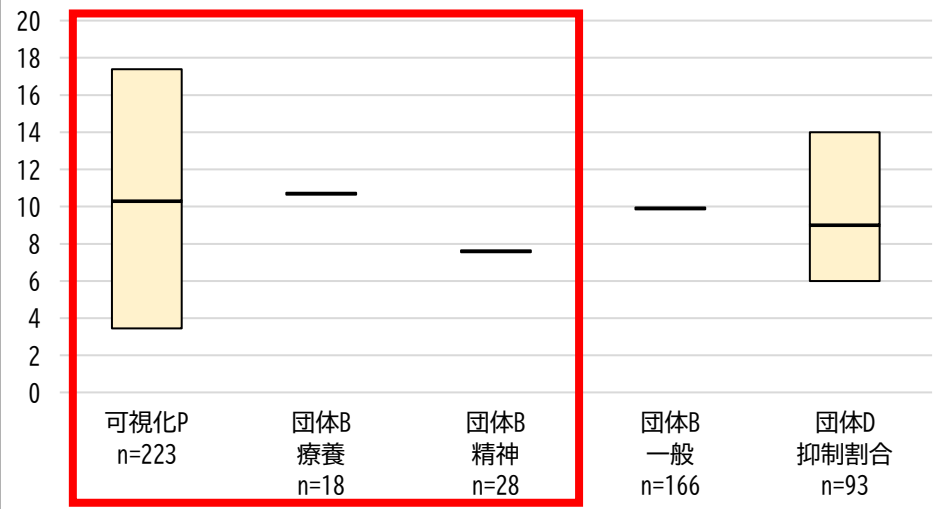
## 褥瘡発生(D2以上)



## 入院早期の栄養ケア (65歳以上)



## 身体抑制率



# 相互比較の扱いについて

指標定義と計測結果を一覧にすることで、協力団体が運用する指標の異同が明確になり、定義が同じ場合、異なる場合それぞれにおいて参考になるのではないか。

質指標の採用状況	検討の例
可視化プロジェクトと同一定義の指標を採用している場合	<ul style="list-style-type: none"><li>可視化プロジェクトの計測結果を全国参照値とみなし、自団体の状況と比較する。</li><li>所属施設に、来期の可視化プロジェクトへの参加を呼び掛ける。</li></ul>
異なる定義の指標を採用している場合、または当該指標を採用していない場合	指標の改廃、指標定義の見直しなどの際に、参考にする。

## (参考) 部会の主な意見 (2022/11/18)

- 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であるが、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
  - 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。
- 定義と計測値を一覧にすることについて
  - 一覧表に整理することで、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。

## 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について

# 成功要因インタビュー調査に至る経緯

- 協議会の議論において、未だ質指標の活用に取り組んでいない病院に対しては、事例を通じて関心を持っていただくのが重要であるという意見があった。
- そこで昨年度、協力団体を通じて改善事例をご提供いただき、50事例が集まった。
- これらは「医療の質指標を活用した改善事例集」として、本事業のオフィシャルサイト (<https://jq-qiconf.jcqhc.or.jp/tool/>) に掲載している。



