

評価 審査項目 (B) 改善点

- 7.2a (1) 2000年から2001年の1日あたり診療収入は向上したが、S&P目標値より低い。
- 7.1a (1) 経済的または、財務上の業績が市場のどの分野に、またはどの経営ユニットに適合するか示されていない。
- 7.2a (1) 財務成果は比較測定値に不適正なものがある。従って、当システムと類似する病院や医療システムと比較しながら改善するという方向性がはっきりしない。特に、診療1件あたりコスト、1患者あたり純益、総収入に占める純益率、年間あたり寄付金総額などの比較分析がない。

(C) 立入り審査項目

- ・財務成果と最新のデータをチェックする。
- ・財務成果と市場分野との関連性をチェックし、どの経営ユニットがどの財務成果に貢献したかも確かめる。
- ・比較データ、比較データの根拠となる情報源、財務関連比較データなどの適正度を明らかにする。提出されたデータのほかに、追加すべき比較データがないかも確かめる。

7.3 スタッフと業務体制に関する業績 (配点: 80点) (審査結果: 30-40%)

7.3.a スタッフと業務体制に関する業績

評価 審査項目 (A) 強み

- + 7.3a (1) 職場、職場の仲間、仕事の種類、理解度、サービスの質などに関する職員の満足度は、過去3年間で向上傾向にある。
“大体不満 (mostly)”と“非常に不満 (Very)”の比率は、PEOPLEGOの比較水準より上である。
- + 7.3a (1) “Way to Wellness Program” (予防医療、予防健康教育、生活習慣改善、アルコール&薬物依存治療、職員の一般的な健康管理などを含む職員への福利厚生プログラム)によって、1997年以降、職員の健康状態は大幅に改善されている。例えば、肥満、高コレステロール職員の全職員に占める比率は、1997年水準に比べると20%以上も低下した。
- + 7.3a (2) 職員の安全性を図る重要尺度のひとつである、「1床あたり注射針刺し事故件数」は、1999年以来、全米平均より低い。労災訴訟費用支出高は、1997年以降、38%低下し、97,000ドルである。(Soranez Instituteは185,000ドルの水準にある)
- + 7.3a (2) PACT患者中心チームの導入によって、重要なケア・サービス (例えば、全

血球計算、胸部 Xs 線撮影、ECG、PT、) に対するスタッフの活動時間が非常に短縮した。また、PACT の看護活動によって、医師の満足度が向上した。

+ 7.3a (2) 看護師の転職率は過去 3 年で改善し、一般産業の転職率以下である。

評価 審査項目 (B) 改善点

- 7.3a (1) 看護師の満足度を計る尺度、職員調査などはあるが、その結果が市場のどの分野に結びつくのかがはっきりしない。また、職種別、業務別の満足度調査と結果分析がない。例えば、医師と介護スタッフが同じ部門で同じサービスにかかわる場合、部門やサービスという単位の集合的な満足度では、医師と介護職員それぞれの課題に答え、活動に役立つような情報としては役立たない。

- 7.3a (1) MB 賞審査項目 5. (スタッフの重視) に示される、職員の満足・不満についていえば、業績を図る尺度を持たないまま測定しているものが多い。(欠勤率、苦情発生率、不平不満率 (不当な扱いに対する)、業務就労中の災害・けが)、また、就労時間カット、雇用と転職、就労条件、労働組合加入手続き、提案条項 12 項遵守、教育訓練の効果、人材の育成などの成果についてはまったく報告されていない。

- 7.3a (2) 職員総数 4,981、職種 315、労組 2、契約外注部門 (放射線、麻酔、病理、救急医療) スタッフの陣容を持つ当システムは、業務システムの成果と有効性を測定する重要尺度に関して、その水準値や目標値が明確ではない。(1 病院における経営ユニット関連の 2 つの安全性測定尺度と 2 つの PACT 尺度を除く)

(C) 立入り審査項目

- ・“Way to Wellness Program”の成果を明確にする (経営ユニット・レベルでの実施状況と、その他の職員レベルでの実施状況をチェック)。また、当プログラムの 1997 年から 2001 年の間の実施状況を審査する。
- ・MB 賞申請書類の記載内容以外に満足度、業務システム運用成果、有効性データがないのかどうかをチェックする。また、データが職種別、役職別、職場別に区分されているかどうかを確認する。

7.4 組織の有効性に関する業績 (配点: 120 点) (審査結果: 25-35%)

7.4 a 提供活動そのものの業績

7.4 b 公共への責任と市民からの認知に関する業績

評価 審査項目 (A) 強み

+ 7.4a (1) 新サービスの提供プロセスを設計し適用するまでにかかる一連の時間は、

1996年から2001年の期間中に短縮されている。また、導入のための検査から適用までの時間短縮によって、適用後の変更回数が減り、年間あたりプロジェクト完了件数が増えた。

- + 7.4a (1) PFCOE（患者第一優先と同情的態度を風土とする優れた組織管理）に関するCSFの成果尺度・指標には、救急到着から入院までの時間指標、退院プロセスにおける患者の満足度測定尺度、退院後フォローアップケアの継続度測定尺度などが含まれる。これらの尺度によって測定した成果は、1997年から2001年の期間中に改善傾向が認められる。
- + 7.4a (1) 当システムの連鎖的な経営機能を生かして、主な医療機器や用品材料などを一括・共同購入することで得られたコスト効率化の成果は、1996年から2001年の間に向上した。（在庫水準の適正度、診療に適正な用品の選定、パートナーからの納入拡大など）
- + 7.4a,b 当システムは、PEC；プロセス進展サイクルだけではなく、戦略計画や成功の重要因子（CSFs）などを重視しているので、グリーンのCSFが増えている（つまり、システムの重要課題をうまく解決するケースが増えている）。システムの重要課題である患者の再診率、開業医の患者送り込み率が改善するとともに、一方で、地域行事・イベントへのスポンサー、祭事主催、地域専門団体の会員、地域健康管理プログラムの実施と開発協力などが増加している。
- + 7.4b (1) 全病院が1999年にJCAHOの審査を受け、Hergh病院を除いて、それぞれの病院が、JCAHOスコアのオハイオ州平均点以上を獲得し認定された。また、1998年以来、すべての法規、規制に適合している。更に、OSHA/EPHA（就労の安全性と健康管理、職場環境保全に関する法律）や州、市町村の環境安全管理局からの査察を過去5年以上受けていない。

