

第4回 がんとの共生のあり方に関する検討会 議事録（抜粋）

「第4回 がんとの共生のあり方に関する検討会」において、
実地調査に関して下記のような議論があった。

○事務局より資料2について説明

○西田俊朗座長 まとめていただきましたけれども、特に、実地調査をパイロットで、Y県で2つ、X県で1つ既にやられて、これから全国展開にどういふふうにやっていくか、具体的にマニュアルあるいはチェックリストの見直し、あるいは、方法、目的、どこまで広げていくかというのも含めて、再検討、再確認したいということです。

それと、もう一つは、緩和ケアのところは、特に患者さんの要望が多いところなので、部会を置いて、もう少し詳細な議論をしていきたいというのが事務局側の御意見でございます。

この2点だけでなく、全体を通して、先生方から御意見を伺おうと思うのですが、まず、実地調査を実際にやられた加藤構成員から、少し追加で御意見等がありましたら、よろしくをお願いします。

○加藤雅志構成員 加藤です。実際に実地調査を一回参加させていただきました。

その経験を踏まえて少しだけ申し上げますと、細々としたこともいろいろとございますが、一番大きいところとして、私自身が国立がん研究センターでやっている病院同士のピアレビューと、実際に都道府県庁が中心となって行う実地調査の違いがあることを、改めて強く感じました。それぞれのいいところ、限界について、それをしっかりと理解して、すみ分けてやっていく必要があると思っています。

具体的に申し上げますと、実地調査を県主導で行うと、当たり前ですが、県が見に来たということはどうしても監査的になるというか、むしろ、それが目的であるとは思いますが、拠点病院の指定要件を満たしているかどうかを確認しに行くところが目的になるかと思えます。であれば、その部分をどのようにやっていくのが重要になります。実際に県庁がわざわざ行くわけなので、県庁の方々にとって、指定要件がしっかりと充足しているかどうか。もし問題があるのだったら、どうやってその部分を改善するのか話し合うところが目的になります。国立がん研究センターでやっているピアレビューは、あくまでも病院同士がお互いに訪問するというので、監査ではなく、現場がよりいい医療を提供するためにどのような工夫ができるのかを話し合っていくものです。指定要件を満たしているというのが前提なのかもしれませんが、さらにその上の診療の質を高めていくということができると病院同士のピアレビューの

いいところです。県庁の实地調査の目的は、最低限確保しなければいけないものが確保できているかどうかというところをしっかりと見に行くものだと思います。病院同士で行うときの目的は、より良い医療を提供するためにやるものなのだというところを区別することを意識してもらったほうがいいと思います。

逆に言うと、県庁主導でやるときは、十分にできている病院に行ってしまうと、県庁の方がわざわざ行ったのにコメントをする場面があまりないというところがあるかと思います。ぎりぎりのところというのでしょうか、指定要件が十分に満たされているのか、どうかというところを見に行くのが効果的だと思います。しかし、県庁の方は緩和ケアの専門的なところは分からないと思いますので、有識者の方も一緒に行ってディスカッションしていく中で、指定要件を十分に満たすためにはこういう工夫をしたほうがいいのではないかという具体的なアドバイスを有識者がしていくことが期待されると思います。ただ、有識者が指定要件を満たしていないと直接言うといろいろと角が立つかもしれませんので、そこは行政の方が行政の立場で発言してもらったほうが良いかと思います。やり方によってすごく良い取組になっていくと思いましたが、その辺りの整理を進めてもらいたいと思いました。

まずは以上です。

○西田俊朗座長 ありがとうございます。

スライドの5枚目に、实地調査とピアレビューと第三者評価の表があります。第三者評価の場合は、病院機能評価を受けられているところが一番多いのかなと思いながら聞いていたのですけれども、もちろん、これらは目的もやり方も利点も違いますし、それから、多分インターバルも違いますよね。病院機能評価は何年かに1回、ピアレビューは毎年。例えば私どものところであれば、私大協のピアレビューとNCのピアレビューと2つか3つぐらい重なってピアレビューをやっているのですけれども、それはいずれにしても毎年やっているということになります。实地調査となると、どの程度やるかによって大分違ってくると思います。

この辺に関して、受ける立場の人たちの意見も少し聞きたいと思うので、木澤先生いかがでしょうか。緩和ケアの实地調査あるいは都道府県の实地調査に関して、何か御意見はございますか。

