

第24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6月15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24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2を1つのファイルに統合した第24回運営委員会本体資料、及び、参考資料が3種類です。なお、参考資料1は関係者限りとしております。

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。

また、新たに協議会委員にご就任いただいた方がいらっしゃいますのでご紹介します。名簿8番、地域医療機能推進機構、佐々木委員でございます。一言ご挨拶をお願いいたします。

○佐々木委員 地域医療機能推進機構、JCHOの佐々木でございます。どうぞよろしくお願い致します。

○事務局 ありがとうございます。

それでは資料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予定でしたが、ご都合により、可能な範囲でのご出席となります。

厚生労働省医政局総務課からは、ご覧の4名がご出席です。このうち、今年度より新たに担当となった、上野課長補佐、大泉主査にご挨拶をお願いいたします。

○上野課長補佐 医政局総務課の上野と申します。

今年度から本事業を担当させていただきますので、引き続きよろしくお願い致します。

○大泉主査 医政局総務課の大泉です。どうぞよろしくお願い致します。

4月から着任しまして、竹野の後任となります。こちらの事業については教えていただくことも多いかと思いますが、引き続きよろしくお願い致します。

○事務局 ありがとうございます。

続いて、日本医療機能評価機構の出席者はご覧のとおりです。当機構の事務局体制も変更になっております。新たに参加する横山副部長から一言ご挨拶を申し上げます。

○横山副部長 評価事業推進部で副部長させていただいております横山と申します。

今年4月から、Q I 事業の方も担当させていただくことになりました。引き続き先生方には、いろいろご指導いただきたく存じますので、どうぞよろしくお願いいたします。

○事務局 それでは資料4ページ目をご覧ください。

新しく着任された方々もいらっしゃいますので、改めて協議会の設置趣意書を執行理事の亀田よりご紹介いたします。

○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。

本日はお忙しい中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8年目に入っております。

それでは、本事業設立時に、各病院団体等から構成される協議会で合意した設置趣意書を読み上げます。

「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。

以上です。よろしくお願いいたします。

○事務局 ありがとうございました。

それでは、資料5ページをご覧ください。本日の報告は大きく2つです。

1つ目が「今年度の事業方針について」、2つ目が「質指標の標準化・普及に向けた検討に

ついて」で、（１）２６年度医療の質可視化プロジェクト、（２）指標の保守、（３）質指標の活用、の３部構成となっています。

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。

今年度最初の協議会となります。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、議事次第に沿って進めたいと思います。議題１「今年度の事業方針について」を説明してください。

○事務局 資料７枚目をご覧ください。

まず昨年度の振り返りです。可視化プロジェクトには過去最高の７２０病院にご参加いただきました。そのほか、ＤＰＣデータを用いた９指標の試行・検証、指標の保守、集計結果の公表、医療機関からの照会対応など、実施要項に掲げた事項を概ね予定どおり実施しました。

資料８枚目をご覧ください。

今年度の本事業の位置づけと全体像を示しています。今年度の最大のポイントとして、厚労省より、４月に立ち上がった厚生労働科学研究班との連携が求められています。医療の質の改善の取組に資する指標の作成に向けた調査研究と伺っています。

班員一覧は参考資料１をご覧ください。班員には、本事業のＱＩ標準化・普及部会の部会員の先生方も含まれております。

このような形で研究班との連携を図りつつ、本事業では、病院・病院団体と連携し、ベンチマーク事業を通じて、質指標の標準化・普及と継続的な質改善サイクルの構築に注力します。

資料９枚目は、今申し上げた内容を詳細化したものです。

どのように連携を図っていくかは今後、厚労省および研究班と調整する予定です。

資料１０枚目をご覧ください。

先ほどの位置づけと全体像を踏まえて、今年度本事業としての取組みを厚労省の実施要綱に沿って整理しました。今年度は特に、研究班との連携、ベンチマーク評価の規模拡大、各病院における質改善活動の支援の３点に注力します。

そして本会は、各取組みに関する検討事項に対して合意形成を図る場と位置づけております。説明は以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございました。

本件に関しまして、厚生労働省からコメントがありましたらお願いいたします。

○間中オンライン診療推進専門官 医政局総務課の間中です。

本事業で扱う9指標が実装され、DPC制度にも盛り込まれているなか、9指標だけでは十分ではないかというご意見を以前からいただいていた。そこで、9指標を拡張していくには明確な根拠や算出可能性といった視点から設計する必要があり、ある程度専門的な検討が必要だろうと考えました。