評価 審査項目 (B) 改善点

- 7.4a (1) Exelsionはクリニカル・パスの導入比率は高いが、そのほかの業績が低い（1996年、または1997年以来改善しているが）。これは、当システム内の別の病院がExelsionから学ぶという、システム全体としての学習機能を低下させている。
- 7.4a (1,2) 管理運営上の成果は重要分野（例えば、IAACSF、外来診療関連業績尺度、ホームヘルス・プログラム、臨床研修プログラムなど）で報告されていない。また、流行性疾患対策、事務職&医療専門スタッフ採用、医師のリーダーシップ拡大研修、PACTの適用患者拡大などの成果はまったく報告されていない。
- 7.4b 地域への貢献に関する業績はたくさん報告されているが、“公共への責任”を果たすこと、“市民からの認知”を得ることの業績報告がない。例えば、専門スタッフの免許取得状況、メディケア・メディケードの支払い拒否状況（CMS）、地域活動参加・支援の有効性と効果などについて、成果を分析評価していない。
- 7.4a,b 適正な比較データを参照できないので、再入院率の予測は不適正である。こ

の原因は、例えば、再診率、送り込み率、救急部門から入院病棟へ移動するまでの所要時間などに関する全米比較データ、または地域レベルでの比較データの不在にある。

(C) 立入り審査項目

- ・新規サービス提供プロセスの設計と適用に関する成果をチェックする。また、救急部門における患者到着から受け入れまでの所要時間、退院計画の満足度、退院患者へのフォローアップなどについてもそれらの成果をチェックする。
- ・認定基準、規定、法規制などの適合度をチェックする。更に、専門スタッフの免許取得状況、CMS/メディケア・メディケード支払い拒否状況、HIPAA 適合度、および地域貢献に関する4つの優先課題などの成果を明確にする。
- ・報告書に記載されていない管理運営上の成果、例えば、外来診療部門、ホームヘルス部門、臨床研修部門などの業績を明確にする。また、戦略目標を明確に設定している管理運営分野の業績もはっきりさせる。
- ・報告されていない比較データはもちろん、組織の効果と有効性、公共責任と市民の認知などの業績を測る尺度を設定するために必要な比較データもチェックする。

注釈

- 1 SSM Health Care ホームページ : <http://www.ssmhc.com>
- 2 NIST ホームページ : http://www.nist.gov/public_affairs/releases/ssmhealth.htm
http://www.nist.gov/public_affairs/releases/ssmhealth.htm 参照,概略を和訳.
- 3 NIST MB プログラムホームページ : CapStar Health System Case Study Packet 2002
(<http://www.quality.nist.gov/CapStar.htm>) 参照,概要を和訳.
- 4 Baldrige National Quality Program:2003 Criteria for Performance Excellence,P46.

第5章 わが国へのヘルスケア部門賞導入の可能性

1. 米国における審査・認定の歴史

(1) 審査・認定の黎明

病院や医療サービスを審査・認定する活動は、初めのうち、看護師や医師が自分たちで基準を開発し自己評価することからスタートした。しばらくすると、任意の第三者が専門機関を組織し、客観的で科学的な審査認定システムを確立する。しかしこれらはあくまでも病院、医療サービス、スタッフなどの事情等、いわば医療を提供する側の都合を重視していた。一方、その時代その時代に医療が抱えるテーマ（例えば、医療費の適正化やサービスの質など）に沿って審査項目を付加しながら、医療市場のニーズ変化にも迅速に対応してきた。これは最近の活動をみればよくわかる。例えば、今日の審査認定活動は、病院や医療スタッフのためというよりも、患者や家族、コミュニティーが医療に求めるものを評価審査し、市場競争に勝つための審査や、勝利している病院を認定し表彰するというような方向に向かっていることがあげられるだろう。

ところで、医療機能やサービスを評価し審査・認定する活動は、広く知られているように、フローレンス・ナイチンゲールが、1854年から1870年にかけて実施した、看護のケアプロセスと患者の成果（治癒）に関する評価活動に原点があるとされる。また、現場を体系的にモニタリングし評価するという、いわゆるマネジメント活動が、臨床と同じように看護の大切な“専門性”であるとした彼女のスタンスは、「医療プロフェッショナル」概念の出発点だとされている¹。特にナイチンゲールが1860年に確立したとされる“看護活動プロセスの初期的な基準”である『Note on Nursing』（わが国では『看護覚え書』と訳されている）や、1863年に提唱したとされる“入院病棟の有効性とケアの効果を向上する医療指標”である『Note on Hospitals』（和訳『病院覚え書』）などは、その後の評価・審査項目開発活動に大きな影響を与えた。例えば、ナイチンゲールらは、院内死亡患者数、治癒率、不治または慢性患者の退院率、患者自らが希望して退院した比率などのデータを収集し、入院医療や看護サービスの有効性を評価している。その有用性は、その後、約120年以上たった1986年にJCAHが、院内死亡率や感染症発生率、再入院率、コンプライアンス率などを審査項目に加え、従来から行われてきた構造とプロセスの評価から成果重視の今日的な審査認定システムへと大転換したこと（Agenda for Changing）でも明らかである。

ところで、19世紀後半の英国がこのようにナイチンゲールを中心として看護評価活動を体系化しつつあったにもかかわらず、米国では20世紀の初頭になっても、怪我や病気は人間のコントロールできない宿命的なものだとみるのが一般的で、サービスが悪く治療成果が低くても人々は文句ひとついわず、運命的に医療サービスを受け入れていた。したがって、病院や医療スタッフが、医療機能やサービスの質を自己評価するというモチベー

ションはきわめて低かった。一方、アメリカ医師会はこの時代、医学部と医学教育の再生を目指し、国や民間からの助成金集めに奔走していた。そうした医師会の活動に応じて、カーネギー財団は、医科大学や医学教育の全米実態調査に研究助成金を交付し、1910年「フレックスナー・レポート」を完成した。これは、医師免許の製造だけに専念する大学や医学教育の水準が低い大学などを槍玉にあげ、医学部の機能や教育カリキュラムを評価し審査したもので、医師教育を対象にしてはいるものの、医療の提供水準を体系的に評価する米国で最初の試みであった。

