

第17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)

2024年1月24日(水)

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17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申し上げます。

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17回運営委員会（協議会本体資料）及び参考資料1から5まで5種類でございます。

なお、参考資料1は関係者のみの配布としております。

それでは、本体資料の共有をさせていただきます。2ページ目を御覧ください。

委員の出欠状況について御報告申し上げます。

本日は全自病、田中一成委員、JCHO、田中桜委員及び日本病院会、福井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ページ目を御覧ください。

QI標準化・普及部会からの的場部会長が出席しております。

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者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大きくは3点になります。

それでは、開会に当たり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 本日は御多用の中、第17回医療の質の向上に向けた協議会に御出席賜り誠にありがとうございます。

本事業は当初にはなかなか意見がまとまらないのではないかと不安視されて心配されましたが、幸い協議会、協力団体、協力医療機関、そして厚生労働省の皆様の温かい御支援を受けて、これまでに期待された成果を上げつつあるものと考えております。しかし、本事業は早くも節目となる5年目を迎えております。本年度はこれまでの活動を総括するとともに、今後進むべき方向性を示すことが求められています。本年度中に本日を含む2回の協議会が予定されておりますが、楠岡委員長の下、このような状況を踏まえた建設的な御議論を賜りたいとお願い申

し上げて御挨拶とさせていただきます。

どうぞよろしくお願ひ申し上げます。

○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ひいたします。

どうぞよろしくお願ひいたします。

○楠岡委員長 委員長の楠岡です。本日はお忙しいところを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存じます。

まず、最初に議題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ひいたします。

○事務局 資料6 ページ目を御覧ください。

今年度の医療の質可視化プロジェクトの申込結果です。昨年4月から11月末まで申込みを受け付け、最終的に599病院に御協力をいただいております。そのうち昨年度から御参加いただいている病院が458病院、約75%で、今回初めて御参加いただいた病院が141病院でした。新規に御参加いただいた病院と継続して御参加いただいている病院に分けて地域別や病床別に申込状況を整理しております。

この中で右下のg、団体等Q I 事業参加状況というところを御覧ください。

このプロジェクトは初めて医療の質の可視化、ベンチマーク評価に取り組む病院の積極的な御参加を想定して呼びかけておりましたが、今回そのような病院に該当すると思われる「未参加」の病院が全部で200病院ございました。これは全体の約3割程度という結果になりました。

続いて進捗状況です。

おおむねスケジュールどおりに進んでいます。現在は下の表の5-3、「集計結果報告書の配布」に向けて資料を最終化しているところです。報告書の詳細は後ほど御説明いたします。

今回の計測データの提出率は昨年度より上がって92.2%という結果になりました。

報告書を配布した1か月後ぐらいには表の5-4、報告書の内容を解説する資料を協力病院に配布する予定です。ここは当初質改善活動につながるセミナーを開催予定でしたが、院内で継続的に有益な情報を御活用いただくために効果的な方法を検討した結果、このような方針に変更しました。

具体的に解説資料というのは、集計結果報告書の結果を正しく解釈いただけて少しでも質改

善活動を意識するきっかけになるようなデータを提供したいと考えています。このような解説資料は標準化部会員のお力添えの下、昨年度も協力病院に配布しています。それから、昨年6月に開催したQ I コンソーシアムでも同じような解説をしております、協力病院から大変御好評をいただいています。

それでは、集計結果報告書の内容について簡単に御説明します。

参考資料1をお手元に御用意ください。画面でも共有しています。

まず、こちらの集計結果報告書は、本日の協議会にて御確認をいただいてから協力病院に配布いたします。

4ページ目、本報告書についてということで、結果を御覧いただく前に計測対象期間や集計における留意点をまとめています。今回の計測対象期間は2022年10月1日から2023年9月30日までの1年間です。この報告書ではこの期間を3か月ごとにE、F、G、Hと分けて集計結果をお示ししています。

5ページ目、今回データを御提出いただいた552病院の属性情報をまとめています。

6ページ目、3か月ごとの計測対象期間における各指標の計測率をまとめています。

ざっと見て一番計測率が高いのはMSM-02、医療安全の「インシデントレベル3 b以上の転倒転落発生率」で大体99.4%、99.6%、99.2%などでした。一方でほかの指標と比べてやや計測率が低かったのがIFC-03「手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率」でした。詳細な計測状況はこの後の議題で御説明します。

それから、7ページ以降は各指標の集計結果を200床単位で示しています。

まずは、それぞれの指標をなぜ計測する必要があるのかという計測の意義、定義をまとめ、その後に、こちらは例えばMSM-01の「入院患者の転倒・転落発生率」の病床数200床未満に絞った状態での計測結果をお示ししていますけれども、高い値の順に棒グラフを並べて、その上に赤線で中央値を引っ張っています。そして、グラフの右上にはこの範囲の中での四分位範囲などを記載しています。協力病院には、自院に該当する病床規模のグラフを御覧いただいて、大体自院がどの辺りにいるのか、中央値より上なのか下なのかといった視点で位置を把握いただく形になります。

それから、グラフだけではなく、層別集計表も協力病院に配布します。地域別、開設主体別や施設基準など、各属性別に基本統計量を整理しています。

参考資料1に戻りまして、このような病床規模別のグラフが9指標分続きまして、最後に今回データを御提出いただいた病院のリストを掲載しています。

以上が可視化プロジェクトの現況報告になります。

○楠岡委員長 それでは、部会長の的場先生、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 よろしくをお願いいたします。

参加病院の件が約600病院ということでございますけれども、458病院が継続ということで、昨年度は625病院が参加していたので、170病院ぐらいが今年は残念ながら申込みがなかったという病院であったことが部会では話題となりまして、事務局にもどういった病院が辞退したのかを御確認いただきました。

結果、昨年度申込みをしたけれども、測定データの提出がなかった病院が多くドロップアウトしたと伺いまして、そういった病院であれば今回エントリーがなかったのも致し方ないのかなと思いますけれども、できれば継続的な活動ということで続けていただきたいと部会としてございましたので、また今後の課題としたいと議論をしています。

また、計測結果に関しましては今後解説を行う準備を部会の中で進めておりまして、前回の解説を御担当いただいた先生に打診しているところでございますので、しっかりとフィードバックができるように準備を進めてまいりたいという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。

ただいまの説明に対しまして御質問、御意見ございましたらお願いしたいと思います。

いかがでしょうか。

よろしゅうございますか。

ありがとうございます。

今回可視化プロジェクトは昨年度に引き続き2年目となりますけれども、全国の599病院の御協力の下、プロジェクトを実施することができております。本日の傍聴者の中にはプロジェクト協力病院の方もいらっしゃるかと思います。プロジェクトに積極的に御参加いただきました全国の病院に感謝申し上げる次第です。

参加いただいた病院の計測活動の成果として集計結果報告書が出来上がっております。今月末には協力病院へフィードバックする予定ですので、ぜひこの報告書を読み解いて改善活動の契機にさせていただきたいと存じます。以前の協議会で計測なくして改善なしといった御意見もいただいておりますが、まさしくそのとおりであります。指標を用いて計測することが改善への第一歩となります。

また、質指標を用いた計測活動を継続的に実施することが非常に重要になってまいります。これまでQ I活動を長年継続してきた病院はもちろん、今回初めて参加したという病院につきましても質指標の計測、改善活動を基本的な病院活動として定着させていくよう引き続きお取り組みいただきたいと思います。本件に関しましてはこの集計結果報告書を協力病院にフィードバックさせていただきたいと思っております。

