

ISO9001における院長品質目標の展開活動 ー達成率向上を目指してー

たかはし ひろつぐ

(株)日立製作所水戸総合病院 事務局 高橋 弘次

1. 病院紹介

当院は日立製作所の6つの企業立病院の1つで、1959年に開院し、茨城県ひたちなか市にあり、病床数215床である。人間ドックを併設しており、急性期に特化しつつある病院で、ひたちなか地区唯一の総合病院として地域の皆さま方の健康回復と増進に努め、地域の病院・医院と連携し「最新・最良の医療技術と医療サービス」の提供を目指している。

2. テーマ選定

当院は2001年4月に国内の病院として最初のISO9001:2000の認証取得を受けた。

ISO9001では、基準の遵守に加え継続的改善が要求されている。当チームは院長品質目標を院内全体に展開し、PDCAを回し継続的改善を図るための推進役を担って活動している。

しかしながら達成率が低く、今回達成率の向上を目指して院長品質目標の展開活動に取り組んだ。

3. 問題点

表1に05/上の院長品質目標の実績を示す。

目標9項目の達成度評価は○4件、△2件、×2件で、達成度が低かった。

院長品質目標は、半年毎に院長が設定し、これを受けて各部門がブレークダウンし自部門の目標を設定し、推進活動を行い、この結果を当チームで纏め達成度の評価を行っている。

表2に推進スケジュール、図1に達成度評価フローを示す。

表1 院長品質目標(計画と実績)05/上

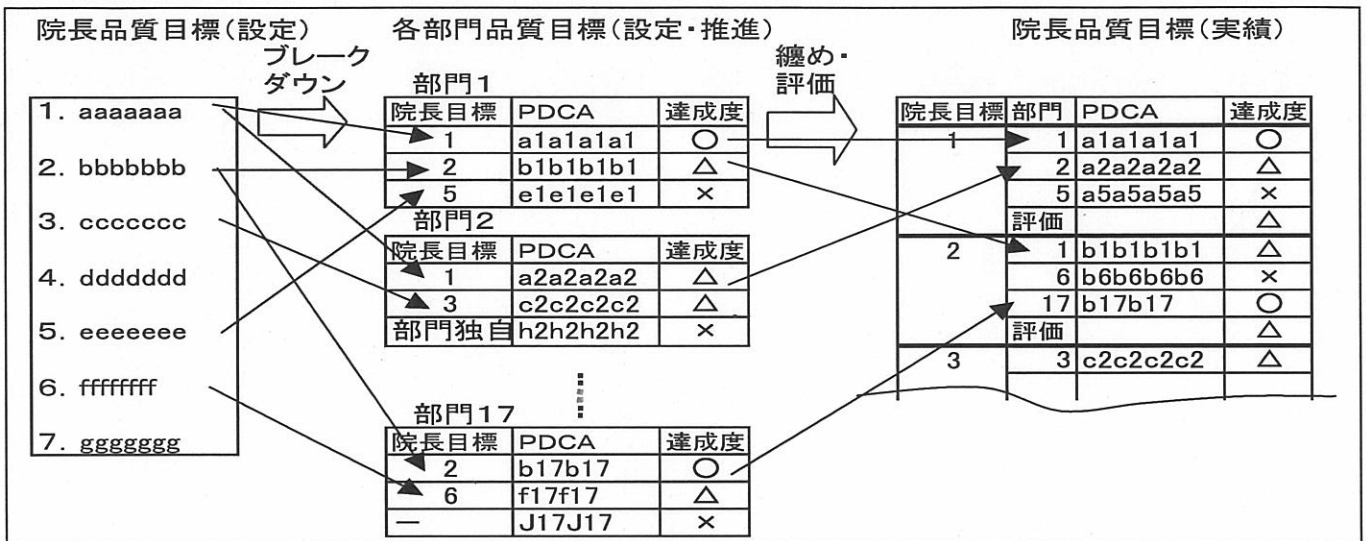
計画	実績	達成度	推進上の問題点
1. 地域医療連携推進による急性期病院の確立 ・紹介率30%、逆紹介率20%	紹介率32%、逆紹介率16%、	△	目標達成の活動計画不明確
2. 人間ドック80人体制による健診体制の充実	平均73人。受診者確保の検討会を実施。	△	目標達成の活動計画不明確
3. DPC調査協力システムの構築による質経営の推進	調査協力病院として、各様式、データを厚生労働省に提出。	○	ー
4. オーダリング導入計画遂行による業務フローの整理	ワーキンググループによる全体検討、マスター作成、帳票作成、操作訓練を経てオーダリング10/3稼働、今後フローを標準化。	○	ー
5. 個人情報保護法に基づく説明責任とプライバシーへの配慮	院長より、全日病作成のQ&Aをメール配信。シュレッダーを購入し、各部署に設置。	△	目標値が不明確
6. プロセスアプローチによる医療の質管理の推進 ・プロセスオーナーの明確化・管理目標の絞込み	未実施	×	誰が何をするか不明確 (共通テーマの進め方不十分)
7. プロセスリレーションマップによる多職種協働実践チームの充実	各チーム共、前期に引き続き活動した。	○	ー
8. ISO文書体系の整備による責任権限の明確化	先期に引き続き看護局で実施。全体としては進展できなかった。	×	誰が何をするか不明確 (共通テーマの進め方不十分)
9. 職員方針管理の導入によるアウトカム評価の徹底	全部門:全職員がチャレンジシートを作成し、上長との面談実	○	ー

