

第12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)

2022年9月29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12回運営委員会を開催いたします。

本日はお忙しいところ御出席いただきまして、どうも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。

最初に本日の資料について御案内いたします。

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布しており、資料1から4を一つのファイルに統合した第12回運営委員会（協議会）本体資料及び参考資料が4種類となっております。

なお、必要な資料につきましては、画面共有機能を使って御説明申し上げます。

では、画面を共有させていただきます。

次に、委員の出欠状況について御報告を申し上げます。

初めに委員の交代についてお知らせいたします。

日本医師会より橋本委員に代わりまして、今村委員が御就任されました。

今村先生、一言御挨拶をお願いいたします。

○今村委員 皆さんおはようございます。今年、日本医師会常任理事になりました今村です。どうかよろしく申し上げます。

○事務局 ありがとうございます。

それでは、引き続きまして本日の出欠状況を御報告申し上げます。

桜井委員、進藤委員、田中委員、西尾委員、原委員が御欠席でございますが、それぞれ委任状が提出されております。また、桜井委員、進藤委員からは意見書も届いているところでございます。また、日本看護協会、鈴木様は吉川委員の代理として御出席でございます。

次のページをお願いします。

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、厚生労働省から御覧の皆様が御出席予定ですが、矢野調整官につきましては公務のため出席は難しいとの御連絡を承っているところでございます。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。

それでは、開会に当たり日本医療機能評価機構、亀田執行理事より御挨拶を申し上げます。

○亀田理事 皆様おはようございます。

評価機構で本事業を担当しております執行理事の亀田と申します。よろしくお願いいたしますます。

本日は御多用の中、第12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した。2019年度に始まった本事業は4年目の後半を迎えようとしています。容易ではない事業ですが、委員の皆様の温かい御支援の下、これまで着実に日本の医療の質向上のための基盤整備を進めてまいりました。そして今、これまでの成果を活用して全国の医療機関の質の向上への取組を支援するプロジェクトが始まりました。

既に各団体などのプロジェクトに参加しておられる医療機関に対しては、状況に応じた後方支援を行う予定ですが、まだ取組を始めておられない医療機関にも一步を踏み出していただくためにも、医療機関の規模、機能を問わず重要と思われるテーマから共通の指標を選定し、なるべく多くの医療機関に参加していただけるような工夫をしております。

なお、このたびの可視化プロジェクトは全国展開の第1段階との位置づけであり、今後は全国の全ての医療機関に標準的な指標を用いた医療の質の測定及び改善活動が広がり、かつ深化していくことが展望されます。困難な道程は続きますが、一步ずつ歩を進めていけば必ずや大きな成果が得られるものと存じます。

本日も楠岡委員長の下、建設的で闊達な御議論をお願い申し上げ御挨拶とさせていただきます。

よろしくお願いいたします。

○事務局 ありがとうございました。

それでは、資料の4ページ目をお願いします。

本日予定しております議題は御覧の4点になります。

それでは、以降の進行を楠岡委員長にお願いいたします。

○楠岡委員長 皆様おはようございます。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。

また、ただいま説明にございましたように、日本医師会からは今回今村委員が新たに就任されております。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、議事次第に沿って進めたいと存じます。

まず議題1、モデル事業（医療の質可視化プロジェクト）について資料の説明をお願いいたします。

○事務局 今年度取り組んでおります医療の質可視化プロジェクトについて御説明申し上げます。

資料6枚目を御覧ください。

前回の協議会におきまして、過去3年間の実績と今年度実施する医療の質可視化プロジェクトが将来的にどのような展開になるのかとの御指摘をいただきました。

そこで、これまでの取組と今後の展開について整理いたしましたので、御説明申し上げます。

この図表の見方ですが、一番左側に質指標の活用の流れといたしまして、指標の設定、指標の計測、計測結果に基づく改善活動を示してございます。また、横軸はおおむね時間軸を示しておりまして、左から3番目ですけれども、先行事業の状況、そして2019年度から2021年度までの準備段階の状況、さらに今年度、2022年度の取組、そして一番右側には今後の想定を示してございます。

この事業におきましては、先行事業の様々な成果、課題を踏まえて、全国規模でオールジャパンで取り組んでいるところでございます。先行事業においては計測活動に基づく改善活動になかなか至らない病院があるということを課題にしているところがありましたので、それらを踏まえて赤枠の部分でございまして、準備段階といたしましてパイロットに取り組みました。

パイロットでは既に指標活用の経験のある病院を対象として、診療チームが現場でPDCAサイクルを回して改善活動を行うということをモデルケースとして取り上げ、協力病院の皆様と一緒に各種ツールの開発などを行いました。また、質指標の基本的な考え方を取りまとめた医療の質指標基本ガイドの作成や、いまだ質指標の活用に取り組んでいない病院に関心を持っていただくための改善事例集を作成いたしました。このような形で様々な準備を行ってきたというのがこれまでの経過でございます。

今年度はそれらを踏まえまして、全国への普及、促進に取り組んでいるところであり、具体的には青枠の医療の質可視化プロジェクトに取り組んでおります。このプロジェクトでは全国の病院を対象として、特にこれまで質指標の活用に取り組んでいない病院も参加できるようにテーマ設定や指標の選定などで様々な工夫を取り入れたプロジェクトを運用しております。また、指標計測をその後の質改善活動への契機としていただくためにベンチマークの仕組みを取り入れております。そのほかにも全国への普及、促進を目標に指標の検討や質改善ツールキッ

トなどのブラッシュアップにも取り組んでおります。来年度以降はこれらの成果を踏まえて、PDCA事業を運用していきたいと考えているところでございます。

これまでの経過の御説明は以上でございます。

資料7ページを御覧ください。

前回の協議会でも一度お示しした資料でございますが、このプロジェクトの概要について簡単に確認いたします。

本プロジェクトの目的は、多くの病院に指標の計測活動に取り組んでいただくこと、またそのために全国で共通的に計測可能な指標を設定すること、そして他施設比較を通じて質改善活動を動機づけることを目的としております。対象は全国の病院としており、700病院を目標に募集しているところでございます。

実施期間は9月1日から3月31日まで、テーマは病院の規模、機能によらず重要な事項である医療安全、感染管理、ケアとし、それぞれ3指標ずつ合計9指標を今回のプロジェクト適用指標といたしました。また、プロジェクト期間中に計測とフィードバックを2回実施する予定です。

資料8ページを御覧ください。

こちらは今回運用する医療の質可視化プロジェクト適用指標の一覧でございます。全部で9指標でございます。

資料9ページを御覧ください。

第1期申込みの状況を御報告いたします。

手続上お申込みを第1期、第2期に分けているのですが、7月1日から8月31日までのお申込みを第1期としております。合計362病院のお申込みをいただきました。内訳は御覧のとおりでございます。

なお、第1期申込み病院のうち、病院名を公表しないという意向表明のあった3病院を除いた一覧表を参考資料としてお示ししております。また、9月12日からは引き続き第2期の募集を行っているところでございます。今週の9月26日現在でございますが、さらに60病院のお申込みをいただき、9月26日現在では422病院のお申込みを承っている状況でございます。

資料10ページ目を御覧ください。

プロジェクトの流れと進捗状況を御説明いたします。

左側の赤い部分が準備フェーズ、そして9月1日より右側の青い部分の実施フェーズにかかっているところでございます。

下から2段目ですけれども、計測とフィードバックとなっておりまして、10月末に第1回目の計測値の提出、そして11月末に第1回目のフィードバックを予定しております。同じく第2回目の計測が1月末、フィードバックが2月末となっております。また、フィードバックの内容を補足するために12月及び3月に一番下の段ですけれども、フィードバックデータの分析支援のための情報提供を行う予定でございます。

なお、このプロジェクトの実施に当たりまして、よくある御質問ですとか広報資料など様々な資料をつくっておりますので、それらを参考資料として今回お配りしているところでございます。

可視化プロジェクトの現状については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。

今年度は質指標の計測に多くの病院に取り組んでいただきたいということで、主に指標計測とそのベンチマークを行う医療の質可視化プロジェクトを実施しているところであります。9月から開始したところですが、既に400を超える病院に参加していただいております。全国規模のプロジェクトという形で進めておりますけれども、ただいまの説明に何か御質問、御意見はございますでしょうか、お願いいたします。

なお、本日欠席の桜井委員より意見をいただいておりますので、これは事務局のほうから御紹介ください。

○事務局 事務局より桜井委員の御意見を御紹介いたします。

このプロジェクトに関しましては、“順調に進んでいるものの、広く参画をしてもらうためのインセンティブが必要と思っています。”との御意見をいただいております。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

その他御意見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。

矢野委員、お願いいたします。

○矢野アドバイザー 御説明ありがとうございました。

対象病院について、募集数を700病院として、それは各団体のQ I 事業に参加していない7,000病院の1割程度というふうになっていると思うんですが、実際に応募する病院はQ I 事業に既に参加している場合も含まれているわけですね。ですから、本来の目的としては、今まで参加していない病院として700病院というのが目標値ということになるのでしょうか、要す

るに今までやっているところがまた応募したんじゃないかと思うんですが、その辺はいかがでしょうか。

○事務局 ありがとうございます。

一応目標といたしましては、全て合計して700病院という数字をお示ししておりますが、今御指摘のように、意図としてはこれまで取り組んでいない病院になるべく多く参加していただきたいというところから7,000病院の約1割程度という形で目標設定いたしましたので、できればまだこれまで取り組んでいただけていない病院が最終的に700ぐらい集まっていただくと嬉しいなと考えているところでございます。

