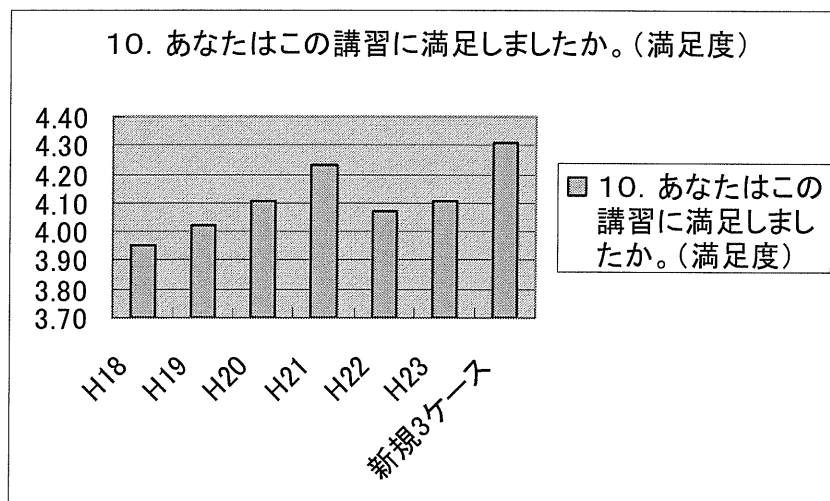
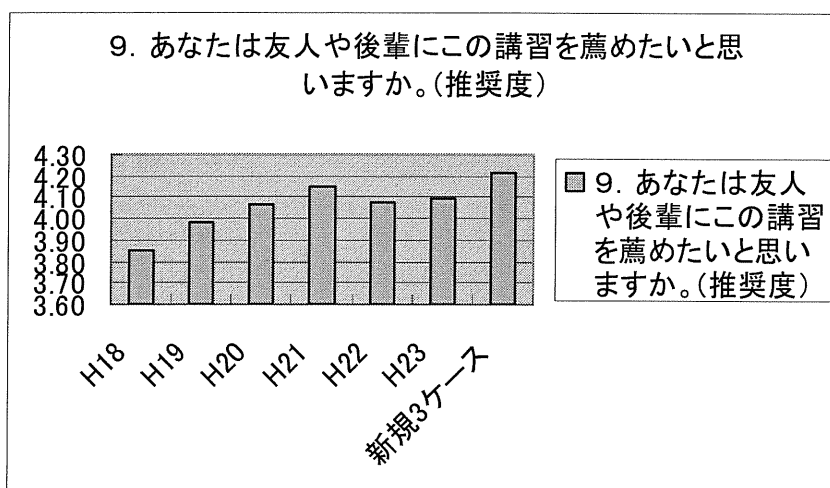
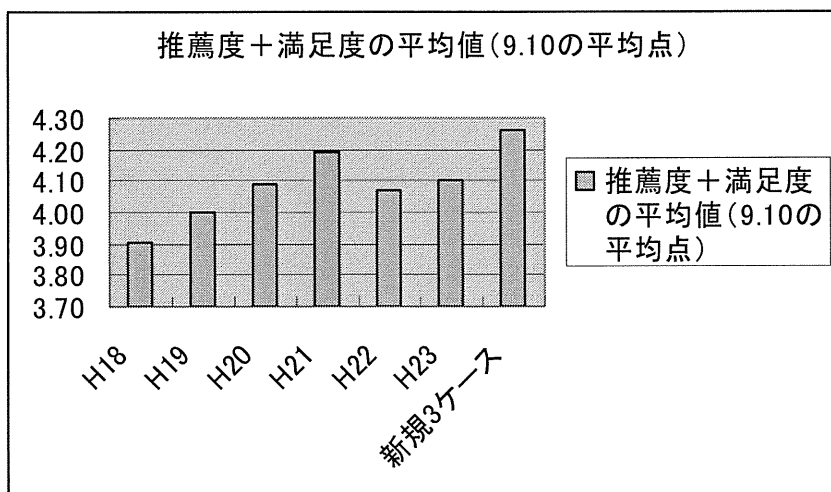
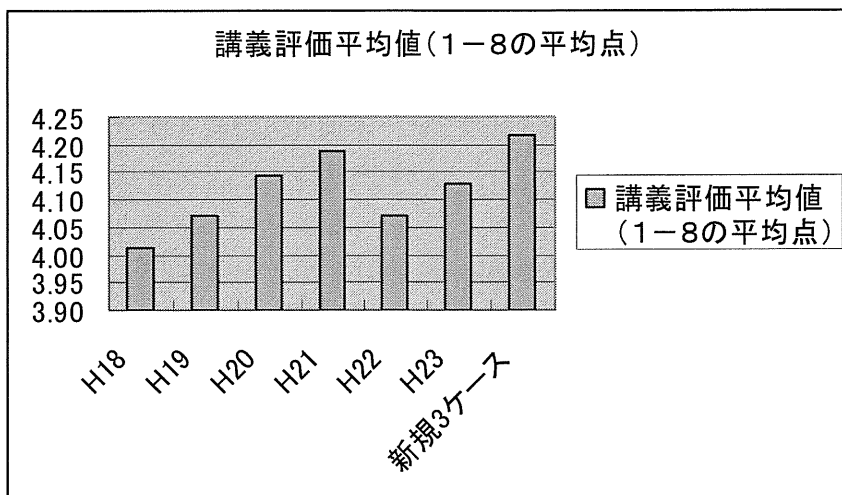


7. ディスカッションの運営と8. ケース課題の適正性ともに高い評価であった。特に研修のテーマについては時期的に注目されているテーマでもあり、自らの経験的から作り上げたケースもあったので高い評価を得た。



本研修の9. 他者への推奨と10. 満足度という成果については平成22年、平成23年の通常研修に比較して高い成果を今回のプロジェクトにより策定された3ケースの研修結果をあげている。



平均点評価は研修の個別評価の総計（講義評価の平均点（1-8の平均点））を見ても、また推薦度と満足度の平均値をみても、どちらも新規ケースの評価は通常研修より高い結果が得られた。

