

医療の質・安全の評価に関する動向と今後の展開

Trends and Future Developments in Quality and Safety Evaluation of Medical Treatment

近年、医療に対する患者の関心が高まり、患者が医療機関や医師を主体的に選択しようとする動きが広がっている。患者が医療を適切に選択できるよう、医療の質・安全に関する情報提供の重要性が高まっている。

本稿では、医療情報の提供をめぐる法制度の動向などを整理し、国内外における医療の質・安全の評価システムの現状分析を行い、わが国における医療の質・安全に関する評価システムの今後の展開について、提言をまとめた。

わが国では、2004年に財団法人医療機能評価機構による「ヒヤリ・ハット事例情報データベース」の運用が、2007年4月には厚生労働省による「医師および歯科医師の資格確認のための検索システム」の運用が開始された。また、同年4月には改正医療法により「医療機能情報公表制度」が創設された。こうした取り組みは、医療の質・安全の向上に向けた有効な手段のひとつとして期待されているものの、医療機関の病床数や診療科あるいは医師の所在といった基本的な情報の提供を主としており、医療サービスの結果や診療科別にまで詳細化された情報の提供はほとんどなされていない。

海外では、米国を中心に、わが国に先行して医療の質・安全に関する評価システムの構築が進められてきた。これらのシステムでは、評価結果は一般公開され、評価を受けた医療機関が診療の質の改善を図るために利用するだけでなく、患者等が医療機関を選択する際にも利用できる。

わが国における医療の質・安全の評価システムは、医療機関を中心とする組織や学会等により整備が進められている。事例分析の結果、今後の課題としては、立場の異なる複数の評価主体による多面的な評価体制の構築、評価事業参加率の向上および評価対象範囲の拡大による評価システムの普及、評価の高頻度化および評価期間（評価実施からデータ還元まで）の短縮化による評価結果の利活用の促進、患者が医療機関を選択する際に利用可能な情報の開示、継続的に評価事業を実施するための仕組みの構築、医療の質をより適切に把握するための評価項目の充実、評価結果の有効性を高めることを目的とした臨床データの分析方法や評価結果の表現方法の検討、といった事項があげられた。

わが国の医療は今後、真に患者本位の医療の実現を目指して、前述の課題への対応方針を検討し、医療の質・安全の評価システムの改善を進めることが重要である。

In recent years the concerns of patients regarding medical treatment have been increasing, and there has been much discussion regarding the assurance of quality and safety and the provision of information on medical treatment. There is a growing trend towards patients selecting medical institutions and doctors on their own initiative in order to receive better medical treatment. In order to improve the quality and maintain the safety of medical treatment, it is necessary that patients can obtain information regarding medical institutions and doctors, and select their medical institution based on this information and become involved in their own treatment policy.

In Japan, an environment in which a patient can obtain information for selecting a medical institution has not been adequately provided in the past. However, in 2004 the Japan Council for Quality Health Care commenced operation of the "Heinrich Incident Reporting Information Database", and in April 2007 the Ministry of Health, Labor and Welfare commenced operation of a "search system for checking the qualifications of doctors and dentists". Also, in April of the same year a "medical treatment capability information disclosure system" was instituted by an amendment to the Medical Service Law. It is expected that these will be effective means for improving the quality and safety of medical treatment. However, basically these initiatives are mainly concerned with the provision of information, and there is virtually no provision of results of medical services or information for each separate department.

Overseas, in the United States in particular, there have been attempts to quantitatively evaluate the quality of medical treatment. The evaluation results have been used to improve the quality of medical examination and treatment within the medical institutions that have been evaluated, and also have been publically disclosed and can be used when patients and others select medical institutions.

In the light of these foreign trends, the development of clinical indices for understanding and evaluating in detail the quality of medical treatment has been progressing in Japanese organizations such as hospitals and academia. However, as a result of implementation of incident reporting, it is clear that many tasks remain for the future, such as participation rates and evaluation items for medical institutions in the evaluation project, methods of analyzing the evaluation results, and methods of public disclosure.

This paper discusses the changes in the environment surrounding hospitals, and surveys systems for evaluation of medical institutions both in Japan and overseas. The present situation and problems with these evaluation systems are then evaluated, and proposals for future evaluation systems are made.



1 | 医療に対する関心の高まり

近年、医療に対する国民の関心が高まっている。たとえば、患者による医療選択行動のひとつであるセカンドオピニオン¹の活用が増えている。厚生労働省「平成18年度診療報酬改定結果検証に係る調査／セカンドオピニオン外来実施医療機関の利用状況調査結果概要（速報）」によると、2005年に「セカンドオピニオン外来件数が0件」と回答した施設は40.5%であったが、2007年には26.6%にまで減少した。2007年の調査では、「セカンドオピニオン外来件数が1～3件」と回答した施設が28.3%と最も多く、次いで「13件以上（19.1%）」となっている。

また、患者は自分が受ける医療の質や安全に関する情報を求めるようになってきている。厚生労働省「平成17年受療行動調査の概要」によると、外来患者の55.3%、入院患者の47.4%が病院を選ぶ際に「ほしいと思った情報があった」と回答している²。

外来患者がほしいと思った情報は「医師の専門分野・経歴」が54.5%と最も高く、次いで「夜間・休日診療等の有無（48.4%）」、「安全のための取り組み（46.7%）」、「治療方法、治療実績（45.7%）」であった。

入院患者がほしいと思った情報は「入院に必要な費用

（53.8%）」が最も高く、次いで「医師の専門分野・経歴（53.3%）」、「治療方法、治療実績（47.6%）」、「第三者機関による評価（44.2%）」であった。

ここで注目すべきことは、外来患者および入院患者の5割程度が「医師の専門分野・経歴」や「治療方法、治療実績」を重視していることである。これらの情報は、医療の質と安全に直結する情報である。

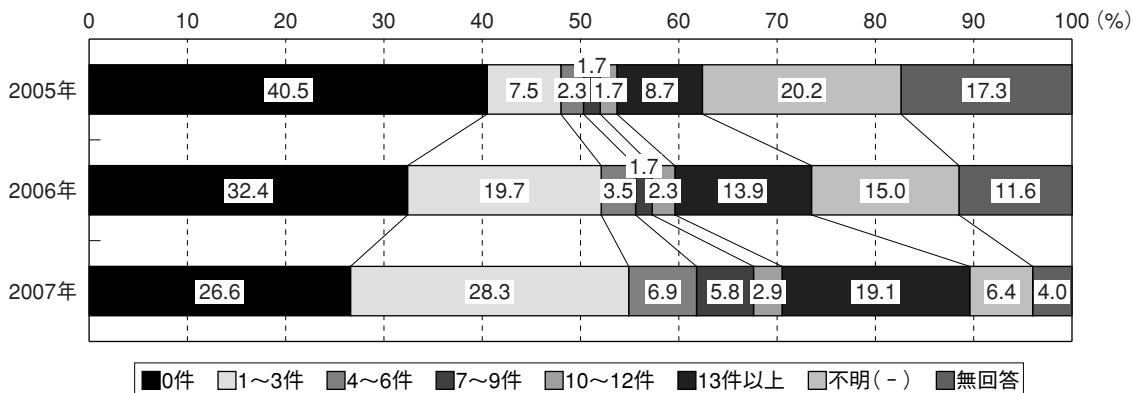
医療に対する関心の高まりは、医事関係訴訟件数の増加からもみとれる。裁判所の統計によると、医事関係訴訟事件の新受件数は、2005年以降の若干の減少が見られるが、1997年から2004年にかけては一貫して増加している。

