

表 5-11 DPC, オーダリング導入計画の遂行に関する PDCA 表(2004 年下期)

院長

品質目標	P	D	C	A
DPC, オーダリング導入計画の遂行	・2005下期導入目標として, 予算申請・オーダー詳細設計 ・支援システムの選定を進める ・導入環境の整備	・新営/無形固定資産の(疾病)申請 ・オーダー項目の選定 ・支援システムの決定	○ ・全体的には計画は遅れ気味だが, 今期の実施予定は大半完了 ・来期へ継続	導入実作業を開始

情報システム

品質目標	P	D	C	A
オーダーリングシステムの導入と, 導入部署の運用検討	オーダーリングシステムの導入検討・詳細設計・環境整備とともに, 導入される部署のオーダーリング導入に伴う運用を検討す	オーダーリングシステムの導入検討・詳細設計・環境整備	△ 導入部署においての運用検討に至らなかった	来期早々には, 部署単位での運用検討を早急に検討する
薬務局・看護局の承認システムを踏まえオーダーリングシステム導入の検討	オーダーリング・看護支援・調剤支援間にて患者の認証をバーコードで確立するとともに, 経路の明確化を検討する	各システム間のバーコード部分の承認形態の調整	△ ・共通項目(KEY部分)の調整 ・ログ(経路のデータ)確認 上記は調整が取れたが, 認証レベルはシステム上現時点是不	承認項目の詳細設計を進め, 認証レベル個別改修の検討

診療情報管理室

品質目標	P	D	C	A
DPC, オーダリング導入に参画し, 診療情報のDBを構築する	①DPC様式1に関する情報把握の検討 ②把握情報の登録, 業務シュミレーション ③DPC様式1エクセル加工実施と提出	①②③に関して実施	○: 達成 応援スタッフへのシュミレーション期間がなく問題点が多少残った。また登録に関する情報流通を病院全体で考える必要性が	今後関連部門と情報流通・共有化のための体制を計画する

薬務局

品質目標	P	D	C	A
与薬プロセスフローにおける4W1Hを重視した処方オーダーリングシステムの検討および各種インタフェースの確認	1. 業者との打ち合わせ 2. 日病の見学	1. 1月, 2月に実施 2. 10月, 1月, 2月に実施	○: 達成 東商とのインタフェースの検証完了 散薬, 錠剤, 薬袋, 薬剤管理指導, 薬剤情報提供	各部門システムとの連携と処方オーダーリングを含む薬品マスタの整備を行う

栄養室

品質目標	P	D	C	A
オーダーリング導入による日清医療食品との連携調整	オーダーリング導入に向けて, 情報収集と業務の検討	デモ機の実施・情報収集	×: 不十分	10月に向けての推進

帳票および情報管理委員会

品質目標	P	D	C	A
タスク形式によるオーダーリング・DPCタスクの推進(05年2月までに日程・構成・仕様の合意)	大日程について関係者で合意すると同時に, 支援システムについては各部署単位での議論を進める	DPCについては05年2月のデータ報告, またオーダーリングについては05年10月からのスタートを踏まえて推進した	○	継続する

保険委員会

品質目標	P	D	C	A
DPC導入タスクへの積極的関与	DPCタスクの立ち上げ	1. DPCタスクの立ち上げ 2. DPC講演会への参加 3. 16年度調査協力病院への届出申請 4. DPCソフトβ版でチェック 5. 16年10月分レセプト提出	○: ただし, 5月に予定されている新バージョンのソフトチェックが必要であるし, E・Fファイル以外の調査協力で負担がかかる。なお, 診療情報管理室の業務拡大が必要で, 事務員増員	1. 17年度調査協力続行 2. 診療情報管理士2名増員計3名体制 3. 18年度試行病院への手上げ

表 5-12 アウトカム評価に関する PDCA 表(2004 年下期)

院長				
品質目標	P	D	C	A
新規医療サービスのアウトカム評価	過去の開始した新規案件の効果フォローアップ	訪問看護計画の進捗状況確認	×	次期継続期首に案件を決定しておく
医療の質保証(委)				
品質目標	P	D	C	A
新規医療サービスのアウトカム評価(5件)	各種案件の審査とアウトカム評価	1. A2病棟産婦人科廃止後の活用 2. 亜急性病床の設置 3. 訪問看護の拡充	1. △:タスクチームで検討し外科系病棟として活用決定 2. △:B1のNo153号室で4床確保し, 3月実績, 4月申請, 5月確保 3. ○:ケアマネ増員	1. A2病棟の速やかな再構築 2. 亜急性病床の4床拡張(B3?) 全体的に計画, 実行だけでアウトカム評価までいっていない. 既案件の評価も

表 5-13 個人情報保護に関する PDCA 表(2004 年下期)

院長				
品質目標	P	D	C	A
個人情報保護に則った診療情報の整備-プライバシーマーク認証の検討-	05年4月からの法律施行に対応した諸整備	体制の確立, 規定の作成, 掲示物の作成など	△	次期継続 法律の枠組みに準拠した整備を行った上で, Pマークの必要性を審議する
医局				
品質目標	P	D	C	A
学会発表, データベース取扱いにおける個人情報保護 総務係		医局員に内容通達	△	継続
品質目標	P	D	C	A
個人情報保護法への対応	①個人情報保護方針策定 ②個人情報規則規定 ③各科管理の個人情報保護実施規則(3次文書)の策定 ④パンフレット・ポスター作成 ⑤職員教育の実施	①個人情報保護方針策定 ②個人保護規則策定 ③パンフレット・ポスター作成 ④職員教育の実施	△	細部取扱基準(3次文書)の雛形作成
帳票および情報管理委員会				
品質目標	P	D	C	A
診療情報・職員情報などの保護に関する基準の制定, 職員教育, 及び患者さまへのPRの実施(05年3月まで)	個人情報保護法への具体的対策に備えた議論を行う	未実施	× 個人情報保護に関しては別のタスクにて議論した	個人情報への対応については, 個人情報保護委員会を立ち上げるため, 本委員会における「情報」は, 業務ITを中心とする電子情報に限定する

他の目標についても, 紹介率・逆紹介率の向上, 人間ドック利用者数の向上と同様に Plan に, 日程計画がない, 管理項目がない, 目標値がないという問題が発生していることがわかった。

