

# みどり病院の QI 活動紹介



<目次> \*クリックで記載の記事に行きます。

<a href="#">病院概要</a>	病院紹介
<a href="#">院内独自 QI・CI</a>	院内 QI システムと指標数の推移
<a href="#">PDAC サイクルとの連動</a>	目標管理との連携 職員間情報共有
<a href="#">経営統計（部門別損益）との連携</a>	部門別損益との連携で継続可能な医療の質の担保
<a href="#">目標 Q I の取り組み</a>	目標を基礎とした Q I 設定で変わる意識変化
<a href="#">回復期病棟</a>	他法人からの紹介入院
<a href="#">一般急性期病棟</a>	困難事例の早期発見・対応
<a href="#">外来</a>	定期患者の来院頻度
<a href="#">認知症対策</a>	地域包括センター・自治会連携。 オレンジリング取得率
<a href="#">地域需要対応</a>	中長期計画への活用
<a href="#">大腸ガン健診</a>	共同組織と共に、早期発見への取り組み

## <みどり病院の概要>

〒501-3113 岐阜市北山 1-14-24

外来患者数 : 146 人/日(2017 年度実績)  
隣接診療所患者数 : 120 人/日(2017 年度実績)



入院患者数 : 71 人/日(2018 年度実績)  
許可病床数 : 99 床 (急性一般入院料 4 : 5 5 床 、回復期リハビリテーション入院料 2 : 4 4 床)

## 診療科目

内科・外科・小児科・透析・リハビリテーション科・放射線科・循環器内科・アレルギー科・健診センター

## 常勤職員数

183.9 人(2013 年 4 月常勤換算) 医師数 14.5 人/看護師数 75.9 人

## <法人内事業所数>

病院 (1) みどり病院  
診療所 (3) すこやか診療所 こがねだ診療所 華陽診療所  
介護部門 介護相談センター (3) デイサービス (3) デイケア (1) 訪問看護 (1) 訪問介護 (1)

## <院長紹介>



### 院長 松井一樹

みどり病院は、1978 年に岐阜市東部の新興住宅地に診療所として開設、その後「この街に健康で安心して住み続けたい」という地域の方々の期待と御協力で、110 床の病院となり現在に至ります。現在、診療圏に 4 万 5 千人方が居住されていらっしゃいます。65 歳以上の高齢化が 30%を超える勢いです。医療だけでなく、介護・福祉を含めた展開が必要です。これからも、医療・介護・福祉のネットワークをつくり、患者様・御家族を中心に、総合的な展開を行っています。

これまでの取り組みで、私たちは、ようやく地域の皆様と点や線ではなく、面でつながり始めていることを実感できるようになりました。今年、埼玉協同病院 (医療生協・民医連) が実践している『くらしのサポーター』をヒントに、更に地域の皆様との連携活動を広げていきたいと思えます。決して、政府が言う押しつけの、「我が事・丸ごと、地域共生社会」ではなく、私たち 1 人 1 人が大切にされ、『だれもが、安心して住み続けられるまち・くらし』を皆様と一緒に作りあげます。

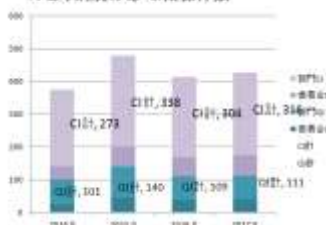
## <院内独自 QI・CI>

当院では各部門・委員会での活動目標に合わせた指標設定を推進しており、民医連指標に留まらず、以前からの職場統計も取り込んで、院内独自指標を多く利用しています。

院内指標は 2015 年に増加後は安定して推移しています。指標の平均稼働率（各指標の年間入力月割合）は、指標の多い部門で稼働率が 63%と低く、使われない指標が溜ってしまう部署が散見されます。定期的に QI 委員会が各部門に介入し、必要な指標の分別・整理を行い、効率的に指標利用がなされる環境作りを進めています。

