

添付資料

添付資料 1. 調査スケジュール

|                                                    |                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>【国内作業】</b><br>2012 年 11 月中旬～<br>2013 年 1 月中旬    | 1.文献レビューの実施<br>2.専門家へのインタビュー実施<br>3.対処方針会議の開催                                                                                                                                                |
| <b>【タンザニア現地調査】</b><br>2013 年 1 月 12 日～<br>1 月 26 日 | 1.ダルエスサラーム市<br>保健福祉省、ムヒンビリ病院、JHPIEGO（ドナー）訪問<br><br>2.イリンガ州<br>トサマガンガ病院、郡保健管理チーム（RHMT）訪問<br><br>3.ムベヤ州<br>ムベヤコンサルタント病院、ムベヤ州病院、バリジ病院、GIZ 訪問                                                    |
| <b>【セネガル現地調査】</b><br>2013 年 1 月 28 日～<br>2 月 10 日  | 1.ダカール市<br>保健省、FHI（ドナー）、ガスパルカマラ保健センター、グランヨフ病院、JICA 母子保健プロジェクト事務所、JICA 保健システムマネジメント強化プロジェクト事務所 訪問<br><br>2. ティエス州<br>ティエス州病院 訪問<br><br>3. タンバクンダ州<br>タンバクンダ保健センター、タンバクンダ州病院、コチャリ保健ポスト、州医務局 訪問 |
| <b>【帰国後作業】</b><br>2013 年 2 月中旬～<br>6 月中旬           | 1. 文献レビューの実施<br>2. 帰国報告会及び検討会の開催<br>3. 報告書等の作成                                                                                                                                               |

添付資料 2. 面談者リスト

| 所属                                                                                                                                                                                                                         | 面談者                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 日本                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                 |
| (独)国立国際医療研究センター 専門職                                                                                                                                                                                                        | 池田憲昭 氏                                                                                                                                                                                          |
| (株)フジタプランニング 海外調査部課長                                                                                                                                                                                                       | 鈴木修一 氏                                                                                                                                                                                          |
| 日本医科大学 教授                                                                                                                                                                                                                  | 長谷川敏彦 氏                                                                                                                                                                                         |
| タンザニア                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Ministry of Health &amp; Social Welfare</b><br>Director Health Quality Assurance,                                                                                                                                       | Dr. Mohamed Ally Mohamed                                                                                                                                                                        |
| <b>Ministry of Health &amp; Social Welfare</b><br>Head, Health Services Inspectorate Unit                                                                                                                                  | Dr. Henock A.M. Ngonyani                                                                                                                                                                        |
| 保健公共福祉省アドバイザー<br>JICA 専門家                                                                                                                                                                                                  | 石島 久裕 氏                                                                                                                                                                                         |
| <b>Ministry of Health &amp; Social Welfare</b><br>Hospital Reform officer                                                                                                                                                  | Ms. Romana F. Sanga                                                                                                                                                                             |
| <b>Muhimbili National Hospital</b><br>Director of Human Resources,<br>Manager Quality Improvement Unit.                                                                                                                    | 1)Mr. Makwaia M. Makani<br>2)Ms. Regina Kiwoli Nyambo                                                                                                                                           |
| <b>University Research Co., LLC.</b><br>Senior Quality Improvement advisor<br>Senior Quality Improvement advisor                                                                                                           | 1)Mr. David J. KIHWELE<br>2)Ms. ELIZABETH C.U. HIZZA                                                                                                                                            |
| <b>JHPIEGO</b><br>Infection Prevention Advisor                                                                                                                                                                             | Mr. Albert Komba                                                                                                                                                                                |
| <b>Regional Health Management Team, Iringa</b>                                                                                                                                                                             | Dr. Manyama Deogratias                                                                                                                                                                          |
| <b>Tosamaganga Designated District Hospital</b><br>Chief<br>Quality Improvement Team<br>Quality Improvement Team<br>Quality Improvement Team assistant<br>Hospital Management Team<br>Quality Improvement Team             | Dr. Lazaro Mtuya<br>Mr. Lowrence Mhaluka<br>Dr. Leonard Merere<br>Mr. Angelo Mbuki<br>Ms. Isse Nsehhu<br>Ms. Velonica Kihuero                                                                   |
| <b>Mbeya Consultant Hospital</b><br>Director General<br>JOCV<br>Quality Improvement Team secretary<br>Quality Improvement Team QIT<br>Quality Improvement Team<br>Quality Improvement Team QIT<br>Quality Improvement Team | Dr. Eleuter Roki Samky<br>Mr. Yoshiharu KAMATA<br>Ms. Adela Mrula<br>Ms. An Mtandi<br>Mr. R. Dibogo<br>Ms. Ruth Shadrack<br>Mr. Esther Kaseko<br>Mr. Humphrey Kiwelu<br>Mr. Thomas Isdory / QIT |
| <b>Mbeya Regional Medical Office</b><br>Regional Medical officer<br>Regional Nursing officer<br>Regional Pharmacist<br>Regional Lab Technologist<br>Regional Mental Health<br>GIZ-TGPSH Health Service Advisor             | Dr. Agnes Buehwa<br>Ms. Lydia Mbembela<br>Ms. Lucia F. Mkumbo<br>Mr. Ezekiel Tuya<br>Mr. Jordan Nyenyenbe<br>Johanenes Schwed                                                                   |
| <b>Mbeya Regional Hospital</b><br>Director<br>Matron                                                                                                                                                                       | Dr. Lewis Kallist Chomboko<br>Ms. Anna J. Otaru<br>(他 QIT、HMT メンバー 16 名)                                                                                                                        |

|                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Mbeya Regional medical office</b><br>Regional Medical officer<br>Regional Nursing officer<br>Regional Pharmacist<br>Regional Lab Technologist<br>Regional Mental Health<br>GIZ-TGPSH Health Service Advisor | Dr. Agnes Buehwa<br>Ms. Lydia Mbembela<br>Ms. Lucia F. Mkumbo<br>Mr. Ezekiel Tuya<br>Mr. Jordan Nyenyenbe<br>Johanenes Schwed |
| <b>Council of Health Management Team, Mbeya</b><br>Council Medical Officer<br>LAB&ASSESSMENT<br>Public health officer                                                                                          | Ms. Jescar Msebeni<br>Ms. Georgina Mwingwa<br>Mr. Edao J. Kyara                                                               |
| <b>Mbalizi Hospital</b><br>Director General                                                                                                                                                                    | Dr. Msafiri Kimaro<br>(他 QIT、HMT メンバー 26 名)                                                                                   |
| セネガル                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                               |
| <b>Ministere de la Sante et de la Prevention</b><br>Program Coordinator<br>保健省技術アドバイザー                                                                                                                         | Dr. Ndella KONATE<br>永井真理 氏                                                                                                   |
| <b>Ministere de la Sante et de la Prevention</b><br>Responsable SIM/DES (Système d’Inventaire Médical/<br>La Direction des établissements de Santé (Quality<br>division chief )                                | Mr. Ousmane Dia                                                                                                               |
| タンバクンダ州及びケドゥグ州保健システムマネジメント強化<br>プロジェクト<br>総括                                                                                                                                                                   | 金森将吾 氏                                                                                                                        |
| タンバクンダ州及びケドゥグ州母子保健サービス改<br>善プロジェクト<br>総括                                                                                                                                                                       | 杉浦康夫 氏<br>後藤美穂 氏                                                                                                              |
| <b>Tambacunda Regional Hospital</b><br>Director<br>Quality director, bio-medical technician<br>President comite de 5S, nurse                                                                                   | Dr. Niasse Eheikh<br>Ms. Khadi Kane<br>Mr. Mamadou Feye                                                                       |
| <b>Tambacunda Regional Health Service</b><br>Supervisor SSP<br>In charge of partnership                                                                                                                        | Mr. Dame Fall<br>Ms. Aissatou Sall                                                                                            |
| <b>Kotiary Health Post</b><br>Chief nurse, ICP<br>JOCV, nurse                                                                                                                                                  | Mr. Boubacar Diallo<br>佐藤夕起 氏                                                                                                 |
| <b>Tambacunda Health Center</b><br>Director                                                                                                                                                                    | Dr. Amadou Mbaye DIOUF                                                                                                        |
| <b>Thies Regional Hospital</b><br>Director<br>Chief of Quality , Hygiene, and Security<br>Responsible quality in QHS<br>Information<br>Information<br>TMH<br>JOCV                                              | Mr. Babakar MANE<br>Mr. Ablaye Diop<br>Ms. Fatoumau Dieng<br>Mr. Samba Diaye<br>Mr. Aly Mar Aioum<br>Talla Ndiage<br>金田香織 氏   |
| <b>Gaspardcamara Health Center</b><br>Director<br>Health cares supervisor<br>in charge of Health Education                                                                                                     | Dr. Ndeye Magatte NDIAYE<br>Ms. Aissatou DIEDHIOU<br>Ms. Aminata BA                                                           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| District Health Reproduction Activity Coordinator<br>Extended Vaccination Program<br>Mid-Wife Manager<br>Sanitary Engineering Responsible Technician, 5S<br>Focal Point Quality Chief<br>Bloc Major, 5S collaborator:<br>New born child service<br>Social service responsible | Ms. Aissatou NIANG<br><br>Ms. Arame DIASSE<br>Ms. GASSAMA<br><br>Mr. Jacques SOW<br>Ms. Ibrahima FALL<br>Mrs. BA<br>Mrs. Gueye Datt DIOP |
| <b>Grand Yoff General Hospital</b><br>Director<br>Head of Lab, Head of Hospital Quality Cell                                                                                                                                                                                  | Dr. Moussa DAFF<br>Ms. Mme NIANG                                                                                                         |
| <b>Family Health International</b><br>Technical Counselor<br>Country Director<br>Technical Director                                                                                                                                                                           | Dr. Karim Seck<br>Dr. Barbara SOW<br>Dr. Abdoulaye Cire ANNE                                                                             |

### 添付資料 3. レビュー文献一覧

#### 1. 対象案件のプロジェクトに関する報告書や関連情報等

- a. アジア・アフリカ知識共創プログラム「きれいな病院」  
(協力準備調査・地域別研修、2007 年～2013 年)
- b. アジア・アフリカ知識共創プログラム「きれいな病院」  
(協力準備調査・地域別研修、2009 年～2013 年)
- c. タンザニア国「保健人材開発強化プロジェクト」  
(技術協力プロジェクト、2010 年～2014 年) 「PDM」
- d. ナイジェリア国「ラゴス州母子健康強化プロジェクト」  
(技術協力プロジェクト、2010 年～2014 年) 「事業事前評価表」
- e. ブルンジ国「母子保健向上を目的とする医療施設能力強化プロジェクト」  
(技術協力プロジェクト、2009 年～2012 年)  
「事前評価表」・「中間レビュー報告書」・「終了時評価報告書」
- f. セネガル国「タンバクンダ州及びケドゥグ州保健システムマネジメント強化プロジェクト」(技術協力プロジェクト、2011 年～2014 年)  
「第 1 年次業務進捗報告書」・「第 2 年次業務進捗報告書」・「PDM」
- g. ウガンダ国「保健インフラマネジメントを通じた保健サービス強化プロジェクト」  
(技術協力プロジェクト、2011 年～2014 年)  
「事前評価表」
- h. コンゴ民主共和国「保健アドバイザー」(個別専門家、2008 年～2013 年)  
「詳細計画策定調査報告書」
- i. モロッコ国「継続的母子保健ケア・アドバイザー」(個別専門家、2010 年～2013 年)  
「決裁書」・「専門家派遣活動報告」
- j. モロッコ国「母子保健フェーズ 2」(第三国研修、2010 年～2013 年)  
「母子保健フェーズ II 実施報告書」
- k. マラウイ国「病院運営改善に向けた 5S-KAIZEN-TQM 普及」(個別専門家、2011 年～2013 年)
- l. 「アジア・アフリカ知識共創プログラム (AAKCP) : 教訓と提言」(2011 年 5 月)
- m. 「アフリカ地域医療施設機能改善プログラム準備調査 協力成果レビュー報告書」(平成 24 年 6 月)
- n. 「アフリカ地域医療施設機能改善(広域)プログラム準備調査 最終報告書」(平成 23 年 3 月)
- o. 「アフリカ地域医療施設機能改善プログラム準備調査ファイナルレポート」(平成 25 年 3 月)

