

厚生労働行政推進調査事業費補助金  
地域医療基盤開発推進研究事業

医療情報の適切な評価・提供及び公表等の推進に関する研究

平成29年度 総括研究報告書

研究代表者 福井 次矢

平成30（2018）年 3 月

## 目 次

### I. 総括研究報告

医療情報の適切な評価・提供及び公表等の推進に関する研究 .....	1
福井 次矢	

医療の質の評価 .....	3
---------------	---

添付資料 .....	6
------------	---

医療機能情報提供制度 .....	30
------------------	----

添付資料 .....	33
------------	----

II. 研究成果の刊行に関する一覧表 .....	42
--------------------------	----

厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）  
総括研究報告書

医療情報の適切な評価・提供及び公表等の推進に関する研究

研究代表者 福井 次矢 聖路加国際大学 聖路加国際病院 院長

研究要旨：

【医療の質の評価】

平成28年度研究班（研究代表者：福井次矢）で提示された共通QIセット（23種類、36指標）を、厚生労働省の平成29年度医療の質の評価・公表等推進事業に参加した（一般財団法人）日本病院会および（公益社団法人）全日本病院協会の病院において、実際に測定してもらい、アンケート調査を行った。2病院団体に共通QIセットを測定した計136病院中、77病院からアンケートへの回答を得た。

結果は、自院の質改善につながる指標としては、転倒転落や褥瘡発生率や患者満足度など、算出の容易性については職員インフルエンザ、転倒転落、患者満足度、インシデント・アクシデントレポート、褥瘡発生など、全病院で測定すべき指標としては患者満足度、転倒転落、褥瘡発生率、測定が容易で自院の質を改善する指標（DPCのデータを用いる指標以外）として満足度や転倒転落、インシデント・アクシデントレポート、褥瘡発生率、職員満足度、測定が容易で全病院で測定すべきと考える指標（DPCを用いる指標以外）としては転倒転落、患者満足度、褥瘡発生率、インシデント・アクシデントレポートなどが挙げられた。

医療の質の評価については、共通QIセットの多くの指標が自院の質の改善に役に立つと考えられていること、いくつかの指標については測定をより容易にする余地のあること、病床規模によって有益な指標が異なること、などがわかった。

QIを用いた医療の質の改善は単年度で達成されにくいものもあり、共通QIセットの新設・改変・廃棄、定義のメンテナンス、マスタ整備など、継続的な対応が必要である。先進諸国で行われているような医療の質の評価・公表の標準化も望まれることなどから、医療の質の評価・公表を担当する独立した組織あるいは部署の設置が必要と思われる。

【医療機能情報提供制度】

（株式会社）日本能率協会総合研究所に登録されている調査パネルを用い、年齢、性別、都道府県の人数分布について、住民基本台帳年齢階級別人口（都道府県別）と合致させて国民の代表性を保持した集団を抽出し、医療機能情報提供制度の認知度に関する調査を行った。2,875人から回答を得た。

医療機関を選ぶ際の情報源は、知人や家族からの情報（59%）が最も多く、以下、医療機関のインターネット情報（34%）、かかりつけ医からの情報（28%）、特に情報は入手していない（21%）の順であった。医療機関を選択するとき重視する情報は、病院へのアクセス（87%）が最も多く、費用や手術の件数は50%以下であった。医療機関検索サイト（医療情報ネット）を知っていたのは11%にとどまった。知っているとは回答した者のうち、医療機関検索サイト（医療情報ネット）を実際に利用したことがあるのは62%（全体の6.8%）、医療情報ネットが役立つと回答したのは91%（全体の10%）に達した。現在の医療機関検索サイト（医療情報ネット）に公開されている情報に不足していると考えられる項目としては、70%が特にないと回答した。各医療機関について診療の質指標を追加することについては、89%が非常に役立つと思う、または役立つと思うと回答した。

海外でのQIの公表状況については、アメリカ、オーストラリア、イギリス、フランスの4か国における、プロジェクト名、公開ホームページアドレス、実施機関、病院の参加義務、国全体の病院数、病院公開ホームページへの参加病院数、提出を求めている質指標の数、

病院ごとの公開している質指標の数、データの公開方法、公開している質指標の主な項目を調べ、整理した。

アメリカでは全病院の83%にあたる4624病院における58指標がHospital Compareのホームページに公開されている。オーストラリアでは、全病院の77%にあたる1019病院における7指標がMy Hospitalホームページに公開されている。イギリスでは、NHS (National Health Service) 傘下にある3248病院全てにおける1925指標がNHS Digitalと呼ばれるホームページに公開されている。フランスでは、高等保健庁が全国の2,710病院全てにおける51指標を公開している。上記4か国では、医療機能やQIの公開を担当する組織が制度化されている。

医療機関検索サイト（医療情報ネット）の認知度は、現状は11%と低いものの、国民にとって医療機関を選ぶ際の重要な情報源であり、より積極的な周知活動を行う必要がある。また、個別の医療機関についての医療の質指標掲載については好意的な意見が圧倒的であり、共通 QI セットの普及・公開も医療機関検索サイト（医療情報ネット）の利用度・有用度を高める方向に作用する可能性が高い。

各医療機関の QI 指標の公開にあたっては、諸外国の先例を参考にして、国民に有用な制度の確立を目指すべきであろう。

#### 研究分担者

猪飼 宏	山口大学医学部附属病院 医療情報部 准教授
今中雄一	京都大学 医学研究科医療経済学分野 教授
今村知明	奈良県立医科大学 公衆衛生学講座 教授
嶋田 元	聖路加国際大学 情報システムセンター センター長
高橋 理	聖路加国際大学 公衆衛生大学院 教授
伏見清秀	東京医科歯科大学 大学院医歯学総合研究科 教授
松田晋哉	産業医科大学 公衆衛生学教室 教授

#### 研究協力者

岩渕勝好	山形県立病院再生館 呼吸器内科 科長
大出幸子	聖路加国際大学 公衆衛生大学院 准教授
国澤 進	京都大学大学院医学系研究科 社会健康医学系専攻医療経済学分野 講師
永井庸次	公益社団法人全日本病院協会 常任理事
堀川知香	聖路加国際大学 情報システムセンター 情報室
森脇睦子	東京医科歯科大学 医学部附属病院 クオリティ・マネジメント・センター 副センター長 / 特任講師

## 【医療の質の評価】

### A. 研究目的

厚生労働省が平成22年度から実施してきた「医療の質の評価・公表等推進事業」により、医療の質の測定・公表に取り組む病院が著しく増えてきた。平成27年度には、8病院団体の800を超える病院がこの事業に取り組んでいると推測されている。しかしながら、病院団体ごとに扱う医療の質指標（Quality Indicator：QI）に相違があり、一見同じQIであっても定義が異なっている場合もあり、さらには収集方法や公表方法等にも相違がある。昨年度（平成28年度）の研究班（研究代表者：福井次矢）の研究成果として、全国の病院で採用しうるQIの一式（共通QIセット）—23種類の36指標：①入院患者満足度 ②外来患者満足度 ③職員満足度 ④転倒・転落発生率 ⑤インシデント・アクシデント発生率 ⑥褥瘡発生率 ⑦中心静脈カテーテル挿入時の気胸発生率 ⑧がんセンターボードの開催 ⑨麻薬処方患者における痛みの程度の記載 ⑩急性心筋梗塞患者におけるアスピリン投与 ⑪Door-to-Balloon ⑫早期リハビリテーション ⑬誤嚥性肺炎患者に対する喉頭ファイバースコープあるいは嚥下造影検査の実施率 ⑭血糖コントロール ⑮予防的抗菌薬の投与 ⑯服薬指導 ⑰栄養指導 ⑱手術患者での肺血栓塞栓症予防・発生率 ⑲30日以内の予定外再入院率 ⑳職員の予防接種率 ㉑高齢者における事前指示 ㉒広域抗菌薬使用時の血液培養 ㉓地域連携パスの使用率—が提案された。

本研究では、提案された上記共通QIセットの測定可能性や有用性などについて、「医療の質の評価・公表等推進事業」にこれまで参加した病院団体を対象にアンケート調査を行い、今後の医療の質の評価・公表等に関する制度的対応について検討する。

そうして、医療機能情報提供制度の報告事項としてQIを含めるべきかどうかなど、患者の医療機関の選択により資する制度になるよう検討を行い、今後の医療機能情報提供制度のあり方について提言をまとめる。

### B. 研究方法

厚生労働省が平成29年度に行った「医療の質の評価・公表等推進事業」に参加した日本病院会、全日本病院協会を対象にアンケート調査（別紙1）を行い、共通QIセットおよび共通定義について、その測定可能性や医療の質改善への影響などにつ

いて検証した。また本研究を通じて、共通QIセットの課題やデータ収集・評価・公表等の手法に係る標準化および制度的対応に向けた検討を行う。

（倫理面への配慮）

本研究では、医療機関等を対象としたアンケート調査を行い、個人が特定されない形のデータのみ収集した。また人への侵襲を伴わないため、倫理的問題は発生しない。

本研究（17-R117：医療情報の適切な評価・提供及び公表等の推進に関する研究）は、聖路加国際大学 研究倫理審査委員会の承認を得て実施された。

### C. 研究結果

厚生労働省の平成29年度医療の質の評価・公表等推進事業に参加している（一般財団法人）日本病院会および（公益社団法人）全日本病院協会を対象にアンケート調査（別紙1）を実施した。本事業に参加している136病院中77病院より回答があった（回収率57%）。

病床数別のヒストグラムは図1に示す通りで、総稼働病床数（mean + SD [Range]）は  $435.6 \pm 207.6$  [99-1166]であった。

共通QIセットが自施設の質を改善することに役立つか

「問1. この指標を計測することが、自施設の質を改善することに役立つと思いますか？」の回答分布を図2に示す。転倒転落や褥瘡発生率や患者満足度などが高い値を示し、事前指示や地域連携パス、がん疼痛記載、がんセンターボードなどが低い値を示していた。

これを病床規模別に見てみると（図3. 病床規模別の共通指標セットが自施設に役に立つ割合）、病床規模によって結果が一致するものと一致しないものが認められた。

200床未満、200～400床未満、400床以上別の結果から、平均と分散を算出し、分散が高い順の共通QIセットを表1に示す。分散が高い上位10指標は、がん疼痛記載、事前指示、PEDVT予防、抗菌薬停止\_24、PEDVT発生、抗菌薬予防投与、医師からの説明\_外来、医師からの説明\_入院、抗菌薬停止\_48、インシデント・アクシデント発生率であり、200床未満の施設で自施設の質の改善に有効と思われるものは、がん疼痛記載、事前指示で、それ以外は病床規模が大き



連携パスであった。測定容易割合の団体間相関（図28、図29）でも団体間による相違は少なく正の相関を示していた。95%信頼区間を外れる指標は職員インフルエンザ、抗菌薬予防投与、職員満足度、HbA1c、医師からの説明、医師への伝達であった。全施設で測定すべき指標の団体間相関（図30、図31）でも同様の傾向であるが、95%信頼区間を超える指標が多かった。

#### D. 考察

##### 医療の質の評価と公表等推進事業の制度的対応について：共通QIセットの測定可能性

これまで診療報酬制度のなかで評価されてきた転倒転落などの医療安全の分野、褥瘡の分野においては計測が容易と答えている施設が多く一定の方向性が示されたと考えられる。また患者満足度評価においては各施設で設問内容や選択肢が異なることは以前からの課題であるが、算出の容易さや自施設の質の改善に役立つ割合から見ても測定可能性は満たされていると考えられる。一方、自施設に役に立つ指標は病床規模によりばらつきがあり、今後は病床規模にわけた共通QIセットの検討が必要と考えられる。

今回は限られた病床規模における調査であり、総稼働病床数（mean + SD [Range]）は 435.6 ± 207.6 [99-1166] と大規模病院における結果である。共通QIセットの普及を通じ、定期的な調査を元にした指標の策定が望まれる。

##### 全施設で測定すべき指標

共通QIセットは全施設で測定すべき指標として策定されたものであるが、全施設で測定すべき指標と自施設に役に立つ指標分布（図20、図21）結果からは正の相関を示しており自施設に役に立つ指標を全施設で測定すべきとする指標と捉えても概ね問題なさそうである。自施設の質の改善に役に立つ割合がたとえ中等度以下であったとしても、図3に示すように病床規模に分けて検討することで、有用と考えられる指標も存在する。400床以上ではそれ程役には立たないと考えられているが、200床未満では役に立つと考えられている指標例として、がん疼痛記載、事前指示、HbA1cなどがその代表である。逆に400床以上で役に立ち200床未満ではそれ程役には立たないと考えられている指標例はPEDVT、周術期抗菌薬、医師からの説明、医師への伝達、血液培養などであった。病床規模により担っている役割が異なることを示している可能性があり今後さらなる調査が必要である。

##### 今後の共通QIセット

指標の定義は医学の進歩や利用可能な情報源が広がることにより新設、改版、廃棄を行う必要がある。また単年度で質の改善まで見込める事例もあれば改善活動が目に見えるようになるまで時間を要する指標も存在する。このため指標の定義は長期間に及ぶメンテナンスが必要となる。さらに薬剤を使用する指標については新たな薬剤が出るたびに指標の定義の変更が必要で迅速な対応も求められる。手術や薬品などの各種マスタについて、管理団体によっては前版または前々版の公開に限られているなど長期的なデータ利活用の観点から非効率な形での提供となっており、本研究会の議論でも特に標準的に利用される薬剤や手術・処置などのマスタについては過去版も含めて公開することが望ましいという意見が出された。

今後は共通QIセットの定義やデータ収集・評価・公表等の手法の検討や普及を主導し実践するグループまたは団体が必要である。

#### E. 結論

共通QIセットを用いて実際に計測を行った団体にアンケート調査を実施した。共通QIセットは自施設の質の改善に役に立つことが示されたが、測定容易さについては改善の余地があることがわかった。また病床規模によって有益な指標が異なるため、病床規模を考慮した共通指標セットの新設・改変・廃棄が必要と考えられた。医療の質の改善は単年度で達成されにくいものも多く存在するため、共通指標セットの新設・改変・廃棄、共通指標セットの定義のメンテナンス、マスタ整備、評価や公表などの手技の標準化を実践する新たな部署または団体の必要性が示唆された。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

1. 論文発表      なし
2. 学会発表      なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得  
    該当なし
2. 実用新案登録  
    該当なし
3. その他  
    該当なし

# 医療機関における臨床指標・質指標の測定後調査

【調査実施主体】

平成 29 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金/地域医療基盤開発推進研究事業  
「医療情報の適切な評価・提供及び公表等の推進に関する研究」(研究代表者: 福井 次矢)  
「共通 QI セット」の作成と測定および分析、制度的対応の検討」(分担研究者: 嶋田 元)

わが国では、平成 17 年頃から、国立病院機構や聖路加国際病院などで、臨床指標・質指標の測定、公表の試みが開始され、その動向を全国的な展開にすべく、厚生労働省は平成 22 年度に医療の質の評価・公表等推進事業を開始しました。平成 29 年度の医療の質の評価・公表等推進事業で共通指標セットならびに共通定義が公表され、日本病院会と全日本病院協会が実施者として選定されました。

この度、平成 29 年度医療の質の評価・公表等推進事業に参加されている医療機関を対象に、共通指標セットならびに共通定義の現状を知るために、アンケート調査を行うことになりました。御多忙のところ、大変恐縮ですが、質問項目へのご回答・ご協力をお願い申し上げます。

## 【記入上の注意】

1. この調査票は、**病院の管理者**の方にご記入願います。
2. 調査票は、同封の返信用封筒を使用して『**平成 30 年 2 月 28 日**』までにご返送ください。ご回答いただきました内容については、次のように取り扱います。
  - ① 調査票の送受信にかかわる個人情報は当該調査目的以外には使用いたしません。
  - ② 統計的に処理し、事業所名等が特定できないようにいたします。
  - ③ 調査の拒否や、調査項目の一部への回答拒否があっても、そのことで不利益が生ずることはありません。
  - ④ 調査結果は、報告書として公表されます。

本調査は平成 29 年度医療の質の評価・公表等推進事業共通指標セットならびに共通定義に関する調査であり、本テーマに関する制度への賛否を問うものでも、制度への参加の意思表示をしていただくものでもありません。

なお、調査内容や実施の方法についてご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

<アンケート内容に関する問い合わせ先>

〒104-0045 東京都中央区築地 3-6 聖路加臨床学術センター6 階 情報システムセンター : 担当者 嶋田 元  
TEL 03-5550-7026 / FAX 03-5550-7022 受付時間: 9:00-17:30



		問 1.この指標を計測することが、自施設の質を改善することに役立つと思いますか？	問 2.この指標を計測することは、困難でしたか？	問 3.全施設で測定すべきと思う指標を選択してください。【いくつでも○】
分類	指標名	1 まったく役立たない 2 あまり役立たない 3 どちらとも言えない 4 少し役立つ 5 とても役立つ	1 非常に困難 2 やや困難 3 どちらとも言えない 4 やや容易 5 非常に容易	
1	入院患者満足度	患者満足度「a.全体としてこの病院に満足していますか？」	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
2	入院患者満足度	患者満足度「b.入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について、医師から受けた説明は十分でしたか？」	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
3	入院患者満足度	患者満足度「c.入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について、医師の説明を受けた際の疑問や意見は、医師に伝えられましたか？」	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4	外来患者満足度	患者満足度「a.全体としてこの病院に満足していますか？」	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
5	外来患者満足度	患者満足度「b.診断や治療方針について、今日までに医師から受けた説明は十分でしたか？」	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
6	外来患者満足度	患者満足度「c.診断や治療方針について、医師の説明を受けた際の疑問や意見は、医師に伝えられましたか？」	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
7	職員満足度	職員満足度「a.友人や家族が病気や怪我を患ったときに、あなたの施設を薦めたいと思いますか？」	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
8	医療安全	転倒・転落 a.入院患者での転倒転落発生率	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
9	医療安全	転倒・転落 b.入院患者での転倒転落によるインシデント影響度分類レベル3b以上の発生率	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
10	医療安全	インシデント・アクシデント a.1か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント発生件数	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
11	医療安全	インシデント・アクシデント b.全報告中医師による報告の占める割合	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
12	医療安全	褥瘡発生率	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

