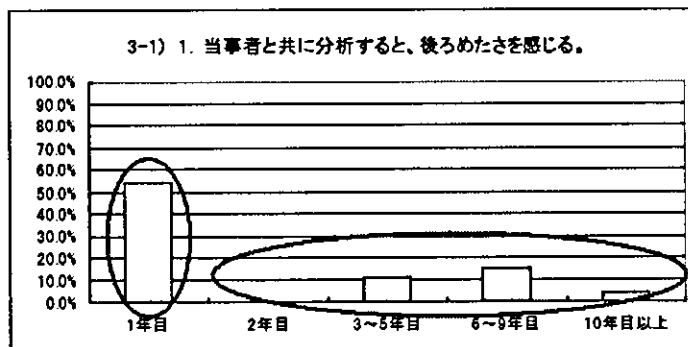


■ 低かったところ

- 4-1) 1. 分析後のPFC活用方法
- 4-1) 2. 重点指向
- 4-1) 3. 今後の活用方法(作成したPFCを病棟標準にする)



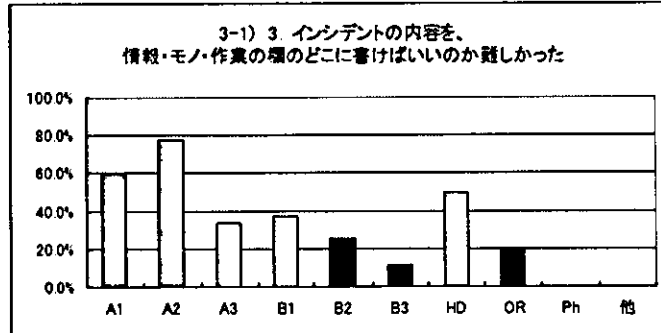
▶ 経験年数による違い



経験年数	1年目	2年目	3~5年目	6~9年目	10年目以上
チェックしていない	5	6	16	11	23
チェックした	6	0	2	2	1
合計	11	6	18	13	24
割合	54.5%	0.0%	11.1%	15.4%	4.2%



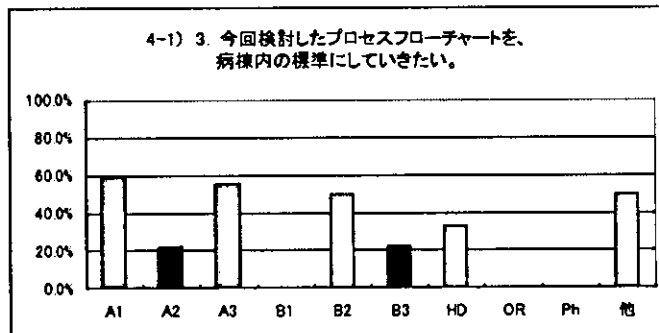
▶ 所属による違い(1)



所属	A1	A2	A3	B1	B2	B3	HD	OR	Ph	他
チェックしていない	4	2	6	5	6	8	3	4	6	2
チェックした	6	7	3	3	2	1	3	1	0	0
合計	10	9	9	8	8	9	6	5	6	2
%表示	60.0%	77.8%	33.3%	37.5%	25.0%	11.1%	50.0%	20.0%	0.0%	0.0%



▶ 所属による違い(2)



所属	A1	A2	A3	B1	B2	B3	HD	OR	Ph	他
チェックしていない	4	7	4	8	4	7	4	5	6	1
チェックした	6	2	5	0	4	2	2	0	0	1
合計	10	9	9	8	8	9	6	5	6	2
%表示	60.0%	22.2%	55.6%	0.0%	50.0%	22.2%	33.3%	0.0%	0.0%	50.0%



- ▶ 今回の看護教育プログラムについて
  - 進め方
    - ↳ 事例を絞る
    - ↳ Drも参加する
    - ↳ モデル図を描いてからPFCを作成したほうが良い
- ▶ 今後の看護教育について
  - 検査について
    - ↳ 誰が、いつ、どのように教えるか、独学なのか。
- ▶ インシデントフォーマットについて
  - モデル図のフォーマット
    - ↳ 複数人が関係したインシデントでも書きやすいもの



- ▶ 全体的に
  - PFCよりモデル図のほうが理解されていた
  - 所属や経験年数であまり違いが見られなかった
- ▶ 質問項目を見て
  - 自部門と他部門との関係性が理解された
  - 当事者を含めた分析は  
経験年数により抵抗感がなくなる
  - 方法論の理解が難しかった
    - ↳ モデル図の情報・モノ・作業の区別
    - ↳ プロセス図の記述レベル
  - 実際に日常業務に活かせるのか?
    - ↳ インシデント分析後のPFCの活用が難しかった



## ▶ アンケート, やってみてわかった今後の課題

## ■ 分析の方法論

- ↳ インシデントフォーマットの変更の検討
- ↳ 重点指向のやり方

## ■ 教育内容

- ↳ プログラムの順番
- ↳ インシデント事例の選定
- ↳ 運営方法
  - 参加メンバー
  - 議論の形式
  - 時間

## ■ 教育体制

- ↳ 継続的, 系統的な教育
- ↳ 当院への組み込み



このアンケート結果からわかるように, いくつかの改善点はあるものの, かなり有効な教育モジュールであることがわかる. 次年度では, スライドの今後の課題に挙げられた点を改善し, 理解度が向上するか, 検証する必要がある.

