

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15回 運営委員会 (医療の質向上のための協議会)

2023年5月29日(月)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	(委任状)	
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	(委任状)	
7	塩見 尚礼	日本赤十字社 医療事業推進本部	副本部長	出	新任
8	田中 一成	公益社団法人全国自治体病院協議会	副会長	出	
9	田中 桜	独立行政法人地域医療機能推進機構	理事	出	
10	永江 京二	独立行政法人労働者健康安全機構	理事	(委任状)	
11	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)	
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	

関係者出欠状況

QI標準化部会(敬称略)

16	の場	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)

17	矢野	好輝	保健医療技術調整官	欠	
18	三山	江穂	課長補佐	欠	
19	守川	義信	課長補佐	出	
20	杉	理江	課長補佐	出	

公益財団法人日本医療機能評価機構

21	上田	茂	専務理事	出	
22	橋本	迪生	常務理事	出	
23	横田	章	常務理事(兼 事務局長)	出	
24	亀田	俊忠	理事	出	
25	飛田	浩司	事務局次長	出	
26	菅原	浩幸	統括調整役	出	
27	神保	勝也	参与(兼 評価事業推進部 副部長)	出	
28	浅野	由莉	評価事業推進部 主任	出	
29	真中	章弘	客員研究員	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. 部会の検討状況について
4. その他

1. 今年度の事業方針について

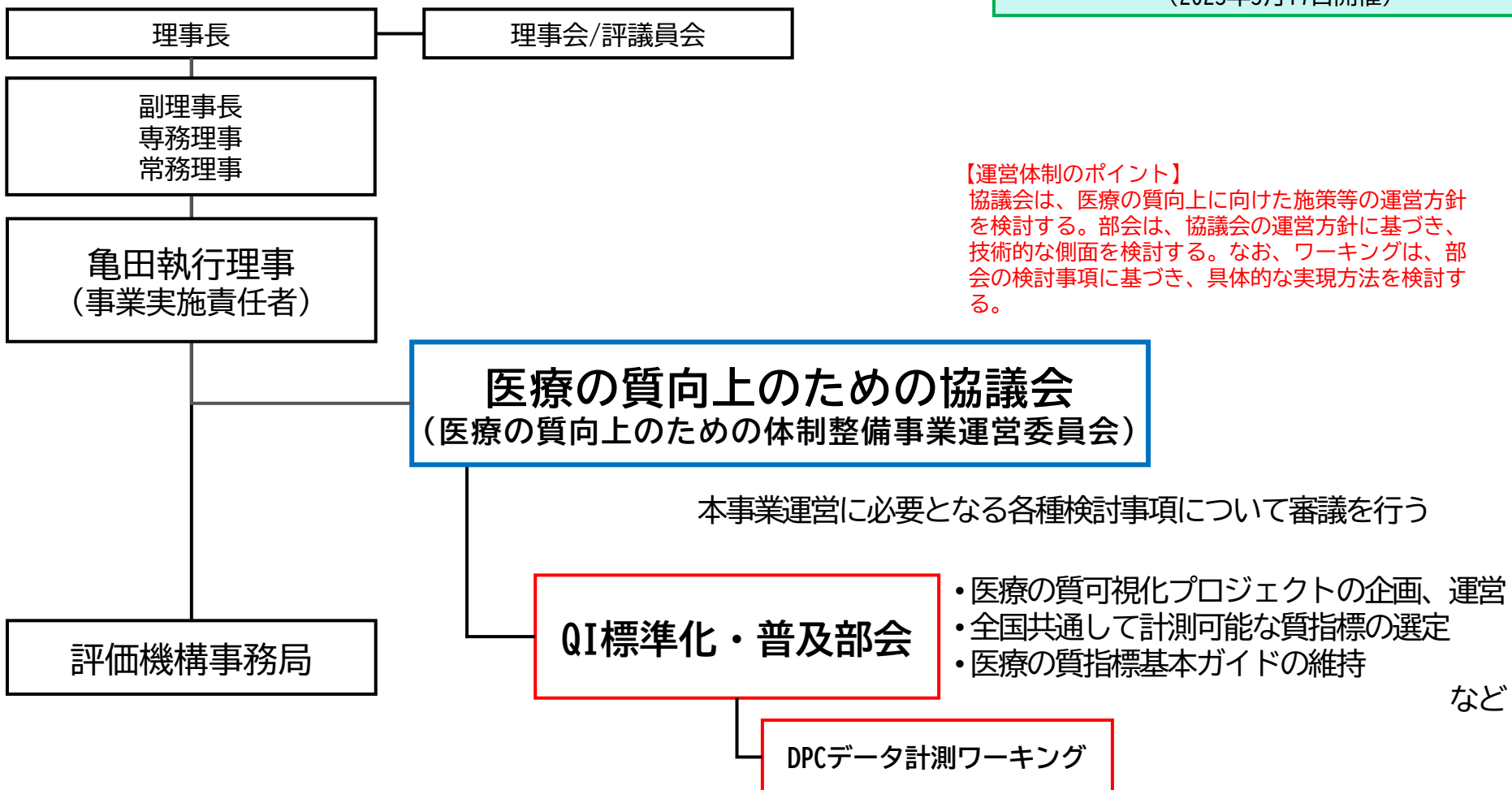
事業全体方針(今年度)

- 事業開始5年目となる今年度は、厚生労働省発出の実施要綱一部変更に伴い「医療の質指標の標準化と普及」に力点を置いた事業を進める。
- 具体的には、以下a, b(赤枠部分)を中心とした事業運営を想定する。

実施要綱(2023年度)	今年度の取組	主な取組内容	備考
ア. 医療の質向上のための医療の質指標等の標準化・普及	a. モデル事業(医療の質可視化プロジェクト)の企画・運営	<ul style="list-style-type: none"> 経時的推移の分析・検証 協力病院の勧奨を通じた質指標の普及 	部会(新設)
イ. 医療の質向上活動を担う中核人材の養成		協力病院を対象としたセミナーの企画・実施	
ウ. 医療の質指標等の評価・分析支援		<ul style="list-style-type: none"> 疑義照会の対応 管理者層向け普及啓発 	
	b. 医療の質指標の標準化・公表	<ul style="list-style-type: none"> 前年度指標(9指標)の検証と標準化指標の検討 患者中心性指標の検討 公表のあり方の検討 	
		DPCデータを活用した計測の検討	ワーキング(新設)

2023(令和5)年度運営体制

一部改変:第14回医療の質向上のための協議会資料
(2023年3月17日開催)



【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、ワーキングは、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

- QI標準化・普及部会
 - 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

DPCデータ計測ワーキング

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

年度計画

計画	主な作業	4-6月	7-9月	10-12月	1-3月
a. モデル事業(医療の質可視化プロジェクト)の企画・運営	指標の選定・手順書の作成				
	参加病院の募集				
	情報システムの整備・運用				
	疑義照会対応				
	セミナーの開催				
	報告書の作成				
	検証(運用, 指標等)				
b. 医療の質指標の標準化・公表	前年度指標(9指標)の検証と標準化指標の検討				
	DPCデータを活用した計測の検討				
	患者中心性指標の検討、最終化				
	公表のあり方の検討				

2. モデル事業(医療の質可視化プロジェクト)について

2023年度 医療の質可視化プロジェクト

昨年度の実績を考慮し、今年度も「医療安全」「感染管理」「ケア」に関連した指標(9指標)の計測から経時的な変化及び他施設比較を通じて、医療の質の更なる向上を目指す全国規模のプロジェクトを実施する。

目的	○ 全国の病院を対象に医療の質指標を活用した継続的な計測活動の実施。 ○ 経時的変化、他施設比較を通じて現状を客観的に把握し改善の契機とする。			
対象	医療の質指標を用いた計測に関心のある全国の病院（目標:700病院）			
期間	2023年7月1日～2024年3月31日 ※2023年4月10日より受付開始中			
適用指標	テーマ	指標①	指標②	指標③
	医療安全	本日、別途ご報告 議題3「2023年度医療の質可視化プロジェクト適用指標の検討」		
	感染管理			
	ケア			

医療の質可視化プロジェクトの流れ

昨年度と同様の流れでプロジェクトを運用する想定である。7月1日からの運用開始に向け各種準備を進める。なお、適用する指標については後述する。



準備	申込受付	→										
	関連資料等の配布		→		※6月までに、適用指標, 計測手順書, 情報システム等を整備							
運用	キックオフ動画の配信			→								
	1回目	計測・データ提出		→		※計測対象：2022年10月～23年3月						
		集計結果報告書配布				→						
	教育セミナー					→						
	2回目	計測・データ提出					→			※計測対象：2023年4月～9月		
		集計結果報告書配布								→		
	事後アンケート										→	
教育セミナー									次年度コンソーシアムにて開催予定			

申込状況(2023年5月26日11時00分 時点)

a. 地域	b. 開設主体		c. 病床数		d. 施設基準		e. DPC参加状況		
	合計		合計		合計		合計		
北海道・東北	10	国	15	99 ⁻	11	特定機能病院	10	大学病院本院群	9
関東	61	公的医療機関	38	100-199	42	地域医療支援病院	60	特定病院群	22
中部・北陸	17	社会保険関係団体	1	200-299	23	それ以外	92	標準病院群	81
近畿	22	医療法人	70	300-399	21			準備病院	3
中国・四国	27	個人	0	400-499	20			データ提出加算取得病院	35
九州・沖縄	25	その他	38	500 ⁺	45			該当なし	12
	162		162		162		162		162

f. 診療報酬加算取得状況

(医療安全)	合計		(感染管理)	合計		(ケア)	合計		
医療安全対策加算1	122		感染対策向上加算1	100		褥瘡ハイリスク患者ケア加算	78	参加	102
医療安全対策加算2	28		感染対策向上加算2	27		該当なし	84	未参加	60
該当なし	12		感染対策向上加算3	31					
			該当なし	4					
	162			162			162		162