○矢野アドバイザー ありがとうございます。

そうしたら、今まで取り組んでいない病院がどのぐらい参加したかというのも可視化していただくといいんじゃないかと思いました。

以上です。

○事務局 ありがとうございます。

口頭での御報告ですが、362病院と申しあげました先ほどの第1期申込みのうち、自己申告でございますが、これまで協力団体のQ I 事業に参加していないとお答えいただいた病院が約3分の1、百二十幾つかの病院だったというところでございます。

以上、補足説明です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ほかにございますでしょうか。

今の矢野アドバイザーからの御質問は気にしているところでありまして、先日事務局から参加申込みをしている病院の内訳を見せていただいたところ、実は国立病院機構からも十数病院参加しております。我々としては、もともとQ I 事業を行っていたので、そちらを進めるという形と、それから我々のところのQ I 計測は各病院に手を煩わせず、本部のほうでデータを集めて実施するという形でしたので、今回のプロジェクトに関して、積極的に参加しろというようなことは言ってなかったわけでありましてけれども、病院の自己判断で参加されているところが実際にあるということが分かりました。

そういう病院では、今回の指標の中で一部はD P Cデータとかから出るものもありますけれども、実際サーベイランスをしないと分からないデータもありますので、それに対してどの程度作業量がかかっているのかということ、調べているところであります。もし各病院に関して、従来いろいろやってきたところも多いですので、これはNH O限りの話でありますけれど

も、もしそれほど負担にならないということであれば積極的にこのプロジェクトにも参加してもらおう。ここで計測している指標は、従来我々が測っている指標とは異なるものでありますし、もしこれが将来全国的に標準的なものとなってくる場合には、当然また測らなければいけないところが出てきますので、少しそういう方向をどうなのかということの内々で今検討しているところでございます。

福井委員、どうぞ。

○福井委員 今の点、重要なことだと思っています。今まで厚生労働省の事業で9年間、10年間、いろいろな病院団体が既にやってきていることを、国として、Q I 事業をどうするかという話であって、このプロジェクトは今までやらなかったところを対象にとは言うものの、実際的には既にやってきているところが大部分なわけですが、実際に手を挙げているところは。

ということは、非常に大きな事業としてやっている割には、目標の達成がかなり難しいんじゃないかと思われれます。国全体として今まで既にやってきている病院を組み込むこともどこかで考えないと、互いにオーバーラップしているところがありながら、全体像が見えにくくなってしまわないかと危惧します。

意見です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

それは極めて重要な点だと思います。本事業の事務局も、その点に関しましては厚生労働省と常に情報交換しながらどういうふうに進めていくのか、それから今、福井先生から御指摘いただいたように、今まで測ってなかったところが測り出しているのはまだ150程度というような状況ですので、これをこれからどうやって広げていくかというのがこれからの下半期の大きな課題であると捉えているところでございます。御指摘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。

よろしいでしょうか。

永井アドバイザー、どうぞ。

○永井アドバイザー 永井です。遅れて申し訳ありません。

先ほど事務局がおっしゃったみたいな今までQ I 事業に参加していない百何ぼの病院が手挙げされたということなんですけれども、その傾向というのは分かりますか。私は全日病も基本的には先ほど楠岡先生おっしゃったように、こういう事業があるので、全日病の固有の事業とは別にこういう事業に参加していただいても結構ですし、お互いにそのあたりは融和的にできればいいというので、自由参加という形にしましたけれども、実際見てみると何か所かの病院



が全日病の病院もエントリーしているということは分かりますけれども、百何ぼの今まで全然エントリーしてないような病院の傾向というんですか、どういう規模で、例えば安全とか感染のところはかなりの部分の病院が加算1とか2を取っていますので、基本的にはきちんと従来とおりにやっていた病院が多かったと思うんですけれども、そのあたりのところは何か傾向みたいなのがもしよろしかったら御教示いただけたらと思います。

よろしく申し上げます。

○事務局 ありがとうございます。

まだ詳細な深掘り分析ができておりませんので、今御質問のような詳細な状況については、ここで答えできる情報をまだ持っていないというのが正直なところでございます。

また、それに代わるというわけではないんですけれども、本日の中でも御説明申し上げますが、そういった病院が今回なぜ今まで取り組んでこなかったのか、あるいはなぜ今回取り組むようになったのかインタビュー調査してはどうかという検討も一方では進めているという状況だけ御報告申し上げます。

すみません、現時点ではデータを持ち合わせておりません。

○楠岡委員長 よろしいでしょうか。

どうぞ。

○松原（為）委員 民医連の松原です。

参考資料1の一覧をちょっと見ていますと、民医連の事業に加盟しているところで、どこの事業もそうかもしれませんけど、加盟はしているんですけど、データ提出がされてなくて、いわゆる幽霊部員ですね。そういったところが新たに参加しているところがございます。

恐らく団体としてやっているところのハードルというのが一つは指標の数が多いとか、選択してなかなか出しにくいとか、そういった面で今回選んでいただいた指標がかなり価値があって魅力的なものに映ったのかもしれない。そういった形で、改めてこちらのほうだったら参加しやすいので、参加しようと、そういったモチベーションが働いたんじゃないかというふう考えております。

以上です。

○楠岡委員長 松原委員、ありがとうございました。

福井委員、どうぞ。

○福井委員 すみません、似たような話になりますけれども、今までせっかく厚生労働省の事業で9年間、9病院団体がやってきたことをどうやってうまくまとめるかということについて

も一方でやらないと、せっかく同じように質を高めようとしているのにバラバラになってきているように思います。

ですから、同じことを言って申し訳ありませんが、何年か前に厚生労働省の事業でやってきた全ての病院団体に集まっていたいただいて、みんなでまとまってこれからどうするかについて話し合ったこともありました。それが全部おじゃんになって、全く別個にこちらの機構で今までやっていなかった病院を対象にというふうになったわけですが、今まで既にやってきている病院や病院団体を土台にするということも厚生労働省のほうでぜひ考えてもらえないでしょうか。

我々研究班をベースに9つの病院団体をまとめようと思いましたが、なかなか難しいようです。今までやってきた病院は1,000近くあるはずですので、それらをうまくまとめるというようにしないと、バラバラになってしまい進歩が遅くなるように思います。ぜひ本省のほうで考えていただきたいと思います。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

今の福井委員の御指摘の点に関しましては、我々のこの事業の中でも各団体で使っているQ I 指標が少しずつ異なっていて、これを一気にどれか一つ標準的なものにするというのがなかなか難しい状況であるので、なるだけ擦り合わせて、次回例えば指標の改定時には標準的なものを採用していただくというような形で擦り合わせて、結果的に各団体で行ってもその結果が一つとしてまとめられるような方向を考えて、今標準化部会等で御検討いただいているところであります。この点に関しましては福井委員の御指摘も十分踏まえて、指標の選び方等に関しましても検討を進めているところであります。

厚生労働省、どうぞよろしく願いいたします。

○厚生労働省医政局総務課三山課長補佐 厚生労働省です。

大変貴重な御意見いただきまして、誠にありがとうございます。

私どものほうでも過去の経緯、たくさんの病院団体の皆さんに御協力いただいてきた実績と福井先生のほうで研究班としても選んでいただいた指標というのをきちんと踏まえながら、そこをベースに、さらにあらゆる医療機関を対象に実践できそうな指標というところで、まず手が届きやすいところとされているところはありまして、改めて病院団体含め新しい医療機関に御協力いただいていることだと思っていますので、最終的には先生が御提示いただいたようなQ I 指標23セットというところを目指していきたいなというようなところは、完全に頭の中に

はあるところです。

また、楠岡先生からもありましたように、もう既にやっけていただいている病院団体にはなるべく負担が少ないような形で擦り合わせていく、一本化していくというところで、その先に標準化があるというふうに思っていますので、恐らく擦り合わせるという意味では、知見がたくさんたまっていくにつれて、どんどんハードルが上がっていくんだと思っけてはいるんですけども、一定程度数を絞りながら標準化したものをつくっていくことによって、その他の指標を標準化していく上でも、そういったやり方をノウハウを踏まえつつ、どんどん医療の質の指標というのは増やしながら標準化を目指していきたいなというふうに考えておりますので、引き続き先生方の研究成果をきちんと踏まえていくこと及び先生方の御議論を踏まえて慎重に進めていきたいと思っけていますので、どうぞよろしくお願ひいたします。

○楠岡委員長 福井先生、よろしいでしょうか。

○福井委員 指標につきましても、不平を言っけているように聞こえると思っけていますが、私たちは共通Q Iセットまでつくっけて、ほとんどの病院に意見を聞いたりしてきたわけですから、それを全く無視して、こちらのプロジェクトではゼロから検討しているわけですから、

ですから、過去三、四年やっけてきたことが、国全体として見ると全く生かされていないわけですから、全くゼロからこちらの部会で検討している状況ですから、互いに無駄な部分があると思っけていますが、結構です。どうぞ進めてもらえれば。

すみません。以上です。

○厚生労働省医政局総務課三山課長補佐 ありがとうございます。

先生の御指摘よく分かりました。

一方で私どもとしても、先生の作成いただいたQ Iセットをもちろんベースに考えた上で、その中で例えば急性期の病院じゃないとできないような指標というところは、まず一段置いにおいて、どのタイプの病院でも使えるものというところの指標に関しては、先生からいただいたようなQ Iセットの中からある程度選んでいっけていうふうな概念ではおったので、先生の御気分を害してしまっけてようであつたら大変恐縮なんですけれども、私どもとしてはゼロベースに戻ったというふうに思っけているところはありませんで、むしろ高度急性期の病院が使えるような例えば疾患特異性のあるような指標に関しては、今後も時間をかけて先生方が御提示いただいたものの中から病院団体とも擦り合わせていく中で、一番いい指標を選んでいっけて、そこにアドオンしていければいいなというふうには思っけておりますので、ゼロベースに戻ったという概念では、本省としてはいなかったというところだけはお伝えさせていただきます。

