

第22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9月16日(火)

○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22回運営委員会を開催いたします。

本日はお忙しい中、ご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付しており、資料1から4を1つのファイルに統合した第22回運営委員会（協議会）本体資料、及び、参考資料が5種類となっております。

参考1-1が集計結果報告書速報版、参考1-2が層別集計表サンプル、参考1-3が箱ひげ図サンプルで、参考2が患者中心ケアの可視化検討結果報告書、参考3が前回第21回の運営委員会議事録となっております。

なお、参考資料1-1、1-2、1-3は、関係者限りとしておりますので、ご承知おきください。

次に資料の2ページをご覧くださいと思います。

本日の委員出欠状況についてご報告いたします。

委員15名のうち、13名の先生方にご出席いただいております。新任の委員といたしまして、日本看護協会の浅香常任理事と全国自治体病院協議会の野村副会長に、今回よりご参加いただいております。

では、新任の委員に一言自己紹介をお願いいたします。

名簿順にまず1番、日本看護協会の浅香委員、お願いいたします。

○浅香委員

皆様、初めまして。日本看護協会常任理事の浅香と申します。この事業に関しましては、大変多くの方々の貴重な情報をしっかりと質向上につなげていくということで、大変関心深いところでございます。本会としても注力しておりますので、皆様のいろいろなご指導いただきながら、貢献して参りたいと思います。どうぞよろしくをお願いいたします。

○事務局 よろしく申し上げます。

続きまして、名簿11番、全国自治体病院協議会の野村委員、お願いいたします。

○野村委員

全自病で副会長を務めております野村と申します。

私は千葉県にあります旭中央病院の統括病院長をしておりまして、病院として全自病の事業、それから日本病院会のQ Iプロジェクトも参加しておりまして、そういう意味で医療の質に関しまして、評価機構の本事業もよく存じ上げておりまして、微力ですが、ぜひお力になればと思っております。どうぞよろしく願いいたします。

○事務局 ありがとうございます。

また、本日ご欠席の委員からは1名より委任状をいただいています。

続きまして資料3ページをご覧ください。関係者の出欠状況についてご報告いたします。

Q I標準化・普及部会からは的場部会長、東部会員の2名が出席です。

厚生労働省医政局総務課からは、ご覧の3名がご出席です。なお、九十九調整官は他の用務と重複しているため、遅れてのご参加と伺っております。

また、日本医療機能評価機構の出席者はご覧のとおりです。

資料4ページ目をご覧ください。本日の議題は、大きくはご覧の4項目となっております。

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ご挨拶を申し上げます。

○亀田理事 皆様、こんにちは。担当しております亀田でございます。

本日はお忙しい中、第22回医療の質向上のための協議会にご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年度より厚生労働省補助事業として実施されているもので、現在7年目を迎えております。

発足時、本事業には大変な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温かいご支援をいただき、これまで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。

ところで、現在、病院を取り巻く経営環境は大変厳しく、それぞれの病院や病院団体などの現場においては、医療の質どころではないよ、というほどの状況にあるかと存じます。

が、より良い医療を希求する人々の願いは不変であり、それに応える努力は、必ずや評価され、報われるものと思われまます。

昨年度、厚生労働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、全国展開への取り組みに的を絞るべきという方向性が示されました。

そしてさらにそれを支援するように、昨年6月の診療報酬改定では、DPC制度で医療の質の向上への取り組みとして、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評価されることになりました。

これにより、医療の質指標の標準化・普及に弾みがつくことが期待されます。

本事業では、これらの流れに応えるべく、モデル事業であります可視化プロジェクトの推進等を通じて、その普及、ブラッシュアップを図っているところですが、今回の協議会では特に、以下についてご議論いただく予定です。

1としまして、指標の保守です。

現在、全国で計測いただいている9指標、後ほど出てきますが、これが本当に最新のエビデンスに沿っているのかを確認し、確かに医療の質向上に向けた指標であると確認すること。

2つ目、各団体向けの提案ですが、協議会として、各団体との連携をより強固なものとし、9指標の一層の標準化、普及を目指すことについて。

以上、本日も楠岡委員長のもと、建設的なご議論を賜りますようお願い申し上げ、ご挨拶とさせていただきます。よろしく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 楠岡でございます。

本日はお忙しいところご参集いただきまして、ありがとうございます。

また、新たに委員にご就任いただきました浅香委員、野村委員、どうぞよろしくお願いいたします。

久しぶりの協議会でございますので、いろいろご意見あるかと思えます。ぜひ活発なご議論もいただければと思います。

では、まず議題1、2025年度事業進捗状況について事務局から説明をお願いいたします。

○事務局 それでは、資料の6枚目をご覧くださいと思います。

2025年度の事業進捗状況についてご報告いたします。

2025年度は、補助金予算の減額により、予算規模に応じた事業内容に集中して取り組んでおります。

まず、補助金の実施要綱に基づく取り組みとしては、A-1、質指標の標準化として、質指標の保守と医療の質可視化プロジェクトの運用を実施中で、本日の議題2-1及び議題3で詳しく取り上げます。

また、可視化プロジェクト集計結果の公表については、確定版報告書の公表を年度末に予定しておりますが、本日は、中間的な取りまとめであります速報版報告書についてご報告いたします。

