

第16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)

2023年9月8日(金)

○事務局 それでは、定刻を若干過ぎてしまいましたので、医療の質向上のための体制整備事業第16回運営委員会を開催いたします。

本日はお忙しい中お集まりいただきまして、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。

それでは、最初に本日の資料について御案内申し上げます。

資料は本事業の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布しておりますが、資料1から3を一つのファイルに統合した第16回運営委員会（協議会）本体資料及び参考資料1、2023年度医療の質可視化プロジェクト集計結果報告書（案）速報版、参考資料2、DPCデータを用いた例示指標の計測に係る課題整理・検討結果報告書（案）、参考資料3、第15回運営委員会、前回ですけれども、その議事録となっております。

なお、参考資料1は関係者のみの配布としております。

本体資料の2ページを御覧ください。

委員の出欠について御報告いたします。

本日は岡田委員、田中一成委員、松原了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。

資料3ページを御覧ください。

部会からQ I 標準化・普及部会的場部会長が出席しております。

また、厚生労働省からは医政局総務課より守川補佐、杉補佐に御出席いただいております。

評価機構からの出席は御覧のとおりでございます。

4ページ目をお願いします。

本日予定している議題は御覧の3点になります。

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

○亀田理事 おはようございます。本事業を担当しております執行理事の亀田です。

本日は御多用の中、またこのような荒天の中、第16回医療の質向上のための協議会に御出席賜り誠にありがとうございます。2019年度より厚生労働省の補助事業として発足した本事業は現在5年目の半ばという時期を迎えております。本日は前回、5月に行われました第15回の協議会でいただいた貴重な御議論を踏まえて、鋭意進めております本事業の現況を御報告した上

で、今後の進め方についての御審議をいただく予定にしております。

本日も楠岡委員長の下、活発で建設的な御議論を賜りたくお願い申し上げます、簡単ではございますが、御挨拶とさせていただきます。

どうぞ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 おはようございます。委員長の楠岡でございます。本日はお忙しいところ、また非常に悪天候の中御参集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思います。また、本日も活発な御議論をお願いしたいと思います。

まず、最初の議題1、モデル事業（医療の質可視化プロジェクト）につきまして資料の説明をお願いいたします。

○事務局 それでは、6ページ目を御覧ください。

まずは可視化プロジェクトの申込状況についてです。

7月31日で一旦申込みを締め切っておりまして、この時点では506病院のお申込みがありました。それを地域、開設主体など病院の属性別に整理しています。御参考まで各属性の右隣に昨年度の可視化プロジェクト協力病院625病院の内訳も掲載しています。分布は昨年度と大きくは変わらない印象です。

下の段の一番左側です。

「e. D P C参加状況」は、今年度より新たに病院様からいただいている情報になります。また、このプロジェクトは初めて計測活動に取り組む病院様の積極的な御参加を進めておりますので、下の段の一番右にございます「g. 団体等Q I 事業参加状況」について詳細を御覧いただきたいと思います。

次の7ページ目を御覧ください。

まず、下の中央の円グラフを御覧いただくと、今回お申込みいただいた506病院のうち約7割近くが協力団体等のQ I 事業に参加していると御申告いただいております、残り3割が未参加という状況になっています。右下には御参考まで昨年度の同じような状況を示しております。

今回の参加状況を上側の表では、今年度初めてお申込みいただいた新規の病院様と昨年度のプロジェクトから継続的にお申込みいただいた病院とに分けてみました。

そうすると、「b) 協力団体等のQ I 事業に未参加」の病院が164病院ございまして、そのうち新規でお申込みいただいた病院様が約3割程度、継続して御協力いただいている病院様が7割程度という状況です。実情は不明ですが、この結果だけ見ますと、今回初めて計測活動に取り組んでいただく病院が47病院ぐらいあるのではないかとということがうかがえます。

なお、一番右の合計のところを御覧いただくと全体の506病院のうち96病院、約2割が新規でお申込みいただいております、残り8割の410病院が継続して御参加いただいている状況です。

続いて8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、グレーアウトしている部分のタスクは完了しております、現在#の4-3、集計結果報告書（速報版）の配布に向けて準備を進めているところです。こちらの報告書は本日参考資料1として御用意しておりますので、後ほど御説明いたします。

なお、#の1番、応募受付と赤字で書いているところですが、先ほど御覧いただいたようにまだお申込数が500病院ほどで目標の700病院に達していないということと、申込みに関して多くの病院様から参加のお問合せをいただいていることから、楠岡委員長に御相談の上、8月7日より追加募集を行っているところです。募集の期限は11月30日までとしています。

そうしますと、目標700まであと200病院ほど病院数が増えますし、1回目のデータ提出は7月31日で締め切っているのですが、もう一回データを出し直したいという御要望も一部いただいておりますので、より精度の高い集計結果を2回目では御提供できるように、この#の5-1、赤字で書いてある2回目の計測データ提出では全ての協力病院様から1年分のデータを御提出いただくという方針に変更しています。

また、#の6番、イベント開催と書いていますけれども、この集計結果から改善につなげるためにコンソーシアムを開催する予定であるほか、今年の6月に開催した、昨年度の可視化プロジェクトの集計結果を解説したコンソーシアムの御案内、それから一昨年度にパイロットで作成したツールキットの周知も行っていく予定です。

9ページ目を御覧ください。

ここからが1回目の集計結果の御報告になります。

今回の計測対象期間は昨年10月から今年の3月までです。中ほどの表を御覧いただきますと、今回のデータ提出率は506病院中358病院、約7割程度でした。また、昨年度から継続して御協力いただいている病院では約7割、今回新規でお申込みいただいた病院では6割が今回データを御提出いただいている状況です。

右下に昨年度のデータを掲載していますが、昨年度のデータ提出率と比べますと今回はやや提出率が低めなので、2回目の提出ではもう少し提出率を上げる工夫が必要だと認識しております。また、少し派生するのですが、昨年度のお申込数625病院のうち、現時点で今年度も継続して御参加いただいている病院は410病院にとどまっています。700病院達成のためにも残り約200病院様には継続的な御参加をいただきたく、引き続きお声がけをさせていただく予定です。このような現状を前提としつつ今回の9指標の計測率を御覧いただきたいと思います。

参考資料1の集計結果報告書を御覧ください。

こちらの6ページ目、各指標の計測状況です。左半分のE期間、F期間と書いてあるのが今回の計測対象期間の2022年10月から2023年3月の計測率です。そして、そのちょうど1年前の計測率を右半分のA期間、B期間というところに掲載しています。1年前と比べてみたときにそもそもの提出病院数が異なりますし、今回は速報ベースなので傾向に何かしらの結論を見いだすのは難しいのですが、現時点では1年前と比べて各指標とも特に計測率に大きな変化は見られない印象です。この流れで集計結果報告書の内容、構成についても簡単に御説明いたします。報告書の構成自体は昨年度とは大きく変わっておりません。

