

診療情報提供書の誤郵送防止に向けた医師事務作業補助者の 質管理活動 —TQM（総合的品質管理活動）手法を用いた医療 安全文化の構築—

岡田 明日香, 田中 まどか, 杉山 貴子,
坂井 麻衣子, 新免 美香, 白井 裕基
加古川市民病院機構 診療部 メディカルアシスタント室

要 旨

2017年4月から2024年3月の8年間に発生した診療情報提供書の誤郵送インシデント42件（年平均5.5件）に対し、TQM手法による改善活動を実施した。5名のワーキンググループが中心となり、現状把握から標準化までを系統的に推進した。特性要因図分析により、インシデント共有不足、定期的勉強会の欠如、近隣医院の情報不足など6つの主要因を特定し、郵送確認手順の標準化、マニュアル改訂、間違いやすい医院名一覧配布、新規医院登録依頼などの対策を優先的に実施した。その結果、2025年10月のTQM開始後、2026年1月までで誤郵送ゼロ件を達成し、年間目標3件以内（30%削減）を超過達成した。スタッフ間コミュニケーション向上、医療安全意識の高まり、業務効率化など有形・無形の波及効果も得られ、インシデント対応から未然防止への転換と、情報共有に基づく組織文化構築の実現を実証した。

Keyword

医療安全, インシデント防止, 医師事務作業補助者,
総合的品質管理活動, 特性要因図

目的

医師事務作業補助者による診療情報提供書の誤郵送は、患者個人情報の漏洩につながる重大なインシデントであり、当施設の継続的な課題である。本研究の目的は、過去8年間の誤郵送インシデント傾向を分析し、TQM手法を用いた多角的な要因分析により根本原因を明らかにし、体系的な改善活動を実施することで、診療情報提供書の誤郵送を防止し、患者プライバシー保護と医療安全文化の向上を実現することである。

方法

1. ワーキンググループの構成と活動体制

メディカルアシスタント室のリスク会に属する5名のワーキンググループメンバーが中心となり、室長の指導下で活動を実施した。メンバーは現場経験に基づく実行力と、品質管理に関する基礎知識を有する職員で構成された。

2. 現状把握と目標設定

2017年4月から2024年3月までの8年間に発生した診療情報提供書関連インシデント42件を抽出・分析した。年間発生件数の推移を確認し、年間平均5.5件に基づいて年間目標を3件以内（30%削減）と設定した。

3. 特定要因分析の実施

TQMにおける特定要因分析は、問題（特性）の根本原因を追究し、解決策を導き出すため、特性要因図（フィッシュボーン・ダイアグラム）を用いて「人（ヒト）」「機械（設備）」「方法」「材料」などの要因を可視化・構造化する手法である¹⁾。本活動では、まず疑わしい要因を広く列挙し、次に信頼性・実行可能性・効果の観点から最優先の対策を決定する「解析用」フィッシュボーン分析（図1）を実施した。具体的には、多

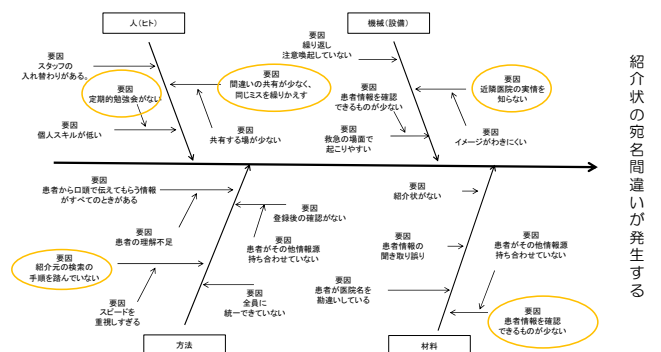


図1：特性要因図（フィッシュボーン・ダイアグラム）

表1：主要因検証

重要要因	検証方法	結果	判定
共有する場が少ない	インシデントがどのように共有されているか、全体に行き渡るように工夫できているか。	全体朝礼で事例報告のみ行っていた。対策の共有が出来ていなかった。	○
定期的勉強会がない	定期的に個人情報漏洩防止についての勉強会などが実施されているか。	勉強会は実施していなかった。	○
近隣医院の実情を知らない	患者から情報を聞き取った際に、その医院をイメージできるか、同じような名前が多いことを認識しているか。	医院名の一覧はあったが、医院のイメージは出来ていなかった。	○
紹介元の検索の手順を踏んでいない	場面に応じた詳細がマニュアルが作成されているか。	マニュアルはあるが、手順が分かりづらかった。	△
紹介元情報を確認できるものが少ない	患者が持っているもので、情報が正確なものは何かあるかを洗い出し、閲覧する手順は明確であるか。	マニュアルに確認方法はあるが、手順がなかった。	○

