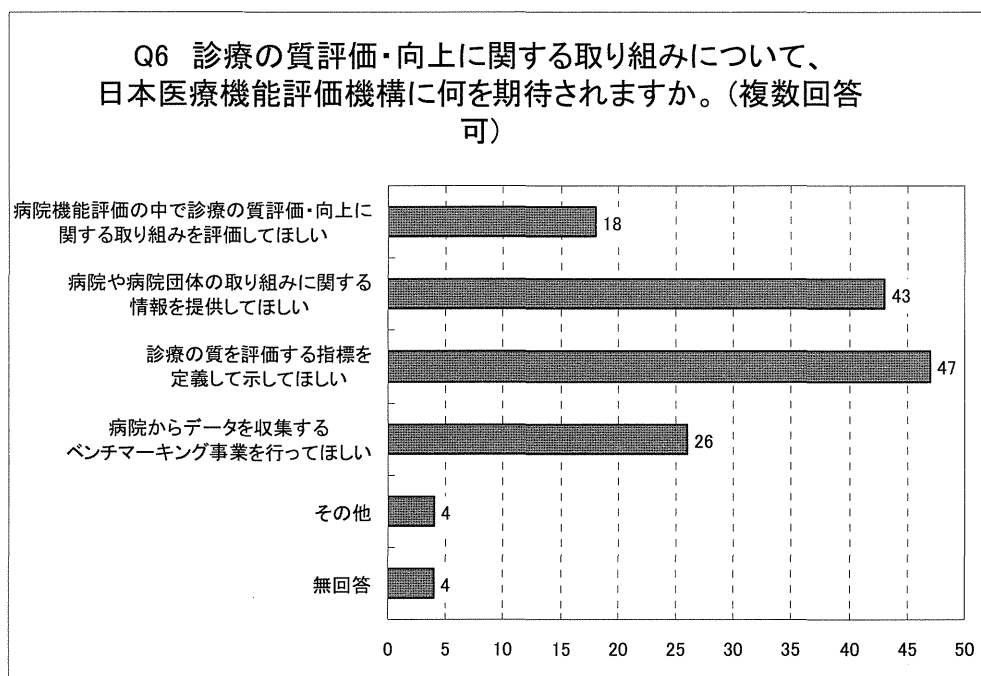


Q6. 診療の質評価・向上に関する取り組みについて、当機構に何を期待されますか。※複数回答

回答	回答数	%
病院機能評価の中で診療の質評価・向上に関する取り組みを評価してほしい	18	15.7%
病院や病院団体の取り組みに関する情報を提供してほしい	43	37.4%
診療の質を評価する指標を定義して示してほしい	47	40.9%
病院からデータを収集するベンチマーキング事業を行ってほしい	26	22.6%
その他	4	3.5%
無回答	4	3.5%



【アンケート回答者属性】

(1) 職業

回答	回答数	%
医療機関職員	77	67.0%
研究者	9	7.8%
学生	2	1.7%
会社員	13	11.3%
無職	0	0.0%
その他	4	3.5%
無回答	10	8.7%

(2) 職種

回答	回答数	%
医師	17	14.8%
看護師	18	15.7%
薬剤師	3	2.6%
診療情報管理士	30	26.1%
その他コメディカル	7	6.1%
事務職	26	22.6%
その他	6	5.2%
無回答	8	7.0%

(3) 年齢

回答	回答数	%
20代	13	11.3%
30代	21	18.3%
40代	32	27.8%
50代	27	23.5%
60代	12	10.4%
70代以上	3	2.6%
無回答	7	6.1%

(4) 性別

回答	回答数	%
男性	67	58.3%
女性	41	35.7%
無回答	7	6.1%

(5) 居住地

回答	回答数	%
北海道・東北	2	1.7%
関東	50	43.5%
北陸	3	2.6%
東海・中部	11	9.6%
近畿	7	6.1%
中国・四国	3	2.6%
九州・沖縄	4	3.5%
無回答	35	30.4%

資料 4. 「日常的な医療の質の評価指標の標準化と
公表方法に関する開発研究」 班会議 議事概要

平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)

「日常的な医療の質の評価指標の標準化と公表方法に関する開発研究」

第 1 回 班会議 議事概要

日時：平成 24 年 7 月 27 日（金） 14:00～16:10

場所：当機構 9 階ホール

参加者：＜委員＞河北専務、飯田修平委員、稲波弘彦委員、今中理事、後理事、海辺陽子委員、尾形逸郎委員、亀田俊忠委員、鈴木邦彦委員、橋本理事、福井次矢委員、本田麻由美委員、安田信彦委員、山口理事（14 名）

