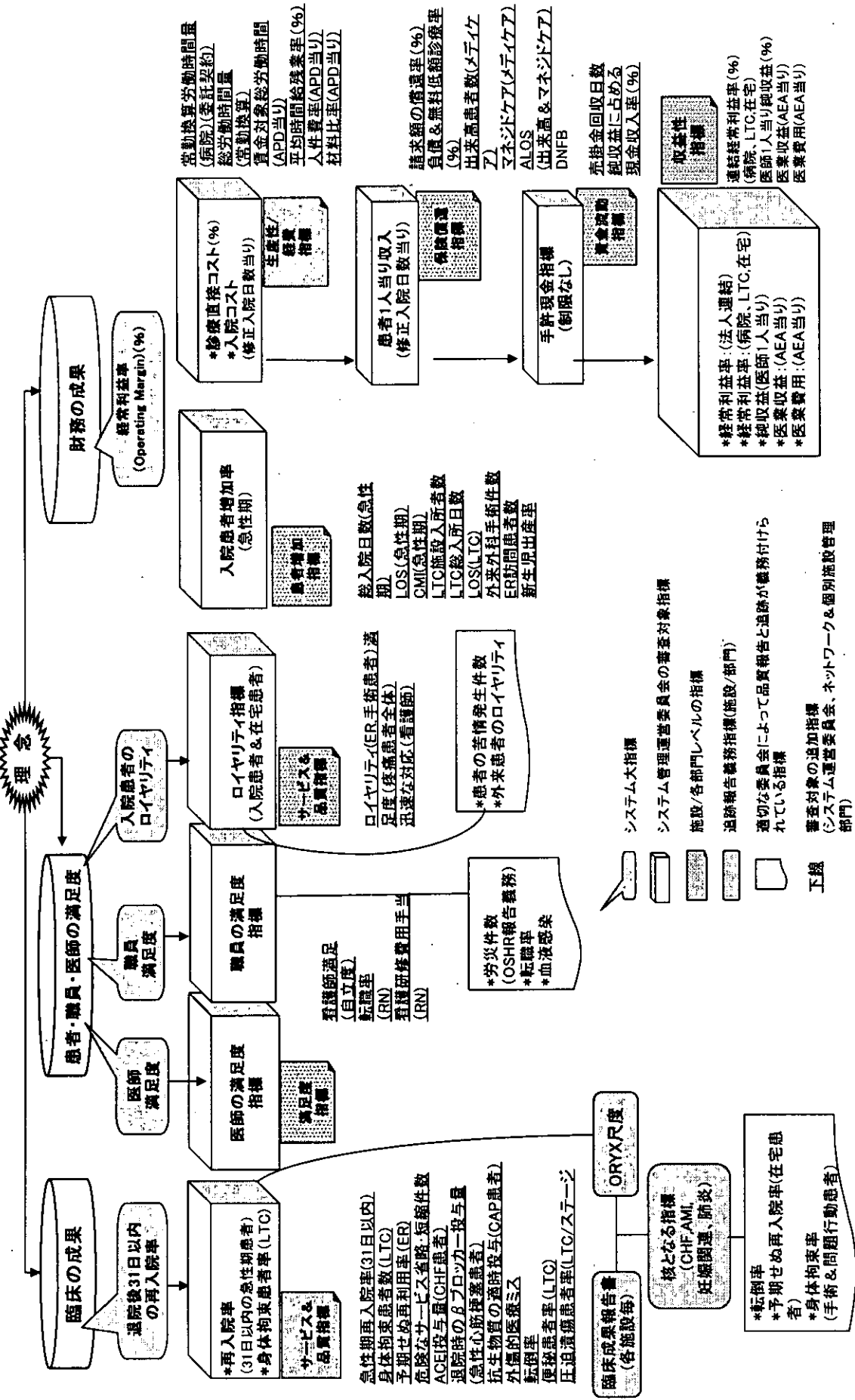
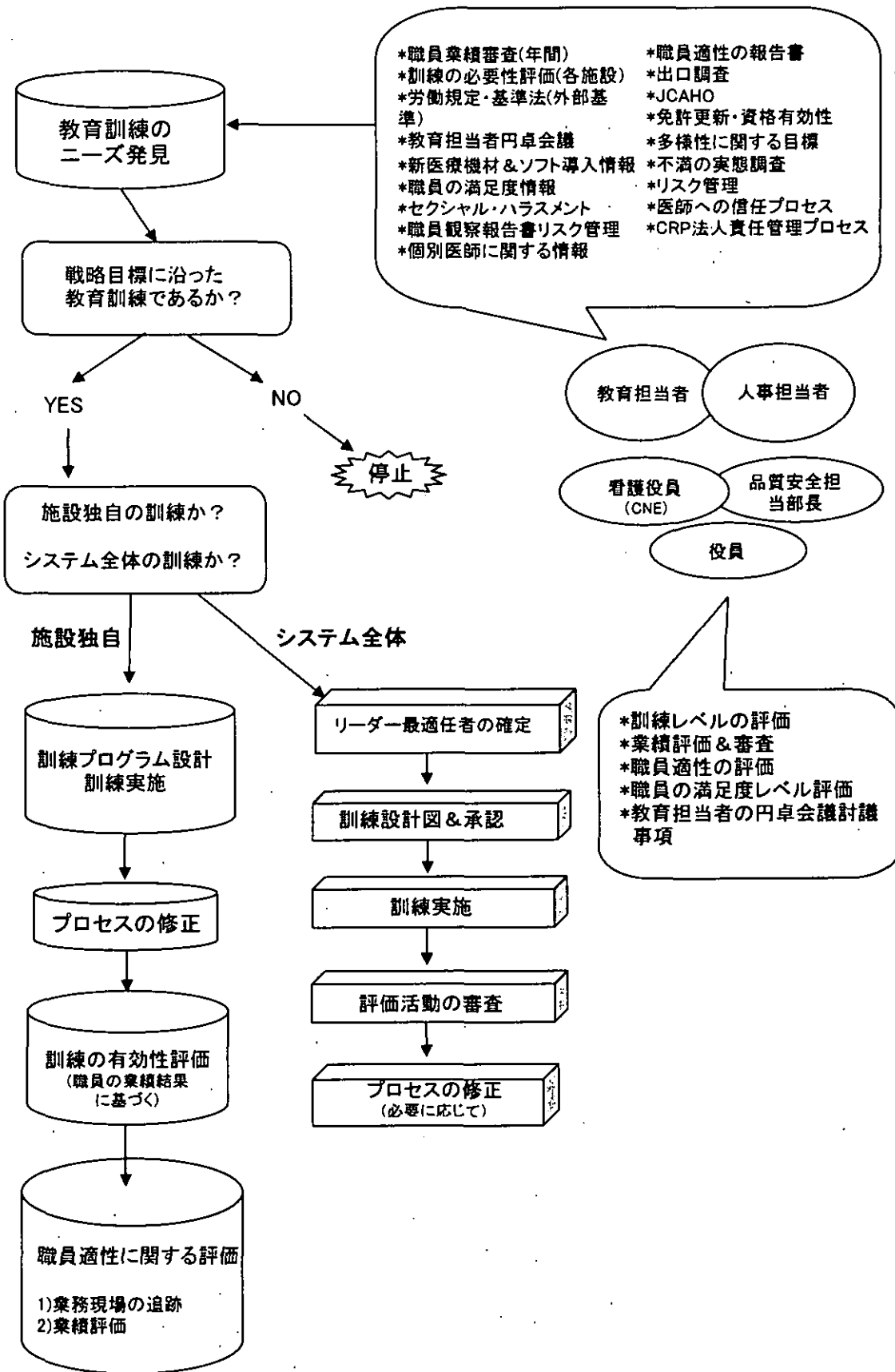