A-2、評価・分析支援として、可視化プロジェクト協力病院からの疑義照会への対応を実施中でございます。

また、今年度から質指標活用の普及啓発について、独自事業として取り組むこととしております。具体的には、質改善活用事例のセミナーを企画中でございます。

2025年度の事業進捗状況の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

2025年度が始まって半年近くなる状況ですので、進捗状況についてご報告をいただいたところでもあります。ただいまのご説明にご意見ご質問はございますでしょうか。

よろしいでしょうか。

それでは進捗状況につきましては、ご承認いただいたということで、次に進めさせていただきたいと思っております。

次が議題2、質指標の標準化・普及に向けた検討についてでございます。

まずそのうちの2-1、選定した指標の保守に関する検討につきまして、事務局から説明をお願いいたします。

○事務局 それでは、資料の9ページをご覧くださいと思います。

まず、指標の保守に関しまして、前回の協議会でご承認いただいた内容を整理してご説明し、確認いたします。

まず、指標の保守とは何かについて、医療の質指標基本ガイドに記載いたしました。

そこでは質指標の計測の根拠が保たれているか、計測に必要な情報が最新に保たれているかなどを定期的または随時確認し、必要に応じて修正することとしております。

また、保守の基本方針というものを定めました。

その中で「1. 保守の目的」として、①計測情報の更新、②指標特性の再評価、③緊急保守の3つの区分を設定いたしました。

次に、「2. 保守の判断」では、指標の選定時に適用した質改善に資する指標の要件を、そのまま判断基準として用います。

「3. 作業の流れ」といたしましては、定量データと定性データを用いた検証、判断基準に基づいた評価と判断、保守作業、運用の順に進めてまいります。

以上が指標の保守に関して、前回の協議会でご承認いただいた内容です。

では、資料10ページをご覧ください。今年度の作業方針についてご説明いたします。

昨年度定めた保守の基本方針に沿って、指標の保守を行うにあたり、まず、部会で作業方針を検討いたしました。

保守の対象指標としては、9指標のうち、もともとDPCデータで計測可能であり、運用実績が蓄積している3指標を先行して着手いたします。

図の赤枠部分でございますが、具体的にはMSM-03、リスクレベル「中」以上の手術を施行した患者の肺血栓塞栓症予防対策の実施率、IFC-01、血液培養2セット実施率、IFC-02、広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培養実施率、の3指標でございます。

残り6指標は引き続き次年度対応予定ですが、最終的に9指標とも、令和10年度診療報酬改定に向けた国の検討会などに提案できるようなスケジュール感で作業を進めてまいります。

また、今年度の重点的な取り組み事項として、先ほどお示した保守の3項目の目的のうち、指標特性の再評価に重点的に取り組みます。

資料11ページ目をご覧ください。今ご説明した作業方針のもと、保守作業に着手しておりますので、進捗状況についてご報告いたします。

現在、対象の3指標について、質改善に資する指標の要件に沿って評価判断を行うために、幅広く情報収集を実施しているところでございます。

具体的には、「a. 診療ガイドライン最新版」につきましては、学会ウェブサイトや当機構のMindsガイドラインライブラリから収集済みでございます。

「b. 専門家の意見」については、収集した最新版診療ガイドラインの作成者を対象とした専門家ヒアリングを実施済みでございます。

現場の意見につきましては、プロジェクト協力病院アンケートを集計中でございます。

計測実績データについては、可視化プロジェクト集計結果の経年実績を分析中でございます。

なお、これらの情報は、指標保守の判断基準である6要件を念頭に収集してございます。今後これらの情報を整理の上、部会及びワーキンググループで詳細検討する予定です。

以降のスライドで、どのような情報を収集しているのか、簡単にご報告いたします。

資料12ページをご覧ください。最新版診療ガイドラインとの照合、及び専門家の関与についてご説明いたします。

まず、対象指標が参照している診療ガイドラインの最新版を入手いたしました。3指標のうち1つはガイドラインの改訂はなかったのですが、2つのガイドラインについては、2024

年、2025年にそれぞれ最新版に改訂されておりました。

また、最新版診療ガイドラインの作成者に専門家ヒアリングを行い、診療ガイドラインの記載内容の解釈などを確認いたしました。現在、最新版診療ガイドライン、及びヒアリングした情報に基づいて、エビデンスと現行の指標定義、計測手順の整合性を整理しているところでございます。

資料13ページをご覧ください。可視化プロジェクト協力病院に対して、今回の保守作業の対象となる指標の定義、あるいは計測手順書に対する意見や改善点などをアンケート形式で伺いました。

8月6日から9月5日にかけて、ウェブ調査を実施し、187件の回答をいただいております。

回答の一部をご紹介します。一番下の欄でございますが、例えば、「肺塞栓のガイドラインに記載された内容と配布されている手術リストとの整合を図ってほしい」、「小児を除くなど、調査対象に年齢制限を設定してはどうか」、「広域抗菌薬使用を目的としない培養を、分子から除外するため、投与開始何日前などの定義を設けては」、「このようなご意見をいただいております。

先ほどの診療ガイドラインとの照合に加え、これら現場の意見も取り入れて、保守の必要性を判断する検討材料としたいと思っております。

次に14枚目をご覧ください。協力病院からご提出いただいた計測データを、過去に遡って再集計しています。

ご覧いただいておりますのは、MSM-03、肺血栓塞栓症予防対策の実施率の例でございます。

上半分の表は、いわゆる天井効果が発生しているかどうかを見るための統計量でございます。下半分は過去3年間×四半期ごとの12期間にわたるデータ分布を示した箱ひげ図です。

なお、他にどのような切り口で分析すると良いか、今後部会員のアドバイスをいただく予定ですが、このように過去データを再集計することにより、改善の余地があるか、信頼性があるか、計測可能性があるかなどをデータの面から確認し、保守作業に生かしていきたいと考えています。

資料15ページをご覧ください。今後のスケジュール案についてご説明いたします。

6月に開催した部会で作業方針を検討し、それを踏まえて各種情報収集を行ったということは、先ほどご説明した通りでございます。

本日協議会で進捗をご報告した後、収集した情報を整理して、部会に供する検討資料を作成します。

検討の進め方として、検討対象指標をMSM-03、肺血栓塞栓症と、IFC-01、02、すなわち感染管理に関連する指標の2群に分けて検討することを想定しています。

また、検討の流れを3区分し、スタートをずらして、この2群を並列検討し、計4回の部会で最終化をするという想定でございます。

3区分というのは、判断基準に基づいた評価と判断、保守作業、文言の確定・最終化を想定しています。

10月、11月、12月の3回でMSM-03の検討を行い、11月、12月、1月にかけてIFC-01、02の検討を実施したいと考えてございます。

最終的に3月の運営委員会で指標保守結果の審議、承認をいただく予定でございます。

16枚目をご覧ください。こちらは昨年度定めた保守の基本方針で定めた内容ですが、前のスライドでご説明した流れは、ご覧の検討フローに沿って設計しております。

なお、指標保守の検討の進め方につきましては、会議日程の関係で部会よりも先に本日、協議会でご説明いたしました。部会でのご意見も踏まえて、適宜修正しながら対応する予定です。