13	医療安全	中心静脈カテーテル挿入時の気胸発生率	1 2 3 4 5	対象外	
14	がん	がん a.新規に悪性腫瘍と診断された患者のうち、複数の診療科による治療方針の検討がなされた割合	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
15	がん	麻薬処方患者における痛みの程度の記載率	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
16	急性心筋梗塞	急性心筋梗塞患者におけるアスピリン a. 急性心筋梗塞患者における入院後早期アスピリン投与率	1 2 3 4 5	対象外	
17	急性心筋梗塞	急性心筋梗塞患者におけるアスピリン b. 急性心筋梗塞患者における退院時アスピリン投与率	1 2 3 4 5	対象外	
18	急性心筋梗塞	Door-to-Balloon a.急性心筋梗塞で病院に到着してから PCI までの時間が 90 分以内の患者の割合	1 2 3 4 5	対象外	
19	脳卒中	早期リハビリテーション a. 脳梗塞患者への早期リハビリ開始率	1 2 3 4 5	対象外	
20	肺炎	誤嚥性肺炎患者に対する喉頭ファイバースコープあるいは嚥下造影検査の実施率	1 2 3 4 5	対象外	
21	糖尿病	血糖コントロール a.糖尿病薬物治療患者の血糖コントロール	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
22	抗菌薬	予防的抗菌薬 a. 手術開始前 1 時間以内の予防的抗菌薬投与率	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
23	抗菌薬	予防的抗菌薬 b. 術後 24 時間以内の予防的抗菌薬投与停止率	1 2 3 4 5	対象外	
24	抗菌薬	予防的抗菌薬 c. 術後 48 時間以内の予防的抗菌薬投与停止率	1 2 3 4 5	対象外	
25	チーム医療	服薬指導 a.薬剤管理指導実施率	1 2 3 4 5	対象外	
26	チーム医療	服薬指導 b. 安全管理が必要な医薬品に対する服薬指導実施率	1 2 3 4 5	対象外	
27	チーム医療	栄養指導 a. 糖尿病・慢性腎臓病患者への栄養管理実施率	1 2 3 4 5	対象外	
28	病院全体	手術ありの患者の肺血栓塞栓症 a. 手術ありの患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率	1 2 3 4 5	対象外	
29	病院全体	手術ありの患者の肺血栓塞栓症 b. 手術ありの患者の肺血栓塞栓症の発生率	1 2 3 4 5	対象外	
30	病院全体	再入院 (30 日) a.30 日以内の予定外再入院率	1 2 3 4 5	対象外	

31	病院全体	職員の予防接種 a.職員におけるインフルエンザワクチン予防接種率	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
32	病院全体	高齢者での事前指示 a. 80 歳以上の入院患者中、事前指示の記録がある患者の割合	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
33	感染管理	血液培養の実施 a. 広域抗菌薬使用時の血液培養実施率	1 2 3 4 5	対象外	
34	感染管理	血液培養の実施 b. 血液培養実施時の2セット実施率	1 2 3 4 5	対象外	
35	地域連携	地域連携パス a.脳卒中患者に対する地域連携パスの使用率	1 2 3 4 5	対象外	
36	地域連携	地域連携パス b.大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携パスの使用率	1 2 3 4 5	対象外	

問4 貴院の開設者〔1つだけ○〕

1. 国（厚生労働省、国立病院機構、国立大学法人、労働者健康福祉機構、国立高度専門医療研究センター、地域医療機能推進機構、その他）
2. 公的医療機関（都道府県、市町村、地方独立行政法人、日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会）
3. 社会保険関係団体（健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合）
4. 医療法人（医療法人）
5. 個人（個人）
6. その他（公益法人、私立学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人）

問5 貴院の所在地〔1つだけ○〕

- |          |         |         |          |          |
|----------|---------|---------|----------|----------|
| 1. 北海道   | 2. 青森県  | 3. 岩手県  | 4. 宮城県   | 5. 秋田県   |
| 6. 山形県   | 7. 福島県  | 8. 茨城県  | 9. 栃木県   | 10. 群馬県  |
| 11. 埼玉県  | 12. 千葉県 | 13. 東京都 | 14. 神奈川県 | 15. 新潟県  |
| 16. 富山県  | 17. 石川県 | 18. 福井県 | 19. 山梨県  | 20. 長野県  |
| 21. 岐阜県  | 22. 静岡県 | 23. 愛知県 | 24. 三重県  | 25. 滋賀県  |
| 26. 京都府  | 27. 大阪府 | 28. 兵庫県 | 29. 奈良県  | 30. 和歌山県 |
| 31. 鳥取県  | 32. 島根県 | 33. 岡山県 | 34. 広島県  | 35. 山口県  |
| 36. 徳島県  | 37. 香川県 | 38. 愛媛県 | 39. 高知県  | 40. 福岡県  |
| 41. 佐賀県  | 42. 長崎県 | 43. 熊本県 | 44. 大分県  | 45. 宮崎県  |
| 46. 鹿児島県 | 47. 沖縄県 |         |          |          |

問6 病院名をご記入ください。

病院名 ( )

問7 貴院の規模(病床数)をご記入ください。

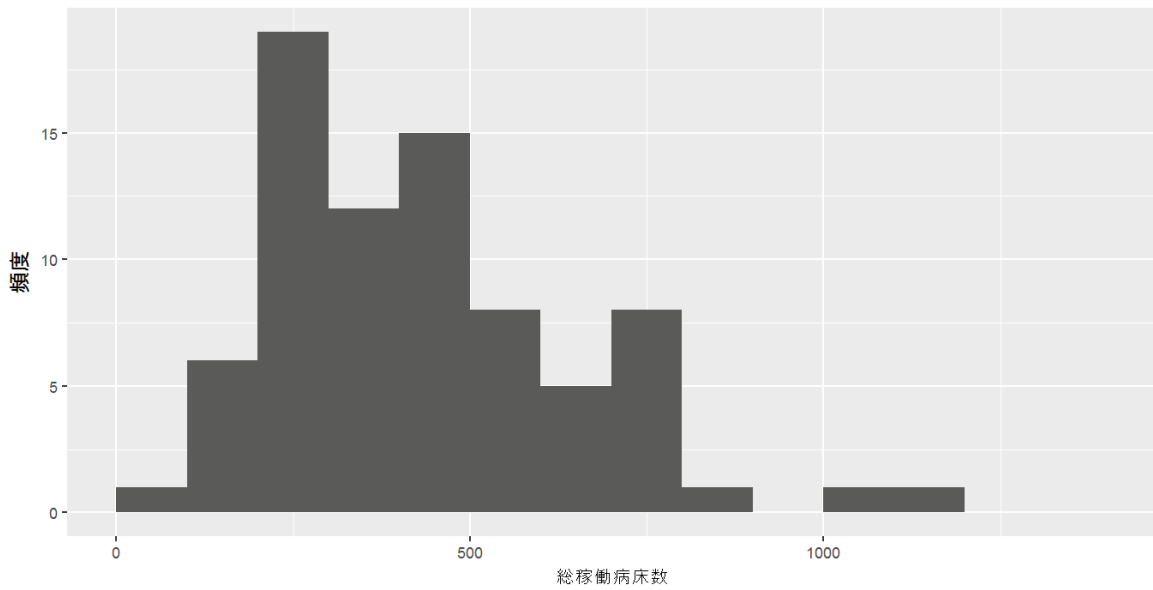
総稼働病床数 ( )

問 8 貴院の病床区分〔いくつでも○〕

1. 一般病床 (精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床)
2. 療養病床 (主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床)
3. 精神病床 (精神疾患を有する者を入院させるための病床)
4. 感染症病床 (感染症法に規定する一類感染症、二類感染症及び新感染症の患者を入院させるための病床)
5. 結核病床 (結核の患者を入院させるための病床)

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

回答施設病床別ヒストグラム



総稼働病床数 (mean + SD [Range]) = 435.6 ± 207.6 [99-1166]

図1.回答施設の病床別ヒストグラム

問1.この指標を計測することが、自施設の質を改善することに役立つと思いますか？

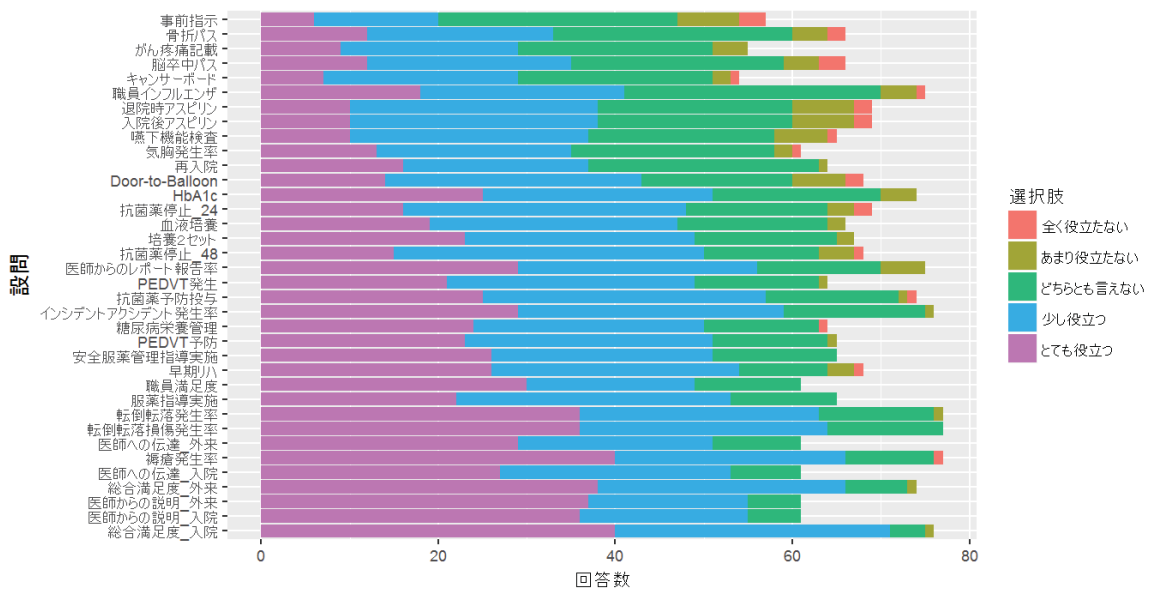


図2.共通指標セットは自施設の質を改善するか

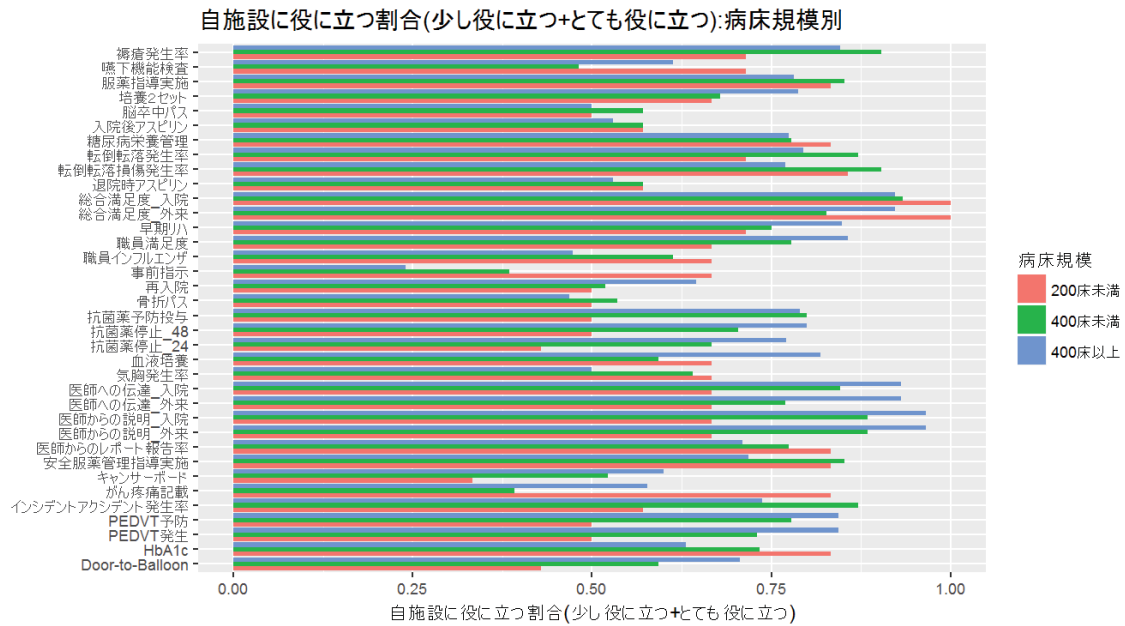


図3.病床規模別の共通指標セットが自施設に役に立つ割合

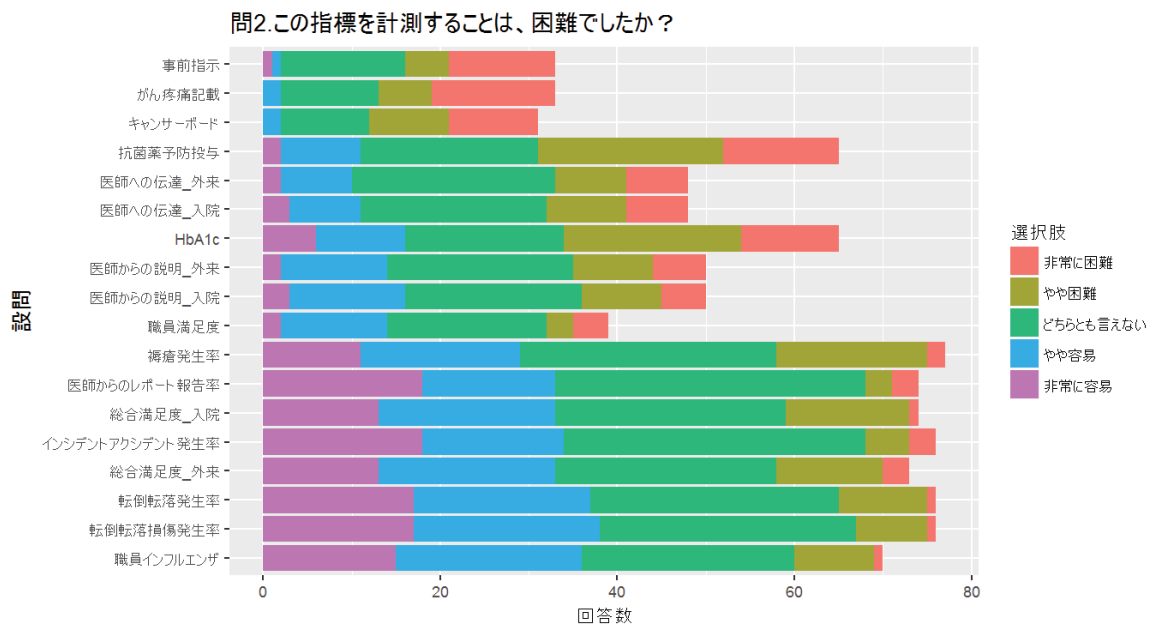


図4.共通指標セットは計測が容易か(DPC指標を除く)