3. 総括

平成 18 年から開始された研修は年々高い評価を挙げている。平成 22 年に評価は下がった理由は一ケースあたりの時間数を減らしたためとも考えられる。

その後、平成 22 年度から本プロジェクトの補助を得て、アドバンスト研修（名称フォローアップ研修会）を実施し、その際の高い評価をあげてきた。さらに現在注目されているテーマのケースの新規策定と環境条件に対応したケース改訂を実施し、その後の評価は徐々に上昇してきている。新規 3 ケースの評価平均点はほとんどの講義評価項目で高い評価を得た。

第 1 回 (平成 18 年度) 医療機関トップマネジメント研修コース

講習評価アンケート				
<p>このアンケートは、受講生から見た講習の内容を調査して、その結果を講義改善に役立てる目的で実施するものです。</p> <p>回答結果は、成績評価には全く関係ありませんので、率直な意見を記入してください。</p> <p>回答は、基本的に 5 段階評価 (5~1) で行ないます。数字を ○ で囲んでください。この講習において該当しない質問、例えば、講習で白板などを使用しなかった場合は「n/a: 不使用」を ○ で囲んでください。</p> <p>この講習で良かった点や改善すべき点等については、裏面の自由記述欄に記述してください。</p>				

この講習の単位数を記入してください。

第 () 単位数	第 () 日目
-----------	----------

上記科目の講習に対して、以下の質問に答えてください。

	強く 思う <small>(かなり良い)</small>	そう 思う <small>(やや良い)</small>	どちらとも いえない <small>(やや悪い)</small>	そう 思わない <small>(やや悪い)</small>	全くそう 思わない <small>(かなり悪い)</small>	
I 講師の教授法について						
1 講習は十分に準備されたものでしたか。	5	4	3	2	1	
2 講習は、レジメの概要に沿っていましたか。	5	4	3	2	1	
3 講師の話し方は明瞭で聞きやすかったですか。	5	4	3	2	1	
4 白板やパワーポイントの字や図は見やすかったですか。	不使用 (n/a)	5	4	3	2	1
5 講師は、教材 (テキスト、プリント、ケースなど) を効果的に使用しましたか。	不使用 (n/a)	5	4	3	2	1
6 講師は、講習内容を理解しやすいように配慮していましたか。	5	4	3	2	1	
7 ディスカッションは適切に運営されていましたか。	不使用 (n/a)	5	4	3	2	1
8 課題の設定と講習の関連は適切でしたか。	5	4	3	2	1	
9 あなたは、友人や後輩に、この講習を薦めたいと思いますか。	5	4	3	2	1	
10 あなたは、この講習に満足しましたか。	5	4	3	2	1	

以下は、担当講師が独自にたずねる質問です (質問文は別紙にあります)。

II オプション質問

11	質問文は別紙にあります。 独自の質問 (別紙) がない場合は回答しないでください。	5	4	3	2	1
12		5	4	3	2	1
13		5	4	3	2	1
14		5	4	3	2	1
15		5	4	3	2	1

講義評価アンケート						
<p>このアンケートは、受講生から見た講義の内容を調査して、その結果を講義改善に役立てる目的で実施するものです。</p> <p>回答結果は、成績評価には全く関係ありませんので、率直な意見を記入してください。</p> <p>回答は、基本的に5段階評価(5～1)で行ないます。数字を ○ で囲んでください。この講義において該当しない質問、例えば、講義で黒板などを使用しなかった場合は「n/a: 不使用」を ○ で囲んでください。</p> <p>この講義で良かった点や改善すべき点等については、裏面の自由記述欄に記述してください。</p>						
<p>この講義の単位数を記入してください。</p>						
第 () 単 位 目	第 () 日 目					
<p>上記科目の講義に対して、以下の質問に答えてください。</p>						
		強く そう思う <small>(かなり良い)</small>	そう 思う <small>(やや良い)</small>	どちらとも いえない <small>(やや悪い)</small>	そう 思わない <small>(かなり悪い)</small>	全くそう 思わない
I 講師の教授法について						
1	講義は十分に準備されたものでしたか。	5	4	3	2	1
2	講義は、パンフレットの概要に沿っていましたか。	5	4	3	2	1
3	講師の話し方は明瞭で聞きやすかったですか。	5	4	3	2	1
4	黒板やOHP、パワーポイントの字や図は見やすかったですか。	n/a 5	4	3	2	1
5	講師は、教材(テキスト、ケースなど)を効果的に使用していましたか。	n/a 5	4	3	2	1
6	講師は、講義内容を理解しやすいように配慮していましたか。	5	4	3	2	1
7	ディスカッションは適切に運営されていましたか。	n/a 5	4	3	2	1
8	課題の設定と講義の関連は適切でしたか。	5	4	3	2	1
9	あなたは、友人や後輩に、この講義を薦めたいと思いますか。	5	4	3	2	1
10	あなたは、この講義に満足しましたか。	5	4	3	2	1
II グループワークについて						
11	(グループワークより)もっと講義を増やして欲しいですか。	5	4	3	2	1
12	グループワークのテーマは自院の抱える課題解決のヒントになりましたか	5	4	3	2	1
13	グループのファシリテータはメンバーの意見を充分引き出していましたか？ (自らがファシリテータの場合、メンバーの意見を充分引き出せたとおもいますか？)	5	4	3	2	1
14	ファシリテータは話し合いの場を充分設計できていましたか。 (自らがファシリテータの場合、話し合いの場を充分設計できましたか。)	5	4	3	2	1
15	ファシリテータは意見を充分集約できていましたか。 (自らがファシリテータの場合、メンバーの意見を充分集約できましたか。)	5	4	3	2	1
16	管理職(診療科長・主任・看護師長など以上)経験をお尋ねします。	10年 以上 5	9年 ～5年 4	4年 ～3年 3	2年 ～1年 2	未経験 1
17	年齢をお答えください。	60歳 以上 5	59歳 ～50歳 4	49歳 ～40歳 3	39歳 ～30歳 2	29歳 ～20歳 1
18	職種をお答えください。(複数回答可)	理事長 5	病院長 4	診療科長 3	その他 2	1

資料 2. ケース教材

- ・「TQM の展開・定着化」



第6回(平成23年度)

医療機関トップマネジメント 研修コース

「練馬総合病院 (G)」

医療における総合的質経営の定着

—医療の質向上活動の推進—

執筆者：

財団法人東京都医療保健協会練馬総合病院 院長 飯田修平

■ディスカッションのポイント[ケースのねらい]