Plan に問題があれば, Do や Check の段階でも問題が発生してしまうために, Plan で問題が発生していることは重要視する必要がある。

5.2.3.2 ヒアリング調査の実施

PDCA 表の分析により、Plan が実行可能なレベルまで落としこまれていないという問題を抽出することができた。しかし、PDCA 表の記載内容だけでは、具体的な展開手順や PDCA 表の作成手順など、方針展開の仕組みの問題点を詳細に分析することができなかった。そこで、詳細に問題点を把握するために、水戸病院でヒアリング調査を行った。

(1) 個々の部門長に対するヒアリング調査

まず、PDCA 表を記載している部門長に対して、ヒアリング調査を行った。調査対象は、看護局長、業務局長、検査科長、地域医療連携室長である。これらの部門は、分析対象とする二つの院長目標に直接的に関わっている部門や、二つの院長目標に関する委員会に所属しているメンバーであり、また、水戸病院の中核をなす部門である。この調査では、部門の PDCA 表を用いて、部門目標ひとつひとつに対し、主に「どのように P を策定したか」について把握した。以下にヒアリング内容の要点をまとめた。

- Plan は、院長目標発表前に予め前期継続課題で決めていることがある。
- Plan は、部門長が個人で決める部門と一つ下の階層の管理者と話し合っで決める部門があり、部門によって Plan の設定方法に差がある
- そもそも、PDCA 表はマネジメントレビューのための資料にすぎず、これを活用して管理を行うことはあまり考えていない。

部門ごとで調査した結果、部門によって PDCA 表の記載方法や、PDCA 表に対する意識が異なっていることが把握できた。

(2) 対象とする目標に関わる委員会、タスクに対するヒアリング調査

(1)の調査に続き、さらに、紹介率・逆紹介率向上、人間ドック利用者数向上の目標に関して、問題点を詳細に分析するために、委員会単位でヒアリング調査を行った。調査対象は、前述した 2 つの院長目標に関わる院長、地域医療連携委員会のメンバー、健診センタ運営タスクのメンバーである。この調査では、表 5-4、5-5 のような表を用いながら、主に「目標、Plan の策定はどのように行っているか」について把握した。その結果、以下の問題点が明らかになった。

1) 院長目標の説明において、目標の伝達のみが行われ、院長目標を設定するに至った背景や課題が伝わっておらず、院長目標の意図、課題に対する担当者の共通認識ができていない。

「人間ドック利用者数 80 人」という目標の場合、80 人を達成するためにどのような課題があるのか、なぜ 80 人なのかという目標設定の背景の認識がなかった。その結果、課題が設定されないままに目標だけを設定している状況で、院長目標に対して効果的な部門目標が立てられていなかったと考えられる。

2) 日程計画、管理項目、目標値の設定がプロセス管理に必要であるにもかかわらず、その必要性が認識されていない。

なぜ日程計画や目標値を立てていないかについて質問をしたところ、日程計画の使い方がわからない、書くように決められていないため書かなかったという回答があった。

以上のヒアリング調査の結果から、水戸病院における方針管理の問題点が明確になった。それを以下に示す。

・目標・Plan について、院長と部門、もしくは部門間ですり合わせる仕組みが不十分である
 すり合わせとは、院長と部門、部門と部門の間で行われる目標や方策に関する議論のことである。すり合わせは、組織の上位と下位で進むべき方向性を一致させる、目標や方策の漏れをなくすという機能を持っている。

ヒアリング調査で得た「院長目標の意図、課題に共通認識がない」という結果から、共通認識を持たせるために行われるすり合わせが十分でなかったことが考えられる。

・プロセス管理を行うための仕組みが不十分

プロセス管理を行うためには、実施項目、日程計画、管理項目を定める必要がある。計画した実施項目、日程計画にしたがって実施し、管理項目と実施内容をもとに Check, Action を行うことで、PDCA サイクルを回すことができる。

ヒアリング調査の結果から、実施内容までは設定しているものの、日程計画、管理項目、目標値は、その必要性の認識が薄いため設定されていなかった。そして、日程計画、管理項目のない Plan は、実施項目を実施したかしていないかだけで Check を行わざるをえない状況にあり、その実施のプロセスまでは Check しきれていない。

