

資料

医療評価の現状と課題 — 一日米の比較を通して —

三好麻以*1 坂本 圭*2 植田麻祐子*2

はじめに

2009（平成21）年9月、鴨川市（千葉県）にある医療法人鉄蕉会亀田総合病院および亀田クリニックが、アメリカの医療評価機関、JCI（Joint Commission International）による認証を、日本で初めて取得した¹⁾。JCIとは、アメリカ国内で医療機関等^{†1)}の評価を行う、JC（The Joint Commission）の国際版であり、1994（平成6）年に設立以降、世界的に徐々にその広がりを見せている組織である。図1は、1999（平成11）年から2009（平成21）年の10年間で、JCIの認証を取得した施設数を、First Accreditation（第1回目の認証）とRe-Accreditation（再認証）のそれぞれ、時系列で表している。第1回目に認証を取得した施設数の推移を見ると、2003（平成15）年に、一度減少するものの、それ以降は確実に、その数を伸ばしていることが分かる^{†2)}。

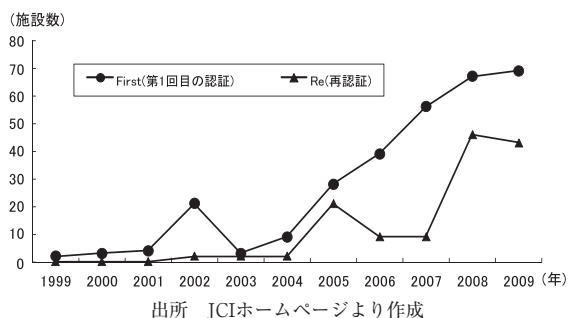
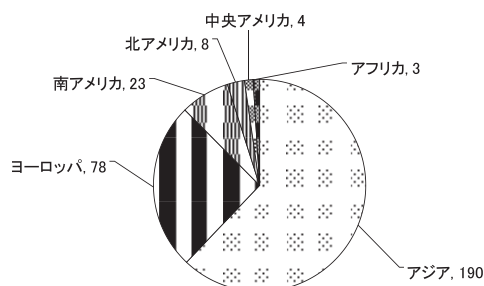


図1 JCI認証施設数の推移 (1999年～2009年)

さらに、図2には、ヨーロッパ、アジア、アフリカ、北アメリカ、中央アメリカ、南アメリカの6地域別に、認証を取得している施設数を表している。これを見ると、2010（平成22）年2月現在、世界40カ国で、306施設が認証を受けており、地域別には、アジアが他の地域に比べ、多いことが分かる^{†3)}。



出所 JCIホームページより作成

図2 JCI地域別認証施設数 (2010年)

このような新しい動きが見られる中で、日本では、1995（平成7）年に設立された「財団法人日本医療機能評価機構」（以下、「評価機構」とする）による病院機能評価が1997（平成9）年から始まり、本年で13年が経過しようとしている。2010（平成22）年3月5日現在、全国の8,766病院中、約29%の2,574病院が認定を取得しており、3割にも満たない状況にある²⁾。

そもそも、医療の質や病院の機能についての評価、その方法の本格的な研究、開発はアメリカから始まった³⁾。前述の、JCの前身であるJCAH（Joint Commission on Accreditation of Hospital）が組織されたのは、今から約60年前の1951（昭和26）年であり、当時は、アメリカ外科学会、アメリカ内科学会、アメリカ病院協会、アメリカ医師会、カナダ医師会が合同の形で、非営利団体として組織された。その後、1987（昭和62）年に、拡大する活動範囲を考慮して、名称をJCAHからJCAHO（Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization）に改めている。さらに、2007（平成19）年に、名称をJCに改め、現在に至っている。

JCAHの活動の中心となっていたのは、アメリカ外科学会である。当時、アメリカ外科学会は、提供する医療の質に病院間でばらつきがあることを懸念

*1 川崎医療福祉大学大学院 医療福祉マネジメント学研究所 医療福祉経営学専攻

*2 川崎医療福祉大学 医療福祉マネジメント学部 医療福祉経営学

（連絡先）三好麻以 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学

E-Mail : w5609002@kwmw.jp

し、その標準化を目的としていた⁴⁾。その標準化の方法として、手術後の結果を評価する手法を開発した。それが今日では、構造を評価する形に変わり、さらに、アメリカの医療保険制度に含まれる、「メディケア・メディケイド法」^{†4)}と医療評価^{†5)}に関連を持たせることにより、国全体で医療の質を高めることに取り組むことへとつながっている^{†6)}。

一方、日本の状況については、岩崎³⁾が、「米国における医療制度は初めから医療の質に十分考慮しながら制度が発達したと見られるのに対し、日本のそれは戦後の医療の疲弊があったとは言え、病院の拡大を図るものとなっていた」と述べている。その実態を示したものが、図3である。図3は1935（昭和10）年から現在までの日本の医療施設数の推移を表している^{†7)}。図3を見ると、岩崎の言うように、国民皆保険のスローガンである「いつでも、どこでも、だれでも」公平に医療を受けることができる体制を整えるために、戦後から1980年代後半にかけて、病院の量的拡大が図られていることが分かる。ただし、1990年代に入ってからは、病院数が減少していることも事実である。その背後には、急速な少子高齢化にともなう医療財政の悪化や医師不足など、病院経営を取り巻く社会環境の著しい変化があったことが考えられる。そのような状況にあるからこそ、今一度、病院の目的やあるべき姿を病院機能評価と結びつけて、質的な側面からも見直す必要

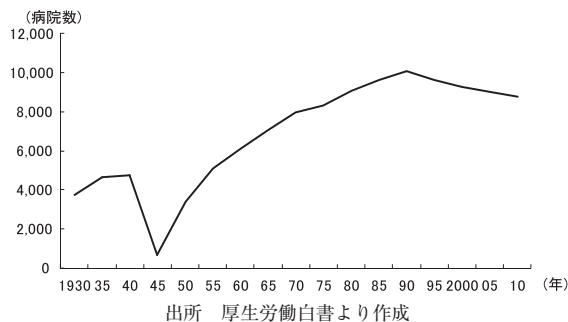


図3 病院数の推移 (1930年～2010年)

があるのではなからうか。

そこで、本稿では、第1章において、アメリカと日本の医療評価の歴史的経緯について概観する。第2章では、日本の病院機能評価の変化と現状について述べる。さらに、第3章では、日米の比較を通して、日本の医療評価における現状と課題について述べる。

1. アメリカと日本の医療評価の歴史的経緯

1.1. アメリカの医療評価の歴史的経緯

1.1.1. JCAH設立までの経緯

表1は、アメリカの医療評価機関が設立されるまでの経緯を時系列で示したものである。表1に従って、以下ではその概要を見ていくこととする。

まず、アメリカの医療評価は、1910（明治42）年にErnest Codman（以下、Codmanとする）が、診療の質を結果によって評価するシステム（end result system of hospital standardization）を提案したことから始まり、その後、Codmanらが中心となり、1913（大正2）年にアメリカ外科学会が設立された。当時のアメリカ外科学会は、前述のように、病院の提供する医療の質に病院間でばらつきがあることを懸念していた⁴⁾が、Codmanは、そのばらつきに対応するために、手術後の経過を評価する手法を開発し、アメリカ外科学会において、その評価方法を用いて医療の標準化を行うことに着手した。

さらに、1917（大正5）年には、1ページで表される簡単な最初のMinimum Standard for Manual^{†8)}が作成され、翌1918（大正6）年には、それを用いて現地調査が開始された。やがて、1926（昭和2）年には、18ページからなる本格的なStandard Manualが作成され、認証評価が行われるようになった。ちなみに、1950（昭和25）年には、そのマニュアルを利用して認証された病院数が3,200施設に達した。

