

第20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11月7日(木)

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20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、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ます。資料1から3を1つのファイルにまとめた第20回運営委員会（協議会）本体資料、及び参考資料が1番から6番までの6種類です。なお、参考資料1の「集計結果報告書【速報版】」は、関係者限りの資料としております。

では、本体資料を画面共有いたします。

まず、委員の出欠状況について御報告いたします。

出欠状況は本体資料2枚目のとおりですが、委員の交代があり、本日初めて参加される委員がいらっしゃいます。事務局からお名前をお呼びいたしますので、一言自己紹介をお願い申し上げます。

まずは4番の、全日本民主医療機関連合会、河原林委員でございます。

○河原林委員 全日本民主医療機関連合会の理事をしております、河原林と申します。

前任の松原為人委員から引き継ぐ形で今回参加させていただいております。何分不慣れなことも多いため、いろいろと御迷惑をおかけすることもあるかと思いますが、御指導のほど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。

続きまして7番の、全国自治体病院協議会、小阪委員、お願いいたします。

○小阪委員 全国自治体病院協議会の副会長をさせていただいております、島根県立中央病院の小阪でございます。

私自身も診療情報管理士を取っておりますので、医療の質の評価というものに非常に興味を持っています。これから勉強させていただいて、何かお手伝いできるようなことがあればいいなと思っております。

○事務局 ありがとうございます。どうぞよろしくお願いいたします。

また、本日の出欠の確認です。

本日は今村委員、遠藤委員、岡田委員が御欠席ですが、委任状及び意見書が提出されています。

続いて、3枚目を御覧ください。

Q I 標準化・普及部会からは的場部会長が出席しております。

また、厚生労働省からは、本事業の御担当として医政局総務課より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。

本日予定しております議題は、大きくは3点ございます。

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 皆様こんにちは。担当理事の亀田でございます。

本日はお忙しい中、第20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。

本事業は、意欲ある医療団体などによって先行して取り組まれてき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年度より厚労省補助事業として実施されているもので、現在は6年目の半ばを迎えています。発足時、本事業には多くの困難が予想されましたが、幸い本協議会委員をはじめとする関係者の皆様の温かい御支援をいただき、これまで5年間、「医療の質指標基本ガイド」の策定や例示指標の設定、そして質改善支援ツールの開発など、本事業の目的に向けて幅広く体系的に活動し、着実に成果を上げてきたものと考えています。

しかし、本事業の目的とする最終的なゴールは、全国全ての医療機関がその規模、機能を問わず医療の質の改善に取り組むための環境基盤をつくることにあり、いまだ麓にあると言えます。

さて、昨年度、厚労省より、これまでの本事業の範囲を見直し、これまでに得られた成果の活用を前提に、全国展開への取組に的を絞るという方向性が示されました。そして、それを支援すべく、本年6月の診療報酬改定では医療の質の向上への取組として、本事業で選定した指標に係るデータの提出及び公表が、DPC制度に組み込まれる形で評価されることになりました。これは今後、医療の量だけではなく質が評価されるという方向性を示す、大きな一歩であると思います。

本事業では、これらの流れに応えるべく医療の質指標の標準化をさらに進めると同時に、モデル事業の推進を通じて、その普及やブラッシュアップを図っていく予定です。

本日も楠岡委員長の下、建設的な御議論を賜るようお願いし、御挨拶とさせていただきます。
よろしく願い申し上げます。

○事務局 どうもありがとうございました。

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。

本日は非常にお忙しいところ御参集いただきまして、ありがとうございます。

また、新たに委員に御就任いただきました皆様方、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは早速、議事次第に沿って進めたいと存じます。

最初に議事1、医療の質可視化プロジェクトについて、事務局より御説明をお願いいたします。

○事務局 御説明いたします。

7枚目を御覧ください。

まず、青い四角の1つ目の○ですが、2022年度、2023年度に引き続いて、今年度も7月から可視化プロジェクトを実施しています。このプロジェクトでは医療安全、感染管理、ケアに関連する9つの質指標を扱っています。

2つ目の○ですが、先ほど亀田理事から御挨拶があったとおり、この6月に施行された診療報酬改定で、この9指標がDPC機能評価係数Ⅱの評価対象となったため、DPCデータを使って9指標を全て計測できるようになりました。今年度の可視化プロジェクトでは、一部この診療報酬改定の内容を踏まえた運用としています。

詳細も含めて今年度のプロジェクトの概要を御説明しますので、下の表を御覧ください。

まず、プロジェクトの目的ですけれども、1つは、全国の病院が質指標を使って継続的に計測をすること。2つ目に、経時的な変化や他施設との比較を通じて現状を客観的に把握して、質改善の契機とすることです。

このプロジェクトの対象は質指標を用いた計測に関心のある全国の病院で、700病院程度の参加を目指しています。

実施期間は、2024年7月から来年3月末までです。

続いて、計測対象期間とありますが、これは病院が提出するデータの対象期間という意味です。今回は事業年度よりも半年遡る形で、2023年10月から2024年9月までの1年間のデータを4回に分けて計測し御提出いただきます。

各期間をI期間、J期間、K期間、L期間と呼んでいますけれども、黄色のI・J・K期間

では、昨年度のプロジェクトで使用した指標の定義とか計測手順を継続して使用しています。一方で、赤枠部分のL期間では、この6月に施行された診療報酬改定に準拠した定義と手順を使用しています。このL期間については9指標全てでDPCデータを使った計測が可能となりましたが、実際どれぐらいの計測率になるのかは、年度末に詳細な計測状況をお示ししたいと考えています。

続いて8枚目です。

5月から参加募集を開始し、11月5日時点で537病院からお申込みをいただいています。地域や開設主体、病床数別など、各種属性別に申込状況を整理しています。

表中の数字の見方ですけれども、例えば左上の「a.地域」を御覧ください。

「新規」という列は、今回初めて可視化プロジェクトに参加した病院のことで、現時点で68病院ございます。「参加歴あり」という列は、これまで1回でもこのプロジェクトに参加したことのある病院のことで、現時点で469病院ございます。さらに、「参加歴あり」の病院のうち「連続」という列は2年以上連続で御参加いただいている病院で、現時点で447病院です。

なお、「参加歴あり」の病院の約95%が2年連続で御参加いただいています。

可視化プロジェクトは11月末まで募集していますので、引き続き広報活動を続けてまいります。直近では10月末にDPC対象病院、この表で言いますと左下の「e.DPC参加状況」にある大学病院本院群、特定病院群、標準病院群に該当する病院の中で、まだこのプロジェクトにお申込みのない病院に対しては、郵送でプロジェクトの御案内をお送りいたしました。その影響かもしれませんが、本日14時時点でお申込み数が537から549病院と、10病院程度増えています。その内訳は、ほとんどDPC対象病院からの御参加です。

続いて、9枚目です。

このプロジェクトには、初めて質の可視化やベンチマーク評価に取り組む病院にも積極的に御参加を呼びかけていますので、協力団体が実施しているQI事業に未参加の病院がどれぐらいあるのかを調べました。