### 4.3 病院感染の防止プロセスの教育モジュール

本節では、麻生飯塚病院における病院感染防止プロセスの教育の現状、開発した教育モジュール、実施結果について報告する。

#### 4.3.1 教育に関する現状

一般に、感染管理教育により病院感染を減少させるとの報告があり、その有効性は証明されている。しかしながら、医療従事者に対する病院感染教育はあまり行われてこなかった。つまり、従来の伝染病対策が中心であり、現在問題となっているような事項に関しては、あまり注目されなかったようである。これは、標準予防策に関する問題が、平成 14 年度の看護師試験で初めて出題されたことから伺える。このように、病院感染対策に関する内容は必ずしも一般的なものではない。

麻生飯塚病院における病院感染に関する教育の問題として、系統的で計画的な教育がなされていないことが挙げられる。しかし、教育を行う際に、看護学校など医療従事者に対する教育機関では感染に関する教育が行われてこなかったこともあり、病院内で教育が行える人材も不足している。そこで病棟の感染管理担当者であるリンクナースを対象に、知識の習得を目的とした、院内教育システムの構築を行うこととした。

#### 4.3.2 教育システムの構築

##### (1)教育システムの概要

教育のシステムを構築するにあたり、文献[2][3][4]をもとにその大まかな流れを PDCA の改善のサイクルに対応付けてまとめた。これを補助資料に示す。そして、現在行われている講習の問題点を検討した。

##### ①教育計画の作成と目的と目標の設定(Plan)

一般に教育の内容は ICT のメンバーが講義内容を決めている。しかし、その内容が真に受講者のニーズに沿ったものかは明確となっていない。教育計画を作成する際には、教育科目の系統化が行われており、講義を行う側と受講する側双方にとって、何が問題なのか、事前に調査を行うことが望ましいと考えられる。方法の例として、事前テストが考えられる。その際には、講義を主催する側と受講側の認識のずれを把握する必要があると考えられる。すなわち、主催者側が重要であり、理解する必要があると考えていることでも、受講者が講義の必要性を感じていない場合は、まずその重要性を認識させることから始めないといけないと考えられる。そして、講習を受けたならば、ただ知識を習得するだけでなく、実践が伴わなければ意味がない。そして、実践されたならば、それを他のスタッフへと指導することが望ましい。すなわち、講習の効果は、重要性の認識、知識の取得、習得した知識の実践、他スタッフへの指導という 4 つの段階にわけて考える必要があると考えられる。したがって、教育の系統化を行う際には意識・知識・実践・指導という側面から、それぞれまとめる必要があると考えられる。また、教育科目を系統的にまとめる際には、どのレベルまで展開すべきかが問題になる。おおまかであると曖昧であり、具体的にすると項目が非常に多くなる。講義内容をもとに作成中の系統表を補助資料に示す。今後は、これを以上のように分類していくことを考えている。

##### ②講義の実施(Do)

一般に講義は、講義形式で行われている。しかし、講義だけでは実践・指導という側面

に対する効果があるとは考えにくく、場合によっては知識の習得意欲を妨げることも考えられる。そこで、実践面を重視した、演習形式の講義も必要であろうと考えられる。

### ③効果の把握(Check)

現状では、具体的な効果の把握方法は検討されていない。したがって、まず教育科目の系統化を行い、把握する項目を決定する必要がある。効果の把握には、意識・知識・実践・指導に加え、講義自体の評価も必要である。知識に関しては、問題の難易度が問題となる。全員が最低限知っていないといけないという100点以外はだめなテストは難易度が低くなる。逆に、誰かに指導を行うということであればより深い知識が必要となるため難易度が高くなる。この使い分け方法を検討する必要がある。

### ④受講者へのフィードバックと講義内容の改善(Action)

講義の結果を受講者へフィードバックすることが必要であると考えられるが、何をフィードバックするのが決められていない。また、受講者から講義内容についての講義者に対する評価も行われていない。受講者だけでなく講義者側も含めて、評価方法を決めていく必要がある。講義の成果は、ある種の通知表の形式でまとめることが望ましいと考えられるので、今後の検討課題である。

