

2019年度 第1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)

2019年9月25日(水)

公益財団法人日本医療機能評価機構

○菅原統括調整役 それでは、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2019年度第1回運営委員会を開催いたします。

本日は大変お忙しい中、本委員会に御出席をいただきまして、ありがとうございます。

なお、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。事前の登録で傍聴者が22名いらっしゃいます。

最初に、資料の確認をしたいと思います。

お手元の資料ですけれども、最初に議事次第、座席表、委員名簿、出席状況一覧、続きまして、資料1-1、医療の質の評価・公表について、資料1-2、医療の質向上のための体制整備事業実施要綱、資料2、臨床指標に関する国内外の取り組みについて、資料3、本事業の目的及び内容について、資料4、医療の質向上のための協議会設置趣意書（案）、続いて、参考資料が参考資料1、参考資料2、参考資料3、3種類ございます。

また、連絡事項の紙といたしまして、黄色い色紙にございます御協力のお願いという紙と、封筒にセットしてございます資料送付の御希望についてという紙がございます。

資料は以上でございます。不備等がございましたら事務局までお知らせいただきたいと思います。

それでは、冒頭のカメラ撮りはここまでとさせていただきます。

それでは、開会に当たりまして、この事業の実施団体であります日本医療機能評価機構の河北理事長より開会の御挨拶を申し上げます。よろしく申し上げます。

○河北理事長 皆様方、こうやってお集まりをいただきましてまことにありがとうございます。一言私から御挨拶をさせていただきたいと思っております。

私の医療の質の定義というのは、必要な医療が適切に得られることというのが私の医療の質の定義です。必要な医療が適切に得られる、私自身、1980年に何人かの方たちと一緒にアメリカのジョイントコミッションを訪れました。今から約40年ぐらい前になりますけれども、シカゴのジョン・ハンコックビルにあったジョイントコミッションで、アフェルトさんという会長にお会いをしました。その時にアーネスト・コッドマンの話を知りました。

コッドマンという人は、1910年代にハーバード大学医学部の学生からMGHの外科の医師になって毎日手術をしていたわけでありましたが、自分が行っている手術は本当に患者さんのためになっているのであろうかということを考え、同僚の医師に自分の手術を評価してくれないかと頼んだわけでありました。同僚というのはピアと言いますけれども、同僚の医師でありますか

ら、専門家であります。同僚の医師たちは大反対をした。自分がもしコッドマンの手術を評価すれば、必ずコッドマンは自分の手術も評価をするだろうということで、みんなが反対をしました。コッドマンはその後、MGHに居られなくなるのですが、生涯を通じてアメリカ外科学会に投稿を続けます。アメリカ外科学会がその後、大変偉かったと私は思うのですが、1951年、コッドマンが亡くなって十四、五年経ってからアメリカ外科学会が中心となり Joint Commission on Accreditation of Hospitals、JCAHという組織を1951年に設立しています。

それから現在まで何十年か経ったわけでありましてけれども、我われが医療の質を評価する時に、これはドナベディアンという方にも我われはお会いをしましたけれども、ストラクチャーとプロセスとアウトカムというような3点からどうやって医療の質を評価するのかというようなことが課題となったわけでありまして。

今回、皆様方にお集まりをいただきました医療の質向上のための体制整備事業であります。今から約9年前、9つの団体が特にクオリティ・インディケーターというものを中心にいろいろな研究あるいは実施をなさってこられたわけでありましてけれども、それをばらばらではなく、できましたら将来一本化あるいは一元管理ができないかと考えていたなかで、皆様方にお集まりいただいたという機会を厚生労働省からいただきました。ですから、これから皆様方に御議論いただきながら、恐らく何年かかかってQI事業というものを推進していくということになりますけれども、本当に必要な医療とは何なのか、適切に得られるとは何なのか、得られるというのは与えられるということではなくて、自分が得るといふことでもありますので、そういったところにご留意いただければ大変ありがたいと思います。今後ともどうぞよろしくお願い申し上げます。

○菅原統括調整役 続きまして、厚生労働省医政局、佐々木総務課長より御挨拶を頂戴いたします。

○厚生労働省医政局佐々木総務課長 本日は医療の質の向上に積極的に取り組んでおられる各団体あるいは患者の立場の方、あるいは御知見のある有識者の方に参画を得まして、医療の質に関係の深い方々を一堂に会する機会を設けていただきまして、私も参加させていただきまして大変ありがとうございます。

先ほど河北理事長のほうから御紹介がございましたけれども、厚生労働省といたしまして、平成22年度から医療の質に係る事業を開始しております。今、9団体、1,000病院程度のところが各指標を活用されて、それぞれ自主的に医療の質の改善に取り組んでおられるというふうにご承知をいたしております。この取り組みをせっかく、もう数年前から始まっている取り組み

でございますけれども、裾野を拡大して、あるいは標準化をして全国に広がっていく契機になるような形で御議論を賜ればというふうに思っております。

厚生労働省といたしましても、本事業の成果を活用いたしまして、さまざまな形で医療の質の向上のための御支援をしていきたいというふうに考えておりますので、引き続きよろしくお願ひ申し上げます。

○菅原統括調整役 ありがとうございます。

次に、委員を御紹介いたします。

まず、楠岡委員でございます。なお、楠岡委員は運営委員会規則第3条4の規定に基づき、委員長に指名されております。

○楠岡委員長 楠岡です。どうぞよろしくお願ひいたします。

○菅原統括調整役 続きまして、永井でございます。永井委員は運営委員会規則第3条6の規定に基づき、委員長代理に指名されております。

○永井委員長代理長代理 永井です。よろしくお願ひします。

○菅原統括調整役 続いて、名簿順に委員を御紹介申し上げます。

岡田委員でいらっしゃいます。

○岡田委員 岡田です。よろしくお願ひいたします。

○菅原統括調整役 城守委員でいらっしゃいます。

○城守委員 城守です。よろしくお願ひいたします。

○菅原統括調整役 桜井委員でいらっしゃいます。

○桜井委員 桜井です。よろしくお願ひいたします。

○菅原統括調整役 佐藤委員でいらっしゃいます。

○佐藤委員 佐藤でございます。よろしくお願ひします。

○菅原統括調整役 瀧村委員でいらっしゃいます。

○瀧村委員 瀧村です。よろしくお願ひいたします。

○菅原統括調整役 原委員でいらっしゃいます。

○原委員 原です。よろしくお願ひいたします。

○菅原統括調整役 福井委員代理の聖路加国際大学、高橋教授でいらっしゃいます。

○高橋委員代理（福井委員） 高橋でございます。

○菅原統括調整役 松原了委員でいらっしゃいます。

○松原（了）委員 松原です。どうぞよろしくお願ひします。

- 菅原統括調整役 松原為人委員でいらっしゃいます。
- 松原（為）委員 松原です。よろしくお願いします。
- 菅原統括調整役 矢野諭委員でいらっしゃいます。
- 矢野（諭）委員 矢野でございます。よろしくお願いいたします。
- 菅原統括調整役 矢野真委員代理の日本赤十字社、宮武医療課長でいらっしゃいます。
- 宮武委員代理（矢野（真）委員） 宮武です。よろしくお願いします。
- 菅原統括調整役 吉川委員でいらっしゃいます。
- 吉川委員 吉川です。よろしくお願いいたします。
- 菅原統括調整役 なお、草場委員は本日御都合により御欠席でいらっしゃいます。

続いて、この事業全般にわたり御指導、御助言をいただいておりますアドバイザーを御紹介いたします。

渡辺アドバイザーでございます。

- 渡辺アドバイザー 渡辺でございます。よろしくお願いします。
- 菅原統括調整役 続きまして、協議会の下部組織として部会の設置を想定しておりますが、部会長就任予定の有識者に御出席をいただいております。

尾藤部会長です。

- 尾藤部会長 尾藤でございます。よろしくお願いします。
- 菅原統括調整役 的場部会長でございます。
- 的場部会長 的場でございます。よろしくお願いいたします。
- 菅原統括調整役 既に先ほど御挨拶いただいておりますが、厚生労働省医政局から御出席をいただいております。

改めまして、佐々木総務課長でいらっしゃいます。

- 厚生労働省医政局佐々木総務課長 佐々木でございます。
- 菅原統括調整役 渡邊総務課長補佐でいらっしゃいます。

事務局を御紹介いたします。

評価機構の河北理事長です。

- 河北理事長 河北でございます。
- 菅原統括調整役 上田専務理事です。
- 上田専務理事 上田です。よろしくお願いします。
- 菅原統括調整役 橋本常務理事です。