事例を並べただけではノウハウがわかり難いので、事例を深く解説することとし、今年度の事業計画に盛り込んだ（成功要因分析）。



部会で、改善事例を提供いただいた病院の中から2病院を選定し、インタビュー調査によって事例を深掘りすることとした。

# インタビュー調査実施概要

1. 目的・ねらい	<ul style="list-style-type: none"><li>○ すでに質指標の活用に取り組んでいる病院の事例を、インタビューを通じて深堀し、<u>なぜ当該病院で質指標の活用が進んでいるのか（成功要因）</u>を調査する。</li><li>○ インタビュー内容は広く公開するとともに、未だ質指標の活用に取り組まれていない病院の関心を高めるための施策検討の材料とする。</li></ul>
2. 対象病院・実施日	<ul style="list-style-type: none"><li>○ 2023/1/18：美原記念病院（群馬県・189床・ケアミックス型）</li><li>○ 2023/1/30：彦根市立病院（滋賀県・438床・急性期型）</li></ul>
3. インタビュー対象者	<ul style="list-style-type: none"><li>○ インタビューは、<u>管理者層、改善チーム、計測担当者</u>に分けて実施する。</li><li>○ 「どのような課題・障害があって、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）を聞き取ることに留意する。その後、活動の評価（振り返り）を伺う流れとする。</li></ul>
4. インタビュー取りまとめ方針	<ul style="list-style-type: none"><li>○ ユーザーは、質指標を用いた改善活動を実践しようとしている、あるいは、実践しているがあまりうまくいっていない全国の病院の「管理者層」「現場の医療／ケアチーム」「情報部門」。</li><li>○ 前半は、病院の改善活動を記述するが、構造化に過度にこだわる必要はない。</li><li>○ 後半は、特定部門の活動に関心ある読者向けに、部門別（管理部門/改善部門、情報部門）の活動を改めて記述する。</li></ul> <p>&lt;調査後の部会からの意見&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ どういった困りごとを抱えている病院に届けたいのかを明記するとよい。</li><li>・ 困りごとの解決につながるような注釈・解説コメントを付けるとよい。</li></ul>

# インタビュー設問項目（カテゴリ） ・ インタビュー内容

○ これまでの部会での検討内容から、インタビュー設問項目（カテゴリ）を6項目抽出し、具体的な設問案に展開した。

- ① 指標計測・改善のきっかけ
- ② 管理者のリーダーシップや関与
- ③ 質指標の設定・計測体制
- ④ 改善チームの編成とマネジメント
- ⑤ 活動の継続性
- ⑥ その他のポイント

設問の流れ	管理者層・設問	設問項目（カテゴリ）					
		① 指標計測・改善のきっかけ	② 管理者のリーダーシップや関与	③ 質指標の設定・計測体制	④ 改善チームの編成とマネジメント	⑤ 活動の継続性	⑥ その他のポイント
A. エピソード収集	1) プロジェクトが始まったきっかけは何か。	○	○				
	2) 立ち上げ時にどんな苦労があったか。	○	○				
	3) 立ち上げ時に工夫したことは何か。	○	○				
	4) 質測定と改善とを、組織としてどのようにつなげていったか。		○	○	○		
	5) 管理者としてプロジェクトにどのように関わっていったか		○	○	○		
B. 振り返り	6) 取り組みを通じて、どんなポジティブな効果があったか。		○				
	7) 病院としてどんな部分が変わったか。		○				
	8) 「こうすればさらに良かった」という点は何か。		○				○
	9) 継続していくうえでの課題は何か。		○			○	
	10) 継続していくためにどんな工夫が必要だと思うか。		○			○	

# インタビュー内容（続き）

設問の流れ	改善チーム・設問	設問項目（カテゴリ）					
		① 指標計測・改善のきっかけ	② 管理者のリーダーシップや関与	③ 質指標の設定・計測体制	④ 改善チームの編成とマネジメント	⑤ 活動の継続性	⑥ その他のポイント
A. エピソード収集	1) プロジェクトが始まったきっかけは何か。	○					
	2) 立ち上げ時にどんな苦労があったか。				○		
	3) 立ち上げ時や継続する上で工夫したことは何か。				○		
	4) 活動において、改善チームと測定担当者はどのような連携があったか。			○	○		
	5) 改善チームのモチベーションを維持するために工夫したことは何か。				○	○	
	6) TQM部門や病院管理部門からどのような支援があったか。		○		○		
B. 振り返り	7) 取り組みを通じて、どんなポジティブな効果があったか。				○		
	8) 改善チームとしてどんな部分が変わったか。				○		
	9) 「こうすればさらに良かった」という点は何か。				○		○
	10) 継続していくうえでの課題は何か。				○	○	
	11) 継続していくためにどんな工夫が必要だと思うか。				○	○	○

