

カナダにおける医療サービスの質の確保をめぐる諸問題

— 改善ネットワークを中心として —

高橋 淑郎

ロス・ベーカー

■ 要約

カナダの病院を中心とする医療機関は、患者の医療機関への信頼の変化や社会構造の変化およびアメリカの病院の統廃合などへの対応に基づく質の改善運動などの影響を受けて、全病的な医療の質の改善運動が1990年ごろから盛んになってきた。特に、病院が単独で行う質の改善では、各病院ごとに成果や評価あるいは資源消費が非効率になり、社会的有効性も高まらないので、病院がネットワークを組むことによりQI活動を行っていくことが志向されている。本稿では、カナダの病院を中心とした医療機関の質の改善への取り組みの経緯と背景を整理した後に、質の改善で影響を受けてきたアメリカとの関係を述べ、カナダでの質の改善ネットワークへの取り組みを中心に議論している。その後、カナダでの医療の質の改善の今後の課題を検討した。

■ キーワード

医療サービスの質、QI、CQI、改善ネットワーク、CCHSA、シニアリーダー

はじめに

良質な医療サービスの提供を保証することは、カナダの病院管理者¹⁾およびヘルスケアの専門家にとって近年特に重要な問題となってきた。

しかしながら、カナダは日本同様、国民皆保険の国であり、さらに、病院数で約95%が州の公的資金を受けて私的な理事会が経営するという半自立的な公的病院であるので、病院間の競争や患者ニーズに合致した病院のサービス提供という面では、アメリカのように、マーケットメカニズムが医療の領域に作用する国とは、病院経営者の経営スタンスが基本的に異なることに注意したい。したがって、カナダはある意味で日本に近い病院経営のスタンスを持つ国といえるのである。

品質改善(Quality Improvement: QI)は、ヘルスケアサービスを提供する組織が、患者のケアおよ

び臨床への支援活動の効果性において継続的な質の改善を行うための手段を提供するものといえる。伝統的な既存の他の産業においては、QIは作業工程の改善を通じたコストの削減と顧客ニーズとより密接に連携した組織的活動をヘルスケア組織にもたらしている。これまでの経験から見れば、製造業においてもヘルスケアの分野においても、このような実績は、長期的な視野で、トレーニングを行い、各職種のチームワークおよび組織的学習を通じてこそQIの目的が達成できるものであるといえる。QIの基本原則についての理解不足あるいは経営責任者の理解と援助のないQI活動の試みは失敗することが多いことが経験的に分かっている。ここでは、QIの適用と発展に挑戦しているカナダのヘルスケア組織が直面している実際の問題について、カナダでのこれまでの質の管理についての経緯を踏まえて、これらの活動を支援し

ている品質改善ネットワークの役割を検証し、今後の課題を示したい。

I QIの進展と直面する問題点

カナダでは、病院、医師、その他の医療関連専門職は、これまで、国民から高い信頼を得ているが、その一方で、それらの人々が提供するヘルスケアの質について疑問や訴えがここ20年間で増大していることは、オンタリオ州政府などの研究(Coyte, et al., 1991)で事実として示されている。さらに、カナダは日本と同様に、アメリカのように病院や医師を告訴することは多くない国であるが、それでもその実数および訴訟率が増加傾向にある。

最近のカナダ国民の傾向として、自分たちが受ける医療サービスの質を見極めたいという意識が強くなってきていることに対して、医療サービスを提供する専門職団体が、そのサービスの提供に際して過誤や手抜きなどの可能性のあることを公に示し、自己規制し、情報を公開しようとしてきた事実はある。このことは専門職団体が情報の非対称性が強い医療分野で、積極的に患者など医療サービス需要者から信頼を得ようとしているように一見見える。したがって、積極的に社会の変化に対応しようという動きになってきたように見えるが、どの国でもそうであるが、情報の非対称性の強い専門的サービスを提供する職能団体は、社会が望むようなあるいは自分たちがこうあるべきだと客観的に考え理解しているほどの統制や規制や懲罰を与えることはないのであり、場合によっては患者よりも専門職を守ろうとする立場を取ろうとすることも多々あるということが浮き彫りになってきている。さらに、医療費のコントロールによって医療資源の偏在や質の低下を危惧する意見も、国民や医療関係者に多くなってきている。このようにカナダの国民がさまざまな点で医療の質に関心を持つようになったので、州政府²⁾もヘルスケアの質と効果を

明らかにしなければならない時期になってきた。

一方、医療サービスを提供する組織は、QI(質の改善)の原理に魅力を感じていることも多い。カナダではヘルスケア組織の多くは2つの問題に直面している。第一に、QIを発展させるには現行の組織的な資源が不十分であると職員が感じていることである。第二に、現在の連邦政府および州政府の危機管理の圧力(特に財政および行政改革)が品質改善への知識の獲得および品質改善活動への時間的投資について、厚生行政の指導者の関心を遅らせていることである。

