

<医療の質指標に関する海外事例>

調査内容（項目）		カナダ	韓国	フランス	アメリカ	イギリス	オーストラリア
1 組織体制（国・保険者・第3者機関・認証機関・任意の医療提供グループ）	1.1 どこが行っているのか	Accreditaion Canada(NPO)	HIRA（Health Insurance Review & Assessment Service）	Haute Autorité de la Santé（高等保健機構）	プログラム名： 全米外科手術の質向上プログラム（National Surgical Quality Improvement Program）（米国に公私を含め多数存在する、医療の質指標を扱う組織や事業の一つ） プログラム運営団体：米国外科学会（American College of Surgeons, ACS）	CQC	Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC)
	1.2 運営費用はどこが出資しているか		国	国	出資者は運営母体である米国外科学会。主な財源は、プログラム参加病院の参加費。	国	国
	1.3 どのような部署が行っているのか		Healthcare data analysis division	HASの Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins（医療の質・安全向上局）	米国外科学会の同事業担当部門。	CQC	Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC)
	1.4 人数は何人ぐらいいるのか	120人以上		医療の質・安全向上局は常勤7名	幹部は数人。事務員が数人。データ解析を含めた一部の業務は、外部業者に委託。	3406名（うちInspectorが1000名）	15名
	1.5 どのような人材がいるのか	経済、医療、コンピュータサイエンスのバックグラウンドのある大卒以上		医師、法律や経済のバックグラウンドのある担当官、情報の専門官など	指導部およびその補佐役として、医師（ヘルスサービスの修士号あり）、生物統計の専門家（同分野の博士号あり）、外科シニアレジデント数名。他に事務員が10人程度。	医師、統計学専門家、数学家、Inspector、法律家など。	プログラムディレクター、MHAホルダー、MPHホルダー、法律の専門家、ビジネススタッフ
	1.6 サポートチームはあるのか	N/A	外部の大学等の研究者、学会等の専門家が支援をしている	テーマごとに専門家委員会が設置され、文献レビューやコンセンサスカンファレンスを行う	臨時の個別プロジェクトごとに、同学会内外の医師等が参加。	CQCの中に、文献レビュー、インスペクション、統計分析をするスタッフがすべてそろっている。	テーマごとに専門家委員会が設置され、文献レビューやコンセンサスカンファレンスを行う。Local GovernmentのスタッフやAccreditationを実際に行う企業（Agencyなど）
2 患者に関するQIの内容	2.1 QI測定の目的は	医療の安全質の維持・向上	医療の質・医療安全の向上と適切な費用管理	医療の安全と質の向上	主たる目的：リスク調整アウトカム指標の活用を通した、周術期死亡および合併症の予防 副次的な目的：病院にとってのコスト抑制を通した経営改善（DRGに基づく医療費支払いや予防可能合併症治療費の病院負担といった診療報酬の仕組みが前提となっている）、公的な情報公開プログラムとの連携、臨床研究	医療の安全と質の向上	医療の安全と質の向上
	2.2 採用している指標数は、種類は	例えば、ひとつのプログラムにつき指標17個あり、その他にも把握し切れていないいくつかのプログラム等でQIが使用されている可能性がある。	196指標（5群に分類）：医療の質、資源、薬剤の使用量など	50種類	10種類（死亡、全主要合併症、心血管合併症、肺炎、予定外再挿管、人工呼吸遅延、深部静脈血栓症および肺塞栓症、腎不全、尿路感染症、術創感染）	病院は150、GPIは33（http://www.cqc.org.uk/content/using-data-monitor-services#data-examples）	256種類（2017年11月改訂予定）
	2.3 指標の選定方法は	専門家集団によるコンセンサスカンファレンス	専門家等の会議	専門家集団によるコンセンサスカンファレンス	参加病院からの意見等を参考に、運営主体の担当者が決定。	専門家集団によるコンセンサスカンファレンス	専門家集団によるコンセンサスカンファレンス
