

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

医療の質指標に関する国内外レビュー及びより効果的な取組に関する研究

平成28年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 福井 次矢

平成29（2017）年 3 月

目 次

I. 総括研究報告

医療の質指標に関する国内外レビュー及びより効果的な取組に関する研究……………	1
福井 次矢	

II. 分担研究報告

(1) 医療の質指標に関する海外事例の収集に関する研究（カナダ）……………	7
研究分担者 東 尚弘	
研究協力者 神谷 諭、渡邊ともね	
(2) 国内の医療機関におけるQI 測定・改善・公表における現状調査……………	14
研究分担者 嶋田 元、後藤 励	
研究協力者 今中 雄一、伏見 清秀、國澤 進、森脇 睦子、堀川 知香	
(3) 医療の質指標に関する国内外レビュー及びより効果的な取組に関する研究……………	52
- グローバルな視点から求められている指標とは -	
研究分担者 種田 憲一郎	
(4) 医療の質指標に関する海外事例の収集に関する研究（フランス）……………	61
研究分担者 松田 晋哉	
(5) 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）……………	65
研究分担者 宮田 裕章	
研究協力者 一原 直昭	
(6) 医療の質指標に関する海外事例の収集に関する研究（イギリス、オーストラリア）……………	72
研究協力者 高橋 理、大出 幸子	
(7) 医療の質指標に関する海外事例一覧表……………	80

III. 研究成果の刊行に関する一覧表……………	82
--------------------------	----

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

医療の質指標に関する国内外レビュー及びより効果的な取組に関する研究

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：医療の質を高いレベルに維持、あるいは改善するためには、医療の質を知ること・評価することが前提となる。わが国でも、平成 17 年頃から、客観的・定量的な質指標（Quality Indicator：QI）を用いた医療の質測定が本格的に開始され、その動向を全国的な展開にすべく、厚生労働省は平成 22 年度に医療質評価・公表事業を開始した。これにより、多くの医療機関で QI の測定、公表がなされるようになった。しかしながら、全国で 8,000 を超える病院のうち、どれくらいの数の病院で QI の測定、公表がされているのか、どのような項目の QI が測定されているのか、公表された QI が患者の受診医療機関の選択に供されているのか、さらには、QI 測定、公表の最終目的である医療の質改善に役立っているのか、などについては、少なくとも全国レベルでのデータは欠落している。

一方、先進諸外国においては、QI の中でもアウトカムに関する指標の公表（関連するリスク調整を含む。）や患者報告アウトカム指標（patient-reported outcome measures）の活用等、新たな動きもみられる。

本研究は以下の目的で行われた。①全国の病院を対象にアンケート調査によって、QI の測定と公表の現状、医療の質改善との関わり、共通 QI を用いることに関する意見などを知る。②QI をめぐる海外の最近の動向を知る。③QI の公表と患者の受診医療機関選択との関係を知る。④わが国における今後の医療の質評価・公表への取り組みについて提言する。

全国の病院（8470 病院）を対象に行ったアンケート調査では、9.5%にあたる 805 病院から回答が得られ、そのうち 42%にあたる 338 病院で QI を用いた医療の質測定を行っていた。全回答病院の約 8 割の病院が QI を用いた医療の質測定・改善について好意的・積極的であり、共通 QI セットを用いることについても同様であった。

海外の状況調査は、イギリス、オーストラリア、アメリカは研究分担者が現地を訪れ、担当者と面談して情報を入手し、カナダ、フランス、OECD、WHO については、インターネットを介して担当者から情報を入手した。国によって、医療の質の評価を行う主体、対象病院はさまざまであり、フランスとイギリスは、医療施設の格付け（フランスでは A、B、C の 3 段階、イギリスでは Outstanding、Good、Requires improvement、Inadequate の 4 段階）にも用いている。いずれの国も、医療の質の測定と各施設へのフィードバック、公表による透明性確保などが医療の質の向上に資するという証拠あるいは確信に基づいて行っていた。OECD、WHO の調査では、多くの加盟国が参加して医療の質・患者安全に関わる取り組みが進められていて、妥当性、実行可能性、改善活動可能性の視点から、質指標が提唱されている。

全国の病院で QI を測定する場合に用いる指標の一式（23 種類の QI からなる共通指標セット）を、わが国の病院団体の医療の質測定活動ですでに測定されている QI や欧米諸国で測定されている QI を参考に、全研究分担者の参加による班会議あるいはメールでの討議を重ねて意見を集約し作成した。

今後、欧米諸国ですすでに行われているように、本研究班で提唱した共通 QI セットを用いた医療の質測定・改善の段階に移行することが妥当と考えられる。

研究分担者

東 尚弘	国立がん研究センター がん対策情報センターがん臨床情報部 部長
後藤 励	慶應義塾大学 経営管理研究科 慶應ビジネススクール 准教授
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
種田 憲一郎	国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 上席主任研究官
松田 晋哉	産業医科大学 公衆衛生学教室 教授
宮田 裕章	慶應義塾大学医学部 医療政策・管理学教室 教授

A. 研究目的

医療の質を客観的な指標を用いて測定することは、(1)医療者が、提供する医療の現状を認識し、他者との比較をも介して（ベンチマーク）、自らの医療の質を改善する等の面で有用と考えられている。一方、医療経済学等の分野において異論はあるが、(2)患者が医療機関を比較・検討し、自分に最適な医療機関を選択する際に有用という指摘もある。

医療の質の測定・公表は、それ自体が善であるという考えもあるが、実施に当たって、医療従事者・施設にとっては多大な労力・コストを要するため、特に公的な（強制力のある）仕組みとして実施する場合は、どのような方法論を用いて、どれだけ費用を費やし、どのような効果が期待できるかをできる限り明確にしておく必要がある。

規制改革実行計画（平成 26 年 6 月 24 日閣議決定）には、「①（略）定量的な指標に基づき、医療機関外の組織等が（略）その評価に用いるベンチマークの信頼性を高めるため、実施医療機関を拡大（略）公表する評価指標の範囲の拡大（略）。②特に、自治体病院等（略）については、公的資金が投入されていること等を踏まえ、一層の経営・サービスの効率化と医療の質の向上が必要であり（略）取組を進める。」とあるが、費用に見合った効果があるかどうかは検証されておらず、資料中でも明確にされていない。

平成 22 年度から厚生労働省は医療質評価・公表事業を実施してきた。多数の医療機関が質指標の作成、公表に取り組んできたことから、このテーマについて網羅的なレビューも必要である。また、諸外国において、アウトカム指標の公表（関連するリスク調整を含む。）や患者報告アウトカム指標（PROMs）等の活用も広がっていることから、これらのレビューも必要である。

これらの結果を踏まえ、わが国の現状において、全国の病院で測定・収集が可能な指標を提言し、今後の医療の質の評価・公表への取り組みに関して整理・提言することが本研究の最終的な目標である。これらの結果を今後の医療の質評価・公表の取り組みに活かし、必要があれば、制度的な対応等も検討されるべきである。

具体的には、①全国の病院を対象に、QI の測定と公表等に関するアンケート調査を行い、②QI をめぐる海外の動向を調査し、③将来、全国の病院での測定を促すことになった場合に用いることができる QI セット（共通 QI セット）を提言することとした。

B. 研究方法

1. 全国の病院を対象とした、QI の測定と公表等に関するアンケート調査

臨床指標・質指標（QI）の測定の有無とその内

容、QI 算出に関する資源・環境、QI を用いた医療の質改善への取り組み、QI を用いた医療の質改善に関する資源・環境、QI を用いた医療の質改善に関する情報の公表、全国の医療機関で測定する QI・質改善への取り組み・情報の公開などについて、24 問からなる質問票を作成し、全国 8470 の病院に郵送配布し、郵送あるいは FAX での回答を依頼した。

2. 国外の医療の質指標の収集・公表・活用の取り組みに関する調査

イギリス、オーストラリア、アメリカは研究分担者が訪れ、担当者と面談して情報を入手し、カナダ、フランス、OECD、WHO については、インターネットを介して担当者から情報を入手した。

3. 将来、全国の病院での測定を促すことになった場合に用いることができる QI セット（共通 QI セット）の提言

わが国の病院団体の医療の質測定活動ですでに測定されている QI や欧米諸国で測定されている QI を参考に、全研究分担者の参加による班会議あるいはメールでの討議を重ねて意見を集約し作成した。

（倫理面への配慮）

本研究では、主として医療機関（場合によれば、医師および患者）を対象としたアンケート調査、研究者を対象とした面談調査、あるいはインターネット介した情報収集であり、個人が特定される可能性のない情報の分析結果を公表することとなる。また、人への侵襲を伴わない研究ではないため、倫理的問題は発生しないと考えられる。

C. 研究結果

全国の病院を対象に行ったアンケート調査では、8470 病院の 9.5%にあたる 805 病院から回答が得られた。そのうち 42%にあたる 338 病院で QI を用いた医療の質測定を行っていた。全回答病院の約 8 割の病院が QI を用いた医療の質測定・改善について好意的・積極的であり、将来、全国共通の QI セットを用いることについても同様であった。

海外の状況調査では、国によって、医療の質の評価を行う主体、対象病院はさまざまであり、フランスと英国は、医療施設の格付け（フランスでは A、B、C の 3 段階、英国では Outstanding、Good、Requires improvement、Inadequate の 4 段階）にも用いている。いずれの国も、医療の質の測定と各施設へのフィードバック、公表による透明性確保などが医療の質の向上に資するという証拠あるいは確信に基づいて行っていた。OECD、WHO の調査では、多くの加盟国

が参加して医療の質・患者安全に関わる取り組みが進められていて、妥当性、実行可能性、改善活動可能性の視点から、質指標が提唱されている。

全国共通QIセットは、個々の指標の妥当性や測定可能性、領域分布などを考慮して、下記の23種類を対顔した。

- 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。(別表参照)

D. 考察

医療の質・改善活動については、厚生労働省の補助事業による支援もあり、かなり普及してきているといえる。回答病院のうち約8割の病院は、質測定・改善活動を好意的・積極的に考えていて、全国の病院で共通QIセットを用いる可能性についても同様の考えであった。したがって、わが国においても、欧米諸国のように、全国共通QIセットを用いて全国的なベンチマーキングを行いながら、効果的に質向上を目指す素地はできているものと考えられる。

このような状況下で、今後、全国の病院でQIを測定する場合に用いる指標の一式(23種類のQIからなる共通指標セット)を作成した意義は大きい。

E. 結論

今後、欧米諸国ですでに行われているように、全国の病院で「共通QIセット」を用いた医療の質を測定し、これまで以上に効果的・効率的に質の改善を促す段階に移行することが妥当と考えられる。

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
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

共通指標セット

別表

分類は、がん、急性心筋梗塞、脳卒中、糖尿病、医療安全、感染管理、地域連携、その他などを記載
有用性は、改善余地が大きい、エビデンスがある、ベンチマークができるなどの観点から○△×のいずれかを記載
実現性は、データ入手の容易性、定義の正確性などの観点から○△×のいずれかを記載

[illegible]

[illegible]

項目出 発形式	分類	指標名	分子	分母	指定基準などの 別記の有無	その他	意義	留意点	採択団体 ※類似団体含む	調査期間 ※記載期間の提出が困難の場合 は、2017年度内アンケート する。	有用性 患者ア ドホムとの 関係性 がある	ペチ マークが 手に入る 性	チームの 正統性	公表
様式1 EFファイル	任意	服薬指導 a.薬剤管理指導実施率	薬剤管理指導を受け患者数	入院患者数			薬剤管理指導の実施率は、医師改善につなげる。	必ずしも、すべての患者に薬剤管理指導を実施するわけではない。	全日本民主医療関係団体連合会	2016年4月から2017年3月までの 月毎	○	△	○	有
16 様式1 EFファイル	チーム医療 必須	服薬指導 a.薬剤管理指導実施率 b.安全管理が必要な医薬品に対する服薬指導実施率	「薬剤管理指導料2」特に安全管理が必要な医薬品が投与又は注射されている患者に対して行う場合（1に該当する場合を除く）が算定された患者数	安全管理が必要な医薬品のいづれかが投与または注射されている患者数	有		薬剤管理指導の実施率は、薬剤改善につなげる。	薬剤管理指導の実施率は、薬剤改善につなげる。	全日本民主医療関係団体連合会	2016年4月から2017年3月までの 月毎	○	△	○	有
17 様式1 EFファイル	チーム医療 任意	栄養指導 a.糖尿病、慢性腎臓病患者への栄養管理実施率	特別食加算の算定回数	18歳以上の糖尿病、慢性腎臓病患者で、それらの病状が主目的ではない入院患者の食事回数			特別食加算の算定率は、EFファイル相当		-	2016年4月から2017年3月までの 月毎	○	○	○	有
18 様式1 EFファイル	病院全体 必須	手術前の患者の肺血栓塞栓症 a.手術前の患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率 b.手術前の患者の肺血栓塞栓症の発生率	分母のうち肺血栓塞栓症の予防対策（弾性ストッキングの着用、荷役療法、空気圧担装置の利用、抗凝固剤の実施）が実施された患者数 分母のうち肺血栓塞栓症を発症した患者数	肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが14以上以上の手術を施行した入院患者数 肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが14以上以上の手術を施行した入院患者数	有		肺血栓塞栓症発症の予防対策の実施率は、薬剤改善につなげる。		全日本民主医療関係団体連合会	2016年4月から2017年3月までの 月毎	○	○	○	有
19 様式1 EFファイル	病院全体 必須	再入院（30日） a.30日以内の予定外再入院率	分母のうち前回の退院日が30日以内の緊急入院患者数	退院患者数			再入院率の算定は、EFファイル相当		全日本民主医療関係団体連合会	2016年4月から2017年3月までの 月毎	○	○	○	有
20 各施設 必須	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	インフルエンザワクチン予防接種した職員数	職員数			職員の予防接種率は、薬剤改善につなげる。		全日本民主医療関係団体連合会	2016年4月から2017年3月までの 月毎	○	○	○	有
21 各施設 任意	病院全体	高齢者の事前指示 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	本人または代表決定者による事前指示の記録がある入院患者数	80歳以上の入院患者数			高齢者の事前指示率は、薬剤改善につなげる。		全日本民主医療関係団体連合会	2016年4月から2017年3月までの 月毎	○	○	○	有
22 様式1 EFファイル EFファイル ファイル	必須 必須 必須 必須	血液検査の実施 a.広域抗原抗体反応時の血液検査実施率 b.血液検査実施時の2セット実施率 c.血液検査実施時の2セット実施率 d.血液検査実施時の2セット実施率	分母のうち検査と開始初日に血液検査検査を実施した患者数 血液検査オーダー日数（人日） 血液検査オーダー日数（人日） 血液検査オーダー日数（人日） 血液検査オーダー日数（人日）	血液検査検査を実施した患者数 血液検査検査を実施した患者数 血液検査検査を実施した患者数 血液検査検査を実施した患者数	有		血液検査の実施率は、薬剤改善につなげる。		全日本民主医療関係団体連合会	2016年4月から2017年3月までの 月毎	○	△	○	有
23 様式1 EFファイル	必須	地域連携バスの使用率 a.協定中患者に対する地域連携バスの使用率	「地域連携診療計画加算」を算定した患者数	協定中入院した患者数			地域連携診療計画加算の算定率は、薬剤改善につなげる。		全日本民主医療関係団体連合会	2016年4月から2017年3月までの 月毎	○	△	○	有

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（カナダ）

研究分担者 東 尚弘 国立がん研究センターがん対策情報センターがん臨床情報部 部長
研究協力者 神谷 諭 国立がん研究センターがん対策情報センターがん臨床情報部 研究員
研究協力者 渡邊ともね 国立がん研究センターがん対策情報センターがん臨床情報部 特任研究員

研究要旨：本分担においては、わが国の病院の提供する診療の質評価のあり方を検討するために、海外事例の収集の一環としてカナダの事例をまとめた。具体的には、Accreditation Canada のインターネットページを対象として情報収集すると共に、直接電子メールで連絡し、Skype 会議を申し込むことで詳細な聞き取りを行った。Accreditation Canada は、本邦の医療機能評価機構に相当する機関として、カナダの病院の認証を行っているが、その内容は各施設において医療の質を継続的に監視して向上していく体制・環境の存在を確認していくことが主であり、一部 Distinction Program として、脳卒中、救急医療に関しては、臨床的な指標を設定・評価している事がわかった。このように病院全体の評価を行うことは、施設別に特色をとらえることが課題となることから、総論的な内容が中心となる。そのため、各論をとらえるための分野別の指標・評価も必要になると考えられる。カナダにおいても、Distinction Program の設定や、がんなどの個別分野の専門施設による評価が併存している状況があり、そのような多方面の評価をうまく組み合わせることが、適切な評価の構築につながると考えられる。

A. 研究目的

病院の提供する医療の質を評価することは、施設に負担をかけることと、社会的な要請、また質の向上の取り組みに関する展望など、検討すべき視点は多々存在する。本邦においては、厚生労働省「医療の質評価・公表等推進事業」が実施されてきたが、今後、体制として作っていくためには先進事例の検討は不可欠であると言える。本分担は、そのための一つの事例として、各国の状況を調査のうち、カナダの病院認証機関である、Accreditation Canada の状況について調査を行った。

B. 研究方法

Accreditation Canadaへは、公開されている情報を収集すると共に、連絡先に対して問い合わせを行い、その後、担当者との電子メールによる通信、スカイプ会議および、インターネット文献検索による情報収集を行った。特にAccreditation Canadaの活動の中でも、特に指標を扱うプログラムに関し中心的に情報収集を行い、活動内容をまとめた。（添付資料1）さらにそれらを元にして日本における医療の質指標への応用可能性を検討した。

（倫理面への配慮）

公開情報の収集を中心とした研究であり、患者や非保護対象者の個人情報を扱うことはなかった。

C. 研究結果

Accreditation Canadaにおける評価は、診療デー

タを収集して、その内容に対する評価を行うと言うよりも、医療を継続的に評価しつつ、改善のための活動を行う、そのためのリーダーシップ・文化の存在について、評価するという、構造的・環境的な評価を中心として行っているという事が判明した。カナダにおける認証は全面的に普及しているとのことであった。また、認証は公開情報となり、定期的な更新を行うことも求められているという体制であった。

一方で、診療内容に踏み込んだ指標や測定としては、脳卒中、救急医療に関する分野に限定して、特に優れた施設として認定されるDistinction programとしての認定に特化されたものであった。

一方で、今回は返信がもらえなかった、Canada Institute for Health Informationにおいては、データを収集する体制を整えているとのことである。CIHI医療機関を評価するための組織ではなく、医療提供体制自体を全体に評価する指標の設定などは行っているようであった。

D. 考察

Accreditation Canadaは本邦の医療機能評価機構に相当する機関と見受けられ、活動内容も、幅広い医療機関の認証であった。一方で、疾患毎での評価体制については、州毎に例えば、Cancer Care Ontarioなどが主導して、Cancer Systems Quality Indexなどを収集・公表しているし、カナダ全体としても、がんの分野については、Canada Partnership Against Cancerなどの活動も始まっている。

これら疾患単位にすることの意義としては、病院毎に得意とする疾患分野が異なった場合の対応が自然とうまくいくこと、また、診療の質が高いということは、細部の詰めがきちんとしていることであり、概要的な指標では概要しかわからないという質評価の性質にも合致している。診療の質の評価をどのような形で持つて行くのかについてはうまく総論と各論を融合させることが重要と考えられる。

E. 結論

カナダにおける病院認証は、全体としての共通した総論的な構造的評価と、分野毎の各論的な評価の2階構造になっている。また、病院認証の体制の中での2階建て構造とは別途、疾患毎の評価体制も存在することに鑑み、わが国においても2階建て、及び、多方面による質の評価改善体制があっても良いかもしれない。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし
(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

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

Accreditation Canada

-Everyone has the right to safe, high-quality health services-

1958年に、「すべての人に質の高い医療ケアを」の理念のもと、カナダ全土と世界で行われる医療の質を認証評価し、向上させる目的で設立された NPO である。

ベストプラクティスに基づいたスタンダードを使用し、施設全体として提供する医療行為の一部始終を認証評価するもの。現在では 6000 以上の病院 1200 以上のクライアントを持つ。評価者は、認証をうけた施設の医療専門職で構成される。

Accreditation Canada は、

1. プロトコールやツールを補強、改善し続け、プログラムを意義高いものにし続ける。
2. 提供するプログラムを多様な施設のニーズに応じて改良し続ける。
3. クライアントや大衆に、質と安全性の高い情報源として認識される。
4. 認証評価において革新的なアプローチを推進する。
5. 信頼度の高い組織として機能する
6. プログラムを通して医療の質に貢献する

以上 6 点を通して組織として医療の質の改善に努めている。

提供するプログラムは大きく分けて 2 つある。

1Accreditation Primer と、2Qmentum。1 は初歩的な認証評価のプログラムで、医療の質の鍵となる領域についての評価をする。これは完了までに 12-18 か月を要する。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。この期間より細かく医療の質を評価するプログラムである 2 を実施することができる。Qmentum は組織のガバナンスからリーダーシップに至るまで細やかな視点から組織を評価する。これらはすべて Organisation Portal を通してデータ収集される。その他のプログラムとして Distinction プログラムがあり、これでは特異的分野での臨床活動を評価するものである。

Stroke and Trauma Distinction プログラム

(以下の内容は trauma プログラムより作成)

概要：救急の分野で先駆的に活動し、かつ熱心な施設とそのネットワーク、システムの把握。プログラムは4年に一度の現地訪問、専門家による評価を含む。この評価により、基準に達した施設のみが **Trauma distinction award**(4年有効)をもらう。

プログラムの内容：

- ①システムや基準：最新の研究結果に基づいたスタンダードの使用
- ②プロトコール：プログラムにおけるエビデンスに基づいたプロトコールの使用。
- ③指標の作成：

- ・データの提出が求められる。
 - ・提出するデータの内容：システムに関する指標、センターでうける医療に関する全体で7つのコアな指標と9つオプション指標（以下に指標内容添付）
 - ・提出されたデータは定期的にレビューされ、プログラムの指定を保持するために設定された基準を満たしていることを示すことが求められる。
 - ・データはプロセス、アウトカム両方に関するもの。
 - ・データはオンラインポータルに半年ごとに提出されなければならない。
- ④イノベーション：参加施設はケアの質を強化するため、最善のプラクティスに基づいたガイドラインの順守、臨床展開が求められる。

Accreditation 評価基準：

- ①基準の順守度合
- ②指標の基準達成度合（Accreditation Canada により設定された基準のある4つのコアな指標のうち少なくとも3つの指標の基準は満たしている必要がある。）
- ③臨床ガイドラインとプロトコールの展開
- ④イノベーションへの参画意欲

まとめ：救急と脳卒中それぞれの分野間でプログラムの内容は多少変わるようだが、概要は上記に準ずる。つまり、この **distinction program** に登録されれば、その分野で先駆的かつ質の高い医療展開を行っている証となる。このプログラムに認められたければ定期的にデータを提出し、基準を満たしていること、現地訪問で高い評価を受ける必要がある。**Accreditation Canada** はこれらの指標の作成、その基準となるプロトコール、スタンダード作成に取り組んでいる。

Trauma Distinction indicator summary

Core indicators

Standards	Indicator	Definition	Threshold
Trauma system	Field Triage	Numerator: The number of all patients within the regional trauma system diagnosed with major anatomic injuries and those admitted to a Level I or II (or equivalent) trauma centre. Denominator: All patients within the regional trauma system diagnosed with major anatomic injuries and admitted to any hospital within the trauma system (i.e., Level I-V, and P-I-II)	≥90%
	Wait Time for Rehabilitation	Numerator: Total number of days from the day the trauma patient is ready for inpatient rehabilitation to the day when the patient has received rehabilitation. Denominator: Total number of trauma patients admitted to inpatient rehabilitation.	≤8 days
Trauma Centre (Level I, II, P-I and P-II)	Trauma Team Activation (TTA)	Numerator: All trauma patients with a primary injury diagnosis admitted to the ED who satisfy local TTA protocols and for whom there is a TTA. Denominator: All trauma patients with a primary injury diagnosis admitted to the ED who satisfy local TTA protocols.	≥90%
	Emergency Department Length of Stay	Numerator: Total number of trauma patients with a primary diagnosis of an injury with an ISS>12 discharged from ED within four hours. Denominator: Total number of trauma patients admitted to ED with a primary diagnosis of an injury with an ISS>12.	≥90%
	Length of Stay in Acute Care	Numerator: Total number of acute care hospital days for all trauma patients with a primary diagnosis of an injury with an ISS>12 admitted to an acute care setting and discharged alive. Denominator: Total number of trauma patients discharged alive from an acute care hospital.	None
	Complications during Hospital Stay	Numerator: All trauma patients admitted to the hospital with a primary diagnosis of a major anatomic injury and at least one secondary diagnosis included in the complication list.	None

		Denominator: All trauma patients admitted to the hospital with a primary diagnosis of a major anatomic injury	
	Trauma Mortality	Numerator: All trauma patients admitted to the hospital with a primary diagnosis of an injury with an ISS>12 who die within 30 days. Denominator: All trauma patients admitted to the hospital with a primary diagnosis of an injury with an ISS>12	None

Optional indicators

Trauma System	Presence of Ambulance Report on Medical Record	Numerator: All trauma patients transported from the injury scene by Emergency Medical Services (EMS) to the emergency department (ED) with a primary diagnosis of an injury with an ISS>12 who have an accompanying ambulance report in the medical record. Denominator: All trauma patients with a primary diagnosis of an injury with an ISS>12, who were transported directly from the injury scene by EMS to the ED.
	Time to Definitive Trauma Centre	Numerator: Sum for all included patients; the time that EMS arrived at the definitive trauma centre with a trauma patient who has a primary diagnosis of an injury and ISS>12 minus (–) the time when EMS arrived at the injury scene. Denominator: All trauma patients with a primary diagnosis of injury and ISS>12, transported by EMS to the definitive trauma centre.
Trauma Centre (Level I, II, P-I and P-II)	VTE Prophylaxis Administered within 24 Hours of Hospital Admission	Numerator: All patients age 18 years and older admitted to hospital with an injury diagnosis of any of the following: i) long bone fracture ii) pelvic fracture iii) thoracoabdominal trauma without a concurrent diagnosis of head injury or spine injury, who have VTE prophylaxis (pharmacological) initiated within 24 hours of hospital admission. Denominator: All patients age 18 years and older admitted to hospital with an injury diagnosis of any of the following (and without a concurrent diagnosis of head injury or spine injury): i) long bone fracture ii) pelvic fracture iii) thoracoabdominal trauma
	Trauma Patients with Life - Threatening Cerebral Hematomas Not Receiving Immediate Surgery	Numerator: Number of trauma patients with an acute epidural or subdural brain hematoma that do not receive immediate craniotomy at the definitive care hospital. Denominator: All trauma patients with an acute epidural or subdural brain hematoma receiving craniotomy (for whom operative management was the planned intervention).

