

第23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)

2026年3月9日(月)

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23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23回運営委員会（協議会）本体資料、及び、参考資料が11種類となっております。

それでは資料2ページをご覧ください。

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名にご出席いただいております。本日ご欠席の2名の委員からは委任状をいただいております。

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。

QI標準化・普及部会からは的場部会長がご出席です。

厚生労働省医政局総務課からは、ご覧の2名がご出席ですが、上野課長補佐にもご出席いただいております。

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、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。本事業を担当しております亀田でございます。

本日は年度末のお忙しい中、第23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って先行して取り組まれ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、現在丸7年を経過しています。

発足時、本事業には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

を上げてきているものと考えています。

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、全国展開への取組み・普及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、医療の質の向上への取組みとして、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DPC制度で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まいりました。

今回の協議会ではまず、今年度実施してまいりました指標の保守や可視化プロジェクトに関する進捗や、成果についてご報告いたします。

また、限られた時間ではございますが、今後、本事業をより発展させるための構想についても、委員の皆様からご意見を賜りたいと考えております。

具体的には、現在運用している指標の保守や、各団体との連携、標準化の普及や推進といった取組みを基盤としつつ、今後の飛躍に向けたDPC公表データの活用や質指標のさらなる活用強化、そして、将来を見据えた中央集計構想といった方向性を模索しているところでございます。

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 委員長の楠岡です。

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。

今年度2回目の協議会となりますが、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、議題に沿って進めたいと思います。

議題1、質指標の標準化・普及に向けた検討について説明をお願いいたします。

○事務局 資料7枚目をご覧ください。

今年度から、昨年度定めた枠組みに基づき、指標特性の再評価に本格的に着手いたします。今年度は、計測実績のある3指標を先行対象とし、まずはMSM-03、肺血栓塞栓症の予防対策をモデルケースとしてプロセスを確立いたします。

資料 8 枚目をご覧ください。全体の作業は、準備作業から修正案の検討、そして最終化という 3 つのフェーズで進めてまいります。

資料 9 枚目をご覧ください。本日は、モデルケースとなる MSM-03 について、部会で検討したフェーズ 2、修正案の検討までの結果をご報告いたします。

ここからは、どのようなプロセスで検討の論点を洗い出したのか、順を追ってご説明します。

資料 11 枚目をご覧ください。こちらが現在の MSM-03 の定義です。分母が「リスク中以上の手術患者」、分子が「予防管理料の算定」または「抗凝固薬の使用」となっており、これらが検討の焦点となります。

資料 12 枚目をご覧ください。この指標定義が最新の臨床実態に合っているか確認するため、日本循環器学会等の 2025 年版最新ガイドラインを主要な参照元としました。

資料 13 枚目をご覧ください。さらに、ガイドライン作成代表者の先生に専門家ヒアリングを実施いたしました。その結果、小児のリスクの捉え方や、一部の抗凝固薬の扱いなどについて、いくつか重要な示唆をいただきました。

資料 14 枚目をご覧ください。同時に、過去 3 年分の計測データも再集計し、指標のライフサイクルを評価しました。

まず分布としては、中央値は約 92% 前後で高水準を維持し、四分位範囲は約 10% と安定しています。これらから、第一に全体傾向として施設間の分布構造は安定していること、第二に潜在的な天井効果として上位 25% の施設が上限近くに集中していること、第三に弁別力として下位施設には 20~30% 台の値があり、施設間の区別は可能であることが読み取れました。

部会では、15 枚目の下の表にありますように、すでに「b. 成熟・安定期の指標」に位置づけられることを確認しました。

資料 16 枚目をご覧ください。また、プロジェクト協力病院にアンケートを実施しました。

資料 17 枚目にありますように、現場からは「分母の対象期間がわかりにくい」「手術リストの年齢区分が煩雑」といった実務的な課題や要望が寄せられました。

資料 18 枚目をご覧ください。これら「ガイドライン」「専門家の意見」「データ」「現場の声」という多角的な情報をもとに、19 枚目のような論点整理表を作成し、部会での具体的な検討に供しました。

資料 20 枚目をご覧ください。これまでの情報収集をもとに、部会で議論した「5 つの検討課題」とその結論がこちらのスライドです。結論から申し上げますと、5 つの課題のうち、

4つは現状維持、1つ（2.手術リストの妥当性）は「継続検討」という方針案でまとめられました。なぜこのような結論に至ったのか、各論点について簡単にご説明します。

資料2 1枚目をご覧ください。検討課題1は、ガイドラインで定められている細かいリスク層別化を指標にも取り入れるべきか、という論点です。診療ガイドライン（青い四角）では診療科により2つのリスク判定方式を併用していますが、指標定義では「リスク中以上」を一括して列挙しており、この違いをどう扱うかを検討しました。

資料2 2枚目をご覧ください。本指標は広く予防対策の実施を把握する「入り口」の指標であるため、現状は「中リスク以上を一括」する方式を維持し、リスク階層別の詳細な評価は将来的な課題とする案を採択しました。

資料2 3枚目をご覧ください。こちらは参考資料として、診療ガイドラインでのリスク層別化の考え方を示しております。一般外科・泌尿器科・婦人科手術では、患者年齢、危険因子の有無および大手術か否かの組み合わせにより、VTE発症リスクを層別化しています。一方、整形外科、脳神経外科では術式のみで判定していますので、ご参照ください。

