

Title	病院経営におけるTQM導入についての一考察：医療安全対策のための活用
Sub Title	
Author	家里, 誠一 (Iesato, Seiichi)
Publisher	慶應義塾大学出版会
Publication year	2006
Jtitle	三田商学研究 (Mita business review). Vol.49, No.5 (2006. 12) ,p.37- 50
JaLC DOI	
Abstract	近年, 病院関係者の間に, 病院経営において最も重要な要素は医療安全対策であるという認識が急速に高まっている。しかし, 医療安全対策を効果的かつ効率的に進めることに多くの病院関係者が苦慮している。一方, 産業界では従来から安全対策の有効な手段としてTQM が活用され, 組織を挙げての安全対策が大きな成果を上げている。本研究は, 病院における医療安全対策へのTQM 導入の可能性についての実証を試みた。病院での導入事例を探る中で, 特にTQMを経営の中軸に位置付けて運用し, 病院のTQM 実践事例ではわが国の最先端をいくとされる練馬総合病院の関連資料の収集・分析およびトップ・マネジメントとミドル・マネジメントを対象とする面接調査を実施し, この結果を基に医療安全対策のためのTQM 導入の実態を把握し, その有効性を明らかにしようとする。
Notes	
Genre	Journal Article
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00234698-20061200-0037

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the Keio Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

病院経営における TQM 導入についての一考察

— 医療安全対策のための活用 —

家 里 誠 一

<要 約>

近年、病院関係者の間に、病院経営において最も重要な要素は医療安全対策であるという認識が急速に高まっている。しかし、医療安全対策を効果的かつ効率的に進めることに多くの病院関係者が苦慮している。一方、産業界では従来から安全対策の有効な手段として TQM が活用され、組織を挙げての安全対策が大きな成果を上げている。本研究は、病院における医療安全対策への TQM 導入の可能性についての実証を試みた。病院での導入事例を探る中で、特に TQM を経営の中軸に位置付けて運用し、病院の TQM 実践事例ではわが国の最先端をいくとされる練馬総合病院の関連資料の収集・分析およびトップ・マネジメントとミドル・マネジメントを対象とする面接調査を実施し、この結果を基に医療安全対策のための TQM 導入の実態を把握し、その有効性を明らかにしようとする。

<キーワード>

医療安全対策, QC サークル, TQC, TQM, MQI

はじめに

病院における医療安全対策についての考え方が、最近、より根本的な方向に進もうとしているが、その根本的な考え方とは、医療の質を組織的にシステムとして向上させることが医療事故防止等の医療安全対策につながるというものである。その背景には、医療事故は精神論やハウツー論だけでは対応が困難となっているという反省や人は誤りを犯すものであるという認識が出てきたということがある。そのような考え方は、製造業を中心にした民間企業では従来から当然のこととみなされてきた。これが品質管理の概念であり、そのひとつの考え方が TQM (Total Quality Management) である。本論では、この TQM の病院における医療安全対策のツールとしての有効性を探る。

1. 医療安全対策への取り組み

1990年代末から、様々な規模の医療機関で起こった医療事故・ミスが、マスコミで頻繁に報道されるようになった。医療事故に対する国民や行政の目が非常に厳しくなっている。また近年、その動向を反映するように、医療事故等の事件に対する訴訟が増え続けており、このような状況を踏まえて、行政や医療関係団体が、様々な観点から医療事故防止対策に取り組み、ようやく医療安全の科学的な分析と解明が始まった。すべてを予測し行動できる完璧な人間はいないし、絶対に誤操作やエラーを起こさないマシンやシステムも存在しない。その意味で「人は誰でも間違える」という言葉は、「リスクのない未来はない」「明日を確実に予想できる人はいない」というのと同じくらい自明のことを意味している¹⁾。

リスクの高い環境の中で、未然に事故を防いだり少なくしたりするには、組織としての対応が必要となる。「ヒヤリ・ハット」報告に始まる一連の作業過程を地道に継続させること、その過程でハード・ソフト両面で改善できるところは事前に改善していくことである。また、これらの作業をスムーズに取り運ぶために、専属のリスクマネージャー養成も必要になってくる。最終的には、安全を最重要課題と位置づける文化の創生こそが重要である²⁾。

2001年5月には、厚生労働省医政局長および医薬局長の私的懇談会として医療安全対策検討会議が発足したが、医療安全に関する対策の企画、立案および関連事項に関する審議を行い、医療安全の推進を図ることを目的としており、年数回、公開で開催される³⁾。

医療安全はまさに病院のマネジメントそのものである。いかに組織として安全な医療を保証していくか、いかに安全な医療ができる医療人を育成していくかが肝要である。医療安全は医療の最も重要な前提条件といわれてきたが、それを保証していくには多くのエネルギーを必要とする⁴⁾。

医療の安全の確保は、これまで医師を中心とした医療従事者個人の責任において行われてきた。しかし、近年の医療の高度化・複雑化等を背景に、医療従事者個人の努力に依拠したシステム、すなわち従来の職種や診療科ごとの医療技術や知識に基づいたシステムでの医療安全の確保は難しくなっており、安全対策のあり方を見直すことが必要となっている⁵⁾。医療機関において、医療安全を確保するためには、医療全体の質の向上を目指し、安全管理に関する体制を整備するなど、組織全体が適正に管理されていなければならない。その管理体制の下で、日々の安全対策を行っていくとともに、常に業務を改善していくことが必要である。このような組織的な安全管理のためには、他産業における標準化や工程管理などの品質管理の手法を医療分野にも積極的に