カナダのヘルスケア組織は1990年以来厳しい財政的資源の束縛に直面している。例えば、オンタリオ州では病院に対する州政府の財源が1980年代の年間平均成長11%から3%に減少している(オンタリオ州大蔵省、1992年)。しかしながら、医療のコストはかなりの高率で上昇し続けている。このヘルスケア予算の緊縮、特に病院の経営資金の配分では、管理スタッフ、特に病院の管理スタッフの削減となって表れた。同時に、政府の始めたシステムプランニング奨励の政策は、ヘルスケアシステムにおける組織の役割を明確にすることと現行レベルでの資金を維持する必要性の証明を求めるといふ新しい圧力を病院組織に与えたのである。

連邦政府ベースでも1975年から1991年までカナダの医療費は毎年対前年度比で11%程度上昇し、1991年から1995年までは、年間2.9%程度上昇してきた。1997年の医療費は766億ドルまで達している(図1)。したがって、「福祉国家としてのカナダ」と財政再建という課題を抱えているのがカナダであるが、大胆な行政改革の一環として、聖域のない行政改革の波に、病院数で約95%を占める公的病院³⁾が、州および連邦から財政的に圧迫されてきている。1996年の医療費はGDPの9.5%を占め、1992年の対GDP比10.2%のピーク時に比較して減少してきている。医療費の財源を見ると表1(カナダの財源別医療費)のようになり、州政

府からの支出が64.4%を占めている。これには連邦政府からの州政府への税金の移転などが含まれているので、概算では、州の財政の貧富にもよるが、州政府の支出の35～60%は連邦政府が負担しているといえる。

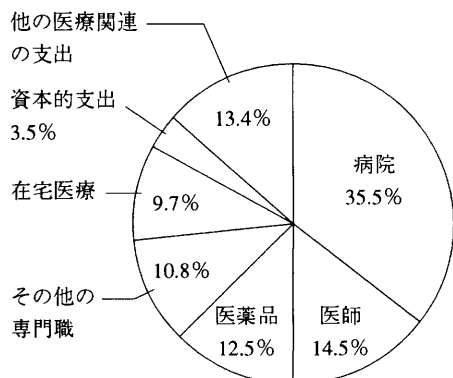
QIの主要な成功要素として、品質改善を行う上でのシニアマネジメントの役割が重要であるといわれている。例えば、1992年のヘルスケア諮問委員会のレポートは「ヘルスケアの分野にQIを取り入れ成功させる最も重要な因子となるのはシニアリーダーである」と提言している。その仕事の流れは次のようになる。

- ① シニアリーダーは組織のために戦略的なビジョ

ンを立てる責任がある

- ② シニアリーダーは、そのビジョンを組織に伝達しなければならない
- ③ シニアリーダーは、QIプロジェクトの戦略的選択を確実にしなければならない
- ④ シニアリーダーは、その選択した戦略を実行する組織を作り上げなければならない
- ⑤ シニアリーダーは、QI活動を組織内で支援するために組織的な動機を喚起しなければならない
- ⑥ シニアリーダーは、日常の仕事の中でQI行動を実行しなければならない

しかしながら、シニアリーダーは、最近のヘルスケアの財政的危機の対応に戦略的にも戦術的にも加速し続ける圧力に直面している。逆説的に言えば、組織的に広く品質改善を始める最大の必要性を求められているこれら組織のシニアリーダーは、内部的にも外部的にも管理上の重荷を背負っていることになる。このようにカナダのヘルスケアでの現状を分析してみると、デミングの主張する(Deming, 1986)品質の確立にとって本質的な目的の不変性は、継続する危機管理の要求によりうまく機能していないのが現状である。



注：他の医療関連の支出：公衆衛生、研究、その他。
 その他の専門職：歯科医、視能訓練、その他。
 出所：CIHIの資料による。

図1 カナダの医療費の内訳

表1 カナダの医療費の財源別割合

州からの支出	64.4%
連邦政府からの支出	3.5%
民間からの支出	30.1%
市町村からの支出	1.0%
労災からの支出	0.8%
その他	0.2%

出所：Health Canada 1997

II カナダにおける医療の質に関する意識の歴史と現状

カナダは、他の西洋の先進国同様、本質的な医療サービスを提供する医師を中心とする医療関連専門職は、個人で開業していても、病院に勤務していても、専門職としてヘルスケアの質を保証する責任があると、当然なものとして社会から暗黙のうちに認識されてきた。実際の活動にしてもピアレビューが非公式的に行われてきた時代から、公式的にシステムとして行われるように変化してきたのであるが、それは実践に関するレビューから外在的なスタンダードを利用したある意味では実践から離れて確立されたものといえる。しかしなが

表2 CQIとQAの相違

CQI	項目	QA
患者にとっての質	関心の中心	各部署にとっての質
業務のプロセス	焦点	結果
より良くする努力 失敗を減らす努力	日常の判断基準	基準内であれば、内容に関係なく 合格、満足
すべての職員を巻き込む	業務の仕方	質の管理部門中心

出所：高橋淑郎『変革期の病院経営』中央経済社 1997 p. 88

ら、その視点が医師の活動のレビューから他の専門職の活動を含むものにその範囲が広がってきた。その後、アメリカから始まった医療施設で提供されるケアの質を第三者の機関での認定プロセスでレビューするようになった。このように医療の質の評価はより広くなり、より形式化されたものとなってきたのである。

