QMS-H研究会，日本品質管理学会/医療の質・安全部会，早稲田大学共催
2019年度 QMS-H研究会 成果報告シンポジウム

資料Ⅰ-1

QMS活動を継続するには
～職種間連携による“QMS維持・継続の課題と工夫”～

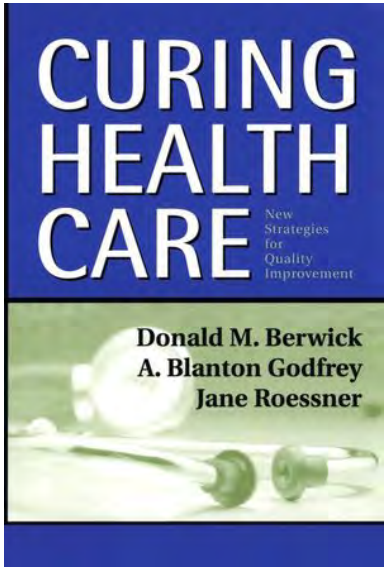
医療へのＱＭＳアプローチ
～そのねらい・意義・展望～

QMS-H研究会代表
東京大学　飯塚悦功

©QMS-H研究会

医療の質・安全への関心の高まり

- “Curing Health Care”（「医療を治療する」），2002年
  - NDP（National Demonstration Project, 1987-88, 米国）報告
- 医療安全元年：1999年の2件の医療事故
  - 横浜市大病院：患者取り違え
  - 都立広尾病院：薬剤誤投与
- 医療安全への社会ニーズ
  - 厚労省医療安全対策室
  - 病院での様々な取り組み
- 品質マネジメントの適用
  - 医療の特徴の考慮
  - 社会技術としての認識



品質専門家の独り言　医療の質・安全への取組み

原則1	患者本位	医療提供側の価値観重視から患者中心の医療へ
原則2	ヒューマンファクタ	人を責めるより人の弱さの理解と支援へ
原則3	システム志向	個人の献身と悔悟からシステムによる保証と改善へ
原則4	全員参加	専門家の独り相撲から全員参加の取組みへ
原則5	失敗の研究	過去の責任の追及から将来に向けた教訓の獲得へ

医療へのQMSアプローチ

- どのような意味か？
  - 多くの人が「医療プロセスへの品質管理の適用は有用だ」と言う
  - だが，「医療への品質管理の適用」とは何をすることか？
- 品質管理，TQM
  - 組織運営一般への品質管理の適用とは何をすることか？
  - 品質管理の代表的モデルであるTQMはどんな経営手法なのか？ TQMの本質は何か？
- なぜ有用なのか？
  - TQMのどのような特徴・本質が有用なのか？
  - それがなぜ組織改革にも有効なのか？
- 留意すべきことは何か？
  - TQMの適用にあたり留意すべきことは何か？
  - どのような工夫が必要か？

TQM（Total Quality Management）

TQMをひとことで表現すれば……

「品質」を中核とした，「全員参加」の「改善」を重視する
経営管理の一つのアプローチ

- 品質
  - 組織運営における品質の重要性：「品質」は持続的成功の源泉
  - 品質ロス：「品質」に帰せられるロスの広範さ
- 全員参加
  - 組織の構成員すべての参画：「品質」は全員の寄与で達成可能
  - 組織の構成員の能力向上：結局は「ひと」の質で決まる
- 改善
  - 「技術」（再現可能な方法論）においても「管理」（技術を活用して効果をあげる組織運営）においても常に“その上”をめざす
  - 組織の各階層による，製品・サービス，プロセス，システムの改善・改革が持続的成功の基盤

TQMの本質－強みの源泉

- 「品質」に注目している
  - 組織運営において，品質マネジメントは，製品・サービス，業務プロセス，人材など，多くの「質」を管理対象とすることができる.
  - 「品質」というものは根元的（根源的）なものである.
- 「システム（プロセス，リソース）」を対象としている
  - 結果を生み出す要因系に焦点をあてる．効果的・効率的な管理のための普遍的な原理．経営科学としての認識

- 「プラットホーム」「求心力」となりうる経営科学・管理技術
  - あらゆる経営管理技術と融合可能
  - 組織の全構成員を動員できる管理技術

品質アプローチの有効性

- 経営への品質の寄与

  経営・管理において，品質の確保が，皮相的な意味での効率や経済性よりも重要であると認識すること.

- 顧客志向

  提供側の論理ではなく，価値を提供される側の評価が重視されるべきという思想の重要性を認識すること.

- 目的志向

  品質とは外的基準による評価であり，それはすなわち目的志向の思考・行動様式に他ならないと理解し行動すること.

- 仕事の質

  どんな対象にも「質」を考えること．とくに「仕事の質」（結果を生み出す方法・手順・基盤の質）という表現から業務改善への道が開けること.

品質アプローチの有効性

- マネジメントの概念

  管理／マネジメントとは，「目的を効率的かつ継続的に達成するためのすべての活動」と理解することにより，監視・統制などとは異なる価値観で合理的に目的を達成できること.

- PDCA サイクル

  合理的な目的達成のために，P（Plan），D（Do），C（Check），A（Act）というサイクルを回すことにより，マネジメントのレベル向上を図ること.

- 事実に基づく管理

  あらゆる場面において事実に基づく科学的な管理の重要さを認識すること.

- プロセス管理

  よい結果を得るために要因系に注目し，プロセスで質を造り込むという考え方でプロセスを管理し，またプロセス改善に取り組むこと.

品質アプローチの有効性

- 標準化

  標準，標準化により，良いモノ・方法を共有し，広く適用することの重要性を認識すること.

- 人間重視，人間性尊重

  品質の維持・向上には人間が最も重要であり，人間の強さ・弱さを理解し，人間を尊重したマネジメントシステムを構築することの重要さを認識すること.

- 全員参加による改善

  組織を構成する全員が参画し改善することの重要さ，有効性を認識し，全員が当事者意識を持ち，もっと良い仕事をするよう努めること.

- 問題解決

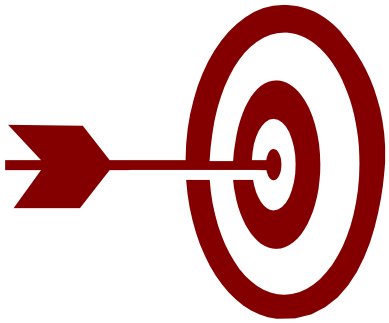
  問題は宝の山であり，その解決は学習の機会であると受けとめ，科学的問題解決法により多様な問題を自ら解決し改善を進めること.

「品質」の深遠なる意味

- （私の好きな）定義
  - 品質＝ニーズに関わる対象の特徴の全体像

  - 品質＝考慮の対象についての特性，特徴の全体像
  - 「ニーズに関わる」がポイント
  - どのような対象についても考えることができる
    - 製品・サービス，システム，人，プロセス，業務，……
    - ニーズに関わる特徴の全体像

- 品質概念とは……
  - 顧客志向
  - 外的基準
  - 目的志向



優れた業務システムの要件

- 技術
  - 目的達成のための再現可能な方法論
  - 望ましい結果を得るため，当該分野に固有の技術の確立が必須
- マネジメント
  - 固有技術を活用し，目的を継続的に効率よく達成する方法論
  - 技術的にどうすればよいか分かっていても，いつもその通りできるとは限らない．日常業務でそれを自然に実行できる手順が必要
- ひと
  - 確立した技術とマネジメント方法に従って実施するひとが重要
  - 実施する人に能力（知識，技能）があり，その気（意欲）が必要
- 風土・文化，価値観
  - 業務遂行に関わる価値観，組織の風土・文化が基盤

技術とマネジメント

- 質の良い製品・サービスを効率的に提供するために
  - 製品・サービスに固有の“技術”
  - 技術を組織で活用していくための“マネジメント”システム
- 管理技術，マネジメント技術
  - “固有技術”と“管理技術”
  - 管理技術＝（固有）技術を生かすための技術・方法論
- 管理技術の例
  - 手順，マニュアル，標準，指針，テンプレート，帳票
    - 目的達成に必要な事項（技術）の規定・推奨（技術適用支援）
    - 良いモノや方法（技術）の共通適用（技術適用支援）
    - 考慮・実施すべき事項・順序（技術）の誘導（技術適用支援）

「技術」と「マネジメント」のどちらが重要か？

固有技術

- 製造業以外で…..
  - 品質マネジメントの適用は必ずしも容易ではなかった
  - 製造業での成功の主要因は，例えば不良低減において，原因の候補を的確に挙げることができたから
  - マネジメントシステムのレベルは固有技術のレベルを超えることはできない
- 固有技術の可視化・構造化・標準化
  - 品質マネジメントのような管理技術は，固有技術が確立している分野でこそ効果的に適用できる
  - 固有技術の内容そのものとともに，その可視化，構造化（体系化），標準化（最適化）のレベルが重要
  - 診療ガイドライン，構造化臨床知識，患者状態適応型パス（PCAPS）

マネジメントシステム構築の意義

- システム化，体系化
  - “思い”の確実な実現
    - 病院理念を“念頭”におき，患者本位の医療を実践してきた
  - 組織を構成する全員が自然体で目的達成できるプロセスや方法論を組み込んだシステム
    - “患者本位”という理念
    - 人，モノ，金，知識という経営資源
    - 各人・各部門の役割の認識
- 可視化
  - 品質保証体系図，プロセスフローチャート
  - 自己の位置づけの理解
- 経営ツール
  - 思想・哲学を埋め込む： 患者本位，質中心
  - 組織体質を埋め込む： 全組織一丸，強い組織，健全な組織体質
  - 改善メカニズムを埋め込む： 組織的経営改善の運動論，推進ツール

品質マネジメントシステム

- Q: Quality品質
  - 顧客志向： お客様（患者）のために
  - 目的志向： 何のために
- M: Managementマネジメント
  - マネジメント： 固有技術を生かす方法論
  - マネジメントの原則： PDCA，標準化，プロセス管理，事実，改善，原因分析，ひと
- S: Systemシステム
  - システム： 思いを形に，体系化，日常化
  - 目的達成のためのシステム設計
  - 各部門，各機能，各人の役割認識

QMSの基盤となる活動

- 日常管理
  - 業務分掌，業務機能展開，管理項目（管理指標；目的達成度，効率，実現手段進捗），管理水準（目標），業務標準
  - 業務遂行，プロセスの維持・改善
- 方針管理
  - 経営目標・戦略の策定，方針・方策展開（目標分解，達成方策，担当部門），実施計画
  - 進捗把握，課題への対応，年度の反省
- 継続的改善
  - 組織的改善活動の推進体制
  - 問題解決力，マネジメントシステムの脆弱性分析（QMS診断の視点）
- 人財育成
  - 業務遂行に必要な能力
  - 必要能力と保有能力のギャップの把握，能力向上
  - モチベーションの維持・向上

医療の特徴の考慮

- 医療における価値提供
  - 患者：多様性
    - 患者の個別性，状態変化の多様性
    - 患者状態適応型プロセス管理
  - 医療：侵襲性
    - 侵襲性，苦痛・不気味
    - 取り返しがつかない危険，緊急性
  - 医療提供者：専門性
    - 高度な知識・技術・技能に裏打ちされた専門性
    - 職能別組織
- 医療プロセスの特徴
  - 状態適応型プロセス
    - 患者状態把握－医療介入－効果観察－
  - 多大なる「ひと」の寄与

「継続は力」です
「失敗は成功の母」とも言われます

成功の秘訣は成功するまで続けることです

QMS-H運動は永遠です
QMS-Hに王道なしだからです
進化に応じて視界が開け洞察が深まるからです

資料Ⅰ-2

今年度の活動と発表内容

2020年3月7日(土)
QMS-H研究会

質マネジメントシステム(QMS)

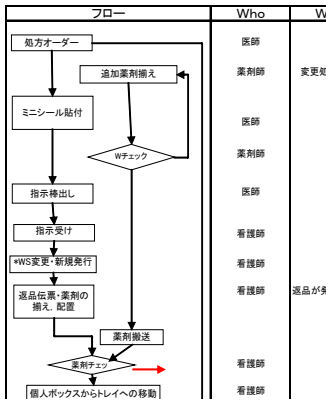
- 質のよい医療を提供するための
  仕組み，業務のやり方
  - 業務のやり方を定めた文書類
    - 質マニュアル，手順書，記録など
  - 業務を行う人，設備などの経営資源(組織の構成要素)
- QMS-H
  - Quality Centered Management System for Healthcare
- システムで質を保証する
  - 個人個人の能力に頼るのではなく，決められた仕事のやり方に従って業務を実施していけば，質のよい製品やサービスが実現できる
- システムを改善する
  - 現状では最良と思われる業務のやり方を定めておいて，問題があれば改善を行っていく
  - 組織的に改善を行う

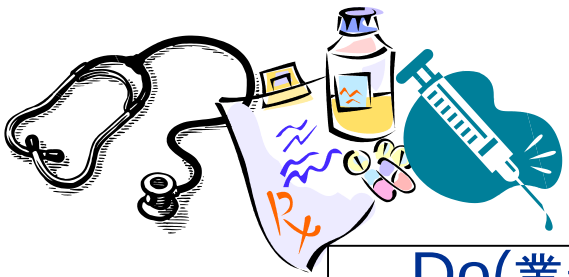
©QMS-H研究会

SDCAサイクル(日常管理)

- 標準に対してPDCAサイクルを回す

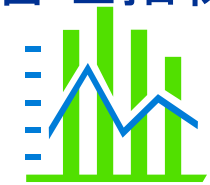
Standard(決める)





Do(業務を行う)

管理指標

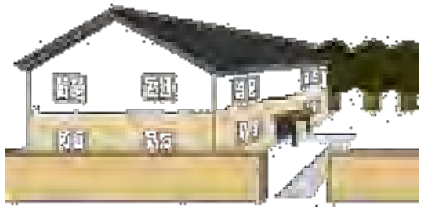


Check(業務がうまくいっているか評価する)

Act(標準を改訂する)

©QMS-H研究会

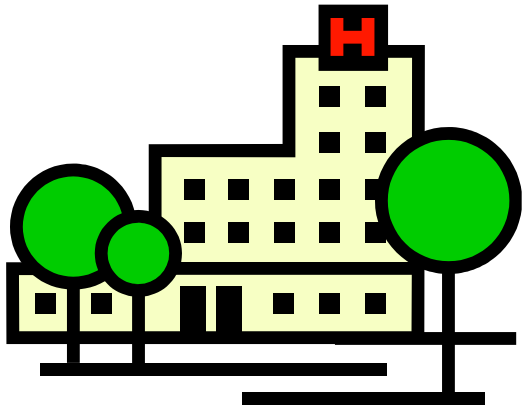
組織的改善･方針管理



現状

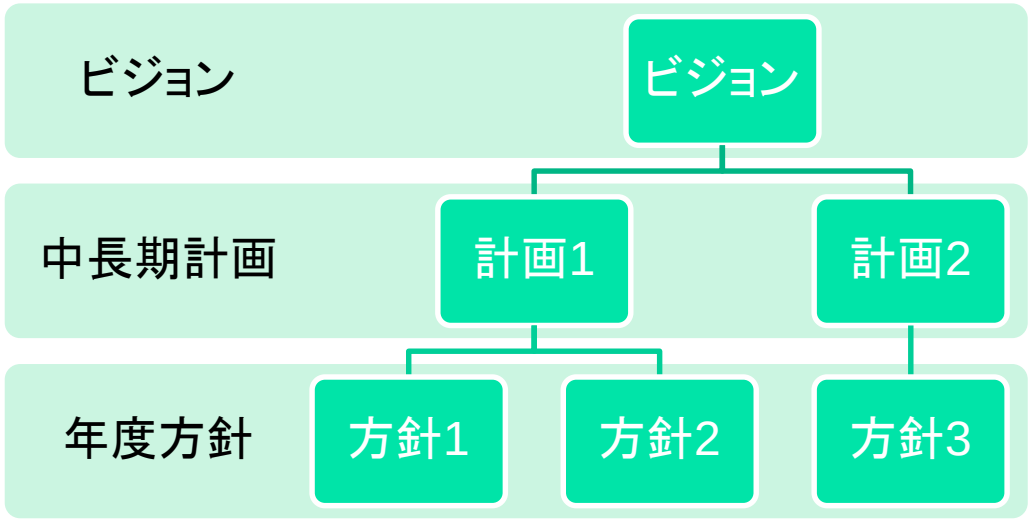
日常業務の
運営，維持，改善

組織運営の基盤
日常管理



5年後

ビジョン



©QMS-H研究会

QMS-H研究会

- 研究目的
  - 医療のQMSモデルの確立
  - 医療機関へのQMS導入・推進方法の確立
  - 2007年に発足し，今年度で，5期(1期＝3年)，13年めの活動を開始
- 参加病院
  - 大久野病院(慢性期療養型病院，158床)
  - (株)麻生　飯塚病院(急性期総合病院，1048床)
  - 古賀総合病院(急性期総合病院，363床)
  - 仙台医療センター(急性期総合病院，660床)
  - 前橋赤十字病院(急性期総合病院，555床)
  - 武蔵野赤十字病院(急性期総合病院，611床)
  - 埼玉病院(急性期総合病院，478床)
  - 川口市立医療センター(急性期総合病院，539床)
  - 明石市立市民病院(急性期総合病院，329床)
  - 金沢循環器病院(急性期病院，184床)

©QMS-H研究会

医療界への普及・促進：社会技術化への取り組み

QMS-H

QMS-H モデル

手法 技法

基本的な考え方

テキスト
- 「組織で保証する医療の質　QMSアプローチ」
- 「医療安全と業務改善を成功させる「病院の文書管理実践マニュアル」」

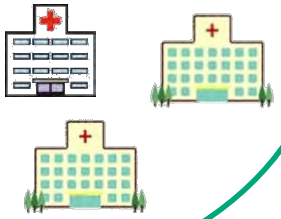
講師

セミナー
- 医療の質マネジメント基礎講座
- 文書管理セミナー

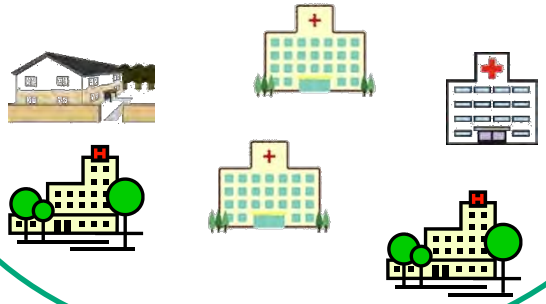
：

QMS-H研究会
参加病院への実装

モデル開発
モデル検証



一般病院への普及



©QMS-H研究会

本年度の進め方

- 参加病院の重点課題
  - 各病院が各病院の重点課題を自律的に進める
- 共同研究グループ(Gr活動)
  - 共同研究グループで研究会での重点課題について共同研究を行う
    - 文書管理Gr
    - 業務改善指標Gr
    - 教育Gr
- 全体会合は，第1回(6月)，中間報告会(9月)，第3回(12月)，本日のシンポジウム
  - 中間報告会は参加病院(仙台医療センター)で開催
- 情報交換会
  - 病院の興味のあるテーマについて，全体会合で情報交換を行った
    - 各職種が考える“QMS導入・推進時の課題と工夫”

©QMS-H研究会

中間成果報告会(@仙台医療センター)

2019年9月14日(土)

- 12:15～12:20 仙台医療センター橋本病院長挨拶
- 12:20～12:25 本日の内容と進め方
- 12:30～13:10 各病院からの重点課題の報告
  - 13:10～13:20 休憩
- 13:20～13:30 病院概要説明
- 13:30～14:20 病院見学
- 14:20～15:15 情報交換会
  - 15:15～15:25 休憩
- 15:25～16:25 Gr-1：中間管理職教育・業務改善指標
- 16:30～17:30 Gr-2：文書管理
- 17:30～17:35 仙台医療センター ISO 管理責任者上之原先生挨拶

©QMS-H研究会

QMS-H研究会の開発課題と本日の発表内容

1. QMS-Hモデル開発
    - 1.1 日常管理
        - 1.1.1 日常管理モデルの理解
        - 1.1.2 業務機能展開
        - 1.1.3 管理指標
        - 1.1.4 業務（作業）標準
    - 1.2 方針管理
    - 1.3 文書管理
    - 1.4 問題解決

2. 導入推進モデル
    - 2.1 QMS導入・推進プロセス
    - 2.2 医療QMS教育モデル
    - 2.3 導入期における日常管理システムの診断・監査と改善

3. 導入支援サービス
    - 3.1 セミナーの継続・充実
    - 3.2 医療の質マネジメント基礎講座
    - 3.3 出版
    - 3.4 導入推進コンサルティングサービス
    - 3.5 情報提供
    - 3.6 交流の場の提供

©QMS-H研究会

QMS-H研究会の開発課題と本日の発表内容
－Ⅱ.共同研究グループ活動報告－

1. QMS-Hモデル開発
   - 1.1 日常管理
     - 1.1.1 日常管理モデルの理解
     - 1.1.2 業務機能展開
     - 1.1.3 管理指標
     - 1.1.4 業務(作業)標準
   - 1.2 方針管理
   - 1.3 文書管理
   - 1.4 問題解決

2. 導入推進モデル
   - 2.1 QMS導入・推進プロセス
   - 2.2 医療QMS教育モデル
   - 2.3 導入期における日常管理システムの診断・監査と改善

3. 導入支援サービス
   - 3.1 セミナーの継続・充実
   - 3.2 医療質マネジメント基礎講座
   - 3.3 出版
   - 3.4 導入推進コンサルティングサービス
   - 3.5 情報提供
   - 3.6 交流の場の提供

Ⅱ-1. 文書管理Gr
明石市立市民病院　田中宏明

Ⅱ-2. 教育Gr
静岡大学　梶原千里
東海大学　金子雅明

Ⅱ-3. 業務改善指標Gr
早稲田大学　棟近雅彦
中村優希

©QMS-H研究会

Ⅲ. Ⅳ. 参加病院の重点課題に対する取り組み

Ⅲ-1. 明石市立市民病院 「方針管理」
Ⅲ-2. 大久野病院 「方針管理，法人目標「1日5分を削り出せ」」
Ⅲ-3. 川口市立医療センター 「分析力向上・内部監査・文書管理」
Ⅲ-4. 埼玉病院 「患者確認手順遵守・習慣化活動の継続，
不具合事例の再発防止」
Ⅲ-5. 金沢循環器病院 「 QMS活動実践のための基盤固め」
Ⅳ-1. 仙台医療センター 「文書管理の新システムへの移行と
定着に向けた推進活動」
Ⅳ-2. 前橋赤十字病院 「推進体制，PFC見直し，文書管理，内部監査」
Ⅳ-3. 武蔵野赤十字病院 「文書管理，内部監査，TQM推進室新設に
関する報告」
Ⅳ-4 古賀総合病院 「一般職員へのTQM教育の充実」
Ⅳ-5. 飯塚病院「持参薬インシデント低減に向けて」

©QMS-H研究会

Ⅴ. ポスターセッション(会場:05会議室)

- 2ストリーム(各発表6分，質疑応答はフリーディスカッション時に)
  - ストリームA:座長　下野　僚子(東京大学)
    - ADRMS-Hの推進，地域包括ケアシステムの構築・地域課題の分析
  - ストリームB:座長　佐野　雅隆(千葉工業大学)
    - 生理検査の検査枠設定，転倒転落事故の対策立案，転倒転落アセスメント
- 各病院の活動内容をポスター掲示
  - 発表はⅢ，Ⅳで行う
- 災害医療のテーマもポスター掲示
  - レジリエンス評価，災害医療における各組織の役割の導出，教訓導出に必要な情報，看護部門のリスクアセスメント
- フリーディスカッション時に質疑応答

詳細は，ポスター要旨集をご覧ください.
全発表終了後，20分間，フリーディスカッションの時間を設けてあります.
発表者との活発な議論をお願いします.

©QMS-H研究会

Ⅵ. 情報交換会成果報告
「職種間連携による“QMS導入・継続の課題と工夫”」

Ⅵ-1. 医師・管理者の立場から
仙台医療センター　手島　伸

Ⅵ-2. 医療安全管理者の立場から
飯塚病院　林　真由美

Ⅵ-3. 事務局の立場から
古賀総合病院　小山　徳子

Ⅵ-4. 実務者の立場から
埼玉病院　亀山　義江，七田　みどり

©QMS-H研究会

Ⅶ. 特別講演

「病院マネジメントーQuality改善活動の継続と課題」

講演者

社会医療法人 志聖会　総合犬山中央病院
院長　齊藤雅也　先生

プロフィール

1978年岐阜大学医学部卒業
消化器内科，後に呼吸器内科に転向
日本呼吸器学会呼吸器専門医，日本呼吸器内視鏡学会気管支鏡専門医
関中央病院の院長を25年間務め，2018年3月より現職
(一社)日本品質管理学会中部医療の質管理研究会*副会長
*中部医療の質管理研究会は，2005年4月に品質管理学会の公募研究会として発足(http://kimuraphd.b.la9.jp/)

©QMS-H研究会

Ⅷ. パネルディスカッション
「QMS導入・推進時の課題と工夫」

- ファシリテーター:
  - 飯塚　悦功（東京大学），田中　宏明（明石市立市民病院）
- パネリスト:
  - ご講演者
    齊藤　雅也氏
  - 医師・管理者グループ:
    阿部　毅彦（前橋赤十字病院）
  - 医療安全管理者グループ:
    林　真由美（飯塚病院）
    西島　澄子（金沢循環器病院）
  - 事務局グループ:
    小山　徳子（古賀総合病院）
  - 実務者グループ:
    亀山　義江（埼玉病院）
    七田　みどり（埼玉病院）

©QMS-H研究会

Ⅸ.今年度の活動のまとめと今後の課題

- まとめと来年度以降の活動について
  - 早稲田大学　棟近　雅彦

- お願い事項
  - 本シンポジウムは，他病院の事例を知り，議論できる有用な場です．参加者の皆様の，積極的な参画をお願いします．
  - アンケートへの回答をお願いします．研究会での活動内容に反映させます．また，本シンポジウムをどういう媒体でお知りになったかをお教えください．広報活動に生かします．
  - 医療の質マネジメント基礎講座の参加者の募集を開始しています．ぜひ，お知り合いの方にお知らせください．

©QMS-H研究会

活発な議論をお願いいたします

©QMS-H研究会

資料 II -2

文書管理GR報告

主査：田中宏明（明石市立市民病院）
副査：金子雅明（東海大学）、佐野雅隆（千葉工業大学）

©QMS-H研究会

本年度の研究課題

文書管理導入における診断ツールの分析方法の確立とシステム実装

文書目的を表す標準的な命名規則の策定

文書管理事務局の業務の可視化

©QMS-H研究会

文書管理導入における診断ツールの分析方法の確立とシステム実装

文書目的を表す標準的な命名規則の策定

文書管理事務局の業務の可視化

©QMS-H研究会

研究課題、目的

- 文書管理の導入・推進のための診断ツールの開発目的
  1. 文書管理の導入効果の把握
     - 文書管理の活用状況はどうか
     - 文書管理の仕組みが機能しているか
  2. 今後実施すべき課題の明確化
     - 文書管理の仕組みのどこを改善していけばよいか
- 2018年度の実績：10病院延べ1,049名で実施
- 2019年度の研究課題
  1. 効率的な集計・分析機能の構築
  2. 比較（前後・病院間）方法の検討

今後の課題

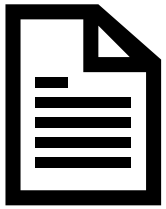
- 前後比較による分析の視点の検討
- レポーティングシステムの構築
- 本アンケートと文書管理システムのログ分析等による総合的診断ツールの開発

文書管理導入における診断ツールの分析方法の確立とシステム実装

文書目的を表す標準的な命名規則の策定

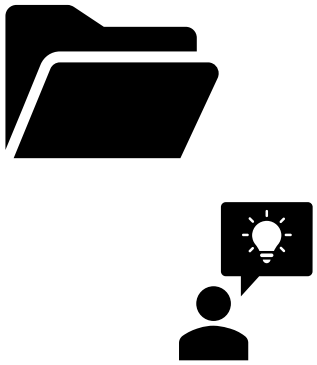
文書管理事務局の業務の可視化

研究課題、目的

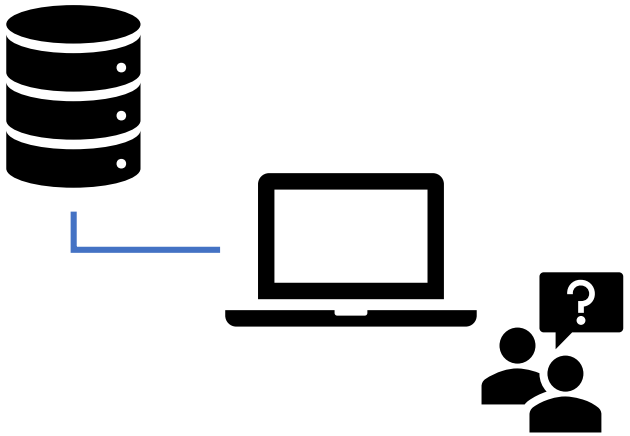


文書タイトル

【これまでの管理】

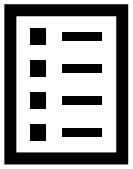


【体系管理による管理方法の変更】



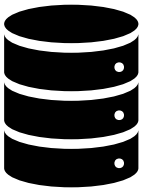
業務の目的や内容を表すための文書タイトル
はどうあるべきか？？

複数病院の文書一覧の作成方法



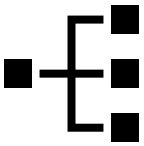
文書一覧ファイルの収集

- 提出病院：10病院
- 提出文書数：計19,849種類（最大値：4,480、最小値：130）



複数病院の文書一覧の作成

- 付与属性：病院名、タイトル、主管、関連、文書タイプ、管理レベル、業務分類



文書：業務分類＝1：nの分解

- 延文書数：計20,758種類

今後の課題

1. 業務分類の見直し：追加・修正
   ① 検体検査⇔ISO15189との整合性
   ② 業務分類×文書タイトルからの見直し
2. 業務分類選択方法の見直し
   ① 業務分類選択手順の可視化
   ② 選択に悩む業務分類の洗い出し⇒1.の見直し候補
3. 文書タイトルの命名規則の策定
   ① 1. ①後に整理
   ② 命名“禁忌”規則の策定から文書タイトルの見直し⇒命名規則の策定
4. 棚卸方法ならびに文書体系再構築方法の検討

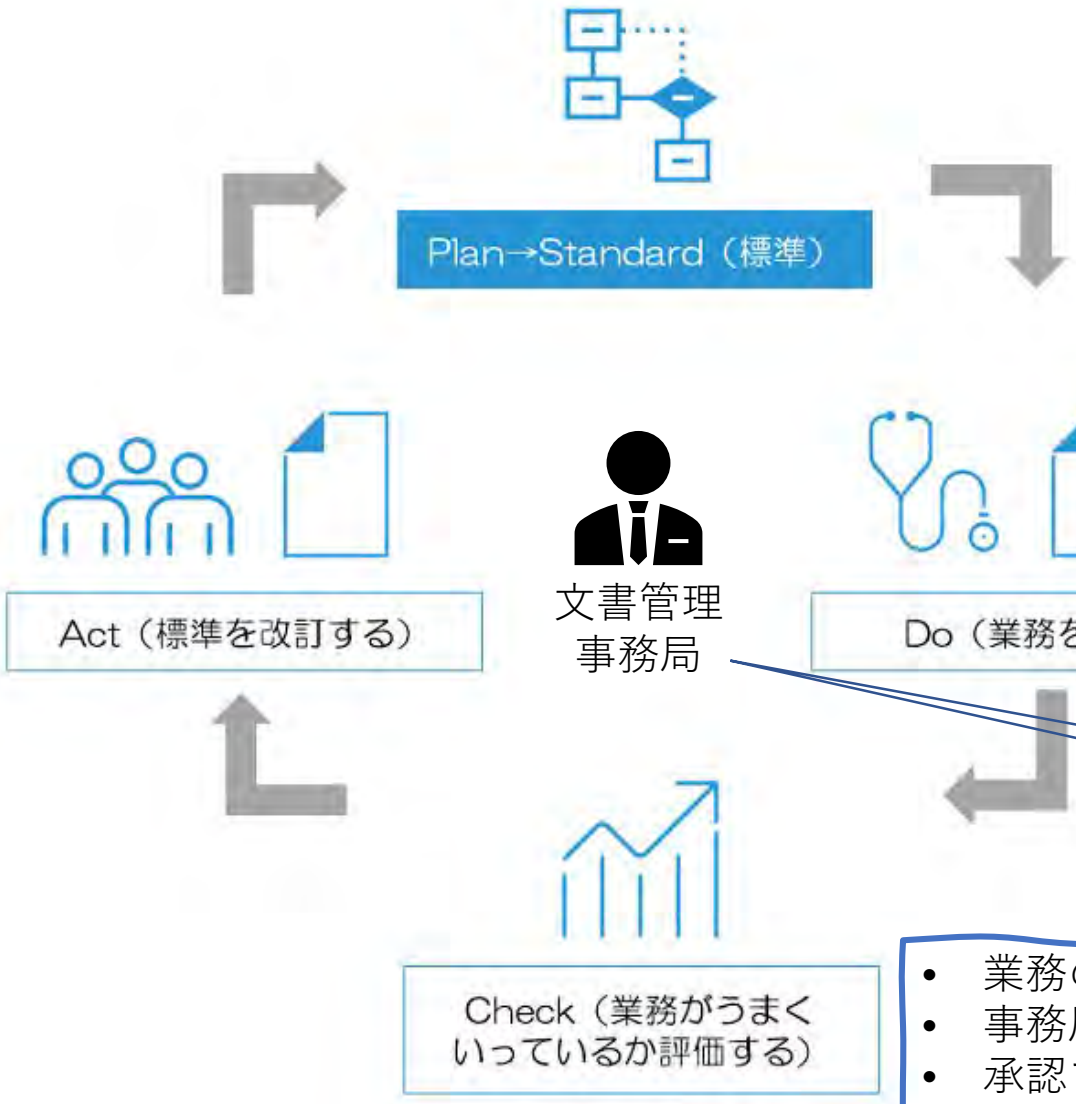
文書管理導入における診断ツールの分析方法の確立とシステム実装

文書目的を表す標準的な命名規則の策定

文書管理事務局の業務の可視化

©QMS-H研究会

研究課題、目的



業務の可視化

- 業務の標準化
- 事務局業務に関連する文書の作成
- 承認プロセス／システム見直しの提案

PFCの作成

- 作成方法
  - 明石市立市民病院でのLCRMSでの文書管理事務局業務（承認依頼から文書登録まで）のプロセスを書き、その後文書管理GRに確認してもらった。
- 可視化した内容
  - フロー：LCRMS画面、申請者、文書管理事務局、承認者
  - 業務実施レベル
  - 5W1H：Who、When、Where、What、How
  - 判断基準
  - Input（モノ／情報）
  - Output（モノ／情報）
  - 関連文書
  - 必要な知識・力量
  - 導入組織での必要なシステム条件
  - システム改修案（効率的な運用を想定した）

今後の課題

- 関連文書の作成
  - 文書フォーマット
  - 文書作成手順
  - 文書命名規則マニュアル（文書命名禁忌マニュアル）
  - 業務分類定義表
  - 文書×承認者マップ
  - 文書体系定義表
- 教育ツールの開発
  - 文書管理事務局が安定的に業務できるため
  - 現場への教育のため
- ユーザーが使用しやすく管理しやすいシステム改修

資料Ⅱ-2

2019年度　教育Gr活動報告

教育Gr　主査
東海大学　金子雅明
静岡大学　梶原千里

2019年度より，新たに教育Grを発足

- 医療QMS診断Grと質安全教育Grを合併して，教育Grへ

【両Grのこれまでの取り組みと課題】

– **医療QMS診断Gr**
  - 現状把握シート，原因分析チャートの開発
  - これらのツールを使用し，問題解決能力の向上を図るためには，実践的な教育・指導方法が有効
  - 管理者，管理者候補，改善グループリーダーの育成が課題