1) 安川文朗『医療安全の経済分析』勁草書房、2004年、165頁

2) 国立療養所南九州病院リスクマネジメント研究会編『医療安全管理体制の仕組みづくりと再発防止策』日総研、2002年、11頁

3) 日本病院管理学会『医療安全用語辞典』エルゼビア・ジャパン、2004年、12頁

4) 三宅祥三他『医療安全の終わりなき挑戦』エルゼビア・ジャパン、2005年、15頁

5) 厚生労働省医療安全対策検討会議『医療安全推進総合対策』じほう、2002年、6頁

取り入れることが必要である。⁶⁾ 医療安全の確保のためには、各々の業務を医療安全の観点から見直し、その結果に基づいて医療機関全体で安全対策に取り組むべきであるが、特に標準化、統一化、規則化の推進、正確で効率的な情報管理の促進などが重要である。⁷⁾ 業務を安全に遂行できるよう、すべての職員の業務を明確化するとともに、医療機関内の活動をできる限り規則化し、これを必要に応じて見直し、簡潔かつ常に実効性のあるものにしていく必要がある。⁸⁾ さらに、医療事故につながる可能性のある問題点を把握して効果的な安全対策を講じるためには、全職員を対象とした事故事例やヒヤリ・ハット事例などの報告体制を構築し、その結果得られた知見を組織全体で学び続けることが重要である。⁹⁾ また、医療安全を推進するためには、臨床の現場で医療に携わる者から医療機関の管理者に至るまでの全医療従事者が各々の役割に応じて安全対策に主体的に取り組む必要がある。そのためには、関係者全員に対する普及啓蒙活動に取り組まなければならない。¹⁰⁾

2. 組織的標準化の流れ

それでは、以上の共通認識を前提とすれば、どのような対策を講じればよいのか。安全についての訓話や講習だけでは、対応することは難しく、このため標準化を基盤とする組織的な対応や取り組みが必要になる。

医療の標準化の道具として、DRG (Diagnosis Related Groups) が活用されている。国際疾病分類で1万以上ある病名を、マンパワー、医薬品、医療材料などの医療資源の必要度から、統計上で意味のある500程度の病名グループに整理し、分類する方法をいう。¹¹⁾ エール大学の Fetter 教授が、病院運営の効率化を目的として開発した手法であり、産業界における OC 活動を参考にしたものである。

診療の標準化としては、学会等が日本の標準的診療として推奨する臨床指針や、各医療機関が院内の標準的診療として定めたクリニカルパスが有効である。¹²⁾

しかし、近年、わが国の病院は、医療・診療の標準化を推進しつつ、組織的な取り組みを通じて医療の質を良くすることで、その結果として医療事故も防いでいくことが求められるようになった。このことに、いち早く気づいた医療関係者は、あらためて産業界を中心に展開している QC や TQM と呼ばれる活動に着目したのである。

第2次世界大戦後、一時期粗悪品とみなされていた日本製の製品が高品質なものへと変容し、高度成長に寄与した。代表的なアメリカの統計学者であるエドワーズ・デミング (ニューヨーク大

6) 『前掲書』13頁

7) 『前掲書』17頁

8) 『前掲書』18頁

9) 『前掲書』19頁

10) 『前掲書』35頁

11) 武田隆久『医療サービスにおける品質保証と標準化』メヂカルフレンド社、1998年、8頁

12) 飯田修平他『医療の質向上への革新』日科技連、2005年、17頁

学教授)が、日本の産業指導者たちにその変化をドラマチックなものにする理念と道具を与えた。日本の文化的伝統と社会的同質性はデミング教授が紹介した品質管理(QC)の精神と方法を育て上げる環境を用意したのであり、必要とされた変貌にとって重要な要因であった。¹³⁾ 例えば、自動車や大手電機メーカーなど、我が国の製造業の代表的な企業は、1950年代から1960年代にかけて、次々と品質管理の手法を導入していった。そして、製造現場ではQCサークルがあるのが当然ようになっていった。ちなみに、2005年11月30日現在、日本科学技術連盟内のQCサークル本部には、43万1,467のサークルが登録されている。現在でもその多くは製造業に属している。

では、なぜ、製造業からQCの導入が始まったのか。製造という業務自体がQCを導入しやすかったと見るのは必ずしも正しくない。むしろ、我が国の製造業は輸出という形で海外の企業と激しく競争しているため、というべきであろう。つまり、世界市場で熾烈な競争をしなければならない企業は、品質で勝ち抜くためにQCを導入した。その際、わが国の企業は、デミング博士らの指導により品質管理に真摯に取り組み、生産現場を中心にした3M(ムリ、ムダ、ムラ)をなくすQC活動を展開した。それは、品質管理を「技術者の仕事」、つまり「特定機能」とみるアメリカ的品質管理とは大きく異なり、トップから末端までの「全員による品質管理」あるいは「全体的組織活動」であり、そこに日本的TQCの最大の特徴がある。¹⁴⁾ やがて、それは生産現場以外の病院等の分野にまで及ぶQCサークルを中心とする活動として発展した。しかし、その活動は依然として生産現場志向の域を脱することなく、要求仕様に適合させる「適合品質管理」であった。