カナダにおける病院などの質の評価活動の発展は、病院認定のプロセスとかなり密接に関わっている。認定プロセスは医療機関の専門職と管理者が、対象病院についての認定のためのスタンダードへの適合度を評価する形で行われる。この認定活動により、各施設で行われている質のレビュー活動状況の差が急速に縮まり、医療の質を構成するある要素に関しては底上げがなされたといえる。したがって、その成果は確実に上がったと国民に認識されている。特に、カナダの施設認定は、アメリカのように保険の支払いとリンクしないので、経済的動機だけではなく、職員のやる気や努力を評価することあるいは国民である患者からの良い病院にかかりたいというプレッシャーなどにつながるものである。また、カナダは病院の評価を医療施設などのセルフコントロールの手段として使うようにCCHSA (Canadian Council on Health Services Accreditation) が指導しているので、病院の職員が患者中心の医療を行うには何が必要かを考えて、チームで行動することを期待している国であるといえる。

CCHSAは、医師、看護婦、病院、長期ケア施設、消費者代表から構成される非営利の民間団体である。この組織は病院を含むさまざまなタイプの施設認定スタンダードの開発、訪問サーベイ、改善策の提示とカウンセリングなどに権限を持つ組織であり、カナダの首都オタワに本部がある。

歴史的には、アメリカのJCAHOに属していたが、1958年にカナダがCCHFAとして独立し、1996年にCCHSAと名称変更した。カナダ独自のスタンダードは1977年以来、開発が進められてきた。この変遷をたどってみると、医療監視やピアレビュー活動の組織化、拡大化の時期から、組織的なQA活動の開発(1983年改定、85年施行)により、臨床以外の部門も質の保証プログラムの策定が求められた。しかし、その活動の多くは、bad appleを探し出すことに焦点が当てられてきた。各部門のあらゆる逸脱した臨床家を見出すことでは質は改善しないのである。その後、医療サービスの提供プロセスと結果の重視に基づくCQIの思想を取り入れ、患者中心の地域でのケアへとその視点が変化してきた。1995年のスタンダードでは、患者志向アプローチが求められている。(表2)

III カナダのヘルスケアの質の改善に影響を与えたアメリカでの病院QIネットワーク

カナダの多くのヘルスケア組織が、1991年春あたりから、その組織の中で品質改善活動を開始し

た。その中でそれぞれの組織が同様のいくつかの問題に直面している。また、その実施のスピード、そして何をどのように勉強していくかは組織によって異なるのであるが、その学習および活動においてはかなり重複するところがある。したがって、品質改善ネットワークは、組織間で教育、品質改善プログラムおよびシステム提携に関する知識と技術の交換を行うことで、全組織的に品質改善運動の開始と発展を加速するための方法を提供し、組織間で重複している努力を削減し、無駄な努力と費用を削減して効果的にQIを展開しようとしているのである。

品質改善ネットワークは病院のシニアリーダーたちが、各自の役割と品質改善により全病院に行き渡る組織的変革についての理解を促すための、組織的活動と学習の必要性を認識する場を作るという見方もできる。CEO(最高経営責任者)は、中間管理職、医師および職員らがCEOに対して、彼らの抱えている問題に対し答えを出し、また、所属するヘルスケア組織の将来に対する明確なビジョンを作り出すことを期待しているのである。シニアリーダーは自己の所属する病院組織外で他の組織や業界の同じ立場の人々から学ぶ機会を求め、また問題の解決をエキスパートに委ねている。しかし、エキスパートや同じ立場の人々との相互学習は継続的に行われるものではないことが多い。したがって、ヘルスケア組織にとっての限られた資源とシニアリーダーに対する増大しつつある要求の中で、品質改善ネットワークはヘルスケア組織の改良を支援するための資源提供と学習ニーズにこたえる重要な担い手となっている。

品質改善ネットワークの数的増大は、ヘルスケア組織の資源となっている。品質改善ネットワークとしては、ヘルスケア改善協会と連合した品質管理ネットワーク(QMR)、HCAの病院品質技術ネットワーク(HQTN)、ヘルスケアフォーラム品質改善ネットワーク(QINs)、選拔者による継続的品質改

善シンポジウムおよびGOAL/QPCヘルスケア・アプリケーション調査委員会などがある。

おそらくその中で最も知られているのは、ヘルスケアにおける品質改善に関するナショナル・デモンストレーション・プロジェクト(NDP)の経験に基づいて創設された品質改善ネットワーク(QMR)である(Berwick, et al., 1990)。ナショナル・デモンストレーション・プロジェクトはアメリカの21のヘルスケア組織(病院、HMOsおよび規模の大きな多専門診療科を持つグループプラクティス)と産業界や大学の研究者との組み合わせから構成され、産業界での品質管理技法がヘルスケアの領域で質の改善に応用可能であるか否かを評価した。各ヘルスケア組織はデモンストレーション・プロジェクトを選択し、産業界の品質管理アドバイザーからトレーニングおよびアドバイスを受ける機会を得た。8カ月後全参加者が集まり、プロジェクトの結果を発表し、ヘルスケアにおける品質改善プロジェクトの問題点に関する知識を交換した。Berwickやその共同研究者たちが報告しているように(Berwick, et al., 1990)、実行された大多数の実験は、成功したと認識された。また、ほとんどの参加者が、産業界の品質管理の方法とアプローチがヘルスケア組織の改善にとって力強い手段であると認めたのである。

