

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21回 運営委員会 (医療の質向上のための協議会)

2025年3月18日(火)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	出	
3	河原林 正敏	全日本民主医療機関連合会	理事	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	名誉理事長	出	委員長
6	小阪 真二	公益社団法人全国自治体病院協議会	副会長	出	
7	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	
8	柴山 卓夫	独立行政法人国立病院機構	中国四国グループ担当理事	出	(新任)
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	(委任状)	
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	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	川崎 悦子	教育研修事業部 兼 評価事業推進部 課長代理	出	
27	浅野 由莉	評価事業推進部 主任	出	
28	石川 瑞葵	評価事業推進部	出	

# 議事次第

1. 質指標の標準化・普及に向けた検討について
  - 1-1：選定した指標の保守に関する検討
  - 1-2：患者中心ケアの可視化に向けた検討
  - 1-3：テーマ・指標の拡充に向けた検討
2. 医療の質指標等の公表のあり方について
3. 医療の質可視化プロジェクトについて
  - 3-1：2024年度 医療の質可視化プロジェクトについて
  - 3-2：9指標の検証について
4. 2024年度事業報告
5. 2025年度事業計画案
6. その他

# 1. 質指標の標準化・普及に向けた検討について

1-1：選定した指標の保守に関する検討

1-2：患者中心ケアの可視化に向けた検討

1-3：テーマ・指標の拡充に向けた検討

## 1-1. 選定した指標の保守に関する検討

# 今年度の成果物

本議題における検討内容を「保守の基本方針」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、質指標の保守の基本的な考え方を「医療の質指標基本ガイド」に反映する。

## <想定成果物(2種類)>

成果物	内容(案)	活用対象	活用イメージ
<b>保守の基本方針</b> ① [#8-12]	1. 保守の概要 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 保守の目的(計測情報の更新, 指標特性の再評価, 緊急保守)</li> <li>○ 上記目的に応じた保守業務の役割(いつ・誰が・どのように実施するか)</li> </ul> 2. 保守の判断 質改善に資する6要件を記載する。	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。
	3. 作業の流れ 定量・定性データを用いた検証から、保守の判断、作業、運用までの流れを整理する。		
<b>医療の質指標基本ガイド</b> ② [#13-14]	保守の基本的な方針(目的, 判断基準)を記載する。	全国の医療関係者	質指標の保守のあり方に対し共通した理解を深める。

**【検討事項】**

# 保守の基本方針

## 【確定版】



# 1. 保守の概要(1-1. 保守の目的)

## ● 計測情報の更新

- マスターデータの更新や計測手順の補足など、軽微な保守作業を想定する。
- 診療報酬改定など、定義に関する制度や規定が変更した場合は、その変更レベルに応じて適宜、計測情報を修正する。

## ● 指標特性の再評価

- 設定した指標が治療・ケアの質を反映しているか、質向上に資するか、などを指標の選定基準に沿って定期的に再評価し、必要に応じて定義や計測手順を修正する。

## ● 緊急保守

- 指標の運用が患者にリスクをもたらす\*ことが想定される場合は、速やかに対応する。

※入院期間の不適切な短縮、ケアや治療の過剰または不適切な使用、ケアへのアクセスの制限など

# 1. 保守の概要(1-2. 保守の目的に応じた保守業務の役割)

保守の目的	該当事象例	必要な手続き			
		保守の頻度	業務内容(担当者別)	保守に必要なソース	想定される対応
計測情報の更新	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 計測に関する薬剤の追加・削除</li> <li>● 医科診療行為コードの変更</li> </ul> など	半年／毎年	[事務局] 医薬品マスターや関連コードなどの更新  [部会員] 修正内容確認  [協議会] 修正内容確認、承認	医薬品や医科診療行為に関する情報	マスター・計測手順の修正
指標特性の再評価	定義に関する制度や規定の変更	変更・疑義の内容に応じて随時	[事務局] 検討に必要な情報の整理、対応案の提示	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 診療報酬改定内容</li> <li>● 国内の診療ガイドライン</li> </ul>	定義・手順の修正／削除
	定義に関する現場・有識者からの疑義		[部会員・専門家] 対応案の検討		
緊急保守	患者へのリスク	即時	[協議会] 対応案の確認、承認	被害状況を把握できる情報	定義・手順の修正／削除

## 2. 保守の判断基準

例示指標の選定基準として定めた「質改善に資する指標の要件」(以下表)に沿って、総合的に保守内容を判断する。

### <判断時の留意点>

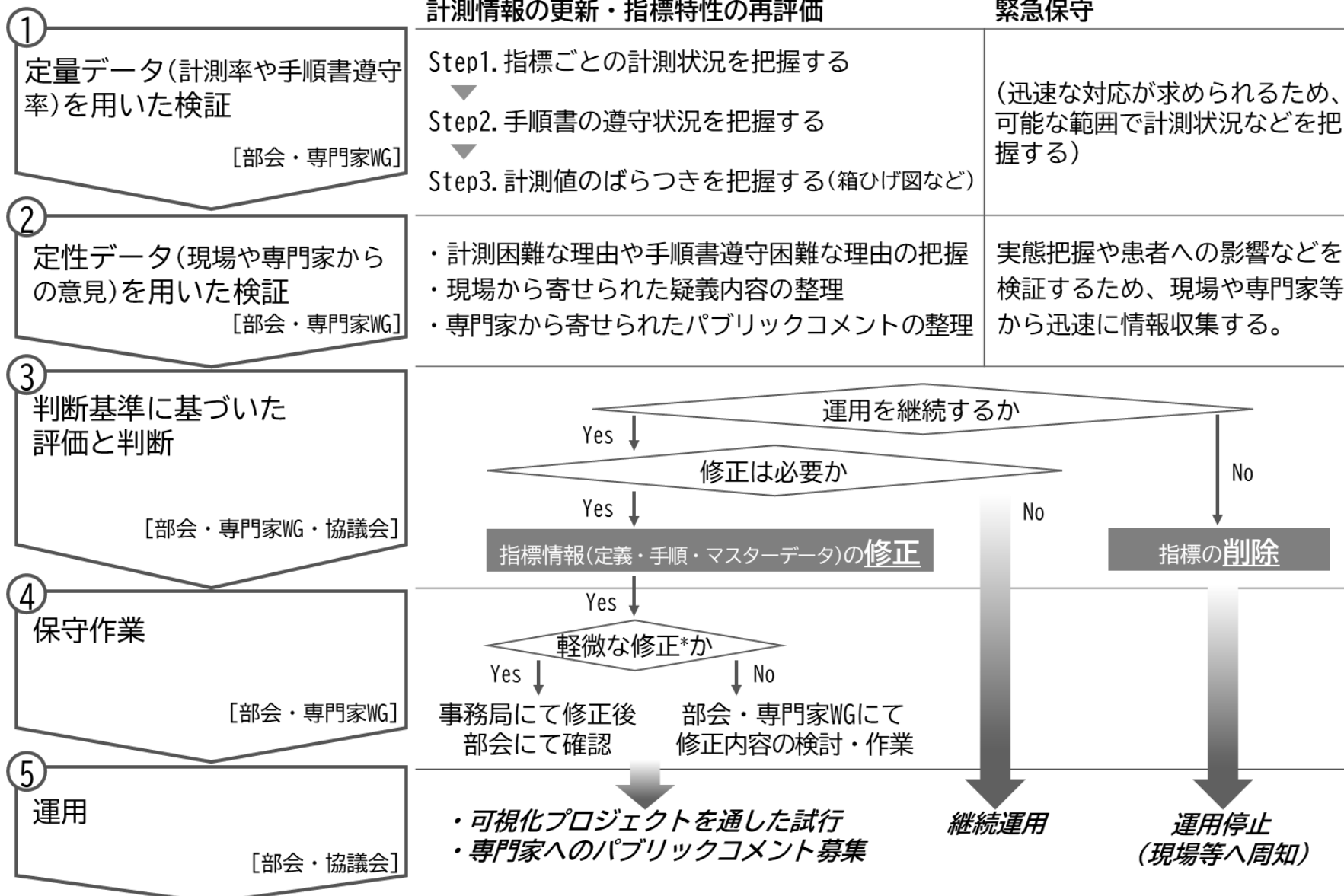
- ・ 診療報酬改定や国内の診療ガイドライン改訂など、保守に重要な外部情報を遅滞なく把握できるよう、厚生労働省や有識者と密に連携できる体制を構築する。また、各団体が定義の設定時に参考とした文献もあわせて確認する。
- ・ 定義を変更した場合は、運用している指標とのバランス(Harmonization)に留意する。

