

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17回 運営委員会 (医療の質向上のための協議会)

2024年1月24日(水)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	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
3	岡田 千春	独立行政法人 国立病院機構	審議役	出	
4	草場 鉄周	医療法人 北海道家庭医療学センター	理事長	出	
5	楠岡 英雄	独立行政法人 国立病院機構	理事長	出	委員長
6	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	
7	進藤 晃	公益社団法人 全日本病院協会	東京都支部長	出	
8	塩見 尚礼	日本赤十字社 医療事業推進本部	副本部長	出	
9	田中 一成	公益社団法人 全国自治体病院協議会	副会長	(委任状)	
10	田中 桜	独立行政法人 地域医療機能推進機構	理事	(委任状)	
11	永江 京二	独立行政法人 労働者健康安全機構	理事	出	
12	西尾 俊治	一般社団法人 日本慢性期医療協会	常任理事	出	
13	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)	
14	松原 了	社会福祉法人 恩賜財団済生会	理事	出	
15	松原 為人	全日本民主医療機関連合会	理事	出	

関係者出欠状況

QI標準化・普及部会(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	守川 義信	課長補佐	出	
19	杉 理江	課長補佐	出	

公益財団法人日本医療機能評価機構

20	上田 茂	専務理事	出	
21	橋本 迪生	常務理事	出	
22	横田 章	常務理事 兼 事務局長	出	
23	亀田 俊忠	理事	出	
24	飛田 浩司	事務局次長	出	
25	菅原 浩幸	統括調整役	出	
26	神保 勝也	事務局長付参与 兼 評価事業推進部 副部長	出	
27	浅野 由莉	評価事業推進部 主任	出	
28	真中 章弘	客員研究員	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
 - 医療の質可視化プロジェクトの現状報告
 - 9指標の検証
2. 医療の質指標の標準化・公表について
 - DPCデータを活用した計測の検討
 - 公表のあり方に関する検討
 - 患者中心性指標の検討
3. その他
 - 各協力団体事務局様へのご依頼事項

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現状報告
- 9指標の検証

医療の質可視化プロジェクト申込結果(確定)

今年度の申込確定数は599病院であった。なお、ベンチマーキング評価に初めて参加したと想定される病院は200病院(33.4%)であった。
 [参考:2022年度] 625病院中229病院(36.6%)

a. 地域	b. 開設主体			c. 病床数			d. 施設基準								
	新規	継続	合計	新規	継続	合計	新規	継続	合計	新規	継続	合計			
北海道・東北	11	46	57	国	14	106	120	99-	11	23	34	特定機能病院	7	32	39
関東	55	147	202	公的医療機関	32	118	150	100-199	49	109	158	地域医療支援病院	43	203	246
中部・北陸	13	70	83	社会保険関係団体	0	7	7	200-299	26	63	89	それ以外	91	223	314
近畿	31	75	106	医療法人	66	141	207	300-399	22	67	89				
中国・四国	9	58	67	個人	1	1	2	400-499	10	67	77				
九州・沖縄	22	62	84	その他	28	85	113	500+	23	129	152				
	141	458	599		141	458	599		141	458	599		141	458	599

e. DPC参加状況	f. 診療報酬加算取得状況						g. 団体等QI事業参加状況												
	新規	継続	合計	(医療安全)	新規	継続	合計	(感染管理)	新規	継続	合計	(ケア)	新規	継続	合計	新規	継続	合計	
大学病院本院群	5	26	31	医療安全対策加算1	86	367	453	感染対策向上加算1	71	306	377	褥瘡ハイリスク患者ケア加算	54	266	320	参加	72	327	399
特定病院群	11	67	78		医療安全対策加算2	42	73		115	感染対策向上加算2	26		75	101	該当なし		87	192	279
標準病院群	72	255	327	該当なし		13	18	31	感染対策向上加算3		30	68	98						
準備病院	3	10	13							該当なし	14	9	23						
データ提出加算取得病院	46	74	120																
該当なし	4	26	30																
	141	458	599		141	458	599		141	458	599		141	458	599		141	458	599

進捗状況(2024年1月24日時点)

- 概ねスケジュールどおりの進捗である。今後は本会を経て、協力病院に向けて「集計結果報告書」を配布予定である(#5-3)。
- 最終的な計測データの提出率は、92.2%(599病院中552病院)であった。
[参考] 1回目(7/31×切)の提出率：70.8%(506病院中358病院) 昨年度(2022年度)の提出率：89.1%(625病院中557病院)
- なお、計測結果を院内の質改善活動に繋げていただくことを目途に、当初計画するセミナーの開催に代え「集計結果報告書」を専門家が解説する資料を配布する(#5-4)。

#	プロジェクトの流れ	日程	備考
1	応募受付	4/10～11/30	追加募集期間：8/7～11/30
2	計測手順書の配布	6/1	
3	キックオフ動画の配信	7/1	
4-1	計測・データ提出(1回目)	～7/31	データ提出対象期間：2022年10月～23年3月
4-2	計測後アンケート(1回目)	8/2～8/31	
4-3	「集計結果報告書(速報版)」の配布	9/8	
5-1	計測・データ提出(2回目)	～11/30	データ提出対象期間：2022年10月～23年9月
5-2	計測後アンケート(2回目)	12/19～1/12	
5-3	「集計結果報告書」の配布	1/31(予定)	参考資料1
5-4	解説資料の配布	2月末頃(予定)	[変更] 院内の質改善活動につながる資料を作成する

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現状報告
- 9指標の検証

再検証の目的

- 本事業では、昨年度の可視化プロジェクトを通じた検証を経て、「全国で共通して計測が求められる質指標(医療の質指標基本ガイド例示指標Ver.1.0)」を設定した。
- なお、計測の精度を向上させるため、一部の質指標(下表赤枠)については計測条件等を見直し、今年度のプロジェクトを通じて再検証を行うこととなった。
- 再検証の結果は、「例示指標Ver.1.1」として次回本会に提案する予定である。