g. 団体等Q I 事業参加状況

3. 部会の検討状況について

■ 医療の質指標の標準化に向けた検討

～「2022年度医療の質可視化プロジェクト」の実績を踏まえた検証結果の報告～

■ 2023年度医療の質可視化プロジェクト適用指標の検討

3. 部会の検討状況について

- 医療の質指標の標準化に向けた検討

～「2022年度医療の質可視化プロジェクト」の実績を踏まえた検証結果の報告～

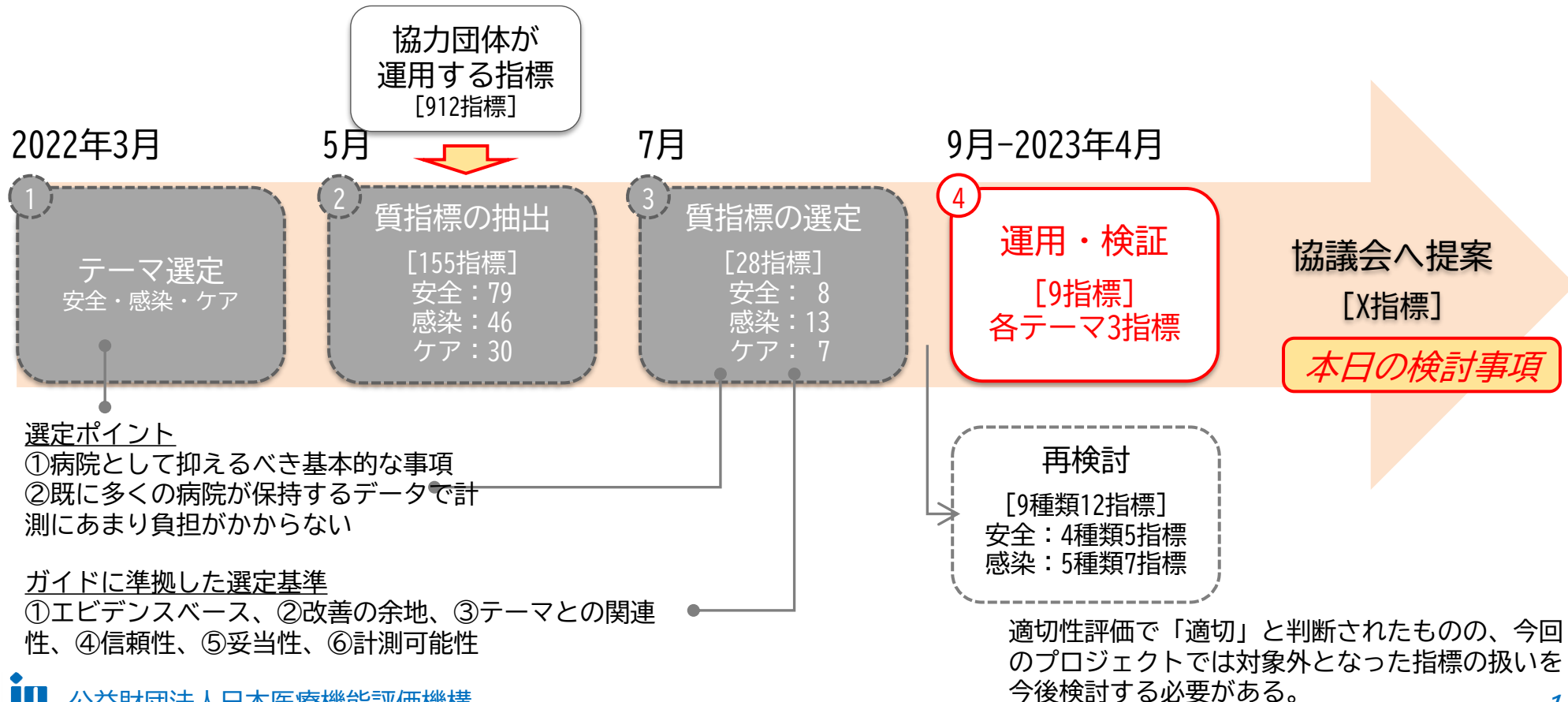
- 2023年度医療の質可視化プロジェクト適用指標の検討

医療の質指標の標準化について

～「2022年度医療の質可視化プロジェクト」の実績を踏まえた検討事項の紹介

一部改変：第14回医療の質向上のための協議会資料
(2023年3月17日開催)

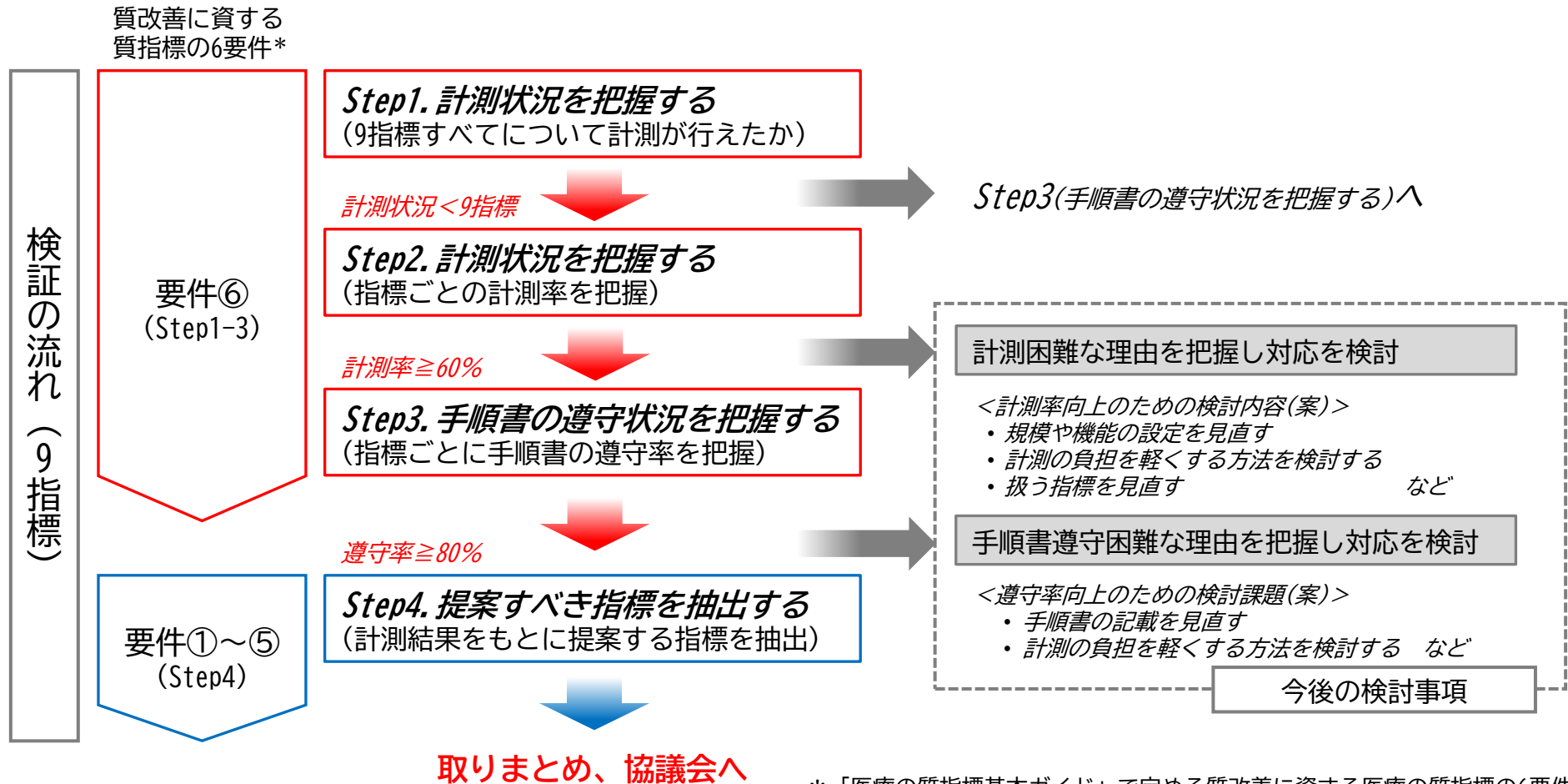
医療の質指標の標準化に向けた検討は、これまで丁寧かつ慎重に多くの議論を重ねてきた。前回開催の本会では、昨年度実施した「医療の質可視化プロジェクト（以下、プロジェクト）」の実績を検証し、その結果を踏まえ、全国で共通して計測が求められる質指標を議論することと整理した。



9指標の検証方針と進め方

一部改変: 第14回医療の質向上のための協議会資料
(2023年3月17日開催)

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。なお、検証対象の病院数は557病院である。



* 「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

Step1. 計測状況を把握する(9指標すべての計測率)

- 9指標すべての計測を依頼したが、病院の事情により可能な指標のみとした。
- 9指標すべてについて計測した病院は、557病院中248病院(44.5%)であった。

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])

病床規模	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	
199-		2 (1.1%)	4 (2.3%)	9(*) (5.1%)	9 (5.1%)	19 (10.8%)	32 (18.2%)	33 (18.8%)	68 (38.6%)	176 (100.0%)
200-399		1 (0.6%)	2 (1.2%)	3 (1.8%)	5 (3.0%)	14 (8.3%)	18 (10.7%)	40 (23.7%)	86 (50.9%)	169 (100.0%)
400-599		2 (1.6%)	3 (2.5%)	1 (0.8%)	1 (0.8%)	7 (5.7%)	16 (13.1%)	32 (26.2%)	60 (49.2%)	122 (100.0%)
600+		1 (1.1%)	3 (3.3%)	1 (1.1%)	6 (6.7%)	9 (10.0%)	10 (11.1%)	26 (28.9%)	34 (37.8%)	90 (100.0%)
計		6 (1.1%)	12 (2.2%)	14(*) (2.5%)	21 (3.8%)	49 (8.8%)	76 (13.6%)	131 (23.5%)	248 (44.5%)	557 (100.0%)

(*)提出された計測値を無効とした1病院を含む。

Step2. 計測状況を把握する(指標ごとの計測率)

計測率が低い指標(MSM-03:199床以下)も存在するが、概ね計測可能な指標が設定されたと考える。なお部会では、検討のうえ、閾値60%以上として評価を行った。

上段:病院数
下段:病床規模別計測率

病床規模	医療安全			感染管理			ケア			計
	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	
199-	167(*) (94.9%)	173(*) (98.3%)	94(*) (53.4%)	134 (76.1%)	135 (76.7%)	108 (61.4%)	165(*) (93.8%)	142 (80.7%)	135 (76.7%)	176 (100.0%)
200-399	156 (92.3%)	165 (97.6%)	131 (77.5%)	144 (85.2%)	144 (85.2%)	127 (75.1%)	159 (94.1%)	133 (78.7%)	133 (78.7%)	169 (100.0%)
400-599	112 (91.8%)	121 (99.2%)	108 (88.5%)	107 (87.7%)	104 (85.2%)	90 (73.8%)	111 (91.0%)	86 (70.5%)	87 (71.3%)	122 (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。

Step3. 手順書の遵守状況を把握する (手順書の遵守率)

計測されたすべての指標は、事務局より提示した手順書に準じて概ね計測された。
なお部会では、検討のうえ、閾値80%以上として評価を行った。

テーマ	指標	対象数	手順書		
			使用	未使用	不明
医療安全	MSM-01 転倒・転落(件数)	521	516 (99.0%)	5 (1.0%)	0 (0.0%)
	MSM-02 転倒・転落(3b以上)	549	511 (93.1%)	35 (6.4%)	3 (0.5%)
	MSM-03 肺塞栓の予防	405	352 (86.9%)	49 (12.1%)	4 (1.0%)
感染管理	IFC-01 血培2セット	454	397 (87.4%)	52 (11.5%)	5 (1.1%)
	IFC-02 広域抗菌薬使用時の細菌培養	448	397 (88.6%)	45 (10.0%)	6 (1.3%)
	IFC-03 予防的抗菌薬投与	385	308 (80.0%)	71 (18.4%)	6 (1.6%)
ケア	CRM-01 褥瘡発生(d2以上)	521	470 (90.2%)	47 (9.0%)	4 (0.8%)
	CRM-02 入院早期の栄養ケア(65歳以上)	424	400 (94.3%)	19 (4.5%)	5 (1.2%)
	CRM-03 身体抑制	414	354 (85.5%)	50 (12.1%)	10 (2.4%)