#### 2. その他の文献

- a. 川上智子「医療サービス分野におけるトヨタ生産方式導入の理論的意義」(関西大学商学論集第 56 巻第 3 号、2011 年 12 月)
- b. Donald M. Berwick, “CURING HEALTH CARE” (1990)
- c. D・M・バーウィック「キューリングヘルスケア-新しい医療システムへの挑戦」(中山書店、2002)
- d. 保健医療セクターにおける「総合的品質管理(TQM)手法」による組織強化の研究  
(JICA、2006)
- e. 医療安全推進総合政策(厚生労働省、2005)
- f. 簡易経営診断書参考指標(独立行政法人福祉医療機構)  
[http://hp.wam.go.jp/Portals/0/docs/toukei/pdf/h23\\_byouin.pdf](http://hp.wam.go.jp/Portals/0/docs/toukei/pdf/h23_byouin.pdf) 2013 年 5 月 30 日
- g. 「磐田市立総合病院の 5S 活動! 全員参加での 5S 活動への取り組み」(磐田市立総合病院、2012 年)
- h. 「ミス・事故をなくす医療現場の 5S」(JIPM ソリューション、2011 年)
- i. 「医療安全への終わりなき挑戦」(エルゼビア・ジャパン、2005 年)
- j. 家里誠一「病院経営における TQM 導入についての一考察」(三田商学研究第 49 巻第 5 号、2006 年 12 月)

- k. Toshihiko Hasegawa, Wimal Karandagoda “Change Management For Hospitals” (2011)
- l. Nimnath Withanachch, Wimal Karandagoda and Yujiro Handa “A performance improvement programme at a public hospital in Sri Lanka: an introduction”
- m. 柿内幸夫「“KZ 法” 工場改善」(日本経営合理化協会 2008 年)
- n. 北原貞輔、能見時助「TQC から TQM へ」有斐閣 1991 年
- o. 角田安弘「新トヨタシステム」講談社 1991 年
- p. 篠田修「カイゼン活動のすすめ方」日本能率協会マネジメントセンター 2007 年
- q. Quality Improvement-Infection Prevention and Control Orientation Guide for Participants 2009
- r. 日本医師会「医療従事者のための医療安全対策マニュアル」(平成 19 年 11 月)

#### 添付資料 4. 現地収集資料一覧

##### タンザニア

1. "The organization structure of the Ministry of health and social welfare"
2. "Human resource for health strategic plan 2008-2013"
3. "The Tanzania Quality Improvement Framework in Health Care 2011-2016"
4. "Implementation of Guideline for 5S-CQI-TQM approaches in Tanzania"
5. "Training module on management of district and regional referral hospitals"
6. "Hospital Reforms Progress Report July 2011-Dec 2012"
7. "PROGRESS REPORT ON 5S-KAIZEN (Haydom Lutheran Hospital) "
8. JHPIEGO brochure
9. "MONITORING AND EVALUATION SHEET FOR THE PROGRESS OF 5-S ACTIVITIES POINTS TO BE OBSERVED" (Version Feb. 2012)タンザニア保健人材開発強化プロジェクトにて作成した、5S 活動の進捗評価用のチェックリスト
10. ムヒンビリ病院
  - ・"5S-CQI-TQM Progress Report 2009,2011,2012 Mhinbili hospital"
11. トサマガンガ病院
  - ・"Patient assessment sheet / patient questionnaire result"
  - ・"Progress report 2011"
  - ・"5S activity check list"
12. ムベヤ州病院
  - ・"Progress report 2012"
  - ・"A study on factors influencing death among PLHIV admitted at MRRH in 2012"
  - ・"5S-KAIZEN-TQM Consultation Visit Interview sheet"
13. ムベヤコンサルタント病院
  - ・"5S Evaluation in 2010"
  - ・"Progress Report 2012"
  - ・"Action plan"
  - ・"KAIZEN Progress Report 2010-2012"
14. ムバリジ病院
  - ・"Progress Report 2012"
  - ・"Action Plan 2013"
  - ・"Financial information"
15. シンギダ病院
  - ・"Report on 5S-KAIZEN Consultation Visit Singida Regional Hospital" (2012)
16. ムベヤ州医務局
  - ・Statistics about the medical status in Mbeya Region
17. Tanzanian German Programme to Support Health
  - ・"TGPSH Programme Progress Review 2008.11"
18. "National IPC Training of Trainers, Dodoma Tanzania 2010.08"

##### セネガル

1. "Strategie Nationale de Developement Economique et Social 2013-2017"
2. "Plan national de developpement sanitaire PNDS 2009 - 2018"
3. "Plan stratégique qualité 2011 - 2015 Ministere de la santé et de la prevention"
4. "Organigramme du ministere de la santé et de l' action sociale"
5. "Quality improvement stories" (FHI)
6. "CHANGE 2" in Benin
7. タンバクンダ州医務局より入手したスーパーバイズ用資料  
"Observations, des locaux du matériel technique et des supports"等のチェックリスト
8. "PTA 2012 Region Medicale de Tambacounda"



9. “Guide de gestion du plan de travail annuel (PTA) supplement 2”
10. “SYNTHESE DES RESULTATS” (Programme National de Lutte contre les Infections Nosocomiales 発行)
11. “Situation des personnels de sante du Senegal” (2010. 3)
12. “Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples”
13. “Rapport de présentation du projet de budget 2012”
14. 「保健医療施設での 5S 実践」(PARSS: Projet d’Appui au Renforcement de Systeme de Sante au Senegal)
15. “Manuel Illustratif des 5S” (ドラフト)( PARSS)
16. “Guide Pratique des 5S a l’intention des formateurs” (ドラフト) (PARSS)
17. 「保健システム強化プログラム フェーズ 2」(案) ”プレゼン資料 (JICA)
18. “Experimentation d’un modele de soins d’accouchement dans la Region de Tambacounda: Concept et modele des soins d’accouchement d’un point de vue des 5S-KAIZEN” (PRESSMN: Projet de renforcement des sonins de santé maternelle et neonatale dans les regions de tambacounda et kedougou)
19. “Soins de santé maternelle et neonatale bases sur les preuves Manual de mise en oeuvre” (PRESSMN)
20. 「タンバダより」 (PRESSMN)
21. “UNESCO Global Partnership for Girls’ and Women’s Education”
22. 進学率・識字率統計 (出所及び作成時期不明)
- ”Enseignement élémentaire · Tableau recapitulative · Taux Brut de Scolarisation”
23. “Rapport d’analyse situationnelle de l’offre de soins de santé maternelle dans 6 centres de santé de la région de Dakar” (2012)
24. タンバクンダ州病院
  - ・ “Plan de Travail” 他諸資料、及び “Vision/Mission/Value”
  - ・ “Fiche de suivi pour 5S”
25. タンバクンダ保健センター
  - ・ 病院概要 “TABLEAU DES EMPLOIS ET DES EFFECTIFS”
  - ・ 5S 活動計画 “PLANS D’ACTION DES UNITES/BLOCS DU CENTRE DE SANTE DE TAMBACOUNDA DANS LE CADRE DE LA MISE EN OEUVRE DES 5S, GESTION DES RESSOURCES HUMAINES ET MATERIELLES DANS LE CENTRE”
  - ・ 5S 作成手順説明資料 “Elaboration de plans d’actions”
  - ・ 5S 活動方針 “Principe et Pratiques des 5S dans le Centre de Santé”
  - ・ 5S 打合せ議事録 “Relevé d’Activité”
26. コチャリ保健ポスト
  - ・ 病院概要及び 5S 活動紹介資料 “Mise en pratique des activités de 5S et les soins humanisés dans le poste de santé de Kothiary” (2012)
  - ・ ポストに対する州の評価結果 “Canevas de Presentation du Bilas des Activites des Postes de Sante”
27. ガスパルカマラ保健センター
  - ・ 財務データ (“Etat des Recettes 他)
  - ・ 施設概要及び 5S 活動説明資料 “Ministère de la Santé et de l’Action Sociale Région Médicale de Dakar District Sanitaire de Dakar Centre Centre de Santé Gaspard Kamara” (Feb. 2013)
28. ティエス州病院
  - ・ 病院概要及び 5S 活動実績 “INTRODUCTION ET IMPLANTATION DE LA DÉMARCHE 5S AU CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE THIÈS”
  - ・ 血液バンクの業務フロー” CHRT\_Banque de Sang\_Cartographie des Processus”
  - ・ 5S 活動計画及び指標 “PLAN D’ACTION”
29. Grand-Yoff 病院パンフレット