＜事務局＞今村局長、佐久間次長、菅原室長、林リーダー、折登主任、横山（議事録作成）

＜傍聴＞厚生労働省医政局総務課 田中大平専門官

＜欠席＞長谷川友紀委員、森實敏夫委員

はじめに、事務局から委員の紹介を行った。

(河北専務挨拶)

河北専務理事から、本研究の趣旨についてご挨拶いただいた。

- 病院機能評価は、診療の質の向上、経営の向上を目指してやってきた。医師の資質の向上については日本医師会との連携も重要であると考えている。また、患者さんの意見をどのように取り入れていくか、病院機能評価が社会的にどのような価値を持つかが課題である。
- 専門的な組織にとっては、強制や制度としてではなく自主的であること、第三者による評価を受けていること、その結果を公表することの 3 つが必要である。
- 日本の大学で国際的な認証を受けているところは 3 つしかない。また、医学部・医科大学でアメリカの医師の資格試験の受験資格を得られるところはない。しかし、グローバルな社会では、国際的な認定を取ることが必要になってくる。
- 日本医療機能評価機構も、ISQua の国際認証（国際的な第三者評価）を受審する。それによって、当機構の総合力を高めていく。
- 診療ガイドライン、クリニカルパス、クオリティ・インディケータ（以下 QI）が活用され、継続的に動くしくみを作ることが診療の質の向上には欠かせない。インディケータを示しておしまいではない。
- 本研究では、これまで各団体が取り組んできた内容を総合的にまとめ、実際に動くしくみを医師会や学会と共に作っていきたいと考えている。

1. 本研究の概要について

今中理事から資料1を説明し、意見交換いただいた。

- 病院機能評価の項目としての指標の活用を考えているのか。医師の専門性や学会など、病院機能評価とは別のしくみか（亀田委員）
 - ▶ 研究の成果を将来的に病院機能評価に盛り込むことはありうるが、直接的にはつながらない。質向上に有効な活動が明らかになれば病院機能評価に取り込むことはありえる（橋本理事）
 - ▶ 新しい評価の枠組みではQIをより前向きに評価していくのか（今中理事）
 - ▶ それぞれの病院、医療現場で、いい活動をしていく、患者さんとのいいコミュニケーションを形成したり、いいプロセスを構築したりすることがいい医療につながるという仮設に立っての評価を行っている。今の段階はそのプロセスをより重点的に見ようとしている（橋本理事）
 - ▶ ケースカンファレンス自体の評価については、緩和ケア、回復期リハビリテーションなどの付加機能評価についての議論が専門団体からあった。どのようなチームで患者さんに対応するのがいい医療なのか、という趣旨の議論である（橋本理事）
 - ▶ 日本の医療の質の高さ、ばらつきをどの程度に収めるかである。どの程度のばらつきがあるのか（河北専務）
 - ▶ 大学卒業時の医師の能力は海外と比較して低いが、卒後10年、15年の段階でどうか、あるいは病院全体で考えると、患者さんの満足度や医療費の問題も含めての話になる。一般的にはアメリカよりいい印象をもっているが、比較のしようがないのでわからないとしか言えない。全体を比べる指標はない。それぞれの病院で今あるレベルより高くする、よくしていく努力を数値で表す（病院疫学）しかない（福井委員）

- PDCAの単位（取り扱う対象）はどのくらいのイメージか（亀田委員）
 - ▶ 主な団体の指標概要（資料2）では、診療領域に特異的な項目から、看護やチーム医療に関わる項目、病院全体まで様々な指標がある（今中理事）

- この研究の成果がよくわからない。何をどうしようとしているのか。ライブラリを作るのはすぐにもできる。フォーラムも一回開催すれば終わりなのか。共通の指標を模索するだけでいいのか。アウトカムがわからない（福井委員）

- 「だから何を作るのか」がわかりにくい。テーマを絞らないとできない。何に対して成果を挙げるのか（海辺委員）
 - ▶ ケースカンファレンスがどのくらい日本の病院で行われているのか。アメリカでは複数の医師やチームでのカンファレンスが頻繁に行われている。専門医の要件でもあるが、カンファレンスを行うことで専門医としての質を保っていると聞いた。専門医の要件という意味では自主的なものではないかもしれないが、結果的には診療の質を考えながらやっていることになる。将来的には、評価機構に届けてもらえば、そのしくみを持っていることを病院機能評価で評価していくことになるのではないかと（河北専務）