– **質安全教育Gr**
  - 医療の質・安全教育項目一覧表を開発し，カリキュラムを立案
  - マネジメントや人材育成に関する教育・研修の実施が課題

中間管理職層の教育の体系化を目指し，教育Grを立ち上げ

1. 各病院の中間管理職教育の現状をヒアリング

現状の課題

管理職研修内容

- 教育・研修はしているものの，まだまだ不足
- 体系化はされていない
- そもそも，中間管理職に求められる能力が不明確

講師の育成

- 質安全活動や問題解決活動を推進できる人材の不足
- 講師がいない

中間管理職研修に限らず，教育全体の課題

- 病院全体の教育を取りまとめる部門がない
- 教育の全体像が見えないため，管理が難しい

©QMS-H研究会

1. 各病院の中間管理職教育の現状をヒアリング

- **ヒアリングを実施して**
  - ヒアリングだけでは，中間管理職向けの教育・研修の詳細がわからない
  - 病院で行われているすべての教育・研修も可視化し，それらを管理していくことも課題

病院ごとに，病院全体の教育体系図を作成してみましょう！

2. 教育体系図の作成

- 質安全教育Grで，前橋赤十字病院と飯塚病院が教育体系図を作成済み
  → これらをベースに，**教育体系図の共通フォーマットを作成**し，各病院に作成していただくことに

教育体系図の共通フォーマット（一部）

	対象者		
	レベルI	レベルII	レベルIII
	新人相当	2～5年目	6年目～主任
習得する分野			
組織人としてのスキル（コミュニケーション，接遇，倫理）			
医療従事者としてのスキル（医療・病院の基本，病院方針，個人情報，医事，研究倫理，BLS）			
医療の質・安全管理の技術・技能			
問題解決，データ解析（PCスキル，問題解決，QC，データ分析・解析）			

3. 各教育・研修のデータベース案の作成

- 各病院の教育体系図をもとに，作成者と議論
  - 次のような意見が得られた
    - **教育情報を追加すべき**
      - 各教育・研修にかけている時間を知りたい
      - 院内研修だけでなく，院外研修も含めたほうがよい
    - **教育単元名の粒度**
      - 病院によって，体系図に記載する単元の粒度が異なる
    - **体系図を作成することで明らかになった/なること**
      - マネジメント（問題解決）の教育は不足している
      - 病院間の比較が可能となる

詳細情報を入力できる新たなデータベース案の作成

3. 各教育・研修のデータベース案の作成

- **データベースを作成することで可能となること**
  - 定量的な分析
  - 病院間での教育内容や評価方法の比較

- **今後，達成したいこと**
  - 複数の病院でデータベースを作成していただき，上記の分析や比較が可能であるかどうかの検証
  - データベースの作成方法を見直し，入力負荷を軽減
  - データベースを活用した教育・教材管理
  - データベースと教育体系図の紐付け

©QMS-H研究会

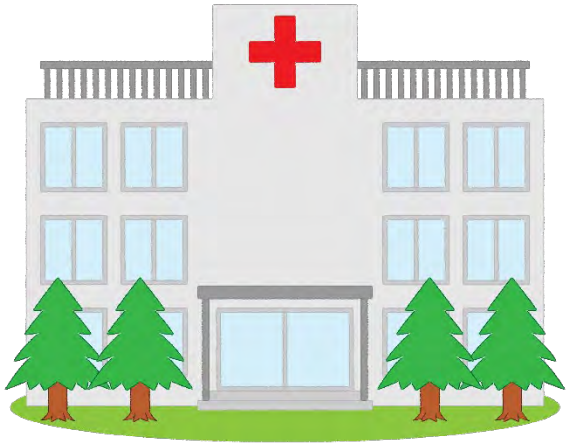
まとめと今後の課題

- **今年度のまとめ**
  - 中間管理職に対する教育を中心に議論するGrを立ち上げ
    → 病院全体の教育の管理方法へシフトしつつある
  - 病院における教育体系図の検討
  - 各教育・研修のデータベース案の作成

- **今後の課題**
  - データベースフォーマットを確定させ，複数の病院に作成をお願いする
  - データベースの情報を分析する
  - 教育の管理を可能とする教育体系図のあり方を探る

資料Ⅱ-3

【業務改善指標Gr】
病院における日常管理の
困難性と実施方法に関する研究



2020年3月7日（土）

早稲田大学　修士2年　中村　優希
業務改善指標Gr　主査　棟近　雅彦

目次

1. 研究背景と目的
2. 研究方法
3. 病院の日常管理に関する現状把握
4. 困難性の検討
5. 困難性を考慮した実施方法の検討
6. 検証
7. 期待される効果
8. 結論と今後の課題

1. 研究背景と目的 (1/2)

- 質マネジメントシステム（QMS）の構築に取り組む病院が増加
  - QMSとは組織的に質を管理・改善していくための仕組み
- QMS構築における重要な活動の一つが**日常管理**
  - 質向上の最も基本的な取り組み
  - 計画した業務のできばえを評価してプロセスや結果を保証

図A. 日常管理の基本サイクル

1. 研究背景と目的 (2/2)

- 明確な指標を定め日常管理を効果的に実施している病院は**少ない**
  - 医療の特徴による**困難な点(以下、困難性)**が存在
- 病院の日常管理の具体的な方法は**未確立**
  - 困難性を考慮した実施方法の検討が必要
  - 業務が複雑な看護師（以下、Ns）に焦点

研究目的

Nsの日常管理を実施する上での困難性を
明らかにしてそれを踏まえた実施方法を提案

※病院内の部門ごとの運用を想定

2. 研究方法

- 病院の日常管理に関する現状把握（3章）
  - 看護管理者を対象にヒアリング調査を実施
  - 取り組みや指標を分析
- 病院の日常管理における困難性の抽出（4章）
  - ヒアリング結果の分析
  - 文献調査
- 困難性を考慮した実施方法の検討（5章）
  - 対象業務の選定
  - 計画の立案方法、評価項目の導出
- 検証（6章）
  - 提案法で日常管理が実施できるか

3. 病院の日常管理に関する現状把握

- 現状の取り組みを把握するためのヒアリング調査を実施

調査対象：3病院5名(看護部長、師長などの管理職Ns)
調査項目：
(1) Nsの業務の達成度の確認方法
(2) 定期的に取得している指標

- 調査結果(1)
  - 夕方のカンファレンスで未実施の業務を口頭にて師長に報告
  - 真に業務を実施したか**評価できていない**
- 調査結果(2)
  - 業務評価より活動自体を評価する指標　ex) 勉強会の開催
  - 結果を測る指標が多い　ex) 転倒転落件数

福井[3]
医療の質評価において
プロセスを測る指標が最も重要

病院の日常管理は**試行錯誤的**

4. 病院の日常管理における困難性の検討
4.1. 普遍要因と可変要因の抽出（1/2）

STEP1: 医療の特徴の把握

- 医療に関する文献[4][5][6]から日常管理に関連する医療の特徴を9つ抽出
  - QMSや災害医療に関する文献を参考

表A. 本研究で考慮すべき医療の特徴

番号	日常管理に関する医療の特徴
①	緊急性がある
②	患者状態が変化する
③	職能別組織でサービスを提供する
④	専門性を要する
⑤	対面性，同居性がある
⑥	ニーズが多様である
⑦	やり直しが利かない
⑧	侵襲・苦痛を伴う
⑨	患者個別性がある

4. 病院の日常管理における困難性の検討
4.1. 普遍要因と可変要因の抽出（2/2）

STEP2: 要因の調査

ex) “計画通りの実施が**難しい**”

- ヒアリング結果と文献調査から59件の要因を抽出

STEP3: 要因の分類

- STEP1の医療の特徴によるもの（以下、普遍要因）とそうでないもの（以下、可変要因）に分類

表3. 普遍要因(一部)

日常管理に関する医療の特徴	普遍要因
①緊急性がある	緊急性があり，即座な対応が求められる 計画から実施までの時間が短い
②患者状態が変化する	計画の変更が多いため，計画通りの業務の実施が難しい 患者状態が刻々と変化する 治療効果を正確に予測することができない 別のサービスの計画変更の影響を受ける
③職能別組織でサービスを提供する	結果を生み出すプロセスが複雑である プロセスを管理するノウハウが明確でない

表B. 可変要因(一部)

可変要因
業務が繁忙である
業務を見直す余裕がない
自分で行うべき業務範囲が広い
管理業務を専門とするひとがいない
人手が足らない
質向上に関するインセンティブ
業務の管理難易度が高い
指標の取得者が決まらない

治療効果を正確に予測することができない

自分で行うべき業務範囲が広い

4. 病院の日常管理における困難性の検討
4.2. 日常管理の構成要素と要因の対応付け(1/2)

STEP4: 要因の対応付け

- 日常管理の実施を一つのプロセスと見立て日常管理の構成要素を類推
- 製造工程のプロセス[7][8]を参考

“どの部分が難しいのか”

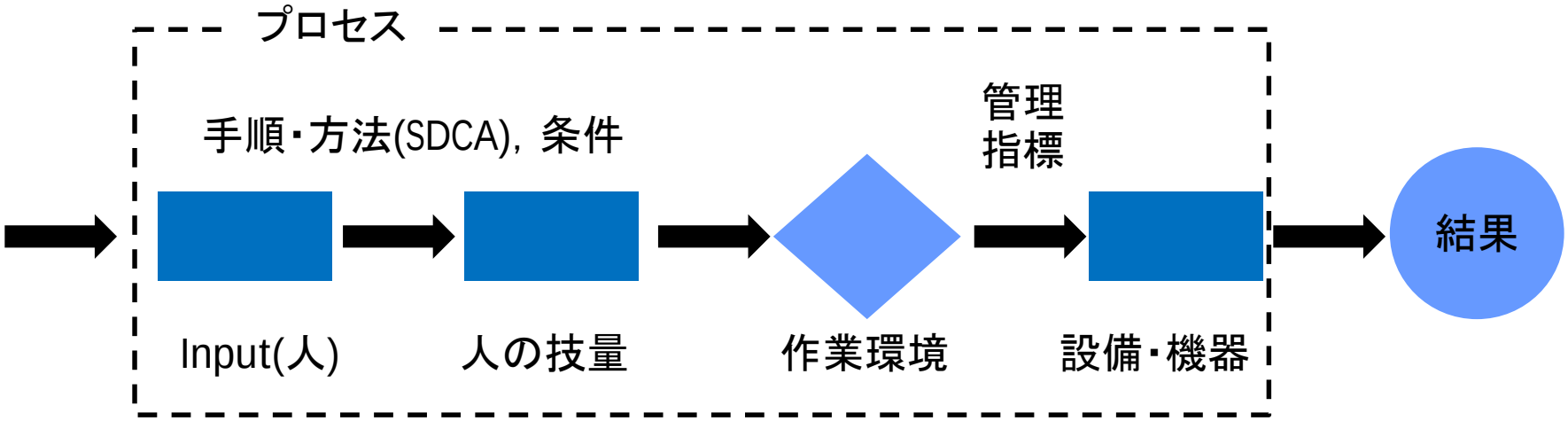


図1. 日常管理の構成要素

4. 病院の日常管理における困難性の検討
4.2. 日常管理の構成要素と要因の対応付け(2/2)

STEP4: 要因の対応付け

表C. 日常管理の構成要素と要因(一部)

構成要素		医療の特徴	普遍的要因
Input		ー	ー
作業環境		ー	ー
手順・方法	S	②	治療効果を ことができない を決めづらい
		③	プロセスと結果 ウハウが明確で 手順の標準化が
		③	個々の課や部門 文書を作成して 標準を決めづら
		③	細かいところの責任 が明確化されていない

表A. 本研究で考慮すべき医療の特徴

番号	日常管理に関する医療の特徴
①	緊急性がある
②	患者状態が変化する
③	職能別組織でサービスを提供する
④	専門性を要する
⑤	対面性，同居性がある
⑥	ニーズが多様である
⑦	やり直しが利かない
⑧	侵襲・苦痛を伴う
⑨	患者個別性がある

病院の日常管理の困難性を明確化

5. 困難性を考慮した実施方法の検討

- 困難性は多数存在（59件）
  - 解決には**膨大な時間と労力が必要**
  - 看護業務は200種類以上
  - 医療現場の繁忙さを無視できない

“計画通りの実施が難しい”
“業務を見直す余裕がない”など

- **病院で実施できる**日常管理の方法を検討

対象業務の選定 → データの収集方法の検討 → 計画立案方法の検討 → 指標の導出

5. 困難性を考慮した実施方法の検討
5.1. 管理対象とする業務の検討（1/3）

対象業務の選定

計画業務

・実施の有無や時間・業務内容を**予測できる業務**
例）点滴・バイタルサイン(VS)測定・食事介助. . .

看護業務 全体の**約7割**

計画を立てやすい

突発業務

・実施の有無や時間・業務内容を**予測できない業務**
例）Nsコール対応・業務委託・停電時の対応. . .

看護業務 全体の約3割

計画を立てることが困難

重点指向の考え方をもとに
26種の**計画業務(以下、管理対象業務)**を対象

5. 困難性を考慮した実施方法の検討
5.1. 管理対象とする業務の検討(2/3)

業務	内容(準備・実施・片付けを含む)
情報収集	朝の申し送り前に，PCやワーク
申し送り(全体/チーム)	朝に全体と，チームに分か
引き継ぎ＋昼食休憩	昼の休憩と，休憩の前
申し送り	業務終了前に，リーダ
ラウンド(状態把握)	朝の挨拶回り
VS測定	体
点滴	点滴の
内服	内服薬の準
注射	注射の準備，作
外用	湿布や塗り薬など
清拭	患者の体を拭く業務.
清潔ケア	入浴介助，洗髪，陰部
口腔ケア	必要物品の用意から，
シーツ交換	必要物品の用意から，
排泄支援	患者の要求とは別に，
呼吸支援	吸引，ネプライザー，
嚥下・歩行訓練	嚥下訓練，座位歩行訓
体位変換	患者の体勢を，一定時
配膳/食事介助	配膳，配茶，食事の際
経管栄養	栄養剤の用意，滴下，
検体出し	検体の必要性の確認，
検査・手術・リハビリ・透析出し	検査・手術・リハビリ・
入退院対応	入院患者の受け入れ対応，ベッド移動，
記録(看護記録)	患者の看護記録(SOAP)をPCに記録する業務
記録(看護必要度)	患者の看護必要度をPCに記録する業務
記録(ワークシート)	患者情報を，ワークシートに転記する業務

- 情報収集
- 申し送り
- 引き継ぎ
- ラウンド
- VS測定
- 点滴
- 内服
- 注射
- 外用
- 清拭
- 清潔ケア
- 口腔ケア
- シーツ交換
- 排泄支援
- 呼吸支援
- 嚥下・歩行訓練
- 体位変換
- 配膳/食事介助
- 経管栄養
- 検体出し
- 検査・手術・リハビリ透析出し
- 入退院対応
- 記録

5. 困難性を考慮した実施方法の検討
5.1. 管理対象とする業務の検討(3/3)

評価に必要なデータの収集方法の検討

– “看護必要度”と“経過記録”(以下、結果系のデータ)に着目

患者の状態や実施した
看護ケアを記録

記録しないと診療報酬の申請ができないため
多くの病院で取ることが義務化

Ex) 寝返りはうてるか、口腔清潔を実施したかなど

結果系のデータで
評価できるか整理

表5. 管理対象業務のデータ取得状況(一部)

業務	看護必要度	対応する項目	備考	経過記録
情報収集	X			X
申し送り(全体/チーム)	X			X
引き継ぎ＋昼食休憩	X			X
申し送り	X			X
ラウンド(状態把握)	X			X
VS測定	X			○
点滴	△	A3, A6	3本以上使用に限る	○
内服	△	A7	一部の薬に限る	○
注射	△	A5, A7	一部の薬に限る	○
外用	△	A1, A7	一部の治療に限る	△
清拭	○	B9, B13		○
清潔ケア	○	B9, B13		○

5. 困難性を考慮した実施方法の検討
5.2. 実施方法の検討(1/5)

計画立案方法の検討

- 看護では看護計画が一般的
- 実際の業務に計画立案ツールを

表D. A病院のタイムスケジュール

時間	業務内容	
8:30～	管理申し送り	◆他部門・看護部・委員 （業務遂行に必要
8:35～	前勤務者は病室に在中 担当患者へ挨拶 病室で情報収集	◆前勤務者は 看護ケア、 できる ◆ 遠慮なく声をかけてください。」と患者に声をかける。 ◆情報収集前に担当患者をラウンドし、挨拶することで を使い患者情報を把握できる。 ◆パソコン、注射・業務ワークシート、カレンダーを持参 で情報収集する。まず看護知識ナビコンテンツ、看護記 （フローシート・経過記録）から情報収集する。次に、注 業務ワークシート、カレンダーを確認し、本日の業務 スケジュールを立てる。
8:50～	前勤務者へ不明な点を質問	◆受け手から質問。送り手から伝えると口頭で申し 送られ、伝達に時間を要する。不明な点は前勤務者 に質問する。
8:55～	食後の配薬と内服確認	◆投薬カート使用時は投薬フロー図に沿って実施する。 投薬カート以外は6Rで実施する。
9:00～	保清・オムツ交換・ポジショニング 皮膚処置・環境整備・体重測定	◆標準予防策でナースエイドと実施する。 ◆ポジショニングは、ナースエイドと2人で実施する。
10:00～	転倒転落予防DVD視聴確認 バイタルサイン測定・患者状態観察 検査データ・モニターチェック 注射・処置 食間の配薬と内服確認 看護記録	◆転倒転落予防DVD視聴の案内を一斉放送する。 未視聴・転倒転落リスクのある患者に視聴を促し、 視聴確認する。 ◆バイタル測定結果は、その場で記録する。 ◆異常・気になる時はリーダーに報告する。 ◆6Rで実施する。 ◆注射準備・実施後のダブルチェックを他ナース（2年目 ◆投薬カートの配薬をダブルチェックを依頼する。 ◆各自の業務状況をチームで共有し、ブロックトップのメンバ 管理へブロック状況を報告する。 ◆投薬カート使用時は投薬フロー図に沿って実施する。 投薬カート以外は6Rで実施する。 ◆コラム欄は、看護知識ナビコンテンツで想定される リスクの推移が分かる見出しをつけ、SOAPで記録 する。午前中の記録は終了させる。

時間	業務内容
8:30～	管理申し送り
8:35～	前勤務者は病室に在中 担当患者へ挨拶 病室で情報収集
8:50～	前勤務者へ不明な点を質問
8:55～	食後の配薬と内服確認
9:00～	保清・オムツ交換・ポジショニング 皮膚処置・環境整備・体重測定
10:00～	転倒転落予防DVD視聴確認 バイタルサイン測定・患者状態観察 検査データ・モニターチェック 注射・処置

5. 困難性を考慮した実施方法の検討
5.2. 実施方法の検討(2/5)

指標の導出

- 従来研究[2]の実施業務の評価方法を参考
- 計画と結果系のデータから評価可能な項目を検討し指標を導出

表6. 業務の評価方法

評価の観点	評価項目	管理指標	計算方法
計画通りに業務を実施できたか	業務内容の計画と実施のズレの有無	計画業務の実施率(%)	$\frac{\text{実際に行った業務数}}{\text{計画した業務数}} \times 100$
計画通りの時間に業務を開始できたか	業務ごとの時間帯の計画と実施のズレの大小	ズレの時間差(分)	|計画していた開始時間 – 実際に開始した時間|

5. 困難性を考慮した実施方法の検討
5.2. 実施方法の検討(3/5)

評価のイメージ　状態把握・VS測定・体位変換・口腔ケアを評価したい場合. . .

あるNsの計画

9時：状態把握
9時30分：VS測定
11時：体位変換
12時： 口腔ケア

比較

**患者A
結果系のデータ**

9時5分：状態把握
9時50分：VS測定
11時30分：体位変換

①実施率
②時間のズレ

} Nsごとに集計

5. 困難性を考慮した実施方法の検討
5.2. 実施方法の検討(4/5)

Ex) 実施率の評価

表. あるNsの実施率(%)

業務名 / 月	状態把握	体位変換	口腔ケア	・・・
1	90	100	100	・・・
2	85	100	90	・・・
3	90	100	80	・・・
4	95	100	70	・・・
5	100	100	60	・・・
・・・	・・・	・・・	・・・	・・・

※仮に月ごとに集計

5. 困難性を考慮した実施方法の検討
5.2. 実施方法の検討(5/5)

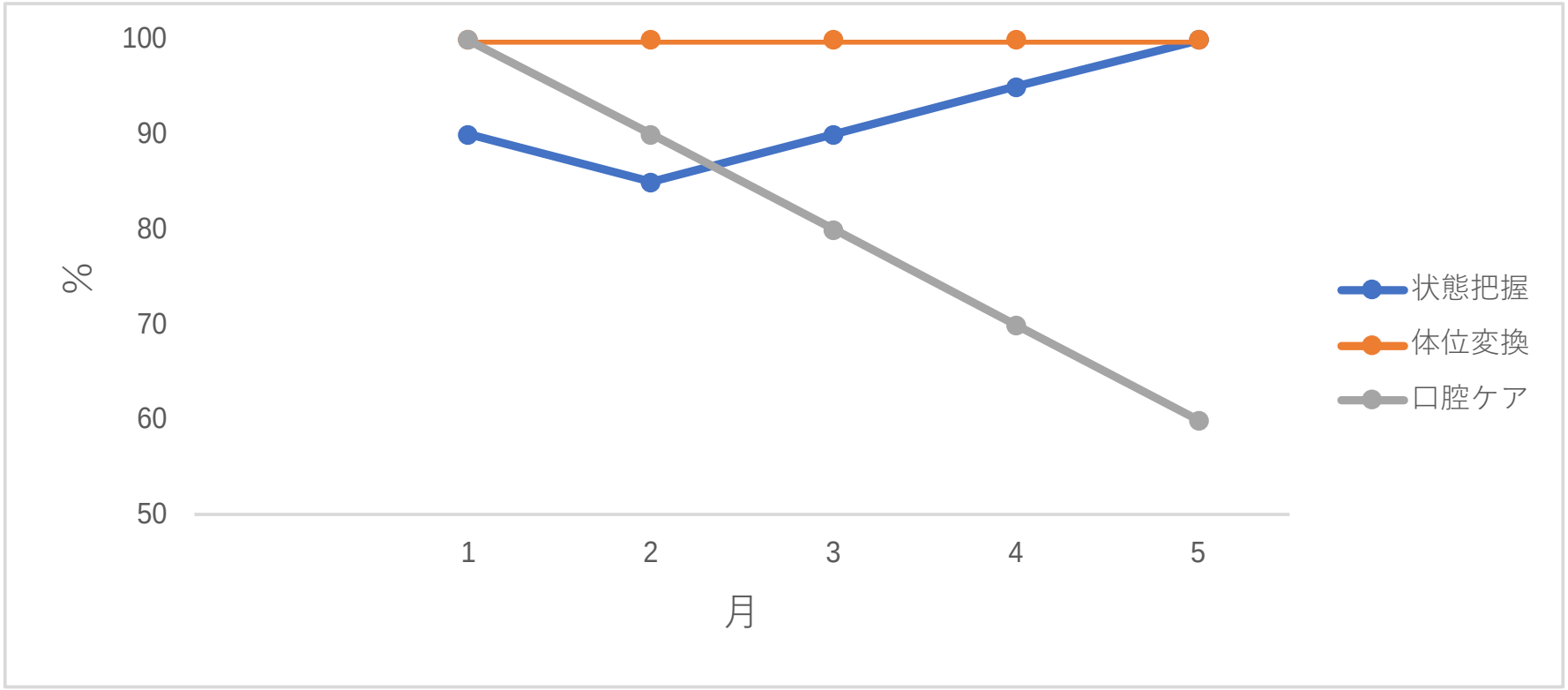


図. 実施率の推移

実施状況が一目でわかる ▶ 改善のきっかけに

5. 困難性を考慮した実施方法の検討
5.3. 病院の日常管理の実施方法の提案

STEP1. 1日の計画の立案
管理対象業務のうち、評価する業務を選定する. その後
業務単位ごとに時系列で計画を立案する.

STEP2. 実施の記録
STEP1で立案した計画に沿って業務を行い結果系のデータを記録する. 表5で×のついた業務は、別途実施の有無と開始時間を記録する.

STEP3. 評価指標の算出
STEP2で記入した結果系のデータとSTEP1の計画に立案されている業務を対応付け、表6の評価指標を取得して算出する. これより, 実施業務の評価を行う.

6. 検証

- A病院で業務調査を3日間実施

調査対象：A病院3病棟
調査対象：各病棟のNs5名ずつ（計15名・新人から10年以上まで、
検証には師長3名を除く12名のデータを使用）
調査方法：連続観察法（Nsの業務を約1分単位で記録）
時間：日勤勤務帯8：30～17：00
記録内容：業務内容、実施時間、実施場所、業務対象

- 検証結果

STEP1. 1日の計画の立案
・26種の管理対象業務のうち25種は**立案可能**

STEP2. 実施の記録
・すべてのNsが経過記録と看護必要度を記録していることを確認
・新たなデータの記録時間の確保も**可能**

STEP3. 評価指標の算出
・TSと業務調査の結果を結びつけることで**指標の算出が可能**

7. 期待される効果

- 困難性を抽出し日常管理の構成要素ごとに整理
  - 医療者が日常管理に取り組む際の制約条件を**把握可能**
  - 今後取り組むべき課題を**明確化**

- 既存のデータを活用した実施方法を提案
  - 部長や師長が各Nsの業務の実施状況を**評価可能**
  - 新規にデータを取れない病院でも**実践可能**
  - 病院の日常管理に対する意識づけ
  - 質の維持と改善による風土が広がることが期待

8. 結論と今後の課題

結論

- 病院の日常管理の困難性を**明確化**
- 困難性を考慮した日常管理の実施方法を**提案**

今後の課題

- 長期的な実施による定着化
- 突発業務の日常管理方法の検討

参考文献

[1] 香西瑞穂ら(2016):“管理に向けた看護ケアプロセスの可視化方法に関する研究”,「日本医療・病院管理学会誌」, 53, [1], 19-29

[2] Kenta ONISHI et al.(2014): “A Method for Evaluating Nurses’Actions Using a Daily Action Plan”, ANQ Congress 2014

[3]福井次矢(2017):「[医療の質]を測り改善する2017」, インターメディカ

[4]金子雅明ら(2008):“A病院におけるQMS導入・推進の困難モデル”,「品質」, 37, [4], 392-407

[5] 下野僚子ら(2011):“病院業務プロセス記述モデルの開発”,「品質」, 41, [2], 213-224

[6] 小川憲斗ら(2015):“医療の特徴を考慮した事業継続マネジメントシステムモデルの提案”,「地域安全学会論文集」, 27, 105-112

[7] 飯塚悦功ら(2010):「医療品質経営」, (株)日本医療企画

[8] Shoko YAMAZAKI(2017): “Problem extraction method in constructing an integrated community care system”, 15th ANQ Congress

[9] 日本品質管理学会:「日常管理の指針 JSQC-Std 32-001:2013」, 日本品質管理学会

[10]平成30年度診療報酬改定の概要 医科Ⅰ - 厚生労働省(2019/1/16):
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000198537.pdf

[11]公益財団法人トヨタ財団(2019/4/2):
“ https://www.toyotafound.or.jp/kaiketsu/2016/symposium_report02.html”

FIN

重点テーマ:方針管理

明石市立市民病院
田中宏明

©QMS-H研究会

当課題を選んだ背景、問題意識

中期計画（戦略マップ）

依頼

予算要求書
（機器・材料・出張）

人事上の課題

部門BSC
（課単位）

ヒヤリング（50分/部門）

院内調整

個人目標

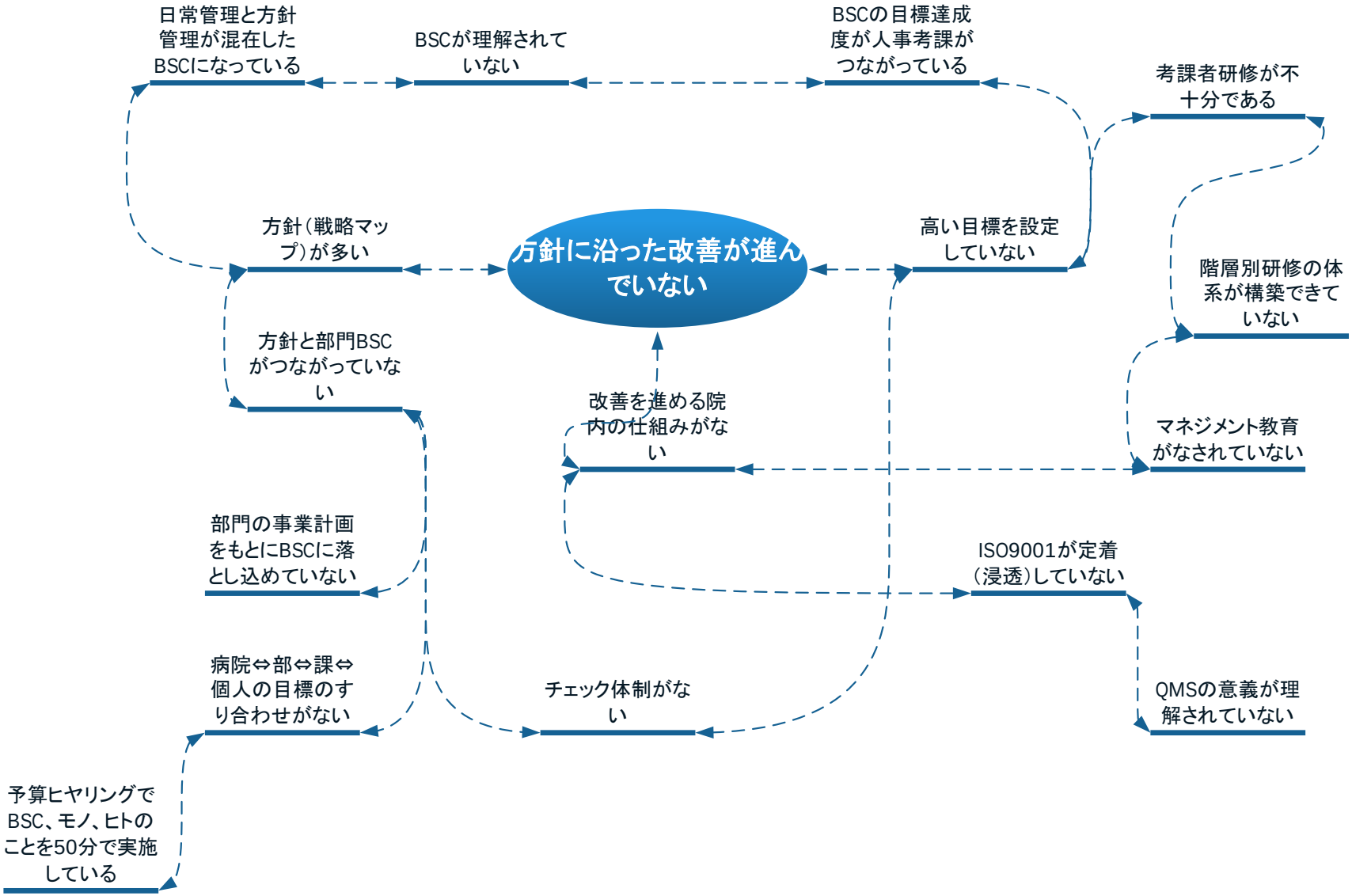
目標の達成度に応じた
人事考課制度

方針管理に関する不適合内容
（ISO9001第二段階登録審査：2019年1月）

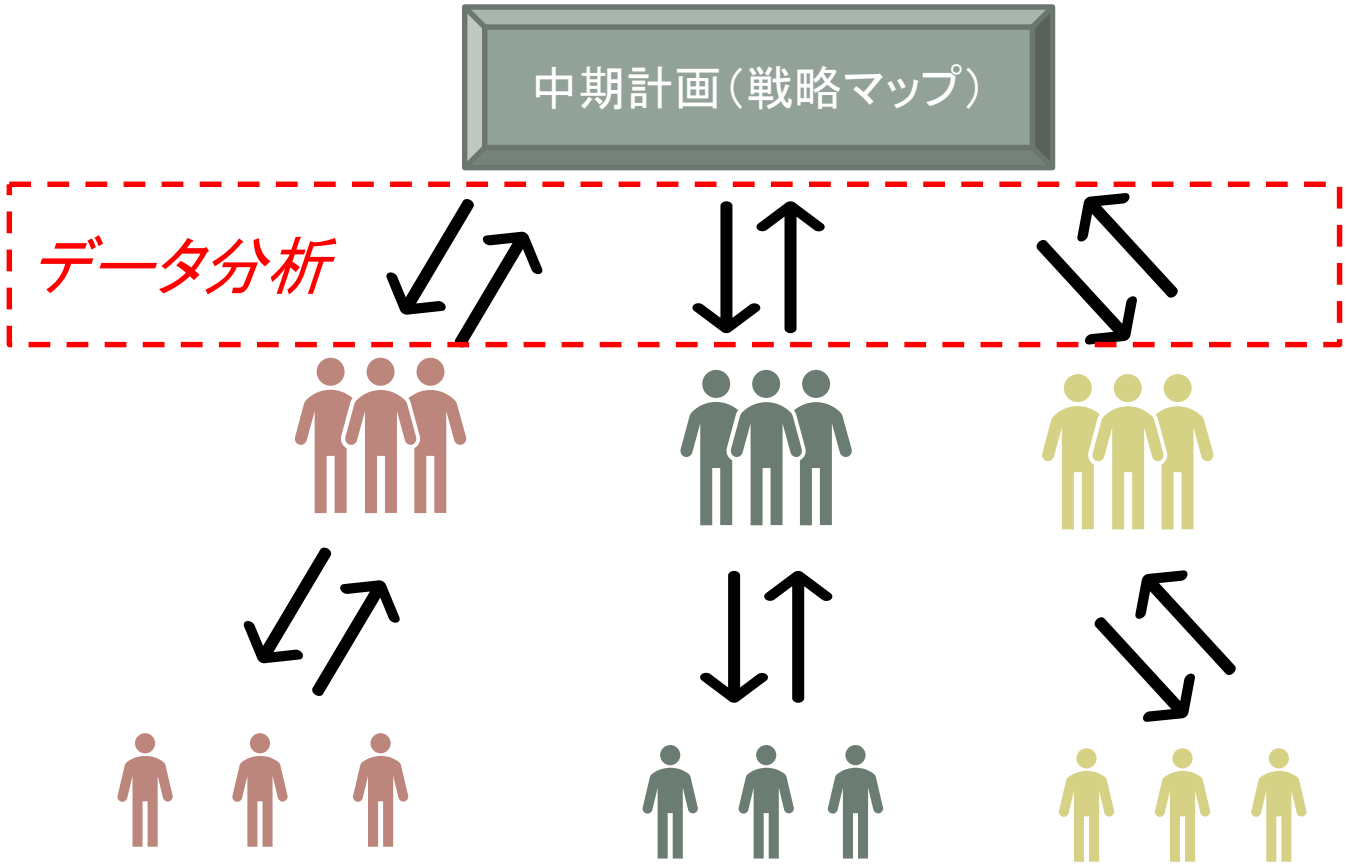
- 審査基準：品質マニュアルでは、“各部署の長は、約6カ月毎に部署目標の達成状況を評価し、達成状況に課題がある場合の問題点及び改善方策等を各部門において検討する。”と規定しています。
- 客観的事実：年度計画から展開された目標は、部門BSCとして明確化されていますが、半年毎の達成状況は、評価されていません。
- 所見：品質目標の達成状況を監視・測定し、必要に応じて、更新するために定期的な評価が実施されていません。

