

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） 分担研究報告書

医療の質指標に関する海外事例の収集に関する研究（アメリカ）

研究分担者 宮田 裕章 慶應義塾大学医学部 医療政策・管理学教室 教授
研究協力者 一原 直昭 東京大学大学院医学研究科 医療品質評価学講座 特任助教

研究要旨：諸外国における質指標の活用状況に関する調査の一環として、アメリカ合衆国（米国）の公的および私的な医療関連組織における、医療の質指標の活用状況について総括した。

病院等の医療提供者から見て規制的な組織として、公的保険者である Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) が挙げられる。CMS は様々な指標に基づく情報公開事業や財務的インセンティブ事業を運営している。CMS は継続的に指標の見直しを続けており、近年はプロセス指標を減らし、アウトカム指標の活用を進めている。また、CMS の支払いそのものが出来高払いから、集団あたり等の包括的な支払いへと移行しており、こうした包括払いにおける質担保の目的でも、質測定、特にアウトカム測定の重要性が増している。

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) は連邦政府の研究機関の一つであり、医療の質指標についても多くの研究成果を挙げている。AHRQ の指標に関連するこれまで最大の成果は、CMS と共同での CAHPS の開発だったとされる。

National Quality Forum (NQF) は、公私多数の団体が集まり、他の団体の提案する指標を「支持」(endorse) する合意形成の場である。同時に、全国的な質向上事業を行っている。米国最大の病院等認証組織である The Joint Commission (TJC) は、CMS と共通の指標セットを使用しており、受審病院にその測定を求めている。

米国では多くの病院やそのネットワークが、CMS やその他の影響を受けつつ、独自の質指標に基づく独自の質向上事業を行っている。（これについては、本報告では詳述していない。）

A. 研究目的

諸外国における質指標の活用状況に関する調査の一環として、アメリカ合衆国（米国）の公的および私的な医療関連組織における、医療の質指標の活用状況について総括する。

医療の質指標の内、ここでは主に病院における入院診療を対象とするものについて述べる。ほかに、プライマリケアや病院外来診療、集団に対する予防的ケアや公衆衛生向上のための活動についての指標、医療へのアクセスやサービス利用状況についての指標がある。

B. 研究方法

文献（同僚審査論文、書籍、ウェブ）調査を行った。

ここでは、米国の医療関連システムについての基礎的な事項の総括は避け、主要なステークホルダの活動の中で、医療の質指標がどのように選択・定義され、用いられているのかを述べる。米国の医療システムにおける重要なステークホルダおよびその例として、以下に着目する。

①Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)

②Joint Commission (TJC)

③Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

④National Quality Forum (NQF)

（倫理面への配慮）

制度および各種の組織による取り組みに関する、文献に基づく研究であり、個別の患者や診療内容に関するデータは扱わないことから、倫理面の問題は無いと判断した。

C. 研究結果

①Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)

組織概要

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) は、連邦政府のthe Department of Health and Human Services (HHS) の一部門である。主に高齢者向けの公的健康保険であるMedicare、主に経済的な困難を抱える市民向けの公的健康保険であるMedicaidを管理するほか、小児向けの公的健康保険プログラム（the Children's Health Insurance Program、CHIP）や、オバマケアの一環として創設

された健康保険市場（the Health Insurance Marketplace）も管理する^{1,2}。他に、健康保険のポータビリティ規格の管理や、介護施設の質指標の策定も行っている。

質指標の適用分野とその成果

CMSでは、質改善（quality improvement）、情報公開（public reporting）、情報公開に対する支払い（pay-for-reporting）に質指標を用いている。CMSでは、質指標に対する需要は拡大しているとし、それらの開発や維持を標準化する「指標管理システム」（the Measure Management System、MMS）を運用している³。CMSによる質指標活用のこれまでの成果は、MMSの運用規約であるBlueprint for the CMS Measures Management System（the Blueprint）の序文に要約されている⁴。