### 院内独自指標はCI:316 QI:111

みどり病院のQI-CI指標件数



	CI	QI
部門平均	14.3	4.6
委員会平均	4.9	3.7

\* 指標作成時には、要望に応じてQI委員メンバーが相談にのります。

### 指標稼働率(CI入力率)は84%

みどり病院のCI指標稼働率



入力状況をQI委員がチェックし、未入力部署・委員会に入力依頼します。

\* QI委員でデータ抽出・入力を行っている指標は全体の5割。

当院でのQ I の活用は「医療の質」に留まらず組織における様々な活動に対して実施しています。

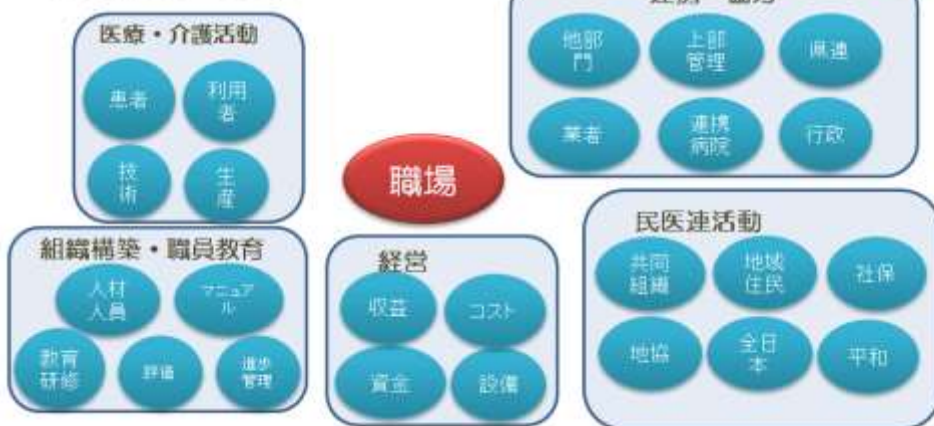
また、「目標値比」の考え方も導入し、経営関連の業務実施成果の評価や民医連活動の評価に利用しています。

～各部門(現場)発生の独自指標～

## みどり病院で扱うQI活動の範囲

「医療の質」に留まらない活用

～職場を構成する5要素～



～経営統計(部門別損益)との連携～

### KPI(重要業績評価指標)でよく利用される「目標値比」の考え方を導入

- ・栄養指導件数
- ・検査別実施件数
- ・リハ単位数
- ・退院時共同指導件数
- ・リハ総合実施計画書作成件数
- ・民医連学習会実施件数
- ・班会講師件数

主に技術職を中心に使われています



### KPI(重要業績評価指標)でよく利用される「目標値比」の考え方を導入



<PDCA サイクルとの連動 ～部門報告&QI・CI システム～>

当院では QI 活動を PDCA サイクルの中で円滑に活用させる為、各部署・委員会の会議資料・報告書と QI を統合させたシステムを構築・活用しています。

これにより各部門の活動と QI をリンクさせて考えられるようになり、管理者にとっても報告書に具体的数値がついて報告される事で状況把握が容易になりました。また、ISO を取得している観点から、各部署の報告書の標準化にも役立っております。

## 目標と指標の連動を強化する！



項目	年度末到達目標	主な具体策	担当者	10月	11月
総務学習の継続	総務・命・憲法の視点で患者・利用者サービスができる病院運営に貢献する。	民医連方針に立ち返る内容の学習を進める。(月1回)	全員	引き続き学習会継続。	引き続き学習会継続。
社保・平和活動		野争法廃止への取組を進めるための学習と企画への参加(各自半期で1回以上)			
対応指標	総務学習会開催数			4	

設定した指標の各月の結果が表示。  
 実際の数値実績を元に実績コメントを記載しましょう

本年度は「部門報告」「目標進捗」「QI・CI」が作成されると、関連職員に PDF データが配信される“お知らせ共有システム”を開発・稼働させ、職員間情報共有を進める事で、全職員で QI 活動を取り組む体制作りを進めています。

## お知らせ📢 確定するとお知らせがされます。



## <経営統計（部門別損益）との連携>

みどり病院は2015年に経営危機に直面し、全職員で意見を出し合い、協力して改善活動を行った経験から、「全職員による経営・活動の改善継続には、部門からの積み上げが重要」との結論に達し、ボトムアップの経営と組織の質の向上に努めています。質の高い医療の提供を継続して行くには、経営視点が欠かせません。また、経営数値を地域から当院が選ばれている評価結果ともとらえています。

