

Y14-39

職員への予算編成の周知について

京都第一赤十字病院 会計課¹⁾、京都第一赤十字病院 医事課²⁾

○中島 雅也¹⁾、小池 良典¹⁾、柿本 雅彦²⁾

【目的】

職員に向けた次年度予算編成の周知については、従来から形式的な情報伝達であること、また、職員の経営意識の醸成面が未だ過渡期であることから、職員の反応や理解度を把握することは困難であると考えた。

この点を踏まえて、近年における新たな取り組みとして、報告させていただくものである。

【方法】

- 1 幹部職員研修会による決算・予算の基調報告(予算の特色を説明)
- 2 事務部門における院内業務伝達講習会の開催(会計業務の説明)
- 3 事務系職員集会による当面の課題認識(事務部の果たすべき役割の周知)

【結果】

上記1、2についてはアンケート等から次の所感を把握することができた。

- 1 経営面が危機的状況である点については決算見込等の数値から明確であるが、職員の多くが危機感を持っていないことが判明した。
- 2 資金の流れに関する知識が得られたこと、また、自身の行動が収益に繋がるものと意識づけられたとの評価を得ることができた。

上記3については事務部における試行的な取り組みであったが、次年度に向けた方針等を考えるうえで有用な機会となった。

【結語】

当院では平成22年度以降2年連続黒字決算となったが、本院増改築工事における新診療棟完成に伴う臨時的支出の増大、医療圏における競争激化と考えられる入院患者数の減少により24年度において赤字決算は免れない状況である。

しかしながら、この結果に至るまでの早い段階で決算見込を提示することで、大幅な赤字の回避に繋げ得る可能性もあり、今後留意したいと考える。

また、当院においては、自身を含めて事務職員であっても財務のスペシャリストは皆無である故に、理解しやすい会計の仕組み、数値だけに依存しない視覚的かつ直感的なインパクトを与え得る資料作成の必要性を実感している。

Y14-40

質マネジメントシステム(QMS)導入推進によるISO9001認証取得について

前橋赤十字病院 QMS部会¹⁾、前橋赤十字病院 院長²⁾

○阿部 毅彦¹⁾、笠原 俊¹⁾、角田 貢一¹⁾、関根 晃¹⁾、川井ひで子¹⁾、朝倉 健¹⁾、針谷 康夫¹⁾、大西 一徳¹⁾、前田 陽子¹⁾、宮崎 瑞穂²⁾

複雑化、高度化する医療情勢の中で院内では色々な問題が発生してきた。そこで院内の業務を可視化、標準化することによって医療の質向上を目指し、2007年7月より質マネジメントシステム(QMS)の取り組みを開始した。

まずQMSを推進する組織体制として、コアメンバーよりなるQMS部会及びその下部組織である複数のWGを立ち上げた。その後、プロセスフローチャート(PFC)の作成による業務の可視化、標準化を行い、内部監査を実施し、問題点があれば是正を行うという改善活動を行った。すなわちPFCを標準とし(Plan)、業務を行い(Do)、内部監査にて(Check)、問題があれば改善する(Action)というPDCAサイクルを回す手法で改善活動を行った。

また、PDCAサイクルを更に効率的かつ確実に回すため、教育研修や文書管理が重要である。教育研修に関しては教育研修センターを設立し、特に医療の質・安全に関する教育は必須と考え、「医療の質・安全教育講座」を開始した。一方、文書は各種の院内標準を示すものであり、院内に存在する膨大な量の文書を管理するために、文書管理システムの構築に取り組んだ。

このようなQMS活動の1つの通過点として、また更なるQMS活動継続の活力とするため、ISO9001認証取得に取り組んだ。2012年5月、病院長によるISO9001認証取得キックオフを行い、品質マニュアルや各種規程類を作成し、2012年11月に第1段階登録審査を、2013年2月に第2段階登録審査を受審し、3月に認証取得となった。

当院では、業務を可視化、標準化し、PDCAサイクルを回すことで改善を行うというQMS活動で医療の質向上に取り組んでいる。このようなQMS活動の1つの通過点として、また更なるQMS活動継続の活力にするため、ISO9001認証を取得した。

Y14-41

内部監査への取り組み

前橋赤十字病院 QMS部会¹⁾、前橋赤十字病院 院長²⁾

○笠原 俊¹⁾、関根 晃¹⁾、坂本 恭子¹⁾、角田 貢一¹⁾、阿部 毅彦¹⁾、朝倉 健¹⁾、大西 一徳¹⁾、前田 陽子¹⁾、川井ひで子¹⁾、宮崎 瑞穂²⁾

複雑化、高度化する医療情勢の中で院内では色々な問題が発生してきた。そこで院内の業務を可視化、標準化することによって医療の質向上を目指し、2007年7月より質マネジメントシステム(QMS)の取り組みを開始した。

まずQMSを推進する体制として、コアメンバーよりなるQMS部会及びその下部組織である複数のWGを立ち上げた。その後、プロセスフローチャート(PFC)の作成による業務の可視化、標準化を行い、内部監査を実施し、問題点があれば是正を行うという改善活動を行った。すなわちPFCを標準とし(Plan)、業務を行い(Do)、内部監査にて(Check)、問題があれば改善する(Action)というPDCAサイクルを回す手法で改善活動を行った。

PDCAサイクルを回すために重要な内部監査への取り組みを開始するにあたり、外部講師を招聘し、QMS部会員を対象とした内部監査の勉強会を開催した。その後、部会員を中心に内部監査員を選出し、PFCを対象に現場事前視察を行った後、机上監査を行う内部監査を実施した。なお、監査員が異なることで監査内容がばらつくことを防ぐため、内部監査のおおまかなストーリーを決めたチェックシートを事前に作成した。監査の結果は3段階(A:緊急改善指摘事項、B:改善推奨指摘事項、C:経過観察項目)で評価し、結果報告書を作成し、現場へフィードバックした後、被監査部署にてPFCの変更や改善を行い、是正報告書を提出することでPDCAサイクルを回し、改善活動を行った。

これまで内部監査によって多くの業務プロセスについてPDCAサイクルを回し、改善を行った。今後は監査員の教育、内部監査チェックシート、内部監査手法についても改善し、内部監査そのものもPDCAサイクルを回し、医療の質向上に取り組んでいく予定である。