

よびMHAC (Mental Health Act Commission) から、保健当局の監査を地方自治監査委員会 (Audit Commission) の NHS 監査部門から、また、民間医療機関の登録・監査を NSCS から、引き継ぐことになり、医療部門の監査を一元化することになる。もうひとつは、CSCI (Commission for Social Care Inspection) であり、現在の自治体社会サービス部 (福祉サービス) の監査を SSI (社会サービス監査庁) および、SSI と地方自治監査委員会の共同監査 (Joint Review) 事業から引き継ぐとともに、現在の NSCS の民間医療機関以外の監査を全て引き継ぐ。これら医療 (CHAI) およびケア (CSCI) の領域ごとの質規制機関の設置に関する法案 (Health and Social Care (Community Health and Standards) Bill) は、2003 年 3 月に議会上程され、2004 年 4 月から、両機関が運用を開始する予定である。

CSCI は、次に挙げる事業を行う予定である。

- ①NMS に基づき、全て (公立、民間営利・非営利) の社会的ケア機関の監査を実施し、報告書を発行する。
- ②NMS を充たす機関に対し、登録認可を行う
- ③社会的ケアの全国的な進展について、またどのように資源が使用されたかの分析について年次報告書を作成し、議会へ提出する。
- ④社会的ケアにおける全ての業績評価統計について認定する。
- ⑤自治体の社会サービスについて、三つ星の格付け評価 (star rating) を行う。

新しい CSCI の会長となる Denise Platt によれば、CSCI は、「ケアの水準を押し上げ、クライアントのニーズにサービスが適切かどうかを問うのに、より広範な権限を活用する」¹としている。具体的には「ケアを利用する人々の権利のために立ち上がる」こと、政治家にどのような政策が現場で機能しているのか知らせること、自治体の業績評価を行ったり、監査のプログラムを調整したりする新たな「ビジネス・リレーションシップ・マネジャー」をおくことを提案している。CSCI の詳細は明らかにされていないが、NSCS の民間医療機関以外の質規制業務を単に移行するだけでなく、自治体の社会サービス部の監査業務と統合した、「全く新しい機関」²として、より強い権限の機関の設置を目指していることがうかがえる。

4) NSCS への批判と課題

2004 年 4 月からの CSCI への移行に対し、NSCS を「費用がかさむ、短命の、無用の長物」³であったと批判する見方もある。批判者のひとりである Burton は、そのひとつの原因を、NSCS が、(例えば居室の大きさなどの) 細かい基準に厳格すぎ、官僚的な事務業務で柔軟性に欠けていたことを挙げる⁴。しかし、この点では、政府が事業者に譲歩した形で、異論の多い基準を修正したことで、NSCS は、むしろ断固とした姿勢から退くようにみなされた。もうひとつの原因は、監査官は、利用者の「アウトカム」に焦点を当てて評価を行う予定であったが、「多くの場合それには失敗した」ことである。一般的に監査は、利用者や職員に傾聴し、観察し、参加するといったことよりも、読み、測定し、数えるといったことに多く時間を割かれていたからである。また、いくつかの地域では、市民監査官 (lay assessor) や入居者と親族のアセスメントへの参加など良いシステムがあるにも

かかわらず、こうした取り組みが監査の柔軟性に欠ける手続きのなかで、十分に評価されなかったとされている。類似した批判を、自身が NSCS の理事である Heiser も行っており、NSCS の問題を①規制の厳格な一律性と弾力性のなさ(革新的取り組みを抑制したり、小規模施設には不適合であったりする)、②アウトカムに十分焦点化できずに、プロセス・ベースドであること、③NSCS が事業者にとって必要とされるケアの質を特定するどころか、NMS (最低基準) で必要とされる実践さえも到底及ばない施設が多かったこと、などを課題として挙げている⁵。同時に、彼は、NSCS の活動を審査する機関を設立し、当事者者団体の代表を入れるなど、より多くの利用者参加と利用者が権限をえる仕組みが必要であるとする。

一方、虐待への取り組みは NSCS の継続的な重要なテーマであったが、高齢者虐待防止の団体である Action on Elder Abuse は、NSCS に対し、何度か批判を行っている。Action on Elder Abuse の会長 Gary Fitzgerald は、NSCS が「重度のじょくそうがあるなど、ネグレクトが疑われる虐待を行っている高齢者ケア施設に対し甘く、閉鎖を命じることはなく、監査が影響を与えていない」と非難している⁶。さらに、Action on Elder Abuse は、高齢者虐待に関する議会の保健委員会の査問に対して、NSCS が「高齢者のケアを守るよりも、事業者と密接な良い関係を維持することに熱心」と批判をおこなっている⁷。

高齢者虐待の問題に対して、NSCS も 2004 年 1 月に、警察や自治体社会サービス部長組織と共同で、保健省の虐待防止指針“*No Secrets*”に基づく具体的な手続きとそれぞれの役割を明確化した「成人虐待プロトコル」を発行した。上に述べたように、苦情の 10% が虐待であり、監査官の報告によると、夏に空調がきちんと整えられず、12 時間にわたって 32 度に保たれていた施設から、2 人の脱水症状患者が入院したといったような事例もあった。2004 年 3 月に出された施設内の投薬管理の報告書においては、高齢者施設の半数弱の 46% のみが、投薬管理の基準を充たしているという結果が明らかとなった。このように、NMS で定められた最低基準も十分に達成できていない施設も多く、施設職員の人手不足や訓練不足による虐待やネグレクト、ケアの質の低下など多くの問題が挙げられている。保健省は患者や一般市民、専門職を含む虐待に関するタスク・フォースを作り、虐待について検討を重ねるとともに、ケアの質を上げるための研修体制の強化などの対応を協議している。

2 NHSにおける保健医療改善委員会（CHI）とクリニカル・ガバナンス

（1）保健医療改善委員会（CHI）とクリニカル・ガバナンス

1) CHIとは

保健医療改善委員会（Commission for Health Improvement, 以下CHI）は、NHSの業績（performance）を審査監督する第三者機関である。CHIは、1999年の改正医療法（Health Act）に基づき、イングランドとウェールズにおけるNHSの患者ケアの質を改善する目的で政府により設立された。運営は2000年4月1日より開始され、治療のばらつきを減少し、高い基準のケアを提供することを目的としたプログラムを実施している。

