

第15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5月29日(月)

○事務局 それでは、定刻を少し過ぎておりますので、医療の質向上のための体制整備事業第15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ると思います。

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ますが、先ほど会議前に御案内申し上げましたとおりに、委員の先生方には重ねて今チャット機能を用いて資料を送らせていただきましたので、場合によってはそちらを御確認ください。

御用意した資料は、資料1から4を一つのファイルにまとめた第15回運営委員会（協議会）本体資料及び参考資料が1から4の4種類でございます。

なお、必要な資料につきましては、画面共有機能を使って御説明申し上げます。

それでは、早速資料2ページ目を御覧ください。

委員の状況について御報告申し上げます。

初めに新任の委員の先生を御紹介いたします。

日本赤十字社の田淵委員が退任され、代わって塩見委員が就任されました。

塩見委員、一言御挨拶をお願いしたいと思います。

○塩見委員 皆様初めまして日本赤十字社医療事業推進本部副本部長、塩見と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

私は長浜赤十字病院で副院長を兼ねておりまして、今日はちょっと外科の診療をさせてもらってこんな格好で失礼させていただきますけれども、どうぞよろしくお願いいたします。

○事務局 どうぞよろしくお願いいたします。ありがとうございます。

続いて本日の出欠でございますが、今村委員、草場委員、進藤委員、永江委員、西尾委員が御欠席ですが、それぞれ委任状が提出されてございます。

次のページを御覧ください。

資料3ページ目でございますが、部会からQ I 標準化部会の的場部会長が出席しております。

厚生労働省からは担当が変わりまして、新たに守川補佐、杉補佐に御出席いただく予定でございますが、少し遅れていらっしゃるようでございます。

また、評価機構からの出席者は御覧のとおりでございますが、一番下、29番、眞中研究員で

すけれども、昨年度まで厚生労働省でこの事業を御担当いただいておりましたが、4月に異動となったことから評価機構の研究者として引き続き本事業に関わっていただくこととなりました。

一言自己紹介の形でお願いいたします。

○真中客員研究員 国立国際医療研究センターの真中と申します。

顔をよく知った先生方がたくさんいらっしゃいますけれども、昨年度の3月まで医政局総務課でこの事業に関わらせていただき、今年度も引き続き関わらせていただくことになりましたので、引き続きどうぞよろしくお願いいたします。

○事務局 ありがとうございます。

それでは、開会に当たりまして日本医療機能評価機構の亀田執行理事より御挨拶を申し上げます。

○亀田理事 おはようございます。

医療機能評価機構で本事業を担当しております執行理事の亀田です。本日はお忙しい中、第15回医療の質向上のための協議会に御出席賜りありがとうございます。

本事業は各医療団体などによって先行して取り組まれてきた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現在5年目を迎えています。事業発足に当たっては困難も予想されました。

そこで、本協議会委員の総意の下、決意表明としての設置趣意書を策定、共有しました。本日は新任の委員もいらっしゃいますので、改めて資料の4ページにあります設置趣意書を読み上げさせていただきます。

「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。

以上ですが、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、これまでの4年間は本事業の目的に向けて幅広く、そして体系的に活動し、着実に成果を上げてきたものと考えております。しかし、本事業の目的とする最終的なゴールは全国全ての医療機関はその規模、機能を問わず医療の質の改善に取り組むための環境基盤をつくることにあります。5年目となる本年度はこれまでに得られた成果を活用し、全国展開への取組に的を絞るといふ方向性が厚労省より示されました。

具体的には医療の質指標の標準化を進めると同時に、モデル事業の推進を通じてその普及、ブラッシュアップを図っていく計画です。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し、御挨拶とさせていただきます。

どうぞよろしくお願ひ申し上げます。

○事務局 ありがとうございます。

それでは、資料の5枚目を御覧ください。

本日予定しております議題は御覧の4点になります。

それでは、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 皆様おはようございます。本日はお忙しいところ御参集いただきましてありがとうございます。

早速ですが、議事次第に従って進めたいと存じます。

まず、最初に、議題1、本年度の事業方針につきまして、事務局より説明をお願いいたします。

○事務局 それでは、資料の7枚目を御覧ください。

今年度の事業全体方針について御説明申し上げます。

前回の協議会でも申し上げたところでございますが、今年度事業実施要綱が一部改定され医療の指標の標準化と普及に力を入れていくことといたします。本年度の実施要綱では図の左側にありますようにア、医療の質指標の標準化・普及、イ、中核人材の養成、ウ、評価・分析支援に取り組むことが求められております。それらに対応すべく具体的な取組としては、赤枠にありますようにa、医療の質可視化プロジェクトの企画・運営及びb、医療の質指標等の標準化・公表に向けた検討に取り組みます。それらをさらに細かくしたものがその右の主な取組内容のところに記載しております。また、それらの取組を適切に実施するための専門組織として

部会及びワーキンググループを新設いたします。

8枚目を御覧ください。

運営体制といたしましては、本事業の中核的な組織として協議会がございます。その下に専門的な検討、作業を行う部会としてこれまでQ I 標準化部会、Q I 活用支援部会という2つの部会を設けていたところですが、先ほど述べましたように事業内容として標準化と普及に力を入れることに伴い2つの部会を発展的に解消し、新たにQ I 標準化・普及部会を設置、運用いたします。ただし、この部会の機能としてはQ I 標準化部会を引き継ぐこととなりますので、引き続きの場部会長の下、Q I 標準化部会のメンバーをそのまま新部会に移行することといたしました。また、今年度の実施要綱には医療の質指標の標準化、普及に向けてD P Cなど標準的なデータの活用の検討が求められています。

そこで、D P Cデータ計測ワーキンググループを新たに設置、運営いたします。メンバーといたしましては本事業の部会員の経験者が4名、厚労省から御推薦いただいたD P Cの専門家が2名、また本協議会からは福井先生にワーキンググループのアドバイザーとして御助言いただくこととしております。ワーキンググループの具体的な作業内容などは現在厚労省様と詳細をすり合わせていくところでございますが、協議会で検討した全国で計測すべき指標についてD P Cデータを用いた計測手順への置換えの検討やD P Cデータの収集及び集計方法の検討、D P C指標の計測結果の公表の在り方の検討などを想定しているところでございます。

詳しくは次回以降の本会で御説明申し上げる予定でございます。

年度計画といたしましてはa、可視化プロジェクトの運営につきましては指標の選定、手順書の作成などの準備作業を6月までに行い、7月からプロジェクトを運用したいと考えております。議題2でも改めて御説明申し上げます。

b、標準化・公表の検討につきましては、6月までは昨年度のプロジェクトで運用した指標の検証作業を行い、その後他の検討課題に着手していきます。主な検討課題としてはD P Cデータの活用、患者中心性指標、公表の在り方の検討などを想定しているところでございます。