そのために今回、研究班側には、質指標の拡張を重点的にご担当いただく予定です。また、本事業との綿密な連携も非常に重要ですので、先生方のご協力とご指導のもと、本事業と研究班を両輪として、今後の質事業をより発展させるために、指標の策定に携わっていただく形式を考えております。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

厚労省からもありましたように、今年度の最も大きな柱は、4月に発足した厚生労働科学研究班との連携です。

委員の皆様には、研究班との役割分担の考え方および本委員会を合意形成の場と位置づける運営方針について、ご確認をいただきたいと思います。

この大きな方向性について、ご質問やご意見がございましたらお願いいたします。

よろしいでしょうか。

それでは、今年度は、引き続き厚生労働省の実施要綱に基づき各種取組みを進めるとともに、本年4月に発足いたしました厚生労働科学研究班と緊密に連携し、研究班が担う学術的な検討と、本事業が担う指標の運用・実装とを車の両輪として、国とも調整を図りながら推進してまいります。

その上で、これまでの実績を礎として、ベンチマーク評価の規模拡大と各病院における質改善活動の支援に積極的に取り組み、本委員会を関係者の合意形成の場として位置づけながら、事業を着実に前進させてまいりたいと存じます。このような方針で進めてまいりたいと考えておりますが、よろしいでしょうか。

それでは、ご承認いただいたものとして、この方法で進めていきたいと存じます。ありがとうございます。

それでは、次の議題に移ります。議題2はさらに3つの項目に分かれていますが、まず「2-1. 26年度医療の質可視化プロジェクト」について事務局からご説明をお願いいたします。

○事務局 資料13枚目をご覧ください。

今年度の可視化プロジェクトの概要です。協力病院の目標数は、昨年度の720病院という

実績を踏まえて８００病院とします。

扱う指標は変わらず、医療安全・感染管理・ケアの３領域に関する９指標です。

プロジェクト期間中における２回の計測活動とフィードバックというスケジュールや、集計結果の内容に大きな変更はありません。備考として、ベンチマーク評価の規模拡大に向けた取組みを記載していますが後程ご説明します。

資料１４枚目をご覧ください。

現時点で２９１病院からお申込みをいただいています。注目いただきたいのは、半数以上の１８０病院がプロジェクト開始の２２年度から継続的にご参加いただいているという点で、目指してきた継続的な計測・改善活動が定着しつつあると考えています。

また、９指標に関しては診療報酬制度において評価されるため、多くのＤＰＣ対象病院もご参加いただいています。全国で共通して計測可能な指標ですので、ＤＰＣ対象病院以外の病院にも広くご参加を働きかける予定です。

資料１５枚目をご覧ください。

可視化プロジェクトは、今申し上げたとおり、診療報酬制度に準拠して運用します。それに伴い、今年度の運用方針を２点変更します。いずれも現場の負担軽減と国の基準との整合を狙ったものです。

まず１つ目の変更点は、集計期間を診療報酬改定の時期にあわせることです。

切替前の図をご覧ください。従来の運用を踏襲すると、集計期間は２５年１０月～２６年９月の１年間となります。この場合、診療報酬改定が６月１日に施行されることで、同年度内に改定前後の計測手順書が混在し、現場に二重管理の負担が生じます。

これを解消するため、切替後の図にあるように、今後は診療報酬の改定時期にあわせた集計期間、つまり前年６月～翌年５月に切り替えたいと考えています。ただし、今年度は移行措置として、２５年１０月～２６年５月の８か月の集計期間で運用し、改定前の計測手順書１種類を使用します。

資料１６枚目をご覧ください。

補足として、今年度の診療報酬改定が９指標に与える影響をご説明します。

今回の改定で運用に関連するのは、身体的拘束の実施率です。改定では、センサークリップ等の扱いなど、身体的拘束の定義がより具体化され、また実施割合の算出式が明示されました。

現在可視化プロジェクトで運用している情報と異なる部分もありますので、改定の内容を精査のうえ、計測手順書への追記や参考情報としての整理など、制度に準拠した対応の要否を検

討してまいります。

資料 17 枚目をご覧ください。

国の運用にあわせてもう 1 点、運用を変更します。

現場の計測負担を軽減する観点から、DPC データの様式 1 を使う場合の集計条件を、右下に示す、国が定める「病院情報の公表」の集計条件に揃えます。

具体的には、入院後 24 時間以内の死亡などの除外条件を明記し、また様式 4 の対象範囲も国の集計条件にあわせて修正します。これにより、国の基準との整合性を確保し、現場が二重の作業を負わなくて済むようにしたいと考えています。

