

TQM（総合的質管理）の医療への展開

医療における質の取り組みが世界的に広がりつつあり、欧米だけでなくアジア諸国やラテンアメリカでも積極的に取り組まれるようになってきました。しかし（スライド1）医療の評価にMTAやTQM、QCサークル、CQI、Critical Path、更に最近ではISO 9000も医療に進出するなど様々なアプローチがあって、お互いの関連性がよく見えず、とまどいの声も聞かれます。



東北大学大学院医学系研究科
社会医学講座国際保健分野教授
（前 国立国際医療センター）
国際医療協力局 派遣協力課

欧米においては、今世紀初めのコッドマンに始まる医療の質に対する長い取り組みの歴史があります。そこへこれまでの流れの外、（それも日本の産業界という異質な世界から突然入り込んできたTQM（アメリカではCQIと呼ばれることが多いのですが）に対しては違和感や時には反発もあったようです。（スライド2）

上原 鳴夫

実際に93年のマーストリヒト会議のあと、QAかQIかをめぐって論争になり、WHOが、当面QAという用語で整理することでようやく会議をまとめたということ聞いています。また95年にジャカルタで医療の質をめぐるASEAN会議を開きました時も、その準備段階で概念と用語をめぐる捉え方の食い違いがあることを実感いたしました。その背景には従来の医療の質の概念と日本型TQMの考え方の交通整理がまだ充分なされておらず、ややもすると、両者が対立的に捉えられているという事情があるように思います。このため日本型TQMの基本概念に立ち返って、それが医療の質の取り組みの流れの中でどういう位置を占

スライド1

「医療の質」への さまざまなアプローチ

- QA (Quality Assurance)
- QI (Quality Improvement),
- TQM (Total Quality Management)
- Quality Circle
- CQI (Continuos Quality Improvement)
- Accreditation
- Indicator Measurement
- Audit
- Evidence-based Medicine
- MTA/HTA (Medical /Health Technology Assessment)
- ISO 9000
- Critical Path
- Practice Guideline
- CS (Patient Satisfaction) etc.

スライド2

Disputes

- QAかQIか？
Accreditation =
Traditional QA = “Bad Apple” Approach?
- “Quality” could be “cheated”
– Quality or Amenity?
- “Quality Improvement” or “Cost Containment”?
- Health care is not “prodcuts”
- Respect for Autonomy of Medical Professions

め、どういう意味を持っているかについて概念の交通整理を試みましたので報告致します。

TQMのアプローチを要約しますと4点に整理できると思います。まず1つは統計的手法の活用です(スライド3)。

次にサービスや製品の質を顧客のニーズによって定義するようにしたことあります(スライド4)。

3番目に、従来経験と勘と度胸(KKDとTQCと言われますが)でやっていたマネージメントに、データに基づく計画的・科学的な方法を取り入れたことです(スライド5)。これはPDCAとして知られています。最近パーウィックらはチェックをスタディというふうに呼び変えておりますが。

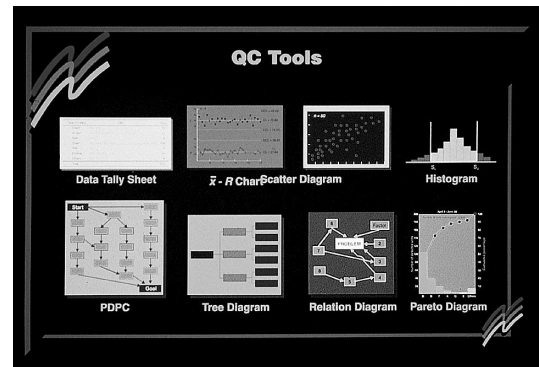
もう1つは方針管理や品質機能展開、CSなどの様々な手法を開発しながら会社や病院の全ての部署が質の改善に取り組むようにしたことです。

しばしば、TQMがやっていることは医療の質とは関係が無いとか、製品の質と医療の質を一緒にするとか、一方で、QAは古い、MTAとQAとはどこが違う、といった疑問や批判の声があります。食い違いの背景には往々にして念頭に置いている質の種類についてのズレや混同があるように思います。

