

2022年度

デミング賞
受賞報告講演要旨

株式会社麻生 飯塚病院

目 次

1	病院概要	40
2	経営目標と経営戦略	
2.1	経営目標と経営戦略	43
2.2	経営方針とその展開	45
3	TQMの導入と推進	48
4	TQMの実施状況	
4.1	専門医療（新規治療導入体制）	49
4.2	専門医療（救命救急医療提供体制）	割愛
4.3	革新的看護提供方式の開発	51
4.4	医療事故防止体制の強化	54
4.5	地域連携	57
4.6	人材力（テクニカルスキル）	割愛
4.7	人材力（マネジメントスキル）	59
4.8	病院情報システムの活用	61
4.9	健全経営	64
5	総合効果	66
6	将来計画	68

1 病院概要

1.1 概要

病院が提供する製品は医療である。病院の一次顧客は健康を望む地域住民であり、多くは病気を持つ患者である。一方、地域の医療関連施設は患者紹介等の地域連携における二次顧客であり、雇用を前提とする医療従事者もまた二次顧客である。製品の価格としての医療の対価は、国が定める診療報酬制度により全国一律であり、病院は顧客獲得のため医療の質とサービスによって差別化を図る。

国の施策により福岡県は 13 の医療圏に区分され、医療は多くの場合医療圏内で完結される。その中で飯塚病院は、筑豊地域唯一の救命救急センターの他、数少ない災害拠点病院、地域がん診療連携拠点病院などの重要な機能を有するため、飯塚医療圏のみならず筑豊全域の 3 つの医療圏約 40 万人の住民が一次顧客である。また地域医療支援病院であり、救急医療の提供、地域における医療機器の共同利用、医療従事者に対する生涯教育研修の実施などにより、二次顧客である地域の医療機関を支援し、地域に必要な医療の確保を図る役割を担っている。

1.2 規模と沿革

現在、飯塚病院は 1,048 床、44 診療科を備え、大学病院に準ずる大規模総合病院であり、主として急性期医療を提供している。診療実績等を含めその規模を表 1-1 に示す。

1918 年の開設以降の沿革を表 1-2 に示す。病院の拡充・発展を経て、救命救急センター、臨床研修指定病院、災害拠点病院、がん診療連携拠点病院などの公的責務を担うとともに、地域医療支援病院に認定され地域医療の拠点としての役割を果たしてきた。

その中で医療における改善活動の重要性を認識し、1992 年、国内医療機関の中でいち早く QC サークル活動（TQM 活動と呼称）を開始した（表 1-2）。2003 年には事業計画制度により、病院の方針に沿って各部署が年度事業計画を立案・実施する体制を導入し、方針管理の基盤を構築した。医療の標準化と質向上を目指して 2008 年 ISO9001 の認証を取得し、顧客重視の質の高い医療の提供を目標に取り組みを継続発展させている。

「まごころ医療」をうたう理念を掲げ、質の高い最適医療をまごころ込めて提供し、地域の信頼を獲得してきた。近年、日本の病院の半数が赤字経営と言われる中で、飯塚病院は健全経営を維持し、1990 年以降約 30 年間にわたり黒字を継続している。売上の推移を図 1-1 に示す。

表 1-1 規模

病院区分	地域医療支援病院
定床数	1,048床 (一般978床、精神70床)
診療科目	44科
診療実績 (2021年)	
外来患者	419,602人 (1,719人/日)
入院患者	300,440人 (823人/日)
救命救急センター受診者	21,937人
救急車受入件数	5,451件
手術件数	6,185件
紹介件数	14,613件 (紹介率74.2%)

表 1-2 沿革

1918年	開設
1982年	救命救急センター 設置
1989年	基幹型臨床研修病院 指定
1992年	TQM活動 開始
1996年	災害拠点病院 指定
2002年	地域がん診療連携拠点病院 指定
2003年	事業計画制度開始
2005年	地域医療支援病院 認定
2008年	ISO9001 認証取得
2008年	福岡県災害派遣医療チーム 指定
2009年	ISO15189 認証取得
2013年	福岡県総合周産期母子医療センター 指定
2018年	2025年度ビジョン設定、中長期計画策定

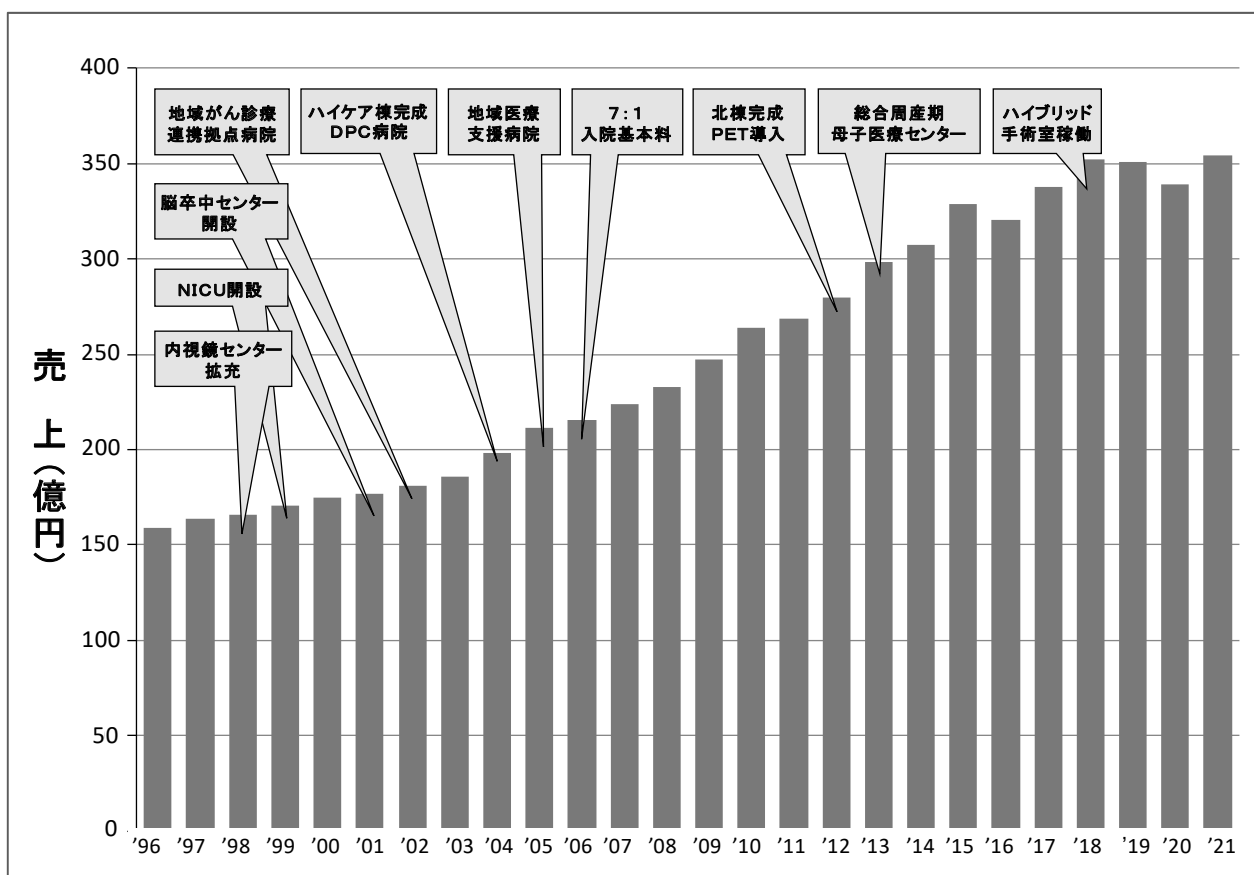


図 1-1 売上の推移

1.3 組織

組織図に示すように、飯塚病院の組織は4部門と11本部で構成される(図1-2)。部門は同職種の職員の集合体であり、医師部門は医師、看護部門は看護師とその補助者によって構成される。医療技術部門には薬剤部、中央検査部など計9つの部と室があり、各々が専門領域の国家資格を有する技術者を中心に構成されている。経営管理部門は事務系職員で構成され、9つの課が経営および管理に関わる職務を遂行している。

各部門の構成と主な業務は図1-2の通りである。それぞれの部門の職員は、各診療科の医師を中心に形成される多職種チームのメンバーとして診療に携わる。また医療技術部門は、中央検査部が検体検査の結果を報告し、中央放射線部が放射線検査の結果を画像として供給するなど、診療に必要な技術的機能を提供している。経営管理部門の各課は、医療の基盤となる資源の管理・運用や、経営を支え牽引するための実務を担っている。

本部は特定の分野に特化した課題に取り組む部署であり、多くは多職種で構成され、病院機能に重要な役割を果たしている。図1-2に示す通り、教育推進本部、イノベーション推進本部、改善推進本部など11本部が設置され活動している。

組織図		人員数	主な業務	
院長	医師部門	347	患者診療、臨床研究	
	看護部門	1,311	患者看護・診療介助	
	医療技術部門	薬剤部	107	薬剤管理、医薬品情報管理、服薬指導
		中央検査部	82	外来患者採血、検体検査、生理検査
		中央放射線部	64	放射線検査、放射線管理
		栄養部	96	食事指導、栄養管理、献立作成、調理
		リハビリテーション部	149	理学療法、作業療法、言語聴覚療法
		臨床工学部	71	医療機器管理、医療機器操作、透析技術
		医療福祉室	20	介護・医療制度等に関する相談対応
		歯科衛生室	8	歯科診療補助・予防措置・保健指導
		臨床心理室	9	臨床心理検査・面接・地域援助
	経営管理部門	経営管理部	2	病院運営の支援、労働環境整備
		企画管理課	10	事業企画、戦略立案、経営指標分析
		広報課	5	広報活動、危機管理対策
		医事課	131	診療受付・会計業務、診療報酬請求
		人事課	25	採用、人事労務、安全衛生
		総務課	66	総務、警備、電話交換、図書管理
		経理課	6	経理、予算・損益計画策定、決算処理
		施設・環境サービス課	5	設備保安全管理、エネルギー管理
		資材課	7	医薬品・診療材料等の調達・管理
		診療支援課	53	医師業務支援、外来コンシェルジュ管理
	教育推進本部	14(2)	職員の教育・研修管理	
	イノベーション推進本部	工房・知財管理室	3(2)	機器等開発支援、知財管理体制整備
	改善推進本部	10(2)	現場改善支援、改善人材の育成	
	医療安全推進本部	医療安全推進室	8(1)	医療安全に関する情報管理・指導
		感染管理センター	3(3)	感染症に関わる情報収集および提供
	医療連携本部	地域連携センター	19(1)	地域連携、病床管理、入退院支援
	地域包括ケア推進本部	7(2)	地域包括ケア事業、介護保険支援	
	医学研究推進本部	9(8)	研究推進、研究報告の管理	
	治験推進本部	7(1)	治験推進、治験支援、臨床研究支援	
	情報本部	情報システム室	29(1)	情報システムの開発・運用・保守
		診療情報管理室	15(2)	診療情報管理、医療情報解析
	予防医学本部	予防医学センター	19(4)	健康増進に関するサービス
	ファシリティ本部	4(4)	新棟建設に関する計画の策定・管理	
	総人員数		2,688	

※人員数列の（ ）内は兼務者数

図 1-2 組織図 (2022年2月1日現在)

2 経営目標と経営戦略

2.1 経営目標と経営戦略

2.1.1 経営目標

飯塚病院は1918年に開設され100余年が経過した。開院前のこの地域は炭鉱で栄えたが、専門医療を提供できる病院がなく、高度な医療を必要とする病人は家族が荷車や馬車に乗せ、峠を越えて福岡市に運ぶ以外なかった。そのような中、炭鉱開発で成功した麻生太吉は、地域医療と住民の福祉への貢献を切願し、財政難であった公的機関に代わり私財を投じて飯塚病院を開設した。

麻生太吉は、開設の精神すなわち「郡民のために良医を招き、治療投薬の万全を図らんとする」において、飯塚病院の使命が地域住民のための質の高い医療の提供と、それによる社会貢献であることを示した(表2-1-1)。今日の経営理念は、この開設の精神を受け継ぐ「WE DELIVER THE BEST ～まごころ医療、まごころサービス それが私たちの目標です～」であり、質の高い最適医療すなわち「まごころ医療」を実践することをうたっている。飯塚病院の経営目標は、開設の精神に込められたミッションすなわち医療による社会貢献と、理念にうたう「まごころ医療」の提供であり、この目標を掲げ“Patient First”の精神で「日本一のまごころ病院」を目指している。

表2-1-1 経営目標

開設の精神	郡民のために良医を招き、治療投薬の万全を図らんとする
経営理念	WE DELIVER THE BEST ～まごころ医療、まごころサービス それが私たちの目標です～
目指す病院像	日本一のまごころ病院

2.1.2 医療を取り巻く厳しい外部環境

日本では2025年に国民の3人に1人が65歳以上となり、かつてない超高齢社会を迎える。医療費や介護費用が急増し保険制度の破綻が危ぶまれる中、国は医療費適正化政策を強化している。また、人口減少による医療需要の低下と相まって医業収益は減少し、消費税増税の影響も加わり医療経営は次第に厳しさを増している(図2-1-1)。

さらに、筑豊地域では急性期病床の過剰が指摘され、国の政策で病床削減が図られようとしている。したがって、地域において選ばれるか否かにより、医療機関が淘汰されることは避けられない。当院が機能を縮小することになれば、地域住民の求める質の高い医療が縮小し、地域医療は危機的状況に陥る結果となる。これらを踏まえ、地域の信頼と期待に応え、質の高い医療を提供し続けて使命を果たすために、飯塚病院の将来あるべき姿を明確にし、それを実現するための戦略を実行しなければならない。

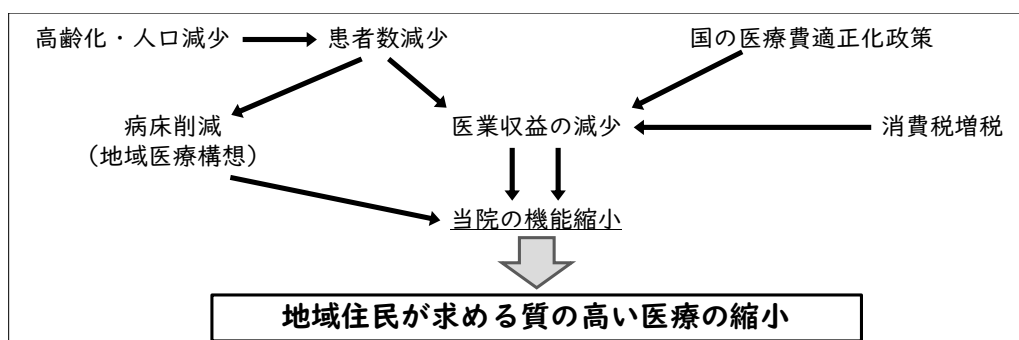


図2-1-1 厳しい外部環境と地域医療の危機

2.1.3 経営戦略

2003年に事業計画制度を導入して以来、年度ごとに病院の方針を提示し、これを受けた各部署が目標設定を盛り込んだ年度事業計画を立案・実施することにより、方針管理を実施してきた。しかしこれらは単年度で完結するため、長期的な方針が十分に展開できない点が課題であった。その中で、図2-1-1に示す外部環境の変化に対応するために、中長期計画の策定と、それに則り一貫性のある年度事業計画の立案が必要と考えられた。