2) CHIの主な機能

- ①クリニカル・ガバナンス・レビュー（Clinical Governance Review, CGR）（臨床管理審査）（次節に詳細）
- ②ガイドラインに関する全国調査（National Studies）：NSF（特定領域ごとのサービスの質に関する勧告）が設定したケア提供に関するガイドラインを満たしているかを評価、2001年12月に最初の報告書「ガン」の全国調査結果が公表、以降、心臓病、高齢者ケアNSFについて調査される予定。
- ③調査（Investigations）：NHSの重大な医療過誤について調査する。保健省国務長官、ウェールズ議会、あるいは市民から挙げられた調査の要望に関して、CHIの理事らが慎重に調査する。すでに9つの調査報告書が公表。
- ④イングランド・ウェールズの臨床監査（Clinical Audit）の実施。
- ⑤NHSの業績の格付け評価：2003年7月に初めて星による格付け評価を公表（次節に詳細）。
- ⑥患者・職員への調査（Surveys）：CHIは、イングランドにおける患者や職員の意見を回収した結果を公表する義務をもつ。2002年度の患者調査の結果は、2003年7月にCHIにより発行された。職員への調査は、2003年秋に実施され、2004年に公表予定。

3) クリニカル・ガバナンスの導入

①クリニカル・ガバナンス導入の背景

クリニカル・ガバナンスが患者ケアの質を保証し、改善するための新たなアプローチとして、政府が導入したのは、90年代後半のことである。NHS設立後40年間にわたって、NHSは、高い質の医療は、訓練された職員と、よい施設・設備の結果であるとのいう認識であった。質を保証するイニシアティブは、医療監査・臨床監査等であった。しかし、それらの監査は、専門職によるものであり、日々の医療行為とは離れており、医療全体また患者にとって有益であるかどうかは明らかではないと批判されていた。

多くの医師・看護師は、医療マネジメントにおいて、質の代わりに、作業量や財務的な目標値に重点を置きがちであると批判されてきた。各々の患者にとって、可能な限り最高のケアのアウトカムを提供することが、医療の中核の目的であるという認識に欠けていた

のである。医療機関が提供するケアの質は、患者および職員に最も重要であるとの議論が高まってきた。

NHS において、質への明確な枠組みがないこと、それが優先リストの中に入っていないことは、クリニカル・ガバナンスの導入を促進するものであったが、最もその導入を促進したものは、80年代末から90年代にかけての、ケアの水準に関する大きな医療過誤等の一連の事件であった。その1つ、ブリストル・児童心臓外科医の医療過誤事件は、国内で大きな話題となり、2人の医師が GMC (General Medical Council) から医師免許を剥奪され、議会の公式査問に1,100万ポンドをかけるという結果となった。公式査問は、NHSの文化と業務のやり方に変革が必要との勧告を行った。このブリストルの事件がケアの質と水準の優先度に、一般の人々や専門職の姿勢を変化させる分岐点となった。

また、1997年に CMO (Chief Medical Officer) Sir Liam Donaldson は、NHS において、医療の質は、財務的および業務量ほど重要視されていないと発言した。また、質へのアプローチはバラバラであり、調整を欠いていた。つまり、マネジメント側が考える質と、医療提供側の考える質が異なっており、どのような方法が質の改善へと導くのが不明確であった。CMO は、変化のプログラムを要請し、クリニカル・ガバナンスのコンセプトを提唱した。

②クリニカル・ガバナンスの義務化

1997年に発行された白書「NHS: 近代的、信頼できる」(Department of Health (1997) The new NHS: modern, dependable, CM3807, The Stationery Office) において、政府は、質に関し法的に全ての NHS に義務化されるべきと提案した。翌1998年には、白書「第一級のサービス」(NHS Executive (1998) A First Class Service - Quality in the new NHS [Consultation Document]) により、質の枠組み(基準の設定-クリニカル・ガバナンス-モニタリング)を示した。その後、1999年の改正医療法により、政府は、各医療機関に質は法的な義務であると正式に位置づけた。1999年3月の通達(Health Service Circular 1999/065; 'Clinical Governance': Quality in the new NHS) (2001年3月に通達改正)により、1999年度から5ヵ年のクリニカル・ガバナンスの実行にあたり、保健当局と NHS 病院トラストに対し、具体的な実施指針を示した。クリニカル・ガバナンスは、「質の義務化」を現実に行わせるための方法である。

クリニカル・ガバナンスは、質の保証、患者の安全性、質の改善を日々の業務の中核部分とするよう、全ての医療機関が文化、業務のやり方、システムを変更させるためのものである。また、過去には、非常にバラバラであった質へのアプローチを統合するものである。

③クリニカル・ガバナンスの支援体制と進捗状況 (CGST)

CGST (Clinical Governance Support Team, 以下 CGST) は、1999年7月に設置され(本部は Leicester)、現在は、近代化委員会 (Modernization Agency) の一部である。CGST の役割は、クリニカル・ガバナンスを実施する臨床チームやトラストの理事会(管理職)が必要とする支援を行うことである。

2000年1月に最初、7つの臨床チームが1日のプログラムに参加したが、2003年1月までに、全国871のNHSチームが、CGSTによるクリニカル・ガバナンス・プログラムを受けている。うち433の多職種からなるチームは、一般的なクリニカル・ガバナンス開発プログラム（CGDP）を受けている。また、うち35の臨床チームは、イングランドにおける保健医療コミュニティ全体にかかわるプログラムを受けたが、そのプログラムは、2003年にウェールズにもフランチャイズされ実施されている。さらに、専門科（specialist）のクリニカル・ガバナンス・プログラムも、脳卒中と産科サービス用に開発されている。2003年には、小児科と、感染に関する予防的な医療のプログラムも開始される。

CGDPの主たるプログラムは、多職種のチーム向けである。例えば、高齢者ケアの場合は、NHS病院から、専門医（consultant）、看護師、作業療法士、病棟マネジャーの構成となる。プログラムは、9ヶ月にわたる学習モジュール（RAIDモデル）からなる。RAIDモデルは、Review（地域のサービスの見直し）、Agree（医療を改善することに同意する）、Implement（実施する）、Demonstrate（患者や職員に示す）からなる。

