

3. 医療安全と組織的質管理

三宅 祥三*

医療安全と組織的質管理を病院で実現するには、病院管理者が、モデルとして医療安全や医療の質管理に直接かかわり、並列な人間関係の醸成にも行動で示して、リーダーシップを発揮すべきである。改善の仕組みは「よいプロセスはよい結果を生む」との考えからプロセス志向であり、問題点を「絞って」重点的に改善する。改善を続けるには「改善ができる人作り」であり、コアとなる人材育成が大切である。改善活動の継続が難しいのは、改善活動は本来業務以外の「やらなくても済ませる業務」であるからである。

医療安全に望ましい組織構築としては、まず院長直轄の「質管理(TQM)室」を設置して、企画課の事務職と医師、看護師などで構成し、病院組織として医療の質改善への戦略として、組織プロセスに介入して組織全体の改善を行う。さらに、院長または副院長直轄で「医療の質改善委員会」で医療安全、医療標準化(クリティカルパス)に取り組み、具体的な医療行為のプロセスに介入して改善活動をする。

トップのリーダーシップが常に成長する組織体としてバランスよく発揮される必要がある。これはバランス・スコア・カード(BSC)で表現されているように①人材育成(学習と成長)、②病院機能(内部プロセス)、③患者(満足度)、④財務(健全性)の各視点に配慮が必要である。常なる改善活動として、QCサークル活動、医療標準化(クリティカルパス)、医療安全活動の継続が大切である。安全文化の醸成として、職種間の並列な人間関係を築き、チームモニターが働く人間関係が必要である。人材育成には、知識、技術、人格、マナーをOJTとして、職員を育成し評価することである。職員の勤労意欲を高めて経営の安定を計るには、経営方針と経営内容を職員に明示することが大切である。患者満足については、患者相談窓口に来る患者のクレームを経営に活かし、職員満足については、職員からの声を労働環境の改善へ活かすことである。

今後の病院マネジメントは個別の病気に対するマネジメントと組織全体のマネジメント(ISO9001)が求められる。

Patient safety and Quality management in Hospital

SYOUZOU MIYAKE Musashino Red Cross Hospital



*みやけ・しょうぞう：武蔵野赤十字病院院長。昭和44年東京医科歯科大学大学院修了。昭和47年日本鋼管病院内科医員兼中央検査科科长。昭和54年武蔵野赤十字病院内科部長。平成4年同副院長。平成14年現職。主研究領域／消化器病学。医療安全。病院管理

Key words

医療の質管理
患者安全管理
病院管理

はじめに

安全で質の高い医療を提供するという事は、医療機関が安全に向けての常なる改善活動を継続していくシステムを持っているということである。しかしこのような活動が可能になるには、まずは職員の意識改革である。この職員の意識改革ができるには、職員がある程度満足して働いていることが必要である。これらの基礎的条件が整って、はじめてシステム改革も動く可能性が出てくると考えている。これらの条件をバランスよく調整しながら進めていくのが、トップマネジメントと考えている。当院での取り組みの経過と筆者の考えを述べる。

1. 情報の収集と検討

組織として最初に必要なのは、インシデント・アクシデント情報の収集である。平成14(2002)年度からは厚生労働省は特定医療機関、センター病院、臨床研修病院に医療安全管理室の設置と専従職員の配置を順次義務づけた。当院でも平成14年5月に医療安全

推進室を設置し、専従の看護副部長を室長に、事務職員1.5人を任命した。そして統括責任者の副院長、医療安全部会長の医師、看護安全委員会長の看護師長がサポートする体制を作った(図1)。安全推進室は事例の収集、システムの検討、事故発生時の初期対応、安全管理の指導、教育、講演会やワークショップの企画運営をしている。

事例検討会は看護師以外の事例については、はじめ11人の医師で始めた「医療評価委員会」に看護師長、薬剤師、検査技師、放射線技師、事務員を加えて18人で検討しており、検討結果を病院のシステム改善に活かしている。