以上のような経過を経て、1951（昭和26）年に

表1 JCAH設立までの歴史的経緯

年代	概要
1910（明治42）年	Ernest Codmanによる、診療の質を結果によって評価するシステム（end result system of hospital standardization）の提案
1913（大正2）年	アメリカ外科学会の設立（Ernest Codmanらが中心となる）
1917（大正5）年	アメリカ外科学会による、Minimum Standard for Hospital（1ページで構成）の開発
1918（大正6）年	Minimum Standard for Hospitalを利用した現地調査の実施
1926（昭和2）年	最初のStandard Manual（18ページで構成）の作成
1950（昭和25）年	3,200以上の病院の認証達成
1951（昭和26）年	非営利団体としてのJCAHの設立（アメリカ内科学会、アメリカ病院協会、アメリカ医師会、カナダ医師会が加わる）

出所 JCホームページより作成

は、アメリカ外科学会の従来の活動に対して、アメリカ内科学会、アメリカ病院協会、アメリカ医師会、カナダ医師会が加わり、ボランティア的な精神を持った非営利団体の組織として、JCAHが設立された。

1.1.2. JCAH設立以降の経緯

JCAHの設立以降の経緯や評価に関連する動向は、時系列で表2に示した。表1と同様に、以下ではその経緯を述べていくこととする。

JCAHの設立後、1953（昭和28）年にはStandard for Accreditation Hospitalが作成され、出版された。ただし、1959（昭和34）年には、カナダ独自の評価組織の設立のために、カナダ医師会がJCAHから脱退することになった。さらに、1964（昭和39）年からは、それまで無料で行っていた評価が有料とされるようになった。

1965（昭和40）年には、現在の公的医療保険制度である、「メディケア・メディケイド法案」が議会を通過した。それにともない、JCAHの認証を取得した病院は、「メディケア・メディケイド法」が適用となる医療機関に加わることとなった。すなわち、JCAHの認証を取得すると、自動的に「メディケア・メディケイド法」が定める基準を満たしていることとなる⁴⁾。また、1966（昭和41）年からは、長期ケア（介護施設）の認定が開始された。このような動向により、病院の評価に対する意識が高まることとなった。

1970（昭和45）年には、それまで、評価するサーベイヤーは主として医師のみであったが、この年から、看護師と病院管理者が加わることとなった。さらに、認定期間が3年から2年へ変更されたとともに、精神科施設の認定が開始された。また、1975（昭和50）年には、外来の認定が開始された。

1979（昭和54）年には、アメリカ歯科医師会がJCAHに加入し、1982（昭和57）年には、認定期間を、再度、2年から現在と同様の3年に戻した。続いて、1983（昭和58）年には、ホスピスの認定が開始された。

1987（昭和62）年には、上記のアメリカ歯科医師会の加入や評価対象施設の拡大等により、名称がJCAHOに改称された。また、1988（昭和63）年と1989（平成元）年には、在宅ケアとマネージドケアの認定がそれぞれ開始された。

1992（平成4）年には、認定プログラムの見直しが始まり、続いて、1993（平成5）年には、「患者のケア」と「組織的な診療行為の機能（能力）」に重点を置き、その機能を評価する新しい認定プログラムの作成に着手した。さらに、認定施設数等の

情報公開が開始されるとともに、一部の認定組織に対して、事前通告なしの訪問審査が実施されるようになった。

1994（平成6）年には、前述のJCIが設立され、アメリカ国外の医療機関に対する評価に着手することとなった。さらに、1995（平成7）年には、研究施設を対象とする認定が開始された。

1996（平成8）年には、ホームページを開設し、翌年の1997（平成9）年から、ORYX[®]と呼ばれる、プログラムの開発が開始された。このプログラムは、認定のプロセスやアウトカムから得られるデータを、病院間の比較やその他の補助情報として利用することを目的としたものである。

1998（平成10）年には、急増する医療事故の原因追求を目的とし、審査が開始された。また、1999（平成11）年には、患者とその家族を対象としたフリーダイヤルの相談受付が開始された。さらに、この年からJCIによる国際的な医療機関の認定が開始された。加えて、2000（平成12）年には、より詳細な評価を実施するため、夜間や休日を含めた診療体制の審査および指導が開始された。

2002（平成14）年からは、1997（平成9）年から開発を始めていたORYX[®]の運用が開始された。2004（平成16）年には、全米の病院を対象とし、認定証の有無がホームページで公開されることとなった。また、JCIの活動範囲をヨーロッパに拡大し、イタリア、フランスにオフィスが設置された。

2005（平成17）年には、国民に対し、医療の質と安全、さらには医療事故に関する意識改革を促すため、啓発活動が開始された。

2006（平成18）年には、事前通告なしの訪問審査が全施設を対象として開始されることとなった。さらに、JCIのオフィスが、ドバイ、シンガポールといったアジア地域にも設置された。加えて、2007（平成19）年には、名称がJCAHOからJCに改められている。

以上が、アメリカのJCの発足から現在に至る歴史的経緯であるが、その歴史は、JCAH設立から来年で60年目を迎えることとなる。JCIが行う国際的な評価活動はもちろんのこと、JCがアメリカ国内で行う評価活動の対象施設は、病院、福祉施設、外来や在宅ケア等、幅広いことが分かる。また、現在、民主党のオバマ政権となったアメリカの医療保険制度は大きく変わろうとしている⁶⁾。この動きによって、JCが果たすべき役割も変化する可能性が考えられる。

1.2. 日本の医療評価の歴史的経緯

前節では、アメリカの医療評価の歴史的経緯を簡

表2 JCAH設立以降の歴史的経緯

年代	概要	評価の変遷
1951（昭和26）年	アメリカ内科学会，アメリカ病院協会，アメリカ医師会，カナダ医師会が加わり，非営利団体としてJCAHを組織	
1953（昭和28）年	Standard for Accreditation Hospitalを作成，出版	
1959（昭和34）年	カナダ医師会が，カナダ独自の評価組織を設立するため，JCAHから脱退	
1964（昭和39）年	有料の評価（サーベイ）を開始	
1965（昭和40）年	「メディケア・メディケイド法案」の議会通過。（これに伴い，JCAHの認証を取得した病院は，「メディケア・メディケイド法」が適用となる医療機関に加わることとなる）	
1966（昭和41）年		長期ケア（介護施設）の認定を開始
1970（昭和45）年	サーベイヤー（評価者）に，看護師と病院管理者が加わる 認定期間を3年から2年に変更	精神科施設の認定を開始
1975（昭和50）年		外来の認定を開始
1979（昭和54）年	アメリカ歯科医師会がJCAHに加入	
1982（昭和57）年	認定期間を2年から3年に変更	
1983（昭和58）年		ホスピスの認定を開始
1987（昭和62）年	活動範囲の拡大を反映させ，名称をJCAHからJCAHOに改称	
1988（昭和63）年		在宅ケアの認定を開始
1989（平成元）年		マネージドケアの認定を開始
1992（平成4）年	認定プログラムの見直しを開始	
1993（平成5）年	新たな認定プログラムの作成に着手 認定施設数等の情報公開を開始 一部の認定組織に対する，事前通告なしの訪問審査を実施	
1994（平成6）年	JCIの設立	
1995（平成7）年		研究施設の認定を開始
1996（平成8）年	ホームページの開設	
1997（平成9）年	ORYX®の開発に着手	
1998（平成10）年	医療事故の原因追究の活動を開始	
1999（平成11）年	患者とその家族を対象とした，フリーダイヤルの相談受付を開始 JCIが初めての認証を行う	
2000（平成12）年	夜間や休日を含めた審査および指導を開始	
2002（平成14）年	ORYX®の運用を開始	
2004（平成16）年	全米の病院を対象とした，認定証の有無をホームページで公表 JCIがイタリア，フランスにオフィスを設置	
2005（平成17）年	国民に対し，医療の質と安全，事故に関する意識改革を促すため，啓発活動を開始	
2006（平成18）年	事前通告なしの訪問審査を開始 JCIがドバイ，シンガポールにオフィスを設置	
2007（平成19）年	名称をJCAHOからJCに改称	

