

図表 1-18 周術期の安全性を向上する追跡評価プロセスと測定尺度

プロセス		安全性測定尺度
1. 術前	<ul style="list-style-type: none"> ・病歴・身体理学的身体検査 ・医薬品リスト ・術前指示書 	<ul style="list-style-type: none"> ・病歴&身体検査基準のチェック (5d 術前基準) ・医薬品リスト確認 ・術前指示書受理確認 ・外来一日外科手術のキャンセル
2. 術前評価	<ul style="list-style-type: none"> ・病歴&身体検査結果 ・データベース ・薬剤処方内容 ・ガイドラインのチェック ・ASA*分類による術前リスク評価 ・麻酔サービスのチェック 	<ul style="list-style-type: none"> ・データベース(5d 術前) ・医薬品リスト ・処方箋標準 ・麻酔サービス計画
3. 術前治療	<ul style="list-style-type: none"> ・病歴&身体検査実施 ・医薬品投与 ・βブロッカー投与 ・血糖コントロール ・抗生物質投与 ・抗凝固性薬剤投与 ・手術室の準備 	<ul style="list-style-type: none"> ・βブロッカー投与基準 ・インシュリン投与の血糖値基準 ・抗生物質投与基準
4. 手術・ 麻酔	<ul style="list-style-type: none"> ・血糖コントロール ・βブロッカー投与 ・適温(normothermia) ・酸素付加 ・感染症コントロール ・抗生物質再投与 	<ul style="list-style-type: none"> ・βブロッカー反応レベル ・血糖値 ・患者体温 ・合併症発生率 ・酸素飽和(O₂Sat) ・抗生物質再投与時間(4 時間以上が基準)
5. 術後治療	<ul style="list-style-type: none"> ・血糖コントロール ・βブロッカー投与 ・酸素付加 ・感染症コントロール ・鉄分/カルシウム、サプリメント補給 	<ul style="list-style-type: none"> ・βブロッカー反応レベル ・血糖値 ・酸素飽和 ・鉄分/カルシウム投与 ・予期せぬ ICU 利用 ・平均在院日数 ・予測外の合併症
6. 退院・ 手術成果	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤の整合性調整 ・術後指示書 ・医師の退院フォロー診療予約メモの確認 ・退院フォロー(電話) ・術後患者教育 	<ul style="list-style-type: none"> ・新規薬剤リスト ・術後指示書記載ガイドライン ・フォローアップ予約覚書ガイドライン ・患者家族教育 ・感染症発生率 ・死亡率 ・健康状態評価レポート ・患者コンプライアンス基準 ・不満/満足度 ・外科手術費用基準 ・PR(同僚審査、セカンドオピニオン)件数 ・経営管理委員会/患者情報センターの外科手術安全基準

* ASA: American Society of Anesthesiologist の全身麻酔の術前リスク判定分類。

SSM Health Care St. Joseph Hospital 資料「Perioperative Safty」をもとに作成。

<安全管理対策 West 病院の活動例>

West 病院では「SCT:Safety Center Team」とよばれる安全管理チームが以下のような活動を展開している。なお、メンバーに臨床現場の医療スタッフ、医療事務部門はじめ、職員の健康管理、労災担当部門、地域住民などが加わっていることは注目される。

○主なチームメンバー(部門)

SCT の安全管理委員会は毎月第 3 週の水曜日に開催される。

薬剤部門、救急部門、職員健康管理/感染症部門、情報システムスタッフ、医事課、地域メンバー、設備管理者、常任理事、品質/リスク/患者安全管理部門、SJHC 安全保証部長、検査部門、看護管理部門、看護管理の教育担当者、MRI スタッフ、救急部門(医療スタッフ)、施設環境管理部門、品質管理業務課、診療記録&医療秘書、心臓外科&リハビリ部門/EEG、バイオメディカル、救命救急士部長 (EMT)。

○月間特別目標

SCT は月間目標 (毎月) を設定している。2004 年 1 月のテーマは次の通りである。

- * 危険性が発生した場合に数分以内で検証すること
- * 警告を発する出来事や統計に敏感になること
- * 安全第一
- * リコール(回収や取り消し、撤回を恐れず誠実に対処する)
- * 適正な活動計画に基づいた改善機会の拡大
- * 安全規制やルールを常に最新のものに更新しておく
- * 2003 年度 NPSG(全米患者安全目標)をクリアすること
- * 安全管理チーム(SCT)報告書の定期的作成と配布

○SCT 報告書

SCT は、年間を通じて重点的に取り組むべき課題を月毎に設定し、毎月作成する SCT 活動報告書にその経過や成果を記載している。

West 病院における 2004 年度の月次重点安全項目は図表 1-19 に示す。

図表 1-19 St. Joseph Hospital, West の安全管理月次項目

月	安全管理月次項目 (報告書記載項目)
1 月	警備保障、危機管理、生命の安全性、電気・水道・ガスなどの安全管理、放射線機器/MRI の安全管理
2 月	救急受け入れ準備と対応の安全性、職員の健康管理、バイオメディカルの安全性、感染症コントロール、OFI

3月	リスクマネジメント、安心と安全、医薬品と薬剤療法の安全性、MERT、アルツハイマー患者の安全性
4月	警備保障、危機管理、生命の安全性、電気・水道・ガスなどの安全性
5月	救急受け入れ準備と対応の安全性、職員の健康管理、バイオメディカルの安全性、感染症コントロール、OFI
6月	安全教育と啓蒙、安心と安全、リスクマネジメント、医薬品と薬剤療法の安全性、MERT、アルツハイマー患者の安全性
7月	警備保障、危機管理、生命の安全性、電気・水道・ガスなどの安全性、放射線/MRIの安全管理
8月	救急受け入れ準備と対応の安全性、職員の健康管理、バイオメディカルの安全性、感染症コントロール、OFI
9月	リスクマネジメント、安心と安全、MERT、医薬品と薬剤療法の安全性、アルツハイマー患者の安全性
10月	警備保障、危機管理、生命の安全性、電気・水道・ガスなどの安全性
11月	救急受け入れ準備と対応の安全性、職員の健康管理、バイオメディカルの安全性、感染症コントロール、OFI
12月	MERT、医薬品と薬剤療法の安全性、アルツハイマー患者の安全性、リスク管理、安心と安全、安全教育と啓蒙

