

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24回 運営委員会 (医療の質向上のための協議会)

2026年6月15日(月)15:00～17:00

公益財団法人日本医療機能評価機構 オンライン会議

委員出欠状況(50音順)

	委員名(敬称略)	所属	役職	出欠	備考
1	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	佐々木 孝治	独立行政法人地域医療機能推進機構	理事	出	新任
9	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	
10	進藤 晃	公益社団法人 全日本病院協会	東京都支部長	出	
11	西尾 俊治	一般社団法人 日本慢性期医療協会	常任理事	(委任状)	
12	野村 幸博	公益社団法人全国自治体病院協議会	副会長	出	
13	福井 次矢	一般社団法人日本病院会	QI委員会 委員長	出	
14	松原 了	社会福祉法人恩賜財団済生会	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			出	
18	間中	勝則	オンライン診療推進専門官			出	
19	上野	真史	課長補佐			出	新
20	大泉	博文	主査			出	新

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	亀田	俊忠	執行理事			出	
24	東	尚弘	理事			出	
25	遠矢	雅史	評価事業推進部	部長		欠	新
26	横山	玲	評価事業推進部	副部長		出	新
27	菅原	浩幸	評価事業推進部	参与		出	
28	川崎	悦子	評価事業推進部	企画課	課長	出	
29	浅野	由莉	評価事業推進部	企画課	係長	出	

医療の質向上のための協議会 設置趣意書

「最善の医療を受けたい」という根源的な願いに応えようと、我々医療に関わるものは、これまで多くの努力を重ねてきた。そのひとつとして、各医療団体のリーダーシップのもと、指標を用いて医療の質を可視化し、向上を図ろうという取り組みが行われ、多くの意欲的な医療機関などで、貴重な成果が得られているところである。

しかし、医療の質とは何か、どのように測り、どう継続的な改善につなげるのかなどについては未だに全国的なコンセンサスが得られているとは言えない状況にある。

このたび、この分野で実績を重ねてきた団体、医療機関を基盤として全国版の協議会を立ち上げ、国の支援を受けながら、改めて、医療の質の向上、情報の適切な開示・活用、そして患者中心の医療連携、などを継続的に進めていくための体制を構築することとした。

決して容易な取り組みではなく、長期的な努力の積み重ねが必要となるが、すべての人々の幸福に貢献すべく、団体の枠を超えた未来志向の建設的な協業を進めていく決意である。

2019年9月25日

議事次第

1. 今年度の事業方針について
2. 質指標の標準化・普及に向けた検討について
 - 2-1. 26年度医療の質可視化プロジェクト
 - 2-2. 選定した指標の保守に関する検討
 - 2-3. 質指標の活用に関する検討

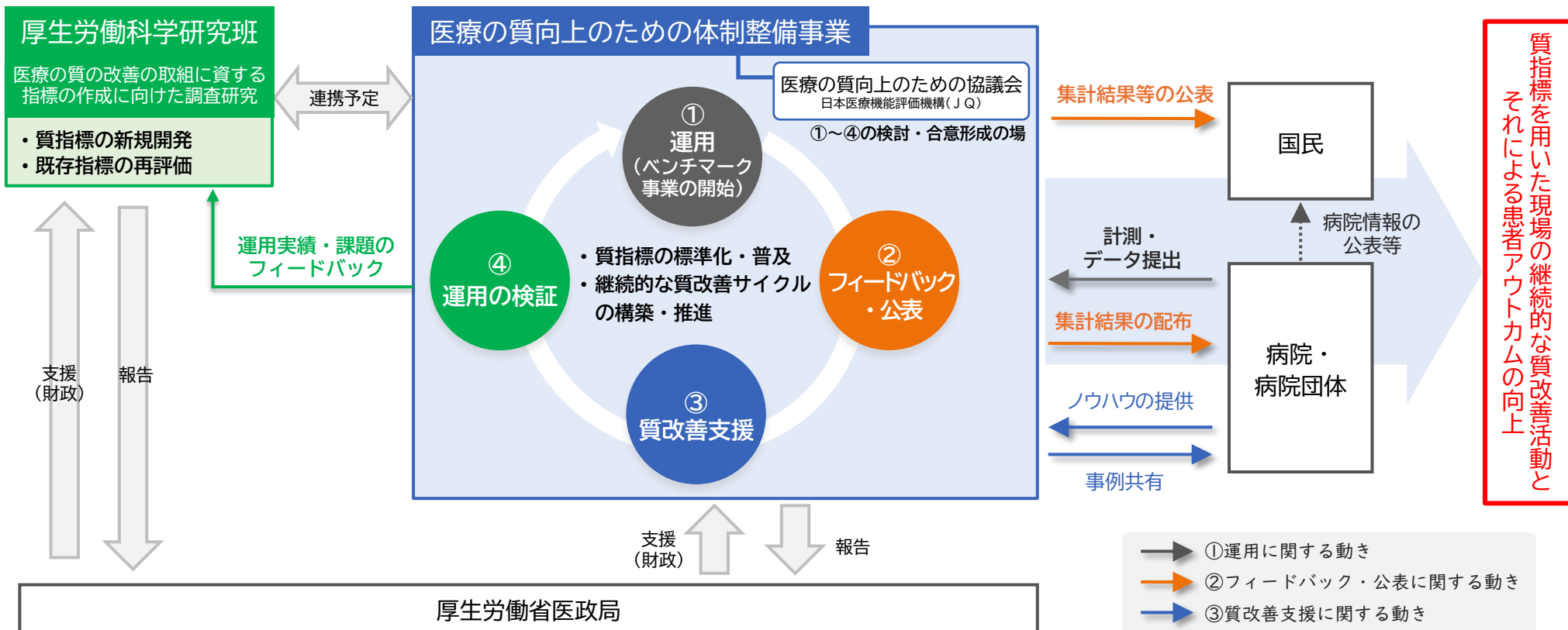
1. 今年度の事業方針について

[報告]2025年度における取組み

2025年度実施要項の概要			取組み事項		実施状況	
#1 標準化・普及・公表	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	2025年度可視化プロジェクトの企画・運営	済	過去最高の720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指標の計測可能性や手順書遵守率を確認し、26年度も引き続き運用することとした。
	普及	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。	#1-3	質指標の保守	済	保守サイクルの確立を目指し、MSM-03をモデルケースに、診療ガイドライン調査、専門家ヒアリング等を実施。
	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。	#1-4	可視化プロジェクト計測結果の公表	済	集計結果報告書をWebに掲載
#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115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	継続	可視化プロジェクトのベンチマークデータを活用したセミナーを企画(26年度に実施)。

