

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23回 運営委員会 (医療の質向上のための協議会)

2026年3月9日(月)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	
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	(委任状)	
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	
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	出	
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	の場 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
----	-------	-----------------------	---	-----

厚生労働省医政局総務課(敬称略)

17	九十九 悠太	保健医療技術調整官	欠	
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	東 尚弘	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 課長代理	出	
28	浅野 由莉	評価事業推進部 主任	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
2. 医療の質可視化プロジェクトについて
3. 2026年度事業計画案
4. 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：指標別検討

1-1. 選定した指標の保守に関する検討

保守に関する整理と今年度の作業方針

- 昨年度定めた保守の枠組みに基づき、今年度から実施に移る。
- 今年度は新たに「**指標特性の再評価**」に取り組む。計測実績のある3指標を先行し、1指標でプロセスを確立する。

○ 保守に関するこれまでの整理

項目	内容
指標の保守とは	質指標の計測の根拠や計測に必要な情報が最新に保たれているかを定期的に確認し、その結果に基づき質指標の改廃や定義・計測手順の修正などを行うこと。（医療の質指標基本ガイド）
保守の目的	① 計測情報の更新（マスターデータの更新等） ② 指標特性の再評価 （定義や計測手順の修正要否の評価）→変更時は厚労省に連携 ③ 緊急保守（患者リスクが想定される場合の速やかな対応）
保守の判断基準	「質改善に資する指標の要件」を使用（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）
作業の流れ	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・判断（継続・修正・削除） → ④ 保守作業 → ⑤ 運用

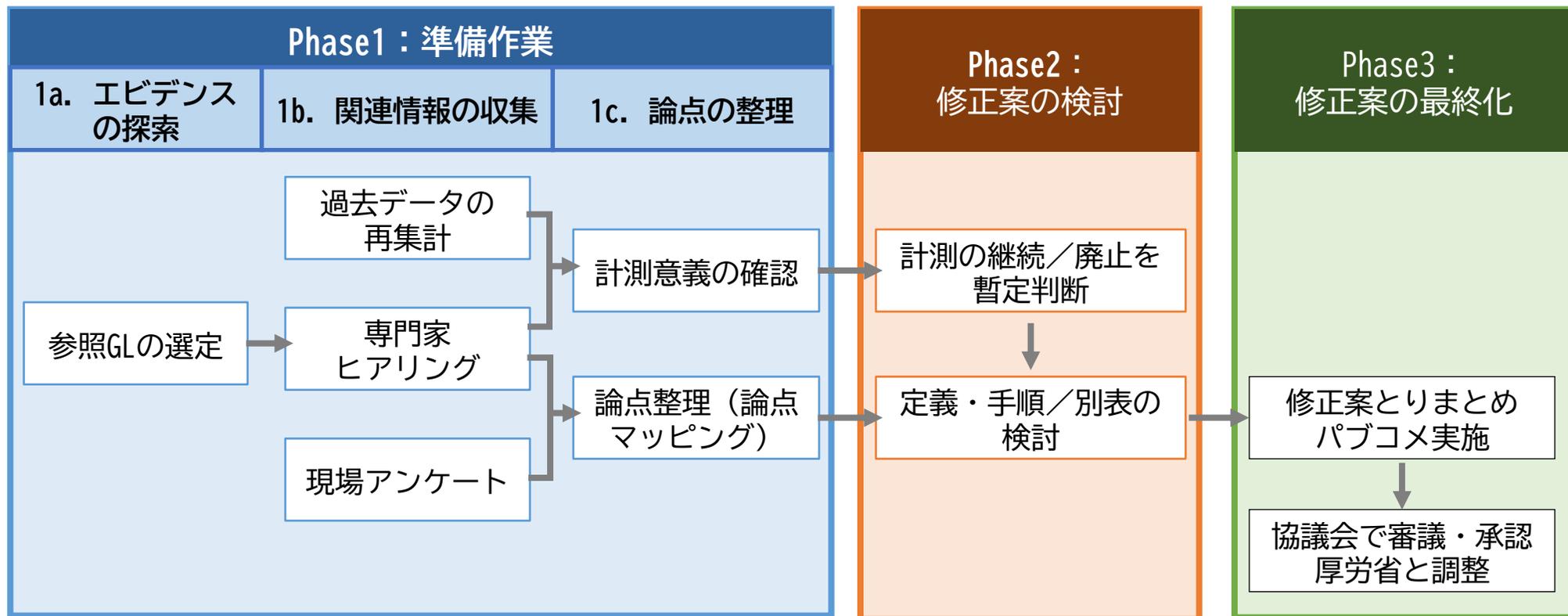
○ 今年度の対象指標と作業方針

指標ID	指標名	今年度の対応
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	モデルケースとして検討
IFC-01	血液培養2セット実施率	今年度着手。次年度以降継続
IFC-02	広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培養実施率	今年度着手。次年度以降継続

※ 残り6指標（9指標中）は次年度以降に順次着手する。

指標保守の進め方について

- 全体の作業はPhase1（準備作業）→ Phase2（修正案の検討）→ Phase3（修正案の最終化）の順で進める
- 詳細な手続きについては、各フェーズで部会からのご意見を踏まえながら都度確認・調整を行う



※ 部会からの主な指摘事項：
学会・専門家との連携のあり方、プロジェクト未参加病院を含む全国データの収集体制、COI管理、用語の統一など

指標保守の進捗状況

- 今年度3指標の保守作業を遂行するために、1回の部会で複数の指標を検討することを想定していたが、論点の拡散を防ぎつつ、各指標の検討を深めるためには検討対象の指標を限定することが望ましいと考える。
- そこで今年度は最初の1つの指標をモデルとしての検討し、保守作業の検討の流れを確立することを目標にした。

	~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)						指標保守検討経過の報告 (3/9)
部会・WG	作業方針の検討 (6/5)		進め方の確認、個別指標 (MSM-03) の検討 (10/27)	進め方の確認、個別指標 (MSM-03) の検討 (11/14)		個別指標 (MSM-03) の検討 (1/19)		
事務局	<ul style="list-style-type: none"> ・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						

1-2. 指標別検討

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

Phase1：準備作業

- Phase1a：参照ガイドラインの選定
- Phase1b：インプット情報の収集
- Phase1c：論点の整理とPhase2への準備

Phase2：修正案（方針案）の検討

Phase3：修正案の最終化

対象指標の概要 (MSM-03)

- 手術を受けた退院患者のうち、肺血栓塞栓症発症リスクが「中」以上と判定された患者を対象とする（対象手術は別表で定義）。
- 予防対策の適用は①肺血栓塞栓症予防管理料の算定または②抗凝固薬（別表）の使用で判定しており、これらの定義が検討の焦点となる。

(指標名)

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

	指標定義	詳細	
分母	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	対象母集団	▶ 計測対象期間に退院した患者
		分母適用条件	▶ 危険因子の手術リスト（別表 MSM-03-s）に該当する手術名がある患者。 ▶ <u>区分1は15歳以上の患者、区分2は40歳以上の患者を対象とする。</u>
		分母除外条件	▶ <u>入院時年齢が15歳未満の患者を除外</u>
分子	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	分子適用条件	▶ 以下のいずれかに該当する患者： (ア)肺血栓塞栓症予防管理料の算定があった患者、 (イ)抗凝固療法が行われた患者（抗凝固薬リスト（別表 MSM-03-y）の薬剤が用いられたもの）が行われた患者
		分子評価期間	▶ 当該入院期間中の予防対策実施を評価

参考1-1_MSM-03_計測手順書.pdf

参考1-2_別表MSM-03-s_肺血栓塞栓症のリスクレベル「中」以上の手術リスト.pdf

参考1-3_別表MSM-03-y抗凝固薬リスト.pdf

[Phase1a] 参照ガイドラインの選定 参照ガイドラインの選定について (MSM-03)

これまで参照していた診療ガイドラインの最新版を、暫定的に主要な参照ガイドラインとし、関連する他のガイドラインは必要時に参照することとした。

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

参照	診療ガイドライン名	作成者	発行年	Minds掲載状況	形式入手状況
○	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	日本循環器学会、日本肺高血圧・肺循環学会、日本肝臓学会日本胸部外科学会、日本呼吸器学会、日本小児循環器学会日本静脈学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本成人先天性心疾患学会、日本脈管学会、日本リウマチ学会、厚生労働省難治性疾患等政策研究事業「自己免疫疾患に関する調査研究」班、厚生労働省難治性疾患等政策研究事業「難治性呼吸器疾患・肺高血圧症に関する調査研究」班	2025	Minds掲載なし	PDF 入手済
	静脈疾患における圧迫療法ガイドライン2025	日本静脈学会	2025	Minds掲載なし	PDF 入手済
	症候性静脈血栓塞栓症予防ガイドライン	日本整形外科学会	2017	Minds掲載なし	書籍 未入手

○…これまでの参照ガイドラインの最新版

※ 参考1-4_JCS2025_肺血栓塞栓症診療ガイドライン(https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2025/03/JCS2025_Tamura.pdf)

1. 専門家ヒアリング概要 (MSM-03)

参照ガイドラインの作成代表者を対象に、専門家ヒアリングを実施した。その内容を「計測意図」「定義・手順」に整理した。

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

① 計測意図に関するコメント

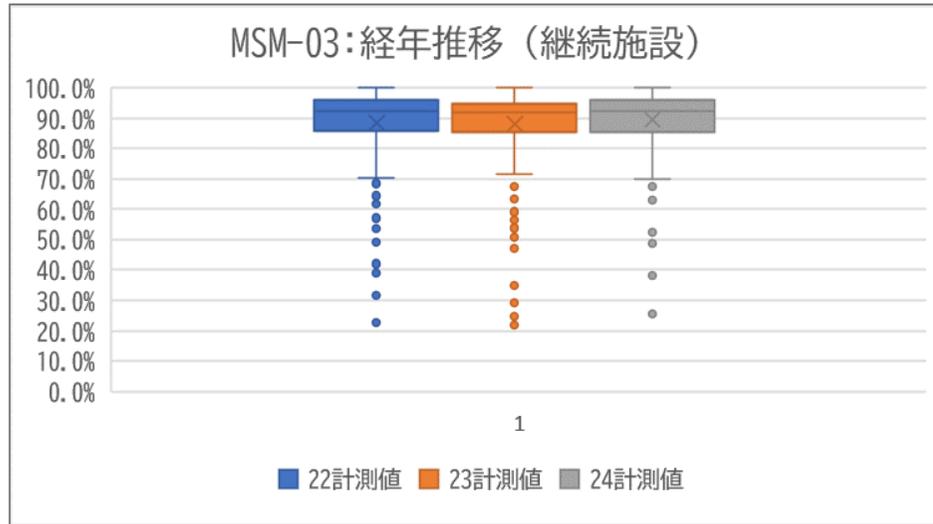
- ▶ 全施設が100%ではない中で、実施率を示すことは医療的に意味がある。
- ▶ 実施率が低い施設への改善への動機付けとなり、目指すべき目標を示すものとなる。
- ▶ 診療ガイドライン作成側への実施率データのフィードバックは非常に有益である。

② 定義・手順に関するコメント

- ▶ リスク分類について：
 - ・ がん化学療法、VTE 既往、血栓性素因はハイリスクとして認識することが推奨される。
- ▶ 術式・診療科について：
 - ・ 腹部手術と整形外科・脳外科手術で分けて考える必要がある（リスクのありようが異なるため）。
 - ・ 腹腔鏡下手術と従来の開腹手術でリスクに違いはなく、同じリスクとして取り扱うべきである。
- ▶ 対象患者について：
 - ・ 小児はリスクが極めて低い。
- ▶ 予防法について：
 - ・ 中リスク以上の全患者に抗凝固療法を求めるのは過剰である。
 - ・ ワルファリンは（腎機能低下例の代替として）薬剤リストに含めることは適切である。
- ▶ 投与時期について：
 - ・ （実態として）薬剤開始は、手術翌日から翌々日が標準的である。
 - ・ 手術前の投与や術後10日以降の開始、退院時処方、予防目的ではない可能性が高い。
- ▶ 今後の詳細評価について：
 - ・ 「適切な実施」まで評価する（＝精度を上げる）なら、エビデンスが明確な整形外科の股関節・膝関節手術に限定し、投与時期・期間を評価するのが有効である。
 - ・ 内科入院患者（長期臥床の高齢肺炎等）は高リスクだが対策不十分であり、今後の重要な介入対象領域である。

[Phase1b] 2. 過去データの再集計結果 継続参加施設の経年推移 (MSM-03)

○ 継続参加施設の計測データを再集計し、全体傾向や経年推移を把握した。



	2022	2023	2024
施設数	262	262	262
平均 (施設ベース)	88.3%	87.9%	89.4%
標準偏差	12.5%	12.9%	10.1%
最大値	100.0%	100.0%	100.0%
75%値	96.1%	94.8%	95.8%
中央値	92.1%	91.7%	92.2%
25%値	85.9%	85.3%	85.6%
最小値	22.7%	21.8%	25.4%
四分位範囲	10.2%	9.5%	10.2%
最大値(100%)に達した施設数	28	29	29

1. 全体傾向

- 中央値は3年間で約92%前後と高水準を維持しており、四分位範囲は約10%で安定している。このことから、全体として高い実施率を保ちながらも、施設間の分布構造は大きく変化していないことが分かる。
- 平均値と中央値の差が小さく、分布の形状は3年間を通じておおむね安定していると考えられる。