○橋本常務理事 橋本でございます。どうぞよろしくお願ひいたします。

○菅原統括調整役 この事業を担当いたします亀田執行理事です。

○亀田理事 よろしくお願ひいたします。

○菅原統括調整役 横田事務局長です。

○横田事務局長 横田です。よろしくお願ひします。

○菅原統括調整役 高島事務局次長です。

○高島事務局次長 高島です。よろしくお願ひします。

○菅原統括調整役 神保副部長です。

○神保評価事業推進部副部長 神保でございます。よろしくお願ひします。

○菅原統括調整役 私は統括調整役の菅原と申します。どうぞよろしくお願ひいたします。

それでは、以降の進行を楠岡委員長にお願ひいたします。

○楠岡委員長 お忙しい中お集まりいただきまして、ありがとうございます。また、御指名ですので、委員長を務めさせていただきます。どうぞよろしくお願ひいたします。

それでは、早速議事に入りたいと思います。

まず、資料1-1を厚生労働省のほうから御説明いただき、残りの資料を事務局から御説明いただきたいと思います。よろしくお願ひいたします。

○厚生労働省医政局渡邊総務課長補佐 厚生労働省医政局総務課でございます。

私のほうから資料1-1を用いまして、医療の質の評価・公表についてということで、本事業の立ち上げの経緯について御説明差し上げます。

まず、1枚おめくりいただきまして、2ページですけれども、こちらについては医政局に設置されました医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会、こちらの資料を持ってきております。今後の対応というところで3つの現状・課題、それに基づく対応案という形でまとめさせていただいています。

まず、一番上ですけれども、平成22年度より本事業の前身の事業となります医療の質の評価・公表等事業、これが開始されまして、これまで9つの病院団体が参加し、約1,000カ所の医療機関において医療の質の評価・公表の取り組みが実施されてきた、こういった現状がございます。ただし、この事業においてはそれぞれの病院団体等ごとに独自の臨床指標を作成し、医療の質の評価・公表に関する取り組みの普及、これを病院団体ごとに実施されてきていたけれども、団体間で情報共有する機会が限られていると。それから、ノウハウの共有が十分にされていない、こういった現状がございます。

そのため、まとめですが、団体間で情報共有する機会を定期的に設け、臨床指標の算出方法、評価・分析手法、公表手法、それから、人材の育成手法、好事例の共有手法などのノウハウの共有、そういったことで医療機関を拡大していくことというのが求められるということで、医療の質の向上のための協議会を立ち上げまして、医療機関、病院団体等を支援する仕組みを構築する、こういったことが求められるのではないかとこのところでございます。

3 ページについては、大分重複しますので説明は簡単にさせていただきますが、本事業の説明になります。

令和元年度から始まった事業でして、事務局機能、それから、医療の質向上のための協議会、こういったことを設置していただきまして、一番下ですけれども、医療の質向上のための具体的な取り組みの共有・普及、好事例の共有、手引き作成、臨床指標の公表、それから、中核人材の養成、指標の標準化、評価、分析の支援、こういったことを行っていただきながら、医療機関、病院団体等の医療の質向上を支援する仕組みを構築していただきたい、こういうふうになっているところでございます。

私からの説明は以上とさせていただきます。

○神保評価事業推進部副部長 それでは、続きまして事務局より御説明申し上げます。資料1-2、実施要綱をご覧くださいませでしょうか。

本実施要綱は、本年4月に私ども日本医療機能評価機構が事業実施機関として採択された際に厚生労働省医政局様より受領したものでございます。この事業は、1、目的に示されます医療の質向上のための具体的な取り組みの共有・普及、質向上を担う中核人材の養成、臨床指標の標準化、臨床指標の評価、分析支援等を通じて医療の質向上のための体制を整備することを目的といたしてございます。

3、事業内容でございますが、(1) 医療の質向上のための協議会の設置・運営が定められており、本日が1回目の協議会となります。協議会では、ア、イ、ウ、エにありますように事業目的に掲げられた4項目についてそれぞれあり方の検討を行うこととされてございます。

続いて、右側のページでございます。(2) として事務局の設置・運営が定められており、私どもが事務局を担ってございます。事務局の業務としては、協議会の議論、検討を十分に踏まえ、特にイ、ウ、エについて適切に取り組む体制を整えることとされてございます。

続きまして、資料2をご覧ください。

事務局では、これまでこの事業を実施する上での課題を整理するために、国内外の取り組みについてヒアリングや報告書のレビューを行ってまいりました。

まず、先行の事業でございます医療の質の評価・公表等推進事業に参加された各団体御担当者様へのヒアリング結果について御報告を申し上げます。資料をおめくりいただきまして、3ページ目をご覧ください。

具体的には、お示しします日程で各団体へのヒアリングを行いました。この場を借りて、各団体御担当者様には御多忙のなか御協力いただけましたこと、厚く御礼申し上げます。

4ページ以降はヒアリング結果から見えてきたこの事業を進める上での課題を実施要綱の項目に沿って整理いたしましたものでございます。

4ページは、具体的な取り組みの共有・普及のあり方や中核人材養成のあり方に関する課題でございます。上段枠内、1つ目、2つ目の丸でございますが、先行の事業に参加する施設の質改善活動について組織的な支援を行う団体がある一方、なかなか手厚い支援が実施できていないという団体もございました。今回、全国版の事業として継続的な質改善活動を組織的に支援する仕組みをどのように構築すればよいのか、大きな課題であると考えております。また、3つ目でございますが、人材養成については臨床指標を使いこなせる人材に求められる能力、コンピテンシーを明確にし、実務者、管理者それぞれに応じた研修プログラムを検討する必要があると考えております。

これらの課題につきましては、今後検討する際の参考となるモデルがございますので、御紹介いたします。お手元資料、参考資料2をご覧くださいませでしょうか。

参考資料2、具体的な取り組みの共有・普及の参考として2つのモデルをここで御紹介いたします。

1ページでございますが、こちらは国立病院機構様で実施されている医療の質の改善事業を参考に、我われ事務局で図式化したものでございます。各病院でクオリティマネジメント委員会を設置し、改善すべき臨床指標を定め、PDCAサイクルを回すという活動でございます。法人本部はデータ集計結果のフィードバックやワークショップの開催などを通じて、質改善活動を支援することを役割とされてございます。また、改善成果については、学会や報告会などで共有がされます。このような事業が既に我が国で実施されており、本事業においても大変に参考になると考えてございます。

2ページ目をおめくりください。

こちらは海外で実施されているモデルの例です。まず、改善すべきトピックを定め、その改善に取り組む施設を募集します。そして、改善手法の研修と改善サイクルの実践を繰り返し成果の達成を目指すというものでございます。

3 ページ目をご覧ください。

こちらは中核人材のあり方に関する参考資料でございます。米国には認定医療の質専門家という民間資格がございます。この資格の取得要件が臨床指標を使いこなす人材の要件として参考になるのではないかと考えてございます。

それでは、資料2にお戻りいただきまして、5 ページをご覧ください。

5 ページは臨床指標の標準化のあり方に関する課題でございます。1 つ目、2 つ目の丸でございますが、各団体が定める指標は独自の考え方に基づき選定をされておりました。今回、団体の枠を超えて標準化を検討するに当たっては、初めに臨床指標の概念整理及び選定基準など基盤となる方法論を検討する必要があると考えてございます。また、3 つ目でございますが、これまで各団体に運用されてきた臨床指標は、我が国における貴重な財産でございますので、さらに利用価値を高めるためにも一覧化あるいは検索・表示が可能となる仕組みを検討してはどうかと考えております。

こちらにつきましても、参考資料2の4 ページをご覧ください。

参考資料2の4 ページは、臨床指標の標準化のあり方の検討に当たり、今年度、まず臨床指標の概念整理や基盤となる方法論を検討してはどうかという進め方を図示したものでございます。

おめくりいただきまして、5 ページです。

臨床指標の概念整理を行うに当たり、OECDの医療の質指標プロジェクトで採用されている概念の枠組みが参考になるのではないかと考えてございます。この枠組みのポイントは、医療ニーズを予防、治療、慢性期、終末期の4区分、測定する質の次元を有効性、安全性、患者中心の3区分に整理され、4掛ける3のマトリクスで指標を捉えていこうとする点でございます。このような概念を参考に我が国に適した枠組みを検討してはどうかと考えてございます。

それでは、資料2にお戻りいただきまして、6 ページをご覧ください。

6 ページは臨床指標の評価・分析支援についての課題でございます。1 つ目、2 つ目の丸でございますが、各団体それぞれ固有に情報システムの構築やDPCデータの集計を外部機関へ委託するなど、さまざまな仕組みでデータを収集されてございます。そこで3 つ目の丸でございますが、今後検討する標準化指標については、データの利活用を含め収集のあり方について検討してはどうかと考えてございます。