そして、日本的品質管理は、TQCの域を越え、TQM、つまり総合的質経営への道を歩んでいった。¹⁵⁾ 日本的TQCの創生期よりその推進母体である日本科学技術連盟も、TQCをTQMに呼び改め、1997年1月20日に「TQM宣言」を発表した。¹⁶⁾ この間、顧客満足志向や市場志向の実現を経営の戦略的な根幹に据えた米国企業その他のグローバル企業では、着実にTQM(総合的質経営)に移行している中で、わが国のいくつかの先進的な病院においてもこれを導入し、成果を挙げつつある。

わが国の医療分野において、その嚆矢となったのは麻生飯塚病院であった。麻生グループの病院として1910年に開業して以来一貫して企業病院として運営されて来た福岡県飯塚市にある定床数1,100の株式会社立の大病院である。¹⁷⁾

麻生飯塚病院では1992年からTQMを導入し、第1回TQM発表大会を1994年2月に開いた。年に2回開くことはあったが、1997年からは年1回となった。TQM活動のための組織は、逆三角形で、最上部にサークルが位置し、TQM活動の中心はサークルであることを意味している。その活動を支援するために、推進委員(約50名)と教育指導分科会・標準化分科会・広報分科会からなる分科会委員(約40名)がいて、活動全体を横断的に監視するTQM委員会(約10名)があ

13) N. R. マン『デミングの品質管理哲学』ダイヤモンド社、1987年、57頁

14) 北原貞輔・能見時助『TQCからTQMへ』有斐閣、1991年、71頁

15) 『前掲書』105頁

16) 持本志行『価値生産の方法』白桃書房、1998年、22頁

17) 牧潤二『QCに学ぶ医療の質向上活動の実践』医学芸術社、2003年、44頁

る。活動テーマとしては、効率化、時間短縮、顧客満足と従業員満足、質向上、医療事故があるが、近年、質向上とともに医療事故をテーマとする大会が増大しており、安全対策の一環として TQM を活用して来ている¹⁸⁾。

3. 医療機関における TQM の実践

2002年度診療報酬改定が契機となり、病院もより効率的な運営が求められるようになり、医療安全対策についても TQM などの考え方にに基づき、組織的・全病院的に標準化に取り組まなければならない時期に至っている。そこで根本となる姿勢は、いかなる医療従事者にも「人は誤りを犯す」という前提があてはまるということであり、これを踏まえて組織的に対策を立てていく必要がある。上述の麻生飯塚病院をはじめ QC サークル¹⁹⁾的な取り組みを始めている病院も、少しずつではあるが増えてきている。QC サークルあるいは現場のチームを基盤とした、ボトムアップによる取り組みは重要であるが、同時に、トップの理念が明確になっていることも重要である。トップダウンとボトムアップがうまく組み合わさって初めて TQM が機能するが、これを本格的に導入し、病院経営の中軸に据えて職種横断的な活動として実践してきたのが以下に紹介する練馬総合病院である。

3-1 事例分析：練馬総合病院（東京都練馬区江古田）

1991年3月、長年にわたる慢性的な赤字続きで経営難に陥っていた練馬総合病院長に、当時外科の臨床医であった飯田修平氏が指名された。飯田氏は、病院とは組織的医療の場であり、「組織」をキーワードとして、様々な改革に取り組み始めた。その取り組みの柱となったのは、①病院・組織の目指す方向を定めて内外に明示すること、②制度・仕組みの整備、③教育・研修の3つである。

病院長としての新任の挨拶で、職員に対して「職員が働きたい、働いてよかった、患者さんがかかりたい、かかってよかった、といえる病院にしよう」との理念を表明した²⁰⁾。

こうして、同年、「職員、患者がともによかったといえる、思える（満足できる）経営（医療）を行う」ことを、同病院の経営理念とした。そして、これを職員だけでなく、地域住民にも明示した。また、その理念に基づいて職員がどのように働いたらよいかを示すため、1993年に倫理綱領を整備した。

同時に、組織体制や諸規程の整備を行うとともに、1992年までに、種々の委員会を設置した。

就業規則については全面改定し、1994年から新しい就業規則を施行し、人事諸制度もあわせて整備した。努力した者を報い、その評価を通して有能な人材を育成するために、人事考課制度の

18) 『前掲書』51頁～55頁

19) 主として職種ごとのサークル活動

20) 従来の社会・組織・患者への貢献よりもむしろ従業員の満足をまず優先すべきとする理念である。

導入にも着手した。まず1992年賞与に評価を導入し、1993年、医局に職能資格制度²¹⁾を導入した。1994年には、全職員を対象に職能資格制度を実施したが、我が国の医療界において、医師部門(医局)に職能資格制度を導入するというのは、現在においても画期的なことであろう。教育委員会を設置し、職員の教育研修に組織的・計画的に取り組んできた。現在、職員の役職・階層に応じて研修を行っている。外部から講師を呼ぶこともあるが、主に院内の職員が自ら講師を務めている。また、MQI(医療の質向上)活動も、職員の教育において大きな役割を果たしている。並行して、病院を黒字にすることにも力を入れた。その方法の1つが、独自の臨床検査システムの構築である。共同開発により特別の投資をしないようにし、迅速に検体検査結果が出せるようになった。こうして飯田氏が院長に就任した1年目から病院は黒字に転化した。

