

第18回日本医療バランスト・スコアカード研究学会 学術総会 延期のお知らせ

日本経済大学大学院 経営学研究科 教授
赤瀬朋秀

ニューズレターの誌面をお借りして、本年10月3日に開催を予定しておりました第18回日本医療バランスト・スコアカード研究学会学術総会の延期についてご報告申し上げます。

新型コロナウイルスの感染拡大により、2020年4月7日に東京、神奈川、埼玉、千葉、大阪、兵庫、福岡の7都府県に緊急事態宣言が出され、4月16日に対象を全国に拡大しました。5月25日には首都圏1都3県と北海道の緊急事態宣言が解除され、およそ1か月半ぶりに全国で解除されることになったことは記憶に新しいと思います。

しかしながら、同時に新しい生活様式が政府から発表され、身体的距離の確保が求められるなど、予断を許さない状況にあります。緊急事態宣言が解除されたあとでも、すでに一部の地域においてクラスターが発生するなど、第2波、第3波が来るリスクも完全に排除されたわけではありません。

このような状況を鑑み、学術総会を1年程度延期することを理事会にて決定させていただきました。実行委員会を中心に、鋭意準備を進めてまいりましたところではございますが、今年度の開催を見送ることになりましたのは、極めて残念であります。しかしながら、何よりも、新型コロナウイルス感染症を早期に収束させることの重要性を優先し、今回の決断に至ったものであります。

ご参加、ご発表の準備を進めてくださっていた皆様におかれましては、深くお詫びを申し上げますと同時に、ご理解を賜りたく宜しくお願い申し上げます。新たな会期に関しましては、決定次第速やかにホームページなどでお知らせをさせていただきます。1年後には皆様に安心してご参加いただけるよう、実行委員会一同準備を進めてまいりますので、引き続きよろしく願い申し上げます。

1. 今年度の予定

事務局長 梅井崇仁

2020年度の活動予定につきまして、新型コロナウイルスの影響により、例年5月～7月に開催しております、基礎理論講座、ワークショップは10月以降に開催を変更させていただきます。

以下、3月時点での開催予定となります。

10月3日(日)：~~第18回日本医療バランス・スコアカード研究学会学術総会~~
~~会場 日本経済大学東京渋谷キャンパス(レクチャーホール館)~~
来年度へ延期

10月下旬 : 基礎理論講座・フォーラム

11月下旬 : ワークショップ

詳細が決まり次第、ホームページ上にてお知らせいたします。

2. 投稿論文募集について

雑誌編集委員会では、学会誌への投稿論文を募集しております。
詳細は、学会ホームページをご参照ください。

URL:<http://www.hbsc.jp>

3. 令和元年度 個人・賛助会費納入のお願い

令和元年度年会費のご案内をいたします。

年会費の納期は令和元年4月1日から令和2年年3月31日までとなります。

年会費 個人正会員：10,000円

賛助会員 :100,000 円(一口)

4. その他

新規会員の入会について

本学会では新年度を迎え、会員の皆様方から新規会員のご推薦をお待ちしております。入会手続きについてはホームページに詳細が載っておりますので、ご確認ください。

ホームページについて

学術総会やワークショップについて、また各種手続きについて最新の情報を掲載しております。会員の皆様は、ご確認ください。

アドレス <http://http://www.hbsc.jp/>

連載企画 「BSCは医療機関にどのような効果をもたらしたのか」

医療法人 香徳会
理事長補佐 兼 人事公室長
山中ひろみ

1. プロフィール

私は看護師免許を取得してから1995年まで17年間、岐阜市民病院で看護業務を行ってきました。その年の4月に当時の西尾病院に就職し、翌年、現在の場所で病院名も関中央病院と変更し新築移転しました。私の役職も看護部長となり、活動してきました。中小規模の病院ですので、病院の目標管理や経営管理、教育管理など多方面で対応してきました。

BSCを使った病院経営管理については、関中央病院となって10年目となった頃です。その後、理事および副院長兼看護部長の役職をいただき私なりに活動し退任いたしました。昨年より理事長補佐兼人事公室長を拝命し、医療法人香徳会本部として活動しております。今回、BSCに取り組み活動してきた経験は、関中央病院および併設施設を運用するために活動してきた内容をまとめたものです。