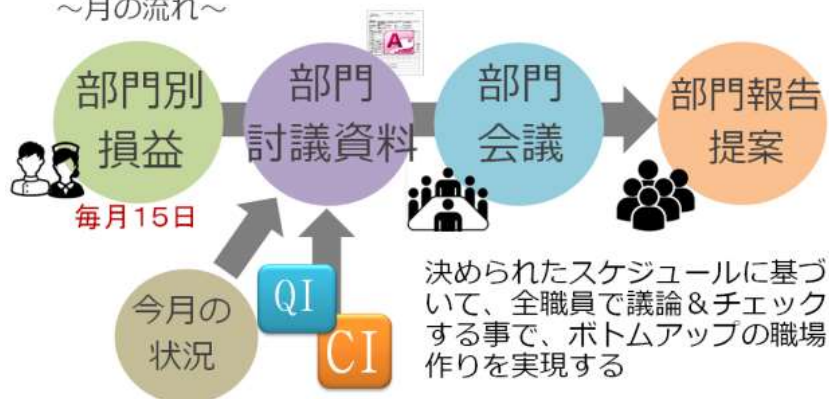
また、経営危機を契機に部門別損益の運用について、見直しを行いQI・CIと部門別損益の2つの数値を元に組織の活動を評価し、改善活動に繋げています。各部署がスケジュールを守り、部門会議にて数値根拠を元に議論を行い、その結果を上部に報告・提案する事が、みどり病院の経営・組織運営を支えています。

全職員経営。合言葉は「良い医療で、良い経営」



## 全職員の取り組みを実現する仕組み作り

～月の流れ～



～部門別損益作成の流れ～



部門別損益は、電子カルテデータベースから手技統計を抽出し、部門収益の付け替え額を算出。付け替え人件費用付替え後、OBIC会計sysで経費等のデータを追加し、csvファイル経由で、QI・CI部門報告システムへ。

「目標進捗管理」「QI・CI」「部門別損益」を元にPDCAを回す取組は、月単位では、レセプト提出日にレセプト統計を、毎月15日までに部門別損益を確定、そこにQI・CI指標と当月の状況を組み合わせて部門討議資料にし、部門会議にて討議の結果を追記・修正して、上部報告・提案します。このサイクルは「四半期」「上・下半期」「年度」の各単位でも行います。また、サイクルを回す年間の流れを作る為、「質スケジュール」を作成し、総括時期や社員総会などの年間行事に併せ、各部門における来年度予算案編成や職員面談、部内討議、総括方針…等の実施時期を明確化させています。この流れをサポートし確実化する為に院内QI集会は年2回開催。12月（指標と組織運営・分析&質スケジュール）、3月（年度活動報告と指標&来年度目標と指標）の構成で行っています。

## 年間の流れを作る質スケジュール

時期	内容	関連	
4月	前	・新年度開始（大規模改修工事）	・業務開始
	中	・1Qの振り返り	
5月	前	・全職員会議（下半期報告、上半期方針）	・業務開始
	中	・法人定例会議（法人評議）結果の報告	
6月	前	・1Qの振り返り	・業務開始
	中	・1Qの振り返り	
7月	前	・1Qの振り返り	・業務開始
	中	・1Qの振り返り	
8月	前	・1Qの振り返り	・業務開始
	中	・1Qの振り返り	
9月	前	・1Qの振り返り	・業務開始
	中	・1Qの振り返り	
10月	前	・1Qの振り返り	・業務開始
	中	・1Qの振り返り	
11月	前	・1Qの振り返り	・業務開始
	中	・1Qの振り返り	
12月	前	・1Qの振り返り	・業務開始
	中	・1Qの振り返り	
1月	前	・1Qの振り返り	・業務開始
	中	・1Qの振り返り	
2月	前	・1Qの振り返り	・業務開始
	中	・1Qの振り返り	
3月	前	・1Qの振り返り	・業務開始
	中	・1Qの振り返り	

総括時期や社員総会などの年間行事に併せ、各部門における来年度予算案編成や職員面談、部内討議、年度（半期）総括方針・・・等の実施時期を明確化する

<目標Q I の取り組み ～目標を元にしたQ I 活動の取り組み～>



当院では、Q I 活動取組当初は全日本指標やデータ収集しやすい指標の収集・分析に終始していましたが、その後、現場でのP D C Aサイクルを回す取組への積極活用には「目標との連動」が欠かせないとして、活動目標を元にした指標の作成推進運動を進めてきました。

当院ではこの目標に基づくQ I・C Iを「職場を元気にする数値」と位置付け、部門会議にて話し合い、個々の職員が自身の職務と繋げて意識できるよう努めています。

また、今年度は、これまで入院でまとめていた指標についても「病棟別」集計し、Q I 委員会からグラフ化して提供し、各部門会議に利用してもらう取組を開始しました。

●目標Q I の取り組みにより得られたのは、問題・課題に対する意識の変化

**目標QIで変わる！**

- 解決策への意識変化
- 他活動への発展
- 途中経過確認 (リアルタイム指標)

