

第7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)

2021年7月27日(火)

公益財団法人日本医療機能評価機構

○事務局 定刻になりましたので、医療の質向上のための体制整備事業第7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、大変お忙しい中、御出席いただきましてありがとうございます。この委員会は、医療の質向上のための体制整備事業実施要綱に定める医療の質向上のための協議会を兼ねております。また、本日の会議は公開としております。オンラインでの傍聴者がいらっしゃいます。

本日の資料ですけれども、オンライン上の保存場所からダウンロードしていただく形で配付しております。このうち資料1から資料4は統合して1つのファイルとして配付しております。また、参考資料が3種類、その他資料が3種類ございます。なお、資料説明の際は、画面共有という機能を用いて画面にお示ししながら説明してまいります。

次に、本日は2021年度の初めての協議会であり、委員の交代もありましたので、委員の状況について御報告申し上げます。

まず、全日本病院協会の永井委員が退任され、代わって進藤委員が御就任されました。また、日本慢性期医療協会の矢野論委員が退任され、西尾委員が御就任されました。退任されました永井委員は、当委員会の委員長代理をお務めいただいておりますので、永井委員の御退任に伴い、新たに全国自治体病院協議会の原委員に委員長代理をお願いいたしました。これは、委員会規則第3条6の規定により委員長が指名したものでございます。なお、永井先生は、今後当事業について幅広く御助言をいただきたいと考え、アドバイザーとして御参加いただいております。

それでは、ただいま御紹介いたしました委員の皆様一言ずつ御挨拶をお願いしたいと思います。

最初に、委員長代理の原先生、お願いいたします。

○原委員 皆さん、こんにちは。このたび委員長代理を拝命いたしました全国自治体病院協議会副会長の原と申します。

私は、東京の青梅市の病院事業管理者を務めております。専門的知識はなかなか少ないのでございますけれども、精一杯務めさせて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。

○事務局 どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、続きまして、全日本病院協会、進藤委員、お願いいたします。

○進藤委員 全日本病院協会東京都支部長の進藤と申します。永井先生の後、引き続きまして今回就任させていただきました。

東京の西多摩郡というところで療養型の病院を運営しております。そこでQMSという活動

を工学部の先生たちと行ってきたという経緯で、このたび参加をさせていただきました。どうぞよろしくお願いいたします。

○事務局 よろしく願いいたします。

永井アドバイザーは御出席予定ですが、少し遅れているようでございます。後ほどまた御紹介申し上げたいと思います。

それでは、委員の本日の出欠状況をお知らせいたします。西尾委員と橋本委員が御欠席ですが、それぞれ委任状を御提出いただいております。また、宮田アドバイザーが欠席です。また、委員の皆様で何名か、まだ到着されていない方がいらっしゃいますが、後ほど御参加いただけるものと思います。

部会からは、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が出席しております。

また、厚生労働省の御担当者も替わりまして、本日は北原保健医療技術調整官、眞中補佐に御出席いただいております。北原保健医療技術調整官は途中退席と伺っております。また、川本補佐が急遽御欠席となりました。

それでは、北原様、眞中様、一言御挨拶をお願いしたいと思います。

○厚生労働省医政局北原保健医療技術調整官 厚生労働省医政局総務課の北原でございます。この4月より着任をいたしました。本日はどうぞよろしくお願いいたします。

○厚生労働省医政局眞中総務課長補佐 同じく厚労省医政局総務課の眞中と申します。私も4月から着任いたしました。どうぞよろしくお願いいたします。

○事務局 どうぞよろしくお願いいたします。

そのほか、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、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 皆様、こんにちは。本事業を担当しております当機構執行理事の亀田と申します。よろしくお願いいたします。

本日は御多用の中、第7回医療の質向上のための協議会に御出席賜り、誠にありがとうございます。

本事業は、2010年度より9年間にわたって、厚労省の支援の下で全国の各病院団体において取り組まれてきた医療の質の評価・公表等推進事業を全国レベルに広げ、医療の質指標をより効果的に活用するための体制整備を行うことを目的に、2019年度より日本医療機能評価機構が

実施主体となり、本協議会を中核会議体として進めている事業です。

年度ごとの事業ですが、今年度も企画書が採択され、3年目を迎えています。そして、本日は今年度最初の協議会となります。新たに御参加いただく委員もいらっしゃいますので、2019年、当事業発足に当たって、本協議会において策定、共有された医療の質向上のための協議会設置趣意書を改めて読み上げさせていただきたいと思っております。お手元資料、統合版資料の4ページを御覧ください。

「『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、我々医療に関わるものは、これまで多くの努力を重ねてきた。そのひとつとして、各医療団体のリーダーシップのもと、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、どのように測り、どう継続的な改善につなげるのかなどについては未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、情報の適切な開示・活用、そして患者中心の医療連携、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、すべ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。本日も、楠岡委員長の下、建設的で実りある闊達な御議論をお願い申し上げます。以上、どうぞよろしくようお願い申し上げます。

○事務局 それでは議事に入ってまいります。以降の進行を楠岡委員長をお願いいたします。どうぞよろしくようお願いいたします。

○楠岡委員長 委員長の楠岡です。本日は、お忙しい中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ていきたいと存じます。

まず、議題1、パイロットの実施状況について、進捗を御報告し、委員の皆様のお意見をいただきたいと存じます。

それでは、事務局から資料の説明をお願いいたします。

○事務局 パイロットの進捗状況を御報告申し上げます。

パイロットは、23病院に御協力いただき、御覧の1番から10番の工程を進めているところでございます。現在は1番から6番が終了いたしました。6番のキックオフセミナーを5月から

6月にかけて実施し、終了いたしましたので、主にそれについての御報告を申し上げたいと思います。

また、現在パイロット協力病院は、7番、改善活動のモニタリングに取り組んでいただいているところですが、前回の協議会でパイロットの終了時期を再検討するよう指示がございましたので、後ほど確認させていただきます。

パイロット協力病院は、各団体から御推薦いただいた御覧の23病院です。内訳は、脳卒中が8病院、糖尿病とTHAがそれぞれ7病院です。新型コロナウイルス感染症が再び拡大している中、キックオフセミナーに御参加いただき、改めてお礼申し上げます。また、セミナー終了後に、このままパイロットを継続するかどうか意向を伺ったところ、全ての病院からパイロットへの参加を継続したいという意向を確認いたしました。重ねて感謝申し上げます。

