

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うだけで刺激になる。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と（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と（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ただけでは使えない（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なになっているか（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のか、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して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かなものか。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難しいと考えている。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

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」

平成 25 年度第 1 回 班会議 議事概要

日時：平成 26 年 2 月 14 日（金） 16：00～17：30

場所：当機構 10 階大会議室

参加者：＜委員＞飯田委員、今中理事、海辺委員、尾形委員、河北専務、鈴木委員、橋本理事、森實委員、安田委員、山口理事（五十音順）

＜事務局＞今村局長、菅原部長、柳沢参与、折登副リーダー、横山主任、三原、山野（議事録作成）

＜傍聴＞厚生労働省医政局総務課 山本様、井上様

＜欠席＞後理事、長谷川委員、福井委員

1. 指標ポータルサイトについて

今中理事、横山主任より、資料 2「医療の質指標ポータルサイトについて」を説明した。

- いろいろな病院団体に公開している指標のまとめを作成し、12 月 27 日に公開した。また、各病院団体のプロジェクトページや公表している病院のサイトに行けるようにした。各団体で行われているプロジェクトをつなぐページという位置づけである。（今中理事）
- 指標は、患者満足度、病院全体の指標、疾患別指標、ドナベディアン の 3 分類というカテゴリに分かれている。絞り込んで検索できる。（横山）
- DPC データを元にした指標のまとめを「共通指標プール」として PDF で掲載している。分子・分母の定義、団体の情報などを記載している。（横山）
- 評価機構の web ページの「研究成果等」のところでリンクしている。（横山）
- サイトの英語版を作成してはどうか。海外の研究者が、日本の医療に関するデータにアクセスするのが難しいと聞いている。このサイトのデータを使ってもらえれば、より信頼性の高い研究成果が得られるのではないか。（海辺委員）
 - 指標のプールのなかに海外の指標を盛り込むことは考えていたが、海外で活用していただくことは想定していなかった。海外でも活用できるようにすることは非常に重要なことである。（今中理事）
- 指標の定義のなかで、リスク調整の方法は団体によって違うということ

はないのか。褥瘡の発生率に関しては、熱心にやっている病院では微細な状況も褥瘡と見なすため結果として発生率が高く出てしまうことがあると聞いている。微細な徴候を見出すことが大事という考え方もある。(橋本理事)

- 母集団によってリスク調整の定義は異なる。分母の定義が異なることもある。(今中理事)
- DPC データを使ったものを指標プールとしている。褥創は GRADE で判断しているはずである。院内で利用する場合と病院間で比較する場合とは異なる。(今中理事)
- 褥創については、急性期病院では新規発生は少なく、持ち込みがほとんどである。療養型病床で問題になる。(尾形委員)
- 過渡期の問題であって、時間が経過していくと標準化していくかもしれない。(橋本委員)
- Outcome と Process を組み合わせてみてはどうか。Process は病院間、Outcome は施設内の時系列で比較すればよいのではないか。(河北専務)

2. 医療の質に関する web アンケートについて

横山主任より資料3「web アンケートの実施について」を説明した。

- 病院を受診する際の情報収集を含めて、医療の質や情報に関する web アンケートを実施した。調査会社に登録しているモニタ 3090 名を対象にインターネットを用いて行ったアンケートである。回答者は年齢・性別で均等に割付を行った。(横山)
- インターネット調査会社のパネルが対象の調査ということで、一部バイアスはあるが、QI は web で公開する例が多いので、そういう意味では対象として妥当であると考えている。(今中理事)
- アンケートの中で「信頼できない」という回答が印象的であったが、信頼性を保証する仕組みはどのようなものがあるか。どのような方法が取られるべきなのか。一般の方は、医療者が DPC データを改ざんするのではないかという印象を受けているのではないか。(山口理事)
 - DPC データについてはバイアスが少ないインディケータも多い。現時点ではインディケータはプロフェッショナルなモチベーションで行われている。強制的に QI を出すようになると変わってくるかもしれない。(今中理事)
 - 2003 年の読売新聞の医療安全調査では、多くの市民は「病院は医療事故の公表をきちんとしていない」という認識だった。(橋本理事)
 - 層別化しないとわからない。医療機関にかかっている人といない人、医療機関の職員とそれ以外の人では認識が違うのではないか。病気にかかった人が、ある程度信用性があると回答してくれればよいのではないか。(尾形委員)

- データはケースごとに出せるのか。層別化して解析してほしい。(橋本理事)
 - 可能である。層別化して解析中である。(横山)