その結果、この赤枠の部分のとおり、本プロジェクトを通して初めてベンチマーク評価に参加したと想定される病院は、現時点で165病院です。

左下の円グラフを御覧ください。

今年度の参加状況に限って見てみますと、この青色の部分が協力団体のQI事業に参加されている病院で7割程度、黄色い部分である残り3割が協力団体のQI事業に未参加の病院です。この7対3という比率は、右下の2つの円グラフで示している過去年度の参加状況の比率

と、大きくは変わっておりません。

続いて10枚目は、病院に御対応いただく計測データの提出についての御報告です。

青い四角の1つ目の○ですが、このプロジェクトでは実施期間中に2回、データ提出の機会を設定しています。1回目の提出は9月2日を期限に、I期間とJ期間の半年分のデータを受け付けました。その提出率は74.8%でした。詳細は中ほどの表にお示ししていますが、やはり2年以上連続で御参加いただいている病院からの提出率は高いです。とはいえ、今回初めて御参加いただいている病院からも半数程度データを御提出いただいています。

右下には、参考までに、昨年度の提出状況を示しています。最終的には約9割の提出率でしたけれども、昨年度の初回提出率は70.8%であって、今回とさほど変わっていません。

青い四角に戻りまして2つ目の○ですが、今回御提出いただいたデータは事務局で集計し、速報版として取りまとめて、10月18日付で協力病院と協議会の先生方をはじめとする事業関係者に共有しています。今回はあくまでも暫定的な結果ですので公表はしていませんが、2回目に提出されるデータは、確定版の集計結果報告書として、年度末にオフィシャルサイトで公表する予定です。

11枚目は、今回取りまとめた速報版の集計結果報告書のイメージです。詳細は、参考資料1を御覧ください。

画面でも共有いたします。

報告書の構成は、昨年度までと同様です。

まず、5ページを御覧ください。

今回データを御提出いただいた359病院の属性情報をまとめています。

続いて6ページは、3か月ごとの計測対象期間における各指標の計測率を示しています。今回はI期間、2023年10月から12月の3か月分と、J期間と呼んでいる2024年1月から3月の3か月の結果をそれぞれ示しています。

一番計測率が高かった指標がMSM-02、入院患者での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、これが99.7%と非常に高い計測率でした。一方で、ほかと比べて計測率が低い指標は感染管理のIFC-03、手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率、これが大体7割程度の計測率となっています。これは過去年度のプロジェクトと同じ傾向です。

以降は、各指標の集計結果を200床単位で示しています。

例えば10ページは、最初の質指標である入院患者の転倒・転落発生率の200床未満の病院群

における結果です。率が高い順に並べていて、右上に統計値を示しています。協力病院には、自院と同じ病床規模のグラフを見ていただいて、自院がこのグラフのどのあたりにいるのか、赤いラインで示す中央値より自院が上か下か、などの視点で位置を把握いただく形になります。

そして報告書の51ページ以降には、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。

本体資料に戻りまして12枚目が可視化プロジェクトの進捗状況です。

おおむねスケジュールどおりに進行しており、現在この赤枠の5-1「2回目の計測データの提出」を受け付けています。提出期限は12月20日に設定しています。このときには診療報酬改定に準拠した定義、手順で計測いただいたデータが初めて手元に届きますので、集計結果の取りまとめ方などについてはQ I 標準化・普及部会で具体的に検討して、また改めてこちらの協議会でも御報告いたします。

13枚目は、情報共有です。

可視化プロジェクトで扱う指標の中にある、血液培養2セット実施率に関する情報です。

1つ目の○ですが、2024年7月に、日本ベクトン・ディッキンソン株式会社による血液培養ボトルの供給量が半減するという発表がありました。

2つ目の○ですが、9月9日から随時、血液培養ボトルの供給量の制限は解除されてきてはいるようですが、各医療機関への影響が大きいようで、日本感染症学会からは、従来どおりの2セット採取を基本としつつも、血液培養ボトルの使用本数を抑制するための運用案などが示されています。

この7月から9月というのは今回のプロジェクトにおける計測対象期間とちょうど重なっていますので、このことが血液培養2セット実施率の計測結果に影響する可能性があります。集計結果を取りまとめる際には十分留意したいと思います。

1-1の説明は以上です。1-2の説明に移ります。

○事務局 続きまして、本プロジェクトの3か年の運営について概要を御報告申し上げます。

15枚目で、本プロジェクトの3か年の申込病院数の推移を示しております。

御覧のように、申込病院数はやや減少が続いている状況です。もちろん今年度はまだ申込みを受け付け中ですので、もう少し増えるとは思われますけれども、申込病院数が伸び悩んでいる状況と言えます。

一方、今年度はD P C機能評価係数Ⅱの対象となったことを踏まえると、現在プロジェクトへの申込みは五百数十病院ですが、質指標の計測、活用を行う病院はD P C対象病院である約

1,700病院に普及したと見ることもできると思われます。そのように考えますと、全国の病院へ質指標の計測を普及させるためには、様々な広報活動に加え、DPC制度などの国の制度を通じて全国へ普及を図ることができるよう、厚生労働省に働きかけることにも取り組んではどうかと考えているところです。

16枚目を御覧ください。

今後の質指標の普及方策案のイメージです。

縦軸は質指標の活用を行う病院の範囲、横軸は時系列としています。

現状は左下部分に記載の通り、これまで本プロジェクトへの参加を通じて質指標計測に取り組む病院が約500病院ありましたが、今年度の診療報酬改定によりDPC対象病院約1,700病院に普及したという状況です。今後は国に様々な提案を行い、もし今後の診療報酬改定で、例えばデータ提出加算の要件に質指標の算出を明示いただくことができれば、対象病院は大きく広がります。また、本日の議題にもありますが、もし質指標の計測結果を広告可能事項として扱うことができるようになれば、医療機能情報提供制度に盛り込むことで、全国の病院に普及することも考えられると思います。

もちろん、国がDPCに組み込んだ質指標を将来的にどのように扱うのかは、関連の検討会などでの審議等も必要だと思いますが、国の制度を通じて質指標の普及につながるよう働きかけてはどうかという方向性について、本会の御意見を頂戴したいと思います。

説明は以上です。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。

この議題に関しましては、本日御欠席の今村委員から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 今村委員からの御意見を読み上げます。

「厚生労働省に働きかけることを取り組む際、9指標がDPC機能評価係数Ⅱの評価対象となったことを踏まえ、国としては本プロジェクトの指標を、今後どの様に考えているのか説明していただきたい」

以上でございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

今の今村委員からの御質問に関しまして、厚生労働省から何か見解がございましたらお示しいただければありがたいと思いますが、いかがでしょうか。

○間中専門官 厚生労働省の間中でございます。

意図していることにきちんと答えられるか定かではありませんが、現在、9指標についていろいろ進めていただいているところですが、まずは9指標をどのように公表するのが望ましいのか、現在、3つの指標に関しては保険局医療課とある程度調整しましたけれども、残り6指標について何かしらの注釈などが必要か等は、ぜひとも御検討いただけるとありがたいと思っていますところでございます。

現在既に採用しているこの9指標は、かなり基礎的な指標というふうに私たちも考えておりますので、こういった指標をきっちり確認して医療の質の改善につなげていく病院を増やすとともに、今後、こういった指標を見ていくと医療の質の改善につながるのかといった新しい指標に関しても検討されるものと思っております。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