1996年、役職者の間から自主的に、医療の質を向上させる活動をしようという提案が出てきた。この提案は、それまでの飯田氏の取り組みから必然的に出てきたとみることもできよう。練馬総合病院では、その医療の質向上活動をMQI(Medical Quality Improvement)と呼んでいる。MQIに取り組むまでの経緯、MQIの意味と意義について飯田氏は次のように説明する。

赤字の病院を再建し、黒字体質にするには、当然、提供する医療サービスの質と経営体質が優れた「良い病院」を参考にしなければならない。しかし、当時総合的に見て「良い病院」は存在しなかった。そこで、一般企業、産業界に目を転じると、提供するサービス・製品と経営体質が優れた「良い会社」は多数存在している。また、それらの会社は品質管理、TQMに取り組んでおり、病院も総合的質経営を進める必要があると飯田氏は判断した。

TQC(後にTQM)は製造業から始まり、現在でも主として製造業において取り組まれている。しかし、製造業の非製造部門ではそれは必ずしも成功していない。非製造業あるいはサービス業、とくに病院に適した手法をさらに検討しなければならない。

一般に、QCサークル活動を活発に行っていればTQMであると思われがちであるが、それはおおきな間違いである。すなわち、QCサークルは、現場の個別問題は解決可能であるが、組織的な問題は対応できない。また、例えば自主的なチームを強調する「仲良しクラブ」的な、あるいは反対に、強制による全員参加型のQCサークルでは、経営全体を視野に置いたTQMとはいえない。また、練馬総合病院では、経営を視座に置いたTQMを基礎とはしているが、自主性に偏重することなく管理者があくまで主導する組織を挙げての医療の質向上という観点からMQI(Medical Quality Improvement)という独特の用語を用いることとなった。こうして1996年にMQI活動がスタートした。

現在、練馬総合病院のMQI活動は、MQI推進委員会²²⁾が中心となって推進している。活動の主体は、各部門・職場や委員会で結成されたチームである。そのチームは10人前後を単位としているが、それへの参加はあくまでも自主的な性質のものである。大事なものは、強制による全員参

21) 医局においては通常職歴年数加算を基礎におく職務給体系であるが、この常識を打破した習熟度を基礎におき等級化する方式

22) 各種の職場から選定された病院職員によって運営され、MQIの各グループの進捗状況チェックや調整を行っている。

加ではなく、病院の組織を挙げて自主的に活動することである。チームの活動は、基本的に1年を単位としている。MQI 推進委員会では毎年、MQI 活動についての切り口として、統一主題を決めている。因みに、その統一課題は、1996年度が「時間」、1997年度が「情報」、1998年度が「ながれ」、1999 年度が「しくみ」、2000年度が「標準化」、2001年度が「安全」、2002年度が「評価」である。その統一主題に基づいてチームが結成され、活動テーマが決められることになる。一方、MQI 推進委員は、各チームの活動の進捗状況を把握するとともに、問題点等についての各チームからの相談に応じる。また、QC 手法をチームリーダーに対して教育する。毎年、「医療の質向上活動発表大会」(MQI 活動発表大会)を練馬区役所で開き、各チームが活動の成果を発表する。MQI 推進委員長が審査委員長、練馬総合病院の各部門長、地域住民等が審査員となり、それらの発表を審査して、最優秀賞チーム、優秀賞チーム、努力賞チームを決める。

特に、医療安全対策に焦点を当て、統一主題を「安全」として2001年12月15日に開いた第6回「医療の質向上活動発表大会」(MQI 活動発表大会)では、11チームから以下の発表があった。

練馬総合病院における MQI 活動発表大会 (注) 参加チーム

	チーム名	活動主体組織およびメンバー	「活動テーマ」 歯止め・標準化の施策
1	練馬 Japan!	接遇委員会 事務部(リーダー)・泌尿器科 医師(サブリーダー)・医療 ソーシャルワーカー・栄養検 査科技師科栄養士・看護師・医 事課・設備係・リハビリ助手	「患者さんの個人情報の保護」 1 廃棄方法の周知徹底 2 今後定期的に個人情報保護 に関する職員の心得を見直す 3 個人情報に関する職 員の心得にそってチェックリストを作成し、接遇委員 会で抜き打ちチェックを継続的に実施する 4 新人職 員オリエンテーションの資料として個人情報保護に関 する職員の心得を配布し教育する 5 患者向けの掲示 と「入院生活のしおり」への掲載
2	DISCORD	節約委員会 臨床検査技師(リーダー)・薬 剤課薬剤師(サブリーダー)・ 皮膚科医師・設備係・事務部・ 栄養科栄養士・医事課	「事業活動に伴う環境負荷の削減」 1 毎月の水の使用量を確認する 2 紙、物品の変更状 況を確認し、随時検討していく 3 定期的(3年ご と)に自己評価し東京都環境保全局に報告する
3	バンドラ	2階事務・設備係 設備係(リーダー)・人事経理 課(サブリーダー)・整形外科 医師・臨床検査科技師・看護 師	「医療機器の安全確保——医療機器による事故を防止 し患者さんの安全、医療の安全を確保する——」 1 保守管理(保守点検・修理等の仕組みの改善、実施) の標準化 2 安全な電源の使用(非常電源、容量の明 示)の標準化 3 以上1, 2でマニュアル作成後は2 階事務部でマニュアル登録し承認後配布する 4 以上 1, 2, 3を定期チェックし歯止めを徹底する
4	長靴をはいた働き蜂	栄養科 栄養科栄養士(リーダー)・栄 養科調理師(サブリーダー)・ 産婦人科医師・臨床検査科技 師	「衛生的でな食事を提供する」 1 朝礼後、全員での手洗いを業務に取り込む 2 栄養 科マニュアルを配布し、必要事項は抜粋して調理現場 にも掲示 3 加熱調理品の中心温度測定を行い、記録 し、全員でサインし確認する 4 検査担当者を決めて