職種が参加するブレインストーミングにより、誤郵送に関連するあらゆる要因を抽出し、以下の6項目を主要因として検証した：①共有する場が少ない、②定期的勉強会がない、③近隣医院の実情を知らない、④紹介元の検索の手順を踏んでいない、⑤紹介元情報を確認できるものが少ない。(表1)各主要因について、現場での実態確認、マニュアル内容の確認、職員への聞き取り調査を実施し、改善の優先順位を決定した。

4. 対策立案と優先順位の決定

特定要因分析の検証結果に基づき、9項目の改善案を検討した。各対策について「効果」「実用性」「持続性」を5点満点で評価し、合計10点以上の対策から優先的に実施することとした。(表2)その結果、以下の4項目を最優先対策として選定した。

表2：優先順位評価

手段	◎5点 ○3点 △1点			評価
	効果	実用性	持続性	
シングルチェックで紹介先と資料の照合、ダブルチェックとして補助者へ郵送依頼する	◎	◎	◎	15
マニュアルの訂正を行い、具体的な確認方法を決める	○	◎	◎	11
医院名だけでなく住所を聞き取りしてからインターネットで検索し、次回にそなえシステムに登録する	◎	◎	○	13
間違いやすい医院名の一覧を配る	◎	◎	△	11
紹介先に複数の候補がある場合は、資料を用いて本人へ確実な名称を確認する	◎	△	△	7
宛先がはっきり分からない場合、自宅郵送にして宛先確認してもらってから持参してもらう	○	△	△	5
インシデントが起こった週に、朝礼での事例報告を行う	△	○	△	5
受診歴が確認出来るように、患者へマイナンバーカードの活用を推奨する	◎	○	○	11
紹介先を何で確認したか、補助者への依頼用紙にチェック欄を設ける	△	○	○	7

(1) シングルチェックとダブルチェック体制の構築

従来は医師事務作業補助者による単一の確認にとどまっていたため、見落としやヒューマンエラーが生じやすかった。改善により、①補助者による宛名と資料の照合(シングルチェック)、②別の補助者による郵送依頼書の確認(ダブルチェック)の2段階確認体制を導入した。これにより、複数の視点による検証が可能となった。チェック体制の導入にあたっては、業務フローの見直しと作業時間の再配分を行い、現場への負担を最小限に抑える工夫を実施した。

(2) マニュアル訂正による具体的確認方法の明確化

既存のマニュアルは、一般的な手順の記載に留まり、宛名確認の具体的な手順や優先順位が明確でなかった。

改善では、①患者が持参した診療情報提供書の宛名確認、②患者からの口頭情報聴取の際の医院名確認、③インターネット検索による医院情報の確認、④複数候補がある場合の本人確認方法、⑤資料がない場合の対応方法など、場面ごとの詳細な手順を付記した。加えて、新規登録医院や類似名称の医院などの注意事項も明記し、視認性を高めるため診察室への配置を実施した。マニュアルの改訂にあたっては、現場職員からの意見聴取を重視し、実行可能性を高める内容とした。

(3) 間違いやすい医院名一覧の作成・配布

当施設の紹介医療機関の中には、「○○内科」「○○内科クリニック」など、名称が類似している医院が複数存在することが判明した。また、「○○市の医院」と「近隣市町村のクリニック」が名称のみで区別困難な場合も多かった。改善では、①医院名、②所在地(市区町村と簡潔な住所)、③診療科、④医院の特徴(規模、建物の位置、周辺環境など)を記載した一覧表を作成し、全補助者に配布した。一覧表は毎月更新し、新規登録医院や情報更新を反映させることで、常に最新の

情報提供が可能となった。また、一覧表を診察室に物理的に配置することで、全スタッフが等しくアクセス可能な情報基盤が構築された。

(4) 新規医院登録の依頼（地域連携室との連携）

手入力による医院名や住所の入力時に単純ミスが発生していたことが判明した。改善では、地域連携室と協力し、システムに未登録の医院について新規登録を依頼した。2025年12月までに17件の登録依頼を実施し、9件の新規登録が実現した。登録済み医院の利用により、入力作業の時間短縮だけでなく、単純ミスの大幅な削減が可能となった。

5. 効果確認の方法

2025年12月1日から22日にかけて、インシデント一覧データの抽出分析とメディカルアシスタント室全職員を対象とするアンケート調査を実施した。有効回答数は54名（回答率66.7%）であった。アンケートでは、①マニュアルの認知度、②マニュアル内容の理解度、③宛名確認手順書の使用度、④間違いやすい医院名一覧の参考度などを把握した。加えて、コミュニケーション状況の変化、医療安全意識の向上などの質的効果も確認した。