7 ページをご覧ください。

7 ページは公表のあり方についての課題でございます。1 つ目の丸ですが、各団体の公表に

おける取り組みは、参加病院にフィードバックした内容を年次報告に取りまとめ、それぞれの団体ウェブサイトに掲載するという状況でございました。そこで、2つ目、3つ目の丸でございますが、公表のあり方を検討する際には、公表の対象は病院なのか患者なのかなど利用者像を明確にした上で、その意図に見合った内容や方法を検討する必要があると考えております。また、公表することの社会的な意義や位置づけなどについても、今後議論すべき論点であると考えてございます。

8ページ目をご覧ください。

そのほかとなりますけれども、1つ目、2つ目の丸にお示ししますとおり、この事業を今後発展・活性させていくためには、この事業に参加いただく施設をどのように増やしていくかが大きな課題と認識しております。また、現在は補助金事業でありますけれども、将来的には自立自走を可能とするためにも、安定した事業基盤を構築するために必要な取り組みを検討していくことも大変重要な課題と認識してございます。

以上が各団体のヒアリングを通じて見えてきたこの事業を進める上での課題でございました。

次に、海外の取り組みについて概要を整理いたしましたので、御報告いたします。

方法としては、既に厚生労働省科学研究福井班で海外の取り組みについて詳細な調査が行われてございますので、その報告書をレビューし、要点を再構成いたしました。

10ページをご覧ください。

質指標の社会的な位置づけとしては、海外ではお示しします3類型が認められております。医療を取り巻く環境が日本とは大きく異なりますけれども、臨床指標の社会的な位置づけについて我が国にふさわしいあり方はどのようなものであるか今後検討を深めていくことが望ましいと考えております。

以上、この事業を進める上での検討課題としてまとめたものが11ページとなります。11ページ目をご覧ください。

短期的な課題や中長期的な課題が入り混じっておりますので、議論を進めるにおいては優先順位をつけなければなりませんけれども、これらの課題を踏まえて検討する必要があると考えております。

○菅原統括調整役 続きまして、資料3の御説明を申し上げたいと思います。資料3をご覧ください。

実施要綱や今御説明申し上げましたさまざまな課題を踏まえ、この事業として何を実施していくのか大枠について御提案申し上げたいと思います。

2枚目をご覧ください。

まず、この事業の目的をご覧のように2項目に整理してはどうかということを御提案いたします。既にご覧いただきましたように、実施要綱には目的として取り組みの共有・普及や中核人材の養成など具体的なタスクが例示され、それらを通じて医療の質向上のための体制を整備することが示されております。ここで、体制を整備することで何を実現したいのか実施要綱の内容を精査いたしまして、この2点に整理できるのではないかと考えた次第でございます。

次に、3枚目、スライド3をご覧ください。

事業の運営体制ですが、実施要綱に示されているのは協議会の設置・運営ということでございまして、この図でいいますと青い四角の部分でございます。また、協議会で検討した内容を個別の施設に展開していくことが大変重要になりますので、この事業に参加する施設の集まりをQ I コンソーシアムと名づけました。これが黄色い四角の部分でございます。このように協議会で検討した内容がQ I コンソーシアムで実践され、また、Q I コンソーシアムで行われた活動がさまざまな形でフィードバックされ、さらには現場の意見、要望等が協議会上がってくる、このような運営体制を考えております。

この協議会及びQ I コンソーシアムでの活動内容について、もう少し説明を続けます。次の4枚目をご覧ください。

この図の上にごございます四角枠でございますが、この事業目的は先ほど御説明した内容を再掲したものでございます。ここで1つ目の目的である質改善の充実のためにQ I 活用プロジェクト、そして、2つ目の目的である質の可視化と信頼性向上のためにQ I 標準化プロジェクトという2つのプロジェクトをこの協議会で推進してはどうかということを御提案いたします。

Q I 活用プロジェクトでは、この黄色い部分、Q I コンソーシアムの中に参加病院が何らかの方法で改善目標を設定します。共通目標を定める方法や各施設が個別に改善目標を設定する方法など、運用に関してはさまざまな方法があり得ると思いますが、これらの改善目標の達成に向けて各施設で改善サイクルを回し、その成果を指標を使ってモニターするというものでございます。

一方、Q I 標準化プロジェクトは、Q I コンソーシアムに参加している施設が共通に測定できる指標を設定し、いわば定点観測をしていくというようなイメージになるかと思います。しかしながら、先ほど申しあげましたように標準化を検討するに当たり、まずは概念整理が必要であると考えておりますし、どのような運用とすべきかについてはデータ利活用の目的や方法、公表のあり方など多くの論点について議論を積み重ね、コンセンサスを得ていく必要があ

ると考えております。このような2つのプロジェクトを実施することで、実施要綱に示された項目を実践してはどうかという提案でございます。

次に、スライド5をご覧ください。

事務局の体制についてですが、協議会の下部組織として2つの部会の設置を提案いたします。Q I活用プロジェクトを推進するためのQ I活用支援部会、Q I標準化プロジェクトを推進するためのQ I標準化部会、この2つの部会でございます。

スライド6をご覧ください。

こちらは部会の進め方の想定を示したものでございます。まず、両部会の合同部会を開催し、認識の共有を図りたいと考えております。その後、互いに連携をとりつつ、それぞれの部会で具体的な検討を行います。左側のQ I活用支援部会では、継続的な質改善活動のための方法論や中核人材に求められるコンピテンシーなどの検討を踏まえ、Q I活用プロジェクトのモデル事業を試行したいと考えています。右側のQ I標準化部会についても、まずは共通指標策定に向けた方法論を検討した上で、既に各団体で運用されている急性期の指標や医療安全指標などについて標準化に向けた作業を行ってはどうかと考えております。また、先ほど触れたとおりでございますが、各団体が運用している指標の一覧化に取り組みたいと思っております。

続きまして、スライド7枚目をご覧ください。

今申し上げました部会の進め方などを踏まえて、下半期のスケジュールを示したものでございます。本日9月25日がいわば協議会のキックオフとなります。次回の協議会は来年2月ごろを想定しております。その間は部会においてそれぞれのプロジェクトの具体的な検討を行います。また、事務局では本事業のホームページを開設予定でございます。さらに、年度末、3月ごろにはQ Iコンソーシアムの参加病院が集うイベントを開催したいと考えております。

最後でございますが、スライド8をご覧ください。

ここまで御説明した内容が非常に多岐にわたりましたので、改めて御議論いただきたい内容を整理いたしました。忌憚のない御意見を頂戴したいと考えております。

説明は以上でございます。よろしくお願いたします。

○楠岡委員長 どうもありがとうございました。たくさんの資料を用意いただいたわけで、なかなか一度に議論するのは難しいところはあるかと思いますが、一番最後に示していただきました本日議論いただきたい内容を中心にただいまの御説明につきまして何か御質問とか御意見がありましたら賜りたいと思いますが、いかがでしょうか。

どうぞ。

○高橋委員代理（福井委員） 聖路加の高橋といいます。

先ほどちょっと概念整理ということもあるということで、ちょっと言葉の整理を少ししていただきたいという希望がありまして、例えばQ Iの標準化部会の中には、Q Iというのはクオリティ・インディケータの意味でありますと、これは質指標という訳になると思います。Q I標準化でありながら臨床指標というのと質指標というのは、基本的にはオーバーラップするところもあるんですけども、やはり概念的には違うものがありまして、先ほどお話しありましたように医療の質の定義のところが必要な医療が適切に受けられる、その「必要な」、「適切な」というところに標準医療、EBMへの準拠の程度というように我われも理解していますので、Q I、クオリティ・インディケータ、質指標の場合はやはりエビデンス、標準医療を直接はかるのがクオリティ・インディケータで、ちょっと臨床指標、いわゆるC Iと言ってもいいんでしょうか、クリニカル・インディケータの場合はもう少し広い意味合いでありまして、エビデンス、標準指標とは直接結びつく必要はない場合も多いということですので、ここで臨床指標にするのか、またQ Iをそのままって質指標にするのかというのがもう少し整理されると、概念整理がQ Iをまた選ぶなりするときに、選択するときに必要になるのではないかなとちょっと思いましたので、少し質問がてらせていただきました。

○楠岡委員長 ありがとうございます。事務局は何か案をお持ちでしょうか。

今まで9団体それぞれ、先生御指摘のようにQ IなのかC Iなのか、少しずつそこも余り厳密に分けずというような形で事業を進められてきていると思いますので、それぞれの団体で少しずつニュアンスの違うところがあるかと思いますが、特に今回はそれをある意味共通点を凝縮化するのか、それから、それをもう少し全体を広くカバーするような新しいインディケータと言うとおかしいですけども、既存のインディケータの中の定義等を少し変えるようなことでカバーするのか、そういうようなところも多分議論の中心になるところではないかと思いますが、いかがでしょうか。

