

図 4-15 事故防止体制の全体像と簡単にできるニアミス報告

中島が提案する安全管理システムは、コンピュータによるデータベース化を基本として、分析、対策立案、実施を行う。また、各部署に RM を配置する、部門横断的な考え方、現場重視など本研究に共通する部分が多々ある。

このように、システムとして一貫した提案がなされている。しかし、具体的なシステム構築のための方法や、導入した事例などは記述されていない。そのため、この提案に沿って、医療機関が確実に安全管理活動を実践できるとは言いがたい。

また、今までに報告されている安全管理活動を調査した。その結果、レポートの収集方法や、対策の事例集、分析手法など様々なものがある。しかし、これらの報告は病院全体ではなく、部門ごとで行われたものや、安全管理システムの全体ではなく、『レポートイング』や『分析対策立案』など要素ごとでの活動、また、短期的に実施された活動であった。よって、医療機関全体として、安全管理システムの情報収集から対策実施まで一貫性のある例はない。そして、運用している医療機関において、システムが定着した例もない。

以上から、従来活動では実際の安全管理活動に結びついておらず、事故の減少という効果が得られていないのが現状である。

本研究では、情報収集から対策実施までの安全管理システムの流れを具体的に提示し、運用を行った。そして、提案した安全管理システムは、看護部や薬剤部など部門ごとでの運用ではなく、医療機関全体で運用されている。

また、提案する安全管理システムの流れは、具体的に示されており、要件も明確化した。この安全管理システムを用いることで、医療機関は安全管理活動において実施すべき事項を理解することができる。そして、その安全管理活動自体をスムーズに進めていくことが

できる。

実際に、水戸病院においては、2004年度10月より導入されており、導入した安全管理システムは日常業務として機能している。さらに本研究では、実際に業務プロセスを改善することにより、効果を確認した。

#### 4.5.3 今後の安全管理システム

医療機関で発生する事故に対応する体制には、大きく分けると事故の発生を防止する、事故防止に関する体制と、事故が発生した際に患者への対応や当事者への対応を行う、事故対応に関する体制に分けられる。さらに、事故防止に関する体制には、発生した事故を防止する是正処置と、事前に発生する事故を予測して未然に防止する予防処置の2つに分けられる。

##### 事故防止に関する体制

###### 是正処置

是正処置というものは、組織が不適合の再発を防止するために、要因を探求し除去する処置のことである。医療では、事故が発生した際に、レポートなどを用い事故情報を収集し、分析を行い、対策を立案、実行する一連の処置を指す。現在、多くの医療機関におけるレポートに基づいた事故防止活動はこれに当たる。

###### 予防処置

予防処置というものは、不適合が発生する前に、不適合を引き起こす潜在的な要因を探求し除去する処置のことである。医療では、厚生労働省の通達や他の医療機関が行った改善事例、レポートから推測される潜在的な要因などの情報が存在する。それらの情報に対し、分析、対策立案を行い実行する一連の処置を指す。転倒転落事故防止におけるアセスメントスコアを付け、危険性のある患者に対し未然に対策を立てる活動はこれに当たる。

##### 事故対応に関する体制

事故対応とは、院内で起きた事故に関して、患者への対応や2次災害の防止、事故状況の保存など、医療従事者が事故発生直後にすべき行為のことである。この対応方法は重大度別に定める必要があり、特に重大な事故が起きた際には、患者への適切な対処を行うことと、病院としての損失を最小限にすることが重要である。

本研究で提案した安全管理システムは、是正処置の部分に当たる。水戸病院においては、この是正処置に加え、予防処置と事故対応に関しても構築した。これらを含めた、水戸病院におけるセーフティマネジメント基準を付録に示す。

以下では、これら2つの体制について考察を述べる。

##### 4.5.3.1 事故防止に関する体制

前述した通り、是正処置とは発生した事故が、再発しないように処置を取ることであり、予防処置は事故が発生しないように処置を取ることである。このように両者の処置の考え

方は異なっている。しかし、その処置手順は両者とも、情報を収集し、分析を行い、対策を立案するというように同じ手順である。実際に、是正処置で用いられている FMEA という分析手法は、予防処置のための手法である。

異なる点として、是正処置の場合は、情報を収集すべき不適合がすでに特定されていて、その不適合の内容を確認することから始める。それに対して、予防処置の場合には、情報を収集すべき不適合が発生していないので、発生すると予測される不適合の特定から始める。このように、分析するための情報を取得する方法が異なるのにすぎない。

よって、両者のシステムは情報収集以外同じ対応を取ることにした。

予防処置の情報収集に関しては、患者の意見、現場の意見、他病院での改善事例、厚生省の通達、レポートの分析から予測される情報、意見箱にある意見、ヒヤリ・ハットなどを取得すべき情報とした。また、情報源として、厚生労働省、マスメディア(テレビや雑誌など)、意見箱、現場、学会、交流会が挙げられる。現場から得られる情報に対しては SM が、院外からの情報収集に関しては医療安全推進室が、意見箱に関しては事務局がそれぞれ情報収集を行う。

#### 4.5.3.2 事故対応に関する体制

事故対応に関しては、詳細な手順や方法は定まっていない。そのため、現場が混乱することがある。事例として以下に血管造影剤漏れのミスの対応について示す。

レントゲン撮影にて造影剤漏れを確認。レントゲン技師は科長へ報告し、科長は造影剤漏れ後の診察をどうするかを報告しただけだったが、担当医師は重大事故扱いの指示を出し、院長まで報告されることとなった。

この事例では、Dr は現場を把握せずに、報告のみで対処方法を決定した。報告項目や報告基準などが定まっていれば、このように重大事故でないにも関わらず、対応方法の検討を行うなど時間を浪費することはなかった。よって、医療機関の損失を防ぐために、事故対応に関する体制を整備しなければならない。

#### 事故対応マニュアルの作成

事例のように、重大事故だと判断できなければ、いたずらに患者や家族の不安感をあおってしまう。また、実際に重大事故の発生時に、作業手順がないため、処置の遅れが生じ、2 次的事故を引き起こす可能性も高くなる。よって、重大事故を判断できる基準と、事故発生時の対応方法を作成する必要がある。

