

②取り組みと業績の分析に利用される情報

図表 4-3 業績審査と戦略計画 (SFPP) の分析に必要な情報

戦略財務資源計画 (SFPP)

外部市場分析 (情報)	顧客情報 人口統計的&社会経済に関する情報 競争相手に関する情報 新技術導入情報 保険者&メディケアに関する情報 公的政策&規定に関する情報 医師の規制&ルールに関する情報
内部分析 (情報)	医療スタッフに関する情報 診療活動現場 (生産性) 情報 年次職員満足度調査 法人内の医療施設&設備に関する情報 法人内の医療技術水準&機材に関する情報 財務情報 物品供給業者に関する情報 パートナー (医師含む) に関する情報 品質に関する情報 (主に以下の分野) ・信用度 ・実行性 ・ギャップ ・相互関連性 ・市場規模 ・強み 弱点 チャンス 脅威 ・事業開発 ・感度 ・財務リスク評価 ・需要開発 ・資本力 ・公共の認知度

業績評価

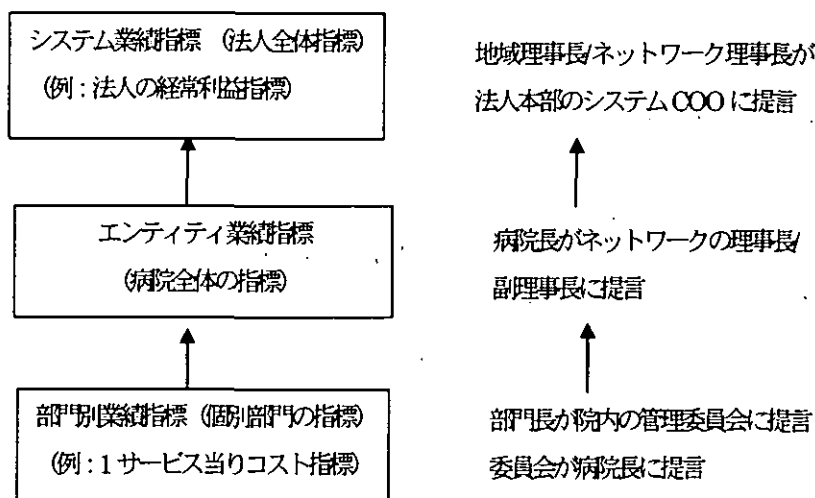
1. 使命の有効性に関する分析情報 (Mission Effectiveness Anaysis)
2. 業績の後退または業績の影響力に関する分析情報
3. 中心的な集団 (顧客、医師、職員、施設など) に関する情報
4. 集団としての顧客調査に関する情報 (Syndicated customer research)
5. 根本原因の追究と分析に関する情報
6. 多様性分析に関する情報
7. 市場区分に関する情報
8. 文献検索情報
9. 苦情マネジメントに関する情報

SSMHealth Care Application for the 2002 Malcolm Baldrige National Quality Award P21Figure4.1-2より。

## (2)業績の管理プロセス

図表 4-4 に示す 3 段階の指標設定プロセスを利用して、活動計画と実態とのギャップを追跡し、業績の改善計画を立案する。

図表 4-4 業績指標に確立プロセス



SSMHealth Care Application for the 2002 Malcolm Baldrige National Quality Award P19Figure41-1より。

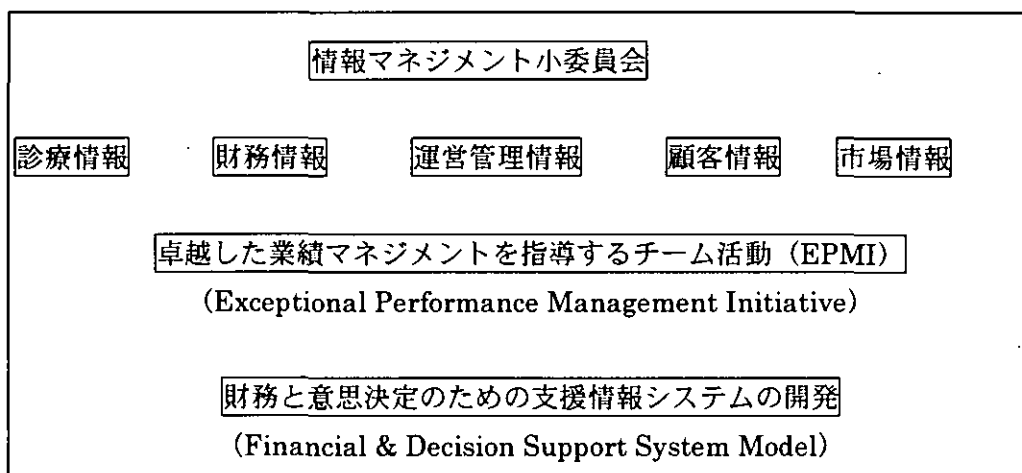
## 4.2 情報マネジメント

### 4.2.a. データの入手可能性

#### ①SSMHC 情報マネジメント協議会 (Information Management Council (IMC))

- ・当協議会は法人全体に必要な情報とデータを収集し、「情報マネジメント計画」を確立する。
  - ・当協議会は情報マネジメント小委員会 (Information Management Subcommittee) を併設し、情報マネジメントに関するさまざまなプログラムや基準、ガイドラインを開発する。
- 小委員会の構成メンバーは、各病院長、医師代表、財務部長、看護部長、企画部長、情報システム部長のほか、20名のシステムマネジメントスタッフからなる。

図表 4-5 <情報マネジメント小委員会の活動>



## ②情報マネジメント協議会(IMC)が設定する情報システムの3分類

1. Required・・・病院・施設毎が最低限、必ず所有すべき標準的な情報システム。
2. Standard・・・病院・施設の必要性に応じて追加しなければならない情報システム。
3. Non-Standard・・・法人・個別施設の必要最低限システムではないが、各施設または法人が必要に応じて追加してもよい情報システム。

## 4. 2. b. ハードウェアとソフトウェアの品質

### (1)情報システムのセキュリティ

#### ①SSMHC 情報システム適合性管理グループ(Compliance Administration Group; CAG)

- ・ Security Policy & Procedures 規定を開発。
- ・ 情報システムに対するスタッフの責任 (守秘義務、プライバシー・安全性確保)。
- ・ 規定は法人の全職員と全医師に適用。
- ・ コンサルタント、保険者、委託契約業者&社員、レジデント医師、外注業者、ボランティア、物品供給業者、ITベンダーなどに適用。

