

第21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)

2025年3月18日(火)

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21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、どうも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付しており、資料1から6を1つのファイルに統合した第21回運営委員会（協議会）本体資料、及び参考資料が6種類となっております。

次に、委員の出欠状況について御報告を申し上げます。

こちらの出欠状況は資料2枚目のとおりです。

なお、委員の交代に伴って、本日初めて参加される委員がいらっしゃいますので、御紹介いたします。上から8番目でございますが、国立病院機構、柴山委員でいらっしゃいます。

柴山委員、自己紹介を一言お願いいたします。

○柴山委員

この度、委員を拝命いたしました独立行政法人国立病院機構の中国四国グループ担当理事の柴山でございます。岡山医療センターの院長をしております。岡田先生の後任として、この度、国立病院機構から委員にさせていただくことになりました。

このプロジェクトに関しましては、今までは参加する病院の長として参加させていただいておりました。なじみの深いプロジェクトでございますので、しっかり務めていきたいと思っております。この度はよろしくをお願いいたします。

以上でございます。

○事務局 ありがとうございます。

なお、本日は、今村委員、福井委員が御欠席ですが、委任状が提出されております。

関係者の出席状況は御覧のとおりで、Q I 標準化・普及部会からの的場部会長が出席しております。

また、厚生労働省から、本事業の御担当として医政局総務課から御覧の方々が出席予定ですが、出席が遅れているようでごす。

評価機構からの出席者は、御覧のとおりです。

資料4 ページですが、本日より予定している議題は、大きくは御覧の6項目となっております。

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

○亀田理事 委員の皆様、こんにちは。

本日はお忙しい中、第21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、2010年度より各医療団体などにより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、既に現在6年目を終えようとしています。発足時、本事業には多くの困難が予想されましたが、幸い、本協議会委員の皆様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6年間、例えば「医療の質指標基本ガイド」の策定や例示指標の設定、そして活用支援ツールの開発など、本事業の目的に向けて幅広く体系的に活動し、着実に成果を上げつつあるものと考えています。

さて、昨年度、厚労省より本事業に対し、これまでに得られた成果の活用を前提に、全国展開への取組に的を絞るべきという方向性が示されました。そして、それを支援すべく、昨年6月の診療報酬改定では、本事業で選定した指標に関わるデータの提出及び公表が医療の質の向上への取組としてDPC制度で評価されることになりました。これは今後、指標の標準化、あるいは普及にはずみをつけるとともに、診療報酬が医療の量だけではなくて質を評価するという方向性を示す一歩であるとも思います。

本事業では、これらの流れに応えるべく医療の質指標の標準化をさらに進めると同時に、モデル事業である可視化プロジェクトの推進などを通じて、その普及、ブラッシュアップを図ってまいります。もとより、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環境基盤をつくることにあり、その点ではまだふもとにあると言えます。

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ます、御挨拶とさせていただきます。

どうぞ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。

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 委員長は楠岡です。

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。

また、新たに委員に御就任いただきました柴山委員、どうぞよろしくお願ひいたします。

それでは、議事次第に沿って進めたいと思います。

ただ、本日は非常に議題が多く、また時間も限られておりますので、進行に御協力いただきますれば幸いです。

まず、議題1は質指標の標準化・普及に向けた検討ですが、1-1、選定した指標の保守に関する検討について事務局から御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。

質指標を標準化するための取組の一つとして、一度設定された指標は定期的に見直す必要があることから、質指標の保守について議論を進めており、本年度は成果物を2つ作成することとしております。1つは、①、本事業で定めた9指標の保守の扱いを「保守の基本方針」にまとめることです。今後の部会やDPCデータ計測ワーキングで活用する想定です。もう一つは、②、質指標の保守の基本的な考え方を「医療の質指標基本ガイド」に記載することです。

このうち、前者の「保守の基本方針」は、前回の協議会で枠組みを御承認いただいておりますので、簡単に内容を振り返るのみといたします。したがって、本日は赤枠部分の②、ガイドへの記載について御検討をお願いいたします。

では、9枚目を御覧ください。

まず、保守の目的は、諸外国の事例などを踏まえて、御覧のように3区分といたしました。計測情報の更新とは、マスターデータの更新など計測に関わる情報を最新の状態に保つことです。指標特性の再評価は、指標計測の根拠となるエビデンスなどを再確認し、医療の質を反映しているかどうか再評価することです。緊急保守とは、前回の協議会でも御質問いただきましたが、指標の運用が患者のリスクになることが想定される場合に速やかに対応することです。

10枚目を御覧ください。

保守の3区分ごとに、該当事象の例や保守の頻度、また9指標の保守を行う際の事務局や部会が担当する業務内容などを整理いたしました。

11枚目を御覧ください。

保守作業において指標の定義や手順を修正するかどうかの判断基準は、指標選定時の基準を用いることを原則としました。したがって、本事業においては、ガイドに記載の「質改善に資する指標の要件」を保守の判断基準とします。

12枚目でございます。

どのような順番でどのような判断や作業をするのか、保守作業の流れを策定いたしました。

これまでも毎年指標の検証作業を行ってきましたが、それらは①、②に該当する作業であり、今回は、それらを拡張して御覧のように整理いたしました。

13枚目、参考資料でございますが、保守の基本方針は、現在運用している9指標の保守を行う際に本事業の部会やワーキングで使用することを想定していますので、来年度以降は御覧のような段取りで保守作業を進めていきたいと考えています。

以上が保守の基本方針に関する御報告となります。

続きまして、15枚目を御覧ください。

保守に関する2つ目の成果物である、保守の基本的な考え方をガイドに記載することについて御説明申し上げます。

部会で検討し、四角の枠内の文案をガイドに記載することについて御検討をお願いいたします。

枠内を御覧ください。最初、4行ほどの説明がございますが、ここでは、質指標を設定したら、定期的、または随時見直しが必要であることを述べています。次に、先ほど紹介した3つの区分とその解説を記載しています。これらが、本事業のみならず、指標を運用する場合の基本的な考え方であろうと考えているところです。

次に3. 3. 1というところですが、本事業で定めた例示指標においても、この考え方に沿って対応する旨を記載しています。また、これらはガイド第3章に記載したいと考えています。

このような内容でガイドに記載してよろしいか、御検討をお願いいたします。

説明は以上です。

○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、補足のコメントがございましたらお願いいたします。

○的場部会長 指標を中心に、選定作業と同様の基準をつくりながら保守をしていくという流れを整理してまいりました。

今回御議論いただきますガイドの記載につきましては、今説明がありましたとおり、ガイドの性格を反映して、より一般的な記載内容とさせていただいております。運用上は、今後は保守作業を定常的な業務に確立していく必要があるかと思っておりますので、そういった点につきましては来年度以降の検討を進めてまいりたいと考えています。

報告としましては以上でございます。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。

それでは、ただいまの保守に関する説明に関しまして御意見があればお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。特に御意見ございませんか。

それでは、保守に関する基本的な考え方をガイドに記載することにつきまして、事務局の提案どおり、ガイド第3章へスライド14の文章で記載するという御承認いただければと思います。

