

第14回 医療の質向上のための
体制整備事業運営委員会
(医療の質向上のための協議会)

2023年3月17日(金)

公益財団法人日本医療機能評価機構

○事務局 定刻になりましたので、医療の質向上のための体制整備事業第14回運営委員会を開催いたします。

本日はお忙しい中、御出席いただきまして、ありがとうございます。

この委員会は、医療の質向上のための体制整備事業実施要綱に定める医療の質向上のための協議会を兼ねております。また、本日の会議は公開としております。オンラインでの傍聴者がいらっしゃいます。

最初に本日の資料について御案内いたします。

資料は本事業オフィシャルサイトよりダウンロードしていただく形で配布しており、資料1から5を一つのファイルに統合した第14回運営委員会本体資料及び参考資料が御覧の4種類となっております。

なお、参考資料1、医療の質可視化プロジェクト集計結果報告書につきましては、委員、関係者限りの扱いとさせていただいております。

また、本日予定しております議題は御覧の5点となります。

続きまして、委員の状況について御報告いたします。

初めに新任委員を御紹介いたします。全国自治体病院協議会の原委員が退任され、代わって田中委員が御就任されました。田中委員、一言御挨拶をお願いいたします。

○田中（一）委員 全自病協の田中でございます。原義人副会長の後任として参加させていただいております。よろしくお願いいたします。

○事務局 ありがとうございました。

続きまして本日の出欠でございますが、草場委員、田淵委員が御欠席ですが、それぞれ委任状が提出されています。あと、何人かの先生が少し遅れていらっしゃるものと思われます。

資料3 ページ目でございます。

部会からQ I 活用支援部会の尾藤部会長、Q I 標準化部会の的場部会長が出席しております。また、厚生労働省からは、医政局総務課より眞中補佐、三山補佐に御出席いただいております。その他評価機構からの出席者は御覧のとおりでございます。

それでは、開会にあたり、日本医療機能評価機構の亀田執行理事より御挨拶申し上げます。

○亀田理事 皆様、おはようございます。

本事業を担当しております執行理事の亀田と申します。よろしくお願いいたします。

本日は、年度末のお忙しいところ、第14回医療の質向上のための協議会に御出席賜り、誠にありがとうございます。

本事業は、指標を用いた医療の質改善活動を全国の医療機関に普及すべく、2019年度より厚労省補助事業として実施されているもので、4年目を終えようとしています。幸い、本協議会委員をはじめとする関係者の皆様の温かい御支援をいただき、年度ごとの計画に対し着実に成果を上げているものと考えています。しかし、本事業の目標とする最終的なゴールは、全国全ての医療機関が、その規模・機能を問わず医療の質の改善に取り組むための基盤をつくることにあります。5年目となる次年度は、この全国展開への基盤づくりに的を絞って取り組む予定です。

本日も、楠岡委員長の下、建設的な御議論を賜るようお願い申し上げ、御挨拶とさせていただきます。よろしくようお願い申し上げます。

○事務局 ありがとうございます。

以降の進行を楠岡委員長にお願いいたします。

○楠岡委員長 おはようございます。委員長の楠岡です。

皆様、年度末の非常にお忙しい中、お集まりいただきましてありがとうございます。

それでは早速、議事次第に沿って進めたいと思います。

最初の議題1、モデル事業（医療の質の可視化プロジェクト）について、事務局から御説明をお願いいたします。

○事務局 本体資料6枚目を御覧ください。

今年度取り組んでいる医療の質可視化プロジェクトの概要です。

本プロジェクトの目的は、1つ目、多くの病院に計測活動を行っていただく。2つ目、指標を標準化する。そして3つ目、質改善活動を動機づけるとしております。その他は御覧のとおりでございます。

資料7枚目でございます。

本プロジェクトの協力病院は、最終的に625病院となりました。目標を700病院としておりましたので、達成率89%という状況でございます。また、各種属性別の参加状況をお示ししております。

8枚目でございます。

プロジェクトの進捗状況は、現在6-1、フィードバック資料の配布がちょうど終了し、協力病院に対して、8番、事後アンケートを行っているところでございます。予定どおり順調に進んでいるというところでございます。

なお、協力病院へのフィードバック内容につきましては参考資料1としておりますが、本会

の方針として、計測データは協力病院及び関係者間での共有にとどめるということにしましたので、関係者のみの配布とさせていただきます。

9枚目を御覧ください。

可視化プロジェクトの成果と課題を目的ごとに整理いたしました。

まず、質指標活動の普及についてでございますが、先ほど御覧いただきましたように、700病院の目標に対し625病院の参加となりました。協議会委員の皆様や厚生労働省からの後押しなどもいただき、かなり広報に努めたつもりでございますが、普及方法につきましては課題があるものと捉えております。

質改善活動の動機づけにつきましては、今回計測いただいたデータが可視化プロジェクト開始以前の過去データであることから、現状の集計データからは改善状況を把握することができません。したがって、来年度も可視化プロジェクトを継続し、改善状況を把握する必要があると考えております。

質指標の標準化につきましては、この後の議題で触れますが、標準化部会で今回運用した9指標の検証を行います。その結果は本会に報告し、取扱いについて御検討いただく予定です。

このように、可視化プロジェクトはおおむね順調に運用しており、そして多くの成果が得られましたが、一部課題も明らかになってまいりました。そこで来年度は、これらの実績を踏まえて事業運営を図りたいと考えております。

なお、来年度の計画につきましては議題4でも御議論いただきます。

可視化プロジェクトの進捗に関しての報告は以上でございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

部会長の的場先生から何か追加がございますでしょうか。

○的場部会長 御報告いただきましたとおり、スケジュールどおりに進んでいます。

参加病院に関しましては目標に届かないところでしたけれども、これまで各団体に参加していない病院は229病院に御参加いただきまして、場合によっては初めての計測に取り組んでいただいたということでございます。またアンケート等を踏まえて、指標の見直し、今後の展開ということを検討してまいりたいと思います。

以上でございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ただいまのプロジェクト進捗状況等の説明に関しまして、何か御質問、御意見ございますでしょうか。よろしいでしょうか。

先ほど事務局の説明にもございましたけれども、このプロジェクトの内容としましては、今後もある程度継続していくところもありますので、また後ほど御質問がございましたらお願いしたいと思います。

それでは、次の議題に関しまして、議題 2、各部会の検討状況に関して御報告いただきたいと思えます。

標準化部会の医療の質の標準化についての資料につきまして説明をお願いいたします。

○事務局 それでは、本体資料の12枚目を御覧ください。

前回協議会でも御確認いただいたところですが、可視化プロジェクトという手段を通じて質指標の標準化の検討を進めているところでございます。

初めに、これまでの検討の流れをお示しいたします。

本会の考え方といたしまして、医療の質向上には質指標を用いて質を可視化することが重要であるということ、また、質指標の計測結果は、経時的な推移や他施設との比較を通じて改善の動機づけになるということが挙げられます。