#### ②適合性&安全性管理部門(Dept. of Compliance Administration & Security)

- ・ 法人全体の情報システムに関するセキュリティ管理機関
- ・ 全コンピューター・システムに関する責任と権限を持つ
- ・ パスワードの管理
- ・ HIPAA of 1996 (医療保険の簡便性とアカウントビリティに関する 1996 年法) に対する情報システムの適合性を検討し評価する  
HIPAA テクニカル・セキュリティ・チームが電子カルテに関する連邦の守秘規定& プライバシー保護規定を監視する。

#### ③Catholic Healthcare Audit Network(CHAN) <カトリック系医療機関監査ネットワーク>

- ・ 情報システムの評価&審査を行う、主な審査項目は次の通り
  1. システムの完全性 (integrity)
  2. システムの信頼性 (reliability)
  3. システムの正確さ (accuracy)
  4. システムの適時性 (timeliness)
  5. システムの安全性 (security)
  6. システムの機密性 (confidentiality)

#### ④メリーランド病院協会(MHA)の適合性評価調査(Conformance Assessment Surveys)

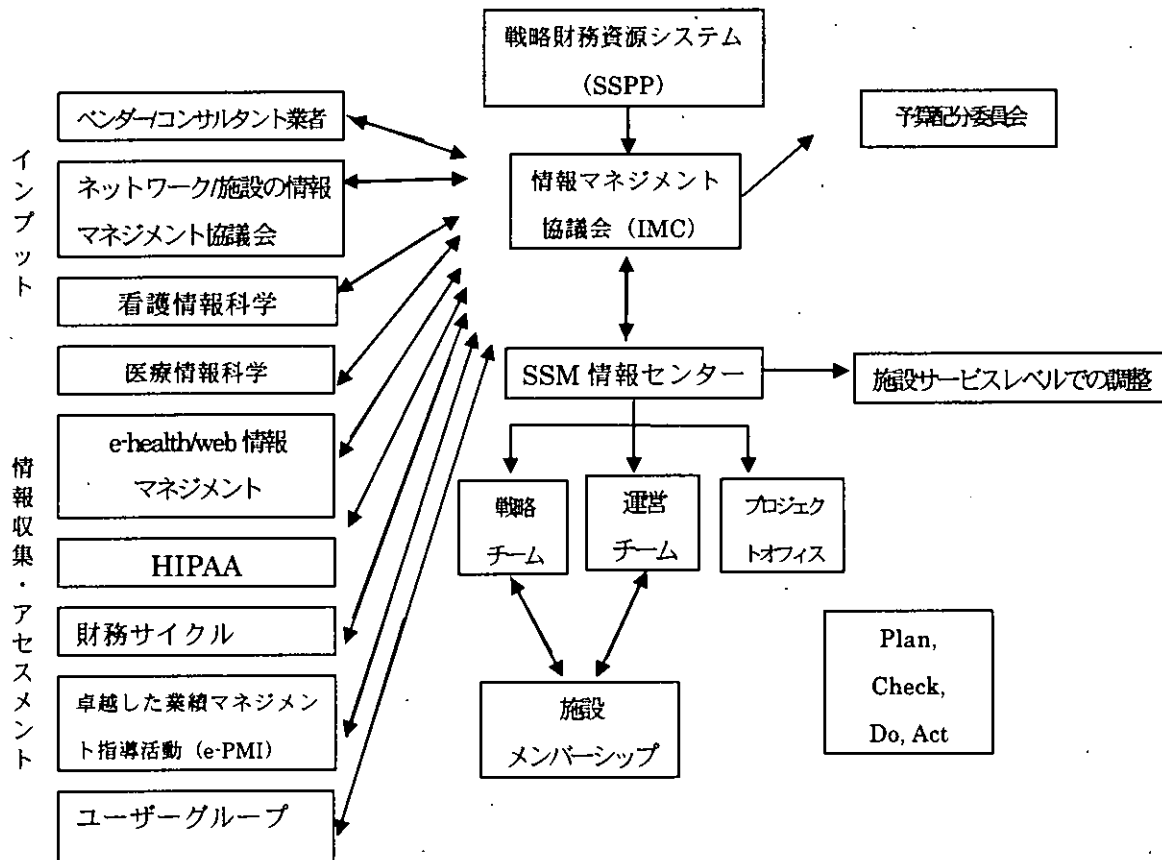
- ・ 臨床データの正確さ、有効性を評価する。
- ・ 情報システムの改善提案をする。

## (2) 情報システムの質

### ① 情報システムの評価&審査

- ・ SFPP (戦略財務資源計画) が情報システムの評価審査計画を設定。
- ・ 情報マネジメント計画プロセス (Information management planning process) によって最新システムへ更新する。
- ・ 外部の審査システムを駆使する。

図表 4-6 SSM 情報センター IS Plannig & Management



SSMHealth Care Application for the 2002 Malcolm Baldrige National Quality Award P22Figure4.2-1 より。

### <外部システムの利用>

- ・ 教育研究機関による SSMHC への協力  
Gartner Group, Meta Group, Washington University (CAIT program)  
HIMMS・CHIME、INSIGHT,

### ② その他 SSMHC 情報システムの特性

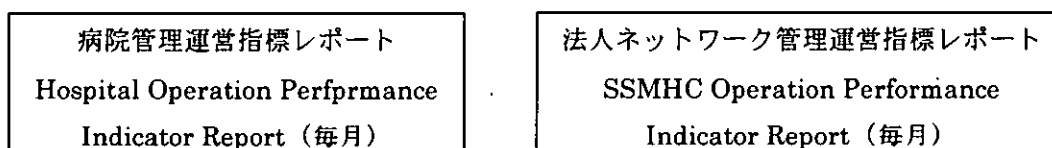
- ・ Uninterrupted Power Supply:UPS によるハード&ソフトの保護
- ・ Hot-Site Backup Disorder Recovery Program による財務&給料情報の保護
- ・ Quality Survey (リーダーの活動計画改善に利用するソフト)
- ・ The Leaders Monitor The Initial Survey (組織の改善項目を設定するためのソフト)