図表1-10 SSMヘルスケアの業績管理プロセスと業績指標一覧



SSM Health Care Performance Management Process Alignment of Indicators をもとに作成。

図表1-11 SSMHCの教育訓練システム



SSM Health Care 資料をもとに作成。

さらに、3層構造をうまく連携させ、システムの中央集権的な管理機能を駆使して、経営戦略や活動計画を下部構造としてのネットワークやエンティティに浸透させるためには、どのようなことが重要であるかというインタビューに対し、法人副理事長・システム改善担当重役の Paula J. Friedman (Corporate Vice President・System Improvement) 氏は、次の3点を指摘した<sup>(注2)</sup>。

- ・ 個人レベルのゴールと業績テーマを明確化すること：  
パスポートの効果的な活用
- ・ SSM 価値観の浸透を重視すること：  
＜挑戦の継続性＞「挑戦には終わりはない」  
＜体験の重視＞「よくなるために体験に耳を傾ける」
- ・ 患者・家族への責任を重視すること：  
「待たせない、間違えない」「患者の満足は職員の満足」

また同氏は、MB 賞の申請手続そのものが3層構造の包括統合化やそれぞれをつなぐコミュニケーションの改善などによりかなり有効であるとも指摘した。

すなわち、MB 賞の申請書類に記載すべき内容に対して MB 賞が求める要件は、

1. 年間を通じて得られた成果であること（偶発的で片手間に得られた成果ではないこと）、
2. 記載内容や成果は組織風土や文化の一部を構成するものであること、
3. 医療環境や状況の変化に対応していること、変化への対応を積極的に推進していること、
4. 実証済みの成果や経験に基づいた内容を記載すること、

などである。SSMHC はこれらの要件をクリアするための活動を重点的に強化したことで、結果として SSM の風土改革が進み、法人の価値観が隅々まで幅広く浸透したこと、また辛抱強く長期的な視点に立って品質改善活動を持続することへの納得と合意形成が容易になったことなどを指摘し、MB 賞は申請するだけでも大きな効果を得ることが出来ると評価した。

さらに立入り審査についても、「監査・査察」ではないこと、各職員が自己の業務や役割、業績目標などを明確に認識していれば、全く恐れることはない、と何度も繰り返して職員に指導した結果、職員の仕事や目標に対する自覚と理解がこれまで以上に高まったこと、また *"You know your work, just tell a story"* と呼びかけ、職員をリラックスさせたことによって、それぞれの職員が自分の仕事や役割に強い自信を持ってくれたことなど、立入り審査の体験から引き出された成果だとコメントしている<sup>(注3)</sup>。

このような発言からわかるように、SSMHC の戦略策定プロセスは、システム化された構造を持っているにもかかわらず、それをうまく機能させる鍵がどこにあるかを十分に理解している。すなわち、戦略の策定には職員の意識や集団(チーム)としての連帯感などが成否の重要な鍵を握っていること、言い換えれば、

完成された戦略策定プロセスに命を吹き込むものは、プロセスを支える法人の理念や価値観、組織風土と文化などであり、それらは最上層のシステムから底辺の一人一人の職員に至るまで、幅広く理解され、浸透することが不可欠であるが、それは役員やリーダーの卓越したコミュニケーションと対話などによって支えられるといえるだろう。

一方、業績がシステムレベルからネットワーク、エンティティへと連続して管理されることも SSMHC の重要なテーマである。これについては、急性期医療における検査部門を例にとると、図表 1-10 に示すような業績管理プロセスが典型である。

ところで、こうした SSMHC の戦略策定プロセスや、業績管理プロセスは、米国の営利医療システムや非営利コミュニティホスピタルなどで既に一般化している手法ではあるが、SSMHC のような非営利宗教法人の現場ではまだ普及していない。

したがって、SSMHC という非営利宗教法人がこれらの手法を導入し、それを用いて全米でも最高の卓越した経営品質を確保しているという事実は、非営利システムの問題点として一般的に指摘される非効率性などを改善するために、かなり有効な動機づけになっている。

## (2) 要因 2 の 1 : 医療提供活動の業績モニタリング・アセスメント

SSMHC の「業績モニタリング・アセスメント」構造は、大きく 2 つの分野、a) 医療提供活動（「臨床の成果」）、および b) 経営管理活動（「患者・職員・医師の満足」と「財務の成果」）に分け、その上で追跡評価の標的を次のようなカテゴリーに絞り込んでいる。

### ① 基本構造

医療提供活動分野のモニタリング・アセスメントの標的は以下の 4 つの分野に絞られている(図表 1-12)。

- 1) 患者の受け入れ(Admission)
- 2) 臨床評価と診断(Assessment & Diagnosis)
- 3) 治療(Treatment)
- 4) 退院と患者教育(Discharge & Education)

モニタリングしアセスメントする上では、業績測定尺度を選定し、尺度に基づいて追跡評価するために必要な情報源もそれぞれに設定している。標的と測定尺度を設定すると、次に追跡評価活動で何を重視するかが問われる。SSMHC では次の 5 つを評価プロセスで重視する。

<鍵となる評価因子>

- ・ 適時性 (timely)
- ・ 有効性(effective)

- ・ 効率性(efficient)
- ・ 安全性/正確性(safe/accurate)
- ・ 患者中心(patient centered)

## ② モニタリング・アセスメント例（「患者の受け入れ」を例として）

医療提供活動分野の業績モニタリング&アセスメントとして、患者の受け入れ(admission)を例に取り上げ、基本構造に従いプロセスを具体的に示す（図表 1-12 参照）。以下の 4 ステップを経て、患者の受け入れ(admission) に対する業績評価プロセスを始動する。