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。

今年度の事業方針に関しまして、何か御質問、御意見ございましたらお願いいたします。手挙げボタンを使っていただいております。

よろしいでしょうか。

特に御意見等ないようですので、今年度の事業方針としましてはただいま御説明申し上げた

形で進めさせていただきたいと思っております。ありがとうございました。

今年度は特に可視化プロジェクトの運営、そしてDPCデータの活用や患者中心指標、公表の検討など、様々な検討事項への対応が求められております。それらにつきまして、今説明いたしました事業方針で進めさせていただきます。

それでは、次、議題2、モデル事業（医療の質可視化プロジェクト）につきまして事務局より御説明を申し上げます。

お願いいたします。

○事務局 それでは、続きまして議題2ですが、11枚目を御覧いただきたいと思います。

昨年度に引き続き今年度も医療の質可視化プロジェクトを実施いたします。

今年度のプロジェクトの目的といたしましては、昨年同様全国の病院に医療の質指標の計測に取り組んでいただき他施設比較を行うことに加え、経時的な変化を通じて現状を客観的に把握し、医療の質向上を目指していただくことを目的としております。経時的変化を捉えるためにテーマ及び指標は引き続き昨年度と同じ9指標を使用いたします。

対象は昨年同様ですが、医療の質指標を用いた計測に関心のある全国の病院とし、700病院を目標としております。申込み自体は既に受付を始めているところでございますが、実際の運用は7月1日に開始し、年度末であります2024年3月31日までを活動期間といたします。

使用する指標につきましては、先ほど申しましたとおりに経時的変化を捉えるために昨年度と同じ指標とすることとしておりますが、軽微な修正を施す必要があると考えておりますので、詳しくは議題3で別途御報告を申し上げます。

12枚目を御覧ください。

今年度の可視化プロジェクトの流れですけれども、既に申込みを受け付けているところですが、並行して関連資料などを作成、配布しているところでございます。プロジェクトは7月1日に運用を開始し、第1回目のデータ提出を7月31日、第2回目のデータ提出を11月30日とし、それぞれ提出締切りから約1か月後をめどに集計結果のフィードバックを行う予定でございます。また、今年度は1回目と2回目のデータ提出の間に教育セミナーを実施したいと考えております。

資料13枚目ですが、こちらは先週末、5月26日時点での申込み状況でございます。御覧のとおり162病院のお申込みをいただいているところでございます。また、今年度からは新たにe、DPC参加状況につきましても情報を御登録いただいております。

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。

まず、部会長の的場先生から補足のコメントをお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

○的場部会長 よろしくお願ひいたします。

今年度も、こちらの事業を進めていきたいと思っております。引き続きよろしくお願ひいたします。

こちらの可視化プロジェクトですけれども、参加病院が増えるということが一つございまして、そちらはまた委員の先生方の御協力などもいただきながらと思っています。

もう一点が昨年度からの継続になりますので、昨年度初めて指標の計測をした病院が、今度改善に取り組んでこの指標がどう変化するかというような結果も出てまいろうかと思っておりますので、そういったところも追いかけていきたいと思っております。

簡単ではございますが、以上でございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

それでは、ただいまの可視化プロジェクトに関しまして御意見、御質問ございましたらお願ひしたいと思います。

よろしくお願ひいたします。

福井先生、どうぞ。

○福井委員 全国の病院に展開するのが目的ということなんですよ。ところが今回の可視化プロジェクトもあくまでもこれは対象となる病院は医療の質指標を用いた計測に関心のある全国の病院ということで、手挙げをした病院だけが対象なんです。ですから、手挙げをした病院を対象にした医療の質指標、Q I の測定というのは今までいろいろなグループがやってきているわけですし、それをまた繰り返すことで、最終目的である全国の病院に測定してもらうという一番難しいステップはどうやってクリアするのでしょうか。同じことをやっても全国の病院に広げるというところに何か工夫というか、具体的にどうするのが明確でなく、何となくもどかしい感じがしています。例えば日本病院会は350の病院についてずっとやっているわけですが、10年以上にわたって。加えて、私がたまたま研究班長をしている厚生労働省の研究班でも、1年半ぐらいQIを測定してもらった病院が354病院、病院団体とは無関係に手挙げをもらった病院がそれぐらいあってデータを収集してきているんですね。

ですから、そういうふうないろいろなグループが数百レベルの手挙げをした病院を対象にしてやっているというのは、それはそれで目新しいことではないので、僕自身は今回の日本医療

機能評価機構でこのプロジェクトを引き受けられた最大の理由は、そういうもともと関心を持っているとか手挙げをする病院ではない病院にQ Iを測定してもらい、そして公開してそれを改善するというサイクルを導入してもらおうというのが一番難しいところであって、そこにタックルしてくれるのかなと非常に期待しているわけです。全国の病院を対象に、次のステップというのは何か考えられているのでしょうか。

○事務局 御質問ありがとうございます。

今年度標準化と普及ということが大変大きなテーマということで実施要綱にも掲げられておりまして、そのための方策を御指摘のように考えていかなければいけないと思っております。そのために、まだ必ずしも道筋が見えているわけではありませんけれども、D P Cの活用ということが一つの突破口になるのではないかと今考えているところでございます。

一方で今御指摘ございましたとおりに、各病院団体ですとか民間の努力だけでは限界まで来ているといえますか、なかなかこれ以上伸びないという中で、より多くの病院に御参加いただくためには何らかの社会的な仕組みといえますか、そういったものが必要ではないかというところで、今後の方向性につきましては、もちろん協議会の先生方とも御検討させていただき、また厚労省とも相談させていただきながら、御意見を踏まえて普及のための社会的な仕組みの構築はどういうことが考えられるのか、そのためにこの協議会が何ができるのかというところに進んでいければと考えてございます。

それが具体的なステップとして幾つのステップに考えているのか、今何段階までは来ているのかというところまではまだちょっと御説明できるような詳細化はできておりませんので、今後またこの協議会の中で御説明を申し上げていきたいと思っております。

以上です。

○楠岡委員長 今、事務局から御説明申し上げましたけれども、医療の質の可視化に関しましては、福井先生が御指摘のように10年以上前からずっと活動が進められているわけでありまして、現状におきましても実際それを何らかの形で測っている病院が1,000ぐらいしかまだありません。日本には病院が8,000近くあると言われておりますけれども、残り7,000の病院では全くそのような活動がされていない状況であります。