2023年度 医療の質可視化プロジェクト 適用指標

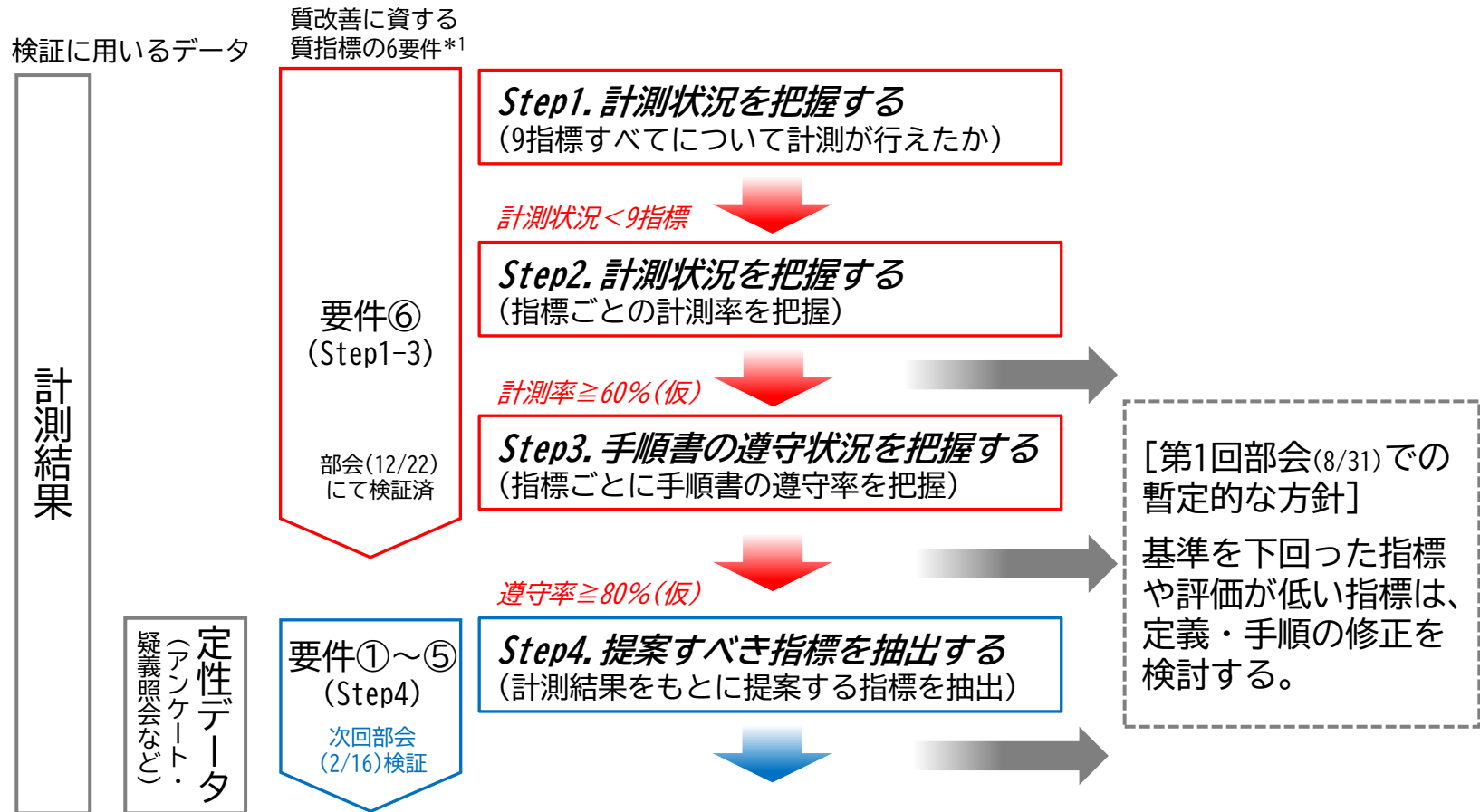
Ver.1.0からの主な修正内容

2023年度 医療の質可視化プロジェクト 適用指標			Ver.1.0からの主な修正内容
医療安全	MSM-01	転倒・転落発生率	(修正なし)
	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	<ul style="list-style-type: none"> ・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」を対象とした新たな手順の設定。
	IFC-02	広域抗菌薬使用時の細菌培養実施率	「特定機能病院」を対象とした新たな手順の設定。
	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)
ケア	CRM-01	d2以上の褥瘡発生率	(修正なし)
	CRM-02	65歳以上の患者の入院早期の栄養ケア	(修正なし)
	CRM-03	身体拘束率	<ul style="list-style-type: none"> ・転倒予防のためのセンサーを身体拘束の対象外とし、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。

再検証の進め方

- 再検証は昨年度と同様の進め方、方法で実施する。なお、Step4の検証に必要な定性データは現在集計中のため、本日はStep1～Step3の検証結果を中間報告する。
- 検証対象は、552病院の年間計測データ(2022年10月～2023年9月)である。

検証の流れ



*1
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

2022年度の検証結果も含めて取りまとめ、協議会へ

Step1. 計測状況を把握する(9指標すべての計測率)

○運用方針として、協力病院には原則9指標すべての計測を依頼しつつも、病院の判断で計測を割愛してもよいこととした。

○その結果、9指標すべて計測した病院は、552病院中257病院(46.6%)であった。

[参考]2022年度 557病院中248病院(44.5%)

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])

	1		2		3		4		5		6		7		8		9		計	
	昨年度		昨年度		昨年度		昨年度		昨年度		昨年度		昨年度		昨年度		昨年度		昨年度	
199床以下			3 (1.7%)	2 (1.1%)	6 (3.5%)	4 (2.3%)	14 (8.1%)	9* (5.1%)	20 (11.6%)	9 (5.1%)	10 (5.8%)	19 (10.8%)	32 (18.5%)	32 (18.2%)	19 (11.0%)	33 (18.8%)	69 (39.9%)	68 (38.6%)	173 (100.0%)	176 (100.0%)
200-399床			2 (1.2%)	1 (0.6%)	3 (1.8%)	2 (1.2%)	13 (7.7%)	3 (1.8%)	7 (4.2%)	5 (3.0%)	7 (4.2%)	14 (8.3%)	20 (11.9%)	18 (10.7%)	24 (14.3%)	40 (23.7%)	92 (54.8%)	86 (50.9%)	168 (100.0%)	169 (100.0%)
400-599床			1 (0.8%)	2 (1.6%)	2 (1.6%)	3 (2.5%)	11 (8.9%)	1 (0.8%)	6 (4.9%)	1 (0.8%)	5 (4.1%)	7 (5.7%)	17 (13.8%)	16 (13.1%)	20 (16.3%)	32 (26.2%)	61 (49.6%)	60 (49.2%)	123 (100.0%)	122 (100.0%)
600床以上	1 (1.1%)		1 (1.1%)	1 (1.1%)	6 (6.8%)	3 (3.3%)	6 (6.8%)	1 (1.1%)	5 (5.7%)	6 (6.7%)	5 (5.7%)	9 (10.0%)	8 (9.1%)	10 (11.1%)	21 (23.9%)	26 (28.9%)	35 (39.8%)	34 (37.8%)	88 (100.0%)	90 (100.0%)
計	1 (0.2%)		7 (1.3%)	6 (1.1%)	17 (3.1%)	12 (2.2%)	44 (8.0%)	14* (2.5%)	38 (6.9%)	21 (3.8%)	27 (4.9%)	49 (8.8%)	77 (13.9%)	76 (13.6%)	84 (15.2%)	131 (23.5%)	257 (46.6%)	248 (44.5%)	552 (100.0%)	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, IFC-03:199床以下)も一部存在するが、総じて部会で定めた閾値60%を上回った。昨年度に続き、概ね計測可能な9指標であることに変わりはないと考える。

上段:病院数, 下段:病床規模別計測率

	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 身体拘束		計	
	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度
199床 以下	165 (95.4%)	167* (94.9%)	173 (100.0%)	173* (98.3%)	97 (56.1%)	94* (53.4%)	137 (79.2%)	134 (76.1%)	128 (74.0%)	135 (76.7%)	103 (59.5%)	108 (61.4%)	164 (94.8%)	165* (93.8%)	133 (76.9%)	142 (80.7%)	137 (79.2%)	135 (76.7%)	173 (94.0%)	176 (93.2%)
200- 399床	157 (93.5%)	156 (92.3%)	168 (100.0%)	165 (97.6%)	127 (75.6%)	131 (77.5%)	148 (88.1%)	144 (85.2%)	139 (82.7%)	144 (85.2%)	123 (73.2%)	127 (75.1%)	162 (96.4%)	159 (94.1%)	138 (82.1%)	133 (78.7%)	140 (83.3%)	133 (78.7%)	168 (93.5%)	169 (94.7%)
400- 599床	113 (91.9%)	112 (91.8%)	122 (99.2%)	121 (99.2%)	109 (88.6%)	108 (88.5%)	110 (89.4%)	107 (87.7%)	104 (84.6%)	104 (85.2%)	97 (78.9%)	90 (73.8%)	112 (91.1%)	111 (91.0%)	84 (68.3%)	86 (70.5%)	89 (72.4%)	87 (71.3%)	123 (91.8%)	122 (90.2%)
600床 以上	84 (95.5%)	86 (95.6%)	87 (98.9%)	90 (100.0%)	70 (79.5%)	72 (80.0%)	70 (79.5%)	69 (76.7%)	64 (72.7%)	65 (72.2%)	54 (61.4%)	60 (66.7%)	85 (96.6%)	86 (95.6%)	62 (70.5%)	63 (70.0%)	63 (71.6%)	59 (65.6%)	88 (95.5%)	90 (87.0%)
計	519 (94.0%)	521 (93.5%)	550 (99.6%)	549 (98.6%)	403 (73.0%)	405 (72.7%)	465 (84.2%)	454 (81.5%)	435 (78.8%)	448 (80.4%)	377 (68.3%)	385 (69.1%)	523 (94.7%)	521 (93.5%)	417 (75.5%)	424 (76.1%)	429 (77.7%)	414 (74.3%)	552 (94.0%)	557 (91.0%)

