C-1

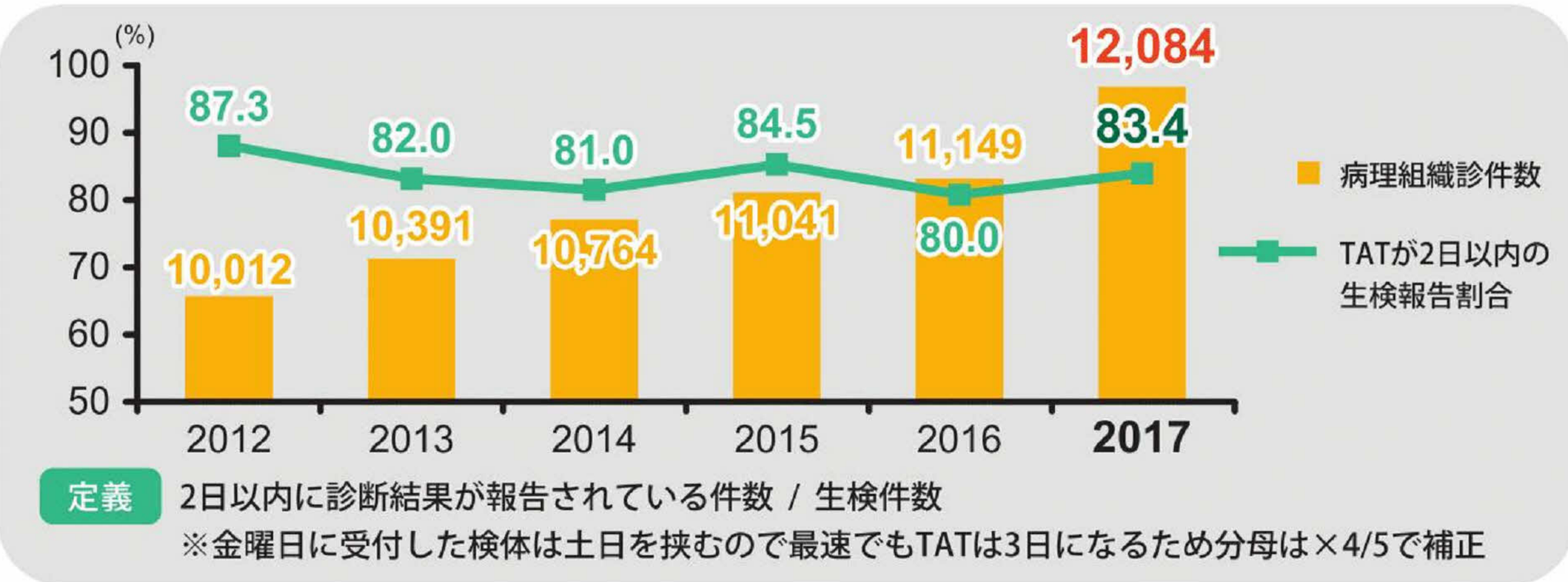
迅速な病理診断の報告

過程指標 Process

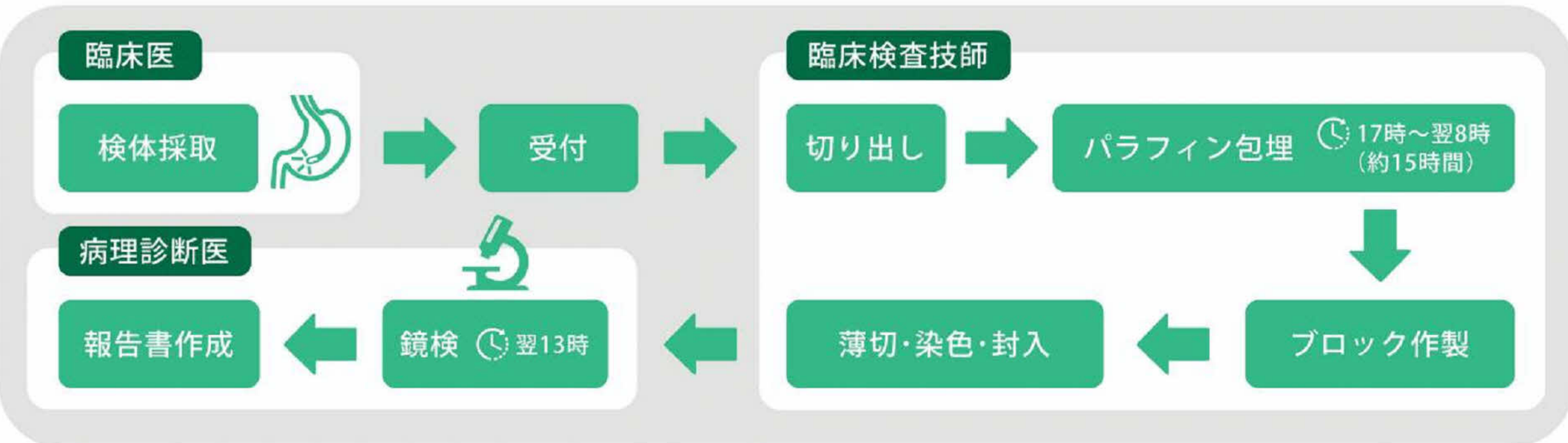
病理診断は迅速かつ正確に報告する必要がありますが、当院病理診断科（病理部）では大規模高機能病院を支えるための高度な設備による精度の高い病理診断を実施しています。高い診断精度の維持のため、組織診はほぼ全例2名以上の病理医による診断を行い、細胞診も陽性、境界例について2名の細胞検査師が検鏡の後、細胞診専門医による診断を実施。バーコード対応のシステムを取り入れ、医療安全対策にも対応しています。

TATが2日以内の生検報告の割合

患者様から採取された検体が病理部に届いてから病理診断が確定するまでの日数をTAT (Turn Around Time) といい、米国では生検検体は2日以内と決められており、当院でも同様に2日以内に設定していますが、本邦での消化管生検では3.5日（2日以内の報告割合64.4%）と報告されています。



検体採取から報告までの工程図



各工程の平均所要時間の推移

年度	受付➡切り出し	➡原案診断	➡最終診断
2013	6時間21分	40時間47分	3時間43分
2014	6時間17分	40時間00分	3時間30分
2015	5時間06分	40時間10分	2時間47分
2016	6時間18分	39時間42分	4時間04分
2017	5時間29分	39時間14分	3時間48分

※「切り出し⇒原案診断」の過程は通常24時間程度ですが、金曜受付分のデータも入っているため、39～40時間かかっています。

所要時間短縮の考察

- 生検検体の切り出しを受付当日に行うことの徹底
- 技師の標本制作技術（習熟度）の向上
- 定期的な部内検討会の実施による診断の標準化

● TQM委員会より

病理検体数が増加しているにも関わらず、2日以内の報告を高率に維持されています。また、各工程の平均時間の推移でも受付から原案診断の過程でTATの短縮が認められ、技術力の向上や標準化の推進など日々の努力が表れてきていると思われます。