以上の流れに沿って考案した教育システムの概要を図4.1に示す。

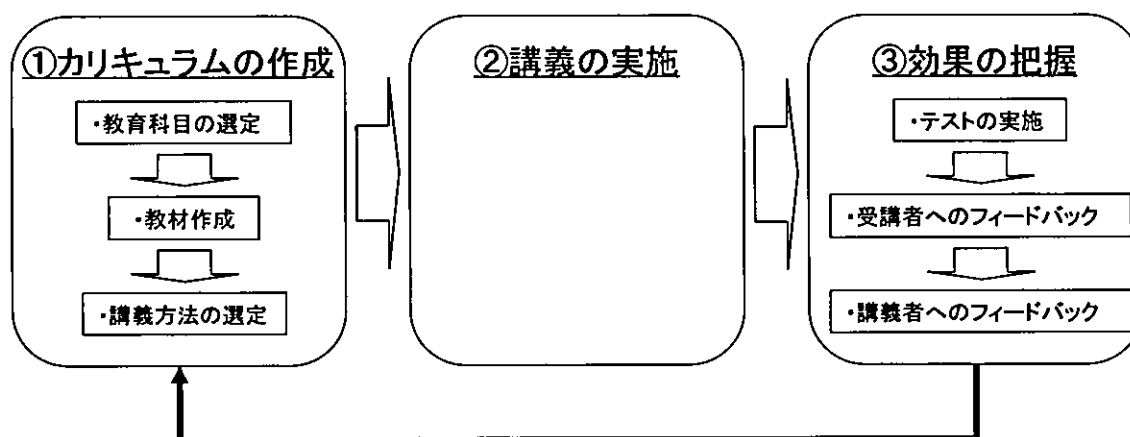


図4.1 教育のシステムの概要

また、文献などをもとに各段階の具体的な内容、そしてその方法を表4.2のように考えた。

表 4.2 教育システムの段階とその内容, 方法

段階	内容	方法
計画	教育科目の系統化	
	受講者のニーズの事前調査	サーベイランス、アンケート、テスト 観察、グループ討議 看護記録、インシデントレポート
	講義対象の選定	事前調査の結果をもとに作成
	目標や目的を設定する	
	目標を明確にする	
	場所を決める	
	講習内容を企画する	
	講義形式を決める	
実施	教材の選定	
	講義の実施	
効果の確認	効果を比較する	アンケート
		テスト
		レポート
		面接
		上司による評価
改善	教育プログラム自体を改善する	

(2)カリキュラムの作成

一般的に病院感染の教育に用いられるテキストは、理論的なものが多く実践的なものが少ないという問題がある。そこで、現場の看護師が実務を行うために知っておくべきと思われる事項を13にまとめ、それぞれについてパワーポイントを用いて教育用の資料を作成した。これは、院内で掲示され、病棟での講習会にも利用できるようにした。

また、講義方法に関して、聞くだけの講義による記憶の保持力は20%であり、議論を行ったり、実際に行う講義のものは90%であるといわれている。これを表4.3に示す[5]。

表 4.3 学習のモードとその知識の定着率, 媒体, 方法

学習のモード	知識の定着率	媒体	方法
読解	10%	・リーフレット ・本	・自己学習
聞き取り	20%	・オーディオテープ ・電話	・師長・主任クラスの人 ・特定委員会メンバーなどによる
観察	30%	・サイレントフィルム ・写真 ・絵 ・ポスター	・デモンストレーション ・自己学習
視聴	50%	・映画 ・TV ・ビデオ ・スライド	・講義 ・デモンストレーション
観察と発表	70%	・オーディオビジュアルメディア	・グループディスカッション ・個人指導 ・デモンストレーション ・デモンストレーション
発表と実施	90%	・双方向メディア	・ゲーム ・ロールプレイ

また、講義の形式ごとに、講演者の役割、その長所・制約が表4.4のようにまとめられている。病院での教育というと、一般的には講義が中心である。ワークショップとして、

グループ討議，個人指導というものが行われることもあるが，表 4.3 のような知識の定着率も考慮すると，デモンストレーション，シミュレーション，ロールプレイといった形式の講義を行うことが望ましい。そこで，可能な講義には，実演，ゲームといった形式の講義を取り入れることとした。

表 4.4 講義の形式とその内容

方法	講義者の役割	長所	制約
講義	講義を行う	費用が効率的 大人数を相手にできる	個人に焦点をあてていない
グループ討議	議論の補助や、議論の的を絞る	アイデアや考えを共有できる	発言できない人がいたり、限られたメンバーだけが発言
個人指導	講義を行い、指導の方針を誘導する	個人のニーズや目標に合う	内容が高度に多様化する 限られたメンバーだけが対象
デモンストレーション	技術や行動をやってみせる	正しい技術や行動を 試写できる	小集団で行いはっきりと伝える ことが必要となる
シミュレーション	環境を設定する 施設のプロセスを設定する	安全な状況下で、実際の 状況が体験できる	コストがかかる
ロールプレイ	枠組みをデザインする	他人を見ることで理解が 促進される	誇張もしくは演技が粗雑
自己学習	パッケージをデザインする 個人個人にフィードバックを行う	自分でできる 対費用効果が高い	ずるずると引き延びる あらかじめ教養が必要とされる

また，時間の制約から，講義 1 回当たりの講習時間は，60 分とした。以上をもとに作成したカリキュラムを表 4.5 に示す。

表 4.5 作成したカリキュラム

講義名	講義方法	講義資料	時間	評価方法
・病院感染対策の基本 ・結核感染対策 ・院内肺炎対策 ・病院感染と微生物 ・病棟での感染対策 ・手術部位感染対策 ・尿路感染対策 ・小児、産科領域感染対策 ・抗菌薬の種類とその使い方	・講義	・スライド	・60分	・テスト
・消毒と滅菌	・講義 ・ゲーム形式の演習	・スライド ・作成ツール	・60分	・テスト
・手洗いと手指消毒	・講義 ・実習	・スライド ・グリッターバッグ	・60分	・テスト
・サーベイランス	・講義 ・演習	・スライド	・60分	・なし
・カテーテル感染	・講義	・スライド	・60分	・テスト

### (3)ゲーム形式の講義の実施

#### 1)教育ゲームの利用

表 4.3，表 4.4 で挙げられているとおり，知識の定着ということや，実際の行動ができるようになるという点では，シミュレーションやロールプレイという教育手段が有効であると考えられる。この，シミュレーションやロールプレイに該当すると思われる方法のひとつに，教育ゲームが存在する。



教育ゲームとは「研修の中に、ある種の模擬場面をつくりだし、その場면을体験させることによって、問題意識をかきたたせたり、必要な知識や技術を身につけさせる体験学習」とされている[6]。教育ゲームの例として、コミュニケーションゲーム、協働ゲームなどがある。これらは、専門的な知識を学ぶというよりはコミュニケーションなど日常における仕事を対象としている。一方、ブルウィップ効果という物流における専門的な知識を学習するために、「ピアゲーム」という教育ゲームも存在する。