不適合としては（あえて）指摘されなかったが、
複数の部門でBSCに関連する課題は検出されていた。

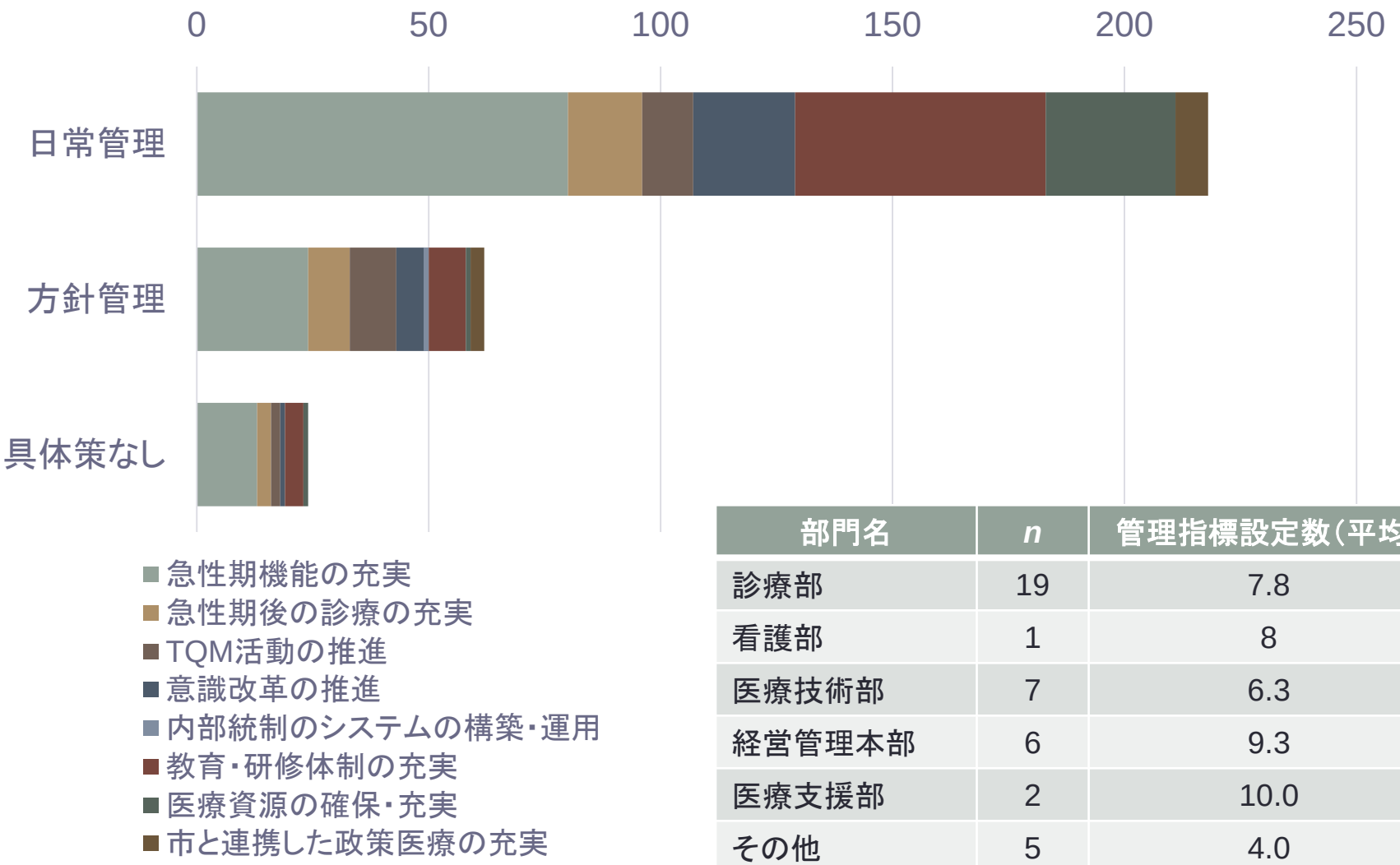
現状把握①


日常管理と方針管理が混在したBSCになっている
BSCが理解されていない
BSCの目標達成度が人事考課がつながっている
考課者研修が不十分である
方針（戦略マップ）が多い
方針に沿った改善が進んでいない
高い目標を設定していない
階層別研修の体系が構築できていない
方針と部門BSCがつながっていない
改善を進める院内の仕組みがない
マネジメント教育がなされていない
部門の事業計画をもとにBSCに落とし込めていない
ISO9001が定着（浸透）していない
病院⇔部⇔課⇔個人の目標のすり合わせがない
チェック体制がない
QMSの意義が理解されていない
予算ヒヤリングでBSC、モノ、ヒトのことを50分で実施している

現状把握②



現状把握③



部門名	*n*	管理指標設定数（平均）
診療部	19	7.8
看護部	1	8
医療技術部	7	6.3
経営管理本部	6	9.3
医療支援部	2	10.0
その他	5	4.0

本年度の改善方針

中期計画（戦略マップ）

依頼

予算要求書
（機器・材料・出張）

人事上の課題

部門BSC
（課単位）

【改善すべきこと】

- *方針と繋がった部門目標の設定*
- *目標値の設定*
- *進捗管理*

ヒヤリング（50分/部門）

院内調整

個人目標

目標の達成度に応じた
人事考課制度

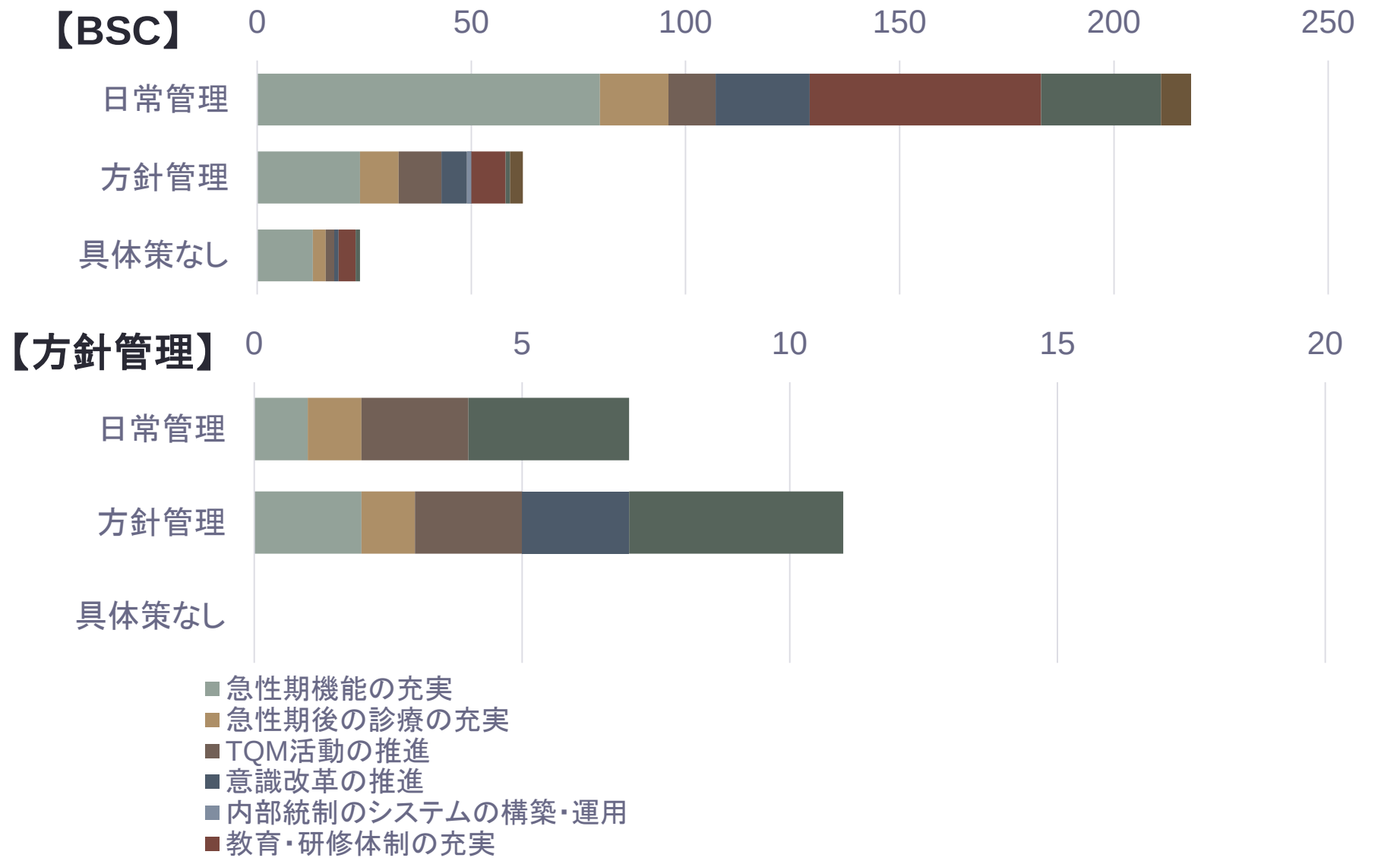
改善のための方策案

- 方法：外部講師との面談形式
- 頻度：4回/年（5, 7, 10, 12月）
- 対象部門
  - 診療部：一部から
  - 看護部
  - 医療技術部
  - 経営管理本部
  - 医療支援部
- 成果報告会の開催

結果①

- 実施時期：5，7，9（早めに対応したほうが良いと判断したため），12月
- 実施できなかった部門：診療部
- 苦労した点：
  - 診療部の進め方
  - BSCとこの活動の違いの伝達
  - ファシリテート方法
- 工夫した点：
  - 面談後に経営陣と振り返りを実施
  - 面談と面談の間で擦り合わせを実施

結果②


【BSC】
0
50
100
150
200
250
日常管理
方針管理
具体策なし
【方針管理】
0
5
10
15
20
日常管理
方針管理
具体策なし
急性期機能の充実
急性期後の診療の充実
TQM活動の推進
意識改革の推進
内部統制のシステムの構築･運用
教育･研修体制の充実

成果報告会の開催

【方針】
- 方針管理に基づいた部署の改善活動を可視化する。
- 他部署の方針管理活動を共有する。
- 病院経営陣との方針管理を通した交流・情報交換の場とする。
- 方針面談の効果を可視化する。

●計画案
- ■開催日時
  - 平日15-19時頃
- ■参加対象者
  - 経営陣：必須参加
  - 一般職員：推奨参加
- ■インセンティブ
  - 優秀発表には副賞を渡す
  - 経営陣のポケットマネーから病院経費へ

●修正案（経営陣とのすり合わせ後）
- ■開催日時
  - 3/14（土）13:00-17:00→延期
- ■参加対象者
  - 一般職員：勤務による参加

今後の課題

- 成果報告会の振り返りが必要
- 医師の方針管理の着手
- 経営陣の関り
- 面談者の育成
- QMS, BSC, 方針管理の関係の整理

大久野病院
最終シンポジウム成果報告

2019年度　重点課題
1）方針管理　　2）法人目標「1日5分を削り出せ」

©QMS-H研究会

2019年度のQMS重点課題

本年度の重点課題	当課題を選んだ背景，問題意識	本年度の目標	実行計画
方針管理	・「方針管理」を継続して取り組んでいく。昨年度は設定した指標の主管や妥当性を再検討し、各指標の重要度と実施状況（行っていること、いないこと）で分類した。その結果、指標が洗い出され各指標の必要性を判断できたが、方針管理や日常管理の指標が混在していることが分かった。そこで今年度は、方針管理の指標を再考し、今年こそは方針管理を開始したいと考えている。	今年こそ方針管理の開始	方針管理指標の再考 → 指標の再設定 → 達成基準の検討 → 指標の完成
1日5分を削り出す	・昨年度から年度法人目標を「1日5分を削り出せ」に設定、削り出した時間を患者さんへ有効に活用してほしいとの考えから活動を開始した。目標の達成に向けたチームを募集し、計画の立案、実施、評価を行いPDCAサイクルを回した結果、多くの時間が削減された。また、全職員が評価できる仕組みとして、各プロジェクト内容を集約し投票形式で評価を実施することで、院内で行われていた改善活動を全職員が考え・知る機会やきっかけに繋がった。 削減時間に関わらず、各チームが昨年度の活動を振り返り、問題点や課題の対策検討が、より踏み込んだ改善につながると考え、今年度も昨年度同様の年度法人目標で目標達成に向けたチームを募集し、時間が有効活用される全職員参加型の活動を浸透させていきたい。	時間の削減と有効活用	目標達成に向けたチームの検討・募集 → 計画の立案 → 実施 → 評価

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月

2019年度　重点課題
1)方針管理

●方針管理の指標を再考し、方針管理の開始を目指す

・4月・5月

方針管理説明、法人方針「在宅療養を支える」ための検討、議論

・方針管理の説明（目的、方法など）
・在宅療養を支えるための自分たちの仕事について議論

・6月

在宅療養療養を支えるための自分たち（各職種）の仕事は何？

・各部門（職種）が自分たちの考えを集約しお互いの考えを議論し共有

・7月

在宅療養を支える自分たちの仕事と指標を集約

・6月に議論した内容を踏まえ、各部門が指標を再設定　⇒　9月、3月に評価

上半期マネジメントレビューにおいて（10月）

再設定した数値の集約と共有（一例）

部門	項目	指標	数値（7～9月平均）
リハビリテーション部	・心身機能の向上を図りつつ、過不足なく福祉用具やサービスを利用しADLを向上させる	・在宅復帰率　80%以上 ・実績指数　37以上 ・経口摂取再開率　60% （全病棟含め、おためし程度のゼリーなどは除く）	・在宅復帰率 87.5% ・実績指数 30.6 ・経口摂取再開率 52.7%
地域連携課	・患者のニーズに合わせた入退院調整を行う	【回復期病棟】 ①回復期入院期限内に入院できた患者の割合。 ②回復期期限内に退院できた患者の割合(急性期へ一度入院した患者も含む)。 【全病棟】 ③入院面談時、または入院直後の面談時で聞いた希望退院先と実際の退院先が一致した割合。	【回復期】 ①100%(内3階経由の入院4%) ②100%(内2階経由の退院1.5%) ③59.8%　不一致の内：搬送22.3%、胃瘻造設2.5% 【医療療養】 ③83.8%　不一致の内：転院14.7% 【介護療養】 ③81.4%　　不一致の内：転院4.2%

今後について

・達成ライン（基準）が未設定

繰り返し数値（指標）を出しながら
適切な達成ラインを決定していく。

2019年度　重点課題
2)法人目標「1日5分を削り出せ」

・年度法人目標で目標達成に向けたチームを募集し、時間が有効活用される全職員参加型の活動を浸透させる。

時期	スケジュール内容	
2019年6月3日	チーム募集開始→活動開始	チーム管理シートの作成開始
7月12日	募集〆切（チーム管理シートに必要事項を記入、手順を添付し品質推進部へ提出）	
10月（予定）	中間進捗報告（または確認）	
2020年1月末	活動終了	
2月中旬		チーム管理シート完成
2月下旬	完成したチーム管理シートを期限までに品質推進部へ提出	
3月	投票開始（チーム管理シート一覧の掲示,全職員による投票）	
3月後半	結果発表、表彰	

2019年度　重点課題
2)法人目標「1日5分を削り出せ」

（　使用用語の統一　）チーム　管理シート

部署科名	リハビリテーション部	発案者名(主幹)	氏名 口	役職 部長	リーダー	
チーム目標 (テーマ)	カルテ等で使用する用語・略語を統一し、カルテ記載等に係る時間を削減する					
目標(テーマ)の要旨	①昨年作成した用語・略語集では、用語を統一しきれておらず、ものによっては逆に何を指しているかわからないことがある。 ②スタッフにより使用用語が微妙に違うことで、記載しようとしているものを何と表現するか悩んでしまい、時間のロスに繋がっている可能性がある。 ③上記より、用語・略語を統一する略語集を見直すこと(現状ほぼで見直し後100語程度)で、記載業務等の時間を削減する。					

7月時点での予測(現在の手順を添付してください)

予測

立案時の予測 (マンパワー、	現場職員(27名)で、1職員7名程度のカルテ記載。 1名につき1分の削減は困難であるが、用語を考える時間等を含めカルテ記載等に係る 定。
立案時の予測 (サービスの質	る福祉用具の間違え
立案時の予測 (コスト、物的	

計画性		1	2	3	
㋐ プロジェクト会議月2回					
㋑ 用語統一の目的再確認					
㋒ 必要用語の書き出し					
㋓ 用語の優先順位検討	部全職員				
㋔ 用語・略語集の作成	メンバー				
㋕ 統一用語の周知、使用	部全職員				

結果と効果(変更後の手順を添付してください)

結果と効果 (マンパワー、時間)	
結果と効果 (サービスの質)	結果
結果と効果 (コスト、物的資源)	

計画性	実施者	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
㋐														
㋑														
㋒														
㋓														
㋔														
㋕														

削減時間の利用方法(どのように活用しましたか？)	削減・効率化されたこと	全体で削減された時間	削減した時間の利用方法

各部署科からの18チーム名

部署科名	チーム名
薬剤科	ポリファーマシーと向き合う
栄養科	配膳間違えをなくそう
リハ部	使用用語の統一
理学療法科	理学療法フォローシステムの効率化
作業療法科	ADL・IADL効率化
言語聴覚科	摂食嚥下に関する業務のマニュアル作成
2階病棟・地域連携課	見た目でも勝負
3階病棟	目っせんじゃー業務削減
4階病棟	残業時間ZERO
医事課・経理課	入院保障金管理入力見直し
総務課・管理課	気持ち良く新入職員を迎えよう
訪問看護科・外来看護科	物品場所の浸透化
訪問リハビリ科	①定期評価の運用、②タイムスケジュール効率化
居宅介護支援科	①利用者への対応効率化、②利用者様の住所可視化し効率化
事務課	カイポケ＋MCSでスムーズな訪問看護業務を確立する
医事・経理	保管庫の整理で受付対応力UP

2019年度　重点課題
2)法人目標「1日5分を削り出せ」

（　使用用語の統一　）チーム　管理シート

部署科名	リハビリテーション部	発案者名(主幹)	氏名 口	役職 部長	リーダー	
チーム目標 (テーマ)	カルテ等で使用する用語・略語を統一し、カルテ記載等に係る時間を削減する					
目標(テーマ)の要旨	①昨年作成した用語・略語集では、用語を統一しきれておらず、ものによっては逆に何を指しているかわからないことがある。 ②スタッフにより使用用語が微妙に違うことで、記載しようとしているものを何と表現するか悩んでしまい、時間のロスに繋がっている可能性がある。 ③上記より、用語・略語を統一する略語集を見直すこと(現状85で見直し後100語程度)で、記載業務等の時間を削減する。					

7月時点での予測(現在の手順を添付してください)

立案時の予測 (マンパワー、時間)	現場職員(27名)で、1職員7名程度のカルテ記載。 1名につき1分の削減は困難であるが、用語を考える時間等を含めカルテ記載等に係る時間を平均で1職員1日5分程度削減。 職員27名が月20日出勤程度と考え、部全体で延540日出勤分と仮定。 540日×1日5分で、部全体で月2700分。 検証については、1週間のタイムスタディ実施予定。
立案時の予測 (サービスの質)	使用用語が統一されることで、フォロー時の伝達ミスや使用している福祉用具の間違え等を防ぐことができる。
立案時の予測 (コスト、物的資源)	現状で予測されるものはない。

予測

計画性	実施者	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
⑦ プロジェクト会議月2回	メンバー												
⑦ 用語統一の目的再確認	メンバー												
⑦ 必要用語の書き出し	部全職員												
⑦ 用語の優先順位検討	部全職員												
⑦ 用語・略語集の作成	メンバー												
⑦ 統一用語の周知、使用	部全職員												

結果と効果(変更後の手順を添付してください)

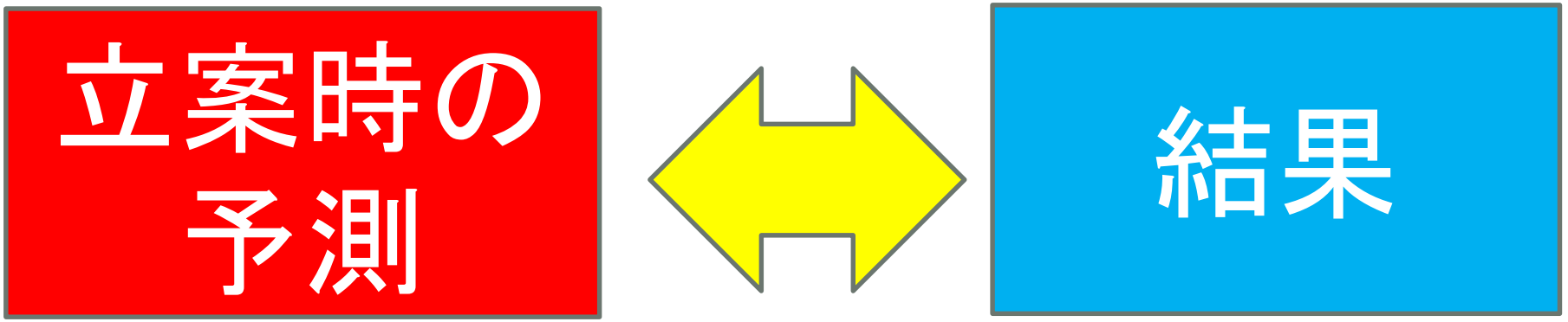
結果と効果
(マン
結果
(サー
結果
(コス

結果の集約

削減時間の利用方法(どのように活用しましたか？)	削減・効率化されたこと	全体で削減された時間	削減した時間の利用方法

結果の集約(2月)

マンパワー、時間、サービスの質、コスト、物的資源について



管理シートにまとめ評価する

全職員参加型の評価方法(3月)

- 発表形式:A3用紙1枚　定型用紙(形式の統一)
- ポスター掲示期間:2週間程度
- 評価者:全職員
- 評価方法:職員1人1票で得票数に対し配点
- ポスター掲示場所:会議室、休憩室

(全員参加の環境整備)

削減時間とその利用が有効なもの

役職者ではない発案を高く評価

まとめ

自分たちの仕事が組織的に

・評価できる（指標の設定）

・評価される（1日5分を削り出せ）

活動を目指し継続していく。

ご清聴ありがとうございました

川口市立医療センター
2019年度の活動報告

2019年度重点課題および年間計画

川口市立医療センター

2019年度のQMS導入推進計画

本年度の重点課題	当課題を選んだ背景，問題意識	本年度の目標	実行計画 4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
分析力の向上	安全チームで2017年度から事故事例の分析に取り組んでいる。昨年度は、現状把握ができる事を目標に実施した。その結果、8部署実施することができた。今年度は分析、対策まで全部署で行いたい	各部署1事例、分析シートを用いて現状の把握、分析、対策ができる				勉強会	分析シート使用						提出	
文書管理	業務文書管理システムが稼働しているが、承認・周知が出来ていない 他部門の業務をしらない	役所をとの連携を含めた業務文書管理システムの運用確立と定着 勉強会 PFC発表会		新人		推進者		部署長				主任		
内部監査	昨年度はPFCの監査を主体に実施した。本年度はケアの質についても監査を行う	標準業務監査→4部署の内部監査実施 環境ラウンド（安全、感染）		部署①	部署①		部署②		部署③	部署①		評価	部署④	

【分析力の向上 】2019年度の重点課題

2019年度　安全・教育の主要課題と計画

本年度の主要課題	当課題を選んだ背景，問題意識	本年度の目標	実行計画
分析力の向上	【昨年度の活動】 現状把握シート（簡易版）を活用しての事例分析 管理者とチームメンバーを含む8部署で実施。簡易版分析ツールを活用し現状把握までの実施が5部署、対策立案までの実施は3部署実施できた。 ↓ 【今年度の活動】 分析を実施できる部署を増やし対策立案まで実施することで、院内スタッフの事例への分析力が高める	院内全部署を対象に1事例の分析を実施する	4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 1月 2月 3月 分析方法の勉強会 7月6日（土）13:00～17:00 金子先生による勉強会 事例の現状把握 現状把握シートの活用 分析結果の情報共有 2月25日（火）16:30～17:30 事例分析発表会21部署参加 評価

【分析力の向上】 2019年度の活動内容

- 金子先生による勉強会

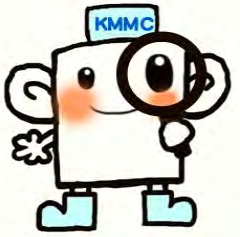
  内容：現状把握の重要性と現状把握シート（簡易版）
  　　の使用方法　等

- 金子先生による個別指導

- 事例分析の発表会

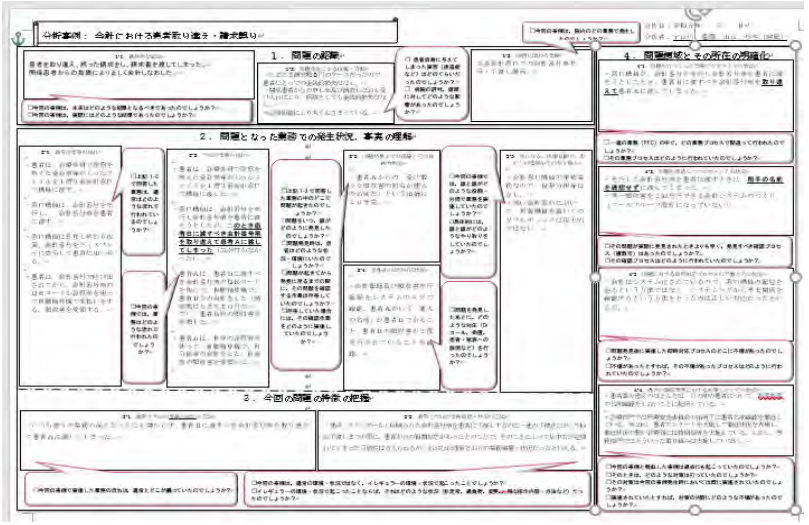
【分析力向上】　取り組み結果

事例分析の勉強会と発表会



＊21部署が参加

＊看護部門（16部署）＊栄養科＊リハビリテーション科
＊検査科　＊画像診断センター　＊事務部門



【分析力向上】　まとめと今後の課題

- 現状の姿を客観的に見直し
- あるべき姿とのギャップを見出し問題点を明確化
- 文書・マニュアルの見直しを意識

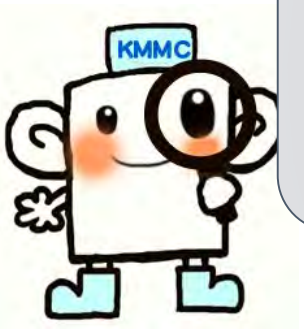
今後の課題

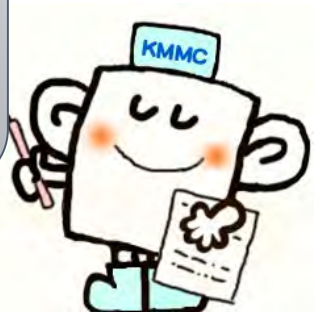
- 事例分析の継続的な学習会
- 現状把握だけではなく対策の立案

【内部監査】　今年の目標

- 監査委員の育成
- PFCおよび文書を用いて、業務上の問題を明らかにし業務標準を整理していく

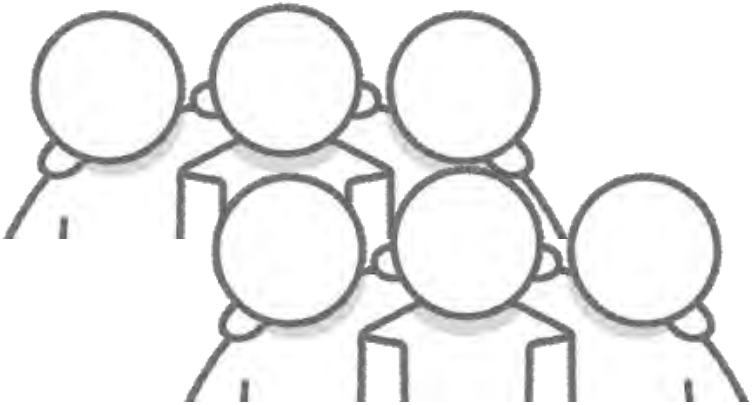
内部監査実施→4回／年
部門別内部監査チェックリスト作成





【内部監査】　今年度の結果

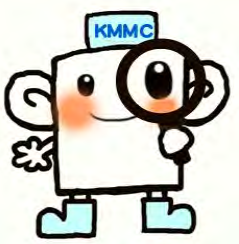
- 職員より監査員を選出し2回研修実施（計6名）
- 実施部署



4部署

★患者支援センター

- 薬剤部→持参薬チェックPFC
- 入退院支援センター→依頼から入院までPFC
- 採血室→外来採血PFC
- 医療情報室→マスタメンテ依頼PFC



【内部監査】　今後の課題

- 今までの内部監査

  PFCが書けているかが主軸

  PFCに紐づく手順書が存在するか

- 今後は…

  保健所監査・機能評価・適時調査にも…

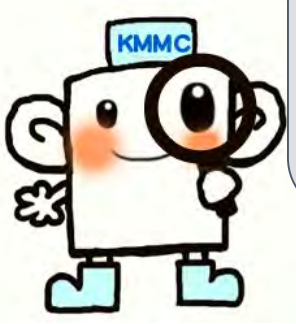
★チェックリストの見直し

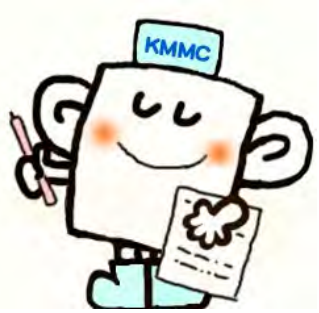
★是正報告書の見直し

【業務文書管理】　今年の活動報告

- システム運用の定着と推進
- PFC作成推進
- 文書の題名と内容をチェック

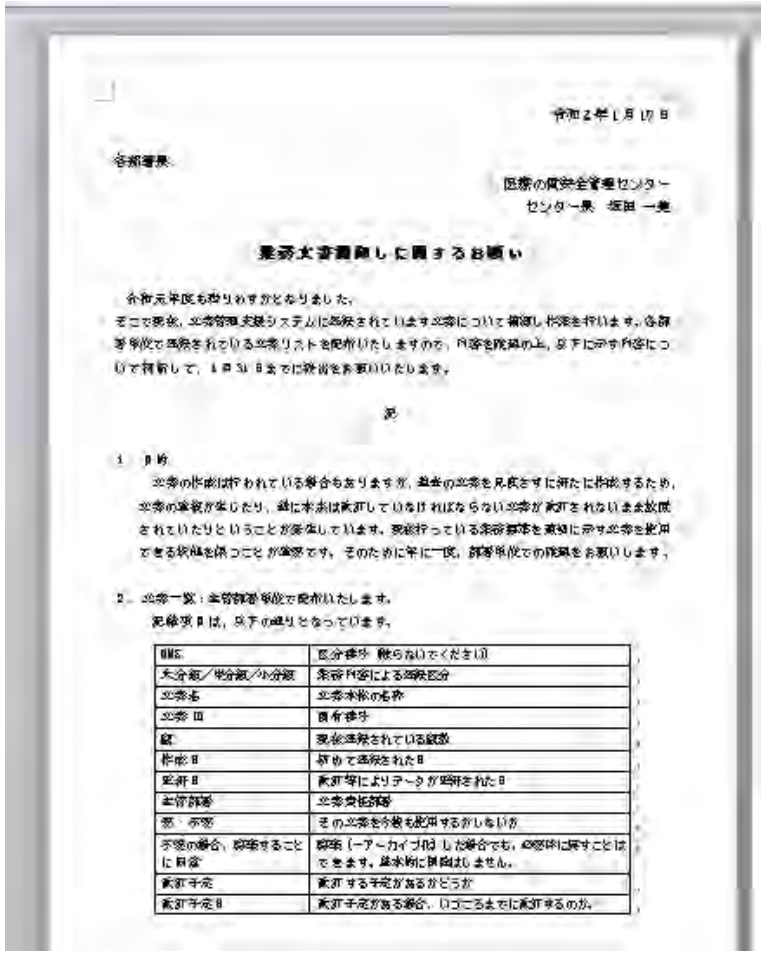
承認プロセスの構築
文書の棚卸
PFC大会→2回／年





【業務文書管理】　今年度の結果

文書の棚卸



令和２年１月１７日

各部署長

医療の質安全管理センター
センター長　坂田 一美

業務文書棚卸しに関するお願い

令和元年度も残りわずかとなりました。
さて表題、文書管理支援システムに登録されています文書について棚卸し作業を行います。各部署単位で登録をされている文書リストを配布いたしますので、内容を確認の上、以下に示す内容にて棚卸して、１月３１日までに提出をお願いいたします。

記

１．目的
文書の作成は行われている場合もありますが、最新の文書を見直すに新たに作成するため、文書の重複が生じたり、逆に本来は改訂していなければならない文書が改訂されないまま放置されていたりということが多発しています。実際行っている業務手順を遵守に示す文書を把握できる状態を保つことが重要です。そのために今一度、部署単位での確認をお願いします。

２．文書一覧：主管部署単位で配布いたします。
記載項目は、以下の通りとなっています。

QMS	区分番号（触らないでください）
大分類／中分類／小分類	業務内容による分類区分
文書名	文書体系の名称
文書 ID	固有番号
版	現在運用されている版数
作成日	初めて運用された日
更新日	改訂等によりデータが更新された日
主管部署	文書変化部署
要・不要	その文書を今後も使用するかしないか
不要の場合、削除すること に同意	削除（アーカイブ化）した場合でも、必要時に戻すことはできます。基本的に削除はしません。
改訂予定	改訂する予定があるかどうか
改訂予定日	改訂予定がある場合、いつごろまでに改訂するのか。

全部署に棚卸の
お願い文書を提出

現在、各部署で
文書の見直し

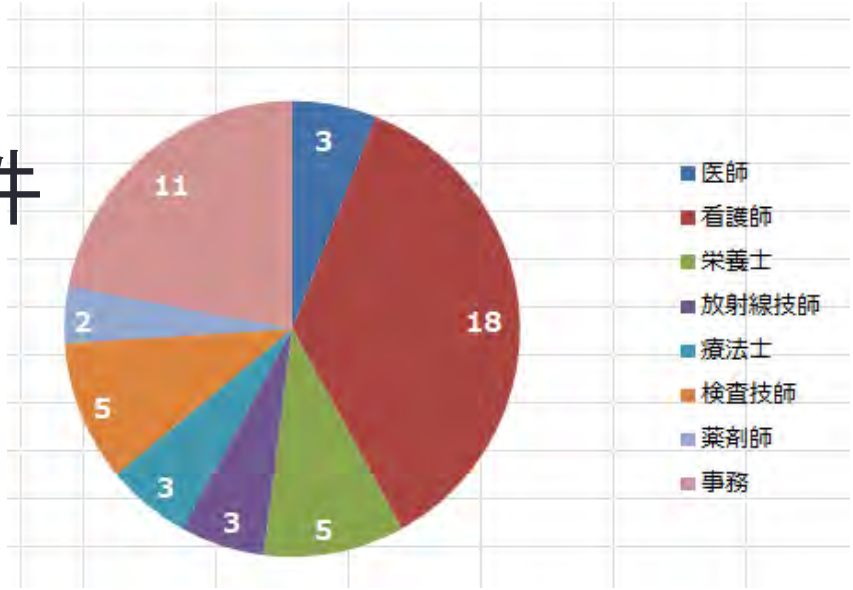
【業務文書管理】　今年度の結果

PFC大会　年2回開催

●第1回目　発表PFC　12件

テーマ:なし

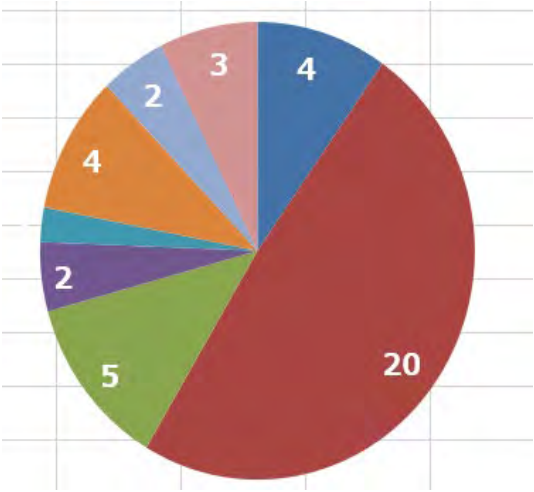
参加者　50名



●第2回目　発表PFC　8件

テーマ:入院業務

参加者　41名



【業務文書管理】　今年度の結果

PFC大会開催後の意見（アンケートより）

- 他部署の仕事の流れが興味深い
- 他の部署と繋がる部分の見直しが必要
- PFC集を作ってほしい
- 薬剤師の動きがわかりにくい

クロスマップ

	規定・基準	PFC	マニュアル	手順書	技術標準	帳票	外部文書	未分類
看護部	21	9	3	84		9		2
7A病棟			1	4				
7B病棟	1		3	14				
6A病棟	3		2	1				
6B病棟			1	17				
5A病棟			1	3				
5B病棟	4		2	30				1
4A病棟	1		1	35				
4B病棟	3		1	7				
3A病棟	5		1	15				
3B病棟	1		1	35		3		
NICU	4			5				
ICU/CCU		1	2	60		1		
救命セ	1		1	25				