CMSでは、近年になり、非常に重要な複数の指標値が全国的に改善したことを、CMSにおける質指標活用の成果として挙げている。**すなわち、再入院率、中心静脈カテーテル関連血流感染症（central-line associated blood stream infections、CLABSI）、術創感染率、早期予定分娩率、人工呼吸関連肺炎**が減少している。同時に、Medicareの加入者あたりの医療費は低下している。Medicareでは、健康保険を直接運用する私的保険者との契約に基づくインセンティブプログラム（the Medicare Advantage）を通じ、各保険者は、提供するサービスの質に応じ評価を受け、それが公表される。市民が、こうした評価に基づいて健康保険を選択することから、各保険者を通じて現場の質改善の努力を引き出している、というのがCMSのねらいであり、それが成果を挙げてきたというのが、CMSの主張である。実際には、これらの全国的改善には多くの要因が関与しており、CMSの取り組みの寄与の程度を評価することは難しいが、主要な保険者として、CMSが米国の医療の安全および質の問題を全国規模で測定し、優先的に取り組むべき領域を特定し、これらについて改善の圧力をかけ、成果を挙げてきたことは事実といえる。これらの問題は、日本では広範囲な測定すらなされていない。医療の安全や質の問題についての、小規模な調査から始まり、広域にわたる調査、これらに対する介入の効果に関する研究、といった調査活動が、日本ではほとんど行われていない。質指標の活用は、このような「医療の質と安全に関する現状把握」のための調査活動や、これらの優先順位付けに関する合意形成と並行して進めていく必要がある。

CMSにおける質指標の定義と選定の原則

CMS MMS Blueprintには、質指標の開発・選定の手順および留意点も簡潔にまとめられている。各指標についても、その詳細な定義（分母と分子な

ど）や測定上の留意点に加え、指標作成の経緯、変更履歴、等が公開されている。

CMSにおける「診療報酬改革」

米国における近年の医療改革を目的とする主要な立法であるThe Affordable Care Act（ACA）および、the Medicare Access and CHIP Reauthorization Act（MACRA）を引き金として、CMSは出来高払い（fee-for-service、FFS）から「質の価値に基づく支払い」への移行を進めている⁴。CMSでは、医療改革は根本的に医療におけるパフォーマンス測定を原動力としている、と説明している。近い将来に、Medicareから純粋な出来高払いはほとんどなくなり、大部分は出来高払いの構造を基本とし、患者管理や集団管理の有効性や、コスト削減に結びつけられるか、あるいは完全に集団あたりの支払いへと切り替えられる予定である。だからこそ、診療のあらゆる場面でその質を担保する指標がこれまでになく重要になる、とする。

CMSの医療の質についての戦略

CMSは医療の質についての戦略として、以下の6種の大目標を掲げている。

1. 安全なケア
2. 本人と家族の参加
3. 有効なコミュニケーションと連携
4. 有効な予防と治療
5. 地域社会との連携による健康な生活習慣の促進
6. 医療費負担の軽減（コスト抑制）

2001年に米国Institute Of Medicineの発行したCrossing The Quality Chasm報告書で提唱された医療の質の要素に加え、「有効なコミュニケーションと連携」、「予防」、「地域社会との連携による健康な生活習慣の促進」といった、医療・公衆衛生システム全体の機能向上への貢献、他のステークホルダーとの協力、予防的ケア（公衆衛生活動）が重視されている。

このように変革の方向性を明確に示し、個々の措置とこうした目標との関連を明示することで、診療報酬を含めた規制措置の有効性を高めうるかも知れない。

入院診療に関する質指標報告プログラム⁵

2003年に制定された法律に基づきCMSが運用する、入院診療の質指標公開促進プログラム（The Hospital Inpatient Quality Reporting program、Hospital IQR）では、入院診療についての特定の指標の値をCMSに報告することに対して診療報酬が加算される。（実際には、報告を行わない場合に診療報酬が総額から一定割合で割り引かれる。）報告内容の一部は、CMSの運用する一般向けウェブサイト（Hospital Compare）で公開される。現在、