思っています。

また、今後先生方からも御指摘を踏まえて適宜修正してまいりたいと思っておりますので、どうぞ忌憚のない御意見のほうをよろしくお願いいたします。

○楠岡委員長 よろしいでしょうか。

今村委員、どうぞ。

○今村委員 今回からの出席ですので、若干状況が不適切な発言あるかもしれませんが、お許しください。

今の件についてなんですけれども、恐らく確かに民間病院のほうも今幾つかの指標に参加して、結構これ自体はある程度の統一化というのがされているといいんだろうと、それで今厚生労働省さんの話でもそっちの方向には進むというお話であるんですけれども、ここら辺のタイムスケジュールですね。一方では第8次の医療計画、第9次の介護保険等、様々なものは時間が区切られて進んでおりますので、このQ Iに対応するというのも結構病院側では時間をかけてやらないといけないと、そうすると大体どこら辺でどういうことが統一化がいつぐらいにされて、先ほどのそういう中で高度急性期はこんなもの、それから一般病院はこういう形、もしくは慢性期というのが大体どれぐらいを我々はめどにそういうことを計画すればいいのか、ここら辺はどうなっているのでしょうか。

○厚生労働省医政局総務課三山課長補佐 厚生労働省でございます。御意見いただきましてありがとうございます。

基本的には過去何年もかけて、各病院団体さんに御協力いただいてまとめていこうとしている中で、今現実まだ至っていないということを考えると、一足飛びにはなかなかいけないんじゃないかというところも思いつつ、ただ諸外国のほうではある程度医療の質を測っていくという流れができていっている中で、日本としてもそういったところの取組については進めていかなきゃいけないということで、この事業がずっと続いてきているわけなので、もともと最後のお尻がありきで、この時期までにやらなきゃいけないというような立てつけのものではございませんので、いつまでにというところのプランまではないのですけれども、ここまで積み重ねてきた議論が成熟する時期になれば、その時期は別にいつを待たずにやっていくこともできるのかなとは。

○今村委員 そういう意味では、今のところは大体どこがめどというのはないということで我々は理解して、つまり結果としては10年後かもしれないし、20年後かもしれないというのが厚生労働省さんとしての御意見ということでよろしいですか。

○厚生労働省医政局総務課三山課長補佐 10年後、20年後というところは明示的には言えないと思っています。むしろどの時期になるかということと言えないけれども、ただ基本的にはそんなに指標というものを標準化していくということに関しては、時間をかけていくものではないのかなというような印象は感じています。

というのも、既に各病院団体さんに何度もやっていただいている中で、新しく今回の事業の中でも多数の新しい医療機関にも御参加いただいているという状況も踏まえたと、それが実現できるということが見えた段階では、ある程度早期に進めていくべき課題なのかなというふうには考えています。

○今村委員 ありがとうございます。

○楠岡委員長 永井アドバイザー、どうぞ。

○永井アドバイザー 永井ですけれども、先ほど福井先生がおっしゃった、私は聖路加に呼ばれて、Q Iの本当に各団体の臨床指標が統一できないかという話を何回か議論したのを思い出しましたがけれども、基本的に私の理解は、このプロジェクトそのものは従来の各病院団体が個々の指標をやっているのは、かなり急性期とか慢性期含めて団体固有のものがあって、なおかつかなり敷居が高いというところがあって、こういうものを統合するのが一つの方向で、各団体のものを一つの指標に集めて、ある程度のこのあたりのこのシステムが構築できるところはそれにのっとってやるという方向性と、もう一つはやはり敷居が高いので、全国の病院のほとんどの病院が手挙げできるような、ある程度緩いというのは少し語弊があると思うんですけども、敷居が低いような指標もつくって、それを全国展開しながら、ある程度診療報酬に絡めるかどうかは別として、計画に絡めるかどうかは別として、そういうものをつくっていこうというこの2つの方向性がある、この2つをある程度このプロジェクトで統一しながらやっっていこうという考え、私はそういう理解ですけれども、厚労省の皆さん方、楠岡先生、機構の皆さん方、そういう理解でよろしいですね。

○楠岡委員長 楠岡です。

今まさに永井アドバイザーにまとめていただいたとおりの方向性で考えているところでございます。

ほかに御意見よろしいでしょうか。

どうぞ。

○福井委員 すみません、何度も発言して。

外国では、例えば国営のイギリスとフランスでは全病院が共通のQ Iを測定しインターネッ

トで公開しています。オーストラリアとアメリカはおよそ70%前後の病院が、国によってインセンティブは異なり、必ずしも同じQ Iではありませんが、かなり共通化されているQ Iの測定と公開を行っていて、誰でもアクセスできるようになっています。

日本でも、あまり無理をして全ての病院が同じ指標を測定しようとするとかかなり難しいんじゃないかと正直なところ思っています。重要なことは、改善のサイクルが病院内で回っているかどうかです。したがって、Q Iを厳密に共通化して、厳密に同じ測り方を求めることはしなくてもいいように思います。あまり厳密性を求めなくても、数値を見て改善するというサイクルを各病院に根づかせるのが最終目的なので、そのことだけは頭に置いていただきたい。それから100%の病院が参加するというのは恐らく無理だと思います、外国の状況を見ると。外国の状況も調べて報告書には書いてあります。

最終目的はそれぞれの病院でP D C Aサイクル、改善のサイクルを回すことという点だけは共通認識を持ったほうがいいように思います。手立てである、手段であるQ Iそのものを非常に細かく定義するところにあまりエネルギーを用いても、あるレベル以上のプラスアルファの効果はないんじゃないかと、個人的には思っています。

以上です。

○楠岡委員長 福井先生、ありがとうございます。

この協議会の一番最初の活動も質改善活動、P D C Aサイクルにつないでいくということで、実際計測している病院が1,000ぐらいあっても、P D C Aサイクルを回しているのはごく一部の病院でしたので、それが実施できるよういろいろなツールを開発して今公開し、各病院でそれを試みていただいているような次第でございます。

2点目は指標の共通化という点であります。これは今、福井先生も御指摘いただいたようにかなりいろいろ難しい問題があるので、そこはなるだけ共通化、あるいはほぼ似たような指標であれば、それを数値の絶対値が問題ではなくて、福井先生がおっしゃるようにどう改善したかというところが中心になるので、それを中心として指標を考えていただくというような形で、ある程度将来的には何らかのベンチマークにつながればということでは考えているところでもあります。

3番目がQ C活動とか、そういう以前に指標そのものを測ってないところがまだかなりたくさんあるので、これが今年度のプロジェクトということで、福井先生が御指摘されている点をP D C Aサイクルにつなげるということ、それからQ Iに関してなるだけ似たような共通性の高い指標でお互いデータが比較できるような方向性を持っていくということ、そしてまだ測っ

てないところを測っていくという、今この3つの点に取り組んでいるところということであり  
ます。

もう一つ透明性の確保という点で福井先生の4つ目の御指摘の点でありますけれども、これ  
に関しましては今までも議論をしていましたが、公表するとしてもどのような形で行うのか、  
あるいはどういう指標を公表するかということがまだ議論がまとまっておりませんし、単なる  
ジャーナリズムの餌食になるだけでは意味がないというところで、ここに関してはまだこれか  
ら今後の議論を進めていくというところで、ちょっと保留状況になっているという状況でござ  
います。

よろしいでしょうか。

そうしましたら、今までいただきましたいろいろな議論、このプロジェクトのみならず協議  
会全体の基本的な考え方に関する御意見をたくさんいただきましたので、これはまた整理して  
進めていきたいと思えます。また、プロジェクトに関しましては、今上半期が終わってこれか  
ら下半期になる中でいろいろまた進めていきたいと思っておりますので、御協力のほどよろし  
くお願いしたいと思えます。

それでは、次の議題に進ませていただきます。

各部会の検討状況につきまして、まずQ I 標準化部会から御説明をお願いいたします。

## ○事務局

標準化部会から2つ御説明申し上げます。

まず、1点目でございますが、可視化プロジェクトにおける各種の検討でございます。

資料13枚目を御覧ください。

協力病院への計測データのフィードバックについて御説明申し上げます。

指標の計測結果を踏まえて自院の活動を振り返っていただくためには、フィードバックが大  
変重要であると考えております。プロジェクト期間におきまして、2回計測値の収集とフィー  
ドバックを行う予定です。フィードバックする情報として、全体集計グラフ及び基本統計量、  
及び層別の基本統計量をお返ししたいと考えてございます。また、層別変数として使用するも  
のといたしまして、病床規模ですとか各種診療報酬上の加算の取得状況などを想定している  
ところでございます。

また、標準化部会では病院側でも分析できるよう匿名化した計測データ、いわゆる生デー  
タを提供するということが今後検討してはどうかという案が挙げられておりましたので、次のス

ライドで御説明申し上げます。

資料14枚目を御覧ください。

個別の計測値をフィードバックすることについて御意見を伺いたいと思います。

下の表を御覧ください。

こちらは本プロジェクトでのデータの扱いについて整理したものでございます。各種データについて広く社会に向けて公表するのか、プロジェクト協力病院間で共有するのかという観点から整理したものでございます。