- ・ Customer Satisfaction Program's Feedback Report (患者満足度の改善ソフト)
- ・ Electronic Signature & Bedside Medication Administration System (入院患者の薬剤サービス効率化と安全性の向上に関するソフト)

## SSMHC 情報システム

### <49 の業績指標設定>

#### SSM 情報センター



### <質に関する業績指標>

Quality Report (年 4 回) : 臨床&医師診療の質・患者の安全性に関する質・職員&職場の質・顧客の満足に関する質

### <競合比較&ベンチマーキング情報管理>

・ 病床規模が同程度の病院・類似サービス提供機関・競争相手の病院・世間で優秀と評判の病院

### <ベンチマーキングツール>

・ Makesson HBO Trendstar ・ HBSI Action ・ HBSI Explore ・ EIS  
 ・ HBSI Fathom ・ MHA QI Project ・ KIDS RULE (Cardinal Glennon Children's Hospital)

### <情報マネジメント>

#### SSMHC 情報マネジメント協議会 (IMC)

<情報システムの3分類> 1. Required 2. Standard 3. Non-Standard

#### Information Management Planning Process

#### 情報マネジメント小委員会 (IM Subcommittee)

臨床 財務 運営管理 顧客 市場 e-PMI チーム (卓越した業績マネジメント推進運動)

### <情報システムのセキュリティ>

<法人内> コンプライアンス管理グループ (CAG) …HIPAA テクニカル・セキュリティ・チーム

<法人外> カトリック医療機関監査ネットワーク (CHAN)

メリーランド州病院協会適合性評価調査 (MHA Conformance Assessment Survey)

Gartner Group Meta Group WashingtonUnv, CAIT Program

HIMMS・CHIME INSIGHT

## Category5 Staff Focus スタッフの重視

### 5.1 業務システム

#### 5.1.a. 業務システム

##### (1)業務システム

###### ①特徴

- ・「チーム中心型のケア提供組織」と「CQI 活動」である。CQI とチームは連動し、CQI を活用しながらチーム中心型に組織へと改善している。
- ・顧客（患者など）やパートナー（医師など）のニーズに応じて、スタッフの責任や役割、権限などを固定化している。
- ・すべての役職について、明確な業務区分、責任と権限の規定の設定をしている。
- ・職員個人の業務目標は法人全体の目標と関連づけられており、パスポートによって共通のゴールが設定されている。
- ・顧客からの要望、管理運営分野からの要求、医療サービス現場からの要望などがさまざまに変化しても、チームを活用することによって迅速に対処している。
- ・エンティティ（個別施設）の「個別チーム」とシステム全体の「包括チーム」とが連携し定期的に統合ミーティングを開いている。
- ・職員満足度について、個人で仕事をする場合とチームの一員として働く場合の両方とも、満足度が高い。
- ・職員満足度の高さが法人全体の風土や文化を支えている。

###### ②CQI 活動

- ・CQI がシステム全体の共通言語、共通手法を創造している。
- ・エンティティ、ネットワーク、システムの各レベルに存在するチーム活動は、CQI 活動の成果として、情報、教育研修、マネジメント手法、プログラムなどに対する共通性、類似性が生まれている。
- ・CQI は、エンティティレベルにおいて、部門間の相互協力体制に貢献している。
- ・CQI は、システムと個別病院との連携・ネットワーク機能に関する知識やテクノロジーを向上させ、システムと個別病院との相互コミュニケーション、共同協力体制そのものを向上させる効果がある。

###### ③教育・研修システム

SSMHC は本部、個別病院・施設、ネットワークそれぞれのリーダーたちが共通の知識や技能、情報などを取得できるように、リーダーシップ年次ミーティング、リーダーシップ・カンファレンス、ホットライン電話カンファレンス、リーダーシップ研修会などを開催している。

例として、看護部門トップリーダーたちは、年一回法人全体でミーティングを開き、法人全体の看護に関する問題点、看護サービスの今後の方針などを検討する。

看護師を対象とした法人全体のミーティングは「An Annual Nursing Sharing Conference」と呼ばれ、年一回定例開催される。2002 年度の全体テーマはアカウンタビリティとした。

SSMHC のアカウンタビリティへの取り組みは初期段階にあり、「法人全体としてアカウンタビリティ

ィの概念を浸透させる」、「アカウントビリティを重視した専門診療のモデル・プロジェクトを推進」、「全病院におけるエンパワーメントを育成する」、「看護師、個別職員の決定権を拡大する」、などをテーマとして、アカウントビリティの改善活動を推進中である。

## (2)スタッフの志気

### → 職員モチベーション向上策(Employee Recognition Policy)

各職員の業務、役割、個人と全体の目標をチームと病院全体が意識し認識するためのさまざまな活動の推進を目的として、Recognition Team（モチベーション向上チーム）を活動の軸として、Sharing Conference（年一回開催）、Leadership Conference（年一回開催）、CQIによるチーム活動などを中心に行っている。

2002年のCQIテーマは、給料、待遇の公平性と昇進昇級の機会均等（平等性）についてとした。ちなみに、2001年度は、役員49%、一般職員1064名が、昇給昇進の対象であった。）

その他、モチベーション向上として、

\*エグゼクティブ・リーダーの職務向上作戦（Executive Career Development Program）

\*Executive Leadership Handbookで規定する業務プロセスの認識向上

\*Calipers Profiles（心理テスト）をマネージャーの潜在能力評価判定に活用

\*役員登用時の初任者研修体制（6か月間連続カリキュラム）

\*役員に対する研修（Executive Orientation）

\*役員に対するCQIトレーニング（Corporate Responsibility Process）を実施し、第三者評価認定An Exemplary Employers（AHA.2002年表彰）、セントルイス地域の非営利優良企業として表彰（ST. Louis Business Journal）、などの成果があげられている。

## (3)スタッフマネジメントシステム

“質は人を介して進化する（Quality is achieved through people）”というのが、質に対するSSMHCの基本姿勢・スタンスである。

### ①多様化プログラム

SSMHCでは、“よき助言者（Mentor）”の多様化プログラム（Diversity Mentoring Program）を実行し、個別病院・施設、ネットワーク、法人全体など、対象別に“よき助言者”を配置している。現在20組が活動中。うち、マイノリティ出身者で10組のペアを編成している。

