

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22回 運営委員会 (医療の質向上のための協議会)

2025年9月16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	浅香 えみ子	公益社団法人 日本看護協会	常任理事	出	(新任)
2	今村 英仁	公益社団法人日本医師会	常任理事	出	
3	遠藤 謙司	独立行政法人労働者健康安全機構	理事	出	
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	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	
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	野村 幸博	公益社団法人全国自治体病院協議会	副会長	出	(新任)
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		(委任状)
14	山本 圭子	独立行政法人地域医療機能推進機構	理事		(委任状)
15	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	

関係者出欠状況

QI標準化・普及部会(敬称略)

16	的場 匡亮	昭和医科大学大学院 保健医療学研究科 教授	出	部会長
17	東 尚弘	東京大学大学院医学系研究科 公衆衛生学分野 教授	出	

厚生労働省医政局総務課(敬称略)

18	九十九 悠太	保健医療技術調整官	出	
19	間中 勝則	オンライン診療推進専門官	出	
20	竹野 伸洋	主査	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	川崎 悦子	教育研修事業部 兼 評価事業推進部 課長	出	
28	浅野 由莉	評価事業推進部 主任	出	

議事次第

1. 2025年度 事業進捗状況
2. 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：全国で共通して計測可能な医療の質指標の運用
3. 医療の質可視化プロジェクトについて
4. その他

1. 2025年度 事業進捗状況

2025年度 事業進捗状況

- 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。

A. 実施要綱		2025年度事業計画	
A-1. 質指標の標準化	[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。	A-1-1	質指標の保守（実施中）
	[活用] 質指標を活用した医療の質向上活動等の取組を行う体制及び手順を整えるために作成した手引き等を必要に応じて更新する。	A-1-2	医療の質可視化プロジェクトの運用（実施中）
	[公表] 医療の質向上活動等に有効な測定結果の公表に関する必要な対応を行う。	A-1-3	可視化プロジェクト集計結果の公表（年度末に予定）
A-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。	A-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（実施中）
B. 独自事業		2025年度事業計画	
B-1. 質指標活用の普及啓発		B-1-1	質指標活用事例のセミナー実施（企画中）

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：全国で共通して計測可能な医療の質指標の運用

2-1. 選定した指標の保守に関する検討

保守に関するこれまでの整理

一部改変：第21回協議会(2025.3.18)資料

○ 医療の質指標基本ガイド

指標の保守とは	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。 <p style="text-align: right;"><ガイドP32より抜粋></p>
---------	--

○ 保守の基本方針

1. 保守の目的	<ul style="list-style-type: none">① 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）② 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などを再評価し、必要に応じて定義や計測手順を修正） →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は、速やかに対応）
2. 保守の判断	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」を使用する 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
3. 作業の流れ	<ul style="list-style-type: none">① 定量データを用いた検証② 定性データを用いた検証③ 判断基準に基づいた評価と判断（継続・修正・削除）④ 保守作業⑤ 運用

今年度の作業方針

昨年度定めた「保守の基本方針」に沿って保守作業を進める。

1. 保守の対象指標とスケジュール

- 元々DPCデータで計測可能であり、運用実績が蓄積している3指標(以下赤枠内)を先行して着手する。

医療安全	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
	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
感染管理	IFC-01	血液培養2セット実施率
	IFC-02	広域スペクトル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（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

- 残り6指標は次年度対応し、最終的には9指標とも、令和10年度診療報酬改定に反映できるよう作業を進める。

2. 重点的な取り組み事項

保守の目的のうち「指標特性の再評価」に重点的に取り組む。

なお、「計測情報の更新」「緊急保守」は、25年度可視化プロジェクト運用の過程で継続的に対応する。

保守作業の進捗状況

現在、対象指標(3指標)について、質改善に資する指標の6要件(以下①~⑥)に沿って評価判断を行うために幅広く情報収集を実施している。

情報	収集方法	進捗	質改善に資する指標の6要件との対応（主なもの）					
			①エビデンススペース	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
a. 診療ガイドライン最新版	学会Webサイト Mindsガイドラインライブラリ	済	○		○		○	
b. 専門家の意見	専門家ヒアリング	済	○	○	○		○	
c. 現場の意見	可視化プロジェクト協力病病院アンケート	集計中		○	○	○		○
d. 計測実績データ	可視化プロジェクト集計結果の経年実績	分析中		○		○		○

a. 最新版診療ガイドラインとの照合／b. 専門家の関与

- 対象指標の定義・計測手順の参照元である診療ガイドラインの最新版を入手した。また、最新版診療ガイドラインの作成者に「専門家ヒアリング」を行い、最新エビデンスを踏まえたご意見を伺った。
- 最新エビデンスと現行の指標定義・計測手順の整合性を整理し、部会の検討に供する。

専門家ヒアリング概要

	対象指標	診療ガイドライン（最新版）	ヒアリング対象者（敬称略）	実施日
1	IFC-01 血液培養2セット実施率	JAID/JSC 感染症治療ガイドライン2017—敗血症およびカテーテル関連血流感染症—	荒川創一（井口腎泌尿器科 亀有）	8/9
2	MSM-03 リスクレベル「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	2025年改訂版 肺血栓塞栓症・深部静脈血栓症および肺高血圧症に関するガイドライン	田村雄一（国際医療福祉大学医学部）	8/13
3	IFC-02 広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培養実施率	抗微生物薬適正使用支援プログラム実践のためのガイダンス 2024年度改訂版	川口辰哉（熊本保健科学大学保健科学部） 前田真之（昭和医科大学薬学部） 村木優一（京都薬科大学医療薬科学系）	8/28

c. プロジェクト協力病院からの意見収集

可視化プロジェクト協力病院に対し、今回の保守作業の対象となる指標の定義・計測手順書に対する意見や改善点などをアンケート形式で伺った。毎年度、協力病院から収集している9指標に関するフィードバックや、データ提出時に任意で記載いただいている計測困難理由などの情報とあわせて、現場の意見として保守作業の検討材料とする。