SSM Health Care 資料「SSM St. Joseph Hospital West Safty Center Team (“SCT”)Membership and Reporting Structure」をもとに作成。

(5) 要因5：顧客満足度調査

①顧客重視策

SSMHCでは、患者や家族を含め以下の1～4にあげる4つのカテゴリーに顧客を分類している。この顧客分類は全方位的で、そうした分類に基づいて、それぞれの顧客ニーズを明確にし、的確で効果的な対応策を設定するのがSSMHCの特性となっている。

顧客1：顧客(Key Customers)

入院患者、外来患者、救急利用者、在宅患者、長期ケア(LTC)患者・家族。

顧客2：パートナー(Key Partners)

アテンディング開業医、グループ・プラクティス、勤務医(ハウス・ドクター)。

顧客3：スタッフ(Key Staff)

SSMの職員。

顧客4：利益共有者(Key Stakeholders)

メディケア&メディケード、民間医療保険会社&マネジドケア組織、医療用品材料&医療機器販売会社、医薬品メーカー、委託&部門管理会社
コンピューター・ベンダー。

顧客重視策は、まず最初に、顧客が必要としていること、要求、期待、および彼らの趣向などを理解するという「必要と要求の把握」からスタートする。

そこで、顧客に耳を傾け、顧客から学ぶことが重要される。例えば、エンティティレベル（各施設）では、ナースセンターや家族の待合室などを含め、至る所に投書箱を設置しており、投書で指摘されたことは苦情対応プロセスや CQI 活動、あるいは改善計画などに反映される。投書箱は患者家族だけでなく、医師、職員、医薬品メーカーなどの取引業者も利用し、SSMHC の「卓越性」をさまざまな人々が客観的に評価するという機能も持つ。

なお、投書で指摘された事項については、そのためにどのような取り組みを行い、結果としてどのようなようになったかという経緯や成果について、必ず投書した本人にフィードバックするとともに、アカウントビリティを重視し、取り組み報告書をポスター形式で投書箱の近辺に掲示している。

次の段階では、満足度調査を定期的実施し、顧客の満足/不満足を明確にしたうえで不満項目を重点的に絞り込み、分析結果を CQI 活動に生かすという「満足と不満の管理」があげられる。

調査結果や分析データ、あるいは満足度調査レポートなどは、さまざまな角度から分析した統計図表を用い、職員が簡単に問題点を把握できるよう工夫を凝らしている。

顧客重視策の第三段階は、「苦情処理」である。これは苦情の内容や種類に応じてタイプ別に仕分けし、何度も繰り返される不満や苦情、緊急に対応すべき苦情などを見分けることによって迅速な苦情処理プロセスと報告体制を可能にしている。そのために苦情処理ではコンピューター処理ソフト（OFI）が大きな役割を占めている。

②顧客満足度調査

SSMHC の顧客満足度調査は先述の 4 つの顧客カテゴリーを対象に、アンケート調査や（自宅への郵送、職員による手渡し）、その場の聞き取り調査などいくつかの方法がある。自宅へのアンケート調査規模は 1 回当たり約 50 万通で、入院患者/退院患者、外来通院患者、在宅ケア利用者、ナーシングホーム入所者（LTC 患者）などとその家族、開業医、グループ・プラクティス、在宅ケア&用品会社、医薬品メーカーや取引企業、地域ボランティアや地域活動協力住民などを対象としている。

SSMHC では、満足度調査コンサルティング企業で満足度のベンチマーク指標も開発している HR Solution Inc(本社シカゴ)に質問内容・用紙配布・回収などを業務委託している。

HR Solution Inc では、自社開発の「満足度通常レベル」や「病院満足度トップ 25% 以内レベル」などのベンチマーク指標によって SSMHC の満足度を分析しレポートする。

一方、SSM 自身も満足度調査の分析、調査結果の報告体制をとり、主に 4 つ

の仕組みがある。

- ・役員概要報告 (Executive Summaries) …毎月
- ・ダイナミック・データ分析ソフト
(Dynamic Web-Based Data Analysis Software) …毎月
- ・ランキング報告(Ranking Reports) …年 4 回
- ・インパクト分析報告 (Impact Analysis) …年 2 回

③インパクト分析報告

インパクト分析は、顧客の多くが重要であるとしているにもかかわらず、実際には満足度が低いサービスや業務活動を抽出することにより、取り組みが立ち遅れている分野を発見し、システム全体で改善すべき最優先課題を明確にするというねらいがある。

例として、2002 年下半期 (6 月～12 月) の入院患者に関するインパクトレポートを見ると (図表 1-20)、顧客の多くが重要であるとしているサービスや活動は 52 種類に絞り込まれている (重要度 1～52、52 が最重要)。

一方、満足度については、最も満足度が高く優れていると顧客が評価したサービスを 1 (位) とし、最も評価の低いものを 52 (位) としている。

そして、顧客が重視しているサービスと、そのサービスに対する顧客の満足度との相関関係をインパクトランクと呼び、最もインパクトが低いものを 1 とし、110 までのランクを設定している。インパクトランクとは、言い換えれば満足度の改善に取り組むべきサービスや活動の優先順位を低い順に 1 位から 110 位まで羅列するもので、ランク 1 位とは顧客にとって重要度は低い十分満足してもらえるサービスという意味となる。逆に、ランク 110 位とは顧客がとても重要なサービスだと思っているのに、満足度がかなり低いということになる。

インパクトレポートは、インパクトランクの高いものから順に、すなわち、すぐにでも満足度の改善向上が必要なサービスや活動を図表の上から順に羅列することで、今後の改善活動計画やパスポート作成の基礎データとして有効活用されている。

図表 1-20 によると、2002 年下半期に SSMHC が最優先で満足度を改善しなければならないサービスは、インパクトランク 1 から 110 の中で 93 にランクされた「看護スタッフの迅速な対応」であることがわかる。「看護スタッフの迅速な対応」は、入院患者が重要だとしている程度が最も高く (重要度 52: 最重要)、他方入院患者の満足度は 41 位 / 52 位中で、満足度ワースト 11 となっている。

重要度と満足度との相関関係を示すインパクトランクについて、「看護スタッフの迅速な対応」は 93 位にランクされ、満足度の改善活動を行うべき優先度が 110 項目中 17 番目にあるので ($110 - 93 = 17$ 位)、満足度改善の必要性はかなり高いサービスだということになる。ちなみに、あまり重要視されていないが、既に十分満足できるサービスであると評価されたものは、「受付スタッフが親切丁寧」であった。