2. 職員の意識改革

職員の意識改革については、QC(Quality Control)活動を最初は平成7(1995)年にトップダウンで開始をした。約1年半で中断したが、平成10(1998)年から日本科学技術連盟の支援を受けて、ボトムアップで再開した。平成11(1999)年からは業務の一環として病院全体で取り組みを始めた。平成11年から

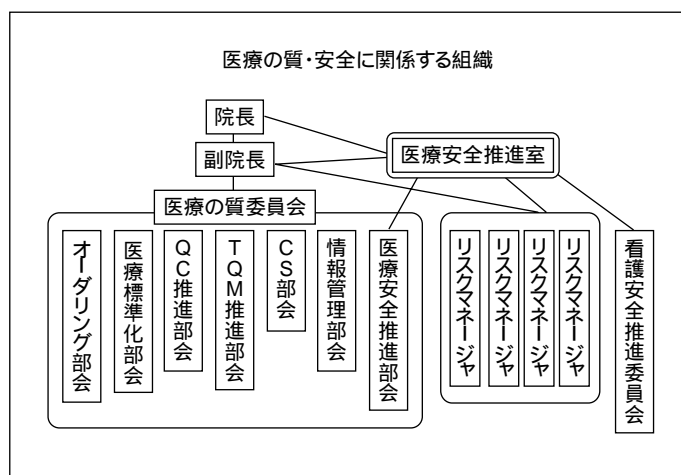


図1 武蔵野赤十字病院の組織図

発表大会を開いている。毎年 25～30 題の発表があり、これは職員の「業務改善」への意識づけに大いに役立っていると思うし、QC サークル活動の中で問題発見能力と問題解決能力が養われてきている。職員は QC 活動で業務改善に取り組む中に自己実現を感じているように思っている。

医療行為の標準化については、クリティカルパスの整備がある。診療工程に医師、看護師、薬剤師、コメディカルが参加することで、診療工程はより透明となり、医療の質の向上、医療安全、コスト意識を高めるのに有効と考えている。

当院では平成 11 年から診療録の開示をしているが、情報の公開は職員に EBM (Evidence-based Medicine) への認識を高め、各種ガイドラインの導入や診療姿勢を正していく効果もあると考えている。

3. 人材育成

医療は人と人の信頼関係でなりたっている。これは医師と患者の間だけでなく、職員と職員との間の人間関係が信頼に基づいたものでなくては、よい医療は行えない。医療人として大切な事柄は、医師も看護師も学校では十分に教わっていない。病院に就職してから、働きながら学んでいくことが求められるが、確かな指標があるわけではない。産業界で始まってきている人事考課の方法の一つに、それぞれの仕事のポジションに求められる能力と、個人の持つ能力とをコンピテンシーとして明示して、その人にふさわしい立場を決めて仕事をするのが、一部の企業で行われてきている。これに学んで「望ましい医療人としてのコンピテンシー」をまとめて小冊子とした。これを使って、職員に自己評価してもらい、上司も評価することで、OJT (On the Job Training) として職員の育成を計

りたいと考えている。これを職員の目標管理と一緒にやっている。

医師の教育については、公募した臨床研修医には約 10 日間のオリエンテーションを行っている。不定期に交代して入社してくる医師については、年に 2～3 回、半日の新入医師ガイダンスを行っている。平成 14 年からは新入医師については、入社前に院長と直接面接をして、院長が当院の勤務医師として必要な事項について直接面談をしている。

職員の育成については、各種学会や研修会への参加、リスクマネージャー養成ワークショップ、パス大会、QC サークル発表大会、講演会などで職員の「学びあう機会」をできるだけ増やすようにしている。

4. 病院の方針の明示

平成 15 (2003) 年の 6 月に「病院の基本理念」と「基本方針」をリニューアルした。また職員の「行動指針」も定めた。また病院の「経営理念」も明らかにした。

従来、幹部会や職場代表者会議では伝達事項が職員全員に十分には浸透しない傾向があった。院長の意向が少しでも職員に伝わりやすいように、平成 15 年 4 月から 2 週間に 1 度「院長メッセージ」をイントラネットで送っている。