感染管理に関する教育の問題点として、講義などでは知識を習得しても実践できない、その場では理解しても定着しないなどの問題がある。一方、一般的な病院では業務中に、実習などを行おうとしても、人員や時間などの不足など物理的な制約や、場合によっては対象が人になるために実施が困難である。そこで、講義の内容を補足し実践できるように教育ゲームを利用することを考えた。

## 2)消毒滅菌に関する教育ゲームの作成と実施

本研究では、教育ゲームの例として消毒滅菌を取り上げて、その作成と実施を行った。実施内容は以下のとおりである。

時間：60分(うち、30分をゲーム、30分を講習)

人員構成：1グループ4~5人

- ①各器具とそれに付着している細菌を設定
- ②それぞれに対し、使用する薬品名、濃度、浸漬時間を記入する
- ③代表に実際に消毒の動作を行ってもらう

教育ゲームを作成するにあたっては、まず習得しなければならない事項を整理した。これから、その実施を妨げる要因を抽出し、その組み合わせを作成することとした。本事例では、器具ごとに消毒滅菌のレベルを適切に選択できることが習得しなければならないことであり、それを混乱させる要因として、細菌が考えられた。また、レベル選択ができたならば、そのレベルの消毒方法を理解していることが重要であると考えられた。また、それらを理論としては把握していても、その実施が困難であるという問題が抽出された。

この効果を定量的に把握するのは困難であるが、講義形式では寝ている受講生が多いのに対し、消毒滅菌は皆にあまりなじみが無いような事項であるが、積極的に参加していたようであった。また、実際に行ってもらうことで、講義者も受講生のレベル、間違いやすい点などが把握できるという長所があった。しかし、予備知識がなさすぎると、話し合いにならなかつたり、話し合いに参加しない受講生も出てくると考えられる。また、時間が少々短かったことが今後の課題となると考えられる。

以上の実際に実施したことで得られた、教育ゲーム実施上の手順とその注意事項を表4.6にまとめた。

表 4.6 ゲーム形式の講義の実施手順と内容

ステップ	内容	ポイント
計画	対象の選定	危険因子の発生頻度で区別する
	教科目の系統	教育内容の系統化を行っておく
	講義計画の作成	対象を考慮し、講義と演習にかかる重みを調整する。 ・知識が少ない人は講義に重点をおく ・ある程度知識のある人は実習に重点を置く
	モデルの作成	問題となる場面のモデル化を行う ①危険因子の抽出 ②危険因子に関わる具体的な要因の展開 ③危険因子に関わる具体的な要因を組み合わせ、場面を作成
	テストの作成	テストは2種類用意。到達目標にあわせて使い分ける。 講義の達成度を把握した場合、目標と対応させる 他者に指導が出来るかまでを判断したい場合、発展的な内容も含む。
実施	問題点の抽出	事前に実際にやってみる。その際には、以下の点に注意する ・内容の妥当性 ・実施時間の検討 ・講義者が想定しない問題点の抽出
	講義の実施	・4/5人のグループごとで作業 ・実施の際には、失敗を許容する ・間違えたものを中心になぜ間違えたのかを議論する
効果の確認 改善	テストの作成の実施	

#### (4)効果の把握

効果の把握の方法として、講習最終日に試験を行いその成果を把握することとした。そして、受講者、全体それぞれについて、科目ごと、問題別で点数を集計し、弱点を分析することとした。

また、受講者の各講義に対する意識面における重要性の認識の変化を把握するために、一対比較法を用いて評価を行うこととした。この結果は、受講者と講義者にフィードバックし、弱点の把握やカリキュラムの改善に利用することとした。

この手法を用いて実際に調査を行った結果、個人では適切とはいえないが、集団を対象とすれば、この方法で重要性の評価が可能であると考えられた。ここでは、実施上の問題点について述べる。

##### a)分析できるサンプルが少ない

今回アンケートの対象は21名であったが、分析可能なものは11名でありおよそ半分しかいなかった。分析不可能なものとは回答が不完全なものと回答が適当であるものである。回答が不完全なものは、多くが書き忘れによるものと推測された。また、回答が適当であるものは、全部同一の答えであったり、記入方法を理解していないと思われるものであった。今後の実施上の問題点として、

- ・評価項目数の絞込み
  - ・アンケート票の見易さ
- などの改善点が挙げられる。

##### b)整合性が低い

分析が可能なサンプルも、整合性が低いものが多数存在した。整合性が低い原因として、比較対象とした単語の分類が適切でないこと、意味がわかっていないということが挙げられる。したがって、より具体的に比較項目を明示する必要があると考えられる。

今回考案した調査方法では、整合性の低さより、個人個人で意識面の効果を把握するのは難しいと考えられる。したがって、テスト結果などとあわせて個人単位で意識面のフィ

ードバックを行うことは難しい。しかし、適切な層別を行い、集団で一対比較法を適用することで、整合性は高くなった。これより、集団での比較は可能であると考えられる。今後は、アンケート票を改善し、この手法を別の講習の際に適用し、使用上の問題点を改善していくことが必要であると考えられる。

#### 4.3.3 講習システムの効果

講習終了後には、当初の目標の通り ICT メンバーの代わりに院内で感染に関する講義を行っているメンバーが育成された。また、講習の効果を把握するために、講習終了後に、テストを行った。この結果を図 4.2 に示す。これより、講習前との比較はできないものの、おおむね目標は達成できたと考えられる。また、特に講習終了後に講師となった人は全体と比較して正答率が高いことが見受けられる。一方、全体的に看護師が知っておくべきことではあるが、どちらかというとなりに難しいものや、病棟によって関係が無いものは、正答率が低いようであった。今後は、各病棟で必要とされる科目を、病棟の一般看護師に対して教育を行っていくことが重要であると考えられる。