NDPで実施された品質改善プロジェクトの初期の成功とプロジェクト成果の共有に多くの参加者が感じた興奮が、QMNを組織化させる原動力となった。QMNはNDP参加者が産業界の品質改善技法をヘルスケアの分野に適用しようとする努力を支援したのである。1989年に組織化され、今日では32以上のヘルスケア組織がQMNに参加している。これら組織はQI方法の発展とその努力の成果を他の組織と共有している。それぞれが共に教育セミナーや技術支援と教育資源の開発に参加している。ネットワーク病院からの参加者は年に3回行われる2日間の検討会に参加し、品質改善と

品質プランニングについての指導とアドバイスを受け、その鍵となる学習上のニーズと考えられる主要なテーマに関する情報交換を行う。したがって、この研究会をリードする QMN 検討会での発言者は、ヘルスケア組織の指導的エキスパートと他の産業界からの品質改善の指導者であることが多い。

ヘルスケアの品質改善に適用された方法および知識の多くは、産業界における経験から派生したものであるが、ヘルスケアにおける品質改善ネットワークのユニークな構成は、かなり革新的なものである。産業界では企業間の品質に関わる連携は通常1つの組織の周りに供給者のパートナーシップを作り上げることに焦点が当てられた。例えば、アメリカの自動車会社であるフォードは数年かけて主要な工場に資材を供給する組織と供給ネットワークを作り上げた。対照的に、ヘルスケア分野での組織のネットワークは、ヘルスケアにおける QI についての知識の向上のみならず、より広いヘルスケア資源分配のシステムの改善についてのお互いの関心に基づくものであった。すなわち、それぞれの組織での変化の利益がヘルスケア改善における全体の利益とつながっているのである。

アメリカにおける品質改善ネットワークの原形は、外来医療で、より良質の品質評価と改善方法の開発についての関心を刺激する手段として、1970年代後半にミネソタ州ミネアポリスのパークニコレット・メディカルセンターの Batalden 氏によって設立された。Batalden 氏はケロック財団からの基金でアメリカ全土の数多くの指導的多専門科のグループプラクティス間の会議を組織した。この会議により、各組織の代表者はさまざまなクリニックで行っている品質評価の経験を分かち合い、調査および改善方法を検証し、これらクリニックに適用可能な革新的品質改善の方法を開発することが可能となったのである (Batalden, 1992)。

バトルデン氏は、1980年代中頃に HCA (Hospital Corporation of America) に移った後、メディカルケア

担当の副社長として、また品質資源グループの長として、自分のパークニコレット・メディカルセンターでの経験をもとに HCA で全病院的品質技術ネットワーク (HQTN) を構想し、1987年に実行に移した。HQTN は多くの HCA 加盟の病院と HCA 品質資源グループと共同する他の幾つかの病院を結び、ヘルスケアでの一般産業界の品質管理技術と思考方法の導入と実施についての知識を共有した。各組織の CEO および品質管理指導者が一同に会し、それぞれの品質改善活動を討議し、各組織における QI の実施を促進するための方法と知識を共同で開発することを目的として、年3回のフォーラムが行われてきたのである。

アメリカでの HQTN と QMN の成功は、QI に対する関心を強めている組織と結びついている他のネットワークの成長を刺激するものとなった。さらに、他の目的で作られた多くのネットワークが、その関心を広げ、病院での品質改善活動も含むようになった。例えば、本社をシカゴの近くに置くプレミアホスピタルアライアンス株式会社は、当初、病院買収がその目的であったが、会員病院の間で品質改善ネットワークを始めるに至った (Goodhart, 1991)⁴⁾。このようにアメリカでは病院を中心とした医療界で質の管理のネットワークの整備により、加盟病院の理解、知識、技術、経験などを共有化してきた。

一方で、1991年夏には、HCA の本社のあるナッシュビルで、HCA と AUPHA (Association of University Programs on Health Administration)⁵⁾ の合同で、HCA の施設をつかって2日間の交流会が設定された。

ここでは、大学院教育でのヘルスケアにおける質の改善についてのプログラムの発表と意見交換、現場とのリンクを目指した討論が行われた。すべての参加者が自分の考える質の改善あるいは大学院でのプログラムについてレポートをあらかじめ提出し、それが全員に配られて議論が展開された。筆者の高橋も日本での1980年代から1990年まで

の経緯を、日本の医療制度、病院の発達および医療法人制度などと絡ませて報告した。ロス・ベーカーは、トロント大学での医療の質の改善および向上についての大学院の授業プログラムと学生の反応、今後の課題について報告した。このように大学院教育の主たる受講生が社会人であり、病院などに勤務している人々が多いというメリットを生かし、現場と密接に結びつくようになっていることも北米の特徴である。

IV カナダにおける品質ネットワーク

カナダではヘルスケア組織の直面する財政的問題と品質改善運動を支援するための知識と技術が限られていることから、いくつかのヘルスケア組織が共同して研究を行うことおよび共同行動の必要性が一部の有識者から提案されているのであるが、カナダの大多数のヘルスケア組織は個々に品質改善の努力をしており、また品質改善ネットワークのメンバーを通じて他の組織との提携を求める組織は、これまでほとんどなかった。