表：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。

# 3. 保守作業の流れ(イメージ)



\*事務局にて機械的に修正可能なレベルを軽微な修正と想定する。12

# (参考) 今後の保守対応(案)

以下の想定で来年度以降の作業を進めたい。部会で詳細を検討し、あらためて本会に報告する。

## 2025年度 of 取組み(事務局素案)

- 来年度より本事業で扱う指標について「指標特性の再評価」に着手する（まず、既存のDPCデータで計測可能な3指標を想定）。
  - 専門的な視点から評価するために、関連学会に協力依頼する。
  - 関連のエビデンス情報、及びこれまでの可視化プロジェクトの運用結果（DPCデータを用いた計測結果、現場・関係者の意見等）を収集・整理する。
  - 部会・WG（関連学会の有識者含む）で「保守の基本方針」に沿って指標特性を再評価し、結果（定義、手順変更の要否等）を本会に諮る。
- 指標定義の変更が必要と判断された場合は厚生労働省に連携し、DPC項目の変更の必要性などについて提案・相談する。

# 医療の質指標基本ガイドへの記載(案)

# 検討事項：ガイドへの記載(案)

ガイドの趣旨・目的\*に則って、質指標の保守に関する基本的な考え方、及び本事業で設定する例示指標の保守の方針をガイド第3章(医療の質指標の望ましい要件)に記載してはどうか。なお、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))の項立てとの違いを明確にする。

## 3.3 「医療の質指標」の保守

質指標の開発者や質指標を用いた他施設評価の運用者は、開発・運用した質指標の計測の根拠が保たれているか、計測に必要な情報が最新に保たれているかなどを定期的または随時確認し、その結果に基づき質指標の改廃や指標定義・計測手順の修正などの対応を行う必要がある。これを指標の保守と言う。

保守は、目的によって以下の3種類に分けられる。

### ① 計測情報の更新

指標計測で使用するコード体系(ICDコード、医科診療行為コード、薬価基準コードなど)に変更が生じた場合などに、指標計測情報の内容を更新し、最新の状態に保つ。

### ② 指標特性の再評価

指標の根拠としているエビデンスや制度が変更された場合などに、質指標が治療・ケアの質を反映しているか、質向上に資するか、などを再評価する。原則として、指標開発・採用時の判断基準と同じ基準で再評価を行う。

### ③ 緊急保守

指標の運用が患者にリスクをもたらすことが想定される場合など、速やかに対応する。

## 3.3.1 例示指標の保守

本事業では、選定した例示指標の安定した運用を進めるために、上記の考え方に沿って、指標運用継続の判断や指標情報(定義・手順・マスター)の修正といった保守を実施する。

なお、保守内容は、例示指標の選定基準として定めた「質改善に資する指標の要件」に沿って、協議会及びQI標準化・普及部会において総合的に判断する。

\*ガイドの趣旨・目的：①医療の質指標の計測意義・目的、取扱等について、本事業における考えを明文化する。

②医療関係者の医療の質指標に対する理解を深め、医療の質指標の活用が普及・促進されることを目的とする。

## 1-2. 患者中心ケアの可視化に向けた検討



# 今年度の成果物と今後の方向性

## 1. 今年度の成果物【検討課題】

○ 今年度は医療機関に参考となる「患者経験調査 実施マニュアル」を作成した。

⇒ マニュアルの詳細は参考資料1を参照

- なお、現場の実態に即した内容とするため「入院患者に対する患者満足度調査・経験調査に関するアンケート」を実施し、その結果に基づき部会で検討した。

## 2. 今後の進め方(案)

○ ご承認いただいた場合、今後の対応は以下を想定する。

- HCAHPS日本語版調査票(昨年度選定済み)と本マニュアルを本事業オフィシャルサイトに掲載し、全国の病院へ広報・周知する。
- 本課題の検討はいったん区切りをつけるが、実施状況の全国調査など実態把握のためのフォローを行う。全国調査の結果等を踏まえ、PXの専門家を入れた新たな枠組みで、今後の対応方針を検討する想定

# 患者経験調査 実施マニュアルの構成と主な内容

章	主な記載内容
1 はじめに	<ul style="list-style-type: none"><li>本マニュアルの位置づけ(趣旨・目的, 対象など)</li><li>患者経験調査とは(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)</li></ul>
2 調査体制	<ul style="list-style-type: none"><li>調査体制の種類(委員会主体型、部署主体型など)</li><li>調査実施チェックリスト(準備から結果の活用までに必要な業務リスト)</li></ul>
3 調査対象	<ul style="list-style-type: none"><li><b>対象患者</b>: 原則は、調査期間中に退院した患者</li><li><b>除外基準</b>: 認知機能の低下がみられる患者など自らの意思で回答が難しい場合は、必要に応じて除外</li><li><b>対象者の抽出方法</b>: 原則は、一定調査期間中に退院した患者を対象とした連続抽出法</li></ul>
4 調査項目	日本語版HCAHPSの調査項目(19項目)の紹介
5 調査方法	実施頻度、配布・回収方法、回収率向上のための工夫 ※現場へのアンケート結果に即した内容を反映
6 データの集計と分析	<ul style="list-style-type: none"><li>スコアリング方法(平均スコア/Top Boxスコア)</li><li>データの分析例(米国のCAHPSなどを参考に例示)</li></ul>
7 結果の活用	<ul style="list-style-type: none"><li>結果の報告</li><li>結果の活用</li></ul>
8 留意事項	継続的な実施の重要性、公表時の留意点、倫理的な配慮を記載
付録・補足	調査票(翻訳版使用許諾の明記)、用語集、引用・参考文献

## 1-3. テーマ・指標の拡充に向けた検討

# 検討の経緯と今後の方向性

## 1. 目的・背景

医療の質指標に関する目指すべき方向性として「⑤指標拡充に向けた継続的な取組(疾患に関する指標についてはDPC データを活用した研究を想定)」(2023年5月11日厚生労働省インナー会議)が示されており、部会で検討した。

## 2. 部会での検討結果

カテゴリ	検討結果
①指標の拡充領域	「特定の疾患や集団に応じた指標の領域」及び「全国で共通して計測が求められる領域」
②テーマ選定の基準・視点	<ul style="list-style-type: none"><li>・「重要性」と「計測の実現可能性」を優先的な視点とする。他に、海外での運用実績や全国的に計測されていないが重要とされている場合も選定の視点として意識する。</li><li>・まずは従来通り指標の「選定」を前提に、既に病院団体や学会で運用されている指標を参考とする。本事業で作成が必要と判断された場合は、指標の開発(作成)も想定する。</li></ul>
③テーマの選定(案)	「5疾病(がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患)」に対する肯定的なご意見を多々いただいた。

## 3. 今後の進め方【継続課題】

一方、5疾病に関連する指標は関連学会、団体、研究組織等で多く扱われており、既に多様なデータがあるため、本事業としてどの領域にどう広げるか、具体的な方向性は厚生労働省と調整したうえでご報告する。

## 2. 医療の質指標等の公表のあり方について

# 今年度の成果物と今後の方向性

## 1. 今年度の成果物

### 1-1. 本事業による計測結果の公表【報告事項】

これまで可視化プロジェクト協力病院にのみ配布していた「集計結果報告書」及び「層別集計表」を本事業オフィシャルサイトに公表した(2/28)。

### 1-2. 個別の医療機関による計測結果の公表【検討事項】

- DPCデータを扱う病院による計測結果の公表内容(アウトカム指標の扱いを含む)を厚労省へ提案する。
- なお、提案内容は国が定める「R7年度 病院情報の公表」への反映を想定するが、難しい場合は将来的に広告可能事項として公表内容の一般化に向けた働きかけを提案する。