このように、医療を提供する側がより安全で質の高い医療を模索する一方で、患者自身も医療の質と安全について関心を高めているのが現状である。

2 | 医療に関わる情報提供の仕組みの整備

2007年4月1日より施行された「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」では、患者に対する医療情報の提供の推進を図ることとされており、これを受けて厚生労働省は「医療情報の提供のあり方等に関する検討会」を設置し、都道府県を通じた医療情報の提供制度の整備を進めてきた。

図表1 セカンドオピニオン外来件数の推移

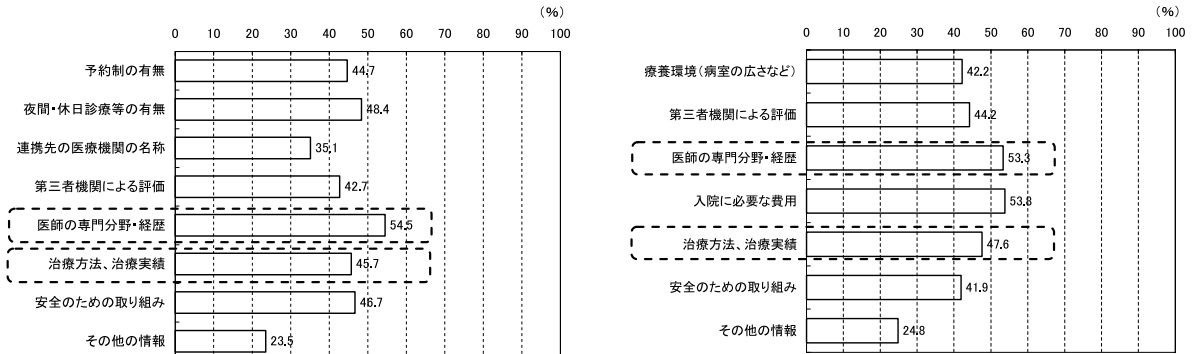


注1：全国の病院のうち200床以上の施設から無作為に抽出した1000施設が対象。有効回収数（回収率）は510件（51.0%）。

注2：2005、2006、2007年の4～6月の調査結果

出典：第101回中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会資料（平成19年10月12日開催）「セカンドオピニオン外来実施医療機関の利用状況調査結果概要（速報）」

図表2 外来患者および入院患者がほしいと思った情報



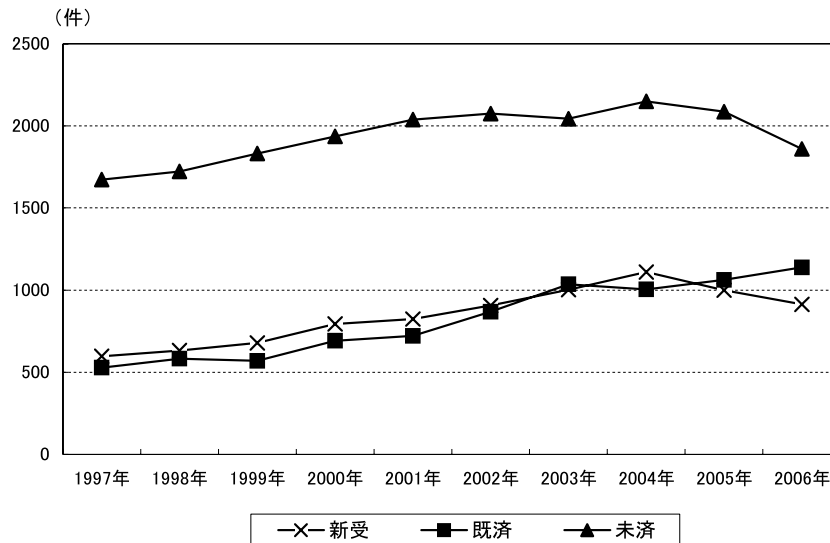
<外来患者がほしいと思った情報(複数回答)>

<入院患者がほしいと思った情報(複数回答)>

出典：厚生労働省「平成17年受療行動調査の概要」

(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jyuryo/05/index.html>)

図表3 医事関係訴訟事件の処理状況および平均審理期間



| 年 | 新受 | 既済 | 未済 | 平均審理期間(月) |
|-------|-------|-------|-------|-----------|
| 1997年 | 597 | 527 | 1,673 | 36.3 |
| 1998年 | 632 | 582 | 1,723 | 35.1 |
| 1999年 | 678 | 569 | 1,832 | 34.5 |
| 2000年 | 795 | 691 | 1,936 | 35.6 |
| 2001年 | 824 | 722 | 2,038 | 32.6 |
| 2002年 | 906 | 869 | 2,075 | 30.9 |
| 2003年 | 1,003 | 1,035 | 2,043 | 27.7 |
| 2004年 | 1,110 | 1,004 | 2,149 | 27.3 |
| 2005年 | 999 | 1,062 | 2,086 | 26.9 |
| 2006年 | 913 | 1,139 | 1,860 | 25.1 |

注1：この表の数値のうち、2004年までの各数値と2005年以降の未済の数値は、各庁からの報告に基づくものであり、概数である。

注2：平均審理期間は各年度の既済事件のものである。

注3：「新受」とは当該年のうちに新規に事件を受理したもの。「既済」とは当該年のうちに処理したもの。「未済」とは残っている事件数。

出典：裁判所 (http://www.courts.go.jp/saikosai/about/iinkai/izikankei/toukei_01.html)

ここでは、政府や地方自治体が、患者の意識変化を受け、どのような取り組みを行っているかを紹介する。

(1) 医療機能情報公表制度の創設

「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律（平成18年法律第84号）」により、医療法の一部が改正され、医療機関の管理者には医療機能に関する一定の情報について都道府県へ報告することが義務付けられた。この一定の情報については医療機関内またはインターネット等において閲覧可能としなければならない。医療機能情報の範囲は、18項目に大別される。

なお、都道府県は医療機関から収集・蓄積した情報をインターネット等で住民に公表する必要があり、これを「医療機能情報公表制度」と呼ぶ。本制度は2007年4月1日より施行されているが、都道府県においてシステム開発に要する時間を考慮し、2007年度においては(1) 病院等の名称、(2) 病院等の開設者、(3) 病院等の管理者、(4) 病院等の所在地、(5) 病院等の住民案内用電話番号およびファクシミリ番号、(6) 診療科目、(7) 診療日（診療科目別）、(8) 診療時間（診療科目別）、(9) 病床の種類および届出又は許可病床数の基本情報および都道府県知事が定める情報のみを公表することが定められた。2008年にはすべての項目が住民に公表されることになる³。

(2) 医師および歯科医師の資格確認のための検索システム

厚生労働省は、2007年4月1日に厚生労働省ホームページ上において医師および歯科医師の資格確認のための検索システムを開設した。本システムでは、職種（医師・歯科医師）、性別、氏名を入力することにより、データの検索が可能である。公表される情報は、職種、氏名、性別、登録年、該当者の行政処分に関する情報（処分の種類および期間、再教育研修を修了していない旨）である⁴。

厚生労働省では2001年10月より特定機能病院等からヒヤリ・ハット事例を収集・分析し、その改善策等を提供している。2004年には、医療事故情報収集等事業の一環として、財団法人医療機能評価機構による「ヒヤリ・ハット事例情報データベース」の運用が開始された。

