

第5部 プロジェクト参加者

NDPで転倒・転落防止対策プロジェクトが、複数の病院が参加するタスクとしてスタートしたのは平成15年度からである。それ以前は、麻生飯塚病院や武蔵野赤十字病院等の、この分野においてNDP内で先進的病院が病院単位で活動を展開していた。

このガイドラインは、NDPでの転倒・転落防止対策への取り組みの黎明期から、その活動を引継ぎ正式にタスクとなり、多くの病院の参加を得て活動を行った成果の結果をまとめたものである。

このガイドライン作成にあたり多大な尽力を受けた NDP 転倒・転落防止対策プロジェクト参加者の名前を以下に記す。

平成13年度

取組病院：麻生飯塚病院、武蔵野赤十字病院

早稲田大学：小長井 ゆかり

平成14年度

取組病院：麻生飯塚病院、武蔵野赤十字病院

早稲田大学：藁科 えりか

平成15年度

タスクリーダー：井上 文江（麻生飯塚病院）

顧問：棟近 雅彦（早稲田大学理工学部教授）

早稲田大学：藁科 えりか

参加病院：札幌社会保険総合病院、国保藤沢町民病院、仙台社会保険病院、国立仙台病院、東北大学付属病院、関東中央病院、武蔵野赤十字病院、佐久総合病院、宝生会 PL 病院、和歌山労災病院、神鋼加古川病院、岩国市医療センター医師会病院、麻生飯塚病院

平成16年度

タスクリーダー：井上 文江（麻生飯塚病院）

顧問：棟近 雅彦（早稲田大学理工学部教授）

早稲田大学：山中 健太、徳久 哲也

参加病院：札幌社会保険総合病院、国保藤沢町民病院、仙台社会保険病院、国立仙台病院、東北大学付属病院、前橋赤十字病院、関東中央病院、武蔵野赤十字病院、佐久総合病院、宝生会 PL 病院、和歌山労災病院、神鋼加古川病院、岩国市医療センター医師会病院、麻生飯塚病院

平成 17 年度度

タスクリーダー：井上 文江（麻生飯塚病院）

サブリーダー：土田 聖司（岩国市医療センター医師会病院）

顧問：棟近 雅彦（早稲田大学理工学部教授）

アドバイザー：黒田 幸清（日本規格協会）

早稲田大学：志田 雅貴、山中 健太、徳久 哲也

参加病院：国保藤沢町民病院、仙台社会保険病院、仙台医療センター、関東中央病院、
武蔵野赤十字病院、佐久総合病院、神鋼加古川病院、岩国市医療センター医
師会病院、麻生飯塚病院

平成 18 年度

タスクリーダー：土田 聖司（岩国市医療センター医師会病院）

顧問：棟近 雅彦（早稲田大学理工学部教授）

アドバイザー：黒田 幸清（日本規格協会）

早稲田大学：志田 雅貴

参加病院：国保藤沢町民病院、前橋赤十字病院、武蔵野赤十字病院、佐久総合病院、神鋼加古
川病院、岩国市医療センター医師会病院、医療法人財団大樹会総合病院回生病院、
麻生飯塚病院

第6部 プロジェクト参加者感想

麻生飯塚病院

転倒・転落事故防止活動は 2001 年から看護部業務改善委員会の中で取り組んでいました。先ず初めに、日本看護協会や武蔵野日赤病院様で使用されていたアセスメントシートを参考にしながら、効果的・効率的に防止活動ができるように独自の 2 段階式アセスメントシートを考案しました。対策もこのアセスメントの結果の 1 つである患者要因別に標準化した対策表を作成し、活用しています。その後、2003 年から NDP で転倒・転落防止活動が始まり、他の病院の取り組み情報を得ることができるようになって、様々な防止策が追加され、僅かですが転倒・転落の報告件数も減少してきました。

2004 年 12 月に院内ランでの「転倒・転落事故管理システム」が出来上がり、アセスメント、対策立案、転倒・転落事故報告書の作成がパソコン入力で可能となると、それまでの報告書提出件数の約 1.5 倍となり、無傷事故の報告件数が増加してきました。最近では、リハビリテーション科の医師がこの委員会に参加するようになり、事故の発生要因の観点や対策に幅が出てきました。ベッド下の患者履物の位置を揃えるや移乗訓練が開始になれば理学療法士がカルテに記録し、他の医療者と情報を共有することができるようになりました。さらには、転倒・転落予防のための患者用ビデオを作成し、入院時のオリエンテーションに活用しております。

今後は、NDP で作成したベストプラクティスを参考にしながら、転倒・転落の要因を分析した重点指向での対策実施や院内合同カンファレンスでの発表の機会などを通して、転倒・転落事故防止活動を院内に浸透させ、転倒・転落事故防止に努めたいと考えています。

武蔵野赤十字病院

NDP 転倒転落プロジェクトの、ベストプラクティス作成やガイドラインの作成に参加して、他病院の取り組みや医療者だけではなく多方面の方々の意見を聞け、とても勉強になりました。

当院でも、平成 14 年から早稲田大学との協働作業で、転倒転落アセスメントシートを作成し改訂を加えながら活用しており、平成 15 年から転倒転落の標準看護計画を 4 つの行動パターン別に改訂、平成 16 年からセンサー類や緩衝マットなどの物的対策を強化してきました。その他、転倒転落注意シールや患者家族の方への説明用紙など作成し、これまでのいくつかの取り組みの効果が、転倒転落の事故件数は減少傾向にありました。

