Performance Measurement System on health care in Ontario, Canada

New Public Management on social care and health care: Part 2-

Kimiko NAGASAWA

NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY
DEPARTMENT OF SOCIAL WELFARE AND PSYCHOLOGY

Abstract

Recently, most OECD countries have developed the institutional framework on performance management in health care. An interest has increased to share experiences and information between countries on publications of performance data and performance management in the health care field. In Canada, performance measurement in the health care field has been developed in three levels; federal, provincial and health care providers. At the federal level, CIHI (Canadian Information Health Institute) collects the data throughout the country, analyzes and publishes it. The provincial government, like MHLTC (Ministry of Health and Long-term Care) in Ontario, plans the strategy and executes using the performance management framework. As for providers, OHA (Ontario Hospital Association) reports contain the performance data of almost all the hospitals in the province, and the data is used to compare hospitals with each other. However different the purpose, the role and the scope of data between each level, it is clear that the use of performance data has been accelerated and relied upon.

Key words

Performance Measurement, Performance Indicators, New Public Management

和文要旨

近年、OECD加盟国の多くが保健医療システムの業績に関する制度的な枠組みを開発し、保健医療分野における業績情報の公開と業績マネジメントに関する経験の共有が国際的な関心が高まっている。カナダにおける保健医療分野の業績への取り組みは、国、州、地域保健局、医療提供機関等の多層的なレベルで発展してきた。国レベルでは、CIHI（カナダ保健医療情報研究機関）が全国の保健医療情報を収集・分析・公表し、州レベルでは各州の保健省が保健行政の戦略計画において業績情報を活用し、提供機関レベルでは、州内の病院間の業績情報の公開・比較が行われている。本稿では、オタリオ州を例に、保健医療業績システムを概観した。各レベルで用いられる業績情報の範囲と活用の目的、方法は異なるが、業績情報の活用が促進されつつある傾向は明らかである。

キーワード

業績評価、業績指標、ニュー・パブリック・マネジメント、カナダ
1. はじめに

保健医療システムの業績を広く開示することを目的に、国民（納税者）への説明責任を果たすとともに、それを質改善へのマネジメントへと繋げる試みが先進各国で推進されている。 2001年11月には、カナダ・オンタリオ州、OECDとHealth Canada(カナダ連邦保健局)の主催により、保健医療システムの業績測定に関する国際会議が3日間開催された。この会議はOECD3年目の保健プロジェクトの一環として、
① OECD諸国保健医療システムの業績測定におけるベスト・プラクティスおよび課題の共有化
② 業績測定を保健医療システムの改善サイクルと繋げるための、ヘルスケア関係者の係わりの方策に関する意見交換を目的に、カナダ、フランス、メキシコ、英国、米国の保健大臣の参加のもと、先進的な5カ国(カナダ、オランダ、スペイン、英国、米国)のアプローチが発表され各国間比較が可能となるよう、国際的に統一的な保健医療業績フレームワークの開発の重要性が提起された。

保健医療システムの業績を具体的にどのように定義するかに関しては、未だ国際的な合意はいないものの、1992年に初めてOECDが保健医療システムの共通の目的について提唱し、同様の提案をWHOが行い、それに対する191加盟国の業績評価が報告されている。また、近年、OECD加盟国の多くが保健医療システムの業績測定の枠組みを開発し、そのための制度的な改編を行っており、そうした業績データ(業績情報)の公開と業績マネジメントに関する経験の共有に国際的関心が高まっている。

この背景下、各国の政府が、質、効率性、有効性、公平性等の保健医療システムの目標に対し、どれだけ成果(業績)が達成されたのかを国民に対し公表し、その改善への道筋を具体的に示す必要に迫られている現状がある。既に1980年代から、財政支出の抑制により効率的、効果的な資源活用への要請から、アングロサクソン諸国を中心とした先進各国で公共サービスの業績の測定、公表が行われてきた。公費負担を伴う保健医療サービスにおいても、従来の専門職によるレビューや行政による規制だけでなく、業績(目標に対する成果)によるマネジメントが質の向上をシステム改善の手段として、また納税者・利用者(患者)に対する説明責任の手段として用いられるようになった。こうした業績(成果)による管理は、民間企業における経営手法を公部門に応用した「ニューバブリック・マネジメント」の核でありつの手法であるといえる。