以上のことから、当院の2025年度ビジョン（あるべき姿）を「Patient Firstを追求し、選ばれる高度急性期・急性期病院」と定め、これを「日本一のまごころ病院」へのマイルストーンとし、そこに到達するための中長期計画を策定した（表2-1-2）。

表2-1-2 中長期計画

2025年度ビジョン（あるべき姿）	
Patient Firstを追求し、選ばれる高度急性期・急性期病院	
七つの視点	視点ごとの2025年度ビジョン
A 救命救急医療	命を救う要（かなめ）として、筑豊に最も進んだ救急医療を提供する病院
B 専門医療	トップレベルの専門医療により、筑豊の高度急性期・急性期医療を担う病院
C 質と安全	全職員が、医療の質と安全の向上・改善に取り組み続ける病院
D 患者経験価値	患者・家族が、全てのプロセスにおいて、「ここに来て良かった」と思える病院
E 地域連携	地域の医療機関から信頼され、ともに発展する病院
F 人材力	志のあるスタッフが集い、やりがいを持って成長でき、「ここで働きたい、働けて良かった」と思える病院
G 健全経営	全職員が厳しくなる外部環境への危機感を共有し、経営に参画する病院

中長期計画においてはまず、地域住民、医療関連施設、医療従事者、全ての人々から選ばれる病院となるために、特に注力すべき「七つの視点」を設定した。すなわち、医療機能の核となるA)救命救急医療とB)専門医療、そして医療の必須要求事項であるC)質と安全、顧客第一主義の成果指標としてのD)患者経験価値、医療の地域完結を図るためのE)地域連携、これらを支え実行するためのF)人材力とG)健全経営の7項目である（図2-1-2）。

さらに七つの視点の各々につき、視点ごとの2025年度ビジョンを定め（表2-1-2）、それぞれに長期目標を置いた。さらに2018～2025年度を2つの中期に分け（図2-1-3）、第一中期計画（2018～2021年度）を立案し施策の実行を開始した。

このビジョンの実現のためには全職員の力を結集する必要があるが、元来、医療は診療科医師の専門性に依存しており、診療科ごとの独自性が強いいため、全職員が参加して病院の方針を展開するTQMに馴染みにくい業態であった。今回、2025年度ビジョンを全職員が共有し、多職種職員の協議を経て戦略を立案・実行することを通じてTQMを強化し、全職員が一丸となって中長期計画の遂行に取り組むこととなった。



図2-1-2 中長期計画体系図

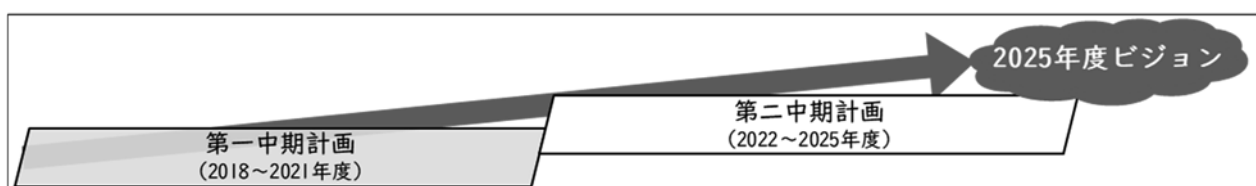


図2-1-3 2025年度ビジョン実現のためのステップ

2.2 経営方針とその展開

2.2.1 概要

当院では従来から全部署で年度事業計画を策定・運用していたが、その計画は各部署内での単年度ごとの取り組みに限定されたものであり、ビジョンを定めて組織で目標を追求する取り組みには至っていなかった。人口減少、医療政策転換などにより厳しくなる医療経営環境の中でも成長を続けるためには、従来の方法を踏襲するのではなく、中長期的視点に立った目標を追求する取り組みが必要となった。

2018年度に長期ビジョンに基づく中長期計画を策定し、実効性を高めるための推進体制を整備し、第一中期計画を開始した。第一中期計画の最終年度である2021年度に、第一中期の経験をもとに、計画運営における改善点を明らかにし、第二中期に向けた改良を加えた。第一中期施策に対して、「計画の遂行」「目標値の達成」を評価軸に仕分けた後、継続施策を吟味・決定した上で、重点課題を定めた。

2.2.2 活動の重点

＝課題・問題点＝

- ① 病院全体の長期ビジョンを定めて目標を追求する取り組みが未着手であった
また、部署・職種を越えて計画達成に向けて推進支援する機能が弱かった
- ② 第一中期計画の実施経験に基づき、第二中期に向けての改善点を明らかにする必要がある
- ③ 限られた経営資源を効率よく運用する必要がある

＝活動の重点＝

- ① 中長期計画の策定と実行
経営陣が設定した長期ビジョンを踏まえ、特に注力すべき「七つの視点」ごとに、診療現場を中心としたワーキンググループ（WG）を立ち上げ、中長期計画を策定した。「七つの視点」ごとに、中長期計画から落とし込んだ「実行計画表」を作成した。実行計画の推進支援を行う役割として、各WGにLA（Link Administrator）を配置した。2021年度にて、第一中期を終了した。
- ② 第一中期計画の評価と改善点の対策
第一中期の経験を振り返り、施策策定・運営における改善点を明らかにした上で、第二中期に向けての改善策をたてた。
- ③ 限られた資源を効率よく運用するための「重点指向」
TQM診断で指摘されたとおり、当院の経営運営資源に比して施策が網羅的で過剰であったため、計画未遂行に留まる件数が少なくなかった。第一中期計画の各施策に対して、4 Student modelと独自のアルゴリズムを用いて評価・吟味した結果、第一中期から継続する中期施策数を半分以下に削減した。さらには、重点課題を「救命救急医療体制」「総合内科医療体制」「健全経営」に絞り込んだ。

2.2.3 実施状況

① 中長期計画の策定と実行

厳しくなる外部環境を明確にした上で、当院の2025年度ビジョンを設定した（「2-1 経営目標と経営戦略」参照）。

その上で、特に注力すべき「七つの視点」（救命救急医療、専門医療、質と安全、患者経験価値、地域連携、人材力、健全経営）ごとの計画策定は、実際に診療に携わるスタッフ同士で協議を進めることが重要であると考え、それぞれにワーキンググループを設置した（図2-2-1）。

2018年度以前の年度事業計画では、各部署が目標を定めるに際して具体的な指針は明確でなかった。そこで、2019年度から、各部署が中長期計画達成に向けた目標を設定するために、年度事業計画における「方針管理体系図（2021年度改訂）」を設定した（図2-2-2）。



図 2-2-1 中長期計画の策定と実施の流れ

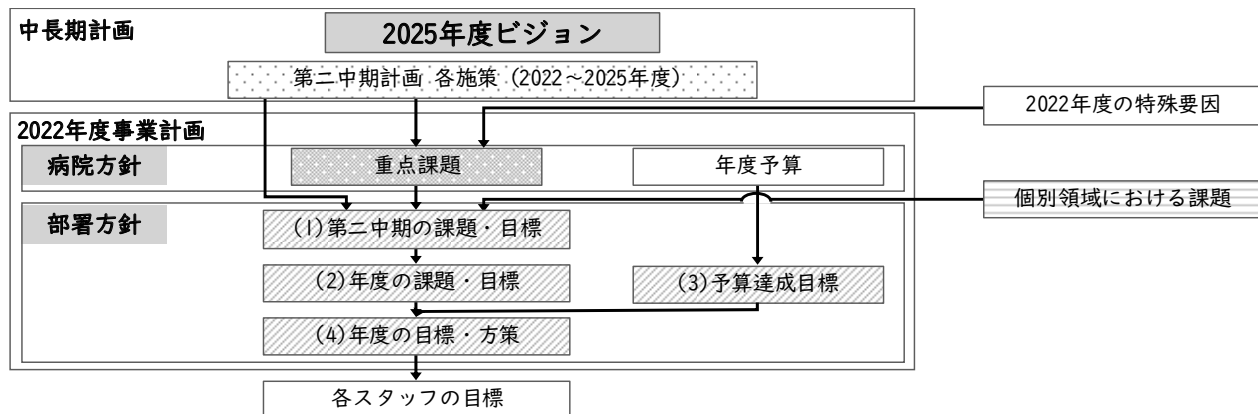


図 2-2-2 方針管理体系図（2021年度改訂）

診療現場は、医師・看護師・薬剤師など高度な専門職の集まりである。そのことによる計画運営上の課題として、「各部署の意思決定は縦割りの傾向が強いが、本計画の実行には横断的活動が必要であること」、「医療職の本業は診療であり、計画推進に割く時間が不十分になること」が挙げられる。この課題をクリアして計画の推進支援を図るため、「関連する診療現場間のリンク」「関連する診療現場と経営陣とのリンク」を行う LA を各 WG に配置した。専門医療をはじめとする WG リーダーの多くは医師であり、各リーダーは医療を軸にした計画推進と長期目標追求の責任を担う。対して、LA は経営管理部と診療現場の間に位置して、経営管理面を軸にして推進支援を行う役割である（図 2-2-3）。

	経営管理部	経営陣とのリンク	LA (Link Administrator)	診療現場とのリンク	WGリーダー・診療現場
随時			■ 計画の進捗管理 ■ WGリーダー・診療現場と関係者をつなぎ、問題解決を支援		■ 方策の実行（LAが支援）
隔週	■ 実行計画LAミーティングで、各WGの懸案事項を報告し共有 ■ 経営管理部長からLAに対して意見・提言を行う		■ WGで解決できない問題について経営幹部に提示		
四半期	■ 経営管理部長が経営会議で中長期計画の進捗報告				
半年期			■ 計画の進捗を院長に報告		■ WGリーダーは計画の進捗を院長に報告（年度事業計画の評価面談にて）
年度			■ 中期計画の評価と見直し		

図 2-2-3 中長期計画を推進する LA の活動

② 第一中期計画の評価と改善点の対策

経験した第一中期運営における改善点を、各 LA が外部アドバイザーとの意見交換を通じて明らかにした。改善点の多くは、「テーマ選定」「目標設定」「計画の策定」など、実行計画を立てる段階で生じていることが判明した。改善策として、第二中期の実行計画表の様式と項目を改良した。また、LA と WG メンバーが実行計画表の各項目の意図を認識した上で策定できるように、その解説書を作成した。

③ 限られた資源を効率よく運用するための「重点指向」

第二中期に向けて、限られた経営資源を効率よく運用するために、施策数の絞りこみを行った。

第一中期施策に対して、「中期施策を計画通り実施できたか」「中期施策の目標値を達成できたか」という二つの評価軸を用いた 4 Student model (図 2-2-4) で、各施策を 4 グループに仕分けた後、独自作成のアルゴリズムを用いて施策継続の是非について検討し、67 施策から 24 施策に絞り込んだ。

さらに、第二中期に向けて重点課題を定めた。「地域で唯一の救命救急センターを有した総合病院という当院の存在意義」「2030 年まで高齢患者数の微増が予測される地域の人口推移」「高齢化に伴う地域需要の変化に対応すべき診療は何か」という観点から、「救命救急医療」および「総合内科医療」に定めた。何れも、多くの診療科が関与する現場であり、主体となる救急科や総合診療科の取り組みだけでは達成困難であるため、重点課題として組織的に取り組むことを決定した。もう一つの重点課題を「健全経営」における経常利益の安定確保と定めた。一部病棟の老朽化は限界に達しており、新病棟が必要であるという背景から、2025 年度着工に向けた資金を確保するためである。

2.2.4 効果

第一中期の施策に対して、「計画どおり実施できたか」と「目標値を達成できたか」という二つの軸を用いて、4 グループに分類した (図 2-2-4)。67 施策のうち、計画実施・目標達成の A グループが 25 施策、計画実施・目標未達成の B グループが 14 施策、計画未実施・目標達成の C グループが 3 施策、計画未実施・目標未達成の D グループが 25 施策であった。

		中期施策の目標値を達成できたか	
		達成	未達成
中期施策を計画通り実施できたか	実施	Aグループ 25施策 → 施策の実施が目標達成につながったもの。 第1中期計画にて卒業、あるいは、新たな目標設定へ。	Bグループ 14施策 → 目標達成できるような施策の策定が必要。
	未実施	Cグループ 3施策 → 偶然目標を達成できただけの可能性あり。 目標値の妥当性、あるいは、計画の必要性について吟味を要す。	Dグループ 25施策 → 計画遂行に至るように施策を策定すべきである、あるいは、計画の必要性について吟味を要す。

図 2-2-4 4 Student model による第一中期各施策の評価結果

2.2.5 今後の進め方

■ 中期計画の進行中における適切な修正

第二中期においても、新型コロナウイルスの影響や診療報酬制度などの外部環境は予測を超えて変動する危険性がある。第一中期では行えなかったが、今後は定期的に計画の進捗状況を把握して、必要に応じた軌道修正を行うことが必要である。

■ 長期計画を推進するための人材育成

中長期計画を推進するために設定した LA 体制だが、その力量の個人差は大きい。対して、LA の役割を明示して、経営管理部長からの OJT (報告 MTG 時に直接の助言や質疑応答) は実施しているものの、LA の力量が計画推進に与える影響は大きく、系統だった育成の仕組みが必要である。

3 TQMの導入と推進

3.1 概要

飯塚病院は、1918年「郡民のために良医を招き、治療投薬の万全を図らんとする」の開設の精神をミッションに、筑豊地域の高度急性期・急性期医療を担う病院としての専門医療、救急医療を進化させその役割を果たしてきた。この間、活動年表（図3-1）に示すようにTQM要素の整備を積み重ね、経営の基盤を強化してきた。

1992年QCサークル活動（当院ではTQM活動と呼称）を導入し、現場レベルでの改善活動の推進体制を整備した。2010年には改善推進本部を設置しKaizenワークショップ活動を追加し、その後Everyday Kaizen活動によって継続的改善活動を推進してきた。

日常管理では、2006年にはISO9001導入を機に医療安全管理体制を構築し、医療事故の再発防止・未然防止活動とともに医療安全教育を強化してきた。生産性とエラー防止にICTの果たす役割は大きく、自社開発の病院情報システムの強みを生かし、現場に寄り添うシステム開発によってTQMの多くの仕組みや個々の活動を支えてきた。2018年からすべての部署においてQuality Indicator (QI) 設定を進め、医療の質の維持・向上に努めてきた。

方針管理としては、2003年からは事業計画制度をはじめ、すべての部署・職員に年度目標と評価を実施してきた。しかし、急速に進む高齢化と人口減少や国の医療費抑制政策および病床方針など病院を取り巻く環境は厳しく、大きく変化し、それまでの単年度ごとの事業計画ではなく、飯塚病院の将来あるべき姿を明確にし、それを実現するための戦略的病院経営が必要であり、2章で述べた2025年度ビジョンを定め、多職種が協力して中長期計画を実行していく方針管理の仕組みを整備してきた。

