

第13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)

2022年12月1日(木)

○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13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。

資料はオンライン上の保存場所からダウンロードしていただく形で配布しており、資料1から3を一つのファイルに統合した「第13回運営委員会（協議会）本体資料」及び参考資料が「1-1. 集計結果概要版」「1-2. 集計結果詳細版」及び「2. 前回議事録」の3種類となっております。

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、画面を共有させていただきます。

本日の出欠状況を御報告申し上げます。

岡田委員、田中委員、済生会の松原委員が御欠席ですが、それぞれ委任状が提出されております。また、日本看護協会より、吉川委員の代理として、岩澤様に御出席いただいております。なお、今村委員が15時頃退室と伺っております。

資料3 ページ目を御覧ください。

部会からQ I 活用支援部会の尾藤部会長、Q I 標準化部会の的場部会長が出席しております。また、厚労省からは、急な公務のために御欠席という御連絡を承ったところでございます。その他評価機構からの出席者は御覧のとおりとなっております。

資料4 ページを御覧ください。

本日予定しております議題は御覧の3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申し上げます。

○楠岡委員長 委員長の楠岡です。

皆様、お忙しいところお集まりいただきましてありがとうございます。

それでは、議事次第に沿って進めたいと存じます。

最初に、議題1、医療の質指標の活用を全国で普及させるための施策展開についてであります。細かくは、さらに2つのトピックスに分かれておりますが、まず①のモデル事業（医療の質可視化プロジェクト）について、資料の説明をお願いいたします。

○事務局 それでは、再び資料を共有いたします。

資料6枚目を御覧ください。

現在取り組んでいる医療の質可視化プロジェクトについて、現況を御報告申し上げます。

資料7ページ目を御覧ください。

このプロジェクトの概要について簡単に確認いたします。

プロジェクトの目的は、多くの病院に指標の計測活動に取り組んでいただくこと。また、そのために、全国で共通的に計測可能な指標を設定すること。そして、他施設比較を通じて質改善活動を動機づけるということを目的にしております。

対象は、医療の質指標を用いた計測に関心のある全国の病院としており、700病院を目標としました。

実施期間は、9月1日から3月31日まで、テーマは、病院の規模、機能によらず重要な事項である医療安全、感染管理、ケアとし、それぞれ3指標、合計9指標を扱うことといたしました。プロジェクト期間中に計測とフィードバックを2回実施しますが、ちょうど第1回目の集計を終え、フィードバックを行っているところです。

資料8ページ目を御覧ください。

11月30日現在の申込み状況です。

御覧のように、609病院からお申込みいただきました。また、地域別、開設主体別など施設の属性別の申込み状況は、御覧のとおりとなっております。

資料9ページ目を御覧ください。

プロジェクトの進捗状況ですが、現在、5-2フィードバック確定版の配布、5-3データ解説資料の配布に取りかかっているところです。

資料10ページ目を御覧ください。

第1回目のデータ提出を行った287病院について、施設属性別に集計結果をお示ししております。

先ほど申込み病院数が609病院と御報告いたしましたが、1回目のデータ提出の対象病院は、主に7月から8月にお申込みいただいた病院のため、現時点の申込み病院数とは差異がございますので、留意してください。

なお、さらに詳しい情報は、本日の参考資料1-1集計結果概要版、参考資料1-2集計結果詳細版を御参照ください。

資料11ページ目を御覧ください。

こちらは、前のスライドと同様に、1回目のデータを提出いただいた287病院の計測状況を指標別に示したものとなります。

この図でA期間というのは、2021年10月から12月、B期間は2022年1月から3月の四半期の計測値を示しています。一番右側のAプラスB期間は、A期間とB期間を通算した半年間のデータになります。まだ1回目の集計の段階ですが、A・B両期間における指標別の計測率は68%から98%となっております。引き続き、第2回目の集計、フィードバックなど、残りの工程に対応してまいりたいと思っております。

現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。

続きまして、部会長の的場先生から補足がありましたらお願いいたします。

○的場部会長 ただいま計測データの提出状況というところでデータが映っておりまして、計測率に差が出ている点については、部会でも共有したところでございます。

ただ、こちらの計測率が低かったといたしますか、計測できなかった病院がなぜ出せなかったのかという要因につきましては、まだ詳細の分析が進んでおりませんで、部会での議論もまだ途中というところでございます。

今後の部会での検討と、それから2回目の提出での状況も合わせて、また参考にしていきたいと思っております。

簡単ではございますが、以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

今年度の目標は、医療の質指標の活用を全国に普及させるということでございます。そのために、今回この可視化プロジェクトを運用しておりますが、その現況に関しまして、ただいま報告をいただいたとおりでございます。

ただいまの御説明に関しまして、何か御質問、御意見がありましたらお願いしたいと思えます。いかがでしょうか。

前回から比べまして、申し込みいただいたところはかなり増えて、目標は700ですけれども、現状、600少し超えたところまで来ている状況でございます。

申し込み期間は一応終わっているわけでありましてけれども、先日、医療の質・安全学会で、この事業に関しまして発表していただいたところ、追加で参加したいというところもあったみたいですので、その病院に関しましては、申し込み期間は過ぎているけれども参加いただくというところで、現在の609という数字よりももう少し増える見込みという状況でございます。

よろしいでしょうか。

それでは、現況報告に関しましては以上のおりとさせていただきます。

現在は、第1回目の集計を終えたところでございますけれども、今後2回目の集計が最終結果となりますので、引き続きしっかりと対応していきたいと存じております。

続きましては、②収集事例を活用した成功要因分析と普及のための施策検討につきまして、説明のほうをお願いいたします。

○事務局 それでは、資料の13ページを御覧ください。

今年度事業計画におきまして、昨年度収集した事例を深掘りし、なぜ質指標の活用がうまくいったのか成功要因分析を行うこととしておりましたが、それとは別に、なぜ質指標の活用が進まないのかを探る質指標の活用実態調査についても実施すべきとの御意見をいただいたところでございます。

この2つの問いにつきまして、共通の目的、すなわち「医療の質指標を活用した改善活動」に取り組まれていない病院への活動の普及・促進に対して、ポジティブな面とネガティブな面からアプローチをする方法論であり、個別に対応するのではなく、進め方を整理すべきではないかとの問題提起が部会にて挙げられました。

資料14ページ目を御覧ください。

部会での検討の結果、今年度は、まず、なぜ質指標の活用がうまくいったのか、成功要因分析から着手しようと考えております。

この分析は、昨年度事例を御提供いただいた病院を対象にしたインタビューを通じて情報収集いたしますが、今年度2病院の実施を予定しており、それらの情報を報告書として取りまとめます。