指標保守に関する現状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。

今年度の主な活動として、指標の保守に取り組む予定であります。その現状をご報告いただきました。

本件に関しましては、QI標準化・普及部会の的場部会長及び、特に専門家ヒアリングに主導的に関わっていただいている東部会員から補足の説明をいただきたいと思っております。

まず部会長の的場先生、部会での議論はこれからということですが、指標の保守全般に関して補足のコメントをお願いいたします。

○的場部会長 よろしく願いいたします。的場でございます。

先ほど、ご説明ありましたように、昨年、ご承認いただきました保守プロセスの流れに沿って、部会では議論を進めております。

特に専門家からのご意見、あるいは現場の病院のご意見をどのような形で反映していくのかということで、6月に検討いたしました。専門家につきましては、ガイドラインの策定に関わっているような専門家に直接ヒアリングをするという形で進めていくのがいいのではないかと

という形でまとまったところでございます。

これに関しましては、がんの指標の保守などで大変造詣が深い東部会員が申し出をしてくださいましたので、東部会員に大きくご協力いただきまして進めたというのが経緯でございます。

私からは以上でございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

それでは続きまして、東部会員から専門家ヒアリングの状況などにつきまして、コメントいただきます。よろしくお願いいたします。

○東部会員 ありがとうございます。東京大学の東です。

今回3つの指標について、それぞれのガイドライン作成にあたった専門家の先生方のご意見を伺ってまいりました。

いずれも、我々のやってきたことそのものについては、問題はないですし、今後連携ができればいいとご意見をいただきましたが、細かいところで、こんなところはどうかとか、指標の対象範囲をこのように改定したらどうか、というようなご意見もたくさんいただきました。

今後、連携をしていくことによって、標準治療が変わっていく、あるいは追いついていくという面も入ってくると思います。

今回やってみて非常に良かったと考えておりますので、今後も続けていければいいんじゃないかなと考えた次第です。以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

それでは、ただいまの事務局からのご説明、その他を含めまして、何かご意見ございましたらお願いいたします。挙手ボタンでお知らせいただけますようお願いいたします。

いかがでしょうか。

特にご意見がないようでしたら、保守に関するご説明通りに進めさせていただくことになるかと思っております。

今年度の指標の保守は、今後のDPCデータの項目、あるいは国が行う「病院情報の公表」の仕様に関わるという重要な意味を持っております。

15ページのスライドにございますように、基本の進め方、スケジュール案を再度部会でもご検討いただき、対象となる3指標について、エビデンスや現場の意見に基づき着実な検討を進めていただくようお願いしたいと思います。

また、年度末の協議会ではご報告いただき、先生方のご意見を伺うこととさせていただきます。このような方針で進めるということで、よろしいでしょうか。

ありがとうございます。

それでは、ただいま15ページに示しましたようなスケジュール案に沿って進めさせていただきたいと思います。

それでは次の議題に移りたいと思います。次は2-2、全国で共通して計測可能な質指標の運用について、でございます。これは各団体との連携が不可欠な取り組みですので、建設的なご意見をぜひ賜りたいと思います。

まず資料の説明をお願いいたします。

○事務局 全国で共通して計測可能な医療の質指標の運用についてご報告いたします。

資料18ページをご覧ください。今申し上げた趣旨の文書を協力団体に発出いたしましたので、それについてご説明を申し上げます。

令和6年度診療報酬改定で、本事業で定めた9つの質指標がDPC制度の評価対象となったことを受け、医療の質指標の標準化のための連携強化に関する協力要請の文書を8月20日付けで協力団体へ送付いたしました。

内容といたしましては、2つ提案をしております。

提案1として、9指標についてはDPC制度に準拠した指標の定義、手順への統一を提案しております。

これは、重複した計測作業をなくすことによって、病院における計測負担の軽減とデータ精度向上を目的として、各団体のQI事業でも、9指標についてはDPC制度準拠の定義に統一してはどうかというものでございます。

提案2といたしまして、9指標データの集約による全国規模活用を提案しております。

これは各団体の独自性を尊重しつつ、全国規模データ基盤を構築することを目的として、9指標のデータを団体ごとに分散した状態にとどめるのではなく、協議会に集約してはどうかというものです。

そのための方法として、団体本部経由で協議会の事務局である当機構に計測データを一括提出いただき、当機構としては全国集計結果を各団体にフィードバックをしてはどうかという提案でございます。

なお、これらの提案はあくまでも9指標についての提案であり、それ以外の各団体独自指標は、引き続き各団体で運用するという想定でございます。

19枚目でございます。こちらは今回お送りした文書の写しでございます。

20枚目でございます。こちらは提案文書の別紙としてお送りした、提案内容を図表で説明

した資料となります。

資料 2 1 枚目でございます。まず提案 1 の目的、内容、効果などを整理しております。

2 2 枚目でございます。同じく提案 2 の目的などを整理したものでございます。

2 3 枚目をご覧ください。データ授受のイメージをお示ししてございます。

個々の医療機関が、複数の宛先に計測データ提出をしている現状を見直し、なるべく集約・一括してデータ授受できる方法を提案するものでございます。

なお、これは各団体とご相談を進める上でのたたき台であり、各団体のご意向を伺いながら、より良い方法を検討していきたいと考えております。

2 4 枚目をご覧ください。こちらは標準化の対象となる 9 指標を示してございます。なお、これら以外の各団体独自指標については関与するものではございません。

資料 2 5 ページをご覧ください。各団体には同じ内容の文書をお送りしたわけですが、団体によっては既にお取り組みを始めているところ、あるいは現在委員会で検討中のところなど、団体ごとの状況が異なっております。

そこで各団体を訪問させていただきまして、本提案について協議会委員及び団体の理事長や会長などの代表の方々との個別の面談を行い、ご相談を進めているところでございます。