| プロジェクトの要約                                                                                 |  | 指標                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 入手手段                                                                                                                                                                                                                                                                        | 外部条件                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 上位目標                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                       |
| タンパクンダ州およびケドゥグ州の住民の健康状態が向上する。                                                             |  | タンパクンダ州およびケドゥグ州において、健康関連のミレニアム開発目標(乳幼児死亡率の削減、妊産婦の健康の改善およびHIV／エイズ、マラリア、その他の疾病の蔓延の防止)で採用された指標が、改善している                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | (1)人口保健調査(EDS)<br>(2) Unmet Obstetric Need (BONC、Besoin obstétricaux non couvert)<br>(3) セネガル 国家マラリア調査ENPS(Enquête Nationale sur le Paludisme au Sénégal)                                                                                                                   |                                                                                                                                       |
| プロジェクト目標                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                       |
| タンパクンダ州及びケドゥグ州の州医務局および保健区において、成果重視マネジメント <sup>*1</sup> 能力が強化される。                          |  | 州医務局、州公共機関、保健区のそれぞれにおいて、2013年(1月～12月)の活動に関し、下記の点を満たす。<br><br>(1) 2013年の年間活動計画書(PTA)が、PTA運用ガイドライン記載の8つのステップに基づき作成される。<br>(2) 2013年の活動が、PTA運用ガイドライン記載の7つのステップに基づきモニタリングされる。<br>(3) 2013年の活動実績が、PTA運用ガイドライン 記載の3つのステップに基づき評価される。<br>(4) 2013年までに、5S KAIZEN-TQM <sup>※</sup> 活動が、標準化された基準とツールに基づきモニタリングされる。<br>(5) 2013年までに、各保健区において、リソース(人材、会計・財務、医薬品、医療資機材、施設・設備)管理の改善が、既存の法や規定に従う形で、ガイドラインやツールに基づいて計画・実施される。                                             | (1) PTA運用ガイドライン(様式A、B、C)<br>(2) PTA運用ガイドライン(様式D)<br>(3) PTA運用ガイドライン(様式E)<br>(1)(2)(3) 州医務局・州公共機関・保健区報告書<br>(4)(5) 保健区報告書およびプロジェクト報告書                                                                                                                                        | 1. セネガル側が、プロジェクト成果を維持・発展するための予算措置・人員配置をタイミングよく行う。<br>2. 国家保健開発計画(PNDS)及びセクター中期支出計画枠組み(CDSMT)が変更されない。<br>3. 保健人材開発計画(PNDRHS)が認証、執行される。 |
| 成果                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                       |
| 1 州医務局および保健区における計画策定およびモニタリング評価(M&E)の能力が向上する。                                             |  | (1) 2013年までに、各州医務局と保健区の少なくとも1人の情報担当者が、情報システム研修を受講する。<br>(2) 2013年までに、計画策定とモニタリング・評価の能力を改善するために必要な仕組み(講師チーム、研修モジュール、実施ガイドライン、研修枠組み <sup>※3</sup> 、モニタリング・評価方法、資金拠出方法)が構築される。<br>(3) 2012年中に、PTA運用ガイドライン初版が作成される。<br>(4) 2013年までに、PTA運用ガイドライン最終版が作成される。<br>(5) 2012年までに、タンパクンダ・ケドゥグ州の州医務局、州公共機関、保健区のマネジメントチームメンバーの80%以上が、PTA運用ガイドライン研修を受講する。<br>(6) 2012年までに、改善されたスーパービジョンツールが導入される。<br>(7) 2012年までに、州医務局、州公共機関、保健区のマネジメントチームメンバーの80%以上が、スーパービジョン研修を受講する。 | (1)(2)(3)(4)(5)(6)(7) プロジェクト報告書<br>(1)(2)(5)(7) 州医務局報告書<br>(3)(4) PTA運用ガイドライン<br>(6) スーパービジョンツール                                                                                                                                                                            | 1. セネガル側が適切にプロジェクト活動のための予算措置・人員配置を行う。<br>2. セネガル側が、PTA実施に必要な予算措置を行う。                                                                  |
| 2 州医務局および保健区のリソース(人材材、会計・財務、医薬品・医療資機材、施設・設備)管理能力が向上する。                                    |  | (1) 2013年までに、リソース管理の能力向上のための仕組み(講師チーム、研修モジュール、実施ガイドライン、研修枠組み、モニタリング・評価方法、資金拠出方法)が構築される。<br>(2) 2012年までに、5S KAIZEN-TQMガイドライン初版が作成される。<br>(3) 2012年までに、5S KAIZEN-TQM研修が10カ所の保健センターで実施される。<br>(4) 2013年までに、5S KAIZEN-TQMガイドライン最終版が作成される。<br>(5) 2013年までに、リソース管理ガイドラインが作成される。<br>(6) 2013年までに、州医務局と保健区のマネジメントチームメンバーの80%以上が、リソース(人材、会計・財務、医薬品、医療機材、施設・設備)管理のマニュアル・ガイドラインやツールの運用のための研修を受講する。                                                                 | (1)(2)(3)(6) プロジェクト報告書<br>(2)(4) 5S KAIZEN-TQMガイドライン<br>(5) リソースマネジメントガイド<br>(3)(6) 州医務局報告書                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                       |
| 3 プロジェクトの経験がタンパクンダ州およびケドゥグ州内外で共有される。                                                      |  | (1) プロジェクト終了時までに、計画策定とモニタリング・評価、リソース管理の能力改善システムに関するプロジェクトの取り組みが認められ、他州と共有される。<br>(2) マネジメント能力改善に関するガイドライン・マニュアルといった公式文書として承認され、他州と共有される。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | (1) プロジェクト合同評価議事録と活動報告書<br>(2) プロジェクト報告書及び他州医務局報告書                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                       |
| 活動                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                       |
| 1 州医務局および保健区における計画策定およびモニタリング評価(M&E)の能力が向上する。                                             |  | 日本側                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | セネガル側                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1. トレーニングを受けたカウンターパートがプロジェクト成果達成に影響を及ぼすほど離職しない。                                                                                       |
| 1-1. 州医務局および保健区における保健情報システムのマネジメントを整理する。                                                  |  | 専門家派遣<br>(1) チーフアドバイザー/成果マネジメント/保健計画策定<br>(2) 財務管理<br>(3) 5S-KAIZEN-TQM<br>(4) モニタリング評価<br>(5) 保健情報システム<br>(6) 他の必要な専門性を有する専門家<br><br>研修<br>(1) 海外研修<br>(2) 現地国内研修<br>(3) 他の必要な研修<br><br>資機材<br>プリンター、コンピューター、コピー機、カメラ付き携帯電話機、プロジェクター等のプロジェクト活動に必要な資機材等<br><br>* 日本側の予算状態により供与機材は変更される。<br><br>ローカルコスト                                                                                                                                                  | カウンターパート<br>(1) プロジェクト・ダイレクター<br>(2) プロジェクト・マネージャー<br>(3) 保健予防省<br>(4) タンパクンダ州およびケドゥグ州医務局<br>(5) 保健区の職員<br>(6) 双方が必要と認めた人材<br><br>施設および資機材<br>(1) 保健予防省およびタンパクンダ州医務局、ケドゥグ州医務局内プロジェクト執務スペース<br>(2) プロジェクト活動の実施に必要な資機材および情報<br><br>カウンターパート人件費<br><br>ローカルコスト<br>プロジェクト活動運営費等 |                                                                                                                                       |
| 1-1-1. ベースライン分析を実施し、州医務局および保健区における国家保健情報サービス(SYSNIS)および他の情報システムのデータの質、データ利用状況を検証する。       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                       |
| 1-1-2. 州医務局に対し、保健情報データ分析や分析結果の保健区へのフィードバック、活動計画策定等へのデータ利用の実施を支援する。                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                       |
| 1-1-3. ベースライン分析結果に基づき、効率的な保健情報収集・報告・分析のため、州医務局主導による保健区に対する研修を実施する。                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                       |
| 1-2. 州医務局および保健区の年間活動計画(PTA)実行のための運営管理能力を強化する。                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                       |
| 1-2-1. ベースライン分析を合同で実施し、計画策定や実施管理に関する現状の把握、問題点の抽出を行う。                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                       |
| 1-2-2. 州医務局が使用する保健区PTA実施状況のモニタリング評価計画(組織管理、リソース管理、進捗管理、危機管理、モニタリング評価、監督指導／フィードバック等)を作成する。 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                       |
| 1-2-3. ニーズ分析結果に基づいてPTA実施のための州医務局及び保健区に対する研修を実施する。                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                       |
| 1-2-4. 中央および州レベルの組織からのモニタリング評価や支持的スーパービジョン、調整会議を通じて、州医務局および保健区によるPTA活動実施を推進する。            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                       |
| 1-3. モニタリング評価結果に基づいて、保健区による現実的なPTAの策定を支援する。                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                       |
| 1-3-1. 各保健センターにおける保健サービスの優先課題を同定する。                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                       |
| 1-3-2. 州医務局の指導の下、保健区による地方自治体活動計画(POCL)(保健)およびPTAの策定を支援する。                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                       |
| 1-3-3. PTA進捗管理のための内部モニタリング体制を整備する。                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                       |
| 1-3-4. 州医務局および保健区において、調整会議を通じた次期PTAや日常活動の計画策定のためのモニタリング結果の利用を促進する。                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                       |
| 2 州医務局および保健区のリソース(人材材、会計・財務、医薬品・医療資機材、施設・設備)管理能力が向上する。                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                       |
| 2-1. 保健区における5S活動計画の実施促進を図る。                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                       |
| 2-1-1. 保健区における業務環境および人材の執務意識に関する現状の把握、問題点に関するベースライン分析を実施する。                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                       |
| 2-1-2. 保健区における5S実践のための研修を実施する。                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                       |
| 2-1-3. 各保健区による5S活動計画の策定を支援する。                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                       |
| 2-1-4. 保健区における5S活動計画の実施を支援する。                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                       |
| 2-2. 保健区におけるKAIZEN-TQMの能力強化をする。                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                       |
| 2-2-1. 人材管理、会計・財務管理、医薬品・医療資機材管理、施設・設備管理等の組織管理に関するベースライン調査を実施し、保健区の管理能力を評価する。              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                       |
| 2-2-2. ベースライン分析で同定された優先課題に対するKAIZEN-TQM計画を策定する。                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                       |
| 2-2-3. 各保健区でのKAIZEN-TQM計画の実施を支援する。                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                       |
| 2-2-4. 各保健区におけるKAIZEN-TQM活動に対するモニタリング評価を保証する。                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                       |
| 3 プロジェクトの経験がタンパクンダ州およびケドゥグ州内外で共有される。                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                             | 前提条件<br><br>カウンターパート機関がプロジェクトの実施に反対しない。                                                                                               |
| 3-1. エンドライン調査を実施し、保健システムマネジメント能力向上に対するプロジェクトの介入効果を検証する。                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                       |
| 3-2. プロジェクトの経験に関する文書類(ガイドライン類、マニュアル類および必要な資材類を含む)を改訂・更新する。                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                       |
| 3-3. プロジェクト成果の対象州内外への共有に向けた広報活動(中央レベルでのプロジェクト活動の発表、メディアの利用、ニュースレター発行等)を実施する。              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                       |

\*1) 「成果重視マネジメント」は、セネガル国国家保健開発計画の柱の1つとされている。  
「成果重視マネジメント」とは希望する結果に焦点をあて、よりよい意志決定のために情報を活用するよう、援助を管理・実施することを意味する。(援助効果にかかるバリ宣言、2005年)

\*2) 「5S-KAIZEN-TQM」アプローチは、職務環境や業務の質の向上やサービスの生産性向上のための1つのツールである。  
「5S」は、頭文字が“S”で始まる整理、整頓、清潔、清掃、しつけの5段階の概念である。

\*3) CRFS(州保健研修センター)、保健省管轄の政府機関

1)上位目標： 妊産婦・新生児ケアの改善を通じて、セネガルにおける妊産婦死亡率及び新生児死亡率が低減する。

指標:CDSMT 2011-2013 に掲載されている以下の指標(2016 年以降実施予定の EDS にて入手可)

- (i) 妊産婦死亡率： 出生 10 万あたり 392(EDS 2010-11、以下同じ)
- (ii) 新生児死亡率： 出生 1000 あたり 29
- (iii) 産前健診の受診率： 50%(有資格者により 4 回以上受診)
- (iv) 施設分娩率： 73%
- (v) 有資格者介助分娩率： 65%
- (vi) 産後健診の受診率： 68%(産後 2 日以内の受診)

2)プロジェクト目標： PRESSMN モデルの全国普及に向け、モデルの拡大が実施される。

- 指標： (i)タンバクンダ州及びケドゥグ州の 10 保健区中 7 保健区において、PRESSMN モデルが実施されること。
- (ii)その他 12 州の 66 保健区中 22 保健区において、PRESSMN モデルが実施されること。
- (iii)PRESSMN モデル実施施設における施設分娩数がプロジェクト開始時より 20%増加すること。なお、施設分娩数に関するデータは国家保健情報サービス(Service National de l’Information Sanitaire : SNIS)の枠組みで収集可能であるが、データの活用を確実なものとするため、本プロジェクトの活動 1-1 においても収集する。
- (iv) PRESSMN モデル実施施設において 4 回目の産前健診を受診した女性の数がプロジェクト開始時より 10%増加すること。なお、産前健診受診回数に関するデータは、本プロジェクトの活動 1-1 において収集する。

3)成果及び活動

成果 1:保健省において、PRESSMN モデルの普及・拡大に向けた国レベルでの調整に関する体制が整備され、機能する。

- 指標： (i) PRESSMN モデルが、保健省内のスケールアップ委員会(Comité de passage à l’ échelle)で承認されること。
- (ii) PRESSMN モデルが、リプロダクティブヘルス課(改編後:母子保健局)の年間事業計画及び PNP、リプロダクティブヘルス戦略計画等の枠組み文書に統合されること。
- (iii) PRESSMN モデルの普及・拡大のための戦略が策定される。
- 活動 1-1 保健省は、本プロジェクトのモニタリング・評価のために必要なデータ(医療施設における施設分娩数等)を収集するための、ベースライン調査、中間調査、エンドライン調査を実施する。
- 1-2 保健省は、「拡大ワーキンググループ」を開催する。
- 1-3 保健省は、研修(TOT)プログラム、モニタリング・評価のメカニズムを含めた PRESSMN モデル普及・拡大戦略を策定し、省内スケールアップ委員会で承認する。
- 1-4 保健省は、省内関連部局・州医務局・諸パートナー・大学関係者・その他関連団体に対して PRESSMN モデル普及・拡大戦略のアドボカシーを行うためのツール及びマテリアルを作成する。
- 1-5 保健省は、州医務局に対して PRESSMN モデル普及・拡大戦略の共有ワークショップを開催する。
- 1-6 保健省は、州医務局に対する研修(TOT)を行う。
- 1-7 保健省は、PRESSMN モデルが実施されている州医務局に対するスーパービジョンを実施し、また州医務局間のピア・ビジョンを実施支援する。