- ▶アウトカムだけを評価してもしようがない。プロセスが継続して機能していることを（病院機能評価で）評価する必要があるのではないか（河北専務）
 - ▶病院が質の改善活動に取り組んでいること自体を評価するしかない。それとインセンティブをつけることとは異なる。国としてはお金をつける気はない。専門学会や病院団体も金銭面に限らずインセンティブはつけられない（福井委員）
 - ▶病院同士を横に比べることは患者さんの構成が異なるし標準化する指標もないのでできない。ライブラリを公開するとしても、その指標を用いて個々の病院が時間軸で改善しようとするのを評価するしかない（福井委員）
 - ▶病院名を公表するかどうかはともかく、分布を示してばらつきを収束させることはできるのではないか。インセンティブについて言えば、診療報酬は医療費ではなく、ドクターフィー（医師が行う医療行為に対する費用弁済）のみである。医師が質向上に取り組んだり勉強したりすることに対する費用は含まれていない（河北専務）
 - ▶緩和ケアや回復期リハビリテーションなどはチームでやるのが前提となってきた（鈴木委員）
 - ▶複数の医師、専門職が必要な疾患・病態と、ひとりの意志が対応できる疾患・病態がある（河北専務）
 - ▶医療の質を、指標を用いて測定し向上させる複数の団体での取り組みに対して、評価機構が基盤となって継続的に行えるようにする。団体を超えて取り組める指標を作りたいが、一箇所で決められることではないので「模索する」とした（今中理事）
 - ▶国立病院機構など、いろいろなところで研究が行われている。それらがばらばらになっているのはもったいない。まずそれをまとめることで統一にむけて進むのでは。「その取り組みに参加していないと遅れている」というようにならないといけない。他業種では費用がなくても努力して参加している（海辺委員）
 - ▶インセンティブについては、お金（診療報酬）か認定につなげるしかない。本来は、審査を受ける過程で組織が一丸となって目標に取り組み、それを達成すること自体がインセンティブになるはず。しかし病院は経営（お金）の話しかしない（河北専務）
 - ▶指標に基づいて現状を認識し、改善につなげることが日常的に行われている状態を作りたい。ライブラリを作ったり共通指標を作ったりすること自体は事務作業でもできるが、作っても活用されなければ意味がない。活用されるしくみを作ることがこの班会議の役割であると考えている（河北専務）
- モデル疾患でエビデンスに基づく指標を具体的に提示した場合、それがどの程度共通に使えるかを評価するのか、今ある指標を集めていくのか（亀田委員）
 - EBMの診療ガイドライン（以下GL）が実際にどのように活用されているか

の評価はどのようになされているのか（河北専務）

- ▶ GL によっては前後比較の研究があるが、何百も存在する GL がどのように活用され、日本の医療をどのように変えたか、質の向上につながっているのかを実証的に把握するところまではいっていない（山口理事）
 - ▶ GL を使ってどうなったかが一番重要なので、GL の公表・普及前のデータと GL が導入されたあとのデータを比較できるようにデータを取ってほしいということを GL 作成グループにはずいぶんお願いしてきた。しかし、そのような研究はほとんど行われていない（福井委員）
 - ▶ がんの疼痛管理 GL について、GL の公表前後で比較する研究を国立病院の協力で行った。その研究では、GL の公表前と比較して公表後には2週間以内に疼痛が完全になくなった患者さんの割合が高くなったり、副作用のなどの割合が有意に低くなったりするというデータが得られた（福井委員）
 - ▶ 乳がんの GL については、10年前は「日本の GL は誰も読まない（NCAA の GL があるから）」と言われたが、今は若い医師は Minds を利用しているという岡山大の乳腺外科の調査結果があった。GL を使った結果、診療の質をどのように変えたのかまでは至っていない。「次の課題」と言われていた（本田委員）
 - ▶ 様々な疾患などについて QI が作成されており、それを使ってやってみないと実際のところはわからない、という話をするが、例えば祖父江班のインディケータでも、データを出すには診療情報をすべて集めなければならず、手間が大きくてできない、と言われ、お金の話になってくる（本田委員）
 - ▶ 自分の専門分野は学会などにも行くのでよくわかるが、特に専門でない領域については GL ができて診療がやりやすくなった。GL に沿ってやれば大体うまくいく、というのがわかるのがいい（尾形委員）
 - ▶ GL が導入された当初は「GL のとおりにやらないとダメ」という誤解があった。それが今も尾を引いているのではないか（鈴木委員）
- 自分がやっていることをどのように他の医師・専門職と共有しているか。それがどのような成果を生み出しているか（河北専務）
- ▶ カンファレンスは「この患者さんにはどういう手術をするか」「どうやったらよくなるか」、そのほかは病棟回診のときに「この患者さんがなかなかよくなるのは何がもんだいなんだろう」程度である。外科医としては手術のあとで悪くなった症例をカンファレンスで再検討するのはしんどい。一方で病院全体の質を高めるためにはそのような症例を改善していく必要がある。当院では、外科医以外が客観的に評価できる簡単な指標を作り、ドクタークラークがチェックしている。指標の結果が悪いものを事務方が上げて外科医にフィードバックするカンファレンスまでは行っていないが、そのしくみがあれば病院の質はもっと上がると思う（稲波委員）
 - ▶ 医師ではなく事務方がデータを出して病院全体にフィードバックするようになると緊張感が出る（河北専務）
 - ▶ 聖路加では、高血圧、高脂血症、HbA1c 値は医師ごとに出して個人にフィ