資料2 4枚目をご覧ください。検討課題2は、対象となる手術リスト（別表）の妥当性です。近年、内視鏡手術など低侵襲の手術がマスターに多数追加されており、現行のリストでは対象患者が漏れている可能性があります。しかし、追加・削除すべき術式の精査には外科系の専門家を交えた検討が必要なため、こちらは「継続検討」といたしました。

資料2 5枚目をご覧ください。検討課題3は、年齢区分の整合性についてです。これまで指標の分母から「15歳未満を除外」していた理由は、本指標の計測手順、具体的には別表の手術リストが15歳以上対象だったため、という位置づけでした。これを、専門家の意見を踏まえ「小児は生理学的にリスクが極めて低いから」という臨床的な根拠へと再定義いたします。15歳未満を除外するという運用自体は変わりません。

続いて資料2 6枚目をご覧ください。この表は、年齢と術式を組み合わせた時のVTEリスクを示しており、「低」「中」など文字での記載は診療ガイドラインでの定義、青枠は、本指標の計測手順でリスク中以上としている範囲です。

現行の計測手順を維持して「年齢×術式」でリスク中以上を判断するうえで、最新の診療ガイドラインの推奨と、指標の計測手順が乖離している箇所が2つ確認されました。

表のマルcとマルdです。

まずマルcは、診療ガイドラインで「低リスク」に区分されているのに、指標計測では「中リスク以上」として対象に含めているケースです。次の27枚目にあるように、40歳未満の

婦人科手術がマルcに該当します。ガイドラインで「低」と言っているのに指標計測では「中以上」としているわけですが、10年以上前に別表を作成した際に、婦人科手術のVTEリスクを重視した何らかの経緯があったものと考え、今回は「現状維持（対象に含める）」といたしました。本来、本部会は診療領域に関する専門性を有していないため、原則として診療ガイドラインを上回る判断はすべきではないとの意見もありましたが、今回は特例的な判断をしたという経緯がございます。

逆にマルdは、診療ガイドラインでは「中リスク」と判断しているのに、計測手順では対象外としているケース（60歳以上の非大手術）です。こちらについては、まずは大手術を受けた患者への対応を優先しようという考えから、「現状維持（対象外のまま）」としております。

資料28枚目をご覧ください。検討課題4は、術後VTE予防の保険適用外である一部の抗凝固薬の扱いです。これらは術後予防としてのガイドライン記載はありませんが、心房細動等の基礎疾患を有する手術患者に対して術後速やかに再開される場合、臨床ではVTE予防に寄与しているという実態を重く見ました。したがって、これまで通り別表に含め「予防実施あり」として扱う案（現状維持）を採択しました。

資料29枚目をご覧ください。最後の検討課題5は、評価期間を「入院期間中」とするかどうかの妥当性です。理学的予防の算定要件との整合性や、投薬時期を厳密に限定すると計測が複雑化して現場の負担が増えることを考慮し、現行の「入院期間中」を維持することとしました。

資料30枚目をご覧ください。以上が、部会での詳細な検討プロセスと結果でございます。本日は、このMSM-03に関する「4つの現状維持、1つの継続検討」という部会の検討結果について、妥当であるかご審議・ご承認をいただきたいと存じます。ご承認いただければ、残り8指標についても着実に保守作業を進めてまいります。

事務局からの説明は以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ただいま、MSM-03の指標保守に向けた5つの検討課題と、部会としての方針案についてご説明がありました。この部会での検討プロセスや判断の背景につきまして、まずは的場部会長から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。

説明がありました通り、MSM-03に関しまして、最新のガイドラインの確認、専門家のヒアリング、現場へのアンケート、また過去のデータの集計分析という形で、一連の流れを一

つのプロセスとして実行してまいった状況でございます。このプロセスに従って判断した結果ということでの議論をお願いできればと思います。

また、層別化等につきまして、より精緻なリスクの層別化が必要ではないかというご意見も、特に現場の医療機関などからもいただいていたけれども、部会での議論では、本指標の予防策を何らかの形で実施しているというような、より多くの医療機関に広げていく入り口の指標であるということを考えまして、多くのポイントにおいて現状維持で進めたらどうかという審議に至っております。どうぞご議論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。

今回のMSM-03の検討では、最新の診療ガイドラインとの照合や専門家へのヒアリング、そして現場アンケートや過去のデータ分析など、多角的なアプローチで精査が行われたことがよくわかりました。

その結果として、手術リストについては外科系専門家を交えて「継続検討」とする一方で、リスクの層別化や年齢区分など4つの課題については「現状維持」とする方針案が示されています。特に年齢区分や治療目的の薬剤の扱いについては、診療ガイドラインと一部乖離があるものの、大手術の予防を優先するというこれまでの経緯や臨床現場の実態を重視し、特例的な判断を下した部分もあるとのことでした。

それでは委員の皆様、ただいまの事務局からのご説明と部会長からの補足を踏まえまして、今回の「現状維持」や「継続検討」とした判断について、専門的なお立場から忌憚のないご意見をいただければと思います。いかがでしょうか。

福井委員、どうぞ。

○福井委員 全般的には理にかなった判断との印象を持ちました。

一つ一つについて細かいところまで読み込んでいるわけではないですが、全般的な進め方としては、理にかなった判断という印象を持ちました。

○楠岡委員長 ありがとうございます。他にご意見いかがでしょうか。

もし外科系の先生いらっしゃいましたら、ご自身の経験をふまえて、今回の判断がいかがなものか、ご意見をいただければありがたいと思います。

○野村委員 全国自治体病院協議会の野村でございます。よろしく申し上げます。

私は消化器外科医なので、今回の検討結果はほぼ妥当と感じております。

一つ気になるのは、ガイドラインで「中」リスクになっている一般外科等の60歳以上の非大手術を今回は除外したということなんですけども、これは十分検討されたうえでの除外とい

