



高品質医療の提供と高収益医業を両立させる経営品質管理システムの研究 医療品質とコストの Trade-Off から Win-Win 関係へ

大阪大学医学部附属病院中央クオリティマネジメント部 病院教授

中島 和江

【スライド-1, 2】

まず、この研究の背景ですが、現在病院に求められている機能は多岐にわたり、高度先進医療、医療の安全、新人の教育、患者さんの満足度の向上等様々です。特に、財務における増収とコスト削減、そして現場の質の向上と安全確保は、最重要課題です。しかし、具体的にどうすればいいのかという戦略や戦術に関しては、「先生方、ひとつよろしくお願いします」という言葉で表されるような、総論的な状況でこれまでやってきております。

【スライド-3】

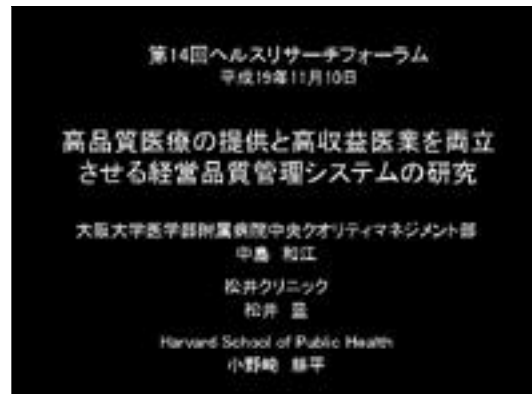
そこで、現場の品質を維持するためには、経営全体の品質が必要であるとの仮説にもとずき、経営品質とは何か、何がそこに求められるのか、そして、そのツールと具体的な方法、我が国の医療機関で応用する際の課題を明らかにするために、本研究を行いました。

【スライド-4】

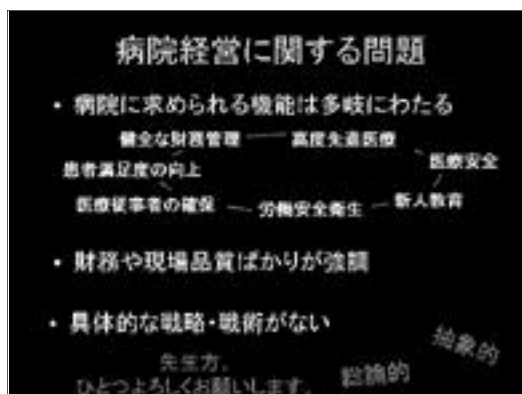
方法ですが、「経営品質賞」というものがアメリカにございます。マルコムボールドリッジ賞と呼ばれていますが、この賞のイグザミネーター、それからこの賞を受賞した米国の2つの病院を訪問、調査いたしました。

この2つの病院は、1つは Robert

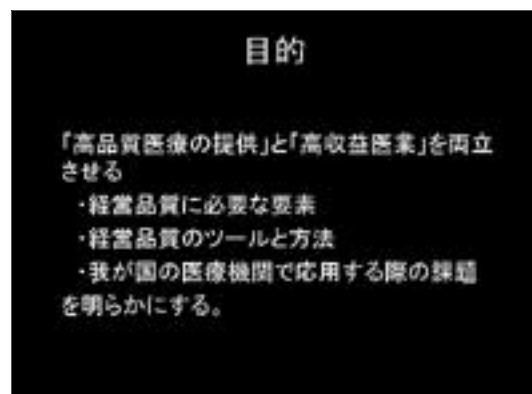
スライド-1



スライド-2



スライド-3



Wood Johnson University Hospital Hamilton というニュージャージー州の比較的田舎にある病院です。University Hospital といいながらレジデントは一人もいない、300床くらいの民間病院です。もう一つは Saint Luke's Hospital というミズリー州カンザスシティにあります、700床のティーチングホスピタルです。

ご参考までに、このマルコムボールドリッジ賞というのは、レーガン大統領が作ったものですが、医療版は1999年に作られ、2005年までの間に116の病院が応募して5つの病院が合格したという非常に狭き門であります。

さらに、我が国の医療機関のうち、経営や患者満足度等で常に病院ランキングのトップにある聖隷浜松病院の経営陣にインタビューを行いました。そしてもう一つ、自分の務めている大阪大学病院に関して分析を行いました。

【スライド-5】

結果ですが、まず、アメリカのボールドリッジ賞を取っている病院がどのように経営品質にアプローチしているかという概略を示します。

経営品質に求められる7要素として、リーダーシップ、戦略計画、それから顧客とは誰かということ特定して医療政策やマーケットのニーズを把握すること、職員を大切にすること、そして経営品質のためにはキーとなるプロセスを特定してそこに介入すること、それを定量的に評価して最終的にはビジネスの結果を良くするという事です。これら全部で1,000点満点なのですが、この中で最も重きがおかれているのがビジネスとしての結果450点と病院経営者のリーダーシップ120点です。