また、CGDPのチームは、患者をRAIDプロセスに参加させる。レビューの中で、一対一面接、フォーカス・グループ、患者日記、および調査票等によって、患者の意見に耳を澄まし、意見を収集し、患者に結果をフィードバックする。サービスに患者の視点を反映させることは、臨床チームが、配属面接、監査、研究、活動、他のクリニカル・ガバナンスの面にわたって、患者を関与させることを意味する。これらは医療専門職と患者がパートナーシップのもと協力しあい、患者の医療経験の改善を保証する。

一つの方法として、患者を研修の「講師」とすることが挙げられる。実際に、患者を研修日に参加させ、臨床チームと協働させ、パブリック・インボルブメントが何を意味するかを知り、医療に対する個人的な経験を聞くプログラムを実施している。2003年には、CGSTの全プログラムに関し、企画し、実施し、フィードバックを行うことを助ける、新たな役割「患者コンサルタント」（patient consultant）を任命する。それにより、CGSTが継続的に医療やサービスに対する患者の視点を反映できる。

その他に、病院トラストの管理職を対象としたクリニカル・ガバナンスの管理職開発プログラム（Board Development Programme）があり、2003年1月までに200のNHS機関が参加した。2003年には、60のプライマリケア・トラストとその専門職管理委員会（Professional Executive Committee, PEC）を対象としたパイロット・プログラム、および戦略的保健当局対象プログラムを開発中である。

④CGSTの他の取り組み

NHS業績評価およびCHIによるクリニカル・ガバナンス・レビューにより、「星なし」と判断されたNHS機関は、調整された、支援的・多面的な機関全体の介入を受けることになる。

緊急対応チームRRU（Clinical Governance Rapid Response Unit）は、こうした機関に対し、カスタマイズされたシステム全体のサポートを行うことを目的に作られた。すでに14のNHS病院トラストに支援し、2003年には、プライマリケア、精神病院、救急のトラストで問題を抱えるトラストを支援する予定である。

また、CGST のナレッジ・マネジメント・チームは、NHS 全体の質の改善や近代化を促すために、CGST の様々な活動から学んだ経験を把握し、広く普及させることを目的としている。

2003 年には、クリニカル・ガバナンスのよい実践の普及を目的として、ウェブサイト (www.cgsrupport.org/) が開設された。‘Eurokas!’ は、他の NHS 機関がシェアし、学べるような、改善の短い逸話を特集しており、また、Lesson Card は、クリニカル・ガバナンス・プログラムに参加したチームの実際の経験に基づき、戦略や経験を広めるものである。新しい CGST のデータベースは、将来的には、クリニカル・ガバナンス・プログラムに参加したチームの個々の改善事例にアクセスできるよう作られている。CGST のイントラネットが、データベースの開発に結びついており、それを通して、機関やチーム間のコミュニケーションや学びあい、また個別のサポートチームの人材登録などに利用できる。

(2) CHI におけるクリニカル・ガバナンス・レビュー

1) クリニカル・ガバナンスおよびクリニカル・ガバナンス・レビュー

①定義

CHI によると、クリニカル・ガバナンスとは「NHS がとる、患者が可能な限り高い質のケアを受けられるように保証する段階的な手続きを含むシステム」と定義され、それは以下の4つを含むとしている

- ・ 患者中心のアプローチ
- ・ 質へのアカウントビリティ
- ・ 高い水準と安全性を保証
- ・ 患者サービスとケアの改善

また、Scally によれば、クリニカル・ガバナンスとは、「NHS 機関が、臨床的なケアにおける卓越が繁栄するような環境を創造することで、サービスの質の継続的な改善、およびケアの高い水準の保証にアカウントブルであるためのシステムである」と定義されている⁸。Scally は、このクリニカル・ガバナンスというコンセプトは、ビジネス界におけるコーポレート・ガバナンスの反映であるとしている。それゆえ、クリニカル・ガバナンスが成功するためには、コーポレート・ガバナンス同様、その適用が堅固であり、機関全体に強調され、供給にアカウントブルであり、前進的に開発が進められる必要があるという。

また、WHO は、クリニカル・ガバナンスを4つの側面で解説している⁹。

- ・ 専門職の業績（技術的な質）
- ・ 資源の活用（効率性）
- ・ リスク・マネジメント（提供されたサービスに関する損傷や疾病のリスク）
- ・ 提供されたサービスに対する患者の満足度

②クリニカル・ガバナンス・レビューの対象

イングランドとウェールズの NHS 機関。すなわち、NHS 急性期・専門科 (specialist) 病院トラスト、精神保健病院トラスト、NHS ダイレクト、救急トラスト、イングランド

のプライマリケア・トラスト、ウェールズの地域医療理事会である。

③クリニカル・ガバナンス・レビューの評価者

全ての評価チームには、NHS の医師、看護師、薬剤師や作業療法士等の医療関連専門職、および NHS のマネジャーが含まれる。評価者の構成は、対象となる医療機関の特性により、メンバーが補完される（精神保健病院トラストであれば、利用者。プライマリケア・トラストであれば、プライマリケアの専門家等）。レビューの期間中、チームのリーダーとなり、管理するのは、CHI のレビュー・マネジャーである。

これら評価チームの構成員は、全国的な公募より募集され、評価前に厳正な研修を受ける。CHI のレビュー・マネジャーを除き、評価者は、現場訪問審査（site visit）および、訪問審査の事前事後の協議（consultation）に必要である。そのため、現在の業務を続けながら、年に2回のレビューに参加する。評価者が、現在自らが関与している機関のレビューに当たることは決していない。

2) クリニカル・ガバナンス・レビューの手続き

CHI のレビューは、NHS 機関が行っているクリニカル・ガバナンスの手続きの有効性を評価する。つまり、マネジメント、供給、供給されているサービスの質である。CHI はまた、ベスト・プラクティスを特定するとともに、改善が必要な領域を特定する。

クリニカル・ガバナンスは次の4つの段階で行われる。

①段階1：準備

評価対象機関に対し、必要なデータの収集、職員調査の実施、またレビューの今後の段階に準備するように支援する。

- ※ プロセスをスムーズに行うために、トラストは、トラスト側のレビュープロセスをコーディネートする「トラスト・コーディネーター」を置く。
- ※ CHI は、現地訪問調査に先立って、様々なデータや報告書の提出を求める。それらの情報を分析し、訪問調査時に審査する領域を特定する。
- ※ CHI は、当該 NHS 機関に関連する患者およびその親族、職員、地域機関の意見を積極的に求める。これは、「パブリック・オピニオン」の方針と関連し、レビューの一部とみなされる。
- ※ CHI は、レビュープロセスを成功させるために、可能な限りオープンであり、アクセスしやすいようにする。当該機関のマネジメント（管理職）と会い、プロセスの説明を行い、質疑を受ける。