うことですので、今回はこれでよろしいかなと思っております。以上でございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

福井委員、野村委員からのご意見も参考にして、部会においては、今後、専門家の見解、あるいは臨床現場の実態、そしてデータに基づき、もう一度その辺を検討いただければと思います。

ただ、ご意見からもございますように、本課題のまとめといたしましては、今年度の保守作業のモデルケースであるMSM-03に関しまして、部会で整理いただいた4つの現状維持、1つの継続検討という方針案につきまして、本協議会として承認することよろしいでしょうか。

それでは原案の通りに了承とさせていただきます。

本日は最初の1指標に関する報告でしたが、事務局および部会におかれましては、このモデルで確立したプロセスを活かし、残り8指標についても引き続き着実に保守作業を進めていただくようお願い申し上げます。

今回は最初ということで非常に時間も手間もかかったと思います。残りの指標も決して楽ではないと思いますが、あまり時間をかけますと、次の改定で指標の変更という話も出てくるかと思っておりますので、それに間に合うようにぜひよろしくお願ひしたいと思います。

それでは次の議題に移らせていただきます。議題の2、医療の質可視化プロジェクトにつきまして、ご説明をお願いいたします。

○事務局 資料33枚目をご覧ください。

2025年度のプロジェクト申込状況をご報告します。昨年11月末の締め切り時点で、目標の700病院を上回る720病院から申し込みをいただきました。

このスライドでは、可視化プロジェクトへの参加歴とDPC参加状況を見ています。まず左側の表の参加歴ですが、720の参加病院のうち、22年度からの可視化プロジェクトに1回でも参加したことのある病院が603病院、約84%を占めます。一方、117病院に今回初めてご参加いただいています。

続いて右側のDPC参加状況をご覧ください。赤枠で囲っているDPC対象病院は585病院です。これらの病院は、可視化プロジェクトで扱う9指標に関するデータを国に提出し、自院のホームページに公表することで、診療報酬上のDPC機能評価係数Ⅱで評価される病院です。DPC対象病院は全国で約1,760病院ですが、そのうちの約3割が、今年度の可視化プロジェクトにご参加いただいています。

資料 3 4 枚目は、参加病院の属性情報の詳細です。構成割合は昨年度までとあまり変わりませんが、左下の「e. 主たる病院機能」は今年度新しく病院から収集した情報です。

急性期機能が 4 0 8 病院と半数以上を占めていて、急性期+回復期機能のケアミックスの病院が 1 8 0 病院と続いています。

資料 3 5 枚目は、各協力団体が実施している Q I 事業への参加状況の詳細です。

左下の円グラフをご覧ください。7 2 0 病院のうち、4 7 5 病院、約 6 6 % は各協力団体の Q I 事業に参加されています。

残りの 3 4 % は協力団体等の Q I 事業に未参加の病院で、この中には本プロジェクトを契機に初めてベンチマーク評価に参加した病院も含まれていると想定しています。

なお、こちらの「参加・未参加」の構成割合は、プロジェクト開始当初の 2 2 年度からほぼ一定で推移しています。

資料 3 6 枚目は、プロジェクトの進捗状況です。概ねスケジュール通りに進んでおり、現在表の 5 - 2 にある集計結果報告書を取りまとめたところです。こちらは本日、委員の先生方にご確認をいただいた後に、プロジェクト協力病院へ配布し、本事業オフィシャルサイトにも公表予定です。

また、6 番、9 指標を活用した質改善活動の普及啓発については、昨年度好評であった質改善事例の発表等を中心に年度内に企画を進め、次年度に実施予定です。

資料 3 7 枚目は、今年度新しい取り組みとしておこなった、可視化プロジェクト参加意向に関するアンケート結果です。プロジェクトを運用するうえで、未参加の理由や、参加に必要なサポートを把握するために実施しました。

昨年の 1 1 月から 1 2 月にかけて、その時点で可視化プロジェクトに未参加であった D P C 対象病院、機能評価の認定病院等、約 1, 0 0 0 病院を対象にアンケートのご回答をお願いし、6 7 病院から回答をいただきました。

左側の円グラフをご覧ください。プロジェクトへの参加意向に対し、参加しない、参加を検討中という意向を示した病院が 2 9 病院でした。

その約半数の 1 4 病院は、国が定める「病院情報の公表」には対応していて、9 指標の計測実績は持っていますので、こういった病院のデータをいかに効果的にベンチマーク事業に取り込むかが今後の戦略となります。

続いて、資料 3 8 枚目です。プロジェクトに未参加、あるいは検討中と回答した 2 9 病院に対しては、その理由を伺いました。中ほどの表をご覧くださいと、「対応する時間・人手が足

りない」が最も多く、特に200床未満の病院では85%を超えていました。次いで「システムや設備の対応が難しい」というのも理由の上位に上がっていますので、引きつづき計測負担を軽減する運用上の工夫が必要と考えています。