現在までの進捗はご覧のとおりです。日程調整中の団体もございます。

本提案の趣旨をご理解いただき、各団体の Q I 委員会などで、ぜひ前向きにご検討いただきますようお願い申し上げます。

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。

この提案に関しましては、厚生労働省からも期待されている取り組みと伺っておりますので、厚生労働省の方からコメントいただければと思います。いかがでしょうか。

○九十九調整官 先生方、ありがとうございます。

7 月に、医政局総務課の保健医療技術調整官に着任した九十九と申します。どうぞよろしく願いいたします。

ただいまご説明がありましたけれども、D P C の機能評価係数に取り上げられております医療の質、9 つではございますが、こういったものを全国レベルで集計分析することは、我々としても医療の質を向上する取り組みだと思っておりますので、何卒、ご協力いただければと思っています。

どうぞ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。

この取り組みに関しましては、各団体との連携が不可欠なものでございます。各団体それぞれのお考えがあらうかと思いますが、ぜひいろいろご意見を賜りたいと思います。

いかがでしょうか。

進藤委員、どうぞお願いいたします。

○進藤委員 全日本病院協会の進藤です。よろしくをお願いいたします。

少し戻ってしまって申し訳ありませんが、10ページのところに、令和10年度診療報酬改定に反映できるように保守作業を進めることが書かれております。これはどういった方向で反映されるようになっていくとお考えなのか、その辺を教えていただければと思います。

○楠岡委員長 事務局、お願いします。

○事務局 協議会で定めた質指標が、DPCを用いた「病院情報の公表」という国のプログラムに取り入れられていますので、例えば分子・分母を見直した方がいいといった場合には、厚生労働省に対し、その提案をどう取り扱うかをご相談する流れを想定してございます。

その中で、指標定義を少し組み替えた方がいいということになれば、正式にDPCの項目、あるいは「病院情報の公表」の中に反映されるだろうという流れを想定しているところでございます。

しかしながら令和8年度、来年度の診療報酬改定のタイミングで、このような内容をぜひ提案したいと思った場合には、今頃には提案内容が確定していなければいけませんので、そこには到底間に合わないだろうということで、その次の改定の時の国の議論にご提案できるように、作業を進めたいという趣旨でございます。

○進藤委員 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。他に何かご意見はございますでしょうか。

提案の1の方は、現在使われているDPCの指標が、各団体で微妙に違うところもありますので、統一化して、相互比較も可能なようにしようという点で、それほど大きな問題はなく進められるのではないかと考えております。

提案2の方は、各団体のお考えによって、なかなか取り組みに乗れない、あるいは何か限定的な形でしか協力できないという点もあるかと思いますが、各団体から出たものを統一化し、集計することによって、より安定的な、かつ意味のある指標に近づいていくと思いますので、ぜひ各団体の方で、ご検討を進めていただきたいと思います。

また、このような方式であれば対応可能というご意見がございましたら、ぜひ、事務局の方

にお伝えいただきまして、それを踏まえて検討を進めていきたいと思いを。

何か今の時点でご意見はございますでしょうか。

○福井委員：福井です。

少し視点がずれたら恐縮ですけれども、今先生がおっしゃった2つ目の提案、全国の病院のデータを統合することにつきましては、私自身、ここ7、8年ずっとやってきたことなんですけれども、なかなか難しかったというのが実情です。

今、日本病院会は381の病院のQ Iを収集して、それぞれの病院の個別のQ Iについて改善することにフォーカスを置いて、定義を統一化するという事は、難しくやってこなかったんですね。

それで今回、おそらく妥当性だとか公平性という視点から、国が関わってやるという意味でも、定義を同じにしないと、かなり厳密にしないと、比較そのものの結果を受け入れてくれない可能性がありますので、それはそれでいいと思うんですけれども、一番重要な、改善することに注力するという視点が、少し薄くなるんじゃないかなということだけは、懸念しております。

我々日本病院会では、毎年改善する事例を、できるだけみんなで共有して、一つ一つのQ Iについての改善をするということをやってきました。

定義をものすごく細かいところまで統一化しようとする、いろいろな意見が出て、いろいろな研究データもありますので、結構大変な作業になるのではないかなということだけ、コメントします。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

まず定義の問題に関しましても、先ほど、実際にやっておられる病院からのご意見として、例えば、血培の指標において、小児に問題であるとか、いろいろご意見が出ているところも含めて、改善していった、どの病院でも同じような形で、測れるような形にしていきたい。

その上での相互比較と、その病院の中での数値の移動で改善を図っていくということと同時に、改善の目標になるベンチマーク的なものを見ることによって、各病院がどのような立ち位置にあるかということもわかるのではないかと思います。

福井先生のご指摘のような改善のためにということは、この協議会でも、当初からずっとお願いして、そのためのマニュアル等も揃えてきたわけでありますので、その点を決しておろそかにするというわけではなく、それを踏まえた上で、全国的に同じような形で進められるよう

な指標の統一、あるいは全国データの一元的な解析につなげるという考え方を、今事務局が考えていると理解しておりますが、事務局の方で、この点に関しまして何かご意見ありますでしょうか。

○事務局 ありがとうございます。

ご指摘の改善に注力をすべきというところは全く同感でございます。

また、我々も改善の事例を集める活動をしたいと思っているところでございますので、決して忘れてはいるわけではございません。

ただしそのベースとなる質指標の計測については、特に国が定めた集計条件に合わせることで、統一が図れるのではないかと、まずはご提案申し上げたということです。また各団体とご相談しながら、いかに改善を進めていくかについても、今後様々なご提案、あるいは連携といったようなところを考えていきたいと思っています。

○楠岡委員長 福井先生、よろしいでしょうか。

○福井委員 もう一点だけ、全国的にQ Iの測定が広がったのは、14、5年前に厚生労働省が補助金を出すことによって、毎年2つか3つの病院団体にQ Iの測定を始めるということを促したんですね。

それで9年間やった後、厚生労働省は補助金を打ち切って、全国展開をということで評価機構の方に資金が回ったわけですが、現在も確か7つか8つの病院団体が、補助金がなくなってもずっと続けてるんですね。