カナダの医療制度においては、連邦政府は基本法で基準を定めるとともに、各州の健康保険への財政支出をおこない、州政府は公的健康保険の保険者として医療供給の責任を担っている。カナダにおける保健医療分野の業績への取り組みは、国、州、地域保健局(regional health authorities)、医療提供機関等の、保健医療の提供に関わる多層的なレベルで発展してきたのが特徴的である。国レベルでは、CIHI(Canadian Information Health Institute)が全国の保健医療情報を収集、分析、公表し、州レベルでは各州の保健局が保健行政の戦略計画において業績情報を活用し、提供機関レベルでは、州内の病院間の業績情報の公開が行われている。それぞれのレベルでの業績情報の範囲と測定の目的、活用方法は異なるが、全てのレベルにおいて業績情報の測定と公開が促進されつつある。以下、国レベルとしてCIHI、州レベルとしてOntario州保健省(Ministry of Health and Long-term Care, Ontario)、提供機関レベルの例として、オンタリオ州病院協会(Ontario Hospital Association,以下OHA)における保健医療業績測定の取り組みについて概観し、それぞれの機能について考察する。
バーチャル医療機関（Canada）、連邦・州の合同診療委員会、カナダ
保健医療認定機関（Canadian Council on Health Services Accreditation, CCHSA）等による指標
診療委員会が設置され、プロジェクトチーム
はCHIとカナダ統計局の協働で進められた。
最初の業績指標は、健康教育チーム
による案を1999年5月に公開された「保健医
療指標に関する国際合意会議」（500人が参加)
で専門職、州／連邦政府関係者、研究者、機
関代表者および患者代表らによる投票形式で決定す
る民主的なプロセスで選定された。2000年4
月には、指標の枠組みとそれにによる保健医療
システムの測定結果を示した最初の年次報告
書（Health Care in Canada 2000: A First Annual
Report）が公表された。
指標開発の要旨は、こうした情報を
提供を通じて、カナダ国民の健康および保健
医療システムを改善することにある。プロジェクト
は当初、地域保健局が住民の健康状態
および地域の保健医療システムのデータを測
定し、追跡できるような支援システム構築に
重点がおかれた。そうした全国のデータの集
計の結果、2000年版報告書では人口の2割以
上を対象としてデータが公開された。

CIHIの保健医療指標は以下のような特徴を
もつ。
(1) 包括性：指標は、国民の健康状態、健康
に影響する医療以外の要因、保健医療シス
テムの業績、コミュニティと保健医療シス
テムの特性という4つの主領域とサブカテゴ
リーに分類され、構造化され、全体とし
て包括的な情報を得られるように構成され
ている（表1）。各領域の主たる情報を総
合し、サマリーとして提供することも、地
域における具体的なトレンドや原因を把握
するための詳細な情報を追跡することもで
きるようにになっている。
(2) 比較可能性：データは標準化され、電子
化されているため、連邦／州／地域レベル
での比較が可能であるとともに、
連邦内での州間・地域間比較が可能である
（2001年度版からは、保健区域ごとに社会
経済的条件が類似した地域をグループ化し
（Peer Group）、その中での比較が可能とな
った）。さらに、将来的には、国際的な
保健医療業績比較を視野に入れ、国際的な
指標も含めている。
③ 情報開示：CIHIの指標の主たる顧客は一
般国民である。年次報告書、インターネット
、リーフレット、雑誌等で、定期的に簡
潔でわかりやすい業績情報をアクセスでき
るようになっている。

一連のプロジェクトにより、以前には州、
地域間、提供機関間でそれぞれ異なっ
ていたデータを統合し、比較可能な情報と
して一般国民に提示できるようになった。
一方、課題は、既存指標のデータの質の向
上（定義の修正や測定技術の改善と指導、
現場とのデータチェック等）、新たな指標
の追加・発展等であり、現在取り組みが進
められている。なお、中立的な機関である
CIHIは、データの収集・分析を行うが、それ
を活用した政策決定等は行わない。その
情報を活用し、業績を改善するための具体
的な方策を立案し、執行するのに対し、連邦政府、
州政府や各機関レベルに委ねられている。