年度	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
ビジョン	開設の精神：郡民のために良医を招き、治療投薬の万全を図らんとする 経営理念：WE DELIVER THE BEST ～まごころ医療、まごころサービス それが私たちの目標です～ 目指す病院像：日本一のまごころ病院																															
トピックス	▼QC活動導入																▼ISO14001認証取得				▼ISO9001認証取得				▼電子カルテシステム導入							
方針管理	年度毎方針																▼2025年度ビジョン 第一中期															
TQMの活用	事業計画制度																中長期計画とのリンク															
	▼プロセスの可視化（クリニカルパス導入）																▼プロセスの可視化（看護ナビコンテンツ）															
	▼プロセスの可視化（インシデント報告～対応プロセス）																▼プロセスの可視化（診療プロセス、患者ケアプロセス）															
	日常管理の実践																Quality indicator導入															
改善文化醸成	医療安全体制の強化																Everyday Kaizen活動															
	TQM活動(QC)																Kaizenワークショップ活動															
TQM推進体制	企画管理課→クオリティマネジメント室																ISO管理室～TQM・ISO室				改善推進本部				デミング賞準備室							
	企画管理課（事業計画）																経営戦略本部															
	医療安全推進室																															
																	教育推進本部															

図3-1 TQM推進体制と活動状況

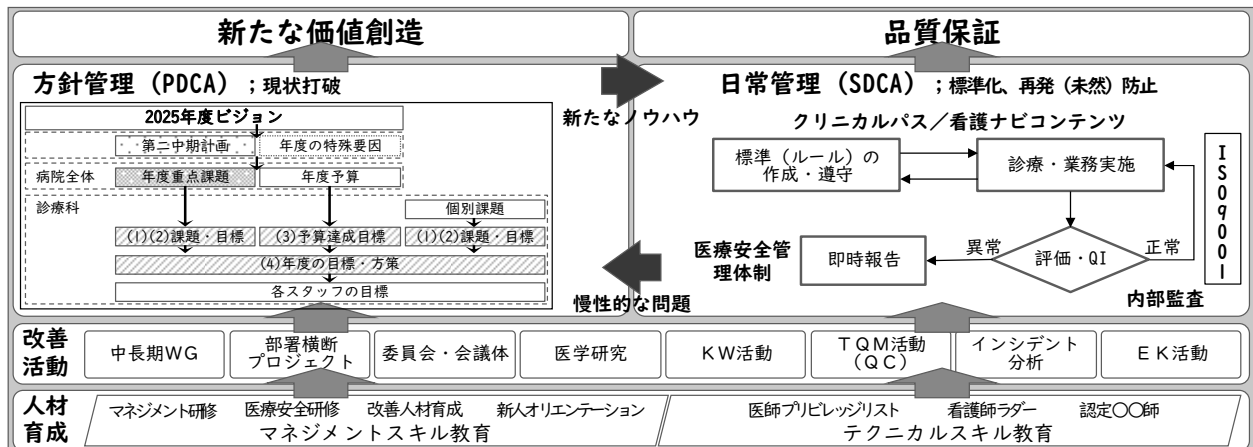


図3-2 飯塚病院のTQM

4 TQMの実施状況

4.1 専門医療（新規治療導入体制）

4.1.1 概要

日進月歩の医療にあっては、次々に新たな治療法が生み出される。筑豊地域唯一の高度急性期病院として最良の医療を提供していくためには、地域のニーズを把握したうえでの新規治療の導入が必要となる。ただし、現代医療は細かく高度に専門化されているため、新規治療の情報や導入の必要性の判断、さらに新規治療にまつわるノウハウの入手などの工程の多くは個々の診療科医師によるものであった。

しかし、一般的に多くの手術や治療は、施設や機器の設備構築に加え、医師だけでなく看護師や技術系スタッフの協業が必要である。安全に新規治療を導入していくには、多くの職種が新規治療に関する知識・技術を習得して役割を果たしチーム医療として取り組む必要がある。

4.1.2 活動の重点

＝課題・問題点＝

- ① 新規治療導入や治療改革にあたっては、病院主導ではなく診療科（医師）が個別に導入していくことがほとんどだった
- ② 新規治療導入や治療改革を進めるに際して、病院側では、実行計画や進捗、効果を十分管理できていなかった

＝活動の重点＝

- ① 中長期計画に基づいた多職種チームによる新規治療の導入や改革
- ② LAによる新規治療導入や治療改革の計画、進捗、効果の管理

4.1.3 実施状況

■ 中長期計画に基づいた多職種チームによる新規治療の導入や改革（活動の重点①②）

中長期計画で、専門医療のビジョンを「トップレベルの専門医療により、筑豊の高度急性期・急性期医療を担う病院」とした。各領域で現場スタッフ中心のワーキンググループを形成し、LAが進捗管理することで、各分野での方針、目標および実行計画を作成し実施していった。

重症大動脈弁狭窄症に対しては、従来開心術で人工弁に置換する弁置換術（AVR）が行われてきた。我が国では2013年に保険適応となった経カテーテル大動脈弁治療（TAVI）は、カテーテルを用いて人工弁を植え込む治療で、高齢や併存症のため開心術が不能とされた患者に低侵襲で確実な効果をもたらすことができる。高齢化が著しい当地域においては優先度が高いと判断され、2016年の経営会議において導入を決定した。

治療開始後10年間の投資回収を想定し、TAVIの目標件数を開始初年度10件、翌年15件、10年後30件とし、経営会議で承認された（図4-1-1）。

2017年に、この治療に必要なハイブリッド手術室が完成した。しかし、高度な設備だけでなく、極めて高度な技術と多職種チームワークが必要であり、TAVI導入の課題を中長期計画の一つに組み入れ、2018年から心臓外科医、麻酔科医、看護師、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、企画管理課、広報課によるワーキンググループを結成した。また、担当LAを任命し、全体および各職種の実行計画表を作成した（表4-1-1）。

この計画に従ってハイブリッド手術室建設、資格取得、シミュレーションを行い、医師、手術室看護師、診療放射線技師（ハイブリッド血管造影装置）、臨床検査技師（心エコー検査）がそれぞれの育成目標を定めて実施に向けて必要な力量を身につけていった。2019年2月に第1例目を成功させ、着実に施術を重ねている。

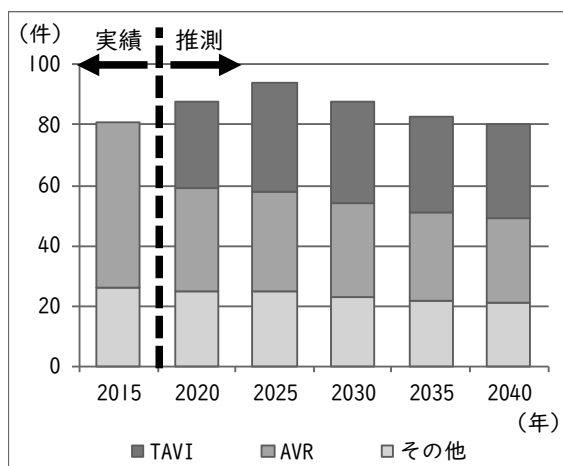


図4-1-1 重症大動脈弁狭窄症患者の手術件数見込み（筑豊地域・推計）

表 4-1-1 実行計画表の例

部門	今年度方針・目標 (課題)	方策 (具体的活動) 必要とする経営資源 (ヒト・モノ・カネ)	指標・目標値	2018	
				1期: 4~6月	2期: 7~9月
医師	TAVI(カテーテル大動脈弁手術)の導入	ハイブリッド手術室建設の最大の目的であるTAVI治療の安全な導入を図る。	本年度の導入、施設基準維持 (TAVI年間20例)の獲得のための仕組みづくり。	<input checked="" type="checkbox"/> 施設認定申請手続き	<input checked="" type="checkbox"/> 施設認定獲得 (先方の予定で7月下旬が遅れる可能性有り)
				<input checked="" type="checkbox"/> 施設認定site visitに対する準備 (各種マニュアル作成)	<input checked="" type="checkbox"/> 対象患者のスクリーニング
看護師 (病棟)	TAVI導入の準備とスタッフ育成	TAVI患者の受け入れ体制を整え、導入に向けてのスタッフ育成を行う。	【1】 TAVIパスの作成、勉強会の実施。	<input checked="" type="checkbox"/> 九大病院への見学 (TAVI患者の術前後の看護)	<input checked="" type="checkbox"/> TAVIパス完成
				<input checked="" type="checkbox"/> TAVIパスたたき台作成 (患者用パンフレット・患者用/スタッフ用クリニカルパス)	<input type="checkbox"/> スタッフ勉強会の実施 (術前後の看護・合併症・疾患)
	アブレーション、件数増加	効率の良い病棟運営	【3】 アブレーションパ	<input checked="" type="checkbox"/> アブレーションパス作成 看護師カテチーム結成	<input checked="" type="checkbox"/> アブレーションパス完成 パス使用開始

4.1.4 効果

病院全体の取り組みとすることで関連のある部署が責任を持って協力する体制とすることができた。TAVI 手術については、2018 年度は認証機関のスケジュール調整のため実施の認可が遅れたため目標の10件は未達であったが、稼働後の2019年度、2020年度は目標を上回る実績となった (図 4-1-2)。また、LA を配置したことにより、計画立案、進捗管理が着実に進められるようになった。多職種の力量は順調に推移している (図 4-1-3)。

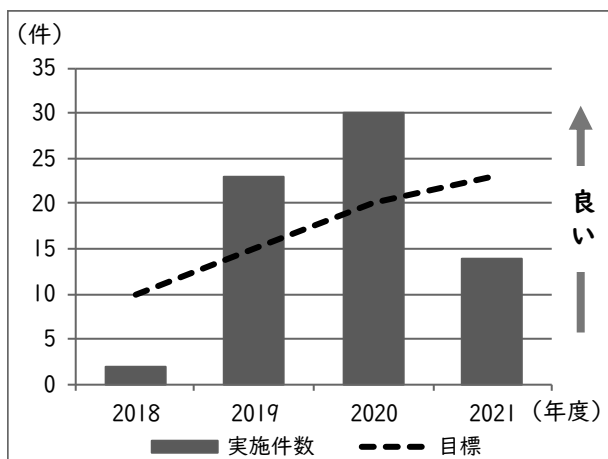


図 4-1-2 TAVI 実施件数

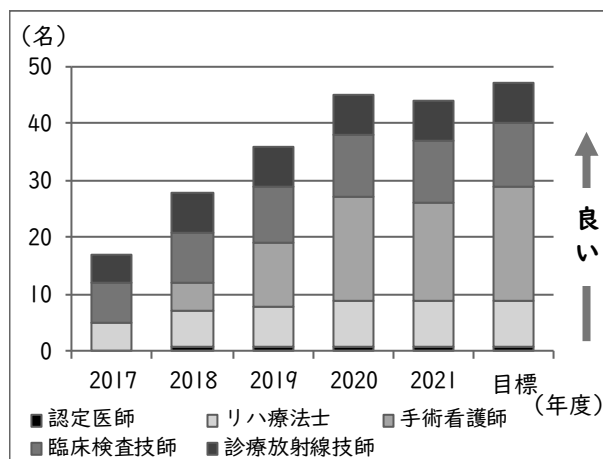


図 4-1-3 多職種力量達成者数

4.1.5 今後の進め方

超高齢化時代においては、高度先進医療、特に低侵襲手術への対応が非常に重要となる。筑豊地域唯一の高度急性期病院として、今後も大きな投資を必要とする新しい治療導入を積極的に進めていかなければならない。今回の TAVI の導入は心臓血管外科から提案されたものを病院全体の取り組みとしたが、以後は、病院側が地域の疾患構成の将来予想を把握したうえで、各専門診療科に対する担当者 (企画管理課の診療科担当者あるいは中長期 WG の LA) を決め定期的にヒアリングを行っており、積極的に新規治療に関する情報収集を行う体制にしている。

4.3 革新的看護提供方式の開発

4.3.1 概要

入院患者は、入院前後の外来受診を含め病院で経験するプロセスが多く、医療従事者との関わりも多種多様である。中でも、入院生活において最も経験機会が多い看護師による患者ケアの充実が実現できれば、その結果としてケアの受け手の価値の最大化を図ることができると考えた。

しかし、実際の現場では、看護師を増員しても退職する看護師が後を絶たず、慢性的に看護師不足の声が上がり、残業時間・疲弊感ともに改善が見られなかった。このままでは、日々の“大変さ”によって、提供するケアの質も、それを通じて得られる看護師のやりがいも低下することが懸念された。

そこで、「患者さんや看護師にとって利益にならない『ムダ』を省き、ケアの受け手の価値を最大化すること」を狙い、新たな看護提供方式を開発・導入した。その結果、ベッドサイドケア時間の確保や、看護計画・記録の質改善が図れた。また、看護業務の負担軽減や効率化により日勤看護師の平均退勤時間が約 30 分早まった。さらに、勤務時間内で思い描くケアの実践が可能になったことがモチベーションの向上に繋がり、病棟看護師の平均ストレススコアの改善が見られた。

4.3.2 活動の重点

＝課題・問題点＝

蔓延する疲弊感により、看護ケアの質の低下が懸念される

＝活動の重点＝

- ① セル看護提供方式の導入および改善体制の整備
- ② 看護ナビコンテンツの導入による看護計画・看護記録の標準化

4.3.3 実施状況

看護過程を大別すると、[1]アセスメント [2]看護上クリアすべき患者側の問題の明確化 [3]計画 [4]実施 [5]評価、の5つのプロセスがある。今回、活動①で主に[4]の体制整備、活動②で主に[3]の標準化、に関して取り組んだ。

① セル看護提供方式の導入および改善体制の整備

セル看護提供方式（以下、セル看護）とは、師長を除くすべての看護師が均等に患者を受け持ち、徹底的にムダを排除した看護業務を担当患者のそばで完結させるという特徴を持つ、当院で開発した看護提供方式である。

■ 特徴①：受け持ち患者の均等割り振り

セル看護導入前に採用していたチームナースング制では、部署の看護師を2～3チーム程度の小集団に分けて業務を行っていた。各チームにはリーダーや早出・遅出、フリーなど患者を受け持たないメンバーがいるため、一人の看護師が6～8人、多い時は10人の患者を受け持っていた。

そこで、セル看護では、看護師一人あたりの受け持ち患者数を減らすため次の変革を行った。これにより、一人の看護師の受け持ち患者数は3～4人へと減少した。

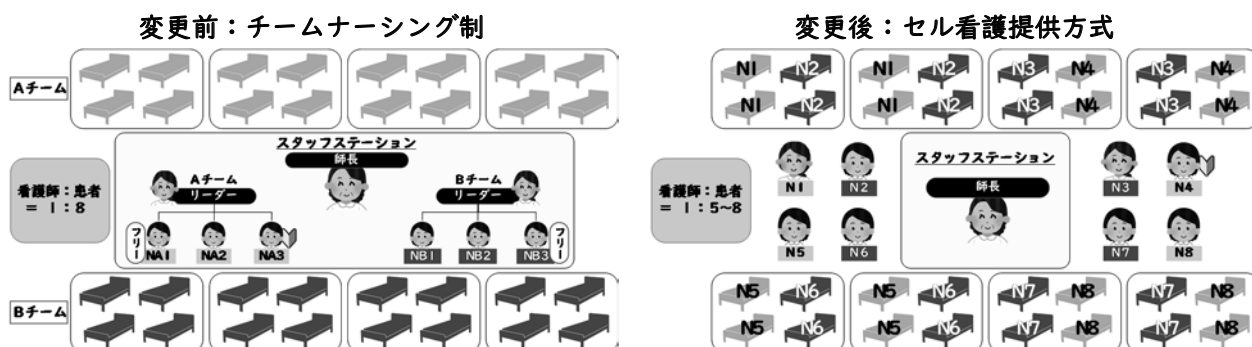


図 4-3-1 看護提供方式変更前後での患者受け持ち配分の違い

■ 特徴②：看護業務のムダ取り

セル看護では、情報収集やカンファレンスをスタッフステーションではなく、担当患者のベッドサイドで実施することを基本としている。

この実現に向け、動線・記録・看護師配置の3つに関するムダ取りにつながる対策を講じた。

● 動線のムダ取り

スタッフステーションと病室の間を何度も往復しないよう、看護師が使用する PC カートや病室周囲の棚に必要物品を収納し、ベッドサイドを離れずにすむようにした。

● 記録のムダ取り

利活用されないメモや下書き、重複した記録を削減すべく、看護ナビコンテンツを活用した記録の標準化および省力化を図った（看護ナビコンテンツについては後述の通り）。

● 看護師配置のムダ取り

業務量（受け持ち患者数や重症度など）を均等にし、定時退勤を実現すべく、一日のタイムスケジュールや業務マニュアルを整備。

さらに、タイムスケジュールに沿った進捗確認と業務補完（業務に遅れが出ているスタッフを別のスタッフがフォローすること）の体制を整備し、時間軸を意識して、やるべき業務を滞りなく遂行できる環境を実現した。

