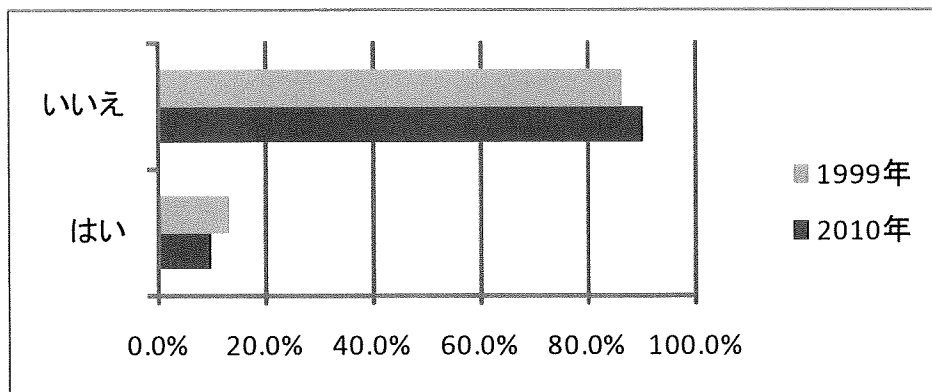


医師の看護師に対する呼び方について、1999年と2010年で違いは認められなかった。

(12) あなたは一緒に働く医師を姓以外で呼びますか？

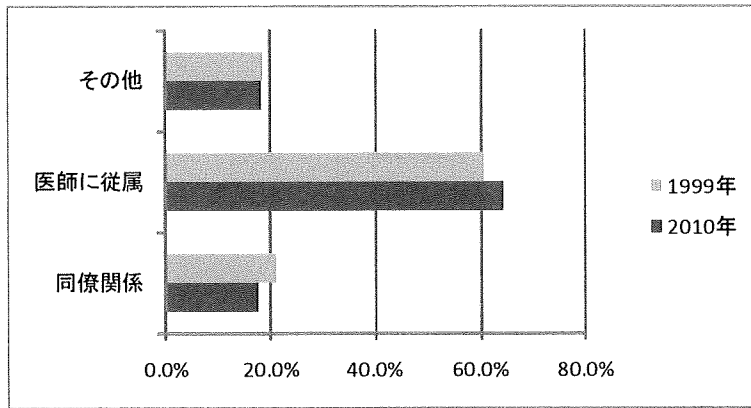
		はい	いいえ	有意差
2010年	度数	652	5913	n.s
	%	9.9%	90.1%	
1999年	度数	65	417	
	%	13.5%	86.5%	



看護師の医師への呼び方についても、1999年と2010年で違いは認められなかった。

(13) 一般的に言って、あなたの病院の「医師－看護師」関係をどう表現しますか？

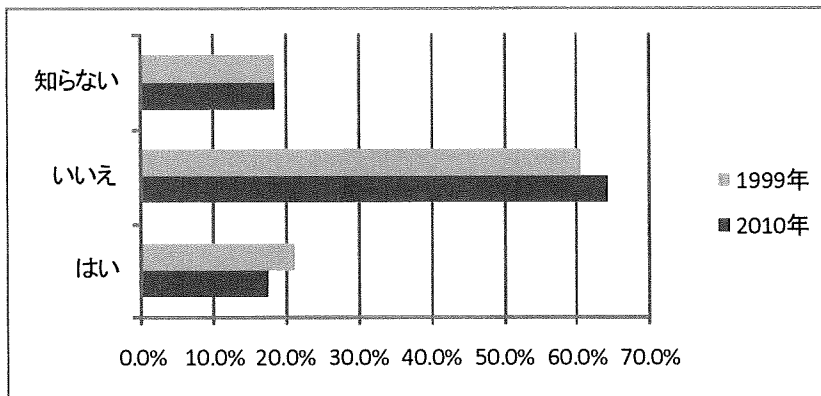
		同僚関係	医師に従属	その他	有意差
2010年	度数	1134	4171	1189	n.s
	%	17.5%	64.2%	18.3%	
1999年	度数	100	287	87	
	%	21.1%	60.5%	18.4%	



医師—看護師関係については、1999年と2010年で違いは認められなかった。

(14) 医師の回診に、看護師は同行しますか？

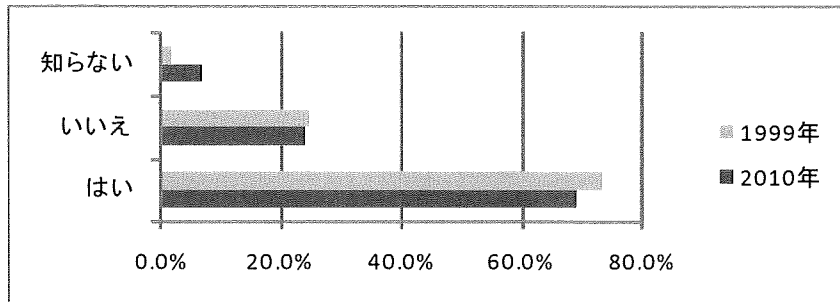
		はい	いいえ	知らない	有意差
2010年	度数	1134	4171	1189	n.s
	%	17.5%	64.2%	18.3%	
1999年	度数	100	287	87	
	%	21.1%	60.5%	18.4%	



医師の回診への同行は、1999年と2010年で違いは認められなかった。

(15) 病院に医師—看護師の連携のための委員会がありますか？

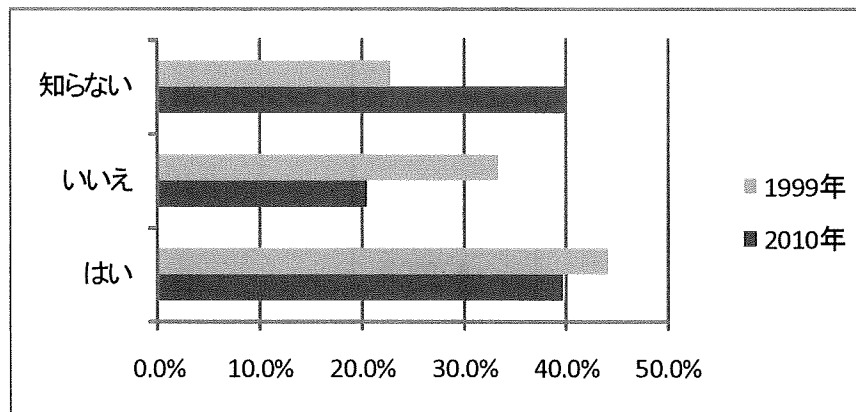
		はい	いいえ	知らない	有意差
2010年	度数	3994	1385	396	p<0.005
	%	69.2%	24.0%	6.9%	
1999年	度数	350	117	9	
	%	73.5%	24.6%	1.9%	