出所 JCホームページ，一戸真子：医療における医療評価システムについて より作成

潔に述べた。本節では、日本の医療評価の歴史的経緯と、評価領域の変遷を含めた評価体系とその詳細を述べていく。

1.2.1. 財団法人日本医療機能評価機構設立までの経緯

表3は、評価機構設立までの経緯を示したものである。表3に従って、以下では順次その詳細を見ていくこととする。

まず、日本の病院機能評価の本格的な研究の始まりは、1980年代に入ってからであり、これは前述のCodmanによるアメリカの研究から約70年後のことであった。当時は、日本医師会を中心に、欧米諸国にならい、病院機能評価の手法についての検討と評価調査票の試作が行われると同時に、日本病院会において、病院管理マニュアルが作成されている⁷⁾。

その後、1985（昭和60）年には、旧厚生省および日本医師会によって、「病院機能評価に関する研究会」が結成された。この研究会では、「病院が自らの医療機能を評価するための評価項目と、そのマニュアルの作成」を目的とし、全国の病院を対象としたアンケート調査を実施した。その結果、約7割の病院から回答が寄せられたことから、病院機能評価に対する関心が高いことが示された。さらに、医学の進歩や高齢化等による社会環境の変化や、国民の医療に対するニーズの変化に対応するために、病院には「自己の病院の長所・短所を見極めその改善と向上に努力する責務がある」と考えられ、その手段として、病院機能評価の必要性が認識された⁸⁾。

さらに、1990（平成2）年には、東京都私立病院協会によって、「病院医療の質に関する研究会」が発足した。その研究会の中核的人物が、河北博文氏（医療法人財団河北総合病院理事長）である。この研究会は、河北氏のアメリカでの経験をもとに、東京都私立病院会青年部会によって結成された「JCAHO研究会」を継承した全国規模の会である⁹⁾。この研究会

においては、評価調査者（サーベイヤー）の育成や中立的な立場の専門家による学術的な第三者評価が実施された¹⁰⁾。

このように、日本でも医療の質や病院の機能についての評価とその方法についての研究や調査が活発に行われるようになった。やがて、1993（平成5）年に、旧厚生省に「病院機能評価基本問題検討会」が設置され、第三者として中立的な医療機関の評価を行う公益法人の必要性が提言された。そして、1995（平成7）年に、現在の評価機構が設立されるに至った。

1.2.2. 財団法人日本医療機能評価機構設立以降の経緯

表4は、評価機構設立以降の経緯である。ここでは、その概要と、法改正および、それが病院機能評価におよぼす影響、さらには、バージョンの変化も含めて、評価項目の変遷を時系列的に見ていくこととする。評価機構は、1995（平成7）年の設立以降、約1年半の試験運用期間を経て、1997（平成9）年より本格的な評価活動が開始された。当時使用していた評価項目は、バージョン2.0である^{†9)}。また、この年には、第3次医療法改正が行われたが、この改正による病院機能評価への直接的な影響はなかった。

1999（平成11）年からは、バージョン3.1が適用され^{†10)}、2000（平成12）年には、バージョン4.0への改訂に向けて、「病院機能区分と評価のあり方に関する研究会」が発足し、この研究会では、以下の2点が検討された。すなわち、①ケアプロセス評価の必要性とその方法 ②付加機能評価である^{†11)}。また、この年の第4次医療法改正では、患者の医療に関する情報を求めるニーズに対応するため、医療機関に関する広告規制の緩和が行われた。それにとともに、医療機関は評価機構から認定されたことを広告することが可能となった^{†12)}。

表3 財団法人日本医療機能評価機構設立までの歴史的経緯

年代	概要
1910（明治42）年	Ernest Codmanによる、診療の質を結果によって評価するシステム（end result system of hospital standardization）の提案
1913（大正2）年	アメリカ外科学会の設立（Ernest Codmanらが中心となる）
1917（大正5）年	アメリカ外科学会による、Minimum Standard for Hospital（1ページで構成）の開発
1918（大正6）年	Minimum Standard for Hospitalを利用した現地調査の実施
1926（昭和2）年	最初のStandard Manual（18ページで構成）の作成
1950（昭和25）年	3,200以上の病院の認証達成
1951（昭和26）年	非営利団体としてのJCAHの設立（アメリカ内科学会、アメリカ病院協会、アメリカ医師会、カナダ医師会が加わる）

出所 財団法人日本医療機能評価機構病院データブック平成19年度、病院機能評価マニュアルより作成

表4 財団法人日本医療機能評価機構設立以降の歴史的経緯―法改正を踏まえた病院機能評価に対する影響とバージョンの改定および変化―

年代	概要	法改正と病院機能評価に対する影響		バージョンの改訂および主たる変化	バージョンおよび評価項目の特徴
		法改正	影響		
1995 (平成7) 年	財団法人日本医療機能評価機構の設立				
1997 (平成9) 年	病院機能評価の開始	第3次医療法改正		Ver2.0	・評価事業開始が前提で使用されたバージョン
1999 (平成11) 年				Ver3.1	・療養病床に対応した評価領域を設定
2000 (平成12) 年	「病院機能区分と評価のあり方に関する研究会」の発足	第4次医療法改正	広告規制の緩和 病床区分の見直し		
2002 (平成14) 年	更新審査開始 評価機構ホームページにて評価結果の公表開始	診療報酬改定	緩和ケア入院加算等の 施設基準が変更	Ver4.0	<ul style="list-style-type: none"> 患者の安全確保・情報管理機能・管理者のリーダーシップ・ケアプロセス等の評価項目を追加 診療・看護・病院管理（事務）の領域をそれぞれ設定 精神科と療養病床それぞれの領域を設定 評価対象の区分を病院種別から病床区分へ変更
		医療法の一部改正	広告規制の緩和 医療法人制度改正による 理事長要件の緩和		
		医師法一部改正			
2003 (平成15) 年					救急医療機能・緩和ケア機能・リハビリテーション機能に 対する機能別評価
2004 (平成16) 年	「サーベイヤー・パフォーマンンス・レビュー」の開始		新医師臨床研修制度の 開始		
2005 (平成17) 年				Ver5.0	・ケアプロセスに関する評価項目を変更・移動
2006 (平成18) 年		第5次医療法改正	医療機能 情報提供制度の設立 医療安全 支援センターの設立		
2009 (平成21) 年				Ver6.0	・地球環境への配慮・継続的な改善の取り組み・情報システム管理機能・ 医療機器管理・臨床研修機能・労務管理等に関する評価項目を追加

出所 財団法人日本医療機能評価機構病院データベース、平成19年度、病院機能評価マニュアル、医療法、厚生労働白書、病院機能評価受審領域別ハンドブックより作成

2002（平成14）年からは、認定の更新に関する審査と、バージョン4.0の適用、さらには、精神科病床、療養病床に対する固有の項目を用いた評価が開始された。そして、評価機構は、認定病院の了承を得たうえで、評価結果の公表をホームページで開始した。さらに、この年の診療報酬の改定により、「緩和ケア病棟入院料」、「緩和ケア診療加算」、「外来化学療法加算」が認められるための施設基準に「財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること」が要件として追加された^{†13)}。また、広告規制が緩和され、審査結果についての広告が可能となった^{†14)}。さらに、「医療法人制度」の改定により、「医師または歯科医師でない理事のうちから理事長を選出することができる」要件として、「財団法人日本医療機能評価機構が行う病院機能評価による認定を受けた医療機関を経営している医療法人」という条件が定められた¹²⁾。加えて、バージョン4.0への改定では、患者の安全確保・情報管理機能・管理者のリーダーシップ・ケアプロセス等の評価項目が追加されている。

