

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20回 運営委員会 (医療の質向上のための協議会)

2024年11月7日(木)15:30~17:30  
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	遠藤 謙司	独立行政法人労働者健康安全機構	理事	(委任状)	
3	岡田 千春	独立行政法人国立病院機構	審議役	(委任状)	
4	河原林 正敏	全日本民主医療機関連合会	理事	出	
5	草場 鉄周	医療法人北海道家庭医療学センター	理事長	出	
6	楠岡 英雄	独立行政法人国立病院機構	名誉理事長	出	委員長
7	小阪 真二	公益社団法人全国自治体病院協議会	副会長	出	(新任)
8	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	
9	進藤 晃	公益社団法人 全日本病院協会	東京都支部長	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	福井 次矢	一般社団法人日本病院会	QI委員会 委員長	出	
12	松原 了	社会福祉法人恩賜財団済生会	理事	出	
13	山本 圭子	独立行政法人地域医療機能推進機構	理事	出	
14	横江 正道	日本赤十字社 医療事業推進本部	医療の質・研修部次長	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・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	加藤 拓馬	保健医療技術調整官	出	
18	間中 勝則	オンライン診療推進専門官	出	
19	竹野 伸洋	主査	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		欠
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	浅野 由莉	評価事業推進部 主任	出	
27	石川 瑞葵	評価事業推進部	出	

# 議事次第

1. 医療の質可視化プロジェクトについて
  - 1-1. 2024年度 医療の質可視化プロジェクトについて
  - 1-2. 本プロジェクトの3か年の運営について
2. 質指標の標準化・普及に向けた検討について
  - 2-1: 選定した指標の保守に関する検討
  - 2-2: 患者中心ケアの可視化に向けた検討
3. 医療の質指標等の公表のあり方について

# 1. 医療の質可視化プロジェクトについて

1-1. 2024年度 医療の質可視化プロジェクトについて

1-2. 本プロジェクトの3か年の運営について

## 1-1. 2024年度 医療の質可視化プロジェクトについて

# 2024年度医療の質可視化プロジェクトの特徴

- 2022-23年度に引き続き、病院の規模・機能に関わらず重要な領域である「医療安全」「感染管理」「ケア」に関連した指標(9指標)の計測による経時的変化や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中である。
- 令和6年度診療報酬改定で9指標がDPC機能評価係数Ⅱの評価対象となり、24年6月-9月(L期間)の計測では診療報酬改定に準拠した指標定義・計測手順を使用するため、それらの運用結果を踏まえ、年度末にはDPCデータを用いた指標の検証を行う予定である。

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）			
実施期間	2024年7月1日～2025年3月31日			
計測対象期間	2023年9月-12月 (I期間)	2024年1-3月 (J期間)	2024年4月-5月 (K期間)	2024年6月-9月 (L期間)
適用指標	○ 医療安全、感染管理、ケアに関連した指標(9指標)を計測する。 ○ 2023年9月-2024年5月 (IJK期間) の計測では、昨年度のプロジェクトで使用した指標定義・計測手順を使用する。 ○ 2024年6月-9月 (L期間)の計測では、 <u>令和6年度診療報酬改定に準拠した指標定義・計測手順</u> を使用する。			

# 医療の質可視化プロジェクト申込状況(11/5時点)

a. 地域	b. 開設主体			合計	c. 病床数	d. 施設基準			合計										
	新規	参加歴あり	連続*			新規	参加歴あり	連続		新規	参加歴あり	連続							
北海道・東北	4	41	39	45	国	5	103	100	108	99-	5	25	25	30	特定機能病院	2	32	30	34
関東	22	153	149	175	公的医療機関	24	117	109	141	100-199	20	122	115	142	地域医療支援病院	25	200	191	225
中部・北陸	9	69	65	78	社会保険関係団体	2	6	5	8	200-299	11	64	61	75	それ以外	41	237	226	278
近畿	11	83	78	94	医療法人	30	156	151	186	300-399	15	71	66	86					
中国・四国	12	56	52	68	個人	0	0	0	0	400-499	7	60	59	67					
九州・沖縄	10	67	64	77	その他	7	87	82	94	500+	10	127	121	137					
	68	469	447	537		68	469	447	537		68	469	447	537		68	469	447	537

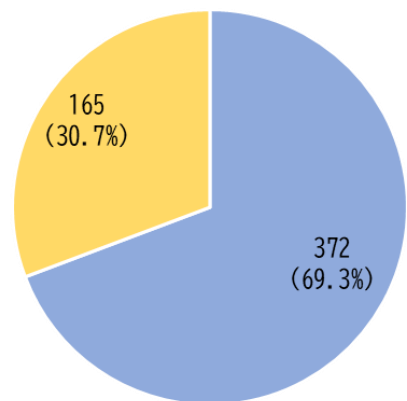
e. DPC参加状況	f. 診療報酬加算取得状況			合計	(医療安全)	合計	(感染管理)	合計	(ケア)	合計									
	新規	参加歴あり	連続								新規	参加歴あり	連続	新規	参加歴あり	連続			
大学病院本院群	3	26	24	29	医療安全対策加算1	51	366	351	417	感染対策向上加算1	43	312	297	355	褥瘡ハイリスク患者ケア加算	24	256	243	280
特定病院群	5	66	64	71															
標準病院群	46	258	246	304	該当なし	3	17	16	20	感染対策向上加算3	5	57	55	62					
準備病院	2	9	9	11															
データ提出加算取得病院	11	92	86	103															
該当なし	1	18	18	19															
	68	469	447	537		68	469	447	537		68	469	447	537		68	469	447	537



# 続き)

		協力団体等の QI事業に <b>参加</b>		協力団体等の QI事業に <b>未参加</b>		計	
新規(今年度初参加)		39	(10.5%)	29	(17.6%)	68	(12.7%)
参加歴あり	連続参加	317	(85.2%)	130	(78.8%)	447	(83.2%)
	上記以外	16	(4.3%)	6	(3.6%)	22	(4.1%)
計		372	(100.0%)	165	(100.0%)	537	(100.0%)

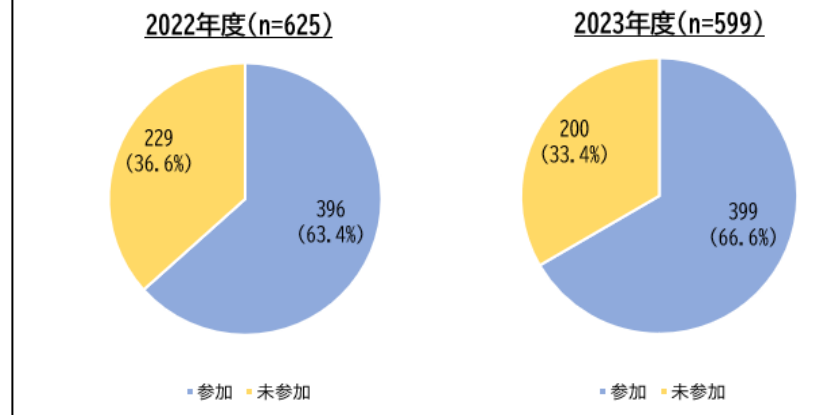
今年度の参加状況(n=537)



