

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
・地域医療連携推進による急性期病院の確立
・人間ドック 80 人体制による健診体制の確立
・DPC 調査協力システムの構築による質経営の推進
・オーダーリング導入計画遂行による業務フローの整理
・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
・プロセスアプローチによる医療の質管理の推進
・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
・ISO 文書体系の整備による責任権限の明確化
・職員方針管理の導入によるアウトカム評価の徹底

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。

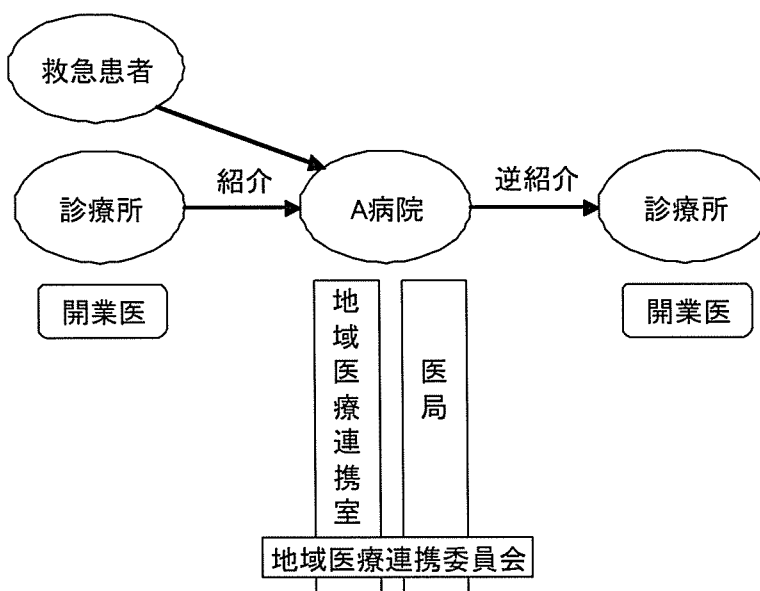


図 5-2 紹介、逆紹介の流れ

・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A1c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マーシャルを行った	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、目標が未達に終わ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 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。来期はオーダーリング導入に向け、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。来期はオーダーリング導入に向け、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	同左	提出推奨	○:10件	継続
検査科				
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ました。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

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
薬局・看護局の承認システムを踏まえた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は不	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が負担がかかる。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-プライバシーマーケティング認証の検討-	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		医局員に内容通達	△	継続
総務係				
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個人情報規則策定 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な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、薬務局長、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ういう課題があるのか、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。

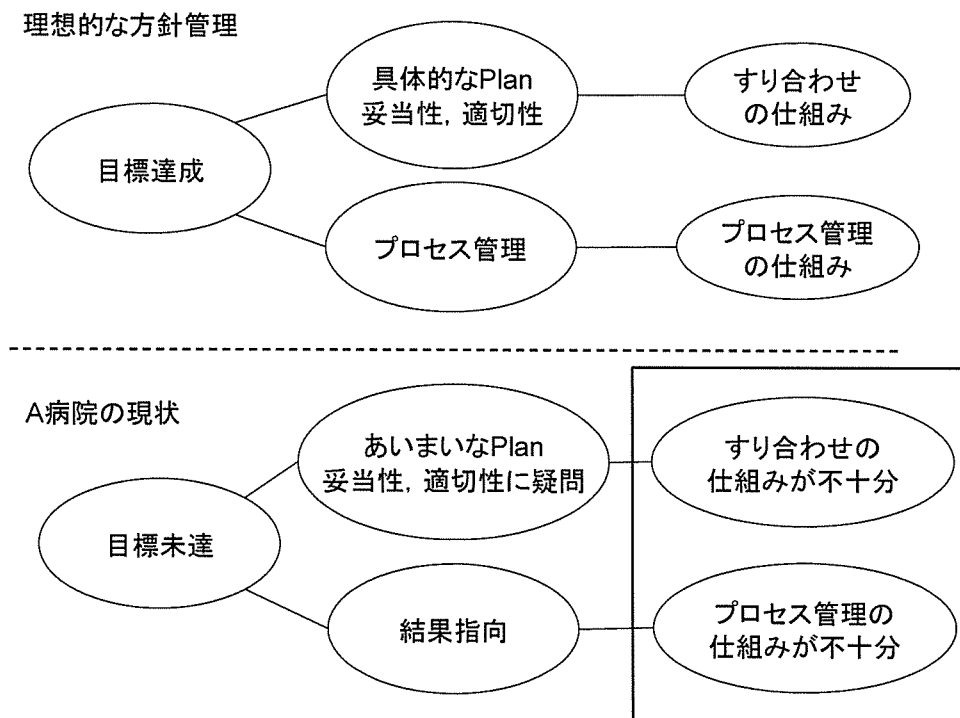


図 5-3 理想的な方針管理と水戸病院の現状の比較

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かった。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、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て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である。

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でなる。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、妥当な数値に下げることが必要ではないか
- ・ 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する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 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導入する	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	...	...	2005年10月15日
			1月	女性受診者数	あらたな健診コー スを設置した	...	...	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に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
	実施が悪い	計画通りに実施しない	
		方針管理の仕組みに問題がある	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  
てしまい、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