サークル チーム名		ISO推進チーム				(2001年4月結成)	
リーダー氏名 (職種)	高橋 弘次 (事務)	所属 部門	看護 管理 医療技術 (事務) その他()	月あたり会合回数	2回		
リーダー経験年数	5年6カ月			平均会合時間	30分		
メンバーの数	計 2名 うち男 2名 うち女 名	活動 内容	(質) (能率) CS モラル コスト 安全	平均会合出席率	100%		
				テーマ歴 (このテーマで)	10件目		

表2 院長品質目標推進スケジュール

No	実施項目	進め方	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
1	院長品質目標 設定	院長が策定	<input type="checkbox"/>						
2	院長品質目標 説明会	院長が説明		全職員対象					
3	各部門品質目標 設定	各部門長が策定		<input type="checkbox"/>					
4	各部門品質目標 検討会	各部門長が説明・討議		ISO委員会					
5	各部門品質目標 修正	指摘事項の盛り込み		<input type="checkbox"/>					
6	各部門品質目標 推進	PDCAを回す							
7	中間フォロー	各部門長が報告・討議					ISO委員会		
8	期末実績報告会	各部門長が報告・討議					ISO委員会		
9	院長品質目標 達成度纏め	当チームにて纏め							<input type="checkbox"/>
10	院長品質目標 達成度評価	マネジメントレビュー開催						マネジメントレビュー	<input type="checkbox"/>

図1 達成度評価フロー



4. 対策立案

現状の問題点を洗い出し、対策を立案した。表3にその結果を示す。

効果・実現性から今回は、事前展開検討方式の採用とPDCA表の改訂を実施することにした。

表3 院長品質目標達成率をあげる方策

PD CA	問題点	1次対策	2次対策	No	効果 実現	対策	備考
P	院長目標の理解不足 (上下のキャッチボール不足)	内容をより明確にする	説明会の充実 別途Q&A実施	1	○	次回	
P	誰が何をするか不明確	ブレークダウンのヒントを提示する	事前検討会を実施し、事前展開検討資料を作成する	3	○		1
P	目標に関係しない部門がある	共通テーマは展開方法を早期に決めておく	部門毎に展開できるテーマを選ぶ	4	○		
P	部門間の連携が弱い	部門・委員会で協力	事前検討会を実施し、事前展開検討資料を作成する	5	No.3に同じ		
P	目標が多い	重点指向	共通のテーマを選ぶ	6	○	×	共通テーマがなかなかない
P	目標値が不明確	達成基準の明確化	目標毎にタスクを組む	7	○	×	効果大(理想的)、多忙化
P	活動計画が不明確	実施事項を明確にする (スローガンでなく)	目標を減らす	8	○	○	実施済み
P	活動計画が不明確	PDCA表に記載(表の改訂)	PDCAの勉強会	9	○	○	2
P	活動計画が不明確	計画時間が不足	当チームと部門毎検討実施	10	△	△	
P	活動計画が不明確	部門内に徹底(可視化)	半年→1年に計画に時間をかける	11	△	△	時間かかる
D	目標活動不活発	部門内に徹底(可視化)	PDCA表を各部門に掲示	12	△	○	次回 No.15実施が前提
C	フォローの頻度少	フォローの強化	毎月委員会でフォロー	13	△	△	
C	フォローの頻度少	毎月の進捗が分かるようにする	PDCA表の改訂	14	○	○	多忙化
C	フォローの頻度少	毎月の進捗が分かるようにする	PDCA表の改訂	15	○	○	2 書類数増やしたくないので、別書類作らず改訂で対応