設問の流れ	計測担当者・設問	設問項目（カテゴリ）					
		① 指標計測・改善のきっかけ	② 管理者のリーダーシップや関与	③ 質指標の設定・計測体制	④ 改善チームの編成とマネジメント	⑤ 活動の継続性	⑥ その他のポイント
A. エピソード収集	<b>体制・概要について</b>						
	1) この部門として、質計測・評価にどのように関わっているか。			○			
	2) 現在運用している質指標にはどのようなものがあるか。			○			
	<b>エピソードについて</b>						
	3) 現在の体制を継続する上で工夫していることは何か。			○			
	4) 改善チームと測定担当者はどのように連携しているか。			○	○		
	5) 改善チームや病院管理部門から、指標データ算出において、どのようなリクエストを受けたか。			○	○		
6) TQM部門や病院管理部門からどのような支援があったか。		○	○				
B. 振り返り	7) 取り組みを通じて、どんなポジティブな効果があったか。			○			
	8) 「こうすればさらに良かった」という点は何か。			○			○
	9) 測定・評価を行う上で困難な部分は何か。			○			
	10) インフラ整備や組織・部門間コミュニケーションなどにおいて、どのような工夫が必要だと思うか。			○			○
	11) 質評価や改善活動に対して、本部門の立場でどのようなかかわり方をしたいと考えているか。			○	○		○

# レポート構成案(美原記念病院, 彦根市立病院)

	美原記念病院	彦根市立病院
I. 改善活動レポート	1. 病院の概要	1. 病院の概要
	2. 質改善活動の体制と運営 ○プロジェクト主体の改善活動 ○質改善プロジェクト活動の3つのポイント	2. 質改善活動の経緯 ○医療安全の延長としての医療の質 ○経営の改善 ○質向上と経営向上を両立させる「加算取得」活動
	3. データの管理・活用	3. 質改善活動の体制と運営 ○メディカルスタッフ+診療情報管理士による活動体制 ○落穂拾い通信 ○その他の部署の対応
	4. 質指標を活用した改善事例の紹介 (1)回復期リハビリテーション病棟の運営 (2)包括病棟における薬剤費 (3)身体拘束を行わない看護の取り組み	4. 管理者の関与(院長ヒアリング)
	5. 積極的な学術活動	5. 質指標を活用した改善事例の紹介 (1)脳卒中患者の早期リハビリ実施率の向上 (2)がん患者サポート率の向上 (3)薬剤管理指導の実施率(重点項目)
	6. 今後の課題	6. 外部への情報発信
II. 部門別の取り組み	A. 管理部門/質改善部門の実践例	A. 管理部門/質改善部門の実践例
	B. 情報部門の関与の紹介と実践例	B. 情報部門の関与の紹介と実践例

### 3. 2022(令和4)年度事業報告について

# 今年度の活動状況(2023年3月17日現在)

	開催日時等	主な議題
医療の質向上のための協議会（医療の質向上のための体制整備事業運営委員会）	第11回(6月27日)	今年度事業方針, モデル事業の状況, 各部会の検討状況, 標準化・公表のあり方
	第12回(9月29日)	モデル事業の状況, 各部会の検討, 標準化・公表のあり方
	第13回(12月1日)	質指標を全国に普及する施策, 標準化・公表のあり方
	第14回(本日)	モデル事業の状況, 各部会の検討, 令和4事業報告, 令和5事業計画案
QI活用支援部会	第11回(6月13日)	今年度事業計画, 各種成果物の普及・促進, 成功要因分析
	第12回(8月9日)	質指標活用の普及・促進, パイロット協力病院へのフォローアップ
	第13回(10月4日)	モデル事業の状況、調査の進めか方, 成功要因分析, パイロット・フォローアップ
	1月18日	質指標活用インタビュー調査①
	1月30日	質指標活用インタビュー調査②
	第14回(2月15日)	今後の事業方針, インタビュー調査, フォローアップ・アンケート, モデル事業の状況
	第18回(5月19日)	今年度の方針, モデル事業について, 指標の選定
QI標準化部会	第19回(6月16日)	指標の選定, 計測・フィードバックの運用
	第20回(7月7日)	指標の選定, モデル事業の状況, 患者中心ケア
	第21回(9月9日)	モデル事業の状況, 質指標の標準化, 患者中心ケア
	第22回(10月20日)	モデル事業の状況, 質指標の標準化, 相互比較, 患者中心ケア
	第23回(11月18日)	モデル事業の状況, 質指標の標準化, 相互比較, 患者中心ケア
	第24回(1月27日)	モデル事業の状況, 質指標の標準化, 相互比較, 患者中心ケア
	医療の質向上のためのコンソーシアム	特別企画2022 (7月30日)