### <第 1 ステップ>

入院、外来、救急部門への患者訪問と同時にモニタリング・アセスメントが開始される。



### <第 2 ステップ>

入院、外来、救急で提供する「臨床サービス」のうち、追跡評価の対象となるサービスは、「a.病棟での臨床サービス」、「b.病棟ケアサービス」、「c.臨床サポートサービス」（入院/外来/救急部門）の 3 つに絞られる。



### <第 3 ステップ>

次に、3つのサービスを追跡評価するために、患者受け入れ尺度(1)~(4)（図表 1-13 参照）を用いる。3 つに絞り込んだサービスは、それぞれ用いる尺度が異なる。例として、「a.病棟臨床サービス」では患者受け入れ尺度(1)~(4)の中で、「(2)患者登録に要した時間に対する患者の満足度」のみを用いる。

また、「b.病棟ケアサービス」に対しては(2)に加え、「(1)サービス提供までに要した時間」と、「(4)患者登録書類の記載ミス件数と発生率」を用い、さらに「c.臨床サポートサービス」では、(1)、(2)、(4)を適用する。



### <第 4 ステップ>

サービスごとの尺度選定後は、選定した尺度を用いて測定する場合にどのようなことに焦点をあて、何を重視して測定するのかという「鍵となる評価因子（5 因子）」を明確にする必要がある。

例えば、評価尺度：「(1)サービス提供までに要した時間」では、「適時性(timely)」と、「効率性(efficient)」を重視するが、「(4)患者登録書類の記載ミス件数と発生率」では、「有効性(effective)」と「安全性/正確性(safe/accurate)」を重視する。

図表 1-12 医療提供活動のモニタリング&アセスメント分野と指標

分野	指標	情報源	サービス	鍵を握る項目	提供現場
1. 患者受け入れ Admission	(1)サービス提供までの所要時間	受付部門	b.病棟ケアサービス c.臨床サポートサービス	適時性 効率性	入院 救急 外来
	(2)患者登録所要時間に対する患者の満足度	患者満足度ソフト	a.病棟臨床サービス b.病棟ケアサービス c.臨床サポートサービス	適時性 有効性 効率性 安全性/正確性 患者中心	入院 救急 外来
	(3)受付窓口業務の質	業績指標報告書			
	(4)患者登録書類の記載ミス	受付部門	b.病棟ケアサービス c.臨床サポートサービス	有効性 安全性/正確性	入院 救急 外来
2. 臨床評価と診断 Assessment & Diagnosis	(1)患者受け入れ後 24 時間以内のカルテ H&P 率	HIM 部門	a.病棟臨床サービス c.臨床サポートサービス	適時性 効率性 安全性/正確性	入院
	(2)外科手術前のカルテ H&P 率	外科手術部門	a.病棟臨床サービス c.臨床サポートサービス	適時性 効率性 安全性/正確性	入院
	(3)30分以内の臨床検査結果報告率(救急部門)	検査部門	a.病棟臨床サービス b.病棟ケアサービス c.臨床サポートサービス	適時性 効率性 安全性/正確性 患者中心	救急
	(4)30分以内の画像診断実施率(救急部門)	画像診断部門	a.病棟臨床サービス c.臨床サポートサービス	有効性 安全性/正確性 患者中心	入院 外来
	(5)臨床検査の実施時間周期	検査部門	a.病棟臨床サービス b.病棟ケアサービス c.臨床サポートサービス	適時性 効率性 安全性/正確性 患者中心	入院 救急 外来
	(6)画像診断結果報告があるまでの待機時間周期	画像診断部門	a.病棟臨床サービス b.病棟ケアサービス c.臨床サポートサービス	適時性 効率性 安全性/正確性 患者中心	入院 救急 外来
	(7)診断サービスに対する患者の満足度	顧客満足度ソフト	a.病棟臨床サービス b.病棟ケアサービス c.臨床サポートサービス	適時性 有効性 効率性 安全性/正確性 患者中心	入院 救急 外来
3. 治療 Treatment	(1)急性心筋梗塞 (AMI) 治療尺度	治療主要尺度	a.病棟臨床サービス	適時性 有効性 効率性 安全性/正確性 患者中心	入院
	(2)うっ血性心不全 (CHF) 治療尺度	治療主要尺度	a.病棟臨床サービス	適時性 有効性 効率性 安全性/正確性 患者中心	入院
	(3)患者ロイヤリティ指標	業績指標報告書	a.病棟臨床サービス b.病棟ケアサービス c.臨床サポートサービス	適時性 有効性 効率性 安全性/正確性 患者中心	入院 救急 外来

	(4)純医業利益 (Net operating income)	業績指標 報告書	a.病棟臨床サービス b.病棟ケアサービス c.臨床サポートサービス	効率性	入院
	(5)入院患者の死亡率	MHA		有効性 安全性/正確性 患者中心	入院
	(6)患者規模(利用者数)	業績指標 報告書	a.病棟臨床サービス b.病棟ケアサービス c.臨床サポートサービス	有効性 安全性/正確性 患者中心	入院 救急 外来
	(7)患者に損傷を与える 薬剤ミス率	薬剤部門	a.病棟臨床サービス	患者中心	入院 救急 外来
	(8)患者満足度 (ペインマネジメント)	顧客満足 度ソフト	a.病棟臨床サービス b.病棟ケアサービス c.臨床サポートサービス	適時性 有効性 効率性 安全性/正確性 患者中心	入院 救急 外来
4. 退院と 患者教育 Discharge& Education	(1)退院後 31 日以内の再 入院率	業績指標 報告書	a.病棟臨床サービス b.病棟ケアサービス c.臨床サポートサービス	有効性 安全性/正確性 患者中心	入院
	(2)平均在院日数	業績指標 報告書		有効性 効率性 安全性/正確性 患者中心	入院
	(3)退院プロセスに対す る患者の満足度	顧客満足 度ソフト	a.病棟臨床サービス b.病棟ケアサービス c.臨床サポートサービス	適時性 有効性 効率性 安全性/正確性 患者中心	入院 救急 外来
	(4)予期せぬ救急部門再 利用率	業績指標 報告書	a.病棟臨床サービス b.病棟ケアサービス	有効性 安全性/正確性 患者中心	救急

SSM Healthcare 資料「Key Healthcare Processes Indicators or Key Measures」をもとに作成。

### (3) 要因 2 の 2 : 経営管理活動のモニタリングとアセスメント

一方、経営管理活動領域の業績を追跡し評価するプロセスでは、図表 1-13 に示す 8 大業績評価分野と、50 の小項目で構成する業績評価項目を活用するのが特徴的である。

これらを用いたモニタリングとアセスメント活動の結果は、システムレベルで 4 ヶ月ごとに報告書を作成し、ネットワーク、エンティティに配布される。当報告書は、4 つのネットワーク (オクラホマ州(4 病院)、ウィスコンシン州(5 病院)、セントルイス(7 病院)、南部イリノイ(2 病院)) と、3 つの独立単体病院(St.Francis Hospital & Health Center/Blue Island,IL: St.Francis Hospital & Health Services/Maryville,MO:

St.Mary's Health Center/Jefferson City,MO)、計 21 の急性期病院について、図表 1-14 に示した 50 の評価項目すべてを評価する。評価方法はバリエーションの許容範囲を 3 段階に区分するというものである。これは、ネットワークや単体病院が当年度の業績目標に対して、未だ達成していない業績分野や、達成できていない程度を一覧表として示すことで、今後重視すべき活動分野や改善のポイントを職員に

わかりやすくするという意図もある。

なお、評価の軸となるバリエーションの許容範囲は次の3段階に区分される。

- 評価1 許容範囲内のバリエーション、またはバリエーションゼロ(なし)
- 評価2 バリエーション5%以下
- 評価3 バリエーション5%以上

また、報告書では、適当な財務データが存在しないために評価できない項目を、「適用外」としている。さらに、独立した別のプログラムや報告体制によって業績評価を行うような業績(例:図表1-13 大項目7.満足度指標:診療プロセスに対する医師の満足)や、病院の個別事情によって評価項目を適用できないような項目(例:大項目2.診療報酬指標:メディケアのマネジドケア患者関連指標では、当該患者の利用がない病院では適用できない)についても「適用外」である。

図表1-13 経営活動の業績評価項目一覧表

業績評価大項目(8)	小項目(50)	
1.成長指標	急性期入院患者数	急性期入院総入院日数
	急性期平均在院日数	急性期患者ミックス率
	入院外科手術件数	外来1日外科手術件数
	外来患者診療件数	救急部門訪問件数
	新生児出産件数	
2.診療報酬償還指標	償還率(請求額に対する)	DNFB増加日数
	患者1人当り収益 (修正入院日数当り)	負債・無料低額診療費用(%)
	メディケア患者数	メディケア患者の平均在院日数
	A)出来高患者総数	1)出来高患者総数
	*うち内科系患者数	*うち内科系患者
	*うち外科系患者数	*うち外科系患者
メディケア患者数	メディケア患者の平均在院日数	
B)マネジドケア患者総数	2)マネジドケア患者総数	
*うち内科系患者数	*うち内科系患者数	
*うち外科系患者数	*うち外科系患者数	
3.生産性/経費指標	病院職員のFTEs	契約職員のFTEs
	職員全員のFTEs	有給総時間(修正入院日数当り)
	平均時間給	残業率(%)



	人件費(修正入院日数当り)	用品材料費(修正入院日数当り)
	管理運営コスト (修正入院日数当り)	
4.資金流動性指標	入金実日数	純収益(Net Revenue)に対する 現金収入比率(%)
5.サービス&品質指標	看護職の対応の迅速性	ペインマネジメント担当者の提供 活動指標 (可能な全サービスを提供した か?)
	急性期患者再入院率 (退院後 31 日以内)	
	想定外の救急部門再利用率	
	AMI(急性心筋梗塞)/退院時 のβ-ブロッカー投与率	AMI/ACEI 投与率
6.患者の安全性指標	危険性の高い省略・短縮	転倒・落下率
	損傷を伴う薬剤ミス率	
7.満足度指標	入院患者のロイヤリティ	救急患者のロイヤリティ
	外来外科手術患者の ロイヤリティ	職員の転職率
	看護師転職率	診療プロセスに対する医師の満 足度
8.収益性指標	疾病重症度修正後の経常収 益(AEA 当り)	疾病重症度修正後の経常支出 (AEA 当り)
	経常利益率 (Operating Margin)	

SSM Health Care 資料「SSM Health Care Operations Performance Indicator Report For the Period Ending」をもとに作成。

### (3) 要因3：リーダーシップの重視

#### ①SSMHCのリーダーシップ

SSMHCはシステムレベルのリーダーシップだけでなく、ネットワークやエンティティレベルのリーダーシップも重視している。これは、日常活動を意図的に積み重ねることによって「卓越性」は実現され、そのためには効果的な体験と、それを可能にする豊かな風土・文化を育てることが大切だという認識による。

事実、SSMHCのリーダーシップについてみると、1988年頃までは、システ

ムの役員やリーダー自らが何かを開発し強かに引っ張っていくという、いわば院内起業家精神に支えられていたが、CQIに取り組み出した1989年頃からは、自分以外の誰かのために仕える精神(Servant ship)が、リーダーシップを支えるようになった。

例えば、SSM専務理事・戦略開発担当重役のWilliam P.Thompson氏は、「SSM Health Care Baldrige Sharing Day(2004年2月20日開催)」において、以下のように述べている(注2)。

「アインシュタインも言うように、繰り返すことで得られた体験の積み重ねが卓越性を生むのであり、本物の卓越性とは、偶発的な特別の事件などではなく(event)、頻繁に繰り返すことで意図的に身につけることが出来る行動パターン(habit)なのである。したがって、テーマを高らかに鼓舞し、業績目標を明確にした上で職員を叱咤激励するだけでは本物の卓越性に近づくことができない。そこで、我々のリーダーシップは「指導性」以上に、「共同や共有」を重視し、体験の積み重ねが卓越性に結びつくような組織の文化や職員の体質・風土を質的に向上すること、をリーダーシップに期待している。」

また、Thompson専務理事はリーダーシップに期待されるものやリーダーシップ哲学について次の7点をあげた。

- 1)臨床、経営管理、財務の業績について最高の結果を目指すこと
- 2)継続的な品質の改善を担うこと
- 3)事実に基づいた意思決定を行うこと
- 4)アカウントビリティに深くかかわり、責任を共有すること
- 5)顧客中心主義
- 6)情報の共有
- 7)人材育成

このようにSSMHCのリーダーシップは、「通常のレベルを超えて、他に例を見ない卓越した品質(=Exceptional)」の要であり、Thompson専務理事は、MB賞の7つのカテゴリーの中で、最も重視した項目として、カテゴリー1の「リーダーシップ」およびカテゴリー3の中の「顧客の満足」だと答えている。また、前述のFriedman副理事長もリーダーシップを真っ先にあげている。

## ②リーダーシップ育成

SSMHCが「Exceptional」をコーポレート・アイデンティティに、品質改善の第一歩としてCQIをスタートさせた1989年頃には、SSMHCが「リーダーシップ育成ハンドブック」の必要性に気づいた時期であり、1998年には「Executive Leadership Handbook」が完成する。