ここまです今年度行い、次年度より、もう一つの問い、なぜ質指標の活用が進まないのか、質指標の活用実態調査の実施、及び成功要因インタビューについて必要に応じて追加で実施して、それらの情報を統合した医療の質指標を活用した改善活動を実態報告書として取りまとめいく予定でございます。

資料15ページ目を御覧ください。

本スライドは実施概要になりますが、今回のインタビューは、病院の管理者、改善チーム、質指標の計測担当者の3者を対象にそれぞれインタビューを行います。

インタビュー項目は、こちらの①から⑥になりますが、それぞれインタビューする対象により濃淡をつけてお伺いする予定です。

なお、今年度このインタビューを依頼する病院様として、群馬県にございます美原記念病院様と、滋賀県にございます彦根市立病院様、この2病院へ御依頼して御承諾いただいたところでございます。それぞれ1月中旬及び下旬に訪問予定としておりまして、インタビューはQ I 活用支援部会の部会員2名が担当いたします。

資料16ページ目を御覧ください。

このインタビューでは、よい取組を拾うのはもちろんのこと、そこに至ったプロセス、例えばどのような課題や障害があったのか、そして、それらをどのようにクリアしていったのかといったエピソードを収集したいと考えております。そして、エピソードを振り返って、どうだったか。例えば、どのような課題が新たに浮き彫りになったのか、どのような変化があったのかなどのお話も引き出していきたいと思っております。

以上が成功要因分析についての御報告でございます。

資料17ページを御覧ください。

続きまして、前回の協議会でも御報告いたしました、昨年度実施したパイロットに御協力いただいた21病院を対象にしたフォローアップについて御報告申し上げます。

こちらについては、部会でアンケート項目を検討し、10月中頃に各病院様へメールにて回答を依頼しております。現在集計中でございますので、次回協議会において結果の御報告を申し上げます。現状16病院から有効回答をいただい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。

それでは、部会長の尾藤先生から補足のコメントがありましたらお願いいたします。

○尾藤部会長 よろしく願いいたします。

前回の協議会でも議論がございましたように、病院と、あるいはその医療チームを単位として継続的な質改善を行う、その上で継続的な質評価指標を測定し続けると、この2点において、とても成功してうまくいっている病院様へのインタビュー、さらには、その過程の中で困難を抱えていらっしゃる病院様、医療チームの皆様等へのインタビュー、これらを統合した上で事業アウトプットとして、なるべくそのアウトプットが、ある質改善活動をこれから始めようと、あるいは現在行っているチーム、あるいは病院様の本当に質的で具体的な資料になる、有効な資料になるということを目指して現在行っております。

また、前年度のパイロット協力病院様へのフォローアップにつきましても、前年度開発いたしました質改善ツールキット、こちらを何とか有効活用して、たくさんの病院様で継続的質改

善をしていく上で、このツールキットをより充実させていくということを考えております。

現時点では、ちょっとまだアップデートというところまでは行っておりませんが、このツールキットの充実、さらにはその有効活用を今後の目的としております。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

成功要因分析につきましては、ただいま報告がありましたように、来年1月に2病院に対してインタビュー調査を行うということ。それから、パイロット協力病院のフォローアップは現在集計中ということでございますが、これらの点に関しまして、何か御質問、御意見ございますでしょうか。

特に御意見なければ、今御説明申し上げたような形で進めていきたいと存じますが、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、今の形で進めていきたいと思えます。

また、指標の活用に取り組んでいない病院に、事例を通じて関心を持っていただくために、より深掘りした情報を提供していきたいと存じます。ぜひ、現場の皆様の御意見がうまく引き出されますように、インタビュー調査のほう、よろしく願いいたします。

それでは、次の議題に移りたいと存じます。

2番目、医療の質指標等の標準化・公表のあり方についてでございます。

この議題も、さらに細かなトピックスが3つございますので、まず①ガイドに準拠した例示指標の設定、検証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、まず資料の19枚目を御覧ください。

これまでに取り組んできた質指標の標準化について、経緯を整理し、改めて認識の共有ができればと考えてございます。

図の左上、1-aでございますが、現在、多種多様な質指標が運用されているわけですが、質指標の基本的な考え方は共有できると考え、医療の質指標基本ガイドを作成いたしました。これによって、質指標について共通した理解を深めることができたものと考えておりますが、しかしながら、具体的な指標については整理ができておりません。

その右側、1-bですが、並行して基本的な改善活動の進め方を整備するために、昨年度ですが、パイロットを実施いたしました。そして、このガイドの整備とパイロットでの活動を基盤として、標準化に向けた施策としてベンチマーク評価に取り組みました。これが可視化プロ

ジェクトということになります。

真ん中の2番ですけれども、全国規模のベンチマーク評価を行うためには、指標の定義や計測方法を統一する必要があるがございます。すなわち、質指標の標準化のプロセスの一つとして、このプロジェクトを活用していることになります。ベンチマークで扱う指標は、協力団体が運用する指標の中からガイドに準拠した指標を選定することとしております。

一番下の3番でございますが、可視化プロジェクトはモデル事業なので、このベンチマークで扱う指標の位置づけなどを改めて御検討いただき、全国で統一した指標の在り方を検討することとしております。

資料20ページ目を御覧ください。

前回の協議会で可視化プロジェクトの位置づけに関する御質問をいただきましたことから、改めて基本事項を整理いたしました。

まず可視化プロジェクトで扱う指標の件ですが、今も若干触れましたが、全国で共通して計測が求められる質指標という位置づけになっております。そこで、本会で規模・機能によらず重要な事項として、医療安全、感染管理、ケアをテーマに定め、このテーマに関連する例示指標を選定いたしました。

一方、前回御質問いただきました対象となる施設でございますが、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ております。主な想定は、これまで質指標の計測に取り組んでいない病院ですが、各団体のQ I 事業に参加する病院も含めて、全国の病院を対象にしております。

700病院という目標数が、各団体のQ I 事業に参加していない約7,000病院の1割と説明してまいりましたので、プロジェクトの対象施設そのものがまだ指標計測に取り組んでいない病院ではないかという誤解を招いてしまった点につきましては、おわびを申し上げたいと思います。

資料21枚目を御覧ください。

少し前置きが長くなりましたが、今述べましたように、標準化に向けたプロセスの一環として可視化プロジェクトでの運用を進めております。そして、今年度中にプロジェクトで運用した指標を検証し、協議会の承認を経て標準化指標として確定させることを想定してございます。