しかし、昨年以降から転倒転落事故件数の減少はみられず横ばい状態にあり、転倒転落による頭部外傷や骨折など重傷事例も増加傾向にあります。急性期病院で在院日数の短縮化の中、既往症の悪化や合併症を伴い状態変化しやすい高齢者で、かつ認知障害や運動機能障害をもつ高齢者が増え、新たな防止対策に四苦八苦しているのが現状です。

今回、様々な病院の転倒転落防止対策の取り組みを知ることで、院内の活動だけでは気づけない方法・考え方を、病院内の活動にも活用していきたいと思います。また、このような意見交換の場に参加でき、今後もベストプラクティスとガイドラインを参考に、皆さんと共に改善できる点を考え取り組んでいきたいと思います。

佐久総合病院

当院は平成 2003 年度より NDP 転倒転落防止プロジェクトに参加させていただき、同時に院内プロジェクトを立ち上げました。当初は武蔵野日赤、麻生飯塚病院等、先進的に取り組んでいた施設からただひたすら真似る（学ぶ）の精神で、アセスメントシート・報告書・予防対策表・患者説明パンフレット等を作成し、2004 年末にこれらをマニュアルとして冊子にまとめ、院内予防対策システムがやっと出来上がりました。

傾向が把握でき、対策もほぼ出揃い、標準的に対策が行われるようになった 2005 年に、プロジェクトから看護部の委員会活動に移行し現在に至っていますが、当院の 2005 年の集計データを見ますと、転倒転落報告事例は 2003 年開始時のほぼ倍に増え、重症事例は減少傾向にありました。又 NDP のベンチマーキングの結果から見ても当院の重症事例の発生率は平均を下回っており、活動の成果が現れて来た様に思います。

2006 年度 NDP 会合に於いて、参加病院の沢山の貴重な事例を KYT の 4 ラウンド法で振り返り大変参考になりましたが、討論するうちに、人は自ら動くものであり、患者の欲求や QOL を尊重したら、転倒転落させないことが最大目的でなく、たとえ転倒転落しても重症化させない対策が重要であることに気づかされました。今後高齢化、医療情勢の変化に伴いリスクの高い患者様の増加が懸念されますが、質の向上は安全に繋がるという観点から看護に期待されるものも多大です。当院においては、院内のベンチマーキングの検証、KYT、当院に特徴的に多い排泄関連事例に注目し、NDP で学んだ貴重な経験を活かし改善運動を継続して行こうと思います。今後ご指導賜ります様お願いいたします。

国保藤沢町民病院

転倒転落は患者様の自発的行動によるものが多いと言われていますが、事故により外傷や骨折を併発すれば患者様および御家族は身体的・精神的に大きな影響を受け、病院や医療に対する不信感を抱く可能性があり、現場の者に課せられた重圧は多大なものとなっています。急性期・慢性期が混在し、高齢者・認知症患者が多い当院では、事故による重症事例は少ないながらも、不慮の危険を未然に防止するため、行動の観察には神経を擦り減らし、特に手薄となる夜間帯での負担はかなり大きいものとなっています。

当院は NDP 転倒転落事故防止プロジェクト開設当時から参加させて頂きました。先行病院からの指導を賜りながら、当院に合わせたツールを作成し対策に取り組み、それが定着した現在でも事故は減少せず負担は同様です。しかし、どのようなことが事故につながるのか、どのような患者にどのような対策を施せば良いのか、対策を施すことで何が回避できるのか浸透されたように感じています。ガイドライン作成に関わり事例を検討してゆく中で、自分の病院だけでは経験しえない症例を認識し、また日常経験している同様の症例においても、これまでより展開の幅が大きく広がって行った事を自覚することができ、大変貴重な経験をさせて頂きました。このガイドラインが全国の病院で有効に活用されることを望み、当院でも大いに活用していこうと考えています。

そして、実施しての感想や新たな情報などを今後も共有して行ければと願います。

医療法人財団大樹会総合病院回生病院

2006年度より転倒転落防止対策プロジェクトに参加し、同時に院内で改善プロジェクトを開始しました。プロジェクト参加前の現状としては、看護部を中心に病棟独自のアセスメントシート作成、ベッド周辺環境調整など個々に対策をとっていました。しかし、転倒転落の報告件数は注射・点滴などに関するものに次いで多く、転倒転落防止対策の強化は早急に取り組む必要がありました。

当院は、出来上がりつつあるガイドラインを参考に始動する形となりました。しかし、方向性は理解できても当院に合わせ実際に適応させていくには悩む点も多く、アドバイザーや当初より取り組んでいる病院の方々にアドバイスを頂きながら、現在も対策に取り組んでいる段階です。

また、教育事例集作成に携わる機会を得て、他施設の取り組みを知り当院の事例について様々な角度から検討するよい機会となりました。今後、現場のスタッフにいかに実行可能な対策として還元していくかが課題といえます。

前橋赤十字病院

当院では2006年1月から、転倒・転落防止部会が病院の改善活動として立ち上がり、それにあわせて2006年度からNDPの改善プロジェクトに参加させていただきました。

教育事例集を作成するにあたっては、報告事例を再度調査しながら、フォーマットに作り変えていく段階で、事故内容を整理することができ、根本原因についての分析と、再発防止策についての検討も行うことができました。今後は転倒・転落の有傷事例の事例検討にこのフォーマットを利用していきたいと考えています。

「NDP版転倒・転落に対するガイドライン」の作成段階には直接関わってはいませんが、途中経過報告を聞くだけでも、ものすごい労力がかかったことが容易に想像できます。

当院ではレベル別の看護師安全教育を実施していますが、今年度はレベルⅡの研修を、転倒・転落事例に絞って事例分析を行ないました。その時に、この「NDP版転倒・転落に対するガイドライン」が大いに役立ち、参考にさせていただきました。

