



病院でヘルスプロモーションを実践するための：

自己評価表と 活用マニュアル

Edited by:
Oliver Groene



EUROPE

病院でヘルスプロモーションを実践するための：

自己評価表と活用マニュアル

翻訳

全日本民主医療機関連合会「自己評価表と活用マニュアル」翻訳プロジェクトチーム

舟越光彦（千鳥橋病院）

有馬泰治（千鳥橋病院）

平塚祐介（健生病院）

篠塚雅也（みさと健和病院）

尾崎美香（千鳥橋病院）

中司貴大（千鳥橋病院）

発行 全日本民主医療機関連合会

東京都文京区湯島2-4-4 平和と労働センター7階

TEL03-5842-6451 URL：<http://www.min-iren.gr.jp/>

Issued in English by the WHO Regional Office for Europe in 2006

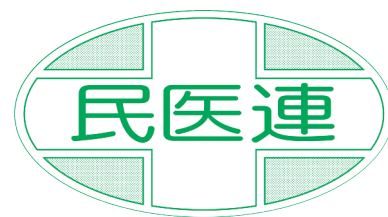
under the title Implementing health promotion in hospitals:

Manual and self-assessment forms

© World Health organization 2006

The translator of this publication is responsible for the accuracy of the translation

© Japan Federation of Democratic Medical Institutions (MIN-IREN), 2014



病院でヘルスプロモーションを実践するための：

自己評価表と活用マニュアル

編集

Oliver Groene

ヘルスシステムとサービスの質部門 技術責任者

国家健康システム局

国家政策、システム、サービス部門

バルセロナ事務所



EUROPE

要 約

ヘルスプロモーションはヘルスケアの不可欠な要素であり、臨床的問題、教育的問題、行動的問題、そして、組織的問題に関連している。質の改善にヘルスプロモーション活動を取り入れる必要がある。その理由としては、有効なアプローチを活用し、継続してモニターすることで、アウトカムを改善することが確実になるからである。一般的な質の管理ツールの多くがヘルスプロモーション活動について、はっきりと触れていないので、我々は「病院でヘルスプロモーションを実践するための：自己評価表と活用マニュアル」を作成した。

その目的は、管理者と医療従事者が以下の実践をできるようにすることである。

- ・病院でのヘルスプロモーション活動を評価すること。
- ・ヘルスプロモーション活動を改善するために、ヘルスケア組織の能力を高めること。
- ・病院でのヘルスプロモーション活動の改善のために提案を策定すること。
- ・医療の質の改善のために全ての専門家と患者が関わるようにすること。
- ・他の医療提供者との医療連携を改善すること。
- ・スタッフと患者の健康と安全を改善すること。

個々の病院、質の評価機関、特に国際HPHネットワークの会員は、このツールを使用して、ヘルスケアにおけるヘルスプロモーション活動の質を評価して、改善することが勧められる。

内 容

	ページ
翻訳者を代表して	4
謝辞	5
図と表のリスト	6
1. はじめに	7
2. よくある質問	9
3. 背景と方法論的な問題	11
3.1. ヘルスプロモーションにおける病院の役割	11
3.2. ヘルスプロモーションの概念化	12
3.3. 内部と外部の質の評価	13
3.4. ヘルスプロモーションのための基準	15
3.5. ヘルスプロモーションのための指標	19
3.6. 基準と指標の補完的な使用	22
4. 自己評価の実践	24
4.1. 責任を明らかにする	24
4.2. データを収集する	25
4.3. 結果を解釈する	26
4.4. 質の改善計画を作成する	27
5. 自己評価表	29
基準1：管理方針	33
基準2：患者評価	38
基準3：患者への情報提供と介入	43
基準4：健康な職場づくりの推進	47
基準5：継続性と連携	52
6. 指標の解説シート	59
7. 用語集	80

翻訳者を代表して

本書は、WHO欧州地域事務局が2006年に「Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms」の題名で出版した書籍の邦訳である。ヘルスプロモーションの視点で、医療機関における医療の質の改善と働きやすい職場づくりを支援するために自己評価ツールとして作成されたものである。

通常、我が国では医療の質は治療や看護の質として語られてきた。しかし、高齢化がすすみ貧困が広がる時代にあって、国際的に、医療機関においてもヘルスプロモーション活動が必須の医療活動であると認識されてきている。そこで、従来の狭義の医療の質の評価を補完し、医療機関におけるヘルスプロモーション活動を自己評価し、包括的な医療の質の改善に寄与するために本書が作成された。

例えば、患者に対するヘルスプロモーション活動として、喫煙状況、アルコール消費、心理・社会・経済状態を確認する方法を明記したガイドラインの作成や危険因子を把握されている患者の割合が評価される。職員に関しては、国と地域の労働環境の基準に対する適合状況や職員の喫煙率が評価される。既存の医療の質の評価に、本書で記載されたヘルスプロモーション活動の評価項目を組み入れることで、医療の質の向上と働きやすい職場環境が推進されることが理解できると思う。

ただし、この自己評価表は病院におけるヘルスプロモーション活動のすべての領域を対象としたものではない。地域に対するヘルスプロモーション活動の評価、そして、近年ヘルスプロモーションの課題として注目されている健康の社会的決定要因に対する病院の取り組みへの評価は対象とされていない。本書が、地域や健康の社会的決定要因に対する自己評価も取り入れ、病院のヘルスプロモーション活動を全面的に支援するものになることが望まれる。

本書を活用し医療機関が取り組むべきヘルスプロモーションの課題を理解し、自己評価により到達水準を可視化して改善することで、包括的な医療の質の向上に努め働きやすい職場環境を作ることが期待したい。さらに、WHOが開始したヘルスプロモティング・ホスピタル&ヘルスサービス (HPH) の国際ネットワークに参加し、ヘルスプロモーション活動の良好事例の経験交流を通して、医療機関が健康なまちづくりに貢献することを期待したい。

2014年2月12日

全日本民医連翻訳プロジェクトチーム 責任者

千鳥橋病院HPH推進委員会 委員長

舟越光彦

謝 辞

多くの方々から寄せられた意見のおかげで、この文書を作成することができた。ヘルスプロモーション・ホスピタル（HPH）の国際ネットワークのワーキンググループの中で、あるいは、外部のアドバイザーとして作成作業を支援し導いてくれた全ての人たちに感謝する。

特に、このツールのパイロット試験を支援してくれた加盟国のコーディネーター、そして、基準の適合性を評価し、ヘルスプロモーションの指標の収集のために時間をとってくれた病院の医療従事者に感謝する。

最後に、Svend Juul Jorgensen博士のプロジェクトに関する先見性、Mila Garcia-Barbero博士の継続的な支援、Kiki Lomberts博士の最終文書についての専門的な助言について感謝する。

Oliver Groene

図と表のリスト

	ページ
図1：ヘルスプロモーションの戦略	12
図2：診療の視点、患者の視点、マネジメントの視点	16
図3：病院におけるヘルスプロモーションのための基準の3つのレベル構造	18
図4：PDCAサイクル	27
表1：ヘルスプロモーション指標の概要	21
表2：方針に関するスタッフの認知度についての解説シート	62
表3：患者と（その家族）の認知度についての解説シート	63
表4：ヘルスプロモーションの予算の割合についての解説シート	64
表5：一般的な危険因子を持つ患者評価についての解説シート	65
表6：特有のリスク因子を持つ患者評価についての解説シート	66
表7：患者満足度についての解説シート	67
表8：自己管理のための患者教育についての解説シート	68
表9：危険因子に関する患者教育についての解説シート	69
表10：患者情報/介入スコアについての解説シート	70
表11：スタッフの喫煙に関する解説シート	71
表12：禁煙に関する解説シート	72
表13：スタッフの意識についての解説シート	73
表14：短期間の欠勤に関する解説シート	74
表15：業務に関連した負傷についての解説シート	75
表16：バーンアウトスケールについての解説シート	76
表17：退院サマリーについての解説シート	77
表18：再入院率についての解説シート	78
表19：退院調整についての解説シート	79

1. はじめに

病院におけるヘルスプロモーションの役割は変わりつつある。もはやヘルスプロモーションは、臨床的な処置を終えた後に、付加的に生活習慣に関する情報を患者に提供するというように限定されるものではない。ヘルスプロモーションはヘルスケアのプロセスの不可欠な要素になっており、臨床的問題、教育的問題、行動的問題、そして、組織的問題に関連している¹⁾。慢性疾患^{*1}を持った患者のケアの質を改善するためには、病院のヘルスプロモーション活動は、より大きなヘルスケアシステムの枠組みにうまく組み込まれる必要がある。ヘルスプロモーション活動の範囲が広がると、質の評価や活動の改善に関して課題が生じることになる。

ヘルスケアの質の改善のためのツールで広く知られたものの中には（例えば、専門家が合意したガイドライン、基準とパフォーマンス指標）、ヘルスプロモーションの問題に焦点をあてたものはほとんどない。そこで我々は、以下の課題に取り組むために、病院におけるヘルスプロモーションのための自己評価ツールを開発した。取り組む課題は、病院の管理方針、危険因子と健康ニーズに関する患者評価、ヘルスプロモーションの患者への情報提供と介入、健康な職場づくりの推進、他の医療提供者、ソーシャルケアやインフォーマルケアの提供者との継続性と連携である²⁾。

この文書は、病院におけるヘルスプロモーション活動を評価し、モニターし、改善するために自主的に利用できるツールを提供している。それは、質の評価のための相互に補完的な2つのアプローチに基づいている。一つは**基準**で、ヘルスケアの構造とプロセスに関するあるべき姿についての専門家の合意事項である。もう一つは**指標**で、ヘルスケアのプロセスとアウトカムに関して、経時的に、または、施設間で成績を評価するための定量的なツールである。詳細に述べると、この文書によって以下の事が容易になる。病院におけるヘルスプロモーション活動を評価すること。ヘルスプロモーション活動を改善するためのヘルスケア組織の能力を高めること。病院におけるヘルスプロモーション活動の改善のための提案を策定すること。ヘルスプロモーション活動を改善するために、すべての専門家と患者を巻き込むこと。他の医療提供者との連携を改善すること。スタッフと患者の健康と安全を改善すること。より効率的で効

1. Groene O, Garcia-Barbero M. eds. Health promotion in hospitals. Evidence and quality management. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/document/E86220.pdf>, accessed 08 May 2006).

2. Standards for Health Promotion in Hospitals. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (<http://www.euro.who.int/document/e82490.pdf>, accessed 08 May 2006).

訳注*1) 慢性疾患—long term conditionはほぼ慢性疾患と同義である。

果的なヘルスケアの実践やサービスの提供をするために、その近代化と変化を支援すること。

第2章では、このツールの目的と適用に関して、よくある質問と回答を記載している。第3章では、このツールが開発された背景と適用された方法論について記述している。また第4章では、自己評価を実施するための実際的な問題についても触れている。具体的には、どのように自己評価を行うのか、どのようにデータ源を特定して、結果を解釈して、質の改善計画に生かしていくのかということである。データ収集を支援するために、第5章には基準に適合しているかを評価する自己評価表、第6章ではヘルスプロモーション指標について説明した解説シートを掲載している。最後の第7章には、質とヘルスプロモーションに関する用語集を掲載している。

ヘルスプロモーションは、概念的には活動、介入、方法、アプローチの広い範囲に及ぶが、その一部は、この文書の範囲を超えていた。この自己評価ツールでは、患者の診療にあたる医療従事者が最も理解しやすく、確実な根拠がある事項だけに留めることにした。従って、以前のHPHに関する文書で記載されていたヘルスプロモーション活動が全て記述されているわけではない^{3), 4)}。病院におけるヘルスプロモーションを戦略的に実行に移し、ヘルスプロモーションの基準の作成を促進するための包括的な枠組みは、「病院におけるヘルスプロモーションのための18の中核的戦略」にまとめられている⁵⁾。基準のいくつかは（患者評価や患者への情報提供や介入）、直接的に患者の安全に結びついている⁶⁾。しかしながら、この文書では、患者やスタッフをエンパワーメントし、既存の質の改善や安全活動を補完するための広範囲なアプローチのツールを追加している。

この文書は、ヘルスプロモーションを改善することに興味がある全ての病院と質の評価機関のために作成された。質の改善の領域に携わる組織は、病院でのヘルスプロモーションの基準や指標を見直し、既存のシステムに取り入れることが推奨される。

3. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, World Health Organization, 1986.

(http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf, accessed 08 May 2006).

4. The Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997

(http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227_1, accessed 08 May 2006)

5. Pelikan J, Dietscher C, Krajic K, Nowak P. Eighteen core strategies for Health Promoting Hospitals. In: Groene O, Garcia-Barbero M, eds: Health promotion in hospitals. Evidence and quality management. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005: 48-67. (<http://www.euro.who.int/document/E86220.pdf>, accessed 08 May 2006).

6. Forward Programme 2005. World Alliance for Patient Safety. Geneva, World Health Organization, 2004.

(http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf, accessed 08 May 2006)

2. よくある質問

Q1 WHOのヘルスプロモティング・ホスピタル・ネットワーク (HPH) の会員は自己評価を行うことが義務なのか？

いいえ。現段階で、自己評価は自発的な評価である。ツールは、会員病院が改善できる領域を容易に特定するためのサービスである。

Q2 これを利用して自己評価を行うことで病院にどんな利益があるのか？

病院は、自己評価を行うことで、患者のケア、患者の生活の質、スタッフの健康を改善することができるだろう。自己評価ツールによって、ヘルスプロモーションサービスにおけるクオリティーギャップ^{*2}を特定し、活動計画を作成することが容易になるだろう。

Q3 他の質の評価システムとはどのように適合するか？

基準を設定するプロセスは、継続して質の改善をすすめるための中核的な要素である。このマニュアルで作成されたヘルスプロモーション基準は、ヘルスプロモーションに具体的な焦点を当てていない既存の質の基準を補完することを目的としている。補完的な指標は、パフォーマンスを定量的に評価するために時間をかけて加えられた。病院で使用している質の改善のための方略に、ヘルスプロモーションの自己評価基準を関連付けることが強く勧められる。

Q4 患者の安全にどのように役に立つか？

情報提供、教育、コミュニケーションはヘルスケアにおいて患者の安全を確保するのに、中心的な要素である。このことは、スタッフと患者の双方の気づき、動機づけ、責任感を高めることにもあてはまる。例えば、情報を与えられた患者は、入院中と退院後に、リスクを認識して、それらの解決法を見つける重要な役割を果たすことができる。情報を与えられたスタッフは、健康で安全に働き続けられる職場づくりを行い、その維持に貢献するだろう。

Q5 基準とは何か？

この文書では、基準は求められる到達レベルを示している。この文書では5つの基準を定義し、各々がヘルスプロモーションの領域を表している。各基準は下位基準に分けられ、下位基準はいくつかの測定可能な項目に分けられる。

訳注*2) クオリティーギャップー現状と求められる質の間のギャップ。

Q6 基準を満たしているかどうかをどのように測定するのか？

基準を満たしているかどうかは、測定可能な項目と下位基準の充足度の総数で測定される。測定可能な項目は、「はい」「一部」「いいえ」のいずれかで評価される必要がある。

Q7 基準を満たしているかどうかをどのように解釈すれば良いのか？

病院の他の部署でヘルスプロモーション活動の良好実践例として使用したくなるようなものであれば、基準を満たしているといえる。満たしていなければ、改善の余地がある。

Q8 指標とは何か？

基準は求められる到達レベルを示し、実際の到達は基準に沿って「はい」または「一部」または「いいえ」と評価される。一方、この文書の目的に対して、指標は質のプロセスとアウトカムを扱う量的なツールとして理解されている。指標は、典型的には分子と分母で表現されている。

Q9 基準と指標はどのように関連があるか？

この文書で記載されている指標は、5つの基準を満たしているかどうかを評価するのには使用されない。それらはむしろヘルスプロモーションの領域をモニターし、評価し、改善する時に考慮すべき補完的な事項を示している。指標は、改善のための目印として利用される数値表現である。

Q10 どのように指標を測定するか？

指標は、継続的な質の改善を反映するために長期間、繰り返し測定される必要がある。マニュアルでは、それぞれの指標ごとに根拠、分子と分母の説明、データ源と階層化を明記している。

Q11 どのように活動計画を作るか？

活動計画は、基準と指標の評価とそこでのコメント、そして自己評価のプロセスを通して追加された観察事項に基づいて作成されなければならない。活動計画は、自己評価で特定された主要なギャップに取り組み、組織の優先事項を反映するべきである。

Q12 活動計画はどう取り扱われるか？

確実に実践しモニターするために活動計画は上級管理者に提示され、病院の質の管理システムに組み込まれる必要がある。

Q13 ツールは、他の病院との比較のベンチマーク（基準点）として利用されるのだろうか？

現段階で、ツールは自己評価のためにだけ使われることを目的とする。WHOとHPH ネットワークのコーディネーターは、将来はベンチマークとしてツールを使用することを考えている。

Q14 証明書を入手できるのだろうか？

いいえ、WHOは証明書を発行しない。自己評価や継続的な質の改善、そして活動計画の作成は、合格や不合格といった結果に終わるものではない。各々の病院には違いがあるので、作成される活動計画もオーダーメイドで各々に異なるものになるだろう。しかしながら、将来的には、国際HPHネットワークは、この文書で示される基準と指標の到達レベルを判断するシステムの開発をすることを決定するかもしれない。

3. 背景と方法論的な問題

3.1. ヘルスプロモーションにおける病院の役割

1990年代初頭に、WHOはヘルスプロモーションに取り組む病院をサポートするために、国際的なイニシアティブをとり始めた。国際HPHネットワークに加入している病院は、患者、スタッフとコミュニティのために、ヘルスプロモーション活動を組織のアイデンティティと日常の業務に取り入れることで質の高い包括的な医療と看護サービスの提供を目指している⁷⁾。

ヘルスケアの場でヘルスプロモーション戦略を提供することは大きな公衆衛生上の意義があり、その対象範囲も広い⁸⁾。病院は、国のヘルスケア予算の40%から70%を消費し、一般的には労働人口の約1%~3%を雇用している⁹⁾。働く場所としての病院は、物理的、化学的、生物学的および心理社会的な様々な危険因子で特徴づけられる。病院は健康を回復することを目的とした組織であり、スタッフの健康や生産性と患者のケアの質の間には強い関連があるという根拠がある。しかしながら、スタッフの健康を危険にさらす因子についての知見は十分に開発されていない¹⁰⁾。

さらに、患者や家族は不健康な状態の時には健康についての助言をより受け入れやすいので、病院は彼らの行動に長期的な影響を及ぼすことができる¹¹⁾。ヨーロッパや世界中で慢性疾患の罹患率が増加し、治療のコンプライアンスが不良であることを考えると、治療の場での教育は、ますます重要な課題になっている¹²⁾。多くの病院での治療は、完治させるのではなく、患者の生活の質を改善することを目指している。生活の質を維持するために、患者と家族は教育を受け、退院に向けてより十分な準備をされなければならない。患者のケアのための病院の主な責任は退院すれば終わるが、ヘルスケアシステムの観点からは十分ではない。退院に向けて周到に準備され、医療ケアやソーシャルケアの提供者との連携ができれば、多くの再入院または合併症は予防できるはずである。

7. Health Promotion Glossary. Geneva, World Health Organization, 1998 (<http://www.who.int/hpr/nph/docs>, accessed 08 May 2006)

8. Tonnesen H, Fugleholm AM, Jorgensen SJ. Evidence for health promotion in Hospitals. In: Groene O, Garcia-Barbero M, eds. Health promotion in hospitals. Evidence and quality management. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005: 22-47 (<http://www.euro.who.int/document/E86220.pdf> accessed 08 May 2006).