続き)病床規模別(199床以下/200-399床/400-599床/600床以上)

遵守率が閾値80%に満たない指標(感染管理:600床以上)も存在するが、事務局より提示した手順書は概ね実装可能な手順書であると考える。

[左欄] [右欄]
 上段:遵守病院数 遵守率
 下段:計測病院数

病床規模	医療安全						感染管理						ケア					
	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	
199-	166	(99.4%)	165	(95.4%)	83	(88.3%)	121	(90.3%)	120	(88.9%)	93	(86.1%)	154	(93.3%)	140	(98.6%)	121	(89.6%)
	167		173		94		134		135		108		165		142		135	
200-399	154	(98.7%)	150	(90.9%)	113	(86.3%)	130	(90.3%)	130	(90.3%)	102	(80.3%)	142	(89.3%)	124	(93.2%)	111	(83.5%)
	156		165		131		144		144		127		159		133		133	
400-599	112	(100.0%)	112	(92.6%)	93	(86.1%)	92	(86.0%)	96	(92.3%)	72	(80.0%)	99	(89.2%)	78	(90.7%)	72	(82.8%)
	112		121		108		107		104		90		111		86		87	
600+	84	(97.7%)	84	(93.3%)	63	(87.5%)	54	(78.3%)	51	(78.5%)	41	(68.3%)	75	(87.2%)	58	(92.1%)	50	(84.7%)
	86		90		72		69		65		60		86		63		59	
計	516	(99.0%)	511	(93.1%)	352	(86.9%)	397	(87.4%)	397	(88.6%)	308	(80.0%)	470	(90.2%)	400	(94.3%)	354	(85.5%)
	521		549		405		454		448		385		521		424		414	

Step1から3までのまとめ(計測可能性)

- ここまでは「医療の質指標基本ガイド」で定める質改善に資する質指標(6要件)のうち、計測可能性を中心に557病院の結果をもとに検証を行った。
- 検証の結果、定義した指標(9指標)は概ね計測可能な指標という結論を得た。

テーマ	指標	Step1 計測率 (All)	Step2 計測率 (60%以上)	Step3 遵守率 (80%以上)
医療安全	MSM-01 転倒・転落(件数)	9 指標 す べ て を 計 測 し た 病 院 (44 ・ 5 %)	○	○
	MSM-02 転倒・転落(3b以上)		○	○
	MSM-03 肺塞栓の予防		△ 199床以下×	○
感染管理	IFC-01 血培2セット		○	△ 600床以上×
	IFC-02 広域抗菌薬使用時の細菌培養		○	△ 600床以上×
	IFC-03 予防的抗菌薬投与		○	△ 600床以上×
ケア	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		○	○

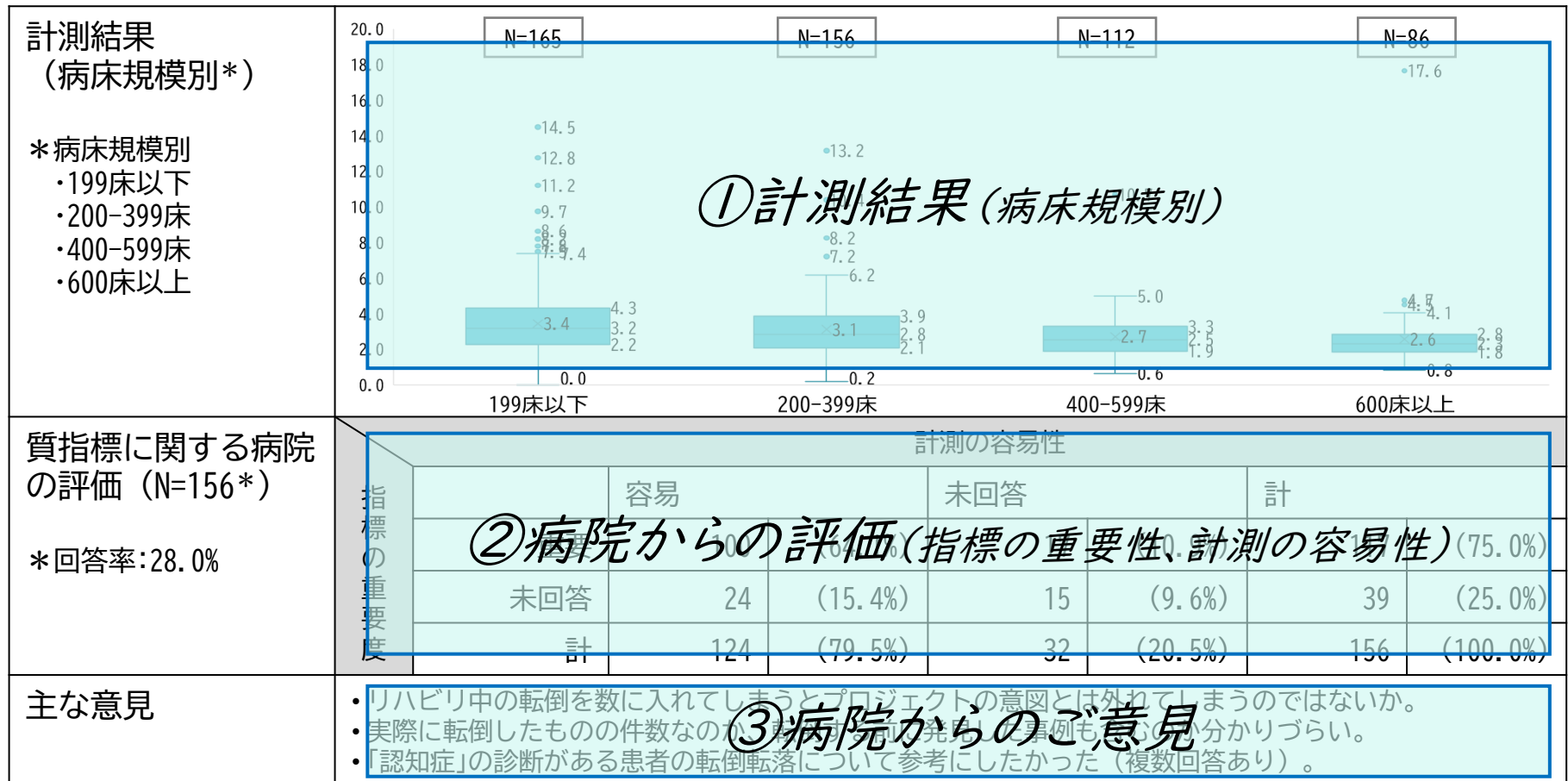
Step4. 「提案すべき指標を抽出する」では、以下の視点をもって、9指標すべてを対象に検証を進める。

