

2020年度 第3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)

2020年9月3日(木)

公益財団法人日本医療機能評価機構

○事務局 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第3回運営委員会を開催いたします。

本日はオンライン形式での会議となりますが、お忙しい中、御出席をいただきまして、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。直前の状況ではございますが、傍聴者が23名いらっしゃいます。

最初に、資料について御説明申し上げます。

資料は8個の電子ファイルの形でオンライン上に保存しており、そこからダウンロードしていただくような形で配付しております。8個の電子ファイルと申しますのは、まず議事次第、出席状況一覧、統合版という本体資料及び参考資料が1番から5番までの5つでございます。

なお、必要な資料につきましては、画面共有という方法で画面上に写しながら、説明などを行う予定でございます。

では、早速、画面共有をさせていただきます。

本日の出席状況についてお知らせいたします。

本日は、今年度より新たに運営委員会委員に御就任いただいた地域医療機能推進機構の石川委員及び日本医師会の橋本委員に御出席をいただいております。また、原委員の代理として窪地様、吉川委員の代理として岩澤様に御出席をいただいております。代理の方を含め、委員は全員御出席でございます。

また、部会からの出席者として、Q I 活用支援部会の尾藤部会長、Q I 標準化部会の的場部会長に御出席いただいております。

また、厚生労働省から渡邊課長補佐に御出席をいただいております。

その他、評価機構からの出席者は御覧のとおりでございます。

本日の議題は、御覧の5つを予定しております。

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開会の御挨拶を申し上げます。

○亀田理事 本事業を担当しております日本医療機能評価機構理事の亀田です。開会に当たり、一言御挨拶を申し上げます。

本日は御多用のところ、本年度初めてとなります通算第3回医療の質向上のための協議会に

御参集賜り、誠にありがとうございます。

本事業は、厚労省補助事業として2019年4月より全国版医療の質向上に向けた体制整備事業として発足したもので、本年度は2年目になります。この事業では、医療の質向上に取り組んでおられる各医療関係団体の代表者で構成され、当協議会の下に、Q I活用支援部会、Q I標準化部会を設置し、私ども日本医療機能評価機構が事務局を担当しております。

本日は、まず本年2月13日に開催された第2回医療の質向上のための協議会を振り返るとともに、その御議論を受けて進めてまいりました作業部会の検討内容について御報告を申し上げます。その後、本年度後半の事業計画を説明し御審議を賜りたいと考えております。今年度前半は両部会ともにパイロット実施に向けた準備作業に重点が置かれていましたが、後半は活用支援部会を中心としたパイロットの推進・フィードバックと並行し、標準化部会において我が国の医療の質の向上に向けた枠組み、標準化の在り方や手続そして公表の在り方などを議論する予定です。

ところで、今年度は本事業も想定外の疫病災禍の影響を受けて事業計画の一部変更を余儀なくされましたが、成果目標自体は変更することなく達成したいと考えております。また、もとより本事業は1年、2年で完結する性格のものではなく継続的な取組になろうかと存じますので、次年度以降、さらには将来の本事業の在り方についても忌憚のない御意見をいただければ幸いです。

楠岡委員長の下、御審議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。

それでは、以降の進行を楠岡委員長にお願いいたします。どうぞよろしくお願いいたします。

○楠岡委員長 委員長の楠岡です。本日はお忙しいところをお集まりいただきまして、ありがとうございます。

さて、本題に入ります前に新任の方やこの協議会で久しぶりにお会いする方もいらっしゃると思いますので、音声テストを兼ねて一言、自己紹介をお願いしたいと思います。

まず、私からでありますけれども、国立病院機構で理事長を務めております楠岡です。よろしくお願いいたします。

それでは、出席者名簿順に自己紹介をお願いしたいと思います。まず、石川委員からお願いいたします。

○石川委員 4月に地域医療機能推進機構の理事として着任しました石川です。どうぞよろしくお願いいたします。

○事務局 次、岡田先生、お願いいたします。

○岡田委員 国立病院機構本部の、4月から私も企画役から審議役になりました。引き続き委員を担当させていただきます。よろしくお願いいたします。

○事務局 草場先生、お願いいたします。

○草場委員 皆様、こんにちは。初めての方もたくさんおられるかと思えます。2月がちょっと欠席になりましたので、初めてというケースが多いかと思っております。

私、北海道家庭医学センターの理事長の草場と申します。北海道の地域の診療所のほうで、ずっと一貫して、外来診療、訪問診療などを手がけてきていました。今回、病院のお話ではございますけれども、今後また診療所も含めて医療機能の評価を進めていくというお話もいただいておりますので、そういった点から、地域の現場からの発信という形で少しでも貢献できればと思っております。どうかよろしくお願いいたします。

○事務局 桜井委員、お願いします。

○桜井委員 皆様、こんにちは。キャンサー・ソリューションズの桜井と申します。患者、それから患者支援者、あと市民の立場から参加させていただきます。よろしくお願いいたします。

○事務局 佐藤委員、お願いします。

佐藤先生、聞こえますでしょうか。

では、只今、調整中でございますので、先に永井先生、お願いいたします。

○永井委員 全日病の常任理事の永井でございます。全日病では医療の質向上委員会の委員長をやっております。よろしくお願いいたします。

○事務局 では、橋本委員、お願いいたします。

○橋本委員 皆さん、こんにちは。6月の末に日本医師会の常任理事に就任した橋本でございます。昨年まで国立病院機構仙台医療センターの院長と、同じく楠岡先生の下で機構の理事を務めておりました。よろしくお願いいたします。

○事務局 窪地様、お願いいたします。

○窪地委員（原委員代理） 原先生の代理で参加させていただきます全国自治体病院協議会の今、参与の任に就いています窪地と申します。協議会では臨床診療評価検討委員会の委員長をやっておりますので、指標やその他の改善など、ほかの人ともやっております。よろしくお願いいたします。

○事務局 ありがとうございます。

では、福井委員、お願いいたします。

○福井委員 聖路加国際病院の福井です。日本病院会の常任理事として参加しています。よろしくお願ひします。

○事務局 では、続きまして、済生会の松原委員、お願ひいたします。

○松原（了）委員 社会福祉法人恩賜財団済生会の理事をやっております松原です。済生会は医療と福祉と両方、総合的に提供しております社会福祉法人です。どうぞよろしくお願ひします。

○事務局 では、続きまして民医連の松原先生、お願ひいたします。

○松原（為）委員 皆さん、こんにちは。全日本民医連理事の松原です。京都民医連中央病院の院長をしております。よろしくお願ひします。

○事務局 では、慢性期医療協会、矢野諭先生、お願ひいたします。

○矢野（諭）委員 慢性期医療協会の副会長をしております矢野と申します。協会では診療機能評価基準委員会というものの委員長をやっております。どうぞよろしくお願ひいたします。

○事務局 では、続きまして日赤の矢野先生、お願ひいたします。

○矢野（真）委員 日本赤十字社の矢野と申します。よろしくお願ひいたします。今まで代理の出席でしたので、私は今回初めてです。資料には統括と書いてありますが、正確には医療事業推進本部の総括副本部長で、赤十字病院、今、91病院あるのですが、全体で医療の質評価指標をまとめているのですが、いつも難しいなと思っています。よろしくお願ひいたします。

○事務局 誤植があり、申し訳ございません。失礼いたしました。

看護協会の岩澤様、お願ひいたします。

○岩澤委員（吉川委員代理） 日本看護協会の吉川の代理で参りました岩澤と申します。今日はどうぞよろしくお願ひいたします。

○事務局 では、アドバイザー、堀田先生、お願ひします。

○堀田アドバイザー 慶應大学の堀田と申します。私、門外漢な上に、長く日程が合わなくて大分リハビリが必要そうなのですが、長期ケア、さらに地域包括ケアとか地域共生というものを、どうやって見える化をするかということを考えています。よろしくお願ひいたします。

○事務局 では、続きまして、支援部会、尾藤先生、お願ひします。

○尾藤部会長 皆さん、こんにちは。国立病院機構東京医療センターの尾藤と申します。活用支援部会で部会長をしております。頑張りますので、皆様、何とぞ支援、よろしくお願ひします。

○事務局 では、的場部会長、お願ひいたします。

○的場部会長 皆様、こんにちは。昭和大学の的場でございます。もう一つの作業部会であり
ますQ I 標準化部会を担当しております。本日はどうぞよろしくお願いいたします。

○事務局 厚労省から渡邊補佐、お願いいたします。

○厚生労働省医政局渡邊総務課長補佐 厚労省医政局総務課の渡邊でございます。医療の質を
担当しております。よろしくお願いいたします。

すみません。本日、熊木は欠席ですが、名簿に記載はありませんが、谷村にとともに参加さ
せていただいています。よろしくお願いいたします。

○厚生労働省医政局谷村保健医療技術調整官 8月に着任いたしました谷村と申します。どう
ぞよろしくお願いいたします。

皆様におかれましては、特にコロナの対応、非常に御尽力をいただいていることに感謝申し
上げます。そのため、本事業の検討が少々遅れているとは思いますが、先ほど亀田理事からも
言及ございましたように、事業の成果に向けてできる限りつなげていただければと思ってお
りますので、どうぞよろしくお願いいたします。

○事務局 それでは、労働者健康安全機構、佐藤委員、いかがでしょうか。

ちょっと佐藤委員との音声が少しトラブルのようでございます。少し調整をさせていただき
ますが、調整をしていただいている間、議事のほうを進めさせていただこうと思います。