一度設定された指標をいつまでも使い続けるということではなく、ダイナミックに入れ替えていく必要があるとの御指摘は本協議会でも時々言及されております。これらの意見を踏まえまして、来年度以降の保守作業に生かしていきたいと思っておりますので、また御協力のほどよろしくお願いいたします。

それでは次、1-2、患者中心ケアの可視化に向けた検討につきまして、事務局から説明をお願いいたします。

○事務局 それでは、次は資料の17枚目を御覧ください。

患者中心ケアに関しましては、患者経験調査を実施するためのマニュアルを作成することを今年度の目標にしてまいりました。なお、前回の協議会で確認しましたように、本課題の検討は今年度で一旦区切りをつけることといたします。

18枚目を御覧ください。

マニュアルの構成は、全8章及び付録としております。なお、本マニュアルは、米国HCAHPSの品質保証ガイドラインを参考にしたほか、事前にアンケート調査を行い、現場の実態と乖離しないように留意いたしました。

それでは、ここから参考資料1を投影いたします。

参考資料の4ページ目でございますが、本マニュアルは、患者経験調査を実施したいと考える病院が自院で調査を完結できるよう、病院の調査担当部署の職員を主な読者対象としております。

少し進みまして、次、9ページでございます。

本マニュアルは、調査の運用の標準化を念頭に置いておりますので、原則を書くことに主眼を置いております。ただし、実際には全て原則どおりに対応することが難しい場合もあると思われまますので、例外的な対応についても記載しております。

例えば、御覧のページであれば、患者経験調査の対象者は調査期間中に退院した患者を原則としておりますが、次のページには、例外として入院中の患者を対象とする場合を併記した上で、その場合の留意点なども記載するというようにしております。

少し進んで、次は14ページを御覧ください。

調査方法という章ですけれども、調査の実施時期や調査票の配布、あるいは回収方法などにつきましても、病院の御事情により様々な対応があつて、原則を示すことが難しいため、事前に行ったアンケートに基づいて実態に即した内容となるように配慮いたしました。

次は17枚目になります。

データの集計ですが、米国のスコアリング方法に準拠して、平均スコアとトップボックススコアという2種類のスコアリング方法を紹介しています。

21枚目、データの分析です。

算出されたスコアの分析方法についても、関連のマニュアルなどを参考にグラフを図示するなどして示しています。

このような内容のマニュアルを部会で作成いたしましたので、全国に広く紹介してよろしいか、御審議をお願いいたします。

説明は以上でございます。

○楠岡委員長 的場部会長、補足のコメントがありましたらお願いいたします。

○的場部会長 今回のPX調査マニュアルに関しましては、米国で用いられておりますマニュアルなどを参考にしつつも、そちらのほうは第三者が代行することを想定した仕組みとなっておりますので、今回は日本の運用実態に合わせまして、あくまでも自院で行うということを想定し、アンケートを取らせていただいて、既存の満足度調査を実施している医療機関でも患者経験調査ができることに配慮した構成を心がけながら作成してまいりました。

今回、事務局のほうでも日本語版の調査票の権利関係なども確認をしていただきまして、各医療機関で広く使っていただけるような体裁になっているものと考えておりますので、また御意見をいただきながら、運用の課題などがありましたら、ぜひ御指摘いただければと思っております。どうぞ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。

それでは、この患者経験調査の実施マニュアルに関しまして、御意見等あればお願いしたいと思えます。いかがでしょうか。

桜井委員、どうぞ。

○桜井委員 ありがとうございます。このようにまとめていただいて、またこれから広げていくということで、大変うれしく思っております。

その一方で、前回も私と福井委員からもお話があつたかと思うんですけれども、やっぱり今、

いろいろな問題って外来のほうで起きている部分が多々あるのではないかなと思っておりまして、今後、こちらも米国を参考にするとは思いますが、外来版のようなものもあれば、ぜひ活用していただきたいなというふうに思っております。

以上になります。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

的場部会長、外来版のほうはどういうような状況でしょうか。

○的場部会長 外来版につきましても一定程度の必要性があると認知しておりますけれども、こちらを本事業の中でどのように扱うかまでにつきましては、部会の中ではまだ議論が進んでいないところでございますので、いただいた御意見を参考にさせていただきたいと思っております。

コメント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。

他に御意見はいかがでしょうか。横江委員、どうぞ。

○横江委員 HC AHP Sについて、病院が中身の項目を臨床指標の中に取り入れる際に、全部ではなくて1項目や2項目を、特段許可なく使わせていただいてもよろしいのでしょうか。

○事務局 事務局からお答えします。

HC AHP Sの項目、今回御紹介するのは19項目あるんですが、もしその中で部分的に使いたいという場合には、下位尺度という塊がございますので、なるべくその単位でお使いいただくことを推奨したいと思っております。

○横江委員 分かりました。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。

ほかに御意見、御質問ございますか。

どうぞ、山本委員。

○山本委員 お世話になります。JCHOの理事の山本圭子と申します。

私も、ちょっとこの経緯があまり分かっていなくて、患者経験調査のマニュアルとして作成いただいている、今後、患者満足度調査を実施する医療機関は、患者満足度調査を実施してもよいけれども、もちろん実施するんですけれども、患者経験調査を実施したいと思う医療機関が参照をするためのマニュアルという位置づけでよろしいでしょうか。

患者経験調査を推奨していきたいからこのマニュアルを作るのか、それとも医療機関が患者経験調査を実施する場合の参考になるようにマニュアルを作ったのかというのが分かりかねたので、経緯を教えていただければという趣旨です。よろしく願いいたします。

○事務局 事務局でございます。

これまでは患者満足度調査が大多数の病院で行われておりますが、言わばそれは患者中心ケアのアウトカムを示すものでございまして、一方で、そのプロセスを示す患者経験調査というのが国内外で注目が高まっているということがございます。そういった意味で、御指摘のように、今後ぜひ患者経験調査もを取り入れたいというような病院のために、このようなものを作ったということでございます。

患者満足度調査を否定しているわけでは決してございませんので、ぜひうまくバランスよく取り入れていただくことがよろしいのかなと思っておりますが、患者経験調査を初めて実施するという病院が何かの手がかりにさせていただけるように、このようなマニュアルを作ったということでございます。

以上です。

○山本委員 ありがとうございます。ぜひそのあたりも分かりやすく、どこか掲載される際に記載いただくといいのと、両方一緒にやろうと思った場合には、どうやってやればいいんだろうとかちょっと疑問に思う部分もあったので、引き続き、何か簡易で、より患者側のアウトカムとプロセスと両方測れるようなものができてくるとありがたいなと思っております。

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。

ほかにございますでしょうか。

いろんな経緯で今、患者満足度調査から患者経験調査に移行しているところですが、この2つを同時並行して行った医療機関というのは、それぞれ結構手間がかかるのでほとんどないので、その両者がどんな関係で出てくるかがあまり分かっていない状況です。ただ、いろんなところで患者満足度調査から経験調査へ切り替えてきて、その場合に、多少前年度比較とかをしながら、どの指標がどの指標と関係あるかというのは分析しているところもあるかとは思いますが、切り替えたときに、どちらがどう動くかという具体的なデータというのはまだあまりないと思っております。