まず、4ページ目に集計対象としたデータ、集計対象外としたデータ、それから集計結果を御覧いただく上での留意点などを記載しています。

次に、5ページ目、先ほどプロジェクト申込状況でお示した病院の属性情報と同じですが、こちらでは今回データを御提出いただいた358病院の内訳をお示しています。

次の6ページ目は先ほど御覧いただいた計測状況です。

7ページ目以降がテーマごとの具体的な集計結果です。

まず、8ページ目に医療安全3指標の計測の意義と計算式を掲載しています。

次の9ページからは各指標の計測結果を200床単位でグラフ化しています。上の段が今回の対象期間を3か月ごとに示しておりまして、下の段がちょうど1年前の計測結果を参考までに掲載しています。各グラフは計測値が高い順に並べておりまして、右上に平均値や中央値などの基本統計量を掲載しています。こちらが9指標分続いております。本日は本報告書を皆様に御確認いただき、その後協力病院に配布したいと思っています。

可視化プロジェクトの御報告は以上になります。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

部会長の的場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。

○的場部会長 前回の部会でも同じように参加状況や今回の中間的な結果につきまして報告をいただきまして部会でも少し議論をいたしました。

特に最後のところでありましたけれども、参加病院につきまして新しいところに御参加いただくということはもちろん、測定から改善にという点でいきますと継続して参加をしていただくことが大事だという議論がございまして、残り200病院に対し、引き続きの申込みにしっかりと力を入れるべきだというディスカッションがあったところでございます。

以上でございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ただいまの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いたします。

いかがでしょうか。

どうぞ。

○松原（為）委員 瑣末なことなんですけど、7ページの一番上のE期間、F期間、A期間、B期間のその下の括弧内のこの期間がこれはちょっと間違いがあるんですね。

○事務局 ありがとうございます。申し訳ございません。

○楠岡委員長 今回の進捗状況並びに速報に関しまして何か御意見ございますでしょうか。

どうぞ、福井先生。

○福井委員 集計結果報告書の6ページにあるE期間は、2023年の10月から12月とまだ来てない期間の数値があるが。

○事務局 申し訳ございません。こちらは2022年の記載誤りです。

○楠岡委員長 2022年の誤植でございます。申し訳ありません。

○福井委員 このA期間は、2022年10月から12月で正しいのか。

○事務局 括弧内に記載している期間が1年ずれており、2021年10月から12月がA期間です。

B期間が2022年1月から3月になります、申し訳ありません。

○楠岡委員長 A、B期間は昨年度の実施のときの期間で、E、Fが今年度の実施の期間で今御指摘いただいたように、1年ずつずれている状況でございます。申し訳ありません。

特に御意見ございませんか。

まだデータが出たばかりで細かくは見る時間はない状況でございますけれども、それぞれの指標に関しての中央値をざっと眺めたところ、この4つの期間に関してあまり大きな変化はないような傾向です。少しずつでも改善する傾向が見られる指標もありますけれども、その差は僅かなので、たまたまなのか、あるいは少し改善傾向が出ているのか、なかなか判断は難しい

ような状況かと思えます。また細かく御覧いただきまして御意見ありましたらお願いしたいと思えますが、よろしゅうございますか。

そうしましたら今年度の可視化プロジェクトは今のところ順調に進んでおりますけれども、申込数が今報告ありましたように目標に届いていないというのが現状であります。それで、申込期限を先ほど申しましたように見直して11月末まで延長したところでございます。

また、第1回の集計結果報告書の速報版が完成しておりまして本日お届けしておりますので、まずは本日ここで御承認いただいた上で、その後協力病院に送付したいと思っておりますが、その点はいかがでしょうか、よろしゅうございますか。

それでは、これを協力病院に送付したいと思います。よろしく願いいたします。

それでは、引き続きまして議題2、医療の質指標の標準化・公表について進めさせていただきます。

議事が3つございますけれども、そのうちの1番目、DPCデータを活用した計測の検討につきましてまず資料の説明をお願いいたします。

○事務局 それでは、本体資料にお戻りいただきまして資料の11枚目を御覧ください。

本事業では協議会委員の皆様の御理解の下、質指標の標準化について丁寧に議論を重ね、医療の質指標基本ガイドやガイドに準拠した例示指標などを定めてきたところでございます。そして、先ほど御報告のように医療の質可視化プロジェクトとして全国に展開しています。しかしながら、質指標の活用に取り組む病院は一部にとどまっております。

そこで、今年度質指標の活用を普及させるための施策としてDPCデータの活用を重視した取組を行うこととし、部会の下部組織として専門家ワーキンググループを設置して検討を進めております。

12枚目を御覧ください。

ワーキングでは御覧の検討方針の下、本会が取りまとめた医療の質指標基本ガイド例示指標をDPCデータを用いて計測する方法について検討いたしました。その検討結果を取りまとめましたので、別資料で御報告いたします。

では、参考資料2を御覧いただきたいと思えます。

参考資料2、DPCデータを用いた例示指標の計測に係る課題整理・検討結果報告書（案）を御説明申し上げます。

2ページ目を御覧ください。

全体構成は御覧のとおりです。本事業をあまり御存じでない方を想定して最初に1、医療の

質指標に関する事業の経緯と課題を記載しております。次に2、DPCデータを用いた例示指標の計測方法の検討として今回の検討の対象範囲や検討方法を記載しております。さらに3番、検討結果では①指標ごとの検討、②その他の検討としてまとめております。

では、次の3ページ目を御覧ください。

ここはいわゆる前書きに当たる部分でございますが、丸の2つ目を御覧いただきますと本報告書の位置づけ、すなわちDPCデータを用いた質指標の計測方法についての検討結果を取りまとめた報告書であることを記載してございます。

次の4ページ目を御覧ください。

先ほど触れましたとおりに、まず背景として本事業の経緯と現状の課題を記載しております。タイトルの下の四角枠をお読みいただければスライドの要点が分かるように作っておりますが、まず丸の1つ目、本事業が全国で共通して計測が求められる指標の設定、すなわち質指標の標準化と全国の病院への普及に取り組んできたこと、そして丸の2つ目、しかし質指標の活用に取り組む病院が限定的であり、質指標の一層の標準化と普及が課題であるという受け止めを記載してございます。

次に、5ページ目を御覧ください。

ここではこれまでどのような取組を行ってきたかということについて記載してございます。医療の質指標の標準化と普及に向けてa. 基本的な考え方及びb. 考え方に準拠した指標を検討してまいりました。具体的にはaとして医療の質指標基本ガイドの作成、bとしては医療の質指標基本ガイド例示指標の設定という成果を得ているところでございます。また、全国の病院に普及させるためにc. 全国的なプロジェクト、すなわち医療の質可視化プロジェクトを展開中であることを紹介したスライドでございます。

次の6ページ目を御覧ください。

こちらでは医療の質指標基本ガイド例示指標（9指標）を紹介してございます。既に本会で繰り返し御説明していますように、これらの指標は協力団体が運用している指標の中から規模、機能によらず全国の病院が計測可能な指標として選定したものです。