自己紹介、どうもありがとうございました。自己紹介はこれでおしまいいたします。

○楠岡委員長 どうもありがとうございました。

それでは、早速議事に入りたいと思います。お手元の議事次第に沿って進めたいと思います。

まず、前回の協議会は本年2月に開催されましたので、そのときの議論を振り返りたいと思
います。また、新型コロナウイルス感染症の影響拡大を考慮し、今年度の活動の進め方を見直
すべきではないかということで、委員の皆様にご意見を伺いました。その結果についても報告
したいと思いますので、議題1並びに2をまとめて説明させていただきます。事務局から願
いいたします。

○事務局 承知いたしました。では、画面共有をさせていただきます。

それでは、2月に開催されました第2回協議会の議論の流れを確認したいと思います。

前回いただいた御意見を御覧のような4つの論点に整理をいたしました。

まず、質改善事業の関心を高めるため工夫では、質改善事業に関心がない人・病院をどのよ
うに巻き込んでいくのか、特に小規模病院を巻き込んでいくことは難しいといった課題が指摘
されました。また、各団体のQ I 事業の事務局のリソースが不足している、あるいは複数の団

体に所属している病院の場合、対応が重複するという課題も指摘されました。関心を高めていくためには、成功事例を共有し、裾野を広げていくことが目標であるとの御意見もいただいているところでございます。

次に、トップマネジメントの理解が不足していると、現場だけが疲弊してしまうという指摘もございました。

また、公表の在り方につきましては、伝える側の方法のみならず、受け止め側の工夫についても検討が必要である、あるいはプロセス評価を充実させることが重要との御意見をいただきました。

詳しくは、参考資料2として前回の議事録がございますので、御確認をお願いしたいと思います。

続きまして、議題2、今年度の進め方に関するご意見伺いについて御報告を申し上げます。

今年度の当初事業計画では、上半期からパイロットの実施を予定しておりました。しかし、新型コロナウイルス感染症の影響拡大により、このタイミングで現場の医療者を巻き込んだ新しいプロジェクトをスタートさせるのは難しいのではないかと考えまして、5月の下旬に本年度の事業の進め方について委員の皆様にご意見を伺いました。

スライドの下半分を御覧ください。右端には当初案、中ほどには見直し案を示しております。

パイロットの運用につきましては、パイロットの開始を一時的に保留し、下半期以降に開始を想定することを御提案申し上げました。また、成果物の作成方法につきましては、部会を中心に作成し、パイロットの運用で検証することとしてはどうかと御提案を申し上げました。

委員の皆様から事務局提案に対する御意見と様々な視点からの御助言を整理いたしました。

まず、本年度の進め方に対する御意見ですが、パイロットの開始時期の変更は妥当である、部会を中心に現場の運用を吸い上げることは重要であるなど、御賛同をいただいております。また、パイロットにつきましては、協力病院に対する研修は強力なインセンティブになる、あるいは継続した参加が参加病院の選定における重要なポイントであるなど、パイロットの実施に向けた積極的な御意見を頂戴いたしました。

御助言といたしましては、丸の1つ目、2つ目は、改善活動のテーマとして感染症対策に焦点を当ててはどうかという趣旨でございます。しかしながら、今回パイロットにおける改善テーマは昨年に定め準備を進めておりましたので、感染症対策につきましては次の検討の際に考慮させていただきたいと考えております。また、運用の標準化という視点を持つようにとの御助言をいただきました。

全体を通じまして、本年度の進め方は、成果物目標は変えずに、一部進め方を見直して対応するという事務局案に御賛同いただいたものと考えており、現在はこの見直し案に沿って事業を進めているところでございます。

議題1、2の説明は以上でございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

それでは、ただいまの説明につきまして、何か御質問等ございましたら、お願いしたいと思います。いかがでしょうか。

○永井委員 すみません、永井ですけれども、よろしいでしょうか。

○楠岡委員長 はいどうぞ。

○永井委員 僕もこの間のとき、2月のときにこのトップマネジメントの事業への理解不足は、相当の阻害要因だろうという話はしたと思うのですけれども、やはり質指標に関しては、今、コロナで随分、経営状態が各病院、悪化しておりますので、質指標をきちんとやれば、それが経営改善に結びつくというところの観点が必要になっていると思います。質をきちんとやれば、経営もきちんとよくなるというところをトップマネジメントがきちんと理解すれば、質指標に関する提案もかなり進みやすくなるのではないかと思います。ぜひ今回のパイロットスタディーを含めたところで、入れる必要はないと思うのですが、経営指標というような概念も加味しながらやっていただければいいと思っています。よろしくお願いします。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。他にございますでしょうか。よろしゅうございますか。

それでは、前回の振り返りと本年度の進め方に関する修正に関しまして、再度、御確認いただいたということで進めたいと思います。どうもありがとうございました。

○事務局 佐藤先生、音声の状況はいかがでございましょうか。音声テストとしてお話しただければと思うのですが。

佐藤先生の音声がこちらに届いていないようですけれども、こちらの声は届いているということですのでよろしいでしょうか。

はい。ありがとうございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

それでは、次の議題に移りたいと思います。まず、作業部会での検討状況についてです。

御承知のとおり、作業部会は今2つございます。一つがQ I活用支援部会、もう一つがQ I標準化部会でございます。資料の分量がかなり多いので、まずQ I活用支援部会の状況を説明

し、そこで一旦御議論をいただきます。その後にQ I 標準化部会の作業状況を報告し、質疑を行いたいというふうに思います。

最初に、Q I 活用支援部会の検討状況につきまして、事務局から説明申し上げます。お願いいたします。

○事務局 ありがとうございます。資料を共有させていただきます。

先ほど御覧いただいております資料の11枚目を御覧ください。こちらは今年度の両作業部会の取組の方針でございます。

Q I 活用支援部会については、先ほど議題の2で御報告申し上げたとおりでございますので、説明は割愛をさせていただきます。

Q I 標準化部会については、スケジュールの見直しは行いましたが、検討すべき事項は変更してございません。流れとしては、まずパイロットで取り扱う指標の選定作業を行い、選定の過程で論点となった内容を参考に、本年度後半は標準化と公表の在り方について検討を進めていくといった想定でございます。

12ページを御覧ください。

これまでの両部会の検討状況は、御覧のとおりでございます。Q I 活用支援部会は、部会員の講師担当者を中心に、人材養成カリキュラムや研修教材等の作成に取り組んでいるところでございます。Q I 標準化部会は、パイロットで取り扱う指標の選定作業を集中して取り組んでおり、現在、取りまとめがほぼ終わったところでございます。

それでは、Q I 活用支援部会の検討状況について御報告を申し上げます。14ページを御覧ください。

Q I 活用支援部会では、人材養成カリキュラム・プログラムの検討に当たり、まずは質改善活動を実践できるために必要な能力を整理いたしました。御覧いただいております表は、質改善活動のプロセスごとに、どのような能力が必要なのかという軸で整理したものでございます。本表の精査等は今後のパイロットを通じて検証することになりますが、当座はここにお示ししております1～21の構成要素を充足するプログラムを検討する予定でございます。

恐れ入ります。今、資料が共有されましたね。申し訳ございません。

続きまして、15ページを御覧ください。

こちらの表は、先ほどの21の構成要素を、研修方法や提供形態に落とし込んだものでございます。流れとしては、パイロットに御参加いただく関係者には、初めにレクチャーと呼ぶeラーニングベースの講義を4本、ご受講いただくこととなります。その後、集合型の研修にお

いて、スモールグループでのディスカッション及び医療の質指標を活用した実習を行うことと計画しております。これら一連の研修を通じて必要な能力をインプットし、自院における質改善活動の実践へ臨んでいただけるような構成としてございます。

なお、これら一連の研修は全てオンライン形式で御提供するという事で、方針を決めてございます。

16ページを御覧ください。

こちらの表は、病院内で行う質改善活動の主な流れと、先ほど御説明を申し上げました研修方法をプロットしたものでございます。改善活動の各工程を上手に進めていくために、必要な知識・スキルが研修プログラムのどこに対応しているのかを丸印でお示ししてございます。このように質改善活動を進めるための求められる能力と研修プログラム及び質改善活動の工程、全てを紐づけて、人材養成と改善活動を一体として取り組むことを計画しております。

17ページを御覧ください。

これまで御説明申し上げた内容は、実際、実績ある各団体等の取組を参考に、部会を中心に検討を重ねてきたものでございます。実際にパイロットで研修を行う前には、医療現場の視点からレビューをいただく必要があると我々考えております。そこで、これら研修プログラムは、パイロットでの運用を想定したプレ研修を企画しているところでございます。概要は御覧のとおりでございますが、事務局で個別に依頼する少数の病院に御協力いただくことを現在、検討しております。

なお、事前学習のeラーニングについては、多くの関係者様に無料で御覧いただけるよう、準備を進めております。後ほど、実際の動画を一部御覧いただきます。

18ページを御覧ください。

これまで準備を進めてきたパイロットの実施スケジュールについて、簡単に御説明を申し上げます。

昨年度お示しした流れに変更はございませんが、年内までに改めて各団体様を通じて参加病院の募集を開始し、各種準備の後、年度末の3月にはキックオフセミナーを実施したいと考えております。また、来年度の大半は院内の質改善活動に充てていただきまして、来年度末となりますが、各病院の取組を共有する報告会を実施することとしております。皆様方の御理解、御協力をいただきますよう、重ねてお願い申し上げます。