⇒提案の詳細は参考資料2にてご説明します。

## 2. 今後の方向性

- 本事業による計測結果は次年度以降も公表する。
- 個別の医療機関による計測結果の公表は今年度内に厚労省へ提案し、次年度以降適宜担当課と調整する。

# (参考)本事業が公表する集計結果報告書に記載した解説

項目	記載内容	集計結果報告書の該当ページ	
1 質指標の限界	医療の質を定量化できるのはごく一部の側面に過ぎないという限界があります*。	P9	
2 計測の精度の限界	特にサーベイランスデータを使った計測の場合、計測対象とする範囲やデータ収集の粒度などが施設によって異なることが想定されるため、計測の精度が一定していない可能性があります。	P9	
3 結果の解釈	全般	集計結果は病院間の質の差を評価するものではないことにご留意ください。また、本プロジェクトには多様な役割・規模の病院にご協力いただいておりますので、単純に比較できるものでもありません。	P1
	統計的な限界	24年6月以降の計測では、指標や計測に使用したデータソースによって、分母・分子の実数が極端に少なくなり、計測結果が不安定になる場合があります。	P9
	アウトカム指標への配慮	<ul style="list-style-type: none"> <li>転倒・転落発生率などのいわゆる成果（アウトカム）指標は、患者特性（年齢、性別、重症度、併存疾患等）の影響があります。</li> <li>インシデントレポートの運用は施設で異なるため、多くレポートを出している施設ほど、転倒・転落発生率が見た目上多く見える可能性があります。</li> </ul>	P9, 15-22, 25-32
	特定の指標への配慮	「IFC-01血液培養2セット実施率」のL期間では、企業による血液培養ボトルの出荷調整(24年7-10月頃)が結果に影響を及ぼしている可能性があります。	P41-44

\* : 第5領域. 医療の質: 医療の質指標(日本医療・病院管理学会)

### 3. 医療の質可視化プロジェクトについて



## 3-1. 2024年度 医療の質可視化プロジェクトについて

# 進捗状況(2025.3.18時点)

- 概ねスケジュールどおりに進行し、2/28に集計結果報告書をプロジェクト協力病院(688病院)に配布するとともに、本事業オフィシャルサイトに公表した。(＃5-3)。
- また、3/6に9指標を活用した質改善事例発表を主眼としたQIコンソーシアムを開催し(＃6)、今年度の予定したイベントはすべて終了した。

#	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	1/28~2/14	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・公表	2025/2/28	協力病院に配布及び公表)
6	9指標を活用した質改善活動の普及啓発	2025/3/6	QIコンソーシアムを開催(詳細は#46)

# 医療の質可視化プロジェクト申込状況(最終)

a. 地域

b. 開設主体

c. 病床数

d. 施設基準

	新規	参加歴あり		合計		新規	参加歴あり		合計		新規	参加歴あり		合計		新規	参加歴あり		合計
		連続*					連続					連続					連続		
北海道・東北	16	44	42	60	国	13	114	109	127	99-	9	26	26	35	特定機能病院	6	38	36	44
関東	51	170	162	221	公的医療機関	59	127	119	186	100-199	46	131	123	177	地域医療支援病院	73	221	210	294
中部・北陸	23	75	71	98	社会保険関係団体	5	7	6	12	200-299	29	72	68	101	それ以外	92	258	243	350
近畿	28	92	86	120	医療法人	62	164	157	226	300-399	33	81	74	114					
中国・四国	25	63	58	88	個人	1	1	1	2	400-499	26	66	63	92					
九州・沖縄	28	73	70	101	その他	31	104	97	135	500+	28	141	135	169					
	171	517	489	688		171	517	489	688		171	517	489	688		171	517	489	688

e. DPC参加状況

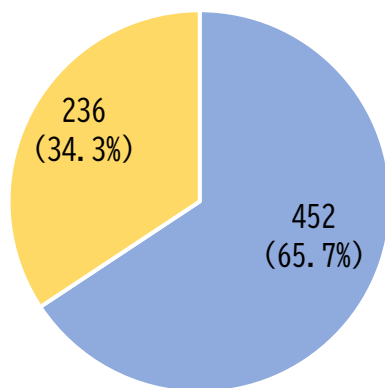
f. 診療報酬加算取得状況

	新規	参加歴あり		合計	(医療安全)	新規	参加歴あり		合計	(感染管理)	新規	参加歴あり		合計	(ケア)	新規	参加歴あり		合計
		連続					連続					連続					連続		
大学病院本院群	6	30	28	36	医療安全対策加算1	140	409	388	549	感染対策向上加算1	120	347	328	467	褥瘡ハイリスク患者ケア加算	79	286	268	365
特定病院群	15	71	68	86															
標準病院群	134	289	272	423	医療安全対策加算2	26	90	84	116	感染対策向上加算2	38	96	91	134	該当なし	92	231	221	323
準備病院	3	10	10	13															
データ提出加算取得病院	12	98	92	110	該当なし	5	18	17	23	感染対策向上加算3	7	61	59	68					
該当なし	1	19	19	20						該当なし	6	13	11	19					
	171	517	489	688		171	517	489	688		171	517	489	688		171	517	489	688

# 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)		88	(19.5%)	83	(35.2%)	171	(24.9%)
参加歴あり	連続参加	343	(75.9%)	146	(61.9%)	489	(71.1%)
	上記以外	21	(4.6%)	7	(3.0%)	28	(4.1%)
計		452	(100.0%)	236	(100.0%)	688	(100.0%)

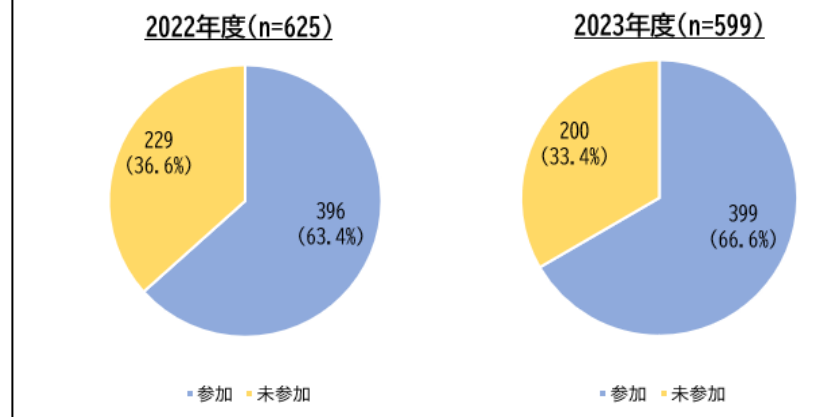
協力団体等のQI事業参加状況(今年度)



■ 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

# 計測データの提出状況

○最終的な計測データの提出率は、93.8%(688病院中645病院)であった。

[参考]昨年度(2023年度)の提出率：92.2%(599病院中522病院)

## 申込数

新規(今年度初参加)	171	
参加歴あり	連続参加	489
	上記以外	28
計	688	

## データ提出病院数

(括弧内は各申込数に対する提出率)

156	(91.2%)
466	(95.3%)
23	(82.1%)
645	(93.8%)



# 集計結果報告書の表記変更

今年度の集計結果報告書は、診療報酬改定に応じたデータソース（様式1、様式3、サーベイランス）別の表記、および公表を前提とした表記等に対応した。

該当箇所	主な変更点
I. 本報告書について	公表を前提に記載内容を見直し、充実した(#23参照)。
IV. 各指標の計測結果	<ul style="list-style-type: none"><li>データソース別の集計グラフを掲載することでグラフ数が大幅に増える(144表→206表)ことから、自院の該当する病床規模区分のグラフを探しやすいよう、グラフは病床規模別(200床単位)で色を変えた。 (199床以下：青、200-399床：橙、400-599床：緑、600床以上：紫)</li><li>データソース別の集計グラフで、DPCデータとその他データ(院内独自のシステムデータなど)を併用して計測されたデータは、部会での検討結果をふまえ、サーベイランス群に含めて表示した。</li><li>公表を前提として、指標に固有な解釈等を付記した(#23参照)。</li></ul>