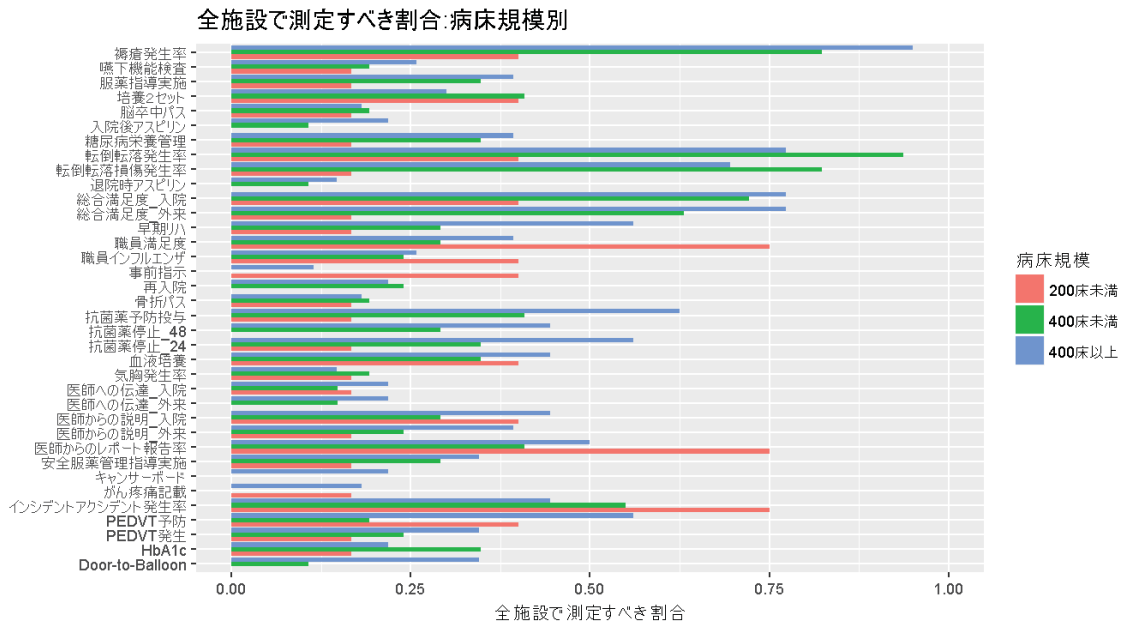


図7.病床規模別の全施設で測定すべき指標結果

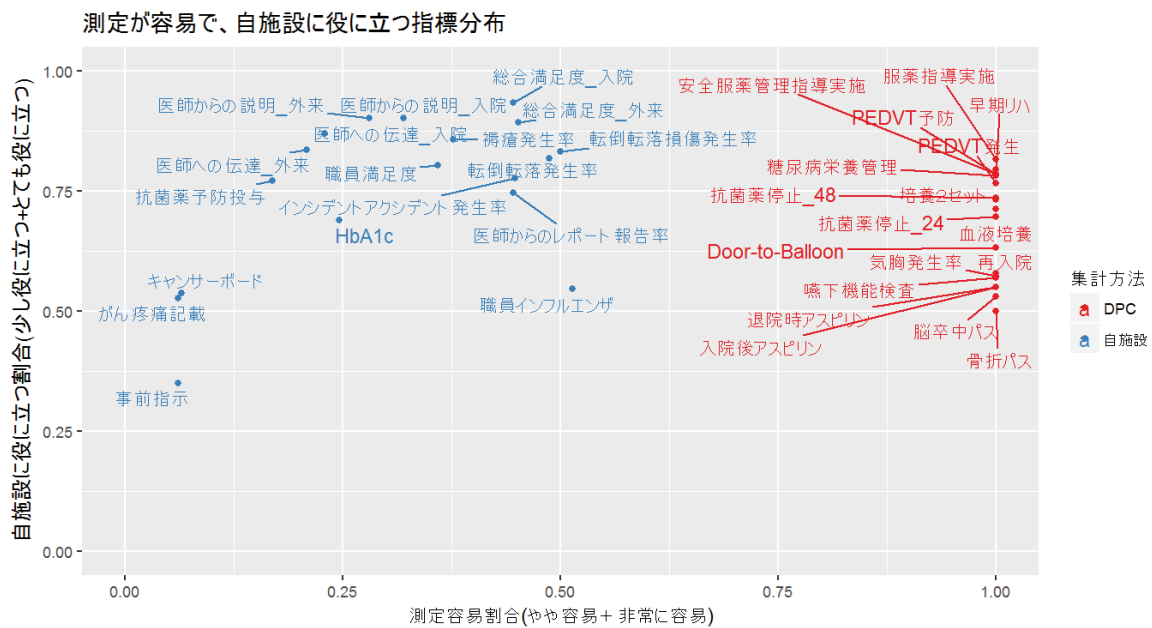


図8.測定が容易で自施設に役立つ指標分布



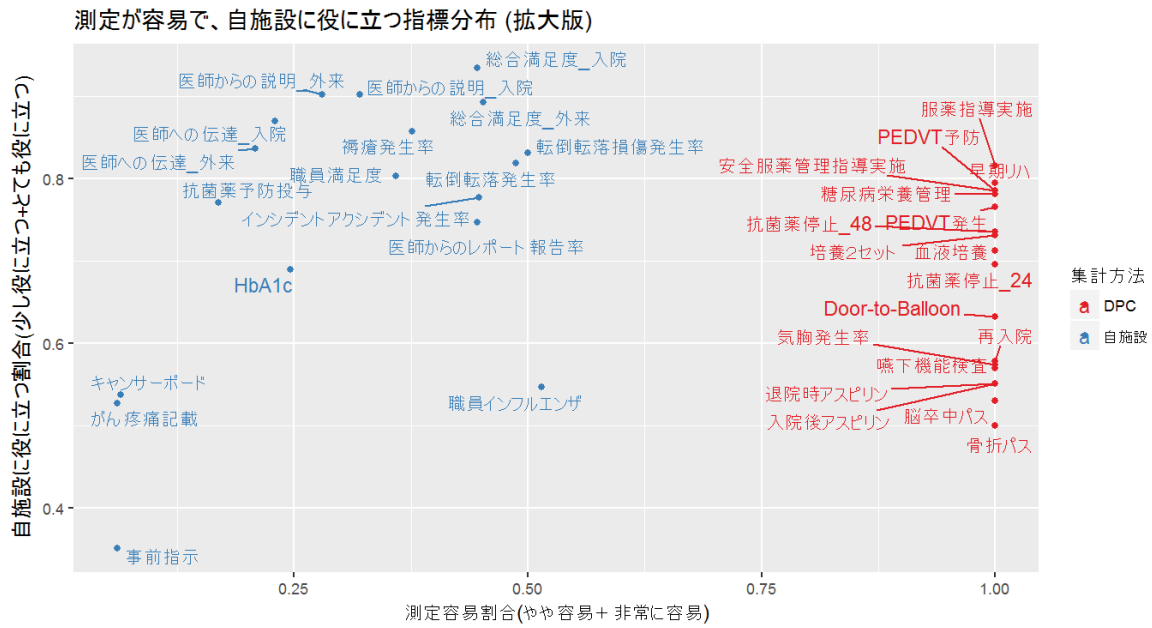


図9. 測定が容易で自施設に役立つ指標分布 (拡大版)

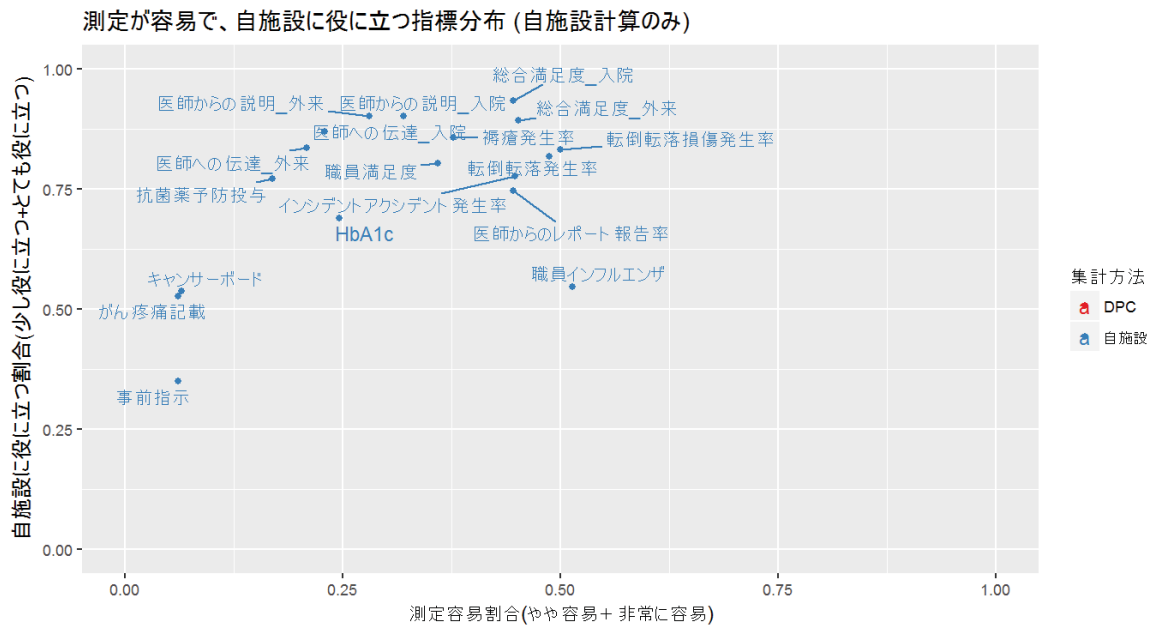


図10. 測定が容易で自施設に役立つ指標分布 (自施設計算のみ)

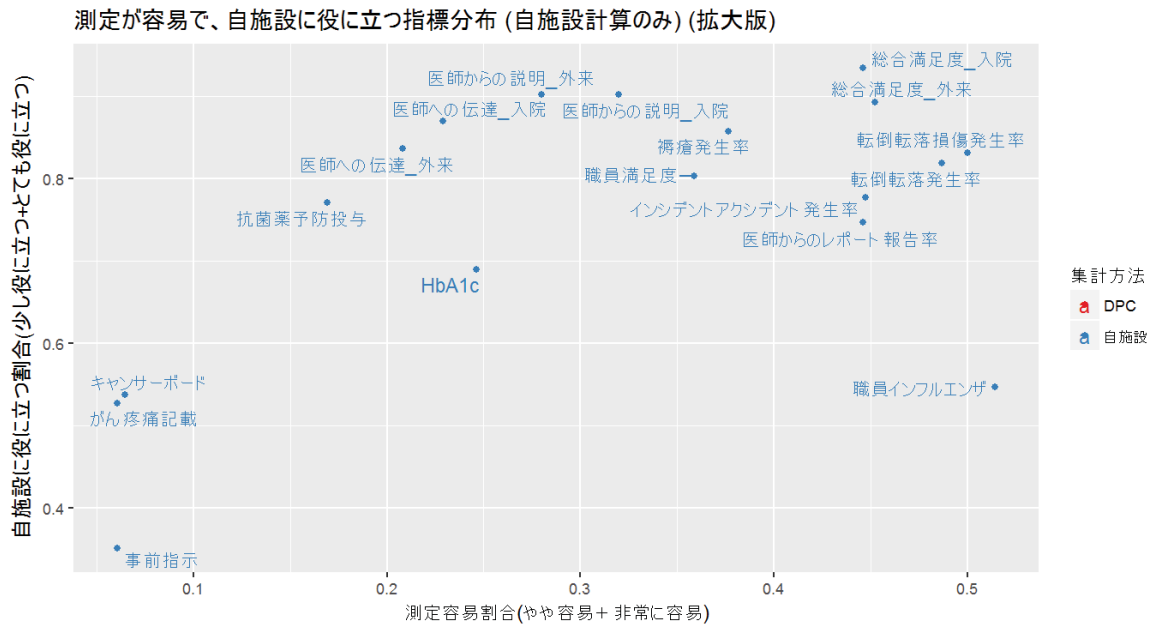


図11. 測定が容易で自施設に役立つ指標分布(自施設計算のみ)(拡大版)

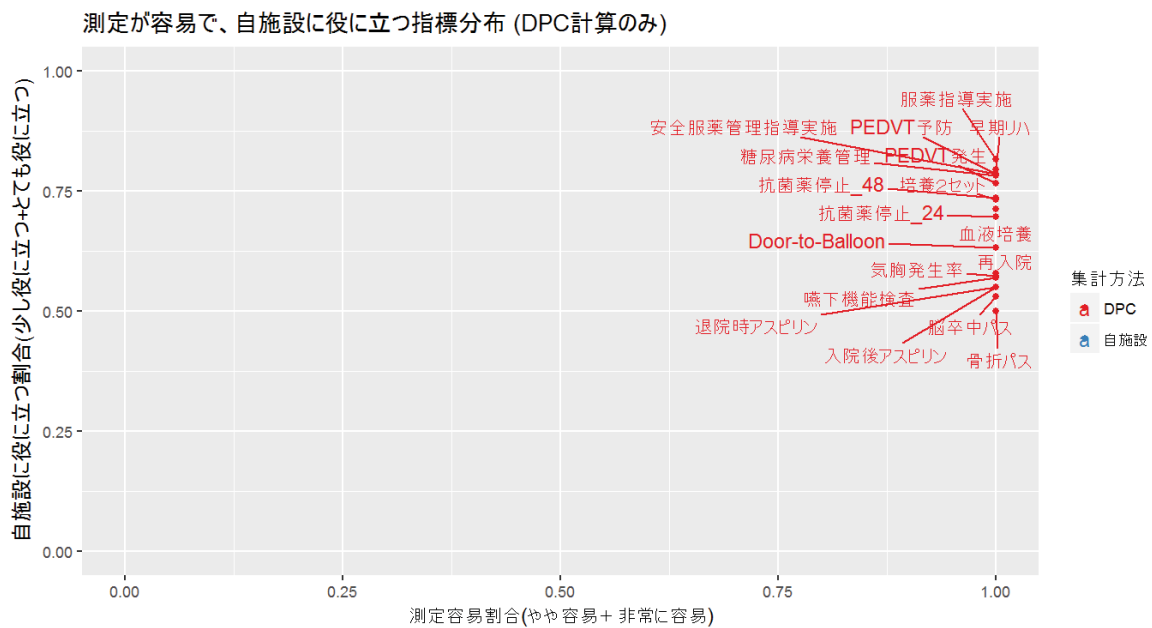


図12. 測定が容易で自施設に役立つ指標分布(DPC計算のみ)

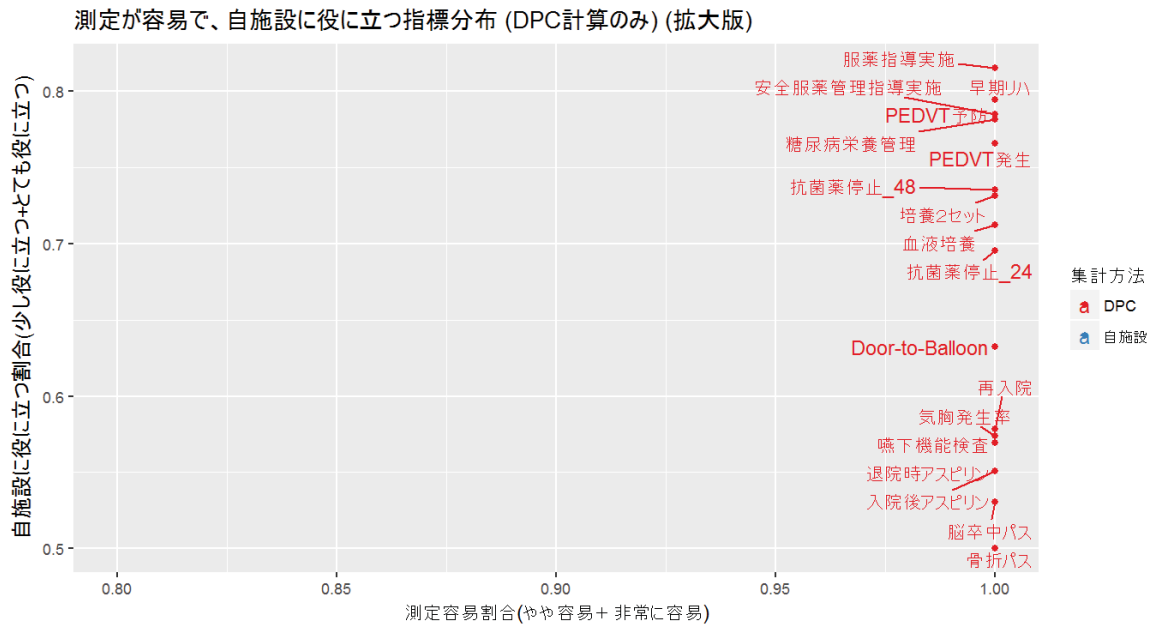


図13. 測定が容易で自施設に役立つ指標分布(DPC計算のみ)(拡大版)

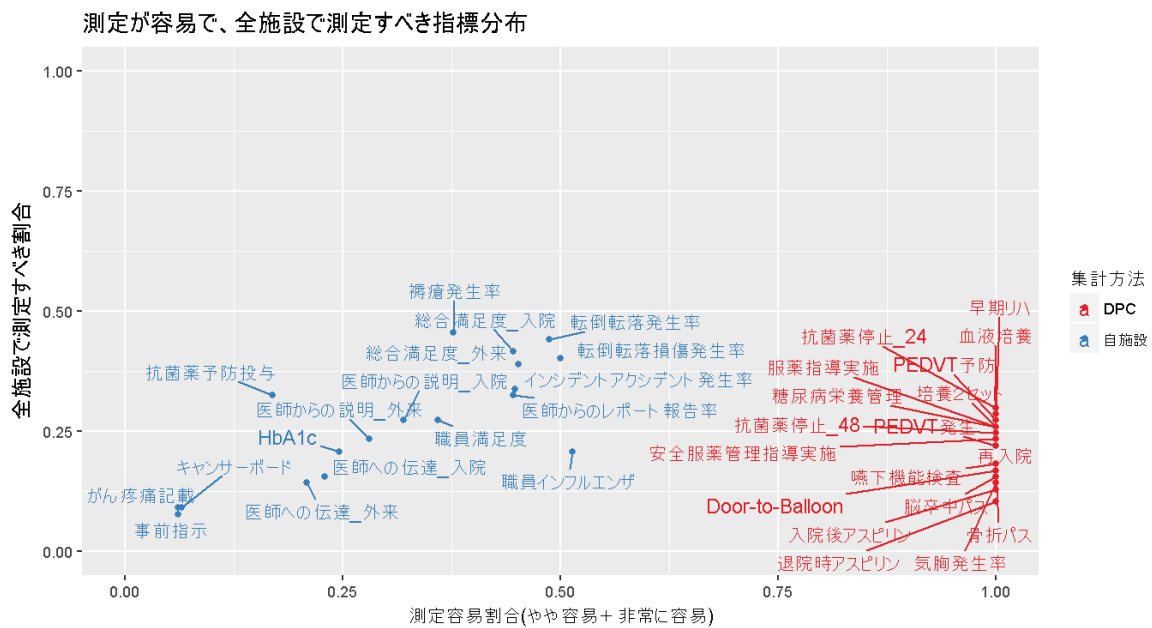


図14. 測定が容易で全施設で測定すべき指標

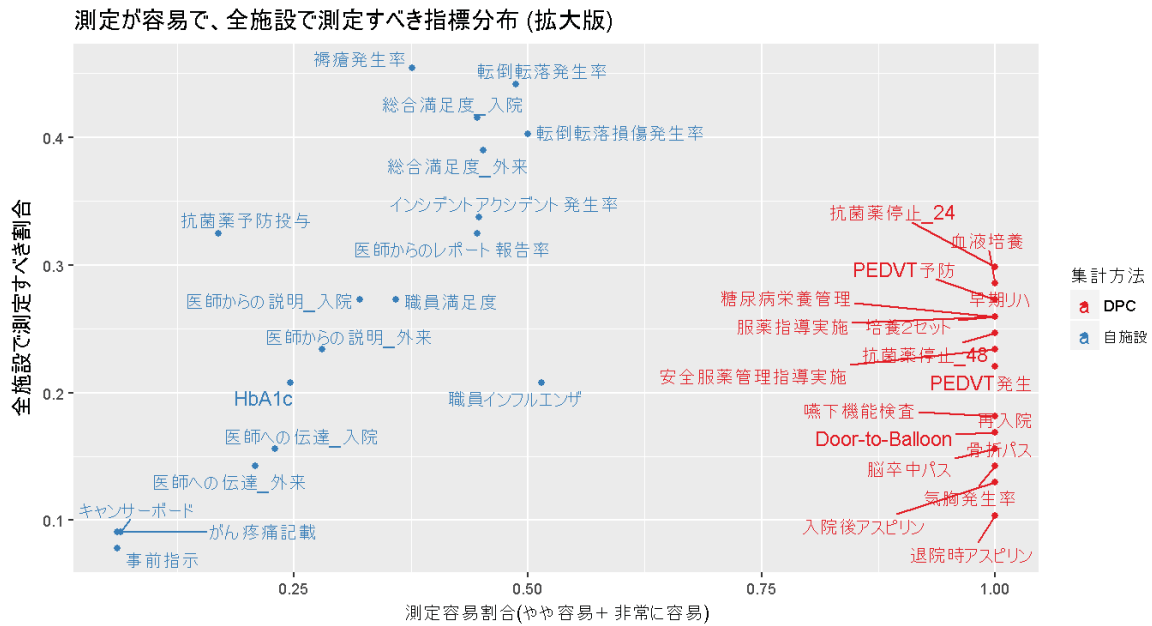


図15.測定が容易で全施設で測定すべき指標(拡大版)