本事業、今年が5年目でありましてけれども、最初の2年間はまずは質を測ってもらう病院の数を増やすということと同時に、質に関しては福井先生がいつも御指摘のように測るだけでは駄目で、それに関してP D C Aサイクルを回して病院としてどうやってさらに質を高めていくかということ、これが一つの目的であり、最終的に病院の質を高めるのがゴールであるという

ことで、最初の2年間は質を測っていただく病院を増やす努力と同時に、質は測っているのだけれども、P D C Aを回していないという病院もたくさんございましたので、まずはそういうところにP D C Aの改善に努めていただく、そういうサイクルを回していただくというをお願いしました。また、やりたいんだけど、やり方が分からないというようなところもありましたので、そういうやり方を具体化するマニュアルとかツールとかいうものを開発していただきまして、それを公表してきた次第であります。

ただ、そのとき最初の2年間は個別にP D C Aを回すことも一つの目的になっておりましたので、指標としては疾患別の指標が取り上げられておりましたけれども、全ての病院がここに取り上げられている指標の疾患を取り扱っているわけではないということと、それから病院の質の一番基本的なところ、医療安全の基本になるような指標というものは、必ずしも疾患別のものだけではないということで3年目、4年目で今現在やっておりますこのプロジェクトをはじめた次第です。このプロジェクトにおいては、疾患別ではなくてどこの病院でも規模の大小にかかわらず必ず測っていると考えられる、あるいは測るべきであると考えられる3分野、9指標を定め、昨年度からそれに関しても進めてきたところでございます。

残念ながら昨年度も700病院という目標の中で、最終的にはまだ700に達しないような状況であったわけでありまして。その中で実際にやっていただいた病院からは、非常に手間がかかるといところが一つの大きな問題で、これをいかに効率化するというか、手間をかけずに指標が出せるのであればという話ができました。そこで、今年度ワーキングをつくってD P Cデータからという、これは少なくとも現在急性期病院のほとんどというか、ほぼ全てはD P Cに参加されておりますので、D P Cデータをもしうまく使えるようであれば、少なくとも急性期病院に関してはこのプロジェクトに定めているような指標は測っていくことができるであろうと思われまして。

それから、当然のことながらD P Cではなくても今ほとんど全ての病院からいろいろなデータを提出していただいておりますので、そういうデータの中で使えるものがあればさらに質測定を行う病院を増やしていったら、最終的には全病院のそういう基本的な質指標を出せる可能性があります。そういう意味でこれは厚生労働省さんが多分そう考えられたんだと思うので、今年度事業の要綱が変わったのもそういうようなところにあるのではないかというふうに思っております。

もし厚生労働省さん入っておられますか、もしこの点に関しまして何かコメントございましたらお願いしたいと思います。

○守川課長補佐 厚生労働省医政局総務課の守川でございます。

大変貴重な御指導、コメントいただきましてありがとうございます。

福井先生もおっしゃっていただいたように、全国にいかにして広げていくか、これが本当に重要な課題であると認識しております。一方で今、委員長からもコメントいただきましたように、手間暇がかかるといったところも病院の皆様にとっては御負担かかっているところがございます。

今回DPCの計測ワーキングを設けさせていただいたところもそういったところに意図がございます、いかにして御負担を減らしながら共通の項目を拾っていくのか、広げていくのかといったところは一つの大きな課題であると認識しておりますので、これを今年度は進めたいというふうに考えてございます。そういったところで具体的な指標、類似するような指標を活用して、少しでも負担を減らして多くの病院に活用していただけることを考えているところでございます。

厚生労働省としては、こういったところも踏まえながら一つ一つではございますけれども、福井先生がおっしゃっていただいたように広げていくことを考えておりますので、ぜひ御指導いただければというふうに考えております。

私からはコメントは以上でございます。

ありがとうございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

福井先生、いかがでしょうか、今のような方向性で考えているところですが。

○福井委員 すみません、時間を取っていただいて。

いつもそここのところ、どうすれば全国の病院に広まるのかというのは本当に難しい話なものですから、ついこういうことをつぶやいてしまいます。ただDPCだけでは、全国の病院というわけにも恐らくいかないんじゃないかなとも思われますし、何かうまくインセンティブとか人手の問題とか、なぜ広まらないのかというところの要因分析もちゃんとやってきたほうがよかったのかなと僕自身はそう思っています。何しろ手挙げをした病院だけを対象にしてきたものですから。以上です。

○楠岡委員長 貴重な御意見ありがとうございます。

我々も基本的に手挙げをした病院はもっと伸びていただく、今まで手を挙げていない病院は何とか出していただけるような形を考えると、上はもっとどんどん上を目指していただき、下と言うと言葉が悪いですがけれども、全ての病院からは最低限のデータが出していただけるよう

な、あるいは出せるような仕組みを考えたいということでその両面から進めていくこと、それからいつも福井先生の御指摘どおり、単に計測するだけではなくて、それをいかに活用するかも考えて、この2方向で進めていくということはこの協議会の基本的な理念ということで先ほど亀田理事からも御説明ございましたけれども、その方向で進めていただきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

ほかに御意見ございますでしょうか。

○真中客員研究員 福井先生から、まさに本質的ないわゆるどのように全国に広げることが大事なのかという御指摘いただいたところで、今年度の要綱を書いた者としてちょっと医政局のコメントを補足させていただきますと、この事業は事務局から説明があったとおり二本立てで、モデル事業をやるということと標準化を進めるというところなんです。今回のモデル事業というのは、いわゆる継続的に質指標を測定することでPDCAを回していき、質指標の改善が図られていくかというのが一つの目的としてやらせていただいているところでして、福井先生から御指摘いただいたどのように全国に広げることというのがまさに今年度新しく重点的に検討したいと思っておりますので、福井先生にもアドバイザーとして御参加していただいているDPCワーキングのほうで、まさに起爆剤となるようなものをぜひ今年度集中的に議論していただきたいと考えておりますので、御指導のほどよろしくお願いいたします。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ほか御意見等ございますでしょうか、よろしいでしょうか。

そうしましたら、今年度も可視化プロジェクトを運用して質指標の標準化と普及につなげていきたいと思っております。経時的变化を捉えるために、原則昨年度と同じ指標を使用いたしますけれども、議題3で改めて使用する指標について御説明いただきます。今年度の可視化プロジェクトの進め方については御了承いただいたとさせていただきます。