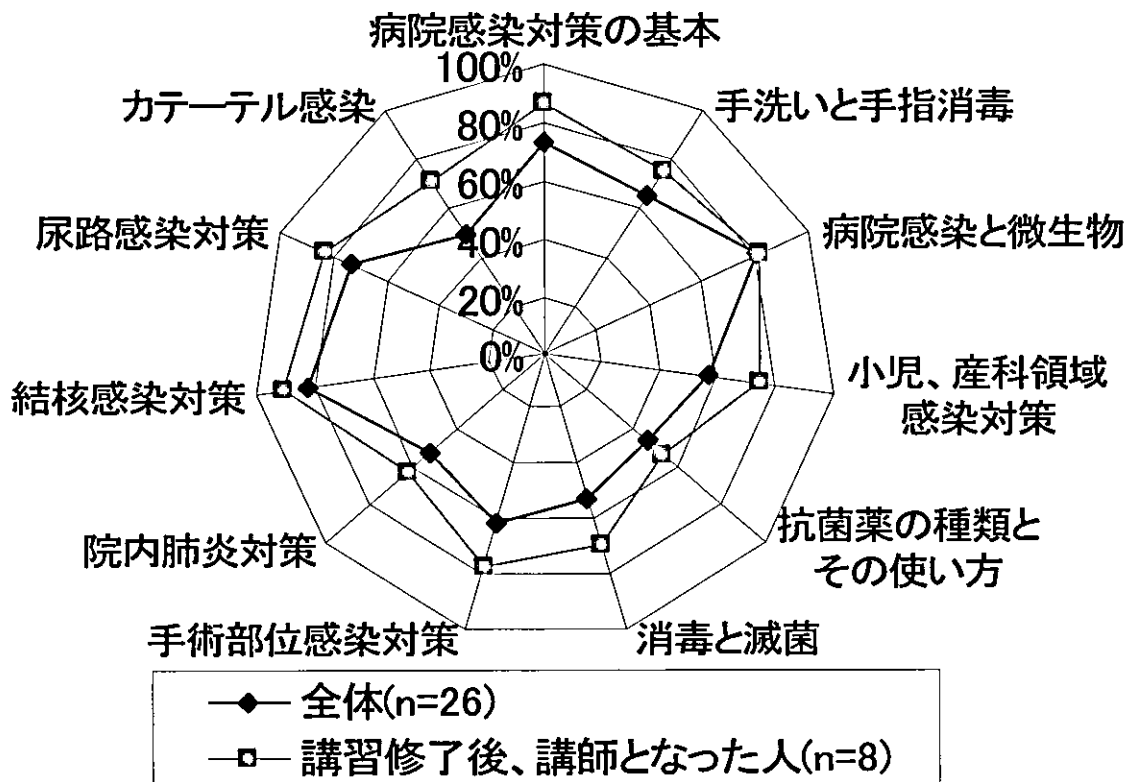


図 4.2 科目別点数

さらに、各講義科目に対する重要性のアンケートを行い、それを試験の点数とでマトリクス図に表したものが図 4.3 である。

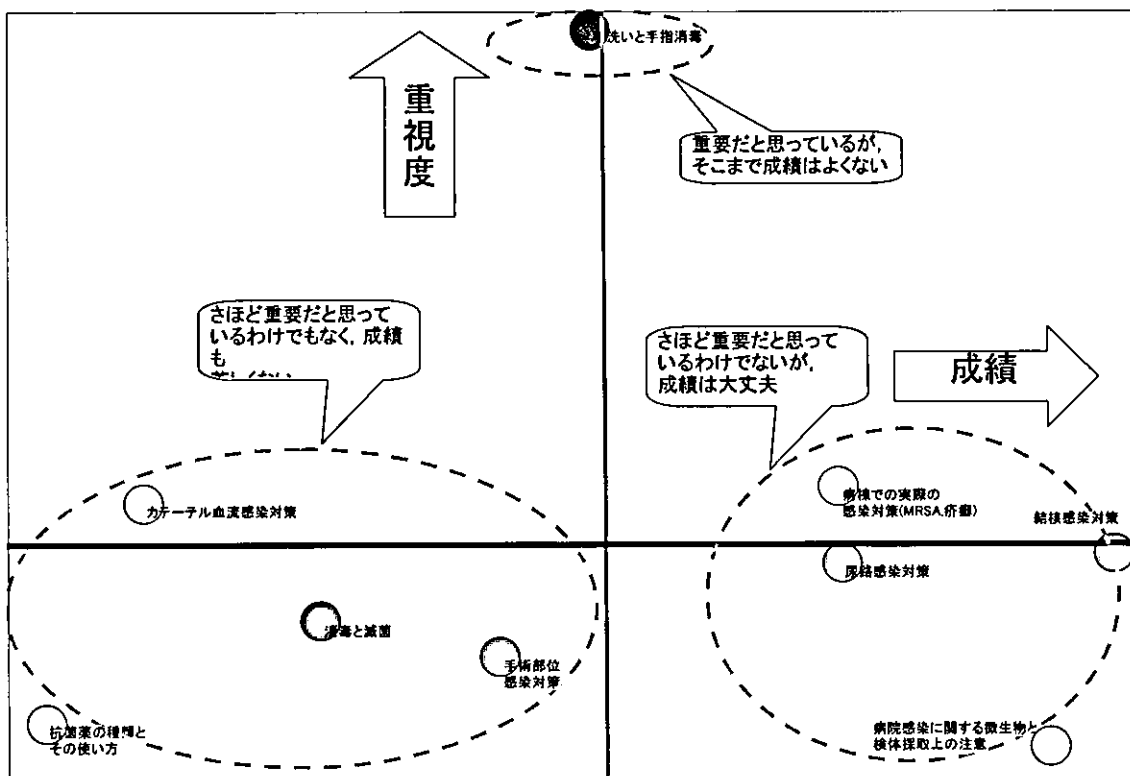


図 4.3 成績-意識マトリクス図

これより、手洗いは圧倒的に重要性の認識が高いものの、成績がそこまで良くないことがわかった。また、現在はカテーテル血流感染対策や手術部位感染対策は成績もあまりよくなく、重要性の認識も手術部位感染対策はとくに低いという認識があることがわかった。これらの病院感染は、死亡率が高いので、今後はこれらの意識付けや、知識付けをより充実させることが必要であると考えられる。

#### 4.3.4 総合演習としての QC 技法の教育と行動計画の立案

4.3.3 までで述べてきたことは、あくまで病院感染の教育である。これらは当然重要であるが、LN には実際に病院感染に関する行動計画立案ができるようになることが望ましい。これにより、ICT メンバーが何をすることも逐一指示を出すことが低減され、ICT メンバーは他の案件に着手できたり、中心的に活動を行っている人が何らかの都合でいなくなったときに機能が停止するという、ヒューマンリスクが低減されると考えられる。

このように、行動計画立案ができるようになることが望ましいが、そのようなことを教わることは通常ない。麻生飯塚病院では QC サークル活動が行われていることもあり、QC 技法、中でも、

- ①問題の全体像を把握するために親和図
- ②問題の解決手段をさぐるために系統図
- ③対策の実行計画をたてるために PDPC 法

の 3 技法に関して講習を実施した。この結果、活動計画案やすぐにでも実施可能な対策案が立案された。継続的な改善活動を行うには病院感染に関する教育だけでなく、このような教育も実施していくことが望ましいと考えられる。

#### 4章の参考文献

- [1] 上原鳴夫, 黒田幸清, 飯塚悦功, 棟近雅彦, 小柳津正彦(2003):「医療の質マネジメントシステム」, 日本規格協会.
- [2]内山力(2003):「人材育成のセオリー」, 同友館.
- [3]炭谷俊樹(2000):「第3の教育」, 角川書店.