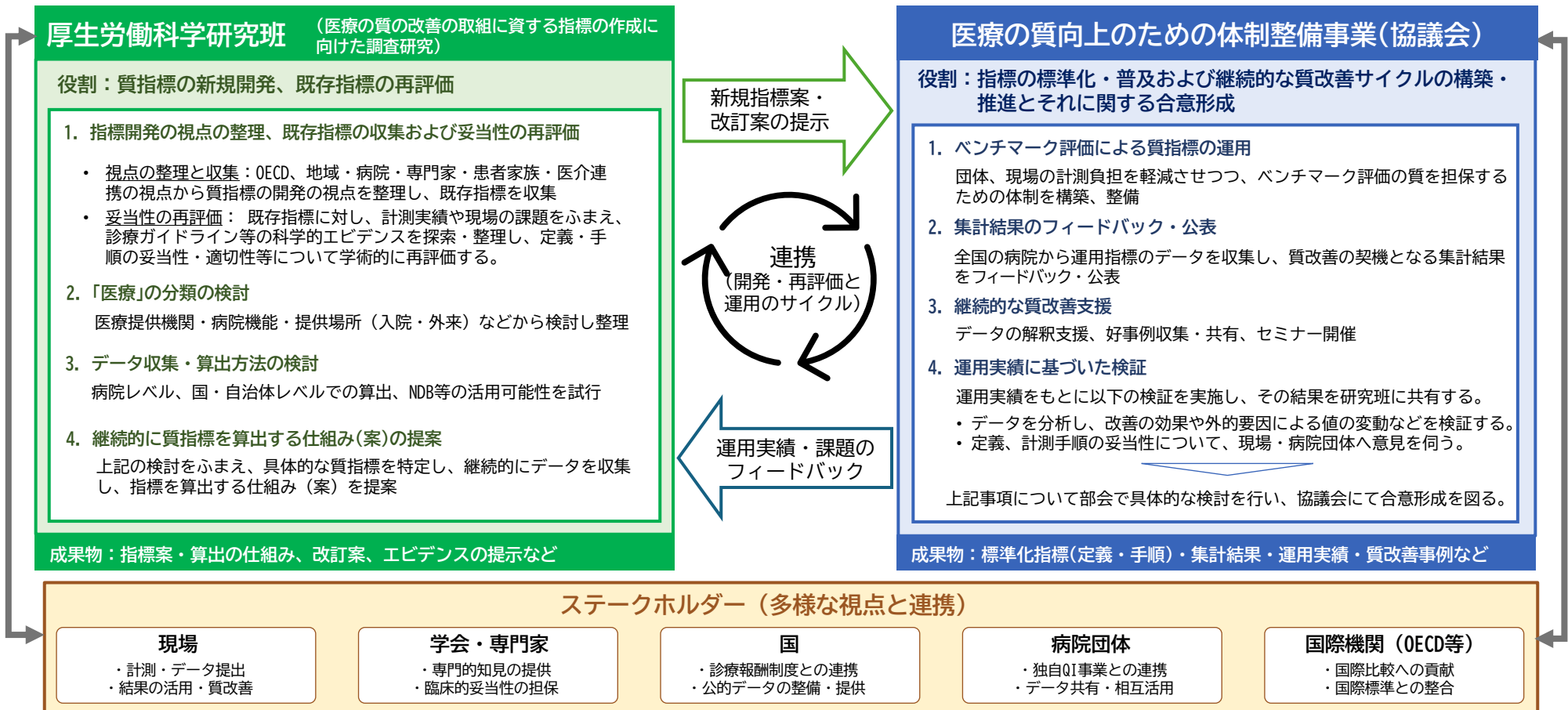
本事業の位置づけと全体像(26年度)

- 本事業は、厚労省の支援のもと、病院・病院団体と連携し、ベンチマーク事業等を通じて、質指標の標準化・普及および継続的な質改善サイクルの構築・推進に取り組んできた。また、社会的な信頼性を向上させるため、質指標の集計結果を中心に、本事業の取組みを広く公表、周知している。
- 今年度は、4月に立ち上がった厚生労働科学研究班（医療の質の改善の取組に資する指標の作成に向けた調査研究）と連携のもと、発展的な質指標の標準化・普及を目指す予定である(詳細次頁)。



本事業と研究班の役割分担(案)

- 研究班は、新規指標の開発および既存の運用指標の妥当性の再評価を中心に、学術的な検討を担う。一方、本事業は、質指標の標準化に向けた運用・実装を担い、現場の質改善活動を支援するとともに、各種検討事項に関する合意形成を図る場とする。
- 双方が連携し、開発・再評価と運用のサイクルを通して、発展的な質指標の標準化・普及を目指す。



今年度(26年度)の運営方針

今年度は特に、前述の研究班との連携、ベンチマーク評価の規模拡大や質改善支援に取り組む。本会は、各取組みに関する部会等での検討内容や対応方針について合意形成を図る場としたい。

事業内容 (実施要綱に基づいた整理)	主な取組内容	一部改変：第23回運営員会資料(2026. 3. 9)
(1)質指標等の標準化	ア. 標準化	<ul style="list-style-type: none"> 指標定義・計測手順は原則維持し、2026年度版の計測手順書を整備する。 研究班と連携し、9指標の定義・手順の保守作業に必要な情報を収集・整理する。
	イ. 活用	<ul style="list-style-type: none"> ① 普及 <ul style="list-style-type: none"> 9指標データを収集・集計・分析し、フィードバックを実施する。 ベンチマーク評価の規模拡大に向けた基盤整備に取り組む。 <ul style="list-style-type: none"> ▶ DPC対象病院の「病院情報の公表」データを活用 ▶ 病院団体本部を経由したデータ一括集約 中央集計の構想（要件、概算、期待効果）を整理する。 ② 院内における質改善活動の支援 <ul style="list-style-type: none"> 事例の抽出プロセスの整備 質向上支援セミナーを企画・実施し、現場に役立つ事例の共有・横展開を図る。
	ウ. 公表	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)質指標等の評価・分析支援	現場からの問い合わせに対応し、その内容をFAQとして随時更新・公表する。	