20世紀初頭はまた、州レベルの看護協会が次々と組織化される時期でもあり、看護学校や看護教育カリキュラムが拡充していった。それに伴い、州の看護免許取得条件や業務規定の中で、看護師の学歴水準が問題になった。例えば、1912年の段階では、学歴がなくても看護免許を認める州が19州あったのに対して、新たに高卒を義務化した州が6州、中卒が3州、高校に1年以上通学した者に看護免許を与える州が4州あった。こうした看護資格基準の拡充運動をいち早く評価や審査に結びつけたのがコミュニティー・ナースと訪問看護サービスの現場であった。1912年、全米コミュニティー・ナース協会は、「訪問看護基準を検討する合同委員会 (The Joint Committee for Consideration of the Standardization of Visiting Nurses)」を組織し、訪問看護師とそのサービスに関する全米初の基準を確立した。このときに委員会が設定した基準は、①州が認定する50床以上の一般病院で看護カリキュラムを習得し、②最低2年の実習訓練を終了した看護師、③産婦人科の看護コース必修、④他州の看護免許を持つ場合は、新たに州内の研修認定病院で卒業研修カリキュラムを履修すること、などであった²。

医師や看護師のこうした活動は、資格や業務基準などの、いわゆる“構造 (structure)”の審査認定活動であり、これは安全性の高い提供システムによって地域住民を守るという目的があった。

一方、診療プロセス (process) や臨床の成果 (outcome) を評価するために、診療基準や臨床活動指標などを開発しようという動きもこの時代に始まった。例えば、1914年、マサチューセッツ・ゼネラル・ホスピタルの外科医、E.コードマン医師 (Dr. Ernest Codman) たちは、外科手術を受けてから1年経過した患者を追跡し、“手術をしたことで、症状や痛みは緩和したか?”とインタビューすることによって、外科手術そのものと術後成果の両方をモニタリングした。彼らの活動成果は、1918年にアメリカ外科医学会が設定した、「病院外科手術基準プログラム」へとつながる。また、1952年に創設したJCAHは、このプログラムに大きく依存して臨床とその成果に関する評価項目を設定する。特に、コードマン医師たちが、①院内外科手術基準、②外来通院基準 (外科手術含む)、③外科手術の必要性基準、④コンプライアンスに適合したサービスだと認定するための基準などを重視していたことは、医療費の効率化やサービスの質が問われる1980年代になって再び注目を集めることになり、改めて彼らの先見性が見直された。

(2) 構造からプロセスと成果の評価へ

その後の審査・認定活動は2つの世界大戦や大恐慌などの影響を受け、あまり際立ったものがなかった。また、1946年にヒル・バートン法 (National Hospital Survey and Construction Act of 1946: Hill-Burton Program) がスタートして以降、中小病院やナー

シングホームが増えたために、施設機能の良し悪しが問われるようになった。そのために、前述の JCAH が病院の施設構造と安全性や人材の種類と量などの、いわゆる“構造”を軸に評価認定を開始したことなどもあって、この時代の審査・認定項目は一部医師たちの成果評価活動を除けば基本的には、構造 (structure) に焦点をあてていた。

しかし、1968 年、ミシガン大学の A. ドナベディアン医師 (Avedis Donabedian, M.D., M.P.H.) が、“患者ケアのプロセス評価による質の改善 (Promoting Quality through Evaluating the Process of Patient Care)” 論文³の中で、「ケアの質評価モデル (Model of Assessing Quality of Care)」(図表 5-1) を発表したことから、審査・認定活動は、①構造 (structure) ②プロセス (process) そして③成果 (outcome) の 3 分野にまたがる包括項目の開発へと進化した。

一方、臨床活動プロセスや成果の評価については、1950 年代に、O.L.ピーターソン医師が行った「一般開業医のケアの質に関するモニタリングと評価の研究」がある。これは開業医の診療所において実施する、問診&インタビュー、検査診断、治療、フォローアップ・ケアの適正度などを点数評価したものである。

また、M.A.モーランド医師は、ニューヨークの前払い医療保険 (Health Insurance Plan of Greater New York) からの研究助成によって、外来通院サービスの質を評価した。更に、アメリカ看護協会 (ANA) は 1959 年に、「看護業務の機能、基準、資格 (Functions, Standards and Qualifications for Practice)」を出版し、全米看護連盟 (NLN; National League for Nursing) が、“人々は最新の看護サービスに何を期待できるのか?” と問いかけたことで、看護の提供プロセスや成果を追跡し審査する流れが確立した。

(3) メディケアの UR と JCAHO

1960 年代になると、米国の審査・認定システムは、保険者の利用審査 (UR) や給付抑制をにらみながら発展する。これは、1965 年のメディケア・メディケイド創設以来、病院機能やサービスの提供プロセスおよび、成果を評価し認定することが、医療システムの効率化や医療費の抑制に不可欠であるとされたからである。

例えば、JCAH (後の JCAHO) は、もともとコスト抑制や保険者の給付制限を含む UR を目的としていなかった。しかし、メディケア・メディケイドが JCAH の認定を受けた病院だけに費用を給付するというルールを導入したことや、1972 年のメディケア PSRO 創設から 1983 年の PRO への改組にいたるメディケアの UR 活動などによって、全体の流れが医療費の抑制と効率化を重視する評価項目/審査・認定へと転換したために、1960 年~1970 年代の JCAH は、病院マネジメントと医療サービスの効率および、合理化に焦点をあてた構造評価や認定基準を開発していた。しかし、メディケアが 1983 年に、メディケア PPS/DRG を導入すると、PRO はサービスの効率化や医療費の上昇を抑制する審査活動に加えて、サービスとマネジメントの質、それに患者中心の医療活動などを重視した UR 活動へとシフトする。例えば、図表 5-2 のように、治療や診断、医薬品・血液/輸血などの臨床分野では、インフォームド・コンセントやモニタリング、インタビューやカンファレンス (記録) のようなケアのマネジメントを審査しているし、提供活動と成果との間に存在するバリエーションや患者の満足を管理する仕組みも重視している。一方、

JCAHO や NCQA (マネジドケアを評価認定する非営利民間組織) では、1990 年代に入ると“利用者 (患者や家族)”と、“コミュニティー”を重視し、患者や地域からみたとき、果たして病院や医療サービスは高い質を維持し有効性を発揮しているのか、という視点で評価し認定しはじめる。例えば、JCAHO は 1997 年に「包括的評価認定マニュアル (1997 Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals)」を設定し、1986 年に成果を重視した評価認定へと大転換して以来の大きな改革を行った (詳細は後述する)。

