

ISDA Management System News

INTERNATIONAL QA INSTITUTE (国際品質保証協会)

巻頭に寄せて

会長 三浦 昭夫

CQA/CQE/CMQOE/CRE/CSSBB/CHA/CBA



アメリカのアリゾナ州セドーナ地区の岩塔群の一部

サブプライムローンに端を発し、リーマンブラザーズ、GM、フォード、金融・保険大手の経営破綻で世界的景気の悪化が一体どこまで続くのか、混迷をきわめ、全く予測できない状況である。このような不景気の中、日本だけでなく、アメリカでも ISO 認証を取った管理体制などは余計な荷物と考えている企業が増えていると聞く。とんでもない間違いである。まともな仕事をする体制が無く、単に認証取得のためだけに認証取得した会社にとっては、そういう考えになるだろうが、本来まともな管理をしてきた会社にとっては、何の痛痒も感じないはずである。

このような世界的悪環境の中で、WBC の野球で原監督の率いる「サムライジャパン」が延長戦の結果、見事韓国を破って優勝してくれたことは、我々にとってまことに愉快な話題である。敗者復活戦で背水の陣から浮かび上がっての優勝で、そういうところは我々の現在の業務にも取り入れて、ここを正念場と思って焦らず、分相応に対処して頑張っていきたいものである。

さて、長らく懸案であった当会の NPO 法人化の手続きが岩佐理事の骨折りのお陰で 3 月 25 日に東京都知事の認可を取得でき、近日中に登記を行うこととなった。これからは、それにふさわしく全会員で自覚を持って積極的に活動し、お互い居心地のよい組織にして行かねばならない。これからの会の活動も、基幹は品質関連で世界の総本山である ASQ の活動であり、これを基に大きく展開して行きたいものである。

昨年 5 月に ASQ の年次大会に出かけた折に、私が立ち寄ったアリゾナ州のセドーナという地区の見晴らし台からの風景の写真を左上に掲載させて頂いた。塔状や台形の岩から成る山が多数林立していて、その間に森が広がり、村里が散在している奇勝で、皆様に楽しんで頂けたら幸いである。

目次

巻頭に寄せて	1
経営管理のための内部監査	2-3
問題解決について考えること	4-5
内部監査員講習での事例研究	6
現場救急医療の QA	7-8
事務局から	8
編集後記	8



国際品質保証協会は、QA(品質保証)に関連する活動を通して日本の繁栄に奉仕・貢献することを目的として 1991 年に設立された団体で、今日まで ISO 規格を始めとした諸種マネジメントシステムの効果的活用について、わが国の主要機関に対する総合的な支援活動や要員教育、調査・研究活動等の日常の会員活動に加え、アメリカ品質学会(ASQ)の日本支部として国際的にも活動しています。

経営管理のための内部監査

理事 土平 亘 (ASQ CQA)

はじめに

多くの企業が ISO9000 の認証を取得してから 10 年以上を経たというのに、未だに内部監査を十分に活用しているとは言えない事例が多く見られる。内部監査システムの構築・運用、内部監査員の育成・認定・維持に多くの経営資源を投入しているにもかかわらず、ISO 認証維持のための内部監査から脱却できていない。内部監査から、本来得られるはずの成果を手にすることができず、投入した経営資源を無駄にしているところか、形骸化による弊害ばかりが目につく例も多い。

内部監査の目的

内部監査は、ISO 規格の要求事項ではあるが、実施にあたっては、本来は企業自らが ISO 規格にも当然適合させて定めた規定に則って行うものであり、その目的は、規定の各項目の適合性の評価にとどまらず、その実効性・効率の評価にまで及ぶべきである。特に、効率の評価については、内部監査でもっとも効果的に実施でき、内部監査ならではの醍醐味といってもよいだろう。筆者がかつて従事していた供給者の第三者監査では、限られた監査日程の中で、監査を受ける供給者の管理体制を理解しつつ、その実効性・効率を評価することは至難の技であった。内部監査では、各種管理体制、企業の方針・価値観については既に共通の理解をもった監査員が監査を実施するのであるから、限られた監査の時間のなかで、付加価値の高い実効性・効率の評価により多くの時間を割くことができるのは明らかであろう。