- その後 (H17年以降)、院長は、病院の経営改革のためにどのような施策を実行しましたか？ それらの施策は、どのような効果を現わしましたか？
- 練馬総合病院が導入したMQI活動では、どのような問題が発生しましたか？
- 問題を解決するためにどんな工夫が行なわれ、どのような成果を実現していますか？
- MQI活動を継続するために懸念される阻害要因は何でしょうか？
- それらの阻害要因を防止するために、どんな施策や工夫が有効と考えられますか？
- 練馬総合病院のMQI活動をあなたの病院でも展開しようとするとき、どんな点に注意を払い、いかなる修正・変更が必要になるでしょうか？
 - 1) 院長の立場のとき
 - 2) MQI推進委員長の立場のとき

目次

I 医療の質向上活動の経緯	3
1 医療の質向上活動開始	3
背景	3
医療の質向上活動 (Medical Quality Improvement : MQI) 発足	3
2 基本的考え方	3
品質管理の基本的考え方	3
MQI活動の基本的考え方	4
活動および活動チームの必要条件	4
3 MQI活動の流れ・年間計画	5
4 活動の経緯	5
II MQI推進活動の経緯	9
1 推進委員会発足	9
2 医療の質向上活動と命名	9
3 推進委員の役割	9
III 成果	12
1 直接的成果と間接的成果	12
2 院長から見た成果	12
3 新病院建設プロジェクトの成功	12
4 推進委員の評価	13
1) 継続・発展状況とその背景要因	13
2) 歯止め	13
5 職員の評価	14
6 MQIに関する意見	15
IV 今後の課題	17
参考文献	17

練馬総合病院（G）

医療における総合的質経営の定着 —医療の質向上活動の推進—
推進事例

I 医療の質向上活動の経緯

1 医療の質向上活動開始

背景

病院は、専門分化・機能分化による縦割り・横割りの壁が厚く、標準化や情報共有がしにくい組織である。また、医療の特徴は、複雑性・不確実性・緊急性・個別対応・非定型業務が多く、極めて危険である。

また、価値観の多様化、顧客要求水準の限りない上昇がある。これに応えるには、経営者だけではなく、全職員が臨機応変に柔軟に業務を遂行しなければならない。組織は、継続的質向上の努力、すなわち、組織革新を避けることができない。「言うは易く行うは難し」であり、実践が無ければ意味が無い。

組織革新をおこなうには、質重視の経営、総合的質経営（Total Quality Management: TQM）の導入が必要である。TQMは、単なる、QCサークル活動（Quality Control Circle: QCC）の集積ではなく、組織の責任者が率先垂範して、組織をあげておこなう活動である。

医療の質向上活動（Medical Quality Improvement: MQI）発足

役職者有志懇談会（1996年2月）の自由討議で、「社会制度改革が進む中、質向上が重要であり、質の評価が必要である。懇談会参加者が中心（推進委員）となり、職員が丸となって質向上の取り組みをしなければならない。独自の考え方と方法で、医療の質向上活動を開始しよう」と決議した。

医療の質向上には、品質管理手法が有用である。総合的質経営（TQM）を指すが、誤解され間違っ実施されているTQC、TQMやCQI（Continuous Quality Improvement）と区別して、医療の質向上活動（Medical Quality Improvement: MQI）と命名した。

MQIは「管理者主導の、全組織を挙げての活性化」であり、「全員参加の自主的な業務改善活動の集積」ではない。病院の理念達成に必要な、経営戦略の重要な一部である。MQI活動自体あるいは成果に意義があるのではなく、活動を通しての教育研修訓練・自己啓発の場としての意義が大きい。

2 基本的考え方

品質管理の基本的考え方

何事においても、基本的考え方の理解が必要である。品質管理の基本的考え

方は、以下の通りである。

- ① 目的志向：組織の理念・目的を達成するために、方針・目標を設定し、実践する
- ② 重点志向：経営資源には限りがある。
- ③ 質重視優先主義：質追求は組織経営の基本である
- ④ 顧客志向：質とは顧客要求への適合である
- ⑤ プロセス志向：工程で質を作り込む
- ⑥ 三現主義：現場・現実・現物（原理・原則を加えて5ゲン主義ともいう）
- ⑦ 後工程はお客様：内部顧客の重視・業務の継続性・自工程の責任確認（Process Owner）
- ⑧ 標準化：ばらつきを減らす
- ⑨ 継続的改善（質向上）：たゆまぬ努力、CQI（Continuous Quality Improvement）

MQI活動の基本的考え方

MQI活動の基本的考え方は、品質管理の基本的考え方に基づいて、さらに、以下の事項を強調している。

- ① MQIの目的は、質向上、業務革新であり、組織変革である。
- ② 「全員参加の自主的」な改善活動ではなく、全組織を挙げた「管理者主導」の質向上活動（TQMの一環）である。
- ③ 当院独自の活動である（他に参考になる手法はあるが、参考になる考え方が無い）。
- ④ 品質管理・経営管理手法を医療に適合させて利用する。
- ④ 形式ではなく、活動の実態、実務への活用を重視する（発表大会が目的ではない）。
- ⑤ 活動の目的・経緯・結果・効果を活動の関係者以外にも理解できるようにする。
- ⑥ 日常業務の中でできることはMQI活動を待たずに解決する。

活動および活動チームの必要条件

組織的活動とするために、活動チームの必要条件を以下のごとく課している。

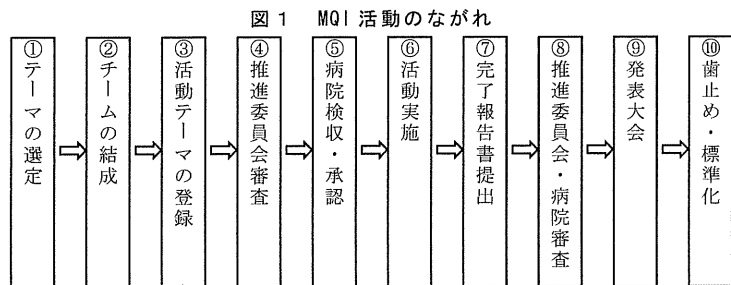
- ① 毎年統一主題に沿って活動する（組織を挙げた活動である）。
- ② 統一主題に沿っていれば、活動テーマは自由である（業務で困っていること、改善したいことを取り上げる）。
- ③ 活動メンバー、活動部署を固定しない（マンネリ化を防ぐ、組織活性化のため）。
- ④ 活動チームの構成は多職種・多部署とし、医師を1名以上とする（組織横断的活動とするため、医師は論理的、科学的思考ができる）。