総文書数

2024件（5/29）

2365件（2/12）

【業務文書管理】　今後の課題

- 文書は増えてきたが…

  必要な文書は？
  登録されている文書は使用できる？

  まだまだ　教育が不足？？？？

来年度

内部監査を通して

現場教育を！！

埼玉病院　成果報告

独立行政法人
国立病院機構 埼玉病院
National Hospital Organization Saitama Hospital

長澤　美香

2019年度　重点課題

①手順を遵守し、患者誤認を防止する

目標：患者確認手順の習慣化を継続し、患者誤認報告が減少する

②不具合事例からの改善を促進し、再発を防止する

目標：不具合事例から、現状把握シート簡易版を活用した改善推進（手順・PFCの見直し等）による類似事例の再発をなくす

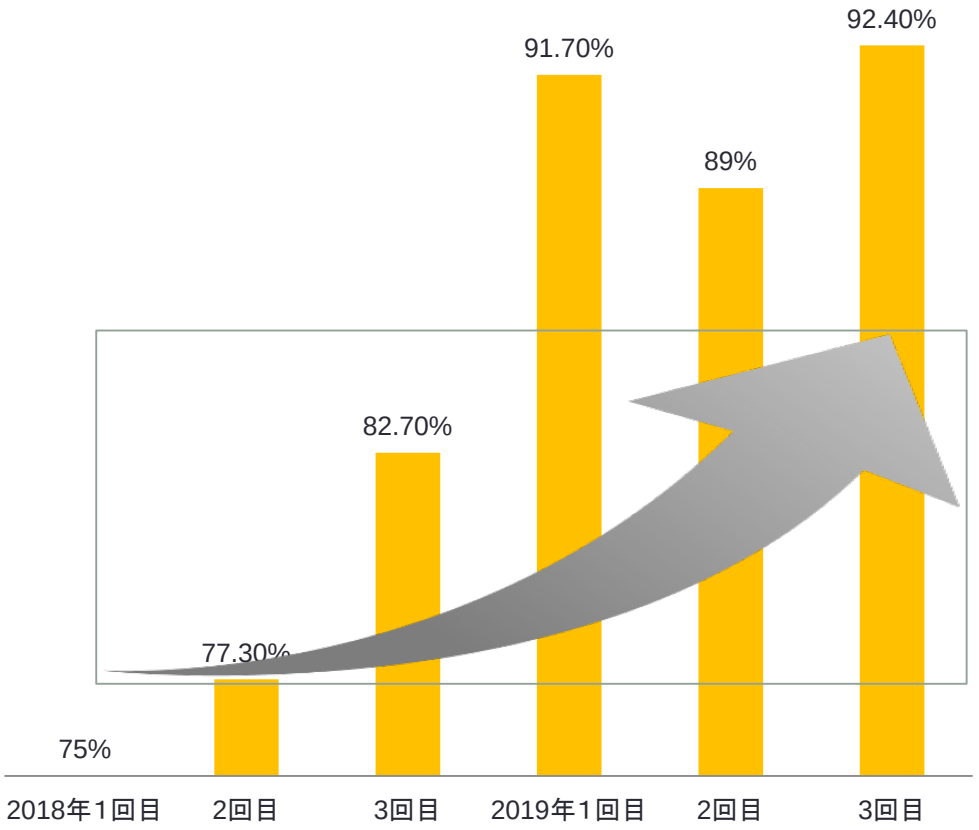
重点課題①
患者確認手順遵守・
習慣化活動の継続

患者確認パトロール

・実施率上昇傾向
・自ら名乗る患者の増加

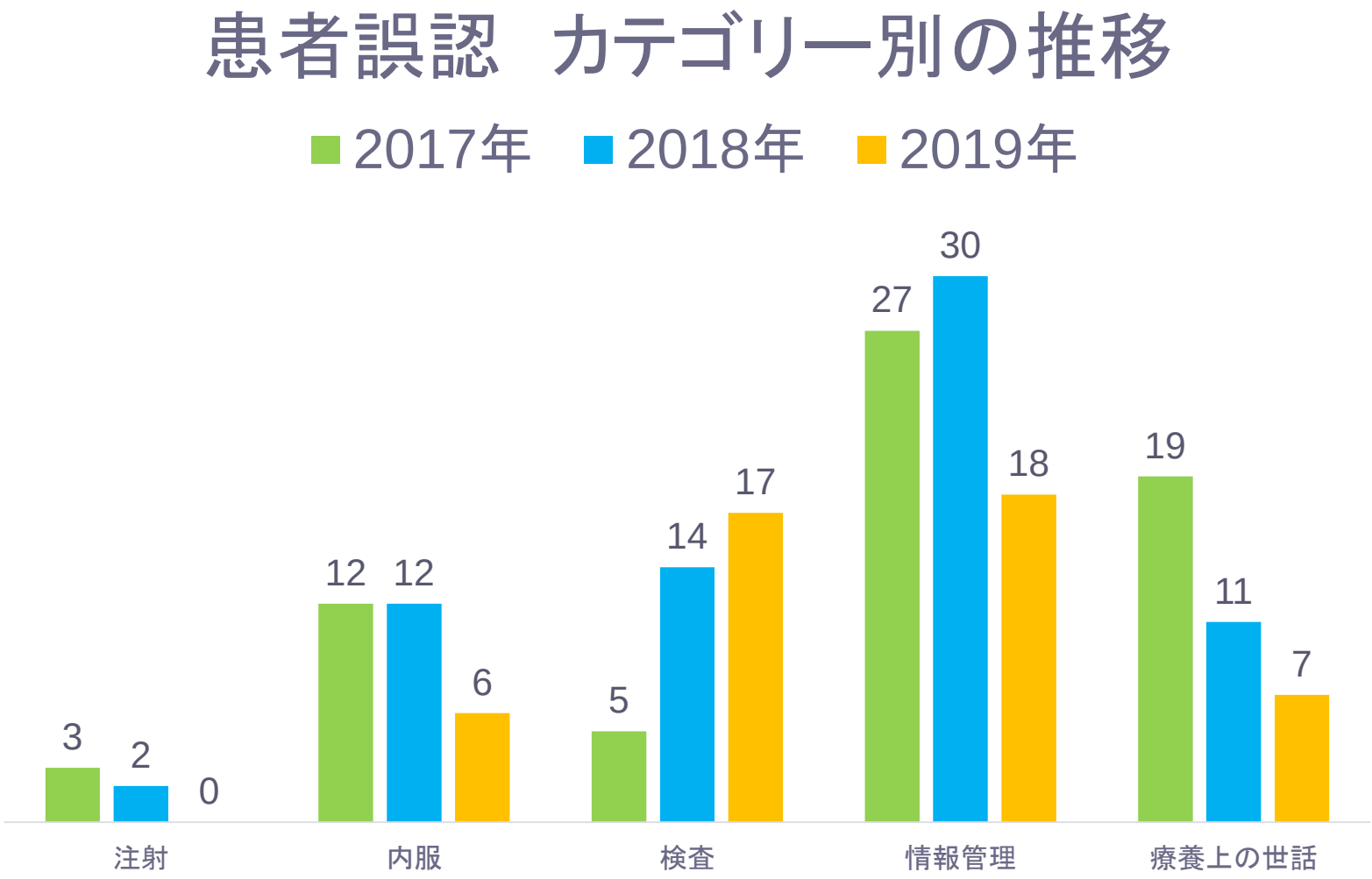
＊患者確認手順が医療者・患者ともに浸透してきている

医師患者確認実施率



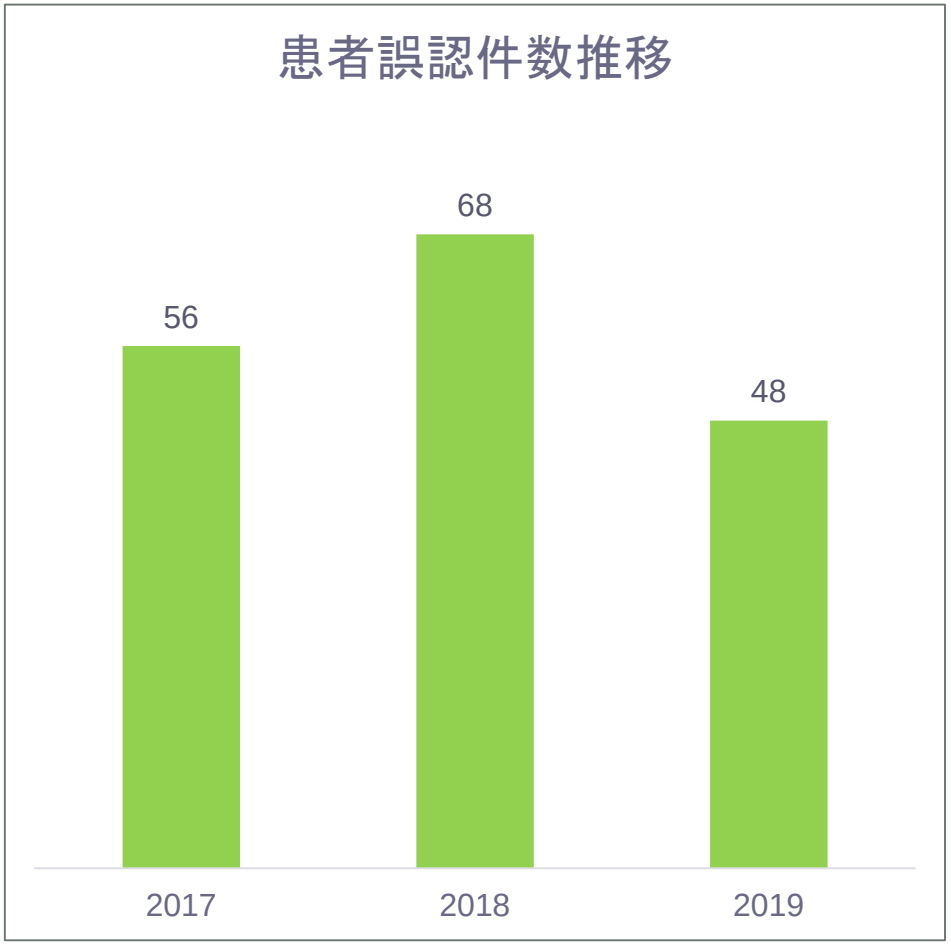
重点課題①
患者確認手順遵守・
習慣化活動の継続

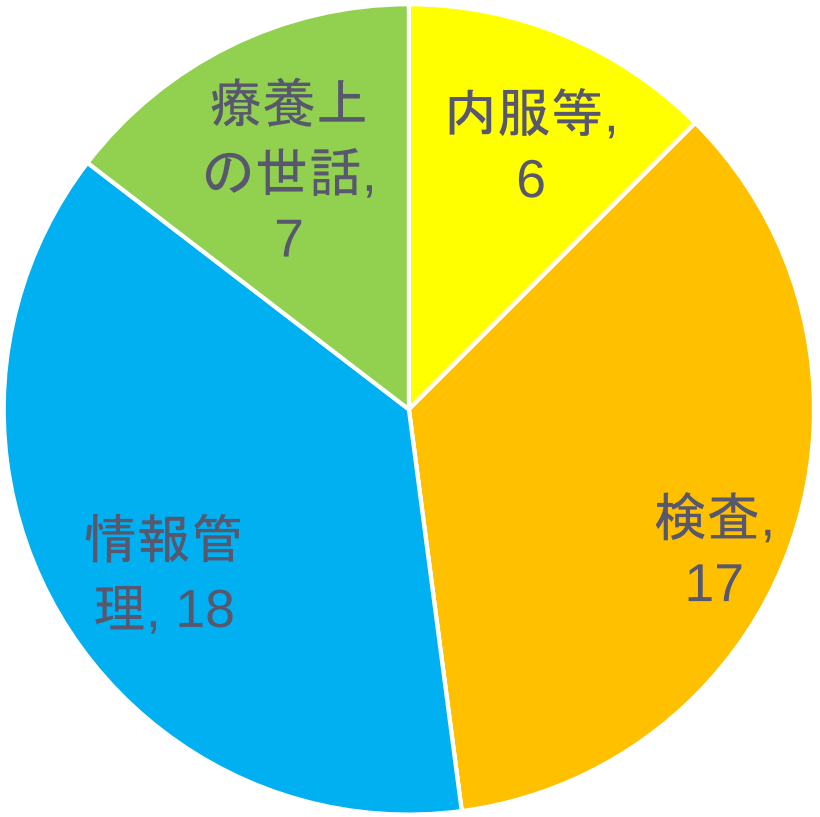
患者誤認件数の推移



重点課題①
患者確認手順遵守・
習慣化活動の継続

患者誤認件数





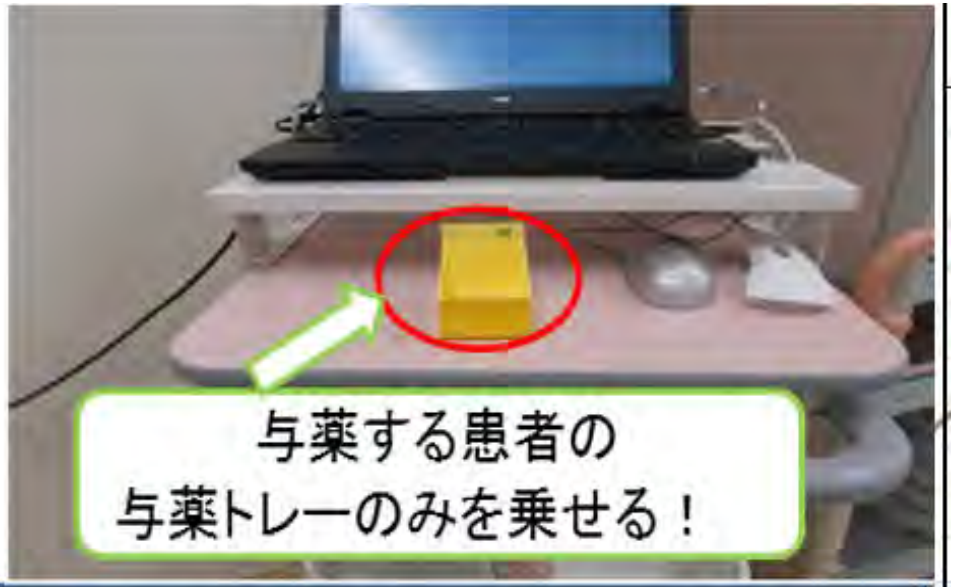
重点課題①
患者確認手順遵守・
習慣化活動の継続

内服・注射

らくらく看護認証率

93.7%　（2019年平均）

認証機能の効果



④実績入力画面が表示されたら、その患者の与薬トレーのみを1段目から取り出す
⑤実績入力画面の患者氏名と与薬トレーの患者氏名を照合する
⑥以下「内服薬の与薬手順」に準ずる

作業中断したら、初めからやり直し

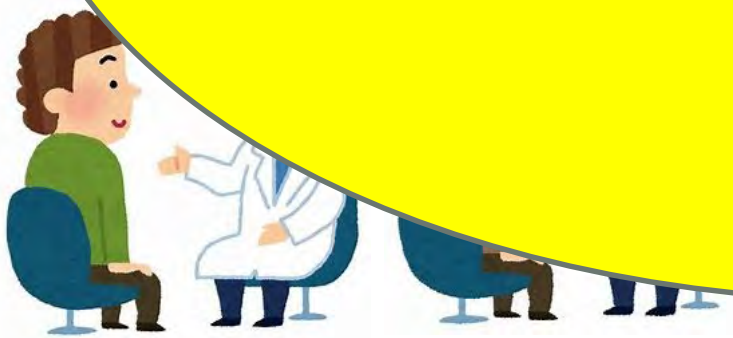
PCカート運用手順の標準化と定期的なチェックが奏功

重点課題①
患者確認手順遵守・
習慣化活動の継続

検査・情報管理

確認ツールとの照合が不十分

ツールを用いた
照合の重要性



重点課題①
患者確認手順遵守・
習慣化活動の継続

0レベル報告

外来の情報管理に関する患者誤認が増加

医師
書類間違い → 看護師
患者に渡す → 患者誤認

2019年6月より、外来で0レベル報告を開始

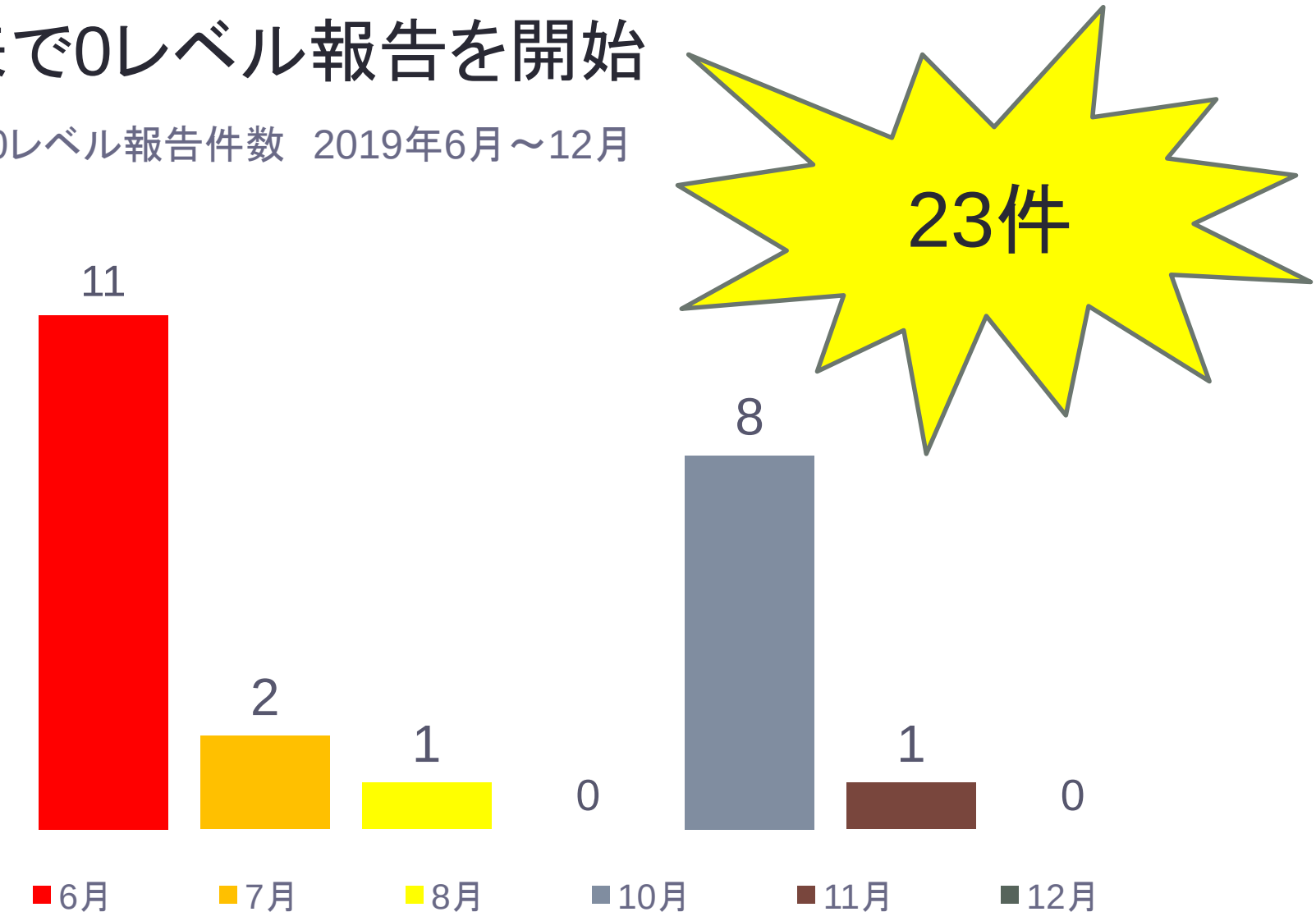
0レベル
発見 → 副院長に
報告 → 副院長より
注意喚起

重点課題①
患者確認手順遵守・
習慣化活動の継続

0レベル報告の効果

外来で0レベル報告を開始

0レベル報告件数　2019年6月～12月



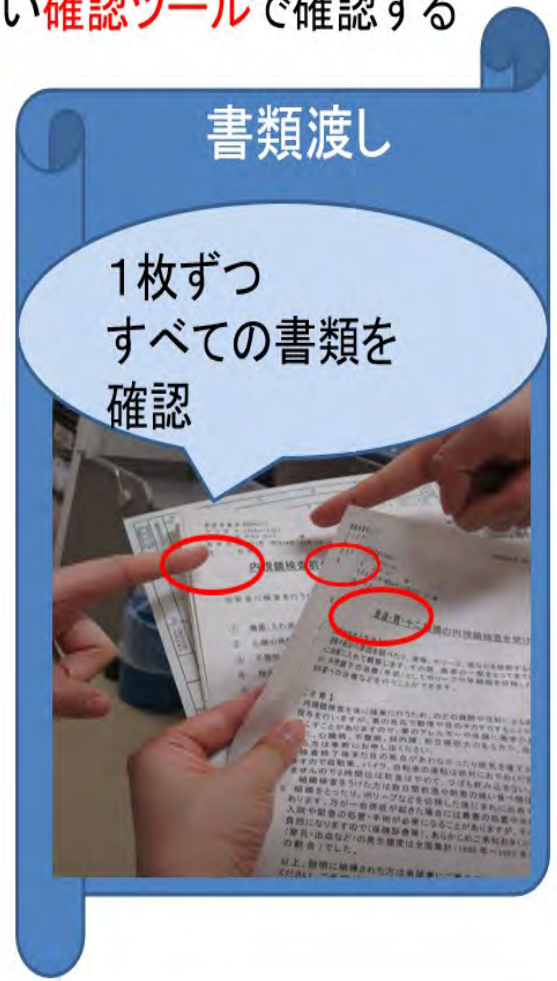
重点課題①
患者確認手順遵守・
習慣化活動の継続

患者確認ツールを用いた確認

ツールと照合せず、患者誤認発生

＊ツールを用いた確認の周知と習慣を目指す

フルネームで名乗ってもらい確認ツールで確認する



重点課題②
不具合事例からの改善を促進し、再発を防止する

現状把握シートの活用

個別指導による実務者育成

＊過去の事例を分析

主任・副看護師長7名が新規参加

個別指導受講者計24名

重点課題②
不具合事例からの改善を促進し、再発を防止する

現状把握シートの活用

金庫管理薬管理

複数の部署が関わったヒヤリハット事例

現状把握シートを用いて分析

・ダブルチェック
・転棟時の申し送り

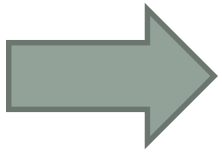
☆想定外な問題の顕在化
☆現状把握の重要性

重点課題②
不具合事例からの改善を促進し、再発を防止する

内部監査の活用

内部監査の活用

是正要求事項
対策の継続・評価
状況を監査



対策再検討

再発防止

重点課題②
不具合事例からの改善を促進し、再発を防止する

今後の課題

- 現状把握シート実用化
- 医療安全管理室との連携

次年度への課題

1．患者誤認防止活動の継続
　特にツールを用いた患者確認！

2．現状把握シートの活用

ご清聴ありがとうございました。

資料Ⅲ-5

QMS活動実践のための基礎固め

2020.3.7　心臓血管センター金沢循環器病院
角田　久子

©QMS-H研究会

《文書管理とサブPFCに重点》

本年度の重点課題	当課題を選んだ背景，問題意識	本年度の
QMS活動実践のための基盤固めとして文書管理システムを確実に稼働するとともに、院内ラウンドでサブPFCを検証することを通じPDCAサイクルの定着を図る。	本年度から研究会の正式メンバーとして参加することとなったため、基盤固めを図り、地道に活動に取り組む道筋をつけることが重要と思料。このため、まずは文書管理システム、サブPFCの定着・活用を図ることが重要かつ有益と認識。 この間、研究会からの応援も受けながら、院内イベント（サブPFC発表会）なども開催し、QMS活動のさらなる浸透にも努める。 ＜参考＞ 研究会活動では、当院の取り組みの実情報告に努めながら、研究会メンバーの助言を仰ぎ、病院管理運営会議での確実なフィードバックを行う。この間、院内推進体制の見直しや人材育成面の基礎固めにも努めたい。	サブPFCの充実と 内部監査への活 用

11月1日（金）
金子・田中両先生による院内勉強会
①文書管理診断ｱﾝｹｰﾄ結果について
②標準化ﾂｰﾙとしてのPFCについて
③文書の体系管理について
④内部監査について

11月21日（木）
田中先生によるｻﾌﾞPFC改正のﾌｫﾛｰｱｯﾌﾟ訪問

12月13日（金）
棟近先生をお招きしてｲﾍﾞﾝﾄ開催
①ｻﾌﾞPFCｺﾝﾃｽﾄ
②文書管理ｼｽﾃﾑ愛称命名式
③QMSについてのご講義

（その他）
・基礎講座に部分参加（修了者は1名⇒3名に）
・「PFCで業務を見える化」（1月26日大阪開催）に5名が参加

1.文書管理システムの本格稼働と活用・定着

文書管理システム使用方法マニュアル作成

院内イントラのサイドバーメニューにリンクを追加

事務局でマニュアルを作成のうえ、文書管理取り纏め者・担当者に利用方法を説明

文書管理システムを導入したことで見えてきたこと

公開検索　ワークフロー　情報出力　クロスマップ　システム管理

	規定・基準	PFC	手順書・マニュアル	技術標準	帳票	外部文書	未分類
地域医療相談室	1	1	3		13		
外来	1	1	18		30	1	
カテ室		1	27		4		
訪問看護	1		2		4		
血液浄化センター		1	1		2		
2階病棟HCU		2	14		13		
手術室	4		37		41		
4階病棟		1	3		4		
6階病棟		2			1		
7階病棟		1	12		27		
8階病棟			35		48		
その他看護部	16		565		135	2	
保育室			1		13		
経営管理課			2		3		
総務課	12	1	103		56	1	

- 部門別の管理状況等の把握が可能となった（部署ごとに登録数や内容＜文書タイプ等＞にバラツキも見られる）
- 利用状況も把握可能：現在の利用者は約40名に止まる（そのほとんどが取纏め者ないし文書管理担当者で、一般職員の利用はこれからの段階）。

2020年2月現在の登録状況

1,906文書

新規30（うち改訂6）

文書管理の勉強会とシステム愛称

- 12月：当院全職員を対象に実施した文書管理に関するアンケート調査（2019年1月実施）の結果報告（金子先生より）

- 12月：システム愛称の命名式（棟近先生お立会いの下で、名村CEOより）

KIQS（キックス）

Kanazawa Intelligent Quality-management System

文書管理の勉強会とシステム愛称

- 愛称決定式の模様

2-1.サブPFCの充実

- サブPFC作成サポートの継続

11月：金子先生、田中先生による院内勉強会開催

・院内で作成したサブPFCを基に指導を受ける

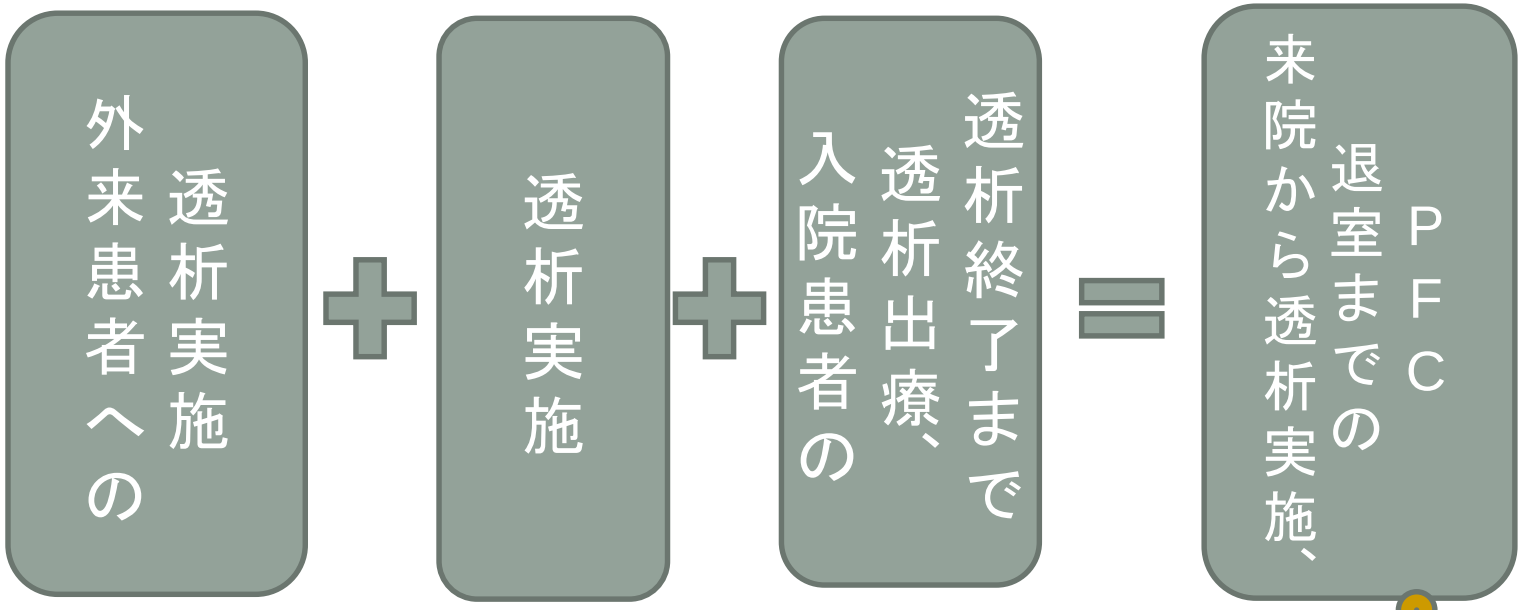
・金子先生、田中先生のご指導によりサブPFC
を修正（「部分」から「統合」へ＜後述＞）

●11月の勉強会の模様

勉強会で見えてきたこと

PFC

外来、ME、病棟で作成したPFC：透析例



複数部門に跨る一連のプロセスとして
可視化し情報共有することが課題！

サブPFCコンテスト（QMS活動の再周知）

●12月：サブPFCコンテストの開催

　PFCについてご指導を受けつつ、作成プロセスも含めご評価のうえ各賞を御授賞いただいた。

●コンテストに際し、棟近先生による勉強会を開催

「医療の質をシステムで保証する」

➡全職員対象にQMS構築の意義について理解を深めた

サブPFCコンテスト（QMS活動の再周知）

- サブPFCコンテストの模様（説明・審査）

サブPFCコンテスト（QMS活動の再周知）

- サブPFCコンテストの模様（授賞式）

「振り返って、良かったで賞」	「パイオニア賞」	「もう間違わないで賞」	「すっきりしたで賞」	「繋がったで賞」	「七転び八起賞」
外来受付から会計案内まで（外来）	心臓造影 CT 検査業務（放射線部）	心臓リハビリテーション業務（リハビリテーション部）	心臓カテーテル業務（臨床工学部）	外来患者の透析業務（血液浄化センター） 入院患者の透析業務（6 階病棟）	転倒・転落発生時の対応（7 階病棟）

サブPFCコンテスト（QMS活動の再周知）

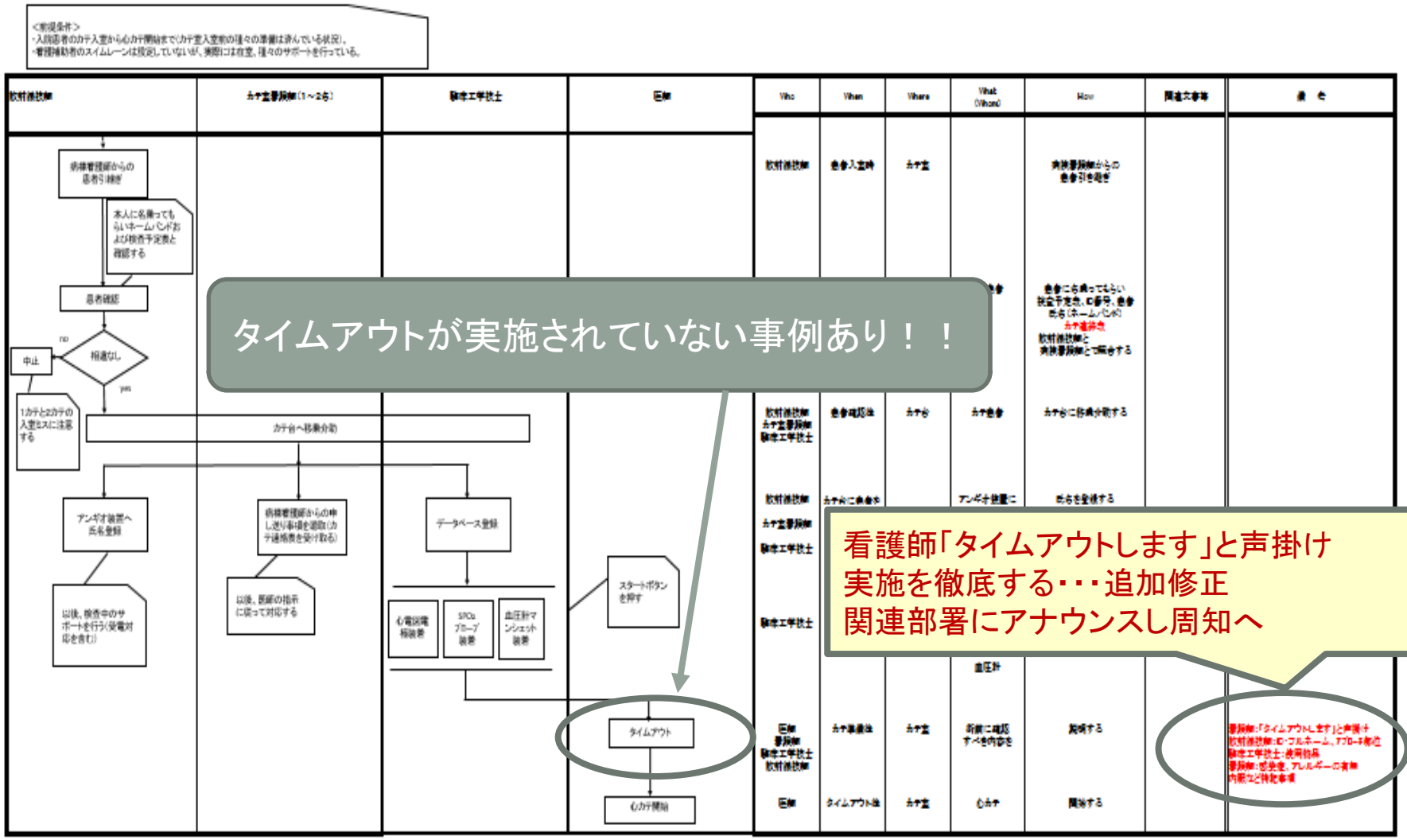
- 棟近先生ご講話の模様

2-2.サブPFCを活用した内部監査

中間報告後の内部監査

	サブPFC
9月	心カテ実施
10月	心電図検査
11月	外来受付から診察までの業務
12月	注射指示から準備
1月	予約入院患者の内服薬セット業務
2月	下肢静脈瘤手術の出療業務
3月	リハビリテーションのオーダーから開始まで

例：内部監査実施後の結果と修正（心カテ）



今後の活動予定（あるいは今後の課題）

《文書管理》

① 格納された文書の棚卸

② 活用状況の把握とこれに基づく改善

③ 文書管理に関するアンケート：再実施・集計・分析

《サブPFC》

① サブPFCの作成サポート（より広範に、そして「部分」から「統合」へ）

② 内部監査（医療安全ラウンド）の継続（あるいは高度化）

《QMS活動の定着》

〇 さらなる院内認知度の向上、主体的取り組みの定着、そのための施策の検討・実施

Ⅳ-1

仙台医療センター
最終成果報告

令和　2年3月7日

TQM推進室　工藤　麻子

2019年度の重点課題と年間の活動計画

本年度の重点課題	当課題を選んだ背景，問題意識	本年度の目標
	紙運用の文書管理（デスクネッツ掲載）から、新文書管理システム（電子ファイルでの原本管理・電子承認）への移行。	新文書管理システム操作サポート
～常に最新の標準業務を共有し、いつでも文書に立ち戻れる環境を目指して～	新病院移転に伴う病棟組織改編、システムの変更があり、規程や基準、マニュアルやPFC等見直す必要がある。	規程や基準、マニュアルやPFCの見直し
	新文書管理の活用促進 文書が適切に修正され、活用される必要がある。	内部監査で文書の改訂部分、周知状況を確認

重点課題
文書管理の新システムへの移行と定着に向けた推進活動

実行計画

4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 1月 2月 3月

文書管理規程見直し

★ 5.1 新病院移転

虫眼鏡犬.ico

文書管理システムの愛称公募：「文太郎」に決定 !!