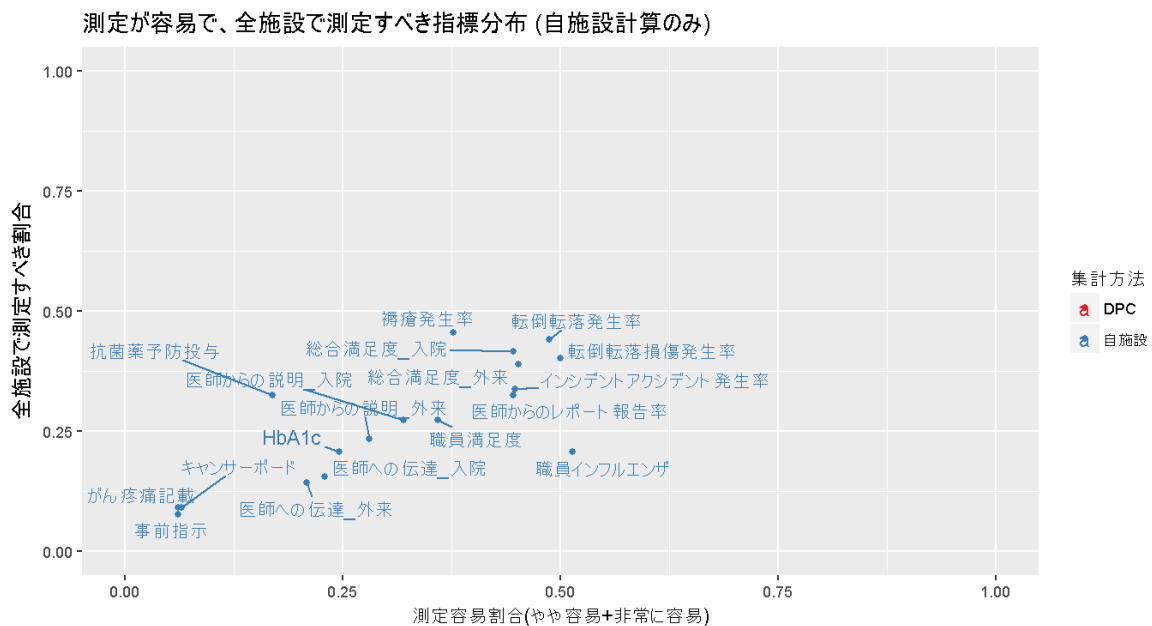


図16.測定が容易で全施設で測定すべき指標(自施設計算のみ)

測定が容易で、全施設で測定すべき指標分布 (自施設計算のみ) (拡大版)

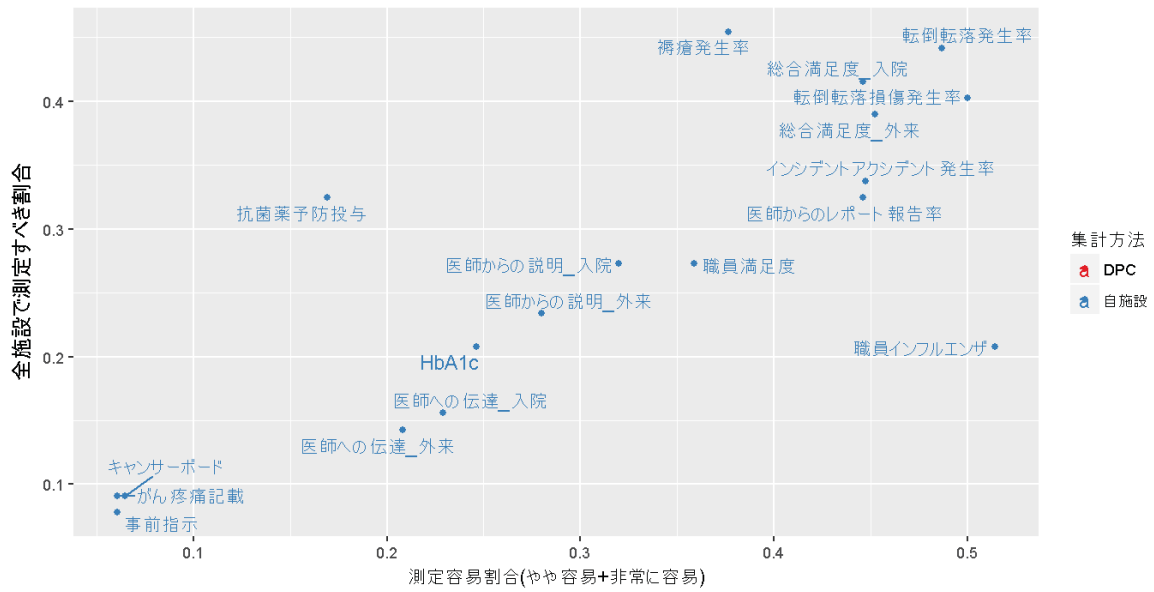


図17.測定が容易で全施設で測定すべき指標(自施設計算のみ)(拡大版)

測定が容易で、全施設で測定すべき指標分布 (DPC計算のみ)

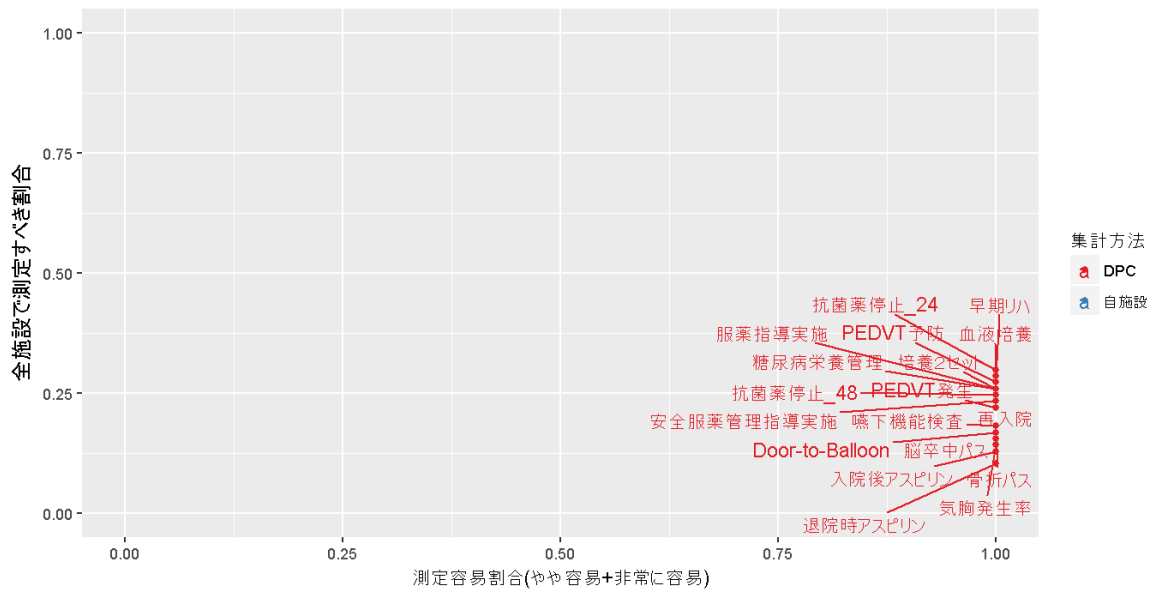


図18.測定が容易で全施設で測定すべき指標(DPC計算のみ)(拡大版)

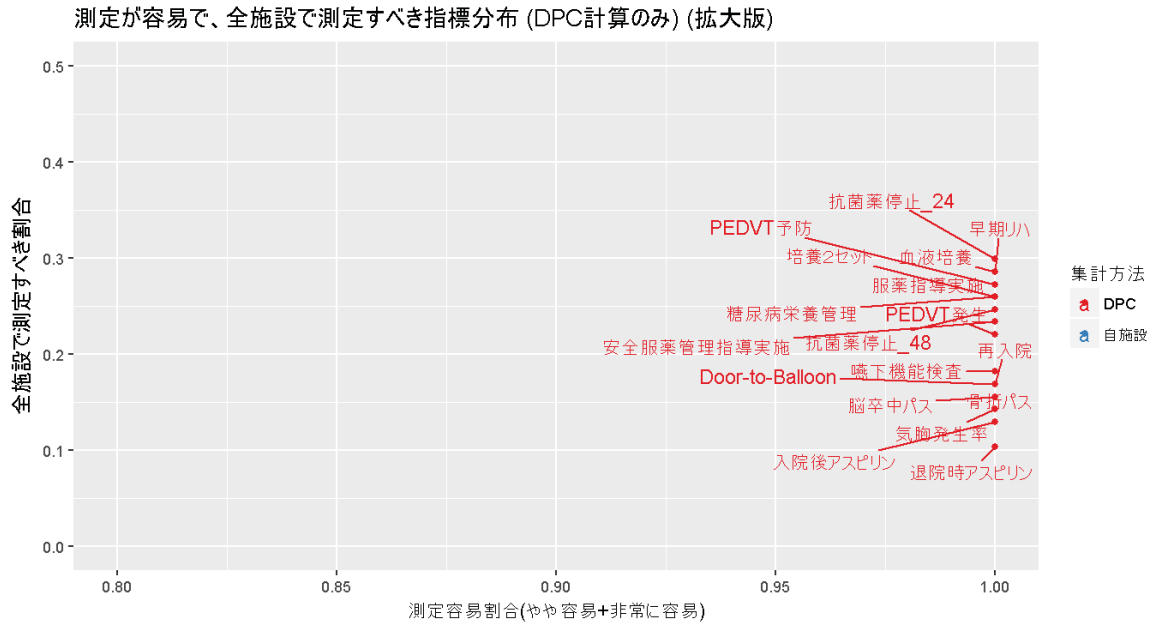


図19.測定が容易で全施設で測定すべき指標(DPC計算のみ)(拡大版)

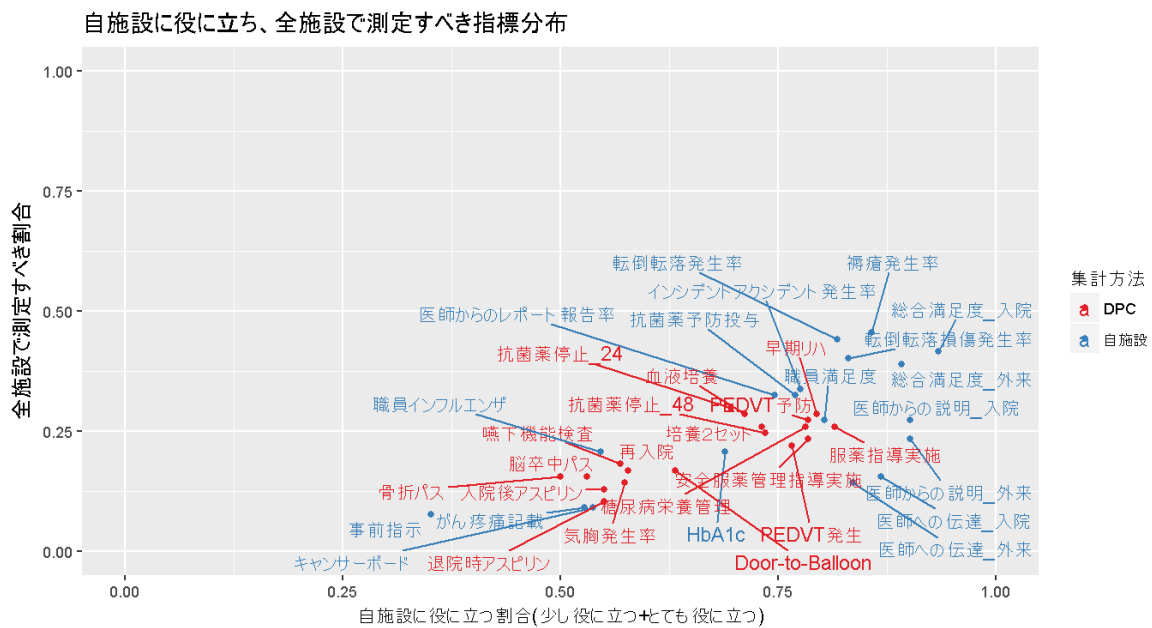


図20.自施設に役に立ち、全施設で測定すべき指標

自施設に役に立ち、全施設で測定すべき指標分布 (拡大版)

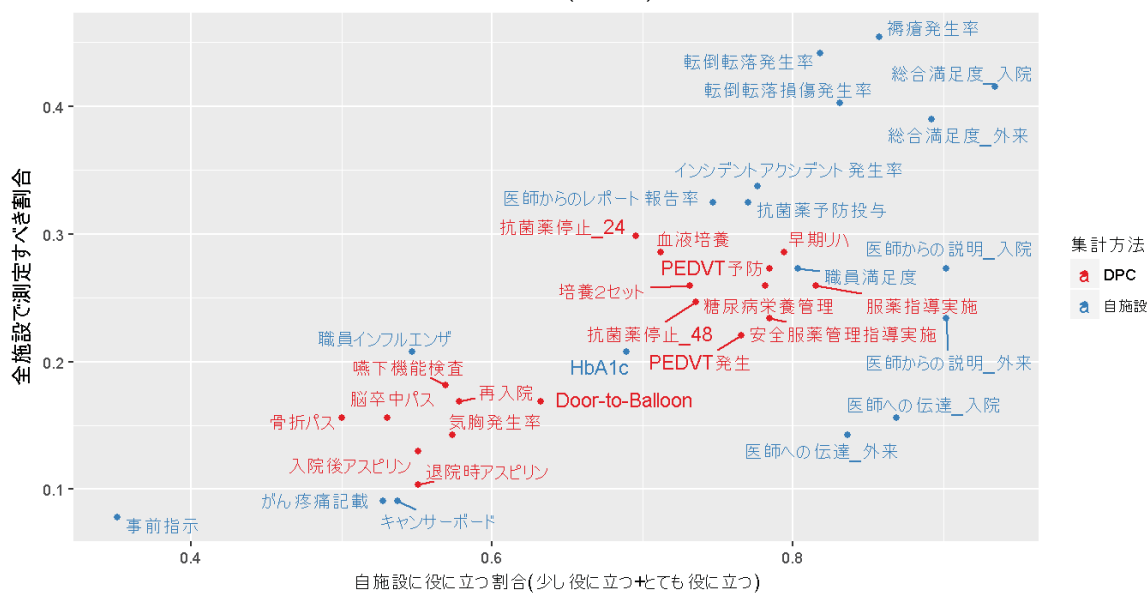


図21.自施設に役に立ち、全施設で測定すべき指標(拡大版)

自施設に役に立ち、全施設で測定すべき指標分布 (自施設計算のみ)

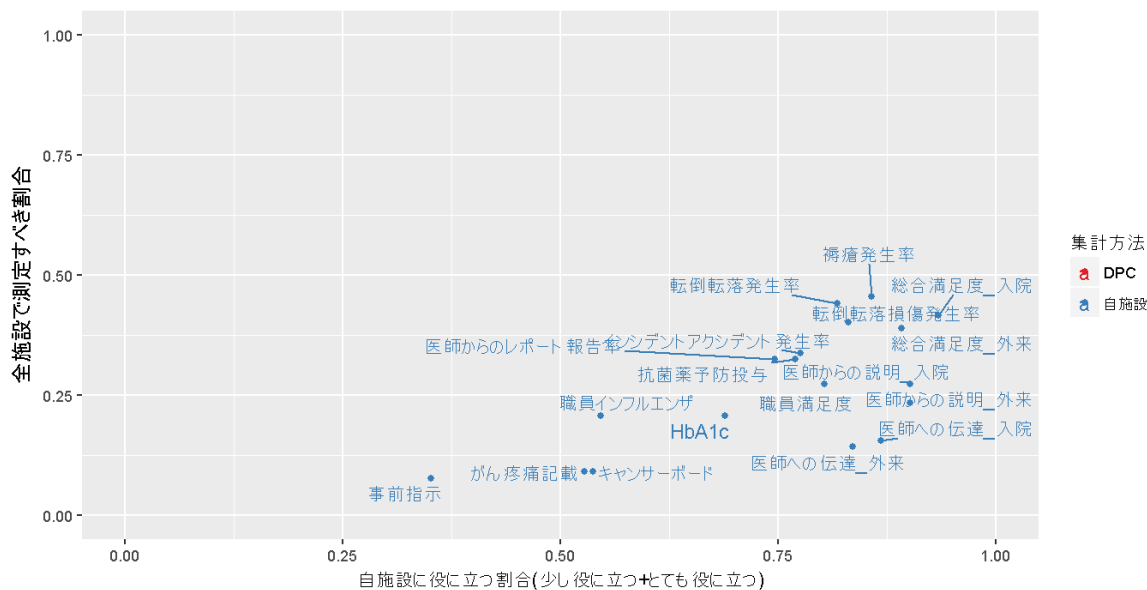


図22.自施設に役に立ち、全施設で測定すべき指標(自施設計算のみ)