2010年では「知らない」の割合が増加し、統計的に1999年と2010年で違いが認められた( $p < 0.005$ )。しかし、「いいえ」の割合についてはほとんど変わらなかった。

(16) 無能な医師にかかわった場合、それを報告する方法はありますか？

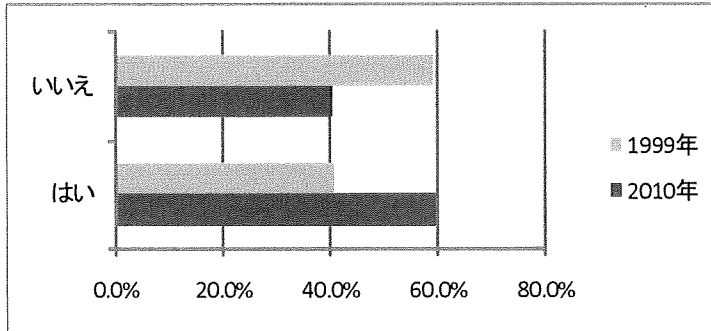
		はい	いいえ	知らない	有意差
2010年	度数	2593	1337	2612	p<0.005
	%	39.6%	20.4%	39.9%	
1999年	度数	208	157	107	
	%	44.1%	33.3%	22.7%	



2010年では「知らない」の割合が高く、1999年と違いが認められていた( $p < 0.005$ )。しかし、「知らない」の回答を除外し、割合を比較したところ、「はい」が1999年では57.0%に対し、2010年では66.0%と、高くなっていた。

(17) 医師と看護師の間の対立は、管理的な方法を通じて伝言できますか？

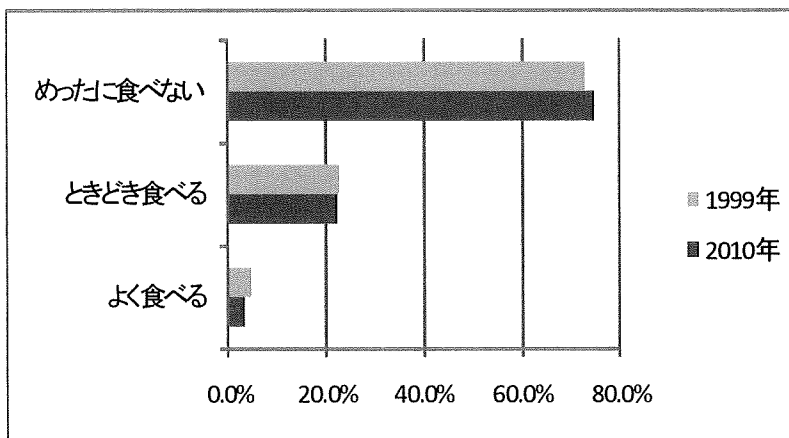
		はい	いいえ	有意差
2010年	度数	3976	2703	p<0.001
	%	59.5%	40.5%	
1999年	度数	189	273	
	%	40.9%	59.1%	



2010年においては、医師と看護師の間の対立について管理的な方法を通じて伝言できるという割合が1999年より、高くなっており、違いが認められていた( $p < 0.001$ )。

(18) 医師と看護師は昼食を一緒に食べますか？

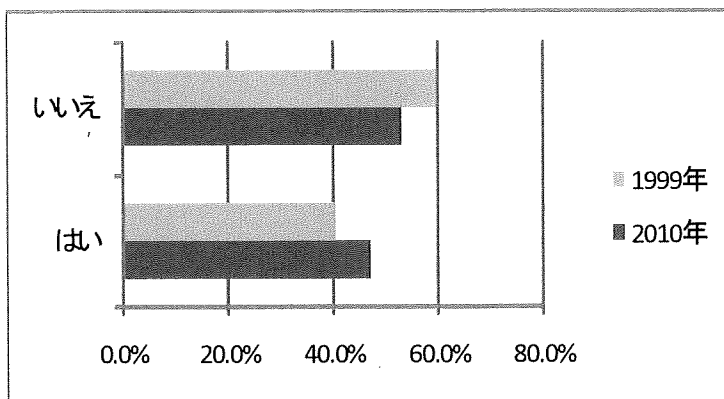
		よく食べる	ときどき食べる	めったに食べない	有意差
2010年	度数	155	1043	3514	n.s
	%	3.3%	22.1%	74.6%	
1999年	度数	22	106	344	
	%	4.7%	22.5%	72.9%	



医師と看護師は、昼食を一緒に食べるかについて、1999年と2010年では違いは認められなかった。

(19) あなたの病院の医師は、看護師をパートナーだと思っていますか？

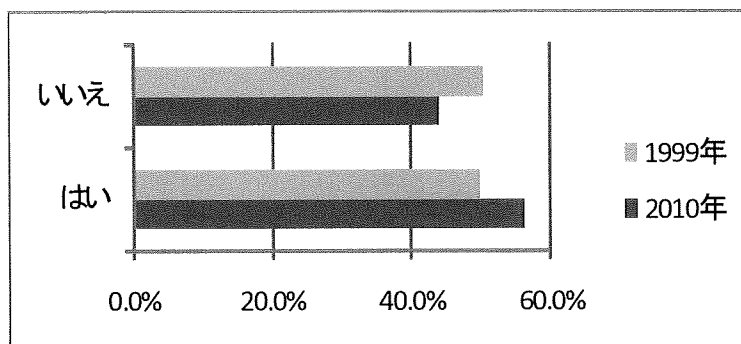
		はい	いいえ	有意差
2010年	度数	2978	3367	$p < 0.05$
	%	46.9%	53.1%	
1999年	度数	183	268	
	%	40.6%	59.4%	