	Tracheal Intubation	Numerator: All patients with a primary diagnosis of an injury and with a documented decreased level of consciousness (GCS < 9) in the ED and who had a successful insertion of endotracheal tube in the ED. Denominator: Injured patients with a decreased level of consciousness (GCS < 9) in the ED.
	Unplanned Intensive Care Unit Admission	Numerator: All patients with a primary diagnosis of an injury admitted to ICU from the ward. Denominator: All patients with a primary diagnosis of an injury admitted to a hospital ward.
	Unplanned Hospital Readmission within 30 Days of Hospital Discharge	Numerator: All trauma patients with a primary diagnosis of an injury who are non-electively readmitted with injury, after passing through the ED, to any acute care hospital in the trauma system, within 30 days of a previous discharge. Denominator: All trauma patients with a primary diagnosis of an injury admitted to an acute care hospital in the trauma system.
	Screening: Alcohol Abuse and Alcohol Dependency	Numerator: All trauma patients who are 12-years-old and older, who are admitted to a hospital or the ED with a primary diagnosis of injury and who are screened for (1) alcohol abuse and (2) alcohol dependency using a validated tool or who have blood alcohol consumption greater than the legal limit. Denominator: All patients age > 12 years admitted to the ED or hospital with a primary diagnosis of injury.
	Referral and Treatment: Alcohol Abuse and Alcohol Dependency	Numerator: All trauma patients ≥ 12 years admitted to a hospital or the ED with a primary diagnosis of injury and who are screened positive for (1) alcohol abuse or (2) alcohol dependency, who are referred for brief intervention (alcohol abuse group) or to treatment (alcohol-dependent group). Denominator: All patients age > 12 years admitted to the ED or hospital with a primary diagnosis of injury and who screened positive for alcohol abuse or dependency

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

国内の医療機関における QI 測定・改善・公表における現状調査に関する研究

研究分担者 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
研究分担者 後藤 励 慶應義塾大学 経営管理研究科 慶應ビジネススクール 准教授
研究協力者 今中 雄一 京都大学 大学院医学研究科 医療経済学分野 教授
研究協力者 伏見 清秀 東京医科歯科大学 大学院医歯学総合研究科 医療政策情報学分野 教授
研究協力者 國澤 進 京都大学 大学院医学研究科 医療経済学分野 特定講師
研究協力者 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
研究協力者 堀川 知香 聖路加国際大学 情報システムセンター 情報室

研究要旨：本研究は医療機関における QI の測定、公表の現状、測定されている QI 項目、医療の質改善との関わりなどについて、全国レベルでの調査を行った。805 施設から回答があり、指標の測定や公開は進んできているものの、指標を用いた改善活動は限定的であった。全国共通の指標は 30 指標未満が望ましく、指標の結果による経済的インセンティブよりもデータ提出などにより指標測定や質改善活動に関わる点に対する経済的評価が指標を用いた医療の質の評価と改善活動に必要と考えられた。

A. 研究目的

医療の質を高いレベルに維持、あるいは改善するためには、医療の質を知ること・評価することが前提となる。電子カルテが普及してきた現在、医療の質を客観的・定量的な質指標（Quality Indicator：QI）を用いて測定することが可能となった。

わが国では、平成17年頃から、国立病院機構 1）や聖路加国際病院 2）などで、QI 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 3）を開始した。これにより、多くの医療機関で QI の測定、公表がなされるようになった。しかしながら、全国で 8,000 を超える病院のうち、どれくらいの数の病院で QI の測定、公表がされているのか、どのような項目の QI が測定されているのか、公表された QI が患者の受療行動に役立てられているのか、さらには、QI 測定、公表の最終目的である医療の質改善に役立っているのか、などについては、少なくとも全国レベルでのデータは欠落している。

一方、先進諸外国においては、QI の中でもアウトカムに関する指標の公表 4） 5）（関連するリスク調整を含む。）や患者報告アウトカム指標の活用 6）など、新たな動きもみられる。

以上のような状況に鑑み、本研究は医療機関における QI の測定、公表の現状、測定されている QI 項目、医療の質改善との関わりなどについて、全国レベルでの調査を行い、わが国における今後の医療の質評価・公表への取り組みについて考察する。

B. 研究方法

質問紙を使った横断研究。一般財団法人 医療経

済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構が提供する全国保険医療機関（病院・診療所）一覧（平成27年度版） 7）のうち、診療所を除いた 8,470 施設の施設責任者を対象とした。病院の規模やスタッフ数などの特徴、臨床指標・質指標の測定に対する状況、利用可能な資源および重要度、情報の公表、全国的に臨床指標・質指標の定義を共通化することについての意識についてなど合計 24 問の質問票（資料 1）を作成し、対象施設へ郵送配布し、調査票の回収は郵送または FAX にて行った。

（倫理面への配慮）

「ヘルシンキ宣言」「人を対象とする医学研究に関する倫理指針」を遵守して 対象者の個人の権利擁護に配慮した。本研究は、調査前に被験者自身が調査内容の説明書を読み、同意をした場合のみ自記式で回答し、調査票を郵送で送付する方式である。質問紙調査票への回答をもって、本研究調査への同意を得たものとするとともに研究協力への任意性を担保した。説明文書には研究の概要、研究機関の名称及び研究責任者の氏名を明記し、研究対象者等及びその関係者から研究計画書及び研究の方法に関する問い合わせなどや調査内容への相談等への問い合わせ先を明記した。本研究計画は聖路加国際大学 研究倫理審査委員会の許可を得た研究課題名：医療の質指標に関する国内外レビューおよび効果的な取り組みに関する研究（整理番号 16-R184）の一部として実施した。

本研究は平成 28 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）の支援を受けて実施した。

C. 研究結果

調査期間は平成29年2月10日から平成29年3月15日の34日間、回答数は805施設（回収率9.5%）であった。

回答805施設別の所在地は関東地方（21.2%：171/805施設）、次いで中部地方（16.0%：129/805施設）、近畿地方（15.8%：127/805施設）、九州地方（13.7%：110/805施設）であった（図1）。

各施設における委員会の部署や委員会の設置など施設における構造的特徴としては、100床未満の病院では専門的に行う部署や委員会は8%と少なく、300床以上の病院の半数程度には、専門的に行う部署や委員会が存在していた（図2）。

指標測定は専門的に行う部署や委員会の設置結果と同様の傾向で、100床未満では測定している施設は12.9%であったが、300床以上の病院では、3/4の施設が指標の測定を実施していた（図3）。

「現在、指標を測定している」と回答した施設のうち、算出・分析において、DPCデータ、電子レセプトデータ、電子カルテやデータウェアハウスなどの電子データの利用を行っている施設は70～80%、医療職以外の職員の支援によるものが約半数であったが、指標の算出や分析に必要な設備費・人件費・専任スタッフの育成は20%未満となっていた（図4）。

指標の測定実施の有無にかかわらず、指標算出のための資源として電子レセプトデータが重要と多くの施設で考えられていた。また設備費・人件費・専任スタッフの育成が重要であるとの認識は高い（図5）が実際にはそこまでの資源配分ができていないことが浮き彫りとなった。

指標の算出や分析は医療の質の向上が目的である。指標測定の有無と改善活動の実施は同様の傾向を示していた（図3, 6）。しかし改善活動実施施設の割合は指標測定実施割合と比較すると、病床規模にかかわらず低い値となっていた（図6）。

指標の公表については300床以上では半数以上が公表を行っており、300床未満と比較し大きな差となっていた（図7）。

全国的に指標の定義を共通化することについての質問では現状分析やモニタリングに役立つと答えた施設が70%を超えており、ついで医療の質の向上であった。共通化することによる有用性として考えられる他施設比較については60%が有用であるとしていた（図8）。

共通化して測定する指標数は10～20指標が約30%と最も多く、ついで20～30指標の15%であった。30指標以下とした施設は全体の約6割であった（図9）。

共通化された指標が作成された場合に、測定結果の公表の有無で参加形式を質問したところ、各施設による自由参加が6割で全施設参加は約2割にとど

まった（図10）。

施設名を含めた測定結果の公表については公表すべきが36.9%、公表すべきでないが17.1%、わからないが43.0%であった。

公表すべき内容については、過程指標と結果指標の両者が54.5%と半数を超え、ついで結果指標のみが33.3%、過程指標のみが7.7%であった（図12）。

施設名を含めた指標値の公表は医療従事者の行動だけでなく、患者が医療機関を選択することにも影響があると約7割の施設で考えており（図13, 14）、よい影響があると考えている施設は約35%で悪い影響があるの約5%を大きく上回っていたが、どちらともいえないと答えた施設が約45%と最も多かった（図15）。

D. 考察

医療の質を高いレベルに維持、あるいは改善するためには、医療の質を知ること・評価することが前提となる。電子カルテが普及してきた現在、医療の質を客観的・定量的な質指標を用いて測定することが可能となった。

各施設がDPCデータや電子レセプトデータや電子カルテなどから算出した指標値などを持ち寄り、ベンチマークを行い医療の質の評価並びに質改善活動を行っている。しかし全国で8,000を超える病院のうち、どれくらいの数の病院でQIの測定、公表がされているのか、どのような項目のQIが測定されているのか、公表されたQIが患者の受療行動に役立てられているのか、さらには、QI測定、公表の最終目的である医療の質改善に役立っているのか、などについては、少なくとも全国レベルでのデータは欠落していた。

100床未満の病院では12.9%の施設が指標の測定を行っており、100～300床では36.3%、300～500床では74.7%、500～700床では88.1%と病床数が大きくなるに従い測定されており、指標による医療の質の評価は日本全国に広まっていることが確認された。一方、指標を用いた質改善活動は、指標の測定割合と比較すると、病床規模にかかわらず低くなっているものの、500～700床規模の病院の68.4%で改善活動が行われており、注目に値する。

指標の公開については500～700床規模の病院の75%が実施している。施設名を含めた公開については一部またはすべて公開すべきと答えた施設は36.9%で、公開すべきでないとした17.1%を約20ポイント上回った。これまで結果指標はリスク調整などの課題もあり公開に慎重な団体が多いが、今回のアンケート調査では一部またはすべて公開すべきと回答した施設の87.8%が結果指標のみまたは過程指標と結果指標の両者の公開をすべきだとしていた。

公開することにより医療者側、患者側双方に影響があると回答している施設が多く、患者への影響に

ついては悪い影響があるよりもよい影響があるとの回答が30ポイント多い結果となった。また、公開による患者への影響はよい影響、悪い影響よりもどちらとも言えないが最多であり、公開すべき指標の内容によることが伺えた。

これまでの本邦における指標測定の課題として指標測定を行う上で、似たような指標であるにもかかわらず計算手順や分母分子定義が異なるなどの課題も指摘されてきた。さらに各医療機関では活動するための設備費や人件費、そして専任スタッフの育成などの課題を抱えている施設が非常に多いことがわかった。この点への対応なくして指標による医療の質の評価の広まりや質改善活動への利用は限定的になるものと思われた。

一般に指標の共通化の目的は他施設との比較に用いられることが多いが、今回の結果ではベンチマークよりも現状分析やモニタリングとして役に立つという意見が約10ポイント上回った。また共通化して測定する指標数は30指標以下程度が望ましいこともわかった。

分析のための設備費・人件費・教育費は重要であるものの実際にはそこまで資源配分を行えない医療機関が多いことも事実であり、この点については何らかの支援が必要と考える。特に過程指標や結果指標の結果で経済的インセンティブを付与するよりも、まずはデータ提出に対して経済的インセンティブを付与するほうが先決であることが今回の調査で改めて認識された。

今回のアンケート調査から、病床ごとに指標を用いた医療の質の評価にばらつきがあること、指標を用いた質改善活動はまだまだ十分広まっているとはいえないこと、共通化する指標は多くても30指標程度で、結果指標を含めた公開により医療従事者、患者に何らかの影響があること、患者へはよい影響だけでなく悪い影響が危惧されること、これらの活動を行うために経済的支援が必要であることがわかった。

E. 結論

全国8,000の医療機関に医療の質評価と改善についてのアンケート調査を実施した。805施設からの回答からは指標の測定や公開は進んできているものの、指標を用いた改善活動は限定的であった。全国共通の指標は30指標未満が望ましく、指標の結果による経済的インセンティブよりもデータ提出などにより指標測定や質改善活動に関わる点に対する経済的評価が指標を用いた医療の質の評価と改善活動に必要である。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表

なし

(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

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

(参考文献)

- 1) 国立病院機構 臨床評価指標 Ver. 3 2016
<http://www.hosp.go.jp/files/000045008.pdf>
- 2) 福井次矢監修; Quality Indicator 2015 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ 2015 ISBN 978-4-89996-335-6
- 3) 厚生労働省 医療の質の評価・公表等推進事業
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000124225.html>
- 4) NATIONAL QUALITY FORUM <http://www.qualityforum.org/Home.aspx>
- 5) The Joint Commission <https://www.jointcommission.org/>
- 6) HCAHPS <http://www.hcahpsonline.org/home.aspx>
- 7) 一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構が提供する全国保険医療機関(病院・診療所)一覧(平成27年度版)
<https://www.ihep.jp/business/other/>

医療機関における臨床指標・質指標に関する現状調査

I. 基本事項

問1. 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2. 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3. 病院名をご記入ください。

病院名	
-----	--

問4. 貴院の規模(病床数)〔1つだけ○〕

- | | | |
|---------------|---------------|---------------|
| 1. 100床未満 | 2. 100～300床未満 | 3. 300～500床未満 |
| 4. 500～700床未満 | 5. 700～900床未満 | 6. 900床以上 |

問5. 医療情報を扱うスタッフの人数〔各数値回答〕

① 貴院全体の医療情報を専従(常勤に限る)※で扱うスタッフ				② そのうち指標の算出を専門的に行う専従者			
			人				人

※専従(常勤に限る)とは

1日あたり8時間(週40時間)勤務している者が、その時間帯において、その職種以外の業務に従事しない場合に当たります。

問6. 貴院内に、指標の改善活動を専門的に行う部署や委員会がありますか。〔1つだけ○〕

1. ある
2. ない

II. 貴院における臨床指標・質指標について

問7. 現在、貴院で臨床指標・質指標を測定していますか。〔1つだけ○〕
※ただし、DPCデータによる「病院情報の公表（保険診療指数）」を除く

1. 測定している 2. 測定していない → 問8へ進む

問7-1. 貴院において臨床指標・質指標を測定する目的は何ですか。〔いくつでも○〕

1. 医療の質の向上
2. 現状分析・モニタリング
3. 他施設比較（ベンチマーク）目的
4. 第三者（医療機能評価、ISO、JCIなど）認証取得のため
5. その他

問7-2. 現在、貴院で測定している指標数をお教えてください。〔各数値回答〕

①	②
貴院で測定している 指標の総数	そのうち参考となる定義が なく、貴院独自で作成し 測定している指標数
指標	指標

問7-3. 現在、どの病院団体の測定・公表プログラムに参加していますか。〔いくつでも○〕

1. 独立行政法人国立病院機構
2. 一般社団法人日本病院会
3. 公益社団法人全日本病院協会
4. 社会福祉法人恩賜財団済生会
5. 一般社団法人日本慢性期医療協会
6. 全日本民主医療機関連合会
7. 独立行政法人労働者健康福祉機構
8. 公益社団法人全国自治体病院協議会
9. その他の団体 具体的に
10. 参加していない

問7-4. 貴院で臨床指標・質指標の算出・分析に利用しているかどうか、各項目についてお答えください。〔各1つだけ○〕

	利用 している	利用 していない	わ か ら ない
① DPCデータ	1	2	3
② 電子レセプトデータ	1	2	3
③ 上記①、②以外の電子カルテやDWH（データウェアハウス）等のIT	1	2	3
④ 医療職以外の職員による入力支援	1	2	3
⑤ 医療職以外の職員による収集支援	1	2	3
⑥ 医療職以外の職員による分析支援	1	2	3
⑦ 活動のための設備費	1	2	3
⑧ 活動のための人件費	1	2	3
⑨ 専任スタッフの育成	1	2	3
⑩ その他 内容を具体的に	1	2	3

問8.貴院における臨床指標・質指標を算出するための資源としてどのくらい重要と思われるか、各項目についてお答えください。〔各1つだけ○〕

IV.貴院における臨床指標・質指標を用いた質改善への取り組みについて

問9-1.質改善活動を行った、または行っている指標数はどれくらいですか。〔数値回答〕

問9-2.実際に行った質改善活動をお教えてください。[いくつでも○]

11. その他

問9-3.臨床指標・質指標を用いた質改善を実施するにあたり、利用可能な資源をお教えてください。【各1つだけ○】

	利用可能	利用不可能	わからない
① 病院管理者のリーダーシップ	1	2	3
② 医療職以外の分析支援	1	2	3
③ 活動のための設備費	1	2	3
④ 活動のための人件費	1	2	3
⑤ 専任スタッフの育成	1	2	3
⑥ 現場スタッフの協力	1	2	3
⑦ その他	1	2	3

内容を具体的に

問9-4.貴院の指標値の測定・公表により、医療従事者の診療行動に影響がありましたか。【1つだけ○】

1. とてもよい影響があった 2. 少しよい影響があった 3. どちらとも言えない
4. 少し悪い影響があった 5. とても悪い影響があった 6. わからない

V.貴院における臨床指標・質指標を用いた質改善に関する資源・環境について

問10.臨床指標・質指標を用いた質改善を実施するにあたり、どのくらい重要と思われるか、各項目についてお答えください。【各1つだけ○】

	重要でない	あまり重要	どちらとも言えない	少し重要	とても重要
① 病院管理者のリーダーシップ	1	2	3	4	5
② 医療職以外の分析支援	1	2	3	4	5
③ 活動のための設備費	1	2	3	4	5
④ 活動のための人件費	1	2	3	4	5
⑤ 専任スタッフの育成	1	2	3	4	5
⑥ 現場スタッフの協力	1	2	3	4	5
⑦ その他	1	2	3	4	5

内容を具体的に

VI.貴院における臨床指標・質指標を用いた質改善に関する情報の公表について

問11.ホームページや冊子、季刊誌などで貴院の臨床指標・質指標の数値を公表していますか。【1つだけ○】

1. 公表している

2. 公表していない

問12へ進む

問11-1.公表している貴院の指標数はどれくらいですか。【数値回答】

--	--	--

指標

問11-2.公表している場所はどこですか。【いくつでも○】

1. 貴病院公式ホームページ
2. 貴病院が発行する冊子、季刊誌などの紙媒体
3. 病院団体のホームページ
4. 病院団体が発行する冊子、季刊誌などの紙媒体
5. その他

内容を具体的に

VII.全国の医療機関における臨床指標・質指標について

公表の有無を問わず、全国的に臨床指標・質指標の定義を共通化することについてお答えください。

問12.臨床指標・質指標の定義を共通化することで、どのようなことに役立つと思いますか。【各1つだけ○】

	まったく役立たない	あまり役立たない	どちらとも言えない	少し役立つ	とても役立つ
① 医療の質の向上	1	2	3	4	5
② 現状分析・モニタリング	1	2	3	4	5
③ 他施設比較（ベンチマーク）	1	2	3	4	5
④ その他	1	2	3	4	5

内容を具体的に

問13.共通化して測定する指標数はどれくらいが妥当だと思いますか。【1つだけ○】

1. 10指標未満
2. 10～20指標程度
3. 20～30指標程度
4. 30～50指標程度
5. 50指標以上
6. わからない

問14.全国的な臨床指標値・質指標値を更新する場合、どれくらいの間隔で更新するのが望ましいと思いますか。【1つだけ○】

1. およそ1か月以内
2. およそ3か月以内
3. およそ半年以内
4. およそ1年以内
5. 1年以上

問15.全国で共通化して測定する臨床指標・質指標が出来た場合、病院の参加形式はどうあるべきと思いますか。

① 測定結果が公表されない場合【1つだけ○】

1. 全施設参加
2. 自由参加
3. わからない

② 測定結果が公表される場合【1つだけ○】

1. 全施設参加
2. 自由参加
3. わからない

VIII. 全国の医療機関における臨床指標・質指標を用いた質改善への取り組みについて

全国で定義が共通化された臨床指標・質指標が出来た場合を想定してお答えください。

問16. 仮に臨床指標・質指標を用いた質改善活動に経済的インセンティブ※が導入された場合、①から⑤のうちどれに経済的インセンティブをつけるべきだと思いますか。【各1つだけ○】

※経済的インセンティブ

ある一定の基準を満たした場合(例: 急性心筋梗塞患者のうち、退院時にアスピリンが処方されている割合が80%以上、入院患者における転倒・転落発生率が3.00%以下)、医療機関に対して金銭上の損益を直接または間接的に提供すること。

(例) 過程指標で自院の過去値より改善していたら加算、結果指標で自院の過去値より悪化していたら減算など

	導入すべき	導入すべきでない	わからない
① データ提出	1	2	3
② 過程指標で自院の過去値との比較結果	1	2	3
③ 結果指標で自院の過去値との比較結果	1	2	3
④ 過程指標で同時期の他院・全国値との比較結果	1	2	3
⑤ 結果指標で同時期の他院・全国値との比較結果	1	2	3

IX. 全国の医療機関における臨床指標・質指標に関する情報の公表について

全国で定義が共通化された臨床指標・質指標が出来た場合を想定してお答えください。

問17. 施設名も含めて公表されるべきだと思いますか。【1つだけ○】

1. 一部またはすべて公表すべき

2. 公表すべきでない

3. わからない

問18へ進む

問17-1. どのような指標は施設名を含めて公表されるべきだと思いますか。【1つだけ○】

1. 過程指標 2. 結果指標 3. 過程指標と結果指標 4. わからない

問17-2. 施設名を含めた他施設の値との比較(ベンチマーク)の公表はどのような方法がよいと思いますか。【いくつでも○】

1. 都道府県や二次医療圏など地域性でみた他施設の値との比較
2. 急性期、慢性期など病院機能でみた他施設の値との比較
3. 患者数や職員数や病床数など病院規模でみた他施設の値との比較
4. 上記の項目を医療従事者や患者に自由に選ばせる他施設の値との比較

5. その他

内容を具体的に

問18. 全国の医療機関における施設名を含めた指標値を公表することが、医療従事者の診療行動に影響をもたらすと思いますか。【1つだけ○】

1. とても影響がある 2. 少し影響がある 3. どちらとも言えない
4. あまり影響がない 5. まったく影響がない 6. わからない

問19.全国の医療機関における施設名を含めた指標値を公表することが、患者が病院等を選択することに影響をもたらすと思いますか。【1つだけ○】

- | | | |
|-------------|--------------|--------------|
| 1. とても影響がある | 2. 少し影響がある | 3. どちらとも言えない |
| 4. あまり影響がない | 5. まったく影響がない | 6. わからない |

問20.全国の医療機関における施設名を含めた指標値を公表することが、患者によい影響をもたらすと思いますか。【1つだけ○】

- | | | |
|---------------|---------------|--------------|
| 1. とてもよい影響がある | 2. 少しよい影響がある | 3. どちらとも言えない |
| 4. 少し悪い影響がある | 5. とても悪い影響がある | 6. わからない |

問21.医師名も含めて公表されるべきと思いますか。【1つだけ○】

1. 公表すべき 2. 公表すべきでない 3. わからない → **問22へ進む**
- ↓

問21-1.どのような指標について医師名を含めて公表されるべきと思いますか。【1つだけ○】

- | | | | |
|---------|---------|--------------|----------|
| 1. 過程指標 | 2. 結果指標 | 3. 過程指標と結果指標 | 4. わからない |
|---------|---------|--------------|----------|

問22.医師名を含めた指標値を公表することが、医療従事者の診療行動に影響をもたらすと思いますか。【1つだけ○】

- | | | |
|-------------|--------------|--------------|
| 1. とても影響がある | 2. 少し影響がある | 3. どちらとも言えない |
| 4. あまり影響がない | 5. まったく影響がない | 6. わからない |