自施設に役に立ち、全施設で測定すべき指標分布 (自施設計算のみ) (拡大版)

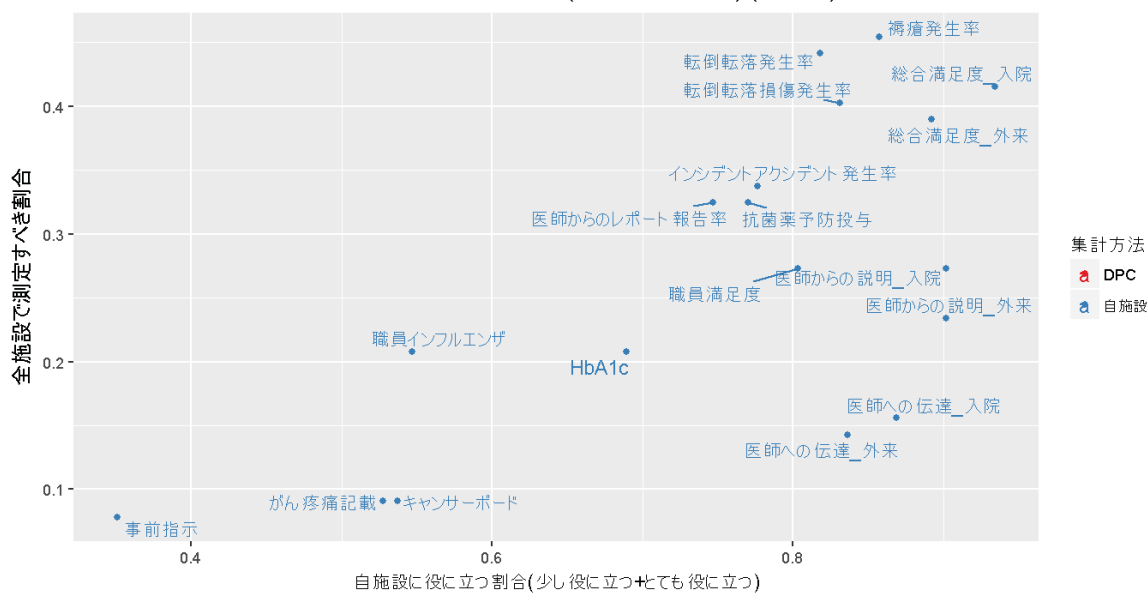


図23. 自施設に役に立ち、全施設で測定すべき指標 (自施設計算のみ) (拡大版)

自施設に役に立ち、全施設で測定すべき指標分布 (DPC計算のみ)

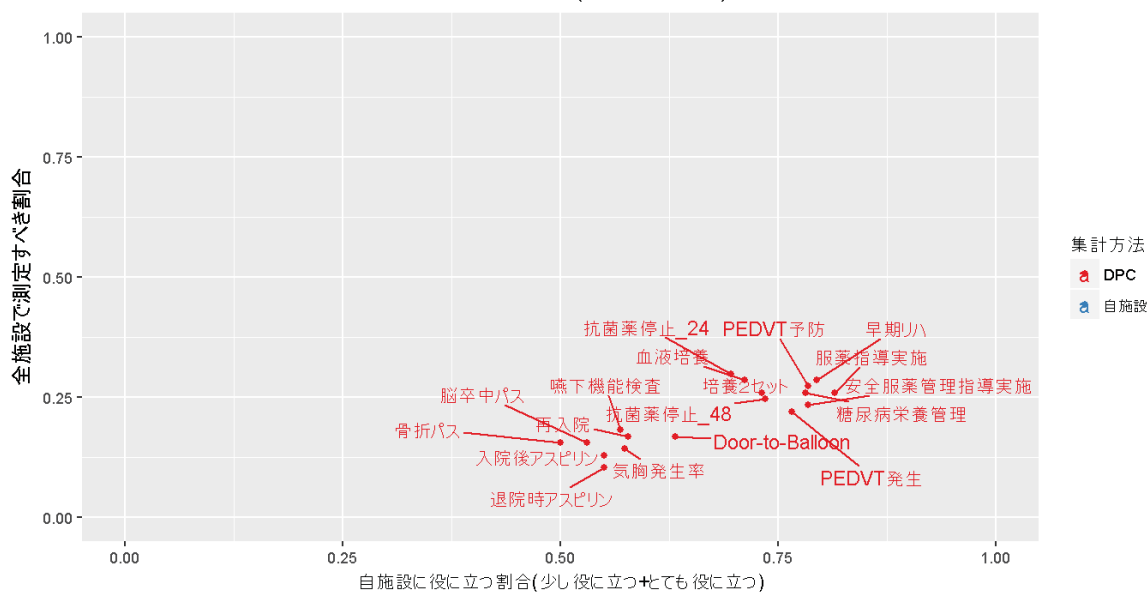


図24. 自施設に役に立ち、全施設で測定すべき指標 (DPC計算のみ)



自施設に役に立ち、全施設で測定すべき指標分布 (DPC計算のみ) (拡大版)

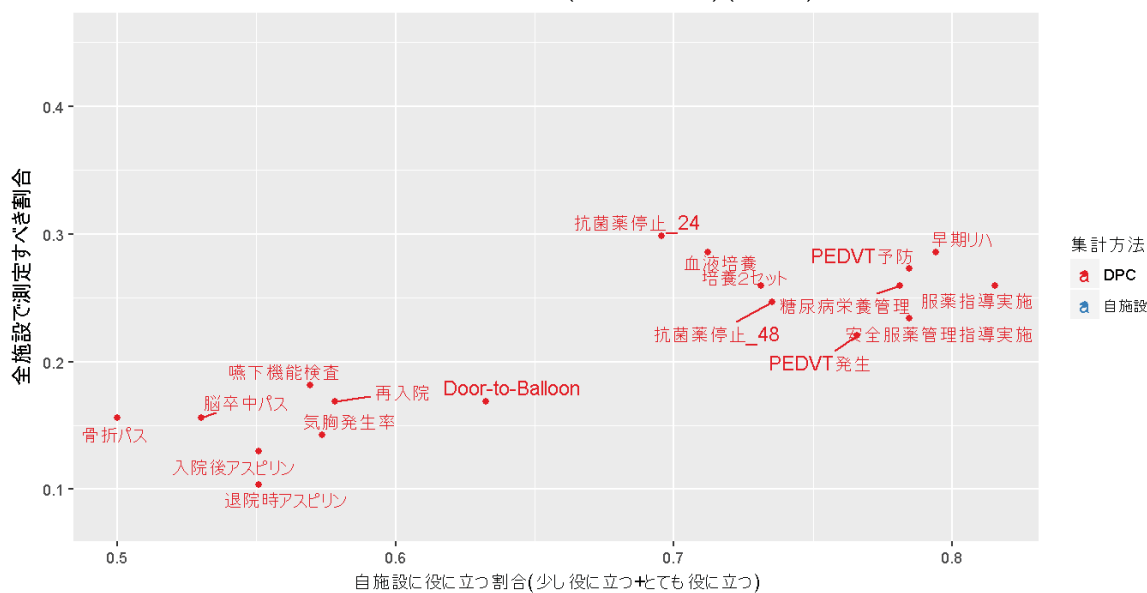


図25. 自施設に役に立ち、全施設で測定すべき指標(DPC計算のみ) (拡大版)

自施設に役に立つ割合(少し役に立つ+とても役に立つ): 団体間相関

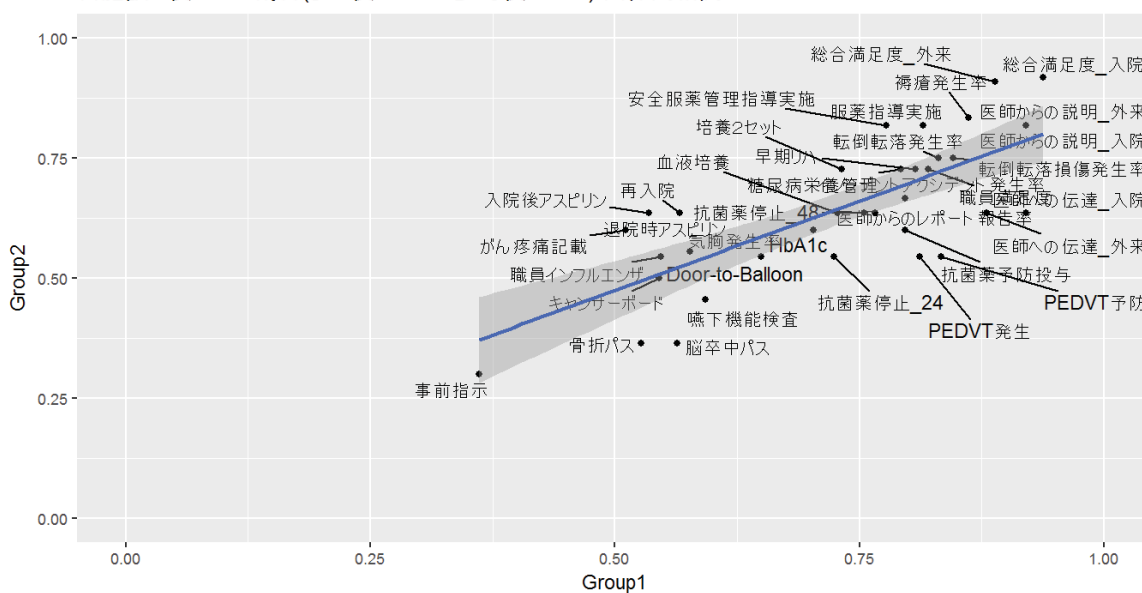


図26. 自施設に役に立つ割合の団体間相関

自施設に役に立つ割合(少し役に立つ+とても役に立つ):団体間相関(拡大版)

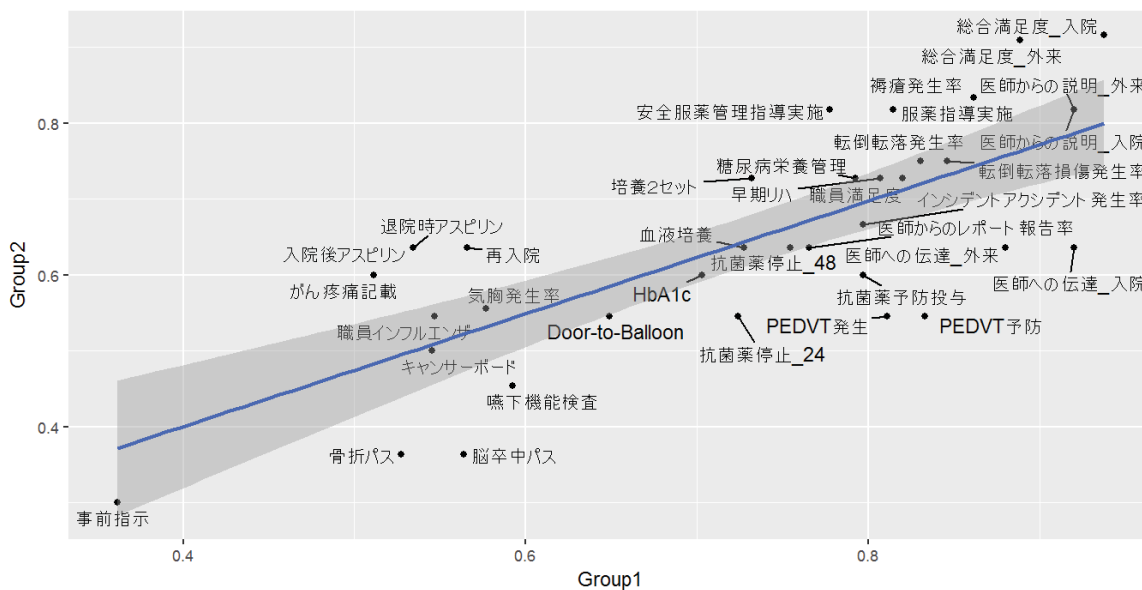


図27.自施設に役に立つ割合の団体間相関(拡大版)

自施設計算:測定容易割合(やや容易+非常に容易):団体間相関

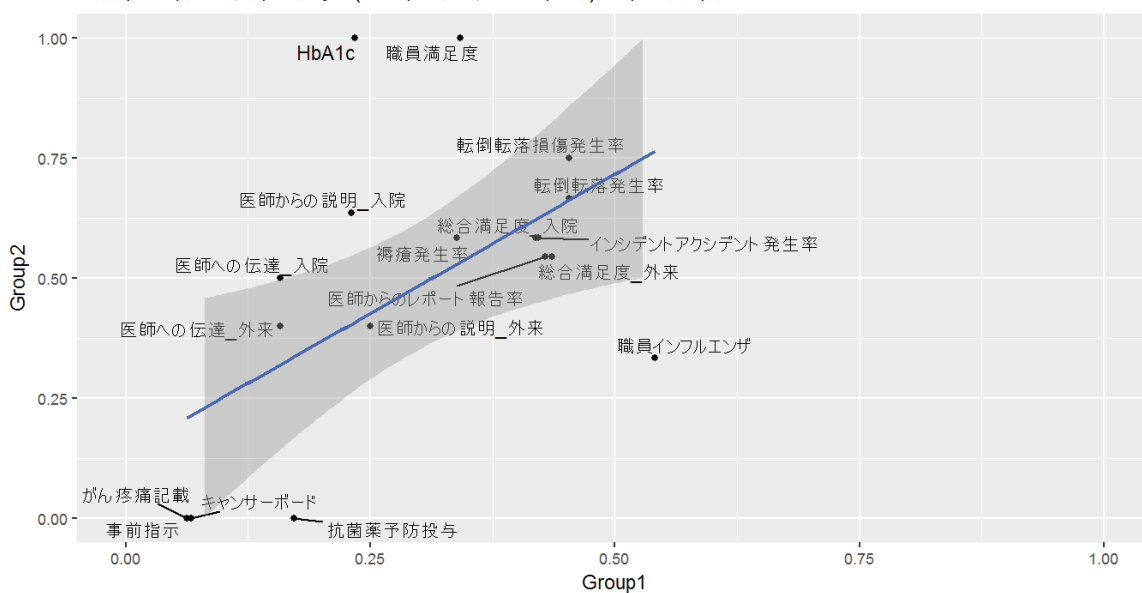


図28.測定容易割合の団体間相関(自施設計算のみ)

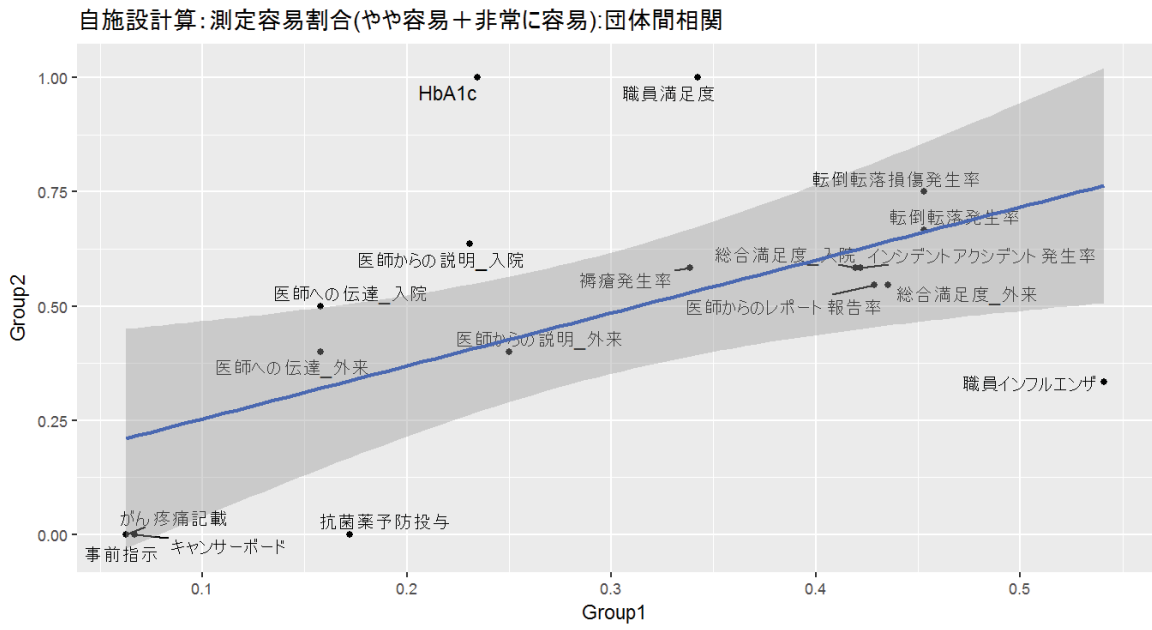


図29.測定容易割合の団体間相関(自施設計算のみ)(拡大版)

