

第8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11月11日(木)

公益財団法人日本医療機能評価機構

○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8回運営委員会を開催いたします。

本日は、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。

最初に資料の確認をさせていただきます。資料は、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。ファイルとしては3種類ございまして、統合版として1つのファイルにまとめた本体資料、資料3-2（福井委員提供資料）及び資料3-3（厚生労働省提供資料）となっております。加えて参考資料が2種類、その他資料が3種類となっております。

それでは、画面を共有いたします。

本日の出欠状況は御覧のとおりでございます。9番の日本医師会、橋本委員が本日御欠席でございますが、橋本委員からは意見書をお預かりしております。

また、関係者の出席状況でございますが、部会からQ I活用支援部会の尾藤部会長、Q I標準化部会的場部会長が出席しております。厚生労働省からは、本日は眞中補佐、三山補佐に御出席いただく予定でございますが、少し遅れているようでございます。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。

本日の議事次第は、御覧の4点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。亀田先生、お願いいたします。

○亀田理事 皆様、おはようございます。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。

本日は御多用の中、第8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。

さて、2010年度より9年間にわたり、当事業の先行事業である医療の質の評価・公表等推進事業が、厚労省の支援の下、全国の各病院団体において取り組まれてきました。本事業は、2019年度より、その成果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、日本医療機能評価機構が実施主体となって進めている事業です。

幸い、厚生労働省、各病院団体はじめ関係各位の温かい御支援の下、コロナ禍においても着実

な活動を続けることができいております。

本日は、これまでの協議会の御議論に基づいて行われている各作業の進捗状況を報告し、そのレビューを受けるとともに、継続的課題である医療の質指標の標準化・公表のあり方についての御議論を進めていただくこととしております。各国にも共通する難しいテーマではありますが、楠岡委員長の下、闊達な御議論を賜りたく、よろしくお願い申し上げます、御挨拶とさせていただきます。よろしくお願い申し上げます。

○事務局 以降の進行を楠岡委員長にお願いいたします。

○楠岡委員長

それでは議事次第に沿って進めたいと思います。

まず「議題1：モデル事業（パイロット）の実施状況について」事務局から、資料を説明してください。。

○事務局 事務局より御説明申し上げます。

パイロットの実施状況ですけれども、現在、パイロットの工程のうち中間報告会の実施及びモニタリングシートの提出依頼を行っているところでございます。

参加病院は御覧の23病院でございます。

中間報告会のプログラムについて御説明申し上げます。中間報告会は2時間のプログラムで、各病院からの改善活動の報告を行うセッションと、共通的な課題について意見交換を行うディスカッションの2部構成でつくっております。現在、脳卒中グループ、糖尿病グループを終えまして、明日、THA・BHAグループについて開催いたします。

既に終了しております脳卒中グループの報告会のディスカッションや終了後のアンケートから、スライドのような課題、要望が挙げられましたので御紹介申し上げます。例えば課題ですと、改善活動の周知が院内にされておらず、チーム以外の協力が得られにくい、データ登録の誤りや算定漏れが発見された、担当部署からデータを提供されたが、知識が乏しく、データが示す意味が理解できず対応に苦労したなどの課題をいただきました。また、改善活動の要望といたしまして、病院の管理者層の皆様に対しては、Q Iの活用を各部署へ働きかけてほしい、質改善の部署を設立してほしいなどが挙げられ、協力団体、評価機構へは、データ集計の一元化や経済的なインセンティブへの働きかけ、改善事例の共有などの要望をいただきました。

糖尿病グループにつきましては課題のみになりますが、人員不足による時間確保の困難や特定のスタッフへの負担増などの課題を挙げていただきました。

こちらのスライドは、脳卒中グループ7病院を対象にした事後アンケートの結果をまとめた

ものですが、おおむね満足という評価をいただいております。

あわせて、コンピテンシーにつきまして、春に実施いたしましたキックオフセミナーからの変化を示したものでございます。コンピテンシーの一覧につきましては、次のスライドにお示ししておりますが、全21項目でございます。こちらの結果について、多くの要素で評価が低下している状況が見受けられました。先ほど御紹介しました事後アンケート及びこのコンピテンシーにつきましては、先週行いました糖尿病グループと、明日行うTHA・BHAグループの結果も含めまして、改めて御報告申し上げたいと考えております。

事務局からの説明は以上になります。

○楠岡委員長 部会長の尾藤先生からコメントをお願いできますでしょうか。

○尾藤部会長 よろしくお願ひいたします。

今、事務局から報告しましたように、現在、脳卒中グループ、そして糖尿病グループの中間報告会を行いました。このコロナ禍の中で、大変お忙しい、あるいは病院としても制限がある中で、全ての参加施設の方々が大変熱意を持って、この質改善の御努力と、そして実績も上げていらっしゃるっており、我々としては大変感銘を受けております。

その中で、やはり疾患テーマ別に、それぞれやはり抱えている問題点だとか、今後PDCAをやっていく上で解決していくべき課題などについて病院間で議論が行われましたので、簡単に御説明いたしますと、まず脳卒中グループに関しては、やはり多職種のチームがしっかり一枚岩になっているということと、そしてあとは、急性期の医療からリハビリテーションという流れにかけてのスムーズさですね。その中での役割の変化、こういうようなものがやはりテーマになっておりました。

もう一つ、糖尿病のチームに関しましては、医師、栄養士が中心となりながら、多種の5つのインジケーターをどうやってパフォーマンスを一定化させるかということだったのですが、糖尿病のグループは、やはり専門医以外の医師のクオリティーコントロールということをどういうふうにやっていくのかということが結構話題になりまして、やはり閉じたグループ、病院の中でも専門グループの中だけではきっちりできるんだけれども、じゃ、ほかの内科医の先生方がしっかり糖尿病の質をある程度担保してやっていく上で、どういうふうに病院の中で周知していくかだとか、そういうようなことがテーマとして挙げられました。やはりこういうところは本当に医療の内容そのものになるので、このような形で、いろんな病院が医療の内容そのもので横のつながりでディスカッションできたということ、そして、越えるべき壁や、その壁を越えていく上で、ほかの病院さんがどういう工夫をされているのかということを実際に協

議できたということは、大変貴重な経験だったと感じております。

私からは以上でございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ただいまの事務局からの報告並びに尾藤先生からの報告に関しまして、何か御質問、御意見
ございますでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、次の議題2に進ませていただきます。

各部会の検討状況でありますけれども、まず1番目の事例収集の検討につきまして、事務局
から報告をお願いいたします。

○事務局 事務局より御報告申し上げます。事例収集の検討についてでございます。

いまだ質指標を活用した改善活動に参加していない医療機関の皆様に対しまして、質を測る
意義等を理解いただくために、好事例を収集し共有することが重要であると本会において提起
され、事例の共有について対応方針を検討することとなっております。こちらにつきまして、
現在Q I活用支援部会で検討を進めております。

先般行われた部会におきましては、医療安全に関する事例、患者の意見が取り入れられた事
例、多職種チームで改善が進められた事例などのテーマが挙げられました。また、事例につ
きましては、各協力団体様からの御紹介のほか、関係者からの御紹介や、当機構の行う病院機能
評価の認定病院などから収集してはどうかとの意見が挙げられております。こちらにつきま
して、引き続き部会の中で検討を進めてまいりまして、12月中旬をめどに各協力団体様に事例の
提供について御相談をする予定でございます。

事務局からは以上になります。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

部会長の尾藤先生のほうから追加ございますでしょうか。

○尾藤部会長 私からは追加はございませんが、こちらにつきましては、本当に今後本格的に
ということをご予定しております。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

それでは、続きまして2番目のガイドの件につきまして説明いただき、御意見等は後にまと
めてお受けしたいと思います。

それでは、まず事務局からガイドについての説明をお願いいたします。

○事務局 それでは、医療の質指標開発・保守ガイドの検討状況を御報告申し上げます。

まずガイドの概要でございますが、御覧のように、本会の意見を踏まえて、Q I 標準化部会にて医療の質指標開発・保守ガイドの骨子を検討し、委員長へ御報告の上、現在、部会員にて執筆作業を進めているところでございます。

ガイドの内容ですが、目次は御覧のとおりです。全体で4章構成としておりまして、第1章では事業の概要について、第2章、医療の質指標の基礎知識、第3章では医療の質指標の望ましい要件、そして第4章、医療機関における医療の質指標の運用についてと、このような構成で今進めているところでございます。

執筆に当たりましては、御覧のように各項の狙いを示し、それに沿って標準化部会員で分担して執筆しております。

原案の完成は11月末を予定しております。その後、協議会委員の先生方にもレビューいただいて、最終的には3月末までに初版を完成させる予定でございます。協議会委員の先生方へのレビュー依頼は12月中頃を予定してございます。御協力のほどよろしくお願い申し上げます。