ですから、せっかく国がそれだけ促してきた、全国的なプロジェクトですので、うまくそれぞれの病院団体のデータを統一化することができればよかったのになと思っています。

僕たちが促しても、声をかけても、なかなか簡単には、一緒に委員会を作って、全国的な展開をというふうに動かなかったものですから、今回うまく、全国的なプロジェクトになることを願っています。

○楠岡委員長 ありがとうございます。浅香委員、どうぞ。

○浅香委員 ありがとうございます。

本質とずれるかもしれないんですけど、提案2に関して、いつぐらいまでに団体としての意見を取りまとめて、意思表示、意見を事務局の方に出したらいいかという期日に関して、1点お聞きしたいことがあります。

もう一つとしましては、日看協に関しては、D i N Q Lデータベースを作っておりますけれども、そういったものを取るにあたっては、組織の中で、データ収集の負荷、負担感というこ

とが言われていますので、これをきっかけに、統一して効率のいいデータ収集に向かっていければ、本当にいいことだなと思います。

先ほど福井委員からもあったように、目的に応じたところということを十分考えながら、意見を出していきたいと思うんですけども、日看協としては、こういった効率の良いデータの取り方ということについては、是非とも進めていただければと思っているところです。

意見です。以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。期日の点に関して事務局いかがでしょうか。

○事務局 ありがとうございます。

特に何月何日までと定めているわけではございませんが、ほとんどの団体は、多分年度ごとの事業単位で、事業を進めていると思いますし、私どもも年度単位で進めておりますので、来年度の事業の時には、何らかの対応がスムーズにできるように、今年度の冬場ぐらいまでに、いろいろご相談を進めることができると考えているところでございます。

○浅香委員 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。他に何かご意見はございますでしょうか。

特段ご意見がないようでしたら、各病院団体との調整に関しましては、今後事務局の方で、基本となります2つの提案をもとに進めていくということで、ご了解いただけますでしょうか。

よろしいでしょうか。それでは、この方向で進めていくようにいたしますので、どうぞよろしく願いいたします。

また、何かご意見ございましたら、是非とも事務局にお寄せいただきますようお願いいたします。

それでは次の議題に移らせていただきます。次の医療の質可視化プロジェクトにつきまして、説明をお願いいたします。

○事務局 27枚目をご覧ください。今年度の医療の質可視化プロジェクトの概要です。

ポイントを絞ってご説明をいたします。

募集病院数は700病院を目指しています。後ほどご説明しますが、現在約560病院にご参加をいただいています。11月末まで募集をしておりますので、引き続き周知と広報に取り組んでいきたいと思っています。

使用する指標はこれまでと変わらず、9指標ですが、今年度は令和6年度診療報酬改定に準拠した定義と計測手順で運用します。

続いて、計測対象期間とデータ提出です。年度内に2回データを提出いただきます。

計測対象期間は通常3か月ごとですが、病院側の負担に考慮して、国が定めた25年度DPC退院患者調査におけるデータ提出スケジュールに合わせて設定しています。

主なフィードバック内容は、昨年度に引き続き、他施設比較ができる棒グラフをまとめた集計結果報告書と層別集計表です。

赤字の※2について、今回の速報版では対応しませんが、年度末の確定版の時には、協力病院に対して個別に自院の位置が一目でわかるハイライト機能付きのデータをフィードバックしたいと考えています。

その下の※3について、協力病院から急性期や慢性期など病院機能でデータを比較したいという要望をいただいていたので、新たな集計軸として「主たる病院機能」という項目を追加して、プロジェクト申し込み時に病院から情報を収集しています。詳細な内訳は後ほどご紹介します。

続いて28枚目です。現在の申し込み状況をご報告いたします。

左下の表をご覧ください。9月11日時点で、559病院よりお申し込みいただいております。

このプロジェクトは今年度で4年目となりますので、これまでの参加歴の内訳を表にしていますが、559病院中、このプロジェクトに1回でも参加したことのある病院は486病院です、約87%です。

そのうち、22年度の発足当初から毎年参加いただいている病院は、赤枠の中の290病院で、全体の申し込み数の約半数になっています。

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されます。

また、9指標が診療報酬制度に導入されたことから、右下の表でDPC参加病院の内訳を整理しています。

赤枠で囲っている部分が、DPC機能評価係数Ⅱで9指標の計測や公表が評価されるDPC対象病院で、現時点では559病院中452病院です。

ただ、25年6月1日時点で、我が国のDPC対象病院というのは1761件ありますので、そのうちの452となりますと、全体の約4分の1程度になります。

29枚目は、申し込み状況を地域や開設主体別など、様々な切り口でお示ししています。

下の段の一番左が、新たに集計軸として加えた「主たる病院機能」になります。急性期、回復期、慢性期、それぞれの組み合わせと精神科医療とその他、に分類しています。

今のところ、急性期機能が全体の半数以上を占めております。次いで、急性期+回復期機能

の病院が多い現状になっています。

続いて30枚目をご覧ください。協力団体のQ I 事業への参加状況です。

協力団体のQ I 事業に未参加の病院は169病院です。

下の円グラフは、右から順番に22年度からの参加状況を並べていますが、協力団体のQ I 事業に参加している病院が7割、未参加が3割という構成は、大きく変わっていない印象です。

31枚目は、プロジェクトの年間スケジュールと進捗状況です。

赤枠で囲っている1番、11月末まで申し込みを受け付けています。

引き続き、昨年度までのプロジェクト協力病院のうち、今回まだお申し込みをいただいている病院や、DPC対象病院などを対象に広報を実施する予定です。

3-2番は、後ほどご覧いただきますが、7月末までにご提出いただいたデータを集計結果の速報版として取りまとめています。

本日までご確認、ご検討いただいた後に最終化をして、各協力病院にフィードバックする予定です。

なお、上の青いボックスの2つ目の丸ですが、国から「病院情報の公表」が掲載されました。詳細を画面に投影をいたしますが、「令和7年度 病院情報公表の集計条件等について」という資料になります。

ページを辿ると、「2-2.医療の質指標」とあり、1)～9)まで、可視化プロジェクトで扱っている9指標と同じ指標名が書かれています。

さらにページを進めると、各指標の計測手順が掲載されています。今、投影しているのは3番目の指標、肺塞栓の予防対策の実施率の手順です。定義が書かれていて、分母、分子の具体的な計測手順が掲載されています。