			責任の所在を明確化する 5週2回の掃除を業務として組み込む。担当者を決め掃除責任者を当番制で決める 6一部の器具(ステンレス製)の煮沸消毒を業務に取り込むとともに、今後徐々に煮沸できる器具に入れ替えていく。さらに、薬品による消毒方法を検討する 7室温、湿度、食品保管場所温度の定期測定
5	アンチ・バイオ	内科・薬剤科 内科医師(リーダー)・薬剤科 薬剤師(サブリーダー)・外科 医師・臨床検査技師・看護師	「抗菌剤の適正使用と院内感染の防止を目指す」 1 抗菌薬使用届け出制の実行とバイオレポートの作成 2 外科的抗菌薬予防投与方法の統一 3 血液培養陽性、 抗酸菌培養陽性の場合検査科から速やかに主治医に連絡 4 MRSA, 緑膿菌の薬剤耐性度等耐性菌サーベイランスの実行 5 中心静脈ライン関連血流感染率, 手術部位感染率(外科), 人工呼吸器関連肺炎感染率等アウトカムサーベイランスの実行
6	Blood Pitt?	看護部 看護師(リーダー・サブリーダー)・臨床検査科技師・医事課	「安全な輸血業務の実施」 1 輸血業務手順書・手術室用輸血業務手順書, 事故発生時対応手順書, 輸血業務フロー図の改定 2 カルテ表紙裏面に血液型検査報告書を貼付 3 輸血指示受け時の転記箇所の統一 4 検査科からの製剤持ち出し者と輸血実施者の統一 5 血液製剤と輸血伝票の読み合わせ方法の統一 6 記録の徹底と情報の共有
7	COSMOS	医事課 医事課(リーダー・サブリーダー)・産婦人科医師・薬剤科 薬剤師	「患者さんに安全確実な処方箋を発行する」 1 類似名称薬品の変更 2 類似薬剤名のリスト作成 3 薬剤名の入力画面表示の拡大 4 入力マニュアルの作成 5 換算表の作成と勉強会の実施 6 用法リストの作成 7 当日入力処方箋の再確認 8 入力者の定期的理解度テストの実施
8	胡蝶蘭	看護部 看護部長(リーダー)・看護師 (サブリーダー)・外科医師・婦 人科医師・泌尿器科医師・リ ハビリテーション科	「患者確認の仕組みを再構築する」 1 患者確認に診察券を使用する 2 ベッド名札を見やすい様式へ改良し全病棟で実施 3 入院カルテの背の色を整備 4 手術時, 点滴時, 処置時, 新生児リストバンド装着時, 検査時の確認法の再確認を行い 5 W 1 Hの形式で表にまとめる 5 点滴施行方法標準化
9	ファイナルアンサー	放射線科 放射線科技師(リーダー・サブリーダー)内科医師・臨床検査 科技師・薬剤科薬剤師	「これなら安心——CT検査工程上の安全を目指して——」 1 予約票の改訂 2 入力方法の見直し 3 緊急呼び出し体制票の整備 4 患者状態の把握 5 緊急薬品の管理強化
10	アイチセイコー	医局 産婦人科医師(リーダー)・皮膚科医師(サブリーダー)・外科 医師・看護師・臨床検査科 技師・医事課・薬剤課薬剤師	「抗癌剤取扱いのチェックを強化し, 誤使用を未然に防ぐ」 1 抗菌剤を使用する医師へ手順書の内容説明を徹底する 2 手順書に実際の抗癌剤準備写真を掲載し, 看護部新人研修で活用する

11	レ・ス・ピ	看護部 看護師(リーダー・サブリーダー)・内科医師・中央材料室・臨床検査科技師・設備係	「人工呼吸器の安全・速やかな稼働」 1 人工呼吸器のチェックリストの改善 2 各物品の消毒方法を記した写真入の手順書を作成 3 人工呼吸器の機械を統一する 4 手順書の管理を業務委員会へ引き継ぐ 5 呼吸器に関する勉強会は教育委員会に引き継ぐ
----	-------	--	--

(注) MQI 活動の年に 1 度の発表および審査の場として本大会は位置づけられている。

本大会の最優秀賞は「抗菌剤の適正使用と院内感染の防止を目指す」をテーマとした内科・薬剤科合同チーム「アンチ・バイオ」が受賞した。優秀賞は、「医療機器の安全確保——医療機器の事故を防止し、患者さんの安全、医療の安全を確保する——」をテーマとした事務部・設備係のチーム「パンドラ」, 「患者さんの個人情報の保護」をテーマとした接遇委員会のチーム「練馬 Japan!」が受賞した。努力賞は、「抗癌剤の取り扱いのチェックを強化し、誤使用を未然に防ぐ」をテーマとした医局のチーム「アイチセイコー」, 「患者確認の仕組みを再構築する」をテーマとした看護部のチーム「胡蝶蘭」が受賞した。これら各受賞者は賞金を授与される他、当該時期の賞与の加算措置が講じられており、医療安全対策に対するインセンティブを喚起する工夫が施されている。また、発表大会で終わりではなく、「歯止め」を行い、定着させることも重視している。発表大会後、各チームは、標準化案を提出することを義務付けられ、医療安全対策の標準化が強力に推し進められ、医療現場においても大きな成果を挙げた。