⇒詳細は、参考資料3参照

## 3-2. 9指標の検証について

# 検証の目的

- 令和6年度診療報酬改定において、医療の質向上に向けた取組が評価され、可視化プロジェクトで扱う9指標に関連する内容が取り上げられた。そのため今年度プロジェクトは、制度に準拠して運用した。
- そこで、本運用による計測実績を検証し、制度に準拠した9指標を全国で共通して計測可能な指標として協議会に提案する。なお本目的をふまえ、計測状況は適宜「DPCデータに既存の3指標」と「DPCデータに新規追加された6指標」に分けて示す。
- また今年度は、制度に準拠して計測されたデータが4か月分と限られており、検証としては不十分と考えられるため実態把握に留め、次年度以降にプロジェクトを通して十分なデータ数を集めたうえで精緻な検証を行う。

抜粋:第7回QI標準化・普及部会(2025/1/30)資料

## 【参考】2024年度 可視化プロジェクトの運用

		(i)診療報酬 <b>改定前</b>	(ii)診療報酬 <b>改定後</b>
		計測対象期間 [23年10月-24年5月(I~K期間)]	[24年6月-9月(L期間)]
DPCデータに 既存[3指標]	MSM-03 肺塞栓の予防(リスクレベル中以上)	DPCデータを算出元とする同一の定義・手順で計測	
	IFC-01 血培2セット		
	IFC-02 広域抗菌薬使用時の細菌培養		
DPCデータに 新規追加 [6指標]	MSM-01 転倒・転落(件数)	サーベイランスデータ(SV) を算出元とする定義・手順 で計測(協力団体の運用を参照)	DPC様式1・様式3・SV
	MSM-02 転倒・転落(3b以上)		DPC様式1・様式3・SV
	IFC-03 予防的抗菌薬投与		DPC様式1・SV
	CRM-01 褥瘡発生(d2以上)		DPC様式1・様式3・SV
	CRM-02 入院早期の栄養ケア(65歳以上)		DPC様式1・SV
	CRM-03 身体的拘束		DPC様式1・SV

診療報酬改定に準拠した定義・手順で計測

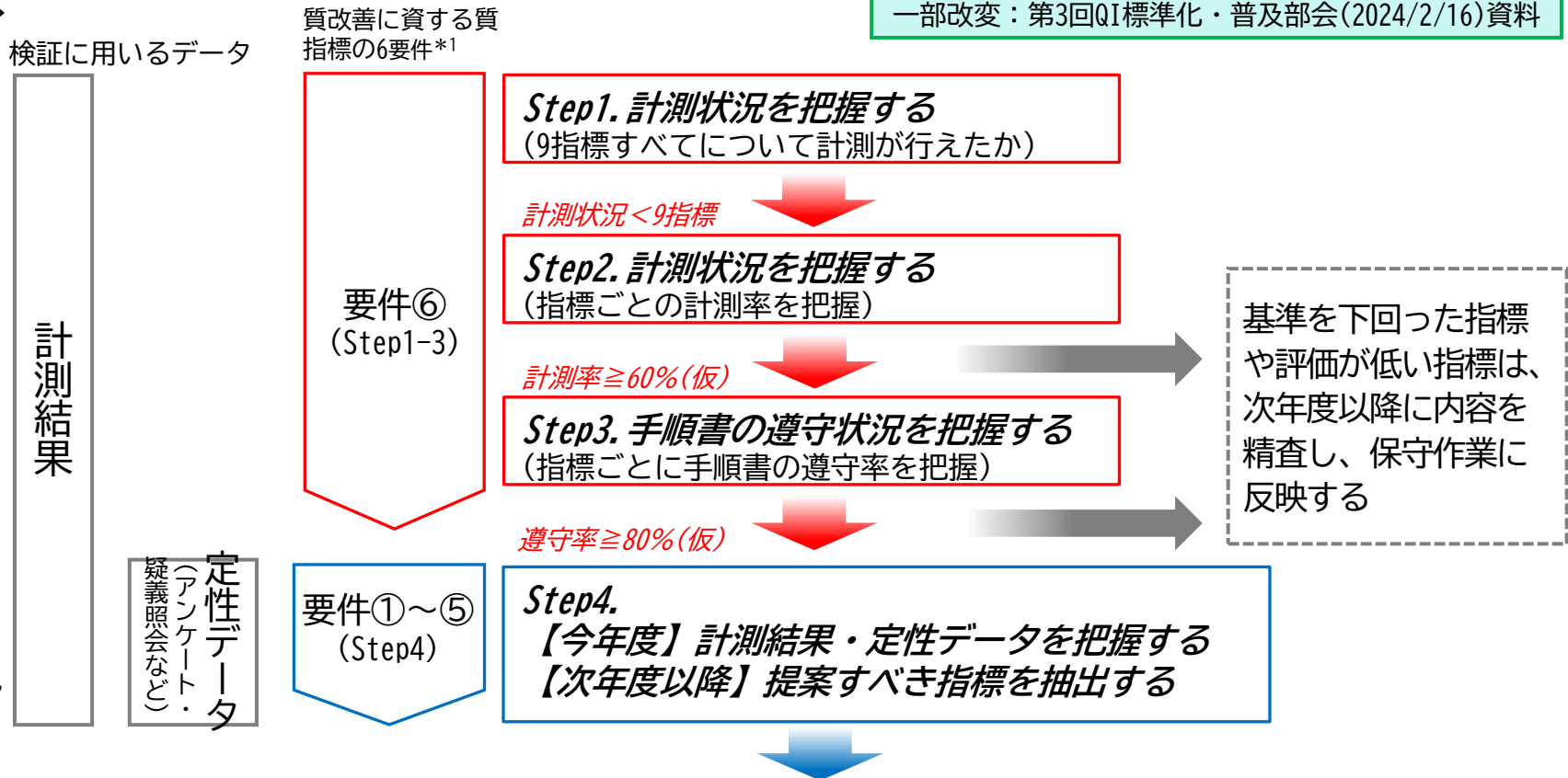


# 検証の進め方

- 昨年度と同様の進め方で検証する。今回は、645病院の計測データを対象とした。
- なお、前述のとおり今回は計測状況の実態把握に留め、次年度以降に全国で共通して計測可能な指標として協議会に提案する。

## ◀ 検証の流れ ▶

一部改変：第3回QI標準化・普及部会(2024/2/16)資料



\*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

部会での検討内容を取りまとめ、協議会へ

# Step1～Step4. 各種データの構成

\*今年度プロジェクトでは、診療報酬改定前の計測対象期間(23年10月-24年5月)をI期間, J期間, K期間の3つに区分し、改定後の期間(24年6月-9月)をL期間と定めた。