まず、一番上ですが、病院名の扱いにつきましては、先ほど御説明申し上げましたとおりに本プロジェクトに参加した病院名を広く公表するという扱いにしてございます。ただし、それを望まない病院もあると思いますので、オプトアウトを行い、望まない病院に関しては一覧表から除くという対応でございます。

次の2段目と3段目が集計データの扱いでございます。

集計されたデータですので、個別性がなくなっている状況でございますが、こちらは一つ前のスライドで御説明しましたとおりに、フィードバックとして使いたいと考えています。ただし、フィードバックデータの一部は本協議会の資料として一部利用することがございます。本協議会は公開の会議でございますから、協議会資料の形でフィードバックデータが公表されていくという部分が一定程度あるかと思っておりますので、公表のところに白丸が入っているのがそのような意味合いでございます。

お伺いしたいのがこの4段目、5段目の内容でございます。

個別施設ごとの分子、分母のデータについてどのように扱うべきかというところでございますが、上から4段目のところ、病院名を付した各個別施設のデータに関しては、公表も共有も行わないという形で今は運用しております。本プロジェクトにおいては、そのような扱いはしないということにしております。

しかしながら、先行事業におきましては、一部特定の指標ではございますが、病院名を付してデータを公表しなさいというのが先行事業における仕組みになっておりましたので、この協議会における公表の議論、今後の検討になっておりますが、公表の議論のところでは改めてこのような扱いをどうするかというのは、再度御議論いただくことが必要になると考えているところでございます。

お伺いしたいのが、では病院名を匿名化した上で個別計測データをどう扱うかというところでございます。



4 段目と同じような理由で公表することは控えたいと思っておりますが、フィードバックとして協力病院間で個別計測データを共有することについて、先生方の御意見を伺いたいと思っておりますが、病院によっては病院名が匿名化されているとはいえ自院の個別施設のデータが他施設の目に触れるということをご望まない病院があるかもしれないと考えてございます。

一方で、ほかの施設の計測値を参照したいが、そういうことができますかという具体的な問合せもございませし、このような生データを扱うことができれば、より詳細な分析を各施設で行うことができるという可能性もあると思います。今すぐこの扱いを始めたいというわけではないのですが、今後のフィードバックの方向性として、このような個別計測データを共有することの適否について後ほど御意見を頂戴したいと思っております。

説明を先に進めたいと思います。

次の御説明ですが、計測データの分析支援についてでございます。

先ほどの大きな流れの中で御説明しましたが、フィードバックのみならずデータの分析支援についても取り組みたいと思っております。前回の協議会におきまして、データを集めてフィードバックするだけでは改善につながらないという御指摘をいただきました。そのような御意見も踏まえて、計測データのフィードバックを行った後にデータの読み方ですとか解釈などについて解説を行い、院内で振り返っていただくような機会を設ける予定でございます。御覧のような目的、対象、形式で現在企画をしているところでございますので、引き続き標準化部会にて内容の検討を進めてまいりたいと思っております。

こちらが可視化プロジェクトに関する検討の状況でございます。

もう一つ標準化部会で検討している内容でございますが、患者中心ケアの可視化に向けた検討でございます。

資料17枚目を御覧ください。

本件の議論の経過を振り返ってみたいと思います。

患者満足度につきましては、患者中心ケアを測る重要な指標であるとして、可視化プロジェクトのテーマに選定されたという経緯がございますが、標準化部会で具体的な検討を進めるに当たり、満足度指標を全国で統一的に運用するには様々な課題があるという問題提起がなされました。

そこで、このテーマにつきましては、患者中心ケアの可視化に向けた検討という形で位置づけを捉え直して、今年度の標準化部会のタスクとして検討を進めてはどうかという提案をさせていただき、前回協議会で御了承いただいたという経過がございます。それを踏まえて標準化

部会で検討を開始いたしましたので、検討状況を御報告申し上げます。

資料18枚目を御覧ください。

こちらは標準化部会で共有した資料の御説明になります。

患者中心ケアとは何かを考える上で、本事業で参考に行っているOECDのフレームワークをお示ししております。黄色い部分がOECDのヘルスケアQIプロジェクトにおける焦点であり、この中の品質特性の一番右側に応答性／患者中心が含まれております。すなわち患者中心とは医療の質の中核要素の一つであるという位置づけでございます。

資料19枚目でございますが、前回協議会におきましては、患者中心ケアの定義をしっかりと検討してほしいという要望がございました。それを踏まえますと、昨年度取りまとめた医療の質指標基本ガイドの中で、既に患者中心性を御覧のように取りまとめておりましたので、これを議論の出発点といたしました。具体的には患者中心とは患者、利用者を中心に据えた医療システムを機能させ、患者、利用者の意向、ニーズ、価値を尊重した医療を提供することとされております。また、患者中心性指標の例といたしまして、患者満足度、患者経験、健康関連QOLが示されているところでございます。

資料20枚目を御覧ください。

患者中心性指標のうち、プロセス評価であります患者経験調査について諸外国の事例を幾つか情報収集いたしました。具体的にはアメリカ、イギリス、オーストラリアの例を調べてみました。アメリカではCAHPS、これはキャップスと呼びますけれども、CAHPSと呼ばれる患者経験調査が運用されております。同様にイギリスではNHS Patient Surveysが行われております。また、オーストラリアではAHPEQSというクエスチョンセットという調査があることが分かりました。

このうちアメリカの成人の入院患者を対象とした患者経験調査プログラムでありますホスピタルCAHPS、あるいはHCAHPSにつきましては、厚生労働科学研究の福井先生の研究班におきまして日本語版に翻訳されているという状況でございます。

資料21ページは先ほどの続きになりますけれども、それぞれ主にどのような内容を質問しているのかということ概要をお示ししてございます。

まずは以上のような情報を標準化部会で共有いたしまして、患者中心ケアについてどのように考えたらいいかということを検討いたしました。

資料22ページでございますが、標準化部会では御覧のような意見をいただいたところでございます。

まず、患者経験調査につきましては、これまで患者満足度に比べて知名度が低かったけれども、だんだん普及しつつある状況であって、日本で患者経験調査がなじまないという理由は特にないと思うという御意見、そして患者中心ケアを可視化するためには患者が受けたケアを直接聞くという患者経験調査がやはりふさわしいのではないかという意見がありました。また、健康関連QOL指標につきましては、これはアウトカム指標であり、患者の基礎状態に影響を受けるため、標準的に測定するということが難しいのではないかという意見などがございました。これらより、患者経験調査の導入をさらに検討してはどうかという流れで今意見が出されているところでございます。

また、標準化部会の一番最後に今後の進め方につきまして、先ほど紹介しましたような既に諸外国で開発された調査票などを利用しようと考えているのか、それともそれらを参考に新たなものを開発しようとするのか、まずは方向性を議論して固めていくべきであるという御意見をいただいたところでございます。

資料23枚目を御覧ください。

まとめになりますけれども、標準化部会での検討内容につきまして、以下の2点について御意見を頂戴したいと思います。

1つ目は、医療の質可視化プロジェクトにおけるデータのフィードバック方法について、特に病院名を匿名化した計測データをフィードバックすることについて、どのように考えるべきかについて御意見を頂戴したいと思います。

2点目ですが、患者中心ケアの検討の進め方について、患者中心ケアの可視化の方法としてプロセス評価である患者経験調査に関する情報をさらに収集、整理してはどうか、またそのための情報としてどのようなものがあるのかということについて御教示いただければと思ってございます。一方で健康関連QOL指標につきましては、今回の検討対象からは一旦外しておくことでいかがかということにつきまして、御意見を頂戴できればと思っております。

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、部会長の的場先生から補足がありましたらお願いいたします。

○的場部会長 よろしくお願いたします。

今資料で御説明いただいたとおりではありますけれども、フィードバックに関しましては、例えば全体のグラフといたしまして、今回は棒グラフを提案させていただいておまして、多

くの団体では例えば箱ひげ図を用いていたりとすとか、そういうところもあるんですけども、議論の中では読み解くデータをいただいた医療機関にとって、棒グラフは分かりやすいのではないかということと棒グラフが並んでいる様子から得られる情報などもあるのではないかということの議論がございまして、今回は棒グラフでどうかというような御提案とさせていただいております。

また、ディスカッションのポイントになっております個別統計値につきましても、今後予定をしておりますデータの分析、読み解く、そういったセッションを行うときに、こちらの情報がどのようにフィードバックされるかということによって、コンテンツなども変わってまいりますので、そういう点で多くの医療機関で確かにデータがあれば改善につながるような分析ですとか、ステップが踏めるのではないかというような意見も多く出ているところではございすけれども、協議会での議論をいただきまして考えていきたいというところでございます。

2点目の患者中心のところにつきましては、患者中心性というところで広い概念の中で現在指標の候補として出ているものが私どもの調査の中での3つから議論を立脚しているところでございます。その中で経験調査のほうに特にフォーカスをさせていただいて議論をしてまいりました。こちらにつきましても、最後にあるような論点について御意見をいただきまして、またあるいはこういった視点での指標も検討したらどうかというような御意見がございましたらぜひ頂戴いたしまして、今後の議論の参考とさせていただければと思いますので、どうぞよろしくお願いたします。

以上でございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

それでは、ただいまの2点に関しまして御意見をいただきたいと思っております。

まず、1点目が計測データのフィードバックという点でありますけれども、基本は全体のグラフ、あるいは病床規模別などの層別データをフィードバックするという形にしております。それらに追加して、各施設で深掘り分析を可能にするため、病院名を匿名化した上で個別施設のデータをフィードバックすることが必要、妥当であるかという点であります。