それでは、次に可視化プロジェクトの運用を踏まえて9指標の検証を行っておりますので、その資料の説明をお願いいたします。

○事務局 まず9指標というのは、この事業で定めた「医療の質指標基本ガイド」に沿って各団体が運用されている指標の中から選定をし、昨年度の可視化プロジェクトから継続的に運用している指標を指しています。

こちらの9指標は、昨年度の可視化プロジェクトで運用し、協力病院における計測実績を踏まえて計測可能性などの検証を経て、昨年5月末に開催した協議会で「全国で共通して計測が求められる質指標バージョン1.0」に設定をされました。そのときに9つの指標のうち7つの指標は幾つかの課題を残したまま条件付で御承認をいただいています。ですので、その課題を少しでも解消するために、下の表の赤枠で囲んだ指標については今回、計測条件などを見直して2023年度の可視化プロジェクトで運用しました。この見直した条件での計測実績を改めて確認するために、今年度の計測実績を基に再度検証を行うというのがこの再検証の目的です。

具体的な検証はQ I標準化・普及部会で行っています。その結果は次回の協議会にお示しします。そちらで御承認をいただければ今年度の可視化プロジェクトで扱った定義、手順が「全国で共通して計測が求められる質指標のバージョン1.0」からバージョンアップした形で「バージョン1.1」という形で設定されることになります。

再検証の進め方は、前回の検証と基本的に同じです。全部で4つのステップがあります。

ステップ1からステップ3は主に定量的なデータを用いて計測可能性を検証します。ステップ4では定性的なデータも含めて改善の余地や妥当性などを総合的に検証します。現在部会ではステップ1からステップ3まで検証を終了していますので、本日はその結果を御報告します。ステップ4については次回3月の協議会で御報告します。

今回の検証対象は、今年度計測データを御提出いただいた552病院の年間の計測データを用います。

それでは、ステップごとの結果をお示しします。

まず、ステップ1では協力病院が9指標のうち何指標を計測したのかを整理しています。縦

軸が200床単位の病床規模、横軸が計測した指標の数になります。参考までに、昨年度のデータも並べています。

このプロジェクトでは原則9指標全て計測してくださいと協力病院にお願いしてはいますが、計測に必要なデータを持っていないなどの理由で計測が難しい場合は割愛してもよいという運用にしていたので、計測指標数は1つから9つまでばらついている状況です。そのうち赤枠の部分、9と書いてあるところ、ここが9指標全て計測していただいた病院の数になります。合計257病院で全体の44.6%になっておりまして、これは昨年度よりも高い計測率となっています。

続いてステップ2では、各指標における計測率を整理しています。先ほどお示した集計結果報告書では3か月ごとに計測率をお示ししましたが、こちらは年間データを使用してまとめています。部会では「これぐらいの計測率であれば計測可能と評価できるだろう」という閾値を60%に設定して検証しました。

赤枠の合計というところを見ていただくと、どの指標も閾値60%を超えている状況です。ただし200床単位の病床規模別に細かく見ていきますと199床以下のMSM-03「肺塞栓の予防対策実施率」、同じく199床以下のIFC-03「1時間以内の予防的抗菌薬投与」が計測率60%をやや下回っています。

協力病院にあらかじめ記載いただいた計測困難理由を分析したところ、計測ができなかった理由のほとんどが「手術をやっていないから」ということなので、そういった病院数を除いた状態で改めて計測率を計算すると基準の60%を上回ります。部会ではこのような具体的な検証も踏まえ、ステップ2の結果からは9指標は昨年度に引き続きおおむね計測可能と評価をいただきました。

続いてステップ3では、事務局が作成して協力病院に配布した計測手順書のとおり計測いただいた病院がどれぐらいいるのかを整理しました。

ここでは部会において計測可能と評価できる手順書の遵守率の閾値を80%と定めて検証しました。赤枠の部分が各指標における手順書の遵守率です。いずれも閾値80%を超えている結果になっています。さらに昨年度と比べると黄色く薄く塗ってある指標は、今回手順やマスターデータを修正した指標になるんですけれども、その指標の遵守率が昨年度に比べて顕著に上がっていることもうかがえました。

今度は手順書どおりに計測をいただいた病院群に絞って、病床規模別に遵守率を見ました。先に昨年度の同じ結果を御覧いただきますと、グレーの部分、600床以上の病院で感染管理の

3つの指標は、手順書の遵守率が閾値80%を下回っていました。ところが今回の集計結果を見てみますと、黄色く塗ってあるところですが、I F C - 02「広域抗菌薬使用時の細菌培養実施率」、I F C - 03「予防的抗菌薬投与率」の手順書遵守率が昨年度と比べて10ポイント以上向上している結果になりました。これは特定機能病院を対象に新しく手順を追加したり、FAQによる補足情報を充実させたことが要因の一つではないかと推測をしています。

ただ、一方で閾値80%を下回る指標が一つだけありました。これが600床以上の病院における「身体拘束率」です。こちらも協力病院に記載いただいた内容を分析したところ、手元にあるデータで集計できるように、自院のほうで解釈や集計対象を一部変えて計測をした病院が複数ございました。かといってこの指標が全く計測できないわけではないという実態がうかがえましたので、総合的に見て事務局から配布した手順書でおおむね実装可能だろうと部会では評価をいただきました。

16枚目、ステップ1からステップ3の検証結果のまとめです。

これらのステップでは計測可能性を見てきました。病床規模別に見ますと、一部の指標では部会で定めた計測率の閾値や手順書遵守率の閾値を下回りましたが、その理由を深掘りした上で、この9指標は今回の可視化プロジェクトで運用した定義、手順でおおむね計測可能だろうと中間的に結論づけられました。

また、参考までに右下に昨年度の検証結果もお示ししていますけれども、それと比べても特に大きな変化はみられない状況です。

あとはステップ4が残っています。このステップでは計測値のばらつきや実際の現場の声という定性的なデータを基に検証を進めてまいります。また、最終的な結論は協議会にて御報告をいたします。

説明は以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

それでは、部会長の的場先生、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 こちらの検証結果につきましては、今事務局のほうからほぼ説明がございましたとおりでございます。部会での議論でも199床以下の手術関連の指標につきまして少し議論がありまして、今日補足でそれらを抜いた場合のパーセントというのを新たに御提示いただきましたけれども、そういった数値が出ていたということにつきましては本日確認いたしまして、議論のとおりになったのかなという結果は確認させていただきました。

また、特定機能病院関連の指標について見直した点につきましても、しっかりと結果につな

がっているということを確認したということが部会での議論の中心にあったと思っております。

以上でございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

それでは、ただいまの説明に対しまして御質問、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。

今村委員、どうぞ。

○今村委員 御説明ありがとうございました。

身体拘束が600床以上の病院において、手順書の遵守率が閾値に満たなかったことについてですが、例えば療養型の病院等、特に介護保険の事業所と一緒にされているところであれば身体拘束について非常によく分かってらっしゃる。一方、大学病院等、特に高度急性期の場合、身体拘束に関する捉え方や手順書があっても実は戸惑いながら計測したということなのか、こちら辺は非常に大事なポイントになろうかと思うのですが、少し詳しく御説明いただけないでしょうか。