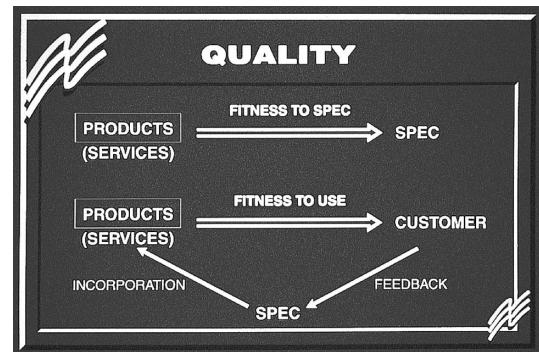
しばしば見られるのは質といったときに、それが「何の」質を指して互いに議論してるかがしばしば食い違っていることです(スライド6)。

病院サービスの中心は医療であります。病院は医療以外のサービスも提供しています(スライド7)。医療すなわちヘルス・ケアあるいはメディカル・ケアにとって質とは健康のアウトカムによって規定さ

スライド3



スライド4



スライド5



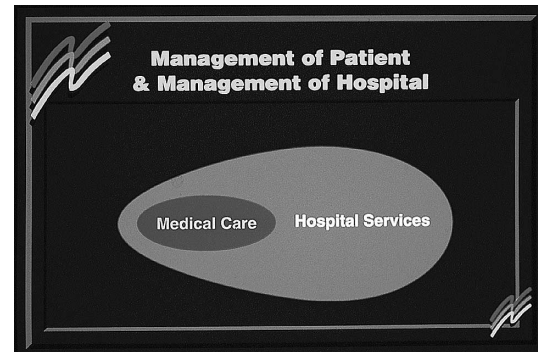
スライド6

- 何の質か?
- どんな質か?
- 誰にとっての「質」か?
- 何が目的か?

れるものであり、病院サービスの規定するものはカスタマー・サティスファクションであるというふう考えることによって整理したいと思います。

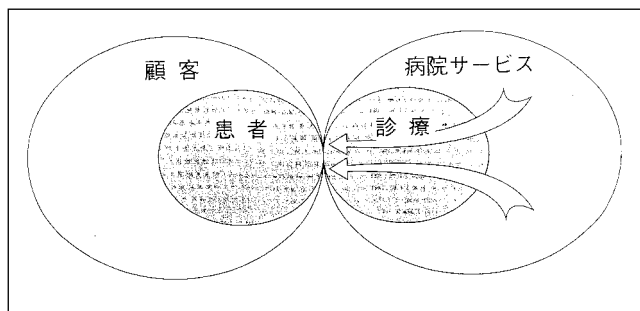
待ち時間やアメニティは多くの場合医療の質とは直接関係ありませんが、病院サービスにとっては重要な質の要素になります。論議の多くが、しばしばこの2つを混同してなされています。

スライド7



OHP1

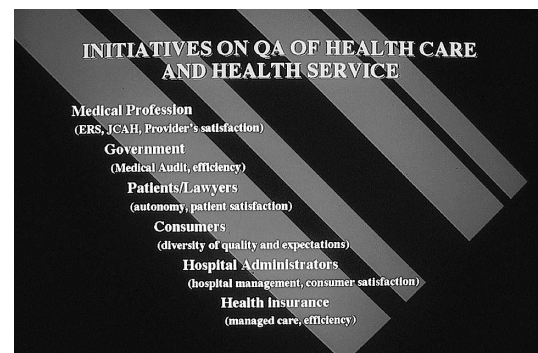
人は、病名が与えられて患者になるわけですが、病院に来る人というのは、顧客という側面と患者という側面の両方を持っています（OHP1）。医者は患者という側面しか見ませんが、一方で病院サービスは顧客という側面しか見ないというきらいがあって、そこがズレになっていると思います。で、



