

2020年度 第4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12月10日(木)

○事務局 皆様、おはようございます。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4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、御出席いただきましてありがとうございます。

この委員会は、医療の質向上のための体制整備事業実施要綱に定める医療の質向上のための協議会を兼ねております。

また、本日の会議は公開としております。オンラインでの傍聴の方がいらっしゃいます。

最初に資料の確認をさせていただきます。

画面の議事次第を御覧いただけますでしょうか。こちらの下半分のところにも本日配付しております資料の一覧がございます。

資料は、オンライン上の保存場所からダウンロードをしていただくという形で配付しております。御覧のように資料が1から5、このうちの資料の2から5は統合版という形で1冊の資料としてございます。また、参考資料として参考資料1番から5番がございますが、このうちの参考資料1番は、さらに詳細な資料がございます。

なお、ダウンロードしていただくタイミングによりましては、参考資料1の表紙に12月4日版という日付が入っている場合がございます。これは本日12月10日版の誤植でございます。大変申し訳ございません。内容は本日12月10日版になっておりますので、御了承いただければと思っております。

次に、委員の出欠状況について御報告を申し上げます。

委員の御出席は、御覧のとおりでございます。

9番の原委員の代理といたしまして、本日、窪地様に御出席をいただいております。

また、13番、日本慢性期医療協会、矢野諭委員が御欠席でございますが、矢野委員からは委任状を御提出いただいております。

なお、3番、草場委員は、御出席の予定でしたが、急遽御欠席との御連絡をいただいております。

また、桜井委員につきましては、11時頃退出予定と伺っております。

続きまして、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及び、Q I 標準化部会の的場部会長が出席しております。

厚生労働省からは、渡邊課長補佐に御出席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。

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、よろしくお願いいたします。

○亀田理事 おはようございます。本事業を担当しております当機構理事の亀田です。

本日は、御多用の中、第4回医療の質向上のための協議会に御参加をいただきありがとうございます。

去る9月3日に開催されました第3回協議会では、事務局の不手際で時間が押してしまい、予定された議案を十分に御議論いただくことができませんでした。そこで、楠岡委員長の同意を得てアンケートの形で補足をさせていただきました。その結果、多くの有意義な御意見を賜り、また、お知らせしてあるとおり、今回は冒頭で、日本における医療の質指標に関わる研究、そして事業を率いてこられた福井次矢先生に、改めてこれまでの取組について御解説いただくことにしており、既にお送りしてありますアンケート結果のまとめと併せて、本日のこの後の御議論のためのインプットとさせていただきたいと存じます。

本日の議事については、詳細は後ほど事務局より御説明いたします。

今後のより質の高い日本の医療の基盤づくりに向け、楠岡委員長の下、活発な御議論を賜りますようお願い申し上げます。

以上です。どうぞよろしくお願いいたします。

○事務局 それでは、以降の進行を楠岡委員長にお願いいたします。

先生、どうぞよろしくお願いいたします。

○楠岡委員長 皆様、おはようございます。委員長の楠岡でございます。朝早くから、また師走の忙しいとき、加えてCOVID-19の対応等で非常にお忙しくされている中、本日ここにお集まりいただきましてありがとうございます。

それでは、早速議事次第に沿って進めたいと存じます。

前回の運営委員会を9月3日に開催いたしましたけれども、今後の事業展開のところで時間切れになってしまいました。そこで、今回は、今後の事業展開につきまして、事前にいただきましたアンケート結果に基づき改めて議論をさせていただきたいと思っております。

この議論を始めるに当たりましては、この指標を用いた質の評価・公表について、厚生労働科学研究班の班長として長らく携わってこられました福井先生に、その概要につきまして御説明いただくところからスタートしたいと思います。

御存じのように、この研究班で共通Q Iセットというものが提案され、先行事業において複数の団体で既に運用されているという状況もございます。こういうことを踏まえて、福井先生

にお話をお伺いする次第でございます。

それでは福井先生、よろしくお願いいたします。

○福井委員 聖路加国際病院の福井です。

資料の共有は、私のほうではなくて事務局のほうでお願いしておりますので、最初のページをお願いします。

私たちのグループ、聖路加国際病院では2005年からQ I プロジェクトを始めました。恐らく国立病院機構とほぼ同じ頃だと思えますけれども、それを約5年近く行ったところで——その次のスライドをお願いします。2009年ですけれども、厚生労働科学研究費を頂いて、医療の質向上に資するアウトカム評価に関する研究というのを行いました。このときには、医療の質指標、Q I を測定・公表することに関係する実行上の課題、条件、全国の医療機関に導入する方法などについて、国内及び国外の先事例を調査し、研究班の班員の間でいろいろディスカッションを行った上で提言を1つ行いました。そこに書いてありますように、これは全国の医療機関でQ I を測定・公表してもらうために、まず病院団体に10項目程度のQ I を測定・公開する、そのような厚生労働省の補助事業をお願いするというのが、この研究班での一番大きな提言で、実際、厚生労働省の事務局とも相談しながら、直ちに翌年度からそれを実行に移していただいたという経緯があります。その時点で既に、ここに挙げましたようないろいろな意見を記載しております。

その次のスライドをお願いします。

そのときに一つ調査したものがこれです。既に医療の質を評価する活動を行っているかどうかを、約2,000近くの全国の大学病院、病院にアンケート調査を行って、472施設から回答がありまして、2009年の時点で何らかの医療の質評価を行っていると答えた病院が77%ございました。

その次のスライドをお願いします。

このときも、真ん中の枠で囲んでいるところを見ていただきますと、既に指標を選定するときの幾つか危惧する点なども挙げられておりまして、特に病院によって、患者さんの重症度によって数値がかなり悪くなったりするものですから、病院にとってあまりメリットがないところもあるのではないかという意見も、この時点でいただいております。それで、医療の質の評価・公表等推進事業というのを立ち上げていただきまして——その次のスライドをお願いします。2010年、平成22年度に全日本病院協会と国立病院機構、日本病院会の3つの病院団体で、まずQ I を測定して公表し、改善するという事業を受けて、その後、この表にありますように、

2つの病院団体、あるいは3つの病院団体が2018年度、平成30年度、昨年3月まで、この事業が続けられております。

スライドをお願いします。

その後、さらに時間がたってはすけれども、2016年度、平成28年度から3年間続けて研究費を頂きまして、ここに挙げましたような3つの大きなプロジェクトを行いました。左上が、最初の年の共通Q Iセットの作成です。その次の年には、共通Q Iセットを評価するために幾つかの病院で測定してもらって、それを評価しました。そして平成30年度には、一番大きな仕事としましては、それまでQ Iを測定していたほとんど全ての病院団体の方々に集まっていただいて、今後、これをベースに、つまり厚生労働省が9年間にわたって行ってきた医療の質の評価・公表等推進事業に関わった病院団体プラス、幾つかの大学病院などが加わって、今後どのように展開しようかという話し合いをしました。

その次のスライドをお願いします。

ここから先は、そのときの幾つかのデータです。平成28年度の研究班でいろいろディスカッションし、多くの方々の意見を伺って、共通Q I、23種類の36指標、1つの種類の中に幾つか細かい指標があるものですから、実際は36指標になります。

その次のスライドをお願いします。

この36指標の共通Q Iセットを実際に77施設で測定してもらった結果がこれです。左側の紫色っぽいところが、とても役に立つと。ブルーが少し役に立つ、全く役に立たないというのが一番右側の赤っぽいところです。一番下の「とても役立つ」、あるいは「少し役立つ」が大部分の病院というのが、入院患者さんでの満足度の指標、その上が医師からの説明とか褥瘡の発生率、転倒転落発生率などが下のほうにありまして、一番上の「あまり役立たない」、「どちらとも言えない」というのが非常に多くて、「とても役立つ」が少なかったのが、患者さんからの事前指示とがん患者さんでの疼痛記載、がん患者さんでの退院時のアスピリン服用などはあまり高い評価をいただいております。

その次のスライドをお願いします。

これは全国の施設で測定すべきと思うかどうかを尋ねたものです。赤っぽい部分が全国、全施設で測定すべきと考えられるというもので、先ほどのグラフと似たような分布になっています。事前指示とがん患者さんでの疼痛記載、がん患者さんでの退院時のアスピリン服用などはあまり高い評価をいただいております。

その次、お願いします。

これは2018年度に、民医連、日赤の病院計140病院で共通Q Iセットを測定していただいた

調査結果です。このスライドが非常に見にくいんですけども、これは病院のサイズによって、役に立つ、とても役に立つと考えている指標が少しあるということで、赤っぽいのが一番右側で、少し飛び出ているところが病床数が少ない病院、200床ぐらいの病院で、それより大きな病院よりも役に立つと考えられたもので、服薬指導であったり糖尿病の栄養管理などであって、凸凹しているところから、Q Iを考える場合に、病床数、病院のサイズも考える必要があるという、そういうメッセージと理解いたしました。

その次、お願いします。

日本病院会では、共通Q Iセットをそのまま継続して測定してもらっています。半数ぐらいの指標につきましては定義変更なしで測定を続けていますが、実は約半分につきましては、定義の変更を微妙に行ったり、病床数にもよるでしょうが、測定するものと測定しないものがあったりします。それから、測定をやめたものもあり、共通Q Iセットとはいうものの、時間とともに、変えてきていて、実際、変える必要があると思っています。