■ 参加 ■ 未参加

本プロジェクトを通して初めてベンチマーク評価に参加したと想定される病院

(参考) 過去年度における参加状況



■ 参加 ■ 未参加

■ 参加 ■ 未参加

# 集計結果報告書【速報版】について

- データ提出は2回と設定しているが、1回目の提出は9月2日を期限にI期間・J期間のデータを受け付けた。今回のデータ提出率※は74.8%(480病院中359病院)であり、例年並みであった。  
※11月末まで継続的に申込が行われる状況において、暫定的に提出期限時点(9/2時点)の申込数を母数としている。
- 提出いただいたデータは、昨年度と同じ体裁で集計し、協力病院および事業関係者に共有した(10/18)。なお今年度は集計結果報告書を公表する方針であるが、今回作成した【速報版】は、集計結果確定前の暫定的な内容であることから、関係者内での共有に留め、年度末に作成予定の【確定版】を公表する想定である。

	申込数(9/2時点)	% (申込数/計)		提出病院数(1回目)	% (提出病院数/申込数)	
新規(今年度初参加)	42	(8.7%)	▶	24	(57.1%)	
参加歴あり	連続参加	425		(88.4%)	328	(77.2%)
	上記以外	14		(2.9%)	7	(50.0%)
計	481	(100.0%)		359	(74.6%)	

\*昨年度(2023年度)は

	申込数		データ提出病院数
	協力病院	599	552 (92.2%)
(参考)	初回の提出期限(7/31)時点の申込病院	506	358 (70.8%)

# 2024年度 集計結果報告書【速報版】 イメージ

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

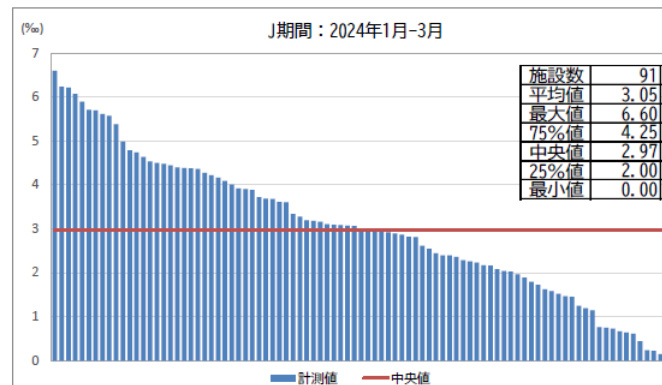
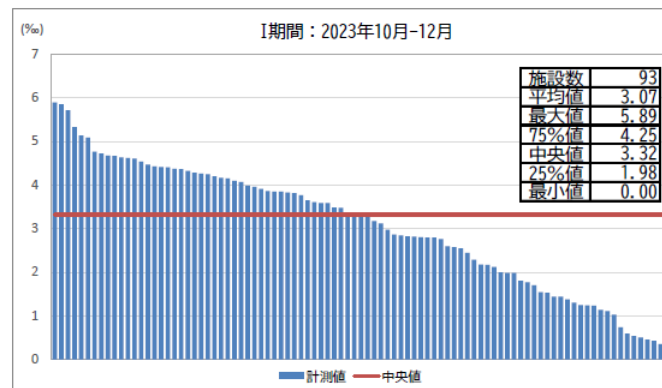
2024年度 医療の質可視化プロジェクト  
**集計結果報告書**  
(計測対象期間：2023年10月1日～2024年3月31日)  
**【速報版】**

2024年10月18日

 公益財団法人 日本医療機能評価機構  
Japan Council for Quality Health Care

## MSM-01 入院患者の転倒・転落発生率 (病床数200床未満)

- 縦軸は計測値、横軸は各病院を示します。
- 外れ値(I期間:8病院、J期間:10病院)を除外しています。
- 計測値0.00%の場合も集計対象に含まれます。



※ 詳細は参考資料1を参照

# 進捗状況(2024.11.7時点)

- 概ねスケジュールどおりに進行しており、第1回目の集計を終え、運営委員長、部会長によるご確認を経て10月中旬に集計結果報告書(速報版)を配布した(#4-2)。
- 第2回目の集計後には、質指標の標準化・普及に向けた検討に参考とするため、協力病院に対し、DPC新様式への対応状況を把握するアンケートを実施する(#5-2)。

#	プロジェクトの流れ	日程(予定)	備考
1	申込受付	5/1~11/30	
2-1	計測手順書(I~K期間用)の配布	5/24	
2-2	計測手順書(L期間用)の配布	7/1	
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)	~8/30	計測対象期間[I・J期間]:2023年10月~24年3月
4-2	「集計結果報告書(速報版)」の配布	10/18	
5-1	計測・データ提出(2回目)	10/1~12/20	計測対象期間[K期間]:2024年4月~5月 計測対象期間[L期間]:2024年6月~9月(診療報酬改定対応)
5-2	計測後アンケート	12/20~2025/1/17	DPC新様式への対応状況を把握し、指標の検証に参考とする。
5-3	「集計結果報告書(確定版)」の配布	2025/1/31	
6	9指標を活用した質改善活動の普及啓発	2025年2月頃	セミナーの実施, 質改善事例の収集等を検討中

# [情報共有]血液培養2セット実施率について

[参考][「BDバクテック™血液培養ボトル」に関する各種お知らせ](#)(日本ベクトン・ディッキンソン株式会社ホームページ)

- 2024年7月より、日本ベクトン・ディッキンソン株式会社による「BDバクテック™ 血液培養ボトル」の供給量が約50%減少した(プラスチックボトルの供給遅延のため)。
- 9月9日より随時、供給量の制限が解除されているようだが、制限中は各医療機関において、従来どおりの2セット採取を基本としつつも、使用できるボトル数に応じて、血液培養の対象の見直しが求められている。



医療の質可視化プロジェクトでは「血液培養2セット実施率」を扱っており、一部の計測対象期間(L期間：24年6月1日～9月30日)の計測値に、変動がある可能性を想定する。当該期間の集計結果を取りまとめる際は上記の影響に留意する。

## 1-2. 本プロジェクトの3か年の運営について

# 申込病院数の3か年(2022-24)の推移

- 本プロジェクトは2022年度に開始し、同じ指標を用いて3年連続で実施している。
- 毎年、病院団体のご協力をいただきながら全国の病院に広報を行っているが、現時点では申込病院数は漸減傾向である。