なお、現在申込みが160ぐらいですが、昨年は600幾らでした。今後プロモーションに関しては何か検討されているようなところはございますか。

○事務局 ありがとうございます。

まずは協力団体の皆様方には今年度もこのような形で実施するという事はしっかりとお伝えし、周知の御協力をお願いしたいと思っておりますのでございます。

加えまして、残りの全国の病院にどうやって周知をしていくかというのは評価機構が持っているチャンネルなどを通じて御案内をなるべくいろいろなところに広げていきたいと、広報に

力を入れていきたいと考えているところでございます。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

それでは、議題3、部会の検討状況につきましてお願いしたいと思います。

まず、1つ目の医療の質指標の標準化に向けた検討について事務局からお願いいたします。

○事務局 資料16枚目を御覧いただきたいと思っております。

医療の質指標の標準化に向けた検討は、これまで丁寧かつ慎重に議論を重ねてきたところでございますが、昨年度末に開催した本協議会の中で可視化プロジェクトの実績を検証し、その結果を踏まえて全国で共通して計測が求められる質指標を議論することといたしました。

そこで、本日はQ I 標準化部会で検討いたしました検証結果を御報告し、最終的な御検討をお願い申し上げます。

17枚目でございますが、こちらも前回の協議会で御報告したところでございますが、プロジェクトの検証に当たりまして、プロジェクトを通じて得られた各種情報を基に御覧のステップに沿ってQ I 標準化部会で検証を進めました。ステップ1から3は複数の観点から計測可能性を検証いたします。最後にステップ4として計測結果などを基にガイドに準拠した指標を抽出し、全国で共通して計測する指標として御提案を申し上げたいと思っております。

それでは、説明者を交代をして内容を説明いたします。

○事務局 説明者代わります。

まず、ステップ1からステップ3の検証結果をお伝えいたします。

今回の検証対象は昨年度の可視化プロジェクトで計測データを御提出いただいた557病院で検証を行いました。

まず、ステップ1です。

こちらは9指標のうちどれだけの数の指標を計測いただいたかを整理したものです。その結果、9指標全てを計測いただいた病院は557病院中248病院、割合にして44.5%でした。方針上は原則9指標全ての計測をお願いしていましたが、実際は様々な病院の事情を踏まえて計測が可能な指標のみ御提出いただくという運用にしました。このような事情により標準化部会では9指標全て計測していない病院が一定数あることを理由に、全国規模での計測が難しい指標だったとは結論づけられないという御判断をいただきました。

よって、ステップ2では9指標全てを対象に各指標の計測率を整理しています。横軸を9指標、縦軸を200床単位での病床規模としています。上の段の数字が病院数で括弧でくくって

る数字が計測率です。部会では検証の基準値を計測率60%としました。その視点で見ますとMSM-03、肺塞栓の予防対策実施率の199床以下の病院では53.4%と基準値の60%を下回っていました。しかし全体で見ると一番下の合計の部分、赤枠の部分ですが、どの指標も計測率60%を上回っていましたので、このステップ2の段階ではおおむね計測可能な指標が設定されたと部会で御判断をいただきました。

各指標の計測率を把握した後は、こちらのステップ3で計測手順書の遵守率を確認しました。といいますのは、可視化プロジェクトでは原則手順書どおりに計測いただくことを依頼していました。こちらは縦軸に各指標、横軸に手順書を使用したか否かの情報を並べています。

なお、手順書どおりに計測したか否かというのは病院側の自己申告となります。

部会ではこちらの検証の基準値を80%として評価いただきました。その視点で見ますと、どの指標も手順書遵守率80%以上という結果でした。こちらの手順書を使用してくださった病院群を掘り下げて200床単位で区切ってみたのが次のスライドになります。

600床以上の病院における感染管理の3指標に限っては手順書の遵守率80%を下回っていました。部会ではこれらの3指標について病院から御提出いただいた情報ですとか疑義照会を基に、80%に満たなかった理由などを細かくお示しをしましたが、いずれも今後の運用で手順や定義を見直すことで対応できるものとし、これら9指標は事務局より提示した手順書でおおむね実装可能であると結論づけられました。

ここまでの検証結果をまとめています。ステップ1からステップ3までは計測可能性という視点で検証を進めてきました。部会で御検討いただいた評価基準をクリアしたものは丸、一部下回ったものは三角と表示をしていますけれども、これまで御説明したとおり計測可能性という視点では9指標は全ておおむね計測可能な指標という結論となりました。

よって、9指標全てを次のステップ4の検証対象としています。

次のステップでは、計測結果や病院から回答いただいたアンケートを基に検証を行っておりますので、後ほど御説明いたします。

一旦以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

昨年度実際に参加していただいた病院のデータ提出状況から、特に計測可能性に関しまして検討した結果、やや低いところもあり、ばらつきがありますけれども、現状今のような分析からすると9指標を全て計測可能であるというのが事務局での結論でございますが、この検証結果に関しまして御質問、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。

○福井委員 皆様感じられているかもしれませんが、計測状況の閾値を60%というのと、遵守状況の閾値が80%、これは何か今までの研究データとか研究論文に基づいているとか何かあるのでしょうか。つまり全く今回の分析でゼロから考えた数値なのか、もともとこういう数値が提唱されているのか教えていただければ。

○事務局 ありがとうございます。

今御指摘のように、こちらはこの分析において一つの閾値を考えようということで仮に設定をした閾値でございます。必ずしも先行研究から導き出したというものではございません。

○楠岡委員長 特にこの数値で閾値を定めることの特別の意味があるというわけではなく、一応の目安というふうにお考えいただければと思います。

個別のところで見ますと、肺塞栓の予防に関して199床以下のところで低い値が出ているということ、それから予防的抗菌薬の投与が全般的に低めの結果であるということ、その2つが結構大きく見えているところではないかと思えます。

予防的抗菌薬投与の点に関しましては、投与の時刻がいろいろな記録の中にないので、基準どおりになされているかどうかの確認ができなかったというのが事後のアンケートの中で結構多かったところでありまして、これに関しましては投与時刻をカルテ等に記載するというようなことを働きかけていかざるを得ないというようなところにあるかと思えます。

肺塞栓の予防はガイドラインも定められておりますので、ほとんどのところでは実施されているとは思いますが、結果評価等において十分になされていなかったということでこの指標としての測定ができなかったという側面もあったように感じております。特に低かった点に関してこれをどうしていくかというのが次のステップ4での話になってくるかと思えますけれども、ここまでのところはいかがでしょう、これを踏まえてということになりますが、何か不明な点とかございましたら御指摘いただければと思います。