3. 州レベルでの業績指標：オンタリオ州
保健省（MHLTC）
オンタリオ州保健省は、州の他の省庁同様、
「ビジョン」「主要事業」「当該年次の優先
的な政策目標（戦略）」「戦略に基づく業績
指標」とその「目標値」から構成される年
次戦略計画（annual business plan）を1997年
度から毎年作成し、公表している。「戦略計
画」は、納税者であるオンタリオ州民に、
保健医療に関し、税金がどれだけ効果的に使用
された（かつある）かを示す報告書であり、
その運用を通して州内のヘルスケア改革を促
すためのツールでもある。
「戦略計画」では、州のビジョンを「福祉
を促進し、健康を改善する保健医療システム
で、人生のどの段階においても、できるだけ
在宅に近い所でアクセスしやすく統合された
質のよいサービスを受けられること」とおり、
5つの主要事業を①保健・健康促進・公衆衛
生、②オンタリオ州健康保険（OHIP）、③統
合された保健医療サービス、④保健政策・研
究、⑤内部管理と定めている（表2）。この
各分野で、業績指標（measures）、その指標の
<table>
<thead>
<tr>
<th>国民の健康度</th>
<th>健康状態</th>
<th>機能</th>
<th>ウェルビーイング</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>乳児死亡率</td>
<td>肥満</td>
<td>機能障害</td>
<td>自己評価健康度</td>
</tr>
<tr>
<td>周産期死亡率</td>
<td>関節炎</td>
<td>障害の日数</td>
<td>自己評価健康度</td>
</tr>
<tr>
<td>循環系疾患死亡率</td>
<td>糖尿病</td>
<td>活動の限定</td>
<td>が2年連続して</td>
</tr>
<tr>
<td>ガン死亡率</td>
<td>ぜんそく</td>
<td>健康余命</td>
<td>「非常に良い」人の</td>
</tr>
<tr>
<td>呼吸器系疾患死亡率</td>
<td>慢性痛</td>
<td></td>
<td>率</td>
</tr>
<tr>
<td>自殺率</td>
<td>うつ病</td>
<td></td>
<td>自尊心</td>
</tr>
<tr>
<td>エイズ死亡率</td>
<td>入院を要する怪我</td>
<td></td>
<td>自己コントロール</td>
</tr>
<tr>
<td>平均寿命</td>
<td>食物・水の汚染による疾患</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>平均寿命の不平等</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>健康に影響する医療以外の要因</th>
<th>健康行動</th>
<th>生活・労働条件</th>
<th>個人資源</th>
<th>環境要因</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>喫煙率</td>
<td>高校卒業率</td>
<td>失業率</td>
<td>就学準備度</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>若年喫煙率</td>
<td>若年長期失業率</td>
<td></td>
<td>社会的資源</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>喫煙開始年齢</td>
<td>低所得者率</td>
<td></td>
<td>ライフ・ストレス</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>習慣的な大量飲酒</td>
<td>低所得家庭の児童の比率</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>身体活動度</td>
<td>収入の平等</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>母乳率</td>
<td>住宅価格の入手し易さ</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>犯罪率・若年犯罪率</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>職場での裁量度</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>保健医療システムの業績</th>
<th>受容度</th>
<th>アクセスの良さ*</th>
<th>適切さ*</th>
<th>能力</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>65歳以上のインフルエンザ接種率</td>
<td>乳房温存法外科手術</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>低出世児体重</td>
<td>一日あたり外科手術率入院が必要だった日数</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>コミュニティと保健医療システムの特性*</th>
<th>人手</th>
<th>一人当たり医師・看護師数</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>十代の妊娠・出産率</td>
<td>一人当たり在院日数</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>一人当たり医療費</td>
<td>腰・膝関節置換術</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*の欄については、指標の一部を省略した。
(Source: CIHI, National Consensus Conference on Population Health Indicators: Final Report, 1999)
表 2. オンタリオ州保健省 戦略計画（2001-2002）

ビジョン
人生のどのステージにおいても、在宅でできる限り近いところで、ウェルネスを促進し、アクセスでき、統合された、質のよいサービスを通じて、健康を改善するヘルスシステムの構築