問23.医師名を含めた指標値を公表することが、患者が病院を選択することに影響をもたらすと思いますか。【1つだけ○】

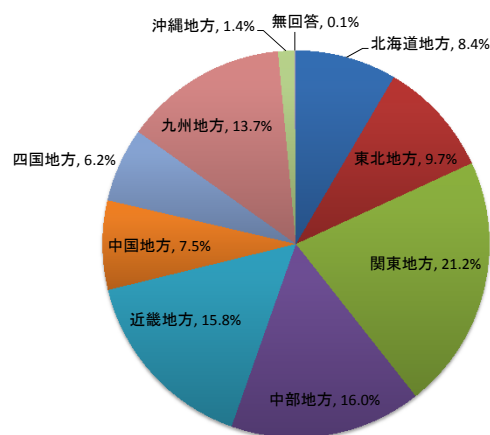
- | | | |
|-------------|--------------|--------------|
| 1. とても影響がある | 2. 少し影響がある | 3. どちらとも言えない |
| 4. あまり影響がない | 5. まったく影響がない | 6. わからない |

問24.医師名を含めた指標値を公表することが、患者によい影響をもたらすと思いますか。【1つだけ○】

- | | | |
|---------------|---------------|--------------|
| 1. とてもよい影響がある | 2. 少しよい影響がある | 3. どちらとも言えない |
| 4. 少し悪い影響がある | 5. とても悪い影響がある | 6. わからない |

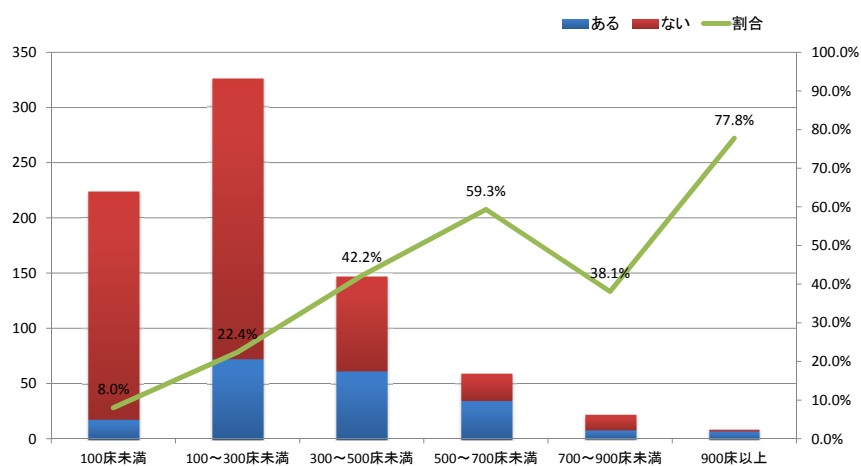
質問は以上で終了です。ご協力いただき誠にありがとうございました。
次ページの「アンケートの提出方法」を参考にご送付をお願いいたします。

図1. 回答施設の所在地(地方別)



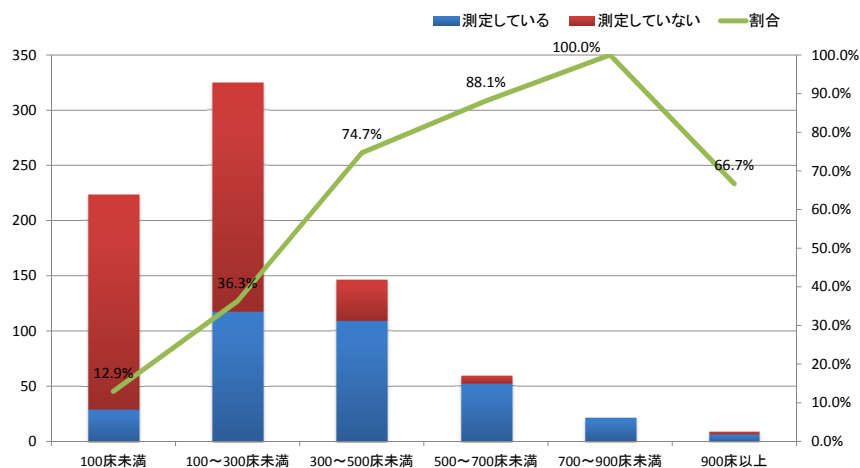
質問票: 問2の回答より、地方別に分類

図2. 指標の改善活動を専門的に行う部署や委員会の有無(病床数別)



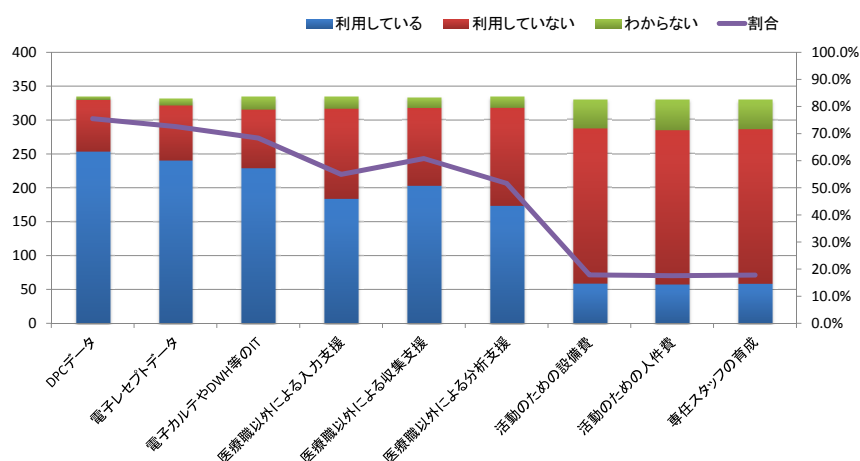
質問票: 問4および問6の回答より

図3. 現在、臨床指標・質指標の測定の有無(病床数別)



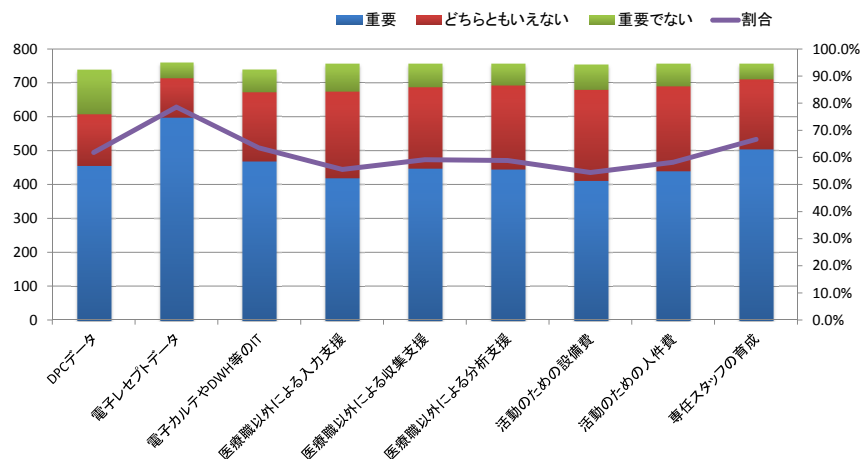
質問票: 問4および問7の回答より

図4. 臨床指標・質指標の算出・分析への利用



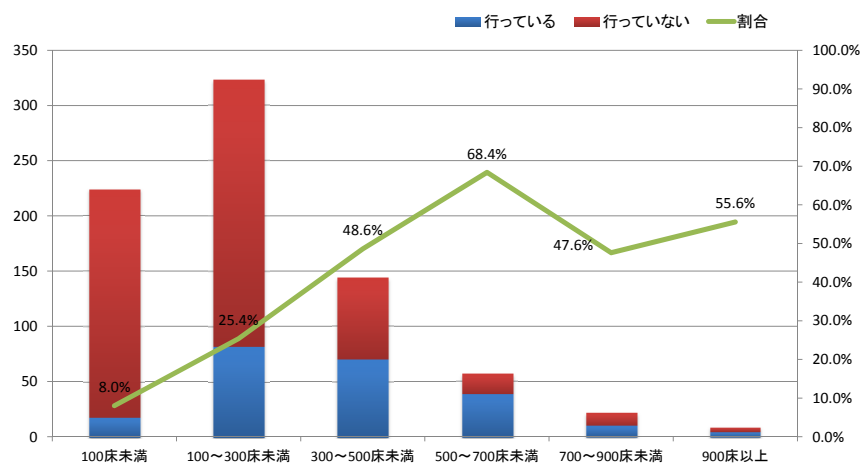
質問票: 問7-4の回答より

図5. 臨床指標・質指標を算出するための資源としての重要度



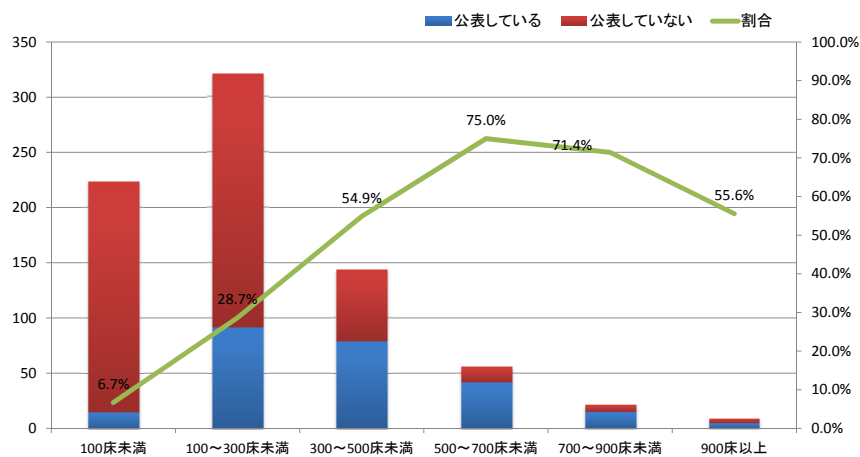
質問票: 問8の回答より

図6. 現在、臨床指標・質指標を用いた質改善活動の有無(病床数別)