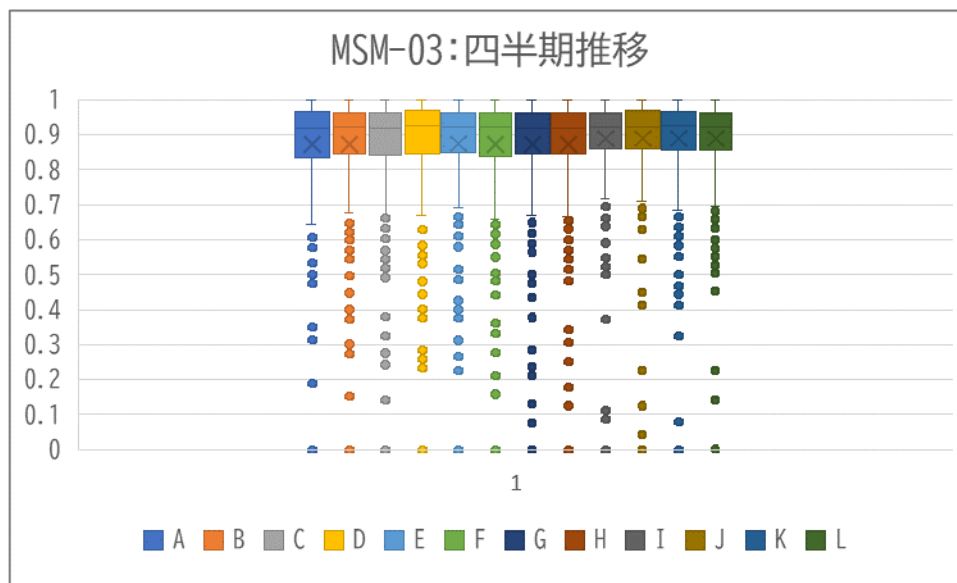
<指標の定義・計測手順の見直しに向けたアンケート>

目的	質指標の定義・計測手順に対する現場の意見を収集し、指標保守作業の検討材料とする。
対象	25年度 可視化プロジェクト協力病院 ※依頼先はプロジェクト主担当者だが、院内の質改善活動や計測に携わる方の回答を推奨している。
時期	2025年8月6日～9月5日
方法	アンケートツールを使用したWeb調査
主な設問内容	指標ごとに以下に関する設問を設定 ○ 現行の定義・計測手順の見直しの要否 ○ 見直しが必要な事項（分母・分子の対象／設定された対象期間や単位／手術・薬剤リスト／計測手順など） ○ 当該指標の計測にかかった時間 ○ 定義や計測手順に関する改善点・要望
回答数	187件（1病院につき複数名の回答も可）
（回答の一部）	・ 肺塞栓のガイドラインに記載された内容と配布されている手術リストとの整合を図ってほしい。（MSM-03） ・ 小児を除くなど調査対象に年齢制限を設定してはどうか。（IFC-01） ・ 広域抗菌薬使用を目的としない培養を分子から除外するため、投与開始何日前などの定義を設けては。（IFC-02）

d. 可視化プロジェクト集計結果の経年実績

(例) MSM-03：肺血栓塞栓症の予防対策の実施率

統計量	2022	2023	2024
a. 最大値(100%)に達している施設割合	6.9% (28/405)	7.4% (30/403)	5.7% (29/512)
b. 平均値+1×標準偏差	86.3% + 17.3% = 103.6%	87.0% + 15.2% = 102.2%	88.3% + 14.2% = 102.5%
c. 標準偏差・四分位範囲	標準偏差 17.3% 四分位範囲 12.0%	標準偏差 5.2% 四分位範囲 10.2%	標準偏差 14.2% 四分位範囲 9.9%
d. 歪度、尖度	歪度 -2.8 尖度 9.4	歪度 -2.8 尖度 9.6	歪度 -3.7 尖度 17.7



今後のスケジュール案

	~8月	9月	10月	11月	12月	26年1月	2月	3月
運営委員会 (協議会)		進捗報告 (9/16)						指標保守結 果の審議・ 承認
部会・WG	部会 (6/5) 作業方針の検討		進め方の確 認 MSM-03 評価と判断	MSM-03 保守作業	MSM-03 最終化			
事務局	・ガイドライン収集 ・学会への打診、ヒアリング ・協力病院へのアンケート ・過去データの集計	検討資料作 成		IFC-01, 02 評価と判断	IFC-01, 02 保守作業	IFC-01, 02 最終化		

検討の進め方

- 対象指標を「MSM-03」と「IFC-01, 02」の2群に分けて検討する。
 - ▶ MSM-03: リスクレベル「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
 - ▶ IFC-01: 血液培養2セット実施率
 - ▶ IFC-02: 広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培養実施率
- 検討の流れを3区分し、スタートをずらして2群を並列検討。計4回の部会で最終化する。
 - (1) 判断基準に基づいた評価と判断（修正/維持/削除）
 - (2) 保守作業（軽微な修正/専門家による修正）
 - (3) 文言確定・最終化