主要5分野の指標と目標値

<table>
<thead>
<tr>
<th>分野</th>
<th>目標（指標）</th>
<th>目標値（達成基準）</th>
<th>2001年度の目標値</th>
</tr>
</thead>
</table>
| A.  | 胎児から6歳までの子育てを持つ家族へのアクセスの向上 | ① 出生児生存率100％  
② HBHC（在宅の子育てサポート）プログラムを2003年まで100％に  
③ HBHCのハイリスクの家族への提供100％ | ① 100％  
② 75％  
③ 100％ |
| 感染症予防 | ① 学童の免疫率  
② 長期ケア施設入所者と病院患者・職員の免疫率 | ① 2005年まで95％  
② 2005年まで95％ | ① 85％  
② 入居者95％、職員70％ |
| 成人のタバコ喫煙率の減少 | 2010年まで4％（21％・17％） | オンタリオタバコ戦略キャンペーン |
| B. | Ontario Family Health Network（OFHN）の設置 | ① 2003年度末までOFHNの要件を持つ家庭医の80％を登録し拡大する  
② 2003年度末までFHNを640設置  
③ 2003年度末まで960万人の患者を登録 | ① 要件を持つ家庭医の12.5％をOFHNに参加  
② 100のFHN設置 |
<p>| C. | コミュニティケア・アクセスセンターによる、学校ごとのサービスでリファ－される児童：医療や身体障害のある児童で、公立・在宅型学校へ行ける児童数 | 100％ | 100％ |
| 頻繁な精神病でホームレスもしくはホームレスになる可能性がある人への3600戸の住宅の供給 | 2003年度末100％ | 累計で2280戸 |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>項目</th>
<th>詳細</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ガンの生存率が全国平均、米国平均と同等になる</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>① 5年後の中間生存率</td>
<td>① 変化なし</td>
</tr>
<tr>
<td>② オマ州以外でサービスを受けてオマ州民の率</td>
<td>② 毎年 10%減</td>
</tr>
<tr>
<td>長期ケア施設の入所者が、州の法規・基準・方針が遵守された安心な、在宅のような環境で質の高いサービスが受けられること</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>① 毎年の施設監査結果</td>
<td>① 変化なし</td>
</tr>
<tr>
<td>② 現存の基準以下の長期ケア病床（&quot;D&quot;bed）が現行の施設基準を満たすよう建替える</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>長期ケアの総病床数、75歳以上千人あたりのベッド数により、長期ケアの病床を充実する</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>看護タスクフォースの提言が実施される数</td>
<td>① 長期ケア施設監査率 100%</td>
</tr>
<tr>
<td>D. 保健医療政策・研究</td>
<td>② 会計年次内に 1%以下の施設に強制施行</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>③ 2006年まで 100%のDベッド（15858床）の建替え</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>④ 2004年まで、35%LTC病床増加（2万床）</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>⑤ ベッド数率が2004年をピークにその後75歳以上に増加するにつれて減少する</td>
</tr>
<tr>
<td>E. 内部管理</td>
<td>関連指標の全国平均より良い</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>全国平均以上</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>受けた医療の質、利用可能性、アクセスのよさについてのオマ州民の評価</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>全国、人口当たり医師数少ない地域に約2万人のGP・専門医の増加</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>医療訓練生による地方医、北の医療教育の月数の増加</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>① 全国と、人口当たり医師数少ない地域に約2万人のGP・専門医の増加</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>② 医療訓練生による地方医、北部の医療教育の月数の増加</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>③ 575人の新規認定医</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>④ 特定の領域や専門の、50人の訓練生（短期の内科医の要望に対応）</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>⑤ 320人の医学生や住民の訓練（地方、北部遠隔地）</td>
</tr>
</tbody>
</table>

(Source: Ontario Ministry of Health and Long-Term Care Business Plan 2001-2002:
http://www.gov.on.ca/health/english/pub/ministry/bplan01/bplan01.htm)

最終的な（複数次の）達成目標値、当該次の目標値が計画され、その達成度が毎年報告されている。例えば、2001年次の「戦略計画」の「③日合された保健医療サービス」の分野では、障害児および治療の必要な児童の通学（在宅型学校も含む）（100%）、重篤な精神障害がありホームレスもしくはホームレスの可能性がある人への住宅供給（3,600戸）、ガン
患者の5年後の生存率（現状維持）、長期ケア施設の質の改善と増設（年次監査を受ける施設を100％、基準以下と認定された施設の100％を再建、病床数の35％を増加）等が目標とされている。さらに、この「戦略計画」は5つの主要事業ごとの年間予算・決算書にもなっている。