# 2022(令和4)年度事業進捗(2023年3月17日現在)

事業内容	#	検討事項	進捗状況	備考
a 取組の共有・普及	1	好事例の収集・調査分析を行い、成功要因を基に改善モデルを作成(手引き, 事例集など)	対応済	
	2	コンソーシアムへの参加を通じて、取組の共有・普及を図るなど強固なネットワークの構築	対応済	
b 人材養成	3	医療の質指標を使いこなせる人材に必要な知識・スキルを整理し、コンピテンシーを設定	対応済	
	4	上記に必要な養成カリキュラムの検討及び養成セミナーの試行開催	対応済	
c 医療の質指標等の標準化, 公表	5	各団体の取組を踏まえ、医療の質指標等の標準化に向けたあり方及び標準化指標の選定方法等を検討	対応中	(次年度継続)
	6	医療の質指標等の評価及び公表のあり方について検討	対応中	(次年度継続)
d 医療の質指標等の評価・分析	7	医療の質指標等に関する各病院の取組を支援するための相談窓口の設置	対応済	
	8	医療の質指標等の定義に関する最新情報の入手及び公開	対応済	
	9	管理者層等を対象としたセミナーの開催	対応済	
e 事業基盤の整備			対応中	

## 4. 2023(令和5)年度事業計画(案)について

# 実施要綱※の改定について

- これまで本事業の実施要綱に沿っておおむね順調に対応し一定の成果を得てきたが、それらの成果を踏まえて一層の普及を図るために、**新たな実施要綱が示された。**
- 新たな実施要綱では、**質指標の標準化と普及に重点**を置く方針となった。
- 新たな実施要綱のもと事業内容、運営体制を見直す。

実施要綱（新）	（現行）
1. 目的	1. 目的
2. 事業の実施主体	2. 事業の実施主体
3. 事業内容 （1）医療の質向上のための協議会（以下「協議会」という。）の設置・運営 <b>ア. 医療の質向上のための医療の質指標等の標準化・普及のあり方</b> イ. 医療の質向上活動を担う中核人材の養成のあり方 ウ. 医療の質指標等の評価・分析支援のあり方	3. 事業内容 （1）医療の質向上のための協議会（以下、「協議会」という。）の設置・運営 <b>ア. 医療の質向上のための具体的な取組の共有・普及のあり方</b> イ. 医療の質向上活動を担う中核人材の養成のあり方 <b>ウ. 医療の質指標等の標準化のあり方</b> エ. 医療の質指標等の評価・分析支援のあり方
（2）医療の質向上のための事務局（以下「事務局」という。）の設置・運営 <b>ア. 協議会の運営</b> <b>イ. 医療の質指標等の標準化・普及</b> （ア）医療の質指標等の標準化 （イ）医療の質指標等の普及 （ウ）医療の質指標等の公表 ウ. 医療の質の向上活動を担う中核人材の養成 エ. 医療の質指標等の評価・分析支援 オ. 国への事業結果の	（2）医療の質向上のための事務局の設置・運営 <b>ア. 医療の質向上のための協議会の運営</b> <b>イ. 医療の質向上のための具体的な取組の共有・普及</b> （ア）好事例の共有 （イ）手引きの作成 （ウ）医療の指標等の公表 ウ. 医療の質の向上活動を担う中核人材を養成すること エ. 医療の質指標等の評価・分析支援 オ. 国への事業結果の報告

## 2023(令和5)年度 実施要綱

### 3. 事業内容

#### (1) 医療の質向上のための協議会（以下「協議会」という。）の設置・運営

##### ア. 医療の質向上のための医療の質指標等の標準化・普及のあり方

各病院団体が行ってきた医療の質向上の取組を踏まえ、医療の質指標の項目、集計方法等の標準化及び普及のあり方について、一定の結論を得ること。また、医療の質向上活動等に有効な医療の質指標の計測結果の公表のあり方に関する具体的方策について、検討を行うこと。

医療の質指標等の標準化の検討にあたっては、以下の点を踏まえること。

- 医療の質指標等は急性期と慢性期の違いなど、**医療機関の特性に配慮**したものであることが望ましいこと
- **医療の質指標等は医療機関の負担軽減の観点からDPCデータ等の既存の標準化されたデータの活用を考慮することが望ましいこと**
- 医療の質指標等はデータ等の出しやすさだけでなく、**PDCA サイクルを回す観点**から医療機関が計測することが有効であるものを選定することが望ましいこと