2. 潜在的な天井効果

- 指標分布を見ると、中央値が約92%、75パーセンタイル値が約95%、最大値が100%であり、上位25%の施設が上限近くに集中している。これは、上位群の値が接近し、施設間差が小さく見える天井効果の特徴を示している。
- また、本指標は医学的理由による未実施を除外していないため、理論的な最大値は100%より小さい可能性がある。したがって、見かけ上の分布以上に、実際には天井効果が強く働いている可能性がある。

3. 弁別力の評価

- 下位施設では20~30%台の値が見られるため、依然として高業績施設と低業績施設を区別できる弁別力を保っていると考えられる。
- 一方で、上位群では理論的上限に近づくにつれて改善幅が小さくなり、上位施設間の差が捉えにくくなっている。

[Phase1b] 2. 過去データの再集計結果 指標のライフサイクル評価案 (MSM-03)

- 本指標の現状を指標のライフサイクル区分案に当てはめると「b. 成熟・安定期の指標」と位置付けられるのではないか。
- したがって、下位施設の状況把握や改善促進、上位施設は維持確認を中心に解釈することとしてはどうか。

判断基準	本指標の現状
1. 分布の広がり集中度	中央値92%、75%値95%、最大100%で、上位群が上限近くに集中している。分布の広がり縮小傾向。上位層の改善余地は小さく、飽和段階。
2. 低水準施設の残存	実施率20～30%台の施設が毎年一定数存在している。下位層の把握・改善促進の機能がある。
3. 中央値・75%値の推移	3年間での推移は安定しており（横ばい～微増）、改善はおおむね達成、維持期にある。
4. 指標としての実務的意義	医学的理由を除外していないため、上位層の差は臨床的意味が薄い。改善促進よりも維持・逸脱監視向き。
5. 全国普及への寄与	継続参加施設は高水準であるが、262施設の限定的な結果である。参加施設の高水準は、未参加施設に「標準的水準」を示す指標として有用である。



指標のライフサイクル区分案	状況の特徴	取扱いの方向性（例）
a. 改善途上の指標	分布のばらつきが大きく、中央値・上位層にも改善余地あり	引き続き詳細分析・改善促進を目的として扱う
b. 成熟・安定期の指標	中央値・75%値が高く、上位は飽和。下位施設が一部残存	計測を継続しつつ、下位施設は状況把握と改善促進、上位施設は維持確認を中心に解釈する
c. 飽和・定着した指標	全体が高水準で安定し、低水準施設もほとんど存在しない	計測の縮小・休止を検討する。必要に応じて後継指標や改訂版への移行を検討する。

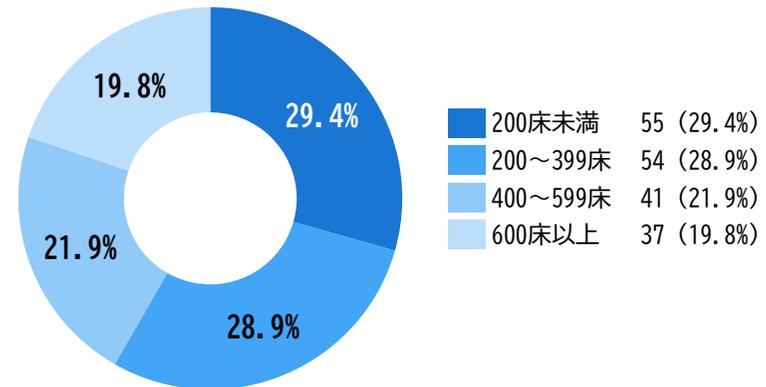
3. 現場意見アンケートの概要

保守対象指標の定義や計測手順に対する意見・要望を把握するために、現場意見アンケートを実施した。

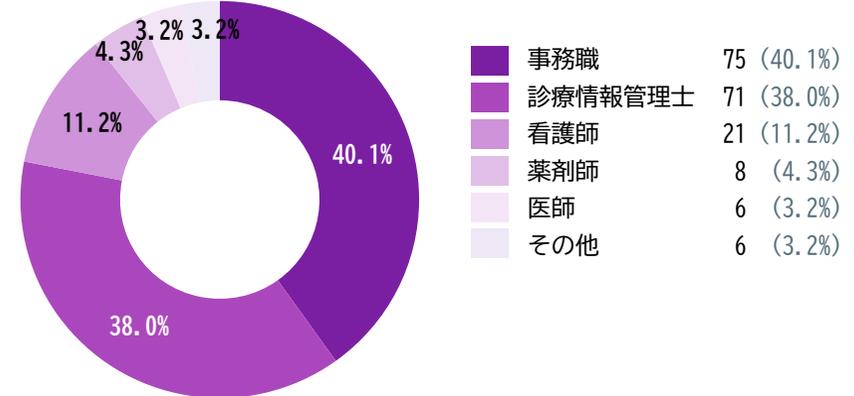
○ 調査概要

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 (プロジェクト主担当者宛に依頼)
期間	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
設問	指標ごとに、定義・計測手順の見直し可否、改善点・要望、計測所要時間等
回答数	187件

病床規模 (N=187)



職種 (N=187)



※ 参考1-6_MSM-03_現場アンケート.pdf

※ 診療情報管理士・事務職で全体の約8割。計測・データ抽出を担う現場の声を反映。

[Phase1b]

現場アンケート：主な意見 (MSM-03)

MSM-03に寄せられた定義・計測手順に関する主な意見を、カテゴリ別に整理した。

分母定義に関する意見

- 分母が退院患者数になっていることに違和感がある。EFファイルを使えば手術患者ベースで計測できるのではないか
- リスクレベル「中」以上の手術のみに限定しているが、GLでは患者状態に応じた総合的評価（Paduaスコア等）を推奨しており、手術リストだけでは不十分ではないか
- 手術リストの術式が少なすぎる。ロボット手術が含まれていない
- 肩や抜釘など予防管理料が査定される術式は除外が必要ではないか
- GLの40歳区分と定義上の15歳以上の整合性を見直すべきではないか

分子定義に関する意見

- 予防管理料の算定は、リスク評価＋予防対策の実施が要件であり、実際の予防対策件数と算定件数には乖離があるのではないか
- 弾性ストッキング使用等で実際に予防していても、手術により保険上査定され算定できない事例がある
- 算定情報から評価するのが正しいのか、様式1で予防実施有無を調査する方法も選択肢にしてはどうか
- 管理料算定のみを対象とし、薬剤からの測定は不要ではないか

計測手順に関する意見

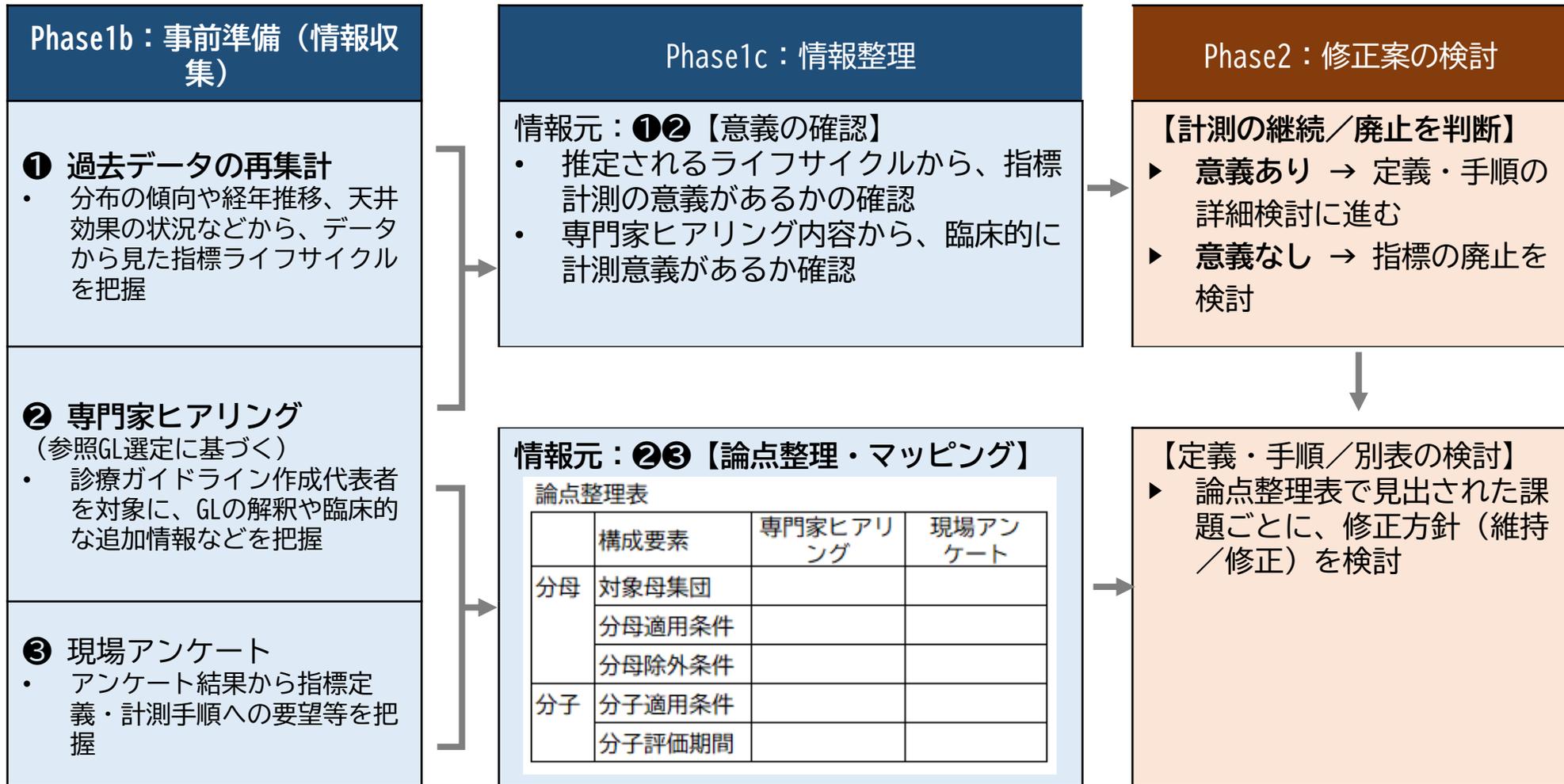
- DPCデータから自動算出されるツールを提供してほしい（7件）
- 手術リストの区分1と区分2で年齢条件が異なり、抽出作業が煩雑である
- 分母の対象期間が手術日基準か入院期間基準か明確でない
- 薬価基準コードに無関係な処方が含まれるため、裁量不要な手順にしてほしい

その他

- 病院情報の公表制度と定義が合致していない（除外条件・計測期間）ので揃えてほしい
- 参照ガイドライン（日本循環器学会）が2025年版に更新されていない

[Phase1c] 論点の整理とPhase2への準備

事前準備で収集した情報を整理し、「意義の確認」「論点整理」を行い、具体的な検討に供した。



【Phase1c】 論点整理とPhase2への準備 論点整理表の作成 (MSM-03)

イメージ

専門家ヒアリングや現場の意見を指標の要素に紐づけて、論点を整理した (マッピング)

構成要素	現行定義・条件	論点	専門家ヒアリング	現場の意見
対象母集団	計測対象期間に退院した患者	TP-01：対象患者の範囲設定の妥当性	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 予防対象患者では入院中に開始されるため「入院期間中」という定義は適切である【Hearing p. 4】 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 分母が退院患者数になっていることに違和感を感じる。 ▶ 分母は退院患者だが、EFファイルであれば、退院日を危惧することなく、肺血栓塞栓症発症レベル「中」以上の手術を施行した患者で計測できる。その期間で実際行われた手術が対象となり、管理料の算定月日も同じ期間内であると推測できる。退院患者にこだわる理由が知りたい。
分母適用基準	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患者	Dinc-01：VTEリスク分類の枠組み	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 2017年版から2025年版の診療ガイドラインへの改定において、基本的なリスク分類の枠組みに変更はない。低・中・高・最高の4段階分類が継続されている【Hearing p. 1】 ▶ がん化学療法：化学療法を受けている患者は通常よりも血栓リスクが高いため、ハイリスク患者として認識することが推奨される【Hearing p. 1】 ▶ VTE既往：VTE既往のある患者は相当ハイリスクである。外来での病名で特定することができれば、がんの既往よりもはるかに高いリスクとして評価される【Hearing p. 1-2】 ▶ 血栓性素因：日本人の場合、アンチトロンビンⅢ欠乏症、プロテインC欠乏症、プロテインS欠乏症、抗リン脂質抗体症候群のいずれかの病名が該当する。抗凝固療法を施行されてこれらの病名がついている場合は血栓性素因である可能性が極めて高い【Hearing p. 2】 	リスクレベル「中」以上の手術のみに限定されているが、循環器学会ガイドラインでは手術の有無のみだけでなく、患者の状態に応じて総合的に評価したうえで肺塞栓予防の実施が推奨されている。paduaスコアなどで評価した患者を分母とすると、予防対策が必要な患者が含まれるのではないかな？。
...