カナダにおける最初の品質ネットワークはトロント大学医学部ヘルスアドミニストレーション学科の指導によるものであった。ペギー・リート教授、ロス・ベーカー助教授のコーディネートで1991年6月にトロント市郊外のプリンスホテルでヘルスケアの品質改善シンポジウムが開催され、オンタリオ州の主だった病院のトップマネジメントが参加した。このシンポジウムは、カナダの産業界からの経験、例えば、ゼロックスカナダの品質改善の事例とその改善ポイントと成果が報告され、その後、アメリカでのさまざまな病院での質の改善事例が報告され、カナダでの適用可能性について議論された。このシンポジウムは参加者に強い印象を与え、質の改善の必要性を認識させることに成功した。その後、このシンポジウムに出席した病院のCEOたちが、それぞれの病院組織での品質改善努力をより早める方法を検討し始めた。共通の関心と目的

が成果を生むと考え、ヘルスアドミニストレーション学科のロス・ベーカー助教授(当時)と当時の学科長であったペギー・リート教授は必要性の評価と変化のための戦略を開発するための委員会を組織した。それはトロントの6つの病院のCEOとシニアマネージャーがそれぞれの病院でCQIを開始し発展させるに当たり、直面しているニーズと問題点を洗い出すものであった。その結果として共通に理解された事項は、変化に対する主たる障壁は病院のスタッフ、医師、マネージャーの間に深く浸透している変化への抵抗であり、それを克服する組織的強化と品質戦略を立てることであった。そこで、アメリカのNDPのデビット・ガスタフソン氏の指導によるブレインストーミングで種々の戦略が提案された(表3参照)。

表3 Assessment of the Barriers and Needs in Development Quality Improvement at Six Toronto Teaching Hospitals

Topic	
Addressing territorial barriers between departments	11.9%
Dealing with the perception that CQI is a fad	10.4
Perceived threats to professional autonomy	9.7
Resistance to change	9.0
Developing effective teams	9.0
Integration of CQI into the organization structure	8.2
How and where to involve medical staff	8.2
Dealing with limited data for quality improvement	7.5
How to change the organizational culture to support CQI	7.5
Finding time to undertake CQI	6.8
Developing leadership for CQI	5.9
Knowledge of CQI Tools	5.9
	サンプル数 134

出所：ロス・ベーカーの資料による。

この会議での最も重要な結果は、それぞれの組織で確認された問題点には類似性があることおよびその活動を発展するために協力する機会を作っていくことであった。

1991年9月、6つの病院のCEOとヘルスアドミニストレーション学科のメンバーにより第2回の会議がもたれ、ヘルスケアにおけるCQIのオンタリオ・ネットワークの設立とそのための資金の調達を協力して行うことになった。オンタリオ州ロンドンのセントジョセフヘルスセンターはこの活動を支援してトロントの6つの病院と共同し、トロント大学はオンタリオ州保健省病院奨励基金からの資金が得られるまでネットワーク開発を支えるための資金を提供してくれるよう要望した。同省はネットワーク支援のためのトロント大学での資源開発に1年間の資金を提供することを認可し、1991年11月より活動を開始した。

初年度におけるネットワークのメンバーとスタッフの活動は、組織全体の品質改善活動を支援するに当たっての品質改善ネットワークの役割についての知識の向上に焦点が置かれた。品質管理ネットワーク(QMN)のスタッフとの討論、QMN会議への出席、デビット・ガスタフソンやIHIとの提携者の援助により、アメリカのネットワークがどのように運営されているか、また、組織的学習を支援する上でネットワークがどのような活動をするか、について深い理解を得ることができた。

ネットワークのメンバーによりフォーラムが数回開かれ、「コーチフォーラム」は組織的变化とリーダーシップのための戦略に関し、シニアリーダーを「コーチ」する責任にある品質の専門家とネットワーク病院のシニアマネージャーから構成されており、品質改善を支援している。このコーチフォーラムは初期に2回開かれており、その後は定期的に引き続き開かれている。そこでは参加者は品質改善チームを発展させるに当たり得た経験話し合い、チームのメンバーや品質評議会、そしてシニアリーダー

にとって有用な学習資源を検討し、顧客知識の評価方法の作成とその使用法について討議してきた。フォーラムはゲストスピーカーの訪問を後援するとともに、それぞれの組織のニーズに関する情報を提供する。この情報はネットワークのスタッフや大学のコースや会議の発展に使用されている。

「シニアリーダーフォーラム」はメンバー病院のCEO(時にはCOO)と大学の代表者のための学習フォーラムとして設立された。このフォーラムはオンタリオ・キャンサー・インスティテュート/プリンスマーガレット病院のCEOであり病院長のドナルド・カウロー医師が議長を務め、シニアリーダーたちが品質改善を進める上での経験を討議する機会を提供し、そしてさまざまな戦略上の問題を検討するための背景を設定する。最近の会議では、「患者中心の病院」とはどういったものか、また「品質改善活動に組合をどのようにして参加させるか」について討議してきた。このフォーラムでシニアリーダーが指摘したその他の問題は、戦略的品質計画の結果の共有、品質改善を行う上での落とし穴、品質改善活動を指導する上でのCEOの役割の検証などであった。最初の会議ではメンバー組織内における進展についての学習に焦点が当てられたが、現在では品質改善活動から生まれたデータをいかに共有するかに関心が移っている。