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。

それでは、部会長の的場先生のほうから補足がありましたらお願いいたします。

○的場部会長 ガイドの進捗につきましては、今、事務局より御説明いただいたとおりです。部会といたしましては、1章、2章、4章をメインでディスカッションしていただくワーキングと、それから3章メインでディスカッションしていただくワーキングと、部会をさらに2つのワーキングに分けまして、それぞれ集中的な議論をさせていただいているところでございます。特に3章を議論するような選定に関わるワーキングでの議論としましては、現在、尾藤先生のほうでやっておりますパイロット事業で選定したような、指標の今後の評価をどうするかというようなことですか、あるいは今後、この事業として次のテーマなどを定めていったときに、どのように指標を選定していくのかというような点を併せて議論するという形で議論をしていきまして、その結果を基に3章の内容を固めていくと、そのようなステップで進めているところでございます。

原稿は、現在30ページから40ページぐらいを想定して執筆のほうを進めておりますので、また部内での議論が終わりましたら先生方に見ていただきまして、御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申し上げます。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

それでは、最初の事例収集の件、それからただいまのガイドの件につきまして、御意見、御質問がありましたらお願いしたいと思います。

矢野先生、どうぞ。

○矢野委員 ありがとうございます。

最初のほうの事例収集のことでお聞きしたいのですが、いわゆる団体を通して事例を集めるというのがありましたので、これは質問というより希望です。団体を通して病院に流すわけですが、どういった事例を選べばいいかというのが分かりやすいような例を挙げていただければ、我々が病院から質問を聞いていろいろやり取りするよりも、直接病院へ投げて、こういった症例を挙げればいいのだというのが分かるような形にさせていただくという要望です。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。

ほかにごありますか。

松原委員、どうぞ。

○松原（為）委員 民医連の松原です。

改善事例ということで、年単位の報告の中でフリーテキストで各事業所から頂いていたわけなんですけれども、概要というか、実際のそこの中のプロセスのどの部分がやっぱりキーになって、改善しているかというのは、なかなかそれだけでは分かりにくい。やはりちょっと報告会等で、このベンチマーキングという形での詳細報告をいただいて、初めてこなせるという、そういった経験はやっぱりしてきていますので、事例収集の場合に何らかの形でそれ自体が改善に結びつけられるような、ネタとして使えるような、そういった報告様式というのを御検討いただければというふうに思います。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございました。

では、吉川委員、お願いいたします。

○吉川委員 ありがとうございます。

ガイドと事例収集のことですが、ガイドで今考えられている目次に関しては、本当に基本的なところだと思いますので、こちらに関しては指標をどのようにつくっていくのかとか、そのときの考え方というところで基本的なところは良いと思いますが、PDCAサイクルを回して改善活動につなげていくといったときには、今後事例で集めたものをこの中に組み込んで、一つのやり方の提示という形でつくっていくのかどうかということについて教えてください。

というのは、結局、改善活動に結びつかないと、指標を幾ら立てても、どこのところに問題があって、どこを改善していかなければいけないのか、また改善の方法を考えていかなきゃいけないのかというところにつなげないと質の改善が非常に難しいと思います。このガイドは、本当に指標の策定や質改善をどう考えるかといった、基本的なところになると思うのですが、その実際のところに関しては、どのように今後示していこうと考えられているのでしょうか。

○楠岡委員長 ありがとうございます。ガイドと事例収集、どう連携させるかというところになってくるかと思うんですが、事務局のほう、お願いいたします。

○事務局 御質問ありがとうございます。

御指摘のように、ガイドは質指標に関する基本的な考え方を主体としておりまして、その指標の計測結果を踏まえてどのようにPDCAを回していくかというのは、別途ツールキットとして様々な資料を準備する予定です。その中の一つに、好事例集も入るであろうと考えておりますので、それらを全部組み合わせて、指標の計測から、その後のPDCAまで、どのようなやり方をするのかを示す資料が一連のものとして分かるように、ツールキットの中で、様々なワークシートやマニュアル等を示していきたいと考えているところでございます。

○吉川委員 ありがとうございます。分かりました。

事例集、先ほど矢野委員もおっしゃっていましたが、団体のほうに聞いてくださることなので、ぜひ本会のほうにもお願いしたいと思います。かなり事例を持っておりますので、よろしく願います。

○楠岡委員長 こちらこそよろしく願います。

ほかに御意見。

原委員、どうぞ。

○原委員 事例収集の方法に関してですけれども、この大きな目的が、今までこういう臨床指標などをやってきていなかった病院にどう興味を持ってもらって参加してもらおうかということなので、今ここに書いてある、例えば例は医療安全とか患者の意見を取り入れられたとか、多職種チームとか、本当にいいタイトルだと思うんですけれども、今までそういったことに興味を示してこなかったところに興味を持ってもらうためには、もう少し別な視点、例えば病院の経営に関する視点ですとか、何かそういうものが入れられないかなと思ったんですけれども、この辺に関してはいかがでしょうか。

○楠岡委員長 事務局、いかがでしょうか。

○事務局 御意見ありがとうございます。

経営の視点が必要だというのは、かねてより協議会から御指摘いただいているところでございます。ただ、事例を収集するに当たりまして、経営改善した事例をお示しくださいという呼びかけがうまく通じるかどうか、どのような形でお示ししたらいいのかというのは、こちらで検討させていただきたいと思っております。大事な視点であるということはしっかりと受け止めているところでございます。

以上です。

○原委員 よろしくお願いたします。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

今の経営の問題ですけれども、病院全体の経営とかいう大きなものはなかなか難しいんですけれども、国立病院機構の事例ですと、QC活動の中で、医療廃棄物の分別をしっかりとやって出す量を減らすというようなことで、年間の医療廃棄物の経費を、そんなに大きくではありませんけれども若干でも減少させたというような、そういう事例も出ております。そのようなものを積み上げれば、当然病院全体としても改善していくと思しますので、そういうようなものも含めるという方向でも考えていければと思っております。

ほかにございますか。

福井委員、どうぞ。

○福井委員 改善について、テーマにもよりますが、患者さんの診療と、そのアウトカムに関しては、一人一人の医師の行動を変えるのが最終的なポイントですので、一つの例ですけれども、糖尿病について、全患者のヘモグロビンA1cの平均値と、医師ごとの平均値を出して、それをフィードバックするだけで物すごく良くなりました。ヘモグロビンA1cのレベルが高いということ認識してもらっただけで、またほかの医師と比べることができれば、それだけで、第1段階としては良くなりました。

第2段階では、糖尿病の専門医以外の医師が主として対象ですけれども、やはり勉強会にちゃんと出してもらうということをやっ、それから第3段階が、ヘモグロビンA1cのレベルが8だったか、8.5以上だったかの値が半年以上続いている患者さんの受持ち医を一人一人呼び出して、私からフィードバックしました。そうすると、あっという間に改善しました。したがって、誰かが診療内容とアウトカムを見ているというメッセージと、具体的にどうしてほしいということを明確に個別に伝えない限りは、なかなか総論的なことを言っても良くならないんじゃないかというのが私の結論です。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。その点は、また検討の中に入れさせていただきたい
と思います。よろしく願いいたします。

ほかに御意見ございますか。よろしいでしょうか。

それでは、ただいまいただきました御意見を反映させて、ガイド並びに事例集の収集につ
きまして進めていきたいと思ひます。御協力をお願いする点、多々あるかと思ひますが、その際
にはどうぞよろしく願いいたします。

それでは次、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、まず資料の説
明をお願いいたします。

○事務局 事務局より御説明を申し上げます。

23ページ目を御覧ください。

初めに、これまでの議論の経過について振り返りを含めて御説明申し上げます。

これまで3回にわたり、医療の質指標等の標準化について御議論を重ねていただきました。
上の枠にお示ししますとおり、先行事業において、質向上に向け、医療の質指標を活用するに
は、質指標そのものの標準化が必要ではないかといった問題提起がなされ、本事業において議
論を深めることが実施要綱に定義されております。

一方、標準化と称し質指標を固定化することは、これまでの医療機関等の努力に影響を及ぼ
すのではないか、質指標それ自体が質を表現するものとはなり得ないなど、本格的な議論を始
める前に、既に多くの御意見を頂戴しているところでございます。

そこで本会では、慎重かつ丁寧な議論を行うためにも、進め方そのものの整理から着手を行
い、4つの視点で議論を進めてまいりました。下にお示しします矢羽根の流れで議論を進め、
前回、ベンチマーク評価まで議論が終了したところです。

本会におけるこれまでの議論の結果は、こちらのスライドでお示ししてございます。昨年度、
第4回から第6回までの議論は、表内の上部にありますとおり、中間とりまとめという形で取
りまとめを行っております。そこでは、質指標を活用した質改善にいま取り組んでいない医
療機関を主な対象に4つの施策を展開していくこと、標準化のあり方の検討について、医療の
質指標の基本的な考え方をまとめたガイドを作成すること、質指標を活用した改善活動の基本
的な進め方をPDCA事業として企画、運営することとされました。また、前はベンチマー
ク評価について御議論をいただき、ベンチマーク評価の目的、本事業における取扱いについて
結論をいただいたところでございます。