的場部会長、そのあたり、何かございますか。

○的場部会長 今、楠岡委員長よりお話がありましており、国内でも幾つかの団体、あるいは個別の病院で実施をされていると伺っておりまして、並行してやっているところもあろうかと思いますが、まだ患者経験調査のほうの実施年数がそれほど期間がたっていないというところもございますので、まさにこれからこういったマニュアルを使っていただいて、全国の医療

機関で測っていただくことによりまして、両者の関係、あるいは切り替えた病院がどうだったというデータなどが集まってくるのが期待されるものと思っておりますので、まず、このマニュアル等を使った普及に努めてまいりたいなど、部会としては考えています。コメント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。

ほかに御意見、御質問ございますでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、いろいろ御意見等を賜りましてありがとうございます。今回策定しました患者経験調査実施マニュアルを全国の病院に紹介し、活用を図っていくということで御了解いただけたものと存じます。

なお、患者経験調査に関する検討は一旦区切りをつけますが、全国の実施状況を把握するための実態調査など、これからはフォローを行ってまいりたいと思っております。またいろいろ各病院団体に御協力いただくこともあるかと思いますが、よろしくお願いいたします。

それでは、次の議題1－3、テーマ・指標の拡充に向けた検討につきまして、事務局から御説明をお願いいたします。

○事務局 それでは、本体資料に戻ります。本体資料の20枚目を御覧ください。

この議題の検討の背景といたしまして、厚労省から、医療の質指標に関する目指すべき方向性として指標の拡充というキーワードが挙げられていることから、部会で検討いたしました。

2番、部会での検討結果というところですが、部会では、①拡充の領域として「特定の疾患や集団に応じた指標の領域」、これは、すなわち疾患別指標ということですが、及び「全国で共通して計測が求められる領域」、これはすなわち安全ですとか感染、ケアなど、今現在取り組んでいる指標のその他の指標について検討してはどうかとの2点でした。

次に②、テーマ・指標を選定する視点としては、「重要性」と「計測の実現可能性」を優先的な視点とすることや、既存指標からの選定のみならず、必要であれば開発も視野に入れるべきとの意見もありました。

③ですが、具体的な対象領域としては、5疾病の中から取り上げてはどうかとの議論がございました。しかしながら、一番下、3番、今後の進め方ですけれども、5疾病に関する指標は多く扱われており、既に多様なデータがあるため、厚生労働省から拡充すべき領域を再検討したほうがよいのではないかという御助言をいただきましたので、改めて厚生労働省と調整した上で本会にお諮りしたいと考えています。

説明は以上です。

○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、御意見、コメントがありましたらお願いしたいと思います。
いかがでしょうか。

桜井委員、どうぞ。

○桜井委員 ありがとうございます。

前回のときに、たしか、広告規制に抵触するのではないかみたいなお話があったかなと思いますが、これは広告とは私は全く違うと思っております。いろいろなところでやっているムック本ですとか、もうそのまま広告みたいなもののほうが世の中的にはびこっている一方で、こうして皆さんで努力してちゃんと出した評価指標が公表できないということは全く本末転倒だと思っておりますので、ここの部分は、しっかりやったものを公表するということで、薬機法の流れと広告のところとか過大広告とか、しっかり検討していただいて除外をしていただきたいなと思っております。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

今の桜井委員のご御意見に関しましては、この次に質指標の公表のあり方についても検討いたしますので、そこでまたお願いしたいと思います。

○桜井委員 ありがとうございます。ぜひお願いします。

○楠岡委員長 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。

吉川委員、どうぞ。

○吉川委員 指標拡充はいいと思うのですが、やはりあくまでも、できるだけ手間をかけないで収集できるというところで、DPCから取れるものというのが前提なのでしょうか。

○楠岡委員長 事務局、いかがでしょうか。

○事務局 前提として、今御指摘のように、DPCなど既に標準化されたデータを活用することをまず第一と考えているところでございます。

○吉川委員 ありがとうございます。そうすると、やはりどうしても疾患とか限られたところになってしまうなど感じるころではあります。

○楠岡委員長 いかがでしょうか。疾患別と、今の9指標とは、御承知のとおりかなり性格の違うもので、この協議会も、もともとは疾患別の指標に関して各病院団体等で計測されていたものをすり合わせるというか、お互いにある程度比較参照できるような形にしようということでスタートしたわけでありましてけれども、どうしても指標の内容が急性期疾患とかに偏ってしまっていて、それ以外の病院にとってはあまり縁のない話になりかねないような状況でありました。

一方、医療安全に関するような指標というのは、一番どの病院でも必要な、非常に基本的なものである。疾患別は疾患別で進めるとして、全部の病院に共通するような指標ということで部会等で検討していただきました。最終的に9指標ということで、しかもそれが今度DPCの中に採用されたので、DPC病院に関しては全国的に測っており、それ以外のところも、データ提出等に関係したところで測っておられるところもあるかとは思いますが、そういう意味で裾野がどんどん広がって行ってます。全国約8,000ある病院の全てでこういう指標が今後算出できれば、それは決して病院の優劣を測るためのものではなくて、それを手がかりに病院内でPDCAサイクルを回していただいて質改善につなげていただくという、そういう考え方だということを中心に進めていきたいと考えております。

あと、何か御意見ございますでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、今回策定した今後の指標拡充の方向性につきましては一旦留保させていただき、厚生労働省とも相談の上、改めて協議会にお諮りしたいと思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

それでは、次の議題3、医療の質指標の公表のあり方につきまして、事務局からお願いいたします。

○事務局 次は、資料の22枚目を御覧ください。

公表のあり方については、1-1、本事業が複数施設の計測結果を公表するという場合と、1-2、個別の医療機関が自院の計測結果を公表するという場合に分けて検討を進めてまいりました。

このうち前者は、本事業が行う可視化プロジェクト協力病院に御提出いただいた計測データを取りまとめた集計結果報告書を今年度から公表する方針といたしましたので、先日、本事業のオフィシャルサイトに掲載したところです。

一方、個別医療機関による公表については、DPCデータを用いた計測結果を公表する際のアウトカム指標の扱いについて留意点を検討してほしいということ厚労省から要望をいただいております。また、DPC制度内での病院情報の公表のみならず、将来的に様々なプログラムで計測された結果を公表できるようになるということを想定して、質改善活動につながる公表項目を検討し、厚労省に提案することといたしました。

詳細を参考資料2で御説明いたします。

まず、これまでの議論の経緯を3ページから記載しております。

国がDPC制度の中で本事業が扱う9指標を取り入れたわけですが、そのうち、既存のDPC

Cデータで計測できる3指標について、今年度、令和6年度から、データ提出と計測結果の公表を機能評価係数Ⅱで評価することとなりました。そこで、その公表のための条件などが定められたということでございます。