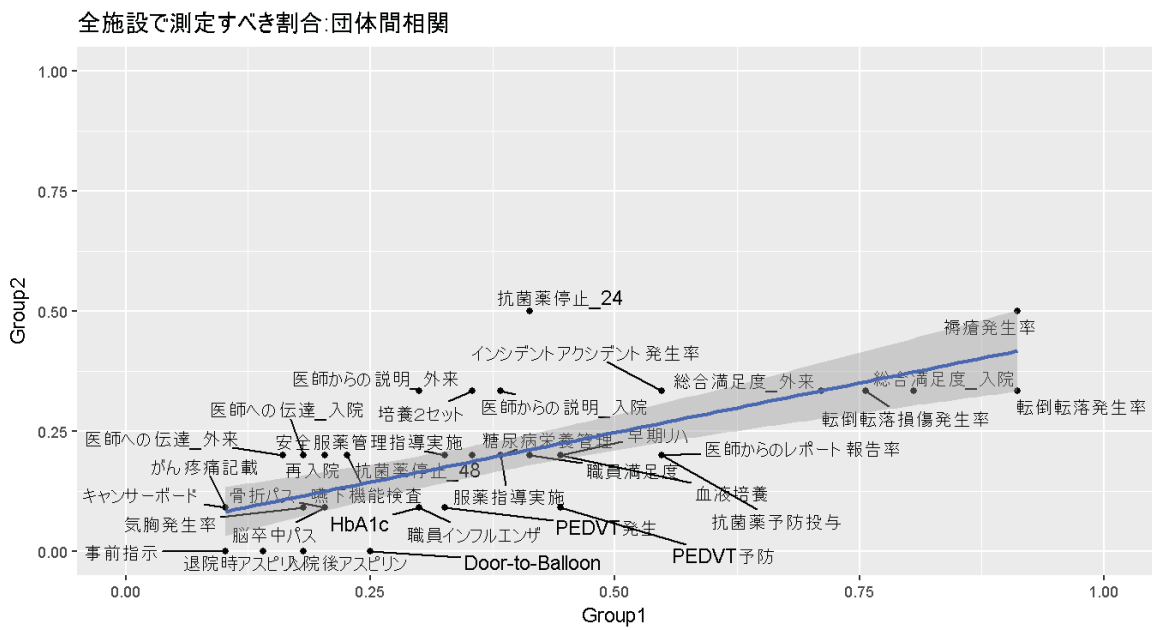


図30.全施設で測定すべき指標の団体間相関

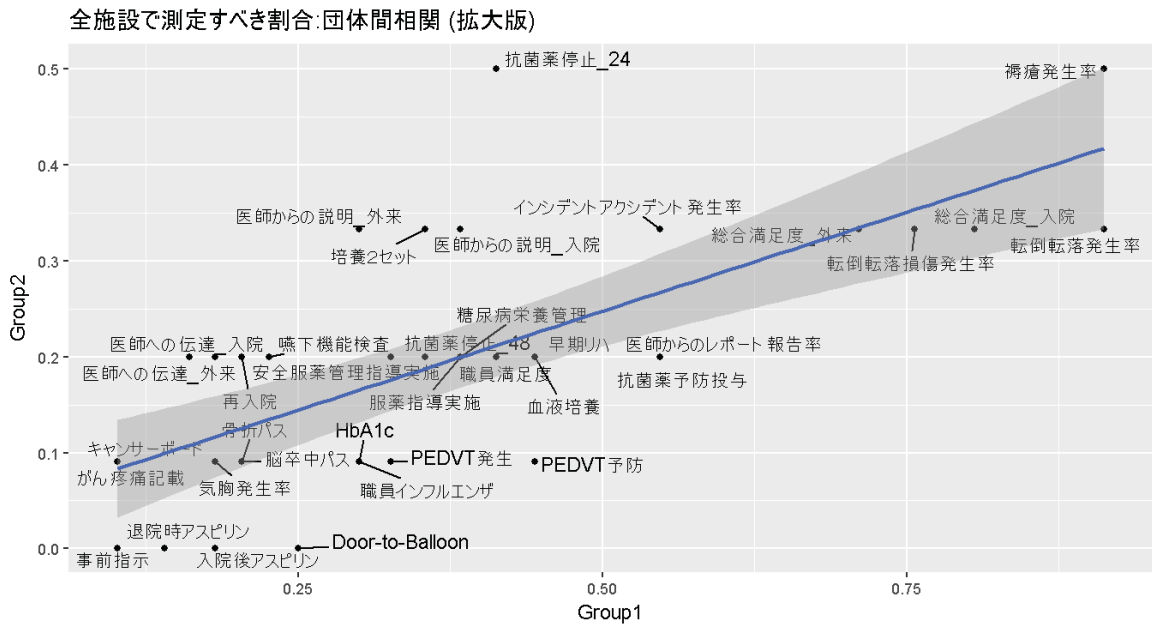


図31.全施設で測定すべき指標の団体間相関(拡大版)

表1. 自施設に役に立つ割合

自施設に役に立つ割合(少し役に立つ+とても役に立つ)	200床未満	400床未満	400床以上	平均	分散
がん疼痛記載	0.833	0.391	0.577	0.601	0.049265026
事前指示	0.667	0.385	0.240	0.430	0.047085163
PEDVT予防	0.500	0.778	0.844	0.707	0.033279482
抗菌薬停止_24	0.429	0.667	0.771	0.622	0.030869237
PEDVT発生	0.500	0.731	0.844	0.692	0.030697192
抗菌薬予防投与	0.500	0.800	0.789	0.696	0.028984303
医師からの説明_外来	0.667	0.885	0.966	0.839	0.02389307
医師からの説明_入院	0.667	0.885	0.966	0.839	0.02389307
抗菌薬停止_48	0.500	0.704	0.800	0.668	0.023461363
インシデント/アクシデント発生率	0.571	0.871	0.737	0.726	0.022512506
Door-to-Balloon	0.429	0.593	0.706	0.576	0.01943981
がんボード	0.333	0.522	0.600	0.485	0.01878877
医師への伝達_入院	0.667	0.846	0.931	0.815	0.018218452
医師への伝達_外来	0.667	0.769	0.931	0.789	0.01776503
嚥下機能検査	0.714	0.481	0.613	0.603	0.013624649
血液培養	0.667	0.593	0.818	0.692	0.013222385
HbA1c	0.833	0.733	0.632	0.733	0.010176465
職員インフルエンザ	0.667	0.613	0.474	0.584	0.009919112
褥瘡発生率	0.714	0.903	0.846	0.821	0.009390795
職員満足度	0.667	0.778	0.857	0.767	0.009154279
気胸発生率	0.667	0.640	0.500	0.602	0.008014815
総合満足度_外来	1.000	0.828	0.923	0.917	0.007460359
再入院	0.500	0.519	0.645	0.555	0.006242188
転倒転落発生率	0.714	0.871	0.795	0.793	0.006138995
安全服薬管理指導実施	0.833	0.852	0.719	0.801	0.005198063
早期リハ	0.714	0.750	0.848	0.771	0.004830697
転倒転落損傷発生率	0.857	0.903	0.769	0.843	0.004634474
培養2セット	0.667	0.679	0.788	0.711	0.0044637
医師からのレポート報告率	0.833	0.774	0.711	0.773	0.003772099
総合満足度_入院	1.000	0.933	0.923	0.952	0.001744466
脳卒中パス	0.500	0.571	0.500	0.524	0.00170068
服薬指導実施	0.833	0.852	0.781	0.822	0.001340038
骨折パス	0.500	0.536	0.469	0.501	0.001122715
糖尿病栄養管理	0.833	0.778	0.774	0.795	0.001099463
退院時アスピリン	0.571	0.571	0.529	0.557	0.000588471
入院後アスピリン	0.571	0.571	0.529	0.557	0.000588471

表2. 測定容易割合

測定容易割合(やや容易+非常に容易)	200床未満	400床未満	400床以上	平均	分散
職員満足度	0.667	0.333	0.333	0.444	0.037037037
抗菌薬予防投与	0.000	0.292	0.108	0.133	0.021741759
医師への伝達_外来	0.400	0.130	0.250	0.260	0.018243541
職員インフルエンザ	0.667	0.517	0.486	0.557	0.009344273
医師からの説明_外来	0.400	0.250	0.286	0.312	0.006139456
褥瘡発生率	0.429	0.452	0.308	0.396	0.005975968
がん疼痛記載	0.000	0.133	0.000	0.044	0.005925926
がんサーボード	0.000	0.133	0.000	0.044	0.005925926
医師からのレポート報告率	0.333	0.484	0.432	0.417	0.005854689
総合満足度_外来	0.500	0.517	0.395	0.471	0.004397493
総合満足度_入院	0.429	0.517	0.395	0.447	0.004002417
転倒転落損傷発生率	0.429	0.548	0.474	0.484	0.003661913
医師からの説明_入院	0.400	0.333	0.286	0.340	0.00329554
転倒転落発生率	0.429	0.516	0.474	0.473	0.001917177
事前指示	0.000	0.059	0.077	0.045	0.001617493
インシデント/アクシデント発生率	0.429	0.484	0.421	0.444	0.001176786
HbA1c	0.250	0.208	0.270	0.243	0.000997197
医師への伝達_入院	0.200	0.217	0.250	0.222	0.000644297

表3. 全施設で測定すべき割合

全施設で測定すべき割合	200床未満	400床未満	400床以上	平均	分散
転倒転落損傷発生率	0.167	0.824	0.696	0.562	0.121274487
総合満足度_外来	0.167	0.632	0.773	0.524	0.100562623
褥瘡発生率	0.400	0.824	0.950	0.725	0.082978662
転倒転落発生率	0.400	0.938	0.773	0.703	0.07583032
職員満足度	0.750	0.292	0.393	0.478	0.057976663
抗菌薬予防投与	0.167	0.409	0.625	0.400	0.052575949
抗菌薬停止_48	0.000	0.292	0.444	0.245	0.050990226
事前指示	0.400	0.000	0.114	0.171	0.04244898
総合満足度_入院	0.400	0.722	0.773	0.632	0.040883923
早期リハ	0.167	0.292	0.560	0.339	0.040389815
抗菌薬停止_24	0.167	0.348	0.560	0.358	0.038757936
PEDVT予防	0.400	0.192	0.560	0.384	0.033988955
医師からのレポート報告率	0.750	0.409	0.500	0.553	0.031163912
Door-to-Balloon	0.000	0.107	0.345	0.151	0.031146614
インシデントアクシデント発生率	0.750	0.550	0.444	0.581	0.024084362
再入院	0.000	0.240	0.219	0.153	0.017650521
がんサージボード	0.000	0.000	0.219	0.073	0.015950521
糖尿病栄養管理	0.167	0.348	0.393	0.302	0.014334777
服薬指導実施	0.167	0.348	0.393	0.302	0.014334777
医師からの説明_外来	0.167	0.240	0.393	0.267	0.013317536
医師への伝達_外来	0.000	0.148	0.219	0.122	0.01246401
入院後アスピリン	0.000	0.107	0.219	0.109	0.011964551
がん疼痛記載	0.167	0.000	0.182	0.116	0.010177533
HbA1c	0.167	0.348	0.219	0.244	0.008698674
安全服薬管理指導実施	0.167	0.292	0.345	0.268	0.008365399
PEDVT発生	0.167	0.240	0.345	0.250	0.008017986
職員インフルエンザ	0.400	0.240	0.258	0.299	0.007678668
医師からの説明_入院	0.400	0.292	0.444	0.379	0.006175412
退院時アスピリン	0.000	0.107	0.147	0.085	0.005783196
培養2セット	0.400	0.409	0.300	0.370	0.003663912
血液培養	0.400	0.348	0.444	0.397	0.002338755
嚥下機能検査	0.167	0.192	0.258	0.206	0.002222498
医師への伝達_入院	0.167	0.148	0.219	0.178	0.001340038
気胸発生率	0.167	0.192	0.147	0.169	0.000514898
骨折パス	0.167	0.192	0.182	0.180	0.000166177
脳卒中パス	0.167	0.192	0.182	0.180	0.000166177

## 【医療機能情報提供制度】

### A. 研究目的

医療機能情報提供制度は、住民・患者による医療機関の適切な選択を支援することを目的として平成19年より導入されているが、制度の創設以降大きな見直しが行われていない。そのため、現在はほとんど行われていない治療方法が報告事項に含まれている等、現状の実態に即した報告事項になっていない。医療機関に対して医療機能情報を都道府県知事に報告することを義務づけ、その情報を住民・患者に対して提供するため、47都道府県において公表を行っているものの、公表方法は都道府県により様々である。また、平成27年に提言された「保健医療2035」において、「患者自らが望む保健医療を選択するにあたって、必要かつ適正な情報やアドバイスを得て、治療に必要な選択肢の提供を受けることができ、かつその選択が実施される体制を構築する」旨が明記された。

これらの状況を踏まえ、「医療の質の評価・公表等推進事業」に参加してきた病院団体が公表しているQIがどの程度、患者の受療行動に影響を与えているのか、全国の病院でQIの数値を公表した場合の影響などについて調査し、医療機能情報提供制度の報告事項として含めるべきかどうかについて検討を行うとともに、医療機能情報提供制度の報告事項や公表方法について、アンケート調査等を通じて、患者の医療機関の選択により資する制度になるよう検討を行い、今後の医療機能情報提供制度のあり方について提言をまとめる。

また、諸外国（アメリカ、オーストラリア、イギリス、フランス）の医療機能情報提供制度や医療の質の公開制度について調べ、上記検討の参考とする。

### B. 研究方法

一般住民対象の医療情報機能提供制度の認知度に関する調査

2018年1月に、株式会社 日本能率協会総合研究所に登録されている調査パネルを用い、年齢、性別、都道府県の人数分布を、平成28年1月1日住民基本台帳年齢階級別人口（都道府県別）と合致させ、国民の代表性を保持した集団を抽出した上で、医療情報機能提供制度の認知度に関する調査を行った。回答はウェブ形式のアンケート調査とした。アンケートでは、まず医療機関を選ぶ際の情報源、医療機関を選択するときに重要とする項目について尋ね、さらに、医療情報機能提供制度で定めら

れている、都道府県別の医療機関検索サイト（医療情報ネット）の認知度、利用したことがあるか、医療機関選びに役立ったかなどについて尋ねた。また現在の医療機関検索サイト（医療情報ネット）に公開されている情報では、不足していると考えられる項目について、自由形式で尋ねた。最後に、医療機関検索サイト（医療情報ネット）で、医療機関診療の質指標を追加すると医療機関選びに役立つと思うかについて5段階で尋ねた。

諸外国（アメリカ、オーストラリア、イギリス、フランス）の医療機能情報提供制度や医療の質の公開制度について調べ、比較表を作成した。

それらの調査データを踏まえて、国民による医療機関の適切な選択に資する報告項目や情報提供のあり方等について、研究分担者間で討議の上、意見の集約を行った。

（倫理面への配慮）

本研究では、患者・国民、医療機関等を対象としたアンケート調査を行う。個人が特定されない形のデータのみを収集するため、倫理的問題は発生しない。

### C. 研究結果

①一般住民対象の医療情報機能提供制度の認知度に関する調査

調査結果の一覧を巻末に表示する（資料1）。回答者(2,875件)から回答を得た。標本集団の年齢、性別、都道府県の人分布と平成28年1月1日住民基本台帳年齢階級別人口（都道府県別）の差は、1%未満であった（資料2）。医療機関を選ぶ際の情報源は、知人や家族からの情報が最も多く、59%であった。続いて、医療機関のインターネット情報（34%）、かかりつけ医からの情報（28%）、特に情報は入手していない（21%）が続いた。医療機関を選択するときにとっても重視している、または重視している項目は、病院へのアクセス（87%）が最も多かった。費用負担、手術の件数は50%以下であった。医療機関検索サイト（医療情報ネット）を知っているか、という問については、実際に自分の居住する医療機関検索サイト（医療情報ネット）を閲覧してから回答をしてもらったものの、知っている回答した者は11%に留まった。知っている回答した者のうち、医療機関検索サイト（医療情報ネット）を利用したことがある者は62%（全



体の6.8%)、利用したことがあると回答した者のうち、医療情報ネットが役に立ったと回答した者は91%に達した。現在の医療機関検索サイト(医療情報ネット)に公開されている情報に加える項目については、70%が特にないと回答した。各医療機関の診療の質指標を追加した場合、医療機関の選択に役立つと思うかどうかについて、非常に役立つと思う、または役立つと思うと回答した者が89%に達した。

## ②諸外国(アメリカ、オーストラリア、イギリス、フランス)の医療機能情報提供制度および医療の質の公開制度

医療機能情報提供制度および医療の質の公開制度に関する、アメリカ、オーストラリア、イギリス、フランスの比較表を資料3に示す。プロジェクト名、公開ホームページアドレス、実施機関、病院の参加義務、国全体の病院数、病院公開ホームページへの参加病院数、提出を求めている質指標の数、病院ごとの公開している質指標の数、データの公開方法、公開している質指標の主な項目などについて調べた。

### アメリカ (Hospital Compare)

アメリカでは、Medicare, Medicaid の制度があり、「Medicare または Medicaid のいずれかから支払いを受けるためには、病院は「参加条件(conditions of participation)」と呼ばれる医療の質に関する基本基準を満たさなければならない。Medicare 認定病院は、州の認定機構または Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) が承認する国の認定機関のいずれかによって定期的(3年ごと)に審査され、高品質の医療を提供し続けなければならない」とされている。医療の質に関する共通の Indicator の値は、Hospital Compare ホームページ上で公開されている

(<https://data.medicare.gov/data/archives/hospital-compare>)。アメリカには、2018年AHA登録病院数が5564施設であるが、Hospital Compareに参加している病院数は4624施設で83.1%である。提出を求めている共通の Indicator は58項目で、病院ごとのデータを公開している Indicator の数は、同数の58項目。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ある。公開している Indicator の主な項目は死亡率(7)、医療安全(8)、再入院率(9)、患者の声(11)、治療の効果(11)、治療に関わる時間(7)、効率的な画像の検査の利用(5)である。

### オーストラリア (My Hospital)

オーストラリアの病院情報の公開プロジェクト名は、My Hospital で、My Hospital ホームページ上で、一般に公開されている

(<https://www.myhospitals.gov.au/compare-hospitals>)。実施機関は、Australian Institute of Health and Welfare (AIHW)で国の機関である。My hospital への参加は任意だが、多くの病院が参加している。2016年、Australian Institute of Health and Wealth fare- Hospital Statistics の調べによると、オーストラリアには、1331施設(公立701施設、私立630施設)の病院があり、このうち、My Hospital に参加している病院は1019施設(76.6%)である。Australian Institute of Health and Welfare が共通のセットとして収集している Indicator 数は17項目だが、My Hospital で病院ごとに公開している Indicator の数は7項目。十分な議論の結果、死亡率、再入院率は公開しないことにしたという。わかりやすいように、Interactive グラフで視覚的に結果を公開しており、My Hospital 上で公開されていない結果についても、Interactive グラフが他のサイトでも作成できるようにアプリケーション・プログラミング・インターフェース(Application Programming Interface-API)を公開している