※施設紹介

1884年創設の西尾病院が経営主体の変更を機に、1996年に関中央病院として現在の住所に新築移転しました。当時は内科・外科・整形外科150床の急性期病院でしたが、現在は慢性期回復期病院となり地域包括ケア病棟50床、回復期リハビリテーション病棟50床、療養病棟50床を運用しています。併設施設として、介護老人保健施設「太陽苑」(入所50床、通所30名)、グループホーム「あさひ」(入所18床)、あさひデイサービス(20名)、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、短時間通所リハビリテーションと6つの介護系施設を運用しています。また、2016年に病院のすぐ隣に新たに社会福祉法人を立ち上げ、特別養護老人ホーム「せきこもれび」(100床全個室)を創設しています。

2. BSCを導入したきっかけ、その後の経緯

当院のBSC導入は、齊藤雅也前院長のトップダウンで始まりました。病院マネジメントに常に関心を持っていた前院長がBSCに興味をもち、情報収集され、2004年9月に学会主催の北米の病院BSC視察ツアーに参加されました。帰国後幹部を集められ、2005年4月からBSCを使った病院運営を始めると宣言されました。病院長の方針が示されたことを受け、成書を購入し学習を始めました。また、三重県病院事業庁がBSCを使って県立3病院の運営をして良い成果がでたと報告をしていたことを知り、講習会への参加、三重県立病院の情報収集をした結果、当院では職員満足度調査などの管理データが少ないことに気づき、総務課と医事課の協力を得て必要な管理データをつくっていきました。

連載企画 「BSCは医療機関にどのような効果をもたらしたのか」

当初は「戦略目標」、「戦略マップ」、「スコアカード」など初めて聞く言葉だらけで、何がバランスなのかの意味も全く理解できませんでしたが、私は看護部長 兼 病院管理部長という立場にあり、前院長からはBSC 推進を任されていたので、最初に主任級以上の管理職30人に対するBSC 教育・研修を企画しました。初めてのBSC 勉強会として、管理職を財務の視点グループ、顧客の視点グループ、内部プロセスの視点グループ、学習と成長の視点グループの4つに分け、グループ毎の研修会を行いました。しながら、この形では4つの視点が分断されることとなり、中止しました。試行錯誤を繰り返し、徐々にBSC の知識を深めていきました。結局はBSC の理解が不十分なまま2005年4月にBSC をスタートさせました。当時、前院長が医療人の本分として、学習と成長を重要視すべき、財務は結果であるとの認識を示されたため、最初のBSC 戦略マップは、学習と成長の視点が一番上にあり、顧客の視点、業務の視点、財務の視点とばらばらでしたし、スコアカードの項目設定も戦略目標が不明瞭な形で作成していました。

とりあえず、形を作りスタートさせました。その年に第3回日本医療BSC 学会学術総会が熊本で開催され、院長がBSC を始めたという報告をしました。学会の場で、フロアから通常の業務目標と戦略目標を混同しているとの指摘を受けました。前院長は、走りながら考え、考えながら走っていこうという方針を示され、毎年当院の幹部がBSC 学会で報告すること、BSC 運用の学習と成長のために学会を利用することを目標とされました。いろいろな勉強会を行いつつ、私自身も学びの場を求めて活動していきました。2007年に名古屋でBSC の勉強会に出席したところ、或る公立病院看護部にBSC の指導をしておられる先生の講演を聴講する機会がありました。非常に分かりやすい内容であったので、その先生を招聘し当院で2回にわたって勉強会を開催しました。これを契機によりやくBSC の展開方法が分かり、管理職が丸となって取り組めるようになりました。

しかしながら、戦略マップの4つの視点間での関連が不明瞭なもの、スコアカード作成に際し、百花繚乱的に多くの戦略目標を並べ、CSF、KPIの違いが不明なまま、無理なアクションプランを記載する傾向が依然としてみられました。戦略マップで4つの視点間の関連性をしっかり確認すること、スコアカードの各視点の戦略目標は、まず1個にして横展開していくこと、前院長は何度もこの点を指摘され、学会報告の前に改めて管理職全員で検討することを繰り返していきました。また、2013年に前院長の発案で、当院でHBSC 学会のワークショップを行うことになりました。前院長が指名した12人(副院長、事務長、総務課長、看護師長、薬剤科長など多職種を含めた幹部)が参加、2日間のワークショップで、「目からウロコが落ちた。」と初めてBSC を理解したというスタッフもいて、当院BSC のブラッシュ・アップを図る良い機会となりました。