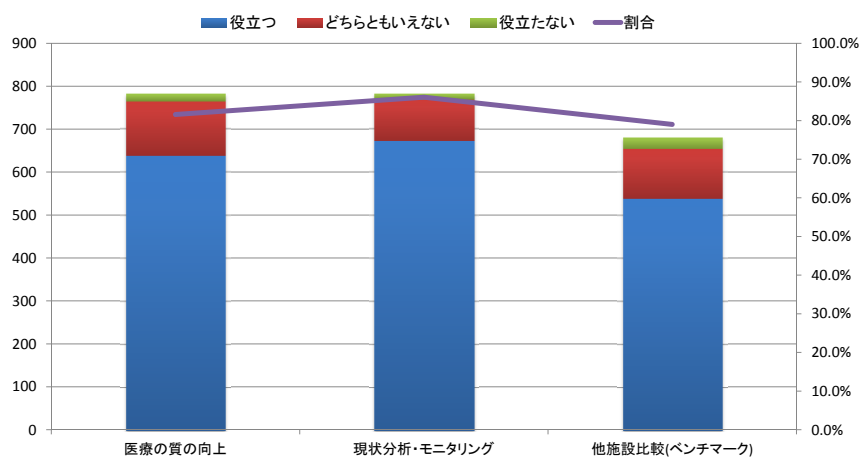
質問票: 問4および問9の回答より

図7. ホームページや冊子、季刊誌などによる臨床指標・質指標の数値公表の有無（病床数別）



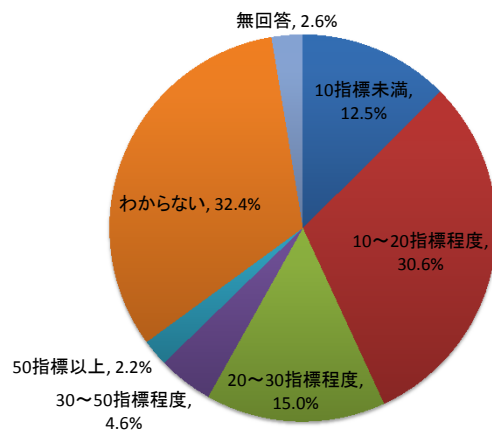
質問票: 問4および問11の回答より

図8. 全国的に臨床指標・質指標の定義を共通化することによる有用性



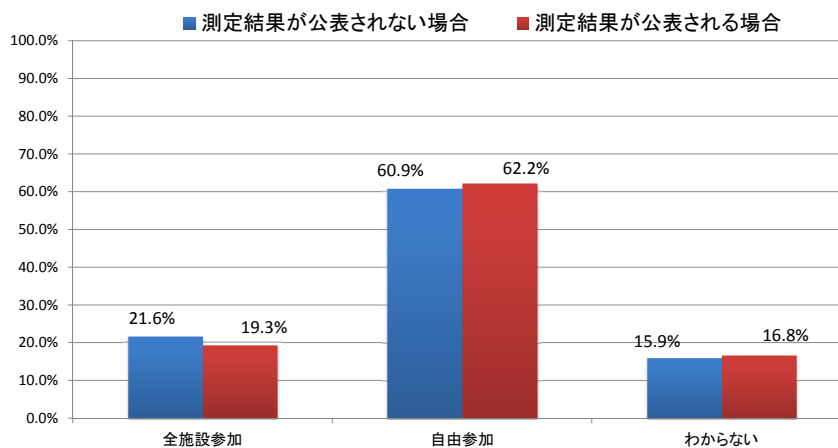
質問票: 問12の回答より

図9. 共通化して測定する指標数



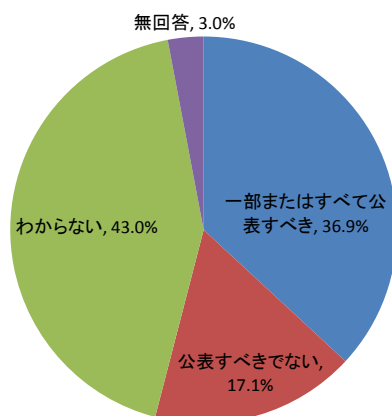
質問票: 問13の回答より

図10. 全国で共通化して測定する臨床指標・質指標が出来た場合の参加形式



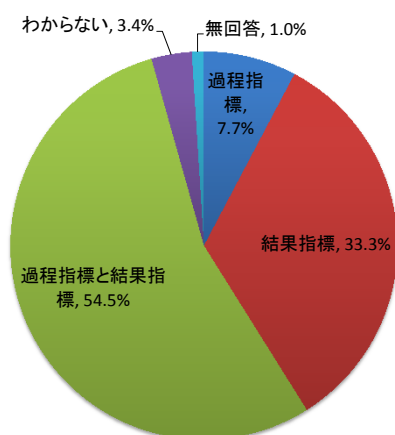
質問票: 問15の回答より

図11. 施設名を含めた公表の可否



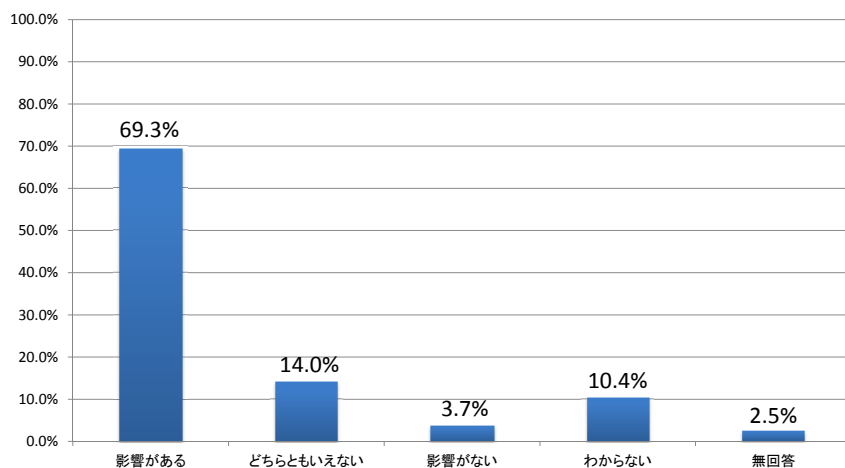
質問票: 問17の回答より

図12. 施設名を含めて公表されるべき指標



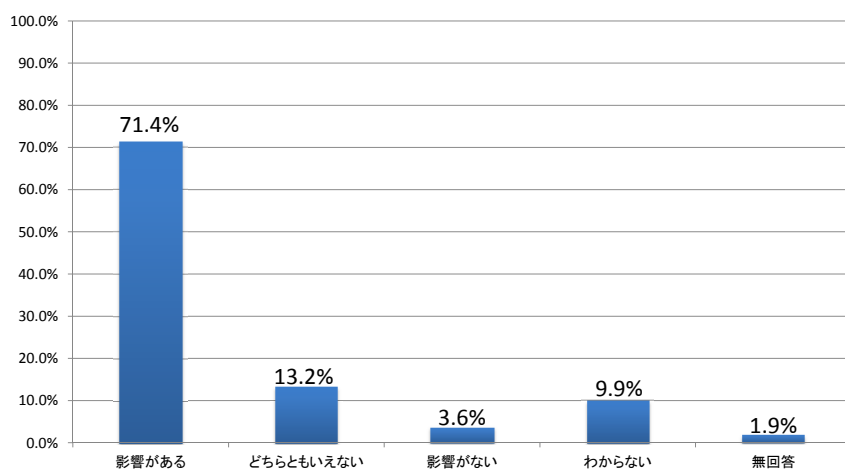
質問票: 問17-1の回答より

図13. 施設名を含めた指標値の公表による医療従事者の診療行動への影響



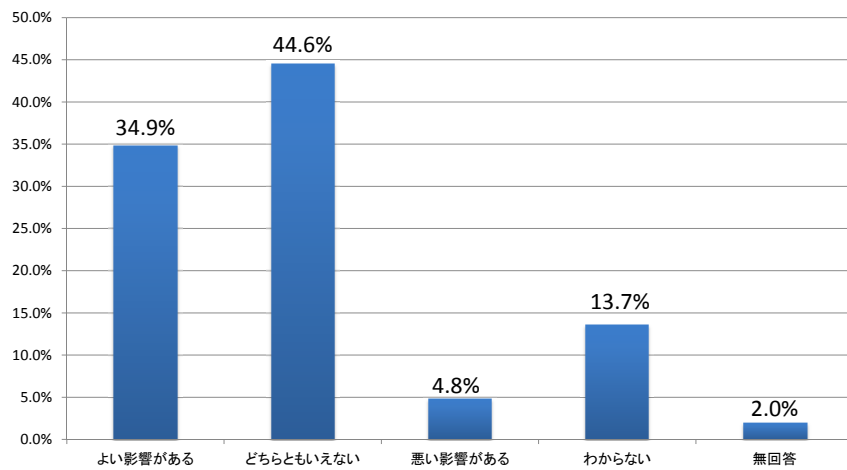
質問票: 問18の回答より

図14. 施設名を含めた指標値の公表による患者が病院等を選択することへの影響



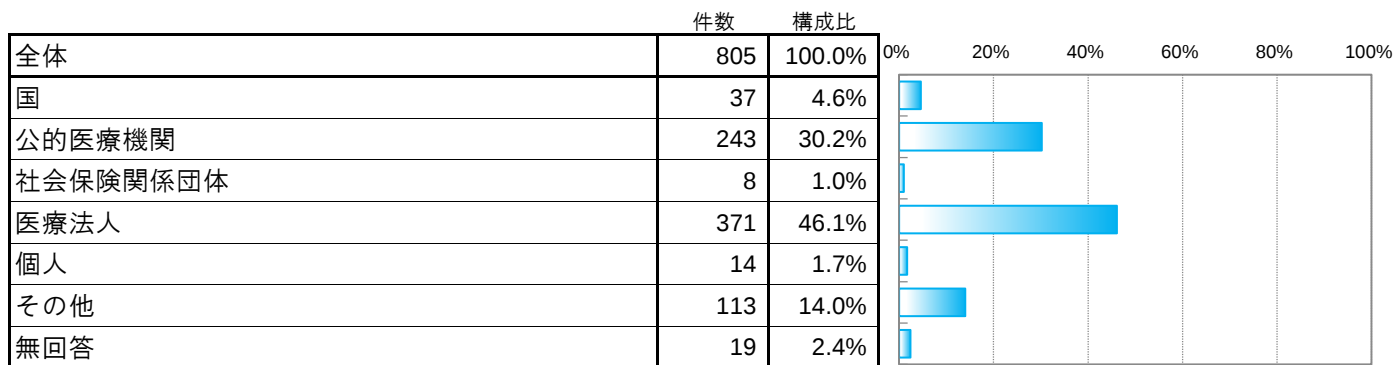
質問票: 問19の回答より

図15. 施設名を含めた指標値の公表
による患者への影響

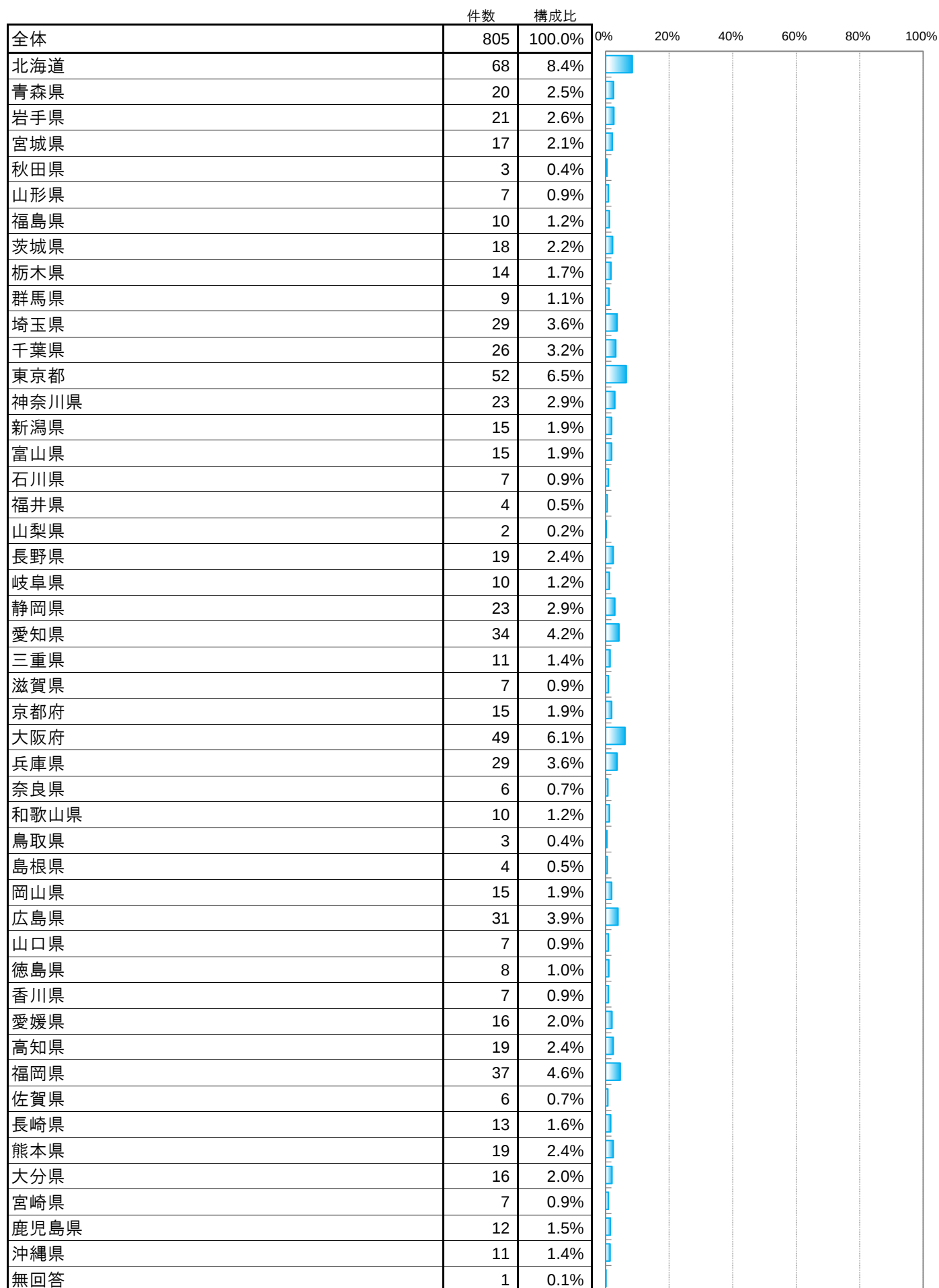


質問票: 問20の回答より

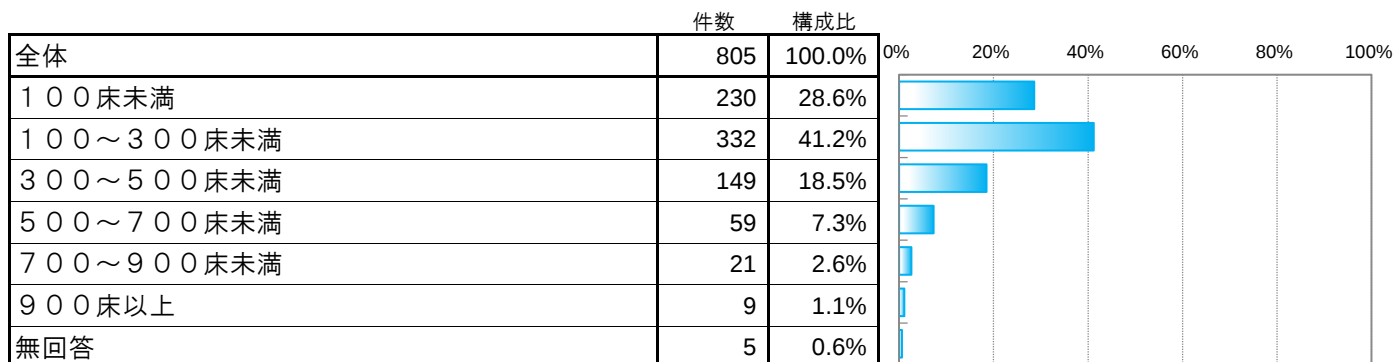
問1. 開設者



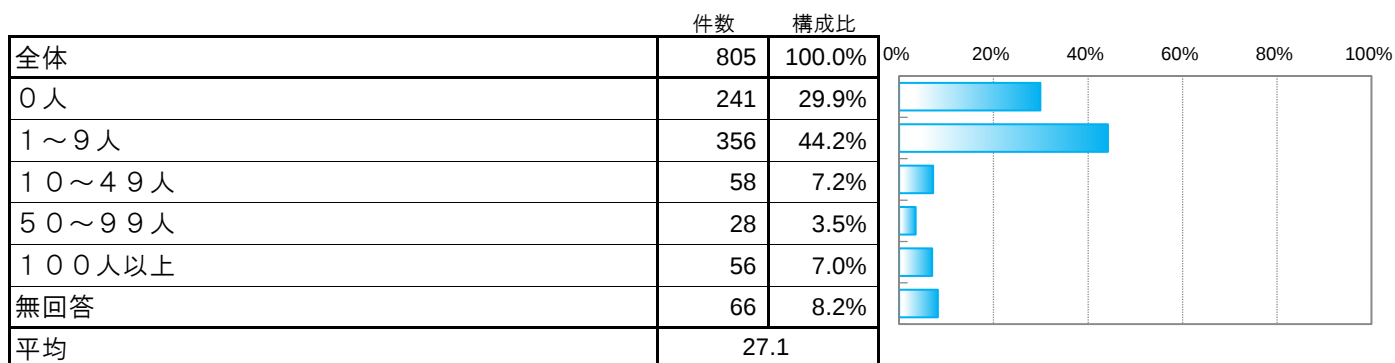
問2. 所在地



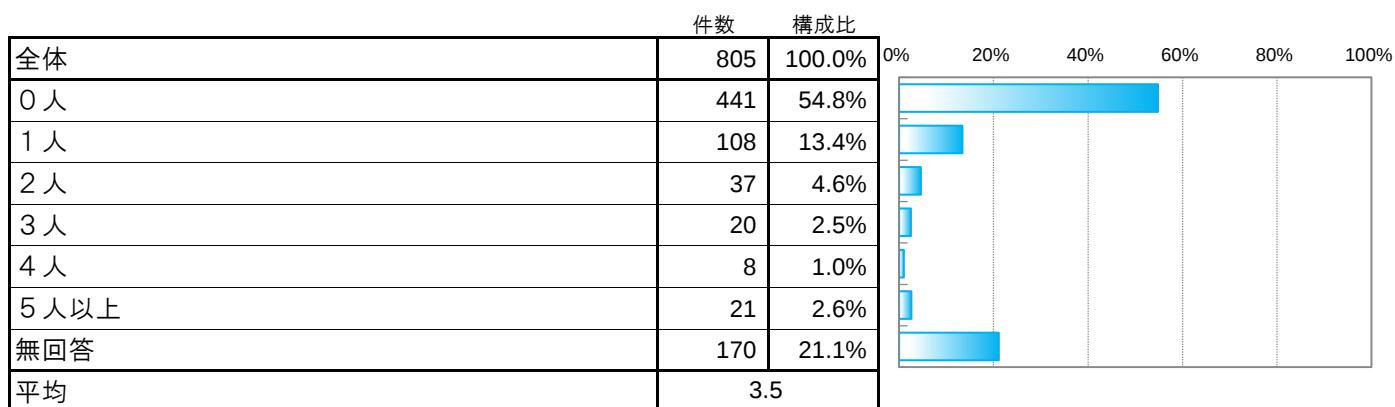
問4. 規模(病床数)