5. 対策実施

(1) 事前展開検討方式の採用

作成した事前展開検討資料を表4に示す。これを用いた改善後の院長品質目標推進スケジュールを表5に示す。

(2) PDCA表の改訂

改善前は表6に示すように、タイムスケジュールが不明確で進捗管理に不向きで、また判断基準も口頭では依頼をしていたが、明確な記載欄がなく不徹底だった。その対策として表7に示すように改訂した。

表4 O6/上 事前展開検討資料 (抜粋)

院長開示			部門長の提案					
分類	No	院長 品質目標	補足説明	部門	部門 品質目標	実施展開【計画】	達成基準 (コスト目標含む)	関連部門
急性期医療の推進	5	地域連携支援病院への特化(救急体制、紹介・逆紹介システムの充実)	・医局の協力 ・開業医の教育 ・紹介状の簡単入力	医務局	救急体制、紹介・逆紹介システムの充実	・急患受け入れ推進 ・医局内啓蒙(医国会)	・救急車受け入れ台数 ・紹介率 ・逆紹介率	地域連携センタ、情報システム
				放射線科	検査紹介数の増加(共同利用率5%の確保)	・地域診療所訪問 ・画像読影の強化	自部門の目標だけでなく、これに関連する部門を入れることにより、他部門の展開の参考とする	医務局、地域連携センタ
				薬務局	地域保険薬局・医療機関との連携強化	①調剤過誤、疑義照会率、代替調剤など院外処方に関わる現状調査の実施(薬薬連携) ②治験ネットワークの新規導入(地域連携)	①疑義照会率2.5%以下 ②新規治験ネット導入1件以上	
				検査科	医療圏内施設との合同研修会の開催	期毎にテーマを決めて開催する	期1回以上実施する	
医療の質の改善	6	ITを駆使した医療の質保証(DPC・バス・オーダーリングエントリーシステムの活用とプライバシーマーク取得)	・バス:一括オーダー ・放射線オーダー ・注射オーダー ・Pマーク:07年申請	看護局	地域連携バスの作成	1. 前立腺の調査 2. 連携施設と会合 3. バス案作成 4. 委員会承認		医務局、薬務局、検査、放射線、栄養室、情報システム、地域連携センタ、情報システム、安全室
				検査科	バス活動の支援	①バスオーダー用の検査の検討 ②システム改修(迅速検査会計情報、採血管と照合機能)	①5疾患以上にかかわる。 ②照合機能の完成	
				看護局	一括オーダーの実施	4月:バスの調査 5月:一括オーダー入力 6月:開始	一括の実施	医務局、薬務局、検査、放射線
				薬務局	医療の質保証を考慮したオーダーマスターの整備	①バスオーダーの見直し ②注射オーダーへの薬品マスター整備 ③一括オーダーへの支援	7月注射オーダー稼働	医務局、情報システム
				放射線科	放射線オーダーの完成	・運用タスク ・連携確認 ・機器接続確認 ・RISマスタ完成	放射線オーダー開始	医務局、情報システム、看護局、医事
				事務局	情報セキュリティの全面展開	①自己監査の実行 ②個人用PCからの業務情報削除	・情報漏洩件数0件	総務、情報システム

