

また、データを集約統合して開示できるシステムが病院で構築されているかどうかという意味で、TQM室だとか診療情報管理室、医療安全室、こういう機能・空間が多分必要だろうと思っています。部分最適と全体最悪、役割分担・責任権限が不明確でチーム医療ができなくて、質管理の仕組みそのものができていないのに組織体制をどうするんだと言われても困ってしまうのですけれども、専門的権威と管理的権限はイコールではないということは重要です。国家資格を有する専門集団と職種間の異動の困難性、職種間の給与体系の不均一、仕事の出来・不出来の判断の困難性、高い労働集約性、低いロイヤリティー等々、色々ありますけれども、このあたりをどうしていくかというのが非常に大きな課題です。

病院の組織といいますと、ライン・アンド・スタッフ組織と言われてはいますが、ラインとはトップを含めて直接監督できる、診療部とかなどで、スタッフというのはラインに命令はできませんけれども、助言、勧告はできる。あとは看護部長とか診療部長のように、ラインでありながらスタッフというポジションがあり、自部門では命令可能でもスタッフ的な機能も持っているということで、このライン・アンド・スタッフでどういう形で情報を一元化して、部分最適、全体最適をつくっていくかというのも大きな課題です。

これは組織横断的運営で有名な東京の某病院の組織図ですけれども、院長がいて管理会議、副院長がいて、こういうライン系の診療部、診療技術部、看護部、事務部などがあります。この病院は直轄という形でスタッフ部門、連携室等々、質保証部門まで持っている。あとは、各センターとか各委員会とか、プロジェクトとかがこういう形で院長のところにつながっていき、各委員会、プロジェクトとスタッフ部門をうまく使って全体的な横断的組織運営をやっているということです。逆に言うと、直轄部門が本当にきちんと情報をフィードバックしているのか。事務部門は顧客は誰、安心・安全の医療は何ということを理解していないと、本当に通常の事務業務だけに終始し、マネジメント機能は保っていけないわけですし、実際にはこのあたりが非常に大きな問題であろうと思っています。

我々は基本的にはそういう意味で、TQM活動、総合的医療の質管理経営というのをやっています。PDCAサイクルを回して継続的改善をして、日常管理、機能別管理、方針管理をやっており、さらには医療現場では固有技術とマネジメント、両方ありますけれども、全員参加で「質を武器にして」と、よく東大の飯塚先生がおっしゃいますけれども、質を武器にして持続可能な成長組織をつくりたいと思っています。

それには「プロセスのマネジメント」とか、「後工程はお客様」だとかファクトコントロール、すなわち「事実に基づく管理」が必要です。我々はいわゆる部門の目標と病院の目標とを合わせて方針管理を実行し、PDCAを回しており、これで標準化できたものはスタンダード（標準）として、SDCAを回す、すなわち日常管理に落としていきます。その中でQC活動等々をやります。部門の目標もつくりませんが、実際の委員会のところにも活動方針とか目標をつくり、機能別管理という横串を刺している。さらに、日常管理で慢性的な問題が発生すると重点指向で上に持ってきて、方針管理で標準化に持って

いく。その際に、品質目標、管理指標、管理水準という項目を常に考えて動いております。

もう1回戻しますと、病院の中には固有技術と管理技術とがあって、管理技術の中には方針管理、機能別管理、日常管理等という横串、縦串がありますが、これをどう組み合わせながらPDCAを回す基盤づくりをしていくか、これが多分、病院の質管理における組織体制の1番の肝だろうと思っています。

リーダーシップとしては、顧客ニーズをきちんと把握して、先ほどのNDPもそうですが、自院の自己評価をして目標をつくって、満足度を計っていろいろな質マネジメントシステムの保証体系を構築していくというのが、多分リーダーの役割です。

先ほどの矢野先生のトップダウンとボトムアップですけれども、方針管理をトップダウンで出しましても、日常管理ができていない組織に方針管理ができるかという問題もあります。それはなかなか難しい問題で、このあたりは「見える、ぶれない」ようなトップのもとできちんとトップダウンを実行するとともに、ボトムアップという、日常管理を含めたQC活動を入れていけばいいと思います。

しかし、ボトムアップでは、部門に限定されて組織横断的な活動に結び付かない場合もあります。このあたりの弱点をどう克服していくかということでは、トップのリーダーシップと内部のコミュニケーションというのは多分、1番大事だろうと思っています。例えば今、認定看護師の問題がありますけれども、では認定看護師を組織図にどう置いてどう使うの？という問題などというのは非常に大きな問題で、このあたりをどう解決していくかということを考えています。

あともう一つ、業務フロー、業務の流れがあります。病院の中にはタスクという業務の流れ以外に情報の流れがあって、情報にはフローとストックがあるわけです。このあたりのところをどう「事実に基づく管理」として「重点指向をもとにして可視化、標準化していくか」というのは非常に大きな問題です。先ほどの矢野先生の話にもありましたけれども、ITを導入してどのような形で医療の業務革新をしていくかというのは、この流れのところをどう整理してどう構築化していくかという問題であり、大きな課題であると思っています。このスライドには早稲田大学の棟近先生が出ていますけれども、我々もこういう形でいろいろと業務フローの整理をやっています。

事実に基づく管理がなぜ大事かといいますと、医師の裁量権とか権威勾配を何とかしたいからです。あと、全員参加を実行したいとか、管理指標、管理水準、業務手順をきちんと作りたいとか、情報の共有化とか、いろいろ我々のところもできていませんけれども、これをやるには、事実に基づく管理できちんと医師に情報を伝えることが肝要であり、医師への武器は、このファクトコントロールしか私はないだろうと思っています。

そういう意味で、病院にはデータは山ほどありますが、意味ある情報はほとんどないということで、これがオーダーリング・電子カルテで可能になるのかどうなのか。病院における本当のナレッジマネジメントは一体何なのかということがこれから大きな問題になってくると考えていますし、それをきちんとコントロールできた病院が医師を使ってきちんと質管理ができるのではないかと考えています。

私どもの病院の品質保証体系図は組織設計図のようなものですが、こういう形で5W1Hという各部門の役割分担が明確化されています。その中には方針管理とかチーム医療とか、是正・予防処置とかいろいろ入っております。Berwickは「すべてのシステムは結果が正確にいくように設計されていなければならない」と言っていますけれども、こういう品質保証体系図で暗黙知を形式知に変えていく作業が必要だと思えます。

我々としては最初にキーププロセスをつくったのですが、これでは全く本当の日常診療には足りないということで、診療のプロセスを12余計に2005年以降つくりました。これらのプロセスは看護師や薬剤師主導でつくりましたので、医師主導になかなかありませんでしたけれども、ようやくこの2週間ぐらい前に各診療科のプロセスを作ろうと、副院長が中心になって動き出しまして、泌尿器科、内科、小児科、外科の診療プロセスができつつあるという状況です。