今考えると、最初からこのプロジェクトに参加できなかったことが悔やまれますが、1年間でも、参加させていただいたことで得たものは大きく、感謝しております。

病院全体として、転倒・転落に対する意識の高揚を課題として、“継続は力なり”のごとく、今後も地道に、あきらめず、有傷の転倒転落事故を限りなくゼロにするため、改善活動を進めていきたいと考えております。

岩国市医療センター医師会病院

私たちが転倒転落対策に取り組んだきっかけは、病棟で行った転倒対策の看護研究でした。当時はこのような転倒転落事故が多いとは想像もつかず、病棟は多忙な中、転倒しないように可能な限り、患者さんのそばで看護師が対応していました。看護研究では、転倒した患者さんほどのような疾患、年齢で何をしようとしたのかなど詳細に調査しました。

その後、平成15年にNDPに参加し、タスクの中のひとつに、“転倒転落防止対策”があり、看護研究で調査したデータを参考にしながら、毎回会合に参加しました。当院のプロジェクト参

加者は、医師や看護師だけでなく、薬剤師・事務部・臨床検査部といったさまざまな職種が集合していることから、病院全体で取り組むことができました。タスク会合の中で、他病院との情報交換は貴重な時間であり、各参加病院が集めたデータからアセスメントシートや対策表がより具体的なものになりました。

しかし、現実的には転倒転落事故は減少しても、“0ゼロ”になることは困難だと言われ、今後医療者側の精神的・身体的負担は増大すると考えられます。患者さんやご家族のなかでは、病院にいたら安全だという認識を持つ人がまだまだ多い現状です。医療スタッフ間、医療者と患者さんがお互いコミュニケーションをとることや、入院後の転倒転落のリスクの説明や同意はかなり重要となり、形の無い“信頼”が生まれてくるのではないかと考えています。NDPで培ってきた医療安全への取り組みから、患者さん個々のアセスメントをしっかりと行い、情報を共有することで少しでも転倒転落事故が減少すれば良いと考えます。

今後は、ガイドラインの中にある教育的事例集を参考にし、転倒転落の未然防止に役立てていきたいと思えます。

【謝 辞】

このガイドラインを作成するにあたり、以下の方々から多大なる御指導と御高配を賜りました。ここに深謝いたします。

東北大学大学院 医学系研究科 国際保健学分野教授 上原 鳴夫氏

早稲田大学理工学部 経営システム工学科教授 棟近 雅彦氏

東京大学大学院 工学系研究科 化学システム工学科教授 飯塚 悦功氏

財団法人日本規格協会 審査登録事業部 審査計画センター所長 黒田 幸清氏

厚生労働科学研究費補助金事業（医療技術評価総合研究事業）、医療提供システムの総合的室管理手法に関する研究、医療のTQM実証プロジェクト（NDP）

本研究は平成16年度—平成18年度厚生労働科学研究費補助金による医療安全・医療技術評価総合研究事業「医療安全のための教材と教育方法の開発に関する研究（H16—医療—002）」の一環として実施した。

平成 17 年度厚生労働科学研究費補助金事業（医療技術評価総合研究事業）

「医療安全のための教材と教育方法の開発に関する研究」

(H16-医療-002)

NDP Q-EXPERT
医療安全に関する講師用教材

平成 19 年（2007 年）4 月

主任研究者 上原鳴夫（東北大学大学院医学系研究科）

患者の安全と医療の質について

東北大学大学院医学系研究科

国際保健学分野(Quality & Health System)

上原鳴夫

患者の安全と医療の質について

東北大学大学院医学系研究科
国際保健学分野
(Quality & Health System)

上原 鳴夫

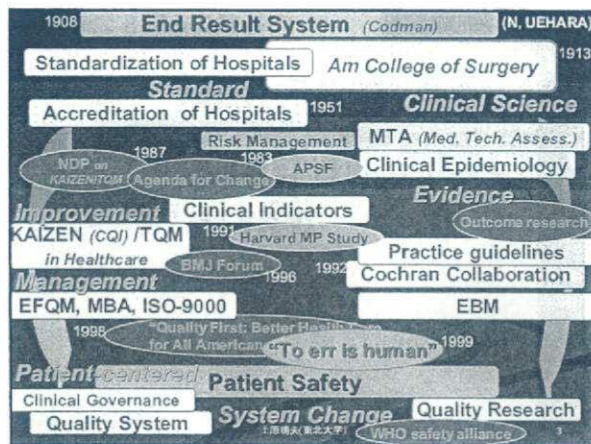
エラー分析

外科治療が不完全だったと判断される転帰を示した症例(治療のエラー)に関する原因の分類

- Es: 専門知識や技術の不十分さによる誤り
- Ej: 外科的判断の誤り
- Eg: 患者ケアや機材に起因する誤り
- Ed: 診断技術の不十分さによる誤り
— 以上については組織的な取組みによって解決可能 —
- Pd: 患者の病気が手に負えないものだった
- Pr: 患者が治療を拒否した
— 以上については公衆教育によって解決可能 —
- C: まだ解決法が見つからない外科的トラブルや事故、併発症など
— 以上については、医師や公衆に知らしめ、これを予防するための方策を研究する必要がある —

(コッドマンの最初の分類, 1908年)

上原 鳴夫(東北大学)



"To err is human"

(医療の質に関する全米プロジェクト委員会/米国医学研究所)

- 入院中に医療行為による傷害を受けた人 2.9%~3.7%
- それが何らかのエラーに起因していたもの 上記の58%、53%

→ 年間あたり約44000人から98000人の患者さんが「防止可能な医療傷害」(エラーによる)を原因として死亡している

上原 鳴夫(東北大学)