現状では非常に慎重に扱っておりますので、今すぐこの方法、匿名化したものをフィードバックするということを導入するという状況ではございませんけれども、今後の方向性としてこのような形の病院名を匿名化した上で、生データをお返しするということにまで踏み込んでいくべきかどうかという点に関しまして、御意見を賜りたいというふうに思います。

いかがでしょうか。

福井委員、どうぞ。

○福井委員 日本病院会では集計データとして、特に中央値、あるいは平均値とその周囲のばらつきが分かるようなデータのまとめ方をずっとしてきていて、その中に各病院のデータを埋め込んで、それぞれの病院の立ち位置が分かるようにして、そのデータをフィードバックしています。ですから、ほかの病院のことについては、個別的には一切分からない。統計的な数値のみで、ばらつきが非常に大きいときにはドットで示されますけれども、ほかの病院の数値は、個別的には全く分からないようにフィードバックをしています。

フィードバックを行う目的ですけれども、それぞれの病院がどういうところに位置しているかを知ること、改善の余地がある、あるいは改善しなくてはならないと思ってもらうのが目的ですので、ほかの病院の名前まで分かるようなデータの提供は、当初から考えなくていいんじゃないかと思います。他の多くの病院の中でどこに位置しているかを知ること、公表するということは観察されるということで、臨床疫学ではホーソン効果と言いますけれども、自分たちのパフォーマンスが誰かに見られていると思うこと自体、改善に繋がります。ほかの病院との比較は改善の余地があるということを知覚してもらうためですので、個別の病院のデータは当初から考えなくてもいいように私は思います。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

鈴木委員、お願いいたします。

○鈴木委員 日本看護協会の鈴木でございます。

本日吉川の代理で発言をさせていただきます。

このフィードバックについて、少し慎重にしたほうがいいのかというふうに考えておまして、2点理由がございます。

日本看護協会でもDiNQL事業という看護の労働と看護の質のデータベース事業をやっているのですが、その経験から見ると、まず参加病院名を別途公表された上で、それ以外に層別化したデータがいくと、例えば生データを返したりなんかすると生データじゃなくても結構特定をされるということもありますので、そのあたりはもしやるとしても非常に慎重にしたほうがいいのかというふうに考えております。

もう一つは、今論点に挙がっている生データのフィードバックなんですけれども、日本看護協会でもDiNQL事業の中でデータの活用促進のためにグラフ化とか集計機能とか、自分の位置づけを知るといった機能を様々ツールとして準備しているんですけれども、なかなか現在それが

うまく利用できていなくて、参加をやめていくというような状況でございます。ですので、本会としてはやり方を変えて、最低限の基本となる結果をまとめたレポート、裏表で見られるような簡単に読み取れるレポートということを配信していくというシステムに変更することにしました。それで見極めていくという形を取っているんですけども、そういうことも踏まえて、このフィードバックについては、引き続き慎重に考えていく必要があるというふうに考えております。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ほかに御意見はいかがでしょうか。

的場先生にお伺いしたいんですが、今回このフィードバックに関しては、今回の可視化プロジェクトで採用している指標に関しての議論と理解してよろしいわけですね。

○的場部会長 そのとおりでございます。御参加いただいている病院からいただいたデータを集計して個別のデータとしても匿名化をした上で、個票のようなものを提示するのかどうかというのが意見でございます。

○楠岡委員長 ベンチマークの中で、いわゆるフィードバックの中でベンチマーク的なものが各病院に返ってくるわけで、その点は先ほど福井先生からお話があった病院会での取組と同じような形になるかと思えます。一方、匿名化した上で生データを入手することで、病院としてどのような利用が可能なのか、今回の指標がかなり簡易な指標であるということと、それから各病院参加されているところはどこもそれなりにやっておられるところなので、生データが手に入れば何かに使えるのかということ、具体的にどのように使うのだろうかということ、気になるんですが、これに関しては何か必要性というか、どのような場面では必要というか、何かございますでしょうか。

○的場部会長 一つ議論の出発点は、そういう御要望もあるという参加病院からの意見があるということがありまして、標準化部会でも議論のテーマとさせていただいたところでございます。

そういうことを踏まえますと、参加病院のニーズとして個別データがあると、それを使って例えばプログラムを組んで何かの分析をすることというような道がないわけではないんじゃないかというようなことを部会の中でも議論は出たんですけども、具体的にこういう使い方をすれば改善につながるような有用な分析があるので、今こうだというようなところまでの議論は部会ではまだしておりません。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

永井アドバイザー、お願いいたします。

○永井アドバイザー 私も公表することによってどういうメリットがあるのかと、楠岡先生と同じ意見で何となくそのあたりがしっくり来ないというのと、それから公表することによって、その生データを使える病院と使えない病院があつて、使えない病院と使える病院との公平さというか平等性というか、そのあたりのところが使える病院はどんどん使っているいろいろなことに利用するけれども、使えない病院は何の意味もないというところの公平性のところから言うと、何となく個々にフィードバックするときに個々の病院に合わせたフィードバックの仕方、要するにただ単に何番目がどうかというんじゃなくて、ある程度改善の方向性が絞れるようなフィードバック内容に個々の病院のフィードバックをしていただければ、何も生データをお出しする必要はないんじゃないかという気はいたします。

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か。

鈴木委員、どうぞ。

○鈴木委員 もう一つ追加なんですけれども、今いろいろ御指摘いただいたように、生データは使えるのかどうかというのは非常にあるので、そういう意味では先ほどの御説明にあったスライド15のところにフィードバックのデータの読み方とか、そういったことを双方向のやり取りで行うというようなことが御提案されているわけですけど、むしろそのところが非常に重要であつて、日本看護協会のDiNQL事業でもこのあたり重視しているところでございます。ですので、こういった双方向のやり取りがほかの参加病院に共有されるようにしていくともっとよいかなどというふうに思っております。例えばDiNQL事業では学会を活用したりとか、ウェブページへの事例掲載ですとか、あとはDiNQLの活用についてという学習コンテンツの動画をずっと掲載しているんですけれども、そのところで見えるようにして共有をしているというような形にしていますので、そのあたり少し重視していったらどうかというふうに考えております。

あともう一つ細かい点なんですけれども、自病院の今の層別集計とか、そのあたりをお返しするときに、自病院の位置づけというのは具体的にどのように御覧いただけるのかというのがあつて、手元の自院データと全体集計とを見比べて見られるのか、返してもらうときにあなたの位置づけはここですよというようにマークなりされていくのか、そのあたりちょっとこの資

料から具体が分からなかったんですけども、なるべく利便性を高めた形としたほうがよいだろうというふうに考えております。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

事務局からお願いします。

○事務局 ありがとうございます。

フィードバックの具体的な形式については、なお今検討中ではございますが、全体のグラフを出した上で御自身の病院のデータを手元に見ていただいて、そこから自分たちの立ち位置を知るというような返し方を今案として考えてございます。

○楠岡委員長 田渕委員、どうぞ。

○田渕委員 田渕ですけど、個別のデータを生データとして出すかどうかという議論のときにちょっと気になりますのは、数字で出てきた母集団があるとすると、外れ値処理をどうするかという問題があると思うんですね。外れ値の中には収集の上でのテクニカルな問題が生じて外れ値になってくるところもありまして、そういう処理をどういうふうに考えるかというのも個々のデータを出す上では問題になってくると思います。一方、箱ひげ図とか分散とか中央値を出す場合は、そのあたりがある意味では隠されてしまう表示の仕方になると思うんですね。そのあたりもちょっと検討の中で考えて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。

ほかにごございますでしょうか。

匿名化して、生データを返したときの利活用場面がまだいまひとつはっきりしていないような状況で、一律に返してしまうとそのリスクもかなり大きいということですので、少し利活用場面等に関して、どういうふうに使われる予定なのかということのを少し聞き取りとかをしていただいて、それがかなり有用性が高いとか、あるいはむしろ全般に広めたほうがよいようなものがあれば採択していく。現状においては匿名化しての生データのフィードバックはまだ時期尚早であるので、これはまた部会のほう並びに部会からいただいた御意見を基に協議会のほうで引き続き検討するということにさせていただくのがよいのではないかと思います、それでよろしゅうございますか。

ありがとうございます。

では、これは引き続きの検討課題ということにさせていただきたいと思います。



もう一点は患者中心ケアの可視化についてでございます。

標準化部会で検討を開始したというところでありますけれども、今後の検討の進め方として患者経験調査に焦点を絞り、さらに検討したいというのが部会の意向でございます。これにつきまして御意見、御助言を賜りたいと思っておりますが、本日欠席の桜井委員からも御意見いただいておりますので、まず事務局から御紹介をお願いいたします。

○事務局 それでは、桜井委員からの御意見を御紹介いたします。

患者中心ケアに関しまして、“他施設比較の指標として位置づけると可視化に対して抵抗を示される医療機関が増えると思います。個々の医療の「特徴」など、ポジティブな見せ方ができないでしょうか。” “根拠のないレビューなどがインターネット上などで氾濫する中、患者体験調査の実施の有無、並びにその結果公表、さらにはそれへの対応や改善状況だけでも公開をしていくことが望ましいと思います。”

以上でございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

それから、先ほどの報告の中で福井先生が厚生労働科研でHCAHPSを日本語訳されたということでございますけれども、今後これほどどのように展開していくのか、見通しにつきまして、もし福井先生のほうから何か情報提供いただけるのであればお願いしたいと思っておりますが、いかがでしょうか。