Step	#	カテゴリ	対象指標	区分	【参考資料4】 スライド番号	
Step1	9指標すべての計測率	1-1	病床規模別	9指標	IJK・L*	3
		1-2	DPC参加状況別	9指標	IJK・L*	4
Step2	指標ごとの計測率	2-1	指標ごと(全体概要)	9指標	I・J・K・L*	5
		2-2	病床規模別：診療報酬改定前後で区分	DPC既存3指標・ DPC新規6指標	IJK・L*	6, 7
		2-3	病床規模別：データソースで区分	DPC新規6指標	様式1・様式3・SV	8, 9
		2-4	DPC参加状況別：診療報酬改定前後で区分	DPC既存3指標・ DPC新規6指標	IJK・L*	10, 11
		2-5	DPC参加状況別：データソースで区分	DPC新規6指標	様式1・様式3・SV	12, 13
Step3	指標ごとの手順書の遵守率	3-1	指標ごと(全体概要)	9指標	I・J・K・L*	14
		3-2	病床規模別：手順書使用グループ対象	DPC既存3指標・ DPC新規6指標	IJ・K・L*	15-17
		3-3	DPC参加状況別：手順書使用グループ対象	DPC既存3指標・ DPC新規6指標	IJ・K・L*	18-20
		3-4	データソース別(全体概要)	DPC新規6指標	様式1・様式3・SV	21
		3-5	病床規模別：手順書使用グループ対象	DPC新規6指標	様式1・様式3・SV	22, 23
		3-6	DPC参加状況別：手順書使用グループ対象	DPC新規6指標	様式1・様式3・SV	24, 25
		(参考)	遵守率80%を下回った指標・病床の深堀	該当指標	代替手順などのテキスト分析	26
Step4	計測結果・定性データの把握	4-1	病床規模別	DPC既存3指標	I・J・K・L*	30-32
				DPC新規6指標	IJK・L*・様式1・様式3・SV	35-40
		4-2	DPC参加状況別	DPC既存3指標	I・J・K・L*	33
				DPC新規6指標	IJK・L*・様式1・様式3・SV	41-43

# 検証結果のまとめ(Step1-4)

## ■Step1:9指標すべての計測率 (IJK: 45.9%, L期間: 58.1%)

病床規模別でも、DPC参加状況別でも9指標すべての計測率が診療報酬改定後に上昇した。

## ■Step2~4: DPCデータに既存の3指標の計測状況

○ 計測率は検証基準の60%を上回った。

- ✓ 病床規模別: MSM-03は一部の病床規模で基準を下回ったが、改定後には60%を超えた。
- ✓ DPC参加状況別: MSM-03は提出加算病院群などで基準を下回ったが、手術未実施の病院が含まれている影響が推察される。

○ 手順書の遵守率は検証基準の80%を上回った。特に感染の2指標は改定後にほとんどの病床規模および大学病院本院, 特定病院, 標準病院(以降、DPC対象病院)で遵守率が上昇した。

指標		Step2		Step3			Step4(回答率:71.6%)		
		計測率		手順書の遵守率			計測結果	重要度	計測容易性
		IJK	L	IJ	K	L			
MSM-03	肺塞栓の予防	78.1%	78.7%	88.5%	88.2%	89.4%	計測対象期間によるばらつきは少ない。	49.9%	36.6%
IFC-01	血培2セット	85.5%	85.0%	89.5%	89.6%	91.9%	L期間の値が低い。血液培養ボトルの出荷調整の影響が一因と考えられる。	55.4%	42.4%
IFC-02	広域抗菌薬使用時の細菌培養	81.5%	81.7%	91.9%	92.1%	93.6%	大規模病床ほど実施率が上がり、ばらつきも小さい。	54.8%	39.7%

[参考]過年度の計測状況

	Step2:計測率		Step3:遵守率		Step4:重要度		Step4:計測容易性	
	22年度	23年度	22年度	23年度	22年度	23年度	22年度	23年度
MSM-03(肺塞栓の予防)	72.7%	73.0%	86.9%	89.8%	46.2%	44.5%	30.1%	34.0%
IFC-01(血培2セット)	81.5%	84.2%	87.4%	90.5%	43.6%	51.9%	45.5%	44.8%
IFC-02(広域抗菌薬使用時の細菌培養)	80.4%	78.8%	88.6%	92.6%	44.2%	52.5%	32.1%	29.0%

# 続き)

## ■Step2～4：DPCデータに新規追加された6指標の計測状況

○ 計測率は検証基準の60%を上回り、特に転倒・転落及び褥瘡発生率は90%を超えた。

- ✓ 病床規模別：IFC-03, CRM-02の200-399床・CRM-03の600床以上で改定後に10ポイント以上上昇した。
- ✓ DPC参加状況別：IFC-03, CRM-03のDPC対象病院で10-20ポイント上昇した。
- ✓ 転倒・転落及び褥瘡はSVでの計測が最も高く約5-6割。様式3より様式1での計測率が高い。
- ✓ IFC-03とCRM-02は様式1とSVで拮抗しているが、DPC参加状況別でみると様式1のほうが顕著に高い。

○ 手順書の遵守率は検証基準の80%を上回った。

- ✓ 病床規模別：多くの指標で199床以上の遵守率が相対的に高い。性質上、DPC様式1・様式3における遵守率は100%に近いが、600床以上では相対的に低い。
- ✓ DPC参加状況別：転倒・転落及びケア3指標においてデータ提出加算病院の遵守率が相対的に高い。データソース区分でみると、DPC様式1・様式3における遵守率が標準病院群で相対的に高い。

指標	Step2		Step3			Step4(回答率:71.6%)							
	計測率		手順書の遵守率			計測結果	重要度			計測容易性			
	IJK	L	IJ	K	L		様式1	様式3	SV	様式1	様式3	SV	
MSM-01	転倒・転落(件数)	92.4%	94.6%	98.5%	98.0%	96.7%	様式1の値が低く総じて低い。大規模病床やDPC対象病院ではばらつきが小さい。	79.9%	83.9%	81.4%	24.0%	43.1%	57.2%
MSM-02	転倒・転落(3b以上)	97.4%	99.2%	93.0%	92.9%	91.9%	期間や規模間であまり差異はみられない。DPC対象病院ではばらつきが小さい。	76.9%	77.0%	78.7%	21.5%	39.7%	55.3%
IFC-03	予防的抗菌薬投与	68.6%	78.4%	82.5%	82.8%	86.7%	改定後の実施率が高く、ばらつきが小さい。分母を限定したことが一因と考えられる。	50.1%	-	47.2%	28.1%	-	17.8%
CRM-01	褥瘡発生(d2以上)	90.9%	94.6%	89.4%	89.6%	90.5%	DPC参加状況別にみると様式1のばらつきが小さく、値が相対的に低い。	68.3%	72.4%	71.1%	19.0%	32.2%	38.6%
CRM-02	入院早期の栄養ケア	71.8%	81.4%	97.2%	96.0%	95.4%	様式1のばらつきが大きい。	54.0%	-	53.1%	26.4%	-	22.0%
CRM-03	身体拘束	77.1%	85.4%	93.0%	93.9%	94.8%	様式1による実施率が低い。病床規模が大きくなるほどばらつきが小さい。	78.8%	-	80.7%	21.8%	-	32.0%

# 確認事項：今年度運用した9指標の扱い

- 今年度実施するプロジェクトの計測率や遵守率は基準を上回り、多くの指標で診療報酬改定後に上昇した。
- また、計測値のばらつきも改定前後であまり変わらず、改定後にばらつきが小さくなった指標も多い。ただし、データソース間では、差異がある指標もあり継続的な検証を要する。
- 部会における検証の結果、緊急に対応を要する修正事項や懸念事項はないと判断されたので、次年度も引き続き、診療報酬制度に準拠した定義・手順で9指標を運用したい。

なお、本結果はDPCデータ計測WGにも共有する。

# 参考1)血液培養ボトル出荷調整の影響について

前回協議会（2024.11.7）で、血液培養ボトル供給大手企業の出荷調整の情報を共有したところ、質指標の計測結果への影響に留意するよう指摘があった。そこで、IFC-01：血液培養2セット実施率の計測結果を精査した。