9. Mckee M, Healy J, eds. Hospitals in a changing Europe. Oxford, Open University Press, 2001

10. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. JAMA. 2002 Oct 23-30;288(16):1987-93.

11. Ogden J. Health Psychology: A Textbook. Oxford, Open University Press, 1996.

12. Sabaté E. Adherence to Long-Term Therapies. Geneva, World Health Organization, 2003. (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>, accessed 08 May 2006.)

病院は様々な物品を消費し、大量の廃棄物や有害物を排出する。ヘルスプロモーション戦略を導入することで、環境の汚染を低減し、地元で生産され健康に良い製品や農産物の購入を支援することが可能である。

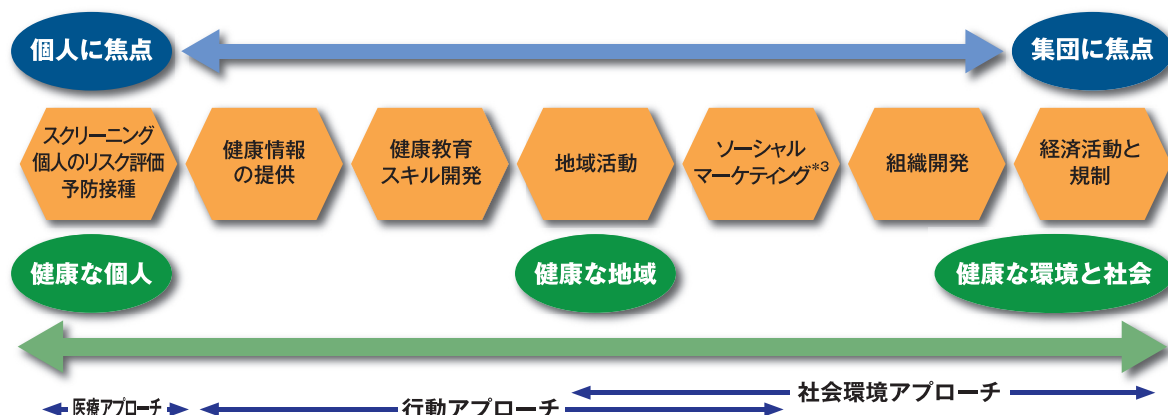
最後に、研究教育機関として、病院は多くの知識を生みだし、蓄積し、知識を広げ、地域の健康構造に影響を与え、他の地域の専門家の実践に影響を与えることができる。

3.2. ヘルスプロモーションの概念化

ヘルスプロモーションという用語は、多くの場合は疾患予防、健康教育、エンパワメントといった用語と明確には区別されていない¹³⁾。疾病予防の範囲は、用語集では、「危険因子を減らすといった疾病の発生の予防手段としてだけでなく、いったん発生した場合には進行を止め、予後を改善する手段である」と定義されている。同じ用語集では、健康教育の範囲は「意識的に企画された学習機会で、ヘルスリテラシーの向上を図るためのある種のコミュニケーションや知識の向上、個人とコミュニティの健康を高める生活スキルの開発を含むものである」と定義されている。エンパワメントとヘルスプロモーションは、WHOのオタワ憲章で「人々が自らの健康をコントロールし、改善することができるようにするプロセスである」と提起された、より広範な概念を指している¹⁴⁾。

実践的には、これらの用語はしばしば相互に補完的で交換可能なもので、実施においては重複するかもしれない。しかしながら、ヘルスプロモーション活動に対する焦点の当て方と影響に関して概念的に大きな相違がある。

図1：ヘルスプロモーションの戦略¹⁵⁾



13. For full definitions and further references please see the Glossary in Section 7.

14. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, World Health Organization, 1986.

15. Bensber M. What are health promoting emergency departments? Melbourne, Department of Human Services, Victoria State Government, 2000.

訳注*3) ソーシャルマーケティングは社会的問題の解決を目的に、理念、行動指針などの考え方を伝えるために、従来のマーケティングの考え方をういた手法。

医療アプローチは生理的危険因子（例えば高血圧、免疫状態）に向けられるのに対して、行動アプローチはライフスタイルの因子（例えば喫煙、運動不足）に向けられ、社会環境アプローチでは一般的な状態（例えば失業、低い教育レベルまたは貧困）に向けられる。従って、ヘルスプロモーションは、個人を治療することに向けられる医療アプローチを含みつつ、それをはるかに越えるものである。これらの用語を使用するに当たっては異なる理論的な学派があることは知っているが、このマニュアルで触れているのは、ヘルスプロモーション活動の一部である。つまり、自分の健康管理に能動的に関わることができるように患者を援助する複雑な介入に加えて、患者評価のような具体的な活動と病気の症状の理解を援助するための特定の情報提供について記載している。スクリーニングや予防接種のような他に質の基準がある活動は、このマニュアルには記載していない。

我々は、ここで提示された基準がWHOの国際HPHネットワークと関連する全ての活動範囲をカバーしていないことを了解している。コミュニティの健康と病院内の環境を改善することにかかわる基準は将来作成されるかもしれない。さらに、この文書の基準は、ヘルスケアの質の全領域を扱うことは意図されていない。ケアの質は、「期待した健康アウトカムを実現できる見込みを高める程度であり、同時代の専門家の知識に一致する程度」¹⁶⁾と定義されるが、臨床ケアや患者中心性、スタッフの方向付け、反応性の高いガバナンス（統治）、効率性といった異なる質の領域に分類されうる。質の評価の多次元的な見方は、PATH（病院における質の改善のための機能評価ツール）で普及されている¹⁷⁾。

3.3 内部と外部の質の評価

質の評価のためのアプローチは、大きく分けると内部評価と外部評価に分類できる。内部評価は、判断に基づく評価や基準に基づく施設の自己評価を指す。外部評価は、専門家の視察または認証評価を指している¹⁸⁾。基準とパフォーマンス指標は、内部評価と長期の継続的な観察、または、外部評価とパフォーマンスの比較分析（例えば、ベンチマーク）のために利用することができる。自己評価と認証評価は各々が最も一般的な内部評価と外部評価の形態である。

自己評価は、確立した基準に照らして正確に自身のパフォーマンスレベルを評価し、改善計画を継続して実践するために、ヘルスケア組織によって使用されるプロセスである。自己評価は、病院の活動の全領域を取り扱うこともあれば、ヘルスプロモーションのような特定の課題に焦点を当てる場合もある。自己評価により、スタッフは何が良好な実践の領域であり、何が

16. Glossary. European Observatory on Health Systems and Policies. (<http://www.euro.who.int/observatory/glossary/toppage> , accessed 08 May 2006).

17. Measuring hospital performance to improve the quality of care in Europe: a need for clarifying the concepts and defining the main dimensions. Report on a WHO Workshop, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/document/e78873.pdf> , accessed 09 May 2006).

18. Shaw CD. External quality mechanisms for health care: summary of the EXPERT project. International journal for quality in health care , 2000, 3: 169-175

改善が必要な領域であるかを知ることができる。病院のスタッフは、優先順位をつけて、必要な計画を立てたり、病院内の他部門に良好な実践を普及することができる。

認証評価は、通常は自己評価に基づいているが、外部の相互評価プロセスが引き続き行われる。外部評価は、典型的には病院の質の全体評価であり、改善のための優先領域を特定し、パフォーマンスが必要なレベルに到達していれば、病院は認証施設として公表される。多くの国で、認証は法的にも経済的にもマーケティング上も重要な事項となっている。

自己評価は様々な方法で質の保証という目標に寄与するという根拠がある。自己評価は、基準への適合度を高めるように個人の行動の変化を促進させる低コストの方法である。それはまた、改善すべき領域を明らかにし、参加者に主体性を持たせて、管理者と部下のコミュニケーションを改善することができる¹⁹⁾。

自己評価に関する主な疑問は、評価者が自身を正確に評価できるかという問題である。自己評価の手法から学んだ事として、パフォーマンスの良い病院の方が、そうでない病院よりも通常は自己評価が厳格にされている。継続的な質の改善の文化が備わった病院は、そうでない病院と比べて改善の可能性に対する意識が高い²⁰⁾。例えば、投薬過誤とチームワークの質を再検討した自己評価に関する研究によると、うまく機能しているチームの方が、そうでないチームより報告された過誤が多いということが示された。しかし、さらに研究をすすめ、チームリーダーにインタビューをして明らかになったことは、驚くことではないが、権威主義的で専制的なリーダーに率いられているチームはうまく機能しておらず、過誤をより少なく報告していたということである。この例からわかるように自己評価のプロセスは、結果の解釈で考慮すべき様々なバイアスを生じやすい。

自己評価のプロセスを通して学ぶべき2つの教訓がある。質の改善を実施するには、パフォーマンスに関するデータと改善の文化が必要である。基準や指標により測定されたパフォーマンスに関するデータがないと、質の改善の方向性を明確に示すことができない。そして、参加や支援の文化がなければ、仮に質に関するデータが利用可能であっても質の改善の提案は実践されない。残念ながら、数多くのデータが収集されているが、それはしばしば質の改善を導くためには役に立たず、利用されていない。その場合、データ収集は他の活動に使えるはずの時間と資源を浪費し、結果的にケアの質に悪影響を与える。

自己評価の戦略は、一種の動機付けや教育であり、継続的に質の改善プロセスを発展させる

19. Bose S, Oliveras E, Edson WN. How can self-assessment improve the quality of healthcare? Operations Research Issue Paper 2(4). Published for the U.S. Agency for International Development (USAID) by the Quality Assurance (QA) Project, Bethesda, MD and JHPIEGO Corporation, Baltimore, MD. 2001.

20. Edmondson AC. Learning from mistakes is easier said than done: group and organizational influences on the detection and correction of human error. Journal of Applied Behavioural Sciences, 1996. 32: 5-28

ように、ヘルスケア組織を支援する。基準や指標の使用は、WHOがHPHネットワークの会員病院を公式に評価したり、認証したり、ランク付けするために意図されたものではない。基準を作成した主な目的は、病院がヘルスプロモーション活動を評価し改善することを支援するツールを提供することである。しかしながら、HPHネットワーク会員病院では特に自己評価ツールを使用することが強く勧められる。基準はどこでも使用できるように考慮されており、全ての質の調査機関や認証機関が病院の既存の基準にヘルスプロモーションのためのこの基準を組み入れることを推奨する。

3.4. ヘルスプロモーションのための基準

多くの国では、品質認証機関が病院におけるケアの質の評価のための基準を作成している。著名な機関を例示すると、オーストラリアのオーストラリアヘルスケア基準機構 (ACHS)、カナダのカナダヘルスサービス認証機構 (CCHSA)、フランスの健康高等当局 (HAS)、英国の健康の質サービス(HQS)、米国のヘルスケア組織認証共同委員会 (JCAHO)²¹⁾ である。これらに加えて、国際標準化機構ISOやJCAHOの国際支部、共同国際委員会 (JCI) により国際基準も作成されている。こうした機関の大半は一連の基準の達成を目指しているが、欧州品質管理財団のように卓越性を追求する原理を採用する品質認証機関もある²²⁾。

主要な品質認証機関が作成した基準を再検討したところ、ヘルスプロモーション活動にはほとんど言及されていなかった²³⁾。このためWHOのヘルスプロモーション基準は、組織における継続的な質の改善を基本理念とした既存の認証基準を補うために作成された。

総論的には、

基準は中央診療部門（例えば検査室、放射線室、内視鏡検査室、救急室、手術室）で広く使用されているが、こうした基準は患者志向が欠落し、臨床的なアウトカムが不足しているので医療従事者からは普遍的に受け入れられているわけではない。

卓越性モデルは、典型的には組織の基準の上に作られ、患者のケアプロセスでヘルスケア基準が不十分な時に適用される。いくつかのモデルに含意される強い顧客志向、スタッフ志向を考慮すると、WHOのヘルスプロモーション基準は、こうした基準を補う不可欠なものとみなすことができる。

多くの国では認証基準は病院に適用され、一部では患者教育も対象としている。しかしな

21. Quality and accreditation in health care services. A global review. ISQuA and WHO. Geneva, World Health Organization, 2003. (EIO/OSD/2003) (http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_EIP_OSD_2003.1.pdf, accessed 08 May 2006).

22. Möller J. The EFQM excellence model. German experiences with the EFQM approach in health care. International Journal for Quality in Health Care, 2001, 13 (1): 45-49

23. Developing standards for Health Promotion in Hospitals. Background paper for the 1st Workshop on Standards for Health Promotion in Hospitals. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (5038045/5).

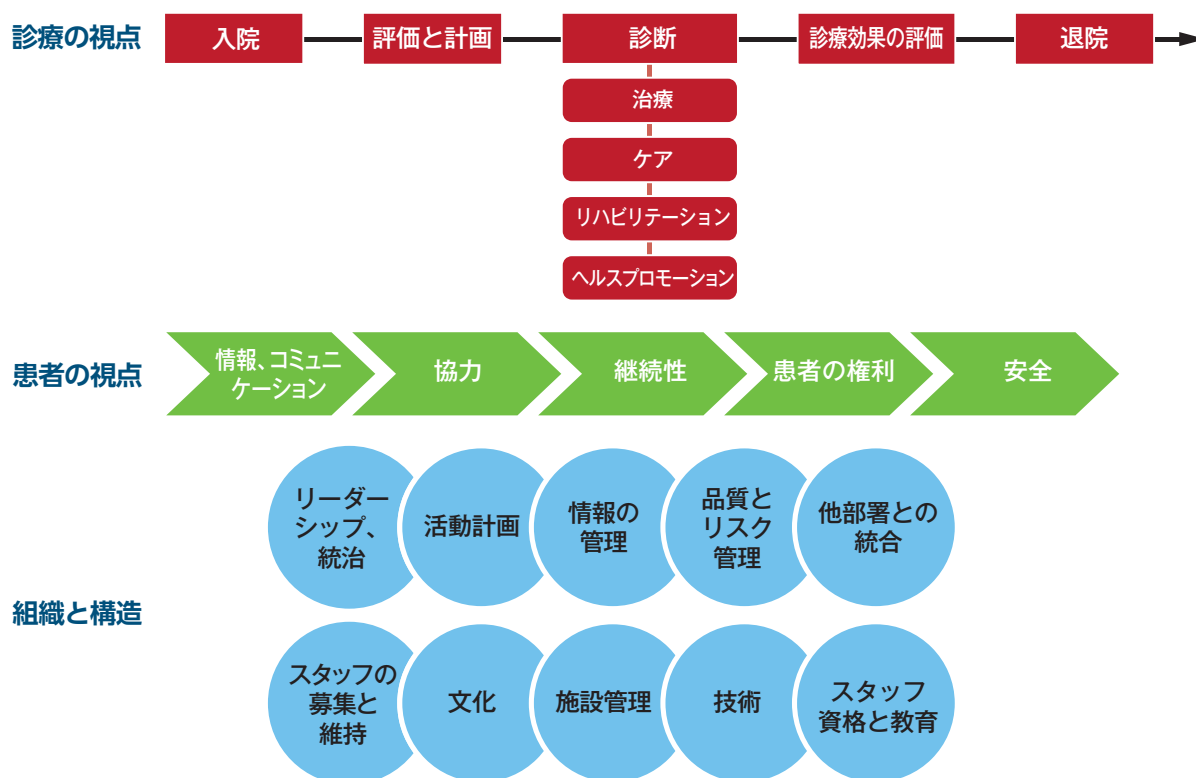
がら、こうした基準にはスタッフの健康に取り組む姿勢が不足している。WHOの基準は、こうしたアプローチを補い、慢性疾患管理における患者の役割を重視し、スタッフの健康を改善することができる。