#### **重大事故報告基準**

事故対応を考えたとき、特別な対応を要する重大事故か否かを判断する必要がある。そこで、報告基準を作成することとした。重大事故報告基準を表 4-13 に示す。これらの事例は、実際に水戸病院で起こったもの、他病院で起こったもの、厚生労働省で通達されているものを考慮して作成した。また、部門ごとに事例を記すことにより、迅速に参照すべき項目が理解できる。

表 4-13 重大事故報告基準

右記の状況から死亡事故・重度の治療、入院が必要となった事故・骨折・脱臼	各診療科		放射線科		訪問看護
	1. 手術における患者や部位の取り違え 2. 手術、処置、麻酔 3. 重要な徴候、症状、検査結果の見落とし又は誤認による誤診 4. 機器の誤用(呼吸器etc) 5. 転倒・転落・感電・熱傷 6. 身体拘束 7. 無断離院 8. 薬剤によるショック 9. 異物の体内遺残 10. 危険薬の過剰投与ミス(抗がん剤etc) 11. 胸腔ドレーンの抜去 12. 患者の自殺、自殺企図 13. 間違った保護者への新生児の引渡し 14. 院内で発生した暴行		1. 禁忌薬の投与による患者容態の急変 2. 手術による患者や部位の取り違え 3. 撮影中の体位変更や転倒		1. 在宅での処置中
必ず報告	各診療科		検査科	理学療法室	透析室
	1. 異型輸血 2. 院内で発生した誘拐などの犯罪		1. 負荷心電図検査における患者容態の急変	1. リハビリ中の骨折、脱臼 2. 温熱療法による熱傷	1. ブラッドアクセスカテーテルの抜去 2. 空気混入による塞栓
	各診療科		検査科・放射線科・健診センター		栄養室
	1. 異型輸血 2. 院内で発生した誘拐などの犯罪		1. 撮影機器および分析計の故障により、即日復帰が不可能な場合		1. 食中毒 2. 食事提供ができない(即日中に)
					情報システム
					1. サーバの停止(すぐに復帰しない場合)

重大事故発生時の対応方法

このような重大事故の対応を考える際に、事故からの時間経過で行うべき処置を整理した。表 4-14 に重大事故への対応フローを示す。このフローにおける項目は文献[14]の『医療事故防止ビデオ~附録 医療事故防止マニュアル~』において挙げられているものを基本とし、対応方法を手順化した。また、この手順は各部門に配布されており、重大事故が発生した際には参照できるようになっている。

表 4-14 重大事故対応フロー

	項目	HOW	WHO	報告ルート
発生直後	バイタルチェック・スタッフ召集 状況把握・報告	バイタルチェックを行う。人材確保	当事者 当事者SM	スタッフコール 医師・師長・科長・推進室
	救急処置 適正人員の配置	救急処置を行う 当事者を外す。救急処置の指揮を執る	他Ns・Dr SM以上	↓
	患者さま(家族)への説明	病状・初期治療の説明(詳細な説明は後)	Dr・科長	院長に報告
	物品保全	物品保全(項目)	科長・師長	↓
	家族への連絡 記録(処置内容)	家族へ病状を報告する 処置内容や状況を客観的に記録	SM・師長 SM・師長	↓
	初期対応の検討メンバー召集	検討メンバーを招集する	推進室	院長・副院長・事務長
	初期対応の検討	事故内容や患者状態を把握し、今後の対応を5分以内で検討(「今後の対応チェックシート」使用) (専門医の診療受診・転院について・患者(健診者)への説明・証拠保存・他病院への説明)	院長 科長 師長 推進室	
処置終了後	インシデントシートの作成	当事者およびSMがインシデントシート作成	当事者・SM	
当日中	緊急会議の招集	推進室は緊急会議のメンバーを招集	推進室	
	緊急会議の開催	患者さま対応シートの作成 時系列分析の実施 記録の開示の検討 警察への届出の検討	院長 副院長 科長・師長 推進室	
	患者さまへの説明	対応経過の説明	院長・担当 医師	
	当事者への精神的配慮	自宅待機、家族へ説明・協力、カウンセリングなど	科長・師長	
数日中	関係機関への報告 会見	医療機能評価機構・看護協会・医師会など 会見を行う	院長・科長 院長	

## 4.6 結論と今後の課題

### 4.6.1 結論

本研究では、まず水戸病院において運用されている、安全管理システムの現状分析を、安全管理システムの要素ごとに実施した。その結果、医療機関における安全管理システムが機能していない要因として、質の高いレポートが分析されない、分析が十分になされていない、対策実施手順がない、推進組織がないなどが抽出された。

そこで、現状分析から安全管理システムの各要素における目的と要件を整理し、2つの指針と7つの機能が必要であると考えた。そして、水戸病院において『部門横断的な取り組み』と『現場重視』という2つの指針に基づいて、7つの機能を果たすシステムを構築し、導入した。その効果を検討した結果、提案したシステムは抽出した指針に基づいた機能を果たすことで、安全管理システムにおける各要素の目的を達成していることを確認した。また、水戸病院全体での安全管理意識が高まっていること、対策を実施した業務プロセスに関しては事故が減っていることも確認した。飯塚、武蔵野赤十字病院の調査結果より、提案する安全管理システムは他の医療機関へ適用可能であることを示した。

本研究で提案した安全管理システムは、病院全体を取り込み、現場の意見を重視したシステムである。また、情報収集から対策実施までの流れを具体的に示し、導入した水戸病院において日常業務として機能していることを確認した。

### 4.6.2 今後の課題

4.5.3 で示したように、本研究では、安全管理システムの是正処置に関して提案した。今後は以下のような課題が考えられる。

- ・ 提案した是正処置システムの効果検証と改善
- ・ 提案した是正処置システムの導入ガイドラインの作成
- ・ 予防処置、事故対応を含めた安全管理システムの構築

#### 4.6.2.1 提案した安全管理システム(是正処置)の改善

本研究で提案した是正処置のシステムは、情報収集から対策実施まで一貫したものであり、実際に水戸病院において提案するシステムを導入した。そして、『レポートニング』と『分析対策立案』の各要素の効果を確認した。しかし、『対策実施』の要素に関するシステム構築が遅れていたため、この要素に関する効果を検証することができなかった。よって、『対策実施』に関する効果を検証する必要がある。