このように州の「戦略計画」の業績指標は、優先政策（事業）を特定し、事業ごとの業績測定、その支出の把握と予算配分が関連づけられている点で、より業績によるマネジメントが重視されているモデルである。また、業績指標と目標値は、インプットではなく、アウトプット（産出されたサービスの量）やアウトカム（達成されたサービスの成果、質）で測れるよう数値化されているのが特徴で、最終的なアウトカムの測定が困難な場合は、直後のアウトカムや中間的なアウトカムで代用する業績によるロジック・モデルが想定されている（図1）。

州の業績指標開発担当者へのヒアリングから明らかになったのは、次のような、保健医療業績評価システムに係る根本的な課題であった。業績達成に、実際に保健医療サービスを提供している機関の積極的な参加が欠かせない。しかし、州政府から提供機関への影響力は限られており、しかもプロジェクトの財源が不十分であるため、大規模のプロジェクト等の実行は難しい。このように、保健医療福祉領域で業績評価のサイクルを機能させていくのはたやすいことではない。ある指標の業績を分析する際に、州政府のコントロールが可能な要因と、コントロールが及ばない外的な要因とを区別し、コントロール可能な要因を改善するための方策を検討することになるが、保健医療サービスの特性から、コントロール可能な要因と不可能な要因とを区別するのは非常に困難である。しかし、担当者の言によれば、成功の鍵は、一度に理想的な業績評価システムを作ろうとするのではなく、可能な資源を最大限に利用し、実際に可能なことから渐進的な発展段階を歩むこと、また、提供機関や関連団体の、あるいは省内での率直なコミュニケーションを繰り返し、結果（業績）重視の文化を浸透させ、意識を醸成していくことであった。付言すれば、保健医療業績評価システムの中で機能するロジック・モデルをどの程度構築できるか、ひとつ重要な要素と考えられる。

図1. 業績指標のロジック・モデル（例：禁煙プログラムの実施）

Activity/Output | Intermediate Outcome | End Outcome
---|---|---
（提供されたサービス） | （リアクション）（アウトプットから派生した変化・便益） | （長期的究極目標）

禁煙プログラムの開始 ➔ 喫煙者のプログラムの参加 ➔ プログラムを終了した喫煙者数 ➔ プログラムを終了した喫煙者数 ➔ 長期における健康の改善
教室の開催数 ➔ 参加者数・出席率 ➔ 終了者数・出席率 ➔ プログラム終了後1年以内の非喫煙者数・率 ➔ 喫煙に関連した疾病の罹患率と患者数

(Source:
1）Hatry 2000：pp. 63

新潟青陵大学紀要 第3号 2003年3月
4. 提供機関レベルでの業績指標：
オンタリオ州病院協会（OHA）

オンタリオ州での医療提供機関、つまり病院レベルでの業績指標の公開・活用は、主にオンタリオ州病院協会（Ontario Hospital Association、以下OHA）の報告書を通して行われている。OHAは、オンタリオ州の公立病院を代表する非営利機関である。

1997年、OHAは定期総会の中で、「オンタリオ州の病院の業績について、包括的な報告書を作成する」と発表し、トロント大学の協力を得て具体的な指標の選定等の作業に着手した。その背景には、近年病床数が削減され、在院日数が短縮化され、在宅ケアへのシフトが進された急性期医療への信頼を高め、質・成果を示す必要があった。1998年には、OHAは、最初の報告書（"Hospital Report '98: A System-wide Review of Ontario's Hospitals"）で、州の急性期病院の業績を州レベル、地域レベル、また病院種別カテゴリ毎に公表した。翌99年、OHAは、前年度の指標群を改善し、病院（急性期病床入院・日帰り手術）の包括的な業績情報を示す「レポートカード」を作成し、先のカテゴリーや個別の病院の業績を公開した。さらに、最新の2001年度版では、対象が救急や複合的な継続ケアに拡大され、次いで、リハビリテーションや精神保健分野等での指標の開発が進行中である。