(3) ヒヤリ・ハット事例の収集

2004年4月1日～同年9月30日（報告対象期間）までの6ヵ月間に88,601事例（全般コード化情報）が報告されている（ヒヤリ・ハット事例収集事業第12、13回収集結果）。

事故事例の収集・分析、改善策等の提供は、医療事故の発生予防・再発防止につながる。ヒヤリ・ハット事例の収集にあたっては、(1) 誤った医療行為等が、患者に実施される前に発見された事例、(2) 誤った医療行為等が実施されたが、結果として患者に影響を及ぼすに至らなかった事例、(3) 誤った医療行為等が実施され、その結果、軽微な処置・治療を要した事例⁵が収集対象となり、集計結果は厚生労働省から医療機関や国民等に公表される。

事故事例の収集・分析、改善策等の提供は、医療事故の発生予防・再発防止につながる。ヒヤリ・ハット事例の収集にあたっては、(1) 誤った医療行為等が、患者に実施される前に発見された事例、(2) 誤った医療行為等が実施されたが、結果として患者に影響を及ぼすに至らなかった事例、(3) 誤った医療行為等が実施され、その結果、軽微な処置・治療を要した事例⁵が収集対象となり、集計結果は厚生労働省から医療機関や国民等に公表される。

図表 4 医療機能情報の範囲

| | |
|----------------------------------|-----------------------|
| (1) 時間外対応 | (10) 併設している介護施設 |
| (2) 助産所の業務形態 | (11) 対応できる疾患・治療内容 |
| (3) 障害者に対するサービス内容 | (12) 対応することができる短期滞在手術 |
| (4) 車椅子利用者に対するサービス内容 | (13) 対応することができる予防接種 |
| (5) 受動喫煙防止対策 | (14) 対応することができる在宅医療 |
| (6) 入院食の提供方法 | (15) 対応可能な介護保険サービス |
| (7) 保険医療機関、公費負担医療機関およびその他の病院等の種類 | (16) 妊産婦等に対する相談又は指導 |
| (8) 専門医 | (17) 医療従事者の種類 |
| (9) 保有する施設設備 | (18) オーダリングシステム |

出典：東京都福祉保健局「医療法改正に伴う医療機能情報の提供制度について」

(4) 東京都の取り組み

地方自治体においても、患者の意識変化を受け、医療に関わる情報を地域住民に提供することを検討している。

たとえば、東京都は、都民が医療機関を選ぶ際に参考となる情報を提供することを目的として、「基礎的事項」、「医療の提供に関する事項」、「施設設備に関する事項」、「第三者評価に関する事項」、「費用に関すること」、「他の医療機関との連携に関すること」、「個人情報の保護に関すること」、「広報関係」の8つの項目に関する情報の提供を検討している⁶⁾。

3 | 海外における医療機関の評価システムに関する事例

ここでは、海外における医療機関の評価システムの例として、7つの事例を紹介する。とくに米国では、医療保険制度が日本の国民皆保険制度とは異なり、保険者ごとに医療機関等と契約して医療サービスを購入する仕組みであること、こうした医療保険制度を背景に4,700万人⁷⁾の無保険者が存在し、人種や所得による診療格差の是正が課題となっていることなどから、医療の質の評価に積極的に取り組まれてきた。評価の結果は、公表範囲お

よび公表方法に違いはあるものの、一般に公表している。最近では保険者等が中心となり医療機関のパフォーマンス（効率性の概念を含む医療の質・安全の評価尺度）に基づき経済的なインセンティブを付与するPay for Performanceといった活動も始まっている⁸⁾。

図表6に評価主体および評価システム名、評価項目、情報の公開方法、運用開始時期を示す。

図表7に、海外における医療機関の評価システムのホームページ画面（フロントページ）を示す。

(1) Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) 「Indicator Measurement System」

JCAHOは、患者に提供される医療の安全性と質を向上させることを目的として、1951年に設立された。JCAHOは医療機関の認定業務を行っており、JCAHOが認定した医療機関は、15,000施設以上である。

評価事業は、JCAHOが行っている。JCAHOに認定された医療機関は、測定する臨床指標のデータおよびそれに関連する患者の特性データをJCAHOから認可された委託業者へ3ヵ月ごとに報告する。委託業者は、複数の

図表 5 医療機関を選択する際の参考となる情報の例

| 項目 | 参考情報の例 |
|------------------|--|
| 基礎的事項 | ・病院・診療所の名称、電話番号、所在地 ・通常の診療日・診療時間 等 |
| 医療の提供に関する事項 | ・学会認定医、専門医であること ・学会での施設認定を受けていること ・対応可能な（実施している）検査名 ・クリニカルパスの導入 等 |
| 施設設備に関する事項 | ・特別療養環境室（個室）のサービス内容 ・バリアフリー対策 等 |
| 第三者評価に関する事項 | ・病院機能評価の審査結果 ・外部監査を受けている旨 等 |
| 費用に関すること | ・費用の支払方法 ・特別な費用を徴収する場合 等 |
| 他の医療機関との連携に関すること | ・紹介できる他の病院又は診療所の名称 ・共同利用できる医療機器 等 |
| 個人情報の保護に関すること | ・個人情報の保護対策 |
| 広報関係 | ・医療機関のホームページアドレス 等 |

出典：東京都「医療情報提供推進検討会最終報告—都民が選択できる医療に向けて—」
(<http://www.metro.tokyo.jp/INET/KONDAN/2005/03/40f39701.htm>)

図表6 海外における評価主体の一覧

| 評価主体名 | 評価システム名 | 評価項目 | 情報公開の方法 | 運用開始時期 |
|--|---|---|--------------------------------|---------|
| Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) (医療施設認定合同審議会) | Indicator Measurement System | ・Heart Attack (AMI) Care ・Heart Failure (HF) Care ・Pneumonia (CAP) Care ・Pregnancy and Related Conditions (PR) Care ・Surgical Infection Prevention (SIP) Care | Web上で閲覧可能。 アクセス制限なし | 2002年7月 |
| U.S. Department of Health & Human Services (米保健福祉省) | Hospital Compare | ・Heart Attack Quality Measures (急性心筋梗塞) ・Heart Failure Quality Measures (心不全) ・Pneumonia Quality Measures (肺炎) ・Surgical Infection Prevention Measures (感染予防) | Web上で閲覧可能。 アクセス制限なし | 2005年4月 |
| Maryland Hospital Association (MHA) (メリーランド病院協会) | Quality Indicator Project | ・Acute Care Indicators(急性期入院における臨床指標) ・Psychiatric Care Indicators(精神科における臨床指標) ・Long-term Care Indicators(長期ケアにおける臨床指標) ・Home Care Indicators(在宅ケアにおける臨床指標) | 統計データは非公表 | 1985年 |
| The Australian Council on Healthcare Standards (ACHS) | Clinical Indicator | ・Adverse Drug Reaction Indicators ・Anaesthetics Indicators ・Day Surgery / Endoscopy Indicators ・Dermatology Indicators ・Emergency Medicine Indicators ・Hospital in the Home Indicators ・Hospital-Wide Clinical Indicators ・Infection Control Indicators ・Intensive Care Indicators ・Surgical Indicators ・Internal Medicine Indicators／等 | 報告書として、 参加病院全体の 評価結果のみ公表 | 1993年 |
| Hawaii Health Information Corporation (HHIC) | Inpatient Hospital Discharge Data・Emergency Department Data | ・Inpatient Hospital Data ・Emergency Department Data／等 | 一部のデータのみ 公表。ただし有料 | 1994年 |
| Wisconsin Collaborative for Healthcare Quality | Performance & Progress Report | ・Access ・Critical Care ・Diabetes ・Health Information Technology ・Heart Care ・Patient Satisfaction ・Pneumonia ・Surgery ・Women's Health | Web上で閲覧可能。 アクセス制限なし | 2002年 |
| The Leapfrog Group | the Leapfrog Hospital Quality and Safety Survey Results | ・CPOE (電子カルテ) ・ICU Staffing (ICU部門スタッフ配置) ・High Risk Treatments(ハイリスク手術の基準症例数達成) ・Safe Practices Score (安全対策実施スコア) | Web上で閲覧可能。 アクセス制限なし | 不明 |