医師の看護師に対するパートナーとしての認識は、1999年と2010年の比較で有意差が認められ( $p < 0.05$ )、2010年の方が高くなっていました。

(20) あなたの病院の看護師は、自分たちを医師のパートナーであると思っていますか？

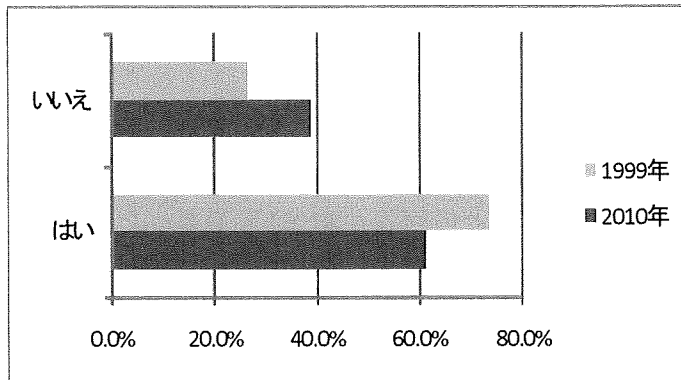
		はい	いいえ	有意差
2010年	度数	3594	2805	$p < 0.01$
	%	56.2%	43.8%	
1999年	度数	235	237	
	%	49.8%	50.2%	



看護師の医師に対するパートナーとしての認識も、1999年と2010年の比較で有意差が認められ( $p < 0.01$ )2010年の方が高くなっていました。

(21) 医師が看護師をパートナーと考えるように期待することは現実的でしょうか？

		はい	いいえ	有意差
2010年	度数	3920	2480	$p < 0.001$
	%	61.3%	38.8%	
1999年	度数	347	125	
	%	73.5%	26.5%	



医師が看護師をパートナーと考えるように期待することが現実的か否かについて、1999年と2010年の比較で有意差が認められ( $p < 0.001$ )、2010年のほうが1999年より、「いいえ」と回答する割合は高かった。

## D. 考察

### 1. 看護の専門性

医師が看護師としてすることを理解している否かについて、1999年と2010年では違いが認められなかったものの、医師との専門的な関係については満足しているという割合は高くなっており、看護の専門性を発揮できる機会が増えてきているのではないかと思われた。しかし、満足しているとの回答は約37%にとどまっており、現在、専門的な関係が構築するまでには至っていない状況であることが明らかとなった。

医師が看護師に対してふさわしくない態度で何か話しかけたことがあるか否かに対し、2010年の方があるという回答が増加していた。この一つの理由として、スタッフ看護師が自身を専門家として認識し、医師と接するようになってきていることが推察された。

### 2. 医師との関係性

医師が看護師スタッフに患者ケアや処置について相談することについて、1999年と2010年では違いは認められていないものの、医師が看護師の記録をいつも読む割合は2010年では増加していた。これは、近年、チーム医療の推進に伴い、クリティカルパスを記録用紙としても活用している場合にはチーム全員でクリティカルパス上に記録を記載する形式にしたり(オールインワンパス)、あるいはクリティカルパスに記載された記録を情報共有する仕組みが整備されてきている影響があるのではないかと思われた。また電子カルテの導入に伴い、医師が看護記録にアクセスしやすい環境が整備されていることも推察された。しかしながら、「いつも医師は記録を読まない」との回答は約63%となっており、現在でも、医師が患者情報を把握するに際し、看護記録を活用していない状況が浮き彫りとなった。看護記録が患者の情報源として医師に活用されない理由について精査していく必要がある。

### 3. スタッフ看護師の臨床判断

患者の問題について医師を呼ぶ前には師長と相談する割合が1999年では約35%であったのに対し、2010年では過半数を超えていた。医師のスタッフ看護師の判断に関する尊重について、1999年と2010年で違いは認められていなかった。そして、2010年では、スタッフ看護師の約68%が、ほとんどの医師は自分の判断を尊重していないと回答していた。現在も、スタッフ看護師と医師が直接、話をした際、自身の判断が尊重される機会はあま

り多くなく、このため、患者の問題に対する判断をまず師長に相談しているのではないかと思われた。

#### 4. 医師との関係性

女性医師との関係性において、1999年と2010年では違いが認められていた。1999年では女性医師と男性医師との関係では「差がない」との回答が約61%であったのに対し、2010年では「より悪い」との回答が約72%であった。近年、女性医師が増加しており、女性医師と一緒に働く機会は増加しているものと思われるが、悪化が認められた背景については、さらに調査を行い、検討することが必要と思われる。

無能な医師に関わった場合にそれを報告する方法があるか否かということについては、1999年では約57%であったが、2010年では約66%と高くなっていた。そして、医師と看護師の間の対立は管理的な方法を通じて伝言できるかについては、1999年では約41%であったのに対し、2010年では約60%と増加しており、医師との関係性における問題を対処するための管理的な方法がこの10年で整備されている傾向にあると思われる。

医師と看護師の関係性は、1999年と2010年では違いは認められておらず、ともに「医師に従属」との回答が60%以上であった。しかし、医師が看護師をパートナーとして認識しているか否かについて、1999年は約41%であったが、2010年では約47%と増加していた。また、自分の病院の看護師が医師をパートナーとして認識しているか否かについても、パートナーと思っているとの回答が、1999年は約50%であったが、2010年は約56%と増加しており、パートナー意識については変化してきていると考えられた。その一方で、医師が看護師をパートナーと考えるように期待することは現実的であるか否かについては、1999年では「現実的である」との回答が約74%であったのに対し、2010年では約61%であった。看護師が、パートナーとしての関係性を構築することに様々な限界を感じていることのあらわれであることが推察されるが、この理由についてさらなる精査が必要である。

#### E. 結論

1999年と2010年との看護師と医師との関係性に関する変化について把握を行った。医師との専門的な関係に関して満足している割合や医師をパートナーとして互いに認識する割合は増加してきており、変化が認められていた。しかし、医師の看護師の判断に対する尊重ではこの10年で違いは認められておらず、また医師が看護師をパートナーと考えるように期待することは現実的かということに対し、現実的と捉えるのは約6割にとどまり、1999年より1割以上の減少が認められた。2010年現在も、看護師と医師の専門的な関係性の構築に向けて課題は多く残されていることが明らかとなった。

#### F. 健康危機情報

なし

#### G. 研究発表

なし

#### H. 知的財産権の出願・特許

なし

#### 引用

1. エキスパートナース編集部：看護婦－医師関係はどのように変わってきているでしょう？ エキスパートナース、16(1)、36-37、2000.
2. 小林美亜：今回の「看護婦－医師関係」のアンケートから、何が言える？ エキスパートナース、16(1)、38-46、2000.