[参考] 26年度医療の質向上のための体制整備事業 実施要綱

(https://jq-qiconf.jqhc.or.jp/wordpress/wp-content/uploads/2026/04/qi_youkou_2026.pdf)

2. 指標の標準化・普及に向けた検討について

- 2-1. 26年度医療の質可視化プロジェクト
- 2-2. 選定した指標の保守に関する検討
- 2-3. 質指標の活用に関する検討

2-1. 26年度医療の質可視化プロジェクト

26年度 医療の質可視化プロジェクトの概要

本プロジェクトは、診療報酬制度に準拠して運用する。そのため、今年度より、診療報酬改定時期にあわせた集計期間を設定し(#15)、集計条件も国が定める「病院情報の公表」にあわせる(#17)。

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			
	[協力病院の目標数]	800病院	[募集期間]	5/11～9/30

25年度と同じ定義・計測手順で運用する。

使用指標 (9指標)	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

集計スケジュール	[集計期間]	[提出期限]	[フィードバック]	
	1回目	25年10-12月・26年1-3月	26年7月末	26年9月(速報版)
	2回目	26年4-5月	26年10月末	26年12月(確定版)

主なフィードバック内容 ① 集計結果報告書(公表) ② 層別集計表(公表)
③ ハイライト機能付き棒グラフ(プロジェクト協力病院にのみ配布)

備考 なお、ベンチマーク評価の規模拡大に向けた基盤整備として、「病院情報の公表」に掲載されたデータを活用する(#18-19)。また、現場負担の軽減と団体との連携強化を図るため、各団体のご意向を確認のうえ、本部経由で関連病院の9指標データを一括提供いただく(#20)。

申込状況[概要](6/12時点)

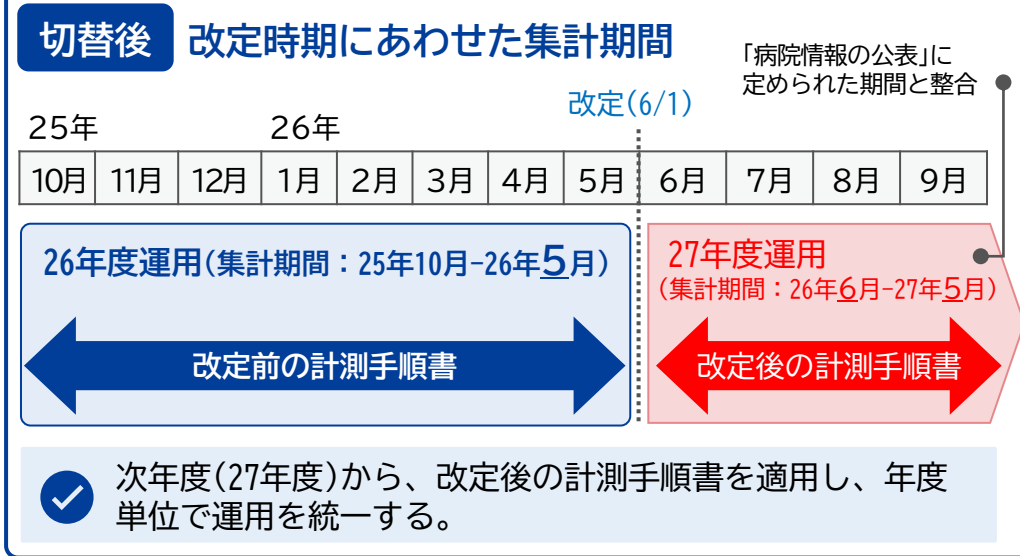
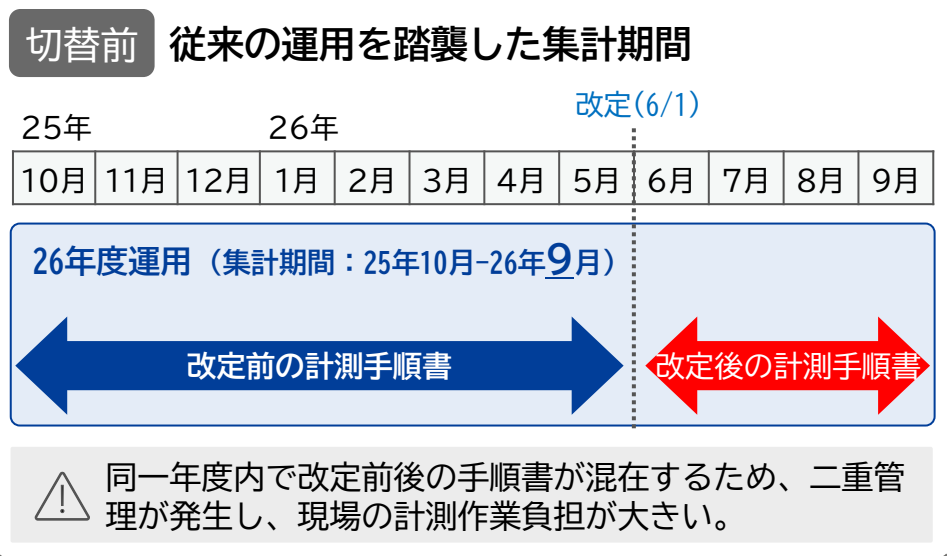
- 5/11より申込を開始し、6/12時点で291病院より申込をいただいている。このうち、半数以上(180病院, 61.9%)の病院は、プロジェクト開始当初の22年度より連続で参加いただいております。プロジェクトが目指す継続的な計測・改善活動が定着しつつあると推察する。
- DPC対象病院*は231病院であり、プロジェクト参加病院の約8割(79.4%)を占める。前述のとおり、今年度はベンチマーク評価の規模拡大に向けた取組みを進めるが、病院の機能・規模に関わらず計測可能な指標であるため、病院の特性に関わらず広く参加を働きかける。

参加歴	件数	%
参加歴あり	288	99.0%
5年連続参加	180	61.9%
今回が4回目 (非連続含む)	46	15.8%
今回が3回目 (非連続含む)	42	14.4%
今回が2回目 (非連続含む)	20	6.9%
新規参加	3	1.0%
合計	291	100.0%