下のほうにありますけれども、具体的には指標の定義、計測値、実績値、解説の4項目が公表可能という扱いです。恐らく実用上最小限の公表範囲を定めたものと思われま

す。次の5ページを御覧ください。

これまでの検討経緯として、既にこの協議会でも何度か御説明した資料ですが、上段が国の動向、下段が本事業での検討経緯です。

下段の左列、①番ですが、本事業では、公表が質改善に資するという考えの下、幅広い公表事項を検討していたのに対し、上段の中央、②のように、国は、広告可能事項である病院情報の公表については限定的な4項目の公表事項を示しました。そこで、下段の中央、③にあるように、医療広告規制などとの調整を念頭に、質改善に資する公表を目指した幅広い公表事項を検討し、厚生労働省へ提案することといたしました。

少し進みまして、9枚目を御覧ください。

一番左列にありますとおりに、国は、御覧の4項目をDPCデータを用いた病院情報の公表というプログラムにおいて公表事項といたしました。広告可能事項として質指標の計測結果を公表できるのは、現時点ではDPC制度内の、この病院情報の公表のみですが、質指標を用いた計測は、病院団体が行うQI事業や本事業の可視化プロジェクト、あるいはセンター病院や学会などによる様々なプログラムが運用されています。そこで、将来的には様々なプログラムで計測された結果が広告可能事項として位置づけられる可能性があるのではないかという想定をいたしまして、幅広い内容を公表事項として提案するものです。

具体的には、公表事項の4項目をさらに詳細化、あるいは充実させるべく、A、B、C、Dの4つのカテゴリーに沿って、9項目の公表項目はどうかということを検討いたしました。

次は、10ページを御覧ください。

検討内容は、提案事項1項目につき1枚に整理・記載しています。例えば、御覧のページにはA、指標情報の中のA1、計測の意義について記載しています。実際の提案内容は青い色塗りの部分に記載しておりますが、ここでは指標情報として、指標の定義だけではなく、計測の意義を追加してはどうかという提案をしています。

次の段に、その提案理由を記載しています。計測の意義の提案理由として、患者・市民を含む閲覧者が指標への理解を深められる、そして質の可視化、質改善の意義を知ることができる

という2点を記載いたしました。

次に、今後の検討事項として課題を記載しています。計測の意義を病院が一から書き起こすことは負担になりますので、本事業で各指標の意義をオフィシャルサイトに掲載し、それを各病院が引用してはどうかといったような形を想定しているのですが、その内容の構成や粒度を整えることが今後の検討事項といたしております。

このように、提案内容、提案理由、あるいは今後の検討事項という枠組みで公表事項の提案を記載しております。

特にお伝えしたい項目を御説明申し上げます。

次の11ページですが、将来的に様々なプログラムで計測した結果を公表できるようになると想定した場合に、どのような条件で計測したのかを明記することが必要と思われれます。そこで、例えば11ページでは、データソースを記載すべきではないか、次の12ページでは、計測対象期間を明記した上で計測結果を示す必要があるのではないかとということを検討いたしました。

13枚目です。

本事業では、公表が質改善活動に資するという考え方の下、提案しているわけですが、自院の立ち位置を知ることは改善活動の契機となり得ます。そこで、自院の計測値を解釈する上で参照値を示してはどうかという提案をしております。

14枚目は、計測値の解釈を深めるための解説に記載する内容の提案です。現在も病院情報の公表項目の中に解説という欄がありますので、そこにはさらに質指標や計測精度の限界、自院の機能・規模などを踏まえた計測値の特徴といった内容も記載してはどうかと提案しております。その一つとして、厚労省からの要望があったアウトカム指標についての留意点についても提案しています。

15枚目には、今申し上げました解説の記載例といたしまして、実際、今回、本事業で公表した集計結果報告書に記載している内容の実例を示しています。御覧のように、質指標そのものの限界や計測の精度の限界、また結果の解釈としてアウトカム指標に配慮した記載内容などを実例としてお示しし、提案するものです。

さて、ここまで説明したのは指標についての情報でしたが、次のページでは、本協議会からいただいた御意見を踏まえまして、改善に向けた取組を記載してはどうかということを提案しています。

本体資料に戻ります。本体資料の23枚目は、先ほど参考資料で御覧いただきました内容と同じです。

このような検討結果を国に提出してはどうかと考えておりますので、御検討をお願い申し上げます。

説明は以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

公表に関するただいまの事務局の提案に関しまして、御意見ございましたらお願いしたいと思います。よろしく願いいたします。

進藤委員、どうぞ。

○進藤委員 全日病の進藤です。ありがとうございます。

データを公表することに関しては、とてもいいことだと思っていますので、特にそこには意見はありません。

計測値の解釈等を示すという、Cの項目でしょうか。全国平均値を示すということが示されています。そうすると、全国で測定されているものしか公表することができなくなってしまうんですが、そういう解釈でよろしいのでしょうか。自院でつくった、自院で考えた、この指標が我々としてはいいんだとか、あるグループの病院がつくった指標というものを自分のホームページ等で公表したいということとはできないという解釈でよろしいのでしょうか。

○事務局 事務局でございます。

こちらはあくまで提案でございますので、全国の参照値が必要とされるようなケースですとか、グループ内で参照値を示すケースですとか、いろいろな場合があるかと思いますが、そのような参照値があることで、次の改善への目標となるというような効果を想定いたしますので、どのような趣旨の参照値を示しているのかということをしかり記載した上で、その値を示すというやり方が考えられるのではないかと考えてございます。

以上です。

○進藤委員 ありがとうございます。

○楠岡委員長 ただいまの進藤委員の御指摘も結構大事な点で、例えば病院団体等で既に使っている指標でやっている場合、病院団体でも団体によっては、その公表の仕方はまちまちですけども、全国平均とか、分布とかはほとんどのところが出されているので、それを引用する形で、自院はその中のどの辺にあるかというのは示されると思います。けれども、全く病院独自となりますと、なかなかそういう判断が難しくなってくるので、極端なことを言うと、自分のところがよく見えるような指標という捉え方もされてしまいかねないので、このあたりはそれぞれの病院でいろいろ御判断いただいてということになるんじゃないかと思います。

ほかにいかがでしょうか。

吉川委員、どうぞ。

○吉川委員 ありがとうございます。

一番最後に改善のことを入れていただきましてありがとうございます。1-2の検討に関しては特に意見はございません。逆に1-1で、今回送っていただいた集計結果報告書で、最初のところに計測の意義と定義が書かれているのですが、その部分に、改善のポイントなども入れていただけるといいというところで、最初は御意見を申し上げました。それは1-2の最後に入れていただいた形ではあるのですが、病院さんに送る報告書の中に、やはりアウトカムでこういう結果になったというだけではなく、こういうふうに活用ができる的のところは書いてあるのですが、例えばケアの中で転倒・転落にしても褥瘡にしても、すごく予防的なケアが必要になるため、リスクアセスメントをするのですとか、リスクアセスメントの結果でケアを考えていくという、そういったところが非常に重要になってくるという点等も、改善のポイントとして入れていただけるといいかなと思っているので、次回からぜひ御検討いただければと思います。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ほかに御意見いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

