財日医機評第 7-3 号
2026 年 5 月 20 日

公益社団法人　全国自治体病院協議会
会長
望月　泉　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、経時的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の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、貴団体のご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

厚生労働省補助事業　医療の質向上のための体制整備事業

別紙 1

2026 年度 医療の質可視化プロジェクト

本プロジェクトは、我が国の全病院を対象に、指標を活用して医療の質を可視化するプロジェクトです。病院の役割・規模等にかかわらず、本事業で検討した質管理に重要な指標を計測し、医療の質の更なる向上を目指すオールジャパンの取組です。医療の質向上に向けた各病院の日頃の努力を可視化するために、是非、本プロジェクトにご協力ください。

～医療の質可視化プロジェクト（概要）～

目的

○ 全国の病院を対象に医療の質指標を活用した継続的な計測活動を実施。
○ 経時的変化、他施設比較を通じて現状を客観的に把握し改善の契機とする。

実施期間

2026 年 6 月 1 日～2027 年 3 月 31 日

対象

医療の質指標を用いた計測に関心のある全国の病院

計測する指標

下記の 3 テーマ、9 指標を計測いただきます（詳細は次頁をご参照ください）。

テーマ	質指標
医療安全	①転倒･転落(件数),②転倒･転落(3b 以上),③肺塞栓の予防(リスクレベル「中」以上)
感染管理	④血培 2 セット,⑤広域抗菌薬使用時の細菌培養,⑥予防的抗菌薬投与
ケア	⑦褥瘡発生(d2 以上),⑧入院早期の栄養アセスメント(65 歳以上),⑨身体的拘束

ご対応事項

8 か月分のデータをもとに各指標について計測を行っていただき、原則、下記タイミングで 2 回データを提出いただきます。

集計期間	提出時期(予定)
2025 年 10-12 月／2026 年 1-3 月（計 6 か月分）	2026 年 7 月 31 日(金)
2026 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、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。

メリット

○ 医療安全、感染管理、ケアに関連した代表的な指標を可視化できます。分母・分子の定義は、診療報酬制度に準拠しているため、国に提出する DPC データを用いて計測が可能です。
○ 自院における経時的変化および他施設比較をとおして、自院の現状を客観的に把握できます。
○ 計測結果の解釈を深めるノウハウの提供、指標を活用した質改善の契機となるセミナーなどを予定しています。

申込期間

2026 年 11 月 30 日まで

申込方法

以下のフォームに必要事項を入力のうえお申込みください。
https://hosp.jcqhc.or.jp/public/seminar/view/6962

本プロジェクトに関する詳細は、本事業オフィシャルサイトまで

https://jq-qiconf.jcqhc.or.jp/event/kashika_project_2026/

26年度PJ

2026 年度 可視化プロジェクトで扱う指標

- 診療報酬制度に準拠しているため、すべての指標を DPC データで計測可能です。
- 計測の際は、複数のデータソースから 1 種類を選んで計測いただきます。

詳細な計測手順書は 6 月初旬にオフィシャルサイトに掲載予定です(基本的に昨年度と同じ定義・手順です)。

	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	退院患者の在院日数の総和	DPC[様式1]
		転倒・転落の発生件数	入院患者延べ数	DPC[様式3]または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	退院患者の在院日数の総和	DPC[様式1]
		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	入院患者延べ数	DPC[様式3]または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1]またはSV
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	DPC[様式1]
			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3]またはSV
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]またはSV
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	DPC[様式1]
			入院患者延べ数	SV

＊1：データソースとは、当該指標の計測に必要な診療情報です。DPC やサーベイランスデータが該当します。
＊2：SV(サーベイランスデータ)は、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しています。
サーベイランスデータを用いる指標の場合は、各施設の実情に応じて測定可能なデータをご利用ください。

＜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@jcqhc.or.jp　　TEL：03-5217-2326

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ので、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間で行います。

- 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）を取りまとめたうえで、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、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。