##### イ. 医療の質向上活動を担う中核人材の養成のあり方

##### ウ. 医療の質指標等の評価・分析支援のあり方

## 2023(令和5)年度 実施要綱

### (2) 医療の質向上のための事務局（以下「事務局」という。）の設置・運営

#### ア. 協議会の運営（略）

#### イ. 医療の質指標等の標準化・普及

##### (ア) 医療の質指標等の標準化

DPC データ等の既存の標準化されたデータの活用を検討する際は、各病院団体がすでに計測している医療の質指標の具体的内容も十分に考慮した上で、DPCデータの取り扱いに精通した外部有識者等と適切に連携し、検討すること。

##### (イ) 医療の質指標等の普及

今まで医療の質指標を活用した医療の質向上活動等の取組を実施していない医療機関を中心に、当該取組を行う体制及び手順を整えるために作成した手引き等を広く普及すること。手引き等には以下の事項を含み、必要に応じて更新すること。

- 医療機関における実施体制
- 具体的な医療の質指標等の算出方法や定義
- それぞれの医療の質指標等の解釈や活用方法
- 医療の質指標等の評価・分析を行うための最新のエビデンス

##### (ウ) 医療の質指標等の公表

協議会における検討を踏まえ、医療の質向上活動等に有効な測定結果の公表に関する必要な対応を行うこと。

## 2023(令和5)年度 実施要綱

### ウ. 医療の質の向上活動を担う中核人材の養成

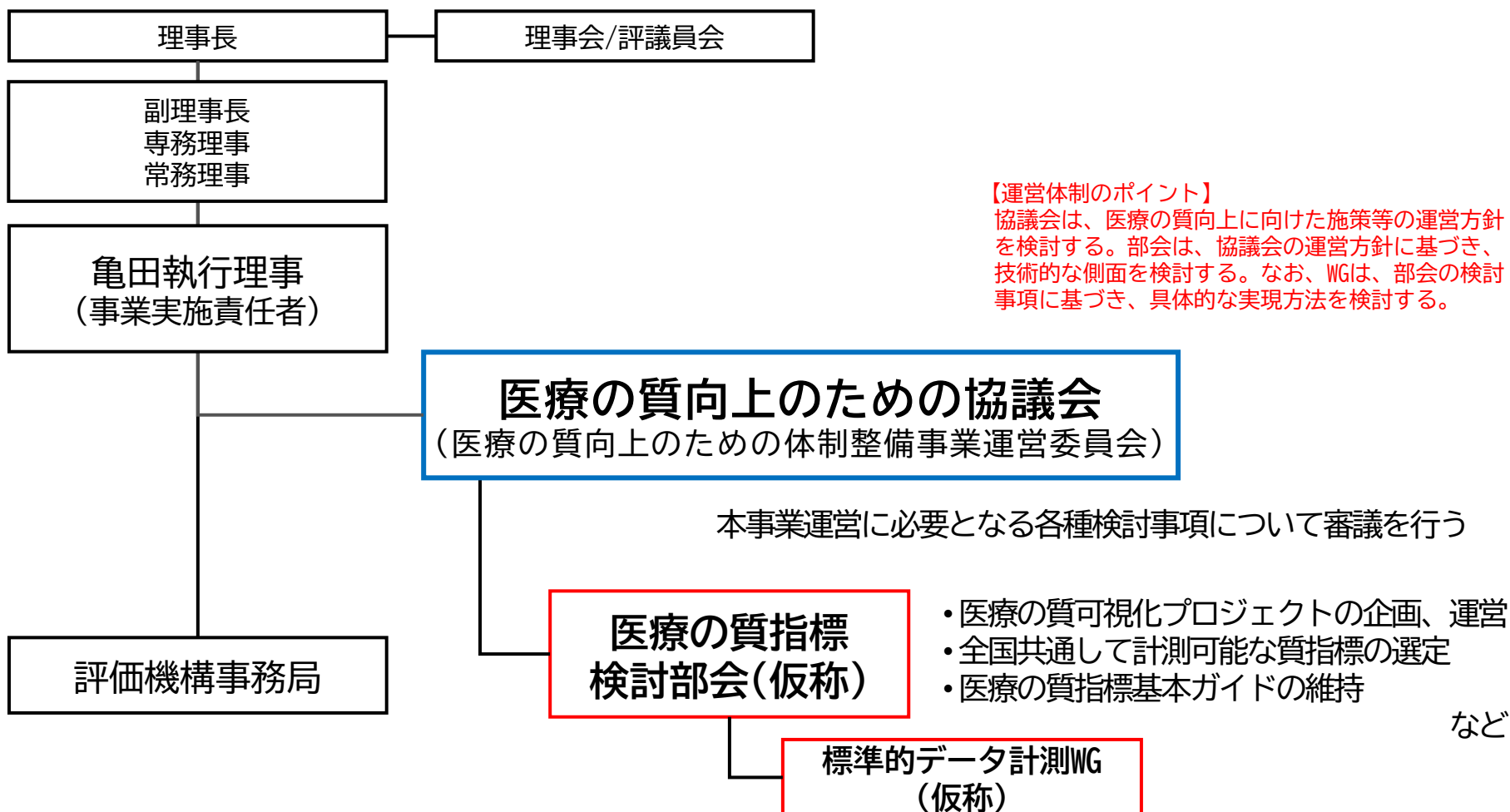
医療機関において医療の質指標を活用した医療の質向上活動等の取組を中核的に行える人材を養成するために、**外部有識者等と適切に連携し、検討すること。**