[Phase2修正案の検討] MSM-03 検討結果の概要

論点整理表で抽出された諸課題を以下の5点に整理した。これらの課題を部会で検討した結果、4課題は現状維持、1課題（手術リスト）は継続検討とした。

No.	検討課題	論点	検討結果
1	リスクレベル層別化の是非	リスク層別化を取り入れるか、現行の一括方式を維持するか。	現状維持
2	手術リストの妥当性	手術マスターが年々更新される中、現行別表（462件）に追加／削除すべき術式はあるか。	継続検討
3	年齢区分の整合性	<ul style="list-style-type: none">▶ 15歳未満除外の根拠の再定義▶ 手術術式と患者年齢の組み合わせ方式の妥当性	現状維持
4	抗凝固薬リストの保険適用外薬	ダビガトラン等3剤は術後VTE予防の保険適用・GL記載がないが、別表に含めてよいか。	現状維持
5	分子評価期間の妥当性	<ul style="list-style-type: none">▶ 評価期間「入院期間中」の妥当性▶ 投薬開始タイミング・継続期間の限定要否	現状維持

➡ 以下のスライドで各検討課題の詳細を報告する。

検討課題1： 術後肺塞栓症リスクの層別化の扱いについて

診療ガイドラインと現行指標定義を照合し、術後VTEリスクの扱いを検討した。ガイドラインでは診療科により2方式を併用するが、指標定義では中以上を一括して列挙している。

		診療ガイドライン (JCS 2025)		現行の指標定義 (MSM-03)	
		一般外科・泌尿器科・ 婦人科 (G)	整形外科・脳神経外科 (O/N)	現行指標定義での扱い	ガイドライン との比較
① 対象術式の指定方法		「大手術/非大手術」で区分 (腹部手術または45分以上 が目安)	術式を個別列挙 (股関節置換術・膝関節置 換術・開頭術など)	診療科別に対象術式を別表 (術式リスト)として列挙	0/N方式
② 患者属 性による 区分	a. 年齢による 区分	40歳/60歳を境にリスクレ ベルが変動	年齢規定なし	別表で「15歳以上」「40歳 以上」の2区分を設定	G方式だが区 分点が異なる
	b. 危険因子 (がん・VTE 既往・血栓性 素因など)	がんの大手術→高リスク VTE既往の大手術→最高リス ク	規定なし (対象術式そのものがリス クが高いとみなされる)	規定なし (術式・年齢のみで判定)	0/N方式
③ リスクの層別化		低・中・高・最高の4段階で リスクを層別化	対象術式を指定し『VTEリス クが高い』と示すのみ(体 系的な多段階層別化はな い)	「リスクレベル中以上」を 一括して対象とし、リス ク段階は区別しない	0/N方式

G=一般外科等、O/N=整形・脳外科

論点：
リスク層別化を取り入れるか、現行の一括方式を維持するか。

(続き) 検討課題 1 (術後VTEリスクの層別化)

部会では、本指標の位置づけなどから現状維持（中リスク以上を一括する）が適切との結果となった。

○ 検討の選択肢

案A
指標定義を診療ガイドライン（一般外科）に合わせてリスク層別化を導入する（低・中・高・最高の4区分で計測対象を再定義）

案B 採択
現行の「リスクレベル中以上を一括」の方式を維持する

○ 採択の理由

1. 本指標はVTE予防対策が「何らかの形で実施されているか」を施設横断的に把握する、いわば入り口としての指標である。詳細なリスク層別評価を行うより、まず幅広く対象を捕捉することが現段階では適切である。
2. 現状では予防対策の実施率が低い施設も少なくなく、指標をより精緻化する段階には至っていない。リスク階層別の詳細計測は、将来的な指標高度化の課題として位置付ける。

検討結果

現行定義を維持（案Bを採択）。リスクレベル中以上を一括する方式を継続する。

参考：診療ガイドラインでのリスク層別化

表19 一般外科・泌尿器科・婦人科手術（非整形外科）のVTE発症リスクの層別化

リスクレベル	一般外科・泌尿器科・婦人科手術
低リスク	60歳未満の非大手術 40歳未満の大手術
中リスク	60歳以上、あるいは危険因子のある非大手術 40歳以上、あるいは危険因子がある大手術
高リスク	40歳以上のがんの大手術
最高リスク	VTEの既往あるいは血栓性素因のある大手術

総合的なリスクレベルは、予防の対象となる処置や疾患のリスクに、付加的な危険因子を加味して決定される。付加的な危険因子（表21）をもつ場合にはリスクレベルを1段階上げることが考慮される。大手術の厳密な定義はないが、すべての腹部手術あるいはその他の45分以上要する手術を大手術の基本とし、麻酔法、出血量、輸血量、手術時間などを参考として総合的に評価する。

整形外科

術式名/病態	VTEリスクとの関係
股関節全置換術	症候性VTEの発症リスクが高い
膝関節全置換術	症候性VTEの発症リスクが高い
膝関節鏡視下手術	通常のVTEリスクの患者には薬物的予防法は行わない
待機的脊椎・脊髄手術	脊椎手術後に症候性VTEおよび致死性PTEが発症している。
大腿骨近位部骨折手術	受傷直後からVTE発症のリスクがある

脳神経外科

術式名/病態	VTEリスクとの関係
開頭術の周術期（頭蓋内出血以外）	VTEの発症リスクは2.9～9.7%と高い
脳腫瘍以外の開頭術	中リスク
脳腫瘍の開頭術	高リスク
大量のステロイド薬を併用する場合	リスクが高くなる

※ 参考1-4_JCS2025_肺血栓塞栓症診療ガイドライン（https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2025/03/JCS2025_Tamura.pdf）

別表「リスクレベル中以上の手術リスト」の妥当性

診療ガイドライン作成代表者に別表の妥当性確認を依頼したが、精査すべき事項が残り、別表の妥当性確認・見直しは継続検討としたい。

論点
 医科診療行為マスター2014年版（2,547術式）→2025年版（3,073術式）に更新される中、現行別表（462件）に追加／削除すべき術式はあるか。

診療ガイドライン作成代表者からの回答

- 近年の低侵襲手術（内視鏡手術等）が多数追加されているが、低侵襲でも術後VTEリスクは変わらず、旧基準が通用しなくなっているのではないか。
- 近年追加手術747件のうち274件を追加候補として提示した。現行の別表では、分母対象とすべき患者が漏れている可能性がある。
- 中期的に別表の詳細見直しが必要と思われる。

手術マスター照合の状況

区分	術式数	確認状況
① 近年追加手術	747	確認済（追加候補274件）
② 共通・別表掲載なし	1,864	残課題
③ 共通・別表掲載（現行別表）	462	残課題
④ 近年削除手術	221	

今後の検討課題：①現行別表の不要術式の精査、②別表未掲載の追加すべき術式の精査、③外科系の複数専門家を含む検討体制の整備

検討結果

別表の妥当性確認・見直し作業は継続検討とする。外科系の複数専門家を含む検討体制の整備が必要。

※ 参考1-2_別表MSM-03-s_肺血栓塞栓症のリスクレベル「中」以上の手術リスト.pdf

検討課題3-①： 分母除外条件「15歳未満」の根拠の再定義

15歳未満を除外する根拠を、計測手順上の理由から臨床的な理由（小児はVTEリスクが極めて低い）に再定義することとしたい。

論点
現行の「15歳未満を除外」する根拠を、計測手順上の理由から臨床的な理由（小児はVTEリスクが極めて低い）に再定義してはどうか。

【現行】
計測手順上の理由
別表の手術リストが15歳以上を対象としているため、本指標の計測手順（分母集計）の観点から15歳未満を除外していた。

【新】
臨床的な理由
小児は生理学的にVTE発症リスクが極めて低く、成人を対象とした本指標のリスク評価および予防対策の枠組みとは異なるため。

再定義の根拠

1. 臨床的特性（リスクの極小性）
専門家より小児のVTEリスクは「極めて低い」と確認。血管内皮障害が少なく血流が速いという生理学的特性。
2. GLの評価枠組み（対象外）
GLの術後VTEリスク層別化（40歳/60歳区分等）は成人集団を想定。小児期の手術は想定範囲外。
3. 指標の均質性の確保
リスク特性が異なる集団の除外は指標の均質性確保に妥当。

検討結果

除外条件：入院時年齢 15歳未満（現状維持）
除外根拠：計測手順上の理由 → 臨床的な理由に再定義

検討課題3-②:

リスクレベル中以上の手術の定義と別表の関係

診療ガイドラインの規定と別表の対応を整理し、乖離を確認した。乖離(c)(d)の2か所について手術術式と患者年齢の組み合わせについて、現行方式でよいか、ガイドラインにあわせるべきか検討し、双方とも現状維持が適切との結果となった。

年齢	一般外科等 大手術 (=別表)	一般外科等 非大手術	整形・脳外 (=別表)	GLリスク / 指標上の扱い
15歳未満	—	—	— (a)	(a) 全区分で除外
15-39歳	(c) 低	低	(b) 中以上	(b) GL・指標とも整合
40-59歳	中	低		(c) GL低だが別表に掲載
60歳以上	(b) 中	(d) 中		(d) GL中だが別表は対象外

※ 青枠は、本指標の計測範囲

乖離(c)：15-39歳の大手術（婦人科手術）

GLでは低リスクだが、別表設定時に婦人科手術の臨床的特性によりリスクが高いとして含めたと考えられる。

→ 現状維持。別表制定時の判断を尊重。

乖離(d)：60歳以上の非大手術

GLでは中リスクだが、非大手術の手術リスト未作成のため計測対象外。大手術の予防を優先する方針が妥当。

→ 現状維持。非大手術は対象外のまま。

検討結果

乖離(c)(d)ともに現状維持。別表制定時の判断を尊重、および大手術患者への予防対策を優先という方針を継続する。

参考：別表 MSM-03-s 肺血栓塞栓症のリスクレベル「中」以上の手術リスト（概要）

区分1（15歳以上）…255術式

診療科	術式数	主な対象部位・術式
整形外科	169	筋膜、骨折、関節、靭帯、脊椎、骨盤、人工関節、四肢切断
脳外科	41	開頭術、脳腫瘍、脳血管、頭蓋骨形成
婦人科	45	子宮、卵巣、卵管、帝王切開、異所性妊娠

区分2（40歳以上）…207術式

診療科	術式数	主な対象部位・術式
乳腺外科	10	乳腺（乳癌手術）
胸部外科	54	肺、縦隔、胸壁、横隔膜、心膜
消化器外科	128	食道、胃、肝臓、胆道、膵臓、脾臓、小腸、結腸、直腸
泌尿器科	15	腎臓、副腎、膀胱、前立腺、精巣

※ 診療科は、手術名から想定して事務局で追加

※ 参考1-2_別表MSM-03-s_肺血栓塞栓症のリスクレベル「中」以上の手術リスト.pdf

検討課題4： 治療目的の抗凝固薬の扱い

別表に含まれる術後VTE予防の保険適用外の薬剤（3剤）の扱いを検討し、臨床上VTE予防に寄与する実態を考慮し現行維持とした。

論点

ダビガトラン、リバーロキサバン、アピキサバンの3剤は術後VTE予防の保険適用・診療ガイドライン記載がないが、別表に含めてよいか、削除すべきか。

A案：現行維持（別表に残す）

採択

心房細動等の基礎疾患を持つ患者はVTEのハイリスクでもある。術後できるだけ速やかに治療目的の抗凝固薬を再開するが、その際VTE予防効果も期待されており、臨床実態としてVTE予防に寄与している。

B案：該当薬剤を別表から削除

これらの薬剤は術後VTE予防の保険適用を持たず、GLにも術後VTE予防薬としての記載がない。VTE予防目的でない薬剤の使用を「予防実施あり」と判定することは指標の趣旨に合致しない可能性がある。

薬価基準コード	一般名	GL記載（術後VTE予防）	備考
3339001\$	ダビガトランエテキシラート	記載なし	AF等の治療薬
3339003\$	リバーロキサバン	記載なし	AF、VTE治療等
3339004\$	アピキサバン	記載なし	AF、VTE治療等

検討結果

A案（現行維持）を採択。治療目的の抗凝固薬（3剤）は引き続き別表に含め、術後使用された場合「予防実施あり」として計測する。

※参考1-3_別表MSM-03-y抗凝固薬リスト.pdf

検討課題5： 分子評価期間「入院期間中」の妥当性

- 分子の評価対象期間「入院期間中」の妥当性を理学的予防法・抗凝固療法の両面から検討し、現行維持とした。

理学的予防法

弾性ストッキング・間欠的空気圧迫装置

- ・ 評価方法：肺血栓塞栓症予防管理料の算定有無
- ・ 算定要件：入院中に1回算定（診療報酬上の規定）

→ 算定要件が「入院中1回」のため、評価期間「入院期間中」は妥当

抗凝固療法

別表「抗凝固薬リスト」掲載薬剤の投与有無

専門家ヒアリング

- ・ 薬剤開始は手術翌日～翌々日が標準的
- ・ 手術前投与はVTE既往や心房細動等の基礎疾患による可能性が高い
- ・ 術後10日以降の開始は予防目的ではない可能性が高い
- ・ 退院時処方基礎疾患の持参薬継続の可能性が高い

→投与時期の限定は計測の複雑化を招くため、現段階では見送り

将来的な高度化の方向性

- ・ 抗凝固薬の投与開始日や継続期間を限定し、術後VTE予防目的の投与をより正確に評価する指標への発展を中期的課題とする。

参考：本指標の位置づけ

- ・ 術後VTE予防対策が「何らかの形で実施されているか」を広く把握する入り口の指標。精緻な投与評価は指標高度化の段階で検討する。

検討結果

分子評価期間「入院期間中」を維持する。理学的予防法は算定要件と整合、抗凝固療法は投与時期限定の複雑化を避け現行維持とする。

[Phase2修正案の検討] MSM-03 検討結果の概要 (再掲)