(*)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)

- すべての指標において、部会で定めた閾値80%以上を上回り、昨年度より向上した。特に、手順やマスターデータを修正した指標(黄色部分)における遵守率の向上が顕著である。
- 今回事務局より提示した手順書は、昨年度に比べ、より計測可能性の高い手順書であったと考える。

指標	対象数	手順書					
		使用	未使用	不明	使用	未使用	不明
		今年度	昨年度	今年度	昨年度	今年度	昨年度
MSM-01 転倒・転落(件数)	519	515 (99.2%)	516 (99.0%)	3 (0.6%)	5 (1.0%)	1 (0.2%)	0 (0.0%)
MSM-02 転倒・転落(3b以上)	550	515 (93.6%)	511 (93.1%)	34 (6.2%)	35 (6.4%)	1 (0.2%)	3 (0.5%)
MSM-03 肺塞栓の予防	403	362 (89.8%)	352 (86.9%)	40 (9.9%)	49 (12.1%)	1 (0.2%)	4 (1.0%)
IFC-01 血培2セット	465	421 (90.5%)	397 (87.4%)	43 (9.2%)	52 (11.5%)	1 (0.2%)	5 (1.1%)
IFC-02 広域抗菌薬使用時の細菌培養	435	403 (92.6%)	397 (88.6%)	32 (7.4%)	45 (10.0%)	0 (0.0%)	6 (1.3%)
IFC-03 予防的抗菌薬投与	377	317 (84.1%)	308 (80.0%)	56 (14.9%)	71 (18.4%)	4 (1.1%)	6 (1.6%)
CRM-01 褥瘡発生(d2以上)	523	478 (91.4%)	470 (90.2%)	44 (8.4%)	47 (9.0%)	1 (0.2%)	4 (0.8%)
CRM-02 入院早期の栄養ケア(65歳以上)	417	406 (97.4%)	400 (94.3%)	10 (2.4%)	19 (4.5%)	1 (0.2%)	5 (1.2%)
CRM-03 身体拘束	429	391 (91.1%)	354 (85.5%)	37 (8.6%)	50 (12.1%)	1 (0.2%)	10 (2.4%)

※手順書どおりに計測したか否かは、病院側の自己申告に基づいた情報である。13

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

- 昨年度、閾値80%を下回った指標・病床(感染管理3指標：600床以上)のうち、IFC-02, 03は遵守率が10ポイント以上向上した(黄色部分)。これは、特定機能病院を対象に新たな手順の設定やFAQにおける補足情報の充実が起因したと推測する。
- 遵守率が閾値80%に満たない指標(CRM-03:600床以上)も一部存在するが、部会にて実際の計測状況を確認し、事務局より提示した手順書で概ね実装可能であると評価された。

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 身体拘束	
199-	164	(99.4%)	165	(95.4%)	89	(91.8%)	131	(95.6%)	119	(93.0%)	90	(87.4%)	153	(93.3%)	132	(99.2%)	136	(99.3%)
	165		173		97		137		128		103		164		133		137	
200-399	157	(100.0%)	157	(93.5%)	114	(89.8%)	133	(89.9%)	127	(91.4%)	103	(83.7%)	149	(92.0%)	135	(97.8%)	129	(92.1%)
	157		168		127		148		139		123		162		138		140	
400-599	112	(99.1%)	112	(91.8%)	94	(86.2%)	98	(89.1%)	98	(94.2%)	80	(82.5%)	99	(88.4%)	79	(94.0%)	80	(89.9%)
	113		122		109		110		104		97		112		84		89	
600+	82	(97.6%)	81	(93.1%)	65	(92.9%)	59	(84.3%)	59	(92.2%)	44	(81.5%)	77	(90.6%)	60	(96.8%)	46	(73.0%)
	84		87		70		70		64		54		85		62		63	
計	515	(99.2%)	515	(93.6%)	362	(89.8%)	421	(90.5%)	403	(92.6%)	317	(84.1%)	478	(91.4%)	406	(97.4%)	391	(91.1%)
	519		550		403		465		435		377		523		417		429	

[左欄]上段:遵守病院数、下段:計測病院数 [右欄]遵守率

[参考]昨年度の病床規模別遵守率

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

[左欄]上段:遵守病院数、下段:計測病院数 [右欄]遵守率

Step1～3の検証結果(計測可能性)

- 各指標の計測率や手順書遵守率は、昨年度の検証結果と同様、閾値を上回っており、定義した9指標は概ね計測可能な指標という中間的な結論を得た。
- これから検証を予定する、Step4「提案すべき指標を抽出する」では、計測結果や定性データ(病院アンケート等)をもとに検証を進め、最終的な結論を得る予定である。

指標	Step1 計測率 (All)	Step2 計測率 (60%以上)	Step3 遵守率 (80%以上)
MSM-01 転倒・転落(件数)	9 指標 す べ て を 計 測 し た 病 院 (4 6 . 6 %)	○	○
MSM-02 転倒・転落(3b以上)		○	○
MSM-03 肺塞栓の予防		△ 199床以下×	○
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		△ 199床以下×	○
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 身体拘束		○	△ 600床以上×

[参考]昨年度の検証結果(Step1-3)

指標	Step1 計測率 (All)	Step2 計測率 (60%以上)	Step3 遵守率 (80%以上)
MSM-01 転倒・転落(件数)	9 指標 す べ て を 計 測 し た 病 院 (4 4 . 5 %)	○	○
MSM-02 転倒・転落(3b以上)		○	○
MSM-03 肺塞栓の予防		△ 199床以下×	○
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×
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		○	○

2. 医療の質指標の標準化・公表について

- DPCデータを活用した計測の検討
- 公表のあり方に関する検討
- 患者中心性指標の検討

DPCデータ計測WGの検討状況について

- 本事業の実施要綱および厚労省より提示された方向性に基づき、DPCデータの扱いに精通した有識者等によるワーキンググループを設置し、DPCデータを用いた例示指標の計測方法を検討した。
- 9月に「DPCデータを用いた例示指標の計測に係る課題整理・検討結果報告書」を取りまとめた。その内容を踏まえ、引き続き、集計方法（計測手順）について検討した。

年月日	会議等	主な内容
2023年6月～8月	第1回～第3回WG	DPCデータを用いた計測方法の検討
8月31日	部会	QI標準化・普及部会で検討結果を報告
9月8日	協議会	協議会で「DPCデータを用いた例示指標の計測に係る課題整理・検討結果報告書」を審議・承認
10月～11月	第4回～第5回WG	計測手順の検討
12月22日	部会	QI標準化・普及部会で検討結果を報告
2024年1月24日	協議会	協議会で検討結果を報告
3月13日	協議会	協議会で審議