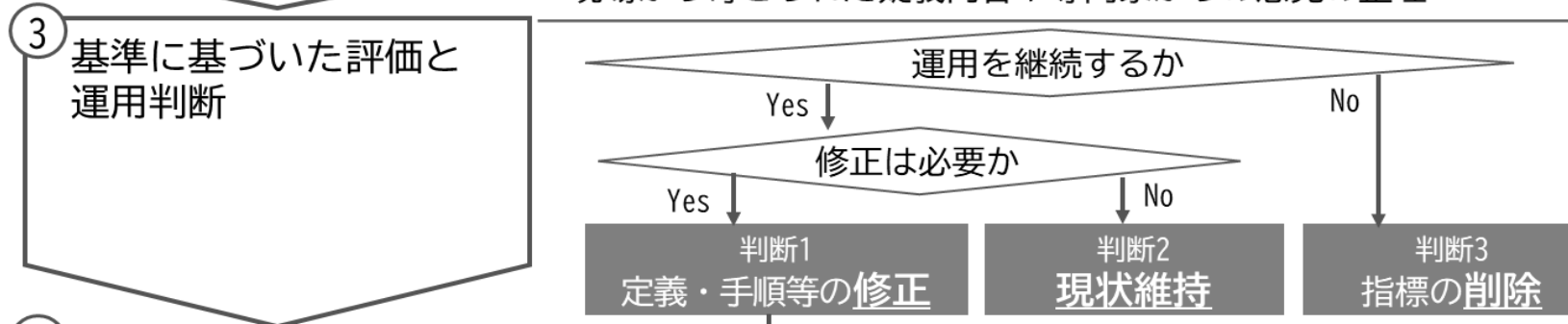
(参考) 保守作業の流れ

「保守の方針」を基に、作業の流れを「A. 情報収集フェーズ」、「B. 評価・判断フェーズ」、「C. 修正フェーズ(必要な場合)」に分けて整理した。

一部改変：保守の方針「3. 保守作業の流れ(イメージ)」

① 定量データ(計測率や手順書遵守率など)を用いた検証
各指標の計測状況、手順書の遵守率、計測値のばらつき等を把握

② 定性データ(外部情報や現場・専門家からの意見)を用いた検証
・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把握する。
・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。
・計測困難な理由や手順書遵守困難な理由の把握
・現場から寄せられた疑義内容や専門家からの意見の整理



④ 保守作業
部会・WG・専門家等にて修正内容の検討・作業
※事務局にて機械的に修正可能なレベルを軽微な修正は事務局で対応

A. 情報収集フェーズ

B. 評価・判断フェーズ

C. (必要な場合) 修正フェーズ

協議会(・国) への報告 (今年度のゴール)

2-2. 全国で共通して計測可能な医療の質指標の運用

協力団体への文書発出について

- 令和6年度診療報酬改定で本事業で定めた9つの質指標がDPC制度の評価対象となったことを受け、医療の質指標の標準化のための連携強化に関する協力要請文書を8/20付で協力団体へ送付した。

提案1：DPC制度準拠指標の定義・手順への統一

目的 病院の計測負担軽減とデータ精度向上

内容 各団体のQI事業でも、9指標についてはDPC制度準拠の定義に統一

提案2：9指標データの集約による全国規模活用

目的 各団体の独自性を尊重しつつ、全国規模データ基盤を構築

- 内容
- ▶ 9指標のデータを団体本部経由で当機構（協議会）に一括提出
 - ▶ 各団体独自指標は引き続き各団体で運用
 - ▶ 全国集計結果を各団体にフィードバック

2025年8月20日

[病院団体名]
[代表者役職名] ●●●● 様
[協議会委員役職] ○○ ○○ 様

公益財団法人日本医療機能評価機構
代表理事 理事長 河北 博文
執行理事 亀田 俊忠

医療の質向上のための体制整備事業 全国で共通して計測可能な医療の質指標の運用について（ご提案）

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。日頃より、当事業にご高配賜り厚く御礼申し上げます。

令和6年度診療報酬改定において、貴団体にもご協力いただき、当機構の医療の質向上のための体制整備事業（以下、本事業）で選定・運用している9つの質指標が、DPCにおける機能評価係数Ⅱの評価対象となりました。この結果、全国約1,760のDPC対象病院の約9割が、国の定める統一された定義・手順で9指標を計測し、その結果を自院のホームページに公表しています。

貴団体をはじめとする各病院団体の皆様の長年にわたる先駆的なQI事業の成果が、国レベルで評価されたことは、医療の質指標の標準化を推進するうえで画期的な進展であると認識しております。

加えて、本事業では、厚生労働省が定めた事業実施要綱に基づき、医療の質指標の項目や集計方法の標準化に取り組み、団体間での臨床指標や定義のバラツキといった課題の解消も目指しています。定義・手順の統一は、病院における計測負担の軽減およびデータ精度の向上につながる効果が見込まれます。

また、本事業では、国の定める定義・手順で「医療の質可視化プロジェクト」を運営し、全国約700病院が参加しています。本プロジェクトは今年度で4年目となり、各団体の取組みを参考にしつつ、各病院から9指標のデータを収集し、他施設比較や時系列変化を把握できるデータをフィードバックする基盤を整えてまいりました。さらに今後、計測実績や各団体での運用状況等をふまえ、9指標の定義・手順の見直しも国と連携して進める予定です。