(3) 問題点の整理

(1)と(2)で行った分析から問題点を構造的に整理した図を以下の図 5-3 に示す。

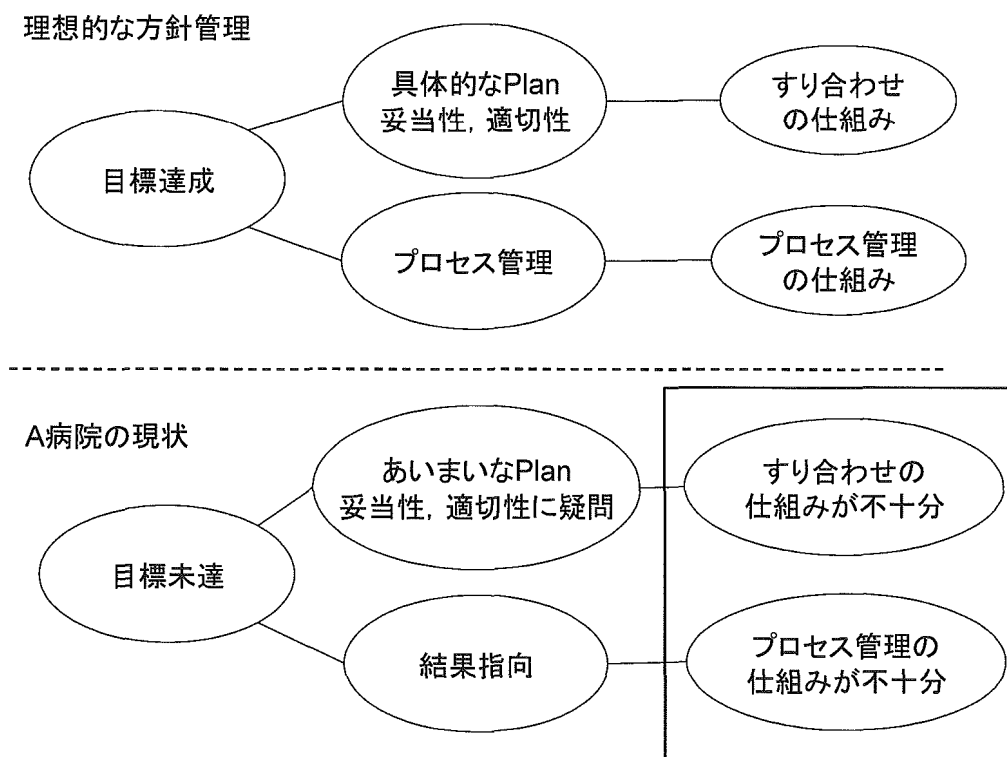


図 5-3 理想的な方針管理と水戸病院の現状の比較

5.2.3 で行った分析結果を整理した結果、目標未達となる原因は、あいまいな Plan, 妥当性, 適切性に疑問がある Plan という Plan の問題と、Plan を実施したかしていないかだけでしか判断ができていないプロセス管理の問題があった。そして、それらの問題点を仕組みの面から考えた結果、すり合わせを行

うための仕組みがそもそも存在していなかったり、プロセス管理を行うための仕組みが不十分であったり、方針管理の基本的な仕組みが問題であることがわかった。

5.3 改善策の提案

5.2の分析から、方針管理の問題点を明確にすることができた。そこで、明確にした問題点をもとに、方針管理の仕組みの改善を検討した。改善策は、現状の方針管理の仕組みの中で、現状の方針管理に表5-1で示した一般的な方針管理の機能、仕組みの中で抜けている部分を補完する形で提案した。

5.3.1 改善策の提案内容

5.3.1.1 会議体の整備

一般的な方針管理では、方針展開の際にすり合わせが重要であるとされている。すり合わせとは、組織全体の方向性を一致させ、部門間で目標や方策の漏れがないかをチェックするために、院長と部門長、部門長間で行う議論のことである。

水戸病院には、部門の代表者が集まって議論する場として、委員会が存在している。委員会によって、経営戦略的に設置した委員会、単に給食や図書関係など日常業務を行う委員会、日常業務で発生した議論する委員会など、各々果たす機能は異なっている。しかし、どの委員会も、委員会は月1回で開催されており、院長目標設定、部門目標設定が行われた後に開催されているため、今期の院長目標、目標展開に関する議論は行っていない。そこで、紹介率・逆紹介率の向上、人間ドック利用者数の向上の目標における委員会のあり方を検討した。

紹介率・逆紹介率の向上や人間ドック利用者数の向上は、それらに関連した委員会、または委員会に準ずるタスクが設置されている。そこで、これらの委員会・タスクで不足していたすり合わせの機能を補完することを考えた。文献調査やヒアリング調査から、水戸病院の委員会では、一般的な方針管理より不足している議論の内容を抽出した。その結果、すり合わせで必要とされる以下の3項目を、委員会・タスクの場で議論するべきであると考えられる。

・院長目標の達成可能性

水戸病院では、トップダウンの方式で院長目標を設定している。しかし、院長の意見だけでは、その院長目標の妥当性や達成可能性を保証することが難しく、院長目標が未達成で終わってしまうことがあった。院長目標について、関連する部門どうしで深く議論する必要があると考えられる。

提示された院長目標は、半期のうちに改善活動を行うことで達成可能であるかどうかを議論し、あまりにも達成が困難である場合は、達成可能な目標に変更する。このような議論を行うことで、院長目標の達成可能性、妥当性を保証することができると考えられる。

・院長目標達成のための課題

院長目標は、目標だけを提示していた。しかし、目標だけでは、その目標達成のための課題が何かを明確にすることはできず、関連する部門で課題の共通認識を得ることができない。その結果、部門によって方向性が異なる方策を実施し、目標達成に結びつかなかった。課題を明確にすることを目的とした議論も行う必要があると考えられる。

課題を明確にするためには、まずは現状分析が必要である。関連する部門がデータを集め、委員会の場で提出し議論を行う。現状で不足している部分はどこか、不足部分を補うためには

どのような対策を行えばいいのか、部門間で話し合うことで、方策の方向性の一致や漏れの防止を行うことができると考えられる。

・具体的な部門目標への落とし込み

現状の PDCA 表を調査する中で、院長目標と同じ目標を立てている場合があり、具体的に展開されていない状況が発生していることがわかった。具体的に展開するためには、課題を明確にした後、課題に対する目標を検討するとともに、どの部門が課題に取り組むべきかを検討する必要がある。そして、割り振られた課題に対して部門目標を設定することで、院長目標から具体的な部門目標に展開することができると考えられる。

これら 3 つの項目について、部門間で議論を行うことで、院長目標の適切性、妥当性、具体性を判断できる。その結果によって、院長目標を修正する場合もある。そのため、これらの議論は、院長目標の決定以前の段階、すなわち、院長目標案として提示された段階で行う必要がある。

また、会議を円滑に行うためには、議論を発散させないように、もしくは議論を活発にするようにしなければならない。そのため、議論を主導するような役割を持った人と、議論のたたき台となる材料が必要となる。議論を主導する役割は、その院長目標を達成するためにもっとも重要となる部門が担当し、議論の材料は、その部門が考えている目標達成のための課題を取り上げ、それをもとに議論を進める必要があると考えられる。

5.3.1.2 PDCA 表の整備

現在の PDCA 表は、質管理の定着が遅れている部門に PDCA を意識させるという意味で有用性があると考えられる。しかし、現状の PDCA 表には、明確な記載内容の規定がなく、個々の部門長に依存する形になっており、プロセス管理ができていない状況にあった。

そこで、PDCA に記載すべき内容を明確にすることを提案する。また、P の変更を行いやすくするために、更新履歴を残せるような形に変更する。

PDCA の各項目に記載すべき内容は、以下のとおりである。

・品質目標

委員会で決定した部門目標を記載する。また、院長目標との関連性が明確になるように対応する院長目標も記載する。

・Plan

部門目標達成のための方策を考え、記載する。品質目標と同じものにならないように、できる限り細かく設定し、月単位の日程計画も設定する。

・Do

行った事項を記載する。管理項目、目標値を設定しておき、その推移も記録しておく。管理項目が定量的でない場合は、どのような状態になれば達成と判定するかを明確に決めておく。