○事務局 承知いたしました。

それでは、部会のほうで詳しく分析したものがございますので、共有をいたします。

本指標を別の手順で計測した600床以上の17病院から、手順書とは異なる計測方法を具体的に記載いただいたものを整理しています。

まず、物理的身体拘束の解釈を変更したという記載が7件ありました。例えば4点柵とか介護衣などは含めなかった、ベッドを壁側に寄せる運用を含めたなどです。

次に計測対象を変更した病院もあって、こちらの手順書で分母は入院患者延べ数としているんですけども、そこから精神科、あるいは産科、18歳未満を除外した、逆に精神科だけを対象にしましたという記載をいただいています。

それから、計測方法を変更したという記載もありました。患者延べ数ではなくて実数で算出した、院内でもともとあった集計の基準を適用した、認知症ケア管理加算の算定患者の身体拘束実施件数を代わりにカウントしたという記載をいただいています。

○今村委員 ありがとうございます。

こちら辺の記載を見ますと、分母、分子にもどちらにも大きく影響するということが懸念されるのかなといったところです。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ほかにございますか。

よろしいでしょうか。

身体拘束の率がどのあたりが妥当なのかなかなか議論が難しいところで、そこはそれぞれの病院の御判断で変えているところがあるかと思えます。しかし、まずは測ってその値を集計しないことにはなかなか議論が進みませんので、ぜひこの計測を引き続き続けていただくようお願いしたいと思います。

拘束が問題になったときに身体拘束ゼロを目指すということでスタートはしていますけれども、実際ゼロにすることは不可能であり、どの程度妥当性、正当性のあるようなことでやっているのか、また過度にわたっての拘束にはなっていないかという検証が必要です。これは今、病院でなされていると思えますけれども、それを踏まえた上で全国的にどの程度のところまでがあり得る数値なのかというのは今後の検討になると思えますので、ぜひ引き続きよろしくお願ひしたいと思います。

ほかにご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、今年度の指標につきましては、昨年度の課題を踏まえて一部計測手順等を見直した上で適用しているところがございますが、ただいま御報告いただきましたように指標の計測率や手順の遵守率などはおおむね良好のような状況であります。部会では現場からのアンケート調査などを踏まえてさらに検証作業を進める予定ですので、最終的な検証結果を3月のこの協議会で再度報告させていただきます。ありがとうございました。

それでは、次に2、医療の質指標の標準化・公表についてということに進めさせていただきます。

まず、DPCデータを活用した計測の検討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、資料の18枚目を御覧いただきたいと思います。

今年度DPCデータを用いた9指標の計測について、専門のワーキンググループを設置して検討を進めましたので、その状況を御報告いたします。

今年度の事業実施要綱に「DPCデータなどの既存の標準化されたデータの活用を考慮することが望ましい」とされたことから、DPCデータを用いた質指標の計測方法についてワーキンググループを立ち上げて昨年6月以降検討を重ねました。9月には一旦DPCデータを用いた例示指標の計測に係る課題を整理し、報告書を作成して本会で御承認いただきました。本日は9月に提出した報告書の内容を踏まえ、具体的な計測手順について検討いたしましたので、

その検討結果を御報告いたします。

次、19枚目を御覧ください。

こちらはあくまでも情報提供でございますが、昨年10月に開催された中医協総会におきまして医療の質向上に向けた取組として、本事業で定めた9指標が取り上げられたことを示しております。

20枚目を御覧ください。

検討内容といたしまして、本事業で定めた9指標のうち算出元がサーベイランスとなっている6指標について、可視化プロジェクトで使用している計測手順書の中の「使用データ」の内容を先ほど御説明した9月に作成した報告書に記載したDPCデータに置き換えたと仮定して計測手順を検討いたしました。具体的には複数の指標にまたがる共通課題と特定の指標に関する個別課題を順次検討いたしました。

21枚目を御覧ください。

こちらは参考ですが、9指標のうち既に3指標はDPCデータを用いて計測する運用になっていますので、それ以外の6指標を検討対象といたしました。

22枚目を御覧ください。

こちらも参考ですが、9月に提出した検討結果報告書の内容を一部抜粋してお示ししております。御覧いただきますとDPCデータの様式1、または様式3にいろいろ工夫をすることで計測ができるようになるのではないかと内容になっております。そこで、それらを前提とした場合にどのような計測手順が考えられるかということを具体的に検討いたしました。

23枚目を御覧ください。

まず、複数の指標にまたがる共通課題の検討について、やや技術的な説明になりますけれども、御説明を申し上げたいと思います。

DPCデータを用いて質指標の計測を行おうとする場合、大きく2つの計測方法があります。

1つは「計測期間中に発生した事象を計測する方法」、もう一つは「計測期間中に退院した患者に発生した事象を計測する方法」となります。

その違いを御説明いたします。中段のイメージ図を御覧ください。

ある特定の計測対象期間、例えばこの図には4月から6月と記載してございますが、そのような計測対象期間を想定した場合、入院患者の入院日、退院日と計測対象期間の開始日、終了日の関係をパターン分けした図になります。青線が表示されている上の2パターンは計測期間中に退院した患者、赤線で示している下の2パターンは計測期間最終日にまだ入院中の患者を

示しています。

さて、1つ目の方法である「計測期間中に発生した事象を計測する方法」とは、計測期間中に退院した患者、あるいは入院中の患者を問わず図の黄色い四角枠で示した計測期間中、例えば4月から6月に在院していた患者が4月から6月の在院期間中に発生した事象を計測するという方法になります。患者の入退院パターンのうちアルファベットで申しますとb、c、d、gの部分を捉えるということになります。

2つ目の方法である「計測期間中に退院した患者に発生した事象を計測する方法」とは、青線で示した2パターン、すなわち計測期間中に退院した患者を対象として、それらの患者の入院期間中に発生した事象を計測するということになります。アルファベットで言うとa、b、cで発生した事象を捉えるという考え方です。

どちらの方法も正しい考え方なのですが、ある特定の期間の情報を取得する場合の区切り方の違いになります。

なお、一番下に示しておりますように、この2つの方式のうち計測対象期間、すなわち黄色い枠で示したこの期間の中の事象を計測する方法を入院中患者基準、青線の部分を捉える方法を退院患者基準と呼ぶことにします。

なぜこのような検討をしたかということですが、DPCデータを用いて計測する場合、算出元データとしてEFファイルを使用する場合は入院中患者基準に基づく計測に対応いたします。しかし、様式1を用いて計測する場合、様式1というのは患者が退院した後に作成されることが前提になりますので、退院患者基準での計測になるのではないかと指摘があり検討したという次第でございます。ワーキンググループでは、現在の指標定義が入院中患者基準で書かれている場合でも、もし様式1を用いて計測するという場合におきましては、その計測手順は退院患者基準として検討するということにいたしました。

考え方を説明いたしました、具体的に何が違うのかというところが次の24ページでございます。

中央の欄に書かれているのが入院中患者基準の場合の分子、分母の書き方になります。実際に今の指標はこのような書き方になっております。一方、退院患者基準に置き換えてみますと一番右側のような表現の違いになるということでございます。入院患者ではなく退院患者といった表現になるということでございます。したがって、DPCデータを用いて計測したいと考えた場合に、しかも様式1を使って計測するような場合には、若干この文言、表現を修正する必要があるのではないかと議論がなされました。

次に、25枚目を御覧ください。

こちらは指標ごとに個別の課題を検討した概要を示したものでございます。特に指標の定義や手順に修正が必要になるのではないかという趣旨の検討を行ったのが、上から3段目、I F C-03「手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率」とその下4段目のCRM-01「d 2以上の褥瘡発生率」でございます。これらにつきまして参考資料2を用いて御説明申し上げます。