目標を元にQ I・C Iを作成する活動になる事で大きく変わったのが、「問題・課題に対する意識の変化」でした。これまで、改善が困難だった問題が視点を変え・アプローチを変えることで、解決につながり、職員のモチベーションの向上にもつながりました。

1) 解決策への意識変化

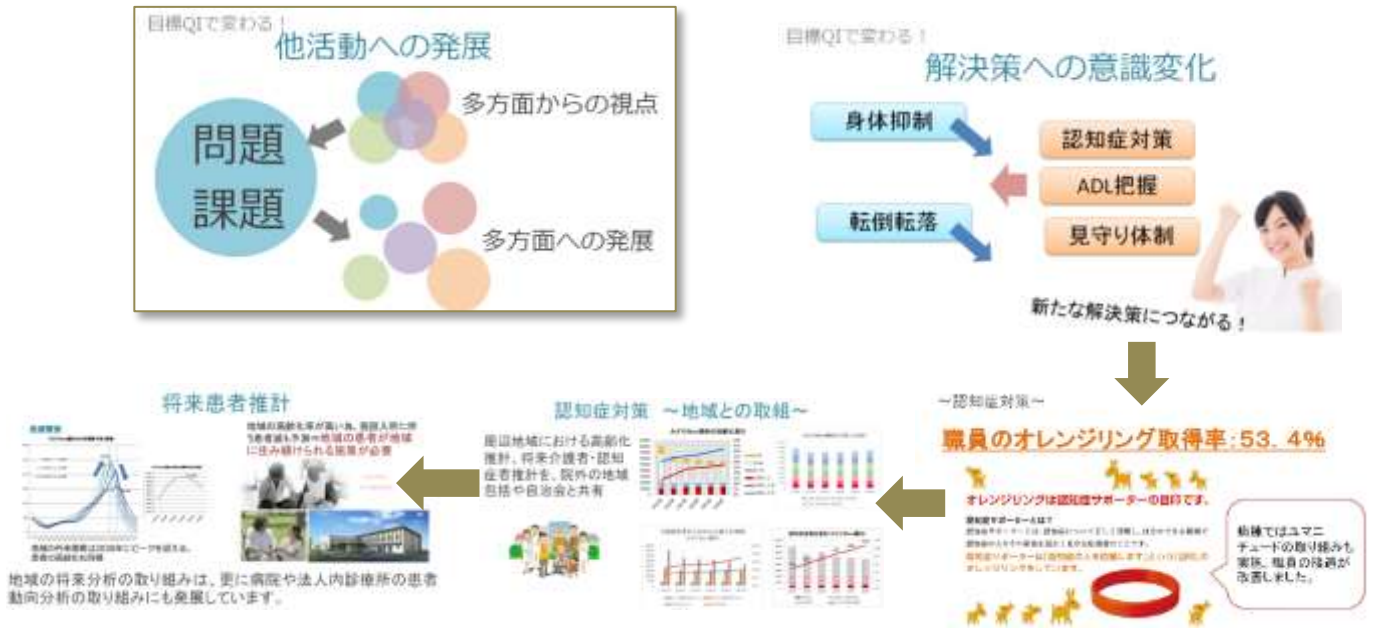
データ分析中心で行うQ I 活動では通常、相反する指標として扱われやすい指標についても、活動目標の視点に立てば、複数の取り組み視点の組み合わせにより双方が改善に向かう方法を考えられました。