このような特徴を持つセル看護の運用を推進する仕組みとして、2013年、全病棟への導入後、2014年にセルプロジェクトを立ち上げた。セルプロジェクトは、当初、看護部長と3名の師長の計4名をメンバーとして、セル看護に関する院内への周知・各部署の取り組みに関する水平展開を行った。

その後、セル看護の定着と活動強化を目的として、2017年に、各部署から選出されたリンクナースを新メンバーとして迎え、看護部常設委員会へ格上げし「セル看護推進委員会」となった。セル看護推進委員会では、リンクナースや各部署へのラウンドを通じて成功例や課題・問題といった実情の確認を行ったり、残業時間やナースコールなどの指標調査などを行ったりしながら、適宜、セル看護の運用体制の改善に取り組んでいる。

② 看護ナビコンテンツの導入による看護計画・看護記録の標準化

看護師は、入院患者へ提供するケアプランを看護計画として立案し、それに基づき実施したケアに関する情報を看護記録としてカルテに記載している。

患者ケアの視点となる看護計画や、看護ケアの実施記録である看護記録を、看護師個人の経験や知識の差に左右されずに作成・記録できる仕組みの構築を目指した。そこで、情報システム室をはじめとする院内の関係部署と協働でシステムの開発に着手し、2012年に「看護ナビコンテンツ」を導入した。

看護ナビコンテンツとは、想定されるリスクと未然防止策が組み込まれた看護の業務設計図で、業務実施後の記録まで一元管理できる当院オリジナルの看護ケアナビゲートツールである。

患者状態適応型パスの看護部分を参考に整備した疾患別コンテンツの中から、患者の疾患と治療プロセス（フェーズ）に合わせた項目を選択することで、キャリアに左右されず標準化された看護計画を作成できるようにした。さらに実施記録と連動させることで、計画と実施状況の一元管理を可能にした。

4.3.4 効果

代表的な指標を用いて、今回の活動による効果を述べる。

活動①では、セル看護の導入により、以前の当院と同じチームナーシング制を採用している他の急性期病院と比べ約2倍の時間、看護師が患者のベッドサイドにいることが確認された（図4-3-2）。

また、活動②では、看護ナビコンテンツによる患者ケアの標準化により、看護計画・記録の質が改善された（図4-3-3）。

新たな看護提供方式の導入に際し行った、業務に潜むムダの排除やタイムスケジュールに基づいた業務補完体制の整備の結果、看護師の労務環境の改善につながる効果として、目標にはまだ届いていないものの平均退勤時間が早まった（図4-3-4）。

さらに、業務の量やコントロールに対するストレス、上司や同僚からの支援に対するストレスがいずれも低下するなど、総合ストレススコアも改善した（図4-3-5）。

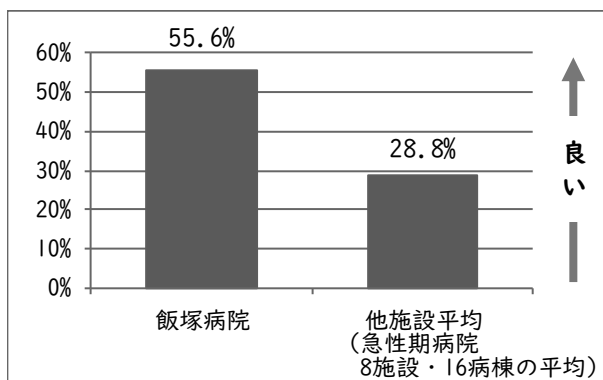


図 4-3-2 ベッドサイドにいる時間の割合

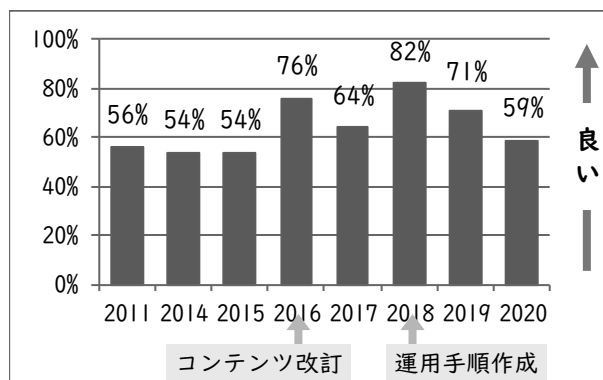


図 4-3-3 患者の状態に応じたフェーズが選択できている※1割合

※1 院内で実施している看護記録監査の評価項目の一つ。

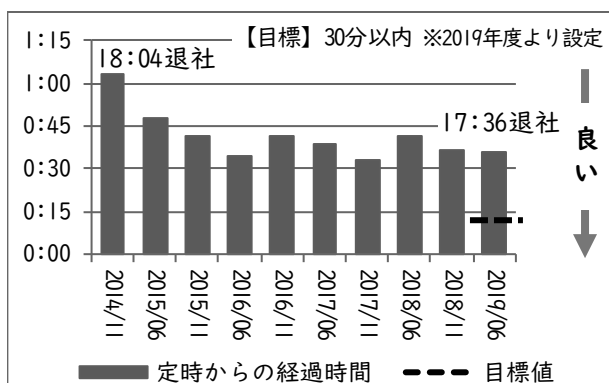


図 4-3-4 定時〔17時〕から退社までの平均時間

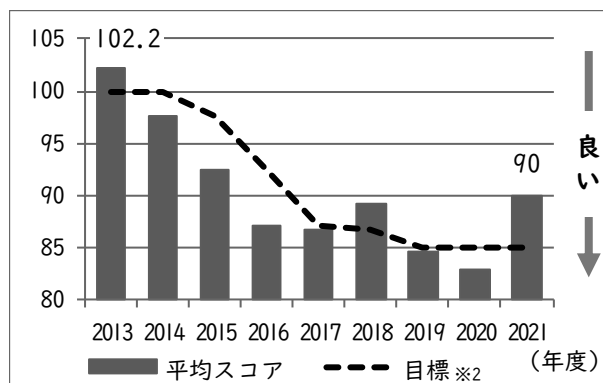


図 4-3-5 平均ストレススコア

※2 当院が調査に使用している「職業性ストレス簡易調査票」が設定している基準点・100以下を目標とし活動。達成後は、前年度実績以下を目標に設定していたが、2019年度より目標を85以下に設定した。

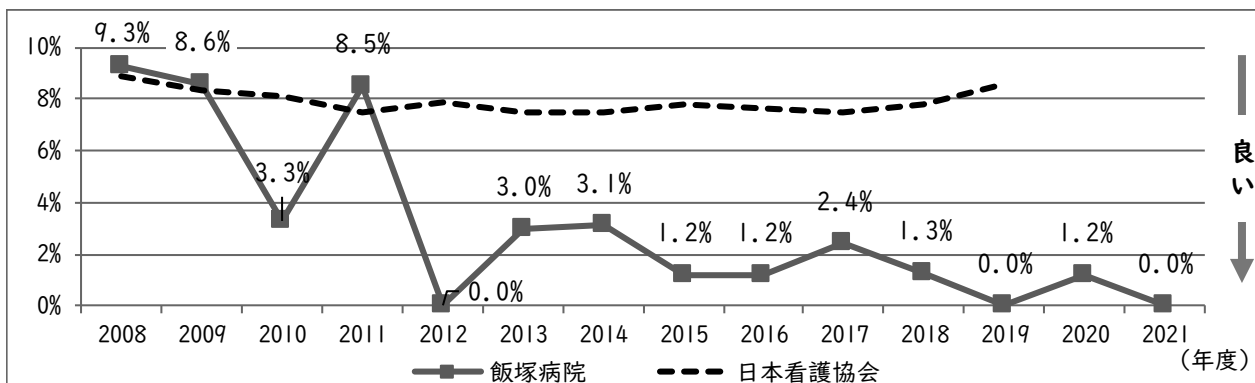


図 4-3-6 新人看護師の離職率

4.3.5 今後の進め方

① セル看護提供方式の導入および改善体制の整備

業務の流れをマネジメントする上での標準となる「タイムスケジュール」を、より実情に沿った内容へ更新し、さらなる業務改善を行う。

② 看護ナビコンテンツの導入による看護計画・看護記録の標準化

看護ナビコンテンツを多職種で共有できるツールにするため、チーム医療ナビコンテンツの作成・電子化に取り組んでいく。

4.4 医療事故防止体制の強化

4.4.1 概要

飯塚病院では、2001年から院内の医療安全を統括する Medical Risk Management 委員会 (MRM 委員会) を設置し、インシデント報告の収集を始めた。2007年医療安全管理を専ら業務とする医療安全推進室 (SPO) を設置し、職種毎に不具合報告基準を定め、即時報告システムを作成し、全職種からのインシデントの収集を可能にした。医療安全推進室は、報告されたインシデントについて現場とともに再発防止活動を展開してきた (図4-4-1)。また、医療安全を達成するためには、職員が患者安全を第一に考えて業務を遂行する安全文化の醸成が不可欠であり、事故事例の共有やMRM研修 (全体研修) を行ってきた。

しかし、日々発生するインシデントに対して医療安全推進室が調査し、現場職員とともに個々に対応してきたが、根本的な解決に至らないことが多く、同様のインシデント再発も見られていた。TQM強化にあたって、2018年度から“医療事故ゼロに向けた安全文化の確立”を目指した中長期計画を定め、年度毎に重点課題を設定しICTを積極的に活用した再発防止活動を展開した。また、医療安全研修においては、月1~2回の単発的な集合研修にとどまり計画性に乏しかった。そのため職種、役職を考慮し体系化を進め、演習形式のものやeラーニング導入を進め、医療安全教育体制を整えた。

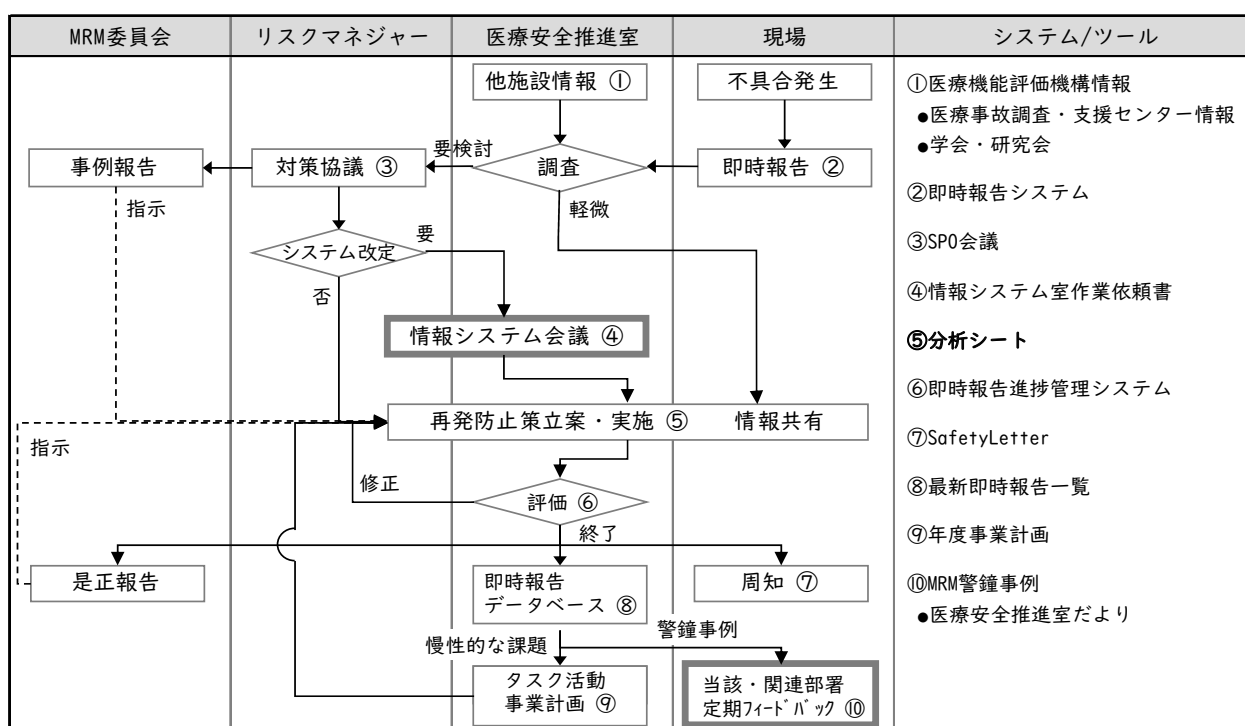


図4-4-1 インシデント対応体制

4.4.2 活動の重点

＝課題・問題点＝

- ① くり返されるエラーによる投薬事故事例が多かった
- ② 医療安全研修は、単発的な集合研修が多く計画性に乏しかった

＝活動の重点＝

- ① ICTを積極的に活用した投薬事故防止対策の推進
- ② 事例のフィードバックや演習形式を取り入れた教育体制の強化

4.4.3 実施状況

表 4-4-1 実施状況

	2005年以前	2006～2016年	2017～2021年
体制整備	<ul style="list-style-type: none"> ■MRM委員会設置 ■インシデントレポート（紙運用看護師のみ） 	<ul style="list-style-type: none"> ■医療安全推進室設置（専任医師・専従看護師・専従事務職配置） ■即時報告システム稼働 ■急変対応委員会設置 ■Rapid Response System設置 	<ul style="list-style-type: none"> ■読影レポート見落とし防止システム ■即時報告進捗管理システム ■重大事故発生時対応フロー作成 ■挿管困難患者対応（DAT）チーム ■麻酔科・手術安全会議設置
投薬防止事故	<ul style="list-style-type: none"> ■内服薬与薬カート ■低血糖ミニパス作成 	<ul style="list-style-type: none"> ■リストバンドによる患者誤認防止 ■アレルギー情報共有システム ■口頭指示に関するルール作成 ■内服薬ワークシート作成 	<ul style="list-style-type: none"> ■血糖・インスリンシステム稼働 ■薬剤メニュー標準化 ■フレイル・シリンジ薬剤導入 ■持参薬運用システム開発開始
人材育成	<ul style="list-style-type: none"> ■MRM研修（全体研修） 	<ul style="list-style-type: none"> ■スキルアップミーティング ■医療安全ハンドブック作成 ■セーフティバレット制度 ■SMエキスパート研修 	<ul style="list-style-type: none"> ■MRM管理者研修 ■SMミニレクチャー ■SafetyPlus（eラーニング） ■医療安全研修カリキュラム作成