ISO推進単位: 17部門

1. 医務局、2. 看護局、3. 薬務局、4. 放射線技術科、5. 検査技術科、事務局(6. 総務係、7. 施設管理係、8. 医事係・経理係、9. 情報システム係)、10. リハビリテーション科、11. ME係、12. 栄養室、13. 診療情報管理室、14. 地域医療連携推進センタ、15. 医療安全推進室、16. 在宅医療推進室、17. 健診センタ

表5 院長品質目標推進スケジュール(改善後)

No	実施項目	進め方	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
1	院長品質目標 設定	院長が策定	<input type="checkbox"/>						
2	院長品質目標 開示	院長が科長以上に説明		ISO科長会		メンバ			
3	マトリックス表作成	科長が計画				院長、副院長、医局長、健診センタ長、看護科長、薬局長、放射線科長、検査科長、事務長、当チーム			
4	マトリックス表統合	当チームにて纏め							
5	科長以上で検討	内容、漏れないか検討		ISO科長会					
6	院長品質目標 説明会	院長が説明		全職員対象					
7	各部門品質目標 設定	各部門長が策定							
8	各部門品質目標 検討会	各部門長が説明・討議		ISO委員会					
9	各部門品質目標 修正	指摘事項の盛り込み							
10	各部門品質目標 推進	PDCAを回す							
11	中間フォロー	各部門長が報告・討議					ISO委員会		
12	期末実績報告会	各部門長が報告・討議						ISO委員会	
13	院長品質目標 達成度纏め	当チームにて纏め							<input type="checkbox"/>
14	院長品質目標 達成度評価	マネジメントレビュー開催						マネジメントレビュー	<input type="checkbox"/>

今回追加

表6 部門品質目標の計画・実績書(PDCA表)

改善前

2005/下 各部門の 活動方針・品質目標・PDCA 【部門名:放射線技術科】

承認	作成
ナカ	ナカ

活動方針: 医療の質向上のための自己研鑽
高価医療機器の有効活用

○:達成 : 95%
△:ほぼ達成 : 85%以上
×:不十分 : 65%未満

区分	項目	NO	P (Plan)	D (Do)	C (Check)	A (Act)
品質目標	放射線オーダーシステムの円滑稼働 (3/1稼働)	1	日稼働による作業の推進 ・オーダー放射線システムの構築 ・RISシステム構築 ・つなぎこみ調整 ・トレーニングの実施	・医療シ打ち合わせ 5回 ・オーダーWG及びタスク 6回 ・RISワーキング 3回	計画が達成できたか、出来なかったらその理由等記載を入れる。 稼働日が5/27に変更	左記を踏まえた来期の計画(数値目標を上げる、未達成の場合「継続する」等。) 5/27の円滑稼働
	放射線による画像診断の確保 (1月末)	2	遠隔画像診断の導入 ・導入の問題点解決 ・導入によるコストの把握 ・導入後チェック体制の整備 非常勤放射線医の確保	・導入打ち合わせ 3回 ・操作勉強会 (科内) 2回 ・メールでの確認 随時 ・聖路加国際病院訪問 2回	△ 導入遅れのためチェック体制未整備 ○	読影結果チェック体制の確立 非常勤放射線医読影日増加要望
	CT装置地域共同利用の推進 (5%以上) O6上特殊撮影	3	5%維持に必要な検査件数の確保 ・内臓脂肪検査の導入 ・地域医療機関訪問 ・実態調査の実施	・内臓脂肪検査実施 2件 ・訪問件数 2件 ・10月から2月までのCT外部依頼状況を調査した	○ 4月1日から特殊撮影加算が認可された	利用率5%の維持
教育	OJTを中心に院内外勉強会、研修会を企画して、専任技術士、医事人としての質向上を図る	5	2005年教育計画による	・院内勉強会、講演会への参加 ・院外勉強会、講演会15箇所に参加	○	継続参加
その他の活動 (注)	QC活動によるコスト軽減	6	1 2月: 活動目標決定 1 月: 分析・検討 2 月: 対策実施 3 月: 効果確認	・QC活動チーム編成とテーマ決定 ・チーム単位でのタスク (分析、検討)	△ 活動開始時期が遅れたため 分析に時間がかかっている	来期中に各チームは効果確認まで実施する