なお、協力団体が運用する指標と本事業で扱う指標はすみ分けて検討を進めているところでございます。

次に取組方針ですが、全国の病院を対象とするベンチマーク評価を行うことといたしております。これが可視化プロジェクトとなります。全国の病院に共通して計測すべきテーマを設定し、そのテーマに沿って、協力団体が運用する指標からプロジェクト適用指標を抽出・選定しております。選定に当たっては、本会で取りまとめた医療の質指標基本ガイドに準拠して行い、9指標を定め運用しました。選定された指標は、可視化プロジェクトでの実績を検証し、全国で共通して計測が求められる指標として本会に提案予定でございます。

13枚目でございます。

ただいま説明いたしました取組方針の下、具体的には御覧のようなプロセスで作業を順次進めております。現在、④の運用・検証に取りかかっているところでございます。

14枚目を御覧ください。

9指標の検証にあたりまして、Q I 標準化部会で進め方を事前に検討しており、御覧のようなステップで進めていきたいと考えております。まずステップ1から3で、ガイドに定めた6基準のうち計測可能性を検証し、次にステップ4で、その他の基準を検証するという流れでございませう。

15枚目を御覧ください。

参考ではございますが、検証作業に用いる集計結果データの一部を御紹介いたします。御覧いただいているのは計測率と呼んでいるデータで、9指標のうち幾つの指標を計測いただいたのかを示すものです。一番右側の欄を御覧いただきますと、9指標全て計測している施設の割合は約44%となっております。

16枚目でございますが、こちらは計測率を指標ごとに示したものでございます。計測率が高い指標は問題なく計測できる、逆に計測率が低い指標は、計測困難な何らかの要因があるのではないかと考えられます。細かな数値の検討は部会で行いますので、本日は検証作業の進め方について御助言いただければと思います。

説明は以上でございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

部会長の的場先生から追加がございましたらお願いいたします。

○的場部会長 今御案内のとおり、幾つかの基準を設けまして、今回の計測をしていただいた結果などを取りまとめて、一つ一つの指標について検討していきたいと考えています。

9つの指標を計測できた医療機関が半数にとどまっているということでした、これも見てみますと、病院の規模によらず、それぞれ全ての指標が計測できているとは限らないというような状況でございますので、やはりそこには何らかの理由があるのではないかと考えてございます。

私どもが、手元にあるデータ、これまでの検証データと、それから、先ほど少し事務局から御案内がありましたアンケートの結果を踏まえて検証してまいりたいと考えています。

簡単ですが、以上でございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ただいまの説明に関しまして、何か御質問、御意見ございますでしょうか。今回使用した9指標に関する計測の状況等でございますが、いかがでしょうか。

矢野アドバイザー、どうぞ。

○矢野アドバイザー 御説明ありがとうございました。

8,000病院にはほど遠いとは思いますが、それでも相当な数の病院が参加していただいていると思っております。普及もすごく大事だということで指標を選ばれたと思うのですが、一方で、ベンチマークが重要ということを言われています。日赤では、ベンチマークになるようなデータ、いわゆる病院の特徴だとか患者の特性だとかによってリスク補正がきちんとできないので、病院の中でPDCAサイクルを回すのに使いましょうと。ベンチマークについてはな

なかなか難しいのではないかとということでやっていたのですけれども、リスク補正をするまでの
いろんなデータを集めるのは、それはそれでまた大変で、できる病院も少ないと思います。だ
からベンチマークが有用だということと、たくさんの病院に参加してもらおうということの整合
性が難しいと感じました。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ほかに御意見ございますでしょうか。よろしいでしょうか。

矢野アドバイザーからの御指摘どおり、ただ単に集まった数値を並べたらそれでベンチマ
ークになるという話ではありませんので、そこに関しましては、今後どういうふうに進めてい
かということを含めて、いろいろ検討していきたいと思います。

ただ、今回集まった指標が、機能、あるいは病院の規模を問わず、全国の施設で計測可能で
あったということが示されているように思います。この検証事業に関しましては、標準化部会
で検討しましたステップに沿って実施し、その結果を次回の協議会で報告していくというふう
に進めていきたいと思いますが、よろしゅうございますか。

それでは、この件に関しましては続けて検討していきたいと思いますので、よろしくお願
いいたします。

次に、既存のQ I 事業参加病院間の相互比較について、御説明をお願いいたします。

○事務局 それでは、資料18枚目を御覧ください。

前回の協議会で、可視化プロジェクトの9指標について指標定義と実績値の一覧を示すこと
になりましたので、その作業概要を報告いたします。

作業方法ですけれども、協力団体から御提供いただいております指標定義及び実績値を使用
しました。この実績値は集計されたデータでございますので、前回指摘がございました重複施
設の調整を行うことはできませんでしたので、そこは御了承いただきたいと思います。また、
新たに可視化プロジェクトの実績データも付け加えて一覧化をいたしました。

次、お願いいたします。

こちらは転倒・転落発生率についてまとめたものでございますが、左側が分子、分母の定義
の一覧になります。右側は実績値として、施設数、25%値、中央値、75%値を示しています。
一番上の段に可視化プロジェクトの定義と実績値を示しております。そして、赤枠で示した団
体は、可視化プロジェクトで採用した定義と同じ定義を使用していることを示しています。た
またま、転倒・転落発生率に関しましては、各団体全て同じ定義を使っているという状況で

ございました。

20枚目を御覧ください。

同様に、転倒・転落発生率、レベル3 b以上の指標定義と実績値を示した一覧表になります。

次、お願いします。

21枚目は、肺血栓塞栓症予防対策の定義と実績値でございます。

次、お願いいたします。

22枚目でございますが、こちらは、ただいま御紹介をした医療安全に関する3指標の四分位範囲をグラフにしたものでございます。

黄色いボックスが並んでおりますけれども、ボックスの上の辺が75%値、ボックスの中の少し太い線が中央値、ボックスの底辺が25%値を示しております。したがって、このボックスの高さが、75%値、引くことの25%値ということで、すなわち四分位範囲を示していることとなります。四分位範囲というのは、施設数の50%が含まれている領域ということでございます。このような四分位範囲の比較という簡略な方法ではありますが、視覚的に分かりやすいのではないかと考えて、このようなグラフを作成いたしました。