基準の内容

基準は一人ひとりの健康になるための潜在能力を考慮しており、情報提供、動機付け、カウンセリング、訓練または他の活動を通して個々人を活性化することで、各人が自身の潜在能力に気づくことの重要性を強調している。支配的な規範や規則や文化によって下支えがあれば、情報提供や教育、助言だけで行動を継続的に変えることができる。したがって、組織内のヘルスプロモーションの介入はこのような背景にある要因にも取り組まなければならない。HPHネットワークの基本原則に基づき、基準は患者のケアだけでなくスタッフの健康、病院の地域に対するつながり、組織開発も取り入れている。基準の内容は、HPHネットワークの基本原則、病院におけるヘルスプロモーション活動の根拠、そして、組織における質の管理の実践についての根拠に基づき定義されている。基準は、患者ケアに直接的あるいは間接的に関わるヘルスケア組織の全部門、例えば、公的、私的病院、リハビリテーションユニットなどに適用され、精神科病院や小児科病院にも適用できる。

基準は、3つの異なる視点（診療の視点、患者の視点、組織やマネジメントの視点）で病院組織の質の目標を表している(図2)。

図2：診療の視点、患者の視点、マネジメントの視点



作成プロセス

デンマークのHPHネットワークの作業部会の提案に沿って、WHOの専門家作業部会はヘルスプロモーション基準を作成することを決定した。5つの基準の中に、各病院がケアの不可欠な部分として取り入れなければならない原理と行動が記載されている²⁴⁾。基準はALPHAプログラムの国際的な要求に適合するように作成された。その要求事項には、文献の批判的検討、基準の提案、基準の検討、予備的基準の起草、パイロット試験の実施、基準の確定版の作成、実践、継続的な改訂、そして、根拠とヘルスケアの提供の変化に迅速に適応することが含まれている²⁵⁾。

文献的検討により、既存の基準は病院におけるヘルスプロモーションを付け足し程度にしか扱っていないことが明らかになった。基準が扱う5つの領域について賛同が得られた後に、基準の規範的な内容を運用できるように下位基準のセットを作成した。下位基準は、ヘルスプロモーション活動の最良の根拠に基づいている。さらに、評価手順の妥当性と信頼性を高めるため測定可能な項目が抽出された。下位基準を評価するためには、具体的な根拠を記録しなければならない（例えば、『ヘルスプロモーションの実践や評価についての責任を特定する』という下位基準が「あり」と評価されるには、これらの責任を特定できるレポートなどが記録されていなければならない）。測定可能な項目や根拠を活用することで、個人が評価のプロセスに持ち込むバイアスを減らすことが可能となる。

測定可能な項目は、「はい」、「一部」、「いいえ」として評価されるが、評価に質的情報を加えることの重要性が強調されており、測定可能な項目の下に記入欄に根拠を記録することができるようになっている。例えば、どうして測定可能な項目が「はい」、「一部」または「いいえ」であるとしたか評価できないのかを詳述したり、質の改善計画の作成に重要な情報を書き加えたりできる。外部評価では、ある特定の基準に合致していれば通常は満足できるが、内部評価による質の改善には、質をどのような方法で改善するのかの知識を高めることがより大切である。この記入欄に記載された質的な情報が、質の改善の目標達成に有用である。

基準、下位基準そして測定可能な項目に関しては、欧州の9カ国の36の病院でパイロット研究が行われた²⁶⁾。この研究の主要な目的は、欧州の様々なタイプの病院の医療従事者により基準等に意味があり利用できると感じるかを評価するためだった。加えて、予想される影響を確認するために基準の達成度が評価された。同時に、コメントや示唆を得るために、ヘルスケアにおける質の改善に関係する国際的な品質認証機関や他の組織に基準の試案を送った。

24. Developing standards for health promotion in hospitals. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (<http://www.euro.who.int/Document/IHB/hphstandardsfinrpt.pdf> , accessed 08 May 2006).

25. International Standards for Health Care Accreditation Bodies. Internacional Society for Quality in Health Care (<http://www.isqua.org/isquaPages/Accreditation/ISQualAPPrinciplesV2.pdf>, accessed 08 May 2006).

26. Groene O, Jorgensen SJ, Fugleholm AM, Moeller L, Garcia-Barbero M. Results of a pilot test of standards for health promotion in nine European countries. International Journal for Quality Assurance in Health Care, 2005, 18 (4): 300-307 (www.emeraldinsight.com/0952-6862.htm , accessed 08 May 2006).

基準の紹介

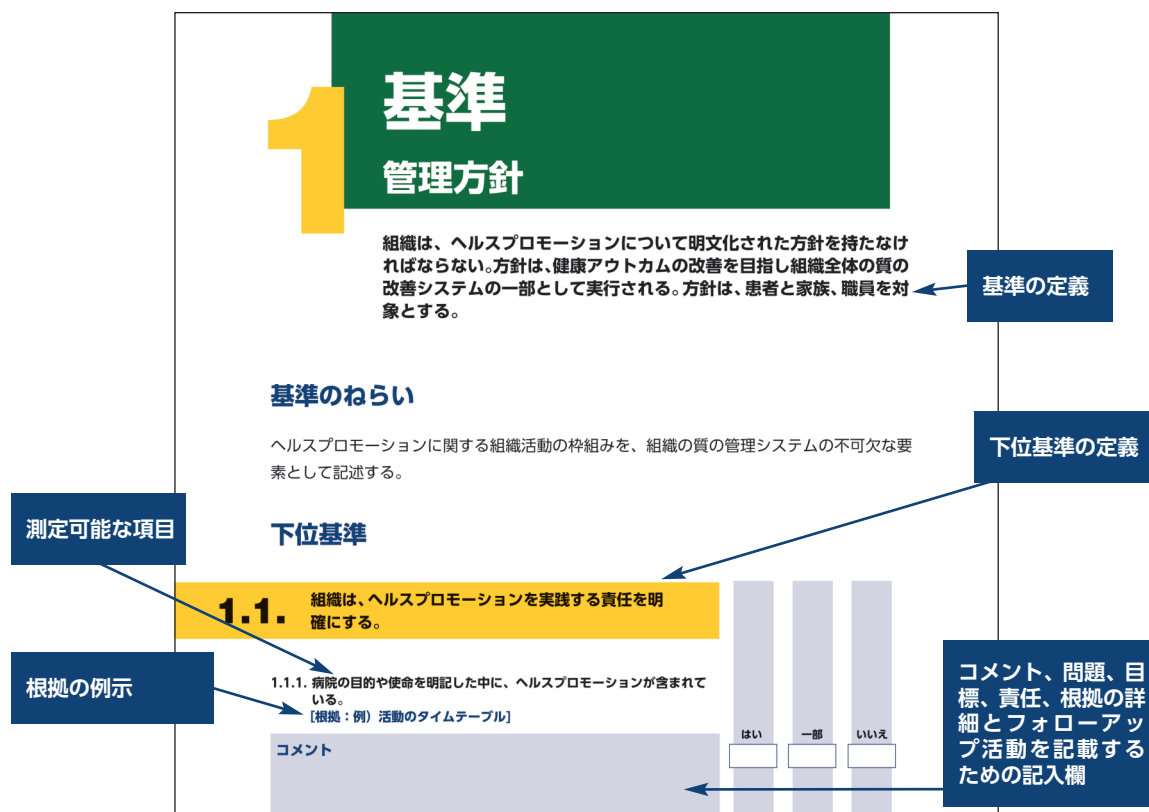
各基準には、三つのレベルがある（図3）。

レベル1は、基準そのもののレベルである。5つの基準は、『管理方針』、『患者評価』、『患者への情報提供と介入』、『健康な職場づくりの推進』、『継続性と連携』に関することである。

レベル2は、下位基準のレベルである。下位基準は、基準を運用可能にするために重要な要素に分解したものである。全部で13の下位基準があり、基準当たりの下位基準の数は、2から4項目である。

レベル3は、測定可能な項目である。測定可能な項目は、基準を完全に満足するのに必要なものを単純に一覧にしたものである。測定可能な項目をリスト化することで、基準をより明瞭に定義ができて、組織にとってはスタッフが基準を学習する助けとなり、認証を受ける準備にも有用となる。測定可能な項目は、基準を満たすための必要項目であり、検討の上「はい」「一部」「いいえ」で評価される。全部で40項目の測定可能な項目があり、各基準には6項目から10項目がある。

図3：病院におけるヘルスプロモーションのための基準の3つのレベル構造



3.5. ヘルスプロモーションのための指標

基準を補い継続的に改善を評価するための定量的測定ツールとして、パフォーマンス指標を作成した。構造とプロセスが策定した基準を満たしていれば、指標は期待される結果を評価する際のギャップを埋めることを目的としている。基準と比較して、指標はケアを評価し、モニターし、改善するための定量的な根拠となるもので、医療従事者や管理者が（定量的な）目標を決め質の改善活動の進展を評価するのに有用だろう。

指標の定義と特徴

指標は、非常に多様な目的に役に立つだろう。例えばケアの質を記録するとき、経時的に施設間で比較するとき、判断を下し優先度を決めるとき、説明責任及び規制と認証評価を支援するとき、質の改善を支援するとき、そして、患者がサービス提供者を選択するときにも有用である²⁷⁾。指標は、このように内部利用の目的でも外部利用の目的でも利用することができる。内部利用の目的では、ヘルスサービス提供機関としての病院の様々な管理機能、一例としては、長期（戦略的）あるいは短期に機能をモニターし、評価し、改善するといった機能と関連している。外部利用の目的は、財政機関（保険者、国）や患者（消費者）、一般市民といった利害関係者に対する説明責任と関連している。

指標は、医療の質を規定する構造、プロセス、アウトカムのうちで主にはケアのプロセスとアウトカムに関わるものである。もちろん、構造の特性（医師の中での専門医の割合）と関連することもあるだろう。指標は多様に表現される。発生率（分母となる特定の集団内でのイベント数）、割合（特定集団内でのイベントの割合）、比（2つの割合の関係性）、平均値（調査から得られた点数）あるいは絶対値である。指標は、センチネルイベント（すなわち、本来起きてほしくなく、一旦発生すると徹底的な調査が必要となる事象）に注目させる可能性がある。センチネルイベントの例は、左右取り違い手術である。指標には全般的なもの（例えば、予定外の手術室への帰還割合）と、疾患特異的なもの（例えば、入院後24時間以内にベータ遮断薬を投与された心筋梗塞の患者割合）がある。

病院におけるヘルスプロモーションのための自己評価ツールでは、選択したヘルスプロモーション指標で鍵となるプロセスとアウトカムの経時的な進展状況を、指標を利用して量的に測定することが可能である。指標は、内部の継続的な質の管理を支援するように作られているが、意思決定を支援するためのいかなる説明責任も意図していない。しかしながら、科学的に確かなものであり、ヘルスプロモーション活動の評価と改善に役に立つとわかれば、将来はヘルスプロモーション活動のベンチマークとして利用されるかもしれない。

27. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. International Journal for Quality in Health care, 2003, 15 (6): 523-530.

指標とパフォーマンスを関連づける

一つの指標は特定の課題に関する情報を指し示すが、複数の指標をもちいれば、容易には把握しにくい複雑な現象（例えば、ケアの質）についての情報を提供することができる。指標が妥当であるには、測定可能な項目と前提となる概念の間に強い関連がなければならない。指標は測定に過ぎず、判断にはならない。指標は一つだけでは病院のパフォーマンスを判断するのに利用できないが、多くの指標を統合すれば判断できる可能性がある。一つの指標の解釈には、参照値や説明変数のような情報を追加することが必要となる。例えば、脳卒中による平均10日間の入院期間は良いのか、それとも、悪いのだろうか。この答えは、その国における平均在院日数、リハビリテーション病床の利用可能性、その病院の脳卒中の患者の重症度、退院時の健康状態、病院から提供される援助、あるいは、自宅退院後のために病院が事前に準備していた援助内容などによるのである。

ベンチマークのために指標を使用する

指標は、病院間のパフォーマンスを比較するために使うことも可能である。十分に検討して指標を作り、明確な定義をして(分子と分母)、比較を混乱させる因子を調整するには多大な努力を払わなければならない。一例として、死亡率の比較をする時に、年齢、重症度、合併症を調整せずに行うとすれば正しい結果は得られないだろう。しかしながら、多変量解析を用いて包括的なリスクの調整を行っても、比較のパワーを制限する説明不可能な残差変数^{*4}は残るかもしれない。

単純な比較とベンチマークという概念との間にある違いを認識しなければならない。**比較**は両者を関連づける尺度というあいまいな用語であるが、**ベンチマーク**は組織の評価結果を他施設の結果と比較すること、改善の手段として優良と評価された他施設の結果を参考に自施設のプロセスを検討することを意味している。つまり、ベンチマークは、比較、優秀さの特定、最終的には検討した課題で他施設と比較して優秀たらしめている要因の検討という意味を含んでいる。

ヘルスプロモーション指標を作成する

現在使用されているヘルスプロモーションに関連する指標を特定するために、一般的なパフォーマンス評価の枠組みを再検討した。それにより特定された300の指標の大半は臨床効果の領域に属するもので、ヘルスプロモーションに関連する指標は僅かしかなかった²⁸⁾。それゆえ、作業グループとコンセンサスメソッド^{*5} (consensus method) を利用し、病院における

28. Champagne F, Guisset AL. A review of the indicators currently used in performance evaluation systems. Background paper. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (5038066/9).

訳注*4) 残差変数—分散分析と回帰分析において、特定の原因に起因していると結論できない部分。

*5) コンセンサスメソッド—ヘルスケア領域で用いられるコンセンサスメソッドには、デルファイ法と専門家チーム法がある。

ヘルスプロモーションの自己評価ツールを補うために指標を作成した。指標作成と質の改善、品質認証機構、ヘルスプロモーションに関する専門家が一堂に会し、2つの国際会議を開催した²⁹⁾。

特定されたヘルスプロモーション指標は、長年にわたり日常臨床で利用されてきたものと比べて科学的に妥当でないかもしれない。ヘルスケアの領域でのヘルスプロモーション活動のパフォーマンス評価は新しい領域であり、今後の発展が期待されることを強調しておきたい。ヘルスプロモーション指標の多くは一般的には日常的な情報システムで把握されていないので、データ収集は余計な努力を要する。しかしながら、データをとることで、比較に適し自分の組織の優先順位に適合したより詳細なデータを集める好機となる。

表1に示す指標が、病院におけるヘルスプロモーションのための自己評価ツールの中で提案されたヘルスプロモーションのための5つの基準を補うために選ばれたものである（表1）。

表 1：ヘルスプロモーション指標の概要

基準／領域	指標
管理方針	ヘルスプロモーションの方針を知っているスタッフの割合（％） ヘルスプロモーションの方針を知っている患者（および家族）の割合（％） スタッフのヘルスプロモーション活動にあてられる予算の割合（％）
患者評価	一般的な危険因子について評価されている患者の割合（％） 疾患に特有の危険因子がガイドラインに沿って評価されている患者の割合（％） 評価手段を用いた患者の満足度調査のスコア
患者への情報提供と介入	自身の慢性疾患について特定の自己管理行動の教育を受けた患者の割合（％） 自身の慢性疾患の管理について、危険因子の修正と疾病治療の選択肢の教育を受けた患者の割合（％） 情報提供や介入手続きについての患者の意識調査のスコア
健康な職場づくりの推進	喫煙しているスタッフの割合（％） 喫煙中もしくは最近禁煙したスタッフで、禁煙のアドバイスを受けたスタッフの割合（％） 職場環境についてのスタッフの意識調査のスコア 短期の欠勤者の割合（％） 業務に関連した負傷の割合（％） バーンアウトスケールのスコア
継続性と連携	GP（家庭医）や紹介先の施設に2週間以内にサマリーを送付するか、あるいは退院時に患者にサマリーを手渡した割合（％） 外来管理が可能な疾患の5日以内の再入院率 患者の退院調整サーベ이의スコア

29. Standards for health promotion: development of indicators for a self-assessment tool. WHO Regional Office for Europe, 2003. (<http://www.euro.who.int/document/E84988.pdf> , accessed 08 May 2006).