②段階2：現地訪問調査の実施

CHI の評価者は、1週間にわたり現地調査を行い、夜間観察も含まれる。情報収集のために、医師、マネジャー、他の職員と会う（個人名は報告書の中で特定しない）。患者と職員をも観察するが、手術室、診察、治療室には立ち入らない。

③段階3：CHI 評価チームによる報告書の作成、評価結果に基づいて、機関はアクション・プランを作成

※ 現地訪問後、評価チームは、報告書案を作成する。機関と話しあい、事実が正確かどうか意見をもらう。

※ 最終的な報告書とその概要は、一般に公開され、CHI のウェブサイト公表される。報告書には、主要な評価結果と、ベスト・プラクティスの特定、改善領域の特定が含まれる。

④段階4：機関は、合意されたアクション・プランに従って改善を行う。戦略保健当局 (Strategic Health Authority, SHA) によるモニタリングが実施される。

※ CHI は、機関が改善に必要な目標設定ができるよう支援する。

※ 戦略保健当局およびウェールズ地方政府がアクション・プランの承認とその実施の保証に責任を持つ。

3) クリニカル・ガバナンスの評価の枠組み

CHI は、レビューの報告を信頼でき、公平で一貫性のあるものとするために、トラストにおけるクリニカル・ガバナンスの評価のための、体系的なフレームワークを採用している。この枠組みは、イングランドのクリニカル・ガバナンス・サポート・チームおよびウェールズのクリニカル・ガバナンス・サポート・ディベロップメント・ユニットとの協議のもとに開発されたものである。

図1にあるように、CHI のクリニカル・ガバナンス評価モデルは、

「有効なクリニカル・ガバナンスは、継続的な学習、革新、開発の文化に基づき、患者のケアや治療の経験を改善するものである」という方針に基づいている。将来的には、レビューの情報を蓄積し、クリニカル・ガバナンスのどのような側面が患者経験やアウトカムの改善に有効かということを決めるのに役立つ予定である。

図1のとおり、CHI のクリニカル・ガバナンスは3つの主要な、互いに関連する領域によって評価する。

①戦略的能力 (Strategic Capacity)：トラストのリーダーシップは、患者に焦点化した明確な包括的な方針をどの程度まで設定しているか？それは、トラスト全体でどのくらい統合されているか？

②資源とプロセス：質の改善を達成するプロセス (例えば、協議 (consultation)、患者の関与、臨床監査等) は、どのくらい強固にできているか？職員のマネジメントと職員能力の開発について、どのくらい効果を挙げているか？

③情報の活用：患者経験、アウトカム、プロセスや資源について、どんな情報が入手可能か？それらの情報をトラストは戦略的に使い、患者ケアのレベルまで活用しているか？

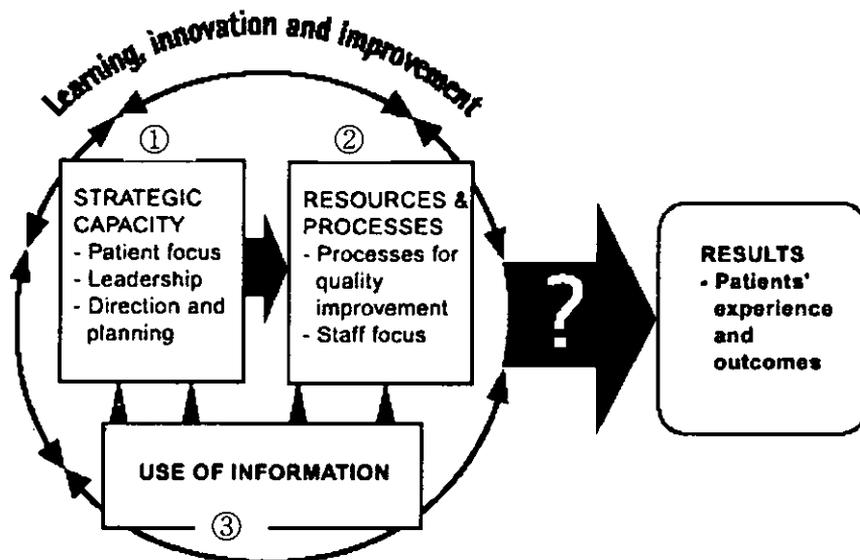


図1. クリニカル・ガバナンスの評価の枠組み

この図における評価の要素として、②や③の要素が組織的に、管理職のレベルかつ臨床チームレベルで実施されているかトラスト全体を調査することが求められている。なお、①戦略的能力の評価基準は開発中であるが、②と③については以下のように考えられている。

②「資源とプロセス」の評価の要素

(a)質の改善へのプロセス	患者と一般市民の関与 (Involvement)
	臨床監査 (clinical audit)
	リスク・マネジメント
	臨床的に効果的なプログラム
(b)スタッフの重視	職員配置とスタッフ・マネジメント
	教育、研修、継続的な専門職としての、また個人的な発達

③「情報の活用」の評価の要素

クリニカル・ガバナンスを支援し、医療の提供を支援するための情報の活用

このように、クリニカル・ガバナンスの要素の開発は現在進行中であり、トラストの間に大きなばらつきがある。そのため、現段階では、クリニカル・ガバナンスを改善するためにどの側面を優先させるかを支援するため、トラストの総合評価はせず、上記の各要素を個別に評価する方がトラストにとって有用と考える。収集されたデータ(証拠)に従い、CHIの評価者は、各要素を以下の4段階で評価する。

- I : 戦略的・計画的レベルでも、また、執行レベルでもほとんど進歩がない。
- II : 次の3通りがある。

- ・ 戦略的・計画的レベルでやや進歩がみられるが、執行レベルでは、ほとんど進歩がない。
- ・ 執行レベルでやや進歩がみられるが、戦略的・計画的レベルでほとんど進歩がない。
- ・ 戦略的・計画的レベルでも、執行レベルでもやや進歩がみられるが、組織全体に広がっていない。