成果 2:セネガル国内 14 州医務局において、PRESSMN モデルの普及・拡大に向けた州レベルでの調整に関する体制が整備され、機能する。

- 指標： (i) PRESSMN モデルをその年間事業計画(Plan de Travail Annuel : PTA)に統合した州医務局の数(目標値:全 14 州中 14 州)
- (ii) PRESSMN モデル普及・拡大戦略を採用した州医務局の数(目標値:全 14 州中 14 州)
- (iii) パイロットユニット<sup>1</sup>を選定した州医務局の数(目標値:全 14 州中 14 州)
- (iv) パイロットユニットに対して研修を実施した州医務局の数(目標値:全 14 州中 12 州)
- 活動 2-1 州医務局は、州行政官、地方自治体、保健委員会、NGO、民間部門を PRESSMN モデルについて啓発するためのワークショップを開催する。
- 2-2 州医務局は、パイロットユニットに対する TOT を行う。
- 2-3 州医務局は、通常のスーパービジョン業務の一環として、PRESSMN モデルが実施されているパイロットユニットに対するスーパービジョンを実施する。
- 2-4 州医務局は、州レベルでの PRESSMN モデル普及・拡大戦略を策定するためのワークショップを開催する。

成果 3:PRESSMN モデルが、国家看護師・国家助産師養成カリキュラムに統合される。

- 指標： (i) PRESSMN モデルを統合した国家看護師・国家助産師養成カリキュラムが保健省に承認されること。
- 活動 3-1 保健省及び ENDSS は、国家看護師・国家助産師養成カリキュラムの見直し・改訂に向け関係者を動員するためのワークショップを開催する。
- 3-2 保健省及び ENDSS は、国家看護師・国家助産師養成カリキュラムを改訂する。

成果 4: 研究を通じて、PRESSMN モデルの有効性が評価される。

- 指標： (i) PRESSMN モデルの有効性検証について実施された研究の数。
- (ii) 保健省のウェブサイトにおける、PRESSMN モデルの有効性に関する Key Findings の公表件数。
- (iii) 学会における、PRESSMN モデルのインパクトに関する研究発表数。
- (iv) ジャーナルに掲載された、PRESSMN モデルのインパクトに関する研究論文数。
- 活動 4-1 保健省は、研究プロトコルを作成する。
- 4-2 保健省は、研究を実施する。
- 4-3 保健省は、研究によって得られた結果を公表・発表する。

前提条件・外部条件

(1)事業実施のための前提： とくになし。

(2)成果達成のための外部条件：

1)活動 1-6 の研修を受けたスタッフが、大量に州医務局から異動しない。

2)活動 2-2 の研修を受けたスタッフが、大量にパイロットユニットから異動しない。

(3)プロジェクト目標達成のための外部条件：

成果 3 の活動で改訂されたカリキュラムのもとで育成された看護師・助産師の大多数が、継続して医療施設で母子保健サービスに従事する。

(4)上位目標達成のための外部条件:PRESSMN モデルのさらなる普及・拡大のための予算が確保される。

添付資料6: 病院等の医療施設における「5S-KAIZEN-TQMアプローチ」導入時の指標一覧

| 課題                                   | 原因            | アウトプット<br>に対する指標例                                                                                                                                                                  | 直接アウトカム<br>に対する指標例                                                                                                                                                   | 間接アウトカム<br>に対する指標例                                                                                                                                                                                                                   | インパクト<br>に対する指標例                                                                                                                                                                                                                                         | 最上位目標<br>に対する指標例 |
|--------------------------------------|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 医療事故<br>(安全)                         | 患者情報の扱いミス     | ●ファイルやカルテを整理しているか(S1)<br>●ルール通りにカルテを収納しているか(S2)<br>●患者情報を患者の傍に掲示しているか(S2)<br>●患者情報受け渡しのルールを定めているか(S4)<br>●ルール通りの作業を行っているか(S5)                                                      | ●患者情報取違発生件数<br>●患者情報紛失件数<br>●患者情報確認にかかる平均所要時間<br>★患者からのクレーム件数<br>●作業ルールの職員理解度                                                                                        | プロジェクト目標<br>「医療事故の継続的減少」<br><br>●医療事故件数(件/年)<br>●医療事故死亡件数(件/年)<br>●医療過誤・過失件数(件/年)<br>●安全対策実施件数(件/年)                                                                                                                                  | ★患者満足度<br>(院内設備・医療処置)<br>★病床利用率(%)<br>(入院患者数/病床数*100)<br>●他施設からの患者リファアー数<br>(件/年)<br>●医療処置数(件/年)<br>(手術、検診、分娩)                                                                                                                                           |                  |
|                                      | 薬・医療機器の取り扱いミス | ●不要薬・器材廃棄件数<br>●薬・医療機器の取違発生件数<br>★薬・医療機器入手にかかる平均所要時間<br>●取扱いルールの職員理解度                                                                                                              |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |
|                                      | 職場環境の不備       | ●院内の不要物を整理しているか(S1)<br>●通路の安全は確保され誘導表示があるか(S2)<br>●院内清掃を行っているか(S3)<br>●院内清掃の頻度や内容、役割分担を定めているか(S4)                                                                                  | ●ヒヤリハット件数<br>●患者転倒・損傷件数<br>●患者からのクレーム件数<br>●院内清掃実施頻度<br>●院内の清潔さにかかる患者満足度調査<br>●作業環境に対する職員満足度調査                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |
|                                      | 機器整備の不備       | ●機器を定期的に清掃・メンテナンスしているか(S3)<br>●機器点検のルールを定めているか(S4)                                                                                                                                 | ●機器清掃・点検回数<br>●機材不良発見件数                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |
| 院内感染<br>(安全)                         | 患者・職員への啓蒙不足   | ●注意喚起の掲示物を必要な場所に掲示しているか(S4)<br>●清掃の役割分野基準を定めているか(S4)<br>●清掃の役割分担と基準を表示しているか(S4)                                                                                                    | ★患者・職員のルール認知度<br>★職員の院内感染に対する理解度                                                                                                                                     | プロジェクト目標<br>「院内感染の継続的減少」<br><br>●院内感染件数(件/年)<br>●院内感染死亡件数(件/年)<br>●感染対策実施件数(件/年)                                                                                                                                                     | ★患者満足度<br>(院内設備・医療処置・清潔さ)<br>★病床利用率(%)<br>(入院患者数/延べ病床数*100)<br>●医療処置数(件/年)<br>(手術、検診、分娩)<br>●他施設からの患者リファアー数<br>(件/年)                                                                                                                                     |                  |
|                                      | 感染対策の不備       | ●手指消毒ルールを定めているか(S4)<br>●消毒ルールに基づく作業を行っているか(S4)<br>●機器消毒ルールを定めているか(S4)<br>●消毒ルールに基づく作業を行っているか(S4)<br>●手袋・マスク等の使用ルールを定めているか(S4)<br>●使用ルールに基づく作業を行っているか(S4)                           | ●患者・職員のルール認知度<br>●感染対策に対する職員満足度調査                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |
|                                      | 職場環境の不備       | ●院内の不要物を整理しているか(S1)<br>●院内清掃を行っているか(S3)<br>●院内清掃の頻度や内容、役割分担を定めているか(S4)<br>●院内消毒を定期的に行っているか(S3)<br>●院内消毒の頻度や内容、役割分担を定めているか(S4)<br>●未使用機材を保管場所に集めているか(S2)<br>●未使用機材の保管ルールを定めているか(S4) | ●院内清掃実施頻度<br>●院内消毒実施頻度<br>●未使用機材保管件数<br><br>●職場環境に対する職員満足度調査                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |
|                                      | 汚物処理の不備       | ●汚物で汚れた場合の清掃ルールを定めているか(S4)<br>●廃棄物の種類に応じた場所やルールを決めているか(S4)<br>●汚物と一般ごみを分別して捨てているか(S3,S4)                                                                                           | ●分別ごみ箱設置個数<br>●感染発生時の連絡ルールの理解度                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |
| 医薬品<br>機材の<br>管理改善<br>(モノ・カネの<br>不足) | 不良在庫          | ●期限切れなどの在庫を廃棄しているか(S1)<br>●定期的な棚卸を実施しているか(S4)<br>●古いものが前になるように保管しているか(S2)                                                                                                          | ●期限切れ在庫処分類<br>●棚卸実施回数<br>★物品払い出しにかかる時間                                                                                                                               | プロジェクト目標<br>「薬・器材費の有効活用」<br>★在庫金額(\$/年)<br>★医療材料費額(\$/年)<br><br>「在庫管理業務の継続的効率化」<br>★在庫金額(\$/年)<br>★経費金額(\$/年)<br>★医療材料費額(\$/年)<br><br>「発注管理業務の継続的効率化」<br>★経費金額(\$/年)<br>★医療材料費額(\$/年)                                                | ●経費率(%)<br>(経費/医業収益*100)<br>●医療材料費率(%)<br>(医療材料費/医業収益*100)<br>●医業収益額(\$)<br>●薬や医療器材の供給にかかる患者満足度                                                                                                                                                          |                  |
|                                      | 在庫管理の不備       | ●台帳を作成し、運用しているか(S4)<br>●薬・器材にラベルを貼っているか(S2)<br>●薬・機材を決められた位置で保管しているか(S2)                                                                                                           | ●期限切れ在庫処分類<br>●ラベル無し薬品・器材の数<br>●定位置に保管されていない薬・器材の数<br>★物品払い出しにかかる時間                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |
|                                      | 発注管理の不備       | ●発注ルールを定めているか(S4)<br>●発注ルール通りの業務が行わっているか(S4)<br>●発注時期がわかるような印をつけているか(S2)<br>●必要以上の在庫が入らない保管場所があるか(S2)                                                                              | ★医薬品在庫切れ日数<br>★医薬機材在庫切れ日数<br>●期限切れ在庫処分類                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |
| 労働効率<br>改善<br>(ヒト・カネの<br>不足)         | 患者誘導の不備       | ●院内案内図は表示されているか(S2)<br>●患者誘導のための表示を行わっているか(S2)<br>●科別に壁の色を変えるなどの工夫を行っているか(S2)                                                                                                      | ●患者からの誘導問い合わせ件数<br>●患者案内の件数<br>●院内表示に関する改善件数                                                                                                                         | プロジェクト目標<br>「患者待ち時間の継続的短縮」<br>●外来患者数(人/年)<br>●入院患者数(人/年)<br>●患者在院時間(時間/人)<br>●外来収益額(\$/年)<br>●入院収益額(\$/年)<br><br>「職員労働時間の継続的短縮」<br>●平均残業時間(時間/人)<br>(総残業時間/職員数)<br>●人件費額(\$/年)<br><br>「業務ミスの減少」<br>●業務改善件数(件/年)                      | ●患者当たり従業員数(人)<br>(従業員数/患者数)<br>●入院患者当たり収益(\$/人)<br>(入院収益/入院患者数)<br>●外来患者当たり収益(\$/人)<br>(外来収益/外来患者数)<br>●病床当たり医業収益(\$)<br>(収益/病床数)<br>●人件費率(%)<br>(総給与額/医業収益*100)<br>●従業員当たり収益(\$/人)<br>(医業収益/従業員数)<br>★患者満足度(院内誘導の平易さ)<br>★患者満足度(院内滞在時間)<br>★職員満足度(職場環境) |                  |
|                                      | 書類管理の不備       | ●不要書類を捨てているか(S1)<br>●書類に文書ファイルラベルを貼っているか(S2)<br>●関連する文書を決められた場所に保管しているか(S2)<br>●文書の保管場所を定めているか(S4)                                                                                 | ●書類紛失件数<br>★書類探しにかかる時間                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |
|                                      | 機材管理の不備       | ●不要機材や文具を捨てる(もしくは流用しているか)(S1)<br>●置場を決めて機材を保管しているか(S2)<br>●機材置き場の表示があるか(S2)<br>●電源スイッチ等の機器に表示を付けているか(S2)                                                                           | ●不要機材の流用件数<br>●機材紛失件数<br>●機材の取得にかかる時間                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |
|                                      | 組織力の不足        | ●定期的な全員研修を実施しているか(S5)<br>●小集団による5S活動は実施しているか(S5)                                                                                                                                   | ●研修実施回数<br>●研修参加延べ人数・部署数<br>★研修理解度テストの点数<br>●小集団活動参加部署・職員数<br>●小集団活動実施報告書の数<br>●小集団活動報告会の回数                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |
| サービスの<br>質改善                         | 作業標準の不備       | ●現状作業(ワークフロー)の見直しを行っているか(K)<br>●作業標準(ワークフロー)が作成されているか(K)                                                                                                                           | ●改訂された作業標準の数<br>●作業標準の見直し打合せ回数<br>●作成された作業標準の数<br>●作業標準の作成部署数                                                                                                        | プロジェクト目標<br>「サービスの質の平準化」<br>●医療過誤・過失・事故件数(件/年)<br>●院内感染件数(件/年)                                                                                                                                                                       | ★病床利用率(%)<br>(入院患者数/病床数*100)<br>●他施設からの患者リファアー数<br>(件/年)<br>★医療処置数(件/年)<br>★患者満足度<br>(医療処置)<br>★職員満足度<br>(業務効率)                                                                                                                                          |                  |
|                                      | 作業標準の徹底不足     | ●作業標準を職員が理解しているか(K)<br>●作業標準が掲示されているか(K)<br>●作業標準の遵守が確認されているか(K)                                                                                                                   | ●作業標準が掲示している部署数<br>●QIT等によるパトロール・確認回数<br>●作業標準にかかる部署内打合せ回数                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |
|                                      | 作業標準の改善不足     | ●作業基準が守られない理由を分析する(K)<br>●ヒヤリハット集等の事例集を作成し、共有する(K)<br>●ヒヤリハットの原因と作業標準の比較と分析を行う(K)                                                                                                  | ●QITによる事例集の作成有無<br>●事例集の配布部署数<br>●作業標準にかかる部署内打合せ回数<br>●院内事例研究会等の開催回数                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |
| 組織力向<br>上                            | 情報の不足         | ●定期的な全員研修を実施しているか(S5)<br>●スローガンやポスターを掲示しているか(S2)<br>●KAIZEN研修を導入時に行っているか(S5)                                                                                                       | ●研修実施回数<br>●研修参加人数・部署数<br>★研修理解度テストの点数<br>●組織目標の認知度テスト<br>★5S・KAIZEN理解度テストの点数                                                                                        | プロジェクト目標<br>「業務効率の向上」<br>●平均残業時間(時間/人)<br>(総残業時間/職員数)<br>●人件費額(\$/年)<br><br>「業務改善力の向上」<br>●成果事例データの有無<br>●研修参加延べ人数(人/年)<br>●研修理解度テストの点数推移(点)<br><br>「職員のモラル向上」<br>●活動参加部署数・職員数(人/年)<br>●離職職員数(人/年)<br>●無断欠勤・遅刻数(件/月)<br>●職員平均在職期間(年) | ●患者当たり従業員数(人)<br>(従業員数/患者数)<br>●従業員当たり収益(\$/人)<br>(医業収益/従業員数)<br>★患者満足度<br>(スタッフの対応)<br>★職員満足度<br>(勤労意欲、業務効率)                                                                                                                                            |                  |
|                                      |               | ●小集団による5Sを行ったか(S5)<br>●職場の課題を見つける研修を行っているか(S5)<br>●小集団活動の発表会を行っているか(S5)                                                                                                            | ●小集団活動参加部署・職員数<br>●小集団活動実施報告書の数<br>●小集団活動報告会の回数<br>●研修参加人数・部署数<br>●参加職員満足度調査(活動の満足度)                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |
|                                      |               | ●高い目標を立てて計画を作り実行する(Plan, Do)<br>●QITがWITの活動成果をチェックリストで確認する(Check)<br>●成果を指標で確認し、更に高い目標に挑戦する(Action)<br>●ワークフローの掲示を行う(S5)<br>●活動成果の掲示を行う(S5)<br>●活動成果の表彰を行う(S5)                     | ●計画件数<br>●計画部署数<br>●定例ミーティング開催回数<br>★QITによるチェック回数<br>★幹部モニタリング回数<br>●定例ミーティング開催回数<br>●ワークフロー掲示部署数<br>●成果掲示部署数<br>●成果件数<br>●成果発表回数<br>●成果発表部署数<br>●成果表彰件数<br>●表彰対象部署数 |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |
|                                      |               |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |
|                                      |               |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |
|                                      |               |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |
|                                      |               |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |
|                                      |               |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |
| ★は既にJICAプロジェクトで使われている指標              |               |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |



添付資料7. 現地調査対象病院の一覧表(タンザニア)

| 項目                  | ムヒンビリ病院                                                         | ムベヤコンサルタント病院                                                                                                                                                                                           | トサマガンガ病院                                                                                                                                            | ムバリジ病院                                                                                                                                                                 | ムベヤ州病院                                                                        |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 上位監督機関              | 保健福祉省(国立)                                                       | 保健福祉省(準国立)                                                                                                                                                                                             | Roman Catholic Church                                                                                                                               | Faith-based(エバンゲリック協会)                                                                                                                                                 | ムベヤ州                                                                          |
| 病床数                 | 1500                                                            | 477                                                                                                                                                                                                    | 164                                                                                                                                                 | 150                                                                                                                                                                    | 80                                                                            |
| 職員数                 | 2700                                                            | 860                                                                                                                                                                                                    | 200                                                                                                                                                 | 108 (内、医師18名、看護師20名)                                                                                                                                                   | 198                                                                           |
| 患者数(入院)             | 入院 1000-1200                                                    | 85                                                                                                                                                                                                     | 入院87(訪問当日)                                                                                                                                          | 150-200                                                                                                                                                                | 98-120                                                                        |
| 患者数(外来)             | 外来 1000-1200                                                    | 360                                                                                                                                                                                                    | 外来150 入院87(当日) 3. 4月はマラリア患者が多い。                                                                                                                     | 180                                                                                                                                                                    | 250-300、CTC 150 (Care Treatment Center HIV -AIDS)                             |
| 立地                  | ダルエスサラーム                                                        | ムベヤ州                                                                                                                                                                                                   | イリンガ                                                                                                                                                | ムベヤ州                                                                                                                                                                   | ムベヤ州                                                                          |
| 特徴                  | 首都に位置する国内のトップリファーマル病院で大学病院                                      | 遠隔地に位置する。国内で5S・KAIZENへの取り組みが最も進んでいるパイロット病院。リファーマル病院の上に位置付けられる専門病院で、リソースが豊富な上に患者数は比較的少ない。                                                                                                               | 遠隔地に位置するカトリック系病院。近隣の病院から影響を受けて独自に5Sを開始した。                                                                                                           | 遠隔地に位置する、スイスの宗教団体から援助を受けているカトリック系病院。黒字経営を誇る。ムベヤコンサルタント病院の影響を受けて活動を開始したが、まだ5Sを開始して間もない。                                                                                 | 州病院。院長の強力なリーダーシップで活動を推進しているが、リソースが不足している上に患者数が多く十分な活動ができていない。                 |
| 人的リソース(病院独自)        | ①QIT人員4名(看護師)<br>②5S実施研修受講者:48名(2012)<br>③KAIZEN研修受講者:72名(2012) | ①QITメンバー10名(内、医師3名、看護師5名)<br>②KAIZEN研修受講者数:120名(2010~2012)                                                                                                                                             | ①QITスタッフ18名<br>(医師+看護師+パラメディカル+事務+会計)<br>②5Sオリエンテーション受講者数:69名(以下、2011年の実績)<br>③5S-CQI-TQM研修受講者数:30名<br>④KAIZEN研修受講者数:26名<br>⑤ムベヤコンサルタン病院での研修受講者:23名 | ①QIT/WITメンバー<br>②病院内トレーニングの実施                                                                                                                                          | ①QITのメンバー(医師3名、看護師5名、各部からの職員14名で構成)<br>②WITのメンバー                              |
| 物的リソース(病院独自)        | ①QIT用オフィス<br>②院内の掲示物作成用物品<br>③薬を入れる容器をつくるための廃材                  | ①QITオフィス<br>②東京やスリランカの資料を基に作成した独自教材資料<br>③スタッフへのトレーニング                                                                                                                                                 | ①薬を入れる容器をつくるための廃材                                                                                                                                   | ①職場改善用の棚などの器材<br>②棚作成のための廃材<br>③活動用ポスター                                                                                                                                | ①容器等をつくるための廃資材                                                                |
| 金銭リソース(病院独自)        | 質改善予算5百万シリング/年                                                  | 病院の予算(Mid-term expenditure)には5S活動の予算が盛り込まれている。                                                                                                                                                         | 最初は予算はなかったので必要最低限で可能な分で賄っていた。2012年度から5S活動に予算の20%を付けた。掃除道具などへの投資は清潔を保つモチベーションとは比較にならないほど低いと考えている。                                                    | 外部研修受講時の交通費、昼食手当、備品購入費用を病院経費から拠出                                                                                                                                       | 800万シリング/年の5S活動予算                                                             |
| 人的リソース(省庁・ドナー他)     | 専門家の巡回指導                                                        | 専門家の巡回指導、JOCV                                                                                                                                                                                          | ムベヤから講師を呼ぶ。ムベヤに見に行く。                                                                                                                                | 病院内トレーニングの講師                                                                                                                                                           | GIZからのQITメンバー                                                                 |
| 物的リソース(省庁・ドナー他)     | 質向上のための(5S)活動ガイドライン                                             | 質向上のための(5S)活動ガイドライン                                                                                                                                                                                    | 質向上のための(5S)活動ガイドライン                                                                                                                                 | ①トレーニングマテリアル<br>②デジタルカメラ<br>③Tシャツ20着<br>④帽子20個                                                                                                                         | 質向上のための(5S)活動ガイドライン                                                           |
| 金銭リソース(省庁・ドナー他)     | ①保健福祉省からの一般予算<br>②Abbott Fund                                   | ①MOHからの予算<br>②Abbott Fund                                                                                                                                                                              | MOHの質向上のバスケットファンドから予算をもらっている。掃除用具を購入、不要物の廃棄などに使っている。Abbott Fundは受け取っていない。                                                                           | 必要な分は請求して充当可能(給料の遅配はない。)                                                                                                                                               | ①IPC(Basket funds from MOH)<br>②GIZ/QMIC approaches<br>③Abbott Fundは受け取っていない。 |
| 他ドナーのプログラム          | ①IPC                                                            | ①IPC<br>②Abbott Fundの認定                                                                                                                                                                                | ①IPC                                                                                                                                                | ①5Sの前はGIZのQMIC(Quality Management Improvement Circle)を実施                                                                                                               | ①IPC<br>②QMIC approaches                                                      |
| 病院が抱える固有の中心課題       | 汚く、不衛生な院内                                                       | ①「いかにして質のコンセプトを病院全体で共有するか」。それまでは、質に対する認識が曖昧であった。<br>②薬などの物資の不足、人員不足により患者に対する適切な処置ができないこと。<br>③備品の盗難が相次いでいて、皆が持ち場でカギをかけていたように、お互いの信頼が喪失した状態であった。                                                        | 院内が汚い。                                                                                                                                              | 院内での患者の滞在時間が長くクレームが多かったこと。                                                                                                                                             | ストア部門での人員不足                                                                   |
| 5Sを用いてどう解決しようとしたか   | 5S活動で院内がきれいになったと思った。                                            | 以前から他のプログラムを行っていたが継続しないで失敗していた。5Sは継続している。                                                                                                                                                              | 5S活動で院内がきれいになると思った(最初は単にきれいになる事だけを期待していた)活動をして行くうちに清潔にしておくことは各自の責任であり、掃除担当者だけの問題ではないと意識が変わった。                                                       | 調査の結果、受付会計での待ち時間が長い事が分かったのでカルテ整理を行うことにした。                                                                                                                              | スタッフの超過時間や休日出勤の削減                                                             |
| 5S開始のトリガーポイント       | ①やる、という気持ちを上層部が持ったことが最初のきっかけ<br>②他の病院の見学や情報共有を通して当院と比較することも有効   | ①院長のAAKOP東京研修出席(2007年)<br>②パイロット活動の成功後、QITに対する院内の信頼が向上したこと。<br>③トレーニングの実施が重要で、スタッフが5Sの内容や目的を知った上で活動を始めること。                                                                                             | ダルエスサラームで行われたワークショップへの参加                                                                                                                            | CACCC(キリスト教系組織)の会合で、病院のシスターが5Sのことを知った。                                                                                                                                 | スタッフ3名がムベヤコンサルタント病院で行われた保健省主催の5日間の5Sトレーニングに参加したことが契機                          |
| 5S活動開始時期            | 2007年                                                           | 2007年8月                                                                                                                                                                                                | 2010年10月                                                                                                                                            | 2012年7月                                                                                                                                                                | 2010年                                                                         |
| 5S開始・実施における障壁(内部要因) | ①医師の抵抗<br>②仕事のやり方を変えることへの抵抗<br>③「看護師の仕事」という考え                   | ①アプローチ導入当初はスタッフ、特に医師や一部の経営陣の抵抗が大きかった。本当に成果が出るのかを疑問視する声があった。<br>②5Sは一般的な清掃である、とのイメージで、自分の仕事ではないと考える人が多かった。<br>③いかにして継続していくか、すなわちStandardizationである。活動が継続されることによるルーティン化・単調化<br>④拡大のためには5Sを理解する人材の数を増やすべき | ①負荷が増えることを恐れた抵抗<br>②5Sがよく理解できていないことによる活動の停滞<br>③医療活動との両立によるトレーニングやTOTの進捗に時間がかかる。<br>④整理のための道具を用意してもどう使って良いかわからない。                                   | ①5S活動に対するよりスタッフの強いコミットメントが必要<br>②QIT-Chairpersonのリーダーシップ、カイゼン後のレイアウトを考えただえでソーティングを実施したことで時間がかかった。<br>③ソーティングするためのスペースも充分ではなかった。<br>④スタッフの中には5Sを理解していないことを原因とする抵抗勢力がいる。 | ①資金不足<br>②5Sと既存のQMIC (Quality management improvement Circle)の混同               |