どうぞ。

○亀田理事 今まで伺ってきた中で、クリニカル・インディケータ、クオリティ・インディケータ、それ以外にクオリティ・インプルーブメントというところにも着眼する必要があるという御意見を賜っておりますので、少し申し上げておきます。

○楠岡委員長 いかがでしょうか。

どうぞ。

○永井委員長代理 全日病の永井ですけども、本事業の目標、この8ページの2のところ

す。2 ポチですけれども、1 番目の現場の自主的な質改善活動を充実させるというのは割とすんなり入ってくるんですけれども、2 番目の医療の質を可視化し信頼性を向上させる、多分この事業そのものの目的に起因することだろうと思うんですけれども、可視化して信頼性とは、誰の信頼性を向上させるんですか。

○楠岡委員長 どうぞ。

○尾藤部会長 まず、高橋先生のコメントに対して、大変重要なコメントですので、恐らくこのような仕込みでやっていこうかなというざっくりとした私どもからの意見なんですけれども、クオリティ・インディケーター、クリニカル・インディケーター、クオリティ・インディケーターに関してはエビデンスにかなり準拠していないといけないだとか、あとはいわゆるクリニカルガイドラインに少なくともなくてはいけないだとか、そういう要件があるというのが一般的なことで、そのほかの例えばこの事業が病院以外のケアだとか介護とかそういうところ、先ほどのOECDの示すエンド・オブ・ライフだとか予防とかになってくると、できたらそういうところにもこのスコープを広げていくようなものにしていくことが望ましいということを私ども、私は機構から承っております。

だとすると、余りそこでこれはちょっとエビデンスがないので無理だなみたいなことになり過ぎても微妙なところがあるので、今の時点では、おっしゃることはわかるんですけれども、定義というよりは一つの概念としてまさに目標を達成させる、すなわち継続的改善と国民に対する公表というこの2つのことを改善させるためのインディケーターとして、まずはやっていくというのがよろしいのかなというのが意見です。

今、永井委員長代理からのお話の信頼性ということに関しては、恐らくここではいわゆるトラストとかそういうことというよりは、科学的な用語だと思います。すなわちぶれがないとか誤差がないとか。

○永井委員長代理 逸脱がないとか、そういう感じなんだと思うんですね。

○尾藤部会長 そういうことです。国民にとってトラストになるというよりは、あくまでも数学としての妥当性とか信頼性、バリディティとかリライアビリティと数字の世界では言うんですけれども、そういう話だと思っております。

○永井委員長代理 ですから、まさに目的が一番重要であると考えています。

○尾藤部会長 そのとおりです。

○高橋委員代理（福井委員） すみません。よくわかりますし、そういった目的を明確にするという意味で少し提案させていただきたいと思います。ちょっと我われが危惧するのは、やは

りある意味何でもありでは困るところがありまして、何でもはかればいいというものではないと。私もイギリスで少しお話を聞いたこともあるんですけども、もう向こうのほうは2,000近くの指標をとったりして、何でもとにかくとればいいというようなところがあって、現場のほうは疲弊するとかということもあつたりしますので、やはりある程度どういったものを目指しているんだというのを明確にしていってほしいかなということで提案させていただいたということでございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ほかにございますか。

○永井委員長代理 まさにそういう意味では、アメリカではだんだんインディケーターの数を減らそうという一種のバランスをとるということがあって、なるべく減らしていく方向でもう少し平準・単純化ができるような方向に移っています。ですから、そういう観点もやっぱり必要なんじゃないかなと思います。

○楠岡委員長 いかがでしょうか。

既に議論の中で尾藤先生がいろいろお答えいただいているので、Q I 活用プロジェクトとQ I 標準化プロジェクト、2つをスタートさせるということに関しましては、もう合意ということではよろしゅうございますか。

では、始動しておりますので、どうぞ活発な御意見をお願いしたいと思います。

○高橋委員代理（福井委員） 何度も申しわけありません。先ほどありましたQ Iというのは、我われがアメリカで話すときはクオリティ・インプルーブメントの関連と言われていて、こちらでいくとQ Iはインディケーターの話ということで、ちょっとQ Iという言葉だけでひとり歩きすると、どっちかなというときに混乱することが少しありますので、もしかしたらもう少しここを明確にさせていただいたらいいかなと思います。

○楠岡委員長 いかがでしょうか。

今まで各団体でC IかQ Iかはともかく指標という言い方をされていて、指標の測定等をされてきたと思いますが、それぞれのところではどういうところを中心に、したがって、先ほど来の議論の中でどういうところを明確にしようというところで指標を定められてやってこられたかというところ、もし簡単にお聞かせいただければと思うんですが、いかがでしょうか。

どうぞ。

○松原（為）委員 全日本民医連ですけども、2010年からトライアルで開始しているんですが、とにかくこの指標によって質管理をする、そういったロジックをいわゆる組織内に定着化

させようといった形で、だから、よく測定されているいわゆる著名な指標、そういったものと、あとは指標を精緻化させるためには非常に除外項目とかが入って複雑化しますので、その辺は今の話と逆行しますけれども、目をつぶる形で、粗い指標でいいからとにかくやってみようといった形の中で始めていって、もう10年に手が届きますので、今おっしゃっていたように、アメリカのように指標の数を減らして負担感、要するにインパクトの高い指標をより選んでいくと、そういった流れで考えています。

かなりの数の改善事例が集まっているのですが、なかなかもとになる、改善事例のベースになるプロセス、ロジックモデル自体がやはり定式化されたような形ではなかなか取り出せないもので、その方法論が確立すれば全体に対してもかなり役立つんじゃないかなと。

あともう一点は、人材育成に関してちょっと機能評価のまねをした形になりますが、簡易版の指標活用の理解が深まるような、そういった講座を150人対象ぐらいで3回に分けて行うということを行っています。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

では、永井委員長代理、矢野委員。

○永井委員長代理 全日病も随分質向上に関してDPCデータを含めて分析をやっておりますけれども、あくまで全日病としては会員病院に資するということで、病院の各指標をホームページで出しております。けれども、病院間の比較と経時的な病院指標の改善に関して、あくまで病院に資するための指標という形の位置づけでつくっております。病院のホームページを国民、患者を含めて見る人は見ると思いますけれども、基本的には病院のホームページなんてほとんどの患者さんは見ていませんので、患者・国民用というよりも病院のための指標という意味で私たちはつくっているというのが現実です。

実際には事務局機能がやはり相当プアというか、なかなかそのところにリソースをつきにくいので、この事務局機能のある共通化した形で、こういう会議などで出てくれば非常にいいんじゃないかなと私は考えております。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

矢野委員、どうぞ。

○矢野（諭）委員 慢性期医療協会は先ほどの話にもありましたけれども、療養病床を対象に2010年につくったので、やっぱりエビデンスが余りないですね。ケアとか終末期のような要素も入るので、あえてCI、クリニカル・インディケータ、臨床指標でスタートしたんです。

ただ、最近やっぱり療養病床も地域包括に転換したり、療養病床自体も結構急性期の機能の軽いのも入ってきているので、きちっとガイドラインとかエビデンスにのっとったことをやらなきゃならないということがわかってきましたので、ちょっと今までの指標だと見直しを大きくしなきゃならない。そうすると、やっぱりQ Iのほうがふさわしいんじゃないかということで、委員会のほうでもQ Iに変えようということに今はなっております。その中で、特に従来どおり慢性期の要素というか、ケアとか在宅に近いようなところも含めたものも包括していく。だから、基本的に急性期の指標はかなり使えるような状態になってきたと思います。

○原委員 全国自治体病院協議会ですけれども、私どもは平成26年からこの厚労省の事業に参加させていただいて始めたわけですけれども、私どもはクリニカル・インディケーター、臨床指標という感じでやってきています。

一応その中には診療の質を見るような、本当にガイドラインにどう合っているかというような指標とか、公立病院ですので、やはり地域でどういう存在意義を持っているかと、そういうことを見たいというような指標も入っていたり、それからあと、地域との連携がどうとれているか、そういうのを見るような指標が入っていたり、ちょっと通常言っている質指標とは少し違うものも入ってきてやっているということで、今一番やはり私どもで問題になっているのは、指標をとってくださる病院は170ぐらいあるわけですけれども、実際それが病院にフィードバックされて、そのデータをどう病院の中で生かしているかというのがなかなかこちらでは十分把握できない。それから、本当に生かされているのかということも一部データを経時的に見ると、確かに改善しているところもあって、ある程度わかるところもあるんですけども、十分にそこが把握できていないと。ここは多分こういう会で問題にさせていただきたいのは、実際その指標をどう生かしているかということをどうやって把握していくかということかなと思っています。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