Ⅲ：戦略的によく把握されており、実質的に実施されている。

トラストの戦略的・計画的レベルと、執行レベルが関連づけられている。

Ⅳ：卓越している。

機関と、地域の医療圏の中でのパートナーの機関との間で、活動がコーディネートされ、開発され、明らかに改善へと導いている。

クリニカル・ガバナンスの次の段階が何か明らかにになっている。

4) CHI の格付け評価（クリニカル・ガバナンス・レビューと業績評価の統合）について

CHIは、業績指標（performance indicators, PIs）と Clinical Governance Review（CGR、臨床管理審査）により、各トラストの業績を3つ星の格付けを行う（これを Star Rating という）。

業績指標の枠組みは病院トラストとプライマリケア・トラストとにより、以下のような違いがある。

病院トラスト	プライマリケア・トラスト（PCT）
①主要目標（Key Targets）	①主要目標（Key Targets）
②患者中心主義	⑤質の高いサービスへのアクセス
③臨床分野	⑥健康改善
④キャパシティと特性	⑦サービスの供給

①主要目標：トラストが患者に良質のサービスを提供するために達成しなければならない優先目標である。例えば、ガン等のような状況の場合、早く治療を受けられる、何時間も病棟で待たされることがない、等。3つ星の評価の主要な決定要素であり、これらの指標の多くを達成できなければ、1つも星がもらえないこともある。

②患者中心主義：患者がどのように扱われているか、患者の意見や満足度を聞くもの。この分野の指標の多くは、患者が治療期間中どのようなサービスを受けたかを調査した結果に基づく。職員の対応から食事の質まで包括的な調査である。

③臨床分野：提供された医療の水準や治療後の予後を見る。この分野の指標の多くは、治療のアウトカムである。例えば、術後の平均死亡率が高ければ、治療の質になんらかの問題があることが示唆される。

④キャパシティと特性：トラストの資源、うまく運営されているか、どのようにスタッフが処遇されているか、またその記録についてみる。内部運営がどのようになされているかをみることはトラストの業績をみるのに重要な視点である。スタッフの労働条件も業績の

有用な指標のひとつである。

⑤質の高いサービスへのアクセス：プライマリケアの主要な供給をカバーしており、治療の質や緊急入院の防止等、患者がどのように扱われているかをみる。指標の多くは患者調査による。

⑥健康改善：PCTは、その医療圏の住民の健康を改善する責任を持つ。これには、健康改善のためのスクリーニングや協働的なアプローチの予防的な業務が含まれる。

⑦サービス供給：PCTに委任されたサービスが、住民のニーズを満たしているかどうかをみる。

【格付け評価の基準】

上記の業績評価と CHI のクリニカル・ガバナンス・レビュー（CGR）を統合して星の格付け評価を行う。このルールは、2003年度は、急性期、専門科（specialist）、精神病院トラストのみ適用される。

【3つ星】

保健省の「主要目標」の達成基準を満たし、CGRでは「Ⅲ」が1つ以上あり「Ⅰ」がないことが条件（スケールはⅠ（最も悪い）～Ⅳ（最も良い）。「主要目標」が星2～3つのボーダーラインにある場合、CGRでⅢが3つ以上ありⅠがゼロであれば、3つ星に格上げされる。

【2つ星】

2つ星のトラストは、全般的によい業績を出していることを示すが、一貫して全てが高い基準に達しているわけではない。主要目標についてはよい業績であるかもしれないが、他の指標については十分でない可能性がある。

【1つ星】

特定の領域の業績に懸念があり、いくつかの主要目標を達成できていない。

【星なし】

指標に関する業績について、最も低いレベルであり、クリニカル・ガバナンスの進展が進んでいない。「主要指標」に著しく達成できておらず、CHIの基準も満たしていない。CHIのCGR基準では、最低の「Ⅰ」が5つ以上ある場合は、星はもらえない。

（3）クリニカル・ガバナンスの評価

1) NAO（National Audit Office）による報告書

2003年9月にNAO（国立監査局）がNHSトラストが行っているクリニカル・ガバナンスについての進捗状況の報告書を公表した。報告書（Achieving improvements through clinical governance: a progress report on implementation by NHS trusts, HC 1055 2002-2003）によれば、クリニカル・ガバナンスの実施の進捗状況は、ばらばらであり、NHS病院トラスト間、またトラスト内ではばらつきがあると同時に、イニシアティブの要素（内容）にも差があることが明らかとなった。

NAOの長 Sir John Bournによれば、クリニカル・ガバナンスをもたらす組織内の調整

や枠組みは、既に、ほとんどの NHS 病院トラストの中で実施されているという。そして、このイニシアティブは、多くの利点をもたらした。臨床的な質は、今や主流の関心事であり、臨床医にとっても、マネジャーにとっても、臨床的な成果（クリニカル・パフォーマンス）のアカウントビリティはずっとより明確になった。CHI によるクリニカル・ガバナンス・レビューにより、個々のトラストに必要な改善点にも注意が向けられるようになった。専門職の姿勢は、よりオープンで協働的な仕事のやり方へと明らかに変化した。

多くの場合、クリニカル・ガバナンスは次のような要素を含んでいる。リスク・マネジメント、インシデントの報告、患者へのよりよい情報提供、IT の活用はほとんどのトラストで実施されている。しかし、各要素への取り組みは、個別のトラストによりかなりばらつきがあり、多くのトラストが、資源の不足、研修への不十分な参加、リスクの報告を行おうとしない文化等の、大きな障害に直面していた。トラストは、例えば、より患者中心主義にする、患者・利用者・介護者・一般市民とより積極的に活動する、等の方法により、成果を上げる必要がある。臨床監査（clinical audit）は期待されたほどうまく行っておらず、臨床部門の 80% 以上が臨床監査を活用していると報告したのは、全トラストの半分にすぎなかった。さらに、多くのトラストが、リスク・マネジメントの有効な基準を達成していなかった。

しかし、報告書は、クリニカル・ガバナンスの戦略が、トラストがケアの質を扱う方法を変えてきていると指摘している。トラストの文化が変化し、理事会（管理職）がより臨床的な面に関心を寄せるようになったことが指摘されている。臨床医も、専門職としての、個人的な関心より、組織全体の共通の関心をもつようになった。職員の態度もより非防衛的でオープンなものになった。クリニカル・ガバナンスの要素は実質的に発達しており、より効果的に利用され、結果として、4分の3のトラストが患者ケアに具体的な改善がみられた、と答えている。