2003（平成15）年には、救急医療機能、緩和ケア機能、リハビリテーション機能に対する付加機能評価の審査が開始され^{†15)}、翌年の2004（平成16）年には、評価調査者の業務遂行状況を把握するため、「サーベイヤー・パフォーマンス・レビュー」と呼ばれる評価が開始された。なお、評価機構設立から10年目を迎えた2005（平成17）年には、バージョン5.0を適用した評価が開始された。

「医療構造改革」と呼ばれた、2006（平成18）年の第5次医療法改正では、医療機能の分化・連携の推進として、「医療機能情報提供制度」の設立や各都道府県の医療計画の見直し、「医療安全支援センターの設置」等、患者が、医療の「質」を意識し、

様々な情報を得て、医療機関の選択ができるような環境の整備がなされた。また、「医療機能情報提供制度」において提供される情報には、診療科目等の基本情報や手術件数、医療従事者数に加え、病院機能評価の認定の有無まで幅広く含まれている^{†16)}。

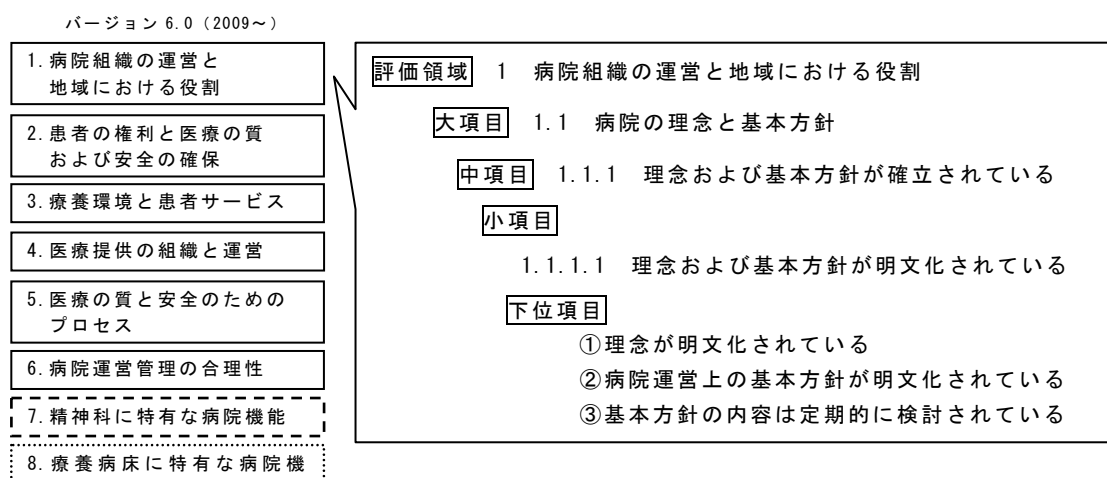
このような経過を経て、2009（平成21）年からは、バージョン6.0の評価が始まり、現在に至っている。バージョン6.0では、地球環境への配慮・継続的な改善への取り組み等、いくつかの評価項目が新たに追加されているが、詳細については、第2章の第4節で詳述することとする。

2. 日本の病院機能評価の変化と現状

第1章では、アメリカと日本の医療評価の歴史的経緯について述べた。第2章では、第1章を踏まえ、評価体系の変化を中心として、病院機能評価の概要について述べていくが、その前に、図4において、評価領域と評価項目の構成について、例を挙げておく。

図4は、バージョン6.0の最初の評価領域である「1. 病院組織の運営と地域における役割」の具体的な評価項目を示している。大項目「1.1 病院の理念と基本方針」の下には、中項目として「1.1.1 理念および基本方針が確立されている」、その下には、小項目として「1.1.1.1 理念および基本方針が明文化されている」、さらに、その下位項目として「① 理念が明文化されている」、「② 病院運営上の基本方針が明文化されている」、「③ 基本方針の内容は定期的に検討されている」が設定されている。他の領域も同様の構成をしており、以下で述べる内容の参考とされたい。

図5は、バージョン2.0から6.0までの評価領域の変遷を表したものであり、表5は、バージョン2.0から6.0までの評価対象となる病院の種別と区分の一覧



出所 病院機能評価統合版評価項目V6.0より作成

図4 評価領域と評価項目構成の例

表であり、表6は、評価項目数を「大項目」、「中項目」、「小項目」ごとに表したものである。

ここでは、以上の図表のデータをそれぞれ関連付け、前述のような医療を取り巻く社会環境の変化を踏まえて、バージョンの改定と評価項目の変化について、具体的に述べていくこととする。

2.1. バージョン2.0から3.1への改定

図6は、バージョン2.0から3.1への改定における、評価領域の改定のポイントを表している。図6を見ると分かるように、この改定では、長期療養病院を対象とした評価領域として、「2. 地域ケアへの参加とサービスの継続性」、「4. ケアの適切な提供」、「7. リハビリテーションとQOLへの配慮」が新たに設定された。つまり、長期療養病院を評価する際は、「1. 病院の理念と組織的基盤」、「2. 地域ケアへの参加とサービスの継続性」、「3. 診療の質の確保」、「4. ケアの適切な提供」、「5. 患者の満足と安心」、「6. 病院運営管理の合理性」、「7. リハビリテーションとQOLへの配慮」の7つの領域が評価で用いられる。

次に、表5について見てみる。対象とする病院は、「一般病院」と「精神病院」の2つに大別される。さらに、「一般病院」では、「A：地域に密着し、住民に身近な医療機関として、概ね二次機能までの医療に対応している比較的規模の小さい病院（中小病院）」と「B：地域が必要とする各領域の医療において基幹的・中心的な役割を担い、高次の医療にも対応しうる一定の規模を有する病院（大病院）」に区分している。また、「精神病院」では、「A：精神医療を担うことを主たる役割としている病院のうち、施設・組織の規模が中規模、又は小規模の病院（中小病院）」と、「B：精神医療を担うことを主たる役割としている病院のうち、施設・組織の規模が一定規模以上で多様な機能を有する病院（大病院）」に区分している¹⁴⁾。以上に加え、バージョン3.1からは、療養病床を対象とする評価項目が新たに設定されたため、療養病床を有する「長期療養病院」も評価の対象となる病院に加えられている^{†17)}。

2.2. バージョン3.1から4.0への改定

バージョン3.1から4.0への改定は、図5を見ると、他の改定に比べ、評価領域の名称の大幅な変更が見られる。それにともなって、評価項目数も大幅に増加していることが分かる。そこで、以下では、バージョン3.1から4.0への評価領域の改定と、一部の評価項目の改定を詳細に見ていく。