以下、同様な表が続きます。こちらは感染管理の3指標につきまして、定義と実績値の一覧表を示したものでございます。

次が、こちらが26枚目になりますが、感染管理3指標の四分位範囲グラフになります。

次がケアの3指標についての一覧表及び四分位範囲のグラフになります。

次、31枚目でございます。

御覧のように、9指標につきまして、このような形で整理をしてみました。指標定義と実績値を同時に一覧にすることによりまして、協力団体が運用する指標が同じ定義なのか、あるいは異なる定義なのか、明確になります。その上で、同じ定義を使用している場合には実績値の比較が、異なる定義を使用している場合には定義の比較が、それぞれ参考になるものと思われまます。各団体での指標を御検討いただく際に御参照いただければと思っております。

以上でございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

これに関しまして、的場先生から追加がございましたらお願いいたします。

○的場部会長 各団体で実績がある指標の中から9つの指標を選定させていただいて、今回のプロジェクトで使用しております。それと類似した指標での実績を比較するという事になっておりまして、最後に出てまいりましたように、今後の御参考ということで、こちらのデータ

をご活用いただければと思っております。

やはり指標をおつくりになっている団体様の議論の中で、改善の余地ですとか、計測可能性ですとか、そういったことに留意しながら、団体なりのお考えで指標を設定されていると思いますので、またそういった議論の中の参考の一つとして御活用いただければよろしいのではな
いかなと思っているところでございます。よろしく願いいたします。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ただいまの発表に関しまして、何か御質問、あるいは御意見ございますでしょうか。

○福井委員 福井ですけれども、よろしいでしょうか。

最初のところで、今回の625病院のうち、ほかの病院団体に参加して、既にQ Iを測定している病院が396あるとのことですね。ということは、今説明されたところで、可視化プロジェクトの数値と箱ひげ図と団体、Aから幾つかテーマによって異なりますけれども、団体と比べていますけれども、実はこれ、可視化プロジェクトに入っている病院の中には、ほかの団体にも入っている病院もあるわけです。したがって、これを比べることの意義は、科学的な厳密性を欠くのではないのでしょうか。

○楠岡委員長 どうぞ。事務局、お願いします。

○事務局 御指摘ありがとうございます。前回も同様な御指摘をいただきまして、施設の重複を考慮しなければいけないということの御指摘をいただいたところでございます。

今回、あくまで簡略な方法と申し上げましたのは、今御指摘のような調整ができないやり方、簡略なやり方ということでございますので、確かに御指摘のような重複によってバイアスがかかるということの可能性は入っているデータでございます。そういった意味では、厳密な比較というよりも、傾向を見ていただくとか、何らかの参考にしていただくという形で今現在は捉えていただきたいと考えているところでございます。

もし個別施設を特定できるデータで集計できれば、重複を除外して扱うということもできると思うのですが、そのようなデータが今事務局に集まっているわけではございませんので、今回はこのような方法を取らせていただきました。御指摘ありがとうございます。

○楠岡委員長 福井先生、いかがでしょうか。

確かに半分が他の団体と重複しているということになるわけですがけれども、参加されている団体の計測値も、定義がほぼ同じということであれば、それほど大きなばらつきがないので、600余りの病院から他の団体の事業に参加していない病院だけを抜き出してみても、それに

よって急に跳ね上がるとか、とんでもない値が出てくるという傾向にはないとは思っているので、全体的な傾向としては、ほぼこの中で収まっているのではないかと思います。

ただ、データがそろっておりませんので、あくまでも傾向分析ぐらいにしかありませんけれども、このあたりは福井先生から御覧になっていかがでしょうか。

○福井委員 実は、団体間でも重複している病院があるんです。ですから、横の比較を一生懸命やっても、あまり意味がない可能性があります。最終目的は、改善の余地があるかどうかを知ること、時系列で改善することであって、横断的な比較ばかり一生懸命やっても、このプロジェクトの目的にどれくらい適っているかどうかは、ちょっと疑問で、最終目的に適うだけの労力を割いていることかどうか、申し訳ないですけども、思ったりはします。印象です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

各団体のデータを出しているのも、ある意味、データの安定性を見るというような意図で、団体間での比較を目的とするとか、そういうものではございません。あくまで指標の安定性がある程度確認するというのと御理解いただければというふうに思います。

ほかにございますでしょうか。

○福井委員 私は、横のデータ比較も全然意味がないとは思っていませんけれども、あくまでも自分のところのデータを改善できる余地があるかどうか、自分の病院よりも優れた病院があるということを知るだけでも、改善する方向に、病院の職員のモチベーションを高める可能性がありますので、科学的に厳密性を欠く横の比較は、一生懸命やってもあまり役に立つところは僅かのように思います。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ほかにご意見。

永井アドバイザー、お願いいたします。

○永井アドバイザー よろしくお願ひします。

福井先生の意見は本当にもっともだと思って賛成するんですけども、私も前に所属していた全日病なんかは、やっぱり急性期と慢性期の両方の病院が入っているわけで、一つの団体の中でどう比較するかというときに非常に悩んで、進藤先生も参加されていますけれども、急性期と慢性期と指標を少し分けていろいろやろうと、一つの団体の中でそういう分けしなきゃ駄目という事態が団体の中で起きているということで、そうすると、この今日示されたデータなんか見ますと、「ああ、こんなに転倒・転落が違うんだ」というのがよく分かるので、非常に勉強になるのは参考になりますし、団体間の比較はそんなに意味がないか分からないけれど

も、団体の中でほかの団体を見ているいろいろ比較するという意味では非常に有意義なデータだろうと思われましたので、一言発言させてもらいました。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ほかにごございますでしょうか。よろしいでしょうか。

今回の9指標につきましては、今お示ししましたような形で整理を行った次第でございます。各団体で今、福井先生、永井先生からの御意見がございましたけれども、内部でいろいろ御検討する際にも、今回のこの600病院余りのデータも参考にしながら御検討いただければと思います。

もしこの後、御意見ございましたら、また事務局のほうにお寄せいただければと思います。

それでは次に、Q I 活用支援部会の報告に移りたいと思います。

収集事例を用いた成功要因分析につきましての資料を御説明をお願いいたします。

○事務局 それでは、34枚目を御覧いただきたいと思います。

簡単に、今回行いました成功要因インタビュー調査に至る経緯を振り返りたいと思います。

協議会の議論におきまして、いまだ質指標の活用に取り組んでいない病院に対しては、事例を通じて関心を持ってもらうことが重要であるとのことから、昨年度、協力団体を通じて50事例を収集し、本事業のオフィシャルサイトに掲載しているところでございます。

しかし、単に事例を並べるだけでは、読み取ってほしいポイントが伝わりにくいのではないかとこのところから、事例を解説する必要があるという議論になりました。そこで今回、事例を提供いただいた病院の中から2病院を選定し、インタビュー調査を実施したという経緯になります。

35枚目ですが、こちらはインタビュー調査の概要になります。

目的は、質指標の活用に取り組んでいらっしゃる病院の事例を深掘りし、活用が進んでいる要因、ある意味成功要因だと考えておりますが、そのような要因を調査することです。また、いまだ活用に取り組んでいない病院に関心を持ってもらうための施策の検討材料にするということでございます。