ードバックしている。血圧のコントロールが 140/90 以下の患者さんの割合が医師ごとにどのくらいか、というような指標である。医師はこれまで自分のパフォーマンスを誰かからチェックされるという経験がなかった。第三者が見ている、データが出てくるといっただけで刺激になる。1 回フィードバックしただけで劇的に変わった例もある（福井委員）

- ▶ 個人にフィードバックする、またはそれをその診療科の中で議論できるしくみが必要。緊張感が質を高める（河北専務）
- ▶ パフォーマンスを客観的に示すインディケータで示せるとよい。ゆるやかに合意できるものを早めに作ればよいのではないか（橋本理事）
- ▶ 院長として医師を評価したいポイントは、医師の診断や手術の腕という診療の面と、患者さんが満足しているか（対応）くらいがわかるとよい（稲波委員）
- ▶ できるだけ単純・簡潔にできるとよい（河北専務）
- ▶ JCI の認証では、指標を各病院で定義しなければならないが、それが現場の手間になっている。それぞれに任せて負荷をかけるのではなく、定義の基本パターンがあるとよい（亀田委員）

2. 「主な団体の指標概要」について

「医療の質の評価・公表等推進事業」の対象となった 6 団体に VHJ 機構および QIP を加えた 8 団体の指標のまとめについて、今中理事から資料 2 の説明を行った。

- 全日本病院協会での取り組みは、もともと東京都病院協会で行っていたものである。データを抽出する手間を簡略化するため、DPC データのみとし、分娩を除いた 24 疾患を対象とした。H22 年度「医療の質の評価・公表等推進事業」を行ったときは抑制など DPC 以外のデータを取るのが非常に大変だった。多くの病院で日常的に実施するためには、負荷をかけずにどのように質を評価していくかが課題である。厳密にやりすぎると日常的に続けられない。なるべく少ない指標で病院の状態を示す。重症度が様式 1 に入力されるようになったのでその点は負荷ではなくなった（飯田委員）
- 日本病院会では、今は約 2400 の会員病院中 140 病院が手上げで参加している。DPC データから 3 指標、その他が 8 指標である。指標はみんなで決めた。折れ線グラフで自分の病院がどこなのかがわかるようにフィードバックしている。「改善のしかたをみんなで勉強しよう」というスタンスでできるだけ多くの病院に参加してもらうように投げかけるために QI を使っている（福井委員）
- この取り組みを行うに当たって、医師や事務職の負担はどうか。どのような職員を配置すればよいのか（河北専務）
 - ▶ 診療情報管理士が関わっている病院が多いと聞いているが、独立した部署がある病院は少ない。コストに見合うお金がつくといいというのはいろいろな病院から言われる（福井委員）
 - ▶ 電子カルテの導入されている病院とそれ以外でも異なると思うが、データ

収集の際に医師や現場のスタッフに負担がかからないようにしてはいる。他の病院での状況は不明である（福井委員）

- ▶ 日本病院会で分析した結果の使い方のアンケートを昨年実施した。その結果、幹部会議やスタッフ会議で発表している病院が大部分であった。医師への個別フィードバックについてはアンケートの項目にもなかった。（福井委員）
- ▶ 河北病院では、医師個別のデータは取っていないので、個別フィードバックもしていない。医師ごとの症例数が少ないと値がばらつく。患者の重症度が医師ごとに異なる。傾向を見ていくのは大事だが、ベンチマーキングしても同じような病院との比較でなければ意味がないのではないか（尾形委員）
- ▶ 「重症の人を見ているから値が悪い」「本当に医療の質を見ているか」という難しい話になる。医師個別の問題でなく、病院どうしの比較でも同じ。時系列で同じ測り方をして変化を見続けるしかない（福井委員）
- ▶ コストの問題は大きい。また、熱心に取り組んでいる病院のほうが悪い値が出るというような例もある。すべての病院が共通して使える指標、すべての病院の比較というのは難しい（鈴木委員）
- ▶ QIP では 280 病院が参加している。参加病院数が多いとフィードバックしたときのインパクトは大きい（今中理事）