25ページ目を御覧ください。

前のページでも少し触れましたが、前回御議論いただきましたベンチマーク評価についてです。朱書きの箇所は文言修正の御指示をいただきましたので、修正案をお示ししてございます。改めて御説明をさせていただきます。

ベンチマーク評価の主たる目的は、自主的な質改善活動のさらなる充実のために行うものであり、具体的な目的は、ここにお示しします3点掲げてございます。

また、ベンチマーク評価の本事業における取扱いとして、可能な限り測定方法は共通化し、P D C A事業においてベンチマーク評価を実施する。その際の指標は、現在検討するガイドに準拠した指標を使用し、また例示指標として広く提供していく。最後に、病院間の比較・ランクづけではないことに留意することとしております。本ページの朱書きの部分については、改めて御確認をお願いしたいと存じます。

事務局からの説明は以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございました。

続きまして、福井先生がこれまで取り組まれました厚生労働科学研究において、公表に関してどのような議論がなされてきたか、福井先生から御報告をいただければと思います。福井先生、どうぞよろしく願いいたします。

○福井委員 それでは、事務局のほうで、申し訳ないですけれどもスライドをお願いしたいと思います。

今回は、2つの研究班、平成28年度の分と29年度の分についてサマライズしたものの報告をさせていただきます。

これは平成28年度のもので、目的のところを見ていただきますと、医療機関におけるQ Iの測定、公表の現状、それから実際に測定されているQ Iの項目。項目は、アウトカムか、プロセスかが主ですけれども、加えて医療の質改善への関わりなどについて、8,000を超える全国の病院にアンケート調査を行って、医療の質評価・公表への取組の状況を知ろうとした研究です。

当時の8,470の病院を対象にアンケート調査を、このときには郵送で行っています。9.5%に当たる805施設から回答が得られました。

左側が、病院が所在する地域の分布を示しています。全国にわたっていると思います。それから、右側の円グラフが病床数の分布でして、100から300床の病院が40%を占めています。

それらの病床の区別に、質指標の測定をしていると答えた病院の割合を示したものが、この折れ線グラフになっています。700床から900床の病院では、このときには数十だったと思

ますけれども、100%の病院が指標を測定していましたが、病床数の少ない病院では、10%、30%というふうに低くなっていました。

指標を公表しているかどうか。ホームページとか冊子、季刊誌などを例として挙げて、公表していますかと聞いたものですが、これもやはり先ほどの折れ線グラフと似ていて、500床以上の病院で公表している割合が高くなっています。

これは、施設名も含めて指標を公表すべきかどうかを聞いたものです。36.9%の施設が、一部または全てを公表すべきと答えていて、公表すべきと答えた病院の54%が、プロセス指標とアウトカム指標の両方を公表すべきと答えていて、アウトカム指標だけという病院が33%でした。

これは、医療従事者と患者さんにQ Iを公表することが影響をもたらすと思いますかと聞いたものです。69%の施設からは医療従事者の診療行動に影響があると答えていて、影響がないと答えた施設が3.7%でした。患者さんの受療行動に影響を与えると答えた施設が71%で、影響がないという施設が3.6%でした。医療従事者と患者さんにQ Iの公表が影響を与えると考えている施設が圧倒的に多かったということになります。

その次のスライドが、そのような影響の中で、患者さんにより影響をもたらすかどうか、悪い影響をもたらすかどうかを尋ねたところ、34.9%の施設からはよい影響、4.8%が悪い影響という答えでした。

その次のスライドを見ていただきますと、指標の公開については、病床数の多い病院、ここでは500床以上の病院の75%が既に測定して公表していました。施設名を含めた公開については、一部または全て公開すべきと答えた施設が36.9%、公開すべきでないという施設が17.1%、2倍以上、公開すべきと考えている施設が多かったということです。

その次ですが、公開すべきと回答した施設の87.8%がアウトカム指標、またはアウトカム指標プラスプロセス指標を公開すべきということで、アウトカム指標につきましては87.8%の施設が公開すべきというふうに答えていました。公開することによって、医療者、そして患者さんへ影響があると回答した施設が多かったということになります。

翌年、平成29年度の研究で、幾つかの切り口で行った研究のうちの一つが、諸外国の医療機能情報提供制度とか医療の質の公開制度について調べたものであります。ここではアメリカ、オーストラリア、イギリス、フランスを対象とした調査結果を簡単に説明させていただきます。

次のスライドは非常に細かいもので、時間のあるときに、場合によっては拡大して見ていただければと思います。

さらに、その次のスライド、アメリカにつきましては、メディケア、メディケイドの制度があつて、いずれかから支払いを受けるためには、参加条件となっている医療の質に関する基準を満たさないと駄目ということになっています。メディケアにつきましては、州の認定機構、またはCMSと言われていますけれども、センターズ・フォー・メディケア&メディケイド・サービスが承認する国の認定機関のいずれかによって3年ごとに審査されて、それなりの質だということを保証しなければならないということになっています。

以上の質に関する共通のインジケータの値は、ホスピタルコンペアのホームページ上で、公開されています。2018年時のアメリカ病院協会でしょうか、アメリカン・ホスピタル・アソシエーション登録病院数が5,564ありましたが、ホスピタルコンペアに参加している病院数は83%の4,624施設でした。ここで提出を求められている共通のインジケータは71項目で、病院ごとのデータも同時に公表されているということです。しかも各病院のデータをエクセル形式でダウンロードすることが可能でした。公開されている、この71項目のうちには、死亡率とか医療安全、再入院率、患者さんの声、治療効果、治療にかかる時間などの効率的な画像の検査の利用などが含まれていました。

その次のスライドが、オーストラリアについてのものものです。オーストラリアでは、Q Iの公開プロジェクト名はマイ・ホスピタルと呼ばれていて、一般にデータが公開されています。この実施機関はA I HWと呼ばれていて、国の機関となっています。このQ Iの測定、公開への参加は任意ですけれども、實際上、多くの病院が参加しています。オーストラリアには1,349施設ありまして、公立と私立が半々とのことですが、このうち75.5%の1,019施設が参加しているということです。共通のQ Iセットとして収集しているのは45項目ですが、病院ごとに公開しているものは6項目ということです。データにアクセスした人がインタラクティブにグラフをつくれるようになっていて、アプリケーション・プログラミング・インターフェースを何か公開しているようです。この共通のインジケータの中には、死亡率、医療安全、再入院率、治療に関わる時間、費用に関する項目などが含まれておりました。

3つ目がイギリスです。御存じのようにイギリスでは全て国立ですので、国の言うとおりに全体が動いているというところでした。全ての病院がケア・クオリティー・コミッションのインスペクションを受けて、病院の質の評価がなされています。調べた当時は、NHS傘下の病院は3,248施設でした。イギリスでは、インジケータの数が多くて、下から2つ目のパラグラフですけれども、363項目で、しかも、それぞれについて病院ごとのデータが得られるようになっているということです。それらのインジケータの中には、死亡率、医療安全、再入院

率などなど、先ほどから挙げているような項目が含まれています。外国では再入院率が重視されているような印象を持ちました。

最後の国がフランスです。フランスでは高等保健庁によって医療の質評価が行われています。高等保健庁が作成したマニュアルに従って機能評価を受けることが義務づけられていて、51の指標については、その結果を高等保健庁に報告するとともに、院内に掲示することが義務づけられているという文章がありました。下から2つ目のパラグラフですけれども、各病院のデータをエクセル形式でダウンロードすることが可能となっています。指標の中には、院内感染、患者さんの記録、麻酔記録、がんのチーム医療、患者満足度、外来施設等が入っているということでした。

最後のスライドが考察です。4つの先進国の調査では、質指標の公開は大規模に国を挙げて行われていて、インターネットから、特に登録も必要とせず、病院ごとの経年データがかなり詳しいものが得られる状況になっています。オーストラリアはそのよい例でして、インタラクティブにグラフで公開されています。3つの国では100以下の指標を共通のQ Iとして測定、公開していますが、イギリスだけが360を超える指標の測定、公開を行っています。オーストラリア、イギリス、フランスでは、国の直轄の事業として行われているというのが実際のところですよ。

私としても、どうにかこれらの4つの国に匹敵するような全国レベルの共通Q Iの測定、公開をしたいと考えて、このテーマにずっと関わっているところです。

以上です。私からのプレゼンテーションは以上で終わります。

○楠岡委員長 福井先生、どうもありがとうございました。我々、これから公表について取り組んでいかなければならないのですが非常に参考になりました。ありがとうございます。