OHAによれば、このプロジェクトの目的は次のとおりである。

① 個々の病院に業績の差を認識させ、改善への努力を促す。
② 情報開示により、一般市民や関係者が個々の病院の業績を評価できる。
③ 業績情報の公開を通じて、各病院で収集されるデータが見直され、データの質が向上する。

OHAの報告書は、まず第一に、一般市民（患者）に対し、各病院の業績情報を公表し、病院間の業績比較を可能にしたことにも特徴がある。病院は、以前から国が認定基準を満たしているかが外部評価されていたものの、病院により業績の公開の方法は異なっていた。

OHA報告書（99年度版）では、各指標の結果は、州レベル、病院種別ごと、また病院ごとに「平均以上」「平均」「平均以下」という３つのカテゴリーで示されている（99年度版では、各指標にベンチマークすべき目標値は設定されておらず、「平均」は結果の相対的な数値のため「平均以上」の値が必ずしもよい結果を意味するわけではない）。2001年度版では、評価が1～5の5ランクに修正され、種別ごとの「標準値」が補足された。共通の指標による業績情報の公開、および「標準値」等のベンチマークによる比較は、各提供機関での質改善へのインセンティブへつながることが期待される。

次に、業績指標の枠組みは、バランスド・スコアカード方式を採用し、従来的コスト重視の情報だけでなく、4つの領域（①患者ケア、②患者満足、③財務情報、④変革への対応）から、包括的な業績の把握を図ったことである（表3）。OHAは以前から、会員病院の業績情報を収集していたが、「狭い視点（コスト・マネジメント）のみに測定し、患者満足や臨床的なアウトカムにあまり注意を払ってこなかった」（OHA会長David Mac-

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kaplan &amp; Nortonのバランスド・スコアカード</th>
<th>OHAのバランスド・スコアカード</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>財務的視点</td>
<td>財務業績と条件</td>
</tr>
<tr>
<td>顧客の視点</td>
<td>患者満足</td>
</tr>
<tr>
<td>業務プロセスの視点</td>
<td>臨床的利用とアウトカム</td>
</tr>
<tr>
<td>学習と成長の視点</td>
<td>システムの統合と変化</td>
</tr>
</tbody>
</table>

新潟県立大学紀要 第3号 2003年3月
表4. OHAのバランスド・スコアカードにおける業績評価指標

<table>
<thead>
<tr>
<th>視点（指標数）</th>
<th>データソース</th>
<th>業績評価指標</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>I</td>
<td>臨床的利用とアウトカム（12指標）</td>
<td>CIHIに各病院が提出した退院時要約（Discharge Abstract）96, 97年度</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>II</td>
<td>財務業績と条件（9指標）</td>
<td>オンタリオ州保健省に各病院が提出した病院財務報告96, 97年度</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>III</td>
<td>患者満足（8指標）</td>
<td>OHIS（オンタリオ病院入院患者調査）（本研究の独自調査）99年度</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>IV</td>
<td>システムの統合と変化（9指標）</td>
<td>オンタリオ病院調査（管理職対象：本研究の独自調査）99年度</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>OHIS</td>
<td>99年度</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Kimmon）。医療機関の活動の多様な側面を評価するために、また患者視点を重視するために、バランス・スコアカードの4つの視点による指標枠組みを取り入れたのである。具体的な評価指標の選定にあたっては、大学研究チームは広く文献レビューやを行い、さらに各視点ごとに専門家を集めた諮問委員会を作り、そこでの協議をフィードバックして、38の指標を確定した。指標選択の際には、①科学的合理性（信頼性・妥当性があるか）、②適切性（病院管理者にとって有益か）、③利用可能性（病院間の比較が可能であり、測定費用がリーズナブルか）の基準に基づいて選択が行われた。以上の手続きにより、決定された業績評価指標を表4に示す。

最後に、当初はOHAに属する病院の自発的参加に基づくものでありながら、結果として多数が参加したため、州全体で提供される医療サービスの包括的な把握が可能になり、平均値の算出や比較が可能なデータとなったことである。99年度版では、対象の要件を満たす131病院の中の89病院（68%）の計141病棟が参加し、その中で97年度の急性期病院が行った入院・出表外科手術サービスの91%を占める結果となった。参加率は病院のカテゴリーによって差がみられたもの（教育病院100%、コミュニティ病院84%、小規模病院32%）、州の急性期病院の活動の包括的な把握が可能になり、平均値の算出や比較が可能なデータになっている。さらに、2001年度版では、CIHIが報告書作成を担当し、CIHIの全国的な保健医療データー戦略のもとでデータの収集や分析が行われるようになった。こうした州内の医療機関間の業績が国レベルの研究機関の下で包括的に情報収集され、科学的に分析され、一般国民にわかりやすい（比較できる）形で情報提供されていることは意義が大きいと考えられる。