出典：各種文献をもとに作成

被評価施設のデータを集計し、平均値や被評価施設のデータを経時的にプロットしたものを被評価施設およびJCAHOに報告する。JCAHOは、委託業者から提出されたデータを集計・分析し、評価結果を被評価施設にフィードバックする。JCAHOは、評価結果を「病院評価報告書」(Hospital Quality Report)として取りまとめ、この報告書を認定医療機関に配布する。

患者は、病院名あるいはZIP Code、State、Cityなどを指定し、各病院を比較することができる⁹。アクセス制限はなく、すべての人々が閲覧可能である。

評価対象となる医療機関は、JCAHOが認定した医療機関である。JCAHOは、認定した医療機関のデータ取


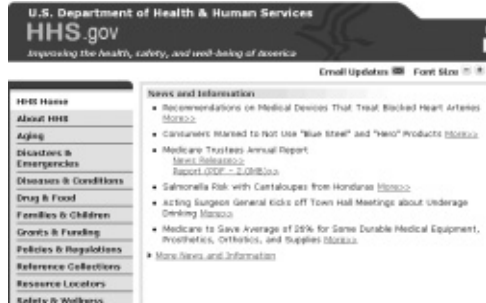





集を2002年7月に開始した。2006年時点では、15,000施設以上の評価実績がある¹⁰。

なお、Hospital Quality Reportで使用されるMeasure Setは「Heart Attack (AMI) Care」、 「Heart Failure (HF) Care」、 「Pneumonia (CAP) Care」、 「Pregnancy and Related Conditions (PR) Care」、 「Surgical Infection Prevention (SIP) Care」の5領域が設定されている。

(2) U.S. Department of Health & Human Services [Hospital Compare]

米国の保健社会福祉省は、1953年4月11日に公式に発足した。保健社会福祉省は300以上のプログラムを実

図表7 海外における医療機関の評価システムのホームページ画面

| | |
|--|--|
|  <p>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations http://www.jointcommission.org/AboutUs/</p> |  <p>U.S. Department of Health & Human Services http://www.hospitalcompare.hhs.gov/</p> |
|  <p>Maryland Hospital Association http://www.mdhospitals.org/</p> |  <p>The Australian Council on Healthcare Standards http://www.achs.org.au/</p> |
|  <p>Hawaii Health Information Corporation http://hhic.org/about-hhic.asp</p> |  <p>Wisconsin Collaborative for Healthcare Quality http://www.wchq.org/</p> |
|  <p>The Leapfrog Group https://leapfrog.medstat.com/pdf/final.pdf</p> | Empty cell for Leapfrog Group |

出典：参考・引用文献を参照

施している。具体的なプログラムとしては、「Health and social science research」、「Preventing disease, including immunization services」、「Assuring food and drug safety」などがある。

評価事業は、Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) が実施している。各病院はCMSにデータを提出し、CMSはデータを集計・分析する。評価結果は、Web上に公表されており¹¹、患者は、病院名あるいはState、County、City、ZIP Codeなどを指定し、各病院を比較することができる。アクセス制限はなく、すべての人々が閲覧可能である。

評価対象となる医療機関は、米国でメディケア（高齢者向け公的保険）による医療を提供する医療機関である。本評価システムによる評価は、2005年4月より開始された。

なお、臨床指標としては「Heart Attack Quality Measures（急性心筋梗塞）」、「Heart Failure Quality Measures（心不全）」、「Pneumonia Quality Measures（肺炎）」、「Surgical Infection Prevention Measures（感染予防）」の4種類がある。

(3) Maryland Hospital Association (MHA)

「Quality Indicator Project」

米国のメリーランド病院協会は、1970年にメリーランド州内の急性期病院、慢性期病院を含むヘルスケア提供事業者によって結成された。

評価事業は、米国メリーランド病院協会が行っている。評価事業の実施主体は、メリーランド病院協会が運営するCenters for Performance Sciences (CPS) 株式会社である。各病院は、全米各州または国単位でスポンサーを設定し、スポンサーを介して事業に参加する。スポンサーは各病院から提供されたデータを取りまとめ、CPSにデータを提出する。CPSは、提出されたデータを集計・分析する。

本評価システムの特色は、病院機能の評価による認定付与ではなく、測定した臨床指標のデータの分析結果に基づき、臨床指標ごとの病院の相対的な位置を把握させ

ることにより各病院の医療の質の向上への指針とさせる点である。各病院には当該病院および他の病院に関する統計数値をフィードバックしているが、統計データの公表は行っていない。

評価対象となる病院は、世界中の病院である。MHAが実施している評価事業に参加した病院は、約2,000施設である。このうち、米国内の病院は、約1,800施設となっている。

なお、臨床指標としては「Acute Care Indicators（急性期入院における臨床指標）」、「Psychiatric Care Indicators（精神科における臨床指標）」、「Long-term Care Indicators（長期ケアにおける臨床指標）」、「Home Care Indicators（在宅ケアにおける臨床指標）」の4種類がある。

(4) The Australian Council on Healthcare Standards (ACHS) 「Clinical Indicator」

The Australian Council on Healthcare Standards (ACHS) は、医療の質や安全性を改善させることを目的として、1974年に設立された。

評価事業は、ACHSが行う。被評価施設がACHSにデータを提出し、データを受け取ったACHSは被評価施設のデータを集約し、解析する。ACHSは、データ解析後、参加病院全体の評価と当該病院個別の評価を各病院に明示して、データの還元を行う。本評価システムの特色としては、臨床指標の結果に関する地域特性などの分析を行い、被評価施設に医療の質の改善のための方向性を示唆する点である。

Web上では「Australasian Clinical Indicator Report」を公開しているが、参加病院全体の評価結果のみの公開となっている。「Australasian Clinical Indicator Report」については、アクセス制限はなく、すべての人々が閲覧可能である。

評価対象となる医療機関は、オーストラリアまたはニュージーランドの医療機関である。ACHSは、2006年時点で、本評価システムにより約800の医療機関を評価した実績がある。

なお、臨床指標としては、2004年時点で「Adverse Drug Reaction Indicators（副作用）」、「Anaesthetics Indicators（麻酔）」、「Day Surgery / Endoscopy Indicators（日常診療）」など21種類のIndicator setがあり、項目としては約260項目がある。

(5) Hawaii Health Information Corporation (HHIC) 「Inpatient Hospital Discharge Data・Emergency Department Data」