○木澤義之構成員 ありがとうございます。

私も以前、この検討会ではなくて、前の検討会の際の实地調査に実際に行ったことがあるのですけれども、实地調査が動いているということ自体に意味があるのではないかと考えています。ですので、今、加藤先生が言われたように、最低限の質の確保という点では非常に重要な活動の一つではないかなとは思っています。

○西田俊朗座長 それは監査的な意味合いが少しあるから意味があるという意味ですね。

○木澤義之構成員 そうです。

○西田俊朗座長 非常によく分かります。ほか。志真先生どうぞ。

○志真泰夫構成員 前回のときに出されたチェックリストについて、今回、かなり詳細に見てみました。質の評価をするときには、ドナベディアンモデルというのがあります。まず、人員とか組織体制とか設備とかそういうことを評価するストラクチャー部分、構造と言われています。それから、実際そこで提供されているケア、どういうふうな人を対象にどれぐらいの量のケアが提供されているかといったプロセスを見る過程ですよね。それから、それがどういう結果になっているか、アウトカムという、この3つのポイントがあるわけです。

このチェックリストを見ると、それが入り混じってしまっていて、どこまでが構造で、どこが過程なのかというのがよく分からない。一応私なりに分類はしてみたのですが、さっき加藤先生が言われたことと重なるのですけれども、行政が見たいのはストラクチャー部分だと思うのですよね。それも、指定要件がちゃんと満たされているかどうかという。それがこのチェックリストだとちょっと分かりにくいのですよね。一体どこを見ているのだろうか。それから、プロセスについても、いろいろなプロセスが入り混じっていて、そのプロセスの評価が、これを見てどういうふうに行っているのかなというのが、これからはちょっと分かりにくい。

私の提案としては、先ほど、このアンケート結果にもありますように、指定要件を見るプロセス部分、ここについては、行政的なオーディットをはっきり相手側に伝えて、こういうことはそちらで満たしてくれているかどうかをチェックしますよということを伝えるのが1つだと思うのですね。プラス、緩和ケアの関係者が一緒に行くのであれば、プロセス部分についても、ぜひ、今回評価させていただきます。それは緩和ケアに携わっているドクターあるいはナース、薬剤師の方が一緒にいますので、それは意見交換とか、そのチェックリストに基づいてチェックしますというような、チェックリストをドナベディアンモデルでしっかり見直してもらって、そして、狙いをはっきりさせることが大事なかなと思います。

それから、さっき加藤先生が、ある程度きちんとできているところは、行ってもあんまり言うことがないとおっしゃっていましたが、確かにそうだと思うのですね。ただ、私、医療機能評価機構のサーベイヤーもやったことがあるのですが、行く側もある程度トレーニングを受けないと、なかなか適切な評価ができないのですよね。医療機能評価は、約5日間ぐらいの研修会をやります。でも、これはとてもできないでしょう。サーベイヤーを養成するのに5日間も研修はできないと思うので、ある程度数を踏まないと駄目だと思うのですね。その都度、プロセスを評価する関係者を場当たりにチェックしてやるというのは効率が悪いし、サーベイヤー側の質が上がらないと思うのです。学会とか、私ども協会とかが推薦をして、ある程度そういうグループをつくって、その人たちが回数を重ねていけば、ある程度質の均質化というものも図れるのではないかなと思います。

それと、各都道府県の様子はよく分からないのですが、今日、木庭さんがいれば、そこら辺

の実情は分かるかと思ったのですけれども、行政の事務局側は結構大変ですよ。スケジュール調整もすごく大変だと思います。そこは、これをもしある一定のプログラムとして運用していくとすれば、その点については都道府県の負担を考えて、何らかのサポートはする必要があるのではないかと思います。いわゆる指定要件というか、要件を満たしているかどうかと、そういうチェックリストと、それから、プロセスを見るチェックリストをしっかりとつけて、そして、都道府県の調査にある程度サポートをしつつ、プロセス評価も一緒に見るような仕組みをつくっていくというような方向でどうだろうか、これを見てちょっと思いました。

○西田俊朗座長 御意見ありがとうございます。

一番最後の行政側の負担が大きいというのは、確かにそうだと思うので、全部に行くのは難しいだろうなということと、ストラクチャーは確かに重要だと思います。どういう質問をするか。その答えに対して、病院機能評価もそうですけれども、行く人の判断基準がばらばらになると、確かに非常にややこしいので、ある程度均質化はしておかないといけない。逆に言えば、基準をつくっておかないといけないかも分かりませんね。