QIに医師を加えようと、3番目のグループ「クリニカルフォーラム」が開催された。注目すべき例外もあるが、アメリカの多くの病院は品質改善に医師の目を向けさせ、それを維持することに困難を感じていることも事実である。医師を巻き込む鍵となるのは、地方の指導的医師を募り、その医師たちが品質改善について学び、QI活動に参加している主たる医師の所属する組織を訪問する機会を与えることである。臨床プロセスを確認し、改善する品質改善プロジェクトの開発はハーバードコミュニティヘルスプランおよびインターマウンテンヘルスケア(ユタ州ソルトレーク市)など幾つかの組

織において医師を参加させるための主要な刺激となってきた。ネットワーク病院のそれぞれにおいて医師のリーダーとしての地位が確立され、これらリーダーをリンクさせるフォーラムの設立が医師の知識向上の努力の一助となり、プロジェクトにおけるさまざまな組織の協力を導くことになる。

V オンタリオ・ネットワークの今後の展望

1991年4月、オンタリオ州保健省はオンタリオ・ネットワークがCQIを進めるために2年間の補助金を与えると発表した。しかしながら、同省はネットワークの会員資格に関し当初の、主にトロントの教育病院に焦点を当て、またネットワークに対して、ネットワークに参加している病院によって獲得された経験と知識からそのメンバー病院がメリットを得られることを通じて、ひいてはオンタリオ病院協会に役立つようにオンタリオ病院協会との協力をより強化するよう望んだ。数年間のうちに品質改善活動を開始したオンタリオ州の病院から、実施の成果が上がる可能性のあるメンバーを選抜することは極めて危険な賭けであった。ネットワークのCEOやスタッフの個人的な知識をもとに、メンバーとなる可能性のあるオンタリオ州の病院のリストを作成した。新しいメンバーはオンタリオ州の病院の地域性と役割の多様性を広く代表する人であることという要望に加えて、シニアリーダーのグループからは、候補病院の審査基準として以下の3つが挙げられた。

1. 病院の品質改善活動は品質改善およびシニアリーダーの役割に関する知識を積極的に深め、かつ進んでシニアリーダーフォーラムに参加する組織のシニアメンバー（CEOあるいはCOO）により実質的に経営されている病院であること。
2. 全組織ないし組織の主要部門に対する品質改善活動をすでに開始している病院であること。

3. 組織がネットワークに積極的に参加し、かつネットワークの活動および費用の負担を確実に負えること。

この審査基準は、ネットワークの新しいメンバーが全組織的品質改善を実行し、かつこの新しいメンバーからの参加者が既存のメンバーと同様な発展段階にあることを保証する目的で設定されたとみることができる。新しいメンバーの選抜はネットワーク病院のCEOやオンタリオ病院協会（OHA）の関連上層部からの情報により行われた。この決定は当初は、オンタリオ・ネットワークの規模を12から13の病院とトロント大学ヘルスアドミニストレーション学科、および法人団体としてのOHAに制限するために行われた。シニアリーダーフォーラムのメンバーの多くはオンタリオネットワークをこの規模にとどめることがネットワークにとって、顧客つまりネットワークに参加している病院のニーズにより良く応えるプログラムを作成し、資源を追求することができると考えてきた。

オンタリオネットワークはカナダにおける初めての品質改善ネットワークであり、そのメンバーは他のヘルスケア組織と経験を共有している。メンバーは品質改善に関する知識を向上させるため、カナダにおいて組織されるネットワークを含め、その他の活動に対しても支援するものである。カナダ中部のアルバータ州にあるアルバータ大学病院の院長でありCEOでもあるドナルド・シュアーマンは、カナダでの新しい品質改善ネットワークを独自に組織した。さらに、地域的なネットワークや病院以外の他のヘルスケア組織と提携するネットワークも次々に生まれている。

VI 品質改善ネットワークが直面する問題点

QIネットワークはヘルスケアにおいては新しい制度であり、その焦点をどこに当てるかというと、それぞれの組織での品質改善活動の開始と継続

を支援するところにある。メンバーである組織が品質に関する知識をより十分なものとし、かつ顧客の改善、作業手順、そして結果に関する経験をより豊かなものとするにしがたがって、今度は品質改善ネットワークがメンバーの変化するニーズを支援するものへと発展することを期待することができる。この発展の方向は明確に定まっているわけではないが、病院におけるネットワークの有効性と役割の決定に役立つであろう。