キックオフセミナーのプログラムは御覧のとおりです。オンラインでの2日間の集合研修を主体とし、さらに事前課題や中間課題にも取り組んでいただくものとなっております。このセミナーには多職種のチームで御参加いただき、最終的なアウトプットとしては、改善すべき指標を定めて改善計画を立案していただきました。

セミナー後に参加者へのアンケート調査を行いました。主な感想として「有意義な議論ができた」「自院を見直すよい機会となった」などの声がありましたが、一方で、資料の下半分にございますように「もっと意見交換がしたかった」「他施設の取組を知る仕組みが欲しい」「セミナーの時間を短くしてほしい」などの御意見、御要望もございました。

さて、キックオフセミナーを設計する際、質指標を用いた質改善活動を実践するためには、どのようなコンピテンシーが求められるのかを検討し、それらを習得する手段としてセミナーのカリキュラムを組みました。そこで、それらコンピテンシーがこのセミナーの前後でどのように習得が進んだのか、前後比較を行いましたので御報告申し上げます。

なお、自己評価はセミナーに参加した全員が対象ですが、この集計結果は比較が可能な134名の結果を示しております。

コンピテンシーは、御覧のように、質改善プロセスに沿って①番から⑫番を設定いたしました。そして、これらのコンピテンシーが自分自身にどの程度当てはまるか、受講前と受講後に自己評価をしていただきました。

結果です。グラフの読み方ですけれども、左側が受講前、右側が受講後でございます。一本一本の横棒グラフが21個のコンピテンシーを表しています。コンピテンシーは「全く当てはまらない」から「非常に当てはまる」の5段階で自己評価をしており、その割合を色分けで示し

ております。赤が「非常に当てはまる」、黄色が「やや当てはまる」の割合です。

左右のグラフを見比べてみますと、受講後に赤や黄色の回答割合、すなわち「非常に当てはまる」「よく当てはまる」が増えていることが見て取れます。このように、多くのコンピテンシーで受講後のスコアが向上しています。ただし、詳細に検討しますと「⑩他部署・他職種との議論」「⑧分析結果を基にした問題点の抽出」「⑫解決可否の判断」などの向上が大きいのに対し、「⑤分析に必要なデータ収集」は、他の要素に比べスコアは向上しませんでした。

こちらは自己評価結果をテーマ別に示したものです。全体傾向としては、各テーマとも受講後にスコアが向上し、赤や黄色のエリアが増えていることが分かります。

参加者からの御意見、御要望や、コンピテンシーの自己評価結果などを踏まえ、カリキュラムの見直しなどに今後活用してまいります。

さて、今後の検討ですが、パイロットを通じて質指標を用いた質改善活動の基本的な進め方などをマニュアルとして取りまとめることを想定し、検討を進めております。その具体的なイメージとして、現場の皆様にもいつでもどこでも活用いただくためには、書籍を取りまとめるよりも、各種のコンテンツを分類、整理し、インターネット上に一覧できる場所を作ってはどうかと検討を進めているところでございます。そのイメージが御覧の図でございます。

さて、本日の確認事項ですが、パイロットの進捗状況のところでも触れましたとおり、前回の協議会でパイロットの終了時期を再検討するよう指示がございました。前回の協議会では、キックオフセミナー終了後1年間、すなわち2022年5月までパイロットを継続してはどうかという提案をいたしました。協議会での御意見を踏まえて部会でも再検討し、改めてパイロットの終了日程について2022年3月までとしたいと考えております。この案でよろしいか、御確認をお願いいたします。

議題1の説明は以上です。どうぞよろしくをお願いいたします。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

パイロットの実施状況につきまして御報告いただきましたけれども、その中でキックオフセミナーを開催したという点が中心かと存じます。

部会長の尾藤先生から補足がございましたらお願いいたします。

○尾藤部会長 補足事項は特にはないんですが、私、部会長としてのリフレクションを30秒ぐらいでお話いたしますと、PDCAのサイクルを回すための実際のプランづくりのワークを、今回かなり重点的にやりました。さらにもう一つは、糖尿病、脳卒中、そして股関節手術という各論でやっていったところが、やはり同じ領域の診療をしているチーム同士はかなり活発な

コミュニケーションというか、「ああ、おたくはそうやっているんですね」みたいな、そういう化学反応だとか、そういうものが見られて、大変好ましい状況だったと思っております。さらには、集まっていただきましたグループの皆様も、今後グループ間、病院間でのコミュニケーションを取り続けたいという声をたくさん頂戴いたしましたので、ここについては、やはり積極的にコミュニケーションを取り続ける構造ですとか、何かしらの仕組みを考えて築いていきたいと考えております。

以上です。

○楠岡委員長 どうもありがとうございました。

それでは、この議題1に関してであります。まず最初に、最後のところの確認事項でお示しいたしましたパイロットの終了時期につきまして決めたいと存じます。

前回の協議会で、コロナの影響で全体のスケジュールがずれている中で、改善活動期間を1年間とする当初の計画だと終わる時期が年度を超えるという御指摘を受けました。やはり年度で切った方がいいのではないかとということで、パイロットの終了日程を2022年、来年の3月末までにすることにつきまして再度御提案いただきました。前回の協議会で出されました意見であり、部会でも検討していただいた上で3月末に設定したということでございますので、これに関しまして特に御異存がなければ、提案どおり3月末までとしたいと存じます。

その他、パイロットの進捗状況等に関しまして、何か御質問、御意見がございましたらお願いしたいと思います。いかがでしょうか。

原先生、どうぞ。

○原委員 原ですけれども、本当にコロナ禍で大変なところ、立派にパイロットを開始していただいて、関係する方々に本当に感謝するとともに敬意を表したいと思っております。本当にありがとうございます。