表7 部門品質目標の計画・実績書(PDCA表)

改善後

2006/上 各部門の 活動方針・品質目標・PDCA 【部門名:情報システム】

承認	作成
キク	相原

活動方針: 医療の質向上のための自己研鑽
高価医療機器の有効活用

P(plan): 今期の推進計画(品質目標を達成するための具体策)
D(do): Pに押し実際に実施したこと
C(check): 計画が達成できたか、出来なかったらその理由等記載を入れる。
A(Act): Cを踏まえた来期の計画(数値目標を上げる、未達成の場合「継続する」等。)
※1: 目標値や期限を入れる
※2: 承認者、作成者、承認日、作成日、承認者、作成者の氏名を記入する

Cへの記入
○:達成 : 95%
△:ほぼ達成 : 85%以上
×:不十分 : 65%未満

達成目標の明確化

項目	活動内容	NO	月毎のPDC						期末に記入	
			4月	5月	6月	7月	8月	9月	C	A
品質目標	1.オーダーリングシステムの円滑な導入 (放射・実装)	P			・業務局、看護局との運用検討	・7月の作成 ・看護支援システム運用確認	・注射器-WGの開催 ・セトの作成(準備)	・運用検討 ・環境整備(ハードソフト) ・操作教育		
	1.0/1稼働	D			6/21・6/30に実施					
2.セキュリティ対策の推進	P	・個人情報対策検討 (秘文の購入検討) ・日立製作所統一HP更新準備 ・同業者との打合せ	・RIS/HP規約作成 (秘文)検討 ・日立製作所統一HP更新準備 ・同業者との打合せ	・PC更新検討 ・日立製作所統一HP各部署作業 更新対象調査	・PC更新検討 ・日立製作所統一HP各部署作業	・PC更新(Win95) ・日立製作所統一HP各部署作業	・PC更新(Win98) ・日立製作所統一HPへ移行			
	Win95:46台 Win98:81台 の更新	C	○: 再見積り入手 購入範囲の検討	△: (疾病)病シとして 規約の策定作成	△: 更新対象機種の 調査・見積りの 入手	×: PC更新はSPCとの 関連で難航				
教育	医療費改定内容 勉強会の実施 (部署内) DPCレセプトの 教育 (部署内)	C	○: H18年医療費改定 内容の勉強会を 実施			○: DPCレセプトの内容 勉強会を実施				
承認者			キク	キク	キク	キク				

月毎にPDCを記入
P: 計画時に記入
D, C: 毎月記入

6. 効果確認

- 事前展開検討方式採用結果の、院長品質目標の各部門のブレークダウン状況を表8に示す。
これより取り組む目標が分かり易くなり、抜けがなくなり、展開の充実が図れた。
- PDCA表の改訂により、月毎に活動項目と達成結果がわかり、院長品質達成率向上が期待できる。
- この活動の最終目的は院長品質目標の達成率の向上であるが、まだ今期活動中であり、その効果は確定していない。

表8 06/上 院長品質目標の各部門への展開状況

部門数: 計17

No	院長品質目標 06/上	取上げた部門数
1	リニューアル認可と詳細設計の実施	6
2	方針・日常管理の徹底 - PDCAサイクルの徹底とQC活動の活用	13
3	患者・職員満足度の向上 - 接遇対策・教育体制の整備	7
4	適切な看護体制に基づく病床・外来の有効活用 - 病床のダウンサイジング、外来化学療法・透析室の整備	2
5	地域医療支援病院への特化 - 救急体制、紹介・逆紹介システムの充実	4
6	ITを駆使した医療の質の保証 - DPC・パス・オーダーリングエントリーシステムの活用とプライバシーマーク取得対策	8
7	効果的・効率的な健診システム構築 - 元気アップシステムの基本設計	4

7. 今後の課題

- 事前展開検討方式の浸透による展開の定着と院長目標達成率の向上の確認。
- 表3に示した対策の実施による院長品質目標達成率の向上