目標QIで変わる！



## 2) 他活動への変化

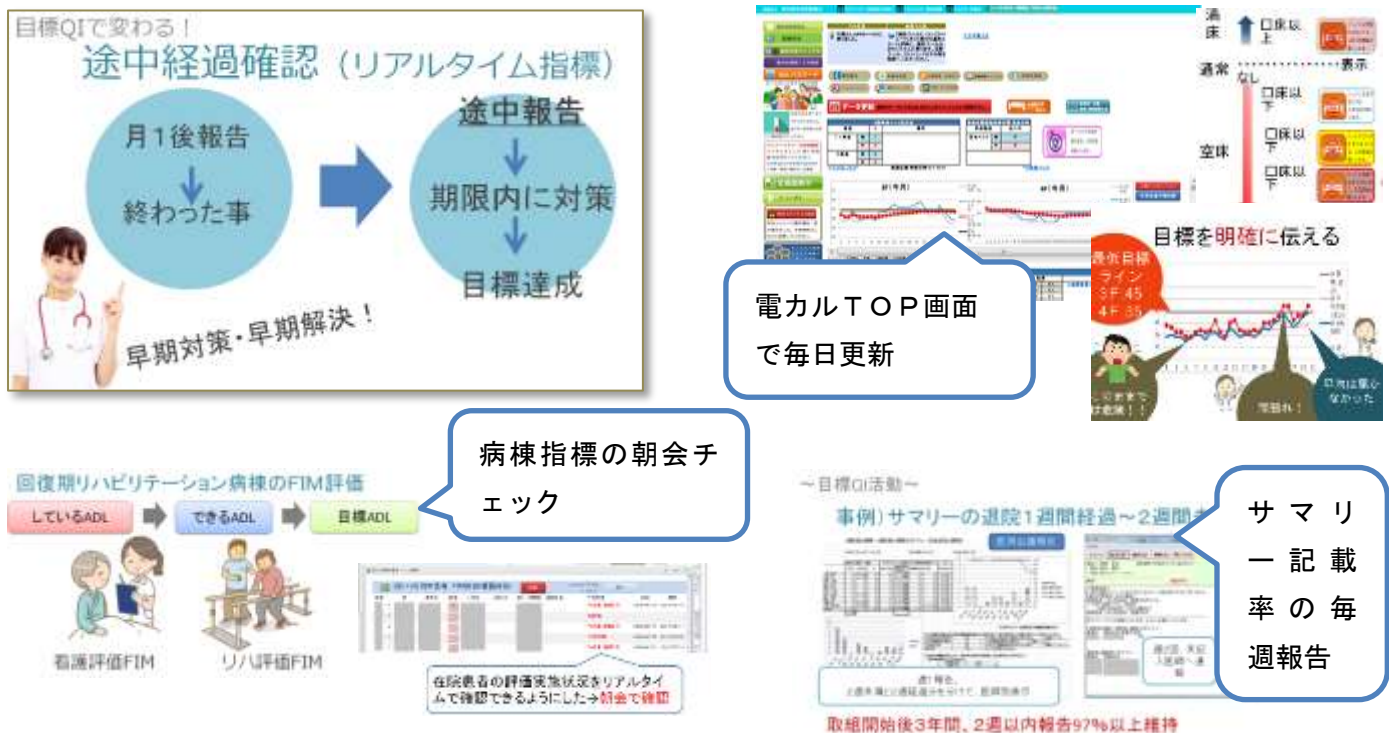
問題・課題に対し、複数の目標でもってアプローチする事は、新たな活動の活性化にもつながっています。



\*病棟での「身体抑制」「転倒転落」に対するアプローチの取り組みは、それ自体も改善したが、その後「法人全職員でのアレンジリング取得運動」⇒「地域への認知症出前講座」⇒「地域とも認知症・高齢化問題懇親会」⇒「地域との認知症サポート訓練」⇒「法人将来患者推計」へと活動の発展・連鎖が進んだ。

## 3) 途中経過確認（リアルタイム指標）の取り組み

通常月1回の翌月報告となるQ I指標ですが、月々前に「途中経過報告」を行う事で、期限内に対策を行い目標達成に繋げるリアルタイム指標の考え方が出されるようになりました。電子カルテデータベースからの自動収集などを利用して、各種の指標に活用を進めています。



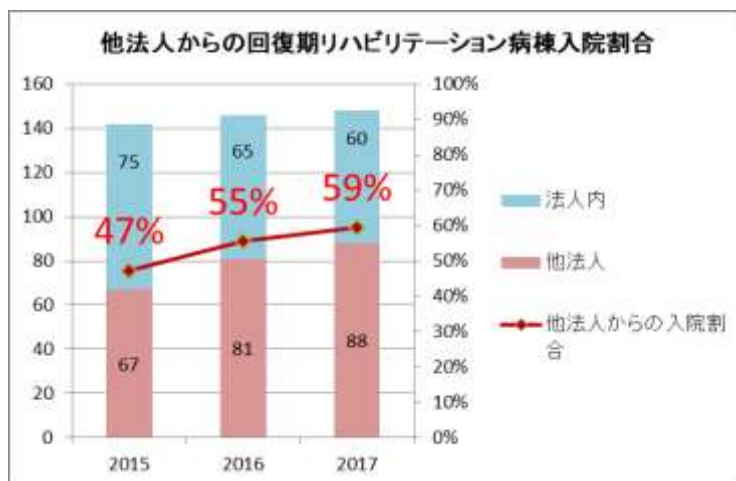
## ～取組事例報告～

### <回復期リハビリテーション病棟>

当院では2014年10月から、一般病棟99床の内44床を回復期リハ病棟に移行致しました。

回復期リハビリ病棟では、他院・他施設との連携を強化し、紹介入院を増加する事を目標とし、「他法人の病院・施設回り」「転院予定患者の転院前訪問」「退院予定先施設・介護サービス・ケアマネジャー・家族との合同カンファレンス」の取り組みを強化してきました。

