

「医療とは、医学の社会的適用である」は、故武見太郎氏の言葉ですが、確かにその国の医療を語る際、社会のあり様を無視することはできないように思えます。わが国では、バブル崩壊後、失われた20年といわれる長い閉塞時代を経験し、様々な活力が失われたようにも思えます。それが医療に及ぶことを恐れています。

例えば、日米中韓の高校生を対象とした意識調査では、留学への願望が4カ国中最低の数字となっており、何と日本の若者は内向きになってしまったのかと、嘆かざるを得ません。WHOの2000年のレポートでは、日本の医療、医療制度は非常に優れているという評価をされていますが、内向きの状況が続けば、「かつては優れていたが…」というガラパゴス状態になりかねません。

医療のガラパゴス化を回避する質評価

医療の質評価への取り組みは、国際的に日本の医療が取り残されないためにも必要なことだと考えています。日本病院会では、2010年の「医療の質評価・公表等推進事業」(厚生労働省研究事業)から、QIプロジェクトとして独自に事業を継続し、当初の30病院から、現在では150もの病院が参加する規模にまで拡大させています。将来的にはすべての会員病院の参加を望んでいますが、医療の質評価自体が難しいということも承知しています。

病院機能評価事業も既に15年の歴史を重ねてはいますが、日本の病院は、第三者から評価されることにまだ十分に馴染んでいないと感じています。しかし、アジア諸国、とりわけ韓国や台湾、インドネシアやマレーシアといった国々は、相当な危機感を持って第三者評価であるJCIに取り組んでいます。日本の医療技術、制度は世界に誇れるものだと信じてはいますが、それが実態なのかどうか。現状では、比較できる機会が限られています。

聖隷浜松病院がJCIに取り組むこととなったきっかけの一つが、実はアメリカのある病院からかかってきた1本の電話でした。その病院から提携を打診する内容だったのですが、患者さんを紹介したいのかと思って聞いていくと、まったく逆でした。日本から手術適応のある患者さんを送って、その患者さんたちの術後の経過を聖隷浜松病院で診てくれということです。愕然としました。直ちに一人の医師をアメリカに派遣し、技術を習得しても

「危機感を持って医療の質評価への取り組みを」

FOCUS



一般社団法人 日本病院会

会長 堺 常雄

らい、結果、てんかんセンターの開設に至りました。同様にアジアを見渡すと、てんかんの患者さんが数多くいるが、JCI認証なしでは受け入れが難しい。それならばJCIの認証を受けるべきだとなったのです。

さらに求められる謙虚さ

JCIの主たる目的は、医療の質向上と患者さんや家族、職員の安全の確保、そして効率性です。恐らく多くの日本人の医療関係者は、それらが担保できていると評価していると思われますが、先に紹介したように、他のアジア諸国と比較すると、危機感が希薄だと思っています。

日本人が誇るべき特長は、勤勉さ、そして新しい技術を受け入れ、より良いものへと改善していく努力を惜しまないということです。TPPの議論はさておいても、今後、医療の世界においても国際化の波を避けて通ることは出来ないでしょう。そういった世界の趨勢の中で、一人日本だけが孤高を保つというわけにはいかなくなっていると考えています。

私は、JCIのアジア圏の理事を拝命しています。しかし、現在日本におけるJCIの認証施設は6病院にとどまっています。日本の医療がいかに優れているかということを広く世界に認識していただくためにも、JCIの認証施設を二桁にしたい。中国に抜かれ、GDPは世界第三位になったとはいえ、アジア圏におけるリーダーとしての期待は大きいのです。だからこそ、改めて謙虚な姿勢で、外から日本という社会を眺めた場合、どのような姿として映るのかを意識し、医療の質向上に取り組んでいきたいと考えています。

(文責:編集部)

JCI — 拡大する認証取得への取り組み



日本の再生を掲げた安倍総理は、景気回復を政権の最大のテーマの一つに掲げている。

4月2日には、日本経済再生本部（本部長：安倍総理）は、「内閣官房長官は関係閣僚を束ね、

日本の医療技術・サービスを国際展開するため、あらゆる手段を動員して支援すること」を指示している。

これまで、ドメスティックな対応に終始していた日本の医療に、国際化という新たな時代がやってくるのだろうか。

Part 1 日本再生と医療の国際化

I JCIと病院機能評価

JCI (Joint Commission International) は、アメリカで医療機関及びヘルスケアプログラムの認証を行っているJC (Joint Commission) の国際事業部として1998年に設立されました。JCの前身であるJCAH (Joint Commission on Accreditation of Hospital) が1951年の設立なので、認証組織としては60年以上の歴史があります。

JCIの認証プログラムには病院 (Hospitals) をはじめ、介護 (Long Term Care)、ホームケア (Home Care) など複数のプログラムがあり、広く医療機関やヘルスケアサービスの提供者に対して認証事業を展開しています。

また直近では大学病院等を対象とした学術医療センター (Academic Medical Center Hospitals) 向けの認証プログラムを2013年1月1日に発表、よりレベルの高い研究・開発を実施している病院に対して相応の難易度を伴った認証が展開されていくと予想されます。

一方、日本における第三者評価である病院機能評価は、2013年3月7日現在で2,409病院が認定を受けており、2013年4月の審査からは新バージョンが適用されるようになりました。バージョン名をこれまでの連番 (直近の最新版は「V.6.0」と表記) ではなく、「3rdG:Ver.1.0」と新たなナンバリングを行ったことから、今回の改定が大きな変化を伴っていることが読み取れます。

審査項目数も、V.4.0で最多の577項目、V.5.0で532項目、V.6.0では352項目、そして最新の3rdG:Ver.1.0では約90項目と大きく減少させています。

また、評価項目の一部にJCIの考え方に近い審査基準・審査方法が盛り込まれました。たとえば、「1.1.4：患者支援体制を整備し、患者との対話を促進している」における「患者が児童虐待、高齢者虐待、配偶者からの暴力等を受けた疑いのある場合の対応方針」という項目の追加や、審査方法として「病棟や外来における患者記録に基づいたプロセスの確認」といった手順の採用は、患者や家族の安全、医療提供のプロセスを重視するJCIの考え方が、病院機能評価にも影響を与えているものと推測されます。

日本医療機能評価機構は、新バージョンの説明会等において「評価項目数は減少しているが、難易度はVer.6.0と同

程度である。審査のポイントは、『どのように活用しているのか』を確認する」というメッセージを出していますが、改定の経緯を並べてみると評価体系の簡素化を図っているように見受けられます。