プロセスのところで重要なものは管理指標であり、管理指標の3Mというのは、意味があって、測定できて、管理できるというものです。管理指標というのは飯塚先生がおっしゃいますけれども、「あなたの仕事の良しあしはどこで判定するの?」というものであり、どのように管理指標を設定し、どこまで実施予定であるという管理水準の設定や、実際の管理手順の作成も必要です。

日常管理のところは、スタンダードのところをきちんと標準化して、それでドゥー、チェック、アクトと回していくわけですが、アクトのところ、日常のスタンダードをきちんと頻回に改訂して、村川さんもおっしゃっていましたが、改訂の繰り返しできちんと質保証をして、先ほどの暗黙知を形式知にもっていく、こういう形が必要だろうと思っています。

それから機能別管理のところは、先ほど矢野先生のところでありましたが、ICT、NST、バス、セーフティー、緩和ケア等、いろいろチームはありますが、各種委員会とチームをどういう形で結び付けていくかというのは非常に大きな問題です。我々はICTのところには感染対策委員会を、NSTには栄養ケア委員会を、バスにはバス委員会を、セーフティーマネージャーには安全管理委員会をつけています。基本的にはこの多職種協働実践チームの上には委員会を置いて、一緒に合同で、車の両輪のような形で動いてほしいという思いでつくっています。

組織図的にも、委員会を組織図上のどこに位置付けるかということは重要であり、スタッフの反対側、先ほどの某総合病院のものでありますが、ああいう形で委員会をつくって、ラインとスタッフのところと分けてきちんとやるようにしています。

それから構造化のところ、これはBSCをまねてやっただけかっこのいいのですが、いわゆる業務運営会議、先ほどのトップの質管理システムを含めて、こういうところの下に、基盤的なもの、それから学習、経営改善、部門のところ、あと部門間の調整、それから一番大事な、統合的なTQMとかISOとか、医療情報、倫理、安全管理、こういう形に複数の委員会をまとめて機能を付与し、何とか構造化して、きちんと全体で融合できるようにしたいと思っています。しかし、これがなかなかうまくいきません。

どういうことかといいますと、例えば薬事審議会で「持参薬は危ないからやめよう」と言う。経営的にはやってくれと僕は言ったのですが薬剤部が大反対しまして、持参薬は絶対にやめるといので泣きの涙でやめました。一方、内視鏡委員会では、ポリペクるときには持参薬はOKだとローカルルールを出してしまして、このあたりの委員会同士の結論にどう整合性をつけるかというのが難しい問題です。これに関しては安全管理委員会でやろうとは思っていますけれども、委員会間のそごがあちこちに出てきます。

それから臨床研修委員会も副院長が委員長ですけれども、マッチングとかこういうプログラムをつくるのは非常に熱心の方針管理をやるのですけれども、でも実際に臨床研修医の日常業務とか共通課題の研修とかという日常管理をやっているかということ、自部門だけは熱心ですが他診療科への根回しはあまりやっていないわけで、このあたりのところをもうちよっと委員会として、方針を出し、それに基づく日常管理・機能別管理をきちんと実施していただければと思っています。

あとは、これも別の副院長の感染対策委員会のところですけども、感染対策委員会を含めて、薬事審議会で抗生剤の適正使用だとか、パス委員会でDPC対応のパスだとか、保険委員会でもDPC対応等々、いろいろな委員会が別個に連携せずに動いていることがよくあります。そういう意味で全体的にはTQM室で管理するわけですけども、委員会の活動というのをどういう形で大きなところで見ていくかというのは問題でして、委員会の内部監査も我々はやっていますけれども、いろいろ議論のあるところです。

方針管理は、先ほどのところですけども、例えば地域のがん診療連携拠点病院の準備というのは、私たちはまだ申請していませんけれども、こういう形のものをきちんとつくっていかないと、なかなか方針管理というのはうまくいかないだろうと思っています。

最後のところですけども、データの情報、知識の問題があります。データは山ほどあっても意味ある情報に変換するシステムができていない。真のナレッジマネジメントをどうするかという問題で、この情報のフローとストックをどう結び付けるかというのは質管理上大きな問題です。

そういう意味で、先ほどの業務フローを色々をつくるのはいいのですけれども、実際は紙運用とIT運用では全く違うフローになります。紙運用では顕在化しなかった部門別、部門間の調整の不都合がITでは途端に露呈するという事で、標準化した頑健性のある業務フローをつくっていかねばだめだと考えておりますけれども、このあたりも今後の問題ということでもあります。

医局会はこの形の品質目標を我々につくってくれていますけれども、我々としては副院長をスタッフ・アンド・ライン機能として活用するつもりです。副院長職務規程とか医局長職務規程などというのはなかったわけで、このあたりもつくっていかねばなりません。

実際に医師は質改善のツールを使用・理解しない、もしくは自分のパフォーマンスデータを使用することを逡巡する・比較するのを嫌がる、やるべきではないと思っている。さらには、大体そんなものはすぐにできるとは思っていないということが問題であり、医師

と弁護士、牧師、教師というそうですが、プロフェッションが全くプロフェッションになっていません。医師には自律性があって、質のギャップが見つかる、あそこがおかしい、薬剤部がおかしいからとか看護師がおかしいからだとそのギャップを他者に転換することが多いわけです。また、標準イコール画一性と考えたり、完璧性を求めて不完全はイコール失敗だという意識を持ちますが、事実による管理できちんと委員会だとかプロジェクトに参加させて、医師をその中心にして、プロセスオーナーとして動機づけをすることが結局チーム医療の基本だと思います。医師をきちんと巻き込んでやらないと、質管理の組織体制はできないだろうと考えています。DPCの松田先生が次にお話になりますけれども、DPCもこういうデータを出して、「あなたたちの診療科はこうですよ」ときちんと説明しないと、なかなか各診療科の医師たちは動かないのではと思います。

我々としては、院長を中心にTQMセンターの構築という形で、事実に基づく管理を、こういう実働部隊を使いながら、質を武器にして、暗黙知から形式知に病院の組織体制をつくっていきたいと思っています。

最後に私ども、3年後にはこのような288床のきれいな病院ができますので、ぜひ3年後にはひたちなか市にいらしていただければと思います。

医療機関における質管理システムと組織体制

(株)日立製作所水戸総合病院
永井庸次

病院概要

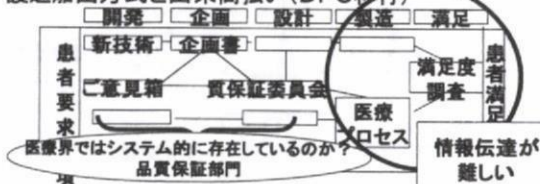
- 全国で60数箇所ある企業立病院の1つ
- 開院: 1959年(S34年)
- 所在地: 茨城県ひたちなか市
- 製品(医療サービス) 診療(外来・入院), 人間ドック
- 急性期医療に特化した地域完結型病院