5.29文書管理操作説明会

富士ゼロックス：塩谷さん

映像ライブラリにアップ

統括診療部長へ標準診療指針の見直し依頼

共通外来診療PFC/共通入院診療PFC　見直し（事務局）

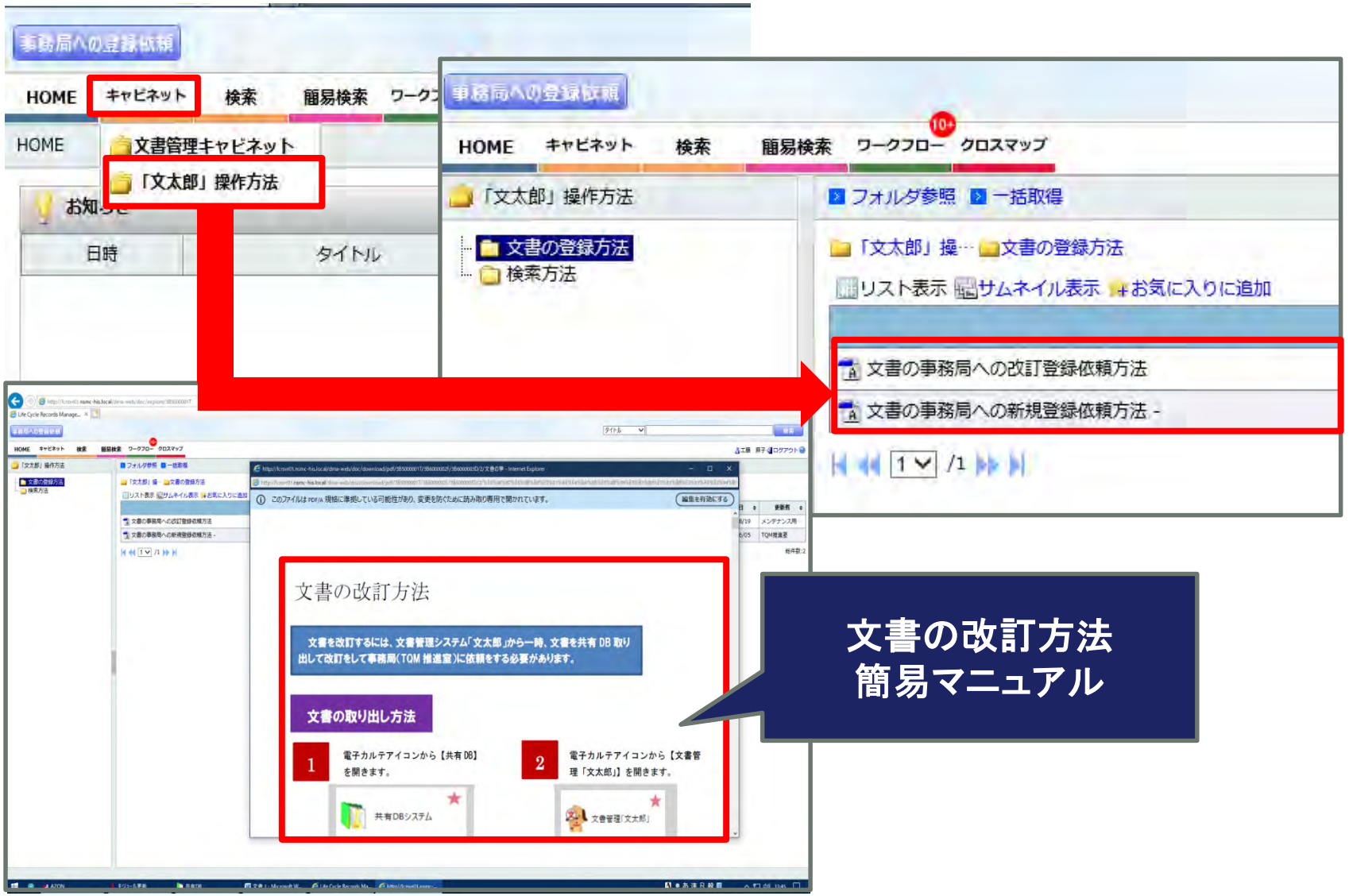
各部署で関連文書の見直し

見直をした文書の運用開始

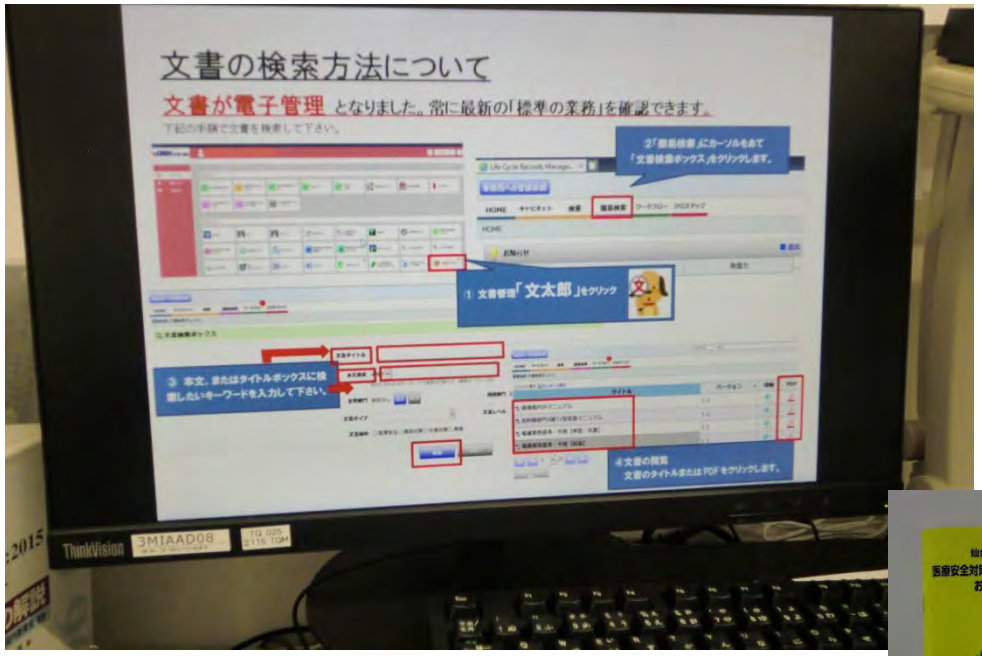
内部監査「文書管理」チェック表新規作成

内部監査（適切な文書の改訂、周知状況の確認）

「操作方法簡易マニュアル」 文太郎に掲載



文書管理システム「文太郎」の院内への周知



※「文書の検索方法」電子カルテのクリーンセイバーにアップ

※「医療安全ポケットマニュアル」を掲載に伴いスマートフォンの「文書の検索方法」を掲載

「文太郎」への登録文書数

（2月1日現在）

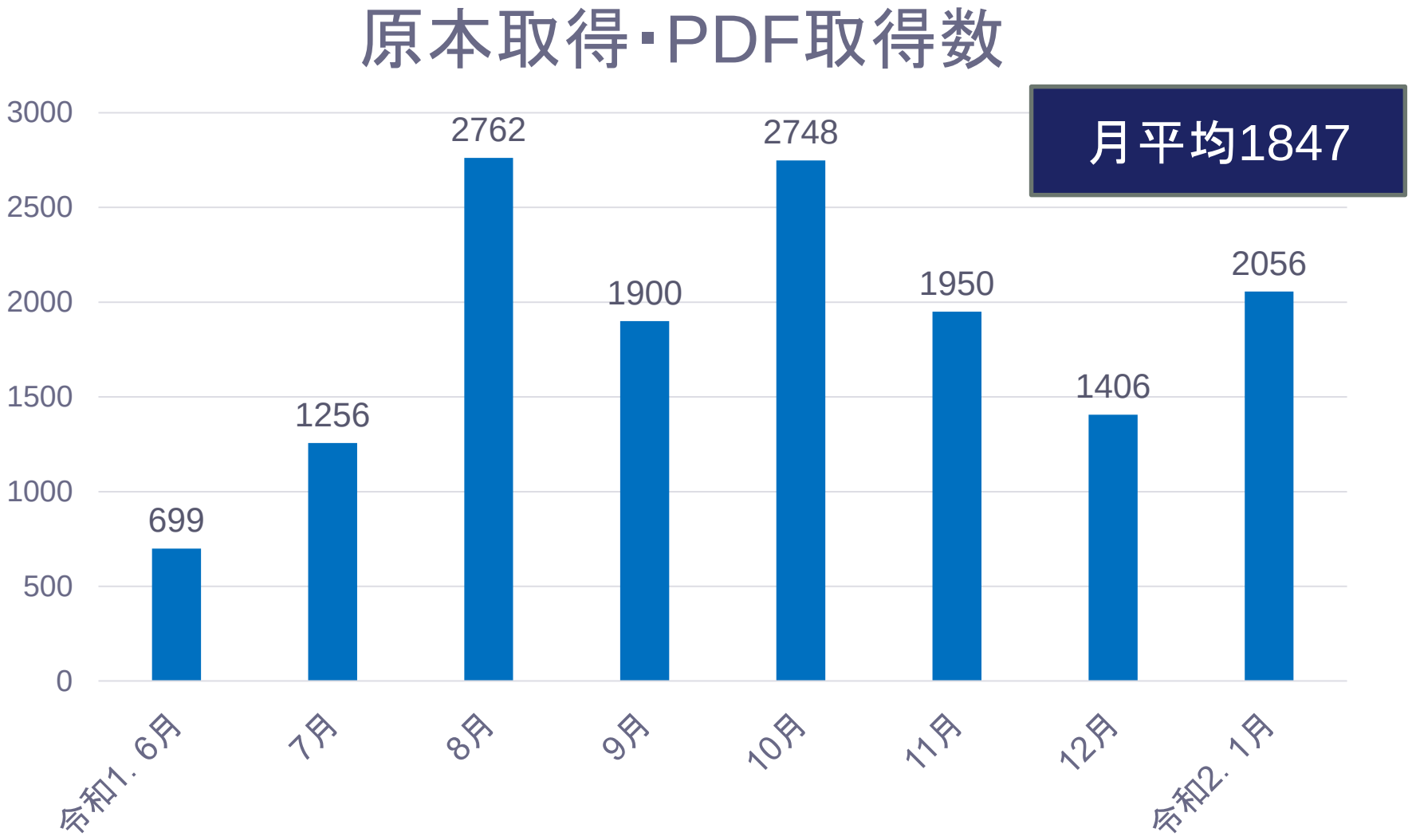
	規定・基準	PFC	マニュアル・手順書	技術標準	帳票	外部文書	未分類
臨床工学室	2	15	1				
情報管理部	4		6		7		
医師業務支援室							
臨床研修部		3					
地域医療連携部							
地域医療連携室		15	1				
がん診療連携室							
診療支援センター							
TQM推進室（ISO事…	7	5	2		3	16	
医療安全管理室		2	1				
感染対策室	1		1		14		
薬剤部	3	54	3				

規程・基準	86
PFC	309
マニュアル・手順書	117
技術帳票	1
帳票	144
外部文書	6
	計663

一次文書	5
二次文書	205
三次文書	297
四次文書	156

毎年7~8月　文書の見直し依頼・実施

「文太郎」アクセスログ数


原本取得・PDF取得数
月平均1847
3000
2500
2000
1500
1000
500
0
699
1256
2762
1900
2748
1950
1406
2056
令和1. 6月
7月
8月
9月
10月
11月
12月
令和2. 1月

内部監査の実施　　期間　R1.10. 7～11. 15

【重点項目】

対象:65部署
（診療科32　看護部17　メディカル部門6　事務・室10）

新病院への移転に伴い文書の適切な改訂が行われているか確認。

文書管理用チェックシート

重点項目　文書管理用　内部監査チェックシート

対象となる文書：２次～５次（PFC・サブPF

被監査部署：

項目	確認内容	方法
１．文書の定期的見直し	定期的に見直しされているか（年１回） 【診療科】 診療科マニュアル・PFC 【看護部】 ３次・４次・５次文書 【メディカルスタッフ部門】 ３次・４次文書 【管理部門】 ２次・３次・４次文書	各部署の文書一覧で文書バージョンが 1.1 から 2.0、あるいは 1.2 にバージョンアップしている A：バージョンアップが全ての文書で行われている B：バージョンアップは８割以上の文書で行われている C：バージョンアップは８割未満の文書が行われている ※５次文書については文書の表紙に改訂履歴がある。
２．改訂日・見直し日の明確化	改訂月日や見直し日が記載されているか。	各部署の文書の「改訂履歴／見直し改訂履歴」の内容が記載されている。 ※5 次文書（看護部）は表紙から確認する。
３．文書の適切な改訂	新病院への移転に関連した文書改訂を行ったか。	改訂された箇所を説明できる。 A：説明できる　B：説明が不十分（内容と現状に若干、乖離あり） C：説明できない
４．改訂箇所の周知	変更点をどのように周知しましたか。	周知方法を説明できる。 A：説明できる　B：説明が不十分　C：説明できない
５．院内文書管理システムの活用	院内文書管理システムを活用していますか。	システムの活用した内容を説明できる。 （マニュアルの検索、スタッフへの周知等） A：説明できる　B：説明が不十分　C：説明できない

項目ごとに A、B、C、NA で評価
A：文書管理を適切に行っている　B（改善課題）：文書管理を行っているが不十分　C（観察・注意）：文書管理がされていない　NA：該当な
※評価が B・C の場合、確認結果記載覧に評価理由の記載をお願いします。

【項目】
1. 文書の定期的な見直し
2. 改訂日・見直し日の明確化
3. 文書の適切な改訂
4. 改訂箇所の周知
5院内文書管理システムの活用

【評価】
A:文書管理を適切に行っている
B(改善課題):文書管理を行っているが不十分
C(観察注意):文書管理がされていない

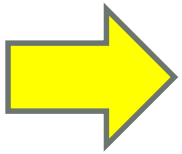
内部監査結果

【重点項目】

新病院への移転に伴い文書の適切な改訂が行われているか。

Aの割合

1. 文書の定期的見直し　92.3%
2. 改訂日・見直し　95.3%
3. 文書の適切な改訂　93.8%
4. 改訂箇所の周知　95.3%
5. 院内文書管理システムの活用　91.9%



全体として
94%

内部監査結果

【B･C評価の理由】

- 文書の改訂が行われていない（2部署）
- 改訂月日の記載がない
- 文書の改訂箇所の周知がされていない
- 自部署以外の文書は活用していない

これまでの問題

- メンテナンス
  深夜帯データ更新により「文太郎」が使用できない。
  メンテナンス時間　４時間→１時間に短縮
- 廃棄文書の保管について
  アーカイブに保管　バージョン毎に保管
- 関連部門　情報を開かないと文書が複数部署に
  またがっていることが分かりにくい。
- 改訂登録、新規登録依頼文書の不具合時
  事務局　否決→登録依頼者に再度、申請依頼

今後の課題

- 看護部の5次文書、各部門、委員会等の未登録文書の登録の推進
- 管理体制の継続

  定期的見直し、承認フローの確立
- 文書の活用　一般職員への周知
- システム

  関連部署の情報、廃棄文書の管理

  ⇒ゼロックスと共に調整

前橋赤十字病院

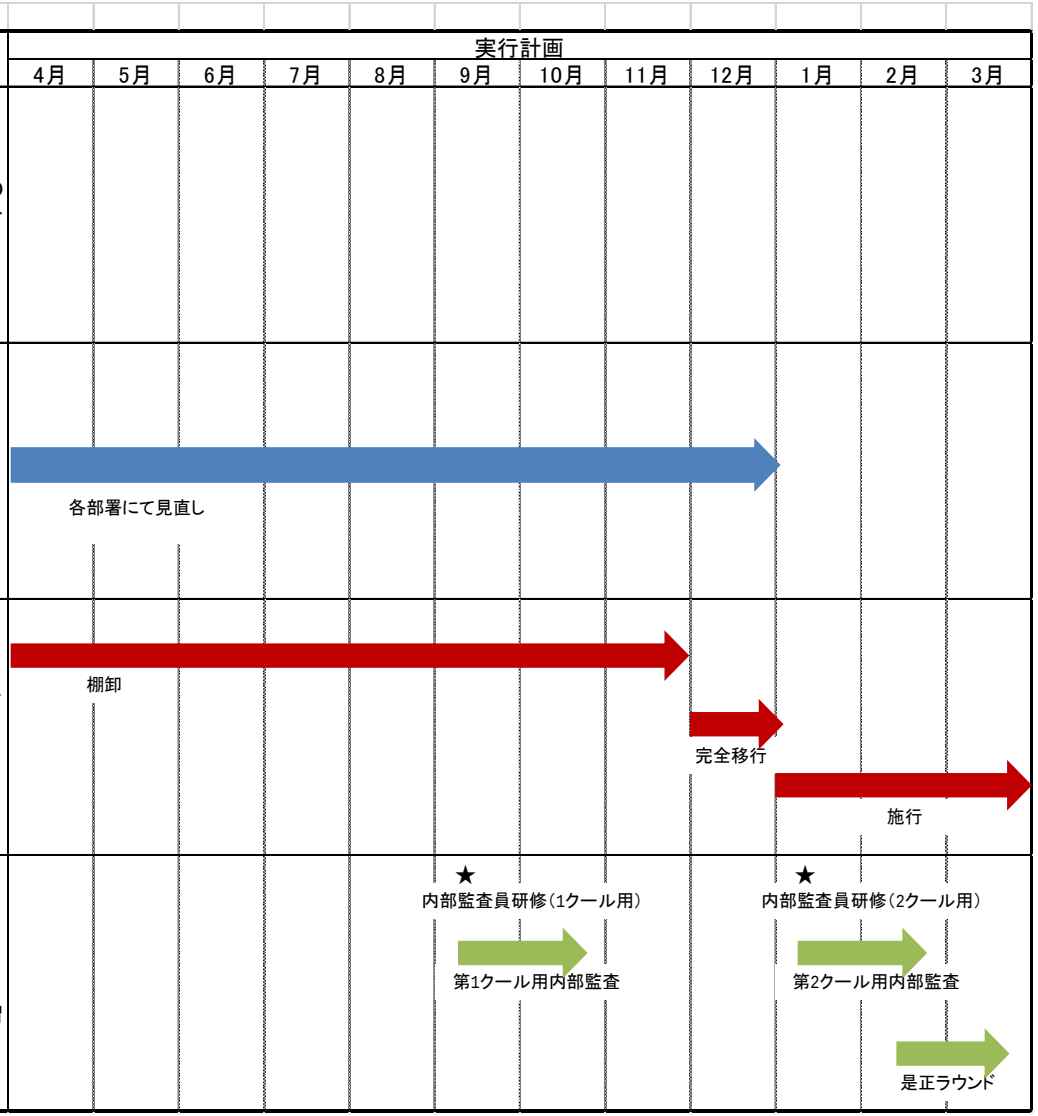
2020年3月7日

阿部　毅彦

©QMS-H研究会

2019年度重点課題

本年度の重点課題	当課題を選んだ背景，問題意識	本年度の目標	実行計画
QMSの再構築	①新病院移転に伴い、組織やシステムに変更があったため、体制見直す必要がある。	・QMS推進体制の再構築（後継者含む）	
	②新病院移転に伴い、組織やシステムに変更があったため、マニュアルやPFC等見直す必要がある。	・PFCの見直し	
	③文書管理の継続	・電子版での承認システムを導入し、完全移行 ・文書棚卸	
	④内部監査の継続 内部監査のレベルアップとともに、監査員の増員が必要。	・継続的改善 ・監査のレベルアップ ・内部監査員の増員	



1.QMS推進体制の再構築

- QMS部会員の構成
  新メンバーを加えて再構成

- 後継者の決定
  ⇒ほぼ確定

2.PFCの見直し

- 既存のPFCについて
  - 担当部署に見直しおよび改訂を依頼

    各部署で重要なものから見直し（6割程度提出済）

    ・看護部、コメディカルからの申請多数

- 新規PFC作成
  - 現状に即した業務の新規PFCが徐々に作成された

    ・委員会（部会含む）、コメディカル、事務部

3.文書管理の継続

- 文書管理システムへの登録
  新規56件、改訂1件（9月～2020年1月）
  8，850件（2020年1月末現在）

- 文書棚卸・洗い出し
  - 病棟組織改編に伴う文書の整理
  - 文書管理が出来ていない部署への介入
    ⇒継続
- 文書承認プロセスの電子化
  - 院内ポータルサイトからのSSOが可能になった
  - 新病院後の組織改編に合わせた、文書承認者MAPの改訂を行った　⇒システム運用検討へ

4.内部監査の継続

- 内部監査の実施
  - 変更した監査方針にもとづく内部監査の継続

    プロセス及びインシデントに絡んだ監査の実施
    （11月26日実施）

    外来、リハビリテーション科部
- 内部監査員の増員
  - 退職等による主任監査員の減少

    各部署における監査員経験者を把握

    主任監査員候補者の選出

5.その他

- 病院機能評価更新審査
  - 病院機能評価3rdG：Ver.2.0
    （2019年6月25日～26日受審）
    ⇒更新認定
- ISO9001
  - 第2-1回定期維持審査
    （2019年12月3日～6日受審）
    ⇒継続認証

まとめと今後の課題

- 新病院移転後2年経過
  - 当院の2020年目標

    「もはや移転後ではない。」ことを認識して、効率的な働き方を実現し、現状から少しでも進歩すること
  - 効率的な働き方＝業務改善

    QMS活動の重要性を認識する機会
  - QMS講演会の開催

    初心者向け 「いまさら聞けないQMS」

    講演会前後でのアンケートを実施
- 現状を再確認し、QMS活動も 少しづつ進歩

武蔵野赤十字病院
最終成果報告

©QMS-H研究会

2019年重点課題

武蔵野赤十字病院

2019年度のQMS重点課題

本年度の重点課題	当課題を選んだ背景，問題意識	本年度の目標	実行計画											
			4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
内部監査の実施	昨年度は内部監査規程の策定など、当院の各部署での相互監査が実施できるよう準備を整えた。今年度はそれを実施、評価する。	計画通りの実施と是正改善の成果を視る	①病棟		②部門		③病棟	3日③実施	④事務		⑤病棟		病院機能評価	⑥診療科
TQM推進室の設置に伴う活動基盤の構築	今年度より当院ではTQM推進室が設置される。活動の範囲、処務規定等を整え承認された。しかし、院長を含めてTQM推進室の理解は乏しい。	活動実績を積み、成果を出す。	①TQM推進室の設置、室員の選定 ②TQM推進室規程の承認 ③年間計画の決定 ④活動実施											
文書管理の継続	新システムの導入に当たり、文書管理の再構築と院内での活用を推進する	新システムへの移行と整理 TQM推進室と協働での管理基盤の構築と活用の推進	文書管理システム契約手続き →						文書管理システムの移行・周知 →					
							旧システム文書の抽出 →							
			運用ルールの策定 →											
													2月病院機能評価	

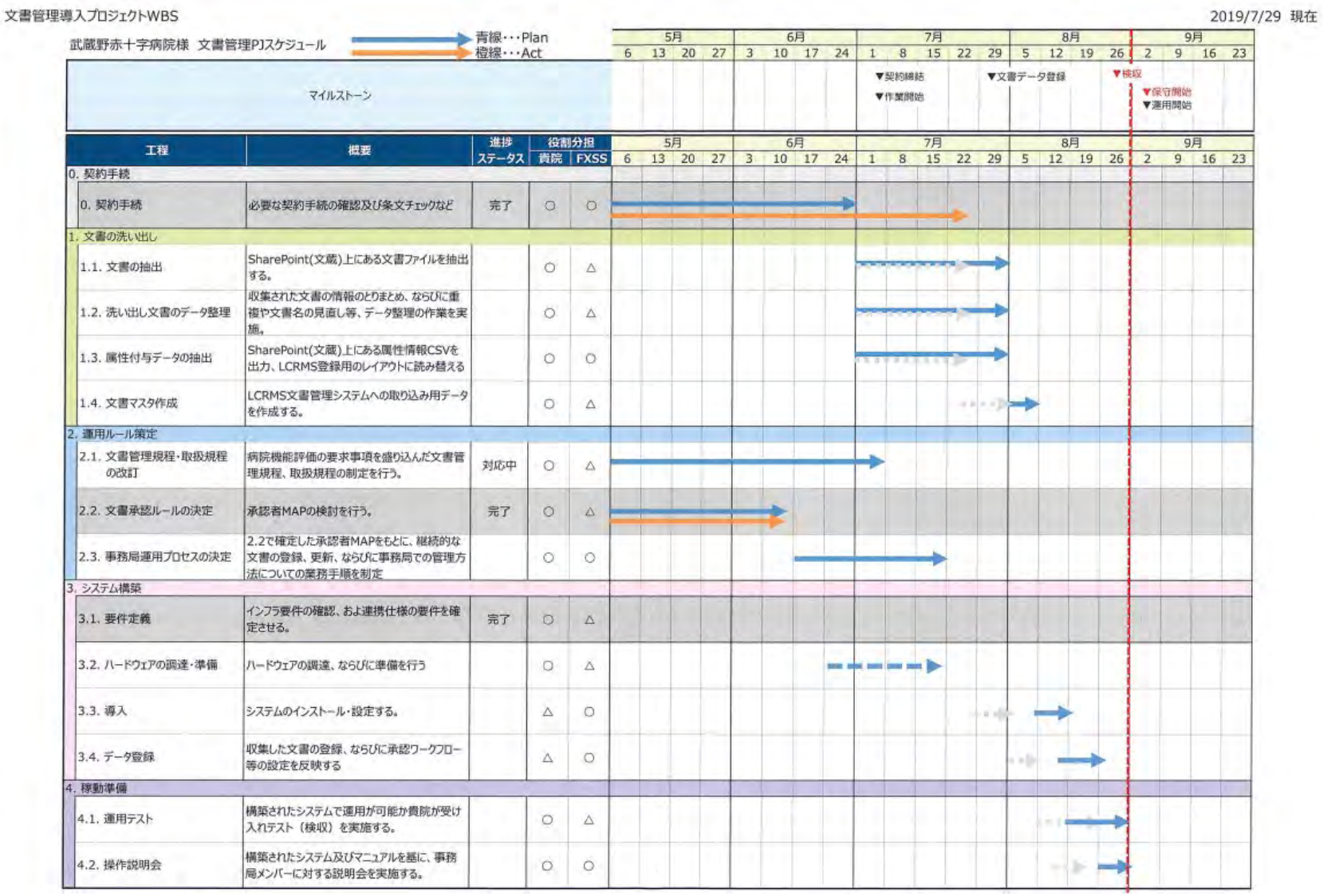
各課題は担当者が中心となって実施するよう実行計を改変

文書管理システム稼働の進捗報告

これまでの進捗状況

- 2015　シェアポイント（マイクロソフト社）サーバ導入、
  コンテンツ作成開始
- 2016　管理文書作成マニュアルリリース
- 2017　シェアポイント内コンテンツの修正
  システム名称の院内公募（文蔵に決定）
- 2018　文蔵（シェアポイント）オープン
  旧システムから新システムへデータ移行完了
  文蔵にて機能追加検討（未既読管理、検索機能強化など）
  富士ゼロックス社 文書管理システムへの移行を決定
- 2019　承認者マップの作成完了

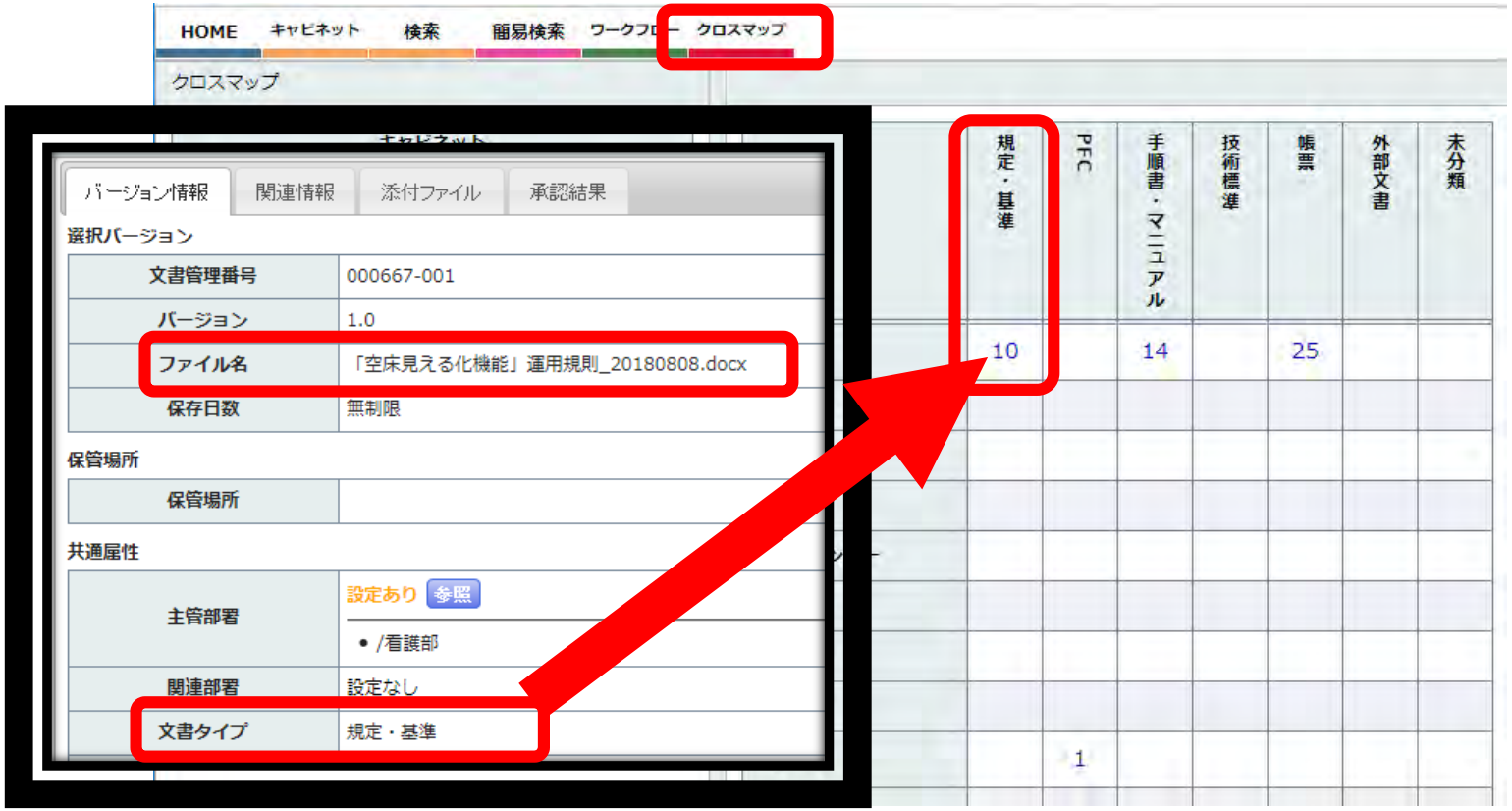
新システム導入スケジュール



今年度の進捗状況①

●文書タイプ（分類）の設定

→各文書内の文書タイプを各部署、事務局にヒアリングし設定。（クロスマップ上で確認。）



今年度の進捗状況②

- 一般職員向けの説明会（2019年11月）
  文蔵V2（富士ゼロックス）の操作方法等説明
  文蔵V2　参照可能とし
  文蔵V1（シェアポイント）を正とする

- 病院機能評価受審（2020年2月）
  文蔵V1（シェアポイント）を正として受審

今後の課題

- 電子承認利用に向けた部署と承認者の設定
- 承認者マップとの整合性の確認
- 文蔵V1のクローズ（2月）、文蔵V2に1本化

内部監査の実施

今年度の当院の内部監査

監査対象：「各部署の主幹業務」

監査項目：①作業方法の可視化・標準化

②手順書に基づく実施

③教育計画

④業務プロセス周知の管理

監査員：計画された監査部署から選出

（部長、師長、係長、スタッフ等）

※内部監査委員会はオブザーバー

監査員教育：OJT（次回担当部署は見学する）

【監査の実施】

4月：外科系病棟 - 抗がん剤注射業務 -

病棟での抗がん剤の受け取り場所・返却場所とその方法の明文化

6月：リハビリテーション科 - 心疾患のリハビリ -

心疾患リハビリテーションに特化した手順・マニュアルの整備と工程の可視化

9月：循環器病棟 - 心カテ治療日の業務 -

看護手順書と病棟マニュアルの整合性　クリニカルパスの更新

10月：病歴室 - サマリー点検業務 -

用語の定義　点検業務のPFCの作成　退院要約記載マニュアルの作成

3月：脳神経外科　－　血管造影検査

ガイドラインに基づくマニュアルの整備　　術者教育の明確化

【活動評価】

- ✓ 監査項目を主観業務にしたことで監査の視点を統一することができた
- ✓ 監査チェックリストと是正（改善）報告書を1シートにしたことで質疑が明確になった
- ✓ 改善内容に対しては、委員会オブザーバーがフォローアップをしたことで現場の負担が軽減し、進捗管理が確実に実施できた
- ✓ 「監査員教育はやはり必要である」という現場からの声があった

【今後の課題】

1. 監査員教育の実施
2. 相互監査の継続
3. 改善活動の水平展開への支援

　当院の内部監査項目である「業務内容や役割、責任の範囲」「業務実施までの段階的教育内容」の明文化は病院機能評価での確認事項と一致していた。

TQM推進室新設に関する報告

TQM推進室新設に関する報告

- 2019年度7月にTQM推進室が承認された
- 医療に質向上に特に関わりのある委員会・専門チームよりメンバーを選出
- TQM推進室発足にあたる説明会を実施

●2020年2月に病院機能評価の受審があり、TQM推進室としてその準備に関わった

●その他TQM推進室業務に関しては
- 専任事務員の不在
- 定例会議への室員の参集不能
- 適時調査などの外部審査に翻弄された

などの理由から活動実績をつくれなかった

- 病院機能評価の準備からわかったこと

  病院内では、
  - 掲示物の取り扱い基準
  - 廃棄物の取り扱い
  - 文書管理
  - 各部署における業務および教育基準　　等

各部署で共通して行われるべき対策や基準の整備などを俯瞰して確認する部署が必要であることを再認識した

【今後の活動計画】

1. 病院機能評価プロジェクトから引き継いだ外部審査による改善提案事項について、各部署が実践するにあたっての計画的継続支援
2. TQM推進室が継続的改善の実践部門であることの院内への再周知
3. 改善課題整理と実施計画の立案および各部署への提案
4. 改善活動の定期的なフォローアップと巡回による維持の確認と評価計画の立案
5. メンバーの再選出と役割の明確化
6. 定例会議の実施

一般職員へのTQM教育の充実

TQM運用に必要な一般職員への基礎教育の実施

地域医療支援病院
社会医療法人同心会
古賀総合病院
TQM推進室　副室長　渡邊輝樹

早稲田大学西早稲田キャンパス: 2020.03.07（土）

©QMS-H研究会

施設紹介

宮崎県宮崎市池内町数太木1749-1

■ベッド数： 363 床　　■診療科: 25 科

■二次医療圏／急性期医療　　■地域医療支援病院

- 病院機能評価　・・・ 1997年認定～2017年更新
- ISO9001　・・・ 2002年認証～2015年卒業
- JCEP（卒後臨床研修病院機能評価）・・・ 2018年認定

QMS-H研究会: 2010年参加~現在

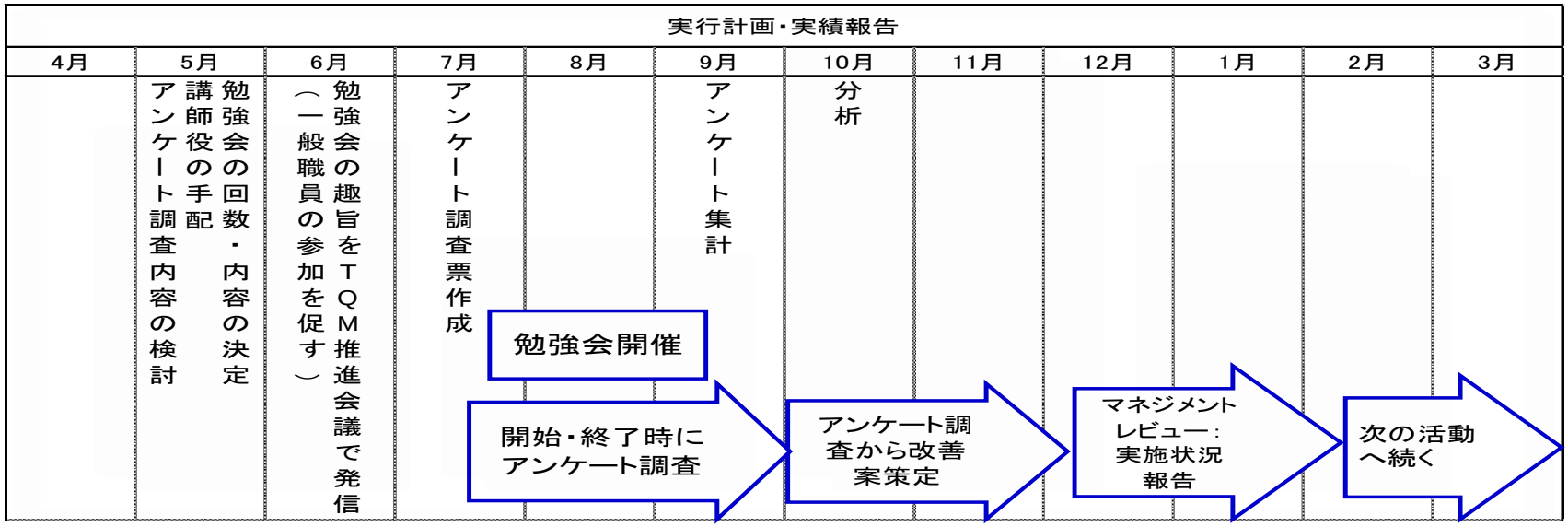
本年度の活動目的

・当院のTQMの推進は、方針管理、内部監査 QMS全体研修として（内部監査報告会・目標成果報告会）など活動継続しているが、管理職が中心でおこなっており、TQM本来の全職員参加型での一般職員への展開目的で、2019年度同心会および古賀総合病院の中長期計画・年度方針にTQM教育推進がとりあげられた。

一般職員へのTQM教育の充実

【本年度活動の目標】

- 一般職員に対してTQM勉強会の開催
- 一般職員のTQMに対する意識調査（アンケート）を行い現状を把握する
- 全員参加による質の意識向上につなげたい



QMS全体研修　1

一般職員対象のQMS全体研修

テーマ　　『 少しだけ心がけてみましょう 』

開催形式：ランチョン　　ランチタイム45分間

今回、3部署連携して開催!!