そして、このパイロットの目的の一つとして、今までこういう質改善の事業など参加したことがない、そういうことをあまり興味を持っていないというような病院の方たちにも、こういうことに興味を持っていただいて参加していただくということも目的の一つにあったと思うんですけれども、実際、今回やられた方の御意見のところにあったように、ちょっと時間が長くて、もう少し短くできないかというような御意見があったと思うんですね。もう少し拡大して広めていこうというときに、やっぱり時間がもう少し短くないとなかなか広まりにくいのではないかという印象を受けたのですけれども、この点に関して今後少し考えていただけるかどうか、御意見をお伺いしたいと思います。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

この点に関して、尾藤先生から何かございますか。

○尾藤部会長 こちら、事務局とももう相談をしている事案なのですが、恐らくボリュームとしては3分の2から4分の3ぐらいの時間に、次回からは縮めていく予定でございます。

以上です。

○原委員 ありがとうございます。

○楠岡委員長 ほかに御意見ございますでしょうか。よろしいでしょうか。

そうしましたら、先ほど御提案し御確認いたしましたように、パイロットは今年度末の2022年3月で終了し、各種の成果物を取りまとめていくということで御了解いただいたと思います。

また、パイロットにおける時間短縮に関しましては、既に部会でもいろいろ御検討いただいているようでありますので、さらにそれを進めていくということで御了承いただいたかと思えます。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、まずは期限に関しては今年度末ということにさせていただきたいと思えます。

それでは、次の議題2、医療の質指標開発・保守ガイド（仮称）の検討状況につきまして、事務局から御説明をお願いいたします。

○事務局 それでは御説明申し上げます。

医療の質指標開発・保守ガイドは、協議会での検討におきまして、質指標の考え方を整備することが重要であるという指摘を受けまして、Q I 標準化部会で検討を進めているものでございます。

作成方針ですけれども、ゼロからつくるということではなく、パイロット適用指標を選定した際の議論の再整備や協議会での御議論、各病院団体での取組などを参考に、これまでの議論を整理し、取りまとめていくという方針でございます。

こちらは1月に開催されました当協議会での資料の再掲でございます。目的として、質指標の基本的な考え方、質指標の開発・保守方法などを体系的に整理するとし、対象、活用イメージは御覧のように設定したところでございます。

同様に、こちらにも1月の協議会での資料でございますが、1月の時点では、あくまでもイメージですけれども、御覧のような内容を伝えていくような文書としてはどうかという案を提示いたしました。

さて、検討状況ですが、以上のような協議会での議論の経緯をQ I 標準化部会に共有した上

で、現在、①情報収集・整理に取り組んでおります。具体的には、先ほど触れましたように、これまでの議論を整理するとともに、諸外国の同様な資料を収集・整理し検討しております。特に当事業では、質指標を活用した質改善活動の体制整備が求められるため、質改善に資する指標の考え方を整理する作業に取り組んでおります。

今後は、ガイドの目次案などを含む作成要領を作成し、また、②番のフェーズですが、パイロット適用指標の検証やPDCA事業で使用する指標の検討なども踏まえ、ガイドの作成に取り組んでいく予定でございます。年度末には第1版を作成したいと考えております。

こちらは作業状況の御紹介になります。諸外国では、質指標に求められる要件を取りまとめた文書がございますので、代表的と思われるものを整理した資料でございます。御承知のように、諸外国では、質改善以外にも、パブリックレポーティングやP4Pなど様々な形で質指標が活用されており、我が国とは異なる状況でございます。それらに留意した上で、我が国にも適用できるのはどのような要件かという議論を行っております。

また、これまで協議会の議論の中で既に様々な御意見を伺っております。それらについても改めて整理をしております。

こちらは、あくまでもガイドの一部でございますが、諸外国の事例や、これまでにいただいた御意見などを考慮し、我が国において質改善に資する指標とはどのようなものか、その要件を取りまとめたものでございます。今後も進捗状況を当協議会に逐次御報告しながら、標準化部会で引き続き作成してまいります。

議題2の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。

それでは、担当部会の的場部会長、補足の点ございましたらお願いいたします。

○的場部会長 先ほど事務局よりコメントありましたように、諸外国の状況なども踏まえて、それを議題としまして議論を進めておりますが、我が国とは状況が異なるという中での改善に資する指標というものがどういったものなのかということについては、部会でも議論を進めますが、やはり協議会での議論が元になって、それを踏まえながら詳細の議論に入ってまいりたいと思っておりますので、本日の議論、たくさんいただきまして、そちらを活用して進めてまいりたいと考えております。

以上でございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

既にこの協議会に参加いただいている各団体では、質指標を用いた計測に取り組んでおられ

ますので、今さら医療の質とは何かとか、質指標とは何かを議論し直すというか、定義し直すということはあまり必要ないかと存じますが、これまでの議論でもございましたように、このような取組を行っていない病院では、まず基本的な考え方を理解していただく必要があると存じます。また、そういうようなものを取りまとめた基本文書が我が国には見当たらないということもございますので、この協議会で取りまとめていこうということになったかと存じます。

ただいま事務局から説明した方向性等につきまして御意見がありましたら、ぜひよろしくお願ひしたいと思います。いかがでしょうか。

進藤委員、どうぞ。

○進藤委員 今回初めて参加させていただきました、全日病の進藤です。よろしいでしょうか。

「最善の医療」という言葉が設置趣意書の中に入っております。先ほど、質というものについてはもう議論せずに、もう皆さん分かっているらっしゃるということだったので、初めて参加したので教えていただきたいんですが、その中には、患者のニーズを満たす、患者の要求を満たすというようなことが含まれていると考えてよいでしょうか。

○事務局 今回、私どもがこの事業を始めるに当たりまして、フレームワークを考えたのですが、その中には患者中心性が大事な要素として含まれておりますので、御指摘の内容を含めて質と考えているところでございます。

○進藤委員 ありがとうございます。では、それを展開してのQ Iというふうに考えてよろしいでしょうか。

○事務局 はい。そのように考えております。

○進藤委員 ありがとうございます。

○楠岡委員長 Q Iの指標として、色々なものを考えているところでございますけれども、今、先生から御指摘ありました、患者さんのニーズにどれだけフィットしているか、あるいは患者さんの満足度がどうであるかというのも確かに指標の一つではあるわけですが、全ての指標それぞれについて、その患者さんのニーズとのフィットのところまでを含めた評価になっているかどうかというと、必ずしも全部そうではないというところがございます。例えば、指標として今割と多く使われているものは、ある疾患に関してガイドラインが出されているときに、そのガイドラインに沿った医療がどれだけなされているかを測定するというところで、その場合に関しては、患者さんのニーズとしては病気を治してもらいたいというところで、そういう方向性としては一致しているかもしれませんが、そのガイドライン自身の中には、必ずしも患者さんのニーズが入っているというわけではありません。そういう点では、先生の御