下の表は、アンケートに回答いただいた67病院に対し、どのようなサポートがあればプロジェクトに参加するかを伺った結果です。

参加意向にかかわらず、約半数が「データ計測・提出作業の負担軽減」を挙げています。

また、プロジェクトへの参加に前向きな意向を示している病院群の半数から、定義・手順の統一の要望もありますが、可視化プロジェクトを含め、現在多くの団体で、診療報酬制度に準拠した9指標の統一化が進められていますので、少しずつこちらの課題は解消されるものと考えています。他にも、「他施設の事例紹介」への要望もあり、計測から改善活動までの一貫したサポートの重要性が回答結果から伺えました。

資料39枚目からは、今年度可視化プロジェクトにおける計測データのご報告です。

データの提出率は720病院中663病院で、92.1%です。右下に掲載している昨年度の実績と比較して、全体の提出率はやや下がりましたが、赤字部分の4年連続で参加いただいている病院の提出率は96.8%と向上しており、現場での継続的な計測活動が定着しつつあると推察しています。

資料40枚目です。病院から提出いただいた計測データは、ベンチマーク評価可能な形で集計結果に取りまとめますが、今回、内容の拡充と、結果の表示方法の変更に対応しました。

1つめ、内容の拡充ですが、今回、病院のニーズをふまえたフィードバックを新たに2種類追加しました。

赤枠で囲っている#2、病床規模別だけでなく、病院機能別にベンチマーク評価したいというニーズに対応して、「主たる機能別」の箱ひげ図を追加しました。次に#3、比較したい各種属性情報に絞って、自院の位置を視覚的に把握できる「ハイライト機能付き棒グラフ」も追加しました。こちらは、病院個別のものになりますので、非公表とし、協力病院にのみ配布します。

2点目、結果の表示方法の変更ですが、ベンチマークの有用性を高めるため、日本看護協会のD i N Q L事業やNDBの運用を参考に、非表示の下限値を「10施設」から「5施設」に引き下げました。

ここで、実際の集計結果をご覧ください。参考資料2-1を投影します。

13枚目をご覧ください。各指標の集計結果の構成です。まずは計測の意義・定義を示した

後に、200床単位で棒グラフを示し、最後に主たる病院機能別の箱ひげ図を示します。

サンプルでMSM-01、転倒転落発生率の結果をお示しします。

まず15枚目に、計測の意義・定義を記載しています。

16枚目から、まずは200床未満の結果を3か月ごと、かつデータソース別に棒グラフを並べています。

20枚目から200床以上400床未満の結果になります。こちらの構成が600床以上まで続きます。

32枚目からが主たる病院機能別の箱ひげ図です。急性期機能をはじめ最大8つの機能に分けて示しています。なお、これらの機能は、病院がプロジェクトに申し込む際に、ベンチマーク評価したい機能を選んでもらった情報に基づいて集計しています。

飛んで97枚目をご覧ください。条件に当てはまる対象施設数が5未満の場合は、結果を示さずに非表示の旨を記載しています。

続いて158枚目から、今回計測データを提出いただいた病院のうち、病院名の公表希望があった625病院の一覧です。

171枚目には、本会の先生方のお名前を掲載させていただいています。

本体資料に戻り、41枚目をご覧ください。

協力病院にのみ配布する、ハイライト機能付き棒グラフのツールです。病院ごとに発行されるMEDICALコードを入力すると、右側の棒グラフで自院の位置が青い棒で示されますので、一目で視覚的に位置が把握できます。

また、左側の抽出条件で、ベンチマーク評価したい属性情報を自由に選択できます。

なお、セキュリティにも配慮し、他院の情報は閲覧できない仕様としています。

42枚目は、次年度以降の可視化プロジェクトについてです。

9指標が診療報酬制度に導入されたことをきっかけに、さらなる負担軽減とベンチマーク評価の規模拡大を目指して、行政や協力団体と連携したデータ取得を強化します。

中ほどに全国病院の概況を示していますが、全国約8,000病院あるうち、1,760病院ほどがDPC対象病院で、表の【A】の部分です。これらの病院は、診療報酬上の機能評価係数Ⅱで評価される病院で、既に9割近くが9指標の計測と結果の公表に対応しているので、厚労省と連携をして、公表された9指標データを上手く取り込む仕組みを検討しています。

一方で、DPC対象病院以外の6,265病院のうち、団体のQ1事業に参加されている249病院については、協力団体にご協力いただいて、本部経由で各病院の9指標データを一括

でご提供いただく方針で、昨年夏から各団体へご相談させていただいています。

多くの団体様で前向きにご検討いただきまして誠にありがとうございます。

団体様のご意向や運用状況をふまえて、次年度以降から順次連携を図りたいと思っておりますので、引き続きご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

このような仕組みがうまく構築されれば、次年度以降、ベンチマーク評価の対象が一気に2,000件ほどに広がると期待しています。

資料44枚目以降は、今年度運用した9指標について、全国共通指標としての妥当性を4つのステップで検証しました。

45枚目はステップ1の結果です。9指標すべてを計測した病院は、663病院のうち72.5%と、昨年度の58.1%から大幅に上昇しました。また、どの病床規模においても10~20ポイント程度、向上しています。

46枚目はステップ2の結果です。病床規模別に各指標の計測率をみています。

このステップでは、計測値が60%を上回っていれば、計測可能性があるものとみなして検証しています。赤枠部分をご覧くださいと、すべての指標で60%を上回っていますし、昨年度の実績からも向上しています。特に「入院早期の栄養ケア」や「身体的拘束」は昨年度から10%以上上昇しています。