また、本研究では、プロセス型事故に対しての是正処置に関するシステムを提案した。今後は非プロセス型事故に関しても、システムを構築していかなければならない。非プロセス型事故は、プロセス型事故とは異なり、患者の要因が多く、突発的に起こる事故である。よって、レポートフォーマットなどは本研究で提案したものとは異なってくると考えられる。しかし、非プロセス型事故であっても、部門横断的な取り組みや現場の意見を取り入れることは必要である。そして、分析する際の組織体制としても、分析チームが望ま

しく、対策実施状況報告書を用いた周知徹底を行うことができる。以上より、プロセス型事故におけるシステムと、非プロセス型事故で必要なシステムを比較し、運用しているシステムに取り込んでいくことが望ましいと考える。

実際に、水戸病院では、レポートフォーマットは転倒転落専用のもを使用し、分析などは分析チームで行っている。

#### 4.6.2.2 安全管理システム導入ガイドラインの作成

本研究の有効性を示すための指標の一つとして、提案する安全管理システムの汎用性ということが挙げられる。

安全管理活動を積極的に行っていない病院に対して、初めからプロセス指向や重点指向に基づいたシステムを導入したとしても、レポートの提出から機能しない可能性がある。また、仮に提出されたとしても、内容の伴わないものが提出されてしまう。よって、安全管理システムの導入段階としては、機能も段階的に導入することが望ましい。

また、導入と並行して、医療機関全体に安全管理活動の意義と、安全管理システムの内容の理解を深めていく必要がある。そのために、教育会や演習会など安全管理活動を推進する活動を実施しなければならない。

以上の2点を考慮し、安全管理システムの導入ガイドラインを作成し、他の医療機関へ適用していくことが必要である。

#### 4.6.2.3 安全管理システム全体の構築

本研究では、安全管理システムの是正処置の部分に対して、システムを構築、導入した。しかし、安全管理システムは、是正処置と予防処置を含む事故防止に関する体制と、事故対応に関する体制を有している。これらすべての体制に関して、システムを構築し、その効果を確認する必要がある。

## 4 章の参考文献

- [1]日本看護協会(2000):「組織でとりくむ医療事故防止」, 日本看護協会出版会
- [2]細谷克也(1989):「QC 的問題解決法」, 日科議連
- [3]高柳和江(2002):「よくわかる患者安全管理」, 日総研出版
- [4]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ー医療機関における ISO9001 の活用」, 日本規格協会
- [5]国立大学医学部附属病院長会議編(2001):「医療事故防止のための安全管理体制の確立に向けて[提言]」, 日総研出版
- [6]医療の TQM 推進協議会(2000):「病院の改善活動事例集」, 医療文化社
- [7]四病院団体協議会医療安全管理者養成委員会(2005):「医療安全管理者必携医療安全管理テキスト」, 日本規格協会
- [8]棟近雅彦(2003):「医療ケアにおける質管理～インシデントレポートの分析～」, 「月刊薬事」, 45(2), 97-103
- [9]尾崎郁雄, 棟近雅彦(2005):“エラープルーフを活用した与薬事故低減に関する研究”, 「病院管理」, 42[3], 121-133
- [10]川村治子ほか(2000):「厚生科学研究費補助金平成 11 年度医療評価総合研究事業総括報告書 医療のリスクマネジメントシステム構築に関する研究」, 13-31
- [11]堺秀人(2001):「東海大学医学部附属病院のインシデントレポート」, <http://www.u-tOKai.ac.jp/hospital/fuzOKu/index.html>
- [12]中條武志, Timothy G. Clapp, A. Blanton Godfrey(2005):「医療におけるエラープルーフ化」, 品質 Vol.15 No.1 pp.41-50
- [13]中島和江, 児玉安司(2000):「ヘルスケアリスクマネジメント」, 医学書院
- [14]医療事故防止ビデオ製作委員会(2003):「医療事故防止ビデオ～附録 医療事故防止マニュアル～」, (株)安井電子出版
- [15]棟近雅彦(2003):「医療ケアにおける質管理～改善のための重要な考え方～」, 「月刊薬事」, 45(1), 91-98
- [16]棟近雅彦(2003):「医療ケアにおける質管理～標準化と改善～」, 「月刊薬事」, 45(3), 93-98
- [17]浅見由美子, 棟近雅彦(2000):「医療事故防止に関する研究」, 日本品質管理学会第 66 回研究発表会 研究発表要旨集
- [18]細谷克也(2001):「品質マネジメントシステム要求事項の解説」, 同友館
- [19]青山肇(2000):「生産管理システムの進め方」 日本実業出版社
- [20]細谷克也(1984):「QC 的ものの見方・考え方」, 日科議連出版社
- [21]財団法人 日本医療機能評価機構(2004):「病院機能評価 統合版新要求項目 Ver.5.0 解説集」, 財団法人 日本医療機能評価機構
- [22]飯塚悦功, 棟近雅彦, 住本守, 加藤重信(2002):「ISO9000 要求事項及び用語の解説」, 財団法人 日本規格協会
- [23]小宮山慎一, 棟近雅彦 (2005):「看護師教育のための誤薬防止ハンドブックに関する研究」, 「病院管理」, 42, [3]
- [24]村瀬智也, 棟近雅彦ほか(2003):“看護業務のプロセスに着目した事故分析手法に関する

る研究”，「第5回医療マネジメント学会学術総会抄録」，94

[25]西澤喜代子ら(2004):「長野赤十字病院における医療安全対策の取り組み-全職員の意識改革を目指して-」，看護実践の科学，vol.29，29-41

[26]久米均(1997):「TQM 推進のための手引き」，日本規格協会

[28]細谷克也ら(2002):「品質経営システム構築の実践集」，日科技連



## 5. 病院における方針管理

### 5.1 研究目的

近年、医療制度の改革や医療に対するニーズの多様化など、医療をとりまく環境は大きく変化している。また、そのような状況の中で、病院では医療事故や医療過誤が相次いで発生している。それらのことを受けて、医療の質向上に対して社会的関心が集まり、病院では、事故報告書提出の徹底、チーム医療の推進、業務プロセスの改善などさまざまな質向上のための活動を組織的に取り組み始めている。

しかし、病院は医師、看護師、薬剤師など職能に特化した職種で構成され、それぞれの職種で行われる業務もまったく異なる。そのため、質管理の取り組みは部門ごと、個人ごとで行われていることが多く、組織全体で効率的に改善活動が行われていないのが現状であり、問題となっている。