2,000病院を超える病院を認定してきた病院機能評価と、当該国の約2%の病院を対象とするJCIでは、方法論は違っているように思われますが、医療の質や患者の安全を担保、向上させるという視点では、同様な取り組みといえるかもしれません。

II JCI認証の真の目的

ところで、わが国の医療における国際化の一つにインドネシア・フィリピンとのEPA (経済連携協定) に基づいた、看護師や介護福祉士の受け入れの取り組みがあります。また、いわゆる医療ツーリズムなど、日本で治療や人間ドックを受ける外国人の受け入れも始まっています。「新成長戦略」を受け、医療滞在ビザの仕組みも2011年にスタートし、徐々にではありますが、国際化の動きが医療の世界でも見えてきます。

JCIについても、当初、医療ツーリズムという側面ばかりがクローズアップされていたような印象もあります。しかし、JCIの認証を取得した6病院のすべてが、医療の質と患者安全の向上を主眼に置いた取組みであったとコメントしていることを考えると、極めて本質的な取り組みが進んでいるという評価ができるのかもしれません。TPPへの参加表明で、公的医療保険、国民皆保険体制の危機が訪れるといった声が、医療関連業界でにわかに大きさを増してきています。しかし、この問題とJCIの取り組みを混同すべきではなく、医療の質・患者安全の向上への取り組みこそが、本質であると考えています。

以下に、2013年2月23日 (土) に東京国際フォーラムで開催した「JCI認証取得事例共有フォーラム」の概要をご紹介します。本セミナーは、JCIの公認アライアンスパートナーである当社が、日本の医療の質と安全の向上を目的とし、認証を取得された病院の事例を共有するフォーラムとして開催したものです。多くの病院関係者の参考になれば幸いです。

(編集部)



Part 2 JCI認証取得事例共有フォーラムの概要

講演 1

医療法人鉄蕉会 亀田メディカルセンター

特命副院長 ジョン・ウォーカー 氏



はじめに

まず、私から簡単にJC (Joint Commission) の紹介をさせていただきます、JCIを日本で初めて受審し認証され、そして再認証を受けた亀田メディカルセンターを紹介させていただきます。米国にいる医療関係者であればJCは避けて通れません。JCがどのような意味を持つのかを医療関係者なら誰しもが理解しています。

JCIの歴史は1998年の設立とそれほど古くはありませんが、現在では世界90カ国以上で活動しています。しかしながら、目標は一つ、「患者のケアに対する品質を向上させ、医療の安全性を向上させる」ということで、これは世界各地で変わりません。

アジアにおけるJCIの普及状況

先日の読売新聞の「医療革新」というページに、アジアにおけるJCI認証病院の数が記載されていました。認証数のトップが韓国で35病院、続いてインドが25病院、シンガポールが19病院でした。一番下に日本が6病院と記載されていました。日本で認証を取得しているのは6病院で、数字的にはシンガポールの19病院と大差があるとはいえないかもしれませんが、シンガポールで19病院といえば、ほぼ100%の病院が取得していることになります。

JCIでは、目標認証数を各国の病院の上位2%としています。日本の場合、上位2%というところ約180病院に相当しますので、まだまだ伸ばす余地はあると思います。

亀田メディカルセンターの取り組み

なぜ、亀田メディカルセンターがJCIの認証を模索したかというと、医療の品質を向上させるため、患者の安全を更に高めるためです。もちろんJCI認証には副次的な効果として、医療ツーリズム、あるいはブランドの獲得などがあります。しかし、これはあくまでも副次的なものです。

私はJCIのコンサルタントとしてさまざまな病院を訪問していますが、私が各国の病院のトップの方にお話するのは、なぜJCIの認証取得を目指すのかということです。JCIの純粋な目的は、「Improve Patient Quality by Evidence」、そして「Enhance patient, family, visitor and staff safety by evidence」であり、この二つが最も重要なことです。

私が亀田メディカルセンターに入ったのは1991年ですが、

当時、JCAHOというJCの前身となる規格を取得しようということで、米国外で初の認証を受けようという取り組みを開始しました。取得に向けて議論を重ねてきましたが、JCAHOからの回答は「No」でした。当時、JCAHOが認証していたのは、米国内、カナダ、そして米軍の病院のみだったからです。

その後、1998年にJCIが創設され、認証を取得できるチャンスが訪れましたが、当時の亀田病院はそれを受け入れるだけの体制は整っていませんでした。特に、当時、病院の建物が老朽化しており、JCIのFMSという施設に関する項目についての対応が難しい状況でした。しかし、2005年3月に新しく病棟ができ、ようやくJCIに取り組める環境が整備できたのです。JCIへの取り組みは、2008年の3月から開始しました。現在のように、複数の病院がJCIの認証を受けている状況と違い、当時は亀田メディカルセンターが日本初のJCI取得を目指しており、他病院にノウハウを聞くようなことが出来ませんでした。そこで、JCIの認証を取得している横須賀海軍病院に支援を依頼したり、韓国初のJCI認証病院であるセブランス病院にも人を派遣したりして、情報収集を行いました。

JCI取得の活動をスタートさせて分かったことは、認証取得に当たって一番重要なことは、強いリーダーシップだということです。必要なことを意思決定し、純粋な目的に向かって進んでいく強い姿勢が必要です。また、JCIの認証はそれ自体が目的ではなく、あくまでも行程、道のり、道標であることを理解することも重要です。我々は、日本初のJCIの認証を2009年8月に受けることが出来ましたが、最後の瞬間まで戦々恐々としていたことを記憶しています。もし自分たちが失敗したら、日本の他の病院がどこも後に続いてくれないのではないのかと大変心配していました。

医療の品質の向上、患者の安全性の向上を目指して

亀田メディカルセンターは、2012年10月に再認証の審査を受けました。この再認証に向けた準備は、2009年に認証を受けた日の翌日から開始されました。というのも再認証には12カ月間の書類の記録が必要だったのです。我々は、早々に準備していたため、再審査の取得が出来ました。今は2015年に向けた準備を進めています。JCIのスタンダード(基準)が3年ごとに更新され、回を追うごとにより難しくなっているため、継続して取り組む必要があります。

しかし、亀田メディカルセンターは、JCIの認証を取得することのみを目的に活動しているわけではありません。医療の品質の向上、患者の安全性の向上を目的として取り組んでいるのです。