○ 自院と同等の病院どうしを比較することについてはどうか（河北専務）

- ▶ 似ている病院との比較がいいという意見は以前からあった（今中理事）
- ▶ 比較的似た計算をしているものを比較するようなゆるいベンチマーキングは、明らかな外れ値を見つけるという趣旨でそれなりの効果がある。わずかな差については意味づけが難しい（福井委員）
- ▶ 全日本病院協会では MEDI-TARGET という分析ソフトを使っており、自分の病院の位置づけと変化を病床数などを絞って知ることができる。ソフト上では病院名は表示されないが、病院同士で興味があれば病院名を教えて直接交流できるようにしている（飯田委員）
- ▶ 他と比較して値が高かった場合に、なぜ高いのかを考えることで改善につながる。練馬総合病院では、平均在院日数が長いものはクリニカルパスを見直して改善した（飯田委員）

○ 病院全体の質の向上ではなく、測定しやすい指標の改善だけに集中して努力されてしまわないか（山口理事）

- ▶ どのようにその値を改善したかという取り組みの方法論が病院の中で共有されることが重要ではないか。また、指標を採用する際に、他の指標に波及する指標を選択する戦略もある（橋本理事）
- ▶ 指標自体は計りやすいものしか出せない。しかし、改善の方法論を持っていると、別の問題にも同じように対応できるようになる（福井委員）
- ▶ 聖路加国際病院が JCI を受審した際、QI については準備万端だと思っていたが全く違った。一つ一つの指標について「その指標をなぜ選んだのか」「どのように改善策を考えるのか」「誰がどのように改善策を実行するの

か」「その結果どのように改善したか」のPDCAサイクルを一つずつ聞かれた。改善のプロセスが回っているかを非常に重視していた（福井委員）

- ▶ しくみをもって、継続的にしくみを動かしていることが重要。その時点で指標の値がいくつなのかではない（河北専務）
- ▶ 自分自身や自分のチームの医療の技術、質を改善するツールであるという趣旨の説明があると発想の転換ができてよい（後理事）

○ 診療のばらつきについてはどうか（河北専務）

- ▶ 診療のばらつきを示すエビデンスはあまりないが、実際にはばらつきが大きいと思う。慢性疾患とそうでない疾患では診療の流れやアプローチがかなり違うのではないか（亀田委員）
- ▶ がんと言ってもさまざまだが、集学的なカンサーボードで患者さんも含めて議論していくようにすれば担当医によって全く違うということにはならない。そういうしくみを出していけたらいい。インディケータだけが質ではない（河北専務）

○ 現場に負荷がかかっているのはがん登録と外科系学会のデータベース（NCD）である。それらのデータを院内で活用できるようにならないと負荷だけになってしまう。それらの取り組み・学会と連携して負荷に見合うような活用ができるようにできないか。病院がどのようなデータを持っているのか、どのように活用できるのかを今回の研究でまとめられないか（亀田委員）

- ▶ NCDについては、学会でデータをどのように活用するのかの位置づけが学会側でない。非常に細かいデータを提出しているが、結果が公表されない（尾形委員）
- ▶ 聖路加でも診療情報管理士がかかりきりになっている。全項目を登録するようになったのは最近だが、かけた労力に見合う活用は院内でもまだできていない（福井委員）

3. 指標ライブラリの機能イメージ案について

今中理事から資料3を説明した。

○ 主な団体が定めた指標の定義を一覧で見られるwebサイトを想定している。研究班の成果の一つとして各プロジェクトに了解を得て作成に着手していきたい（今中理事）

- ▶ 一元化のイメージでよいか。それであればすごくいい（海辺委員）
- ▶ 団体ごとだけでなく、疾患や指標ごとに比較できるといい（本田委員）
- ▶ 指標の定義、計算式は外国のデータなどを参考にしているものであり、団体のオリジナルとは言えない。了承を得る必要はないのではないか（福井委員）
- ▶ 将来的に標準的な指標を作成するために一覧を作成する方向か。統一に向けた一元化のほうが意義深い（亀田委員）
- ▶ それぞれのプロジェクトによって、参加病院の背景や参加のしくみ、デー

タの性質などの状況が異なる。それぞれのプロジェクトが発展した先に共通のインディケータに向かっていくのではないかと考えている。一定の方法で示せるとよい（今中理事）

- ▶ 一定の規格を決めてそこにあわせるように進めるのか。ばらばらのものがただ出るだけでは使えない（亀田委員）
- ▶ それぞれの定義を比較できるとよい。QI について初めて取り組む病院がどういうことをやったらいいかわからないときに、これを参考にすることで「この値がわかるとこの疾患は大体わかる」というようなことがわかるようになる（尾形委員）