この報告を行わない場合の減算率はCMSからの診療報酬総額の2.0%におよんでいる。報告を求められる項目は以下の通り。

- 一周術期β遮断薬投与
- 心不全患者の30日再入院率
- “Failure to rescue”
- AHRQ 患者安全指標（Patient Safety Indicators、PSIs）
 - 手術患者における、治療可能な合併症による死亡
 - 成人医原性気胸
 - 術後創離解
 - 意図しない穿刺または切開
- AHRQ 入院診療の質指標（Inpatient Quality Indicator Measures）
 - 腹部大動脈瘤死亡率
 - 股関節骨折死亡率
 - 特定内科的疾患の死亡率
 - 特定外科疾患の死亡率
 - 特定の指標についての合併症・患者安全（複合指標）
- 心臓外科手術領域の包括的データベース事業への参加
- 急性心筋梗塞
 - 到着時アスピリン投与
 - 退院時アスピリン処方
 - 左室収縮不全に対するACEIまたはARB投与
 - 到着時β遮断薬投与
 - 退院時β遮断薬処方
 - 病院到着30分以内の線溶療法投与
 - プライマリ経皮冠動脈インターベンションのタイミング
 - 成人への禁煙支援
- 心不全
 - 左室機能評価
 - 左室収縮不全に対するACEIまたはARB投与
 - 退院指導
 - 成人への禁煙支援
 - 肺炎
 - 病院到着から抗菌薬投与までの時間
 - 肺炎球菌ワクチン投与状態
 - 初回抗菌薬投与前の血液培養
 - 成人の禁煙支援
 - 初回抗菌薬の適切な選択
 - インフルエンザワクチン投与状況
- 外科診療（外科診療向上プロジェクト、Surgical Care Improvement Project、SCIP）
 - 外科手術開始前一時間以内の予防的抗菌薬投与
 - 外科手術終了後24時間以内の予防的抗菌薬投与の終了
 - 手術患者に対する深部静脈血栓症予防処置
 - 手術前後24時間の深部静脈血栓症予防処置

- 外科手術患者への予防的抗菌薬の選択
- 心臓手術患者の術後早朝血糖測定
- 手術患者における適切な剃毛
- 死亡の指標
 - 心筋梗塞における30日死亡
 - 心不全における30日死亡
 - 肺炎における30日死亡
- 患者経験
 - HCAHPS患者調査

入院精神科診療における質指標報告プログラム⁶

精神科領域についても同様のプログラムが運用されている。以下のような内容を含む：内容は、身体抑制、隔離、退院時の複数向精神薬処方、退院後計画の作成、退院後計画の施設等への送付、飲酒スクリーニング、退院後フォローアップ、患者経験アセスメント、電子診療録の使用、患者へのインフルエンザワクチン投与、職員のインフルエンザワクチン投与、喫煙スクリーニング、禁煙支援、退院時記録の迅速な送付、代謝疾患の救いリーニング。

病院外来診療における質指標報告プログラム⁷

2006年に制定された法律により規定されたプログラム。報告するデータの質保証や公表を含めた要求事項を満たさないと、CMSの同プログラム下の診療報酬が2%減額される。収集されたデータはCMSの運営するHospital Compareウェブサイトで公開される。項目は以下の通り。

- 線溶療法開始までの時間の中央値
- 救急外来到着30分以内に線溶療法を受けたか
- 緊急冠動脈インターベンションのための搬送までにかかる時間の中央値
- 来院時アスピリン投与
- 心電図施行までの時間の中央値
- 腰痛に対するMRI
- マンモグラフィーのフォローアップ率
- 腹部CTにおける造影剤使用
- 胸部CTにおける造影剤使用
- ONC認証済み電子カルテを有する医師等が検査値を参照可能か
- 低リスク非心臓手術患者のリスク評価のための心臓イメージング
- 脳および副鼻腔のCT同時使用
- 外来受診の間の検査値追跡
- 救急外来から帰宅する患者の滞在時間の中央値
- 来院から資格を有する医療者による診断までの時間
- 管状骨骨折における疼痛管理開始までの時間の中央値
- 診断・治療を受けずに帰宅する患者
- 脳梗塞または脳出血で頭部CTまたはMRIを受