図表 1-20 SSMHC2002 年下半期インパクト分析図(入院患者の満足度)

部門	サービス & 活動項目	重要度 (1-52)	満足度 (1-52)	インパクト (1-110)
看護部門	看護スタッフの迅速な対応	52	41	93
患者管理	スタッフによる疼痛緩和の方法(ペインマネジメント)討議	41	46	92
患者管理	可能な限りの疼痛緩和サービスをスタッフが提供している	49	32	81
看護部門	看護師が患者の疼痛に気遣い配慮する	51	26	77
患者管理	疼痛緩和はほぼ期待通り(もしくは期待より減少)	26	51	77
退院管理	スタッフが退院後の継続ケアの手配に協力	44	33	77
医局	医師が検査結果を明確に説明	40	37	77
来訪者サービス	患者のケア関連情報を家族に説明	47	28	75
退院管理	患者が通常の日常生活に戻る時期を告知	29	47	76
看護部門	看護師は技能と知識を存分に発揮	50	22	72
給食・栄養管理	食事(給食)は外見も味もよい	20	52	72
医局	医師が治療内容または症状を明確に説明	42	30	72
退院管理	退院の時期は全く適正	33	38	71
病棟管理	病室や浴室は常に清潔	31	39	70
病棟管理	シーツや洗濯用衣類の交換は適正で十分	28	40	68
給食・栄養管理	食事メニューや料理の種類が豊富で満足	19	49	68
来訪者サービス	食事は訪問者のニーズを十分に満たしている	24	44	68
退院管理	退院後の在宅ケアにおける薬剤に服用について明確な指示(書)がある	41	23	64
病棟管理	夜中は病室内外共に静かである	14	48	62
医局	医師は患者の疼痛に気を使い配慮している	43	18	61
患者管理	疼痛緩和療法(ペインマネジメント)によって痛みが和らいだ	32	31	63
看護部門	看護師が親切	48	13	61
病棟管理	日中は病室内外ともに静かである	16	45	61
産科・出産	サービス提供プロセスの説明がある	39	20	59
看護部門	看護師は患者の質問にはっきり答える	45	11	56
駐車場	簡単に駐車スペースが見つかる	6	50	56
産科・出産	陣痛情報はまわりの人に告知してある	37	19	56
退院管理	退院時に感覚が戻っている	22	34	57
給食・栄養管理	適温給食	11	42	53
医局	医師は患者が理解できる方法で質問に答える	36	17	53
病棟管理	病室内の温度は適温で快適である	8	43	51
駐車場	退院時に駐車場までの歩行補助(器具)や車椅子が必要なら手	13	34	47

	軽に利用可能			
医局	医師は技能と知識を十分に発揮している	38	8	46
来訪者サービス	礼拝のニーズに十分応えている	23	24	47
産科・出産	出産時の麻酔実施は十分に説明される	18	27	45
看護部門	看護師は患者のプライバシーに敬意を示す	35	9	44
看護部門	看護師は患者を無視した話し方をしない	27	16	43
外科手術部門	外科手術情報はまわりの人に告知してある	21	21	42
医局	医師が親切	34	7	41
駐車場	病院の駐車場は利用しやすい	3	36	39
病棟管理	病室内の家具は状態がいい	9	29	38
産科・出産	分娩室のスタッフが親切	30	5	35
来訪者サービス	来訪者への対応は親切丁寧である	25	6	31
給食・栄養管理	給食スタッフ全員が親切	15	15	30
外科手術部門	外科手術時の麻酔は十分な説明がある	4	25	29
外科手術部門	外科手術実施手順は説明される	10	14	24
医局	医師は患者を無視した話し方をしない	12	10	22
医局	医師は患者のプライバシーに敬意を示す	17	3	20
登録・受付部門	患者登録完了までの所要時間は妥当	2	12	14
外科手術部門	手術室のスタッフが親切	7	1	8
登録・受付部門	患者の保険情報は秘密厳守で入手される	5	2	7
登録・受付部門	受付窓口スタッフが親切丁寧	1	4	5

〈重要度〉 1-52 段階。52＝最も重要度が高い、1＝重要度が最低。

〈満足度〉 1-52 段階。52＝満足度が最低、1＝最も満足度が高い。

〈インパクト〉 1-110 段階。110＝もっとも重要だが満足度は最低。

001＝重要度は最低だが満足度は最高。

SSM Health Care 資料「SSM HEALTH CARE INPATIENT SATISFACTION IMPACT ANALYSIS-
INCORPORATING DATA GATHERED JULY-DECEMBER 2002」をもとに作成。

④スタッフ満足度

顧客のうち、「スタッフ(SSM 職員)」の満足度は、a)職員分類別 18ヶ月間調査方法(Focus Groups Mini-Surveys)、b)記述式満足度調査(Employee Opinion Survey)がある。

Focus Groups Mini-Surveys は、400名以上の職員を対象にした、コントロール群サーベイで、成果としてはチームやグループのような小規模の活動において職員はどのようなことに満足し、何に不満があるのかを的確に発見できること、また、満足の種類や程度を集団の規模(チーム)や役職、業務内容などを軸に階層化できることなどが上げられる。