実際に病院サービスは診療以外にも重要なものを一杯持っているわけですが、同時に病院全体が診療のアウトカムに重要なサポートを行っています。

もう一つは「誰が」その質についての取り組みをしているのかということです（スライド8）。

スライド8



アメリカの取り組みの歴史を振り返りますと、初めは医師の職業倫理の中で組み込まれてきたわけですが、例えば外科学会の形成がまさにプロフェションの責任としての質の確保を目的にして始められたわけですが、メディケア、メディケイドが出来ると政府がかかわるようになり、また、医療消費者運動の広がりによって患者満足度が重視されるようになりました。今ではマネージドケアなど医療費の支払い側が質をリードするようになっています。

TQMは病院経営者のツールとして受け入れられたものであり、しかしそのために、現状は経営効率の方に強調点がある、ということも誤解を招いている原因であるように思います。

（スライド9）医療とはメディカルケア、すなわち医師が行う行為を指していた昔は、医師の能力が質を規定する全てと考えられていましたが、医療が科学的な有効性と多様性を獲得し、科学的に検証できるようになりますと、医師の能力そのものよりもどんな治療を行ったかという内容が質を規定するようになりました。

今では医師一人で出来る医療はむしろ稀であり、病院という組織で極めてたくさんの人々、たくさんのプロセスの集合として医療が行われるようになっていました。言い換えれば、医師が失敗をしなくても検査を間違えたり投薬を間違えると患者は死んでしまうというのが今の病院医療であります。臨床医だけでは質を保証できなくなっており、医療の質はシステム全体の適正なマネジメントによって保証することが求められるようになりました。

質には色々な質があるというふうに思います。医師が通常関心を持っておりますのは、よそが出来ていないような治療、現在の時点ではまだ効果が充分でないような治療を、実際に効果があるようにしていきたいという、スライド10の統計的分布で言いますと、右の端であります。

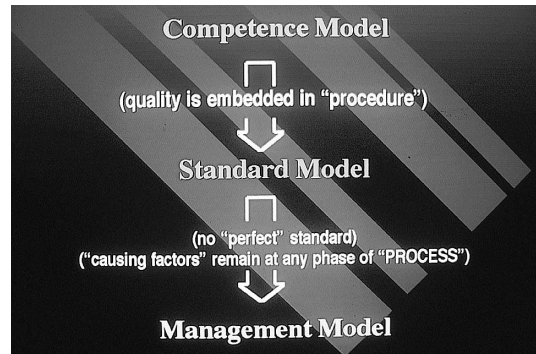
すなわちトップを常に目指しています。最先端を目指しております、これをエクセランスの質と呼んでみたいと思います。医療に信頼をおけないでいる患者にとっては、医療過誤が無いことが非常に大きな関心事であります。TQMが扱う質というのはこのエクセランスの質ではなく、むしろ統計的な分布、ばらつきの改善であります。これはサートウンティ（確実さ）という質であるというように呼びたいと思います。

ある病院に行って誰にかかっても、あるいはある件でどこの病院に行っても、現在の医療が保証すべきレベルの効果を確実に保証するという質です。これが品質保証すなわちQAであります。エクセランスというのはリサーチ・アンド・ディベロップメントの仕事であり、日本の医療はこのリサーチ・アンド・ディベロップメントには非常に熱心でありましたが、QAには熱心ではなかったように思います。

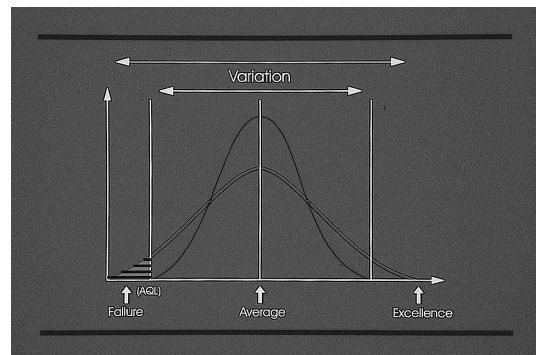
質の研究で常に関心を集めてきたのは、質とコストとの関係です。従来のストラクチャー指向の質というのは常にストラクチャーの投資を前提にしていました。効果とはある目的に対して得られた、現実環境の中で得られた結果を指します。これに対して効能とは理想的な環境の中で得られる効果のことを指します。効率とは効果と投入した資源とのバランスを指します。