医療安全へのアプローチ

- 訴訟対策としてのRisk Management
→ 予防的安全管理としてのPatient Safety
→ Quality Improvement と システム改革 (プロセスの見直しとシステムの再構築)
- 「非難」の文化から「改善」の文化へ
- システムとマネジメントによる質保証=質を保證するシステムの確立
- 質と安全の教育 (※ 組織上の質安全管理)

「患者本位の質」を具体的に実現すること

上原 鳴夫(東北大学)

「医療安全の取り組み」

1. AEの実態の把握 — Chart Reviewほか
2. 報告システムの整備 — 報告と改善につなげる
3. 情報支援体制の構築 — 医療安全情報のクリアリングハウスほか
4. 機器・用具・医薬品の安全設計
5. システムの改革とIT化 — コンピューター化の促進ほか
6. エラープルーフの強化 — プロセス改善、単純化、危険予知ほか
7. 質安全に関する研究の促進 — 機序解明、モデル開発ほか
8. 規制と監督 — 安全規制、許認可制度、指標データ、医療監査ほか
9. プロフェッションの役割強化 — 標準指針、継続・再教育、EBMほか
10. 医療安全の教育 — 卒前・卒後教育、教材開発ほか
11. 研修途上の安全管理 — 勤務体制、シミュレーター教育ほか
12. 標準化の促進 — 業務標準、標準手順、診療指針ほか
13. 安全管理プログラムの確立 — 専任職の確立、質保証システム構築ほか
14. 組織管理体制と組織能力づくり — 質改善活動、総合的質管理ほか
15. 患者の自律と医療参加 — 非医療専門職の協力、患者代理人ほか

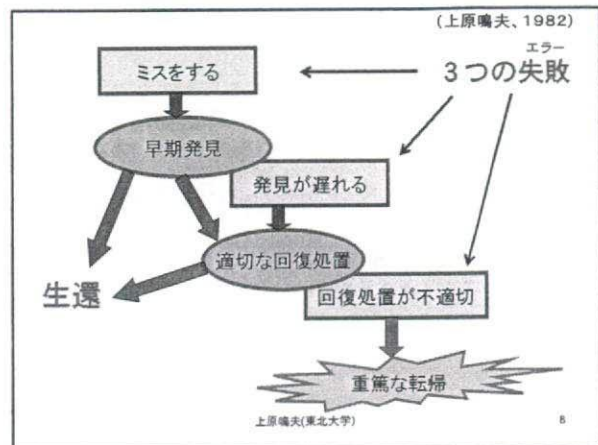
上原 鳴夫(東北大学)

パックスメディチナを超えて -10の提案-

1. 無謬性神話の呪縛からの解放

- リスクを患者さんと共有する
 - リスクに関する研究とデータと説明媒体
- 患者補償基金(無過失補償制度)
 - スエーデン、デンマーク、ノルウェー、フィンランド、ニュージーランド
- 医療リスク保険の可能性

7 上原鳴夫(東北大学)



メイヨークリニックにおける「医療安全の仕事」

The Work of Patient Safety ...

- DETECTION of system problems
- PREVENTION of harm
- MITIGATION of events
- IMPROVEMENT of health outcomes

9 上原鳴夫(東北大学)

パックスメディチナを超えて -10の提案-

2. 「医療の質」の発想転換を

「エクセレンス」という質から
「確実さ」という質へ

10 上原鳴夫(東北大学)

IOMの定義 (1991)

Quality of care is the Degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge.

ケアの質とは、個人と公衆に提供される保健医療サービスが、個人や公衆が望む健康上のアウトカムをもたらす可能性を高め、かつプロフェッションが有する現在の専門的知見に合致する度合いのことである。

11 上原鳴夫(東北大学)

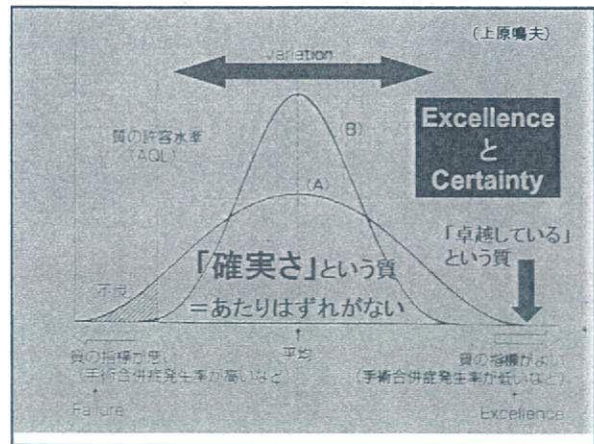
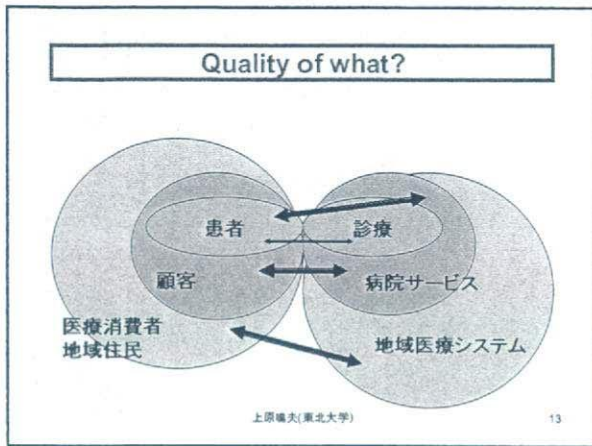
「質」 “Quality”

「質」とは、目的あるいは期待される結果の実現を保証することに関わるもの(特性)を指し、目的を実現できる程度によって測定される。(上原鳴夫)

質を考えることは、目的を考えること

1. 何の質か?
2. どんな質か? (質への関心)
3. 誰のための質か?