先に述べた資源不足や文化の違い以外に、トラストが抱えている主要な問題は、優先順位が葛藤していることである。特に、短期のウェイティング・リストの目標値への集中と、組織的な改編や合併、トラスト間の規模やカバーしている医療圏や不均質性、また、クリニカル・ガバナンスに対する組織全体の方向性や動きがないことである。

NAO は、保健省は、次のことに取り組むべきと勧告している。

- ①CGST（クリニカル・ガバナンス・サポート・チーム）は、現在のトラストの満たされていないニーズを補うため、より一層アドバイスや支援機能を高めるべきである。
- ②CHI によって特定された事例を含め、CGST が良い実践を普及する効果的な方法を検討すべきである。
- ③患者のエンパワメントのための様々なイニシアティブの影響を評価し、この領域で、トラストが改善できるよう良い実践のガイドラインを作成する。

また、NAO は、NHS トラストが以下の領域に取り組むべきとしている。

- ①理事会によって求められる質の問題について、必要となる情報を見直す。そのような情報が日常業務の中で提供されるように保証するシステムを確立する。
- ②クリニカル・ガバナンス・サポート・チームによって作成された指針に従い、臨床チームが質に関して内部的に報告するシステムの開発を検討する。

③類似したトラスト間で、主要なクリニカル・ガバナンスのイニシアティブをベンチマークし、よい実践についての事例を作りシェアする。

クリニカル・ガバナンスの目的は、年間 540 億ポンドが支出される医療サービスのより良い質を保証し、アカウンタビリティを高め、患者や市民に NHS サービスへの信頼性を高めることである。クリニカル・ガバナンスの主要原則は、質の改善への一貫性のあるアプローチ、臨床的な質のシステムと有効なプロセスのアカウンタビリティの基準を明確にすることであり、それらは、リスクを特定し管理し、低い業績については明示することによりなされる。

クリニカル・ガバナンスの主要な要素は、次のように分類される。

- ①学習メカニズム（クリティカルなリスク・マネジメント、臨床監査、インシデント報告、学習ネットワーク、専門職としての継続的学習）
- ②患者のエンパワメント（よりよい情報提供、苦情処理、患者の意見を引き出し、NHS 全体に患者を関与させる）
- ③ナレッジ・マネジメント（情報と IT、研究開発、教育・研修）

2) マンチェスター医療マネジメント研究所（Manchester Center for Healthcare Management）による報告書

2003 年 3 月、マンチェスター医療マネジメント研究所は、NAO の協力のもと、イングランドの NHS 病院トラストを調査し、クリニカル・ガバナンスの実施状況についての報告書を公表した。2002 年 7 月に調査され、270 の NHS 病院トラストより回答があった。以下は、その結果の概要である¹⁰。

①クリニカル・ガバナンスの実施に対する支援体制

- ・保健省地域オフィスのガイダンスや支援は、NHS トラストにとって、適度に有益であり、特に医療機関やコミュニティへのクリニカル・ガバナンスに対しての期待があることが明らかとなった。しかし、近年の NHS の組織改編で、この種の外部の指示や支援を誰が提供してくれるかが明らかでない。
- ・ NHS トラストは、CGST のプログラムは非常に有益であると高く評価している、特に臨床チーム向けが評価が高い。CGST のプログラムに関与した結果、著しい変化があると報告されているが、これらのプログラムが参加機関にどれほど広範な影響を与えたのかは明確ではない。CGST のプログラムの利点をより多くの NHS トラスト間およびトラスト内にもたらすための行動が必要である。

②クリニカル・ガバナンスの枠組み

- ・クリニカル・ガバナンスは、大部分の NHS トラストにおいて、全体のシステムの中に組み込まれて構築されている。理事レベルや院長らのリーダーシップ、トラスト内部の委員会、クリニカル・ガバナンス部門というような強い執行権限を持つ部署としての形式がある。
- ・クリニカル・ガバナンスは主に、トラスト内部の機能であり、クリニカル・ガバナンス

の計画・モニタリング・マネジメントは、主にトラスト主導で、他のステイクホルダーの関与はあまりなされていない。

- ・ クリニカル・ガバナンスのコストは全般的に明らかになっていない。予測コストは、1トラストあたり、326,000ポンドである；しかし、職員やマネジャーの労働時間を含んでいないため、著しく低く見積もられている。

③クリニカル・ガバナンスの資源とプロセス

- ・ クリニカル・ガバナンスの要素の多くは多くのトラストで比較的良く構築されていたが、要素により、いくらか差があった。全体として、法的要件や外部からの要件（リスク・マネジメントや苦情処理等）は最も枠組みが強固であった。新しい、また望ましい条件であるが不可欠ではない（患者や一般市民の関与、臨床監査等）はよりトラスト内で弱く、周辺的な扱いであった。
- ・ 近年のNHSへの予算拡充に関わらず、未だNHSトラストは、クリニカル・ガバナンスの進捗の失敗原因を資源不足に置いている。財政（予算）の不足、職員のサポート、臨床職員の時間、資材等である。他の主な2つの障害は、スタッフ（特に、臨床専門職、ことに医師）の文化・行動・態度、また、クリニカル・ガバナンスに対する組織的な方向性や促進がないことであった。
- ・ クリニカル・ガバナンスの要素の多くは、このイニシアティブが開始される以前からあったものであるが、クリニカル・ガバナンスの目標が、過去の分断されたイニシアティブの統合を促進した。回答者は、1999年からは進歩がみられ、より調整された、戦略的な、一貫性のあるアプローチが多くのNHSトラストの優先戦略となったとしている。職員のクリニカル・ガバナンスへの姿勢の改善や、参加の希望やモチベーションも観察された。
- ・ クリニカル・ガバナンスの各要素の影響の評価は困難であり、主観的にならざるをえない。患者ケアへの改善は、多くのトラストが挙げることができるとした結果であるが、また、医療機関自体の変化の必要性も指摘された。