| 項目                      | ムヒンビリ病院                                                                                                                          | ムベヤコンサルタント病院                                                                                                                                                                                                                                                            | トサマガンガ病院                                                                                                                                                                                     | ムバリジ病院                                                                                                                                                                                                            | ムベヤ州病院                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5S開始・実施における障壁<br>(外部要因) | 人員の異動                                                                                                                            | スタッフの異動                                                                                                                                                                                                                                                                 | 5Sの研修マテリアルが英語のみでスワヒリ語バージョンがなかった。                                                                                                                                                             | 水不足、電力不足<br>幹線道路に近いので交通事故が多い。<br>政府系病院より給料が安いのでスタッフが転職<br>谷間地域にあるので蚊が多く年間を通じてマラリアが多い。                                                                                                                             | 資金不足                                                                                                                                                                                                                                                       |
| KAIZEN活動<br>開始時期        | 1部署で開始を予定している。                                                                                                                   | 2010年                                                                                                                                                                                                                                                                   | -                                                                                                                                                                                            | -                                                                                                                                                                                                                 | -                                                                                                                                                                                                                                                          |
| KAIZEN活動の<br>内容         | -                                                                                                                                | ①5S開始後3年目にスタート。<br>②2010年に選ばれたカイゼンテーマは、3つ。<br>1) 偽レシートによるスタッフの着服を防ぎ、病院歳入を改善<br>2) 余剰在庫の縮減<br>3) 患者の待ち時間削減、<br>③530人のスタッフがカイゼントレーニングを受講                                                                                                                                  | -                                                                                                                                                                                            | -                                                                                                                                                                                                                 | -                                                                                                                                                                                                                                                          |
| KAIZEN開始・実施における障壁       | -                                                                                                                                | Pediatricsや外科などでもカイゼン活動に取り組んだが、医師や看護師、部門を超えたチーム作りが難しく、カイゼンが進行していない部門もある。                                                                                                                                                                                                | -                                                                                                                                                                                            | -                                                                                                                                                                                                                 | -                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 5S開始<br>トレーニングの<br>規模   | -                                                                                                                                | ①AAKCP東京研修(院長)<br>②スリランカでの研修に3名を派遣<br>③07年~08年1Qにかけて院内トレーニングを実施。                                                                                                                                                                                                        | ①きっかけはダルエスサラームで行われたワーク<br>ショップへの参加であった。<br>②2011年5月にはムベヤから担当者を招いてトレーニングを実施し、逆にムベヤで2日間の見学を行った。                                                                                                | ①イリンガ州ジョンベで3名がトレーニング<br>②16名がその後MCHでトレーニング<br>③病院内部で、Head of Department 30名、QIT20名、WIT76名がJICAが実施したトレーニングを受けた。<br>④JICAのProgress Report Meeting に出席<br>⑤2012年9月にはKCMC(キリマンジャロ)及びムベヤコンサルタント病院で各3名のスタッフがトレーニングを受けた。 | ムベヤコンサルタント病院での3名のトレーニング<br>その3名を講師とした30名に対して院内トレーニング                                                                                                                                                                                                       |
| 5S活動の<br>開始部署           | 医療材料(倉庫)をショーケースとした。                                                                                                              | 6部署(サージカル、OPD、ペディアトリック、医療記録保管、アドミニストレーション、セントラルストア)                                                                                                                                                                                                                     | 産科、患者記録保管、会計、検査ラボの4部門                                                                                                                                                                        | メディカルレコード部門から始めた。その後、OPDのレセプションに活動範囲                                                                                                                                                                              | セントラルストア、患者記録保管、OPD、ディスペンサリングの4部門で実施<br>その後病棟、マタニティ、ラボ、X線の4部門を追加して8部門実施中                                                                                                                                                                                   |
| パイロット<br>部署の<br>選定方法    | 日本人専門家によるトレーニングを受講し、実施に意欲を見せた部署                                                                                                  | ①導入に対して意欲的だった部署と、そうでない部署<br>②医療部門と間接部門<br>を取り混ぜて選定                                                                                                                                                                                                                      | 4部門はムベヤから来た担当者と共に現場の分析を行い、かつ5S活動に理解を示した部署                                                                                                                                                    | メディカルレコード部門ではファイルの紛失、すぐに見つからず時間がかかるという問題を抱えていた。                                                                                                                                                                   | 倉庫、会計、薬局、カルテ、など整理整頓が出来ていない所から始めた。                                                                                                                                                                                                                          |
| 院長の活動                   | ①抵抗勢力への説得・コーチング                                                                                                                  | ①5Sの成果をスリランカや自院の写真を使って保健省で説明<br>②保健省への進捗報告と、活動開始の承認を得る。<br>③病院の経営陣に対して品質改善の必要性を写真を用いて訴えた。                                                                                                                                                                               | ①QITの責任者として、QITやWITの活動を支援                                                                                                                                                                    | ①5S活動の後押し<br>②予算でのサポート<br>③毎月のQITミーティングの開催                                                                                                                                                                        | ①活動のスーパーバイズ<br>②ごみ箱等の器材の供与                                                                                                                                                                                                                                 |
| QITの活動                  | ①5S活動の年2回評価<br>②院内コンペと優秀部署表彰                                                                                                     | ①抵抗勢力への説得<br>②毎週金曜日のレギュラーミーティング開催                                                                                                                                                                                                                                       | ①毎週金曜日に5S活動の進捗ミーティングを開催<br>②年に1回の表彰実施<br>③全員にトレーニング実施(4期に分け2日間行う。)                                                                                                                           | ①定期的なミーティングの実施                                                                                                                                                                                                    | ①コンサルタント病院の評価及びコンサルテーションを3度受ける。<br>②2012年10月にセルフアセスメント                                                                                                                                                                                                     |
| WITの活動                  | (写真あり)                                                                                                                           | 毎週木曜日の清掃活動                                                                                                                                                                                                                                                              | (写真)                                                                                                                                                                                         | (写真)                                                                                                                                                                                                              | (写真)                                                                                                                                                                                                                                                       |
| その他の活動                  | 表彰制度で競争している(トロフィーあり)                                                                                                             | 表彰制度                                                                                                                                                                                                                                                                    | 年1回アワード                                                                                                                                                                                      | アワード                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 現在の課題                   | 患者数が増えて忙しい。                                                                                                                      | 複数部署をまたぐKAIZENは難しい。                                                                                                                                                                                                                                                     | 新しいスタッフの加入や異動などにより、5S活動を知らないメンバーに対するトレーニングに時間がかかる。                                                                                                                                           | 新しいスタッフへのトレーニング                                                                                                                                                                                                   | リソース不足                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 短期的成果<br>(1年以内)         | ①物品の整理により、新たなフィジカルスペースが生まれた。<br>②書類の整理により、書類を探す手間が省けるようになった。<br>③行先案内や物品の置場表示をビジュアル化することで患者への応対が効率化された。<br>④清掃の実践により、院内がきれいになった。 | ①セントラルストアではスタッフが隠していたものなど大量の物品がsorting(整理)により見つかった。<br>②会計係が2回に1回の割合で偽のレシートを作って差額をふとこにいれるようなことがあったので、患者記録の仕組を改善して不正が起こらないようにした。<br>③セントラルストアでは超過在庫が減り、総在庫は50%以下まで削減された。<br>④OPDでは、ラボに渡す情報を今まではある程度数がまとまるまで待ってから流していたが、都度情報をラボに渡すようにプロセスを改善した結果、患者の待ち時間が削減された。           | ①検査室では、欲しい器具があるべきところにいつもある状態ができ、器具がないことにイライラせず、正確な検査をタイムリーに行うことができるようになった。<br>②患者記録の取出しに20分かかるともあったが今では3~5分で取り出せる。<br>③受付での患者応対が3人から2人に削減できた。<br>④患者の待ち時間が3時間から1時間に短縮できた。<br>⑤機材の効率的な配置ができた。 | ①Sorting(整理)の実施により、機材がわかりやすく整備された。<br>②不要な機材の廃棄によって新たなスペースが生まれた。<br>③患者記録などのファイルを見つける時間が従来の10分から1~2分に短縮された。<br>④とがった物や危険な不要物を分けることで安全な作業が可能となった。<br>⑤病院内の案内板などがビジュアルになってわかりやすくなった。                                | ①ストア部門では、5Sを通してタイムマネージメントを実践(例1)備品や薬の発注作業を改善して、必要な時に必要な薬を注文できるようにした結果、欠品なし。<br>(例2)先入先出の実践によって期限切れ品の在庫量削減<br>②ありあわせの材料で容器を作った。<br>③患者の待ち時間の減少<br>④職場が清潔になった。<br>⑤廃棄品やムダな作業が減った。<br>⑥危険な廃棄物が色分けされたゴミ箱に分別して廃棄されるようになった。<br>⑦備品がビジュアルに整理され、わかりやすく管理されるようになった。 |
| 長期的成果<br>(1年以上)         | ①スタッフが創意工夫を厭わなくなった。<br>②Teamworkの意識が根付き、職種を超えた連携による質向上を目指す意識が醸成された。<br>③どの病棟でも5Sの進め方を同じにした。                                      | ①喜びを持って働くことや、スタッフ間の信頼が得られたことが大きい。<br>②機材や薬を効率的に扱えるようになったこと。<br>③院内リソースを適切に管理できるようになったこと。<br>④部門間の人間関係が良くなったこと。<br>⑤コスト意識が醸成されたこと。<br>⑥医者とその他の役職が5Sを共通言語として職場環境の改善についてコミュニケーションできるようになったこと。<br>⑦スタッフに当事者意識が芽生えたことが従業員がハッピーになり、自ら学ぼうとする意識が生まれている。その結果として患者満足が達成されていると考える。 | ①スタッフの考え方がネガティブからポジティブに変わってきた。<br>②以前は検査を受けた患者が費用の支払いをせずに帰宅することもあったが、今では部門間の診療・検査記録を共有することで支払い後に検査する、薬を出す、といったプロセスに変えている。その結果、3か月でのRevenueが21百万シリングから28百万シリングに改善した。                          | スタッフの作業環境に対する意識が敏感になった。                                                                                                                                                                                           | ①提供されるサービスの質の向上<br>②患者の満足度向上が実現されている。                                                                                                                                                                                                                      |
| 病院の評価指標                 | 5Sチェックシート                                                                                                                        | 患者アンケート,5Sチェックシート                                                                                                                                                                                                                                                       | 患者アンケート                                                                                                                                                                                      | -                                                                                                                                                                                                                 | QMIGと5Sの評価ツールを使用                                                                                                                                                                                                                                           |
| 5S活動の<br>評価指標           | QIFに記載されたチェックリスト項目                                                                                                               | 5S活動に絡めたスタッフ評価制度を持つ。例えば通常業務で60点の評価、5S活動の成果が40%の評価で100点満点の評価を行っている。                                                                                                                                                                                                      | 5S評価シート                                                                                                                                                                                      | 5S評価ツールで開始したところ                                                                                                                                                                                                   | 5S評価ツール                                                                                                                                                                                                                                                    |