今御質問の手が挙がっておりますけれども、厚生労働省の説明の後でお受けしたいと思しますので、それまでお待ちください。

続きまして、本事業の補助元である厚生労働省から、今回の事業の趣旨、狙い、あるいは公表についての考えについて御説明いただきたいと思えます。よろしく願いいたします。

○厚生労働省医政局眞中総務課長補佐 厚生労働省医政局総務課でございます。本日は、お忙しいところ、お集まりいただきありがとうございます。

本日はお時間をいただき、質指標を用いた質改善活動の取扱いの方向性の考え方だったり、あとは公表のあり方を御議論いただく際に御留意いただきたい点というのを御説明させていただければと思えます。

この医療の質の向上については、これまでも関係者の方々が自主的、主体的に様々な取組を行っていただき、我が国において最良の医療が提供されてきていたと承知しております。医療の質向上のための、この協議会におかれましては、病院団体等におけるこれまでの自主的、主体的な取組を生かしながら、オールジャパンで医療の質向上に取り組む体制を整え、御議論いただき大変感謝いたしております。

国民、患者の意識の変化から医療の質への関心が高まり、医療の質の向上及び質に関する情報の公開が求められております。医療の質に関する情報の公開は、病院団体等によるこれまでの自主的な取組により実施され、医療機関内で質指標の取組が開始されるなど、医療の質の向上に寄与すると考えております。

医療機関の医療の質向上の取組をさらに推進させていくための制度的な対応として、例えば、質指標を活用した質改善活動に関する情報について、医療機能情報提供制度において報告していただくことや、診療報酬によるインセンティブの付与、特定機能病院等が実施している第三者評価への項目への設定等といった方向性が考えられると考えております。

病院団体等によるこれまでの自主的な取組から、国として制度的対応を検討するに当たっては、質指標の測定方法等の共有化、標準化を進める必要があると考えております。

医療の質の評価手法や、その公表のあり方については、関係者間でコンセンサスを得ることが重要と考えており、本協議会がまさにその場になっているものと認識しております。皆様の御議論を踏まえた上で、厚生労働省としても今後の方向性を検討してまいりたいと思っております。

また、資料として用意させていただきましたが、公表のあり方を御議論いただくに際して御留意いただきたい点として、医療広告規制がございます。医療法上の医療広告規制の対象範囲は、患者の受診等を誘引する意図があるかという観点の誘引性と、医療機関の名称が特定可能であるかという観点の特定性、この2点いずれも満たす場合、医療広告に該当するものと判断されます。医療に関する広告については、国民、患者に正確な情報が提供され、その選択を支援する観点から、客観性、正確性を担保し得る情報について、広告可能事項として順次追加してきていたところ です。

医療広告において、治療結果に関する分析の実施等については広告可能とされている一方で、分析結果や調査結果そのものについては客観性の担保が十分でなく、公表後の悪影響等の懸念から、現在は広告可能とされておりません。厚生労働省といたしましては、医療の質向上に係る御議論、状況を注視しながら必要な支援を行ってまいりたいと思っておりますので、今後とも御協

力のほどよろしく願いいたします。

発表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、事務局から残りの資料の説明をいたしまして、その後、全般的な質疑をお受けしたいと思います。事務局から残りの説明をお願いいたします。

○事務局 事務局から追加の御説明をさせていただきます。

本体資料にお戻りいただきまして、28ページを御覧ください。

公表に焦点を当てた議論は本日が初めてとなりますが、これまでの議論において折に触れて御意見をいただいておりますので、ここに整理をいたしました。

公表する際の主な留意点として、数値結果のみでなく、改善のプロセスも一緒に公表すべき。拙速な方法で公開することで医療提供体制に混乱を生じさせないこと。対象とする患者の違いを明確にし、横比較には意味がないことを周知すべき。プロセスが非常に重要であり、結果が問題なのではない。公開して患者が知ることで、改善のスピードを早めることが可能となるなど多様な御意見をいただいております。

29ページを御覧ください。

以上より、本日御議論をいただきたい論点をお示ししております。事業目的である自主的な質改善活動の充実、医療の質を可視化した信頼性の向上に照らし、本事業で検討を予定するP D C A事業（ベンチマーク評価）における公表のあり方について、留意すべき点等について御議論をいただきたくお願い申し上げます。

なお、本議論の結果は公表における本会の考えとして取りまとめるほか、現在検討を進めておりますガイド及びP D C A事業の詳細化に参考としたいと考えております。

事務局からの説明は以上となります。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

これまでの議論の整理、並びにただいま福井先生から御発表いただいた内容、そして厚生労働省からの方針等に関しまして、ある程度方向性を見いだしていく必要があるかと思っております。

まずは、各団体で既にベンチマーク結果の公表が行われておりますし、前回の協議会では、新たに取り組む予定のP D C A事業についても同様にベンチマーク評価に取り組んでいこうということになりましたので、既にある程度御意見はいただいているかと思っております。本日の、さらに一步進んだ公表のあり方につきまして、ぜひ御意見をいただきたいというふうに思います。よろしく願いいたします。

先ほど手を挙げておられた西尾委員、お願いいたします。

○西尾委員 ありがとうございます。日慢協の西尾です。

福井先生のお話、世界的なグローバルな目での御説明、非常にありがとうございました。その中で、特に日本の状態を見ますと、日本はやっぱり病院のベッド数が少ないところが多いので、このように指標を、参加できる項目、ベッド数が少ないところでも参加できるQ Iになっていると思うんですけれども、例えば糖尿病ですと管理栄養士さんと患者さんでやっているかとか、そういう目標設定をやっていると思うんですが、実際にやっていく中で、例えば300床未満だとやっぱり参加しにくい。それはもう各病院でできそうだというところで手を挙げて広げていくという、そういうお考えなのかどうか、ちょっとお聞きしたいんですけれども。

○楠岡委員長 福井先生、お答えいただけますか。どうぞ。

○福井委員 確かに規模の小さな病院は、いろんな意味で不利ですね。仕事量が少し増えただけでもかなりの負担になります。そういう意味では、規模の小さな病院でも測定できるようなものを考える必要もあります。ただ、できるところだけでもやってもらえればいいというのが私の持論でして、医療の質は少なくとも数十項目ないと、全体像はつかめないわけですが、幾つかできるものからやっていただいて、その上で改善に取り組んでももらえればいいんじゃないかと思っています。規模の大きな病院では、一人一人の負担が少ないものですから、やり易いというのも事実だと思います。

以上です。

○西尾委員 どうも、非常に優しいお言葉ありがとうございました。慢性期の病院も、いろいろたくさん取り組めるところと、取り組めないところもあろうかと思しますので、福井先生、いろいろ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。

それでは桜井委員、お願いいたします。

○桜井委員 ありがとうございます。

私から、まず福井先生に1点ほど確認をしたいんですけれども、今回のこのアンケート調査、非常に勉強になりました。同時に、回収率9.5%ということだったんですけれども、これは、先生の感覚として多かったなと思われるか、それとも、9割返ってこなかった、そこにも課題があるのかなと思われるか、ちょっと御感想をお聞きしたいなと思いました。

○福井委員 いずれにしても、これ、物すごくバイアスが入ってしまっていて、この割合を全体に適用することは全くできなくて、どちらかというと、やっているところが答えてくれた割合が

高いと思っていますので、ですから、すごくバイアスの入ったデータということです。ですから、残りが本当に分からないんですね、正直なところ。でも、測定、公開している割合は、答えてくれなかった病院では物すごく低いというふうに考えざるを得ないと思っています。

○桜井委員 ありがとうございます。

そうはいつでも、私、やはり先ほどの福井先生の糖尿病のお話なども含めて、やっぱり診療行動の変化というのは、患者にとっても、あと社会にとっても、やっぱりとても大きなメリットがあると思いました。公表してこそ、まさに質の向上、改善というのが社会実装につながっていくものなんだなということを改めて実感しましたし、医師の技術の向上にも私はつながると思っています。

患者としては、医療機関を選ぶときには、症例数ですとか治療成績とか、このデータだけで多分選ばないんですね。ですので、やはりこうしたデータについては、公表しないほうが混乱させないでいいんじゃないかという議論が必ずいろんなところから出てくるんですが、そうじゃなくて、私はやはり公表するべきだと思っています。

一方で、今、週刊誌ですとか新聞などでは、〇〇ランキングみたいな形で、あっちのほうがもうどんどん出ていってしまっているわけで、もっともっと、この取組に対しての取組自体の啓発とか、国民にもっともっと知ってもらおうことなどの社会啓発などの活動も、私はこういうガイドラインをつくることと同時に何か必要じゃないかなと思っています。

実際、私の周りの患者さんたちに聞いても、「そういえば、うちの病院、やっていたかしら」ぐらいな感じで、あまり何か認識されていないんですね。そういうところで取組、先ほど9割の病院がお返事がなかったというところなんかも含めて、診療報酬上の評価をして、やっているところを高く褒めて伸ばすというか、取り上げていくこととかのほかにも、やっぱりこの社会啓発というところも私はぜひ取り組んでいただきたいなと思いました。