第20回協議会（2024.11.7資料）

## [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。



# 続き)

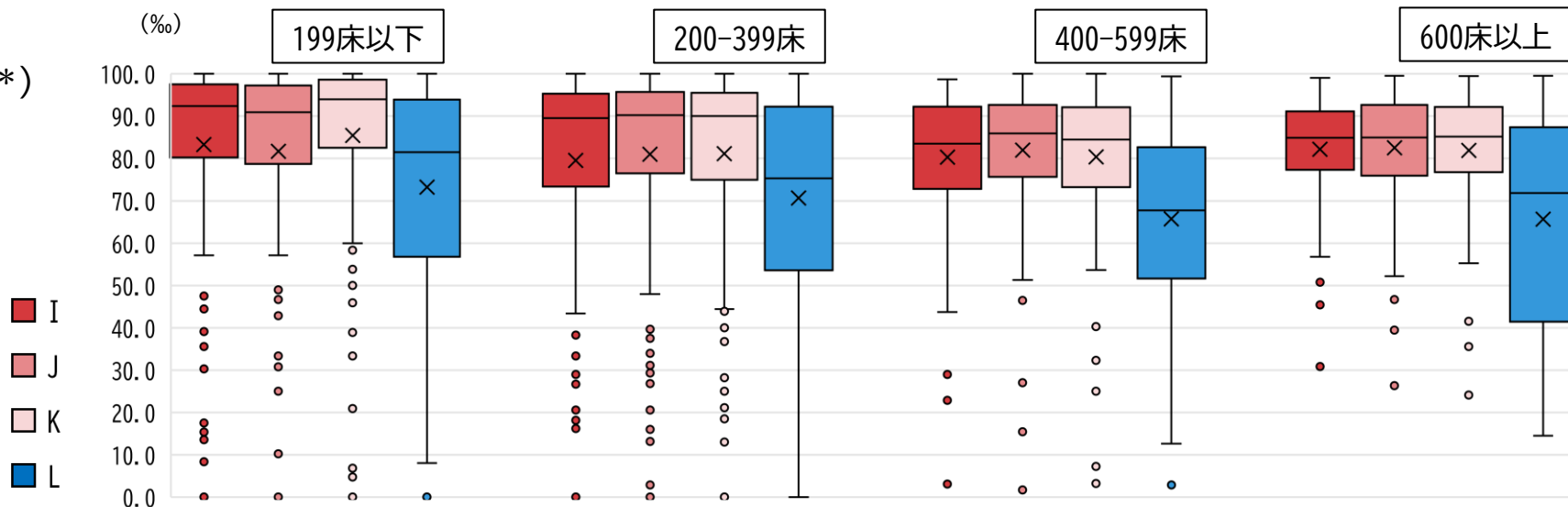
IFC-01の計測結果および事後アンケートの結果から、血液ボトルの運用に影響があったものと推測したため、集計結果報告書に本指標計測結果の解釈上の留意点を記載した(P41-P44)。

(留意点の記載内容)

L期間では、企業による血液培養ボトルの出荷調整(24年7-10月頃)が結果に影響を及ぼしている可能性があります。

## ■計測結果 (病床規模別\*)

\*病床規模別  
 ・199床以下  
 ・200-399床  
 ・400-599床  
 ・600床以上



## ■可視化プロジェクト事後アンケート結果(回答施設数：462件, 重複回答)

項目	件数	%
影響はなかった	215	46.5
一時的に、血液培養2セット採取の対象患者を見直した	184	39.8
一時的に、血液培養の対象患者を見直した	104	22.5
その他*	7	1.5
不明	26	5.6

\*「その他」には他社製品と併用、1セットとプロカルシトニンをセットで評価などを含む。

# 参考2)DPC新様式への対応状況(2025.3.10時点)

- 可視化プロジェクト事後アンケート回答施設(462件)のうち、399件(86.4%)がDPC新様式への入力に対応済みもしくは対応予定である。
- さらにこのうちの300件(75.2%)が、今回の診療報酬改定により追加された6指標に関連する項目の入力に対応する状況である。

DPC新様式への対応状況	件数	%
既にDPCデータ様式1/様式3への入力を開始している。	344	74.5
今後DPCデータ様式1/様式3へ入力する予定である。	55	11.9
当院はDPCデータ様式1/様式3への入力は行わない方針である。	16	3.5
当院はDPCデータを扱う施設ではないため該当しない。	39	8.4
その他*	8	1.7
合計	462	100.0

計399件  
(86.4%)

\*「その他」には「必須項目となれば入力を行う」3件、「調整中」3件などを含む。

DPC新様式へ対応する病院  
(計399件)の詳細

対応の詳細	件数	%
6項目すべて対応する	300	75.2
一部の項目のみ対応する	67	16.8
入力する項目を検討中	31	7.8
(未回答)	1	0.3
合計	399	100.0



## 4. 2024年度事業報告

# 2024年度における取組み

2024年度実施要項の概要		今年度の取組み	実施状況			
#1 標準化・普及	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。	#1-1	2024年度可視化プロジェクトの企画・運営	済	過去最高の688病院が参加。
			#1-2	DPCデータを用いた9指標の試行、検証*	済	9指標の検証を行ったが、次年度以降に継続
	普及	質指標を活用した取組を実施していない医療機関を中心に、これまで検討した手引き等を広く普及する。	#1-3	患者中心ケアの可視化に向けた検討	済	患者経験(PX)調査マニュアルを作成
			#1-4	①9指標の運用方針(更新、削除)	済	「保守の基本方針」を作成
	公表	測定結果の公表に関し、令和5年度本事業の取りまとめに応じた対応を行う。		#1-5	可視化プロジェクト計測結果の公表	済
			#1-6	医療機関が計測結果を公表する場合の手引き(仮)の検討	済	「医療の質指標 計測情報の公表事項」を作成
#2 評価・分析支援	医療機関からの疑義照会(質指標等の算出方法など)に対応する。		#2-1	可視化プロジェクト協力病院からの疑義照会への対応	済	プロジェクト協力病院からの問い合わせ231件に対応。
	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。		#2-2	9指標を用いた質改善活動に関する普及啓発活動	済	3/6第5回QIコンソーシアムを開催。817名視聴。

## 5. 2025年度事業計画案

# 2025年度事業計画案

- 2025年度は、補助金予算の減額（38,103 → 28,270（▲9,833）千円）により、予算規模に応じた事業内容に集中する。
- 質指標を用いた改善活動に関する有料セミナーなど、独自事業に取り組む。

⇒事業実施要綱は参考資料5を参照

## （1）医療の質指標等の標準化

### ①（標準化）質指標の保守

現在、医療の質可視化プロジェクトで運用している9指標（医療安全3指標、感染管理3指標、ケア3指標）について、指標情報の再評価（保守）の作業計画を策定し、計画に沿って必要な情報を収集・整理する。保守作業の結果に応じて定義・手順の修正案を策定するが、とくにDPCデータを用いて計測する質指標の定義等の修正案については、国と共有のうえ運用時期等を調整する。

### ②（活用）医療の質可視化プロジェクトの運用

現在運用している指標について、とくにDPCデータを用いた計測の状況を検証するために、医療の質可視化プロジェクトを運用する。また、全国への普及に向けて広報活動を行うほか、国の制度を通じた普及方策を検討し、国に提案する。

### ③（公表）医療の質指標の計測結果の公表

医療の質可視化プロジェクト集計結果報告書を年度末に公表する。

また、国が定める予定の「令和7年度病院情報の公表」に向けて、本事業で検討した公表事項案を、国に提案する。

## （2）医療の質指標等の評価・分析支援

質指標の計測方法等についての医療現場からの疑義照会に対応する。また、疑義内容のうち一般化できるものを一覧にして公表する等、適宜、プロジェクト協力病院等と情報共有する。