① ICT を積極的に活用した投薬事故防止対策の推進

投薬に関するインシデント数は全報告の25%を占めており、中でも患者影響の大きくなるハイリスク薬に関する事故低減を2025年度中長期計画に定め、自社開発電子カルテの強みを活かしてICTを積極的に使うことでエラーの起きにくい作業環境に変えていくこととした（表4-4-1）。

そのために2018年度、即時報告フォローアップシステムと医療安全推進室進捗会議を作り、再発防止策に時間を要する場合でも漏れなくフォローできるようにした。そして2019年度から情報システム室と定期的に意見交換を行い、事故防止のためのエラーブロープ的なICT活用を数多く展開できるようになった。1例として2018年度は、ハイリスク薬でありインシデントの多いインスリンに取り組むこととした。インシデントを分析したところ、2017年度下期の調査で指示の見落とし・見間違い・転記誤り・指示確認もれが56%を占めていた。そこで、内分泌・糖尿病内科、総合診療科医師および糖尿病看護認定看護師を含む複数の病棟看護師、そして情報システム室スタッフによるワーキンググループを作り、血糖・インスリン関連インシデントの2018年度比50%削減を目標として取り組んだ。要因となっていた電子カルテ内の指示を標準化、血糖・インスリンに関する情報の一元的表示ができるシステム開発と運用手順についても併せて実施した（図4-4-2）。

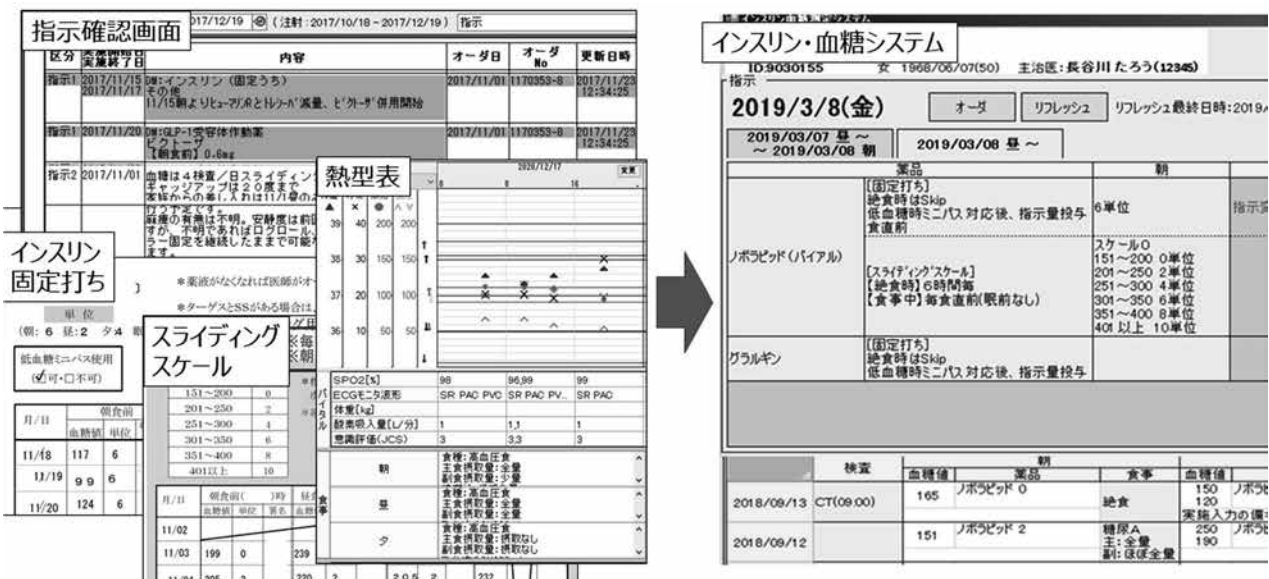


図 4-4-2 複数確認や転記していく運用から統合された血糖・インスリンシステム

② 事例のフィードバックや演習形式を取り入れた教育体制の強化

2009年度から院内で発生した警鐘事例を他部署の看護師にも共有してもらうために、毎日10人程度を集め、追体験しながら学ぶスキルアップミーティングを開始した。2014年度から現場職員が自らイン

シデントからプロセスや再発防止に参加できるようにセーフティマネジャーを中心に危険予知トレーニング（KYT）や分析手法のエキスパート研修を始めた。エキスパート研修は月1×4回を1シリーズとして、講義、演習、現場実施に加え、最後にグループワークのファシリテーションに参加するコースとした。部署内での再発防止活動が活発化するために分析エキスパートが病棟・センター27部署に配置する割合100%を目標として、毎年各10名ずつのエキスパートを育成していくこととした。

また、2015年度には、安全文化を理解し、安全を確保できる業務方法を実践していくために、必要な教育要素を洗い出して分類し、医療安全教育体制を可視化した（図4-4-3）。2018年度にeラーニングシステムSafetyPlus®を導入し、カリキュラムへの紐付けを行った（図4-4-4）。これにより受講推奨コンテンツを選定し職員の受講状況をモニター可能となった。2020年度には管理者向けの研修について現場管理者のニーズも取り入れ作成した。

	医療安全管理体制	医療安全基本知識	医療事故と対応	改善手法
新人	新人オリエンテーション（入職時）	スキルアップミーティング（月1回 8日間 1シリーズ）	SafetyPlus（eラーニング）	分析/KYT研修（演習）
一般				
セーフティマネジャー	SMミニレクチャー（月1回SM部会）			エキスパート研修（演習/実践）年1シリーズ
管理者	MRM研修（全体研修）		管理者研修（年1回）	

図 4-4-3 医療安全研修体制

対象者	大項目	中項目	小項目	
新人（基本的なことがわかり危険予知できる）	安全行動	人・モノの確認方法	有効なダブルチェック 指差し呼称 患者確認方法	
		効果的な情報伝達方法	医療関係者間のコミュニケーション方法 患者とのコミュニケーション方法	
	医療安全とITシステム	医療安全確保のために用いられているシステム	オーダリングシステム バーコード照合システム 電子カルテシステム その他、各病院で導入しているシステム	
		即時対応	軽微事故の即時対応	軽微事故発生時の即時対応方法
		事故再発防止方法	事故報告書	事故報告書の目的 事故報告書のフォーマット、提出方法
	よく起こる事故	よく起こる事故への対応	与薬、転倒転落等、病院でよく発生する事故	事故防止のための取り組みの紹介
		情報提供	患者への情報提供・開	患者への説明・インフォームドコンセント

図 4-4-4 医療安全教育カリキュラム（一部）

4.4.4 効果

① ICTを積極的に活用した投薬事故防止対策の推進

血糖・インスリンに関するインシデント件数は、2018年度と比較し2019年度では21%減、2020年度には34%減となったが、目標の半減には至らなかった。2022年度からは改善の焦点をインスリン量誤りに絞り、指示表示の改定を決定し開発に取り組んでいる。

② 事例のフィードバックや演習形式を取り入れた教育体制の強化

病棟・センターへの分析エキスパートの配置は、異動や退職のため、計画より遅れたが2019年度に100%に到達した。2020年度は新型コロナウイルスの影響により、研修は中止となり充足率が低下したが、2021年度からは再開することができ95%まで回復することができた（図4-4-5）。

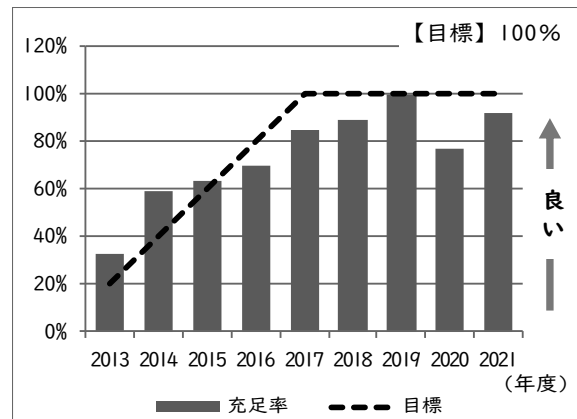


図 4-4-5 病棟・センターにおける分析エキスパート充足率

4.4.5 今後の進め方

① ICTを積極的に活用した投薬事故防止対策の推進

今回、血糖・インスリン関連事故は目標の半減には至らなかった。システムの周知や修正が必要な部分もあり、現在も引き続き問題点の修正を行っている。インシデント数の多い投薬関連では、持参薬に関するものが多く、多くの労力を使う運用となっていることから、持参薬オーダリングのシステム開発を進めていくこととしている。また、2022年度は、病棟の内服薬に焦点を絞って手順を見直していくこととした。

② 事例のフィードバックや演習形式を取り入れた教育体制の強化

現場での標準化や再発防止活動を活発化するために、分析やKYT手法を計画的に広げていきエキスパートの2名体制を目指していきたい。また、人事等級や役割に応じて医療安全教育カリキュラムを整備していく予定である。

4.5 地域連携

4.5.1 概要

飯塚医療圏の高齢化率は33.5%(2020年全国平均28.0%)で医療の必要性が高い高齢者の多い地域だが、病床の機能分化により、地域の急性期病床は2014年から2019年にかけて305床減少している。

現在の医療は高度化、専門化しており、それぞれの医療機関がその役割に応じて連携を図り、自院完結ではなく地域完結により患者のニーズに応じていかななければならない。しかし、飯塚医療圏を含む筑豊地域には大学病院がなく、当院がそれに準じた役割(高度急性期・急性期医療)を果たしている。

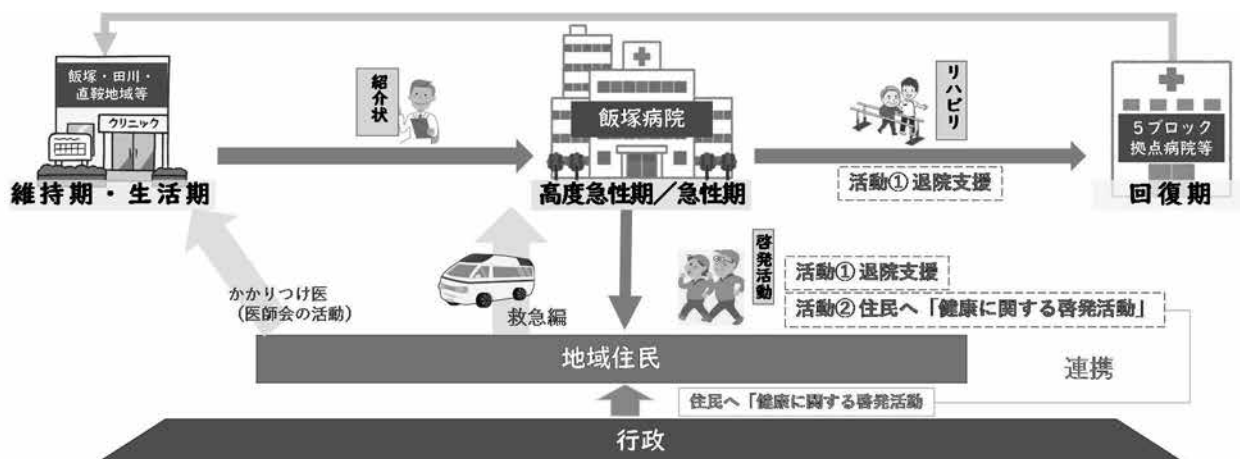


図4-5-1 地域連携(機能分化)のイメージ

当院が患者を受け入れられないと、患者は緊急を要する状況でも域外の医療機関に行かなければならず、当院は筑豊地域の最後の砦として、高度急性期・急性期医療を必要とする患者を確実に受け入れることが求められている。そのため、病床をはじめとする医療資源を有効活用すべくさまざまな取り組みを行っている。また、地域包括ケアシステムにおいても、当院は高度急性期・急性期医療の提供を通じて、この地域に貢献したいと考えている。研修会の開催や地域の医療機関への職員の派遣、住民の健康促進活動などに取り組み、行政ほか地域の関係機関、医療福祉施設などとの連携を通して、地域全体の医療レベルの向上、地域住民の安心な生活を支援したいと考えている。

4.5.2 活動の重点

＝課題・問題点＝

- ① 退院・転院の滞りにより高度急性期・急性期医療を必要とする患者の受入ができないことがある
- ② 医療資源の有効活用のため、住民にも健康増進や医療の適正利用に関する理解と協力を得る必要がある

＝活動の重点＝

- ① 退院支援の強化による病床の有効活用
- ② 健康増進および医療リテラシー向上のための地域住民向け啓蒙活動

4.5.3 実施状況

① 退院支援の強化による病床の有効活用

入院を必要とする患者に必要なタイミングで病床を提供するため、病床管理の精度向上と退院支援の強化を図った。ここでは退院支援の強化について述べる。

当院で必要な治療を終えた患者に、スムーズに転院・退院いただくことで、その病床を次に入院を必要とする患者に提供することができる。しかし、従来は主治医からの依頼を受けて職員が介入を開始するという受動的な体制であったため早期介入、早期退院ができていたとは言えなかった。

そこで、2016年に入退院支援職員を各病棟に専任で配置(入退院支援看護師4名、ソーシャルワーカー22名)し、入退院支援職員が能動的に情報収集し、問題を抱える患者にいち早く介入できるよう体制変更した。さらに、2019年1月より予約入院患者には入院前から退院困難要因があるかどうかをチェックする仕組みを導入した。これにより入院前からの早期介入につながり、これまで入院後1週間程度か

かっていた退院困難患者の抽出が入院後3日以内に短縮された。続いて、2020年度に病棟毎の退院支援計画書作成状況、カンファレンス実施状況を、入退院支援職員を通じて病棟へフィードバックした。他病棟の件数を把握することで退院支援に対する病棟スタッフの意識が高まった。

② 健康増進および医療リテラシー向上のための地域住民向け啓蒙活動

地域連携を推進するには、住民の参画が重要と考え、「自分の健康は自分で守る」と「適切な医療機関の受診」をテーマに地域医療サポーター養成講座を開催している。この講座に参加して学ぶことに加え、自ら行動してその知識や情報を周囲の人たちに伝えてくれる住民を「地域医療サポーター」として認定する「筑豊 地域医療サポーター制度」を2010年に開始した。

さらに、住民の健康促進、病気予防のために、行政と協働でフレイル（虚弱）予防活動に取り組んでいる。住民主体でフレイル予防ができるようになることを目指し、当院職員がトレーナーとして、自分の健康状態を自分で測るフレイルチェックのやり方などを住民へ指導している。

このようにさまざまな取り組みを行っているが、地域の連携が進み住民の安心感が増したことを測る指標が必要である。院内に設けた地域包括ケア推進会議や、院外の5ブロック地域包括ケアシステム協議会と連携し、指標を検討している。

4.5.4 効果

① 退院支援の強化による病床の有効活用

退院支援の強化により、在宅復帰を希望する患者に、入院後3日以内の退院困難要因の抽出と1週間以内のカンファレンスの実施を要件とする「退院支援加算1（2018年度より入退院支援加算1）」の算定件数は、設定した目標値を達成できている。