## 申込病院数の経年推移

※ 一度参加を取りやめた病院からの再申込を含む

申込状況	2022年度	2023年度	2024年度(11/5時点)
新規申込※	625	141	90※
継続申込	—	458	447
申込病院数計	625	599	537

## [参考]DPC対象病院数

(令和6年6月時点)

1,786

うち、申込数

404

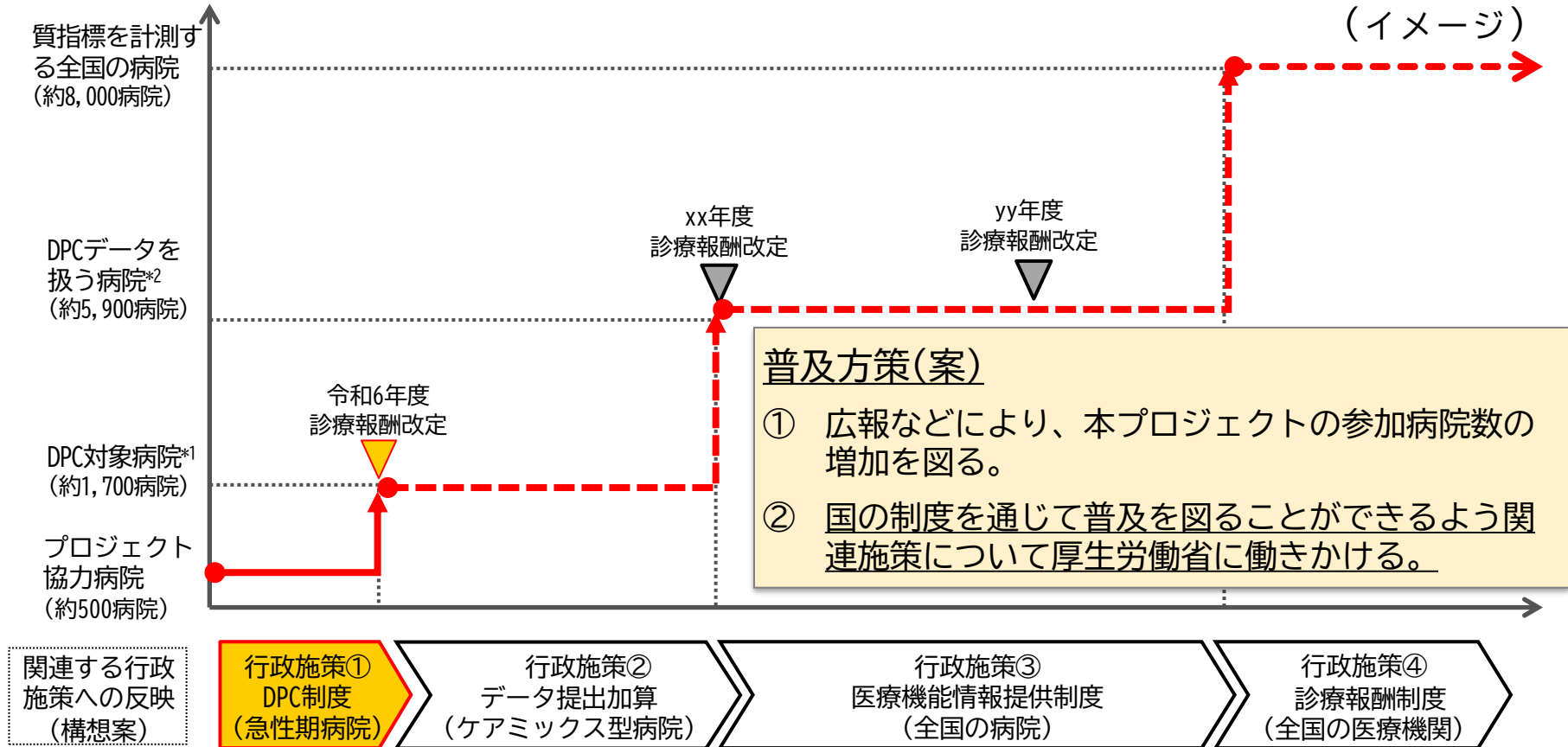
- 本事業の目的である、全国の病院へ質指標の計測を普及させるために様々な広報を行っているが、本プロジェクトの広報のみで全国への普及を達成するのは限界がある。
- 今般、本プロジェクトで扱う9指標がDPC機能評価係数Ⅱの評価対象になったことを契機に、国の制度を通じて全国への普及を図ることができるよう厚生労働省に働きかけることにも取り組んではどうか。

# 質指標の普及方策(案)

国の制度を通じて全国すべての病院へ質指標の普及を図ることができるよう、質指標の普及につながるとと思われる行政施策への反映について、厚生労働省に働きかけることとしてはどうか。

\*1：機能評価係数Ⅱで評価される病院で大学病院本院群、DPC特定病院群、DPC標準病院群を含む（令和6年6月時点で1,786病院）

\*2：DPC準備病院(256病院)およびデータ提出加算算定病院(3,896病院)を含めた病院(病院数は令和4年度時点)



※ 現行の9指標だけではなく、指標の拡充がなされた場合の普及方策を含む。



## 2. 質指標の標準化・普及に向けた検討について

2-1. 選定した指標の保守に関する検討

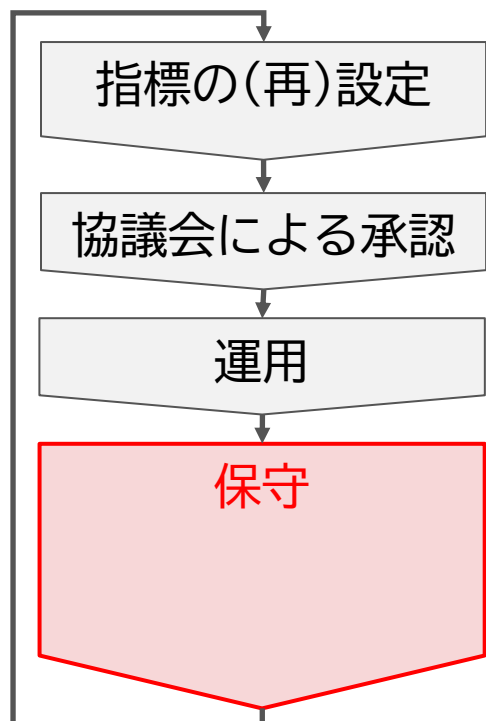
2-2. 患者中心ケアの可視化に向けた検討

## 2-1. 選定した指標の保守に関する検討

# 本事業における指標の運用と保守に関する検討課題

- 本事業における指標の運用サイクルのうち、指標の設定(選定)は質改善に資する6要件\*や別途定めた作業方針に基づいているが、指標運用継続の判断や指標情報(定義・手順・マスター)の修正作業は、計測実績や現場の意見、診療報酬改定等をふまえ都度対応している。
- 今後、安定した指標の運用を進めるために、これらの判断や修正作業を包括的に「保守」と位置づけ、以下Ⅰ～Ⅴに沿って保守の方針を検討したい。