職員の意識改革の方向性としては、職員が「自分は何のために働いているのか」という目的意識を持って欲しいと考えている。そのためには、まず①組織の使命を果たすために、自分はある役割を分担しているという意識と責任感が大切である。②個人の利害を超えた高いレベルの使命を達成するために、他人(他部署)との協力が必要である。③自分の狭い世界で閉鎖的に苦勞するより、開放的に多くの人と協力することで、より大きな目的を達成する喜びを知ることであると考えている。

5. 組織活性化

組織活性化への道は、まず病院管理者の医療安全と医療の質の向上への強いリーダーシップである。そして、このように医療安全と質の向上は多方面からのアプローチがなくては実現しない。これを可能にするには、これらの質改善に取り組む複数のコアスタッフを養成することが必要である。それらのスタッフがQC活動、クリティカルパス推進、医療安全活動、NDR(医療のTQM実証プロジェクト)などの改善活動の推進役として働いてくれている。これらの活動にトップは具体的な支援姿勢を見せる必要がある。そして、職種間の並列な人間関係を醸成して安全文化を根づかせるには、トップがそのモデルとなって行動で示す必要がある。そして「全職員が参加する改善活動」を推進していくには、病院の経営内容を職員に公開して職員の経営参加意識を高めることである。

改善の仕組みは「よいプロセスはよい結果を生む」との考えから、基本的にはプロセス志向であり、問題点を「絞って」重点的に改善する。重点を絞り改善を進めるには「事実のデータに基づいた科学的な手法」が必要である。ポイントとしては、PDCA(Plan Do Check Action)を回すことである、標準化と活動を可視化することで、取り組みがしやすくなる。改善活動を継続することが大切である。継続が難しいのは、改善業務は本来業務以外の「やらなくても済ませることが出来る業務」であるからである。改善を続けるには「改善ができる人作り」と組織のリーダーシップが必要である(図2)。

6. 望ましい組織構築

医療安全に望ましい組織構築としては次の

基本的な考え方	ポイント
1.プロセス志向 (良いプロセスが良い結果を生む)	1.PDCAを回す
2.重点志向 (絞る)	2.標準化・可視化
3.事実志向 (データ、科学的分析)	3.継続する*
* 継続することの難しさ	
■ 本来業務+改善業務(やらなくても過ごせる)	
■ 「人づくり」と「リーダーシップ」が不可欠	

図2 トヨタ記念病院の改善の仕組み

ようなものが考えられる。

- 1) 院長直轄のTQM(CQI)室の設置:これは企画課の事務職と医師、看護師など5~6人で構成されたメンバーで、病院の組織として医療の質改善の戦略を立てて、組織構築プロセスに介入して、組織全体の改善を行う。
- 2) 院長または副院長直轄で「医療の質改善委員会」で医療安全、医療標準化(クリティカルパス)に取り組んで、具体的な医療行為のプロセスに介入して改善活動をする。
- 3) トップのリーダーシップが常に成長する組織体としてバランスよく発揮される必要がある。これはバランスド・スコアカード(BSC)で表現されているように①人材育成(学習と成長)の視点、②病院機能(内部プロセス)の視点、③患者(満足度)の視点、④財務(健全性)の視点の全てに配慮が必要である。
- 4) 常なる改善活動が継続されることが必要である。これはQCサークル活動や医療標準化(クリティカルパス)、医療安全活動である。
- 5) 安全文化の醸成として、職種間の並列な人間関係を築いて、チームモニターが働く人間関係を作るべきである。

- 6) 人材育成として、知識、技術、人格、マナーをOJTとして、職員を常に育成し評価することが必要である。
- 7) 職員の経営参加と経営の安定：経営方針と経営内容を職員に明示して、参加意識を高めることは大切である。
- 8) 患者満足については、患者相談窓口に来る患者のクレームを経営に活かす。
- 9) 職員満足については、労働環境の改善への取り組みと職員からの声を改善に活かす。

7. 今後の課題

今後は病院群としての改善活動が、医療安全と質改善活動とマネジメントの改善が必要になってくる。それには病院群でのベンチマークも必要である。

今後の病院マネジメントはBSCの視点での評価が必要である。ここには、個別の病気に対するマネジメントと組織全体のマネジメント(ISO9001)などが求められる。これらの評価をしていくには、医療の質や内部の活動が「目に見える指標」が必要になる。これが今後の課題であろう。