以下のように、部会では4課題は現状維持、1課題（手術リスト）は継続検討との結果になった。このような扱いでよいか。

No.	検討課題	論点	検討結果
1	リスクレベル層別化の是非	リスク層別化を取り入れるか、現行の一括方式を維持するか。	現状維持
2	手術リストの妥当性	手術マスターが年々更新される中、現行別表（462件）に追加／削除すべき術式はあるか。	継続検討
3	年齢区分の整合性	<ul style="list-style-type: none">▶ 15歳未満除外の根拠の再定義▶ 手術術式と患者年齢の組み合わせ方式の妥当性	現状維持
4	抗凝固薬リストの保険適用外薬	ダビガトラン等3剤は術後VTE予防の保険適用・GL記載がないが、別表に含めてよいか。	現状維持
5	分子評価期間の妥当性	<ul style="list-style-type: none">▶ 評価期間「入院期間中」の妥当性▶ 投薬開始タイミング・継続期間の限定要否	現状維持

2. 医療の質可視化プロジェクトについて

2-1：2025年度 医療の質可視化プロジェクト

2-2：9指標の検証

2-1. 2025年度 医療の質可視化プロジェクト

25年度プロジェクト申込状況[概要](最終)

- 11月末で募集を締め切り、目標数(700病院)を超える720病院より申込をいただいた。このうち、603病院(83.8%)が過去プロジェクトに参加歴があり、残り117病院(16.3%)が今回初めて参加した病院である。
- DPC対象病院*は585病院であり、全国約1,760病院のDPC対象病院の約3割(33.2%)を占める。9指標に係るデータ提出および公表が、診療報酬上のDPC機能評価係数Ⅱの評価対象であることがプロジェクト参加病院増加の一因と推察される。

*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。

参加歴	件数	%
参加歴あり	603	83.8%
4年連続参加	340	47.2%
今回が3回目 (非連続含む)	127	17.6%
今回が2回目 (非連続含む)	136	18.9%
新規参加	117	16.3%
合計	720	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=585)				
大学病院本院群	3	35	22	38
特定病院群	7	86	57	93
標準病院群	86	368	196	454
準備病院	6	9	5	15
データ提出加算取得病院	12	97	53	109
該当なし	3	8	7	11
	117	603	340	720

25年度プロジェクト申込状況[詳細](最終)

a. 地域	b. 開設主体			合計		c. 病床数			合計		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	11	55	34	66	国	19	118	87	137	99+	5	27	17	32	特定機能病院	3	41	27	44
関東	35	198	109	233	公的医療機関	43	173	90	216	100-199	37	147	73	184	地域医療支援病院	39	275	169	314
中部・北陸	14	85	54	99	社会保険関係団体	1	9	5	10	200-299	18	81	40	99	それ以外	75	287	144	362
近畿	21	101	55	121	医療法人	39	181	91	220	300-399	31	98	49	129					
中国・四国	9	74	46	83	個人	0	1	1	1	400-499	13	90	51	103					
九州・沖縄	27	90	42	117	その他	15	121	66	136	500+	13	160	110	173					
	117	603	340	720		117	603	340	720		117	603	340	720		117	603	340	720

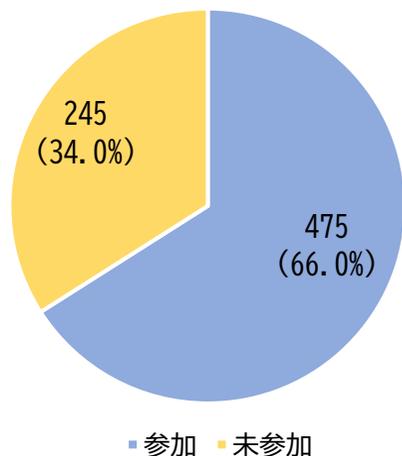
e. 主たる病院機能	f. 診療報酬加算取得状況			合計	(医療安全対策加算)	新規	参加歴あり	合計	(感染対策向上加算)	新規	参加歴あり	合計	(褥瘡ハイリスク患者ケア加算)	新規	参加歴あり	合計			
	新規	参加歴あり	4年連続														新規	参加歴あり	4年連続
急性期	65	343	197	408	加算1	98	495	286	593	加算1	82	430	251	512	加算あり	52	345	209	397
回復期	1	30	18	31		17	91	46	108		26	101	51	127		該当なし	65	258	131
慢性期	1	12	5	13	加算2	2	17	8	19	加算3	9	58	32	67	該当なし				
急性期+回復期	35	145	80	180							0	14	6	14					
急性期+慢性期	6	31	16	37	該当なし														
回復期+慢性期	4	25	14	29															
精神科医療	4	5	2	9															
その他	1	12	8	13															
	117	603	340	720		117	603	340	720		117	603	340	720		117	603	340	720

続き)

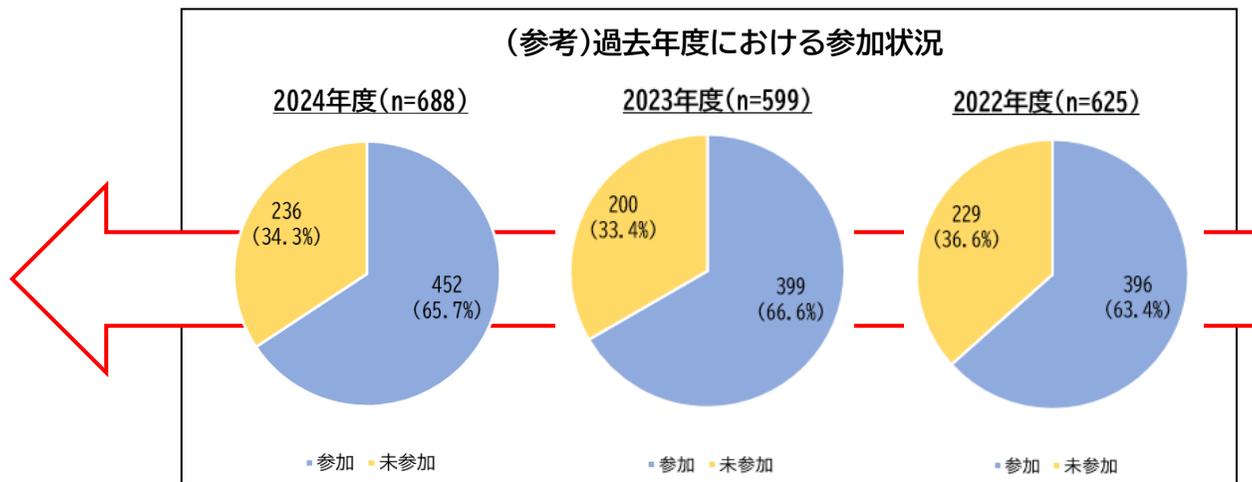
	協力団体等の QI事業に 参加		協力団体等の QI事業に 未参加		計		
新規(今年度初参加)	70	14.7%	47	19.2%	117	16.3%	
参加歴あり	4年連続参加	258	54.3%	82	33.5%	340	47.2%
	上記以外	147	30.9%	116	47.3%	263	36.5%
計	475	100.0%	245	100.0%	720	100.0%	

本プロジェクトを契機に、初めてベンチマーク評価に参加したと考えられる病院

2025年度(n=720)



(参考)過去年度における参加状況



進捗状況(2026.3.9時点)

- 概ねスケジュールどおりに進行し、本会の最終確認を経て3/13頃に集計結果報告書をプロジェクト協力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予定である(#5-2)。
- なお、9指標を活用した質改善活動の普及啓発については、昨年度好評であった質改善事例の発表等を中心に年度内に企画を進め、次年度に実施予定である(#6)。

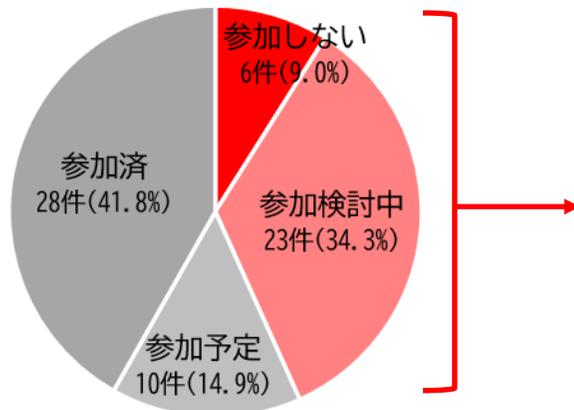
#	プロジェクトの流れ	日程(予定)	備考
1	申込受付	5/1~11/30	DPC対象病院にはリマインドハガキを送付するとともに、参加意向に関するアンケートを実施(11月中旬)。
2	計測手順書・別表の掲載	5/16	各指標1種類の手順を選択のうえ計測いただける工夫として、指標別・データソース別に計測手順書を分割した。
3-1	計測・データ提出(1回目)	~7/31	計測対象期間：24年10月~25年3月
3-2	「集計結果報告書(速報版)」の配布	9/24	
4	保守作業に参考となるアンケート	8~9月	現場からの意見収集を目的とする。回答数：187件
5-1	計測・データ提出(2回目)	10/15~1/16	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	26/3/13頃	本日の確認事項
6	9指標を活用した質改善活動の普及啓発	~次年度以降	・年度内企画、次年度実施予定 ・集計結果フィードバック時に質改善ツールキットの紹介

可視化プロジェクト参加意向に関するアンケート

目的	25年度可視化プロジェクトへの参加意向や未参加理由、参加に必要なサポート等を把握し、今後のプロジェクト運用に参考とする。
対象	アンケート実施時点で、25年度可視化プロジェクトに未参加の病院 …DPC対象病院, 24年度プロジェクト参加病院, 医療機能評価認定病院, 当機構の他事業(患者・職員満足度調査、安全文化調査)参加病院, QM修了者所属病院
実施期間	2025年11月14日～12月19日
主な設問内容	プロジェクトへの参加意向, 未参加理由, 参加に必要なサポート, 9指標の公表状況(国が定める「病院情報の公表」への対応状況)
結果	回答病院67病院の約4割(29病院)が未参加・検討中の意向であった[図1]。その約半数(14病院)は国が定める「病院情報の公表」に対応済[表1]で9指標の計測実績があるため、今後、当該病院のデータを本プロジェクトに効果的に取り込み、活用につなげる戦略を検討したい。

[図1]プロジェクトへの参加意向

[回答数=67]



[表1]プロジェクト未参加・検討中施設における9指標の公表状況

[対象数=29]

病床規模	9指標の公表状況 (国が定める「病院情報の公表」への対応状況)				計
	対応済	対応中	未対応	不明	
200床未満	5	2	3	4	14
200～399床	5	2	1	2	10
400～599床	2	1	0	0	3
600床以上	2	0	0	0	2
計 (N=29)	14	5	4	6	29

続き) プロジェクト未参加・検討中の理由と必要なサポート

- プロジェクト未参加・検討中の主な理由は「時間・人手不足」であり、特に200床未満では8割を超える。次いで多い「システムや設備の対応が難しい」とあわせて、計測負担を軽減する運用上の工夫が必要である。
- 参加に必要なサポートは、参加意向に関わらず「データ計測・提出の負担」が半数を占める。参加済・参加予定群では「定義・手順の統一」への要望も高いが、現在多くの団体で診療報酬制度に準拠した9指標の統一化が進められている。また、約3割は「他施設の事例紹介」を希望しており、計測から改善活動までの一貫したサポートの重要性が示唆される。

プロジェクト未参加・検討中の主な理由 (重複回答・上位4項目)	200床未満(14)	200~399床(10)	400~599床(3)	600床以上(2)	計(29)
対応する時間・人手が足りない	85.7% (12)	60.0% (6)	33.3% (1)		65.5% (19)
システムや設備の対応が難しい	14.3% (2)	40.0% (4)		50.0% (1)	24.1% (7)
プロジェクトの意義や内容がよくわからない	21.4% (3)	20.0% (2)			17.2% (5)
院内での承認手続きに時間がかかる	14.3% (2)	10.0% (1)	33.3% (1)		13.8% (4)

プロジェクト参加に必要な主なサポート (重複回答・上位3項目)	未参加・検討中群(29)	参加済・予定群(38)	計(67)
データ計測や提出作業の負担軽減	55.2% (16)	47.4% (18)	50.7% (34)
定義・手順の統一	24.1% (7)	52.6% (20)	40.3% (27)
他施設の事例紹介	31.0% (9)	31.6% (12)	31.3% (21)

※()内は病院数

計測データの提出状況

計測データの提出率は、92.1% (720病院中663病院)であった。昨年度の提出率(93.8%)と比べてやや低いが、参加歴のある病院からの提出率は昨年度を上回り、継続的な計測活動が定着しつつあると推察する。

※提出率：提出病院数／申込数

参加区分		申込数	提出病院数	提出率
新規 (今年度初参加)		117	99	84.6%
参加歴あり	連続参加	340	329	96.8%
	上記以外	263	235	89.4%
計		720	663	92.1%

[参考]昨年度の提出状況

参加区分		申込数	提出病院数	提出率
新規		171	156	91.2%
参加歴あり	連続参加	489	466	95.3%
	上記以外	28	23	82.1%
計		688	645	93.8%