以上になります。

○楠岡委員長 福井先生、何か御意見ございますでしょうか。

○福井委員 よろしいですか。ありがとうございます。

20年以上前から、外国ではこういうQ Iを公開しても、特別に患者さんの受療行動に大きな変化は起こらなかったというデータが出ています。

それから、医師の行動を変えるのは、皆さん、無茶だと思われるかも知りませんが、個別に医師にデータを示せば、絶対に良くなります。ほかの医師と比べて、また自分の病院がほかの病院と比べて、もし数値が低いようでしたら、改善しようというモチベーションが高く

なります。個別にフィードバックして怒った医師は、最初の頃に1人だけおりました。高血圧のコントロールがうまくいっている患者さんの割合を個別に全ての医師について出してもらって、それをフィードバックしていたんですけれども、彼は一番ではなかったんですね。翌年からはずっと一番の値を示しました。公表が患者さんに何かデメリットをもたらしたというのは、過去十何年間かやってきて聞いたことはありません。皆さん、心配されますけれども、大丈夫じゃないかと私は思っています。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ほかに御意見があれば手挙げボタンを押すか、画面で手を挙げていただいても結構ですので、お願いいたします。

松原先生、お願いいたします。

○松原（了）委員 先ほど来、外国の状況をプレゼンテーションしていただきまして、大変進んでいますし、恐らく医療関係者が率先してやってきた結果だと思っております。

それで、今さっき福井先生のお話があるように、20年間も歴史があるところもあって、それによって患者さんにあまり影響はなかったと。受療行動に影響がなかったと、そういうことも学びました。

その制度、各国それぞれ違うと思うんですけれども、これ、義務化されているところもありましたね。義務化されていない場合があるのかどうかということと、何か表現としてはよくないんですけれども、病院が参加しない権利というか、そういうものというのは何かあるんでしょうか。いろんな事情があって、個別でやったら結構あると思うんですよね。だから、そういう事情で参加できない、したくないというのがあったときに、そういうのをどのように考えるのかということだと思いますが、どうも、失礼します。

○福井委員 アメリカでは法律でやれとは言っていません。ただ、やらなければ経済的に不利益になる仕組みをつくっているんですね。インセンティブになるような、そういう仕組みです。一方イギリスは、国営なものですから、決めたことはやらないと駄目というふうに聞いています。ですから、選択肢はない。やるより仕方ないというのがイギリスの事情というふうに聞いています。アメリカは、かなり経済的なインセンティブをうまくつけることによって、実際上ほとんどの病院がそうせざるを得ないように持ってきているという仕組みだと聞いています。それから、オーストラリアでは半分が私立ですので、恐らくかなり自由度がある制度というふうに聞いています。

○松原（了）委員 どうもありがとうございます。日本の場合は、先ほどの国営ではないと

いうのと、非常に交ざった状態なので、そういった特色を考えながら導入しなきゃいけないんでしょうね。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。

ほかにございますでしょうか。

進藤委員、どうぞ。

○進藤委員 全日病の進藤です。ありがとうございます。

ベンチマーク指標について、急性期病院においては、治療効果であるとか死亡率であるとか、そういう指標が大事になるかと思いますが、今後の高齢化社会においては、維持期または緩和ケア等についてはちょっと指標が違ってくるかなと思いますので、その辺御考慮いただくと今後ありがたいなと思いました。よろしくをお願いします。

○楠岡委員長 福井先生、どうぞ。

○福井委員 先生おっしゃるとおりで、特にQOLの測定が、特に慢性期の患者さんなどでは今まで以上に重要になるということで、いろいろな測定方法が今開発されてきていて、それを検証しているというのが実情です。でも、世界中でこういう質問項目、チェック項目でQOLを測ればみんなが納得するようなデータが得られるというふうにはまだまだなっていないのが実情です。そういうQOLも含めまして、おっしゃるとおりで、今まで以上に、我々、どちらかというところ急性期のところが短時間で結果が出るものですから、そこから世界的に手をつけてきているんですけども、やはり慢性期、維持期のところに今まで以上に注力してやっていかなくてはならないというふうには思っています。

それから、すみません。先ほどの松原先生がおっしゃったことで、何がこういうことをやることの最大のインセンティブかということ、やはり医療の質が良くなるということですね。本当にお金ではなくて、医療の質が良くなるし、患者さんにとってメリットがある話なんだということをおもってみんなが理解すると、もっと進めやすいのかなというふうには思いますね。

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。

○松原（了）委員 すみません。また、何か度々出てきて申し訳ないです。先ほど進藤先生がちょっとおっしゃったことで、前から思っていたことなんですけれども、やはり公表のときに病院の性格、先ほどの慢性期か、急性期かとか、あと規模も先ほど出ました。あと、例えばある特定分野に専門性を持ったところとか、いろいろ違いがあるので、そこら辺をグループごと

に発表するのがいいのかどうか分かりませんが、それは十分考慮しなければいけないというふうに改めて思います。

なので、ちょっと先の話になりますけれども、そういうことを考えると、診療報酬である程度引っ張っていくということのほうがフレキシブルというのか、そういう方法もあるのかなど、これは今後の議論で特に大事な問題だと思いますけれども、診療報酬の面というのは、やっぱり欠かせないところがあるのかなという気がいたしました。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。

草場委員、お願いいたします。

○草場委員 北海道家庭医療学センターの草場でございます。

非常に勉強になる内容で、いろんな観点で、グローバルな観点で検討ができるなというふうに改めて感じました。一番私、感じたのは、諸外国では、全ての国がそうではないですが、まずG Pなり総合診療医なりが診察を行う。その上で総合病院の各専門科に紹介を行うという形で、いわゆるゲートキーパーという枠組みが整備されている国も割合ある。恐らくイギリスは基本的にそういう枠組みで行われているので、先ほど言った、公開すると患者さんが来る、来ないに影響するというのは、恐らくG Pの段階で、G Pがある程度セレクションをかけながら適切に紹介するという形なので、日本と恐らく現状が違うのかなというのをちょっと感じて見っていました。

ですので、今回のこういう情報ということに関しては、私自身も今、診療所で働いていますが、病院に紹介をする立場の医師というか、日本だとかかりつけ医という形になってくるかと思いますが、恐らくそういう医師がこういう情報を解釈して、その解釈した上でいわゆる専門家を選ぶというプロセスになるのかなと思ひまして、住民向け、患者さん向けだけではなくて、いわゆるかかりつけ医向けの非常に貴重な情報になるんじゃないかなと感じました。諸外国では、そういう観点で、こういう指標というのがG Pとか家庭医に使われているのかどうかというのを、ちょっともし何か情報がありましたら教えていただきたいなと思ったんですけれども、いかがでしょうか。

○楠岡委員長 福井先生、お願いできますか。

○福井委員 すみません。ちょっと今思いつくようなデータはありません。たしか何かそういうことを書いた論文があったんじゃないかとは思いますが、ちょっと今、内容を思いつきません。

○草場委員 分かりました。

ですので、ちょっと感じたのは、住民向けに分かりやすく示すデータももちろんあればいいと思いますし、逆に医療者向けというんですか、我々医療者内部の中で、この病院がこういうところに関して非常に努力をしていると。ですので、ぜひ紹介をしたいと思えるような情報とか、その情報をどういうふうに、誰に対して出すかという議論はもうちょっと詰めてしていくべきかなというのをちょっと感じたのが一点と、あともう一点は、やっぱりどちらかという病院が個別に情報を提供するという枠組みよりは、オーストラリアのように、ある程度信頼できる公共的な団体が、きちんとオーソライズした形で比較も含めて出していくというやり方、これがやっぱり一番恐らくいいやり方じゃないかなというのを諸外国の事例を見て感じましたので、この機構がそういう形でやっていくのかどうかということももちろん含めて、公開のときには、ぜひ信頼できるところがちょっと分かりやすく解釈しながら説明をする、そういうようなポータルサイト的なものを最終形としてぜひ目指していただきたいなというのを非常に感じました。

以上、2点です。

○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。

私から福井先生に少しお伺いさせていただきます。今回4か国の公表のあり方に関して御報告をいただいたのですが、本日の資料を見る範囲では、再入院率とか医療事故の発生率など、病院全体を対象とした評価が公表されているように思います。そこで、疾患別のQ I に関しては、それぞれの国の考えはあるのでしょうか。また、今はどうか分かりませんが、かつてはフランスなどは疾患ごとの成績で診療報酬を変える、手術料の差をつけるみたいな取組をしていたと思いますが、現在、診療報酬等に絡めた指標の活用というのはなされているのでしょうか。本部分は病院にとってかなり大きな関心事ではないかと思いますが、分かる範囲でご説明いただけますでしょうか。