組織的に質に関する課題に取り組むには、組織のトップが提示した質方針を展開し、達成していくことが必要である。質方針を展開するための方法論として、TQM(総合的質管理)では、方針管理が用いられることが多い。病院でも方針管理を取り入れるところが出始めているが、方針が達成されない、改善活動が進まないなど、実効があがっていないのが現状である。

本研究では、方針管理を導入している水戸病院を事例に、病院で方針管理を行う際に発生する問題点を抽出し整理する。そして、問題を解決するための改善策を提案することを目的とする。

### 5.2 方針管理における問題点の抽出と管理

#### 5.2.1 方針管理とは

一般的な方針管理は、「方針策定」、「方針展開」、「実施」、「チェック」、「処置」の5つのステップで構成されている。一般的な方針管理の概略を説明する。まず期の初めに、組織のトップが今期の方針を策定する。そして、それを部門や課に展開し実行計画まで落とし込み、実施部隊が計画を実施する。実施中に適宜管理者レベルがチェックを行い、問題が発生した場合は、その問題の要因を分析し、どのような処置をするかを考え、処置を行う。最後に、トップを含めて振り返りといわれる大々的なチェックを行い、その結果を次期の方針策定に生かす。各ステップの詳細は、表 5-1 に示したものの一般的である。

表 5-1 方針管理のステップ

ステップ	機能	
方針策定	今期何を行うかについて展開する。 目標値, 方策を設定する。	具体的な 実行計画ま で落とし込 む
方針展開	上位から方策と目標を受け, 具体的な方策と目標値にする。 上位の方針案と下位の方針案をすり合わせし, 方針を確定させる。 方策の実行スケジュール, チェック体制を決める。	
実施	計画どおり実施する。 結果と実施プロセスを記録する。	
チェック	月次のチェックは, 目標を達成できるかどうかを実施プロセスの視点でチェックする。 計画どおり実施していない場合は, 原因を追究し, 計画どおり実施している場合は, 管理項目の達成度をチェックする。 期末のチェックは, 目標の達成度, 個々の方策を実施したプロセス, 方針管理の仕組みをチェックする。	プロセスを 管理する
処置	計画に問題がある場合は, 計画を見直す。 実施に問題がある場合は, プロセス, リソースを見直	

この中には、具体的な実行計画まで展開する仕組み、プロセス管理を行う仕組みが含まれている。これら二つの仕組みは、方針管理に必要不可欠であり、方針管理の成否を左右する。よって、方針管理がうまく進んでいるかどうかを判断するために、二つの仕組みが存在し、機能していることを確認する必要がある。

## 5.2.2 水戸病院の現状と分析対象の絞込み

### 5.2.2.1 水戸病院の現状

水戸病院は、ISO9001 に基づく質マネジメントシステム(以下、QMS)を構築している。QMS の運用において、院長質方針と期ごとの院長目標、部門目標、委員会目標を設定している。これらの展開と運営管理に、方針管理を用いている。方針管理の概略図を図 5-1 に、方針管理のフローチャートを表 5-2 に示す。

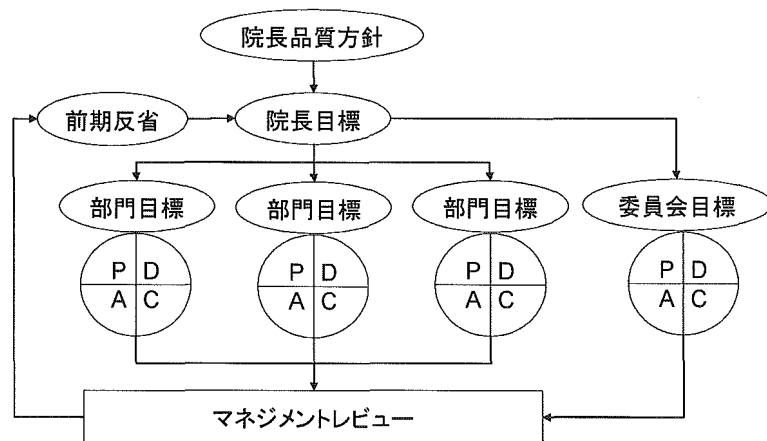


図 5-1 水戸病院における方針管理の概略図

院長品質方針と前期の反省から、院長目標を設定する。そして、部門目標、委員会目標に展開し、部門、委員会単位で PDCA サイクルを回す。最後に、PDCA サイクルを回した結果を、マネジメントレビューの場で発表し、全体の反省を行う。このようにして、水戸病院では方針管理を行っている。

さらに、フローチャートの形式で、水戸病院における方針管理のプロセスと各プロセスの Who, What, How をまとめた。表 5-2 に示す。

表 5-2 水戸病院における方針管理のフローチャート

プロセス	WHO	WHAT HOW
院長方針の設定	院長	病院全体の品質方針を決定する。 (方針の変更は少ない)
↓		
院長目標の設定	院長	院長が前期の反省などをもとに、今期の目標を設定する。
↓		
院長目標の発表	院長・部門長	院長目標発表会を開催し、決定した院長目標の内容を院長が部門長に説明する。
↓		
部門目標案の設定	部門長・部門スタッフ	院長目標を受け、個々の部門で部門目標案を作成する。
↓		
部門目標案の発表	院長・副院長・部門長	部門目標検討会で各部門が目標を発表し、意見交換を行う。(主に院長と部門長のやりとり)
↓		
部門目標の決定	部門長, 事務局	問題のある部門目標は修正し、事務局に提出する。
↓		
実施	部門スタッフ	部門内で決めた方策を実施する。
↓		
実績まとめ	部門長	PDCA表に、今期の活動実績を記入する。
↓		
マネジメントレビュー	院長・副院長・部門長	PDCA表をもとに今期の活動実績を振り返る。

委員会目標は表 5-2 とほぼ同じフローをたどるが、委員会開催が月 1 回であるために、設定が部門目標よりも遅くなるため、検討会は開催されず、提出された委員会目標を事務局で簡単に確認して決定される。このように、水戸病院では全体の方針管理のプロセスは決められている。

次に、目標達成状況を把握するために、2002 年度から 2005 年度上期までの部門目標の達成度を調査した。以下の表 5-3 に、各部門における目標達成状況を示す。

表 5-3 2002 年上期～2005 年上期の部門目標における目標達成状況(一部)