まず、この質指標標準化に向けたプロセスを御説明申し上げます。

左上からフローが始まりますが、協力団体が運用する既存指標の中から、テーマに関連する指標を抽出し、さらにガイドに準拠した例示指標を選定し、9指標に絞り込みました。

左下の星印から右上の星印に続くのですが、現在、この9指標を可視化プロジェクトで運用

しているところでございます。今後検証を行い、本会の承認を経て、本事業が策定した標準化指標として、全国の病院に提供する想定でございます。

資料22枚目を御覧ください。

先ほどの流れで御説明したとおりでございますが、現在運用している9指標を今後検証していきたいと考えています。

これらの指標は、ガイドに示す「質改善に資する指標の要件」に沿って選定されておりますので、検証の判断基準といたしましては、この選定時の要件を逸脱していないかどうかを基準にすることを想定しております。

また、そのための判断材料としては、御覧いただいているような計測率、手順書どおりの計測ができているかどうか、あるいは疑義照会などの情報を参考にしたいと考えております。手続については図には細かく示しておりませんが、まず標準化部会で評価し、その後、本会に諮りたいと考えております。

資料23枚目を御覧ください。

御検討いただきたい事項ですが、資料の19枚目から21枚目に示しましたように、可視化プロジェクトで扱う指標を選定し運用するというプロセスを通じて、質指標の標準化を進めております。

このように、ベンチマーク評価と質指標の標準化を一体的に進めていくという方法を取っておりますので、改めてこのような形で指標の標準化を進めているということについて御確認いただきたいと思っております。その上で、今年度中にこのプロセスに沿って本事業が策定する標準化指標を定めることを想定しておりますが、それによろしいかどうか御検討をお願いしたいと思います。

説明は以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

この点に関しまして、部会長の的場先生から補足がございましたらお願いいたします。

○的場部会長 これまで御覧いただきましたプロセスを踏まえ、ステップごとに進めてまいったわけですが、そのステップの右側の部分が今後予定しているステップになっております。

改めて部会で議論いたしますと、それなりに複雑に、何度かのステップを経ながら最終的な標準化指標になるという形になっておりまして、ところどころ例示指標ですとか何々を経た何とか指標というような指標の名前がたくさん出てきまして、こういったことの違いがはっきり

理解できないようなことがあるのではないかという懸念が部会の中では示されて、一部、部会員の中でも混乱が見受けられることがございました。これは正直なところでございます。

今回、委員の先生方におかれましても、少し見たところで分かりづらいと思うところもあろうかと思っておりますので、御意見いただきながら、そういったところも今後は整備していきたいと思っております。

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。

質指標の標準化に向けて、ガイドに準拠した指標の選定や可視化プロジェクトの運用を行ってまいりましたが、改めてこれまでの経緯やプロジェクトの位置づけを整理したところでございます。

今後のプロセスといたしましては、現在運用されている指標の検証を行い、本事業が策定した標準化指標として、広く全国の病院に提供するという想定でございます。

このようなプロセスであることを改めて御確認いただき、順調にいけば次回の協議会で、いわゆる我々が言っているところの標準化指標を御審議いただき決めていきたいというふうに考えているところでございます。

この件につきまして、皆様方の御意見をいただきたいと思いますが、よろしく願いいたします。

○原委員 原ですが、よろしいでしょうか。

○楠岡委員長 どうぞ。

○原委員 よく分かりました。ですが、この後に相互比較ということが出てくるようですけれども、この標準化プロセスの中に相互比較ももともと組み込むということは不可能でしょうか。できたら、大体いろいろなところが使っている指標を使ってくるということになるので、もともとそれを選んだ理由はあるし、ほかの団体がちょっと違っていれば、その違った理由もあるんだろうと思うので、そこの相互比較をこの標準化のプロセスの中に含めていただけると、もっとみんなが集まった標準化というのできるのではないかと思いますけれども、いかがでしょうか。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

事務局のほうは何か。

○事務局 御提案ありがとうございます。

今回運用している指標は、協議会の各協力団体が使っている指標から選定されておりますの

で、言わば重複して運用されているような状況がございます。

したがいまして、今後どのような形ですみ分けをしていくのかですとか、今回扱う指標を、どのように位置づけるのかですとか、そういったところを今後検討するということを先ほどお示しした資料の中にも含めているところなんです、そのような今後の検討、どのようにこの指標を扱っていくのかという議論の中で、各団体が運用している指標との整合とかすみ分けとかを検討していくことになろうかと思っております。

相互比較は、この後の議題で御説明しますけれども、それと一体になるかどうかも含めまして検討する必要がありますが、改めて各団体の運用との整合については今後検討させていただく想定でございます。

○楠岡委員長 よろしいでしょうか。

○原委員 分かりました。

○楠岡委員長 ほかに御意見いかがでしょうか。

どうぞ。

○西尾委員 日本慢性期の西尾です。

この指標というのは、我々の日本慢性期でも非常に役立つ指標というのを採用していただきまして、ありがとうございます。矢野委員からも聞いておりましたので。

それから、例えば転倒・転落に関して、この前、当院のリハビリのスタッフなんか、いわゆるアセスメントシートというので、転倒・転落の指標、例えば過去1年間振り返って、我々が使っているアセスメントシートでどれぐらい、この人はやはり転落するねとか、そういうことが分かるようになった指標を当院では前から用いているんですけども、同じく日本慢性期医療学会というのがあったわけですけども、そこで用いているアセスメントシートだと全然予測もできないと、役に立たないアセスメントだと、そこの発表者が言っていたみたいで、原委員がおっしゃるように、同じ一つの団体で同じような患者さんを見ても、例えば転倒・転落というごく一部のあれですが、用いる指標で、その指標が役立っているのか役立っていないか、やはりそういうフィードバックも要るかなと思ったので、これから検証が要るかなと思いました。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。

今回の採用している指標は、今、西尾先生からも御指摘いただきましたように、行く行くは

全国8,000の病院で共通して使えるような指標ということで、急性期、回復期、慢性期の病院ということにかかわらず、測定できること。当然のことながら、それぞれの病院機能の特性によって考える必要があるのと、分析の段階においては、それを一律まとめて比較することには困難があるので、この後のほうで出てきますような分析とか相互比較のようなどころでの注意点はありますかと思います。しかし、まずは全国どこでも測れるような指標ということで、今回部会のほうで設定していただいた次第でございます。