ここで2分間程度のお時間を頂戴して、現在作成中の動画教材の一部を御覧いただきたいと考えております。動画はQ I活用支援部会 尾藤部会長が御担当された一部でございます。

(動画上映)

○事務局 以上が公開動画のサンプルでございました。

また、本体資料に戻らせていただきます。資料、20ページを御覧いただければと存じます。

ここまではQ I 活用支援部会の検討状況について御報告を申し上げます。本日、最初に御検討いただきたい事項は、お示ししております2点でございます。1点目は、本日お示した研修プログラムのコンテンツについて、御意見、御感想をいただきたいと存じます。2点目は、プレ研修をパイロット開始前の10月頃に開催する予定でありますが、参加いただく病院は事務局で選定させていただいてよろしいかという、この2点について御検討いただきたいと存じます。

以上がQ I 活用支援部会についての御報告でございました。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

本日は、活用部会の部会長の尾藤先生にも御参加いただいております。尾藤先生のほうから補足がありましたら、お願いいたします。

○尾藤部会長 ありがとうございます。

活用支援部会としては、今回の新型コロナウイルスに伴うスケジュールの変更については、ある意味けがの功名かなと考えております。その理由は、当初は研修コンテンツをつくりながら、さらに現場で運用していくという、なかなか綱渡りのスケジュールであったわけです。しかしながら、やはり現場にとってしっかりとした質改善のための研修コンテンツがあって、さらに、それを指導していくための指導者の養成に関する構造というものを、今年度しっかりと作り込んでしまう、その上で来年度、しっかりそのコンテンツあるいは構造を運用していくということに変更ができましたので、その意味では、我々としてはけがの功名のような形と考えてはおります。

現在、部会で何度も議論を重ねまして、先ほど事務局が説明差し上げたような形で、比較的順調に進捗しております。レクチャーも、4つのレクチャーについてはもう既に収録済みで、これからスモールグループのやり方ですとか、あとは実習のコンテンツなどについて現在詰めているところであります。何とか現場の人たちいわゆる質を改善する小ユニット、今回の場合は脳卒中、糖尿病そして人工股関節全置換術という各論的なテーマを取り扱う質改善グループというものを想定した上で、その人たちがパイロットに入って、そして運用したその1年後に、ただ頭の中で知っているだけではなくて、質改善が実際にできる、ドゥーということをとにかく実現させたいということを大きく主張しながら、現在進めているところであります。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

それでは、本日も、ただいまお示ししました研修プログラム、コンテンツ並びにプレ研修に關しまして、あるいはその他の事柄、活用支援部会での活動につきまして、御意見賜りたいと思います。よろしくお願ひいたします。

○永井委員 すみません、全日病、永井ですけれども、よろしいですか。

○楠岡委員長 はい、どうぞ。

○永井委員 尾藤先生にちょっとお伺ひしたいと思います。2つあって、一つには、パイロットの3疾患があって、それに関するグループが入って、eラーニング含めてやっていくと理解しました。それから、そのときに各病院の整形なら整形、神経内科なら神経内科等とあると思いますが、その人たちと各病院の今まで質改善をやっているグループとの兼ね合いは、どうなるのでしょうか。一緒にeラーニングを受ける、実習するという立てつけになっているのでしょうか、それとも……。

○尾藤部会長 お答えいたします。

まず、出席していただくコアグループとしては、現場の整形外科なりのグループが、必要条件として考えておりますが、今、永井先生に御指摘いただいた、まさしくよりその上位のTQM組織ですね、TQM組織との連携あるいは理解やリーダーシップというものも、当然のように大変必要になると思いますので、TQM組織からもその研修会にぜひユニットとして参加していただき、そのグループをコアにしなが、病院として質改善を動かしていくことが実現される研修会にしたいと考えております。

1つ目は以上でございます。

○永井委員 了解しました。

あと、もう一つは、いみじくもおっしゃったように、実習とスモールグループディスカッションのところはまだコンテンツができていないというところです。全日病も今までは座学のところは多分eラーニングでZoom、Skypeを使いながら即できると思います。しかし、実際の実習のところのグループディスカッション、グループワークをどうやっていくかというのは試行錯誤しているわけです。全日病も試行錯誤でやっている状況で、その辺りのノウハウというのは蓄積できていますか。

○尾藤部会長 私は役職上、実は教育研修をしていることもありますので、このようなある程度、到達目標を明確にした上で、到達目標に合う研修コンテンツをつくるということに関して

は、比較的慣れております。その上で大切なことが、16ページのスライドにありました、チームの活動を時系列で追っていきながら、この時系列の中でどんなことが議論する必要があるのかということ、やはりスモールグループで実際にやってみる、あるいは、実際にじゃ指標を定義して、分母と分子をつくって、そしてそれをどのようなリソース、カルテなのかD P CデータなのかE Fファイルなのか、そういうどのようなリソースからどのように引き出していくのか、さらには、それを時系列で、あるいは組織横断的に比較するということを実習に落とし込むということを考えております。

以上です。

○永井委員 おっしゃるとおりです。全日病がやっている業務フロー図実習なんかは、かなり大変なんです。しかし、今回の質の指標のところは、割とやりやすいと言ったら変ですけども、実習に割と向いているような題材だと思いますので、ぜひよろしく願いいたします。

○尾藤部会長 ありがとうございます。私も向いていると思っています。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ほかにございますか。

福井委員と堀田アドバイザーをお願いいたします。

○福井委員 我々が以前調べたところでは、全日病とか日本病院会などで、既に1,000近くの病院がQ Iを実際に行っているわけで、このパイロットプロジェクトでは、ゼロから勉強するプログラムのように思われます。どういう病院を対象にして、それからどういう人を対象にしたプログラムなんでしょうか。

○尾藤部会長 ありがとうございます。私からの返答でよろしいでしょうか、事務局。

○楠岡委員長 ええ。まず尾藤先生、お願いします。

○尾藤部会長 ありがとうございます。福井先生、御質問ありがとうございます。

想定している対象といたしましては、まず病院規模としては、総合病院だけではなく、例えば200床ぐらいの中小の地域医療を支える病院から、一般的な総合病院、各専門診療科がそろっていて、実際の臨床をメインにやっているタイプの総合病院を対象としながら、運用を考えております。いわゆる非常にクオリティーの高い、例えばストロークセンターですとか、あとは循環器病センターですとか、ある特定の疾患が集中して集まってくるような病院、あるいはそこで携わる診療グループは、どちらかというメインターゲットではないと考えています。

その中で、グループ、恐らく病院単位ではやはり質改善活動を非常に頑張っているところもありますし、クオリティーの高いところもありますが、今回のターゲットとしては、

「質改善って何」とか、「P D C Aって何」みたいなグループなり現場の方々にも、ぜひ参画していただきたいということを狙っておりまして、多分ある一部の方々にとっては、釈迦説法に近いコンテンツは一部見られると考えてはおります。

以上です。

○楠岡委員長 福井先生、よろしいでしょうか。

確かに、Q I を発表されている病院は非常にたくさんあるのが現実ですが、そのQ I を使っていわゆるP D C Aサイクルを回して、実際の質改善につなげるという活動までされている病院は、まだまだそんなに多くはないというふうに思っております。やりたいのだけれども、やり方が分からないという病院も多分たくさんあるということで、今回このようなカリキュラムを作って、やりたいというところにそういう研修を提供しようというのが、この協議会の一つの目的というふうに理解しておりますので、またいろいろなところでこういう活動があることをお示しいただければというふうに思っております。

よろしゅうございますか。

○福井委員 意見ですけれども。

○楠岡委員長 どうぞ。はい。

○福井委員 せっかく今まで7つか8つの病院団体で、かなりのレベルのことをやってきました。そこのところとは無関係でこのまま何年間か進みそうなんです。異なるターゲットで1,000近くの病院がまとまって、国全体を引っ張っていけるようなプロジェクトをやってもいいんじゃないかというのが正直なところ。Q I の普及という視点からは、後退しているような気がしています、正直なところ。

○楠岡委員長 尾藤先生のほうでもし何か追加ありましたら、お願いいたします。

○尾藤部会長 すみません。福井先生のおっしゃるところ、ごもっともだと思っております。実際、今回のプロジェクトに関しては、これを是非パイロットでやっていく中で、優良でリーダーシップがあるグループにぜひ参画していただいて、平均値を上げていただくような、まだよちよち歩きのグループに対しても、そこで教えていただきながら、高め合っていくようなやり方、フォーラムのようなやり方ができればと思っております。さらに、そのフォーラムの中で、クオリティーとリーダーシップのある人たちが、そこでさらにいかにこの国のクオリティーを上げていくかということに対する方略をつくっていくということが派生していくことができれば、国としてはとてもハッピーな状況になるのかなと想定しております。

以上です。

○楠岡委員長 福井先生、よろしゅうございますか。

○福井委員 恐らく国の方針でもあると思いますので、このプロジェクト全体ですね。あくまでも私は今の時点での感想しか言えませんが、それで結構です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

堀田先生、お願いいたします。

○堀田アドバイザー 何というか、この位置づけのところからすごくミクロなお尋ねになるんですけども、まずはこのコンピテンシーの整理から、その分析に基づいた研修内容とか方法のひもづけで、開発、着々と本当にお進めになっているんだなと思いました。