3-2 トップ・マネジメントおよびミドル・マネジメント面接調査

以上の第 6 回「医療の質向上活動発表大会」(MQI 活動発表大会) 終了後に、病院内における業務を遂行する際の MQI に対する認識を探るため、MQI 活動の創始者であり従来から当院の MQI 推進責任者でもある飯田院長への面接調査を実施し、MQI 活動の成果を踏まえた MQI 主宰者の観点からの調査を、また、トップ・マネジメント面接調査を受けて、練馬総合病院の渉外部長、看護部長、医事課長、薬剤科長、栄養科長、臨床検査科長、放射線科長代行を対象に、トップ・マネジメントと同一の質問項目によりミドル・マネジメント面接調査を実施した。

1) から 13) までの質問を行い、トップ・マネジメントとミドル・マネジメントからそれぞれ以下の回答を得た。

1) の「MQI 導入の理由およびきっかけは何か?」について、トップ・マネジメントは、「経営難にあった当病院の経営を託されて経営管理を考えた時、品質管理の考え方、特に総合的質経営 (Total Quality Management: TQM) の考え方を導入することの重要性に気がついた。」とし、ミドル・マネジメントは「経営難にあった当病院の経営を託された飯田院長が、品質管理の考え方、特に総合的質経営 (Total Quality Management: TQM) の考え方を医療の質向上に活用したいことを職員に説き続けた情熱に賛同したため。」としている。

2) の「当院の組織風土は MQI 導入当初からうまく適合したか? もしそうであればどのよ

うな組織風土が適合要因となったか？」については、トップ・マネジメントは、「まず、職員の行動を変えさせるため、トップ（飯田院長）が命令・説得を粘り強く続け、職員にボトム・アップに向かわせ、MQIを軌道に乗せるまでに平成3年3月から5年を要した。」とし、ミドル・マネジメントは「院長との協議によって徐々に適合していったというのが実感であり、飯田院長が5年をかけて全員に率先して説明し続け、実践を重ねて適合を図ってきた。導入当時は、飯田院長の強いリーダーシップに沿って経営難を乗り越えようとする組織風土があったため、これが適合要因となった。」としている。

3)の「MQI導入前と導入後の顕著な相違は何か？」については、トップ・マネジメントは「慢性的赤字経営であったが行動変革を通じて意識改革を実現したことで黒字に転化し、経営基盤が安定したこと、組織横断的活動の実現により、職種間、部署間の連帯感が醸成されたこと、（全員参加ということではなく）全組織を挙げての、（自主的なサークル活動ではなく）業務活動を展開できたこと、医療界と一般産業界との連携ができたこと、当院に対する内外の評価が高まったこと、当院への就職希望者が増大したこと」を挙げ、ミドル・マネジメントは「組織横断的活動の実現により、職種間、部署間の連帯感が醸成され、全組織を挙げての業務活動を展開できたことという飯田院長の見解に賛成する²³⁾」としている。

4)の「MQIについてのベンチマークはどこの病院か？」については、トップ・マネジメントは「当院はわが国随一のMQI実践モデルであり、ベンチマークは存在しない」とし、ミドル・マネジメントは「見当たらないと思う」としている。

5)の「MQIの当院での経営上の位置づけと意義」については、トップ・マネジメントは「総合的質経営（Total Quality Management: TQM）としての医療の質向上活動（MQI）を展開し当院の経営の中軸に位置づけている」とし、ミドル・マネジメントは「MQIを展開し当院の経営の中軸に位置づけているという飯田院長の見解に賛成である」としている。

6)の「MQIは患者満足にどのように寄与しているか？」については、トップ・マネジメントは「かなり寄与していると思う。当院では患者本位・患者第一ではなく、患者志向の観点からMQIを推進しており、自己満足→従業員満足→顧客（患者）満足→社会満足という本音の満足順序を基にMQIを展開している」とし、ミドル・マネジメントは「MQIの成果を実践することによって、患者満足には特に大きく寄与していると思う」としている。

7)の「MQIは医師の満足にどのように寄与しているか？」については、両者とも「まだ不十分である。医師に負担感がある」としている。

8)の「MQIは看護師の満足にどのように寄与しているか？」については、両者とも「まだ不十分である。看護師に負担感がある」としている。

9)の「MQIにおける医師の役割は？」については、トップ・マネジメントは「医師達は概して診療には熱心であるが、経営や業務の効率化には反対しないまでも積極的ではない。医師達が業務の一部としてMQIの理念を理解し、体得し、MQIに積極的に参加することが必要である。

23) TQMを基盤とする医療の質向上（MQI）の運動を展開している目標とすべきモデルとなる医療機関

当院では、MQI の各グループに最低 1 名の医師をメンバーに加えており、また、医師が負担感を持たずに積極的に参画するような MQI のグループ形成が肝要であると考え」とし、ミドル・マネジメントは「各グループのメンバーには、必ず医師を加えているが、活動中も活動後の医療現場での実践の面でも不可欠の存在である。しかし、もう少し MQI 活動に貢献してほしい」としている。