適合性の評価

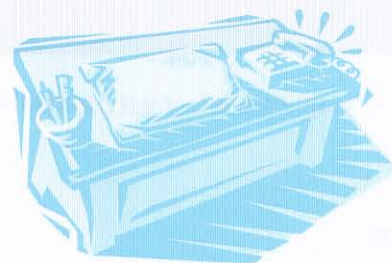
ISO 規格の要求条項を項目ごとに並べたチェックリストを使用し、ISO 規格の条項への形式的な適合性を判断することは内部監査員でなくともできることであり、管理体制を構築した直後ならともかく、認証を取得して何年も経つような企業が自らの経営資源を投入してまで実施する価値が本当にあるのだろうか。まず、適合性の評価については、ISO 規格の条項への適合性にとどまらず、企業が自ら定めたマニュアル・規定類への適合性を評価しなければいけない。マニュアル・規定類が正しく定められていれば、自ら確立した品質始め各種管理体制への適合性を評価することに

より、ISO 規格の要求事項への適合性は自ずと明らかになる。その上で、規格要求事項の意図するところ(本質)への適合性を評価すべきであろう。

実効性と効率の評価

各種管理体制の実効性を評価するためには、まず、評価の基準となる要求事項の十分な理解が不可欠である。内部監査の基準となる社内規定類に定められた要求事項の意図する目的(本質)についての十分な理解なくして、実効性の正しい評価をすることは不可能である。

また、各種管理体制の効率を評価ということは、定められた要求事項の本質を達成する際に無理・無駄が生じていないかを評価することにつながる。企業の本質は、常に投入した経営資源よりも多くの成果をあげることであり、品質管理体制といえども、極力、無理・無駄を排除し、より少ない経営資源で、より短い期間に、より多くの成果を上げなければいけない。ISO 規格の項目は管理に必要な最低限の事項だから単なる出発点に過ぎない。



監査指摘事項と是正

内部監査で各種管理体制の実効性、効率の評価ができるようになると、内部監査の指摘事項の性質が自ずと変化してくる。形式的な不適合の指摘が減り、指摘というよりもマネジメントシステムの本質に迫る観察事項が増えてくる。(逆に言えば、内部監査の観察事項を精査することによりその成熟度をある程度判断できる。)これらのシステムの本質に迫る観察事項は、もはや単なる不適合のレベルを超え、管理体制の改善のための指針となる。

不適合の是正については、表面的な是正は十分な効果をあげられず徒労に終わることが多い。結果として、毎回同じような不適合の指摘を受けることになる。不適合は多角的かつ十分に分析し、なぜできなかったかをよく理解した上で、一度で根本的な是正措置を取ることが必要である。改めて言うまでもないが、同じような不適合が毎回指摘されるような状況であれば、是正措置が全く効果的ではなかったということである。このような状況では、「是正措置のシステムが効果的

でない」という品質システムの重大な不適合として内部監査で指摘されて然るべきであろう。

内部監査の改善策

さて、内部監査を改善するためには、どのような方策が必要であろうか。内部監査をとりまく事情は、それぞれの企業によって異なるため、万能の処方箋のようなものは無い。内部監査の改善に監査統括者が最も強い影響力を持つことは言うまでもないが、実際に監査を遂行する上で、そのほか、改善に役立つ重要な点を以下に述べてみたい。

監査員の質の向上

監査員は、規格要求事項の条文を単に理解するだけでは不十分で、その根幹にある意図された目的(本質)を理解する必要がある。また、単に監査技術だけではなく、優れた観察能力・分析能力を持たねばならない。内部監査を改善する際に、監査員に重要なのはその数ではなく、その質である。認定内部監査員の数を単純に増やすだけでは、内部監査を改善することはできない。