○福井委員 数年間、そういうデータを調べていなかったものですから、特に診療報酬との関連性は、把握しておりません。

ただ、最初の頃は、特に病院内で一人一人の医師のパフォーマンスをオープンにして、例えば心カテ、PCI などでは、成功率がある程度低い人は院内でやってはならないというふうな、データ、パフォーマンス、アウトカムに基づいた評価が一人一人についてなされるという文化が出来上がってしまっていて、何らかの形で、診療報酬とも関連付けされていたように思いますけれども、ちょっと現状では把握できておりません。すみません。

それから、測った指標を全部公表するべきだというふうには私は全然思っておりません。患者さんにとって少しでも役立つもの、また自分の病院がこんなに改善に努めているということが分かるような、そういう視点からでもいいですので、全国統一で公表すべきものと、自分の病院が自由度を持って公表するものがあったとしても全く構わないというふうに思います。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

アメリカのメディケアも、日本の診療報酬のように一律ではなく、病院間で差をつけていますので、差をつける取組にQ Iを活用しているのは間違いはないと思うのですが、そのあたりについては機会があれば御報告をお願いいたします。

ほかに御意見ございますか。

これまで各団体で公表について取り組まれていたわけですが、各病院の名前まで公表する団体もあれば、分布だけという団体もございます。公表するという点に関しては、今までと大きく変わるところはないと思いますが、例えばどこか1か所のサイトにまとめるなど、協議会の中で集約と言うと語弊を招くかもしれませんが、まとめるという方向性も考えられるところではあります。団体としての御意見をすぐに取りまとめというわけにはいかないと思いますが、このあたりについて申し訳ありませんが個人的なお考えで結構ですので、お話しいただければというふうに思います。

本日の名簿の順で申し訳ありませんが、JCHO 石川委員から何か御意見ございますでしょうか。

○石川委員 JCHOの石川です。聞こえますでしょうか。

○楠岡委員長 はい、聞こえております。

○石川委員 よろしく申し上げます。

公表についての今御議論ですけれども、JCHOは、以前の厚労省事業にも参加できていなくて、今実際、このQ Iの測定という観点で言いましても、きちんとインジケーターという観点でやられているのが、患者満足度ですとか、医療安全に関する指標が数件ですとか、そういった形になります。実際全病院公表しているのは、臨床評価指標とあって、DPCデータからの診療データがほとんどです。それは各病院のホームページで公表はされています。

私、こちらへ着任して今1年半になりまして、今現在、糖尿病ですとか、このパイロット事業にも2病院参画しておりまして、病院独自での取組というのも徐々にスタートはしております。そうした中で、公表という観点で言いますと、やはりまずはJCHO57病院、しかも100床以下のところから600床を超える病院まで様々ありまして、そこで共通的にできる指標とい

うのは、多分恐らく5から10ぐらいではないかなと思っております。やりやすさから言いますと、今も公表しています患者満足度ですとか、あとは医療安全に関するもの、そうしたものであれば共通的に取りかかれるのかなということを今考えています。

あとは、独法ですので、もう既に中期目標で定められている救急応需率ですとか、そうしたものについては、それぞれ各病院、その目標を達成するために毎月測定をして、改善活動に取り組んでいるという実態がありますので、そうしたところからであればやっていけるのかなと今考えております。本当に外向けの公表ということで考えますと、やはりまずはグループ内のベンチマークといいますか、そういったところから始めないと、一足飛びに外向けにというのは、なかなか少し難しい面があるかなとは思っております。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

それでは、国立病院機構、岡田委員、お願いいたします。

○岡田委員 先ほどの御意見というか議論を聞いていますと、患者さんとか医療機関向けに、ある意味データとして提供するのかという観点と、あるいは、もともと医療の質向上のための体制整備事業ということで始まっていることを考えると、福井先生が最初にお話しになった、公表をすることによって、各病院がそのデータを見て、それぞれが医療の質改善に取り組むことにつながるというような観点と2つあると思います。どちらかという、我々とすれば、今までもう10年以上やってきた中でいくと、公表によってそれぞれの病院が、そのデータを見ながら自分たちでも改善に取り組むということで医療の質改善につながったということも経験しておりますので、そういう意味では、医療の質向上というところに焦点を当てることも、ぜひ公表のときには中心に考えていただきたいと思っております。

実際に厚生労働省の事業に参加していて、我々も今、20指標プラスぐらいを実際にホームページでずっと公表しております、そのうちの8割方は、各病院の名前がもう出た状態でそれぞれのデータが公表されております。ただ、死亡率等はさすがに病院名は出ておりませんが、プロセス指標に関してはほぼ全て、DPC病院で出せるところに関しては出しております。実際には、それによって各病院が不利益を被ったということは、我々の組織では今のところ起こってなくて、それぞれ名前が出た病院では、最初はすごく抵抗があって役員会でももめたんですけれども、現在はそれほどの抵抗もなくやっているということがあります。そういう意味では、きちんとした公的なところが、第三者と言うべきかというところが取りまとめて公表するのであれば、進める方向でいいのではないかと考えております。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

それでは次、労安機構、佐藤委員、お願いできますでしょうか。

○佐藤委員 労働者健康安全機構の佐藤でございます。

当機構におきましては、年度ごとに各病院の総数値を一覧にして、各病院ごとのホームページではなく、機構として取りまとめて公表いたしております。この公表に当たりましては、医療の質の評価等に関する検討委員会において、外部委員、労災病院の院長、本部職員が委員となり審議したうえ、中身の承認、数値の妥当性というようなものを確認して公表をいたしております。

その際に、やはり重視しておりますのが、経年変化と申しますか、経時的なもので、それぞれの病院で見てください、他の医療機関との比較ということにはあまり重きを置かないでくださいみたいなことは序文のほうで言っているんですけども、私たちのグループの中でだけでの比較になっておりますので、やはりそれぞれの病院が、もっと自分たちの医療の質を高めるためには、オールジャパンの医療機関と比較してみたいという声もありまして、その辺のところが課題と考えております。ですから、医療者の立場としては、形はどういうふうになるか、これからなんでしょうけれども、公表という形をとっていただければありがたいというふうに思っております。

以上でございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

それでは次、全日病、進藤委員、お願いいたします。

○進藤委員 全日病の進藤です。

全日本病院協会では、質の向上を目的に、2002年から24疾患に関する臨床指標、それから病院全体の指標というものを開発して公表しております。ホームページ上で公表しておりまして、その後、診療アウトカム事業などに参加をしまして、現在、DPCデータを用いたMED I - TARGETというニッセイさんと一緒に行っている事業と、それから旧診療アウトカム事業を継続して行っております。全日病のホームページ内でそれらを全て公表をさせていただいております。2020年度は64の病院が参加しておりまして、内容によっては病院名がそのまま載って公表されております。それと、2020年度からは慢性期病院の指標というものをつくって開始をしております。これについては、まだこれから検討していかなきゃいけない内容が非常に多いので、まだまだできたばかりですけれども、今後も続けていく予定でおります。

以上になります。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

では、日慢協の西尾委員、お願いいたします。

○西尾委員 日慢協では、今、進藤先生も言われましたけれども、たしか七、八年前に慢性期としての指標、いわゆる肺炎を治す率とかいろいろあって、その全国的な集計とかデータは、当慢性期の会長の矢野諭先生を中心にデータがございます。最近はちょっとデータの収集をストップしてしまいましたので、より今、現代に合った形で、団体として、あるいはほかの団体とも協力して、もう少しブラッシュアップした、そういった指標をつくりたいと思っております。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

それでは、全自病、原委員、お願いいたします。

○原委員 全自病は、平成26年、2014年度に臨床指標評価検討委員会を設置して、医療の質の評価・公表等推進事業の公表を開始いたしました。最初の3年間、厚労省から補助をいただきました。そして、全自病のホームページの事業の案内の最初のところに公表の経緯とか目的が記載されています。同時に、それぞれの病院は、置かれている状況とか、それから地域における役割が異なるので、数字だけを見て比較するものではありませんとしっかりと断っております。その説明に引き続いて、各年度ごとの指標一覧とか、各指標測定結果、参加病院一覧、指標定義、入力支援資料などのPDFファイルが掲載されております。最初から参加病院は公表を前提として応募してきております。114病院からスタートして、現在は182病院になっております。

参考資料1の3ページ目に私どもの公表内容のページがありますけれども、いろんなデータがそこに表示されるようになっております。このページの前に、やはりそれぞれの指標の説明と、それをつくった診療ガイドラインの記載などが書いてあります。そして、この指標の公表内容の最後のほうには、各病院名、それから病床規模とか、各年度ごとのデータですとか、そのデータの基になる分子・分母の数ですとか、そういうことのリストがついております。そういうことをすることによって、各病院が、要するにこれがベンチマークになっているような形で、自分の病院の位置などが分かるようになっております。そして、今までにこれで不都合があったというようなことは特にやってきておりません。