加藤先生、何か追加で御意見があれば。

○加藤雅志構成員 おっしゃるとおりかなと思います。レビュアーの質の担保は非常に難しく、どのようにレビュアーの目を養っていくのかというのは、とても重要な課題だと、志真先生の御指摘を聞いて思いました。

あと、これは私のピアレビューのほうでの経験ですが、いろいろなものを見たいと欲張ってしまうと、どれも難しくなってしまうことがあります。以前も申し上げたかもしれませんが、病院間のピアレビューのときに指定要件も満たしているかも評価したいということをやりと始めると、何が一番の目的なのかがわからなくなってしまった経験があります。病院同士のピアレビューのときは、あくまでも困り事解決、課題解決のための訪問であることを明確にし、それを徹底することで、受ける側も訪問する側もそこに焦点を当てたディスカッションができ、いいピアレビューができるようになったということがあります。

こちらの实地調査に関しても、第一義的には指定要件を見る。メインはストラクチャー的なところをみることになるかもしれませんが、せっかく有識者も行くので、可能であれば、その副次的な効果になるのかもしれませんが、プロセス的な評価など、診療をよりよくするためのものも可能であれば見るのは良いことだと思います。ただし、何が主目的でどっちが従なのかということは、しっかりと明確にしておかないで両方を行おうとすると何が目的なのかわからなくなり、訪問を受ける側もする側もどこまで言っているのか分からなくなります。県の主導であれば、指定要件を見に行くということをしっかりとメインで出していくところは崩さないほうが良いと思います。

○西田俊朗座長 そのほか、御意見のある方はいらっしゃいますか。高山構成員どうぞ。

○高山智子構成員 ありがとうございます。

今、御議論を聞いていて、せっかくピアレビューと都道府県での実地調査があるということで、重ならないように役割分担がうまくできる形で、かつ、都道府県側の御負担が少ないようにと思って聞いておりました。

その中で、これがどのぐらいやるのが適切なのかというのが、この部会立ち上げの御提案があるので、恐らくその中で御議論になるのかとは思いますが、PDCA が基本になるとすると、繰り返しがあってこそ改善が見えてくるということがあると思いますので、それが1年に1か所という、場所によっては何年たっても終わらなくて、そのうちに人も体制も変わってみたいなことだと意味がなくなってしまうので、その辺りもぜひ今後の検討の中でどのくらいが適切かというのを御議論いただければと思ひまして。恐らく、これは緩和ケアだけではなくて、ほかの領域にも関わってくることだと思うので、そこで、大体のこんなふうにできるという知見なりおまとめがあると、ほかの領域にも生かせるのかなと思ひました。

○西田俊朗座長 ありがとうございます。

岸田構成員どうぞ。

○岸田徹構成員 2つありまして。先ほど志真構成員がおっしゃったように、適切な評価ができるように評価者側が全体を比較できるようにすることが大事だと思います。したがって、評価者が一回一回全員違って、それ毎で評価も変わっていくことがないような形を、全体を比較できる人がいたほうがいいのではないかとことを思ひます。そういった人がいれば適切なアドバイスができるようになるのではないかと思ひます。

2つ目に関しては、この実地調査はもちろん大切ですが、今後、スケジュールにも関わってくると思ひますが、目的としては、患者さんが適切な緩和ケアを受けられるかといったところになると思うので、できるだけ早く現場で実施してもらえようという、そういった観点も入れてほしいなということを思ひています。

以上です。

○西田俊朗座長 御意見ありがとうございます。

前回、木澤構成員は入られていたということで、その経験から、今回やるとしたら、こういうところはもう少し改善したほうがいいのではないのでしょうかというのがあれば、差し支えなければ。

○木澤義之構成員 今、急にぱっと出てこないのですが、加藤構成員が言われたことと非常にダブるのですが、もうやってきているところは基本的に行かないというのがいい、明らかに大丈夫そうというところは行かなくて。ちょっと変わったことを言うかもしれないのですが、例えば、ストラクチャーは満たしているかどうかは怪しいけれども、ちゃんとやれているという拠点病院もあると思うのですよね。プロセスがちゃんとしている。そういうところは見たほうが

いいですし、そういうようなものを通じて、実際、制度自体を見直すことも大切な仕事だと思うので、ボーダーラインとかボーダーライン以下のところを中心にみるのは、基本的にはいいのかなと思います。