病理部・病理診断科

代表者：井上 健　クオリティマネージャー：福島 裕子
医師3名・応援医0.4名(常勤換算)・臨床検査技師6名・事務1名

C-2 手術件数と有害事象減少への取組み

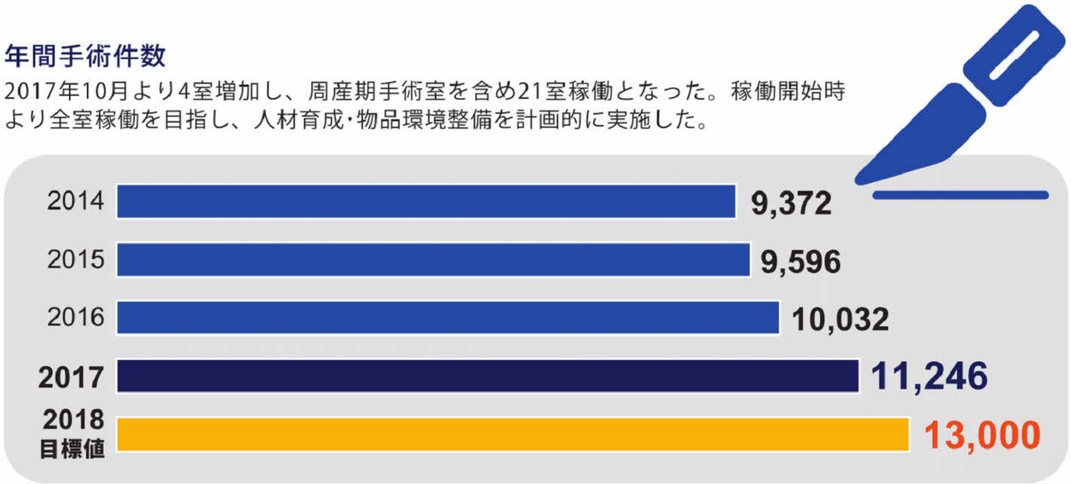
過程指標 Process　成果指標 Outcome

手術センター

代表者：中田 一夫　クオリティマネージャー：坪和 慶子
麻酔科医26名・看護師83名・臨床工学技士5名・看護補助員7名・事務職員3名

年間手術件数

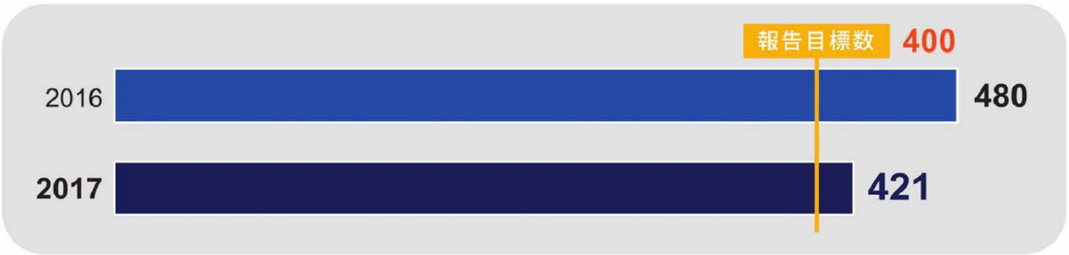
2017年10月より4室増加し、周産期手術室を含め21室稼働となった。稼働開始時より全室稼働を目指し、人材育成・物品環境整備を計画的に実施した。



効率的な運用を行うため、曜日別手術枠スケジュールの変更を行い、各診療科からの要望に柔軟に対応できるよう調整をした。また、患者さんのニーズに対応するため休日・祝日（計5日間）にも定期手術を実施した。

オカレンスレポート件数

手術で発生する有害事象（オカレンス）を職種別に分類し、術中および術後に発生した項目を確認し医療安全管理部に発生情報を速やかに報告するシステムを構築した。



2016年度からオカレンスレポートを導入し、できるだけその日のうちに全員に周知・検討してきた。日々発生する有害事象のうち、“患者さんへの影響が少ない事象”に対しても検討することで、ハイレベルの事故防止に繋がると考えている。また、オカレンスレポートの件数が多いほど、重大事故の防止に繋がると考え、報告目標数を設定し、その結果2016年・2017年ともに目標値の400件を超えることができた。

手術センターの変遷

2012年	手術室を14室→15室に増室
2013年	ハイブリッド手術室運用開始
2015年	ダ・ヴィンチ手術開始
2016年	手術室を15室→16室に増室
	TAVI手術開始
2017年	手術室を21室に増室（周産期室含む）
	麻酔管理システムの更新

ロボット支援手術（ダ・ヴィンチ）の拡大

2015年7月	前立腺悪性腫瘍手術
2016年5月	腎悪性腫瘍手術
2017年1月	胃全摘術
3月	子宮全摘術
2018年以降（今後の予定）	膀胱及び食道悪性腫瘍手術
	直腸切除・切断手術
	子宮悪性腫瘍手術
	（2018年10月末で300症例超見込み）

全身麻酔件数

●DPC全身麻酔件数ランキング（全国）　出典　厚生労働省 診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会 2016年度退院患者調査