	2.4 指標の選定にステークホルダー(医療提供者、消費者団体、職能団体、購入者、政府機関、研究や品質管理機関など)はどのように関わっているか	専門家集団によるコンセンサスカンファレンス	医療提供者などが関わっている	専門家集団によるコンセンサスカンファレンス	不定期の意見聴取や交渉	専門家集団によるコンセンサスカンファレンス	専門家集団によるコンセンサスカンファレンス
	2.5 患者の満足度やExperienceを表す指標はあるか		患者経験（外来）について、OECDの提案する質問項目を採用して調査を実施	満足度は必須指標	現在のところ、ない。担当者いわく、重要な検討課題とのこと。	満足度は必須指標	満足度は必須指標
	2.6 医療提供側の満足度やExperienceを表す指標はあるか	今回の調査では話題にあがらなかった		ない	ない	ある	ない
	2.7 QI、満足度、Experienceを統合評価する指標はあるか	今回の調査では話題にあがらなかった		ない	ない	ある	ない
	2.8 指標見直しのサイクルは、見直しの基準は			不定期、見直し基準は特に決まっていない	不定期	不定期、見直し基準は特に決まっていない	不定期、見直し基準は特に決まっていない
	2.9 QIを改善するために行っていることはあるか	指標の作成、その基準となるプロトコール、スタンダード作成とアップデートに取り組む	指標の開示、診療報酬上の動機づけ（加算や減額）	Accreditation（必須）と連動	リスク調整アウトカム指標の数理的側面について継続的に研究を行っており、この方面で複数の論文も出版している。	Accreditation（必須）と連動	Accreditation（必須）と連動
3 調査	3.1 実際にQIを提出できている施設数		国で電子的に診療報酬を管理し、QIを算出している	診療所を含む全施設が対象（施設内への結果の提示が法により義務づけられている）	参加施設数：697（2017年春現在）	診療所を含む全施設が対象（施設内への結果の提示が法により義務づけられている）	診療所を含む全施設が対象（施設内への結果の提示が法により義務づけられている）
	3.2 QIと患者の受療行動の関連を調査しているか	体系的なものはない		体系的なものはない	していない（運営主体にとって、地域住民を対象とするデータ収集は困難）	体系的なものはない	体系的なものはない
4 評価	4.1 評価の目的は	医療の安全質の維持・向上	医療の質・医療安全の向上と適切な費用管理	医療の質及び安全の向上	主たる目的：リスク調整アウトカム指標の活用を通した、周術期死亡および合併症の予防 副次的な目的：病院にとってのコスト抑制を通した経営改善（DRGに基づく医療費支払いや予防可能合併症治療費の病院負担といった診療報酬の仕組みが前提となっている）、公的な情報公開プログラムとの連携、臨床研究（質問3.1と同じ）	医療の質及び安全の向上	医療の質及び安全の向上
	4.2 Excellent, good, badなどカテゴリーによる評価手法を行っているか、行っている場合の理由	Accredited, Accredited with Commendation, Accredited with Exemplary Standingの3つがある。	評価し、経済的incentiveやdisincentiveを与える	行っている（A,B,C）	明示的にカテゴリー化は行っていない。ただし、全参加施設平均との有意差の有無を表示しており、これにより三段階（全参加施設平均と比較して有意に良い、有意差なし、有意に悪い）に分類される	行っている（Outstanding, Good, Requires improvement, Inadequate）	行っている（Met with Merit, Satisfactorily Met, Not Met, Not Applicable）
	4.3 金銭的インセンティブ、金銭的ペナルティはあるのか	なし	パフォーマンスが高く改善施設には加算、パフォーマンスが低いと施設には減額等	地方医療庁との複数年計画（CPOM）の締結及び継続の判断基準の一つ（評価が悪い場合は契約が打ち切られることがある）。診療所の場合、疾病管理の枠組みでP4Pが行われている（ROSP）。	指標に基づく金銭的インセンティブはない。病院の自主的な参加、正確なデータ提出、参加費の支払いに依拠する事業であり、運営者は規制的な立場にはない。	金銭的インセンティブはなし。直接的な金銭的ペナルティはなし。公開による影響は考えられる。	金銭的インセンティブはなし。直接的な金銭的ペナルティはないが、Accreditationが取り消されれば医療ができない。