○福井委員 HCAHPSを使った測定は、前にいた病院では長年やってきました。これは測定可能だと思います。全ての項目をやるかどうかは別として、また新しく開発するかどうかは分かりませんが、何かしら経験に関する項目は測定したほうがいいんじゃないかと個人的には思っています。

ただ、QOL指標は今EQ-5Dを用いた測定は、研究班での仕事としては行っていますけれども、結構難しいし、かなりの時間が必要のようですので、全国の病院を対象に測定するのはちょっと難しいんじゃないでしょうか。ただ、何かしら経験に関する指標は測ったほうがいいのではないかとというのが私の意見です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

HCAHPSに関しては、もし自病院で試みようという場合にはどちらかに許可といいますか、申入れとかが必要な状況なのではないでしょうか、それとも公表データとして使えるものなのではないでしょうか。

○福井委員 どうでしょう。確認が必要ですがけれども、恐らく使っていないんじゃないかと思

ます。

○楠岡委員長　またその辺の情報もありましたら、御提供のほうをよろしくお願ひいたしたい  
と思います。今まであまり患者経験のことに関しては、患者満足度調査に替わるものとしての  
認識があまりなされてなかったので、今日のこの発表を機会に興味を持たれて、いろいろ調べ  
られる団体なり病院もあるかと思ひますので、そのときにはぜひいろいろ御指導のほうをよろ  
しくお願ひいたします。

それでは、ほかに御意見ございましたらお願ひしたいと思ひますが、いかがでしょうか。

矢野アドバイザー、どうぞ。

○矢野アドバイザー　私は最近のいわゆる皆さんが言っている患者経験調査というのと、私が  
武蔵野赤十字病院時代に相当古くて、2002年から2007年の頃、いわゆるNDP活動をやったと  
きに、患者経験の調査という形で病院でやったことはあるんですが、その内容はもう個人的に  
あまり覚えてないんですが、こういう形で聞くと患者さんは正直に答えるなとか、それから病  
院で集計するわけではなくて、外部機関に結果を患者さんが送るというような仕組みになっ  
たので、外部に送ると患者さんも正直に答えやすいかなという印象しかないんですけども、  
ここで皆さんで議論するとき、皆さんがイメージしている患者経験調査というのがある程度  
共有できてないといけないなと、私自身がすみません、勉強不足なのかもしれませんけど、そ  
ういう今議論するのは評価項目とか質問項目についての議論であって、いわゆるどこで集計す  
るとかどうやってベンチマークするとか、その辺の議論はいかがなのでしょう。

○楠岡委員長　これはどなたかお答えいただける方がいらっしゃったらお願ひしたいです。

いかがでしょうか。

的場先生、いかがでしょうか。

○的場部会長　今の御質問に関しましては、まだ部会の中で具体的な運用といひますか、こう  
いう質問紙について、どのような設計で進めるかというところまでの議論が深掘りできていな  
い状況でございます。諸外国の情報などが共有されまして、その中でより広く使えるような指  
標というものが選択できるということが望ましいんじゃないかというような議論が1点と、た  
だ一方で外国のものをそのまま日本に当てはめるといひことでのいいのかどうか、日本ならば  
のものといひのが必要ではないかといひような意見も部会のほうからは出ておまして、ただ  
それは時間がかかるといひようなところがあるといひ中で、今回協議会で御意見を頂戴したい  
といひような流れになったといひところでございます。

○楠岡委員長　ありがとうございます。

我々も十分理解しているとは言えないような状況ですし、このPatient Experienceに関しましては国内でも新たに研究会等ができて、シンポジウム等も開催しているような状況というふうに聞いておりますので、事務局のほうでももう少し情報収集をして、次回までに何らかの形で現状とか、あるいは実際どのようなものかということに関する情報提供できるようにさせていただきたいと思います。また福井先生にはいろいろお教えいただくことになるかもしれませんが、よろしくお願ひしたいと思いますが、福井先生、どうぞ。

○福井委員 とにかく、私は、Q Iプロジェクトの最終目的は改善のサイクルを各病院で回してもらいたいと思っています。先ほどのQOL指標もそうですが、HCAHPSもそれなりに時間がかかる測定方法で、こういう仕事をされようとしている方々は研究データにしようという気持ちがどこかにあるとすれば、それはこの事業の目的から微妙にずれていくと思います。理想的には、簡単な指標を使って今すぐ測定できて、各病院でその数値を見て改善することを第一義的に考えると、私はHCAHPSは使えるとは思っていますが、満足度のような指標とは違って、手間暇も時間もかかることなので、実際にやるかどうかは確かにもう少し慎重に考えたほうがいいのかという気持ちはします。

満足度調査プラスアルファみたいな簡単なもので取りあえずは始めて、改善のサイクルを回すところにフォーカスを強く当てたほうがいいんじゃないかというのが私の意見です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

今回のプロジェクトの中でも、最初4テーマを考えていたのでありますけれども、その中の4つ目が患者満足度調査だったんですが、まだ患者満足度調査にもいろいろな問題点があるということと、最近いろいろこの患者中心の話とか出てきているので、そこは一旦保留にして考えるということと、それからこのプロジェクトがどこの病院でも測れるようなというレベルのものということですね。今、福井先生の御指摘のように、先端的なところはどんどん進んでいっていいわけですが、そうでないところはあまりいきなり複雑なものでは参加ができなくなってしまうとか、参加を尻込みしてしまうということになってはいけませんので、その点は十分考慮しながら、我々としてどのようなものが妥当なものか、部会とかで検討していきたいというふうに思っております。

福井先生、ありがとうございます。

鈴木委員、どうぞ。

○鈴木委員 ありがとうございます。

今、福井先生がおっしゃったことに全く賛同しておりまして、一部JCIの受審病院ですと

か、そういったところはいろいろな海外のものを使っていることもあるんですけども、目的を考えますと、今やっている満足度調査というよりは、測りやすく、何よりも改善に結びつけることができるもの、そういったものを志向していく必要があると思いますので、先ほどからのお話にありますように、もう少し情報収集をして整理をしてというような形で進めてはどうかというふうに考えております。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ほかによろしいでしょうか。

ちょっと時間も大分押してまいりましたので、申し訳ありません。ここで簡単にまとめとしましては、病院名の匿名化した計測値のフィードバックにつきましては、今後ニーズを確認するなどを踏まえて検討課題とさせていただくという点、それから患者中心ケアの可視化につきましては、少し情報収集をし、また我が国での簡易な方法ができないかどうかということも検討していくということで進めさせていただきたいと思います。

ありがとうございました。

それでは、続きましてQ I活用支援部会につきまして御説明をお願いいたします。

○事務局 事務局より御説明申し上げます。

ここからはQ I活用支援部会の検討状況について御報告申し上げます。

こちらでは3つ御報告事項がございます。

まず、1つ目は収集事例を用いた成功要因分析でございます。

昨年度質指標を活用した改善活動に取り組んでいない医療機関に、質指標の活用への関心を持っていただくことを目的に、各協力団体の皆様の御協力の下、50事例を収集し、この本事業のオフィシャルサイトにて公開をしているところでございます。これらを基に、なぜ活動がよいものになったのか、幾つかの病院の改善チームを対象にインタビューを通じて事例を掘り下げていくことを予定しております。まだこちらは部会にて検討中でございますが、インタビューの項目案として、こちら①から⑦番を今挙げているところで、引き続き検討を進めているところでございます。これらインタビューを報告書として取りまとめまして、本年度の成果物とする予定でございます。

なお、26スライド目から29スライド目につきましては、昨年度公開いたしました事例の一覧をお示ししてございます。25病院から50事例を御提供いただいたところでございました。こち

らの中からインタビューする病院を部会の中で検討したいと思っております。

続きまして、30スライド目です。

こちらは2つ目の報告事項ですが、質改善ツールキットの普及・促進でございます。

質改善ツールキットとは、昨年度実施しましたモデル事業、パイロットにて使用いたしましたeラーニングコンテンツやワークシートなどを取りまとめたものでございます。こちらは本事業のオフィシャルサイトにて公開いたしておりまして、誰でも使用できるようになっております。本ツールキットを広く医療現場で御活用いただきたくため、そのための施策を検討しているところでございますが、既に各団体のQ I 事業へ御参加いただいている病院様に改めてこういうものがあるよというところで、御周知に御協力いただきたくお願い申し上げます。

こちら31スライド目は、この質改善ツールキットに含まれているコンテンツの一覧でございます。

最後32スライド目でございます。

3つ目は、昨年度実施いたしましたパイロットに御協力いただいた病院様を対象にフォローアップのアンケートを実施するという件でございます。

本件につきましては、パイロットの最後に実施しました最終報告会におきましても、今回昨年度御協力いただきました病院様へ御報告、御依頼を申し上げているところではございます。来月をめどにパイロット終了後の病院様の動き、例えば改善チームの活動は続いているのかですとか、御協力いただいたテーマ以外での活動が始まったかですとか、その他をアンケートにてお伺いをする予定でございます。

活用支援部会の活動状況の御報告は以上になります。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

部会長の尾藤先生、追加ございましたらお願いいたします。

○尾藤部会長 1分で追加いたします。

我々活用支援部会におきましては、今年度の本事業の中心であります医療の質可視化プロジェクトとは独立して動いていて地味な活動ではあるのですが、先ほどから福井委員が強調されていらっしゃるように合目性がすごく大事で、この合目性というのはQ I で測られたものを基にP D C Aを回して行って、継続的質改善をするということだと思っています。その上で、我々さらに今年度は情報提供できるような資料を作成していくということをしております。その上での成功事例は、細かい事例を並べるというよりも、その病院さんがどうい