次の7ページ目を御覧ください。

これまで述べてきましたように、医療の質指標を活用するための体制は整備されつつあると考えますが、質指標の活用に取り組む病院は一部にとどまっています。そこで、質指標の活用をさらに促進するために、丸の2つ目にあるような様々なメリットを考慮してDPCデータなど既に標準化され多くの施設から収集されているデータの活用に重点を置いて検討を進めまし

た。

次の8ページ目をお願いします。

四角枠の丸の1つ目、2つ目はただいま説明した内容を総括したのですが、そのような経緯を踏まえて丸の3つ目ですが、DPCの専門家によるワーキンググループを設置し、本事業で定めた例示指標（9指標）についてDPCデータを用いた場合の計測方法を検討いたしました。

検討の概要ですけれども、検討対象は例示指標（9指標）でございます。また、検討事項としては既存のDPCデータを用いて例示指標が計測できるのかどうか、もしできるとしたら具体的な計測方法を、計測できないとしたらどうやったら計測できるようになるか、アイデアを検討いただきました。

なお、DPCというと様々な側面を持っておりますが、今回の検討におきましては診療報酬や診断群分類とは切り離し、質指標の計測について指標のあるべき姿の観点から検討いたしました。

次の9ページ目をお願いいたします。

ここからが検討結果の御報告になります。

まず、検討結果の概要ですが、DPCデータを算出元としていない6指標、これは私どもではサーベイランス指標と呼んでおりますが、それらの指標につきまして関連項目を利用した算出や代替指標の利用、DPC様式での項目追加の可能性などについて検討を行いました。その結果、様式1または様式3に新たな項目を追加することができればDPCデータを用いて例示指標を計測できるようになるのではないかという結論になりました。また、DPCデータを算出元とする指標のうち2指標、具体的には感染管理指標のIFC-01、02につきましては一部の施設で手順どおりに計測できない場合があり、その対応に向けた検討も行いました。

次の10ページ目をお願いいたします。

ここからは指標ごとの検討の資料が続きます。

資料の構成といたしましては、まず上からA、指標情報といたしまして指標名、分子、分母の定義、除外要件を示してございます。次にB、現行のDPC様式等というところでは関連するDPC項目の有無や具体的な項目の内容などを示してございます。次にC、検討結果ではワーキンググループでの検討結果を、そしてD、ワーキンググループで指摘された事項では議論のポイントなどを示してございます。

それでは、指標ごとに主にC、検討結果を御説明いたします。

まず、御覧いただいております転倒・転落発生率については、現行のDPCデータでは関連項目を含めて計測困難であり、代替指標の設定も困難と判断されました。一方診療録などから入手可能なデータと考えられますので、様式1または様式3に転倒・転落件数及び影響度レベル3b以上の転倒・転落件数の項目を追加することが考えられるのではないかとこの検討結果になりました。

次に、11ページをお願いします。

こちらは転倒・転落によるインシデント影響度分類レベル3b以上の発生率という指標ですが、1つ前の指標と同様に対応できるのではないかとこの結果になりました。したがって、C、検討結果は同じ内容を記してございます。

次に、12ページ目を御覧ください。

こちらは術前1時間以内の予防的抗菌薬投与率という指標です。現行のDPCデータでは関連項目を含めて計測困難であり、代替指標の設定も困難と考えられました。そこで、様式1で手術ごとの情報が入力されていますので、様式1に術前1時間以内の抗菌薬投与の項目を手術ごとに設けることが考えられるのではないかとこの結果になりました。また、抗菌薬の種類を問うQ1に指標自体を変えることについても意見がありましたので、附帯意見として記載してございます。

次に、13枚目を御覧ください。

d2（真皮までの損傷）以上の褥瘡発生率という指標でございます。

褥瘡の有無に関しましてはDPCデータ上に関連項目が存在し、算出に利用できると考えられるのですが、一部の病棟に入力が限定されているなどの課題がございます。具体的には療養病棟のみの入力となっております。そこで、既存の入力項目について入力を全病棟に拡大することが考えられるのではないかとこの検討結果になりました。また、現行のDPC項目では入棟時、退棟時の褥瘡の有無を入力することになっておりますが、本指標の趣旨からは入院中の褥瘡の最大深度の項目を追加することが考えられるのではないかとこの結果になりました。ワーキングの議論では指標の計測データを分析して改善に結びつけるためには指標の算出に当たって疾患分類（DPCコード）や年齢などで層別化することが考えられるのではないかとこの意見も出され附帯意見として記載してございます。

次の14ページ目には、参考として関連するDPC項目などをお示ししてございます。

次、15ページ目です。

こちらは65歳以上の患者の入院早期の栄養ケアアセスメント実施割合という指標です。

現行のD P C様式には低栄養の有無という関連項目が存在し、算出に利用し得るのですけれども、アセスメントの実施時期が7日以内となっております。一方指標ではさらに早期の3日目までを求めており、今のD P C項目の内容では指標の趣旨に合致していないという課題がございます。そこで、入院早期のアセスメントの実施を評価、計測するのであれば新たに様式1に入院3日目までの栄養ケアアセスメントの項目を追加することが考えられるのではないかとこの検討結果になりました。

16ページ目は、こちらも栄養ケアに関連するD P C項目をお示ししてございます。

次に、17枚目でございます。

身体拘束率につきましては、現行のD P Cデータでは精神保健福祉法に基づく身体拘束の実施について入力されておりますが、精神科以外の病棟でも身体拘束は課題となっております。そこで、診療録情報から入手可能と考えられる物理的身体拘束の実施日数について様式1に項目を追加することが考えられるのではないかとこの検討結果になりました。また、身体拘束率につきましては様々な疑義が寄せられている指標であり、統一した定義を示すことが望ましいとの意見がございました。

18枚目は身体拘束に関連するD P C項目等でございます。

続きまして19枚目ですが、その他の検討について御説明申し上げます。

こちらは例示指標のうち既にD P Cデータを算出元として計測する指標についての検討でございます。D P Cデータを算出元として計測する指標のうちI F C-01、血液培養2セット実施率及びI F C-02、広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培養実施率では、現行のD P Cデータの入力方法では一部の診療行為について出力されない場合があるという課題がございます。

具体的には理由の丸の2つ目を御覧いただきますと、特定機能病院においては計測しようとしている細菌培養同定検査という検査項目が基本的検体検査実施料という項目に包括されており、個別の明細がE Fファイルに出力されないためでございます。そこで、Fファイル上に出来高払い上包括となる診療行為を含めて出力されるようになれば、より確実な診療データに基づく医療の質指標計測が可能となるのではないかとこの検討結果になりました。

次に、参考資料を掲載してございます。

21枚目ですけれども、参考資料として今回検討対象とした例示指標（9指標）が全国の病院で実際に計測できるということを示すデータといたしまして、昨年度の可視化プロジェクトの計測状況の資料をお示ししてございます。