(<https://www.myhospitals.gov.au/about-the-data/download-data>)。Indicator の主な項目は、死亡率(0)、医療安全(1)、再入院率(0)、治療に関わる時間(4)、費用に関する項目(2)である。

### イギリス (NHS Digital)

イギリスでは、NHS傘下のすべての病院がCare Quality Commission (CQC) のInspectionによって病院の質の評価が行われている。全ての病院に参加義務がある。CQCの発表によると、現在、NHS傘下の病院は3248施設ある。CQCは、全病院から収集されているIndicatorの中から、必要に応じてデータを参照して、各病院の評価を行っているが、NHS Digital (Indicator Portal)

<http://content.digital.nhs.uk/indicatorportal> と呼ばれるホームページで、すべての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ある。Indicatorの数は1925項目。この中には、今後のアップデートを予定していないindicatorが約200項目あるが、新たな項目も随時追加されている。公開しているIndicatorの主な項目は、死亡率(644)、医療安全(29)、再入院率(55)、治療に関わる時間(57)、費用に関する項目(6)、医療記録(114)、

その他である。

## フランス (HAS)

フランスでは高等保健庁(Haute Autorité de Santé: HAS)によって医療の質評価が行われている。フランスの医療施設はHASの作成したマニュアルに従い医療機関の機能評価を受けることが義務付けられており、51の臨床指標についてはその結果をHAS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。機能評価については、訪問調査の受審が義務付けられており、その結果がHASのホームページに公開されるとともに、各施設は指摘項目についての対策とその進捗状況をHASに報告するとともに、自らもそれをホームページ上で公開することが求められている。指標は [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2625243/fr/les-indicateurs-en-bref](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2625243/fr/les-indicateurs-en-bref)で閲覧可能となっている。

## D. 考察

医療情報機能提供制度の認知度に関する調査では、都道府県別の医療機関検索サイト(医療情報ネット)の認知度、利用したことがあるか、医療機関選びに役立つかなどについて尋ねたが、一般住民における医療機関検索サイト(医療情報ネット)の認知度は、11%に留まった。平成28年度 厚生労働省科学研究班「患者の医療機関選択に資する制度に関する研究」(班長:永井庸次)の報告書によると小児慢性特定疾患の子を持つ両親、がん患者を対象とした調査において、医療機関検索サイト(医療情報ネット)の認知度は25%程度であり、一般住民においては、この値を下回る結果となった。医療機関検索サイト(医療情報ネット)に公開されている情報では、不足していると考えられる項目について、70%が特にないと回答していたが、その他に挙げられていた項目の多くには、すでに医療機関検索サイト(医療情報ネット)上で公開されている項目もあり、見やすい情報のレイアウトが重要であると思われた。医療機関検索サイト(医療情報ネット)を利用したことがあると回答した195名に限られた問ではあったが、医療機関診療の質指標を追加すると医療機関選びに役立つと思うかという問については、9割(174名)近くのものが医療機関選びに役立つと回答しており、今後、日本全体で医療の質の共通セットのデータ収集を実施する際には、国民への公開の方法も議論する必要があると考えられる。

諸外国の調査では、アメリカ、オーストラリア、イギリス、フランスにおける医療の質指標(QI)の

公開は大規模かつ先進的に行われていて、インターネットサイトから登録も必要とせず、病院ごとの経年データが得られる状況となっている。特にオーストラリアでは、視覚的にわかりやすいインタラクティブなグラフでの公開が進んでおり、あらゆる指標について病院間の比較も容易にできる。イギリスは、項目の数が非常に多く得られない情報を探すほうが困難なくらい、医療の質に関する情報公開が進んでいる。オーストラリア、イギリス、フランスでは、国の直轄機関が全病院を対象に医療の質の公開と評価を行っている。いずれにしても、アメリカを含む4か国では、医療機能、医療の質の情報公開とともに、これらを検査し認証する制度が確立されていて、わが国においても病院の機能やパフォーマンスの公開のみならず、評価方法に関しても検討する必要がある。

## E. 結論

医療機関検索サイト(医療情報ネット)の認知度は決して高くはないが、医療機関診療の質指標を追加することで、国民の医療機関選びに役立つ可能性が示唆された。今後は、医療機関診療の質指標の公開に関する議論を進め、またより積極的に周知活動を行うことで、多くの住民による医療機関検索サイト(医療情報ネット)の認知度を上昇させることで、医療機関検索サイト(医療情報ネット)は国民にとって医療機関を選ぶ際の情報源となりうると思う。また、医療機関診療の質指標の公開の際には、評価の方法、認証制度などについても、諸外国を参考にしたいうえで、国民に根ざした制度の確立が必要と考える。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得  
該当なし
2. 実用新案登録  
該当なし
3. その他  
該当なし

# 医療機能情報提供制度調査 結果

1

## 調査の目的

- I. 調査目的: 医療機能情報提供制度については、平成19年の創設以降、大きな見直しが見なされておらず、現状の実態に即した報告事項になっていない。住民にとって、必要な情報を提供する制度にするため、調査を行うもの。
  
- II. アンケート調査(委託)
  - 認知度(知っている、利用したことがある、知らない)
  - 「利用したことがある」という人に、受診行動につながったか。
  - どういう情報があったら利用するか(現行の項目について大枠で示した上で、5段階程度、検索の目的やシチュエーションと連動した問)
  - 現行の項目を示した上で、他に必要だと考える項目
  - 医療の質の共通セットを追加することについてご意見
  - どのような情報を必要としているか

2

# 回答者への告知文

「医療機能情報提供制度に関する調査」ご協力をお願い

このたびは「医療情報検索サイトに関する調査」にご協力頂きありがとうございます。

この調査は、聖路加国際大学が推進しております、厚生労働省科学研究費補助金 医療情報の適切な評価・提供及び公表等の推進に関する研究(研究代表者:福井次矢)の一環として実施致します。調査結果は、現状の実態を踏まえ、患者の医療機関選択により資する制度とするための基礎データとして活用する予定です。

どうか調査の主旨をご理解いただき、ご協力頂けますと幸いです。

本調査で得られるデータは個人が特定できないように統計的に処理をします。ご回答いただいた皆様にご迷惑をおかけすることは一切ございません。

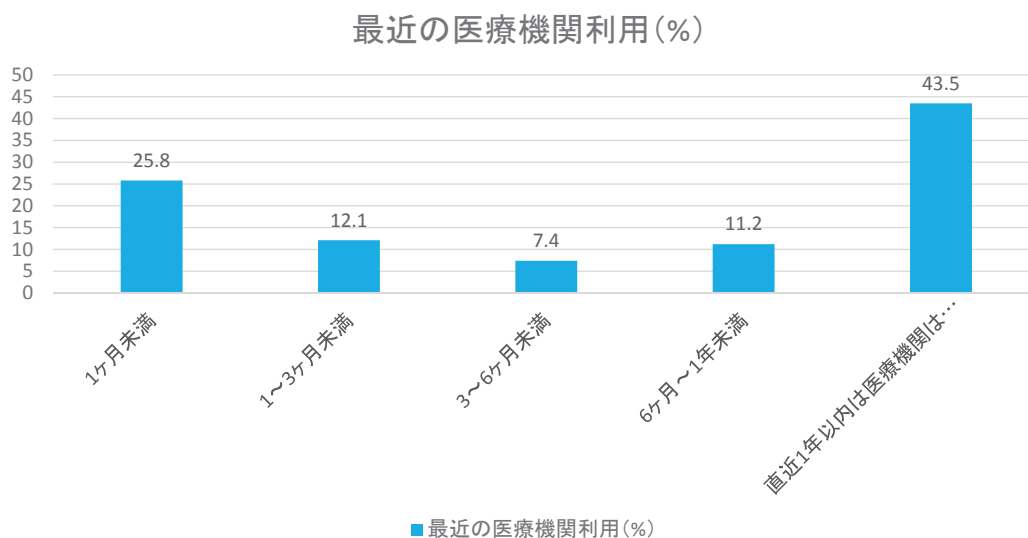
本調査は、聖路加国際大学による倫理審査を受け、承認されております。

本調査の回答時間の目安は約5分～10分です。

調査結果は厚生労働省に報告し、厚生労働省科学研究費補助金 研究報告書として、厚生労働科学研究成果データベース(<http://mhlw-grants.niph.go.jp/index.html>)で公表予定です

3

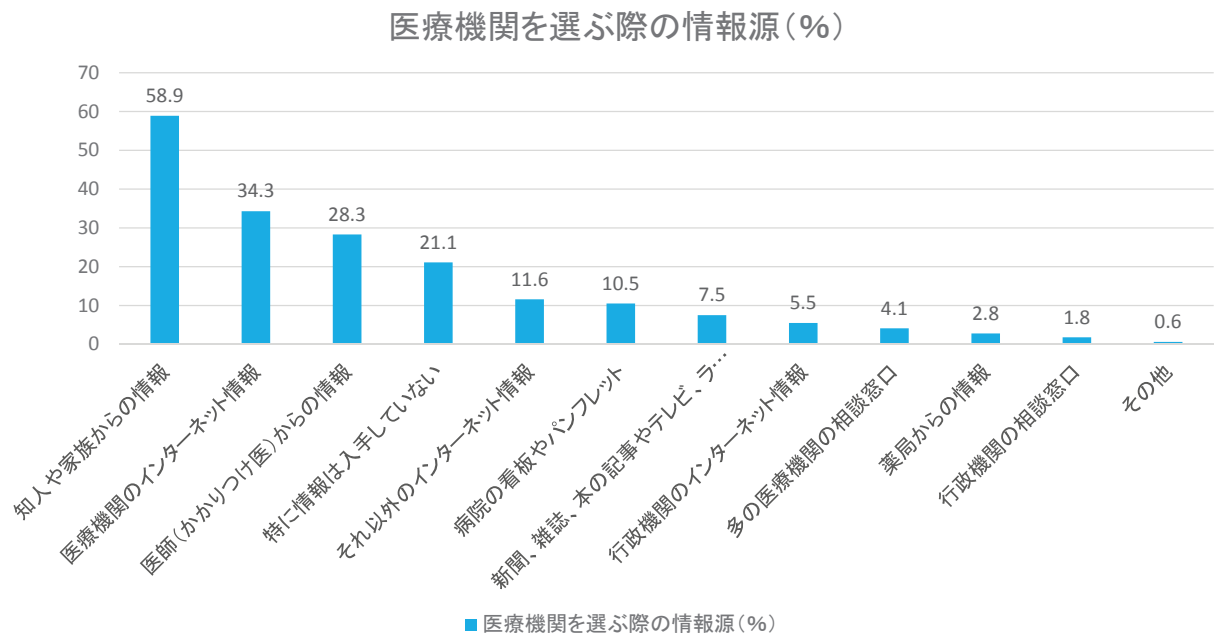
## 最近の医療機関利用 (N=2875;単一回答)



4

# 医療機関を選ぶ際の情報源

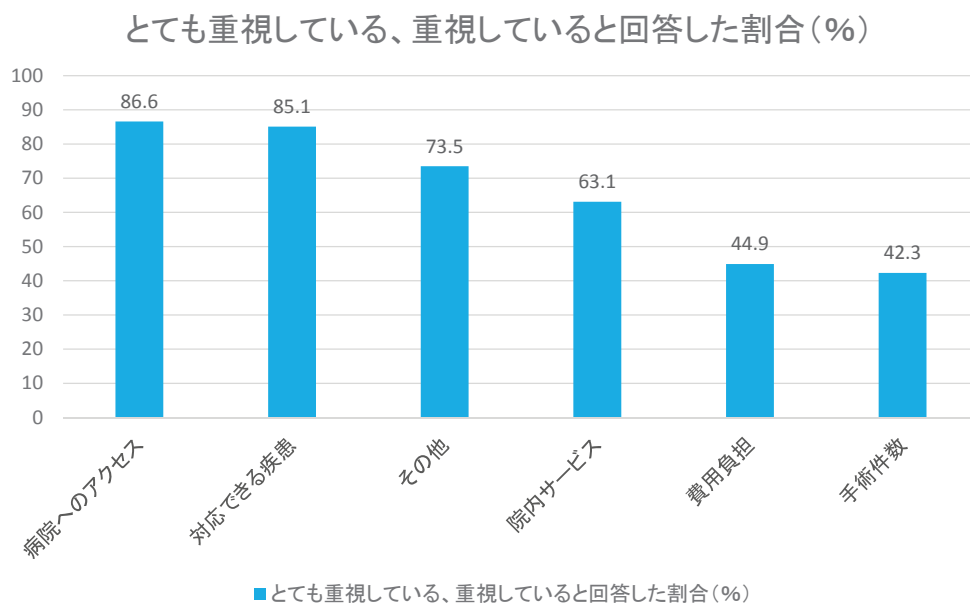
(N=2875;複数回答)



5

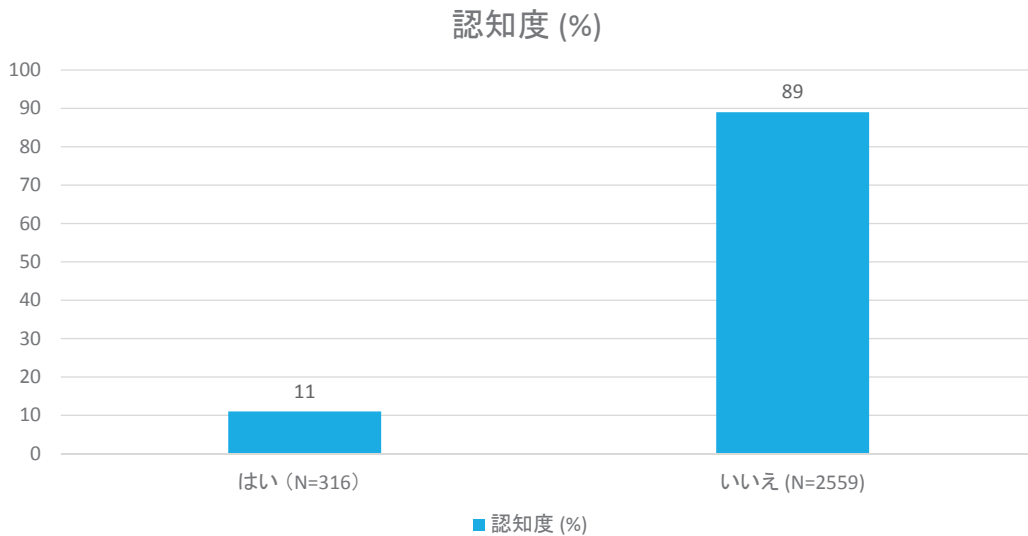
# 医療機関を選択するときに重要とする項目

(N=2875;複数回答)