## 5. 病院経営再構築に向けての基礎

---

---

# 病院における 5S 活動を通じた マネジメント能力発現の可能性

---

---

## 1. 背景：保健医療サービス提供者マネジメント能力

現在、病院は、大変苛酷な環境におかれている。日本では、診療報酬改定、DPC の導入に誘導された平均在院日数の短縮により相対的に重病患者が増加し、臨床研修制度の変更端を発した大学病院での医師不足の発生、地方の自治体立病院は深刻な医師不足などである。更に 2006 年の診療報酬改訂により 7:1 看護の導入が、地方における看護師不足を引き起こしている。一方、病院のリスク管理の観点から多種の同意書作成など病院内業務を増大かつ複雑化させている。

途上国では、先進国以上に問題は深刻であり、WHO は保健システム強化として 6 本の柱の改善を挙げている（図 1）。特に保健マネジメントを統括すべきマネージャーの不足が進行であるとして、その再定義と役割を明確にし、育成を提言している。

このように保健医療サービス提供者は増大する業務量に対して必要な人員を確保することができないという袋小路にはまっている。つまり既存の保健医療の分野の構造的変化であり、このような状況は経済状況から見れば不況下と同じであり、製造業、特に日本の基幹産業では、時代や産業によって異なるものの 5S や QC、TQC、TQM といった改善活動を行い、不況の荒波を乗り越えている。

5S、QC、TQM の基本的には、組織、構造、システム、プロセスの改善を目的としているが、そのためにはマネジメントの向上が必須と考えられる。実際、マネジメント能力の向上は 5S、QC、TQM の手段であるが、それは一般的には管理職のマネジメント能力を意味している。ではそのマネジメント能力は、どこから発現するのであろうか？筆者は日本の製造業に於いては QC サークル活動などを通じて醸成されてきたと考えているが、その前提として 5S 活動が習慣として根付いていることが考えられる。

では 5S 活動が習慣化されていない病院、特に途上国の病院の場合はどうであろうか。本論では 5S とマネジメントの可能性を考察する。

## 2. 目的：5Sの有効性

病院における5S活動は、職員のマネジメント能力向上に効果があるか、どのようなプロセスで効果があるのか可能性をアフリカの病院改善の事例を下に検証する。おそらく5S活動が、職員にマネジメントへの気づきを促し、病院の全員参加型のマネジメントを導入する素地を構築すると考えられる。

## 3. 方法：訪問ならびに文献調査

途上国の病院における5Sの事例の検証ならびに日本国内において5Sを導入している病院や産業界の5Sの文献を参考し、5Sとマネジメントの関係を検証した。

## 4. 結果

### (1) マネジメントとは

ISO 9000:2005 の定義では「coordinated activities to direct and control an organization」と記されており、「組織を指揮し、管理するための調整された活動」と約されている。また日科技連の「TQM宣言」ではマネジメントと「経営」と記している。経営の神様といわれたドラッカーはマネジメントを①組織特有の使命の達成、②業務を通じた職員の活性化、③社会への貢献、という3つの側面が現している。さらにWHOでは保健サービスマネージャーを業務の大半をマネジメントに費やす人と定義し、その業務を「計画、実施、評価」「資源」「渉外」の管理と定義している。日本語ではマネジメント管理が同義と捉えられていることが多いが、「経営」と捉えているものも幾つかある。この違いは、正しい値に制御するという管理のみならず更に最良に向かい変化していく改善、進化を包含するかということであろう。

上記に共通していることは「組織」であり、個人から組織を意識することによりマネジメントが発生している。もちろんセルフ・マネジメントという用語もあるが、それも自己の活動や体組織を集合もしくは組織として定義すれば、同様である。つまりマネジメントとは人が個人行動から個人行動の管理を行い、それが組織行動に変遷することにより発生するものであり、一般職員、病院スタッフがマネジメントを意識し、マネジメントするきっかけは、個別業務から個別業務の管理へ、そして組織運営を意識し、実践することと考えられる。

よって本論では、病院スタッフが、日常の個別業務の実施がどのようなきっかけで個別業務管理に変遷するか、そして個別業務管理がどのように組織運営に転換するか、そのきっかけ（イベント）を考察する。

### (2) 5S-KAIZEN-TQMアプローチ

5S および KAIZEN (QC 活動)、TQM は個別の活動、アプローチであり、文献によっては相互補完的に記載されているが、連続性を持つアプローチとしては記載されていない。「5S から CQI、TQM へ段階を踏んで移行することが病院改善には有効である」ことは筆者達がスリランカ、アフリカ 15ヶ国での病院改善のアプローチを通じてまとめた考察であり、特に途上国においては有効であると考えられる(図2)。

日本の病院では QC の導入は 1972 年に新日鉄八幡製鉄病院から開始され、80 年代に多くの病院で導入された。その後、TQM として実施されている病院もある。5S に関しては 5S とはいわないまでもそのエッセンスは、昔から実践されているようである。しかし 5S-KAIZEN-TQM を一連のアプローチとして捉えた事例はないようである。

このアプローチはまずは職場環境の改善からはじめ、その後、業務改善、生産性の向上、質・安全性の改善へと展開させる。それは個人から部門（小集団）そして病院全体へ対象範囲が広がり、それに伴いマネジメント能力が醸成されていくこととなる。逆に言えば病院全体のマネジメントつまり病院経営の向上へ到達するプロセスとも言え、その根幹としての 5S の効用、中間段階の KAIZEN の効用があると言えよう。それでは各段階におけるマネジメントとはなにか。