[参考]9指標に係る行政の動き

2023年10月に開催された中央社会保険医療協議会にて医療の質向上に向けた取組として、本事業で定めた9指標が取り上げられた。

オ) 医療の質向上に向けた取組 〔第561回中央社会保険医療協議会 総会 資料「総-4」P16(一部抜粋)〕

- DPC データ等の一般化等により、医療の質向上に向けた取組の重要性が増している中で、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」においては、病院の機能・規模によらず共通に計測可能、等の条件を満たす9指標を用いた医療の質可視化プロジェクトが実施され、一定の実績が得られている。
- DPC データ等を活用した医療の質向上に向けた取組への評価については、DPC 対象病院の評価として適切であるといった指摘や、今後の更なる評価のあり方の検討を前提としつつ、既に保険診療係数において基本的な病院情報の公表を評価していることを念頭に置くと、令和6年度診療報酬改定に向けては上記9指標に係るデータの提出や提出データに基づく指標の算出・公表を評価していく方向性が考えられるのではないか、との指摘があった。
- 医療の質向上に向けた取組については、積極的に評価するべきであり、9指標の中には DPC データに含まれない項目があることも踏まえ、DPC データの項目の見直し等も検討してはどうかといった指摘や、将来的にはより精緻な質指標の活用を評価していくことも検討すべきではないかとの指摘があった。

入院・外来医療等の調査・評価分科会(10/5開催)でのご意見 〔令和5年度第9回入院・外来医療等の調査・評価分科会 議事録(一部抜粋)〕

- 今回、医療の質向上のための体制整備事業で使われている9指標の指標の算出や公表を評価することは、非常に意味のあることだと思いますし、今後はこれ以外にも様々なDPCを用いた質の指標というのは開発されておりますので、将来的には様々な質改善に用いられるような指標を活用している病院は高く評価すべきと考えております。
- 医療の質向上に向けた取組をやっているところを高く評価するというのは非常にいい方向性なのかなと思います。ただ、指標の一覧の算出元のところを見ますと、サーベイランスあるいはDPC、レセプトという形でデータソースが分かれていますので、今後このような指標を算出するとなれば、DPCの項目等に入れるとかも考えていく方向性もあっていいのかなと考えております。

集計方法(計測手順)の検討について

○ 検討の前提

対象指標	本事業で定めた「医療の質指標基本ガイド例示指標 Ver. 1.0(9指標)」のうち、算出元がサーベイランスとなっている6指標 ^(※1) 。
計測に必要なDPCデータ	上記6指標について、本事業で定めた計測手順に示す「使用データ」を検討結果報告書に記載したDPCデータ ^(※2) に置き換えたと仮定して、計測手順を検討する。
その他	データの収集・活用など医療機関の運用を想定し、現場の負担も考慮して合理的と思われる手順を検討する。

※1 すでにDPCデータを算出元とする3指標(MSM-03, IFC-01, 02)については、原則、現行の手順を使用する。

※2 DPCデータとは、「DPC導入の影響評価に係る調査」で収集されるデータ(様式1、様式3、入院EF統合ファイルなど)を指す。

○ 主な検討課題

区分	事項	検討課題
a. 共通課題	様式1を用いて計測する場合の考え方について	計測対象が退院患者になることを踏まえた計測の考え方・手順について
b. 個別課題	IFC-03：手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率	分母「手術室で行った手術件数」について
	CRM-01:d2（真皮までの損傷）以上の褥瘡発生率	一部の除外要件が適用困難な件について
	その他各委員からの意見・提案に基づく検討	

(参考)医療の質指標基本ガイド例示指標 Ver.1.0(9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

検討対象

※ 「身体抑制」を「身体拘束」に表現統一（2023年8月31日 QI標準化・普及部会）

(参考)検討結果報告書(2023.9.8)の概要

指標名	検討結果
MSM-01 入院患者の転倒・転落発生率	<ul style="list-style-type: none"> ○ 現行のDPCデータでは関連項目を含めて計測困難であり、代替指標の設定も困難である。 ○ 一方、診療録情報から入手可能なデータと考えられ、様式1または様式3に「転倒・転落件数」および「影響度レベル3b以上の転倒・転落件数」の項目を追加することが考えられるのではないか。
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	
IFC-03 手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率	<ul style="list-style-type: none"> ○ 現行のDPCデータでは関連項目を含めて計測困難であり、代替指標の設定も困難である。 ○ 様式1では手術ごとの情報が入力されており、様式1に「術前1時間以内の抗菌薬投与」の項目を手術ごとに設けることが考えられるのではないか。 <p>※ 抗菌薬の種類を問うQIに指標自体を変えることについても意見があった。</p>
CRM-01 d2（真皮までの損傷）以上の褥瘡発生率	<ul style="list-style-type: none"> ○ DPCデータ上に関連項目が存在し算出に利用しうるが、一部の病棟に入力が限定されている等の課題がある。 ○ 既存の入力項目について、入力を全病棟に拡大することが考えられるのではないか。また、「入院中の褥瘡の最大深度」の項目を追加することが考えられるのではないか。 <p>※ 指標の算出に当たっては、疾患分類（DPCコード）や年齢等で層別化することが考えられる。</p>
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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 現行のDPC様式等に関連項目が存在し算出に利用しうるが、アセスメントの実施時期が指標の趣旨に合致していないという課題がある。 ○ 入院早期のアセスメント実施を評価し、計測するのであれば、新たに様式1に「入院3日目までの栄養ケアアセスメント」の項目を追加することが考えられるのではないか。
CRM-03 身体拘束率	<ul style="list-style-type: none"> ○ 現行のDPCデータでは精神保健福祉法に基づく身体拘束の実施について入力されている。 ○ 診療録情報から入手可能と考えられる「物理的身体拘束の実施日数」についても様式1に「物理的身体拘束の実施日数」の項目を追加することが考えられるのではないか。 <p>※ さまざまな疑義が寄せられている指標であり、職能団体や関連学会等で統一した定義を示すことが望ましい。</p>

「DPCデータを用いた例示指標の計測に係る課題整理・検討結果報告書」より抜粋

a. 共通課題：様式1を用いて計測する場合の考え方について

- 計測の考え方として「計測期間中に発生した事象を計測する方法」と「計測期間中に退院した患者に発生した事象を計測する方法」がある。
- 様式1を用いて計測する場合は、退院患者の情報に基づいた計測になるため、後者の考え方(退院患者基準による計測)を採用してはどうか。

<計測の考え方（計測対象期間を4～6月とした場合のイメージ）>

入退院のパターン(例)		～3月	4～6月 (計測対象期間)	7月～
入院日	退院日			
①計測期間開始日前	計測期間内	●— a —	— b —◆	
②計測期間内	計測期間内		●— c —◆	
③計測期間内	計測期間終了日後		●— d —	— e —
④計測期間開始日前	計測期間終了日後	●— f —	— g —	— h —

- 入院日を●、退院日を◆、入院期間をアルファベットで表す（計測期間をまたいで入院している場合は個別に割り当てる）。
- 各期間の情報を[a]、[b]…と表す。

計測の考え方	計測対象	計測する内容
入院中患者を対象とした計測 →[入院中患者基準]	<ul style="list-style-type: none"> 計測対象期間に入院していた患者 計測対象期間に発生した事象 	$[b] + [c] + [d] + [g]$
退院患者を対象とした計測 →[退院患者基準]	<ul style="list-style-type: none"> 計測対象期間に退院した患者 対象患者の入院期間中に発生した事象 	$[a] + [b] + [c]$ <ul style="list-style-type: none"> d・g期間に発生した事象を捉えられない a期間に発生した事象が含まれる