	4.4 金銭以外のインセンティブ、金銭以外のペナルティはあるのか	Accreditation Primerを完了した組織は2年間「認証評価された組織」としての称号を受けることができる。		施設基準の認定（CPOM）	指標は公表されていないが、プログラムに参加していることは公表されているし病院の宣伝にも使用可能なため、病院のブランド価値の向上を通した財務的メリットが期待されると運営者は説明している。	格付け	施設基準の認定

調査内容（項目）		カナダ	韓国	フランス	アメリカ	イギリス	オーストラリア
	4.5 改善に向けた取り組みを実施する主体はどこか	各医療施設	各医療施設 ただしHIRAからの支援を受けられる（例 QI training）	医療施設	参加病院	医療施設	医療施設
	4.6 改善していることをどのように評価しているか	4年に一度の現地訪問、専門家による評価、評価者は、認証をうけた施設の医療専門職で構成される。	指標	各医療施設から地方医療庁に提出される定期報告、地方医療庁による監査、HASによる認証事業（Accreditationは必須）	事業運営主体は、各参加病院の改善の内容に対する監査や評価は行っていない。各参加病院が、学会発表、論文発表といったかたちで、改善を報告している。（当然バイアスは想定される。）	改善策を講じることが求められている。（Accreditationは必須）	改善策を講じることが求められている。（Accreditationは必須）
	4.7 どのように改善を促しているか	指標の作成、その基準となるプロトコル、スタンダード作成とアップデートに取り組む	多くの指標は一般の国民にも公開し、改善を促している	施設はQI評価の結果を利用者が見やすいところに掲示することが義務づけられている。また、特定のテーマごとの調査がHASによって行われ、その結果は公開される。	運営主体が年一回、参加施設を集めた全国会議（Quality and Safety Conference）を開催。ここで、同事業の指標を活用した改善事例の発表や意見交換を促進している。	具体的な改善指示が書かれたレポートが作成される。これらの結果は公開される。	Clinical Governance Teamという部を設けることが推奨されている。
5 対象	5.1 医療機関はすべて対象か、General Practitioner, Solo Practionerなどは	すべて対象	全て対象	医療機関はすべてが対象となる。	病院が対象。病院の判断による自主参加。	医療機関はすべてが対象となる。	医療機関はすべてが対象となる。
	5.2 必須参加か、任意参加か	任意参加	必須	参加は必須	任意	参加は必須	参加は必須
	5.3 参加の条件はあるか、ある場合、どのような条件か	医療機関	ない	医療機関	なし。ただし、参加費や事務負担のため、規模が大きく、ブランド価値向上の努力を払っている病院が参加する傾向があると推定される。	医療機関	医療機関
6 公開方法	6.1 公開は必須か、任意か	任意	必須	公開は必須（ただし、一部の指標は非公開）	任意。一部の指標（高齢者におけるアウトカム）は、参加病院の判断に基づき、公的情報公開プログラム（CMS HospitalCompare）に提出するよう、運営主体が便宜を図っている。	公開は必須（ただし、一部の指標は非公開）	QI指標は基本的に公開
	6.2 どのように公開しているか		ネット上で公開	病院内の掲示とHAS等のホームページ及び報告書。メディアにも積極的に情報提供されている。	公的情報公開プログラム（Center for Medicare and Medicaid Services HospitalCompare.gov）	病院内の掲示とCQCのホームページ及び報告書。メディアにも積極的に情報提供されている。	Local Governmentのホームページなどで公開
	6.3 公開対象はどこまでか？（参加施設のみ、一般公開など）		一般にも公開	全医療機関が対象で、公開対象指標に関しては院内掲示及びHAS等のホームページで公開	CMS HospitalCompare.gov は一般公開。（参加施設間のデータ共有は公開とは呼ばないのでは？）	全医療機関が対象で、公開対象指標に関しては院内掲示及びCQC等のホームページで公開	各病院の指標を一般公開