順位	施設名	2016年度全麻件数	2015年度	2014年度
1位	順天堂大学医学部附属順天堂医院	8,426	7,592	7,502
2位	有明病院	6,711	6,238	5,927
3位	東京慈恵会医科大学附属病院	6,668	6,463	6,288
4位	慶應義塾大学病院	6,420	6,332	6,206
5位	大阪市立総合医療センター	6,041	5,714	5,662
6位	北里大学病院	5,743	5,807	4,722
7位	倉敷中央病院	5,676	5,534	5,309
8位	東京大学医学部附属病院	5,626	5,643	5,434
9位	日本医科大学付属病院	5,607	5,523	5,298
10位	総合病院聖隷浜松病院	5,503	5,261	5,370

手術室は2016年度に全16室に増え、麻酔科医数も23人に増えたため、麻酔科医、看護師、臨床工学技士のチーム医療により、増室した手術室を有効活用しながら、定期手術のみならず多くの緊急手術にもできるだけ早く対応し、効率的な手術室運営を行った結果と考えられる。

Plan（計画）

オカレンスレポート
- 有害事象を的確に把握できる体制整備
- 年間報告目標数400件以上

手術件数
- 手術室を効果的に運用した場合の件数を試算
- 1部屋あたり約600件×20室＝12,000～13,000件

Do（実行）

オカレンスレポート
- 発生した事象に対して速やかな情報共有
- 毎朝手術センター管理者ミーティングにて報告

手術件数
- 毎月の診療科別手術件数を集計・報告
- 4室増室に向けたスケジューリング

Check（評価）

オカレンスレポート
- オカレンス内容を確認し、詳細なインシデントレポートとして報告の要・不要を確認
- 毎月オカレンス件数のデータを会議にて報告

手術件数
- 手術枠スケジュールの再調整

Action（改善）

オカレンスレポート
- 大きな有害事象を防ぐため、継続してオカレンスレポート内容を評価・分析

手術件数
- 月別診療科別手術件数の集計

●TQM委員会より

昨年度からの手術室増室と相まって手術件数が約1,000件増加するなど、手術室の効率運用の結果が現れており、全身麻酔件数は全国5位、西日本1位となっています。また手術室での有害事象もオカレンスレポートを導入しQI活動も積極的に展開されています。今後、各外科系診療科との一層の協調体制や、オカレンスレポートの分析などにより効率的、安全かつ質の高い運用をお願いします。

C-3 入院患者の口腔機能管理

成果指標 Outcome

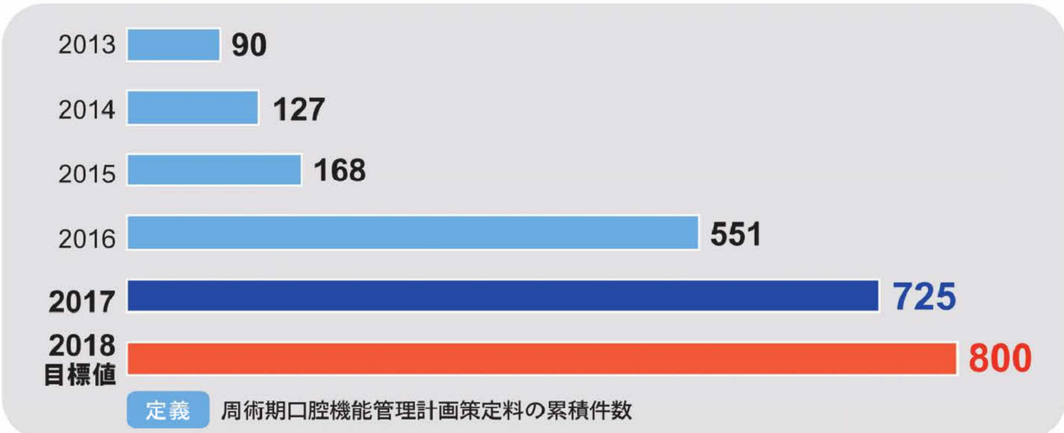
口腔ケアチーム

代表者：大石 建三　クオリティマネージャー：佐野 寿哉
歯科医師6名・歯科衛生士6名

口腔ケアチームは歯科医師・歯科衛生士が中心となり入院患者の口腔内チェックや口腔環境整備、口腔衛生環境の改善・維持することにより、合併症の予防やQOLの向上を図り円滑な医療の提供を支援する目的に活動しています。