入院基本料7:1(2006. 9)
DPC対象病院(2006. 5)
病院機能評価Ver4認定取得(2004. 4)
臨床研修病院管理型指定(2003. 11)
ISO9001:2000認証取得(2001. 5)

病院と質保証システム

- 品質保証部門がない(有する病院できつつある)
- 専門職集団の集合である(固有技術の評価)
- 多職種協働実践業務の風土がない(チーム医療)
- 個別性と多様性がある(パス:PCAPS)
- 可視化と標準化がない(業務フロー、電子カルテ)
- 護送船団方式と出来高払い(DPC移行)



医療における設計・開発

- 医療行為そのものがすべて設計・開発
- 多様性を克服する(可視化・標準化)
- クリティカルパス(チーム医療)
- 臨床プロセスフロー(業務フロー): 5W1H
- 標準化の後に予防・是正処置がある
- 患者参画(患者の視点に立った医療)
- インフォームドコンセント(説明と同意)
- アカウンタビリティ(説明責任)

建築業における設計・施工分離

全体の設計
個々の設計

プロセス指向(プロセスにはインとアウトがある)
後工程はお客様、役割分担と責任権限
IT導入により再度設計・開発必要

設計部長と品証部長

- 産業界ではどっちが上位か?
- 医療界では品証部長なぞいない
- 医療界では設計部長とは医師?
- では医療界も産業界と同じか?
- しかし、医師は医療を設計と考えているか?
- 医療行為に絶えずPDCAサイクルを回しているか?
- これは医師以外の他の職種も同じ

そもそも、データを集約・統合して、開示できるシステムが構築されているのか?

TQM室
診療情報管理室
医療安全室

現行の病院組織

- 顧客(患者)の視点に立っていない
- 部分最適と全体最悪に陥る
- 役割分担と責任権限が不明確である
- チーム医療ができない
- 質管理の仕組みができていない

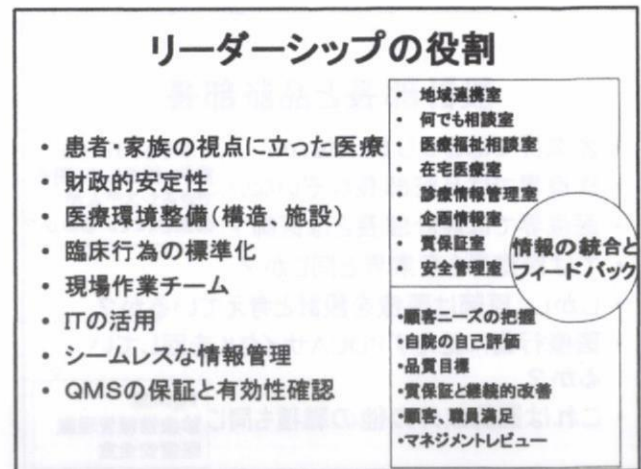
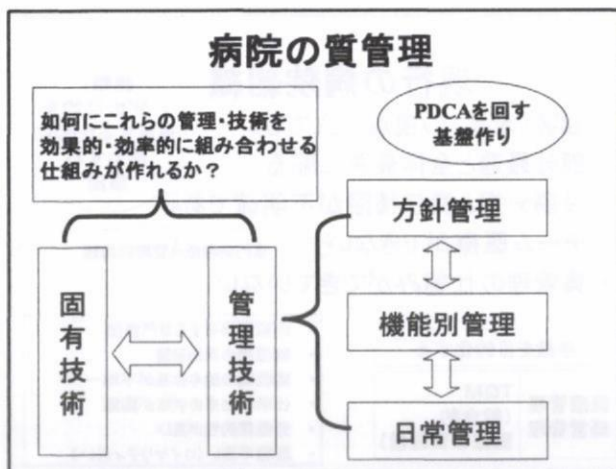
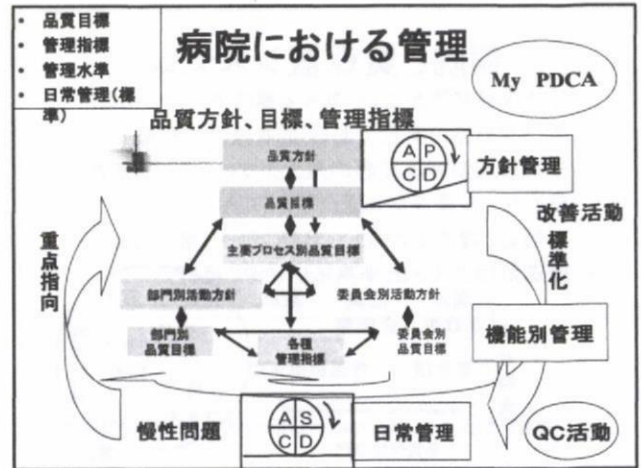
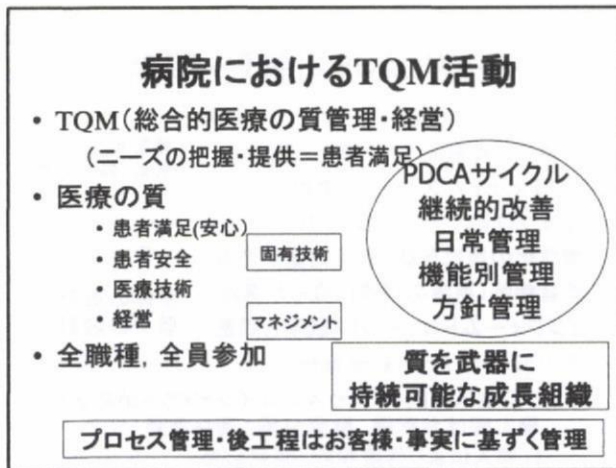
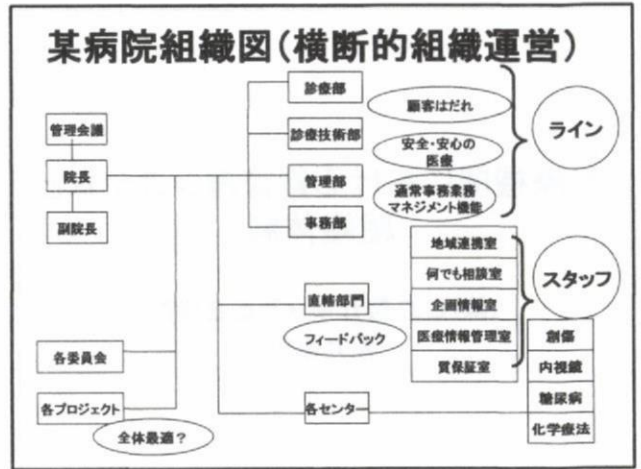
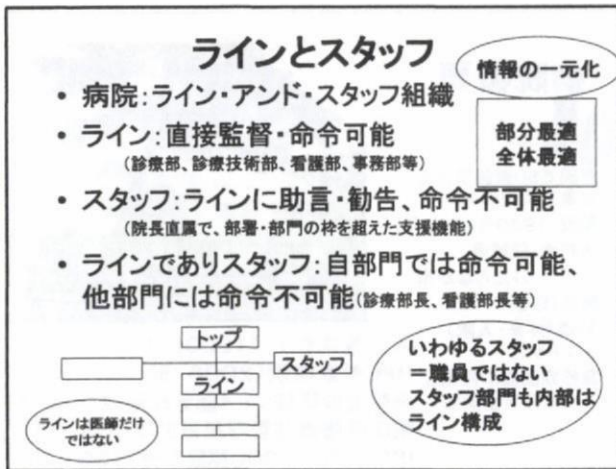
組織: 一定の目的を達成するために協力する集団