DPC参加状況(DPC/出来高)		参加歴		新規	参加歴あり	合計
		5年連続	合計			
DPC対象病院 (N=231)	大学病院本院群	0	18	12	18	
	特定病院群	0	42	33	42	
	標準病院群	2	169	104	171	
出来高算定 病院 (N=60)	準備病院	0	6	2	6	
	データ提出あり 加算取得なし	1	45	22	46	
		0	8	7	8	
		3	288	180	291	

確認事項①：診療報酬改定時期にあわせた集計期間への切替

- 可視化プロジェクトは、診療報酬制度に準拠しているため、診療報酬改定の内容によっては、9指標の定義・計測手順の見直しが必要となる。また、改定は6月1日施行のため、現行の集計期間(前年10月～翌年9月)では、改定前後の運用が混在する。
- そのため、現場の負担軽減および国が定める「病院情報の公表」との整合性を確保する観点から、今後は診療報酬改定の時期にあわせた集計期間(前年6月～翌年5月)に切り替える。ただし、今年度は移行措置として、集計期間を25年10月～26年5月(8か月)とし、26年度改定前の定義・手順を適用して運用する。



比較の視点	運用の一貫性	現場の作業負担	「病院情報の公表」との整合性
切替後	○ 年度単位で手順書を統一し、運用が一貫	○ 二重管理が不要で作業負担が小さい	○ 集計期間(前年6月～翌年5月)が整合
切替前	△ 同一年度内で手順書が切り替わる	× 二重管理が発生し作業負担が大きい	× 集計期間と整合しない

参考：26年度改定に伴う影響(身体的拘束の実施率)

- 26年度改定において、9指標の運用に関連する指標は「身体的拘束の実施率」である。改定内容を精査のうえ、計測手順の改訂要否等について検討が必要と考えられる。

改定内容	想定される対応
① 身体的拘束の定義が具体化された（例：センサークリップ等の扱い）	計測対象の解釈を統一するため、計測手順書の補足情報として追記
② 身体的拘束の実施割合の算出式が明示された	参考情報として整理

26年度診療報酬改定

令和8年度診療報酬改定 Ⅲ-1-1 身体的拘束の最小化の推進-①

身体的拘束最小化の取組の更なる推進③

身体的拘束の実施割合の計算方法

- ▶ 身体的拘束最小化の基準に係る実施割合の計算方法は、以下のとおり。

$$\text{身体的拘束の実施割合} = \frac{\text{直近3か月間の入院料算定日数のうち、身体的拘束を実施した日数（※1）}}{\text{直近3か月間の入院料算定日数（※2）}}$$

- ※1 以下の場合には身体的拘束を実施した日数に含めない。
 - ア センサークリップ等のみを使用する場合
(患者の動作により容易に外れ、自発的な運動を制限することはない状況に限る)
 - イ 処置時や移動時に、患者等の同意を得た上で、安全確保のために短時間固定ベルト等を使用する場合
(使用中は職員が介助等のために常に当該患者の側に付き添っており、処置や移動の終了時に確実に解除している場合のみ)
 - ウ 患者が訓練のために自由に車椅子を操作することのできる状態であって、患者等の同意を得た上で、車椅子操作による訓練の時間中のみ安全確保のために固定ベルトを使用する場合
(車椅子の前にオーバーテーブルを設置する、車椅子をロックする等の方法により、患者本人の活動を制限している場合は該当せず、身体的拘束を実施した日としてカウントする)
- ※2 以下の入院料を算定した日及び精神病床（身体的拘束を精神保健福祉法に基づいて取り扱う場合に限る）は除く。
 - 「A300」救命救急入院料
 - 「A301」特定集中治療室管理料
 - 「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料
 - 「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料
 - 「A301-4」小児特定集中治療室管理料
 - 「A302」新生児特定集中治療室管理料
 - 「A302-2」新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料
 - 「A303」総合周産期特定集中治療室管理料
 - 「A303-2」新生児治療回復室入院医療管理料

[抜粋]令和8年度診療報酬改定について【医科全体版】(2026.3.6)

25年度 可視化プロジェクトの定義・手順

<定義・計算式>

$$\text{計測値(\%)} = \frac{\text{母数のうち、身体的拘束日数の総和}}{\text{退院患者の在院日数の総和}} \times 100$$

身体的拘束とは、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限を指す。

Q：身体的拘束は具体的にどのような行為か。

A：身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限であり、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る等はすべて該当する。ただし、移動時等に、安全確保のために短時間固定ベルト等を使用する場合については、使用している間、常に、職員が介助等のため、当該患者の側に付き添っている場合に限り、該当しないものとして取り扱うこと。

(2025年度「DPCの評価・検証等に係る調査(退院患者調査)」実施説明資料)より引用

確認事項②：様式1を使用する場合の集計条件

計測負担の軽減を図るうえで、DPC様式1を使用する場合の集計条件を国が定める「病院情報の公表」に合わせて、以下のとおり補足・修正する。

補足	除外条件を明記（入院後24時間以内の死亡・生後1週間以内に死亡した新生児・臓器移植）			
修正	DPCデータ様式4(医科保険診療以外の診療情報)の対象範囲を「病院情報の公表」の集計条件に合わせる。			
	コード	区 分	内 容	
	1	医科レセプトのみ	医科レセプトのみの場合、市販後調査、保険優先公費と医科レセプトの併用	← 対象範囲
	2	歯科レセプトあり	歯科レセプトのみ、医科レセプトと歯科レセプトの併用	
	3	保険請求なし	100%企業負担の治験、学用100%、他制度（公害レセ、労災レセ、自賠責）のみ。正常分娩、人間ドック等の自費のみ	
	4	保険と他制度の併用	公害レセ、労災レセ、自賠責と医科レセプトの組み合わせ療養費のうち、治験、先進医療、患者申出療養	← これまでの可視化プロジェクトでは含まれていたが除外
	5	その他	臓器提供者等、上記“1”～“4”以外の症例	

2026年度DPCの評価・検証等に係る調査（退院患者調査）実施説明資料より[https://www01.prrism.com/dpc/2025/file/setumei_20260325.pdf]

■ 集計条件

◇ 様式1

- ・ 入院した後 24 時間以内に死亡した患者又は生後 1 週間以内に死亡した新生児は集計対象外
- ・ 臓器移植（『厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部を改正する件（令和6年厚生労働省告示第101号）』に規定）は集計対象外
- ・ 様式4において医科レセプトのみもしくは歯科レセプトありの患者

令和7年度 病院情報の公表の集計条件等についてより抜粋

[<https://www01.prrism.com/dpc/2025/byoinjoho/07shukeijoken.pdf>]