○西田俊朗座長 どうぞ、志真構成員。

○志真泰夫構成員 さっき、3つの要素があると申し上げたのですが、もう一つ大事なものは結果ですよね、アウトカム。これは、木澤先生が理事長をやっている緩和医療学会、それから、私が理事長をやっている協会では、少しずつ進んできています。具体的には、遺族による評価が私どもの協会では進めていまして。これはインターネットを使ったウェブ調査をやりたいと思って、準備はほぼ完了しております。木澤先生のほうでは、多分、症状の寛解率みたいなものを細かく見ていく、そういうものを今後計画されているのではないかなと思うのです。これも大事なアウトカムだと思います。

ですから、これは国とはちょっと違うレベルの民間でのあれですけども、アウトカム評価もある程度念頭に置かれて、今後これを進めていっていただいたほうがいいかなと。だから、ストラクチャーで幾ら締め上げても、いいアウトカムが出てこなかったら、これは何の意味もないわけです。

それから、さっき木澤先生が言ったように、ストラクチャーはいまいちだけど、非常にいいケアをしていて、遺族の評価がすごく高いということも現実にあるのですよ。だから、それも見ていかないといけないので、この3つの要素をしっかりと実際に実施に移したときには、そういう多面的に見ていくということをぜひ考えていただいて、あまりにストラクチャーにこだわって、これを満たさないから駄目じゃないというような実地調査にならないのをぜひお願いしたいと思います。

○西田俊朗座長 木澤構成員どうぞ。

○木澤義之構成員 それが出てくるとは思わなかったので発言しないでいたのですけれども、実地調査とは別なので。アウトカム評価はしなくていけなくて、本当に NCD でやられているような、いわゆる全例登録みたいなことをして、その専門緩和ケアの質の評価をしていくという取組は絶対にもうやらないといけないだろう。緩和ケア病棟であったり、専門緩和ケアのコンサルテーションの質を評価するということを、症状ばかりではなくて、問題はとうとうに解決されていて、何をしているのかということを見ないといけないので、このように制度ができた以上は、そういう取組をして質の改善のサイクルを回していくということを徹底的にやらないといけないと、業界としては思っています。

○西田俊朗座長 そういう評価の基準はある程度つくっていかないだろうかなと思います。

それと、多分、ストラクチャーのところは書面である程度はいけるのではないかなと思いますので、書面調査も活用しながら、実際にビジットするのは全部である必要は必ずしもないのではないかなというのが、皆さん方の御意見ではないかなと思います。

もう一つ気になるのは、一回行ったきりでいいのではなくて、その後も、行った後、どう改善したかのほうがむしろ重要で、フォローアップをちゃんとしないといけないのではないかなと僕も思うので、行ったところで問題があったところには、次年度にこういう改善をしましたという報告をやってもらうとかというのをちょっと考えておく必要があるのではないかなと、個人的には思いました。

そのほかは御意見ございませんでしょうか。

どうぞ。

○塩川満構成員 今、最後に、調査したときに、次にフォローをしていくという話を聞いていてちょっと感じたことですが、この調査の表の中に、薬剤師の立場というか専門の立場で言うと、多職種が入っているべきだけでも、薬剤師も実質的に緩和ケアチームに入れてないところもあって、そこら辺はどう配置していくかという、保険請求とかいろいろな問題が関わってくるので、そういう面からもフォローを、何をどう理想とするかだけではなくて、何が現実的に起こっていて、だけど、こうすべきという点を見据えて、次に結びつけるような対策を考えていくべきかなとちょっと感じました。

○西田俊朗座長 ありがとうございます。

ほかは、御意見はございませんか。

ある程度まとめないといけないと思うのですが、パイロット調査は今年度で終わって、来年から実地調査を各県でやっていただくという理解で、事務局に確認したいのですが、いかがでしょうか。

○がん対策推進官 すみません、事務局でございます。

そういう意味で、若干事務局側で御説明すべきところがあったのかなと思っているのですが、そもそもこの実地調査自体、かなりいろいろなものが入り乱れていると志真構成員には御指摘いただいたところですが、これは長いがん診療連携拠点病院の整備指針の中から、「緩和ケア」と書いてあるところを抜き出させていただいたのが黄色い部分でありまして。それを例えばチェックすればこういうことになるのかという形で、チェックリストを順次作らせていただいたと。どちらかというと都道府県がふだん目にするものをベースに、どうしたら見やすいかという視点で作らせていただきました。

そういう意味で、今回、A県とB県、3病院運営させていただいて、かなり県からは負担が多い、もう少しやりやすい形にしないと実務的ではないのではないかなという御指摘もいただいている中で、来年度以降、もう少しパイロット調査なり実行可能性を見極めるフェーズが要るのではないかなというのが、今の事務局の問題意識であります。