確認事項：集計結果の工夫について

1. フィードバック内容の拡充

より効果的な質改善活動を支援するため、病院のニーズに応じたフィードバックを追加する。

目的	評価軸	形式	今回の工夫	公表
他施設比較	病床規模別	#1 棒グラフ	(継続運用)	○
	主たる機能別	#2 箱ひげ図 [新規追加: 参考2-1]	<ul style="list-style-type: none">機能別に見たいという病院のニーズに対応。同一機能でも多様な施設背景をふまえ、誤解を招きにくい箱ひげ図を採用。病院機能は各病院の自己申告に基づくことを明記。	○
	各種属性情報別	#3 ハイライト機能 付き棒グラフ [新規追加: 次頁]	<ul style="list-style-type: none">様々な属性情報をもとに、視覚的に自院の位置を把握したいという病院のニーズに対応。院内での共有を容易にするほか、多面的な分析に基づき、より質の高い改善活動に活用できる。	×
		#4 層別集計表	(継続運用)	○
時系列変化の把握	計測期間別	#5 折れ線グラフ	(継続運用)	×

2. 集計施設数が少ない場合の結果表示

医療機関の特定に配慮しつつ、ベンチマークの有用性を高めるため、他事業(DiNQL事業やNDB等)の運用を参考に、集計結果を非表示とする施設数の下限値を「10施設」から「5施設」に引き下げる。なお、本運用は公表・非公表を問わず、すべての集計結果に適用する。

ハイライト機能付き棒グラフ(イメージ)

- 病院ごとに発行するMEDICALコードを入力し、抽出条件を設定すれば、該当グループ内における自院の位置を視覚的に把握できる。
- なお、抽出条件の設定により、対象病院数が5未満となった場合は集計結果を非表示とする。
- また、Excelのセキュリティ設定により、他院の情報は閲覧できない仕様とする。

MEDICALコード 32***

◆抽出条件

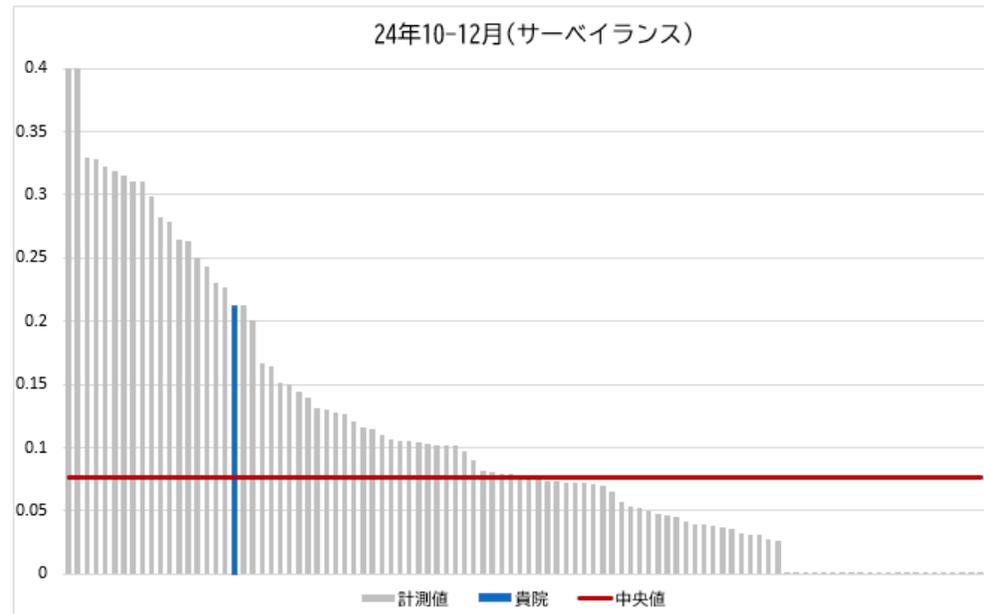
指標ID	MSM02	必須選択
計測対象期間	24年10-12月	必須選択
貴院の計測値	0.21	自動反映
病床区分	200-399	必要に応じて選択
使用したデータソース	サーベイランス	必要に応じて選択
地域		必要に応じて選択
開設主体		必要に応じて選択
施設基準		必要に応じて選択
DPC参加状況		必要に応じて選択
医療安全対策加算		必要に応じて選択
感染対策向上加算		必要に応じて選択
褥瘡ハイリスク患者ケア加算		必要に応じて選択
主たる病院機能		必要に応じて選択

↓ 貴院の情報です
 200-399
 サーベイランス
 関東
 医療法人
 それ以外
 DPC標準病院群
 医療安全対策加算1
 感染対策向上加算1
 該当なし
 急性期+回復期機能

◆統計量 (対象数が5未満の場合は非表示としています)

対象数	100
平均値	0.13
最大値	3.04
75%値	0.15
中央値	0.08
25%値	0.03
最小値	0.00

指標名 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 [単位: %]



次年度以降の可視化プロジェクトについて

- 9指標が診療報酬制度に導入されたことを契機に、病院のデータ計測・提出負担を軽減し、ベンチマーク事業の拡大を図るため、次年度から行政や関係団体と連携したデータ取得を進める。
- なお、取得経路によってデータの期間や範囲が異なることに留意して運用する。

<全国病院の概況>

	団体QI事業参加	全国病院数(R5時点)	うちプロジェクト参加数 ※括弧内は全国における参加率		
DPC対象病院	有	767	410	(53.5%)	
	なし	994	174	(17.5%)	
	小計	1,761	584	(33.2%)	→ 90%
それ以外	有	249	67	(26.9%)	→ 35%
	なし	6,016	68	(1.1%)	→ 2%
	小計	6,265	135	(2.2%)	
計		8,026	719	(9.0%)	

データ取得方法の工夫により想定される次年度の参加率(目安)

<行政や関係団体と連携したデータ取得方法案>

対象	データ取得方法案	※現在関係各所にご相談中	データ期間・範囲
DPC対象病院	【A】	厚労省との連携により各病院の「病院情報の公表」ページを活用した自動取得の仕組みを構築中	1年分(前年6月～当年5月)
DPC対象病院以外	【B】 団体QI事業参加病院	団体本部経由でデータ取得	年度単位/可視化PJの運用に準拠 ※団体の意向や運用をふまえ柔軟に対応
	【C】 団体QI事業未参加病院	個別にデータ取得(従来の可視化PJの運用)	従来の可視化PJの運用に準拠

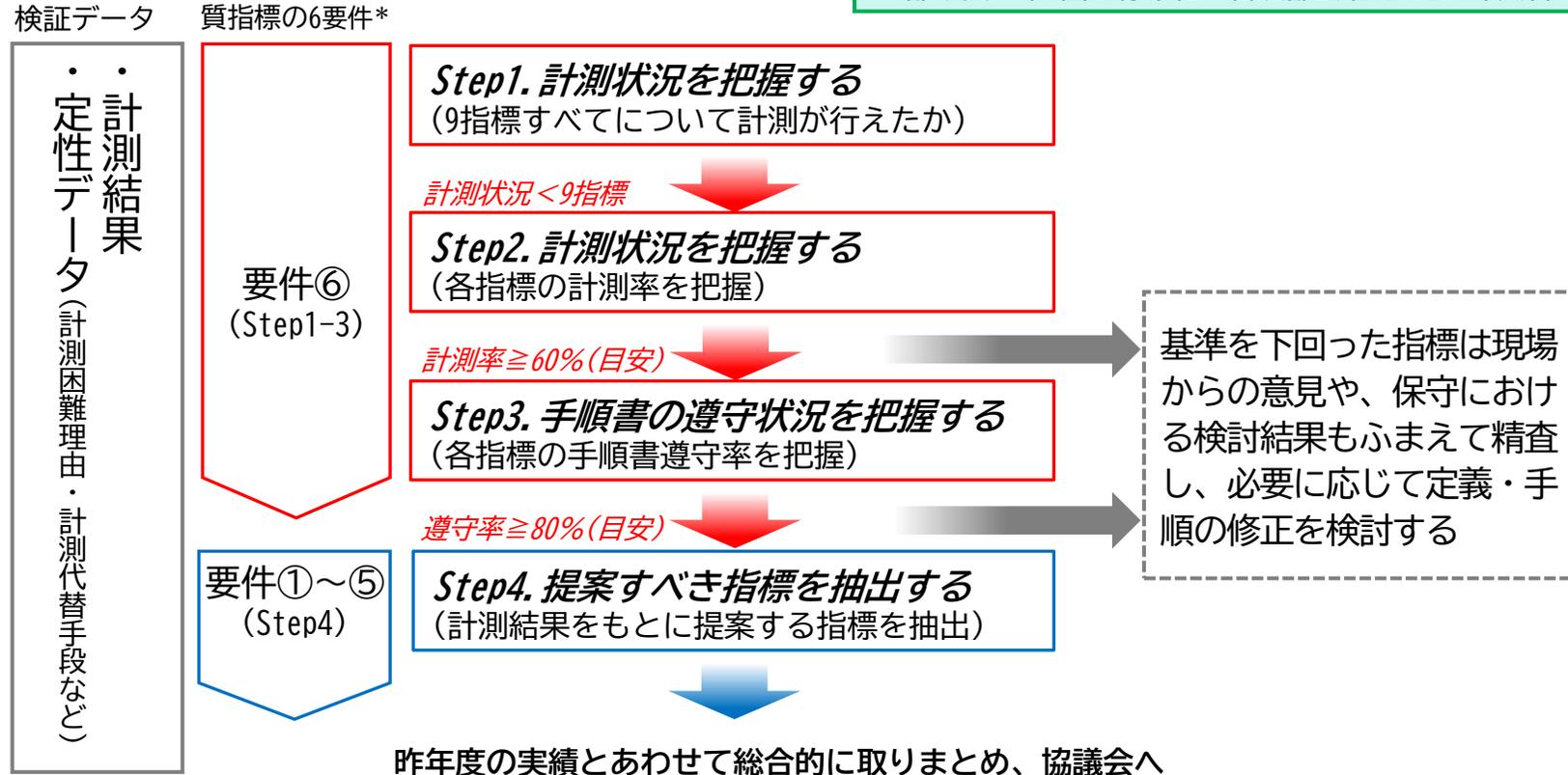
2-2. 9指標の検証

9指標の検証について

- 今年度は一貫して、診療報酬制度に準拠した9指標を運用したため、その計測実績を以下 Step1~4に沿って検証し、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、検証結果は昨年度の実績(診療報酬改定後の24年6月以降の計測データ)とあわせて総合的に取りまとめる。

◀ 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

Step1. 9指標すべての計測率(200床単位)

- 9指標すべてを計測した病院は、663病院中481病院(72.5%)であった。
- また、いずれの病床規模においても、昨年度の実績から10~20ポイント程度上昇している。

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*	差分	昨年度*
199床以下	1 (0.5%)	7 (3.7%)	6 (3.2%)	10 (5.3%)	8 (4.3%)	33 (17.6%)	14 (7.5%)	108 (57.8%)	87 (46.0%)	+11.8%	187 189
200-399床		2 (1.0%)	5 (2.4%)	5 (2.4%)	1 (0.5%)	15 (7.2%)	20 (9.6%)	161 (77.0%)	129 (65.8%)	+11.2%	209 196
400-599床			2 (0.0%)	2 (1.3%)	5 (1.3%)	2 (3.2%)	16 (1.3%)	130 (82.8%)	98 (67.1%)	+15.7%	157 146
600床以上	1 (0.9%)	3 (2.7%)	2 (1.8%)	2 (1.8%)	4 (3.6%)	6 (5.5%)	10 (9.1%)	82 (74.5%)	55 (52.9%)	+21.6%	110 104
計	2 (0.3%)	12 (1.8%)	15 (2.3%)	19 (2.9%)	18 (2.7%)	56 (8.4%)	60 (9.0%)	481 (72.5%)	369 (58.1%)	+14.4%	663 635

*: 昨年度の値は、診療報酬改定後(24年6月~)の実績値

Step2. 各指標の計測率(全体)

- 全指標・全病床規模において昨年度より計測率が上昇し、検証における閾値60%を上回った。特に「入院早期の栄養ケア(CRM-02)」および「身体的拘束(CRM-03)」は10%以上の上昇が見られた。
- 一方、手術関連の指標(MSM-03・IFC-03)は、199床以下における計測率が70%弱に留まっている。

上段：病院数，下段：病床規模別計測率

病床規模	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		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		CRM-03 身体的拘束		計	
	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*	今年度
199床以下	182 97.3%	181 95.8%	185 98.9%	188 99.5%	124 66.3%	116 61.4%	159 85.0%	154 81.5%	160 85.6%	147 77.8%	127 67.9%	127 67.2%	182 97.3%	181 95.8%	168 89.8%	156 82.5%	173 92.5%	162 85.7%	187 92.5%	189 85.7%
200-399床	207 99.0%	184 93.9%	209 100.0%	195 99.5%	182 87.1%	163 83.2%	198 94.7%	173 88.3%	187 89.5%	166 84.7%	184 88.0%	160 81.6%	205 98.1%	185 94.4%	196 93.8%	165 84.2%	203 97.1%	171 87.2%	209 97.1%	196 87.2%
400-599床	156 99.4%	137 93.8%	157 100.0%	145 99.3%	148 94.3%	133 91.1%	151 96.2%	128 87.7%	140 89.2%	123 84.2%	150 95.5%	130 89.0%	155 98.7%	141 96.6%	149 94.9%	114 78.1%	154 98.1%	123 84.2%	157 98.1%	146 84.2%
600床以上	107 97.3%	99 95.2%	109 99.1%	102 98.1%	99 90.0%	88 84.6%	98 89.1%	85 81.7%	96 87.3%	83 79.8%	96 87.3%	81 77.9%	105 95.5%	94 90.4%	99 90.0%	82 78.8%	104 94.5%	86 82.7%	110 94.5%	104 82.7%
計	652 98.3%	601 94.6%	660 99.5%	630 99.2%	553 83.4%	500 78.7%	606 91.4%	540 85.0%	583 87.9%	519 81.7%	557 84.0%	498 78.4%	647 97.6%	601 94.6%	612 92.3%	517 81.4%	634 95.6%	542 85.4%	663 95.6%	635 85.4%