Mini-Surveys では、調査用紙を本人に直接渡す方法、E-Mail の活用、ヒアリ

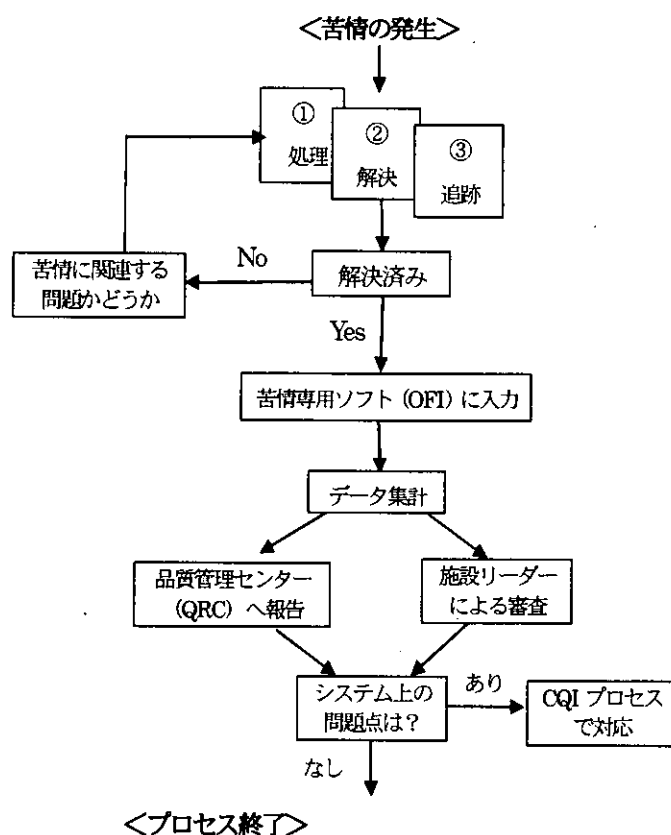
ング、面談なども行われる。

⑤ 苦情の処理

SSMHC における苦情処理体制は図表 1-21 に示すプロセスを基本構造としている。法人副理事長で資材品質管理担当の Eunice Halverson 氏は苦情処理では次の点が重要であると指摘している。

1. いつ、どこで、だれが、どのように苦情を訴え、それはどのような内容か、どの部門に関連するか、などを分類し、苦情のカテゴリー化をはかること。
2. 苦情が発生、または苦情を発見した瞬間から、苦情を訴えている本人には迅速に対応するだけでなく、苦情を処理中の経過報告や処理が終了した後の結果報告についても、本人に迅速に伝えること。
3. 発生から対応までの所要時間や、処理が終了するまでの時間などを追跡評価する仕組みを確立すること。
4. 苦情に直接関係する部門は必ず書面による報告書体制を確立しておくこと。
5. 苦情を処理したことが必ずサービスの改善につながっていること(サービス現場での業績モニタリングや評価体制と連動していること)
6. 苦情内容の分析や検討作業はすべての部門、すべての役職階層レベルで実施されること。

図表 1-21 苦情処理プロセス



SSMHealth Care Application for the 2002 Malcolm Baldrige National Quality Award P16Figure 3.2.2 より。

(6) 要因6：パスポートの活用

SSMHC の取り組みの特徴として、質改善には組織理念を明確にし、浸透させることが重要との認識に立っていることが指摘できる。そこで、SSMHC では、リーダーシップ発揮のための様々なプログラム・仕組みを用意しているが、理念浸透と戦略計画に基づく目標達成のためのツールとして、「パスポート (Passport)」と呼ばれる自己管理カードを全職員に携帯させている。職員の間では“*Pocket of Excellent*”と呼ばれているこのカードは、それぞれの施設で大きさや冊子の形態、文字のカラーやデザインなどは多少異なるが、おおむね次のような内容が盛り込まれる。

<St. Joseph Hospital(セントチャールズ病院(HC)と西病院(HW)両院共通)のパスポート>

縦約 10.4cm、横約 20cm の 3 折の用紙で、携帯可能なカード状のもの。

- <1 ページ> 自己の所属部署、氏名を記入
- <2 ページ> 病院のゴール
- <3 ページ> 部門のゴール：部門のゴールは 4 つ選定し、それぞれに測定尺度(数値を含む)を明記する。
- <4 ページ> 個人のゴール：部門のゴールに対応する 4 つのゴールを設定し、それぞれに数値目標を含むゴールを明記する。

図表 1-22 セントチャールズ病院・西病院の病院全体のゴールと数値目標 (2004 年度)

ゴール	St. Charles(HC)	West(HW)
退院後 31 日以内の予期せぬ再入院率	9.24%	6.00%
当院利用を他人に積極的に推薦する患者比率	85.8%	87.0%
職員の満足度(全職員に占める比率)	82.0%	85.0%
医師の満足度(全医師に占める比率)	80.3%	86.5%
経常利益率	5.74%	9.75%
卓越した患者の安全性と全米患者安全目標達成率	100%	100%

St. Joseph Health Center, St. Joseph Hospital West [PASSPORT, Entity Goals for 2004]より。

- <5 ページ> SSMHC の理念
SSMHC の使命、価値観、医療サービスの特性など、SSMHC の理念を確認するために改めて文章で明記する。
- <6 ページ> 全米患者安全項目
全米患者安全目標の項目(12 項目)を列記する。

1. 適正な方法で医療ミス/事故を報告する。
2. 輸血/点滴の前に 2 種類以上の方法で患者を確認する。
3. 医的侵襲的行為の前に、当該患者であること、適正な治療行為が正しい場所で行われることを確認する。

- 4.口頭または電話による医師からの指示はすべて記録し、記録した内容を医師に読み返す。
- 5.カルテや医療記録に用いる省略用語は誤読を招かない程度に適正である。
- 6.患者が間違った医薬品/生薬を受け取る事態を減らす。
- 7.サービス提供前に、そのサービスが確かな文献や研究結果など根拠に基づくものであることを確認する。
- 8.左右対称の臓器を治療する前に治療箇所を確実にマーキングする。
- 9.機器や装置の警報システムは適正である。
- 10.患者、来訪者、職員にとって安全な施設環境を保持する。
- 11.患者に接触前と接触後は必ず手を洗う。
- 12.重大事故や事件につながることは必ず報告すべき部門に報告する。

(St. Joseph Health Center, St. Joseph Hospital West [PASSPORT, Entity Goals for 2004])

4. MB 賞から学んだ 10 のポイント

SSMHC では MB 賞を申請する前段階として、1995 年から州の経営品質賞や表彰制度に応募してきた。州賞を受賞するために実施した改善活動では、6 ヶ月単位の改善サイクルを設定し 1 サイクルごとに 15% 程度の改善を実現した。

95 年から 99 年のこうした州賞獲得活動によって、個別病院や施設におけるマネジメント体制やさまざまなプログラムが統一され、エンティティ全体を包括した形でモニタリングや評価を行うことが可能になった。

また、使命や価値観などについても病院ごとに異なっていたが、1999 年にはシステムとしての使命をわずか 13 の単語で単純化することに成功し、統一した使命感や方向性によってシステムを導く体制が整った。