最後22ページ目でございます。

本事業の関係者一覧でございますが、皆様の御理解と御尽力の下、本報告書を取りまとめることができました。改めて感謝申し上げます。

なお、本報告書は本日御承認が得られましたら本事業の成果物として本事業を所管する厚生労働省医政局総務課に提出する予定となっております。

説明は以上でございます。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。

ただいまの説明に関しまして御質問、御意見がありましたらよろしく願いいたします。いかがでしょうか。

吉川委員、よろしく願いいたします。

○吉川委員 今お示しいただきましたDPCを用いた計測方法につきましては、正確性や簡便さ等を考えたときには、一つの方法として特に反対はございません。

ただ、この中にもありましたけれども、定義が曖昧な、特に身体抑制率、身体的拘束のところは、私たちも非常に悩んでいてとても難しく、病院団体さんにも確認させていただくなど、いろいろ検討しておりますが、これがいい機会になるかと思しますので、ぜひここで標準的な定義を検討できればいいなと考えているところです。

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。

どうぞ、松原委員。

○松原（為）委員 前回すみません、出席できてなくて理解がちょっと不十分なところがあるかもしれませんけれども、お許してください。

1つはDPCのデータで収集した場合に還元情報が入る、ちょっとタイムラグが生じてしまうということで、結局現場では独自でデータを持ちながら使わないといけないような、そういった部分が入るというのが一つはあるかなというところが危惧されます。

あとは様式1ベースでいくのか、様式3ベースでいくのかというのは、集計値を使うのか個票を使うのかというところで大きく分かれてきますので、個票ができるような組立てを全国的にできるのが本当は僕は望ましいとは思っています。ただ、その場合に質指標と診療報酬のデータがこれは完全にくっきますので、その扱いに関しては透明性というのが要求されるのかなというふうに思いました。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

個票ベースで行うか集計ベースで行うかという点ですけれども、将来的に細かい解析をしようと思うと個票ベースでないとなかなか難しいところが出てくるかと思いますが、その辺を踏まえてまた検討を進めていきたいと思えます。よろしくお願ひします。ありがとうございます。ほかにいかがでしょうか。

今回ワーキングで詳しく検討いただいてDPCなど今あるものの中でできること、新たに様式1もしくは3において項目を追加して行わなければならないことというのが明らかになりました。また、研究ベースではいろいろなデータがあったほうが発展があるというのは分かるんですけれども、あまりにデータを求め過ぎますと今度記載する病院側の負担も増えてまいりますので、その内容が逆にかえって不正確になってしまったりすると意味がなくなってしまいます。最低限のものは考えるとして、それにさらにあればいいなというようなものに関しましては、もう一度そこは十分検討して進めていく必要があるのではないかと感じております。

ほかにいかがでしょうか。

よろしゅうございますか。

そうしましたら、今日お示ししました検討結果報告書をまずは現段階における成果物として厚生労働省に提出するというところでよろしゅうございますか。また、何かお気づきの点がありましたら追っかけて厚労省にも情報提供ができるルートはございますので、何かお気づきの点があれば事務局のほうへお願ひしたいと思えます。

それでは、次の患者中心性指標のほうに移りたいと思えます。

これにつきまして資料の説明をお願いいたします。

○事務局 それでは、本体資料の14ページ目を御覧ください。

患者中心性の指標は、検討自体は昨年度から継続している議題になりますけれども、再度これまでの検討内容を整理しまして、それを踏まえた今後の方針をまとめております。

そもそもなぜ患者中心性指標を検討することになったかといいますと、最初はこちらの協議会で可視化プロジェクトのテーマの一つとして患者満足度が選定されました。しかしながら、患者満足度の調査票や調査方法が病院によってばらついておりまして評価が難しいことから、短期間でそれらを標準化して可視化プロジェクトの運用に乗せるのが難しいという御判断から、新たな患者中心性の指標として患者経験調査、PXを検討対象とすることになりました。こちらの方針を基に、昨年度の標準化部会ではPXの現状について情報共有をしまして、専門家から様々な御提案、御助言をいただいているところです。

具体的には中ほどの表にあるとおり、調査項目については諸外国が利用している調査項目、例えば米国のHCAHPSなどを使用するのか、それとも我が国に適応した調査項目を新たに検討するのかわりと、既存の調査項目として日本語版HCAHPSというのがありますので、それを使うとしたら妥当性を検証する必要があるのではないかと、あるいは調査項目を使う場合に全ての項目を使うのか、それとも特定の項目だけ取り出すのか、取り出すとしたらどういう固まりで取り出すのか、そういった御意見がございました。あとは運用方法についてベンチマーク評価を行うのであればその場合のスコアリング方法について情報共有を行って昨年度は終了しております。

15ページ目を御覧ください。

このように昨年度は様々なレベル感の御意見をいただいたところで終わっていますので、今年度はPX実装に向けて下の表に示すような形で検討を進めてはどうかと考えました。

まず、前提の確認、検討というところです。

先ほどから出ている9指標をはじめ本事業で定める例示指標は、この事業で作成された「医療の質指標基本ガイド」に定められた質改善に資する質指標の6要件、計測可能性、信頼性、妥当性などに準じて設定されています。

では、PXも同じように取り扱うのか、それともガイドに準じつつまた違った視点で取り扱うのか、そういった取扱いの前提をまず確認し、その内容を含めてPXに関する検討内容を必要に応じてガイドに書き加えてはどうかと考えています。後ほど御覧いただきますけれども、現在のガイドでは医療の質における重要な3要素、有効性、安全性、応答性／患者中心性の応答性／患者中心性指標の例としてPXというのがあると紹介されている程度にとどまっていますので、その内容を充実させるイメージです。

さらにPX実装に向けた検討としては、表の3段目にあるとおり、3つほど論点を整理しています。

まず、1つ目です。ガイドでは患者経験というのは全ての医療ニーズ、つまり一次予防、急性期医療、慢性期医療、終末期医療、に対応すると解説されていますが、本事業としてまず着手するところはどこなのか、病院に限らずプライマリ・ケアなども視野に入れて検討を進めるのかなど、そういった適用対象を決める必要があると考えております。

その適用対象が決まりましたら、その対象に応じた調査項目を検討して設定する想定です。その調査項目も既存の調査票を使うのか、そうだとしたら全項目を運用するのか部分なのか、それとも我が国に適した調査項目を新たに作ったほうがいいのか、そのあたりが論点になっ

てくるかなと思っております。

その調査項目が決まりましたら、具体的に本事業としてどのように運用するのかを検討する。こういったプロセスで検討を進めてはどうかと考えまして、先日開催された標準化・普及部会においておおむねこちらの進め方について御了承をいただいたところです。

16ページ目はこれまでの患者中心性指標の検討の経緯、背景を御参考まで掲載しています。

17ページ目が現在のガイドにおける患者経験の記載状況です。先ほど申し上げたとおりこの四角で囲っている3行目のところですが、応答性／患者中心性指標の例としてP Xが挙げられているという程度の記載にとどまっているので、この内容を充実させてはどうかと考えています。