連載企画 「BSCは医療機関にどのような効果をもたらしたのか」

3. BSC 導入において難しかった点について

多くの医療従事者にとって、ビジョン実現のための「戦略」策定を考える力をつけていくこと、戦術ではなくて戦略をつくるという「感覚」を向上させていくことが大変難しく、苦勞しました。

4. BSC の運用におけるメリット・デメリットについて

メリットは、ビジョン実現のための戦略目標をグループで考え、それを実現するために4つの視点間の関連に時間をかけてじっくりと練りこみ、スコアカードでの各視点の戦略目標実現のためにアクションプラン、KPIを落とし込んでいき、それを実践していけば成果を皆で共有できることでしょう。デメリットは、そのレベルに到達するのに時間がかかるマネジメント・ツールであるということです。臨床現場にいる多くの医療従事者にとって、BSC 活動にだけ特化することは困難です。

あと、ファシリテーターの育成は、BSC 活動を継続するために必要不可欠だと思います。BSC のメリットを実感するためには、走りながら考え、考えながら走っていく幹部のエネルギー、スタッフ間でのブレイン・ストーミング的なコミュニケーション力、そしてぶれないリーダーシップが必要です。

5. 当院のBSC の特徴について

BSC もどきから真のBSC を創れるようになるまでにとても時間がかかったことが当院の特徴でしょう。当初は、挫折する予感もありましたが、やりかけたことはやりきる力が管理職全員にあったと思います。これまで、前院長の方針、私の企画で多くの学習の機会、学会活動を利用してきました。学会活動といえば、当院のように2005年の第3回BSC 学会学術総会で初めてBSC 活動を報告し、その後毎年病院のBSC について発表し続けている施設は少ないのではないのでしょうか。当初は拙劣なものが多かったのですが、学会報告を重ねることによって改めてBSC を考え、実践する良い機会となり、学会参加によって学ぶことも多かったです。

また、2009年の第7回学術総会から一般演題の中から優秀演題賞が選ばれるようになりました。この年は、当院の診療技術部長が選ばれ、翌年の第8回学術総会では私が表彰されました。前院長は、「院内感染をゼロにする」という戦略目標をたて成果をだした当院ICTのBSC を英文ポスターにして2016年の台湾医療BSC 学会で報告、第3位の表彰を受けています。振り返れば、当院で最もBSC 活動に時間をかけておられたと思われる。

連載企画 「BSCは医療機関にどのような効果をもたらしたのか」

6. BSC 導入はあなたの病院にどのような結果をもたらしたかについて

BSC を導入して15年が経過しますが、やはり病院も経営という視点で物事を見なければならぬことに早く気づけた点良かったと思っています。私が看護部長になったころは、まだそれほど経営意識が無くても病院運営は可能な時代でした。しかしながら現在では高齢化社会の進展、患者さんの権利意識の向上、医師確保問題、働き方改革、診療報酬の実質的な低減、地域医療構想による国の病床削減計画など、病院の経営環境は益々厳しくなっています。

当院には、2014年に危機的状況がありました。それまで多くの手術をこなしてきた整形外科医が開業のため退職することになったのですが、後任の常勤整形外科医の雇用ができず、入院患者が減少し財務的には赤字に転落することが見えてきました。我々が考えた対策は、「地域から信頼される回復期リハビリテーション病棟を創る」という戦略目標をたて、BSC を使って現有スタッフのマンパワーで、一般病棟を回復期リハビリテーション病棟に転換することでした。関係スタッフが集まり、改めて回復期リハビリテーション病棟の意義、地域におけるニーズを検討し、職種を超えてリハビリの実践について学び、リハビリの効率的実践プロセスを検討し、患者さんのADLを必ずFIMスコアで評価するというシステムを作りました。財務の視点での成果をスタッフ間で共有するのに2年かかりましたが、達成感を共有できました。多くのスタッフがBSC の運用に慣れてきたことが、成果に繋がったのだと思います。

病院の経営環境が厳しくなるなか、全スタッフが経営戦略を考え、患者さんに安心、安全、信頼できる医療を提供し、スタッフも医療人としてのやりがい、働きがいを感じる職場づくりと、組織としての継続性を担保していくために、BSC は有用なマネジメント・ツールだと考えています。