HHICは、ハワイ州の医療情報を収集し、医療の質や医療サービスの費用対効果を向上させることを目的として1994年に設立された。評価は、HHICが行う。各病院がHHICにデータを提出し、データを受け取ったHHICは各病院のデータを集約し、解析する。HHICは、データ解析後、参加病院全体の病院名を明示して、データの還元を行う。本評価システムは、大規模なデータベースを利用してデータを分析しており、評価結果を病院ごとに比較できる。

評価対象は、ハワイ州の全病院である。評価事業への参加は各病院の判断に任されているが、1994年のHHIC発足時よりハワイ州にあるすべての病院（22病院）が参加している。

なお、一般に公表されているデータセットは、Inpatient Hospital DataとEmergency Department Dataの2種類がある。データセットは有料である。データを閲覧したい場合にはWeb上にある注文用紙に必要事項を記入し、HHICにFAXで送信する¹²。

(6) Wisconsin Collaborative for Healthcare Quality (WCHQ) 「Performance & Progress Report」

ウィスコンシン医療の質共同体は、地域の病院経営者たちの合意により2002年10月に設立された。

評価事業は、医師会、産業界などを含めた共同体が運営している。各病院はWCHQに自主的にデータを持ち寄り、WCHQはデータを集計・分析する。評価結果は、Web上に公表されている¹³。患者は、Provider TypeとRegionを指定し、病院の評価結果が掲載されているレポ

ートを見ることで、各病院の質を比較できる。アクセス制限はなく、すべての人々が閲覧可能である。

評価対象となる医療機関は、ウィスコンシン州の医療機関である。本評価システムによる評価は、2002年に開始された。

なお、臨床指標としては「Access」、「Critical Care」、「Diabetes」など9種類の専門領域からなる49項目が設定されている。

(7) The Leapfrog Group 「the Leapfrog Hospital Quality and Safety Survey Results」

リープフロッグ・グループは、大企業の医療保険購買者を中心として1998年に設立された。米国の優良企業ランキング（フォーチュン500社）のうち、170社が参加している。

評価事業は、The Leapfrog Groupがhospital industry associationsやindividual hospital representativesの協力を得て実施している。各病院はThe Leapfrog Groupにデータを提出し、The Leapfrog Groupはデータを集計・分析する。評価結果は、Web上に公表されている¹⁴。患者は、ZIP Code、State、病院名などから病院を検索し、各病院の質を比較できる。アクセス制限はなく、すべての人々が閲覧可能である。

評価対象となる医療機関は、米国の医療機関である。2005年の調査では、966施設が調査に参加した実績がある。

なお、臨床指標としては「CPOE（電子カルテ）」、「ICU Staffing（ICU部門スタッフ配置）」、「High Risk Treatments（ハイリスク手術の基準症例数達成）」、「Safe Practices Score（安全対策実施スコア）」の4つの専門領域がある。

4 | 国内における医療機関の評価システムに関する事例

医療機関の評価システムが米国を中心に発展を遂げるなか、日本でも同様の取組みが行われている。

ここでは、国内における医療機関の評価システムの例として、5つの事例を紹介する。以下に評価主体および評価システム名、評価項目、システムの運用開始時期を示す。

(1) 財団法人日本医療機能評価機構「病院機能評価」

財団法人日本医療機能評価機構は、医療機関の機能を学術的観点から中立的な立場で評価し、その結果明らかとなった課題の改善を支援することを目的として、1997年設立された。

病院機能評価事業は、各都道府県の病院協会や全日本病院協会の地方支部が推薦する事業推進会議委員により行われる。日本医療機能評価機構は、評価依頼をした病院に対し、書面審査と訪問審査を行い、審査結果をもと

に、機構内にある評価部会、特別審査員会議、評価委員会の審議を経て、認定¹⁵か留保かを決定する。評価結果は、認定を受けた病院が同意をすれば、WEB上に公開される。患者はキーワード（都道府県、所在地、病院名）あるいはリスト（「今回の認定病院一覧」、 「認定を受けている臨床研修病院一覧」）から病院を検索できる¹⁶。アクセス制限はなく、すべての人々が閲覧可能である。

評価対象となる医療機関は、一般病院、精神科病院、療養病院、一般・精神科・療養の複合病院である。認定病院数は2007年11月19日時点で2,417病院となっている。

評価項目は、病院の種類により異なる。例えば、一般病院の評価項目は「病院組織の運営と地域における役割」、

図表 8 国内における評価主体の一覧

| 評価主体名 | 評価システム名 | 評価項目 | 情報公開の方法 | 運用開始時期 |
|----------------|-----------------|---|-----------------------------------|---|
| 財団法人日本医療機能評価機構 | 病院機能評価 | <ul style="list-style-type: none"> ・病院組織の運営と地域における役割 ・患者の権利と安全確保の体制 ・療養環境と患者サービス ・医療提供の組織と運営 ・医療の質と安全のためのケアプロセス ・病院運営管理の合理性 ・精神科に特有な病院機能 ・療養病床に特有な病院機能 ・救急医療機能（付加機能） ・リハビリテーション機能（付加機能） ・緩和ケア機能（付加機能） | 認定を受けた病院が同意すれば、Web上で閲覧可能。アクセス制限なし | 1997年 |
| 社団法人全日本病院協会 | 診療アウトカム評価 | <ul style="list-style-type: none"> ・主要25疾患についての分析 ・病院全体についての分析 ・平均在院日数 ・死亡率・予定しない再入院注 ・入院後発症感染症 ・抑制率 ・転倒・転落率 | Web上で、参加病院全体の評価結果のみ公開 | 2002年4月に東京都病院協会が事業を開始。2004年に全日本病院協会が事業を引き継ぎ |
| 全国医学部長病院長会議 | 病院機能評価指標 | <ul style="list-style-type: none"> ・病院全体の臨床指標 ・専門科別インディケータ ・クリニカル・インディケータ ・満足度調査／等 | 報告書として、参加病院全体の評価結果のみ公表 | 2003年12月 |
| 国立大学附属病院長会議 | 国立大学附属病院の評価について | <ul style="list-style-type: none"> ・病院全体の臨床指標 ・専門科別インディケータ ・クリニカル・インディケータ ・満足度調査／等 | 現時点では、報告書は非公表 | 2005年12月 |
| 国立循環器病センター | 臨床評価指標（循環器病） | <ul style="list-style-type: none"> ・カテーテル検査の件数 ・脳血管外科手術件数 ・破裂脳動脈瘤の重症度別件数および死亡数 ・脳梗塞および脳内出血の年齢別、重症度別、死亡数等 ・冠動脈インターベンション件数 ・18歳未満のカテーテルインターベンション件数 ・退院時主病名が不整脈である件数及びペースメーカー植え込み件数 ・退院時主病名が心不全である件数及び死亡数 ・急性心筋梗塞の年齢別、重症度別、死亡数等 ・心臓血管外科手術件数および死亡件数 | 施行データを都道府県別に公表 | 2003年 |

出典：各種文献をもとに作成

「患者の権利と安全確保の体制」、「療養環境と患者サービス」、「医療提供の組織と運営」、「医療の質と安全のためのケアプロセス」、「病院運営管理の合理性」の6項目がある。

(2) 社団法人全日本病院協会「診療アウトカム評価」

社団法人全日本病院協会は、真に国民のためになる医療提供体制のあり方の検討と提言を行うとともに、会員病院の医療の質の向上および健全経営を図ることを主たる目的として、1960年に設立された。会員病院数は、2006年1月時点で995病院である。