周術期口腔機能管理

悪性腫瘍に対する手術や心臓血管外科・脳卒中等の手術、化学療法や放射線療法、造血幹細胞移植や臓器移植、緩和ケアなどを実施する患者に対して行う口腔ケア。周術期口腔ケアをする事によって在院日数短縮化や合併症軽減による医療費削減等の効果が期待されている。

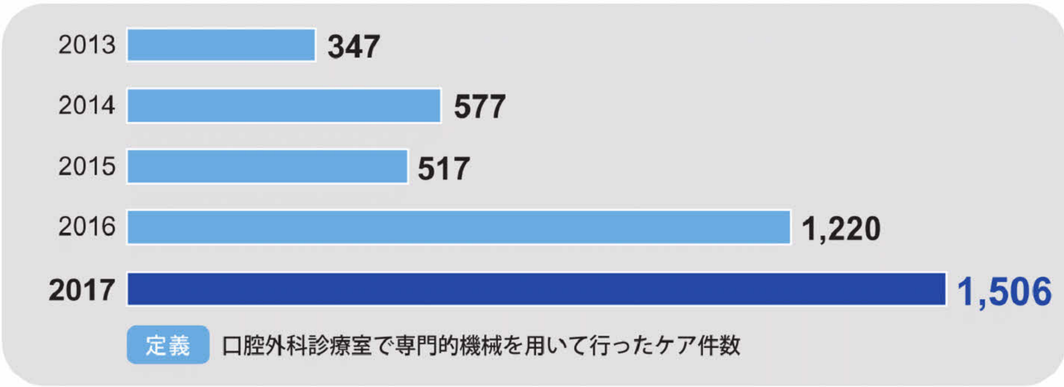


周術期等口腔機能管理を行う目的

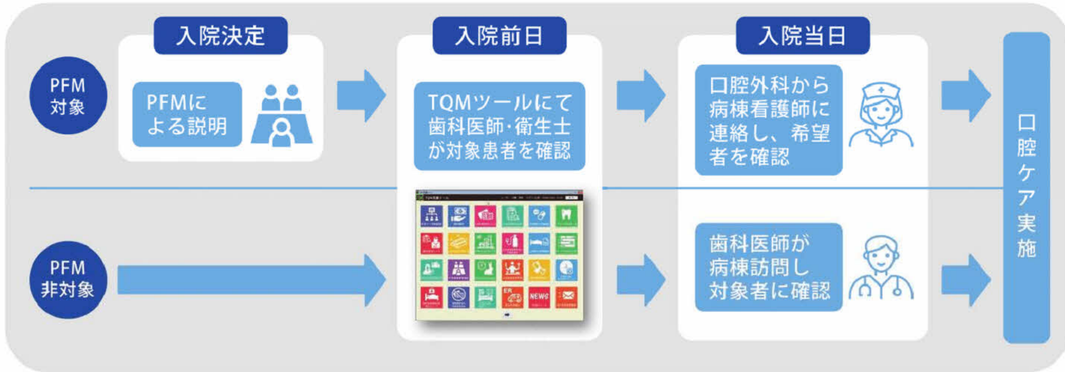
- 歯科疾患を有する患者や口腔衛生状態不良の患者における口腔内細菌による合併症（手術部位感染、病巣感染）、手術の外科的侵襲や薬剤投与等による免疫力低下により生じる病巣感染、人工呼吸器管理時の気管内挿管による誤嚥性肺炎などの術後合併症の予防
- 脳卒中により生じた摂食嚥下障害による誤嚥性肺炎や術後の栄養障害に関連する感染症などの予防等

口腔ケア件数（周術期口腔機能管理含む）

周術期口腔機能管理対象患者だけではなく、全入院患者を対象とし、歯科医師の診察や歯科衛生士による口腔清掃指導・専門的機械清掃を施し、あらゆる疾患に対してQOLの向上を計る目的としている。