詳細には、6章で指標について記述している。指標ごとに、解説シートがあり、領域、名称、理論的根拠と正当性、分子、分母、データ源、階層化、注釈について記載されている。

3.6. 基準と指標の補完的な使用

基準は主に構造とプロセスに焦点をあてるが、指標はプロセスとアウトカムに関心を向けている。指標には様々な測定特性があり、分子と分母が必要となる。基準は明確な定義が必要であるが、必ずしも数値では表現できない。基準と指標の関係は、相互に補完的である。異なる原理を基にしているので、組み合わせて使うことで病院における質の改善活動を支援できる。

質を評価するために基準と指標を使用する

基準による評価は、構造とシステム、プロセスが適切に運用されて、継続的に好ましいアウトカムに到達できるように機能しているのかを評価するものである。基準に合致していれば、患者やスタッフ、地域住民にとって好ましい結果（アウトカム）の機会が最大化するように、全ての項目が運用されているというのが基本的前提である。基準は質の改善につながる取り組みを測定する。基準に合致しているかを評価すると、「その組織は正しいことを実践しているのだろうか？」あるいは「その組織は継続して正しいことを実践しているのだろうか？」といった疑問が生じる。しかしながら、基準の評価によって組織の実際のパフォーマンスの情報を得るわけではない。

一方、指標を利用したパフォーマンス評価は、何が実践されてきたか、どのように実践されてきたかを示す評価法である。パフォーマンス測定は構造やプロセスの評価になりえるが、理屈上はパフォーマンス測定は健康アウトカムや健康状態、患者満足、ケアに関連する資源活用といったアウトカムを扱うものである。可能性がある交絡因子の調整が必要な複雑なデータ収集と解析のために、パフォーマンス測定の実施が制限されることがある。それぞれの指標の解釈は困難だが、選ばれた指標の相互関係こそが質の改善の可能性を反映している。

ドナベディアンの種類学によって、医療の質は構造、プロセス、アウトカムで評価できるようになった。質の改善の観点からは究極的に問題となるのはアウトカムであるが、構造とプロセス、アウトカムの関連を研究することも重要である。相互に補完的な基準と指標を組み合わせて使うことで、構造、プロセス、アウトカムの相互の繋がりを知ることができる。基準に合致しないことは、好ましいアウトカムを最大化するために必要な構造と、プロセスを変えるヒントになりうる。指標による評価だけでは構造とプロセスの改善につながらない。一例を挙げると、センチネルイベントのような好ましくないアウトカムの情報をモニターすることは重要であるが、いったん事故が起こったら、それ（事故）が起こらないように（構造やプロセスを）変えるには遅すぎるのである。

自己評価ツールの基準と指標の利用

WHOの自己評価ツールでは、基準は測定可能な項目だけで評価される。ヘルスプロモーション指標は、継続して基準に合致しているかについての評価を補うためのものである。補足的な性格の指標データのうちでどれを収集するかは病院に任されるが、少なくとも各領域の中で1つは収集されなければならない。自己評価ツールには、地域的に重要な指標や日常的に利用できる指標を報告できる追加指標の欄もある。病院が追加指標を選ぶ時は、このマニュアルに記載されている指標と同じように記載することを意識しなければならない。

自己評価手続きで指標を用いる主な目的は、質の改善計画の作成で考慮されるべき質の改善活動のためのベースラインを決定することである。質のベースラインは、質の改善のアクションのために経時的に繰り返し行われるパフォーマンス測定に大いに役立つだろう。

4. 自己評価の実践

4.1. 責任を明らかにする

ヘルスプロモーションは、病院内の特定の役割や機能に任せて実践するものではなく、“病院内の全ての人”が責任を持つものであり、患者とスタッフ全員が貢献できることを強調しなければならない。質については、ヘルスプロモーション活動も臨床における質と同様に基準と指標で評価されるべきである。その意味ではヘルスプロモーションにおける質の管理は既存の質のイニシアティブに追加された“付加価値”とみなせるので、ヘルスプロモーションにおける自己評価は病院における既存の質の管理システムに統合されるべきである。

プロジェクトの成功のためには、全てのスタッフが熱心に取り組む必要があることを強調しなければならない。関心やモチベーションによって関わり方は様々だが、病院全体にプロジェクトを唱道することと当事者意識を持つことが成功の鍵となる二本柱である。プロジェクトのためのチームが結成され、役割と責任が明確に定義される必要がある。

パートナー：

病院管理者：このプロジェクトの成功には、活動計画を確実に実践し課題に取り組むための資源を確保するために、病院の最高責任者、管理機構と上級管理者の関与が不可欠である。

プロジェクト・リーダー：自己評価を実施するにあたって、プロセスを先導し、スタッフを教育するために病院内でプロジェクト・リーダーを任命することが重要である。理想的には、プロジェクトは他の質の改善活動と同様に運用される必要があるので、プロジェクト・リーダーは院内の他の質のイニシアチブの責任者であっても良い。

各ヘルスプロモーション領域の担当者：プロジェクト・リーダーは、5つのヘルスプロモーション領域の各々に担当者を指名したいだろう（しかし、担当者は複数の基準に責任を持つかもしれない）。担当者は、基準と下位基準にどの程度適合しているか評価する責任を持つ必要がある。担当者は、評価を裏づける根拠を収集する責任も持つ。また、運営グループの委員と協力してヘルスプロモーションの指標データの収集にも責任を持つ。

多職種の運営グループ：プロジェクト・リーダーは、すべてのレベルのスタッフを代表する多職種のスタッフからなる運営グループを確立しなければならない。運営グループは、定期的に集まり、自己評価の進捗を論議し、分野を越えたアイデアを出し、プロジェクトが全ての部署で実践されるように働きかけなければならない。それぞれの病院は、組織の状況に応じて運

営グループの委員を決めなければならない。多職種から構成される運営グループの委員には、次のスタッフが含まれることが望ましい。

- 質と診療評価に対しても責任を持つ上級看護師
- 上級および若手医師
- 上級管理者
- 人事部門スタッフ
- 臨床に従事する補助職種（例えば理学療法士、作業療法士）、病院全体の医療サポート部門（例えば、診療放射線技師）、非臨床サービス部門のスタッフ

4.2. データを収集する

いろいろなレベルの病院スタッフが関与して、データを収集し、基準を順守するように全体での取り組みを援助するべきである。重要な点は、関連するスタッフの関与なしで、特定の一人で自己評価を完成することはほとんど意味がないということである。単独ですると、他のスタッフが当事者意識を感じることができないので、その結果、学習プロセスに参加できなくなるからである。

基準と指標の評価には、病院内では主に3つのデータ源が利用できる。普段利用する情報システムとサーベイ、監査手続きである。加えて、外部機関からいくつかのデータが提供されるかもしれない。例えば、保険会社からは健康行動に関するデータやスタッフの欠勤率のデータが提供されるかもしれない。

普段利用する情報システムには、ヘルスプロモーションの基準と指標の一部が含まれている。特に、特定のヘルスプロモーション活動やニーズ評価についての情報を検索できる電子カルテシステムが有用である。管理の情報も、ある程度は職場のヘルスプロモーション指標を含んでいる。通常の情報源からデータを入手できる場所では、データ収集のための負担を減らすために自己評価にそうしたデータを利用すべきである。しかし、こうしたデータベースにある情報はヘルスプロモーション課題の評価に十分に特異的なものとはいえないだろう。それに、それをほかの目的に利用するには柔軟性に乏しいだろう。

様々なヘルスプロモーション指標の収集のために**サーベイ**をする必要がある。サーベイには、患者の意識に関するものだけでなくスタッフの意識に関するものもあるだろう。サーベイは妥当性があり信頼性のある方法でのみ行われるが、労力を要するかもしれないので、できる

だけ限定して活用されるべきである。代わりに、既存の患者やスタッフの調査の中にヘルスプロモーションの基準と指標で評価すべき項目を組み込むことを考慮すべきだろう。

『患者評価』や『患者への情報提供と介入』についての基準の評価には、診療録の**監査**が必要となる。監査の手順は以下にまとめて詳しく述べる。

基準

管理レベルに関する基準と病院内のすべての部門に関わる基準（『管理方針』、『健康な職場づくりの推進』、『継続性と連携』）は、病院管理部か、もしあるならば質の改善委員会により評価されなければならない。診療活動の基準（『患者評価』、『患者への情報提供と介入』）は、診療部門レベルで評価するべきである。評価方法としては、その診療部門の過去3ヶ月間に入院して現在退院している患者50人の記録を無作為に選んで評価することが推奨される。監査委員は、その部門の記録手順に詳しい多職種の専門家集団であるべきである。患者記録とは、基準を順守しているのかを評価するのに必要と考えられる全ての記録（診療録、看護記録、リハビリテーション記録、栄養士の記録など）を指している。

指標

指標は、自己評価ツールの中で報告される必要がある。しかし、指標を作成するためのデータ収集の過程は、（指標の報告とは）別に行なう必要がある。どの指標を選択するかは判断は病院に委ねられているが少なくとも各基準から1個の指標は収集しなければならない。

基準を充足しているか、そして、指標に照らしてどのレベルのパフォーマンス水準であるかの評価に基づいて活動計画を作成するために、指標は自己評価ツールの中で報告される必要がある。指標の変化を反映するために、経時的に繰り返し測定をする必要がある。半年ごとに指標を収集することが推奨されている。

4.3. 結果を解釈する

質の測定には、患者に提供されたヘルスケアに関するデータを総括し、結果を率、比、頻度、分布、平均パフォーマンス点数として表現することが必要である。

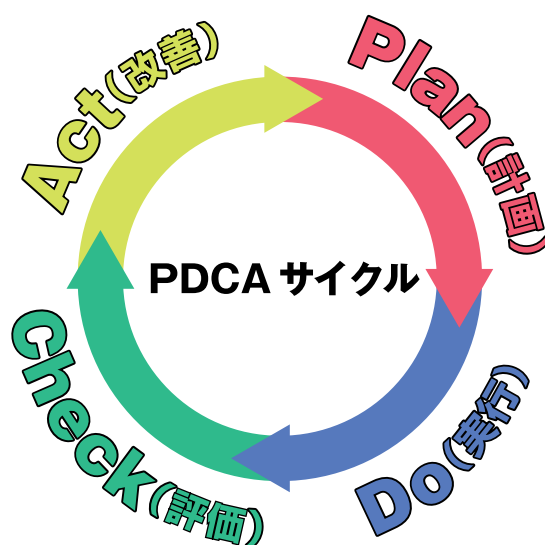
測定値は、大きさを示す数値と数値を解釈するための文脈を提供する単位からなる。もし、比較しうる基準がなければ、質の測定値の結果を良いか悪いかを解釈することはできない。比較には、類似のサービス提供者と同一時点での比較をする外部比較、類似のサービス提供者との経時的な外部比較、経時的な内部比較（質の改善の努力前後の点数比較）、そして、規範的な基準（例えば、地域保健計画に基づいた目標）がある。

いくつかの地域にはヘルスケア治療とサービスのために、よく練られたケア基準がある。この場合には、「質の問題が存在する、あるいは、存在しない」と結論できるだろう。ケアの基準がないところでは、国家目標や測定する機関が設定した目標値と比較するのであれば意味がありうる。病院内で自己評価の結果を論議するだけでなく、ヘルスプロモーション活動の自己評価を実施している他の病院とも一緒に論議することが推奨されている。

4.4. 質の改善計画を作成する

このプロジェクトの実践では、計画—実行—評価—改善（PDCA）のサイクルに従うことが推奨されている。PDCAサイクルは、元々は1930年代にウォルター・シューハートが考え、後にエドワード・デミングが採用したものである。モデルは、改善プロセス（システム）のための枠組みを示している。モデルは、全般的な改善プロジェクトを導入するために活用することもあるし、あるいは、改善すべき対象となる領域が特定できれば特定のプロジェクトの策定のために活用できる。PDCAサイクルは、ダイナミック（動的）モデルとして利用するように作成されている（図4）。サイクルの一つのフェイズの終わりは次のフェイズの始まりとなる。継続的な質の改善の精神に則れば、プロセスは常に再分析され、変化に対する新しい検討を始めることができる。

図 4：PDCA サイクル



計画：改善を目標にした活動、プロジェクト、手続きを計画すること。計画は、改善したい対象を分析すること、変化の可能性のある領域を探し出すこと、投資に対する最大の見返りが考えられる領域を決定することを必然的に伴う。

実行：変化を起こし、テストし（できれば小さな規模で）、計画フェイズで決めていた変化を具体化する。

評価：結果を振り返り、成功と失敗を分析する。PDCAサイクルで重要な段階である。短期間で変化させた後は、うまく作動しているかを判断しなければならない。期待していた通りの改善につながっているだろうか。改善の段階をモニターできる測定値を決めなければならない。

改善：変化を取り入れたり、棄却したり、再びサイクルを回す。

自己評価の手続きでは、自己評価表には基準や指標による評価で特定された質の改善活動を記載し、その活動の責任の所在を明記する記入欄がある。さらに、改善に必要な期間と期待される効果を記録する必要がある。自己評価表の最後には、全体の質の改善活動と特定の基準に関連する活動を記載する記入欄がある。

プロジェクト・リーダーは、最高責任者からの支援を得るために、多職種の運営グループと協力して、できるだけ正確にデータを記入し、同時に、実現できそうにない質の改善活動に対して現実的に対応する責任がある。自己評価を完了すると、運営グループ委員は良好に実践できている領域を確認でき、基準や下位基準を満たさない、改善が必要な領域も特定することができる。それから改善計画は、これらの問題に対処するように作成される。重要なことは、改善計画は地域や国ごとの優先度、対象、病院が利用できる資源に左右されることである。また、改善計画は進捗をモニターするために病院の既存の管理システムに統合するべきだろう。

質の改善の可能性がうまく特定でき計画作成と活動の実践ができれば、質の改善のサイクルを継続するために引き続く自己評価の実践が必要とされる。PDCAサイクルが機能すれば、継続してサービスを改善するために、新たにより複雑なプロジェクトを実行することができる。

自己評価表

自己評価の責任

自己評価の責任は、この部分に記述されなければならない。全体に責任を持つ人（プロジェクト・リーダー）が一人いなければならない。それ以外の責任については、病院の組織構造や利用できる人的資源にしたがって基準ごとに分担してもよい（例えば、基準1と基準5の評価の責任は上級管理者が分担し、他の基準は臨床部門の職員が分担する）。どのメンバーも、データの収集またはそれを監督する旨を確認する同意の署名をしなければならない。

活動計画は、運営グループ全体で討議され、計画されなければならない。

プロジェクト・リーダーは、活動計画を承認し、実施を促進する。

活動計画は、管理者に提出される必要がある。

プロジェクト・リーダー

（自己評価全体のプロセスを監督し、提出された結果に責任を持つ）

氏名

職務

日付

/ /

署名

運営グループのメンバー

氏名	部門	役職/職務	職種/専門

基準1のプロジェクト・リーダー：管理方針

氏名

職務

日付 / /

署名

基準2のプロジェクト・リーダー：患者評価

氏名

職務

日付 / /

署名

基準3のプロジェクト・リーダー：患者への情報提供と介入

氏名

職務

日付 / /

署名

基準4のプロジェクト・リーダー：健康な職場づくりの推進

氏名

職務

日付 / /

署名

基準5のプロジェクト・リーダー：継続性と連携

氏名

職務

日付 / /

署名

1

基準 管理方針

組織は、ヘルスプロモーションについて明文化された方針を持たなければならない。方針は、健康アウトカムの改善を目指し組織全体の質の改善システムの一部として実行される。方針は、患者と家族、職員を対象とする。

基準のねらい

ヘルスプロモーションに関する組織活動の枠組みを、組織の質の管理システムの不可欠な要素として記述する。

下位基準

1.1. 組織は、ヘルスプロモーションを実践する責任を明確にする。

1.1.1. 病院の目的や使命を明記した中に、ヘルスプロモーションが含まれている。

[根拠：例) 活動のタイムテーブル]

コメント

はい

一部

いいえ

1.1.2. 管理機関の議事録で過去1年以内にWHOのHPHプロジェクトへの参加に同意していることを再確認できる。

[根拠：例) 決定日もしくは年会費の支払い日]

コメント

はい

一部

いいえ

- 1.1.3. 現在の病院の質の改善計画と事業計画に、患者、職員、コミュニティに対するヘルスプロモーションが含まれている。
[根拠：例] ヘルスプロモーションが活動計画に明記されている]

コメント

はい

一部

いいえ

- 1.1.4. 病院では、ヘルスプロモーションをコーディネートする職員と機能が明確である。
[根拠：例] ヘルスプロモーションのコーディネートのために任命されたスタッフがいる]

コメント

はい

一部

いいえ

1.2. 組織はヘルスプロモーションを実践するための資源を配分する。

- 1.2.1. ヘルスプロモーションのサービスと物品のための予算が特定できる。
[根拠：例] 予算や人員配置]

コメント

はい

一部

いいえ

- 1.2.2. ヘルスプロモーション活動を組み込んだ診療ガイドラインやパスのような実施手順が、臨床部門で利用できる。
[根拠：例] ガイドラインをチェックする]

コメント

はい

一部

いいえ

- 1.2.3. ヘルスプロモーションに必要とされる固有の構造や施設（資源、場所、器具を含む）が特定できる。
[根拠：例] 患者を持ち上げる設備を利用できるなど]

コメント

はい

一部

いいえ

組織は、ヘルスプロモーション活動の質をモニターするために、データの収集と評価ができる手続きを設けている。

〔根拠：例〕 利用可能かを職員の調査で評価する

[根拠：例) 調査の日程表が入手できる]

基準 1：管理方針

補完的な指標

指標 1 _____ヘルスプロモーションの方針を知っているスタッフの割合(%)

指標 2 _____ヘルスプロモーションの方針を知っている患者（および家族）の割合（%）

指標 3 _____スタッフのヘルスプロモーション活動にあてられる予算の割合（%）

追加指標

(行動計画のために考慮してもよい国・地域または病院独自の指標)

基準 1：管理方針

活動計画

	活動	責任者	期間	期待される結果
まとめ*6				
1.1.				
1.2.				
1.3.				

訳注*6)「まとめ」には、1.1.から1.3.の各活動計画のまとめを記載する。

2

基準 患者評価

組織は、医療従事者がヘルスプロモーション活動のニーズを患者と共同して体系的に評価できるようにする。

基準のねらい

患者の治療を支援し、予後を改善し、患者の健康とウェルビーイング*7を増進する。

下位基準

2.1. 組織は全ての患者のヘルスプロモーションのニーズを評価できるようにする。

- 2.1.1. 喫煙状況、アルコール消費、栄養状態、心理・社会・経済状態を確認する方法を示したガイドラインが存在する。
[根拠：例) 利用できるか確認する]

コメント

はい 一部 いいえ

- 2.1.2 ガイドラインや手順は、1年以内に改訂されている。
[根拠：例) ガイドラインを改訂した日付、責任者を確認する]

コメント

はい 一部 いいえ

訳注*7) ウェルビーイングー主観的健康、幸福などと訳される。

2.1.3 患者集団（例えば、喘息、糖尿病、COPD、術後、リハビリテーション）ごとにヘルスプロモーションのニーズを確認するガイドラインが存在する。
[根拠：例] 各診療科で専門の治療を受けている患者集団ごとに]

コメント

はい

一部

いいえ

2.2. 患者のヘルスプロモーションのニーズの評価は、初診時に実施する。これは、患者の状態や要求が変化したときには、必要に応じて見直し、更新される。

2.2.1. 評価は、入院時の患者の診療録に記録されている。
[根拠：例] 患者診療録監査で確認する]

コメント

はい

一部

いいえ

2.2.2. 退院や介入の終了時点で、ニーズを再評価するガイドラインや手順がある。
[根拠：例] ガイドラインが存在する]

コメント

はい

一部

いいえ

2.3.