対象病院といたしまして、群馬県的美原記念病院様と滋賀県の彦根市立病院様にお伺いすることといたしました。この2つの病院とも、実は複数の改善事例を御提供いただいております。かつ、その事例内容を部会員にレビューいただきまして、それらの内容を踏まえて、この2病院を選定いたしました。

インタビューの対象は、管理者層、改善チーム、計測担当者に行うことといたしました。なお、インタビューを行うのは活用支援部会員2名が担当いたしました。また、この調査と並行いたしまして、この調査結果をどのように取りまとめたらよいか、その方針のすり合わせも並行して行っているところでございます。

36枚目でございますが、こちらは事前に想定したインタビュー内容でございます。上の四角枠の中ですけれども、部会での議論からキーワードを抽出、整理して、インタビューの設問項目（カテゴリー）を6項目設定いたしました。それらをインタビューの対象に合わせて具体的な設問に展開をいたしました。下半分の四角の枠は管理者層向けの設問となります。

37枚目は、上が改善チーム向けの設問、下が計測担当者向けの設問となります。

38枚目を御覧ください。

現在、2病院の調査結果を取りまとめているところでございますが、御覧のように、まず病院全体の質改善活動の方針や体制及び個別事例の御紹介を記述してございます。

次に部門別の取組ということで、管理部門、あるいは情報部門の活動を記述するという構成としております。現在、部会員にレビューいただいているところでございますが、さらに、当該病院に対しても、内容に誤認がないかなどを確認いただいて、今年度内に最終化したいと考えております。

以上でございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

部会長の尾藤先生から追加がありましたらお願いいたします。

○尾藤部会長 ありがとうございます。

まず初めに、今回のインタビュー調査に御協力いただきました美原記念病院様、そして彦根市立病院様には本当に多大な御協力をいただきました。この場をお借りして感謝を申し上げます。

今回、大変大きな成果を得ることができたとは思っています。我々部会がこだわったこととしては、箇条書のエビデンスとして、例えばデータの管理はこうすればいいですよとか、チームビルディングはこうすればいいですよというようなことを箇条書に出していくよりは、やはり一つの組織がトップから現場まで、いろんなコミュニケーションの中で生成していった質改善の物語というものをルポルタージュのような形で提供したほうが、やはり説得力もあるし、すごく細かい、やっぱり悩みというところに手が届くというコンセプトを持ちながら報告書を作っていたというところに、我々の今回の成果物の特色がございます。

今後、質改善ツールキット等にバインディングさせながら、皆様の病院様がうまく参照していただけるような形で発表を考えております。ありがとうございました。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございました。

このアンケート調査は、最終的な報告がまだ出ていない段階で、取りまとめの段階ではございますけれども、何か御質問、御意見ございましたらお願いしたいと思います。いかがでしょうか。特に御意見ございませんでしょうか。

各団体等でもQC改善のプロジェクトに取り組んでおられると思いますし、また、それぞれの団体で、これまでも成功事例等に関する分析等も行われているかとは存じます。今回、2つの病院からのサマリー、レポートが出た段階で、それと御自身のところとの経験等を比較していただきまして、この改善活動に関するプロモーション、どうしていけばいいかということに御意見いただければと思います。

永井アドバイザー、どうぞ。

○永井アドバイザー よろしく申し上げます。

尾藤先生にお伺いしたいんですけれどもよろしいですか。完全最終版が出ていないので何とも言えないんですけれども、やっぱりこれはある意味じゃトゥー・ビーというか、あるべき姿の病院を2病院挙げられたということだと思えるんですけれども、現在、アズ・イズからトゥー・ビーに上げるときに一番問題になるのは、管理者層、改善チーム、計測担当者、それぞれの立場がいろいろ違うというところで、このあたりは2病院の印象としては、この3つの層に関してはいかがですか、印象的には。

○尾藤部会長 まさに、その3つの層にある程度視点を分けながらレポートを出しております。しかしながら、まさにトゥー・ビーという形だとすると、相当やはり意識も高く、そして相当なしっかりとした経験を積んでいて、もうカルチャーの中にやはり質改善が普通に存在しているという状況があります。それをすごく高い壁として、ちょっと高過ぎるので参考にならないと見るのか、もしくは現在の侍ジャパンを見て、大谷がセーフティーバントを決めたようなものを見て、今のリトルリーグの少年たちがどう感じるのかみたいところがすごく大事なところかなとも思っております。

以上です。

○永井アドバイザー 了解しました。ありがとうございます。

○楠岡委員長 ほかに御意見いかがでしょうか。

改善の成功の要因というのはいろいろあって、管理者の方のほうから「ほかでこういうことをやっている。うちでもできないか」とか、あるいは「非常に気になることがあるので、これを何とかしてほしい」とかいう上からの働きかけもあれば、「これは、何か徹底的に取り組まないと同じ状況が続くから」という現場からの問題意識で積み上がっていくという例もあるかとは思いますが。

手前みそで恐縮ですけれども、我々国立病院機構でも、QC活動に関して年に1回コンペティションを行っております。各病院での事例について、どういう問題に取り組んでどういう結果になったかということ、それから、その自己評価の部分をまとめて出していただいたのを、全国的に評価して、優秀賞、最優秀賞を年に1回、全国的な集まりの中で表彰することをしております。そうしますと、病院によって、その進め方にタイプがいろいろあるということも分かっておりまして、先ほど尾藤先生がおっしゃったように、非常に熱心な方がリーダーシップを執ってやっていくというものもあれば、中には、院長が「ぜひあれを取りたいから何か考えろ」と言って始めたようなものもあります。いろいろとあるんですが、結果的にうまくいけばそれでよしというような感じもございますので、プロモーションの在り方に関しましても、これからまた考えていく必要があるかというふうに思っております。

西尾委員、どうぞ。

○西尾委員 ありがとうございます。

この2つの病院をヒアリングの施設として選ばれた理由というんですか、かなり点数が高かったとか、あるいは自発的にヒアリングを求めたとか、そういう何か、特別なところだといけませんので、どういう選択の仕方をされたのかなとお聞きしたいんですが。

○尾藤部会長 こちらは事務局からでしょうかね。

○事務局 事務局からお答えいたします。

今回50事例を集めたんですけれども、その中で幾つかの病院が複数の事例を御提供いただいております。複数の事例を御提供いただくということは、組織の中に質改善活動が根付いた病院なのではないかというところでピックアップいたしまして、その事例を部会員の中で読んでいただきまして、最終的にはこの2病院を選定したというプロセスになります。