○岡田委員 国立病院機構では、先ほども御紹介いただきましたように2006年ぐらいから実は26指標をやっているんですけども、これはカルテをある意味各病院で作っていただくような形で収集したので、かなりの負担を病院にかけてしまい、なかなか継続がしづらいということがありまして、2009年から尾藤委員も入っていただきながら検討を進める中で、DPCとかレセプトというような形で、二次利用によって病院に負担をかけずにまずはしっかりとれるものというコンセプトと、あとガイドラインであるとかいろんな意味で見える化であるとともに標準化ということを目指して、最初70指標ぐらいから115指標、ことしのこの9月から120

指標ぐらいということで、これは検討もしながらやはりスクラップ・アンド・ビルドもやっておりますので、進めてきているというところがあります。

それから、先ほどやはり議論に出ていますように、示すだけではということがあって、どうやって改善するかということがありまして、我われの場合は参考資料2で御紹介いただいたように、ちょうど昨年までがそうだったんですが、第3期中期計画においてこの臨床評価指標を使った上でP D C Aのサイクルを利用したような形での改善を図るということで、全病院にクオリティマネジメント委員会をつくることと、マネジャー的な人材を育成するためのワークショップであるとかいろんな仕組みを使って、3期中においては改善もかなり見られるということで数字的にも上がったところも出てきております。

ただ、やはり使っているソースがそういうレセプトだったりあるいはD P Cデータですので、なかなか本当の意味の臨床的な改善というところはまだ手が届いていない部分もございましたので、先ほどありました例えば電子カルテからとれるようなものをまだ60病院ぐらいなんですけれども、今整備をしながら新しい指標では入れていくというような形をとらせていただいております。

○楠岡委員長 ちょっと追加させていただくと、あと、我われの病院140余りは全部が全部急性期型ではなくて、半数以上が神経難病とか筋ジストロフィーあるいは重症心身障害児、そして、精神疾患等を取り扱う病院ですので、そういう病院の質もある程度はかれるような独自の指標も少し加えながら見ているというところ、先ほど慢性期のほうの指標とか、あるいは先ほど地域での指標とか、そういう意味で我われの法人として少し独自の指標も加えてやっているような現状でございます。

ほかにいかがでしょうか。

どうぞ。

○宮武委員代理（矢野（真）委員） 赤十字病院グループですが、グループの統一的な取り組みとしまして、各施設での医療の質の向上を目的に、臨床指標を策定、医療の質の可視化、業務改善に至る制度や仕組みについて検討を行い、平成26年度から医療の質の評価制度を導入しております。

医療の質の評価の公表については、平成30年度より、厚労省の「医療の質の評価・公表推進事業」に参加し、赤十字病院グループとして公表を行いました。しかし、全ての赤十字病院が「医療の質の評価・公表推進事業」に参加できているわけではありません。今のところ、92病院の約8割、74病院が事業に参加しており、今後、参加病院を増やしていこうと考えております。

す。

また、臨床評価指標については、平成26年度の17指標から始めて、昨年度は51指標まで増やしました。しかし、まだまだ充実していませんので、グループ内に医療の質の検討部会を設置し、診療科ごとに臨床評価指標の見直しや整理を行い、また、急性期の指標だけでなく慢性期の指標も含めて検討しております。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。よろしいですか。

○永井委員長代理 楠岡先生おっしゃったように、実は昨日も全日病委員会があつて議論しました。急性期の指標だけじゃなくて慢性期の指標も入れようとする、同じ転倒・転落とか褥瘡にしても、急性期の病棟と慢性期のケアミックスなんかの病棟では、どこでどうやって収集してどうするかなどが問題です。実際DPCで急性期だけじゃなくて慢性期の指標も少しとれますけれども、とったときにそのデータの扱い方、収集の仕方はものすごく煩雑になります。この病棟からは急性期の指標、この病棟からは慢性期の指標と分けないと、データが埋没して指標にごみが入ります。単純に急性期の病院、慢性期の病院等々であれば非常に指標の収集、分析はしやすいんですけども、このあたりは言うのは易いですが、かなり実際は難しいんじゃないかと昨日の議論で出ました。

○楠岡委員長 ほかにいかがでしょうか。

○吉川委員 日本看護協会です。9団体には入っていないのですが、今回、日本看護協会独自で行なっている事業がありますので、協議会に入れていただきました。

日本看護協会では、2012年からトライアルで「労働と看護の質の改善」を目的にデータベース事業を始めております。本格開始が2015年になりまして病院単位で登録してもらい、指標のほうは病棟単位でとるという特徴がございまして、現在530病院、4,967病棟が参加している状況になっております。病棟単位なので慢性とか急性とか、それはその病棟の状況に合わせてという形になっております。病棟単位で収集したデータを院内で比較したり、また他施設の同じような病棟とも比較し改善活動につなげます。また、院長先生とかに見せるためでもあるのですけれども、病院比較も年に2回は出しています。

特徴は、労働に関するデータをとっているというところで、超過勤務ですとか勤務体制ですとか、そういった情報が厚労省の評価とは違うところかと思えます。そのほか看護の質の部分においては重なる指標の部分が結構多いかと思っております。

ただ、入力項目数としては170項目ありますので、そのうちの60%は1回入力すればよい項

目なのですけれども、やはり大変だということと、どのように参加継続をしていくか、質の改善がみられ自分の病院の状況がわかるとやめてしまうということもあるので、いかに継続してもらおうかということが今は課題です。あとDPCとか電子カルテからとか連動ができないので、その点も課題になっております。

看護の質というところを今回はこの事業の中でどのように位置づけられるかという点について検討させていただきたいと思っております。

○城守委員 ありがとうございます。

日本医師会ですけれども、今、各病院団体の取り組みをお聞きしておいて、その医療の質という往々にしてこれまでは体制の評価ということにいつも固執していたというか、それしかできなかったという中で、これだけこの臨床指標に関してそれぞれの指標をつくられて、それを集積しておられるというお話をお聞きして、正直かなり進んでいるなど敬服した次第でございます。

ただ、この臨床指標をやると、本当にそのプロセスとか、最終的にはアウトカムの評価ということにつながるとお思いますので、要するに指標の標準化とともに、先ほども出ましたけれども、指標の信頼性ですね。信頼性がどれぐらいあるのかということとをどのように要するに評価するのか、判定するのかということとを常にやはり考えて、この指標に関しての作業をしていたらなというふうに思います。

そして、公表、可視化するということは決して悪いことではない、いいことだと我われも思いますが、可視化の仕方といいますか、それが患者さんだけではなくて医療現場に与える影響とか、そういうものが要するに指標の信頼性の上下によって大きく間違った影響を及ぼす可能性もありますので、そこは病院間の先ほど比較ではないというふうにおっしゃっていただきましたけれども、結果としては比較に使われるという形になるのは目に見えていますので、そこは慎重な形で公表に対しても検討していただければというふうに思いますので、よろしく願いします。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

どうぞ。

○松原（了）委員 済生会ですけれども、済生会も5年前から約80病院が取り組んでおりまして、医療指標だけではなくて、済生会の場合はいわゆる介護関係ですとか福祉サービスですね。例えば極端に言いますと、無料定額サービスをどれぐらいやっているとか、非常に幅広くやっておりまして、ある意味独自の指標をつくっていききたいなということとでやっています。

取り組むきっかけはもちろん補助事業にあったわけですが、とにかく病院としてこの指標の信頼性とか意味とかについて、まだまだ十分理解はできていなかったんだけれども、取り組むということ自体が大事だろうと。取り組むことによって、いわば世間の人等への信頼性を得ることができるだろうと、そういうレベルから始まったわけでございます。

5年間たって私自身も思うんですけれども、なかなか活用されていないのではないかと懸念がございます。調査したわけでもないわけですが、活用をどれだけきちっとやるかということがこのインディケーターの導入する意味があるんじゃないかというふうに思っています。

あと、先ほど来、本事業の目的のところでも議論があって、基本的には病院間の比較じゃないですね、病院自身の改善につなげるということが目的になると思うんですけれども、やはり医師会さんの言われたように、これが公表のやり方次第では一般の方の目に触れるわけですね。つまり患者さんの立場からどういうふうに見られるのかというのがあって、そのことについて私も非常にずっと疑問といいますか、解決が得られないまま来ておるわけです。

ただ、実感としては一応インターネットで公表はしていますけれども、患者さんたちが見ているようなふうはないなと思うんですけれども、その辺が全くブラックボックスなので、何かこちらのほうのシステムでそういう調査なりになるのか、それをやるとかえってやぶ蛇なところもあるんですけれども、そういった面もまたいろいろ研究していただきたいと思います。

質の向上の信頼性とかエビデンスとかそういう問題があるんですけれども、そういったものをここの協議会の場で、研究ベースでやっていただいて、一つ一つやっぱり我われの取り組むものが共通の認識というか、得心を持ってこの評価に臨んでいきたい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。