- 計測結果
- 病院アンケート

Step4. 提案すべき指標を抽出する

Step4では、557病院の計測結果及びプロジェクト実施後のアンケートで得られた意見等をもとに検証を進める。以降のスライドは、以下構成で結果を示す。

イメージ

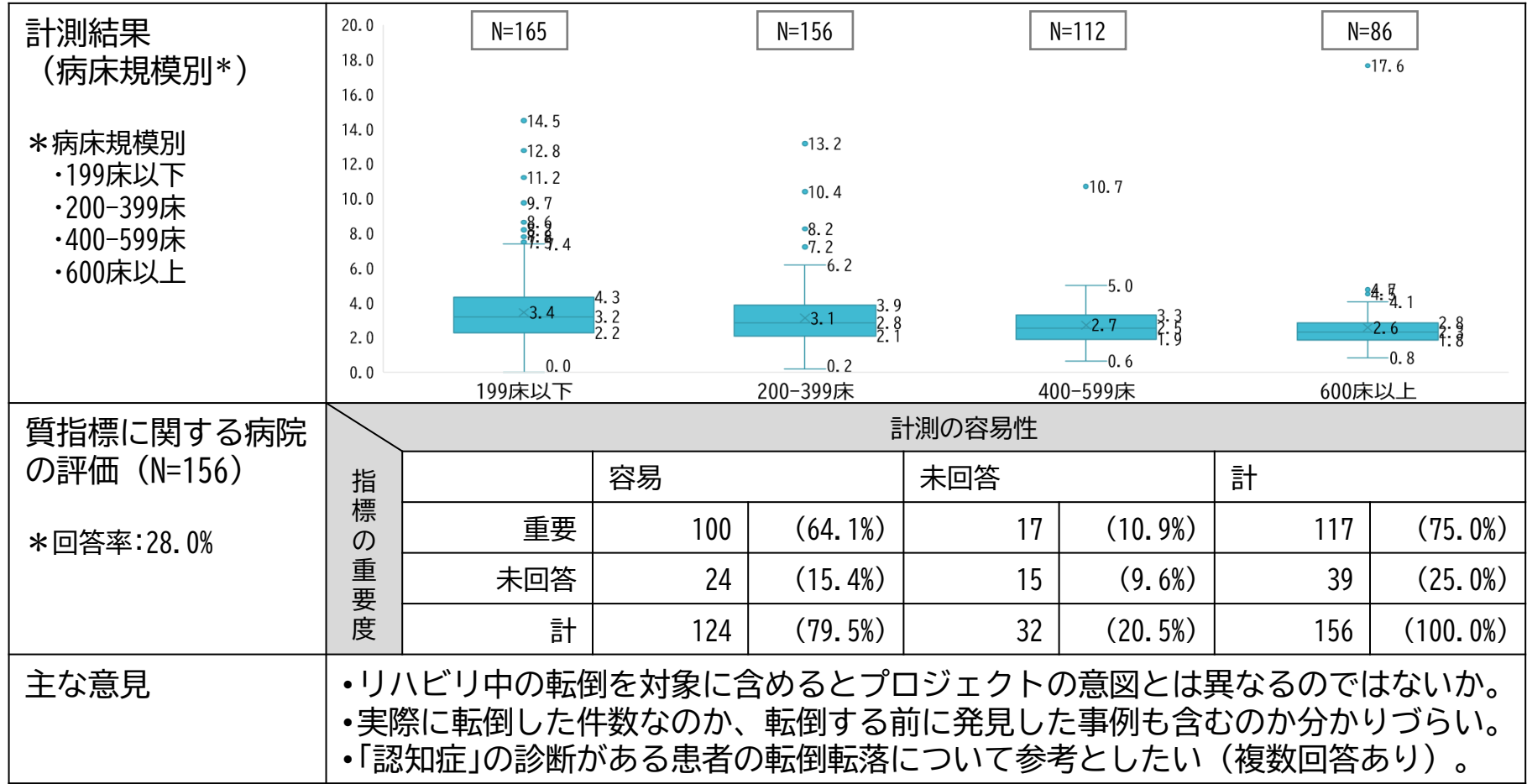


医療安全

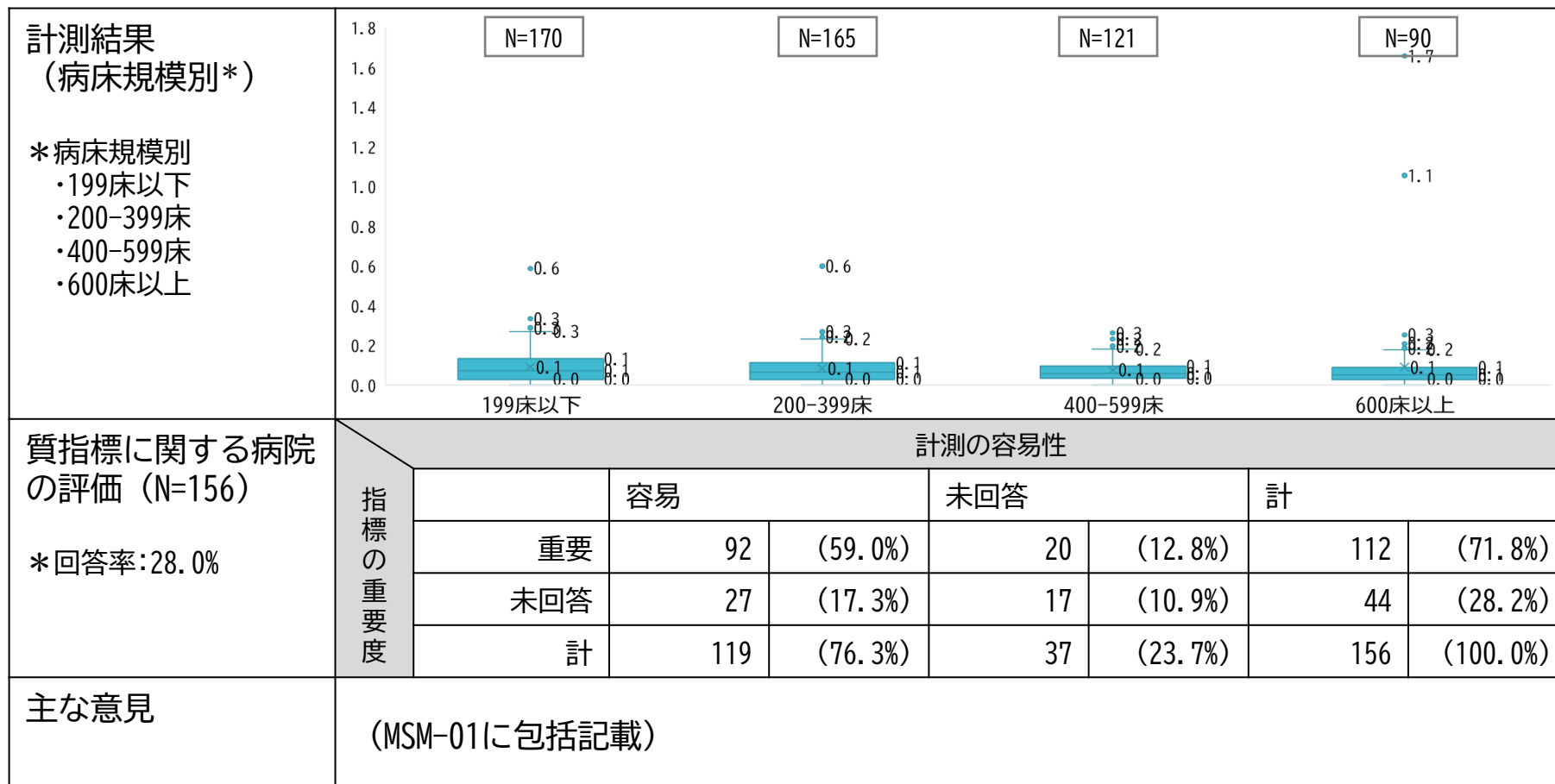
- MSM-01:入院患者の転倒・転落発生率
- MSM-02:入院患者での転倒転落によるインシデント影響度分類レベル3b以上の発生率
- MSM-03:リスクレベル中以上の手術患者の肺塞栓の予防対策実施率

(参考)団体等QI事業参加状況による結果比較

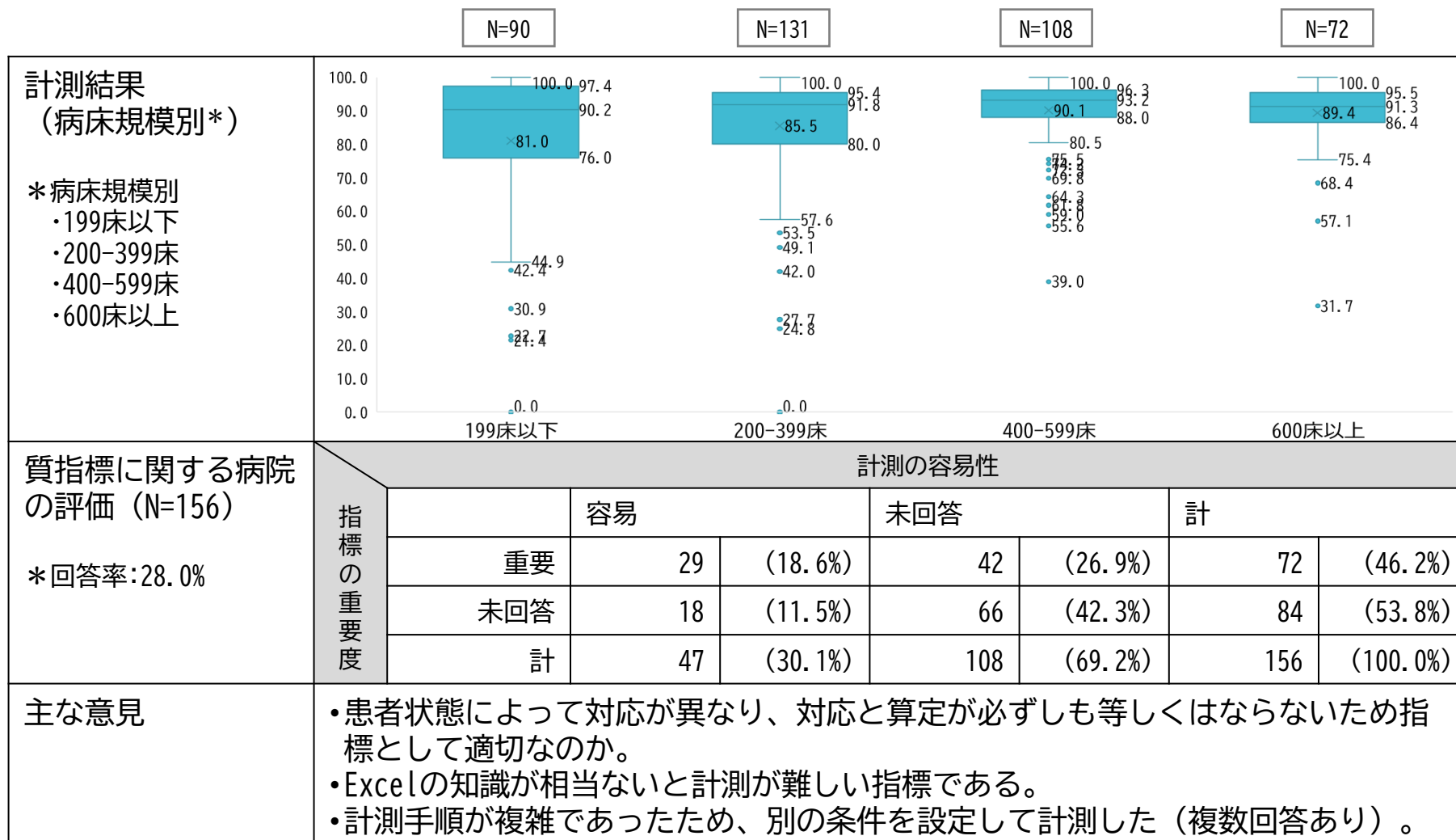
MSM-01:入院患者の転倒・転落発生率



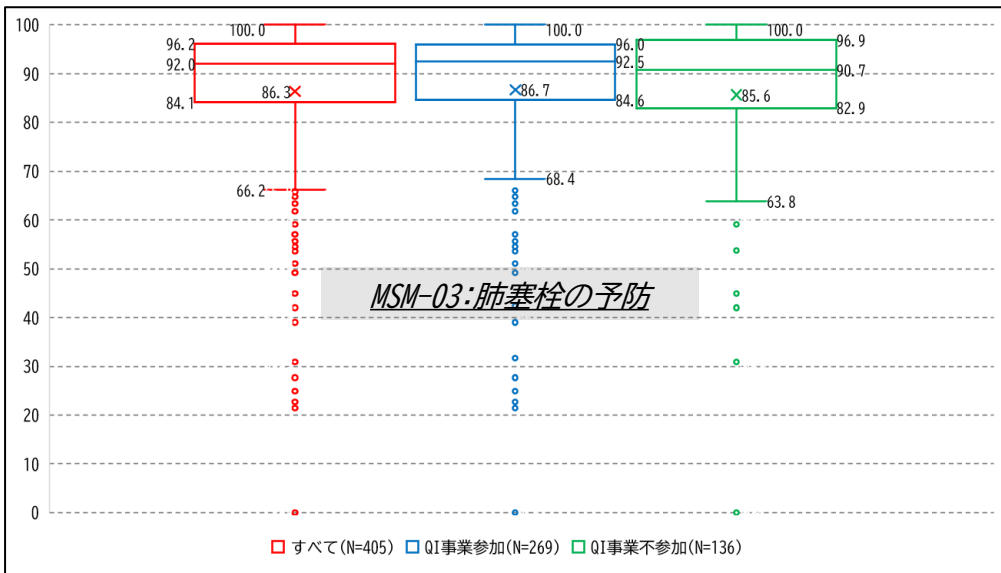
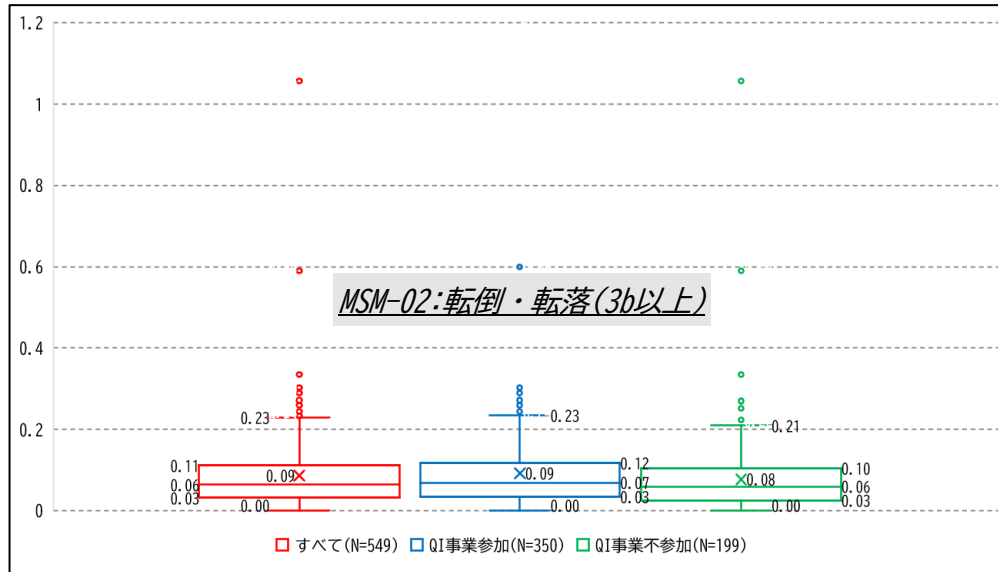
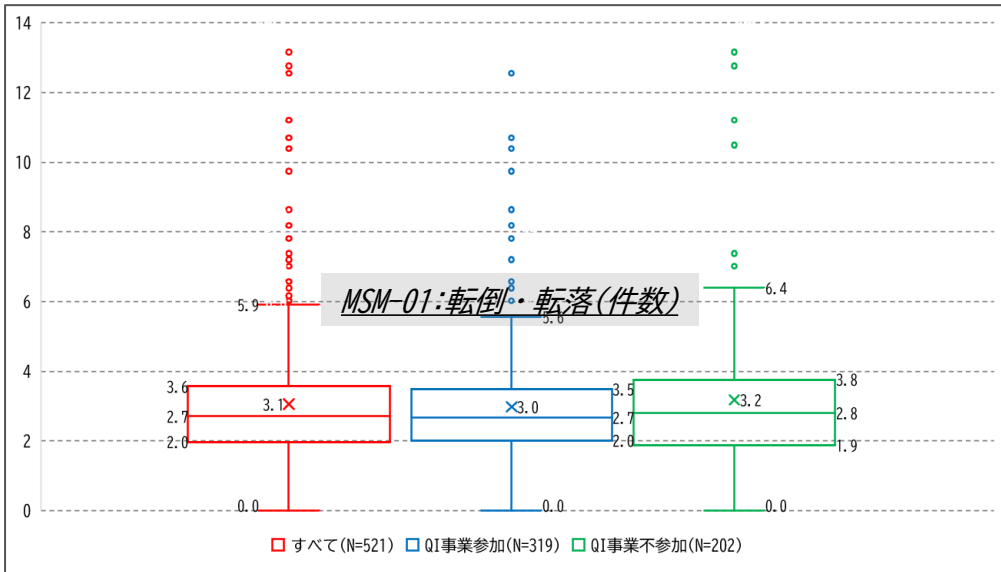
MSM-02:入院患者での転倒転落によるインシデント影響度 分類レベル3b以上の発生率