以上です。

○西尾委員 ありがとうございます。

○楠岡委員長 それでは福井先生、よろしく申し上げます。

○福井委員 先ほど楠岡先生がおっしゃったことと同じになると思いますけれども、日本病院

会でも350以上の病院でQ Iを測定してきています。毎年、数値が改善した病院幾つかに、改善した経験を発表してもらおうということを十数年間にわたってやってきています。この2つの病院だけを取り上げて詳しく調べられるというのも役に立つ情報になるとは思いますが、もっと多くの病院で、既に十数年間、1,000近くの病院がQ Iを測定して、改善してきている経験が、全国的にはかなりありますので、それを集積することも、すごく重要な役に立つ情報の集積につながるのではないかと思います。コメントです。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

事務局のほうで、何かそういう検討はいかがでしょうか。

○事務局 ありがとうございます。

この後の議題で出てきますけれども、実は実施要綱の中身の重点化が図られておりまして、個別病院の優れた事例を集めるというところの力点が薄くなっています。したがって、可視化プロジェクトの中で特徴のある事例を選ぶなど、可能な範囲で取り組みたいと思っております。

以上です。

○楠岡委員長 福井先生、よろしゅうございますか。

○福井委員 はい、結構です。

○楠岡委員長 ほかに御意見ございますでしょうか。

ありがとうございます。

それでは、これに関しましては、今いろいろ御意見をいただきましたので、今後どういうふうに進めていくかということ、それから、最終報告を御覧になって何かお気づきの点がございましたら、事務局のほうへぜひ御意見をいただければと思っております。ありがとうございます。

それでは次、議題3、令和4年度の事業報告につきまして説明をお願いいたします。

○事務局 それでは、資料40枚目を御覧ください。

2022年度は、あと半月残っておりますけれども、本日時点での今年度の活動状況を総括してみました。

まず、会議等の検討状況でございますが、協議会、部会とも、御覧のように大変精力的に御議論いただきました。

また、一番下の段ですけれども、7月にはQ I コンソーシアムを開催し、1,000名を超える視聴者に御参加をいただきました。

あと、これに加えて、今年度は可視化プロジェクトを運用してきたことは、議題1で報

告したとおりでございます。

41枚目を御覧ください。

こちらは、本事業の実施要綱に照らして進捗状況を示してございます。全ての事項で対応済み、または対応中と考えているところでございます。

簡単ですが、今年度の実績報告は以上でございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

今年度の実績に関しまして、何か御質問ございますでしょうか。よろしゅうございますか。

そうしましたら、今年度実績に関しまして、あとしばらく残っておりますけれども、最終的なものに関しましては、また次の協議会等で報告をいただくことも出てくるかもしれませんが、取りあえずは御了承いただいたということをお願いしたいと思います。

次が、議題4の令和5年度事業計画でございます。

これに関しましては、先ほどもちょっと出ておりましたけれども、少し方向性が変わるということがございますので、時間の関係もございませぬけれども、49ページの事業計画まで先に説明していただいて、その後に厚生労働省の方からも御意見をいただきたいというふうに思っておりますので、まずは事務局から御説明をお願いいたします。

○事務局 それでは、議題4につきまして御説明申し上げます。

43枚目を御覧ください。

御承知のように、本事業は厚生労働省補助金事業であり、厚生労働省が発出する実施要綱に沿って事業を進めております。先般、本事業の令和5年度実施要綱が厚生労働省医政局総務課から示されました。

本事業は来年度で5年目を迎えますが、これまでの実績を踏まえ、実施要綱が一部改定されております。新たな実施要綱におきましては、質指標の標準化と普及に重点が置かれております。そこで、新たな実施要綱に沿って、来年度の運営体制や事業内容を見直してまいります。

御覧いただいておりますのは、実施要綱の見出しの部分を新旧対照の形でお示したものでございます。

3番、事業内容の(1)医療の質向上のための協議会の設置・運営という項目がございますが、この項目は、協議会で検討すべき事項を示したものでございます。右側にありますのが今までの実施要綱、左側が新しいものでございますが、右側を見ていただきますと、従来はア、イ、ウ、エの4項目で示されておりましたが、新しい左側の実施要綱ではア、イ、ウの3項目に集約されてございます。どこが違うかといいますと、具体的には赤文字の部分でございます

が、新しい実施要綱におきましては、ア、医療の質向上のための医療の質指標の標準化・普及のあり方をこの協議会で検討しなさいという内容になってございます。

その下にあります（２）医療の質向上のための事務局の設置・運営では、協議会の検討を踏まえまして取り組むべき事項を示してございます。この中のイ、医療の質指標等の標準化・普及として、さらに細かく、（ア）医療の質指標の標準化、（イ）普及、（ウ）公表、これらに取り組むということになってございます。

次のページを御覧ください。

お手元の参考資料２が実際の実施要綱になっておりますので、併せて御参照いただきたいと思いますが、スライドに関連部分を抜粋してお示ししてございます。

今御覧いただいておりますのは、先ほど申しました協議会の中で検討しなさいという事項でございます。中ほどに箇条書の部分に赤字が入っておりますけれども、医療の質指標の標準化の検討にあたっては、医療機関の特性に配慮すること。この特性というのは、急性期、慢性期などのことです。２つ目が、これは新しい項目ですが、DPCデータなどの標準化されたデータの活用を考慮すること。そしてPDC Aサイクルを回す観点を踏まえることなどが明記されてございます。

45枚目は、（２）事務局の設置・運営でございますので、実際に取り組むべき内容を示した部分でございます。特に（ア）医療の質指標等の標準化では、DPCデータなど標準化されたデータの活用を検討する際には、DPCデータの取扱いに精通した外部有識者等と連携することとされてございます。

46枚目をお願いいたします。

残り、ウ、中核人材の養成、エ、評価・分析支援というところでございますが、中核人材の養成に関しましては、外部有識者等との適切な連携、検討というところが示されてございます。

エに関しては、基本的には大きな変更はございません。

来年度は、このように新たな実施要綱に沿った形で対応することが求められているというところでございます。

47枚目でございます。

来年度は、新たな実施要綱に対応すべく運営体制を見直したいと思っております。これまでは、協議会の下に標準化部会と活用支援部会という２つの部会を設置、運営してまいりました。

一旦次のページをご覧ください。こちらが現在の運営体制でございます。

前のページに戻りますが、来年度は、今説明いたしました重点化に沿った形で、１部会、１

ワーキンググループという体制にしたいと考えてございます。この新たな体制の下では、協議会はこれまで同様、事業の方針などを御検討いただきます。部会では、協議会で定めた運営方針の下、技術的な側面を検討いたします。新たに設置するワーキンググループは、部会の検討事項に基づき、具体的な実現方法を検討することを想定してございます。