このように、9指標においては国の統一基準が整備され、多くの病院が計測・公表に対応していること、本事業でデータ集約・活用・見直しに向けた基盤が構築されつつあることを契機に、医療の質指標の一層の標準化に向けて、貴団体のこれまでの成果を最大限に活かしながら、9指標の運用における連携を強化したく、以下2点をご提案申し上げます。

◎ ご提案1. DPC制度準拠指標の定義・手順に統一

これまで貴団体が独自に築き上げられた計測手法や知見は引き続きご活用いただきながら、9指標に限ってはDPC制度に準拠した形で標準化を図ることにより、院内での計測作業の効率化や、全国規模での精度の高いベンチマーク評価が可能となります。

◎ ご提案2. 9指標データの集約による全国規模での有効活用

本事業が運営する「医療の質可視化プロジェクト」において、全国の病院からより広くデータを収集するため、貴団体QI事業参加病院からの9指標のデータを団体本部で取りまとめ、当機構に一括でご提供いただく方式をお願いしたく存じます。当機構では、いただいたデータを分析し、貴団体本部へ一括して情報提供いたします。貴団体独自の専門的な分析や改善支援ノウハウと組み合わせることで、参加病院に対し、より多角的で価値の高いサービスをご提供いただけます。

実際に、一部の団体ではこの方式を採用し、効率的なデータ活用に取り組んでいます。この方式の実現には、団体本部のご協力が不可欠です。趣旨をご理解いただき、前向きにご検討くださいますようお願い申し上げます。

なお、本提案は9指標に限ったものであり、医療の質指標の標準化と質改善活動に向け、全国規模でのベンチマーク評価や詳細な比較分析をより充実させることを目的としています。こうした取組みは、貴団体がこれまで築き上げられたQI事業の価値をさらに発展させ、参加病院の業務効率化を実現し、当機構の全国QI基盤の安定運用を促進し、ひいてはわが国の医療の質向上に貢献する「四方良し」の取組みになると期待しております。

ご多忙中とは存じますが、本件についてぜひ一度、直接ご説明させていただく機会を賜りたく、ご検討くださいますようよろしくお願い申し上げます。

敬具

<お問い合わせ>
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 事務局)
E-mail : info-qiconf@jcohc.or.jp TEL : 03-5217-2326 FAX : 03-5217-2331

全国で共通して計測可能な医療の質 指標の運用について(ご提案)

2025年8月

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 事務局

提案1：DPC制度準拠指標の定義・手順に統一

- 貴団体のQI事業において、DPC制度で採用された9指標については、国の定める定義・手順に統一することを提案します。
- これによってQI事業参加病院での計測作業の重複を解消し、データ精度を向上させることができます。
- ※ 9指標に限った提案であり、その他の独自指標に關与するものではありません。

目的	病院の計測負担を軽減し、データ精度を向上させる。
内容	DPC制度に取り入れられた9指標について、貴団体に運用する指標もDPC制度準拠した定義に統一する。
効果	病院は一度の計測で複数要件に対応可能となり、データ信頼性が向上します。
貴団体・QI事業参加病院のメリット	<ul style="list-style-type: none">▶ DPC制度（病院情報の公表）対応と貴団体QI事業への報告作業が効率化され、重複作業の解消により業務軽減が実現します。▶ 貴団体は、国の定める統一された定義・手順に準拠することで、DPC制度（病院情報の公表）との整合性を確保し、一貫性のあるQI事業を実施できます。▶ このことにより、貴団体のQI事業価値がさらに高まります。