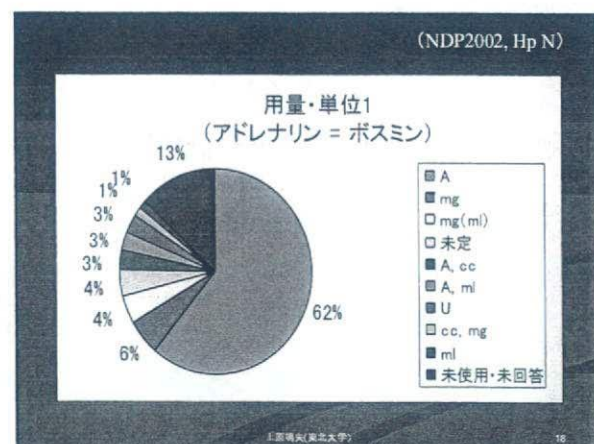
12 上原鳴夫(東北大学)



- パックスメディチナを超えて —10の提案—
- ### 3. システムとしての質と安全の確保
- 質安全文化の浸透
 - 医療安全の基本的な考え方
 - 危険予知
 - 標準化
 - 安全設計
 - 事例分析から改善へ
 - 改善する能力の育成—Qエキスパート
 - 医療の安全を守る「賢明な消費者」に
(医薬品、機器など、安全配慮のないものは買わない)
 - 質を保证するシステムの構築
- 上原嶋夫(東北大学) 15



- パックスメディチナを超えて —10の提案—
- ### 4. 医療質保証とプロフェッションの役割
- 標準化の推進
 - 根拠のある技術標準の確立と提供
 - 医療界全体に関わる標準化の推進
 - 専門家の質保証—プロフェッションへの信頼の確保
 - 教育・情報の支援
 - 医療安全に向けた大きな改革へのリーダーシップ
 - 職種の利害を超えて
 - 制度改革、社会の協力の要請
- * Incompetent Physicians
 医師全体の6~7%は薬物またはアルコール中毒、
 3~5%はうつ病を含む深刻な精神的問題。(?)
- 上原嶋夫(東北大学) 17



標準化と画一化

◆画一化＝ 患者さんの状態に関わらず、医師ごとに、看護師ごとに、いつも同じやり方をする事

◆標準化＝ 医師や看護師が誰であるに関わらず、患者さんの状態ごとに、もっとも確実に結果が出せるやり方をする事

日本国内、あるいは同一病院内でさえ統一された指示の書き方すらない。
基本的な治療法や処置でも、医学的に検証され学界が認証した標準がない。

上原 暢夫(東北大学)

19

エラー

1. ねらいは正しかったがねらいどおりにできなかったもの。(適合のエラー)
2. ねらいどおりにできたが、ねらいが間違っていたもの。(設計のエラー)

上原 暢夫(東北大学)

20

医療提供システムにおける 医師の役割

- ・設計技師 — 設計の質(EBM)
- ・作業員 — 適合の質(改善)
- ・ケース・マネジャー
(リーダー、コーディネーター)

上原 暢夫(東北大学)

21

バックスメディチナを超えて —10の提案—

5. クリニカル・サイエンスの再構築

- 根拠のある医療へ
=臨床におけるレジティマシー
 - 臨床研究
= <開発研究>(R&D)と<質保証研究>
 - 根拠を与える科学的データの集積
 - 質保証のあり方、質の疫学
 - “サイエンティスト・フィジシャン”(?)
- <治らない病気を治す>
VS <治る病気をきちんと治す>

22

上原 暢夫(東北大学)

バックスメディチナを超えて —10の提案—

6. 教育とナレジ・マネジメント

- 知識・情報の活用・支援・管理
- 臨床研修の安全管理
- 生涯教育

23

上原 暢夫(東北大学)

■ すべての薬と薬物治療について、個人が広くかつ正しい知識を頭の中に持つことは無理?!

→ 知識と情報の
サポート & マネジメント
が必要

上原 暢夫(東北大学)

24

研修途上の質・安全管理

- 標準化—診療指針、手技、手順、診療計画
- 研修計画—評価に基づいた段階的研修
- 指導監督
 - 指導者の教育(指導要領の確立)
 - “No Surprise”の原則の確立
- 教育
 - 侵襲的手技の危険・危機管理に関する教育
 - Pathogenesis of medical errorsの理解
 - シミュレーション教育
- 失敗から学習する能力と文化
 - MMカンファレンス

上原 昭夫(東北大学) 25

臨床研修安全管理の体制作り

研修医、新人ナースが行う侵襲処置の危険危機管理を中心に

1. 「リスク因子の予知分析と安全を配慮した標準手順」
2. 「シミュレーション・トレーニングの活用」
3. 「院内救急体制」
4. 「手技の教え方—研修指導の方法と指導要領」
5. 「技能評価」
6. 「安全教育教材の開発」
7. 「指導医・指導ナースの研修と指導要領」
8. 「勤務体制と配置」
9. 「患者さんに説明するためのパンフやツール」
10. 「MMカンファレンス」

上原 昭夫(東北大学) 26

フランス

1. 病院内で夜勤当直を行った全ての医師への11時間連続の休労の義務
2. 麻酔・蘇生・産・救急科での、「継続的」夜間診療を行った場合は、11時間完全休労
3. その他の科の診療を行った場合は、患者とのコンタクトのある臨床行為の11時間休労
4. 病院内での夜勤当直は、週1回まで、日曜・祝日は月1回まで
5. 病院外(自宅等でビーパー携帯)での夜勤待機は、週3回まで、日曜・祝日は月2回まで