資料 18 枚目をご覧ください。

ベンチマーク評価の規模拡大に向けた、今年度の新しい取組みです。

現在、多くの DPC 対象病院が、国の制度に基づき 9 指標の計測値を「病院情報の公表」として自院の Web サイトに公表しています。今年度はこの公表データを試行的に、プログラミングを使用して自動取得し、プロジェクトの集計に活用します。

考え方として重要なのは、これは規模拡大の基盤づくりの第一歩だという点です。

なお、取得対象は誰でも閲覧できる公表数値であり、病院の著作物や個人情報には該当しないため、許諾やオプトアウトの対応は不要と整理しています。一方で、集計結果を公表する際は取得元・取得方法を明記します。

25 年 6 月時点で、1,761 の DPC 対象病院がありますが、このうち 1,708 病院の 9 指標データを既に取得できている状況です。

資料 19 枚目をご覧ください。

ただし、自動取得したデータには制約があります。数値の照会や属性情報の追加収集ができないため、取得できる情報が限られ、従来のプロジェクトと同水準のベンチマーク評価は難しいのが実情です。

そのため今年度は、自動取得の方法を確立し、その精度や限界を把握することを目的とした試行運用と位置づけます。取得データに基づく集計値は、参照値として集計結果報告書に付記する形で扱う予定です。

ただ将来的には、取得項目の拡充や精度向上、中央集計体制の構築も視野に入れて、本格的な活用を目指していきます。

資料 20 枚目をご覧ください。

ベンチマーク評価の規模拡大に向けた、もう 1 つの取組みとして、QI 事業を運用されてい

る団体に対し、本部経由で関連病院様の9指標データを一括提供いただけるよう、現在文書にてご依頼申し上げ、ご意向を伺っております。全国規模のデータ基盤の構築につなげたいと考えていますので、ご検討のほど何卒よろしくお願い申し上げます。

説明は以上です。

○楠岡委員長 事務局、ご説明ありがとうございました。

今年度の可視化プロジェクトについて、申込状況から運用上の変更点までご報告いただきました。

受け止めとしましては、目標800病院に対し、申込開始から1か月で、既に300病院近いお申込みがあり、継続参加の定着が進んでいる点は非常に心強く感じます。

委員の皆様には、特に集計期間、集計条件を国の運用にあわせるという方針について、現場への影響の観点からご確認いただきたいこと、そして団体へのデータ提供のご依頼について、各団体のお立場からのご意見を頂戴できればと思います。いかがでしょうか。

横江委員、どうぞ。

○横江委員 ありがとうございます。

最後にご説明された団体からの一括した情報提供について、我々としてはなかなか難しい対応であるという結論に至っております。指標の拡大については非常に賛成ですが、団体側の対応が叶わないと、指標の拡大ができないということなののでしょうか。

○楠岡委員長 ありがとうございます。事務局よりお願いいたします。

○事務局 団体へのご依頼は、病院数を拡大するという取組みの一環として検討していますので、9指標以外に指標を拡大する話とは別になります。できるだけベンチマーク評価の精度を高めるという意味も含めて、病院数の拡大に取り組んでいきたいと考えております。

○横江委員 わかりました。

○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。

9指標の集計期間や定義に関しては、国の運用に合わせないと、なかなか比較もできないということで、この点についてはご了承いただけたと思います。

また、各団体にて集約いただける分に関しましては、従来どおりご提供いただければと存じます。

一方、DPC対象病院がホームページ等に公表しているデータは、可視化プロジェクトで収集しているデータとは時期が異なります。公表されているデータは通年である一方で、プロジェクトでは時期を区切って収集しているなどの違いがありますが、全体的な傾向を見ると

いう方向性も踏まえ、今年度は試行的に収集したいと考えております。これらにつきまして、よろしゅうございますか。

横江委員、どうぞ。

○横江委員 集計時期を変更することは、当然のことと思いますが、本日こちらで承認された場合、我々としては関連グループの病院にお伝えしてよろしいでしょうか。

○楠岡委員長 事務局よりお願いいたします。

○事務局 ご質問ありがとうございます。

スケジュールの都合上、集計期間の切替については、5月に開催したQ I 標準化・普及部会にてご承認いただいた後、切替後のスケジュールを本事業オフィシャルサイト等にてご案内しています。