監査員の質を向上するためには、監査員に適した資質を持つ候補者を選ぶこと、良質な教育を受けさせること、その上で、十分な経験を積ませることが必要である。優れた監査員の監査に随行させたり、その監督・指導の下で監査を実施させたりすることも監査員の能力向上に非常に役立つ。監査員の質の向上が内部監査の改善に大きな役割を果たすのである。

監査チェックリスト

監査員の使用するチェックリストは監査の重要なツールである。しかしながら、その運用を誤り、効果的な監査の遂行を妨げている事例を見かけることも多い。本来、チェックリストは、監査の目的と状況に応じて、監査ごとに作成すべきものであり、これは監査統括者の重要な職務である。同じ監査チェックリストを毎回使用することは監査の有効性を著しく損ねる。

さらに、監査員はチェックリストの記載事項およびその本質的な要求を十分に理解したうえで、状況に合わせて監査を受ける各部署の適合性・実効性・効率を的確に判定できるような的確な質問をすべきであり、チェックリストの記載事項をそのまま質問として読み上げることはすべきではないだろう。ましてや、チェックリスト記載事項以外の必要な質問を禁止するなどということは決してあってはならない。

監査の実施

監査の実施に当たっては、監査員はみずからの知識・経験を最大限に生かし、職務を遂行することが期待される。監査の目的は、チェックリストの全項目を質問することではないし、重箱の隅をつつくような質問をすることでもなく、もちろん、ひとつでも多くの不適合を見つけることでもない。そのようなことに捉われて、管理体制の本質的な問題点を見逃したりするようなことは、決してあってはならない。

経営資源の使いどころ

監査を受ける各部署が、監査準備と称して、かなりの時間と労力を監査員の目から問題を隠すという非生産的な活動に使う例を見かけたことが度々ある。しかし、そのような労力をかけるよりは、監査後の是正措置・改善に集中してこそ企業により多くの成果をもたらすのではなかろうか。内部監査は、契約の成否につながるような監査ではない。多くの経営資源を消費して問題を隠した挙句、改善につながる機会をみすみす見逃すということは経営資源の浪費といっても過言ではなく、企業活動として適切ではなかろう。監査員をうまく使い、自らが見逃していた改善のための機会を認識し、監査を受けることにより自らをよりよく改善するといった積極的な取り組みが期待される。

トップマネジメントの役割

最後に、監査を受ける各部署の内部監査に対する取り組み姿勢には、トップマネジメントの内部監査結果に対する認識、報告書閲覧後の判断、及び指示が大きく影響するという事実を指摘したい。トップマネジメントが指摘事項の件数にしか注目しないような例も多いようだが、そのようなことでは、監査を受ける各部署は問題を隠すことによって対応しようと試みがちである。トップマネジメントは、内部監査の成果を、監査によって企業が得たものの大きさと評価すべきではないだろうか。内部監査を経営管理のツールとして有効活用する上で、トップマネジメントの果たす役割は非常に大きい。

まとめ

内部監査は、単に管理体制の適合性を評価するためのものではなく、経営改善・競争力強化のためのかけがえの無い手段となり得るものである。既に、少なからず経営資源を投入し構築・運用している内部監査を企業にとって真に役立つツールにできるかどうかは、監査員を含む監査側のみならず監査を受ける各部署、さらにはトップマネジメントの真摯な取り組みにかかっていると言える。

問題解決について考えること

会員 小田 宗隆
(ASQ CQA/CQE)

はじめに

会社勤めをしていると否応無しに色々な品質問題と向き合うことになります。この中には、些細な問題もありますが、損害賠償請求に発展する問題もあり、正直ストレスが溜まる毎日ですが、誰もが日々否応なしに関係することなので、「問題解決」について考えていることをお話することになりました。皆さんの一助にでもなれば幸いです。

何故、問題解決が上手いかないのか？

問題は、私の周りで毎日のように発生しています。その対応を間違える例が本当に少なくありません。その原因を大別すると、問題に気が付いていないケースと、問題に気が付いたのに対応を誤るケースとに分けられると思っています。