このハンドブックは個別施設が展開するCQI活動や業績の追跡評価過程におけるリーダーシップの基本機能や各レベル・リーダーの役割をトップのシステム

レベルで標準化すること、および現場リーダーの能力を向上し、組織の風土や職員の体質を改善することが主な目的であった。

「Executive Leadership Handbook」の主な内容は次の通りである。

#### <ハンドブック項目1 目的>

CQIを維持するために、リーダーの能力を向上し品位ある組織とチームを育てる。

#### <ハンドブック項目2 リーダーシップ育成プロセス>

エンティティ（個別施設）レベルおよびネットワークの役員理事は、システムの役員とコーチ陣が管理運営する年間サイクル(5段階)の育成プロセスに乗ってリーダーシップを育成する。

#### <ハンドブック項目3 リーダーシップ哲学>…後述③参照。

育成サイクルは、毎年10月から開始される。最初に行う作業は、顧客の満足度調査やフィードバックレポートを検討し、SSM全体とネットワーク、エンティティのそれぞれにおいてリーダーシップが直面する課題や弱点を洗い出すことである（毎年10月-12月）。

この作業には、エンティティやネットワークの役員理事、当年度育成したリーダー、次年度育成候補のリーダーなども参加し、この時期にリーダーシップ機能とリーダーとしての自覚、および能力育成のための育成戦略、資金計画、育成の到達目標などを明確にする。

同時に、リーダーシップに対して第三者の客観的な評価を仰ぐために、育成対象リーダーの活動を患者・職員・医師・取引業者などが評価する「顧客評価」もこの段階からスタートさせ、全段階を通じて第三者評価に支えられたリーダーシップの育成を目指す。

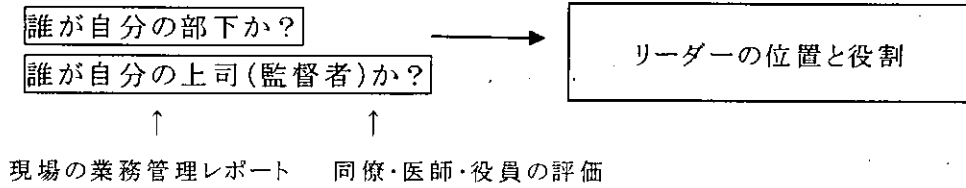
これらの作業を経て新しい育成計画は毎年1月末までに完成し、この段階で育成プログラムの追跡記録を含む育成計画書（年間計画書）も作成を終え、早速、追跡記録書への記載を開始する。実際の育成プログラムがスタートするのは通常2月からである。育成カリキュラムや研修手法はシステム全体に共通する知識や能力を育成する分野と、それぞれの病院や現場が抱えている問題点に焦点をあわせた分野で構成されている。

育成プログラムの終了時には、育成の成果や顧客からの年間評価を分析し、人材開発部門が「育成計画追跡記録」と「結果報告書」をファイルする。

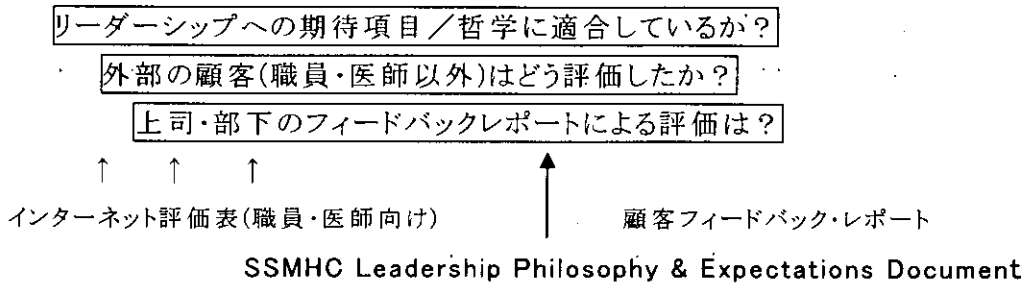
図表1-14は育成プロセスの基本ステップ5段階構造を示したものである。

図表 1-14 リーダーシップ育成プロセスの構造

**ステップ1** プロセス・スタート(10月-12月)



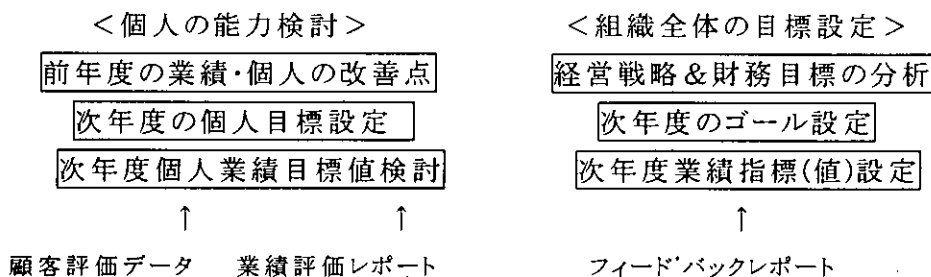
**ステップ2** フィードバック段階(10月-12月)



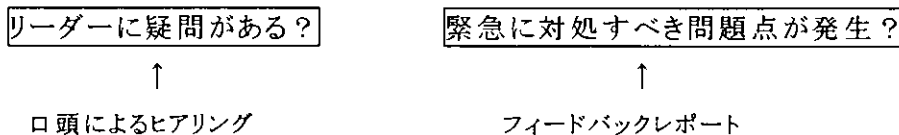
**ステップ3** 育成計画準備段階(10月-12月)



**ステップ4** コーチ検討会議(1月) → 人材開発部門



**ステップ5** コーチ臨時検討会議(随時)



SSM HEALTH CARE Executive Leadership Handbook より。

### ③リーダーシップ哲学

SSMHCのリーダーシップとリーダーは以下のことが期待される。リーダーシップ哲学は、システム、ネットワーク、エンティティすべてに共通するもので、各レベルではこれらに加えて、独自の期待項目を設定することができる。

#### リーダーシップ哲学 その1

**臨床・経営管理・財務の業績について最高の結果を目指すこと**

＜ポイント＞

- ・ 鍵となる業績の重視。
- ・ 持続的な業績の改善を実現する。
- ・ 臨床、経営管理、財務分野について、バランスの取れた業績尺度を設定する。

＜成果＞

- ・ 重要な成果の検証が可能になる。
- ・ 成果を共同で達成したという共感が増す。
- ・ 重要プロセスの改善成果を第三者に提示できる。
- ・ 比較データを改善活動に活用できる。
- ・ 結果を予測し予測どおり達成できる。
- ・ しつこさと辛抱強さがチームに浸透する。

#### リーダーシップ哲学 その2

**継続的に品質の改善を図ること**

＜ポイント＞

- ・ CQI ツールおよび手法の活用に精通すること。
- ・ 創造力とイノベーションの能力向上。
- ・ 柔軟性の育成。
- ・ 日常業務において原理原則にこだわること。