入院決定からケアまでの流れ

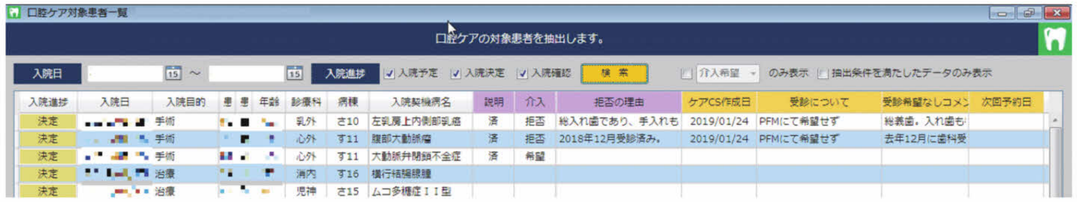


活動内容

- 外来口腔ケア、病棟往診口腔ケア
- 4日 / 週に口腔ケアラウンド、外来口腔ケア、ピックアップ（周術期等口腔ケア未介入の方への声かけ）
- 他職種カンファレンスの参加、看護師や患者に向けた口腔ケア学習会の開催
- 口腔ケア対象患者抽出ツールをTQMセンターと共同開発し運用開始

TQM支援ツール【口腔ケア対象患者抽出ツール】について

指定した期間に入院される患者を一覧表示。入院記録やPFMの問診記録などのデータを参照し、対象者や口腔ケア希望者を抽出する仕組み。



「口腔ケア対象患者抽出ツール」を使用することにより、周術期口腔ケア対象患者のピックアップ時間が少なからず短縮されている。

今年度の取組み

- PFMにて対象患者への口腔ケアの重要性説明とケア介入希望確認開始
- 口腔ケア対象患者抽出ツールに反映し、ケア希望抽出作業の効率化を図る

TQM委員会より

口腔ケア件数は飛躍的に増加しており、口腔ケアチームによる積極的な取り組みが効果を上げていると考えます。今後はツールの使用による効率化と引き続き継続的な活動を期待しています。また、この取組みにより様々な効果が期待されます。その評価についても今後よろしくお願いいたします。

C-4 質の高いリハビリテーション医療の提供

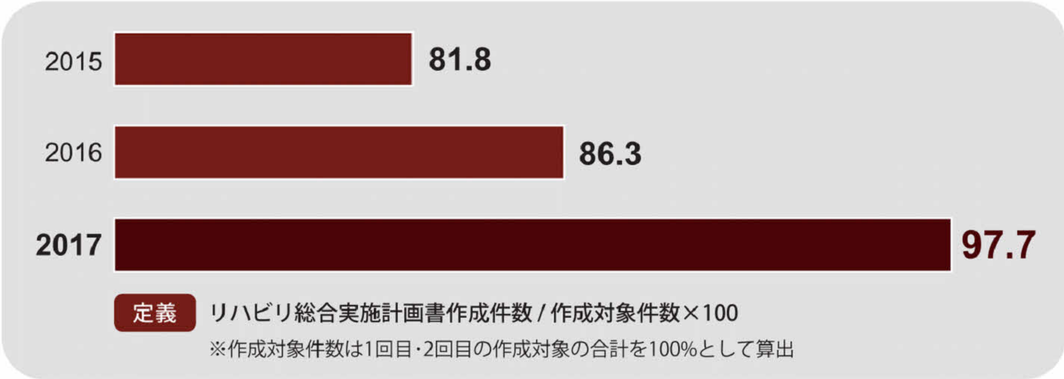
成果指標 Outcome

リハビリテーション部

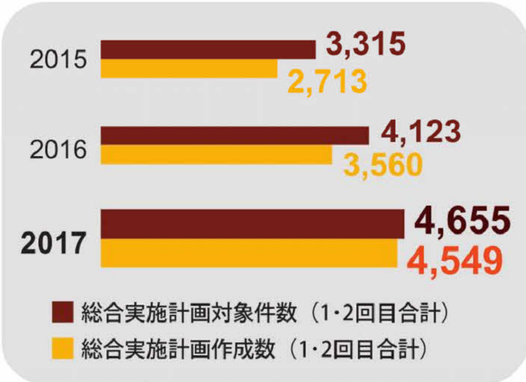
代表者：中野 勉　クオリティマネージャー：森本 雄司
理学療法士25名・作業療法士6名・言語聴覚士10名