様式1を用いて計測する場合

退院患者基準を採用した場合の表現修正案

質指標		入院中患者基準 上段：分子 下段：分母	退院患者基準 上段：分子 下段：分母
MSM-01	入院患者の転倒・転落発生率	$\frac{\text{入院患者に発生した転倒・転落件数}}{\text{入院患者延べ数}}$	$\frac{\text{退院患者に発生した転倒・転落件数}}{\text{退院患者の在院日数の総和}}$
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	$\frac{\text{入院患者に発生したインシデント影響度分類レベル3b以上の転倒・転落件数}}{\text{入院患者延べ数}}$	$\frac{\text{退院患者に発生したインシデント影響度分類レベル3b以上の転倒・転落件数}}{\text{退院患者の在院日数の総和}}$
CRM-01	d2（真皮までの損傷）以上の褥瘡発生率	$\frac{\text{d2（真皮までの損傷）以上の院内新規褥瘡発生患者数}}{\text{入院患者延べ数}}$	$\frac{\text{d2（真皮までの損傷）以上の院内新規褥瘡発生患者数}}{\text{退院患者の在院日数の総和}}$
CRM-03	身体拘束率	$\frac{\text{分母のうち、物理的身体拘束を実施した患者延べ数}}{\text{入院患者延べ数}}$	$\frac{\text{分母のうち、物理的身体拘束を実施した患者延べ数}}{\text{退院患者の在院日数の総和}}$

b. 個別課題(指標ごとの検討)の検討結果概要

検討結果詳細は【参考資料2】参照

指標名	個別検討課題	WG検討結果
MSM-01 入院患者の転倒・転落発生率	○ 様式1を用いる場合と様式3を用いる場合が考えられるので、それぞれの計測手順を検討する。	○ 様式1を用いる場合、退院患者基準としてはどうか。 ○ 様式3を用いる場合、既に集計されている情報を利用できるのではないか。
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		
IFC-03 手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率	○ 分母「手術室で行った手術」の扱いについて。 ○ 分子「手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率」をどのように計測するか。	○ 分母を「全身麻酔手術で、予防的抗菌薬投与が実施された手術件数」としてはどうか。
CRM-01 d2（真皮までの損傷）以上の褥瘡発生率	○ 褥瘡発生時期による除外要件の運用について。 ○ 現場では担当部署が既に計測している指標なので、様式3を用いることも考えられるのではないか。	○ 様式1を用いる場合、退院患者基準としてはどうか。 ○ 様式1を用いる場合、現行の除外要件②④を除いてはどうか。 ○ 他の指標（転倒・転落発生率）と同様に、様式3を用いて既に集計されている情報を利用する方法も考えられるため、併記してはどうか。
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	○ 分子「入院早期の栄養ケアアセスメント実施」をどのように計測するか。	○ 入院最初のアセスメント実施日の情報が必要という意見もあったが、実施の有無の情報で対応できるのではないか。
CRM-03 身体拘束率	○ 分子「身体拘束の実施日数」をどのように計測するか。	○ 退院患者基準としてはどうか。 ○ 開始日、終了日の情報が必要という意見もあったが、実施日数の情報で対応できるのではないか。

2. 医療の質指標の標準化・公表について

- DPCデータを活用した計測の検討
- 公表のあり方に関する検討
- 患者中心性指標の検討

公表のあり方に関する検討経緯

- 公表のあり方に関する検討については、実施要項(医政局総務課発出)において「(略)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」と示されている。
- 協議会からは「公表は段階的かつ慎重に検討すること*」と指摘があり、公表については、質指標の標準化等を検討したのち、議論する方針とした。

- 事業目的に掲げる「自主的な改善活動の充実」「医療の質を可視化した信頼性の向上」において、測定、改善、公表、ベンチマーク評価を一緒にたにして議論を進めてしまうと、結果として短絡的な解釈から医療提供体制に大きな混乱が生じてしまうのではないか。
- 「医療の質指標を用いた測定」「測定結果をもとにした改善活動と公表」「公表されたデータを用いたベンチマーク評価」は関連するがそれぞれが独立したステップである。
- 当座は、「医療の質指標を用いた測定」「測定結果をもとにした改善活動」に焦点を当て議論を行うこととし、公表については当座の議論が一定程度成熟したのちに行うこと。

*「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)」

- 上記方針より、様々な取組(「医療の質指標基本ガイド」「質改善ツールキット」「モデル事業(パイロット, 医療の質可視化プロジェクト)」等)を進め、一定の成果を得たと評価する。また今日、公表に関する検討の素地は整いつつあると考える。

そこで、これまでの取組をもとに「医療の質指標の計測結果の公表のあり方」に関する考えをまとめ、その内容を「医療の質指標基本ガイド」へ記載する。

公表のあり方に関する検討の論点

- 現在、以下の論点に沿って、部会において検討を進めている。
- このうち、論点a, bにおいては、今年度内に検討内容をまとめ、その内容を「医療の質指標基本ガイド」に記載する予定である。

<公表のあり方に関する検討の論点>

- a. 「医療の質指標の計測結果の公表のあり方」については、事業目的*に準じた検討を行う。

*「現場の自主的な質改善活動を充実させる」「医療の質を可視化し信頼性を向上させる」

- b. 具体的には、事業目的に準じた「公表の目的・意義」「留意事項」等について、これまでの取組を踏まえ、考え方をまとめ、その内容を「医療の質指標基本ガイド」に記載する。
- c. 上記内容をもとに、モデル事業(医療の質可視化プロジェクト)において集計した結果の取扱を見直す。

事業目的に準じた公表の考え方(案)

事業目的 (公表対象の想定)	(a)現場の自主的な質改善活動を充実させる (各医療機関)	(b)医療の質を可視化し信頼性を向上させる (社会)
検討における前提	<ul style="list-style-type: none"> 「公表」とは、本事業で定めた「医療の質指標基本ガイド例示指標」の計測結果を広く一般(公)に発表することを意図する。 医療機関が独自に行う「公表」と医療機関以外(団体等)が行う「公表」の2つの側面を考慮し検討する。 	
目的	「公表」は、医療現場の自主的な質改善活動のモチベーションを高める契機及び社会における医療の信頼性を向上させることが目的である。	
意義	<ul style="list-style-type: none"> 質向上に向けた組織的な質改善活動を充実させる契機となる。 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。 	医療の質指標の意義や質改善に対する取組を適切に理解し、把握し続けることで、医療への信頼を高められる。
留意事項	共通	<ul style="list-style-type: none"> 計測結果と共に、計測の目的や意義、計測値の改善に至るプロセスも公表する。 病院の規模・機能の違いや患者特性等をふまえた結果であることに留意する。 行政機関が定める規制等(医療広告ガイドライン)に留意する。
	医療機関	公表する情報の出所(計測手順や計測結果の参照元など)を明記する。
	医療機関以外	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関が提供する医療の評価・順位付けを示すものではないことに留意する。 医療機関の改善に向けたモチベーションが高まるよう配慮する。 (例えば、ベンチマーク評価の結果における「医療機関名称」の表示有無について) 計測結果と共に、様々な改善の取組が共有できるよう考慮すること。