## （3）医療の質指標活用の普及啓発

質指標を用いた質改善活動事例を集積しセミナーを通じて共有する等、普及啓発活動を行う。

補助金事業枠外の独自事業として対応

## 6. その他

第5回QIコンソーシアム(2025/3/6)開催報告

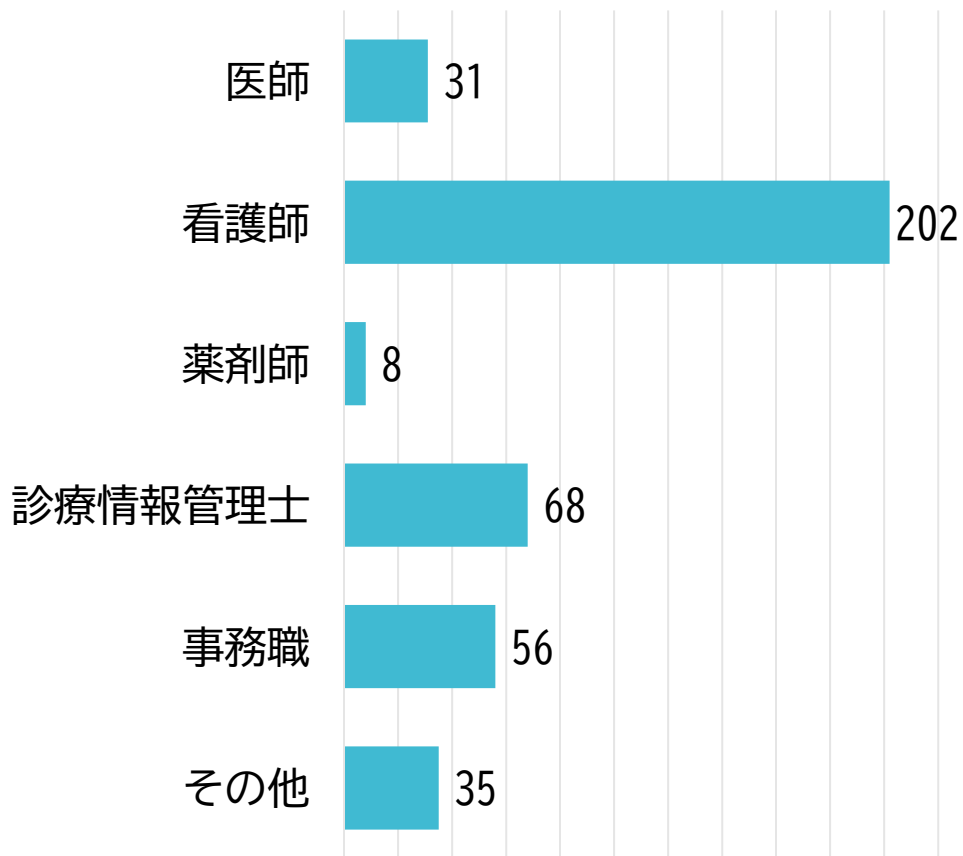
## 事例から紐解く、質指標活用のヒント

日 時	2025年3月6日(木)17:30~19:00
開催形式	Web開催(ZoomおよびYouTubeライブ配信)
参加対象	全ての医療関係者
一意の視聴者数	817名 (Zoom546名 YouTube271名)
プログラム 発表者 (敬称略)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 委員長挨拶・趣旨説明／楠岡 英雄</li> <li>2. 来賓挨拶／加藤 拓馬</li> <li>3. 質指標の計測とその活用 ／座長：楠岡 英雄 コメンテーター：本橋 隆子・鳥羽 三佳代</li> <li>①可視化プロジェクト概要・発表事例選定／的場 匡亮</li> <li>②質改善活動を考える上での重要なポイント／本橋 隆子</li> <li>③可視化プロジェクト参加病院からの事例発表 「身体的拘束最小化に向けた取り組み」袖川聖子（八尾市立病院）</li> <li>④可視化プロジェクト参加病院からの事例発表 「静脈血栓塞栓症（VTE）予防の取り組み」大中由美子（ヒロシマ平松病院）</li> <li>⑤質疑応答・コメント</li> </ol>

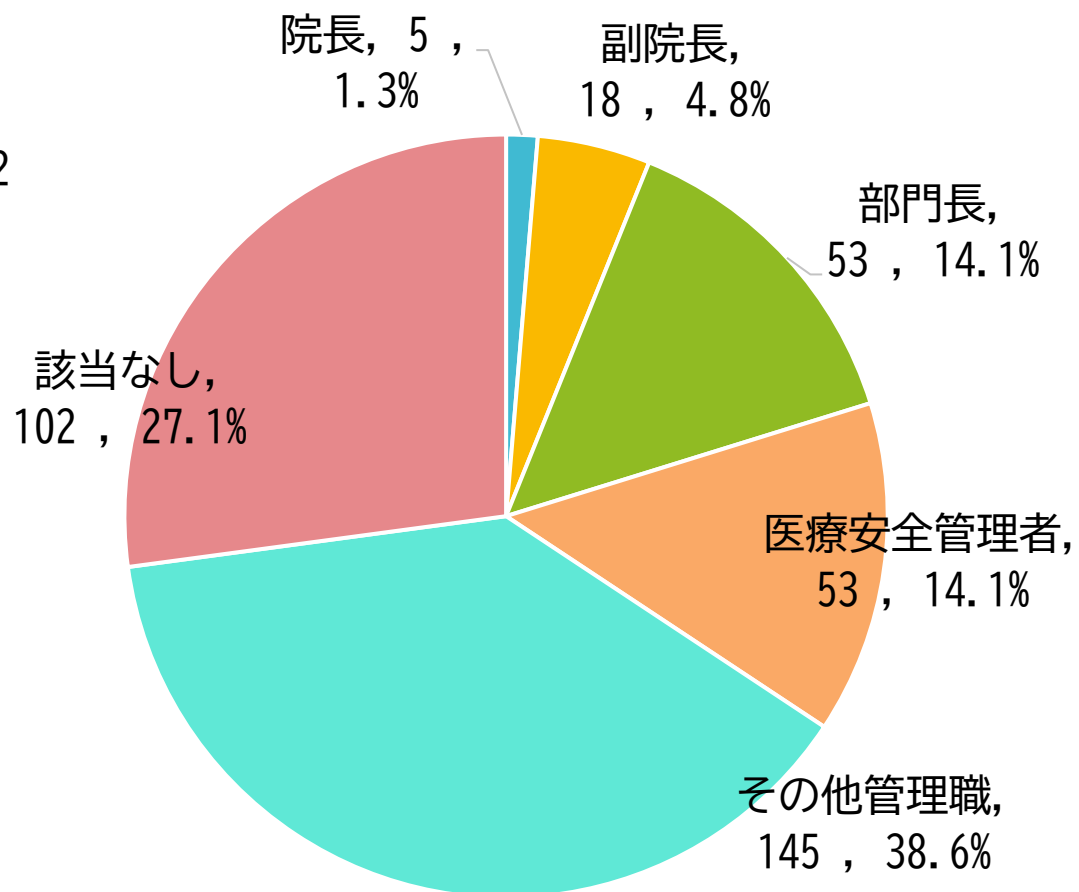
# アンケート結果① 回答者属性

(N=376)

## 職種構成 (複数回答)

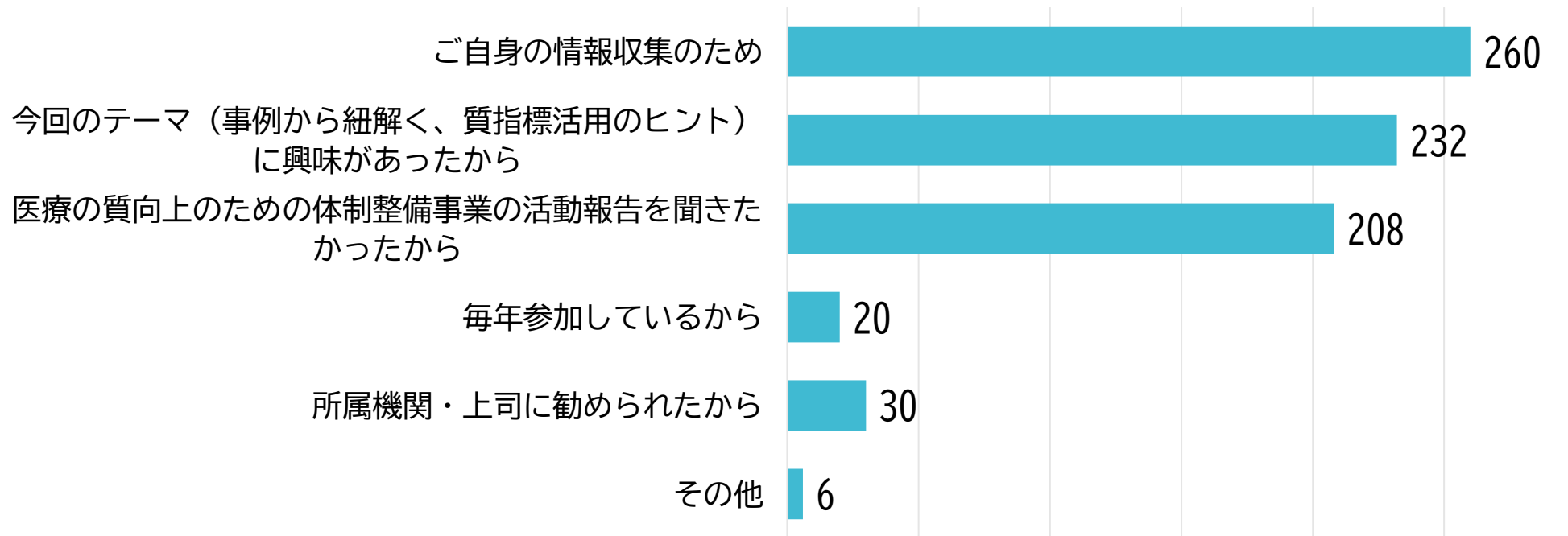


## 役職構成



# アンケート結果② 参加の目的

(N=376)

