

<別添>

「医療情報の提供のあり方等に関する検討会」における意見

【アウトカム情報の公開に関する積極的な意見】

- アウトカム情報の公開は、医療の透明性の確保、病院自身の位置づけの確認など、患者だけではなく、医療機関、行政の3者にメリットがある。
- 医療の質と安全への関心は増加し、情報の整備・公開の流れは加速している。DPCデータを用いたベンチマークが情報公開の先駆けとなり、医療機能情報提供制度もそれを補完している。
- 重症患者の受入拒否等の問題も予想されるので、情報提供の制度設計は慎重にやるべきだが、マイナス面を加味しても、プラス効果の方が大きい。
- 重症度の調整についていろいろ試みながら手法を開発していくべきである。

【アウトカム情報の公開に関する慎重な意見】

- 患者の側としては、数値に惑わされるという懸念が大きく、いまの段階で情報公開の義務化は逆に怖い。
- 重症患者が多い病院の生存率は当然悪くなるので、生存率を出すには重症度の調整が必要。
- 例えば、ニューヨークで心臓手術の死亡率を公表したら、ニューヨークで重症患者を受けつけなくなり、結果的には重症の患者がニュージャージーへ流れたという結果がある。
- 現状の医療機能情報提供制度で多くの部分はカバーしている。義務化しなくとも、自主的に情報を公表している医療機関もあるので、それを活用すれば十分だ。

【アウトカム情報の公開に向けたインセンティブ策や課題について】

- アウトカム指標かプロセス指標のいずれを用いるかの選択、対象疾患、対象領域、報告や集計の頻度、データの信頼性の担保、他の制度（診療報酬等）とのリンク等も検討する必要がある。
- DPCの導入は診療報酬に直結していたからうまくいった。アウトカム情報の公開も、診療報酬に直結させればすすむ。
- DPCはデータが豊富であり、有効に利用すべきだが、データの収集方法、重症度の調整等にも課題があり、DPCデータを使いこなせる研究者が少ない。
- 情報提供のあり方は、患者・国民向けか、医療機関向けか等の目的により異なる。
- だからといって、患者向けと医者向けの情報を分ける必要はなく、患者が情報を理解するのが困難であれば、医者や、副次的に情報を編集する産業の従事者が患者に説明すればよい。
- 米国の制度は、非常に層の厚い研究者が何年かかけて作ったもの。日本は始ま

ったばかりであり、さらに研究が必要。

- 今後の方向性として、手法、指標などを含めて、可能なものからはじめることを明確にするとともに、5年後、10年後の具体的目標や、そのために必要な情報を明確にすべき。

【その他（諸外国の状況と「質に基づく支払い」の導入）】

○米国では、保健省の運営するHospital Compare制度により、ほぼ全ての病院の情報がWEB上に公開されている。協力しない病院についてはMedicare報酬を減額するという罰則があるので98%の病院が協力しているという実績がある。

○米国では、2009年から、質に基づく支払いの制度が導入される予定。

<参考>アウトカム評価事業等の紹介

○全日本病院協会においてアウトカム評価事業を実施している。

- ・25疾患を対象とし、約30病院が本事業に加盟。
- ・在院日数、重症度分類、合併症等のデータを収集、分析。
- ・統計データのみ公開し、病院ごとのデータは各病院にフィードバック。

○米国メリーランド病院協会のIQIP（International Quality Indicator Project）には日本の5病院が参加し、評価モデル、臨床指標、データ構造などについて比較検討を行っている。