このような運営体制の見直しに伴い、活用支援部会は今年度で活動を終了することといたしました。また、標準化部会は、議題2で触れましたように、可視化プロジェクトの残タスクとして9指標の検証作業を行い、その後、新部会として再スタートをする想定でございます。

また、これまで事業全般に対しての御助言をいただくためのアドバイザー制度を設けておりましたが、その活動も3月末で終了します。代わりまして、専門的な検討を行うワーキンググループに対して専門的・技術的な助言をいただくような、テクニカルアドバイザーとでも言うべき新たなアドバイザー制度を運用したいと考えているところでございます。

次、お願いします。49枚目を御覧ください。

細かい字で恐縮でございますが、新たな実施要綱に対応して、御覧のような事業計画で厚生労働省に来年度の事業の応募をしているところでございます。

まず御覧いただいておりますのは運営体制についてですが、ただいま触れましたように、1部会、1ワーキングとすることを記載してございます。

50枚目でございますが、こちらは事業内容につきまして、実施要綱に記された事項に沿って計画を作成いたしました。

(1) 標準化と普及につきましては、可視化プロジェクトを来年度も継続して実施すること、DPCデータに基づく指標を検討することなどを記載してございます。

(2) 中核人材の養成では、他の団体と連携して検討するよう求められておりますので、これまでに作成した質改善ツールキットなどを普及させることを通じて他団体と連携すること、また、可視化プロジェクト協力病院に対するセミナーなどを企画してまいります。

(3) 評価・分析支援では、疑義照会への対応などを通じたプロジェクト協力病院への支援、さらには管理者向けの普及啓発活動などに取り組むことにしております。

企画書が採択されましたら、このような計画に沿って来年度の事業を運営したいと考えてございます。

報告は以上でございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

恐れ入りますが、今回実施要綱が大幅といたしますか、変わったことによって次年度の体制等

も変更するという事務局案でございますが、今回の要綱に関しまして厚生労働省から何かコメントというか、御意見ございましたらお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

○眞中課長補佐 楠岡先生、ありがとうございます。医政局の眞中でございます。

先ほど事務局から御報告があったとおり、令和5年度の実施要綱につきましては、先週公告をさせていただいておるところでございます。見比べていただければ、目的に関しては全く同じでございます、やはり先生たちに4年間議論いただいたおかげで、様々な成果物ができてきたところだと私も考えておりまして、具体的には質改善支援ツールである基本ガイドとかツールキット等々といった、そういった普及啓発に関するところは充分充実してきたのではないかなと考えているところです。

やっぱり毎年ずっと同じ要綱で事業を続けていくと、やはり予算とか、そういった関係等もございますので、先生たちに議論いただいたものをより前向きに前進していくためにということで、少し要綱の内容を若干整理はさせていただいているところではございますけれども、引き続き、この協議会の先生たちの今までの平成22年からやってきた事業というのを、しっかり引き継ぎながら前に進んでいきたいという趣旨で来年度も公告をしておりますので、引き続き御指導のほうをいただければ大変ありがたいと思っております。よろしく申し上げます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ただいまの事業計画に関しまして、厚生労働省からの御意見も踏まえ、コメント、あるいは御意見をいただければと思いますが、いかがでしょうか。

進藤委員、どうぞ。

○進藤委員 全日病の進藤です。

実施要綱を拝見させていただきました。質指標の標準化・普及というところがあるんですけども、質指標の標準化・普及ということは重要なことだとは思いますが、ただ、指標を改善することが目的になってしまって、質改善という、その先にある患者満足度を上げるということにつながるというところは、この新要綱の中にちょっとあまり入っていないかなと思いますので、そのあたりをどこかで認識をしていただいたほうがいいのではないかと。そうでないと、指標だけを改善すればいいんだということになってしまわないかということ懸念しております。よろしく願いいたします。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

桜井委員、どうぞ。

○桜井委員 ありがとうございます。

今、進藤先生がおっしゃられたことと同じようなことを申し上げようかなと思っていたんですけれども、私も、この事業に参加させていただいてから、本当に先生方の御議論、今日の御議論も含めてなんですけれども、医療機関の特性などはいろいろある、それは考慮しつつも、やっぱりこの事業の成果というか、この意義というのは本当に一般市民として感じております。ですので、今後、このプロジェクト自体が医療の質可視化プロジェクトとありますので、無関心期だったり、まだ関心期にあるような医療機関の啓発ということも重要でありますし、進藤先生が御指摘されたような、アウトカムをまたしっかり見ていくということも大切だと思っています。

それと、やはり要綱の中の3番のアにあるような、ぜひ内向きへの啓発だけではなくて、一般社会の人たちですよね。患者さんも含めてなんですけれども、そこに対しても、この成果というものをぜひ公表、啓発というものを具体的な活動をもって展開していただきたいなと大いに期待をしているところです。引き続きよろしく願いいたします。

私からは以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

続いて松原委員、どうぞ。

○松原（為）委員 民医連の松原です。

DPCのデータをどんどん活用するようになるということは、労力の面、制度の面では非常にありがたいことだと思うんですが、DPCのデータを出していない病院との差がさらに広がるような、DPCデータを出してなくても精力的に測定をして改善されている事業所も多々あると思うんですけれども、逆にそういうところに弱さを持っているところとの格差を広げることがないような、要するにDPCでは出るんだけど、DPCじゃなかったときにはこうやって出そうねみたいな、そういったところの手ほどきというのはかなり重要なと思うのと、あと、DPCで出せるデータを作るというところの、その矛盾が、要するにDPCのデータの粒度というのは、やっぱり一定の制限がありますので、それによって、その指標が本来こういった定義であるべきところが歪められているとか違っているものが、やっぱり一定はございますので、そこら辺もやはり考慮した上で、恐らく今回は既存指標で動くこととなりますので、その問題は発生しないと思いますけれども、新規に計測をする場合に、DPCのデータを変えることはできませんので、やはりそういったものはDPCを使わずにきっちり測定をした方がいいんですよという、そういった流れをつくっていただければというふうに思います。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ほかに御意見ございますでしょうか。よろしいでしょうか。

まずは、今までやってきたP D C Aサイクルを回すというところが、今回の次年度の実施要綱、計画ではあまり明確化されていないところを、今までやってきたのをやめる必要はないだろうという御意見かと思えますけれども、50ページの2の事業計画のところの(2)の中核人材の養成というところが、今までやってきましたP D C Aサイクルを回すための体制をどうやってつくっていくかというところに該当するかと思えます。