○ GL を作成している学会に疾患ごとのインディケータを示してもらいたいアイデアがあったと思うがどのようになっているか（河北専務）

- ▶ GL を作成している先生方に、まず福井先生と今中先生から QI の重要性について講演いただくという段階（12 月 8 日開催のガイドライン作成グループ意見交換会で実施予定）である。GL を作っている先生にとって QI はまだ遠い存在である（山口理事）
- ▶ QI で危惧しているのは、「評価」「公表」というと、自分たちのやっていることが外部から評価されたり批判されたり国が指導したりする印象が付きまとうことである。そうではなくて、「改善のための一つのステップに過ぎない」ということが伝わるような言葉づかいにならないかと考えている（福井委員）
- ▶ 病院機能評価でも、「評価」ではなく「支援」の事業にしていきたいと考えている。病院の状態を向上させる努力を支援する、一緒になって病院をよくしていただく立場ということである。病院機能評価自体が支援事業になっていく（河北専務）
- ▶ 日本病院会でやっているのはそれである。「みんなで良くしていこう」「その一つのステップが QI」「それを日本病院会がサポートします」と言っている（福井委員）
- ▶ 「評価」というより「指標」である（亀田委員）

○ GL で推奨されている診療行為が併記されているので患者側も値を見て判断できる。「どこの病院がいいの？」と友人に聞かれることがあるが、QI の値を見ることで「突出して変な値でない病院」を選ぶことはできる。ただ、公表されているデータでは病院名が公表されていなかったり数が少なかったりする。素人が見て参考になるものがあるとありがたい。アウトカムよりはプロセスで判断できればいい（海辺委員）

- ▶ がんで言えば病期分類別構成比のような判断材料が増えるといい（海辺委員）
- ▶ 判断材料があればいいというのは同意見である。患者の視点としては、病院全体としてというより自分の疾患の値がよければよい。何を指標にするかで受け取り方が異なる。病院全体がよいのがベストだが、それを出すのに時間がかかるのであれば特定の疾患についてだけでも病院名をつけて公表してほしい（本田委員）

- ▶ がんについては、拠点病院であれば病院名を出して結果を公表している。国の事業として行われているものと今回の研究とはどのような関係になるのか（本田委員）
- ▶ 病院全体の質をどの指標で代表させるのか。特定の疾患、特定の病態を示す指標は異なる。また、診療成績は症例数が少ないとばらつく。そこをクリアしないと病院名の公表は難しい（飯田委員）
- ▶ 公表しても大丈夫だということがだんだん病院にもわかってきた（飯田委員）
- ▶ 病院名の公表、病院の質と、特定の病態、特定の疾患の質は異なる。どの医者にかかればいいか、ということを考えてしまうのは標準化がなされていないから。診療の標準化と並行して指標によってばらつきを少なくしていくというのが今回の研究の目的である（河北専務）
- ▶ 指標はただの指標だが、改善のツール、第三者評価のツール、公表のツールとして使う、という使い方がある。全体的な整理をしておかないとどこに向かっているのかわからなくなる（亀田委員）
- ▶ 欧米でのデータ、論文では「QI を公開しても全体としては患者の受診行動は変わらない（ほとんど影響がない）」という結論が出ている。医療者の診療行為、プロセスは大きく変わる（福井委員）

4. QI フォーラムについて

資料4、参考資料3について、今中理事から説明した。

- 昨年度は病院団体からそれぞれの取り組みを講演いただいた。今年は個々の病院での改善の取り組みを具体的に発表いただいて共有する会にはどうかと考えている（今中理事）
- 改善された病院、発表していただくのによい病院をご紹介いただきたい（今中理事）
- より具体的に個別の病院に発表いただく計画である（河北専務）
- 基調講演は福井先生にお願いしたい。調整させていただきたい（河北専務、今中理事）

5. その他

- 議論は幅広くなっているが、指標を出して数字がどう、ということではなく、各病院が継続的に取り組んでいる状態をつくるという方向に進めたい（河北専務）
- 次回班会議について、11月の開催で日程調整することとした。

以上

平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)

「日常的な医療の質の評価指標の標準化と公表方法に関する開発研究」

第 2 回 班会議 議事概要

日時：平成 25 年 1 月 11 日（金） 10:00～12:00

場所：当機構 9 階ホール

参加者：＜委員＞飯田委員、稲波委員、今中理事、後理事、海辺委員、亀田委員
河北専務、鈴木委員、橋本理事、福井委員、安田委員
山口理事（五十音順）

＜事務局＞佐久間次長、菅原室長、吉田部長、林リーダー、折登主任
横山室員、山野（議事録作成）

＜傍聴＞厚生労働省医政局総務課 井上専門官

＜欠席＞尾形委員、長谷川委員、本田委員、森實委員

1. 決定事項

- ① 指標ライブラリと共同指標プールについては、概ね資料で示した内容でライブラリを作成し、可能であれば年度内に公表する。
- ② 指標ライブラリの変更点
 - ・病院の改善事例を入れる。
 - ・ご意見欄を追加する。