＜成果＞

- ・ CQL 原則が設計されて適用可能になる。
- ・ 各種の会議が CQI のガイドラインや手法を踏襲する。
- ・ ミスは「学習の機会」と認識されるようになる。
- ・ 顧客が念頭に置かれる。
- ・ 管理運営、財務、顧客サービス指標の開発によってこれらの質を体系的に測定できる。
- ・ 物事に対して“ごく自然に”というやり方が育つ。

#### リーダーシップ哲学 その3

**事実に基づいて意思決定をおこなうこと**

＜ポイント＞

- ・ 多様性に注目すること

- ・情報収集の重視
- ・意思決定における情報の活用

#### <成果>

- ・意思決定が適正な情報に基づいてなされる。
- ・顧客情報の適正化が進む。
- ・利用しているデータや情報がさまざまな角度から検証される。
- ・決定したことへの理解を求めて、データや情報が意味することに対する活発な意見交換の場が増える。
- ・伝承的で逸話的な比較や研究テーマの氾濫を押さえ込むことが可能になる。

### リーダーシップ哲学 その4

#### アカウンタビリティに深くかかわり、責任を共有すること

##### <ポイント>

- ・権威、自治権、統制権は、最上部に集中させず分散すること。
- ・自分の手の届く範囲で意思決定を行うこと。
- ・リーダーの機能には、指導 (direct) よりも、物事をやりやすくすること (facilitate) が重視され、ガイド (guide)、コーチ (coach) としての役割を重視。
- ・職場の人間関係は平等であること。
- ・職員全員が相互に信頼し、スタッフは自己管理できていること。
- ・職員教育と必要な技術を他の職員に移転することを推進する。
- ・仕事と対人関係の持ち方にある程度の余地を残しておくこと。
- ・自己責任を持ちアカウンタビリティを積極的に推進する。

##### <成果>

- ・権力と統制をお互いが共有できるようになる。
- ・そのための能力を育てることが出来る(自分と他人共に)。
- ・他者の決定の正確さが増える。
- ・お互いに対等なパートナーシップであることがはっきりと眼に見えるようになる。
- ・アカウンタビリティはどこに存在しているのかをはっきり確定できる。
- ・リスクを負い、リスクを負うことに勇気を持つことが出来る。
- ・専門スタッフが自分の専門的なアカウンタビリティを設定できるようになる。
- ・改良が進む。
- ・期待すべきものやチェックすべきことが明確に設定できる。
- ・手法や取り組みの多様性が拡大する。
- ・相手をあらかじめ理解したうえで管理運営できる。
- ・関心を抱いていることにコメントできるようになる。

### リーダーシップ哲学 その5

#### 常に顧客を中心に置くこと

##### <ポイント>

- ・患者の関心に気づくこと、および関心事にかかわるケア提供を重視する。

- ・システム内外の顧客に注視する。

#### <成果>

- ・専門領域を軸にしたサービスの提供と提供成果の改善。
- ・スタッフに協力することでスタッフの行動様式に関する広範囲な青写真を描くことが可能になる。
- ・尊敬と好意を持って顧客を同僚とみなすことが出来る。
- ・全職員が顧客の「幸福」を常に気遣うようになる。
- ・顧客のプライバシーを保護する。
- ・部門同士の連携や相互作用が進み、顧客サービスに対する学術的な面での相乗効果が増す。
- ・顧客へのフィードバックに対する測定尺度が開発され、顧客からの返答率が高くなる。

### リーダーシップ哲学 その6

#### 情報をすべてのレベルで共有すること

##### <ポイント>

- ・職員一人一人のレベルで、自由な対話を拡大すること。
- ・自由な対話によって、適正な情報だけを職場に広げること。

##### <成果>

- ・記述能力/口頭によるコミュニケーション能力の向上。
- ・聞く力を育てる。
- ・質問能力を育てる(聞くべきこと、知るべきことは何かをすぐに察知できる)。
- ・コミュニケーションや対話に関する公開討論会を企画できる。
- ・決定したことに対する、職員の「疑問」に答えられる。
- ・どんな情報をどのような方法でお互いに共有するのかを明確に出来る。
- ・相手にフィードバックを求め、相手にフィードバックできる。
- ・タイミングよく情報やデータに接触することが出来る。
- ・情報アクセスを拡大する。
- ・可能なものについてはすべて意図的に情報の共有化を図る。
- ・スタッフがデータや情報を理解しやすいように“翻訳”する。

### リーダーシップ哲学 その7

#### 人を育てること

##### <ポイント>

- ・組織をはぐくみ人材を育てる。
- ・個人の技能と能力の向上に大きな期待をかける。
- ・職員の育成に投資する。
- ・生涯教育の意義を認め教育モデルを開発する。

##### <成果>

- ・本人が成長するための公式のチャンスが増えた。

- ・自己開発手法による成果モデルが開発される。
- ・メンター:よき指導者を育成できる。
- ・経営管理部門以外の人材にリーダー登用のチャンスが増える。
- ・前もって管理者をコントロールし、活動を制限できる。
- ・職員にリーダーシップの必要性を感じさせ責任感を持たせられる。
- ・スタッフレベルで、「参加」と「意思決定」が拡大する。
- ・コーチの能力が育成される。
- ・スタッフの適性を評価し育成のための方向性を明確に出来る。
- ・組織構造、方針、提供活動をよい方向へと転換するための活動が増加する。
- ・支援協力体制が広がる。
- ・困難なことを学び理解することは大切だという環境が育つ。
- ・変化・改善に対する対処法を学ぶことが出来る。

#### (5) 要因 4 : SSM St. Joseph Hospital のモニタリング・アセスメント

##### ① 再入院率低下作戦

SSMHC の臨床医療に対する業績評価プロセスは、システム改善担当副理事長、P.J.Friedman によれば、SSM の中心的な病院であるセントジョセフ・セントチャールズ病院、および西病院(St.Joseph Hospital,St.Charles&West)が、最も典型的で優れたモデルだとされる。両院の「卓越した臨床成果(*Exceptional Clinical Outcome*)」への取り組みは SSMHC が標榜する、「通常のレベルを超えて他に類を見ない卓越した品質 (*Exceptional*)」を着実に実践しており、両院の業績評価プロセスは特に、急性期患者の再入院率削減や外科手術の成果改善、救急部門における臨床連携(アテンディング開業医と救急スタッフのチームケア連携による患者満足度の向上) などにおいて特徴的である。

再入院率についていえば、現在メディケア・メディケードおよびスタッフ HMO などが、高い再入院率の病院への給付を減額するというペナルティを拡大しているので、米国の多くの病院が「再入院率」の削減を大きな課題にせざるをえないという背景が大きい。

SSMHC もまた再入院患者の削減について、臨床の品質はもちろん、患者収入の減少という経済的な成果にもかかわるので、システムが重視する患者の満足度と同様、重大なテーマのひとつである、としている。