けた患者において、頭部CTまたはMRIの結果が救急外来到着45分以内に出たか

- 外科手術チェックリストの使用
- 特定術式の外来手術件数
- 診療スタッフのインフルエンザワクチン接種率
- 大腸内視鏡検査正常の通常リスクの患者におけるフォローアップの適切な間隔
- 大腸ポリープの既往のある患者における大腸内視鏡検査の適切な間隔
- 白内障手術における術後90日以内の視機能改善
- 外来大腸内視鏡後の施設単位のリスク調整済み7日間再受診率
- 骨転移に対する外部放射線治療
-

HCAHPS患者調査⁸⁻¹⁰

CMSによる「入院診療に関する質指標報告プログラム」でも用いられているHCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) は、入院患者視点からみた病院診療についての、米国初の標準調査票である。1999年にCAHPSコンソーシアムがその設計原則を定式化し、2002年からCMSとAHRQにより開発され、2008年から用いられている。

CAHPSは32の質問からなり、領域としては以下を持つ。

1. 看護師とのコミュニケーション
2. 医師とのコミュニケーション
3. 病院職員の責任ある対応
4. 疼痛管理
5. 薬剤についてのコミュニケーション
6. 病院環境の清潔さ
7. 病院環境の静かさ
8. 退院時の情報提供
9. 転院等の方法
10. 病院の評価
11. 病院を他の人に勧めるかどうか

現在はCMSの「価値に基づく診療報酬支払い事業」(Value-based Purchasing Program)の下で、病院がCMSから受け取る診療報酬の25%が、HCAHPSの結果により左右される。

CMSの質指標報告および公開プログラムとあわせ、全米のほぼ全ての病院について、標準化された患者経験指標が公開されている。

現在はHCAHPS以外にも、用途に合わせ、健康保険、外科、小児、歯科、外来、介護施設等の目的ごとに標準調査票があり、用いられている^{11, 12}。

なお標準としての性質上、CMSからの診療報酬を受けるにあたり、CAHPS調査票を改変することは原則としてできないが、その末尾に質問を追加することは認められている。(末尾に質問を追加することによる、他の質問への回答内容や、回答率への

の影響は、比較的小さいという考え方による。) 追加質問への回答を公表する必要はない。

調査は多くの場合、病院外の業者に委託して行われる。調査会社は、複数の顧客病院間のデータを併せ、類似病院間の平均値といったベンチマーキング情報を病院に提供している。調査方法は、郵送、電話、混合、自動音声応答電話、の四種類がある。これらの調査方法による傾向の差異が実験により調べてあり、それに基づいて、各方法で得られた結果が「調整」される。(バイアスを避け、サービスに不満があるような場合にも率直な報告を受けるために、病院職員が調査票を回収することはない。) 一部の業者は、末尾に独自の質問を追加しており、これにより、より有用な情報を病院に提供できるとしている。

調査方法に加え、患者因子に基づくリスク調整も施される。患者因子としては、年齢層、教育水準、自覚的健康度、言語(スペイン語、中国語、その他英語以外)、妊娠中、外科、が用いられる。これらの各患者因子について、質問領域ごとの係数が定められている。

なお2015年からCMSは、Hospital Compareウェブサイト、HCAHPSに基づく星の数で表される病院評価(レーティング)を追加した。これは、患者の社会的背景や疾病の重症度の患者経験スコアへの影響といった要因はあるものの(逆にこれまで星表示といった今日一般的な分かりやすい表示方法を採用しなかった理由は、こうした点への配慮と思われる)、この種の公開情報への市民の関心と認知が高まらなければ意味がないという危機感の表れかも知れない。

②Joint Commission (TJC)