MSM-03: リスクレベル中以上の手術患者の肺塞栓の予防対策実施率



(参考)団体等QI事業参加状況による結果比較



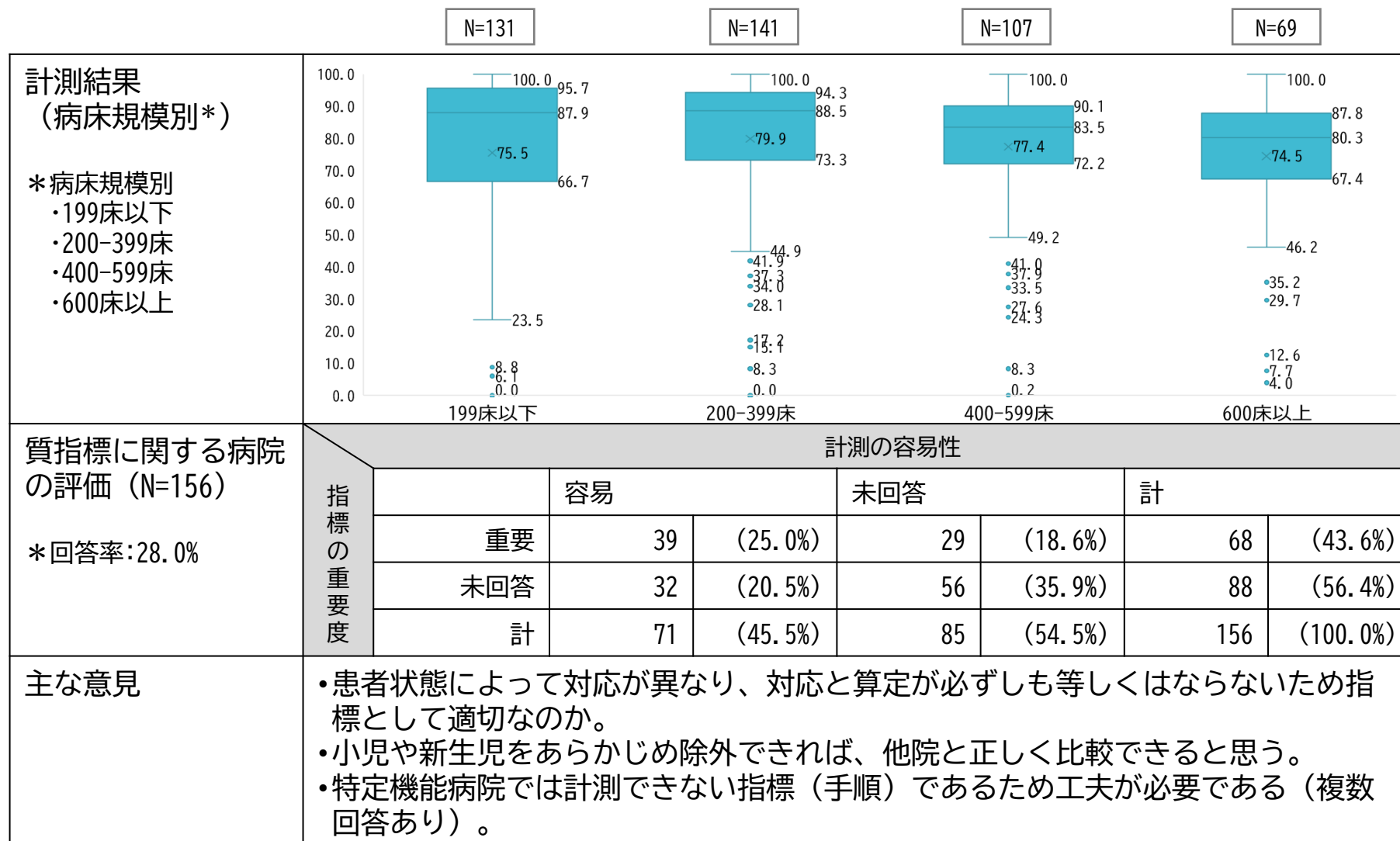
計測率		すべて	QI事業参加	QI事業不参加
計測病院数		557	352	205
MSM-01	病院数	521	319	202
	計測率	93.5%	90.6%	98.5%
MSM-02	病院数	549	350	199
	計測率	98.6%	99.4%	97.1%
MSM-03	病院数	405	269	136
	計測率	72.7%	76.4%	66.3%

感染管理

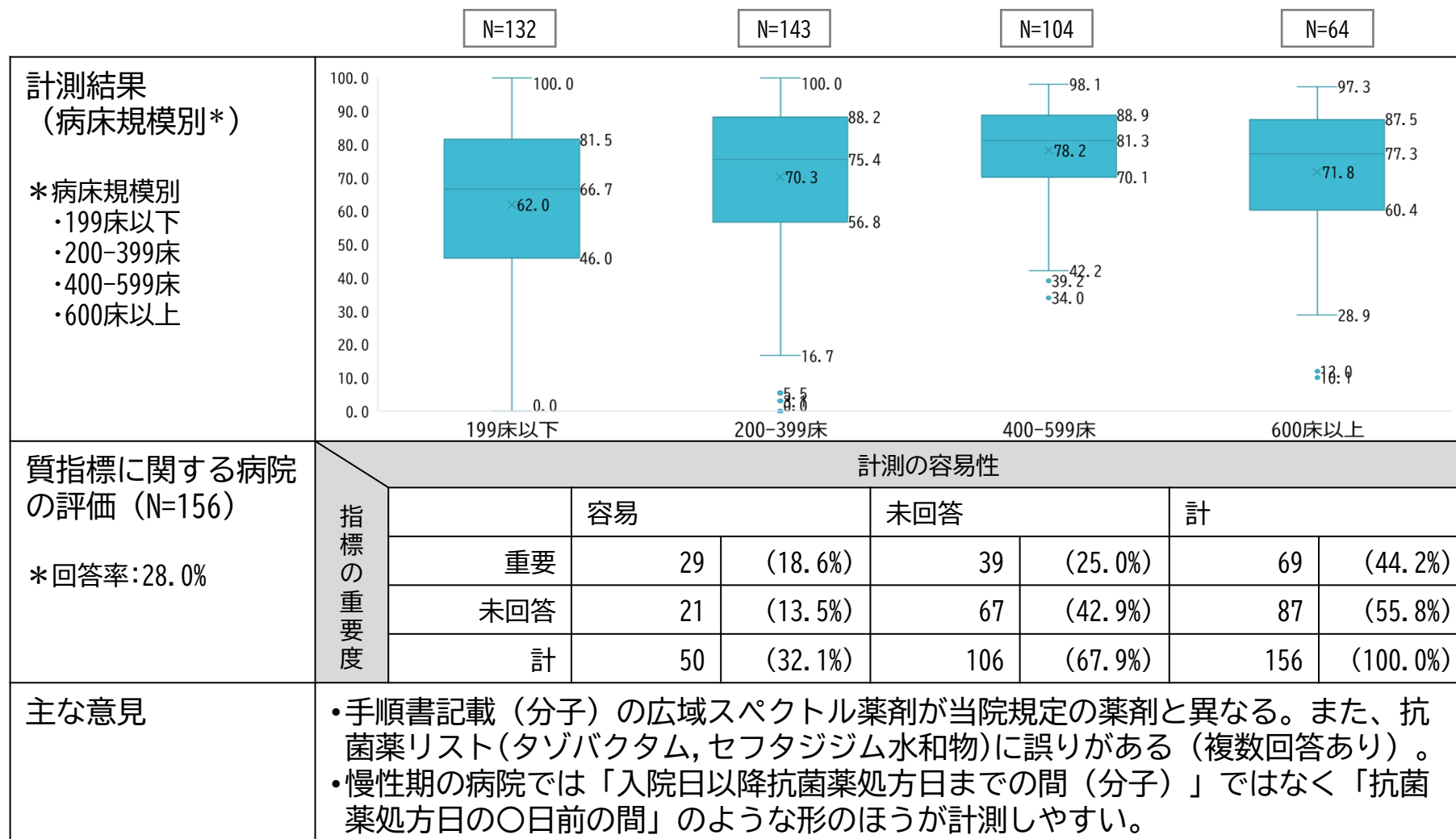
- IFC-01:血培2セット実施率
- IFC-02:広域抗菌薬使用時の細菌培養
- IFC-03:手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与