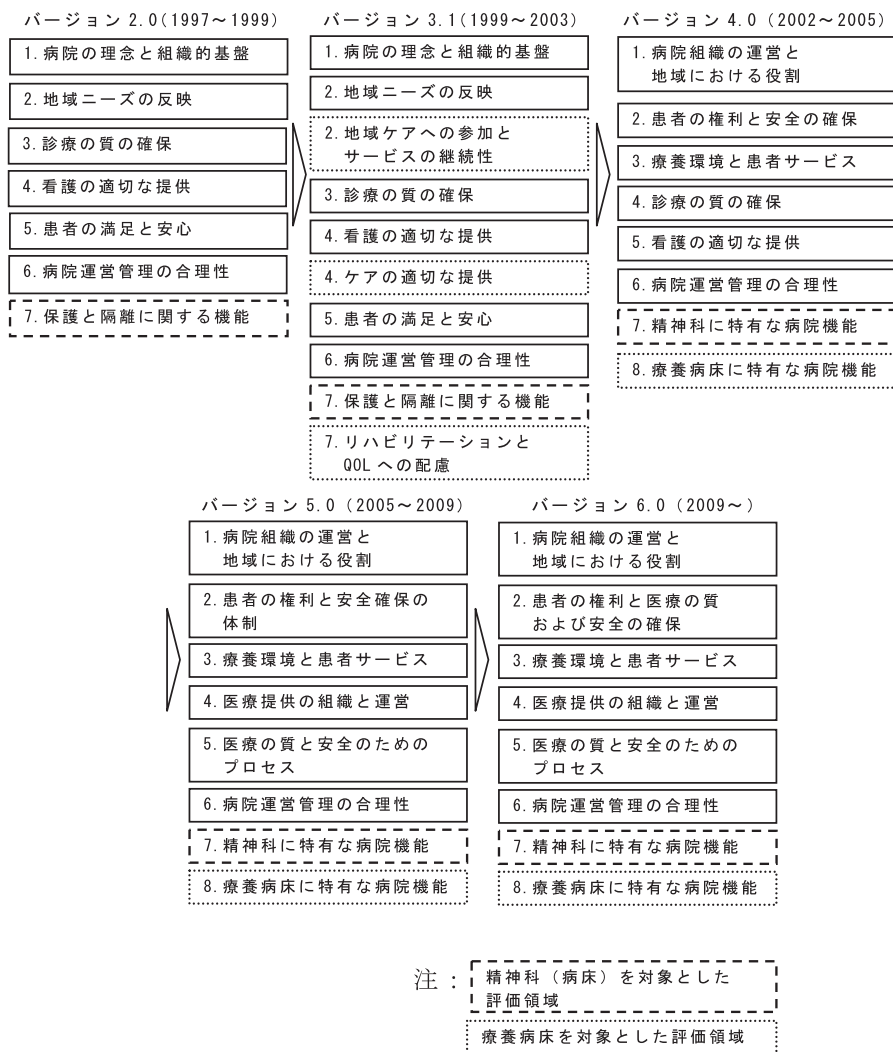
図7は、バージョン3.1から4.0への改定ポイントを表している。まず、評価領域の改定では、バージョ

ン3.1の「1. 病院の理念と組織的基盤」と「2. 地域ニーズの反映」の評価領域の、「病院組織」と「地域」に関する評価項目が、バージョン4.0の、「1. 病院組織の運営と地域における役割」の評価領域に集約されている。次に、バージョン3.1の「1. 病院の理念と組織的基盤」と「5. 患者の満足と安心」の評価領域の、「患者」と「安全」に関する評価項目が、バージョン4.0で新たに設定された「2. 患者の権利と安全の確保」の評価領域に集約されている。そして、バージョン3.1の「5. 患者の満足と安心」の評価領域で設定されていた項目が、バージョン4.0の「3. 療養環境と患者サービス」の評価領域において、より詳細な評価項目として設定された^{†18)}。さらに、バージョン3.1の「2. 地域ニーズの反映」と「3. 診療の質の確保」の評価領域の、「診療」に関する項目が、バージョン4.0の、「4. 診療の質の確保」の評価領域に集約された。加えて、「4. 診療の質の確保」、「5. 看護の適切な提供」、「6. 病院運営管理の合理性」の評価領域については、名称そのまま設定されているものの、評価領域4, 5において「ケアプロセス」の評価項目が新たに追加された^{†19)}。最後に、バージョン3.1では、「7. 保護と隔離に関する機能」としての評価領域に設定されていた精神科を対象とする評価項目が、バージョン4.0では、「7. 精神科に特有な病院機能」としての評価領域に設定された。また、バージョン3.1で「リハビリテーションとQOLへの配慮」に設定されていた長期療養病院を対象とする評価項目は、「8. 療養病床に特有な病院機能」という評価領域に設定された。

バージョン4.0への改定では、評価の対象となる病院区分も大きく変化している。表5を見ると分かるように、バージョン3.1までの病院種別の考え方を変更したうえで、さらに、それぞれの病院種別ごとに、病院の規模によって細かい区分が設けられている。つまり、病床数を区分する基準として、一般病院は、「1：20～99床」、「2：100～199床」、「3：200～499床」、「4：500床以上」の4区分を設けるとともに、精神病床と療養病床を有する病院は、「1：20～99床」、「2：100～199床」、「3：200～499床」の3区分に設定された。以上のような、バージョン3.1から4.0への改定には、医療情報に対する国民の関心への対応や、前述の第4次医療法改正に見られた、病床区分の見直しが反映されている。

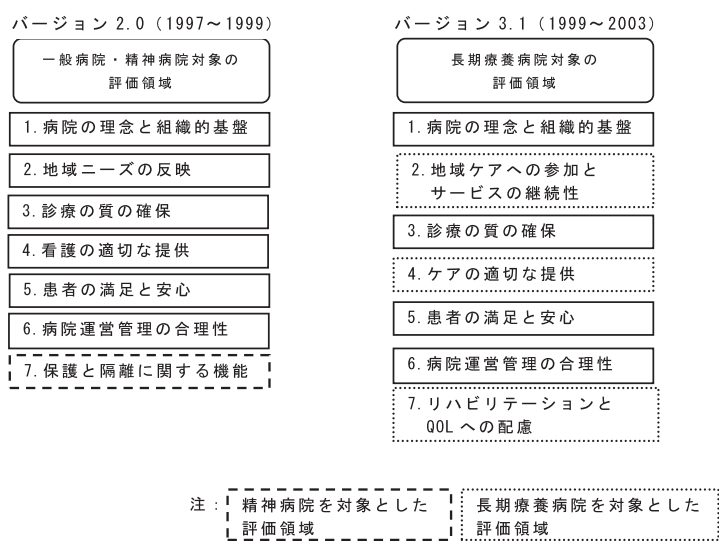
2.3. バージョン4.0から5.0への改定

図8は、バージョン4.0から5.0への改定のポイントを表したものである。この改定の目的について、評



出所：病院機能評価データブック平成19年度，病院機能評価統合版評価項目V6.0より作成

図5 評価領域の変遷



*ここでは、バージョン2.0と3.1で使用していた名称をそのまま使用し、「精神病院」「長期療養病院」とする。

出所 図5. 病院機能評価データブック平成19年度より作成

図6 バージョン2.0から3.1への改定のポイント

表5 病院種別・病院区分一覧

Ver 2.0	一般病院		精神病院		長期療養 病院	複合病院 一般・精神・ 療養
	A：中小病院	B：大病院	A：中小病院	B：大病院		
Ver 3.1	一般病院		精神病院		長期療養 病院	複合病院 一般・精神・ 療養
	A：中小病院	B：大病院	A：中小病院	B：大病院		
Ver 4.0 5.0 6.0	審査体制区分（一般）					
	1： 20～99床	2： 100～199床	3： 200～499床	4： 500床以上		
	審査体制区分（精神病床・療養病床）				複合病院	
	1： 20～99床	2： 100～199床	3： 200～499床	一般・精神・ 療養		
付加 機能 評価	救急医療機能					
	緩和ケア機能					
	リハビリテーション機能					

出所 財団法人日本医療機能評価機構病院データブック平成19年度，病院機能評価受審領域別ハンドブックより作成

表6 各バージョンの評価項目数一覧

項目	一般病院 A			一般病院 B			精神病院 A			精神病院 B			長期療養病院		
	大	中	小	大	中	小	大	中	小	大	中	小	大	中	小
Ver2.0	41	69	197	43	130	370	42	73	260	41	112	370			
Ver3.1	39	79	233	46	132	408	40	90	323	44	125	438	42	88	267