(スライド11) 私達の日常の診療では、得られるはずの成果を常に100%達成できているわけではありません。得られるはずのアウトカムと現実のアウトカムとのギャップをTQM

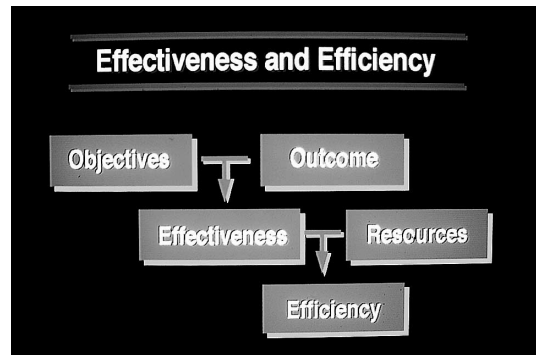
スライド9



スライド10



スライド11



では「悪さ加減」というふうに呼びます。ある投入資源量に対して得られる成果を高めることがEfficiencyです。TQMの本来の意義はこの悪さ加減の低減、すなわちドナベディアンが言うところの「質の効率」の向上にあります。

MTA（医療技術評価）と質との関わりは主として効能すなわち本来どのくらいの効果があるのかであり、QAが担当してるのは実際の現場で効能をどれだけ実現させているかということでもあります。

例えばアメリカのようにストラクチャー（すなわち器械・施設・人）について完備させてきたところでは、医療費の高騰に直面していかに質を低下させないでコストを抑制するかが主たる関心事になっています。リストラクチャリングやリエンジニアリングの方が主たる関心になっております。

従来はストラクチャーが望ましいアウトカムを保証する、すなわち質の指標になると考えられてきましたが、現在はむしろ下から上へ、アウトカムからプロセスへの間の関連性の吟味が求められているわけです。

TQMが経営一般に使われるようになり、本来の製品やサービスの質という本質が見にくくなってきたように思います。経営の効率という意味では必ずしもアウトカムは関係ありません。質の効率はアウトカムを抜きにして語れません。その中で患者のウィルネス・ツー・ペイをどうやって質の向上のインセンティブにつなげるかというシステムが求められていると思います。

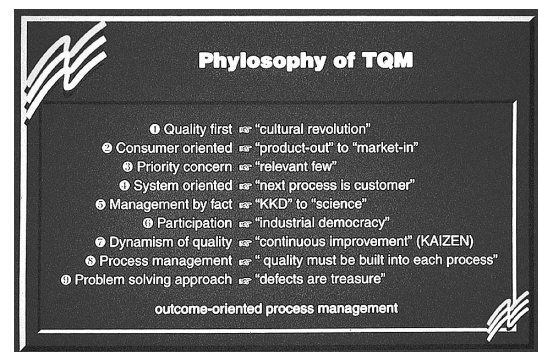
スライドはTQMの基本哲学とも言うべきものをまとめてみたものです。

日本型TQMで特に重要なのは、失敗は宝の山というTQMの中でよく使われている表現であります。これがTQMのQAの特徴だと思えます。失敗例を隠したり切り捨てるのではなくて失敗例の分析を通じてプロセスやシステムの改善を図ろうというやり方であり（スライド12）。これはコッドマンが提唱した、失敗の要因を分析して質の改善を図るエンド・リザルト・システムという考え方と全く同じ発想であると思えます（スライド13）。

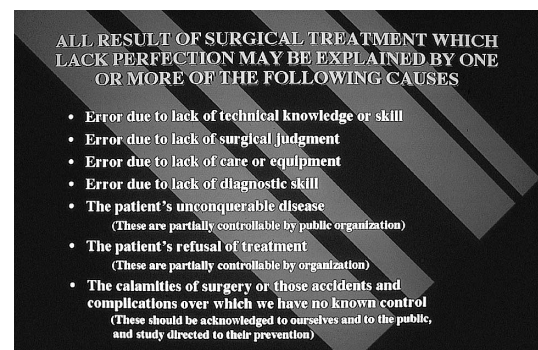
コッドマンが初めて医療の質について問題提起をしたとき、彼は当時急速に発展しつつあった産業界の効率と考え方に着想したと言われております。彼は病院としてのプロクツは患者のヘルス・アウトカムであると主張したのです。TQMはそのアプローチの仕方において医療の質の歴史の中でむしろ原点に立ち返ったものと言って良いのではないかというふうに思っています。