組織概要

The Joint Commission (TJC) は、米国で最も大きく、影響力のある病院認証団体である。1951年設立の非営利組織。現在、米国内だけで21,000以上の医療組織および事業を認証している。日本の一部の病院が認証を受けているJoint Commission International (JCI) は、TJCの連携組織であるJoint Commission Resources (JCR) の一部門である。

TJCは私的組織だが、現在は州および合衆国の制度と密接に関連している。

CMSから診療報酬を受け取る上では、事業参加のための認証が必要であり、病院はこれをCMSの代理として審査する周期間から受けることもできるが、TJCのような認証組織から受けることもできる。一部の高度な技術を要する診療行為(維持療法としての人工心臓、および肺容積減少手術)に対する診療報酬をCMSから受けるためには、Medicareによる認証と、TJCによる認証の療法を受ける必要がある。

TJCによる認証が必要で、これを受ける病院は、CMSに提出する年次報告書において、TJC受診費用をコストとして計上することができる。TJCの公開情報によれば、米国内の病院を受審する場合の費用は\$46,000である。

TJCによる質指標の策定

TJCはthe Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measuresと呼ばれる文書で指定される、CMSと共通の指標セットを使用している¹³。これはTJCとCMSにより共同開発されている。TJCを受審する病院はほとんどの場合、すでにCMSから診療報酬を受け取るために、これらの指標の測定を行っていることから、TJC受診の負担を軽減することができる。共通指標セットは、以下の診療領域を対象とする：入院精神科診療、周産期、心不全、外来心不全診療、脳卒中。

③Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

組織概要

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) は、CMS同様、米国連邦政府のDepartment of Health and Human Services (HHS) の下部組織である。

AHRQの前身は1989年に創設され、その目的は、研究、試行的事業、および評価を遂行または支援し、ガイドラインを開発し、医療サービスと医療システムについての情報を普及させることで、医療の質、適切さ、有効性、そして医療へのアクセスを向上すること、とされた。

AHRQの役割

その後政治的な紆余曲折を経て、1999年にAHRQとなった。AHRQの役割としては、以下が挙げられている¹⁴。

- 医療をより安全に、より高質にする方法を理解するための、医療システムについての研究に投資する
- 医療システムや医療従事者を教育し、研究成果を診療・実行につなげるための資料を作成する
- 医療提供者や政策決定者に供する指標やデータを構築する

AHRQの主要な実績と質指標

AHRQのウェブサイト¹⁵では、AHRQのこれまでの代表的な実績が挙げられている。この中で医療の質指標に関連するものとしては、HCAHPSの開発が挙げられている。

AHRQのウェブサイトには、AHRQの開発した指標および資料等をまとめてあるページがあるが¹⁶、大半は病院やほかの医療関連組織が質向上を図ろう

とする場合に参照することを意図した資料であり、質指標単体で掲載されているものはない。

全体として、質指標を選定し、推奨するといった意味において、(CAHPSの成果を除き) AHRQの役割は大きくないといえる。

④National Quality Forum (NQF)¹⁷

組織概要

National Quality Forum (NQF) は、政府を含めた多数の組織の加盟する連合体である。NQFは「合意に基づく医療関係組織」(consensus-based healthcare organization) という位置づけであり、これ該当するのは米国内で唯一NQFのみである。

NQFは1999年、「医療業界における消費者保護とサービスの質に関する大統領諮問委員会」(the President's Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in the Healthcare Industry) による勧告を受け、政府および民間の指導者たちにより創設された。その目的は、患者の権利保護、医療の質向上、そして医療の情報公開を推進することとされた。

現在、NQFには400以上の組織が加盟しており、それらの組織は消費者、健康保険、医療者、雇用者、政府、そしてその他の公衆衛生、製薬および医療デバイスにかかる組織、そして医療の質向上のための組織と多様である。NQFは今日、その財源として、公私の資金を受けている。NQFによって「支持」されている指標は、連邦政府の事業に優先的に使用される。