こちらの手順は、可視化プロジェクトで扱う計測手順と内容を揃えています。

この手順に沿って計測をして、自院のホームページに計測結果を掲載した場合に、DPC機能評価件数Ⅱで評価されます。

本体資料に戻りまして、32枚目です。集計結果速報版のご報告です。

青いボックスの1つ目、このプロジェクトでは、実施期間中に2回データ提出の機会を設定しています。

1回目のデータ提出は7月31日を期限として、24年10月から12月、25年1月から3月までの計測データをご提出いただきました。

下の表に提出状況をまとめています。まず左側ですが、提出期限である7月31日時点のプ

プロジェクトの申し込み数が521病院でした。

そのうち参加歴ありが456病院で、今回初めて参加いただく病院が65病院でした。

521病院中403病院に、今回データをご提出いただき、提出率にすると77.4%でした。

参加歴の内訳で見ますと、参加歴ありの456病院のうち361病院、約8割の病院に提出いただき、今年度初めて参加いただいた病院も、約6割が提出してくださっています。

参考まで、右下にこれまでの速報版提出率の推移を示していますが、今回は例年より高い提出率になります。

先ほどご覧いただいたように、申し込み数の約8割に参加歴があることなどから、徐々に院内での計測体制の整備が進んでいることが期待されます。

なお、先ほど議題2-2で、各病院団体への提案を申し上げましたが、一部団体にはこちらの提案を先駆けてご対応いただいております。本部にて各所属病院のデータを可能な範囲で集約いただいて、こちらの方に提出いただきました。

今回はあくまでも暫定的な結果になりますので、公表はせずに、協力病院と本事業関係者の共有に留め、年度末に作成予定の確定版を公表する想定です。

それではここで、現時点で取りまとめている集計結果をご確認いただきます。

参考資料1-1です。報告書の構成は昨年度までと同様です。

2ページ目をご覧ください。可視化プロジェクトの概要や9指標の選定方法などを示しています。

6ページ目は、集計結果の見方や解釈時の留意点などをまとめています。

11ページ目は、各指標の計測状況です。

一番計測率が高い指標は、MSM-02、インシデントレベル3b以上の転倒転落発生率で99.5%でした。

データソース別の計測率をみると、様式1での計測が25.8%、様式3での計測が15.9%、サーベイランスでの計測が最も高く57.8%でした。

なお、IFC-03の予防的抗菌薬投与、CRM-02の栄養アセスメントでは、サーベイランスよりDPCでの計測率が高い傾向がみられます。

14ページ以降、各指標の集計結果を200床単位で示しています。

どの指標も最初に、計測の意義と定義を掲載しています。

こちらの意義は、現在、定義・手順を参考にした協力団体の資料から引用させていただいて

いるため、指標によって内容の粒度に差がありますが、今後、保守作業の過程で統一した記載に修正予定です。

15ページは、転倒転落発生率の200床未満の病院群における結果です。

計測値が高い順に並べて、各グラフの右上に統計値を示しています。

協力病院には、自院に該当する病床規模のグラフで、自院がどのあたりにいるのか、中央値より上か下かなどの視点で位置を把握いただく形になります。

69ページは、褥瘡発生率の600床以上の結果ですが、様式3で計測いただいた病院数が10未満であったため匿名性の観点から、非表示としています。

91ページ以降は、データをご提出いただいた病院リストを掲載しています。申込時に「病院名の公表を希望しない」を選択した20施設を除いた383病院の病院名を掲載しています。

101ページ末尾には各指標、各データソースの中央値を記載しています。自院の値を時系列で把握し、改善活動を進めるうえでひとつの目安となるよう掲載しています。

続いて参考1-2、層別集計表を投影します。地域別、開設主体別などに基本統計量を掲載したものです。

ご覧いただいているのは、転倒転落の発生率です。

横軸にそれぞれ、24年10月から12月の全体、DPC様式1、様式3、サーベイランスの結果を並べています。

縦軸が地域、開設主体などの集計軸ですが、赤枠で囲っている「主たる病院機能」の示し方について、先生方にご助言をいただきたいと思っています。

主たる病院機能は①～⑧の8つに分類しています。

このうち、オレンジで塗っている部分は、集計施設数が10未満の結果です。

これらは、これまでの集計結果の原則に従うと、個別病院の特定に配慮して、統計量をすべて非表示にしています。

ですが、この主たる病院機能は、機能別に他施設比較をしたいという多くの病院からの要望に応えるために新設したので、非表示にする以外に、何らかの工夫で質改善につながる可視化ができないかと考えまして、事前にQI標準化・普及部会の先生方にご相談をしました。

本体資料に戻りまして、今申し上げた内容を33枚目に記載しています。

34枚目が、事務局案を部会員の先生方のご意見と共にまとめています。

まず案1は、主たる病院機能だけ特別扱いするのではなく、これまでの原則通り、施設数が10未満の場合は、非表示の扱いにする案です。こちらの案に対しては3名の部会の先生方か

らご賛同いただきました。

案2は、先ほどご覧いただいたように、病院機能を8つと、かなり細かく分けていますので、急性期、回復期、慢性期といった形にざっくりと丸めて示す案です。

部会員からは、「病院のニーズにもお応えでき現実的だと思う」、「非表示を可能な限り少なくする点では良いが、急性期のデータに回復期や慢性期のデータが混在すると適切な結果を表せるのか疑問である」とご意見をいただきました。

こちらのご意見はごもっともで、対応案のところに記載のとおり、8つの機能別に箱ひげ図を並べたところ、箱の大きさや中央値の位置にばらつきがありましたので、誤った解釈を避けるために、安易に丸めるのではなく、もっと適切な丸め方を検討する必要があると考えています。

案3は、原則を変えて施設数10未満でも表示する案です。

部会員からは、非表示の下限値を再検討してはどうかというご意見をいただいています。

例えば、5未満にする、あるいはNDBは3未満だそうです。他に、「統計値は中央値のみ、あるいは四分位範囲までとして、最小や最大までは表示しない。」というご意見もいただきました。