### ②人材評価

#### <新規採用時の選考項目>

身体検査結果、薬物依存の有無、学歴（2つ前まで）、過去5年間の職歴、役職歴、適性判定（職員一般テスト、心理テストの実施）

#### <職員の人材評価項目(本人への主な質問項目)>

- ・待遇、報酬の水準について。
- ・チーム・プレイヤーとして、チームの一員としての誇りを持っているか。
- ・ケア提供活動に対して基本的で、本質的な喜びを感じているか。

- ・必要情報へのアクセスが高いか。
- ・正直な性格であるか。
- ・非暴力的な SSMHC の組織風土と文化になじんでいるか。
- ・患者と仲間の職員に対して責任を負う気持ちがあるか。

#### (4)人材募集

##### ①募集方法

Web サイトや、院内&法人本部、ネットワークの各掲示板（求人広告）による。ちなみに、2001 年は 2,459 人が Web からの応募であった。

##### ②看護師求人策

- ・看護部門のアカウンタビリティ向上（全ての病院で実施）。
- ・病院ごとに看護教育&オリエンテーションプログラムを改善する。
- ・看護技術（最新テクノロジーを含む）へのアクセス向上。
- ・看護師と医師の共同コミュニケーション・プログラムを改善向上。
- ・看護師の研修費用（本人負担分）を軽減。
- ・看護師育成の教育担当スタッフへの報酬アップ。
- ・看護学生・卒後臨床研修体制の拡充。セントルイス地区の看護学生の 84%が SSMHC で研修している（2001 年）。

## 5. 2 スタッフの教育・訓練・能力開発

### 5. 2. a. スタッフの教育・訓練・能力開発

#### (1)人材教育・訓練

法人では、教育の短期および中長期的なゴールを明確に設定しており、時代の変化に対応する医療テクノロジー、医療システム、医療環境、公的政策などの確に捉えた研修カリキュラムの用意をはかろうとしている。人材教育プログラムは、a) 臨床医療スタッフ対象、b) 各部門スタッフ対象、c) 個別職員対象に分けて実施している。

##### ①人材開発専門スタッフの業務

- ・個別職員の教育ニーズを分析する（インタビュー、カウンセリング、ペーパーテストなど）。
- ・知識、能力、職場での体験が有効性を持っているかを追跡する（活動現場でのモニタリング）。
- ・個人評価&同僚審査（年 1 回）…教育訓練分野の発見を目的とする。
- ・コンピテンシー・レポート（Competency Report）の作成・・・個人の総括的な評価報告書で、年 1 回作成、報告書は地域理事会に提出される。

##### ②教育研修カリキュラム

- ・新たなテクノロジー分野
- ・リーダーシップの育成とリーダーの能力向上
- ・新人教育
  - a) パスポートについて
  - b) 患者の権利と尊厳について（倫理的な権利の理解）



- c) CRP (Corporate Responsibility Process 法人責任への取り組み)
- d) CQI (継続的な質の改善プログラム)

## (2) 職員の業績管理

- ・すべての職員の業績管理は CQI を軸に管理されている。
- ・CQI に対するオリエンテーションは新人研修カリキュラムの中で詳細に解説されている。
- ・CQI の 5 原則を討議することで「なぜ、どのようにして、各人が自分の仕事について継続的に改善を求められるのかを理解する。
- ・「リーダーシップ推進プロセス (Leadership Development Process)」では、各職員の長所と欠点、および今後育成すべき能力分野を検討し、研修計画を立てる。

## (3) 職場の風土や文化についての多様性重視

- ・VTR “Experience the Difference Diversity Makes (さまざまな相違点を育てる職場作りへの挑戦)” による啓蒙啓発
- ・多様性とセクシャルハラスメントに関する訓練 (年 1 回の強制参加)

## (4) 職員教育の多様性

- ・web サイト、シュミレーションゲームなどによる討議
- ・技能訓練・指導：OJT,OFF-JT
- ・各種能力判定テスト、VTR 教育、VTR 会議、ゼミナール形式/小教室研修方式、自宅学習/通信教育、個人家庭教師

## (5) 教育研修を受けた職員へ評価方法

- ・研修終了後直ちに各受講者を評価する (個別病院レベル)。
- ・能力適性判定&業績評価・審査委員会 (年一回開催) で検討する (法人全体)。
- ・CQI の中で評価する (法人全体)。
- ・CRP (Corporate Responsibility Process) の訓練課程でフィードバック調査や訓練後のテストなどを活用して評価する。

## 5.3 スタッフの福利厚生と満足

### 5.3.a. 職場環境

職員の安全をはかるため、主に下記の事項を実施している。

- ・患者の抱き上げ、歩行や移動中の介助などによって発生する職員自身の怪我や損傷を防止し削減するプログラム
- ・バイオハザード・マニュアルの拡充
- ・モノの安全性に関する監視システム
- ・生命の安全性に関する監視・警告システム
- ・職場環境および、患者ケア現場における安全性管理

- ・緊急時の対応マニュアル（テロ、大火災、地震など）

### 5. 3. b. スタッフへの支援と満足

#### (1) 職場と職員の満足

職員の満足は患者や医師の満足と同じく重要であり、職員の満足度が低ければ、当然患者や医師の満足度も低いというスタンスをとっている。

#### ① 職場訪問・個別インタビュー（年1回）

Marsh Risk Consulting Strategies 社による職場と職員のリスク管理コンサルテーション・プログラムの活用し、プログラムの年次報告書を提出している（法人安全管理担当役員理事&法人リスクマネジャーの提出）。

図表 5-1 職員の安全と健康と満足/モチベーション測定指標

安全性分野	尺 度
職場環境と仕事の安全性	1) 病欠勤・早退日数 2) OSHA（労働安全衛生法）で規定する事故報告件数 3) 腰痛発生率
職員の健康と福利厚生	1) 職員満足度
職員の満足感とモチベーション	1) 職員転職率（全職員） 2) 看護師転職率 3) 職員満足度
職場と仕事の多様性	1) マイノリティ専門職・管理職登用率 2) 職員満足度