こちらは参考資料2になります。こちらが検討経過概要、先ほどと同じ資料でございます。

最初に様式1と様式3の比較という3ページの図を御説明いたしますが、9月に作成した報告書におきましては、一部の指標について様式1を用いる方法と様式3を用いる方法が考えられることから両者を併記してございます。そこで、質指標の計測に活用するという観点から様式1と様式3の特徴を比較し整理したのになります。

簡単に申しますと、様式1の場合には患者個人ごとの個票になりますので、入力作業の負荷などが一定程度発生すると考えられますが、一方で層別化分析など改善活動への活用が期待されます。

一方、様式3では既に病院内で集計されたデータを利用することを想定しておりますので、院内での集計内容と指標定義で求めている内容が同じかどうかということの確認が必要であり、また患者個別の詳細分析につきましては、D P Cデータではなく院内のオリジナルデータを使うことになるということで、どちらも一長一短があるのではないかという議論になってございます。

さて、ここから先が先ほど御説明したような指標ごとの個別検討結果でございます。

先ほど触れましたとおりに、9月に作成しました報告書には例えば様式1にこれこれの項目を追加することが考えられるのではないかなどの取りまとめを記載してございます。その内容に沿って様々な検討を進めてございます。

例えば例示といたしまして、一番最初の転倒・転落関連の指標でございますが、各指標ごとに想定される入力項目を検討し、さらにそれらを用いてどのような手順で計測が可能となるのかということを具体的に検討いたしました。このような構成で各指標の検討結果を示してございます。

さて、少し飛ばしまして13ページを御覧ください。

先ほど触れましたとおりに、特に議論をした指標として挙げました1つ目がI F C-03「手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率」でございます。この指標の議論の論点は、もともとの分母定義が「手術室で行った手術件数」となっておりますが、D P Cデータでは手術を

行った場所に関する情報がありません。そこで、どのように計測したらよいかということを検討いたしました。ワーキンググループでは、分母を「全身麻酔手術で予防的抗菌薬が実施された手術件数」とすればDPCデータで取得でき、かつこの指標の趣旨に沿っているのではないかという結論になりました。

その考え方を反映して次のページですが、御覧のような入力項目、さらには計測手順というものを検討したというところでございます。

次に、16ページでございます。

CRM-01「褥瘡発生率」につきましても議論がございました。

この指標はいわゆる持込みの褥瘡を除外して、院内で新たに発生した褥瘡を捉えるために4項目の除外要件を設けてございます。ところがこの指標を様式1を用いて計測すると仮定した場合、すなわち先ほど御説明した退院患者基準で計測する場合、除外要件の4つのうちの2つは当てはまらないということになるため、その扱いについて検討いたしました。具体的な内容を御覧いただきたいと思います。

19ページでございますが、一番上に示してございますとおりに、もともと除外要件が①から④という4項目ございました。このうち②番、④番は褥瘡の発生時期の情報に基づいて、当てはまる場合に除外するという要件になってございますが、現状の様式1では褥瘡発生時の情報はないため、この要件に基づく判定ができません。そこで、ワーキンググループではやむを得ず残りの除外要件のみを計測手順に反映するという結論になった次第でございます。そのほかの指標につきましては、退院患者基準での表現の修正など、先ほど御説明した内容の反映のみで計測できるのではないかという結論になりました。

これらの検討結果につきまして、本日はお気づきの点に御助言をいただき3月の協議会で最終的にお諮りをしたいと考えております。

説明は以上でございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

この内容に関しまして、全自病の田中委員から事前に意見書が届いておりますので、事務局から報告をお願いいたします。

○事務局 意見書を読み上げたいと思います。

診療報酬改定に向けて9指標の算出、公表を評価していく方向性について議論されていることは本事業の成果として意義のあることと考えます。一方、診療報酬への導入が拙速に過ぎると本来の品質管理が現場では目標管理的に捉えられデータにゆがみをもたらす可能性も考えら

れますと、このような意見が届いております。

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、本件につきまして御質問、御意見がございましたらお願いしたいと思います。

いかがでしょうか。

松原委員、どうぞ。

○松原（為）委員 民医連の松原です。

ちょっと本質的なところからは外れるんですけども、D P Cデータを用いて指標を算出するということになると、データ提出加算以上のD P C参加病院を加えてということになるんですけど、今現在参加されている600前後の病院の中で全くD P Cに両方の形でも参加されていない病院の割合というのはつかんでいらっしゃるのでしょうか。D P Cデータを用いることになりますと脱落する病院が出てくる可能性がありますし、それは病院が小さくてD P Cデータを出していないからだというふうに切るとは非常に難しいと思いますので、よろしく願います。

以上です。

○楠岡委員長 事務局、お願いいたします。

○事務局 回答いたします。

本体資料の6枚目の下の段の一番左にある「e. D P C参加状況」に大学病院本院群、特定病院群などで整理をしております、一番下の「該当なし」が、合計で言うと今回の協力病院の中では30病院が先生のおっしゃった全くD P Cに参加されていない病院に該当すると思っております。

○松原（為）委員 申し訳ありません。これは見逃しておりました。すみません。

○楠岡委員長 ほかに御意見いかがでしょうか。

このプロジェクトそのものは最終的に全部の病院に参加していただくという目標を掲げているわけでありまして、D P C参加病院、あるいはデータ提出加算取得病院ということになりますとなかなか全病院というわけにはいかないということと、このデータ提出加算の議論が中医協であったときに長期入院、慢性期の病院においては入院期間が年単位という場合もあるので、どの時点でデータ提出を行うのかということも議論になり、結果的に今のようになっているところがあります。まずはこのD P Cをベースにして行う中で進めていって、さらにそれを広げるときにD P C以外のところでは特にデータ提出加算以外のデータとしてどうい

うようなものをお願いするかというようなこともワーキングのほうで考えていっていただく必要はあるかとは思いますが、取りあえずは今参加いただいているところの95%が何らかの形で今の形でデータが出せるというところですので、まずはこれをターゲットに進めていくのが妥当ではないかと思いますが、ほかにいかがでしょうか、御意見あればよろしく願いいたします。

いかがでしょうか、よろしいでしょうか。

それでは、本事業で定めた9指標をDPCデータを用いて計測できるようにする場合どうしたらよいかというテーマにつきましては、ワーキングで専門的に検討いただいたところであり、本日は検討結果を報告し、最終的には3月の協議会で本事業の成果物として情報発信してよろしいか御審議いただくことになるかと思っております。よろしく願いいたします。

それでは、次に公表のあり方の検討につきましてお願いいたします。

○事務局 資料の27枚目を御覧いただきたいと思っております。

まず、公表のあり方を検討する経緯について御説明いたします。

公表の検討は、厚労省から出されております事業実施要綱の中で「医療の質向上活動等に有効な医療の質指標の計測結果の公表のあり方に関する具体的方策について検討を行うこと」と示されております。一方、協議会ではこれまでも要所、要所で公表に関する御意見をいただいておりますが、公表というのは段階的にかつ慎重に検討するようにとの御指摘をいただいているところでございました。

具体的にはこの四角で囲んでいる3つ目の矢羽根のところでございますが、まずは質指標を用いた測定、それから測定結果を基にした改善活動、それらに焦点を当てて議論を行って、その議論が成熟してから公表について検討するというステップを踏むことになっておりました。そして、この数年で本事業におきまして、測定に関しては医療の質可視化プロジェクトを実施し、改善活動としては2021年度に実施したパイロットによって一定の成果を得られたものと考えます。そこで、ようやく公表について検討するフェーズに入ってきたと考えて今回議題に取り上げている次第でございます。