それでは、ただいま事務局からの説明、また厚生労働省からの御説明に関しまして、御意見がございましたらお願いしたいと思います。

挙手していただければ御指名いたしますので、御意見を述べていただければと思います。

いかがでしょうか。

○福井委員 厚生労働省の研究班でかつて調べたことがあり、また、最近もう一度調べ直しましたが、外国では、イギリスとフランスは全部国営で、100%の病院のQ Iを測定しています。アメリカもオーストラリアも実質的に仕組みとしてQ Iを測定して、公表せざるを得ない形に持ってきています。先進諸国では、Q Iを測定してそれぞれの病院の質を公表するのは当たり前になっていますので、できましたらもう少し短期間で全ての病院が参加する方向に持って行っていただきたいと思っています。

私自身、非常に重要なことは、今回のこの事業そのものもそうですし、それからD P Cに組み込むという方略で実際にQ Iがどれくらい改善したのか、それから、もしできることなら患者アウトカムまでどれくらい改善したのかも一緒に測定して、それをうまく国民に知らせながら、病院としてこういうことをするのが当たり前だという雰囲気づくりにも、ぜひエビデンスとして出していただけないかなと思っています。

○楠岡委員長 非常に大事な点だと思います。やっとならD P Cに組み込むことで、多くの病院が参加できるようになりました。今までは志の高い病院が取り組んできたものが、今回は一律データも出てくるような状況になって、それをどのように生かしていただくかは、またこの協議会等を通じて働きかけていく必要があるかと思っておりますけれども、前から福井先生が御指摘されているようなことが本年度、やっとなら第一歩にかかってきたかというところだと思いますので、

ぜひ先生の御意見の方向で進めていきたいと思ひます。

ありがとうございました。

ほかに、御意見ございませんでしょうか。

特に御意見がないようであれば、ただいま事務局から御説明いたしました方向性に向けて、順次進めていただきたいと思ひます。

また、年度末には今回D P C化した指標の集計なども併せて取りまとめ、この会でも報告していきたいと思ひています。そういうことによつて、今まで一種のボランティアで出てきていた指標が全国的に一律になったときにどのように分布するか、非常に興味深いところがあるかと思ひます。その結果が出ましたらまたお示ししますので、御議論いただきたいと思ひます。

また、指標に関してはD P Cからさらに他の病院群に広げていく方向にはなるかと思ひますが、それに伴ひまして、可視化プロジェクトとしても広げていきたいと思ひます。その努力は継続していきますので、この会におきまして国の施策へのつながりもいろいろ検討し、厚生労働省にも随時御提案、御相談していきたいと思ひますが、そのような方向づけでよろしゅうございますか。

(異議なし)

○楠岡委員長 ありがとうございます。

それでは、今、申し上げたような方向で進めたいと思ひますので、事務局もどうぞよろしくお願ひいたします。

それでは、議事2に進ませていただきます。

議事2は、質指標の標準化・普及に向けた検討ですが、まず2-1、選定した指標の保守に関する検討につきまして、事務局から説明をお願ひいたします。

○事務局 画面を共有いたします。

19枚目を御覧ください。

初めて御報告する課題として、指標の保守について部会での検討状況を御報告いたします。

まず、本事業における質指標の運用サイクルをまとめています。

下の図の左側ですけれども、今回検討する保守というのは、運用サイクルの一部に該当いたします。運用サイクルは大きく4段階ございます。まず運用する質指標を設定し、協議会の承認を経て、可視化プロジェクトで運用します。その後、実際の計測状況や現場からの御意見を踏まえて指標の検証を行い、必要に応じて定義、手順あるいはマスターデータを修正して、それをまた運用するというサイクルで動いています。

この最後のステップで、指標の検証や指標の情報を修正するという一連の作業を行います。これらを包括的に「保守」と捉え、その方針や手順の検討を進めているところです。

もう少し全体像を御説明します。最初の指標の設定というフェーズでは、協力団体が運用する指標の中から選定することを前提に指標選定の方針を定めて、それに基づいて部会で指標の選定作業を行いました。選定方針としては、右側に書いてあるとおり、改善に資する指標の6要件を定めています。具体的には、エビデンスベース、信頼性、妥当性、計測可能性などです。また指標選定手順については、選定の作業手順や適切性評価の具体的な視点などをまとめた「例示指標の選定方法」という手引を作成済みです。それに基づいて指標を選定しています。

一方、保守にはそのような方針や手順がまだ定まっていません。参照元団体での指標情報の変更や、直近で言うと診療報酬改定に応じて指標定義、計測手順を修正するといった都度都度の対応にとどまっています。しかし、これから安定した運用を進めていくためには、明確な保守の方針を定めて、それに沿って作業を進めたいと思っております。

そこで今年度は、右下の赤枠部分に記載してある、IからVまでの検討事項に沿って、保守の方針を固めることを目標にしたいと思っております。この検討事項につきましては、まずは誰が、どのような区別の作業を、どのような基準に基づいて、どのような判断をしていくのか、それらの作業をどのような手順で進めていくのかなどについて、部会で検討を進めています。

20枚目を御覧ください。

5つの検討事項の最初の2つ、保守の主体及び保守の区分です。

本事業で設定する指標の保守は、協議会を主体としてはどうかと考えています。理由としては、9指標がDPC退院患者調査票に盛り込まれたことから、DPC制度の安定的な運用に寄与すべく、9指標の保守に本会が積極的に関わる必要があるのではないかと考えるためです。また、本事業で設定した指標のメンテナンスは、病院団体や病院ではなく、本事業の中で行うしかないのではないかと考えた御意見も過去にいただいております。

2つ目の検討事項、保守の区分ですが、こちらはアメリカのCMSや、イギリスのNICEなど、諸外国機関における保守の運用を参考に整理しました。

ここでは、大きく3つの区分を設けてはどうかと考えています。1つ目は、緊急にすぐ対応すべき場合で、「緊急保守」と名づけました。その指標を運用することによって、患者に危害を及ぼしたり、重大な懸念事項が生じたりする場合などに、迅速に対応する必要があると判断される場合です。

2つ目は、年に1回あるいは半年に1回、定期的なタイミングでの保守を行う必要があると

して「定期保守」と名づけました。その指標の継続的な運用を前提として、指標情報の鮮度を保つための軽微な変更を想定しています。例えばマスターデータの修正などが該当すると思います。

3つ目は数年単位で実施するもので、「中長期保守」と名づけました。計測実績や現場の意見など、運用時に収集した情報などを踏まえ、その指標の適切性を再度評価するという位置づけです。再評価の結果次第では、その指標の運用を停止するという判断もあり得ると思います。

このような3つの区分に分けることを考えています。

21枚目を御覧ください。

次は、どのような基準でその指標が改善に資する指標であることを確認するのかという判断基準ですが、先ほどからのとおり、本事業で運用する指標は、医療の質指標基本ガイドに定める「質改善に資する指標の要件」を総合的に満たしていると判断された指標です。また、指標保守の意義は、指標選定時に有していた特性が、現時点でも有効であることを確認することにあります。そこで、本事業の保守においては、指標選定時の基準である「質改善に資する指標の要件」に沿って、指標の特性を総合的に再評価してはどうかと考えています。