専門的権限⇔管理的権限

手段を目的化する

医療管理
経営管理
TQM
(総合的医療の質経営)

- 国家資格有する専門集団
- 職種間の異動困難
- 職種間の給与体系が不均一
- 仕事の出来の判断が困難
- 労働集約性が高い
- 離職率高い(ロイヤリティ低い)



トップダウンとボトムアップ

- トップダウン
 - 方針管理
 - 日常管理できない組織に方針管理可能か?
 - 見える、ぶれない
- ボトムアップ
 - 日常管理
 - QC活動
 - 部門に限定され、組織横断的な改善に結びつかない
 - 他部門への影響が考慮されない

意思決定
 1. 戦略的意思決定(トップマネジメント)
 2. 管理的的意思決定(ミドルマネジメント)
 3. 業務的意思決定(フロントレベル)

トップのリーダーシップと内部コミュニケーション

役割分担と責任権限

- 臨床プロセスフロー
- 5W1H
- 役割分担
- 責任権限(エンパワメント)
- 情報の共有化

認定看護師
 ・機能別管理
 ・委員会活動
 ・組織図
 ・役割分担と責任権限
 ・コスト

部分最適と全体最悪

- 部門間バリアー
- 業務の可視化・標準化の欠如
- 医療現場の特殊性
- 後工程はお客様
- ITの影響

内部コミュニケーション
 ・Communicate
 ・Collaborate
 ・Coordinate (3C)

質管理と業務フロー

- 業務(Task)の流れ
- 情報(Information)の流れ
 - Flow
 - Stock

管理指標
 管理水準
 業務手順
 如何に効果的・効率的な管理指標を作れるか?

事実に基づく管理

重点指向

可視化・標準化

IT導入で業務革新可能か?