その次のスライドをお願いします。

これは2019年度の科研費で調べたものです。医療情報を専従で扱うスタッフがいるかどうかを聞いているのが左側の円グラフで、32%の病院では専従のスタッフを配置している。右側のグラフでは、配置しているところの大部分が1人ないし2人という、そういう体制で行っているということでした。

最後のスライドがこれです。先ほど申し上げましたように、一昨年12月に、これまで厚生労働省の事業に参加した9つの病院団体と国立大学病院、日本医療機能評価機構の方々、それから厚生労働省担当部署の先生方にもお集まりいただいて、今後どうしようかという話、フリーディスカッションを行いました。議題と書いてありますけれども、そこに挙げましたような項目についてフリーディスカッションをして、算出のしやすさではなく、医療の質を改善するために測定すべき指標を選ぶべきであるという御意見や、合計すると既に1,000ぐらいの病院で指標を測定しているため、その部分をまとめるだけでも共通化できるのではないかという御意見などがありました。そして、医療の質改善は非常に重要なことであり、近い将来、診療報酬に組み込んでいただきたいという意見もありました。そして、算出に伴う労力、コストを考えますと、共通化することで簡便、またはよりコストがかからないようにできるのではないか。それから、DPCデータを使用せずに、各病院が算出するとなると、やはり仕組みづくり、サポートが必要ではないかという御意見もありました。それから、指標の標準化をすることでベンチマークが可能になり、行うべきだという御意見もかなりございました。

この時点では、私の理解では、せめてこの会議に出席された病院団体をベースに、このグループでさらにQ Iの測定と質改善を発展的に進めていくのが次の段階ではないかというふうに考えておりました。

以上です。

○楠岡委員長 どうもありがとうございました。今までの流れが非常によく分かった 次第でございました。

それでは、ただいまの福井先生の御発言に対しまして、もし何か御質問がございましたらお受けしたいと思います。御質問のある方、画面での挙手で結構ですのでお願いしたいと思います。いかがでしょうか。

○永井委員 全日病の永井ですけれども、福井先生、各団体、全日病も参加して、全日病が言われたのは、複数回参加したんですけれども、厚労省から言われているのが、参加病院が増加しないんじゃないかみたいなのが一つと、それから、病院団体の、全日病の事務局機能の構築がうまくいっていないんじゃないかという、この2つの点を挙げられたんですけれども、福井先生、こういう形で厚労科研ではやられてきて、我々は我々として参加病院が増えない理由というのをいろいろ検討しているんですけれども、全体的に参加病院が増えている団体と増えていない団体があると思うんですけれども、そのあたりの差異というのは、先生のお考えとしてはどういふところが問題点だったと思われませんか。

○福井委員 そうですね。実は日本病院会でも、ここ何年間も参加病院は350ぐらいで、そこでほとんど打ち止めになっています。なかなかメリットをうまく伝えられないようで、医療の質改善にこんなに役立っているということ、どうにかもっと強く発信しようと思って、毎年ワークショップ的なことも行っているんですけれども、なかなか難しいですね。

実は2018年12月の会議では、何かしら診療報酬でインセンティブを、本当に僅かでもインセンティブをつけていただければ、ぐっと増えるんじゃないかという意見はいろいろ出てはいるんです。Q Iプロジェクトに参加しない理由の分析がうまくできていないのが実情です。恐らく人手とお金の話に最後は尽きるんじゃないかとは思いますが。

○楠岡委員長 楠岡ですが、今の福井先生の御意見、本当に重要な点で、この指標を算出しようと思うと、結構人手がかかりますし、当然その分お金もかかるということで、それに対して国立病院機構のやり方は、各病院からデータは出していただいて、その計算は本部のほうで行って、また各病院にお返しするというような形です。データ提供はするけれども、後の算出を支援してくれて、そこにある一定のお金はかかるにしても、それほど大きなお金がかからな

いということであれば、参加してみようという病院も増えるのではないかという気がいたします。やはり人手を考えて、そこに人手を割けるかということ、先ほどの医療情報の専任の方がどれぐらいいるかということでも、やはり人がいない状況で、加えて質の計算となると、それに加わったような作業になるということになりますので、外部からの支援的なものも必要でしょうし、それに対するお金の面での支援、診療報酬等での支援も必要ではないかと思われま。現状からさらに広げようと思うと、福井先生がおっしゃるように、人とお金の問題を解決していかないと、なかなか進まないのではないかというような気はいたします。

ほかにございますでしょうか。

○福井委員 日本病院会でも、各病院からはデータだけ出していただいて、あとは全部本部のほうで解析して、それをフィードバックするということになっております。ただ、データを出してもらっただけでも、余分な仕事になりますので、その分は何かしらサポートする必要があると思います。

○楠岡委員長 ほかには御意見ございますか。

じゃ、まず橋本先生。

○橋本委員 日本医師会の橋本でございます。

先ほどの御発表の中で、問3の全施設で測定すべきと思う指標を選択してくださいという問いがありまして、回答数77なんですけれども、例えば一番数の多い褥瘡発生率でも、これ、35施設、半分にもいっていないというのは、例えば褥瘡発生率を前の問1で見ると、40施設が「とても役に立つ」と答えているのに、ところが、全施設でやるべきと思うかということ、半分にも満たない施設しか全施設でやるべきと言っていないのは、どういうふうに解釈すればいいんでしょうか。

○福井委員 問1のほうも、これ、40施設というのは77施設の51%になるんですね。それで、問3のほうも確かに35ぐらいですけれども、そうですね。なかなかこの時点で、これぐらいしかなかったというのは、私もちょっとがっかりしたのは覚えていますけれども、理由としてはよく分かりません。申し訳ないんですけれども。

○松原（為）委員 よろしいですか。ちょっと先ほどから、この病院団体の公開のほうに参加するというのが、一つ実際に医療の質の測定をして、改善に病院が結びつけているかということとちょっと共通視されているような、そんな形になっているんですけれども、実際に福井先生が出された病院規模による差の中で、やはり急性期の病院から回復期、慢性期まで含めた指標体系をつくっていると、頑張って指標を出しても、その中の5つ、6つぐらいしか該当し



ないと、そういった場合に、やはりなかなかモチベーションが低下してきて、公開のほうの参加がやっぱりちゅうちょされるような、そういった例が幾つか出てきています。だから、やっぱり見合った指標体系を選択して、それだけで公開をしても何となくモチベーションが保たれるような、そういった方法論というのがちょっと今後必要になるんじゃないかと思っていますので、意見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。

○福井委員 ちょっとよろしいですか。

今、先生がおっしゃったように、病院によっては、ある指標については測定は実際難しいとか、定義が微妙なところまでは統一できないということも随分聞きました。私のスタンスは、少々定義がずれてもいい、全ての項目について全ての病院が同じように測る必要はないと思っています。部分的にでも測って、それを経時的に見ながら改善するサイクルを回すのが最大の目的であって、Q Iの項目を厳密に統一しようとか、定義を非常に細かいところまで全ての病院が同じにしなくてはならないというふうには私は全く考えておりません。PDCAサイクルを回してもらうということさえできればいいんじゃないかと思っています。

○松原（為）委員 もちろん、先生のおっしゃることも重々理解しているつもりなんですけれども、公開する病院を増やすということと、質測定を改善に結びつけている病院を増やすということが、ちょっと課題としては違うというふうに認識していますので、そういった旨の発言をさせていただきます。

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 桜井なんですけれども、本当に貴重な取組、ありがとうございます。福井先生のまとめ方も本当に分かりやすく、これまでの流れが本当によく分かりました。

その中で、やはりこういう取組をやっていくというところで、やはり人とお金が必要になってくると思っています。ですので、診療報酬ですとか、何かインセンティブをつけていくというのは私は賛成です。

ただ一方として、そうしたインセンティブをつけていくのであれば、今回の福井先生の資料の4ページにも、個々の施設の違いというようなもの、それを国民とか受け取る市民側のほうがどれだけ理解できるのか。あるいは、マスコミ、メディアの方もそうなんですけれども、ど

ういうふうにそれを国民に伝えていくのかという公表の部分もやはり必要になってくるのかなと思っていますので、ぜひできるところからまずやっていって見たらどうなのかなというふうに思っております。

以上です。ありがとうございます。

○福井委員 ありがとうございます。

○吉川委員 日本看護協会の吉川です。

福井先生のお話を聞いていて、私たちの協会で行っている事業も全く同じ状況に陥っていて、参加病院が増えないところが悩みの種というところなんです。事務局として日本看護協会が機能しているのですが、病院の中でデータを集めるという作業がとても大変だというところで、まずは非常にネックになっています。