ほかにありますか。

どうぞ。

○岡田委員 1点だけ、信頼性のお話があったので、我われのところはどういう形でそれを計算しているかというのをウェブベースでも公表してしまして、そういう意味では具体的な数字を並べて評価というよりも、同じ土俵あるいは方法で評価をしていただいて、団体を超えて評価を標準化として使っていただければということで、結構アクセス数も多くなっておりまして、そういう意味ではやはりこのインディケーターというか、指標自体が結構オープンに理解でき

るような形で示していかないと、ブラックボックスの中であつてしまふとなかなか難しいかなと思つていまして、まだまだ途上ではございますが、そういう取り組みもやつてよかつたかなというふうには思つております。

○楠岡委員長 ほかにございますか。

どうぞ。

○佐藤委員 労災病院のグループなんですけれども、平成23年度から取り組んでおまして、現在の指標の項目については57項目になっております。その中には、いわゆる独自といいますか、例えば認定の意見書の作成日数とか、ほかの医療機関には余り関係ないようなところまで一応指標としているんですけれども、半分ぐらいはいろいろデータのほうで取り入れて、本部のほうで作成できるんですけれども、半分ぐらいの項目は各施設のほうでいろいろと手を煩わすといいますか、その辺の作成する担当の方がなかなか育っていかないというような問題があります。

ガイドラインといいますか、作成の方法なんかも独自につくっているんですけれども、なかなか土俵が一緒にならないので、その辺のところは土俵を一緒にしてもらえればある程度いろんな参考にできるんじゃないかなというふうに思つております。

それと活用の仕方についてなんですけれども、これは内部のいろいろな比較といいますか、そういった形で使っているのがメインでありまして、ホームページには掲載しておりますけれども、なかなか外部の皆さんに活用してもらふというようなことまでは至っていないというふうに考えております。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょうか。

どうぞ。

○永井委員長代理 私も全日病、DPCのデータを活用しています。それは病院の職員の負担を減らすためにDPCのデータを使っているわけなんですけれども、本当にDPCだけのデータでいいのかどうなのかという問題があります。また、どうしてもこういう指標というのは、とりやすい指標をどんどんとっていつて、収集して分析するというので、それは先ほども他の委員がおっしゃったみたいに職員の納得性みたいなところも必要になってくるなかで、どういう形のとりにくいデータでも必要なデータから指標をつくる必要があります。看護協会さんのようにテキストベースでやっていると、基本的にはなかなかデータは抽出できないわけで、そういうところも含めて各病院のデータウェアハウス、データ基盤をどういう形で、どういう背景で、

どういう方向に持っていきたいのか、持っていけるのか、というところを踏まえた上で、データをどう収集していくかという方向に持つてく必要があります。とりやすいデータしかとれないという状況ですと、病院にとっても不幸ですし、国民にとっても不幸だと私は考えています。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょうか。

今、各団体の方の今までの取り組みの方法とかについて、あるいはその中での留意点等に関してお話しいただいたわけでありますけれども、資料2の11ページのまとめのところに議題として挙げられている、これは事務局のほうで既にヒアリングされたものをまとめられた形で、今お話しいただいたところもそれぞれ上がっているところのどこかにそれぞれはるような形になっているかと思います。

ここで議題1-1から5-2まで上がっている中で、この中でさらに何か追加すべきような議題とか、あるいはこの議題に関してはある程度方向性が見えているので、今回の検討では少し後回しといいますか、重点化しなくてもいいようなものとか、何かそのあたり、議題に関しまして何か御意見ございましたらいただければと思いますが、いかがでしょうか。

どうぞ。

○松原（為）委員 臨床指標、DWHという用語がどこかに出てきていたんですけども、永井先生おっしゃったようにアウトカム指標に関しては、やっぱり非常にとるのに苦慮すると。苦勞する割には、評価をするときにやっぱりリスク調整が莫大なものになりますので、ほとんど評価ができない、比較ができない、そういった性質のものですけれども、DWHなんかでそういったところ、例えばレセプトデータであるとか一定の臨床データを入力すれば、簡易な標準化、リスク調整ができるようなものを構築していただけるような、そういった希望を持っていいものなのか、それとも各団体のいわゆるエクセルにデータが打ち込まれているようなものが見えるようなものなのか、ちょっとそこは興味があるところです。

○楠岡委員長 いかがでしょう。そのところも含めて検討していったらどうか、多分それぞれできるところ、できないところがある中で、どのような形で共通化あるいは共有化するかというところが出てくるかと思いますが、ほかにそれ以外、事務局はよろしいですか。ほかの点に関しましても、御意見があればぜひお願いしたいと。

どうぞ。

○原委員 データを収集するとき、もちろんマニュアルをつくられると思うんですが、マニュアルがあってもやっぱり集まってきたデータのどれくらいエラーチェックをするとか、集

まってきたデータをやっぱり1カ所に本当に集めて、それを最終的な指標まで構築していくと。それをどこか1カ所でぜひ集めてやっていただけるようなシステムを構築していただきたいと思うんですね。

私ども全自病の場合は、全自病の中にそういうのを得意な先生がおられて、その先生がメインになって自分たちの中で作業部会というのをつくって、そこでデータをクリーニングして一生懸命やっているわけですがけれども、やはり同じようなデータが集まってきたとしても、それをさっとそのまま指標として平均値を出してしまうというところと、そのデータがどれぐらい確かなのか、これはちょっと外れ値じゃないかとか、しっかり見るようなシステムをちゃんと構築しているところで、やっぱり同じマニュアルを見ていても違ってくると思うんですね、データの信頼性が。

ですから、ぜひどこか中央でそういうことをしっかりとやってくださるような部門を設けていただくようにぜひ期待したいと思います。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ただいまの御意見は、ある意味人材育成、要するにデータを単に解釈するだけではなくて、いわゆるデータサイエンス的なデータクリーニングからデータ固定をして、その作業のところにやはり専門家がいないと正しいデータなのかごみなのかというところの判断がなかなかつかない。そういう意味での、ある意味人材育成のところになるかと思います。

そういう意味では、その以前のところでは人材育成というのが最初の目的の中に入っていたんですが、今回課題の中には少しそれがまだ入っていないようで、これはかなり大きな課題になるかと思いますがけれども、これは新たに一つ課題としては挙げておいたほうがいい。どこかこの中に入っている。

○亀田理事 今のは課題の1-2、表現がこれでよろしいかどうかわかりませんが、コンピテンシーというのは人材に求める能力ということで、言葉は少し変えてもいいと思います。

それから、その前の御指摘ですがけれども、資料3の6ページに点線で将来の論点といいますか、今後この協議会、そして、主に具体的には部会のほうで議論していただく内容が示されております。先ほどの御意見も含めて部会のほうで議論していただくつもりです。

○楠岡委員長 ほかに御意見、いかがでしょうか。

どうぞ。

○桜井委員 ありがとうございます。今回患者としての立場で参加をさせていただいております。貴重な機会をありがとうございます。

私はがんの患者だったんですけれども、実際患者さんがこれだけの先生方の取り組みをどれだけの人が知っているかという、ほとんど知らないと思っています。非常にもったいないなと思って、私はたまたま自分が行っていた病院がこれをやっていて、ホームページを外来がどうなのかなと、受付時間とか電話番号を調べるときについでで見て、すごいなと思ったんですね。うれしかったです、患者として。

というのが患者はやはり一人の患者として見ていただきたい部分と、その中での課題をどういうふうに処理してくださっているのかなということ客観的に見られている場所がこういう場所にあるんだと、そういう場を持っている病院に対して非常にうれしかったですね。尊敬の念もいただきました。ですので、これを自分たちの病院経営としての改善項目だけではなくて、社会に対してもプライオリティとしてもっともっと高めていくようなこともすごく必要だと思っています。その一つとしてやっぱり公表というのもすごく重要だと思いますし、公表した結果として社会がまたそれをどう評価していくのかという部分も少し踏み込むことが必要なのかなと思っています。

今、企業のほうでは健康経営という考え方等々が出てきておまして、いわゆるデータヘルスの部分は非常に高く取り組んでいるんです。それはやはり株主に対しての企業説明という部分があるんだと思ったりするんですけれども、やはり診療報酬という公費を使って動いている部分もあるかと思しますので、ぜひやったことに対してはどれだけ国民に対して啓発というか、それをしていくかというところも公表と同時にちょっと考えていただければなと思っております。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ほか、いかがでしょうか。