- [4]平松陽一(2002):「教育研修の効果測定と評価のしかた」, インターワーク出版.
- [5]Susan B.Bastable:「Nurse as Educator」, Jones and Bartlett Publishers.
- [6]田中久夫:「教育研修ゲーム」, 日本経団連出版.

## 5.他病院での活動調査

本章では、医療機能評価の認定は受けているが、ISO9001 は導入していない麻生飯塚病院の QMS および質向上活動について調査した結果を述べる。

### 5.1 緒言

麻生飯塚病院では、1992 年より TQM 活動を実施している。以下、ここに 10 年間の活動を通して、麻生飯塚病院の TQM 活動について述べる。

麻生飯塚病院では、1918 年に「広く郡民のための良医を招き、治療投薬の万全をはからんとする」として開設された 1157 床の企業立病院である。1988 年に行動理念「積極性のある社員作りとお客様への満足」、1990 年に経営理念「WE DELIVER THE BEST」(まごころ医療、まごころサービス)、1992 年「TQM 活動」が提唱された。

医療の質の向上は、健全経営の基盤の上に成り立ち、さらに生きるためには変革が必要である。TQM の目標は「継続的な医療の質の向上」であり、目的は(1)患者第一主義、(2)まごころ医療・まごころサービスの実現、(3)病院の体質改善・発展に寄与、(4)人間性、創造性を重視し、生きがいのある明るい職場作りである。

現在の麻生飯塚病院経営者は「日本一のまごころ病院を、この筑豊から発信しよう！」と、最近ではイントラネットと通じてさまざまなメッセージを職員に発信している。

### 5.2 リーダーシップと組織化

1984 年、TQM 導入以前の麻生飯塚病院で、外部のコンサルタント会社の指導を受け、看護部の 3 部署 6 サークルで QC サークル活動を行った。「ベッドサイドケアの充実」や「物品管理」に取り組み、品質管理への意識づけなどある程度の成果は得られたが、他部署・他部門への浸透は果たせないまま、2、3 年で消滅してしまった。

そして、1992 年、麻生飯塚病院の母体である株式会社麻生の麻生泰代表取締役社長のトップダウンで TQM 導入が決定された。TQM 委員長には副委員長が任命され、図 5.1 に示すように病院挙げて組織化が進められた。