3 MQI 活動の流れ・年間計画

活動は、大きく次の10段階からなる。

- ①テーマの選定、②チームの結成、③活動テーマの登録、④推進委員会審査、
- ⑤病院検収・承認、⑥活動実施、⑦完了報告書提出、⑧推進委員会・病院審査、
- ⑨発表大会、⑩菌止め・標準化である。

各段階に合わせて、推進委員会および推進委員が多様な支援をする。



4 活動の経緯

組織を挙げた活動であること意識させるために、最初から、年間統一主題を設定した。

3年目から教育研修の主題と共通の統一主題とした。職員に、病院組織を挙げて年間の方針/目標を達成するという意識を持たせるためである。

表1 教育研修とMQIの年間統一主題

	教育研修	MQI
H4	コミュニケーション	
H5	共感	
H6	医療における信頼の創造	
H7	気づき、新しい自分	
H8	自分で考え、実践する	時間
H9	つながり	情報
H10	ながれ	ながれ パス
H11	しくみ	
H12	標準化	
H13	安全	
H14	評価	
H15	5S	
H16	5S	
H17	創る ―新病院建築に向けて―	教育研修と共通
H18	造る ―手作りの病院―	
H19	再生	
H20	発展の芽を育てる	
H21	伸芽 ―自分ができること―	
H22	効率化―ムリ・ムラ・ムダを省く―	
H23	見直す	

過去16年間の活動の統一主題、活動チーム数、活動内容一覧は表2の通りである。

表2 統一主題、活動チーム数

回/年	統一主題	チーム数
第1回 1996(H8)	時間	16
第2回 1997(H9)	情報	14
第3回 1998(H10)	ながれ	13
第4回 1999(H11)	仕組み	14
第5回 2000(H12)	標準化	14
第6回 2001(H13)	安全	11
第7回 2002(H14)	評価	9
第8回 2003(H15)	5 S	8
第9回 2004(H16)	5 S	6+4
第10回 2005(H17)	創る	8+1
第11回 2006(H18)	造る	11
第12回 2007(H19)	再生	7+3
第13回 2008(H20)	伸芽	10
第14回 2009(H21)	発展の芽を育てる	8
第15回 2010(H22)	効率化	8+1
第16回 2011(H23)	見直す	10

初年度（平成8年）は、主題を、切り口として取り組みやすい「時間」とした。推進委員、各チームも、五里霧中の状況であり、品質管理手法の理解と、活用に苦労した。「独自の活動をせよ、自分で考えよ」という難問を与えたが、筆者自身にとっても試行錯誤の連続であった。しかし、自組織（病院）をどうするか、どうあるべきかは、明確であったので、不安は全くなかった。総合的質経営として取り組む病院がないので、自由に活動することができた。

当初は試行錯誤の繰り返しであった。白紙から独自の活動をさせたので当然の帰結であった。「自分で考え、実践する」という練馬総合病院の基本的考え方（平成8年の教育研修の主題とした）を、MQIを通して体験させた。

2年目（平成9年）は、主題を「情報」とした。病院は、組織の規模に比し多職種が多部署で業務を遂行しているので、情報の共有がしにくい特徴がある。

活動2年目から、「MQIをMQI（MQI²）せよ」、すなわち、MQI活動自体を標準化し継続的改善をせよと推進委員会に指示した。しかし、推進委員は、各チームの活動維持に精一杯であった。

3年目（平成10年）は教育研修と共通の統一主題を「ながれ」とした。ながれとは、業務の流れであり、医師の参加では無く、参画を求めるために、医師の業務および思考過程に合致しやすいクリニカル・パスを導入した。医師（専門技術職）は、診療以外にはあまり興味がない。パス（クリニカル・パス）とは、疾患毎に、一連の医療行為と時間軸をマトリクスで表現した工程表である。

マンネリ化や手段の目的化を回避するためには、常に、新しい考え方や方法の導入が必要である。MQI活動に慣れて、活動内容の質も高まったが、進捗管理に、多くの問題が見られた。

4年目（平成11年）は、統一主題を「しくみ」とした。病院運営・業務の全てのしくみを再構築する。MQI推進のしくみを再確認する意味も含む。MQIの進捗管理と質の数量化を目的に、6σのワークアウトと品質機能展開（QFD）の考え方を導入した。それぞれの専門家に指導をお願いした。

しかし、進捗管理は円滑には行かないので、活動のモデルを作らせることにした。MQIチーム活動開始前の4ヶ月間、管理会議構成員（副院長、看護部長・副部長、事務長・次長）とMQI推進委員合同で3つのプロジェクト活動を実施した。その経験をMQI活動全体に展開した。

5年目（平成12年）は、4年間の活動を総括するために、統一主題を「標準化」とした。

進捗管理の徹底を目的に、6σ・ワークアウトを参考に、毎月、レビュー（品質管理の用語では院長診断に相当する）を導入した。しかし、レビューが、チームの負担（感）になった。多職種、多部署のチーム編成による限界である。チームの負担（感）を軽減する方策を検討した。QFDを用いて、推進委員・チームリーダー・チーム構成員の潜在要求を抽出した。

6年目（平成13年）は、統一主題を「安全確保」とした。

また、プロジェクトを総括し、推進委員やチームリーダーの意見を取り入れて、活動方法を変更した。「全てを新たに見直す」という、平成13年度の経営方針に沿って、MQI活動自体の変革を試行した。推進委員会とチームの権限と責任を拡大し、院長の各チームに対する定期的なレビューを廃止した。推進委員と各チームが相談し、なを、疑問点や相談があれば、適宜、院長と面談することとした。

7年目（平成14年）は、病院機能評価認定後5年が経過し、再受審を予定しており、「評価」を統一主題とした。各チームは、具体的目標を設定しやすくなり、また、診療に直接係わるテーマが多くなった。病院機能評価の再受審を準備した。「あるべき姿の実現」という、平成14年度の経営方針に沿って、MQI活動のあり方を再検討した。質向上が目的であることを再確認し、手法・道具を再検討し、推進・運営を再検討した。MQI活動の変革の一環として、