SSMHealth Care Application for the 2002 Malcolm Baldrige National Quality Award P28Figure5.3-1 より。

#### ② 満足度/モチベーション、および健康を向上する主要因子の発見

SSMHC の職員満足度年次調査（HR Solution Survey）を実施している。

- ・全米医療基準データ（National Healthcare Normative Data）の主要因子に設定された水準（得点）と HR Solution Survey の得点とを比較して主要因子を開発する。
- ・HR の調査方法：質問用紙（124 項目）、電話インタビュー、インターネットなどの活用。
- ・調査対象職員：看護職、医師、役員、管理者（マネジャー）、臨床検査技師、栄養士、薬剤師、PT,OT,ST、SW、管理者/部長やマネージャー、ケアコーディネーターについては別に集計）。
- ・人種別、男女別、年齢群別、言語別、および部門別の調査項目を設定。

#### (2) 待遇と福利厚生プログラム

##### ① 保険

役員&役職者と一般職員は家族保障を含めて同じ保険プランへの加入を基本とする。

- ・HMO/マネジドケアと出来高の選択可能
- ・長期医療（ロングタームケア）保険も提供

②Employee Assistance Program (本人と家族向けのプライバシー保護プログラム)

- ・ 家庭内のさまざまな問題 (家庭内暴力など) に対する相談とカウンセリング
- ・ 法律や経済的な問題への専門家によるコンサルテーション
- ・ アルコール依存、薬物依存家族へのカウンセリング
- ・ その他仕事や生活上の悩み相談

③Employee Emergency Fund (職員向け緊急貸出し基金)

- ・ 職員が突然、何らかの理由で経済的危機に直面した場合の無利息融資
- ・ 職員の相互扶助、互助会的な機能もある

④退職金・年金

- ・ 退職金と年金は両方とも、5年以上勤続する職員に資格有り

⑤その他

- ・ 一時的な障害に対して医療保険で拡大保障 / 社内補助預金制度 (免税優遇) / 臨時資金一時立替貸出制度 (各部門ごとに設置) / カフェテリア、ギフトショップの割引制度 / 住宅ローン優遇制度 (地元信用組合と連携) / 教育研修費用の自己負担額減免&償還制度 / 研修参加支援 (欠勤は有給、公休扱い) / 各種有給制度 (家族看護介護休暇、母国からの徴兵など) / 養子・養女支援 (養子・養女家庭への報奨金や補助金の交付)

⑥女性職員専門プログラム (SSMHC は全職員の 82%が女性)

- ・ 病欠・早退の有給化制度 (Paid Time Off / Extended Medical Time Off ; PTO/EMTO)  
女性特有の病気や疲労、あるいは出産や子供の教育、地域参加などに伴う女性職員の欠勤や早退を有給にする制度
- ・ 家族看護・介護保障プログラム (有給)
- ・ デイケアサービス提供 (幼児保育、高齢者デイケアなど)
- ・ カフェテリアプラン / 民間年金プラン (401K, IRA など)

⑦マイノリティ専門プログラム (SSMHC 全職員の 18%がマイノリティ)

2002年～2004年のSSMHC戦略では、多様な人種と民族文化に対応する法人の“多様化”を推進することがゴールとして設定されている。

- ・ 2002年には、マイノリティの管理職を51名に拡大。
- ・ 毎年3つ以上の地域課外活動 (コミュニティ・アクティビティ) を実施。
- ・ 職員の多様化認識向上と訓練 (全組織の管理職と一般スタッフが対象)。
- ・ MBE (Minority Business Enterprises;マイノリティ事業振興団体) への任意助成金はSSMHCの前年度拠出額より10%上乗せして交付。
- ・ すべての法人出版物や情報システムは英語とスペイン語を使用。
- ・ 「SSMHC 多様化フォーラム」の開催 (2002年開催。マイノリティによるパイロット・フォーラム)