### (3) TQM におけるマネジメント

TQM は全員参加型の運動であり、推進するのは全職員である。TQM が浸透していけば、患者の満足度、医療従事者のチームワークが向上し、職場も明るくなり、経営改善にも繋がるといわれている。

TQM において、経営体制整備に必要な方策として福島 (1985)<sup>1</sup>では

1. 病院の経営方針を明示、徹底する
2. 経営組織を確立する
3. 部門長、中間管理職等の管理能力を向上する。
4. 一般職員の意識革新を推進する

と示されている。

また麻生(1997)では

TQM 活動は職員レベルの改善活動であり、一般職員の病院経営への参画手段の一つであるといえる。「やらされるから仕方なく」ではなく「“私たちの病院”をどのようにしてよくしていこうか」という気持ちで取り組んでもらいたいと考える。<sup>2</sup>

と示されている。

一般的に TQM ではトップマネジメントの重要性と、中間管理職の管理能力の強化が焦点

---

<sup>1</sup> 福島 (1985) P64

<sup>2</sup> 麻生 (1997) P179

であり、一般職員のマネジメント能力を言及することは少ない。麻生（1997）では TQM を職員の経営参画の手段と捉えているが、その手法としては TQM 大会（QC サークル活動とその発表）であり、分類としては KAIZEN となるだろう。

筆者は、TQM は、社会的使命の達成を目的とした組織の全体最適のためのトップダウンのマネジメントとボトムアップの活動の融合であり、トップの方針を現場まで展開し、実現する全員参加型の経営と定義している。その融合の鍵となるのがそれまでに培われてきた 5S 活動や KAIZEN 活動である。つまり個人最適から部分最適へそして全体最適へという進化が必要になる（図 4）。つまり重要なのは組織を俯瞰し、セクショナリズムに走らないように監督しながら、組織全体の生産性、質、安全性を向上することにある。

TQM にはトップマネジメントが重要である。しかし組織を俯瞰するためには現場を知る必要がある。つまり現場でのマネジメント能力が問われる。

#### （4） KAIZEN におけるマネジメント

一般的に KAIZEN の中心は、QC サークル活動となる。QC 活動は PDCA サイクルといわれる改善の循環をベースにした QC ストーリーの則り実施され、QC7 つ道具など、統計的な知識が無くとも活用できる測定手法を用い、現状から要因分析、解決手段の選定を行い、実施後の歯止めをして一サイクルを終了する。QC サークルは小集団活動であり、そのリーダーには小集団をまとめるマネジメントが求められる。

リーダーに求められる役割として山田正美(2006)では、サークル活動の円滑な運営のための実施試行が以下のように示されている<sup>3</sup>。

- ① サークル活動のテーマや目標の設定と周知徹底
- ② 活動推進のリーダーシップの発揮
- ③ 問題解決の手法の習得とサークルメンバーへの伝授
- ④ 後継者の育成

つまり、QC サークル活動の一サイクルの運営をするために必要なマネジメント能力とその後の活動のための布石を打つことが求められている。

筆者は、QC サークルにおけるマネジメントとして特に人材管理に注目している。QC サークルのリーダーは、職場の長や年長者がなるとは限らない。つまり職制を離れた集団の中で組織をまとめるには、組織のヒエラルキーに頼らない管理が重要であり、それが純粹にリーダーのマネジメント能力、特に人材管理能力の向上に直結していると考ええる。ただし組織掌握はリーダーの自己管理に基づいてなければならず、有限実行できない人間に、従うメンバーはいないであろう。つまり小集団マネジメントに置いて、その根幹は個人管理であり、いかに自分をマネージできるかが問われているのである。

#### （5） 5S におけるマネジメント

---

<sup>3</sup> 山田正美（2006）P185

一般的に5Sは、KAIZENやTQM等のみならず日常業務全ての基本といわれている。それは職場の環境を職員自ら向上し、職場のチームワークを円滑にし、更には5S活動推進者のマネジメント能力を向上する。

高原他（2005）では5Sの目的は、「5S活動を通じて管理監督者のマネジメント能力向上と組織の活性化を目指すものである」と示されている<sup>4</sup>。また石川（2008）では「改善のイロハを習得する」「5Sを通じて職員の価値観の転換を図り、創造性開発を行う」「他人に成果を出させるマネジメントの訓練」と示されている<sup>5</sup>。

また長谷川祐三は、モノを対象にした従来の5Sに対し、人を対象とした「新5S」を提唱し、「しつけ」を最初に持ってきて、「心づくり：感謝する心、他人を喜ばす心、思いやりの心」という人間形成への貢献を重視している<sup>6</sup>。

5Sは、もともとは日本の工場における整理、整頓、清掃活動から生まれたのであるが、その起源は禅宗の不要物を除去する教え、その後の茶の湯の「和・敬・静・寂」に通じるという諸説があるほど、日本人の文化に根付いたものであることが伺える。しかし個人の所有物に対して、整理や清掃が実行できても、それを工場は職場で実施するには抵抗がある。そこで標準化し、習慣化することを目的として体系化されたのが5Sである。つまり自己管理を私物に対してのみならず職場でも実行できるように促進するツールである。つまり職場環境をマネジメントすることの動機付けを与えているのである。

この動機付けは、日本では当たり前と思われる節があるが、途上国、今回、病院改善プログラムが実施されているアフリカ15ヶ国では大変新鮮であったようである。つまり今までは病院職員は病院に対する帰属意識はあってもオーナーシップは無かった。ところが5S活動を通じて自分の職場環境を自分で改善することにより、自分の職場へのオーナーシップが醸成されたのである。それは職場における個人管理、ひいてはマネジメント能力発現のトリガーとなった。つまり5S活動が病院職員のマネジメントへの意識を発現させたのである。