回復期リハビリ病棟への他施設からの紹介入院は年々増加しております。

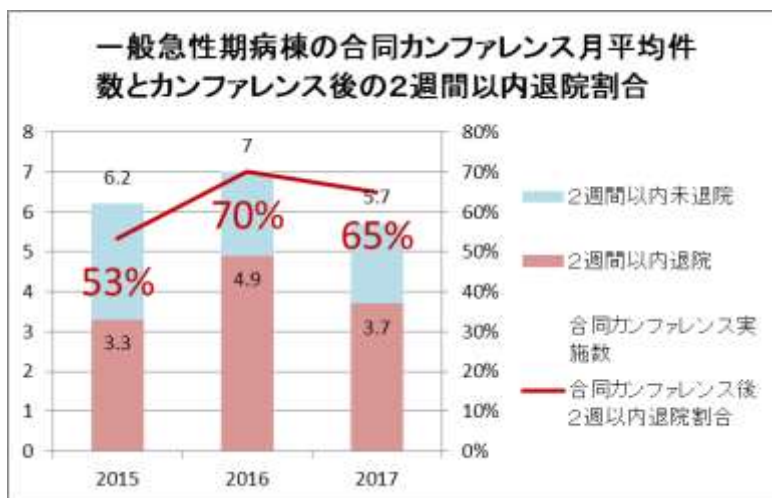


### <一般急性期病棟>

2014年10月の回復期リハビリテーション病棟開設以降、一般急性期の病床数が減少した事で、急性疾患患者の受け入れ可能患者数が減少し、退院先困難事例が増加すると救急受け入れ割合が減少しました。



一般急性期病棟では、困難事例の早期発見、他職種連携共同解決の為、昼10カンファレンスを毎日開催し、気になる患者を取り上げ話し合い、ケースワーカー・リハビリ・薬剤師・栄養士といった職種に早期介入を求めています。また、「退院予定先施設・介護サービス・ケアマネジャー・家族との合同カンファレンス」を積極的に行い、「合同カンファレンス実施件数」「合同カンファレンス実施後、2週間以内退院割合」を指標として設定し取組んでいます。





## <外来と入院>

みどり病院の入院患者数は、延べ入院日数は増加していますが、新入院患者数が減少しています。

このため、回復期リハビリテーション病棟では安定的な稼働率を保っていますが、一般病棟の稼働率が乱高下する状況となっています。新入院件数が減少している主な要因は院内外来からの入院件数の減少で、新入院件数の年推移と院内外来からの入院年推移が同様の動きを示しています。

当院では病棟の安定的運営改善に全職員で取り組む為、電子カルテ TOP 画面に「現在の病棟稼働状況」「救急受け入れ可能人数」をリアルタイムにグラフィカル表示し、情報共有を図っています。

## のべ患者数



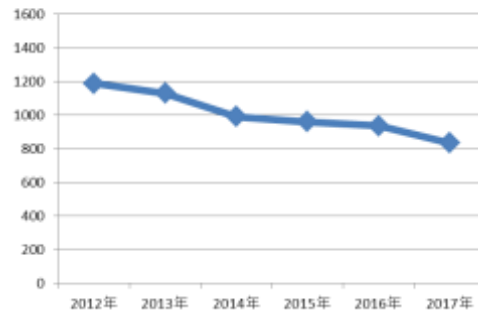
入院のべ日数(在院日数合計)は増加しているが……

\* 回復期リハの影響

### 新入院件数



### みどり外来からの入院件数



## <外来の定期患者>

当院では、外来の慢性疾患患者に対し、慢患委員会・外来看護師が中心となって、定期来院チェック。3ヶ月未来院超過患者への電話かけ、お手紙出し、訪問などを行い、定期診療を通して、適切に慢性疾患患者の治療が行われるように働きかけています。

当院は法人内の診療所と比較し、低頻度の来院患者が多く、診療中断となる患者も多くいます。

来院頻度が低い要因の一つに「長期処方」があります。対策として、医師別に外来内服処方の70日超え割合を医局に提供し、改善活動を行っています。

## 外来患者の来院月数(来院頻度)

・レセのあった月の数(12が最大)