また、医療以外の一般産業界や企業経営管理者 (CEO) が医療産業を審査し認定する運動も活発化する。これらは一般産業のビジネス・マネジメントを標準指標とした審査や、市場原理の中で競争に勝ち抜く病院やサービス、あるいは既に勝ち抜いている病院なのか、という視点で審査・認定する。そうした流れの中で生まれたのが、MB 賞であるといえる。

(4) UR プログラムとマネジドケア組織への審査・認定

1990 年代は、マネジドケアの増加に伴って保険者の UR プログラムが乱立し、これらを審査認定する活動が活発化する。もともと米国ではメディケア PRO の審査活動が日常的に機能していることでも明らかなように、UR 機能は保険と一体になって発展してきたし、審査基準や UR プログラムを拡充するための公的助成も昔から活発だったので、UR プログラムを審査認定することへの抵抗はなかった。

1990 年、UR 組織や各州の PRO、それに HMO などで組織する専門団体「全米マネジドケア&審査協会 (AMCRA: American Managed Care and Review Association)」は、医師や病院への支払い審査が拡大していること、UR プログラムが多様化していることなどに対応する新しい UR 基準や審査項目の開発を目的として、UR プログラム専門の審査認定組織「UR 認定委員会 (Utilization Review Accreditation Commission; URAC)」を創設した。

この UR 認定委員会は主に次のような目標を持っていた。

- ① UR 組織と病院・医師・患者・保険会社との相互信頼関係を確立
- ② UR 活動の継続性を向上
- ③ 病院・医師などへの打撃が最小限に抑えられるような審査項目の開発
- ④ EBM に基づくサービスと提供プロセスが審査可能な UR システムの開発
- ⑤ UR 組織の資格基準を確立すること、および効果的な認定プロセスの開発
- ⑥ 全国の UR 組織がばらつきのない審査機能を持ち、認定基準にも一貫性があること、などである。

このように UR 認定委員会 (URAC) は UR 組織と、その審査活動が全国的に進化することを目指しており、1995 年には 2 つの団体を吸収する。1 つは PPO 組織の評価と認定を行う「アメリカ認定プログラム法人 (AAPI: American Accreditation Program Inc)」で、もう 1 つは、外来通院プログラムの審査認定を行う「外来通院医療認定協会 (AAAHC: Accreditation Association for Ambulatory Health Care)」である。2 団体を吸収したことによって、UR 認定委員会 (URAC) は、HMO や PPO などのマネジドケアを中心とした UR プログラムについてはもちろん、外来外科手術 (簡易外来/一日外

科手術) や通院健康管理 (フィットネス) プログラムなどへの UR 活動組織も審査認定しはじめる (図表 5-3、図表 5-4、参照)。

UR 認定委員会の審査認定プロセスは、申請者の UR 組織に対し、まず最初に電話で質問し、申請者の回答を審査することから始まる。もし電話での審査にパスしなければ、次に書類審査が実施される。申請者 (UR 組織) は原則として 90 日以内に書類を返送しなければならない。それでも認定できない場合には、UR 認定委員会理事会の役員理事による立ち入り審査を行い、その結果に基づいて理事会が認定するかどうかを最終的に判断する。認定されれば 2 年間有効である。なお、UR 認定委員会 (URAC) の役員理事会は様々な専門団体によって構成されている。それらは、①AMA：アメリカ医師会、②AHA：アメリカ病院協会、③ANA：アメリカ看護協会、④APA：アメリカ精神医療協会、⑤WBGH (Washington Business Group on Health)：医療担当のワシントン・ビジネス・ロビースト・グループ (医療産業のロビイスト)、⑥NAIC (National Association of Insurance Commissioners)：全米保険コミッショナー協会、⑦NAM (National Association of Manufacturers)：全米製造業協会、⑧UAWU (United Auto Workers Unions)：全米自動車労働組合、⑨AAPH (American Association of Health Plans)：アメリカ医療プラン協会 (マネジドケア・プラン)、⑩AMPPA (American Medical Peer Review Association)：アメリカ医療ピアレビュー協会 (PRO の団体)、⑪BC・BSA (Blue Cross/Blue Shield Association)：ブルークロス&ブルーシールド合同連盟、⑫HIAA (Health Insurance Association of America)：アメリカ医療保険協会である。

一方、マネジドケア組織 (MCO) や保障プランへの審査認定活動は、1979 年に「全米品質保証委員会：NCQA (National Committee on Quality Assurance)」が創設されたことで活発化する。NCQA はアメリカ・グループヘルス協会 (GHAA:Group Health Association of America) とアメリカ・マネジドケア審査協会 (AMCRA:American Managed Care and Review Association) を母体としており、当初は HMO 組織や HMO プランだけの審査認定を目的としていた。しかし、1988 年に、ロバート・ウッド・ジョーンソン財団が NCQA の審査認定活動を高く評価したことから、保障プランの購入者である事業主たちに注目され、フォーチュン誌が評価した 500 企業のほとんどがスポンサーとして NCQA を支えるようになった。これは、NCQA がマネジドケア組織 (MCO) の外にあって、完全に独立した第三者の審査認定組織であること、また、その審査認定活動は JCAHO を含むこれまでの審査認定ノウハウから多くを吸収しているため、非常に優れていることなどの理由によるものであった。

NCQA の審査認定プロセスは書類審査を最初に行う。主な審査項目は、HMO/PPO プランの内容、UR プログラム、プランの品質保証体制、情報のアカウントビリティ水準、秘密厳守の程度 (プライベート情報の秘密保護)、財務状況などである。また、書類審査の結果いかんにかかわらず、すべての申請者 (マネジドケア組織) について、立ち入り審査を実施する。立ち入り審査では、申請者の CEO、医療担当部長、QA 部長、UR 部長、病院・医師担当部長、加入者担当部長などにインタビューし、それらの部門に関連する書類と資料をチェックする。