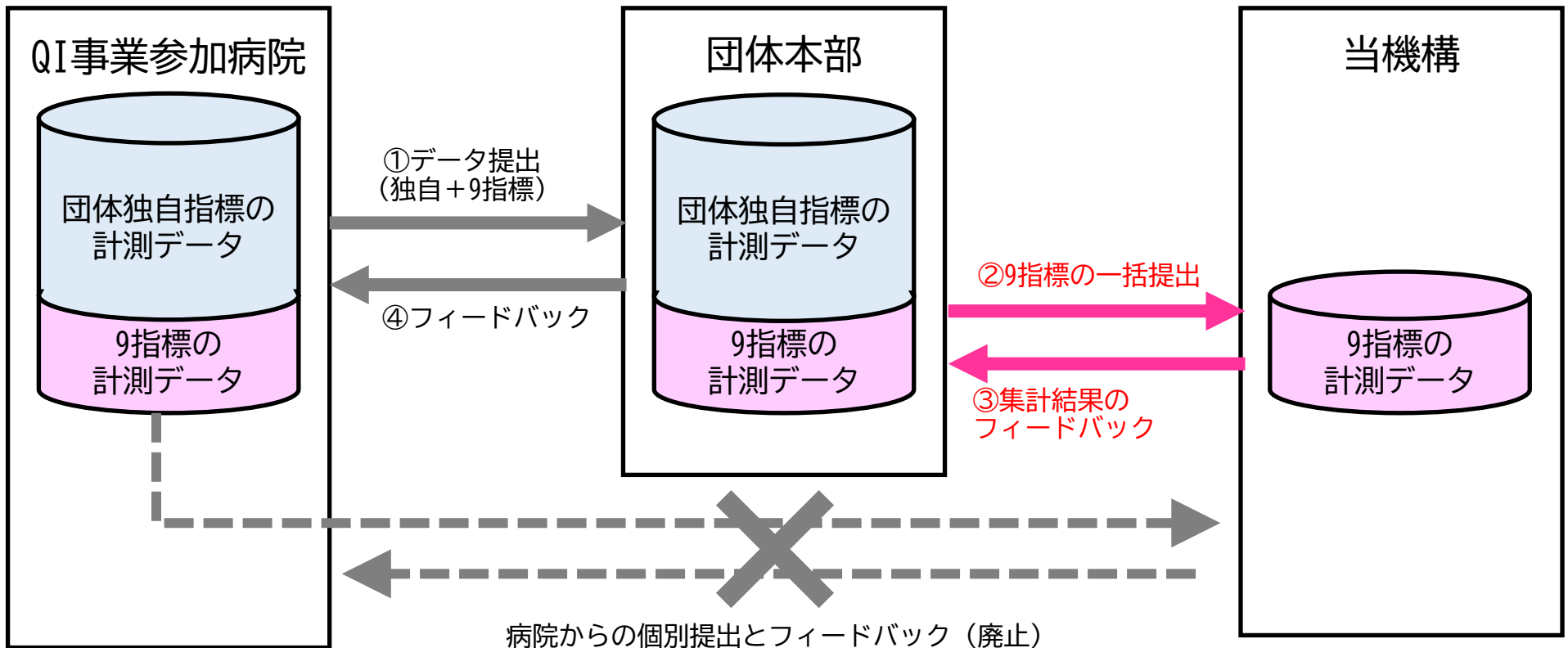
提案2：9指標データの集約による全国規模での有効活用

- DPC制度に準拠する9指標に関して、全国規模での有効活用を図るため、当機構にもデータをご提供いただくことを提案します。
- これによって、貴団体はこれまで培ってこられたご知見を、より専門性の高い独自指標の運用や、QI事業参加病院への改善支援に注力いただくことができます。
- ※ 9指標に限った提案であり、その他の独自指標に関与するものではありません。

目的	各団体の独自性を尊重しつつ、全国規模のデータ基盤を構築する。
内容	<ul style="list-style-type: none">▶ 9指標 → 当機構にデータ集約（病院団体本部経由の一括提出方式）▶ 各団体独自指標 → 引き続き各団体で運用
連携方法	9指標の集計結果は当機構から各団体へフィードバック
効果	<ul style="list-style-type: none">▶ 団体の枠を超えて9指標に関する全国データベースを構築できます。▶ 当機構からの全国集計結果と貴団体の専門的な視点を組み合わせ、参加病院により高度な分析を提供できます。▶ 各団体は独自指標や改善支援など、より専門性の高い業務に注力できます。

データ授受方法 (イメージ)

- 9指標の計測データは、病院団体でお取りまとめいただき、一括して当機構に提出いただく方を想定しています (一部団体で運用中)。
- 当機構では全国規模で集計を行い、集計結果を貴団体にフィードバックします。



→ 既存フロー

- - - 廃止フロー

→ 新規フロー案

全国の病院で共通に計測が求められる指標(9指標)

指標名	分子	分母	データソース*1
医療安全			
1 転倒・転落発生率	退院患者に発生した転倒・転落件数 転倒・転落の発生件数	退院患者の在院日数の総和 入院患者延べ数	DPC[様式1] DPC[様式3] / SV*2
2 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	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・転落の発生件数 インシデント影響度分類レベル 3b以上の転倒・転落の発生件数	退院患者の在院日数の総和 入院患者延べ数	DPC[様式1] DPC[様式3] / SV*2
3 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 [様式1, EFファイル]
感染管理			
4 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[EFファイル]
5 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 [様式1, EFファイル]
6 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	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	DPC[様式3] / SV*2
ケア			
7 d2（真皮までの損傷）以上の褥瘡発生率	除外条件に該当する患者を除いた褥瘡（d2（真皮までの損傷）以上の褥瘡）の新規発生患者数	退院患者の在院日数の総和 除外条件に該当する患者を除いた入院患者延べ数	DPC[様式1] DPC[様式3] / SV*2
8 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	分母のうち、入院後48時間以内に栄養アセスメントが実施された患者数	65歳以上の退院患者数	DPC[様式1] / SV*2
9 身体的拘束の実施率	分母のうち、身体的拘束日数の総和	退院患者の在院日数の総和 入院患者延べ数	DPC[様式1] SV

*1：データソース：当該指標の計測に必要な診療情報。DPCやサーベイランスデータが該当する。

*2：SV(サーベイランスデータ)：診療記録(電子カルテや看護記録など)や独自調査などのデータを想定。

各団体へのご相談状況

- 本提案について、各団体によるご協力のもと、協議会委員の先生方および理事長など代表の方々とのご相談を進めている。
- 本件は全国で共通に計測が求められる質指標の標準化・普及を図る国からの提案をふまえて対応している。趣旨をご理解いただき、前向きにご検討をお願い申し上げます。

<9/11時点のスケジュール>

団体名	ご相談日（予定含む）	対応状況
恩賜財団済生会	8月13日（水） ※事務局へのご説明	済
	9月4日（木）	済
全国自治体病院協議会	9月8日（月） ※事務局へのご説明	済
地域医療機能推進機構	9月11日（木）	済
日本赤十字社	9月17日（水）	

[参考]各団体における提案への対応状況

提案1(DPC制度に準拠した9指標の定義・手順への統一)に対応	全国自治体病院協議会、全日本病院協会、地域医療機能推進機構、日本赤十字社
提案2(計測データの一括集約)に対応	恩賜財団済生会、労働者健康安全機構
検討中	国立病院機構、全日本民医連