患者のニーズの評価は、本人以外から得られた情報も反映し、患者の社会的、文化的な背景を勘案したものである。

2.3.1. 紹介元の医師や他の関連部門からの情報は、患者の診療録の中で参照できる。
[根拠：例] 紹介された全ての患者について]

コメント

はい	一部	いいえ

2.3.2. 患者の診療録は社会的・文化的な背景を適切に記録している。
[根拠：例] 特別な食事や特定の注意を必要とする宗教。患者が持つ社会的なリスク]

コメント

はい	一部	いいえ

基準2：患者評価

補完的な指標

指標 4 _____ 一般的な危険因子について評価されている患者の割合（％）

指標 5 _____ 疾患に特有の危険因子がガイドラインに沿って評価されている患者の割合（％）

指標 6 _____ 評価手段を用いた患者の満足度調査のスコア

追加指標

(行動計画のために考慮してもよい国・地域または病院独自の指標)

基準2：患者評価

活動計画

	活動	責任者	期間	期待される結果
まとめ				
2.1.				
2.2.				
2.3.				

3

基準

患者への情報提供と介入

組織は、患者に自身の疾患や健康状態に関連する重要な要因についての情報を提供する。ヘルスプロモーションの介入は患者の全ての診療過程で実践される。

基準のねらい

計画している活動を患者に確実に知らせ、患者が計画された活動に積極的に協力するよう促し、全ての診療過程でヘルスプロモーション活動が（これまでの活動と）一体となって実践されるようにする。

下位基準

3.1.

ヘルスプロモーションのニーズ評価に基づいて、患者は自身の健康に影響する要因について情報を提供される。ヘルスプロモーションに関して、患者と共同して作られた活動計画が確認される。

3.1.1. 患者に与えられる情報は、患者の診療録に記録される。

【根拠：例）全ての患者からの診療録の無作為の監査】

コメント

はい

一部

いいえ

3.1.2. ヘルスプロモーション活動と期待される結果は、診療録に記録され評価されている。

【根拠：例）患者の診療録の監査】

コメント

はい

一部

いいえ

3.1.3. 情報提供についての患者満足度評価が行われており、その結果は
質の管理システムに組み込まれている。
[根拠：例) 調査、フォーカス・グループ・インタビュー*8、質問紙と
いった様々な評価方法。日程]

コメント

はい	一部	いいえ

3.2. 組織は、全ての患者、職員、訪問者が健康に影響を
与える要因について、一般的な情報を入手できるよ
うにする。

3.2.1. 一般的な健康情報が手に入れられる。
[根拠：例) 印刷物、オンラインの情報、特別な情報コーナーが利用で
きる]

コメント

はい	一部	いいえ

3.2.2. 頻度が高い、または重篤な疾患については詳細な情報が入手できる。
[根拠：例) 印刷物、オンラインの情報、特別な情報コーナーが利用で
きる]

コメント

はい	一部	いいえ

3.2.3. 患者組織についての情報が入手できる。
[根拠：例) 連絡先が提供されている]

コメント

はい	一部	いいえ

訳注*8) フォーカス・グループ・インタビュー 意見を聞きたいテーマについて、少数の対象集団（フォーカス・グループ）に対して、司会者の
進行に沿って行う座談会形式の調査方法。

基準3：患者への情報提供と介入

補完的な指標

指標7 _____ 自身の慢性疾患について特定の自己管理行動の教育を受けた患者の割合（％）

指標8 _____ 自身の慢性疾患の管理について、危険因子の修正と疾病治療の選択肢の教育を受けた患者の割合（％）

指標9 _____ 情報提供や介入手続きについての患者の意識調査のスコア

追加指標

（行動計画のために考慮してもよい国・地域または病院独自の指標）

基準3：患者への情報提供と介入

活動計画

	活動	責任者	期間	期待される結果
まとめ				
3.1.				
3.2.				

4

基準

健康な職場づくりの推進

管理者は、病院を健康な職場とするための条件を整備する。

基準のねらい

健康で安全な職場づくり^{*9}と職員のヘルスプロモーション活動を支援する。

下位基準

4.1. 組織は、健康で安全な職場づくりを推進する。

4.1.1. 労働環境は、国/地域の基準や指標を満たしている。
[根拠：例] 国や国際的(EU)な規制が認識されている]

コメント

はい	一部	いいえ
☐	☐	☐

4.1.2. 職員は健康と安全の要件を満たしていて、職場の全てのリスクが確認されている^{*10}。
[根拠：例] 労働災害のデータを評価する]

コメント

はい	一部	いいえ
☐	☐	☐

訳注*9) 職場づくりー原文ではdevelopment and implementation（開発と実践）だが、職場づくりの訳語をあてた。
訳注*10) 職員が、国や病院独自の安全衛生の基準や規則を満たした働き方をしているかということ。

4.2. 組織は、職員のヘルスプロモーションのスキルの研修と開発を含む包括的な人材戦略を策定し、実践する。

4.2.1. 新入職員は、病院のヘルスプロモーションの方針を扱った導入研修を受けている。
[根拠：例) 新入職員からの聞き取り]

コメント

はい	一部	いいえ

4.2.2. 全ての部門の職員は、組織のヘルスプロモーションの方針の内容を知っている。
[根拠：例) 毎年の能力評価やヘルスプロモーション活動への職員の参加]

コメント

はい	一部	いいえ

4.2.3. ヘルスプロモーションを対象とした評価システムと専門職の生涯研修がある。
[根拠：例) 職員のファイルの閲覧やインタビューで確認できる]

コメント

はい	一部	いいえ

4.2.4. 業務手順やガイドラインは、多職種のチームで検討されている。
[根拠：例) 手順を確認し、職員と一緒に評価する]

コメント

はい	一部	いいえ

- 4.2.5. 職員は、病院のヘルスプロモーションの方針作成、監査、総括に関わっている。
[根拠：例) 職員と一緒に評価する。職員代表の参加する運営グループの議事録で確認する]

コメント

はい	一部	いいえ
☐	☐	☐

4.3. 組織は、スタッフが自身の健康問題への関心を維持発展できるように整備する。

- 4.3.1. 職員の健康問題についての啓発方針がある。
[根拠：例) 喫煙、アルコール、薬物乱用、運動についての方針を確認する]

コメント

はい	一部	いいえ
☐	☐	☐

- 4.3.2. 禁煙プログラムが提供されている。
[根拠：例) プログラムに参加できるか]

コメント

はい	一部	いいえ
☐	☐	☐

- 4.3.3. 個人の健康行動、支援サービスや方針についての知識、支援セミナーの活用についての評価を含むスタッフ調査が毎年行われている。
[根拠：例) 職員調査に使われている質問紙とその結果を確認する]

コメント

はい	一部	いいえ
☐	☐	☐

基準 4：健康な職場づくりの推進

補完的な指標

指標10 _____ 喫煙しているスタッフの割合（％）

指標11 _____ 喫煙中もしくは最近禁煙したスタッフで、禁煙のアドバイスを受けたスタッフの割合（％）

指標12 _____ 職場環境についてのスタッフの意識調査のスコア

指標13 _____ 短期の欠勤者の割合（％）

指標14 _____ 業務に関連した負傷の割合（％）

指標15 _____ バーンアウトスケールのスコア

追加指標

（行動計画のために考慮してもよい国・地域または病院独自の指標）

基準 4：健康な職場づくりの推進

活動計画

	活動	責任者	期間	期待される結果
まとめ				
4.1.				
4.2.				
4.3.				

5

基準

継続性と連携

組織は、他の医療機関、施設、部門との連携に継続的かつ計画的に取り組んでいる。

基準のねらい

関連機関と連携し、ヘルスプロモーション活動を患者の診療過程に最適に組み込むための協力を図る。

下位基準

5.1.

組織は、ヘルスプロモーションサービスが現在の規定や地域の保健計画と一貫性があるものとする。

5.1.1. 管理部は地域の保健計画を考慮している。

[根拠：例] 管理部の会議の議事録で、確認され解説されている規則や規定がある]

コメント

はい

一部

いいえ

5.1.2. 管理部は、病院と協力関係にある医療・福祉機関のリストを提供できる。

[根拠：例] リストの更新を確認する]

コメント

はい

一部

いいえ

5.1.3. 部門内、部門間の協力は、地域の保健計画の実施に基づいている。
[根拠：例) 一致を確認する]

コメント

はい	一部	いいえ
☐	☐	☐

5.1.4. 患者のケアの継続性を改善するために、連携機関との文書化した連携計画がある。
[根拠：例) 入院基準、退院計画]

コメント

はい	一部	いいえ
☐	☐	☐

5.2.

組織は、患者が外来受診の際や退院後にヘルスプロモーション活動を実践したり手続きを利用できるようにする。

5.2.1. 患者（必要であれば家族も）は、外来受診時、専門医への紹介時、退院時にわかりやすいフォローアップの説明を受けることができる。
[根拠：例) 患者調査で患者からの評価を確認する]

コメント

はい	一部	いいえ
☐	☐	☐

5.2.2. 組織間で、全ての必要な患者情報の交換手続きについて同意が得られている。
[根拠：例) 利用できる手続きがあるか確認する]

コメント

はい	一部	いいえ
☐	☐	☐

5.2.3. 患者の状態、健康のニーズ、行った介入について、適時に紹介先の組織にサマリーとして報告されている。
[根拠：例) 控えが入手できる]

コメント

はい	一部	いいえ
☐	☐	☐

5.2.4. 必要なら、組織と協力機関の役割が書かれたリハビリテーションの計画が患者の診療録に記載されている。
[根拠：例) 記録の監査]

コメント

はい	一部	いいえ
☐	☐	☐

基準 5：継続性と連携

補完的な指標

指標16 _____ GP（家庭医）や紹介先の施設に2週間以内にサマリーを送付するか、あるいは退院時に患者にサマリーを手渡した割合（%）

指標17 _____ 外来管理が可能な疾患の5日以内の再入院率

指標18 _____ 患者の退院調整サーベイのスコア

追加指標

（行動計画のために考慮してもよい国・地域または病院独自の指標）

基準5：継続性と連携

活動計画

	活動	責任者	期間	期待される結果
まとめ				
5.1.				
5.2.				

基準の順守の総括的評価

管理方針

1

合計 :

はい	一部	いいえ
9	9	9

患者評価

2

合計 :

はい	一部	いいえ
7	7	7

患者への情報提供と介入

3

合計 :

はい	一部	いいえ
6	6	6

健康な職場づくりの推進

4

合計 :

はい	一部	いいえ
10	10	10

継続性と連携

5

合計 :

はい	一部	いいえ
8	8	8

総合計 :

はい	一部	いいえ
40	40	40

総括的活動計画

(必要ならページを追加してください)

全般的活動

特定の基準や指標の評価に関連する活動

指標の解説シート

6. 指標の解説シート

解説シートは提案された指標ごとに作成されている³⁰⁾。解説シートには、運用上の定義、理論的根拠と使用の正当性（負担、重要性、普及率、改良の余地）、データ源と階層化及び妥当性、解釈のための指針が記載されている。

強調しておく必要があるのは、提案された指標の一部は国際疾病分類（ICD）用語にある臨床指標や算入/除外の明確な基準として説明されるものではなく、むしろ調査の手段や監査の手順に左右されるという点である。病院におけるヘルスプロモーション活動の指標の多くはまだ発展途上であるので、評価の確立された臨床指標と比較するといくつかの指標の妥当性や信頼性はいまだ限られている。

後続のページにある解説シートは、新たな根拠やこれらの指標の妥当性の評価を反映して定期的に更新される必要がある。臨床的、あるいは、その他のヘルスケアの質に関連した指標についての包括的な全体像はオンラインで入手可能である³¹⁾。

第 1 節 理論的根拠と解説

この項目では指標が使用されるべき理由を簡潔に説明する。指標が測定するものと指標の強みおよび限界を明確にすることは非常に重要である。利用者が指標を承認し、困難であってもデータ収集を遂行し、データの質を確保するように促すためには、指標に関するデータ収集が大切な理由を利用者が理解することが極めて重要である。

第 2 節 運用上の定義

この項目の目的は共通の言語を共有することである。運用上の定義を定めることで、それぞれの病院や国々を通じて縦断的・横断的に同じ形式のデータ収集ができるようになっている。指標が比較のために利用される場合には、運用上の定義（や元になるデータ）は概ね標準化される必要がある。

30. Some of the indicators chosen are congruent with those selected in the WHO Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH). For those indicators we used the same definition. For further information on the PATH project, please see www.euro.who.int/ihb

31. National quality measures clearinghouse (www.qualitymeasures.ahrq.gov , accessed 08 May2006).

第 3 節 データ源と階層化

この項目ではデータ収集に関する情報を示す。施設間の比較を行うことがこのプロジェクトの主な目標ではないので、縦断的分析のための指標の信頼性と妥当性を高めるためには、明確に定義し均質なデータ収集する手順を定めることだけが重要である。いくつかの指標に関しては、収集すべきデータとデータの入手場所、誰がデータを収集するか、またデータの品質管理の方法についての情報を示す。

第 4 節 解釈ガイド

最後の項目では、指標の結果の利用方法についての情報を示す。このプロジェクトの目的は、自己評価の結果に基づいて現在の実践の振り返りと質の改善活動の開始を促すことである。そのためには、指標は単なるパフォーマンスの良し悪しの報告とみなすべきものではなく、また別個に解釈されるべきものでもない。

表 2：方針に関するスタッフの認知度についての解説シート

領域	管理方針
指標 1	ヘルスプロモーションの方針を知っているスタッフの割合 (%)
理論的根拠と解説	対応する基準の主要な目的は、スタッフや患者・患者家族を対象としたヘルスプロモーションの方針を管理部が作成することである。このプロセスの最も大切な点は、責任を明確にし、能力を高め、施設と設備を確認することである。 基準と下位基準に従っているかを直接評価することが目的ではなく、むしろ継続して実践していることを評価することが目的である。したがって、方針とその内容についてのスタッフの認知度は、パフォーマンスの測定手段としては間接的で反映的であるが、非常に関連が深い方法とみなして良いだろう。たとえスタッフが方針に満足していなくても、それに関する認知度の測定は、民主的で透明性のある作業過程を踏んでさえいれば正当なものといえる。
分子	ヘルスプロモーションの方針の主な構成要素を言えるスタッフの数
分母	全てのスタッフ数
データ源	監査あるいはサーベイ。多くの病院はスタッフの健康や満足度に関連するサーベイを繰り返し行っており、その項目にはヘルスプロモーションの方針についてのスタッフの認知度の評価が含まれることがあるだろう。あるいは指標に関するデータを得るために、簡便なサンプルを使って特定の目的に限ったサーベイをすることでもよい。
階層化	部門、職種
注釈/解釈	この指標は体系的に検証されたものではない。しかし、組織の基本理念に関するスタッフの認知度を評価する類似の指標が利用でき、すでに評価が定まっている³²⁾。しかもスタッフの参加が組織に有用であることを示す文献が組織科学領域で数多く存在する³³⁾。スタッフが管理方針を熟知していることは、管理者とスタッフ間のコミュニケーションが良いことを反映し、それ自体が、経営上の意思決定、一体感の創造や組織的な学びの過程を促進する可能性を持った重要なことだからである。 一方で、特にスタッフに方針を実現する資源がない時には、知っているだけではスタッフのヘルスプロモーション活動がすすむ保証とはならない。この指標は、スタッフにどのように管理方針が伝えられているかを観察するのに有用であるが、実際のヘルスプロモーションの成果を測定するものではない。PDCAサイクルが回り出したら、方針の特定事項に関するスタッフの知識を高め、方針を実現するのに必要なスタッフの可能性と資源を評価することに新たに取り組んでもよい。

32. Roberts KH. Managing high reliability organizations. Calif Manage Rev 1990, 32: 101-113.

33. Dierkes M, Antal AB, Child J, Nonaka I. Handbook of organizational learning and knowledge. Open University Press, 2001.

表3：患者と（その家族）の認知度についての解説シート

領域	管理方針
指標2	ヘルスプロモーションの方針を知っている患者（および家族）の割合（%）
理論的根拠と解説	指標1と同じく、患者がヘルスプロモーション活動から最大の利益を得るためには、その方針を知っている必要がある。方針を知らされている患者は、自分の健康状態や生活習慣を変えることについての情報や、他の施設や協会、自助グループについての情報をより多く要求する傾向にある。基本的な前提は、エンパワーメントされた患者ほど、自分の状態やヘルスケアのプロセス、フォローアップの意義を理解するために、より多くの情報を得たいと要求するというものである。 エンパワーメントされた患者は、よりよい健康上のアウトカムを得るということを支持する強力な根拠が存在する³⁴⁾。さらに、この情報は患者家族にも役立つようにすべきだろう。しかしながら、病院を訪れる家族の系統的な記録はないので、データ収集の負担はより大きいだろう。
分子	ヘルスプロモーションの方針を知っている患者の数
分母	すべての患者数（退院）
データ源	サーベイ。多くの国々では、病院は提供したケアについて患者の意見や感想を聞くために退院後に満足度調査票を送っている。このような調査に、ヘルスプロモーションの方針に関しての患者の認知度の項目を組み込むことが可能である。退院時インタビューも、簡単にできる患者サンプルとして、患者がどの程度までヘルスプロモーションの方針を知っているかを評価するために利用できる。
階層化	病院について：部門 患者について：年齢、性別、学歴
注釈/解釈	この指標は体系的に検証されていない。しかしながら、エンパワーメントと健康との相関については、強力な根拠が存在する。この指標は、医療従事者が患者とどのように意思疎通するか、そして医療従事者がヘルスプロモーションに関して自分たちの病院が何をしているのかを説明できるかを観察するのに有用である。PDCAサイクルが回り出したら、患者が受けた特定のヘルスプロモーションの介入、あるいは患者が重要だと考える介入についての患者の知識を測定することに取組んでもよい。この情報は他のヘルスプロモーション活動を進めるうえで有用となりうるだろう。

34. McKee M. In: The evidence for health promotion effectiveness. Report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Brussels, 2000.