【スライド-6】

マルコムボールドリッジ受賞病院では、経営品質の確保・向上のために、バランススコアカード(BSC)が積極的に活用されていました。

これは我が国の病院でも導入が始まっていますが、訪問したアメリカの病院ではう

スライド-4

方法

- マルコムボールドリッジ賞国家経営品質賞 (Malcolm Baldrige National Quality Award) の研究
 - イグザミネーターへのインタビュー
 - 受賞病院等の訪問調査
 - Robert Wood Johnson University Hospital Hamilton
 - Saint Luke's Hospital of Kansas City
- 我が国の医療機関の現状分析
 - 聖隷浜松病院
 - 大阪大学医学部附属病院
- 文献的考案

スライド-5

結果:
1. 経営品質に求められる7要素

Diagram illustrating the 7 elements of operational excellence: Leadership, Strategic Planning, Customer Focus, Process Management, Employee Focus, Organizational Performance Results, and Financial Results. The diagram shows how these elements are interconnected and lead to overall performance.

スライド-6

2. バランススコアカードの活用

● 目標の共有
● 全員参加
● 経営者
● 経営者
● 経営者

● 財務 (Financial)
● 顧客 (Customer)
● 内部ビジネスプロセス (Internal Business Process)
● 学習と成長 (Learning & Growth)
● 職員 (People)

5つの評価軸と3つの階層

まくツールとして活用していました。すなわち、これは単なる経営の通信簿としてだけではなくて、病院の職員全員で目標を共有するためのツールであるということ。そして、その目標に向かって具体的に行動するときに、全員が参加する、すなわち病院レベル、部門のレベル、個人レベルで同じ方向に向かってそれぞれの役割を果たす為のナビゲータとして使われていました。

通信簿の評価軸として、一般企業では「財務」「顧客」「内部のプロセス」「学習と成長」の4つが知られていますが、アメリカの訪問した2つの病院では、5つ目の柱として「職員（ピープル）」が設けられていました。

結局、この5つの評価軸と3つの階層を通じて、病院の経営者が考えていることを現場の一人ひとりに伝えて、皆で同じベクトルの方向に頑張るということを行うためにバランススコアカードは使われているといえます。

【スライド-7】

もうひとつ重要な点は、様々な「計画と実施」を戦略的に行うために、ここにありますように、BSCの5つの柱（評価軸）において、それぞれ「目標」と「具体的な行動計画」と、それをきちんと評価する「指標」を設けていたということです。

【スライド-8】

これらのアプローチや指標の特徴ですが、まず「職員」という評価軸における具体的な行動に関しては、我が国と同じような教育トレーニングや面接に加えて、評価制度があり、これは医師以外のコメディカルに対して、患者満足度調査の結果や上司の評価にもとづき、細かいボーナスチャートが作られており、ファイナンシャル・インセンティブが与えられています。また、職員の満足度調査も定期的に行われていました。

内部プロセス（質）に関する評価軸に関しては、臨床評価指標はJCAHO等の外部機関から多くのものを測定し報告することが求められていることから、たくさんの指標が測られていました。同時に、事務的業務に関する、特に医事関係の様々なプロセスに関する指標も「質」という中で測定されていました。

また、顧客に関しては、顧客とは「患者」と「自分の病院に患者を紹介してくれる紹介医」という位置付けがなされていました。顧客の満足度に関しては、患者に多くの質問をしてその結果を分析し

スライド-7

フォーカス領域 (Focus Area)	目標 (Goal)	行動計画 (Action Plan)	測定指標 (Measurement)
職員	医療に必要な確保	採用/教育/研修	職員満足度
品質・業務の質	医療安全の確保	ベストプラクティス採用	患者満足度 スタッフの質
経営	患者満足度の向上	医師/看護師の患者対応力の強化	3つのコア領域
成長	マーケットシェアの拡大	手術数の増加/新規患者	入院患者数 アウトパシエント
財務	財務の安定	保険収入、患者に課するものの削減	経営の文化等

3. 戦略計画・実施

明らかな目標・行動計画・指標

スライド-8

-
4. アプローチや指標の特徴
- 職員: 「教育・トレーニング」「面接」「評価制度」「職員満足度調査」
 - クオリティ: 診療及び事務プロセス、多い臨床評価指標
 - 顧客: 患者及び紹介医、2つのコア質問(全体の満足度、家族・友人への推奨)、外注
 - 成長: マーケットシェア、症例数を中心
 - 財務: 財務3表の世界