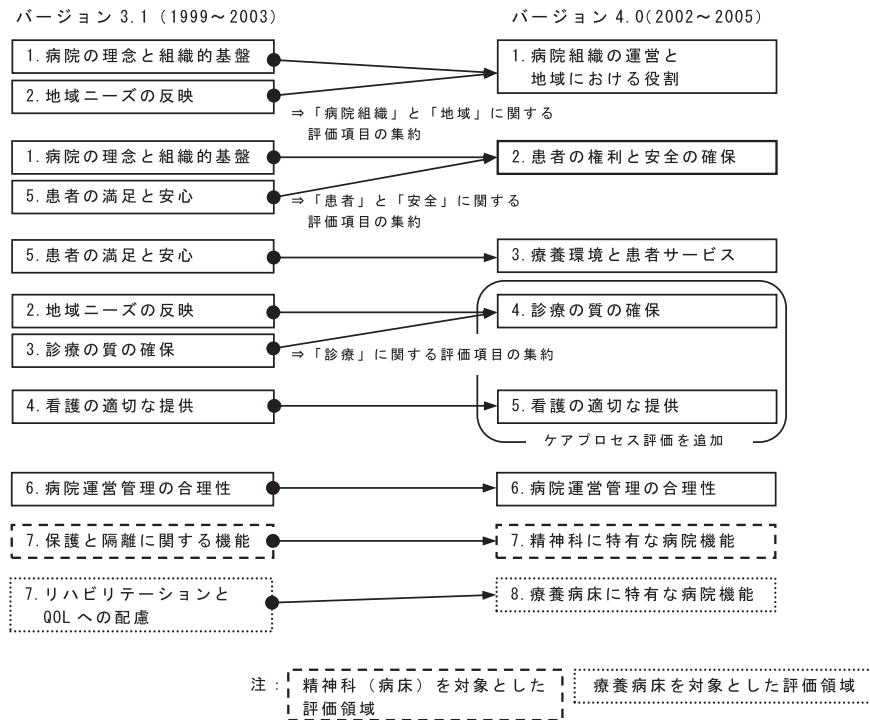
項目	全体			共通項目		
	大	中	小	大	中	小
Ver4.0	81	204	654	72	178	577
Ver5.0	63	188	608	55	162	532
Ver6.0	60	162	418	52	137	352

出所 財団法人日本医療機能評価機構病院データブック平成19年度，病院機能評価受審領域別ハンドブック，バージョン5.0，バージョン6.0より作成

価機構が公表している資料¹⁷⁾によると、「統合版評価項目V4.0の運用実績を踏まえ，より円滑で質の高い審査を行うため，小規模な改定を行う」としており，さらに，改定の方針には，項目内容の大幅な変更や，項目数の追加等は行わず，重複する項目の整理・統合や順序の変更を具体的な改定内容としている。

図5のバージョン5.0を見ると，「2. 患者の権利

と安全確保の体制」，「4. 医療提供の組織と運営」，「5. 医療の質と安全のためのプロセス」の評価領域に名称の変更が見られるが，具体的には図8に示したように，バージョン4.0の評価領域2，4，5にあったケアプロセスの項目を，「組織と運営」と「プロセス」に関する評価項目に再分類し，それぞれをバージョン5.0において「4. 医療提供の組織と運営」と「5. 医療の質と安全のためのプロセ



出所 図5. 病院機能評価データブック平成19年度より作成

図7 バージョン3.1から4.0への改定のポイント

ス」の評価領域に集約させた^{†20)}。したがって、この改定では、バージョン3.1から4.0への改定に比べ、小規模な改定であることが分かる。

2.4. バージョン5.0から6.0への改定

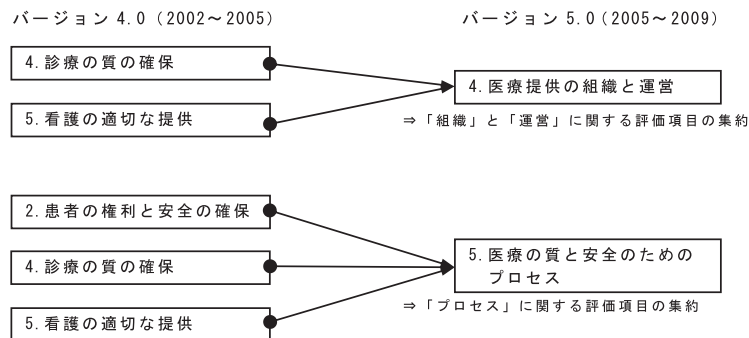
バージョン6.0は、2009（平成21）年から新たに運用が開始されているが、評価機構は、この改定に関して、以下のような内容の文章を公表している¹⁸⁾。すなわち、改定を必要とする背景と改定の趣旨は、「医療制度改革等による医療を取り巻く環境の変化にともない、評価体系の現状に合致したものに修正する必要性が高いこと」と「受審病院の負担を軽減し、受審意欲を喚起するような配慮の必要性があること」である。さらに、改定の基本的な考え方として、「評価の領域や評価項目の構造等の基本的な枠組みは変えず、評価項目体系・病院種別を見直

す」、「受審病院の負担軽減と審査業務の合理化を図る観点から、評価項目を減少させる。このことによって、サーベイヤーの事務的な負担が軽減され、評価クオリティの向上を目指す」等が挙げられている。以下では、これらの評価機構の考えに基づき、具体的な変化について見ていくこととする。

2.4.1. バージョン6.0で新設された評価項目

図9は、バージョン5.0から6.0への改定のポイントを表している。この改定では、図5を見ると分かるように、評価領域の名称に変更が見られるのは、「2. 患者の権利と医療の質および安全の確保」のみである。図9で示したように、バージョン6.0では、以下のような評価項目が新設され、さらに、具体的な視点が示された。すなわち、

- ①地球環境への配慮に関する評価項目



出所 図5. 病院機能評価データブック平成19年度より作成

図8 バージョン4.0から5.0への改定のポイント

バージョン 6.0 (2009~)	<新設された評価項目>
1. 病院組織の運営と地域における役割	+ 地球環境への配慮・継続的な改善への取り組みに関する評価項目
4. 医療提供の組織と運営	+ 医療機器管理・医療情報システムの管理・臨床研修機能に関する
6. 病院運営管理の合理性	+ 院内暴力等への方針の策定や対応策に関する評価

出所 図5. 病院機能評価統合版評価項目V6.0より作成

図9 バージョン5.0から6.0への改定のポイント

- ・エネルギー消費をおさえる努力
 - ・廃棄物排出量をおさえる努力
 - ・資源のリサイクルへの配慮
 - ・自然環境の汚染防止への配慮
 - ②継続的な質改善への取り組みに関する評価項目
 - ・病院組織を主体とする継続的な改善
 - ・病院機能評価への取り組みを含めた改善活動
 - ③医療情報システムの管理状況に関する評価項目
 - ・医療情報システムの管理体制
 - ・医療情報システム機能の適切性のチェック
 - ・医療情報システム機能の改善
 - ④医療機器管理に関する評価項目
 - ・医療機器の管理体制
 - ・医療機器機能の適切性と質改善
 - ⑤臨床研修機能に関する評価項目
 - ・臨床研修体制の有無
 - ・臨床研修機能の適切性のチェック
 - ・臨床研修機能の改善
 - ⑥院内暴力等への方針の策定や対応策（労務管理）に関する評価項目
 - ・院内暴力についての組織的な対応の有無
 - ・体制の整備，相談窓口等の設置
- である。