一つ先生方に、いま一度お伺いをしたいなと思っているのは、これ自身はがんの拠点病院の整備指針を抜き出させていただいたものでございますので、アウトカムとかそういったことを視野に入れると、整備指針にないものをここに取り入れていって、そういった意味で資料2の6

ページには、国・厚生労働省に最後フィードバックをしていただくような矢印を描かせていただいていますので、この実地調査の負担と、実際そこから得るものというバランスを考えたときに、どこまでこういったものを部会のほうに作業自体はさせていただきたいと、事務局としては考えていますが、その大きな方針として、この検討会で、もう少しそういった先を見据えたものを盛り込んでいくべきだという話なのか、いや、国・都道府県のことを考えれば、今ある整備指針を先ほどボーダーラインとおっしゃっていただいたような、そこをフォーカスにしていくかということをし視点として我々にお知恵をいただければと思っているところでもあります。

○西田俊朗座長 この辺りいかがですか。

志真構成員いかがでしょう。

○志真泰夫構成員 アウトカムのことについては、これは、行政サイドの立場と学会とか学術団体はちょっと違うので、あくまでも構造を見るということを多分行政側としてはしっかりする必要があるのでないかと思います。

ただ、それですと、本当に白か黒かみたいな形になってしまうので、提供されているケアがどうかというプロセスを併せて見せていただいて、そして、その構造だけでは分からない実態を把握するという考え方で、このチェックリストを再構成していただけるといいかなと思います。

アウトカムについては、これはいろいろな問題があるので、多分、行政的なものとして扱うのはまだ早いというか、ちょっとデリケートな問題なので難しいかなと。そこまでの要求は今の段階ではできないと思います。ですから、ストラクチャーをしっかりと見て、あとは、そういうプロセスを同時に見られるような仕組みをつくれれば、とりあえずはいいのではないかな。

対象をどうするかというのは、私もちょっと揺れていまして。まず見るのだったら、ある程度その構造も満たしていて、ちゃんとしたケアも提供している、プロセスもちゃんと出しているところをまずは見ていくということになると、都道府県拠点为抓手がしっかり対象になるのではないかなと。その都道府県拠点のドクターたちがある程度レビュアーというかサーベイヤーというかそういうものとして機能し始めれば、それも一つの人材になるのではないかな。

さっきから言っているボーダーラインというのにいきなり行くと、いろいろな波紋や混乱が起きるのではないかなとちょっと思うのですね。例えば、そういうことがあるかどうかは分からないですけども、都道府県が推薦を取り消すとか、そんなようなことも起きたりするのではないかなと。ですから、そこはちょっと慎重に考えて、私は、まずは都道府県拠点でやってみて、そして、徐々に広げていくというやり方のほうが混乱が少ないのではないかなというふうにはちょっと思います。

○西田俊朗座長 という意見です。確かに、アウトカムの定義は多分決まらないと思いますので、そうやすやすとは決まらないと思います。ストラクチャーとプロセスは、多分、妥当な線だと思います。ただ、対象をどうするか、誰が行くかという問題に関しては、少し議論の余地があるかなと思いますけれども、ほかの先生方で、御意見ありますでしょうか。

加藤構成員、いかがですか。

○加藤雅志構成員 ありがとうございます。

私も一回同席して思ったのですが、県庁の方々も1回目は本当に何をすればいいのか全く見当がつかないという状況があるかもしれません。ただし、一回経験すると、その辺りはプロですので、次からどうすればいいのか、しっかりとイメージしながら準備できたと思います。そういったことを考えたときに、志真構成員が言うように、いきなり判断が難しいところを本番のような形で行くよりは、まず行政が県内の積極的に協力してくれる病院でノウハウを積んでやっていくのも良いと思います。いい例かどうかは分かりませんが、都市部でしっかりした病院ばかりがそろっているところで行うこの実地調査と、ぎりぎりのマンパワーであり人材もないようなところで何とかやっている地域での実地調査では、多分、やり方の方法もかなり変わってくると思います。

したがって、それぞれの県の中で、自分たちの県はこういうスタンスで行おうというある程度のコンセンサスを得ておかないと、難しいこともおそらくあると思います。確かに、まずは一度しっかりしたところで行い、その上で、県内でどうしていくのかを県庁主導で考えていく、そのような丁寧なプロセスがあると、よりやりやすくなるかもしれません。ただ、そこまで厳密に手順を決めるものではないとも思います。このようにやるとやりやすくなるかもしれませんということを、厚生労働省から県庁などに示すと、参考になると思いました。