品質改善ネットワークはヘルスケア改善のための制度的資源を創造するための共同プロジェクトである。しかし、ヘルスケア組織のあるものは品質改善を競争上での優位性と見ている。アメリカの相当数のネットワークは会員資格をそれぞれのマーケット地域の1つの病院に限定していることが多い。幾つかのネットワークの病院は、自己の病院での品質改善に関する具体的内容について他の病院と共有することに消極的であることもある。アメリカにおけるこのような最近の不調和は、病院のヘルスケア制度における市場メカニズム優先の構造に由来するものと考えられる。しかし、医療サービス供給者間の競争はカナダにおいても程度の差こそあれ同様に存在し、またこの競争圧力はこれまで以上に増大していることも事実である。今日まで、現在のネットワーク会員の大部分を構成するさまざまなトロント大学の教育病院がお互いの競争のために参加を制限しているという証拠はない。実際、いく人かのシニアリーダーは、この参加がより大きな共同活動の刺激となり得るという希望を述べている。しかしながら、ネットワークの活動を基礎作りおよび戦略的品質計画の詳細な検討にまで拡大することは、メンバーの共同行動への関与度を結果的には検証することになる。さらにトロントとロンドン以外(トロント近郊の地名)の大学付属病院以外の病院を加入させることは、ネットワークの焦点を広げることになり、またネットワーク内における否定的な競争的反応を制限することにもなりかねない。

地域に分散したネットワークは、メンバー間における情報交換の深度および頻度の問題に直面している。年に2~3度会議をもち、同じ関心を有する人々が集まって共同して新しいアイデアや技術を研究し、また他の組織における経験を学ぶ機会を提供する方法は、実際の問題としては時間がかかりすぎる。メンバーへの支援を効果的にするため、ネットワークは組織的な改善を促し、結果としての技術革新の評価を支援し、有益なアイデアを実行に移すまでの時間を短縮しなければならない。このことは既存の方式とは違った新しい学習方式の構築、コンピューターの採用、そしてヘルスケア間における新たな協力形式の発展が求められる。各ネットワークはどのような活動がメンバーにとって最も有用であるか検討する必要がある。QI管理ネットワークによって用いられているモデルは地域的に分散しているメンバーに適していると考えられている。つまり、定期的な地方会議と期間ごとの大会議とを結合する方式は地方のネットワークにとってより効果的と考えられるからである。品質改善支援システム(QISS)のようなコンピューター化された情報支援システムの使用もまた効果的な「ネットワーキング」への効果的手段ともなる。

VII ネットワーク活動の資金と評価

オンタリオ州病院奨励基金からの援助がオンタリオネットワークの活動を継続するための当初の基礎を提供したが、長期的成長のためにはネットワークのメンバーからの資金的貢献が必要となっている。それを各メンバーに行わせ、ネットワークに資金を提供するということは、メンバー病院全員がこの活動に価値を見出し、評価していることにつながるのである。またうまく循環すれば、ネットワーク活動への積極的な参加を奨励することにもなる。

影響力の評価に関して考察すれば、ヘルスケア組織の有効性に関する品質改善の影響力はまだ

厳密には評価あるいは議論されていない(Baker, 1992)。同様に、品質改善活動を取り入れている組織への品質改善ネットワークの貢献度についても、しばしば各レベルで検討はなされているが、これまで明確には成果測定されていない。品質改善ネットワークがそのメンバーに対して価値を提供することを保証するためには幾つかのステップが必要であると考えている。

第一にネットワーク参加者がネットワークを一つのシステムとして(Deming, 1986)理解しなければならない。このことはネットワークに対するビジョン、ネットワークの革新となるプロセス、ネットワークの顧客のニーズと期待、そして既になされた作業を改善するための方法、の確認を意味する。品質管理ネットワーク(QMN)のメンバーは既に“システムとしての品質管理ネットワーク”という図式的な見方を発展させる実践を通じてこの作業を始めている(品質管理ネットワーク, 1992. Batalden, 1991)⁶⁾。

第二に、ネットワークのメンバーは、鍵となる品質改善ネットワークの作業を改善するための最新の情報を提供できる核心となるプロセスの実行と、顧客の期待の程度といった品質評価の指標あるいは指針を設定する必要がある。品質改善ネットワークのメンバーである組織がネットワークにとって重要な顧客であり、同時に主たる供給者でもある。したがって、メンバーである組織は品質改善を自分たちのネットワーク活動にも同様に適用しなければならない。

VIII まとめ

アメリカの病院で行われている品質改善運動はいくつかの点でカナダの病院よりさまざまな環境が有利であったことは間違いない。それは第一に、ヘルスケア組織の管理に新しいアプローチの開発というプレッシャーがより強く明白であったことである。それはアメリカでは多くの病院が閉鎖され、

病院にとって生き残りが最大の関心事であり、経営者には病院閉鎖への脅威が常にあったからである。これは、HCAが1980年代に質を上げてコストを下げるという大きな問題に立ち向かったことから理解される。第二に、アメリカのヘルスケア市場の性格そのものがヘルスケア組織のトップマネジメントにとって、患者の期待とニーズに沿うことによって患者収入を増やし、それに合致した、焦点が定まった品質改善の方向性を理解し適用しやすかったからである。第三に、これが最も重要な点であるが、成功したアメリカのほとんどの病院は小規模から中規模であり、あるいはかなりの企業財源を有するマルチシステムのHMOであったことである。このようなシステム(例えば、アメリカ病院協会やアライアントヘルスシステム)もしくは戦略提携関係にあるアカデミック医療センター協会などは、トレーニングや財源捻出のコスト分担が可能であり、顧客の知識や重要なプロセスの水準を向上させるための投資、また指導者が彼ら自身の知識を高めプロセスを改善していくための資源を提供できるのである。