Category6 Process Management プロセスマネジメント

6.1 ヘルスケアサービスプロセス

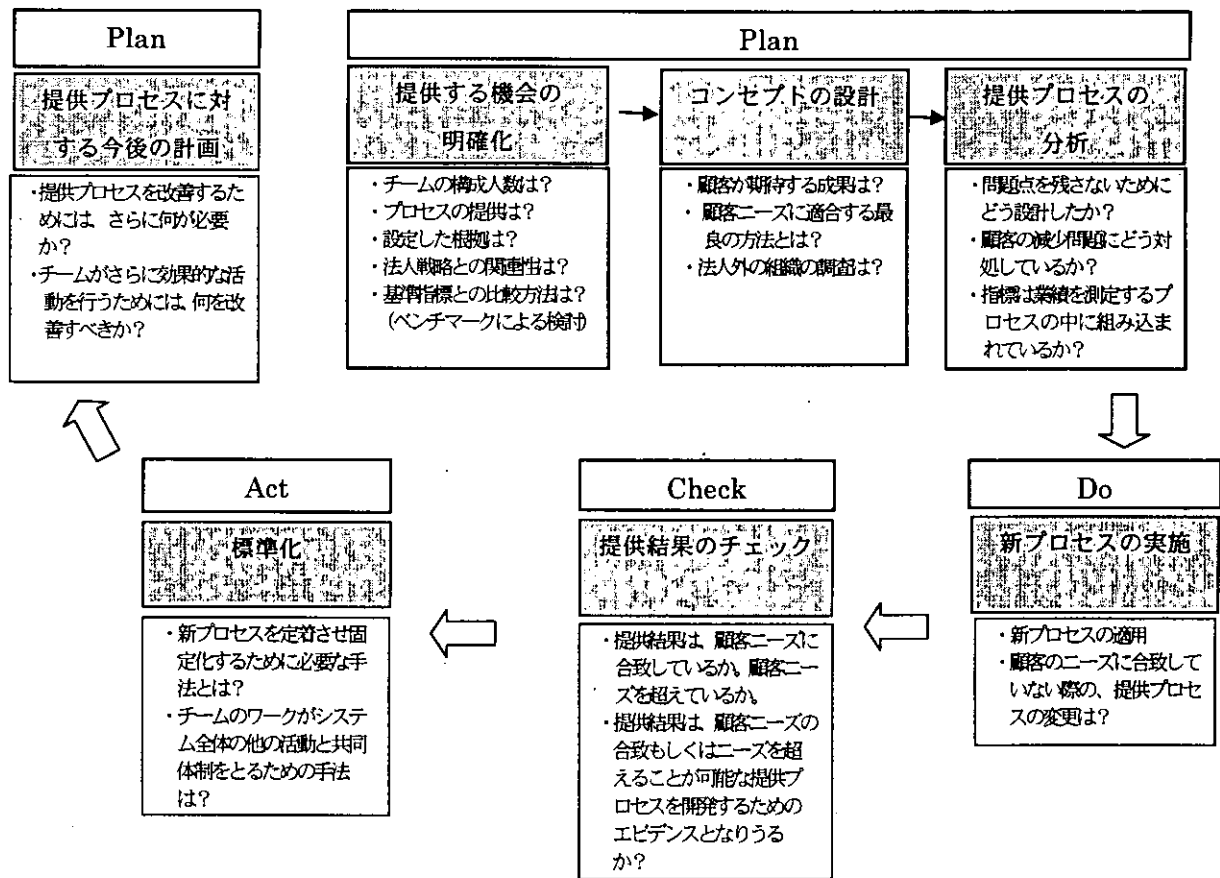
6.1.a. ヘルスケアサービスの設計プロセス

(1)設計プロセス

①CQIモデル

「提供プロセス」そのもののモニタリングやプロセスの機能評価、プロセスの改善と新しいプロセスの開発などについては、CQIの中で「CQIモデル・プロセス・デザイン・アプローチ」(図表6-1)を活用する(PDCAサイクルの活用)。

図表6-1 提供プロセスの設計と構造 (CQI Model-Process Design Approach)



SSMHealth Care Application for the 2002 Malcolm Baldrige National Quality Award P30Figure6.1-1 をもとに作成。

②その他のアプローチ

「プロセス・デザイン・アプローチ」(図表6-1)では対処できない場合、例えば提供プロセスの改善や変更に対応すべき場合や、通常のアプローチでは不完全な場合などについては、CQI Model-Process Improvement Approach や、Capital Planning and Allocation Process (新しい提供プロセスや提供サービスに必要な予算が、1ネットワーク当り50万ドル以上の場合、審査と承認を行うもの)などのアプローチ方法がある。

また、患者や医師のニーズ変化に対応するために、プロセス・デザイン・アプローチで示す、提供プ

プロセスの変更、プロセスの評価、新しいプロセスの開発などを駆使する。

### 6. 1. b. ヘルスケアサービスの提供プロセス

#### (1) 提供プロセスの審査と評価分野、および評価尺度

図表 6-2 ケアの連続性に必要な主たる医療サービス

サービスプロセス	必要事項	主な評価尺度
1. 患者受付部門		
入院・外来受付 登録事務	適時性	1. サービス提供までの準備時間 2. 受付登録までの待ち時間 3. インテークまでの時間
2. 評価		
患者ニーズ評価	適時性	1. 24時間以内に病歴&カルテを作成した患者比率 (%) 2. 手術前までに病歴&カルテを作成した患者比率 (%) 3. ペイン評価を実施する間隔の適性度 (各病院ごとの基準に基づく)
臨床検査放射線	正確性 適時性	1. 品質管理の業績水準 (報告書に示す率) 2. 回転率 3. 医療スタッフの満足調査回答率
3. ケア提供治療行為		
臨床サービス	ペインマネジメントに 対する看護師の責任  好結果の臨床サービス	1. 患者満足度調査回答率 2. 医療スタッフへの満足度調査 3. ペイン治療の待ち時間 4. うっ血性心不全患者 (CHF) に対する薬剤指示体重測定実施率 5. 虚血性心疾患患者 (IHD) に証明済みの治療を実施したうえで即院させた率 6. 救急部門または外科手術部門患者の予期せぬ再入院率 7. 死亡率
薬局医薬品	正確性	1. 危険性の高い過少処方・投与率 2. 医薬品処方&投与ミス率 3. ミスか原因の副作用発生率
手術&麻酔	専門技術 適性能力 対話	1. インフォームドコンセントが実施されたことを示す明確な書類 2. 手術時死亡率 3. 手術棟における感染症発生率
4. 退院		
ケースマネジメント	適性活用	1. 平均在院日数 2. 診療報酬償還拒否率 3. 予期せぬ再入院率
退院&退院後ケア計画	適正な支援 退院後の明確な方針と 方向づけ	1. 退院後のケア計画と明確な指示書 2. 退院フォロー実施計画 3. 患者満足度調査回答率

SSMHealth Care Application for the 2002 Malcolm Baldrige National Quality Award P32Figure6.1-2 より。

## 6. 2 事業プロセス

### 6. 2. a. 事業プロセス

#### (1) パートナーとしての医師

##### ① 医師のパートナー参加プロセス (Physician Partnering Process)

###### <第1段階> 採用・契約医の雇用 (Recruitment)

- ・ 今後必要な医師数（専門医と一般医）の明確化
- ・ Medical Staff Bylaws, Rules, and Regulation に基づく資格審査
- ・ 優れた医療を提供する義務に関する法人との契約締結

###### <第2段階> 勤務先の病院と法人全体との統合化 (Integration)

###### 医師リーダーシップ向上プログラム (Medical Leadership Enrichment Program)

- ・ 医師のリーダーシップ・システムへの組み込み
- ・ リーダーシップの開発プロセスへの参画
- ・ 地域理事会の理事への任命
- ・ 戦略財務資源計画プロセス (SFPP) への参画
- ・ 行政の医療環境情報、市場の有効性分析 (MEA) 情報の提供
- ・ 業績改善プロセス (Performance Improvement Process) への参加
- ・ 使命と価値観の開発プロセスへの参画
- ・ 法人管理プロセス (Corporate Responsibility Process) への組み込み
- ・ 事業資源計画策定プロセス (Enterprise Resource Planning) への参画
- ・ 物品・技術導入プロセスでの共同購入グループへの組み込み
- ・ 医師のリーダーシップに支えられたカンファレンスの推進

##### ② 医師支援システム

SSMHC は 1998 年に、IHI (National Institute for Healthcare Improvement) のベンチマーキング対象法人になった (IHI の Clinical Collaborate Model: 臨床連携体制のモデル施設として指定された)。