質安全保証部
- TQM推進室
- 医療安全管理室
- 感染制御室

※参加者にアンケートを依頼

QMS全体研修　2

TQM : Total Quality Management

総合的質マネジメント

*T:*総合的＝全員参加*(*全社的*)*

経営者をはじめ管理者、部門長、職員、そして業務の全段階*(*診療、看護、薬剤・検査…コメディカル、事務など*)*で医療にかかわるすべての部門の参加と協力が必要

*QM:*医療における“質マネジメント”

〔質マネジメントの目的〕

利用者*(*患者*)*および家族の要求に合った医療を提供すること

全部門が協力し組織的に行う質マネジメントが医療での*TQM*

QMS全体研修　3

QMS : Quality Management System

質の良い医療・介護・福祉サービスを提供する仕組み、業務のやり方のこと

- システムで質を保証する（逆：個人で保証する）

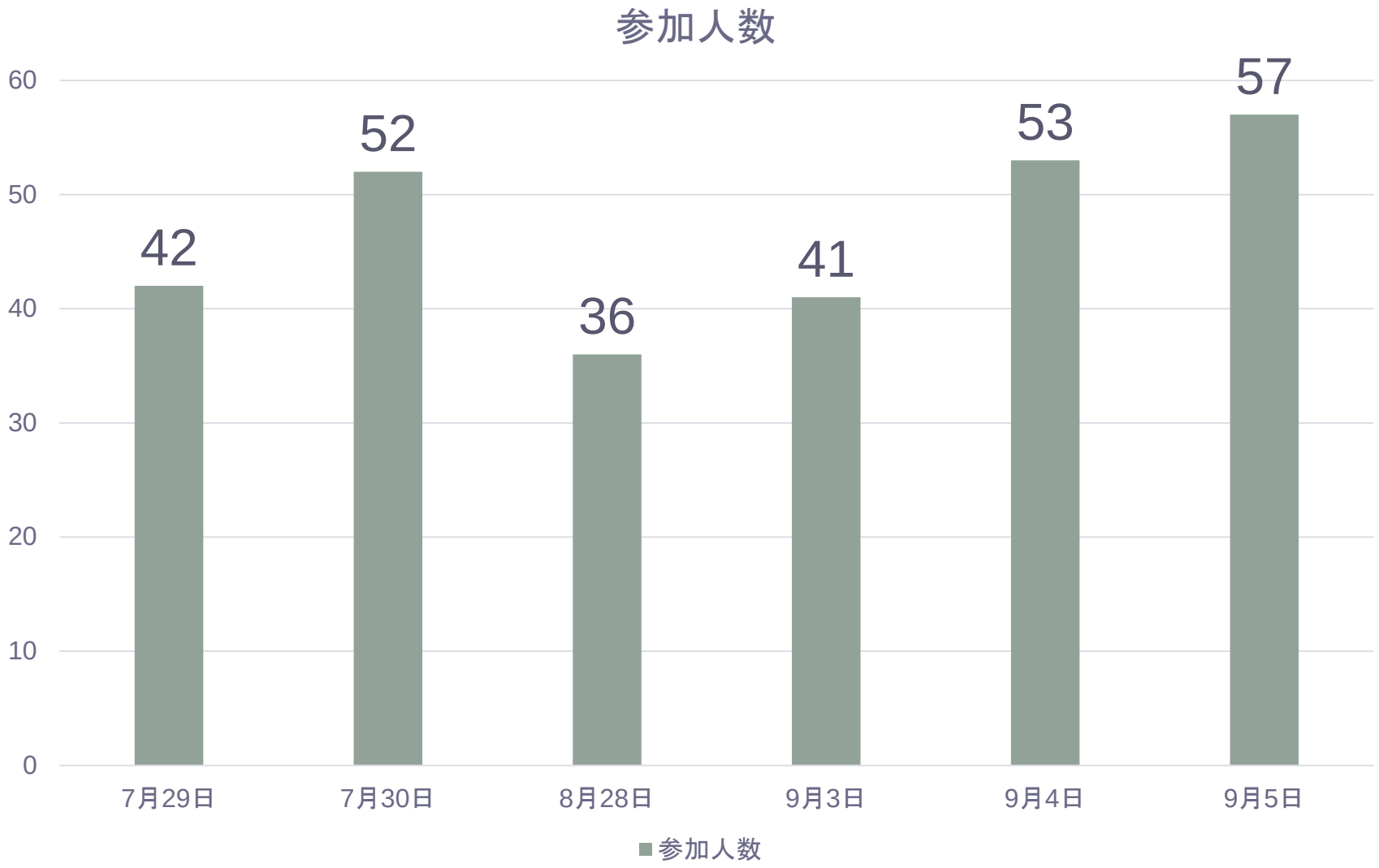
  経験が異なる様々な職員が存在する
  個々の能力に頼るのではなく、決められた仕事(業務)のやり方に従って実施
  誰がやっても一定水準の結果が得られる　→　標準化

- システムの改善

  最初から完璧（完全）なシステムはできない
  「改善する」というシステムを持つ

  『社会情勢や法が変わると利用者のニーズも変わる
  適応できる組織であるために！』

開催日別参加人数


参加人数
60
50
40
30
20
10
0
42
52
36
41
53
57
7月29日
7月30日
8月28日
9月3日
9月4日
9月5日
参加人数

職種別参加人数

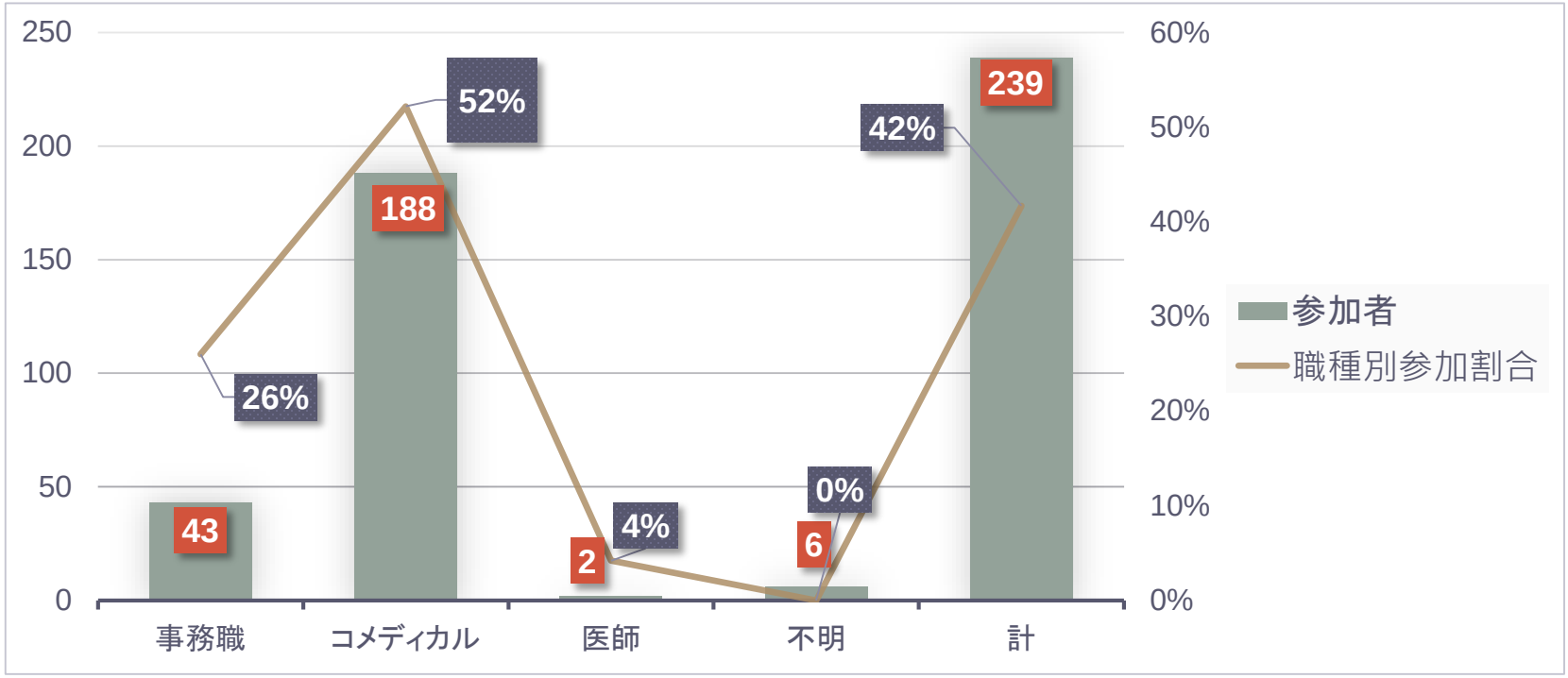
	7月29日	7月30日	8月28日	9月3日	9月4日	9月5日	計
医師		1	1	0	0	0	2
事務職		13	8	8	7	7	43
コメディカル（看護師含）		38	24	32	44	50	188
不明		0	3	1	2	0	6
計	（42）	52	36	41	53	57	239名（281名）

※初日（7/29）参加者42名は当該設問なしの為、含まれず

アンケート集計結果　1

A：職種　　計239名　　2019年9月1日現在　572名

・事務職	43名	・事務職	26.0%
・コメディカル	188名	・コメディカル	52.2%
・医師　2名	不明　6名	・医師　4.2%	全体41.7%



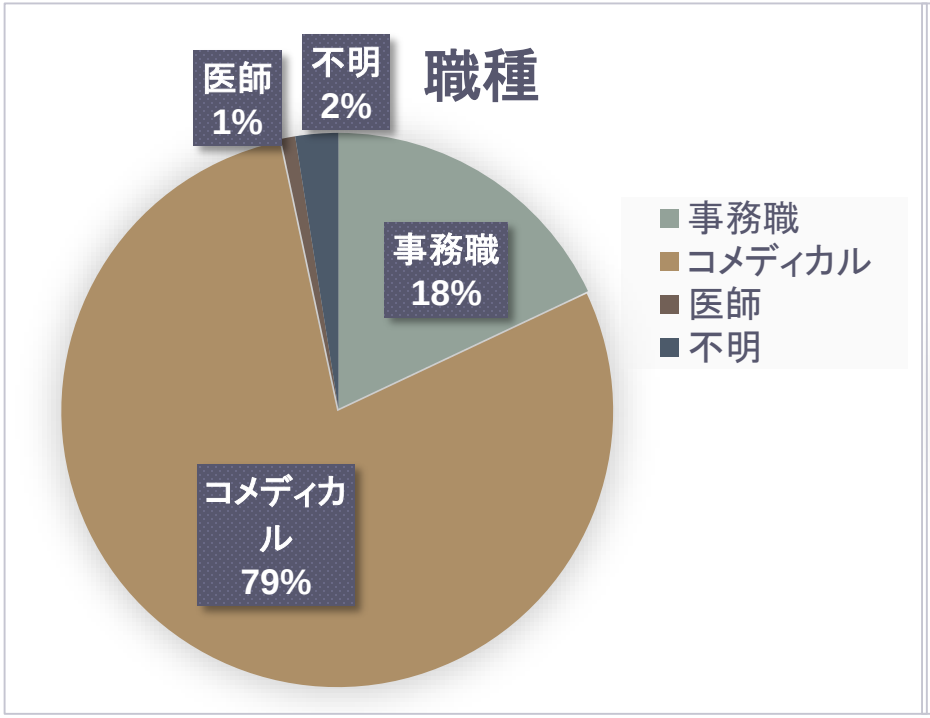
アンケート集計結果　2

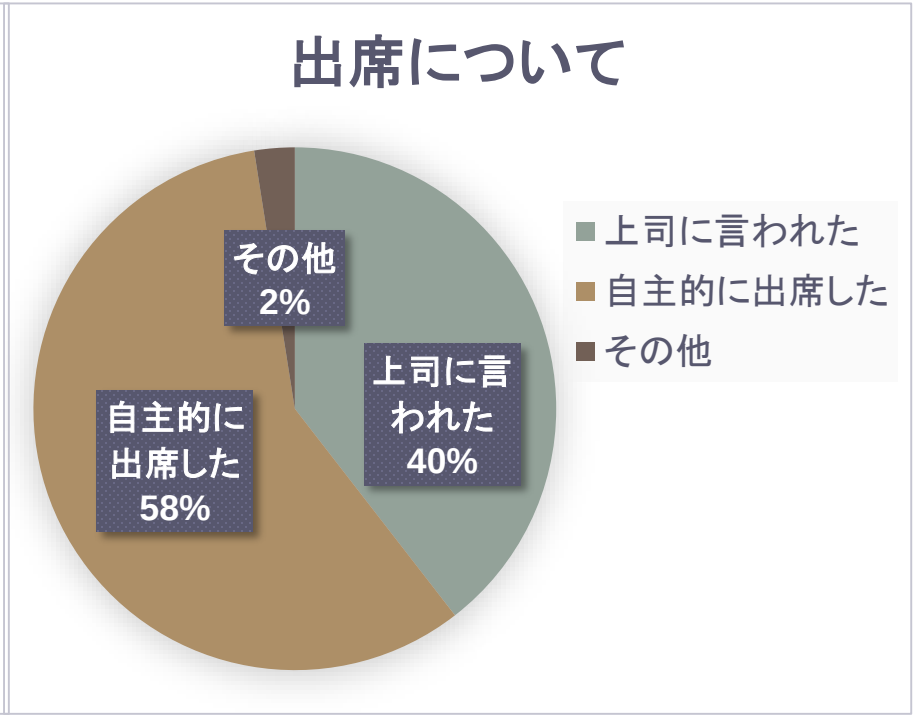
A：職種

事務職　43名　　医師　2名
コメディカル　188名
不明　6名　　計239名

B：研修への出席は誰が決めた

・上司に言われた　111名
・自主的に出席した　163名
・その他　7名

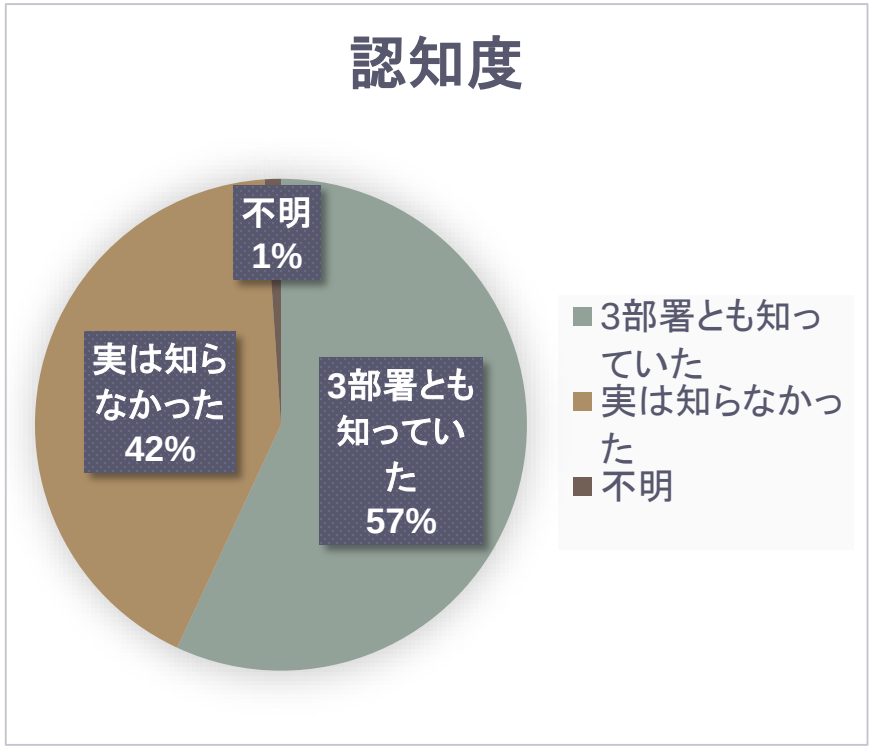


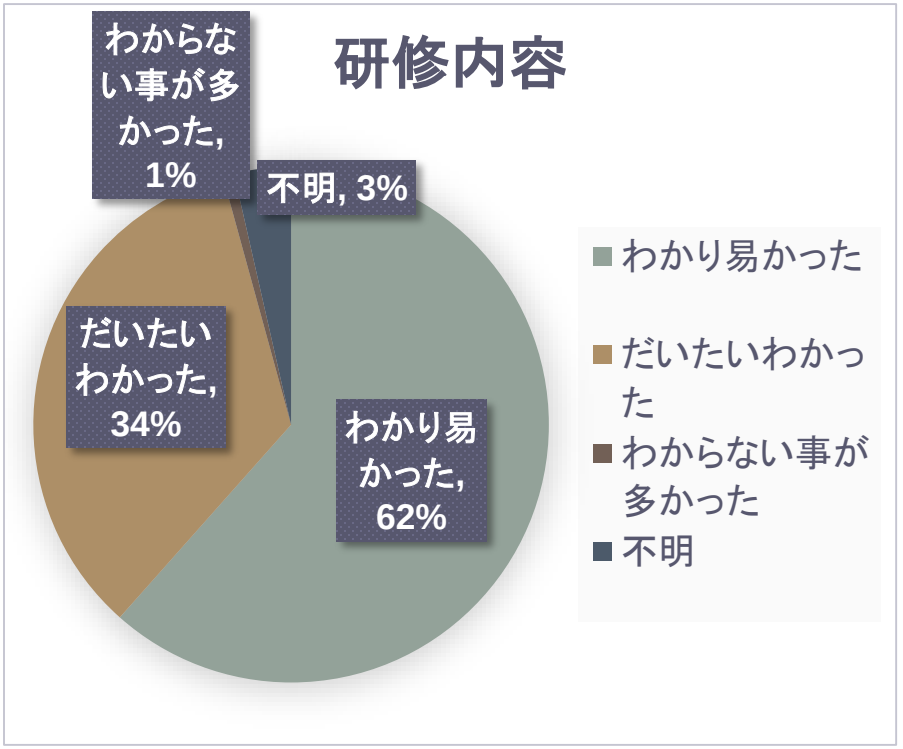


アンケート集計結果　3

C：医療の質・安全に関する部署の認知度
- ・3部署とも知っていた　160名
- ・実は知らなかった　118名
- ・不明　3名

D：研修内容
- ・わかり易かった　173名
- ・だいたいわかった　96名
- ・わからない事が多かった　2名
- ・不明　10名





アンケート集計結果　4

Ｅ：研修内容でわからなかった事　(5名記入)

- ・医療安全に関する事　1名
- ・感染に関する事　1名
- ・TQMに関する事　2名
  （内部監査？だれですか？）
  （標準化の標準って何だろうと日々思います)
- ・難しい言葉が多い・・・・　1名

Ｆ：研修の中で、心に残った言葉、ご感想　(68名記入　重複意見あり)

- ・医療安全に関する事　21件
- ・感染に関する事　37件
- ・TQMに関する事　21件
- ・3部署に関係する事　8件

～頂いたご意見～

※何年も勤務していますが、TQMやQMSの言葉だけ
知っていて意味まで考えたことがなかった。
けれど今回の研修で知ることが出来ました。

※質の良い医療サービスを提供する為に職員が
まとまらないと。同じ目標を持つことが大事だと思う。

まとめと今後の課題

- 今回、一般職員の49.1%が参加したが、
  活動を継続し、全職員参加型TQMにしたい

- 特に診療部の参加を目指す事が不可欠

- 質を向上する為に教育内容に関して階層別、
  評価方法等検討が必要

- 管理職に対して部署内でTQM・QMSの展開・
  教育をおこなう為の再認識の推進

ご清聴

ありがとうございました

Ⅳ-5

持参薬関連インシデント低減に向けて

Part I

飯塚病院　医療安全推進室

2019年度に取り組んだ重点課題

ハイアラート薬（持参薬） 事故低減

本年度の重点課題	当課題を選んだ背景，問題意識	本年度の目標	実行計画										
			4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
薬剤事故低減	中長期計画においてハイリスク薬事故の低減を掲げている。内服薬中でも持参薬に関するプロセスは脆弱である。	持参薬インシデント低減に向けたICTを含めた改善提案	・プロジェクトチーム定例会議発足 ・現状プロセスの可視化 ・インシデントの収集・可視化			・他施設情報収集 ・要因分析			・対策案まとめ			・運用・システム要件整理 ・システム開発依頼		
警鐘事例共有	特に診断・治療などクリティカルなアクシデントにつながる事例についての蓄積や共有ができていない。	警鐘事例データベース作成と共有	・共有のための仕組み構想 ・共有フォーマット作成			・データベースフォーマット作成 ・運用開始			・データベース稼働（2018年度）			・警鐘事例のM&Mカンファレンス実施		
外来患者フロー改善	紹介状のある患者の初診受付でのプロセスに時間がかかっており、多くの待ち時間が発生している。	紹介状有り患者の待ち時間短縮	・改善指標の設定 ・現状把握			・対策立案 ・対策実施			・対策実施 ・対策の標準化			・対策の標準化		

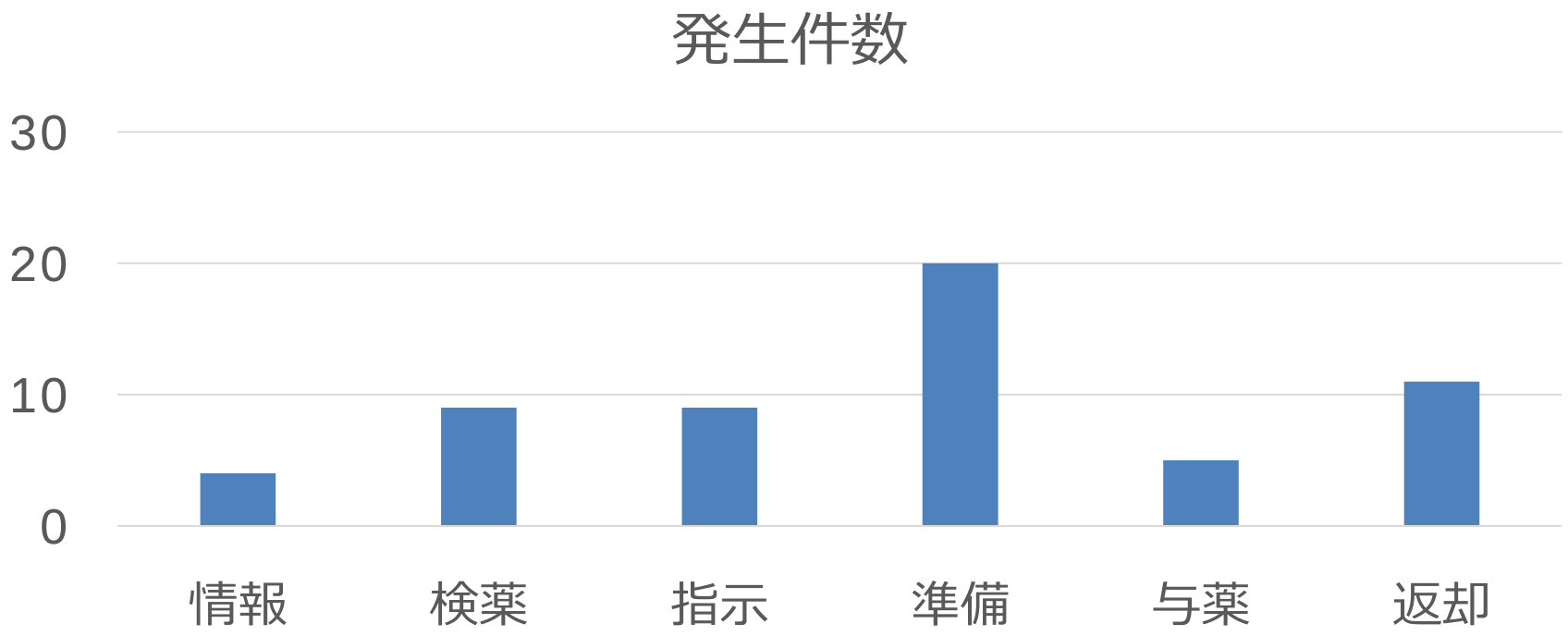
インシデント事例（一部抜粋）

プロセス	要因	実施プロセス
情報	入院前に服用薬をすべて把握できていな	ERCP後に持参薬リストを確認したところ、抗凝固薬をこれまで自宅で内服していることがわかった。紹介状には抗凝固薬の記載がなく内服されていることを把握されていなかった。
指示	看護師からの指示依頼がなかった	入院後持参薬開始する予定であったがDrへ確認できておらず、11/17分の内服が出来なかった。
準備	持参薬チェックシートを見てセットする際に量を間違えた	メトグルコ2錠分１　昼食後に内服させる予定であった。３月９日から１１日まで２錠セットする所、１錠しかセットされておらず、間違いに気づかずにそのまま１錠のみを内服させた。
与薬	入院中何を服用しているかが明示されていない	転棟後、持参薬の袋の中にオキノーム2.5mg　5包あり。持参薬チェックシート、2号記録にも麻薬持参薬持ち込みの記録なし。薬剤師が内服確認時発見する。
返却	退院時の準備かごが二つあり、片方の薬剤を渡し忘れた	施設へ退院時に必要な書類・退院時処方や忘れ物がないと確認していた。その後施設職員より持参薬渡し忘れの連絡あり。確認すると、退院書類をまとめていたカゴとは別のカゴに持参薬が残されていることを発見した。

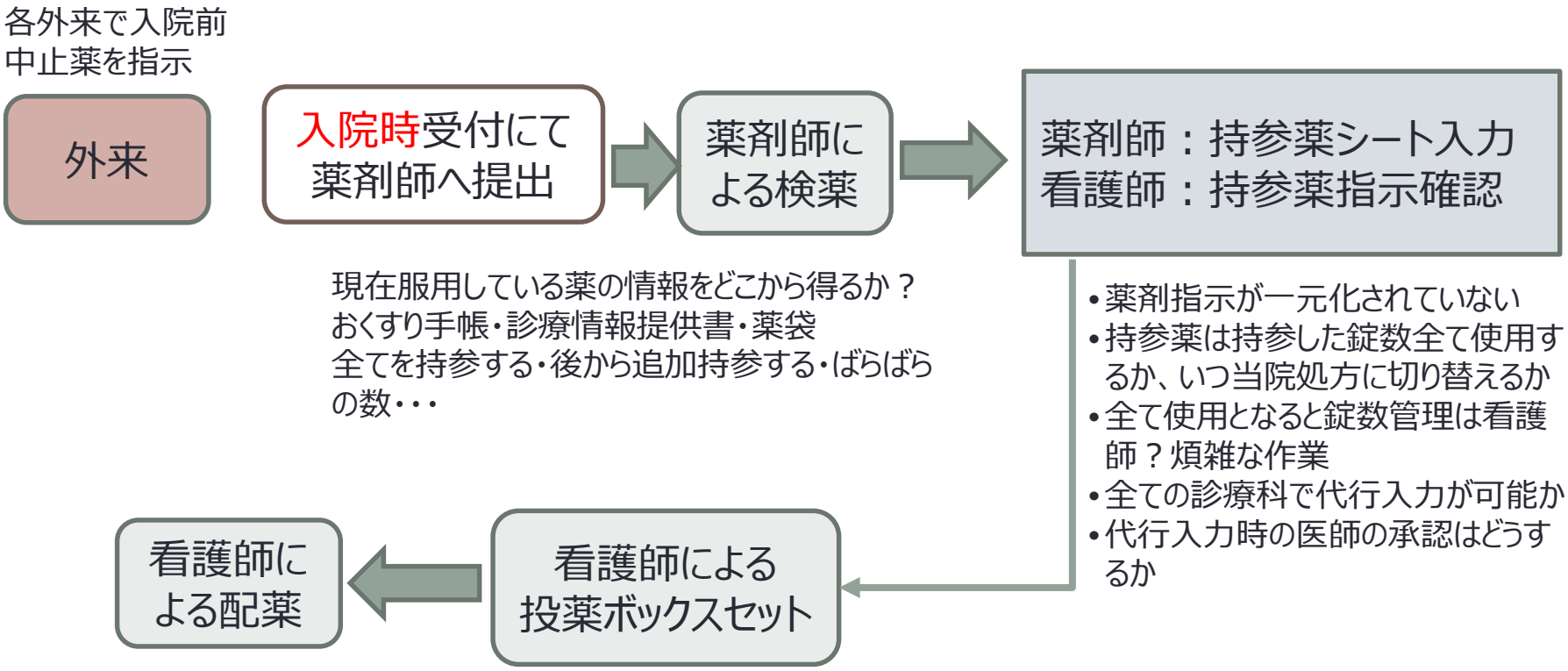
プロセスから見たインシデント

《 2018年10月～2019年3月 》 **持参薬関連 58件**

情報　検薬　**指示**　準備　与薬　返却

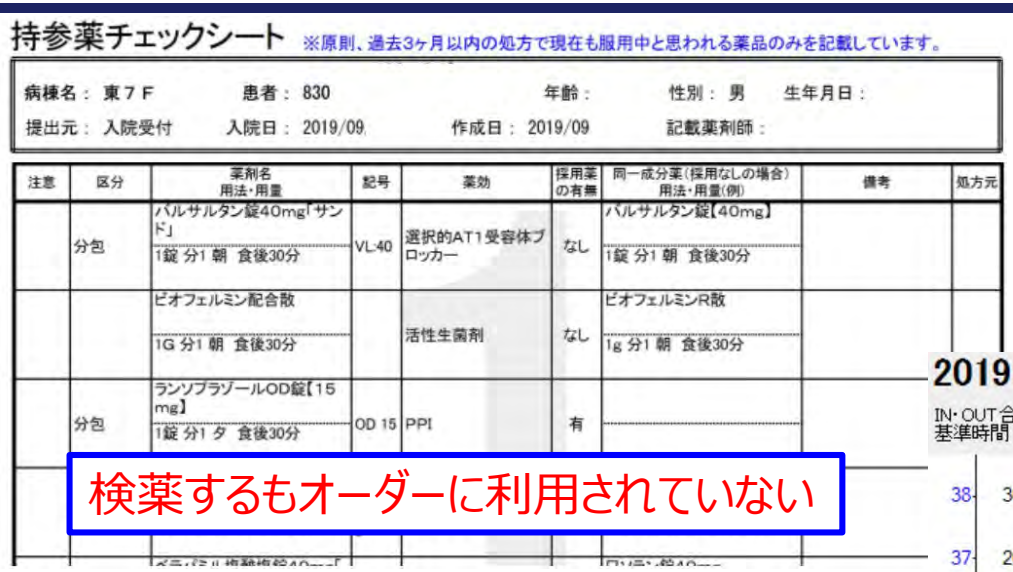


現状の持参薬の流れ（予約入院）



面倒くさい、間違いやすい

情報システムとしての問題



持参薬チェックシート　※原則、過去3ヶ月以内の処方で現在も服用中と思われる薬品のみを記載しています。

病棟名：東７Ｆ　患者：830　年齢：　性別：男　生年月日：
提出元：入院受付　入院日：2019/09　作成日：2019/09　記載薬剤師：

注意	区分	薬剤名 用法・用量	記号	薬効	採用薬の有無	同一成分薬（採用なしの場合）用法・用量(例)	備考	処方元
	分包	バルサルタン錠40mg「サンド」 1錠 分1 朝 食後30分	VL40	選択的AT1受容体ブロッカー	なし	バルサルタン錠【40mg】 1錠 分1 朝 食後30分		
		ビオフェルミン配合散 1G 分1 朝 食後30分		活性生菌剤	なし	ビオフェルミンR散 1g 分1 朝 食後30分		
	分包	ランソプラゾールOD錠【15mg】 1錠 分1 夕 食後30分	OD 15	PPI	有			