表 4：ヘルスプロモーションの予算の割合についての解説シート

領域	管理方針
指標 3	スタッフのヘルスプロモーション活動にあてられる予算の割合 (%) ^{*11}
理論的根拠と解説	この指標はヘルスプロモーション活動に関わるトレーニングや会議、施設と設備に活用できる財源に直接言及したものである。病院内には、ヘルスプロモーション活動の範囲で入手できるデータはほとんどない。ヨーロッパの7カ国における1,400以上の企業における調査では、ヘルスプロモーションの領域（たとえば食事、アルコール、喫煙についての方針）とみなされる活動は、ほとんど行われていない傾向にあることが示されている³⁵⁾。 ヘルスプロモーション活動の領域は以下のようにグループ分けされる 1) 検診 2) 健康的な行動の増進 3) 組織的介入 4) 安全で快適な環境 5) 社会と福祉 実例：職場での禁煙プログラム、ストレスカウンセリング、職場の託児保育所、インフルエンザワクチン、アルコール依存症スクリーニングなど。 病院内で財源を振り分ける自由度は、国によって、また施設が公立か私立か、そして利用できる総予算の額によって大きく変わる。それはまた職場におけるヘルスプロモーションについての国の政策や法律にも依る。考えられる副作用としては、病院のヘルスプロモーション活動が予算額でしか評価されず、活動量と質において評価されなくなることがある。しかしながら、病院はヘルスプロモーション活動の有用性に対する確信がなくても、またその予算を一度も使ったことがなくても予算を決めて差し支えない。
分子	スタッフのヘルスプロモーション活動にあてられる予算
分母	その期間における被雇用者数の平均 (代替として：常勤の雇用者数の平均)
データ源	財政データ
階層化	ヘルスプロモーションの領域による（上記の定義を参照）
注釈/解釈	この指標は体系的には評価されていない。ヘルスプロモーションの予算を明確に定めることがヘルスプロモーションの範囲と質に影響を与えるということを支持する根拠はない。しかしながら、活動が期待するような結果をもたらさなくても、その実施はスタッフの健康に関心があること、すなわちスタッフを大切にする姿勢があると考えることが可能である。

35. European Foundation for the Improvement of Living and Working Condition (EFILWC) Workplace Health Promotion in Europe - Programme summary. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, ed., 1997: 40.

訳注*11) 分子と分母の定義にあるように、1人当たりのヘルスプロモーション活動の予算である。

表 5：一般的な危険因子を持つ患者評価についての解説シート

領域	患者評価
指標 4	一般的な危険因子について評価されている患者の割合（％）
理論的根拠と解説	指標は患者が一般的な危険因子について評価されているかどうかを測定する。一般的な危険因子は多くの疾病の発生に関与している。しかしそれらは評価されず、または（評価されても）診療録にも看護記録にも記載されていないことが多い。この指標の目的は、すべての患者について一般的な危険因子を体系的に評価し、記録を行うことで、評価者というよりも他の医療専門家が利用しやすいように支援することである。
分子	喫煙や栄養、アルコールを含む危険因子について評価されたという根拠が記録にある患者の全数
分母	患者数（ランダムなサンプル）
データ源	診療録あるいは看護記録についての臨床的監査（サンプル）
階層化	年齢
注釈/解釈	なし

表6：特有のリスク因子を持つ患者評価についての解説シート

領域	患者評価
指標5	疾患に特有の危険因子がガイドラインに沿って評価されている患者の割合（％）
理論的根拠と解説	この指標は、ガイドラインに照らして患者の危険因子が評価されているかを測定する。慢性疾患による入院の多くは、その進行に強く影響する危険因子、たとえば喫煙習慣、過剰なアルコール摂取、低栄養、運動不足などと関連することがある。 病院はしばしば、根本的な危険因子に取り組まずに慢性疾患の症状を改善するためのケアを提供することがある。病院は、たとえば禁煙のための強化プログラムを必ず提供しなければならないというわけではないが、a)このようなサービスをどこで受けられるのかに関する情報を提供し、b)患者が入院する原因になった状態に関与する危険因子の存在についてプライマリケアの医師へフィードバックするべきである。
分子	ガイドラインに照らして、喫煙、栄養、アルコールを含む危険因子に関して評価されたという根拠が記録にある患者の総数
分母	患者数（ランダムサンプルで）
データ源	診療録あるいは看護記録の臨床監査（サンプル）
階層化	年齢
注釈/解釈	指標4との違いは特定の疾患に焦点を当てていることと評価の過程でガイドラインを用いていることにある。理論的根拠は特定の慢性疾患には喫煙や運動不足のような一般的な危険因子を超える明確な危険因子が存在するというものである。

表7：患者満足度についての解説シート

領域	患者評価
指標6	評価手段を用いた患者の満足度調査のスコア
理論的根拠と解説	患者満足度の質問紙調査は、患者の視点からケアの全体の質を評価するツールとして認められている。評価はたいてい退院時、あるいは退院後間もない時期（たとえば2週間以内など）におこなわれる。患者満足度の質問紙調査は、ケアの質全般について評価するには有用である。つまり、入院患者は病気に対する介入の技術的側面については評価できないかもしれないが、ケアに関する事柄、つまり患者にとって非常に大切なこと—プライバシーの尊重、ケアの継続性、守秘義務、感情を含むすべてのニーズが大切にされているという感覚—についての評価は患者が行うのが最適である。患者の満足と意識の質問紙調査票はケアのこのような側面を評価する主要なツールであり、そして、HPHネットワークの目的もそれらを発展させることにあるのである。
分子	サーベイのスコア（例えば、ケアに満足している患者。使用する評価ツールによる；病院はその目指す目的についての独自のカットオフ値を選択してもよい）
分母	すべての患者
データ源	サーベイ
階層化	病院の部門、 患者の年齢、性別、学歴
注釈	様々な言語で多くの調査ツールがオンラインで入手可能であるが、病院は自前の調査票を使うことが多いので、患者の満足や意識の評価に偏りがあるかもしれない。我々は、心理測定分析の検証を受けた標準化された評価ツール、たとえばピッカー質問紙法、ServQaul*¹²、あるいは消費者健康計画評価などを用いることを強く推奨する。

訳注*12) ServQaulーサービス（Service）と品質（Quality）を組み合わせた造語で、サービスの品質測定尺度。

表 8：自己管理のための患者教育についての解説シート

領域	患者への情報提供と介入
指標7	自身の慢性疾患について特定の自己管理行動の教育を受けた患者の割合（%）
理論的根拠と解説	ケアの大半は慢性疾患の患者に対して提供されている。しかしながら、入院は、慢性疾患患者が必要とする一連のケアのごく一部にしか過ぎない。ケアの大半は、病院外の外来部門で提供されるか、あるいは患者とその家族によって自己管理されている。実際、自分自身のケアに能動的に関わるように患者をエンパワメントすることで、ケアの質を改善し医療システムの費用を減らすことができる。 ケアの過程に患者がより能動的に参加するには、慢性疾患の状態を改善するために患者ができる行動について十分に情報提供されることが不可欠である。患者が良い教育を受けるほど、合併症や再入院は少なくてすみ、その結果、患者の生活の質の向上と費用抑制の両方に寄与する³⁶⁾、³⁷⁾。
分子	自身の慢性疾患の自己管理活動について述べることができる患者
分母	すべての患者数（サンプル）
データ源	サーベイ、インタビュー
階層化	部門、年齢、性別
注釈	サーベイの方法は患者が述べるべきでない主要な自己管理行動を明示すべきである。

36. Tattersall RL. The expert patient: a new approach to chronic disease management for the twenty-first century. Clinical Medicine, 2002, 2(3): 227-9.

37. Lorig K. et al. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. Medical Care 1999, 37(1): 5-14.

表 9：危険因子に関する患者教育についての解説シート

領域	患者への情報提供と介入
指標 8	自身の慢性疾患の管理について、危険因子の修正と疾病治療の選択肢の教育を受けた患者の割合（％）
理論的根拠と解説	指標7に同じ。違いは特定の慢性疾患に焦点を当てていること。
分子	自身の慢性疾患の自己管理行動について述べることができる患者数
分母	特定の慢性疾患と診断された患者数（たとえば脳卒中、慢性閉塞性肺疾患、心筋梗塞、糖尿病など）
データ源	サーベイ、インタビュー
階層化	部門、年齢、性別、慢性疾患
注釈	サーベイは慢性疾患ごとに、患者が述べることはできない危険因子の修正や疾病治療の選択肢を明示しておかなければならない。 指標8は指標7と非常に似ており、これら両方が状況に応じて階層化されつつ、同時に収集されてもよい。

表10：患者情報/介入スコアについての解説シート

領域	患者への情報提供と介入
指標9	情報提供や介入手続きについての患者の意識調査のスコア
理論的根拠と解説	指標6と同じ。ケアに関する患者の意識についての質問紙調査は、患者の視点から見たケアの質の全般的な評価ツールとして認められている。 ケア全般について評価する指標6に加えて、この指標は情報提供や介入の過程で感じたこと—たとえば医師は病気についての情報を提供したがそれは患者が理解できないような方法ではなかったか—といったことを評価する。
分子	サーベイのスコア（たとえば、ケアに満足した患者数—評価のために使用したツールに依る。病院はその目指す目標に関しての独自のカットオフ値を選択してよい）
分母	すべての患者数
データ源	サーベイ
階層化	病院の部門、患者の年齢・性別・学歴
注釈	様々な言語で多くの調査ツールがオンラインで入手可能であるが、病院は、自前の調査票を使うことが多いので患者の満足や意識の評価に偏りがあるかもしれない。我々は、心理測定分析の検証を受けた標準化された評価ツール、たとえばピッカー質問紙法³⁸⁾、ServQaul³⁹⁾、あるいは消費者健康計画評価⁴⁰⁾ などを用いることを強く推奨する。

38. Jenkinson C, Coulter, A, Bruster S. The Picker patient experience questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. International Journal for Quality in Health Care, 2002, 14: 353-358.

39. Buttler F. SERVQUAL: review, critique, research agenda. European Journal of Marketing, 1996, 30 (1): 8-32

40. Hibbard JH, Slovik P, Jewett JJ. Informing consumer decisions in health care: implications from decision-making research. The Milbank Quarterly, 1997, 75(3): 395-414.

表11：スタッフの喫煙に関する解説シート

領域	健康な職場づくりの推進
指標10	喫煙しているスタッフの割合（％）
理論的根拠と解説	HPHは無煙環境づくりに取り組んでおり、スタッフの喫煙率は病院におけるヘルスプロモーションの実践が全般的に成功しているかを反映するひとつの指標と言える。 喫煙が健康に悪影響があるのは疑う余地がない⁴¹⁾、⁴²⁾。それに関わらず、多くの医療従事者がいまだに喫煙している。さらにスタッフの喫煙行動は、生活習慣のカウンセリングをする際に、患者のコンプライアンスに影響する。喫煙習慣が関与する慢性疾患で入院している患者は生活習慣のカウンセリングに対しての受け入れが良くなる。しかしながら、自身が喫煙している医療従事者によるアドバイスでは、患者の喫煙を減らす効果は限定的である。
分子	喫煙しているスタッフの人数
分母	スタッフの総数
データ源	サーベイ
階層化	部門、職種、年齢、性別
注釈/解釈	ヨーロッパ無煙病院ネットワーク ⁴³⁾ は、ヨーロッパの様々な国の病院間で比較できる標準的な13の質問を含むサーベイ方法を開発した。

41. Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. British Medical Journal, 2002, 325: 188

42. Moller AM, Villebro N, Pedersen T, Tonnesen H. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomized clinical trial. Lancet 2002, 359: 114-117

43. European Network of Smoke-free hospitals (<http://ensh.free.fr> , accessed 08 May 2006).

表12：禁煙に関する解説シート

領域	健康な職場づくりの推進
指標11	喫煙中もしくは最近禁煙したスタッフで、禁煙のアドバイスを受けたスタッフの割合（％）
理論的根拠と解説	喫煙はそれに関連した死亡に有意な影響を持つ。禁煙は早期死亡のリスクを減少させ、喫煙者の多くは完全に禁煙することに関心をもっている。この指標は、測定期間中にマネージドケア組織^{*13}の医師の診察を受けた喫煙者と最近禁煙した者が禁煙のアドバイスを受けたかどうかを測定する。医師による禁煙のアドバイスは禁煙率を30%改善させることが分かっている⁴⁴⁾。 この測定は、測定年の期間中を通じて継続的に登録されている20歳以上^{*14}のスタッフで、現在の喫煙者あるいは最近の禁煙者であり、マネージドケア組織の医師の診察を測定期間中に受け、禁煙のアドバイスを受けた人の割合を評価する。
分子	調査に応じた者で分母のメンバーのうち、測定期間中にマネージドケア組織の医師から禁煙のアドバイスを受けた人数
分母	調査に応じたメンバーで、かつ、現在の喫煙者かあるいは最近の禁煙者であり、かつ、測定期間中にマネージドケア組織の医師の診察を1回以上受けた人数
データ源	(合衆国政府の) 医療品質研究調査機構の管理されたデータ
階層化	部門、専門、性別、年齢
注釈/解釈	これはHEDIS ^{*15} システムにおける標準的な指標である。NCQA ^{*16} の測定に関する詳細な点は、HEDIS Volume 2: Technical Specifications (NCQAのウェブサイト (www.ncqa.org) から入手可能である) を参照すること。

44. National Quality Measures Clearinghouse (<http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/>, accessed 08 May 2006).

訳注*13) マネージドケア組織－医療費削減を目的とした医療保険提供会社。

*14) 原文は18歳。

*15) HEDIS－NCQAが作成し、マネージドケア組織におけるパフォーマンス測定の指標。

*16) NCQA－米国の非営利組織でマネージドケア組織の認証を行っている。

表13：スタッフの意識についての解説シート

領域	健康な職場づくりの推進
指標12	職場環境についてのスタッフの意識調査のスコア
理論的根拠と解説	様々な手段で職場環境に関するスタッフの意識を評価することができる。JCQ（心理的な仕事の要求度や仕事の裁量度、職場での支援度を測定する）の結果は、看護師については、診断書のある疾病とない疾病の両者による欠勤に関連がある ⁴⁵⁾ 。この指標は指標13と強く関連している（満足度は欠勤と負の相関がある）。
分子	サーベイのスコア（たとえば職場環境に満足しているスタッフ数。使用する評価ツールに依る。病院は目標に合わせて独自のカットオフ値を選択してよい。）
分母	すべてのスタッフ数
データ源	サーベイ
階層化	病院部門、 患者の年齢・性別・学歴
注釈	サーベイ方法は、病院が選択してよいが、一例としてはカラセックのJCQがある ⁴⁶⁾ 。情報は、既存のスタッフの健康調査から得てもよい。しかしながら、妥当性や信頼性が心理測定分析後に証明されているアイテムやサーベイだけをを用いることが推奨される。

45. Bourbonnais R, Mondor M. Job strain and sickness absence among nurses in the Province of Québec. American Journal of Industrial Medicine, 2001, 39:194-202.

46. Karasek R, Brisson C, Kawakami N et al. The job content questionnaire: an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. Journal of Occupational Health Psychology, 1998, 3(4): 322-5.

表14：短期間の欠勤に関する解説シート

領域	健康な職場づくりの推進
指標13	短期の欠勤者の割合（%）*17
理論的根拠と解説	欠勤は病院機能に対し大きな負担になる。失われた労働時間を補充する費用がかさみ、残りのスタッフの労働負担の増加、生産性の低下、さらに経験を積んだ職員の代わりがない場合には、サービスの質の低下をもたらす。短期間の欠勤はかなり厄介な代物である。なぜなら、それは予測できない性質のもので、計画の調整と欠勤者の代わりを補充する手順を踏む時間がほとんどないからである。しかし、欠勤には良い効果もある。短期間の欠勤はストレスの強い状況に効果的に適応する戦略になりうる。 「病気であっても働く」―主に失業を恐れたり経済的な理由（収入がなくなる）からCISの国々では病気にもかかわらず出勤している従業員が増加している⁴⁷⁾。ヨーロッパでは欠勤率は（一時的なものも恒久的な就業不能も含めて）、デンマークの3.5%からポルトガルの8%⁴⁸⁾までの範囲である。病院レベルでは、様々な介入が欠勤率を低下させるかもしれない。従業員支援プログラム、訓練や目標設定プログラム、欠勤に対しての従業員の説明責任を高めるという方針転換、フレックスタイム制のような勤務時間の変更、トークンエコノミー法*18が例としてあげられる。組織の寛容さ、役割の問題、給与、仕事の特質といった欠勤の状況的予測因子は部分的には病院が独自に改善可能なものである⁴⁹⁾。
分子	看護師や看護助手のうち、診断書のあるなしにかかわらず、休日を除く連続した7日以下（短期欠勤）のあるいは30日以上（長期欠勤）の欠勤者数
分母	常勤に換算した看護師および看護助手の人数×常勤スタッフひとりあたりの一年間の契約日数(たとえば250日など)
データ源	病院あるいは部門レベルでの日常の情報システムかあるいは健康保険会社からのデータ
階層化	年齢、性別、資格（看護師か看護助手か）
注釈/解釈	この指標は看護師と看護助手についてのみ測定される。管理者や補助スタッフ、医師は含まれていない。長期欠勤については予防的休職を含めた母性に関連する休職（産休、育休）は除外されている。しかしながら妊娠中の疾病による休職は含まれている。

47. Arford CW. Failing health systems: Failing health workers in Eastern Europe. Report on the Basic Security Survey for the International Labour Office and Public Services International Affiliate in the Health Sector in Central and Eastern Europe. Geneva, International Labour Office, 2001 (Available on www.ilo.org/ses, accessed 08 May 2006).

48. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions – European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1997.

49. Dalton DR, William DT. Turnover, transfer, absenteeism: an independent perspective. Journal of Management, 1993, 19(2): 193-219.

訳注*17) 表題は短期欠勤者とあるが、短期の欠勤者と長期の欠勤者の各々の割合を求める。

訳注*18) トークンエコノミー法―望ましい反応に対してトークン（ほうび）という報酬を与え、目的行動を促す手法。

表15：業務に関連した負傷についての解説シート

領域	健康な職場づくりの推進
指標14	業務に関連した負傷の割合（％）
理論的根拠と解説	病院スタッフは、HIVやその他の血液媒介性ウイルス（B型肝炎やC型肝炎など）の曝露のような健康リスクが大きい。針刺し事故に起因するC型肝炎ウイルスの感染リスクは1.8%から3%と見積もられている。急性C型肝炎ウイルス感染症に対する早期の抗ウイルス治療は治癒率が高い。負傷は労働者の持続的な不安や悩み⁵⁰⁾になるだけでなく、医学的フォローアップの直接的費用も必要になる。 論文のメタアナリシスでは、血液媒介性の病原となる鋭利な負傷は医療従事者1万人当たり平均して4%で、外科医が最も負傷しやすかった⁵¹⁾。医師のたった35%しか標準予防策を順守しておらず、また標準予防策を順守しないことはMCE（経粘膜的曝露）とPCE（経皮的曝露）両方のリスク増加にかなり関連しており、とくに外科系でない医師においてはそうであった。 注釈：定義や方法が異なっているので割合を比較することは難しい。合衆国GAO（米国会計検査院）は必要のない使用を控えること（25%）、安全装置のついた針を使用すること（29%）、より安全な手順を行うこと（21%）によって針刺し事故の75%を防ぐことができると推定している。負傷は労働環境の特質（時間的圧力）に大きく関連している。Laikenら（1997）の研究によれば専門的看護実践モデルに基づいて病院内作業を行い、血液への接触を避ける予防策をとることで看護師の負傷を有意に減らすことができることが分かっている。
分子	年間の経皮的負傷の数（針刺し事故と、鋭利な装置による負傷を含む）
分母	常勤に換算した曝露スタッフの平均数（医師、看護師、採血者）
データ源	負傷の自己申告をしたスタッフを対象としたサーベイ。さらに必要なデータとしては保険請求、人材特定登録簿。
階層化	職種、ケアの分野（ICU、手術室、救急部、外科、内科）、時間帯によって（あるいは平日か週末か）、経験年数
注釈	かわりに、指標は仕事に関連したすべての負傷について記録してもよいし、その場合は負傷の種類によって階層化してもよい

50. Fisman DN, Mittelman MA, Sorock GS, Harris AD. Willingness to pay to avoid sharp-related injuries: a study in injured health care workers. AJIC: American Journal of Infection Control, 2002, 30(5): 283-287.
51. Trim JC, Elliott TS. A review of sharps injuries and preventive strategies. Journal of Hospital Infection 2003, 53(4): 237-242.

表16：バーンアウトスケールについての解説シート

領域	健康な職場づくりの推進
指標15	バーンアウトスケールのスコア
理論的根拠と解説	バーンアウトは持続的な強いストレスに対する肉体的、精神的、感情的な反応である。ほとんどのケースで、仕事に関連している。バーンアウトは通常、肉体的そして精神的疲労の結果であり、絶望、無力感と挫折の感情を伴うこともある。バーンアウトはしばしば、内的に（自分自身への過剰な期待）あるいは外的に（家族、仕事、社会によって）おしつけられる過剰な要求から生じる。そして、そこで働いている人が（自分は）働きすぎている、正当に評価されていない、期待と優先順位が混乱している、報酬に見合わない責任を課せられている、解雇の不安がある、家庭と仕事の責任に過剰適応している、と感じるような職場環境とバーンアウトはしばしば関連している⁵²⁾。ストレスは「せっかち病」であるが、バーンアウトは「枯渇症候群」である。両者はまったく異なる概念である。バーンアウトは単に過剰なストレスというのではない。むしろ、ストレスに対する人間の複雑な反応であって、目の前の任務や状況をやりくりするための十分な内的力量がないという感情に関連している⁵³⁾。 バーンアウトを引き起こすものは次のような状況である。（他者との間で）組織の変化、仕事量や上司からの要求、あるいは業界の需要、仕事を続けることへの興味や価値の変化、能力や技能を生かし切れていないこと、仕事をよくやっていると評価されたり報酬を受ける状況にないという感覚にとらわれていること、また仕事の割り振りや職場環境を調整したり自分の能力以上の仕事でもがいているということについての意見が言えない状況である。 スタッフのバーンアウトの結果、心身症的な疾患（身体的に現れる心理的/感情的な問題）、消化器的な問題、頭痛、高血圧、心臓発作、歯ぎしりや倦怠感が生じうる。病院の組織や作業環境、そして管理スタイルが良くなれば、スタッフのバーンアウトを減らすことは可能である⁵⁴⁾。
分子	－バーンアウト個人調査票のスコア*19－
分母	－バーンアウト個人調査票のスコア－
データ源	サーベイ
階層化	部門、性別、職種、年齢
注釈/解釈	論文で議論になるのは、クライアントの重症度がバーンアウトや仕事の不満足と正の相関があるのかということである。異なる部署（内科、腫瘍科）で比較するには、重症度は少なくとも患者グループの違いを調整し、労働条件を考慮されなければならない。

52. Cordes C., Dougherty TW. A review and integration of research on job burnout. Academy of Management Review, 1993, 18 (4): 621-656.

53. Collins MA. The relation of work stress, hardiness, and burnout among full-time hospital staff nurses. Journal for Nurses in Staff Development. 1996, 12(2): 81-5.

54. Schulz R, Greenley JR, Brown R. Organization, management, and client effects on staff burnout. Journal of Health and Social Behavior, 1995, 36(4): 333-45

訳注*19) ここは、分母と分子の比ではなくスコアを記載する。

表17：退院サマリーについての解説シート

領域	継続性と連携
指標16	GP（家庭医）や紹介先の施設に2週間以内にサマリーを送付するか、あるいは退院時に患者にサマリーを手渡した割合（%）
理論的根拠と解説	ケアの継続性の指標。慢性疾患の患者は継続的なケアのフォローアップが必要である。しかし多くの場合、医療や福祉サービスの提供者間のコミュニケーションは不十分である。ケアが継続して提供されないと、患者の評価が不規則で不十分となり、フォローアップも不十分となるため、合併症の発見が遅れ、健康状態が悪化する。すなわち、患者評価・教育・動機づけ・フィードバックに一貫性がなく不十分であると、患者が受身で無知におかれる結果、疾病の危険因子の自己管理に失敗する。効果的な介入の漏れや効果のない介入のためにケアの質が低下する。心理社会的苦痛が特定されないかあるいは十分に管理されないなどである。 この指標はケアの継続性のすべての範囲をカバーしているわけではないが⁵⁵⁾、データ収集の負担はそれほど高くなく、またケアの継続性の重要な構成要素、すなわち二次医療機関と一次医療機関の間の情報の流れを反映している。 指標は条件により階層化する必要がある。なぜなら退院時の文書の重要性は患者がどのような状況で入院していたのかによって異なるからである。病院で得られた検査結果の情報や、プライマリケア医がフォローする必要がある情報について退院時文書のどこに記載するかが次の課題になるだろう。
分子	退院後2週間以内にGPあてに送付されたか、あるいは退院時に患者に手渡された退院時紹介状数
分母	すべての退院時紹介状数
データ源	管理監査あるいはサーベイ
階層化	部門、担当者
注釈/解釈	普段利用する情報システムでデータが入手できるかどうかによるが、この指標のデータ収集は負担が大きいかもしれない。いくつかの国々では、退院時の情報は直にその後のケア提供者に送られるのではなく退院時に患者に手渡されるかもしれない。 適切な時期に退院情報が渡されることが重要ではあるが、この指標では受けとる側にとって包括的な内容かどうかは評価していない。今後、質の改善サイクルにこうした点が含まれるようになるかもしれない。

55. For a review of measures of continuity of care see: Groene O. Approaches towards measuring the integration and continuity in the provision of health care services. In: Kyriopoulos, J, ed. Health systems in the world: From evidence to policy. Athens, Papazisis, 2005.

表18：再入院率についての解説シート

領域	継続性と連携
指標17	外来管理が可能な疾患の5日以内の再入院率
理論的根拠と解説	退院後の患者の状態、入院中のケアの影響を反映するのが再入院である⁵⁶⁾。基本的な前提は、前回の入院中にケアの提供者が行ったことあるいはやり残したことが再入院の必要な状況をもたらすというものである。入院中の治療が標準に満たない場合や、退院準備やフォローアップが不十分な場合には再入院となりうる。再入院と見なすためには4つの条件に合致しなければならない。1) 診断と手順に合致する 2) 退院後の突発的または緊急（予約ではない）入院であること 3) 最初の入院の退院と引き続く入院の時期が、特定の時間内であること。4) 最初の入院が医学的アドバイスに逆らった患者自身の意思による終了でないこと（あるいは患者が死亡していないこと*²⁰⁾）。 その他に除外基準になり得るのは、患者がすでにプライマリーケアクリニックで継続的なケアを受けたり、化学療法や放射線療法を受けている。ナーシングホームに住んでいるかあるいは入所することを計画している。処置だけを目的とした入院である。 気管支喘息や糖尿病は外来管理が可能な疾患である。外来管理が可能な疾患に関しては、少なくとも部分的には、よりよい外来ケアを行うことで入院が避けられるとする根拠がある。9%から48%の再入院はよりよい患者教育や退院前評価と在宅ケアで予防可能であったと判断されている⁵⁷⁾。 退院後の再入院は、ケアのアウトカムというより病気の進行を示唆していることも多く、病院の影響は限られている。早期の再入院に焦点を当て、厳密な時間枠を設定することで病気の自然な進行や退院後のケアの影響を限定することができる。
分子	決められたフォローアップの期間内で、同じ病院からの退院後に最初のケアと直接関連のある診断で救急部を通じて再入院した患者の総数
分母	(気管支喘息や糖尿病、肺炎、CABGなど) 選択された追跡疾患で入院した患者の総数
データ源	普段利用する情報システムや病院の診療記録。支払機構からの償還請求。
階層化	年齢、性別、重症度。 病院間の比較を促すことが目的ではないので、これ以上の調整はこの段階では必要ない。
注釈/解釈	除外：患者が入院中に死亡した場合あるいは他の急性期病院へ転院した場合は除外する。

56. Westert GP, Lagoe RJ, Keskimäki I, Leyland A, Murphy M. An international study of hospital readmissions and related utilization in Europe and the USA. Health Policy, 2002, 61: 262-278.

57. Benbassat J, Taragin M. Hospital readmissions as a measure of quality of health care. Archives of Internal Medicine, 2000, 160:1074-1081.

訳注* 20) 死亡退院後の再入院は論理的にはあり得ないが、原文に忠実に翻訳した。

表19：退院調整についての解説シート

領域	継続性と連携
指標18	患者の退院調整サーベイのスコア
理論的根拠と解説	退院調整は、慢性疾患でフォローアップのケアが必要な患者にとっては特に重要である。患者は自身の状態を理解できる必要があり、危険因子や再燃時の症状について気づくことができる必要がある。また、患者は治療の選択肢や薬の処方とフォローアップケアの計画について理解する必要がある。これらの事柄を意識していない患者も多く、その結果、長期のケアの質に影響し、合併症と再入院につながり、生活の質を損なう結果となる。 この指標は、ある施設が患者の退院に際しどれくらい良く準備しているかを測定するツールである。特別にこの目的のために開発されたさまざまなツールが存在し、患者満足や意識に関する質問紙調査には退院調整に関する項目が含まれている。活用できるのであればすでに存在するツールを使用することが推奨され、そうでなければ標準化されたあるいは妥当なツールを適用することが推奨される。 すでに存在するツールを適用するときに、含まれるべき項目の例は次のようなものである。「あなたが入院するに至った病気について説明できますか？」、「あなたの病気の症状を説明できますか？」、「ご自分の薬の内服方法を理解していると自信を持って言えますか？」、「あなたの状態が悪くなったとき、誰に連絡すればよいか知っていますか？」
分子	この指標のために、サーベイに基づいてスコアを確立する必要がある
分母	この指標のために、サーベイに基づいてスコアを確立する必要がある
データ源	サーベイ
階層化	部門、患者の特性（性別、年齢、病気）
注釈/解釈	要因の範囲によって退院調整は影響されると考えられるので、部門や患者の特性による調整が重要かもしれない

用語集

7. 用語集

本章の用語集で、次の重要なテーマごとにマニュアルで使用された主な用語を説明する。

基本概念
質の領域
利害関係者
評価手順／データ収集
測定項目の理解
結果の解釈
ヘルスプロモーション活動
質の改善活動

用語は、医療の質国際学会 (ISQua)⁵⁸⁾、国際病院評価機構 (JCI)⁵⁹⁾、The European Observatory on Health Systems and Policies⁶⁰⁾などの標準的な用語集から選択されたものである。

基本概念

説明責任 【Accountability】

任務や活動に応える責任や要件。説明責任を委託することは禁じられており、しかも、説明責任は透明性をもつものでなければならない。

リスク 【Risk】

危険や損失、損害が起こりうる可能性。職員や市民の健康やウェルビーイング、財産、評判、環境、組織の機能、金融の安定性、市場シェア、そして、これ以外の価値のあるものに関連している。

健康 【Health】

健康は1948年の世界保健機関 (WHO) 憲章で、「身体的、社会的、精神的に完全に良好な状態であって、単に疾病がないとか、虚弱でないということではない」と定義されている。ヘルスプロモーションの文脈のなかでは、健康は理想的な状態というよりは、目的達成の手段と考えられ、実用的な意味合いから資源と表現されうるものである。それは、人々に、個人的にも社会的にも経済的にも生産的な生活を導きうるような資源である。健康とは、日常生活の資源であって、生きる目的ではない。それは、身体的能力と同様に社会的、個人的資源の重要性を強調する積極的な概念である。

文化 【Culture】

価値観や信念、習慣を共有したシステム。

倫理 【Ethics】

道徳的に正しい行為の基準。

58. International Society for Quality in Health Care: <http://www.isqua.org.au/isquaPages/Links.html> (accessed 08 May 2006).

59. Joint Commission International <http://www.jointcommission.org/> (accessed 08 May 2006).

60. European Observatory on Health Systems and Policies: <http://www.euro.who.int/observatory/glossary/toppage> (accessed 08 May 2006).