検討対象

[参考1]これまでの協議会におけるご意見

カテゴリ	詳細
意義	<ul style="list-style-type: none"> ○各病院が自分の立ち位置を知ることによって改善の余地があると認識すること、つまり改善へのモチベーション、組織としてのモチベーションを高めることが公表の目的である。 ○所属団体では基本は、自分たちが医療を良くする、PDCAをサイクルを回せるという目標で公表している。 ○公表は、外部に結果を示すことよりも、自院において取り組むべき課題が明確化され、おのずから課題解決に向けて奮起するというフィードバックにつながることが重要である。 ○公表した数値をもって各病院が改善を意識するプロセス自体が非常に重要であって、結果が問題ではない。あくまで最終目標は、質指標を上げることではなくて、医療の質全体を上げることだと皆さんに理解いただくことが必要である。 ○公表してこそ、まさに質の向上、改善というのが社会実装につながっていくものである。 ○自分たちの病院経営としての改善項目だけではなく、社会に対してもプライオリティをもっと高めていく一つの手段として公表が重要だと思う。社会が公表した結果をどう評価していくのかという部分にも少し踏み込むことが必要ではないか。 ○公開し患者に知ってもらうことも改善の速度を進める方策ではないか。 ○病院によって差があるということを国が知って、それに対して何らかの政策を考えて施行してもらうという意味では、公表の対象は病院だけではなく、国も含まれることを意識するべきである。
影響	<ul style="list-style-type: none"> ○公表は、住民・患者向けだけではなく、かかりつけ医にとっても非常に貴重な情報になると思う。 ○患者は、指標のデータだけで医療機関を選ぶことはない。質指標を公表しても患者の受療行動に大きな変化は起こらなかったというデータが幾つもある。 ○測定、改善、公表、ベンチマーク評価を一緒くたにして議論を進めてしまうと、結果として短絡的な解釈から医療提供体制に大きな混乱が生じてしまうのではないかと。そのことを広く国民にも理解していただかないとランキングの考え方につながってしまう。 ○結果だけでなく、何が測られているかを公表することで患者は、医療者に求められていることを知ることができる。

続き)

カテゴリ	詳細
留意事項	<ul style="list-style-type: none">○測定値を公表する場合は、<u>測定の目的や前提となる条件を十分に国民に対して説明する必要がある。</u>○数値結果だけでなく、<u>数値を向上させるためのプロセスも一緒に公表することが必要</u>である。○指標が医療の質を正しく表しているのであれば、公表の方向性は理解できるが、<u>医療機関の階層化が惹起される内容は、医療提供体制に大きな混乱を生じさせることに繋がるため避けるべき</u>と考える。○病院のランキングに繋がる取組は避け、<u>改善への努力を評価する視点に重心を置く</u>よう願いたい。○拙速な方法・公開により医療提供体制を混乱させるような活動とならぬよう留意願いたい。○<u>指標の信頼性の上下によって患者や医療現場に大きく間違った影響を及ぼす可能性もある</u>ので、慎重に公表してほしい。○一断片のベンチマークではなく、<u>各地域格差の問題、病院の規模、主要機能の問題などを踏まえた結果であること、きちんと各病院が努力していることを国民、社会全般に伝えられるような形の公表の在り方が必要</u>である。○<u>医療関係者が真摯に改善に取り組んだとしても、偏った公表となる可能性は認識すべき</u>かもしれない。○治療結果に関する分析の実施等については広告可能であるが、<u>分析結果や調査結果については客観性の担保が十分でなく公表後の悪影響等の懸念から広告可能とはしていない</u>。○評価機構が指標を標準化し公表していくことは問題ないと考えている。ただし、<u>マスコミ等が公表した内容を恣意的な見方で報道することがあるので、対応をしっかりとした上で公表してほしい</u>。
要望	<ul style="list-style-type: none">○医療の質向上に向けた病院の取組を<u>国民に対して啓発することも必要</u>ではないか。○公表の在り方については伝える側の方法のみならず、<u>受け止め側の工夫についても検討が必要</u>である。○病院がもっと自分たちの医療の質を高めるためには、団体内の比較に留まらず、<u>公表という形でオールジャパンの医療機関のデータと比較してみたい</u>。○<u>全国統一で公表すべきものと、病院が自由度を持って公表する2種類あっても構わない</u>のではないかと。○ある決まった施設が全団体のデータを集めて、そこから発信していただければ、<u>よりの確性が増す</u>のではないかと。

[参考2]QI標準化・普及部会におけるご意見

カテゴリ	詳細
公表の意義・目的	<ul style="list-style-type: none"> ○ 様々な公表の目的が考えられるが、<u>現段階ではまず病院のモチベーションを上げる方向性を主としてはどうか。</u> ○ 公表により、<u>組織内での緊張感を持った活動につながる*</u>。 ○ <u>同機能の病院間での計測、ベンチマーク、改善活動のための公表が現実的なものかもしれない。</u>
公表の対象	<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>まずは第一者(医療機関)が、自院の中で時系列比較して質向上に取り組み、好事例を公表するといった形が一番無難ではないか。</u> 基本的には質改善活動を各病院がどのように進められるかを考え、あくまでその参考として、自院と似たような機能・規模の病院の情報を見るという扱いがいい。 ○ 現段階では、第一者である医療機関をメインにした公表を前提にしていると思うが、public reporting故に<u>第三者、第三者の目にも止まることを想定すると、そのような人たちに対するメッセージも考える必要がある。</u>
公表の課題	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療関係者としては分かりやすい内容であっても、<u>一般市民には必ずしも馴染みのない事項も多いため、取り組みの内容を誤解無く伝えるのは難しい*</u>。 ○ 公開に対する圧が強い場合、都合のよいあるいは改変された報告を行うことさえあり得る*。 ○ 医療の質指標を公表する際の諸課題（標準化の困難さ、数値の精度、リスク調整の困難さ、公開時の情報の非対称性、病院機能の多様性など）とそれに対する考え方を整理してはどうか。
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療の質として測定・評価を実施しているのは、医療の一側面に過ぎず、計測や公表内容の正確性など、市民に情報を本質的に役立ててもらうためには、多くの但し書きが必要である*。 ○ 医療の質指標の概念や解釈における注意点などについて、わかりやすく説明する国民向けのパンフレットやウェブサイトなどがあっても良いと思う。そのコンテンツ作成には、患者市民参画が必要だと考える。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医師が患者を紹介するときの情報の一つという位置づけで公表することも考えられる。 ○ 病院選択に活用することは有用だが、今回の指標にある転倒・転落発生率などは、患者のベースラインに影響されるため活用が難しいのではないか。そもそも、医療機関や社会における質指標についての理解がまだ深まっていないため、かなりリスクが高い。

* 國澤進. 医療システムの質・効率・公正—医療経済学の新たな展開(15)医療機関のQI(Quality Indicator). 医学のあゆみ287巻6号. 医歯薬出版, 2023. より一部抜粋

[参考3] 医療広告ガイドラインの記載内容(一部抜粋)

詳細(医療広告ガイドライン)は【参考資料3】参照

第3 禁止される広告について <本ガイドライン(p5~6)>

1. 広告が可能とされていない事項の広告(例：死亡率、術後生存率等)
2. 内容が虚偽にわたる広告(虚偽広告)
3. 他の病院又は診療所と比較して優良である旨の広告(比較優良広告)
4. 誇大な広告(誇大広告)
5. 患者の主観に基づく、治療等の内容又は効果に関する体験談
6. 治療等の内容又は効果について、患者等を誤認させるおそれがある治療等の前又は後の写真等
7. 公序良俗に反する内容の広告