*：昨年度の値は、診療報酬改定後(24年6月～)の実績値

Step2. 各指標の計測率(データソース別)

- 転倒・転落の2指標(MSM-01・02)はSVが4～6割を占めるが、200床以上ではDPCデータ(様式1・3)による計測率がSVを上回っている(昨年度はどの病床規模もSVが約6～7割)。
- 予防的抗菌薬投与(IFC-03)は、各病床規模においてDPC様式1とSVの計測比率が昨年度の5：5から7：3にシフトした。
- ケアの3指標も多くの病床規模で、DPCデータ(様式1・3)による計測率が昨年度から約20%上昇し、全体の6割以上を占めた(昨年度の計測率は約3～4割)。

上段：病院数，下段：病床規模別計測率，データソース(様式1/様式3/SV)：病院の自己申告に基づき、最新の計測対象期間(25年6-9月)における計測情報を集計

病床規模	MSM-01 転倒・転落(件数)				MSM-02 転倒・転落(3b以上)				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			CRM-03 身体的拘束		
	様式1	様式3	SV*	計	様式1	様式3	SV*	計	様式1	SV*	計	様式1	様式3	SV*	計	様式1	SV*	計	様式1	SV*	計
199床以下	62 34.1%	17 9.3%	103 56.6%	182	57 30.8%	17 9.2%	111 60.0%	185	79 62.2%	48 37.8%	127	65 51.2%	15 11.8%	102 56.0%	182	95 56.5%	73 43.5%	168	79 45.7%	94 54.3%	173
200-399床	81 39.1%	42 20.3%	84 40.6%	207	75 35.9%	41 19.6%	93 44.5%	209	145 78.8%	39 21.2%	184	90 43.9%	41 20.0%	74 36.1%	205	134 68.4%	62 31.6%	196	126 62.1%	77 37.9%	203
400-599床	62 39.7%	31 19.9%	63 40.4%	156	61 38.9%	31 19.7%	65 41.4%	157	113 75.3%	37 24.7%	150	65 41.9%	30 19.4%	60 38.7%	155	110 73.8%	39 26.2%	149	95 61.7%	59 38.3%	154
600床以上	36 33.6%	24 22.4%	47 43.9%	107	34 31.2%	23 21.1%	52 47.7%	109	70 72.9%	26 27.1%	96	39 37.1%	17 16.2%	49 46.7%	105	65 65.7%	34 34.3%	99	61 58.7%	43 41.3%	104
計	241 37.0%	114 17.5%	297 45.6%	652	227 34.4%	112 17.0%	321 48.6%	660	407 73.1%	150 26.9%	557	259 40.0%	103 15.9%	285 44.0%	647	404 66.0%	208 34.0%	612	361 56.9%	273 43.1%	634

Step3. 各指標の手順書遵守率(全体・データソース別)

手順書遵守率は、全指標で閾値80%以上を超え、多くの指標で昨年度実績を上回った。特に様式1・様式3を用いた計測では98%前後と高く、DPCデータによる計測の標準化が定着しつつある。

※病院の自己申告に基づき、最新の計測対象期間（2025年6-9月）における手順書遵守状況をまとめている。

※遵守率の()内は、診療報酬改定後(24年6月～9月)の実績値である。

指標		全体			様式1			様式3			SV		
		手順書遵守	計測病院数	遵守率	手順書遵守	計測病院数	遵守率	手順書遵守	計測病院数	遵守率	手順書遵守	計測病院数	遵守率
MSM-01	転倒・転落(件数)	633	652	97.1% (96.7%)	238	241	98.8% (97.8%)	112	114	98.2% (98.8%)	283	297	95.3% (95.8%)
MSM-02	転倒・転落(3b以上)	630	660	95.5% (91.9%)	223	227	98.2% (97.7%)	110	112	98.2% (100.0%)	297	321	92.5% (88.4%)
MSM-03	肺塞栓の予防	499	553	90.2% (89.4%)	(該当せず)			(該当せず)			(該当せず)		
IFC-01	血培2セット	537	606	88.6% (91.9%)	(該当せず)			(該当せず)			(該当せず)		
IFC-02	広域抗菌薬使用	541	583	92.8% (93.6%)	(該当せず)			(該当せず)			(該当せず)		
IFC-03	予防的抗菌薬投与	521	557	93.5% (86.7%)	398	407	97.8% (98.0%)	(該当せず)			123	150	82.0% (75.8%)
CRM-01	褥瘡発生(d2以上)	608	647	94.0% (90.5%)	255	259	98.5% (98.7%)	102	103	99.0% (100.0%)	251	285	88.1% (85.4%)
CRM-02	入院早期の栄養ケア	586	612	95.8% (95.4%)	398	404	98.5% (97.9%)	(該当せず)			188	208	90.4% (93.1%)
CRM-03	身体的拘束	604	634	95.3% (94.8%)	355	361	98.3% (97.6%)	(該当せず)			249	273	91.2% (93.0%)

Step3. 各指標の手順書遵守率(病床規模別：MSM-01, 02, IFC-03)

- いずれの病床規模においても、DPCデータ(様式1・3)を用いた手順書の遵守率は100%に近い。
- 一方、予防的抗菌薬投与(IFC-03)では、SVを選択した場合の遵守率が600床以上において、閾値80%を下回った(グレー部分)。

病床規模	MSM-01 転倒・転落(件数)								MSM-02 転倒・転落(3b以上)								IFC-03 予防的抗菌薬投与					
	様式1		様式3		SV		全体		様式1		様式3		SV		全体		様式1		SV		全体	
199床以下	62	100.0%	17	100.0%	101	98.1%	180	98.9%	56	98.2%	17	100.0%	104	93.7%	177	95.7%	78	98.7%	39	81.3%	117	92.1%
	62		17		103		182		57		111		185		79		48		127			
200-399床	80	98.8%	41	97.6%	79	94.0%	200	96.6%	74	98.7%	40	97.6%	86	92.5%	200	95.7%	143	98.6%	35	89.7%	178	96.7%
	81		42		84		207		75		41		93		209		145		39		184	
400-599床	60	96.8%	31	100.0%	59	93.7%	150	96.2%	59	96.7%	31	100.0%	59	90.8%	149	94.9%	109	96.5%	32	86.5%	141	94.0%
	62		31		63		156		61		31		65		157		113		37		150	
600床以上	36	100.0%	23	95.8%	44	93.6%	103	96.3%	34	100.0%	22	95.7%	48	92.3%	104	95.4%	68	97.1%	17	65.4%	85	88.5%
	36		24		47		107		34		23		52		109		70		26		96	
計	238	98.8%	112	98.2%	283	95.3%	633	97.1%	223	98.2%	110	98.2%	297	92.5%	630	95.5%	398	97.8%	123	82.0%	521	93.5%
	241		114		297		652		227		112		321		660		407		150		557	

[左欄]上段:手順書遵守病院数、下段:計測病院数 [右欄]遵守率

Step3. 各指標の手順書遵守率(病床規模別：CRM-01, 02, 03)

- いずれの病床規模においても、DPCデータ(様式1・3)を用いた手順書の遵守率は100%に近い。
- 一方、身体的拘束(CRM-03)では、600床以上の病院においてSVを選択した場合の遵守率が閾値80%を下回った(グレー部分)。
- また、病床規模が大きいほどSVを用いた手順書遵守率が低く、計測対象数が多いことで手作業による計測負担が増すなど、大規模病院ならではの課題が想定される。

病床規模	CRM-01 褥瘡発生(d2以上)								CRM-02 入院早期の栄養ケア						CRM-03 身体的拘束					
	様式1		様式3		SV		全体		様式1		SV		全体		様式1		SV		全体	
199床以下	65	100.0%	15	100.0%	92	90.2%	172	94.5%	95	100.0%	66	90.4%	161	95.8%	79	100.0%	89	94.7%	168	97.1%
	65		15		102		182		95		73		168		79		94		173	
200-399床	88	97.8%	41	100.0%	66	89.2%	195	95.1%	132	98.5%	58	93.5%	190	96.9%	124	98.4%	72	93.5%	196	96.6%
	90		41		74		205		134		62		196		126		77		203	
400-599床	63	96.9%	30	100.0%	52	86.7%	145	93.5%	107	97.3%	35	89.7%	142	95.3%	93	97.9%	54	91.5%	147	95.5%
	65		30		60		155		110		39		149		95		59		154	
600床以上	39	100.0%	16	94.1%	41	83.7%	96	91.4%	64	98.5%	29	85.3%	93	93.9%	59	96.7%	34	79.1%	93	89.4%
	39		17		49		105		65		34		99		61		43		104	
計	255	98.5%	102	99.0%	251	88.1%	608	94.0%	398	98.5%	188	90.4%	586	95.8%	355	98.3%	249	91.2%	604	95.3%
	259		103		285		647		404		208		612		361		273		634	

参考) 手順書遵守率80%を下回った指標における計測代替手段

予防的抗菌薬投与 (IFC-03) 600床以上・SVIによる計測

計測代替手段

※ データ提出時に任意で記載いただいた内容のため全量のテキストデータではない

1 外部システムからのデータ抽出

2 部門システムであるGAIAからデータを抽出。入室時間と初回抗菌薬投与時間を比較して算出した。

3 【分母】特定術式(冠動脈バイパス手術、そのほかの心臓手術、股関節人工骨頭置換術、膝関節置換術、血管手術、大腸手術、子宮全摘術)

当院では毎月報告している「術後感染予防抗菌薬の術前投与タイミングの遵守状況」に準じて算出している。

4 【分母】(下記診療科にて行われた手術件数) - (術後感染予防抗菌薬の投与の適応とならない手術件数)
… 外科・乳腺外科・形成外科・呼吸器外科・産婦人科・歯科口腔外科・耳鼻咽喉科・循環器内科・小児外科・
心臓血管外科・整形外科・脳神経外科・泌尿器科・整肢学園)

【分子】切開1時間前以内に予防的抗菌薬の投与を開始し、切開前に投与を終了している件数

5 【分母】手術室で予防的抗菌薬投与実績のある症例

【分子】手術開始前1時間以内の投与開始症例を麻酔記録システムから抽出

身体的拘束 (CRM-03) 600床以上・SVIによる計測

計測代替手段

※ データ提出時に任意で記載いただいた内容のため全量のテキストデータではない

1 分母は患者総数平均、分子は身体拘束患者数平均、身体拘束の定義は病院で改変

2 分子：分母のうち身体拘束を実施した患者延べ数

3 分子は精神科病棟のみを集計

4 分母は院内報告件数、分子はカンファレンス記録枚数を使用

Step4 : 各指標の計測値分布(全体)

- 血培2セット(IFC-01)は、昨年度(24年6-9月)から四分位範囲が約半分に縮小した。血液培養ボトルの出荷調整(24年7-11月頃)の解消が要因と考えられる。また、予防的抗菌薬投与(IFC-03)も大幅にばらつきが小さくなり、診療報酬改定後の計測定義・手順の定着が想定される。
- 一方、上記以外の指標は昨年度から大きな変化はなく、期間による変動もあまり見られない。

指標	24年10-12月			25年1-3月			25年4-5月			25年6-9月			24年6-9月(昨年度参考)		
	Q1	Q3	範囲	Q1	Q3	範囲	Q1	Q3	範囲	Q1	Q3	範囲	Q1	Q3	範囲
MSM-01 転倒・転落(件数)	1.95	3.65	1.70	2.00	3.90	1.90	1.88	3.76	1.87	1.96	3.73	1.78	1.87	3.64	1.78
MSM-02 転倒・転落(3b以上)	0.02	0.13	0.12	0.00	0.15	0.15	0.00	0.12	0.12	0.03	0.12	0.09	0.02	0.13	0.11
MSM-03 肺塞栓の予防	86.05	96.47	10.42	85.71	96.57	10.86	86.81	96.61	9.80	87.25	96.55	9.30	85.63	96.31	10.67
IFC-01 血培2セット	69.37	92.52	23.15	77.05	93.77	16.72	76.47	94.74	18.27	77.76	94.55	16.79	51.95	90.73	38.78
IFC-02 広域抗菌薬使用	71.48	91.95	20.48	72.32	93.04	20.72	70.11	93.22	23.11	74.50	92.92	18.42	68.50	90.78	22.28
IFC-03 予防的抗菌薬投与	96.34	100.00	3.66	96.62	100.00	3.38	97.03	100.00	2.97	96.55	100.00	3.45	91.70	100.00	8.30
CRM-01 褥瘡発生(d2以上)	0.03	0.10	0.07	0.04	0.12	0.08	0.03	0.11	0.08	0.03	0.10	0.07	0.03	0.10	0.07
CRM-02 入院早期の栄養ケア	75.05	98.57	23.52	76.39	98.68	22.29	77.29	98.70	21.42	78.33	98.94	20.60	75.73	99.11	23.39
CRM-03 身体的拘束	2.65	10.18	7.52	2.88	11.05	8.17	2.76	10.86	8.11	2.21	9.40	7.18	3.03	11.45	8.42