ほかに御意見ございますでしょうか。

はい、岩澤さん、どうぞ。

○岩澤委員（吉川委員代理） 日本看護協会の岩澤でございます。本日、吉川の代理で発言をさせていただきたいと思っております。

今後の検討課題のところ、いわゆる本会がやっております看護の質評価事業も含めまして、様々な団体がやっつけらる事業とのすみ分けというものが検討される、ということかと理解しているところでございますけれども、この9つの指標というのが、質指標の標準化という意味合いで、分母、分子を含めて定義を標準化していくという認識でよろしいのかということ。

そうなりますと、本来は、やはり質評価だけではなく、そこから改善につなげていかななくてはいけないと思っております。先ほども御意見がありましたが、9つの評価指標を取っていく、ベンチマークを評価していくということから、それがどうやって、ストラクチャー、プロセス、アウトカムを含めて改善につながっていくのか、というところで、指標の在り方をどう考えるのか。そこは、各団体のところで様々な指標と合わせて深くやっていくという位置づけで、今後検討するのか。評価指標の標準化とのすみ分けについては今後の課題として、また御議論いただければと思っております。

以上でございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

改善へどうつなげていくかというのは前回も御指摘いただいたところで、今回も、ただ単に測る施設を増やすというのが目的ではなくて、その次のステップとして、それを改善に利用していただくということを考えておりますが、まずは測定をしていないことには話になりませんので、まずは測定というところを今広げているという状況です。当然のことながら、この先、単に測って喜んでいるというのではなく、それをいかに改善につなげていくか、それが改善につながるものであるということを確認していただく必要があります。

ただ、昨年度の実績におきましても、改善に取り組むためにはいろいろ難しい問題もありますので、それは先ほど前の議題で申し上げたような形で、その要因調査を並行してやっていくという方向で今進めているというところでございます。

○岩澤委員（吉川委員代理） ありがとうございます。

本当に質の評価は測って終わりではないと、私たちも常々悩みながら取り組んでおりますけれども、ぜひその先を見据えながら検討を御一緒にしていければなというふうに思っております。

ありがとうございます。

○楠岡委員長 ほかに御意見いかがでしょうか。

よろしゅうございますか。

どうぞ、松原委員。

○松原（為）委員 先日、民医連でベンチマーキングの集まりを行ったんですが、ちょっとその中で感じたことなんですけれども、結構高い指標値が出ている病院で、実は測っている部門とそのプロセスを動かしている部門が別で、実際に動いている部分は、一生懸命改善活動はしているんですけれども、指標値を見ていないと。うち、そんな高かったんですねみたいな話が出てきてちょっと驚いたんですけれども、恐らく今回の取組に関しては、測り出しましょうということをまず念頭に置いて取り組まれるということは、これは非常に一般的な方法だと思うんですけれども、その指標で回していくということを進めるのにも、大分これはそこに手助けを与えないと詰まってしまうというのが、やはり経験的には感じておりますので、ちょっと壁の部分を、どこに壁があるのかということをもう一度認識しながら進めていく必要があるのかなと感じた次第です。

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、先ほど御説明したようなプロセスに沿って指標の検証を進め、次回の協議会で標準化指標について、改めてまた議論をさせていただきたいと存じます。

ありがとうございました。

それでは、②の既存のQ I 事業参加病院間の相互比較につきまして、御説明をお願いいたします。

○事務局 それでは、資料の25枚目を御覧ください。

可視化プロジェクト適用指標は、協力団体が運用する指標から選定しておりますので、協力団体でも同様な指標の計測が長年行われております。そこで、団体横断的に計測値を比較できないか、もしできたとしたら、団体内のみでは得られない新たな知見を得ることができるのではないかと考え、Q I 事業に参加する病院間や、あるいはこの可視化プロジェクトとの間で計測値の相互参照を可能とする方法などを検討いたしました。

御覧いただいておりますのは、可視化プロジェクト適用指標と同じ定義の指標、または指標名は同じなだけでも、定義がやや違う指標の運用状況でございます。青地に丸印は定義が同一、赤い色塗りで三角のところは定義がやや異なる類似した指標、白地に横棒は採用していないことを示しております。A、B、Cなどのアルファベットは各団体を示しております。

資料26枚目を御覧ください。

複数の団体で同じ定義の指標を運用している場合には、計測結果を相互比較できるのではないかと。また、同様な意図の質指標なだけでも、定義が異なる場合は、いわゆる類似指標と呼んでおりますけれども、相互比較が可能なのかどうかについて検討いたしました。

方法は、協力団体が公開しているQ I 事業報告書の最新版を閲覧し、個別施設の計測値を参照いたしました。

対象とする指標といたしまして、MSM-02：転倒・転落（3 b以上）、MSM-03：肺血栓塞栓症予防対策、この2つを取り上げまして、団体ごとに箱ひげ図を作成し比較を試みました。

27枚目でございます。

まず1つ目の事例でございますが、転倒・転落（3 b以上）という指標の結果でございます。赤枠で囲まれたところの団体C、Eは、可視化プロジェクトで採用した定義と同じ定義の指標で計測している団体でございます。

一方、右側の団体G、Iは、同じ転倒・転落で何らかの影響があったという意味の指標なのですが、異なる定義の下で運用しております。御覧のような分布の違いがございます。

なお、この赤枠に可視化プロジェクトの計測値が入ると、全国規模のデータとの比較ができるということになるのですが、この資料作成時には、まだ集計結果ができておりませんでしたので、入れておりません。

資料28枚目を御覧ください。

各団体が使用している転倒・転落指標の定義について、その違いを一覧にいたしました。

上の2段、色つきの部分ですけれども、団体CとEは可視化プロジェクトで採用している定

義と同じ定義となっております。下の2つは、分母は同じなんですけれども、分子の定義が違っています。具体的には、団体Gでは損傷度レベル2以上、団体Iではインシデント影響レベル3 a 以上という定義を用いています。

資料29枚目を御覧ください。

今、言葉として定義をお示しいたしましたが、その範囲を図示したものでございます。

左側と右側で2つの表を示しているんですが、左側がインシデント影響度分類の表になります。この薄いオレンジで赤枠の部分がレベル3 b 以上、可視化プロジェクトで採用している分子の定義の範囲となります。その下、やや濃いオレンジ色、ここがレベル3 a 以上の範囲となります。一方、右側は、損傷レベル分類という異なる分類法であります、青い部分が損傷レベル2以上の範囲となっております。