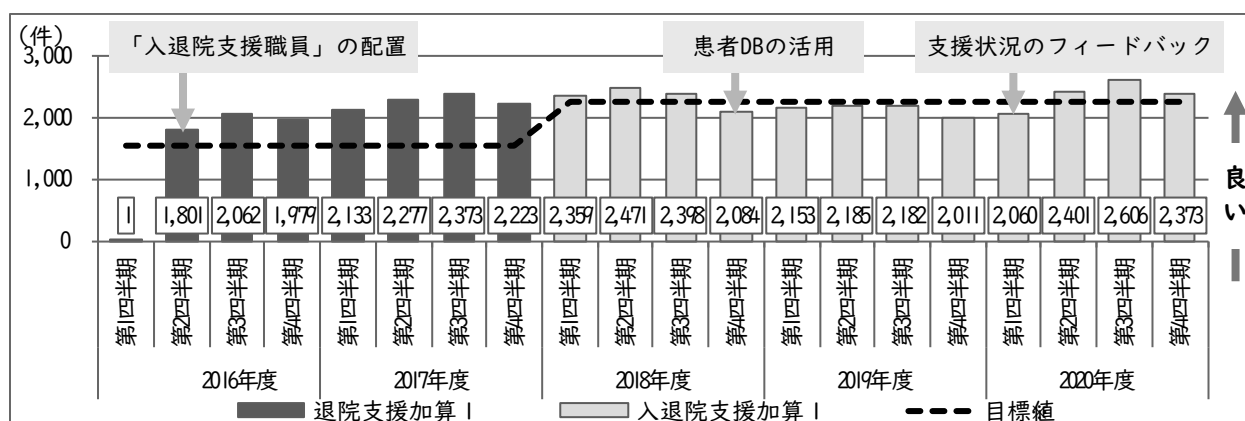


図 4-5-2 対象患者（死亡・転院除く退院患者）に対する退院支援加算の算定件数

※ 目標値：2016～2017年度は2015年度の最大値・1,535件、2018年度以降は2017年度の平均値・2,251件で設定した。

② 健康増進および医療リテラシー向上のための地域住民向け啓蒙活動

筑豊 地域医療サポーター制度を開始した2010年から2020年までに「地域医療サポーター」認定者数は累計1,000人に達している。この活動は2020年3月に厚生労働省の第一回「上手な医療のかかり方アワード」において、厚生労働省医政局長賞 医療関係者部門優秀賞を受賞した。

4.5.5 今後の進め方

① 退院支援の強化による病床の有効活用

入退院支援に加え、開発した地域情報共有システムによるオンラインでの実施を含め、退院時共同指導の実施を拡大し、さらに在宅療養への円滑な移行を支援する。

② 健康増進および医療リテラシー向上のための地域住民向け啓蒙活動

当院の活動が住民の健康維持に効果的に役立ててもらえるよう、行政とのさらなる連携を図り、共に掲げた「健診率UP」に取り組む。

4.7 人材力（マネジメントスキル）：改善人材育成

4.7.1 概要

当院は、職員一人一人が改善手法を身につけて日常的に業務の質を向上させることを目的に、1992年よりQC活動（TQM活動と呼称）を開始した。開始当初より毎年20前後のサークルが参加し、目標達成に向けて8ヶ月間活動を行っている。現在まで、TQM活動推進委員会を中心とした推進体制や、当院独自のサークルレビュー制度が原動力となり、20数年にわたり継続して取り組んでいる。

しかし、活動を継続していく中で2つの課題が浮上した。

- (1) 職員は2,000人を超えているが、TQM活動だけでは年間200人程度しか改善の知識と経験を得る機会を与えられていない。
- (2) TQM活動の推進に関わる職員はTQM活動推進委員会ならびに下部組織の分科会メンバーで総勢60名程度であり、今以上に活動するサークル数が増えても支援や指導が行き届かない。

改善活動を習得した職員が少なければ、改善の指導者を増やすこともできない。現場改善のリーダーたる管理職が活動未経験という現象も起きている。さらに、毎年300人の職員が入れ替わり、改善スキルを身につけても退職していくことから、改善の経験者を増やすには大変難しい状況であった。

そこで、改善経験者とその指導者が継続して育つ環境作りと改善活動の推進を目指し、米国シアトルのバージニアメイソン病院に習い、2010年に改善推進本部（以下、KPO）を設置した。「医療を取り巻く環境の変化に対応できる人材を改善活動で育てる」という目的の下、より多くの職員が改善の知識と経験を獲得できるよう、TQM活動を含む「改善の3つの型」を整備し、指導体制も構築、若手から管理職まで誰でもいつでも改善活動に着手できるようにした。また、「改善の3つの型」を確実に運用するために、人事制度に改善活動を組み込んだ「改善人材開発プログラム」を構築・導入した。

4.7.2 活動の重点

＝課題・問題点＝

- ① 改善の知識と経験を得る機会をより多くの職員に提供する
- ② より多くの職員に改善の知識・経験の機会を提供するために体制のさらなる拡充が必要である

＝活動の重点＝

- ① 幅広い職員層に対する改善の知識と経験の場を増やすための「改善の3つの型」の構築
- ② 「改善の3つの型」を効果的に運用するための「改善人材開発プログラム」の構築

4.7.3 実施状況

改善の経験者とその指導者が継続して育つ環境作りに着手するために、改善活動の理想とする姿を明確にし、20年続いたTQM活動の現状分析の結果と照合し、次の2つの取り組みを行った。

① 幅広い職員層に対する改善の知識と経験の場を増やすための「改善の3つの型」の構築

改善活動の経験の場はTQM活動のみで、小集団による活動のためリーダーの役割は業務上のリーダーを担うことができる人材を選定するようにしていた。しかし、部署の人員によってはリーダーを若手職員が担うことがあり、業務の知識やQC的な考え方を十分に習得できないまま改善活動を行うことが負担感につながっていた。また、改善活動の未経験のまま管理職になる例も出てきた。

そこで、2013年に改めてTQM活動の目的・ねらいを再設定し、若手職員と管理職をターゲットにした別の2つの改善活動を加えて、「改善の3つの型」として整備し、より多くの職員が改善活動を体験できる仕組みと、その運用のための指導体制を合わせて確立した。表4-7-1に示す。

この3つの型の構築により、新人から管理職まで幅広く改善活動を体験する機会が生まれた。活動そのもののねらいと対象者を明確にし、活動テーマの条件設定を行った。また、指導体制は、これまでTQM活動を支援・指導してきたTQM活動推進委員会だけでなく、3つの型それぞれに対して新たに構築した。

EK指導者とは、年に数回実施するEK指導者研修を受けた者を指す。KAIZENベルトとは、改善の経験と知識について必要な要件をクリアした者が取得できる院内資格で、シルバーとゴールドの2種類がある。ベルト保持者は改善のエキスパートとして、TQM活動推進委員会とともにTQM活動のサポートを担当する。KPOでは部署のキャリアパスによりKW活動の指導者を育成している。

このように改善の3つの型を整備したことで、改善経験者の増加と指導者育成への道筋ができた。

表 4-7-1 飯塚病院 改善活動の3つの型

改善活動	EK活動 (Evryday Kaizen)	TQM活動	KW活動 (Kaizen ワークショップ)
ねらい	改善活動の体験	改善の力量UP	効果を出す
テーマ	自由	部門・部署の課題	部門・部署の課題 (事業計画を含む)
活動期間	1ヶ月以内	8ヶ月	2ヶ月
活動人数とチーム編成	1人	5~10人 ※入職3年以上 リーダーはTQM活動経験者	5~6人 ※管理者を含む リーダーは主任以上
指導体制	EK指導者	KAIZENベルト保持者	KPO
特徴	全職員が対象	QCやその他の改善手法を用いて問題解決に取り組む	2日間改善活動だけを 行う日を設定して取り組む

② 「改善の3つの型」を効果的に運用するための「改善人材開発プログラム」の構築

改善の3つの型の構築により、全職員が何らかの改善活動を経験する機会を得られるようになった。しかし、経験の機会を院内全体に展開し、確実に浸透させるための仕組みが必要であった。

そこで、2014年の人事制度(等級制)の見直しに伴い、改善の知識と経験を昇格の推奨要件とした「改善人材開発プログラム」の構築に着手した。そして、人事課との協議を重ね、2015年1月に素案が完成、人事課から経営担当副院長ならびに経営管理部長、労働組合への説明が行われ、管理職会議にて説明会を開催した。そして、同年4月より新人事制度とともに、「当院のDNAである改善の文化を醸成するため、各等級の職員全てが改善活動において求められる役割を理解し、改善活動に参加するためのコアスキルを担保するもの」として運用がスタートした。これにより、改善活動の経験の機会を増やすための意識付けを行い、プログラムに沿って適切な時期に改善スキルを向上させ、昇格とともに、改善をリードし指導する上位等級者・管理職となっていく仕組みを構築することができた。

このプログラムの対象は医師とパート・アルバイトを除いたもので、全職員の78%である。毎年の退職者(10%)と新入社員(8%)を考慮し、当プログラムに沿って改善活動を経験することができている組織のあるべき姿として、目標値を60%とした。

4.7.4 効果

各年の4月1日付の改善活動の経験者総数を図4-7-1に示す。2021年度には目標値の60%を超えた。また、5等級受験資格者の改善人材開発プログラム研修受講状況も図4-7-2の通りすべての項目で増加しており、改善活動経験者数と改善指導者数の増加に寄与している。

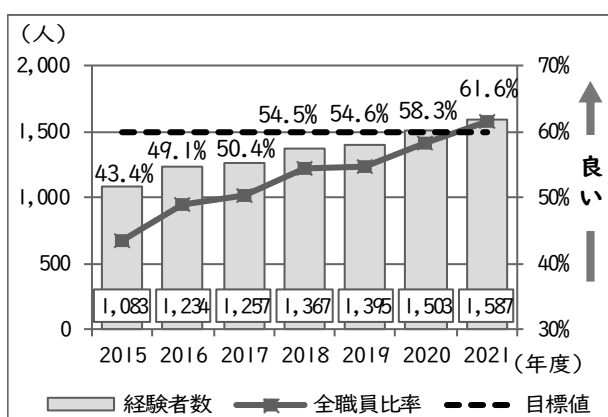


図 4-7-1 改善人材開発プログラム経験者数と全職員比率
(職員数は翌年度4月1日現在)

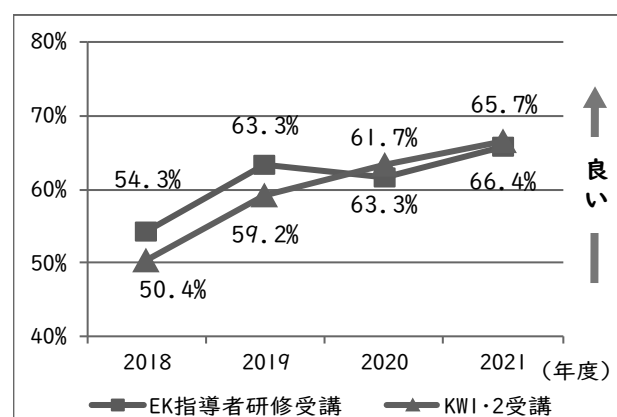


図 4-7-2 5等級受験資格者の研修受講状況

4.7.5 今後の進め方

改善活動推進の目的は、病院方針や事業計画の達成に貢献できる人材を育成することである。そのためには改善の質向上に着目する必要があることから、経験者増加とともに、「改善人材開発プログラムの運用強化」と「マネジメントスキル(問題解決能力)の教育推進」にも着手する。

4.8 病院情報システムの活用：現場の“あったらいいな”をICTで実現

4.8.1 概要

現在、診療のあらゆる場面で病院情報システム（Hospital Information System：HIS）が活用されており、医療現場において必要不可欠なものとなっている。

多くの病院がパッケージソフトとしてベンダーが販売している病院情報システムを導入する中、当院では、オーダーリングシステムなどの病院情報システムを独自に開発している。当院オリジナルの病院情報システム「医診伝心」はパッケージソフトと異なり、実際の業務の流れに合わせた設計・開発が可能のため、診療現場のさまざまな要望に沿ったカスタマイズを、必要に応じて迅速に対応することで、かゆい所に手が届く細やかなシステムを実現している。さらに、常勤の強みを生かした手厚い保守・サポート体制の下、診療現場を取り巻く環境の変化やトラブルにも迅速に対応している。

4.8.2 活動の重点

＝課題・問題点＝

- ① 診療現場の環境や状況に合わせた柔軟性とスピード感のあるシステム改修が必要であった
- ② 重要な診療インフラとなった病院情報システムの安定稼働に対する要求レベルが高まった

＝活動の重点＝

- ① ユーザー参加型のシステム開発体制「飯塚アジャイル方式」の整備
- ② システムトラブルの未然防止と影響抑制に向けた体制の整備

4.8.3 実施状況

① ユーザー参加型のシステム開発体制「飯塚アジャイル方式」の整備

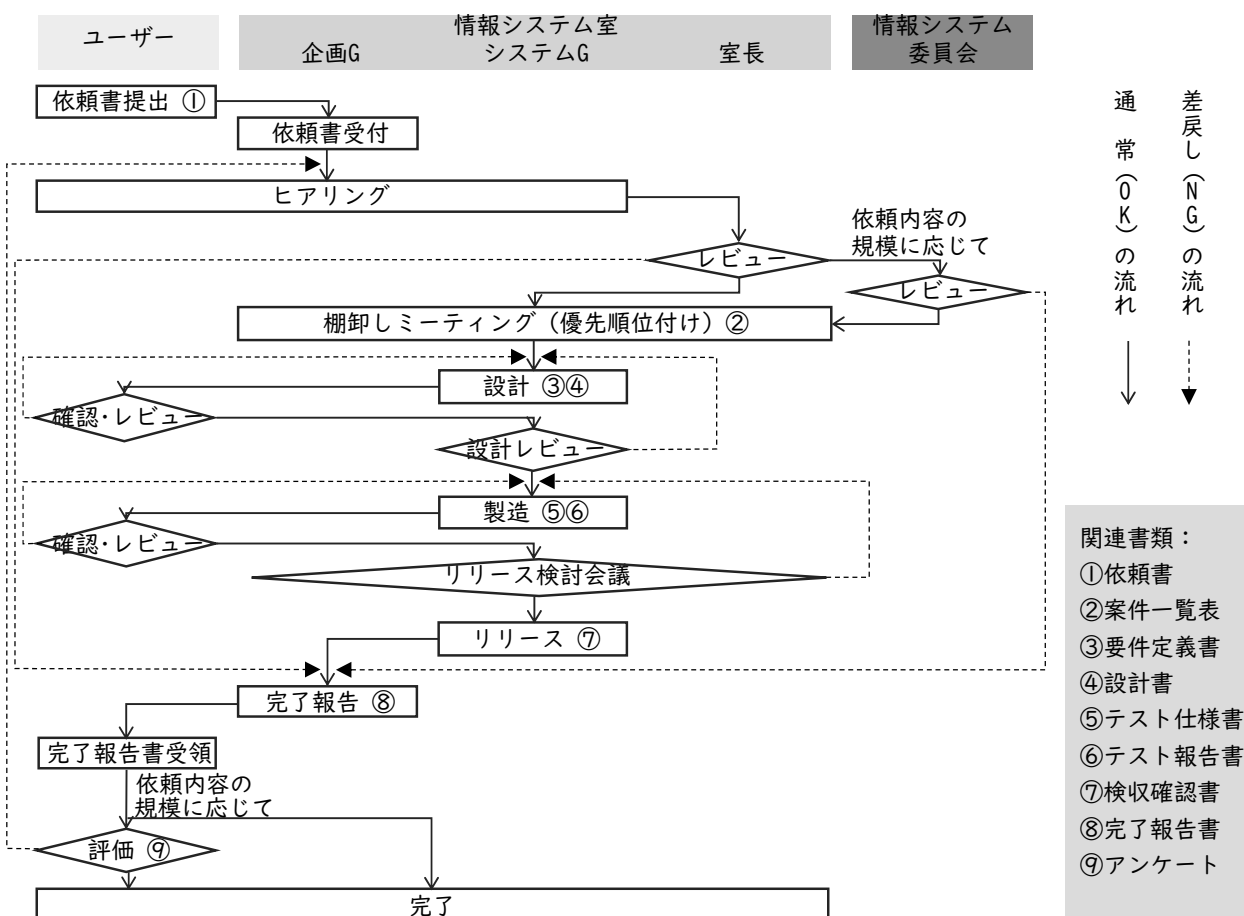


図 4-8-1 当院におけるシステム開発の基本的な流れ

■ あらゆる工程でユーザーニーズの反映を可能にする仕組み

「飯塚アジャイル方式」では、システム構築の段階を含む全ての開発工程においてユーザーの要望や意見を取り入れるための機会を設けている。そのため、最初のヒアリングで挙げた要望に変更や追加が生じて、適宜、要望をヒアリングして柔軟に対応することで、より業務の流れに即した、使い勝手の良いシステムを実現している。