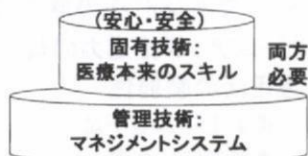
アメニティーと機能

グループワーク・発表会風景

毎年3回
RCA等の教育

事実に基づく管理に重要性

- 医師の裁量権
- 権威勾配
- 全員参加
- 管理指標
- 管理水準
- 業務手順
- 情報の共有

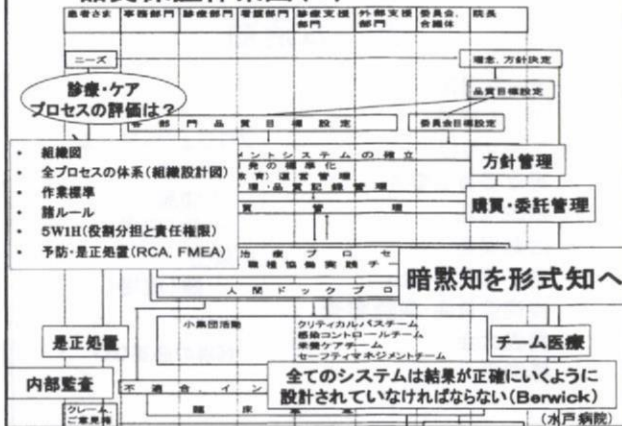


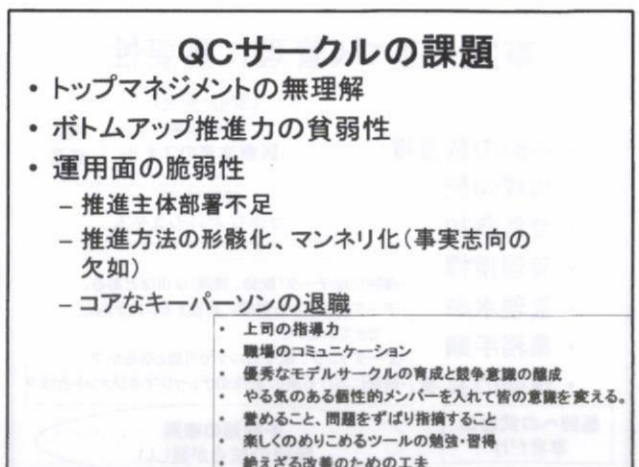
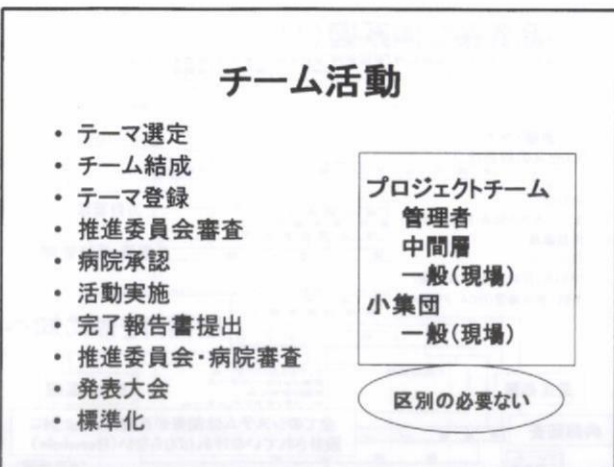
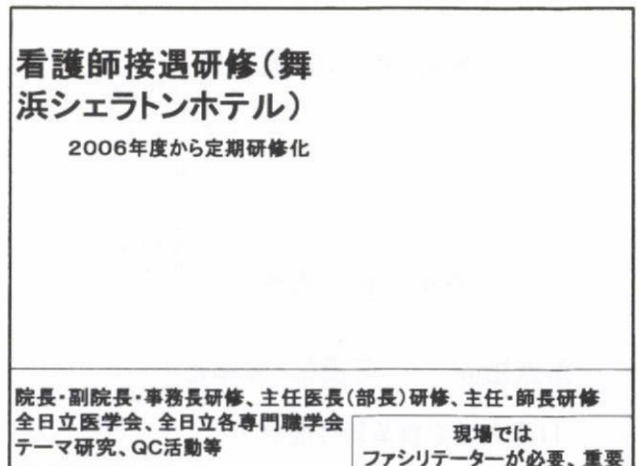
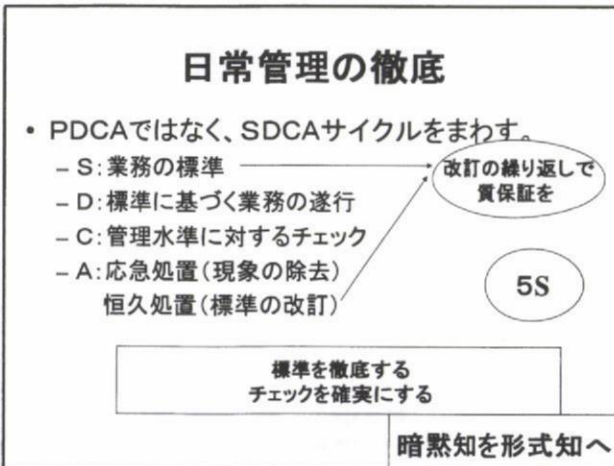
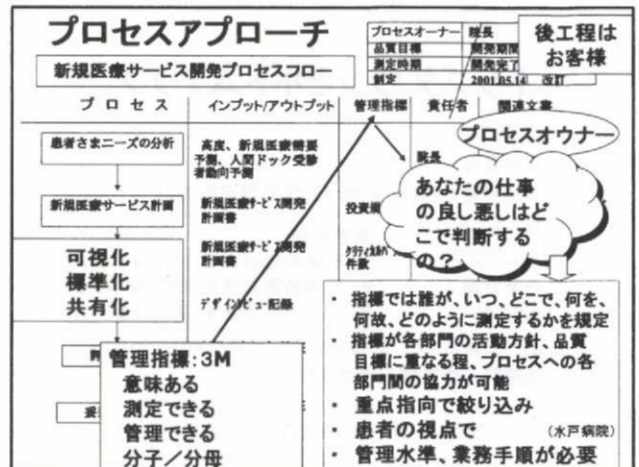
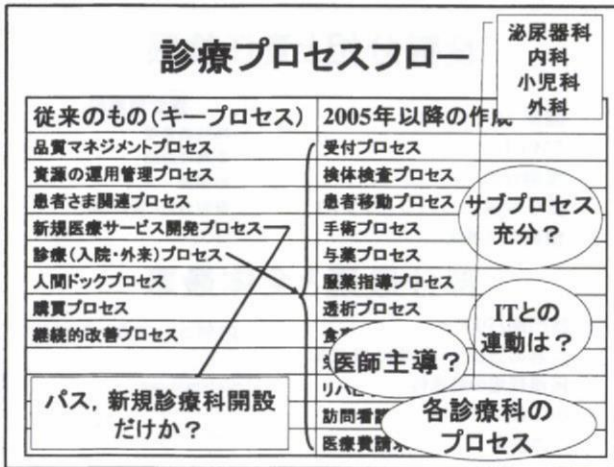
・病院にはデータ(記録、帳票)は山ほどある。
 ・データを意味ある情報に変換するシステムができていない。
 ・オーダリング、電子カルテで可能となるか?
 ・病院における真の意味のナレッジマネジメントとは?

医師への武器は事実だけ

多種類の帳票情報の統合が難しい

品質保証体系図(1)





機能別管理と多職種協働実践チーム

- ICT(感染コントロール): 感染対策
- NST(含褥瘡): 栄養ケア
- パス: パス
- セーフティマネージャー: SM
- 緩和ケア等

QCツール
IT
全員参加
現場



機能別管理と日常管理が必要
トップのサポートが必要
活動に権限とリソースが必要
調整機能必要(薬事と感染との調整等)

放射線診断適正化委員会
リハビリ有効活用委員会
臨床検査適正化委員会
ME有効活用委員会

(水戸病院)

安全巡視

組織図と委員会

- 組織図上に位置を図示
 - 諮問委員会(助言的なもの)
 - 補佐委員会(連絡的なもの)
 - 執行委員会(執行的なもの)
- 役割分担と責任権限
- 議事録の公表

ここに医師を
引き入れる



機能別管理

ファシリテーターの役割

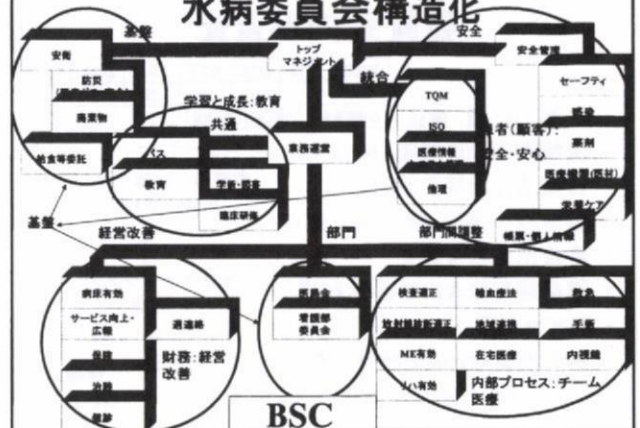
1. 偏りがないように万遍なく参加者の意見を聞く
2. 傾聴の姿勢を貫く
3. 発言の動向を見ながら、必要に応じてうまく発言を切り上げさせる
4. 判りにくい発言には的確な質問で論点の整理を促す
5. 採決をとる前に必要な注意を参加者に与える

権限、リソースのない
委員会は無意味

活動できない

トップマネジメントの決裁

水病委員会構造化



小集団活動(QCサークル)