2. 河北専務挨拶

河北専務理事から、本研究の趣旨についてご挨拶いただいた。

経済の活力が伴わないで、数値だけのデフレ脱却はいかがなものか。掛け声だけで中身の経済が伴わないのは、特に医療機関にとっては危険である。2014 年の 4 月、2015 年 10 月に消費税率が上がるなかで、医療の税制が課税対象になるかも含めて慎重に見ていく必要がある。

このような状況下で、機構は「自主性」「第三者」という立場から、医療の質を「公表する」ことを中心に行ってきた。今後も、専門性と総合性を軸に業務を行っていく必要がある。また、このような総合的な機構は国際的に見ても珍しいため、積極的に情報発信していく価値がある。

第一歩として、ISQua の国際認証（国際的な第三者評価）を受審する。それによって、当機構の総合力を高めていく。また 2015 年ないし 2016 年の ISQua 国際会議誘致にも立候補することになった。国際的な情報交換の場として ISQua と関わっていくことが重要である。

本研究では、日常的に医療の質をどう担保するか、どのように現場で活用できるかを学会と共に作っていきたいと考えている。

3. 議事

(1) 指標ライブラリと共同指標プールについて

今中理事から資料 2~4 および添付資料を説明し、意見交換いただいた。

- 指標を設定する目的を明確にしなければいけない。結果を公表するために行うのか、病院の改善に役立てるのか、あるいは厚生労働省の統計か。指標のフレームワークが必要ではないか（亀田委員）
 - ▶ この研究の目的は指標のプラットフォームを作ることである。そのプラットフォームは国民にも分かるものでなくてはならない（橋本理事）

- 近年の傾向では、短期的に罹り、すぐに治るものに焦点が置かれ、慢性疾患、アレルギーなど長期的な治療が必要なものは漫然とした状況になりがち。国民は今受けている医療が妥当なのか早い段階で知りたいという欲求を持っている。ニーズがはっきりしていないという理由があるからかもしれないが、現段階では、公表されている指標でも、国民がそれを判断できる状態まで整理されていない。情報があるということをもまず国民に知らせるべきであり、指標が公表されればそれは自然に整理されていくのではないか。患者は治療を受けたら治るものと思っているので、こういった客観的なデータも必要だと考えている（海辺委員）
 - ▶ 指標には臨床指標とそうでない指標に分けられる。本研究は臨床指標について議論している。Minds で行っているガイドライン事業も専門の人に対するガイドラインと医療人でない人に対するものに分けている。（両者をつなぐ方法として）例えば、ガイドラインに載っている治療とそれができる病院とをリンクする方法も考えられるのではないか（河北専務）

- 指標の活用方法を考えることはとても需要である。活用方法として挙げられるものは 4 つ。一つ目は自らの診療パフォーマンスを社会に対して公表すること、二つ目は各科の医師を評価してそれを支援することに使うこと、三つ目は地域の中で患者さんはどのように行動しているかを把握しそれに応じた診療を考えるマーケティングを行うこと、四つ目は国家のデータベースにすることである（河北専務）

- 指標は公表して終わりではなく、それをどう活用するかまで議論する必要がある。ライブラリで示せばいいということではない（河北専務）
 - ▶ 病院間で、パフォーマンスが良かったときと悪かったときを比較し、両者で何が違ったのか考えることで改善していく方法は取れないか。ただ、そのためにはデータが細かくなければいけない（海辺委員）
 - ▶ (指標を比較することについて) 指標を正確に理解することは一般の人には非常に難しい。専門家であれば指標の裏にある正確な情報が読み取ることができても、一般の方にそれはできないのではないか。情報を誤解する危険が生じる（鈴木委員）
 - ▶ そのような状況下でも、まずは公表することが大事ではないか。意見を集

め、徐々に改善していくことが出来れば自然とインディケータの質も上がっていくのではないかと（海辺委員）

- ▶ 患者の様態は様々なので、病院の質は単純には比べられないと思っている。したがって、公表はボランティアで良いと考えている。データは、病院が独自に参照し改善することを促すまでにとどめるべきではないか。指標をどう活用したかを病院間で共有できるよう、改善方法を発信していくことが重要である（福井委員）
- ▶ 全病院で詳細なデータを取るのには現実には不可能。QI を出さなくても、改善方法を示してそれを参考に病院が改善してくれればよい。臨床や看護に密着したマネジメントが必要（福井委員）
- ▶ 病院の負荷なく意味あるデータを出すことは研究レベルでないとし難いと考えている。本プロジェクトの焦点を、実際に活用できる方法を導き出す点に絞ってほしい。患者向けは次のステップではないか（飯田委員）
- ▶ 添付資料「本研究の概要」にある「病院での活用・実践」ということを具体的に考える必要がある（河北専務）