極めて大きな実験として、1年間の時限で、推進委員に運営を任せた。職員を信じて、清水の舞台から飛び降りてみた。多少の怪我は覚悟したが、蛇行しつつも進捗した。

8年目（平成15年）は、基本に立ち返り、統一主題を「5S」とした。5Sとは、整理・整頓・清掃・清潔・躰をいう。道徳教育ではない。物理的なモノだけではなく、業務、仕組み、さらに、自分の頭の中を再編成することである。分別・層別・見える化・標準化・定着・徹底ができる。

9年目（平成16年）も、統一主題を引き続き「5S」とした。前年度は5Sを徹底できなかった反省からである。キックオフ説明会で、職員に次のように解説した。MQIをMQIしよう（MQI²）、MQI²とは実証検討である。何の実証かと言えば、組織変革および継続的改善はいかに困難であるか、なぜ、徹底しなければならないか、どこまでやるか、を確認することである。自組織及び自分の存在価値が問われている。

10年目（平成17年）は、統一主題を「創る 一新病院建築に向けて」とした。新病院建築に向けて、プロジェクト活動を開始した。プロジェクトの一覧を表3に示す。

11年目（平成18年）は、統一主題を「造る 手作りの病院」とした。運用を考慮した、設計・建築と情報システムの構築を目的とした。

12年目（平成19年）は、統一主題を「再生」とした。原点からの出発、リネサンス、リ・エンジニアリング（Reengineering：再構築）・BPR、初心忘るべからず・初志貫徹等々の意味である。

13年目（平成20年）は、統一主題を「発展の芽を育てる」とした。新たな出発は、新入職員だけではない。病院の理念・目的の実現に向けて、病院方針・目標を各人が業務で具体的に実践する。

14年目（平成21年）は、統一主題を「伸芽—自分ができること—」とした。発展の芽を自らが伸ばすという意味である。

15年目（平成22年）は、「効率化—ムリ・ムダ・ムダを省く—」を統一主題とした。効率化の前提として、現在の業務を分析し、「見える化」するために、業務工程表、業務フロー図に落とし込むことを求めた。

16年目（平成23年）は、「見直す」を統一主題とした。

見直すの意味は、以下もの5つである。

1. 見る：関心を向ける、
2. 視る：子細に見る、
3. 観る：見比べる、
4. 看る：見守る、
5. 診る：良く調べて、判断する

表3 新病院建築プロジェクト一覧

- 1 健康医学センターの基盤構築と円滑な運用
- 2 引越し
- 3 DPCを利用して経営・医療の質を管理する
- 4 外来におけるがん化学療法の標準化
- 5 新病院における効率的な物流管理（SPD）の構築
- 6 亜急性期病床
- 7 地域における医療機関等と真の連携体制を構築する
- 8 地域に信頼される救急システムの構築
- 9 情報システムの新病院移転
- 10 地域住民、医療機関に信頼され、
新たな医療情報発信のできる糖尿病センター
- 11 内視鏡センターの確立
- 12 情報システムの整備 ペーパーレス化・フィルムレス化

II MQI 推進活動の経緯

1 推進委員会発足

平成8年2月の伊香保温泉における有志役職者懇談会に参加し、医療の質向上活動を実施しようと決議した、10数名が推進委員となった。推進委員の職種構成は、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師、放射線技師、理学療法士、事務職員である。

推進委員長を推薦するように推進委員会に指示した。推進委員会は、有志役職者懇談会には参加しなかった外科医師を推進委員長に推薦した。多職種との連携が良く、改善の意欲があると認定されたことの現れであろう。

推進委員会に課した条件は、医師を含む多職種で構成すること、毎年、3分の1から4分の1は交代することである。

2 医療の質向上活動と命名

推進委員会に、当院独自の組織的質向上活動であることを示す名称を検討するように指示した。「医療の質向上活動 Medical Quality Improvement : MQI 活動」と決定した。

3 推進委員の役割

推進委員の役割は次の事項である。

- ① 各活動チームの進捗管理・支援
- ② 年間活動計画策定
- ③ 推進委員の資質向上
- ④ 全職員を対象とした改善活動の考え方・手法の教育研修

- ⑤ 内外への情報発信
- ⑥ 職員の意欲・士気の向上
- ⑦ チーム内外の意見調整
- ⑧ その他

① 各活動チームの進捗管理・支援

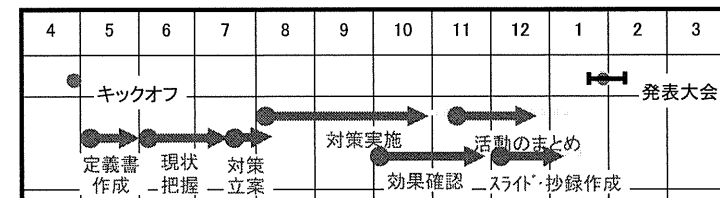
各チーム担当制で、1チーム2名の担当推進委員を配置している。担当推進委員は、チームメンバーと密接に情報を交換し、要望に応じた支援をする。

チーム毎に進捗が様々であり、計画通りには進まない。試行錯誤を繰り返して、平成16年度から支援プログラム（資料）を開始した。

② 年間活動計画策定

年間活動計画を策定した。

図2 平成17年度活動計画



支援プログラムは有効であるが、それでも、進捗管理が悪いチームが複数ある。この原因は、計画の段階に問題があることが分かった。活動の途中から、計画の段階で明確な目標、評価指標、評価基準を設定していないために、目的や目標を変えたり、活動が停滞することがある。また、活動前の客観的データを把握していないと、前後の比較ができない。

③ 推進委員の資質向上

チーム活動経験者から新しい推進委員を加えるので、推進委員自体の資質向上が必要である。推進委員の役割を果たすために活動する経過において、資質向上が果たせる。

推進委員の多くは、活動成果に対する病院の期待水準を認識しているため、期待と現実の乖離に苦しむことが多い。推進委員は、自分自身だけでなく、他者をも（時にはやる気のない他者をも）鼓舞しなければならない。