## 指標の運用サイクル



## 説明

- テーマの選定, 指標の整理, 適切性評価
- 指標情報を修正した指標の再設定

可視化プロジェクトの実施  
(計測データや計測に係る現場からの情報収集)

- 計測実績や現場の意見をふまえた指標の検証
- 運用継続の判断
- 外的要素の把握(病院団体QI事業での定義等修正, 診療報酬改定, 診療ガイドラインの改訂, 医薬品マスターの更新など)
- (必要に応じて)指標情報の修正

## 方針

### 指標選定の方針

- 質改善に資する6要件\*
- 例示指標の選定方法(2021年度作成)

\* 質改善に資する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

### 保守の方針(今年度の想定成果物)

- Ⅰ 保守の主体
- Ⅱ 保守の区分
- Ⅲ 判断基準
- Ⅳ 判断の種類
- Ⅴ 作業の流れ

# 検討事項Ⅰ・Ⅱ：保守の主体及び区分

## Ⅰ. 保守の主体

本事業で設定する指標の保守は、協議会を主体としてはどうか。

・9指標がDPC退院患者調査票に盛り込まれたことから、制度の安定的な運用に寄与すべく、9指標の保守に本会が積極的に関わる必要があるのではないか。

## Ⅱ. 保守の区分

これまでの作業実績及び諸外国における保守の運用(#23)を参考に整理した。

区分	位置づけ
1 緊急時 【緊急保守】	その指標の運用により、患者に危害を及ぼしたり重大な懸念事項が生じた場合などに迅速に対応する。
2 毎年／半年 【定期保守】	指標情報の鮮度を保つための軽微な変更を意味する。 ※その指標の継続運用を前提とした対応 例)医薬品マスターの更新、診療報酬改定をふまえた定義・手順の変更
3 数年 【中長期保守】	計測実績や現場の意見等、運用時に収集した情報をふまえ、指標の適切性を再評価する。 ※その指標の継続運用の停止も想定した対応 例)現場や専門家からの疑義をふまえた定義の変更、改善の余地がないと判断されたことによる指標の引退

# 検討事項Ⅲ：判断基準

- 本事業で運用する指標は、医療の質指標基本ガイドに定める「質改善に資する指標の要件」を総合的に満たしているとされた指標である。
- 指標保守の意義は、指標選定時に有していた特性が、現時点でも有効であることを確認することにあるため、本事業の保守では、指標選定時の基準(質改善に資する指標の要件)に沿って指標の特性を総合的に再評価してはどうか。
- なお、諸外国の主な機関でも、指標設定時の基準に沿って保守を実施している(#23参照)。

## 質改善に資する指標の要件

基準	主な構成要素
①エビデンスベース	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 診療ガイドラインなど、科学的なエビデンス、推奨レベルに準拠している。</li><li>・ 専門家の合意がある。</li></ul>
②改善の余地	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 施設間又は単一施設内でのばらつき、望ましくない値など、改善の余地が大きい。</li><li>・ 実施率が低位である。</li></ul>
③テーマ※との関連性	テーマとの関連性の深さを考慮している。
④信頼性	計測した結果に再現性があり、安定した結果が得られる。
⑤妥当性	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 測定しようとしている概念を測定している。</li><li>・ 重要なアウトカム指標と関連がある。</li></ul>
⑥計測可能性	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 測定に必要なデータを簡便に収集できる。</li><li>・ 電子カルテまたはその他の電子的情報源で入手可能である。</li></ul>

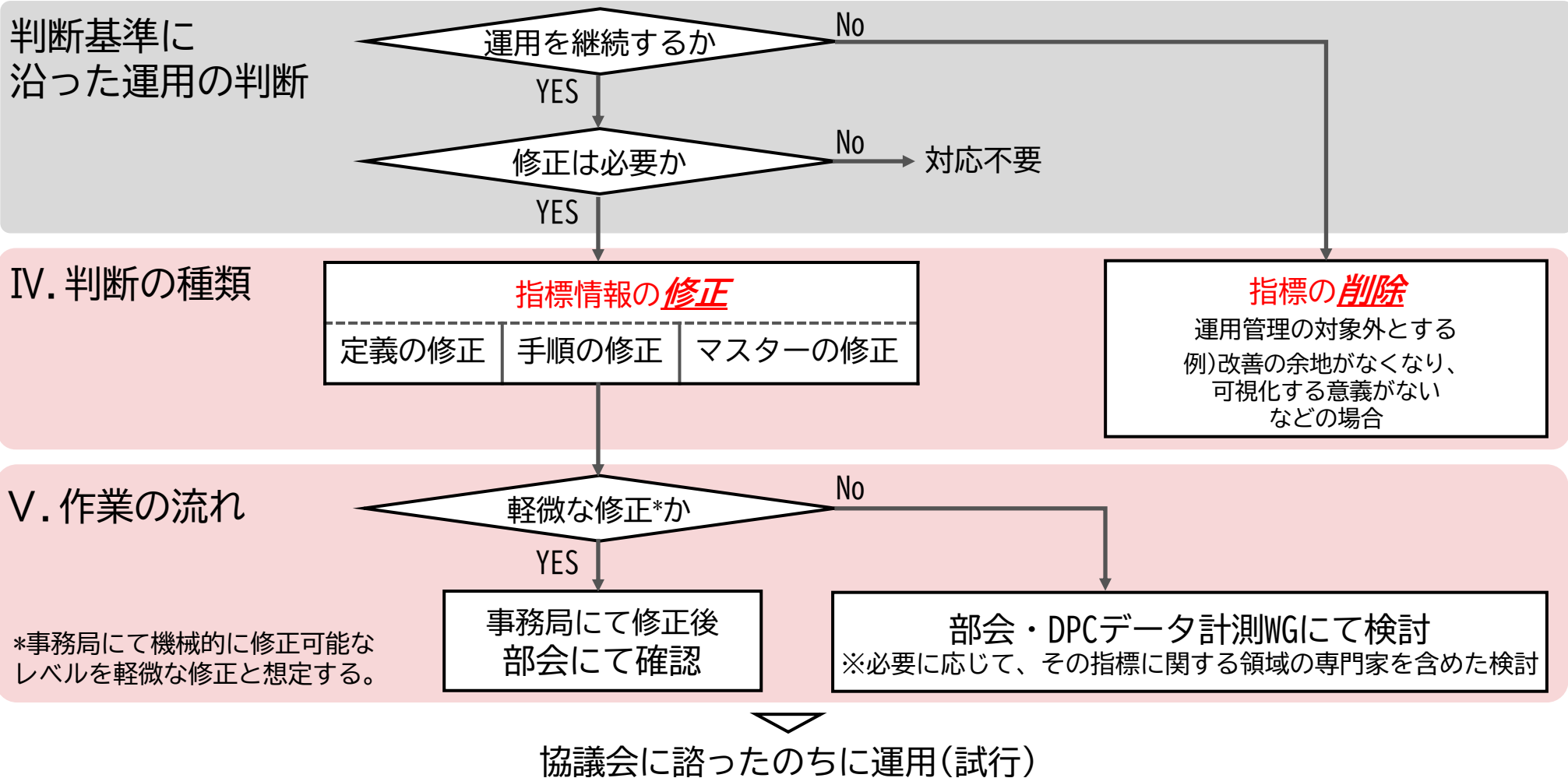
※テーマとは、質改善に取り組む領域を指す。疾患別テーマ（例、脳卒中、糖尿病など）と、部署横断的なテーマ（例、患者安全、満足度、地域連携など）がある。