立ち入り審査は最低 3 日間行うが、事情によって延長されることもある。

これらの活動から得た情報は、「医療保険購入事業主関連情報セット：HEDIS

(HealthPlan Employer Data Information Set)」と呼ぶコンピューターソフトによって包括的に評価される。なお、NCQA は事業主の要望に応じて、1996 年からアルコール&薬物依存治療センターと外来通院メンタルヘルス・クリニックの審査認定活動、および認定したマネジドケア組織 (MCO) に証明書を発行する作業も開始している。

2. JCAHO と MB 賞の比較

JCAHO と MB 賞 (Malcolm Baldrige National Quality Award) は、医療システムを評価し審査認定するという点で、両者ともに似た機能を持っている。もちろん、JCAHO は常に公的権力から自由であることを大切にしており、臨床の内容にも深く踏み込んで審査認定することに特性がある。

一方、MB 賞は連邦政府 (商務省) が推進し、医療システムを一般産業のビジネス活動と同じ視点で審査認定することによって、臨床より業務組織やマネジメント・スタッフに焦点をあてた審査認定を特徴としている。また、JCAHO は認定結果を公表するだけだが、MB 賞の受賞者は全米に公表され、しかもワシントン D.C で華やかに表彰される。これは、ある意味でアメリカ的なやり方なので、わが国の医療現場にはなじまないかもしれない。しかし、医療を一般ビジネスの視点から審査認定するという仕組みは、JCAHO に代表される伝統的な医療機能評価システムを超える可能性も秘めている。

そこで、今や医療システムの重要機能にまでなった JCAHO と MB 賞の審査認定を比較しながら MB 賞の可能性を探ってみる。

前述のように、JCAHO は 1997 年に包括的認定活動のために審査項目を大幅に改定したが、その特徴はこれまで重視していた“業績の改善”から“患者中心の医療”への転換である。包括認定では病院が①患者中心のケア体制を整えているか、②マネジメント機能に多様性はあるか、③組織と人材の質は適正か、という点に焦点をあてている。それぞれの主な審査項目は次のとおりである。

①患者中心のケア体制：

- *患者の権利保護
- *患者の権利を守る組織の風土と倫理観
- *患者への評価 (ニーズ判定、コンプライアンス、満足度)
- *ケアプラン・退院計画・チームケア
- *患者 (家族) 教育
- *ケアの連続性 (退院フォロー)

②マネジメント機能の多様性：

- *業務改善活動 (手法とシステム)
- *リーダーシップ
- *社会環境への対応

- *人材管理（教育、業績評価）
- *情報システム
- *感染症の調査、予防、抑制管理

③組織と人材の質：

- *統制（支配とコントロール）
- *運営管理（指揮と命令、権限委譲）
- *医療スタッフの管理（医局、検査室、リハビリテーション、薬剤、栄養部門など）
- *看護サービスの質

一方、MB 賞の審査と表彰は、主に次のような価値観や業務活動を核にしている⁴。

- *顧客が満足するサービスの質
- *医療界でリーダーシップを発揮できる提供者（病院）であること
- *継続的に改善し改善活動から学んでいること
- *従業員の経営参加推進とそのシステム開発
- *早い反応と迅速な対応
- *質の向上とリスク予防体制
- *将来に対する長期的なものの考え方
- *EBM（Evidence Based Management）
- *共同提携（パートナーシップ）の育成
- *事業体としての責任感
- *地域と住民重視
- *成果・業績が社会に適合すること

また、主な審査認定項目は次のとおりである。

- *リーダーシップ
- *戦略計画
- *患者・顧客・市場の重視
- *情報システムと分析機能
- *スタッフの重視
- *提供プロセスのマネジメント
- *業績（成果）

以上のことから JCAHO と MB 賞の違いは主に次の点にあると思われる。

1) JCAHO は提供者の視点からみた患者重視だが、MB 賞は医療の消費者、顧客（購入者としての事業主や医療システムへの出資者）である患者という視点で審査認定している。

2) JCAHO は申請者（病院）と同業他者（他病院）との水準比較や全米の中でのランク付けなどを目的とせず、申請当事者だけの定点観測にこだわった審査認定を行うが、MB 賞は全米または世界水準との比較も重要な目的である。

3) JCAHO は病院や医療スタッフの地域貢献についてはある程度評価するが、MB 賞はビジネス組織体として審査認定するというスタンスなので、地元住民や地域社会への企業責任、地域参加、さらに業績が地域の実情と合致することなど、かなり詳細にコミュニティと住民への有効性を評価している。

4) 業務管理とマネジメント・システムに関する審査項目は、JCAHO と MB 賞で共通するものが多い。しかし、MB 賞は共同と参加、継続性と学習へのモチベーションを軸とするマネジメント体制を重視している。

JCAHO は当然といえば当然だが、感染症／合併症、医療事故／ミス、安全管理などのような“臨床マネジメント”を重視している。

5) サービスの質を重視した認定は両方に共通する。JCAHO は、患者の必要性に基づいたサービスの提供体制、標準（ケア基準）と計画（退院計画）に支えられたサービスの提供、サービスの連続性と包括性、自立と QOL の向上を可能にするサービス、サービス提供と成果との間のバリエーションが少ないサービスなどに焦点をあてた評価・認定を特徴とするが、MB 賞は、市場競争に優れたサービス、患者の要望に迅速かつ丁寧に応えるサービス、地域住民に支持されるサービスなどを重視しており、医療提供活動の内容より、むしろ市場やコミュニティに対する有効性をサービスの質と考えている。

6) 成果（業績）の審査ではかなり相違点がある。JCAHO は、医療提供活動そのものの成果を重視し、例えば、死亡率や感染症・合併症発生率、再入院率、退院計画のコンプライアンス率などを成果の測定尺度とし、一定の基準やバリエーション評価を特性としている。

これに対して MB 賞は、乳がん検診実施率（受診患者数）、高血圧スクリーニング実施率、喘息／肺炎入院率、精神医療・ストレス管理を目的とした患者の再入院率、アルコール依存&薬物乱用治療件数などの、いわゆる地域の健康指標に焦点を合わせており、これは前述した NCQA がマネジドケア組織を審査・認定する手法と同じである。

また、MB 賞は JCAHO と同様に臨床成果、例えば帝王切開率、パパニコラウスミア標本採取率、妊娠初期ケアの実施率などを評価するが、申請者と同じような環境にあって、似たような規模をもつ他病院の水準との比較、あるいは全米基準や世界標準との比較などのように、大規模な水準指標による比較が特性である。また、医療事故やミス発生率は医療サービスの質ではなく、臨床業績評価のカテゴリーに設定し、重要な審査認定要素としている。