### エ. 医療の質指標等の評価・分析支援

医療機関が医療の質指標等を評価・分析できるよう、以下のような支援を行うこと。

- 医療機関からの疑義照会（医療の質指標等の算出方法など）に対応すること
- 医療の質指標を活用した医療の質改善活動等に関するセミナーの開催、医療機関のトップマネジメント層の理解・納得が得られるような普及啓発活動

# 2023(令和5)年度運営体制(案)



## 【運営体制のポイント】

協議会は、医療の質向上に向けた施策等の運営方針を検討する。部会は、協議会の運営方針に基づき、技術的な側面を検討する。なお、WGは、部会の検討事項に基づき、具体的な実現方法を検討する。

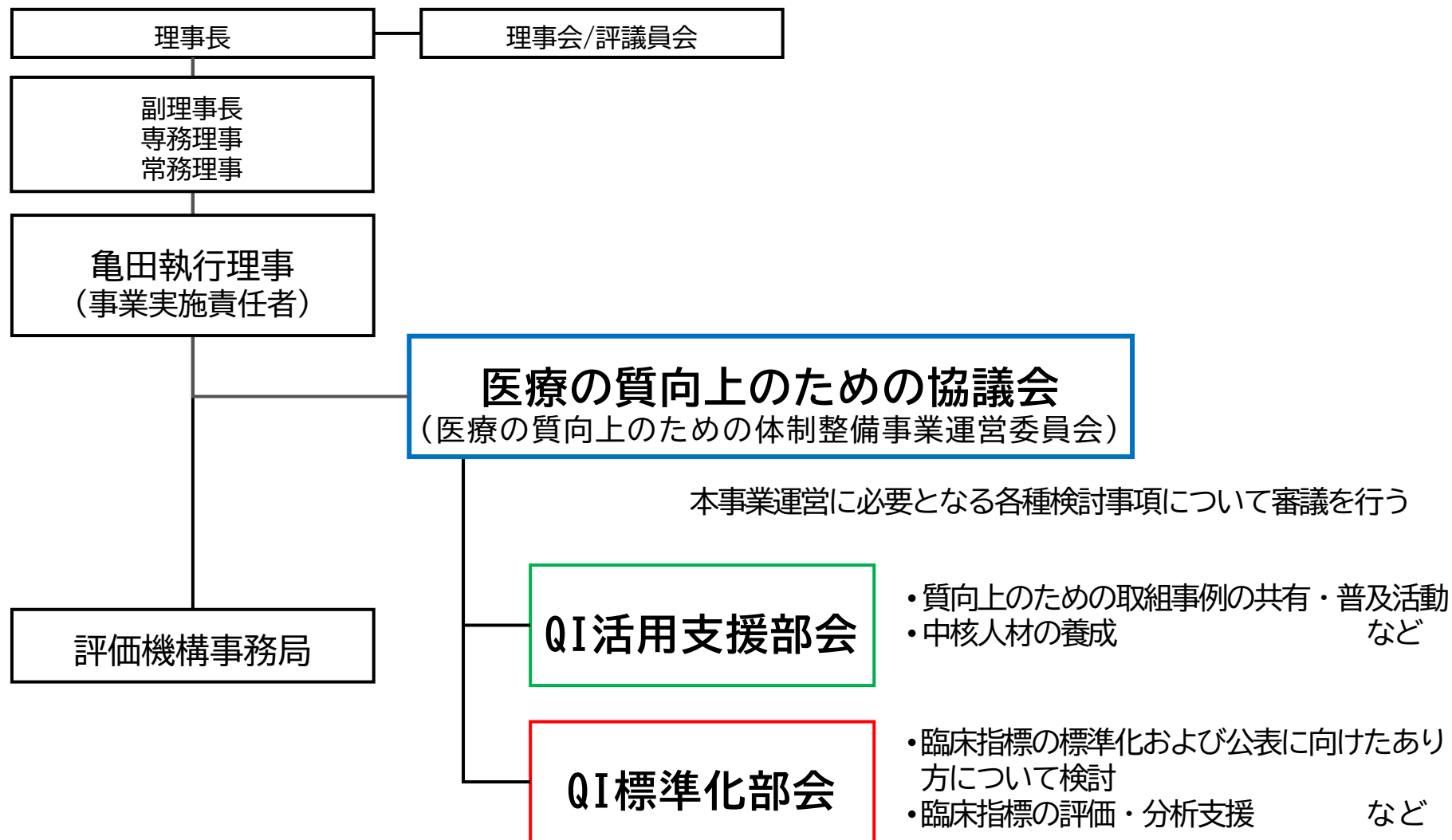
本事業運営に必要となる各種検討事項について審議を行う

- 医療の質可視化プロジェクトの企画、運営
- 全国共通して計測可能な質指標の選定
- 医療の質指標基本ガイドの維持

など

部会で選定された質指標を対象に、DPCデータ(様式1及びEFファイル)等の標準的なデータから計測可能とするための技術的な計測手順の検討

# 参考) 今年度の運営体制





# 2023(令和5)年度事業計画(案)

## 1. 本事業を実施する組織体制について

### (1) 医療の質向上のための協議会の設置と運営

本事業の実施要綱に示されている事項等を審議し、本事業を円滑に運営するために、協議会を設置し、定期的を開催する。協議会は、これまで医療の質の評価・公表等に取り組んできたまたは取り組む予定の病院団体、および医療の質向上に関する有識者等により構成する。協議会の運営にあたっては、協力団体や関係機関等と調整を図り、理解と協力を得るなど、合意形成に努める。