それと、私たちは、厚労省の科研のQ Iの指標とデータが重なっているんで、定義が違うと非常に大変ということも言われましたので、全部定義をそろえるようにはしているのですが、定義をそろえたところで、やはりそのデータを集めるのが大変。しかも、その病院さん自体がQ I事業とかに参加されていないと、全く病院自体がこのQ Iということを理解していないので、看護部だけやっていくのは、それはできない。看護管理者には、看護の質を測り改善するためにデータを使った、看護管理を行っていきましょうということでやっているのですが、病院そのものが全く質評価事業に参加されていなかったり、理解がされていないと、それは病院の大小関係なく、多少は大きい病院のほうが参加はしますけれども、大きさというよりも、やはり取組が進まない一つの原因であるのかなというふうには思っております。

あと、私たちはお金をいただいているので、お金の問題もあつたりもするのですが、そういったところで共通の悩みだなということは感じました。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

○永井委員 全日病の永井ですけれども、やはり今までのお話を聞いていると、福井先生とも何回か少しお話したことがありますけれども、Q Iの質向上事業の目的の共有化というのが多分一番大事なところで、やっぱり目的が、どういう目的でこの質事業をやるのかというところが、病院団体の会員病院含めて、トップマネジメントも含めて、きちんと共有化できていないとなかなか先に進まない。逆に言うと、目的がある程度分かっている管理者層の病院は参加するけれども、目的が分かっていない、目的の共有ができていない病院は参加しないところで、各病院団体、もしくは国のQ I事業は、どういう目的でこのQ I事業をやるのか、そこに診療

報酬を絡めても何でもいいんですけれども、目的のところはこれだけ病院が何千とあって、規模もいろいろ地域差もあるところで、やはりその目的をどう捉えて展開していくのかというところの議論は多分一番大事で、そこがなかなかうまくいっていないので、会員病院の参加病院が少ないということが、やっぱり現状じゃないかなと私は考えています。

○福井委員 私も、そう思っております。何となく数値だけ出して他の病院と比較されるのが最終目的みたいに捉えられると、誰も参加しないと思います。もう一步踏み込んで、自分のところの医療の質の向上につなげるための試みだということがどうにかして伝わらないかなと思っています。

公開するのも、そのための一つの方策ではあると思います。それについてはいろいろ御意見はあると思いますけれども、私は、公開して患者さんにも知ってもらうようにするほうが、改善の速度を速めるんじゃないかと思っています。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

最後の御議論は、今日のこれからの議論につながるころがあるかと思いますが、まず測るということと、それから、測って病院内の質改善に利用するという。それから、それを公表するという。公表したものを、ほかの病院の公表データも参考にしながら、それをベンチマークとして自院の評価を行うこと。それぞれの段階、それぞれがある意味独立している。つながってはいるんですけれども、ステップとしては独立したステップで、これをしっかり区別しながら説明していかないと、ごっちゃになってしまうと、発表することイコール自院の立場が危なくなるんじゃないかみたいな形の短絡的な解釈に陥りがちです。結果的にそれがやはり問題になるということと、そのことに関しても、病院関係者だけが理解するのではなくて、広く国民に理解していただかないと、すぐランキングみたいな話につながってしまいます。このあたりをどうするかという、これは、今後の協議会の活動に直結する話で、本日の後半の議論で、ぜひいろいろ御議論いただきたいというふうに思います。

ほかにございますでしょうか。

○堀田委員 すみません、堀田です。

委員長が今、ほぼ総括してくださったことに重なるかもしれないんですが、今、まずは福井先生の御報告を大変勉強させていただきまして、ありがとうございます。

改めて今のお話にもありましたけれども、自院の医療の質を評価してみようということと、それを改善につなげるということを2つレイヤーを分けて、まず前者の質を評価してみようというところについては、自院の特徴に合わせて、指標セットの中から適した指標を選択する。

それで、その指標についてデータを収集して報告するというところまでで、一旦何らかその目的で合っているなら、そのことそのものを評価してあげる。ペイ・フォー・レポーティングのところで評価してあげるというところがあり得て、もう一つの改善につなげるというところは、今お話を伺っていても、各団体ごとにデータを出していただいて、団体が何らか分析をしてフィードバックまでなさっているというところもあると伺いましたが、福井先生がおっしゃったP D C Aサイクルが回っていくということが、各医療機関で分析をしてサイクルを回すところまで、もうおできになる状況になっているのか。それが難しいんだとすると、最初は、この質の改善につなげるというところは、何らか団体なり全体の事務局みたいな機能を果たすところがフィードバックをすることによって、P D C Aサイクルを回していくところに後方支援するといったようなところも考えながらお進めいただけると、よりいいのかなと思いました。

私はどちらかというところと介護ですので、まだまだ大分後ろにいて、とても学ばせていただきながらお話を伺いました。ありがとうございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ほかに御意見はございますでしょうか。よろしいでしょうか。

○福井委員 ちょっと、よろしいですか。

今の御意見に対して、日本病院会では、毎年数値が改善した何か所かの病院から発表していただいて、どういうふうにしてそれを改善したのかを皆さんの前で発表して、それをP D C Aサイクルを回す参考にしてもらうということをしております。

ただ、それも参加している350病院だけでして、日本病院会、2,400ある病院全部に伝わっているかどうかという、なかなか難しいように思います。確かに、全病院についてP D C Aサイクルを回すところのサポートは、まだまだ十分ではないように思います。

ありがとうございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ほかにも、もし御質問ございましたら。

橋本先生。

○橋本委員 橋本ですが、今、堀田先生がおっしゃったこととか福井先生がおっしゃったこととかというのは、質の改善においては非常に根本的なことだと思っています。質の改善をどうしていくかということ、その方法を広めるためには、やはり指標そのものが幾つになったかということじゃなくて、その指標を上げるためにどういうプロセスをたどっていったか、そのプロセスを皆さんに広めるということが、より重要だと思います。ですから、P D C Aサイクル

をこうやって回して、これで駄目だったから2つ目を回したとか、そういういろいろな内容が皆さんに知れるようにすることによって、各病院の質の向上がより図られるんじゃないかなと思っていますので、一概に質指標自体を、こうなったとってそれだけ出すということは慎重であるべきじゃないかなと。あくまでその数値に達したプロセスも一緒に公表するような形にしてほしいなと思っていました。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

議論がどんどん後半の議論になっていっておりますので、ここで一度議論のほうは区切らせていただきます。2番目の議題に関しまして、事務局からの説明の後に、引き続きの御議論をお願いしたいと思います。

福井先生、どうもありがとうございました。

それでは、2番目の議題の今後の事業展開についてのほうに移っていききたいと思います。

委員の皆様方にはアンケートの形で御意見をいただいております。まず事務局から、それにつきまして説明をさせていただきます。お願いいたします。

○事務局 それでは、画面を共有させていただきます。

本体資料統合版の7ページを御覧いただいております。

こちらは、前回、9月3日の運営委員会でお示しした資料でございます。こちらに対しまして委員の皆様からアンケートの形で御意見をいただくこととなりました。委員の皆様全員から御意見をいただきましたことを感謝申し上げます。どうもありがとうございます。

次のスライドですが、こちらが主な御意見を抜粋、要約したものでございます。設問は、先ほどのスライドに沿って全部で3問設定をいたしております。

まず設問1でございますが、医療の質指標を活用した質改善活動の支援についてです。御意見を大きく組織支援についてと人材養成についてというふうに整理をいたしました。

組織支援につきましては、「組織的にPDCAを実践する病院は一部である。」、「対象を明確にし、適した支援内容を提供する必要がある」など、支援が必要であるという趣旨の御意見がある一方、「マニュアル作成に過度な労力を費やしていないか」との御指摘もありました。

人材養成につきましては、「重要である」、「管理者層に理解させる必要がある」という御意見がある一方、「既に取り組んでいる1,000病院に対して細かい人材養成プログラムが必要なのか」との御指摘をいただいております。

下半分の設問2でございますが、医療の質指標を専門とした事業体制整備・運営についてで

ございますが、医療の質指標の標準化と医療の質指標を専門とした事業体制に整理をいたしました。

質指標の標準化につきましては、「標準化は必要であり、多くの病院で活用された指標を基に検討すべき」という御意見や、「全国統一が必要かどうかは議論の余地がある」、「慎重に検討を進めるべき」などの御意見がございました。

事業体制整備につきましては、「各種マスターの管理、メンテナンスを行うことが重要点だ」との御意見をいただいているところでございます。

9ページでございますが、設問3、その他につきましては、多岐にわたる御意見をいただきました。その中でも医療の質指標と今後の事業展開に整理をいたしました。

医療の質指標につきましては、「共通指標は、分母分子の定義など皆が納得できるように対応してほしい」「既存指標にこだわらず、必要な指標を選定すべき」「標準化と称して指標を固定化することは、改善努力に対して影響を与える」など、多様な御意見をいただいております。また、公表に関して、「多数の指標の数値を並べて公表することは反対」との御意見もございました。

今後の事業展開については、「指標算出を行っていない7,000病院を対象とした施策を検討すべき」あるいは、「診療所を対象とした質改善の事業展開」、「環境が異なることへの配慮」など、御意見や留意すべき事項について御指摘をいただいております。

これらの御意見を踏まえ、この後の検討事項に沿って御議論を賜りたいと思います。

本日の検討事項でございますが、先ほど福井先生から御発表いただきました研究班の取組及び今御覧いただきましたアンケート結果を基に、今後の事業展開における方向性について検討いただきたいと思います。