この議論の最終的なゴールは下の赤枠で囲っているところでございますが、これまでの取組を基に医療の質指標の計測結果の公表のあり方に関する考え方を取りまとめ、医療の質指標基本ガイドに記載したいと考えてございます。

28枚目を御覧ください。検討しなければいけない論点を整理しました。

まず、この計測結果の公表のあり方を考えるに当たって本事業の目的、これは2つありますけれども、それに準じて検討を行うということでございます。事業目的の2つとは、現場の自

主的な質改善活動を充実させる、医療の質を可視化し信頼性を向上させるというものでございます。

次、b ですが、具体的には2つの事業目的に沿って公表の目的、意義、留意事項について考え方をまとめることとしております。また、先ほど触れましたが、その内容をガイドに記載することとしております。

3点目ですが、考え方がまとまりましたらそれを基に本事業で扱う具体的な計測結果であります、集計結果報告書の扱いについて見直しをしていきたいと思っております。このような論点のうちa、b、すなわち公表の考え方をまとめるというところはぜひ今年度内に対応を終了させたいと考えてございます。

29枚目を御覧ください。こちらに示しておりますのは具体的に公表の考え方の案を整理したものでございます。

なお、ここにお示しした内容はこれまで様々な形で御指摘いただいた内容を集約したのになります。

まず、一番上に2つの事業目的を左右に並べております。左側(a)「現場の自主的な質改善活動を充実させる」ですが、この場合の公表の対象は各医療機関を想定してございます。一方、右側の(b)「医療の質を可視化し信頼性を向上させる」という意味では公表対象は医療機関にとどまらず地域住民、国民、社会になると想定しています。

次に、検討における前提ですが、まず公表という用語を定義しました。公表とはこの事業で定めたガイドに準拠した例示指標、具体的には今回可視化プロジェクトで運用している9指標になりますけれども、その指標の計測結果を広く発表することと定義しました。また、公表を実施する主体として、医療機関が行う公表と、本事業の事務局や病院団体など医療機関以外が行う公表という2つの側面から考えて検討することといたします。そのような前提の下で以下、目的、意義、留意事項の案をまとめています。

まず、公表の目的は事業目的と似ていますが、医療現場の自主的な質改善活動のモチベーションを高める契機となること、そして社会における医療の信頼性を向上させることであると考えています。

公表の意義については、まず医療機関に対して公表する意義として質向上に向けた組織的な質改善活動を充実させる契機となる、そして、組織のガバナンス、管理者のリーダーシップを強化するという意義があると考えられます。一方で、信頼性を向上させるという意味で、社会に対して公表する意義として、医療の質指標やその計測の意義、あるいは病院による質改善に

対する取組を広く理解していただくことで医療への信頼を高められる、そのような意義があるのではないかと考えています。

ただし、公表に当たっては様々な留意事項があると考えられます。既に様々な御指摘がありますように、例えば数値が独り歩きしたり誤った解釈による誤解が生じることを避けなければなりませんので、単に計測結果だけではなく計測の目的や意義、計測値の改善に至るプロセスも添えて公表する必要があるのではないかと考えられます。また、同じ指標であっても病院の規模、機能による違いや患者特性なども影響していることを踏まえた結果であるということに留意が必要となるでしょう。さらに医療に関する広告については、医療法に基づく広告可能事項に加え医療広告ガイドラインが示されていますので、それらを遵守することが求められます。

また、公表する主体ごとにそれぞれ留意すべき事項があると思われれます。

まず、医療機関が自施設の計測結果を公表する場合は医療広告ガイドラインの内容を踏まえて、情報の出所を明記する必要があります。一方、医療機関以外、例えば我々可視化プロジェクトの事務局、あるいは各団体のQ I 事業で例示指標を計測する場合の各団体事務局を想定しておりますけれども、そのような団体等が扱うデータは複数の施設から収集したデータになります。この場合決して順位づけではないこと、医療機関の改善に向けたモチベーションが高まるような様式や内容とすること、さらにデータだけではなくデータを用いた改善の取組も広く共有できるよう考慮することなどが必要ではないかと考えてございます。

以上のような整理の下、部会で検討を進めているところでございます。

30枚目を御覧ください。

こちらは参考でございますが、協議会におきましてこれまで公表に関して様々な御意見をいただいております。それらについて意義、影響、そして次のページにまたがりませんが、留意事項、要望に区分をしてこれまでの御意見を整理いたしました。

30枚目に戻りますけれども、意義といたしましては病院のモチベーションの向上、PDCAサイクルの実行、内部フィードバックの明確化など医療の質の向上に向けた意義の御意見を多くいただいている一方、社会に対する公表についての御意見もいただいております。

公表の影響といたしましては、患者や住民だけではなくかかりつけ医にとっても重要な情報源であること、ランキングではなく質の向上を目指すことの理解を国民に深めていくべきであるなどの意見がございます。

31枚目ですが、留意事項といたしまして測定の目的や前提条件の説明、あるいは数値向上の

プロセスの共有、改善努力への評価を重要視すべきとされてございます。

最後要望といたしましては、公表の形式には情報提供側と受取り側の両方に工夫が必要である。あるいは全国のデータと比較してみたいなどの御意見がございませう。

以上のような既にいただいた御意見も踏まえて検討を進めてまいります。

32枚目を御覧ください。こちらは昨年12月の部会で検討した際の意見でございませう。

意義、目的としては病院のモチベーションを上げることがを主と考えてはどうか。すると公表の対象はまずは医療機関となりますが、一方で第二者である患者及び第三者の目にも留まることを想定したメッセージも考える必要があるのではないかと、しかしながら課題といたしまして、一般市民に取組内容を誤解なく伝えることの困難さなど様々な意見が出てございませう。

33枚目を御覧ください。こちらは医療広告ガイドラインの内容を一部抜粋したものでございませう。全文は参考資料3として配布しておりますので、御参照ください。

医療広告ガイドラインには禁止される広告が示されている一方で、広告可能事項の限定解除要件も記載されてございませう。これらの内容に留意しつつ公表の対応を進める必要があると考えられます。

34枚目を御覧ください。こちらは平成28年度の厚生労働科学研究において指標を公表することについて病院がどのように捉えているのかを調査した結果になります。

御覧のように病床規模の大きい病院では75%の病院が指標を公開していること、施設名を含めた公開については一部または全て公開すべきと答えた施設が公開すべきではないという施設よりも約20ポイント上回ったこと、結果指標の公表についても前向きな回答が多かったことなどの結果が示されてございませう。

本日は協議会委員の御意見を頂戴し、引き続き部会で公表のあり方について検討を進める次第でございませう。

説明は以上です。

○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、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 部会におきましては、まず公表の意義、目的、それから主体というところにつきまして幅広く議論をしています。特に医療機関が公表する場合と本事業、あるいは病院団体等が公表する場合ということで、幾つか具体的な議論がかなりなされています。

ただ、あまり個別の各論的な議論でいきますと、まず方針というものが固まらないうちに議論してもまとまらない部分があるというような反省に立ちまして、今回示していただきました

ような目的、意義などのところにつきまして協議会できっちりと御確認、御議論いただきまして、それを踏まえてガイドへの記載、あるいは今後の標準化部会での議論につなげてまいりたいというふうに考えております。

どうぞよろしくお願ひいたします。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

この点に関しまして、ただいまの説明に関して御意見、コメント等いかがでしょうか。

御意見ございませんか、いかがでしょう。

今までいろいろ御議論いただいたところでありまして、今回取り上げている9指標についてはプロジェクトに参加していただいている病院は約600病院でありますけれども、将来的には全部の病院に広げていきたいというのがもともとの考え方です。そうなるまいりますと何らかの形で公表が必要になります。