### (2) 部会の設置と運営

事業内容を具体的に企画・検討・実施するために、協議会の下部組織として部会を設置する。部会では、質指標の標準化と普及、質指標の評価・分析支援などについて検討し、施策を実施する。また、必要に応じて、部会の下に専門的な作業を実施するワーキンググループを設置する。部会、ワーキンググループの委員は、学識経験者および病院団体等から推薦された者から構成する。

### (3) 医療の質向上のためのコンソーシアムの運営

医療の質向上のためのコンソーシアム（以下、「QIコンソーシアム」という。）は、本事業に参加する医療機関等から構成される活動の場（コミュニティ）をいう。QIコンソーシアムでは、本事業が実施する研修会や質改善プログラムへの参加等を通じて、医療の質向上に積極的に取り組み、事務局はそれらの活動を支援する。また、QIコンソーシアムの活動報告会を開催し、質指標の活用ノウハウや好事例等の共有を行う。

### (4) 事務局の設置と運営

協力団体等の意見を中立的かつ適切に調整し協議会を適切に運営するため、また本事業の実施要綱に示された取り組みを行う体制を整えるため、日本医療機能評価機構の中に事務局を設置する。事務局には、担当理事および担当の職員を配置する。

## 2. 事業計画（協議会及び事務局の運営計画）について

### (1) 医療の質向上のための医療の質指標等の標準化・普及

本事業で定めた医療の質指標を用いた全国規模のベンチマーク評価であるモデル事業「医療の質可視化プロジェクト（以下、「可視化プロジェクト」という。）を継続・発展させる。ベンチマーク評価を行うためには、協力病院が共通の定義・手順で指標を計測する必要がある。そこで、指標の分子・分母の定義、計測手順等を定め、協力病院に提供する。その計測状況をもとに指標を検証し、標準的な指標を提案する。また、可視化プロジェクトの周知・広報を行い、より多くの病院が参加することで、質指標の普及に努める。