- ・ ベンチマーキング対象項目；虚血性心疾患二次予防／うっ血性心不全／医薬品処方患者の安全／臨床検査の質改善について、医師、ケア提供者、業務管理者、医療スタッフのチームケア体制 (75 チームが活動)。

##### ③ その他

- ・ 医師は 1990 年より CQI に参加している。
- ・ 医療サービスの提供プロセスを設計する活動への参加を義務づけている。
- ・ チームケア (共同医療提供体制) に参加する直前には必ず教育訓練を実施する。
- ・ ケースマネジメントへの参加を義務づけている。
- ・ CARE PATHWAY® やプロトコル作成に参加させている。
- ・ 同僚審査 (Peer Review) の推進を行っている。

図表 6-3 主要な事業プロセスの測定指標

主な事業プロセス	主な必要事項	主な測定尺度
医師のパートナーシップ育成		
採用	*医師サービスの拡大 *患者アクセスの向上 (SSMHC の基準)	全スタッフに占める医師数 医師 1 人当たりの患者数 医師 1 人当り入院患者数 患者増加率
医療スタッフ との統合化	*優れた患者ケア提供 *卓越したケア成果 (SSMHC の基準)	臨床連携参加医師数 臨床成果
	*サービス資源管理 *ケア提供過程の管理	クリニカルパス実施率 (%) 1 入院当り Supply と Total Expense 平均在院日数削減率
	*卓越した看護 *看護師の責任拡大 *看護師の転職率 (医師の要求水準)	看護師転職率 満足度調査に対する看護師の回答率 看護師が医師に仲介を依頼する時間数 看護師に対する医師の満足度 (医師への満足度調査における) 医師の総合的な満足度
	*受入れ責任の明確化 *施設の改善 (医師の要求水準)	投資予算と支出の規模 設備装置のモデルチェンジ件数 受入れ、施設、設備に関する医師の満足度 (医師への調査に基づく)
物 品 購 入 管 理		
物流管理	*在庫量の適時性 *請求書類の正確さ *支払額の正確さ *購入価格の低下 *パートナー企業の販売価格適正化	在庫最高水準率 ZACK・救急用品回転率 購入&使用承認サイクル (適時性水準) 標準会計原則に基づく物品受領と請求書 (GR・IR) 1 日当り物品購入規模 (DSO) 1 日当り手許現金水準 購入価格/パートナー企業の販売価格適正化

SSMHealth Care Application for the 2002 Malcolm Baldrige National Quality Award P35Figure6.2-1 より。

## 6. 3. 支援プロセス

### 6. 3. a. 支援プロセス

#### (1) 物品供給管理プロセス

##### ① 物品使用量と購入コストの抑制

##### ② 供給業者・外部委託会社に対する法人の戦略目標の理解

③ 共同購入体制の推進：Premier（全米2大共同購入組織のひとつ）の株主および会員として、法人全体の共同購入体制の推進（市場価格より6・15%低く仕入れる）。

④ パートナー：Cardinal Health（薬局、薬局自動化システム）、Allegiance, Burrows, Owen & Minors（医療外科用品）、Alliant（フードサービス）、Diagnostic Imaging（放射線関連サービス）

##### ⑤ 物品管理部門の活動（個別病院、地域・地区ネットワーク・レベル毎に設置）

- ・ VTR&TEL 会議（1回/2週間）
- ・ 新企画の検討と物品管理戦略の再検討
- ・ 業者との契約条件再検討
- ・ 取引業者によるプレゼンテーション・見本市等参加
- ・ 物品配送システムの再検討
- ・ 物品管理業務のピアレビュー

##### ⑥ 医師パートナーシップ・プログラムとの連携によるリーダーシップ機能の向上

- ・ 物品管理における医師との共同管理および共同評価（医師による物品の選択、在庫水準、仕入価格などのアドバイス体制）

##### ⑦ Premier 共同購入組織のスコアカード

2000年～2001年に Cardinal Health 社との共同開発で導入した、スコアカードを活用している。

- ・ スコアカード方式による購入実績の比較
- ・ Premier 社以外の共同購入会社との仕入れ価格の比較
- ・ スコアカードに関する物品管理業務のピアレビューへの活用
- ・ スコアカード活用による、Cardinal 社、Pyxis 社、Allegiance 社の業績測定（年4回）



図表 6-4 主要な支援プロセス

支援分野	主な顧客と必要事項	主な測定尺度
<b>(A) 財 務</b>		
患者会計 寄付金募集 財務一般	*卓越した会計業務 *正確な請求 *適時請求 *適時現金流動	revenue・Expense/APD 患者数 経常利益率(Operating margin) 不良債権の比率(%) 保険償還額 給付停止期間(請求拒否を含む) 入金までの純日数
<b>(B) 人 材</b>		
人的資源の管理	*採用と雇用 *職員の満足度	不採用を目的とした面接で雇用した職員の比率 法人内の顧客管理職者による調査結果(満足度) 管理職者への訓練時間 転職率 職員満足率
<b>(C) 施 設</b>		
ハウスキーピング	*施設の衛生	立入り品質検査の結果 満足度への回答率
補修 臨床エンジニアリ ング	*装置設備の適性 *専門的かつ最新の な修理と補修	補修有効期間内における予防的な補修の実施率 満足度調査回答率 州保健局またはJCAHOの必要項目を満たしてい ない分野
<b>(D) 情 報 シ ス テ ム</b>		
情報システム	*適時性 *情報の有効性	課題/問題解決までに要した時間 情報システム利用者の満足度
HIM(医療記録情 報システム)	*適時性 *記録の完全性	書き換え/転写に要する時間 書類ミス発生率 医療記録ミス発生率 医療スタッフを対象とした満足度調査回答率

SSMHealth Care Application for the 2002 Malcolm Baldrige National Quality Award P37Figure6.3-1 より。