続いて47枚目はステップ2の続きで、計測方法が複数ある6つの指標については、データソース別の計測率も検証しました。いずれの指標も、昨年度と比べDPC様式1、様式3による計測率が上がっています。

48枚目はステップ3の結果です。各指標の手順書遵守率をみています。

このステップでは、遵守率が80%以上であれば計測可能性があるものとみなしていますが、全指標すべて80%を超えています。特にDPCデータである様式1、様式3を用いた計測は98%前後の手順書遵守率です。

49枚目、今度は、病床規模別に手順書の遵守率を分析しました。ご覧の3指標について、いずれの病床規模においても、DPCデータを用いた手順書の遵守率は100%に近い一方で、「予防的抗菌薬投与（IFC-03）」において、600床以上の病院でサーベイランスを用いた場合の遵守率が80%を下回りました。

50枚目はケアに関する3つの指標の結果です。「身体的拘束（CRM-03）」は、病床規模が大きいほど遵守率が低くなっており、特に600床以上の病院でサーベイランスを選択した場合に遵守率が80%を若干下回りました。先ほどの予防的抗菌薬投与の指標とあわせて、

大規模病院における計測の自動化・効率化が課題になると想定されます。

5 1 枚目には、この手順書遵守率が 8 0 % を下回ったケースの計測代替手段を示しています。内容をご覧いただくと、計測の負担を減らすために既に手元にあるデータを使用した傾向が見られました。こちらは、一部の病院による任意の記載に留まりますので、引き続き情報収集する予定です。

5 2 枚目以降はステップ 4 の結果です。

このステップでは、各指標の計測値の分布を四分位範囲の推移を通して検証しました。3 か月単位で今年度の結果を示していますが、一番右の昨年度実績と比較すると、赤枠の 2 指標「血培 2 セット」と「予防的抗菌薬投与」は、四分位範囲が昨年度の半分に縮小しました。

血培 2 セットについては、昨年度の秋頃に発生した血液培養ボトルの供給不足が解消されたためと考えられます。「予防的抗菌薬投与」は、診療報酬改定後の定義が定着したことで、ばらつきが小さくなったと想定されます。

5 3 枚目以降は、指標ごとの四分位範囲です。病床規模やデータソースによって、ばらつきに違いがあるかをみるためのデータです。時間の関係上、詳細なご説明は割愛しますが、6 0 枚目に主な特徴を記載しています。

こちらのスライドでは、ステップ 1 からの検証結果をまとめています。ほとんどの指標で、計測率、手順書の遵守率が昨年度から向上しています。また、計測値のばらつきも病床規模やデータソース別に若干の違いはあるものの、全体的に縮小傾向にあります。

この検証結果から、9 指標の定義や手順に緊急を要する修正や重大な懸念事項は認められないと判断したため、次年度も引き続き、現在の 9 指標を継続して運用することを提案します。説明は以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ただいま、今年度の可視化プロジェクトの参加状況やフィードバックの工夫、そして後半では 9 指標の検証結果と次年度の運用方針についてご説明がございました。本件に関しまして、まず的場部会長から補足のコメントをお願いいたします。

○的場部会長 ありがとうございます。

まず参加病院が増えておりまして、また D P C データを用いた計測手順の遵守率なども上がってきている状況でございます。

継続してこのプロジェクトを実施いただいておりますので、多くの病院でも慣れてきており、標準化によって計測活動の定着が達成されたのではないかと考えております。

またフィードバックに関しましても、自院に似た機能の病院や規模の病院との比較によって、改善のポイントが明らかになる、あるいは改善のモチベーションにつながるという観点から、層別したフィードバックや、グラフによる可視化などのご要望があったということで、事務局から説明があったような形でのフィードバックを検討して進めてまいりました。

来年度以降、さらに多くの医療機関のデータを集めていく方針で、ぜひとも進めてまいりたいと思っております。より多くのデータが集まれば、今回、集計対象施設数が5未満だったので、結果を提示できなかつたような場合についてもフィードバックできるなど、より精度の高いフィードバックにつながってまいりたいと思っておりますので、参加病院の増加に今後も努めてまいりたいと考えてございます。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。

今年度の可視化プロジェクトは、参加病院数が720施設と目標を大きく上回りました。また、参加施設の同じ機能で比較したいというニーズに応え、主たる病院機能別の比較の導入や、それに伴う表示下限値の5施設への緩和、そして自院の立ち位置が分かるツールの開発など、個別性に対応した前向きな工夫がなされているとのことでした。

また、本日の検討課題である9指標の検証結果につきましても、データから計測の標準化が確実に進んでいることが示され、部会としては次年度も現在の9指標を継続して運用するという方針案が示されております。

委員の皆様におかれましては、ただいまの事務局からの説明と部会長からの補足を踏まえまして、プロジェクトの進捗状況やフィードバック方法の工夫、そして次年度も現行の9指標を継続運用するという方針案について、ご質問、ご意見をいただきたいと思っております。

ご説明いただいた内容が膨大ですので、なかなかすぐに分からなかった点もあったかと思いますが、そのあたりの質問も含めてよろしく願いいたします。

桜井委員、どうぞ。

○桜井委員 ありがとうございます。

これまでの取組みが継続されてきたことで、見える化がすごく進んでいくことを実感しました。そのうえで、まだ参加できていない、特に200床未満の医療機関に関しましては、やはり取組みに対して人手やノウハウ不足、手間がかかるという声が上がっているかと思っております。