問題に気が付かない

(1) 問題を認識できない

本来どうなっていればよいか分かっていないために、現状が問題なのか認識できない。短期間に変化が起きていればまだしも、徐々に変化した場合、今が問題の状態にあるのか気がつかない場合もあります。つまり、茹で蛙状態です。

(2) 感度が鈍っている

重大な不具合発生の兆候があったにもかかわらず、感度が鈍く、気が付かない。管理図を見ていれば気が付いたはずなのに、全く気が付かない。同じモードの不具合品が複数の顧客から帰って来ているのに気が付かない。後で冷静に振り返ってみると分かるのですが、その時には全く気が付かない。これは、品質に対する意識が下がっている時に起きやすいと思います。コストダウンに迫られている、納期が厳しいという状況にあると、感度が低下してしまいます。

(3) 感度を鈍らせている

起きている問題を無視する。または、気が付かない振りをする。これらは、あってはならないことですが、実際に経験します。コスト優先、納期優先で顧客の顔が見えなくなった場合に起きてしまいます。仮に問題に気が付いても、応急の手直しだけで済ましてしまうこともあります。

問題の対応を間違える

(1) 問題を過去の経験だけで処理しようとする

問題があることを認識しているのに、問題を正しく捉えないケースです。この場合、問題の中身は、問題によってそれぞれ異なるのに、同じように片付けようとします。「俺は、以前これと同じような問題を経験して、こうやって直した。簡単だ。」と言うような人が現れたら、終わりです。関係者は、この問題から関心を失ってしまいます。問題が同じ構造なら良いのですが、そうでなければ結局問題を解決出来ずに長引かせるだけとなってしまいます。問題は、それぞれが唯一無二だと言う認識が必要です。

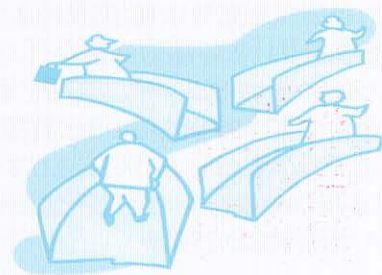
(2) CorrectionとCorrective actionの混同

Correction(個別の手直し)と Corrective action(根本の是正)の違いが分からず、Correction だけして解決したつもりになる。とりあえず元の状態に戻せば良いと考え、手直しだけで済ませてしまうケースです。何時か同じ問題が発生して慌てることになります。良くある間違いですが、意識が低いとなかなか抜け出せません。管理者が指摘できれば良いのですが、その管理者も両者の違いが判っていないと、その組織は手直しだけしか出来ない状態が続いてしまいます。

どうすれば問題解決が出来るか？

「問題に対する感度が鈍っている」、「感度を鈍らせている」に対しては、品質保証の考えを組織に浸透させるしかないと考えます。「お客様に不適合品を渡さない。その為にどうすれば良いか。」を日ごろ考えている会社にして行くしかないと思っています。「品質最優先」と言うポスターを貼っている会社がありますが、これだけでは駄目です。この意味を経営者を始め全社員が理解し、これを実践する組織を作っていくしかないと思います。品質保証に対する全社員の「かまえ」が必要です。

その他のケースに対しては、問題解決の手法を知ることが必要だと思います。私は、K-T 法を学ぶのが一つの回答だと思います。



K-T法との出会い

15年前に「新・管理者の判断力」(C.H.ケプナー、B.B トリゴー著—産業大学出版部発行)と言う本に出会いました。副題が、「ラショナル・マネージャー」だったので、これが私の興味を引きました。K-T法は、状況把握、問題分析、決定分析、潜在的問題分析から成ります。どれも役に立つ手法だと思っています。上述したケースの場合、状況把握と問題分析が役に立つと考えています。

問題の構造

問題の構造には、2つあります。一つは、あるべき姿に到達した成果が、再びその水準に達しないものです(図1 a)。つまり、ある時から成果に差異が生じたものです。もう一つは、あるべき姿に一度も達しないものです(図1 b)。たとえば、ソフトをインストールしたが、一度も機能しないようなものです。