先ほどの最初の御質問ですけれども、何しろやはり指標は、できればやっぱり標準化、ある

いは共通化ということがあって、それぞれの団体が同じような指標を使ってデータを出しているといいなというのは、もう最初からずっと考えているところです。さらに、できれば、そのデータをつくり出すところから、もう中央でできればいいなというふうに考えております。そして、実際その結果を発信するのは、確かに公共のある施設、公共というか、ある決まった施設から全団体のデータを集めて、そこから発信していただければ、よりの確性が増すのではないかなという気持ちを持っております。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

それでは、日本病院会、福井委員、お願いいたします。

○福井委員 日本病院会でも、2010年に厚生労働省の事業が始まった年にQ I 委員会を立ち上げまして、最初の年は30病院から始まりましたけれども、ここ五、六年は350病院が現在参加をして、毎年日本病院会として定めた共通Q I の測定をしてもらって、そのデータをQ I 委員会に出してもらって集計をして、平均値とか、75パーセンタイルだとか、そういう統計処理したものを日本病院会としてはホームページに出しています。

それで、その統計データプラス、それぞれの病院のデータを書いたものをそれぞれの病院に渡して、つまり全体の中で一つ一つの病院がどこに位置しているのかということが分かるデータを渡して、そこから先は、各病院がホームページにオープンにするかどうかはQ I 委員会としては関わっておりませんので、350病院全部が自分の病院のホームページにオープンにしているかどうか、ちょっとすみません、私は今把握はしておりませんが、かなりの病院が、自分の病院のデータを日本病院会のベンチマーキングできるようなものの形でオープンにしているようには聞いていますけれども、350病院の幾つがしているかというのは、ちょっと申し訳ないですけれども把握しておりません。

大ざっぱですけれども以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

それでは次、済生会の松原委員、お願いいたします。

○松原（了）委員 済生会です。

まず、済生会は10年前から取り組んでいまして、法人のホームページで公表しております。基本的には、各病院から公表するかどうかについて個別に同意を得た上で、指標ごとの病院名は原則公表としております。これは、委員会というのをうちで立ち上げまして、原則公表ということに関しては総論的に合意を得ております。発表の前に個別にちゃんとそれぞれやります

けれども、それで、考え方としては、済生会の理念というのが、御存じかどうか分かりませんが、けれども「施薬救療」、生活困窮者の医療なんですね。それから、福祉と医療を併せて提供すると、そういう理念がありまして、その理念に沿ったものも幾つかございます。それが一つの特徴だと思えます。例を挙げると、医療ソーシャルワーカーの職員数とか、公費負担医療患者の割合とか、あるいは介護支援連携指導の実施率など、ちょっとそういった面で特色があると思っております。

病院に関しては80病院、全病院が参加しておりますけれども、DPCのやっているところ、やっていないところ、あるいは病床規模等で4つのグループに分けていて、あと病院以外の、やはりさっきの理念に沿う指標ということで、老人保健施設や介護医療院、特別養護老人ホームなども指標を公表しております。これは83施設です。あと、特例で死亡率に関する指標については病院名は記号化して出しているのと、母数が10例未満のところは特定しやすいので、個人名とか、そういうところは結果をまとめてやるとか工夫をしております。

あとは、このこと自体は、原則公表していて割と前向きにやっていると思っておりますけれども、その結果、患者さんの受療動向とかにどのように影響しているとか、全く評価はできないんですね。評価する方法があればやってみたいと思うんですが、なかなか難しいというのは感じています。いずれにしても、結論的には、この公表方法について今現状お話ししましたけれども、改めて委員会などでもう一度議論した上で臨みたいというふうに思っております。そういう中で、統計方式も有力な方法かなというふうにも個人的には思っております。

どうも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、民医連の松原先生、お願いいたします。

○松原（為）委員 よろしく申し上げます。

民医連も厚労省の事業の初期から参加させていただいていまして、ほとんどそれに乗った形で公表を行っています。一番長い期間参加している病院団体になりますけれども、ちょっとその中で、やっぱりどうしても自分のところは名前を出してほしくないといった場合には、名前を消すという方法であるとか、名前だけ一覧から抜けるのもちょっと違和感がありますので、その場合もデータも載せずにと、そういった操作、数病院ですけれども行っていた経緯はありますが、大半のところは公表に関しては特に異議なしといった形で進めさせていただいています。

ちょっと直近の課題としては、今現在、92病院の参加で行ってはいるんですけれども、現実

的に、やっぱり参加はしていてもデータは出せていないところが2割弱あるということ。あとは、どうしても出入りが少しあります。体制的にやっぱりなかなか継続して測定するのが難しいという、そういった御意見をいただく場合もありますし、また、例えばリハビリに特化したような病院でも参加していただいていたんですけれども、やはり参加をしてデータを出しても、それを見る評価に、あまりそこにやっぱりモチベーションを感じないといった形で、抜けさせてほしいといったところもありました。

今現在、民医連の場合には、非常にやっぱり病床規模の小さい病院が多く含まれていますので、そこでのQ I活動が、病院団体として取りまとめて行うということがちょっといかなものかという御意見が出てきています。実際に、急性期病院中心に、特にDPCのデータなんかもまさにそうだと思うんですけれども、その中でやっぱり該当しない診療プロセスがかなり含まれてきますので、そういったところでもやっぱり活用ができるような仕組みの構築をどうしていくかというのが、今現在非常に大きな課題となっています。

あと、公表に関しては一つ意見というか要望があるんですけれども、実際に、例えば評価機構でまとめて、そこで全体で標準化して公表していただくということ、全然問題とは思ってはいないんですが、一番そこに国民、市民の注目が入る場合には、マスコミなんですよ。ランキング本の話も先ほどちらっと出ていましたけれども、こういったデータが公表されたときに、その中になんか恣意的な見方で報道という形で流されたときに、初めて多分国民がそっちを振り向く。その振り向く方向が正しいかどうかというのは、甚だやっぱり疑問のあるところですので、その辺のガードというのはかなりしっかり固めた上で、ぜひとも標準化した上で公表するということは、医療機関にとっては非常にありがたいことだと思っています。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

それでは、日赤、矢野委員、お願いいたします。

○矢野委員 日赤は900床以上の病院から100床以下の病院があつて、規模だとか地域性だとか様々であります。この協議会でも、この8,000病院をどうするのかという話を私が時々させていただいているのですが、もともと日本病院会の事業に病院として独自に参加している病院もありますし、そういうところはもう放っておいてもいいんですけれども、そうじゃない、資源が厳しくて医者も少ないしというようなところをどうするかというのが悩みの種であります。

赤十字としては、DPCの分析ができるシステムを各病院に入れたり、その使い方を研修したりということで、公表というレベルよりも、まず自分たちで自分たちの医療を可視化するこ

とを病院でやっていこうという、そこからスタートしなければいけないところも多いです。取りあえず本部として、赤十字病院共通の48の項目で指標をつくって、本部がまとめて、それはDPCデータもサーベイランスデータもあるのですが、それを病院に配付するという事はやっています。社会への公表ということは、赤十字として特段決めているわけでもありませんし、ただ補助金事業に参加していたときは、48のデータを本部から発表して、そのうち共通指標の28項目、プロセス指標が多いのですが、それは病院名を出して、そのほかの心臓手術の死亡率といったものは病院名なしで出すということで各病院の了解を得ています。

ただ、こういうのを病院名なしで公表して、社会的に、あるいは患者さんにとってどれだけ意義があるか分かりませんので、基本は、自分たちが医療を良くする、PDCAをサイクルを回せるという目標でやっています。ほかの団体でもそうですが、病院名を出すことに對し、個別的な指標についてはいろいろな異論があります。

個別指標も、私たちは最初つくるときに国立病院機構の指標を参考にさせていただいたのですが、子宮頸がんの円錐切除率の指標があるのですが、それを意味するものというのと、専門家からすると、条件によっていろいろ違いがあるのですね。単にそのパーセントだけでは良い悪いは表現できないとか、個別的な評価になるとか様々な意見が出てきて、我々はそれについて解説をつけたりしています。自分たちでデータを見る場合もこういうことを考慮して見なきゃいけないということがある。だから、そういうことも含めると、総論的にはベンチマーク結果は皆さん納得するのでしょうかけれども、個別的になると、ああだこうだという意見がいろいろ出てきて、そういうことを解決していくのが、今我々が皆さんと一緒にやっている事業なの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。

それぞれのお立場から参加されている委員からも御意見いただければと思います。看護協会、吉川委員、先ほど少し御発言がありましたけれども、この病院団体等の公表のあり方に関しまして、何か御意見ございますか。

○吉川委員 本会の事業に関しましても2015年から本格稼働しておりまして、今、大体多いときは600病院、6,000病棟ぐらい参加していたんですが、今現在、400病院、3,500ぐらいの病棟数となっております。

目的が看護の質改善ということなので、参加病院間での匿名での公表となります。まずは院内比較をするというところで、システム上で様々なデータをつくることができますので、まずは