部門名		達成	未達成	目標の数
医務局	数	17	17	34
	比率	50.0%	50.0%	
看護局	数	33	13	46
	比率	71.7%	28.3%	
健診センタ	数	18	14	32
	比率	56.3%	43.8%	
検査技術科	数	15	6	21
	比率	71.4%	28.6%	
地域医療連携センタ	数	12	8	20
	比率	60.0%	30.0%	
放射線技術科	数	10	11	21
	比率	47.6%	52.4%	

表 5-3 で示した目標達成状況を見ると、目標が未達であることが少なくない状況であり、方針管理に問題があることが考えられる。この原因を探るために、各課題の活動内容を詳細に調べる必要がある。

#### 5.2.2.2 対象の絞込み

水戸病院では、半期ごとに 10 個程度の院長目標が提示されている。2002 年度から 2005 年度上期までの院長目標を調査したところ、合計で 81 個の目標が抽出された。一例として 2005 年度上期の院長目標を示す。

2005 年度上期 院長目標
<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域医療連携推進による急性期病院の確立</li> <li>・人間ドック 80 人体制による健診体制の確立</li> <li>・DPC 調査協力システムの構築による質経営の推進</li> <li>・オーダーリング導入計画遂行による業務フローの整理</li> <li>・個人情報保護法に基づく説明責任とプライバシーへの配慮</li> <li>・プロセスアプローチによる医療の質管理の推進</li> <li>・プロセスリレーションマップによる多職種協働実践チームの充実</li> <li>・ISO 文書体系の整備による責任権限の明確化</li> <li>・職員方針管理の導入によるアウトカム評価の徹底</li> </ul>

このような院長目標が提示され、発表会とともに院内掲示により、周知徹底がなされている。

活動内容の詳細を調べるには、対象とする目標が多すぎる。そこで、「紹介率・逆紹介率の向上」、「人間ドック利用者数の増加」に関する院長目標は、水戸病院が継続的に取り組み重要課題としている目標であったので、本研究ではこれらの目標に焦点を絞って分析することにした。

#### 5.2.2.3 分析対象の目標の詳細

本研究で、分析対象とした二つの目標について、方針管理の問題点を分析するために、まずそれらの目標の背景や関連する部門や業務などを詳細に調査する必要がある。5.2.2.3 では、文献調査や水戸病院から頂いた資料などを参考に、二つの目標の背景、関連部門、業務について整理した。

### (1) 紹介率、逆紹介率の向上

紹介率は、地域の診療所など他の医療機関から紹介された患者の割合である。紹介率の定義式は、以下に示す。

$$\text{紹介率(\%)} = \frac{\text{紹介患者数} + \text{救急患者数}}{\text{初診患者数}} \times 100$$

紹介患者とは、他の医療機関が作成した紹介状を持って受診した患者、救急患者とは、救急車で搬送された患者をさす。初診患者に関しては、紹介状を持っていない患者をさすが、6歳以下は含まないなどさまざまな条件を含むことがある。また、逆紹介率とは、治療を行った後、他の医療機関へ紹介した患者の割合である。以下の図 5-2 に、水戸病院における紹介、逆紹介の流れを示す。

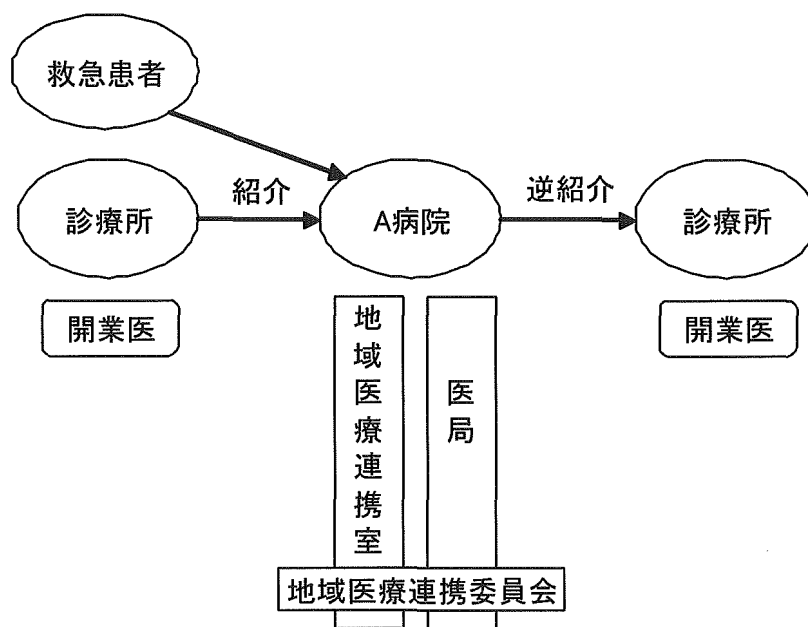


図 5-2 紹介、逆紹介の流れ

#### ・紹介の流れ

地域の診療所など治療機能が限られている医療機関で受診した患者の中で、その医療機関では扱えない病状の場合、高い機能を持つ水戸病院を紹介してその病院で受診してもらう。

#### ・逆紹介の流れ

水戸病院で治療を行った患者の病状が落ち着いた段階で、その患者を地域の診療所などを紹介してそこで受診してもらう。

このように紹介・逆紹介を行うことで、医療機関どうしの役割分担がなされ、それぞれの医療機関が効率的に診療を行うことができる。また、紹介率・逆紹介率を決められた数値まで向上させることで、急性期病院として認定される。認定されると、診療報酬の面で優遇され、病

院の収入が上がる仕組みになっており、紹介率・逆紹介率は経営的な面で重要な指標となっている。

紹介・逆紹介は、水戸病院において医局の役割が大きい。水戸病院の医局と診療所の開業医の信頼関係に基づき、医局や開業医の意思によって決められている。地域連携推進室は、紹介状の扱いなど事務的な作業や医局と開業医や地域の医師会とのつながりをサポートする役割を果たしている。また、医療連携に関する議論を行う場として地域医療連携推進委員会が設置されている。

## (2) 人間ドック利用者数の向上

医療費の負担軽減を目的に、健康管理を行ってもらうことを推進していることから、人間ドックは重要視されている。そのような状況で、水戸病院では人間ドック利用者数向上に関する目標を2004年度から取り組み始めた。