トリーを持って、組織を立てて、成功に持っていったのかという物語性のあるルポルタージュ的な情報発信ができるといいかなと思っています。また、ツールキットにおきましては、2021年そこそこいいものができたと思っておりますので、これをいろいろなどころでお使いいただけるように宣伝をしていき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。

この件に関しましては、欠席の桜井委員から“成功事例の公開はとてもよいと思います。”という御意見をいただいております。

その他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。

ほとんど報告事項で、ほぼ今年度の活動方針を示したような形でございます。時間が押しておりますので、もし何か御意見がありましたら後ほど事務局へお送りいただきたいと思っております。申し訳ありませんけれども、よろしくお願ひしたいと思っております。

次に、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、資料の説明をお願いいたします。

○事務局 それでは、資料の35枚目を御覧ください。

これまで継続的に検討してまいりました質指標の標準化に向けた検討につきまして、簡単に経過を振り返ってみたいと思っております。

医療の質指標の標準化については多様な御意見があるところから、慎重かつ丁寧な議論をするために4つの論点に沿って順に検討を進めているところでございます。

4つの論点とは、a、指標を用いた測定、b、測定結果をもとにした改善活動、c、ベンチマーク評価、d、公表のあり方、この4つです。このうちa、bの検討におきましては、質改善目的で指標を活用するためには、指標設定の自由度が必要であるという見解となっております。一方c、ベンチマーク評価の議論におきましては、ベンチマーク評価もまた質改善のさらなる充実を目的としたものであり、他の施設との比較のためには可能な限り測定方法を共通化するとしております。したがって、質改善という目的のために個別のニーズに応じて自由に設定する指標という扱い方と、他施設との比較を通じて質改善をするために測定方法を共通化する指標という扱い方に整理して、うまく組み合わせる、または使い分ける必要があると考えております。

資料36枚目を御覧ください。

そこで、医療の質指標を整理するために、こちらは前回の協議会でもお示しした資料でございますが、指標を3階層に整理するという案をこのたび標準化部会でも提示し、意見を伺いました。

改めてこの図表を御説明いたしますと、各団体、施設などが固有に設定する指標というものと全国の病院が共通して使用する指標があるのではないかとということで、図の1、2という部分と3の部分の間に太線がありますが、この太線の部分で大きく上下に2区分いたしました。

さらに共通部分、この1、2と分かれている部分ですが、病院機能によらず共通して計測が求められる指標と施設の役割や類型などに応じた指標に区分するというので、全体として3階層に整理できるのではないかと案でございます。また、前回の協議会でもこの図を御説明したところ、2階部分の分類は慎重に検討しなさいという御意見を頂戴いたしましたので、それが一番下の黄色い部分に書いてあるところでございます。そのような議論の経過も付して、標準化部会でも御意見を伺ったところでございます。

資料37枚目を御覧ください。

Q I 標準化部会での御意見ですけれども、まず基本的な枠組みについてですが、枠組みは3階層でよいのではないかと、対象の疾患や集団に応じた指標群を設定することがやはり必要だと思うので、区分1とは別に区分2として扱うことがよいのではないかと意見、また区分3は不要ではないかという意見もありましたが、一方で今後様々な指標が作成されるであろうことを考えると、区分3を用意しておくことがよろしいのではないかと意見が両論ございました。また、区分2につきましては病棟機能と考えてはどうか、あるいはOECDフレームワークに示されている4つのヘルスケアニーズ、これは予防、急性期、慢性期、緩和ケアという分け方になりますけれども、その区分を使用してはどうかなどの意見がございました。

その他の意見としては、同じ指標なのに機能によって求められるレベルが変わるというのはよろしくないという御意見、あるいはベンチマークを行うためには、本来であれば中央で集計することが望ましいなどの御意見を頂戴したところでございます。

資料38枚目ですが、改めまして、この3階層モデルの枠組みにつきまして、協議会委員の先生方の御意見を頂戴した上で、それらを踏まえて標準化部会でさらに検討を進めてまいりたいと思っております。

資料39枚目でございますが、こちらは参考情報といたしまして、共通Q Iセットをお示しいたしました。共通Q Iセットは御存じのように、既に各団体のQ I事業を通じて指標測定に取り組んでいる約1,000病院をさらにステップアップするような目的で提案されているものでご

ございます。最初23種類、36指標で設定されましたが、その後アンケート調査などを踏まえて14種類、19指標に絞り込んだ新しい共通Q Iセットが提案されているところでございます。

資料では当初の共通Q Iセットを示しておりますが、このうち色つきの部分が新たな共通Q Iセットの範囲でございます。先ほどの3階層の枠組みを検討するに当たり、共通部分にはどのような内容が含まれるのかイメージしていただくために、この資料を御用意いたしました。

資料40枚目でございますが、3階層モデルにおきまして、共通部分はベンチマーク評価をすることを想定しております。したがって、改めまして当協議会で議論いたしましたベンチマーク評価の目的と取扱いの資料を再掲いたしました。ベンチマーク評価の目的は自主的な質改善活動のさらなる充実のためであること、また取扱いにつきましては、全国の医療機関が自施設の位置づけを把握できるよう、可能な限り測定方法は共通化するとしております。

以上が3階層モデルについての標準化部会での検討状況でございます。

もう一つ御報告がございます。資料42枚目を御覧ください。

医療の質指標の活用状況に関する実態調査についてでございます。

○事務局 それでは、説明者を交代いたします。

こちら実態調査につきましては、第11回の運営委員会におきまして、質指標の位置づけの整理に加え質指標の運用の視点も重要と考える。標準化のあり方検討の基礎資料とするために質指標の運用、特に計測の阻害要因に関する調査を企画、検討してはどうかと、このような問題提起が行われ承認されたところでございます。本件につきましては、現在Q I活用支援部会を中心に検討しているところでございます。

本調査の方法といたしまして、質指標活用に取り組んでいない病院様を対象にしたフォーカスグループインタビューを行う予定としております。また、御協力いただく病院様へのお声かけの方法といたしましては、現在募集しております医療の質可視化プロジェクトにお申込みいただいた病院様の中から、この協力団体のQ I事業に御参加されていない病院様、先ほど事務局からも120病院ほどあると御説明させていただきましたけれども、そちらの病院様の御協力を打診する予定で現在検討を進めているところでございます。

事務局から説明は以上になります。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

継続検討課題でございますが、標準化、公表のあり方につきまして2点御報告をいたしまし



た。

1つは質指標を整理するための枠組みを検討しているということ、もう一つは指標活用の実態調査を企画しているというところでございます。指標の整理案に関しましては、3階層で整理する、あるいは既存の指標とのすみ分け、全国でベンチマークすべき指標の明確化などに応用できるのではないかとございます。これに関しましても、桜井委員から“階層については2区分だと大雑把な気もするので、3区分にしてはどうか”という御意見をいただいております。

この点に関しましては、最初のところでいろいろ議論がありまして、それを踏まえて大体最初の議論が結果としてはこの3階層を意識するような議論というか、集約的なことになるかとは存じますが、これに関しまして何か追加で御意見等ございましたらお願いしたいと思っておりますが、いかがでしょうか。

この点に関しましては、また今後とも今日の最初のほうの議論も踏まえて引き続き検討を続けていきたいと存じますし、今3階層の分け方というのは非常にざっとした分け方でございますけれども、当初の議論の方向性は踏まえているかと存じますので、このような形で取りあえず進めていくということによろしゅうございますか。

福井委員、どうぞ。

○福井委員　こういうふうに分けるときれいですが、それぞれの病院で改善が必要なテーマは本当に様々です、実際のところ。

我々が日本病院会でやっているプロジェクトでは、急性期の病院を対象とした指標群と、慢性期を主としている病院、それから精神科の病院でそれぞれ使える可能性のある指標を示して、実際はそれぞれの病院で自由に選んでもらって測定してもらっています。

そのうえで、改善した事例を毎年発表してもらおうというイベントをやっています。そういう意味では、もう少しフレキシブルに、正直なところどれを使ってもいいというふうに持っていてもいいんじゃないかと思っています。

それから、もう一点、申し訳ありませんが、35ページのa、b、cのbとcは順番が入れ替わっているように思います。指標を用いて測定をして、その中でベンチマーキング的にどこに位置するかということ考えた上で改善活動が行われて、またその結果を次に回すということですので、cに相当するところがaとbの間にあってもいいのではないかと思います。

すみません、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。

よろしいでしょうか。

それでは、この点に関しましてはまた引き続き検討を進めていくというところで御了承いただきたく思います。

もう一つの活用実態調査でありますけれども、指標の計測に取り組まない、あるいはなぜ活用できないかということで、全国の普及促進を図る際の課題を明確にするために調査を行うというものでございます。

本日欠席の進藤委員からは、“質指標活用に取り組んでいない病院（約7,000病院）を対象にしたフォーカスグループインタビューを行うとありますけれども、行うべきではないと考えます。本事業で示している指標と、病院の質向上の関係性に関するエビデンスを示すほうが先だと考えます。指標が高い数字イコール病院の質がよいではないはずです。”という御意見をいただいております。

先ほどの調査の内容に関しましてですけれども、まだ不明確なところがございますが、結局今回の調査の一番の目的は、質改善活動に取り組むというよりも、質指標の測定に取り組むという点にフォーカスを当てての調査ということでよろしゅうございますね。今の御説明だとちょっと補足がごっちゃになっていたような。

○事務局 事務局より御説明申し上げます。

部会の中の検討においては指標の計測も第一義としつつ、その先の質指標の活用における障害もというところは問題提起に上がっておりまして、こちらはまだ部会の中で検討中というところがございます。