#### （6）病院におけるマネジメントの重要性

日本で病院のマネジメントが重要となった背景として①医療が量的には十分拡充されたこと、②疾病構造の変化及び人口構造の変化などを背景として、国民が保健医療サービス選択できるようになったことが挙げられよう。そのような状況を受け1995年、医療機能の第三者評価システムとして（財）医療機能評価機構が設立され、97年より評価認定事業を行っている。その評価領域は経営から臨床まで幅広い。また日科技連は2004年5月に日本品質奨励賞の医療版として「医療の質奨励賞」を創設している。

---

<sup>4</sup>高原他（2005）P26

<sup>5</sup>石川（2008）P26-27

<sup>6</sup>長谷川祐三（2008）P14-15

また患者安全と言う課題の重要性が認識されるようになったことがあるといえよう。医療安全はリスク管理から安全管理へ、つまり事故が起こってからへの対処や事故が起こりやすい状況への対処から、事故が起こりにくい仕組みを作る方向へ変化している。

要する日本の病院は経営的な質の視点のみならず臨床的な質の視点を改善する必要性に迫られたのである。医療安全と収益の両立は企業価値が収益のみならず企業の社会性にも着目したバランス・スコアカードの概念と同じであり、病院の社会性という観点から浸透しつつある。またリスク管理から安全管理への移行は TQM のシステム改善の考え方と同じであり、安全管理の一手法として TQM の活用が推進されている。

公的医療施設の多い途上国の場合、収益がマネジメントの中心になることは少ないが、限られた資源を有効活用し、最大限のサービス供給をすることは自明である。しかし今までは個別の疾病対策が中心であり、マネジメントは注目されていなかった。しかし個別の疾病対策で成果が上がらない要因として物流の課題、ひいてはマネジメント脆弱性が挙げられるようになり、マネジメント向上は至上命題となった。それは個別プログラムから保健システム全体の改善に拡がり、病院もサービス供給システムの一部としてマネジメントが重視されることとなった。

## 5. 考察

医師は医学教育において、管理といえば疾病管理であり、看護教育では看護管理であり、組織のマネジメントはカリキュラムに含まれていない教育機関が大半と思われる。昨今、チーム医療の重要性が叫ばれているが、それは組織管理、つまりはマネジメントの課題であるが、彼らはどこでマネジメント学び、向上するのであろうか。一般企業であれば、管理職の職制ごとに研修制度を設け、職場内の人材育成などが実施されている。しかしそれ以上に日常からマネジメント能力を発現させ、向上させる仕組みがある。それが QC サークルであり、TQM である。

ところが欧米型の企業は、優秀なマネージャーはヘッドハンティングで他企業から招聘することが多々ある。彼らはビジネススクールを優秀な成績で卒業し、若い頃から管理者として雇用され、能力を発揮してきた人物である。つまりマネジメント能力は社内育成されない。日本の病院組織は日本企業の組織形態よりこのような欧米型企業の組織形態に近い。

保健医療はサービス産業の一形態であるが他の産業とは異なる性質を持つ。川淵（1993）では日本の病院組織の特殊性が以下のようにまとめられている<sup>7</sup>。

- 1) 一般企業は営利組織であるが病院は原則“非営利”型組織である。
- 2) 一般企業は社員のほとんどがほぼ同質な集団であるが病院は国家資格に裏づけられた多種多様な専門職集団である。病院組織では診療部門を中心とする医療関係部門が一般

<sup>7</sup> 川淵(1993) p. 32

企業の開発、製造、販売部門を兼ねている。

- 3) 一般企業は総合職等で部門間移動があるが、病院は専門職集団なので部門間移動はあまりない。
- 4) 一般企業は「会社一丸」と言う組織風土を作りやすいが、病院組織は個人主義が強くまとまりにかけける
- 5) 一般企業は社員同一の給与表が適用されるが病院では職種別の給与表が存在する。
- 6) 一般企業は終身雇用制度を原則としているが、病院は中途退職・採用が一般的で職員の離職率・転職率が高い

途上国の病院も同様な側面があり、個人主義が強い。そのような中で、組織運営を向上させるには各人に組織を意識させ、組織運営への参画を促すことが重要である。

つまり病院における QC サークル活動は、職員のマネジメント能力を発現させるきっかけとなり、向上させる機会を与える。つまり病院経営へ参画しているという意識を与えることが出来る。

ところが途上国の場合、QC や TQM をいきなり導入するには困難であることが、アフリカ 15ヶ国の病院改善プログラムにより判明した。QC や TQM は既に組織の取り組みであり、個人主義の職員に組織的活動を要求するには飛躍がある。日本人の場合、実は個人管理を通じてマネジメントへの曝露、具体的には整理、整頓、清潔などの習慣が根付いているからであり、QC 活動から導入しても、さして違和感もなく取り組めた。もちろん 5S は QC や TQM の基礎であるが、その基礎も習慣からさしたる疑念も無く、受け入れられたのである。ところが、個人管理の意識の薄い、アフリカ諸国の病院ではまずは 5S による定型的な改善を各人の身の回りでを行い、自己管理を体験させその”楽しさ”を理解させることから始める必要がある。そして次に組織を意識させるための KAIZEN 活動、具体的には小集団活動を通じて、マネージャーとしての能力を発現し、研鑽することが必要となる。それらがトップマネジメントとして TQM を推進する原動力にあると考えられる。

マネジメントは教育機関で学ぶことはできるが、途上国に現状を勘案すれば、資金不足と絶対的な人材不足の中で、医療従事者を数年間、現場からはずすことは、更なる保健医療サービスの供給不足を発生させることになると同時に、転職の機会を与えることとなる。つまり現場における研鑽が必要である。しかし日常業務からマネジメント能力は身につかない。マネジメント能力の発現にはイベント、つまり管理に興味を持つきっかけが必要である。5S を通じて自己管理というトリガーを引いたことが、管理へ目覚めさせ、それが小集団の運営、更には病院組織全体の経営への参画と広がっていくのである。

つまり 5S 活動は、自己管理意識の薄い、個人、職場、特に途上国に置いて、マネジメント能力の発現という観点から大変有効な手法であり、病院組織への職員全員の参画を導く