その結果、システムとしての「品質 Quality」を、1)臨床の成果 (Clinical Outcome)、2)サービス活動の成果 (Service Action)、3)システム内とシステムを取り巻く競争市場に対する成果 (Internal & External Performance) の 3 つに絞り込むことが出来た。こうした州賞の受賞活動で得られた成果はそのまま MB 賞に生かされることになった。

例えば、MB 賞は州賞と異なり、包括的評価・審査を特性としており、1995 年時点ではバラバラなシステムであった SSMHC が州賞受賞体験を経て MB 賞の審査に耐えうるシステムへと成長したことは MB 賞の受賞活動に生かされている。

また、MB 賞の立入り審査では、審査員が 200 ページに及ぶ立入り審査結果報告書を作成するために、100 時間に及ぶ現場での職員ヒアリングや面談を実施するが、州賞の受賞によって、個別病院の管理体制や方針、理念や職員の質などを一本化させてきたので、ヒアリングや面談の内容にバラツキが少なかったことも

州賞に応募したからできたことであった。

MB賞の申請と受賞からえられたものは何かという点につき、戦略担当専務理事のB,Thompson氏は次のようなことをMB賞から学んだとしている。

1. 言い訳しない組織風土・文化の育成：

予定の期日までに完了していない業務や困難な活動に対して、「この仕事は誰かが阻害している」「あとほんの少力で完了する」などと言い訳しない組織へと体質を改善、またそうした返事に怯むことなく業務の完了を強く求められるような組織・集団作りに役立った。

2. 改善や品質の向上は想像以上に長時間要すことを体験した。したがって忍耐と寛容の組織文化を育てることに役立った。

3. 日常活動やプログラム、管理手法のようなシステムの資源を包括統合化することで、職員なら誰でもがそれらに精通し、こうした資源の活用を習慣化することができた。

4. MB賞審査基準を用いることで、システムの最重要・最優先課題を全職員に幅広く普及させることができた。審査基準項目7つのカテゴリー間の相関関係や、カテゴリー全体の中での位置づけを理解することによって、当システムには何が重要で、どのような分野が優先的に改善されるべきかを明確にすることが容易になった。

5. 体験の積み重ねが品質の向上を生むこと、また、品質の向上には「風土・組織文化改善委員会」のような組織に支えられた長期的な視点と辛抱強い活動がポイントであることがわかった。

6. SSMHCのすべての活動は未だ発展途上であること、「完成された活動」を追い求めるよりも、「活動のプロセス」を何より重視し、プロセス第一主義の現場を作り上げることが、結局は卓越した品質につながることを学んだ。

7. 職場の仲間や第三者に指摘されるまでは自分の欠点や弱点、あるいは長所などに気づかないが、MB賞に挑戦したことで、仲間や上司、部下などとのコミュニケーションが広がり、その結果、自分のことが以前よりよくわかるようになった。したがって、職場でのコミュニケーションの重要性を改めて理解した。

8. データ・事実・証明に基づく組織づくりが可能になった。

9. 問題や解決すべきことに直面する際に、MB賞審査基準評価手法やツールを活用し、参考にしながら解決するという選択の幅が広がった。

10. 推定や伝聞、組織内のうわさなどに動かされることなく、リーダー（リーダーシップ）は科学的統計や証拠および、強い信念によって組織を引っ張ることが大切であることを学んだ。

5. MB 賞審査基準カテゴリー別にみた SSM ヘルスケアの取り組み

（1）リーダーシップ(Leadership)

SSM ヘルスケアではリーダーシップに期待される 7 項目を以下のように設定している。

- 1)臨床、管理運営、財務における最高の業績
- 2)事実に基づいた意思決定
- 3)アカウントビリティの推進と情報開示に対する共同責任体制
- 4)顧客中心主義
- 5)情報の共有
- 6)人材育成
- 7)CQI（継続的質改善）

また、これらの 7 項目を推進するために SSMHC の価値観（5 項目）を育てることがリーダーとしての基本的な役目であり、それは「卓越した医療サービス」の提供を通してのみ可能である、としている。そのためには、一人一人の職員にとって重要なこととは何かを本人に自覚させることが必要で、リーダーには職員が最も関心を抱いていることを引き出すための優れたコミュニケーション能力が求められる。このような「対話」は、職員のエンパワーメント拡大策によって効果を倍加させている。

SSMHC のリーダーシップは、更に、システムの外の地域社会に対しても責任を果たすことが求められており、a)度を越えず適度に責任を持つこと、b)強い倫理観に基づいて医療活動を行うこと、c)保健医療分野で地域をサポートすることが特に重視される。

こうした SSMHC におけるリーダーシップの基本構造をみると、「卓越したリーダーシップ」とは、理念や使命のような抽象的で見えにくい概念を一人一人の職員に浸透させる、「対話」と「活動項目の具体性」が鍵を握るといえる。

（2）戦略計画(Strategic Planning)

SSMHC における戦略計画の特性は、システムからネットワークレベル、さらにエンティティレベルに至る連携と連続性によって、すべてのレベルがひとつの「計画」で動く現場を作り出している点にある。しかし、計画を展開する場合には、現場の特性や特殊性を考えて仕組みや道具の多様性を最大限確保している。

特に一人一人の職員が携帯するパスポートはシステムの「計画」とエンティテ

レベルの「展開」を連続させる基本機能に加えて、個人個人の多様性や特性を有効に生かす道具としても注目される。

一方、「計画」を策定するためには、a)システムを取り巻く内外の医療環境因子、b)SSMHC との競争因子、c)ベンチマーク指標などの比較情報因子、d)人的資源(職員)因子、などを詳細に分類し科学的に分析する最小データセットが重要な役割を果たしている。また、業績に対する成果報告書や患者・職員・顧客の満足度調査報告書なども「計画」策定の重要ツールである。

もうひとつの特性は、ヒト、モノ、カネの、いわゆる「戦略財務資源計画(SFPP)」の中で、一人一人の職員がそれぞれの日常業務においてどのようなことを重視して活動すべきかを徹底的に本人が自覚するという「経済意識」、または資源の「適正活用意識」の啓蒙と浸透を「戦略計画」の重要テーマにしているという点である。これは人材開発計画や物品の購入計画とも連動し、職員教育に対する予算枠や購入金額に対する現場の予算枠と、その意思決定に対するエンパワーメント拡大策などによって支えられている。

こうした SSMHC の戦略計画は、連続性、個人への浸透、計画展開のためのエンパワーメントなどを特徴とする、統合計画と教育ツールの性格を持っているといえる。

(3) 患者/顧客と市場の重視(Patient/Customers, and Markets)