	6.4 公開することのメリット、デメリットは何か		指標の透明化とアカウンタビティーを果たす	指標を透明化することで医療の質向上に対する自主的な取り組みを促進することがメリット。デメリットについては特にコメントなし。	CMS HospitalCompare へのデータ提出には、CMS による財務的インセンティブあり。加えて、ブランド病院にとっては、CMS HospitalCompare への参加は必須と考えられていると思われる。	指標を透明化することで医療の質向上に対する自主的な取り組みを促進することがメリット。デメリットについては特にコメントなし。	指標の透明化とアカウンタビティーを果たす
7 教訓	7.1 QI測定を行ったことによる効果はあるか、それは何か		改善例： 1）上気道炎に対する抗生物質の処方の低下 2）（院内）感染の低下 3）帝王切開の減少 4）一人当たりの処方薬の減少	各指標が目的としている政策効果が上がっている（例えば、がん患者に対する多職種カンファの開催回数など）	参加病院では平均して、経年的に指標の改善がみられるとの報告がある。	患者へのアカウンタビリティ。世論からの情報開示の要求が高い。	政策的にどこかの地域においても標準的な医療が受けられるように整備することが目的としており、それを達成している。
	7.2 QI測定を行ったことによる予期できなかった問題点はあるか、それは何か			予期できなかった問題は特にないが、カバーすべき領域が多く、現状はまだその一部にとどまっている。	なし。	病院やGPの負担増。CQCはPoliceと呼ばれている。	GPも含めて対象としたかったが、現在は病院に留まっている。GPは独自にGPの組合のなかでQI測定を行っていて病院との共通セツトにはなっていない。
8 展望	8.1 今後、どのように発展させる予定か		価値ある医療サービスの供給：医療の質の向上と適切な費用を担保する 途上国支援も実施	EU内の他国の指標なども参考にHASで協議を行い、指標数を増加させる。また、医療計画や医療費支出目標（ONDAM）との連動性も意識してQIの政策ツールとしての有効性を向上させる予定。	公的制度（CMSによる医療費支払いや病院認証制度等）との連携強化。患者報告の取り込み。数理科学的方法論のさらなる改善。観察研究の推進。未参加病院への勧誘。	採用するQIの見直し。どのQIが上昇するとどれが下降するか、QI同士の分析を進めている。また上昇、下降を評価する方法論の開発も進めている。	2017年11月にQI（National Standards）を改訂予定。向こう10年に変更せずに経時分析ができるようにデータを収集する。すべてのQIがEvidence Based
※個々の病院の体制をお聞きできる場合はお願いいたします。							
9 QIの測定に関わる組織体制（個々の病院）	9.1 運営費用はどれくらいか				1100～1700万円（年間一施設あたり。ードル＝110円として換算。）内訳は、事業参加費（病院の規模に応じ110～320万円）に加え、データ処理の費用390万円、本事業専門職員一名の人件費（550～1100万円）。		Local Governmentから助成金を得ている。26-30名の人件費
	9.2 どのような部署が行っているのか				多くの病院では、外科部門の中にある診療の質向上支援のための部門により行われていると推定される。病院全体の診療の質向上支援部門により行われている場合や、外科部門の中で、しかし診療の質向上支援のための部門を持たずに、行われている場合もあると推定される。		Clinical Governance Team
	9.3 人数は何人ぐらいいるのか				最低二人（詳細は下欄）		26-30名
	9.4 どのような人材がいるのか				一人の担当外科医（Surgeon Champion）および、一人以上の外科診療録レビュー担当者（Surgical Clinical Reviewer）。SCR は多くの場合、看護師。		Accreditation Manager, Patient Safety Manager, Data Analyst. 部署責任者は看護師
備 考		Accreditation Canadaは、主に1施設を評価しAccreditするAccreditation Primerと、Accreditされた施設に対するさらなる評価Qmentumの2本からなっている。その他にDistinction programmeが2つあり、QIが使用されているのはこちらのプログラムのほう。よって、2はDistinction programme内のQIの話で、4はAccreditation premierの内容として記載した。					