医療の質の中核的な要素の一つである患者中心性については、わが国で標準的な指標がないことから、患者中心性指標の導入に向けた検討を行う。多くの病院が日常的に収集・作成している標準的なデータとしてDPCデータに着目し、DPCデータを用いた指標の活用を検討する。これによって、追加的なデータ収集の負荷を軽減しつつ、多くの病院で指標計測が可能になることが想定される。一方、DPCデータでは、計測できない領域も指摘されていることから、利点・課題等を整理し、標準的な指標のあり方について検討する。なお、DPCデータを活用した指標の検討は、部会の諮問のもとワーキンググループで専門的な検討を行う。質指標は、医療提供者（病院等）が改善目的で活用するのが主体であるが、計測結果を社会に公表することで、医療の透明化を図ることも大きな意義があると考えられる。そこで、公表のあり方について検討を行う。

以上のような活動を通じて、医療の質指標の標準化・普及を推進し、医療の質の向上につなげる基盤とする。

### (2) 中核人材の養成

病院現場で継続的に医療の質向上に取り組むためには、質改善活動を推進する人材の確保が重要である。そこで、すでに開発・公開されている質改善ツールキット等のいっそうの周知に努め、協力団体等での利用促進を図る。これによって、質改善活動に必要な知識・スキル等の普及を図り、人材養成につなげる。また、可視化プロジェクトにおいても、協力病院を対象に計測結果に基づく質改善活動に関するセミナーを企画・実施する。

### (3) 医療の質指標等の評価・分析支援

可視化プロジェクト協力病院に対して疑義照会への対応等を行い、支援する。このような支援により、病院側が計測手順や計測結果について適切な対応を取れるようになり、計測活動の精度向上や改善活動につながることを期待される。質指標の計測がなかなか進まない理由の一つに、計測作業の負荷が大きいという理由が挙げられる。そこで、可視化プロジェクト協力病院における計測作業の負荷を低減するために、一括集計や計測ツールなどの方法を検討する。

また、質指標を用いた計測・改善活動を組織的に実施するためには、管理者の関与が重要であることから、管理者向けの普及啓発活動を検討・実施する。そのために、可視化プロジェクトを通じて得られた知見や、計測・改善活動を院内で展開・持続することの意義や重要性などを管理者層に情報発信するための施策を検討、実施する。

## 5. その他

- ① 日本看護協会様からの情報提供（参考資料3）
- ② ご案内事項(2023年度の活動予定)
- ③ ご相談事項

## ②ご案内事項(2023年度の活動予定)

### 1. 第4回 医療の質向上のためのコンソーシアム\*について

- 本年6月頃の開催を予定しています。
- 今年度実施する「医療の質可視化プロジェクト」の計測結果をもとに、専門家の解説を中心とした内容を企画しています。
- 詳細は後日、改めてご案内いたします。

\*医療の質向上のためのコンソーシアムとは、医療の質向上に積極的に取り組み、事例や経験の共有などを目的とした、全国の医療施設や関係者による活動の場（コミュニティー）です。

### 2. 2023年度 医療の質可視化プロジェクトについて

- 次年度は、本年7月頃を目途に開始する予定です。
- 今年度の内容を踏襲しつつ、より充実させた運用を企画、準備中です。
- なお、今年度の協力病院(625病院)は、継続してご協力いただく予定です。
- 詳細は後日、改めてご案内いたします。

## ③ご相談事項

### 掲載期間の延長について(医療の質指標を活用した質改善事例集)

- 昨年度各団体を通じてご提供いただいた「医療の質指標を活用した質改善事例集」は、2023年3月31日までの掲載許諾をいただいています。
- 次年度、本事業が継続する場合には、掲載期間をさらに1年間延長(~2024年3月31日)させていただきたいと考えています。
- つきましては、事例をご提供いただいた病院様の意向についてご確認をお願いいたします。
- 詳細は後日、各協力団体事務局様を通じてご案内します。