○的場部会長 今回の楠岡委員長のお話に補足をいたしますと、今回御参加いただいた病院は参加を決めて計測をするわけなんですけれども、計測対象期間が参加を決める前の古いデータを計測してくださいということになっておりましたので、今のようなどうすればこの指標を測定できるかというようなアクションを取っても、その時点で計測できるデータという点では今回提出が難しいということは病院の事情としてはあったかと思えます。同じ病院が今年も御参加いただいておりますら、それを踏まえてカルテの記載や工夫を変えていただければ参加できるというような指標で計測率が上がってくるということは十分に予想されるのではないかと考

えているところでございます。

以上、補足でございます。

○楠岡委員長 的場先生、ありがとうございました。

よろしいでしょうか。

それでは、今までのステップ1から3を踏まえて、今年度の方向性としてステップ4について御説明をお願いいたします。

○事務局 それでは、引き続きまして最終段階でありますステップ4について御説明申し上げたいと思います。

ステップ4におきましては、計測結果及びプロジェクト実施後のアンケートや疑義照会などの形で寄せられた御意見などに基づき検証を進めます。この後各指標ごとの資料が続きますので、最初に資料の構成をお示しいたします。

御覧のスライドのまず①番、計測結果につきましては、協力病院から御提出いただいた計測値の集計結果を病床規模ごとの箱ひげ図でお示しいたします。

②番、病院からの評価につきましては、指標の重要性及び計測の容易性につきましてアンケートを実施いたしましたので、その集計結果をお示しいたします。ただし、この②番につきましては、一番左の欄を御覧いただきますと回収率が28%にとどまっておりましたので、その点留意して扱う必要があると考えてございます。

一番下に③番、病院からの御意見という欄がございますが、こちらは病院から疑義、あるいは御意見などの主なものをお示ししてございます。この後のスライドではこのような構成で定量データ及び定性データをお示ししてございます。

それでは、次のページをご覧ください。まず医療安全の3指標について御報告いたします。

25枚目でございますが、医療安全の1つ目の指標、最初の指標ですので、少し丁寧に御説明申し上げますが、こちらは入院患者の転倒・転落発生率という指標でございます。先ほど触れましたように、まず上の欄には病床規模ごとの計測結果を箱ひげ図でお示ししてございます。

次に、中段の辺りですけれども、指標の重要性、計測の容易性についてのアンケート結果でございます。

例えばこの事例におきましては、一番右側を見ていただきますと、この指標が重要であると回答いただいた病院が117病院、75%でございました。一方この集計表の一番下の欄を見ていただきますと、計測が容易であったと回答した病院が124病院、80%であったと、このように読んでいただければと思います。また、一番下に主な意見を整理してございます。

Q I 標準化部会では、これらの情報を基に全国の病院で共通して計測する指標として適切かどうか、総合的に勘案して以降判断をしております。

次の指標でございますが、こちらは同じく転倒・転落による指標ですけれども、インシデント影響レベル3 b以上の発生率という指標になります。

次、3つ目の指標でございますが、こちらは肺塞栓予防対策の実施率になります。こちらにつきましては、計測の容易性について容易と回答した施設の割合が3割程度となっております、病院からの意見としても計測が難しいとの意見がございました。

28枚目でございますが、こちらはあくまでも参考資料として扱っておりますが、可視化プロジェクトの協力病院は各団体のQ I 事業に既に参加しているかどうか、事前に御登録いただいております。そこで、既に各団体のQ I 事業を通じて指標の計測作業の経験がある病院と今回プロジェクトに参加して初めて計測する病院とで計測値に乖離があるかどうかというのを確認するためのグラフになります。

上段の左右と下段左に箱ひげ図が3つ並んだグラフがございますが、例えば一番左上のグラフを御覧いただきますと、こちらは転倒・転落発生率について、一番左の箱ひげ図が全施設、中央の箱ひげ図がQ I 事業に参加している施設の計測結果、そして右側の箱ひげ図はQ I 事業にこれまで参加していない施設の計測値の箱ひげ図を示してございます。残りの指標についても同様に表記をしております。医療安全の3指標につきましては、Q I 事業参加群と不参加群で大きな差異は見られないと考えてございます。

次は感染管理の3指標でございます。主な特徴のみ御説明申し上げます。

30枚目は血培2セットの実施率でございます。

病院からの意見といたしまして、特定機能病院では計測できないとの指摘がございました。この指標はD P Cデータから算出する指標でございますが、特定機能病院におきましては血液培養検査に関しまして包括されていることによるものでございました。また、小児や新生児の扱いについても御意見がございました。

31枚目、こちらは広域抗菌薬使用の細菌培養という指標でございます。

計測の容易性が32%とやや低くなってございます。

32枚目は予防的抗菌薬投与の指標でございます。

この指標につきましても、計測の容易性に関して21%と低い値となっております。また、対象とする手術の種類についての御意見などもいただいているところでございます。

33枚目はQ I 事業への参加の有無による違いを確認したグラフでございます。

次がケアの3指標でございます。

まず、ケアの1つ目ですが、褥瘡の発生率でございます。発生率がほとんどゼロに近いことから分子の見直しを求めるような意見もございました。

36枚目は入院早期の栄養ケアアセスメント実施割合という指標でございます。

こちらにつきましても、計測の容易性に関するアンケートでは容易という回答が29%ございました。

37枚目は身体抑制率でございます。

この指標も計測が容易という回答は32%にとどまっております。

また、病院からの意見といたしまして、センサーを抑制対象にするのは現場との乖離があるとの御意見をいただいております。また、スライドでは特に触れておりませんが、指標の名称について、この指標を選定するための議論をしていた時点から身体抑制率という名称がよろしいのか、それとも身体拘束率というのがよろしいのかという議論がございました。

最後38枚目ですが、こちらはQ I 事業への参加の有無による違いの確認でございます。

39枚目を御覧ください。

検証結果のまとめでございます。

左側から中央にかけての白地の部分につきましては、先ほど御説明いたしましたステップ1から3の検討結果をそのまま記載しています。さらにその右側に今回行いましたステップ4の結果を整理してございます。

まず、それぞれの指標の計測結果につきましては、この結果から全国で共通して計測すべき指標として提案できないとは結論づけられないのではないかという判断となりました。

次に、定性データの方ですが、重要度あるいは計測容易性のアンケート結果につきましては、特に計測容易性について、回答割合が低い指標が幾つかございました。したがって、計測がより容易にできるような何らかの工夫を今後検討する余地はあると思えますけれども、この結果をもって全国で計測する指標として提案はしないという結論にはならないという判断になったところでございます。