6. 標準化と定着方法

確認手順の標準化、マニュアルの更新、以下の3つの定着方法を定めた：①毎月1回に症例報告会を開催し、インシデント事例の共有と予防策の討議、②新人入職時にプリセプターからの教育として宛名確認手順の指導、③診察室への手順書・医院名一覧の常時配置による視認性の確保。

注）「プリセプター（preceptor）」とは、主に医療・看護・教育の現場で使われ、新人職員や学生に対して、一定期間マンツーマンで指導・支援を行う先輩職員のことを指す。

結果

1. インシデント発生件数の推移と改善成果

対策実施前（2017～2024年）の平均発生件数は年間5.5件であった。2025年度の推移は以下の通りである：

- ・4月～9月（対策検討・準備期間）：2件（月平均0.33件）
- ・10月～12月（TQM活動開始以降）：0件

年間目標3件以内の達成に加え、TQM活動開始後は誤郵送インシデントが完全に防止された。

2. アンケート調査結果の詳細

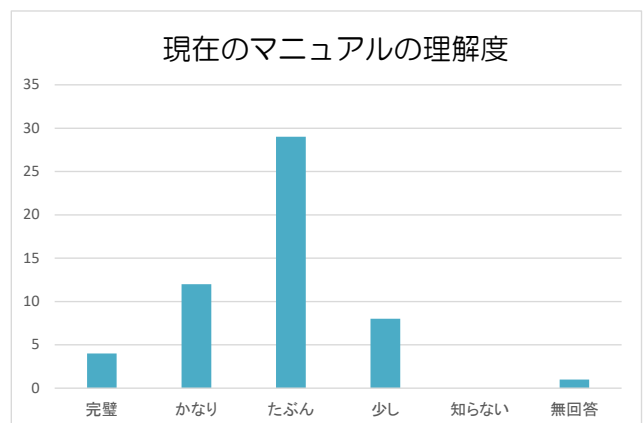
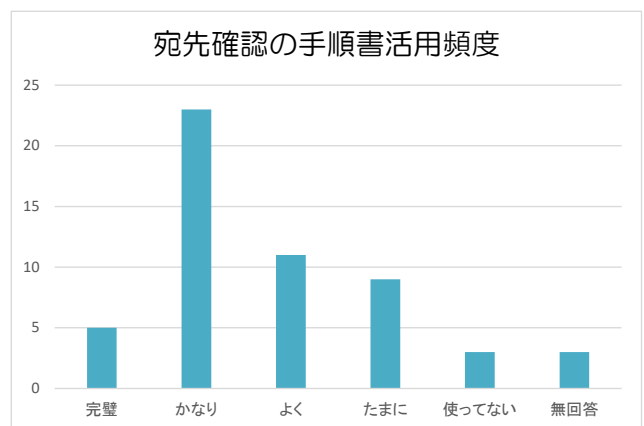
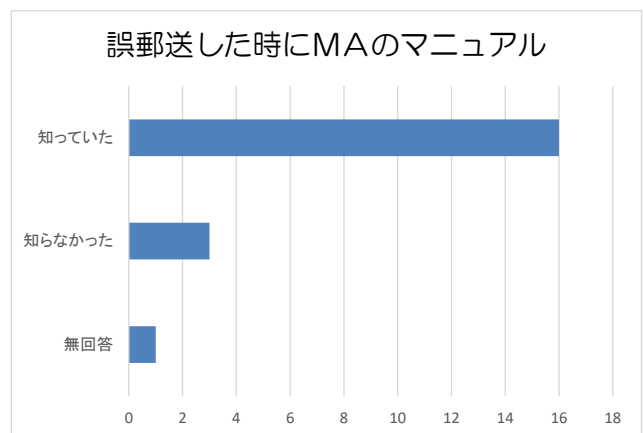
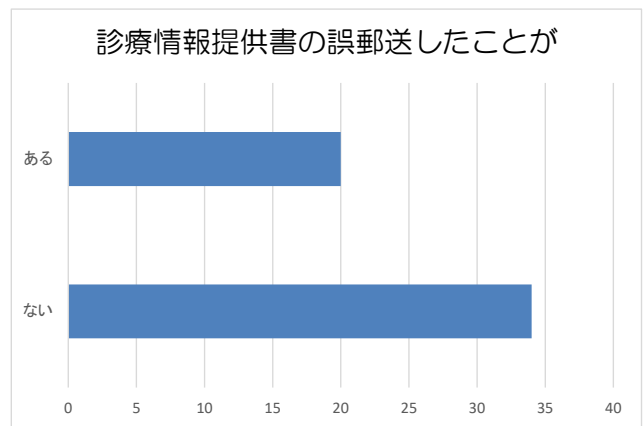