さらに、業務の流れを理解し、ユーザーの要望を把握した情報システム室が開発を担当することで、“あったらいいな”を実現する計画的なシステム化を可能にしている。しかしながら、決して、ユーザーの要望通りにシステム化するのではなく、全体最適を意識し、より良いシステムとなるよう、情報システム室からも適宜、提案し、開発を進めている。



図 4-8-2 独自開発した「患者カレンダー」画面とシステム開発の様子

■ PDCA をくり返し回して精度向上を実現する仕組み

あらゆる工程で適宜ユーザーニーズを取り入れる「飯塚アジャイル方式」では、“途中変更は当たり前”という前提の下、設計→レビュー→製造を細かくくり返し、PDCA を回しながら開発を進めるアジャイル型を積極的に適用している。

その中には、電子カルテやオーダーリングシステムといった診療業務の基盤であり、病院情報システムの中核となるシステムだけでなく、業務上のヒヤリ・ハットを報告・分析するための「即時報告システム」や、ガジェット機能を用いて使用可能病床数に関する情報をリアルタイムに全PCに共有する「現在使用可能病床」など、ユーザーの要望から生まれた独自性の強いシステムも多く含まれている。



図 4-8-3 ガジェットの一例

② システムトラブルの未然防止と影響抑制に向けた体制の整備

■ ソフト・ハード面におけるシステムトラブル未然防止体制の整備

まずはトラブルを起こさないシステムの開発を目指し、2003 年 10 月よりリリース検討会議を、2015 年 4 月より設計レビューを、それぞれ毎週実施し、システムのバグ対策を強化した。

また、遅延やダウンなどのシステムトラブルにつながる予兆を早期に発見し、対策を講じられるよう、毎営業日にサーバ・ネットワークインフラ・OS・各種システムの動作確認を複数回実施している。加えて、機器を原因とするシステムトラブルを防ぐべく、定期的に各種サーバのメンテナンス作業を実施するなど、ソフト・ハードそれぞれの側面からシステムトラブルの未然防止に努めている。

なお、予兆が確認された場合は、ソフト・ハードそれぞれの担当チームによる詳しい調査を行い、初期段階での対処を実施している。

■ 属人化させないシステムの担当体制と指導体制の整備

開発チームや個人に依存しがちだったシステムリリース後の修正・変更対応を、複数のスタッフで対応できるよう、開発・レビュー体制を整えた。これにより、自身が開発に携わったシステム以外についてもシステムの内容だけでなく、関連する業務の流れ自体を把握する機会となり、各スタッフの知識レベルや技術力の向上につながっている。

4.8.4 効果

① ユーザー参加型のシステム開発体制「飯塚アジャイル方式」の整備

システム開発体制の整備により、2016年度以降、900件を上回る作業依頼が提出されているが、診療報酬改定などの外部要因の有無に関わらず、いずれも目標である90%以上の対応率を実現している。

② システムトラブルの未然防止と影響抑制に向けた体制の整備

システムトラブルの未然防止と影響抑制に向けた体制の整備により、スタッフの異動などに左右されず医療情報技師取得スタッフの割合は目標である60%以上を維持している。

この体制の下、目標である「レベル2および3相当のシステムダウン発生件数0件」のクリアを目指している。2020年度は一部のシステム（救外受付システム・オーダーリングシステム）が停止するシステムトラブル（レベル2）が発生した。診療に大きな影響はなかったが、再発防止対策を実施し、他のシステムへの予防措置も実施した。

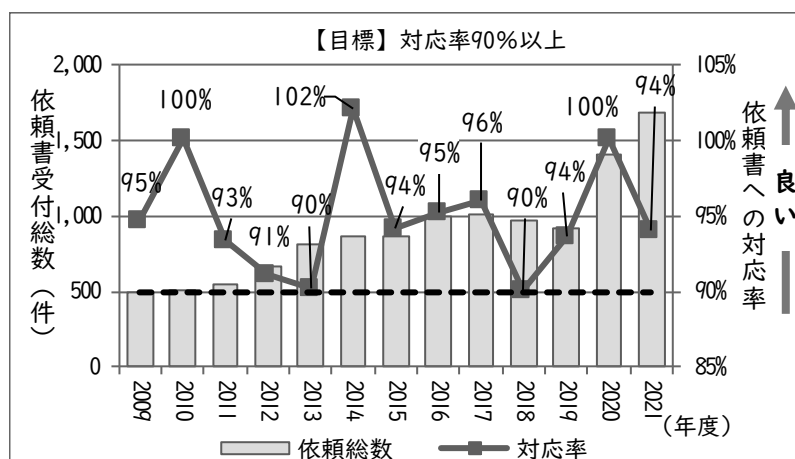


図 4-8-4 各種作業依頼書の受付件数と対応率

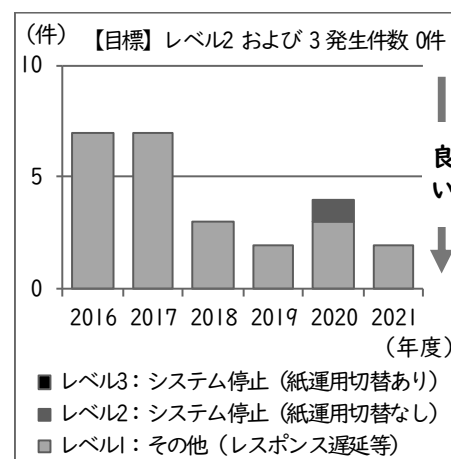


図 4-8-5 システムダウン発生件数

4.8.5 今後の進め方

■ 作業依頼書残案件に関する整理体制の見直し

作業依頼書の提出件数に伴い増加する残案件を蓄積するだけでなく、必要情報を提供し依頼元に“順番待ち”継続の意志を確認する、などの整理体制を検討したい。

■ スマートフォンの活用

PHSの後継機として使用しているiPhoneを活用すべく、患者軸のコミュニケーションツールをベースに、患者の医療情報も参照できるアプリケーションの導入を試行している。院内外問わず利用できるため、セキュリティを強固にした上で、休日深夜帯の上級医師への診療支援などにも貢献できる。他にも、カメラ画像電子カルテ連携など、アプリケーションの開発も実施する。

■ 地域医療情報連携の強化

地域の基幹病院である本院が所有する医療情報は、地域の重要な医療資源となる。退院患者の転院先医療機関と共同で実施する退院時共同指導をオンラインで実現すべく、Web会議と医療情報連携をシステム化し、2021年度より開始した。また、開業医へのオンラインコンサルティングを実施するために、医療画像の連携などを検討している。

4.9 健全経営

4.9.1 概要

医療サービスを継続して提供するためには、機能向上の有無にかかわらず、一定の投資が必要であり、それを可能にするための資金確保が必要である。ところが、日本の病院の73.6%が赤字経営というデータが示すとおり、安定した投資資金の確保は簡単ではないのが現状である。

しかし、当院では過去30年間継続している黒字経営の下、医療機器の新規導入・更新や新棟建設、診療機能の追加など、筑豊地域の中核医療機関としてさまざまな施策を実施してきた。

今後も、高度急性期医療を継続して提供するためには、従来機能の更新に対する投資に加え、診療機能の向上を目的とした戦略的施策に対する投資が必要である。引き続き投資計画を実行していくためには、当院の営業活動によって生まれるキャッシュフローの中で再投資が可能であることが投資可否の判断となり、健全経営の一つの指標ともなる。従来のコスト管理による黒字経営の継続に加え、「全職員による経営資源の有効活用」の一環として、キャッシュフロー確保のために売上増加に取り組んだ。

4.9.2 活動の重点

＝課題・問題点＝

計画される投資を実現するために、必要なキャッシュフローを生み出す継続的な増収が必要である

＝活動の重点＝

- ① 病床編成の最適化による増収
- ② 新規入院患者数増加、病床稼働率向上のためのシステム導入・仕組み作りによる増収

4.9.3 実施状況

① 病床編成の最適化による増収

当院を取り巻く外部環境や当院内部の状況の変化に合わせ、救急病床を含む病床の機能構成を柔軟に変更することで、限られた病床を最大限に活用し、医療の質向上に取り組みつつより高い診療報酬の獲得による収支改善を行う必要がある。

これまででは、企画管理課が中心となり、院内外のニーズや課題を集約し、医療設備の改修や看護師などの医療スタッフの増員などに必要なコストなどを加味した上で病床機能の変更を計画していたが、中長期戦略や将来構想をも見据えた上での病床機能・配置再編の検討体制を構築すべく、2017年に「経営戦略本部 病床編成部会（以下、部会）」を発足した。

部会では、編成案の検討から承認までを以下のプロセスで行っており、この体制下で救急病床の配置の見直し、西病棟から東病棟へのハイケアユニット移設、E4救急病棟再編、中央病棟内のハイケアユニット新設などの増収策を実施した。

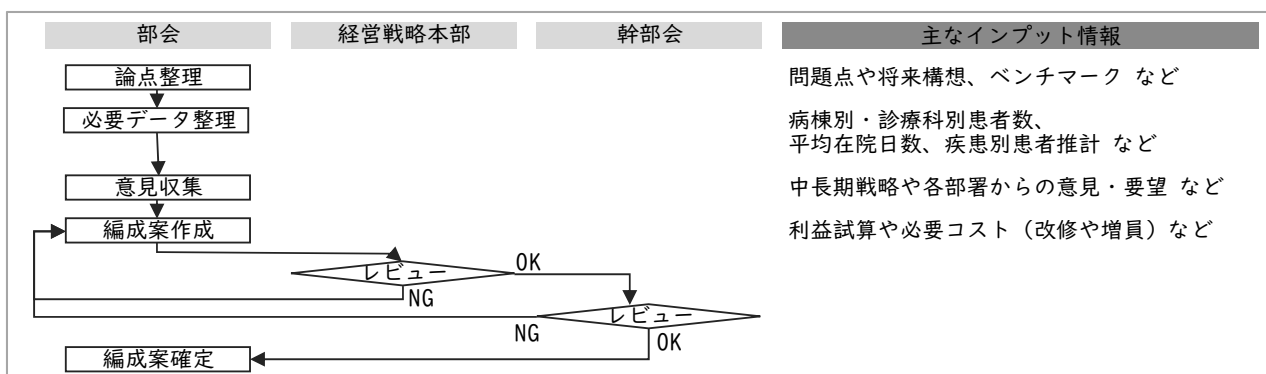


図 4-9-1 病床編成の検討から承認までのプロセス

② 新規入院患者数増加、病床稼働率向上のためのシステム導入・仕組み作りによる増収

病院の最大の収入は「診療報酬」である。その仕組み上、地域医療支援病院としてかかりつけ医を支援する役割と、効率的な病床管理による新規入院患者の獲得と病床稼働率の向上が、増収の鍵を握る。ここでは、後者に関するポイント「病床管理システム」の導入と病棟側の意識改革について述べる。

- (1) 病床管理の効率化を目指し、2009年にICTを用いた「病床管理システム」を導入し、各病棟の病床の空き状況や入院患者の情報をリアルタイムに院内で共有できる仕組みを整備した。加えて、効率的な病床管理の実現には各病棟の看護師の意識変革が必須だと考え、2011年より看護部方針として「予約病床は空床」「どの病床でも必要なケアが同等に提供できる」という2点を中心に看護師長教育を開始した。
- (2) 各診療科に対しては、各年度の事業計画において、診療科ごとの新規入院患者数の目標を設定し、年度初めに各診療科の管理部長と院長による目標設定面談を行い、半期毎にその進捗管理面談を実施している。なお、進捗結果は医師の業績評価対象としている。

4.9.4 効果

新規入院患者数の増加と病床稼働率向上に向けた取り組みにより、病床稼働率は高水準を維持、さらに新規入院患者数は増加を継続していた。しかし、2020年度は新型コロナウイルスの影響もあり、いずれも前年度から値を下げる結果となった（図4-9-2、4-9-3）。

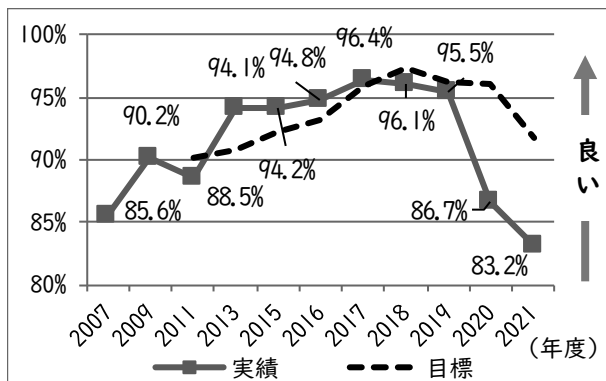


図 4-9-2 病床稼働率

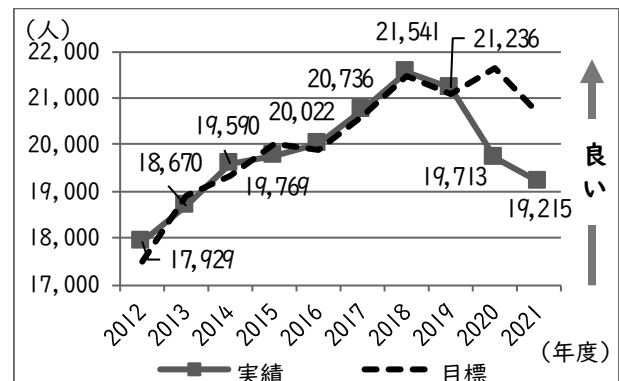


図 4-9-3 新規入院患者数

病床再編を含めた増収策を講じた結果、投資額と投資に必要な資金の指標である EBITDA は、大型投資による一時的な不均衡は見られるものの複数年の期間での均衡を保っており、健全な経営状態が維持できている。また、これまでの取り組みは、新型コロナウイルスという緊急事態への対応にも活かされた。