速報版への反映は難しいと思いますが、今後、匿名性を担保するための適切な下限値を部会で検討いただきたいと考えています。

案4は、それ以外ということで、部会員からは、層別集計表のような統計量のみの表記はあまりデータの分布を把握できないので、自院の立ち位置を把握するという点では、あまり意味がないのではない、やるのであれば、箱ひげ図などでデータの分布をしっかりと見るべきではないかというご提案をいただきました。

そこで、参考1-3にて、サンプルとして、転倒転落発生率における、24年10月から12月のデータを箱ひげ図に示しています。

4つグラフがありますが、全体、様式1、様式3、サーベイランス別にデータの分布を病院機能ごとに示しています。

ご覧いただきますと、元々の母数が大きく違うこともありますが、やはり箱の大きさや中央値が病院機能間でかなりばらついています。

主たる病院機能は、先ほどの層別集計表からは削除し、箱ひげ図でデータ分布状況をご覧いただくということも1つ案としてあると考えています。

本体資料に戻ります。

先生方には、主たる医療院機能の施設数が10未満の場合の扱いについて、これまでの原則通り非表示とするのか、箱ひげ図など別の形で示すか、あるいはもっと別の案がありましたら、ぜひご提案をいただきたいと思っています。

ご説明は以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

可視化プロジェクトの進捗、並びに主たる病院機能の表示方法につきまして、部会的場先生、東先生からコメントがございましたら、お願いしたいと思います。

的場先生からいかがでしょうか。よろしく申し上げます。

○的場部会長 まず、今年度も可視化プロジェクトを進めておりまして、11月末まで病院の募集を続けておりますので、より多くの病院にご参加、ご協力賜りたいと思っております。

部会でも多くの病院に参加していただくような方法論について、引き続き検討を進めてまいりたいと考えています。

また、最後の論点である層別集計表につきましては、先ほどの話にありましたけれども、改善につなげていくために、自院に近い機能の病院と比較をして立ち位置を確認し、改善の優先順位を検討したいという、病院からのご意見をなるべく汲み取って、どのようにご提示したらいいかというところがございますので、ぜひたくさんのお知恵をいただきたいと思っております。

今回、部会員からの意見は、メール審議で事務局に集まってきたものですので、こちらにつきましても、いただいたご意見などをもとに、より深い議論を進めてまいりたいと考えています。

以上でございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。東先生、よろしくお願いいたします。

○東部会員 ありがとうございます。

検討事項について、案3の、施設数10未満でも統計量を表示する件に関しては、施設さえよければそれでいいのではないかと思います。

施設の情報というのは別に個人情報ではございませんので、全部表示しても、個人情報的には問題はないということにはなりますが、それで施設にとって参加するのが嫌だということになってしまったら、元も子もないですので、施設さえよければ全然問題ないのではないかなと思います。

事務局案を提示して、施設から了解が得られるのであれば、進めていけばいいと思いますし、

統計量の表示についても同様に思います。以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ただいまの説明に関しまして、ご意見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。

西尾先生、どうぞ。

○西尾委員 ありがとうございます。日本慢性期協会の西尾です。DPCということがありまして、どうしても慢性期の方からのプロジェクトの加入数が少ないなと思って、肩身の狭い思いをしています。

ただ、可視化プロジェクトの9指標は、慢性期でも非常に大事な指標で、ある程度の数は、DPCを取っていなくても、非常に多くの慢性期の会員の方にはデータがたくさんあるわけなので、そういう意味で、プロジェクトの参加の病院を増やしたいなと思うのが1点です。

それから、最後の病院の分類というところですが、今、いわゆるごちゃ混ぜ病院というのがたくさんあるので悩むところです。慢性期でもご存知のように慢性期、回復期、地域包括ケアなどがあります。

また、来年以降は、新地域医療構想ということで、病院の持っている機能として、これから患者のために働く地域の病院ができるので、この辺はまた数年後の本会の課題になってくるかなと思います。あくまでもご意見です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。他に何かございますでしょうか。

今回のところで、可視化プロジェクト全体の流れとしましては、今まで通りというところで、多分、大きなご意見はないと思うんですけども。

浅香委員、どうぞ。

○浅香委員 ありがとうございます。

皆様方の意見とほとんど一緒なんですけども、先ほど、西尾先生からもありましたが、今後の活動や参加数が増えていくことはもちろん期待しつつも、今すでに参加されている施設のニーズに応じていくという意味で、ご自身の施設の位置を明確に、早く情報をいただきたいというところもあるのかなと思います。

可能な限り、今できる範囲の中で、情報を提示していくことが、もしかするとリスクでもあるんですけども、ニーズに応じていけるということ考えた時には、案3を進めていければと思います。

10というのが元々の非表示の基準と伺っておりますけれども、本会の中でも、D i N Q L

データの活用状況の中には、5という数字を活用してるところが実はあります。

そういったところを含めまして、スタートの中にあって慎重にということであれば、案1を推進しつつ、案3を少し検討に上げていただければということが本会の考えです。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。他にいかがでしょうか。

主たる病院機能については、病院のタイプによって、どのような分布になっているかというのは非常に興味深いところでありまして、個々の病院にとっても、参考になるデータだと思えますが、ケアミックス型の場合に、やはりその解釈が難しくなっていて、例えば急性期+回復期であったとしても、急性期病床と回復期病床の比率によって、かなり出てくる数値が動いていく可能性もあります。

結果的には各病院からの自己申告に基づく形にはなるかと思うんですけども、そのあたりのところも十分整理しきれていないと感じております。

先ほど、修正案1と修正案2、あるいは元の案の1から4を出していただけていますが、この点に関しまして、本日ここでご意見をまとめさせていただければ一番いいんですけども、今回の話だけではなかなか理解しづらいところもあるかと思えます。