「病院情報の公表」に掲載された9指標データの活用

- 現在、多くのDPC対象病院が、「病院情報の公表」に基づく9指標の計測値を公表している。
- そこで今年度は、これらの公表データを試行的に自動取得し、プロジェクトの集計結果に活用する。なお、自動取得にはPython(データ処理に広く使われるプログラミング言語)を使用し、現時点で全1,761のDPC対象病院(25年6月時点)のうち、1,708病院のデータを取得している(取得率97.0%)。
- 取得対象は、不特定多数が閲覧・分析可能な数値情報であり、病院の著作物や個人情報保護法の規制対象に該当しないため、許諾やオプトアウトなどの対応は行わない。一方で、取得データを用いた集計結果を公表する際は、取得元や取得方法などを明記する。

【公表データの自動取得方法】

Step1 各病院の公表ページURLを特定

[令和6年度 亀田総合病院 病院情報の公表より抜粋]

▼ 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

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(分母)	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)	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
3,784	3,514	92.87%

【URL】 https://medical.kameda.com/general/about/indicator/data_R07/index.html

Step2 取得した各URLから、9指標に関するデータを特定しExcelに出力

告示No	医療機関名	最終採用URL	MSM03_分母	MSM03_分子	MSM03_計測値
20034	医療法人鉄蕉会亀田総合病院	https://medical.kameda.com/general/about/indicator/data_R07/index.html	3784	3514	92.87

今年度における自動取得データの扱い(案)

- 自動取得データは、数値の照会や属性情報の追加収集を行わないため、取得できる情報が限定的となり、従来の可視化プロジェクトと同水準のベンチマーク評価は難しい。
- そのため、今年度は、自動取得方法の確立、精度・限界等の把握を目的に、試行的に運用し、取得データに基づく集計値は、参照値として集計結果報告書に付記したうえで、協力病院へ配布・オフィシャルサイトに公表する。

項目	プロジェクトで個別に収集するデータ	自動取得するデータ
データ区分	数か月単位	1年単位
データソース別の分析	様式1・様式3・SV別に分析	様式種別(様式1・様式3)の判別不可
層別集計の集計軸	詳細な属性情報あり	限定的(病床・地域・施設基準)
データの照会・確認	可	不可(原則、掲載データを正として扱う)
フィードバック方法	棒グラフや層別集計表、箱ひげ図等、他施設比較可能な形に反映	参照値(基本統計量)の扱い

- 今後は、本格的なベンチマーク評価として活用できるよう、自動取得の仕組みを維持しつつ、取得項目の拡充・データの精度向上を図るとともに、中央集計体制の構築も視野に入れながら、質改善活動に資する情報を広く還元できる体制を検討する。

QI事業を運用する協力団体へのご依頼事項 (9指標データの一括提供について)

- ベンチマーク評価の拡大に向けて、現場負担の軽減および団体との連携強化を図るため、QI事業を運用する団体に対し、本部経由で関連病院の9指標データを一括提供いただくことについて依頼文書を送付し、ご意向を伺っている。
- ご提供いただいたデータは、精度の高いベンチマーク評価の実現、質指標の活用に関する各団体の取組を支援する体制の推進、および全国規模のデータ基盤の構築等に活用したい。

財日医機評第7-●号
2026年5月20日

【病院団体名】
【代表者役職】
【代表者氏名】 殿

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
理事 亀田 俊忠
(公印省略)

医療の質向上のための体制整備事業における
医療の質可視化プロジェクトへのご協力について (ご依頼)

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、当機構の事業の推進に多大なご理解とご協力をいただき厚く御礼申し上げます。

さて、当機構では今年度も、全国規模で医療の質を可視化し、継続的な改善を支援する「医療の質可視化プロジェクト」を実施いたします(詳細別紙1)。

本プロジェクトでは、経時変化をとおして自院の状況を把握できるよう、医療機関の規模・機能に関わらず、共通の定義に基づく9つの医療の質指標(以下、9指標)を用いて定期的に計測を行い、その結果を他施設比較が可能な形でフィードバックします。また、本プロジェクトで扱う指標の活用事例なども発信する予定です。

本プロジェクトの最大の特徴は、国に提出するDPCデータを用いて計測が可能である点です。診療報酬制度において、医療の質向上に向けた取組が評価されることにより、DPC対象病院を中心に、9指標データの計測及び公表が定着し始めています。

一方、本事業ではデータの集約・活用・見直しに向けた基盤が構築されつつあります。この機を捉え、今年度はより多くの病院にご参加いただき、ベンチマーク評価を全国規模へ拡大するとともに、質指標のさらなる普及・活用を図りたいと考えております。

そこで、各病院団体のQI事業参加病院における9指標データについては、昨年度ご提案・ご相談申し上げたとおり、団体本部でお取りまとめのうえ、当機構に一括でご提供いただく方式でご協力をご検討のほどお願い申し上げます(詳細別紙2)。

つきましては、当該方式でのご協力について、貴団体の意向をご回答いただきますようお願い申し上げます(「回答書」は別添します)。

なお、従来どおり団体本部を経由せずに、各病院から個別に本プロジェクトへご協力いただく形も可能です。貴団体に所属される会員病院様に、本プロジェクトへのご協力を賜りたく、ご案内いただきますようお願いいたします。

末筆ながら、貴団体の一層の発展をお祈り申し上げます。

敬具

別紙2

医療の質可視化プロジェクト 9指標データの一括提供について

本資料は、医療の質可視化プロジェクトにおいて、各団体本部よりご提供いただく9指標データの活用方法や運用方針等について整理したものです。

1. 9指標データの一括提供による団体本部および各病院のメリット

(1) 全国規模で精度の高いベンチマーク評価が可能

- 集計結果は、他施設比較可能なグラフや表の形で提供します(図1)。各病院は、団体内での比較に加え、全国規模での多角的な比較を組み合わせることで、より精度の高いベンチマーク評価が可能です。全国規模のデータを活用することで、団体以外の病院との比較が可能です。
- なお、集計に用いる病院属性は病床規模(200床単位)、地域、開設主体、主たる病院機能、DPC提出区分(特定病院、標準病院など)、加算取得状況(安全・感染・褥瘡)などです。※予め可能な範囲で各病院の属性情報をお伺いします。
- また、団体本部には、会員病院の計測値とそれ以外を区別した集計結果も提供する予定です。自団体と他病院・他団体とのベンチマーク評価も可能です(図2)。