このように、分子としてカウントする範囲が異なっており、恐らくデータの分布にもこのような定義の違いが反映されているものと思われま。

資料30枚目を御覧ください。

次の事例ですが、肺血栓塞栓症予防対策という指標で同様の作業を行ってみました。

今回、左側の赤枠内は、団体C、E、G、この3つが可視化プロジェクトと同じ定義の指標を運用しています。一方、右側の団体F、H、Iは、異なる定義で計測しています。

計測値の分布は、どの団体も100%にかなり近い状況があり、いわゆる天井効果が働いているようにも見えます。

31枚目を御覧ください。

こちらの指標につきましても定義の違いを一覧にしてみました。

上3つが同じ定義、可視化プロジェクトで採用した定義と同じ定義でございます。中ほどの団体Fは、分母が違います。下から2番目の団体Hは分子が違っており、一番下の団体Iは、分子、分母とも違うということになってございます。

32枚目を御覧ください。

標準化部会で、以上のような状況を見ていただき、団体横断的な比較がどのような場合に可能なのか検討いただきました。

その結果ですが、同じ定義であれば団体間で計測値を相互に比較することは可能と考えられるということでございます。ただし、定義が同じなら比較ができるというよりも、定義が同じであればやっとな参考になる程度と考えるという意見もございました。

この趣旨は、定義が同じであっても計測手順がやや違っていたり、あるいは患者の重症度な

どが違っていたり、様々な変動要因が、まだ残っているということを指したものでございます。

一方、定義が異なる指標の場合には、幾ら分析を工夫しても計測値を直接比較することはできないというのが部会の一致した意見でございました。計測値が似ているからといって、同じものではないという考え方でございます。

ただし、参照する指標定義との差異を精査した上で、計測値の偏りが妥当な範囲かどうかを検討することは意味があるという意見もございました。これは分母の範囲、分子の範囲が狭いのか広いのかといったところを精査して、もし分子が広いのであれば値は少し大きくなる、狭くなれば少し低くなるだろうということが想定されますので、そのようなところを手がかりに検討していくこと自体は意味があるのではないかとこのところでございます。

また、今回のように、定義の違いをまとめてみるというのは重要で、分子、分母の定義をなるべく統一していったらどうかという議論が、これをきっかけに起きればよいのではないかとこの意見もございました。

したがって、部会の見解のまとめですけれども、団体間の計測値を相互比較しようとする場合には、参照する指標の定義と計測値を両方同時に検討することが重要と思われませんが、現状では、それらの必要な情報をすぐに参照できるような整理がなされておられません。

33枚目でございます。

御検討いただきたい事項ですが、団体間の横断的な比較が可能な場合と難しい場合が混在している状況でございます。

そこで、まず団体の指標を整理させていただくところから始めてはどうだろうか。すなわち、同一指標の一覧ですとか定義の違いなどを整理するというところから始めてみるということではいかがでしょうかという御提案でございます。

また、相互比較の参照先として、個別の団体ではなく全国状況を示すデータを参照するというのも有益と思われませんが、そのようなニーズがあるならば、可視化プロジェクトの計測値を相互比較の参照値として活用することも検討してはいかがでしょうか。御意見を頂戴したいと考えております。

以上でございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

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 こちらにつきましても部会で多々議論がございまして、今御説明がありましたとおり、定義が異なる、分母、分子が微妙に異なるということは、そもそもその指標の設計段

階で何を測りたいのかという点について、それぞれの団体様がこういうところを見たいということのフィロソフィーそのものが異なっているというものなので、指標の名称が同じだということでも、その具体的な定義を見ればフィロソフィーの違いを感じ取ることができる。

その違いがあるようなものについては、数値が少し近いデータが出ていたとしても全く違うものであるために、単純に比較ということには適さないということが、まず基本だろうという話が1つございます。

ただ、例えば今回の私どもでの可視化プロジェクトでの指標などの結果が出てきた際に、ある程度その改善の余地が少ないような指標も今後出てくる可能性もあるわけです。そうなりますと、同じような指標を見ていくときにも定義を少し見直すということも考えられるわけで、そのような場合には、ほかの団体で出しているものも参考にしながら、その幅の部分ですとか違いの部分というのを見ていきながら調整していくという議論もできるような意味では、いろいろな参考、議論のきっかけになるのではないかとということなども意見として上がっていたところがございます。

その点で、最後にありますように、まず今の段階で結論を急ぐようなことはなかなか難しい状況でございますので、幾つかの指標に関しまして、この一覧化をしていくということを進めて、さらなる検討をしていきたいというようなところが話合いで出ていたところがございます。

ご議論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。

先ほどまでの議論は、まだ指標計測に取り組んでいないところに、どのように計測に関心を向けていただくかというプロジェクトに関するものでしたけれども、ただいまお示ししましたのは、少し新しい切り口で、既にQ I 事業に参加している病院間での計測の比較ができないかということでございます。

指標名は同じでも細かい定義が違うというものもありますので、どこまで比較が可能かなど検討すべき課題は、先ほど来ずっとお示しいただいているところでもありますけれども、まず指標を一覧化するところから始めてはどうかということでございます。

当初は、各団体で測っている指標を集めますと相当な数になりますし、特に疾患ごとの指標になりますと、かなりその定義等も少しずつ違っていたところがあって、なかなか一覧にしても意味がないというようなところもあったわけでもありますけれども、今回この可視化プロジェクトの中で採用しました9指標につきましては、かなりシンプルな指標であるがために、同じ定義を使っておられる団体もあるということと、先ほどのグラフのような形で並べてみますと、

その違いがどういうふうに現れてくるかということも、グラフと定義表等を見比べれば一目瞭然というところがございます。

これまで、あまりそういうような比較はしていなかったわけでありましてけれども、今回2つの指標でありますけれども、これに取り組んでみますと、ただいまお示ししたような結果が出てきたというところがございます。

可視化プロジェクトの計測結果が出てきますと、これは同じ指標で600病院なりが今測っているところでありまして、それをさらに付け加えることで、相互比較のさらに一つの比較の基準になるのではないかとということも考えられるところがございます。

これに関しましては、既に公表されているものをベースに進めていくことになるので、各団体さんに何か特別に作業をお願いするという話ではありませんけれども、こういうような形で、9つの指標に関して相互比較のまとめをつくるということに関しまして、御意見をいただければというふうに、お願いしたいと思っております。

いかがでしょうか。

○原委員 原です。

○楠岡委員長 どうぞ、原先生、お願いします。

○原委員 本当に今おっしゃられたように、僕は一覧化というのはぜひやっていただきたいなと思っています。何しろ、この協議会が発足して、僕がやっていただきたいことの一番の大きいテーマが、この標準化ということだろうと思って今まで来ています。