④クリニカル・ガバナンスと質に対する外部評価

- ・ 調査で質問した外部からの影響の中で、NHSトラストに最も大きな影響を及ぼしていたのは、CHIのクリニカル・ガバナンス・レビューであった。それが、組織にとって全く新しい情報をもたらすことは稀であったが、業績がより明示され、見えやすくなった。レビューは、非常にNHSトラストにとって手間や労力がかかり、業務外の仕事も増えた結果になったが、NHSトラストに意味のある変化をもたらすように見える。
- ・ 全体として、4分の3以上のトラストが、外部評価に従って、変化の行動を起こせると報告している。しかし、それらの変化の基準や意義は測定するのが困難である。一方、NHSの格付け評価が変化に導いているとの証拠はあまりみあたらない。
- ・ 外部評価の結果のフォローアップや行動計画の遂行が必要であるという結果がみられた。多くのトラストは、彼らがCHIの行動計画を実施するのは比較的ペースが遅く、CNSTの査察によるリスク・マネジメントの改善率は最低限にとどまっている。

- ・ NHS の 4 種類の外部評価の全てに、リスク・マネジメントが含まれており、外部評価プロセスに重複が確かにみられ、混乱や矛盾の可能性もある。

⑤ クリニカル・ガバナンスの進捗状況に関する管理者の評価

- ・ 管理者（Chief Executive）は、クリニカル・ガバナンスを適度に成功しているとみなしており、臨床的な質と業績の問題から、NHS トラスト内に真の変化をもたらすとしている。管理者らは、トラストの理事会がより情報をえられるようになり、組織全体の議題として質が高い位置を占め、臨床医はよりケアの質に対し、アカウンタブルになったと指摘している。
- ・ しかし、管理者は過大評価には慎重である。クリニカル・ガバナンスを完全な成功であるとみなす者は少なく、多くはそれに対する障害や問題を挙げている。管理者は、クリニカル・ガバナンスを臨床的な実践やサービスの改善に重要な変化をもたらすとしているが、患者が受けるサービスの認識にはあまり変化を及ぼさないのではないかとみている。

おわりに

本稿では、NHS のクリニカル・ガバナンスと CHI によるそのレビュー、社会的ケアの NMS（全国最低基準）と NSCS によるその監査を中心に、NHS と高齢者施設ケアにおける質保証のための取り組みを概観した。保健医療と福祉サービスには、それぞれを管轄する行政（保健当局、自治体社会サービス部）を評価する業績評価の枠組み（performance assessment framework）が既に構築されているが、それに比べて、実際にサービスの提供に携わる病院トラストやケア事業者を評価する仕組みは一律ではなかった。上にみてきたように、両方の領域に全国一律の質の規制（登録認可・監査）の枠組みが構築されつつある。2004 年春からは、それぞれ、CHAI（医療）および CSCI（社会的ケア）という 2 つの質規制機関に生まれ変わり、行政から提供機関までを対象とした、医療と社会的ケアの提供プロセス全体にわたっての評価を統合できることになり、医療へのアクセス、ケアの質や虐待等の、現状での課題を解決するために、実効性のある質の改善のための取り組みをより進めていくことが期待されている。

・ 文献

1. Department of Health, 1998, *Modernizing Social Services: Promoting Independence, Improving protection, Rising Standards* (cm4169) , Stationary Office, London
2. Department of Health, 1999, *Fit for Future? National Required Standards for Residential and Nursing Homes for Older People: Consultation Documents*, Stationary Office, London
3. Department of Health, 2001, *National Minimum Standards for Care Homes for Older People*, Stationary Office, London
4. 平岡公一, 1997, イギリスにおけるコミュニティケアと利用者権利擁護の視点, 社会福祉研究, 70:59-65
5. 小林大造, 1998, (第2章) イギリスの高齢者介護システム (足立正樹編『各国の介護保障』, 法律文化社)
6. Means, R., Smith. R., 1998, *From Poor Law to Community Care*, Policy Press, London
7. 水野洋子, 荒井由美子, 2001, 高齢者施設ケアの質向上ー英国における最近の政策ー, 社会保険旬報, 2101:9-15
8. 長澤紀美子, 1999, 福祉サービスの質の保証と評価に関する一考察: 政策における評価に関するアプローチを中心に, 上智大学大学院博士前期課程学位論文
9. 長澤紀美子, 2001, 福祉領域におけるニュー・パブリック・マネジメント (その1) ー英国自治体社会サービスにおける業績指標ー, 新潟青陵大学紀要, 1:153-169
10. National Audit Office, 2003, *Achieving Improvements through Clinical Governance: A Progress Report on Implementation by NHS Trusts (Report by the Comptroller and Auditor General, HC 1055, Session 2002-2003)*
11. NHS Executive, 1999, *Clinical Governance: Quality in the New NHS (Health Services Circular 1999/065)*
12. Richards, M., 2001, *Long-term Care for Older People: Law and Financial Planning* , Jordans
13. 冷水豊, 長澤紀美子, 2000, 論文 I : サービスの質の評価に関する政策的課題ー英国の社会サービスをめぐる動向を素材として (三浦文夫 (編) , 図説高齢者白書 2000) , 全国社会福祉協議会, 162-181

¹ Community Care 23-29 Oct.2003

² CSCI の主席監査官に任命された David Behan (グリニッチ区の現社会サービス部長) の言による (Community Care 28 Aug.-3 Sep.2003)。

³ John Burton ("Managing Residential Care"の著者) の言による (Community Care 1-7 May 2003)

⁴ 何年も入居者に合っていた居室を数センチ不足しているために施設を閉鎖したことで NSCS は批判された。

⁵ John Burton ("Managing Residential Care"の著者) の言による (Community Care 29 May-4 June 2003)。

⁶ Community Care 9-15 Oct.2003

⁷ Community Care 18 Dec.2003 -7 Jan.2004

⁸ Scally G, Donaldson LJ, 1998, *Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England*, BMJ; 317 (4 July):61-65

⁹ WHO, 1983, *The Principles of Quality Assurance*. Copenhagen

¹⁰ Manchester Center for Healthcare Management, 2003, *The Implementation of clinical governance: a survey of NHS Trusts in England: Final Report*

第3章 「介護老人保健施設のマネジメントに関する研究」

調査の結果並びに概要

1 調査の目的

全国老人保健施設協会に加盟する介護老人保健施設が、①介護報酬改定後益々厳しくなる介護保険施設の経営マネジメントに対してどのような意識を有しているか、②介護保険制度において今後問われる質の向上について、研修制度という側面からどのように捉えるか、の2点を明らかにすることを目的とした。