出典：医療の質指標基本ガイド ～質指標の適切な設定と計測～ 第1.1版

[https://jq-qiconf.jqhc.or.jp/wordpress/wp-content/uploads/2024/04/Quality\\_Indicator\\_Guide.pdf](https://jq-qiconf.jqhc.or.jp/wordpress/wp-content/uploads/2024/04/Quality_Indicator_Guide.pdf)

# 検討事項IV・V：判断の種類、作業の流れ

これまでの作業実績及び諸外国における保守の運用(#23)をふまえ、以下のような判断の種類及び作業の流れを想定する。



# [参考1] 諸外国における保守の運用

機関	保守の種類	頻度	条件・内容	対応
CMS	年次更新 (annual update)	毎年/半年	指標の精度の限定的なレビュー、コードセットの更新、利害関係者からのフィードバックのレビューと対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>修正 (retain or revise)</li> <li>引退 (retire)</li> <li>一次停止 (suspend)</li> <li>削除 (remove)</li> </ul>
	包括的再評価 (comprehensive reevaluation)	3年ごと	臨床ガイドラインの変更、指標の意図しない結果を文書化した関連研究、専門家や患者からの意見などを検討	
	早期見直し (early maintenance review)	必要に応じて迅速に	患者の危害や重大な懸念事項に対処するため、緊急時または緊急性を要する状況において指標を迅速に見直す	
NICE	指標内容の見直し	定期的／根拠となるガイドランスの更新時	基準を用いて公開指標をレビューし、その妥当性を評価	<ul style="list-style-type: none"> <li>指標が引き続き有効であるために必要な措置</li> <li>指標一覧からの廃止</li> </ul>
	緊急的な修正	エラー発生時	患者へのリスク、NICE の評判、または意味に重大な影響を与えるエラーが発生した場合	内部方針に従って修正または変更
	軽微な修正	適宜	リンク切れや標準テキストの誤字など	リンクの更新や標準テキストの更新
AHRQ	定期更新	毎年	ユーザーからのフィードバック、臨床診療の変化のレビュー、妥当性と信頼性に関する検証研究、専門家パネルからの意見などを基に評価する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>新しいコードの統合</li> <li>臨床的に無関係なコードの削除</li> <li>指標の重みの更新</li> <li>最新の参照人口情報に基づく推定値の更新</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p>

[参考]・CMS.gov, Measure Maintenance Reviews(2024)

・NICE, indicator process guide(2019)

・AHRQ, Quality Indicator Empirical Methods, v2023(2023)

# 検討事項まとめ：選定した指標の保守

下記事項について部会で検討を進めているが、現時点でお気づきの点をご助言いただきたい。

保守の方針	検討事項
I. 保守の主体 (#20)	本事業で設定する指標の保守は、 <u>協議会を主体</u> としてはどうか。 ※なお、作業は部会やDPCデータ計測WGで実施する。
II. 保守の区分 (#20)	これまでの作業実績及び海外の運用を参考に「 <u>緊急保守</u> (患者へのリスクが懸念される場合に迅速に対応)」「 <u>定期保守</u> (指標情報の鮮度を保つための軽微な変更)」「 <u>中長期保守</u> (設定した指標の再評価)」の3種類に分けてはどうか。
III. 判断基準 (#21)	<u>質改善に資する指標の要件を基準</u> として総合的に評価してはどうか。
IV. 判断の種類 (#22)	「 <u>指標情報</u> (定義／手順／マスター)の <u>修正</u> 」「 <u>指標の削除</u> (ベンチマーク評価の運用から除く)」に分けて判断してはどうか。
V. 作業の流れ (#22)	指標情報を修正する場合は、その修正レベルに応じて作業を進めることでどうか。必要に応じて、部会だけでなく、DPCデータ計測WGや専門家を含めた検討を想定する。



# 今年度の対応

- 本議題における検討内容を「保守の方針」にまとめて、今後の部会やDPCデータ計測WGで活用する。また、概念化できる部分は「医療の質指標基本ガイド」に反映する。
- なお、いずれの成果物も事務局にて素案を作成し、部会・協議会にて確認いただく。

## <想定成果物の内容(案)>

成果物	記載する内容(案)	活用対象	活用イメージ
1 保守の方針 [#26参照]	<ul style="list-style-type: none"><li>・判断基準</li><li>・保守が必要な条件</li><li>・保守の区分</li><li>・判断の種類</li><li>・判断時の留意点</li><li>・作業の流れ 等</li></ul>	本部会やDPCデータ計測WG	本事業で設定した指標の保守に活用する。
2 医療の質指標基本ガイド [#28参照]	保守の考え方や運用方針など概念的な内容を記述する。	全国の医療関係者	医療の質指標の見直しのあり方に対し共通した理解を深める。

# 「保守の方針」整理イメージ

- 先に定めた「例示指標の選定方法」では、判断基準(質改善に資する6要件)ごとに、選定の視点や評価の考え方をまとめている(#27)ため、「保守の方針」においても、本議題の検討結果をもとに、判断基準ごとに保守の条件や区分、判断の種類などを整理したい。
- なお、整理の詳細な内容については今後の検討課題とする。

## <「保守の方針」の整理イメージ>

判断基準 (質改善に資する6要件)	説明と主な構成要素	保守が必要な条件	区分			判断の種類	判断時の留意点
			緊急	定期	中長期		
①エビデンスベース	各基準の説明、主な構成要素を記載する(井27の説明と視点と同様の内容を想定)。	診療ガイドライン改訂や診療報酬改定により、定義の根拠となるエビデンスが変わった。	●			定義・手順の修正	.....
②改善の余地		ほとんどの施設で実績値が望ましい値になる/院内における当該指標の重要度が低い。			●	指標の削除	.....
③テーマとの関連性		専門家や現場の意見等をふまえ、改善テーマに関連する指標ではないと判断される。			●	指標の削除	.....
④信頼性		手順書の遵守率が低い(現場の裁量が大きい)。		●		手順の修正	.....
		医薬品マスターが更新される。		●		マスターの修正	.....
⑤妥当性		患者に対し危害や重大な懸念が生じる。	●			指標の削除	.....
⑥計測可能性		計測率が低い/現場からの評価で計測の容易性が低い。			●	定義・手順の修正	.....