それで、ついにこの標準化の具体的なところまでだんだん迫ってきたというのは、本当にうれしく思っています。ですので、今おっしゃられたように、まず同じような意味を持っている指標の分子、分母の定義の一覧化を、まずぜひやっていただきたい。

それで、次には先ほどお話があったように、それぞれの団体にフィロソフィーがあって違いがあるということなので、そのフィロソフィーのたたき合わせ、お互いにそのフィロソフィーの検討、同時に両方がフィロソフィーを出して、お互いのフィロソフィーを検討し合うという場をぜひつくっていただいて、その場がうまくいけば本当の標準化ができてくるんじゃないかなと思いますけれども、そこまで行っていただけるといいなと思っていますところなんです。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ほかに御意見いかがでしょうか。

私もこのグラフを見たときに、同じ定義でやっている場合においては、団体が違っても大体

その結果としてはほぼ同じところに来ているというようなデータだと思いますし、また、それと比べまして違うところにあるところは、例えば転倒・転落に関しては、団体Gさんではレベル2まで取っているのですが、当然のことながら件数は増えるということになります。肺血栓塞栓症に関しましても、団体Fさんのところで高リスクと中リスクに分けると、高リスクは当然のことながら実施率は高くなっていくというリーズナブルな結果が読み取れます。

団体Iのほうは、外科手術全部に対してをベースにしていますので、本来必要がないというとおかしいですけども、必ずしも予防策を取らなくてもいいような手術に対しては、当然のことながら予防策を取っていない。そういうふうに分母、分子に余分の分が加わったことで、結果的にこういうような結果になっている。

これを見ることによって、今後、各団体がまた指標を見直すようなときに、なるだけ同じところへ近づけていただけるか、あるいはそこに1つ追加していただけるかというような形で、相互比較がさらにできるような形になるのではないかというのが、私の感じたところでございます。

福井先生、よろしく申し上げます。

○福井委員 病院団体ごとのQ Iをリストアップして、それからデータを比べようというのは、我々もずいぶん前にやろうとしたんですが、病院団体が違っていても同じ病院が幾つも入っているんですね。

今回の可視化プロジェクトでも、既に他の病院団体にQ Iを出しているところがたくさん入っています。一つの病院が幾つものところにデータを出しているわけで、それらを全部合わせれば全体像が分かるのかどうか。科学的に何か物を言おうとするときに、オーバーラップがハードルになるように思います。その点は考慮しておいたほうがいいと思います。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

今、福井先生が御指摘いただいた重複の問題はかなりあるんですが、各病院団体の参加施設の照らし合わせは、まだできておりませんので、それがどれぐらい影響が出るかという定性的な評価も、まだできていないような状況であります。

また、各病院団体がやっているこういう計測事業に参加されているところは、変な言い方ですが、ある程度自信のあるところが参加されているところがあるので、どうしてもそういうところが複数の団体にデータを出されると、全体のレベルを上げる傾向になってしまうという可能性もあるかと思えます。その辺は限界があるのは承知の上で、まずは一覧だけはやってみて

はどうかというのが今回の提案でございます。

福井先生のほうで前にされたときには、やはりグラフの傾向として同じような傾向だったんでしょうか。

○福井委員 データをこういうふうに比べようというところまでは行きませんでした。指標の比較はやりましたが、病院に聞くと、全日病と日本病院会の両方に出しているという病院が随分あったものですから、データの統合や比較まではいかなかったように覚えています。

○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。

松原委員、どうぞ。

○松原（為）委員 25ページの相互比較の表を見ていますと、やはりA、B、C、D、Eが共通化しているのが多いんですけども、恐らくこれはDPCのデータから取っているかどうかという差異が非常に大きくて、今回裾野を広げるという目的において、やはりDPCのデータ提出をしていない、いわゆる回復期中心の病院等のデータの収集が非常に負荷がかかったりとか、場合によっては手順が変わることによって、同じ定義で取っているつもりでも実は違うものを出していたりとか、そういったことが出てきますし、京大のQIPのほうの定義が変わると定義が変わってくるという、一番本流のところの定義に影響を受けたりとかいろいろありますので、この辺の考慮が結構難しくなっているなというふうに感じています。

方法論的にはどうするのがよさげかというのは、ちょっと今は思いつかないですけども、一つの課題ではあるかなと思っています。

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。

先ほど申し上げましたように、今、各団体で測っておられる全部の指標に関して、このようなまとめをするというのは相当難しいと同時に、作業の割には得られるところは少ないかもしれないんですけども、今回は9指標に関してでありますので、まずは今回2指標で出したようなものを一度9指標で出してみ、その中でまた御議論をいただければと思います。実際にこの9指標に関しても、こういうグラフが出てきますと、病院団体さんのほうで相互比較を考えるとすると、うちの指標ももう一回考えたほうがいいんじゃないかというような、そういう働きかけができれば、最終的に全国共通の指標でという形に収れんしていく可能性もあるかと思っていますので、まずそのきっかけとして、松原先生からも御指摘いただきましたように、いろい

るな問題点はあるんですが、まずこの9指標だけにおけるトライアルということで試みてみるということではいかがでしょうか。

よろしいでしょうか。

事務局のほうもそれでいかがですか。

○事務局 はい、まずはやってみたいと思います。

○楠岡委員長 では、まず次回までにそこをもう一度してみまして、それに、また的場先生の部会でも御議論いただいて、もう一度フィードバックさせていただきたいと思います。

ありがとうございます。

そうしましたら、次に3番目で、患者中心ケアの可視化に向けた検討であります。これについても御説明をお願いいたします。

○事務局 それでは、35枚目を御覧ください。

患者中心ケアの可視化の検討について御説明申し上げます。

この35枚目ですが、初めに、なぜこの議論がなされているのかという検討の経緯を整理いたしました。もともと可視化プロジェクトのテーマとして患者満足度が挙げられていましたが、短期間で患者満足度指標の計測方法などを統一することが困難であると考え、別途検討することとしているものでございます。

医療の質の中核的な要素である患者中心性を表す指標として、現時点では患者経験、Patient Experienceというものを中心に情報収集を進めているところでございます。

資料36枚目を御覧ください。

標準化部会では、患者経験調査のイメージを共有するために、従来広く行われている患者満足度調査との比較を通じて検討いたしました。

御覧のように、計測しようとする概念やプロセス、アウトカムといった位置づけの違いがありますが、ともに調査票を用いて患者に回答をいただき集計するという方法は類似しています。