3. わが国へのヘルスケア部門賞導入の可能性

わが国へのヘルスケア部門賞導入については、次のような問題点と可能性が考えられる。

1) MB 賞は、医療を市場原理の中で捉え、一般ビジネス活動として審査し表彰するという特性があるので、サービスの質や組織管理運営システムが市場競争に勝利することを前提として審査される。

しかし、わが国の医療システムは市場原理で機能しているわけではなく、こうした審査認定の経験もほとんどない。したがって、MB 賞が重視する市場競争や地域および地域住民（市民）のためになる病院を認定し表彰するという機能が理想的には好ましいことであっても、現場の実態は審査項目をクリアできる可能性が低いという現実がある。

2) MB 賞では、申請者の役員理事や業務管理のトップ責任者が担う現場のモニタリングや業績評価、戦略の策定機能などをかなり詳しく審査している。そこで、わが国の医療法人理事会や事務部長の機能および業務管理プロセスなどを向上するためにこうした審査項目は有効であり、参考にもなると考えられる。

3) 類似する他病院との比較や全国標準との比較は、水準の対象となる項目の選択や水準の指標数値などを設定することができれば、死亡率や感染症発生率に代表される臨床成果一辺倒の業績評価を転換し、市場に対する成果や地域の健康水準向上と住民への貢献度などを業績審査項目に加えることができる。

一方、人材教育を重視し、職員の労働環境／福利厚生システムを審査することは、「日本医療機能評価機構」でも実施されているが、職員の参加、特に経営活動と地域活動への参加を重視していることは、わが国でも、これからの認定項目に取り込むべきものである。その意味で、MB 賞が地域貢献の審査項目としてではなくスタッフの重視項目として、“参加”を審査していることは興味深い。

4) MB 賞では、医療提供活動を審査する方向性が、手法やシステムの構造と機能よりもむしろ、提供そのもののプロセス審査に傾斜している。しかし、プロセスの具体的な評価対象は業務基準やスタッフ数、チームケア基準、ケアプラン／退院計画の作成などのような従来型の評価領域ではなく、スタッフと患者の共同や、スタッフ同士の協力、スタッフが現場から学べる仕組み、情報の共有などを重視している。

つまり提供プロセスで大切なことは“共同と協力”“学習と知識の共有”にあるというのが MB 賞の特性である。これもわが国の認定項目改善に大きなヒントを与えてくれるものである。

5) MB 賞では審査認定スタッフ（サーベイヤー）が、体系的に審査認定能力を向上しうるような研修体制を併設している。また、能力評価に基づいて責任や権限の拡大が認めら

れるので、研修参加と能力向上へのモチベーションは低下しない。評価認定システムは、評価項目や認定の科学性が優れていても、“サーベイヤー”の質が鍵を握る。

したがって、わが国への MB 賞の導入を考える場合、“サーベイヤー”の教育研修体制と動機付けシステムを拡充することは不可欠な課題である。

6) この種の審査認定システムの先進国であるアメリカでは、システムの継続性と認定の質が成功の鍵を握るとされており、そのためには次のような課題に答える必要がある。

- ・ 専門家によって全国標準が設定されたとしても、ばらつきがなく首尾一貫した尺度で評価・審査できるか。
- ・ サービスの質と適正水準を測定する数値にばらつきがなく首尾一貫しているか。
- ・ 審査認定活動と QA（品質保証）活動が統合されているか、などである。

そこで、MB 賞を導入し継続的なシステムとして維持しようとするならば、病院の QA 活動と連携した審査認定を行うこと、具体的には、院内 QA プログラムの追跡と評価を前提とする認定体制が不可欠になる。また例えば、業務水準やサービスの質、あるいは地域の健康水準などを測定する全国的な尺度と数値を開発することが導入の前提になるといえる。

4. 審査項目毎にみる導入の可能性⁵

(1) カテゴリー1：リーダーシップ

- ① 役員理事や経営管理者・事務部長（executive / senior leader）の役割や責任に関し、
 - a) 戦略や価値観、使命、目的、などを策定する責任があること
 - b) 理事相互のコミュニケーションを確保する手法（ニュースレター、E-Mail、ボード）を確立していること
 - c) 医療活動（患者サービス・医師・看護師など）と太いパイプでつながっていること
 - d) 経営管理活動は、業績と人材の評価および表彰を行うこと
 - e) 活動プロセスの進展と改善に対して責任を負うこと

などを軸に審査しているが、わが国では、病院理事（会）や、管理者・事務部長にはどんな機能と日常業務があるのか、責任と権限は何か、などを確立する必要がある。

単に院長や事務部長のリーダーシップがあるかを審査するだけでは意味がないと考えられる。

- ② 職員と組織の倫理観を確立し、改善に向けた日常モニタリング活動を支えることが、リーダーシップの重要な機能であるとしている。当モデル審査では、“Pride & Ethics Handbook”や意見交換会（Dialogue）、フリーダイヤル・告発ホットライン、倫理コンサルタントによるチーム・コンサルティングなどを評価しているが、こうした前向きな活動や手法は、かなり参考になる。

③ 地元地域が求めていることや要望を知り、地域支援を行うこともリーダーシップだとされる。特に、役員理事（会）が、地域支援の優先課題を設定し、長期的な戦略（決して短期的で場当たりの戦術ではなく）を軸にじっくりと活動することが重視されている。

これは、わが国の“地域支援病院”評価についてもいえることで、MB 賞の審査に耐える「地域支援病院」の鍵は、法人理事会と役員理事の機能向上にある。

（2）カテゴリー 2：戦略計画

① 戦略計画の設定過程（Strategic Planning Process）に対する審査を重視する。特に、戦略計画を作成する組織や期間、構成メンバー、計画に影響を与える内外の因子を選択する作業などを軸に、いつ・どこで・誰が・なにを・どのように討議し決定したかを審査している。

つまり、組織や職員が戦略計画を認識し、計画に基づいて日常活動を行う体制かどうか重要だということである。このことは、組織としての認識と職員個人の理解を向上する仕組み（教育や情報システム）を持たない戦略（計画）では評価が低いということであり、戦略や戦略計画のあり方を評価審査する一つの重要な特性である。