検薬するもオーダーに利用されていない

何を続行かのオーダーしてない

診療科：呼外科　北７Ｆ
指示医：
指示日：2019/0

持参薬続行です。Baを入れて尿量をチェックします。
心不全の疑いまたは肺癌ターミナルの疑いで、精査加療入院です。
入院後、CT，心電図、心エコーあります。

2019年03月19日　2019年03月16日 ～ 2019年03月30日　今週

IN・OUT合計 基準時間 14:00

	3/16 土	3/17 日	3/18 月	3/19 火
38	30	150	150	
37	20	100	100	
36	10	50	50	

バイタル/INTAKE/OUTPUT
診療予約
入院
在院期間　北７Ｆ 708　北７Ｆ 705　北７Ｆ 705
持参薬
アムバロ配合錠「サ
マグミット錠３３０
センナリド錠１２m
ゾルピデム酒石酸塩

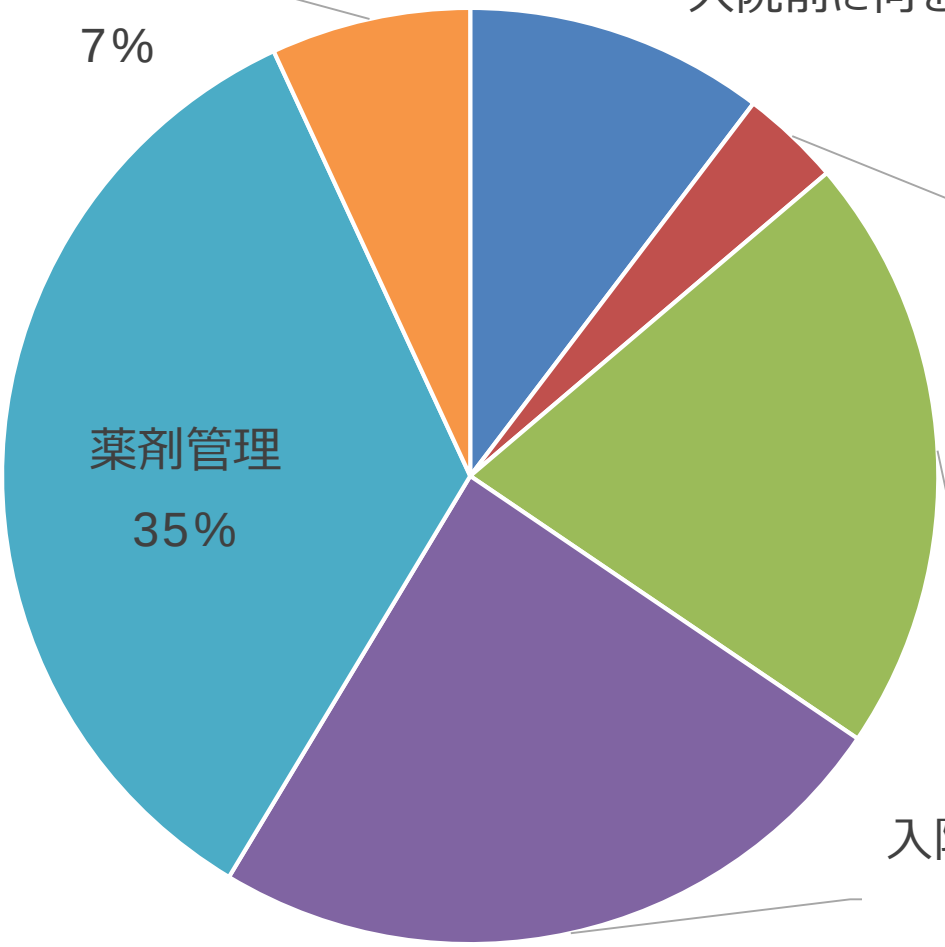
検薬されたものは出てくるが、実際の服用と異なる

Pt no.　病棟：東5F　主治医：
氏名：　（男）　生年月日：
薬アレルギー歴：　レボフロキサシン

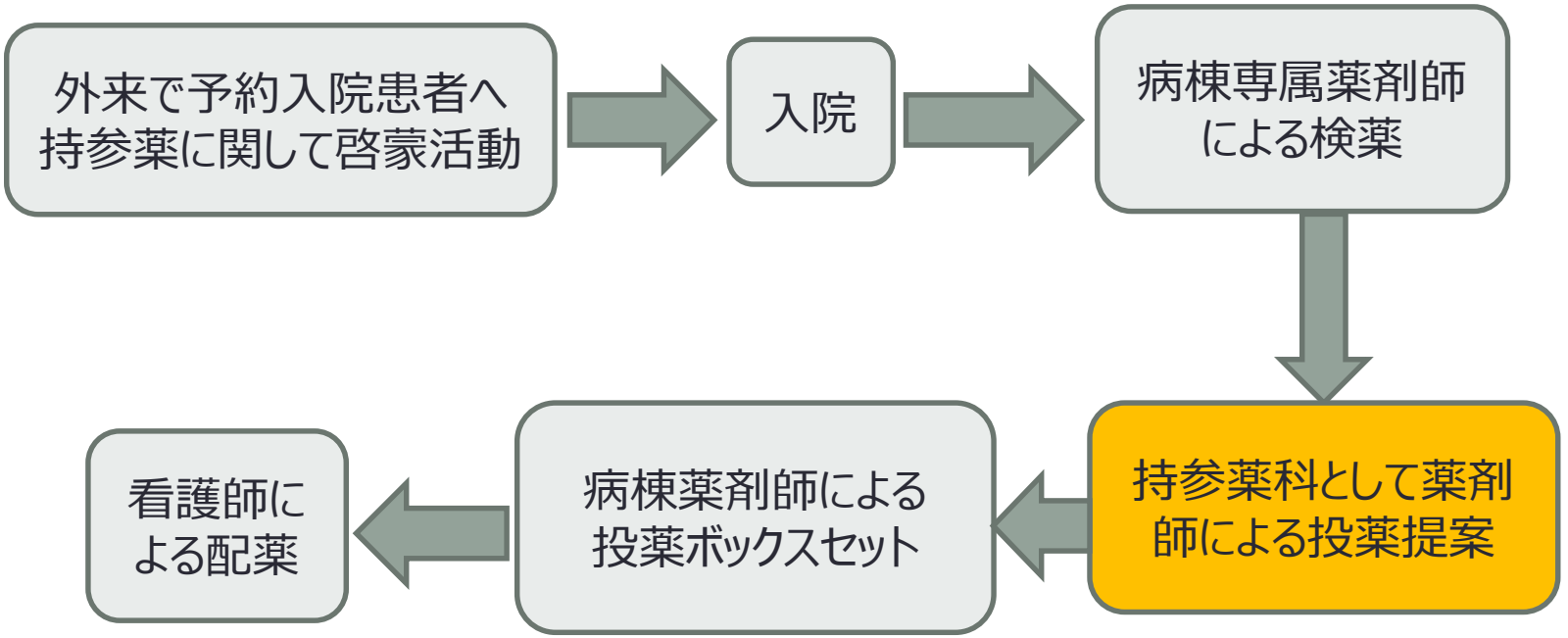
用法	種		薬品名	1回量	日数	10	11	12	13	14	15	16	17	18
朝 食後30分	臨	1	タミフルカプセル 75	1CA	5日		●	○	○	○	◎			
		2	◆ザルティア錠5mg	1錠	14日	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		3	◆ナフトピジルOD錠75mg	1錠	14日	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	定	4	◆トリクロルメチアジド錠【1mg】	1錠	7日	○	◎							
	定	5	フェブリク錠20mg	2錠	7日	○	◎							
	定	8	アゼルニジピン錠8mg	2錠	7日	○	◎							

内服シートは院内処方のみしか表示されない

持参薬関連インシデント要因分析



ひたちなか総合病院での情報収集



目指す運用とシステム

入院決定 → 持参薬入力

お薬手帳スキャン

入院、手術予約時には
何を服用しているかわかるしくみ

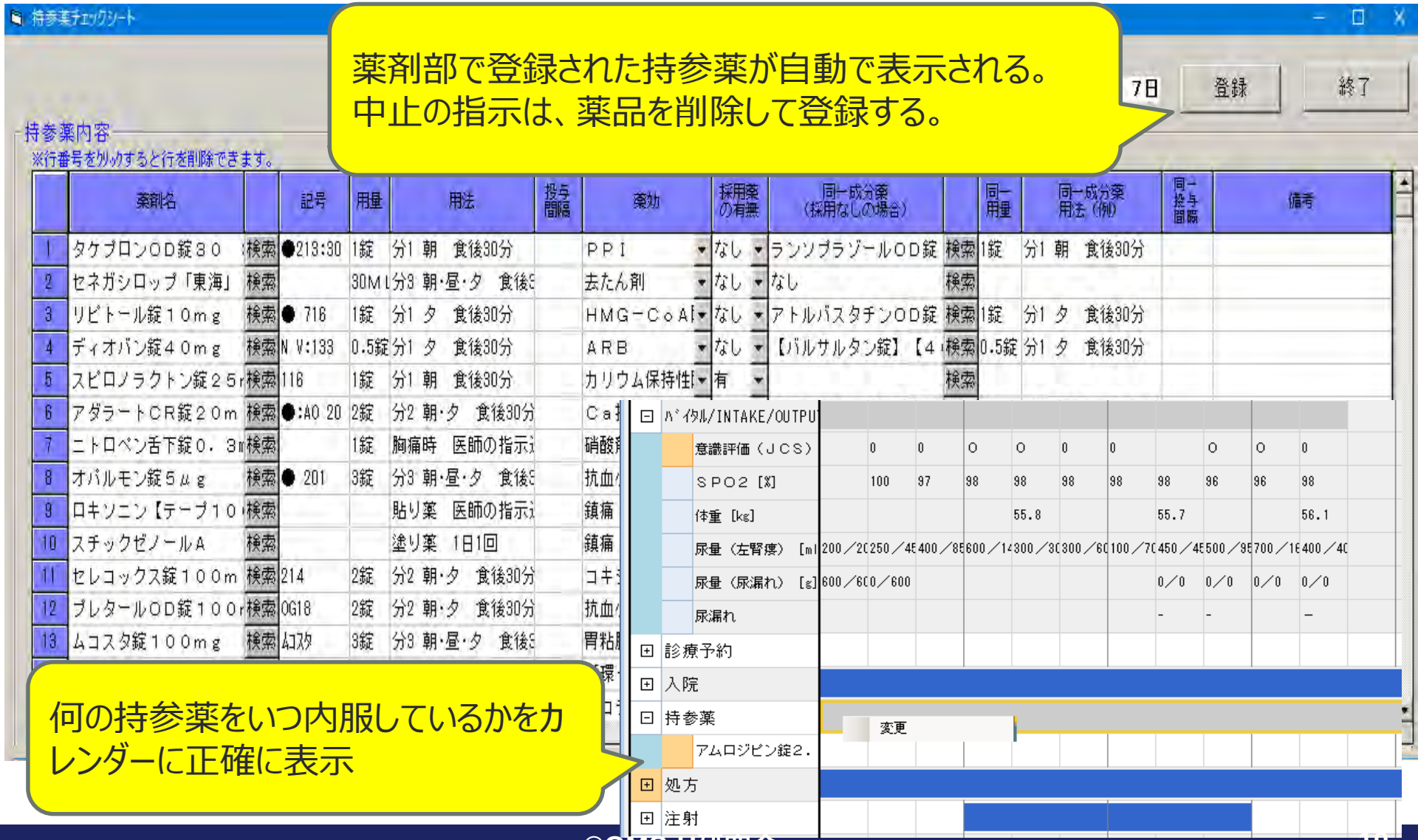
入院 → 医師指示 → 看護師による投薬ボックスセット → 看護師による配薬 新内服ワークシート？

自己管理

服用すべき持参薬・院内処方薬が一目でわかる

持参薬指示システム
現在の薬剤部部門システムを使用する。持参薬に関する指示オーダーができるようにする。

医師指示と電子カルテ表示



まとめと今後の課題

- 持参薬運用の大枠とシステム要件を整理できた。
- ワーキンググループを作成してステップ毎の問題点と運用詳細を検討開始した。

来年度は、Part Ⅱ　システム構築　を目指します。

資料Ⅵ-1

2019年度QMS-H研究会成果報告

職種間連携による「QMS維持・継続の課題と工夫」

医師・管理者グループ

手島 伸・上之原広司・鵜飼克明・菊地 正（仙台）
福村 文雄（飯塚）、進藤 晃・森松 静（大久野）
山本 雅博・坂田 一美（川口）、阿部 毅彦・松井 敦（前橋）
関塚 永一・原 彰男・細田 泰雄・石塚 裕人・和田 弘樹（埼玉）
嘉和知 靖之（武蔵野），名村　正伸（心臓血管センター金沢循環器病院）

©QMS-H研究会

QMS活動を継続するには

- 職種間連携による「QMS維持・継続の課題と工夫」
- 医師・管理者G　　医療安全管理者G
  事務局G　　実務者G

- 5月、9月、12月　QMS-H研究会3回開催
  それぞれの病院の現状を報告
- 昨年度　麻生飯塚病院　福村先生が報告

アンケートによって意見の集約をはかる

東海大学　金子雅明

①QMSの取り組みによって，医師自身の業務にとってどのような効果があるかを示す.

②自分の部署が抱えている本当の課題の解決のために，QMSアプローチを適用してその有用性の理解を促進する.

③医師が興味が持てそうな現行の活動にQMSアプローチを導入

④医師のQMS後継者探し

⑤トップのリーダーシップと理解が大事

⑥外圧／インセンティブを与える

それぞれの課題に対し病院ごと実績・取り組みを回答

⇨ ほぼ昨年の報告の追認

課題

- 難しさ、問題点
  - 外部環境
    - 業務過多、働き方改革
    - 余計な仕事と考えられがち
  - モチベーションの維持
    - マンネリ
    - 改善の継続性がない
    - システムと臨床との関係性を腑に落ちさせることが大事
  - 成果の可視化
    - クリアカットなメリットが見えていない
    - 評価や指針が精神論となりがち
  - トップのコミットメント
    - トップの交代
  - 教育
    - 管理技術が見落とされがち、学校ではマネジメントなどは習わない（特に医師）
    - 職員の入れ替わり（医局人事、組織母体内移動）

工夫

- トップのリーダーシップ
  - トップのコミットメント、ことある毎に話してもらう
  - 推進チーム作成
  - 危機感の共有
    - 副院長が院長になる場合、継続性は保たれる
- 習慣化
  - 形から入る
    - 内部監査、年末文書棚卸し、QIの取り入れ
  - 委員会を作り担当者を決める
  - 必ずアンチが存在する。特に医師には何のためにが腑に落ちる説得力のある説明が必要。
- 外部圧力
  - ISO認証
  - QMS-H研究会
- モチベーション
  - 見える成果

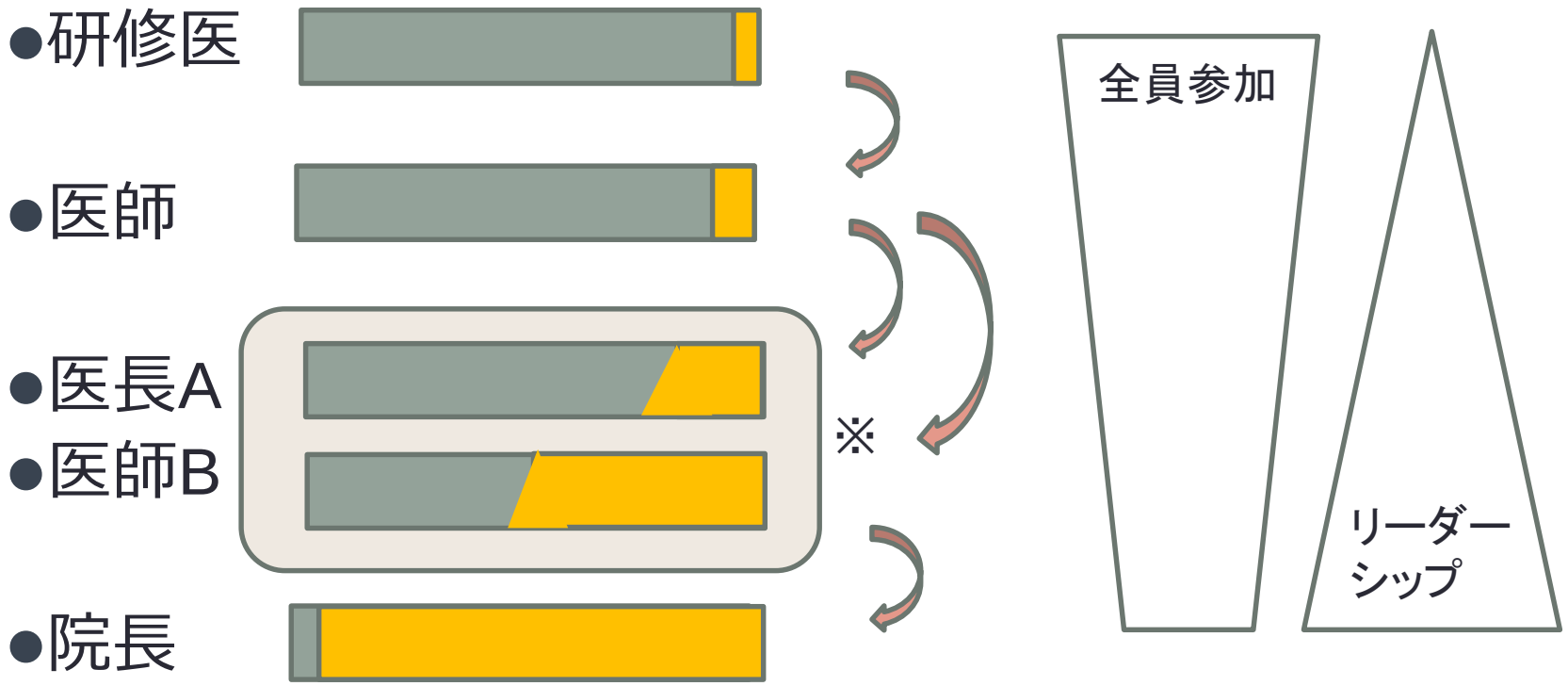
©QMS-H研究会

ISO原則

- 顧客重視
- リーダーシップ
- 人々の参画
- プロセスアプローチ
- 改善
- 客観的事実に基づく意思決定
- 関係性管理

原則に立ち返ること・繰り返すことが必要

適切な教育の繰り返し



※　差を埋める教育
（適性を見極めることも必要）

エフォート

診療業務

管理業務

組織運営における3つの管理の理解

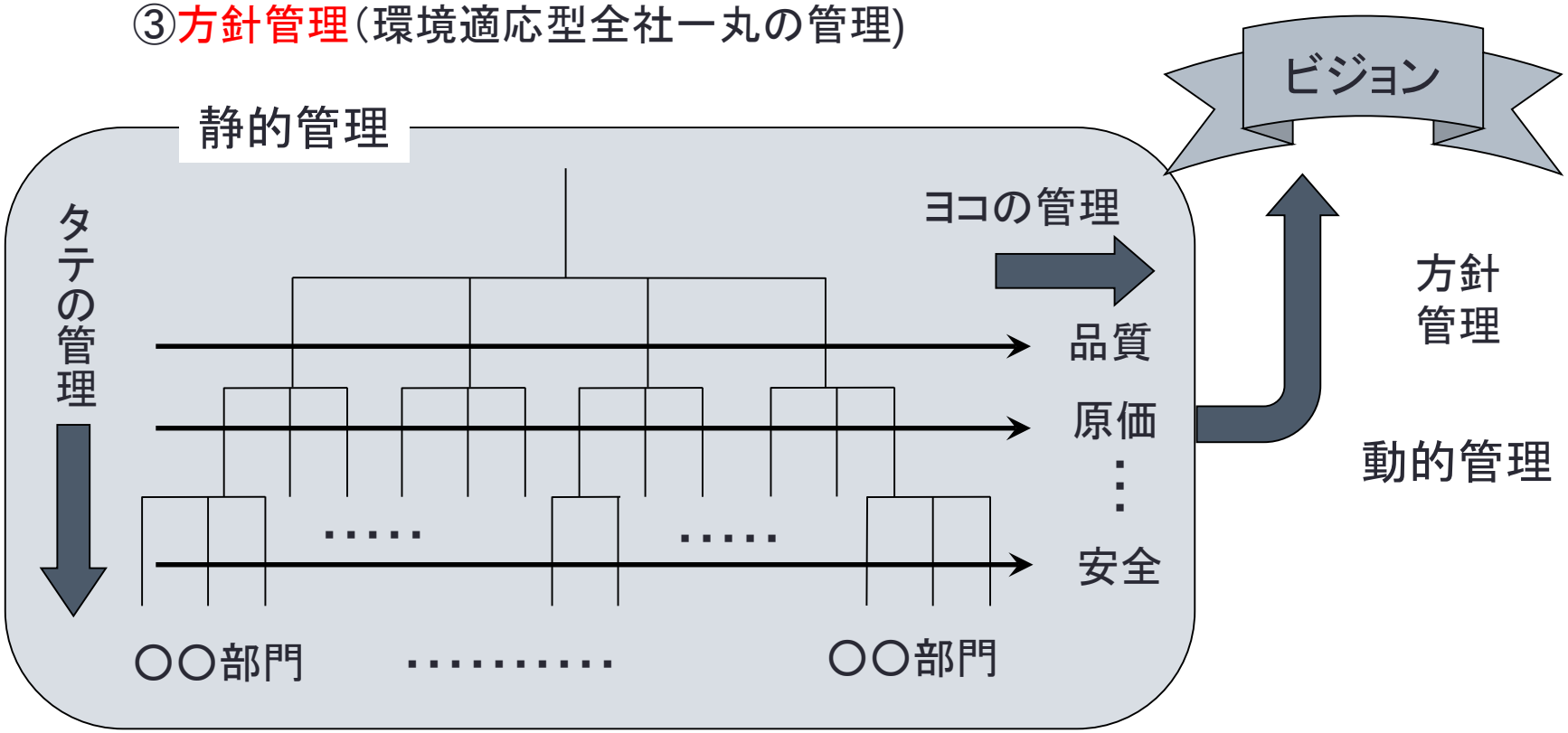
静的管理

①タテの管理：日常管理（分掌業務管理，部門別管理）

②ヨコの管理：機能別管理（経営要素管理，管理目的別管理，部門間連携）

動的管理

③方針管理（環境適応型全社一丸の管理）



2018医療の質安全学会　飯塚悦功

質マネジメントシステム(QMS)

- 目的は医療の質向上である
- 質を向上させるためには，現在の業務のやり方を少しずつ改善する
- 改善のためのベースは標準化である

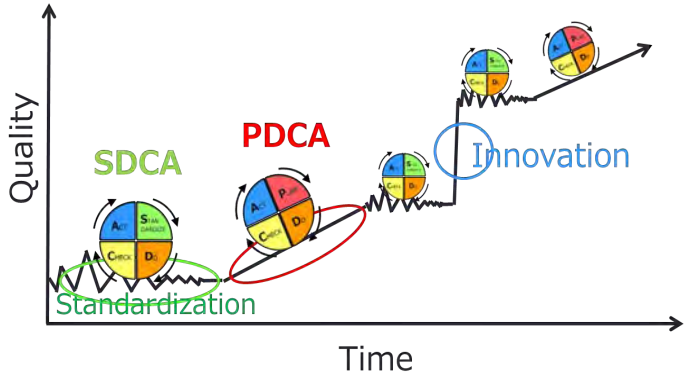
- 「質のよい医療を提供するための仕組み，業務のやり方」
  - 組織的に質を保証する仕組み
    - なるべくよい仕事のやり方を定めてそれに従って業務を行っていくこと
  - 継続的に改善していく仕組み
    - 不具合が起きたならば，それが再発しないようによりよい仕事のやり方に変えていくこと，改善すること

棟近ら、2018医療の質マネジメント基礎講座「医療の質マネジメントシステムの基本」より引用一部改変

改めて課題と工夫

- 興味の持てる取り組みとする
- 有効性を示す
- 後継者の育成（適正を見極め一本釣り/システムを確立）
  - ・現場・臨床へのフィードバック
  - ・学会活動を活用（発表することで意識が向上）

- 外圧・インセンティブ
  - ・QMS-H研究会　仲間を増やしていく
- 教育システムの構築



いずれの病院も道半ば
目標をもって継続していくことが
将来の活動への基盤

To Be Continued

資料Ⅵ-2

各職種が考える「QMS導入・推進時の課題と工夫」～ 情報交換会の成果報告 ～

医療安全管理者グループ

○林（飯塚），牧口（前橋），角田・西島（金沢），
佐藤・北川（川口），服部（明石），杢代（武蔵野）

2018年度の課題　QMS-H研究会成果報告シンポジューム

- **病院全体への周知**

  QMS活動に対する部署や職種等の温度差がある.

  メールやポスター等，周知方法を工夫しているが・・・なかなか全体へ行き届かない.

- **ローカルルールの標準化**

  様々な活動やインシデント発生による対策立案，医療状況の変化などからローカルルールが出来る.

  標準を決めるがやらない医療者がいる.

- **QMS活動の全体管理**

  一部の人が頑張るのではなく，組織全体の統制が必要.

  組織として取り組むトップのコミットメント.

  指標設定，実施者の支援，進捗確認，定着状況の提示など日常の医療業務との並行が困難でなかなか進まない.

2018年度のまとめ

- QMS活動は安全な医療提供の基盤となる.
- QMS活動の浸透とともに、職員の活動への積極性が高まり、活動は広まる.QMSに取り組む意義を一貫して伝えていく必要がある.
- 医療安全管理者は、部署・職種間の調整、標準化の推進などの全体管理（医療安全管理）を行う立場である.全体への周知方法や増大する医療安全管理業務への対応・業務調整に悩んでいる.

→ 2019年度へ

QMSを継続するには　医療安全管理者の役割から考える

施設形態・規模の違いや安全管理者の配置の違いがあっても
期待される役割は同じ

トップのコミットメントと現場の協力なくしては活動できない！

日常業務と並行してQMS活動を継続・活性化するためには…

維持・継続を困難にしている要因

2018年度に抽出した項目から「人の入れ替わり」「業務過多」を重点的に…

組織構造 l規模・体制	• トップのコミットメント　（責任・権限） • QMS推進のための組織体制
医療提供システムの変化	• 電子カルテ導入　・病院移転 • 看護体制の変化
QMS活動の評価・成果	• メリット • 成果の見せ方
人の入れ替わり	• 医療スタッフ • 管理者交替
業務過多	• 医療事故調査制度 • 医療安全対策地域連携活動・・・・・

12月のQMS会合での意見　一部抜粋

- 組織体制のことをいうと進まない
- **安全管理者が、何をすべきかを考える**
- **業務は増えてきている**
- 課題を明確にしないと引き継ぎもうまくいかない
- 日常業務を収集しても，安全管理者の数や組織体制が違ったらやることも変わりそう
- **安全管理者マニュアルが作成できることが理想（重要なポイントが見えてきそう）**
- 兼任でやっているが，仕事が追いついていない
- **医療安全管理者の仕事の共通部分**はどうやって引き継ぎすればよいのか
- 前年度でできたことや課題を整理する必要がある
- 日頃の業務の中でQMSとの連携ができれば理想ではある
- **日頃の業務の中からQMSに関する業務が見えてきそう**
- **比較的進んでいる施設の活動を学べば統一できそう**
- 年間活動行事は何があるのか
- 日常（平時）の業務だけではなく，非日常（有事）の業務も集めてよさそう
- 警鐘事例は引き継ぐ必要性がある．大きな事故，ミスは**形にして残す．積み重ねていく**ことが必要

”人の入れ替わり“

引き継ぎに，何があったらいいのか，どのように引き継がれたのか，情報収集

加算	どのように引き継ぎを受けたか	どのように引き継いだか	引き継ぎツールとして施設にあるモノ（マニュアル、手順書、文書、その他）	引き継ぎを受け取る立場からあったらいいなと思うこと（モノ）	その他	QMS-H引き継ぎ
加算1	1か月前より引き継ぎを行った。 安全管理者としての役割、年間・月間・週間・一日のスケジュールが明文化されていた。引き継ぎのために定期的に行っている会議にも出席した。 前任者が現在も院内に在籍していることから、不明点などを相談することができる。		前任者が作成した文書。 その他、安全管理室としての対応マニュアル、手順書がある。	安全管理者としての役割、年間・月間・週間・一日のスケジュールなどの文書。		
加算2	前任者とだぶる期間（２週間位）があったため、業務の合間をみはからい、前任者より直接引き継ぎを受けた	主にインシデント報告書の集計方法について：マニュアルが無かったため、操作を実際に見て学んだ その他、業務内容について議事録等を参照にして引き継いだ	医療安全管理者の週間業務分担表 医療安全管理規程、医療安全管理室業務指針	インシデント報告書の集計マニュアル		
加算1	QMSの継承については医療安全管理者に任命された後に口頭での申し送りを受けました。	医療安全管理者の引継ぎとともにQMSについての説明していただきました。引き継ぎの期間が短かったため、現在でもQMSについては相談させてもらっています。	QMSに関する引き継ぎツールは特にありません	QMSに関してはいつでも相談できる環境ですが、できればツールや手順書などがあれば、自分なりに業務を整理するのに役立つと思います。	医療安全管理者、QMSとしての業務量が多いため、医療安全管理者も一人ではなく二人体制するのがよいと常に感じております。	無し
加算1	伝達内容として項目を掲げて頂いた内容について口頭での説明を受けた。 項目内容； １．医療安全推進の組織図・業務内容 ２．医療安全兼任看護師の目標・業務内容 ３．Ｉシステムへのコメントについて ４．Good job報告の表彰について ５．事例情報収集シートについて ６．医療安全関連研修について ７．東部ブロックセイフティマネージメント会議について ８．医療安全活動報告書の入力について ９．医療安全管理者が関わっているPJについて 10．QMS-H研修会の出席について		マニュアルはない。 研修に関して一部アクションプランがあった。 引き継ぎ時口頭であったため、苦労した。次に引き継ぐまでに、マニュアル？は作成したいと思う。	・マニュアル ・研修に関してはアクションプランがあると運営しやすい	・警鐘事例に関して、家族対応の引き継ぎがなくて大変であった。 また、事故対応に関しては医療安全管理課が継続して関わってくれているが、院内の対応会議に参加する際に、今までの経過がわからず苦慮した。 警鐘事例の申し送り（医療安全管理者としての関わり）は必要だと思った。	有り
	医療安全マニュアル ・重大な医療事故発生時対応 ・医薬品安全使用マニュアル ・医療機器安全マニュアル ・誤認防止マニュアル	今後、引き継ぐ予定 一日のスクジュールと年間予定 医療事案と思われる患者の情報	インシデントレポートシステムの取り扱い 医療安全管理指針		医療安全管理者養成研修受講者が現場と医療安全管理室兼務業務となっているためスムーズに引き継げるものを考えている。	

1. 安全管理者グループ参加施設の，安全管理者が入れ替わる時の“**引き継ぎ業務内容**”を収集した.

- 会議・研修，警鐘事例，年・月・週・日の業務などを，前任者とダブりの期間　（2週間/1ヶ月/1年・・・）をもうけるなどして口頭，文書（マニュアル・ツール）で引き継ぎを受けた.

”人の入れ替わり“

主な業務内容（年・月・週・日）で収集

2. 収集した主な業務内容

- 年単位　　：事業計画・実行計画・評価
- 月単位の業務　：会議運営
- 週単位の業務　：委員会・資料作成
- 曜日ごとの業務：インシデントレポートチェック・現場ヒアリング
- その他　　：院内研修・学会発表資料作成

・・・etc.

業務受け渡しのツールがあったらいいな！
しかも，過去に取り組んだことや結果・課題がみえると・・・活動しやすい

“業務過多”

参加施設の安全管理に関する年間スケジュールを収集

3. 参加施設の年間スケジュールを一覧表にまとめ，
活動内容を見える化した．

まとめと課題

- 2019年度は，

QNS活動を困難にしている要因の “人の入れ替わり” と “業務過多”に関して，「引継ぎ内容」と「年間活動スケジュール」を収集し一覧表にした.