「①地球環境への配慮に関する評価項目」は、「1. 病院組織の運営と地域における役割」の評価領域に含まれる大項目「1.7健康増進と環境」に設定された。「②継続的な質改善への取り組みに関する評価項目」は、「1. 病院組織の運営と地域における役割」の評価領域に含まれる大項目「1.8継続的な質改善の取り組み」に設定された。「③医療情報システムの管理状況に関する評価項目」は、「4. 医療提供の組織と運営」の評価領域の大項目「4.16情報システム管理機能」に設定された。その背景には、近年加速する、医療システムの電子化^{†21)}の影響があると考えられる。同様に、「④医療機器管理に関する評価項目」は、「4. 医療提供の組織と運営」の評価領域の大項目「4.19医療機器管理機能」に設定された。加えて、「⑤臨床研修機能に関する評価項目」は、「新医師臨床研修制度」^{†22)}の定着から、「4. 医療提供の組織と運営」の評価領域

の大項目「4.20臨床研修機能」に設定された。「⑥院内暴力等への方針の策定や対応策に関する評価項目」は、「6. 病院運営管理の合理性」の評価領域の大項目「6.1人事・労務管理」に新設されたが、その背景には、近年注目される、「医療事故」や「モンスターペイシエント」^{†23)}による影響が考えられる。加えて、子育て支援対策等の離職防止や復職支援策についての評価が、労務管理の項目内に盛り込まれている^{†24)}。

2.4.2. バージョン6.0における評価項目数の変化
また、表6を見ると分かるように、バージョン6.0への改定では、受審病院の負担軽減と審査業務の合理化を図る観点から、評価項目を整理、統合することにより、小項目が、共通項目だけで532項目から352項目まで、約200項目以上削減されている。

以上が、バージョン2.0から6.0までの、評価領域の変遷と評価項目の変化である。

3. 日本の医療評価における現状と課題

ここでは、前述のアメリカと日本の医療評価システムを比較したうえで、日本の医療評価の現状と課題について考察する。それぞれの比較項目を整理して一覧表にしたものが、表7である。

まず、「評価対象」の項目を見ると、評価の対象となる病院や機能の種類に違いがある。前述のように、アメリカは、病院、長期ケア（介護施設）、精神科施設、外来、ホスピス、在宅ケア等、対象の範囲が広いことが分かる。それに対し、日本は、医療福祉分野において、医療・福祉サービスが複合的に提供されている実状に反し、評価機構が単独で行っている医療評価と、各都道府県単位で行っている福祉施設の第三者評価に見られるように、サービス分野ごとに実施されている²³⁾。

次に、「医療保険制度との関連性」の項目を見ると、アメリカでは、医療機関が「メディケア・メディケイド法」による公的医療保険の認可を取得するためには、JCの認証が必要要件になっている。それに対し、日本では、診療報酬制度や医療法人制度の理事長要件等において、部分的な加算条件はあるものの、保険医療機関となるための、法律や制度

表7 アメリカと日本の医療評価における現状比較

比較項目	アメリカ	日本
設立	1951（昭和26）年	1995（平成7）年
評価対象	病院 長期ケア（介護施設） 精神科施設 外来 ホスピス 在宅ケア マネージドケア 研究施設 等	病院（一般病床 精神病床 療養病 床） 救急医療機能 緩和ケア機能 リハビリテーション機能
医療保険制度 との関連性	あり	なし（一部診療報酬制度と医療法人制 度に関連性あり）
事前通告なし の訪問審査	あり	なし
情報公開	あり （全病院対象）	あり （ただし、病院の認可があった場合）
認定期間	3年	5年

出所 表1, 表2, 表3, 表4より作成

に基づく必要要件はない。

そして、「事前通告なしの訪問審査」の項目を見ると、アメリカでは、2006（平成18）年から事前通告なしの訪問審査が実施されているが、日本では、事前通告なしの訪問審査は実施されていない。

さらに、「情報公開」の項目を見ると、アメリカでは、全病院を対象として実施されているのに対し、日本では、評価結果を踏まえたうえで、病院側が了承した場合のみ実施されている。また、日本では、情報の公開が推進されており、病院機能評価の評価結果も情報公開の対象の1つとなっている。

最後に、「認定期間」の項目を見ると、アメリカは3年であり、日本は5年である。さらに、日本では、バージョン6.0の改定の際、その目的として病院側の評価に向けた準備の負担軽減を掲げている。

以上が、アメリカと日本の比較から見られる、日本の医療評価における現状であるが、これらを念頭に日本の課題をまとめると、以下の5点が挙げられる。

① 評価対象：

医療・福祉サービスの実態を踏まえた評価体系の検討

② 医療保険制度との関連性：

法律や制度による評価受審の規制に関する検討

③ 事前通告なしの訪問審査：

訪問審査方法の見直し

④ 情報公開：

評価結果の公表に関する規定と、その公表内容の見直し

⑤ 認定期間：

認定期間と評価プロセスの見直し

本稿執筆にあたり、ご指導や有益な示唆と助言を賜りました川崎医療福祉大学教授 斎藤観之助 先生をはじめとする諸先生方、日本大学医学部教授 大道久先生に心より感謝申し上げます。なお、残存するであろう誤解や誤りは、もちろん筆者の責任である。

注

†1) 評価の対象施設については、第1章を参照されたい。

†2) 再認証の施設数とその3年後、2006（平成18）年にも同じように減少している要因として、認証期間が3年間であることが考えられる。

†3) 図1, 2の背景の詳細については、別の機会に述べることにする。

†4) メディケアとは、高齢者を対象とした、メディケイドとは、障害者や低所得者を対象とした公的な医療保険制度である⁵⁾。

†5) 医療の質の評価の呼称については、「医療評価」、「医療の第三者評価」、「病院評価」等様々であるが、本稿では、アメリカと日本それぞれの特徴を考慮し、アメリカについては「医療評価」、日本については「病院機能評価」と称することとする。

†6) 詳細については第1章で述べる。

†7) 図3を見ると、日本の病院数は、1940（昭和15）年の4,732から、1945（昭和20）年の645へと急激に減少しているが、その背景には第2次世界大戦の影響がある。