それで、1つお尋ねは、このコンピテンシーの習得評価というものをどういうふうになさろうとされているかという点です。とりわけパイロットということで、実際の質改善活動に結びつけていく、その活動がどうやって進んでいくかというところで見ることができなくなかないかなと思いつつも、この研修の中身も着実に振り返って、よりよいものにしていくということを考えると、習得評価の枠組みが少し気になりました。教えていただければと思います。お願いいたします。

○尾藤部会長 ありがとうございます。大変重要な御指摘だと考えております。恐らく2つだと思います。

一つは、一般的な研修の中で、コンピテンシーに基づいた、プログラムに基づいた目標、方略、評価という形でデザインをしていくことは、大変必要だと考えておりますので、その部分においては、定量的な外的評価を尺度化してつくっていくことが必須と考えております。

もう一つ、2点目は、やはり先ほど福井先生からあった、クオリティーの高い病院も本当に初心者の病院も、フォーラムの中で集まって行って、そこで、ここの病院がこれぐらいできたなというような、いわゆるピアレビューという形での評価、このようなものは実際やはり底上げをしていく上では、モチベーションを高めるという上でも大変重要かなと考えておりますので、単なる外的評価以外に、その現場の人たちのピアレビューというものを評価の中に取り入れていくとよろしいかと、今は考えております。

以上です。

○堀田アドバイザー ありがとうございます。

○楠岡委員長 ほかにございますでしょうか。

よろしいでしょうか。

○桜井委員 じゃ、私、素人なので。桜井ですけども。

今に関連してなんですけれども、私もそのコンピテンシーの部分がちょっと気になっていたんですけれども、例えば事前・事後評価とか、そういうことも行われるというふうに理解してよろしいでしょうか。

○尾藤部会長 事前評価についてはまだ用意はしておりませんで、事前評価をしたほうが確かにいいと思っております。その評価尺度を作成するのもかなり骨が折れるので、間に合うかどうかはちょっと分からないですけれども、何とか来年の3月には間に合えるように、早速かじを切りたいと思います。ありがとうございます。大変重要な御指摘です。

○楠岡委員長 ほかにございますでしょうか。

はい、どうぞ、松原先生。

○松原（了）委員 済生会ですけれども。

今、議論しているのは、この20ページの問題ですよね。さらさらっと読むとほとんど抵抗はないんですけれども、よく読むと非常に内容が漠然としているなという感じがして、一つは、具体的に伺うことは、2番のこの参加病院、これが大体どれぐらいの規模なのかとかいうことで、選定の考え方は先ほど尾藤委員から、いろんな総合病院を中心にとというのはあるんですけれども、どれぐらい選ぶのかというふうな話、よく分からない。これは極めて具体的な質問だけれども、もう少し遡って言えば、先ほどの福井委員の御質問と、相当何かギャップがあるんでしょうね、恐らく。まだ議論が十分、僕は理解できないんですけれども。例えば、実際これまでやってきた1,000の中から選ぶのかどうかという話も、ちょっとここで分からないし、その辺を教えていただきたいと思います。

○尾藤部会長 それでは、こちらは事務局からお願いできますでしょうか。

○楠岡委員長 事務局からお答えします。

○事務局 事務局から松原委員の御質問に対して御回答申し上げます。

今、事務局で考えている病院の数でございますが、3病院程度を考えております。その3病院がどのような病院かと申し上げますと、これまで質指標を活用した質改善活動に積極的な病院の皆様方に、今回、部会を中心に作成したプログラムをレビューいただくといった形で考えてございます。

尾藤部会長、何か補足があれば、よろしくお願いたします。

○尾藤部会長 いえ、事務局の説明だと思えます。恐らく、現在、まさにこのコンソーシアムでお集まりいただいている病院組織のトップリーダーの方々のお世話に本当になっていくということだと思っております。

○事務局 すみません、事務局から再度補足をさせていただきます。

まず、パイロットという言葉とプレ研修という2つございますが、今回まず実施するのはパイロットの前のプレ研修となります。プレ研修には、先ほど申し上げました3病院程度にレビューをいただきます。実際のパイロットでは、合計3テーマ、30病院程度にご参加いただく予定です。なお、30病院は今回お集まりいただいております各団体の御推薦で運用していくといったことがございます。失礼いたしました。

○楠岡委員長 よろしいでしょうか。

ほかに御質問、御意見、ございますでしょうか。

○松原（了）委員 すみません。

○楠岡委員長 はい、どうぞ。

○松原（了）委員 すみません。プレ研修とパイロット、3と30でよく分かったんですけども、この3病院は積極的なところと。そのプレ研修とパイロットのまたつながりがよく分からないですけども、プレ研修は、質改善の運用をうまくやっていくためのプレ研修ですよ。だから、パイロットの研修というのは、プレ研修はもう終わっているというか、何なのですか、全体になるのですかね。その辺がちょっと関係がよく分からない。

○尾藤部会長 こちらに関しては尾藤からよろしいでしょうか。

○楠岡委員長 はい、どうぞ。

○尾藤部会長 プレ研修は、研修会のコンテンツをポリッシュする目的と考えております。パイロットについては、実際に出来上がった研修パッケージを適用させていくというのが、パイロットという位置づけと考えております。

以上です。

○楠岡委員長 よろしいですか。

ほかに御意見がございませんか。

特に御意見がなければ、ただいまいろいろ御指摘いただいた点をもう一度織り込んだ形で、研修プログラム、コンテンツのディテールを決めていくことになるかと思えます。それからプレ研修に関しましては、3病院、10月ぐらいからスタートという予定でありますけれども、これにつきましては、事務局のほうで選定させていただくということでよろしゅうございますか。

もしよろしければ、挙手いただけるとありがたいですが、よろしゅうございますか。

ありがとうございました。それでは、そのように進めさせていただきたいと思えます。

それでは、次、標準化部会のほうに移りたいと思えます。

まず、標準化部会の検討状況につきまして、事務局のほうから御説明申し上げます。

○事務局 それでは、再び画面を共有させていただきます。

それでは、Q I 標準化部会の検討状況を御報告申し上げます。

Q I 標準化部会は、まずパイロットで取り扱う指標の抽出・選定作業に取り組みました。

下半分の流れ図を御覧いただきたいと思います。

まず、一番左側ですが、最初に、協議会に御参加をいただいている各団体が使用している指標の情報を御提供いただき、属性情報を付与するなど整理をいたしました。さらに、今回のパイロットのテーマであります糖尿病、脳卒中、人工股関節全置換術というものに関連する指標を抽出いたしました。

次に、真ん中の段でございますが、抽出された各テーマの指標につきまして、デルファイ法を用いて適切性を評価いたしました。デルファイ法とは、米国のランド研究所とカリフォルニア大学ロサンゼルス校によって開発された適切性を評価する手法で、診療ガイドラインの推奨作成などにもよく使われている手法でございます。このデルファイ法の適切性評価結果に基づいて議論をして、各テーマ、5つの指標を選定することいたしました。今現在、この真ん中の段階まで進んだというところでございます。

一番右側は、今後の作業ということですが、一つは、パイロットの運用に向けて、例えば測定手順を整備するなどの細かな作業が残っております。一方、今回の指標選定過程で論点となった内容などを参考に、今後の標準化及び公表の在り方について、検討を進めるという予定でございます。

この適切性評価を進めるに当たりましては、事前に指標の取扱い方法ですとか選定方法を定義した上で、検討を進めました。既存指標の中から各テーマ5つの適用指標を選定することを基本方針といたしました。選定方法は、先ほど申しましたとおりに、デルファイ法を用いました。また、パイロットで使用する指標という前提なので、改善の余地が大きい指標ですとか実施率が低位なプロセス指標などの視点で選定をするということといたしました。

デルファイ法による判定方法でございますが、ランド、UCLAのマニュアル沿って対応いたしました。今回、この指標を評価する評価者が、標準化部会員と活用支援部会員の合計13名に評価をいただいたのですけれども、デルファイ法というのは、この評価者の評点の中央値と評点の分布から、一番右側でございますように、適切、不確定、不適切の3区分に振り分けを行います。このうちの適切と評価された指標の中からさらに相対的な重要性などを検討して、パイロット適用指標を選定いたしました。

具体的に各テーマについて結果を御報告申し上げます。

1つ目のテーマであります糖尿病の選定結果でございます。

糖尿病に関連した既存の38指標の中から血糖コントロールのHbA1c 7%未満及び8%未満、血糖自己測定、栄養食事指導、合併症管理という5指標を選定いたしました。

具体的な指標定義、分子/分母の定義は御覧のとおりとなります。

これら5つの指標は、パイロット適用指標と呼んでおりますが、パイロット参加病院に共通して測定をいただくことを想定しております。また、この中から各施設1つ指標を選んでいただきまして、改善活動に取り組んでいただくという想定でございます。

糖尿病に関連した既存指標の中で、先ほどの5指標以外の指標はパイロット関連指標と呼んでおりますけれども、これらの指標につきましても情報提供を行いパイロットの改善活動に参考としていただきたいと思いますと考えております。

糖尿病の適用指標を検討するに当たり、幾つか主な検討のポイントをお示しいたします。詳細は時間の関係で割愛いたしますが、例えば、今回のような疾患特異的な改善テーマにおいて患者満足度といった病院全体指標の位置づけを、どう考えたらよいだろうかというのが課題となりました。また、血糖コントロール指標につきまして、診療ガイドラインの趣旨を反映させるためにどのような指標とすればよいか、複数回にわたって検討をいたしました。