事務局にお伺いするんですが、この提案書はもう厚労省に提出したんですか。今日決めて、これから提出でしょうか。

○事務局 はい、これから提出したいと思っています。

○楠岡委員長 まだ厚労省からの反応は全く未知という状況ですね。

○事務局 はい、そうです。

○楠岡委員長 分かりました。

現状は今のような状況ということですが、ほかに何か御質問等ございますか。よろしいでしょうか。

それでは、今年度から協議会で運営する可視化プロジェクトの集計結果は既にホームページに公表しておりますが、一方、個別の病院が自院の計測結果を自院のホームページで公表する場合に関しては、制度的にはDPCデータを用いた病院情報の公表に限られているという状況がございますので、それに対する提案として、今御紹介いただきましたアウトカム指標の扱いなど、特に留意すべき事項をまとめまして出すという御提案でございます。

一方、将来的には可視化プロジェクトや各病院団体が実施するQI事業で計測した自院の計

測結果が公表可能となるということを想定して、質改善に資する幅広い公表事項も含めて、この提案はつくられているという状況であります。

このような内容の報告書を厚労省に提出するということですが、これにつきまして御了承いただけますでしょうか。

ありがとうございます。それでは、これで厚労省のほうへ提出をお願いしたいと思います。

それでは次、3、医療の質可視化プロジェクトにつきまして、事務局から御説明をお願いいたします。

○事務局 医療の質可視化プロジェクトについて御報告を申し上げます。

26枚目を御覧ください。まずはプロジェクトの進捗状況です。

下から2段目、5－3番ですが、先ほど来触れておりますとおりに、この2月末に今年度の集計結果報告書を協力病院へ配布及びオフィシャルサイトへ公表いたしました。

また、一番下の6番ですが、先日、3月6日に、9指標を活用した改善事例の発表を主体としたQ I コンソーシアムを開催し、予定したイベントは全て終了したという状況です。

なお、このQ I コンソーシアムにつきましては、本日の議題6で御報告を申し上げます。

27枚目です。可視化プロジェクトの運用は今年度で3年目となりますが、今年度の申込み病院数は688病院となり、この3年で最も多い申込み数となりました。

28枚目です。

こちらは、協力団体のQ I 事業に参加しているかどうかの割合を示しております。例年同様で、あまり傾向は変わっておりません。

29枚目でございますが、申込みのあった688病院のうち、実際にデータを御提出いただいた病院数は645病院、割合にして約94%でございます。この提出病院数、提出割合とも、過去3年間で最も多い結果となりました。

30枚目です。

今年度の集計結果報告書は、診療報酬改定に応じてデータソース別に示すですとか、また、グラフの数が増えること、あるいは、先ほど議題にあったように、公表を前提とした記載内容など表現に配慮が必要となることから、グラフの描画方法ですとか留意点の追記などの対応を行いました。

それでは、参考資料3として集計結果報告書を簡単に御説明申し上げます。

7枚目に、「本報告書について」というパートがございます。この中で集計結果の内容や読み方などを記載しているのですが、その中で、10ページ、「集計結果をご覧ください」の

留意点」という見出しがございます。その中に、先ほど触れた公表を前提とした留意点などを記載しています。

16枚目以降に、実際の計測結果をお示ししておりますが、病床規模200床ごとに各計測期間の計測データの分布を示しています。御覧いただいておりますのは200床未満の病床規模のデータで、青色の棒グラフで示しています。

また、今年度から特異な状況といたしまして、同じ指標であっても、DPCの様式1で計測、あるいは様式3で計測といったような形で、異なるデータソースに基づいて計測がなされております。そこで、データソース別に集計結果をお示ししています。

御覧のように、同じ青色なんですけど、このデータソース別グラフは、先ほど1つ前で御覧いただきました全体グラフと区別できるように、枠線のみでグラフとして表現しています。

また、掲載しているグラフの数が非常に多いので、病床規模に応じてグラフの色を変えています。例えば、200床から399床の規模におきましてはオレンジ色としています。このようにすることで、自院と同じ規模のグラフを探しやすいように工夫をしています。このような内容、構成の集計結果報告書を、本事業オフィシャルサイトに既に掲載しています。

一旦、本体資料に戻ります。

次は32枚目、9指標の検証について御報告をいたします。

いつも年度末に、その年のプロジェクトで運用した9指標の検証を行っています。これは、各指標の計測実績を確認し、全国で共通して計測できる指標として支障がないか、あるいは引き続き同様の設定で問題ないかを確認することを目的としています。今回の検証では、主に診療報酬改定に準じて運用した9指標の定義や手順の計測実績を確認いたします。そのときに、診療報酬改定前後で特に定義が変わっていない3指標と、今回の改定で新しくDPCで計測できるようになった6指標に分けて、各種計測実績を把握するためのデータをお示しいたしました。

ただし、診療報酬改定は昨年6月に施行され、このプロジェクトでは計測対象期間が9月までとなっておりますので、改定後の計測データは6月から9月までの4か月分しか集まっておりません。したがって、DPCで計測できるようになった6指標の検証は、次年度にプロジェクトを通じて、もう少しデータ数を集めた上で、引き続き検証を行う想定です。ですから、今回はあくまでも実態把握にとどめることにします。

33枚目を御覧ください。

検証の進め方は、従来同様、ステップ1からステップ4の流れに沿って、計測状況や計測値

の分布、病院からの意見などを確認いたしました。なお、指標ごとの計測率は60%、手順書の遵守率は80%を閾値に設定し、それを上回っているかどうかを確認します。また、ステップ4では、先ほど申し上げましたとおりに、まだ今回は十分に検証できるほどデータが集まっておりませんので、次年度も引き続き今回と同じ9指標を運用してデータを収集することとし、今回の検証では、計測状況から緊急的に定義・手順の修正が必要となるような状況があるかどうかということのみを確認したいと思います。

34枚目ですが、各ステップに関して、どのような軸でデータを精査したか一覧表にまとめたものです。今年度は、病床規模別に加えて、DPC参加状況別、そしてデータソース別に分けて計測状況を集計し、それぞれ計測率や手順書の遵守率を示しました。

右から2列目の区分という列を御覧いただきますと、I・J・K・Lというアルファベット表記がございます。今回の可視化プロジェクトでは、1年間の期間をI・J・K・Lの4期間に分けました。そのうちI・J・K期間では、診療報酬改定前の定義・手順で運用し、L期間では診療報酬改定の内容を踏まえて運用いたしました。今回の検証では、改定後に計測率や手順書の遵守率がどうだったかを見たいと思っておりますので、改定前後で変化を見るために、基本的にはI・J・K期間とL期間でデータを分けて集計し、比較しております。

それでは、ここから参考資料4を投影いたします。

参考資料の3ページ目ですけれども、まずはステップ1の結果です。このステップでは、9指標全て計測した施設がどれくらいあるのかを把握しています。このスライドでは、縦軸を200床単位の病床規模に分けております。横軸の1から9の数値が、病院が計測した指標の数となっています。その下に書いてあるIJKが改定前、Lが改定後のデータという意味です。