どうぞ。

○永井委員長代理 永井ですけれども、基本的にはこの内容に賛成なんですけれども、資料3の7ページのところのタイムスケジュールです。今回9月25日、第1回の協議会がありまして、その後、来年2月に第2回の協議会でありまして、ホームページ開設、コンソーシアム、講演会等々の事業がいろいろ始まるということです。、この9月から2月の間に2つの部会が動いて、精力的にいろんなことを検討して、ある程度の成果を出していかれるということなんですけれども、きょうの議論もそのあたりのところの議論があって、目的は何なのかいろんな問題がまだ完全に消化し切れていない状況です。そこで、この2月の成果が出るまで協議会が1回も開かれないというのは、何となく少し危惧感があるんですけれども、このあたりはいかが

でしょうか。

○楠岡委員長 事務局のほうはいかがですか。

○亀田理事 あくまでも事務局案でございまして、この会でお決めいただければその準備をいたします。

○楠岡委員長 ただ、時間的に結構……

○永井委員長代理 データの進捗状況について協議会を開くというんじゃなくて、いろいろ各委員の方々にフィードバックしていただけると、メール等々で意見が出されれば、そういう形で僕は全然問題ないと思うんですけれども。

○亀田理事 それは既にその予定であります。

○楠岡委員長 ほか、いかがでしょうか。

部会の担当としては、いかがでしょうか。このスケジュールとか、あるいは課題につきましては。

○尾藤部会長 これをこのまま実現するのは大変困難かもしれません。ただ、ゴールの設定次第だと思っております。私どもとしては、もりもりでこのスケジュールを達成するというのは、やっぱり現実的ではないですし、どちらかという、例えば標準化班であれば、まずは病院のプロセス指標等に既存のプロセスの部分で、割と代表的な部分にある程度着目して、その部分のちょっと今年度こんな感じなんじゃないかというモデルを提示することは可能だと思いますし、私どものPDCA班もPDCAを回していくビジネスモデルのようなものを概念的につくって、そこでの事例を少しだけ集積するというようなところであれば、半年で何とかは思っております。

ただ、多分これが2020年3月31日までにコンソーシアムの方々に全てをこんなのでいきますみたいな感じは、想定はできないかなと認識しております。

○的場部会長 尾藤先生からお話いただいたのであれですけれども、確かに幾つもゴールが設定をされておまして、各先生方の思いからすると、優先順位もそれぞれの先生の中でもいろいろあるのかなというふうに思っております。

いずれにせよ、標準化というものが一度決めて全てそれが標準化されて、ぱちっと動いていくというような標準化というのは、なかなかどの団体のこれまでの経緯をお伺いしてもできるようなものではないという観点からしますと、こちらの部会での検討をするものも一度何かの案を出したものについてまた御意見をいただいて、こちらのPDCAを回すというような発想で取り組めればなというふうには思っております。

○尾藤部会長 もう一つですが、例えばカリキュラムの策定ということに関して、多大な内容までいく、いわゆる研修パッケージが来年の3月までできているというのは余りにも壮大過ぎるので、シラバスのようなものができていると、そういう理解であればこれはいけるのではないかと。

○永井委員長代理 私ども各病院団体もいろいろ苦労しているわけですね。その中で来年の3月までにこんなところはよくなっているよねというのが1カ所でも2カ所でもあると、非常に病院団体としてもやりやすいし、それを取り入れて各病院団体のいろんなQ IのプロジェクトがまたさらにPDCAを回しながら動いていく、そういう形が一番理想的なんじゃないかなと思っています。

○尾藤部会長 モデル事業は、なるべく早くできればと思います。

○楠岡委員長 あと、スケジュール案の中でコンソーシアムですけれども、これは具体的にどのようなものを今イメージされて、いわゆるこの協議会に参加されている団体等の各病院等から実際に現場でそういうものに携わっている方の何か今後のいろんな使えるような、そういう好事例とか、あるいは取り組みの仕方等に関する発表会みたいなものを考えておられるのか、あるいはもしこの半年の間に結果が出れば、各部会の言うならば報告会といいますか、どのようなタイプ、これは実際進んでみないとなかなかわからないと思いますが、現状コンソーシアムのイメージとしてはどのようなものをお持ちなのか、ちょっと事務局のほうから御説明いただけますか。

○菅原統括調整役 今御質問がありましたとおりにまだまだ流動的な段階ではございますが、例えば教育講演のようなものプラス事例の報告会のようなもの、そして、来年度に向けてこんなことの事業をやりますといったような部会の成果の御報告、そういったものを組み合わせてこの事業の成果を御報告するような会ということをとりあえずは考えております。部会の先生方の御意見も踏まえながら、少し全体のスケジュールを組み立てていきたいと思っております。

○楠岡委員長 厚生労働省にお伺いしたいのですが、これは来年度以降の継続性といいますか、もちろん予算がつくかつかないかということもあるかと思うんですが、厚労省としてはどれぐらいの期間をまず想定して、というのは、単年度ということはなかなか大変ですけれども、これが2年、3年というのがあれば、それを一応前提にしながら進めていけるといいますし、今年と来年だけとか言われたらかなり急がなきゃいけないところもありますし、一つの課題である独自に自立して運営できる協議会にするためには、どうすればいいかということも早急に考えないといけませんので、そのあたり、厚労省としてこの事業はどれぐらいのスパンで考え

ておられますか。

○厚生労働省医政局渡邊総務課長補佐 やはり予算の話なので、お約束は難しいのですが、少なくとも単年度でどうにかなるものではないと思っていますし、今年、来年という話でもないのかなとは思っています。我われとしましては、やはり今まで自主的な活動として取り組まれ、それに支援が必要だということで補助事業を始めさせていただいております。そういう意味では、基本的には終わりがあるものではないというふうには思っています。

ただ、予算の話ですので、ちょっとそこは厚生労働省だけでは何とも言いがたいというところでございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

どうぞ。

○松原（了）委員 予定に関してちょっといろいろ話が交錯して、結局標準化に関してすぐにはしないということですが、このコンソーシアムなり何なりのところでそれなりに成果を出して進めていく雰囲気をつくらなきゃいけない。だから、ちょっとよくわからない、急いでいるのか少し様子を見るのか若干わからないんですけれども、結論的に申し上げたいのは、団体として今まで四、五年間かけてやってきたわけですが、急に左から右にとか難しいので、いわゆる拙速はちょっと避けていただければというふうに思っています。

やっぱり標準化された指標に関しては先ほども申し上げましたけれども、エビデンスとか信頼性とか、本当にそれが病院の質につながるのかどうかというのは、やっぱり納得づくでやっていただきたいというのが一つです。

あとは、このQ I 標準化部会と活用支援部会、何名ぐらいの方でどんなような構成になるんでしょうか。例えばそういう団体にかかわっていた人が入るのか、そうじゃなくて全く学識の感じでやるんですか。その辺、私のほうはどちらにしてほしいという意見はございませんけれども、聞いておきたいと思っています。

○菅原統括調整役 各部会の構成でございますが、両部会とも5から10名ぐらいの学識経験者を中心としたメンバーを考えてございます。しかしながら、議論によっては、例えば教育プログラムをつくるための専門のワーキングとか、各領域、例えば慢性期の領域のワーキングとかそういったことが今後形成をしなければいけないということはあると思いますが、まずは5から10名ぐらいの有識者で部会をスタートしたいと考えております。

○松原（了）委員 わかりました。

したがって、部会を進めていく段階で、いわゆるうちなんかでは藤本准教授にお願いしてい

るんですけれども、そういった人々の意見もちょっと聞いていただく、それは別に会議じゃなくてもいいんですけれども、途中でフィードバックしていただければと思っています。

○菅原統括調整役 今の御意見、承知いたしました。

○楠岡委員長 やはり全部決まってからでは、なかなか対応できないところもあるかと思しますので、部会の進捗に合わせて協議会メンバーのところに少しずつ御意見を聞いていただいているようなところで、どうしても最後まで決めなきゃいけないところは当然あるかと思えますけれども、なるべく多くの方が参加できるようなものに是非していただきたいと思います。また、部会のほうも適時フィードバックのほうをお願いしたいと思います。

ほか、いかがでしょうか。

あと、渡辺先生にアドバイザーとして加わっていただいて、今までの議論あるいはこの方向性に関しまして、何かコメントはありますか。

○渡辺アドバイザー ありがとうございます。

私は、そもそもメインは経営の質を高めるイコール組織の質を高めるといところを主に研究をしてきたわけです。いろいろと皆さんのお話を聞いて、やはりどこの組織団体も組織の質を評価するということが言えるのは易しく行うは難しいことだなということを今実感しながらそのお話を聞いておりました。やはり私たちも、国の競争力は産業競争力なので、企業の競争力をどう高めるかと、そういう角度で組織の質を高めるという活動をおこなっております。