次、2つ目ですが、脳卒中の指標についてです。

脳卒中の適用指標といたしまして、入院時及び退院時における抗血小板/抗凝固薬処方割合に関する指標、早期リハビリテーションの開始率、及び次のスライドでお示しいたしますが、入院医療全体指標の中からクリニカルパスの使用率、退院調整の実施率という指標を選定いたしました。

今申し上げましたが、疾患特異的というよりも入院医療全体に関わる指標という位置づけの指標群でございます。この中から脳卒中患者を対象にクリニカルパスの使用率、退院調整の実施率というものを適用することといたしました。

こちらが分子/分母を示したものでございます。先ほどの糖尿病の指標と同様、5つの指標は共通して測定し、うち1つの指標については改善活動に取り組んでいただくという想定でございます。

5つの指標以外の指標につきましては、パイロット関連指標として情報提供をする予定でございます。

同様に、入院医療全体指標からの関連指標の一覧がこちらになります。

検討の主なポイントでございますが、今回、脳卒中というテーマであったのですが、具体的には脳梗塞の指標を選定するという事にいたしました。また昨今、t-PA静注療法ですとか血管カテーテルによる血栓回収療法などの底上げが課題とされるなか、該当する既存の指標がないものですから、どのように対応すべきか検討をいたしました。最終的には、入院時の薬物療法という別な指標を選定するという事にいたしました。

3つ目のテーマであります人工股関節全置換術の指標について御報告をいたします。

パイロット適用指標としては、予防的抗菌薬の投与率、抗菌薬の中止率、肺血栓塞栓症の予防対策実施率、早期リハビリテーションの開始率、そして術後平均在院日数という5つの指標を選定いたしました。

こちらは入院医療全体に関する指標群の再掲でございますが、人工股関節全置換術については、ここからの選定はございませんでした。

こちらは、先ほどと同様、具体的な分子／分母の定義でございます。

パイロット適用指標の選定に当たっては、既存の指標から選ぶということを基本方針といたしました。人工股関節全置換術のみを対象とした指標はありませんでした。既存は、手術全体に対する指標であるとか、複数の特定術式を対象にした指標などとなっております。そこで、今回のパイロットにおいては分母の対象となる術式の中から、人工股関節全置換術が施行された患者さんだけを取り出して、分母にしてはどうかと考えております。したがって、この分母の部分が全て人工股関節全置換術ということになっております。

一方で、分母をそのように制限してしまうと、パイロットに参加できる病院が限られてしまうのではないかとのご意見もございました。そこで、パイロット病院募集時には、募集状況などを鑑みて分母の対象を判断する予定でございます。

こちらはパイロット関連指標の一覧になります。

同様に、入院医療全体指標の中からの関連指標の一覧となります。

主な検討事項でございますが、先ほど述べたとおり既存指標の定義のままではパイロットでの運用が難しいので、分母を修正してはどうかということを検討いたしました。一方、対象を限定してしまえば対象病院が少なくなるのではないかと意見が出されて、先ほどのような考えで進めることにしたというところでございます。

以上が3テーマに関する状況でございます。

こちらのスライドは、先ほど御説明いたしました活用支援部会の状況と、今御説明申し上げました標準化部会での検討状況を踏まえて、事業進捗状況を俯瞰したものでございます。左側

に事業内容が a、b、c、d、e と 5 つ示しておりますが、このうちの a から d の 4 つが、事業の実施要綱に示されている内容でございます。

右側の進捗状況を御覧いただきますと、おおむね対応中という状況でございます。一部保留としております「好事例の収集や成功要因に基づく改善モデルの作成」については、今後行うパイロットを踏まえて事例を収集し取りまとめることで対応していきますので、現時点では保留と記載しております。また、未着手が 1 つございますが、この下半期に予定しております「指標の標準化の在り方あるいは公表の在り方」の検討に関する事項でありこれから着手予定としております。このように保留や未着手のものも作業の見通しは立てている状況です。

さて、標準化部会の作業状況に関連いたしまして、本日御検討いただきたい事項は御覧のとおりでございます。

1 つ目が、本日お示しした指標群につきまして、御意見、御感想をいただきたいと思っております。先ほどお示ししたような指標でパイロットの運用につなげていきたいと考えております。

もう一つは、今後、指標の標準化及び公表の在り方を検討していく予定でございますので、検討に当たり留意すべき事項などにつきまして、ぜひ御示唆をいただきたいと考えております。

報告は以上でございます。どうぞよろしく願いいたします。

○楠岡委員長 どうもありがとうございました。

それでは、引き続き的場部会長のほうから追加がありましたら、お願いいたします。

○的場部会長 資料説明、ありがとうございました。

テーマ別の指標は、各団体様で現在用いられている指標をたくさんいただきました。私たちがなりに勉強をさせていただき、パイロットで使用させていただく指標を選定する作業を行いました。コロナの話もありましたが、当初は 1 泊 2 日ぐらいの合宿をしようかという話もありました。先ほどの尾藤会長と同じようにある程度時間が取れるということになりましたので、デルファイ法という方法を活用して、時間をかけて議論をしようというような方針で進めてまいりました。

議論を進めるに当たって、やはりテーマの中でも、各団体様で議論を重ねてつくられた指標でございますので、勉強すればするほど問題意識ですとか課題という点から、何か 1 つを選んでいくというプロセスが、いかに難しいかということを実感した次第でございます。その議論の中で、今後の標準化や公表の在り方等々に向けた論点の幾つかというものは、出てまいったとは思いますが、直接の議論というものは全くまだできていないというのが現状でございますので、最後の説明にございましたように、下半期におきましてはそういった議論を進めてい

きたいと思っておりますので、是非たくさんのお意見を頂戴できればと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

○楠岡委員長 どうもありがとうございました。

それでは、このパイロットに関しての指標群の選定並びに今後の標準化等の在り方につきまして、御意見をいただきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

○草場委員 よろしいですか。

○楠岡委員長 はいどうぞ。

○草場委員 草場です。大変な作業、本当に御苦労さまでした。非常によく理解できました。

デルファイ法で選定をしたということですので、デルファイ法の中身というか、どういう議論があったのかということころは、ちょっとブラックボックスというか、私には詳しくは分からないところではあるんですけども、糖尿病のところは、血糖値のHbA1cが8.0、7.0、なおかつ目標達成ということで、3つ指標として設定をされているということころで、それ以外にも恐らく様々な指標というものもある中で、このHbA1cに関して3つ設定されてしまったということころについては、若干重複感もあるような気がして、見てはおりました。

この辺は、こういう3つをやっぱり設定していくということに、大きな意義があるのかどうかの、その辺の判断を少し教えていただければありがたいなということと、それ以外の指標と比較してこちらのほうは設定されたという何か背景というか、そこをちょっと教えていただければなと思っております。議論の中身でございます。

○的場部会長 ありがとうございます。

25ページのことを草場先生、今お話しいただいたと思うのですが、恐らく資料の誤りが一部ありまして、この中の6番の目標達成というのは、パイロット適用指標の議論の途中まで最後残っていて、最後5つにするときに恐らくこれは外れたという認識でおります。ですので、HbA1cにつきましては、8.0、7.0を年齢で区切りまして、2つの指標ということで最終的には決着したというふうに、私はちょっと理解をしております。

もう一つ、議論の経過ということなのですが、HbA1cにおいては各団体様、多数の指標を運用しておられます。ガイドラインの状況を踏まえて最終的に一律に1つの指標で8.0を全患者さんに対象としてしまうと、運用上難しいのではないかとということがございました。その点で、議論途中の話をして申し訳ないのですが分布を見たらどうかというような議論が1つございました。

6.5未満、7.0未満、8.0未満、それ以上というのが外来患者さんの中でどれぐらいの割合が

おられるのかという分布を見たらどうかというような議論がありました。しかし、その後の改善活動ということを考えると、分布だけでは目標値になりづらいだろうという話に戻りまして、改めて65歳以上で8.0未満の患者がどれくらいいるのか、65歳未満で7.0未満の患者がどれくらいいるのかというような既存の指標2つを選定させていただきました。それ以外の併存疾患の状況ですとか、いろいろな状況で必ずしもこれが全部いい数字になるということではないのですが、ガイドラインを参考にするとこの指標2つを選ぶということで、幅広く議論ができるのではないかと、そういった話でこの2つになったという経緯でございます。

○草場委員 大変よく分かりました。ここはダブっているわけではないんですね。ちょっとそこが最初、理解できなかつたので、すみません、ちょっと勘違いしたのもありましたけれども、要は、A1cの評価という1点だけですよね。つまり、年齢でそれを割って、それが2つに見えるという。

○的場部会長 はい。ということでございます。

○草場委員 了解しました。理解できました。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

福井先生、よろしく願いいたします。

○福井委員 2点ほど質問です。一つは、10年近く厚生労働省の事業で、複数の病院団体がQ I測定と改善をやってきて、これまでどの病院団体もやっていなかったのが、デルファイ法で適切なものを決めようという手順だと思います。デルファイ法を使えばより適切なものを選べるという、何か手がかりがあるのでしょうか。デルファイの評価は誰が評価するのかによっても全然違ってくると思いますし、判断基準が明確でないと思うんですね。そういう意味で、元に戻す議論はしたくないのですけれども、各病院団体がこれまでやってきたことを、単になぞっているだけじゃないかという思いがします。デルファイで評価した人たちを、ぜひ教えてほしい。

もう一点。パイロットで30病院を対象にするということですが、今考えている指標は、将来的に全国の8,000を超える病院を対象としてQ I測定を考えているのでしょうか。もしそうだとすると、人工関節の手術は限られた病院でしか行われていませぬので、最初から病院はかなり限定されてしまうように思います。将来どういう病院を対象とするのかにもよりますが、どういう考えで人工関節の指標を持ってきているのでしょうか。