指摘したところから若干外れた指標も存在するという事で御理解いただければと思います。

○進藤委員 御説明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。

松原委員。

○松原（了）委員 済生会の理事の松原です。

先ほど来、スケジュールなどについての御説明があつて、3月31日をも一つのめどにするということで一応決定したわけですが、そのスケジュールそのものに異議を唱えるつもりはないんですけれども、実は、ちょうど昨日、済生会の中の4病院、3疾患で4病院で、うちの場合は糖尿はよくやっているので2病院が糖尿病なんですけれども、それで、疾患が違う4病院と、パイロット事業の進捗状況等についていろいろ会議といたしますか、打合せをいたしましたんですけれども、やはり大分、指標に対する意義の理解、指標の意義に対する理解度とか、あるいは関心度とか、やはり4病院必ずしもそろっていないんですね。なので、昨日持った会というのは疾患が違うわけですから、もともとの議論の土台も違っているわけで、そういう意味で、その会が有意義であったというわけではないんですけれども、要するに分かったことは、同じ疾患のグループでキックオフミーティングでセミナーで行われたような形で、もう少しできるだけ回を重ねていただいて、平準化してくとか、均てん化するというんでしょうか、そういうことを機構のほうで御努力いただきたいというふうに思います。でないと、なかなかまだガイドラインを作成するような段階に、まだちょっと難しいんじゃないかとかというような印象も持りましたので、よろしくをお願いします。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

事務局から何かありますか。よろしいですか。ありがとうございました。

ほかに御意見ございますでしょうか。

○福井委員 よろしいですか、福井です。先ほど進藤先生がおっしゃったことですが、個々の指標は、ある一つの断面しか測定できませんので、複数のものを用いて医療の質を測ろうということになってきておまして、特に国際的には、患者さんの主観的な部分についての評価をより重視しようという流れになってきておまして、英語では、ペイシェント・リポータード・アウトカム・メジャーズ、PROMと省略されていますけれども、患者さんがどのように感じているかということを組み入れて評価しようという傾向が非常に強くなってきておます。私たちが厚生労働省から研究費を頂いている研究班で測定しようとしている項目の中にもそれを入れて測ろうとしているところではあります。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。また後ほど福井先生にはお話しいただく予定にしておりますので、その際、よろしくお願ひいたします。

ほかにございますでしょうか。

○草場委員 草場です。よろしいでしょうか。すみません。

ちょっと細かい各論的なところでの質問になるんですが、スライドの25ページの「指標とは（案）」というところについて、非常に説得力のある内容だと思って拝見しておりましたけれども、このエビデンスベースのところについて、ちょっと私もあまりこういうふうな形での作業をやったことがないので確認の意味もあるんですが、このガイドラインは、何らかのサーチに基づいて構築をされてくると。そのサーチがないものは、専門家によるエキスパートオピニオンというものも当然あるかと。そこには多分日本のものも海外のものも、様々な国が様々なガイドラインを出しているというところがあると思うんですけれども、今回のこういう作業の中でのエビデンスベースというものは、非常にたくさんの資料がある中で、どういうふうにそこを集約して、これが今回使うべきエビデンスというふうに整理されていくのかという、何か道筋みたいなものを現時点でどう考えたらいいか、お聞きしたいなと思いました。

○事務局 お示した基準案をどのように運用すべきかについて、詳細はこれから詰めていくところですので、今現在、まだ確定的な御回答にはならないのですが、あくまで例えばですが、やはり海外と我が国の医療状況は違いますので、エビデンスとして我が国の診療ガイドラインを使うとか、何らかのルールの下で運用したいと思っております。私ども評価機構にはM i n d sという事業がございまして、そちらでは我が国で発行された診療ガイドラインを取りまとめておりますので、連携する余地があるのではないかなど、もう少し検討させていただこうと思っております。

○草場委員 よく分かりました。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。

ほかにございますか。

ただいまの点に関して、的場部会長のほうからは何かございますか。

○的場部会長 今、事務局から御説明ありましたとおり、構成要素の運用につきましては、まだ議論を始めていない段階でございますので、草場委員の御意見もフィードバックさせていただきまして、そういった議論の際には検討させていただければと思っております。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ほかにございますか。

○草場委員 もしないようでしたら、追加でもよろしいですか。草場でございます。すみません。

改善の余地という基準についてなんですが、この「施設間でのばらつきがあるなど、診療・ケアの提供等が最適ではない指標」という表現がちょっと分かりづらくて、ここがどういう意味合いを持った基準なのか。つまり、改善の余地があまりないものは、指標としてあまり使っていないという考え方なのか、改善の余地があるものだから選ぶという考え方なのか。ちょっとこの辺を少し教えていただければなと思って、すみません。

○事務局 こちらの基準は、今後P D C A事業で使用する指標を選ぶという使い道を考えているところでございます。したがって、指標としては確かにしっかりとした指標なんだけれども、現実、既に100%実施できているという指標を改めて測定して改善しなさいと言っても、なかなか現実的には無理な話だと思いますので、そういった意味では、エビデンスとしてはもっとたくさん実施してほしいと思うんだけど、現実できていない、実施されていないというプロセス指標などを選び出して改善に取り組むというように、焦点を絞るための基準になると考えてございます。

実際、パイロット適用指標を選ぶときの一つの基準であったものを、一般的な基準としても採用できるのではないかと考えて、②番の基準として掲載しているところでございます。

○草場委員 ありがとうございます。ということは、既に満たされているものについてはもうあまり、ほとんどの施設が満たしているのであれば、あえて指標にしなくていいんじゃないかという、そういう意味合いなんですね、どちらかというと。