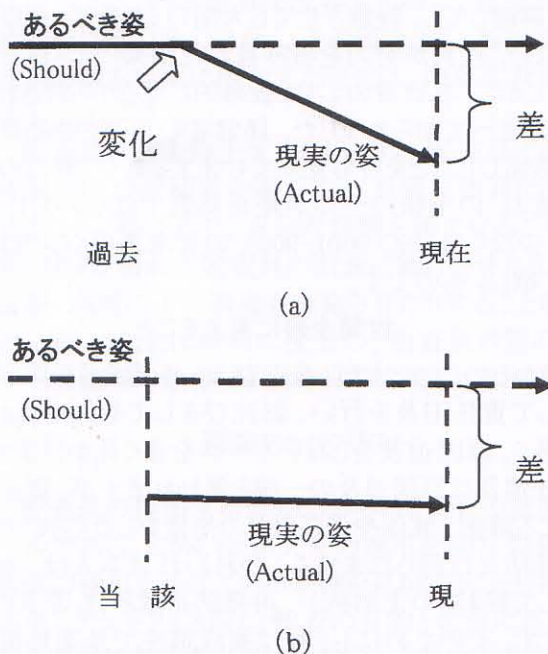


図1 問題の構造

状況の把握

問題解決において最も重要なことは、現状把握、問題分析です。これを誤ったり、手を抜いたりすると問題を把握できず、結局問題解決できないことになります。

先に述べたように、問題は「あるべき姿」と「現実」とのギャップです。このギャップを漏れなく、客観的に記述する作業、状況把握が必要です。K-T法では、「問題」に正確な名称をつける作業から始めます。この名

称を差異ステートメントと言っています。以下、この本で取り上げている「大豆油の濾過器の漏出事件」を使って説明して行きます。

この問題は、大手の食品加工業者で5台設置している油濾過器のうち1台(1号機)から油漏れが発生し、床が油だらけになったと言うケースです。この問題を記述する差異ステートメントとして、「1号濾過器の油漏出」としています。

次に、問題を明確にするために、差異ステートメントで絞り込んだ問題を4つの次元(問題の対象、発生場所、発生時間および程度)で細分化して行きます。問題を理解することは、これを分解して行くことに他なりません。K-T法ではこの4つの次元で「is」と「is not」とに分けて記述する作業を行います。つまり、論理的な比較をすることで4つの次元の区分点を探るのです。下記に4つの次元を「あり」と「なし」で問題を明確化した結果を示します。ここでは、「あり」と「なし」が発生した境界点も載せています。

表1 状況把握(1号濾過器の油漏出)

	明細化のための問い	あり	なし	境界点
問題の対象	故障した機器は何か?	1号機濾過器に故障「あり」	2~5号濾過器に故障「なし」	2~5号と比べたときの1号
発生場所	観察された故障箇所はどこか?	濾過工場の北東の隅に「あり」	他の場所には「なし」	1号濾過器だけ北東の隅にあり
発生日時	最初に故障が観察されたのは?	3日前に始めて「あり」	3日前以前には「なし」	3日前のシフトの初め
程度	故障の程度は?	1号濾過器に「あり」、1シフトあたり5~10ガロン	2~5号濾過器には「なし」	油漏れは、シフトあたり5~10ガロン

この作業はユニークで役に立つ方法だと思っています。これにより、この問題の4つの次元の境界点が明らかになります。次に、境界点を生んだ変化を探って行きます。途中の経緯は省略しますが、このケースでは、1号濾過器に3日前に四角いガスケットを付けた事が、変化となっていました。この問題の原因は、「1号濾過器に3日前に四角いガスケットを付けた事」となるわけです。最後にこれが正しいかテストして終わりとなります。

このケースは、よくある単純な問題ですが、ここで使った手法は色々な問題で使えると思います。K-T法に興味をもたれたら、この本をご一読下さい。

内部監査員講習での事例研究

会員 一瀬 功

事例研究の具体例

時々、内部監査員の養成講座をお引き受けすることがあります。そんなときには、私が実際に遭遇した事例を受講者の皆さんにケーススタディーとして研究してもらおうことにしています。例えば、