第5 広告可能事項の限定解除の要件等 <本ガイドライン(p31~32)>

1 基本的な考え方

法第6条の5第3項の規定により、法又は広告告示により広告が可能とされた事項以外は、広告してはならないこととされているが、同項の規定により、患者等が自ら求めて入手する情報については、適切な情報提供が円滑に行われる必要があるとの考え方から、省令第1条の9の2に規定する要件を満たした場合、そうした広告可能事項の限定を解除し、他の事項を広告することができる(以下「広告可能事項の限定解除」という。)。なお、こうした広告可能事項以外の事項についても、法第6条の5第2項及び省令第1条の9に定める広告の内容及び方法の基準に適合するとともに、その内容が虚偽にわたってはならない。

2 広告可能事項の限定解除の具体的な要件

広告可能事項の限定解除が認められる場合は、以下の①~④のいずれも満たした場合とする。ただし、③及び④については自由診療について情報を提供する場合に限る。

- ① 医療に関する適切な選択に資する情報であって患者等が自ら求めて入手する情報を表示するウェブサイトその他これに準じる広告であること
- ② 表示される情報の内容について、患者等が容易に照会ができるよう、問い合わせ先を記載することその他の方法により明示すること
- ③ 自由診療に係る通常必要とされる治療等の内容、費用等に関する事項について情報を提供すること
- ④ 自由診療に係る治療等に係る主なりリスク、副作用等に関する事項について情報を提供すること

[参考4] 国内の医療機関におけるQI公表の実態調査(平成28年度)

平成28年度の厚生労働省科学研究において、8,470の病院を対象に指標の公開に関するアンケート調査が実施され、うち805施設より得られた回答結果がまとめられている(回答率9.5%)。

第8回運営委員会(2021/11/11)福井委員ご提供資料より抜粋

平成28年度 厚生労働科学研究

研究代表者: 福井 次矢

『医療の指標に関する国内外レビュー及び効果的な取組に関する研究』

・ 考察

- 指標の公開については500～700床規模の病院の75%が実施している。
- 施設名を含めた公開については一部またはすべて公開すべきと答えた施設は36.9%で、公開すべきでないとした17.1%を約20ポイント上回った。
- これまで結果指標はリスク調整などの課題もあり公開に慎重な団体が多いが、今回のアンケート調査では一部またはすべて公開すべきと回答した施設の87.8%が結果指標のみまたは過程指標と結果指標の両者の公開をすべきだとしていた。
- 公開することにより医療者側、患者側双方に影響があると回答している施設が多く、患者への影響については悪い影響があるよりもよい影響があるとの回答が30ポイント多い結果となった。また、公開による患者への影響はよい影響、悪い影響よりもどちらとも言えないが最多であり、公開すべき指標の内容によることが伺えた。

2. 医療の質指標の標準化・公表について

- DPCデータを活用した計測の検討
- 公表のあり方に関する検討
- 患者中心性指標の検討

患者中心性指標の検討

- 現在、患者中心性指標のうち患者経験調査(Patient Experience:PX)を主な対象として、以下の方針にて部会で検討を進めている。
- 今年度は、PXの適用対象(#2-1)及び調査項目の設定方針(#2-2)について検討する。

検討方針	検討内容	検討状況	検討結果
前提の確認	従来はガイドで示す「質改善に資する医療の質指標の要件(6要件)」に準じて例示指標を設定していたが、PXはどのように捉えることがよいか検討する。	検討済	患者中心性指標は、質改善に資する6要件に捉われず、OECDが示すフレームワークに沿って検討する。
1 医療の質指標基本ガイドの改版	今回の検討を踏まえ、患者中心性を代表した調査であるPXについて解説を追記する。	未検討	次年度の検討事項(予定)
2-1	適用対象(一次予防, 急性期医療, 慢性期医療, 終末期医療)を検討する。	検討中	今年度の検討事項
2-2 PX実装に向けた検討	適用対象に応じた調査項目を検討し設定する。	検討中	
2-3	本事業における運用方法について検討する。	未検討	次年度の検討事項(予定)

PXの適用対象

- OECDが示すフレームワークでは、PXは幅広い医療ニーズを跨ぐ領域として定義される。
- 今日、わが国では各医療ニーズに応じた多様な尺度が翻訳・検証される。部会では、本事業の取組実績をふまえ、**病院における入院患者**を適用対象として検討を進める。
- また、上記以外にも展開できる可能性があれば柔軟に対応する。

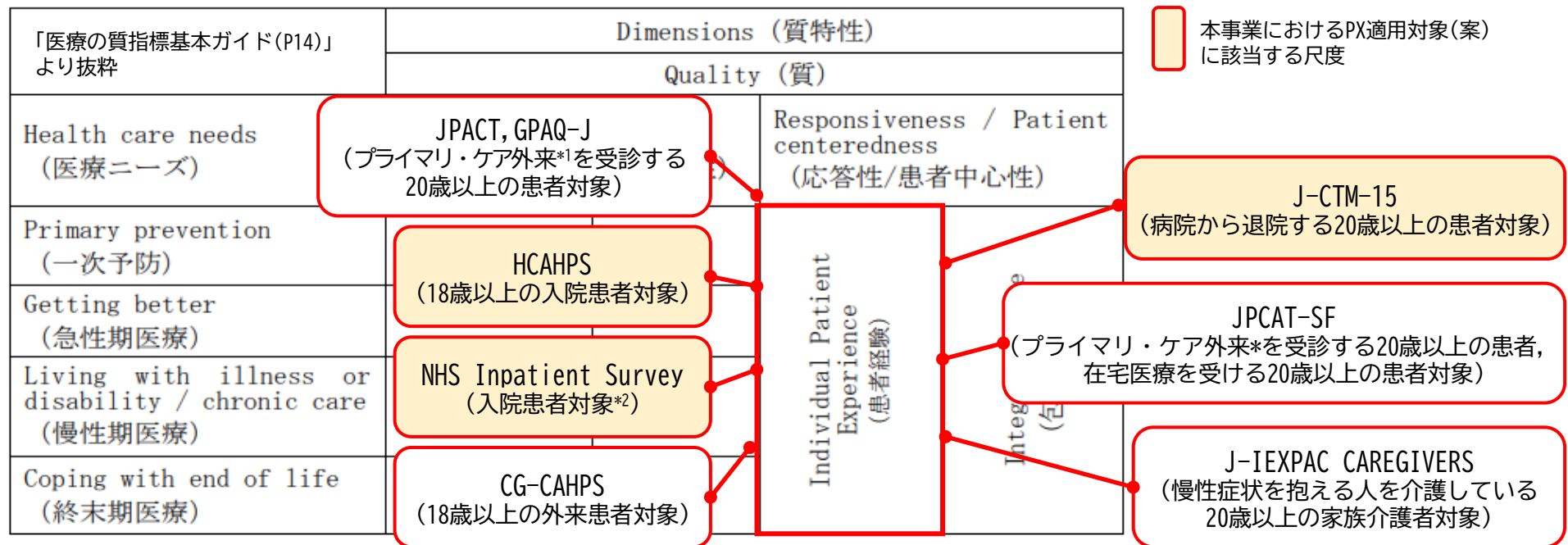


図4. 医療の質測定のための枠組み^[12]

*1 プライマリケア外来とは診療所や中小病院の一般・総合内科、総合診療科などを指す。

*2 原版(NHS Inpatient Survey)では16歳以上の入院患者対象だが、日本語版では回答者年齢の選択肢が0歳～となっているため、対象年齢の制限はないと判断した。

参照)