○事務局 例えばある診療において、その指標がないと、どうしても不自然であるという場合は、指標セットとしては必要性があるのかもしれませんが、その中から焦点を定めて改善をしていこうという場合には、当然リソースをかけて改善活動をしますので、改善の余地がある指標に焦点を当ててリソースを使っていくという考え方になると考えました。

○草場委員 分かりました。何か逆の意味かとちょっと思っていましたので。むしろ、本当は大切だけれども、日本だと現実改善が難しいので、これはもう指標に入れたいな、そういう後ろ向きな話かと思ったら、そうではないということですね。それであれば非常に納得できました。

○尾藤部会長 支援部会の尾藤です。今の草場委員の質問に少し付け加えてよろしいでしょうか。

一般論になるんですけれども、大きく3つで、1つは、事務局からあったとおり、もはや95%以上達成している。多くの病院で98%以上達成しているというような指標はオミットしていくというのが1つです。もう一つが、患者要因が大き過ぎる指標です。こちらがどんなに努力しても転倒・転落がなかなかよくなるという、転倒・転落、すごくよくなった、悪くなったで、「おまえのところはあまり転倒・転落をやっていないじゃないか」と言われても、患者要因が大き過ぎてみたい、そういうのが2個目。3個目が、実は進藤委員のことに関連するんですけれども、患者さんの選好を重視するというので、医学的には合理的なんだけれども、でも患者さんの選好を重視するために達成率がどうしても低くなっちゃいますという、そういうタイプのものですね。そういうものについては、なかなか指標にしにくいというところがあります。一般的にはその3つだと思います。

以上です。

○草場委員 よく分かりました。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ほかにございますか。

○松原（為）委員 よろしいでしょうか。民医連の松原です。

この今掲示していただいている25ページの「指標とは（案）」の⑤番、⑥番なんですけれども、この⑤番と⑥番というのは、完全に相反するというか、トレードオフの関係にあって、妥当性を優先すると非常にやっぱり測定が困難になるものがある。いろんな病院から出しやすいように、例えばDPCのデータから取れる形で取ると、定義のほうがかかなり曖昧になってきて、やっぱり評価が非常にしにくいものになるという、そういった経験は日常的にしているわけなんですけれども、こういった形で、この両方を満たすようなものの場合という、両方を満たすことができない内容のものがやっぱりどうしても出てくると思うんですけれども、そういったものは、果敢にやっぱり計測のほうに困難であってもチャレンジするような、重要なものであればそういった形で進められるようにするのか、それとも、実際に測定しやすさを優先して、そういった指標は、もう取れるところが頑張って取ってくださいといった形で出すようにするのか。ちょっと今はどの方向性で考えていらっしゃるのかということをお聞きしたいんですけれども、よろしくをお願いします。

○事務局 御指摘ありがとうございます。

基準間で相反するような場合、トレードオフをどう考えるかというところまで、正直まだそこまで詰めた議論が行われておりませんので、今御指摘いただいたようなことが実際にあるん

だということを踏まえて、今後検討させていただこうと思います。

現時点では明確な回答になっておらず、申し訳ありません。

○楠岡委員長 よろしいでしょうか。

実際、幾つかの指標候補が出てきたときに、今、先生の御指摘になったトレードオフの点を考えて、最終的にどれかに決めていくというようなプロセスが多分どこかで必ず出てくるとは思いますので、そのときの選択基準といえますか、選択としてどういうものを考慮すべきかというところで、ここに6つの基準を挙げているという形になっていると思います。

ほかにございますでしょうか。よろしいでしょうか。

もし特に御意見がこれ以上ございませんでしたら、今までいただきました御意見を踏まえまして、標準化部会で引き続き作業を進めていただき、また、その結果をこの協議会で御報告させていただきたいと思っております。よろしく願いいたします。

それでは議題3、医療の質指標等の標準化・公表のあり方につきまして、これは昨年度から引き続きの議論になるわけでありまして、まず資料につきまして事務局から説明をお願いいたします。

○事務局 それでは、医療の質指標等の標準化・公表のあり方につきまして、簡単にこれまでの議論を振り返った上で、本日はベンチマーク評価についての御議論をお願いしたいと考えてございます。

協議会では、医療の質指標を活用した質改善活動の普及・促進について議論を重ねており、その中の議題として、医療の質指標等の標準化・公表のあり方の検討を行ってまいりました。御覧いただいておりますのは、これらの議論を昨年度末の時点で取りまとめた中間とりまとめの概要を示したものでございます。内容としては2つのトピックについてまとめており、1つは医療の質向上のための具体的な取組の共有・普及のあり方、もう一つは、医療の質指標等の標準化・公表のあり方についてです。簡単に振り返ってみたいと思います。

まず1番、具体的な取組の共有・普及ですが、上半分の四角枠内の2つ目の丸にありますように、まだ質指標を活用した改善活動に取り組んでいない病院を主な対象として、図の下半分にありますような施策を展開していくことになりました。

一方、2、医療の質指標の標準化・公表のあり方につきましては、多様な御意見が想定され、慎重かつ丁寧な議論が大切であることから、下の図にございますように、a)、b)、c)、d)の4つの論点を順に議論していくこととし、昨年度は、このうちのa)指標を用いた測定、b)測定結果に基づく改善活動について御議論いただきました。a)指標を用いた測定につき

ましては、1つ前の議題で触れましたように、質指標の基本的な考え方をガイドとして取りまとめるという方向性になりました。また、b) 測定結果をもとにした改善活動については、現在進めているパイロットの成果に基づき、質指標に基づく改善活動の基本的な進め方を整備し、PDCA事業の企画・運営につなげていくことになりました。

以上のような整理の下、次はベンチマーク、あるいは公表に焦点を当てた議論を進めていきたいと思っております。

また、ベンチマークについて御議論いただくに当たり、既に御覧のように様々な御意見が寄せられております。例えば1つ目の黒丸ですけれども、ベンチマークの目的は「病院が高みを目指すこと」「改善に向けたモチベーションを高めること」であるという目的についての御意見や、「測定方法は統一した方がいいが、精緻化を図る必要はない」という手段に関する御意見が届いております。また、2つ目の黒丸では、何のために質指標を測定するのかという基本的な議論が不十分であるという御指摘、あるいは、3つ目の黒丸として、管理者が自院の状況を把握し、イメージを共有する方法としてベンチマークが必要であるという御意見など、多様な御意見が既に届いているところでございます。