5. むすびにかえて

カナダにおける保健医療分野の業績への取り組みは、国、州、地域保健局、医療提供機関等の多層的なレベルで発展してきた。オンタリオ州を例にとると、国レベルでは、CIHIが全国の保健医療情報を収集・分析・公表し、州レベルでは各州の保健省が保健行政の戦略計画において業績情報を活用し、提供機関レベルでは、提供機関団体（OHA）を通じて、州内の病院間の業績情報の公開・比較が行われている。各レベルで用いられる業績情報の範囲、その利用の目的は異なるものの、業績情報の活用が促進されつつある傾向は明らかである。最近は、CIHIとOHAの協力による病院業績情報報告書など、各レベルでの業績情報が一部統合されつつある。

以上のように、カナダ、オンタリオ州では、国・州・提供機関レベルでの保健医療業績情報の開示は非常に進んでいるといえる。一方、開示された業績情報が各患者・利用者の（医療機関選定・サービス選定の際の）意思決定に影響を及ぼしているか、また、業績情報の開示が医療機関の行動に影響を及ぼしているかどうかについては、北米でも実証的な研究成果は少ない。Marshallらの研究によると、幾つかの北米の調査結果から、業績情報の市民への開示は、医療機関選定の際の個人の意思決定に与える影響を及ぼしていないが、データの公開に最も反応的であったのは医療機関であった（Marshall et al: 2000 pp.58-72）。一部の医療機関や医師はこうした情報開示に批判的な一方、結果を肯定的に捉え、より積極的にマーケティングや業績のモニタリングを行う機関もみられた。このような情報開示が、利用者個人および提供機関の意思決定やマネジメントに及ぼす影響を今後注視する必要がある。また、業績情報によるマネジメントについては、オンタリオ州保健省のような戦略計画による業績マネジメントの手法を研究し、業績改善へのサイクルが機能するための条件を精査することが必要である。
6．謝辞

本研究にご助成（平成12年度日本人研究者海外派遣）いただき、財団法人ファイザー・ヘルスリサーチ振興財団に感謝申し上げます。また、海外における調査研究について親身なご指導・ご助言を賜りました国立保健医療科学院経営科学部・小山秀夫部長、西村秋生・同部主任研究官、新潟大学法学部・國武輝久教授に厚く御礼申し上げます。さらに、本報告は、トロント大学保健医療政策マネジメント評価学部教授及び在宅ケア評価研究所（The Home Care Evaluation and Research Center, HCERC）所長であるProf. Peter Coyte, CIHI保健医療指標担当マネジャーPhD, Indra Pulcins, オンタリオ州保健省（Ministry of Heath and Long-term Care, MHTLC, Ontario）の保健医療業績マネジャーMs. Ann Marie Strapp他のカナダでの研究協力者に負う所が大きく、感謝の念に耐えません。

最後になりましたが、本学佐藤進学部長はじめ、福祉心理学部教員の皆様方の暖かいご支援のおかげで、海外での調査を遂行させていただいたことに、心より感謝申し上げます。

なお、本研究の一部は第39回日本病院管理学会学術総会（平成13年10月31日－11月1日、大田区民ホールアブリコ）にて報告した。

＜参考文献＞

1．CHIHI (Canadian Information Health Institute), Health Care in Canada 2001, 2001.
7．OECD, Measuring Up: Improving Health Systems Performance in OECD Countries, OECD Conference Report, 2001．
8．Ontario Hospital Association, The Hospital Report ‘99: A Balanced Scorecard for Ontario Acute Care Hospitals, 2000．
10. 大住良四郎「ニュー・パブリック・マネジメント―理念・ビジョン・戦略」日本評論社, 1999．
11. 大住良四郎「パブリック・マネジメント―戦略行政への理念と実践」日本評論社, 2002．