効果的なツールであるといえる。

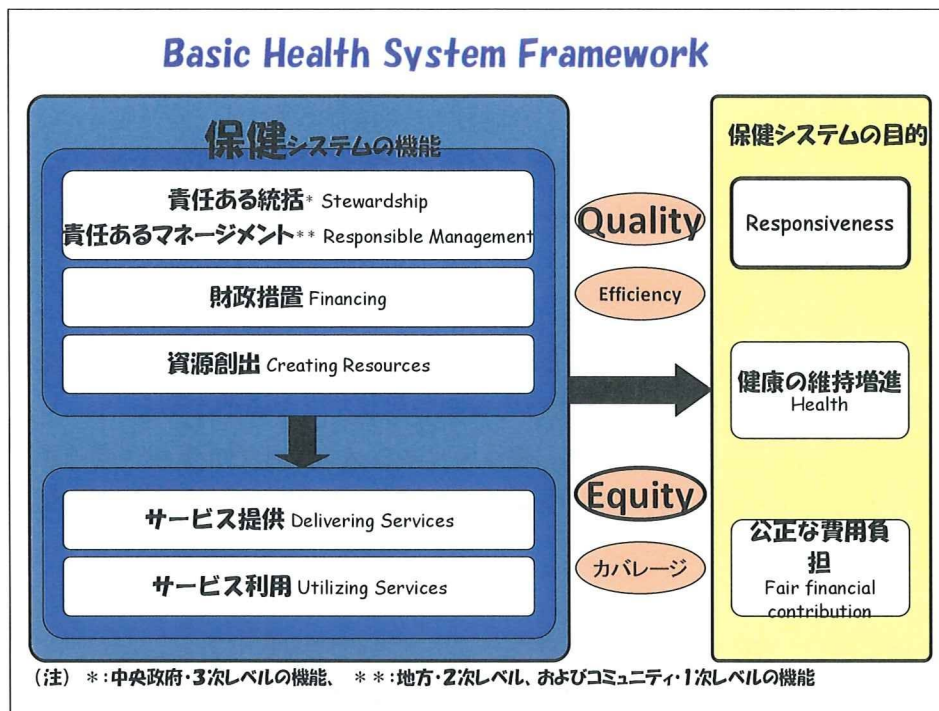


図 1



図 2

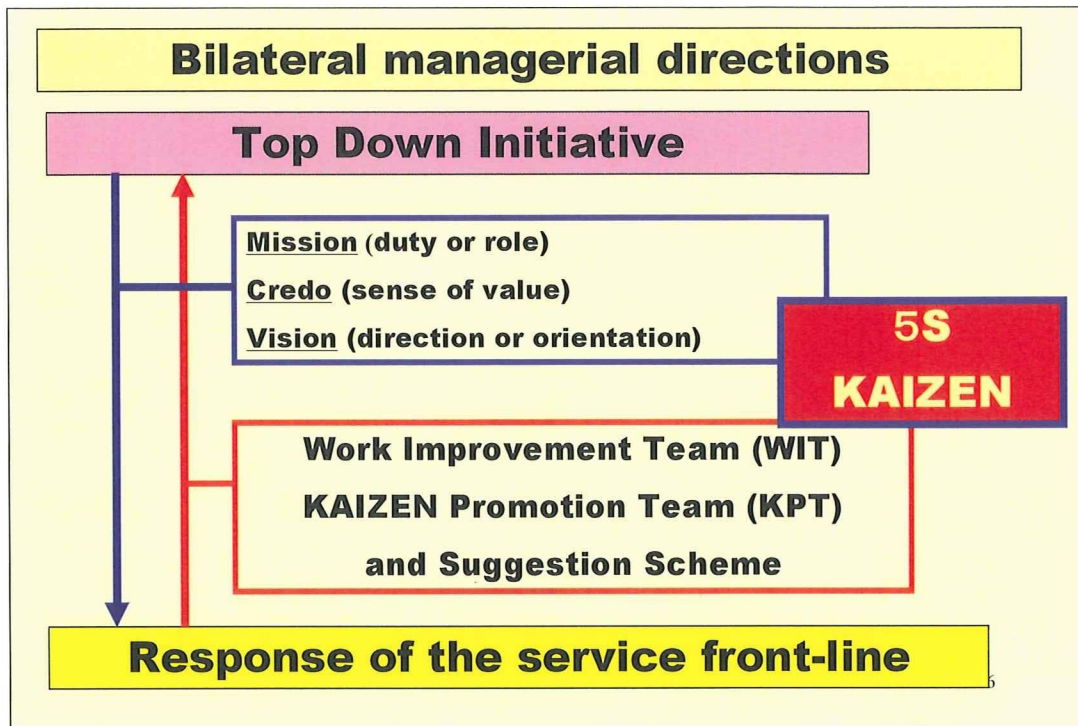


図 3

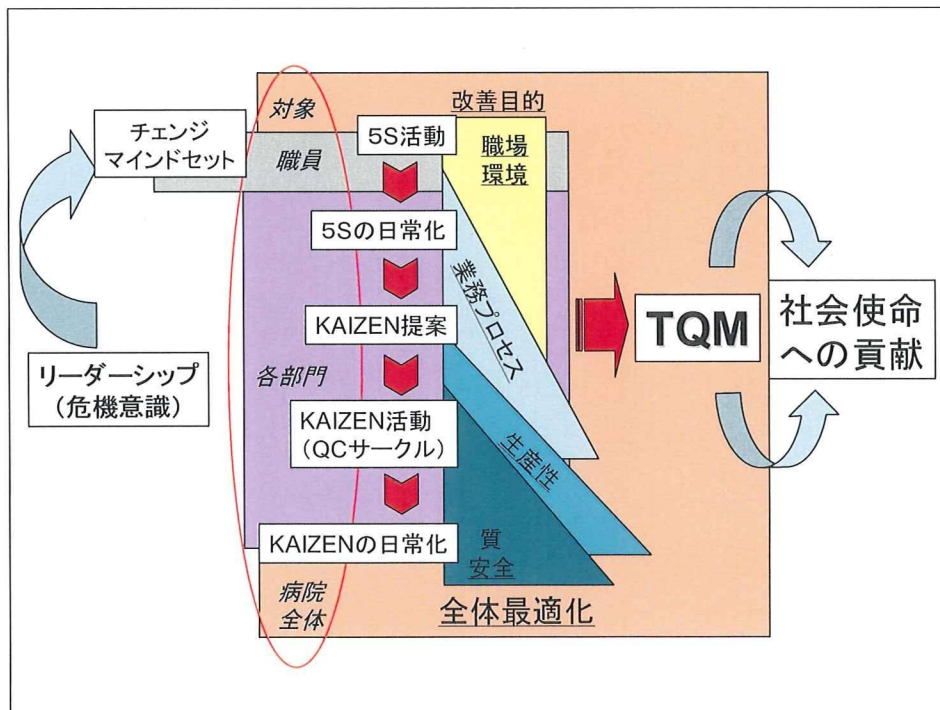


図 4

---

---

# 安全管理の必要性・重要性の理解

---

---

## 1. はじめに

「医療事故の予防」、即ち「医療の安全管理 (Safety Management)」、或いは「患者安全 (Patient Safety)」は、もはや今では病院経営戦略の基本となっている<sup>注1</sup>。

しかし、「医療の安全管理」の概念は比較的新しい。日本に紹介されたのが 2000 年頃、横浜市立大学病院患者取り違え事件発生以降のことであり、途上国を含む世界に普及され始めたのは 2004 年頃、WHO による患者安全世界連盟 (World Alliance for Patient Safety) 結成以降である<sup>文献1</sup>。元々は医療の安全性が社会問題となっていた米国で、1999 年に米国学術会議/医学院 (NAS/IOM) が「人は間違えるもの (To Err is Human)」を出版し、その中で医療事故予防の新しい考え方として提案されたものである<sup>文献2</sup>。だが今、全世界へと拡がり医療の現場へと到達しつつある<sup>文献3</sup>。

医療事故、そして医療訴訟をなくすことは、医療人や病院経営者の永年の願いであった。確かにその努力はなされてはきた。しかし個人それぞれ、しかも受け身の方法にとどまっていたのではないだろうか。新たに提唱された「医療の安全管理」は事故が「発生する前に予防すること」、そして個人個人の努力ではなく「病院全体のシステムで取り組む」ことを強く推奨している。

「安全管理」はこれまで火災や食中毒など「患者の環境」や、労災、労働衛生など「職場の環境」を安全にすることに用いられてきた。しかし、「医療行為そのものによる危険」即ち医療事故から患者を守ることと定義したのである。それにより医療事故の予防は医療界全体の課題となった。

これまで病院では医療事故については、起きた事故をいかに「医療訴訟に持ち込まれない」ようにするか、また訴訟になってもいかに「損害を小さく」するか、即ち「病院の危険管理 (Risk Management)」に関心が置かれてきた。しかし近年、特に米国では訴訟が頻発し、医療者にとっても患者にとっても「発生してしまった事故」への対応では負担が大き過ぎる、ましてや、「訴訟による決着」は医療の前提となる医療者と患者の信頼関係を破壊するので大変不幸である。このような認識や医療の標準化、システム化の進行、IT 技術、質・効率向上のマネジメント手法の発達、新しい考え方の背景にあると考えられる。