事務局にはお手数ですけども、各団体にそれぞれの案に関するご意見を聞き取りしていただければよいのではないかと考えております。

この資料からはまだいろいろ疑問点もあって、こういう場合はどういう扱いになるんだということもあるかと思えます。

可能であれば、時間を置いて、聞き取り調査をしていただければと思います。

主たる病院機能による分析というのは、今すぐ必要なわけではなくて、集計を最終的に決定するところで必要になってくるものだと思うのですが、事務局、いかがでしょうか。

○事務局 ありがとうございます。

7月末に提出いただいたデータですので、そろそろフィードバックをしたいと思っていたのですが、なかなか結論が出にくいというご指摘をいただきましたので、一旦今まで通り、主たる病院機能を省いてフィードバックし、並行して検討や聞き取りなどを進めさせていただきます。

○楠岡委員長 各病院団体の方々には、事務局の方からヒアリングさせていただきますが、その時に、いろいろご意見いただきたいと思えます。

急性期、回復期、慢性期の単独のところに関しては問題ないと思うんですけども、ケアミックス

の扱いがやはり難しいと思いますので、このあたりに関しましていろいろご意見をいただくこととし、今回の取りまとめからは一旦落として、皆様方のご意見がまとまったところで、最終的に集約させたいと思っております。

このような進め方でよろしいでしょうか。

もし特にご異存なければ、事務局にはお手数かけて申し訳ありませんけれども、本日の時点で結果を出すのはなかなか難しいと思いますので、今申し上げたように各団体のご意見を聞いた上で、もう一度整理し直す形で進めさせていただくことでご了解いただけますでしょうか。

よろしいでしょうか。

そうしましたら、可視化プロジェクト全体としては、今まで通り進めていく中で、主たる病院機能に関しては、ペンディングで進めさせていただきたいと思います。

よろしく願いいたします。

それでは、次の議題4、その他につきまして、事務局、お願いいたします。

○事務局 それでは本体資料36枚目をご覧いただきたいと思っております。

患者中心ケアの可視化に向けた検討結果の扱いについてご説明いたします。

本事業では、医療の質の重要な要素である患者中心ケアの可視化について、複数年度にわたり継続的な検討を行ってまいりました。

その成果として、患者経験調査実施マニュアルを取りまとめ、前回の協議会において承認をいただきました。

この成果物につきましては、当初速やかに公表を予定しておりましたが、評価機構内の関連事業との整合性を総合的に検討した結果、公表方法について、きちんと検討、調整することといたしました。

医療の質向上に関する検討成果を適切に記録し、検討過程の透明性を確保することは、本事業の重要な役割でございます。

そこで、これらの観点から、マニュアルという扱いから、患者中心ケアの可視化検討結果報告書として取り扱うことが適切と判断をいたしました。

つきましては、一度ご承認いただいた案件ではあるのですが、成果物の位置づけを見直すことについて、改めてご承認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。

ただいまの説明に関しまして何かご意見ございますでしょうか。

桜井委員、どうぞ。

○桜井委員：ありがとうございます。

患者の立場、国民の立場から申し上げさせていただきますと、やっぱりこの患者経験調査は、当事者にとって非常に重要な調査であると思っています。

資料の文章の中にある「機構内の関連事業との整合性を総合的に検討した」、「その結果として慎重に検討調整」というのは、どのようなことがあったのか、教えていただける範囲で構いませんので、お伝えいただければなと思いました。いかがでしょうか。

○事務局 ありがとうございます。事務局からお答えいたします。

評価機構の中で、この事業とは別事業の担当なんですけれども、患者満足度調査の支援サービスを有料で展開してございます。

そうしました時に、今度この事業で、マニュアルという形で患者経験調査の成果物を出すと、評価機構が満足度調査を進めようとしているのか、経験調査を進めようとしているのか、混乱するのではないかと、ここは混乱しないように慎重に扱いなさいという意見や指示が出てきたというところがございます。

この事業のスタンスといたしましては、前回の協議会でもご説明しましたが、この協議会が、患者経験調査をモデル事業として行うということは想定しておりません。

ただ一方で、患者経験調査に関心が高まっているであろうということを感じておりましたので、広く情報提供したいという趣旨でございました。

従いまして、マニュアルという扱いだと混乱があらうかと思しますので、あくまでこの事業といたしまして、患者中心ケアを可視化する方法を検討してきたということ、検討報告書という形で、社会と共有するような方式を取った方が、より良い形になるのではないかと考えた次第でございます。

○桜井委員 ご説明ありがとうございます。よく理解できました。

多分、患者満足度は、どうしても主観が混じりますので、この患者経験調査は主観が混じらないところが非常にいいなと思っておりました。

多分採算と直接関係するところではないとは思いますが、非常に重要な項目の一つではないと思っておられますので、ぜひ報告書を作ったから終わりではなくて、やはりこういったものも広めていっていただきたいなと思ってます。

また、前回の会議の時でも申し添えさせていただきましたけれども、今、入院だけ取り上げられていますので、やはり外来の方の検討も、引き続き進めていただけるといいんじゃないか

など思っています。

以上になります。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

この報告書の中には、前回お認めいただきましたマニュアルも含まれておりますので、もし、各病院において、それを参考にしながら実施したいという場合には、報告書を読んでいただければ可能なようにはなっておりますので、そのような形で使っていただければと思っております。

他に、ご意見いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

そうしましたら、マニュアルという形で取りまとめたわけでありますけども、患者ケアの可視化の検討報告書という形にするということでご了解いただけますでしょうか。

ありがとうございます。それではこのような形で進めさせていただきたいと思います。

それでは本日用意した議題は以上でございます。

全体を通じて厚生労働省からコメントがございましたらお願いしたいと思います。

○九十九調整官 先生方、活発なご議論をありがとうございました。

非常に重要な取り組みをまとめていただいておりますので、引き続き、ご指導いただければと思います。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。事務局の方はいかがでしょうか。

○事務局 次回の協議会は来年3月頃を予定しております。

然るべき時期になりましたら、会議の日程調整をさせていただきますので、その際はご協力をお願いいたします。以上です。

○楠岡委員長 長時間にわたりまして、いろいろご議論いただきまして、ありがとうございます。

主たる病院機能の取り扱いにつきましては、事務局の方から各病院団体の方にご意見を伺うことになるかと思っておりますので、ぜひご協力のほどよろしくお願いいたします。

それでは、これにて本日の運営委員会を終了したいと思います。

どうもありがとうございました。