右側のほうに赤枠がありますけれども、赤枠が9指標全て計測した施設数となっております。一番下を御覧いただきますと、改定前は278病院、約46%に対し、改定後には369病院、約58%に上昇しました。さらに病床規模別に見ると、全ての規模で改定後には計測率が上昇しております。

4枚目です。

こちらは、同じく計測率を、今度はDPC参加状況別に見ています。上の3段がDPC対象病院、下の3段が出来高病院です。赤枠の9指標全て計測した施設数を見ると、DPC対象病院及びDPC準備病院で改定後に計測率が大幅に上昇することが分かります。

5枚目でございます。

ここはステップ2を示しています。ステップ2では指標ごとの計測率を見えています。このス

ライドでは、I・J・K・Lの4区分に区切った状態での計測率ですが、改定前のI・J・Kには、それぞれL期間における計測率との差分を赤字で示しています。この結果、どの指標、どの期間においても、計測率は基準値の60%を上回っていました。また、改定後のL期間には計測率が上昇しており、特に赤枠で囲った予防的抗菌薬投与、入院早期の栄養ケア、身体的拘束の3指標の上昇幅が大きくなっていました。

少し進みまして、14枚目をお示しいたします。

こちらはステップ3で、手順書の遵守率を見たものです。まずはI・J・K・Lの各期間で集計しました。そこで「使用」と書いてあるところが、手順書をそのまま使用して手順書どおりに計測したという群、「未使用」が、ほかの手順で計測した群です。

「使用」という赤枠部分を御覧いただきますと、各指標の手順書遵守率は、いずれも閾値の80%を上回っていました。また、改定前後であり差異はありませんでした。

さらに少し進みます。27枚目を御覧いただきます。

次はステップ4です。ステップ4では、計測結果及び病院からの評価や御意見などの定性的な内容をお示ししています。

実際の例を御覧いただきます。30枚目です。

実際の示し方ですけれども、上半分には計測値の分布を箱ひげ図で示しております。このうち赤がI期間、薄い赤がJ期間、ベージュ色がK期間を示しており、ここまでが診療報酬改定前、そして青い箱ひげ図がL期間で、改定後の計測データを示しています。これらを200床単位の病床規模に示しています。

また、下半分は、可視化プロジェクト事後アンケートで重要度、計測容易性にチェックを入れた施設を集計し、さらに指標に対する主な意見、要望を示しています。御覧のMSM-03（肺塞栓の予防）では、中央値はどの病床規模でも90%を超えていますが、199床以下の区分では箱ひげ図の幅が他の区分よりも大きくなっており、ばらつきがやや大きい様子が見られます。

31枚目、血液培養2セット実施率を御覧いただきたいと思います。

改定後の青い箱ひげ図だけが、ほかの期間の箱ひげ図とは異なっております。これは後ほど御説明いたしますが、診療報酬改定の影響ではなく、ちょうど同じ時期に行われた血液培養ボトルの出荷調整という外的要因の影響と思われる。

次の32枚目、こちらはIFC-02（広域抗菌薬使用時の細菌培養）のまとめとなっております。

今御紹介した3つの指標については、病院からの主な意見といたしまして、3指標に共通して、薬剤や手術の情報を抽出するのが大変である、あるいは、様式1とEFファイルをまたいで集計するのが大変なので、何らかの集計ツールのようなものが欲しいという意見が記されております。

35ページでございますが、こちらからは、新たにDPCデータで計測可能となった指標をお示ししています。

このページからは、赤い箱ひげ図が診療報酬改定前のI・J・K期間の3期間をまとめたデータ、青は改定後のL期間のデータです。また、その右側の3つの箱ひげ図は、L期間のデータをデータソース別に示したものです。

特徴的な結果として、37枚目を御覧いただきたいと思えます。

37枚目、IFC-03（予防的抗菌薬投与）の計測結果をお示ししております。改定前の赤色の箱ひげ図と比べると、改定後の青色の箱ひげ図はぐっと箱が小さく、ばらつきが小さくなりました。計測容易性も、様式1、DPCを使ったほうが高いですし、主な意見としても、分母を全麻に限定したことで負担が減ったという意見がございました。ただ、分子のほうは、手術開始前1時間以内を確認するのが大変で、それをDPC様式に反映するのが手間という意見もございました。

時間の関係で、本体資料に一旦戻りたいと思えます。

本体資料の35枚目でございます。検証結果のまとめです。

改定前からDPCで計測可能な3指標につきましては、今回も特に計測率や手順書遵守率に大きな変化はありませんでした。右下に過去2年分の結果を載せていますが、計測率は今回が一番高くなりました。また、定義や手順が変わっていないのですが、感染管理に関する2指標は、改定後にDPCデータで扱う病院で手順書遵守率が上がりました。血培2セットにつきましては、一時的ですが、外部の要因で計測値のばらつきが見られています。

36枚目です。

こちらはDPCデータで計測が可能になった6指標の結果です。こちらも全体で見ると、計測率、手順書遵守率、それぞれ基準を上回りました。計測率は6指標全て、改定後に上昇しています。特に予防的抗菌薬、入院早期の栄養ケア、身体的拘束が大きく上昇しています。手順書の遵守率は、改定前後で特に大きな差は見られませんでした。

37枚目を御覧ください。

今年度のプロジェクトにおける計測率や手順書の遵守率は、それぞれの基準を上回り、多く

の指標では診療報酬改定後に上昇しました。計測値のばらつきは改定前後であり変わらず、改定後には一部の指標でばらつきが小さくなった指標もございました。ただし、データソース間では差異がある指標があり、継続的な検証が必要と考えます。

部会における検証の結果、閾値を上回っていること、そして緊急に対応を要するような重大な懸念事項はないと判断されましたので、次年度も引き続き、診療報酬制度に準拠した定義・手順で9指標を運用したいと考えているところです。

38枚目、参考情報です。

前回の協議会で、血液培養ボトル供給大手の企業の出荷調整の情報を報告しましたところ、質指標の計測結果への影響に留意するよう御指示がありました。そこで、I F C - 01、血液培養2セット実施率の計測結果を精査いたしましたので、結果を報告いたします。

39枚目です。

上半分は先ほど御覧いただいたスライドと同じですが、この血液培養2セット実施率の計測結果を見ると、L期間の青い箱ひげ図の中央値が低く、また、ばらつきも大きくなっています。ちょうど出荷調整が行われた時期に当たりますので、これらの計測データからは、診療現場に影響があった可能性が見て取れます。

また、下半分に事後アンケートの結果をお示ししております。事後アンケートの結果からも、多くの施設で血液培養対象患者の見直しが行われており、やはり影響があったものと推測いたしました。そこで、集計結果報告書には、解釈上の留意点として、企業による血液培養ボトルの出荷調整が結果に影響を及ぼしている可能性がある旨を記載しております。