○楠岡委員長 的場先生、お願いできますか。

○的場部会長 福井先生、ありがとうございます。

まず、デルファイ法の選定ですが、まず議論をするに当たって、部会員の中で何か最初の議論のきっかけとして、30、40ある指標の中からゼロから議論するというのは、少し議論の効率という点からすると難しいので、事前に何か評価をするなど当たりをつけて、その上で議論をしたほうがいいのではないかなというような議論がもともとございまして、その中で手法を探していく中で、尾藤部会長の御推薦もありまして、デルファイ法を使って事前の採点をした上で議論をしてはどうかというような話が出たというところでございます。実際にデルファイを使った評価をしたメンバーは、私ども標準化部会のメンバーとそれから尾藤部会長の改善支援部会のメンバー、両部会の部会員のメンバー全員で評価をしたということでございます。

評価は、パイロットで取り扱う指標を選定するということを念頭に置いた上で資料等が配付されて、評価をしたという経緯がございます。

1点目につきましては、以上でございます。

2点目については、もともとテーマを選定する際に、外来の指標と入院の指標という話がありまして、外来の指標として糖尿病、入院の指標も内科系の指標と外科系の指標を選定してはどうかと、テーマを選定してはどうかという話がございまして、内科系の指標として脳卒中、脳梗塞になりました。外科系の指標として、幾つか外科系の指標の中から、THAがいいのではないかなということで、テーマを先に決めたという経緯がございました。その後で各団体様の情報を集めていきますと、先ほど少し説明がありましたように、直接的にこれを評価する指標というものが、あまり運用されていないという実態がありました。

THAだと対象病院が限定されてしまうということにつきましては、私どもでも議論になりまして、こちらの資料でのTHAの検討ポイントというところで、40ページになるかと思うのですが、40ページのところで、THAだけですと、大規模病院に限定されるという可能性があるのですが、もし広く病院を募るのであれば、人工骨頭置換術、BHAも対象に含めてはどうかというような議論をしております。もし本日御議論いただけるようでしたら、こちらについてアドバイスをいただきまして、広くという点でいくのであれば、両術式を分母として改善活動をしていただくということも、一つではないかなというふうに考えております。

○永井委員 永井ですけれども、よろしいですか。

○楠岡委員長 はい。では、どうぞ。

○永井委員 今の福井先生の話はまさにそのとおりでして、やはりこの3疾患というのは非常にテーマが狭くて、何をターゲット疾患にするかというところからまず議論しなきゃ駄目だと、本当は思っています。個人的には、やはり記入しやすいような指標でまず3疾患で、30病院の

パイロットをやります。その際、機構を中心に各病院団体が今まで各指標に関して、日病を含めて全日病もノウハウを持っていますので、そのノウハウをきちんと吸い上げて、それをさらに皆さん方に、全国の病院に展開していくという方向性だろうと思います。

ですから、そういう意味で、この3疾病が全ての病院に当てはまる指標だとはとても思えません。そここのところは多分御理解されていると思うので、今話した形を考慮されて行うという理解ですけれども、それでよろしいですか。

○楠岡委員長 的場先生、いかがですか。

○的場部会長 ありがとうございます。

パイロットという視点で考えたときには、まさに永井先生におっしゃっていただいたような点で選定をしまいったということでございます。

○楠岡委員長 はいどうぞ、松原先生。

○松原（為）委員 すみません、民医連の松原です。

○楠岡委員長 はい、どうぞ。

○松原（為）委員 2点あるんですけども、一つは糖尿病の指標です。福井先生がおっしゃったように、今までの既存指標を、その中でよりよいものを選び選んでいくという、そういった意図、手法というのはよく理解できるんですけども、実際の現場でぶち当たるのは、よそに比べてうちは8.0の割合が高いじゃないかと、じゃなぜなのか、どうしたらいいのかということにやっぱり踏み込めなくて、立ち止まっているところが非常に多いと。これは尾藤先生のところと関係してくるわけなんですけれども、その次の踏み込むということまでをやっぱり念頭に置いて指標収集をして、例えば65歳以下で、例えば50代の単身男性で、非正規雇用で、食事療法なんかとてもできない、運動療法なんか、そんな時間ないという方のA1cを下げろと言われても、これは非常に難しい問題があるわけなんですよね。だから、そういったところまでやっぱり踏み込むような、2つの分科会の合わさったような視点で進めると、非常に興味を持たれやすいかなと思います。

あと、THAのほうに関しては、これは感染を起こさないようにということと、合併症対策が中心になっている指標構成になっているわけなんですけれども、見てみますと、長期の1年以内の感染の問題、今、大分減っているとは思いますが、それとあとは、やっぱり再骨折であるとかアダプテーションの問題であるとか、あとは、その方がどういった状況で骨折されて、後の実際のADLがどうなったかというところが、これもやっぱり現場の非常に興味が深いところになりますので、ちょっと新しく指標を開拓している上では、そういったアウトカ

ム指標はなかなか収集が難しいとは言われていますけれども、念頭に置いていただければと思います。

以上です。ありがとうございました。

○楠岡委員長 尾藤先生。

○尾藤部会長 ありがとうございます。

松原委員のおっしゃるとおりで、その測定結果を見て、それを分析して、ドリルダウンしていくというのは、まさに我々、活用支援部会がノウハウとして提示したいところであります。ありがとうございました。

あと、先ほどのちょっと補足で、永井先生の御意見、全く我々の意図そのものでございまして、まずはやりやすいところから、測りやすい、さらには評価しやすい、さらには分析しやすいところから始めて、多分、測りにくいところは、看護ですとかケアあるいはソーシャルワークとか、そういうものも含めて、これから応用できればという想定であります。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございました。

先ほど、福井先生からの御指摘の後半のところは、標準化とか公表の在り方というところに関わってくるところですので、また今後そこは議論を深めていく必要があるかというふうに思っております。

ほかにございますか。

次は、そうしたら橋本委員、お願いいたします。

○橋本委員 聞こえますか。

○楠岡委員長 聞こえております。

○橋本委員 橋本でございます。

今、楠岡委員長が触れられたこの標準化及び公表の在り方というところを、私としては非常に気になっておりました。医療の質改善活動というのは、恐らくいろいろな病院で取り組まれていて、非常に進んでいるところから全く知らないところまで、また、設立母体もいろいろある、それから病院の規模も物すごく様々だというような状況にありますので、この活動自体が日本の全体の医療の質を恐らく向上させるというのが目標だと思うんですけども、そここの標準化及び公表という言葉は、私はどうもマッチしないんじゃないかなと思っています。

今言ったように、いろいろな状況にある様々な病院があるわけですし、その中で一つの指標を取り上げて、それを標準化して公表するというのでは、どちらかというともたランキングの

餌になるといいますか、そういうようなことも出てくるわけでありまして、例えば私は糖尿病の専門家ではありませんけれども、HbA1c、8.0以下に抑えているということが、果たしてその病院の質を表すものになり得るのか、そういう指標、Q I 自体が、ある一片を取ってきて、それを数値化して出すということが、その病院の質を表すことになるのかということに関しても、私は以前から疑問を持っております。

例えば、先ほどもちょっと出ていましたけれども、糖尿病の患者さんというのは様々な状況があつて、年齢によつても、それから仕事によつても、状況によつても物すごく違うわけですから、その中で1つの指標を、例えばHbA1c、8.0にしろ7.0にしろ、それをやったから、この病院がこれを達成しているのだから、いい病院とはとても言えない。そういう意味では、果たしてQ Iというのは何を意味するのかということ、考えなくちゃいけないと思うんです。

ですから、この活動自体が目指すところは、先ほども申し上げましたけれども、日本全体の医療の質を向上させるということですので、それを標準化して公表するというよりは、そういうものを使って各病院がいかにして自分のところの病院をより組織化し、効率化していくかということを目指すということだと思います。

ということで、先ほども申し上げましたけれども、優れた取組をしている病院というのは、非常に優秀な病院が多いわけで、経営的にも非常にうまく回っていきますし、それを目指すということは非常に結構だと思いますけれども、拙速な方法とか公開によって医療提供体制が混乱することのないように、ぜひくれぐれもよろしくお願ひしたいと思います。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。参考にさせていただきたいと思います。

次、岡田委員から発言を。

○岡田委員 何度も出たことでもありますが、ちょっと細かいようではございますけれども、THAの人工股関節全置換術なんですけれども、例えば我々の法人では、いろんな議論の中で範囲を広げるということで、人工関節という考え方で測定をして、膝と股関節の人工関節置換術をまとめて測定値をだしています。股関節だけと部位でまとめなかったのは、例えば人工骨頭の置換とか、頸部骨折とか、いろいろ病態が違うのではないかと考えたからです。結構、この3つの指標の中では、このTHAの指標を対象としたモデル病院を推薦しようと思ったときに、少し厳しいところもあるので、できれば部会で少しモデル病院を推薦しやすいことも含めて議論していただければ助かるということで、発言させていただきました。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

次、岩澤委員、お願いできますか。

○岩澤委員（吉川委員代理） 日本看護協会の岩澤でございます。

2点ほど質問させていただきたいのですが、まず1点目といたしまして、糖尿病の合併症管理の指標として、今回、腎症管理率を選ばれたということですが、重症化予防という観点からは足病変も非常に重要と考えております。今回、合併症管理の指標として、足病変と腎症管理の2つが挙がっていたかと思いますが、どのような議論によって腎症管理を採用されたかという点について教えていただきたいと思います。