上原 昭夫(東北大学) 27

パックスメディチナを超えて —10の提案—

7. 患者の医療参加と患者代理人機能の確立
 - 患者代理人制度、患者の権利擁護者
 - オートノミーの尊重、市民社会の役割、情報支援
 - 患者代理人としての家庭医の役割
8. 社会への発信
 - 医療が抱える問題の共有、制度作り、ソーシャルマーケティング
 - 業界、行政、マスコミ、市民
9. パブリックヘルスという専門性の構築
 - 健康と医療は社会的課題、諸科学のテーマ
 - 学際的視点と学問協力の促進
10. 日本の医療質管理のモデル構築
 - 2-6-2からシステムへ
 - 現場重視、能力形成、全員参加
 - 公共性と産官学の連携—安全のノウハウは私物化しない
 - NDP <http://www.ndp-japan.org/>

上原 昭夫(東北大学) 28

学際複合科学としての医療の質安全学

■ 安全工学	■ 医事法学
■ ヒューマンファクターズ	■ システム科学
■ 心理学	■ 品質管理学
■ 情報科学	■ 経営学
■ 教育学	■ 統計学・疫学
■ 医療人類学/社会学	■ 政策科学
■ ソーシャルマーケティング	ほか

+ 医学、薬学、看護学 -----

「人々の生命と健康と医療を対象とする学と研究」

上原 昭夫(東北大学) 29

“To err is human”

医療の質に関する全米プロジェクト委員会/米国医学研究所

年間あたり推計44000人から98000人の患者が「防止可能な医療傷害」(医療ミスによるもの)を原因として死亡している

→

- (1) 医療ミスによる死亡は米国における死因順位の8位に相当する
- (2) 医療ミスによって毎年290億ドル(3兆円以上)の過剰なコストがかかっている * “Cost of poor quality”
- (3) 安全対策は他の産業界の経験に学ぶようにしなければならない
- (4) ミスを減らすにはシステムを変えなければならないことを多くの研究が示している

上原 昭夫(東北大学) (J.M. Ekenberg, Director, AHRQ)

「質の高い医療」とは何か？

米国医療の質委員会/医学研究所
医療の質の3つの領域

- 1- 医療事故による傷害がないこと
- 2- 現在の医学知識を反映した最善の医療サービスを提供すること
- 3- 患者個々人の価値観と期待に適合する医療サービスを提供すること

「医療の質」(東北大学)

31

医療の不良品

- (1) 医療による傷害
- (2) 現在の標準的医療技術がなしうるはずのことがなされない(「質の許容水準」)
- (3) 患者さんの求める質を実現できない

「改善」=「質」の疫学
「質不良」という「質の病気」の原因を突き止め、
病因を取り除くことで再発を予防する。

「医療の質」(東北大学)

32

医療の質・安全学会

Japanese Society for Quality and Safety in Healthcare
(JSQSH)

(目的)

本会は、広く英知を結集して医療の質・安全の向上に資する科学的、実践的な研究を推進し、国内外における研究成果の交流・普及を促進することを通じて、医療の質・安全に関する学術基盤の確立と発展に寄与し、もって患者本位の質と安全を提供する新しい医療システムのあり方を実現することを目的とする。

「医療の質」(東北大学)

33

役員および評議員 (敬称略、50音順)

理事長	評議員	
高久 史磨	鮎澤 純子	田中 健次
副理事長	井部 俊子	寺岡 暉
上原 鳴夫	海野 雅浩	信友 浩一
理事	大井 利夫	野本 亀久雄
飯塚 悦功	大道 久	長谷川 敏彦
小泉 俊三	開原 成允	長谷川 友紀
嶋森 好子	河野 龍太郎	原田 悦子
武田 裕	川村 治子	古川 裕之
土屋 文人	紀伊 國献三	棟近 雅彦
永井 良三	桜井 靖久	柳田 邦男
三宅 祥三	武澤 純	
監事		
児玉 安司		
米本 昌平		

「医療の質」(東北大学)

34

会員

- 正会員 医療の質・安全に関する研究を行う者、ならびにこれに準ずると認められる者
- 賛助会員 本会の目的に賛同し、本会を援助するために所定の賛助会費を納めた個人または団体

医療に従事するすべての職種と医療の質・安全に関する研究を行うすべての学術分野を含みます。

<会員募集中>

会則規定に基づいて会員登録を進めています。
入会申し込み方法は、学会ホームページをご覧ください。

「医療の質」(東北大学)

35

■ 医療の質・安全学会誌

5月 学会設立記念特別号

7月(予定) 創刊号

■ 医療の質・安全学会設立記念講演会

◆ 関西地区講演会 3月21日(日) 京都にて開催。

◆ 九州地区講演会、東北地区講演会も計画中です。

■ 第1回学術大会

◆ 大会長 高久文磨氏

(予定) ◆ 会期 平成18年11月23日(祝)24日(金)

◆ 会場 東京ビッグサイト (東京)

学会ホームページ <http://qsh.jp/>

「医療の質」(東北大学)