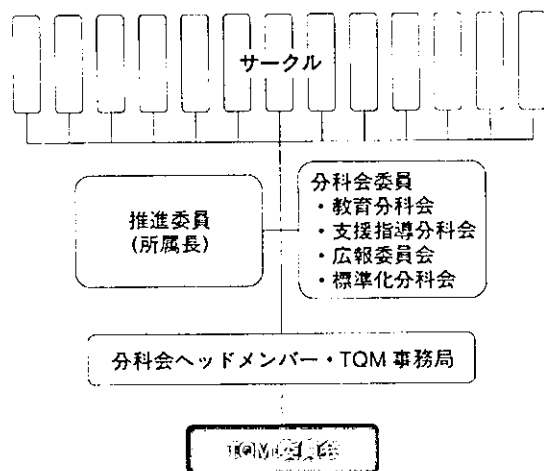


図 5.1 麻生飯塚病院の TQM 組織図

この 2 つの活動を経験した職員は、ボトムアップだけに頼っても発展できず、強力なり

リーダーシップが必要だと実感した。米国での医療の質改善活動でも「最高責任者やその他の経営トップが主導した病院は、もっとも大きな成功を収め、高位のリーダーがいなかった病院は大きな挫折を味わう結果となった」と報告されている。

また、麻生飯塚病院ではこれらの企画経営は、企画管理課が担っている。TQM 活動の成功の鍵の一つは、自発的な活動を促す環境を整えることと、そうした活動に対してさまざまな支援を惜しまないことであると思う。

### 5.3 教育の重要性

1983年に外部講師により「リーダーシップ研修会」を、全職種のリーダークラスを対象に2泊3日の日程で行った。この研修のねらいは、部下や上司の評価をもとに、リーダーとしての自己の行動様式を客観的に捉え、今後のリーダーとして望ましい自分を見つけることであった。

その後、前途の麻生の行動理念「積極性ある社員作りとお客様への満足」のもと、全職員が研修を受け、グループワークなどを通して自己改革や顧客満足について考える機会が得られた。これらの研修によって、職員の意識改革の下地が培われた。

TQM 活動の開始に際し、外部のコンサルタント会社教育を委託して、トップ研修をはじめ推進委員（部署の所属長）やリーダーたちの教育を行い、各部署でモデルサークルを結成した。さらに、推進委員と若手リーダーからなる各分科会委員が、それぞれの役割分担に沿って職員のサークル活動に必要な教育やコンサルタント、レビューを実施した。

図 5.2 は、現在の TQM 活動スケジュールと教育スケジュールである。数年前より、この年間スケジュールに沿って実施されている。看護部では毎年 60 名前後の退職・採用があり、各部署では 7, 8 名の看護師の移動がある。サークルメンバーは固定せず、メンバーチェンジしながら、新たなテーマに取り組んでいる。そのため QC 手法等の教育は必然的に継続して行っている。このサークル活動では、リーダー研修からプレゼンテーション技術の習得まで系統的に学べるように計画されている。

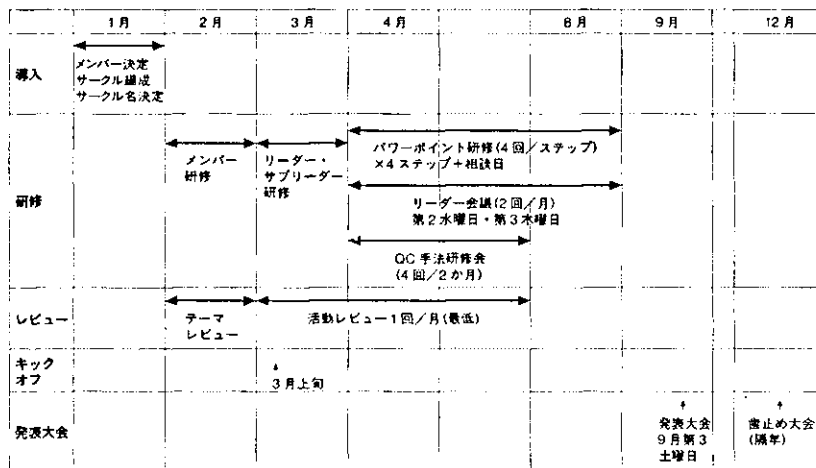


図 5.2 TQM 活動スケジュール

### 5.4 トップの参加

管理者には、質をコントロールする責任があるが、看護においても問題意識を常に持ち、

自分の看護観と照らし合わせ矛盾点を明らかにし、質改善の姿勢を部署内外に示すことが必要と考える。そのため部署の所属長は、推進委員を任せられ、TQM 活動と何らかの関わりを持っている。また、QC 活動発表大会では、講評や審査を輪番で担うため、自らの TQM に関する知識・技能のブラッシュアップを求められることになる。

TQM を医療の質向上のためのツールの一つと考える麻生飯塚病院では TQM 以外にもいろいろな形で改善活動を実践している。例えば、2002 年に行われた第 11 回 TQM 発表大会では、TQM 以外の改善活動に関するゲスト発表として、クリニカルパス委員会の参加を得て、その委員長である院長自らが行った。管理者自らの発表で職員の士気が大いに盛り上がった。

また、麻生社長は、TQM 発表大会には毎回参加し、精力的に会場を回り、質問をして、発表を盛り上げているように見受けられる。発表者にとって、質問が 1 つもこないのは「テーマに対して関心をもってもらえないのでは」と大変寂しく感じるものである。そんな中で、社長自らの質問回数が多いのは誰もが認めるところであり、TQM に対する情熱が筆者たち職員にも伝わってくる。

## 5.5 部門横断チームの活躍

部門を横断した委員会活動やワーキンググループが、TQM 活動に参加するケースも目立ってきた。筆者は、院内の MRM (Medical Risk Management) 委員会に属している。また、日本で始まった NDP (National Demonstration Program) の活動に 2000 年から麻生飯塚病院も参加し、誤薬防止に関して早稲田大学理工学部の棟近雅彦研究室と麻生飯塚病院の MRM 委員会が協働してエラー防止に取り組み、その成果を徐々に上げつつある。