問5ー①. 全体の医療情報を専従で扱うスタッフ



問5ー②. 指標の算出を専門的に行う専従者



問6. 指標の改善活動を専門的に行う部署や委員会の有無

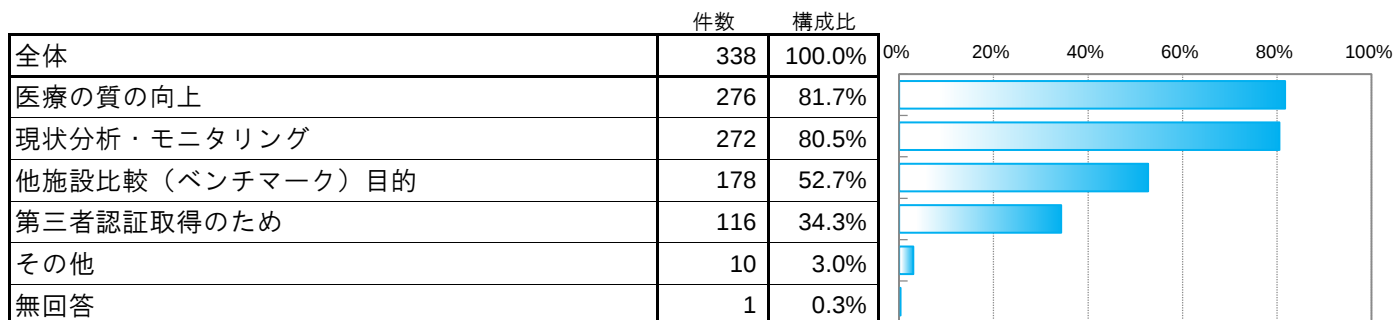


問7. 臨床指標・質指標の測定



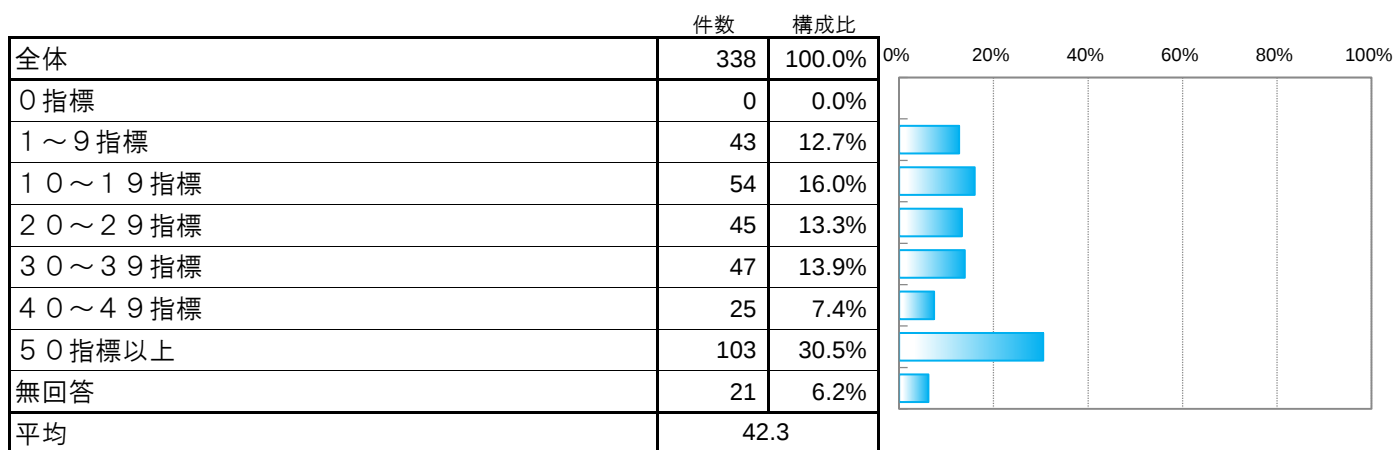
問7-1. 臨床指標・質指標を測定する目的

【集計条件】問7. 臨床指標・質指標の測定…測定している



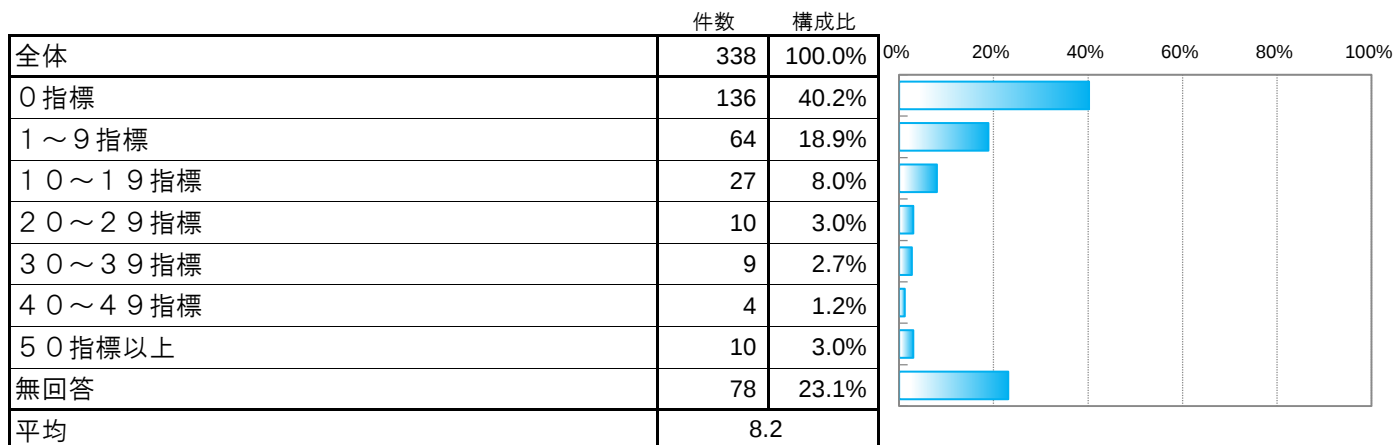
問7-2-①. 測定している指標の総数

【集計条件】問7. 臨床指標・質指標の測定…測定している



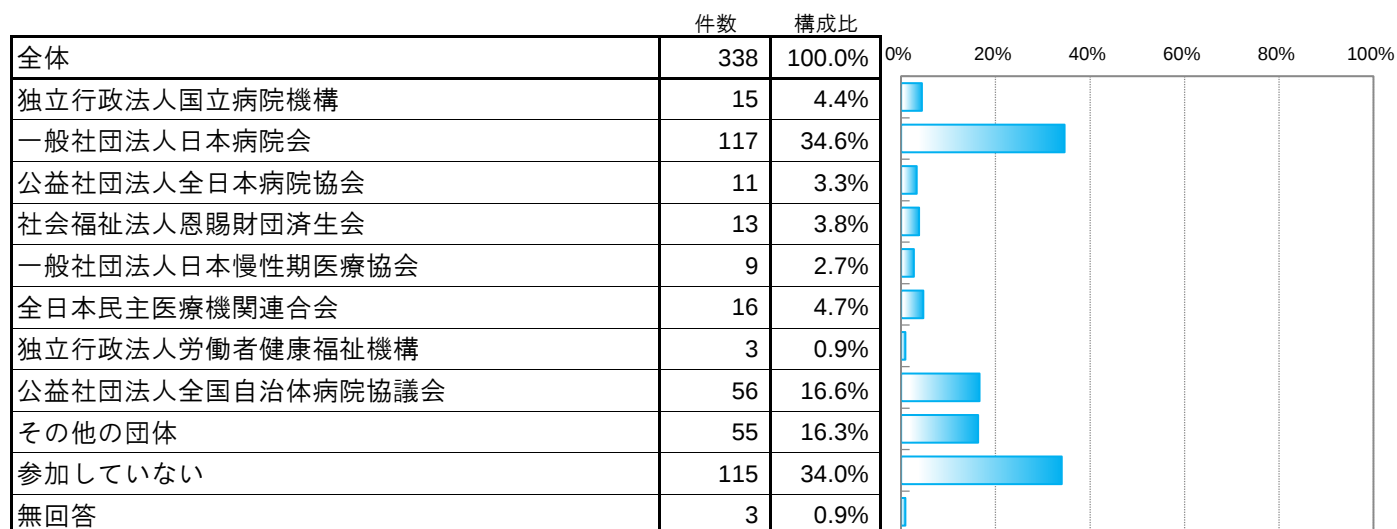
問7-2-②. 参考となる定義がなく、独自で作成し測定している指標数

【集計条件】問7. 臨床指標・質指標の測定…測定している



問7ー3. 測定・公表プログラムに参加している病院団体

【集計条件】問7. 臨床指標・質指標の測定…測定している



問7ー4. 利用有無／①DPCデータ

【集計条件】問7. 臨床指標・質指標の測定…測定している



問7ー4. 利用有無／②電子レセプトデータ

【集計条件】問7. 臨床指標・質指標の測定…測定している



問7ー4. 利用有無／③電子カルテやDWH等のIT

【集計条件】問7. 臨床指標・質指標の測定…測定している



問7-4. 利用有無／④医療職以外の職員による入力支援

【集計条件】問7. 臨床指標・質指標の測定…測定している



問7-4. 利用有無／⑤医療職以外の職員による収集支援

【集計条件】問7. 臨床指標・質指標の測定…測定している



問7-4. 利用有無／⑥医療職以外の職員による分析支援

【集計条件】問7. 臨床指標・質指標の測定…測定している



問7-4. 利用有無／⑦活動のための設備費

【集計条件】問7. 臨床指標・質指標の測定…測定している



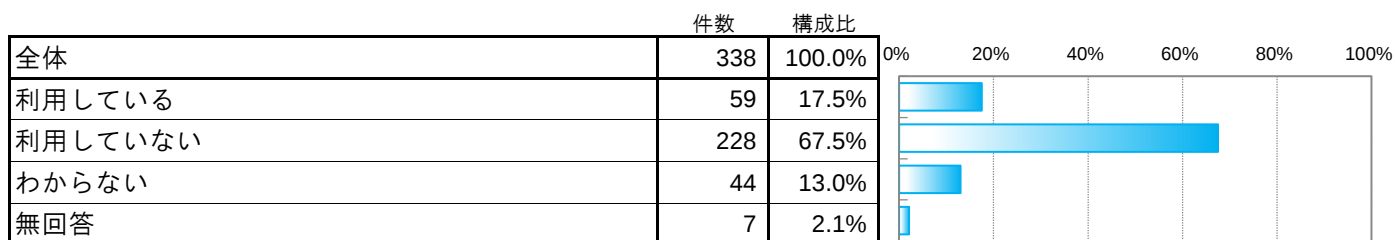
問7-4. 利用有無／⑧活動のための人件費

【集計条件】問7. 臨床指標・質指標の測定…測定している



問7ー4. 利用有無／⑨専任スタッフの育成

【集計条件】問7. 臨床指標・質指標の測定…測定している

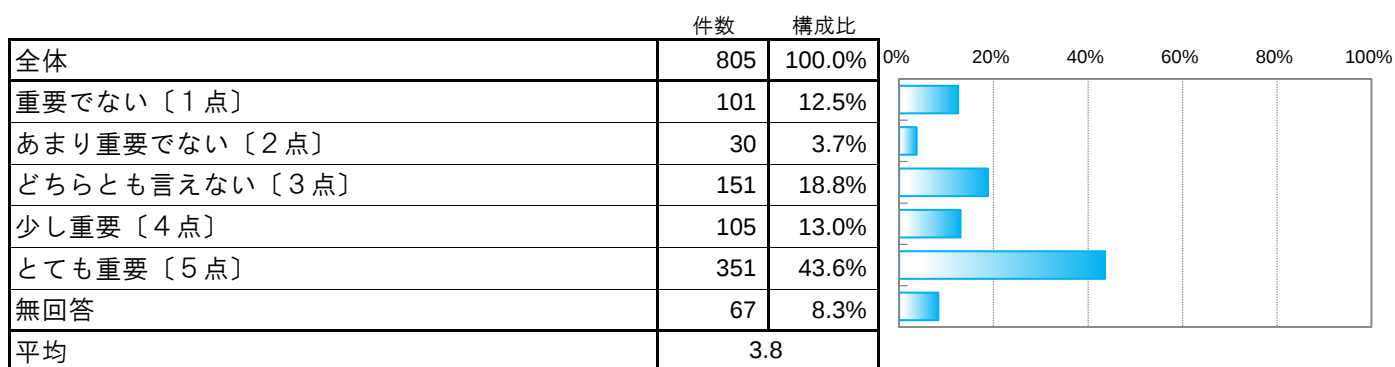


問7ー4. 利用有無／⑩その他

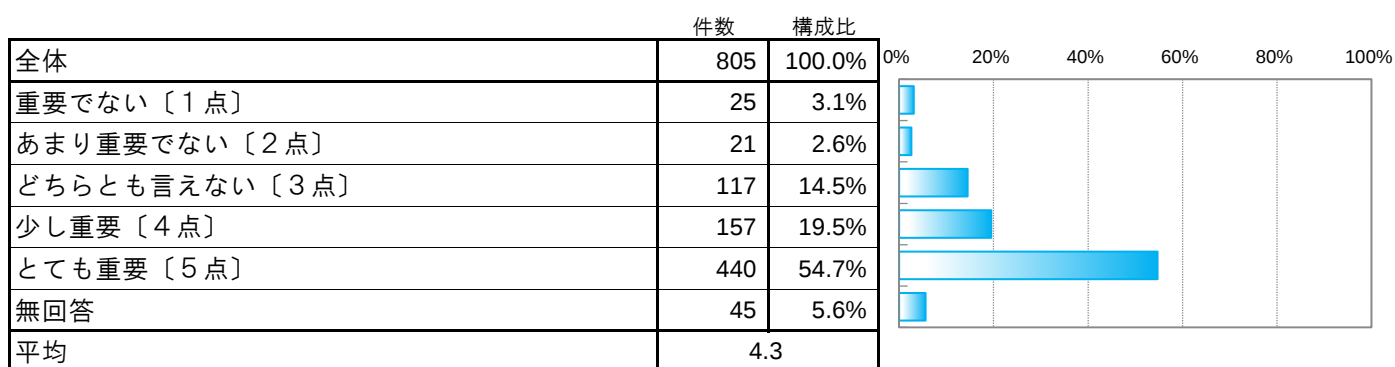
【集計条件】問7. 臨床指標・質指標の測定…測定している



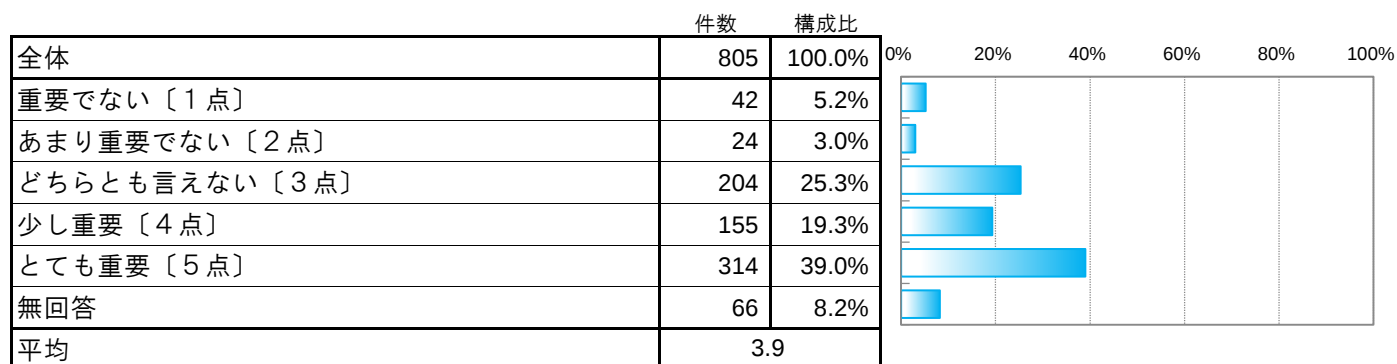
問8. 資源としての重要度／①DPCデータ



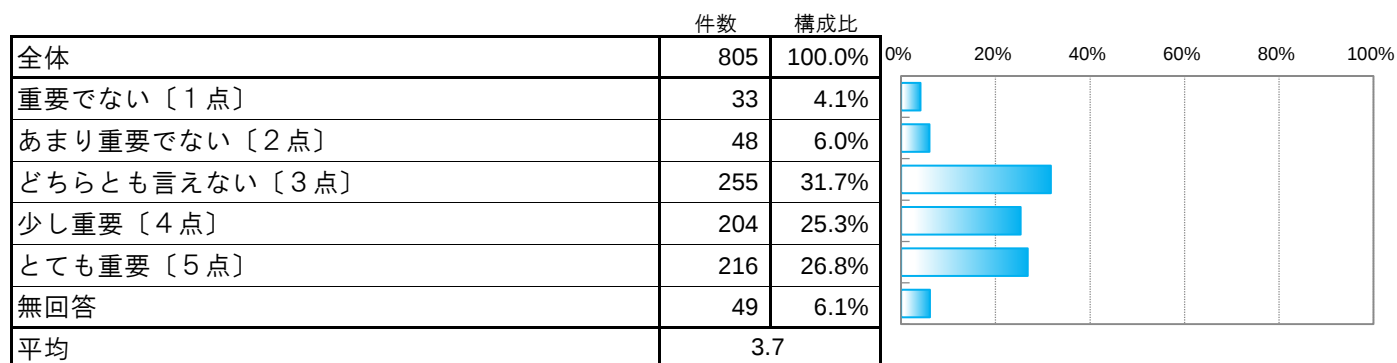
問8. 資源としての重要度／②電子レセプトデータ



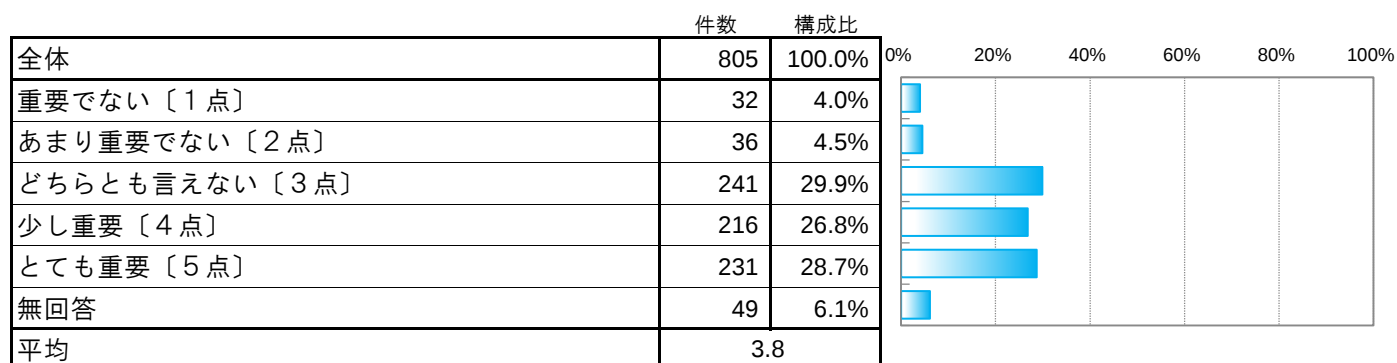
問8. 資源としての重要度／③電子カルテやDWH等のIT



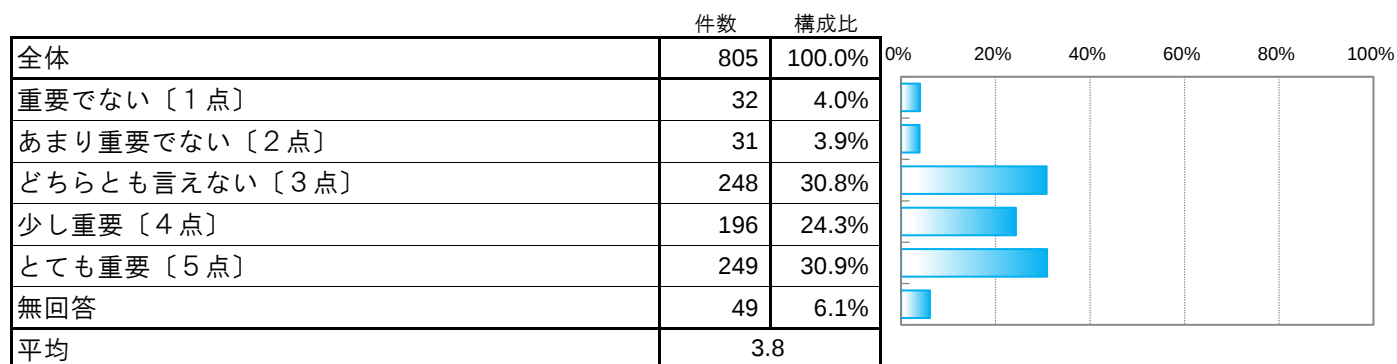
問8. 資源としての重要度／④医療職以外の職員による入力支援



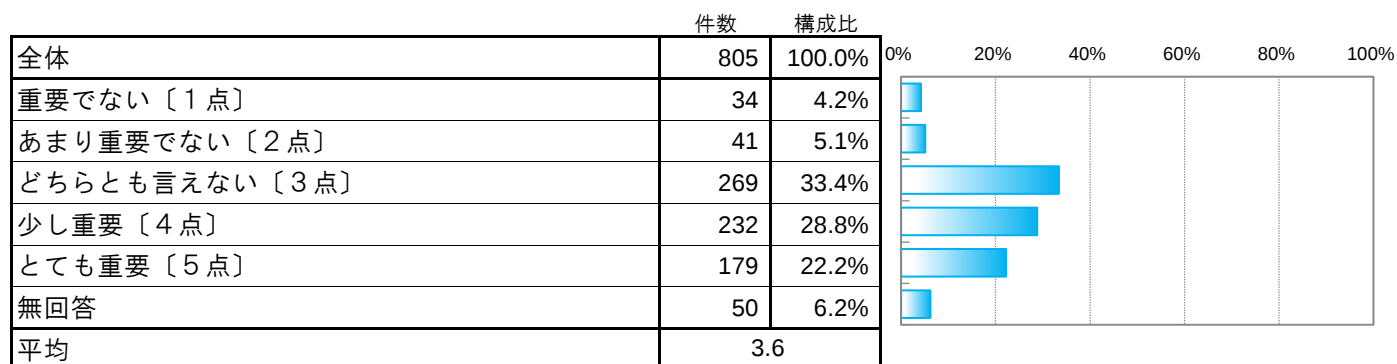
問8. 資源としての重要度／⑤医療職以外の職員による収集支援



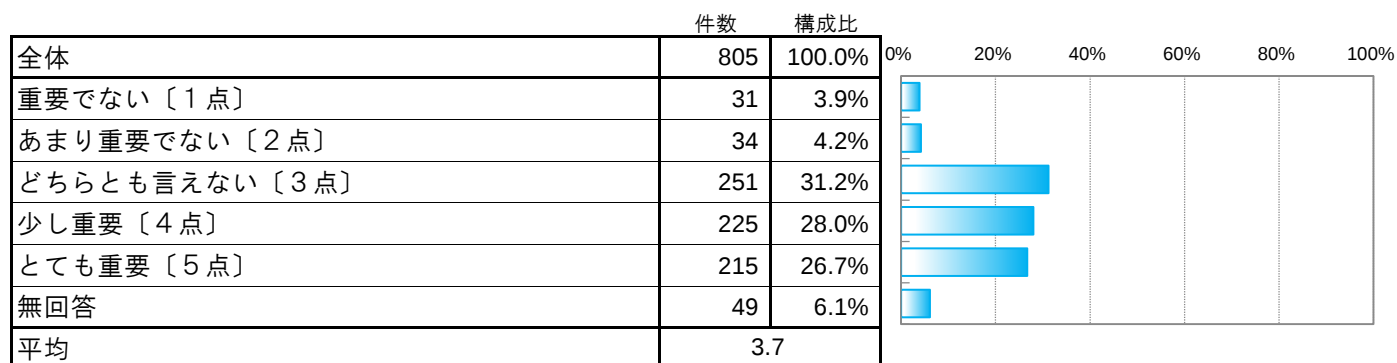
問8. 資源としての重要度／⑥医療職以外の職員による分析支援



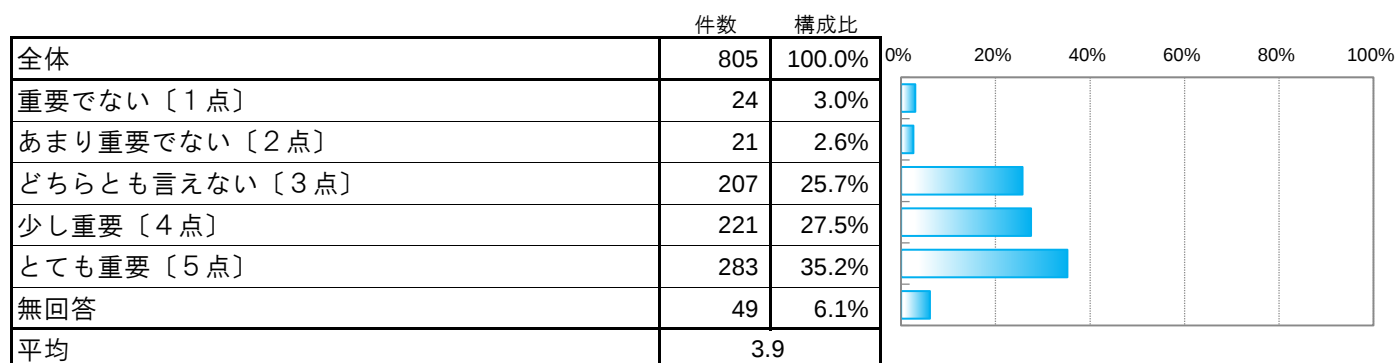
問8. 資源としての重要度／⑦活動のための設備費



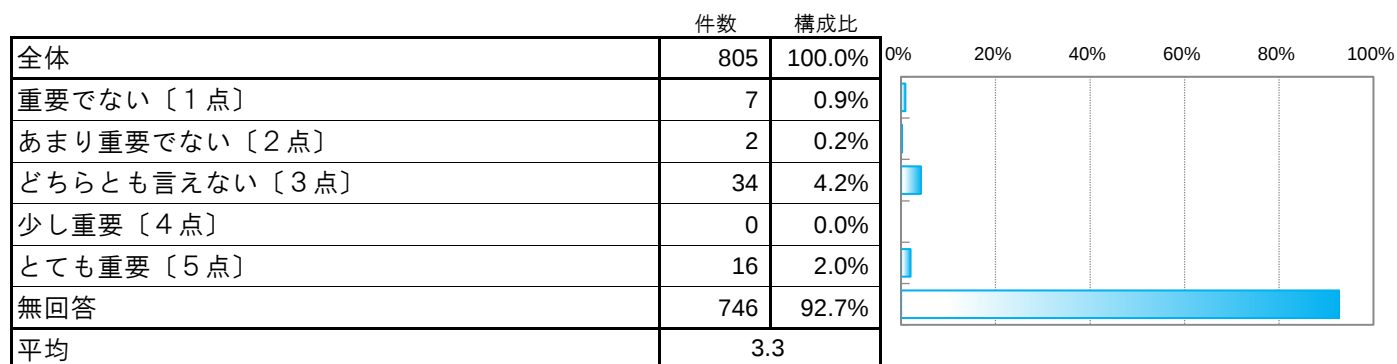
問8. 資源としての重要度／⑧活動のための人件費



問8. 資源としての重要度／⑨専任スタッフの育成



問8. 資源としての重要度／⑩その他

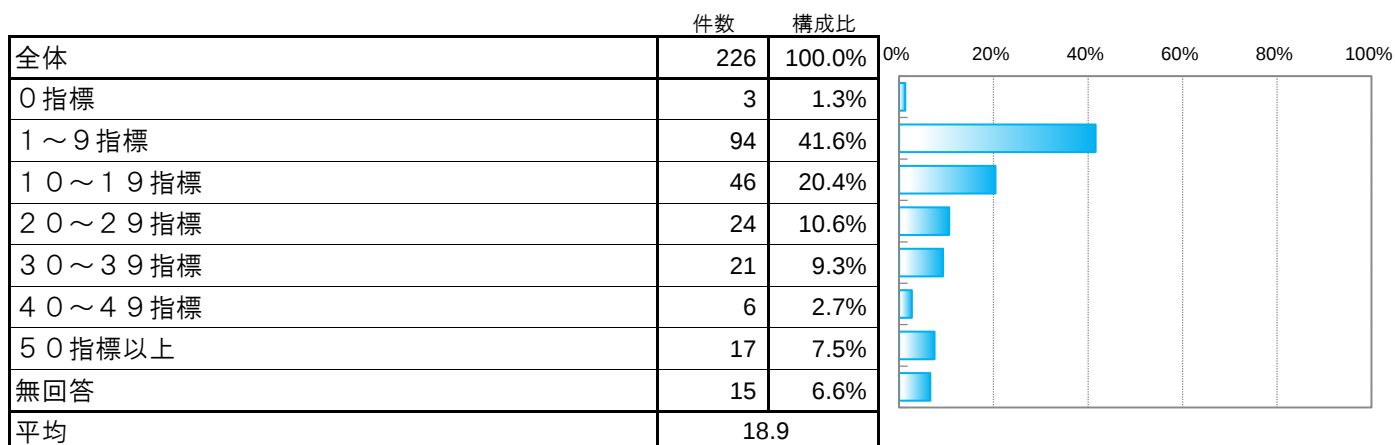


問9. 臨床指標・質指標を用いた質改善活動



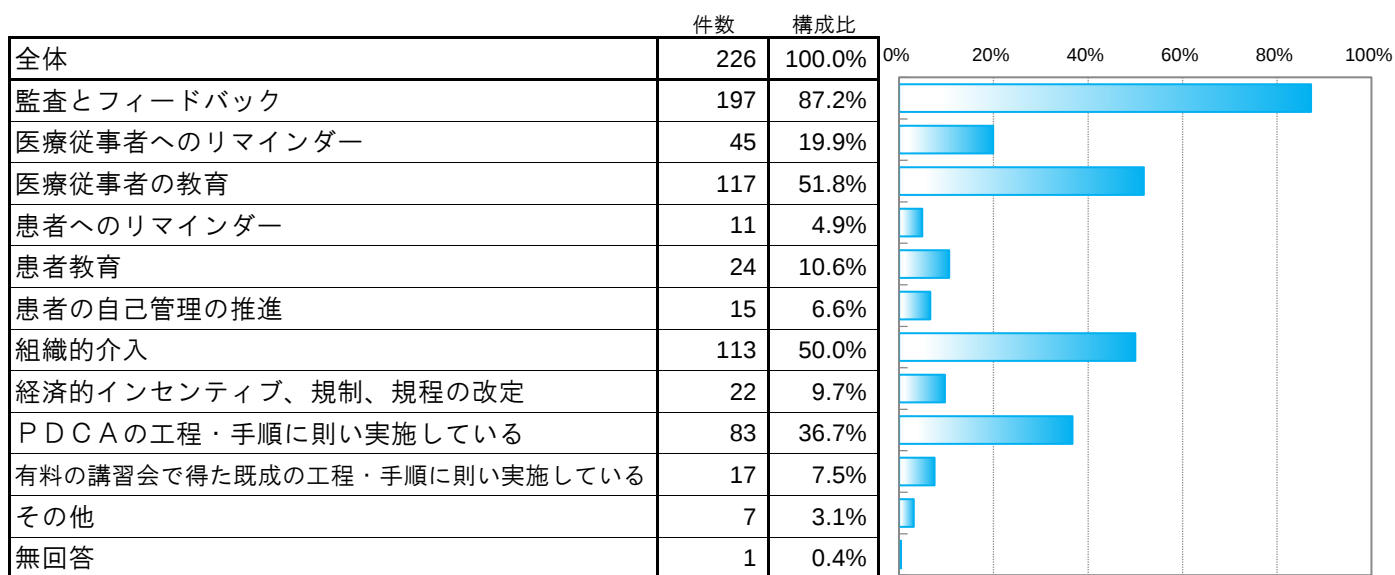
問9-1. 質改善活動を行った、または行っている指標数

【集計条件】問9. 臨床指標・質指標を用いた質改善活動…行っている



問9-2. 実際に行った質改善活動

【集計条件】問9. 臨床指標・質指標を用いた質改善活動…行っている



問9-3. 利用可能な資源／①病院管理者のリーダーシップ

【集計条件】問9. 臨床指標・質指標を用いた質改善活動…行っている



問9ー3. 利用可能な資源／②医療職以外の分析支援

【集計条件】問9. 臨床指標・質指標を用いた質改善活動…行っている



問9ー3. 利用可能な資源／③活動のための設備費

【集計条件】問9. 臨床指標・質指標を用いた質改善活動…行っている



問9ー3. 利用可能な資源／④活動のための人件費

【集計条件】問9. 臨床指標・質指標を用いた質改善活動…行っている



問9ー3. 利用可能な資源／⑤専任スタッフの育成

【集計条件】問9. 臨床指標・質指標を用いた質改善活動…行っている



問9ー3. 利用可能な資源／⑥現場スタッフの協力

【集計条件】問9. 臨床指標・質指標を用いた質改善活動…行っている



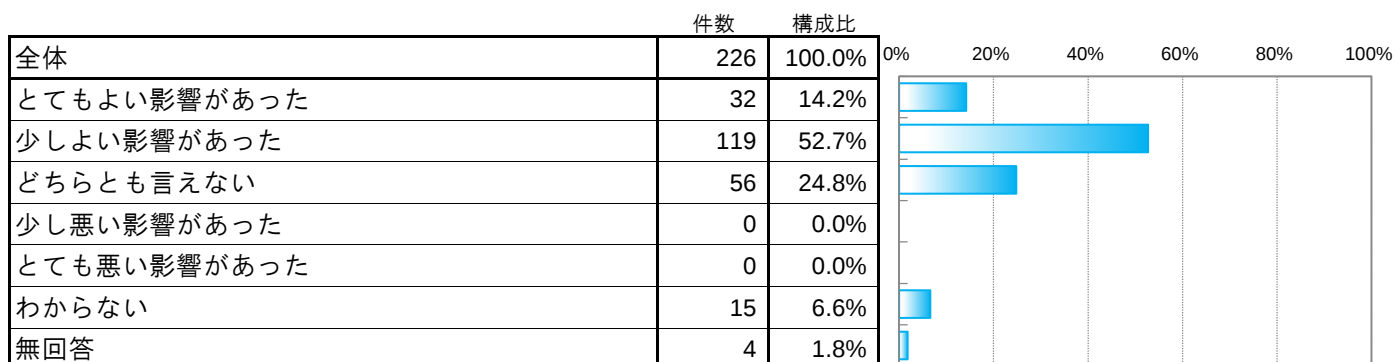
問9ー3. 利用可能な資源／⑦その他