その取り組みを続けてきて私共が直面している課題の一つは、「質を評価」するというところに基本的にネガティブですね。自信のある組織は積極的に評価を受けます。この評価という概念をどうポジティブに受けとめてもらうか、これはアセスメントという概念を使ったりエバリュエーションという概念を使ったりしますが、私たちはアセスメントという概念を使っております。やっぱり一番大事なのは資料3にあります現場の自主的な改善を充実させる、結論はここに尽きると思います。やはり組織にいる人がこの評価を使うことが自分たちの働き方、生きがい、患者の喜び、いわゆる働くことによって自分たちのエンゲージメントが高まるというような評価にどう持っていけるかということに本当に私たちも苦勞しております。この現場の自主的な改善活動をどう充実させるということが非常にキーワードかなと思っています。主体的な組織の評価活動を、第三者の客観的な評価で、質を担保するというのが望ましい姿かなと考えています。民間企業はサバイバル環境の中で生き残るためにいかに組織の質を高めるかというときに、経営戦略という概念は避けて通れないものです。やっぱりこの質の評価というのは病院のサバイバル論としても、国家の医療が栄えるためにもこの評価を病院戦略論で扱うと

というようなアプローチもあることで、やはり経営のトップ、理事長さんたちが主体的にこれをやろうというムーブメントがつかれるのではないかと思ったりします。その程度でございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

まさに、今回部会として活用支援と標準化の2部会を設置しますが、活用においては必ずしも標準化というのは必要ないですけれども、それを外へ出す瞬間においては標準化がないと比較ができないと、まさにその二面性を抱えている問題、御指摘のとおりだと思います。このあたりはまた部会のほうでも検討いただくことになると思います。

あと、ほかに何か御懸念の点とかありましたら、ぜひこの場でお伺いしておきたいと思いますが、いかがでしょうか。

○松原（為）委員 この趣旨の会合が開かれた6年前、7年前、そういうタイムスパンの中で、やはり指標の標準化をして、各団体でとっている指標を比較して並べると、その目的というのは確かにあったと思うんですけれども、ちょっとそこでまた今度はどういった理論で標準化をするかとかいった形になると、また恐らく堂々めぐりになってくるので、やり方を決めてさえすれば、恐らくアウトカム指標じゃなければ分母をどれにするかぐらいの多分差なんですよね。あと、前向きで見るか後ろ向きで見るかぐらいで、その辺のもうできるところはさっさと各団体の指標も横並びにしてしまうという作業をここが主導でされて、ややこしいところはしっかり議論をしながらということをやられたらどうかと思います。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

どうぞ。

○高橋委員代理（福井委員） 今までQ Iの研究班とかでも行ってたんですけれども、やはりQ Iデータをとってどう活用するかというところで、特に海外とかだとやはり認可をすとか、例えば病院に格づけをしているだとか、何かペナルティをつけるとか、いわゆる国としてどのようにQ Iを使っていくかというところは、やはりある程度目的を置いて考えていかないと、何をとるか、どうとるか、やっぱりとれない、たくさんとったけれども疲弊するというだけで終わってしまうというのはやっぱり残念だなというふうに思っていますので、部会のほうでぜひ頑張っていただければと思います。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ほか、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

どうぞ。

○桜井委員 私も今の意見、とても賛同します。やはりこれを要はどう表彰していくかという

ところも含めて、ちょっと必要なんじゃないかなと思っていますし、それが多分継続性とかにつながっていくのかなと思います。

○楠岡委員長 どうぞ。

○松原（為）委員 何度も申しわけありません。逆の意見ですけれども、一八年度改定でかなりプロセス・インディケータの部分は加算という形で乗っかってきて、それは非常に歓迎するところなんですけれども、今のところアウトカム指標がインセンティブで結びつくようなのはほとんどなくて、ちょっと僕の捉え方の違いだけかもしれませんけれども、いわゆるDPCの在院日数、これはアウトカム指標になるんですけれども、これはかなり大きなインセンティブがついたことによって日本の医療が大きく変わったという事実は、これはしっかり考えて、アウトカムについてのインセンティブ論というのはやっぱり議論していただきたいと思います。やっぱりかなり歪めた可能性はあると思いますので。

○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。

そうしましたら、非常にいろいろ御意見いただきまして、また御議論いただきまして、ありがとうございます。今後におきましては、部会を中心に具体的な内容を検討いただきまして、その間、先ほど議論にございましたように、中間的にも各協議会メンバーにフィードバックもいただき、そして、協議会で進捗あるいは成果の報告をお願いしたいというふうに思っております。

そうしましたら、事務局のほうから連絡事項がございましたらお願いいたします。

○菅原統括調整役 事務局から1点お願いがございます。黄色い紙で御協力のお願いという紙をお配りしているところがございますが、各団体で運用している臨床指標あるいは質指標、あるいは教育・研修関連の資料等をぜひ御提供いただきたくお願いをいたします。今後、部会で検討するに当たっての基礎資料にぜひしたいというふうに考えております。

つきましては、例えば指標をどのような形で御提供いただくかみたいなフォーマットなどをこちらで改めてお示しをして、各団体の事務局を通じて御相談申し上げたいと思っておりますので、ぜひとも御高配のほどお願い申し上げたいと思っております。まずは御協力のお願いということで、お願いを申し上げたいと思います。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

少し予定の時間よりも早いですが、非常に事前の調査もしていただいたので、かなり御意見もまとまりやすかったのではないかと思います。あとは、これから部会のほうで頑張っていた

だくということになろうかと思えます。

では、ちょっと時間は早いですが、これで閉会させていただきたいと思えますが、閉会に当たりまして、評価機構の亀田執行理事のほうから御挨拶をお願いいたします。

○亀田理事 本事業を担当させていただいております亀田俊忠と申します。

本日は、本事業の船出となります第1回協議会を開催いたしましたところ、日本の医療を担っておられる各団体の代表、そして、リーダーの皆様にとろって御出席賜りました。心より御礼を申し上げます。

よりよい医療を提供しようと日々真摯な努力を重ねておられる皆様が本事業を建設的な機会と捉え、このように一堂にお集まりくださったことに大変勇気づけられております。と同時に、改めて責任の重さを痛感しているところです。

本事業は決して容易な取り組みではなく、長期的な努力の積み重ねが必要になると思われますが、一方、医療の質の向上という根源的な目標に向け、各団体の枠を超えて力を合わせる、この意義は大きく、将来の大きな成果につながることを期待されます。日本医療機能評価機構といたしましては、それに向けての基礎づくり、これにかかわれることを大変光栄に存じております。

さて、本事業を今後粘り強く推進するに当たっては、その中核となる当協議会の趣旨、目的をメンバー間で合意し、共有することがぜひとも必要であると思っております。そこで、事務局として以下のようなお手元に資料4でございますが、設置趣意書のたたき台を作成いたしました。読み上げさせていただきますので、今後御検討の上、正式に表出してくださいようお願い申し上げます。

医療の質向上のための協議会設置趣意書（案）。

「最善の医療を受けたい」という根源的な願いに応えようと、我われ医療に関わるものは、これまで多くの努力を重ねてきた。その一つとして、各医療団体のリーダーシップのもと、また、国の御支援のもと、指標を用いて医療の質を可視化し、向上を図ろうという取り組みが行われ、多くの意欲的な医療機関などで貴重な成果が得られているところである。

しかし、医療の質とは何か、どのようにはかり、どう継続的な改善につなげるのかなどについてはいまだに全国的なコンセンサスが得られているとは言えない状況にある。

このたび、この分野で実績を重ねてきた団体、医療機関を基盤として全国版の協議会を立ち上げ、国の支援を受けながら、改めて医療の質の向上、患者中心の医療連携、そして、情報の開示・活用などを継続的に進めていくための体制を構築することとした。

決して容易な取り組みではなく、長期的な努力の積み重ねが必要となるが、全ての人々の幸福に貢献すべく、団体の枠を超えた未来志向の建設的な協業を進めていく決意である。以上です。

これはあくまでも事務局のたたき台でございますので、今後御検討いただき、できれば次の協議会には正式なものにしていただければ幸いです。

皆様の今後の御指導、御協力をお願い申し上げ、閉会の御挨拶とさせていただきます。本日は誠にありがとうございました。

○楠岡委員長 どうもありがとうございました。

そうしますと、この設置趣意書案は本日お持ち帰りいただきまして、修正意見、コメント等は先ほど次回協議会までとおっしゃいましたが、1か月ぐらいいでもよろしいですか。早目に骨格は決めたほうがいいのかと思いますので、それでは1か月ぐらいいまでの間に事務局のほうに御意見をお寄せいただき、その後必要があればまたそれぞれ調整を図るということで進めさせていただきますので、よろしく願いいたします。

それでは、本日お忙しいなかお集まりいただきまして、ありがとうございました。これで本日の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。

以上