3. 医療の質可視化プロジェクトについて

25年度 医療の質可視化プロジェクトの概要

目的	<ul style="list-style-type: none"> 継続的な計測活動により、時系列変化や他施設比較を通じて質改善活動の契機とする。 診療報酬制度に準拠した9指標の検証をおこなう。 								
対象病院	医療の質指標を用いた計測に関心のある全国の病院(各団体のQI事業に参加する病院を含む)								
	[募集目標数] 700病院	[募集期間]	5/1～11/30						
実施期間	2025年6月2日～2026年3月31日								
使用指標 (9指標)	<p><i>9指標は昨年度の計測実績をひまえ、診療報酬制度に準拠した定義・計測手順で運用する。</i></p> <table border="1"> <tr> <td>①医療安全</td> <td>転倒・転落(件数)、転倒・転落(3b以上)、肺塞栓の予防(リスクレベル「中」以上)</td> </tr> <tr> <td>②感染管理</td> <td>血培2セット、広域抗菌薬使用時の細菌培養、予防的抗菌薬投与</td> </tr> <tr> <td>③ケア</td> <td>褥瘡発生(d2以上)、入院早期の栄養アセスメント(65歳以上)、身体的拘束</td> </tr> </table>			①医療安全	転倒・転落(件数)、転倒・転落(3b以上)、肺塞栓の予防(リスクレベル「中」以上)	②感染管理	血培2セット、広域抗菌薬使用時の細菌培養、予防的抗菌薬投与	③ケア	褥瘡発生(d2以上)、入院早期の栄養アセスメント(65歳以上)、身体的拘束
①医療安全	転倒・転落(件数)、転倒・転落(3b以上)、肺塞栓の予防(リスクレベル「中」以上)								
②感染管理	血培2セット、広域抗菌薬使用時の細菌培養、予防的抗菌薬投与								
③ケア	褥瘡発生(d2以上)、入院早期の栄養アセスメント(65歳以上)、身体的拘束								
計測対象期間・ データ提出	[計測対象期間]	[提出期限]	[フィードバック]						
	24年10月1日-12月31日[3か月]・25年1月1日～3月31日[3か月]	25年7月31日	25年9月中旬						
	25年4月1日-5月31日[2か月*1]・6月1日-9月30日[4か月*1]	26年1月16日	26年2月中旬						
	<i>*1: 25年度DPCの評価・検証等に係る調査(退院患者調査)におけるデータ提出スケジュールに準拠した期間</i>								
主なフィード バック内容*2	<p>① 集計結果報告書: 病床規模別(200床単位)・データソース別(様式1/様式3/サーベイランス)に計測値の分布を棒グラフで示す。</p> <p>② 層別集計表: 属性*3(地域, 開設主体, DPC参加状況等) 別に基本統計量(平均値, 四分位数など)を掲載</p> <p><i>*2: 上記①②は昨年度に引き続き、本事業オフィシャルサイトに公表するが、今年度より協力病院には別途、個別に自院の位置が一目でわかるハイライト機能付のデータをフィードバックする予定である。</i></p> <p><i>*3: 協力病院からの要望を受け、新たな集計軸として「主たる病院機能(急性期, 慢性期, 回復期など)」を設定する (詳細は#29)。</i></p>								

25年度プロジェクト申込状況[概要](9/11時点)

- 9/11時点で、559病院より申込をいただいている。このうち、約半数(290病院, 51.9%)の病院はプロジェクト開始当初の22年度より4年連続で参加いただいております、プロジェクトが目指す継続的な計測・改善活動が定着しつつあると推察する。
- なお、9指標は診療報酬制度に導入されているため、DPC対象病院*(25年6月1日時点で1,761施設)を中心に、更なる周知を図る。なお、当該病院の約25.7%(452病院)が25年度プロジェクトに参加している。
 - *DPC対象病院：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。
- 将来的には全国の病院が医療の質指標を活用することを目指し、多様な医療機関の特性に配慮した運用を工夫する。

参加歴	件数	%
参加歴あり	486	86.9
4年連続参加	290	51.9
今回が3回目(非連続含む)	103	18.4
今回が2回目(非連続含む)	93	16.6
新規参加	73	13.1
合計	559	100.0

DPC参加状況

	新規	参加歴あり		合計
		4年連続		
DPC対象病院(N=452)				
大学病院本院群	0	28	18	28
特定病院群	5	67	49	72
標準病院群	53	299	169	352
準備病院	4	8	5	12
データ提出加算取得病院	9	76	43	85
該当なし	2	8	6	10

73 486 290 559 28

25年度プロジェクト申込状況[詳細](9/11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	4年連続			新規	参加歴あり	4年連続		新規	参加歴あり	4年連続							
北海道・東北	10	46	31	56	国	8	107	81	115	99-	3	23	16	26	特定機能病院	0	34	23	34
関東	21	168	94	189	公的医療機関	36	130	75	166	100-199	27	114	62	141	地域医療支援病院	25	225	147	250
中部・北陸	9	62	44	71	社会保険関係団体	1	9	5	10	200-299	10	68	33	78	それ以外	48	227	120	275
近畿	11	75	44	86	医療法人	19	142	73	161	300-399	18	76	40	94					
中国・四国	5	62	41	67	個人	0	1	1	1	400-499	8	72	42	80					
九州・沖縄	17	73	36	90	その他	9	97	55	106	500+	7	133	97	140					
	73	486	290	559		73	486	290	559		73	486	290	559		73	486	290	559