○楠岡委員長 これは2段階の話で、まずは計測していただかないといけない、その計測の障害が何かという点と、それから計測はしているけれど、活用できてないという点に関する障害と2段階あると思うんですけれども、今回の調査は、そうしますとどちらにフォーカスを当ててということになって。

○事務局 こちらは実は来週部会の中でも検討しようと思っっているんですけれども、まずはこの計測の阻害要因のところをフォーカスを当てていって、その後次に次の段階としての活用のほうの調査という流れがよいのかなと今検討しているところでございます。

○楠岡委員長 分かりました。

今のような整理の下で御意見ございましたらお願いしたいというふうに思います。

どうぞ。

○松原（為）委員 民医連でずっとやってきている状況をちょっと振り返ると、初めは始めたときは実際にそういった改善のサイクルが回っているところが指標を持っていて、そこを集めて始めたとき、その中で呼びかけている中で、次は指標を測定するということが目的化してきて、指標は取れているんだけど、その後が動かないといった2つの壁が存在しますので、そのところをちょっと意識して、指標測定が困難だからサイクルを回せてないというのがそれほど多くないんじゃないかなというふうに感じているところです。

以上です。

○楠岡委員長 尾藤部会長、どうぞ。

○尾藤部会長 実はそこは本当に今もめているところなんですけれども、私自身の問題意識としては、測るのはいいけど、それはMQIになってないよねというのが私はすごい問題意識と思っているんです。

委員の皆様は、測りながらPDCAを回してMQIをしていくということの失敗要因ということをどのあたりに重きを置いたほうがいいのかということをぜひ御意見いただいた上で、測定だけじゃなくて、測定結果を継続的改善に落とし込んでいくことが結構分からないところが多いので、ノウハウをためたほうがいいよという意見をいただけると、私個人としてはとても喜びます。すみません。

○楠岡委員長 分かりました。ありがとうございます。

福井委員、どうぞ。

○福井委員 尾藤先生が言われたことは全くそのとおりで、私もこの1年間幾つかの病院にQIのことで関わってきていて、今でも深く関わっているところがあります。最も重要なことは、リーダーがいるかどうかだと思います。QIを何のために測るのか、QIを指標に病院内で関係者が話し合って改善する、そういう手順がとられているかどうかかなんです。何となく測って、それを病院団体なら病院団体に提出して、何かそれで満足してしまう。または、もしフィードバックされた値がまあまあそれなりの範囲に位置していれば、そこで終わってしまい、改善の余地があるから徹底的に病院を挙げて改善しようという動きが案外少ないような印象を持っています。

誰かがリーダーシップを取って、改善のためのサイクルを回す必要があり、病院長がそうされれば一番いいとは思いますが、そういう役割を果たす人を養成する、あるいはそういう方向に動機づけすることなども必要ではないかと最近思っています。

以上です。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

ほかによろしいでしょうか。

永井アドバイザー、どうぞ。

○永井アドバイザー 永井ですけど、先ほど松原先生がおっしゃったように、計測すること自体はそんなに僕は問題ないと思っていて、例えば全日病なんかでも40、50の病院が手挙げしてやっていますけれども、その病院が全てP D C Aを回しているかどうかといたら、ほとんど回していない病院がほとんどで、尾藤先生おっしゃったようにM Q I、もしくはT Q M的なところで、要は最終的には組織の体制、質に関する考え方、リーダーの考え方が一番の阻害要因であって、そのこのところを背景にしながらインタビューしていくというところによろしいんじゃないかと思えますけれども。

○楠岡委員長 分かりました。ありがとうございます。

ほかによろしいですか。

そうしましたら、前半の医療の質指標の整理の方向性につきましては、これは引き続き標準化部会のほうでお願いしたいと思えます。また、指標の活用実態調査、それから先ほど計測に関する問題点、この2つの視点からのインタビュー調査につきましては、活用支援部会を中心にお願いするという形になるかと思えますが、ぜひよろしくお願ひしたいと思えます。病院の中でかなりQ C活動をやりたいという方がいらっしゃっても、病院の幹部がそんなの必要ないという話が結構パイロットスタディの中でも出てきていましたので、そのあたりのところも踏まえてお願ひしたいというふうに思えます。

そうしましたら、もう時間も迫っておりますが、4番、その他につきましてお願ひいたします。

○事務局 それでは、その他といたしまして、医療の質向上のためのコンソーシアム特別企画2022についての開催報告を申し上げます。

資料44枚目を御覧ください。

今回のコンソーシアムは“医療の質を可視化し質向上へ”をテーマとして、2022年7月30日土曜日にウェブ開催をいたしました。医療の質可視化プロジェクトへの機運を盛り上げることを意図し、広報にも力を入れたところがございます。その結果、参加者数が最大同時視聴者数という数え方になりますが、1,090名という大変多くの皆様に御視聴いただきました。

プログラムとしては一番下でございますとおりに「医療の質向上を目指して」という演題で

日本病院会の相澤会長に御講演をいただきました。また「質向上に向けた可視化の重要性」というトークテーマの下、相澤先生及びスピードスケート金メダリストの小平奈緒選手に御出演いただき、楠岡先生の座長の下、鼎談を行いました。

資料45枚目でございますが、こちらがコンソーシアム終了後のアンケート結果でございます。

570名の方から御回答いただきましたが、その回答者の属性でございます。職種としては看護師、事務職、医師の順に多い状況でした。また、役職といたしましては、何らかの管理職という方が7割を占めておりました。

資料46枚目でございますが、こちらはプログラムの満足度についてお伺いしたものでございます。講演及び鼎談につきまして、満足及びまあまあ満足という回答が9割以上の結果となりました。

資料の47枚目でございますが、今回のコンソーシアムは先ほど申しましたとおりに、医療の質可視化プロジェクトにつなげるということを意図しておりました。そこで、可視化の重要性について理解できたか、医療の質可視化プロジェクトについてどう思うかという2つの質問の回答結果でございます。2つの質問ともポジティブな御回答が9割を超える状況でございました。しかし、医療の質可視化プロジェクトへの協力に否定的な意見も少数ながらいただいたところでございます。

資料48枚目を御覧ください。

医療の質可視化プロジェクトについての御意見を集計したものでございます。

可視化プロジェクトに協力したい、あるいは協力を検討したいと回答した方に関心の高いテーマをお伺いしたところ、左側の図ですが、半数近くが医療安全という回答でございました。

一方、協力したいと思わないと回答した39人の方にその理由を伺ったところ、指標計測の負荷が高い、質指標を計測する体制が整備できない、管理者層からの理解が得られないなどの回答をいただきました。数は少ないものの今後普及・促進を進める上での課題であると考えております。

資料49枚目でございますが、自由回答の結果を感想と要望に整理いたしました。

感想といたしましては「ちょっと背伸びをすれば達成できる適切な目標を設定することが大事」「自分の感覚を言語化して客観的に見られるようになるというお話が印象に残った」「多職種チームでベクトルをともにした医療の質評価はとても意義がある」「小さな成功体験の積み重ねをコツコツと進めていき、成長できる楽しさやできたという実感を提供する機会を設けていきたい」「業務改善に取り組むプロセスが重要である」「患者・家族、そして職員目線で

の取組を見える化しながら進めていきたい」といった感想をいただきました。

また、要望といたしましては、「現場に対しては結果にこだわらずよいデータではなく正確なデータを出すこと、経営陣に対してはQ Iを病院の現状可視化ツールとしての必要性をテーマとしてほしい」などの要望をいただいたところでございます。

今年度末にもう一回Q Iコンソーシアムの開催を企画しておりますが、これまでいただいた御意見などを踏まえて今後も企画検討してまいります。

コンソーシアムについては以上でございます。

最後の50枚目のスライドでございますが、2点御相談事項がございます。

1つ目が成功要因分析に御協力いただいた病院への打診についてでございます。

昨年度御提供いただいた事例の中から、幾つかの病院にインタビューを行いたいと思っております。

そこで、事例を御提供いただいた病院に対してインタビューの可否につきまして、各団体事務局様を通じて御確認をお願いしたいと考えてございます。

2つ目ですが、質改善ツールキットの周知の御協力についてのお願いでございます。

昨年度実施したパイロットで使用したeラーニングコンテンツやワークシートなどを取りまとめた質改善ツールキットを事業オフィシャルサイトに公開をしているところでございます。

そこで、本ツールキットの医療現場での活用を促進するため、各協力団体のQ I事業に御参加いただいている病院様にぜひ御使用いただきたく、まずはこの周知に御協力いただきたいと考えてございます。

詳細は後日各団体の事務局様を通じて御案内する予定でございます。

以上でございます。

○楠岡委員長 ありがとうございます。

Q Iコンソーシアム開催の報告と、それから今後各病院団体へのお願いの御相談でございますが、これにつきまして何か御質問ございますか。

よろしいでしょうか。

そうしますと、本日用意いたしました議題は以上でございますが、全体を通じて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が、よろしいでしょうか。

事務局のほうから、それではお願いいたします。

○事務局 次回の運営委員会は既に日程をいただいております、12月1日木曜日に開催予定

でございます。改めて開催案内をお送りいたしますので、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 それでは、本日長時間にわたり御議論いただきましてありがとうございます。

前半非常に大事な御議論でしたので、時間を取ってしまいまして、後半少し駆け足になってしまいましたことをお詫び申し上げます。また、引き続きこの運営委員会のほうへ御協力のほうをお願いしたいと思います。

以上をもちまして、本日の運営委員会を終了させていただきたいと思います。

どうもありがとうございました。