(2) 提出負担の削減

本部経由でデータを提供いただくため、病院にとっては本事業が実施する可視化プロジェクトへの個別申込や計測データの提出が不要となります。

2. 運用方針

計測値をはじめとするデータや情報の授受は貴団体本部と当機構事務局で行います。

- ご所属病院が個別にプロジェクトに申し込んだり、データを提出したりする必要はありません。※データご提出病院かつ、病院名の公表に承諾いただいた病院のみ「プロジェクト協力病院」として病院名を公表します(病院名と計測データを紐づけた形では公表しません)。
- 計測値は、貴団体本部にて各病院のデータ(分子・分母等)を取りまとめのうえ、当機構へご提出をお願い申し上げます(詳細な入力フォーマット等は、別途お送りする「回答書」の内容をふまえて、個別にご案内します)。
- 通常、当機構から協力病院へ発信する情報(集計結果報告書の送付や各種アンケート回答の依頼など)は、まず貴団体本部に連携し、本部から各病院へ発信いただく想定です。
- ご所属病院から直接当機構に問い合わせが寄せられた場合は、当機構での対応の可否を判断したうえで貴団体本部へ共有します。

【データ提出スケジュール】

提出回数	集計期間	提出日
提出1回目	・25年10~12月(3か月分) ・26年1~3月(3か月分)	2026年7月31日(金)
提出2回目	・26年4~5月(2か月分)*	2026年10月30日(金)

*26年度診療報酬改定の影響をふまえて、今年度は改定前の定義・手順で運用するため、集計期間を調整しています。

図1 集計結果の内容

① 他施設比較可能なグラフ: 200床単位の病床規模別・データソース別

指標	200床単位の病院	中央値
1	4.00	3.90
2	3.44	3.44
3	2.11	2.11
4	1.20	1.20
5	0.00	0.00

※別途、自院の位置をグラフ上で視覚的に把握いただけるExcelツールも配布します。地域や施設基準などの条件を自由に設定し、他施設との比較と現状分析に活用いただけます。

② 層別集計表: 自院と同じ属性(地域、開設主体など)に絞って基本統計量を確認可能

属性	A層別(2021年10月~12月)									B層別(2022年1月~3月)								
	指標1	指標2	指標3	指標4	指標5	指標6	指標7	指標8	指標9	指標1	指標2	指標3	指標4	指標5	指標6	指標7	指標8	指標9
全体	348	239	1730	334	257	187	866	547	355	1618	261	229	188	0.00	0.00	0.00	0.00	
北関東-東北	30	237	787	213	209	150	545	79	326	686	287	128	152	0.00	0.00	0.00	0.00	
関東	152	228	1736	312	240	182	908	104	300	1818	352	248	164	0.00	0.00	0.00	0.00	
中部-北陸	46	42	831	424	230	233	524	52	350	747	358	328	252	1.44	0.00	0.00	0.00	
近畿	56	54	1422	447	234	204	577	52	343	1218	416	321	160	0.00	0.00	0.00	0.00	
中国-四国	42	208	873	220	240	182	544	42	248	842	376	252	221	0.11	0.00	0.00	0.00	
九州-沖縄	54	215	1256	273	262	222	512	52	262	1148	308	251	168	0.22	0.00	0.00	0.00	
計	52	252	1736	282	219	184	524	52	266	1188	288	227	174	0.17	0.00	0.00	0.00	
北関東標準値	152	228	1736	312	240	182	917	104	270	628	328	252	160	0.00	0.00	0.00	0.00	

図2 団体QI事業参加病院とその他施設を区別した集計結果(イメージ)

＜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: qi_pilot@iqah.or.jp TEL: 03-5217-2326

ご検討のほどお願い申し上げます。 20

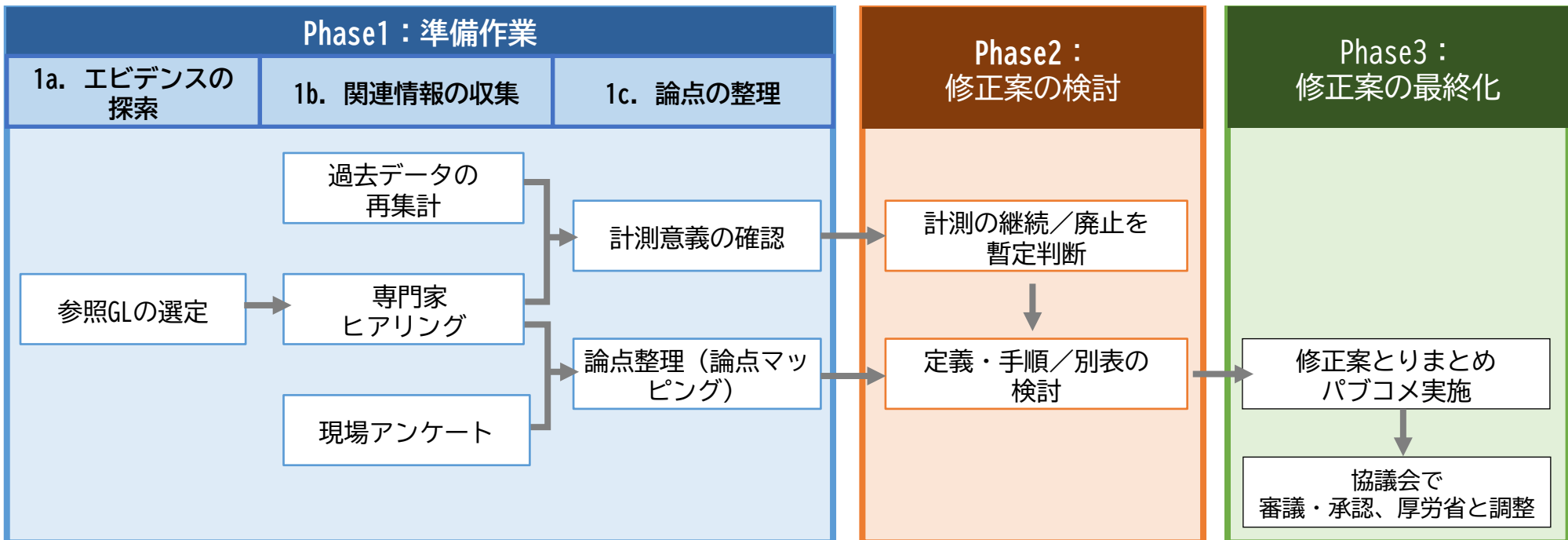
2-2. 選定した指標の保守に関する検討

今後の保守の方針(案)