本カテゴリーに取り組むため、SSMHC では、「あなたは誰にサービスを提供するのか？(Whom?)」、「顧客や患者はあなたに何を求めているのか？(What?)」、「あなたはそれを「どのような方法で把握するのか？(How?)」という3つの問いかけ職員全員に行っている。

この問いかけに対し、SSMHC は以下のような手法や仕組みを職員に提示している。

- ①患者や顧客のカテゴリーを明確に規定し、それぞれのカテゴリーごとに的確で妥当な道具を職員に提供すること。
- ②満足度調査と分析評価の有効性を向上し、レポートや統計が活用しやすいようなデザインやフォーマットを開発すること。
- ③患者や顧客と良好な関係を維持する手法やサービスの多様性を拡大すること。手法には、コメントカード、患者へのフォローアップコール、投書箱などが含まれ、現場のさまざまなアイデアや創造力によって多様性を拡大するためにシステムが最大の支援を行う。
- ④患者や顧客の苦情処理システムと苦情を管理する標準的なプロセスの品質をフィードバックなどによって推進される。

一方、競争市場との関係では、患者満足度の客観的な分析評価姿勢が特徴的で、これは管轄地域の病院協会やカトリック系医療法人協会、連邦基準、一般サービス産業の基準など、広範囲なベンチマーク指標を用いて比較検証することで、独善的で主観的になりやすい顧客満足度重視作戦をより客観的で全米基準を超えるものにしようという意図がうかがえる。

(4) 測定と分析 (Measurement & Analysis)

測定と分析に対する SSMHC の基本姿勢は主に次の 6 点に絞られる。

- ①戦略&活動計画の有効性を測定する最良の尺度を設定するために必要な情報収集と分析
- ②業績のモニタリングや業績レポート作成に有効な情報と統計の開発
- ③業績関連データの分析
- ④情報や統計データの相互関連性の明確化
- ⑤卓越した成果を生み出すために核となる重要因子を見つけ出すことが出来るような情報の収集と因子の分析
- ⑥ベンチマーク&比較データの選定と活用

また、職員が情報を収集しそれを活用することのメリットとして、

- ・自分の業務活動に関する情報を収集することの意味や効果を知ることが可能、
- ・情報を活用することで、業務活動の目的やゴールを知ることが出来る、
- ・どんな情報をだれと、またはどの部門と共有すべきかを知ることが出来る、
- ・情報の精度や信頼性、適時性、安全性などをどのようにして確保しているのか知ることが出来る、などをあげることができる。

SSMHC における測定と分析活動の有効性は、業績管理プロセスにおいて最大限発揮している。例えば業績指標に関する追跡と評価のレポートを作成するためには、正確で信頼性の高い情報やデータをタイミングよく活用し、ベンチマーク指標や業績目標数値を評価することが不可欠である。SSMHC が作成する報告書は、分析と測定に支えられた情報収集&管理システムに支えられているといえる。

(5) スタッフの重視 (Staff Focus)

SSMHC のスタッフ重視として、①仕事へのモチベーション向上策、②適正かつ公平正大な人材評価システムの適用策、③快適な職場作り策、があげられる。

モチベーション向上策としては、専門技能教育&訓練プログラムの充実やチーム活動によるモチベーション向上運動、権限と責任の拡大、それに伴う情報開示責任の共有化などがポイントになっている。

また、職場環境作りとして、職場の安全性を高めることや、勤務時間の柔軟性を拡大すること、職員の多様性や個別性を尊重する組織風土を向上することなどがあげられる。これらの活動によって SSMHC の転職率は全米平均値より低く(15%以下)、職員の満足度は全米平均値より大きく上回っている(医療スタッフの満足度は平均で 80%以上)。

また、a)業務活動のプロセスを測定する尺度を改良し、b)職場や仕事の多様性を拡大すること、c)職場の環境を改善すること、d)職員へのフィードバックを効果的なものにするための新しい方法を見つけ出すこと、e)人材や職員に関連するベンチマーク指標は院内院外ともに広く取り入れること、f)人材開発を戦略計画

の重要項目と位置づけることなどが SSMHC のスタッフ重視策ではポイントになり、これらの活動が MB 賞審査にて評価されている。

(6) プロセスマネジメント(Process Management)

本カテゴリーでは、医師と医療スタッフ(チーム)の臨床連携活動が注目された。連携活動のテーマはこれまでに次のようなものがあげられている。

- ①虚血性心疾患の2次的予防治療活動の改善(1999年1月)
- ②薬剤処方改良(1999年5月)
- ③ケア活動における患者情報の有効活用(1999年11月)
- ④うっ血性心不全(CHF)の治療活動改善(2000年11月)
- ⑤卓越した医療の安全性を実現する活動(2002年1月)

これらのテーマは、SSMHCの必要性から設定されたものだけでなく、外的な環境が求めている今日的なテーマも取り上げている。例えば、医療の安全性は、医療過誤や事故の多発を受けてJCAHOが安全性の評価基準を改良し、認定の判断要素として重視していることなどが背景にある。

SSMHCのプロセスマネジメントは、医療提供プロセスと管理運営(医療支援管理)プロセスの2つに区分されるが、いずれもそのモニタリング手法や評価プログラムが充実している。

プロセスマネジメントは、医療提供、管理運営、医療活動支援の分野で、それぞれ何が最も重視すべきことか、どんなサービスがその分野の卓越性の鍵を握っているかなどを明確に設定しておくことが重要であること、また、それぞれの分野における重要な活動プロセスには、用品や材料など資材供給業者(顧客としてのサプライヤー)を参加させること、さらに、プロセスマネジメントは顧客の期待と密接に結びついていること、などを重視するのがSSMHCの特徴である。

(7) 業績(Results)

SSMHCが設定する業績分野は、①医療、②患者/顧客、③財務/市場、④スタッフ&職場⑤組織としての有効性、⑥管理運営と社会的責任、としている。

SSMHCの受賞理由となった業績のひとつとして、31日以内の再入院に対する取り組みと再入院率の改善があげられるが、これは、システムレベルの業績指標から個別職員の目標に至る統合的な取り組み体制に優れており、パスポートにはシステム、ネットワーク、自分の病院、それぞれの数値目標がはっきり記されて取り組まれた。