以下、SSMHC 内の模範的な病院とされるセントジョセフ病院における再入院率の低下作戦を取り上げる。当院の取り組みは、まず再入院を削減するために必要なデータや情報を集約し、現場の事実と医療提供活動のエビデンスに基づいて、入院サービスを改善するというスタンスに根差している。したがって、病院の役員や部長、リーダーはどのような情報やデータを分析評価すべきか、どのようなベンチマーク指標を用いるのか、などに答えるための分析評価計画を策定することで病院上層部の意思決定が客観的な事実に基づくことを重視している。

その上で、「卓越性」の中心的な臨床サービスである外科手術や救急部門などの



業績を追跡評価し、入院医療の改善によって再入院を減らすという構造である。

このようなフレームワークを持つセントジョセフ病院の再入院率削減作戦は主に以下のような作業によって支えられている。

### 1)再入院率の数値目標を明確に設定する

両院に入院した急性期の患者が退院後 31 日以内に、予想外の再入院をした率を、両院別々に設定する。すなわち、セントジョセフ・セントチャールズ病院の再入院率は退院患者全体の 9.24%以下にとどめること、一方、西病院については、6.0%以内に押さえ込むことを 2004 年度の目標値とする。

### 2)再入院率に影響を与える疾患(患者)と診療部門を特定する

両院ともに、再入院率に影響を与える疾患を、うっ血性心不全(CHF)、急性心筋梗塞(AMI)、市中感染性肺炎(CAP)に絞り込み、部門としては救急外来部門と入院外科手術部門に焦点を当てる。この 2つの診療部門はアテンディング開業医と病院スタッフとの臨床連携を推進することで、患者の満足度を向上している部門でもある。

### 3)理事会 & 経営管理委員会のデータ分析審査活動を絞り込む

病院理事会と経営管理委員会は再入院率の削減について、「退院プロセスレポート」ないしは「Trend Star 予測レポート」から得た有効データを集約し、これらのデータをベンチマーク活動に生かすために PIR:業績指標報告書に掲載する。再入院率削減に必要なこれらのレポートは理事会と管理運営委員会によってのみ審査される。

### 4)的確な必要情報 & 指標を選定し、それを常にレビューする責任者も明確にする

再入院率を抑えるために必要な情報と指標は図表 1-15 に示す。これらの情報や報告書をチェックし、再入院の削減策を提案し改善点を指摘するレビュー責任者もそれぞれ明確に設定されている。

## **②外科手術の品質改善と業績評価プロセス**

一方、「卓越性」を支えるもう 1つの取り組みである「外科手術評価プログラム(入院 & 外来)」は、図表 1-16 に示すようなケアマップを特徴としている。

それによると、プライマリケア医(PCP)が、外科手術を決定する段階から病院は PCP が外科手術を判断するために必要な情報を積極的に提供し、PCP の意思決定プロセスに共同参加することが重視されている。

また、外科手術が必要と判断された患者については、1.明確な「パス」(図表 1-17)によって手術が標準化されることで不必要なサービスや無駄な手術時間を削減すること、2.術前術後の患者の安全性を確保すること、に焦点を当てている。

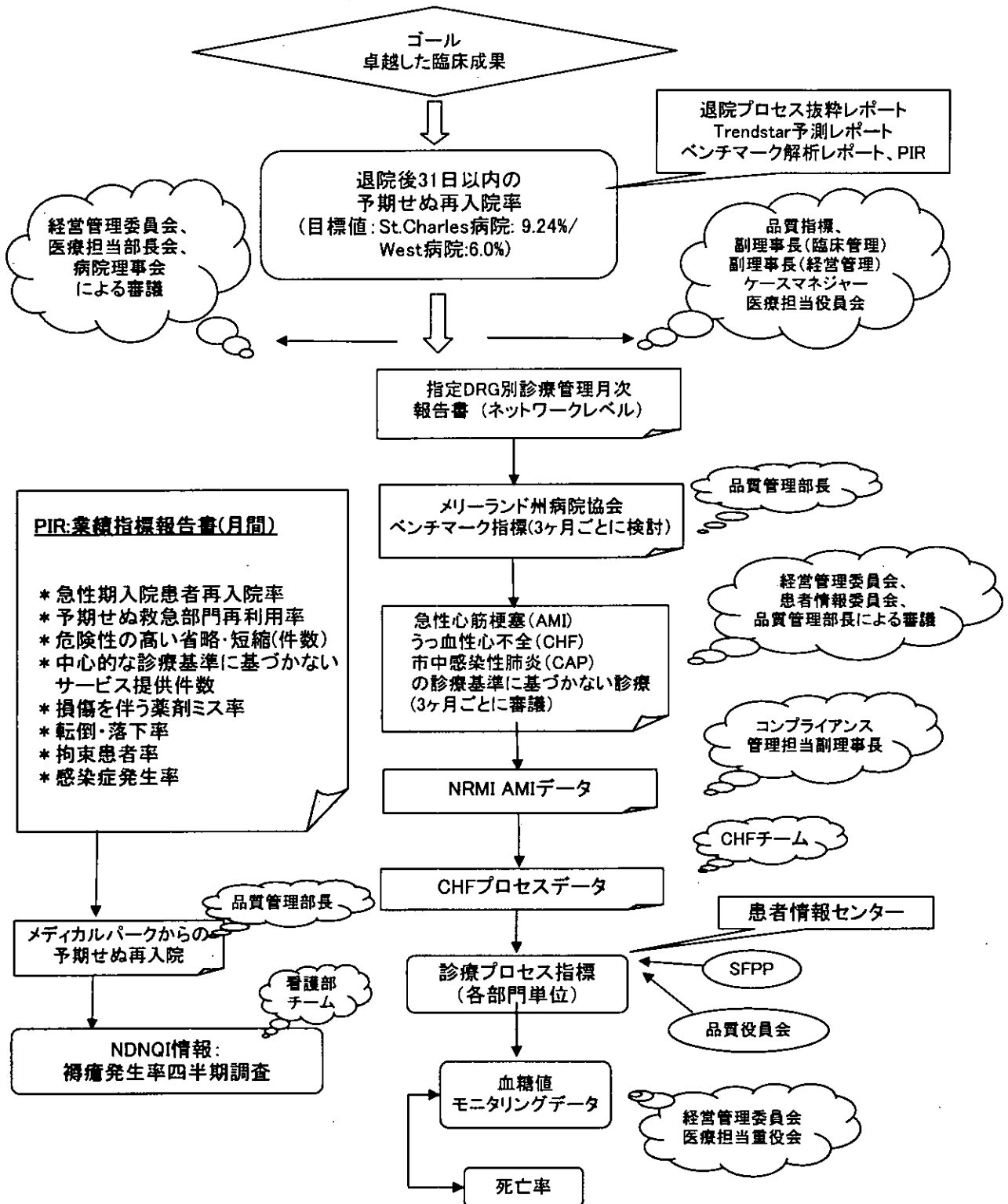
周術期の患者の安全性は、図表 1-18 のようなプロセスと安全性測定尺度によって確保される。