- †8) Minimum Standard for Manualは、全5項で構成されている。その内容は、以下のとおりである。すなわち、
- 第1項 アメリカの病院の根本的なあり方の定義
 - 第2項 メディカルスタッフの能力について
 - 第3項 メディカルスタッフの活動を律する規則について
 - 第4項 患者に対しての情報（記録）の保持とその整備について
 - 第5項 病院の設備、機器等について
- である⁴⁾。
- †9) 初年度の受審病院数は125病院であった¹⁰⁾。
- †10) 1998（平成10）年には、バージョン3.0への改訂作業が行われた。
- †11) ケアプロセス評価は、バージョン5.0から評価対象領域として追加され、付加機能評価は、2003（平成15）年から開始された。具体的には、第2章で述べる。
- †12) 第4次医療法改正では、医療提供体制の見直しとして、入院医療を提供する体制の整備、医療における情報提供の推進が行われた。評価機構が行う病院機能評価の結果は、患者の医療に関する情報を求めるニーズに対応するために、医療機関が広告できる事項として追加された¹¹⁾。
- †13) 「外来化学療養加算」は、2004（平成16）年の診療報酬改定において、除外された。
- †14) 「医療法第六条の五第一項及び第六条の七第一項の規定に基づく医業、歯科医業若しくは、助産師の業務又は病院、診療所若しくは助産所に関して広告できる事項」が、「財団法人日本医療機能評価機構が行う医療機能評価の結果（個別の審査項目に係るものを含む）」と改正された。
- †15) 付加機能評価を受審できる医療機関の要件は以下のとおりである。すなわち、
- ① 救急医療機能：地域における高次救急（三次救急医療、もしくはそれに準ずる救急医療）を担うことを役割としている病院
 - ② 緩和ケア機能：緩和ケア病棟もしくはホスピスを保有している病院
 - ③ リハビリテーション機能：評価機構が定める基準を満たす病院である¹³⁾。
- †16) 医療機能情報提供制度は、医療法第六条の五において定められている。
- †17) 1つの医療機関で、「一般・精神・療養」のうち、複数の病床を有する病院は「複合病院」としている。
- †18) 例えば、快適な療養環境については、ただ単に環境が整備されていることだけではなく、ベッドやトイレ、浴室等の入院時に使用する設備が、利用する患者それぞれに対応することが可能かを評価する基準等が含まれている。なお、より詳細な評価項目の内容については、財団法人日本医療機能評価機構が公開している評価項目を参照されたい¹⁵⁾。
- †19) ケアプロセスの評価とは、医療機関で治療を受ける過程全般の評価である。すなわち、診察から退院までの治療行為において、治療、看護、検査、薬剤、手術、栄養、社会相談等のあらゆる専門的な部門が、治療という目標に向かい協力することが必要であり、さらには、安全な治療行為が効率的かつ継続的に実施されている必要があるという視点から設定された評価項目である¹⁶⁾。また、この評価では、診療と看護を専門とするサービヤヤーがベアとなり、直接病棟を訪問して評価する手法を用いている。
- †20) バージョン4.0の「2. 患者の権利と安全の確保」の評価領域からバージョン5.0の「5. 医療の質と安全のためのプロセス」の評価領域に集約された具体的なケアプロセスの評価項目の一例としては、大項目「5.6ケアプロセスにおける感染対策」が挙げられる。
- †21) 厚生労働省からは「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」が提示され、情報システムの管理システムが規定されている¹⁹⁾。
- †22) 「新医師臨床研修制度」は、平成14年に公布・施行された「医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令」および平成15年に公布・施行された同省令の改正省令において定められているが、1946（昭和21）年に創設された医師の「実地修練制度」（いわゆるインターン制度）を基に、2004（平成16）年度から開始された²⁰⁾。病院機能評価では、「新医師臨床研修制度」の定着により、バージョン6.0において、評価項目が新設された。
- †23) 病院機能評価統合版項目解説集によると、「院内暴力対策は、病院の社会的信頼を守る重要な対策」としているとともに、「院内暴力」の定義を、「病院の内外を問わず、患者及び家族などから医療者及び病院関係者に対する暴力、脅し、威嚇、不当請求、セクハラなど」としている²¹⁾。
- †24) 子育て支援等の離職防止や復職支援策に関して、具体的に明記している評価項目は見られないが、病院機能評価統合版項目解説集によると、評価の考え方として、「週平均労働時間が40時間であることなど、法的な基準の順守をはじめ、（略）子育て支援（院内託児所等）、育児短時間勤務の導入など、女性を対象とした就労支援策などに配慮していることも評価の対象である」と表記されている²²⁾。

文 献

- 1) 医療法人鉄蕉会亀田メディカルセンター：お知らせ, <http://www.kameda.com/info/detail.php?i=472>, 参照年月日2009.3.25.
- 2) 財団法人日本医療機能評価機構：病院機能評価結果の情報提供, <http://www.report.jcqh.or.jp/index.php>, 参照年月日2010.3.10.
- 3) 岩崎榮：医療の質評価をめぐる現状—JCAHOの活動を中心に—. インターナショナルナーシングレビュー, 18(3), 58 - 65, 1995.
- 4) William F. Jessee (岩崎榮, 吉岡穰訳)：アメリカにおける医療評価の歴史と現状1—ジョイントコミッションの歴史的発展—. 病院, 50(6), 484 - 489, 1991.
- 5) 藤田伍一：諸外国の社会保障の現状と動向「アメリカ」. 健康保険組合連合会編, 社会保障年鑑, 2009年版, 東洋経済新報社, 東京, 346 - 354, 2009.
- 6) 日本経済新聞：米医療改革法. 日本経済新聞社, 1面, 14版, 2010.3.23.
- 7) 日本医師会, 厚生省健康政策局指導課：病院機能評価マニュアル, 第1版, 金原出版株式会社, 東京, 11, 1989.
- 8) 日本医師会, 厚生省健康政策局指導課：病院機能評価マニュアル, 第1版, 金原出版株式会社, 東京, 序文, 1989.
- 9) 丸木一成：わが病院の医療の総合的質経営の取り組み—6病院の院長・理事長へのトップインタビュー—. 飯田修平, 田村誠, 丸木一成, 医療の質向上への革新—先進6病院の事例研究から—, 第1版, 株式会社日科技連出版社, 東京, 42-54, 2005.
- 10) 財団法人日本医療機能評価機構：病院機能評価データブック平成19年度, http://jcqh.or.jp/html/documents/pdf/databook_h19.pdf, 参照年月日2010.3.25.
- 11) 厚生労働省：厚生労働白書(平成13年版). ぎょうせい, 東京, 171-173, 2001.
- 12) 財団法人日本医療機能評価機構：病院機能評価が影響する診療報酬や施設基準等について, <http://jcqh.or.jp/html/effect.htm#pagetop>, 参照年月日2010.3.25.
- 13) 財団法人日本医療機能評価機構：付加機能評価について, <http://jcqh.or.jp/html/module.htm>, 参照年月日2010.3.25.
- 14) 財団法人日本医療機能評価機構：病院種別と評価項目, http://jcqh.or.jp/html/now_syubetsu.htm#pagetop, 参照年月日2010.3.25.
- 15) 財団法人日本医療機能評価機構：評価項目, http://jcqh.or.jp/html/documents/pdf/jikohyoukaV5/V5_ex.pdf, 参照年月日2010.3.29.
- 16) 佐合茂樹：病院機能評価の沿革とそのねらい. 産労総合研究所編, 病院機能評価受審領域別ハンドブック, 第1版, 産労総合研究所出版部経営書院, 東京, 19, 2003.
- 17) 財団法人日本医療機能評価機構：統合版評価項目概要Ver.5.0, http://jcqh.or.jp/html/documents/pdf/jikohyoukaV5/V5_ex.pdf, 参照年月日2010.3.29.
- 18) 財団法人日本医療機能評価機構：評価項目の改定について, http://jcqh.or.jp/html/documents/pdf/change_v6.pdf, 参照年月日2010.3.29.
- 19) 厚生労働省：医療情報ネットワーク基盤検討会, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/other.html#isei>, 参照年月日2010.3.29.
- 20) 厚生労働省：医師臨床研修制度のホームページ, <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/hensen/index.html>, 参照年月日2010.3.29.
- 21) 財団法人日本医療機能評価機構：病院機能評価統合版評価項目解説集V6.0, 第1版, 財団法人日本医療機能評価機構, 東京, 233, 2009.
- 22) 財団法人日本医療機能評価機構：病院機能評価統合版評価項目解説集V6.0, 第1版, 財団法人日本医療機能評価機構, 東京, 233, 2009.
- 23) 厚生労働省：厚生労働白書(平成18年版). ぎょうせい, 東京, 275, 2006.

(平成22年6月3日受理)

Comparative Appraisal of Medical Auditing Practices in Japan and the U.S.

Mai MIYOSHI, Kei SAKAMOTO and Mayuko UEDA

(Accepted Jun. 3, 2010)

Key words : healthcare accreditation, medical audit history

Correspondence to : Mai MIYOSHI

Master's Program in Health and Welfare Services Management
Graduate School of Health and Welfare Services Administration
Kawasaki University of Medical Welfare
Kurashiki, 701-0193, Japan
E-Mail : w5609002@kwmw.jp
(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.20, No.1, 2010 281 – 296)