【集計条件】問9. 臨床指標・質指標を用いた質改善活動…行っている

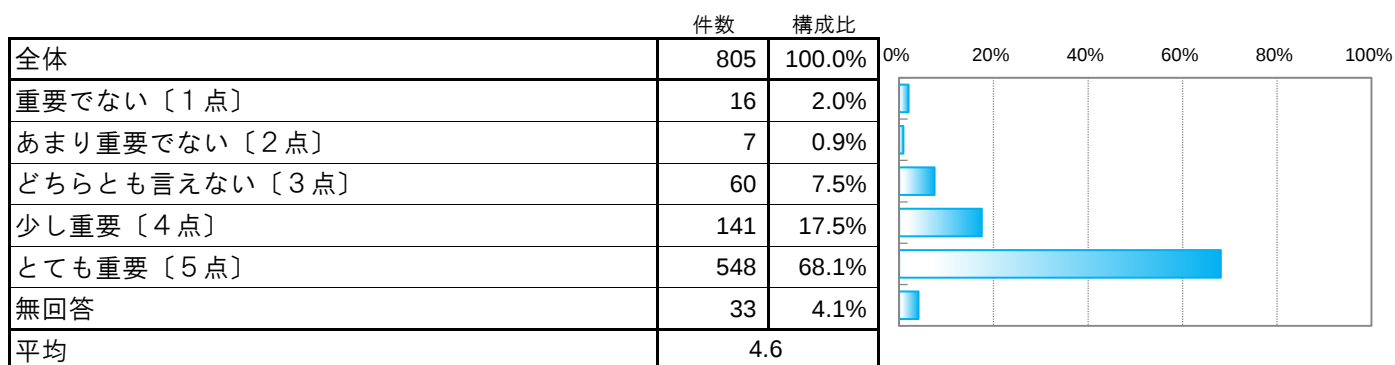


問9ー4. 指標値の測定・公表による、医療従事者の診療行動への影響

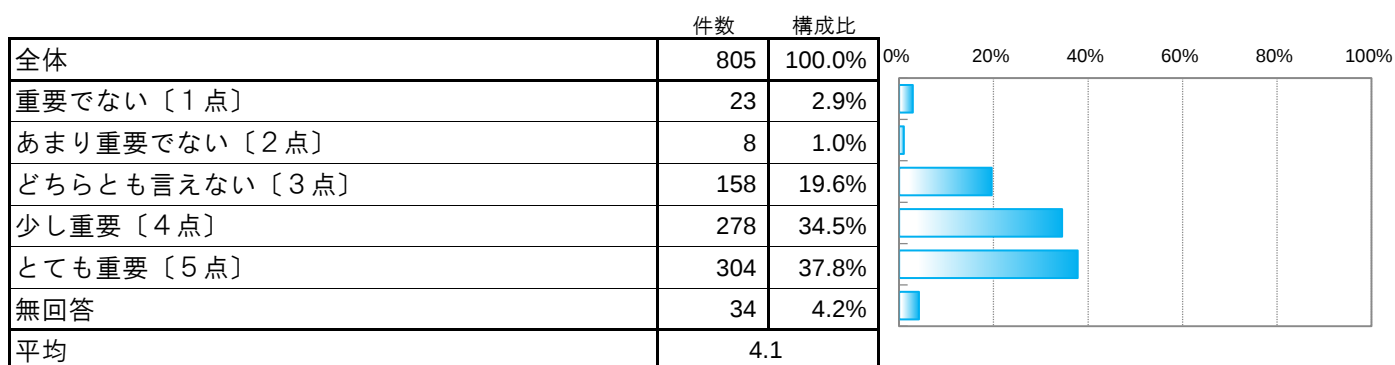
【集計条件】問9. 臨床指標・質指標を用いた質改善活動…行っている



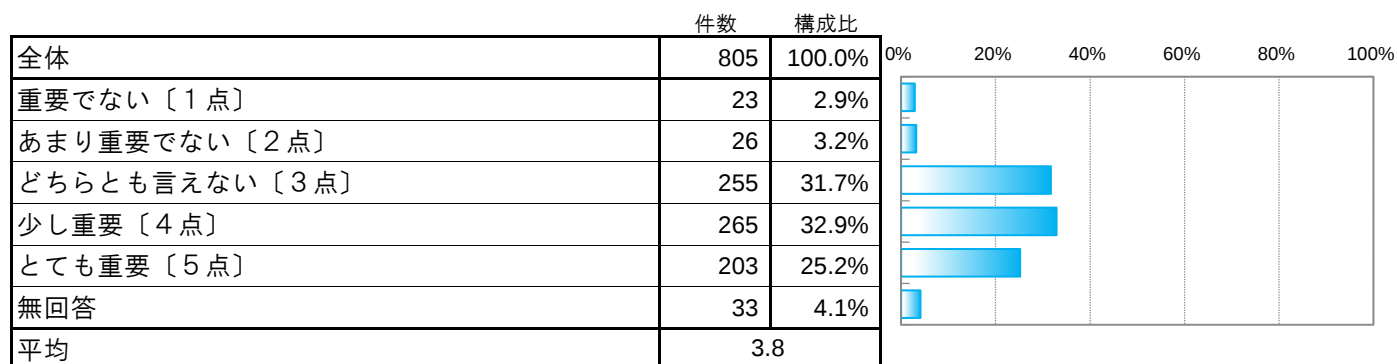
問10. 質改善に関する重要度／①病院管理者のリーダーシップ



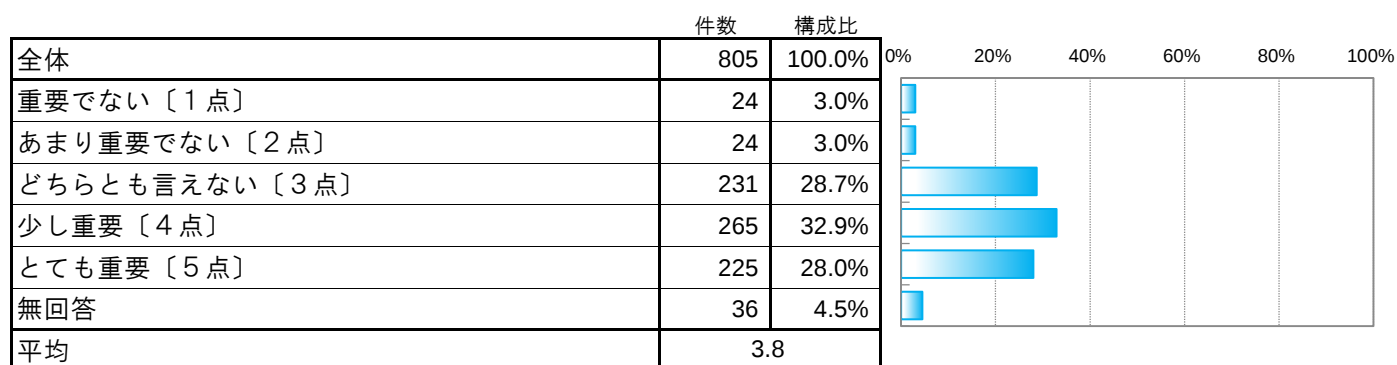
問10. 質改善に関する重要度／②医療職以外の分析支援



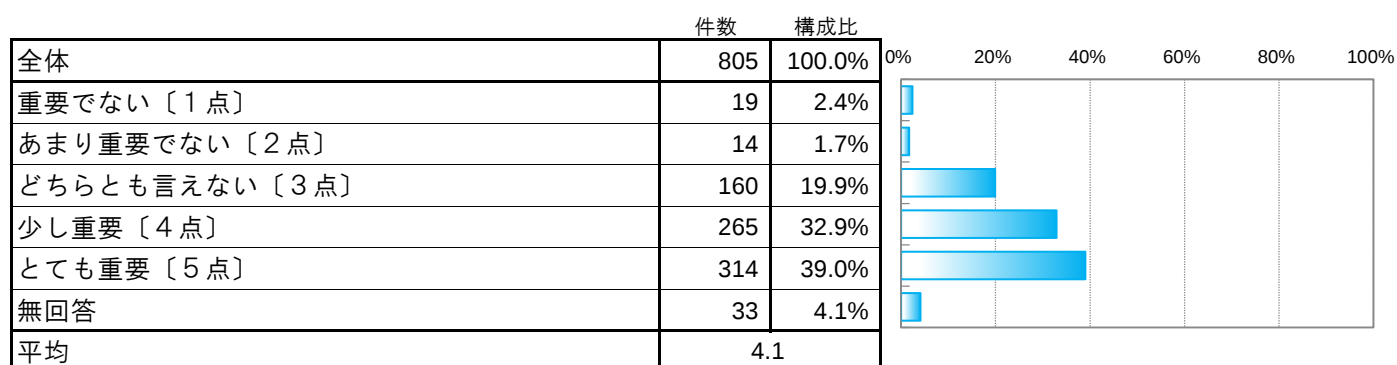
問10. 質改善に関する重要度／③活動のための設備費



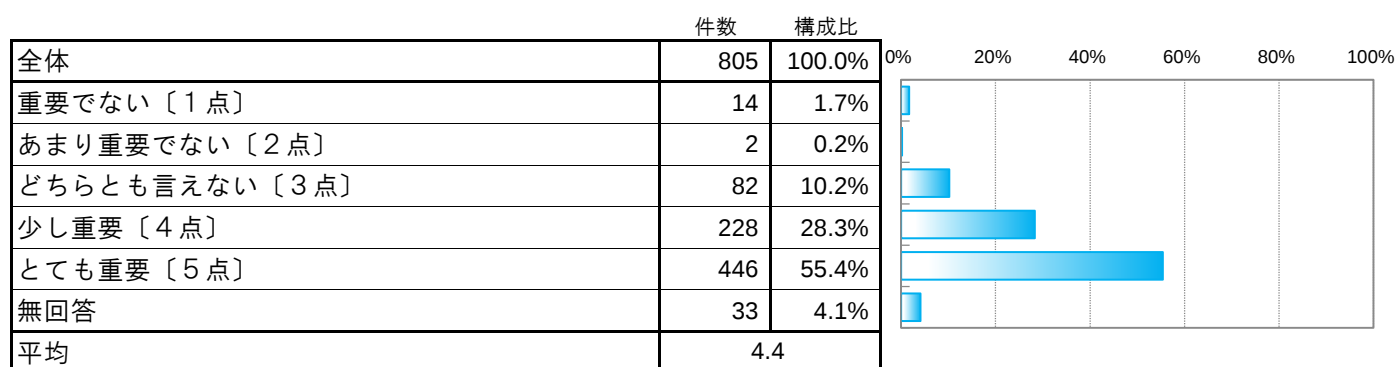
問10. 質改善に関する重要度／④活動のための人件費



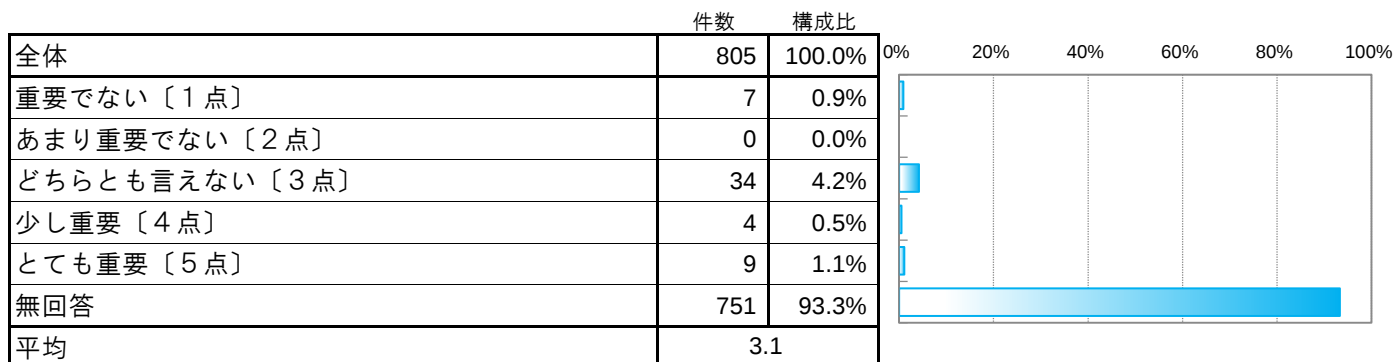
問10. 質改善に関する重要度／⑤専任スタッフの育成



問10. 質改善に関する重要度／⑥現場スタッフの協力



問10. 質改善に関する重要度／⑦その他

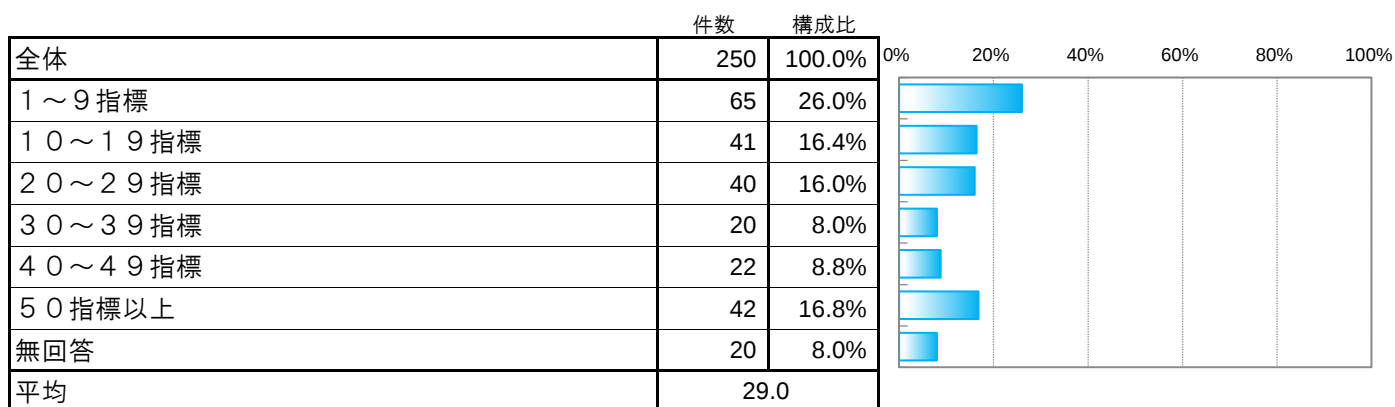


問11. ホームページや冊子、季刊誌などによる臨床指標・質指標の公表



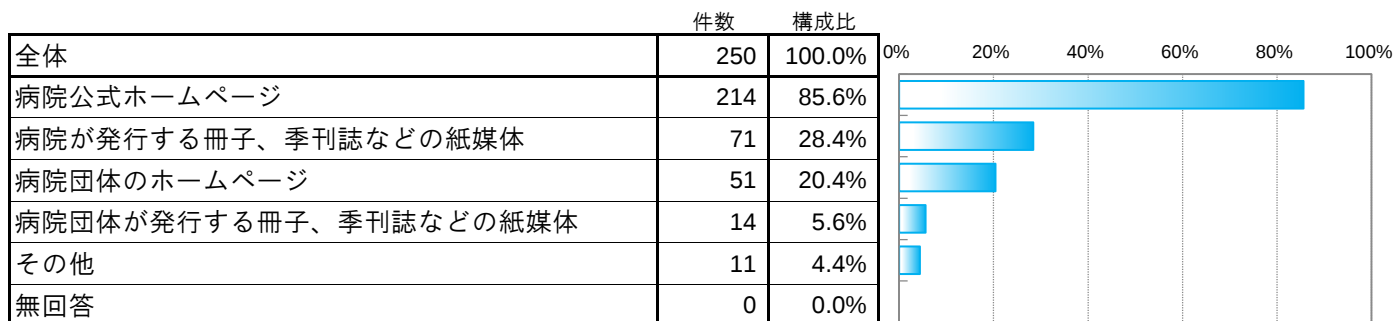
問11-1. 公表している指標数

【集計条件】問11. ホームページや冊子、季刊誌などによる臨床指標・質指標の公表…公表している

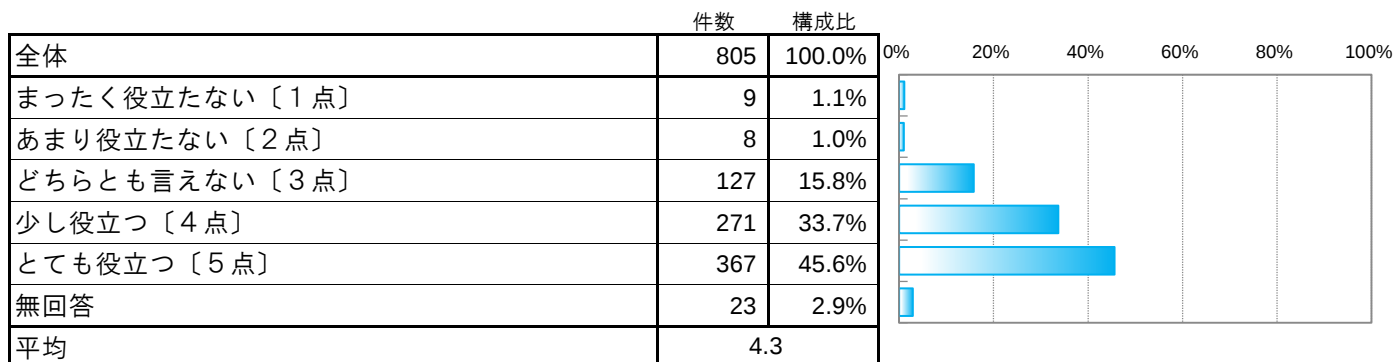


問11-2. 公表している場所

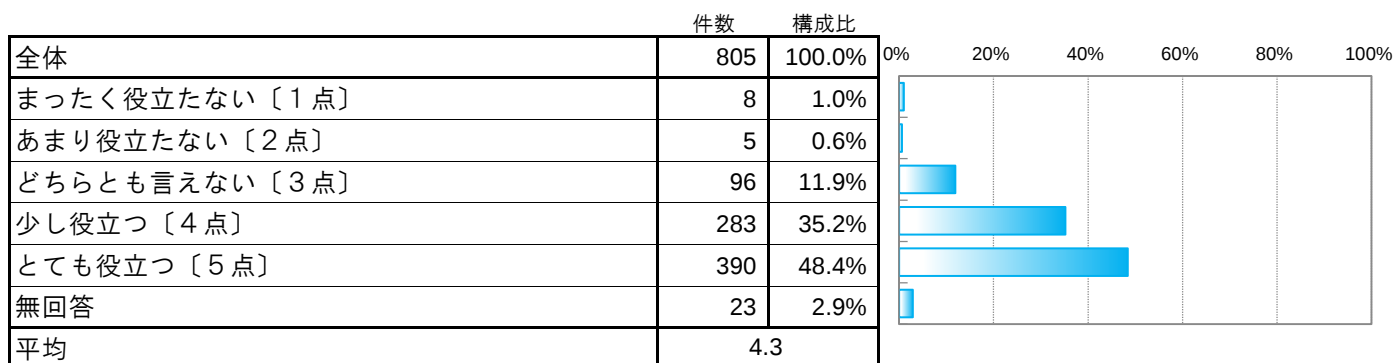
【集計条件】問11. ホームページや冊子、季刊誌などによる臨床指標・質指標の公表…公表している



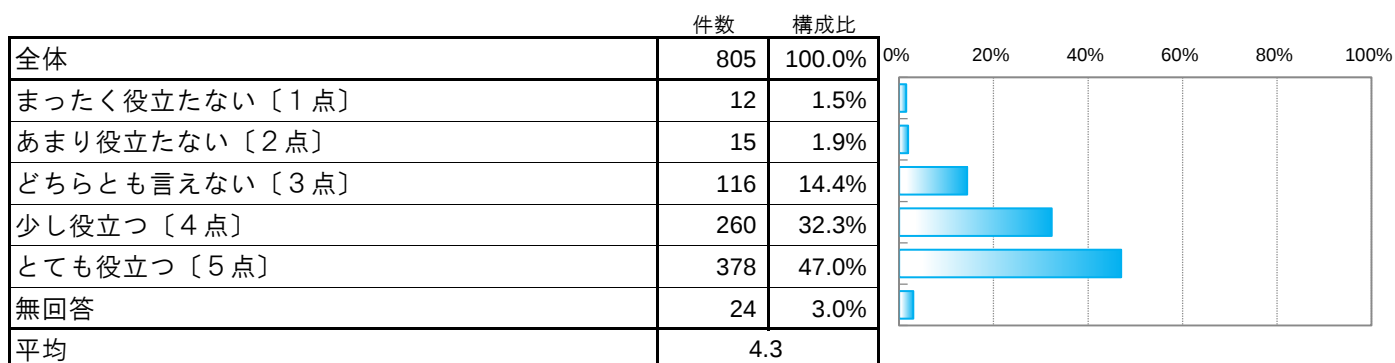
問12. 共通化により役立つこと／①医療の質の向上



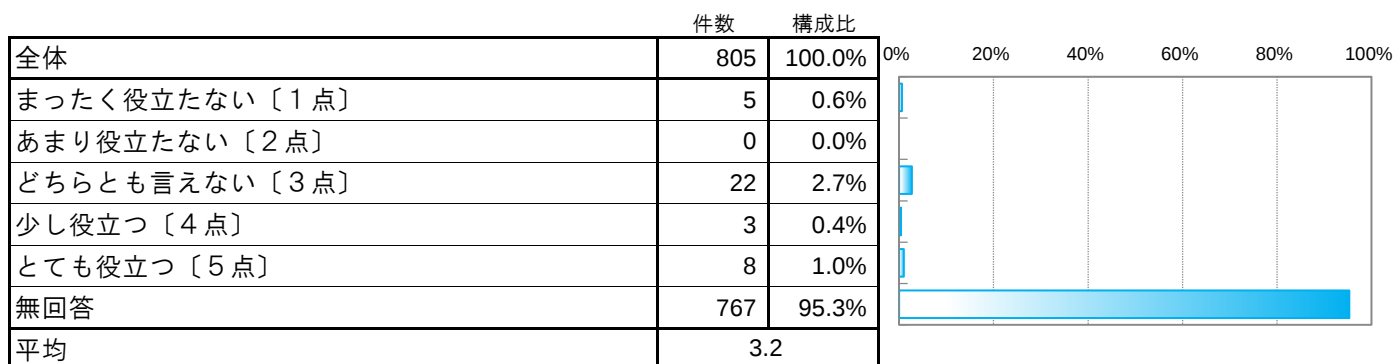
問12. 共通化により役立つこと／②現状分析・モニタリング



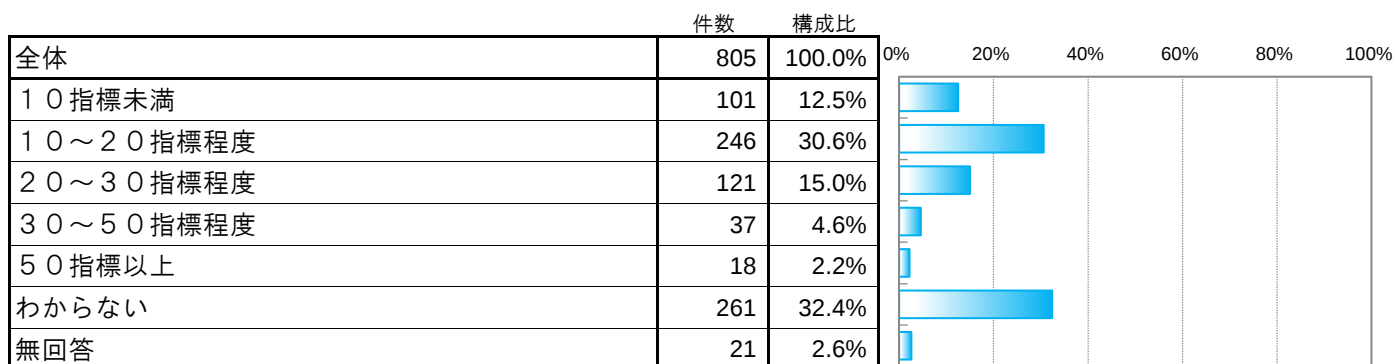
問12. 共通化により役立つこと／③他施設比較(ベンチマーク)



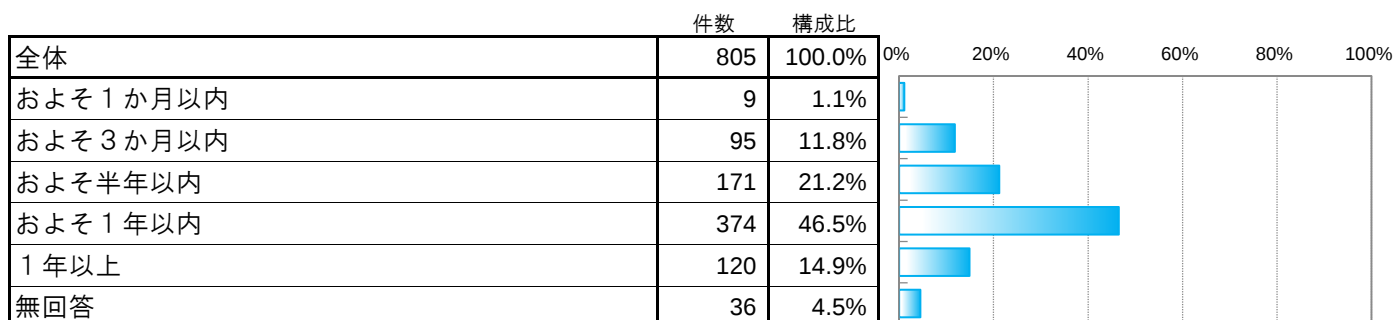
問12. 共通化により役立つこと／④その他



問13. 共通化に妥当な指標数



問14. 臨床指標値・質指標値の更新間隔



問15. 病院の参加形式／①測定結果が公表されない場合



問15. 病院の参加形式／②測定結果が公表される場合



問16. 経済的インセンティブの導入について／①データ提出



問16. 経済的インセンティブの導入について／②過程指標で自院の過去値との比較結果



問16. 経済的インセンティブの導入について／③結果指標で自院の過去値との比較結果



問16. 経済的インセンティブの導入について／④過程指標で同時期の他院・全国値との比較結果



問16. 経済的インセンティブの導入について／⑤結果指標で同時期の他院・全国値との比較結果

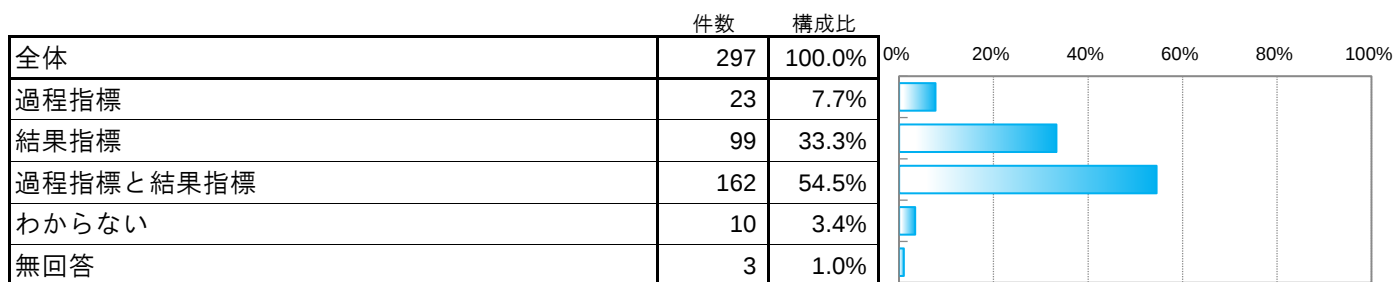


問17. 施設名を含めた公表について



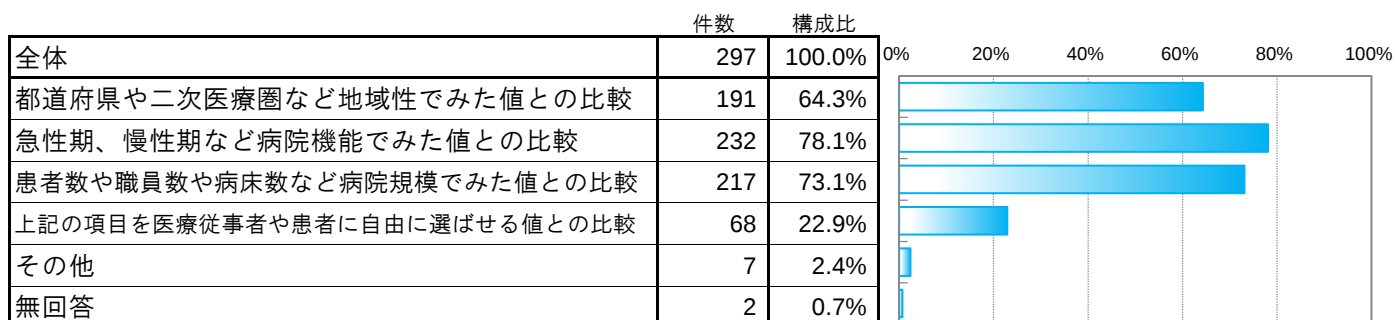
問17-1. 施設名を含めて公表されるべき指標

【集計条件】問17. 施設名を含めた公表について…一部またはすべて公表すべき

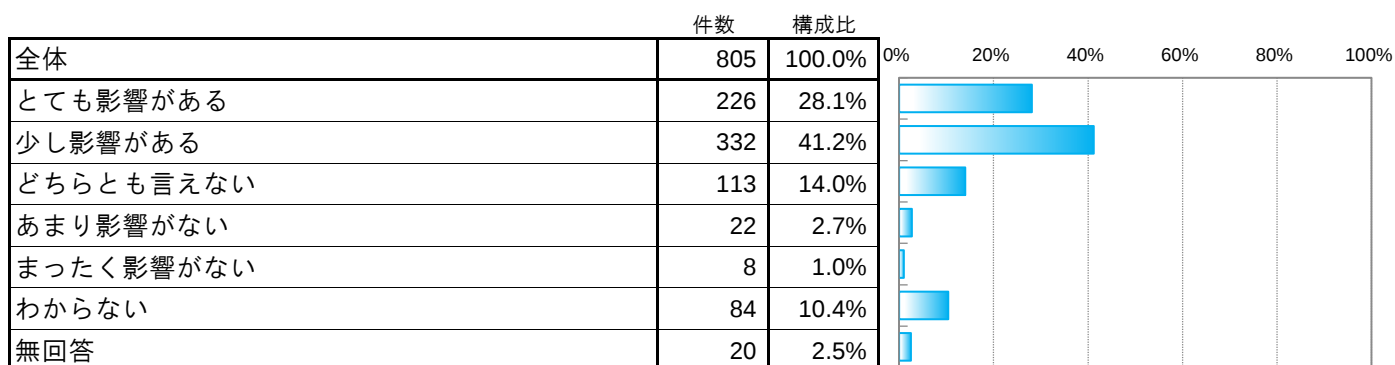


問17-2. 施設名を含めた他施設の値との比較(ベンチマーク)に適切な公表方法

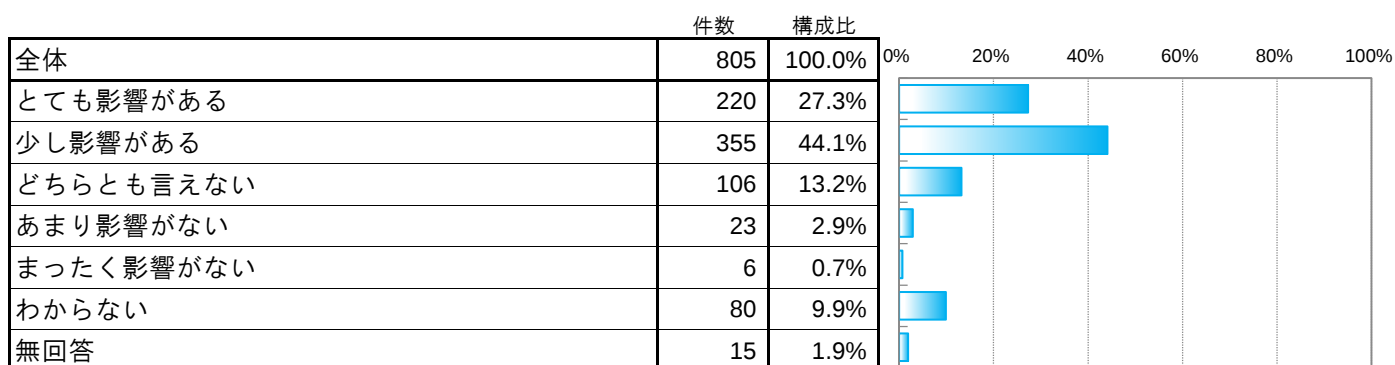
【集計条件】問17. 施設名を含めた公表について…一部またはすべて公表すべき



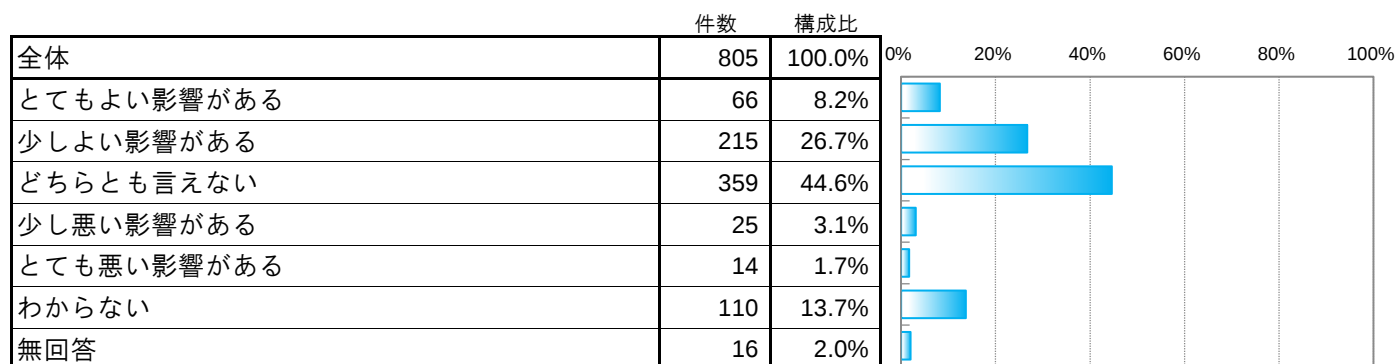
問18. 施設名を含めた指標値の公表による、医療従事者の診療行動への影響



問19. 施設名を含めた指標値の公表による、患者が病院等を選択することへの影響



問20. 施設名を含めた指標値の公表による、患者への影響



問21. 医師名も含めて公表されるべきだと思いますか

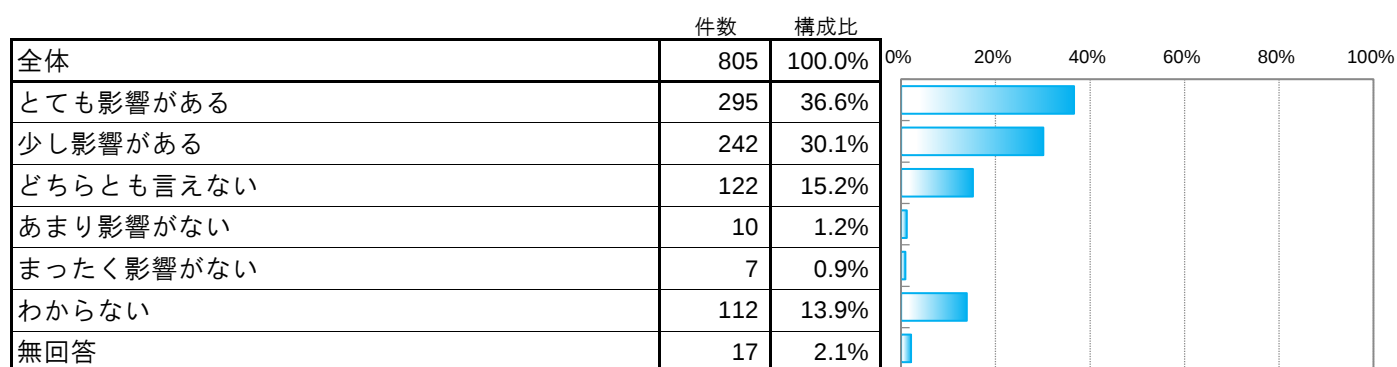


問21-1. 医師名を含めて公表されるべき指標

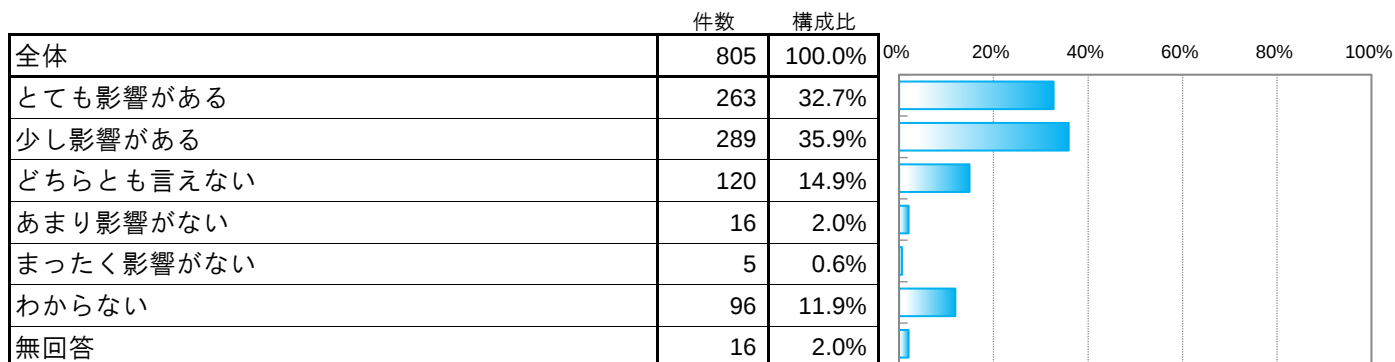
【集計条件】問21. 医師名も含めて公表されるべきだと思いますか…公表すべき



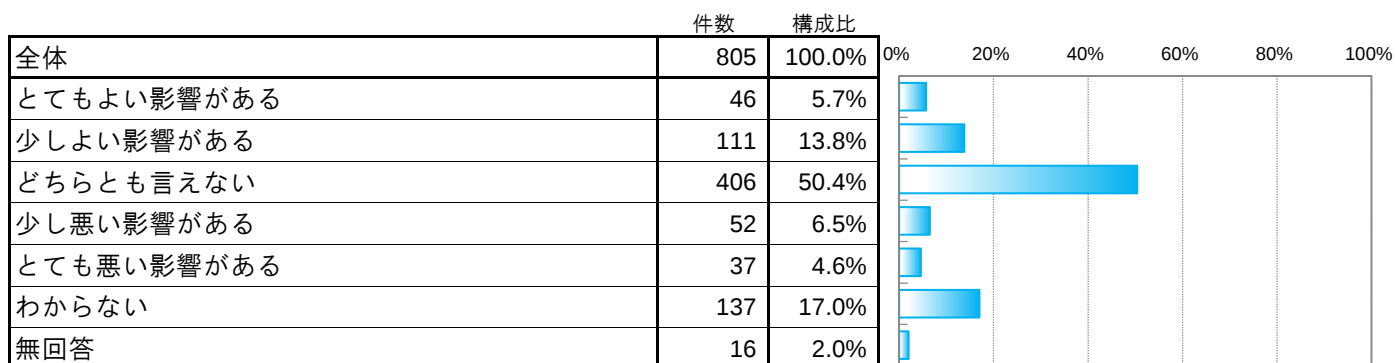
問22. 医師名を含めた指標値の公表による、医療従事者の診療行動への影響



問23. 医師名を含めた指標値の公表による、患者が病院を選択することへの影響



問24. 医師名を含めた指標値の公表による、患者への影響



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国内外レビュー及びより効果的な取組に関する研究
- グローバルな視点から求められている指標とは -