水戸病院で関係する部門は、健診センタ、検査科、放射線技術科がある。健診センタは、企業が健康診断で水戸病院を使ってもらうための広報活動や、インターネットシステムの構築など人間ドックの運営全般に関わる業務を行っている。また、検査科と放射線技術科は、実際に人間ドックで検査を行う部門である。

### 5.2.3 分析対象に対する問題点の分析

#### 5.2.3.1 PDCA 表の分析

##### (1) 方針管理を行う際に用いられる文書の調査

水戸病院では、質管理に関係した事項を記録するための文書として、期末に行動計画書を作成している。行動計画書は、方針管理に関する事項以外にも、患者満足度のアンケート結果や、内部監査の結果も記載されている。行動計画書は、以下のような構成になっている。

#### 行動計画書の目次

- 1 今期院長目標
- 2 院長品質目標 (PDCA 表)
- 3 部門品質目標 (PDCA 表)
- 4 委員会品質目標 (PDCA 表)
- 5 プロセス品質目標・管理指標
- 6 改善状況
- 7 インシデント報告
- 8 ご意見対応率
- 9 アンケート結果 (患者満足度[外来・入院], 職員満足度)
- 10 内部監査結果
- 11 マネジメントレビュー議事録

期の最後に行うマネジメントレビューは、部門品質目標、委員会品質目標のPDCA表を用いて行っている。PDCA表は、部門、委員会の活動内容を記述し、方針に従って実施する活動の詳細を記録するためのものである。分析対象とする目標の詳細な状況を把握するために、この

PDCA 表の調査, 分析を行った.

(2) PDCA 表の分析

PDCA 表は, すべての部門, 委員会で作成している. そして, この表を用いて方針達成のための活動を管理している. PDCA 表の分析にあたり, まず部門ごと, 委員会ごとにまとめられている PDCA 表を院長目標ごとに整理した. 整理した結果の一部を表 5-4, 5-5 に示す.

表 5-4 紹介率, 逆紹介率向上に関する PDCA 表(2004 年度下期)

院長				
品質目標	P	D	C	A
人間ドック80人体制への円滑な移行	受診者80人確保 10月 65名/日 11月 70名/日 12月 75名/日 1月 75名/日 2月 80名/日 3月 80名/日	①マーケティング対策会議を2回開催 ②過年度受診者で今年度未受診者に対し電話作戦, DM作戦を展開 ③...	× 10月 64.5名/65名 11月 68名/70名 12月 67.7名/75名 1月 65.1名/75名 2月 64.8名/80名 3月 57.4名/80名 平均 64.4名	営業力の強化を図り, 社内外を問わず受診者確保を目指す
検査技術科				
品質目標	P	D	C	A
健診センター80人体制のための健診検査業務の円滑稼働	受診者数が規定数になっても検査が円滑にできるようにする 1. 心電図検査の開始時間の早まり 2. 測定装置の分析処理能力のアップを図る	1. 心電図検査は, 従来は9時30分開始であったが, 現在は以前より15分早くスタートしている. 80人が定常的になったとき, 9時~とする 2. グリコヘモグロビンA <sub>1c</sub> の分析装置の処理能力が限界にきているために, 80人を円滑に処理できる装置に変更する	○: 近々, 装置の据付を予定している. この作業が完了することで増員しても円滑に測定できる	測定精度の維持向上に努める
健診センター				
品質目標	P	D	C	A
人間ドック80人体制への円滑な移行	1. 社内事業所・関連事業所への計画的訪問: 10件/期 2. 既契約団体への計画的訪問: 5件/期 3. 新規顧客開拓: 3件/期 4. 事業所間の健診データの取込み: 1件/期	1. 事業所訪問と健診運営懇親会を実施 2. 契約団体訪問と市町村役場訪問を実施 3. 新規契約6件 4. 機研とドック受け入れについて打ち合わせ実施	1. ○: 初めて勝田地区旧6工場と工機を含めて懇親会を実施. 事業所訪問10件/期実施 2. ○: 公立学校共済, 市町村共済組合の受診者増につながった. 5件/期実施 3. ○: 04年度契約2件, 05年度契約4件 4. 機研05年度受診	継続した活動を展開する
放射線技術科				
品質目標	P	D	C	A
患者さま, 職員満足度の向上 ①健診80名体制に向けてのシステム構築(胃検査終了時間11:30の確保) ②内臓脂肪健診の開始および定着(15名/日)	①段階的な受診者増により80名時体制を健診全体として検討する ②内臓脂肪健診を開始する	①タスクにより職種間の連携を確認した. 放射線では業務スケジュールの見直しによる検討も行った ②パンフレット, ポスターによる検査のコミーシャルを行った	①○: 80名に対応できる体制ができていく ②△: 約12名/日であった	①画像チェックの再検討 ②CT健診全体の数を受診者の20%

表 5-5 人間ドック利用者数向上に関する PDCA 表(2004 年度下期)

院長

品質目標	P	D	C	A
1. 連携マニュアルの作成 2. 追紹介の促進 3. 返書管理の徹底	同左	・追紹介フローの作成 ・初期返信書式の簡略化	△ (ドクターの移動のため、医局の連携マニュアルは次期に持	

医局

品質目標	P	D	C	A
紹介率30%	同左	地域連携推進、救急車受け入れアップ	△(22~27%)	継続する

地域医療連携室

品質目標	P	D	C	A
病診連携推進による紹介率の向上	1) 紹介率30% (1)連携マニュアルの作成 (2)追紹介の促進 2)連携くんを活用した返書管理の徹底 (1)初期返信の簡略化 (2)返信や逆紹介の状況を把握し、医師に情報を提供する	1) 紹介率は26.6~29.1%で、30%は未達成 (1)連携マニュアルは今期も完成に至らなかった 2) 初期返信の書式を変更し、初期返信率の向上になったが、最終返書の把握が出来ていない。	1) × ・初診患者数は増加していないが、紹介患者数が減少しており、紹介率30%には至らないかった。 ・医師の交替や、婦人科休診などがありマニュアル製作が進まなかった。4月に医師の交替後に完成させたい 2) × 初期返書、最終返書の未記入について、医師への情報提供や	・紹介率30%に向けた対策の検討 ・連携マニュアルの完成 ・返書管理の徹底と医師への情報提供