最後にアフリカの諺を紹介したいと思います。アフリカには「早く行きたいなら1人で行きなさい、しかし、遠くに行きたいなら力を合わせて行きなさい」という諺があります。JCIは早急に成果を求めるものではなく、長い道のりで

す。医療の品質と患者安全性の向上、これらは終わることのない長い道のりです。それには、ぜひチームになって力

を合わせて取り組んでいただきたいと思います。成功の秘訣は、「実践&実践&実践、教育&教育&教育」です。

講演 2

社会医療法人財団慈泉会 相澤病院

国際交流室長 熊崎 博司 氏



JCI審査までの主なイベント

当院は、2010年6月に国際交流室を立ち上げ、JCIの準備を始めました。当時、JCIの認証を取得していたのは亀田メディカルセンターだけであり、あまり情報もなかったため、「JCIとはどのようなものか」という情報収集から始めました。同年9月にソウルのプラクティカムに、11月には台北のプラクティカムに参加しています。そして、2011年1月、院長による職員への説明会を実施し、具体的な取り組みがスタートしました。

まず、スタッフのJCIについての理解を深めることを目的とし、2011年5月、日本経営にベースラインアセスメントをお願いしました。当初、JCI本部のサービスを活用するかどうか迷いましたが、スタッフが外国人に慣れないこともあり、まずは日本語での確認を行いました。そのような取り組みによって、ようやくJCIの基準と比べて何が課題であるのかが見えてきました。

2012年2月にはJCI本部のコンサルタントを招き、モックサーベイ（模擬審査）を行いました。このときは、非常に多くの厳しい指摘をいただきました。当初、2012年10月に審査を受ける予定でしたが、あまりに多くの課題を指摘されたため、受審延期を余儀なくされました。2012年5月にはJCIのワークショップを受けました。これはJCIのコンサルタントが各専門領域（感染、薬剤、データ、書類など）についてJCIの求める内容やその改善策を説明してくれるサービスなのですが、当院はそのうち書類の書き方に関するワークショップを受けました。

また、中国にJCIの認証を取得している当院の友好病院があったため、2012年11月、5名の方に来ていただいて、直接アドバイスをもらい、改善を進めました。このような様々な取り組みによって、2013年2月にJCIの認証を取得することが出来ました。

JCI認証審査に向けた体制と活動

JCIの審査に向けた体制ですが、まず、国際交流室を設けました。専門部署がなくても良いとは思いますが、ある程度は中心となって活動する人を配置した方が良いと思います。その後、コアチームを作りました。ここには、院長補

佐の医師、看護師に入っていました。中心となる医師を、JCI特命ディレクターとして任命し、JCIに関してはある程度の権限が与えられました。

JCIの審査項目は14章あるのですが、取り組み当初は各章ごとに担当責任者を置いていました。しかし、正直に申し上げると、この手法は上手くいきませんでした。なぜかという、JCIの基準は一つの章で完結するわけではなく、どこかの章で取扱われている項目は他の章でも取扱われているなど、複雑に入り組んでいるからです。

審査の構成、審査初日

審査は3名のサーベイヤーにより、5日間にわたりました。病棟管理（事務）がオランダ人、医師がパキスタン人、看護師がアメリカ人でした。通訳は各サーベイヤーに2名の合計6名、うち、4名は模擬審査時の通訳を配置しました。

審査は基本的にJCIのサーベイプロセスガイドと同じ形式で行われました。初日のオープニングカンファレンスで、サーベイヤーから出た質問の多くは、JCIを受けるときに提出した審査申請書に記載された内容が、審査を受ける現時点で相違がないかどうかでした。その後、病院の概要、サービスの改善について病院長から説明しました。内容は病院のミッション、ビジョン、病院の特徴、組織体制、品質管理体制などで、実際の改善事例をスライドでプレゼンしました。午前の最後の書類審査では、100を超える資料を提出し、そのうち、50以上が英訳したものです。日本語の資料は、担当者がサーベイヤーに呼ばれ、説明をしました。

審査2日目

2日目は感染システムトレースと薬剤システムトレースでした。感染システムトレースは、まず担当者全員の自己紹介とそれぞれが院内の感染管理でどのような役割を担っているのかを説明しました。これは聖隷浜松病院様に教えていただいたのですが、事前に当院の感染対策に対する活動、体制、データをまとめたものを作成してプレゼンを行っています。サーベイヤーから順次、質問がありましたが、主なものは、提示したモニタリング内容についてどのように分析データを取り、行動し、改善しているかでした。

薬剤システムトレースでは、事前に準備した資料に基づき、随時、質問に答えていきました。指摘を受けた項目としては、薬剤管理システムの年次評価が挙げられます。こちらの項目はPartial Metでした。

JCIでは、薬剤管理のプロセスについて年次毎の評価を求めています。例えば、薬剤管理のプロセスとして、購入⇒オーダー（処方）⇒処方監査⇒調剤⇒払い出し⇒投与⇒副作用確認という大きな流れがありますが、JCIではそれぞれの段階



を一つひとつ評価し、管理することが求められます。当院は、すべての項目については年次評価が管理出来ておらず、指摘を受けました。

Ⅰ 審査3日目

3日目に入り、品質と患者安全に関するシステムトレースを行いました。医師のサーベイヤーからは、臨床指標、IPSG（国際患者安全目標）、JCIライブラリーの項目について、看護師のサーベイヤーからは、管理指標、パス、RCA/FMEAの項目について確認がありました。各指標については、なぜその指標を採用したのか、指標の目標値はいくつであるのか、どのように改善しているのか、ということの一つひとつ聞かれました。主に、モニタリングを行う理由を明確にすること、目標値を定めることの2点について、サーベイヤーから指摘を受けました。特に、モニタリングについては、記録を残すことが重要であり、経年的に見て変化があった場合、その変化がなぜ起こったのか、どのように改善したのかを記録しておくことが必要です。

SQEのセッションでは職員リストの提出が求められます。当院は、医師10名、看護師10名のファイルを準備しました。特に質問が集中したのが、医師のパフォーマンス評価です。当院は、人事考課を導入し医師評価をしていますが、サーベイヤーからはデータに基づいていないとの指摘を受けました。JCIの基準では、医師一人ひとりの手術後の合併症の

発生率、輸血使用率、抗生剤の使用状況といったデータに基づき評価するよう求められています。当院は、そのあたりについては十分に出来ていませんでした。

Ⅰ 審査4日目

4日目はカルテレビューでした。どういう患者さんをピックアップするのかについては前日にリストを渡され、出来るだけ良く記載出来ているカルテを準備して本番に臨みましたが、カルテ記載については十分に出来ていない認識があったので、やはり多くの指摘を受けました。