(参考)団体等QI事業参加状況による結果比較

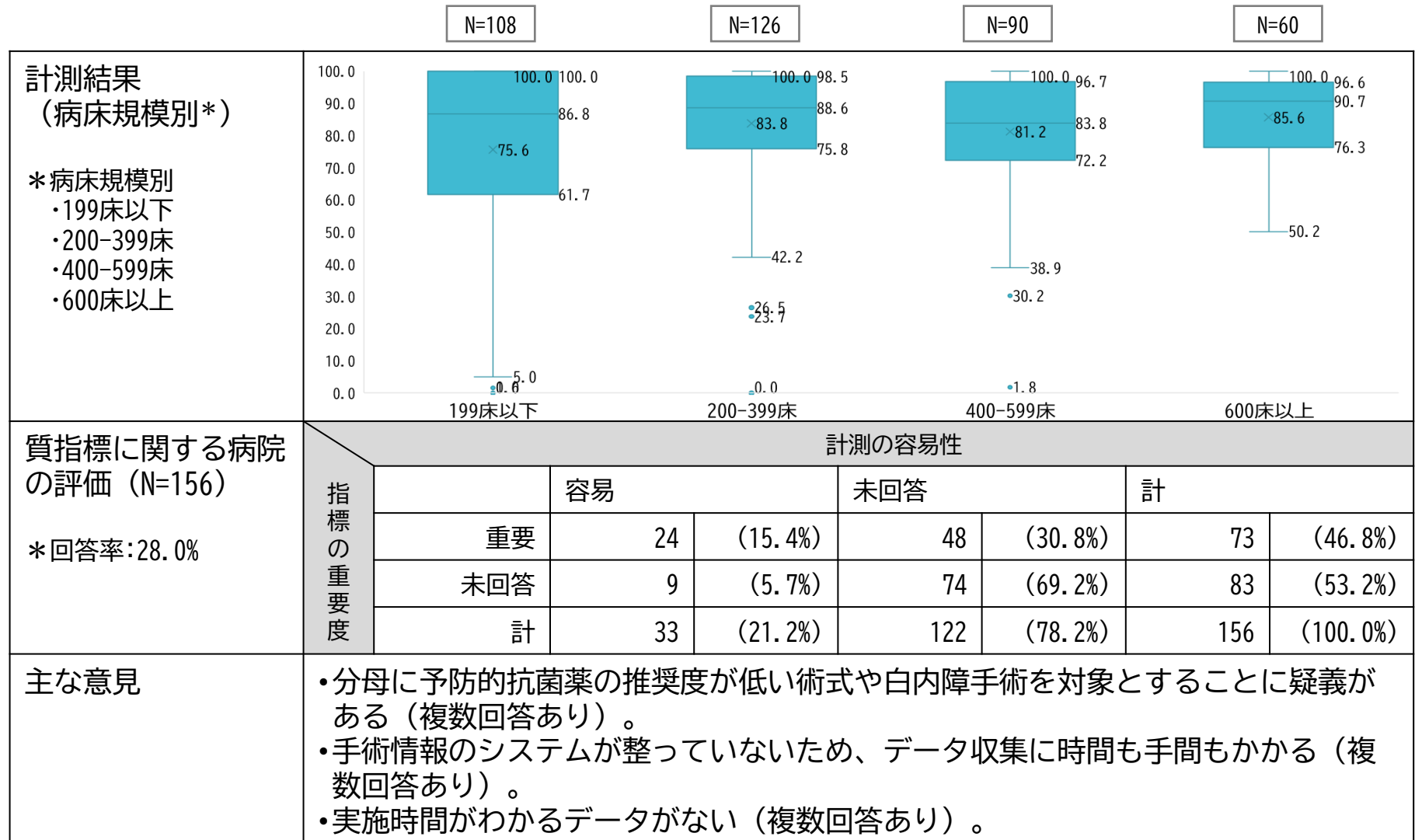
IFC-01:血培2セット実施率



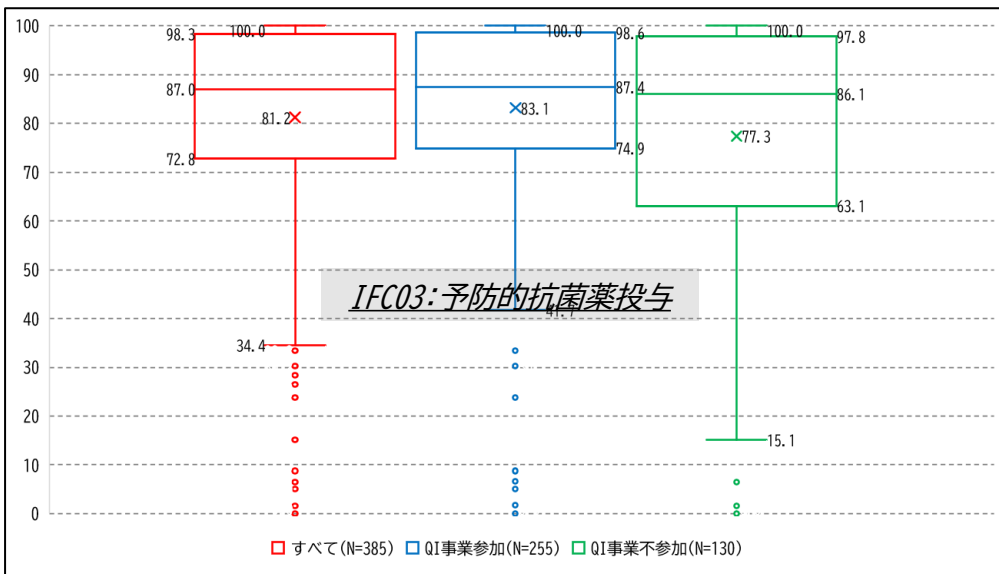
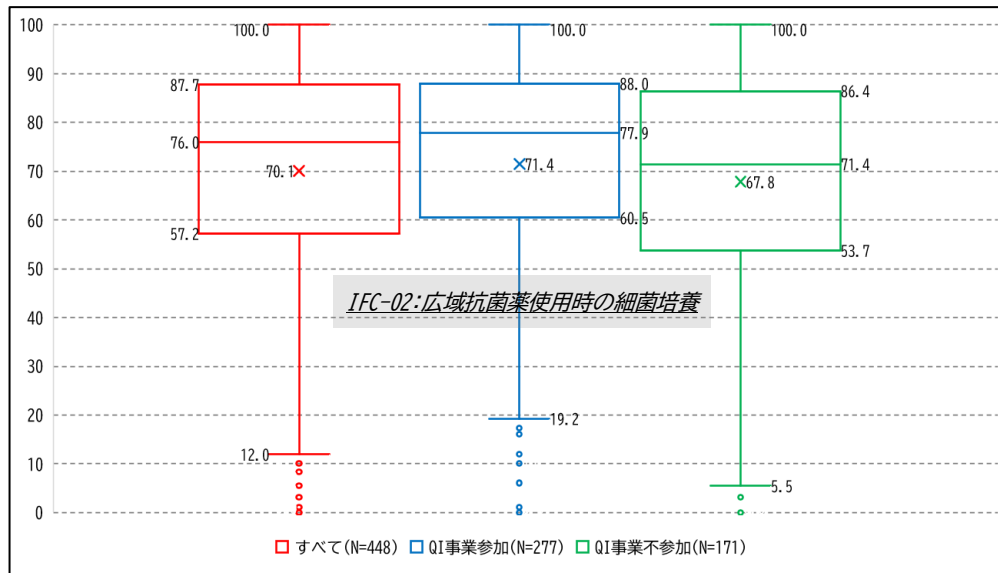
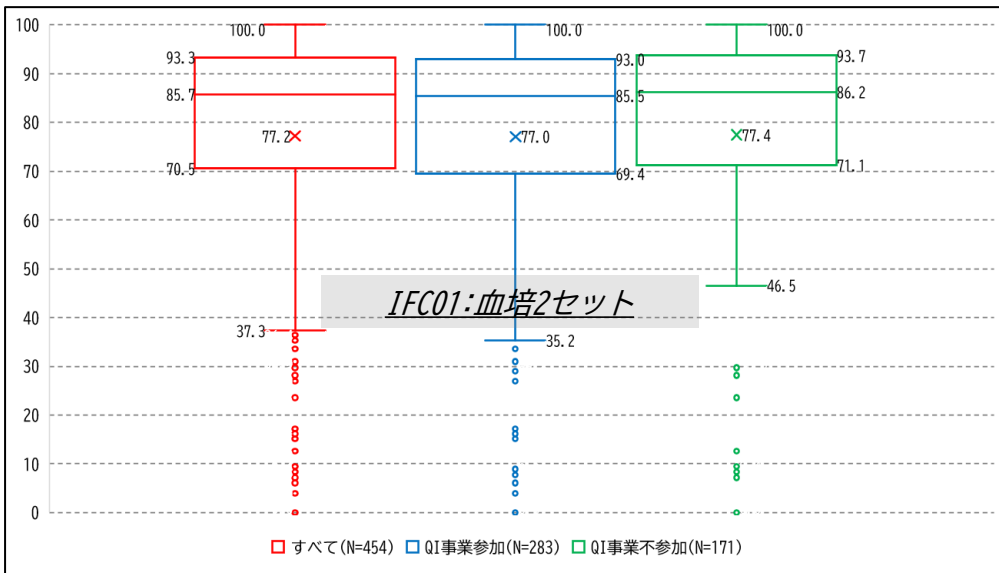
IFC-02: 広域抗菌薬使用時の細菌培養



IFC-03:手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与



(参考)団体等QI事業参加状況による結果比較



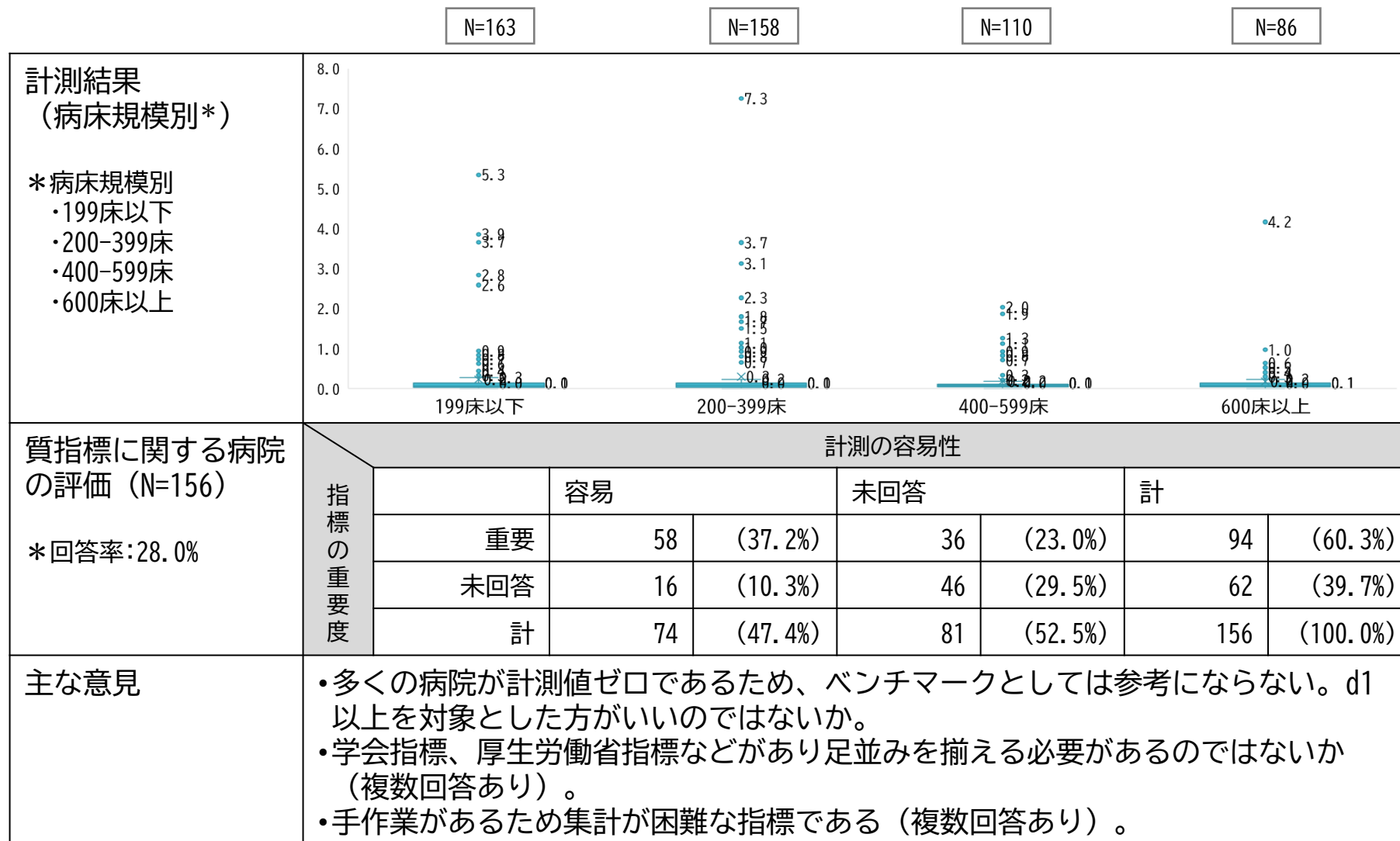
計測率		すべて	QI事業参加	QI事業不参加
計測病院数		557	352	205
IFC-01	病院数	454	283	171
	計測率	81.5%	80.4%	83.4%
IFC-02	病院数	448	277	171
	計測率	80.4%	78.7%	83.4%
IFC-03	病院数	385	255	130
	計測率	69.1%	72.4%	63.4%