検討事項を2つ設定いたしました。1つが医療の質指標を活用した改善活動の普及・促進について、もう一つが医療の質指標の標準化・公表のあり方についてとなります。どうぞよろしく願いいたします。

○楠岡委員長 ただいま事務局からお示しいたしました、このスライドにあります2つの議題と申しますか、論点に関しまして、まず厚生労働省のお立場から、この2つの課題を含めまして、協議会にどのようなことを期待していらっしゃるのかコメントをいただきたいと思いますので、よろしく願いいたします。渡邊補佐、よろしく願いいたします。

○厚生労働省医政局渡邊総務課長補佐 厚生労働省、渡邊でございます。聞こえていらっしゃいますでしょうか。

厚生労働省としてですけれども、今の質指標に係る取組につきましては、厚生労働省は医療機関の自主的な取組を支援するという位置づけでございまして、非常に重要だというふうに思っています。

あえてコメントするとすればというところですが、まず標準化については、本事業、できるだけ広く医療の質指標に係る取組を広げ、日本全体で医療の質を向上させていく体制を整えることというのが目的だというふうに承知しております。その趣旨から、例えば指標を標準化することによりまして、医療従事者が医療機関の間を異動した際に速やかに異動先の医療の質に係る取組になじむことができるですとか、あと、やはり大きいのは、好事例の共有といったものについてもしやすくなるといった効果が期待できますので、歓迎すべき方向性なのではないかというふうに考えています。

あと、公表についてでございますけれども、患者も含めて情報の共有が進むという利点がある一方で、やはり医療機関による患者の背景の違いなど、情報の解釈が難しいという面もございまして、いわゆる意図しない効果というものが出てしまうという可能性もあるというふうに思っております。メリット、デメリット、双方があるというふうに承知しておりますので、公表のあり方についても検討する必要があるのではないかというふうに思っています。

いずれにしろ、現段階では医療界での自主的な取組として進めていただいておりますので、厚生労働省として今後の施策も含め注視してまいりたいというふうに思っています。

それから、先ほど出ました診療報酬についてというところで、保険局ではないんですけれども、あえて医療の質指標ということで所管する医政局としてコメントするとすれば、やはりこの診療報酬について御案内のとおり、中医協で支払い側、それから公益側含めて理解を得る必要があるというところは前提でありまして、あともう一つは、やはり医療界の中での財源の配分というところにも関わってきますので、そういったところで納得させるというところが必要になるのかなというふうに思います。

そもそも評価するのかが論点ではあると思うんですが、あえてその視点として、やはり標準化というのがどうしても問われるところなのかなというふうには思っています。それぞれの病院がそれぞれのやり方というふうになると、やはり納得はなかなか得にくいのではないかなというふうに思っています。そのほか、いろいろ論点ありますけれども、あえて1つ言うとしたら、やはり標準化というのは、その面においても必要なのではないかというふうに思います。

あと、もう一つは、標準化というところで、そもそも質の指標の標準化だけなのかというこ

とと、プロセスの標準化まで含めてというところなんですけれども、なかなか難しい論点だと思っていて、全部プロセスも含めて標準化することはできるのかというような御意見もあるとは思いますが、そこも含めていろんな御意見があろうと思いますので、御意見、御議論についてしっかり勉強させていただければというふうには思っています。

以上でございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

厚生労働省としては、今お話しいただいたような方向性を考えているということで、協議会としましても、その辺は頭に置きながら進めていきたいというふうに思っております。いろんな論点もあり、また御意見もあると思いますので、そのあたりは協議会の中で集約しながら、また厚生労働省のほうにもフィードバックさせていただきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

それでは、本日の検討事項に移りたいと思いますが、まず①につきまして、事務局のほうからの提案といたしますか、お願いしたいと思います。よろしく願いいたします。

○事務局 もう一度画面共有をさせていただきます。

本日の検討事項①、医療の質指標を活用した質改善活動の普及・促進について御説明を申し上げます。

御承知のように、先行事業に参加する約1,000病院において、医療の質指標を活用した改善活動が進められております。一方で、参加する病院の活動が停滞してしまったなどの課題も一定程度ございます。また、全国の残り7,000病院にどのように展開していくべきか、これも大きな課題です。

そこで、医療の質指標を活用した質改善活動を全国に普及・促進するために、以下のような施策を講じてはどうかということについて御検討をお願いいたします。

施策案といたしまして、1番から4番を考えました。1番は、現在検討している各種マニュアル類を全国の医療機関に周知し、お役立ていただくというものです。2番と3番は、パイロットを通じて検証を進めようとしているPDCA事業や研修プログラムを、活動が停滞してしまった病院や、これから指標の活用に取り組みたいという病院に提供してはどうかというものでございます。4番は、指標を活用した改善事例やノウハウを団体の枠を超えて共有する場を設けてはどうかというものでございます。このように、医療機関の状況に応じた施策を展開することで、全国に普及促進を図ってはどうかという案につきまして御検討をお願いいたします。



検討事項①番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。

この検討事項の一つのポイントは、その下の表の右のほうにありますように、対象をそれぞれの病院の現在の状況に合わせて少し区切っていく。全国一律という話ではなくて、それぞれの病院で今どこまで進んでいるかというところを踏まえて、その中から自分の病院に合ったところを選んでいただくということと、それから4番目は、先ほど福井先生からも御指摘があったように、好事例に関して、それを横展開するという意味で情報共有の場を持っていこうというところがございます。

事務局側で考えている案は以上のようなことですが、これにつきましていろいろ御意見賜りたいと思いますので、よろしく願いいたします。いかがでしょうか。

○福井委員 最初によろしいですか。

○楠岡委員長 はい、よろしく願いいたします。

○福井委員 福井です。2点あります。

最初に、Q I の測定をしていない病院に改善のマニュアルやP D C Aサイクルを説いても、そもそもが自分の問題として捉えられていない状況では、それは教科書を与えるようなもので、効果はないと思います。したがって、自分のところの状況を知った上で、改善する必要があるとまず動機づけされたところで、改善のための他の病院の経験や教科書的なもの、P D C Aサイクルなどを活用するんであって、順番が逆だと思います。

もう一点、先ほどもお話ししましたが、この検討事項の①のところの上の囲みにもありますけれども、これまで既に1,000近くの病院がやってきておりますので、私としては、日本医療機能評価機構が、この委託事業を受けてやっているために、その1,000の病院をまとめて次のステップに移るということを控えてきましたが、私は、既にやっている1,000病院は次のステップに移っていいんじゃないかと思います。したがって、日本医療機能評価機構は、今まで全くやってこなかった病院に対してのみ働きかけをされたらどうかと思っています。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

確かに、今、福井先生がおっしゃった、まず質を測っていない病院をどうするかというところに関しましては、今回の提案事項の中には含まれておりませんので、それは改めて考えていかなければならないのかと思っております。

ほかに御意見ございますでしょうか。

永井先生。

○永井委員 全日病の永井ですけれども、やはり私も福井先生と同じで、私ども、2,500近くの会員がありますけれども、質評価事業に参加している病院は50病院しかありません。ですから、この50病院も、やっぱりばらばらというか均一じゃなくて、本当に積極的にやっている病院と、お付き合い程度で出ているという病院があるわけで、その中で、やはり千差万別なので、こういう1から4までのマニュアル周知から情報共有まで、全国の病院を含めてやるにはかなりやっぱり難しい面があると思います。

福井先生もおっしゃっているように、今まで参加していない病院で一番いいのは、やっぱり情報共有のところだろうと思って、好事例をこうやればこういう具合になるという身近なところを、地域、それから規模、機能に合わせてきめ細かく好事例を紹介して、それを全国の病院に情報共有していくというのが多分一番大事なところだろうと思っていますので、このあたりのところを4番目の情報共有のところから少し進んでいかれたらいいんじゃないかと思っていますし、逆に言うと、こういう指標に関して、品質管理では管理項目、管理水準とありますけれども、管理項目というのが多分質指標だろうと思いますけれども、管理水準というのは、どの程度、その管理項目をやればいいという、あらかじめ目標を決めるわけですので、各病院が最初から全てその項目をやるというんじゃないで、じゃ、うちの病院はどの程度この項目に関してトライして、成功としてはどの程度のところまで行けば成功と思っているんだというところのきめ細かい管理水準的なところまで提示する必要があるんじゃ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。

確かに、今はまだ質を測っていない病院に質を測ることの意義というか有効性を判っていただくためには、確かにそれを使って行った改善事例に関して情報提供することで、そんなにうまくいくならやってみようかという気を起こさせていただく。そのためにはまず質を測ることが最初のステップになるという、そのあたりの情報提供、情報共有が極めて大事な点ではないかという御指摘だと思いますが、そのとおりだと思いますので、また参考にさせていただきたいというふうに思います。

ほかにございますでしょうか。

どうぞ、松原先生。

○松原（為）委員 民医連の松原です。

一つは、いろんな病院の実践レベルという話があると思うんですけれども、その病院の区分分けをする区割りが、例えば規模であるとか、提供している、いわゆる法律上の医療の区分な