- 今年度は、昨年度構築した進め方(以下図)をベースに、前述の研究班と連携しながら必要な保守作業を実施予定である(詳細は総務課と調整中)。
- なお、保守作業の目的は、修正を前提に指標定義・手順を見直すことではなく、根拠となるエビデンスや判断経緯を明確化・記録し、安定的な運用を図ることである。また、本作業と診療報酬改定との関係性については、担当部局と整理を進める。

【(参考)昨年度構築した保守の進め方】

抜粋：第23回運営員会資料(2026. 3. 9)



保守における現状と課題

- 昨年度は、24年度診療報酬改定以前から、DPCデータを用いた計測実績のある3指標を保守対象とした。このうち、肺塞栓の予防対策実施率(MSM-03)をモデルケースに取り上げ、指標定義に関する検討は完了したが、手術リストの扱いが残課題であり、手術領域の専門家による検討が必要である。
- また、血培2セット(IFC-01)、広域抗菌薬(IFC-02)については、昨年度までに、専門家ヒアリングや現場アンケート、論点の洗い出しなど、検討に必要な作業が概ね完了している。
- 未着手の6指標も含め、今後の進め方は国や研究班と協議のうえ対応する。

<保守対応中の3指標>

	指標名	進捗状況（現状や課題など）
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	<ul style="list-style-type: none">・ 指標定義に関する検討は完了（現状維持とする）・ 手術リストは、診療ガイドライン作成代表者より、近年追加された術式の候補提案があり、関連する手術領域の専門家による精査を要する。
IFC-01	血液培養2セット実施率	<ul style="list-style-type: none">・ 専門家ヒアリング、現場へのアンケート、論点の洗い出しは完了。【詳細は参考資料】
IFC-02	広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培養実施率	<ul style="list-style-type: none">・ 専門家ヒアリング、現場へのアンケート収集済。・ 広域抗菌薬の薬剤リストは専門的な精査が必要。

保守に関する今年度のスケジュール案

時期	タスク案
4～6月	<ul style="list-style-type: none">国・研究班との三者協議現場(今年度可視化プロジェクト協力病院)へのアンケート項目検討
7～9月	<ul style="list-style-type: none">現場へのアンケート実施（8月～9月）9指標データの経年分析（22年度分～）
～27年3月	<ul style="list-style-type: none">現場の意見、経年分析結果など本事業において実施した保守に関する成果の取りまとめ ⇒本会へ報告

随時、総務課や研究班からの求めに応じて、情報提供・資料作成に協力する。

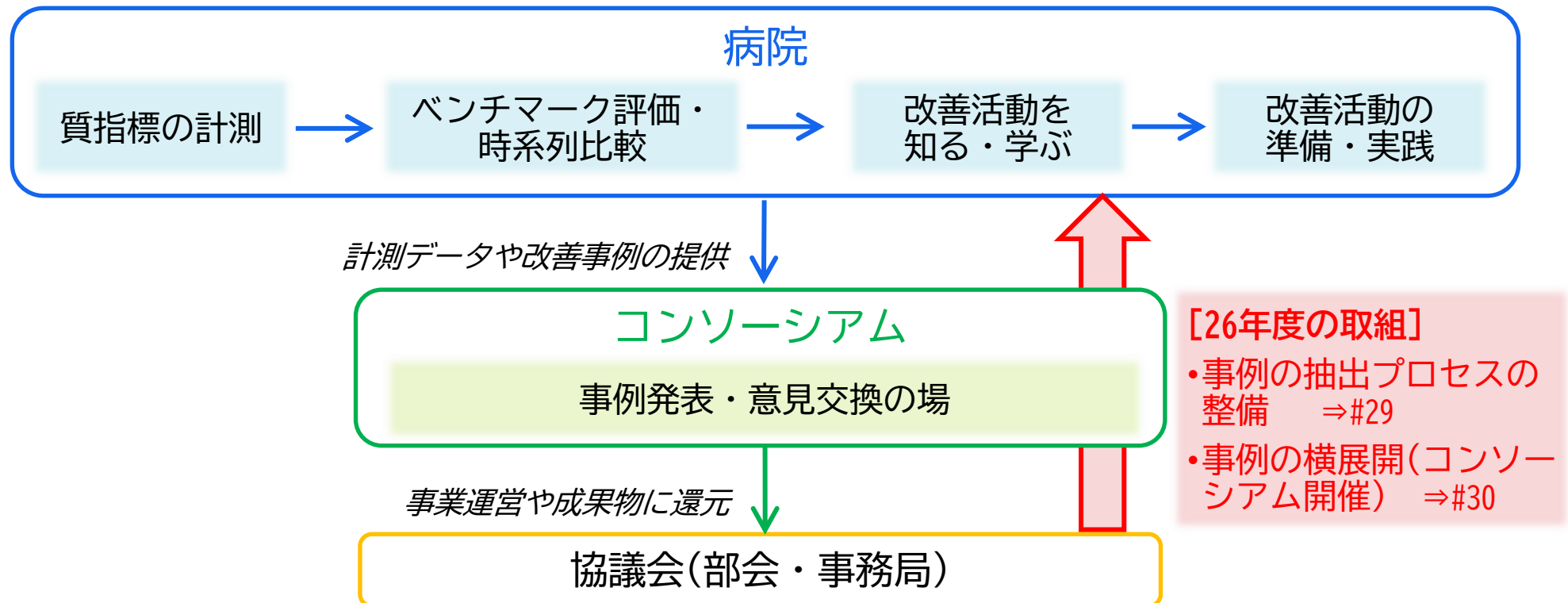
2-3. 質指標の活用に関する検討

質指標の活用に向けた支援体制（中長期的に検討）

- 本事業の目的のひとつは、質指標の活用に向けて、現場の自主的な質改善活動を充実させることである。
- そこで、以下のような支援体制を中長期的に見据え、今年度は、事例の抽出・分析プロセスの整備と事例の横展開(コンソーシアムの開催)に取り組みたい。

一部改変：第11回運営委員会資料(2022. 6. 27)