リハビリテーション医療は、チームアプローチとして、多職種が共同してリハビリ総合実施計画書を作成し、カンファレンスを行い、患者・家族に説明・署名を得ることが必要とされる。本計画書の作成は、1か月に1回の作成（算定）が可能であり、2015・2016年度は主に初回のみの実施にとどまっていた。2017年度より、月をまたいでの入院継続患者に対しても、2回目の作成を積極的に行うことに取り組み、どの程度作成できているかを比較した。

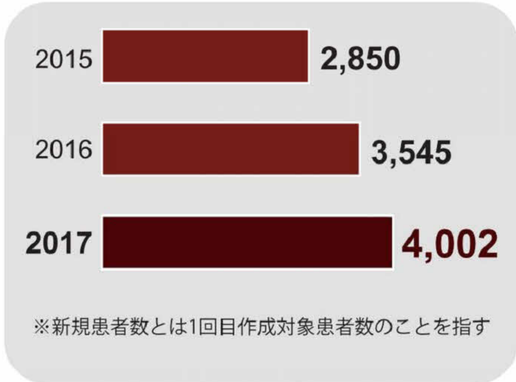
リハビリ総合実施計画評価の作成率



リハビリ総合実施計画書の作成実施件数



新規患者数



総合実施計画書の作成件数は、2回目も算定が可能であることを各スタッフに周知し、積極的に作成するように働きかけに努め、部内全体および一人当たりの作成件数をスタッフに分かるようにリハビリテーション部内に貼りだしを行った。作成率は、97.7%に上昇となったが、今後も充実したリハビリが遂行できる様に、月末や月初めにはスタッフへ声掛けを実施していく。

目的

- 多職種での患者情報の共有
- 効果的で効率的なリハビリ医療の提供
- 収益の確保

主な課題

- カンファレンス未実施病棟や科への運用方法の検討
- 作成・実施漏れ防止のシステム構築
- 作成・実施が困難な患者の条件整理

リハビリ総合実施計画書の作成の運用手順

1
- 療法士（理学・作業・言語聴覚士）が、訓練開始後の可能な限り早期に「リハビリ総合実施計画書」を準備

↓

2
- カンファレンス前に、各職種（医師・看護師・MSW）は、必要箇所に入力

↓

3
- 病棟及び診療科にて、多職種カンファレンス実施
- リハビリテーション医療の目標・必要性・リスク・効果・病棟での状況等について共同して評価

↓

4
- 患者・家族に説明・同意・署名受領

↓

5
- 翌月にもリハビリテーションが継続する場合は同様に作成し、患者に署名受領

現状の問題

- 他職種との連携・相談・確認が不十分
- カンファレンス等、診療録への記載が不十分

再検討すべき問題点

- 医事課を含めた病院全体での取り組み
- カルテ記事などの記入と重複する箇所があり、効率的なシステムの見直し

Plan（計画）

- 多職種連携による、質の高い医療の提供
- 2回目も積極的に実施することの推進

Do（実行）

- 定期的なスタッフへの前月実施件数報告
- 未実施患者の確認と担当者への促しの複数回実施

Check（評価）

- 計画評価の作成率は向上した
- 2回目の評価作成の取り組みを始めている

Action（改善）

- スタッフへの促しを今後も継続する
- 医事へ未実施分報告の協力依頼を検討
- 作成手順・運用の根本的な見直しが必要

● TQM委員会より

リハビリ分野でのニーズの増加に対応するべく積極的に活動していることがわかります。また、リハビリが必要な方に適切に、早期にリハビリ依頼ができ、早期介入、早期退院につながるような更なるシステム改善と周知徹底に努めてください。