なお、ベンチマーク評価について御議論いただくに当たりまして、認識を共有いただくために参考資料1を御用意いたしました。こちらは、各病院団体がお取りまとめたいただいた報告書の中のグラフや図表を引用させていただいたものです。既に各団体でお取り組みのように、参加施設のデータを集約、加工して、全体分布の中で自院の位置づけを把握したり、あるいは中央値などの統計値と自院の実績値の乖離から自院の立ち位置を把握する、そのような活動をベンチマークと捉えているところでございます。

また、参加施設間で情報を活用するという前提であり、広く社会に情報を公表することとは議論を区別したいと考えております。あくまでも参加施設間での活動を想定しているところでございます。

そのような前提の下で、本日は、ベンチマーク評価の目的や当事業における取扱いについて御意見を頂戴したいと思います。

まずベンチマーク評価の目的ですが、先ほど既に御覧いただいたように、自主的な質改善活動のさらなる充実を図ることが大きな目的と考えました。そして、具体的には、自施設の位置づけを把握し、改善に向けたモチベーションを高めること、高いパフォーマンスを発揮する他施設の取組を知る契機とすること、管理者が自院の立ち位置を把握するなど、自院の組織に関するガバナンスやリーダーシップを強化すること、これらがベンチマークの目的と捉えてはど

うかと考えました。

その上で、当事業において、御覧のような取扱いにしてはどうかと考えております。1つ目ですが、ベンチマークに参加する施設は、可能な限り測定方法は共通化する。そして、測定方法を共通化するに当たりましては、現在検討中のガイドに準拠した指標に関して提供することができるのではないかとということです。また、当事業におけるベンチマークの位置づけですが、PDCA事業の一環として、PDCA事業に参加した施設間での情報の活用を図ってはどうかと考えております。ちなみに、PDCA事業とは、先ほどの中間取りまとめにもありましたように、まだ質指標を活用した改善活動に取り組んでいない病院を主な対象として想定しているものでございます。なお、最後の点ですが、留意点として、病院のランキングではないということを強調したいと思っております。

本日は、以上のような目的や取扱いについて御意見を伺い、議論を深めてまいりたいと考えております。また、この議論は、ガイドの作成においても参考にさせていただきます。

最後に今後の予定でございます。Q I コンソーシアムを年度末に開催するほか、標準化・公表のあり方検討や、議題1、議題2で御報告したパイロット、ガイドの作成などについて、いずれも今年度内の成果物作成に向けて作業を進めてまいります。

説明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 ありがとうございます。

昨年からテーマを決めて標準化に関する議論を進めてまいりましたけれども、本日はベンチマークについての御意見を頂戴したいと存じます。ベンチマークについては、既に各病院団体で取り組んでおられますので、共通理解はいただいていると思っておりますけれども、参考資料1にありますように、全体の中での自院の位置づけを確認し、さらなる改善につなげていくための活用方法と捉えております。

また、公表の議論とは少し区別したいと存じます。ベンチマークは参加施設によるクローズドな中での情報を扱うものに対しまして、公表は広く社会一般に向けて情報発信を行うということになります。本日の議論は、まずはクローズドの集まりにおけるベンチマーク評価に焦点を当て、公表につきましては、また改めて議論をしたいと思っております。

事務局の御説明いたしましたベンチマークの目的や取扱いにつきまして、御質問、御意見をいただきたいと存じます。

なお、今日、参考資料1として出しております資料は、各団体が団体として公表しているものから取っております。例えば我々国立病院機構では、外部にはこの形で公表しておりますけ

れども、当然各病院に対しては、自院の位置が分かる病院間の比較可能な形でフィードバックをしておりますので、本日の参考資料1だけのものではないということは十分認識した上で、ベンチマークにつきまして御議論をしていただければと思いますので、よろしくお願ひいたします。いかがでしょうか。

○原委員 原ですが、よろしいでしょうか。

○楠岡委員長 原先生、お願ひいたします。

○原委員 この32ページに書いてあります目的の3項目ですけれども、これは本当にそのとおりだと思います。そして、実際ベンチマークの各病院のデータを見ていますと、結局その指標の行き着く先はどのレベルなのかなというのが大体見えるような感じがするんですね。ですから、そういう実際の目標値というか、最終的な目標値というのも、ベンチマークをやることによって見えてくるのではないかなというのが、私のこれに付け加えるとすれば印象です。

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でしょうか。

○桜井委員 すみません。桜井なんですけれども、1つお聞きしてもよろしいでしょうか。

今見せていただいていた32ページのベンチマーク評価の目的のところなんですけれども、1ポツ目のところの自施設の位置づけを把握するということは、先ほどの参考資料の方でお示しいただいたように、ほかの病院間との比較等々をすることで、自分の施設の患者ニーズ的なものが何となく見えてきたりというようなことを具体的には意味していらっしゃるのでしょうか。その部分だけ教えていただければと思います。

○事務局 御質問ありがとうございます。

参考資料1にございましたとおりに、様々な指標が設定されておりますので、そのパフォーマンスがすごくよい病院もあれば、まだまだの病院もあるということで、そのようなパフォーマンスが自分たちの病院はどのレベルなのか、どのぐらいの立ち位置なのかということを知ることによって、もう少しこの部分を頑張ろうとか、この指標は大変よくできているからこれを維持しようとか、そういった解釈をしながら質改善につなげていくという使い方、解釈の仕方を想定しております。

○桜井委員 分かりました。そうすると、自院の中の課題を見つけるというような意味合いのほうが大きいということですね。

○事務局 課題を見つける、あるいは、その後の改善活動の成果をここで確認するという使い

方だと思います。

○桜井委員 分かりました。ありがとうございます。

○楠岡委員長 ほかにいかがでしょうか。

松原委員、どうぞ。

○松原（了）委員 ベンチマーク評価の目的の3つの黒丸の中の最後の部分で確認といいますか、組織の質に関するということで、組織というのは病院のことを意味しているのだろうかということですね。その次に、管理者のリーダーシップというのは、恐らく病院管理者で、一般的な理解でいくと医療を提供するトップである院長という理解でよろしいのでしょうか。特に組織というのがちょっと分かりにくいので、解説していただければありがたいです。