Step4 : 各指標の計測値分布(MSM-01)

【表示形式】 四分位範囲 [第1四分位数 - 第3四分位数] 【単位】 % 【色付け】 4期間すべてで昨年度より四分位範囲が**拡大(赤)**、**縮小(青)**

病院規模/期間	2024年 10-12月		2025年 1-3月		2025年 4-5月		2025年 6-9月		24年6-9月(参考)	
全体										
~199床	2.12	[2.11-4.23]	2.63	[2.12-4.75]	2.04	[2.04-4.08]	2.03	[2.23-4.26]	2.15	[1.97-4.12]
200-399床	1.66	[2.11-3.77]	1.85	[2.24-4.09]	1.99	[1.94-3.94]	1.86	[2.12-3.98]	1.90	[1.97-3.86]
400-599床	1.33	[1.79-3.13]	1.42	[1.93-3.35]	1.25	[1.91-3.16]	1.31	[1.88-3.18]	1.21	[1.84-3.05]
600床以上	1.23	[1.75-2.98]	1.19	[1.78-2.97]	1.19	[1.74-2.93]	1.12	[1.85-2.97]	1.19	[1.75-2.94]
様式 1										
~199床	2.01	[1.92-3.93]	2.32	[1.74-4.06]	2.09	[1.73-3.82]	2.26	[1.74-4.00]	2.17	[1.26-3.44]
200-399床	1.40	[1.93-3.33]	1.90	[1.98-3.87]	2.02	[1.66-3.69]	1.75	[1.58-3.33]	1.82	[1.10-2.92]
400-599床	1.61	[1.52-3.13]	1.44	[1.81-3.25]	1.13	[1.98-3.12]	1.22	[1.70-2.92]	0.94	[1.73-2.66]
600床以上	1.02	[1.45-2.47]	0.92	[1.49-2.41]	1.23	[1.23-2.46]	0.80	[1.65-2.45]	1.07	[1.20-2.27]
様式 3										
~199床	3.36	[2.26-5.62]	2.63	[2.09-4.72]	1.91	[2.02-3.93]	2.62	[1.38-4.00]	1.63	[2.23-3.86]
200-399床	1.48	[2.43-3.91]	1.79	[2.40-4.19]	1.51	[2.45-3.95]	1.82	[2.46-4.27]	1.18	[2.91-4.09]
400-599床	1.11	[1.94-3.05]	1.09	[2.00-3.09]	0.99	[1.68-2.66]	1.24	[1.94-3.18]	0.48	[1.93-2.41]
600床以上	0.79	[2.10-2.89]	1.34	[2.01-3.34]	0.82	[2.21-3.03]	0.73	[2.28-3.02]	0.65	[2.56-3.21]
SV										
~199床	2.34	[2.25-4.59]	2.65	[2.38-5.04]	2.04	[2.28-4.32]	1.88	[2.57-4.44]	1.88	[2.42-4.30]
200-399床	2.05	[2.26-4.31]	1.93	[2.42-4.35]	2.54	[2.10-4.63]	2.27	[2.32-4.59]	1.66	[2.23-3.89]
400-599床	1.30	[1.92-3.22]	1.63	[1.92-3.55]	1.66	[1.91-3.58]	1.28	[1.95-3.23]	1.39	[1.87-3.26]
600床以上	1.69	[1.89-3.57]	0.98	[2.18-3.15]	1.09	[1.90-2.98]	1.27	[1.99-3.26]	1.13	[1.82-2.95]

Step4 : 各指標の計測値分布(MSM-02)

【表示形式】四分位範囲 [第1四分位数 - 第3四分位数] 【単位】% 【色付け】 4期間すべてで昨年度より四分位範囲が**拡大(赤)**、**縮小(青)**

病院規模/期間	2024年 10-12月		2025年 1-3月		2025年 4-5月		2025年 6-9月		24年6-9月(参考)	
全体										
~199床	0.16	[0.00-0.16]	0.20	[0.00-0.20]	0.16	[0.00-0.16]	0.14	[0.00-0.14]	0.14	[0.00-0.14]
200-399床	0.11	[0.03-0.14]	0.16	[0.00-0.16]	0.13	[0.00-0.13]	0.09	[0.03-0.12]	0.12	[0.04-0.15]
400-599床	0.10	[0.03-0.12]	0.08	[0.03-0.11]	0.14	[0.00-0.14]	0.09	[0.03-0.12]	0.09	[0.02-0.11]
600床以上	0.08	[0.02-0.10]	0.10	[0.02-0.12]	0.07	[0.02-0.09]	0.07	[0.03-0.10]	0.10	[0.02-0.12]
様式 1										
~199床	0.23	[1.92-3.93]	0.22	[1.74-4.06]	0.18	[1.73-3.82]	0.18	[1.74-4.00]	0.14	[0.00-0.14]
200-399床	0.11	[1.93-3.33]	0.14	[1.98-3.87]	0.14	[1.66-3.69]	0.08	[1.58-3.33]	0.12	[0.04-0.15]
400-599床	0.15	[1.52-3.13]	0.16	[1.81-3.25]	0.16	[1.98-3.12]	0.16	[1.70-2.92]	0.09	[0.02-0.11]
600床以上	0.06	[1.45-2.47]	0.10	[1.49-2.41]	0.08	[1.23-2.46]	0.05	[1.65-2.45]	0.10	[0.02-0.12]
様式 3										
~199床	0.13	[2.26-5.62]	0.15	[2.09-4.72]	0.00	[2.02-3.93]	0.11	[1.38-4.00]	0.14	[0.00-0.14]
200-399床	0.09	[2.43-3.91]	0.09	[2.40-4.19]	0.13	[2.45-3.95]	0.09	[2.46-4.27]	0.12	[0.04-0.15]
400-599床	0.08	[1.94-3.05]	0.05	[2.00-3.09]	0.11	[1.68-2.66]	0.08	[1.94-3.18]	0.09	[0.02-0.11]
600床以上	0.09	[2.10-2.89]	0.08	[2.01-3.34]	0.07	[2.21-3.03]	0.07	[2.28-3.02]	0.10	[0.02-0.12]
SV										
~199床	0.15	[2.25-4.59]	0.13	[2.38-5.04]	0.15	[2.28-4.32]	0.13	[2.57-4.44]	0.14	[0.00-0.14]
200-399床	0.11	[2.26-4.31]	0.14	[2.42-4.35]	0.12	[2.10-4.63]	0.10	[2.32-4.59]	0.12	[0.04-0.15]
400-599床	0.10	[1.92-3.22]	0.10	[1.92-3.55]	0.11	[1.91-3.58]	0.06	[1.95-3.23]	0.09	[0.02-0.11]
600床以上	0.08	[1.89-3.57]	0.10	[2.18-3.15]	0.07	[1.90-2.98]	0.07	[1.99-3.26]	0.10	[0.02-0.12]

Step4 : 各指標の計測値分布 (MSM-03, IFC-01, 02)

【表示形式】 四分位範囲 [第1四分位数 - 第3四分位数]

【色付け】 4期間すべてで昨年度より四分位範囲が**拡大(赤)**、**縮小(青)**

病院規模／期間	2024年 10-12月	2025年 1-3月	2025年 4-5月	2025年 6-9月	24年6-9月(参考)
MSM-03 : 肺塞栓の予防 単位 : %					
～199床	17.04 [81.82-98.85]	15.75 [83.33-99.08]	13.93 [86.07-100.00]	14.19 [84.91-99.10]	16.77 [82.76-99.53]
200-399床	9.23 [87.53-96.76]	9.19 [87.68-96.88]	9.05 [87.61-96.65]	7.50 [89.04-96.54]	10.90 [85.71-96.61]
400-599床	7.61 [87.27-94.88]	8.24 [87.26-95.50]	6.93 [88.30-95.23]	7.72 [88.39-96.11]	9.00 [86.20-95.20]
600床以上	10.86 [84.57-95.43]	9.68 [84.55-94.24]	8.88 [86.32-95.20]	9.88 [86.00-95.88]	7.79 [87.16-94.95]
IFC-01 : 血培2セット 単位 : %					
～199床	25.74 [69.74-95.48]	17.50 [79.90-97.40]	21.97 [78.03-100.00]	18.52 [78.61-97.13]	36.91 [56.95-93.86]
200-399床	22.34 [71.10-93.44]	15.58 [78.63-94.21]	16.19 [78.73-94.93]	15.49 [79.81-95.30]	38.10 [54.09-92.19]
400-599床	22.26 [65.09-87.36]	18.00 [72.57-90.57]	17.23 [74.08-91.31]	18.48 [73.71-92.19]	30.80 [51.89-82.69]
600床以上	18.05 [71.68-89.74]	14.12 [77.66-91.78]	14.82 [77.39-92.21]	13.73 [78.34-92.07]	44.82 [42.25-87.07]
IFC-02 : 広域抗菌薬使用 単位 : %					
～199床	24.95 [60.00-84.95]	29.25 [57.20-86.44]	37.28 [51.61-88.89]	24.37 [63.29-87.66]	32.46 [55.56-88.02]
200-399床	20.87 [70.21-91.09]	21.31 [71.05-92.36]	21.00 [70.79-91.79]	17.97 [73.88-91.85]	23.51 [66.74-90.25]
400-599床	16.06 [76.85-92.91]	18.19 [76.58-94.77]	17.06 [77.64-94.70]	12.83 [81.77-94.60]	13.59 [76.58-90.17]
600床以上	12.93 [80.39-93.32]	11.52 [82.92-94.44]	14.45 [79.94-94.39]	11.24 [82.76-94.00]	12.35 [80.97-93.33]

Step4 : 各指標の計測値分布(IFC-03)

【表示形式】 四分位範囲 [第1四分位数 - 第3四分位数] 【単位】 % 【色付け】 4期間すべてで昨年度より四分位範囲が**拡大(赤)**、**縮小(青)**

病院規模/期間	2024年 10-12月	2025年 1-3月	2025年 4-5月	2025年 6-9月	24年6-9月(参考)
全体					
～199床	1.72 [98.28-100.00]	1.42 [98.58-100.00]	1.23 [98.77-100.00]	1.00 [99.00-100.00]	8.33 [91.67-100.00]
200-399床	3.00 [97.00-100.00]	2.76 [97.24-100.00]	2.84 [97.16-100.00]	3.40 [96.60-100.00]	5.50 [94.50-100.00]
400-599床	4.49 [95.27-99.76]	4.04 [95.84-99.88]	4.26 [95.74-100.00]	4.32 [95.53-99.85]	12.45 [86.43-98.88]
600床以上	4.20 [95.21-99.40]	3.68 [95.77-99.45]	3.46 [96.06-99.52]	3.56 [95.88-99.44]	7.09 [91.98-99.07]
様式 1					
～199床	2.35 [97.65-100.00]	1.92 [98.08-100.00]	1.70 [98.30-100.00]	0.71 [99.29-100.00]	4.40 [95.60-100.00]
200-399床	2.94 [97.06-100.00]	2.79 [97.21-100.00]	2.84 [97.16-100.00]	2.74 [97.26-100.00]	4.08 [95.92-100.00]
400-599床	3.40 [96.19-99.58]	3.06 [96.76-99.82]	2.54 [97.46-100.00]	3.85 [96.02-99.87]	7.24 [91.68-98.93]
600床以上	3.40 [96.04-99.44]	3.29 [96.21-99.51]	2.70 [96.93-99.63]	3.08 [96.53-99.61]	5.82 [93.49-99.31]
SV					
～199床	0.76 [99.24-100.00]	1.21 [98.79-100.00]	0.76 [99.24-100.00]	1.15 [98.85-100.00]	11.54 [88.46-100.00]
200-399床	3.09 [96.91-100.00]	2.65 [97.35-100.00]	2.73 [97.27-100.00]	5.34 [94.66-100.00]	6.10 [93.90-100.00]
400-599床	7.41 [92.59-100.00]	6.98 [93.02-100.00]	10.68 [88.66-99.35]	10.13 [88.76-98.89]	14.74 [84.12-98.86]
600床以上	4.02 [94.70-98.72]	3.29 [95.24-98.53]	4.86 [93.58-98.44]	5.48 [92.92-98.39]	8.63 [89.81-98.44]

Step4 : 各指標の計測値分布(CRM-01)

【表示形式】 四分位範囲 [第1四分位数 - 第3四分位数] 【単位】 % 【色付け】 4期間すべてで昨年度より四分位範囲が**拡大(赤)**、**縮小(青)**