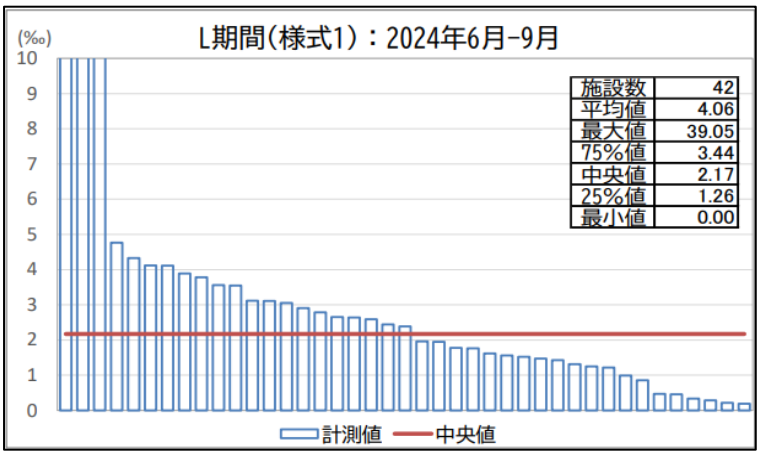
【データ提出スケジュール】

	集計期間	提出〆切
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、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



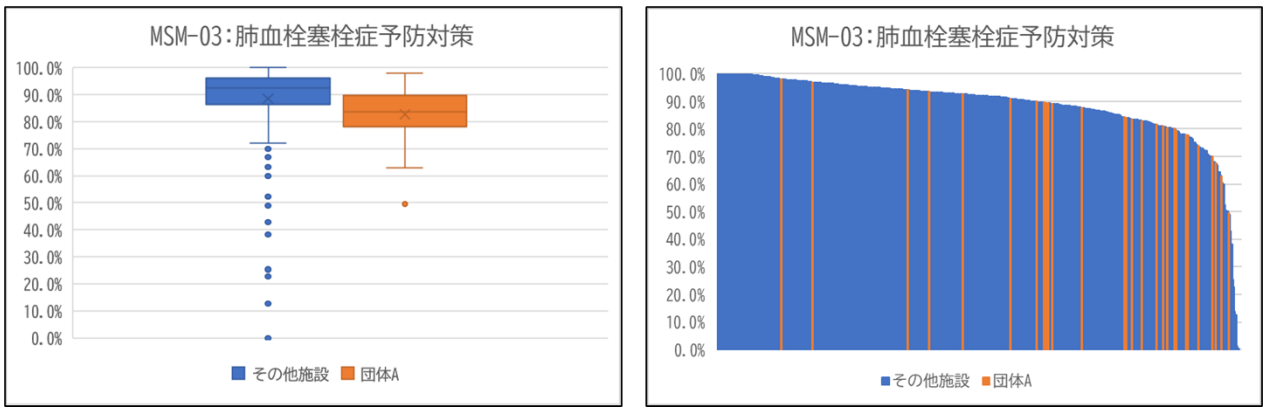
※別途、自院の位置をグラフ上で視覚的に把握いただける Excel ツールも配布します。地域や施設基準などの条件を自由に設定し、他施設との比較と現状分析に活用いただけます。

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

層別集計表 ： MSM-01 入院患者の転倒・転落発生率

		A期間(2021年10月-12月)							B期間(2022年1月-3月)						
		施設数	平均値	最大値	75%値	中央値	25%値	最小値	施設数	平均値	最大値	75%値	中央値	25%値	最小値
全体		345	2.99	17.36	3.64	2.57	1.87	0.00	347	3.03	18.18	3.61	2.59	1.88	0.00
地域	北海道・東北	39	2.37	7.87	3.13	2.03	1.60	0.65	39	2.26	6.86	2.87	1.88	1.52	0.38
	関東	103	2.85	17.36	3.12	2.40	1.82	0.00	104	3.00	18.18	3.52	2.40	1.84	0.00
	中部・北陸	48	3.42	8.31	4.24	3.38	2.39	0.24	50	3.50	7.97	3.98	3.28	2.52	1.44
	近畿	58	3.44	14.22	4.47	2.94	2.04	0.57	58	3.43	12.10	4.16	3.01	1.99	0.30
	中国・四国	43	2.66	5.77	3.09	2.46	1.80	0.44	43	2.88	8.43	3.76	2.52	2.01	0.16
	九州・沖縄	54	3.10	12.56	3.73	2.62	2.20	0.13	53	2.92	11.68	3.50	2.51	1.96	0.21
	国	53	2.52	17.36	2.62	2.19	1.64	0.24	53	2.96	18.18	2.88	2.27	1.74	0.71
	公的医療機関	103	2.65	7.59	3.16	2.37	1.88	0.71	106	2.75	6.20	3.28	2.52	1.90	0.70

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@jcqhc.or.jp　　TEL：03-5217-2326