説明は以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

部会長の的場先生から補足がございましたらお願いしたいと思います。

○的場部会長 テーマといたしましてこのP X、患者中心性の指標を次の大きなテーマとして部会でも検討していきたいという方向性につきましては多くの部会員が賛同の意を示しているところがございます。検討の進め方といたしまして、先ほども話がありましたようにガイドの記載をしっかりと充実させることで、関連の情報ですとか指標の中での位置づけというものをしっかりとクリアにしよう、整理しようというところの重要性もみんなで確認をしたところがございます。

指標をどのように運営していくのかということに関しましては、先ほどもありましたように対象をどのように定めるのかという点で、急性期の病院だけではない指標が患者経験については多数ございますので、そういったところの議論もガイドを検討する中でもしっかりと調査をいたしまして、そういうところから議論を進めていきたいというような方向性まで確認させていただきましたので、本提案につきましてまた助言いただければというふうに思っております。

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。

この件に関しましては本日御欠席の松原委員、田中委員から意見書を頂いておりますので、事務局から報告をお願いいたします。

○事務局 まず、済生会、松原了先生からの御意見です。

「本協議会資料で説明されている範囲での所感ですが、P Xを取り入れる場合にはそのプロセスが予測できないことから様々な懸念事項が想定されるため、慎重に検討すべきと考えます」

という御意見が届いています。

次に、全国自治体病院協議会の田中一成先生からの御意見です。

「患者中心性指標の患者経験調査については、従来の患者満足度よりも病院が得ることのできる情報が多いと考えられることから、指標として採用することが望ましいと思います」という御意見をいただいております。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

それでは、この件につきまして御質問、御意見ございましたらお願いいたします。

桜井委員、どうぞ。

○桜井委員 幾つか意見なんですけれども、私がんの患者ですので、がん領域では患者体験調査というまさに主観に用いた評価というのをやって、がん対策のほうにつないでいっているんですけど、やはり揺らぎがあるんですよね、体験なので。これはE Xにしても何にしても必ずバイアスというのは入ってくることはもう仕方がないことかなとは思っています。ですので、ただこの翻訳に関しては少し私の印象なんですけど、患者様モードがあるなというのはちょっと思っていて、ナースコールを押したらすぐ来るか来ないかとか、患者さんの立ち位置というのが現状臨床の現場のものと違う可能性があるなというのはちょっと感じておりますので、これを導入する際には今の臨床の現場に応じた、あるいはある程度患者さんのほうも頑張らなきゃいけない部分は私はあると思っていますので、その辺をちょっと加味した形に調整というか大幅な変更は必要ないと思うんですけど、ちょっと調整が必要なんじゃないかなというふうに思っております。これは海外の患者さんの権利とかというところを背景にしてつくられていった経緯などもちょっと影響しているのかなと思っています。

その上でなんですけれども、医療機関のできる、できないという比較をすることに用いるというよりは、ロジックモデルを組み立てて医療機関の中での例えばつながっている部分、つながっていない部分の改善につないでいていただきたいと思いますので、これを調査した後に比較じゃないよというようなところをしっかりと概念として持って改善につないでいていただきたいなと思っていますし、それがこの事業の目的でもあるのかなと思っております。

私からは以上になります。

○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。

どうぞ、草場委員。

○草場委員 非常に重要な項目の設定と思います。私自身はプライマリ・ケアの立場ですので、今扱われている病院をメインとした医療指標にはなかなかコメントしづらかったのですが、まさにペイシェント・エクスペリエンスについては診療所あるいは地方の小病院も含めて参加しやすい、ある意味どんな現場でも活用できる指標になり得るかなということで大変期待をして聞かせていただきました。

ただ、恐らく総合病院、中小病院、診療所という規模の相違を考えると指標の選定というのがかなり難しくなる。どの規模でも使える指標というものが果たしてあるのか、先ほど桜井委員がおっしゃったナースコール対応という指標であれば、例えば無床診療所は全く関係ない話になってきますし、ただそういった項目が規模の異なる組織で違ってしまふといわゆる串刺しの評価というのは難しくなる。ですから、医療機関の規模別で変えていくのか、急性期とか予防医療といった医療領域で分けて設定するのとか、練り方によってはかなり大規模なものになるかなという気がしましたので、いろいろな立場の方に参加いただくような形でワーキングというか委員会のほうで検討していただきたいと思います。そしてそれをまたこの親委員会のほうでしっかり確認をしていくというプロセスで丁寧につくり込んでいただいて、日本の一つの標準モデルとして、今後様々な領域で活用できるような指標セットをつくっていただきたいなというふうに思いました。期待を込めての発言です。

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。

協議会に御参加いただいている病院団体として、あるいは団体としてではないけれども、加盟病院の中でこのPXに関して既に実施しているというところございましたら、実施の状況とか、あるいはそれに関して何かうまくいっている、あるいはこういうところが問題だという点、もし何かありましたら情報提供いただければありがたいんですが、いかがでしょうか。

PXに関してはまだこれからというような。

西尾委員、どうぞ。

○西尾委員 前もお話ししましたがけれども当院でも、十何年も前から患者満足度調査というのはやって、同じような文言ですと同じような結果なんですね。医者に対しては説明が悪いとか時々悪いのがありますが、看護師さん、介護士さんに関しては同じような満足度なんですね。

だから、項目っていろいろあると思うんですけども、患者さん、そして家族の本音が聞けるようなこと、病院の技量がよかったとかありますが、旅行と一緒に期待して旅行に行つて

帰ってきたときにアンケートで金銭的なものとか内容、レストランで言えばお食事、いいものを出したはずなのにシェフがアンケートを聞くとおいしいはずなのにまずかったとか、いろいろなことがありますので、当院としてもマンネリ化して質問内容が同じような結果でどうフィードバックしたらいいのか、アンケートの結果は病院で誰もがみられるようにオープンにしているんですけど、ドクターに関しての説明が悪いというのは必ず1人や2人のアンケートにありますし、それをどういうふうに改善していったらいいのかも分からないので、いろいろな視線、特に患者さんだけじゃなくて御家族、患者さんというのは御家族に結構つぶやいてると思いますので、そういうことも拾えるような指標にさせていただけたらなと期待しております。

よろしく申し上げます。

○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。

国立病院機構では独法前からそんなんですが、独法化以降患者満足度調査というものは中期目標の中にも入っておりますし、またそれを各病院の成績評価を行う項目の一つに入れておまして、十何年間ずっと続けてきております。

コロナの関係で少し変えたところもあるんですけど、基本的に全く同じ項目で来ているのであります。しかし、この10年近くの間各病院の集計値がほぼ一定のところには張りついてしまっていて、病院からしてもここで何を改善すればいいのかが見えてこないとの意見があります。そして何か改善しても結構ある一定のところには張りついているので、その効果を評価できないという問題が出てきて、対象者は毎年毎年変わりますので、対象の方の微妙な変化が大きく反映されてしまう。そうしますと病院の点数づけの中で去年よりも点数が上がったとか下がったとかというようなことにもなってしまいます。そういうことも含めて今年度P Xの形を入れることにいたしました。