カナダにおいてはこのような財源を有している病院は限られており、ほとんどの小・中規模のヘルスケア組織はこれらを育成するスタッフや資金に欠けているのが現状である。

カナダのヘルスケア組織はヘルスケアにおける政策の見直しと財源的圧迫による変化の緊張を経験し始めている。この危機に対して、多くの組織が品質改善活動を維持するために必要な資源を追求している。効果的な品質改善ネットワークがこの活動を促進すると思われる。これからのネットワークは、シニアリーダーが、効果的な改善戦略を立て、組織の意思決定に顧客の知識を取り入れ、品質改善活動においてスタッフを訓練し巻き込むための戦略を立てるのを支援する「学習組織」となることが求められている。

注

- 1) そのほとんどが非医師であり、病院経営、医療管理、保健管理の大学あるいは大学院教育を受けている。
- 2) カナダでは医療サービス供給の責任は、各州にあることになっている。
- 3) カナダの病院はその95%が公的病院であり、患者を支払う能力で区分して排除することはない。さらに経営資金は州政府から大半を助成され、私的な理事会が州からの資金で経営するという半自立的な経営体である。詳細は参考文献(高橋1991, 1997, 1999)を参照。
- 4) Ross BakerとGoodhartとの個人的な会話から。
- 5) 北米を中心とした医療管理、病院管理、医療政策、病院経営などの大学院教育を行っている大学が作る非営利の組織。
- 6) Ross BakerとBataldenとの個人的な会話から。

参考文献

Baker, G. R. 1992. "Assessing the Impact of CQI on Healthcare." Presentation to *Owning the Future: The Landmark Forum on CQI*. Toronto, Ontario. Oct. 23, 1992.

Berwick, D. M., A. B. Godfrey, and J. Roessner. 1990. *Curing Health Care: New Strategies for Quality Improvement*. San Francisco: Jossey-Bass.

Cole, R. E. 1991. "Large-Scale Change and the Quality Revolution." In *Large Scale Organizational Change*. pp. 229-254. San Francisco: Jossey-Bass.

Deming, W. E. 1986. *Out of the Crisis*. MIT Center for Advanced Engineering Study.

Gitlow, H., and S. Gitlow. 1987. *The Deming Guide to Quality and Competitive Edge*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

JCAHO. 1992. *Striving Toward Improvement: Six Hospitals in Search of Quality*. Illinois: JCAHO.

Melum, M. M., and M. K. Siniotis. 1992. *Total Quality Management: The Health Care Pioneers*. Chicago: AHA.

Bennett, Arnold, and Orvill Adams, eds. 1993. *Looking North for Health*. San Francisco: Jossey-Bass.

Nancy, O. G. 1995. *Quality in Health Care: Theory, Application, and Evaluation*.

Caroln, J. T. 1992. *Policy and Politics in Canada*. Temple University Press.

Dennis, C. K. 1992. *Continuous Improvement and Measurement*

for Total Quality: A Team-Based Approach. Pfeiffer & Company.

Christopher, R. M. 1992. *Strategies in Health Care Quality*. Canada: W. B. Saunders Company.

Hassen, Philip. 1993. *Rx For Hospitals: New Hope for Medicare in the Nineties*. Toronto: Stoddart Publishing.

高橋淑郎 1999「カナダの医療制度」城戸喜子・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障 カナダ』東京大学出版会

高橋淑郎「カナダの医療保障」『世界の社会福祉 カナダ』旬報社(印刷中)

Baker, Ross. "Quality Management in Canadian Acute Hospital" (中野夕香里訳 高橋淑郎監訳 1993「カナダの急性期病院における質の管理」) 社会保険旬報 No. 1820 pp. 30-37

高橋淑郎 1997『変革期の病院経営』中央経済社

高橋淑郎/マッキントシュ・ジャネット 1991「カナダの医療制度の現状と課題 その1」社会保険旬報 No. 1727 pp. 16-19

高橋淑郎/マッキントシュ・ジャネット 1991「カナダの医療制度の現状と課題 その2」社会保険旬報 No. 1728 pp. 28-33

高橋淑郎/マッキントシュ・ジャネット 1991「カナダの医療制度の現状と課題 その3」社会保険旬報 No. 1729 pp. 18-23

高橋淑郎/マッキントシュ・ジャネット 1991「カナダの医療制度の現状と課題 その4」社会保険旬報 No. 1730 pp. 28-33

高橋淑郎 1992「カナダの老人ケアの現状と課題」『海外社会保障情報』No. 99 pp. 33-45

高橋淑郎 1992「カナダにおける医学教育とコストに関する研究」文部省科学研究費による研究成果報告書『大学病院における教育コストに関する研究』pp. 84-91

高橋淑郎 1993「病院経営におけるマネジメントスタイルの日本とカナダの比較」『経営教育年報』Vol. 12 pp. 66-70 日本経営教育学会

高橋淑郎 1997「カナダのロングタームケア政策」『海外社会保障情報』No. 120 pp. 59-72

Health Canada. 1998. *National Health Expenditure in Canada*. 1975-1996.

Coyte, P. C., D. N. Dewees, and M. J. Trebilcock. 1991. "Medical Malpractice—The Canadian Experience." *NEJM*. 324, pp. 89-93.

(たかはし・としろう 国際医療福祉大学教授)
(Baker, G. Ross トロント大学準教授)