e. 主たる病院機能【新規追加】	f. 診療報酬加算取得状況			合計	(医療安全対策加算)	f. 診療報酬加算取得状況			合計	(感染対策向上加算)	f. 診療報酬加算取得状況			合計	(褥瘡ハイリスク患者ケア加算)	f. 診療報酬加算取得状況			合計
	新規	参加歴あり	4年連続			新規	参加歴あり	4年連続			新規	参加歴あり	4年連続			新規	参加歴あり	4年連続	
急性期	41	281	170	322	加算1	61	397	244	458	加算1	51	349	216	400	加算あり	33	282	179	315
回復期	1	26	16	27		11	72	38	83		加算2	15	76	42		91	該当なし	40	204
慢性期	0	10	4	10	加算2	1	17	8	18	加算3	7	47	26	54					
急性期+回復期	22	118	69	140		該当なし						該当なし	0	14	6	14			
急性期+慢性期	4	22	13	26															
回復期+慢性期	2	15	9	17															
精神科医療	3	5	2	8															
その他	0	9	7	9															
	73	486	290	559		73	486	290	559		73	486	290	559		73	486	290	559

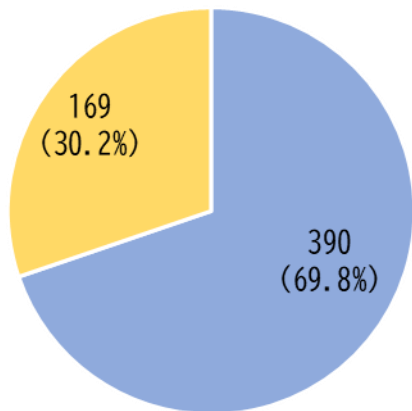
続き)

	協力団体等の QI事業に 参加		協力団体等の QI事業に 未参加		計		
新規(今年度初参加)	52	13.3%	21	12.4%	73	13.1%	
参加歴あり	4年連続参加	226	57.9%	64	37.9%	290	51.9%
	上記以外	112	28.7%	84	49.7%	196	35.1%
計	390	100.0%	169	100.0%	559	100.0%	

169

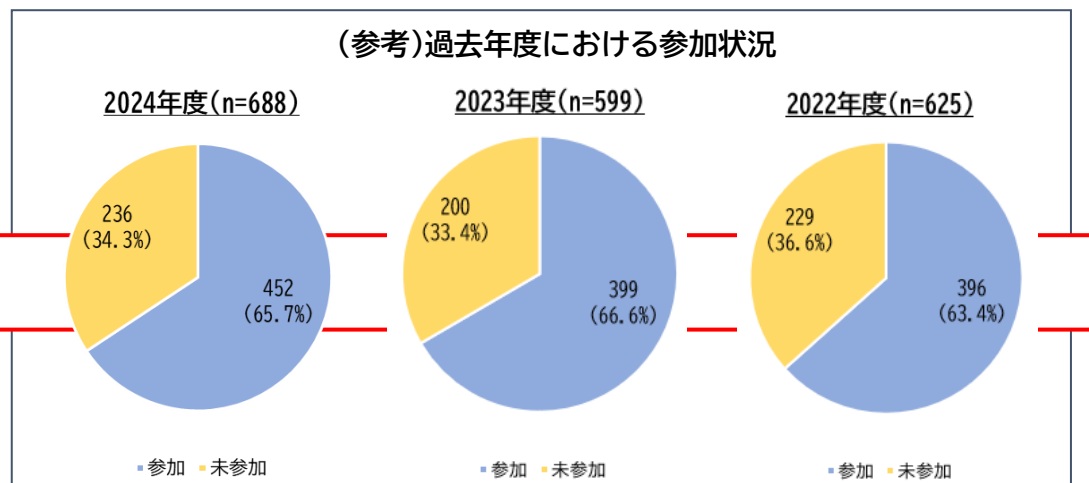
本プロジェクトを通して初めてベンチマーク評価に参加したと想定される病院

2025年度(n=559；9/11時点)



■ 参加 ■ 未参加

(参考) 過去年度における参加状況



■ 参加 ■ 未参加

■ 参加 ■ 未参加

■ 参加 ■ 未参加

進捗状況(9/16時点)

- 概ねスケジュールどおりに進行しており、本会に諮った後に協力病院へ集計結果報告書【速報版】を配布する(#3-2；参考1-1,1-2)。また、前述のとおり保守作業に参考となるアンケートを実施し、現場の意見を収集した(#4)。
- なお、9指標の提出・公表はDPC機能評価係数Ⅱで評価されるが、「令和7年度 病院情報の公表」(8/25掲載)にて、具体的な集計条件と公表手順が示された。

[参照]厚生労働省【「病院情報の公表」に関する資料】2025年8月25日

#	プロジェクトの流れ	日程(予定)	備考
1	申込受付	5/1～11/30	引き続き、昨年度までのプロジェクト協力病院のうち今回未申込の病院や、DPC対象病院などを対象に広報を実施予定
2	計測手順書・別表の掲載	5/16	各指標1種類の手順を選択のうえ計測いただける工夫として、指標別・データソース別に計測手順書を分割した。
3-1	計測・データ提出(1回目)	～7/31	計測対象期間：24年10月～25年3月
3-2	「集計結果報告書(速報版)」の配布	9月中旬	参考1-1(報告書)、参考1-2(層別集計表)
4	保守作業に参考となるアンケート	8～9月	現場からの意見収集を目的とする。回答数：187件
5-1	計測・データ提出(2回目)	10月中旬～1/16	計測対象期間：25年4月～9月
5-2	「集計結果報告書(確定版)」の配布・公表	26年2月中旬	
6	9指標を活用した質改善活動の普及啓発	未定	