② 戦略の内容については、戦略目標と標的が病院の理念や使命・価値観に合っているかどうかを重視している。したがって、明確な理念・目標・使命・価値観を持たない病院は戦略を設定できないか、もしくは設定したとしても達成できないという姿勢が MB 賞にはある。

③ これらのことから、わが国では戦略計画の審査について a) 設定プロセス重視、b) 設定に対する組織と職員のかかわり方や理解の水準を数値で評価すること、c) 法人の理念や価値観・使命に対する評価を連動させた審査、d) 戦略理解の教育や情報提供体制のない法人・使命や理念を持たない法人への評価、などを重要課題として審査認定内容を改善することが求められる。

（3）カテゴリー 3：患者・顧客と医療市場の重視

① 患者、家族、顧客（開業医・取引業者・支援者など）の重視は、a) 鍵を握る患者や顧客を確定し、彼らのニーズをつかんでいるか、b) ニーズの把握方法に多様性はあるか（インタビュー、アンケート、Web サイト、フリーダイヤル、公聴会など）、c) 地域の医療ニーズをつかむために地元の複数病院と連携し、罹患率・検診受療率・感染症率・再入院率などを調査追跡しているか、d) “患者中心チーム”のような特定のケア体制を組織しているか、などによって審査している。

患者や顧客（地域を含む）のニーズ把握方法に多様性を持つことは、わが国の病院の課題でもある。

② 例えば、当審査モデルにある、“患者中心チーム”や、“顧客重視チーム”のように、当審査項目では、病院が「顧客」にどのように対処しているかを重視している。顧客の概念は、患者・家族以外の“利害当事者”で、開業医、取り引き業者、委託業者などの他、地域住民や職員を含んでいる。こうした“顧客”の概念設定によって、病院を審査する方向性はこれからの流れである。したがって、地域支援を標榜したり理念とする病院は、少なくとも“顧客”の概念設定、顧客を重視する手法、顧客との信頼関係の樹立に取り組む必要がある。

③ 他業界（一般産業）の顧客満足度調査やコンプライアンス追跡、ヒアリング&インタビュー体制などを参考に基準比較やモニタリングを実施することを、高く評価している。

④ 顧客との信頼関係は、「関心事に応えること」と「関係修復」を重点審査している。関心事も例えば、適時性、便利性、効率と効果、正確さ、親切、などのように具体的に焦点を絞りに込んでいることを評価する。また、多くの問題点は“提供プロセス”にあるという判断から、提供プロセスの審査と連動した評価審査を行っている。

（４） カテゴリー４：情報と分析

① 情報システムは、「医学・臨床情報」と「運営管理判断情報」との統合化が常識であるとする認識から MB 賞の審査をスタートさせている。また、役員理事による業績の分析と評価については、情報システムの機能と内容よりも、測定尺度や基準内容を重視している。測定する手法（例えば、当審査モデルでは、バランス・スコア・カード（BSC））の精度や有効性を重点的に評価している。

そこで、わが国の病院でも、臨床と業務管理の統合情報システムを確立することは当然として、業績評価・成果評価に役立つような“データ”や“情報”を盛り込んだ「情報システム」が重要だと気づくだろう。この審査項目は医療情報システムの機能と有効性を考えるうえで、大きなヒントを与えてくれるものである。

② 情報システムのハードとソフトの質評価は、a) 医師の使い勝手、b) 院内・院外ともに幅広くアクセスできること、c) 機密保護とプライバシーの保護、d) 職員への使い方教育重視、e) ベンダーの質、などが重視される。特に、開業医、患者家族、顧客、職員がアクセスしやすいシステムで、内容も幅広いことが高く評価される。

（５） カテゴリー５：スタッフの重視

① 職員が活動しやすい業務システムであること、（安全性、責任と権限の明確化など）職員の不平不満を汲み上げていること、外部の契約スタッフや業者への業績評価を公平かつ客観的に実施していることが重視される。病院の“関係者＝ヒト”は、職員だけに限定せず、委託契約スタッフや取引業者を含むことが注目され、彼らを含むことが「業務体制の満足」であるという MB 賞のスタンスは参考になる。

- ② トップ層の経営管理者に対する“モチベーション”向上への取り組みが高く評価され、事務部長や各部長クラスの能力分野設定から業績評価にいたるまでの手法を詳細に審査している（当審査モデルでは“9ボックス式マトリックス評価法など）。
- ③ 人材採用と人材教育は a) 長期的で継続的な人材の発掘、b) 教育と研修の継続性、c) 医療専門スタッフの卒後教育重視（単位認定を含む）、d) 教育研修参加職員を高く評価し昇進昇級に連動させる、などが重視される。
- ④ カリキュラムは、テーマの多様性よりも幅広い情報ソース（大学や企業との連携研修など）に基づく研修体制が評価される。
- ⑤ 労働環境の審査では、職場の安全性、特に医療事故が職員に被害を与えた場合の対応や、職場環境の修復システムを重視している。また、仕事に対する職員の満足度は、継続性、適時性、定期性、フィードバック体制などに焦点をあてている。
- ⑥ 業績や能力が高ければ、福利厚生プログラムの保障水準を高くするという仕組みを評価しているが、これは、職員相互の競争意識や、能力主義を重視する米国の事情が背景にあるといえる。
- ⑦ 職員を重視した業務システムや、教育研修と人材評価を結びつけることなどは、わが国の病院で参考になると考えられる。また、トップ層の経営管理者がモチベーションを高く保つための取り組みを評価していることは、事務部長やその他各部長クラスの業績が審査認定の重要な判断材料に使われるということであり、これはトップ役職者の活性化につながる審査内容だといえる。

（6） カテゴリー6：プロセスマネジメント

- ① プロセスは、 a) クリニカルパス、b) 業務規定、c) 業績の測定尺度、d) プロセスを評価審査する仕組み、e) プロセスを改善する仕組み、f) サービスとコストを追跡する仕組み、などに焦点をあて、それらの機能や活動成果を細かく審査している。
- ② 医療サービスの提供プロセスでは患者へのケア提供に審査の焦点をあてている。一方、法人の事業プロセスでは業績向上のマネジメントが審査の軸である。患者へのケア提供プロセスは、本人のプロファイルを描く活動（インテーク）と、プロファイル（ニーズ）にあったサービスを提供するシステムを中心に評価している。事業プロセスは、外注や委託事業、併設（または契約）クリニック、その他の関連事業について、業績の評価尺度が明確に設定してあるかどうかを評価している。
- ③ 職員へのサポート体制は、教育訓練、知識や情報へのアクセス水準、職場の安全管理体制、適時適正な給料・報酬の支払い体制などを重点審査している。職員や患者を重視した視点から審査するのが、MB賞の特性である。