調査の設問は、この例にございますように、患者経験調査では、患者が経験した事柄の頻度を回答いただきます。一方、満足度調査では、期待が満たされたかどうかについての評価を回答していただくという違いがございます。

資料37枚目を御覧ください。

もともと患者満足度調査が標準化されていないところからこの議論がスタートしたわけですが、国が行う受療行動調査に合わせることで満足度調査の標準化が進むのではないかと、この案についても検討いたしました。

資料38枚目を御覧ください。

標準化部会での意見を整理したものでございます。

まず患者満足度調査に関しましては、満足というものは、本質的に期待と結果のバランスであり、期待が低ければ結果が悪くても満足する場合があります。したがって、客観的な体験とか経験を導入すべきである。あるいは患者満足から医療の質を考えるということに関して、本当にそれがいいのかどうか疑問視する意見も多々あるために、患者経験／体験を中心に議論するほうがよいのではないかということ。また、受療行動調査の設問を活用してはどうかという案に関しましては、あまり望ましくないという意見となっております。

一方、下半分ですが、患者経験調査の導入につきましては、もしかすると急に全ての調査項目を患者経験、P Xに置き換えるということに抵抗を感じる病院もあるかと思うので、一部の下位尺度を取り入れるという手もあるのではないかという意見がございました。

また、厚生労働科学研究で米国の患者経験調査であるHCAHPSの日本語版が既に作成されているので、そのような既存のものから適切なものを選択するというのがよろしいという意見でございました。

39枚目を御覧ください。

まだ検討中の段階であり、本日時点では検討経過を御報告するのみでございますが、可視化プロジェクトで扱うべき患者中心性指標として、Q I標準化部会では、患者経験調査に基づく指標を導入してはどうかという意見が多いという状況でございます。

また、患者経験調査の導入に当たっては、一旦、満足度調査と経験調査をミックスしたような中間段階を経て、段階的に移行してはどうかということも検討したんですが、一気に切り替えるほうがよろしいという意見となっております。

今後、特に運用面での課題などもきちんと整理して、導入の具体案を検討したいと考えておりますが、現時点で何か御助言があれば、ぜひいただけますと幸いです。

以上でございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

的場先生から追加がありましたら、お願いいたします。

○的場部会長 もちろん、まず部会では、私どもの医療者側からの視点だけではなくて、患者側からの視点での評価がとても大事だという視点につきましては、各委員にとって異論がないというところから議論が始まりまして、その上で受療行動調査も少しずつ内容が変わってきているということもありまして、少し内容なども検討して経験的な側面も調査の中に含まれつつ

あるということから、この矢印の真ん中のステップのところに受療行動調査への標準化という  
ようなものも議論の俎上に上ったというところでございます。

ただ、最終的に全ての評価項目として統一していく、あるいは最終評価である満足度の結果  
だけを取り出すということになりますと、既存の満足度調査の満足の概念での評価というより  
は、より経験に近いような評価のほうが改善につながりやすいのではないかという意見が多数  
を占めまして、経験調査の考え方に進んでいくことを急いだほうがいいのではないかというの  
が部会での意見の多数であったというところでございますので、まだ議論の途中ではございま  
すけれども、また多々御意見を頂戴できればと思っているところでございます。

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。

まだ検討経過の報告という形でございますけれども、何か御意見、あるいはサジェスション  
があれば。

桜井委員、よろしく願いいたします。

○桜井委員 ありがとうございます。

それでは、私から患者の立場としての意見として発言させていただければと思います。

先ほど岩澤委員のほうからもお話がありましたけれども、やはりこれは評価を取ってどれだ  
け改善につなげていくのかというところがとても重要だと思っています。そういう点で、医療  
の質という面から見ると、この24問程度のPXの調査というのは、非常に患者としても答えや  
すい内容、要は、あったかないかという事実ベースなので、主観を交えずに答えられるので比  
較的答えやすいかなと思っています。

多少、アメリカ版なので、単語としては、ちょっとこれは日本だとどうなのかなというよう  
なところはあるかと思うんですけれども、ただ、これを例えば今20%のものを40に上げていく  
ことを今回の目標にしようねとか、そういうことを比較するという観点からは、いいかなと  
思っています。

一方でなんですけれども、PXとPSの違いと考えたときには、何か私もこのPXというの  
は医療者側のほうが取りたいことであって、患者さんが伝えたいこととは微妙にやはり違うな  
という感覚はしています。

なので、医療の質、安全評価という、もうその概念だけで見たらいいかもしれないんです  
けれども、患者さんがこの病院に対してどういうふうに感じたのかというようなところは、  
ちょっと漏れていってしまうんじゃないかなという気がしましたので、少しPXを使うときに、

お互いがやはりエンパワーメントし合えるように、少しナラティブなところも設けていただいてもいいのではないかなというふうには思っています。

私からは以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

次は西尾委員、お願いいたします。

○西尾委員 ありがとうございます。

私もこのアンケート、質問の詳細を見ていないので間違った質問かもしれませんが、この評価をしようと思うときに、1つは病院全体の満足度というか質を見ることと、それから職種ですね、医師、看護師から事務系から全てに対しての満足度というんですかね、評価というのを受ける、そのような形になっているのでしょうか。

当院でももう大分前からやっていて、質問すると、医者に対してとか、大体一番いい結果が得られる看護師さんに対しては満足度はいつも高いんですけれども、医者の方はやはり時々駄目な医者もおるので、結局同じような傾向になっちゃうんですね、事務職に対してもとかなですね。

病院全体なのか、いろいろな職種というのが今ございますので、切りがないかもしれませんが、その辺、分かる範囲でお答えいただけたらと思います。

○楠岡委員長 事務局、お願いします。

○事務局 御質問ありがとうございます。

患者経験調査で世界的に用いられているのが、アメリカのHCAHPSという調査票でございまして、福井先生の研究班でもそれを日本語版に訳されたという経緯がございしますが、それを例に取りますと、病院全体という意味では病院の総合評価、あるいはその病院の推奨度という設問がございまして、それが今の御質問の病院全体の評価に当たるころなのかなと思います。

あと、職種に関しましては、医師とのコミュニケーション、看護師とのコミュニケーションという2つ職種に関する設問がございまして。

そのほかの職種については、例えば事務系とか、ほかの職種は必ずしも単独で取り上げてはいないんですが、スタッフの応答性というところで、いろいろなことにすぐ対応していましたかという趣旨の設問というかドメイン、下位尺度があるということと、一番新しいバージョンのHCAHPSでは、薬の説明がどうだったかという設問もありますので、それは薬の説明という言い方なんですけれども、薬剤師の対応ということにもつながってくるのかなと感じますが、そういった趣旨の幾つかの職種、あるいは特定の領域に関連する質問が構成されています。