○このような話し合いに、患者の代表の代わりにマーケティングやデータ処理の専門家を入れると話もスムーズに進むのではないかと。完成したものの公開や見せ方には患者や一般の人の意見を入れてほしい（海辺委員）

○病院での活用・実践について、EBM 事業で dissemination（普及活動）を行っているが、それが病院に implement（実行・実装）されるのはとても難しいという印象を持っている。情報提供することは非常に重要であるが、活用方法やガイドラインの implementation をどうするかも併せて考える必要がある。ガイドラインを活用すると QI が上がる形になれば良い。ただ、大風呂敷を広げても仕方がないので、その第一段階として dissemination を行っていく必要があると考えている（山口理事）

- ▶ 診療ガイドラインを作成する際に、根拠となる論文も一緒に示してもらえると医師に対する説得力が増す（稲波委員）
- ▶ Implementation のツールとして QI は活用できる。どのように治療すれば効果があるのかを示すことで、病院全体としてのマネジメントが向上するのではないかと。また、自分の指標が他人に見られているという意識はサービス向上につながる。今現在、病院は指標をどう活用して良いのか分かっていない（福井委員）
- ▶ パフォーマンスの良い病院がどういった治療や対策を行っているのかまとめるデータベースを作ることが本研究における最初の一步ではないかと。当事者にヒアリングすると良いのでは（安田委員）
- ▶ 日本病院学会の個別の事例発表会でそのような報告もあるが、それで留まっている（河北専務）
- ▶ ベストプラクティスに関連して、最後の「改善」段階まで役に立つ情報であるべきである（後理事）
- ▶ 情報が多すぎてもいけない。情報を整理することが大事（河北専務）
- ▶ 以上の議論から、指標プラス改善事例を示すという方向でまとめることと

する（今中理事）

▶改善事例だけでなく、改善の仕組みまで示してはどうか（河北専務）

○資料4「医療の質の指標 指標定義書」について、疾患が偏っていることが問題。症例数の多い疾患を選ぶべきではないか（飯田委員）

▶データベースの網羅性を求めることによって失うものもあるのではないか（橋本理事）

▶今あるものを順次入れていくのでいいのではないか（福井委員）

▶指標を作る際、対象患者の選別が非常に難しい。対象外の人が指標の分母に入ってしまうと数値が大きく変わってしまう。禁忌の扱いなどによって、目標とする数値が異なる（福井委員）

○ガイドラインのエビデンスと推奨との関係は？（亀田委員）

▶まずは共通の入り口を作る。推奨度とはリンクさせていきたい（今中理事）

▶ガイドライン作成側で QI と推奨をリンクさせる時代がいずれ来ると思うが現状はそこまでっていない（山口理事）

○資料3の「実施団体」欄は記載されている団体が初めて行ったような印象を受ける。表現方法に留意すべきでは（福井委員）

▶全日病では年齢・性別・重症度別にやっているが、それが見えない（飯田委員）

▶民間の検索サイトにもあるように、先生方が見て参考になったインディケータには「参考になった」など意思表示ができるシステムを作ると、信頼性のあるインディケータに票が集まり、質が高まるのではないか（海辺委員）

▶実施団体の表現を見直すこと、およびご意見欄について検討するが、概ね資料で示した方向でライブラリを作成する。年度内に web にて公開する予定。公開前に委員には見ていただくようにしたい（今中理事）

(2) QI フォーラムについて

資料6「QI フォーラムプログラム」について今中理事から説明した。

(3) 公表のあり方について

今中理事から資料5について説明した。

○最初は、患者が指標データを見て受療行動を変化させるのではという期待があった。しかし今は病院が自らの改善のためのモチベーションに使用するほうが良いのではと思っている（福井委員）

▶かつて、何でも良いからインディケータを公表すれば診療報酬の点数がつくようにするという話もあったが、病院のモチベーションのために行うという方が効果があるかもしれない（稲波委員）

- ▶ 他の病院とこんなに違うということをスタッフが分かることで、改善行動に繋がる（福井委員）
- ▶ 情報提供の仕方について、初期の懸念はしばらくやっていくうちになくなっていくように考える。医療事故でもどの病院がやったのかを調べようとする人は次第に減ってきている。自分の会社の薬が他社の薬の名前に似ているため、変更してくれるような事例も出てきたりしている（後理事）

(4) その他

- 今後、指標に関わる実施例をさらってみるのはどうか。来年度は指標の活用や公表も含めて議論していきたい。DPC データと指標の関係について、DPC を扱っている研究グループと一緒に議論しても面白いのではないかと（河北専務）
- 次回班会議については来年度初めに日程調整する予定。5～6 月頃開催予定（今中理事）

以 上