そのため、切替後の情報を会員病院様にもお伝えいただければと思います。

○横江委員 承知いたしました。

○楠岡委員長 よろしくをお願いいたします。他によろしいでしょうか。

ありがとうございました。

可視化プロジェクトは、もともと各団体において運用されてきた指標を基盤とし、令和6年度診療報酬改定に組み込まれた経緯がございます。こうした成り立ちを踏まえ、本プロジェクトにおいても、国の運用との整合性を確保しながら進めてまいります。

この考え方に基づき、26年度は診療報酬改定のサイクルに合わせて集計期間を切り替えます。今年度は移行措置として8か月間の運用となりますが、次年度以降は国が実施する「病院情報の公表」との整合が図られるものであり、必要な対応であると考えております。

あわせて、DPCデータの様式1を用いる場合の集計条件につきましても、国の運用に準拠いたします。

ベンチマーク評価の基盤整備に向けては、「病院情報の公表」データの自動取得の試行や、団体本部を経由したデータ提供といった新たな取組みも進めてまいります。

Q I 事業を運用されている団体の皆様におかれましては、データの一括提供につきまして、何卒ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

現在、データは病院から機構への直接提出、団体本部経由あるいは自動取得など、複数の経路で収集しておりますが、将来的には、現場や団体の負担軽減と活用上の利点に配慮しつつ、データ収集や集計軸の標準化・効率化を図っていくことが望ましいと考えております。

今後の基盤整備の在り方につきましては、本会において引き続きご意見を賜りながら、検討

を深めてまいります。

以上、お話申し上げたような形で、進めていくことでご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、議題 2-2 「選定した指標の保守に関する検討」に関して、事務局から説明をお願いいたします。

○事務局 資料 2 2 枚目をご覧ください。

昨年度より実施している指標の保守について、今後の方針をお伝えします。

昨年度は下半分の流れに沿って、9 指標の一部の指標について保守作業を行いました。今年度は、厚労省の意向に沿って、研究班と連携しながら対応する想定です。なお、本事業における保守は、根拠となるエビデンスや判断経緯を明確化・記録し、安定的な運用を図ることです。

資料 2 3 枚目をご覧ください。

ご参考まで、昨年度の保守作業の進捗を下半分にお示します。

昨年度は、9 指標が診療報酬制度に取り入れられる以前から、D P C データで計測可能であった 3 指標を対象とし、特に肺塞栓予防をモデルケースに定義の検討を完了しました。残る課題は手術リストの精査で、専門家の検討を要します。

血培 2 セット、広域抗菌薬の 2 指標も必要な作業は概ね完了しています。特に血培 2 セットは論点洗い出しまで完了していますので、参考資料 2 にてご説明します。

参考資料 2 は、血液培養 2 セット実施率について、保守作業に必要な情報を整理したものです。本来はこの資料をもとに、部会で計測の意義の確認や定義・手順の妥当性をご検討いただく予定でしたが、部会での検討が未了の状態となっております。

従いまして本日は、このような資料を準備しているというご報告と、この整理した情報を研究班とも共有する旨のご報告です。

まず、この資料は三つの段階に分けて構成しています。P h a s e 1 が情報を集める準備作業、P h a s e 2 がそれを踏まえた修正案・方針案の検討、P h a s e 3 が修正案の最終化です。

さらに P h a s e 1 は、参照するガイドラインを選ぶ 1 a、各種インプット情報を集める 1 b、論点を整理する 1 c に分かれております。本日ご紹介する資料は、主に P h a s e 1 の準備作業から P h a s e 2 の検討の入り口までをまとめたものとなります。

資料 2 ページから 7 ページまでは、まず出発点として、本指標の現行の計測手順書を再掲し

ております。2 ページには計測の意義、3 ページには指標の定義・計算式と使用データ、以降には実際の計測手順を整理しており、保守作業の前提となる現行の仕様を一覧で確認できるようにしたものでございます。

続きまして8 ページをご覧ください。

保守作業の第一歩といたしまして、本指標が依拠すべき診療ガイドラインの調査・収集を行いました。本指標に関連する診療ガイドラインを一覧化し、作成者・発行年・入手状況などを整理した上で、これまで参照してきたガイドラインの最新版を参照先とする選定の方向性を示しております。

次はPhase 1 bです。一つ目が専門家ヒアリングですが、前のページでご紹介した診療ガイドラインの作成代表者を対象にヒアリングを行いました。ヒアリングでは、根拠となる医学的エビデンスや標準的な血液採取の手順、新生児・小児などの例外的な対応、対象とすべき診療科や病態の範囲などについて、専門家からのコメントを収集し整理しております。