# [参考2] 指標選定基準の評価

「例示指標の選定方法」5ページより抜粋

基準	説明と視点	評価における考え方
①エビデンスベース	<p>診療ガイドラインなどに基づいている、又は専門家による合意が得られている指標</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>診療ガイドラインなど、科学的なエビデンス、推奨レベルに準拠している。</li> <li>専門家の合意がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象となる指標に関する国内で発行された診療ガイドラインの推奨の内容と、採用している団体数を確認する。</li> <li>“エビデンス”の方が“専門家の合意”より優先度が高い。</li> <li>各団体が既に採用して実際に計測されていることもひとつの“専門家の合意”となり、複数の団体で同じ指標が使われている場合、“専門家の合意”が高いということになる。</li> <li>「医療の質」を評価するにあたり、診療ガイドラインなどのエビデンスがなくても、患者満足度等の医療現場の経験値等で検討され必要とされている指標もあるため、全てが診療ガイドラインの推奨と合致している必要はない。</li> </ul>
②改善の余地	<p>施設間でのばらつきがあるなど、診療・ケアの提供等が最適ではない指標</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>施設間又は単一施設内でのばらつき、望ましくない値など、改善の余地が大きい。</li> <li>実施率が低位である。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>各団体の実績値（平均値、中央値、四分位範囲等）を参照する。</li> <li>改善の余地の有無を明確な基準値を用いて判断するのは困難なため、実績値は総合評価をする際の一つの参考として使用する。</li> </ul>
③テーマとの関連性	<p>掲げる改善テーマに関連する指標（本事業ではPDC A事業を想定）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>テーマとの関連性の深さを考慮している。</li> </ul>	<p>「エビデンスベース」の状況とあわせて、判断する（エビデンスが明確であれば、テーマとの関連性が十分にあると考えられる）。</p>
④信頼性	<p>安定した測定結果が得られる指標</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>計測した結果に再現性があり安定した結果が得られる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>計測手順を精査するが、既に各団体で計測実績があるため、手順書を細かくチェックする必要はない。使用されていない指標等を評価する際は手順書のチェックが必須。</li> <li>信頼性の評価は、対象となるべき患者が含まれていること、対象にすべきでない患者が除外されていること、計測手順が標準化されていることが一つの要件になる。</li> <li>アウトカム指標の場合はリスク調整しているかどうかの評価のひとつになる。</li> </ul>
⑤妥当性	<p>目的とする特性を正確に測定できる指標</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>測定しようとしている概念を測定している。</li> <li>重要なアウトカム指標と関連がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「内容的・表面的妥当性」を主とし、診療ガイドラインの推奨の内容を読み込めればそれを活用するとともに、団体でコンセンサスを得ていることを確認する。</li> <li>「予測的妥当性」は、診療ガイドラインでの推奨や、アウトカムとの関連など、診療ガイドラインの内容を読み込む必要がある。しかし、すべての指標について診療ガイドラインを詳細に読み込むことは作業的に困難なため、可能な範囲で対応する。</li> </ul>
⑥計測可能性	<p>データの取りやすさなど、計測が可能な指標</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>測定に必要なデータを簡便に収集できる。</li> <li>電子カルテまたはその他の電子的情報源で入手可能である。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「データソース」および「変数」「計測期間」の情報を参考に「計測可能性」を判断し、総合的に評価する。</li> <li>評価の視点に“簡便に収集できる”と記載しているが、簡便には収集できないが重要という指標もあるので留意が必要。</li> </ul>

# [参考3] ガイドにおける指標の保守に関する記載

『医療の質指標基本ガイド～質指標の適切な設定と計測～』（第1.1版）P35より抜粋

## 第4章 各施設における医療の質指標の運用サイクル(設定・保守)

### 4.3 指標の見直し（改廃）

#### 4.3.1 外部要因による見直し

医療の質改善の取り組みは継続的なものであり、指標の見直し（改廃）、修正、追加が適時実施されなければならない。特に診療ガイドラインは各学会において適時改訂されるので、当該指標を運用する際は、根拠となるエビデンスの更新状況をモニターし、それらに対応した見直し、修正、改廃を検討する必要がある。また、運用期間中においては、使用するマスター（コード等）が随時更新されるので、当該指標を運用する団体のホームページ等から最新のマスターを参照して計測を行うとよい。なお、質指標は DPC データを用いた指標が多いため、厚生労働省による告示・通知に基づくマスター検索サイト等<sup>(※)</sup>を活用し、少なくとも年に1回は更新が必要である。

※ 厚生労働省保険局「診療報酬情報提供サービス」 <http://shinryohoshu.mhlw.go.jp/shinryohoshu/>

#### 4.3.2 結果を反映した定期的な見直し

質指標は数年間継続して運用されるのが通常であるが、指標値の評価と並行して、当該指標の改廃についても定期的に見直しを行う。新たなエビデンスの登場、施設内・施設間での高止まり、あるいは計測に要するコストや負荷が過大な場合等は、その指標を「卒業」し、他の指標における新たな改善活動を行うことも検討する。

**なお、本章は、各施設(現場)における質指標の運用を想定した記載のため、本事業における扱いとすみ分ける必要がある。**

# 次年度以降の対応(9指標の保守作業)

- 9指標は、今後の診療報酬改定のタイミングに合わせて定義・手順の修正等を反映できるよう計画的に保守作業を進め、厚生労働省へ情報提供を行う必要がある。
- DPCデータを用いた質指標の計測について、2025年度は実態把握に努め、実際の保守作業は2026年度以降の実施を想定する。したがって、2028（令和10）年度の診療報酬改定スケジュールにあわせて保守作業を進める想定である。

年度	2024 令和6	2025 令和7	2026 令和8	2027 令和9	2028 令和10
診療報酬改定	★		★		★
保守の方針・手順の検討	→	↗		↗	
9指標の保守、修正提案等		⋯ (実態把握)	→ (保守作業)	→	→