昨今ではデジタル化も進んでいると思うんですけども、質指標の部分も、例えば電子カルテのデータなどを使いながら簡単に計測できるといったことは可能性としてあるのでしょうか。もしくは将来的に検討されているのでしょうか。

○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の方でお答えできるようでしたら、お願いします。

○事務局 それでは事務局からお答えいたします。ご質問ありがとうございます。

デジタル活用は、やはりデータの活用において大きな要素だと思っております。そのために今取り組もうとしているのが、DPC対象病院のデータ収集です。

とっかかりの段階としては、DPC対象病院がホームページで公表しているデータを収集するやり方を考えております。将来的には、DPCの生データをいただいて、中央で集計して、集計結果をフィードバックするやり方を目指していこうと考えています。

そうしますと、あくまでDPC対象病院に限りますが、国に提出するものと同じデータを収集させていただければ、様々な角度から分析できて、その分析結果をフィードバックできるのではないかと考えています。ただし、200床未満の病院の支援や、DPC以外の電子カルテなどのデータの扱いなど、まだまだ大きな課題が残っていると思います。

引き続き先生方のご意見を頂戴したいと思います。

○桜井委員 ありがとうございます。もう一点、お聞きしてもよろしいでしょうか。

9指標の検証結果を患者目線で見たと時、やはり差があるところや、100%に近づけてほしい項目がいくつか出てきていたかと思います。

そこで質改善に目を向けた時に、病院の背中をさらに押すような取組みはあるのでしょうか。やはり、箱ひげ図にしてもかなり差があるところがあります。低い値のどこに課題があるのかというところは、それぞれの病院単位の中で考えていて、質改善につなげていけるような体制にあるのでしょうか。

○楠岡委員長 まず事務局からお願いいたします。

○事務局 ご質問ありがとうございます。

まさにこの事業の最初からの大きな課題で、単に計測するだけでなく、改善することが目的であるということで、以前はパイロットと呼ばれる取組みや、昨年度は可視化プロジェクト参加病院の中から好事例を選定して、病院に発表いただきました。

来年度も好事例をなるべく多くの施設に共有できるよう、大いに注力していきたいと考えています。たくさん事例を同時に扱うような規模感を取れないものですから、地道に続けていくことになるかと思いますが、計測から改善支援へ少しずつ軸足を移していきたいと考えています。

○桜井委員 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。

いつも福井委員からご指摘いただくように、単に測るだけではなく、それをどう活用するかというところが、まさに桜井委員のご指摘の点だと思います。先ほどのデータを見ていただきますと、かなり天井に近い値である病院は、これ以上の改善が難しく、数値の変動も偶発的なものにとどまります。

どちらかというと、値の低い病院に頑張っていたきたいところですが、こちらから直接指摘するわけにもいきませんので、まずは各病院でデータを確認して、現状を分析いただければと思います。

また、本事業で作成したP D C Aサイクルに関するマニュアル等を紹介して、改善を促していくという方法も取っていく必要があるのではないかと思います。事務局でも集計結果とあわせて、これまでのQ C活動やP D C Aサイクルの情報もあわせて返していただいていると思いますので、ぜひそちらも活用いただければと思います。

福井委員、何かご意見はございますでしょうか。

○福井委員 どうもありがとうございます。

Q Iを測定する最終目的は改善ですので、数値が出て、まだ改善の余地がある病院が分かった時には、できるだけ早くそのことをフィードバックして、可能なら、何かしら改善に向けたアドバイスをすることが、一つのメカニズムとして、こういうプロジェクトの中にあつた方がよいのではないかと思います。

それから、ご存知のように、例えば国全体で電子カルテを導入しているイギリスでは、何百ものQ Iが公開されていて、フランスも非常に多くのQ Iが公表されていると聞いています。

ですから、今後は、人手が今まで以上にかからなくてもいいようなシステム作りでデータを抽出して、できるだけ多くの指標に誰もがアクセスできる環境が実現できればよいと思います。

○楠岡委員長 ありがとうございます。他にご意見、ご質問はございませんでしょうか。

D P C病院に関しては、D P Cデータに落とし込むために、いろんなデータをきっちり取っておられると思いますので、先ほど事務局からお話がありましたように、D P Cデータそのものをいただいて、そこから直接解析することも可能なのではないかと思います。

むしろ残りの6, 0 0 0病院、どちらかというと、規模がそれほど大きくないようなところ、あるいはまだ電子カルテの入っていないような病院にどうやって普及していくかということだと思います。

今、厚生労働省では中小病院を対象に、クラウド上での共用電子カルテが開発されていて、

それを使えば、高い導入費用なしに利用できるというプロジェクトを進めておられます。

高望みかもしれませんが、もしその中に、例えばアクシデントやインシデントが起こった時にボタンを押していただくだけで、後で自動的にQ Iを計測できるようなツールも入れていただければ、共用電子カルテを導入している病院のデータを出せるようになります。もちろん病院のご同意があつての話ではありますが、そのような仕組みがあつてもいいのではないかと思います。