・ Check, Action

管理項目にしたがって、達成度を判定する。方策に実施に遅れがある場合は、なぜ遅れたか、思うように目標値が推移しなかった場合は、方策は効果的であったかを反省する。そして、反省の結果を次期の課題として設定する。

次に、PDCA 表の新たなフォーマット案を検討した。新しい PDCA 表のフォーマットは、各項目で記載すべき内容の規定を加えるだけでなく、1ヶ月や2ヶ月の短い期間で PDCA サイクルを回すようにして、サイクルを回した結果、必要な Plan の変更を行えるようにし、また改訂履歴が残る形にする必要がある。PDCA 表のフォーマット案を以下の表 5-14 に示す。

表 5-14 PDCA 表のフォーマット案

〇〇年度 〇〇局 PDCA表						作成者	承認	
院長目標	品質目標	P	日程	管理項目	D	C	A	作成日
			月					
			月					
			月					
			月					

現状の PDCA 表のフォーマットを大きく変えることなく、関連性を示すために院長目標の欄を設け、また必要な要素である日程と管理項目を加えた。PDCA 表は、エクセルで作成されているため、改訂は列挿入で可能となる。また、改訂履歴を明確にするために、作成日を明記する形にした。改訂履歴を残せる形にして、短い期間で PDCA サイクルを回させることで、改善活動を活発に行うことができると考えられる。また、最初の Plan と期末の時点で設定されている Plan と比較することで、最初の Plan の問題点を把握することが容易になると考えられる。

5.3.2 改善策のシミュレーション

5.3.1 で提案した改善策を、紹介率・逆紹介率の向上と人間ドック利用者数の向上の場合に想定して、シミュレーションした。

(1) 院長目標案の提示

まず初めに、今期の院長目標案を提示する。紹介率・逆紹介率の場合は紹介率 30%と逆紹介率 25%、人間ドックの場合は利用者数 80 人というような目標案を提示する。

(2) 院長目標案を議論するためのたたき台の作成

院長目標案の提示後、その目標に対応した委員会を開催する。紹介率・逆紹介率の場合は地域医療連携委員会、人間ドックの場合は健診センタ運営タスクを開催する。委員会の開催に先

立って、委員会を主導する部門が議論のためのたたき台を作成する。主導する部門は、院長目標達成に一番寄与する部門とし、紹介率・逆紹介率の場合は医局もしくは地域医療連携室、人間ドックの場合は健診センターが担当する。

主導部門が考えるべきたたき台の内容は以下の内容である。

- ・ 院長目標の妥当性
30%や80人という数値は本当に達成できるのか、達成が難しいと考えられる場合は、どのくらいの数値を設定すればいいかを考える。人間ドックの場合、単に80人だけではなく、男女の内訳、企業の健診を何件にするかなど細かく数値を設定しておくことなどが考えられる。
- ・ 院長目標達成のための課題
院長目標達成のために、どのような課題があるかを考える。紹介率・逆紹介率の場合、課題は紹介元との信頼関係構築、逆紹介するか、自病院で治療を行うかの判断基準の設定、逆紹介先の医療の質の判断などの課題が考えられる。

(3) 委員会の開催

1) 院長目標の意図、背景の共通認識

まず院長から目標設定の意図や背景を具体的に説明し、関連部門で共通認識を持たせる。紹介率・逆紹介率向上の場合では、設定した紹介率30%や逆紹介率25%という目標値を達成することで、診療報酬の面で優遇される、役割分担ができ業務が効率化できるなどを説明し、人間ドックの場合も、設定した80人という目標値がどういう観点で設定されたのかを説明する。

2) 院長目標に関する関連部門間の議論

次に、(2)のたたき台をもとに、部門間で議論を行う。設定された院長目標は達成可能なのか、妥当な目標値はどのくらいか、達成のための課題は何かを主導する部門を中心にして議論を行う。

実際の院長目標に当てはめて考えると、紹介率・逆紹介率の場合は、

- ・ 開業医との信頼関係の構築に関して、医局と地域医療連携室でどのように行うか
- ・ 前期の逆紹介率20%という目標が達成できなかったにも関わらず、25%という今期の目標を達成することは困難であり、妥当な数値に下げの必要があるのではないか
- ・ 医局の科ごとに目標値の設定が必要ではないか
- ・ 医師の日常業務が多忙であるため、紹介患者や逆紹介に関する業務に時間が取れず紹介・逆紹介の件数が少なくなっている

などの結果が得られることが想定される。

また、人間ドックの場合は、

- ・ 80人という目標値が妥当な数値なのか
- ・ 80人を達成するためには、現状では数が少ない女性の受診者を増やす工夫が必要ではないか

などの結果が得られることが想定される。

3) 担当部門の決定

院長目標の課題がすべて挙げられた後、課題に取り組むべき担当部門を決める。担当部門を決めるにあたり、まずは担当部門の役割を明確にしておく必要がある。そして、役割にそって課題の割り振りを行う。紹介率・逆紹介率に関しては、医局・地域医療連携室とも開業医との交流に関しての目標を立てることが考えられる。また、医局は科ごとに目標値を設定させる。また、人間ドックに関しては、健診センタに女性受診者を増やすための方策を考えるようにして、検査科や放射線技術科は、効率的な健診体制の構築などを目標にすることが考えられる。

(4) PDCA 表の記載

会議で決定した部門目標から PDCA 表の作成を行う。人間ドックに部門目標は、(3)の 3)で得られた結果をもとに、院長目標を具体的にした形で記載する。そして、Plan は具体的に落とし込まれている部門目標を達成するための方策を検討した結果を記載することにし、日程計画も立てておく。Do, Check, Action の結果、Plan に修正が必要となった場合、新たに下の列に Plan を立てて PDCA サイクルをまわす。