一方、病院団体等では、この9指標とは別に、疾患ごとのプロセスとかアウトカムに関する指標を出されておられて、これは必ずしも全病院共通ではなく当然扱っている疾患ごとに異なってまいりますし、どちらかというところではP D C Aサイクルを回すことが非常に重要です。それを公表したときに指標の値が大きい小さいがその病院の医療の質そのものを表すものではないにもかかわらず、ランキングとかというところで誤解を与えるのではないかとということでいろいろ議論があったかと思ひます。

そういう流れを考えると、指標も二通りあって、全病院共通的なものと疾患固有のものがあって、どちらかというところでは後者は病院内のP D C Aに寄与するもので、発表するとなると当然のことながら前者の全病院共通のものということになるかと思ひます。

疾患ごとの指標に関しては、各団体それぞれ既にその一部は公表されて病院名も公表されているところがありますので、それで今まで何か大きな問題が起こったということもありませんので、そこは今までどおり続けていっていただく、それをあえて全部集めて一覧にするという必要は今このところないのではないかと御議論であったと思ひます。今回はこの9指標が中心になると思ひますけれども、このあたりのことに関しまして特に御意見賜ればと思ひますが、いかがでしょうか。

桜井委員、お願ひいたします。

○桜井委員 本當にこれまでの流れを踏まえまして、いろいろな考え方と難しさがあるんだなということを改めて感じております。

その上で数字を個々の病院で出していくときに、数字の読み方の注意点みたいところが非常に重要になるなと思っております。ここの部分をまたゼロから各病院で起こすとなると、かなりの労力もかかるのではないかなと思っておりますので、そのあたりはある程度事務局のほうでサポートしていただくと各病院も公表が割としやすくなるのかなと思いました。

それと同時に、こうした質指標の改善について医療機関が取り組んでいるんですよという何かロゴマークのようなものがあって、まずそれがホームページのトップのところちょっと出ているだけですごく私たち市民、患者は安心するなと思ったんです。そのような入り口としての分かりやすさと、それから細部に入っていくところの2段階あるといいのかなというふうに思いました。

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、今村委員。

○今村委員 この9つの指標に関して、非常に洗練されてすぐ使えるような指標と先ほど指摘させていただきましたけれども、身体拘束はまだ少し議論が必要だとされるなど、指標によって若干扱いが違うのかなと感じております。

身体拘束について特に注目しているというのはなぜかといいますと、先ほども少しお話ししましたけれども、病院によって身体拘束の捉え方がかなり異なってくるところがまだあると、基本的には身体拘束をなくすという方向性は皆さん共通だと思いますけれども、結果場合によってはこれを身体拘束から外してしまうというような極端な言い方をすると隠れ身体拘束が生じてくることも可能性としてないわけではないと。また、認知症や精神科疾患の方を多く入院させている病院は、その特性によっても実際はかなり値にばらつきが出て、一律に身体拘束のパーセンテージで病院を評価するような議論がちょっとしにくいかなと思っております。

先ほどの委員長先生のお話では、基本的には全体でどういったところに収まるかの様な御発言もありましたけれども、そうそう簡単にはいかないだろうと、そういった指標が表に出たときに、一般的な医療関係でない方からするとこの数字は高い、低いというような解釈になりがちと、そういった点は十分に御考慮いただきたいというのが、日本医師会からの強い希望でございます。

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。

拘束に関するところは非常に難しいところで、我々の病院の中でも医療上の必要があつて拘束せざるを得ないというようなところに対して、御家族の方が来られて拘束があるということだけで保健所に通告をされたという事例があり、保健所から問合せがあつて事情を説明すれば当然そこは分かっていたんだんですけども、そういうような拘束に関する国民全体としての理解もまずは進めないといけないところもあると思います。また、その中で先ほど申しましたけれども、数字がいいのか悪いのかという判断はなかなか難しいところがありますので、そこは慎重に進めていくことが必要かとは思っています。

ほかにいかがでしょうか。

西尾委員、どうぞ。

○西尾委員 ありがとうございます。

聞くところによると、厚労省のほうとか介護保険給付の委員会の中で身体拘束の定義について何か御議論されているとお聞きしております。特に新年度からはいわゆる急性期一般病床における身体拘束の実態調査とかを始めるとも聞いていますので、本事業で身体拘束と考える手順とかを御提案したけど、実は手順と違った計測をした病院もあるということですけど、恐らくこれから特に急性期に関して必要があつて拘束していることもあろうかと思えます。とにかく明らかな身体拘束の手順というんですか、やり方をしているというのが医療的に必要があつてとか、それは悪いわけじゃなくて、そういうことの実態を調査していく中で厚労省の中や各委員の御意見というのと、今回のワーキンググループの身体拘束のやり方、捉え方というのは一致しているかなというのをお聞きしたいです。仮にDPCで反映してしまうと厚労省は丸分かりになってしまいますので、その辺についてももしお分かりであれば教えていただけたらと思うんですが、以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

事務局のほうでありますか。

○事務局 今回扱っております9指標の中の身体拘束の定義につきましては、これまで病院団体に運用されてきた指標の中から選定をしてございます。そういった意味では、病院団体の中で長年実績のある指標、定義だということではございますが、今御指摘のように今様々な場面で検討されているものと一致しているのかどうか、同じ方向を向いているのかどうかということは必ずしも検証できていないというのが正直なところでございます。

したがいまして、社会的なコンセンサスの得られた身体拘束の定義というものがもし出来上がりましたら、それはぜひ取り入れていくような方向になるのではないかなというふうに考え

ますが、今現状の実態といたしましては、これまで病院団体等で実績のある定義を今回用いているというのが実情でございます。

○西尾委員 ありがとうございます。

○楠岡委員長 もし厚生労働省のほうで身体拘束に関する調査に関する進捗状況、現状に関してお話しできる範囲のものがありましたらお願いしたいと思いますのですが、いかがでしょうか。

○守川課長補佐 現時点で我々が把握している中で、今皆様にお伝えできるものというのはないという認識でございますけれども、今後今事務局のほうからお話がありましたように様々な規定であったり内容が進んでいくというふうに考えてございますので、皆様に御共有できるときになりましたらしっかりと御共有させていただきたいと考えてございます。

以上でございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

看護協会のほうで、身体拘束ゼロキャンペーンを一番最初に言われたときに、ゼロという目標を立てられたために逆に現場での混乱が起こったようなことがありましたが、現在看護協会としてはキャンペーンはどのような形で進められているのでしょうか。

○岩澤委員 ありがとうございます。

身体拘束に関しましては、こちらの協議会の定義に私たちがやっているD i N Q L事業も今そろえております。

拘束に関しましては、病院から非常に多くの質問をいただく項目になっておりまして、まさに今、先生方が御議論いただいたように、ゼロを目指すよりは必要性があってやっているところをどう考えるのか、ただし、必要といたしても、必要とはどういう意味なのかということも非常に難しいものになっているかなというふうに思います。

実際にデータを取れば拘束率が出てきますけれども、どのような患者様に対してやっているのかというルールやマニュアルの整備、あるいはどういう手順を踏んで外していくということを看護としてはすごく力を入れております。必要があってってということに関しては、よく点滴であったり、ドレーンが入っている状況が言われますけれども、そのようなカテーテル自体をいかに早く抜くか、そもそも拘束をしないためにはどのようなマニュアルや手順を整備し、しっかりと看護ケアをおこなっていくのか、ということが改善活動という意味でとても重要ではないかと考えます。そのような視点も含めて身体拘束率という数字を解釈していくということが重要ではないかと、私どもとしては今、看護の方々にお伝えをしているところでございます。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