○事務局 御指摘ありがとうございます。

3番目の黒丸の趣旨でございますが、病院の管理者などが、自院で提供している医療はどういうレベルにあるだろうかということを指標、数値で確認し、あるいは、それが同じような機能のほかの病院と比べてどうなんだろうかということを確認する。それを踏まえて、次なる対策としてどこに力を入れていこうかという方針を示すうえでリーダーシップ、ないしは、質をもっと充実させるために組織をまとめていくガバナンスを発揮する上で、このベンチマークを使うということを想定しています。

○楠岡委員長 よろしいですか。

○松原（了）委員 すみません。ちょっとまだ、特にやはり組織の質に高するガバナンスというのは、そこで提供している医療の質を高めるための組織の在り方ということになるのか。ちょっとその辺りが大変理解が悪くて申し訳ないんですけども、ガバナンスといいますと、一般的にいうと組織の統制というような話だけれども、それは多分、医療に関して言うと、最上の医療を提供するために、どのように組織を導くかというような理解なんだろうと思うんですけども、それと管理者のリーダーシップという概念の差異が私はちょっと理解ができないので、改めて御説明いただけたらと思いますけれども。

質問の意味がちょっと分かりにくいかもしれません。特に、やっぱりガバナンスというのがどのように医療自体の質と関わってくるのかなというような意味で御質問しているんですけども。

○楠岡委員長 このガバナンスというのは組織のガバナンスであって、そのガバナンスの対象として質があるということで、組織の質というもののガバナンスとはちょっと違うと思います。言い換えると、組織における、質のガバナンスという捉え方になるのではないかと思います。

それでよろしいですか。

質のガバナンスということに関して強化するという意味なんですけれども、文章がこのままだと、何か曖昧な表現なので、組織の質を対象としたガバナンスというふうに捉えられてしまうと、組織の質とは何ぞやという、違った方向に行ってしまう可能性があるので、表現はもう一度工夫させていただきたいと思います。それで分かりますでしょうか。

○松原（了）委員 ありがとうございます。できれば少し表現を、もう一層分かりやすくしていただければと思います。どうもありがとうございました。

○楠岡委員長 分かりました。

○事務局 承知いたしました。

○楠岡委員長 ほかにございますでしょうか。

○福井委員 よろしいですか。今の楠岡先生がおっしゃったことと同じになるかも分かりませんが、これは、医療の質を改善するために組織をどうやって動かしたらいいかという、そういう意味の言葉だろうと思っています、あのガバナンスというのは。つまり、一人だけだと分からないんですね、自分の行っている診療の質、医療の質というのは。ですから、組織を動かさないと改善できないということもたくさんありますので、恐らく医療の質を指標に、組織の管理運営をどうするかという、そういう意味ではないかなと思いました。

以上です。

○楠岡委員長 まさにそのとおりです。ありがとうございます。

ほかにございますでしょうか。よろしいでしょうか。

そうしましたら、いろいろ御意見をいただきましたので、御指摘の点について修正してブラッシュアップしていきたいと思います。

ベンチマークに関しましては、今日の議論を一つの段落といたしまして、次回におきましては、公表の議論になるかと思いますが、公表に関しましては前回からもいろいろ御意見をいただいておりますので、事前に厚生労働省とも調整した上で、御議論いただきたいと思っております。そのような形で進めさせていただくということで御了承いただければと思います。どうもありがとうございました。

それでは、議題4のその他であります。これに関しまして御説明をお願いいたします。

○事務局 その他について御報告申し上げます。

厚生労働省の検討会におきまして、当事業に対する御意見、御要望がございましたので御報告いたします。

厚生労働省の検討会に、医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会がございまして、当事業についても、この検討会で議題となっております。第17回検討会が6月24日に開催され、当機構の亀田理事がこの事業の説明を行いました。そうしましたところ、構成員から御覧のような御意見がありました。

1つ目は日本歯科医師会からの御意見で、医科の質向上に歯科も貢献できる。協議会への参加を検討していただきたいというものでございます。もう一つは保険者からの御意見で、諸外国のように医療機関ごとの可視化を進めてほしいという趣旨の御要望でございました。これらへの対応方針につきまして、御意見がございましたらお願いいたします。

報告は以上でございます。

○楠岡委員長 先日開催されました厚生労働省の検討会で、今事務局から示しました2つほど御意見、要望があったということでございます。

まず歯科に関してでございますけれども、歯科の領域に関しましては、まだ我々のほうも具体的に何か手法を持っているわけではありませんので、まずこの協議会の趣旨につきまして、歯科の方々に御説明し、御理解いただく必要があるかと考えております。そこで、まずは事務局から先方にコンタクトを取っていただき、説明した上で、改めて相手方の御意見を踏まえて、協議会にて、あるいは厚生労働省とも相談した上で方針を決めたいと考えております。

また、2点目の公表につきましては、先ほどの議論等ありましたように、今後扱う論点でありますので、このような意見を踏まえた上で今後の検討を進めていきたいと考えております。

歯科のほうからの御要望、あるいは公表に関する論点に関しまして、今申し上げたような形で進めたいと思っておりますけれども、何か御意見ございましたらお願いしたいと思っております。いかがでしょうか。

どうぞ、松原先生。

○松原（了）委員 済生会です。

このページの2点目の、特に可視化を速やかにということなので、大変希望という意味では分かるんですけども、医療機関ごとのどのような指標をどのように可視化していくかということについて、まだ合意ができていないと思うんですね。なので、これ、提言とか希望という意味でしたらばいいんですけども、これを何か基に急ぐとかいうことになると本末転倒するのではないかというふうに思いますので、よろしく申し上げます。

○楠岡委員長 その点は、前回までもいろいろ御意見いただきましたので、そこをしっかりと踏まえて進めていきたいと考えております。

ほかにございますでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、この2点に関しましては、今申し上げたような方針で進めたいと思いますので、御了承いただいたこととさせていただきます。

あと、先ほど福井先生からお話がありましたけれども、この事業と密接な関係があります、厚生労働科学研究班として福井先生が代表をされております医療の質評価と医療情報の提供に関する調査研究が行われていると聞いております。これにつきまして、よろしければ福井先生に御説明をお願いしたいと思います。どうぞよろしく願いいたします。