最後にリーダーシップインタビューで、サーベイヤーから質問を受けました。主な質問内容は、JCIの認証を目指した理由、感染対策についての考え方、初日から4日目までのサーベイの内容について気になる点の確認でした。

Ⅰ 審査を終えて

終わって振り返ってみると、終始和やかな雰囲気が進めることが出来ました。JCIの審査を通じて、新たに学ぶことも多く、勉強になったと思います。また、これからが本当の改善に繋がると感じているスタッフが多く、まだまだそれぞれの課題に取り組んでいく必要があると思っています。

講演 3

社会福祉法人聖隷福祉事業団
聖隷浜松病院

院長補佐 山本 貴道 氏



Ⅰ JCI 認証の目的と本審査までのプロセス

当院では、これまで病院機能評価をはじめ、いくつもの第三者評価を受け、医療の質の向上に取り組んできました。しかし、近年は外部評価を受けることから遠ざかっていました。そこで、これまで当院が行ってきた取り組みが、国際標準と比べてどうかという意見が院内で出始め、JCIという規格に挑戦し、国際標準の医療を目指そうということになりました。

当院では、審査まで以下の4段階のステップを設けて取り組みを進めました。実際には予定より半年程度は遅れました。

- ステップ1 下準備（プラクティカム参加・情報収集）：10ヵ月
- ステップ2 書類完成期（キックオフ・文書作成）：6ヵ月
- ステップ3 拡充期（ポリシーの定着）：6ヵ月
- ステップ4 再確認期（ポリシー遵守の確認）：4ヵ月

Ⅰ ステップ1：プラクティカム参加の必要性

2010年9月に韓国（ソウル）で開催されたプラクティカムに参加したことから、JCI認証の取り組みが本格的にスタートすることとなりました。

ソウルでのプラクティカムに参加した際に、韓国の医療機関で模擬審査を見せてくれましたが、整備された韓国の病院は驚異的でした。プラクティカムは、JCIの準備を進めていくうえで、非常に効果的な情報収集となるため、JCI認証に参加は必須だと思います。

JCI認証に向けては、施設面の改修や設備の変更、審査費用など、一定の費用が必要となるため、まずは、そのための予算を確保しておく必要があります。そして、準備を進めていくうえでは、英語を使えるスタッフが必須となります。当院には、私以外に英語が堪能な事務スタッフが2名いたため、中心メンバーとして活躍してもらいました。また、当然医師の協力を得ることが必要となるので、プロジェクトリーダーは医師が務めることが望ましいと思います。

Ⅰ ステップ2：書類完成（文書作成）期

必要書類を仕上げる作業は、半年以上かかり、非常に大きな労力を必要としました。特にポリシーの作成は難しく時間がかかりましたが、頻回にグループ会を開催し、進

めていきました。ポリシー作成を効果的に行うためには、ISO9001（品質マネジメントシステム）の考え方を参考にすると良いと思います。

JCIの第1章「IPSG」では、ほとんどすべての項目でポリシーの作成が求められています。この章は、JCIの目的を理解するうえで非常に重要な章であるため、規定と手順の整備が必須事項となります。

■ ベースラインアセスメントの受審

この時期に3日間にわたるベースラインアセスメントを受審しましたが、徹底した患者目線でサーベイは進み、内容は非常に本格的でした。最終日に受けたサーベイヤークからの講評は、非常に厳しい内容でした。しかし、病院としての課題が明確になると共に、職員にJCIの意義・目的を納得させるうえでも効果的でした。

JCIと病院機能評価を別物に考えがちですが、JCIのチェック項目は、病院機能評価の評価項目をほとんど包括しているため、とにかくJCIのチェック項目を網羅するように努力しました。問題が見つかったと、根本原因が何かを徹底的に掘り下げられ、改善には非常に効果的でした。例えば、電気・水が遮断された場合の対応、コードピンクの対応など「万が一」の状況での対処方法を確認されました。

■ ステップ3：拡充期

初回審査では、過去4ヵ月間の記録がレビューされるため、規定や手順書は、本審査の4ヵ月前までには院内に発行し、職員の徹底を図らないといけません。もちろんカルテ記載も同様です。この拡充期における課題は、施設面での対応が中心となりました。

例えば、当院の場合、処置台の布シートの問題がありました。布シートは感染管理上、望ましくないとされていたため、布シートを除いた場合の対応、処置台の清拭には何を使用するかということ感染管理室と看護部に検討してもらい、変更しました。他にもタイムアウトの実施や鎮静剤のチェック・モニタリングの実施など、医師に協力を仰ぐこともありました。徹底するのは大変でしたが、医療の

質向上には重要なテーマとなりました。

■ モックサーベイの受審

本審査の半年前にモックサーベイを受審しましたが、幸いにも指摘事項はほとんどなく、準備が順調に進んでおり、病院全体としても医療の質と安全性が向上していることを確認することができました。また、職員が審査の雰囲気になれることもでき、その点も有効でした。

■ ステップ4：再確認期

再確認期は、内部でのモニター活動が中心でした。院内でサーベイチームを複数構成し、頻回に模擬サーベイを実施しました。また、良い成果を出しているチームがあれば、病院全体に公表し、院内の士気を上げるように努めました。

■ 本審査の受審と準備に伴って見られた変化

本審査は、5日間にわたって行われましたが、病院のウィークポイントは2日目までには見出されました。この本審査の期間中に、サーベイヤークと十分にコミュニケーションをとり、病院の実情を説明し、直ちに改善方法を検討し実施するようにしました。

ところで、当院では、本審査に至るまで、職員の心情に変化が起きました。具体的には、「驚き」⇒「怒り」⇒「諦め」⇒「協力」というプロセスを経る変化でした。JCIの認証を進めていくことに対する職員の戸惑いは大きく、衝突することも度々ありました。しかし、必要性を根気強く説いていけば、最後は納得してくれたというケースがほとんどでした。

それ以外に準備が進む中でいくつかの良い変化が見られました。病院内の整理整頓が進み、曖昧だったルールは明確化されていきました。また、業務上での確認回数が増え、安全性が向上しました。診療記録が充実し、診療録としての信頼性をより高くすることができました。