オリジナルは29問の設問がございます。

○西尾委員 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。

それでは、草場委員、お願いいたします。

○草場委員 草場でございます。御説明ありがとうございます。

患者中心性に関しては、我々はプライマリーケアの領域も大変関心を持っている部分がございます、非常に重要なテーマだというふうに考えています。恐らく患者中心性に関しては、やはりさらに診療所なども含めた医療界全体に影響する指標になると思いますので、単に病院だけではなくて、本当に全医療機関に多分適用していくことが今後可能だと思いますので、ぜひ深くこれから検討し、実践し、またつくり直すプロセスをやっていただきたいということが1つです。

そして、もう一つ、我々の学会のほうで理事をやっている青木医師が、非常にPatient Experienceに関しては、本当に深く研究をしているところがございますので、我々の領域の中ではJPCATという形で、プライマリーケアのまさにPatient Experienceを評価するツールを開発して、現在の日本の中でもいろいろな形で適用して実践しているところでございます。

大変客観的で、しかも比較をし、なおかつ改善していくという活動に直結するという実感がございますので、ぜひ、今回お示しいただいたような方向性が大変妥当だと思いますので、ぜひ患者経験調査という形で洗練させていただきたいなと思って発言いたしました。よろしくお願いたします。

以上です。

○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 すみません、1点だけ追加で御質問させてください。

今だと、多分、病院同士で連携をしていたり、その連携のところなどもすごく重要なところになってきているかなと思うんですけども、私が現在持っているこのPXの評価表、日本語版のものというのが、ちょっとそのあたりのものはなくて、病院単体の中での職種がどうあったかというところになってしまっているの、今の医療が目指していく姿というようなところも加えたような、少しだけバージョンアップは、やはり必要なのではないかなというふうには思っています。

以上です。

○事務局 今御指摘いただいたのは、P X研究会が訳されたものだと思うんですけども、もとのオリジナルのアメリカのHCAHPSでは、「Care Transition」、ケアの移行という項目がございまして、厚生科学研究で翻訳されたところには、そこまでしっかりと入っておりますので、下位尺度としては、それが今御指摘の部分に該当すると考えております。

○桜井委員 いいですね。そういうのがあると、患者が一番戸惑うのは結局移行のところ、結局放り出されちゃったねというような、連携がうまくいっていない事例はとて多いかなと思っておりますので、ぜひオリジナルのほうのもの等々を活用していただけるといいのかなと思いました。

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。

それでは、松原委員、どうぞ。

○松原（為）委員 PSがアウトカムとしての、アウトカムが出てくるのはいいんですけども、それを改善するときにプロセスごとに分解しないといけないのは当然になるわけなので、P Xを進めていくというのは、非常にやはり大事なことだと思っております。

PSのほうの、例えば病院間の比較ということになりますと、例えば民医連では生協組織の病院が多いんですけども、やはり生協組織という自分が主体的に関わっている組織のアウトカムを取ったときに、物すごく厳しく出るんですよ、点数が。だから、いろいろなほかの影響がありますので、その期待度によって大きく変わってくるもので相互比較は無理ですけども、プロセスだったら比較できますし、全体的な評判のいい病院の、やはりこういったP Xのデータが入手できて、こういうところに注意されているんだなといったことで非常に役に立つと思います。

かなり急いで進めていきたいということも病院のほうではもちろんありますので、できるだけ何らかの形で進めていただいて、例えば患者層なんかで合わないねというところは、その病院ごとの適用でカバーしていくということが可能だと思いますので、ぜひとも積極的に進めていって、相互比較できる形で標準的なものでまず行っていただくのが一番重要かなというふうに思っています。

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。

そうしましたら、ただいまいただきました御意見を踏まえまして、患者経験指標導入の具体案をさらに検討していきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

それでは、最後、3、その他につきましてお願いいたします。

○事務局 それでは、資料の最後のページですが、41枚目を御覧ください。

2点御相談事項がございます。

まず1点目は、例年のお願いでございますが、各団体が運用している質指標の実績値及び最新定義の御提供をお願いしたいというものでございます。

最新定義と申しますのは、今現在お使いになっている定義、実績値といいますのは、昨年度御提供いただいた定義に対して既に公開されている、集計が終わって公開されているようなものがありましたら実績値を御提供いただきたいという、例年と同様の内容でございます。こちらは、改めて各団体に御相談の連絡をさせていただき、必要なフォーマットなどを添えてお願いをしたいと思っております。

もう一点でございます。医療の質向上のためのコンソーシアムの開催時期の見直しについてでございます。

例年、年度末にこの本コンソーシアムを開催しておりますが、今年度に関しまして、年度内に可視化プロジェクトのデータを集計して、それを遅滞なく終わらせるということが大変大事になってまいりますので、できましたら年度明けの2023年度の早い時期に、今年度の成果を踏まえた次年度計画を広く発信・共有するというようなイメージのコンソーシアムを開催してはどうかと考えているところでございます。

事業計画、今年度は2回コンソーシアムを行うという計画を立てておりまして、7月に一度コンソーシアムを開催したんですけれども、2回目として予定したものを、少し年度明けのほうにずらして運用したいと考えてございますので、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。

ただいまの2点につきまして、何か御質問、コメントはございますでしょうか。

よろしいでしょうか。

実績値の提供等に関しましては、また改めて各団体の事務局のほうにお伝えさせていただくということと、コンソーシアムは今年度2回の予定でしたけれども1回とし、今回の可視化プロジェクトのまとめを次年度、早い時期に行うということで御了承いただく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、事務局から、ほかに何かございましたらお願いいたします。

○事務局 ありがとうございます。

次回のこの運営委員会は、2023年、来年の3月上旬頃を予定してございます。改めて委員の皆様へ日程調整させていただきますので、御協力よろしくお申し上げます。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

亀田理事、ちょっと所用で遅れて参加されているんですが、何かございましたらお願いいたします。

○亀田理事 失礼いたしました。亀田です。

今日の御議論を伺っていて、本当に建設的な、これからに向けての温かいお励ましを多くいただいたと感じております。容易ではありませんが、一歩ずつ進めていけば、やがて大きな成果が得られると感じております。

今後ともよろしくお申し上げます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

それでは、本日の議題は以上でございます。

長時間にわたり、いろいろ御意見をいただきまして、ありがとうございました。

これで運営委員会を終了させていただきます。

どうもありがとうございました。