さて、40枚目でございますが、本日の検討事項でございます。

ここまで御説明申し上げましたように、昨年度の可視化プロジェクトの実績を基に全国で共通して計測が求められる標準的な指標として提案できるかどうか検証を進めてまいりました。その結果、下半分の表にございますとおりに2つの指標についてはそのまま、残りの7つの指標につきましては若干の検討課題が残っているので、それらに対応することを条件に9つの

指標全てガイドに準じる例示指標バージョン1.0として、すなわち全国の病院で共通して計測する指標として提案をさせていただきます。

御検討のほどどうぞよろしくお願い申し上げます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

それでは、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 まず、このステップ4についての定性データですけれども、アンケートの結果に基づいているということになっておりまして、アンケートの回答者がどなたであるのかということに関しましては、病院によってそれぞれ違いがあるようでございます。計測担当をしていただいた方が答えていただいている病院もあれば、もう少し経営陣のほうからの回答というようなこともありますので、例えば自院にとって重要な指標かどうかというような判断をどの立場でしたのかということについては、少し慎重に見る必要があるのではないかというようなディスカッションが部会のほうではなされているところでございます。

もう一つが計測の容易性につきまして様々なコメントをいただいております、臨床的な観点から、例えばこの手術はこのリストの中に入れるべきだとか入れないべきだというような個別の御意見ですとか、この薬を入れたほうがより指標としての完成度が高まるので、そのあたりをしっかりと盛り込むべきだというような御意見などもかなり個別にいただいているところであります。

部会での議論では、こういったところの臨床の専門家の意見をいかに酌み取っていきながら、この後の話ですけれども、条件付となった後の条件を定めていくプロセスの中でそういった御意見をいかに酌み取りながら、よりよいものにしていくかということについては大きな課題になるのではないかというようなディスカッションがなされましたけれども、個別の意見一つ一つそれなりの現場の意見を反映しているものではありながらも、そういったところをしっかりとケアしていけば、9つの指標を全国の病院、医療機関に測っていただく指標として推薦できるのではないかという大きな流れとしてはそのような意見になったというようなところがこままでの説明でございます。

また御議論のほどよろしくお願い申し上げます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ただいまお示しいたしましたように、これまでの計測の可能性、あるいは容易性、重要性等に関しましてのアンケート結果等に基づきまして、今回もこの9指標、3分野、各3指標合計の9指標を全国の病院で計測する指標にしていかがでしょうかという提案でございます。

ただ、昨年度と全く同様ではなく、幾つかの指標は今、的場先生からの御指摘もありましたようにもう少し明確化するとか、あるいは少し一部修正するとかを行って続けていきたいという点でございますが、これに関しまして何か御質問、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。

吉川委員、どうぞ。

○吉川委員 ありがとうございます。

例えば身体的拘束に関して今回は厚生労働省の身体拘束ゼロの手引きを活用されて、そちらに準じているのではないかと思うが、日本看護協会でも身体的拘束の定義はなかなか難しいところで、診療報酬上ですと、何らかの身体、または衣服に触れる用具を使用していると身体的拘束とみなされて100分の60か何かに減算されるようになっており、それに準じてやっているが、そうしたときに、今すごくベッドが高機能化していて、センサー付ベッドが増え、センサーは身体的拘束にはあたらないとしても、センサー自体がついているというところもあったりしていて定義がすごく難しい、かといって診療報酬のほうではセンサー付ベッドについては触れられていないおらず、私たちも他の団体と同じ定義でやっていかないと、参加されている方々が二度手間、三度手間になってしまうというところがありますので、協議会で統一していこうというのがあれば、出していければいいのかなというふうに考えているところです。

というのは、この項目、褥瘡もそうなんですけれども、看護職が取っていたり、医療安全に関する方々が取っていると思うんですけれども、細かに取っています。DPCから取れるとか、そういう簡単なものではなく、結構細かく見ていかないといけないというところがあるので、同じ指標でできるだけ簡便に取れる方法というのをぜひ統一していただけると私たちもそれに準じていきたいと思いますので、御検討いただければと思います。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

的場先生、御意見もしあれば。

○的場部会長 このCRM-03に関しましては、今回の定義上はセンサーも対象になっているというような測定方法になっておりまして、そちらに関しまして多くの病院からコメントをいただいているところでございます。今、吉川委員のほうからも意見がございましたように、いろいろな加算等の算定方法との差異があるというところでの問題意識ですとか、予防的危険評価目的でセンサーを使用することが多いような回復期の病院ですと、それは拘束と評価しているのかどうかというような御意見ですとか、団体の中でも今定義の中でディスカッションして

いるところなので、ここについては団体の中でもいろいろな意見がある中で今採用されているところに意見があるのは、ある部分では当然のことなのではないかというようなことが部会では話し合われたところでして、今、吉川委員から御提案いただいたようにある程度いろいろなところの違いを少し整理をして、条件付で取りまとめていくときには議論を深めていかなければいけないというところまでは部会で話し合ったところでございます。

ちょっと答えになってない部分もあるんですけども、検討状況としては以上でございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

吉川委員、いかがでしょうか。

○吉川委員 ベンチマークしていくときに、ここら辺はデータもすごく小さな数値になるので、あれかもしれないんですけども、さっきちょっと別件ですけども、手順書の遵守率のことなんかもありましたけれども、遵守していない群と比較するというのもちょっとおかしな話ですし、ですので、御検討いただければというところでよろしくお願いいたします。

○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。

福井先生、どうぞ。

○福井委員 非常に本質的な問題だと思います。全ての病院で同じように測ることに物すごい労力を使って、そうすることによって何が分かるのかというと病院毎の質の違いが分かるわけです。でも、このプロジェクトの最終的な目標はそれぞれの病院における質の改善ですので、本来的にはほかの病院のことを知らなくても、自分たちで改善の余地がある指標だということであればあまりほかの病院との違いを気にしないでやっても恐らく問題ないのではないのでしょうか。

ただ、ほかの病院と比べることによって自分たちの病院の質が劣っているとか、そうすることでより改善へのモチベーションがかかるということは非常に重要なことではあると思いますが、定義に物すごい労力使っても、最終目的はそれぞれの病院での改善なので、それだけの価値があるのかなと時々思ってしまいます。感想です。

○楠岡委員長 福井先生、ありがとうございます。

御指摘の点非常に重要なところですが、まず自院の中での経年変化を見るというステップと、それからその中で横との比較もある程度は必要、今回ほとんどの指標において病床規模とかで大きく乖離するようなどころはなかったわけでありましてけれども、中にはまだちょっと外れ値的なものもある。これは測定方法の違いかもしれないんですけども、そういう意味ではなる