図表 1-15 卓越した臨床成果を実現するための情報セット  
(St. Joseph Hospital, St. Charles & West)

1. PIP 業績指標報告書(月間)	
検討項目	<ul style="list-style-type: none"> <li>*急性期患者の再入院</li> <li>*予期せぬ再入院率(救急部門)</li> <li>*危険なサービスの省略*短縮</li> <li>*診療行為に対する中心的な測定尺度から抽出したサービスの成果</li> <li>*損傷をまねいた薬剤ミス</li> <li>*転倒*落下率</li> <li>*身体拘束患者率</li> <li>*院内感染症発生率</li> </ul>
レビュー責任者	・経営管理委員会・医療担当役員会・理事会
2. 指定 DRG 別診療管理 レポート(月間)	
レビュー責任者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・品質改善委員会 ・臨床管理担当副理事長</li> <li>・経営管理担当副理事長 ・ケアマネジメント部長</li> <li>・医療担当役員会</li> </ul>
3. 臨床提供活動プロセス指標(各部門用)	
レビュー責任者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・戦略財務資源計画プロセスの指示を受けた副理事長/品質改善部長</li> <li>・品質管理役員会の指示を受けたスタッフ</li> </ul>
4. メリーランド州病院協会のベンチマーク指標(一般指標)	
レビュー責任者	・品質改善部長(3ヶ月毎レビュー)
5. 疾患別の中心的な測定尺度	
対象疾患	*CHF、AMI、CAP (3ヶ月毎レビュー)
レビュー責任者	・経営管理委員会/患者情報委員会、品質改善部長
6. 「Medical Park」からの計画外の新規入院患者数(推移)	
レビュー責任者	・品質改善部長
7. NRMI 急性心不全患者データ	
レビュー責任者	・コンプライアンス管理担当副理事長
8. CHF 診療プロセス・データ	
レビュー責任者	・CHF 診療チーム
9. NDNQI 情報; じょくそう発生率(四半期調査)	
レビュー責任者	・リーダー看護師
10. 患者の血糖値測定データ(入院 & 外来)	
レビュー責任者	・経営管理委員会、医療担当重役会メンバー
11. 死亡率データ	
レビュー責任者	・経営管理委員会、医療重役会

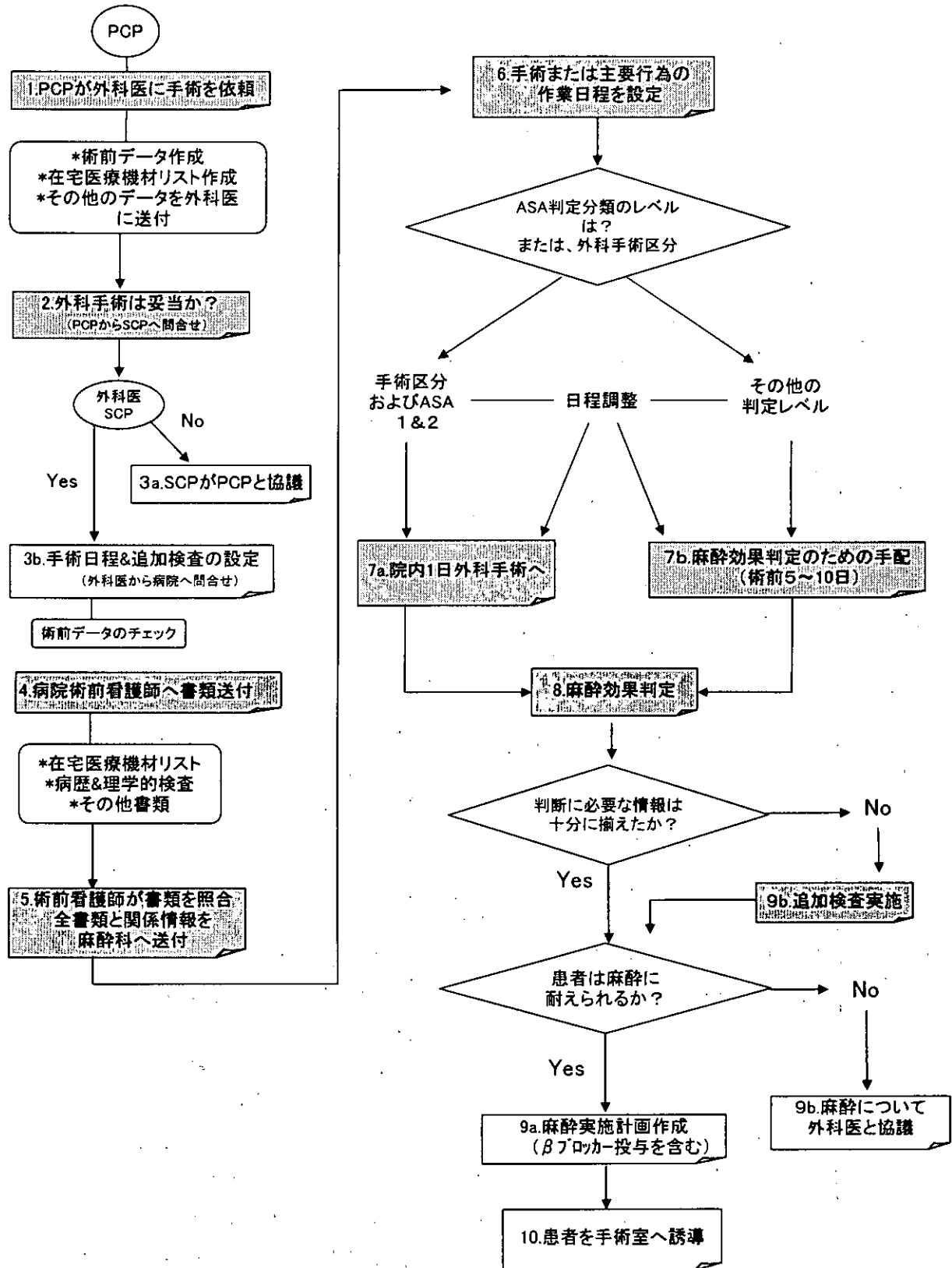
SSM Health Care 資料「Data Architecture- SSM St. Joseph, St. Charles, MO January 2004」をもとに作成。

図表1-16 St.Joseph Hospital の臨床活動モニタリング&アセスメント構造



Data Architecture-SSM St.Joseph, St.Charles,MOをもとに作成

図表1-17 セント・ジョセフ病院の外科手術改善パス  
(PCPからSCPの手術実施まで)



SSM Health Care 資料をもとに作成。