\* 1・2月のみの患者

⇒急性期疾患で受診後終了

\* それ以上の来院頻度

⇒定期通院患者



## 外来の延べ数減の要因

みどり病院&隣接診療所

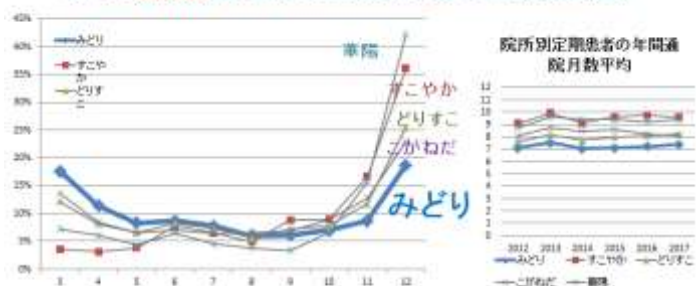
・実患者数は増加。延べ患者数は減。

・定期患者数は増減なし

● 軽度急性疾患は定期患者も含め、他開業医へかかっている。

● 定期患者の来院頻度の低下  
(長期処方の影響)

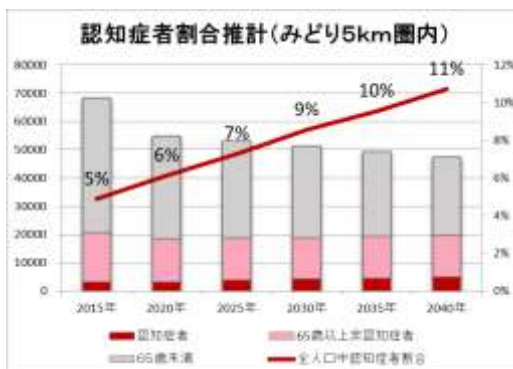
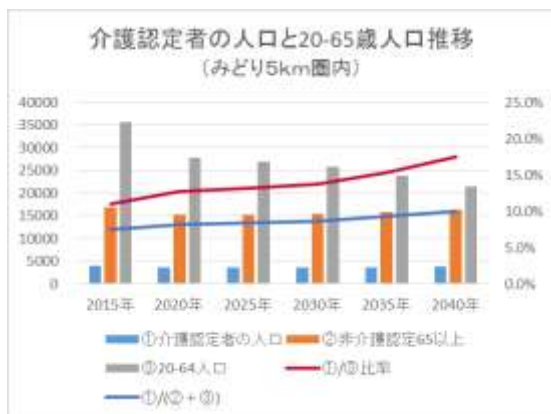
## 外来定期患者の来院月数(来院頻度)



● みどりの来院頻度は低い傾向

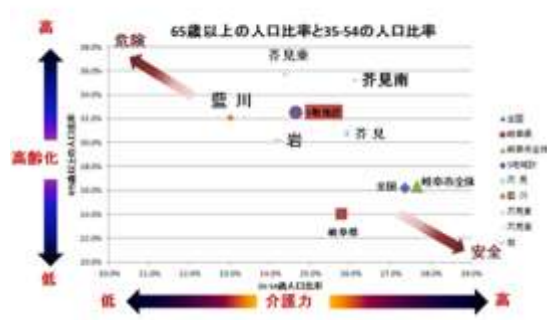
## <認知症対策>

当院では2016年、認知症対策へ取組開始にあたって、病院5Km圏内の高齢化推計・被介護者推計・認知症患者推計を算出し将来の地域の危機的な状況を把握しました。



得られたデータを元に、法人内だけでなく、地域包括支援センターや自治会と懇談・協議を進め、地域の認知症者を地域で支える活動として「認知症お出かけサポート訓練」を実施致しました。本訓練はその後、地域を広げながらこれまで3回の訓練が行われ、今後も岐阜市内の近隣自治会や包括支援センターでも注目され、更に実施が広がる計画が進んでいます。

## 地区別高齢化まとめ



## 訓練区画





## ●院内の取り組み

院内での取組としては、職員認知症者への対応能力の向上を目的として、「職員のオレンジリング取得率」を指標化し、院内や共同組織や地域住民も参加可能な認知症サポーター養成講座の開催を精力的に行いました。現時点での法人内における職員オレンジリング取得率は53.4%（187名）となっています。

また、病棟看護師が主体となって、「ユマニチュード」への取り組みを進め、学習会を看護師だけでなく、リハビリ、事務など他職種に対して行い、認知症者への対応の質向上に繋がっています。