Category7 Organizational Performance Results 業績

7.1 患者・顧客を重視した業績

図表 7-1 患者・顧客を重視した業績

指 標	
①31日以内に発生する予期せぬ再入院率	再入院は DRG の特定疾患 (CHF, IHD など) で多い。退院後の合併症を改善するために継続的な退院フォローが必要。
②CHF 患者に対するケアサービスの質 <CHF 患者全体に占める体重測定実施記録患者の比率>	
③CHF 患者へのワーファリン投与比率	
④CHF 患者への医薬品指示実施比率	* CHF 患者の再入院がトップ。ベンチマーク指標は American Heart Journal, JAMA, The Quality Management and Health care Journal, などを使用。医師と医療スタッフ、管理部門の共同ケア体制で再入院を減らす方針。
⑤虚血性心疾患患者への 2 次予防 <アスピリン/抗血小板製剤を処方のまま退院した患者の比率>	
⑥低流動薬剤の投与患者比率	全米レベルの調査とエビデンスによると、アスピリンと抗血小板製剤 (LLA's) の日常投与が心臓発作の再発を減少させるという。SSMHC の共同ケア体制は心臓発作の再発を防止する活動に焦点が当てられている。ベンチマーク指標はミシガン大学と National Registry for Myocardial Infarctions。
⑦卓越した安全性の向上 <危険な略称などの使用/処方率>	「安全性」は改善活動の基本テーマ。全米安全性当局が推薦する 16 の安全診療活動を推進中 (2002 年)。2002 年より「Achieving Exceptional Safety in Health Care」キャンペーンにもとづく、共同ケア体制を推進。
⑧死亡率	死亡率の目標は 0%。Solucient's 指標のトップ 25 位と比較。死亡率低下作戦として、1.共同ケア体制 2.ハイリスク&ハイボリューム患者への集中ケア 3.サービスの変更の減少、死亡率低下に有効と証明されたサービスの増加策。
⑨ナーシングホームにおける患者身体拘束率	拘束率は安全性と尊厳を測る指標。CQI チームによる拘束の必要性評価とガイドラインの開発。1999 年

	～2002 年で拘束率が顕著に低下。
⑩患者ロイヤリティ指標 (入院患者の満足度)	ロイヤリティは、LOYAL、IN-PLAY、AT-RISK の3項目による。ロイヤリティのベンチマーク指標は「NRC Health Care Market Guide」。SSMHC の病院はNRCのトップ10%レベルの得点を得ている。
⑪救急部門の満足度	
⑫外来通院外科手術の満足度	
⑬在宅ケアの満足度	入院、救急、外来外科、在宅ケアでは毎月満足度調査実施。ナーシングホームは年1回実施。
⑭ペインコントロールに対して可能な全てのサービスを提供したスタッフの比率	
⑮ペインマネジメントにおける看護スタッフの迅速な対応	SSMHC 病院全体のペインマネジメントに対する患者満足度は 97.3%。看護師の対応に対する満足度は 95.9%。
⑯待ち時間と救急サービスの満足度	セントルイス地区 2 病院における救急部門の待ち時間は、病気の種類や症状に関係なく、患者が救急部門に到着してから 30 分以内 (30/30 ルール)。30 分以内は SSMHC のベンチマーク指標。この待ち時間に満足できる患者比率の指標は 97.9%。
⑰医薬品摂取とフォローアップケア <指示の適性度>	指示が適性であったとする患者の比率は SSMHC 全体のベンチマーク指標として、入院 99%、救急 100%、外来外科手術 100%。入院、救急、外来外科手術特にコミュニケーションと患者教育が重要課題とする。

## 7.2 財務と市場に関する業績

図表 7-2 財務と市場に関する業績

指標	
①格付評価	SSMHC の各付け派 AA。(AA 格付けの病院は全米病院の 2%以下、S&P スタンダードでは 13%以下)。その他 NIG (Non-Investment Grade) ,Fitch IBCA, などでも高格付。
②投資金額	2002 年度投資総額 1.73 億ドル。オクラホマ州とイリノイ州の病院におけるプロダクト&サービスライン整備およびウィスコンシン州とセントルイス地区の ICU や医療施設拡大に投資。
③法人全体の経常利益率	MEA (Ministry Effectiveness Analysis) に基づく法人全体の経常利益は 5600 万ドル。
④修正入院日数当りの経常利益と経常支	医療サービスの人件費率は 50%、人件費の上昇率は

出	年4-6%。
⑤SSM 在宅ケアの経常利益率	メディケア償還の HHA/PPS 導入によって利益低下。そこで病院併設在宅ケアの拡充、特にマネジメントシステムの集中化、患者の自己負担、財政情報の拡充、在宅ケア・エージェンシーの中央集中化などの実施。利益率が改善した。
⑥医師1人当たりの純収益(Net Revenue)	
⑦診療直接コスト全体に占める純収益(Net Revenue)	SSMHC の常勤医師は診療直接コストの削減による効率化を求められている。物品共同購入や資材管理に対する医師の協力拡大、医師の診療場所の1点集中化などにより、効率化を推進。
⑧手許現金保有日数	SSMHC の平均日数は211日。SSMHC の信用度が向上したために、メディケア&メディケイド償還までの日数が9日間短縮。結果手許現金は3600万ドル増加。
⑨セントルイス地域における市場的位置 ＜退院患者総数、市場占有率＞	
⑩ウィスコンシン州における市場占有率 ＜退院患者総数、市場占有率＞	
⑫オクラホマ州における市場占有率 ＜退院患者総数、市場占有率＞	

### 7.3 スタッフと業務システムに関する業績

図表 7-3 スタッフと業務システムに関する業績

指標	
①職員の満足度	法人全職員平均で71%(IRI コンサル会社平均64%、最高74%)。18ヶ月ごとに改善レポートを作成。2002年度の目標値は75.8%(全米基準指標は69%)。
②職員1人当たりの教育訓練時間	ベンチマーク指標は18.7時間。SSMHC は各種認定期間の評価項目をクリア。業務環境や処遇の改善などと連携し、教育研修環境を拡充。
③全職員平均転職率(法人全体) ＜看護師の転職率＞	2001年に職員の処遇改善パッケージ(教育研修費用の償還、LTC 保険加入、法定家族への医療保障など)を導入。転職率は前年度より20%減少。2002年4月現在の転職率は5.05%で、MSA (Management Science Associate) の転職率報告書ではトップ25%以内に該当。看護師の転職率低下作戦は「Nursing Recruitment and Retention Team」を活用。2002年4月の転職率は3.45%。