質 疑 応 答

座長(上原) どうもありがとうございます。

飯塚悦功(東大) 先生のリーダーシップによってさまざまな取り組みをされ、大きな成果を上げていらっしゃることに感動します。一方で、この内容を聞いた他の病院の方は、なぜこのようなことが可能であったのだろうかと考えるのではないかと思います。質と安全に関心をもっている方々は、その達成に必

要な基本的考え方は理解しているし、何をすればよいかもおおよそ分かっていると思います。しかしながら、現実にそれらを実行に移すために必要な広義の投資に悩んでいるのではないのでしょうか。お金もいりますし、改善・改革のための人的工数も必要です。忙しさに追いまくられる職員、安全への投資がままならない財政状態のなかで、どのようにやりくりをしてこられたのですか。

三宅 一言で言えば、医療従事者の高い志と献身的な努力に支えられた過酷な労働に支えられているといえると思います。

一般的な公立病院の人件費は50%を超えていると言われていています。当院は48%ぐらいです。この原因の一つは医師の時間外勤務が月当たり100時間以上の医師は多くいますが、現実には50時間程度しか申告していないような現実があります。一方、当院のような急性期の病院では中年の看護師が残ることは少なく、毎年80人前後の看護師が新たに入職して来るので、全体の人件費率が低く抑えられていると考えています。

平成12(2000)年度の純利益は0.8%です。平成15(2003)年度は人事院勧告で給与のカットがありましたので、1億円弱の人件費の減少があり2%の利益が計上されています。それでも赤十字病院の中ではよいほうであるとされているのが、現実です。なんとか病院機能に応じた資源配分を考えて欲しいと思っています。

飯塚 そうであるなら、こうした実態を広く社会に訴えるべきではないでしょうか。私たちは、質と安全に多大な関心を抱いていますが、維持・改善に向けてやる気も持っています。何をすればよいかも分かっています。限られた経営資源のなか、質と安全への取り組みが病院の財政に報われないなかで、現実にこれだけ取り組んでいます。と。私たちは言い訳をしようと言うのではありません、安全

には投資が必要だと申し上げているのです、もし私たちに必要な資源を与えて下されば、医療安全のためにできることをもっともって行っていきます、と。

出月康夫(日本医学会副会長) お話のように、医療の安全確保は医療の基本となるべきですが、三宅先生の病院の状況をうかがいますと、医療従事者の労働強化、過重労働の上になりたっているように見受けられます。労働基準法がありながら、これを守ってはいは、今の医療レベルは維持できません。わが国の医療保険制度のもとでは、医療従事者の犠牲の上に辛うじて医療の安全が確保されているのが実情です。

医療事故は大々的に報道されますが、その背景に何があるかは、厚生労働省も、マスクミも、知っていながら全く触れようとしない。このままの状況が続けば、いずれわが国の医療は破綻します。医療者の努力も限界に近づきつつあることを、国民にもっと知ってもらう必要があると思います。

三宅 現在、急性期の病院は平均在院日数を短くして(当院では平均在院日数は13.8日)病床回転を上げないと経営ができない構

造になってきています。このような状況では、看護師も医師も大変忙しく働いています。一方では、地域完結型病院ということで、地域の中核病院には重傷患者が運び込まれる、そのような患者さんは高いリスクを持った患者さんが多く、それだけ高度の看護と医療の質が求められることになります。

このような医療の質・安全を保つためには、ITを導入することが重要であることは解っていても、独立採算の病院では、その資金のあてはありません。厚生労働省の電子カルテへの補助金も平成14(2002)年度が最後です。このような補助金はある程度継続していただくとありがたいと考えています。

また産業界のように、また米国ではすでに行われていますが、日本の病院でも「医療の質の管理部門」の整備の必要性は十分認識されていますが、このような部署を整備するだけの資金的な余裕は日本の病院にはないのが実情です。日本全体の医療を俯瞰すると、より安全な医療と高い質が求められる特定機能病院や急性期病院に資源の配分を厚くする必要があると考えています。

座長 どうもありがとうございました。