それで、これまでは1つ部会を置いて実施してきましたわけでありましてけれども、今後において、部会を置くというよりも、こういういろんなツールキット等を作ってきたのを、放っておけば陳腐化してまた誰も使わなくなってしまうので、一定期間ごとにその見直しは必要になってきます。次年度においては、ツールキット等に関して寄せられた意見とか、あるいはP D C Aサイクルを回す場合に具体的にどうしたらいいかというアドバイス等を求められた場合には、まずは事務局で対応いただいて、もしそれがある程度あれば、今後またそれを担当するような部会にするのか、あるいは協議会に直結する何か少し違うものにするのかは考える必要があるかと思えますけれども、これに関しましては、継続的にこの協議会の中では取り組んでいく。ただ、体制としては部会を置くというところにはならずというようなところで進めていくというのがいいのではないかと考えております。

それから、松原委員からの御意見でありますけれども、これに関しましては、今回置かれるワーキングにおいて、D P Cデータ以外にどのようなものが使えるのか、それがどういう特徴があるのかということに関しても含めて御検討していただくことになるのではないかと思います。D P Cは極めて精緻化されたデータでありますけれども、現在、病院以外のほとんどの病院も、データ提出を求められている状況がございますので、そのデータの中から何か酌み取れるものがあるのかということ、広い意味で提出されているデータをどう利活用するかということも含めて、このワーキングで検討いただく必要があるのではないかと考えております。これは私自身の個人的な考えでございますけれども、このあたりの方向性でよろしければ、また事務局とすり合わせをしながら進めていきたいと存じます。

厚生労働省、どうぞ。

○眞中課長補佐 楠岡先生、補足ありがとうございます。

私たちの考えも、今、先生が補足いただいたとおりで全く一致しております、まさにP D C Aを回すというのは、我々もおさなりにするつもりはなく、やっぱり既存の持っているもの

というのを最大限活用しながら、この協議会でも議論していきたいと思っておりますし、DPCも、そこだけというよりは、今持っているデータをいかに活用するかというのを、まさにこのワーキングのほうで議論していただきたいと考えております。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ほかに御意見等ございますでしょうか。よろしいでしょうか。

この来年度事業計画も、採択されてからの話ということになりますが、採択されれば、本日お示したところに、今いただきましたPDCAの部分をどう残していくかということ、DPC以外のデータをどのように使っていくかということ、それから、啓発の点に関しましては今まであまり進んでいなかったところがございますけれども、これに関しまして、こういうように病院の独自の努力によって医療の質を出し、それを改善していく取組があるということを広く知っていただくような取組というの、事務局でお考えいただければと思っております。

今までの活動の中で、コンソーシアム等も、広い意味で関係者の方しかなか興味を持っていただけないというところがありますので、何かそれは患者さん向け、国民向けの方向も考えなければいけない。そういう意味では、今の協議会で抜けているのが、桜井委員に入っていると思いますけれども、いわゆるPPIの部分があまり入っておりませんので、例えば今の活動が、患者さんから見たときに、自分たちのためになっているのか、あるいはそれを広く知ってもらうことが、全体的によくなっていく、その一つになるのかどうかという意味で、協議会のほうも、PPIのことも含めて今後検討いただく必要があるのではないかと考えています。

ほかに何か御意見ございますでしょうか。よろしいでしょうか。

それでしたら、次年度の事業計画は御承認いただいたということで、今議論になりましたような点も含めて今後検討し、ブラッシュアップしていきたいということで進めさせていただきたいと思います。事務局もそれでよろしゅうございますか。

それでは、この形でお認めいただいたということに進めさせていただきます。

そうなりますと、実はQI活用支援部会が今年度で活動を終了するということになります。尾藤部会長を中心に、質指標を活用するために様々なツールを作っていただき、その効果も非常にあったかと思えます。心からお礼申し上げます。

この機会ですので、ぜひ尾藤先生のほうから何か一言いただければと思いますが、よろしく願いいたします。

○尾藤部会長 ありがとうございます。

4年間本当にありがとうございました。私自身も大変勉強になりましたし、臨床力も含めて私自身の成長につながると思っていますので、本当にありがとうございました。

あとは、やはり成果物ですね。成果物を何とか今後うまく活用していただくことができましたら、本当に望外の喜びでございます。あと、また何か大きな流れの中で御用命等ございましたら、また呼んでいただければと思います。ありがとうございました。

○楠岡委員長 その節には、どうぞよろしく願いいたします。

あと、アドバイザーの制度に関しましても見直しをということになりまして、現在の委嘱は終了するという形になります。本日はアドバイザーの中の3名の方に御出席いただいております。これまでの御支援、御助言に心からお礼申し上げます。

この機会ですので、永井アドバイザー、矢野アドバイザー、渡辺アドバイザーから一言ずついただければと思いますが、まず永井アドバイザーからいかがでしょうか。

○永井アドバイザー 本当に長い間お世話になりました。本当になかなか会議も出席できなくて、本当の意味のアドバイスができたかどうか疑問に思う点もありますけれども、今後とも何か機会がありましたら、またよろしく願います。

以上です。ありがとうございました。

○楠岡委員長 どうぞよろしく願いいたします。

それでは矢野アドバイザー、お願いいたします。

○矢野アドバイザー 日赤本社を離れた後、1年間アドバイザーをさせていただきましてありがとうございました。

すごく大事な取組ではありますけれども、もう既に、例えば病院機能評価を受けているとか、そのほかの病院団体で一生懸命やっている病院はあるので、そうではない、なかなかそういうところまで余裕がないとか、今まで関心が向かなかった病院に対してはすごく重要なので、全国標準とかというようなことよりも、そういった病院に改善の仕組みをつくる流れをぜひともつくっていただければと思います。

今までどうもありがとうございました。

○楠岡委員長 ありがとうございました。

それでは渡辺アドバイザー、お願いいたします。

○渡辺アドバイザー 私も4年間ありがとうございました。

私は医療業界とは全く別の人間ですが、何を研究しているかということ、組織の質をいかに高

めるかという研究でございます。指標の質を高めるということは、プロセスの質を引き上げることに伴って非常に意味のあることであります。問題は、クオリティーの高い指標を設定しても、それを動かすのはプロセスなので、プロセスがしっかりしないと指標設定倒れに終わる。そして、そのプロセスを動かすのは誰かといったら人なんですね。人の質が高まらないとプロセスが動かない。その人の質はどこで育つかというと、組織・チームで育つということになります。今回、私が尾藤部会長と一緒に参加させてもらったのは、指標の質を取り組むことが最終的にはプロセスの質、働く人の質、組織の質、患者の価値にどのように近づいていくのかと、そういうところで何か私のつたない経験が少しでもお役に立つならばという意味で参加させていただきました。どの業界にもかかわらず、P D C Aを回すということは、簡単に言えますけれども、これほど難しいことはない。

そして、クオリティー改善というのは終わりなき旅です。どういうやり方を続けるのかは様々な方法がありますが、絶対これは続けてやらないとクオリティーは上がらないというのが、世界的な命題でございます。それを私自身も再認識させていただきました。4年間大変お世話になりました。本当にありがとうございました。