- 現場で第一線で働く職員が
- 継続的に
- サービスの質の
- 管理・改善を行う。QC活動からQCチームへ

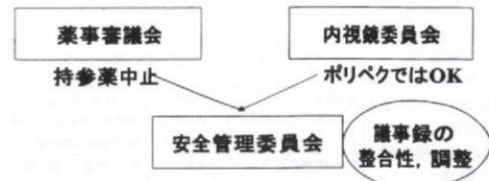
人間性尊重
チーム活動
継続性

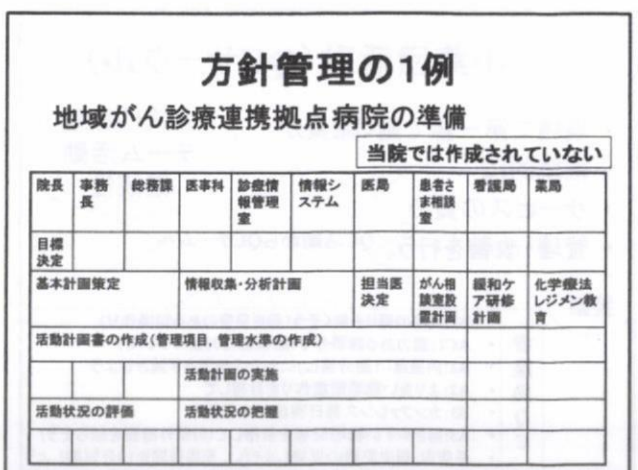
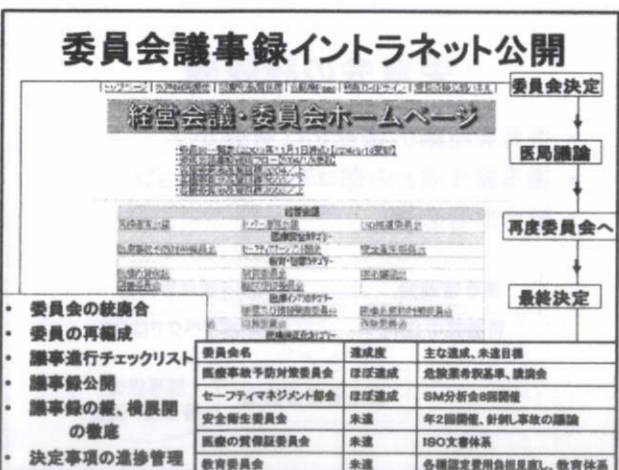
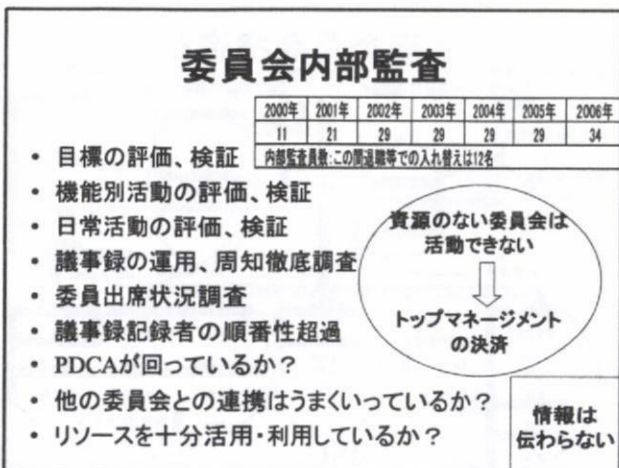
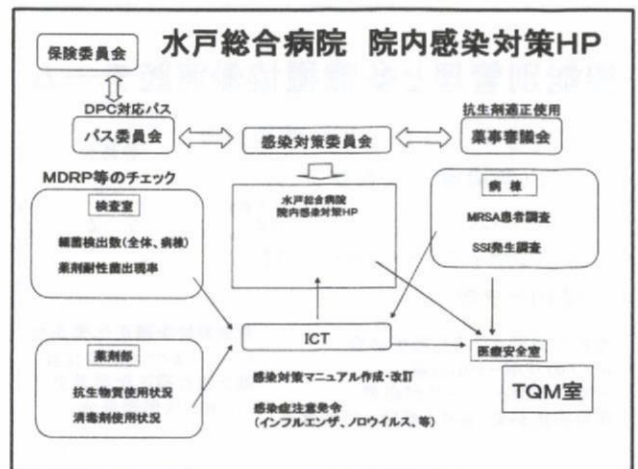
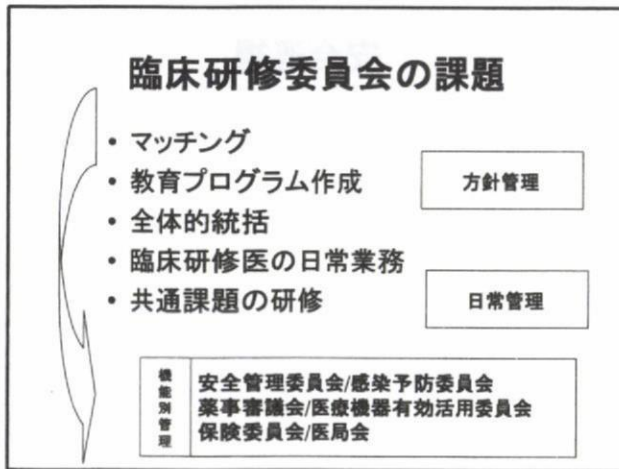
笑顔

- 看護局QC
- B1:業務の煩りを無くそう(働き甲斐のある職場作り)
 - AC1:魅力ある職場作り(離職防止対策について)
 - B2:内服薬「1回分渡し」にかかる時間を半減させよう
 - A2:より良い職場環境作りを目指して
 - B3:カンファレンス毎日実施への取組み
 - A3:働きやすい職場環境を目指して(時間外勤務を減らそう)
 - 手術室:術中記録の見直しを行い、記録時間を10分短縮しよう

委員会の諸課題

- 委員会組織の構造化は有効か?
- 議事録作成と内部コミュニケーション
- 統合部署必要





方針管理(PDCA表の改善前)

05/下 各部門の活動方針・品質目標・PDCA【部門名:放射線技術科】

活動方針
 ・医療の質向上のための自己研鑽
 ・業務標準化の有効活用

品質目標
 ・患者満足度の向上
 ・業務標準化の有効活用

改善後

2006/上 各部門の活動方針・品質目標・PDCA

活動内容	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
1. 放射線技術科の業務標準化	11. 放射線技術科の業務標準化の調査	12. 放射線技術科の業務標準化の調査	13. 放射線技術科の業務標準化の調査	14. 放射線技術科の業務標準化の調査	15. 放射線技術科の業務標準化の調査	16. 放射線技術科の業務標準化の調査	17. 放射線技術科の業務標準化の調査	18. 放射線技術科の業務標準化の調査	19. 放射線技術科の業務標準化の調査

何を目標にしようとしているのか。
 その変化が改善であるどのように分かるのか。
 改善を生じるにはどのような変化が必要か。
 パイロット実行(続行可能なPSはPSではない)

データから情報・知識へ

- 病院にはデータ(記録、帳票)は山ほどある。
- データを意味ある情報に変換するシステムができていない。
- オーダリング、電子カルテで可能となるか?
- 病院における真の意味のナレッジマネジメントとは?

業務の見直しの仕組み自体の標準化

フロー ↔ ストック

患者さま満足度調査、待ち時間調査の有効活用?