ケース1: K社は機械加工や手仕上げにより金型を製作する企業である。最近受注量も増大して社内は忙しい状況にあったが、受注量に比例するかのように不適合製品が増えていた。つい最近もNC工作機械の加工条件設定を間違えて、製品をオシヤカにしてしまった。その経緯を調べると、担当した加工作業者は、1週間前に他の職場から替わってきた者であった。

ケース2: K社では、その数日前の出荷検査で、ある製品が寸法不良で不合格であったにも関わらず、製作直後に作業者が記録したその製品のチェックリストには、合格印が付されていた。

K社では、この2つの不適合製品発生の原因には、いずれも“人的要因”が挙げられ、“再教育・訓練の徹底”を再発防止策としていた。「これらの不適合と是正処置に関して、あなたは更にどのようなことを追加調査し、どのような再発防止策を立てますか？」を考えてもらっています。



上記事例の考察

個人の問題としてではなく、管理体制の問題として考えることを狙いとしていますので、ケース1では、他部署からの転属者訓練の社内ルール、作業をまかせられると認めるための判断基準の妥当性、彼の実力と適性を評価して認定した責任などは再調査対象から外せません。原因の“人的要因”の“人”は、転属してきた加工作業者ではなく、むしろ管理側の人

の場合もあるでしょう。設定を間違ったミスよりも、転属者の訓練方法にミスがあることを考慮すべきでしょう。

ケース2では、加工作業者へのヒヤリングが欠かせません。ややもすると、“叱責”になりがちですが、対策立案のための情報入手が狙いです。作業環境、職場の雰囲気(緊張感、連帯感、コミュニケーション)などの面で問題ないのか、同種不適合の発生頻度なども是正処置の立案の情報になるでしょう。この種の不適合に対する是正処置には、“叱責”と責任追及で終わってしまい、原因にたどり着かない場合を見かけます。効果的な対策が打てるかどうかのマネジメント力が問われる場面でもあります。原因もはっきりしないままに、作業者を「訓練した」「再教育した」では是正処置にはなりません。

人的ミスはゼロにできるか？

以前お付き合いのあったある取締役の方が、「品質保証とは仕事の仕方を保証することだから、教育・訓練・躾を最大限重視している。しかし、どんなに教えても、訓練しても、経験させても人間のミスをゼロには出来ない。社員が努力を積み重ねた結果のミスは許せる。しかし、私自身のミスは致命的になるから許されない」と述べておられました。経営者の重みのある言葉に感銘したことを今も覚えています。この“努力の積み重ね”の中味の一つが是正処置ではないでしょうか。少なくともISO 9001/9004の要求事項くらいは守って欲しいものです。

世間全般に言えること

昔からのことですが、最近益々、不適合/不祥事に対して責任追及を行い、お詫びをしてそれで終わりが多く、原因追及をしないケースを多く見かけます。責任追及は原因追及の一部と思われませんが、責任者による陳謝、減俸や退任などの処置をしたくらいでは、再発防止は図られません。われわれ日本人は、水に流して終わりの土地柄か、再発防止はどうも苦手のようです。そのためにも、私は養成講座で是正処置の勉強をしてもらうようにしています。

付言

この記事の通り、諸方面で繰り返されている「再教育した」、「厳重注意した」、「二度と致しません」では、再発防止の保証は全くありません。なお、人的ミスというのは、誰でも冒す可能性のあるミスのことで、未熟者及び杜撰な管理によるミスとは性格が違います。本格的な是正処置と人的ミスの防止、この両者が、体制管理での最大の課題なのです。(三浦昭夫)

現場救急医療の QA

会員 近藤 信也

(ASQ CQA/CQE/CMQOE/CSQE/CBA/CHA)

はじめに

筆者は石油・ガス開発プロジェクトにおける HSSE (health, safety, security, environment) リスク管理に長く関わってきた。その中で、比較的わかりやすく、また重要度も高いテーマとして、現場での救急医療についてご紹介したい。