## 2-2. 患者中心ケアの可視化に向けた検討

# 今年度の検討課題とその後の対応について

- 本事業では患者中心ケアの可視化に向けた検討を継続してきたが、今年度は医療機関に参考となる患者経験(PX)調査マニュアル(仮)を作成する方針となった(第18回協議会)。そこで、マニュアルの作成方針や構成を部会で検討中である。
- 病院が患者経験調査に円滑に取り組むことができるよう、必要なツール(調査票、調査マニュアルなど)を整えることをもって、本課題の検討にいったん区切りをつける想定である。

経緯	医療の質の重要な要素である患者中心性を可視化する取り組みとして、わが国ではこれまで主に患者満足度調査が行われてきた。しかし、本事業で標準化を検討した際、多種多様な満足度調査が運用されていることから、それらを標準化することは困難と考えられた。そこで、国内外で関心の高まっている患者経験調査に着目し、可視化の方法を検討してきた。
使用する調査票	HCAHPS日本語版(青木ら(BMJ Open 2020; 10:e040240))
今年度の検討課題	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 調査マニュアル(仮)の作成</li><li>・ 医療の質指標基本ガイドへの加筆(患者中心ケアについて概念化できる内容があった場合)</li></ul>
備考	<ul style="list-style-type: none"><li>・ わが国の病院が患者経験調査に取り組むために必要なツール(調査票、調査マニュアルなど)を整え、基盤を整備することをもって、本課題の検討にいったん区切りをつける。</li><li>・ PX調査のベンチマークの運用など新たな課題については、PX調査の実施状況や必要な情報システムの整備、質指標のベンチマークの状況などを踏まえ、必要に応じて別途検討する。</li></ul>



# PX調査マニュアルの概要

#	内容
1 名称	患者経験調査マニュアル（仮称）
2 趣旨・目的	<p>○ 本事業として推奨する患者経験調査*を院内で実施する際の運用方法をまとめる。 具体的には、患者経験調査の意義、調査票の回収方法・集計方法等をまとめる。</p> <p>* 本調査の主な対象は入院患者とし、「HCAHPS日本語版(青木ら(BMJ Open 2020; 10:e040240))」を調査項目とする。</p> <p>○ 各施設が本マニュアルを参考に患者経験調査を実施し、その結果を分析することで、現状を把握し質改善活動につなげられることを目指す。</p>
3 主な活用対象	全国の医療施設において、主に入院患者の満足度や経験を調査する部署・部門での活用を想定する。
4 備考	<p>○ 本マニュアルは、事務局にて素案を作成し、部会・協議会に諮る。</p> <p>○ 作成したマニュアルは、本事業オフィシャルサイトに掲載し、広く周知する。 なお、調査票(HCAHPS日本語版(青木ら(BMJ Open 2020; 10:e040240)))は、掲載前に管理者に許可をいただく。</p>



# 調査マニュアルの構成(案)

項目	主な記載内容
1 はじめに	○ 本マニュアルの位置づけ(趣旨・目的, 対象など)
2 PX調査とは	○ PX調査とは(満足度調査との違いも含めて調査目的や意義などを記載)
3 調査対象	○ 対象患者の定義(除外患者の定義を含む)
4 調査項目	○ 調査項目の概要(実際の調査項目は付録にて紹介)
5 調査実施	○ 調査項目の設定(調査項目の一部のみを扱いたい場合の留意点など) ○ 調査体制(調査を担う部門の例示など) ○ 調査票の配布・回収方法 ○ 調査票配布時の留意点(対象患者への倫理的配慮等)
6 集計方法	○ スコアリング方法(選択肢のスコア化, スコア算出例など)
7 結果の活用	○ 結果の示し方例(診療科・部署別に示すなど) ○ 活用方法
8 付録	○ 調査票、対象患者への説明資料例、参考文献

※ プロジェクト協力病院に、患者を対象とした調査の運用方法のアンケート調査を行い、現場の実態を踏まえた内容となるよう整理する。

### 3. 医療の質指標等の公表のあり方について

# これまでの経緯と今後の検討方針

- 質指標の公表については、昨年度より「本事業が公表する場合」と「各病院が公表する場合」に分けて検討を進めてきたが、今回は後者(各病院が公表する場合)の検討状況をご報告する。
- これまでは「質改善に資する公表」を目指した幅広い公表事項を検討する想定だったが(①)、今年度、国から限定的な公表事項が示されたことを受け(②)、今後は本事業で検討する内容を国に提案する方針とした(③)。また、次年度以降も国の動向に合わせて対応する(④⑤)。

	23年度	24年度	25年度～（想定）
国		②医療広告規制における「広告可能事項」として、限定的な公表事項が示された(#37, 38)。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・可視化プロジェクトで扱う3指標が対象</li> <li>・公表主体はDPC対象病院に限られる</li> </ul>	④提案内容の反映 <ul style="list-style-type: none"> <li>・直近では令和7年度「病院情報の公表」等への反映を想定。</li> <li>・なお、提案内容をいつどのような形で反映するかは厚生労働省側の判断に委ねる。</li> </ul>
本事業	①「質改善に資する公表」を目指した幅広い公表事項の検討(#36)。	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;">           ③本事業における検討方針            医療広告規制などとの調整を念頭に、「<b>質改善に資する公表</b>」を目指した幅広い公表事項を検討し、<b>厚生労働省へ提案</b>する。  <small>※具体的な検討の進め方(案)は#39参照</small> </div>	⑤国の方針をふまえた運営と継続的な検討・提案 <ul style="list-style-type: none"> <li>・国の方針に基づいて事業運営を進める。</li> <li>・9指標以外の指標やDPC対象病院以外の病院における公表のあり方を引き続き検討し提案する。</li> </ul>

# [参考1] 本事業での検討状況

- 部会では、可視化プロジェクト協力病院が自院の計測結果を公表する場合の対応について、本事業で定めた公表の目的を踏まえて検討中である。
- 具体的には、協力病院に配布している「計測ワークシート」の内容や計測の意義、データ解釈の留意点等を記載するためのモデル書式を作成する案が出ている。