36

産業界の TQM

NDP

村川賢司

産業界のTQM

2007年7月

NDP 村川賢司

NDP

No.1

さて、本日は、日本の産業界で発展してきたTQM、いわゆる総合的品質管理の概要についてご紹介します。

日本のTQMは千年一律ではありません。経営環境の変化に応じて、変えるべきものと、変えてはならないものを、見極めつつ、自己変革しながら今日に至っています。

本日お話しすることが、皆様方がこれから進めようとしていることへの何らかの道筋になれば幸と思います。】

目次

- ① TQMの発展とその特徴
 - ☒日本のTQMの発展
 - ☒卓越した組織へ導くTQM, TQMのフレームワーク
- ② 様々なコア・マネジメントシステム
 - ☒方針管理, 日常管理, 機能別管理
 - ☒品質保証体系図, 品質機能展開, QC工程表, ISOとTQM
 - ☒安全管理体系図, 危険予知活動
 - ☒人材育成, 教育体系図
- ③ 維持管理・改善・改革を支える支援技術の活用
 - ☒継続的改善, QC手法
- ④ TQMの推進; 自組織にあったTQMの適用
 - ☒品質経営, TQM推進のステップ
 - ☒TQMとは, QC的ものの見方・考え方
 - ☒TQM推進の目的・成果, 体質改善のコンセプト
 - ☒QCサークル活動
- ⑤ まとめ

NDP

No.2

日本のTQMの発展

- 1945～1949：QC(品質管理)の学習
- 1950～1959：工程管理におけるSQC(統計的品質管理)を組織的に活用
- 1960～1969：現場におけるQCをベースに日本的なQCを確立し、TQCへ発展
- 1970～1979：QA(品質保証)、信頼性などへ展開すると共に企業体質改善を重視
- 1980～1989：GWQC(グループワイドQC)へ進展し、TQMの国際的な普及
- 1990～1999：品質保証の国際規格ISOの浸透とTQCからTQMへ
- 2000～：人づくり・ものづくりの原点を大切にしたTQMへ

NDP

No.3

さて、第一番目に日本のTQMがどのように発展してきたかを、第二次大戦後を10年ごとに区切り概括することにより、日本のTQMの枠組みを考えてみましょう。【】

日本のQCは、いつから始まったのでしょうか。

私の所属する建築分野を見ても、千年以上前に建てられた建築物の技術と品質の高さに、今でも学ぶべきことが沢山あります。皆さんのお仕事でもそうではないでしょうか。品質管理の歴史は、こだわりを持ってもの作りを始めた時点に遡ると言ってもさしつかえありません。

しかし、日本のQCが大きな節目を迎えたのは、戦後直後と言われています。その理由は、市場が必要とする大量の工業製品の品質を一定に保つための、いわゆる再現性という観点からの再出発であったからです。

第二次大戦終了後、連合国の占領下にあった日本の通信機器や真空管の欠陥品の多さに、占領政策を実行する通信戦略面の危機感を抱いたGHQ(連合軍最高司令部)は、議論の末、品質向上のためのプログラムを日本に導入しました。議論とは、「このプログラムにより日本に競争力がついて脅威が復活する」というものと「飢饉に瀕している敗戦国に自立できる方法を教えるのが現実的である」というものでした。さて、戦後半世紀を経た今顧みますと、品質向上プログラムの導入は結果的に正かったと思います。日本の品質は世界最高水準に達して米国の脅威になったのは事実ですが、世界第二位の経済国として自由圏の発展に大きく寄与もいたしました。品質を核にした国際戦略の大切さを物語るエピソードだと思います。

このようにして、1940年代後半に、QCを学ぶ時代が始まり、米国防戦規格のZ1～3や統計的手法の研究が行われました。日本を代表する推進組織である規格協会や日科技連が設立されたのも、この時期です。【】

1950年代前半は、デミング博士、ジュラン博士などが来日し、品質管理の考え方や統計的手法のセミナーを行いました。最先端の権威者を招いた、これらのセミナーが、今に続く日本の品質管理教育の基盤を形作ったとも言えます。デミング賞も創設されました。方法論としては、受け入れ検査や工程検査などの検査を主体に応用が始まり、統計的手法による日本の品質向上の方向性を決めた画期的な時期でもあります。

(月間ポスターなど)【】

1950年代後半は、品質管理の重要性が企業内に浸透し、推進の組織化がなされました。また、欧米で主流であった検査重点主義から脱皮し、プロセス重視に移行し始めました。すなわち、検査では品質はつくり込めない、工程で品質を造り込むという考え方が芽生え、日本的な品質管理の特徴がはっきりしてきました。【】

1960年代前半は、QCサークルと呼ばれる、学び改善する小集団が世界に先駆けて生まれ、また品質月間の創設など、現場のQCが飛躍的に進展しました。日本の品質を継続的によくなっていく基盤が形成されました。【】

1960年代後半は、GNPIは世界第二位に拡大し、高品質な製品を効率的に大量生産するための日本的なQCが確立してきた時期であり、そのシステムが世界的に注目されはじめました。いわゆる日本的QCがTQCへ変革が芽生えた時期です。【】

1970年代前半は、オイルショックなどの経済的な激動期に当たり、日本の高度成長期が終わった時期です。貿易の自由化、製造物責任の重視、欠陥商品の防止などが課題でした。消費者の要求や使い方の研究に基づき、設計、生産、販売、アフターサービスに至る全段階、かつ全組織的なQC活動が重視され、品質保証や信頼性の取り組みが進みました。【】

1970年代後半は、円高不況が深刻さを増した時期であり、QCの導入・推進により、全社・全機能をあげて、効率的な強靱な体質に鍛え上げようとする企業が増えました。【】

1980年代前半は、要求品質の多様化、消費者主義、貿易摩擦の時代を迎え、品質に直接影響を与える外注企業、協力会社のレベルアップなくして高品質は確保できないということから、企業グループが一体となつてのTQC活動が展開されました。