NQFの使命は以下の三点とされる。

- 全国的な優先分野およびパフォーマンス改善目標についての合意を形成し、他のステークホルダーと連携してこれらを達成する
- パフォーマンスの測定と一般公開に用いる、全国的な合意に基づく規格 (standard) を支持 (endorse) する
- 教育とその他のアウトリーチ活動を通して、全国的な目標の達成を推進する

指標応用パートナーシップ (the Measures Application Partnership) の下、NQFは連邦政府との契約に基づいて、連邦政府の特定のプログラム向けに指標を推奨する合意形成委員会を組織することがある。

NQFは、他の組織の提案する指標に関する合意を形成し、「支持」する場であり、NQFそのものは特定の指標を開発・提案しない。

NQFの実績

NQFのこれまでの代表的な成果として、2009年に公表されたSerious Reportable Events (SREsまたは"never events") についての報告書がある。この中でSREが、重大で明確で、医療の環境で起こるべきではない28種類の予防可能な合併症として定

義された。

今日、NQFの「支持」する300の指標が、20以上の連邦政府の指標値公開事業およびpay-for-performance事業で用いられている。これに加えて私的組織や州政府も、NQFの「支持」する指標を用いている。

NQFでは、医療システム改革を促進するためにまだ多くの質指標が必要であるとし、今後も必要性の高い指標の「支持」を続けるとしている。

NQFの指標「支持」にいたる手順

NQFは多段階にわたる合意形成プロセスを経て、公私の団体により作られた指標を精査し、「支持」の判断を下す。この時、以下の基準に照らす。

- 測定・報告の重要性
- 指標の科学的な妥当性
- 運用可能性
- 使いやすさと使用状況
- 関連または競合する指標

2014年以降は、一つの指標の処理に7か月を要している。

D. 考察

CMSおよびAHRQのウェブサイトでは、近年米国の医療の質と安全が全国的に向上していることがデータとともに紹介されている。日本における診療の質と安全の傾向については、信頼できるデータがほとんど蓄積・集計されていない。

複雑で多極的な米国の医療システムにあり、医療の質指標も多くの組織が扱っている。その中で、CMSの役割が突出して大きいのは、第一に、CMSが保険者として医療現場に大きな影響力を持っていることによる。日本における保険者の役割拡大の議論の参考になるかも知れない。

医療の質指標の活用は、あくまで医療の質向上の取り組みの一環として構築される必要がある。

「NQFの指標『支持』にいたる手順」にみられるように、医療の質指標は、それを使って誰が何をし、どのような効果を期待するのか、といった点を明確にしなければ、その価値を論じることでもできない。医療の質向上の取り組みを構築する上では、相対的に最も重要な医療の安全や質の問題の領域を同定する調査が必要である。

CMSが病院に報告を求めている医療の質指標の多くは、プロセス指標にせよアウトカム指標にせよ、従来型の診療報酬に付随して収集される情報に依拠せず、重要な医療の質の問題に関連する測定を医療現場に求めている。医療の安全と質の最優先領域を調査や合意形成を経て特定することなく、測定コストがゼロに近いという理由で報告を求めても、得られるものは少ないかも知れない。

医療の質指標活用のあり方は、他の多くの政策的課題と同様、特定の正解のない問いである。それでも、施策やその運び方により、成果に繋がるかどうか

かは左右される。医療の質と安全のどのような問題に、質指標のどのような活用方法が有効なのか、社会が経験を積まなければ、例えば全国的な診療報酬への組み込みといった広範な影響を有する施策を進めることは難しいし、無理してそれを進めることにはリスクが大きい。徐々に規模を拡大する社会実験の場を確保しなければ、日本のように成熟した社会において、医療の質指標の活用といった大きな変化を伴う制度修正を有効に進めることはできない。社会実験の場を確保しなければ、日本全国の必要以上の国民にリスクを押しつけることを意味する。