第19回協議会(2024.6.17)資料を一部改変

<p>公表の目的</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 自院の質向上に向けた取組を広く周知する。</li> <li>● 不特定多数の人々がいつでも閲覧できる状況下で、院内における質改善への意識を高める。</li> <li>● 質向上に向けた管理者のリーダーシップを強化する。</li> </ul>																															
<p>公表内容 (案)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 部会では、協力病院に配布している「計測ワークシート」及び計測の定義やデータの解釈等を、一定の書式に記載するためのモデル書式を作成する案が出ている。</li> <li>● また、患者・市民に分かりやすい表現や、改善活動の記載などについて意見があり、具体的な書式・記載内容等を引き続き検討する。</li> <li>● 上記目的に沿って検討するうえでは、医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会での議論の方向性や、医療広告ガイドライン、「病院情報の公表」の方針をふまえる。</li> </ul> <div data-bbox="430 1058 803 1315"> <table border="1"> <caption>[IFC-01]血増2セット</caption> <thead> <tr> <th>期間</th> <th>病院 (%)</th> <th>中央値 (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2022年10月-12月</td> <td>83.0%</td> <td>80.0%</td> </tr> <tr> <td>2023年1月-3月</td> <td>85.0%</td> <td>82.0%</td> </tr> <tr> <td>2023年4月-6月</td> <td>85.0%</td> <td>85.0%</td> </tr> <tr> <td>2023年7月-9月</td> <td>80.0%</td> <td>78.0%</td> </tr> </tbody> </table> </div> <table border="1" data-bbox="857 1062 1974 1315"> <tr> <td>計測の意義</td> <td colspan="3">広域抗菌薬を使用する際、投与開始時に血液培養検査を行うことは、望ましいプラクティスとなります。…</td> </tr> <tr> <td>分母</td> <td>血液培養オーダー日数</td> <td>分子</td> <td>血液培養オーダーが1日に2件以上ある日数</td> </tr> <tr> <td>データ解釈時の留意点</td> <td colspan="3">血液培養については、オーダーや診療報酬算定と強く関係している項目ですので、病院による把握漏れの可能性も考慮する必要があります。</td> </tr> <tr> <td>参考文献</td> <td colspan="3">…</td> </tr> </table>	期間	病院 (%)	中央値 (%)	2022年10月-12月	83.0%	80.0%	2023年1月-3月	85.0%	82.0%	2023年4月-6月	85.0%	85.0%	2023年7月-9月	80.0%	78.0%	計測の意義	広域抗菌薬を使用する際、投与開始時に血液培養検査を行うことは、望ましいプラクティスとなります。…			分母	血液培養オーダー日数	分子	血液培養オーダーが1日に2件以上ある日数	データ解釈時の留意点	血液培養については、オーダーや診療報酬算定と強く関係している項目ですので、病院による把握漏れの可能性も考慮する必要があります。			参考文献	…		
期間	病院 (%)	中央値 (%)																														
2022年10月-12月	83.0%	80.0%																														
2023年1月-3月	85.0%	82.0%																														
2023年4月-6月	85.0%	85.0%																														
2023年7月-9月	80.0%	78.0%																														
計測の意義	広域抗菌薬を使用する際、投与開始時に血液培養検査を行うことは、望ましいプラクティスとなります。…																															
分母	血液培養オーダー日数	分子	血液培養オーダーが1日に2件以上ある日数																													
データ解釈時の留意点	血液培養については、オーダーや診療報酬算定と強く関係している項目ですので、病院による把握漏れの可能性も考慮する必要があります。																															
参考文献	…																															

# [参考2] 令和6年度「病院情報の公表」 (DPC機能評価係数Ⅱで評価される病院情報の扱い)

- DPC機能評価係数Ⅱで評価される病院情報は、医療課が定める集計条件、公表手順に従う場合に限り広告可能である(医療広告ガイドライン)。
- 本年8月に、9指標のうち3指標(肺塞栓の予防(リスクレベル「中」以上)、血培2セット、広域抗菌薬の細菌培養)に関する集計条件と公表手順が示された。なお、公表事項は分母定義・実績値、分子定義・実績値、計測値、解説である。

## 指標名

## DPC機能評価係数Ⅱにおける扱い

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

集計条件：令和5年4月1日から令和6年3月31日までの退院患者(様式1)、実施年月日が同期間の患者(EFファイル)

IFC-01 血液培養2セット実施率

公表事項：分母・分子の定義、分母・分子の実績値、計測値、解説

IFC-02 広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培養実施率

評価時期：令和7年度以降(※具体的には令和6年10月1日時点の公表状況をふまえて評価)

MSM-01 転倒・転落発生率

MSM-02 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

(評価時期は令和8年度以降であるが、扱いの詳細は次年度に決定する。)

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アセスメント実施割合

CRM-03 身体的拘束の実施率

# [参考3] 質指標の計測結果の医療広告規制での位置づけ

- 医療広告に該当するかどうかは誘因性、特定性で判断されるが、プロジェクト協力病院が自院の計測結果を公表する場合は、**医療広告規制の対象**と考えられる。
- 質指標の計測結果は、現状では**広告可能事項として明示されていない**ため、**広告禁止**と考えられる（医療機関のウェブサイト等に限っては、一定の要件（限定解除の要件※）を満たせば、広告可能事項以外の広告に関する限定解除を可能としている。）
- その他事項の規定により、**以下の場合に限り広告可能**となっている。
  - DPC対象病院が、
  - 機能評価係数Ⅱにおいて公表した場合に評価される病院情報について、
  - 国が定める集計条件、公表手順に従う場合

## ■ 広告禁止(第六条の五 第一項、第二項)

- ・ 虚偽広告
- ・ 比較優良広告、誇大広告、公序良俗に反する広告、その他厚生労働省令で定める基準

## ■ 広告可能事項(第六条の五 第三項)

(一から十四 略)

十五 その他前各号に掲げる事項に準ずるものとして厚生労働大臣が定める事項

(広告告示第108号)

**機能評価係数Ⅱにおいて公表した場合に評価される病院情報**

(医療広告ガイドライン)

(略)機能評価係数Ⅱにおいて公表した場合に評価される病院情報」については、**厚生労働省保険局医療課が定める条件等に従って集計した事項を同課が定める手順に従う場合に限り広告可能**であること。

※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  
(後略)



# 検討の進め方(案)

指標の拡充や全国の医療機関による計測結果の公表を想定し、以下a-cの流れで検討を進めてはどうか。

- 本事業で定めた公表の目的に基づき、DPCデータを扱う病院による9指標の計測結果の公表内容を検討する。
- ①指標の拡充に伴い、aの検討内容に追加・更新の必要性があれば検討する。  
②全医療機関による計測結果の公表を想定し、DPC対象病院以外が公表する場合の公表内容を検討する。
- 上記検討や公表の実績をふまえ、質指標全般の計測結果公表の扱いを検討する。

## 【検討の流れと各段階における検討内容】

(公表する病院の規模)

\*1: 機能評価係数Ⅱで評価される病院で大学病院本院群、DPC特定病院群、DPC標準病院群を含む (令和6年6月時点で1,786病院)

\*2: DPC準備病院(256病院)およびデータ提出加算算定病院(3,896病院)を含めた病院(病院数は令和4年度時点)