それは患者さんに対してのプロセスが現実どうなっていて、その中で患者さんが特に感じておられることとの関連からすると、どこを改善すればいいかというところがある程度見えてくるのではないかというところで一度やってみようということです。ただ前年度との継続性の問題もございますので、一部従来の患者満足度調査の項目も残しながら今年度トライアルをしてみることによって進めております。

その中で患者さんからすると答えにくい項目とか、あるいは結果を見ているとどうも質問の仕方が問題ではないかというようなことが多分出てくると思いますので、それらの点につきま

しては、年度末それが集計とかが終わった時点で可能なところでまた的場先生のところ等にフィードバックをさせていただきたいというようには考えております。

トライアルの段階でももし何かされるところがございましたら、ぜひその情報提供をしていただきたいと思います。まだ始まったばかりですし、検討の事項にありましたように質問項目が本当に日本に合っているのかどうかとか、それから直訳した形では答えにくいとか何を聞かれているのかちょっとよく分からないというところもあって、少し言い換えをせざるを得なかったようなところもあるという報告を受けておりますので、その結果もまたフィードバックをさせていただければと思います。

ほかに何か御意見ございますでしょうか。

日赤、塩見委員、お願いいたします。

○塩見委員 赤十字でも患者満足度調査というのはもちろんやっているんですけども、古くからやっている病院がございまして、独自でやっているという感じなんですね。全国で統一してほしいという意見もあるんですけども、統一しますと今までの指標と比較ができないという病院様もおられたりとかして、なかなか統一ができないというのが現状でございまして、その辺のところを今後の委員会でも勉強させていただいて、うまく取り込めていけたらなというふうに考えております。

以上です。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。

各団体の中で病院の独自の判断でもしこういうようなPXとかされているところございましたら、またその情報を御提供いただければと思いますので、ぜひよろしくをお願いいたします。

特に御意見がないようでしたら本日の患者中心性指標の検討につきまして、Q I 標準化・普及部会でただいま御説明したような進め方で取り組むということにさせていただきたいと思います。よろしくをお願いいたします。的場先生のほうもどうぞよろしくをお願いいたします。

それでは、3番目の医療の質指標基本ガイド例示指標Ver. 1.1の策定に向けた検討につきまして事務局からお願いいたします。

○事務局 それでは、本体資料の19枚目を御覧ください。

本事業ではまず昨年度の可視化プロジェクトで9指標を運用し、それを検証した結果、9指標全てを全国で共通して計測が求められる指標として設定し、今年度も引き続き運用しております。ただし今年度の運用におきましては、計測の精度を向上するなどのために一部の指標に

については指標の定義は変えていないのですが、マスターデータの見直しや計測手順の一部修正、計測条件の見直しなど細かな修正を行って運用しているところがございます。

そこで、それらの修正も含めてこの9指標が適切であったのかどうか、今年度の運用実績を基に再度指標の検証を行って、今年度末に医療の質指標基本ガイド例示指標Ver. 1.1として本会に提案する予定としてございます。

なお、補足でございますが、検証作業はQ I 標準化・普及部会で行い、また検証方法は昨年度と同様の方法を想定してございます。すなわち可視化プロジェクトを通じて得られた計測状況ですとか、手順書どおりに計測した率といった定量情報と、協力病院からのご意見などの定性情報などに基づきまして、全国で計測可能な指標と言えるかどうか再検証を行う予定でございます。

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。

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 今の可視化プロジェクト実施状況を踏まえてどのように評価をしていくのかということにつきまして、昨年度実施した方法論をある程度踏襲しながら進めていきたいという事務局からの説明を部会でも受けまして検討したところがございます。

もともと各団体で実績のある指標からこちらの9指標を選ばせていただいております、実際にいろいろな声が寄せられるという状況にございます。また、先ほど御紹介がありましたDPCのワーキングでも、指標に関しましてのコメントなども多々いただいているところがございますので、それらを総合的に検討の俎上に乗せまして次の検討をしたほうがいいのかという意見も出ています。これらを踏まえまして、方向性としましては昨年と同じような方向性で検証するということにつきましては部会でも合意が得られたところがございますので、そのほか委員の先生方から追加のアドバイスがございましたら頂戴できればと思います。

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。

ただいまの説明に関しまして御意見、御要望等ございましたらお願いしたいと思います。

西尾委員、どうぞ。

○西尾委員 Ver. 1.1の一番下の身体拘束について、よく日慢協のお話でも身体抑制と身体拘束、どちらの言葉を使うかという議論があります。これは厚労省のほうも関係あると思うんですが、結局身体拘束という言葉のをこれから使っていくという認識でよろしいでしょうか。

○事務局 部会等でも御議論がございまして、身体抑制、身体拘束、実は同じことを指している言葉であろうということで、どちらかに統一するほうが望ましいのではないかという議論がありました。もともと厚生労働省が出したマニュアルで身体拘束ゼロへの手引きですとか、今の認知症ケア加算では身体的拘束という言葉を使っているですとか、そういった状況を踏まえて全国的には身体拘束と呼ぶほうが適切ではないかということで、少なくとも指標の名称につきましては身体拘束という言葉を使ってはどうかということで表現を統一したところでございます。

以上です。

○西尾委員 あともう一点、先ほど吉川委員からもありましたけど、身体拘束の定義が非常に曖昧で、例えばベッドですと2本柵から3本柵になったときにはうちは身体拘束としておるんですね。3本は身体拘束にならない。4本からなるという理解でよろしいでしょうか。

○事務局 現在提供しております計測手順におきましては、まず4点柵は身体拘束に該当するということを明記しているところでございます。3点柵につきましては、3点柵の本来空いている側を壁に押しつけてしまう運用であればそれはよろしくない、拘束に該当するであろうという考え方を計測手順の中で示しているところでございますが、今御指摘のように本当にそれでいいのかということのいろいろな疑義が寄せられているところでございますので、何らかの形で統一的な定義が検討されるのが望ましいのではないかとすることが実はDPCのワーキンググループでも同じような議論で意見があったところでございました。

以上です。

○西尾委員 ありがとうございます。

特に介護施設もうちもありますので、基本的な身体拘束は駄目だという気持ちでやっておりますので、早く何か標準の定義、言葉、実際内容も決まればいいかなと思います。

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す。

次、今村委員、その後松原委員でお願いしたいと思います。

今村委員、どうぞ。

○今村委員 今いろいろと特に身体拘束に関してはいろいろ議論があるところだと思います。

そして、もう一つ転倒・転落と身体拘束、どちらも減らしたいという意味では指標として入れるというのはいいとは思いますが、先ほども話があったように介護施設で基本的に身体拘束自体ができないと、そういう中で転倒・転落をどうしようと、その結果老年医学会か