その他、MB賞が評価した業績には、患者、職員、契約開業医(アテンディング医師)の満足度、経常利益率の改善、質の高い組織文化と風土の育成、などがあげられる。

SSMHCでは業績の改善に取り組むために以下のことを重視した。

1)SSMHCが重視している業績の分野や内容をはっきりさせ、それらを評価し測定する尺度も明確に設定すること、

- 2)業績の有効性に焦点を絞り込むこと、
- 3)業績追跡のためのモニタリング指標(特に業績が先行しているものへの指標)、および成果指標(特に業績が沈滞し立ち遅れているものへの指標)を設定してこくこと、
- 4)業績の継続的改善を可能にするような活動プロセスをはっきりと引き出せるような業績を生み出すこと、などである。

以上審査基準カテゴリー別に簡単に要点を列記したが、取り組みを概観すると、SSMHCでは、MB賞を一貫してビジネスモデルであると評価し、一般企業の改善活動と同じスタンスで取り組んできたことがいえる。

SSMHCは、MB賞の受賞を経て、さらなる質の向上を目指した今後の課題として、1)業績測定や追跡活動のシステム化を進化させること、2)ベンチマーク指標や比較データを絞り込んで、システムのゴールをさらに高いレベルで設定すること、3)CQI文化をさらに普及させること、4)医師が患者に耳を傾け、患者から学ぶという医療活動を向上するための体系的な仕組み（Systematic Mechanism）を確立すること、をあげている。また引き続き、品質に対する州賞や安全性に関する表彰制度などについて個別施設レベルでの挑戦や、1病院単位でのMB賞応募なども検討中とのことである。

6. 結びにかえて

MB賞は応募病院が米国全体の中でどの程度のレベルにあって、品質の全米平均値をどの程度超えているのか、という市場競争力の水準を念頭に置いている。したがって、ケアサービスや経営組織の品質は市場にとって有効であることが重視される。これは審査プログラムがあらかじめ設定した品質基準や企画品質に照らし合わせて単純に応募病院の品質を比較するような従来型の絶対評価的な審査プログラムとは異なり、医療市場全体の中での相対評価が特徴的である。また、受賞施設（ここではSSMHC）が受賞理由を幅広く、かつ詳細に公開しなければならないという情報開示責任（アカウンタビリティ）を義務付けていることもひとつの特筆すべき特性である。SSMHCが本部所在地のセントルイスにて開催する「Sharing Day」は、受賞者に義務付けられた情報開示責任を果たすためのものであり、SSMHC自らが情報やデータを駆使して受賞理由を細かく解説すること、あるいは、SSMHCの後に続いて他の病院がMB賞を受賞するためには、応募希望病院はどんな取り組みをすべきか、何を重視すればいいのか、などの問いかけに応えアドバイスや有効情報を提供するという役割を持つ。

本年度の研究では、2004年2月20日開催「Sharing Day」の情報をもとに、システムのトップリーダー達からのヒアリングに加え、SSMHCのセントルイスネットワークに所属するセント・ジョセフ病院の医療スタッフやアテンディング医

師などからのヒアリングを行い、以下の点について、システムトップリーダーの意見を伺うことができた。

- 1)MB 賞の応募活動で最も大変だったこと、苦勞したことは何か？
- 2)申請から受賞に至る一連の受賞活動で得られた最大の成果は何か？
- 3)MB 賞が JCAHO の認定と異なる最大のポイントは何か？

1)について、副理事 Paula J. Friedman 氏は、「MB 賞に応募する前の SSMHC は、個別病院(エンティティ)やネットワークレベルで、サービスの質やマネジメント体制などがばらばらに存在していたのに、MB 賞はシステム全体が一本化し、整合性の取れた仕組みやマネジメントを実現していないと評価してもらえないため、個別病院相互の効果的なコミュニケーションを構築しなければならなかったこと」、をまず第一番目にあげた。

さらに、「例えば再入院率について言えば、当初は個別施設の退院基準が個々に異なっていたために、ある病院で再入院率を改善してもシステム全体の再入院率は改善しないという実態があった。そこでシステム全体の再入院率に対する改善数値目標は不本意ながら、全米平均よりも低く設定せざるを得ず、そのため、ある程度の数値幅を持たせたが、システム内には、全米平均をかなり下回る再入院率の病院があったため、この病院が最後までシステム全体の再入院率改善の足を引っ張ったこと、したがってこのままでは MB 賞審査基準のカテゴリー 7：業績評価の項で、あまりいい評価をもらえないと気をもんだこと、も苦勞したことのひとつである」。

また、病院の理念や使命、価値観なども病院ごとにばらばらだったので再入院率に限らず、システムとしての統一的な業績指標を設定することが当初は極めて難しかったこと」、なども指摘した。

2)について Friedman 氏は、SSMHC が包括システムであるが故の悩み、すなわち個別病院とネットワークおよび法人本部との相互コミュニケーションの悪さを改善することに役立った点をあげた。すでに触れたが、SSMHC はシステムの欠点を見つけ出し改善するために、MB 賞への応募に先駆けて州賞受賞に挑戦している。例えば MB 賞ではシステムレベルの業績とシステム傘下の個別病院の業績とが相互に「整合性」を持っていること、言い換えれば、「個別と全体の矛盾なき業績」を重視し細かく審査している。これは米国の単体病院が近年徐々に、統合ヘルスシステム(IHS: Integrated Healthcare System)、または包括医療システム(CHO: Comprehensive Healthcare Organization)へと集約されつつあるので、こうした「業績の整合性」は現状を反映した妥当なスタンスであるといえる。

しかし、MB 賞は単体病院の機能評価よりも、複数の病院を所有、あるいは系列化する IHS や CHO の審査に向いている、と解釈するのは早計である。というのも、MB 賞はベンチマーク指標を活用した審査活動や採点方法による相対比較

プログラムで、いわば時代の変化に敏感に対応した第三者評価認定プログラムであり、その年代に主流となっている IHS や CHO を重視しそれらの問題点を冷静に審査せざるを得ないからである。