添付資料7. 現地調査対象病院の一覧表(セネガル)

| 項目                  | ティエス州病院                                                                    | グランヨフ病院                                                 | タンバクンダ州病院                                                                                                                                  | タンバクンダ保健センター                                                                      | ガスパルカマラ保健センター                                                                                                    | タンバクンダ保健ポスト(コチャリ)                                                               |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 上位監督機関              | 保健省                                                                        | 保健省                                                     | 保健省                                                                                                                                        | 州医務局                                                                              | 州医務局                                                                                                             | 州医務局                                                                            |
| 病床数                 | 324                                                                        | 237                                                     | 115                                                                                                                                        | 24                                                                                | 24                                                                                                               | －                                                                               |
| 職員数                 | 210                                                                        | 693                                                     | 163 (内、医師10名)                                                                                                                              | 70 (内、医師5名、看護師6名)                                                                 | 98 (内、医師5名、看護師21名)                                                                                               | 7(内、医師0名、看護師3名)                                                                 |
| 患者数(入院)             | －                                                                          | －                                                       | －                                                                                                                                          | －                                                                                 | 20                                                                                                               | －                                                                               |
| 患者数(外来)             | －                                                                          | －                                                       | 100                                                                                                                                        | －                                                                                 | －                                                                                                                | 30人/日                                                                           |
| 立地                  | ティエス州(ダカールから2時間)                                                           | ダカール市内                                                  | タンバクンダ州                                                                                                                                    | タンバクンダ州                                                                           | ダカール市内                                                                                                           | タンバクンダ市郊外                                                                       |
| 特徴                  | 首都から2時間の距離にある都市の病院。最近5S・KAIZEN・TQMのパイロット病院となった。不用品のリサイクルを実施している。           | 首都に位置する病院。5Sが最も進んでいるパイロット病院                             | 遠隔地の貧困州タンバクンダの州都に位置する。5S・KAIZEN・TQMのパイロット病院                                                                                                | 遠隔地の貧困州タンバクンダの州都から車で約1時間の距離にある。保健省のスーパーバイズあり。保健システム強化にかかるプロジェクトの対象サイト             | 首都に位置する。院長の強力なリーダーシップで自ら活動を推進している。                                                                               | 遠隔地の貧困州タンバクンダの州都から車で約45分の距離にある。母子保健にかかるプロジェクトの対象サイト。地域住民との協力で活動を推進している。         |
| 人的リソース(病院独自)        | ①5S委員会メンバー<br>②5Sチームメンバー                                                   | ①院長(ティエス病院での5S導入実績有)<br>②質セルメンバー(10名)<br>③質委員会メンバー(14名) | ①前院長(5S研修経験あり)<br>②QIT,WITのメンバー                                                                                                            | ①保健教育ディレクター(5Sの初年度表彰者)をアドバイス役に任命<br>②5Sサブ委員会メンバー<br>③QITメンバー                      | ①センター長(5S研修、視察へ参加)<br>②センター長が保健委員会へ参加<br>③QIT,WITメンバー                                                            | ①ポスト長(日本での研修経験あり)                                                               |
| 物的リソース(病院独自)        | ①デジタルカメラ<br>②QITメンバー用上着<br>③焼却炉の天幕<br>④焼却灰廃棄用井戸<br>⑤備品を入れるための家具            | －                                                       | ①サインボード                                                                                                                                    | －                                                                                 | ①5S活動に使う紙、ペン、備品など(保健委員会から承認された予算で購入)                                                                             | －                                                                               |
| 金銭リソース(病院独自)        | 病院予算からの費用支出                                                                | 病院予算での資材購入                                              | 外部清掃委託費用を病院予算から拠出                                                                                                                          | －                                                                                 | 保健委員会から承認された予算                                                                                                   | 医薬品の販売益                                                                         |
| 人的リソース(省庁・ドナー他)     | ①JICAのトレーニング<br>②JOCV1名<br>③保健省のスーパーバイズ                                    | ①Change 2<br>②JICAトレーニング                                | ①JICAと保健省のSupervision<br>②フランスによる”Change2”プログラム<br>－スタッフへのトレーニング<br>－問題分析能力<br>－プログラムでの成功体験<br>③JOCV<br>④外部業者との清掃業務委託契約<br>⑤日本とスリランカでの研修受講 | ①PARSSによるトレーニング<br>②保健省によるスーパーバイズ<br>③PARSS/JICAによる表彰制度                           | ①PARSSの指導<br>②保健委員会(品質サブ委員会)に地域住民が参加                                                                             | ①日本で研修を受けたポスト長の投入<br>②JOCVから1名(看護師)<br>③PRESSMNの専門家<br>④地域住民による週1回の清掃活動参加       |
| 物的リソース(省庁・ドナー他)     | なし                                                                         | ①JICAからのボックスやラベルの提供                                     | －                                                                                                                                          | ①フランスNGOの栄養教育棟建設<br>②フランスNGOの産科棟建設<br>③スペインNGOの救急車寄贈<br>④UNFPAの救急車寄贈              | なし                                                                                                               | ①PRESSMNのマニュアル<br>②JICAから寄贈された椅子、マットレス、クッション、仕切り壁                               |
| 金銭リソース(省庁・ドナー他)     | ①JICAからの1000万フランの支援<br>②JICAからの3.2億フランの設備投資支援<br>③世界銀行からの機材購入費用支援          | なし                                                      | ①JICAからの資金支援<br>②州政府からの助成金                                                                                                                 | ①州からの全体予算(750万フラン/年)からやりくり                                                        | ①FHIからの支援                                                                                                        | ①州保健局からのポスト長の給与<br>②地域委員会からの予算(700-800千フラン)<br>→職員給与と薬の仕入れ費用                    |
| 他ドナーのプログラム          | なし                                                                         | Change 2                                                | なし                                                                                                                                         | 保健省によるAIDSプログラム                                                                   | FHIのHIV感染対策プログラム                                                                                                 | なし                                                                              |
| 病院が抱える固有の中心課題       | ①医療ミスなどのリスク                                                                | ①サービスの質が悪い。<br>②院内感染が多い。                                | ①医師、看護師の数の不足<br>②厳しい財政状態                                                                                                                   | ①待合室が無い。<br>②産科棟が狭い。<br>③患者への支払い請求の遅れ<br>④スタッフ不足<br>⑤清潔でない院内<br>⑥収支の改善            | ①備品類が山積みで書類も散らかっている状態で、スペースが手狭<br>②スタッフは業務が忙しく、片付けることができなかった。<br>③院内でのスタッフ間の問い合わせにて回答に時間がかかったり、回答されなかったりという事態が発生 | ①業務の忙しさ<br>②妊婦に対する扱いの悪さ、出産環境の悪さ<br>③職場の乱雑さ<br>④職員間のコミュニケーションの悪さ                 |
| 5S開始のトリガーポイント       | ①前院長の5S活動に対するコミットメント<br>②元々清掃の習慣があった。                                      | ①新しい院長の赴任(2012年6月)<br>②ティエス病院の事例紹介                      | ①タンバクンダ州がプロジェクト実施サイトに選定されたこと。<br>②元院長の日本研修受講<br>③スタッフのスリランカでの研修受講                                                                          | ①停滞していた活動の再活性化を目指す院長の就任                                                           | ①センター長である医師がInternal evaluation workshopに参加したこと。<br>②タンバクンダ州病院の視察(2011年)                                         | ①ポスト長自身が5S活動を率先して始めたこと。<br>②5S活動が地域委員会に理解されたこと。                                 |
| 5S活動開始時期            | 2010年                                                                      | 2012年後半から                                               | 2007年                                                                                                                                      | 2011年                                                                             | 2012年                                                                                                            | 2010年                                                                           |
| 5S開始・実施における障壁(内部要因) | ①職員の意識を変えること。<br>②ルールや標準を作ること。<br>③5S活動に熱心な副院長の死亡<br>④5S活動をよく知る看護ケアのトップの退職 | ①厳しい病院財政<br>②人的リソースの不足<br>③ヘッドレベルでのリーダーシップ不足            | ①スタッフの不足<br>②5S活動資金の不足<br>③医師の参加が困難                                                                                                        | ①スタッフの業務の多忙さ<br>②5S活動予算の少なさ<br>③看護師のスト発生<br>④5S実施に必要なコストの負担<br>⑤院内でのフォローアップができない。 | ①5SやKAIZENのトレーニングが不足している。<br>②5Sのための予算が確保できていない。<br>③他センターへの5S普及のための移動手段がない。                                     | ①業務の忙しさで、スタッフの5Sに対するモチベーションが低下<br>②5Sの理念、内容を関係者で明確に共有することに時間がかかる。<br>③スタッフ数の少なさ |