図の下半分に示しているのが「質改善に資する指標の要件」6項目です。

なお、諸外国の主な機関でも、指標設定時の基準に沿って保守を実施しているようです。

続きまして22枚目、判断の種類及び作業の流れについてです。

フロー図で、どのような種類の判断が想定されるのかを、作業の流れと併せて整理しています。先ほどお示した判断基準を踏まえて、まず、その指標の運用を続けるか、続けないかという判断が求められると思います。グレーのゾーンの一番上では、今後もその指標を使いましょうとなった場合には下に矢印が伸びて、次に、運用を継続するに当たってその指標の情報を修正する必要があるかどうかという判断が求められると思います。特に修正がなければ対応不要ですが、もし修正が必要となった場合には何を修正するのか、例えば定義を修正するのか、手順なのか、あるいはマスターデータなのかといった修正の対象が決まってくると思います。

そうすると5番目の、修正作業の流れにつながりますけれども、その修正が軽微なものなのか、そうではないのかの判断となります。軽微なものというのは、ここでは事務局で機械的に修正が可能なものを「軽微な修正」と定義づけましたけれども、もしそうであれば、事務局で修正した後、その内容を部会で御確認いただきますし、軽微ではない複雑な、あるいは専門的な判断に基づいた修正が必要ということであれば、部会やワーキンググループなどで御検討いただいて、必要に応じてその指標に関する領域の専門家にも入っていただきながら検討を進め

るという流れを想定しています。

一方で、また一番上のグレーのところですが、その指標の運用を継続するかという段階に戻り、この指標は継続しないという判断になった場合には、指標を削除することになります。例えば改善の余地がなくなって、可視化する意義がなくなった指標などを想定しています。

最後は一番下の内容ですが、判断した結果を協議会に諮って、もし指標を修正した場合は可視化プロジェクトで運用する、あるいは運用の前に試行が必要であれば、まず試行するなど、具体的な対応についても今後、検討する必要があると考えています。

23枚目は、参考にした諸外国における保守の運用を整理したものです。CMS、NICE及びAHRQの文献から整理いたしました。

24枚目は、検討事項のまとめです。今まで御説明した検討事項を再度こちらにお示ししています。

さて、25枚目ですが、今年度の対応としては、2種類の成果物の作成を想定しています。まず1つ目は、具体的な運用を「保守の方針」にまとめて、今後の部会などで活用してはどうかと考えています。

もう一つは、検討を通じて概念化できる内容が明確になれば、医療の質指標基本ガイドに反映することを想定しています。

26枚目は「保守の方針」に記載する内容のイメージなのですが、先に27枚目をお示しいたします。

こちらが2021年度に部会で取りまとめた「例示指標の選定方法」から抜粋した表です。6要件に沿って指標を選定するときの視点や、評価における考え方を1つの表にまとめたものです。この保守版を作りたいというのが、26ページの「保守の方針」のイメージです。

保守の判断基準を6要件と考えますので、その要件に沿って保守が必要な条件ですとか保守の区分、判断の種類、判断の留意点などを1つの表にまとめたいと考えています。

28枚目を御覧ください。

こちらは、現在のガイドにおいて保守に関する記載がありますので、そこを抜粋しています。

「保守」という言い方ではなく「見直し」という言葉が使われていますけれども、外部要因による見直しと、計測結果を反映した定期的な見直しに分けられています。しかしながら、この文章は、実は各医療機関における指標の運用を想定した記載になっています。今回検討している保守は本事業における扱いになりますので、御覧いただいている内容とは区別してガイドに記載することを想定しています。

さて、29枚目ですが、ここまで説明してきたのは本年度、指標の保守方針を定めたいというものでした。この方針が定まりましたら次年度以降、実際に保守の作業に取りかかるわけですが、保守の対象である9指標は、今後の診療報酬改定のタイミングに合わせて定義・手順の修正などを反映できるよう計画的に保守作業を進め、厚生労働省へ情報提供を行う必要があると思われま

す。ところが、DPCデータを用いた質指標の計測については、先ほどありましたとおり、今年度初めてデータが上がってくる状況ですし、来年度の2025年度は、まだまだ運用が安定していない状況が想定され、したがって状況把握に留まるのではないかと考えています。したがって、実際の保守作業は2026年度以降の実施を想定すると、令和10年度改定のスケジュールに合わせて保守作業を進めることが目標になるかと想定しているところです。

説明は以上です。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。

部会長の的場先生、補足のコメントがございましたらお願いいたします。

○的場部会長 今年度からのDPCの運用に当たりまして、これまでは各団体で運用されている指標を使わせていただく形でしたけれども、今回からはDPCのワーキンググループでいろいろと検討していただいた内容が制度化されまして、そこを基に運用という形で大きく変わっております。

その点で、やはり指標を安定的かつ継続的に運用していくためにはどうすればいいかということで、部会のほうでもいろいろな議論がありまして、今回御説明いただいたものにつきましても、部会での御議論を幾つか反映して修正がかかった内容となっております。

ぜひ協議会のメンバーの皆様にもコメントをいただきまして、安定的かつ継続的な保守体制ということでの議論を深めていただければと思うところでございます。

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。

それでは、ただいまの事務局の説明に関して御意見がありましたらお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

○西尾委員 ありがとうございます。非常にすごいことをもう既に考えていらっしゃるなと思って、感心して聞いておりました。

1つお聞きしたいのは、一番最初の入り口であるエビデンスがどうも変わったとか、専門家の意見が変わった、ガイドラインが変わったというその変化、これは合っていないというところ

ろを見つけ出すのはQ I 部会なのか、どなたがどういう形でピックアップされるのかをお聞きしたいんですけども、いかがでしょうか。

○事務局 ありがとうございます。

具体的な作業レベルでの運用はこれから検討したいと考えておりますが、エビデンスの変更に関しましては、私ども日本医療機能評価機構にMindsという事業がありまして、常に診療ガイドラインを収集し、その改訂状況なども捉えています。したがって、既に診療ガイドラインとして発行されたものに関しては、Mindsが収集した情報を調べることで、情報を取得できると思います。

また、今後の話ですけれども、保守を行う、あるいは新しい指標を拡充していく中で、その領域の専門家に入っていただくことも想定しております。その領域の専門家であれば「今、学会でこういう動きがある」といった情報なども入ってくると思いますので、そういった形で情報を捉えることができるのではないかと今は想定しておりますけれども、仕組みとしてどのようにその情報をタイムリーに取得していくのかについては、今後も引き続き検討させていただこうと思っております。

○西尾委員 最近いろいろな疾患や病態についてガイドラインがたくさん出ています。私は泌尿器科が専門ですけれども、頻尿1つだけでもガイドラインがいっぱいありますので。今の御説明でよく分かりました。ありがとうございました。