「推進委員にはなりたくない」、「推進委員を辞めたい」という声もある。一方で、長く推進委員を続けている職員もいる。長く続けた職員は、「MQIは、

いかに人を動かすか、いかに他部署・他部門を巻き込むかで悩み苦しむが、それを乗り越えると、組織が良い方向に変わっていく。誰かが成長している」と実感する。ある推進委員は、「推進委員をしていて最も苦しいのは、人間関係である。考えが違う人たちをまとめて成果につなげなければならない。頑張っていると必ず誰かが助けてくれる。結果的には、一人では決してできないことができる。すごいことだと思う」と言う。

④ 全職員を対象とした改善活動の考え方・手法の教育研修

推進委員会は、MQI 活動メンバーだけでなく、全職員を対象に、品質管理や改善活動に関する考え方・手法について研修会を開催する役割がある。研修会の出席者の半数以上を、MQI 活動メンバー以外の職員が占めることが多い。

当院の基本的考え方であるが、講義だけではなく、演習の割合を多くするようにしている。したがって、開催準備には多くの時間と労力を要する。

⑤ 内外への情報発信

発行していた MQI 活動の院内誌「みみより MQI」を平成 17 年度より、再開した。年間で 10 号程度を発行する。これにより、MQI 活動を直接実施していない職員も、活動の内容を理解し、必要に応じて支援することができる。年間予定、教育研修、発表大会の情報も掲載している。

⑥ 職員の意欲・士気向上

医療を取り巻く環境が悪く、職員の意欲・士気の維持は難しい。とくに、看護師の離職率は高く、定着化を促進するためにも職員にとって魅力のある職場作りが必要である。質を維持・向上するためには職員の定着化が必要である。

MQI 活動は、「効果を評価し」、「効果を出す」ことを求めるため、活動メンバーには相応の負担がかかる。一方、その年に活動しない職員（活動メンバー以外）は、活動メンバーが MQI 活動に注力できるよう肩代わりすることもあるため、活動メンバーは、活動メンバー以外の職員に遠慮することがある。

活動メンバーの意欲・士気の向上も推進委員の役割であるが、推進委員の負担も少なくなく、自分自身の意欲・士気の維持・向上も重要である。

⑦ チーム内外の意見調整

チームリーダーおよび推進委員は、活動に関連する事項で意見の対立があれば調整する。計画通り進んでいなければ、その原因を探り、時にはメンバーに指摘しなければならない。作業が滞れば、本人に促すか、他のメンバーあるいは自身で代行しなければならない。また、チームは多職種で構成されているため、状況を熟知しない部署や職種を巻き込まなければならない。対策を立案する際には、他部署・他職種に、何かを依頼しなければならない。高い目標を掲げてそれを確実に達成しようとすればするほど、緊張は増大する。

Ⅲ 成果

1 直接的成果と間接的成果

MQI 活動の成果は極めて大きい。業務改善、患者サービス向上という直接的な成果のみならず、それらを実現するための基盤整備、仕組み作り、すなわち、間接的成果・波及効果もそれ以上に重要である。

2 院長から見た成果

当院では、MQI の他にも種々の仕組みや手法を併用しているので、MQI 単独の成果は分からない。しかし、考えられる MQI の成果を列挙する。

- ① 病院の理念や基本方針を徹底できた。
- ② 「自分で考え、実践する」という当院の考え方を実践した。
- ③ 経営戦略の手段として、方針の徹底、意識改革の契機、組織内の連携、訓練・教育、自己啓発の場とした。役職者以外も、リーダーシップを発揮した。
- ④ 組織横断的な活動の結果、職種間、部署間の連帯感が醸成された。
- ⑤ 多くの職員が、成果を内外に情報発信した。医療界に TQM の考え方と意義を広めた。
- ⑥ 医療界と一般産業界・品質管理関係者との連携ができた。
- ⑦ 当院の評価が高まった。
- ⑧ MQI 活動を理由に、就職を希望する職員もいる。
- ⑨ 経営基盤が安定した。
- ⑩ 職員の士気が向上した。
- ⑪ 当事者意識が生まれた。

3 新病院建設プロジェクトの成功

MQI の最大の成果は、新病院建設プロジェクトの成功である。この経緯を「職員・患者・地域がよかったといえる病院を造る」として、2005 年 5 月から 1 年間、雑誌に連載した（病院経営）。この詳細は、平成 22 年度経営人材育成のケースとして作成した。

連載順	タイトル(プロジェクト名)	執筆者 役職/担当部署
1	夢の実現に向けて	飯田修平(病院長)
2	新病院建築始末記	(建築準備室)
3	新病院建築に携わり	(施設課係長)
4	情報システムの病院新築移転報告	(企画情報推進室主任)
5	新病院開設に向けて：行政手続及び外部対応	(事務長代行)
6	糖尿病センター開設への取り組み	(臨床検査科係長)
7	内視鏡センター設立と今後の役割	(内視鏡室長)
8	物流管理におけるSPD構築を目指して	(中央材料室)
9	夢の実現に向けてた看護部の取り組み	(看護師長)
10	ペーパーレス化・フィルムレス化への取り組み	(情報システム委員会委員長・診療技術部長)
11	健康医学センター設立の目的と目標	(健康医学センター長・副院長)
12	医療の再生に向けて	飯田修平(病院長)

4 推進委員の評価

1) 継続・発展状況とその背景要因

<継続・発展状況>

MQI 活動の成果は、まず 15 年間活動し続けていること、そして、MQI 推進体制の PDCA サイクルをまわし続けていることである。

しかし、最も留意しなければならないことは、改善のためにつくったルールや仕組みが現場で活用されているかである。ルールや業務が増える一方であれば、それは職員にとって深刻な問題である。一度つくったルールや業務も、常に、全体最適となるように見直し、改良する必要がある。

活動の継続・発展状況の調査結果をみると、

- ① 約 6 割の活動の成果物・仕組みが今でも活用されている（3 割はそのまま引き続き活用され、3 割は更なる改良が加えられて活用されている）。
- ② 2 割の活動の成果は、部分的に活用されている。
- ③ 約 2 割の活動の成果物・仕組みが全く活用されていない。そのうち 1 割は、電子カルテ導入など発展的理由による停止である。