以下の表 5-15 に、人間ドック利用者数の向上に関して、女性を増やすという目標に落とし込んだ場合の健診センタの PDCA 表を示した。

表 5-15 想定される人間ドック利用者数向上に関する PDCA 表

院長目標	品質目標	P	日程	管理項目	D	C	A	作成日
人間ドック利用者数80人	女性受診者を一日40人確保する	女性をターゲットにマーケティング調査を行う	11月	計画達成度 女性受診者数	調査は80%完了 現在進行中のも のもある 女性受診者平均 20人	人的リソース不足により遅れた	担当スタッフを増員 結果をPPTの資料にする	2005年10月15日
		マーケティング調査をまとめる	12月上旬	計画達成度	全調査内容を PPTなどでまとめた資料を作成した	達成	...	2005年11月10日
		調査結果をもとに、人間ドックの内容を検討した改善案を	12月	計画達成度 女性受診者数	女性特有の病気に 対する健診を あらたな健診コースを設置した	2005年10月15日
		導入する	1月	女性受診者数		2005年10月15日

以前の PDCA 表に比べ、院長目標より具体的な目標に展開され、短い期間で PDCA を回して Plan を細かく変更することが可能になった。

(1)～(4)のようにシミュレーションを行った結果、提案した改善策のとおりすり合わせを行うことで、達成可能な院長目標の設定、現状よりも具体的な部門目標の設定が可能になった。また、PDCA 表の記載も、具体的な Plan の設定、細かく PDCA サイクルをまわすことが可能になった。

5.4 考案

5.4.1 提案の有効性

文献調査から、一般的な方針管理においてうまくいかない場合に発生している問題を以下の表 5-16 にまとめた。

表 5-16 一般の方針管理で起こる問題

目標未達	個々の方針 問題がある	計画が悪い	配分した資源が不足
			方策が悪い
			目標が不適切
			方針が不明確
			業務計画に具体性が無い
	方針管理の仕組み に問題がある	実施が悪い	計画通りに実施しない
			具体的方策にブレークダウンされていない
			十分な振り返りをおこなわない(C,Aが不十分)
			方針が伝達されない
			方針の出しっぱなし 管理者がフォローしない

目標未達となる要因として、個々の方針を観点に抽出すると、Plan の問題として、資源の不足や方策や目標の悪さ、具体性が不十分であることなどの要因が抽出された。また、方針管理の仕組みを観点にして要因を抽出すると、具体的な方策に展開されない、振り返りが無い、方針の出しっぱなしでフォローがないなどの要因が抽出された。

5.2 章の分析から、表 5-16 の内容は水戸病院でも起きていることがわかった。そこで、一般的に起きる問題に対する対策を調査した。その結果、以下のような対策が挙げられていた。

- ・ トップと下位のすり合わせ、部門どうしのすり合わせ
- ・ 方針書や実施計画書など帳票の作成による

本研究で提案した内容も、上記の内容を盛り込んでいることから、提案内容が方針管理における問題に対して有効であると考えられる。

5.4.2 本研究の意義

組織的に質管理に取り組むための方法として、TQM の中で方針管理がある。方針管理は、どのような組織においても、最初から完全な仕組みにすることは難しい。まずは、最初に導入した方針管理の仕組みで運営し、その中で問題点を抽出し、現状の方針管理の仕組みを改善していく必要がある。そして、方針管理の改善を重ねることで、実効をあげることができる。

本研究では、現状の方針管理の問題点を、一般的な方針管理の機能から分析したことで、問題点を明確にし、問題点に対する対策を提案することができた。具体的な計画に展開する仕組み、プロセス管理を行う仕組みから検討をし、すり合わせの場として委員会の活用方法、プロセス管理を行いやすくするための PDCA 表の改訂を提案することができた。一般的な方針管理と現状の方針管理を比較することで、現状の方針管理の問題点を明確にすることができ、方針管理の改善が行えるようになった。このような点で、本研究に意義があると考えられる。

5.4.3 ISO9001 と方針管理の関係性

(1) ISO の基本的な考え方

水戸病院の背景として、ISO9001 に基づき QMS が構築され、その運用において質方針と質目標を方針管理を用いて設定していた。

ISO9001 は、What(何をすべきか)は示されているが、How(どのようにすべきか)は示されていない。どのようにして実施するかは、個々の組織に考えさせることが ISO の基本的な考え方である。しかし、ISO9001 を導入している一般企業の中で、What を満たすことだけを考えて活

動してしまい、質向上のための How が十分に検討されず、質向上につながらないという問題が起きている。水戸病院でも、帳票、会議体、質目標の規定は、形式的な位置づけになっており、方針管理がうまく行われてこなかった。これは、ISO9001 の要求事項を満たすことが目的となっていて、How が十分でなかったことが原因であると考えられる。

(2) ISO9001 と方針管理、日常管理の関係性

ISO9001 の目的は QMS の構築であり、その手段として、業務分掌・業務フローの明確化や質方針・質目標の設定などを行うように定めている。しかし、ISO9001 では、質目標を立てることを要求しているが、質目標の内容のレベルはどうあるべきか明確にされておらず、一般的な方針管理の目標のように、現状打破の目標を立てることまでを要求していない。よって、ISO9001 における QMS の運用や、質方針・質目標の設定は、現状打破の改善活動を進めていく方針管理よりも、分掌業務の明確化を目的とした日常管理・機能別管理に近い位置にあると考えられる。病院では、標準化の考え方が浸透していない状況で、日常管理が不十分であると考えられ、質目標の中には日常管理として扱うべき項目が多くある。そのような目標も方針管理の方法を有効に使い、改善活動を行わせるようにしている。

今後は、病院における日常管理の仕組みについて検討する必要がある。

5.4.4 病院における方針管理の困難性

病院では、医師、看護師、薬剤師など、職能に特化した職種で構成されており、職種間の連携が希薄になりやすいといわれている。連携が希薄であることから、部門ごとで改善活動が行われ、改善の進んでいる部門、改善が進んでいない部門と部門間で改善活動のレベルに差が生まれやすい。また、病院の業務の特徴から、日常業務で費やす時間が多く、会議や改善活動に取り組むための時間に制約がある。よって、十分なすり合わせを行うことが困難な状況にあると考えられる。

これらを克服するには、時間的制約を十分に考慮して、議題を絞込んだ形ですり合わせを行い、可能な限り数が少なく記入が容易な帳票で方針管理を行う必要がある。日常業務以外で時間や労力がかかってしまうような作業では、時間がない病院において、特に医局や看護局など直接的に患者と関わるような職種では、受け入れられにくい。