ケア

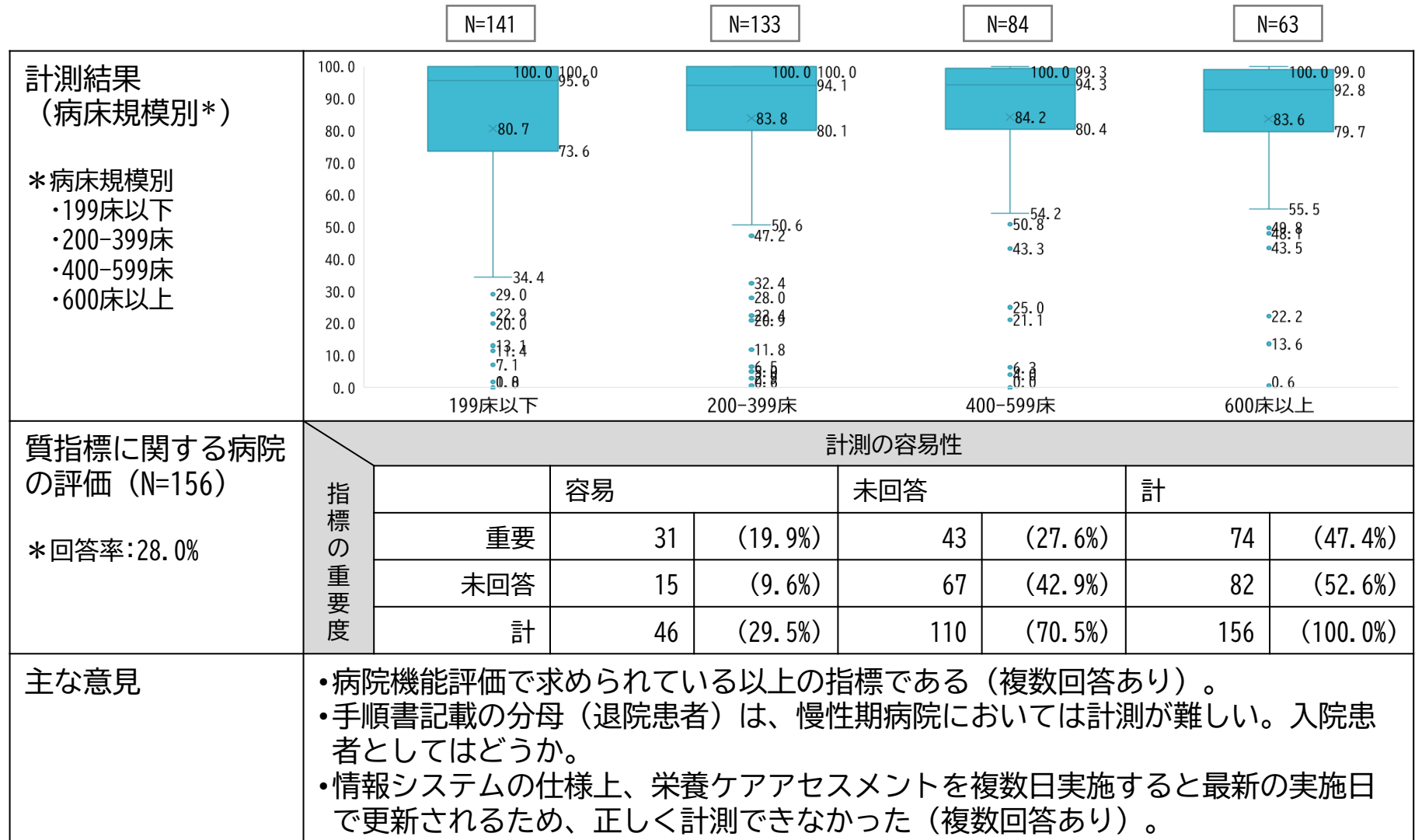
- CRM-01:d2以上の褥瘡発生率
- CRM-02:65歳以上の患者の入院早期の栄養ケアアセスメント実施割合
- CRM-03:身体抑制率