そして、もう一つの質問ですが、脳卒中の指標にパスを適用した患者の割合がございますけれども、このパスとは、何らかの標準化されたパスという認識でよろしかったでしょうか。

○楠岡委員長 的場先生、お願いできますか。

○的場部会長 ありがとうございます。

まず、1点目の御質問ですが、当初2つの合併症から議論をはじめ設定をしたのですがけれども、詳細な議論を確認させていただいた上での御返答とさせていただければと思います。申し訳ございません。

もう一つの御質問については、飛んでしまったのですが、すみません。

○楠岡委員長 パスに関して。

○岩澤委員（吉川委員代理） そうですね。脳卒中のパスとは、標準化されたパスを意味しますか、という質問です。

○的場部会長 ありがとうございます。

パス自体をこの中で標準化するという議論ではないという認識でございます。病院が今持っているパスを特定の入院患者さんに対してどれくらい適用したのかということの評価することを測定するような指標という認識でおりますので、回答といたしましては、パスをどんどん標準化させていこうというような議論ではなかったという認識でございます。

○楠岡委員長 よろしいでしょうか。

松原委員、どうぞ。

○松原（了）委員 全体として議論がすごく根本的な大きなところの問題と、それから部会が行っている、ある意味具体的な検討と、物すごく2つ議論があって、それは別にかみ合う必要があるのかどうか分からないけれども、それがそのまま並行しているような感じがしています。3指標の選択の妥当性、デルファイ法が妥当なのかどうかとか、いろいろあると思うの

ですけれども、それについては引き続きこれはこれで議論していくことについて、全く私、全くというか、異論は特にはないのですけれども、先ほど指標の達成しているかどうかだけで病院の質、医療の質を判断するのはどうかという根本的な議論があって、これはかなり前からあって、これからも永遠というか、議題になると思うんです。

それで、私、きちっと資料を見ていて思ったのですけれども、すごく話が戻っちゃうんですけれども、プロセスを大事にしていくというプロセス評価というのが、今回はプロセスじゃなくてリザルトですよ、これ、3つの指標は。プロセスのお話は後回しなんだろうかと思っいるんですけれども、最近コロナの感染症対策見ていて、例えばレストランがいいかどうかというときに、リザルトじゃないですよ。コロナがその店でどれだけ出たかというんじゃないで、消毒薬をちゃんと置いているかとか、換気、ちゃんとやっているかとか、要は食品保健でいうとHACCPですよ。一定のプロセスを踏んだら、いい結果が得られるはずであるということで、その施設なり、評価していくという一つの考え方があって、だからプロセスをもうちょっと考え直す必要があるんじゃないかというふうにちょっと思ったので、今、発言させていただきました。

それで、すみません、ただ、それを、ちょっと間違えると、医療機能評価機構でやっている病院の評価で、あれもプロセスを大事にするというのがありますよね。評価するのがありますよね。そことの境がつかなくなっちゃう可能性があるんで、そこは注意しなきゃいけないとは思っているんですけども、その辺についていかがでしょうか。

○楠岡委員長 事務局。

○事務局 事務局からお答えいたします。

今回、指標を選定するに当たりましては、実はプロセス指標を重視しようということで選定をいたしております。血糖コントロールはアウトカムに属するものだと思いますが、そのほかの指標につきましては、プロセスの改善に結びつけるような指標、それを選定したいということで選んできたところでございます。

もう一つは、病院機能評価のいわゆるケアプロセスと呼んでいる部分との対応なのですが、今回3つのテーマで選んでおりますプロセスの指標は、言わば診療の質をピンポイントで測定するようなものであるのに対し、病院機能評価のケアプロセスは、特に病棟などにおけるマネジメントを見るというところで、同じプロセスという言葉を使っていますが、やや切り口といいますか、見方といいますか、少し差があるところがあると思っておりますので、区別して運用しているというふうに考えてよろしいかと思っております。

以上です。

○永井委員 永井ですけれども、よろしいですか。

○楠岡委員長 はい、どうぞ。

○永井委員 先ほどの橋本先生の御意見を僕も賛成なのですけれども、クオリティー、Q I、クオリティー・インプルーブメントですから、基本的には標準化と公表の在り方のところですよ。国民、社会全般に、要するに一断片のベンチマークじゃなくて、各地域格差の問題もあるし、病院や規模、主要機能の問題もありますので、それらを踏まえた改善、経時的に個々の病院がどうなっているのかというところを、きちんと各病院が努力しているというところを見られるような形の公表の在り方が必要なのではないかなと思っています。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ほかにございますか。

○桜井委員 すみません、桜井から。

○楠岡委員長 桜井委員、どうぞ。

○桜井委員 すみません。多分、この項目に関しては、医療の質と患者の生活の質だったり、あるいは、社会が医療に求めるゴールというのは、相関関係にあるということを前提にしての設定だと思っておりますけれども、多分、ほかの先生方も御意見されているように、もう少し何かここの意義ですとか、この項目を選んだ意義ですとか、あと、代表性みたいな部分について、パイロット等々を通じて少し御議論されてもいいのかなというふうに感じて、お聞きしておりました。

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。

はいどうぞ、矢野委員。矢野委員、どうぞ。

○矢野（諭）委員 いいですか。

○楠岡委員長 はいどうぞ。

○矢野（諭）委員 標準化部会でQ Iの策定に関与した者ですけれども、皆さんの言われることは、恐らくこういう話が出るかなというのはかなり議論の中でも出て、先ほどの足病変と腎症をどうするか、両方入れたいのはみんなやまやまなんですよ。パイロットということと使いやすということと、5つに絞ろうということですね、どれを優先するかということとかなり

それぞれ全部悩んでいて、これも入れたいあれも入れたいというのはあったのです。だから、在院日数というのを入れるか入れないかも議論になったのですけれども、パスを使うとか標準化することによって、在院日数も恐らく影響するだろうということで、パスの使用を選ぶとか、だからプロセスをとにかく重視したというのが、これ、基本的には全部、プロセス重視。

その中でアウトカムが入っているのがどうしても幾つかあって、ただ、アウトカムをやっばりどうしても偏重しちゃうと、さっきも言ったような、それで本当に質が高いのかということになるので、要するに患者層が違くと、リスク調整をしないと、やっぱりアウトカム評価というのはなかなか難しいので、糖尿病が結局まさにそのところで、85歳以上で認知症のある人と、それからばりばりに働いている人で食事療法ができない人、それからきちっと薬を守る人の中の目標って、全部違うんですよ。

だけど、やっぱりコントロール目標って、私、ずっとこれは言い続けてきて、適切な個々に応じた目標を達成されるようになってやっちゃうと、やっぱりちょっと曖昧になるので、7と8ぐらいは分けよう、そのぐらいが現実的だという。かなりこれも時間をかけて議論したところで、そういう中でこの3つの疾病の中でそれぞれ5つずつで、使いやすく、なおかつ、草場先生のような総合診療医から見ても、それから本当に専門家から見ても、ガイドラインから著しく逸脱しない、その辺りのところを最大公約数的にまとめたのがこれで、細かいことを言えば、これもあればあればあれば、そのためにこういう会があって、皆さんの意見をお聞きして考え直すというところがあるんですけれども、かなり細かい議論の末にこうなったということは、御理解していただきたいと思うんです。

以上でございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ほかにいらっしゃいますか。

的場委員、どうぞ。

○的場部会長 失礼しました。先ほどの岩澤先生のお話なのですが、足病変の指標は、外来の患者数を直接的に測定する指標となっております。議論の中では、やはり人数の評価といいますと、病院の規模だとか診療体制とかということで大きく変わるような指標であるということで、議論の中の選定からは外れたというような経緯でございます。補足でございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ほかにいらっしゃいますでしょうか。

これは私自身の理解の範囲なのですが、今回3つの疾患における指標を出していただ

いたのは、各病院における質改善活動の研修を行うときに、まず手がかりになる指標がないと話にならないので、それを目的に選んでいただいたということで、これが直ちに全部の標準化を行うための指標という話ではないというふうに思います。それぞれの指標に関しまして、標準化とかあるいは公表の在り方に関しては、橋本委員からの御意見もありましたように、今後やはり議論していかなければいけないところでもありますし、また、病院の出すメッセージとして、個別の指標がどれだけ変わったかという話よりも、今こういう改善活動を行っているということを示すことのほうが、やはり大事なことになってくる可能性もあるかと思っておりますので、取りあえず時間の関係もありまして、ちょっと申し訳ありませんけれども、パイロットスタディーあるいはプレ研修におきましては、本日お示ししました3つの指標を使わせていただくということと、それから標準化あるいは公表に関しましては、これから後半においていろいろ御議論いただき、誤ったメッセージにならないように、十分に注意していくというふうに思っておりますので、そのような形で進めるということでも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、そのように進めさせていただきます。ありがとうございました。

それでは、議題の4番目。今後の予定につきまして、事務局のほうから説明させていただきます。お願いいたします。

○事務局 今後の予定につきまして御説明を申し上げたいと思います。お手元の資料、48ページを御覧ください。資料を共有させていただきます。すみません、49ページを御覧ください。

こちらの図は、今年度末までの検討のスケジュールとなります。グリーンの矢羽根でお示ししてございますのが、Q I 活用支援の部会のタスク、オレンジ色の矢羽根がQ I 標準化部会の対応事項となります。大まかに申し上げますと、11月末までに研修のプログラム、研修コンテンツの準備及びパイロットで取り扱う指標の測定手順書等の整備をしていきたいと考えております。