地域医療連携委員会

品質目標	P	D	C	A
ドクターサロン、ナースサロンの開催	ドクターや職員間の交流を図る	CPCや院内学術集会の案内を開業医に配布	△	開催時間の調整と医師会事務局と連携し案内を多くの医療機関に配布する
地域学術集会や交流会に参加	地域の医療機関と情報を共有し連携に生かす	1. 医師会主催学術集会参加促進 2. 外科集談話会に参加 3. 医師会ボーリング大会に参加	△	参加費を援助することにより、更なる交流を図る
新患者さまを月1400人以内にする	紹介率向上に向け、計算式で分母にあたる初診患者を減らす方策	1. 初診受付時間の短縮(10時) 2. 初診に関わる特定療養費の値上げ 3. 午後の外来の初診規制 4. 初診患者の見直し	× 新患扱いの見直しだけでは不十分で、先の1~3の対策が、期の後半になってしまった。また、2月、3月にインフルエンザや花粉症が増えた	次期へ継続
連携マニュアルの作成、配布	開業医に当院を紹介しやすくするとともに、院内における連携に関する情報伝達をスムーズにする	医局に協力要請	× 医局員の移動や婦人科の廃止などで協力が得られなかった	継続

なお、院長の PDCA 表は、部門、委員会の PDCA 表をまとめたものであるため、今回の分析の対象としないこととする。

この PDCA 表に関して、表 5-1 に示した一般的な方針管理のステップにおいて PDCA 表の分析を行うことを試みた。分析の際には、表 5-1 の機能ごとにどのような観点で問題をチェックすべきか検討した。そこで、方針管理には、実行計画まで落とし込む仕組み、プロセス管理を



行う仕組みの二つの仕組みが必要であることから、以下の表 5-6 に示すようにチェック項目をリストアップした。

表 5-6 分析のチェック項目

ステップ		機能	チェック項目
方針策定	P	具体的な実施計画への落とし込み	具体的実施事項が無い
方針展開			日程計画が無い
			管理項目, 目標値が無い
実施	D	プロセスと結果の記録	実施したプロセスが無い
			実施によって得られた結果が無い
チェック	C	目標達成度, 実施プロセスの分析	目標達成の判定が無い
			実施プロセスに関する考察が無い
処置	A	Pの悪さ, Dの悪さに対する処置	Pの見直しを行っているか
			実施プロセスの見直しを行っているか

表 5-6 を用いて、紹介率と人間ドックに関するすべての PDCA 表について分析を行った。ここでは、地域医療連携室の PDCA 表を例にして、分析を行う。

表 5-7 地域医療連携室の PDCA 表(2003 年下期)

品質目標	P	D	C	A
他医療機関が紹介しやすい院内体制の整備をする	①臨床検査, 放射線の依頼検査についての情報提供と外部医療機関への訪問 ②連携マニュアルの作成	外部医療機関への訪問を行い, MRIなど依頼検査の説明を行った	×: 訪問できなかった医療機関もあり, 検査の依頼率も低下している。医師紹介などを含めた連携マニュアルの作成には至らず早期に作成する必要あり	・医療機関への訪問を定期的に行う ・連携マニュアルの作成

P から順番にチェックリストに当てはめて分析をする。

P では、実施項目が設定されているが、各実施項目で日程計画が立てられていない。また、医療機関への訪問も、月に何回訪問するなど目標値が設定されていない。D では、実施したことは記載されているが、実施した結果が記載されていない。C では、なぜ訪問できなかったか、なぜマニュアルが作成できなかったか、目標が未達になった要因が考察されていない。それにより、A も継続されているだけの形になっている。

このようにして、紹介率、人間ドックに関するすべての部門目標、委員会目標を分析した。その結果、すべての目標において、日程計画が無い、管理項目が無い、目標値が無いという Plan の段階に問題が発生していることがわかった。

同様に、他の目標に対しても PDCA 表の分析を行った。

表 5-8 委員会の効率的運用に関する PDCA 表(2004 年下期)

院長

品質目標	P	D	C	A
委員会の効率的運用 (チェックリスト活用)	委員会の効率的運用を目的に、チェックリストを作成し、委員会会議での各種役割の明確化、持ち回り制の導入を図る	1. 議事録の事務長、院長電子印の徹底とイントラホームページでの掲載 2. 業務連絡会議で各議事録のコピーを配布して、決定事項の周知を図った 3. 医局会で各種委員会の決定事項の周知を図った 4. 委員会の開催時に前回議事録の確認、承認を徹底するようにした 5. 委員会チェックリストの作成は未完成	1. ○:電子印と掲載は100%徹底 2. ○:業務運営会議での徹底も100% 3. ×:医局会での議事録配布、徹底が30%程度 4. ×:議事録確認、承認は未徹底 5. ×:チェックリスト未完成	1. 委員会の効率的運用に何が必要かという境域の徹底 2. チェックリストの早急なる完成と配布 3. 医局会での議事録配布 4. 前回議事録の確認、承認の徹底

医療の質保証(委)

品質目標	P	D	C	A
チェックリスト作成による委員会の効率的運用	委員会運用時のチェックリスト作成	チェック項目作成中 各種講演会、会議の席で委員会の運用方法を提示	× 未発行	早急に発行し、周知徹底を図る(その前に委員会の見直し、意義付けが必要)

表 5-9 ISO 文書体系の整備に関する PDCA 表(2004 年下期)

院長

品質目標	P	D	C	A
ISO 文書体系の整備- 基準・手順の整備と 目標・成果の織り込 みシステム-	早大と共同で下記の 作業を進める ・重複文書の統合化 ・管理方法の検討	1. 文書に関するヒア リング調査実施 各科長と各科1,2名 の主任・師長レベル にヒアリング 1) 内容 各部門に存在して いる文書 使用方法, 頻度 文書・文書体系に感 じている問題点 基準と手順の切り 分けについて 2次文書のPFCの活 用について 2) 実施部署 薬務局, 検査科, 放 射線科, 看護局, リハ ビリ科, 栄養室, 医事 係 2. ヒアリング結果説 明会実施 3. 看護局3次文書の チェックシート化	△: 文書体系の最終 形が未検討	継続