診療アウトカム評価は、全日本病院協会が東京都病院協会と連携して行っている。各病院が全日本病院協会に診療のアウトカム（成果）に関するデータを提出し、データを受け取った全日本病院協会は各病院のデータを集約し、解析する。全日本病院協会は、データ解析後、参加病院全体の評価と当該病院個別の評価を各病院に明示して、データの還元を行う。

評価対象となる医療機関は、全日本病院協会が実施する「診療アウトカム評価事業」に自発的に参加した医療機関である。この事業は、41病院が参加した実績があり、評価結果の一部は全日本病院協会のWEB上に公開されている¹⁷。ただし、参加病院全体の評価結果のみの公開となっており、個々の病院名は分からない。

評価項目は「主要25疾患についての分析」、「病院全体についての分析」、「平均在院日数」、「死亡率」、「予定しない再入院率」、「入院後発症感染症」、「抑制率」、「転倒・転落率」の8項目である。

(3) 全国医学部長病院長会議「病院機能評価指標」

全国医学部長病院長会議は、医療機関共通の教育、研究、診療の諸問題およびこれに関連する重要事項について協議し、相互の理解を深めるとともに意見の統一をはかり、わが国における医学ならびに医療の改善向上に資することを目的として、1967年に設立された。所属大学数は国立大学が43大学、公立大学が8大学、私立大学が29大学である。

評価事業は、全国医学部長病院長会議が行っている。

全国医学部長病院長会議が各大学病院に調査依頼をし、調査票を配布する。各大学病院は調査票に記入・回答をし、調査票を全国医学部長病院長会議に提出する。全国医学部長病院長会議は、回収したデータを分析し、評価結果を報告書にとりまとめる。報告書は、Web上で公表されている。アクセス制限はなく、すべての人々が閲覧可能である。なお、参加病院全体の評価結果のみの公開となっており、各病院の評価結果は分からない。

評価対象となる医療機関は、国公立の全大学病院である。調査は、全国大学病院を対象とした国内初の調査として、2003年12月に開始され、2006年現在も継続して行われている。全国医学部長病院長会議が2003年12月に各大学病院に調査を依頼した際は、大学病院56施設から回答を得た。調査結果は「臨床指標による大学病院の医療の質・安全・患者満足度に関する調査」として取りまとめられている。評価項目は「大学病院の医療に関する委員会（委員長：永井良三教授）」のワーキンググループが策定した。

なお、2003年に行われた調査で使用された評価項目は「病院全体の臨床指標」、「クリニカル・インディケータ」、「専門科別インディケータ」、「満足度調査」の4つに大別される。

(4) 国立大学附属病院長会議「国立大学附属病院の評価について」

国立大学附属病院長会議は、国立大学の大学附属病院、医学部附属病院、歯学部附属病院および附置研究所附属病院における診療、教育および研究に係る諸問題およびこれに関連する重要事項について協議し、相互の理解を深めるとともに、意見の統一を図り、わが国における医学・歯学・医療の進歩発展に寄与することを目的として設立された。会員数は42大学（46病院）である。

評価事業は、国立大学附属病院長会議が行っている。国立大学附属病院長会議が各大学病院に調査依頼をし、調査票を配布する。各大学病院は調査票に記入・回答をし、調査票を国立大学附属病院長会議に提出する。国立大学附属病院長会議は、回収したデータを分析し、評価

結果を報告書にとりまとめる。現時点では、報告書は公表されていない。

評価対象となる医療機関は、防衛医科大学校病院を除く国立大学医学部附属病院である。国立大学附属病院長会議は、2003年12月に、全国医学部長病院長会議と共同で、全国大学病院を対象とした調査を実施した。また、国立大学附属病院長会議は、2005年12月に国立大学附属病院を対象とした評価を開始し、2006年12月から、データベースセンターとして評価システムの運営を開始した。評価事業は、国立大学附属病院長会議の中にある「病院評価問題小委員会（委員長：宮坂和男北海道大学病院長）」が主導している。

なお、2003年12月の調査で使用された評価項目は「病院全体の臨床指標」、「クリニカル・インディケータ」、「専門科別インディケータ」、「満足度調査」の4つに大別される。

（5）国立循環器病センター「臨床評価指標（循環器病）」

国立循環器病センターは、循環器病制圧のため、循環器病に関し、診断および治療、調査研究ならびに技術者の研修を行うことを目的として、昭和52年に設立された。所属人数は、2004年12月1日時点で、996名である。

国立循環器センターは、循環器病政策医療ネットワークの共同研究として、循環器病の臨床評価指標に関する研究を行っている。

2003年度には、国立病院・療養所の基幹医療施設および専門医療施設を対象に、臨床評価指標が試行された。施行データは、都道府県別に公表されている¹⁸。アクセス制限はなく、すべての人々が閲覧可能である。

2004年度には、岡山明 国立循環器病センター予防検診部長を班長として「循環器病臨床評価指標の質的向上と効果的活用法の研究」が開始された。この研究は、2003年度に試行された臨床指標の質的向上や効果的な活用法の研究を目的としている。

なお、2003年度、試験的に使用された評価項目は、「カテーテル検査の件数」、「脳血管外科手術件数」、「破裂脳動脈瘤の重症度別件数および死亡数」、「脳梗塞および

脳内出血の年齢別・重症度別・死亡数等」、「冠動脈インターベンション件数」、「18歳未満のカテーテルインターベンション件数」、「退院時主病名が不整脈である件数およびペースメーカー植え込み件数」、「退院時主病名が心不全である件数および死亡数」、「急性心筋梗塞の年齢別・重症度別・死亡数等」、「心臓血管外科手術件数および死亡件数」の10項目である。

5 | 国内の医療機関の評価システムにおける課題

国内の医療機関の評価システムに関する事例調査から、「評価主体の属性」、「評価体制・評価者」、「評価対象および実績」、「評価時期および評価実施からデータ還元までの期間」、「評価情報の扱い」に関する課題を抽出すると以下ようになる。

評価主体の属性では、患者や家族を中心とした組織による医療機関の評価が実施されていないという点があった。評価体制・評価者では、第三者機関の位置づけで評価を実施しているケースもあるが、評価者が病院の理事長や院長などの医療従事者である場合には第三者機関としての位置づけを維持できない可能性もある。評価対象および実績では、民間病院を含む施設を評価対象とした事業での評価事業参加率が低いという点があった。評価時期については、年12回（月1回）程度の頻度で評価を実施する主体はなかった。評価実施からデータ還元までの期間については、約1ヵ月で評価実施からデータ還元までを行う主体はなかった。評価情報の扱いについては、医療機関の医師を中心とした主体では、参加病院名をふせて評価情報を公開する事例が多く見られた。

以下に詳細を示す。

6 | 国内の医療機関の評価システムに関する提言

（1）複数の評価主体による多面的な評価の実現

医療機関の評価にあたっては、異なる立場の評価主体が複数存在し、多面的な評価がなされることが望ましい。例えば、患者・家族を中心とした組織（患者団体等）、医療機関を中心とした組織（医師会、学会等）、行政関連組