厚生労働省では、そのような仕組みについてご検討されているのでしょうか。

○竹野主査 厚生労働省医政局総務課、竹野でございます。

標準化電子カルテに関しましては、現在、医療DXの担当部署において取り組んでおりますので、そちらと連携して、どのような形で進められるか検討したいと思います。

○楠岡委員長 どうもありがとうございました。ぜひよろしく願いいたします。

他にいかがでしょうか。

○福井委員 改善についてもう一言よろしいでしょうか。

6、7年前まで、日本病院会をはじめとして、様々な病院団体がQ Iの測定を行ってきており、その中で明らかにQ Iが改善した病院がいくつもありました。

日本病院会では現在でも毎年、Q Iが明らかに改善した病院に、どのようなやり方で改善したかを発表してもらう会を催していますが、こうした事例をうまく活用してアピールすることで、今まで以上に多くの病院がそのような試みを参考にして、具体的な改善につなげられるのではないかと思います。

十数年にわたって、様々な病院団体がQ Iの測定を続けてきた成果を参照できるような仕組みづくりも必要かと思えます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

柴山委員、国立病院機構では手前味噌ですが、このQ Iを使ったQC活動を行っていると思いますが、最近の状況はいかがでしょうか。

○柴山委員 ありがとうございます。

現在もセミナーという形で続いています。一昨年までは、先ほどの話にもありましたように、各病院に改善事例を発表していただいていたように。

昨年参加病院が少し減ってきたこともあり、まず根本的に指標の分析方法を取り上げるなど、やり方を変えているところですが、楠岡委員長がいらっしゃった頃からの取組みは引き続き継続してまいります。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

福井委員がおっしゃったように、Q Iに関するプロジェクトを継続されている病院団体は多いと思います。昨今の経営状況から、どうしても後回しになってしまう可能性が高いですが、ぜひ続けていただければと思います。

他にご意見いかがでしょうか。

それでは、ご意見ありがとうございます。データのばらつきは縮小していること、標準化が浸透してきているということが今回の検証で明らかになってきており、このプロジェクトが目指す、医療の質の底上げが着実に進んでいるように見受けられます。

それでは、事務局の提案がありましたように、来年度の可視化プロジェクトにおきましても、重大な懸念はないと判断し、引き続き現行の9指標を継続し、計測・運用していくということによろしいでしょうか。

ありがとうございます。それでは原案通り了承とさせていただきます。

事務局におかれましては、引き続き現場の負担軽減に配慮しつつ、今回ご提案いただいたフィードバックの工夫などを通じて、各病院が自院の立ち位置を把握し、効果的な改善活動を進められるよう、しっかりと後押ししていただきますようお願いいたします。

それでは議題3、2026年度の事業計画案に移ります。ご説明をお願いいたします。

○事務局 続きまして、2026年度事業計画案についてご説明いたします。

資料62枚目をご覧ください。こちらには、令和8年度の事業公募に向けて提出を予定している事業計画の要旨をお示ししております。

本日は詳細な事業計画書はお配りしておりませんが、スライドに記載しております実施要綱の項目に沿って、来年度の事業運営のポイントをご説明いたします。

まず、「(1)ア. 医療の質指標等の標準化」の取組みです。ここでは「指標の保守」として、現在運用している9指標が、常に最新の診療ガイドラインやエビデンスに沿っているかを確認・整理し、間違いなく医療の質向上に向けた指標であることを担保し続けます。

次に、「イ. 医療の質指標等の活用」についてです。ここが来年度、本事業として注力したいポイントとなります。大きく「普及」と「活用」の2つの観点で取り組みます。

まず、「①質指標の普及」においては、ベンチマーク参加施設のさらなる拡大を図ります。具体的にはスライドに記載の通り、DPC対象病院が国の制度に基づき、自院のホームページで公表しているデータを活用し、現場の手間を増やさずに自動的にデータを取得する仕組みの構築に向けて、現在国との連携や仕様の解析を進めております。

現在、本プロジェクトの参加病院数は720施設ですが、この自動取得が実現すれば、重複を除いて最大約2,000施設規模へと、ベンチマークの参加母集団が一気に拡大するポテンシャルを秘めております。

また、各病院団体のQ I 事業とも連携し、個々の病院からではなく、団体本部を經由してデータを共有いただくアプローチもあわせて推進することで、現場の負担軽減と参加拡大を両立させ、わが国最大級の質評価基盤の構築を目指します。

さらに、将来的な指標拡充を見据え、データを安全かつ効率的に収集するための全国規模の中央集計構想についても整理を進めます。

「②質指標の活用」においては、単にデータを集めて返す段階から一步踏み込みます。集計結果から高業績の病院や、改善が見られた病院の好事例を抽出し、質向上支援セミナー等を通じて全国へ横展開するなど、質指標の活用推進に注力いたします。

そして、「ウ. 医療の質指標等の公表」として、集計結果報告書等の公表を継続するとともに、「(2) 医療の質指標等の評価・分析支援」として、参加病院からの問い合わせ対応やFAQの充実など、現場へのサポート体制を引き続き整えてまいります。

まとめますと、来年度は本事業の安定的な運用を図りつつ、DPC公表データの活用等による参加拡大と、好事例共有セミナー等を通じた活用推進の2点に注力して、公募に応募したいと考えております。

事務局からの説明は以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございました。

実施要綱の項目に沿って、来年度の事業計画のポイントについて説明いただきました。

特に、医療の質指標等の活用の部分において、DPC公表データの活用や、各団体本部との連携により、現場の負担を増やさずに参加母集団を拡大するというアプローチは、医療現場の働き方改革の観点からも非常に理にかなったものと思います。

また、この仕組みが実現すれば、参加施設が一気に2,000病院規模へ拡大するポテンシャルがあるというお話もあり、わが国の質評価基盤として飛躍的な発展が期待できる、大変楽しい計画です。