現場での HSSE リスク対策

ご存知のように、リスクの定義は、事象の「発生の可能性」と「発生結果の重大性」の組み合わせであり、リスク対策といった場合、事象の発生の可能性を下げる「発生防止策」と、発生した場合の結果の重大性を緩和する「発生時緩和策」の二つに大きく分類できる。HSSE リスクにおいて、特に発生結果の重大性が一定以上の(たとえば大ケガ以上といった)事象については、通常両方の対策が不可欠となる。

発生時緩和策の中でも、救急医療 (Emergency Medical Response - EMR) は、まず筆頭にくる対策であり、通常これに特化した計画 (EMR Plan) を策定し、現場への動員開始前から準備を行っていく。

筆者が関わった最近の例では、最寄りの町まで数百キロあるような砂漠の真ん中の現場や、不発弾や埋設地雷の撤去作業を伴うような現場など、救急医療体制の良し悪しがまさに生死を分けるようなプロジェクトがほとんどであった。

EMR での命題

EMR での命題は比較的単純で、現場でケガや急病が発生した場合、その対象者(ここでは患者としておく)に、それがなされない場合には死亡や重大な後遺症に至るような医療処置を確実に施す体制を如何に設計し、維持するかということである。ただし、一度に扱う患者の数と、どのようなケガや急病までを含めるかの想定によって、一見単純な中にも、複雑さが加わってくる。

EMR の要素およびステップ

EMR の質を考える上で、以下が主要要素となる。

- 時間
- 救急要員の能力
- 救急設備・資材の仕様

特に、「時間」は全体の計画を立てる上で、最も重要な要素であり、現場に量・質的にどういった救急要員や救急資材を配置するかは、この「時間」を中心に計画する。

筆者の関わった EMR plan の例では、通常以下のステップに分けているが、これらを「時間」という視点で簡単に説明したい。

1. 基本救急処置
2. 高度救急処置
3. 救急車および現場医療施設
4. 地域救急搬送
5. 国際救急搬送

1. 基本救急処置: 事故・急病発生から直ちに(通常3分以内に)、救急訓練を受けた現場の要員が、止血、人工呼吸、心臓マッサージなどの基本的な応急処置を行う。現場の広がりや、作業員の数によって、あらかじめ訓練する救急要員および救急資材の数を計画する。

2. 高度救急処置: 事故・急病発生から5分~15分を目処に、救急救命士、看護師などの医療従事者または高度な専門訓練を受けた上級救急要員が、AEDなどの救急機器を用いて、より高度な救急処置を施す。現場の位置や広がりやを考慮し、次のステップまでの平均所要時間を想定した上で、現場に配置する高度救急要員の数および「高度さ」の要求レベルを計画する。

3. 救急車および現場医療施設: 事故・急病発生から15分~1時間を目処に、救急救命士もしくは医師が乗り込んだ救急車が事故現場へ到着し、最寄りの医療施設へ患者を搬送する。最寄りの町から非常に離れた場所の場合は、現場に設置した簡易クリニックへ搬送し、常駐する現場医師が処置をする。現場から最寄りの町までの距離、現場自体の広がりなどを考慮し、医師、救急救命士、救急車の数や簡易クリニックの仕様などを計画する。

4. 地域救急搬送: 最寄りの町の医療機関や現場の簡易クリニックでは治療に限界がある場合、より高度な医療機関へ患者を搬送する。状態が安定している場合は救急車で搬送する場合もあるが、多くの場合、ヘリコプターや飛行機を用いる。場合によっては、上記3をスキップして、現場にドクターヘリを向かわせることもある。通常、地域医療搬送サービス会社とあらかじめ契約し、実施計画を立てておく。

5. 国際医療搬送: その国の医療機関では治療に限界がある場合、別の国の医療機関に傷患者を搬送する。ある程度状態が安定していることが条件となり、

8ページへつづく

7ページのつづき

通常医師または看護師が同乗して、定期便に専用スペース(座席を数個はずしてベッドを設置)を確保して移動するか、または専用のチャーター機を用いる。通常、国際医療搬送サービス会社とあらかじめ契約し、実施計画を立てておく。