- ・ 青木拓也, Patient Experience (PX) 評価の意義と展望、医療の質・安全学会誌, 2022年17巻4号 p. 393-398
- ・ PX研究会ホームページ, 【完成版】日本版PXサーベイ(入院患者用) 20180211

PX調査項目の検討対象

入院患者を対象としたPX尺度は各国で開発、活用されている。そのうち、日本語版に翻訳・検証され、病院での運用実績が確認できるHCAHPS(米国)及びNHS Inpatient Survey(英国)の2種類を本事業におけるPX調査項目を検討対象とする。



- ① 患者中心性の代表的な指標には患者満足度, PX, 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PXを検討することについて協議会です承を得た。(第12回運営委員会 2022年9月29日)
- ② 本事業では、病院における入院患者を調査対象とする。なお、諸外国(英国, 米国, カナダ, フランス等)では入院患者を対象とした調査票や調査方法が作成・公表されている。
- ③ [本事業におけるPX調査項目の検討対象]
②のうち既に日本語版に翻訳・検証され、病院での運用実績が確認できる調査票を検討対象とする。

日本語版の調査票について

	HCAHPS		NHS Inpatient Survey	
翻訳に関する情報	翻訳担当	厚生労働科学研究班	京都大学+日本ホスピタルアライアンス	PX研究会
	翻訳対象の原著	2019年版	2019年版	2019年版
	原著の改訂状況	2013年→2018年→2019年（現行）		毎年改訂
	翻訳許諾元	AHRQ(Agency for Healthcare Research and Quality)	AHRQおよびCMS(Center for Medicare and Medicaid Services)	CQC(Care Quality Commission) ※NHSはPXサーベイをCQCに委託している
	翻訳の範囲	設問のみ	案内文、設問など調査票全体	案内文、設問など調査票全体
項目の妥当性評価	項目評価	内容妥当性、表面妥当性	構造的妥当性、基準関連妥当性、内的一貫性	因子分析とバックトランスレーション
	評価対象	原著と同様の調査対象(12名) (20歳以上, 少なくとも病院に一泊以上した患者など) ※除外基準あり ※300名に対し患者パネル調査も実施	調査期間中に参加病院から退院した16歳以上の患者(重度の身体的または精神的障害のためにアンケートに回答できない患者は除外)	不明
翻訳版の運用	設問数	26	19	60
	調査票の利用可否	全国の医療施設に普及することを許可している。	非営利目的での利用は無償 ※約80施設でのベンチマーク運用実績あり	無料で閲覧・利用可能。 ※院内で利用する場合は同意書の提出が必要 ※ただし現在はHCAHPSを推奨している
	運用書類の有無	研究報告書には記載なし	スコアリングシート、使用マニュアルあり	説明書、注意点のマニュアルあり
	運用実績	不明	日本ホスピタルアライアンスが毎年実施しているPXサーベイ(全国約80病院が参加)に使用されている。(本サーベイのレポート生成はPX研究会が担当)	不明
参照 (2023. 10. 23閲覧)	<ul style="list-style-type: none"> 厚生労働科学研究成果データベース, 医療の質評価の全国展開を目指した調査研究, 2020年度 CMS, HCAHPS Fact Sheet 		<ul style="list-style-type: none"> Patient Experience.net, HCAHPS日本語版 Academic GP, 日本初の入院患者を対象としたPX尺度を開発・検証(2021/3/25記事) 	<ul style="list-style-type: none"> PX研究会ホームページ NHS Patient Surveys 藤井弘子, 「日本版PXサーベイ」開発の取り組み, 看護管理vol29(10), 2019, pp. 918-922

HCAHPSとInpatient Surveyの調査項目の比較

(詳細は参考資料4)

HCAHPSの調査項目に合わせる形でInpatient Surveyの調査項目を振り分けています。

# ドメイン	HCAHPS[AHRQ]		Inpatient Survey [NHS](全60問)	備考
	厚労科研(全26問)	京都大学(全19問)		
“Hospital Compare(CMSが運用)” で公表されている尺度(10項目)			※参照元: Survey of patients' experiences(HCAHPS)[Data.CMS.gov]	
1 Nurse Communication	3問	3問	4問	
2 Doctor Communication	3問	3問	3問	
3 Responsiveness of Hospital Staff	2問	2問	4問	
4 Communication About Medicines	2問	2問	-	
5 Discharge Information	2問	2問	9問	
6 Care Transition	3問	-	6問	HCAHPSの3問の著作権はAHRQ外部(Coleman氏)にある。
7 Cleanliness of Hospital Environment	1問	1問	3問	
8 Quietness of Hospital Environment	1問	1問	3問	
9 Hospital rating	1問	1問	1問	
10 Willingness to Recommend Hospital	1問	1問	-	
その他の尺度				
11 入院先の選択	-	-	2問	
12 病院での経験	2問	2問	-	
13 ケア・治療	-	-	9問	
14 手術・処置	-	-	7問	
15 退院先について	1問	1問	1問	
16 総合的な評価	-	-	3問	
17 回答者について	4問	-	5問	Inpatient Surveyには設問のわかりやすさを問う設問(1問)が含まれる。

調査項目の設定方針

- これまでの検討をふまえ、PXの適用対象は「病院における入院患者」とした。
- また、適用対象に応じた調査項目として、HCAHPS(米国)及びNHS Inpatient Survey(英国)の2種類を検討対象とした。
- 今後は、これら検討対象をもとに、本事業における患者中心性指標の調査項目設定に向けた具体的な進め方や検討の視点について議論を進める予定である。

<調査項目設定の進め方・検討の視点（事務局案）>

	個別論点	対応(案)
1	調査票の選定	案1-1) HCAHPS or NHS 案1-2) HCAHPS and NHS
2	調査項目の取扱	案2-1) 調査票の全項目を扱う 案2-2) 一部の項目を抽出する
3	調査項目の設定 (案2-2の場合)	案3-1) 下位尺度(評価領域)ごとに設定 案3-2) 項目ごとに設定

← [全体論点]
各論点への対応を判断するために
どのような情報や視点が必要か
案) 現場の意見や患者側の意見を取り入れる

[参考] 第2回QI標準化・普及部会における主なご意見

- HCAHPSの場合、下位尺度ごとであれば抽出して使用することは可能である。現場でも患者満足度に加える形で一部の下位尺度の項目を使用している施設がある。
- 標準化された調査票に加えて、患者の声を反映した尺度を追加する方法も考えられる。その場合、他施設比較をするのであれば、追加した項目の妥当性等を検証する必要があるが、自院での時系列変化や現状把握には活用できるだろう。

3. その他

- 各協力団体事務局様へのご依頼事項

各協力団体事務局様へのご依頼事項

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、閲覧可能としている。
- そこで、以下2種類の指標情報をご提供いただきたい。
 - ・ 昨年度(2022年度)ご提供いただいた指標群の実績値(公表されたもの)
 - ・ 今年度(2023年度)使用する指標群の情報(定義など)

承諾書のご返送期限：1月26日(金)

② 医療の質指標を用いた改善事例の掲載延長許諾について

- 当事業では、2021年度に各協力団体様を通じてご提供いただいた質改善事例をオフィシャルサイト上で検索、閲覧可能としている(掲載期間：2023年4月1日～2024年3月31日)。
- 次年度も引き続き事例を活用したく、ご提供いただいた病院様に、掲載期間の延長(2024年4月1日～2025年3月31日の1年間)の可否をご確認いただきたい。

許諾フォームのご返送期限：3月22日(金)

ご協力のほど何卒よろしくお願い申し上げます。