図表 9 国内の医療機関の評価システムにおける課題

| 項目 | 課題 | | | | |
|------------------------|--|------|--|------------------|---|
| 評価主体の属性 | ・病院の団体や医師の団体が多い ・患者団体等の患者・家族を中心とした組織による全国の医療機関を対象とした評価は、実施されていない | | | | |
| 評価体制・評価者 | ・第三者機関の位置づけでの評価を実施しているケースもあるが、評価者が病院の理事長や院長など医療従事者である場合には、第三者機関としての性格を維持できない可能性がある | | | | |
| 評価対象及び実績 | <table border="1"> <tr> <td>評価対象</td> <td rowspan="2">・大学病院のみを評価対象とした事業での評価事業参加率は高いが、民間病院を含む施設を評価対象とした事業での評価事業参加率は低い</td> </tr> <tr> <td>評価事業参加率</td> </tr> </table> | 評価対象 | ・大学病院のみを評価対象とした事業での評価事業参加率は高いが、民間病院を含む施設を評価対象とした事業での評価事業参加率は低い | 評価事業参加率 | |
| 評価対象 | ・大学病院のみを評価対象とした事業での評価事業参加率は高いが、民間病院を含む施設を評価対象とした事業での評価事業参加率は低い | | | | |
| 評価事業参加率 | | | | | |
| 評価時期及び評価実施からデータ還元までの期間 | <table border="1"> <tr> <td>評価時期</td> <td>・年1回や年4回で評価を実施している主体はあるものの、年12回(月1回)程度の頻度で評価を実施する主体はない</td> </tr> <tr> <td>評価実施からデータ還元までの期間</td> <td>・約2ヵ月、5～6ヵ月の期間でデータを還元している主体はあるものの、評価実施からデータ還元までの期間を約1ヵ月としている主体はない</td> </tr> </table> | 評価時期 | ・年1回や年4回で評価を実施している主体はあるものの、年12回(月1回)程度の頻度で評価を実施する主体はない | 評価実施からデータ還元までの期間 | ・約2ヵ月、5～6ヵ月の期間でデータを還元している主体はあるものの、評価実施からデータ還元までの期間を約1ヵ月としている主体はない |
| 評価時期 | ・年1回や年4回で評価を実施している主体はあるものの、年12回(月1回)程度の頻度で評価を実施する主体はない | | | | |
| 評価実施からデータ還元までの期間 | ・約2ヵ月、5～6ヵ月の期間でデータを還元している主体はあるものの、評価実施からデータ還元までの期間を約1ヵ月としている主体はない | | | | |
| 評価情報の扱い | ・医療機関の医師を中心とした主体では、参加病院名をふせて、評価情報を公開する事例が多い | | | | |

出典：各種文献をもとに作成

織（厚生労働省、文部科学省等）、その他第三者的な組織（マスコミ、NPO等）といった異なる立場の関係者それぞれが独自に医療機関を評価することが考えられる。これにより、患者は、医療従事者による一面的な評価だけでなく、患者側の評価および第三者的な評価も知ることができる。

現状では、病院の団体や医師の団体による評価は実施されているものの、患者・家族を中心とした組織による医療機関の評価は実施されていない。医療提供者側による評価システムでは、患者が回答者となった場合にネガティブな回答を避けようとする心理が働き、評価結果にバイアスがかかる可能性がある。こうしたバイアスを回避するためにも、医療提供者側による評価に加え、患者側による評価も実施する必要がある。現在、患者・家族を中心とした組織による評価が実施されていない一因としては、医療における患者と医療従事者との情報非対称性から、患者は医療に関して十分な情報を持たず医療機関を評価しにくくなっている、ということが考えられる。

今後は、患者・家族を中心とした組織による評価システムを整備されるよう、疾病や診断・治療に関する患者向けの情報提供システムを整備し、患者家族が医療に関する情報を入手できるようにしたり、患者・家族が医療関係者と共同して医療機関を評価する体制を構築したりすることが求められる。

（2）評価システムの普及

①社会的認知の拡大と評価対象範囲の拡大

評価システムの有効性を高めるためには、より多くの医療機関が評価事業へ参加することが望ましい。

現状では、評価対象に関しては、財団法人日本医療機能評価機構は、国内の医療機関ほぼすべてを対象としているが、他の主体は、評価事業に参加した医療機関や国公私立の全大学病院など限られた医療機関を対象としている。このため、一般病院に関する評価実績は多いが、診療所など病床数が少ない医療機関に関する評価実績は少ない。これは、日本における医療機関の評価事業の社会的な認知が進んでいないことが影響していると考えられる。

今後は、国内の医療機関が網羅的に評価されるよう、医療機関の評価に関するポータルサイトを開設するなど評価事業に対する社会一般の認知度を高める工夫が必要であると考えられる。

②評価事業参加率の向上

現状では、大学病院のみを評価対象とした事業での評価事業参加率は高いが、民間病院を含む施設を評価対象とした事業での評価事業参加率は低い。国内の評価事業参加率をみると、国立大学附属病院長会議が10割、全国医学部長病院長会議が7割、財団法人日本医療機能評価機構が2割強となっている。財団法人日本医療機能評価機構の評価事業参加率が低い理由としては、評価事業へ

の参加を評価対象となる医療機関の自発的な参加にゆだねていることが考えられる。

今後は、国内の評価事業の普及をはかるため、自主参加型の評価事業を実施している主体に関しては、医療機関が評価事業へ参加することによる経済的なメリット（たとえば、評価体制整備のための経済的補助や診療報酬での加算算定など）をもたせたり、学会や行政主導により評価を義務化したりして、評価事業参加率を向上させる工夫が求められる。

（３）評価結果の利活用の推進

①評価の高頻度化

医療機関の評価にあたっては、評価を高頻度で実施することが望ましい。評価のインターバルを短くすることで、医療サービスの質の短期的な変化を把握でき、改善活動の修正がしやすくなる。また、頻繁に評価を行うことで、医療提供者側の意識改革を促し、安全で質の高い医療サービスの提供につながると考えられる。

現状では、評価頻度に関しては、年1回や年4回で評価を実施している主体はあるものの、年12回（月1回）程度の頻度で評価を実施する国内の主体はない。評価時期は、財団法人日本医療機能評価機構が随時、社団法人全日本病院協会が年4回、全国医学部長病院長会議、国立大学附属病院長会議、独立行政法人国立病院機構が年1回である。

今後は、高頻度の評価を実施できるよう、被評価施設、評価主体ともに、評価事業に携われるスタッフの質と数を確保する必要がある。なお、高頻度の評価の実施にあたっては、臨床データ収集に伴う被評価施設の業務は増えることが予想されることから、電子カルテから直接、臨床指標のデータが取れるような電子カルテシステムを開発するなど、評価業務を被評価施設の日常業務に組み込む工夫が必要となる。

②評価実施からデータ還元までの期間の短縮

医療機関の評価にあたっては、評価実施からデータ還元までの期間を極力短くすることが望ましい。評価主体が評価結果をすぐに還元することで、医療機関はより現

実に近い医療状態の確認ができる。

現状では、評価実施からデータ還元までの期間に関しては、約2ヵ月、5～6ヵ月の期間でデータを還元している主体はあるものの、評価実施からデータ還元までの期間を約1ヵ月程度の短期間で実施している国内の主体はない。財団法人日本医療機能評価機構が5～6ヵ月、全国医学部長病院長会議、国立大学附属病院長会議が1年である。

評価実施からデータ還元までの期間の短縮化を進め、評価結果を医療サービスの質の改善に役立てるためには、評価主体の迅速なデータ還元に向けた取り組みが必要となる。評価主体は、被評価施設からのデータ受取後、迅速に評価結果を被評価施設にフィードバックできるよう、データのやり取りを電子化したり、評価プロセスを効率化したりするなどの工夫が求められる。