桜井委員、どうぞ。

○桜井委員 私も今の岩澤委員、あと西尾委員の御説明に同意します。

ガイドラインをどれだけ院内でちゃんとつくっているかということ、その手順に従っても無理なケースというのが出てくるかと思いますが、ガイドラインがないままに拘束しているということでは多分ないと思いますので、パーセンテージだけが独り歩きするのではなくて、ガイドラインがちゃんと院内にあるんだということも併せての説明が必要だと思います。

○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。

よろしいでしょうか。

どうぞ、松原委員。

○松原（為）委員 公表に関する考え方の中に、1つはいわゆる好事例を事業所の名前つきで、さらにはどんなことをやっているかという、そういったプロセスの公表も含めて行うことは同じことをいろいろなことをいろいろな医療機関がやっているわけなので、非常にいいベンチマーキングになるんじゃないかなと、民医連のほうでもここ2年間ほど好事例をプロセスの説明をしっかり加えて、またディスカッションも含めてやるような取組を進めては来ているんですけど、かなりインパクトがあるのかなと考えています。

ただ、一方いわゆるランキング公表になりますと、桜井委員のおっしゃったような抑制のガイドラインもそうなんですけど、ほかの一般的な治療のガイドラインに逸脱をしていると見られることがあって、恐らくすごく差があることが多いんですけど、ちょっと掘り下げてみると中身はそんなに差がないけど、測定の問題であったりといった形で指標が変わってしまうということがありますので、まだそういったレベルですので、名前をつけた全データの公表というのは恐らく非常に障害があるかなと思いますが、いいものをどんどん公に出していってもらうという取組は十分に進めていただきたいなと思います。

プロセス指標に関しては非常にそういうことが進みやすいと思うんですけど、アウトカムに関しては様々な問題を持っていますので、ここは本当に慎重に行わないといけないかなというふうに思っております。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ほかにかがでしょうか。

公表に関しましては先ほど事務局からありましたように、ガイドの中に含めていくということでもありますけれども、今いろいろ御意見いただきましたように公表のあり方、仕方といいますか、例えばこういうような説明をつけてとか、こういうような注釈をつけてというような点に関してはガイドそのものには入れにくいかもしれません。けれども、ガイドの別添のような形で事務局でまとめていただいて、各病院が参考になるようなものをもしつuckingいただければと思いますので、この点も御検討をお願いしたいと思います。

よろしいでしょうか。

それでは、公表のあり方につきましては委員の皆様方も関心のあるところだと思っておりますので、議論の混乱を避けるため慎重に検討を進めることとしております。一方、本事業ではガイドやツールキットの作成、モデル事業の実施などの取組により公表のあり方を議論するための条件は整ってきたものと思っております。そこで、本事業における公表の考え方を整理する段階に進めることといたしました。

本日いただきました御意見を踏まえて引き続き部会で検討し、総論の考え方を3月度の協議会で取りまとめたいと思っております。また、その内容をガイドに反映させるという方針で進めてまいりたいと思っておりますので、よろしくお願いたします。

それでは、次の議題の患者中心性指標の検討につきましてお願いいたします。

○事務局 資料の36枚目を御覧ください。

昨年度から継続的に取り上げている議題になりますけれども、患者中心性指標のうち患者満足度に代わる指標として患者経験調査、PXと呼んでいますけれども、これを主な対象として本事業における患者中心性指標の検討を進めております。下の表で示す検討の方針や進め方については前回の運営委員会で御承認をいただいております。

患者中心性指標に関して、本事業ではOECDのフレームワークに沿って検討することを前提に2つのアウトプットをつくります。

まずは医療の質指標基本ガイドにおける患者中心性やPXに関する記載を充実させるということが1つ、もう一つのアウトプットは実際に本事業における患者中心性指標を設定するということです。

その指標の設定に当たっては2-1から2-3の順番に検討をしていきます。

PXは一次予防から終末期医療まで幅広い医療ニーズに対応する領域ですけれども、まずは特定の領域に絞って検討をして、その領域に応じた調査項目を設定して、その項目をこの事業

としてどういうふうに運用していくのかを検討する、このような流れで進めています。今年度は2-1の適用対象を絞って、2-2の調査項目の設定の仕方について大まかな方針を固めるぐらいまで検討を進められればと想定しています。

次の37枚目を御覧ください。

まず、どの医療ニーズに焦点を当てるか部会で検討いただきました。下の図はガイドで示されている医療の質指標測定のための枠組みになります。

先ほども申しあげましたように、患者経験というのはこの赤く四角で囲っているところですが、一番左の医療ニーズとあわせて見ていただくと一次予防、急性期医療、慢性期医療、終末期医療、それら全てをカバーする領域になっています。

一方で、我が国においては既に多様なPXの尺度が翻訳、検証されています。こちらで調べた限りでは、この赤線でそれぞれ引っ張っている7つの尺度が既に翻訳されている尺度として公表されています。その中には入院患者を対象とした尺度をはじめとして、プライマリ・ケアに関する尺度や介護をしている家族を対象とした尺度というのもあります。

厳密にそれぞれの尺度をこの左の医療ニーズにぴったり当てはめるということはなかなか難しいのですが、本事業としてはこの7つの四角のうち黄色く塗ってある3つ、入院患者を対象とした尺度、ここにまず焦点を当てて検討を進めることになりました。

このように対象とする領域が決まったところで、次の38枚目、入院患者を対象とした尺度として具体的にどの調査票を材料に検討を進めたらいいのかを議論いただきました。結論、日本語に翻訳をされていて、その項目の妥当性が検証されていて、かつ実際に医療現場で運用されている調査項目を対象とすることにしました。

この条件に当てはまる調査票は2つありまして、アメリカのHCAHPSとイギリスのNHS Inpatient Survey、この2種類を本事業におけるPX調査項目の検討対象にしました。

では、実際にこの2つの調査票を材料に、本事業においてどういうふうに調査項目を設定すればいいかを検討するために、この2つの調査票の情報を収集、整理しました。

39枚目を御覧ください。

HCAHPS、NHS Inpatient Surveyと一番上に書いていますけれども、まずHCAHPSは厚労科研で翻訳されたものと京都大学で翻訳されたものの2種類があります。それぞれについて翻訳に関する情報、調査項目の妥当性がどう評価されているのか、現場で翻訳版がどう運用されているのか、こういった情報を整理しています。

分かりやすいところで申し上げますと、真ん中の設問数と書いてあるところですが、

HCAHPSのほうは厚労科研版は26項目、京都大学版は19項目、NHS Inpatient Surveyが一番多くて60項目となっています。

各調査票には具体的にどのような設問があるのかを対比する形で整理したのが次の40枚目になります。

実際の設問も含めて対比をしているのが参考資料4になりますので、併せて御参考ください。

整理をするに当たって、カテゴリーごとにまとめてみました。一番左にドメインと書いているんですけども、1番から10番は実際にアメリカのCMSが運用しているHospital Compareとって、自分の気になる複数の病院の情報を比較できるようなサイトがありますけれども、そこでPXの評価尺度がこの10個に分けられています。HCAHPSの項目がこの10個に分けられていますので、それらを基にこちらのほうでNHS Inpatient Surveyの項目を振り分けています。もちろんこの10個の評価尺度以外にも11番から17番に書いてあるようにカテゴライズされた項目もあります。