QMS継承・活性化のための
医療安全のツールができそうかな！というところまで進んだ

- 今後は，**共通する業務**を見出し，標準化する

人の入れ替わる時は，今までの積み重ねに新たな考え,行動,改善が加わりQMS活動を**活性化するグッドタイミング…**

資料Ⅵ-3

2019年度　QMS-H研究会最終成果シンポジウム

各職種が考える「QMS導入・推進時の課題と工夫」～ 情報交換会の成果報告 ～

QMS事務局グループ

©QMS-H研究会

2018年度：まとめ ⇒ 2019年度へつづく

【事務局の立場として】

経営者、中間管理職、現場間のギャップが課題であり、
その解消がＱＭＳの継続的推進に不可欠！

【事務局の活動として】

- QMS導入の目的・効果を明確に示す
  方向性を明確に示し、継続的な推進活動に繋げる
- 職員入れ替わりによる体制転換と教育方法の可視化
- 事務局自体の、施設内での体制構築
- 「ぶれずに」 地道に続ける

※ 施設全体の「マインド連鎖」が最も重要で、共通認識を
持てる環境の整備が、事務局としての責務では・・・

2019年度: QMS事務局機能を継続するには

QMS事務局の置かれている立場で、できる事・できない事がある

まずは、各病院の事務局の現状を教えてもらおう

（具体的な事務局業務のプロセス確認はその次の段階で確認）

〔把握したい項目〕

- 専属部署 or 委員会の事務局
- QMS事務局の位置づけ
  - 組織図上の位置、人員配置、取り組み姿勢、主管業務、管轄（推進）範囲、深さ　・・・　等々

『QMS事務局業務の比較表【現状調査】』

調査内容

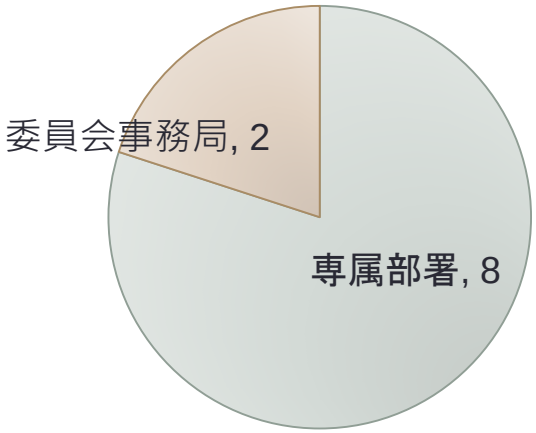
14カテゴリー: 28項目

【10病院】
- 明石市立市民病院
- 飯塚病院
- 大久野病院
- 心臓血管センター金沢循環器病院
- 川口市立医療センター
- 古賀総合病院
- 埼玉病院
- 仙台医療センター
- 前橋赤十字病院
- 武蔵野赤十字病院

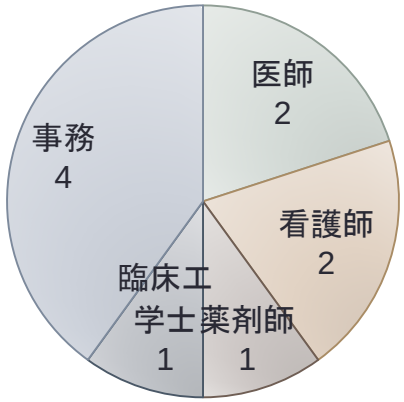
	病院名	
1	QMS事務局の名称	
1-1	事務局の開始年	
2	QMS導入のキッカケは？	
3	QMS事務局は 専属部署ですか？ 又は委員会として運営されている事務局ですか？	
4	QMS事務局の職務分掌は存在するか？	
5	組織図上、QMS事務局の上席は誰か？	
6	QMS事務局は組織図上の関係から各部署科・委員会に対し指示出しすることが ①できる（しやすい） ②できない（しにくい） ③どちらでもない	
6-1	① できること、②できないこと の具体例をについて1～2つ教えてください。	
7	QMS事務局の辞令発令者は誰か？	
7-1	事務局任命時の基準などはありますか？ （役職、資格等）	
8	QMS事務局の責任者の職位、職種 （委員会の場合、委員長の職位、職種）	職位
		職種
9	QMS事務局の配置人数と職種	人数
		職種
10	QMS事務局の専従・兼務の人数	専従
		兼務
10-1	1日当たりQMS事務局に従事できる工数は何人（人区）程度でしょうか？	
11	QMS事務局が管理する項目（役割）	QMS統括
		方針管理
		内部監査
		文書管理
		医療安全
		教育訓練
		ISO9001
		機能評価
12	現在の体制で良かった事は何ですか? （メリット）	
13	現在の体制での課題は何ですか? （デメリット）	
14	その他 （何かありましたら・・・）	

収集内容（途中経過）

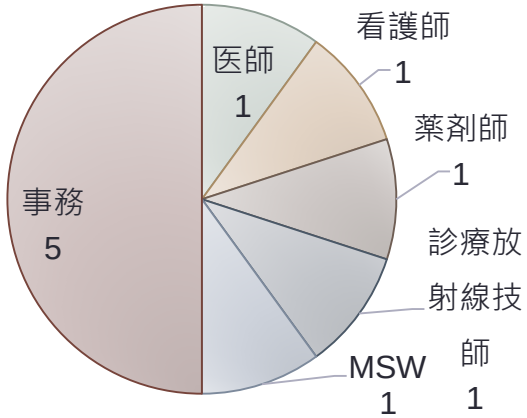
3. 専属or委員会事務局



9. 10.
A病院: 兼務10人



9. 10.
B病院:専従9人;兼務1人

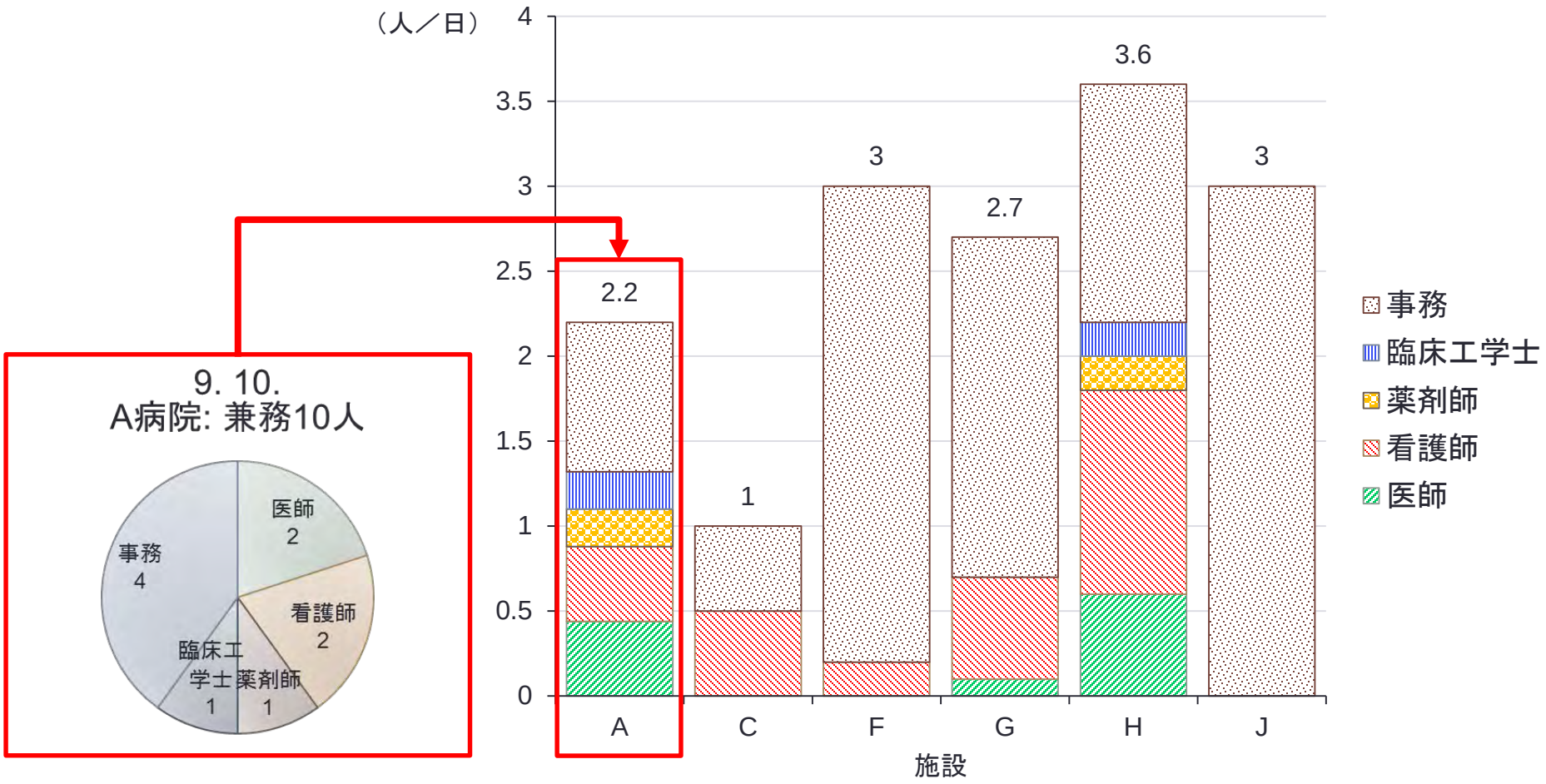


11. 管理項目	A	B	C	D	E	F	G	H	J
QMS統括	○	○	○	○	○	○	○	○	○
方針管理	○	×	○	×	○	○	○	○	×
内部監査	○	○	○	○	○	○	○	○	○
文書管理	○	○	○	○	○	○	○	○	○
医療安全	×	×	×	△	○	△	×	△	○
教育訓練	△	△	×	△	○	△	×	○	×
ISO9001　第三者	○	○	○	×	×	×	○	○	○
機能評価　評価	×	×	×	×	○	○	×	×	○

各病院が共通でやっている業務

1日当りQMS業務に携われる工数(人／日)概算

組織の規模、業務量と工数の分析もやってみる?



QMS事務局機能･･･古賀総合病院の場合

- 専属部署:TQM推進室
- QMS適用範囲: 法人全グループ
  （従業員数 約890人）
- TQM推進室の上席:
  - ① 質安全保証部部長（病院…病院長）
  - ② 管理責任者（病院…病院長）
  - ③ 統括管理責任者（法人…病院長）
  - ④ トップマネジメント（法人…理事長）
- 職務分掌あり
  ①～④ に対するQMSの補佐
- 各委員会へ指示は出しやすい
  （助言・提案の範囲である）
- 事務局配置(職種)の基準なし

【できる事】

- QMS管理項目に対する実務
  - 決定した取り組みの、推進・周知・支援・助言・進捗管理
- QMSに関する支援・助言
  - “しくみ”に関連した発言
    外部からの指摘の改善への関与・進捗確認など

【できない事】

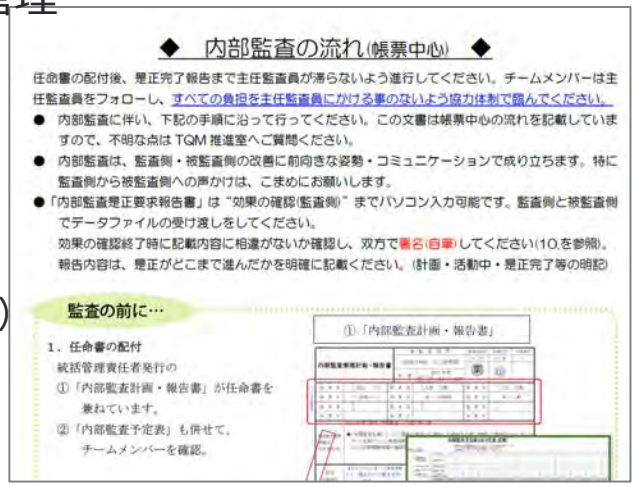
- 取り組み（開始）の決定
  - 影響する範囲の責任者(①～④)の承認が必要。
- 専門的知識が必要な業務への直接関与

QMS事務局機能の継承･･･古賀総合病院の場合

- 業務引き継ぎの工夫：（抜粋）
  - QMS統括業務：
    - 「年間計画」で全体把握、時系列で作業時期（準備期間）をおさえる
    - 各業務の実施目的、詳細な調整事項は、随時ディスカッション

- 内部監査事務局の業務：
  - 全体的な流れを「監査フロー図」、「監査スケジュール」で把握
  - 「内部監査予定表」での進捗管理
  - 「内部監査の流れ」で事務作業の確認・実施
  - 監査内容の受理等、徐々に力量アップ予定
    （QMSの知識・問題解決能力向上等のため、基礎講座の活用）
    ※内部監査員の認定は必須

（監査員管理など未引き継ぎ）



【2019年度活動のまとめ】

- 10病院のQMS事務局では “できる事・できない事”があり、改めて各病院の立ち位置等を含めた情報整理をすることとなった。
  - この情報は『QMS事務局機能の充実／スリム化のための情報交換』としても役立つ
- 10病院の現状を整理するための情報収集を開始した。
  - 『QMS事務局機能の比較表【現状調査】』
- 現在、情報の収集中である。

今後の進め方

- 情報整理（内容の統一性など） ＋ 必要に応じて追加調査
  - “できる事・できない事”の振り分け、パターン化　等々・・・結構複雑
- 情報整理後、課題の抽出
  - 事務局機能を継承するには、どういう工夫が必要なのか
  - 各病院で共通する業務について具体的内容の確認
    - QMS統括、文書管理、内部監査、第三者評価（ISO、 機能評価）
  - 組織に合ったQMS事務局とは?
    - 設置の目的／主管業務（分掌された業務）／推進範囲／推進体制　　等々
  - 他グループとのバランスは?
    - 医師・管理者グループ、医療安全管理者グループ、実務者グループ

ご清聴
ありがとうございました

資料Ⅵ-4

2019年度QMS-H研究会
～情報交換会報告～
QMSの活動を継承するには

実務者グループ

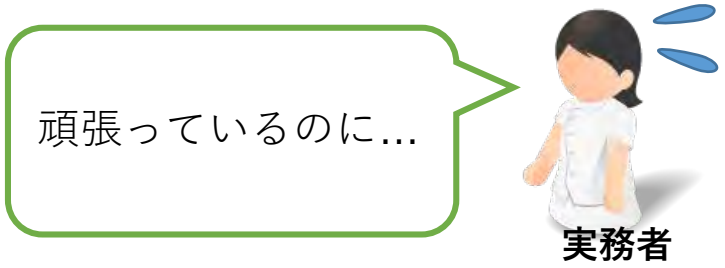
2020/03/07

議論の経緯１

各施設がQMS導入、業務の可視化や手順の標準化に取り組む
その最前線で奮闘しているのは実務者？

しかし…
トップの理解や推進力が今一だし…
一部の人の活動になっているし…
現場に浸透していないし　etc　　組織全体で取り組んでいる実感が無いのが現状

不満
愚痴



このままでは 生産性のない話し合いになってしまいそう…

議論の経緯２

<課題の整理と方向性>
・実務者の位置づけが施設によって違う
・規定、役割、業務内容、手順が曖昧

そういえば、自分たちには内部監査をしていない!!

まずは
内省

良いも悪いも実態把握
そして未来志向で課題解決を進めよう!!

QMSをどう継承するかについて

自分たち（実務者）を**内部監査するつもり**で、
QMS実務者の役割（規定・業務内容・手順など）
の中で、あるものとないものを明確にする！

共通のチェックリストで自施設の状況を監査

- **ＴＱＭ推進室の位置づけが明確である**
  施設の組織図に体制図が明記されている
- **ＴＱＭ推進室の活動目的が明確である**
  発足からの経緯や活動の変遷が文書として明記されている
  活動する上で必要な委員会等が段階的に設置され、各々に規程がある
- **ＴＱＭ推進室の業務内容が明確である**
  推進委員の業務マニュアルが作成されている
  年間活動目的、目標が立案され、各部門の目標に反映されている
- **教育、啓蒙活動（成果発表等）の場が確立されている**
- **ＴＱＭ推進活動に全職員を巻き込んでいる**
  各部署に推進委員、係等が配置されている
- **ＴＱＭ推進室の稼働を評価する仕組みがある**

→以上について客観的な立ち位置から内部監査を実施
自施設の強み弱みを明らかにした

TQM推進室位置づけは明確か？

項目		飯塚	武蔵野	仙台	埼玉	明石	川口
TQM推進室の位置づけ	TQM推進室体制図がある。（病院の組織図に明記されている）	△	○	○	○	○	×
TQM推進室の活動目的	推進室発足の経緯や活動の変遷が文書として明記されている。	○	○	○	○	△	-
	TQM活動をする上で必要な委員会が段階的に設置され、それぞれに規程がある。	○	○	○	○	○	-
TQM推進室の業務内容	年間活動目標、目的が立案されている。	○	△	○	○	○	-
	各部門の年間目標に反映されている。	△	×	×	△	△	-
	推進委員の業務マニュアルが作成されている。	-	×	○	○	×	-
	年間計画が作成されている。	○	×	○	○	×	-
	院内活動の年間スケジュールが作成されている。	-	×	○	○	×	-
TQM推進室の啓蒙活動の場	QMSの教育の場が確保されている。	○	△	○	○	○	-
	TQM推進室に対する職員の認知度	○	×	△	△	△	-
	TQM推進活動に全職員を巻き込んでいる。	△	×	×	○	○	-
TQM推進室の活動を評価するしくみ	外部審査を受けている。	○	○	○	○	○	-
	院内に評価のしくみがある。	×	×	○	○	○	-

TQM推進室位置づけは明確か？

飯塚	・方針管理（事業計画の策定・進捗管理・変更管理）は別の部署が行う。 ・推進室発足の文書は、QMS-H監修・発行の書籍等にある。 ・ISO委員会、TQM活動推進委員会などがあり、それぞれ上層に幹部職員が任命されている。 ・内部監査、文書管理、小集団活動にはマニュアルがある。 ・年間計画もそれぞれある。 ・定期的な改善勉強会、内部監査員養成講座、改善発表大会など、時間内のスタートを導入している。 ・TQM推進室に対する医師の認知は低い。 ・各部署に推進委員の配置はない。医師以外の所属長は、ISO・QC他の小集団活動を理解しており、人事制度に合わせた職員の参加を促している。 ・TQM推進室が評価を受ける機会は、事業計画ベースとしてある。
武蔵野	・組織図には組み込まれているが、周知されていない。 ・TQM推進室運営規程を作成している。 ・委員会やチームがもともとある。 ・年間活動目標・目的は室員での共有が不十分。 ・QMS教育の場は、専門チームや看護部、教育推進室などそれぞれの部門が行っている。 ・QC大会が、TQMだと思っている職員がいる。 ・巻き込まずとも改善活動が行われている。
仙台	・各部門の年間目標に病院目標は反映されているが、TQM推進室の目標は反映されていない。 ・上層部、職場長にはTQM推進室は認知されているが、スタッフにはあまり認知されていない。 ・各部署にTQM推進係は、配置されていない。
埼玉	・組織図にTQM推進室は明記されている。そこに紐づいて、TQM作業部会、看護TQM推進委員会が設置されている。 ・委員会等には規程が存在する。 ・幹部・職場長・TQM推進委員は、TQM推進室は周知されているが、全職員が認知しているとは言えない。 ・TQM推進委員を中心に活動をおこない、それぞれの部署で他の職員を巻き込むようにしている。 ・外部審査や全職員対象研修等で評価を受けている。
明石	・TQM活動導入経緯や組織図は、品質マニュアルに記載されている。 ・教育の場として、院内階層別研修、新人研修内がある。 また、外部講師による方針管理面談を実施している。 ・方針面談、報告会などは管理職級の参加を中心としているため、他職員のTQM推進室の認知度は不明。 ・ISO審査・内部監査を実施している。

自施設のQMS活動の強みと弱み

S：強み	W：弱み
・ISO委員会における内部監査の企画、医師や所属長を主任監査員とした相互監査実施。 ・QC活動などの小集団活動の実施。 ・ISO外部審査の継続認証取得。 ・人事制度と改善活動がリンク。	・医療における方針管理は難しく、TQMそのものを推進する部署の設置が難しい。 ・医師の巻き込みが難しい。
・QCサークルや５S活動の推進により、改善活動の歴史は古く、各部署委員会や専門チームがそれぞれ必要と思われる活動を周りと調整を図りながら実行している。 ・全体を統制しなければならないこともそれぞれが交渉しながら進めている。 ・単位ごとの実行能力が高い。 ・TQM推進室がなくとも病院全体はうまく廻り、医療の質向上がすすんでいる。	・強みゆえに「後工程はお客様」という視点が足りず、やったもの勝ちという印象もある。どこでどのような改善がなされ、それが自分たちの業務とどう関わっているのかを知らない。
・トップダウンでQMSに取り組んでおり、各部署でのQC活動も定着していて方針管理と日常管理が上手く融合しQMSが成り立っている。 ・組織としてTQM推進室が確立されている。 ・TQM推進委員も職責等で構成されているため、人が変わっても新しい人が配置されQMSが受け継がれている。	・病院の質改善といった部分では医療安全とは切り離せないので、医療安全と共同したQMSがさらに必要。 ・現場の改善活動でQC活動を行っているがQMSと結びついていないように思う。
・トップマネジメントがしっかりしており、、組織としてＴＱＭ推進室の立場や役割が確立している。 ・規程・役割・業務内容が明文化されている。 ・ＴＱＭの教育を組織が後押ししている。	・現場の改善活動が能動的に行われていない。 ・人の入れ替わりが多く、活動が継続しにくい。
・まじめに取り組み姿勢を持つ部署が割りと多い。 ・推進者が多くのネットワークを持つことでそれを還元できている。 ・QMSの考え方が今までなかったので、標準化という考え方が入ってきたことのメリットが多い。 （文書化、他部署に対する関心、横との繋がりの強化など）	・推進者頼み ・医師の参加が低い ・必要性を感じている人が少ない ・中堅スタッフの認知が低い ・全体として取り組んでいる印象が少ない。（一部の人がやっていることと思われている。）
・チームで活動しており、多職種の人と一緒に活動できる。	

議論のまとめ

- **実務者とは…**
  改善活動に取り組む全ての人であるはず
  はたして、組織全体での活動になっているのか？
  現場は活動の必要性を感じているのか？
  一部の人が行っている活動であり
  何をやっているのかわからない。と言われていないか？

目指すは

組織全体の取り組みとして根付かせること！！
そのために、さらに継続、推進する活動は何か
不足しているものは何かを明確にする

議論のまとめ

<Output.>

ＱＭＳの継承に必要な取り組みとは…

★自施設の強みと弱みを大切にする
★強みはのばし、弱みは他施設の良いところ
　を取り入れて強みに変えていく
その行動がＱＭＳの継承に必要な活動につながる！

★KEY

他施設との比較はしない
各施設に合った
継承に必要な取り組みにチャレンジする

資料Ⅸ

今年度の活動のまとめと今後の課題

2020年3月7日(土)
QMS-H研究会

医療界への普及・促進：社会技術化への取り組み

QMS-H

QMS-H モデル

手法 技法

基本的な考え方

テキスト
- 「組織で保証する医療の質　QMSアプローチ」
- 「医療安全と業務改善を成功させる「病院の文書管理実践マニュアル」」

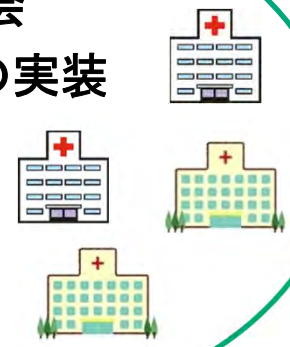
講師

セミナー
- 医療の質マネジメント基礎講座
- 文書管理セミナー

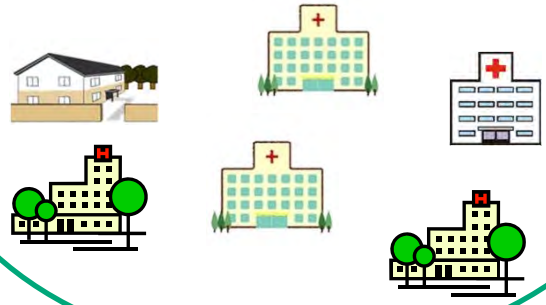
：

QMS-H研究会
参加病院への実装

モデル開発
モデル検証



一般病院への普及



©QMS-H研究会

QMS-H研究会の開発課題

1. QMS-Hモデル開発
    - 1.1 日常管理
        - 1.1.1 日常管理モデルの理解
        - 1.1.2 業務機能展開
        - 1.1.3 管理指標
        - 1.1.4 業務（作業）標準
    - 1.2 方針管理
    - 1.3 文書管理
    - 1.4 問題解決

2. 導入推進モデル
    - 2.1 QMS導入・推進プロセス
    - 2.2 医療QMS教育モデル
    - 2.3 導入期における日常管理システムの診断・監査と改善

3. 導入支援サービス
    - 3.1 セミナーの継続・充実
    - 3.2 医療の質マネジメント基礎講座
    - 3.3 出版
    - 3.4 導入・推進コンサルティングサービス
    - 3.5 情報提供
    - 3.6 交流の場の提供

©QMS-H研究会

2019年度の成果

1. QMS-Hモデル開発

1.1 日常管理

- 発表Ⅱ-3 「業務改善指標Gr」
- 発表Ⅲ-4 埼玉病院「患者確認手順遵守・標準化活動の継続」

1.2 方針管理

- 発表Ⅲ-1 明石市立市民病院「方針管理」
- 発表Ⅲ-2 大久野病院「方針管理，法人目標「1日5分を削り出せ」」

1.3 文書管理

- 発表Ⅱ-1 「文書管理Gr」
- 発表Ⅲ-3 川口市立医療センター「文書管理」
- 発表Ⅲ-5 金沢循環器病院「QMS活動実践のための基礎固め」
- 発表Ⅳ-1 仙台医療センター「文書管理の新システムへの移行と定着に向けた推進活動」
- 発表Ⅳ-2 前橋赤十字病院「文書管理」
- 発表Ⅳ-3 武蔵野赤十字病院「文書管理」

1.4 問題解決(組織的改善)

- 発表Ⅲ-3 川口市立医療センター「分析力の向上」
- 発表Ⅲ-4 埼玉病院「不具合事例の再発防止」
- 発表Ⅳ-5 飯塚病院「持参薬インシデント低減に向けて」

©QMS-H研究会

2019年度の成果

2. 導入・推進モデル

2.1 QMS導入・推進プロセス

- 発表Ⅲ-5 金沢循環器病院「QMS活動実践のための基礎固め」
- 発表Ⅳ-2 前橋赤十字病院「推進体制，PFC見直し」
- 発表Ⅳ-3 武蔵野赤十字病院「TQM推進室新設に関する報告」
- 発表Ⅵ，Ⅷ 「QMS導入・推進時の課題と工夫」

2.2 医療QMS教育モデル

- 発表Ⅱ-2 「教育Gr」
- 発表Ⅳ-4 古賀総合病院 「一般職員へのTQM教育の充実」

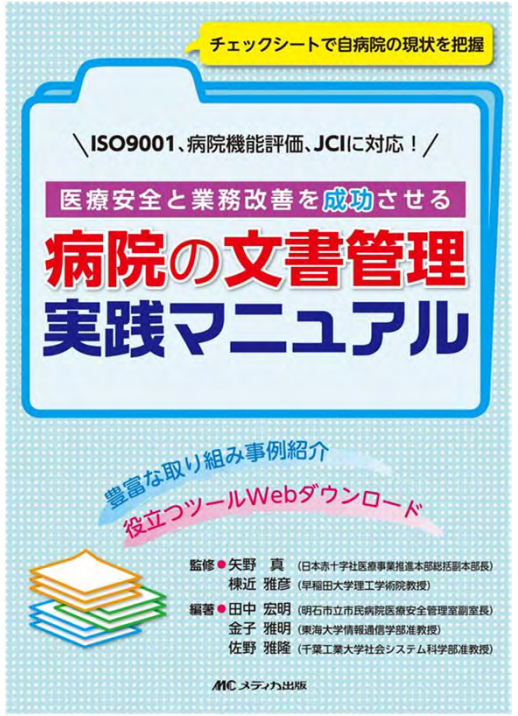
2.3 導入期における日常管理システムの診断・監査と改善

- 発表Ⅲ-3 川口市立医療センター「内部監査」
- 発表Ⅳ-2 前橋赤十字病院「内部監査」
- 発表Ⅳ-3 武蔵野赤十字病院「内部監査」

- ツール開発(Ⅳポスター発表)
  - 日常管理
    - 転倒転落事故の防止，転倒転落アセスメントにおける薬剤チェック，生理検査における予約枠設定
  - 地域医療包括ケアシステム
    - 地域包括ケアシステムの構築ロードマップ，地域包括ケアシステムにおける質問紙調査
  - 災害医療
    - ADRMS-Hの導入・推進方法，教訓の導出，災害医療における各組織の役割，レジリエンス評価，看護部のリスクアセスメント

©QMS-H研究会

2019年度の成果



3. 導入支援サービス
   - 3.1 セミナーの継続・充実
     - 文書管理セミナーの開催
   - 3.2 医療の質マネジメント基礎講座
     - 引き続き早稲田大学で開催
   - 3.3 出版
     - 日総研「医療安全教育」連載企画
       - 「医療安全を組織的に推進する～“モグラ叩き”的な活動から仕組みの改善へ～」
       - 「医療安全を組織的に保証するツールを使いこなす」
       - 「医療安全を組織的に保証するための知識を学ぶ」
   - 3.4 導入推進コンサルティングサービス
   - 3.5 情報提供
   - 3.6 交流の場の提供

©QMS-H研究会

「医療安全教育」連載企画

- 医療安全の組織的な推進:“モグラ叩き”的な活動から仕組みの改善へ！
  - 2018年8･9月号
- 医療安全を組織的に保証するツールを使いこなす
  - 2018年10･11月号
  - 「PFCに基づいて，業務や問題点を見える化する」
    - 東海大学情報通信学部経営システム工学科准教授
QMS-H研究会メンバー金子雅明
  - 2018年12･1月号
  - 「手順書やマニュアルは宝の山！病院の標準化を管理する」
    - 地方独立行政法人明石市立市民病院医療安全管理室副室長兼
薬剤課調整担当課長
QMS-H研究会メンバー田中宏明
  - 2019年2･3月号
  - 「教育を仕組化する」
    - 静岡大学情報学部講師
QMS-H研究会メンバー梶原千里

©QMS-H研究会

「医療安全教育」連載企画

- 医療安全を組織的に保証するツールを使いこなす
  - 2019年4･5月号
  - 「組織的な改善風土を醸成する(内部監査)」
    - 東海大学情報通信学部経営システム工学科准教授
QMS-H研究会メンバー　金子雅明
    - 地方独立行政法人明石市立市民病院医療安全管理室副室長兼薬剤課調整担当課長
QMS-H研究会メンバー　田中宏明
  - 2019年6･7月号
  - 「短時間でスムーズに仕組み改善を実践する事故分析手法(POAM)」
    - 千葉工業大学 社会システム科学部 経営情報科学科准教授　QMS-H研究会メンバー　佐野雅隆

- 医療安全を組織的に保証するための知識を学ぶ（4回シリーズ）
  - 2019年8･9月号
  - 「QMSの基本概念とその意義」
    - 東京大学 名誉教授　公益財団法人日本適合性認定協会 理事長
    - QMS-H研究会代表　飯塚悦功
  - 2019年10･11月号
  - 「QMSの構成要素と導入･推進に当たってのポイント」
    - 早稲田大学理工学術院教授
    - QMS-H研究会副代表　棟近雅彦
  - 2019年12･1月号
  - 「日常管理と方針管理」
    - 東京大学 名誉教授　公益財団法人日本適合性認定協会 理事長
    - QMS-H研究会代表　飯塚悦功
  - 2020年2･3月号
  - 「医療安全の組織的推進：まとめ」
    - 早稲田大学理工学術院教授
    - QMS-H研究会副代表　棟近雅彦

©QMS-H研究会

学会発表

- 医療マネジメント学会 (研究発表26件)
  - 2019年7月19日，20日@名古屋国際会議場

演題名	筆頭演者	筆頭演者所属
夜間持続点滴削減プロジェクト活動	黒川　美知代	武蔵野赤十字病院
医療現場での文書の活用と認識に対する調査の実施について	藤城　譲	川口市立医療センター
10年間改善活動を推進したことから見えたこと	佐藤　千明	川口市立医療センター
ISO15189の取り組みと文書管理の課題	坂田　一美	川口市立医療センター
地域での医療の質・安全向上のための取り組みについて	田中　宏明	明石市立市民病院
内部監査質向上の取り組み	手島　伸	仙台医療センター
医療の質向上への取り組み～QMS（クオリティマネジメントシステム）を導入して～	角田　久子	心臓血管センター金沢循環器病院
「どこでもナースコールクリップ」の開発と使用効果～ナースコールへの不満の軽減～	南井　浩治	心臓血管センター金沢循環器病院
診療未収金の防止・回収に関する取り組みと今後の展望	角田　久子	心臓血管センター金沢循環器病院
診断書類等の作成規程の制定と記載方法の標準化	角田　貢一	前橋赤十字病院
医療の質改善に役立つ業務文書管理の仕組み診断ツールの開発	金子　雅明	東海大学
他15件		

©QMS-H研究会

学会発表

- 医療の質・安全学会(研究発表13件)
  - 2019年11月29日，30日@国立京都国際会館)

演題名	筆頭演者	筆頭演者所属
武蔵野赤十字病院放射線科における「タイムアウト」実施の経緯と現状	櫻井 和明	武蔵野赤十字病院
働き方改革により医師の総勤務時間が増加しにもかかわらず診療科の稼働が減った	山崎 隆志	武蔵野赤十字病院
リハビリテーションにおける臨床知識の標準化手法	加藤 省吾	慶應義塾大学
病棟看護師が実施できる嚥下リハビリテーションコンテンツの検討	進藤 晃	大久野病院
災害食の備蓄・運用方法に関する評価・改善シートの提案	金子 雅明	東海大学
文書管理構築の効果確認と今後の推進活動について	小山 徳子	古賀総合病院
地域での医療の質・安全向上のための取り組みについて	田中 宏明	明石市立市民病院
「血糖測定およびインスリン皮下注に関するシステム」の開発と運用	林 真由美	㈱麻生飯塚病院
内部監査を活用した質改善活動	手島 伸	仙台医療センター
医療安全教育項目一覧表の改訂に関する研究	梶原 千里	静岡大学
患者ひと間違い防止に向けた取り組み	牧口 みどり	前橋赤十字病院
安全な中心静脈穿刺をめざして　―当院のCVマスター制度について―	丹下 正一	前橋赤十字病院
栄養課の給食管理における安全管理の問題点	原 純也	武蔵野赤十字病院

©QMS-H研究会

2020年度の活動

- 来年度は，5期目(1期3年)の2年目，14年目の活動となる
- 来年度の活動
  - 今年度と同様，各病院の重点課題，共同研究グループでの共同研究を中心に活動する.
  - 全体会合は，中間成果報告会，最終成果シンポジウムを含め，4回開催する.
  - 中間シンポジウム
    - 2020年9月12日（土），13日(日)@埼玉病院
  - 最終成果報告シンポジウム
    - 2021年2月27日(土)@早稲田大学
- 重点課題等については，検討中
  - 継続課題：文書管理，質・安全教育，業務改善指標，QMS導入・推進時の課題と工夫
  - 新規課題：医療のTQMモデル

©QMS-H研究会

2020度医療の質マネジメント基礎講座

- オリンピックの関係で例年より早くなっています -

- 医療安全管理者養成研修の要件を満たしています
- 会場：早稲田大学西早稲田キャンパス(最寄駅：副都心線西早稲田，東西線・山手線高田馬場)
- 詳細はQMS-H研究会HP参照：http://qms-h.org/kisokoza.html

回	開催日時	テ　ー　マ
第1回	2020年4月18日(土) 9:30～12:30	医療の質マネジメントシステムの基本 -医療の質向上に必要な”標準化”と改善活動を学ぶ-
第2回	2020年4月18日(土) 13:30～16:30	医療の質向上をめざした QMS の導入と推進 -組織全体で QMS に取り組むためのノウハウを学ぶ-
第3回	2020年5月15日(金) 9:30～12:30	PDCA サイクルによる日常管理の基礎 -医療業務の可視化と改善に必要な PDCA サイクルのまわし方を学ぶ-
第4回	2020年5月15日(金) 13:30～16:30	プロセスフローチャート(Process Flow Chart)を用いた医療業務プロセスの可視化 -来院から会計まで，普段の診療の流れを書いて学ぶ-
第5回	2020年5月16日(土) 9:30～12:30	文書管理から取り組む組織基盤構築の推進 -文書管理の不備や非効率を改善し、“標準化”を円滑に進める-
第6回	2020年5月16日(土) 13:30～16:30	「内部監査」の枠組みを活用した業務改善 -プロセスの視点から組織的に改善する方法を学ぶ-

©QMS-H研究会

2020年度医療の質マネジメント基礎講座

- オリンピックの関係で例年より早くなっています -

回	開催日時	テ　ー　マ
第7回	2020年6月12日(金) 9:30～12:30	医療の質・安全保証を実現する患者状態適応型パスシステム(PCAPS) -患者の状態に合わせて医療の質を可視化するツールを学ぶ-
第8回	2020年6月12日(金) 13:30～16:30	医療安全管理システムと医療安全に関わる制度 -医療機関における安全管理体制について、病院事例とともに学ぶ-
第9回	2020年6月13日(土) 9:30～12:30	“注意不足”にしないためのプロセス型事故分析 -与薬事故事例を中心に、短時間でできる分析手法を学ぶ-
第10回	2020年6月13日(土) 13:30～16:30	同じ事故を再発させないための対策立案 -エラープルーフ（エラー発生率を下げる作業方法の工夫）を学ぶ-
第11回	2020年7月3日(金) 9:30～12:30	危険予知トレーニング（KYT）手法 -ヒューマンエラーを未然防止し、医療安全力を強化する-
第12回	2020年7月3日(金) 13:30～16:30	転倒・転落事故の防止対策と5Sの実践法 -事故を未然に防ぐためのリスク分類や評価を学ぶ-
第13回	2020年7月4日(土) 9:30～12:30	医療の質・安全を高める教育カリキュラムの作成とその実践 -教育不足等の課題解決に向けてカリキュラム立案に必要なツールを学ぶ-
第14回	2020年7月4日(土) 13:30～16:30	問題解決法（QC ストーリー等）と組織的改善活動 -効果的・効率的に改善を進めるコツを学ぶ-

©QMS-H研究会

本日は，参加いただき
ありがとうございました

©QMS-H研究会