集計結果報告書【速報版】について

- 2回のデータ提出のうち、初回の期限は7月31日であった。今回のデータ提出率※は77.4%(521病院中403病院)であり、例年よりやや高い。申込数の約8割に参加歴があることや、DPC対象病院の約9割が国の定める集計条件(プロジェクトの計測手順に準拠)に対応している現状から、院内における計測体制の整備が徐々に進んでいると期待される。
※11月末まで申込を受け付けているため、暫定的に提出期限時点(7/31時点)の申込数を母数とする。
- なお、一部団体では本部にて各所属病院のデータを集約のうえ提出いただいた。
- また、昨年度と同様に【速報版】は暫定的な内容であるため、関係者内の共有に留め、年度末に作成予定の【確定版】を公表する。

申込数(7/31時点)			データ提出病院数(1回目)		
参加歴あり	456	(87.5%)	361	(79.2%)	
新規(今年度初参加)	65	(12.5%)	42	(64.6%)	
計	521	(100.0%)	403	(77.4%)	

*[参考]初回提出率の推移

22年度79.3%(287/362)→23年度70.8%(358/506)→24年度74.8%(359/480)

検討事項：「主たる病院機能」の結果表示方法

- 「同じ機能の病院同士で比較したい」という病院の要望を受けて、「主たる病院機能」を集計軸に新設したが、集計の結果、一部の病院機能で集計施設数が10未満となった(参考1-2)。
- 原則、集計施設数が10未満の場合、個別病院の特定に配慮し、統計量をすべて非表示としている。
- ただし、病院からの要望に応えるために新設した項目なので、何らかの工夫で現状を可視化できる結果の表示方法があれば検討したく、事前にQI標準化・普及部会の部会員より結果の表示方法についてご意見をいただいた。また、サンプルとして一部指標の計測結果を機能別に箱ひげ図で示している(参考1-3)。
- ついでには、部会員のご意見や実際のデータ分布等をふまえ、「主たる病院機能」の結果表示方法をご検討いただきたい。

[参考]標準化・普及部会からの意見と対応案

	事務局案	各案に関する部会員からのご意見	対応案
案1	特別扱いせず、非表示のままにする。	案1が良い(3名)。	【修正案①】案1を採用する。
案2	設定した病院機能(8分類)を丸めて表示する。 ■現在の分類 ①急性期、②回復期、③慢性期、④急性期+回復期、 ⑤急性期+慢性期、⑥回復期+慢性期、⑦精神科、 ⑧その他 ■丸め方(案)…主な機能に集約 『急性期(①+④+⑤)』, 『回復期(②+④+⑥)』, 『慢性期(③+⑤+⑥)』, 『精神科』, 『その他』	<ul style="list-style-type: none"> • 病院のニーズにも応え、現実的だと思う。 • 非表示を可能な限り少なくする点ではよいが、急性期のデータに回復期や慢性期のデータが混在すると、適切な結果を表せるのか疑問である。 	実際に、箱ひげ図で機能別のデータ分布を並べたところ、分布にばらつきがある。そのため、誤った解釈を避ける丸め方を検討する必要がある。
案3	原則を変えて、施設数10未満でも統計量を表示する。	非表示の下限値を再検討してはどうか(4名)。 : 5未満にすれば、秘匿性を担保できるのではないか(NDBは3未満を非表示)。 : $5 \leq n < 10$: 統計値は中央値のみ、またはIQRまでとして、最小や最大は表示しない。	集計軸が細かいほど10未満となる可能性が高いため、実際のデータ分布をふまえ、 <u>匿名性担保のための適切な下限値を今後の検討課題とする。</u>
案4	案1~3以外	<ul style="list-style-type: none"> • 統計量のみの表記は分布状況が理解できず現状把握にはあまり意味がない。 • 特定の群のみ+全体の結果を示すと、群内比較と全体における位置が把握できると考える。 例：全体を白抜き、特定の群を色付きで表示。 • ある機能の値が悪いなどの誤った解釈を避けるためにも、実際の分布を確認したうえで結果の示し方を検討すべきである。 	【修正案②】「主たる病院機能」は層別集計表から削除し、箱ひげ図でデータ分布を示す。 なお、その際、結果解釈時の留意点（施設数が少ない場合、計測の精度が一定していない、病院によって機能の捉え方や患者特性が異なることなど）を明記する。

4. その他

患者中心ケアの可視化に向けた検討結果について

患者中心ケアの可視化に向けた検討結果について

- 本事業では、医療の質の重要な要素である「患者中心ケア」の可視化について、複数年度にわたり継続的な検討を行ってきた。検討の成果として、患者経験調査実施マニュアルを作成し、前回の協議会において承認いただいた。
- この成果物については、当初、速やかに公表することとしていたが、機構内の関連事業との整合性を総合的に検討した結果、公表方法について慎重に検討・調整することとした。
- 患者経験調査は、患者中心ケアを多面的に評価する重要なツールの一つであることから、医療機関での利便性を考慮し、検討成果をマニュアルの形式で取りまとめていた。一方で、医療の質向上に関する検討成果を適切に記録し、検討過程の透明性を確保することも本事業の重要な役割であるため、患者中心ケアの可視化検討報告書（参考2）として位置づけることとした。