MQI が PDCA サイクルをまわす契機となった例を示す（表 7）。パスに関する PDCA は、MQI によってまわされていたこと、パス委員会の発足が 16 年度の MQI 活動が契機になっていることがわかる。

<継続・発展の要因>

活動の成果・仕組みが、活動後も継続活用されるためには、次の 2 要因がある。

1. 対策の内容

一つは、対策・改善策の内容である。問題の原因（原因追究）と改善策（対策立案）との対応関係が明確でない場合や、実行者に負荷がかかりすぎる場合は、継続されない。細かすぎるチェックリスト、人の裁量を必要とする対策、各部署や委員会の業務の中に収まらない対策は、後者の例である。

2) 歯止め

もう一つは、強力かつ現実的な歯止めが、設定されているか否かである。コンピューターや機械などによる自動化・代替化が可能になる対策は別だが、人間の作業を変更する対策である場合、実際に遂行されたかをチェックし、遂行に責任をもつ者が必要である。責任者が、機能し続けられる仕組みが必要である。

表 7 パスに関する MQI 活動

活動主体	活動年	活動内容	活動成果
放射線科	H11 (第4回MQI)	血管造影、IVR療法の前処置から検査、安静解除までのパス作成	①血管造影パス ②TAE、TAUパスシート ③放射線科用パスシート ④患者用検査手順書 ⑤出血傾向チェックリスト ⑥Vリアンスシート
薬剤科	H10 (第3回MQI)	前立腺手術決定時より患者情報を各部署で共有できるような流れをつくる	①自己血貯血TUR-Pパス（患者用・医療者） ②TUR-Pバリアンスシート
	H11 (第4回MQI)	入院、外来白内障手術パスの作成と実施～日帰り手術の実施に向けて	①入院白内障手術パス ②日帰り白内障手術パス ③薬の説明書、生活の留意点 ④げんこつ法、バリアンスシート
理学診療科	H10 (第3回MQI)	急性期から理学療法を導入し、身体の機能低下を最小限にとどめ、起立・歩行への展開を円滑にする	①胸・腰椎圧迫骨折パス（医療者用・患者用） ②リハビリテーション訓練経過進行表
臨床検査科	H10 (第3回MQI)	糖尿病教育入院のパスを作成し、患者に計画的に指導・支援する仕組みをつくる	①糖尿病教育入院パス（医療者用・患者用）
3階病棟	H10 (第3回MQI)	子宮全摘出術が適応される良性疾患を取り上げ、入院から退院までの流れを見直したパスを作る	①入院日程表②M（子宮筋腫）パス ③Mパスバリアンスシート
	H11 (第4回MQI)	退院指導の不十分な点を調査し、必要な指導項目や内容、時期、方法を検討する	①Mパス ②複式Gパス ③退院のしおり
4階病棟	H10 (第3回MQI)	経験年数などの個人差で医療内容に濃淡が出ないようパス法を用い、早期治療と信頼を得る	①Lap-Cパス ②下肢ストリッピングパス（いずれも医療者用・患者用）
	H11 (第4回MQI)	腹腔鏡下胆嚢摘出術、下肢静脈瘤手術の既成パスの改訂と鼠径ヘルニア手術、虫垂炎パスの新たなパスの作成	①Lap-C（腹腔鏡下胆嚢摘出術）パス ②虫垂炎パス ③ヘルニア（マックベレイ・メジャラ）パス ④下肢静脈瘤パス ⑤胆石症（開腹胆摘）パス ⑥各パスのバリアンスシート ⑦運用法
	H12 (第5回MQI)	検査項目の全病棟共通のパスシートを作成する	①注腸パス ②ERCP（逆行性胆管鏡造影）パス ③MDL（X線胃透視造影）パス ④GIF（上部消化管内視鏡）パス ⑤CF（下部消化管内視鏡）パス
5階病棟	H10 (第3回MQI)	大腿骨頸部骨折、腰椎間板ヘルニアの患者を対象にした医療者用、患者用パスを作成する	①大腿骨頸部骨折パス（医療者・患者） ②リハビリ連絡表 ③腰椎間板ヘルニアパス（医療者） ④ケア促進用ポスター
	H11 (第4回MQI)	経尿道的前立腺切除術のパスに指導内容、方法などを追加する	①TUR-Pパス
医局・看護部	H12 (第5回MQI)	TUR-Pパスの運用状況を確認し、更に効率的な運用を図る。新たに入院当日に手術になる症例のパスを作成する	①TUR-Pパス ②前立腺生検パス ③TUR-BTパス ④TULパス ⑤退院時のしおり ⑥手順書
	H14 (第7回MQI)	日帰りヘルニア手術の紹介パンフレット作成。診療手順の効率的な運用方法を考慮したパスの作成と運用手順の作成をする。	①日帰りヘルニアパス（いずれも0泊1日・1泊2日、医療者用・患者用） ②退院のしおり ③日帰り鼠径ヘルニア手術のご案内
外科・看護部	H16 (第9回MQI)	アンケート結果をふまえ、既存の日帰りヘルニアパスとホームページを改良	①日帰りシケイヘルニアパス（医療者用・患者用、0泊1日・1泊2日） ※看護部MQIチームの運用規定に則り、患者アウトカムを盛り込んだもの ②改定された案内パンフレット・料金表、ホームページ
看護部	H16 (第9回MQI)	職員に使いやすいパスを開発・使用方法の統一。患者用パスがないものは患者パスを作成	①「患者アウトカム」と「適応除外基準」が盛り込まれた医療者用の検査パス（CF、アンギオ、注腸、ERCP） ②上記に対応する患者パス ③患者パスバリアンス評価シート ④当院のパス要件とパス運用規定

5 職員の評価

職員の納得ややる気がなければ MQI 活動の存続は難しい。MQI を推進するためには、活動メンバーとそれ以外の職員の評価が重要である。以下、推進体制を大きく改良した平成16年度末に実施した職員調査の結果を記す。

① MQI の活動は、医療の質向上に役立っているか

活動メンバーの約9割が「役立っている」、活動メンバー以外の職員の約7割が「役立っている」と回答した。役立っている点として、自主的改善、意識改革の契機、実質的な業務改善があがった。