このような情報を共有した上で、これらの調査票をどういうふうに調理をして本事業における調査項目を設定しようかと、その具体的な方針を現在部会のほうで検討いただいているところです。

これまで決まっていることをまとめますと、まずPXの適用対象は病院における入院患者に絞ります。それに対応する調査項目として既に日本語版に翻訳されていて妥当性が検証されていて、かつ現場で運用されているHCAHPSとNHS Inpatient Surveyを検討対象とします。次に問題になってくるのが、この2種類の調査票をどちらとも使うのか、それとも例えばHCAHPSだけにするのか、それから先ほど設問数について御説明しましたけれども、調査票の全部の項目を扱うようにするのか、一部の項目だけを抽出するのか、一部抽出するのであればそれをどういう軸で抽出をするのか、こういったところが論点になってくるかと思います。

さらにこのような各論に対して結論を出すために、どのような情報や視点が必要なのかも検討しなければいけないと、このような課題を前回の部会で共有をさせていただいたところで終わっておりますので、こちらは次年度をまたいで引き続き検討していこうと思っております。

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。

それでは、部会長の的場先生、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 PXに関しましても、これまでの本事業の方針のとおり実績のある指標から運用ができるものを考えていきたいというような視点で、HCAHPSとNHSのInpatient

Surveyを取り上げているところでございます。

先ほど御紹介があったように全てをやるのか、分けていくのかなどの論点をしっかりと決めて、手順を決めてどの調査項目をどのような形で各病院の皆様に測定していただくのかという整理をしている段階ですので、多様な御意見をいただきましてぜひ整理をしていってしっかりとしたものを決めていきたいと思っておりますので、御議論のほどどうぞよろしく願いいたします。

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、これに関しまして御意見、御質問ありましたらお願いいたします。

いかがでしょうか。

○草場委員 拝見しました。

実は私どものプライマリ・ケア連合学会のほうでは、割合 J P C A T、プライマリ・ケアに関しての P X というものをいろいろな形で普及させようということで活動を進めておりますので、非常にこの指標のよさということについてはいろいろと理解を進めているところでございます。

ぜひ進めたいといきたいというのは全く変わらないんですけども、ただ1点、今幾つかの指標があったと思うんですが、例示として3つ出ていたと思うんですけども、ベンチマーク的に以前のデータと比較をしたりするときには、割合一体となって指標全体を比較するということはできるんですけども、個別の1個1個の項目に関しての比較ということになると本当にベンチマークとして使っているのかなみたいな議論もあって、今回3つの中からそのどれかを選ぶという発想なのか、3つを見比べながらこれがいいかなという部分だけを選んで新たにまた独自の指標をつくっていくのかとか、その辺の検討の方向性をお聞きしたいと思いました。

○楠岡委員長 事務局、お願いいたします。

○事務局 そこがまさに論点として上がっているところでして、この間の部会ですと一部の項目を取り出す場合、先ほど申し上げた評価尺度ごとに抽出するのであれば、それぞれは独立しているということは検証されているから抽出して使用することは可能だし、実際に現場でも患者満足度とプラスして評価尺度の一部が使われているという現状もあるという情報を御提供いただきました。本当に一部を使うのであれば、どう取り出すのか慎重に検討しないといけないと思っておりますし、もしベンチマーク評価するのであれば、追加した項目の妥当性を検証する必要もあるかもしれないという御意見も部会員からいただいております。

○草場委員 よく分かりました。まさにそこを議論いただいているということであればいいか
と思います。しっかり検討いただければと思います。

○楠岡委員長 ほかにいかがでしょうか。

よろしいでしょうか。

どうぞ、桜井委員。

○桜井委員 参考資料のほうで3つ、厚生労働の科研と京都大学とNHSを比べていただいて
非常に分かりやすいものがありますので、これを見ているんですけども、多分厚労科研と京
都大学は翻訳の仕方が違うぐらいなのかなと思いました。NHSと厚労科研のところを見てい
くと、結構NHSのほうはイエス、ノーで答えられるようなものが多くて、こちらの厚労科研
のほうだと、理解しましたかとか、そういうのが幾つか交じっていて、何となくなんですけど、
患者さんの中には、分からないけれども理解したと選択しちゃうような気もちよっとしまして、
NHSのほうがすごく答えやすいなと思うような部分もありました。例えばNHSのほうは薬
剤師が説明したかしないかというそれだけなんですよね。厚労科研のほうだとそれをもって理
解できましたかみたいな形になっているので、あまり理解できなかったと答えにくいんじゃない
かなと思っちゃったりしました。

そのあたり部会のほうでぜひ御検討いただければと思いました。なるべく考えないでチョン
チョンと答えられるのが一番シンプルでいいのかなと思いました。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

英語圏での質問の仕方と日本での質問の仕方は違うので、それを踏まえた翻訳といい
ますか、意識をしないといけないのかもしれないと思います。ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

よろしゅうございますか。

そうしたら、患者満足度に代わる患者中心性の指標としての検討はこのまま進めさせていた
だきたいと思います。まだ御指摘のとおり整理すべき課題はたくさんありますので、引き続き
部会で検討を進めていきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

それでは、最後にその他について説明をお願いいたします。

○事務局 それでは、資料43枚目を御覧ください。

例年のお願いではございますが、昨年12月に協力団体事務局に御覧のような御依頼をさせて
いただいております。各団体で運用する質指標の情報などを御提供いただき、本事業のオフィ
シャルサイトに掲載をさせていただきたく御対応のほど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。

既に各団体に依頼している事項ということでございますので、御対応のほどよろしく願いいたします。

最後になりましたけれども、実は民医連の松原委員が今回をもって交代されると伺っております。本協議会の初めから長きにわたり本事業に御尽力いただきまして、心からお礼申し上げます。

松原委員、よろしければ一言御挨拶をお願いいたします。

○松原（為）委員 どうもありがとうございます。

まさかこういう形で御紹介いただけるとは思っておりませんでしたので、長年関わってききましたが、本当はかなり民医連の中でもいろいろなジレンマを抱えながら、DPCデータの問題点だったりとか、また指標算出を考えれば考えるほど算出方法が難しくなったりとか、そういった中でちょっと大きなバージョンアップを図らないといけないといったところでの団体の中での役員の退任という形になりましたので、こちらのほうも立場的には抜けさせていただくこととなります。また、民医連のほうからもできれば引き続き委員を選出いただいて、この事業への参加を続けさせていただきたいと思っておりますので、よろしく申し上げます。

皆さん、どうもありがとうございました。

失礼いたします。

○楠岡委員長 どうもありがとうございました。

それでは、本日用意した議題は以上であります。全体を通じて厚生労働省からもしコメントございましたらお願いいたします。

○守川課長補佐 ありがとうございます。

委員の先生方におかれましては、本当に御多忙の中たくさんの御議論をいただきましてありがとうございました。

また、松原先生をはじめとして本当に長年御議論いただきました中で、今年度に関しましてはある一定の方向性が見えてきたのではないかなと考えてございます。これも先生方に本当に御議論いただいたおかげだと考えてございます。

様々な課題はまだ残っておりますので、引き続き御指導いただきますようお願い申し上げます。

私どもからは以上でございます。

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した。

それでは、事務局から何かございますか。

○事務局 事務連絡でございますが、次回の運営委員会は3月13日水曜日を予定しておりますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

それでは、本日長時間にわたり御議論いただきましてありがとうございました。

これにて運営委員会を終了したいと思います。

どうもありがとうございました。