日本に 10 年前に概念として導入され、5 年前に政策として実施された「医療安全」<sup>注1</sup>の形は整ったように見える。しかし、努力に見合った成果を挙げていないのではなかろうか。

その原因の一つに、医療安全とその関連概念との混同や、日本の医療界の文化、経営環境への適合不良があると考えられる。

そこで、本章では、まず日本の経営風土の中での「医療安全」の意義や医療サービスの特徴について述べ、「医療の安全管理や危機管理」「質の向上や効率の向上」「臨床危険管理 (Clinical Risk Management)」等の関連諸概念の整理を試み、合わせてそれに基づく新たな実践や提案を行いたい。

## 2. 医療の安全管理…その概念と手法

医師という職業が人類史上に始まって以来、医療事故は発生してきた。例えば、紀元前1750年頃のバビロニアのハムラビ法典には「失敗した医師の手は切るべき」と書かれている。最近までの従来の考え方では「失敗は個人の責任」で「努力によって減らすべき」「人は間違ふべきでない」と思われてきた(図2-1)。

しかし1999年出版の「人は間違ふもの (To Err is Human)」は画期的な考え方である「医療の安全管理」を出発点にしている。「人は間違ふもの」でその「失敗の損害をシステムで予防する」という考えである(図2-1) 文献4。勿論失敗を減らす努力は必要である。しかし、大きな事故の背後に何倍もの小さな失敗があり(1929年提唱、ハインリッヒの法則)(図2-2)、それらが幾重もの防御壁をすり抜けて重大事故に至る(1990年提唱、リーズンのスイスチーズモデル)(図2-3)とされている文献5。そこで発生した事故や失敗を報告や調査で集め、その根本原因を分析してシステムレベルでの弱点を明らかにする。発見された弱点を補強し医療事故予防システムを構築するという考えである。安全工学の手法、例えば信頼性設計を用いて、失敗しても損害に至らぬよう誰がやっても安全であるよう強化することである文献6, 7, 8。

信頼性設計の代表、フルプーフ、フェールセーフシステム原理によると、システムの対応には効果の段階があり、危険なプロセスの「排除」が一番強力で「制約、負担軽減」がそれに次ぎ、異常の「検出」や「影響緩和」は最も弱い対策となる(図2-4) 文献9。米国の退役軍人病院患者安全センターによると、具体的な安全方策は3段階に分類でき、建築施設の変更や過程の単純化と不必要な段階の除去は強力な方策に、チェックリスト、認識補助は中程度、二重チェックやガイドラインは最も効果の弱い行動だとしている(図2-5)。

「医療の安全管理」の目的は、従来の事故が起きてからの対応と異なり、まず事故を起こさないようにすること。疾病予防に例えると、疾病が発症してから傷害を防ぐ2次予防と異なり、発症する前に予防する1次予防の考えといえる。その前提となるのが組織の安全文化「個人を責めない」「失敗を隠さず共有する」「組織で学習する」「安全や質の向上を目指す」風土である文献4。

## 3. 医療の安全管理…その発達の歴史