ても、核心の部分はよくわからないということで、診療全体の満足度と、患者さんの家族や友人が病気になったらこの病院を紹介したいかどうかという2点で評価されていました。また、この患者満足度調査は外部の民間会社が実施しており、そのためベンチマークが可能な環境が整っておりました。

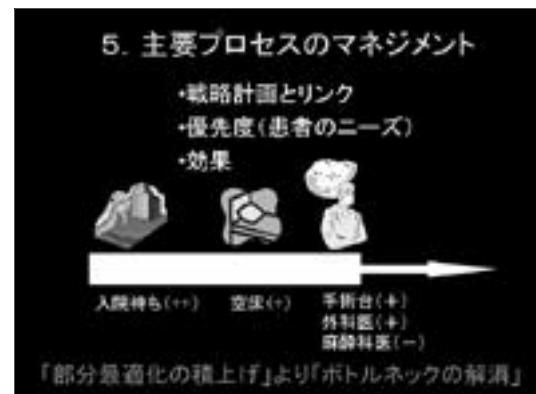
成長という評価に関しては、日本では職員の成長や学習に関する指標が使われていることが多いわけですが、訪問病院ではマーケットシェアとか症例数がモニターされていました。

財務の指標に関しては、日本では平均在院日数とか稼働率が示されていることがありますが、ここでは財務3表で用いられる指標が測られていました。

【スライド-9】

もうひとつの重要な点として、戦略とリンクした主要プロセスのマネジメントが行われており、患者さんのニーズが高い、すなわち優先度が高い、そして効果が認められるという領域に対して介入がなされていました。例えば『外来で入院待ちの患者さんが多くいる。しかし病棟では空床がある。何故だ』ということで、多くの手術件数をこなすために必要な麻酔科がないために、手術待ちが発生している。そうであれば、外科系の医師を麻酔科医として一定期間トレーニングして、自分の科の手術は麻酔がかけられるようにするというような、個々の部分最適化の積み重ねよりは、ボトルネックとなっている部分を解消するというようなプロセスへの介入が行われていました。

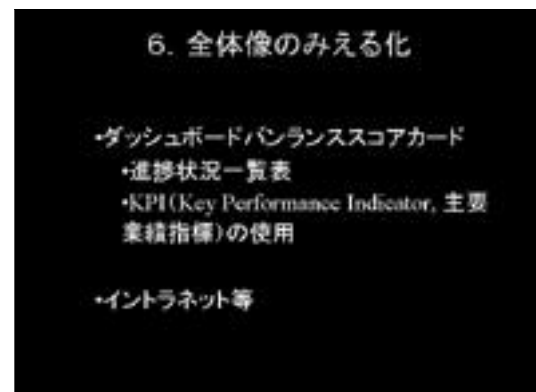
スライド-9



スライド-10

【スライド-10】

それからもうひとつの特徴として、経営陣や職員に対して“全体像のみえる化”が行われているということがあります。BSCの5つの評価軸において、目標への行動計画の進捗状況がどうなっているかということが一目瞭然でわかるようなダッシュボード・バランススコアカードと呼ばれる、主要業績指標(KPI)の一覧表が特にプレゼンテーション用のツールとして用いられていました。



【スライド-11】

では我が国はどうか。聖隷浜松病院では、いわゆる経営品質の概念が経営陣に取り入れられており、BSC的な取り組みもなされています。目標、行動計画、指標の明確化ということに関しては、4つの評価軸を設け、経営企画室を中心に組み立てられていま

す。それぞれの評価軸や指標の特徴に関しては、財務は日本の他の病院と同じような指標が採用されており、臨床評価指標は日数や件数が中心であり、医療のアウトカム指標については試行状況であること、患者の満足度に関しては、毎年全病院的にオリジナルの質問表で測定がされていることと、職員に関しては、医師の評価制度が設けられており、また職員の満足度調査もされていました。見える化に関しては、様々なデータがインターネットで内外に公開されています。

スライド-11

1. 経営品質の発生	普及(医療の質改善)
2. BSC的軸の抽出	導入
3. 目標・行動計画・指標の明確化	経営立案書、戦略マップ(4つの評価軸)
4. アプローチの明確化(材料費)	<ul style="list-style-type: none"> ・財務指標: 患者数、診療科目、平均在院日数、病床稼働率、材料比率等 ・臨床評価指標: 日数、再発、死亡率等で種類多い ・患者満足度: 全病院的、専科別、オリジナル質問表(年度別)調査結果、医師の自己評価、職員満足度調査(一般アンケート)
5. プロセスマネジメント	クリニカルパス、電子カルテ、医療ソフトウェア開発等
6. 見える化	<ul style="list-style-type: none"> ・財務指標: 種類、測定頻度、報告対象者も特種化 ・臨床指標: 患者満足度等(インターネットで内外に公開) ・ダッシュボードなど、様々な