また、建設業などのサービス産業にTQCが拡大、TQCの重要性が広範囲の産業界に広がった時期でもあります。ちなみに私の会社・前田建設がTQCの導入を検討し始めたのは、1980年です。【】

1980年代後半は、高品質に裏付けられた品質競争力が高まった時期です。輸出の拡大に伴い、国際通商摩擦への対応として、海外生産や国際的な分業による世界最適生産が指向されました。国際戦略を、仕組みに基づき実践する、日本の全社的品質管理のコンセプトがまとめられました。【】

1990年代前半は、ISO9000制定に伴い、国際標準に照らし合わせた品質保証体制が見直された時期です。現在では、ISOからTQMへの展開が精力的に研究されています。【】

1990年代後半は、東西冷戦の終結、我が国のバブル崩壊、円高不況、価格破壊、市場成熟化などの課題が山積した時期です。機械化、自動化ラインによる大量生産方式で、易くて、バラツキの少ない製品を作れば売れる時代は終わりました。グローバル化、ポータブル化、不良債権、企業倒産の時代に企業が生き残るために、競争力ある製品創造と国際水平分業体制が指向されました。TQCも、国際的視点と新しい概念を取り込み、TQMと名称変更しました。【】

そして、現在までの2000年代です。我が国でも、原子力発電の臨界事故、医療事故、食品衛生問題などの諸問題が顕在化している中で、ものづくりの原点に帰り、日本型経営モデルの再構築を図る試みが、産学で行われています。

時代時代の経営課題を解決するための技法や仕組みを開発しながら現代にいたり、また今後ともこの活動を絶えずことなく続けることが、品質における国際競争力を維持していく上で不可欠であると考えます。国により事情は異なるといえ、取り扱う方針は異なる【】

自己革新する...

“卓越した組織”へ導くTQM

TQMのねらい

☒ 企業目的達成への貢献

存在感ある組織の実現
組織使命の継続的達成
利害関係者との良好な
関係性・満足度向上

☒ 顧客満足の高い品物・サービスの提供

顧客の視点
質の追究

☒ 組織力の向上

コア技術・スピード・活力

TQMのフレームワーク

☒ 基本的考え方と手法

- ▷ TQMの考え方・価値観
- ▷ 科学的手法

☒ トップマネジメントのリーダーシップ, ビジョン, 戦略

☒ 管理システム(管理・改善・改革)

- ▷ 経営管理の諸システム
- ▷ 品質保証システム
- ▷ 経営要素管理の諸システム

☒ 主要経営基盤の充実

- ▷ 人材の育成
- ▷ 情報の活用

☒ 運用技術

NO.4

先ず最初は、基本となるTQMの全体像について整理します。

【今までの経験から私が重要と考えていることを再確認しますと、…】

まずTQMの狙いはいかを確認すること。

三つの狙い、1… 2… 3…

【があります。】

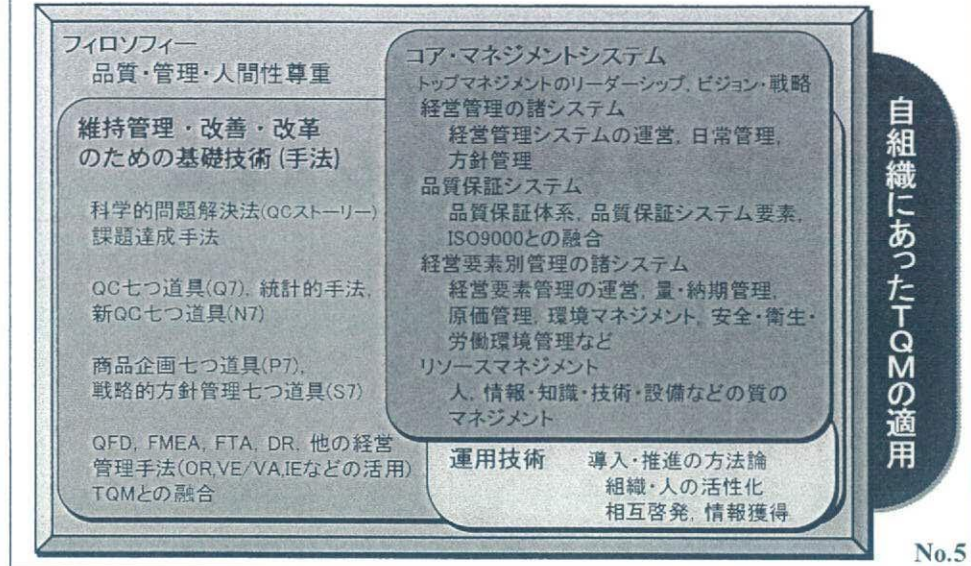
そして、それを支えるフレームワークをしっかりと認識し、自組織と対峙させること。

この図は、TQMの全体像を示しておりますが、組織ごとにTQMの狙いやフレームワークに対する推進方法が異なるのは、当然として、必要条件であると認識しなければならないと思います。

】

TQMのフレームワーク

「超ISO企業」(日科技連)P143を参考に作成



さて、TQMのフレームワークをさらに掘り下げてみます。

この図は、日科技連出版社から出されている「超ISO企業」の附属書P143から要約して図示したものです。【】

大前提となる、品質・管理・人間性尊重という「フィロソフィー」【】

種々の「コア・マネジメントシステム」【】

それを支える「維持管理・改善・改革のための基礎技術」【】

TQMを運用する技術などです。【】

そして、このフレームワークのすべてを形式的に当てはめるのではなく、フレームワークの各要素の重要性・優先度を自ら決めて、自組織にあった形で適用していくことが重要です。

(詳しくは、「超ISO企業」をご覧くださいと思います。)(【】)