本研究で提案した改善案では、既存の委員会の活用、議題の絞込み、既存の PDCA 表のフォーマットと記載内容の規定といった、可能な限り規模の小さい改善案を考えた。これらの改善策にあわせて、すり合わせや PDCA 表の記載の方法を教育し、周知徹底させていくことで、効率的・効果的な方針管理を行うことができると考えられる。

5.4.5 本研究の問題点

(1) 分析対象以外の目標

本研究では、紹介率・逆紹介率の向上、人間ドック利用者数に関する目標を対象に問題点の抽出と改善策の提案を行った。

しかし、紹介率や人間ドック利用者数は、扱うデータが定量的であること、関連部門が比較的明確であることから、方針展開は他の目標に比べ容易であると考えられる。水戸病院における質目標は、定量的な目標よりも定性的な目標が多く、また、関連部門が一つ、または全体が

関係しているという目標も少なくない。本研究で分析対象とした目標は、関連部門が明確になっているため、関連部門が不明確である場合は、すり合わせを行うための枠組みから検討する必要がある。

(2) 仕組み以外の観点

本研究では、仕組みを改善するという観点で改善策を提案した。しかし、質管理の考え方が浸透していない病院では、仕組みを与えただけで必ずしも方針管理がうまく進められるとは考えられない。そこで、方針管理の仕組みだけに、全部門に対して、方針管理とはどのようなものなのか、質目標とはどうあるべきか、管理項目・目標値の設定方法、日程計画・進捗管理の方法、すり合わせを行うことの重要性を教育し、周知徹底させる必要があると考えられる。

(3) 病院ごとの違いの考慮

本研究で対象とした水戸病院は、ISO9001に基づくQMSを構築していること、質管理に対する意識が高いこと、比較的規模が大きい病院であることなど、方針管理の導入が質向上に有効な病院であると考えられる。しかし、まったく質管理が行われていない病院や、規模が小さい病院など、病院によって性質はさまざまであり、性質に合わせて方針管理導入の是非や、組織に合わせた方針管理の仕組みを検討する必要がある。

5.5 結論と今後の課題

5.5.1 結論

本研究では、組織的な質管理活動を目的に病院で方針管理を運用することを考え、病院で方針管理を運用する際に起こる問題点を分析し、問題点を解決するための改善策を提案した。

まず、実際に方針管理を導入している水戸病院を事例に、方針管理の問題点を抽出した。方針管理の問題点を抽出する際には、多くの目標から重点課題、継続課題である2つの目標を対象に絞った。一般的な方針管理の機能から問題点を抽出するためのチェックリストを作成し、チェックリストを活用しながらPDCA表の分析を行った。それに加えて、実際に水戸病院を訪問し、院長や部門長、委員会メンバーなど質目標の設定に関わる担当者の方々にヒアリング調査を実施した。ヒアリング調査によって目標、Planの具体的な設定を把握し、方針管理の運用上の問題点を抽出した。その結果、PDCA表からPlanに問題があることが明確になり、ヒアリング調査でPlanを設定するための仕組みが不十分であることが明確になった。

そして、問題点を解決するための改善策を提案した。時間的制約が大きいことを考慮して、既存の会議体、PDCA表を改善する方向で検討した。水戸病院には部門間の会議体として、委員会が存在している。その委員会に、院長目標の具体性、妥当性、適切性をCheckする機能と部門への展開を行う機能を補完することを提案した。また、既存のPDCA表を活用し、PDCA各項目に記載すべき内容を明確にし、PDCA表に日程と管理項目を加え、更新履歴を残せる形式にして、プロセス管理を促すようなPDCA表のフォーマットを考えた。

本研究によって、方針管理の問題点の抽出から方針管理の運用面の改善を行うことができた。

5.5.2 今後の課題

本研究では、紹介率・逆紹介率の向上、人間ドック利用者数の向上に関する目標に絞って、

方針管理における問題点を抽出し、改善策を検討した。改善策の導入は、病院全体に関わる変更であり相当の時間を要する。今後、改善策を導入し運営された段階で、有効性の確認を行い、問題が起きていれば問題点を分析し、新たに対策を考える必要がある。

また、水戸病院には院長目標が数多くあり、目標によって発生している問題が異なる可能性があると考えられる。よって、他の目標に関しても、今後、現地調査などで方針管理の問題点を分析する必要があると考えられる。さらに、水戸病院を事例に行った本研究を他病院でも同様に行い、病院ごとの問題点の差異を考慮した上で、病院における方針管理のあり方を検討し、汎用性が保証される方針管理の仕組みを構築する必要がある。

5 章の参考文献

- [1]久米均(1993)：「品質による経営」，日科技連
- [2]飯塚悦功ら(2005)：「TQM の基本的な考え方」，日本規格協会
- [3]TQM 委員会(1998)：「TQM21 世紀の総合的「質」経営」，日科技連
- [4]高須久(1997)：「方針管理の進め方」，日本規格協会
- [5]納谷嘉信(1982)：「TQC 推進のための方針管理 - 新 QC 七つ道具を活用して」，日科技連
- [6]山口裕(1996)：「方針管理が分かる本 - 全社一丸で会社が動く」，ビジネス社
- [7]細谷克也ら(2002)：「品質経営システム構築の実践集」，日科技連
- [8]上原鳴夫ら(2003)：「医療の質マネジメントシステム」，日本規格協会
- [9]飯田修平ら(2005)：「医療の質用語事典」，日本規格協会
- [10]細谷克也(1984)：「QC 的ものの見方，考え方」，日科技連出版社
- [11]荒木幹枝(2005)：「病院機能評価項目と ISO9001 システム取得取り組みの比較検証」，医療マネジメント学会雑誌 Vol. 6, No2, p. 453-p. 457

6. 与薬業務のプロセスに着目した事故分析手法

6.1 序論

6.1.1 研究背景

近年、医療事故が相次いで報道され、社会的な問題となっている。そこで医療機関では、事故防止のための取り組みとして事故報告制度を導入している。これは、事故が発生した際に、事故報告書に事故の発生状況を記載し、報告することを義務付けるといったものである。しかし、その制度を効果的に活かすことができていない病院が少なくない。その結果、依然として医療事故が多く発生しているのが現状である。

中でも、注射薬や内服薬を患者に与薬する際に発生する与薬事故は、多くの医療機関において全ての事故に占める割合が高い。図6-1に、飯塚病院において1年間に発生した医療事故の割合を示す。