のかどうかという、その問題は結構大きいと思っていて、やはりどの分野の医療を提供しているかということで区分をつくっていったほうがうまいこといくんじゃないかなと。

例えば、大腿骨の頸部骨折を実際に手術、治療まで扱っている病院で果たすべき質のレベルということと、あとは回復期としてリハビリを中心に行っているようなところが果たすべき質のレベルというのは大きく分かれてくると思いますので、そういったことを考慮すると、恐らく自院が提供している医療内容で果たすべき質管理というのをチョイスしていただけるような、そういった仕組みが一つはつくれないかなというふうには思っています。

もう一つ、先ほど福井先生がおっしゃった、日病はベンチマーク大会的な好事例の公表というのをやっているということで、民医連のほうもできたら始めたいと思っはいるんですけども、恐らく病院団体内部であれば、かなり細かい手順の公表とかも多分可能になると思いますので、ただ、一番大本になるのは、大体ガイドラインとかが定まっている分野が多くなりますから、それを実際の医療にどう実装しているかというのは、かなり興味深いところだと思いますので、そういったところにフォーカスを当てつつ、その好事例の共有の方法論もちょっと専門的に議論していただくと、かなり効果的じゃないかなというふうに思っています。

あと、もう一点、ちょっと別件の質問になるんですけども、質評価に対するインセンティブの話が出ているときに、質を評価することにインセンティブを与えるのか、質のアウトカム自体にインセンティブを設けるかというのは、議論の上ではちょっとはっきりさせておいたほうがい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。

後半のところは、今、中医協でも一つの議論で、例えばリハビリテーションに関してはアウトカム評価というようなものが入ってきておりますし、そこは今後の議論ではないかというふうに思います。

今の御意見を踏まえまして、ほかに御意見ございますでしょうか。

○窪地委員（原委員代理） 全国自治体病院協議会から出席しています窪地です。今、お話がいろいろと出ていますとおり、いろんな御意見があると思います。我々も、参加をされていない施設が非常に多いということに対しては非常に危惧をしているところでございます。

全国自治体病院協議会も、昨年度、全国7ブロックで会議が開かれていますけれども、7ブロックそれぞれに参加して、20分にわたって講演をして参加を募ってまいりました。それで反応がございましたのは5施設程度ではありましたが、今までよりは反応があったかなと

いうふうな感触がないわけではございませんでした。

それでも、八百幾つかの自治体病院で構成している団体ではございますけれども、現在医療の質活動に参加している病院が170から180という程度ではございます。その中で分析の結果を核施設にフィードバックし、また各施設の立ち位置が分かるような公表の仕方を行っています。こういった意味でのきめ細かな対応はしているというふうには思っています。

それで、どの病院団体の医療の質の活動にも参加していない病院が全国で7,000ぐらいあるというお話ですけれども、それをどういうふうにして参加病院を増やし底上げをしていくのかというところは、大いに検討しなければならないと我々も考えています。その中で医療の質改善の興味がない施設ということになりますと、一緒にやっという機運を持たれていない施設もあるのではないかとこのふうにも思いますし、そのところを、どのように医療の質を改善すると、病院にとってどのようなメリットがあるかといったことを認識していただく活動というのは、もっともっと必要なんだろうなというふうには思っています。したがって、今出ています研修事業、情報共有、これは非常に大切なことで、本当はもっともっと活動していかないと認識はしていただけないのかもしれないというふうにも思いますし、マニュアルはあってもいいと思っています。基準がなければ、どのようにやればよいかといったことはそもそも分かりませんので、そういった面では大いに期待したいところではありますし、PDCAサイクルを回して検討するというのは、もう最近はやりとなっていますので、その考え方を移入していくということが必要ではないかというふうには考えています。

指標の数も、やはり参加しやすい指標ということは根本的に考えないといけないのではないかとこのふうには思いますし、それが臨床において体系立っていなければやはり意味がないと考えられ、参加をしたいという気持ちが起きないのではないかとこのふうにも思います。そういった点を十分に考慮した上で、以前より検討されてきた指標はどんどん精鋭化されて複雑化されていく。そういった面で、一般の病院で、まだこれから参加を考えようとするところもあるとすれば、追いついていけない、そうするとグループに入っていけないという、そういった入りにくさが出てくるのではないかとこのふうにも考えますので、大いに広報活動をしていく必要があると思います。各施設も、自施設の立ち位置が分かるということで、参加する意義があるということを確認していただく必要があるというふうにも考えています。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

橋本先生、どうぞ。

○橋本委員 日本医師会の橋本ですが、先ほど真っ先に福井先生がおっしゃったように、質改善に取り組んでいる、あるいは興味のある病院と、そうでない病院というのがあるのは歴然とした事実でありまして、そういうところに一緒くたに同じマニュアルを送っても、それは全く意味のないことじゃないかなと思いますけれども、一方で、質を改善しようと思って頑張っている病院というのは、そのよりどころといいますか、目指すところ、その方法、プロセスがそれぞれ違うわけで、例えばQ Iをよりどころにして、それを上げようと思って全体の質を上げようと考えている病院もありますし、あるいはI S Oを取ろうと思って頑張っている病院もある。あるいは、病院機能評価とか、あるいはJ C Iとか、そういう認証を取ろうと思って質を改善しようとする病院もあるということで、それぞれの方策がやっぱり違ってきますので、一概に同じマニュアルということは全く意味のないことだろうと思いますので、そこら辺も考えて、質の改善がこれだけ医療の将来にとって必要なんだということを分からせるような広報の仕方というものが必要なんじゃないかなと考えています。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

いろいろ御議論いただいたところで、まとめさせていただきたいと思うんですが、ここで施策案として4つある中で、マニュアル周知に関して、今、橋本先生のほうから、要らない病院もあるんじゃないかという御意見もあったわけですが、取りあえずQ Iの質改善に関するマニュアルとしてはこういうものがあるという参考程度という活用になるかもしれないと思うんですけれども、役に立つ病院もあると思われまして、これは一応今の方向性で進めさせていただきたいと思います。2番、3番に関しましては、もう既に実施されている病院に関しましてはあまり役に立たないことかもしれませんし、また、各団体において次のステップに進もうというところに関しまして、別にそれを止めるという話でもありませんが、これも参考にさせていただくということでの整理をしていく。

最後の4番目の情報共有は、これは質の測定をしていないところにおいて、質測定がどういうふうに関に立つかということを示すというような意味でも、思っていた以上に大事な点であるということ。もともとまだ質測定を開始していないところに始めてもらうためのきっかけづくりの一つになるという可能性もあるという、そういうような御意見をいただいたというふうに関に認識しております。

方向性としてはこんな形で進めさせていただきながら、特に4番目の情報共有に関しましては、今日いただいた御意見を踏まえて、もう少し展開の方法等に関して検討させていただきた

いと思っておりますが、そのような方向でよろしゅうございますでしょうか。

○永井委員 すみません、ちょっといいですか。

全日病の永井ですけれども、この今の議論の一番の根底にあるのは何かというと、やはり測定できなければ改善できないということです。ですから、測定するということがまず大前提で、測定しなければ改善はできないんだから、そのところを他の7,000の病院にきちんと理解していただいて、測定しなければ改善できないというところを、やはり機構だとしてI S Oにしたって、いろんなQ I 事業にしても、全て根底にあるのは測定なんです。ですから、そのところを皆さん方に理解していただくような情報共有の在り方というのは必要なんじゃないかと思います。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

今の御指摘も踏まえて、基本的には質の可視化というところが一番の問題点ということになるかと思います。そこも踏まえて進めさせていただきたいと思っておりますけれども、よろしゅうございますか。

そうしましたら、一応この方向で進めさせていただきたいと思っております。

次に、検討事項の②、これは既にいろいろ御議論いただきましたけれども、これにつきまして事務局のほうからの御説明をお願いいたします。

○事務局 それでは、続きまして検討事項の②番についての御説明を申し上げます。

御承知のように、本事業の実施要綱におきまして、質指標の標準化の在り方や公表の在り方について検討することとなっております。また、アンケートでは幅広い御意見をいただいているところでございます。そこで、この重要なテーマにつきまして、複数回にわたり段階を踏んで丁寧に議論を進めていく必要があるものと考えております。

そこで、本日は、検討の流れを御確認いただきまして、目指すべき方向性について各委員の皆様御意見を頂戴したいと考えております。

13枚目でございます。

まず現状でございますが、質指標につきましては、各団体で運用されている指標の中に、細部の定義は異なるものの類似した質指標が存在しております。また、本日冒頭に御発表いただきましたように、厚生労働科学研究班により開発された共通Q I セットが一部の団体で運用されているという状況でございます。このような現状を踏まえて、スライドの下半分にございますような整理で検討を進めてはどうかというふうに考えてございます。

左側の赤枠でございますが、類似した、あるいは共通的な運用を意図した指標の現状でござ

います。④及び⑤は、先ほど述べたとおりでございます。加えて、今回、パイロットを実施するための指標群を既存の指標から選定をいたしました。これが⑥でございます。このように、自然発生的に類似した指標が採用されていたり、あるいは特定の目的を持って共通的に運用することを想定した指標が設定されているという現状でございます。