そこで、11月からは、各団体様の御協力の下、パイロット病院を改めて募集いたしまして、説明会及び年度末のキックオフセミナー等を開催させていただく、また、先ほどいただきました御意見等を踏まえて、下から2段目の枠にございます標準化・公表の在り方の検討を進めてまいります。

50ページを御覧ください。ここで改めてパイロット実施の流れについて御説明を申し上げたいと思います。

パイロットにおいては、各団体様の御推薦という形で、合計30の病院を募集いたします。御

参加いただく病院は、説明会の参加、体制構築の事前準備等を行っていただきまして、キックオフセミナーの参加を経て、テーマに応じた質改善活動を実施いただきます。約10か月程度の期間となってしまいますが、活動の期間を経て報告会を行い、最終的には、我々として作っていかねばならない各種マニュアルを完成させていくということを考えております。

なお、パイロットに御参加いただく病院につきましては、11月頃をめどに改めて病院団体の皆様方に御案内を申し上げたいというふうに計画をしております。

51ページを御覧ください。

これまでは、本年度及びパイロットを中心としたスケジュールについて御説明を申し上げました。本スライドは、今後どのような方向でこの事業を発展させていくことがよろしいか、御意見をいただくためのたたき台として御用意させていただいた資料でございます。本日最後の検討事項となりますが、中長期的な本事業の方向性について御意見を頂戴したいと考えてございます。

まず、短期的な対応でございますが、先ほど来、御意見をいただいておりますが、このパイロット終了後は、参加病院の御意見などを踏まえて、作成してまいりました研修プログラム、マニュアルの見直しを行う予定でございます。パイロットで取り扱いました、先ほど御紹介しました指標群につきましては、本年度下期から開始する標準化の検討を取りまとめた内容、及びテーマに関連する関係学会などからの御助言を踏まえまして、最終的には、本事業における標準化された指標として取りまとめることができると考えております。中長期的においては、パイロットで得られた知見を基に、医療の質指標を活用した質改善活動の組織への支援、及び質を専門する事業体の体制整備・運営と発展させてはどうかと考えてございます。

具体的には、下の図を御覧ください。

現在は、医療の質を活用した質改善活動の促進ということを狙いとする施策としてこのパイロットを実施し、ここでお示しします事項について対応を進めるところでございます。今後は、このパイロット前後で得られました知見・経験をベースに、大きく2つの点について活動を展開させていくといったことを考えてございます。

1点目でございますが、質改善活動の組織への支援ということで、当事業の実施要綱にございます取組の共有・普及、人材養成に準ずる対応といたしまして、現在進めるパイロットを全国的な事業へと展開し、全国の病院等に指標を用いた質改善活動を広めていくといったことをイメージしてございます。

2点目のこの質指標を専門とする事業体制の整備・運営でございますが、当事業の実施要綱

にこちらもございます、臨床指標等の標準化・公表、臨床指標等の評価・分析に準ずる対応といたしまして、協議会が医療の質指標を扱う専門の機関として、標準化の提唱、指標の策定及び指標の評価・認定、指標を活用した質改善活動の機運を高めるような制度に向けた提言等を行う機関としてはどうかといったことを、イメージとして出させていただいております。

こちらの資料、あくまでも議論のたたき台でございますので、委員の皆様方の御意見を踏まえて検討を深めてまいりたいと考えてございます。忌憚のない御意見を頂戴できればと思います。

以上でございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

○亀田理事 恐れ入ります。

○楠岡委員長 これに関しまして、亀田理事のほうからよろしく願いいたします。

○亀田理事 今の事務局の説明に尽きるわけなのですが、当事業では全国版医療の質向上に向けた体制整備事業というテーマの下で、一つは改善活動の支援、もう一つは質向上に向けたフレームワークだったり、その中の指標の在り方・標準化、そして公表というようなことが検討課題として与えられています。最初に申し上げましたとおりこれまで、改善活動を支援する仕組みづくりということで、パイロットの実施に向けた具体的な作業に力点を置いてまいりました。今後、後半はまさに並行してこの事業をどうしていくのか。

どうしていくのかというのは、先ほどから標準化についてもいろいろ出ておりますが、指標の標準化というのは、特定の指標を設定するというにとどまらず、質向上に向けた枠組みだったり、指標の策定の手順だったり、それらの評価だったりといった、多様な議論がこれから必要になると思います。これまで本議論については協議会で行っておりません。今、事務局が提示したこの1ページが今後の展開おける議論のスタートとなります。

これはあくまでもたたき台でして、今後、先生方の忌憚のないご意見を頂戴して、今後の日本の医療の質の向上に向けての将来像、大きな枠組みから、その中でどのように指標を活用していくのか、そういったことを具体的に描いて、できれば本年度末には最初の成果を出せればと考えておりますので、何とぞよろしく願いいたします。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

この件に関しまして、いろいろ御意見を賜りたいところなのでありますけれども、ちょっと当初の予定時間ももうかなり終わりに近づいておりますので、この医療の質指標を活用して病院・医療の質改善を図っていくということに関しましては、どこも御異議ないところだと思

ます。研修をどのように進めていくのかという素材等を作ることも極めて大事なところで、これは今現在、部会のほうで検討を進めていただき、パイロットスタディーを通じて確定していくこととなります。

問題は、Q I 活動のために指標は必要なんのですけれども、それをどのように作っていくのか、特に標準化に関してはそれをどう公表していくのか。単に活動のための指標であって、別にそれを全部外へ出す必要はないという考え方もあれば、せっかくよくなったのだから、それを出したいというところもあるでしょうし、そういうようなところを含めて、いろいろかなり御議論をいただきたい点があるとは思いますが、時間の関係もございますので、これに関しましては、改めて項目を整理した上で、各団体のほうにアンケートと言うとおかしいですけれども、そういうような形で御意見をお伺いしたいと思っております。

というようなことで進めさせていただきたいと思っておりますけれども、今、この場でぜひ発言をしたい方、いらっしゃいましたらお願いしたいと思いますが、よろしゅうございますか。

はいどうぞ、松原委員。

○松原（為）委員 すみません、先ほど、尾藤先生のところで発言しておけばよかったんですけども。実際にこういう教育活動というか、行ってきた中で、コンテンツがすばらしいものに思えてしまうと、非常に理解の高い人を見るとそう見えるんですけども、実際にやっぱり初心者のな方には全く通じないというのが、いたく経験しましたので、ちょっとこのプレ研修でトッランナーの方に見ていただいて、パイロットもそこそこやっぱり粒ぞろいになってくると思うんですけども、その中にちょっと落とし穴があることだけは、お伝えしておきたいと思えます。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

福井先生、どうぞ。

○福井委員 簡単に。厚生労働省の補助事業で、約10年間にわたってQ I の測定と公開をしてきています。その成果を活用して、次の段階に進めるということは不可能でしょうか、というのが、私の意見です。回答は要りません。

○楠岡委員長 それも踏まえて、いろいろ検討させていただきたいと思っております。

ほかによろしゅうございますか。

そうしましたら、また改めて事務局のほうからアンケートを送らせていただきますので、御協力のほど是非よろしくお願ひしたいと思えます。

それでは、最後、議題5、その他というところですが、事務局のほうからお願いいたします。
○事務局 お時間がぎりぎりでございますが、最後、御相談事項ということで1つ御案内をさせていただきます。資料は、53ページとなります。

本日の最後の議論となりますが、協議会に御参加いただいております各団体様に御相談事項をさせていただきます。

1つ目は、今後実施するこのパイロットにおける指標及び測定手順の利用についてでございます。本日御説明を申し上げましたが、各団体様が使用する指標からこのパイロットで取り扱う指標を選定させていただきました。そこで、改めてパイロットでの指標の利用について、一部定義の変更を含めて御了承いただきたくお願い申し上げます。また、各団体で御使用されている測定手順書等についても、御提供及び利用の御承諾をいただきたいと考えてございます。

2点目は、質指標の実績値及び最新定義の御提供についてです。現在、各団体様においては、昨年度の測定実績について取りまとめを進められているところと存じます。昨年度、当事業では、御提供いただいた指標の追加情報として、各団体様が公表されている範囲の実績値を、当事業のオフィシャルサイトで掲載をしたいと考えております。また、来年度に向けて指標の見直しも進められているところと存じます。質指標の最新の定義についても、当事業のオフィシャルサイトに今後掲載していきたいと考えてございますので、御提供いただきたく、お願い申し上げます。

詳細は、後日、各団体事務局様を通じて御相談を申し上げますので、何とぞよろしくお願いいたします。

以上でございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ただいまお願いした事柄に関しましては、各団体の事務局のほうに相談申し上げますので、よろしくお願いいたします。

また、先ほどちょっと議論ができずに、アンケート調査という点に関しましては、団体向けあるいは委員個人向けに関しましても、事務局のほうで整理した上で改めて御連絡させていただきますので、その節にはどうぞ御協力をよろしくお願いいたします。

ちょっと時間も最後になりましたが、何か全体を通じまして御意見あれば賜りたいと思っておりますが、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、本当に長時間にわたり、また、非常に貴重な御意見をありがとうございます。

した。若干時間遅れて、申し訳ございませんが、これで本日の運営委員会を終了させていただきます。

どうぞ今後ともよろしく願いいたします。ありがとうございました。

以上