| 項目                      | ティエス州病院                                                                                                                                                              | グランヨフ病院                                                                                   | タンバクンダ州病院                                                                                                                                                                                          | タンバクンダ保健センター                                                     | ガスパルカマラ保健センター                                                                                                                                                                                                                                                                                     | タンバクンダ保健ポスト(コチャリ)                                      |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 5S開始・実施における障壁<br>(外部要因) | ①院長の転任                                                                                                                                                               | -                                                                                         | ①来患者数の増加(産科)による業務多忙                                                                                                                                                                                | ①センター長の交替                                                        | ①保健省からスーパーバイズがない。<br>②都市への貧困層の流入による患者数増加や未払い増加                                                                                                                                                                                                                                                    | ①患者のための24時間体制によりスタッフが業務で多忙<br>②広い地域の診療を担当することによる業務の忙しさ |
| KAIZEN活動開始時期            | -                                                                                                                                                                    | -                                                                                         | -                                                                                                                                                                                                  | -                                                                | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | -                                                      |
| KAIZEN活動の内容             | -                                                                                                                                                                    | -                                                                                         | -                                                                                                                                                                                                  | -                                                                | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | -                                                      |
| KAIZEN開始・実施における障壁       | -                                                                                                                                                                    | -                                                                                         | -                                                                                                                                                                                                  | -                                                                | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | -                                                      |
| 5S開始トレーニングの規模           | ①全スタッフへの導入トレーニング(警備・清掃スタッフ除く)を実施                                                                                                                                     | -                                                                                         | ①全部門長に対するトレーニングを通じて、スタッフ全員が周知                                                                                                                                                                      | ①全スタッフが1日のトレーニングを受講                                              | ①パイロット部門に対する3日間のトレーニング実施                                                                                                                                                                                                                                                                          | ①JICAトレーニングを全員が受講<br>②タンバクンダ州医療施設でのトレーニング受講            |
| 5S活動の開始部署               | メンテナンス部門で1年実施                                                                                                                                                        | ラボ、心臓疾患科、薬局                                                                               | 患者受付部門                                                                                                                                                                                             | 産科、ラボ、調剤、アドミ、歯科、保健教育                                             | 管理事務サービス、医師のオフィス、スーパーバイザーのオフィスと倉庫、マネージャーのオフィス、助産師のオフィス、ソーシャルサービス、医薬品倉庫、支払チケット発行所、ラボ、出産前診断オフィス(CPN)                                                                                                                                                                                                | 院長自身が率先垂範                                              |
| パイロット部署の選定方法            | 整理整頓で不要になった物を引き取り、5S活動に必要な器具などに修理してリサイクルする活動が可能となるから。                                                                                                                | -                                                                                         | 多くの問題を抱えている部署を選定                                                                                                                                                                                   | -                                                                | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | -                                                      |
| 院長の活動                   | ①5S活動予算の申請に対する承認                                                                                                                                                     | ①質部門の責任者としてのスーパーバイズ                                                                       | ①5S活動の実施承認<br>②5S活動に対するコンサルテーション                                                                                                                                                                   | ①QITからの月1回の活動報告をフォロー                                             | ①保健委員会との会合で5S活動を説明し、予算を確保<br>②現場での5S活動のスーパーバイズ                                                                                                                                                                                                                                                    | ①5S活動の実践<br>②地域委員会との予算折衝                               |
| QITの活動                  | (5Sチーム)<br>①毎週金曜日の定期ミーティング<br>②月に1度の5S委員会への報告<br>③5S活動の現場支援                                                                                                          | ①各部署の5S活動を推進、評価<br>②Change2!にかかる活動                                                        | 【5S委員会】<br>①5Sグッドプラクティスの他部門への展開支援<br>②5S活動内容に関する院長への提案                                                                                                                                             | ①月1回の現場でのスーパーバイズ<br>②院長への活動報告                                    | ①現場でのスーパーバイズ                                                                                                                                                                                                                                                                                      | -                                                      |
| 短期的成果<br>(1年以内)         | ①スタッフによる現状の把握<br>②メンテナンス部における不用品のリサイクル<br>③5Sポスターによるコンセプトの共有<br>④不用品リサイクル品の売却収入<br>⑤ファイルシステムの改善<br>⑥不用品のデータベース管理<br>⑦スタッフの行動の変容<br>⑧患者取り違えミスリスク低減(ベッドでの掲示)<br>⑨清潔な院内 | ①棚の整理整頓<br>②ラボ部門では、スタッフの自主的な思考、活動への変化<br>③書類の整理<br>④使用済資材の管理改善<br><br>⑤インフラ面での整備(歩道の修繕など) | ①2009年までに5Sが全部署に拡大<br>②待合室の椅子への番号付けによって患者の待ち時間を順に管理<br>③使用済み酸素タンクを未使用のものと区分した。<br>④ビジュアルな院内掲示<br>⑤庭の穴を埋めて衛生環境が改善<br>⑥使用済針をリサイクル容器に集約して安全性向上<br>⑦スタッフの意識の変化(問題解決意識の醸成)<br>⑧部署間での競争意識が発生             | ①スタッフの安全な活動<br>②夜間の作業環境改善(照明の取り替え)<br>③5Sによる活スペース<br>④清潔度の衛生面の向上 | ①テレビ取材によるスタッフのモチベーション向上<br>②職場環境が改善<br>③患者受付部門が改善<br>④無駄な作業に使う時間が減った。<br>⑤医師の部屋にある不要品の中からのリサイクル<br>⑥医薬品がわかりやすく管理された。<br>⑦患者から感謝の声が聞かれるようになった。<br>⑧センターの評判が高まり、来院患者が増加した。<br>⑨来院患者の増加により収入も増加した。<br>⑩センター周りのごみがなくなった。<br>⑪電灯のスイッチON/OFFを表示して、節電の意識が高まった。<br>⑫古い備品のリサイクルによる支出減<br>⑬他センターへ5S活動の評判が伝播 | ①地域住民、委員会からの支援<br>②スタッフ全員の関与<br>③スタッフの作業環境の改善          |
| 長期的成果<br>(1年以上)         | ①不用品削除による活スペース<br>②ムダな作業の削減<br>③資源の有効活用<br>④リスクの低減<br>⑤質サービスの向上<br>⑥職場環境の改善                                                                                          | (開始後1年未満の為未記載)                                                                            | ①スタッフの責任感の醸成<br>②救急患者情報のファイル場所<br>③スタッフの担当分担当表の作成・運用<br>④患者満足<br>⑤保健省「患者の権利憲章」の掲示<br>⑥病院のビジョン、ミッション、バリューの掲示、共有<br>⑦カラーコーディング<br>⑧小児科での備品の整理整頓(2011年)<br>⑨各部署での積極的な就業態度<br>⑩使用済容器の有効活用<br>⑪5S掲示板の設置 | ①作業環境の改善<br>②患者の満足                                               | (開始後1年未満の為未記載)                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ①滅菌時間や温度の標準化<br>②患者の満足度向上                              |
| 病院の評価指標                 | -                                                                                                                                                                    | -                                                                                         | -                                                                                                                                                                                                  | 州保健局による評価                                                        | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 州による評価指標有                                              |
| 5S活動の評価指標               | 作成中                                                                                                                                                                  | -                                                                                         | ・JICAミッションの成果指標を利用。(AAKCP)                                                                                                                                                                         | PARSSの成果指標を活用                                                    | -                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | -                                                      |



添付資料 8 独立行政法人福祉医療機構による病院経営指標

|     | 経営指標                   | 説明                                                                          |
|-----|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 機能性 | 1. 病床利用率               | 一般的に高いほど効率的な運営と言え、また、医業収益も増加するため、経営上重要な経営指標のひとつです。                          |
|     | 2. 入院外来比               | 病院の性格を表すなど重要な意味を持ちます。診療科目や病床規模によりかなり異なりますが、同種・同規模の病院との比較では、一般的に高いほどよいといえます。 |
|     | 3. 平均在院日数              | 診療科目によって異なりますが、同種の病院との比較では短いほど機能が高いと推察できます。                                 |
|     | 4. 患者規模 100 人当たり従事者数   | 取扱患者数に対する従事者数の適正性を示します。詳細には職種別に検討する必要があります。                                 |
|     | 5. 入院患者 1 人 1 日当たり入院収益 | 収益性の指標とも考えられますが、むしろ診療内容を判断するための指標となります。看護レベル、手術件数などとの関連で数値を検討することが必要です。     |
|     | 6. 外来患者 1 人 1 日当たり外来収益 | 診療行為別に分析し、院外処方の有無や投薬日数、1日平均外来患者数などとの関連もみながら数値を検討することが必要です。                  |
|     | 7. 病床 1 床当たり年間医療収益     | 病床利用率や外来患者数、並びに診療内容やサービスの程度などとも併せて検討する事が必要です。                               |

機能性：財務等の定量的診断を行う前提として、そのために不可欠な施設の機能やサービス水準を把握します。

|        |                    |                                                                       |
|--------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 費用の適正性 | 8. 従事者 1 人当たり年間給与費 | いわゆる給与水準です。一般に、低い場合、経営は安定しますが、労働意欲や診療・サービス内容に影響する点にも留意する必要があります。      |
|        | 9. 人件費率            | 医業収益に対する人件費の割合です。高い場合、職員の人数が多い、給与水準が高い、医業収益が少ないといった要因が考えられます。         |
|        | 10. 医療材料比率         | 医業収益に対する医療材料費の割合です。医薬品と診療材料費の内訳、診療科、診療機能、院外処方の有無等との関連で、その適否を判断します。    |
|        | 11. 給食材料比率         | 医業収益に対する給食材料費の割合です。低い場合、経営的には良い影響を与えますが、食事内容が低下していないか留意する必要があります。     |
|        | 12. 経費率            | 医業収益に対する経費の割合です。一般的に低い方がよいとされていますが、診療・サービス内容と突き合わせてその水準を考える必要があります。   |
|        | 13. 減価償却費率         | 医業収益に対する減価償却費の割合です。収入が一定であれば、定額法の場合は一定の比率となり、定率法の場合は経過年数に従って徐々に減少します。 |
|        | 14. 経常収益対支払利息率     | 経常収益に対する支払利息の割合です。低いほど経営の安定に繋がっていきます。借入残高、借入条件等から財務コストを判断します。         |
|        | 15. 損益分岐点比率        | 利益と損失とが分かれるところの収益ポイントです。低いほど減収に対する抵抗力があると言えます。                        |

費用の適正性：良質なサービス提供に必要な支出が行われているか、また、冗費が生じていないかを把握します。

|     |                      |                                                                             |
|-----|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 生産性 | 16. 従事者 1 人当たり年間医業収益 | 病院の種類、規模等によっても異なりますが、従事者1人当たりの能率を示します。同じ業務量を少ない従事者数で効率的に処理すれば、この数値は高くなります。  |
|     | 17. 労働生産性            | 従事者 1 人がどれだけの付加価値を生み出したかを示します。高いほどより効率的で円滑な運営管理が行われていると言えます。                |
|     | 18. 労働分配率            | 付加価値が人件費にどれだけ分配されているかをみることで、経営の効率性を示します。従事者の質と意欲に関係するため、低ければよいというものではありません。 |

生産性：病院の保有する人員や設備が十分に活用され、それにふさわしい収入を上げているかを把握します。

|   |            |                                       |
|---|------------|---------------------------------------|
| 安 | 19. 自己資本比率 | 総資本に占める自己資本の割合を表します。自己資本比率が高いほど財政上の安定 |
|---|------------|---------------------------------------|

|        |             |                                                                                |
|--------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 定<br>性 |             | 性が高く、また、この比率は経過年数とともに高まる傾向があります。                                               |
|        | 20. 固定長期適合率 | 長期にわたって運用される固定資産は、自己資本や固定負債（長期借入金等）で賄うことが肝要で、この比率は 100% 以下であることが大切です。          |
|        | 21. 流動比率    | 短期の返済が必要な流動負債（買掛金や短期借入金など 1 年以内に支払う負債）の支払い能力を示します。この比率は高いほど短期的な財務の安定性が高いと言えます。 |
|        | 22. 借入金比率   | 借入金返済のもととなる医業活動の年間収益と借入金残高の関係を示すものです。低いほど財務が安定していると言えます。                       |

安定性：短期の支払い能力や自己資本の充実度により、安定した財政基盤が確立されているかを把握します。

|             |                |                                                                             |
|-------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 収<br>益<br>性 | 23. 総資本回転率     | 資本の効率性を表す指標です。この値が低い場合は一般的に過大投資（設備投資に対する医業収益額の不足）の状態を示していることになります。          |
|             | 24. 医業収益対医業利益率 | 医療活動そのものから得られた利益の割合を表す指標です。しかし、高い場合であっても診療・サービス内容が低下していないかなどの点に留意する必要があります。 |
|             | 25. 総資本医業利益率   | 施設に投下された諸資源が、どの程度の医業利益を生み出したかを示し、高いほど施設の経営成績が良いと言えます。                       |

収益性：事業に投下された資本や事業に対する収入の効率性を把握します。

出典：独立行政法人福祉医療機構 「簡易経営診断報告書サンプル」を参考に作成した。  
（同法人ホームページにて 2013 年 5 月 30 日確認）