病院規模/期間	2024年 10-12月		2025年 1-3月		2025年 4-5月		2025年 6-9月		24年6-9月(参考)	
全体										
~199床	0.08	[0.02-0.11]	0.09	[0.03-0.12]	0.09	[0.02-0.11]	0.08	[0.02-0.10]	0.08	[0.03-0.11]
200-399床	0.07	[0.03-0.10]	0.09	[0.03-0.12]	0.08	[0.03-0.11]	0.07	[0.03-0.09]	0.06	[0.04-0.10]
400-599床	0.06	[0.04-0.09]	0.07	[0.04-0.11]	0.06	[0.04-0.10]	0.07	[0.03-0.10]	0.06	[0.04-0.09]
600床以上	0.08	[0.04-0.12]	0.09	[0.04-0.13]	0.07	[0.04-0.11]	0.06	[0.04-0.10]	0.06	[0.05-0.11]
様式 1										
~199床	0.08	[0.01-0.09]	0.09	[0.02-0.11]	0.08	[0.02-0.10]	0.07	[0.02-0.08]	0.08	[0.02-0.10]
200-399床	0.05	[0.03-0.08]	0.07	[0.03-0.10]	0.07	[0.02-0.10]	0.06	[0.02-0.08]	0.06	[0.04-0.09]
400-599床	0.06	[0.02-0.08]	0.05	[0.04-0.08]	0.04	[0.04-0.08]	0.05	[0.02-0.08]	0.06	[0.03-0.08]
600床以上	0.06	[0.03-0.09]	0.07	[0.03-0.10]	0.07	[0.03-0.10]	0.06	[0.04-0.10]	0.08	[0.03-0.11]
様式 3										
~199床	0.04	[0.02-0.06]	0.07	[0.05-0.12]	0.07	[0.02-0.09]	0.05	[0.02-0.07]	0.08	[0.04-0.12]
200-399床	0.04	[0.07-0.10]	0.08	[0.05-0.13]	0.05	[0.06-0.11]	0.06	[0.06-0.12]	0.08	[0.05-0.13]
400-599床	0.04	[0.05-0.09]	0.05	[0.05-0.10]	0.05	[0.04-0.09]	0.06	[0.04-0.10]	0.07	[0.05-0.11]
600床以上	0.07	[0.05-0.12]	0.04	[0.07-0.11]	0.03	[0.04-0.07]	0.04	[0.04-0.08]	0.09	[0.06-0.15]
SV										
~199床	0.08	[0.03-0.11]	0.09	[0.03-0.12]	0.09	[0.03-0.12]	0.08	[0.03-0.11]	0.08	[0.03-0.11]
200-399床	0.07	[0.04-0.11]	0.09	[0.04-0.13]	0.10	[0.03-0.13]	0.08	[0.03-0.11]	0.07	[0.04-0.11]
400-599床	0.07	[0.05-0.12]	0.08	[0.06-0.14]	0.11	[0.04-0.15]	0.09	[0.04-0.12]	0.05	[0.04-0.09]
600床以上	0.08	[0.06-0.14]	0.11	[0.06-0.17]	0.07	[0.05-0.12]	0.06	[0.05-0.11]	0.06	[0.05-0.11]

Step4 : 各指標の計測値分布(CRM-02)

【表示形式】 四分位範囲 [第1四分位数 - 第3四分位数] 【単位】 % 【色付け】 4期間すべてで昨年度より四分位範囲が**拡大(赤)**、**縮小(青)**

病院規模/期間	2024年 10-12月		2025年 1-3月		2025年 4-5月		2025年 6-9月		24年6-9月(参考)	
全体										
~199床	16.86	[83.14-100.00]	18.06	[81.94-100.00]	14.81	[85.19-100.00]	16.19	[83.48-99.67]	25.06	[74.94-100.00]
200-399床	29.10	[68.70-97.80]	29.30	[69.05-98.34]	32.56	[66.17-98.74]	31.22	[67.73-98.95]	24.44	[73.87-98.31]
400-599床	19.84	[77.09-96.93]	20.23	[76.95-97.18]	19.84	[77.55-97.38]	19.99	[78.24-98.22]	21.48	[76.00-97.48]
600床以上	21.05	[76.90-97.95]	14.80	[82.63-97.43]	12.15	[85.64-97.79]	10.57	[87.47-98.04]	15.00	[83.60-98.59]
様式 1										
~199床	16.65	[82.12-98.77]	17.86	[81.03-98.90]	15.87	[82.70-98.57]	16.17	[82.27-98.43]	27.28	[71.83-99.11]
200-399床	36.17	[60.15-96.31]	37.54	[59.10-96.65]	34.41	[63.58-97.99]	34.25	[63.52-97.77]	28.22	[64.66-92.88]
400-599床	21.48	[75.43-96.91]	24.22	[72.89-97.11]	21.61	[75.79-97.40]	20.49	[77.68-98.16]	27.25	[68.00-95.25]
600床以上	38.09	[58.28-96.38]	30.45	[65.81-96.27]	21.80	[75.64-97.44]	17.09	[80.84-97.93]	25.02	[71.47-96.49]
SV										
~199床	9.46	[90.54-100.00]	15.33	[84.67-100.00]	10.28	[89.72-100.00]	11.23	[88.77-100.00]	22.69	[77.31-100.00]
200-399床	17.66	[81.87-99.54]	19.17	[80.26-99.42]	15.07	[84.93-100.00]	10.80	[88.90-99.69]	16.31	[83.61-99.91]
400-599床	12.66	[84.53-97.19]	15.48	[81.98-97.46]	15.12	[82.00-97.12]	16.13	[82.81-98.94]	14.63	[84.83-99.46]
600床以上	5.13	[93.55-98.68]	5.53	[93.21-98.73]	4.65	[93.66-98.31]	4.60	[93.65-98.25]	6.23	[93.01-99.24]

Step4 : 各指標の計測値分布(CRM-03)

【表示形式】 四分位範囲 [第1四分位数 - 第3四分位数] 【単位】 % 【色付け】 4期間すべてで昨年度より四分位範囲が**拡大(赤)**、**縮小(青)**

病院規模/期間	2024年 10-12月	2025年 1-3月	2025年 4-5月	2025年 6-9月	24年6-9月(参考)
全体					
~199床	8.48 [1.95-10.43]	9.37 [1.93-11.29]	9.98 [2.04-12.03]	8.47 [1.67-10.14]	11.88 [2.34-14.22]
200-399床	7.73 [3.07-10.80]	8.65 [2.78-11.42]	9.42 [2.76-12.18]	8.14 [2.11-10.25]	8.24 [3.01-11.25]
400-599床	8.73 [2.97-11.69]	9.59 [3.21-12.79]	7.69 [3.15-10.84]	7.65 [2.28-9.93]	8.98 [2.99-11.96]
600床以上	5.18 [2.80-7.99]	5.97 [3.17-9.15]	4.74 [3.33-8.06]	4.53 [2.51-7.04]	3.88 [3.91-7.78]
様式 1					
~199床	8.02 [1.94-9.97]	8.60 [2.03-10.62]	9.65 [2.11-11.76]	7.50 [1.72-9.22]	9.80 [1.69-11.49]
200-399床	7.10 [2.37-9.47]	7.44 [2.51-9.96]	7.26 [2.41-9.67]	6.31 [1.92-8.23]	6.50 [2.21-8.71]
400-599床	6.61 [2.60-9.21]	7.71 [2.82-10.53]	7.34 [3.00-10.35]	7.12 [2.25-9.37]	6.56 [2.33-8.89]
600床以上	4.35 [2.67-7.02]	5.60 [3.00-8.59]	3.96 [3.29-7.25]	3.56 [2.60-6.15]	3.16 [2.23-5.39]
SV					
~199床	8.74 [2.08-10.82]	9.56 [1.92-11.48]	10.25 [1.92-12.17]	9.64 [1.51-11.15]	13.04 [3.19-16.23]
200-399床	8.56 [4.26-12.82]	9.07 [3.68-12.76]	11.11 [3.54-14.65]	10.06 [2.70-12.76]	9.64 [4.08-13.72]
400-599床	9.62 [3.21-12.83]	11.41 [3.57-14.98]	8.28 [3.27-11.55]	7.71 [2.92-10.62]	11.37 [3.76-15.13]
600床以上	5.41 [3.77-9.18]	6.80 [3.53-10.33]	5.30 [3.38-8.69]	4.96 [2.33-7.30]	5.18 [4.43-9.61]

検討事項：検証結果のまとめ(Step1-4)

- 各指標の計測率および手順書遵守率(Step1-3)は昨年度と比べ概ね向上した。
- 計測値の分布(Step4)は多くの指標で、昨年度よりばらつきが小さくなった。一方で、一部指標ではデータソース間で計測値の分布に差異があるため、継続的な検証を要する。
- 本検証の結果では、緊急的な修正や重大な懸念事項はないと判断されるため、次年度も引き続き、診療報酬制度に準拠した9指標を運用する方針としてはどうか。

指標		Step1	Step2		Step3		Step4 計測値の分布に関する特徴	四分位範囲	
		計測率	計測率		遵守率			25年6-9月	(24年6-9月)
		All	FY25	(FY24)	FY25	(FY24)			
MSM-01	転倒・転落(件数)		98.3%	94.6%	97.1%	96.7%	概ね変動なし。大規模病床ほどばらつきが小さい。データソース間のばらつきにはあまり差異がない。	1.78	1.78
MSM-02	転倒・転落(3b以上)		99.5%	99.2%	95.5%	91.9%	概ね変動なし。600床以上でばらつきが小さい。	0.09	0.11
MSM-03	肺塞栓の予防	9指標	83.4%	78.7%	90.2%	89.4%	200~599床規模でばらつきが縮小したが、600床以上では僅かに拡大。	9.30	10.67
IFC-01	血培2セット	すべてを計測した病院	91.4%	85.0%	88.6%	91.9%	血液培養ボトルの供給不足解消により、全病床規模でばらつきが劇的に縮小。	16.79	38.78
IFC-02	広域抗菌薬使用	(72.5%)	87.9%	81.7%	92.8%	93.6%	概ね変動なし。大規模病床ほどばらつきが小さい。	18.42	22.28
IFC-03	予防的抗菌薬投与	昨年度は	84.0%	78.4%	93.5%	86.7%	診療報酬改定後の定義・手順の定着により、全病床規模で大幅にばらつきが縮小。小規模病院ほどばらつきが小さい。	3.45	8.30
CRM-01	褥瘡発生(d2以上)	(58.1%)	97.6%	94.6%	94.0%	90.5%	概ね変動なし。データソース間でも差異がない。	0.07	0.07
CRM-02	入院早期の栄養ケア		92.3%	81.4%	95.8%	95.4%	199床以下のばらつきが相対的に小さい。DPC様式1を用いた場合のばらつきが相対的に大きい。	20.60	23.39
CRM-03	身体拘束		95.6%	85.4%	95.3%	94.8%	概ね変動なし。大規模病床ほどばらつきが小さい。SVを用いた場合のばらつきが相対的に大きい。	7.18	8.42

3. 2026年度事業計画案

令和8(2026)年度事業計画案 (要旨)

- 令和8年度の事業公募に以下の内容で応募したい。本事業の安定的な運用を図りつつ、とくに下記の事項に注力したい。
- ▶ DPC対象病院の計測データを活用し、ベンチマーク参加施設を拡大する … (1) イ.① 第2項
 - ▶ 標準化に加え、質指標の活用推進(好事例共有セミナー等)に注力する… (1) イ.②

事業内容	項目	主な取組内容
(1) 医療の質指標等の標準化	ア. 医療の質指標等の標準化	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指標定義・計測手順は原則維持し、参照値・参照資料・FAQ等を更新する。 ・ 計測手順書(2026年度版)として必要な整備を行う。 ・ 指標定義・手順の根拠となるエビデンスを確認・整理する。
	イ. 医療の質指標等の活用	<p>① 質指標の普及</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 可視化プロジェクト参加施設から提出される計測値を収集・集計・分析し、フィードバックを実施する。 ・ DPC対象病院の「病院情報の公表」データを活用し、ベンチマークを試行する。 ・ オフィシャルサイト・病院団体・他事業との連携による広報を継続する。 ・ 中央集計の構想(要件、概算、期待効果)を整理する。 <p>② 質指標の活用</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 集計結果から高業績群・改善群等の候補を整理し、アンケート等で取組内容を把握するなど、好事例の抽出・分析を一連のプロセスとして整備・定着させる。 ・ 質向上支援セミナーを企画・実施し、好事例の横展開および管理者層への普及啓発を図る。 ・ 質改善ツールキットを周知する。
	ウ. 医療の質指標等の公表	<ul style="list-style-type: none"> ・ 可視化プロジェクト集計結果報告書をオフィシャルサイトに公表する。
(2) 医療の質指標等の評価・分析支援		<ul style="list-style-type: none"> ・ 集計方法・提出手順・解釈等に関する問い合わせに対応する。 ・ 問い合わせ内容を整理し、FAQ等として更新・共有する。

※参考3-1_R8医療の質向上のための体制整備事業実施要綱(案) (<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001662234.pdf>)

4. 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

○ 最新の指標情報(定義・実績値)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、閲覧可能としています。
- そこで、各団体で運用されている指標情報について、最新の指標定義および実績値(公表されたもの)をご提供いただきますようお願い申し上げます。
- ご提供方法は、当機構の指定フォーマットにご入力いただくか、既にお手元にあるデータをご提供いただければ、当機構にて加工可能です。

◆本依頼に係る承諾書(1/9送付済)のご返送期限：1月末

◆データのご提供期限

- ・当機構指定フォーマットへご入力いただく場合　：3/23
- ・お手元のデータをいただく場合(当機構にて加工)：3/13

ご提供方法や期限等につきましては、各団体事務局様へメールにてご相談申し上げます。
ご協力のほど何卒よろしくお願い申し上げます。