（４）評価情報の開示促進

評価結果は、患者が受診する医療機関を選択できるよう、個別の医療機関名を特定できる形で公開することが望ましい。

現状では、国内の医療機関の医師を中心とした主体に関しては、参加病院名をふせて、評価情報を公開する事例が多い。社団法人全日本病院協会、全国医学部長病院長会議は、参加病院名をふせて、評価情報をWEB上に公開している。これは、評価事業の趣旨において「参加病院が、全体の結果と当該病院の結果を比較し、自ら提供する医療サービスの改善に役立てること」という意味合いが大きいからである。

そもそも医療機関の評価目的としては「①医療提供者側の内的な医療の質・安全管理」と「②患者側の医療機関の選定」の2つが考えられる。今後は、②の評価目的も達成するため、個別の医療機関を特定できる形で患者への情報提供を促進すべきである。ただし、情報の公開にあたっては、患者の無用の混乱を回避するため、医療に関する社会一般の知識レベルや判断能力・責任意識を考慮し、慎重に進めなければならない。

（５）継続的な評価事業の実施

評価時点における医療の質を客観的に評価するという意味と、医療の質の改善を促すという意味を持つためには、評価事業を継続的に行う必要がある。評価事業の継続により、蓄積されたデータを活用することで、医療の質の経時変化や改善活動の効果の把握が可能になる。

しかし、事業の質を低下させずに評価事業を継続するためには、評価を有償化したり、行政が助成したりするなど評価システムの運営費を確保していくことも必要になると考えられる。国内の主体の評価料金みると、財団法人日本医療機能評価機構、国立大学附属病院長会議は有料であるが、社団法人全日本病院協会、全国医学部長病院長会議は無料である。

今後、医療の質の改善を目的とした評価事業を実施するためには、評価事業に関する費用を被評価施設と評価主体が負担するなど、継続的に評価事業を実施できる仕組みが必要となる。さらに、評価結果が国民に還元される仕組みが構築できたときには、評価の費用を利用者、または国民が負担することも考えられる。

（６）評価項目の充実

評価項目には、構造（ストラクチャー）に関する評価項目、過程（プロセス）に関する評価項目、結果（アウトカム）に関する評価項目の3つがあるが、医療の質をより適切に把握するためには、プロセスやアウトカムに関する評価項目を充実させる必要がある。

また、評価項目は、項目別・難易度別に細分化することでリスク調整し、施設間比較の精度を高める必要がある。

これに加え、被評価機関の解釈の違いによる回答のばらつきを軽減するため、定義の精緻化・標準化を進めることも必要である。

（７）分析方法と表現方法の検討

評価結果の有効性を高めるためには、臨床データの分析方法や評価結果の表現方法を検討する必要がある。

臨床データの分析方法に関しては、課題がより明らかになるような分析方法にしたり、医療の質を高精度で把

握できるような分析方法にしたりする必要がある。

評価結果の表現方法に関しては、直感的に病院の状態がわかるようなグラフの表示方法にしたり、重要な情報はすぐに目に留まるような箇所に表示したりする必要がある。

7 | まとめ

わが国では国民の医療に対する意識が高まり、医療の質・安全の確保とその情報提供のあり方が問われている。医療の質・安全の評価とその情報提供については、米国等においてわが国に先行して取り組みが進められてきた。こうした情勢をうけて、わが国でも、医療機関や医療従事者で構成するいくつかの組織が、医療の質・安全の評価システムの構築を開始した。

本稿において紹介した国内外事例調査の結果、わが国における取り組みは、いくつかの課題をかかえていることがわかった。具体的には、立場の異なる複数の評価主体による多面的な評価体制の構築、評価事業参加率の向上および評価対象範囲の拡大による評価システムの普及、評価の高頻度化および評価期間（評価実施からデータ還元まで）の短縮化による評価結果の利活用の促進、患者が医療機関を選択する際に利用可能な情報の開示、継続的に評価事業を実施するための仕組みの構築、医療の質をより適切に把握するための評価項目の充実、評価結果の有効性を高めることを目的とした臨床データの分析方法や評価結果の表現方法の検討、といった課題がある。

わが国の医療は今後、真に患者本位の医療の実現を目指して、前述の課題への対応方針を検討し、医療の質・安全の評価システムの改善を進めることが重要である。

【注】

- ¹ セカンドオピニオンとは「診断や治療方法について、主治医以外の第三者の医師が提示する医療上の意見」をいう。
(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/12/dl/s1206-8g.pdf>)
- ² 厚生労働省「平成17年受療行動調査の概要」<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jyuryo/05/index.html>
- ³ 東京都福祉保健局「医療法改正に伴う医療機能情報の提供制度について」厚生労働省通知
http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/iryo_hoken/iryouninou_jouhou_teikyou/files/tsuuchi.pdf
- ⁴ 厚生労働省<http://licenseif.mhlw.go.jp/search/>を参照
- ⁵ 厚生労働省「医療安全対策ネットワーク整備事業（ヒヤリ・ハット事例収集事業）の実施について」
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/1/torikumi/naiyou/hiyari/tuuchi/1.html>
- ⁶ 東京都「医療情報提供推進検討会最終報告—都民が選択できる医療に向けて—」
<http://www.metro.tokyo.jp/INET/KONDAN/2005/03/40f39701.htm>
- ⁷ U.S. Census Bureau, 2006 Housing and Household Economic Statistics Division
(<http://www.census.gov/hhes/www/hlthins/hlthin06/hlth06asc.html>)
- ⁸ <http://www.jointcommission.org/PublicPolicy/pay.htm>
- ⁹ <http://www.qualitycheck.org/consumer/searchQCR.aspx>
- ¹⁰ 認定医療機関数を参考に試算
- ¹¹ <http://www.hospitalcompare.hhs.gov/>
- ¹² <http://hhic.org/datasetelements.html>
- ¹³ <http://www.wchq.org/Reporting/>
- ¹⁴ <http://www.leapfroggroup.org/cp>
- ¹⁵ 評価項目の評点が一以上の病院に対しては認定証（有効期限：5年）が発行される。
- ¹⁶ http://www.ajha.or.jp/outcome/bunseki_menu.html
- ¹⁷ 社団法人全日本病院協会「診療アウトカム評価」（<http://www.ajha.or.jp/outcome/index.html>）
- ¹⁸ 国立循環器センター「臨床評価指標（循環器病）」（<http://www.ncvc.go.jp/mgt/seisakuiryosuisin.html>）

【参考文献】

- ・ Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)
(<http://www.jointcommission.org/AboutUs/>)
- ・ U.S. Department of Health & Human Services
(<http://www.hospitalcompare.hhs.gov/>)
- ・ Maryland Hospital Association (MHA)
(<http://www.mdhospitals.org/>)
- ・ The Australian Council on Healthcare Standards (ACHS)
(<http://www.achs.org.au/>)
- ・ Hawaii Health Information Corporation (HHIC)
(<http://hhic.org/about-hhic.asp>)
- ・ Wisconsin Collaborative for Healthcare Quality
(<http://www.wchq.org/>)
- ・ The Leapfrog Group
(<https://leapfrog.medstat.com/pdf/final.pdf>)
- ・ 全国医学部長病院長会議「臨床指標による大学病院の医療の質・安全・患者満足度に関する調査」