取り組みが進むにつれて職員の士気も上がり、プロジェクトを通し、組織の一体感も高まったことを最後にご紹介しておきます。

Part 3 識者から ①

JCIから学ぶ、そして国際標準に向けて発信する

■ 「必要なことはそこまでやる、徹底してやる！」

ニューヨークのベスイスラエルメディカルセンター勤務（1992～1995）のあいだに、JCAHO（JCIのアメリカ国内版）が医療の質の向上にどれだけ関わっているかを驚きとともに経験しました。一番の印象は「そこまでやる？」でした。

九州大学大学院医学研究院
医療経営・管理学講座

准教授 鮎澤 純子 氏



その後、Patient Safety（医療安全）に関して打ち出される方策についても、その先進性や合理性には納得しつつ、や



はに残るのは「そこまでやる？」という思いでした。

しかし、いまなお現場で起きている事故を振り返ると、やれていないことがあること、そして、必要なことは徹底してやっていかなければならないことに気付かされます。

日本でJCIの審査を受けた病院、審査を経験した現場の職員が出てこられたことは、日本の医療の質と医療安全の向上を保証するシステムを考える貴重な機会となると思います。

■ JCIから学ぶべきことはたくさんある

JCIの審査の視点や方法のなかには、学ぶべきこと、そして我々の取り組みの参考になるものがたくさんあります。

● 「トレース」という方法

JCIの審査方法の特徴のひとつに「トレース法」があります。「患者トレース」と「システムトレース」という二つがあり、「患者トレース」は、患者について、外来受診、そして入院から退院までに行われた医療行為を追っていく方法です。「システムトレース」は、病院の「方針と手順 (Policy and Procedure)」に定められたプロセスについて、始まりから終わりまで、その内容と遵守状況を追っていく方法で

す。「記録をガイドとして、その患者の、病院におけるありのままの診療過程 (a real patient's journey) を追跡していく」というこの方法で、現場のいろいろな問題が明らかになることは想像できると思います。我々の医療安全に関する現場巡視などの方法にも活用できるはずです。

● 「予定通りにいかないとき」の準備

受審時にはJCIのサーベヤーから「できなかったとき」について何度も質問されることになります。「持っていなかったら？」「無かったら？」…言われてみると、予定通りにいかないときにどうするのか、代わりにどうするのかといったことへの準備ができていなかったことに気付かされます。マニュアルやルールの見直しにも応用できるはずです。

■ 期待したい「国際標準に向けての発言」

気が付くとJCIの受審病院が増えてきています。特にアジアにおいて顕著です。日本が「国際標準」の議論から置き去りにされないかという心配もあります。JCIを知ったうえで見えてくる、日本の医療ならではの良いところがあるはずです。JCI受審を通して、国際標準に向けての発信ができるようになることも期待したいと思います。

Part 3 識者から ②

日本の医療に期待したい国際化への貢献

日本は健康寿命が世界で一番長く、乳幼児死亡率も一番低く、また一人あたりの医療費もOECDのなかで中ほどにあるということから、日本の医療は世界で非常に質の高いサービスを、低コストで実現できていると考えています。一方、このように競争力を持ちながらも、産業として見ると約2兆円の輸入超過となっていて、まず収支均衡となるように、できる限りの支援をしていきたいと考えています。

特に、シーメンスやサムスン、医療機器だけでなく、医療技術（教育）とセットで輸出する取り組みをしています。日本にも高い医療技術と優秀なものづくりの力がありますので、世界で貢献してもらいたいと思っています。

このような点で見ると、医療の教育を含めて実践の場、拠点としての医療施設やその運営についても、国際的な整合性を確保することが必要です。国の内外に対して質の高いサービスを提供できる医療機関であるという指標の一つにJCIによる認証がありますが、JCIの認証を取得している国内の医療機関が現在6機関にとどまっているのに対し、韓国、シンガポール、タイなどはそれぞれ20前後もの医療機関が認証を取得しています。そこで、今後も外国人の受け入れ体制が整った医療機関が増え、海外からの患者さんや医師をはじめとする研修生の来日が増えるように、積極

経済産業省
ヘルスケア産業課長

福島 洋氏



的に支援していきたいと思っています。

そのようななか、海外からの患者さんに日本に来ていただくに際し、一番ネックになっているのは、やはり言語の問題です。私たちは東京外国語大学や大阪大学と協力して、医療通訳者を育成するための方法も検討しています。その他、海外からの患者さんの受け入れに障害となっているものの、例えば医療情報の授受、契約、医療保険など、医療の周辺にかかわる制度の環境整備を医療関係者やその周辺の事業者とともに解決するための方法を検討しているところ です。

医療の国際化で一番難しいのは、医療関係者の意識改革だと感じています。大多数の医療関係者は国内のことで精一杯です。一方、世界では医療の国際化が進み、より質の高い医療を求めている状況です。日本の医療はそれに比べられるだけの能力や技能は持っていますので、医療の国際化に貢献すべく、まずは関心を持っていただきたいところです。

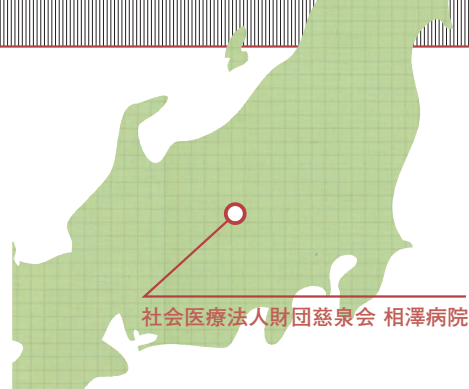
(文責：編集部)



社会医療法人財団慈泉会 相澤病院（長野県松本市）

副院長 **田内 克典 氏**

（経営戦略部 国際交流室長 熊崎 博司 氏）



社会医療法人財団慈泉会 相澤病院

病院のビジョンとしての救急医療

— 相澤病院さんではJCIも含め、様々な取り組みをされていますが、まずお聞きたいのは救急への取り組み、特に北米型のERです。どういう経緯で取り組まれたのですか。

田内 救急医療への取り組みは、病院のホームページにも掲載していますが、相澤病院としてのミッション、ビジョンとしてそもそも掲げてあるものです。行政の仕組みとしては、一次救急、二次救急そして三次救急とそれぞれのレベルで担当する施設も分けて、連携して患者さんを送っていく。こう言葉にすれば整然としているようですが、患者さんの立場で考えると、どうしても一次よりは二次を選択したい。一次救急にアクセスして結局、二次救急に回されるという事態は不安だからです。しかも、松本市では休日の救急当番の医療機関名が、一次だけでなく二次救急まで地元紙に掲載されているんです。だったら、「じゃあ、相澤病院に」となるんでしょう。