経営陣のお話では、BSC に関しては戦略マップを作成したが作るのが大変難しいということと、臨床評価指標はたくさん候補はあるが絞りかねているということ、キーパフォーマンスインディケータ (KPI) と呼ばれる経営の舵取りを示す代表的な指標は一体どれにするべきか検討中であるということでした。

【スライド-12】

阪大病院では、「BSC を活用して経営を行う」という明確な方針はとられていませんが、「病院長通信」を使い、経営陣から現場へのコミュニケーションが行われています。重要課題に関しては、6つの課題が掲げられていますが、目標と手段が混在していたり、財務の課題やデータが中心です。職員満足度の調査は実施した時に明らかになる問題を果たして解決できるのかという悩みがあります。クリニカルパスも頑張っておりますが、やはり部分最適化どまりで、なかなか主要プロセスへの介入が行われずボトルネック対策には苦労しているところです。また、色々な指標を様々な部門で測っていますが、部門毎の管理であって未統合であるため、全体像が見えにくいというのが本院の課題です。

スライド-12

1. 経営品質の発生	未普及
2. BSC的アプローチ	導入予定
3. 目標・行動計画・指標の明確化	<ul style="list-style-type: none"> ・病院長通信 ・経営立案書 ・重要課題: 「11センター設置」「センター化」「地域がん療育の強化の推進」「臨床評価の活性化」 ・「11聖隷は前と期待」(入替書)一紙管理
4. アプローチの明確化(材料費)	<ul style="list-style-type: none"> ・財務指標: 聖隷浜松病院と同様 ・臨床評価指標: 20種 ・患者満足度: 聖隷のみ ・稼働率: 聖隷・診療科まで、稼働率を調査済み
5. プロセスマネジメント	クリニカルパス、医療安全対策、海外中絶薬確保
6. 見える化	<ul style="list-style-type: none"> ・財務のみ(内付レポート) ・ダッシュボードなど、様々な

聖隷浜松病院で苦労されていた戦略マップの阪大病院版を作ってみました。本当に作成が難しく理解も困難であり、このことの効果はいかかなものかという印象を受けました。一方、一覧表形式で、BSCの軸にそれぞれ具体的なアクションプランと指標を示すことは、作成と理解が比較的容易であると思いました。

臨床評価指標に関しては、まず20個作り、経年的に測定してみました。これをやってみて感じたことは、とりあえず少ない指標数で始め、指標の意義をはっきりさせる必要があるということです。例えば、ICUへの予定外(緊急)入室のように、アメリカでは良くない質の指標とされているものが本院ではICUの運用方法の違い等の理由から良い質の指標であるものも見られました。また、この

指標を見て経営上の意思決定、例えばリソースの配分ができるかということなかなか難しく、そのような指標、例えば予定手術のうちに緊急手術がどのくらいあるのかとか、ICUの入室希望者中、入室できなかった患者の割合等も測る必要があると感じました。

見える化としましては、イントラネット上に財務のデータのみが掲載されていますが、これは“草の根的業務”であり、病院長の指示で行われているわけではありません。さらに、病院の職員全員に経営品質の手法のアンケートをとりますと、バランススコアカード、KPI、見える化というのは、半分以下ぐらいの人たちしか知っておらず、まだまだ未浸透な状況です。

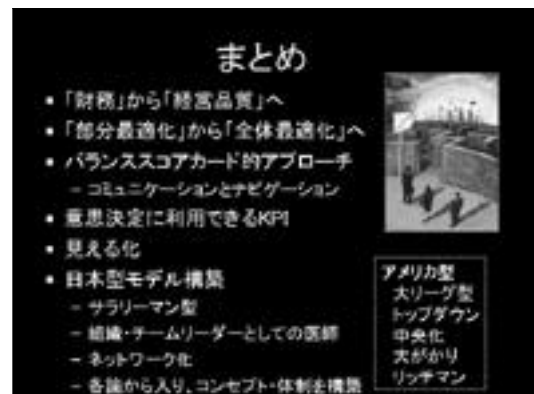
【スライド-13】

最後のスライドですが、本研究から得られた結果です。

これからは財務一辺倒から脱却したバランスのとれた経営品質が必要であるということ。問題解決には部分最適化の積み上げも大切ですが、ボトルネックに介入して大きな効果を得るようなアプローチが不可欠であること。バランススコアカードは目的ではなく、これを意識した