10) の「MQI におけるトップ・マネジメントの役割とリーダーシップのあり方は？」については、トップ・マネジメントは「ボトム・アップへの方向付けのための職員への説明・説得と MQI 活動の進捗および内容の徹底把握であると思う」という飯田院長の見解には賛成であるが、飯田院長による介入である」とし、ミドル・マネジメントは「ボトム・アップへの方向付けのための職員への説明・説得と MQI 活動の進捗および内容の把握の度合いが強いと感じる時がある」としている。

11) の「MQI は従業員の意識改革にどのように寄与したか？」については、トップ・マネジメントは「活動に参画することによる行動変革を通じて意識改革を実現している」とし、ミドル・マネジメントは「活動に参画することによる行動変革を通じて意識改革を実現している」という飯田院長の見解には賛成であるが、導入当初と比べるとマンネリ化の雰囲気が出てきていることは否めない」としている。

12) の「MQI によって病院一丸体制は構築できたか？」については、トップ・マネジメントは「全組織挙げての組織横断的な活動体制は構築できた」とし、ミドル・マネジメントは「全組織挙げての組織横断的な活動体制は構築できていると思う」としている。

13) の「MQI の今後の課題は何か？」について、トップ・マネジメントは「進捗管理、推進方法、調査方法、まとめ方、発表方法に改善の余地があること、本当の成果は歯止めと標準化にかかっているがまだ十分ではないこと、MQI 活動を負担に感じる職員がいるため大部分の職員が負担感を持たずに活動できる体制や方法を開発すること等である」とし、ミドル・マネジメントは「進捗管理、推進方法、調査方法、まとめ方、発表方法に改善の必要があること、本当の成果は歯止めと標準化にかかっているがまだ十分ではないこと、MQI 活動を負担に感じる職員がいるため大部分の職員が負担感を持たずに活動できる体制や方法を開発すること等である」という飯田院長の見解には賛成するが、この中で特に今後特に配慮が必要なことは、本務の上にさらに拘束時間が増大化する一方の MQI 活動への負担感が強くなっていることである」としている。

その活動基盤である病院組織の形態および特性についてヘンリー・ミンツバーグは、「組織の専門職業的な形は、組織の体系的仕事が学習困難な、それでいて、よく規定された手続きを用いる熟練した従業員によって支配されているところでは、かならず姿をみせる。このことは、複雑であるとともに安定した状況——徹底した訓練を通じてのみ学習できるような手続きを必要とする程複雑でありながら、しかもその使用を標準化できるほど安定している——を意味している。」²⁴⁾とし、さらに、「構造は専門職業的官僚体制の形をとるが、総合病院等に一般的に見受けられる。

24) ヘンリー・ミンツバーグ“Minzberg on Management”『人間感覚のマネジメント』ダイヤモンド社、1991年、281頁

それらのすべてが、機能し続けるにあたって、作業を担当する専門職業家の技能と知識に大きく依存している。そしてそれらのすべてが標準化されたサービスを生産している。」²⁵⁾として、専門職業的組織の典型である病院組織における標準化の意義を強調しているが、練馬総合病院のトップ・マネジメント、ミドル・マネジメントとともに標準化推進を目的とするTQMの重要性を十分に認識し、各々がその手法に習熟し、活用し、強力なチームワークを発揮することによって高度な医療安全対策を編み出し、大きな成果を挙げている。

4. 更なる医療安全対策の高度化のために——むすびにかえて——

近年、病院経営において最も重要な要素は医療安全対策であるという認識が病院関係者の間で急速に高まっている。これは、医療安全対策なくして、医療の質や医療サービスの向上は実現できないということを実体験の中で痛感しているからに他ならない。しかし、医療安全対策を効果的かつ効率的に進めるために多くの病院関係者が苦慮し、体系的な予防策を講じられないまま、インシデントやアクシデントの事後対応に多くの時間と労力を費やしている。しかし、一方、産業界では従来から安全対策の有効な手段としてTQMが活用され、組織を挙げての安全対策が大きな成果を上げている。

本研究は、病院における医療安全対策へのTQM導入の可能性についての実証を試みた。このため、TQMから派生したMQI（医療の質向上）を導入し、その活動が日本医療機能評価機構をはじめわが国の医療関係機関から高い評価を得ている練馬総合病院を事例として取り上げた。当院は導入にあたって、参考とすべき病院の先行事例がなかったため、産業界、一般企業のQC、TQC、TQMの理論や事例を参考とし、試行錯誤しつつ実践してきた。産業界、一般企業の成功や失敗に学びながら、練馬総合病院の理念や方針にあわせて、取捨選択あるいは改編して、独自の活動として展開してきた。とりわけ、医療安全対策に取り組む中での職種横断的な複数のチーム活動を機軸とするMQIは、職員のインセンティブ高揚を図りつつ、大きな成果を挙げていることが、2001年12月15日に「安全」を統一課題として開催された第6回「医療の質向上活動発表大会」（MQI活動発表大会）で明らかとなった。この大会での最優秀賞受賞チームのMQI活動内容を分析した結果、この活動を通じて医療安全対策とりわけ抗菌剤の適正使用による院内感染防止のための標準化に大きく寄与したことが実証された。

さらに、練馬総合病院におけるMQIに対する深層的な意識をとらえるため、トップ・マネジメントおよびミドル・マネジメントを対象として面接調査を実施した。練馬総合病院のトップ・マネジメントとミドル・マネジメントの面接調査についてまとめると、MQIに関するトップ・マネジメントとミドル・マネジメントとの間の認識には、MQIにおけるトップ・マネジメントの役割とリーダーシップのあり方やMQIは従業員の意識改革にどのように寄与したかという事項について多少のギャップが見られるものの、MQIの導入理由、組織風土、導入効果、ベンチマー