医療システムの性質の大きな違いにもかかわらず、医療の質指標の活用という点について、米国からも学ぶべき点が多くある。ただし、それらの多くは指標の選定・定義・運用といった点であり、医療の質と安全の課題の重要性についての社会全般における合意、問題意識の共有が日本には欠けている。このため、高度に複雑化した現在の米国の医療の質に関する仕組みを精査した場合、それを理解はできても、類似の取り組みへの支持が国内では得にくい可能性がある。

医療の質や安全は、積極的にデータを収集して評価しない限り、市民にとっても、保険者にとっても、政策立案関係者にとっても、ほとんど目にするものがない問題である。現場の医療者でさえ、一人で経験できる範囲は限られており、一人の経験はえてして偏っている。群盲が象を撫でるがごとく、日本の医療の質の全体像はほとんど誰も見たことがない。

しかし歴史的に見れば、米国もその点では同じだった。近年の日本と同様、数年ないし十数年に一度、非常に不幸な事故が衆目にされられるのみだった。米国では、そうした事案を契機として、誰も関心を払ったことのなかった、医療の安全や質を調査する者が現れたし、それに公的な支援が与えられた。日本では、稀に生じる不幸な事故に、場当たり的で根拠を欠く「対策」を打って済ませていないだろうか。背後にある構造的な問題を長期的に調査し、検討する人材を育てているだろうか。医療の質と安全については、日本は多くの途上国と比べても完全に取残されている。周期的に訪れる社会的な関心の高まりをつかんで、重要な問題に腰を据えて取り組む人材の育成や組織作りを進める必要があると考える。

E. 結論

米国ではCMSを筆頭として、指標を活用した医療の質向上支援策がとられている。日本でも原理的には、同様の仕組みを作ることは可能である。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

(文献)

1. About CMS.
<https://www.cms.gov/About-CMS/About-CMS.html>. Published 2016. Accessed June 1, 2017.
2. History.
<https://www.cms.gov/About-CMS/Agency-Information/History/index.html>. Published 2017. Accessed June 1, 2017.
3. Measures Management System.
<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/MMS/index.html>. Published 2016. Accessed June 1, 2017.
4. MMS Blueprint. 2017.
<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/MMS/MMS-Blueprint.html>. Accessed June 1, 2017.
5. Hospital Inpatient Quality Reporting Program.
<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/HospitalRHQDAPU.html>. Published 2013. Accessed June 1, 2017.
6. Inpatient Psychiatric Facilities Quality Reporting (IPFQR) Program.
<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/IPFQR.html>. Published 2017. Accessed June 1, 2017.
7. Hospital Outpatient Quality Reporting Program.
<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/HospitalOutpatientQualityReportingProgram.html>. Published 2013. Accessed June 1, 2017.
8. About CAHPS.
<http://www.cahps.ahrq.gov/about.htm>. Accessed August 15, 2013.
9. HCAHPS Hospital Survey.
<http://www.hcahponline.org/home.aspx>. Accessed June 1, 2017.
10. HCAHPS: Patients' Perspectives of Care Survey.
<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/HospitalHCAHPS.html>. Published 2014. Accessed June 1, 2017.
11. CAHPS Measures of Patient Experience.
<https://www.ahrq.gov/cahps/consumer-reporting/measures/index.html>. Accessed June 1, 2017.
12. CAHPS Surveys and Guidance.
<https://www.ahrq.gov/cahps/surveys-guidance/index.html>. Accessed June 1, 2017.
13. Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures.
https://www.jointcommission.org/specifications_manual_for_national_hospital_inpatient_quality_measures.aspx. Accessed June 1, 2017.
14. Agency for Healthcare Research and Quality: A Profile.
<https://www.ahrq.gov/cpi/about/profile/index.html>. Accessed June 1, 2017.
15. AHRQ Works: Building Bridges Between Research and Practice.
<https://www.ahrq.gov/cpi/about/impact/index.html>. Accessed June 1, 2017.
16. Quality Measure Tools & Resources.
<https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/index.html>. Accessed June 1, 2017.
17. NQF: About Us.
http://www.qualityforum.org/About_NQF/. Accessed June 1, 2017.