権利 【Rights】

正当で、しかも、公正で、合法的で、道徳的にも自分のものとして主張できるもの。顧客が組織に対し期待し要求できるサービスの正式な説明。

価値 【Values】

行動の指針として社会的・倫理的な事項にも関わる理念的な原理、信念、もしくは見解。

構想 【Vision】

組織がどうありたいかということを説明したもの。

健康開発 【Health development】

健康開発とは、個人や集団の健康状態を持続的・漸進的に改善するプロセスである。

参照：Terminology Information System. WHO, Geneva, 1997

ジャカルタ宣言ではヘルスプロモーションを健康開発の不可欠な要素であると記述している。

使命 【Mission】

組織が何を行い、なぜ存在するかを述べた声明書。使命は、ある組織が他の組織とは異なることを浮き彫りにするものである。

ニーズ 【Need】

良好な状態であるために必要とされる身体的、精神的、情緒的、社会的、スピリチュアルな要件。困窮している人達は、ニーズがあることを理解し、その事を伝えることができることもあればできないこともある。ニーズは欲求とは区別しなければならない。欲求は、欲望であり必ずしもニーズではないからである。

理念 【Philosophy】

組織が作成した原理や信念を述べたもの。それによって組織は運営され、サービスを提供する。

質の領域

質 【Quality】

卓越さの程度。つまり、組織が顧客のニーズを満たす程度であり期待を超える度合いである。

アクセス 【Access】

顧客(もしくは潜在的な顧客)が必要な時に適切な時間内で、要求したサービスや利用可能なサービスを利用できる能力。

適切さ 【Appropriateness】

サービスと顧客が示した要求との合致度。現在の最高の良好事例に一致してサービスが提供される程度。

継続性 【Continuity】

長期にプログラムや組織の内部やそれらを超えて、よく調整されたサービスが提供されること。

文化的適切さ 【Cultural appropriateness】

サービスを利用する顧客の文化的価値観に一致してサービスが設計され提供されること。

有効性 【Effectiveness】

目的を達成し最善の結果を得るために、サービス、介入、活動が現在の最高の良好事例にどの程度一致して提供されるかということ。

効率性 【Efficiency】

目的を達成するために、無駄をなくし最低限のやり直し、努力でどれだけの資源が集められているかという程度。

安全性 【Safety】

潜在的な危険性と予期しない結果を回避、もしくは、最少にすることができる程度。

利害関係者**認証機関 【Accreditation body】**

認証プログラムと認定評価に責任を持つ組織。

顧客 【Customers】

患者/組織の顧客。内部顧客/組織のスタッフ。

コミュニティ（共同体） 【Community】

個人、家族、集団、組織の集合体であり、相互に関係を持ち、共通の活動で協力し、共通の課題を解決する。通常、一つの地域や職域、学校などの中に存在する。

コミュニティ（共同体） 【Community】

特定の地理的領域に住んで、共通の文化、価値観、規範を共有し、コミュニティ自身が長期にわたり築いた関係性に基づいた社会構造の内部に身を置く特定の人々の集団。コミュニティのメンバーは、コミュニティ自身が今までに築き、そしてこれから変化させていく共通の信念や価値観、規範を共有することで、個人的・社会的なアイデンティティを得ている。そして、集団としてのアイデンティティをある程度自覚し、共通のニーズを持ち、それに応える責任を共有している。

ガバナンス（統治） 【Governance】

組織の方向性を決定し、目標を設定し、組織の使命を達成するために組織を導く方針を発展させ、目標の達成や方針の遂行をモニターする機能。

管理機関 【Governing body】

組織の全般的な戦略的方向性と活動形態に関する最高権威と説明責任をもつ個人、集団、機関。協議会、評議会、理事会などとして知られている。

医療専門職 【Health professionals】

臨床で患者の治療やケアにあたる医師、看護師、コメディカルスタッフ。しかるべき職能団体の一員であり、必要な場合は、法的機関に登録し認証を得ている。

組織 【Organization】

管理機関・所有者の統治下にあり、かつ管理機関・所有者に対する説明責任がある部門からなるもの。

連携機関（パートナー） 【Partners】

補完的なサービスを提供するために共に協力する組織。

連携（パートナーシップ） 【Partnerships】

サービスを共同で発展させ、提供し、共有する組織間の公式・非公式の協力関係。

スタッフ 【Staff】

組織の従業員

利害関係者 【Stakeholder】

サービスの共有に関心を持つ個人、組織またはグループ。

評価手順/データ収集

文書管理システム 【Document control system】

組織内の、特に方針や手順に関する重要な文書の公表、変更、利用を管理するために計画されたシステム。システムでは、各々の文書が識別できて、発行、更新、承認の日付が分かることが必要である。組織内の文書の発行は管理され、全ての文書のコピーは容易に追跡し入手することが出来る。

認証 【Accreditation】

確立された基準に照らしてパフォーマンス水準を正確に評価し、継続して改善をすすめるために医療機関によって利用される自己評価と外部評価のプロセス。

評価 【Assessment】

顧客や集団や状況の特性やニーズに応じてそれらに対処できるように評価したり意思決定をするプロセス。評価は、サービスや活動の計画の基礎となる。

監査 【Audit】

実際の活動や結果が計画に合致しているかどうかを評価する体系的な独立した検査や審査。

能力（コンピテンス） 【Competence】

個人の知識や技術が提供するサービスに見合っていることや、知識や技術水準が定期的に評価されていることを保証すること。

苦情 【Complaint】

口頭や文書でサービスに関して問題や関心ごと、不満を表明すること。

補完する 【Complementary】

より完璧なサービスを行うために、相互に適合して、または補足しあうサービスまたは要素。

守秘義務 【Confidentiality】

個人や組織から収集した情報の使用・配布の制限を確約すること。

同意 【Consent】

顧客の自由意志による承認。

データ 【Data】

情報の起源となりうる整理されていない事実。

査定 【Evaluation】

組織、サービス、プログラム、顧客が期待する結果（アウトカム）や目標にどの程度到達できているかを評価すること。

根拠 【Evidence】

意思決定を行うために用いるデータや情報。根拠は、研究や体験学習、指標データ、評価から導き出される。根拠は、選択肢の評価や意思決定を体系的に行う時に用いられる。

健康アウトカム 【Health outcomes】

個人、グループ、全人口の健康状態の変化。この変化は、計画された介入か一連の介入に起因するものであり、介入が健康状態の変化を意図したものであるかどうかは問わない。

中間の健康アウトカム

ヘルスプロモーションアウトカム

情報 【Information】

整理され、解釈され、利用されるデータ。情報は、文章や音声、ビデオ、写真の形をとる。

情報システム 【Information systems】

データや情報を計画し、整理して、分析、管理するためのシステム。コンピュータもしくは手作業によるシステムが含まれる。

パフォーマンス 【Performance】

管理者とスタッフがスタッフのパフォーマンスを評価し、パフォーマンスの目標を設定し、目標までの進捗を査定する継続的なプロセス。

質的（定性的） 【Qualitative】

記述や語りにより表されるデータや情報。観察や面接を通じて対象者の意識を調査する方法。

定量的 【Quantitative】

数字や統計で表されるデータや情報。測定によって事象を調査する方法。

信頼性 【Reliability】

測定対象が測定間に変化がない場合に、異なる測定者が再測定したり、同じ測定者が違う時間に再測定してどの程度結果が一致しているかということ。

研究 【Research】

事実を発見、解釈することを目的に、調査を通して現存する知識体系に貢献すること。

妥当性 【Validity】

測定を意図しているものだけを、どの程度、真に測定できているかということ。

結果（アウトカム） 【Results (Outcomes)】

サービスの結果。

質の評価 【Quality assessment】

計画的で体系的にサービスに関するデータを収集、分析すること。通常はサービス内容や詳細な提供内容、顧客のアウトカムに焦点をあてる。

サーベイ 【Survey】

合意された基準をもとに組織のパフォーマンスを測定する外部の同業評価。

サーベイヤー 【Surveyor】

合意された基準をもとに組織のパフォーマンスを測定する外部の同業の観察者、評価者。

免許交付 【Licensure】

政府当局が個人や医療機関に開設を許可し、医療従事者に職業として従事する許可を与えるプロセス。

ピア・アセスメント（同業評価） 【Peer assessment】

組織や個人、グループの業績を、同様の組織や同様のサービス提供を行う同じ職種や分野、そして同じ身分にある人達が評価するプロセス。

人事記録 【Personnel record】

職員の人事に関する情報の記録物。例えば、休職、身元保証人、業績評価、資格、登録、雇用条件など。

測定項目の理解

範囲 【Scope】

組織から提供されるサービスの範囲と種類。サービスがカバーする条件と制限。

サービス 【Services】

顧客に対して提供される組織の成果物。あるいは、顧客に成果物を提供する組織の部門に対しても提供される。

基準 【Standard】

実際のパフォーマンスを評価するに際して、達成可能で望ましいパフォーマンスの水準。

クライテリア 【Criteria】

決定や基準に到達するために行われる特定の手順、または、実施されるべき特定の活動。

手順書 【Procedures】

特定の行為や一連の行為について承認・推奨された手順を記載した文書。

方針文書 【Policies】

特定の課題に関する組織の立場・価値を反映するガイドラインとなる声明文書。

測定可能な要素 【Measurable elements】

基準にある測定可能な要素は、基準とその計画の必須条件であり、認証調査の過程で審査されスコアを割り当てられる。

測定可能な要素は、基準に完全に準拠するのに必要なものを分かりやすく示しており、各々の要素は、基準や計画書の中に反映されている。測定可能な要素を示すことで、基準をより明確化し、組織が行う基準についてのスタッフの教育と認定調査への準備を促進すること意図している。(JCI国際規格2003)

指標 【Indicator】

サービスの質の観察、評価、改善に使用されるパフォーマンス評価のための測定ツールや目印。指標は、構造、プロセス、アウトカムに関わっている。

結果の解釈

ベンチマーク 【Benchmarking】

組織の評価結果を、そのほかの介入やプログラム、組織の結果と比較すること。優れているとされるその他の改善方法に比較してプロセスを検討すること。

良好事例 【Best practice】

優れた結果を生み出すことが示され、体系的なプロセスで選ばれ、模範的であると認定されるか、もしくは成功したと示されたアプローチ。その後、特定の組織に合わせて適用される。

ヘルスプロモーション活動

疾病予防 【Disease prevention】

疾病予防は、危険因子を減らすといった疾病の発生の予防手段としてだけでなく、いったん発生した場合には進行を止め、予後を改善する手段である。参照：adapted from the Glossary of Terms used in the Health for All series. WHO, Geneva, 1984

一次予防は病気の最初の発症を予防することが中心課題である。二次予防は早期発見や適切な治療を行うことで既存の疾患の進行を止め、進行を遅らせることを目的としている。三次予防は、例えば、効果的なリハビリテーションによって、再発を減らし慢性化を減らすことを目的としている。疾病予防という用語は時折ヘルスプロモーションとともに補完的に使用される。内容と戦略において両者には重複があるが、疾病予防は区別して定義されている。ヘルスプロモーションの文脈の中で疾病予防は、通常は保健部門から発する活動と考えられ、明白なリスクファクターを持ち、さまざまなリスク行動を持つことが多い個人や集団を扱う。

教育 【Education】

知識や態度、価値観、スキルの開発や変化をもたらすための体系的な指導や学習活動。

健康のためのエンパワメント 【Empowerment for health】

ヘルスプロモーションにおいて、エンパワメントは、人々が自分の健康に影響する決定や行動をよりコントロールできるようになるプロセスである。

エンパワメントは、社会的・文化的・心理的・政治的なプロセスであって、それを通して、個人や社会的集団が自らのニーズを表現し、関心を示し、意思決定に参画するための戦略を考え出し、ニーズを満たすために政治的、社会的、文化的な活動を達成する事ができるようになるプロセスである。

イネイブリング 【Enabling】

ヘルスプロモーションにおいて、イネイブリングとは、健康を促進し守るために人的、物的資源を活用して、自身に力を与えるために個人と集団が連携して行動を取ることを意味する。

健康行動 【Health behaviour】

実際の健康状態や認識している健康状態にかかわらず、健康の促進・保護・維持を目的に個人によって行われる活動。結果的に客観的な効果があるかどうかは問わない。

ヘルスコミュニケーション 【Health communication】

ヘルスコミュニケーションは、人々に健康上の関心事についての情報を伝え、公衆衛生政策に健康問題を重要な課題として載せ続けるための重要な戦略である。人々への有益な健康情報の普及のためにマスメディアやマルチメディア、そのほかの革新的な技術を使用することで、開発における健康の重要性だけでなく、個人や集団の健康の特定の側面への気付きを高めることができる。参照：adapted from Communication, Education and Participation: A Framework and Guide to Action. WHO (AMRO/PAHO), Washington, 1996

健康教育 【Health education】

健康教育は意識的に企画された学習機会、ヘルスリテラシーの向上を図るためのある種のコミュニケーションや知識の向上、個人とコミュニティの健康を高める生活スキルの開発を含むものである。

健康教育は、情報のコミュニケーションだけでなく、健康改善のための行動をおこすのに必要な意欲や技術、自信(自己効力感)を育てることとも関わりがある。健康教育は、個人の危険因子やリスク行動、ヘルスケアシステムの利用と同様に、健康に影響をあたえる基本的な社会的、経済的、環境的な条件に関する情報のコミュニケーションも含まれる。従って、健康教育には、社会的、経済的、環境的な健康の決定要因に対処するための様々な活動の政治的実現可能性や組織の可能性を示せるような情報のコミュニケーションと技術の開発が含まなければならない。

ヘルスリテラシー 【Health literacy】

ヘルスリテラシーは、健康を維持・促進するのに必要な情報にアクセスし、理解し、使用するための認知面のスキルや社会的なスキルを意味し、個人の意欲と能力を左右するものである。

ヘルスプロモティング・ホスピタル(HPH,健康増進活動拠点病院) 【Health promoting hospitals】

HPHは、質の高い包括的な医療や看護サービスを提供するだけでなく、ヘルスプロモーションを組織の理念に取り入れ、患者やすべての職員が積極的に参加してヘルスプロモーションの理念にふさわしい組織の構造と文化をつくり、ヘルスプロモーションを実践するに適した環境を形成し、地域社会と積極的に協力していく病院である。

参照：WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1991 ヘルスプロモティングホスピタルに関するブダペスト宣言に基づく。

ヘルスプロモーション 【Health promotion】

ヘルスプロモーションとは、人々が自らの健康をコントロールし、改善できるようにするプロセスである。参照：ヘルスプロモーションについてのオタワ憲章。WHO、Geneva,1986。ヘルスプロモーションが意味しているのは包括的な社会・政治的プロセスであり、それは単に、個人的スキルや能力の強化のための活動だけでなく、公衆衛生や個人の健康への悪影響を緩和するように社会的、環境的、経済的状況を変化させるような活動を含んでいる。ヘルスプロモーションとは人々が、健康の決定要因をコントロールし、それによって、健康を改善できるようにするプロセスである。ヘルスプロモーション行動を持続するには、参加が欠かせない。

部署間協力 【Intersectoral collaboration】

健康アウトカムや中間的な健康アウトカムを達成することを目的として、ある課題について行動するために形成された社会の様々な部門間の連携として広く知られているもの。一つの保健部門だけが単独で行うよりも効果的、効率的で持続可能な方法である。

ライフスキル 【Life skills】

ライフスキルは個人が日常生活上の必要や課題に効果的に対処できるようにするための適切で積極的な行動をとる能力である。

ライフスタイル（健康に通じるライフスタイル） 【Lifestyle (lifestyles conducive to health)】

ライフスタイルは、個性や個々の社会的な交流、社会経済的・環境的な生活状況の相互作用で決定される特定の行動パターンに基づく生活様式である。

ヘルスサービスの方向転換 【Re-orienting health services】

ヘルスサービスの方向転換の特徴は、ヘルスシステムが組織的に、しかも、資金も使って集団の健康アウトカムの達成を明確にはかることである。ヘルスサービスの方向転換により、ヘルスサービスの姿勢と組織に変化が生じなければならない。すなわち、全人的存在としての個人のニーズに焦点を当てることに加えて、人口集団のニーズともバランスを保つのである。

質の改善活動

フォローアップ 【Follow-up】

一つのサービスが完了した後にとられるプロセスや活動。

目的 【Goals】

組織が求めるアウトカムを記述し、日々の決定や活動のための方向性を与える声明。目的は、組織の使命を支えている。

ガイドライン 【Guidelines】

活動を導き、指し示す原則。

対応能力 【Capacities】

グループや個人が状況に対処しニーズを満たすための能力や資源、資産、強み。

契約 【Contract】

別の組織から入手する、もしくは他の組織へ提供するサービスの期間や条件を明記した正式な同意。契約や契約されたサービスは、組織によりモニター、調整されて、政府や組織の基準に沿うものになる。

調整 【Coordination】

重複や間隙、中断などを避けるため、組織の内外のサービスやサービス提供者、組織間が協力して効果的に協働するプロセス。

リーダーシップ 【Leadership】

方向性を決め変化に立ち向かう能力。構想を作り、構想を実現するために必要な変化を生み出す戦略を開発し、人々をまとめ、人々が障害を克服できるようやる気を出させ、鼓舞する能力。

管理 【Management】

計画し予算を立てて将来の目標やゴールを決め、その目標を達成するためのプロセスを確立し、計画を達成するために必要な資源を配分すること。編成、人員配置、統制、問題解決することで計画が達成されることを担保する。

目標 【Objective】

組織が目的を達成することを目指す場合、達すべき対象。目的を、結果が測定できるような明確で具体的な用語に言い換えたものである。

運用上の計画 【Operational plan】

組織が目標と目的を達成するためのプロセス、活動、資源を含む戦略計画。

品質活動 【Quality activities】

パフォーマンスを測定し、サービスの提供を改善する機会を特定し、実施とフォローアップを含む活動。

品質管理 【Quality control】

成果物が仕様書や要求事項にあっていないかをモニターし、必要な場合に成果物を修正する活動。これにより、安全性や正確な情報伝達、手順の正確性や再現性が保証される。

質の改善 【Quality improvement】

顧客へ提供するサービスのプロセスを改善する方法で、サービスの品質評価データに継続して対応すること。

品質計画 【Quality plan】

サービスの品質要求事項を満たすための現在の活動計画。

品質プロジェクト 【Quality project】

特定のサービスや地域に対する期間限定の品質改善計画。

リスク管理 【Risk management】

組織における診療上や管理上、財産上、労働安全衛生上のリスクを予防し管理するために、リスクを同定し、評価し、行動する体系的なプロセス。

戦略的な計画 【Strategic plan】

組織の全体的な目標を定め、置かれた状況から組織の位置づけをする正式な計画。



Japan Federation of Democratic Medical Institutions (MIN-IREN)

7F, Heiwa-to-Rodo Center, 2-4-4 Yushima, Bunkyo-ku, Tokyo, 113-8465 Japan

TEL+(81)3-5842-6451

URL (Japanese) :<http://www.min-iren.gr.jp/index.html>

URL (English) :<http://www.min-iren.gr.jp/english/english-index.html>

URL (Hungl) :<http://www.min-iren.gr.jp/hanguru/htmlmenu1/index.html>

翻訳 全日本民主医療機関連合会「自己評価表と活用マニュアル」翻訳プロジェクトチーム
舟越光彦、有馬泰治、平塚祐介、篠塚雅也、尾崎美香、中司貴大

発行 全日本民主医療機関連合会 発行日 2014年2月

東京都文京区湯島2-4-4 平和と労働センター7階

TEL03-5842-6451 URL : <http://www.min-iren.gr.jp/>