(7) カテゴリー 7：業績

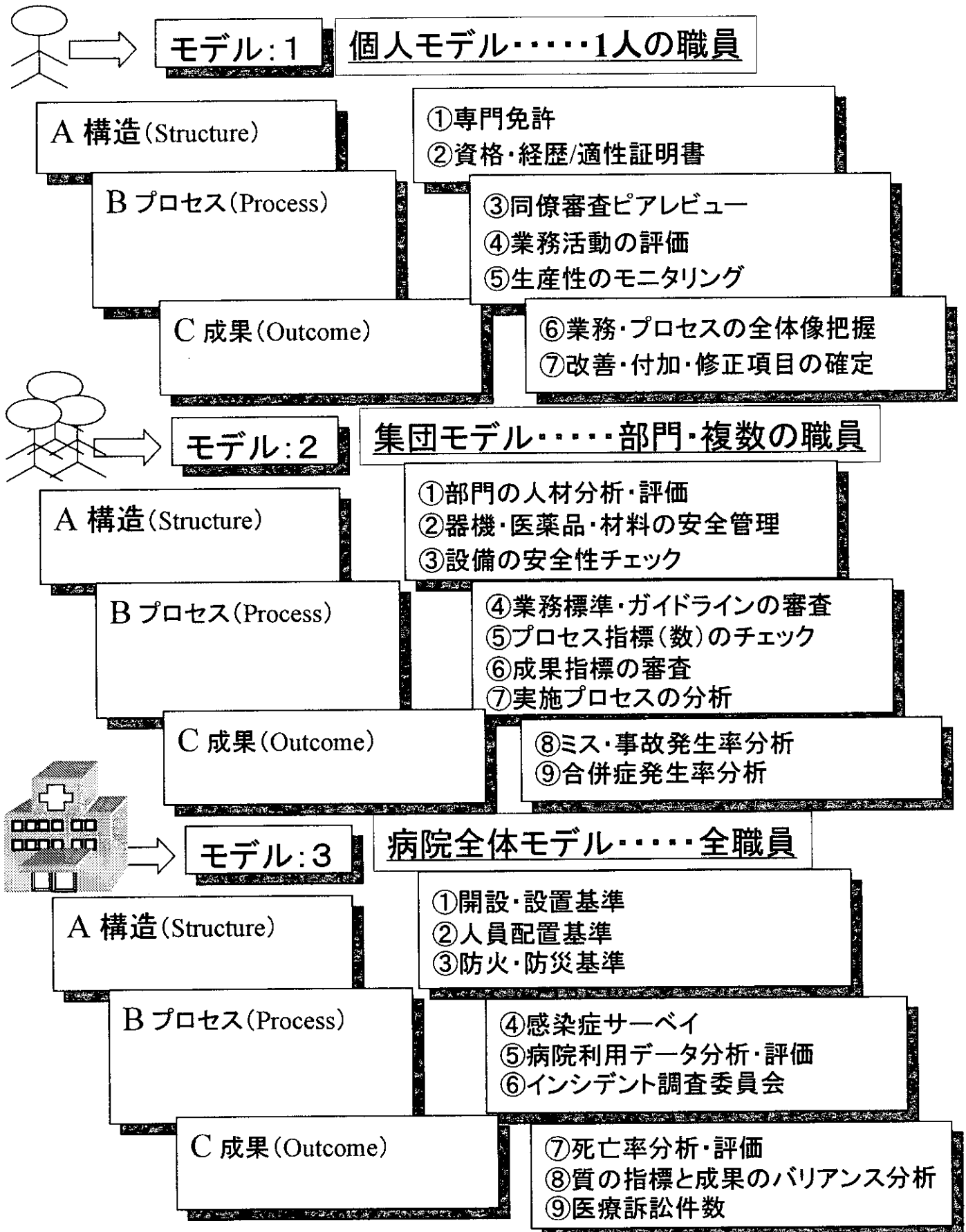
- ① 傷病治療成果や患者の回復率などは一般的に評価するが、顧客への満足度や、地域の健康水準改善への貢献度などを詳細に審査している。
- ② 紹介・逆紹介医療機関（病院・開業医）の満足水準を正確につかむことは、MB 賞では業績審査項目に含まれている。
- ③ 経営収支や財務上の業績は、一般企業の CFCL (Cash Flow /Current Liabilities) 水準や、S&P 目標値、複数の他病院との比較などを審査基準とする。
- ④ 職員や委託契約スタッフ、開業医、業者や地域住民の要望に応え、彼らに満足を与えたかどうかを評価審査する尺度は、他病院との相対比較と、全国標準値との比較を用いている。
- ⑤ 業績の審査は、地域への貢献度（業績が地域ニーズにあったものであるか）、職員への貢献度、(地域のどこよりも働きやすい職場か)、顧客への貢献度（財務の業績、関係医療機関、開業医の満足度）、委託契約業者、納入業者への貢献度（アカウンタビリティーとホスピタリティー）が焦点で、これは治療成果よりも重視している。こうしたスタンスは、わが国においても今後の病院評価の方向性として検討すべき課題であると考えられるものである。

注釈

- 1 Lessons from the Past, Vision for the future of quality care. Margaret J.Bull, P.3,P.4
- 2 Improving Quality; A guide to effective programs Claire Gavin Eisenheimer, PHD., R.N. P.5.
- 3 The Definition of Quality and its Assessment; Avedis Donabedian. M.D., M.P.H. P129-P132.
- 4 Quality outcome management; Ellen M.Lewis. et, P44.
- 5 審査項目は 2002, HealthCare Criteria for Performance Excellence による。

図表5-1 ドナベディアン・モデル……質の評価の構図

(AVEDIS DONABEDIAN'S Model of assessing quality of care)



出典: Health Information management of a strategic Resource : Mervat Abdelhak

図表5-2 米国のPROにおける評価と審査の構造