研究分担者 種田 憲一郎 国立保健医療科学院 医療・福祉サービス研究部 上席主任研究官

研究要旨：患者安全を含む医療の質への関心は、グローバルな視点からも、今まで以上に高まっている。日本を含む OECD 加盟国は、医療の質の指標（HCQI）に関する専門家会合を開催し、どのように医療の質を測るとよいのかを議論し、データを収集している。近年の会合では病院のパフォーマンス、認知症治療、患者安全、新たな取組みである PaRIS (Patient Reported Indicators Surveys) などに関して議論している。その際に 3 点を考慮することが（①妥当性；②実行可能性；そして③改善活動可能性）が提案されている。また日本を含む WHO 加盟国が取り組む「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」においては、単に医療サービスへのアクセスを保障するだけでなく、そのサービスの質を担保することも重要な要素の一つとしている。グローバルに保健医療サービスの質と安全をどのような指標でモニターするかなどの議論が始まっており、測定すべき妥当性のある指標が提案されている。国内の医療機関における指標を検討する際にも、それらの指標が参考となる。

A. 研究目的

患者安全を含む医療の質への関心は、グローバルな視点からも、今まで以上に高まっている。日本を含む OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development、経済協力開発機構) 加盟国は、年に2回、医療の質の指標（HCQI）に関する専門家会合（Health Care Quality Indicators (HCQI) Expert Group）を開催し、どのように医療の質を測るとよいのかを議論し、データを収集し、OECD の出版物である「Health at a Glance（図表で見る医療）」などで公開している。

また近年、日本を含む加盟国が賛同して、WHO (World Health Organization、世界保健機関) や世界銀行などと取り組む「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC)」は、次のように定義されている：「Universal coverage (UC), or universal health coverage (UHC), is defined as ensuring that all people can use the promotive, preventive, curative, rehabilitative and palliative health services they need, of sufficient quality to be effective, while also ensuring that the use of these services does not expose the user to financial hardship.」。即ち、単に医療サービスへのアクセスや経済的な負担軽減を保障するだけでなく、そのサービスの質を担保することも UHC の提案する重要な要素の一つである。人々が必要とする質の担保された保健医療サービスを受けているかどうかについて、どのような指標でモニターするかなどの議論がグローバルに始まっている。

日本は加盟国の一つとして、これらの国際機関と共同してデータを収集し、諸外国とのベンチマークにも寄与することで、医療の質・医療安全の向上に

資するがもとめられている。したがって、本分担研究では、グローバルな視点でどのような医療の質指標を測ることが議論されているのか、近年の動向について調査することを目的とする。

B. 研究方法

日本が加盟する国際機関である OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development、経済協力開発機構) および WHO (World Health Organization、世界保健機関) において、医療の質・医療安全に関わる近年の動向を、報告書、議事録、ウェブサイト等からレビューする。

（倫理面への配慮）

本研究においては倫理面について配慮すべき個人情報扱わない。

C. 研究結果

1) OECD の取組み

OECD が 2 年に 1 回の頻度で出版する「Health at a Glance」には、以下の分野に関する定められた指標を、可能な範囲で、加盟国に提出を求めている（参照：スライド資料 1 から 2）：

- ☐ Primary Care (AA) - Avoidable Hospital Admissions
- ☐ Primary Care (PR) - Prescribing
- ☐ Acute Care (AC)
- ☐ Mental Health (MH)
- ☐ Patient Safety (PS)
- ☐ Patient Experiences (PE)

以下の 2 分野については、他の既存のデータから各国の情報を抽出し、掲載することとしている（参

照：スライド資料3）：

- ☐ Cancer Care
- ☐ Care for Communicable Diseases

今後に取り組むべき指標として、次のような分野が議論されている（参照：スライド資料4から5）：

- ☐ PaRIS initiative (Patient-Reported Indicators Survey)
- ☐ Dementia

OECDにおける最近の会合では、病院のパフォーマンスの測定の精緻化、患者安全の指標の精緻化、などに関する議論も行われている。そして、指標の検討には次の3点を考慮することが提案されている：

- ①妥当性 validity
- ②実行可能性 feasibility (or ease of implementation at national-level within a health system)
- ③改善活動可能性 actionability (or whether knowing the indicator's value and comparison against benchmarks can drive change to improve health care quality)

2) WHOの取り組み

日本を含む加盟国が賛同して、WHO (World Health Organization、世界保健機関) は以下のような取り組みを進めており、いずれも取り組み状況をモニターするための指標について、議論が進められている：

1) UHC Attributes (参照：スライド資料6から8)

- ☐ Quality
- ☐ Efficiency
- ☐ Equity
- ☐ Accountability
- ☐ Sustainability and Resilience

2) Integrated People-centred Health Services Delivery (参照：スライド資料9から10)：

人々が疾病を患い「患者」となる以前の状況においても、地域住民一人一人の課題・ニーズ・価値観などを中心に考慮し、地域を巻き込んで包括的な健康サービスを提供することが求められている。

3) AMR (Antimicrobial Resistance) (参照：スライド資料11)：

薬剤耐性は、日本国内においても、重要な課題として既に取り組みが開始されている。薬剤耐性菌そのものの発生の測定だけではなく、その原因の一つとも考えられている不適切な抗生物質の使用等についても、測定しモニターすることが求められている。

D. 考察

OECDおよびWHOの取り組みから、近年とくに注目されていることは、患者や地域住民の視点である。例えば、OECDが以前から取り組んでいる患者経験に関わる指標においては、単に診察における満足度の測定だけではなく、患者の視点から、十分な時間がとられたか (DOCTOR SPENDING ENOUGH TIME WITH PATIENTS DURING THE CONSULTATION)、理解しやすい説明であったか (DOCTOR PROVIDING EASY-TO-UNDERSTAND EXPLANATIONS)、そして、疑問や懸念を伝える機会があったか (DOCTOR GIVING OPPORTUNITY TO ASK QUESTIONS OR RAISE CONCERNS)、などが求められている。さらにOECDが新たに取り組みはじめているPaRIS initiative (Patient-Reported Indicators Survey)においては、患者安全に関わるインシデント報告も含まれており (PRIMS: Patient-Reported Incident Measures)、より積極的に患者視点での評価に取り組もうとしている。

また指標を決定する際に、その妥当性や実効性だけでなく、指標を活用した改善活動可能性も考慮すべきだという提案は賛同すべき視点である。国内においても、測定したが実際の改善活動につなげられていないこともしばしば観察されている。

WHOなどが提案するUHCやIntegrated People-centred Health Services Deliveryは大変重要な取り組みではあるが、どのように測定するか、その指標のあり方については、今後のグローバルな議論の中でより明確にされていくものと考えられる。

またWHOとOECDとが共に取り組む活動の一つであるアジア太平洋地域における医療の質改善ネットワーク会合 (WHO/WPRO、WHO/SEARO、OECD共催) が年1回開催され、質の指標とUHCとの関連付け、質の高い医療へのアクセス評価のための情報インフラ、患者安全の取り組みなどを議論している。

直近では2017年3月にはドイツのボンにおいて、「Second Global Ministerial Summit on Patient Safety」 (第2回患者安全に関するグローバル・サミット保健省会合) が開催され、40カ国余りから各国の行政 (厚生労働省) の代表を含む300人以上の専門家が出席し議論が行われた。この会議において、WHOが中心となり、日本を含む全ての加盟国とともに取り組むべき医療安全 (患者安全) のテーマとして、Medication Safety (薬に関わる安全) が取り上げられ、世界規模で「Medication without Harm」 (害のない薬の使用) を目標として取り組むことが発表された。次年度の第3回のグローバル・サミットは、日本が主催する予定であり、今後さらに日本国内においても、患者安全を含む医療の質への関心が高まることと思われる。

国内の医療機関においては、既にJCI (Joint Commission International) など国際的な第三者機関による認証を求める医療機関も増えつつある。

OECDやWHOをはじめとする国際機関におけるグロ

ーバルな活動にも注視しながら、それを参考にして国内における指標についても検討するとよいと思われる。とくに国の事業として実施する質指標に関わる取組みが、グローバルな活動にも資することは、大変意義のあることと考えられる。

本研究の限界：

国際機関から共有された資料およびインターネット上で公開されている一部の情報のみを対象としている。

E. 結論

研究の限界はあるが、以下の点が示唆された：グローバルな視点で、多くの加盟国が議論する中で、医療の質・患者安全に関わる取組みが進められており、測定すべき妥当性のある指標が提案されている。国内の医療機関における指標を検討する際には、それらの指標も参考となる。このことは、国として求められているグローバルな活動にも資する機会となると考えられる。

参考文献（全て2017年5月23日時点でアクセス可能）：

- 1) Health at a Glance 2015 - OECD Indicators
<http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>
- 2) WHO-UHC
http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/
- 3) WHO/WPRO : UNIVERSAL HEALTH COVERAGE - MOVING TOWARDS BETTER HEALTH
http://www.wpro.who.int/about/regional_committee/66/resolutions/wpr_rc66_r2_uhc.pdf?ua=1
- 4) WHO Resolution : Strengthening integrated, people-centred health services
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R24-en.pdf
- 5) WHO-AMR : GLOBAL ACTION PLAN ON ANTIMICROBIAL RESISTANCE
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/193736/1/9789241509763_eng.pdf?ua=1
- 6) Second Global Ministerial Summit on Patient Safety in Bonn on 29/30 March 2017
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/health/patient-safety-summit-2017.html>

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

OECD Health Care Quality Indicators (1)

Area	Indicator Name
Primary Care - Avoidable hospital admissions (A4)	Asthma hospital admission
	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) hospital admission
	Congestive Heart Failure (CHF) hospital admission
	Hypertension hospital admission
	Diabetes hospital admission
	Admission-based diabetes lower extremity amputation
	Patient-based diabetes lower extremity amputation
	Adequate use of cholesterol lowering treatment in diabetic patients (DDD/Day)
	First choice antihypertensives for diabetes patients (DDD/Day)
	Long-term use of benzodiazepines and related drugs in elderly patients (≥ 365 DDD/Day per year)
Primary Care - Prescribing (PR)	Use of long-acting benzodiazepines in elderly patients
	Volume of cephalosporins and quinolones as a proportion of all systemic antibiotics prescribed (DDD/Day/Users)
	Overall volume of antibiotics for systemic use prescribed (DDD/Day/Users)
	Any anticoagulating drug in combination with an oral NSAID
Acute Care (AC)	Patient-based AMI 30 day (in-hospital and out of hospital) mortality
	Admission-based AMI 30 day in-hospital mortality
	Patient-based hemorrhagic stroke 30 day (in-hospital and out of hospital) mortality
	Admission-based hemorrhagic stroke 30 day in-hospital mortality
	Patient-based ischemic stroke 30 day (in-hospital and out of hospital) mortality
	Admission-based ischemic stroke 30 day in-hospital mortality
	Hip-fracture surgery initiated within 2 calendar days after admission to the hospital
Mental Health Care (MH)	In-patient death from suicide among patients at the hospital with a mental disorder
	Death from suicide within 1 year after discharge among patients diagnosed with a mental disorder
	Death from suicide within 30 days after discharge among patients diagnosed with a mental disorder
	Excess mortality from schizophrenia
	Excess mortality from bipolar disorder
	Excess mortality from severe mental illness

1

OECD Health Care Quality Indicators (2)

Area	Indicator Name
Patient Safety (PS)	Retained surgical item or unretrieved device fragment
	Postoperative pulmonary embolism – hip and knee replacement discharges
	Postoperative DVT – hip and knee replacement discharges
	Postoperative sepsis - abdominal discharges
	Postoperative wound dehiscence – abdominal discharges
	Obstetric trauma vaginal delivery with instrument
	Obstetric trauma vaginal delivery without instrument
Patient Experiences (PE)	Consultation skipped due to costs
	Medical tests, treatment or follow-up skipped due to costs
	Prescribed medicines skipped due to costs
	Waiting time of more than 4 weeks for getting an appointment with a specialist
	Doctor spending enough time with patients during the consultation
	Regular doctor spending enough time with patients during the consultation
	Doctor providing easy-to-understand explanations
	Regular doctor providing easy-to-understand explanations
	Doctor giving opportunity to ask questions or raise concerns
	Regular doctor giving opportunity to ask questions or raise concerns
	Doctor involving patients in decisions about care or treatment
	Regular doctor involving patients in decisions about care or treatment

2

OECD Health Care Quality Indicators (3)

Area	Indicator Name
Cancer Care	Breast cancer 5-year net survival *
	Cervical cancer 5-year net survival *
	Colorectal cancer 5-year net survival *
	Acute lymphoblastic leukaemia in children 5-year net survival *
	Mortality from breast cancer
	Mortality from cervical cancer
	Mortality from colorectal cancer
	Mammography screening
Care for Communicable Diseases	Cervical cancer screening
	Vaccination rate against diphtheria, tetanus and pertussis
	Vaccination rate against hepatitis B
	Vaccination rate against influenza
	Vaccination rate against measles

3

OECD新たな指標の検討(1)

- PaRIS initiative
(Patient-Reported Indicators Survey)
 - PROMS: Patient-Reported Outcome Measures
 - PREMS: Patient-Reported Experience Measures
 - PRIMS: Patient-Reported Incident Measures

4

OECD新たな指標の検討(2)

- Dementia
 1. All-cause hospital admissions for people with dementia
 2. Hip fracture admissions for people with dementia
 3. Time to surgery after admission for hip fracture for people with dementia
 4. Length of stay for hip surgery for people with dementia
 5. Mortality following hip surgery for people with dementia
 6. Proportion of all over-65s with a prescription for antipsychotics

5

Universal Health Coverage (UHC)

“Universal coverage (UC), or universal health coverage (UHC), is defined as ensuring that all people can use the promotive, preventive, curative, rehabilitative and palliative health services they need, of **sufficient quality to be effective**, while also ensuring that the use of these services does not expose the user to financial hardship.”

http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/

6

Resolution to facilitate UHC in Western Pacific Region



http://www.wpro.who.int/about/regional_committee/66/resolutions/wpr_rc66_r2_uhc.pdf?ua=1

7

UHC Attributes by WHO/WPRO

Health System Attributes	Action domains for UHC
QUALITY	1.1 Regulations and regulatory environment
	1.2 Effective, responsive individual and population-based services
	1.3 Individual, family and community engagement
EFFICIENCY	2.1 System design to meet population needs
	2.2 Incentives for appropriate provision and use of services
	2.3 Managerial efficiency and effectiveness
EQUITY	3.1 Financial protection
	3.2 Service coverage and access
	3.3 Non-discrimination
ACCOUNTABILITY	4.1 Government leadership and rule of law for health
	4.2 Partnerships for public policy
	4.3 Transparency, monitoring and evaluation (M&E)
SUSTAINABILITY AND RESILIENCE	5.1 Public health preparedness
	5.2 Community capacity
	5.3 Health system adaptability and sustainability

8

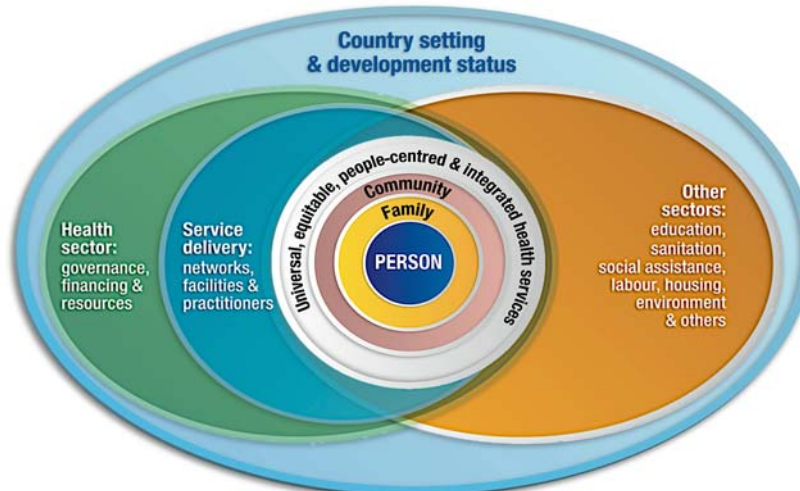
1. **ADOPTS** the framework on integrated, people-centred health services;
2. **URGES** Member States:
 - (1) to **implement, as appropriate, the framework** on integrated, people-centred health services at regional and country levels, in **accordance with national contexts and priorities**;
 - (2) to **implement proposed policy options and interventions** for Member States in the framework on integrated, people-centred health services in accordance with nationally set priorities towards achieving and sustaining universal health coverage, including with regard to primary health care as part of health system strengthening;
 - (3) to make **health care systems more responsive to people's needs**, while recognizing their **rights and responsibilities** with regard to their own health, and **engage stakeholders in policy development and implementation**;
 - (4) to **promote coordination of health services within the health sector and intersectoral collaboration** in order to address the broader social determinants of health, and to ensure a **holistic approach to services**, including health promotion, disease prevention, diagnosis, treatment, disease-management, rehabilitation and palliative care services;
 - (5) to **integrate, where appropriate, traditional and complementary medicine into health services**, based on national context and knowledge-based policies, while assuring the safety, quality and effectiveness of health services and taking into account a holistic approach to health;
3. **INVITES** international, regional and national partners to take note of the framework on integrated, people-centred health services;
4. **REQUESTS** the Director-General:
 - (1) to **provide technical support and guidance to Member States for the implementation, national adaptation and operationalization of the framework** on integrated, people-centred health services, paying special attention to primary health services as part of health system strengthening;
 - (2) to **ensure that all relevant parts of the Organization, at headquarters, regional and country levels, are aligned, actively engaged and coordinated in promoting and implementing the framework** on integrated, people-centred health services;
 - (3) to perform **research and development on indicators to trace global progress** on integrated people-centred health services;
 - (4) to **report on progress on the implementation** of the framework on integrated people-centred health services to the Seventy-first and Seventy-third World Health Assemblies and at regular intervals thereafter.

Resolution
WHA69.24

May 2016

9

A model for integrated people-centred health services delivery



10



AMR (Antimicrobial Resistance)

May 2015

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/193736/1/9789241509763_eng.pdf?ua=1

11

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（フランス）

研究分担者 松田 晋哉 産業医科大学医学部公衆衛生学教室 教授

研究要旨：我が国における医療の質指標（Quality Indicator: QI）の活用推進を目的としてフランスにおけるQI活用の現状について調査を行った。フランスでは高等保健庁（HAS）がQI事業を統括している。策定されたQIは認証事業（Accreditation: 必須）、医療計画における地方医療庁と各施設との契約、ONDAMにおける目標と連動して、その実効性が担保される仕組みとなっている。また、疾病金庫と個々の開業医とが締結する疾病管理事業（ROSP 糖尿病などの慢性疾患が対象）においてP4Pの評価基準として採用されている。以上のようにフランスでは医療の可視化を進めることで、医療提供体制及び医療費の適正化を図る（Contrôle médicalisé）という政策の下、QIが政策ツールとして体系的に活用されている。

A. 研究目的

我が国における医療の質指標（Quality Indicator: QI）の活用推進を目的としてフランスにおけるQI活用の現状について調査を行った。

B. 研究方法

フランスにおけるQI関連事業を統括するHaute Autorité de la Santé 高等保健庁のホームページ及び関連の文献に基づいて、研究班で事前に整理した質問項目の検討を行った。不明部分についてはフランスの医療職にメールを送り、情報を入手した。

（倫理面への配慮）

本研究は制度に関する文献調査・ヒアリング調査であり、倫理面で特に問題となるような情報は取り扱っていない。

C. 研究結果

1. フランスにおける医療の質評価の歴史

医療の質保証はフランスにおいても重要な政策課題である。1994年フランス政府は拘束力のある医療指標（Référence Médicale Opposable: RMO）を導入し、質を確保した上で、医師が自主的に医療費の抑制に貢献する仕組みを構築しようとした。この医療指標は全国医療評価認証機構（Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé: ANAES当時、現在のHaute Autorité de la Santé 高等保健庁）によって組織される国内外の専門家によるConsensus conferenceにより決定される。これは例えば「初診の糖尿病患者に食生活の改善指導や運動の指導といった生活指導を行うことなしに薬物治療を行うことは適切ではない」というようなNegative statementによる医療指標であった。そして、医師がこうした医療指標に該当する患者を診療した場合は、医師はその旨を患者に渡す処

方箋に記載しなければならず、またその医療指標を遵守しなかった場合は、その違反の重篤性により、疾病金庫から支払いの停止や協約医としての資格の剥奪等のペナルティを受けることになると予定されていた。しかしながら、実際にはこのRMOは臨床家に受け入れられることは難しく、また診療報酬請求の仕組みの中でその遵守状況を把握することも難しいため、実効性を発揮することはほとんどなかった。

しかしながら、他の欧米先進国、特にイギリスやアメリカの臨床指標に関連するプログラムの発展を受けて、フランスにおいても前述の病院・患者・健康・地域に関する法律（HPST法）に基づいて全国医療・社会医療機関支援機構（Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux ;ANAP）が創設されたことで、病院別の臨床指標の作成と公開が進みつつある。

2. フランスにおける現在の医療の質評価事業の概要

フランスにおけるQI事業を統括しているのはHASである。HASが質評価に関する指標やガイドラインを作成し、地方医療庁（ARS：地方における医療提供体制を統括）はそれを参考に各施設と締結する複数年契約（CPOM）に質評価の項目を設定する。また、医療費の増加率目標を定めるONDAM（医療費支出目標：社会保障財政法LFSSに基づいて毎年国民議会で議決される）においても、付録にプログラムごとの質指標に関する目標値が具体的に記載されている。この背景には質の高い医療を提供することが、医療費の適正化にも効果があるという仮説がある。現在、診療所や社会医療施設を含めてすべての保健関連施設はHASによる機能評価を受け、そしてその結果を施設内に掲示することが求められている。

研究班で整理した質問項目への回答は別紙に示

した。

D. 考察

フランスでは高等保健庁（HAS）がQI事業を統括している。QIは認証事業（Accreditation: 必須）、医療計画における地方医療庁と各施設との契約、ONDAMにおける目標と連動して、その実効性が担保される仕組みとなっている。また、疾病金庫と個々の開業医とが締結する疾病管理事業（ROSP 糖尿病などの慢性疾患が対象）においてP4Pの評価基準として採用されている。

以上のようにフランスでは医療の可視化を進めることで、医療提供体制及び医療費の適正化を図る（Contrôle médicalisé）という政策の下、QIが政策ツールとして体系的に活用されている。

E. 結論

フランスでは医療の可視化を進めることで医療費の適正化を図る（Contrôle médicalisé）という政策の下、QIが政策ツールとして体系的に活用されている。

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

フランスにおける医療の質評価の概要に関する調査事項

- 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： Haute Autorité de la Santé（高等保健機構）
 - 1.2 運営費用はどこが出資しているか： 国
 - 1.3 どのような部署が行っているのか： HASの Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins（医療の質・安全向上局）
 - 1.4 人数は何人ぐらいいるのか： 医療の質・安全向上局は常勤7名
 - 1.5 どのような人材がいるのか： 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
 - 1.6 サポートチームはあるのか： 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
- 2 患者に関するQIの内容
 - 2.1 QI測定の目的は： 医療の安全と質の向上
 - 2.2 採用している指標数は、種類は： 50種類
 - 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
 - 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
 - 2.5 サービス受給者の満足度やExperienceを表す指標はあるか： 満足度は必須指標
 - 2.6 サービス提供者の満足度やExperienceを表す指標はあるか： ない
 - 2.7 QI、満足度、Experienceを統合評価する指標はあるか： 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
 - 2.9 QIを改善するために行っていることはあるか： 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： 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
- 4 評価
 - 4.1 評価の目的は： 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： 行っている（A, B, C）
 - 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： 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）。
 - 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： 施設基準の認定（CPOM）
 - 4.5 改善に向けた取り組みを実施する主体はどこか： 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： 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）
 - 4.7 どのように改善を促しているか： 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。
- 5 対象
 - 5.1 医療機関はすべて対象か、General Practitioner, Solo Practitionerなどは： 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： 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

6 公開方法

- 6.1 公開は必須か、任意か： 公開は必須（ただし、一部の指標は非公開）
- 6.2 どのように公開しているか： 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。
- 6.3 公開対象はどこまでか？（参加施設のみ、一般公開など）： 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
- 6.4 公開することのメリット、デメリットは何か： 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。

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： 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）
- 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はないが、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。

8 展望

- 8.1 今後、どのように発展させる予定か： 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。

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 of 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、人工呼吸器関連肺炎**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.