医局

品質目標	P	D	C	A
ISO 医務局基準の見 直し	同左	ドクターズマニュアル 作成	×: 2次~3次文書改 編中	継続

看護局

品質目標	P	D	C	A
看護基準・手順の分 離	12月: 看護基準書の 項目検討 1月: 業務フローの位 置づけ 2月: 看護管理・教育・ 記録・事故対策マ ニュアル等の扱いを 検討	・師長5名で会議 ・業務フローは看護 手順に入れる	○ 3次文書の看護基準 の見直し整備は, 使 用していない項目も あり, 困難であった. 基準・手順の枠組み の概要ができた.	内容の改訂には相当 の労力が必要であ り, 完成には1年計画 予定
検査・手順書の統合 化	11月: 重複項目の整 理 12月: 院内共通と限 定項目の整理 1月: 師長会で検討 2月: 目次作成	全266項目基準, 手 順, 標準看護計画に 移行する項目を抽出 した. 1月12日の師長会で 承認. ISOの基準に沿って 目次を作成した.	○ 全病棟が混合科のた め, 基準・手順が混 在していたことにより 取り組んだ	内容作成

放射線技術科

品質目標	P	D	C	A
医療の質の改善 ①基準・手順への目 標・成果の織り込み ②インシデントレポ ート提出の徹底(20件/ 期) ③外来放射線パスの 作成 ④インシデント分析会 の定期開催(3回/期)	①業務フローへの目 標・成果の織り込み ②SMIによる日々の教 育 ③注腸検査パス作成 ④2ヶ月に1回の開催 とし, 2ヶ月分のインシ デントすべてを検討 する	①各業務フローの管 理責任者を決め定期 的な見直しの推進を 図った ②, ④インシデント分 析会で注意喚起を行 い決定事項は文書に て再確認できるシス テムとした ③患者様用パス, 医 療者用パスの原案を	①△: 目標・成果の織 り込みはできなかった ②○: 20件以上で あった ③△: 放射線独自の 案の作成 ④○: 開催としては今 期は2回(2, 3月の分 析が4月になるため)	①業務フローの見直 しを定着させる ②提出基準を再検討 し科内の意識を向上 させる ③注腸パスの完成・ 実施 ④継続開催

医療の質保証(委)

品質目標	P	D	C	A
医療の質保証から見 たISO 文書体系の整 備	診療録レビュー等の システム化とISO 文書 体系への組み込み	慶応大池田講師講演 会	× 講演により診療録レ ビューの重要性は認 識されたが, システム 化できていない	レビューのシステム 化と文書化 実際の文書類, たと えば注射指示マニュ アル等の作成, 周知

表 5-10 セーフティマネジメントの推進に関する PDCA 表

院長				
品質目標	P	D	C	A
医療安全推進室によるセーフティマネジメント推進-インシデントレポート月60件以上-	・SM研修会開催 ・少ない部門において、他施設のインシデント事例情報提供	・セーフティマネージャーを通じて、インシデントレポートの提出意義を説明 ・各部署別に重大事故の報告基準を具体化したものを明確化し、パウチにしたものを全職場掲示した ・医師の報告方法の検討(案作成)	○ 10月63件、11月77件、12月75件、1月58件、2月61件 平均66.8件で達成	件数は十分であるが、科別に偏りがあり、少ない部署への働きが必要である。来期はオーダリング導入に向け、リスク予測した活動計画が必要である。
医療安全推進室				
品質目標	P	D	C	A
セーフティマネジメント推進-インシデントレポート月60件以上-	・SM研修会開催 ・少ない部門において、他施設のインシデント事例情報提供	・セーフティマネージャーを通じて、インシデントレポートの提出意義を説明 ・各部署別に重大事故の報告基準を具体化したものを明確化し、パウチにしたものを全職場掲示した ・医師の報告方法の検討(案作成)	○ 10月63件、11月77件、12月75件、1月58件、2月61件 平均66.8件で達成	件数は十分であるが、科別に偏りがあり、少ない部署への働きが必要である。来期はオーダリング導入に向け、リスク予測した活動計画が必要である。
放射線技術科				
品質目標	P	D	C	A
医療の質の改善 ①基準・手順への目標・成果の織り込み ②インシデントレポート提出の徹底(20件/期) ③外来放射線パスの作成 ④インシデント分析会の定期開催(3回/期)	①業務フローへの目標・成果の織り込み ②SMによる日々の教育 ③注腸検査パス作成 ④2ヶ月に1回の開催とし、2ヶ月分のインシデントすべてを検討する	①各業務フローの管理責任者を決め定期的な見直しの推進を図った ②、④インシデント分析会で注意喚起を行い決定事項は文書にて再確認できるシステムとした ③患者様用パス、医療者用パスの原案を	①△:目標・成果の織り込みはできなかった ②○:20件以上であった ③△:放射線独自の案の作成 ④○:開催としては今期は2回(2、3月の分析が4月になるため)	①業務フローの見直しを定着させる ②提出基準を再検討し科内の意識を向上させる ③注腸パスの完成・実施 ④継続開催
医務局				
品質目標	P	D	C	A
医務局インシデントレポート期3件以上 検査科	同左	提出推奨	○:10件	継続
品質目標	P	D	C	A
検査過誤防止のための安全管理マニュアルに基づく業務励行	過誤要因報告を各部門1件以上/期とする 1) インシデント報告 2) 過誤要因報告	1. インシデントシート報告は、15件となり前期と比べほぼ同数を示した。一度に過剰に輸血を実施した事例が発生したため、その対策を行う 2. 過誤要因報告は、7部署中、5部署が取り組み、生化:採血管の識別を容易にする	△:過誤要因報告を継続した。輸血製剤の供給体制を強化することができた	過誤要因報告を継続し、さらに安全体制を強化する。また、セーフティマネジメント基準を遵守する
リハビリテーション科				
品質目標	P	D	C	A
医療安全教育の徹底、意識の向上:インシデントレポート1件以上/期	1. 医療安全教育勉強会への参加促進 2. インシデントレポート件数1件/期	1. 拘束、転落・転倒等のよう区政に関する勉強会の開催(B-3病棟共催)1回、医療安全教育研修会への参加1回 2. インシデント件数0	×:不十分 1. 勉強会参加実績、開催は達成 2. インシデント意識不足、現実の発生件数もなし	継続
健診				
品質目標	P	D	C	A
医療の質の改善	1. 健診システムの更新 2. 80人体制に向けた検査機器の整備 3. インシデント分析と対策2件/期	1. 05年度新営提案に向けメーカーと4回打ち合わせを実施 2. 機器選定を実施 3. インシデント5件	○	1. 2. 認可後導入環境を整備する 3. 来期も継続して行う