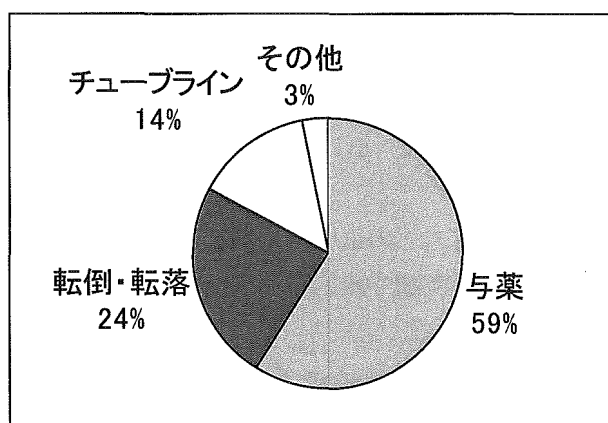


図6-1 飯塚病院における医療事故の割合

また、与薬は治療の中心的なものであり、その事故が患者に与える影響も大きい。したがって、与薬事故は早急に解決すべき重要な課題である。

6.1.2 研究目的

与薬業務は決められたプロセスに従って行われる。そして、与薬事故が発生する際には、そのプロセスのいずれかでミスが発生している。したがって、事故を防ぐには、ミスを明らかにし、ミスを誘発した要因に対策を講じる必要がある。

事故の要因には、人に関するものも含まれるが、人の注意力や特性、性格を変えることは難しい。したがって、ミスを効果的に防ぐためには、人ではなくプロセスをミスの起こりにくいものに改善することが重要である。これは、産業界で用いられ、大きな成果を出しているプロセス指向といわれる重要な考え方であり、プロセスが存在する業務全てに当てはめることができる。

そこで本研究では、事故報告書の分析や、医療従事者の事故分析の状況を把握する。そして、医療従事者がプロセス指向を実践できる事故分析手法を提案する。また、提案手法を院内に導入、推進する活動を通して、医療従事者自身でPOAMを導入、推進するためのツールを作成し、その方法を確立することを目的とする。

6.2 従来研究

6.2.1 村瀬の研究

6.2.1.1 研究内容

村瀬¹⁾は、与薬業務のプロセスに着目し、正しく与薬業務が行われる状況を図6-2のように示した。

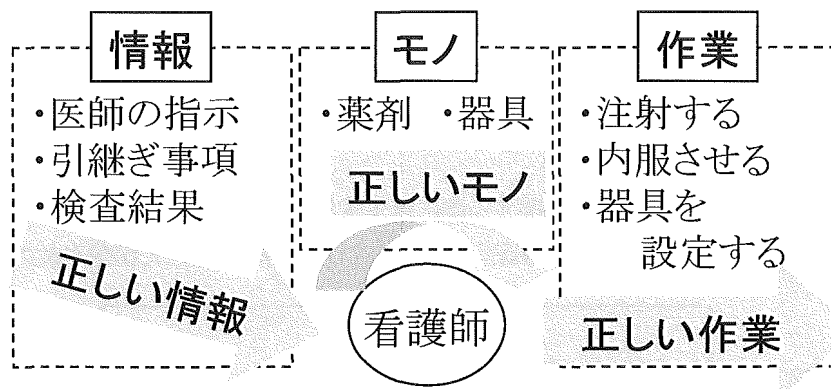


図6-2 正しい与薬業務モデル

これは、中央の人が指示や検査結果などの正しい“情報”を受け取り、それをもとに薬剤や器具などの正しい“モノ”を準備し、患者への処置や器具の設定という正しい“作業”を行うことで、正しい与薬業務が成り立つことを示している。

また、このモデルは、input → process → output を記述したもので、製造業では業務フローの表記、ソフトウェアの入出力などに一般的に用いられているものを、与薬業務に当てはめたものとみなすことができる。つまり、プロセスを記述するための標準的な記法であり、このモデルを用いることで、自然にプロセス指向を実践することができる。

このモデルにおいて、与薬業務が発生する場合は、情報、モノ、作業のいずれかでミスが発生している。したがって、このモデルを用いて事故状況を記載することで、プロセスにおけるミスの発生箇所を把握することが可能になる。なお、このモデルを用いて事故状況を記載したものを“モデル図”と呼ぶ。

また、ミスを誘発した要因には、プロセスや人、さらには環境に関するものなどがある。そこで、それらの中でプロセスの要因に着目できるような分析の観点を質問形式でまとめた“観点リスト”を作成した。例えば、“責任の所在は明確で、無理のない業務かどうか？/どうすればいいのか？”という質問項目によって、役割分担の不明確さに着目することができる。

そして、モデル図と観点リストを用いることで、プロセス指向を実践できる事故分析手法を“Process Oriented Analysis Method for Medical Incidents（以下、POAM）”と名付け提案し、飯塚病院に導入した。

6.2.1.2 問題点

村瀬が提案したPOAMは、手法の枠組みにとどまっており、その詳細な部分が不完全である。したがって、医療従事者が活用するにあたり不備な点が存在する。問題点を以下に示す。

- (1) 観点リストは質問項目の羅列で数が多く、使い方が示されていない
- (2) モデル図の作成から対策立案までの、一連の分析手順が示されていない

6.2.2 尾崎の研究

尾崎^[2]は与薬業務のプロセスで発生するミスの要因を12の“エラー要因”としてまとめた。表6-1に示す。

表6-1 エラー要因

エラー要因	説明
情報の散在	必要な情報が一箇所にまとまっておらず、それぞれ別の場所にある
逸脱の日常化	多くの場合、正しいやり方で行わなくてもミスにつながりにくいいため、効率的なやり方がやがて日常的に行われるようになる
付随的作業	主体的に行うべき作業に付随した作業を行う際、主体的な作業に注意がいきってしまい、付随した作業への注意力が低下しやすい
記憶への依存	事前に得た情報を一定時間記憶して、時間の経過と共に記憶が薄れる、なくなる
類似作業の繰り返し	似たような作業を繰り返して行い、実施すべき回数を間違える
作業の中断	途中まで行った作業を何らかの理由で中断する
複数の選択肢	選ぶことができる対象が複数ある
出現頻度の低い情報	あまり出現しない情報であるため、その情報が出現した時に認識力が低下しやすい
知識・記憶のバイアス	情報を認知する際、既に持っている知識や記憶が影響を与える
情報の表示方法	記載された情報の文字、表現、レイアウトなどがわかりにくい
外見の類似	対象物の色、大きさ、形状などが似ている
名前の類似	対象物の名前、音感が似ている