だけ広くデータを開示していったら、それぞれの病院でどう役立てていくか考えていくという方向に進めざるを得ないということにはなろうかと思えます。

どうも御指摘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。

○真中客員研究員 的場先生もしくは事務局に御質問というか確認なんですけれども、私は第1回のワーキングに参加できてなかったのもう既に議論済みであれば捨て置きいただければと思うんですけれども、この可視化プロジェクト、今年度も継続する目的の一つに経年変化を見るというところ、要は継続的に指標を測定することでP D C Aサイクルが回って医療の質が上がるというところを一つ目的としているかと思うんですけれども、9つのうち7つは少し見直すことを検討というのは、経年変化を見るという目的が損なわれない程度にリバイスするというところを部会で議論していただいているのかというのが御質問の1つ目と、あと2つ目として測定のしやすさというのは当然重要なファクターだと思いつつも、部会でもしかしたらもう既に検討済みかもしれないですけれども、分母、分子というのはしっかりバリデーションの取れたものというのをベースとして測定のしやすさという観点で議論を進めていただいているのかというのだけちょっと念のため確認したく御質問させていただきました。

○事務局 事務局からお答えいたします。

まず、1つ目の若干いろいろ条件がついていたけれども、これは経時的変化の把握を損なわない程度のものなのかという御質問でございますが、こちらは次の議題でも御説明申し上げますが、軽微な修正のみにとどめたいと思っております。したがって、指標の測定をする意図は変えずに、ただ計測の手順で何らかの補足説明をつけたり明確さを増したりと、そういった意味での軽微な修正をかけたいというのが大きな趣旨でございます。

また、分子、分母の定義につきましても、基本的には同じ定義を採用するというのを基本原則として今年度は運用したいと思っております。

○楠岡委員長 的場先生のほうから何かございますか。

○的場部会長 今回の委員会でもそうですし、部会でもそうだったんですけれども、今の議題でディスカッションをさせていただいているのがこの可視化プロジェクトを経て9つの指標をこの後全国の医療機関に測っていただくような指標として今後進めていくのかどうかというようなステップでの議論の中では、いろいろと見直す点が多いのではないかということについて検証、検討したというような、可視化プロジェクトを総括しながら次のステップに進めていくための議論としては、いろいろとモディファイが必要なんじゃないかというような議論があっ

たというところの議論の説明となっておりまして、次の議題では今年度実施する可視化プロジェクトでは、今のような御意見を踏まえてどのような形で運用していくのかというような説明が次にあろうかと思っておりますので、そこでは継続的な部分も話に入ってくるというのが先ほど事務局からお話があったところだと思っております。

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。

ほかに御意見ございますか。

そうしますと、昨年度運用しました9指標に関して今までのアンケート結果等を見まして、当然ながら幾つかの指標に関しては軽微な修正を行う必要があるという点、ただしあまり大きく変えてしまいますと先ほどの議論の経年性とかの問題も出ますので、そこは大きな影響が出ないようなところにとどめながら、この9指標を本協議会が定めたガイドに準ずる指標のバージョン1という形で進めていきたいと思っております。今年度はこのバージョン1の指標を可視化プロジェクトの運用を通じてさらにブラッシュアップし、また新たに立ち上がるワーキンググループでDPCデータの観点から活用方法を検討するという方向で進めたいと思っておりますが、よろしゅうございますか。

ありがとうございます。

それでは、このような形で進めさせていただきたいと思っております。

それで、議題3の2つ目でありますけれども、2023年度の可視化プロジェクト適用指標の検討につきまして報告をお願いしたいと思います。

○事務局 それでは、42枚目を御覧いただきたいと思っております。

今御説明ありましたとおりに、今度は今年度の可視化プロジェクトで扱う指標についての御報告になります。

先ほど議題2でも触れましたとおりに、あるいは今議論の中でもございましたとおりに、昨年度と同じ3テーマ、9指標を用いるということで経時的な変化を捉えていくことを狙いとしてございます。ただし、先ほどの検証結果でも述べましたとおりに、若干の検討課題が残っておりますので、早速今年度の可視化プロジェクトの運用を通じて対応してまいりたいと思っております。

今年度のプロジェクトで使用する指標は、特に計測手順について幾つかの軽微な修正を施した上で運用してまいりたいと思っております。例えばですけれども、医療安全の3つ目、肺血栓塞栓症の予防対策実施率では分子、分母のリストを少し整理をしたいと思っております。

感染管理の I F C -01、02の指標につきましては、病院からの御意見にございましたとおりに、特定機能病院における計測の仕方を追記してまいりたいと思っております。

また、ケアの3つ目、先ほど御指摘いただきました身体抑制率でございますが、この身体抑制率の計測手順を参照させていただいた参照元の協力団体におきましても、実は定義の見直しが図られていたということ、現場からの意見も様々なものがあつたということ踏まえて、特にセンサーの扱いにつきまして、現場の協力病院の皆様の納得感が得られるように少し範囲を見直した上で運用してはどうかということを考えてございます。また、指標の名称につきましても、身体拘束率という形にこれは名前のラベルの問題ですけれども、変更させていただこうと考えてございます。

今のような運用を想定いたしまして、44枚目でございますが、2023年度に運用する指標は最終的に御覧の9指標で運用してまいりたいと考えてございます。先ほど来申し上げておりますとおりに、計測手順につきましてはちょっと技術的な部分で軽微な修正を施しますが、分子、分母の定義レベルでは昨年度と同様の定義を踏襲いたします。なお、一番下の身体拘束率のみ指標名を変更してございます。

以上でございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

的場先生のほう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 こちらに関しましては特にございません。よろしくをお願いいたします。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

今年度の可視化プロジェクトに関しまして、もう既にいろいろ御議論いただきましたけれども、今提案したような形で進めていきたいということでございますけれども、何か御意見ございますでしょうか。

よろしいでしょうか。

そうしましたら、今の御意見を参考に部会のほうでもさらに進めていただきたいと思います。

今年度の可視化プロジェクトは、先ほど出ましたバージョン1の指標を手直しして進めるということで了承いただいたとさせていただきたく思います。どうもありがとうございました。