○楠岡委員長 ほかに御意見いかがでしょうか。

○福井委員 何度もすみません。

今までの説明でも十分伝わることはありませんが、9項目を今回始めることにつきましても、印象として、これをずっと続けるみたいな説明はされないほうが良いと思います。測定するQ I 指標はかなりダイナミックに変えていく必要がありますので、その方向でのニュアンスをぜひ伝えていただきたいと思います。

特に重要なのは、やはり改善の余地のある指標を見出せるかどうか、それからタイミング的に急いで国全体の指標を改善する必要があるかどうか、そういう判断も必要になりますので、恐らくDPCに組み込んで正式に指標を出す、改善してもらうことと並行して、小さなグループでいいので、次に改善の余地のある指標は何なのかも並行して調べられるといいと思います。

○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。

○桜井委員 ちょっと教えていただきたいんですけども、本体資料23ページ、諸外国におけ

る保守の運用ということで、CMSの「早期見直し」のところに「患者の危害や重大な懸念事項に対処するため、緊急時または緊急性を要する状況において指標を迅速に見直す」とありますが、これは具体的には、例えば感染症ですとかそういったものが該当したりするのでしょうか。

○事務局 詳細をもう一度調べてみる必要があるとは思いますが、私どもの認識では、指標の分子には、今までお話がありましたとおり、エビデンスに基づいた望ましい治療方法などが、通常は書かれています。しかし、例えば新たなエビデンスが出てきて、実は今までのやり方はリスクがあったといったことが新たに分かった場合に、指標に書いてあることをもってその治療法を促進するという意味では決してないんですけれども、万が一「どうしてもこの治療法を実施しなければいけない」と捉えられてしまうと、重大な懸念事項に発展してしまうことが考えられます。そのようなことを想定した見直しは、迅速に必要である。今はそのように解釈しているところです。

また文献には、Q I の計測率を改善するために治療を控えたり、過剰に治療し過ぎたりする例が書いてありました。

○桜井委員 なるほど。分かりました。そういう点でも柔軟に対応していくことが非常に重要だなと改めて認識できました。

ありがとうございます。

○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。

私から事務局へちょっと、コメントということでもないんですけれども、保守に関する対応は、一応2025年度に実態把握を行いながら、その先、場合によっては令和10年度改定に向けてというお話だったんですが、この9指標に関してはDPCに入ってしまったので、中医協とか中医協の下部部会で調査が進んで突然に違う方向性等が出てくると、混乱しますので、ぜひ中医協でどのような議論がされているかも見させていただいて、場合によっては当初の計画を少し前倒しで進めないといけないような事態が起きるかもしれませんので、ぜひ注意していただければと思います。

よろしく願いいたします。

○事務局 ありがとうございます。承知いたしました。

また、厚生労働省ともよく情報連携していきたいと思います。

○楠岡委員長 ほかに御意見いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、保守に関しまして、指標を運用する場合、定期的に必要になってくることでござ

いますけれども、今、いろいろ御意見いただいたことを踏まえて部会で保守の方針あるいは手順を具体化していきたいと思っておりますので、部会のほうもどうぞよろしくお願いいたします。

また、検討結果がまとまりましたら本会で御報告させていただくようにいたします。

それでは議事2-2、患者中心ケアの可視化に向けた検討に移りたいと思っております。

こちらの説明をお願いいたします。

○事務局 31枚目を御覧ください。

下の表を御説明します。

まず、経緯です。この議題がなぜ始まったかというところですが、この事業では、年度をまたいで患者中心ケアの可視化に向けた取組を進めてきました。この取組の代表例として、患者満足度調査というものがありますが、全国の病院で多種多様な満足度調査が実施されておりまして、この事業でその調査を標準化することが難しいと判断されましたので、代わりに国内外で関心が高まっている患者経験調査、いわゆるペイシエント・エクスペリエンス——PXと呼ばれているものに注目してきました。

患者経験調査にも様々な種類がありますが、この事業では、まず入院患者を対象とした調査項目を設定しました。具体的には「使用する調査票」の欄に書いてあるように、アメリカで運用されているHCAHPSという調査票の日本語版がありますので、こちらを使用することに決まりました。

続いて赤枠の部分ですが、このように調査票が決まりましたので、今年度は、各病院がこの調査票を使って、院内で円滑に患者経験調査に取り組むことができるような調査マニュアルを作成するという方針になりまして、今、部会で具体的な検討を進めています。もしマニュアルに記載する内容の中で概念化できるものがあれば、この事業で既に取りまとめている医療の質指標基本ガイドの中にも反映する想定です。

「備考」の欄に書いてある2つの○の1つ目ですけれども、この議題は約2年間、御検討いただけてきましたけれども、今回のマニュアルの作成とガイドへの記載をもって、今年度で一旦区切りをつけたいと考えています。2つ目の○ですが、患者経験調査のベンチマークの運用など新たな課題については、今後、必要な情報システムの整備とか院内でのPX調査の状況を踏まえて、必要に応じて別途検討する想定です。

32枚目を御覧ください。

こちらが本年度作成する調査マニュアルの概要です。

院内で患者経験調査を実施する際の運用方法をまとめる予定です。

3番、主な活用対象ですけれども、この事業では、入院患者を対象とした調査項目を設定していますので、各病院で主に入院患者に対して満足度調査とか経験調査を担当する部署や部門での活用を想定しています。

4番、備考ですが、このマニュアルはまず事務局で素案を作成して、部会、協議会にお諮りしたいと思います。作成したマニュアルは本事業のオフィシャルサイトに掲載して、広く周知いたしますけれども、調査票を掲載する際には事前に管理者に許可をいただく予定です。

33枚目を御覧ください。

こちらが調査マニュアルの具体的な構成案です。

1番から8番まで分けていますがけれども、そもそも患者経験調査とは何か、この調査の意義は何かをまず記載した上で、3番以降、実際の調査の流れを意識した構成を考えています。具体的には、誰に調査するのか、調査票をどのように配付あるいは回収するのか、それをどのように集計するのか、その結果をどのように活用するのか等々を記載する予定です。

一方、現場では、恐らく多くの医療機関が患者満足度調査を実施していると思われれます。なので、各病院には従来の満足度調査の運用体制を大きく変えることなく、この経験調査を導入いただきたいと考えています。そこで、可視化プロジェクトの協力病院に「現在、満足度調査とか経験調査をどのような体制で運用されていますか」というアンケート調査を既に行いました。約200病院から回答をいただき、今は集計中ですがけれども、その結果もこちらのマニュアルに反映したいと考えています。

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、追加のコメント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患者中心性の指標の普及という点で、PXの調査をどのように多くの医療機関に使っていただくかという点では、やはり実効性のある調査マニュアルをしっかりと示していくことから始めてはどうかといった意見となっております、具体的には、青木部会員がこちらの活動をよく御存じですので、たくさんの意見をいただきながら実効性のあるマニュアルの作成に努めてまいりたいと思っております。

その後の分析やベンチマークなどにつきましては今後の課題と伺っておりますので、アンケートの結果なども踏まえながらディスカッションしていければと思っております。

○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、御意見ありましたらお願いいたします。

○桜井委員 この患者経験調査を見たときに、患者として非常に答えやすいし、ぶれが少ないなどすごく感じました。今、行われているものと組み合わせるのかどうなのか現場に委ねることになるとは思いますが、やはり広げていく方向で進めていっていただきたいと思います。