北米型のERということですが、相澤病院のミッション、ビジョンとして地域の急性期、救急医療を担当するという文言を掲げている以上、救急の患者さんは断らない、そして相澤病院に来れば大丈夫といえる環境を、患者さん、地域に提供したいということです。それを、365日24時間の体制で対応するということです。病院として念願だった救急救命センターが認可されたのは平成14年ですが、それまで年間3,000件程度だった救急搬送も、今では6,000件超にまで増えています。

— 大変な数ですね。

田内 私が赴任してきた当初は、確かに大変でした。病院全体で40人程度の医師しかいませんでしたし、私が担当する外科は常勤医が4名と、とても積極的に救急医療を実施する環境ではありませんでした。当院は、平成5～6年に現在の相澤理事長が本格的に急性期への舵取りを意思決定したのですが、当初は私にも2日に1回は当直が回ってきていました。その環境が変わっていったのは、救急救命センターの開設です。救急科専従医を確保し、専門科医師はそのバックアップを行う体制が徐々に整備されてきました。同時に基幹型臨床研修病院に指定され、民間病院で急性期に懸命

に取り組む施設ということで、臨床研修医が集まり始めました。若い医師が集まり始めると、指導する私たちも勉強するし、病院全体のアクティビティが上がります。同時に、理事長が先進的な機器など、こちらが心配になるくらい積極的な設備投資を行い、医療環境を整備していきました。

医療の質担保と経営責任の分離

— 急速に急性期、高機能な医療のための環境を整備されてきました。

田内 ヘリポートが設置され、PETが導入される、さらにIMRTが導入されるなど、例えば当院のがん治療については、患者さんへ提示できるプログラムが圧倒的に広がっていきました。それはそのまま、相澤病院としての強みとなっていきました。

— 現場の医師として相当なプレッシャーがありましたか。

田内 医療機器は稼働させて意味があるわけですから、うまく立ち上げていくために神経は使いました。相澤病院に赴任してから、「民間病院だから経営面も負担が大きいのでしょうね」と心配していただく声もありましたが、実は私は当院にきて一度も「金を稼いでくれ」といわれたことはありません。ただし、提供する医療という意味で、機器の稼働率や在院日数などについては、当然、一定の成果は求められます。また、私は副院長という立場で、医療の質についての責任は負っていますが、経営面についてはその立場にありません。もし、私が医療の質と経営の両面を担当していたら、おそらく医療の質という観点から思い切ったことはいえなくなっていたかもしれません。

最高のツールとなったJCI

— ところで、JCIへの取り組みのきっかけはどのようなものだったのですか。

熊崎 3年ほど前に、東京でJCIのセミナーがありました。私はJCIに興味があり、個人的にセミナーへ参加したのですが、そこで偶然、相澤理事長と会ったことが最初のきっかけです。当時、私は理学療法士として現場で働いていましたが、患者視点に立った医療の質を改善したいと思っていました。

■相澤病院

502床

内科（呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、神経内科、人工透析内科、腎臓内科、疼痛緩和内科、糖尿病内科、内視鏡内科）／外科（気管食道外科、呼吸器外科、形成外科、歯科口腔外科、消化器外科、小児外科、心臓血管外科、整形外科、脳神経外科、乳腺外科）／眼科／救急科／産婦人科／耳鼻いんこう科／腫瘍精神科／小児科／精神科／泌尿器科／病理診断科／放射線診断科／放射線治療科／皮膚科／麻酔科／リウマチ科／リハビリテーション科／臨床検査科

■主な届出、施設基準、指定等

一般病棟入院基本科（7:1入院基本科）、総合入院体制加算、救急医療管理加算、超急性期脳卒中加入算、妊産婦緊急搬送入院加算、救命救急入院料1・2、特定集中治療室管理料1、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、地域医療支援病院、地域がん診療連携拠点病院、基幹型臨床研修病院、外国医師臨床研修指定病院、二次救急医療指定施設、救命救急センター、長野県災害派遣医療チーム（長野県DMAT）指定病院、松本広域圏救急・災害医療協議会認定施設 他多数



おそらく、相澤理事長も医療の質向上のプロセスを改善することの必要性や相澤病院のガバナンス強化の必要性は感じていたと思います。すぐに私が担当者と決まり、台湾で開催されたJCI主催のセミナーに田内先生と参加することになったのです。



熊崎 博司氏

田内 最初、私はまったく気乗りがしませんでした。何で台湾まで出張しなきゃいけないんだろうと。ところが、台湾でのセミナーに参加してみると、どんどん引き込まれていった。セミナーが終了する頃には「これだ!」と。先にいったように、私が赴任した当時は、医師も40名程度。院長も顔が見えるレベルでの管理ができていました。しかし、160名を超す医師を、昔と同じ感覚で管理することに無理を感じていました。何か強烈なツールが必要だったんです。

— JCIのどこに魅力を感じましたか。

田内 まず、医療における質管理でPDCAを求められるところなんです。JCIでは、仕組みやルールを作り、その運用とアセスメント、そして再度、仕組みの見直しなど、PDCAを回すことを求めています。また、曖昧な基準は許されません。日本人が不得手な、数値化することを求めています。直截な表現をすれば、個人の恣意的な判断を許さないということです。これに気づいたとたん、私が最も熱心な推進者になっていました。

— JCIについては、当初、メディカルツーリズムなどがマスコミなどにも取り上げられていましたが。

田内 確かに、審査の際にサーベイヤーの一人から「何が目的なんだ」と不思議そうな顔で問われました。松本という土地に降り立って、彼らも外国人の患者が大挙してやって来るとは考えられなかったのでしょう。それに対して、そんなものが目的じゃない、JCIが掲げる、「患者、家族そして職員の安全と、医療の質の向上」こそが大事なんだと。