現場の自主的な改善活動を支援する体制(案)



(参考) 現場からのニーズ

院内の質改善活動を進めるうえで聞きたいポイント

2024年度可視化プロジェクト協力病院を対象に実施したアンケートの結果、コンソーシアムで聞きたい院内の質改善活動を進めるうえで、病院が聞きたいポイントは、「現状把握と目標設定」や「改善成果の評価とフィードバック」が多かった。

対象数=431【重複回答】

		件数	%
1	現状把握と目標設定	271	62.9%
2	改善成果の評価とフィードバック	270	62.6%
3	質改善活動を継続させるための工夫 (スタッフがモチベーションを保つための仕組みなど)	251	58.2%
4	医師や他職種を巻き込む工夫	232	53.8%
5	改善計画の策定と進捗管理 (PDCAプロセス管理)	176	40.8%
6	院内のリーダー (上司・経営層など) のサポートの得方	123	28.5%
7	多職種チームでの時間・スケジュール調整	119	27.6%
8	その他*	13	3.0%

*「その他」には、院内共有や情報公開の好事例、データの読み解き方、簡単なデータ抽出方法、DPC新様式への追加作業方法、集計作業の俗人化防止方法、スタッフへの教育などがある。

(参考) 第5回 医療の質向上のためのコンソーシアム

24年度(2025/3/6)に開催した「第5回QIコンソーシアム」では、可視化プロジェクトで扱う9指標に関連する2事例を紐解きながら、質改善活動を考えるうえでの重要なポイントについて意見交換が行われ、各施設で質改善の取組みをさらに深める機会を設けた。

目的

- プロジェクトの計測結果を、有識者を交えて参加者とレビューし、質指標を用いた可視化の意義を確認する。
- プロジェクトへの参加を通して自主的な質改善活動につなげた医療機関の実例を紹介し、質指標を活用した取組みに関して現場で役立つヒントを提供する。

対象者

- 医療の質可視化プロジェクト参加病院の医療者
- そのほか、指標を活用した医療の質向上の取組みに関心があるすべての医療関係者

プログラム

1. 可視化プロジェクト速報
2. イントロダクション（質改善活動を考える上での重要なポイント）
3. 事例発表①「身体的拘束最小化に向けた取組み」
4. 事例発表②「肺血栓塞栓症予防に向けた取組み」
5. 質疑応答・コメント
6. まとめ

参加者の反応（一意の視聴者数：817名）

【主な感想】

- ・他院の取組みが現場に即した内容で参考になった。
- ・質改善活動のポイントが分かりやすかった。

【要望】

- ・看護以外の職種の発表も聴講したかった。
- ・質管理部門が働きかけた改善事例を知りたい。

事例の抽出プロセスの整備

本事業ならではの手法として、各指標の時系列データから「高成績群」と「改善群」に該当する施設を抽出した上で、定性データも参考に、具体的な改善ノウハウにつながる事例を抽出する。

【参考】事例の抽出プロセス（24年度実施）

【定量データ】

可視化プロジェクト計測データから
高成績群・改善群を抽出

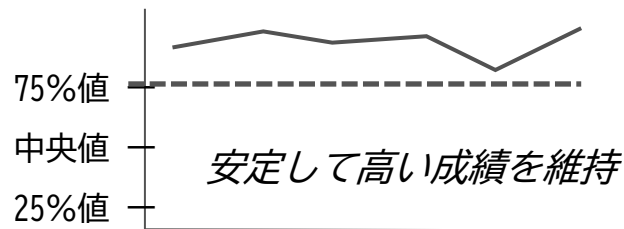
【定性データ】

現場向けアンケート回答内容から
改善活動の考え方・手法を整理

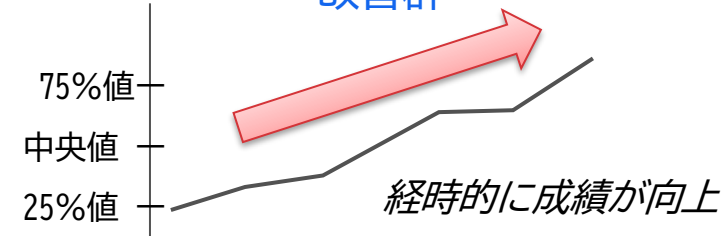
【事例抽出】

現場に共有すべき
改善ノウハウの整理

高成績群



改善群



<主なアンケート項目>

- ▶ 日常業務に導入している取組みの方向性（人員配置、業務手順、管理体制の見直しなど）
- ▶ 取組みの詳細（自由記載）
- ▶ 改善・維持の取組みによる計測値以外の成果や波及効果（行動変容など）
- ▶ うまくいった点、苦労した点

事例の横展開(コンソーシアム開催)

- 前述のプロセスを通じて抽出した事例を共有し、改善ノウハウを多くの病院に横展開する場として、コンソーシアムを開催予定である。
- 目的や対象者、プログラム構成等の大枠は、前回（第5回）の実施内容を踏襲しつつ、対象とする指標や改善の視点については現在検討・整理を進めている。
- 現場のニーズに応えつつ、院内の自主的な改善活動を支援する効果的な企画内容や方法について、ご助言をいただきたい。

<次回コンソーシアム企画案>

開催目的	可視化プロジェクトの計測データを活用した改善活動の事例を通して、現場実践から組織活動まで幅広く応用可能な改善ノウハウの横展開を図る
対象とする指標	前回は指標を限定せず、改善プロセスが見える事例を抽出したが、今回は予め改善の余地や、施設間差の大きい1~2指標に着目する予定
改善の視点	現場からのニーズ(#27)をふまえて設定予定
開催時期	可視化プロジェクトにおけるデータ提出・フィードバック完了後（年明け）を想定

開催に関する今年度のスケジュール案

時期	内容
～7月	<ul style="list-style-type: none">・企画概要の確定（日程調整含む）・主題とするテーマ（取り上げる指標等）の検討・定量データ（可視化プロジェクト計測結果）をもとに、高成績群・改善群の候補病院を抽出
8～10月	<ul style="list-style-type: none">・定性データ（現場向けアンケート）の収集・分析・抽出・分析結果をもとに発表者を選定・打診 → 発表者選定
11～1月	<ul style="list-style-type: none">・広報・参加募集開始 (1月：リハーサル兼・発表内容の最終調整)
27年2月頃	コンソーシアム開催 [ウェビナーによる配信]