○西田俊朗座長 それ以外、御意見ございませんか。

現実問題として、この実地調査に行くのは、行政側の人为主になるという理解でよろしいですか。

○がん対策推進官 事務局でございます。

そういう意味では、行政はもちろんですが、専門的なところに専門家の先生の視点が入らないと評価が定まらないということも一部御指摘をいただいていますので、そういう意味では専門家の確保、レビュアーの人の担保は一つ課題なのかなと認識しております。

○西田俊朗座長 そこは、誰がするか、そのボリューム感がどれぐらいあるかによって、多分、ピアレビューとの区別が非常に難しくなってくると思うのですね。そこはよく考えておかないといけない。ピアレビューと何が違うのだという差別化はしておかないといけないかなと。例えば都道府県の拠点病院が行くとしたら、それではピアレビューとどう違うのかという話になるので、そのところは少し考えておかなければいけないと思います。

確かに、行政だけ行けば、本当に数値のチェックだけで終わってしまうので、書面で終わってもいいのではないかという話になると思うので、そこは、今回、加藤先生が行かれたように、何人のかの医療者が入って行くと良い様に思います。ただ、それが大多数ではない。行政側にもちゃんと理解してもらおうという意味を含めれば、都道府県の人が行くというのは確かにいいよ

うに思います。一度本当に現時点でベストプラクティスをやっている病院を行政の方々に見ていただきながら、現時点でベストプラクティスが本当にあるのかどうか知りませんが、そこを見た後に、ちょっとボーダーラインに引っかかっているとおっしゃるような病院に行けば、と仰るのですけれども、では、そのボーダーラインの病院をどうピックアップするかということが一つ問題だと思うのですが、木澤構成員、何か御意見はございますか。

○木澤義之構成員 それは、むしろ、私が教えていただきたいぐらいで。

それはできるのですかね。逆に、事務的にできるのかどうかを伺いたいというところはあるのですが、難しいければ、志真先生がおっしゃったように、まず行政がやりやすいようなスキームをやって、その後でそういうことを考えていくという。飛び抜けたところは多分分かるでしょうから、平均及び平均以下のところは見つけれられることは見つけれられるのではないかと思います。

○志真泰夫構成員 さっき加藤先生が言われていましたけれども、都道府県の担当者が自分の県の状況をどれくらい分かっているかということも大事だと思うのですよね。ですから、その選択はあんまり線引きしないで、それぞれの都道府県の実情をきちんと把握するという意味でも、都道府県レベルで論議をして決めていったほうがいいのではないかと思います。

○木澤義之構成員 対象をですか。

○志真泰夫構成員 ええ、対象を。何かこういうレベルというふうなものを示すよりは、それぞれの事情がありますからね。そこはどういう対象を選択するかは、都道府県でよく論議してもらったほうがいいのではないかなと思います。

○西田俊朗座長 ほかに、御意見はございますか。

これは、部会で検討をしていただければいいと思うのです。あんまり完全に各都道府県にお任せになると、多分、千葉県と東京都では全然違う基準でやってしまう可能性もあるので、ある程度の指針が要るかなと思います。そのときに、では、どうするかということになると、多分、ストラクチャーのデータを一旦集めて、ストラクチャーで完全に満たしているところではなくて、ちょっと危ういところを入れるとかそういうこともちょっと考慮の中に入れていただければいいのではないかなと思います。

詳細なところは、ここは部会で検討をしていただくという形でよろしいでしょうか。いずれにしても、行ったきりではなくて、もう一つ付け加えれば、その後、問題がなければもう一回行く必要はないと思うのですが、問題があった場合は、もう一回報告書を出してもらいなり何かをしてもらって、再確認するというプロセスをもし入れていただければいいのではないかなと、個人的に思います。

ということで、ほかに御意見はございますか。

漠としたところになってしまいますが、部会に参加する先生方は大変だと思うのですが、この方針で部会のほうで、チェックリストも含めて、少し考え直していただく。それで、対象病

院をどのクラスで、どれぐらいにするか。あんまり正確に幾つの病院と決める必要はないと思いますが、おおむね何パーセントとかそんなのでいいと思うのですけれども、この辺の病院をチェックしてくださいという形で、推奨ぐらいは入れていただけるとありがたいなと思います。