らは2021年にそもそも転倒・転落自体は老年症候群の一つの生理現象なので、これの考え方を含めてちょっと考え直す必要があると、ただ一方で例えば病院等では転倒・転落でもし骨折でもしたらすぐ訴訟にというところにつながるという実情は変わらないと、そういうことから両方を取ることで自体全く異論ないんですけど、その上で例えば病院側はどういう考えで転倒・転落を捉えていけばいいのか、そしてその結果として身体拘束についてどのように把握していけばいいのかという先ほどロジックモデルみたいなことも言われておりましたけれども、少しそういう道筋を示してあげないと、ただ取ってどちらも高いねとか、身体拘束が高いと転倒が少ないとか、転倒が多くなると身体拘束はちょっと少ないねだけではあまり意味がないのかなと、ここはいろいろと本当に議論があるところだと思いますので、少し丁寧に御議論いただければなと思うところです。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

それでは、松原委員、お願いいたします。

○松原（為）委員 IFC-02の広域抗菌薬使用時の細菌培養実施率なんですけど、これは以前から気にはしているんですが、エンピリックセラピーのときにこの広域抗菌薬を多用する場合にバイアスとしてこれは率が上がってくる指標になっていると思うんです。要するに適切な狭域でできるだけ初めは患者背景もありますけど、そういったことをやっているところで最初に培養を取って、ターゲットセラピーとして抗菌薬の選択になった場合に、出てきた菌種によっては必ずしも細菌培養検査を行うべきかどうかというのは、これは議論のあるところだと思うんですね。

だから、最初に投与するときに培養を取ることは非常に多いですから、そこで広域を使っているところは率がよくなって、きっちりとやって後で菌が分かって変更せざるを得ないときに培養を取る必要はなくていったところは率が下がるという、ちょっとそういった難しいところを含んでいる指標だと思いますので、指標の考え方自体が初回投与とか抗菌薬変更時というそういった状況も見ないといけないのかなとちょっと以前から思っていますけど、なかなかD P Cでの算出が困難な指標かというふうに思います。ありがとうございます。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

的場先生のほうから何かコメントございますか。

○的場部会長 今の点に関しましてもおっしゃるとおり臨床側の状況によりますので、全ての指標が100%であるべきだということではないということがまずあって、その上で病院の状況

に応じて適正さを判断してということが重要だと思うんですけども、とはいえこの指標の定義の中でそういったところの要素をなるべくいいものにできるかどうかという議論が重要だということところが部会でもよくそういう話題になるところでございます。

ただ、繰り返しになって申し訳ないんですが、今のところは団体様で使われているような指標の定義をこの事業ではある程度そのまま踏襲させていただいて利用しているというところがございますので、今後の課題といたしましてそういった多様な御意見をどのような形で落とし込んでいくのかということにつきましては、幅広く意見をいただきまして調整をしていく必要があるということが事務局からの説明のポイントの一つなのかなと思っています。

御意見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。

ほかに御意見ございますでしょうか。

先ほど今村委員から御指摘ありました転倒・転落と身体拘束率のトレードオフの問題ですけれども、現状今のやり方だとどうしてもこの2つはトレードオフみたいな形にならざるを得ないところかと思えます。今後例えば患者さんの状況をカメラで見ると、これは拘束に当たるかどうかというのはちょっと微妙なところなんですけれども、それでベッドから降りようとすると何か危険な状況が出た場合をA I等で探知してアラームを出すというような、今のレベルとはちょっと違う形で対応していかないと、どうしてもここ2つトレードオフになってしまう。ただそういうカメラ等でウオッチすること自身が拘束に当たるという考え方もあるので、そのあたりまたこれから難しいところだと思いますけど、何らか技術的な進歩がないとこのトレードオフの状況がなかなか変わらないような気がいたしますけれども、今村委員、いかがでしょうか。

○今村委員 介護の世界では既にトレードオフの考えはある意味やめたと考えたほうがいいんじゃないのかなと、今のカメラもこれは明らかに身体拘束ですよと、普通に我々が生活するときにカメラで撮られて生活って絶対あり得ないわけで、だから結局今いろいろ御議論を聞いていると、どうしてもこれは身体拘束じゃないよねとか、これが身体拘束だよとって身体拘束のそもそもの考え方自体がどんどん医療の世界では歪んでいくと、介護の世界ではそもそもできないというところで、だけど転倒・転落を防げないじゃないかというジレンマに陥ったときに、老年医学会のほうもしっかりこれはステートメントとして老年症候群で起こる転倒・転落に関しては、当然ある意味防ぎようがないところは防ぎようがないよと、それをむしろ社会のほうで認めてもらいましょうと、お家で転倒・転落した場合に誰かが訴訟を受けるとい

うことがない。それが介護施設においてのみ起こることはおかしいでしょうとなって日本だけなんですね、結局転倒・転落で訴訟が起こっているのは。諸外国では老年症候群と認められたので、誤嚥性肺炎と同様で転倒・転落して骨折になってもそれで訴えられることがないというところまでいきましたと、日本ではそれがそうっていないのと、特に医療の世界ではそれがさらに病院なんかで転倒・転落したら病院何やっているんだと。

だから、そういったところで何かの技術が発達したら転倒・転落がなくなるわけじゃなくて、むしろ高齢者がたくさん入院すればするほど転倒・転落の率は絶対高くなると、なので、もう一度ここで整理していただきたいのは、指標がしっかり出るということと、それに対しての少し考え方を整理していただかないと、今のお話にあるような技術的にというような話で、ちょっとそっちの方向では本来ないのじゃないかなというところすみません、問題提起をさせていただいたところです。

長くなって申し訳ございません。

○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。

最初のときに吉川委員からも拘束に関して定義をはっきりさせていく必要があるということので今のようなお話も関わってくるかと思いますので、それも含めてまた委員会のほうでも検討をお願いしたいというふうに思います。

よろしゅうございますか、特に御意見ございませんか。

そうしましたら現在全国の病院で計測いただいている9指標につきまして、今年度末は昨年度と同様な方法で検証を行う予定で進めております。その結果はまた年度末の協議会に報告いただくということと、先ほどのVer. 1.1の策定に向けた方向性については御承認いただいたということで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、最後3、その他についての報告をお願いいたします。

○事務局 それでは、本体資料の20枚目、その他でございます。

その他といたしまして、6月に開催いたしました第4回医療の質向上のためのコンソーシアムの開催報告を申し上げます。

今回のコンソーシアムでは「医療の質、見える化で一步先へ」をテーマに昨年度の医療の質可視化プロジェクトの計測結果について、データの解釈や分析方法などを専門家に解説いただ

きました。また、今回初めて平日の夜17時30分から19時という時間枠で開催いたしました。オンラインでの開催で745名の方に御参加いただきました。プログラムは御覧のとおりでございますが、楠岡委員長をはじめの場先生にも講師をお務めいただき、どうもありがとうございます。感謝申し上げます。

次の22枚目を御覧ください。

コンソーシアム終了後にアンケートを行っておりますので、その概要を御報告いたします。

まず、回答者の属性ですけれども、職種では看護師が最も多く、次いで事務職、診療情報管理士、医師の順となっております。役職といたしましては院長、副院長、あるいは部門長などの幹部が約2割、医療安全管理者が12%、その他管理職が35%となっております、何らかの管理職の参加が7割弱となっております。