～認知症対策～

**職員のオレンジリング取得率:53.4%**



病棟ではユマニチュードの取り組みも実施。職員の接遇が改善しました。

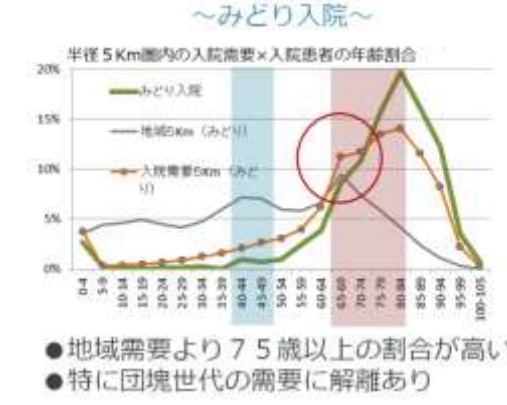
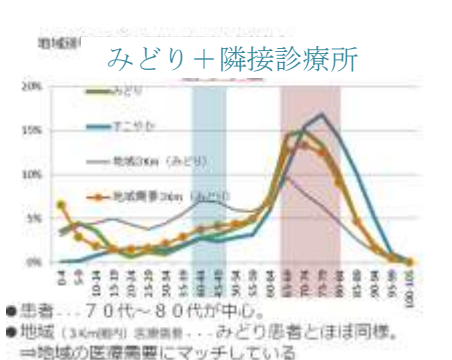
[TOPへ](#)

## <地域医療需要対応>

2016年の周辺地域高齢化推計に続き、2017年は地域医療需要推計を算出し、地域の求める医療と当院の提供医療を比較しました。

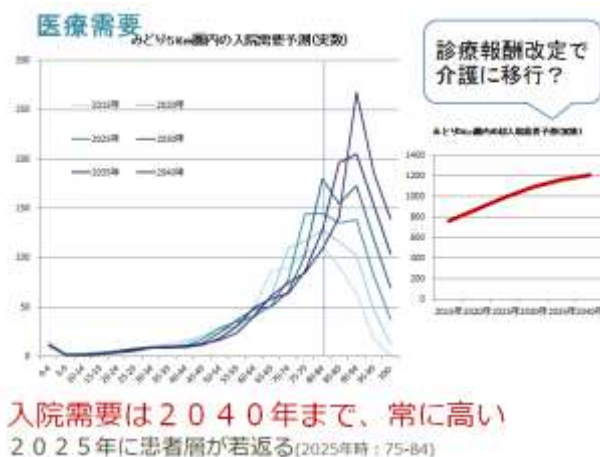
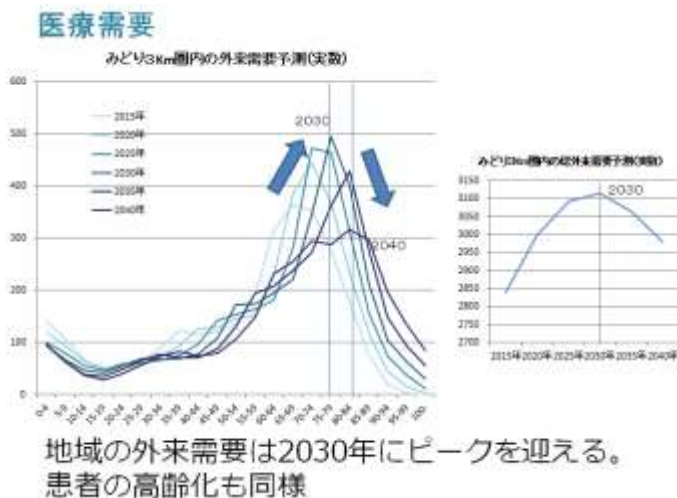
### ●法人内各院所別3km圏内医療需要

法人内各院所の3km圏内の年齢人口に年齢別受療率(国民衛生の動向)データを組み合わせて地域内医療需要を算出し、その年齢別構成割合と、各院所の患者年齢構成割合を比較しました。



### ●法人内各院所別3km圏内医療需要の将来推計

上記のデータに国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)』を組み合わせ、将来の地域内医療需要推計を算出し上記と組み合わせ、各院所の中長期計画の作成に活用する取組を開始しました。



## <大腸がん健診の取り組み>

当院では健康友の会の患者様を中心に「捨てるうんこで拾う命」を合言葉に大腸がん健診（便潜血検査）を2009年よりすすめています。健診で便潜血陽性患者（問診陽性含む）には、電話にて精査おすすをを行い、他院精査も含めて追跡調査を行っています。2017年度は更に気軽に精査を行えるよう大腸CTも導入し、大腸がん早期発見に向けた活動を行っています。

集計結果は毎年友会の会報にて報告しています。