次は過去データの再集計です。こちらは、これまで継続して参加している施設のデータを用いて、指標値の実態を再集計したものです。

経年の推移を箱ひげ図で示したものが10 ページ、11 ページが統計量の表、12 ページにはその読み取りを考察として整理してございます。また参考として、13 ページには四半期ごとの推移なども掲載してございます。

資料14 ページをご覧ください。この再集計の結果を踏まえて、指標が今どの段階にあるかをライフサイクル区分案に当てはめて整理したものです。本指標は、中央値あるいは上位層が高く安定している一方、下位施設が一部残存している「成熟・安定期」の指標と位置づけられるのではないかとの見立てをお示ししてございます。

資料15 ページから20 ページは、現場アンケートの情報でございます。こちらは実際に計測を担っている現場の担当者などを対象としたアンケートの結果です。

15 ページには回答者の属性、16 ページには指標の見直しの要否と感じている課題、17 ページには計測の方法や所要時間といった計測状況、18・19 ページには定義に関する改善要望、20 ページには計測手順に関する改善要望を整理してございます。現場が実務上どのような点に課題を感じているか把握することを目的としたものでございます。

次はPhase 1 c、論点の整理というところですが、資料21 ページから24 ページでございます。ここまで集めてきた専門家ヒアリングと現場アンケートの内容を、指標の構成要素ごとに紐付けて論点整理表としてマッピングし、整理いたしました。

21 ページでは対象母集団と分母の適用条件、22 ページが分母の除外条件、23 ページが分子の適用条件と評価期間、24 ページが集計方法という要素ごとに、現行の定義・条件や検討すべき論点、専門家・現場それぞれの意見を一覧で対応付けてございます。

資料25 ページをご覧ください。これら要素別の論点を全体として俯瞰し、主要な論点に集約・再構成した一覧です。指標定義に関する論点、計測の正確性に関する論点、その他の課題という論点から整理をしております。

資料26 ページ以降は、Phase 2、修正案の検討の資料となります。こちらは Phase 1 で整理した情報を踏まえた修正案・方針案を示している部分です。こちらからは、本来部会でご検討いただく予定であった内容にあたりますが、現時点では事務局としての論点と対応の方向性を示す素案として用意した段階であることを申し添えます。

資料27 ページをご覧ください。まず、指標を継続するか廃止するかという意義の確認です。専門家ヒアリングからは臨床的な意義が確認でき、過去データからも成熟・安定期の指標として計測を続ける意義があると考えられることから、計測の継続を前提に再評価を進めてはどうかという方向性の案をお示ししております。

28 ページをご覧ください。論点整理から抽出された具体的な検討課題と、それぞれに対する対応案を一覧にしたものでございます。

資料30 ページから32 ページまでは、その中でも主要な検討課題を個別に取り上げたものとなっております。30 ページは本指標のみ入院・外来の両方を対象としている点についてどう考えるか、31 ページはDPC の包括払い下でのコスト懸念と計測値への影響をどう捉えるか、32 ページは新生児あるいは小児・特定診療科の除外設定をすべきかその要否について、それぞれ論点と対応の方向性案を整理しております。

なお、繰り返しになりますが、これら Phase 2 の検討は部会での議論が未了であり、あくまで事務局方針案をお示した段階ということでございます。

以上がIFC-01 について事務局で整理いたしました資料の概要でございます。このように、現行仕様の確認から、参照すべき診療ガイドライン・専門家ヒアリング・過去データ・現場アンケートといったインプットの収集、そして論点整理までを一通り行い、検討の入り口を整えた状態となっております。

今年度は、ここまで整理した情報を研究班とも共有し、専門的・臨床的な観点からの検討を研究班に担っていただく想定でございます。

参考資料の説明は以上でございます。

それでは、本体資料24枚目をご覧ください。

今年度の保守に関するスケジュール案です。4月から6月にかけては、今までの保守の実績を国や研究班とも連携し、今後の進め方について三者協議する予定です。

また、残り6指標に関しては、可視化プロジェクト協力病院に対して定義・手順に関するアンケートを実施する予定であり、設問項目を検討した上で、9月頃に実施する予定です。

また、22年度からの9指標データが手元にありますので、経年分析を行いながら、現場等から収集した情報をもとに保守作業を進める予定です。これらの成果につきましては、取りまとめの上、本会にご報告申し上げます。