臨床プロセスフローとIT

- 紙運用とIT運用では臨床プロセスフローが根本的に異なる。
- 紙運用では顕在化しなかった部門内・部門間調整の不都合がITでは露呈する。
- IT化は現場での臨床プロセスフローの見直し、ひいては役割分担、責任権限の見直しの最大の契機となる(標準化した頑健なフロー)。

医師・看護師等の頭脳の可視化=ITによる質保証

一回失敗しても再度失敗する理由? 業務フローの統一が出来ていない

カスタマイズパッケージサブシステム(看護支援等)マスターの構造化

医局品質目標

- 医局医師数の増員
- 医局員満足度の向上
- チーム医療の向上(全員満足度の向上)
- 臨床研修の充実
- オーダーエントリーシステムの完成
- 収支改善対策

副院長職務規定
医局長職務規定

スタッフ
院長
TQM室
副院長
医局長
医局長
総看護師長
ライン

医師と質改善活動(1)

- 質改善ツールを使用・理解しない
- 自己のパフォーマンス評価にパフォーマンスデータを使用することに逡巡する、もしくは同僚・患者と比較・共有しない
- プロフェッションがやることだからパフォーマンス評価、判断決定評価、説明責任評価はやるべきではない。
- 医療のケアを定量化できないし、改善の測定もできない。
- 質改善の再設計に参加することは稀である

報告連絡相談

医師 介護士 医師 教師

意図的であり、プロフェッション(専門職)とはなっていない
システムより固有技術からの改善の方が多い

医師と質改善活動(2)

- 自律性
- 質のギャップを他部署に転換
- 標準は医療の質に合わないという考え(標準=画一性)
- 医師、経営管理者、質管理者がお互いに異なった文化、価値、言語を
- 完璧性(不完全は失敗) 委員会・プロジェクト参加

事実による管理

組織ではパフォーマンス評価、判断決定評価、説明責任評価に関する患者、医療人との率直な議論が必要である

業務フロー作成

- 役割分担 (5W1H)
- 責任権限
- リーダーシップ
- 重点指向
- 内部コミュニケーション
- 管理項目
- 管理水準

医師を中心とした
多職種協働実践作業

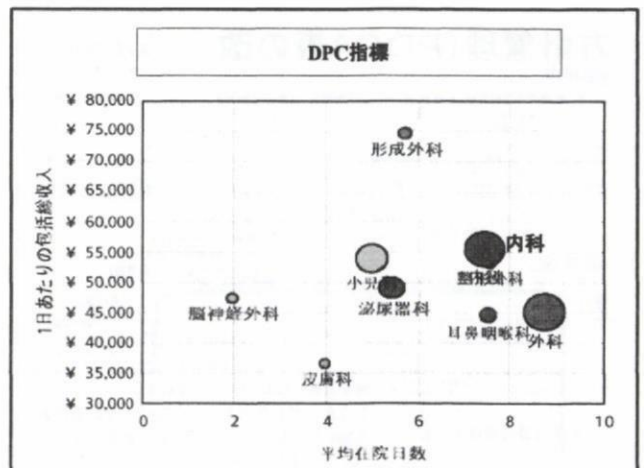
建設業:
ヒエラルキー存在
リーダーも複数
協働
逸脱の同定が容易

職員不足
離職率アップ
モラル低下

情報の共有

情報の活用

動機付けの出来た、関与できる職員がチーム医療の基本



内部監査

- 品質目標を監査する
- プロセスだけではなく機能も監査
 - 各種委員会 (機能横断チーム)
 - プロセスフロー (チーム医療)
 - クリティカルパス
 - インシデントレポート
 - 患者満足
 - 職員満足

内部監査員育成
• 教育・指導
• 戦略的内部監査
• 組織風土の是正
• 継続的改善・マネジメントレビューにつながる
内部監査
• 是正・予防処置につながる
内部監査

QMSパフォーマンス向上に
内部監査、マネジメントレビューは有効

内部監査: 方針・機能別・日常管理の出来具合のチェック

TQMセンターの構成

- センタ長——院長
- 副センタ長——事務長
- センタ員——(医療機器安全管理責任者)
ME有効活用委員会委員長 (医局部長)
(医薬品安全管理責任者)
薬事委員会委員長 (薬局長)
(感染管理責任者)
感染対策委員会委員長 (副院長)
(医療安全管理責任者) 副院長予定
医療安全管理室長 (専従)

事実に基づく
管理

実働部隊
情報システム
診療情報管理室
地域連携室
ME室
薬剤情報室
感染管理室
医療安全管理室
等

TQMで暗黙知から形式知へ

医師を動かす組織体制



WS4-4

DPC と医療の質

松田 晋哉

産業医科大学医学部 公衆衛生学教室

E-fileとF-file

E-file		F-file
データ識別番号	→	データ識別番号
入院年月日(西暦)	→	入院年月日(西暦)
データ区分	→	データ区分
順序番号	→	順序番号
		行為明細番号

DPC導入以前は単に診療報酬を計算するコンピュータ内部の情報に過ぎなかったEFファイルが、DPC導入により医療のプロセスを評価するための貴重な情報源となった。

E-fileの構造

要素	データエレメント Data Element	説明
○	施設コード	
○	データ識別番号	様式1と一致する。
○	入院年月日(西暦)	YYYYMM
○	入院年月日(西暦)	外傷症例や未確定時(10000000)とする
○	データ区分	レセプト電算処理システムの診療識別に準ずる
○	順序番号	データ区分別に、診療行為明細を1からの連続した番号で付与する。
○	診療点数マスタコード	
○	レセプト電算処理システムコード	
△	診療番号(臨床)	診療報酬点数上の報酬番号(1000)
○	診療行為名称	
○	行為点数	診療行為(診療単位)での点数計。
○	行為材料費	診療行為内の薬料点数計(両側)、薬剤料のみ。
○	行為材料費	診療行為内の材料点数計(両側)、材料料のみ。
○	内・点数	1:内傷症 0:点数
○	行為明細	両側の同一行為は1とカウント
○	診療番号	
○	レセプト識別コード	
○	入院年月日	YYYYMM
○	レセプト明細番号	
○	診療点数	
○	施設コード	
○	診療コード	
○	診療区分	1:一般以内 0:一般 1:入院中の再発診療
○	入院区分	1:外来 0:入院