② MQI 推進委員会による支援は適切だったか、今後期待することは何か

活動メンバーの6割強が「適切」、活動メンバー以外の職員は半数が「わからない」と回答した。適切だと思う支援として、勉強会やオリエンテーション、適切でないと思う点として、勉強会の時間設定等が多くあげられた。

③ 活動は質向上に貢献できたか

活動メンバー全員が「貢献できた」と回答した。

④ 今回の活動を通じて、有益な学びはあったか

活動メンバーの8割が、有益な学びがあったと回答した（未回答は除く）。

6 MQI に関する意見

「初めてMQI活動に関わったとき、驚いた。新技術の導入にあたって、パスやホームページを作成しなければならなかった時、MQIで取り組んだら、あっという間に完成した。MQIでなかったら、あれほどの質のものを、あれほど効率的に完成できなかっただろう。あの時、MQIの威力を知った」とある医師が言った。

当院でこれだけ多くのPDCAが常にまわり続けているのは、MQIが機能しているからである。しかし、一方で、「MQIは、職員の負担が大きいため、廃止した方がよい。廃止しても、自分達は業務改善する」という声がある。「改善すること自体は良いことだが、効果の確認と発表がいやだ」、「効果があったかなかったかは現場にいる自分達が一番わかる。いちいち指標を使って、データをとる暇があったら、もっと業務をしたい」「発表会のために、スライド・図表作りじゃないのに、それに費やす負担が大きい」という声を聞く。

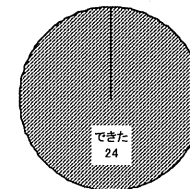
本当に、MQIがなくても、これだけのスピードで、これだけ多くのPDCAを回し続けられるか。改善が今より遅くなったとき、多様で変化し続ける顧客の要求に応えられるか。データをとらずに、効果の有無を判定（例えば、患者の反応を客観的に把握）できるか。スライド・図表作りは無駄な作業か。

MQIの年間スケジュールで動かされているからこそ、これだけ速いスピードで改善し続けている。効果の確認（データ収集・分析）やスライド・図表作りを通して、初めて自分達の業務を客観的に眺めることができ、活動の曖昧さ、抜け、論理矛盾などに気付いた。人は、それほど簡単に自己を客観視できるものではない。自分に対しては実際より甘く評価しがちである。一生懸命行動すればするほど、自己満足に陥りがちである。しかし、「見える化」することで、自身で改めて気付かされたり、他者に気付かされたりする。気付きがあるから、改善活動が更に改良される。これがPDCAである。

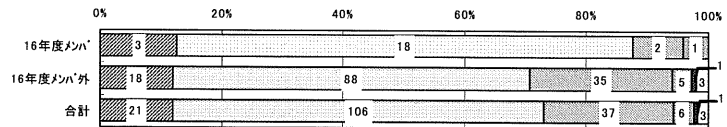
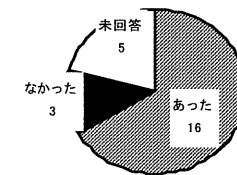
確かに、PDCAを回し続けること、効果の確認をすること、発表すること、いずれも、負担が大きい。負担が大きいことを、MQIがない中で、どれだけ多くの人が、実行し続けられるか。全組織をあげて、十数年にわたり実行できるだろうか。

病院組織を改善し続けるために、MQIは必須であること、効果の確認もその発表も必須であることは、MQIを開始して16年経った今も、職員に語り続けなければならない。

Q 今年度の活動は 質向上に貢献できたか



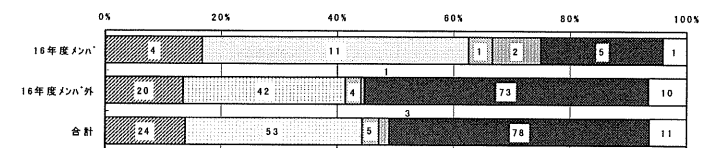
Q 今年の活動を通じて 有益な学びはあったか



かなり役立っている ある程度役立っている どちらとも言えない
 あまり役立っていない 全く役立っていない 未回答

役立っている点	役立っていない点
<ul style="list-style-type: none"> 自主的改善・ボトムアップ・意識改革の契機(18件) 実質的な業務改善(48件) 「継続性を強調するもの(13件) 「顧客満足」を強調するもの(6件) 「標準化」を強調するもの(6件) 「業務の見直し・整理」(5件) 「業務改善のやりやすさ」を強調するもの(4件) 「自己満足に陥らないこと」を強調するもの(1件) 連携・協力の体制・風土作り(6件) 新規サービスの導入(1件) 個別具体例(20件) その他(11件) 	<ul style="list-style-type: none"> 継続性の問題(24件) 連携・周知の問題(4件) 完成度の問題(5件) 自己満足に陥らない業務改善になっているか疑問(6件) 無駄の問題(4件) 負担の問題(12件) 改善の喜びの問題(1件) 個別具体例(12件)

16年度のMQI推進委員会の支援は適切だったか



適切 どちらかといえば適切 どちらとも言えない どちらかといえば不適切 不適切

IV 今後の課題

MQI 活動では、これで良いという状態はなく、常に、問題意識を持って活動を続けなければならない。

活動経過や内容に関して、進捗管理、推進方法、問題選定、調査方法、まとめ方、発表方法、職員の負担感など多くの課題がある。

職員が負担感なく活動できる体制や方法の開発が、最大の課題である。変化を嫌う人、自分勝手にしたい人を、いかに動機づけるかが重要である。人事労務管理の永遠の課題である。

- (1) 活動の成果を継続・発展させるためには、今まで以上に改善策、歯止め
に注力する必要がある。
- (2) MQI を意識しなくても、継続的な質向上の活動を業務に落とし込む体制
を構築する必要がある。

参考文献

- 1) 飯田修平：医療から学ぶ総合的質経営、品質月間テキスト 312 2003 日本
科学技術連盟・日本規格協会
- 2) 飯田修平（インタビュー記事）：医療の現場における絶えざる経営革新ト
ップが語る医療版 TQM のねらいと課題一、ビジネスインサイト No44
82-107 Winter 2003
- 3) 飯田修平：医療における総合的質経営—練馬総合病院の経営革新への挑戦、
2004 日科技連出版
- 4) 飯田修平：医療関係者が目指すべき病院—総合的質経営を目指して—東女医
大誌 74（4）208—212,2004