アプローチや現場と管理者のコミュニケーションやナビゲーションのツールとして使う必要があること。また、意思決定に利用できるような代表的なキーパフォーマンスインディケータの同定が必要であること。そして、見える化はとても大切であり、目標に向かって頑張り、そのモチベーションを維持するためには、現状や進捗状況が見えるようになっていなければならないこと。最後に、日本型の経営品質モデルの構築が必要であるということです。すなわち、アメリカの医業経営は単純化すると大リーグ型であり、優秀なドクター、ナース、そして患者さんを集めてビジネスをする。医師ではない新しいCEOが来てトップダウンで大がかりなことをお金をかけてやる。日本の病院はほぼ全員がサラリーマンであり、病院の経営及び現場のリーダーは勤務医であり、このような医師を巻き込んだ形でどうやってやっていくのか。すでに細かい各論は各病院が有していますので、各論から入って日本型のコンセプトや体制を構築していくことが今後の課題であると思われます。

スライド-13



質疑応答

会場： 大変素晴らしいご発表を有り難うございました。最後の方で日本モデルの開発が重要だということで、まさに素晴らしいご提言だと思います。私もそう思っております。

ちょっと話がずれるかもしれませんが、私は 1995 年頃、経営品質賞の

概念を周りの人に言っても誰も受け入れてくれなかった時代でありましたが、このファイザーヘルスリサーチ振興財団の助成を受けまして、北海道から沖縄までの全国 80 近くの病院で、経営品質賞で問われているところがどれだけなされているか、それから患者の満足度が実際どうなっているか、職員の満足度はどうなっているか、という調査をやらせていただきました。かなり色々面白い結果が出てきたのですが、その折に、第一線で働いている人と中間管理職とトップ層との間で、考えていることにズレがかなり見られるということが調査で出てきました。パフォーマンスの高いところは、そういうズレがかなり小さくなっているといったようなところが、まず一つ見られました。それから、職員の満足度なり職員の意識が、患者さんの満足度にかかなり正の相関が強い側面がありました。職務満足度全般の点数はあまり関係しなかったのですけれども、職員が自分達がプロとしてどれだけ成長できているかというところに対する自己評価では、最も高い、綺麗な相関を示しました。バランススコアカードの学習と成長のところの重要性に通じることだと思っておりますが、ご参考までに紹介させていただきました。

中島： 貴重なコメントを有り難うございます。ずいぶん前にこのようなご研究をされたということで、先生の先見の明に敬意を表します。今後、本研究結果をパブリケーションし、また阪大病院で実践するにあたり、先生が出された知見も是非参考にさせていただきたいと思えます。

座長： 私は病院間のばらつきということに関心があるのですが、アメリカはいくつの病院を調査されたのですか？

中島： 私が視察したのは2つです。但し、ポールドリッジを獲った病院が、その時点で5つしかございません。

座長： アメリカの病院間のばらつきと聖隷浜松と大阪大学病院のばらつきと、どちらが大きいのですか？

中島： これは単なるインプレッションですが、アメリカの病院のばらつきのほうが大きいと思えます。

座長： 病院間で色々なスタンスの違いというのが非常にあるということですね。それはどういうことに起因するのですか？

中島： 一つは、CEO の考え方がものすごく大きく影響しています。人が変われば全部やり方が変わるということです。

座長： ただ、アメリカは管理の仕方、マネージメントという意味では同じような感

じもするのですが、やはり相当病院間で違うのですか？

中島： どうでしょうか。そこまでコメントできるくらい勉強ができておりません。

座長： 評価の問題がありますね。最終的には、いくら旗を振って頑張ってもどれだけ報われるかというあたりが、日本、特に大学病院ですと難しいという気がするのですが、その点についていかがですか？

中島： 大学病院の中で、最もリーダーシップを発揮された病院長のお一人である先生にそのように言われますと、回答に困ります。我が国でも例えば「頑張った医師にもっとボーナスを」というような取りくみが始まっており、聖隷浜松病院でも医師の評価制度が導入されているのですが、評価制度の導入については現場の医師の間でも賛否両論のようです。また大学病院になりますと、教育・研究ということで患者の診療だけが貢献ではないということもございまして、難しい課題だと思います。

座長： そこはアメリカではどうなっているのですか？

中島： アメリカの医師は、病院にとっては契約を結んで働いてくれるお客様でありますので、腕の良い医師を惹き付けるためにも米国の病院は本日お話しました経営品質に取り組んでいます。