そして、エラープルーフ化の原理を用いて、各エラー要因に対して対策立案の考え方を対応付けた。表6-2に示す。エラープルーフ化とは、人間のミスの発生率を下げるための作業方法に関する工夫である。

表 6-2 エラー要因と実現方法の対応付け

エラー要因	完全代替化	一部代替化	集中化, 共通化	個別化, 特別化	適合化	
	人間が作業を行わない	作業の機能の一部を補助する	変化, 相違を少なくする	変化, 相違を鮮明にする	人間の能力にあったものにする	
情報の散在	連結	情報の可視化 指示と記録	グループ化 同期化 一元化	個別化 注意喚起	携帯化 固定化	
逸脱の日常化			グループ化 規則化		注意喚起	記憶量・時間削減
付随的作業						固定化
類似作業の繰り返し			中断の排除 規則化	注意喚起	携帯化 記憶量・時間削減	
作業の中断						
記憶への依存						
複数の選択肢	機械化	見本とゲージ	選択肢の限定 整合化 統合と対称化 分業化・専門化	識別化 注意の明示	情報量の増加 表示方法適正化	
出現頻度の低い情報				識別化		
知識, 記憶のバイアス				識別化 注意の明示		
情報の表示方法			選択肢の限定 整合化 統合と対称化			
外見の類似						
名前の類似						

さらに、表 6-1, 6-2 を活用して、対策立案手順をまとめた。これにより、プロセスを改善するための対策を、系統的に立案することが可能になる。

尾崎の研究は、村瀬の研究に比べて、対策立案に重きを置いている手法である。また、決まっている業務のやり方を改善するものである。

6.2.3 文献調査

与薬事故の分析手法として、様々なものが研究されている^{[3][4]}。その中で代表的な2つを以下に示す。

6.2.3.1 SHEL 分析^[3]

SHEL 分析は、主に SHEL モデルを活用した分析手法である。SHEL モデルを図 6-3 に示す。このモデルは、当事者である人間(中心の L: LIVEWARE)が最適な状態を保つためには S(ソフトウェア), H(ハードウェア), E(環境), L(他人)の4つの要因が影響しているということを表している。このモデルを活用することで、与薬事故が発生した要因を、5つの観点で分析することができる。5つの要因の説明を表 6-3 に示す。

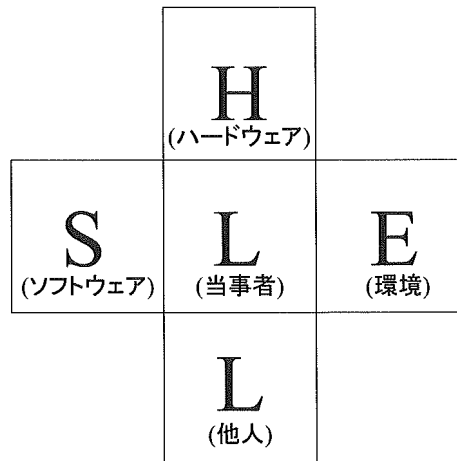


図6-3 SHELモデル

表6-3 SHELモデルの5つの要因

S (ソフトウェア)	マニュアル, 規定などシステムの運用に関わる形にならないもの 例: 職場の習慣・読みづらい説明書・新人教育・マニュアルの有無
H (ハードウェア)	医療機器, 器具, 設備, 施設の構造 例: 原因機材・作業台・寝衣・履き物・補助具
E (環境)	物理的環境(照明, 騒音, 空調)だけではなく, 仕事や行動に影響を与える全ての環境 例: 保管場所・業務範囲・労働条件・勤務時間・作業件数・仕事の困難さ・職場の発言しやすい雰囲気
L (他人)	当事者以外の人々 例: 事故・インシデントに関わった他のスタッフや他職種<心身状態・経験・知識・技術>・患者自身や家族の誘因<年齢, 安静度, ADL, 内服中の薬剤, 疾患, 身体障害, 心理>
L (当事者)	事故・インシデントに関わった本人 例: 心身状態・経験・知識・技術的問題・心理的要因

6.2.3.2 4M-4E方式[3]

これは, 事故の要因と対策の分類整理方法である。マトリックス表に, 事故の要因を4つに大別し, それぞれの要因ごとに, さらに4つの視点で対策を立案する。アメリカの国家航空宇宙局(NASA)で事故の分析に用いられている。マトリックス表の例を表6-4に示す。

表 6-4 4M-4E マトリックス表の例

	MAN (人間) 【例】 身体的状況, 心理的・精神的状況, 技量, 知識	MACHINE (物, 機械) 【例】 強度, 機能, 配置, 品質	MEDIA (環境) 【例】 気象, 地形, 施設, 設備, マニュアル, チェックリスト	MANAGEMENT (管理) 【例】 組織, 管理規定, 運行計画, 教育・訓練方法
具体的要因(4M)	4M を観点に, ここに, 具体的に要因を記入する			
EDUCATION (教育・訓練) 【例】 知識, 実技, 人格, 管理				
ENGINEERING (技術・工学) 【例】 自動化, 表示・警報, 多重化, 品質改善				
ENFORCEMENT (強化・徹底) 【例】 規定化, 手順の設定, 注意喚起, キャンペーン		抽出した要因ごとに, 4E を観点に対策を立案し, ここに記入する		
EXAMPLE (模範) 【例】 模範を示す, 事例紹介				

これらの手法は、事故を多角的な視点で分析し、時間をかけて要因を網羅的に抽出するものである。それらの視点はだまかであり、分析者の能力に依存している部分がある。

また、要因分析の視点を示したにすぎず、具体的な分析の手順などは示されていない。

6.3 POAM の改善と適用

6.3.1 改善内容

飯塚病院の事故報告書 164 件の分析と、医療従事者の分析会への参加、インタビュー調査を通して、以下のことを行った。