ただ、以前もディスカッションがあったかと思いますが、現状、入院の患者さんだけになっています。外来のほうにも最近かなり課題が多いのではないかと考えておりますので、ぜひ外来の中で聞けるようなものも今後、検討していただきたいと考えております。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

○吉川委員 この調査に関しましては、特に異論はございません。

ただ、今までも共通した患者満足度調査がなかったので、この満足度調査が広がるとベンチマークができますので本当にいいと思うのですが、いかにこれをやってもらうよう広げるかが本当に難しいと思いますので、その点をしっかりと検討していただきたいと思います。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

○横江委員 このペーシェントエクスペリエンスに関して、進めていくことには全く異論はないんですけども、いきなりこれを病院ができるかという、私はなかなか難しいのかなと考えていて、今、アンケート調査もされているようですけれども、ペーシェントエクスペリエンス研究会がやっている、Patient eXperience Expert (PXE) の講座があつて、今、私も受けているんですけども、そういうものを素地として持っていないと、簡単に導入はなかなか難しいのかなと危惧されるところです。ちょっと時間はかかるかと思うんですけども、そういうところから着手していくのがいいのかなと思いますが、事務局としてはどのように進めていこうと思っているのか教えていただければと思います。

○事務局 ありがとうございます。

御指摘のように、これをいかに普及させていくのかは大きな課題だと思っております。

今のところ、まだ具体的な方策のところまで落とし込んで議論ができておりませんので、ぜひいろいろ御意見を賜りたいと思いますが、今、御指摘のありましたペーシェント・エクスペリエンス研究会とも、いろいろと情報連携を始めているところですので、何らかの形でうまく連携できたらと考えているところです。「こうやったらよいのではないか」という御意見を、ぜひ賜ればと思っております。

よろしく願いいたします。

○横江委員 いきなりつまづくよりも、うまい成功体験を蓄積していったほうがいいかなと思うので、エキスパートがいる病院にまずやっていただくとか、そういうターゲティングをして

もいいのかないと考えました。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

○福井委員 その点、どの程度までこの課題をフォローされるのでしょうか。印象的なのが31枚目のスライドで、基盤を整備することをもって本課題の検討に一旦区切りをつけるというのは、患者経験調査がどれくらい普及したのかという評価とか、日本全国のデータのまとめとかそういうことはしないで、このツールを整えることで、この体制整備事業としては手を引くという意味なんでしょうか。もしそうだとすると、ちょっと残念だなと思いますけれども。

○事務局 御指摘ありがとうございます。

全く手を引くというニュアンスではございません。これまで部会の中でもいろいろ検討あるいは作業をお願いしてきましたので、それに関しては一旦今年度で区切りをつけたいということです。その後、フォローアップとして普及状況を調べたり、あるいは毎年我々が実施しているQ I コンソーシアムで現状を御報告するなど、何らかの形でこの活動をフォローしていくことはあろうかと思えます。

ただ、具体的に何をどこまでというところはまだ決まっておらず、次の課題と考えていますので、これにつきましても、「こういうところまではしっかり議論すべきだ」といった御意見を頂戴できればと思っています。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

今、福井委員が御指摘のように、患者経験調査を進めていくということであればやはりどこか大きなところ、影響力があるところが旗を振らないとなかなか難しい。この協議会では今まで医療の質指標とかいろいろなことで多くの病院に関わってきたので、そういう意味では一つの基盤になるかという気はいたします。

実際にP Xの標準版を決めてそれを使ったかどうかというアンケートはやってみるとして、これはあまり手間がかからないと思うんですけども、実際このデータを集めて、いわゆる先ほど吉川委員から御意見があったベンチマークに活用しようと思うと、どこかそのデータを収集するところがないとなかなか難しい。場合によっては、商業的にそういうものを請け負ってデータ解析しますというところが出てくるかもしれませんが、それだとなかなか広がりもないところがあるので、現時点においてはこのマニュアルの完成を一つの目標として、今後経験調査そのものをどう普及させていくかは別の課題になるかもしれませんが、考えていく必要はあるのではないかと思います。

ただ、そうなってくるといろいろお金もかかる話になりますので、厚生労働省からの御支援

もないとなかなか進められないところがあるかもしれないと思います。ぜひその辺もいろいろ考えていただければと思いますが、福井先生、そのような考え方でよろしいでしょうか。

○福井委員 先生のおっしゃることに大賛成です。

もう一つ、先ほど桜井委員がおっしゃった、外来の患者さんを対象とした患者満足度調査の結果は、ほとんど全ての病院で、入院患者さんを対象としたときよりも厳しい数値になっています。満足度がすごく低いので、やはり外来も含めましてもうちょっと、HCAHPSみたいに10項目とかそこまで項目は多くなくていいので、少し重要な、例えば、四項目、五項目ぐらいのものでもいいと思うんですけれども、入院患者さんと外来患者さんを比べられるようなものを別個に開発してもいいのではないかと個人的には思います。

○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。

それでは、今のところを中心に進めていただくことになるかと思いますが、部会で調査マニュアルなど作成していただき、ただ、それで一旦は課題に区切り——あくまで区切りであって、それで終わりという話ではなく、また次に続けていただきたいと思います。

そのような方向で進めていただければと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは次に、議事3、医療の質指標等の公表のあり方についてに移ります。

事務局から御説明をお願いいたします。

○事務局 資料の35枚目を御覧ください。

質指標の計測結果の公表の在り方については、昨年度より検討を進めてきました。そこで、まずはこれまでの経緯と国の動きを御説明し、それらを踏まえて今後の検討方針について御意見を賜りたいと思います。

質指標の公表については、昨年度より、本事業が公表する場合と、各病院が公表する場合に分けて検討を進めてまいりました。今回は後者の、各病院が公表する場合の検討状況を御報告します。

下の図を御覧ください。

上段が国の動き、下段が本事業の取組や検討の方向性を示しています。

また、横軸は年度を表しており、左から昨年度の状況、中央が今年度、右が来年度以降を示しています。

まず、2023年度の下段、本事業の部分ですが、①を御覧ください。

これまでは「質改善に資する公表」を目指した幅広い公表事項を本事業においては検討して

きたところですが。幅広い公表事項と申しますのは、後ほどお示しいたしますけれども、3か月ごとの計測値の推移を時系列で示してはどうか、あるいは視覚的に分かりやすいように折れ線グラフにしてはどうか、あるいは様々な参照値を示してはどうかなどのことを指しています。

次に中央、2024年度の上段、「国」の箇所です。②を御覧ください。

本年8月に、国からDPC機能評価係数Ⅱの対象となる質指標の公表手順等が示されました。それによると、公表事項は本事業の検討内容よりも限定的な内容となっています。そこで、2024年度の本事業の部分、③を御覧いただきたいのですが、今後は、本事業で検討する内容をDPC機能評価係数Ⅱの公表手順や医療広告ガイドラインに反映いただけるように国に提案することなどを念頭に、検討を進めたいと考えているところです。