■ 病床管理システムによる感染患者の円滑な受入判断

病床をリアルタイムかつ俯瞰的に把握できるシステム（図4-9-4）により、状況に応じた感染患者の受入可否や受け入れ先の判断が滞りなく機能した。また、感染フェーズにより確保・休止病床数が随時変更されているが、同システムを用いた俯瞰的管理により滞りなく変更・管理できた。

■ 病床編成部会の病床再編実績を活かした円滑な病床再編

救急医療とコロナ対応を両立させるため、救急病棟を一般救急患者とコロナ患者との併用が可能になるように、新型コロナウイルス対策本部主導で改修した。

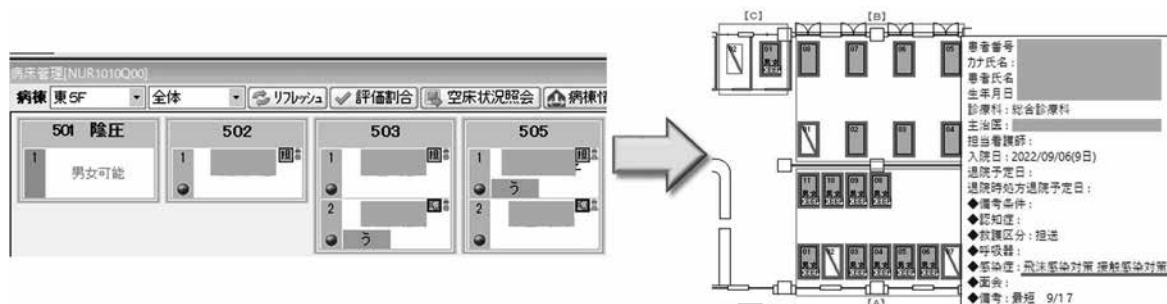


図 4-9-4 病床管理システム画面の例

4.9.5 今後の進め方

- アフターコロナを意識した対策に取り組み、投資計画実行へ向けた経常利益の確保に繋げたい。
- 診療報酬請求精度向上に向けて、医療現場の実情に精通して診療報酬に反映できる算定に関わる想像力・知識向上に引き続き努める。

5 総合効果

5.1 TQMの総合効果

飯塚病院は、2025年度ビジョン（あるべき姿）を「Patient Firstを追求し、選ばれる高度急性期・急性期病院」と定め、2018年度より中長期計画の実行を開始した。2016年度にTQMの推進を開始したことから、総合効果として2015年度以降の実績の推移を以下に示す。その中で2020年度以降は、新型コロナウイルス感染症拡大が強く影響して実績が低下し、2019年度までの傾向と大きく異なる結果となったため、この点に関する考察を最後に述べる。

(1) 「選ばれる病院」

新規入院患者数はほぼ年々増加傾向にあり、2020年度以降を除き予算上の年度目標を概ね達成してきた（図5-1）。この結果は、一次顧客すなわち患者から選ばれる病院としての成果である。他院からの紹介患者数も2019年度まで年々増加し、このことは、二次顧客である地域医療機関から選ばれる病院としての成果を示している（図5-2）。

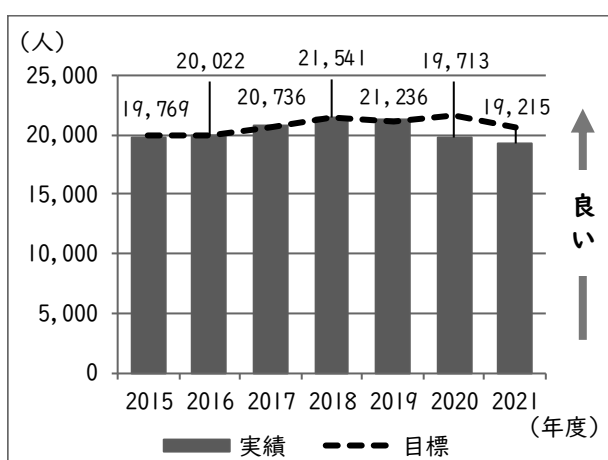


図5-1 新規入院患者数の推移

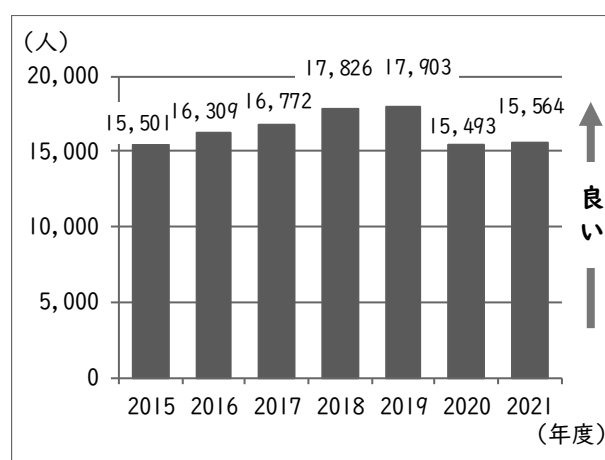


図5-2 紹介患者数の推移

一方、雇用を前提とした医療従事者もまた二次顧客である。医師から選ばれる病院としての指標に、初期研修医マッチング「1位希望」者数およびその全国ランキングがある。飯塚病院を「1位希望」とする研修医採用応募者数は、2015年度23名、2016年度以降は30名以上で、定員に対する充足率は153～238%であった（図5-3）。大学病院を除く全国病院ランキングは2015年度40位、2016年度以降は20位前後であり、目標とする10位以内には未だ届かないものの、医師から選ばれる全国有数の病院となっていることが示された。

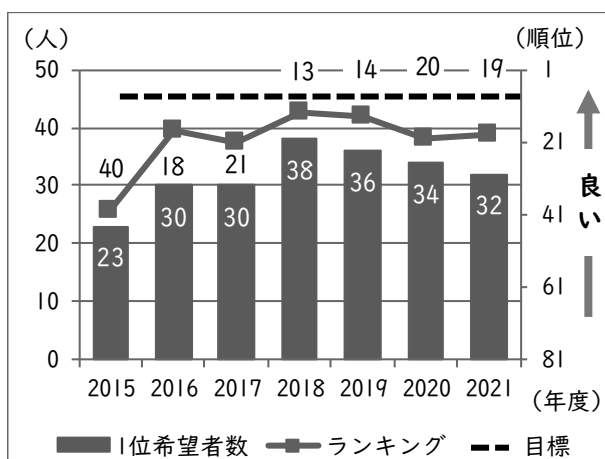


図5-3 全国市中病院 初期研修医マッチング「1位希望」者数とランキングの推移

(2) 「Patient First」追求のための医療安全強化と改善人材育成

医療安全強化のため、インシデント、アクシデントは漏れなく報告する方針を職員に徹底し、安全文化の醸成を図ってきた中で、これらの総数は、新規入院患者数が増えているにもかかわらず次第に減少している。さらに患者に何らかの影響を及ぼしたと考えられる、影響度2以上の件数も減少しつつある。ヒューマンエラーの発生を完全になくすことは困難であるが、TQMを一層推進して職員の安全意識の向上と技能の向上を図り、ヒューマンエラーの発生を減らすとともに、患者に影響が及ぶことを避けるためのシステム構築に引き続き努めたい。

改善人材開発プログラム経験者数は年々増加している（図5-4）。全職員数に占める割合も上昇し、2021年度実績は61.6%で目標値の60%を超えた。

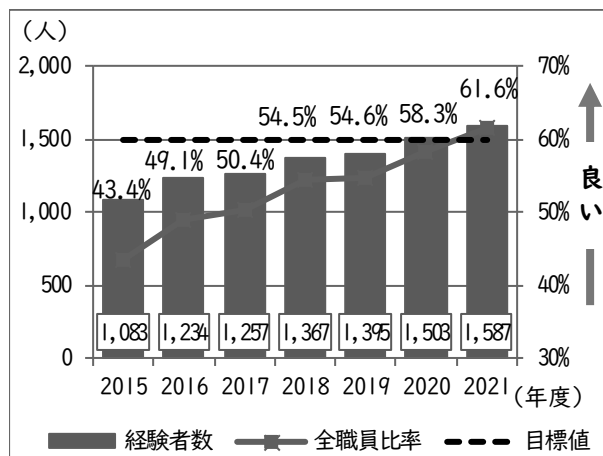


図5-4 改善人材開発プログラム経験者数と全職員比率
(職員数は翌年度4月1日現在)

5.2 売上・経常利益の推移

売上はほぼ年々増加し（図5-5）経常損益は黒字を継続している。近年、国内医療機関の経営は不振であり、約半数の病院が赤字経営といわれる中で、当院は健全経営を維持している。

特に2016年度にTQMの導入と推進を開始した後、長期計画に基づく大型医療機器の新規導入と更新、および老朽化した建物の建て替え等に要する費用の試算から、必要な経常利益を確保してきた。

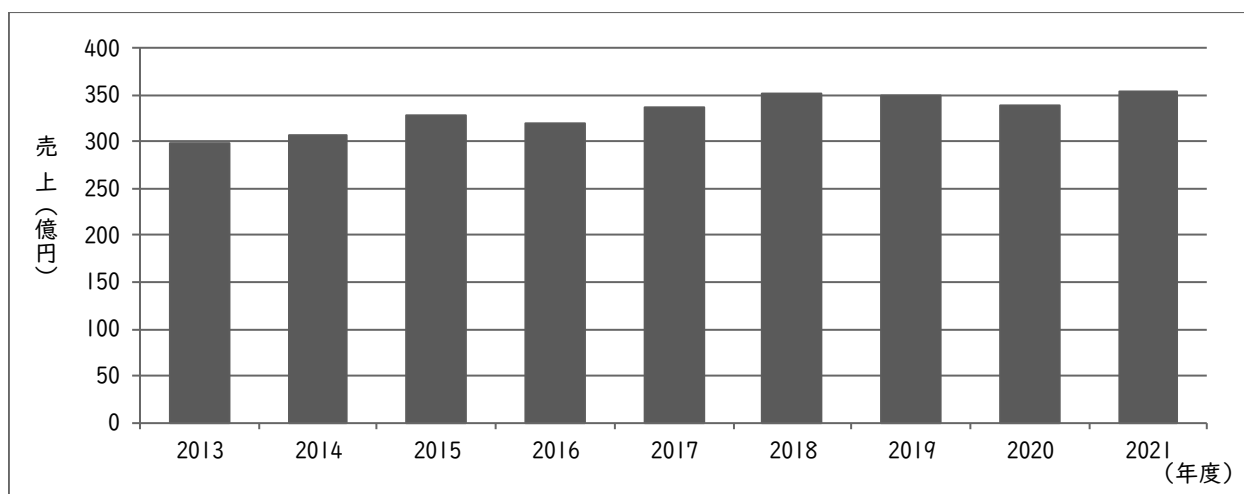


図5-5 売上の推移

5.3 新型コロナウイルス感染症の影響

上述の通り、いずれの指標も2019年度まで年々好転したが、2020年度は経営指標が悪化した。新型コロナウイルス感染症が拡大し、住民の受診控えのため患者数が減少したこと、コロナ患者受け入れのため一般診療を制限せざるを得なかったことが主たる要因である。コロナ禍の影響を受け多くの医療機関が経営面で深刻な打撃を受けた中、当院がTQMを駆使した対応により黒字を維持できたことは大きな成果であった。

6 将来計画

飯塚病院は1992年にQCサークル活動を開始し、2003年事業計画制度導入、2008年ISO9001認証取得を経てTQMの基盤を構築してきた。さらに2025年度ビジョン実現のための中長期計画を2018年に開始し、TQMの強化を図りながら職員一丸となって計画を実行し成果を上げつつある。

一方、これら各々の取り組みを個別に展開してきたため、相互の関連性が弱い側面があり、TQM強化を図る上で考慮すべきと考える。今後は以下の課題に取り組むとともに、TQM要素をより密接に関連付けて相乗効果を生み出し、さらにTQMを進化させて2025年度ビジョンの実現を目指したい。

1) 効果的な方針管理

2025年度ビジョン達成のため、2018年に中長期計画の実行を開始し、TQMを強化しつつ病院を挙げて実現に取り組む方針管理を展開してきた。TQM診断受審の結果、第一中期計画の課題として、目標が曖昧であること、方針展開が網羅的すぎることを指摘された。これを踏まえ、2022年度以降の第二中期計画では、数値目標を明確にして方策を立案するとともに、施策の重点化を図り方針管理を効果的に展開していく。

2) 標準化の強化と情報システムの戦略的活用

クリニカルパスや看護ナビコンテンツの導入推進をはじめ、多くの医療プロセスで標準化と情報システムの活用に取り組み、中長期計画においても積極的にICTを活用してきた。今後は、開発を進めた電子クリニカルパスを広く活用して効率化を図り、ヒューマンエラーやコミュニケーションエラーの低減により正確な情報の共有に努める。看護ナビコンテンツは年度毎に評価して内容を見直し、より良いものになるよう改善を進める。

また日常管理における多くの改善活動の結果、インシデント発生件数が徐々に減少したが、特に紙運用に頼る業務において種々のエラーの発生がみられる。これに対し、まず投薬業務に絞って、積極的にICTを活用することでヒューマンエラーを回避し安全性の向上を図る。

3) 改善活動の推進と人材育成の強化

QCサークル活動、EK活動、KW活動、およびインシデント分析に基づく改善などを通じて、改善活動と改善人材の育成を推進してきた。今後さらに方針管理の充実を目指して、まず中堅管理職を対象にマネジメントスキルを強化するため、2021年に中堅人材育成プログラムを開始した。2022年以降これを評価してプログラムを充実させ、計画的・継続的に組織能力の向上を図る。

一方、改善活動への医師の参画が少ないとの指摘がある中で、医師は各種の委員会活動や、数多くの職種・組織横断的会議において中心的役割を果たしている。さらに方針管理の根幹である「医療の質の向上」と「医療による社会貢献」のため常にPDCAを回し、各診療科専門分野における「質の向上」と「地域貢献」に取り組み、その学術成果を学会発表や論文として発信している。これらは病院の方針に沿った広義の改善活動であるため、改善活動の定義を再検討し医師の活動を評価する仕組みを構築したい。

医師は各専門領域で極めて高度の人材育成を実施し、個々の技能的力量は本院が開発したクレデンシャルシステムにおいて可視化されている。一方、医師のマネジメントスキル育成の仕組みがないため、今後、多職種合同の中堅人材育成プログラムを活用し育成を図る。

4) 新型コロナウイルス感染症への対応

2020年以降、コロナ禍のために医療情勢は一変した。当院は職員の安全を守り、地域における使命を果たす方針で、重症例を主体に診療成果を上げてきた。しかし一般診療の制限を余儀なくされ、患者の受診控えが長引き、病院経営は大きな打撃を受けている。ワクチンの普及による感染拡大の制圧も先行き不透明であり、影響は今後も続くと考えられる。年度方針と事業計画の作成においてコロナ禍の影響を加味する必要があるため、コロナ時代のあるべき診療体制につきプロジェクトチームでの検討を進め、中長期計画に具体策を盛り込むために課題と目標を明らかにしていく。