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（イギリス、オーストラリア）

研究協力者 高橋 理 聖路加国際大学 臨床疫学センター センター長/教授
研究協力者 大出 幸子 聖路加国際大学 臨床疫学センター 准教授

研究要旨：イギリスとオーストラリアにおいて、どのように医療の質が測定され、改善に結びつける取り組みが行われているか、視察を行った。イギリス、オーストラリアが各病院のデータに基づいて、医療の質の監査が行われる仕組みについて報告する。

A. 研究目的

医療の質を客観的な指標を用いて測定することは、医療者が、提供する医療の現状を認識し、他者との比較をも介して、自らの医療の質を改善する等の面で有用と考えられている。一方、医療経済学等の分野において異論はあるが、患者が医療機関を比較・検討し、自分に最適な医療機関を選択する際に有用という指摘もある。

医療の質の測定・公表は、医療の質向上に有用であるという考えもあるが、実施に当たって、医療従事者・施設にとっては多大な労力・コストを要するため、特に公的な仕組みとして実施する場合は、どのような方法論を用いて、どれだけ費用を費やし、どのような効果が期待できるかをできる限り明確にしておく必要がある。

平成22年度から厚生労働省は医療の質の評価・公表等推進事業を実施し、多数の医療機関が質指標の作成、公表に取り組んできたことから、このテーマについて網羅的なレビューも必要である。また、諸外国において、アウトカム指標の公表や患者報告アウトカム指標等の活用も広がっていることから、これらのレビューも必要である。本研究では、オーストラリアとイギリスの医療の質の評価・公表の取り組みについてレビュー、分析評価を行い、医療の質の向上に真に役立つ取り組みの詳細を整理・提言し、制度的な対応等の可否の検討を支援する基礎資料を作成する。

B. 研究方法

2017年2月13日～2月17日までイギリス：Care Quality Commission(ロンドン)、Royal Berkshire Hospital (レディング)、The Health Policy Partnership (ロンドン)、Oxford University the Nuffield Department of Primary Care Health Sciences(オックスフォード)の4箇所を訪問した。

2017年2月27日～3月4日までオーストラリア：Australian Commission on Safety and Quality in Health Care(シドニー)、Gold Coast University Hospital Clinical Governance Team (ゴールドコースト)

の2箇所を訪問した。

(倫理面への配慮)

視察中、患者個人が特定できるようなデータは持ち出さず、特定の事例について意見を交わす際も患者名は匿名で取り扱った。

C. 研究結果

Care Quality Commission：

概要

CQC(Care Quality Commission)は、独立した公的な機関であり、イングランドにあるすべての医療機関の評価、医療の質の測定を担っている。設立は、2008年10月1日、2009年4月1日より始動している。調査官(Inspector)や分析官を雇用、教育し、イングランド全土にある49700の医療機関の医療の質尺度(Quality Indicator)を精査、および訪問調査(Inspection)の結果を吟味した上で、レポートを作成し、それぞれの医療機関を、Outstanding、Good、Requires improvement、Inadequateの4段階に格付けを行っている。

CQCによる医療機関の評価

CQCは、イングランドにあるすべての医療機関を評価している。2016年現在、評価対象施設は、49700施設である。

- 病院：NHS傘下および私立の病院
- GPとその他医師：GPによる医療、外来を専門とした施設
- ケアホーム：住居型およびナースিংホーム
- ホスピス
- メンタルヘルス医療
- 訪問医療：在宅ケア、モバイルドクター、電話による医療相談
- コミュニティーベースの医療サービス：学習障害者向けのサービス、薬物依存者更生施設
- 歯科医院
- 救急車

CQCは5つの部門で構成されている。職員数は2016年現在、3406名。職員は、ロンドン、ニューカッスル、プレストンなど7つの地域において、雇用されている。50%の職員が在宅勤務者である。Inspectorと呼ばれる、独自に雇用する調査員は、およそ1000名である。Inspectorの候補者としては、分析力に優れるもの、批判的思考にすぐれる者、冷静な判断を得意とする者（たとえば、昔刑事だった者など）がよいとされ、必ずしも医療者には限らず、幅広い知識を持つグループを形成するように心がけ、採用している。必ず各Inspectorのグループには、医

師が含まれる。Inspectorとして採用されたら、3ヶ月かけて、医学的な知識、医療システム、法律などInspectorとして必要な知識を学び、最初の2～3年は、Assistant Inspectorとして、補助的な業務を行いながら、自立したInspectorへとステップアップしていく。レポートを作成するため、文章を書く能力も非常に重要とされる。

Inspectorのほか、CQCには、分析担当者、医療情報システム担当者、法律の専門家、人的資源の専門家などがいる。詳しい職種と人数は別紙に示す。

5つの部門

部門名	部門長	担当業務
1. Adult Social Care	Chief Inspector of Adult Social Care	ケアホーム、ホスピス、訪問医療、コミュニティーベースの医療サービスの評価業務
2. Hospitals	Chief Inspector of Hospitals	病院、救急車、メンタルヘルスサービスの評価業務
3. Primary Medical Service and Integrated Care	Chief Inspector of General Practice	GP、歯科医院の評価業務
4. Strategy and Intelligence	4名のDirector: Intelligence, Policy & Strategy, Planning, Engagement	分析、計画、目標設定などデータ分析の業務
5. Customer and Corporate Service	4名のDirector: Finance, Customer support, People, Governance and Legal Service	人事、法務など事業に関わる業務

CQCによる格付けの方法

立ち入り調査とデータ分析の結果、各医療機関は下記の4段階に格付けされる。

	Outstanding	非常に優良に医療が提供されている
	Good	優良に医療が提供されており、期待する値をみている
	Requires improvement	医療が正しく提供されておらず、どのように改善すべきかをCQCより伝えた
	Inadequate	医療の質が悪く、個人または組織に対して改善を求めるべく、行動に移した。

5つのkey questions. はCQCが評価の対象としている重要な項目である。

1. Are services safe? (安全か?)

Safe: 虐待や避けられるはずの害から守られているか?

2. Are services effective? (効果的か?)

Effective: ケア、治療など医療者によるサポートは、良好なアウトカムを達成し、患者の高いQOLを維持するために役立っているか? また、ケア、治療など医療者によるサポートは、ベストエビデンスに基づいて行われているか?

3. Are services caring? (思いやりがあるか?)

Caring: 医療者は、思いやりがあって優しく、品格があってあなたを尊重しているか？

4. Are services responsive to people's needs? (ニーズ)

Responsive: 医療は、患者のニーズにあうように構成されているか？長すぎる待ち時間を解消する工夫ができているか、独居で退院する患者へのケアプランが確実に立てられているか、スタッフの英語の能力は十分であるかなど。

5. Are services well-led? (リーダーシップ)

Well-led: 医療者によるリーダーシップ、患者のマネジメント、また医療機関の組織が正しく機能していて、患者のそれぞれのニーズにあった高品質な医療を提供できる体制にあるか？職員に学びの機会を積極的に与え、オープンで公平な職場環境ができているか？

このSafetyとWell-ledの指標が他のEffectiveness, Caring, Responsiveより直接大きく最終的な病院・トラストの総合評価に反映するようである。

立ち入り審査 (Inspection) は、Announced (事前通達あり) とUnannounced (抜き打ち) の2種類ある。立ち入り調査 (Inspection) の日が決まったら、まず、2日間のInspection planning meetingが計画される。Inspectorに調査をする予定の医療機関に関する情報を提供する。立ち入り調査ののち、およそ65日～3ヶ月で各医療機関へ結果レポートがまとめられる。結果レポートは、実際に立ち入って審査を担当したInspectorsによって作成される。レポートも標準化された記載方法を徹底しており、医療機関へ返される前に、レポートの質の確認を行って承認を得た後に届けられる。レポートを作成している際、さらなる立ち入りの審査が必要であると判断された場合は、時にUnannounced (抜き打ち) で再調査が行われる場合がある。多くの場合は、初回の立ち入り調査の後4日後に抜き打ちの再調査を行うことが多い。レポートの構成は書きに示すとおりである。立ち入り調査は多くの場合、1日～2日かかり、これにかかる医療機関への負担はない。

レポートの構成 (例: Royal Berkshire Hospital in Readingの2014/3/24-3/26の調査: 報告書提出 2016/6/24)

Overall rating for this hospital	この医療機関の全体評価	   
Each department rating	それぞれの評価の対象となった診療科の全体評価 1. 救急 2. 内科 (老年科含む) 3. 外科 4. 集中領域 5. 産婦人科 6. 小児科 7. 終末期 8. 外来	   
Overall summary	病院全体に関する評価の理由	記述
The five questions we ask about hospitals and what we found	5つのkey questionsについて評価	   
	5つのkey questionsについてそれぞれの評価の理由	記述
What we have found about each of the main services in the hospital	各診療科の評価の理由 (簡単なサマリー)	記述
What people who use the hospital say	立ち入り調査とは別に、患者を集めてリスニングイベント (患者の声を聞くイベント) を設け、そのイベントの報告。どのような患者が受診しているか、病院を受診する人による病院のホームページに対する評価はどうであるかなど、直接、患者とInspectorsが話しをしている。	記述
Areas for improvement	病院が全体として改善すべき点を箇条書きにしてまとめている。この病院の場合は、電子カルテへの記載を迅速に行うこと、DNRの意思確認と記録を確実に行うこと、助産師のレベルを一定にし、妊婦の入院を決定する基準を一定に保つことなどが指摘されている。	記述
Good Practice	この病院がすばらしい医療を提供していると思われた点	記述

Our inspection team	どのような人が inspector として加わったか、調査対象となった病院の概要	記述
How can we carried out this inspection	評価の行い方など。5 つの key questions などの説明。	記述
Findings by main service	評価の対象となった各診療科について、詳細な結果。5 つの key questions を診療科ごとに評価し、その理由を具体的に記している。5 つの key questions はそれぞれ具体的な評価項目が記されている。	 記述

下記は Royal Berkshire Hospital の救急外来における具体的な評価項目

1. Safe? (安全か?)	● 感染管理 ● ナースの人数 ● 医師の人数 ● 患者の初期アセスメント ● 状態の悪い患者への対応 ● 申し送りの方法 ● 事故への対応 ● 環境と設備 ● 投薬 ● 医療記録 ● Mental Capacity Act (判断能力欠如患者の治療の決定を行う法律上手続き: 誰もが治療を始め、自分に関わる大切な決断を自ら行う権利が保たれているか?) ● スタッフが受けなければならない必須教育が確実に提供されているか ● メンタルヘルスへの対応 ● 患者および医療スタッフにとって安全な環境や設備の確保、患者の暴力への対応なども含む	
2. Effective? (効果的か?)	● NICE ガイドラインの遵守 ● アウトカムの評価: 痛み、予期せぬ再入院など ● ケアプランの策定 ● 多職種によるチーム医療 ● 設備、医療機器が効果的か (古すぎたり、傷んだりしていないか)	
3. Caring? (思いやり)	● 思いやりのあるケア ● 患者中心医療 ● 感情のサポート	
4. Responsive? (ニーズ)	● 受診者数、転院数、病床稼働率 ● 病棟間の移動がスムーズか (集中医療から一般床など) ● GP とのコミュニケーション ● 患者による苦情への対応	
5. Well-led? (リーダーシップ)	● リーダーシップ: 医療スタッフのメンター、メンティー体制 ● カルチャー: 組織の中でお互い医療スタッフが信頼し、間違っていると思うことがあったら声をあげる文化ができているか? ● ビジョン: 病院が決めた方針をスタッフが知っているか? 月 1 回程度のガバナンスミーティングが開かれているかなど。 ● 改善: すべてのレベルのスタッフが学ぶことに意欲的か	
Action we have told the provide to take	レポート最後のページには、是正すべき点が箇条書きで記されている	記述

レポートが提出された後、医療機関はレポートの内容、または格付けに賛成できないときは、2週間の間に異議を申し立てることができる。異議が申し立てられた際には、Inspectorを含まない独立した審査委員会が開かれ、異議を受け入れるかどうかの判断が下される。

Sir Robert Francis' s Reportについて

CQC設立のきっかけとなったひとつの事案に、Sir Robert Francis' s Report (NHS Mid Staffs) と呼ばれるレポートがある。このレポートは、イングランドのウェスト・ミッドランズに位置するカウンティ

イである、スタッフォードシャー (Staffordshire) にある、NHS傘下のStafford Hospitalで起きたスキャンダルをまとめたものである。

The Health Policy Partnership :

11名の職員が所属するヘルスポリシーコンサルタントの会社。

9名がコンサルタントであり、8名がMPHホルダーである。

世界中の政府機関や各病院の依頼を受け、主に疾患のマネージメントに関する政策的な提言を行うレポートを作成する。これまでに手掛けたレポートは、The Heart Failure Policy Network、The ExPAND Policy Toolkit on Diabetesなど。患者が確かに受けるべき最前の治療が受けられているか、受けられていないならば、何が国として問題か、解決策はなにかを資料にまとめて公表している。統計学的な分析やコスト計算、文献レビューなどもコンサルタントが行っている。魅力的なレポートを作成するために、プロのグラフィックデザイナーも雇われている。アカデミックライティングを行って、論文を学術誌に出版することも行っているようであるが、それよりも公衆に広く訴えるレポートを作成する。

イギリスは、医療のみならず、説明責任、透明化に厳しい国であり、医療、教育など、あらゆる分野においてInspectionが存在し、それを受け入れている文化がある。企業も金銭的サポートを最適なヘルスポリシーの立案に必要なレポートの作成や分析などのプロジェクトに投資することが多々行われていて、The Health Policy Partnershipも企業からの投資を受けている。しかしながら、Conflict of Interestはなく、投資する企業は分析やレポート作成の内容には関わらない。企業は製薬会社や医療機器メーカーであることも多いが、企業のメリットとしては、社会に特定の疾患に興味を持ってもらえること、よりよいヘルスポリシーの策定に協力できることが挙げられ、必ずしもレポートの結果が、企業の利益の有利になることにはならないが、医療の透明性を誰もが求めているという共通の理解が企業、患者、政府にもある。

コンサルテーション会社がレポートを作成するときは、医学的な知識のみならず、患者の会の立場からの意見等も盛り込む。イギリスでは、患者の会は非常に権力があり、Patient-centeredの医療を非常に大切にしている。

The Health Policy Partnershipは小さなプライベートのコンサルテーション会社であるが、The International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM)という国際機関がある。この機

関はNP0であるが、世界中のヘルスポリシーを横串に分析してレポートしている機関であり、主に疾患のケアに関して、ケアの質が国レベルで異なる理由が、単に患者の特徴によるものなのか、本来ならばよりよいケアが提供できるのに、ヘルスポリシーが改善されないためによい医療が提供できていないのかなどを分析している。OECDとも協力関係にあり、OECDが出版するレポートにも協力している。2017年までに地球上で問題とされている疾患のうち50%について実際にヘルスアウトカムを測定し、レポート作成を目標としており、現在47%が完了している。ICHOMがこれまでに手掛けたレポートは、Pregnancy And Childbirth, Colorectal cancerなどがある。

Royal Berkshire Hospital Accident Emergency Department :

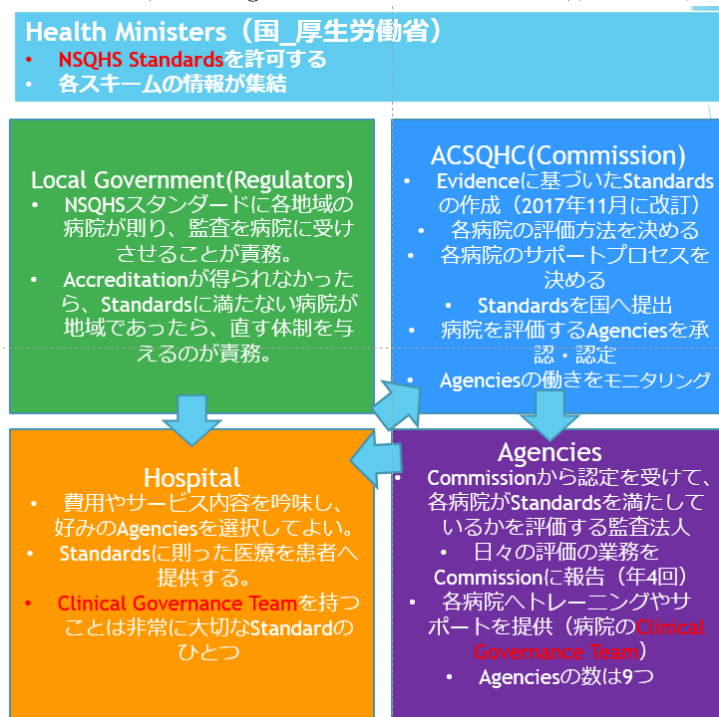
イギリスは、医療がフリーなため受診する患者が多く、Royal Berkshire HospitalはReadingに唯一ある大きな病院のため、患者は常に満床状態にある。また、救急車を断つてはいけなかったためベッドが満床であっても、受け入れを続ける。ベッドマネジャーは常にすべての入院患者の状態を把握し、病床管理を行っている。救急車や独歩で受診する患者の中には迅速な治療を必要としない患者も含まれる。独歩で来院した患者は、ナースが救急車で運ばれた患者はシニアドクター (アテンディング、主治医レベル) がトリアージを行う。独歩の患者は時に、トリアージュナースの判断でGPに戻すこともある。トリアージュナースは、患者を家に戻すことはできないので、夜間などGPがすぐに診察できない場合は救急医が診察する。救急車で運ばれた患者はシニアドクターによって必要な検査、治療、投薬が救急車到着とともに指示される。CQCのルールで4時間以内に患者は入院か退院が決断されなければならない、患者はそれ以上待たされてはならない。検査の結果待ちで、時間がかかる場合は待合室ではなく、observation roomと呼ばれるところでモニターされる。Observation roomにいる時間は治療の一環とカウントされ、4時間の待ち時間には入らない。

CQCによる審査は、予定されたものもあれば抜き打ちもある。どちらの場合も1日かかり、具体的な指摘事項を盛り込んだレポートが作成される。

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC) :

2011年9月、the NSQHS Standards および国家レベルの病院承認制度がHealth Ministersより発令され、さらに 2013年1月、オーストラリアのすべての病院、デイケアおよび歯科は、the NSQHS Standardsを満たすことが義務となった。オーストラリアの医療の質保証の体制は、下記の図に示すとおり。病院で行われる医療野質は各地域ごとにLocal Governmentが

責任を持ち、病院の監査はACSQHCが認めたAgencies と呼ばれる企業が担当する。



すべての病院が医業を行うには、National Safety and Quality Health Service Standardsと呼ばれる基準に則っていなければならない。National Safety and Quality Health Service Standardsには、10のスタンダード、41のクライテリア、112のアイテム、

256のアクションが含まれている。すべての項目が評価され、結果が‘Met with Merit’, ‘Satisfactorily Met’, ‘Not Met’, ‘Not Applicable’のうち‘Satisfactorily Met’以上でなくてはならない。

	Standard	Criteria	Items	Actions (dev)
1	安全と医療の質のための機構	5	20	53 (4)
2	消費者団体との提携	3	9	15 (9)
3	感染予防とコントロール	6	19	41 (3)
4	薬剤セーフティー	5	15	37 (2)
5	患者認証	3	5	9 (0)
6	申し送り	3	5	11 (1)
7	血液と血液製剤の取り扱い	4	11	23 (0)
8	褥創の予防と管理	4	9	24 (4)
9	急性期における臨床状態急変への対応	4	9	23 (8)
10	転倒予防と転倒による傷害	4	10	20 (2)
Total		41		256 (33)

▶ Actionは、Coreと () のdevelopmentalに分かれている。

Standardsの選られ方は、3つのルールがあり、1) 疾患や外傷が何かにかかわらず、多くの患者が関わる内容であること、2) 現在、科学的根拠に基づいたエビデンスと臨床の実態に大きな乖離があることがわ

かっていること、3) エビデンスに基づいた医療の改善方法が提言されていることであった。Standardsは、体制作りなどを含む組織のあるべき姿であり、Clinical Indicatorは改善活動の結果であると考え

ている。例えば、各病院の毎月の入院患者による転倒転落率はClinical Indicatorの1項目としてフォローするが、Standardsでは、転倒転落だけでも10のクライテリア、20のアクションがあり、レポートが正しく行われる体制にあるか、レポートが組織のトップレベルまで届く体制にあるか、転倒ケースのレビューに臨床データも必要時に見れる体制にあるか、転倒を減らそうとするアクションが取られているか、Clinical Indicator（結果）を定期的にモニターする仕組みがあるか、Evidenceに基づくスクリーニングツールが用いられているか、スクリーニング率をモニターする仕組みがあるか、退院後に転倒ハイリスク患者に、適用できるサービスの紹介をしているか、医療者間で転倒ハイリスク患者の情報が確実に共有できる体制にあるかなどが達成されていることが求められている。

Gold Coast University Hospital Clinical Governance Team:

オーストラリアのStandardsのひとつに、Clinical Governance Group(Team)が設置されていることが求められており、ゴールドコースト病院のClinical Governance Teamを訪ねた。Gold Coast University HospitalのClinical Governance Groupの人数は26-30名の組織であり、Clinical Indicatorの値をモニタリングし、病院全体として改善の必要があると判断すれば、プロジェクトを立ち上げて改善活動の支援を行っている。主に、Gold Coast University Hospitalは3つの組織で構成されており、Accreditation Manager、Patient Safety Manager、Data Analystsであった。Accreditation Managerは、病院を評価するAgencyに求められた情報を提出し、求められた改善策を実行する役であり、Patient Safety Managerは、患者が安全に医療が受けられているか、Standardsに求められているとおりに医療が行われているかをチェックし、体制を作る役を担っており、Data Analystsは電子カルテのデータを用いて、データをまとめ、Accreditation Manager、Patient Safety Managerに提供し、改善策の策定に必要な分析を行う役であった。

D. 考察

英国とオーストラリアの医療機関への質評価について報告した。共通の特徴の一つは、QI測定は質評価の重要な手法であるがそれに加え他の手法（患者や従業員の満足度など）を合わせ総合的に評価し、それらを国民に公開していること。次に、質の評価には直接調査員が訪問し情報を収集していること、また、それらの評価を病院に直接フィードバックを行い、それに従わない場合は何かしらのペナルティが与えられていることである。また、異なる点としては、プライマリケア医への評価であり、英国は病院とGeneral Practitioner (GP)を同様に評価してい

るが、オーストラリアではGPの質はGPの団体自らが評価を行っていること。また、評価を立案する部署と実際に調査する団体が異なること、英国では基本的にすべてCQCが担っているが、オーストラリアでは、実際の調査は国の機関ではない団体が行いお互いの独立を確保している。

これらの国に比べ我が国では病院の質の評価は始まったところであり、共通のQIを設定し医療の質を測定し公開する文化を根付かせることが必要であろう。そのための、全国共通QIの候補として、これらの2か国が利用しているQIは参考になると思われる。その後どのような団体がそれを担い、全国の病院や開業医を対象に行うのか、また、質の評価を行う人材育成などが喫緊の課題となろう。

E. 結論

医療の質を測定し改善する全国レベルのシステムについて、英国・オーストラリアを訪問した内容を報告した。今後我が国で共通QIを設定し全国に普及させる場合これらの報告が参考になるであろう。

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

研究協力者

- 1) サセックスパートナーシップNHSファウンデーション
ントラスト 精神科医
内藤 亮
- 2) ウェスト ケンブリッジシャー 家庭医(GP) 専門研修プログラム所属
田頭 弘子
- 3) 亀田総合病院 総合診療科 医員
キングス カレッジ ロンドン 公衆衛生学 修士課程
小森 将史
- 4) Emergency Medicine Doctor, Accident and Emergency (A&E) Department, Royal Berkshire Hospital.
Ian Paterson, Paterson
- 5) Managing Director, The Health Policy Partnership
Ed Harding,

- 6)Senior Researcher, The Health Policy
Partnership
Christine Merkel,
- 7)Professor Jenny Doust Faculty of Health
Sciences and Medicine Bond University

<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。					

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					