また、一番右側、次年度以降の④⑤ですが、今後も国の動向に合わせて対応していったらどうかと考えています。

次のスライドからは、ただいま説明した内容を少し詳細に御説明申し上げます。

36枚目を御覧ください。

先ほど御覧いただいたスライドの①に対応する部分、本事業の検討内容をお示ししています。

御覧のように、本プロジェクトで運用している計測ワークシートで示している折れ線グラフや、集計結果報告書で示している計測の意義、分母、分子の定義など、質改善のために必要と考えた幅広い項目をそのまま公表してはどうかと考えました。ただし、文章の部分は患者、市民に分かりやすいなるべく平易な表現にすること、数字の部分はデータを解釈する上での留意点等を記載することが必要であると考えています。そして、これらの内容を含むモデル書式を作成し、プロジェクト協力病院に活用いただければどうかというのが、これまで検討してきた素案です。

次に、37枚目を御覧ください。

こちらは、先ほどの35枚目のスライドの②、今年度示された国の動きに該当する内容です。

今年度の診療報酬改定で、質指標がDPC機能評価係数Ⅱの評価対象となりましたが、その要件として、公表することが必要となります。そこで、DPC制度における公表の扱いが定められました。それによると、9指標のうち先行して3指標が評価対象となっています。また、公表事項といたしまして、赤枠内の右側ですか、分母、分子の定義、分母、分子の実績値、計測値、解説の4項目が示されました。

なお、これらの項目は、医療広告規制の観点からは広告可能事項に位置づけられます。

また、残り6指標を含めた9指標の集計条件、公表手順は来年度、示される予定です。

38枚目を御覧ください。

改めて、質指標の計測結果が医療広告規制の観点からはどのように位置づけられるのか整理いたしました。

まず、医療広告に該当するかどうかは誘因性、特定性で判断されますが、個別の病院が自院の計測結果をホームページに公表する場合は、医療広告規制の対象と考えられます。

また、委員の皆様がよく御存じのとおりですが、医療広告は医療法で規定されており、広告可能事項として示されている15項目以外は広告禁止とされています。それでは質指標の計測結果はどのような位置づけかという、現状では広告可能事項の15項目には含まれておらず、広告禁止と考えられます。ただし、広告可能事項の15番目がその他事項なのですが、その詳細は告示で示されます。その告示の中でD P C機能評価係数Ⅱで公表対象となっている病院情報は広告可能となっており、さらに、医療広告ガイドラインの中で、国の定める条件、手順に従う場合に限り広告可能とされています。そこで、そのための集計条件、公表手順が8月に示されたということでございます。

したがって、世の中にたくさんある質指標のうち、D P C機能評価係数Ⅱで評価対象となった3指標が広告可能であるという位置づけだと思われまます。

再び35枚目に戻ります。

改めてこの赤枠の部分、③を御覧いただきますと、このように、本事業では幅広い公表項目を検討していたのに対し、国は限定的な公表事項を定めたところでございます。しかしながら、国の定める公表条件に従うだけでは本会が検討してきた公表の目的を十分に果たすことはできないのではないかと考えられます。

そこで、本会で検討した公表のあり方、扱いなどを国に提案し、D P C機能評価係数Ⅱの条件、手順や医療広告ガイドラインなどに少しでも反映いただけるよう働きかけてはどうかと考えているところです。

39枚目を御覧ください。

こちらは公表の在り方検討をどのように進めていけばよいか、事務局案をお示ししています。

縦軸は、質指標の計測結果を公表する病院の範囲です。横軸は、公表対象となる質指標の範囲です。

まず、現状は左下のグレーの領域です。すなわち今年度、D P C機能評価係数Ⅱの評価対象となった3指標について、D P C対象病院での公表手順が示された状態です。

次に、今年度検討すべきはその外側の「a. 9指標の計測結果の公表内容」の領域と考えま

す。来年度は残り6指標を含めた9指標の集計条件・公表手順が示される予定ですので、どのような内容で公表することが望ましいか検討し、国に提案したいと考えます。

幾つかのハードルがありますが、1つは、先ほどから触れておりますとおり現状でも公表項目が限定的なので、その扱いをどうするか。加えて、対象指標が9指標に広がると転倒・転落率や褥瘡発生率などアウトカム指標が入ってきますので、それらの扱いをどうするか。さらに、現状ではDPC対象病院に対する規定となっていますが、出来高病院でもデータ提出加算を取得している病院では同じDPC退院患者調査票のデータを提出していますので、それらの病院の扱いをどうするかなども検討、提案が必要であろうと考えています。

さらに、将来的には「b-①.追加検討」や「b-②.追加検討」の領域に拡張していくための検討と提案を考えています。

まず横軸、公表可能な指標を拡張する方向についてですが、今後、本会でも質指標の拡充を考えています。その場合、DPCデータを活用して算出できる指標を想定しているのですが、機能評価係数Ⅱの対象以外のDPC指標の扱いを検討するというのがb-①の方向性です。また、DPCデータを使わずとも院内の様々なデータを用いてDPC指標と同様な計測ができますので、機能評価係数Ⅱの対象となっている指標と同等な指標について、DPCデータを扱わない病院が公表する場合の扱いをどうすべきかを検討するというのが上方向、b-②の方向性です。

さらに、それらの検討を踏まえ、最終的には全国の病院を対象に、数多く運用されている様々な質指標の計測結果の公表の在り方について検討、提案してはどうか、ということ、
「c.質指標全般の計測結果公表の扱い」の領域として考えています。

このように段階的かつ、継続的に検討し、国に提案していくこととしてはどうか、そして、そのための第一歩として「a.9指標の計測結果の公表内容」の部分ですが、まずは来年度の令和7年度に向けた議論を進めてはどうかと考えています。

このように、公表の在り方の検討を段階的に進めてはどうかと考えておりますので、ぜひ御意見を頂戴したいと思います。

説明は以上です。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。

この公表の在り方に関しましても、やはり国の考え方が極めて重要になると思います。現時点でこの問題をどのように考えるのか、もし可能であれば厚生労働省からコメントをお願いしたいと思います。

よろしく願いいたします。

○間中専門官 大変御迷惑をおかけしているところだとは思いますが、現在、どのように公表できるか省内保険局等とも少し打合せをしているところとして、3指標に関しては、少なくとも今年度は既に定められている手法でやっていただく形になるかなと思っておりまして、DPC対象病院以外の公表についても可能なように、今、調整しているところですが、まだちょっと明言できるような段階ではないという状況でございます。

文章を読むと可能なようにも読めるし、DPC病院だけに限っているようにも見えるということで、ちょっと内部でこの辺フィックスしてきっちり示したいなと思っておりまして、もう少しお待ちいただくと幸いです。

残り6指標に関しましては、今、お話ししていただいたようにこちらで詳細に検討いただいた結果を、私たちも間に入れていただいて、保険局とも相談させていただければと思っておりますが、一方で、この9指標等にさらに広げていく上では、やはり比較できる指標がどうしても出てきてしまうので、限定解除要件等で読み込んでいくのはなかなか厳しいかなという意見がございまして、そうすると、広告可能事項として今後ちゃんと整理していく必要があるのではないかと考えております。