○楠岡委員長 ありがとうございました。

尾藤先生、永井先生、矢野先生、渡辺先生、本当にいろいろ御支援いただきましてありがとうございます。またこの活動の中でいろいろ御意見賜りたいときにはお願いすることもあるかと存じますので、これからもどうぞよろしくお願ひしたいと思います。どうもありがとうございました。

それでは、次、その他の議題に移りたいと思います。

まず看護協会のほうからの情報提供ということで、吉川委員からお願いいたします。

○吉川委員 お時間をいただきましてありがとうございます。

4年前にこの協議会が立ち上がる際に、看護も医療の中で重要な位置を占めていて、本会でも、質改善のための事業を行っていることから参加させていただきまして、非常に参考になっております。

2015年から日本看護協会のほうでは、労働と看護の質向上のためのデータベース事業、D i N Q L、Database for improvement of Nursing Quality and Laborという事業を行っておりますけれども、5年が経過いたしまして、このたび、今年度の7月から少し大規模化をしようというところでリニューアルをしますので、御紹介をさせていただきますのと、ぜひ多くの病院さんに参加していただきたいということで、お時間をいただきました。

次のスライドをお願いいたします。

今回、なぜリニューアルをしたかというところですが、看護の職能団体として、政策立案ですとか政策提言をしていくというところが大きな使命としてございます。そこを行っていくに当たりまして、非常にデータ、エビデンスが必要である、そういったところから、看護の実践をいかに可視化していくかというところで、データベースとしての充実をしていこうとなりました。

その中で、D i N Q Lのこの事業では、看護の質をいかに改善していくか、向上していくかというところで、改善活動を活性化していかなければいけないんですけれども、そのためにできるだけ多くの病院に参加していただきたいと考え、今までに出た様々な課題を解決しながらリニューアルに至っております。

看護の質を改善していくためには、その背景にあります、看護師の配置ですとか勤務体制も含めて労働環境も整備していく必要があります、本会の事業は労働と看護の質の両方を見ているという特徴がありますので、臨床現場の看護の労働環境の改善にも活用していきたいと思っております。

次、お願いいたします。

具体的にどんなふうになっていくかですが、今回のこの協議会の中で課題として出されていたところが、全く本会の課題とも合致しており、データを幾ら集めても、一生懸命入力する負担の軽減をしていかなければいけないということが1つ目としてありますので、入力項目など負担を軽減する見直しを今回行っております。

そして一番大きいのが、2つ目なんですけれども、幾らデータを入力しても、それが活用できないことが非常に問題で、今まで延べ900の病院が参加していますが継続をしていくためには、一生懸命入れたデータをいかに改善活動につなげていくか、そのための改善というところですが、それができない、データが活用できないという課題が一番大きかったので、本会のほうで入力いただいたデータのまず基本的なところ、現状把握ですとか様々な項目があるんですけれども、項目ごとに、その病院とか病棟の分析レポートを配信して提供していこうとなりました。

基本的に、まずこのレポートを見れば、どういったところが弱いのかとか、強いのかとかというのが分かるような形で、グラフ化したりですとか、そういったところも今までできないという病院さんもありましたので、そういったところを軽減するためにも、レポートを配信していこうと改善しております。

あと、参加費は全て無料にいたします。参加費が高いから参加しないという理由はほとんどなかったんですけれども、やはり今後、多くの病院さんに参加いただくというところで無料としていくこととなりました。

あと、少し試しでやってみたいという声を聞きましたので、お試し機能なども追加をして、本格参加する前にちょっといじってみることができるようなシステムを作りました。

また、看護の質改善活動をしていくためには、第三者、研究者などの意見も聞きたいというところがあります。今までデータを第三者に提供するというのを禁じておりましたが、まずは第1段階として、自分の病院のデータに関しましては、自分の病院の判断で研究者等へも提供できることですか、本会から都道府県の看護協会とか行政のほうから依頼があれば、看護政策のために提供していくというところを少し広げることになりました。今後、第三者提供をさらに広げていくことを検討しています。

次、お願いいたします。

こういった状況になりますけれども、指標をつくっていく上では、この協議会とか様々な団体様でもいろいろ質改善活動されておりますので、整合性がないと非常に大変という意見もいただいておりますので、これからも看護の質指標、さらなる追加も含めて整合性をつけながら作成をしていきたいというところと、ぜひ関連病院様、御傘下の病院様、多くの病院様に参加いただくようお願いしたいというふうに思って、今回お時間をいただきました。

本会でも団体様のほうに説明にも伺う予定でおりますし、先日、8,200の全ての病院様にパンフレットも送らせていただきましたので、御覧いただきまして、ぜひ御参加のほどよろしくお願いいたします。お時間いただきましてありがとうございました。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

それでは、残り、その他事項に関しまして事務局からお願いいたします。

○事務局 それでは、事務局からも情報提供させていただきます。

52枚目を御覧ください。

来年度の活動につきまして2点御案内を申し上げます。

まず1点目でございますが、Q I コンソーシアムの開催についてでございます。6月頃の開催を予定しておりますが、今回、この可視化プロジェクトで配布いたしました集計結果報告書には掲載し切れなかったデータを示しながら、専門家に解説をいただく予定でございます。したがって、可視化プロジェクトに御参加をいただいている病院は必見の内容になるかと考

えてございます。なお、詳細につきましては、後日御案内を申し上げたいと思っております。

2点目でございますが、本日の議事の中でも何回か触れてございますが、来年度、可視化プロジェクトを継続して実施する予定でございます。協力病院の皆様におかれましては、引き続きの御参加をお願い申し上げます。こちらにつきましても順次御案内を申し上げます。

続きまして、最後のページになりますが、53枚目でございます。

御相談事項でございますが、現在、医療の質指標を活用した質改善事例集を本事業のオフィシャルサイトに掲載しているところでございますが、本事業が単年度事業である関係で、3月31日までの掲載許諾期間となっております。この掲載期間をさらに1年間延長させていただきたく、後日、団体事務局様に御案内をさせていただく予定でございます。

以上でございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

本日の議題は以上でございますけれども、全体を通じまして、何か御意見、あるいは次年度に向けての御提案等あればお願いしたいと思っておりますが、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

ありがとうございます。

それでは、事務局のほうから追加がありましたらお願いいたします。

○事務局 次回の運営委員会を5月頃を予定してございます。委員の皆様にはまた改めて日程調整をさせていただきますので、どうぞ御協力のほどよろしくお願い申し上げます。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

それでは、本日、長時間にわたりいろいろ御議論いただきましてありがとうございます。

これで運営委員会を終了いたします。

また次年度も継続しての事業になるかと思いますが、その節には、どうぞ御協力、御支援のほどよろしくお願いしたいと思います。

本日はどうもありがとうございました。