○福井委員 先ほど事務局から説明がございましたように、この医療の質向上のための協議会では、主として今まで医療の質指標の測定と、それをを用いた改善という活動に参加してこなかった医療機関を対象とすることになったと伺っています。私たちの研究班では、厚生労働省の医療の質の評価・公表等推進事業で、2010年から9年間にわたって、9つの病院団体が医療の質指標の測定と公表を行ってまいりました。この9つの病院団体、日本病院会、全日本病院協会、国立病院機構、全日本民主医療機関連合会、全国自治体病院協議会、恩賜財団済生会、日本慢性期医療協会、それから労働者健康安全機構、日赤ですけれども、これらの団体内で既にクオリティーインジケータ、医療の質指標を測定、公表してきた病院が約1,000ほどあります。つまり、八千数百ある病院のうちの1,000程度の病院は、既に医療の質指標を測定して公表するという事業を行ってきておりますので、私たちの厚生労働行政推進調査事業費という研究費を頂いている研究班では、そのような、今まで既に医療の質指標を測定して公表してきた病院を対象に、データを集めるということを考えております。

以前の私たちの研究班で、全国の病院が将来、医療の質指標を測定するであろうと想定して、共通Q Iセットというものを提言してきております。23種類、36の指標から成りますが、今回は、これらの23種類、36種類に加えて、先ほどまさに進藤先生が質問されたことに直接関わるんですけれども、患者経験価値（ペイシェント・エクスペリエンス、PE）と、患者アウトカム尺度（ペイシェント・リポーター・アウトカム・メジャー）など、既に開発されている指標の中から幾つか加えて、できましたら15か20項目程度にしたいと今のところは思っています。研究班の班員の先生方の意見を伺って15から20項目程度に絞った上で、これまで既に質指標を測定、公表してきた病院に測定をお願いできないかと考えています。そうして、1,000病院程度の数値をまとめて、それをフィードバック、要はベンチマーキング的な活動になりますけれども、それを行って改善するというのをやっていただけないかということが、この研究班の2つの目的のうちの1つになっています。2年間の研究を行わせていただけることになってお

りますので、我々としては、今まで既に測定、公表経験のある病院を対象にしたプロジェクトとして、この研究班を2年間動かしていきたいと思っています。

したがって、この医療の質向上のための協議会では、今までどちらかという医療の質指標の測定と公表を行う機会のなかった病院を、この事業に引き入れて、できるだけ早い時期に八千数百ある病院全体で医療の質を測定、公表して、患者さんは見ようと思えばいつでも見ることができるとい状況になればいいなと思っています。

以上です。

○楠岡委員長 どうもありがとうございました。

今の福井先生のお話、何か御質問等ございますか。よろしゅうございますか。

どうぞ、矢野先生。

○矢野委員 日赤の矢野ですけれども、御説明ありがとうございました。

具体的に1,000ぐらいの病院が実際に指標を測定し、公表しているということでしたけれども、例えば本部がある病院、赤十字もそうなんですけれども、本部が指標を計算していますというところがあって、赤十字病院一つ一つは自分たちでそういう指標を出せるかどうか、ちょっと不安な面があります。でも実際、我々が目指しているのは、それぞれの病院が本部に頼らずできるようになることなのかと思っております。そういう形で進めれば、本当に8,000の病院もいずれ対象になるんじゃないかと思いました。ただ、本部頼りの病院も幾つかあるものですから、その辺だけコメントさせていただきました。ありがとうございました。

○福井委員 ありがとうございます。

先生がおっしゃった点はかなりクリティカルなところだと思います。我々は、小さな研究班で、研究費は1年間に380万円ほど頂いているんですが、直接、我々研究班から1,000近くの病院全てにアプローチできるのか、それとも、9つの病院団体の本部に相談をした上で、どうすれば最も効率的に負担が少なくデータを集められるのか、今相談をしているところでございます。病院団体の先生方にいろいろ相談させていただくことになると思いますので、その折にはどうぞよろしく申し上げます。

○楠岡委員長 分かりました。ありがとうございます。

この協議会のメインメンバーである病院団体は、まさに今、福井先生がおっしゃった、今までの事業に参加したところ。また、この協議会にはそれぞれの団体の、特に医療の質改善に関する経験をお持ちの方に御参加いただいておりますので、今、福井先生から直接お話を聞かれたので、もしそれぞれの団体の事務局から御相談がありましたら、今のような趣旨である

ことを踏まえて、いろいろ御協力いただければと思いますので、よろしく願いいたします。
福井先生、どうもありがとうございました。

そうしましたら、本日用意した議題は以上であります。本日全体を通じまして何か御意見、コメント、ございますでしょうか。

あと、突然で申し訳ないんですけども、厚生労働省医政局の方、本日の議論をお聞きいただきまして、今後我々の方で進めていくことに関する何かアドバイスなりあればと思いますが、一言よろしいでしょうか。

○厚生労働省医政局眞中総務課長補佐 医政局総務課、眞中でございます。本日はお忙しいところ、先生方、ご議論どうもありがとうございました。

本日、ベンチマーク指標について議論をいただき、今後は公表の在り方というところの観点から引き続き議論をいただくものというふうに聞いておりました。この事業に関しては、国民や患者さんに対して適切な医療機関の選択に資する医療の質に関する情報を公表するということから議論をしていただいているところですが、先ほど松原先生からも御意見があったように、単純に指標を公表することが、患者さんや国民の医療機関の選択に資するのかどうかという観点も含めて、公表の在り方について、この検討会のほうでしっかりと議論をいただき、患者さんや国民に適切な情報というのを提供していきたいと思っておりますので、今後とも御議論、御指導のほど、いただければと思います。

本日はどうもありがとうございました。

○楠岡委員長 ありがとうございます。突然に発言をお願いいたしまして恐縮ですが、ありがとうございました。

ほか追加で御意見等ございますでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、本日の協議会はこれにて解散、終了とさせていただきます。

長時間にわたりまして、いろいろ活発な御議論をいただき、また貴重な御意見をいただきましてありがとうございました。

これで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