説明は以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

この保守の目的が指標の修正そのものではなく、根拠となるエビデンスや判断経緯を明確化・記録し、安定的な運用を図ることにあるという考え方をお示しいただきました。

今年度は適宜、研究班と連携しながら進めるとのことでした。

参考資料2にて、血液培養2セット実施率に関して、事務局での検討を報告いただきましたが、ご意見、ご質問はございますでしょうか。詳細に関しましては、作業部会の方で検討していただくことになるかと存じますので、お願いしたいと思います。

そうしましたら、この進め方に関しまして、厚生労働省からもしコメントがございましたら、お願いしたいと思います。

○間中オンライン診療推進専門官 ありがとうございます。

保守に関しましては、現在いろいろとご相談しているところですが、やはり保守というのは、運用と一体的に考える必要がありますので、現場での計測容易性や、実際に運用して質改善にどのように役立つのかといった情報が重要になると考えております。

一方で、その指標が採用された経緯や、準拠しているガイドラインといった情報も必要であると認識しています。

単に理論的なエビデンスだけではなく、実運用に耐え得るものであるかという検証が非常に重要だと考えておりますので、そのあたりを整理したうえで、改めて本会にもご相談させていただこうと思っております。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

保守全般に関しまして、このような形で進めることでよろしゅうございますか。

繰り返しになりますが、指標の保守の目的は、指標定義の修正そのものではなく、根拠とな

るエビデンスや判断の経緯を改めて確認・記録し、明確化したうえで、安定的な運用を図ることにございます。

今年度は、昨年度の成果を踏まえ、研究班とも緊密に連携しながら、9指標の保守を着実に進めてまいりたいと存じます。

今後の具体的な検討は、研究班および本事業の標準化・普及部会において進められることとなりますが、その内容や進捗につきましては、適宜本会にも共有いただくようお願いいたします。

それでは、指標の保守の進め方につきましては、資料にお示しした内容で進めさせていただきたいと存じます。よろしくお願いいたします。

続きまして、議題2－3「質指標の活用に関する検討」に関しまして、事務局から説明をお願いします。

○事務局 26枚目をご覧ください。

冒頭申し上げたように、今年度は現場の質改善活動にも注力します。図に示す中長期的な支援体制を見据えつつ、今年度は、院内における質改善事例の抽出・分析プロセスの整備と、コンソーシアムという場を活用した改善ノウハウの横展開の2つに取り組みます。

27枚目をご覧ください。

24年度に可視化プロジェクトを実施した際、当時の協力病院に対し、院内の質改善活動を進めるうえで聞きたいポイントを伺った調査結果です。

回答431件中、最も多かったのが「現状把握と目標設定」、次いで「改善成果の評価とフィードバック」でした。「活動を継続させる工夫」や「多職種を巻き込む工夫」への関心も高く、こうした現場の声を次回コンソーシアムの企画に反映してまいります。

28枚目をご覧ください。

前回、2025年3月に開催した第5回コンソーシアムの実績です。可視化プロジェクトの9指標のうち、身体的拘束の最小化と肺血栓塞栓症の予防に関する事例を現場から発表いただき、質改善のポイントについて意見交換を行いました。

延べ817名にご視聴いただき参加者から好評をいただいていますので、今回も同じような形で事例発表と改善ポイントの解説を入れた企画を検討しています。

29枚目をご覧ください。

コンソーシアムでの発表病院を抽出したプロセスです。

まず、可視化プロジェクトの計測データを指標ごとに時系列分析し、期間を通して高い成績

を維持している群と、期間中に徐々に値が良くなった改善群を抽出しました。この定量データに、現場アンケートの定性データを組み合わせ、実際に役立つ改善ノウハウの事例を抽出するというプロセスは、本事業ならではの手法だと思いますので、今回も踏襲し、このプロセスを確立させたいと考えています。

30枚目をご覧ください。

抽出した事例を多くの病院へ横展開する場として、コンソーシアムの開催を予定しています。

目的や対象者、プログラムの大枠は前回は踏襲する予定です。今回の工夫は、対象とする指標を絞り込む点です。前回は指標を限定せず改善プロセスが見える事例を扱いましたが、今回は改善の余地や施設間差の大きい1～2指標に着目する方向で検討しています。