- 各年代の回答者数が同じというのが面白い。調査会社を使ったからできたことだと思う。(海辺委員)
- 高齢者のイメージが古いままで固定されている部分があるが、実際は今の高齢者はだいぶ変わってきている。今回の結果からは、60代以上でも自分で情報収集している状況がうかがえる。古典的な高齢者像がここから変わっていけばよいと思う。(海辺委員)
 - マクロミルに登録する人はかなり特殊な人であると思うので、これがそのまま代表的な高齢者と言ってよいかどうかは慎重であるべき。(飯田委員)
 - 60代と言っても、戦後生まれである程度の学歴がある人が大半になってきている。戦前生まれでありあまり教育を受けていない人たちというイメージから変えていく必要があるのではないか。(海辺委員)

- 質の評価については医療のベンチマーク、継続的改善が第一の目的であって、一般市民や国民の意識というのは次の段階ではないか。(飯田委員)
 - 本研究では標準化と公表方法となっているので、一般の人の意識についても考えていく必要がある。質評価自体については、質改善や向上のためという目的を重視して進めていく。(今中理事)
 - 現場の先生は忙しいので、自身が診療している患者や担当している分野が関心のメインになってしまう医師も多いのではないか。一般人の認知が上がることで QI や改善活動に関する動機づけがなされることも大事なのではないか。(海辺委員)

- 医療関係者はどのような定義か。医師がどのように考えているかがわかるといい。(安田委員)
 - 医療関係者については、医療専門職もしくは医療機関に勤務経験があるかを聞いている。職種等は分からない。病院の受付などの方も含まれている可能性がある。居住地は首都圏が多いが、全国各地に散らばっているよう。人口分布と変わらないのではないか。(横山主任)

- 居住地はどこか。地方であれば口コミがほとんどだろうと思うが。(安田委員)
 - 居住地は首都圏が多いが、全国各地に散らばっている。人口分布と変わらないのではないか。都道府県単位の居住地までデータがあるので分析することは可能である。(横山主任)
 - 10年くらいでインターネットを使われる方は非常に増えていると思

う。(海辺委員)

- インターネットを使う人が増えているが、一方で、インターネットを使わない人もいる。インターネットに出せばすべての人に伝わるわけではないことを認識しておく必要がある。(橋本理事)

■ きちんとした情報にどのようにアクセスするか、情報をどのように使っていくかは情報を入手する側の課題である。(河北専務)

- 正しい情報を伝えているサイトの認知度が上がると状況は変わっていくのではないか。(尾形委員)
- ポイントを解説するコラムなどがあると理解が深まる。(海辺委員)

■ どのようなことを行くと結果が向上するのか、改善のための情報を示す必要があるのではないか。また、医療に不確実性があることも伝えていく必要がある。(森實委員)

- 世界的に見て、日本の医療は素晴らしい。レベルも低くない。悪いところを何とか良くするように仕組んでいかなければならない。(河北専務)
- 国民が医療に対して何を望むかは相対的な問題である。日本国民は海外に比べて悲観論で評価しがち。そのバイアスを取り除けばもうすこし良い結果になるのでは(河北専務)
- どのような医療を受けたいかを調査してはどうか。(海辺委員)

■ アンケートの結果から見ても、診療科があること、場所が近いことや専門性が高いことという項目が重要視されている。近所の病院である程度満足できるレベルにあるのではないか。(飯田委員)

3. QI フォーラムの開催について

横山主任より資料4「クオリティ・インディケータ・フォーラムのご案内」について説明した。

- 「公表のあり方」を医療者だけで議論するのは難しいため、今回は患者側やマスメディアの方に講演いただくこととした。(今中理事)
- 申込者数はどのくらいか。メディア関係者はいるか。(河北専務)
 - 106名のお申し込みがあり、すでに締め切っている。病院医療者の方が多い。メディア関係者からの取材依頼はない。(横山主任)
- メディア関係の取り扱いは規定しているか。ルールを決めたほうが良いのでは。(河北専務)
 - プレスの投げ込み等はしているが、実際に取材に来た方への対応については特に決められていない。ルール作りについては今後作成していきたい。(菅原部長)
- 出張フォーラムは行わないのか。地方で行えば知名度が上がるのではな

いか。(海辺委員)

年1回しかできていないので、集まりやすい東京になっている。余力があれば行っていきたい。(今中理事)

4. 全体を通じて

- 来年度の科研はまだ取れるか分からないが、計画としてはインディケータを利用してどのくらい効果が上がったかを検証していきたい。DPCデータでは把握できない部分について、電子カルテデータに基づく指標を示すことで進めていきたい。(今中理事)
- 今年度の報告書をまとめた時点で、委員の先生方にお送りするのでお目通しいただきたい。(今中理事)

以 上