今年度は「インシデントレポートの提出件数をふやす」のテーマで MRM 委員会も参加した。メンバーは医師 8 名、看護師 2 名、コ・メディカル 1 名、事務系 4 名のチームであったが、TQM 発表大会での発表は部長である医師が行った。幸いにも優秀賞をいただき、苦勞と達成感をメンバーが共有することで、コミュニケーションの大切な場につながっている。

医療はチームで行われ、さまざまなプロセスに医師やコ・メディカルなどの専門職、部門が関わっているため、組織横断的サークル活動は、その影響も大きく、効果も大変大きい。

## 5.6 発表内容から現場の改善へ

またあるときの TQM 発表大会で、安全衛生委員会が研修医の針刺しが多いことに注目して、「針刺し事故防止」に「取り組み、研修医が発表した。その要因解析で「針捨てボックスが不足している病棟がある」ことが挙げられていた。そこで看護部では、その翌日すぐ、ボックスが不足している病棟は充足するように手配した。その後、MRM 委員会の委員長 (外科部長が兼任) より、針の破棄ボックスの使用状況などの調査依頼があり、看護部ではすぐに対応した結果を報告することができた。

この安全衛生委員会の取り組みは、発表大会での審査結果こそ必ずしも高い評価ではなかったが、その発表により、針刺し自己について全病院での見直しが進んだことから、現場での問題意識に訴えたテーマを設定した意義は大きく、今後更に成果が得られると推測



できた。

1999年には、TQM発表大会で、ある病棟が取り組んだ「ナースキャップは必要なの？」の結果が、全病棟でのキャップ廃止をもたらした。このように、発表結果が病院の改善に好影響を与えることはチームに充実感をもたらす。また、こうしたことは、それを受け入れる風土が育っていることが重要で、それも麻生飯塚病院の強みとなっている。データを明示し、関係者を納得させ、改善につなげる経験は、取り組みの成果を実感でき、自信をもって次のチャレンジへの意欲にもつながるのである。

各現場では、TQM活動と大仰に構えるのではなく、いつまでも手軽に身近にある困った問題を、QC手法を活用しPDCAサイクルに沿って改善活動が行えるようになってきた。今では、日常業務の中で「じゃ、まず、現状把握のために、〇〇のデータを取ってみよう」という会話がごく自然に交わされている。

## 5.7 与薬事故の分析

### 5.7.1 POAMによる与薬事故分析

与薬事故のほぼ全例についてPOAMを用いて分析し、与薬プロセスの改善に取り組んでいる。一例として、ワーファリン2錠を14時に与薬する予定が与薬しなかった事故を取り上げる。

分析の結果、情報伝達に問題があることがわかり、プロジェクトチーム(医師・薬剤師・看護師各2名、情報システム室1名)を結成し、PCでオーダーするシステムとした。その結果、検査結果の伝達や口頭指示、転記がなくなり、この類のエラーは激減した。ワーファリンの治療も個々の患者の状態を把握した治療が容易となった。

### 5.7.2 与薬カードの効果的な活用

内服薬を与薬カードに一回分ずつセットすることで、看護師の認知的負担を軽くした。定期薬に関しては、全21病棟の約半数の病棟は薬剤部でセット後に病棟へ届けられるため、さらに看護師の負担が軽減された。しかし、水薬など冷蔵庫保管のものはセットできないため忘れることがあった。そこで「記憶の外化」を図り、水薬に替わるカードを入れることで、別所保管の与薬忘れは低減した。

さらには、与薬カードの運用を標準化し、患者の転棟時はセットしたボックスと空のボックスを交換し、ボックスの共有化で転棟時の薬に関する煩わしさとエラーを低減できた。

### 5.7.3 誤薬防止ハンドブックの作成と活用

POAMによる日々の分析で、徐々にプロセス指向の考え方が院内に浸透し、緻密な作業手順の統一や様々な工夫が可能になった。それらの新たなルールの周知徹底や教育にハンドブックは有用である。改訂後のアンケート調査では、現状の業務とハンドブックの手順が同じと回答している者が増加したが、これは標準作業が浸透してきたためと考えられる。エラーの発生状況も調査期間中の事故件数はほぼ同じであるが、ルールを定めたものは低減している。従来は、医師が勝手にローカルルールを作っていたが、最近では医師からハンドブック記載のルール変更の申し入れがあるなど、ハンドブック片手に医師・看護師間で一緒に検討する機会が出来てきた。

以上のように、工学的品質管理の手法を経験した事で、院内の大半の部門でプロセス管理への体質改善が進んでいる。

## 5.8 今後の計画

以上述べてきたように、病院と工学部門の共同研究という形で、麻生飯塚病院の質マネジメント活動で一定の成果が収められるようになってきた。特にプロセス管理、標準化、エラープルーフの考え方を取り入れることは有用である。

麻生飯塚病院では院長が質マネジメントに関してリーダーシップを発揮するとともに、質マネジメントの組織体制を整えている。それに加えて、管理師長が工学的アプローチを学びつつ質マネジメントを専門業務として遂行している。このような専門家を育成することが、医療の質保証を促進するために効果的である。

麻生飯塚病院では、これまで述べた質向上活動を行いながら、医療機能評価の認定も受けている。しかし、医療機能評価の弱点である継続的改善をさらに進めること、大規模病院であるためにより強固なQMSが必要であることを強く意識しており、来年度はISO9001による審査登録に挑戦する予定である。その際には、本研究のアウトプットである導入・推進の方法論を適用する予定である。