統計^(註1)よれば、2002 年の短期急性期病院(コミュニティ・ホスピタル)総数は 5337 件で、ネットワークに参加しない独立単体病院総数は 3060 件で、一方、IHS または CHO のようなネットワーク傘下の病院総数は 2277 件であった。この数字は、1960 年代中頃に 4 つの IHS(当時はマルチホスピタル^(註2))と呼ばれた)が登場して以来約 30 年間で、独立単体病院が減少し、それに取って代わるネットワーク型の医療提供システムは半数近くまで増加していることを示している。

ネットワーク型のヘルスシステムは、MB 賞の業績評価審査活動にも大きな影響を与えている。再入院率や合併症発生率、患者の満足度、職員の転職率などのような MB 賞が重視する業績審査項目の水準基準は IHS や CHO などのネットワーク型ヘルスシステムが先導している。

1999 年にヘルスケア部門賞がスタートして以来、最初の受賞となった SSMHC がネットワーク型のヘルスシステムであったことは、市場原理を念頭におき、同時代の生き生きとしたヘルスシステムを表彰するという MB 賞の特性を象徴している、と指摘できる。もちろん、SSMHC は MB 賞が求めるベンチマーク指標をすべて上回っているからこそ受賞できたのであるが、システムとネットワーク、エンティティを縦につなぐ 3 層レベルが巧みに融合しあっていることをはじめ、横をつなぐ病院と病院とのコミュニケーションもうまく機能している。

3)について Friedman 氏は、「MB 賞が『理念で動く現場の強さ』を高く評価するのに比べて、JCAHO は診療体制や治療成果、感染症や合併症、死亡率、医療過誤発生率などのような経営管理活動としての業績など、いわゆるプラグマティックでわかりやすい実利面を重視している」と比較した。この発言は、今回の MB 賞受賞までに、SSMHC が 1990 年から CQI に取り組み、1995 年からはシステムの弱点を克服するために州賞への挑戦を開始し、約 7 年間の長い助走を経てようやく MB 賞の受賞に到達したという、息の長い理念的な取り組みをしなければ MB 賞には手が届かない、というニュアンスを含んでいる。また、申請すればほとんどの病院が何らかの合格点をもらい、メディケアの診療報酬を通常通りの水準で償還される資格が得られるといった、プログラム自体がプラグマティックな JCAHO とは異なるという視点も投げかけている。

一般に、組織には、その持続性が重んじられ、医業収入の短期的な拡大や年度毎の収益性を重視した実利的で経済的な問題がヘルスケア組織では重視される。したがって、長期的なビジョンや理想で経営体を存続させようとする SSMHC のあり方は、多くの病院には理解可能であっても、実行は難しい。また、SSMHC は元々宗教法人であるため、理念や理想で経営するという風土に接近し易い気質があるものの、診療報酬の削減やマネジドケアの制限介入などに代表される今日的な医療環境が押し付ける経済的でプラグマティックなプレッシャーを回避することはかなり困難なことである。にもかかわらず、理念や価値観で SSMHC

を維持することが出来たのであるから、MB 賞審査基準は、理念や価値観で組織を運営する手助けとなり、それを支える組織風土の形成に大きく貢献したといえるだろう。

SSMHC の「Sharing Day」の内容は、トップリーダーのプレゼンテーションが中心ではあるが、自画自賛的な内容というよりはむしろ、日常の業務活動において取り組んできたことの実績と実績を統計や資料を使って正確に開示するという誠実さが伺える。ここに SSMHC の品質があり、MB 賞がめざす経営品質の姿かたちを垣間見ることができる。

参考文献

SSM Health Care Application for the 2002 Malcolm Baldrige National Quality Award.

SSM Health Care 「SSM Health Care Baldrige Sharing Day (Feb.20.2004.)」配付資料.

注釈

注 1 : 「SSM Health Care Baldrige Sharing Day (Feb.20.2004.)」William P.Thompson, (Senior Vice President-Strategic Development)氏のプレゼンテーションより。

注 2 : 「SSM Health Care Baldrige Sharing Day (Feb.20.2004.)」Paula J. Friedman (Corporate Vice President-System Improvement)氏のプレゼンテーションおよびコメントより。

注 3 : 「SSM Health Care Baldrige Sharing Day (Feb.20.2004.)」Paula J. Friedman (Corporate Vice President-System Improvement)氏のプレゼンテーションおよびコメントより。

注 4 : SMG Marketing Group、2000 Managed Care Digest Report.

注 5 : 4 大マルチホスピタルとは、HCA(Hospital Corporation of America)、Humana Inc.、AMI(American Medical International;現在は AMSH;American Medical Systems Holdings. Inc に改称)、NME(National Medical Enterprise;現在は TeNET に改称)。

第2章 2003年度MB賞ヘルスケア部門受賞組織の概要

2003年度のヘルスケア部門では、応募総数19組織中、立入り審査（現地審査）に3組織が選出され、2組織が受賞に至った。以下、受賞組織 Baptist Hospital（バプティスト病院、本拠地フロリダ州ペンサコーラ）と Saint Luke's Hospital of Kansas City（カンサスシティ・セントルクス病院、本拠地ミズーリ州カンサスシティ）の組織概要と受賞理由について紹介する。

1. Baptist Hospital Inc（バプティスト病院）^(注1,2)

Baptist Hospital Inc は、Baptist Health Care 内の病院で、Baptist Hospital（492病床）、Gulf Breeze Hospital（60床）、外来診療センターなどから構成されるプロテスタント系非営利団体である。組織の取り組み・業績の特徴としては、以下の点があげられる。

- ・高い患者満足度：
過去数年間にわたり、患者満足度は、入院患者、外来患者、日帰り外科手術、在宅ケアの各分野において、ほぼ99%の水準を維持している。
- ・高いスタッフ満足度：
スタッフ志気に関する組織内調査は、1996年47%であったものが、2001年84%まで上昇している。
- ・リーダーシップ重視：
No Excuses Policy（いい訳しない方針）を推進しており、経営幹部は、法人業績、結果に対する責任を積極的に負う。
- ・社会的責任：
貧困者への無料低額診療は、法人総収益の6.7%を占める（競争者の水準は5.2%、4.0%）。

（1）リーダーシップ重視

① ミッション・価値観・ビジョン

組織では、以下のようにミッション・価値観・ビジョンが明確化されている。

<ミッション> 人々、地域のために、質の改善に基づく優れたサービスを提供すること。

<価値観> Integrity, Vision, Innovation, Superior Service,
Stewardship, Teamwork.

<ビジョン> アメリカのベストヘルスケアシステムになること。