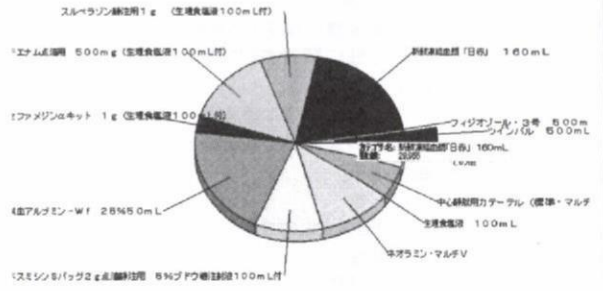
- ・ オーダーごとに1レコード
- ・ 入院日が埋め込まれているので、複数回の入院にも分離できる。
- ・ 順序番号はF-fileとの対応に重要
- ・ 行為名称は代表名称になっており、薬剤ではすべての中身を意味しない。
- ・ 退院時処方のように複数日数分のオーダーは、回数で表現。
- ・ 使用量はF-fileで表現。

F-fileの構造

要素	データエレメント Data Element	説明
○	施設コード	
○	データ識別番号	
○	入院年月日(西暦)	YYYYMM
○	入院年月日(西暦)	外傷症例や未確定時(10000000)とする
○	データ区分	レセプト電算処理システムの診療識別に準ずる
○	順序番号	データ区分別に、診療行為明細を1からの連続した番号で付与する。
○	行為明細番号	診療明細番号の順序番号に対応する行為明細を、1から付与する。
○	診療点数マスタコード	
○	レセプト電算処理システムコード	
△	診療番号(臨床)	診療報酬点数上の報酬番号(1000)
○	診療行為名称	
○	使用量	
○	診療単位	診療行為も含めてレセプト電算処理システム用特定期間コードを使用。
○	行為点数	行為の点数計
○	行為材料費	行為の薬料計(両側×使用量)。
○	行為材料費	行為の材料料計(両側または両側×数量)。
○	内・点数	1:内傷症 0:点数
○	診療行為明細	両側算定として請求すべき点数。
○	出来高・処方フラグ	1:出来高 0:処方

- ・ オーダーの明細
- ・ 一つのE-fileレコードに、複数のF-fileレコードが対応する
- ・ 実施回数、実施年月日はF-fileにはない。
- ・ 出来高実績点数、出来高・処方フラグは、平成18年度から新規追加。

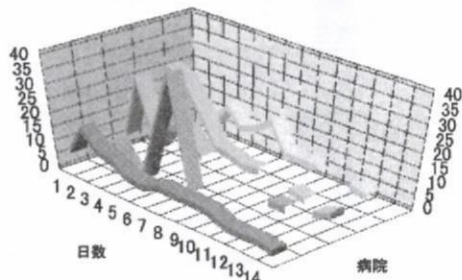
使用薬剤の分析



資料：藤森研司(2007)

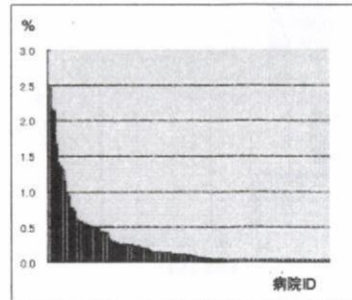
DPCを用いた医療プロセスの分析例

DPC050050 狭心症、慢性虚血性心疾患
病院別入院経過日ごとの手術点数割合



資料：伏見清秀(2005)

術後感染症の発生頻度 (060210ヘルニアの記載のない腸閉塞)



まとめ

- DPCの本質は医療情報の標準化と透明化
 - DPCを用いた医療の質の評価
 - DPCを用いた経済的評価
 - DPC関連情報を分析できる事務職の育成が重要
- 医療情報標準化プロジェクトとしてのDPC対象施設数は確実に増加する
- DPCを用いた包括評価対象施設も拡大する
 - 各病院の機能の評価方法など、検討課題は多い
 - 一般化には今しばらく時間がかかるのではないか

参考文献

- 伏見清秀(2006): DPCデータブック、じほう
- 松田晋哉(2006): 臨床医のためのDPC入門、東京:じほう.
- 松田晋哉(2007): 基礎から読み解くDPC第2版、東京:医学書院.
- 藤森研司・中島稔博(2007): DPCデータ分析入門、東京:じほう.

ワークショップ°5

「医療の質保証とプロフェッションの役割」

大平 勝美

社会福祉法人はばたき福祉事業団 理事長

私は、はばたき福祉事業団の理事長をしております大平勝美といたします。1996年に薬害 HIV 感染被害裁判が和解で解決し、その後患者・家族・遺族が生き抜いていく上で、HIV 感染被害の問題を自助努力、自分たちで積極的に救済を進めていくため「はばたき福祉事業団」をつくりました。本日、私たち血友病患者に被害が生じた医療や社会的な背景なども含めて、患者が安心して医療を受けていく環境がもっと良くなって欲しいという期待を込めて、発言の場をいただきました。

医療の専門家・学会の指導的立場の方々の前でお話するというのは大変おこがましいことなのですが、私自身、血友病患者で HIV 感染している者として、医学の進歩というものに対し、社会生活が昔に比べればとても良くなっていることに大変感謝しています。

中でも、HIV の領域ではここ 20 年、特に 10 年の間に研究者・医療者の専門家の皆さんの力で、私たちは死の病気という命の淵に立たされていたところから、未来を想像できる、生き続け生活できる、そういう期待ができる現状にいることは、大変ありがたいと思っています。

一方、患者の救命や健康保持に携わる医療関係者は、私が生後 1 歳くらいから 57 年の間ずっと病院に通っている患者の体験から、社会人としての患者、社会人としての医療者という双方が社会人として語り合うコミュニケーションがなかなか通じにくいところがあるのではないかと感じています。科学者として患者に接するのですが、社会人としての患者に接するときなどに、患者にとっては「もうちょっと優しくてもいいのでは」と命の不安を相談する医療現場で医学は冷徹にと思ふときもあり患者の信頼が揺らぎます。逆に、医療への情熱の熱さを感じることもあります。私が体験してきている薬害 HIV 事件では、科学的と言われる専門家の意見が先行して、社会人としての患者像を掴めない患者不在の対応にあまりに多くの血友病患者の命が失われ、当事者の怒りや社会からの批判が噴出し、社会正義を揺り動かす事件として民事・刑事の司法判断までに進展しました。このような体験から思うに、プロフェッション以前に命を尊ぶ人間であって欲しいと。病気になったとき、やはり患者は医療者を信頼し通院します。病院・医療者が安全・信頼感を発揮できる医療の提供により、患者は自ら積極的に病気を治していくんだという自己管理できる心構えもついていきます。しかし、いろいろな医療トラブルや社会的に大きな問題がおきたときに、その信頼は大きく揺らぎます。

そういう意味から、医療関係者、特に専門家の方たちの高い見識に立ち、社会全体を見つめるような自己管理・使命感があって欲しいと感じています。それは、例えば薬害 HIV 事件の際に、未曾有という被害発生に、他の医療のプロフェッションは、何を考え、被害