改善の視点は先ほどの現場ニーズを踏まえて設定し、開催は可視化プロジェクトのデータ提出やフィードバックが完了した年明けを想定しています。

効果的な企画内容について、委員の皆様のご助言をいただきたく存じます。

31枚目をご覧ください。

コンソーシアム開催に向けたスケジュールです。

7月までに企画概要とテーマ（取り上げる指標）を確定し、定量データから高成績群・改善群の候補病院を抽出します。8月から10月にかけて現場アンケートの定性データを収集・分析し、発表者を選定します。11月以降は広報と参加募集を開始し、来年1月にリハーサルを経て、2月頃にウェビナー形式で開催する予定です。

開催プログラムの詳細が決まりましたらご案内いたしますので、広く周知いただけますと幸いです。

説明は以上です。

○楠岡委員長　ご説明ありがとうございました。

質指標の活用、とりわけ現場の自主的な質改善活動を支える取組みについてご報告いただきました。

本事業ならではの強みである、時系列データからの高成績群・改善群の抽出を活かし、現場に役立つ改善ノウハウの事例を抽出・横展開していく、という方向性が示されました。その横展開の場として、年明けにコンソーシアム開催が計画されています。

この点について事務局からは、効果的な企画内容についてご助言をいただきたいとの依頼がございました。委員の皆様には、現場のニーズに応える企画のあり方、あるいは対象指標の選び方について、忌憚のないご意見をお願いいたします。

もしよろしければ、福井委員からいつもこの点に関しましていろいろご助言いただいておりますが、このような方向性でよろしゅうございますか。

○福井委員 前回の議事録を見ておりましたら、私がその話をしておりました。

例えば日本病院会では、360ほどの病院を対象に、16～17年間にわたって、現場で指標を改善するにはどうすればよいかという改善事例を発表してもらい、まさに横展開を図ることで指標全体の数値が上がるという取組みをずっと続けてきました。

ただ、Q Iについては、時々によって何をテーマにすべきかが変わってくる可能性がありますし、一つの指標に何年間も取り組んでいると、医療現場の変化に追いついていけないのではないかと思います。最も重要なのは、それぞれの病院が、自分たちで改善すべきQ Iは何かを見出すことだと思います。

そのためには、他の病院と比べて、あるいは平均値と比べて、自分の病院の数値がどうなっているかを把握した上で、各病院が改善の工夫を行い、その取組みを発信することで、他の病院でも同様の課題を解決してもらう、ということを全国的にできれば一番よいのではないかと思います。

この協議会での取組みは、全国展開を図る上で非常に重要なことだと思いますし、これまで多くの病院がやってきたこととも重なるのではないのでしょうか。ぜひ進めていただければと思いますが、各団体における経験値もたくさん蓄積されているはずですので、それをまとめるだけでもずいぶん効果があると思います。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

柴山委員、最近の国立病院機構での取組みはどのような状況でしょうか。

○柴山委員 ありがとうございます。

昨年は各病院の指標を比較する形ではなく、ワークショップを開催いたしました。一昨年までは、国立病院機構が扱う指標の中から各病院がそれぞれ改善目標を定めて発表しており、その中で各施設や本部からご意見をいただきながら、各病院でのレベルアップを図るという取組みを行っておりました。

非常に役に立っていたと思いますので、この協議会での取組みも大変有効なものだと思います。ぜひ実施していただければと思いますので、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。

桜井委員、お願いいたします。

○桜井委員 指標の横展開が進められてきたこと、8年間やってきてよかったと思います。

その一方で、やはり患者・国民が求める情報という観点から見ると、現在の9指標は割と医療に関することにかなりフォーカスしていると感じています。ASCO (American Society of Clinical Oncology) やLancet等のQIを見ると、例えば「多職種カンファレンスを実施しているか」といった、シンプルな項目が割と含まれています。

患者としては、科学的な数字が最終的に何につながるかということ以上に、自身が共感・理解できるようなナラティブな指標も今後あるといいのではないかと思います。国際的にも、そのような指標が増えているように感じておりますので、ぜひ今後の検討課題の一つにしていただけたらと思いました。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ただいまのご意見に関しては、事務局から部会にもフィードバックしていただいて、今後の検討に活かしていただければと思います。よろしくお願いいたします。

他にいかがでしょうか。

○福井委員 今回提案いただいた内容は非常に科学的で素晴らしいと思いますが、そのことがどれほど患者さんに影響をもたらすのか、良い結果につながるのかという点が気になっています。

一方、多職種カンファレンスを実施しているかといったことや、他の病院と比較して自院の救急患者の受け入れ数が非常に少ないことに気づき、改善しようと動くといった、非常にシンプルな事柄の方が、患者さんのアウトカム改善に役立てる場面が多いのではないかというのが、正直なところです。