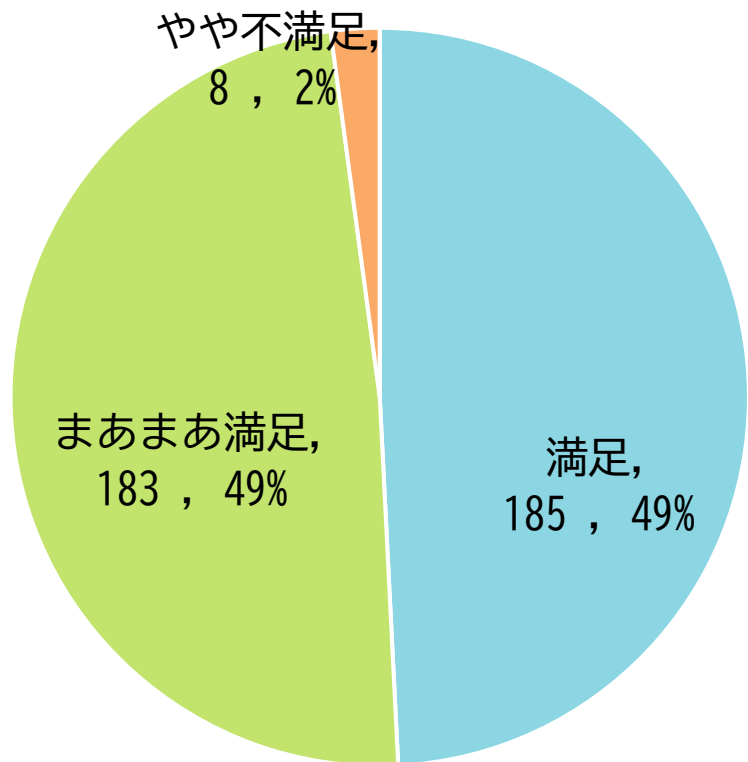




# アンケート結果③ 満足度とその理由

(N=376)

(抜粋・一部改変)



## 満足・まあまあ満足

- 非常に具体的で、自施設での取り組みのヒントを頂きました。
- 多職種との協働についての話を具体的に聞くことができた。
- 収集したビッグデータを基に医療の質を可視化し、それを自部署に還元することでスタッフのモチベーションを高めることに繋げる取り組みを見て、さっそく取り入れたいと思いました。
- 自院で頑張ってるスタッフがいることに自分も含めて多くの医師達が気づいていませんでした。深く反省するとともに、頑張っているスタッフの活動を周知していこうと思います。いいきっかけを頂きました。

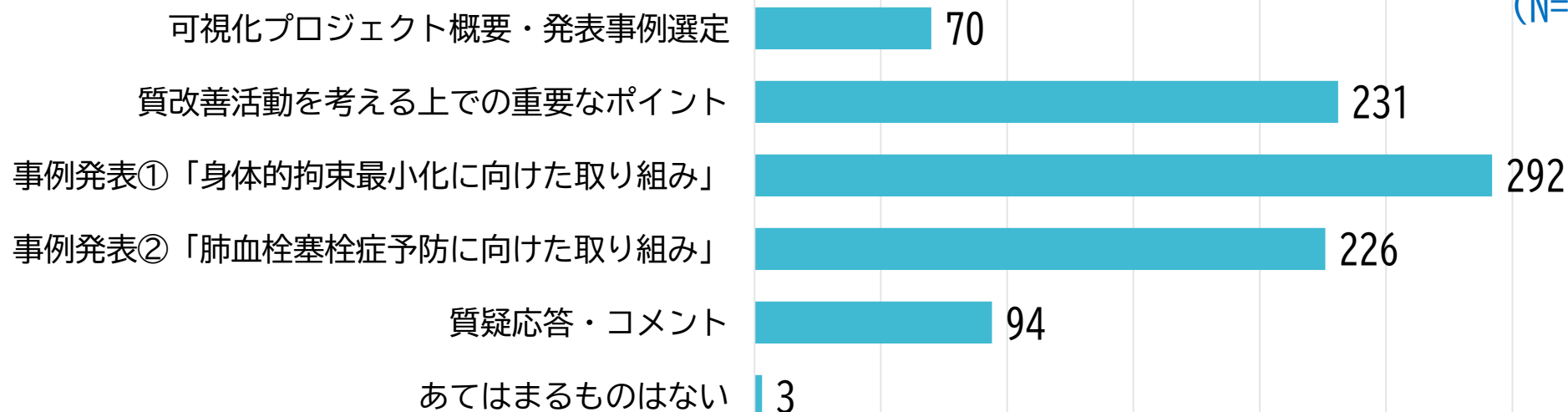
(その他肯定的な意見多数)

## やや不満足

- 質問に答えていただけなかった。
- 看護の面からの発表であった。
- 感染管理についても聞きたかった。
- 具体的なデータについて検討を聞きたかった。
- 各サポートチーム内の活動による改善に留まり、「診療の質を統括管理する部署」の動きがみられず残念だった。サポートチーム内部の努力により改善された施設に発表していただくのも貴重ではあるが、「診療の質を統括管理する部署」が働きかけたことにより改善された事例があればぜひ取り上げてほしい。

# アンケート結果④ 印象に残った・役に立つ内容とその理由

(N=376)



(抜粋・一部改変)

可視化プロジェクト概要・発表事例選定	質改善活動を考える上での重要なポイント	事例発表①	事例発表②	質疑応答・コメント
<ul style="list-style-type: none"> <li>質改善ツールもホームページを見て、忘れてしまっていたので再周知により想起させていただき助かりました。</li> <li>的場先生の好事例の横展開を目指す動き（好事例集）、各医療機関の認知症ケアやVTE予防などが分かり勉強になりました。自院担当者にも情報共有しました。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>すべてが参考になったが、イントロダクションのまずは考える上でのポイントは短時間だったが、大変響きました。受動態から能動態へ持っていくことが大事である。</li> <li>イントロダクションで質改善に取り組んでいる病院の特徴などとても共感できました。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>身体拘束最小化の取り組みの担当になっているため、とても参考になりました。</li> <li>身体拘束率を拘束具ごとに集計していて、今後の活動にさらに活用することができるのではないかとコメントータの先生が話されていて、自施設でも活用できるのではないかと感じました。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>VTE予防における対策で、カプリニースコアの評点について、現状・現場に合わせたかたちに、さらに改変・工夫された点に興味深く感銘を受けました。</li> <li>小規模病院でもとりくめるかなと感じた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>みんなが疑問に感じている点をアドバイザーの方をはじめわかりやすい説明等いただき理解しやすかった。</li> <li>質疑応答で医師の協力がむずかしかつたなどのお応えはとても身近なことで、コツコツと進めていったことがわかり、私たちも、何事も諦めずに頑張ろうとおもいました。</li> </ul>