(参考)団体等QI事業参加状況による結果比較

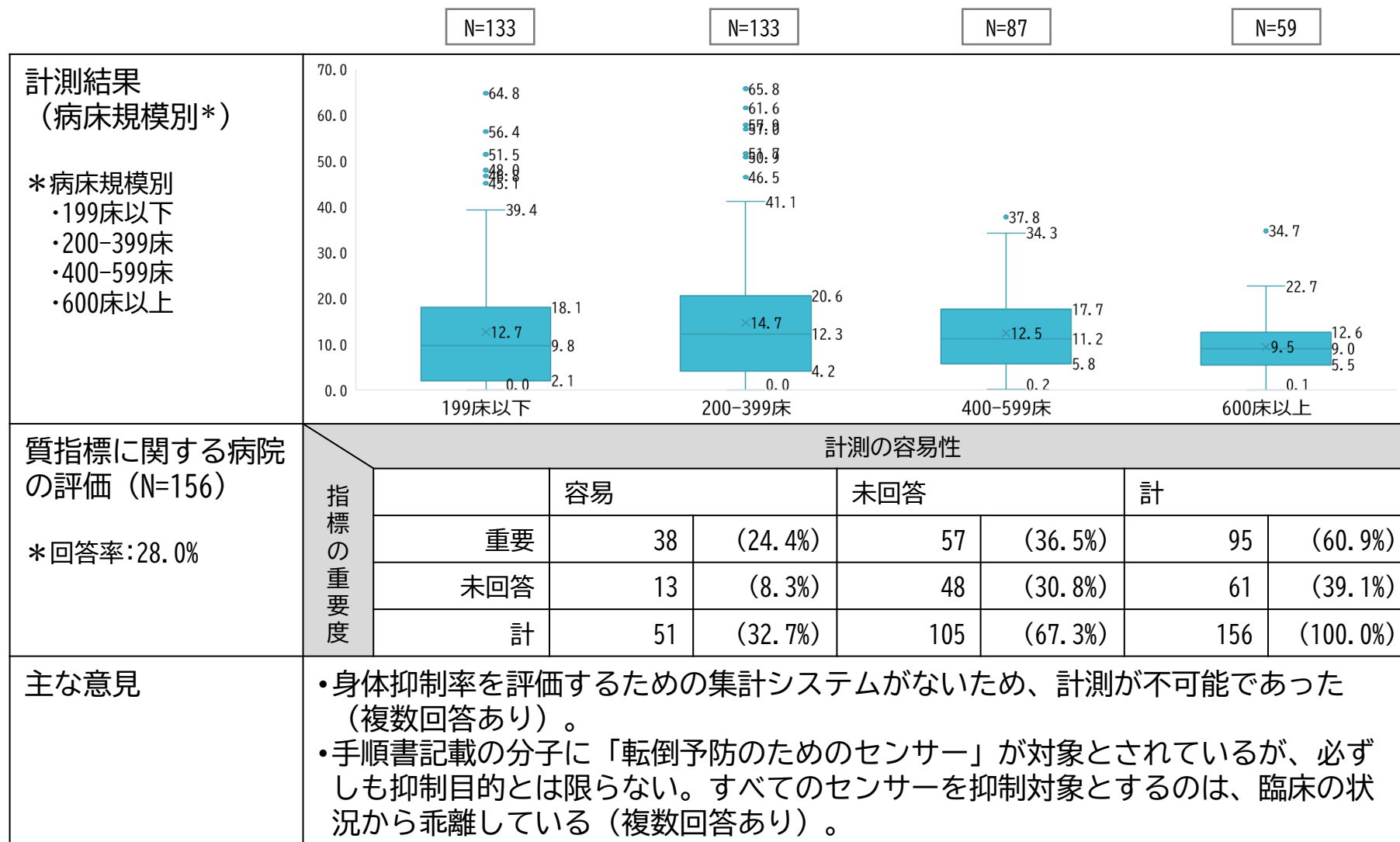
CRM-01:d2以上の褥瘡発生率



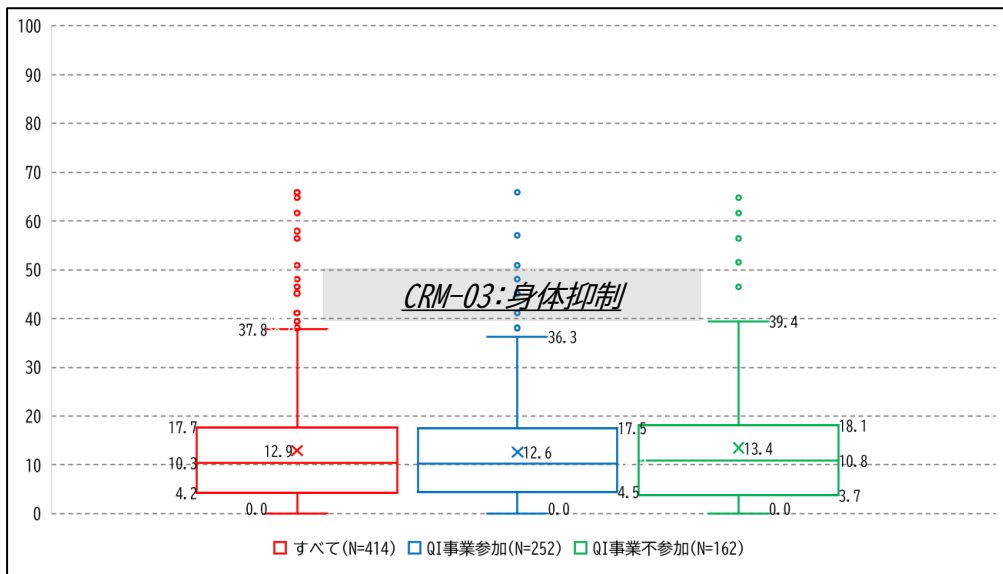
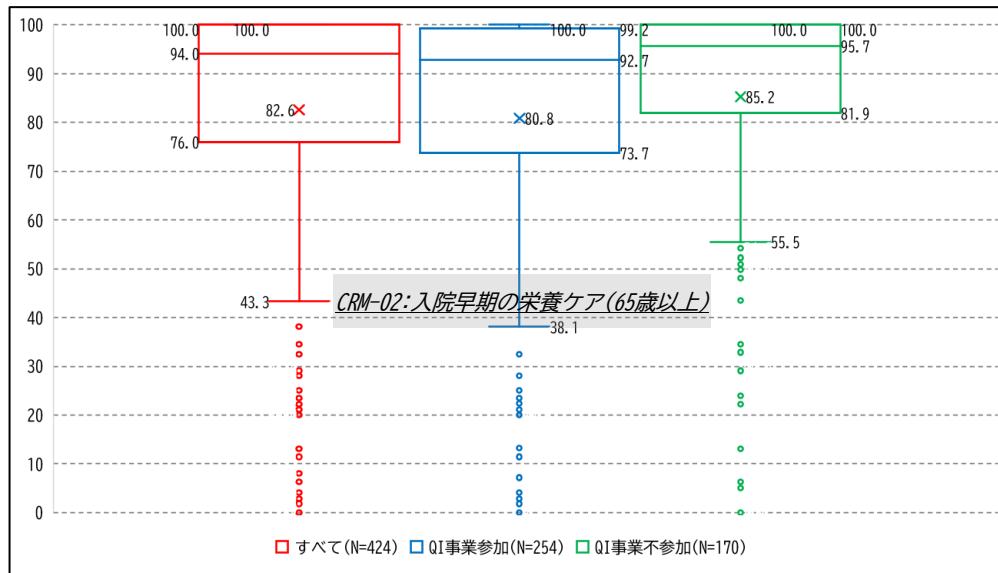
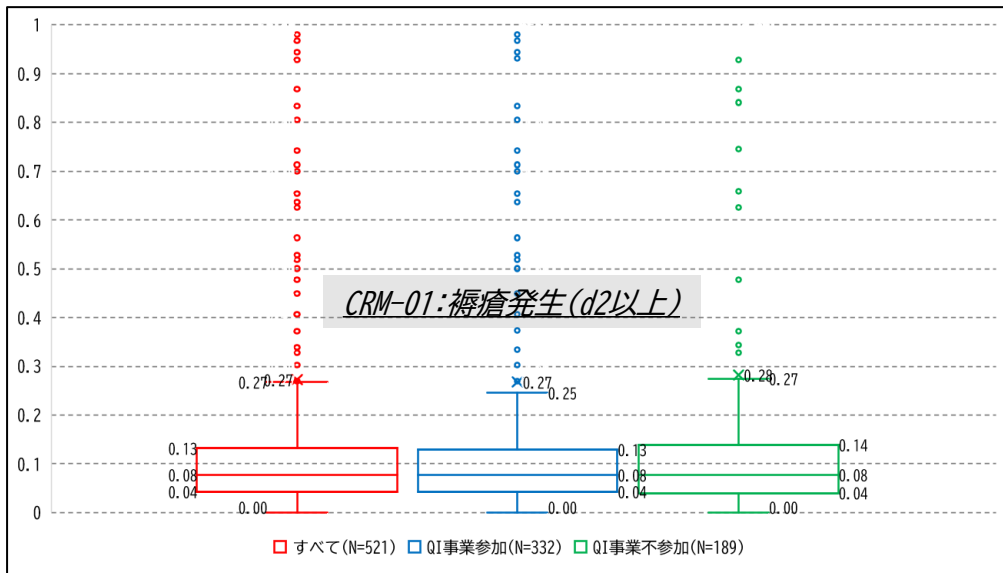
CRM-02:65歳以上の患者の入院早期の栄養ケアアセスメント実施割合



CRM-03: 身体抑制率



(参考)団体等QI事業参加状況による結果比較



計測率		すべて	QI事業参加	QI事業不参加
計測病院数		557	352	205
CRM-01	病院数	521	332	189
	計測率	93.5%	94.3%	92.2%
CRM-02	病院数	424	254	170
	計測率	76.1%	72.2%	82.9%
CRM-03	病院数	414	252	162
	計測率	74.3%	71.6%	79.0%

検証結果のまとめ(Step1-4)

- 指標ごとに傾向は見てとれるが、計測結果を根拠とした判定は困難であった。
- 病院からの評価及び意見を踏まえ、原則、どの指標も全国で共通して計測が求められる質指標として提案してはどうかという意見が多数であった。

テーマ	指標	Step1 計測率 (All)	Step2 計測率 (60%以上)	Step3 遵守率 (80%以上)	Step4 ^(*)			
					計測結果	重要度 (回答率)	計測容易性 (回答率)	
医療安全	MSM-01 転倒・転落(件数)	9 指標すべてを計測した病院 (44.5%)	○	○	指標ごとに傾向は見てとれるが、本結果をもとに非提案とは結論づけられない。	○	○	
	MSM-02 転倒・転落(3b以上)		○	○		○	○	
	MSM-03 肺塞栓の予防		△ 199床以下×	○		△	×	
感染管理	IFC-01 血培2セット		○	△ 600床以上×		△	△	△
	IFC-02 広域抗菌薬使用時の細菌培養		○	△ 600床以上×		△	×	×
	IFC-03 予防的抗菌薬投与		○	△ 600床以上×		△	×	×
ケア	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		○	○		○	○	×

本日の検討事項

- 「医療安全」「感染管理」「ケア」をテーマに全国で共通して計測が求められる質指標について、昨年度のプロジェクトの実績を通じ検証を進めてきた。
- 一部については、引き続き検討の余地はあるが、原則、9指標すべてをガイドに準ずる例示指標(仮称:医療の質指標基本ガイド例示指標 Ver.1.0)としてはどうか。
- なお、9指標は当事業オフィシャルサイトでの公開、今年度新たに検討を開始する「DPCデータを活用した計測方法」の検討対象として取り扱ってはどうか。

(仮称)医療の質指標基本ガイド例示指標 Ver.1.0 (案)

検証結果

備考 (主な検討課題)

MSM-01	転倒・転落発生率	○	
MSM-02	転倒・転落発生率(3b以上)		
MSM-03	肺血栓塞栓症の予防対策の実施率	△ (条件付)	計測方法の再検討 (手術リストの精査)
IFC-01	血培2セット		「特定機能病院」「小児・新生児」の取扱
IFC-02	広域抗菌薬使用時の細菌培養実施率		「特定機能病院」の取扱
IFC-03	手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率		定義 (分母・分子) の再検討
CRM-01	d2以上の褥瘡発生率		定義 (分子) の再検討
CRM-02	65歳以上の患者の入院早期の栄養ケア		定義 (分子) の再検討
CRM-03	身体抑制率		名称、定義 (分母・分子) の再検討

- 今年度のプロジェクトを通じ再検討、再検証を実施。
- その後、本会に再提案(仮称:医療の質指標基本ガイド例示指標 Ver.1.1)。

3. 部会の検討状況について

- 医療の質指標の標準化に向けた検討

～「2022年度医療の質可視化プロジェクト」の実績を踏まえた検証結果の報告～

- 2023年度医療の質可視化プロジェクト適用指標の検討

今年度のプロジェクトに適用する指標の方針

- 今年度実施するプロジェクトは、昨年同様、3テーマ及び9指標を適用し、昨年度の協力病院が経時的な変化を捉える機会と想定する。
- なお、指標は昨年度の実績及び前述する検証結果を反映した運用を想定する。

2023年度 医療の質可視化プロジェクト 適用指標		検証結果	今年度の対応方針（案）
医療安全	MSM-01 転倒・転落発生率	○	昨年同様の内容で運用する。
	MSM-02 転倒・転落発生率(3b以上)		
	MSM-03 肺血栓塞栓症の予防対策の実施率		
感染管理	IFC-01 血培2セット	△	<ul style="list-style-type: none"> 原則、昨年度同様の内容で運用する。 前述する検証結果をもとに、<u>指標が持つ本来の意義を変えない程度の軽微な修正</u>を行い運用する。
	IFC-02 広域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		
	CRM-03 身体抑制率		

詳細は、次スライド以降参照

続き)指標の一部修正について

今年度実施するプロジェクトは、昨年同様、3テーマ及び9指標を適用し、昨年度の協力病院が経時的な変化を捉える機会と想定する。

2023年度 医療の質可視化プロジェクト 適用指標			修正内容	
			分子	分母
医療安全	MSM-01	転倒・転落発生率	修正なし（昨年度同様）	
	MSM-02	転倒・転落発生率(3b以上)		
	MSM-03	肺血栓塞栓症の予防対策の実施率	ルート内の凝固予防を目的に使用する薬剤を除く	手術リストの更新
感染管理	IFC-01	血培2セット	「特定機能病院」は、指定する手順以外の計測を許容する。また、「小児・新生児」の事例を含む場合は結果の解釈に関する留意点を補足する。	
	IFC-02	広域抗菌薬使用時の細菌培養実施率	「特定機能病院」は、指定する手順以外の計測を許容する。	
	IFC-03	手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率	修正なし（昨年度同様）	
ケア	CRM-01	d2以上の褥瘡発生率	修正なし（昨年度同様）	
	CRM-02	65歳以上の患者の入院早期の栄養ケア	定義の解釈に関する補足情報を追加する。	
	CRM-03	身体抑制率 ^(*)	転倒予防のためのセンサーを身体抑制の対象外とする。また、四点柵を対象する。	

*指標名「身体抑制率」を「身体拘束率」と変更する。

2023年度 医療の質可視化プロジェクト適用指標

テーマ	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	身体拘束率	分母のうち、物理的身体拘束を実施した患者延べ数	入院患者延べ数	サーベイランス

4. その他

- 第4回 医療の質向上のためのコンソーシアムの開催について
- 2023年度 医療の質可視化プロジェクトについて

ご相談事項

6月6日(火)17時30分開催

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

- 2022年度に実施したプロジェクトの計測結果を専門家が解説します。解説を通じて、質指標を用いた可視化の意義を確認します。
- 各協力団体ご所属の病院様にもご参加いただきたく、周知等ご協力をお願いします。

7月31日(月)受付締切

2. 「2023年度 医療の質可視化**プロジェクト**」について

- 「医療安全」「感染管理」「ケア」に関連した指標(9指標)の計測をもとに、医療の質の更なる向上を目指す全国規模のプロジェクトを今年度も実施します。
- 各協力団体ご所属の病院様にも是非プロジェクトにご協力いただきたく、周知等ご協力をお願いします。

詳細は後日、各協力団体事務局様を通じてご案内、ご相談する予定です。