参考の2番目です。40枚目でございますが、D P C機能評価係数Ⅱの対象となった質指標の項目への入力、現在のところ任意となっておりますが、実態把握のため、可視化プロジェクト事後アンケートで、その対応状況を伺いました。アンケート回答施設462件のうち399件、率にして86.4%がD P C新様式への入力に対応済み、もしくは対応予定でした。さらに、このうちの300件、75.2%が、今回の診療報酬改定により追加された6指標全てに対応するとの回答でした。このように、本プロジェクト協力病院ではD P C様式への入力が進んでいるようです。こちらにつきましても、さらに引き続いてデータを収集してまいります。

長くなりましたが、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。

では、部会長の的場先生、補足がございましたらお願いいたします。

○的場部会長 今年度の可視化プロジェクトにおきましては、特にL期間から診療報酬改定後

の状況だということになりまして、9指標全てを測定していただいている病院が増えた状況でございます。まさに、この本協議会で協議をしていただきましたように、参加病院数の増加、あるいは、より多くの指標の活用というところに対しての成果が一定程度見られたのではないかと考えております。

L期間に関しましては、詳細はまたこれから分析していく必要がありますけれども、個々の御意見などを拝見いたしますと、計測手順などにつきまして疑義などが寄せられているところもあると伺っておりますので、こういったところの対応につきましては今後も継続的な課題として、現場でいただきました御意見を反映して、よりよい指標の運用を引き続き検討していきたいと考えております。

まとめといたしまして、来年度もぜひ、この9指標での計測を継続的に運用させていただきたいと考えておりますので、御審議のほどよろしくお願いいたします。

以上でございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

可視化プロジェクトに関しまして、何か御質問、コメント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。

今回、DPCの中に取り込まれる指標に関しては、一応取り込まれておるので、患者さんごとには評価ができていますわけですが、ある期間の病院としてのデータを出すとなると、ちょっとまだ作業が必要な状況があります。

小阪委員、どうぞ。

○小阪委員 ちょっと興味があるのはベクトンの検査キットのことです。ペアで行う血液培養検査が減ることは、供給が停止ということで分かるんですけども、これが本当に臨床にどれぐらい影響があったのかということに非常に興味があります。薬は供給不足で、いろいろと患者さんが困りましたね。もし、このベクトンのキットの不足で血液培養検査をセーブしたことが臨床的に悪影響があるんだったら、こういう検査キットに関しましても、今、中医協でやっているみたいな重要検査キット、供給不足になってはいけないものとか、そういうものを決めていかないといけないのかと思います。臨床結果にコミットするような検査キットの供給不足は非常に困るので、今回の指標だけで分かるかどうか分かりませんが、そういう様々な検討は必要なのかなと思います。検査ができないということがどれぐらい臨床に影響があったのか、今後見ていく必要のある項目だと思います。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

事務局、あるいは的場部会長から、何か御意見ございますか。

○的場部会長 御意見、ありがとうございます。計測値が下がったことまでしか、まだ現行では把握できていない状況でございます。来年度、こちらのプロジェクトをお認めいただきましたら、同指標を今後も継続していく予定となっておりますので、その後の対応、推移というところのデータが集まってくるものと思います。

その際に各病院で取り組んだ改善の内容などを定性的に集めるようなプログラムとなっておりますので、そういうところで、今回の出荷調整による影響をどのように乗り越え、あるいは、現場でどのような影響があったのでどのような対応をしたのかというような情報が併せて集められるようでありましたら、部会でもそういったことを検討してまいりたいと思いますので、事務局と相談しながら進めてまいりたいと思います。

○小阪委員 お願いいたします。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ほかにもございますでしょうか。

先ほど私がちょっと申し上げかけていたのは、患者さん個人のデータはあるんですけども、その病院である期間、可視化プロジェクトのデータとして提出するには、やはりまだ作業が必要になるところがあるかと思うんですけども、このあたりにつきまして、何か工夫されているというような情報とかはありますでしょうか。

○的場部会長 私のほうでは分かりかねるところがありますので、事務局、もしございましたらお願いいたします。

○事務局 事務局でございます。

病院からの御意見、御要望の中で、ぜひ集計ツールが欲しいといった御意見もございますので、逆に言うと、DPCデータといえども何らかの手間をかけて集計しているという状況が見て取れると思います。そういったことに少しでも応えられるような工夫ができないものか、先生方と相談をさせていただこうと思っています。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

それこそボタン一つでできるような状況になると、参加するところも増えてくるとは思うので、これは協議会から、結果的に少しお金の話が出てくるかもしれませんが、医事会計システムとかDPCのシステムを作っているベンダーさんのほうに、そういうような機能も少し考えてほしいという要望を出すしかないかもしれないと思います。けれども、そんなにお金のかかるようなものではないですし、一旦作ればかなり広く広まるので、どこか1か所の病

院でやるとなると高くつくかもしれませんが、ベンダーの標準機能として設けていただければ、もう少し安くできる可能性もあるかと思うので、事務局からも何かアプローチあれば、また考えていただければと思います。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。

河原林委員、どうぞ。

○河原林委員 先ほど報告いただいた結果の中で、診療報酬改定の後で予防的抗菌薬投与と栄養ケア、身体拘束のところの測定率が上がったという御報告があったんですけども、確かに診療報酬改定に伴って、ケアに関するところが、そこは国としても進めていきたいという中身でもあるので、測定率が上がるというのは非常に納得がいくところでもあるんですが、抗菌薬投与に関しては、先ほども意見ありましたように、なかなかの測定が難しいところがあって、恐らく以前から抗菌薬投与は実施されていたんでしょうけれども、ちゃんと計測されていなかったという側面があるのかなというふうに思いますので、そういったところも少し解釈に入れていただいたほうが、恐らく診療報酬改定があったから予防的抗菌薬投与も進んだんだというような解釈になると、そういうふうな誤解を招くこともあるのかなと思いました。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

そうしましたら、今年度の可視化プロジェクトでは、昨年6月に行われた診療報酬改定に準拠して計測対象期間の途中で指標定義を修正しましたし、また、集計結果をDPC様式ごとに示したりといった従来なかった対応が必要となり、運営がやや煩雑となってしまいました。その中で、説明にありましたように計測結果がまとまったところであります。

さらに検証の結果、現時点では、9指標のうち緊急に修正すべきものはないということなので、来年度もこの9指標を継続して運用することにいたしたいと思います。ただし、新たにDPCとして計測可能となった指標につきましては、言わば移行期間中であり、十分なデータが収集されていないことから、引き続き来年度の可視化プロジェクトで収集するデータと併せて検証していきたいと思っております。そして、最初の課題にありましたように、この計測結果を来年度の保守作業に反映していきたいというふうに考えております。

以上のようなことで進めさせていただきたいと思いますので、御了承のほどよろしくお願いいたします。

それでは、次の議題4、2024年度の事業報告と、5の2025年度の事業計画を併せて御説明を

お願いいたします。

○事務局 それでは、まず42枚目を御覧いただきたいと思います。

今年度は、図の左列、中央列に記載の内容に取り組んでまいりました。その実施状況は右列のようになっています。ほとんど「済」、そして1項目だけ、先ほど触れましたテーマ・指標の拡充については、検討に着手しましたが、まだ結論には至っておりませんで、継続課題という状況です。