院内比較。院内比較は、どこの病棟がどういう状況かというのは全て示せるようになっております。

あと、院外比較に関しましては、やはりできるようになっているのですが、病院名は伏せた上で、自分のところと同規模病院、同じような機能を持つ病院などを選択しながら比較ができるようなシステムに今なっております。それ以外に年に2回ほど、全病院のデータ、まず指標の中から、ある一定の指標を決めておまして、その指標に関して、自分の病院の立ち位置が分かるようなデータを各病院に全部お返しをしております。これは最初はやっていなかったことですが、やはり病院長のほうにいろいろなことを交渉などをしていく上では、院長は、やはりどうしても病院比較を気にしていると、そういったところがあるので、幾つかの指標に関しては病院比較ができるような形で、立ち位置が分かるような形でグラフ化してお返ししているという状況になっております。公表に関してはそのような形です。

今は参加病院がアクセスできるサイトでは見ることができるのですが、まだ全国的に見ることができない状況になっておりますし、ただ、外からは公表してほしいという要望もありますので、今、公表についてどのような形でしていくか検討しているところとなっております。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

あと、日本医師会の橋本委員から事前に御意見をいただいておりますので、事務局よりご紹介をお願いいたします。

○事務局 本日御欠席であります橋本委員からの意見書が届いておりますので、御案内申し上げます。

スライド28にあるこれまでの主な御意見を踏まえた検討をお願いしたい。医療の質指標は、医療の質全体の中の一断片でしかないことを改めて認識していただく必要がある。また、Q Iについては、医療の質全体を上げることこそがたった一つの最終目標であることも、共通理解として改めて徹底される必要がある。Q Iの結果よりも、質向上に向けた過程、プロセスが重要である。公表については、外部に結果を示すことよりも、自院において取り組むべき課題が明確化され、おのずから課題解決に向けて奮起するというフィードバックにつながるということが重要であるといったご意見をいただいております。

事務局からは以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございました。

草場委員、桜井委員、何か御意見ございましたらお願いいたします。

○草場委員 草場でございます。

先ほどコメントさせていただいたとおりでございます、それ以上に追加点は特にございません。むしろ私の立場からは、今は病院のお話なのですが、やはり診療所ですよ。診療所は、非常に大きな位置づけを医療界で占めていると思います。診療所も非常に情報公開というのがほとんどなされていない現状で、ただかかりつけ医を持ちなさいという形で国としても推進をされている。どこをどうやって選べばいいんだろうというのが非常に強い状況ですので、診療所の今後のこういう情報交換みたいなところに、今回のまた議論を踏まえて、私自身もまた考えていきたいなと思っています。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。

桜井委員、いかがでしょう。

○桜井委員 ありがとうございます。

私も、先ほど申し上げたとおりかと思えますけれども、やっぱりできるところからでも一步一步進めていくことが大切なんではないかなと思っています。

以上です。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。

アドバイザーの渡辺先生、お願いできますでしょうか。

○渡辺アドバイザー 私もアドバイザーとして横から皆さんのこういうお話を聞かせていただいて、今日のお話で2つ感じたことがございます。

一つは、先駆的な病院が取り組まれた質改善プロセスとその結果が公表される訳ですが、この取り組みから得られる成果は、シングル・ループ学習とダブル・ループ学習という二つの学習成果を得られるというPDCA事業の本来の目的が広く認識されるといいなということ。

二つ目は、先ほどのスライドの何ページかに組織の質とリーダーシップというお話が出てきましたが、今議論しているのは、組織のバリューを提供するプロセスの一つを議論しているということになるわけで、結局、これに関わるのは全部人なんですね。医療従事者として非常にストレスの高い環境で、バーンアウトしないで質の高い経験価値が得られてレジリエンスが高まり、エンゲージメントが向上するという指標の質の在り方というのは、合わせ技でやっぱり探求していくことが必要なんだろうなと思っています。ご参考までに。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

両部会長から何かコメントはございますでしょうか。

○尾藤部会長 それでは、尾藤です。ありがとうございます。皆様の御意見、本当に真摯に受けながら頑張っていきたいと思っております。

一つ、福井委員の本当に御示唆もあるように、私個人としては、やはり安全の部分に関しては、病院という単位でしっかりとした指標を、病院間での比較も含めてしっかりできるようなことができればというのが私は考えておりますのと、もう一つは、前回での御意見でもあったように、やはり患者の価値を尊重する医療というものです。これは、我々の医療のガイドラインのAランクとか、そういうものとちょっと矛盾するところはあるんですが、やはり患者の価値観や選考というものがいかに尊重されているのかということ、本当にたくさんの病院の中で高めていきたいという思いがございます。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

的場部会長、いかがですか。

○的場部会長 標準化部会でもガイドの件で議論をしておりますけれども、これまでのところの議論では、開発・保守ガイドと銘打っておりますけれども、前提としまして、これまでの事業の進捗に従って進めております。すなわち、各病院団体のほうで実績のある指標をいかに見ていき、かつ、その中から共通として使っていくような指標をどのように選んでいくかというような観点での議論が中心となっております。今後またそれを進めていくに当たっての本日の議論というところで、課題となるような点も幾つか見つかりましたので、部会のほうで議論を進めていきたいというふうに思っております。

もう一点が、テーマとして、今まで急性期が非常に多いということで、新しいシステムが必要だという議論がありましたけれども、現在の部会の議論の中では、実績のある指標の中からの選定というところまでの議論にとどまっておりますので、今後、あるいは新しいテーマについて指標を開発していくというような部分については、何版になるか分かりませんが、ガイドの中での議論ということで進めてまいればいいのではないのかなというふうに考えました。

以上でございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

一通り御意見をいただきましたけれども、他に何か御意見、追加等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、最後に厚労省のほうからコメントといたしますか、注意点がございましたら

お願いしたいと思いますが。

○厚生労働省医政局真中総務課長補佐 本日は、お忙しい中、活発な御議論をいただき本当にどうもありがとうございます。

注意点というのは、本当に今回、公表のあり方に向けて様々な御議論をいただきましたところですので、今後ともいろいろ御指導いただきながら、この事業を進めていきたいと思っております。引き続き御指導のほどを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す。

そうしましたら、このことに関しまして一通り御意見をいただきましたので、今の御意見を事務局のほうで再度整理いたしまして、また各団体のほうにフィードバックさせていただきたいと思っております。今既に行われている各団体での公表をどうやって整理していくかという点と、それから、どうしても今の中にあるものに関しては、新たな指標を開発していく必要もあるかと思っておりますので、この点に関しまして事務局で整理した上で、再度お諮りしたいと思っております。活発な御議論、どうもありがとうございました。

それでは、次に、その他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、最後に、その他について資料を御説明いたします。

まず今後の予定につきましてですが、大きくQ I コンソーシアム、協議会、部会について御報告申し上げます。

まず、Q I コンソーシアムを今年度も年度末に開催する予定で準備を進めているところでございます。

次に、本協議会ですが、年明けにあと2回開催し、先ほどのような公表・標準化の議論を継続してまいりたいと考えておりますので、御協力のほど、どうぞよろしくお願い申し上げます。

部会につきましてですが、活用支援部会では、パイロットの完了に向けて最終報告会などを実施するほか、各種ツールの作成及びパイロットの総括報告書の作成に取り組みます。標準化部会ではガイドを作成するとともに、パイロットで使用した15個の指標の検証に取り組みます。

最後に、御相談・御案内事項を3点申し上げます。

まず1点目、医療の質指標を活用した改善事例の御提供についてのお願いでございます。

本日の報告事項にもございましたように、指標を用いた改善事例の収集に取り組んでいるところでございますが、ぜひ協力団体の御協力の下、御所属される会員病院様の質指標を活用した改善事例を御提供いただき、オフィシャルサイト上で紹介させていただきたいと考えております。各団体の事務局を通じて御案内申し上げます。

2点目は、質指標の実績値及び最新定義の御提供のお願いでございます。

具体的には、昨年度御提供いただいた指標群に関して、既に公表している実績値について御提供いただきたいというものです。また、質指標の最新定義、すなわち今現在使っております2021年度版につきましても御提供いただきたいと考えてございます。例年同様のお願いでございますが、こちらにつきましても各団体の事務局を通じて御依頼申し上げる予定でございます。

3点目は、先ほども触れました医療の質向上のためのコンソーシアムの開催についてでございます。

日程は現在調整中としておりますが、ほぼほぼ日程が確定して、2月に実施するという想定でございます。プログラムなどが確定次第、また御連絡を申し上げますので、皆様の御参加をお待ちしております。

以上でございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

本日用意しました議題は以上でございますが、何か全体を通じて御意見、コメントございませんでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、本日、長時間にわたり活発に御意見いただきましてありがとうございます。若干時間が超過して申し訳ございませんでした。

本日の運営委員会はこれにて終了させていただきたいと思っております。どうもありがとうございました。