OHP2はこれまでに行われている様々な取り組みをマトリックスにしたものです。従来

スライド12



スライド13



の医療の質、特にドナベディアンへの考えは現在何か古いものだというふうな批判を受けているんですが、必ずしもそうではありません。すなわちストラクチャー、プロセス、アウトカム、サティスファクションという流れの中で現在はストラクチャーからプロセス、アウトカムへというようにそれぞれの分野を発展させていると思います。また色々な取り組みは元々アセスメントから始まったわけですが、スタンダード化デザインに向かい、そして、(アセスメントやスタンダードはインスペクションで終わってしまうということ) 実際にどう改善するかというインターベンションの方に向かっております。すなわち、左上から右下の方向へ質の取り組みが広がっていき、どれが良いか悪いかではなくそれぞれの全てが必要なものであるというふうに思います。

日本型TQM(スライド14)の一番強いところは現場のスタッフの参加型の改善がありますが、欧米におけるTQMはむしろ経営者からのトップダウンだけにとどまっているくらいだと思います。その意味では、日本で病院QCサークルの経験が蓄積されていることをも含め、もう一度日本型TQMのノウハウを医療に展開できる手法作りを、その利点を持っている日本の中で開発していく必要があるのではないかと。病院サービスの質においては産業界のTQMをほとんどそのまま適用出来ますが、医療の質に展開するにはそれなりの開発の努力が必要だと思えます。

そのような取り組みが望まれます。

Q: 外国と比較すると、すぐ外国の方が良くて日本はだめだという話があるんですが、トータルとしてみたら日本の方が良いじゃないかという感じがいつもするので、今先生のご発表を聞いて、ふとそういう日本型のシステムの良さというものもまた、これから大いに医療の中で考えて行かなければいけないのではないかなと思ったのですが、いかがでしょうか。

A: 日本型TQMは基本的に産業界でやってきました。医療の部分では病院QCサークルが本当にいい活動をしてはいますが余り知られておらず、医療におけるTQMというのはまだほ

OHP2

	ASSESSMENT	STANDARDIZATION	INTERVENTION
STRUCTURE	Accreditation	Minimum Standard Licensing	Renovation TQM/QI Com.
PROCESS	Medical Audit Perform. Ind. M. Peer Review	Practice Guideline S.O.P. (manuals) Critical Path HTA & Cochrane Prog.	QI Project Q. Circle/Q. Team
OUTCOME	Outcome Indicator M.	Achievement Target National Stand. Appr.	*Incidental Case R. *M/M Conference
SATISFACTION ■ Patients ■ Care Providers ■ Population	Consumer Rating CS survey		Social Marketing QFD
QA PROGRAM	M.Baldr.Q.Aw. ISO 9000		

スライド14

日本型TQM

- 改善(QI・CQI)の基本は品質保証(質の確保、QA)
 - リスクマネジメントとのリンク
 - QCは「介入の疫学」(Interventional Epidemiology)である
 - 医師のツールは臨床疫学
- 「トップ・マネジメントのリーダーシップ」+「参加型の改善活動」
 - QCサークルによる下支え
- 「経営効率」と「質の効率」
 - 「質」が経営を支える?
 - 消費者(利用者)の役割

とんど展開されていません。ただTQMというのは産業界でもQCサークルの現場の人達の教育活動とか自主参加をベースにして作ってきたので、その意味において、日本というのはそういう風土、ノウハウというものをベースに持っている。これを活用しない手はない。今欧米がTQMの具体的な手法のところ結構難しい面に直面しているわけですが、日本はそこをある程度クリア出来る要素を持っているのではないかと思います。