— 医療の質の担保という面では、具体的にどのような変化があったのですか。

田内 例えば、個々の医師に可能な行為、できない行為などを細かく規定しました。がん治療の過程で、抗がん剤や麻薬を処方します。日本の医師法では医師の免許さえあれば何でも処方できますが、それを制限する。あるいは、ある手術や処置についても、どういう経験があればやることのできるのか、これら技術の行使などについて、院内に医師技術評価委員会を設置し、そこで要件設定をする。例えば、私がある若い医師に消化器の手術をさせようとしています。それは、私の経験値に基づいて手術を任せようとするわけですが、JCIでは、「彼はどんな経験があり、どんな治療結果を残しているのか」など、数字で基準を求めてくるのです。ある管理者の下ではOKだったが、別の管理者の下ではNGということはない。このようなルールを何百も作り、運用し、評価していくわけです。日本的な風土には、なかなか馴染まないかもしれませんが「JCIが求めているから」と。しかし、病院にとって大事なものは、今回のJCIで経験した改善への取り組みを、誰かが求めるからではなく、自分たちが主体的に作っていく。改善を組織の風土として定着させることだと考えています。

— 今後の課題があれば。

田内 JCIは医療の質担保については、確かに素晴らしいツールです。しかし、日本の病院にとっては少々、細かすぎるかもしれません。JCI的な基準やルールの設定、運用に馴染んできたら、もう少しざっくりとしたものが良いのかもしれない。日本経営には、JCIについての支援をいただいて感謝していますが、今後は、日本のアライアンスパートナーとして、こういった視点で日本的な仕組み、取り組みの支援を期待しています。

— 貴重なお話をいただきました。ありがとうございました。

（文責：編集部）



教育体制の構築④ 役割の明確化から 「責任」「権限」の明確化へ — 組織機能の最大化のための組織図再編

今回も前回に引き続き「構築編」についてです。前回で紹介した組織体制整備の基本ステップ（前号の図2を参照ください）について詳細を説明していきます。

1. 組織体制整備の流れ

（1）組織体制の課題点

介護・福祉施設ではピラミッド型の組織ではなく、一人の施設長を中心とした文鎮型の組織となっているケースが多くみられます。組織の規模にもよりますが、文鎮型組織では一人の施設長に責任と権限が集中しているため意思決定のスピードが速いというメリットがあります。しかし、特定の人間に責任と権限が集中しているため職員一人ひとりが自ら責任感を持ち、自律的に行動していくことは少なくなります。

さらに、情報伝達に関しても交代勤務、シフト勤務の都合で全員が一堂に会して情報共有をする機会も少ないのが現状です。ただどのような業種であっても、時間の制約があるのは同じです。その限られた時間の中で、必要な情報を伝達していく工夫が必要です。介護施設では会議・委員会の設置数も多く、忙しい業務の隙間をぬって各会議・委員会が開催されています。しかし、その実態と

してはマンネリ化していたり、報告会になっていたり、決定事項も決まらずダラダラと時間だけが経過しているといった現状も見受けられます。

（2）課題の要因

組織体制は、組織規模や時代の変遷に応じて見直されていくものです。しかし、介護・福祉施設においては、これらの見直しがされないまま運営されているケースが多いようです。そのため、創業時や事業立ち上げ時と同様に各施設・部門・部署のリーダーに責任や権限が集中する文鎮型組織になっています。組織規模に応じた組織機能に見直すことで、効率的な運営、効果的な人材育成を実現することが可能となります。

さらに、介護・福祉施設において、昔も今も現場重視の意識が強いといえます。もちろん、サービス業として捉えれば当然といえます。しかし、日々の業務が忙しいあまり、チームワークという考えが薄れ、「私の仕事はここまで」と自身の業務を職務で捉えることで、業務に隙間が生じることがあります。本当に良いサービスを提供することを考えれば、業務に隙間があってはなりません。仕事を役割で捉えることが、利用者へより良いサービスを提供するためには必要になり

ます。業務中心主義から役割中心主義に組織体制を見直すことで、真に必要な介護サービスの提供が可能となります。

また、介護施設において会議や委員会が多数開催されています。多忙な業務の隙間の時間で調整して、開催しているものの「会議がマンネリ化している」「参加者からの発言がない」「決定した事項が徹底されない」などの問題を抱えているケースが多いようです。これは、各会議・委員会の位置づけとその開催目的が明確になっていない、または共有されていないことが要因といえます。組織機能を明確にするだけでなく、実際に業務を効率化し、決定事項を周知徹底させ、施設・部門・部署で一体感を持って業務に取り組みたい場合、会議・委員会機能を見直すことで組織機能の最大化を図ることが可能となります。

（3）改善ポイント

最初に、各介護施設の組織機能に応じた職員配置を明確にしていきます。具体的には組織図として表現していきます。

続いて、明確化された組織図に基づき職員の階層別役割を明確にしていきます。具体的にはまず各階層の「責任」を明確にしていきます。責任とは「各



職位に期待される成果」です。次に「権限」を明確にしていきます。権限とは「責任の遂行にあたって、その実施を命令する機能と限界」です。

そして最後に組織機能に応じた会議・委員会体制を明確にしていきます。具体的には会議・委員会体制の組織図化と会議・委員会の目的・内容等を一覧にします。さらに、会議・委員会の進め方についても共通ルールを明確にすることが必要です。

(4) 改善に向けて

上記内容を踏まえて、具体的な改善点としてまずは組織図の検討から進めていきます。以下のポイントに注意して組織図を再考してください。

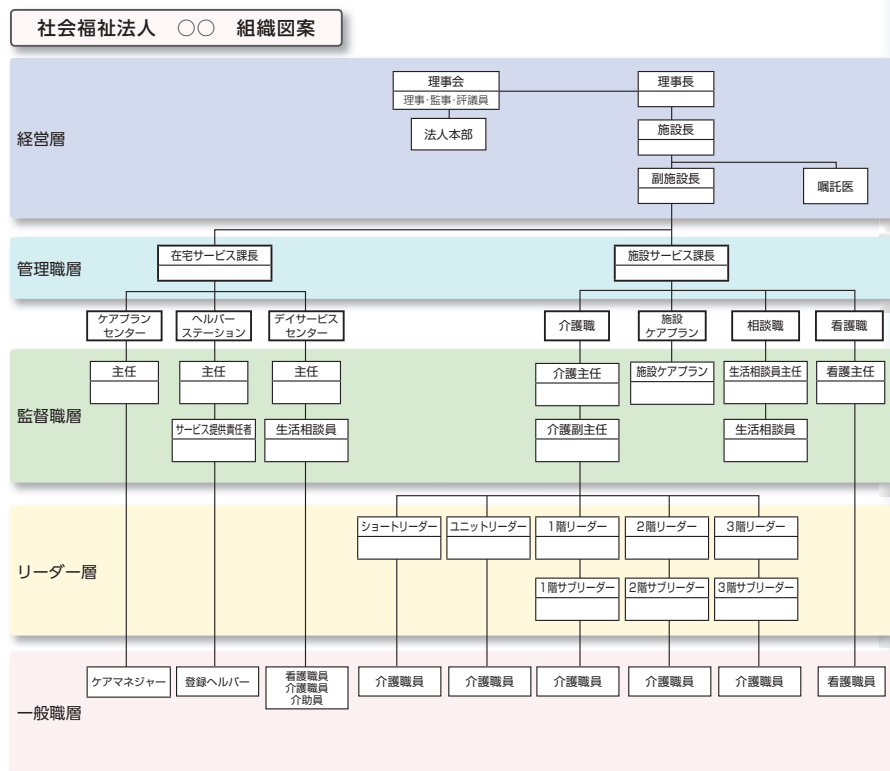
- ① 職員の実態を反映した組織図を作成する。
- ② 一つひとつの役職について、本当に役割があるかどうかを議論し、役割がはっきりしない、もしくは他の役職で十分補い切れる役職は消していく。
- ③ 3年程度先の中期的な観点から、今後必要とされる役職を検討する。なお②、③ではあくまで役割について議論し、人の顔を考えない。
- ④ 一つひとつの役職について、期待