また、緑色で囲んだ部分は、協議会でこれまでに取り組んだ、あるいはこれから取り組んではどうかと考えているものでございます。

⑦、指標の体系的な考え方の整備は、指標の標準化のためにはどのような考え方の下で指標を開発し運用するのかを整理し、明文化していくことが必要と考え、今後整備してはどうかというものでございます。

また、⑧は、質指標をどのように院内で活用すればよいのかについて、先ほどの検討事項①番でも御検討いただきましたけれども、パイロットを通じて指標を確立し整備していきたいと考えているところでございます。そのために設定した指標が⑨となります。

このように、指標の標準化の在り方を検討するに当たりましては、指標を活用するための仕組みについての議論も必要であろうと考えております。そして、指標の現状確認と考え方や活用の仕方などの議論を行った上で、それらを踏まえて、一番右側にあります公表をどのように考えるかについて御議論いただいております。どうかと考えているところでございます。

まず、指標の現状について、参考までに御覧ください。14枚目でございます。

こちらは、複数の団体で類似した質指標が運用されている例でございます。御覧いただいておりますのは、糖尿病の血糖コントロールに関する類似した指標でございます。

次に、こちらは共通Q Iセットの概要でございます。

16枚目は、パイロット適用指標として選定した指標の内容になります。

次に、先ほどの図で⑩と書いてございました体系的な考え方の整備について御説明を申し上げます。

現在、多種多様な指標が設定・運用されておりますが、これまでの各団体での取組や海外での文献などを参考に、医療の質を適切に計測するための質指標の望ましい要件ですとか運用方法などを取りまとめてはどうかというものでございます。また、全国の施設に医療の質指標の考え方や活用方法などを普及・促進するためのツールにもなり得るものと考えます。具体的には、協議会で作成方針を定めていただいた後、細部の詳細につきましてはQ I標準化部会で取りまとめ、その検討結果を協議会に報告しつつ策定してはどうかと考えております。

また、この中に含めるべき内容につきまして、図の下半分に太字で示してございますが、意

義・目的、対象、望ましい要件等々について検討し、整理してはどうかと考えているところがございます。

19枚目でございますが、こちらも参考まででございます。海外では指標の扱いに関する基本的な考え方や標準的な運用についての文書が取りまとめられております。例えば、御覧をいただいておりますのが、指標の望ましい要件について、御覧のように整理がなされているというものでございます。我が国においても、このような内容を含む体系的な考え方を整備してはどうかと考えております。

既に述べましたように、標準化の在り方の議論につきましては多様な御意見があろうかと想定しております。したがって、段階を踏んで複数回にわたり議論を重ねていただきたいと考えております。どう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。

ただいま御説明したことをもう一度整理する意味で、13ページのほうに戻っていただきまして、ここの下の図の④とか⑤は、もう既に進んでいるところかと思えます。それで、まず④、⑤に関しましては、今後これに関して、先ほど標準化ということで、基本的にこういうようなセットがどのようにしてつくられてきたかとか、あるいは、今後それをつくっていく場合にどのような考え方でつくっていくべきかというところ、これは多分福井先生のところで既にいろいろ御議論をされてきているとは思いますが、一度それをまとめるという意味で、この④のような形の体系的な考え方を一度整理してはどうかということ、これを一つまとめのようなものをつくるということが1つ。

2番目は、質の測定に関しましては、病院のモチベーションをどうするかということが、先ほどいろいろ御議論いただきましたけれども、まず、その測定ありきの話にはなりませんけれども、それを活用した⑥のPDCA事業をやっていくためには、その目標とする指標としてどの指標を使うか、これはPDCAの事業の内容、各病院での内容によって使う指標というものを決めていかないといけないわけですが、その場合は、共通QIセットに必ずしもそれがあってもいいということ、これは指標の部会のほうで今いろいろ整理をしていただいて、ある意味、今までいろいろ各団体等を出していただいているもののカタログ化と言うとおかしいですが、そういうものをしていただいておりますので、そこからそれに見合った指標というのを選ぶ、その手助けの事業として、④と⑥を組み合わせたいような形をしてはどうかということ。

それから、最終的にその次のステップといいますか、別のテーマとして公表をどうしていく



かという話があるかと思えます。今までその辺のところあまり区分けせずに議論されてきたかと思えますが、今日の最初の福井先生の御発表の後のいろんな議論にもありましたように、このあたり、少し区分けしながら議論していかないと、整理がつかないような状況ではないかと思えますので、これに関しましていろいろ御意見を賜りたいというふうに思っております。

まずは、先ほどのアンケートの結果にもよりますけれども、質の指標に関する体系的な考え方ということに関して、それから医療の質を標準化する意義及び取扱いにつきまして、いろいろ御議論いただきたいというふうに思っております。

次、スライドの17が、先ほど出していただきましたような形でありますと、こういうような形で今後進めていくということで、それぞれの団体で今まで進めていただいた内容に関しまして、少しそれを補完するというか、あるいは取りまとめというような形で進めていく、ここを標準化という言葉を使っておりますけれども、がちがちに決めた標準化という話ではなく、先ほど福井先生のお話にもありましたように、基本的なものはある中で、各病院の状況において多少モディファイはせざるを得ないところはあるかと思えますが、その一つの手本となるような形ということでの標準化というふうに考えていただいて、これに関しましていろいろ御議論をいただければというふうに思います。

特に考え方の整備というところが重要な視点というふうに考えておりますし、その中で、運用とか、あるいは質改善の活用ということに関して考慮しながら進めていただければということでございます。

あと、スライド18のほうは、これは、もしそういう取りまとめとするような場合には、こういうようなものはどうかという、あくまで提案でございますので、これに関しましてもいろいろ御議論いただきたいというふうに思います。かなり広範なテーマで、短時間で御意見をいただくということになるかと思えますが、決して今日の議論で終わりということではなく、今後ともそれぞれの部分に関して御議論を進めていただきたいと思えますので、まずはそれぞれに関しまして御意見を賜りたいと思えます。よろしく願いいたします。

いかがでしょうか。

○矢野（真）委員 日赤の矢野ですけれども、日赤、91病院あるんですが、そこで取り組んできたことを基に、ちょっとした感想めいたことしか言えないんですけれども、日赤は、この前の事業に最後の1年だけ参加したんですが、その参加したときに、もともと赤十字では国立病院機構とか、それから労災病院の指標なんかを参考にさせていただいて、自分たちで少なくともPDCAサイクルを回すという目的で赤十字指標をつくってきました。最後は厚労省の事業

に参加して、それはそれで事務局としたら新しい仕事が1個増えたという感じで、結構大変だったことは大変で、また1年で終わったので、また赤十字指標に戻ったということがあって、いろんな団体の本部も、本部がまとめれば病院は楽なんでしょうけれども、いろんなことに関わると大変なことが起きて、自分でいきいたいという気持ちはあります。

それで、指標の標準化ですが、やっぱりこういうことをやっていない病院にとっては、とにかくゼロからつくるのは大変なので、こんなところから始めようというところで、それなりの指標を提供することはできるんだろうと思いますが、やっていくと、いろいろ各団体とか各病院、考え方があって、ここはこうしたらいいって出ますよね。ですから、そういう意味で、病院がP D C Aサイクルを回す一つのガイドラインとして、こういった指標を提供するということはいいことだなと思います。

ただ、今度はそれが公表となると、またそこで標準化ということが出てきて、そこは恐らくいろんな意見が出て、赤十字91病院の中でも様々で、例えば乳房温存手術の割合なんていう、そういう指標もありますが、温存手術の割合が高いほうが質が高いのかどうかというのは、そこはまたちょっと微妙な議論になって、地域性とかあって、ですから、公表となかなか標準化と、それからそれぞれのP D C Aサイクルって、必ずしも一まとめには議論できないのかなと思いました。

すみません、感想みたいなことで。以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

今の矢野先生の御意見も踏まえまして、それぞれステップごとに考えて、最終的にどうつなげるかというのはまた次の課題になってくるかもしれないと思うんですが、まずは各ステップにおいてどういうふうに進めるかということを含めて御議論いただければというふうに思っております。

ほかに御意見いかがでしょうか。

永井先生、どうぞ。

○永井委員 全日病の永井ですけれども、18ページのところの、やっぱり医療の質指標開発・運用ガイド案というのは非常にうまくできていまして、先ほど来、いろいろ議論になっていまず質指標の意義・目的、それから対象、要件、位置づけ・取扱、留意点等々、こういうものがきちんと全般的に、こういうガイド案の中に入ってくれば、非常に各病院はやりやすいだろうと思っています。

ちょっと懸念なのは、Q Iの共通の指標もそうですけれども、我々もやっぱり全日病として

質指標、独自のものを使っていますけれども、どうしても急性期主体の指標になりがちなので、遅まきながら慢性期、回復期の指標も一緒にやろうとして、この半年ばかり動いておりますけれども、私どもみたいに急性期の病院しか知らない人間にとっては、回復期の指標というのは驚きの連続で、そういう意味で、やはり今の段階からも、もう少しパイロットを含めて慢性期、回復期の指標を入れて、少し検証を始められたほうが良いような気がしますし、いざこの事業が始まる時に、どうも急性期寄りのいろんな指標の考え方となると、やはり非常に問題があると思いますので、そのあたりも少し御留意いただければと思います。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ほかに御意見ございませんでしょうか。