EMR 計画時の苦勞

大変な現場で苦勞した人は、EMR の重要性もいやというほど認識しているが、限られた現場経験で、しかも最寄り町に近代的な医療施設が完備しており、公的サービスの救急車が数分で到着するようなところばかりで仕事をしてきた人だと、EMR を一から計画しなければならない必要性を実感できないケースも多々ある。後者のような人が、たまたま大変な現場を抱えるプロジェクトの責任者となった場合など、部下となる現場担当者は苦勞するようである。EMR 計画時は、最悪のシナリオを常に描きながら、どの程度のどの規模のケガや急病までは、確実に全員救命するという、明確なビジョンを持つことが必要である。

ケガや急病はもちろん無いに越したことはないが、万一発生した場合、EMR が確実に機能すれば、死亡事故という最悪の結果をかなり緩和することができる。と確信する。

むすび

医療従事者でない人間が、通常の生活で医療体制を一から計画していくことはめったにないと思うが、僻地の過酷な現場を抱える石油・ガス開発プロジェクトにおいては、多くの場合、不可欠の要素であることを知っていただければ幸いである。

◆◆◆ 事務局から ◆◆◆

【理事会・定例総会・講習会】

- ◆ 理事会開催
2008 年度第 5 回及び第 6 回理事会が、2009 年 2 月 10 - 11 日及び 3 月 21 日に開催され、ホームページ刷新、新年度の活動方針について、討議がなされました。
- ◆ QA講習会の開催
去る2月11日、三浦会長による「シックスシグマ」に関する

講習会が開催されました。

【3月度のASQ資格試験】

- 下記の方々が3月7日(土)の試験に合格されました。
- CMQ/OE (経営管理士) : Richard P. Forsberg
- CSSBB (Six Sigma Black Belt): Arindam Banerjee

【常設研究会・講座】

- ◆ 2008年4月に開設した三浦会長のEメール講座は、2009年3月で一年が経過、計12回を数えました。
- ◆ 昨年5月に開設したASQのIQAI推薦図書“*The ASQ Auditing Handbook*”(ASQ監査部会編)読解研究会は、2009年3月22日に第6回会合を開催しました。
- ◆ 西日本研究会の福岡分科会は、昨年まで続いた内部監査のフィールドワーク(事例研究)の分析結果を基に、第2ステージのテーマ「内部監査標準の策定」の活動が始動しました。

(IQAI 事務局/佐藤央英)

編集後記

今回の記事は久しぶりに ISO の中身にまつわる話題が出た。

内部監査を企業に役立つツールにするには土平氏も指摘しているように監査側のみでなく監査を受ける側の取組みが重要である。内部監査といえども、その職場にとっては「外部監査」で、部外の人間にとやかく云われる前に、自浄能力が先ずあって「ナンボの世界」であろう。一瀬氏の「人的ミスは、実は教育側のミス」で思い起こすのは、日本の企業では「人的ミス対策」に必ず「OJT.をやりませう」が出てくるが、これは「何も教育しない」の意味にとった方がよさそうである。小田氏のK-T法による問題解決法は「あるべき姿」と「現実の姿」を客観的に比較するものだが、一般的な管理での「バラツキに着目する」に通じるものがある。

近藤氏の「現場救急医療のQA」では「砂漠の真ん中の現場など、救急医療体制の良し悪しがまさに生死を分ける」とのことだが、日本では厚労省の無責任役人のおかげで、都会の真ん中でも急患門前払いの「病院たらい回し」で殺される。恐ろしいことである。
(岩佐允勝)

発行人: 国際品質保証協会 (IQAI)
 会長 三浦 昭夫
 Tel.: 03-3712-6776; Fax: 03-3712-3399
 住 所: 周南市弥生町2-1 西原技術事務所気付

連絡先: 事務局
 佐藤 央英 E-mail: yoshihide_sato@edwards.com
 Website: http://www.iqai.org
 機関誌発行/頒価: 年 2 回/年間 1000 円