現場において、科学的な視点からQIを精緻なものにして数値を改善していくことは、それはそれで素晴らしいと思います。ただ、現場ではもっと単純なこと、すなわち改善へのモチベーションをいかにして各病院の職員に持ってもらうかということの方が、私の立場からは、より効果的で患者さんのために早く役立つのではないかと考えています。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。他にご意見ございますでしょうか。

9指標は、どの規模の病院でもある程度必要な指標となっておりますが、今ご指摘いただいた多職種カンファレンス実施の有無などは、必ずしも病院規模に関わる話ではありません。また、急性期病院だけの話ではなく、回復期あるいは療養型の病院にも関係することですので、

今後さらにこうした取組みを広めていく際には、今のようなご議論を改めて行う必要があるのではないかと思います。

本来であれば的場部会長にご意見をいただきたいところですが、残念ながら本日はご欠席のようですので、事務局から後ほどご意見を伺っていただければと思います。よろしくお願いいたします。

それでは質指標の活用、とりわけ現場の自主的な質改善活動を支える取組みについて、今いただいた様々なご意見を参考に進めさせていただきたいと存じます。

また、前回も申し上げましたが、様々な改善支援ツールもありますので、もし何か不明な点があれば、事務局にお問い合わせいただければ、使い方も含めてお伝えすることができるかと思います。

ベンチマーク評価による定量データと、病院へのアンケートを通じて得られる定性データの双方を活かし、改善活動の考え方や手法を整理して横展開していくことは、本事業ならではの取組みであると考えております。個別の事例の紹介にとどまらず、他施設でも応用可能な改善のノウハウを共有することで、現場の実務者はもとより、管理者層にとっても示唆に富む内容となることを期待しております。

あわせて、現場から求められている現状把握や目標設定といったニーズにも的確に応えられるよう、効果的な企画・運営に努めていただきたいと存じます。

コンソーシアムの内容が固まりましたら、本会にもご案内申し上げますので、よろしくお願いいたします。

それでは、事例の抽出プロセス及び横展開の方法につきましては、本日いただきましたご意見を踏まえつつ、資料にお示しした内容で進めさせていただくことでご了承いただけますでしょうか。

ありがとうございます。

本日予定をしておりました議題は以上でございます。今年度は、厚労科学研究班との連携やベンチマーク評価の規模拡大に向けた基盤整備、各病院における質改善支援の充実など、本事業の取組みがより発展的な段階に入っております。

委員の皆様には引き続き、建設的なご意見、ご助言を賜りますようお願い申し上げます。

最後に、厚生労働省からコメントがありましたら、よろしくお願いいたします。

○間中オンライン診療推進専門官 本日も重要な点について様々なご議論をいただき、ありがとうございました。

医療の質の改善につきましては、具体的に今後の医療機関の取組みにつなげていくことが非常に重要だと考えております。

指標の拡充についても、我々としてもぜひ一緒に取り組んでまいりたいと思っておりますので、実際の質改善につなげる取組みについて、引き続き皆様のご指導を賜れますよう、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。事務局から何かございますか。

○亀田理事 執行理事の亀田です。

本日は、楠岡委員長のもと、建設的で闊達なご議論を賜りありがとうございます。

本事業は、医療の質向上のための基盤整備事業として発足以来、7年間で皆様のご理解、ご協力を得て、実施要項に定められた事業内容が着実に進められ、成果が得られたものと考えております。

国や各団体ともご相談し、そして本会の皆様のご意見を踏まえて築いた基盤の上に、全国普及、指標の拡充、自動収集、中央集計、公表、国際ベンチマークといった仕組みを構築し、我が国の医療の質を具体的、効果的に向上させるフェーズに移行する方向性となりました。

そこで、今期をもって、私が担当しております本事業の執行理事を当領域の若手第一人者である東尚弘先生に引き継ぎ、大いに花を咲かせていただきたいと考えております。

委員の皆様におかれましては、引き続きのご支援、ご協力をお願い申し上げます。

7年間大変ありがとうございました。以上、閉会のご挨拶とさせていただきます。

○楠岡委員長 亀田理事、長い間ご支援いただきましてありがとうございました。

また、東理事には引き続きよろしくお願いいたしますと存じます。

本日は今年度の取組みについて、前向きで建設的なご議論をいただきまして、誠にありがとうございました。

それでは、これにて第24回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。