続きまして44枚目ですが、2025年度の事業計画を御報告を申し上げます。

令和7年度の実施要綱が出されましたので、御覧のような内容で企画書を提出したところです。ただし、来年度は予算が減額になっていますので、取組事項を絞り込むなど、予算規模に見合った運営に努める次第です。

具体的な取組事項といたしましては、医療の質指標の標準化として①番、保守、②番、可視化プロジェクト、③番、公表に引き続き取り組みます。また、評価・分析支援として、疑義照会への対応など現場のサポートを行います。

なお、一番下ですけれども、普及啓発活動につきましては、令和7年度の事業の実施要綱からは外れています。予算の減額に伴って事業内容から外れていますが、重要な取組ですので、補助金枠ではなく、協議会の独自事業として展開していこうと考えているところです。

説明は以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

24年度事業報告並びに25年度事業計画につきまして、御質問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。よろしゅうございますか。

今年度取り組んだ事項は、ただいま御説明申し上げたとおりでありますし、また、来年度は厚生労働省からの予算額が減額されたことにより、事業内容を絞り込んで対応するという運営とさせていただく想定になっております。今、一応この方向で御承認いただいたということで、また引き続き、委員の皆様方の御理解、御協力をお願いしたいと思います。どうもありがとうございました。

それでは、次の6、その他につきまして、先日開催いたしましたQ I コンソーシアムについて御報告をお願いいたします。

○事務局 それでは、46枚目を御覧ください。

去る3月6日に御覧のテーマの下、第5回Q I コンソーシアムをオンラインで開催し、全国の817名に御参加をいただきました。簡単に概要を御報告いたします。

まず参加者の属性ですが、看護師が最も多く、半数以上を占めております。次いで診療情報管理士、事務職など、恐らく計測データを扱う職種の方々にも多く御参加いただきました。また、右側円グラフを御覧いただきますと、約7割が管理職となっていました。

48枚目、参加の目的ですが、「ご自身の情報収集のため」、「今回のテーマ（事例から紐解く、質指標活用のヒント）に興味があった」、あるいは「本事業の活動報告を聞きたかった」といった目的がほとんどでした。

満足度では、「満足」と「まあまあ満足」が合わせて98%でした。自由記載におきましては、「非常に具体的で、自施設での取組のヒントとなった」、また「自院で頑張っているスタッフの活動を周知していきたい」などの肯定的な御意見を多数いただきました。一方、「看護面からの発表であった」や、「もっとデータについての検討を聞きたかった」、あるいは「『診療の質を統括管理する部署』が働きかけたことによる改善事例を取り上げてほしい」などの御意見もいただきました。

50枚目です。

今回のプログラムでは、質改善活動を考える上での重要なポイントというイントロダクションのミニレクチャー及びプロジェクト参加病院からの2事例の発表に関心が集まりました。具体的な御意見も下に記載していますが、重要なポイントというところでは「イントロダクションが短時間だったが大変響いた」、次の事例発表①では「身体的拘束最小化の担当なので、とても参考になった」、また事例発表②番では「現場に合わせた工夫をされた点に興味深く感銘を受けた」などの感想が寄せられています。今後も現場に役立つ情報を発信してまいります。

説明は以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

これに関しまして、何か御質問等ありましたらお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

参加する方々の御都合を考えて夕方の時間帯に開催したわけですが、Zoom、その他で900名近い方が視聴されていて、そのうちの半分近い方からアンケートをお答えいただいたという点、非常に興味を持って見ていただけたのではないかと思います。

あと、不満足のところ質問に答えてもらえなかったというのがあるんですけども、本当に時間がタイトな中でいろいろ発表いただいたので、なかなか質問を取る時間がなかったというところがあるかと思います。この点は、次回もう少し時間の余裕を持ってやるということも考えていければというふうに思っております。

私も関係者の一人として会の運営に関わりましたけれども、今説明にありましたとおり、非常に多くの医療者の方に参加いただいて、関心の高さが伺えたということで、これも、一つはDPCにもこの指標を組み入れたということに関する関心とともに、やはり単に指標を出すということではなく、それをPDCAサイクルに生かして質の改善につなげると。今の9指標は、非常にある意味基本的な指標であるので、多くの職種の方からも関心をいただいたんではないかというふうに思っております。

来年度も引き続き現場のニーズに即した情報提供を行ってまいりたいと思いますので、またよろしくお願ひしたいと思ひます。

本日用意した議題は以上でありますけれども、何か追加で御質問等ございますでしょうか。

○草場委員 すみません、草場ですけれども、よろしいでしょうか。

今日も病院の質改善に関して、非常に細やかな多岐にわたる活動をされているということで、大変感銘を受けました。本当にお疲れさまでございます。

私の立場は病院ではなくて、主に診療所ですので、プライマリーケア、かかりつけ医として働いている立場でございます。今日は外来の御質問もちょっとあったかなというふうに思うんですけれども、なかなか大変かとは思いますが、今、かかりつけ医機能報告制度みたいな形で、かかりつけ医自体もやっぱり標準化していくとか、透明化していくという方向性がようやく国のほうでも打ち出されたというふうに私は感じています。ですので、その報告制度の中にすぐ入るといふわけではもちろんないとは思いますが、ぜひ医療の質評価というものを無床の診療所にも拡大をしていただく方向で、ぜひこの会でも今後御検討いただければというふうには思っております、改めてそれをお願いしたいということで一言コメントさせていただきました。

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。

それでは、全体を通じまして厚生労働省のほうからコメントがございましたら、ぜひお願ひしたいと思います。いかがでしょうか。

○間中専門官 楠岡委員長、ありがとうございます。また、お忙しい中、皆様、2時間以上にわたり御議論いただきありがとうございます。厚生労働省医政局総務課の間中と申します。

今年度もいろいろ取組を進めていただいて、おかげさまでDPCでの計測の一部が今年度から始まりました。来年度に向けては、9項目フルで計測がされるというふうに予定されてお

ますので、引き続き皆様の御指導をいただいて、より医療の質の改善に役立てるように、きちんとデータの提示などしていければというふうに感じております。

あわせて、様々な病院団体が取り組んでいる医療の質の指標もごございますが、やはりこの9指標だけで十分なのかということに関しては、より一般的な医療の質の改善に役立つ指標というのは恐らくほかにも様々あるだろうと思われまので、引き続き、少し拡張などを見据えて御指導いただければと考えておりますので、来年度も引き続きよろしく願いいたします。

本日は、お忙しい中、どうもありがとうございました。

○楠岡委員長 間中専門官、ありがとうございました。

それでは、あとは事務局のほうからお願いいたします。

○事務局 今年度の協議会はこれで終了となります。次回は来年度となりますが、引き続きどうぞよろしく願い申し上げます。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございました。

御協力をいただいたおかげで、少し予定よりも早く終了することができましたけれども、長時間にわたりいろいろ御意見、御質問、コメントをいただきましてありがとうございました。

これにて運営委員会を終了いたします。また来年度もどうぞよろしく願いいたします。

どうもありがとうございました。