25) 『前掲邦訳書』271頁～272頁

ク、経営上の位置づけ、患者満足への寄与、医師・看護師への負担、医師の役割の重要性、全組織あげての組織横断的な体制の確立等の認識面での多くの共通点が見られ、院内一丸となって MQI 活動に取り組もうとする積極的な意識が醸成されていた。このトップ・マネジメントとミドル・マネジメントを対象とする面接調査によって、MQI を成功に導く鍵となるのは、MQI 手法の習熟と励行はもちろんであるが、なによりも病院関係者全員が MQI によって安全対策の標準化を推進していこうとする強い意識の涵養が必要であることが明らかとなった。

組織のトップ・マネジメントがミドル・マネジメントとの連携を図りながら、組織の構成員が一丸となって方針の組織浸透を強力に推し進め、各構成員が組織を挙げて TQM の医療機関仕様としての MQI を積極的に推進することによって、医療安全対策の標準化と高度化をさらに進めることが可能であると考えられる。また、今後 MQI を推進するにあたっては、職種横断的な活動を通じての成功体験を積み重ねて各職員の達成感と満足感を醸成し、MQI 活動の方法や体制の見直し・開発を進めて各職員の負担感を軽減し、MQI の活動のさらなる活性化を促すという不断の努力が不可欠である。

参 考 文 献

- Mintzberg, Henry, "Patterns in Strategy Formation", *Management Science* Vol24 No9 1978
Mintzberg, Henry, "The Strategy Concept I: Five Ps for Strategy", *California Management Review*, Fall 1987
Mintzberg, Henry, *Minzberg on Management*, The Free Press, 1989
Mintzberg, Henry, *The Strategy Process*, Prentice Hall, 2002
Porter, Michael E., *Competitive Advantage—Creating and Sustaining Superior Performance*, Free Press, 1985
アンゾフ, H. Igor. 『企業戦略論』産能大学出版部 1969年
アンゾフ, H. Igor. 『最新・企業戦略論』産能大学出版部 1990年
井沢良智他『現代企業と経営戦略』同文館出版 1992年
飯塚悦功『TQM9000—ISO9000とTQMの融合』日科技連出版社 1999年
家里誠一「病院経営の戦略行動分析のためのフレームワークの構築」『三田商学研究』第45巻第2号(2002年)
家里誠一「病院経営のプロセス戦略モデルの創造」慶應義塾大学博士(商学)学位論文 2005年
上野明『ボーグレス時代の経営戦略』講談社 1990年
漆博雄『医療経済学』東京大学出版会 1998年
エムショフ, J. R. 『経営戦略変革法』ダイヤモンド社 1981年
尾形裕也『21世紀の医療改革と病院経営』日本医療企画 2002年
岡部鐵男『企業戦略と経営戦略』九州大学出版会 1991年
長田洋『TQM時代の戦略的方針管理』日科技連出版社 1996年
金井壽宏『経営組織』日本経済新聞社 1999年
川淵孝一『これからの病院マネジメント』医学書院 1993年
北原貞輔・能見時助『TQCからTQMへ』有斐閣 1991年
コトラー, P. 『非営利組織のマーケティング戦略』第一法規 1991年
新藤久和『設計的問題解決法:TQM活性化へのアプローチ』日科技連出版社 2001年
十川廣國「コア競争力の構築とトップ・マネジメント」『三田商学研究』第38巻第5号(1995年)
十川廣國『企業の再活性化とイノベーション』中央経済社 1997年
立石春雄『病院におけるTQM活動』麻生飯塚病院 1994年
鶴蒔靖夫『病院革命』IN通信社 1998年
遠山峰輝『病院経営を科学する』日本医療企画 2003年
鶴田忠彦『日本の医療経済』東洋経済新報社 1995年
ドラッカー, P. 『非営利組織の経営』ダイヤモンド社 1991年

- 富島一夫『技術革新と経営』中央経済社 1961年
中橋國藏・當間克雄『経営戦略のフロンティア』東京経済情報出版 2001年
中村隆男他『院内管理者からみた全員参加の病院経営』産業労働出版協会 1988年
丹羽清・山田肇『技術経営戦略』生産性出版 1999年
野中郁次郎他『知識創造企業』東洋経済新報社 1996年
ハメル&プラハラド『コア・コンピタンス経営』日経ビジネス人文庫 2001年
深野宏之『経営戦略のための意思決定と品質管理』工業調査会 1991年
福島繁『病院 TQC 導入と推進』産業労働調査所 1985年
マクミラン, J.『経営戦略のゲーム理論』有斐閣 1995年
マン, N. R.『デミングの品質管理哲学』ダイヤモンド社 1987年
ミンツバーグ, H.『人間感覚のマネジメント』ダイヤモンド社 1991年
ミンツバーグ, H.『戦略計画——創造的破壊の時代』産能大学出版部 1997年
持本志行『価値生産の方法』白桃書房 1998年
山林良夫『明日の病院経営実践シリーズ』ぎょうせい 1982年
山林良夫『人材の活用戦略』ぎょうせい 1988年

[慶應義塾大学大学院経営管理研究科事務長・慶應義塾大学博士 (商学)]