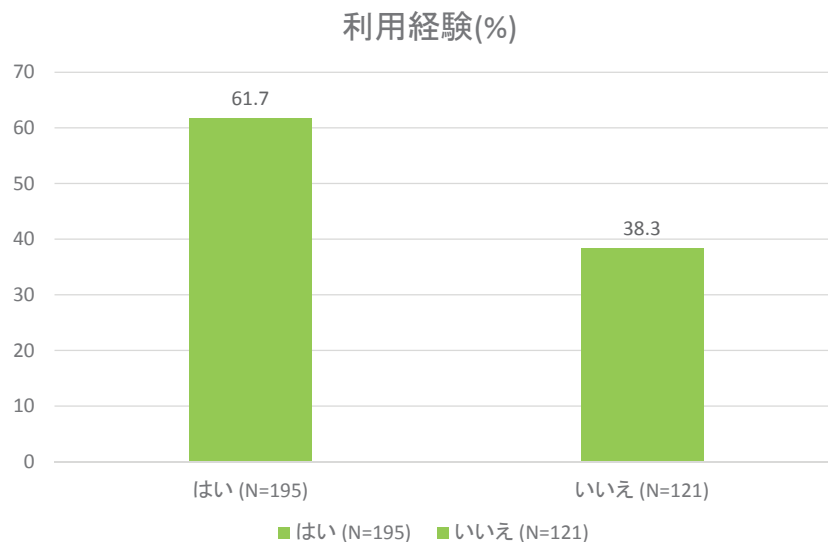
6

## 医療機関検索サイトを知っていますか？ (N=2875;単一回答)



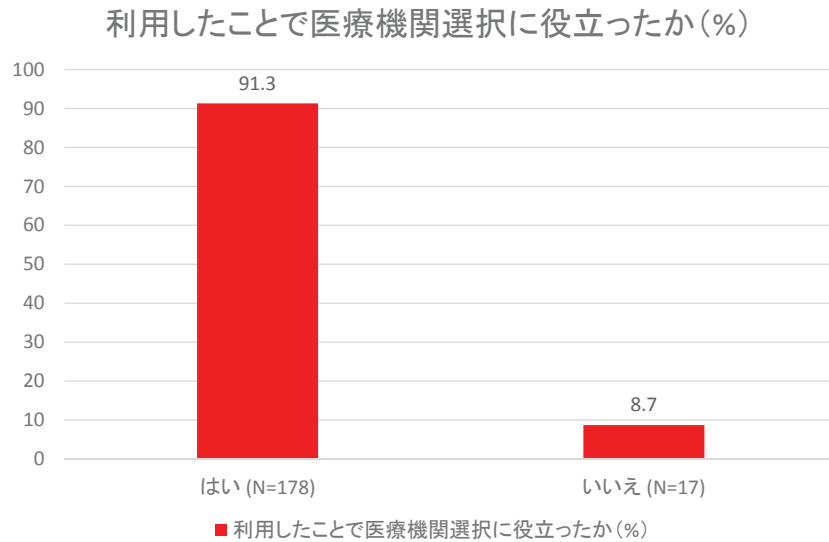
7

## 医療機関検索サイトを利用したことがありますか？ (知っている人 N=316)



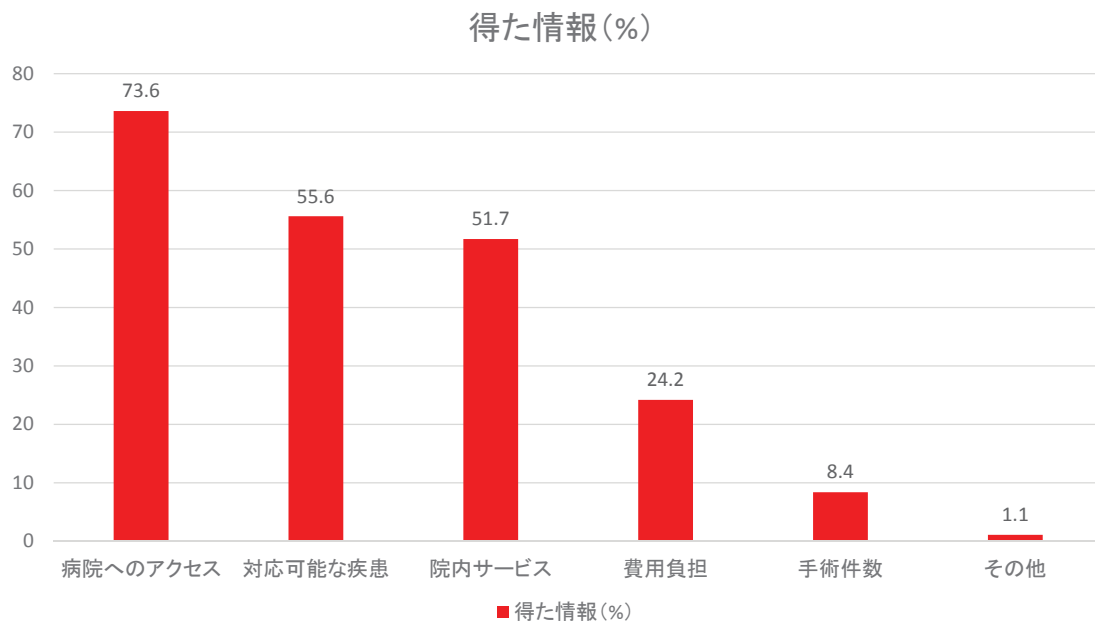
8

## 医療機関検索サイトは医療機関選びに役立ったか？(利用したことある人 N=195)



9

## 医療機関検索サイトから得た情報(利用したことある人;複数回答 N=195)



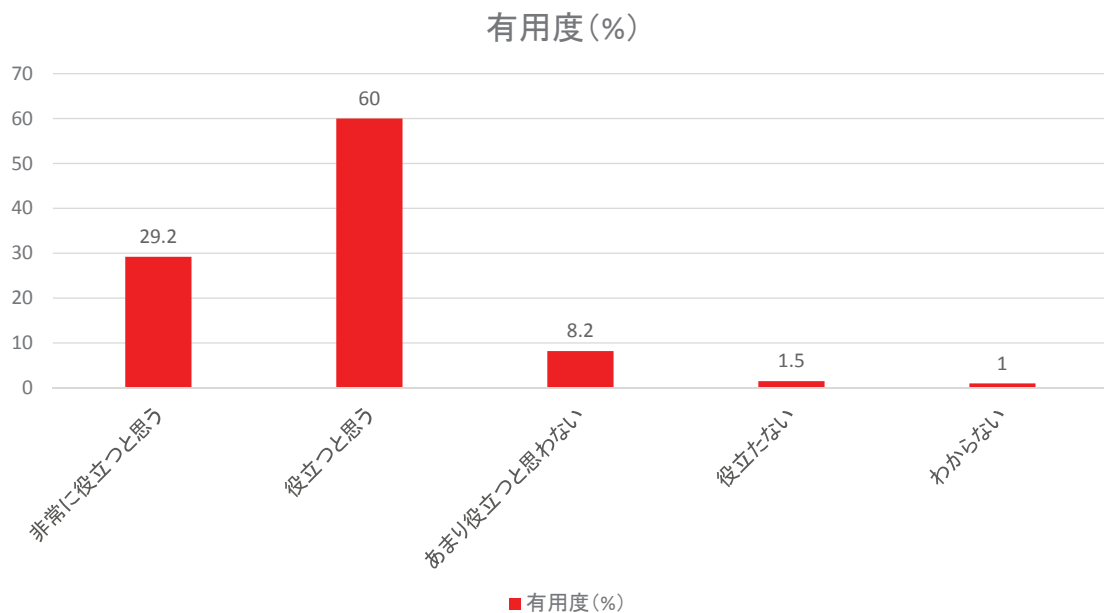
10

## 不足していると思われる情報 (利用したことある人;複数回答 N=195)

group	N	%
特になし	136	70
医師のプロフィール	15	8
口コミ	14	7
駐車場	5	3
医療サービス	4	2
症例	3	2
待ち時間	3	2
医療設備	3	2
費用	3	2
病院からのメッセージ	2	1
セカンドオピニオン	1	1
更新頻度	1	1
バリアフリー	1	1
時間外対応	1	1
治験	1	1
さらに充実を	1	1
予約	1	1

11

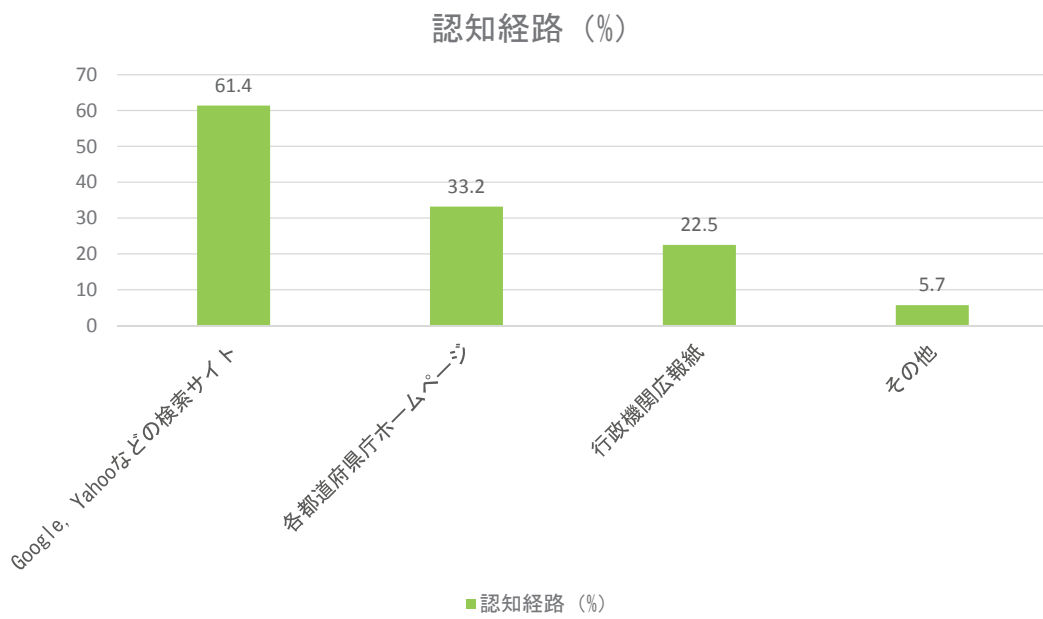
## 医療機関診療の質指標を追加することについて (利用経験がある人;複数回答N=195)



12



# 医療機関検索サイトの認知経路 (知っている人 N=316)



想定構成比

性年代		男性	女性	合計
年代	20代	8.2%	7.8%	15.9%
	30代	10.0%	9.6%	19.7%
	40代	11.7%	11.3%	23.0%
	50代	9.6%	9.6%	19.1%
	60代	10.9%	11.4%	22.3%
合計		50.3%	49.7%	100.0%

男性		20代	30代	40代	50代	60代	合計
北海道		0.3%	0.4%	0.5%	0.4%	0.5%	2.0%
東北		0.7%	0.8%	0.9%	0.9%	1.1%	4.4%
関東		3.0%	3.8%	4.4%	3.4%	3.5%	18.2%
東海		1.1%	1.4%	1.4%	1.3%	1.4%	6.8%
北陸		0.2%	0.2%	0.3%	0.2%	0.3%	1.2%
近畿		1.3%	1.5%	1.9%	1.5%	1.7%	8.0%
中国		0.5%	0.5%	0.6%	0.5%	0.7%	2.8%
四国		0.2%	0.3%	0.3%	0.3%	0.4%	1.5%
九州		0.9%	1.1%	1.1%	1.1%	1.3%	5.4%
合計		8.2%	10.0%	11.7%	9.6%	10.9%	50.3%

女性		20代	30代	40代	50代	60代	合計
北海道		0.3%	0.4%	0.5%	0.4%	0.6%	2.2%
東北		0.6%	0.8%	0.9%	0.9%	1.1%	4.3%
関東		2.8%	3.5%	4.1%	3.2%	3.6%	17.3%
東海		1.0%	1.3%	1.3%	1.3%	1.5%	6.6%
北陸		0.2%	0.2%	0.3%	0.2%	0.3%	1.1%
近畿		1.3%	1.6%	1.9%	1.5%	1.9%	8.2%
中国		0.4%	0.5%	0.6%	0.5%	0.7%	2.8%
四国		0.2%	0.3%	0.3%	0.3%	0.4%	1.5%
九州		0.9%	1.1%	1.2%	1.1%	1.4%	5.7%
合計		7.8%	9.6%	11.3%	9.6%	11.4%	49.7%

全体		20代	30代	40代	50代	60代	合計
北海道		0.6%	0.8%	0.9%	0.8%	1.1%	4.2%
東北		1.3%	1.6%	1.8%	1.8%	2.2%	8.7%
関東		5.9%	7.3%	8.6%	6.6%	7.2%	35.5%
東海		2.2%	2.6%	3.1%	2.6%	2.9%	13.4%
北陸		0.4%	0.4%	0.5%	0.4%	0.6%	2.3%
近畿		2.6%	3.1%	3.9%	3.0%	3.6%	16.2%
中国		0.9%	1.1%	1.2%	1.1%	1.4%	5.6%
四国		0.4%	0.5%	0.6%	0.6%	0.8%	2.9%
九州		1.7%	2.2%	2.3%	2.2%	2.7%	11.1%
合計		15.9%	19.7%	23.0%	19.1%	22.3%	100.0%

回収後構成比

性年代		男性	女性	合計
年代	20代	7.6	7.7	15.3
	30代	9.6	10.0	19.6
	40代	11.4	11.2	22.6
	50代	9.6	10.1	19.7
	60代	11.2	11.6	22.8
合計		49.4	50.6	100.0

男性		20代	30代	40代	50代	60代	合計
北海道		0.4	0.4	0.5	0.4	0.5	2.1
東北		0.6	0.7	0.9	0.9	1.1	4.3
関東		2.9	3.7	4.3	3.4	3.6	18.0
東海		1.0	1.3	1.6	1.3	1.5	6.7
北陸		0.2	0.1	0.3	0.1	0.3	1.0
近畿		1.2	1.6	1.8	1.6	1.6	7.8
中国		0.4	0.6	0.6	0.5	0.8	2.8
四国		0.2	0.2	0.2	0.3	0.4	1.4
九州		0.7	1.0	1.1	1.1	1.4	5.3
合計		7.6	9.6	11.4	9.6	11.2	49.4

女性		20代	30代	40代	50代	60代	合計
北海道		0.3	0.4	0.3	0.5	0.6	2.1
東北		0.7	0.9	0.8	0.9	1.1	4.4
関東		2.7	3.6	4.2	3.4	3.7	17.6
東海		1.1	1.3	1.5	1.3	1.5	6.7
北陸		0.1	0.2	0.3	0.3	0.3	1.1
近畿		1.2	1.7	1.9	1.6	1.9	8.4
中国		0.4	0.5	0.6	0.6	0.7	2.7
四国		0.1	0.3	0.3	0.4	0.4	1.5
九州		1.0	1.1	1.3	1.2	1.4	5.9
合計		7.7	10.0	11.2	10.1	11.6	50.6

全体		20代	30代	40代	50代	60代	合計
北海道		0.7	0.8	0.8	0.8	1.0	4.1
東北		1.3	1.6	1.7	1.8	2.2	8.7
関東		5.6	7.3	8.5	6.9	7.3	35.6
東海		2.1	2.6	3.1	2.6	3.1	13.4
北陸		0.3	0.3	0.6	0.4	0.6	2.2
近畿		2.4	3.3	3.8	3.1	3.6	16.2
中国		0.8	1.1	1.2	1.0	1.5	5.6
四国		0.3	0.5	0.6	0.7	0.8	2.9
九州		1.7	2.1	2.4	2.3	2.7	11.2
合計		15.3	19.6	22.6	19.7	22.8	100.0

差分(想定構成比-回収後構成比)

性年代		男性	女性	合計
年代	20代	0.6%	0.1%	0.6%
	30代	0.4%	-0.3%	0.0%
	40代	0.3%	0.1%	0.4%
	50代	0.0%	-0.5%	-0.5%
	60代	-0.3%	-0.2%	-0.5%
合計		0.9%	-0.9%	0.0%

男性		20代	30代	40代	50代	60代	合計
北海道		-0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
東北		0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	-0.1%	0.1%
関東		0.1%	0.1%	0.1%	-0.1%	-0.1%	0.2%
東海		0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	-0.1%	0.2%
北陸		0.0%	0.1%	0.0%	0.1%	0.0%	0.2%
近畿		0.1%	-0.1%	0.1%	-0.1%	0.1%	0.2%
中国		0.1%	-0.1%	0.0%	0.1%	-0.1%	0.0%
四国		0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%
九州		0.1%	0.1%	0.0%	-0.1%	-0.1%	0.1%
合計		0.6%	0.4%	0.3%	0.0%	-0.3%	0.9%

女性		20代	30代	40代	50代	60代	合計
北海道		0.0%	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%	0.1%
東北		-0.1%	-0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	-0.1%
関東		0.1%	0.0%	-0.1%	-0.2%	-0.1%	-0.3%
東海		-0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	-0.2%
北陸		0.1%	0.0%	0.0%	-0.1%	0.0%	0.0%
近畿		0.1%	-0.2%	0.0%	0.0%	-0.1%	-0.2%
中国		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
四国		0.1%	0.0%	0.0%	-0.1%	0.0%	0.0%
九州		-0.1%	0.0%	-0.1%	0.0%	0.0%	-0.3%
合計		0.1%	-0.3%	0.1%	-0.5%	-0.2%	-0.9%

全体		20代	30代	40代	50代	60代	合計
北海道		-0.1%	0.0%	0.2%	0.0%	0.0%	0.1%
東北		-0.1%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%
関東		0.2%	0.0%	0.1%	-0.3%	-0.1%	-0.1%
東海		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	-0.1%	0.0%
北陸		0.2%	-0.2%	0.1%	-0.1%	0.0%	0.1%
近畿		0.1%	0.0%	0.0%	0.1%	-0.1%	0.0%
中国		0.1%	0.0%	0.0%	0.1%	-0.1%	0.1%
四国		0.1%	0.0%	0.1%	-0.1%	0.0%	0.0%
九州		0.0%	0.1%	0.0%	-0.1%	-0.1%	-0.1%
合計		0.6%	0.0%	0.4%	-0.5%	-0.5%	0.0%

	アメリカ	オーストラリア	イギリス	フランス
ホームページ名	Hospital Compare	My hospital	NHS Digital (Indicator portal)	HAS Accreditation et certification
ホームページアドレス	<a href="https://data.medicare.gov/data/archives/hospital-compare">https://data.medicare.gov/data/archives/hospital-compare</a>	<a href="https://www.myhospitals.gov.au/compare-hospitals">https://www.myhospitals.gov.au/compare-hospitals</a>	<a href="http://content.digital.nhs.uk/indicator-portal">http://content.digital.nhs.uk/indicator-portal</a>	<a href="https://www.has-sante.fr/portail/jcms/ffc_1249603/fr/accréditation-certification">https://www.has-sante.fr/portail/jcms/ffc_1249603/fr/accréditation-certification</a>
実施機関	Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)-国	Australian Institute of Health and Welfare-国	NHS-国	HAS
病院の参加義務	Medicare, Medicaidの支払いを受ける病院は参加義務あり	My hospitalへの参加は任意	全病院が参加義務あり	全医療施設が参加義務あり
国全体の病院数	5,564 施設 (2018.2 AHA 登録病院数)	1331 施設-公立 701 施設、私立 630 施設 (2016 Australian Institute of Health and Welfare fare- Hospital Statistics)	3248 施設 (CQC の検索から)	2,710 施設 (公立 956、民間非営利 707、民間営利 1,047)
病院公開ホームページへの参加病院数	4624 施設 (83.1%)	1019 施設 (76.6%)	100%	100% (規定上)
提出を求めている Indicator の数	58 項目	17 項目	1925 項目	51 項目
病院ごとの公開している Indicator の数	58 項目	7 項目 (死亡率、再入院率は公開しないことにしている)	1925 項目 (*今後のアップデートを予定していない indicator が約 200 項目ある)	51 項目
データの公開方法	各病院のデータをエクセル形式でダウンロード可能	Interactive グラフで視覚的に結果を公開(APIを公開 - <a href="https://www.myhospitals.gov.au/about-the-data/download-data">https://www.myhospitals.gov.au/about-the-data/download-data</a> )	各病院のデータをエクセル形式でダウンロード可能	各病院のデータをエクセル形式でダウンロード可能
公開している Indicator の主な項目	死亡率 (7)、セーフティ (8)、再入院率 (9)、患者の声 (11)、治療の効果 (11)、治療に関わる時間 (7)、効率的な画像の検査の利用 (5)	死亡率 (0)、セーフティ (1)、再入院率 (0)、治療に関わる時間 (4)、費用に関する項目 (2)	死亡率 (644)、セーフティ (29)、再入院率 (55)、治療に関わる時間 (57)、費用に関する項目 (6)、医療記録 (114)、その他	院内感染、患者記録、麻酔記録、がんのチーム医療、患者満足度、外来手術、心筋梗塞、脳血管障害、分娩後の出血、透析、肥満手術、間接術後の肺塞栓

## 別紙4

## 研究成果の刊行に関する一覧表

## 書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
なし							

## 雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
なし					