大規模なデータから好事例を抽出し、セミナー等で横展開していくなど、まさに計測・標準化のフェーズから、活用・発展のフェーズへと歩みを進める前向きな内容となっているかと思えます。

それでは委員の皆様、ただいまの来年度事業計画案の方向性や、注力していくポイントにつ

きまして、ご質問やご意見がございましたらお願いいたします。

事務局にお伺いします。プロジェクトに参加されている病院の中には、3年以上継続して参加されている病院もかなりの数あるということですが、その中で特定の指標において、変化が大きかった病院は抽出できていますでしょうか。

○事務局 ありがとうございます。

今年度のデータに関しては、取りまとまったところですので、今後そのような視点で集計をしたいと思っております。

昨年度の時点では、業績が高位で安定している病院や、有意に改善している病院を抽出し、それらの病院にどのような取組みをしているかアンケートを実施しましたので、今年度の最新データで同じように抽出したいと思っております。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

先ほどもお話がありましたように、計測結果をどう活用しているか、良い事例があればぜひセミナー等で他の病院にも紹介いただきたいと思えます。改善の工夫は各病院でさまざまと思いますが、どのような点に着目してプロセスを進めたかをお示しいただければ、他の病院にも役立つのではないかと思いますので、引き続きよろしくをお願いいたします。

他にご意見いかがでしょうか。

○福井委員 過去に、厚生労働省が補助金を出して、毎年2つほどの病院団体にQ Iの測定を始めたのが、もう16、7年前になります。

その後9年間にわたり、7つか8つの病院団体が少なくとも1回以上補助金を受けて、それぞれの病院が30以上のQ Iを測定して公表する取組みを続けました。

日本病院会をはじめ、いくつかの病院団体では改善事例をまとめているところもあります。

本事業が始まったことで、9年間にわたる各病院団体の取組みがなんとなく途切れてしまっており、非常にもったいない気がします。

ですから、補助金の範囲内でもいいので、当初からこの取組みを続けてきた病院団体のデータをきちんと整理して公表することにぜひ取り組んで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。

各病院団体での取組みのアーカイブをきちんと作っておかないと、データが埋もれてしまう可能性があります。

事務局においても、病院団体からいただいたデータをアーカイブとして残すような方向も考えていただければと思います。引き続きよろしくをお願いいたします。

他に、よろしいでしょうか。

いろいろご意見をいただきましたが、本計画案が示す現場の負担軽減と参加拡大の両立、そして指標の活用推進という方向性につきましては、皆様から概ねご賛同いただけたものと存じます。

それでは、議題3に関しまして、事務局におかれましては、本日いただいた意見をふまえて、この事業計画案に基づいて、令和8年度の事業公募への手続きを進めてください。

そして、来年度も本事業に採択された場合は、引き続き本協議会において、この計画を中心として事業の舵取りを行ってまいりたいと存じます。

この点につきまして、委員の皆様方、ご了解いただけますでしょうか。

それでは、引き続きのご指導、ご協力をよろしくお願いいたします。

最後に、議題4「その他」について説明をお願いいたします。

○事務局 最後に、議題4「その他」として、各協力団体の事務局の皆様へのご依頼事項を説明いたします。

資料6 4枚目をご覧ください。本事業では、各協力団体様が独自に運用されている指標群を、本事業のオフィシャルサイト上の「指標検索サイト」にて広く検索・閲覧可能としております。

これは、全国の様々な指標情報を一元的に集約した、いわばわが国の指標データウェアハウスとも呼べるものであり、医療の質向上のための非常に重要な基盤であると位置づけております。

この基盤を常に最新かつ有用な状態に保つため、毎年各団体の皆様をお願いをしておりますが、今年度におきましても、既に各団体のホームページ等で公表されている最新の指標定義、および直近の実績値のデータをご提供いただきますようお願い申し上げます。

ご提供方法につきましては、当機構の指定フォーマットにご入力いただくか、あるいは、既にお手元にある公表用データをそのままお送りいただき、当機構で加工する方法のいずれかで対応可能です。

データのご提供期限は表示のとおりでございますが、詳細は、各団体の事務局様へメールにて個別にご相談を申し上げます。

わが国の指標データ基盤づくりのため、事務手続き等でお手数をおかけいたしますが、引き続きご協力のほど、何卒よろしくお願い申し上げます。

事務局から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。

ただいまの件は、各団体の事務局に向けた事務手続きのご依頼となりますが、本事業が構築する指標検索サイトが、わが国の重要なデータ基盤として機能し続けるために欠かせない取り組みです。

委員の皆様におかれましても、各団体でのデータ提供手続きが円滑に進みますよう、ご協力をよろしくお願いいたします。

さて、本日用意した議題はすべて終了いたしました。全体を通じまして、委員の皆様からご意見はございますでしょうか。

それでは、厚生労働省から何かコメントはございますでしょうか。

○竹野主査 厚生労働省医政局総務課、竹野でございます。

こちらからは特にご意見ございません。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。事務局から何か連絡事項はありますか。

○事務局 本日はありがとうございました。

来年度の事業公募に無事採択されましたら、4月以降に改めて次回協議会の日程調整をさせていただきます。引き続き、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した。

本日は長時間にわたり、来年度に向けた前向きで建設的なご意見をいただきまして、ありがとうございます。

それではこれにて第23回の運営委員会を閉会といたします。

本日はどうもありがとうございました。