2 調査の対象

全国老人保健施設協会の協力を得て、同協会加盟の2,904施設に対して、自記式郵送調査を実施した。回収数は948施設、回収率は32.6%であった。

3 調査項目について

本調査票は、①フェースシート（回答者属性、回答者所属施設属性等）、②老人保健施設の事業概要、③回答者と所属組織との関係、④所属施設の質に関する取り組みについての意識、⑤新介護老人保健施設サービス評価マニュアルに基づく項目の研修の必要性についての意識、⑥全国老人保健施設協会で実施している研修についての満足度、⑦フリーアンサー、の7項目から構成されている（巻末資料参照）。

各調査項目の目的、方法等は以下の通りである。

（1）調査項目2、3の目的

本アンケートでは、組織全体にわたる質向上をはかることを目標としたマルコム・ボルドリッジ米国品質賞（＝MB賞）審査基準に着目し、このような経営品質管理技法について、わが国の介護老人保健施設における必要性や適用可能性を検討することを目的としている。

（2）調査項目2の方法

米国規格技術研究所（National Institute of Standards and Technology :NIST）が用意している、MB賞プログラムの簡易版セルフアセスメント用チェックシート（ヘルスケア部門用）をもとに、わが国の介護老人保健施設向けのアンケート調査項目を作成し、経営品質的考え方に基づく組織環境の整理項目についての適用可能性調査を行った。

本調査項目は、マルコム・ボルドリッジ米国品質賞プログラム（The Malcolm Baldrige National Quality Award Program）を運営する米国規格技術研究所（National Institute of Standards and Technology :NIST）作成資料である「E-BALDRIGE SELF-ASSESSMENT AND ACTION PLANNING USING THE BALDRIGE ORGANIZATIONAL PROFILE FOR HEALTH CARE」をもとにして、作成した。

これは、MB賞審査基準中、申請者の組織環境を整理するための「組織プロフィール」に該当する簡易版セルフアセスメントチェックシートであり、NISTのホームページ上に掲載されている（http://patapsco.nist.gov/eBaldrige/HealthCare_Profile.cfm 2004年3月現在）。

MB 賞審査基準「組織プロフィール」は、提供するサービス、組織環境、競争環境はどのようなものか、MB 賞審査基準項目へ回答するための整理を行うものである。

NIST, The Malcolm Baldrige National Quality Award Program「E-BALDRIGE SELF-ASSESSMENT AND ACTION PLANNING USING THE BALDRIGE ORGANIZATIONAL PROFILE FOR HEALTH CARE」
http://patapsco.nist.gov/eBaldrige/HealthCare_Profile.cfm

(3) 調査項目3の方法

NIST作成の、MB賞プログラムの簡易版セルフアセスメントチェックシート(ビジネス部門、教育部門、ヘルスケア部門共通)をもとに、わが国の介護老人保健施設向けにアンケート項目を作成し、MB賞的な考え方に基づく審査基準の適用可能性について調査を行った。

MB賞審査基準項目は、本来記述式の回答を要している。MB賞審査基準のような経営品質技法が、組織の質向上、質改善につながるための新たな基準として適用することが可能かどうかを、ここでは、MB賞的な考え方の要点について簡易的にまとめたチェックシートを活用することで、検討を行った。

本調査項目は、NIST・MB賞プログラムが組織の幹部職員向けに作成した、セルフアセスメント用進行状況確認表「Are We Making Progress」をもとにしている。

このチェックシートは、MB賞審査基準カテゴリー1～7別に、経営品質的視点の取り組みが行われているかどうか簡易的に審査するものとなっている。

出典： NIST ホームページ掲載資料「Are We Making Progress」

<http://www.quality.nist.gov/Progress.htm>

(4) 調査項目4の目的並びに方法

組織全体の質改善、質の向上について(①②)、また、介護の質改善、質の向上について、どのような取り組みが行われているか、どのような取り組みが普及しているかについて、介護老人保健施設の取り組み実態の調査をすることを目的とする。

調査項目2、3で質問できなかった組織独自の取り組みについて、具体的に調査することも目的とする。

(5) 調査項目5の目的並びに方法

全国老人保健施設協会が発行している「新介護老人保健施設サービス評価マニュアル」の中項目のそれぞれについて研修の必要性並びにどの職種に必要かを明らかにすることにより、研修のニーズを明確にすることを目的とする。

(6) 調査項目6、7の目的並びに方法

全国老人保健施設協会で実施している研修の参加状況とその研修についての満足度状況を調査し、今後の研修に活かすことを目的とした。

4 調査結果

(1) 単純集計の結果

1) プロフィールに関する質問（設問2）

- ・ 組織環境・提供活動の実状に関する質問に対して答えられると回答した割合は約80%であったが、競争的環境および全社的な業務改善システムに関する質問に対しては、約60%であった。
- ・ 競争的環境に関する質問 23⑥「医療業界以外で似たようなプロセスとして比較できるデータをもっているか」に対して「簡単に答えられる」「なんとか答えられる」と回答したのは約30%であり、他の項目よりも低かった。
- ・ 「答えられる」の回答率が高い（90%以上）質問としては、21①「貴組織の主な介護サービスはどのようなものか。」、21②「利用者および家族に介護を提供する際のメカニズム（提供の仕組み）はどのようなものか。」、21④「貴組織の目的、ビジョン、ミッション、存在価値は何か。」、21⑦「貴組織の主な技術、機器、設備にはどのようなものがあるか。」、21⑧「貴組織の運営根拠となる法や指針にはどのようなものがあるか。」、22①「貴組織の組織図や統治（ガバナンス）システムにはどのようなものがあるか。」、22③「貴組織が対象としている主な利用者・顧客はどのようなものか。」、22④「利用者・顧客が期待していること、要求しているものはどのようなものか。」、22⑦「最も重要と思われるパートナー（協力）機関にはどのようなものがあるか。」の各項目であった。

組織の主な介護サービス

	度数	有効パーセント
簡単に答えられる	770	81.8
なんとか答えられる	151	16.0
答えるのが難しい	12	1.3
質問の意味がわからない	8	.9
合計	941	100.0

介護提供メカニズム

	度数	有効パーセント
簡単に答えられる	640	68.2
なんとか答えられる	247	26.3
答えるのが難しい	35	3.7
質問の意味がわからない	16	1.7
合計	938	100.0

目的、ビジョン等

	度数	有効パーセント
簡単に答えられる	561	59.8
なんとか答えられる	294	31.3
答えるのが難しい	76	8.1
質問の意味がわからない	7	.7
合計	938	100.0