図2：有効回答者54名の調査結果

3. 無形効果

(1) スタッフ間のコミュニケーション増加

医院名一覧の配布により、医院の地理的位置、建物の特徴、周辺環境などに関する情報交換が増加した。アンケートの自由記述では「近隣医院の知識が増えた」「院長の親族で同じ医院名がある医院のことを初めて知った」などのコメントが寄せられた。これらは、職員間のコミュニケーション向上と、個人知識のばらつき解消を示唆している。

(2) 医療安全意識の向上

マニュアル配置による正しい手順の認識強化、ダブルチェック体制の導入、定期的な症例報告会の開催により、医療安全に対する個人的な意識が高まった可能性がある。アンケート結果から、対策実施後のマニュアル認知度および理解度に改善傾向が見られた。

4. 波及効果

(1) 業務効率化

新規医院の登録により、住所や医院名の手入力による単純ミスが削減されたばかりでなく、入力作業時間の短縮が実現した。これにより、メディカルアシスタントおよび医師の業務時間短縮に直結し、診療効率の向上につながった。

(2) 組織間連携の強化

地域連携室への医院登録依頼を通じて、他部門との協力体制が構築された。結果として、17件の登録依頼に対し9件の新規登録が実現し、部門間連携の実績と信頼関係の構築が確認された。

考察

本改善活動が成功した要因は複数にわたっている。まず、TQMの特性要因図を活用することで、患者間違いに関連するあらゆる要因を「人(ヒト)」「機械(設備)」「方法」「材料」の4つの観点から可視化・構造化することができた。

従来の単純な因果関係の推定ではなく、問題の根本原因を多層的に掘り下げることが可能となった。この手法により、解決すべき課題の優先順位が明確化され、限られた資源を効果的に配分できた。次に、本活動ではシステムの環境整備に重点を置いた。立て看板の設置、マニュアルの整備、書類保管場所の統一など、スタッフの個人的な注意や努力に依存しない、組織的な予防の仕組みが構築された¹⁾。これらの対策により、患

者自身が確認に参加する行動パターンが定着し、職員の意識向上がもたらされた。改善内容の職員への周知には、複数のチャネルを活用した。事例集の配布と朝礼での説明により、異なる勤務パターンや経験年数の職員に対して、改善内容が等しく伝達された²⁾。職員間のコミュニケーション向上と情報共有の構築が、患者情報保護の意識向上につながった¹⁾。一方、課題も明らかになった。活動初期段階では、特性要因図の作成方法の習得に時間を要し、計画段階での分析が不十分であった。今後は事前のTQM基礎研修が重要である。また、ワーキンググループメンバー間の定期的で構造化されたミーティングが限定的であり、より頻繁な対話が必要であった。

結論

メディカルアシスタント室におけるTQM(総合的品質管理活動)を通じた診療情報提供書誤郵送防止の取り組みは、TQMの特定要因分析手法を用いた多角的な要因解析、特性要因図による根本原因の追究、ヒューマンエラー防止のための二重確認体制の構築、マニュアルの具体化と標準化、医院情報の整備と共有、および組織全体への段階的な周知により達成された。年間目標を達成しただけでなく、特に活動開始後10月以降のインシデント0件達成は、単なる統計的改善にとどまらず、スタッフの個人情報保護の意識向上とコミュニケーションの活性化をもたらした。有形効果として、誤郵送インシデントを年間5.5件から0件へ削減(目標30%削減を上回る達成率)し、患者個人情報漏洩防止と他院への迷惑軽減が実現した。無形効果として、医療安全マニュアルの認知度向上(29.6%)、スタッフ意識の強化、職員間のコミュニケーション活性化、医療安全文化の醸成が実現した。波及効果として、地域連携室との部門間連携強化、医院情報システムの充実(9件の新規登録)、医師およびメディカルアシスタントの業務効率化が実現した。インシデント防止は事後的対応ではなく、事前の環境整備による未然防止が重要であることが実証された。医療安全管理体制の構築および継続的改善は、組織全体による体系的なアプローチが必要である。本TQM活動の経験と成果は、メディカルアシスタント室の他のインシデント防止はもとより、病院全体の個人情報保護の強化に活用可能である。

今後、継続的なTQM(総合的品質管理活動)の学習体制の確立、定期的な管理体制の確立、レベル0インシデント報告制度の活用、多部門への波及を進める

必要がある。医療安全管理における定期的な管理体制の確立により、改善策の持続と新規課題の早期発見に対応することが重要である¹⁾。本活動を通じて実証された「環境整備による予防的アプローチ」と「情報共

有に基づく組織文化の構築」の考え方を機構全体に展開し、加古川市民病院機構全体の医療の質向上に寄与することが期待される。

文 献

- 1) 飯田修平：医療安全確保の考え方と手法4 特性要因図作成の基礎知識と活用事例。一般財団法人日本規格協会，44-47，2018。