公表する形式は、こういう公表であれば患者や国民が見たときに誤解なく、ある程度理解できるだろうということと、病院とかクリニックの選択に資するみたいな状況にさせていただければ、一応広告可能事項としての整理をしていけるのではないかと考えておりますので、ぜひとも皆様のお力をおかりできればと思っております。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

○福井委員 スライドの38枚目、参考3を見て驚きました。私自身、約20年前からQ Iの測定と公表と、しかも出版物とインターネットでいろいろなQ Iについて公表してきましたし、9つの病院団体がこれまで、1,000まではいきませんが、非常に多くの病院がQ Iを測定して、インターネットでの公表をしている病院がかなりあるんですね。それを今になってこのような3項目とか9項目だけ、しかも制限して医療広告規制の対象とすとかしないとか議論されても、余りにも時代がずれてしまっていて、医療広告という捉え方ではなく違う意味づけをしてQ Iの測定とその公表をしてきたと思います。ちょっと申し訳ないですけども、個人的には大変驚きました。

では、今までのことはどうなるのでしょうか。公表してきている病院が何百とあるんですけども。ぜひ厚生労働省の方に伺いたい。

○楠岡委員長 厚生労働省より、お願いできますか。

○間中専門官 公表している病院がたくさんあるのは存じ上げておまして、医療広告を担当している者とも相談はしたところでございますが、例えば転倒率だとかそういったものは、どうしてもある程度アウトカム等が関連してしまうので、現状だと、比較性はあるのであろうという解釈をせざるを得ないのかなという話になっております。

ただ、私たちも、現状そういったものが提示されていることを問題にしようとは現時点では考えていないところですが、ちゃんとそういったものが提示できるような状態を改めてつくっていかないといけないなと考えておるところですので、申し訳ないんですけれども、現状やはり広告にはどうしても該当するのではないかなってしておりますが、だからといって、それを私たちが何か問題視しているわけではなく、単純に制度が追いついていないと考えております。

御迷惑をおかけしておりますが、よろしく願いいたします。

○楠岡委員長 福井先生、いかがですか。

○福井委員 そもそも医療広告という捉え方自体が非常に奇異に感じるんですね。

これは外国でもそうですけれども、例えば病院の転倒・転落の発生率なども見て、それで患者が行く病院を決めるだろうと思われるかもしれませんが、残念ながら、そういう数値を参考にして病院を選ぶ方はほとんどいないんです、外国のデータでも。日本も実際そうでして、もし数値が違うようでしたら多くの場合、残念ながら急性期の病院なのか慢性期の病院なのか、患者の質によって物すごく大きく変わりますし、病院の近くに住んでいるかどうかなどのほうが病院の選択上もっと重要な因子なものですから、患者の受療行動を決定するような、そういう広告としての性格は、少なくとも今までの研究では示されていないんですね。

ですから、申し訳ないんですけれども、ちょっと何か偏った判断といいますか、そのように思えて仕方がありません。

○間中専門官 コメントありがとうございます。

参考にさせていただきますが、やはり通常そういった率が出ていると、それが選択にある程度資するのではないかとと言われると、私たちも「違います」と断定するのはなかなか難しいところですが、そういう研究結果があるのも存じておるところでございますが、どちらにせよきっちり広告可能事項として——そもそも広告に当たらないのではないかと御意見だとは思いますが、外部を説得する関係上、広告可能事項としての整理をさせていただくのかなと考えてお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。

○桜井委員 この広告規制は、私たち患者団体も非常に問題視しておりまして、適正情報と広告の境目が完全に今の時代と違ってきているのではないかと考えています。

Q I 測定の情報開示。これは患者の権利ですよね。倫理的に、権利擁護にも資するぐらいの情報だと思っております。理美容とか再生医療等のほうが野放しになっていて、こうしてエビデンスに基づいてしっかり調査したものが広告になるというのは、ちょっとあり得ないというか、常識的に考えてオーバーコンプライアンスというか。まったく現状と異なる規制が最近たくさん起きていて、ここは厚生労働省もどこが広告で何が適正情報なのかをしっかりと、ガイドラインでもいいので中でしっかり議論していただきたいと思っています。すごく問題だと思えます。

○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。

○福井委員 すみません、ここで失礼します。

○楠岡委員長 どうもありがとうございました。

何が広告に当たるのか適正情報に当たるのか、例えば、特定機能病院は幾つかQ I 指標を選んでホームページに載せなさいという指導を受けていて、それは広告ではないのか、厚生労働省が指示しながら広告になってしまうのかというちょっと矛盾したところもある。その病院を特徴づけるものであって定義がはっきりしていて、どのように測ったかもちゃんと出されていて、他の病院と同じような名称のQ I だけれども、そこにどういう違いがあるのか定義とか測定法で比較できるのであれば、必ずしも広告には当たらない、言うなれば情報公開の範疇であろう。

ただ、やはり厚生労働省としては目に余る、患者誘導を図ろうとするような、本当に広告と言えるような数値を掲げたりする病院も実際はあるので、そういうものを規制しようとする正に悪貨は良貨を駆逐するみたいな状態になってしまう。ですから、ここはまたいろいろと意見あるいは知恵を絞って、患者に本当に必要な情報が出るとか——1つは第三者団体、今、各病院団体等でやっておられますけれども、そこを1つにまとめて、ある程度バックグラウンドがはっきりしたところを見に行けば大丈夫だろう、各病院が勝手に挙げているのはちょっと眉唾なこともあるかもしれない、そういった点がはっきり出てくれば、もう少しクリアになるところがあるのかもしれないと思いますけれども、これはなかなか難しい問題ですので、今後と

もいろいろ議論を進めていきたいと思えます。

ほかに御意見いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

そうしましたら、この公表の問題に関しましては、本会は、公表は質改善活動を促進するという基本的考えで進めてきておりますけれども、今の御議論にありましたように国が考える広告の範疇から少しはみ出してしまう部分もあって、しかし、患者にとってはむしろ望ましい情報であったりするところもある。したがって、まずはDPC指標の公表の先ほどの3指標について、国から方針が示され、さらにそれを広げていくということでもありますので、先ほどの今後の進め方で示されたような形で進めていく、また厚生労働省とも話を進めていく必要があると思えます。そのような方向性で提案いただきましたので、それを進めるということによってよろしくございますか。

(異議なし)

○楠岡委員長 それでは、この検討の進め方の案に沿って厚生労働省ともいろいろ交渉していただければと思えますので、ぜひよろしく願いいたします。

本日用意しました議題は以上でありますけれども、全体を通して委員の先生方から御意見ございますでしょうか。よろしいでしょうか。

厚生労働省からも特にコメントはないということで、よろしいでしょうか。

事務局からはなにか連絡事項等ございますでしょうか。

○事務局 本日も長時間ありがとうございました。

次回の協議会は年明けを想定しておりますので、早々に日程調整をさせていただきたいと思っております。

○楠岡委員長 それでは、長時間にわたり非常に御熱心に御議論いただきまして、ありがとうございました。少し見えてきたところもあり、また、なかなか難しそうところも明らかになってきたかと思えます。引き続きこの協議会でいろいろ御意見をいただきたいと思えます。

これにて運営委員会を終了いたします。

本日はどうもありがとうございました。