する役割イメージについて整理する。ここでは概要でよく、詳細内容を固める必要はない。

- ⑤ 役職の横の列を整理する。例えば、施設の課長クラスと在宅の所長クラスの並びなど、呼称の違いで階層があいまいになるようなことである。複合施設ではよく出てくる課題である。
- ⑥ 役職に人を当てはめる。ここで、必ず出てくる課題が設定した役職と人がぴったりと当てはまらないことである。役職が少なくなれば、当然、役職がなくなる職員も出てくる。逆

に若くて有能な職員を抜擢することでも考えられる。また、職員に対する成長への期待から、役職につけることもある。ここは⑤まで検討したあるべき像とのバランスを図りながら検討していく。

- ⑦ 最終的に、パートを含めた全職員の名前を記載した組織図を作成し、周知する。ねらいは「職員が自分の位置を知ることによってスムーズな情報伝達を行うこと」、「名前を記載することで組織の一員としての意識を向上させること」である。





経営者としての転機となった盛和塾

株式会社日本経営 代表取締役会長 小池 由久



創造経営との出会いで、私自身はもちろん、創業者である菱村所長も、そして日本経営（当時は菱村総合税務会計事務所）も大きく変わっていくことになりました。現在、日本経営では、創造経営の基礎コース、中級コース、大学校（上級コース）を経験して幹部社員として育ていくことになります。そして、創造経営大学校を卒業することが、日本経営グループの役員となる条件の一つにもなっています。

創造経営の精神の詳細については、稿を改めますが、多くの社員の方々が、その精神、考え方を理解し共感してくれています。まさしく、日本経営の風土を創ってくれたと感謝しています。

以前も紹介しましたが、私にとって人生を変えるほどの大きな出会いが、これまでに3回ありました。まず、菱村所長です。私は、菱村所長に社会人として育てていただきました。そして、創造経営。企業経営の何が、そして経営者として何が大事なのかを教えていただきました。この創造経営から大きく時間が下って、三つ目の大きな出会いを経験することになりました。稲盛和夫さんの盛和塾です。

そもそも盛和塾は、京都の若手経営者の有志が、稲盛さんの経営哲学を勉強しようと集まった自主的な会でした。スタートは1983年ですが、私が入塾したのは2004年4月のことです。盛和塾については、それ以前から存在だけは知っていましたが、盛和塾に入っていた私の知人、100年も続いた老舗だったのですが、そこが倒産してしまったのです。私としては、「何だ、盛和塾といっても塾生の会社を潰しているようじゃ、たいしたこ

とないじゃないか」といった、多少反発するような感情もありました。

その後、京都にある監査法人との出会いがあり、その担当者の方から盛和塾への入塾を強く勧められたのです。先のこともあったので、正直、お付き合いといった軽い気持ちで入塾したのが始まりでした。

当時、私は菱村社長から社長の任を禅譲され、既に8年程が経過していました。グループの売上100億円、利益10億円を目指している状況でした。日本一の会計事務所にするという若き日の誓いも、社員規模、売上規模だけをみると、ほぼ達成されたようにも思っていました。経営者としては奇妙な達成感も味わっていたようにも思えます。同時に、際限なく働いて会社を大きくするという意気込みに、自分自身で疲れていたのかもしれない。労働基準監督署からの注意もありました。管理する立場になってみると、会社の規模は小さく、社員も少ないほうが、気が楽なのは当たり前です。そこそこの売上と利益があつて、倒産という危機的な状況にもなれば…。ふっと、そんな考えも頭をよぎったような時期に、盛和塾に入塾したのです。

そして、稲盛塾長の話を聞き、塾生とのディスカッションの場に身を置いてみると、小さくまとまっても良いかもしれない、とぼんやり考えていた自分が恥ずかしくなりました。打ちのめされたような気分でした。経営者としての自分が、いかに小さかったのかが思い知らされました。「よし、もう大丈夫だ」と自分に言い聞かせて、初めての盛和塾を終えたのでした。

(続く)

ダイナミック・スリー・ラインについて



日本経営グループのシンボルマークである**ダイナミック・スリー・ライン**(マーク参照)は、急速な社会環境変化の中でお客様と共に成長していきたいという、ひたむきな心を力強く表現したものです。

無限の宇宙に昇華する三本の線は、

「お客様の発展に対して努力を惜しまないという心」

「与えられた仕事に真剣に取り組むという積極的な心」

「メンバーと協力して仕事を円滑に遂行するという連帯的な心」を表現しています。

次号予告

特集：保険商品で見直す経営と福利厚生

病院経営、とりわけ民間病院経営の最大のリスクは経営者の健康問題といわれる。病院経営だけではなく、中小企業の経営者は、そのリスクをヘッジするため生命保険や火災保険など様々な保険に加入している。また、最近では社員の福利厚生を目的とした商品なども提供されている。複雑で分かりにくいこれら保険について分かりやすく解説する。

その他

クライアントインタビュー

介護・福祉施設経営

日本一のヘルスケアコンサルタント集団を目指して

発行所 日本経営グループ
本社 東京都千代田区神田2-13-3
編集部 東京都千代田区神田2-11-1
TEL 03-5255-9171
FAX 03-5255-9172
定価 500円(税、送料込)