次は23枚目を御覧ください。

満足度につきましては、満足及びまあまあ満足という回答を足し合わせますと97%でございます、大変よい結果であったと考えてございます。

次、24枚目を御覧ください。

可視化プロジェクトへの協力意向を尋ねたところ、既に申し込んだという回答が37%、協力したい、または協力を検討したいという回答が55%となっております、合わせて92%の方から前向きな回答をいただきました。一方で協力したいと思わないというネガティブな回答が13件、7%となっております。右側の図には協力したいと思わない理由を示してございますが、質指標を活用、普及するに当たっての一つの阻害要因であろうと思われまますので、今後の事業運営の中で参考にしてまいりたいと考えてございます。

次、25枚目をお願いします。

今後全国の病院で計測すべき指標を尋ねました。御覧のように特定の疾患や状態に関する指標、医療の安全性に関わる指標、感染管理に関する指標など多岐にわたる御意見をいただいたところでございます。幅広いニーズがあるものと考えられます。

次、26枚目を御覧ください。

医療の質指標の活用は最終的には改善活動に結びつけることが重要であることは本会でも度々指摘されているところでございます。そこで、医療の質向上に向けてどのような取組を行っているのかを尋ねました。病院機能評価、患者満足度調査、クリニカルパスの順に多く、次いで医療の質指標を用いた計測・改善となっております。先ほど患者経験のところで行っている場合には情報共有をというお話がありましたけれども、このアンケート結果でいい

ますと中ほどよりちょっと下ぐらいに患者経験調査というのがありますが、まだまだ割合としては少ない状況であることが、このアンケート結果からは見て取れるところでございます。

次、27枚目をお願いいたします。

全体を通じての御意見、御感想、または御要望などを自由記載で伺ったところ御覧のような多様な御回答をいただきました。

まず、今回の講演内容につきましては説明が分かりやすかった、これからも継続して計測に取り組みたいなどの御意見を多数いただきました。一方で一番上の段のポツの5番目ですけれども、満足できなかったのも、既にQ Iを導入済みの施設と新規導入施設を分けて企画してほしいといった御要望もございました。

次に、時間帯など運営方法についてですが、今回初めて平日の夜に開催しましたが、参加しやすかったという複数の意見がある一方、もう少し長く聞きたかったのも、土日の開催を希望するという御意見もございました。また、今回配信方法としてZoomとYouTubeを併用したのですが、それぞれの参加方法が異なることなどから運用に関しての御指摘をいただいたところでございます。今後より適切な運営のための参考にさせていただきます。

そのほか可視化プロジェクトの指標定義や運用に関しましては、先ほども御指摘いただきましたが、抗菌薬投与の指標についてはもう少し突っ込んだ議論をしたかったですとか、DPCデータで計測できる指標でないとベンチマークが難しいのではないかと、あるいは感染管理に関しては別な評価団体があるので、なかなか協力依頼ができないといった御意見をいただいたところでございます。

また、一番下、その他の意見、要望といたしまして、病院上層部のリーダーシップなしには実現できない。医療の質を診療報酬や施設基準で評価すべき、いずれの病院でも受け入れられるアウトカム指標をといた様々な御要望をいただきました。今後の事業運営の参考にしていきたいと考えてございます。

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。

ただいまの報告に関しまして何か御質問、御意見ございますでしょうか。

よろしいでしょうか。

結構いろいろな質問が寄せられた中で、パネリストの方々も非常に的確にお答えいただいたので、そういう意味で反響もよかったのではないかと考えております。それぞれ御協力いただきました関係者の皆様方どうもありがとうございました。

特に御意見等、全般を通じまして何か御意見ございますか。

どうぞ。

○福井委員 先ほど今村先生が御発言になったこととも関係するんですけど、このプロジェクト自体の最終目的が改善だということを桜井委員もおっしゃったんですけど、正直なところ、その強調がちょっと弱いような気がします。例えば、転倒も転倒そのものを予防するのが目的でなくて、転倒による傷害、骨折をはじめとするそれが目的なんですね。

それで、ある時期僕は転倒しても絶対に骨折を起こさない床、病院の床をそういうことを開発しているところもあるんですよ。ただ、残念ながらまだ普及するレベルまではいっていないみたいなんですけれども、ですから何を予防したいのかということだけは明確にしていかないと、例えば拘束の話も倫理的な側面で改善しなくてはならないのと、恐らく身体的な側面からの予防したいというか改善したいという視点によって全然違うと思うので、だから最終目的である改善したいのは何なのかということだけは明確にしていってほしいんじゃないかなと思うんですけれども、総論的な意見です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

本日の議題はどちらかという指標の計測のところに重点がございましたけれども、最後に報告がありましたこの間行いましたコンソーシアムは、改善のところに重点を置いて、先ほどのアンケートにありましたように結構多くの方々が関心を持っていただき、またそれについて病院内でどういうふうに体制づくりとか、あるいは活用するかということも考えていただいている方も結構いらっしゃいましたので、改善に関しましても継続的にこういうような活動を続けていくことになるかと思しますので、今の福井先生の御意見等も踏まえて進めさせていただきたいと思っております。

福井先生、よろしいでしょうか。

ありがとうございます。

本日の議題は以上でございますが、よろしいでしょうか。

それでは、最後に厚生労働省のほうからコメントがありましたらお願いしたいと思います。

○守川課長補佐 皆様、長時間にわたりまして御議論のほうをいただきましてありがとうございます。厚生労働省医政局総務課の守川と申します。

このたびは先生方に本当に貴重な御意見をいただきまして、心から感謝申し上げます。また、DPCワーキングでも様々な御議論をいただきまして、最終結果をおまとめいただき、今日は先生方から御意見をいただいたところでございます。これは大変貴重な意見であると我々考え

てございますので、部局の垣根を越えて先生方の御意見をしっかりと共有した上で今後の施策に生かしていきたい、このように考えてございます。今後とも引き続き御指導賜りますようお願い申し上げます。

本日は貴重な御意見ありがとうございました。

以上でございます。

○楠岡委員長 どうもありがとうございました。

本日の報告書に関しまして、また厚生労働省のほうで何かその活用方法等に関して進展がございましたら、ぜひ協議会にも情報提供いただきますようお願いいたします。

○守川課長補佐 承知いたしました。しっかりと情報共有のほうさせていただきたく存じます。ありがとうございます。

○楠岡委員長 それでは、事務局のほうからいかがでしょうか。

○事務局 次回の運営委員会は12月から1月ぐらいに開催してはどうかと考えているところでございます。改めて委員の皆様には日程調整をさせていただきますので、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。

それでは、本日は非常に長時間にわたり、また活発な御議論をいただきましてありがとうございます。先ほどのDPCを用いた指標の計測、あるいはPXの問題はこれからも継続的に見ていかなければならない問題かと思っておりますので、また次回協議会までに例えばPX等に関してこういうような経験があるとかの情報がございましたら、ぜひ事務局のほうにお寄せいただければと思います。本日はどうもありがとうございます。

これにて運営委員会を終了させていただきます。