どうぞ、松原委員。

○松原（了）委員 済生会は病院団体として取り組んでいるという状況で、先ほど日赤さんがおっしゃったようなことと似たり寄ったりな部分があるわけなんですね。これを始めたきっかけは、本部として、やはり医療の質の高い医療を提供するという大義が必要であるから、それともう一つは、診療報酬制度下において、万一そういうような状況が起こった場合、すぐに参入できるということも準備しておく必要があるだろうと、そんなような判断で始めたわけですね。

現在81病院で、原則皆さん、出せないデータは別として、原則参加することになっております。それなりにマニュアルなどもつくりつつあって、ある程度進捗はしていますけれども、私自身の考えとちょっと重なるんですけれども、各81病院の院長さん方、あるいはそこで仕事をされているドクター、Q Iに対してどの程度の認識があるかという点、多分ばらばらなんですね。非常に重要だと思ってやって、意義を感じて参加しているところも当然あると思いますし、団体の方針で付き合い程度でということもなきにしもあらずで、その辺については、私ども、実態はまだ把握していませんけれども、そういう中で最終的に公表という話になると、恐らく異論反論という、続出することもあり得ると思うんですね。なので、時期としてはまだ、公表云々とちょっとここに薄く書いてあるとおり早いんだけれども、それに向けていろんな準備をすることについて異論はないんですけれども、要は、公表を議論するのは、まだまだ済生会の中だけ見てもそろっていないというのが実感です。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ほかに御意見ございますか。

○石川委員 すみません、JCHOの石川です。

JCHOは、まだ発足が平成26年だったので、この予算事業も参加できていませんで、今57病院があるのですけれども、ちょっとまだなかなか手をつけられていない状況ではありますが、実は私、この平成22年の前の予算事業スタート時、医政局におりましたので、そのときのことも含めて少し発言をさせていただければと思います。

先ほど来話が出ておりますけれども、やはり公表まで持っていくというのはすごく当時からハードルが高いと思っておりまして、今でもやはりなかなか難しいなと思っておりますが、病院の大小にかかわらず、こういう例えば患者満足度を一つとっても、なかなか100%にするということは難しいと思いますけれども、毎年毎年いただいている意見、指標を測りながら、一つでも改善に向けての活動を院内でしていくという、そういう取組が重要だということで、こういう活動は全病院でやっていただきたいという思いで厚生労働省も始めていますし、今もそうだろうと思います。

ただ一方で、JCHO内も、100床規模の病院から、もう500床を超える病院までありまして、あと機能も全然違いますので、一律にやっていくということはなかなか難しいかなと今感じています。ですが、今回御提案いただいた今の資料18ページにあるような、こうした運用ガイドをつくっていただけると、まずはJCHO内でも管理者含めて職員に、こういう活動が重要なんだということをしっかり理解していただくには非常に有用かなと思っております。

指標の標準化自体は、先ほど来お話もありますが、将来的にはこういう取組を診療報酬で評価をしていただきたいとか、そういうことができればもっと進むんじゃないかということもありますけれども、やはり診療報酬はいい面と悪い面があって、インセンティブになる一方で、やはりその中身が実際本当に伴っているのかというところの評価も難しくなると思います。ですので、そうしたところ、診療報酬での評価がいいのか、また医政局が持っている何か別の仕組みでこういう取組を何か評価をしていくことができないか、そのためにはどういう課題があって、どういうエビデンスをつくっておけばいいのかというようなことを、この委員会なら成果で次回以降きちんと積み上げられればいいのかと思います。

いずれにしても、皆さんの共通認識と私どもの病院も一緒に、公表が真の目的ではないということで、こういう取組を少しでも多くの病院がしっかりやっていくことに意味があるということだろうと思いますので、JCHOもこれから少しずつ取り組んでいきたいと思っています。ありがとうございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ほかに御意見ございますでしょうか。

矢野先生、どうぞ。

○矢野（真）委員 日赤の矢野ですけれども、こういった指標を、ここにいるメンバーの方々の病院、あるいは病院団体は、例えばD P Cデータは、比較的そういう分析ツールがあって、簡単に出せるところなんだろうと思うんですが、例えば7,000病院を対象にしたときに、いわゆるD P Cデータそのものはあっても、それを我々が使っているようなツールの有無だとか、そんなような、我々が当たり前のように出しているのがほかの病院にとって当たり前なのか、ちょっと僕はよく分からないんですが、日本病院会でも、多分そういったようなことができる病院が参加しているのかなと思ったりするんですが、赤十字はほとんどの病院がD P Cデータを本社に入れてもらって、本社で分析している。その本社の費用で、各病院にそのツールを配っているような状況なんですけど、広げるためには、そういったノウハウが各施設にあるのかというのも大事なかなと思いました。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございました。

ほかに。

福井先生、お願いいたします。

○福井委員 日本病院会でも、急性期の病院の指標、慢性期の病院の指標、それから精神科疾患を扱っている病院での指標、3種類を使っています。この18ページの運用ガイド案とも関わりますけれども、これは一つ一つの指標にこういう特徴を明示するという意味なのか、何か全体的にそれぞれの特徴のあるところに指標を入れていくイメージを持っているのか、僕はちょっとよく分からないんですけれども、あまりそれぞれの指標には、例えばヘモグロビンA 1 cにつきましても、時とともに数値、目標が変わってきたり、それから慢性期の病院と急性期の病院とではやっぱりレベル、目標値が変わったものを扱わざるを得なくなったりしているものですから、この運用ガイドというもののイメージがもう一つよく分からないんです。一つ一つの指標にこういうふうな特徴があるということを書き出していくのが目的なのか。

○亀田理事 亀田です。

このたび私どもで、福井先生が率いてこられた研究事業、これを全国レベルでさらに今後、深くもするし、あるいは広めていく。そのために重要だと考えているのは、指標、まさにこの18ページなんですけれども、フレームワークの例がN I C Eだったり、アメリカのN Q Fだっ

たり、あるいは一番最初にお示ししたOECDの医療のプロジェクトのフレームワーク、弱拡大なものをお示しましたけれども、そういった種類のもので、日本の今の7,000、8,000の病院に活用していく日本版のガイドのフレームワークというイメージで、実際につくり込むのは今後協議会で御指導いただきながら、多分標準化部会などでたたき台を御議論いただき、それを協議会でレビューいただきつくっていく。もちろん最初からいいものが、完成形ができるとは考えておりませんで、まず日本では、各病院団体が取り組んできたものが一つの明示された文書、ドキュメントになっていないという状況がありますので、そのまずたたき台からスタートしてはどうかという提案です。

以上です。

○楠岡委員長 福井先生、よろしいでしょうか。現状においては、まだ各指標についてまで、ここまで踏み込むところは考えていないということですが、実際上、各団体で指標をつくる際には、このような考え方を指標ごとにつけておられるところもあるかと思しますので、それはまた次のステップとして考えていきたいということでもよろしゅうございますか。

○福井委員 それはやっていただいていると思います。私たちが1秒で判断していたことを、1日ぐらいかけて無理に論理づけをしているような、何となくそういうイメージを持っています。申し訳ないんですけども、直感的にコンセンサスが得られているところを理論づけするとこんなに難しくなるんだと、正直な印象です。

○楠岡委員長 ここは、この方向性を認めていただければ、たたき台とかをつくって、またいろいろ今後も御議論いただくことになるかと思しますので、よろしく願いいたします。

ほかに。

どうぞ、松原先生。

○松原（為）委員 民医連の松原です。

ちょっとこの件に関してなんですけれども、僕の持っているやっぱり印象としては、何かの質改善を図りたいと思ったときに、数値が出てきて、その数値を基に、例えばアウトカム指標であるとかいったもので見たときに、それを実際改善に回すときに、通常であればその指標だけを測定しているような運用をしているところであれば、まだ全部データを掘り上げて、その原因を探らないといけないという、そういった本末転倒のような流れになるのは非常によく見えています。自分のところでもやっぱりかなり苦労したことがありますので、だから、例えばある分野の診断治療において必要な、肝になるような点が幾つかあると思しますので、そういったところへも結びつきがあるんだよという形で測定をできるような、そういった体系づくりを

すると改善の方法も非常に役立つと思いますので、いい機会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。

ほかに御意見ございますでしょうか。

そうしましたら、時間の関係もございますので、今のところ、13ページの全体的な図に関しましては、今いただきました御意見を踏まえまして、これに関してもう少し精緻化していくということと、それから、18ページの開発運用ガイド案に関しましては、これも改めまして、もう少し精緻化したところでいろいろ御議論をいただきたいというふうに思います。そのような方向で進めるということによろしゅうございますか。

それでは、そのように進めさせていただきたいと思います。また引き続き今後の運営委員会で御議論いただきたいと思いますので、よろしくお願ひしたいと思います。

それでは、次に議題3のほうに移らせていただきたいと思います。この議題3につきまして、事務局のほうから説明をお願いいたします。

○事務局 それでは、議題3について御説明申し上げます。

作業部会での検討状況についてということでございます。資料の21枚目を御覧ください。

作業部会での検討状況でございますが、まずQ I 活用支援部会では、パイロットの準備といたしまして研修プログラムやコンテンツの作成を進め、先般、11月の下旬でございますが、コンテンツのブラッシュアップの作業として実際に3病院に研修を受けていただきまして、プレ研修という研修会の試行をシミュレーションという形で実施をしたところでございます。