それでは、最後に議題4、その他につきまして御説明をお願いいたします。

○事務局 それでは、次のページを御覧いただきたいと思います。

その他として2点御案内を申し上げます。

1つ目ですけれども、第4回医療の質向上のためのコンソーシアムについての御案内でござ

います。

6月6日火曜日でございますが、夕方17時30分からQ I コンソーシアムを開催いたします。昨年度の可視化プロジェクトの計測結果を専門家がさらに深掘りして解説するという企画でございます。つきましては、各協力団体の御所属の病院様にこのようなイベントがあるということをごひ御周知をお願い申し上げたいと考えてございます。

ちなみに先週末、5月26日現在では約700名のお申込みをいただいているところでございます。また、参考資料2といたしまして、このQ I コンソーシアムの広報資材なども参考資料として御用意してございますので、ぜひ周知の際に御活用いただければと思っております。

次に、2点目でございます。

本日御議論いただきましたように、2023年度の可視化プロジェクトにつきまして昨年度と同じ3テーマ、9指標で運用いたします。また、今年度の課題であります経年的変化を捉えるためには昨年度の協力病院に引き続き御参加いただくことが大変重要になってまいります。

つきましては、各協力団体の御所属の病院様に引き続き御協力いただけますようお願い申し上げます。こちらにつきましても、参考資料3といたしまして広報資材を用意してございますので、御活用いただければと思っております。また、この可視化プロジェクトへの御協力依頼に関しましては、改めて事務局様を通じて御依頼を申し上げたいと思っております。

以上、御協力のほどよろしくお願い申し上げます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

この点に関しまして何か御質問ございますか。

よろしいでしょうか。

それでは、今年度の可視化プロジェクトは経時的な変化を捉えていくことを一つの課題としておりますので、昨年度協力いただいた病院にはぜひとも参加していただく必要がございます。各団体のほうからもお声がけのほうをどうぞよろしくお願いしたいと思います。

本日の用意した議題は以上でございますが、全体を通じて何か御意見ございましたら御発言をお願いしたいと思います。

福井先生、どうぞ。

○福井委員 コメントです。Q I 指標自体はどれくらいの期間見るかによりますけれども、未来永劫に同じ指標を測定し続けるということは恐らくないと思います。したがって、診療現場の変化に伴って測定する指標を変えていくのが当然なんだということもこういうプロジェクトを行うときにはうまく組み入れられればいいんじゃないかなと思います。

もう一点、厚生労働省の方や眞中先生もおられるので、僕自身の個人的な意見です。こちらでも可視化プロジェクトをやっていますけれども、1,000以下の病院が対象になっています。我々が把握しているほかの9つの病院団体でも数百病院がQ Iプロジェクトをずっと行っているわけで、団体によっては改善をの実践とアウトカムについても団体として確認するというところもやっているんですね。

すみませんけれども、そういう病院団体へのインセンティブを、以前と同じような厚生労働省の事業として多額な補助金は必要でないと思いますが、うまくモチベーションを維持できるような何か仕組みも考えてもらえないかなというのが個人的な意見です。

以上です。

○楠岡委員長 福井先生、ありがとうございます。

ちょっと手前みそで恐縮ですが、国立病院機構は各病院に毎年必ず一つのQ Iを選んでそのPDCAに取り組むように、当然のことながら改善ができればまた次の年は別のQ Iを選んでというふうに継続的にやっていただくということを法人全体としての方針として行っているような形になっております。

また、指標に関しましても最低3年ごとには見直しをするようにして、それで特にほぼどの病院も100%になったような指標に関してはそろそろ外していいのではないかと、それから新しいエビデンスが出てきたり、それから現場からのいろいろな意見を参考にいたしまして新たな指標を付け加えたり、ただ指標の数がどんどん、どんどん増えていきますと病院にとっても負担になりますので、全体の数はある一定以上超えないように見ながら改定を進めているというようにしております。多分各団体さんも同じようなことをされていると思いますので、問題はまずはいかに測っていただくかということとその後の利用に関して各病院しっかりやっていただくということになるかと思います。

福井先生からいつも御指摘されるとおりで、我々それを考えながら進めておりますので、また時々話が細かくなったときには先生から御指摘いただければありがたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

ほかに御意見ございませんでしょうか。

厚生労働省のほうから何かございますか。

○守川課長補佐 福井先生、本当に御意見いただきましてありがとうございます。

まさに先生がおっしゃるように、指標は我々も生き物であるというふうに考えております。特に医療は本当に様々な形で、私も医師ですので、よく分かるんですけども、変わっていく

中で、どのようにして患者さんにいい医療を届けるかといった意味でも指標というのは極めて重要でありますし、生き物であるというふうに考えてございます。

さらにおっしゃっていただいております指標を測るだけでも、かなり御苦労されて測っていただいているところもたくさんございます。各団体さんが本当に苦労して、時間を割いてやっていただいているというのも私も現場を知っていますので、よく分かっているところでございます。

この令和4年、5年関しましては、かなり医療の質に関しましてどんどん前に進めていこうということで、厚労省といたしましても分野横断的に、部署横断的に取り組んでいるところでございますので、今現時点でどういうインセンティブというのは具体的に申し上げることはできませんが、ただそういったところも含めて部署横断的にしっかりと取り組んでいくということでやっておるところでございますので、ぜひ御指導いただきますようよろしくお願いいたします。

厚労省からのコメントは以上でございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

桜井委員からよろしくお願いいたします。

○桜井委員 ありがとうございます。

今全く福井委員がおっしゃったことと私も同様に思っております。一国民として、あるいは患者として思うのは、これだけの取組をされているということに対してボランティアでやっているというのはちょっとおかしいんじゃないかなというふうに思います。これに取り組むことで自院での改善を行っている、そういう姿勢があるということは患者にとっても必ずその取組というのは返ってくると私は信じておりますので、厚生労働省のほうもこれはやらないでいたほうが楽は楽だと思えますよ。これをわざわざやっていることに対して少し後押しをしていただいたほうがいいのではないかなと思っております。

私から以上になります。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

的場先生、何かございますか、よろしいですか。

○的場部会長 今年度も部会を進めてまいりたいと思いますので、御指導のほどよろしくお願いいたします。

○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。

それでは、事務局から何かあればお伝えのほうをお願いいたします。

○事務局 次回の運営委員会は2023年8月頃を予定しております。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、どうぞよろしくお願い申し上げます。

以上でございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

長時間にわたり、また活発な御議論をいただきましてありがとうございます。

本日いただきました意見を基に指標の改修等を済ませ、なるべく多くの病院に参加いただけるように進めていただきたいと思いますので、今後とも御協力のほどどうぞよろしくお願いいたします。

それでは、これにて運営委員会を終了いたします。

どうもありがとうございました。