下半分、Q I 標準化部会では、同じくパイロットの準備といたしまして、パイロット適用指標について各団体の計測手順書を引用、あるいは参照させていただきまして、パイロット適用指標計測手順書を作成いたしました。本日、参考資料1の中に計測手順書が入っております。

また、先ほど申しましたプレ研修におきまして、実際にこの手順書を使用いただき、今現在フィードバックをいただいているところでございます。

本日、両部会長に御出席いただいておりますので、それぞれ一言コメントをお願いしたいと思っております。

尾藤先生、いかがでしょうか。

○尾藤部会長 活用支援部会からです。すみません。画面共有したいので、一度解いていただいてよろしいでしょうか。

活用支援部会からは、前回からかなり進捗がございますので、一、二分でささっとお話しし

たいと思っております。

前回のときにレクチャーのビデオなどについてはお見せしたことでございますが、その後、ワークショップを主体とした研修コンテンツをつくりました。ただ、やっぱりその主たる目的が、先ほどより委員の先生方から御指摘いただいているように、実際にQ Iを使って測定をして、その測定を基にP D C Aサイクルを回して継続的な活動を行う実働チームを想定した上で、そのチームを対象とした研修会の研修パッケージをつくったということです。そして、11月の下旬に2日に分けてプレ研修を行っております。これは合計8時間ほどの、いわゆる実習だったりスモールグループワークだったりを中心とした研修であります。3病院の中で脳梗塞2病院、糖尿病1病院で参加していただいております。チーム単位で参加していただいております、オンラインで行っております。

その上で、これから実際のパイロット研修をやっていこうと思うんですが、そこでやっぱりやっていくべきことは、コホートをしっかり支援していくことだと思っています。そこで気づいたことを、やっぱり糖尿病とか脳卒中だとか股関節手術という実働部隊がしっかりそこで自分たちがP D C Aを回す、さらには、その上にあるT Q M部門などがそこで監督をしている、この現場の人間たちにリアリティーのあるような研修会、さらには支援というものがP D C Aにおいては必要だとすごく実感しました。

プレ研修の1日目、ざっくりとこんなようなことをやっております。Q Iについての話ですね。

プレ研修の2日目に関しては、どちらかというとP D C Aを主体にやっております。

ワークシートが、例えばこんなようなワークシートですね。P D C Aのあたりだと、こんなようなワークシートを書き込みながらディスカッションをして、そして発表し合って、そして意見交換をし合う、そういうようなことをやりました。

そこで感じたこと、これは完全に私の個人的な感想ですけれども、3つぐらい出しました。やっぱり、例えば脳卒中チーム同士でQ Iで自分たちで測ってみて、こんなところが実は驚きだったみたいなことを、そこってこういうことなんじゃないですかみたいな、そういうチーム同士の意見交換というのは、とてもやっぱり改善していく上でフィードバックという意味では有意義だと感じました。

あとは、今回の3病院は素晴らしい病院だけだったんですけれども、多分そういうトップランカーの病院が伸びしろのある病院さんとうまくコミュニケーションを、フォーラムのような形でコホートの中でやり続けることができると、すごくやっぱり伸びしろのある病院さんの



チームにとっては、とても有意義なプロセス改善になっていく重要な機会になると思われました。

最後に、今回は糖尿病、股関節手術、脳卒中という疾患オリエンテッドなもので行ったわけですが、今後、医療安全だとかエンド・オブ・ライフ、こういうようなところをテーマにこのようなことをやっていくと、さらによいのではないかなどと感じております。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

続きまして、的場先生、一言コメントをお願いいたします。

○的場部会長 標準化部会の的場でございます。事務局の皆様、可能でしたら、参考資料1-3の計測手順書の画面をお願いいたします。

標準化部会では、前回の運営委員会の後は、パイロット適用指標となりました15の指標につきまして、各病院団体の事務局の皆様より測定の手順やデータの定義といったものを事務局のほうに集めていただきまして、そちらを一つの手順書の形でまとめていくというような作業の活動を実施しております。改めまして、事務局の負担の大きさというものが、その作業の中でも実感されたところでございます。

今後の議論といたしましては、先ほどの議論の中で——こちらですね。幾つかスライドを送っていただければと思うんですが、もっとずっと下のほうまでお願いいたします。各団体様ごとに分母の測定の見せ方、分子の測定の見せ方などなどがそれぞれ異なった形で出ておりましたので、今回は、この計測手順書という形で一つのフォーマットにまとめる形で、一つのもので作成させていただいたというところでございます。

資料のほう、ありがとうございます。

今後は、先ほど議論にありましたように、まだまだ指標で開発をすべきようなフィールドの指標が数多くあるというような点を踏まえまして、指標の開発に当たっていただく各団体の事務局の皆様の手間、あるいは作業負担というものが軽減されていくような、何か標準化のレイヤーというのはどういったものなのかというような点の議論であるとか、各団体で七百数十個、今ホームページのほうで公開されておりますけれども、そういった指標を団体を超えて、場合によっては利用するというような場合に、どういった点をうまく整理していけばいいんだろうかというような点についても留意しながら、パイロット事業を横にしながら議論を進めてまいりたいと、こんなふうを考えているところでございます。

以上であります。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

そうしたら、今後の予定、その他まで事務局のほうからお願いいたします。

○事務局 それでは、続きまして、今後の予定につきまして御報告申し上げます。

来年3月までのスケジュールといたしまして、パイロットの開始に向けた準備を進めつつ、本日御議論いただきました標準化の在り方について継続して議論を進めていくことを想定しております。

aからeの緑色、もしくはオレンジ色の矢羽が各部会で対応する業務、一番下のfとgが協議会としての対応業務となります。このうち、上のa、b、cがパイロットの実施に向けた最終的な準備作業でございます。dは、パイロット協力病院に御参加をいただくイベントといたしまして説明会というのがあるんですけども、これはfに示してございます医療の質向上のためのコンソーシアムと兼ねて2月13日に開催する予定でございます。

また、eの部分でございますが、先ほど御議論いただきました体系的な考え方の整備の策定作業を想定したものでございます。

一番下のgは、標準化・公表のあり方について検討を継続していくというものでございます。

パイロットにつきましては、実は来週から参加病院についての団体推薦をお願いしたいと考えているところでございます。また、先ほど触れましたとおり、2月13日に説明会、その後、3月にキックオフセミナーを実施予定でございます。また、来年度になりますが、2021年9月頃には中間報告会、2022年3月頃には最終報告会ということで、先ほどの議論にもございましたが、事例の共有などを想定してございます。

以上が今後のスケジュールでございます。

最後に、その他で御相談事項を3点申し上げたいと思います。この3点につきましては、いずれも詳細につきましては後日、各団体事務局様を通じて御案内する予定でございます。

1つ目が、パイロットに御参加いただける病院の御推薦についてお願いを申し上げたいと思います。本日の参考資料1の中にパイロット募集要項、パイロット実施の手引がございますが、各団体の御所属されている病院の中から、パイロットに御参加いただける病院を各テーマ1病院、合計3病院を御推薦をお願いをしたいというものでございます。

2点目ですが、質指標の実績値及び最新定義の御提供をお願いしたいという内容でございます。まず実績値につきましては、昨年度、すなわち2019年度に御提供いただいた指標群について、各団体で既にお取りまとめいただき公表されている範囲で、この実績値を御提供いただきたいというお願いでございます。ここでいう実績値とは、個別病院の実績値ではなくて、指標ごとに集計されたデータのことを指してございます。また、現時点、すなわち2020年度に運用

しております質指標の最新定義につきましても御提供をお願いしたいと考えております。これらの実績値、あるいは最新定義を本事業のオフィシャルサイトに掲載し、共有できればというふうに考えてございます。

3点目でございます。医療の質向上のためのコンソーシアムについての御案内を申し上げます。医療の質向上についての事例や経験を共有するためのコンソーシアムを2021年2月13日土曜日午後にオンラインで開催予定でございます。先ほど触れましたように、これはパイロットの説明会を兼ねて運営したいと思っております。プログラムの詳細は追って御報告を申し上げますが、多くの皆様の御参加をお待ちしております。

なお、繰り返しですが、これらの詳細は、各団体の事務局様を通じて御相談申し上げる予定でございます。

報告は以上でございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

予定の時間を過ぎてしましまして申し訳ございません。いろいろ御議論いただきましたが、何か特別に追加すべきような御発言等ございましたらお願いしたいと思います。

よろしゅうございますか。

それでは、本日、いろいろ御指摘いただいた点を踏まえて、今後の方向性をもう一度検討し、まとめたものをまたフィードバックさせていただきたいと思っておりますので、ぜひともよろしくお願いたします。

本日は、長時間にわたりまして、いろいろ有益な御議論をいただきましてありがとうございます。これにて閉会とさせていただきます。

ありがとうございます。

以上