



大阪市立総合医療センター
Osaka City General Hospital

QI Review 2023

医療の質カイゼン
への取り組み

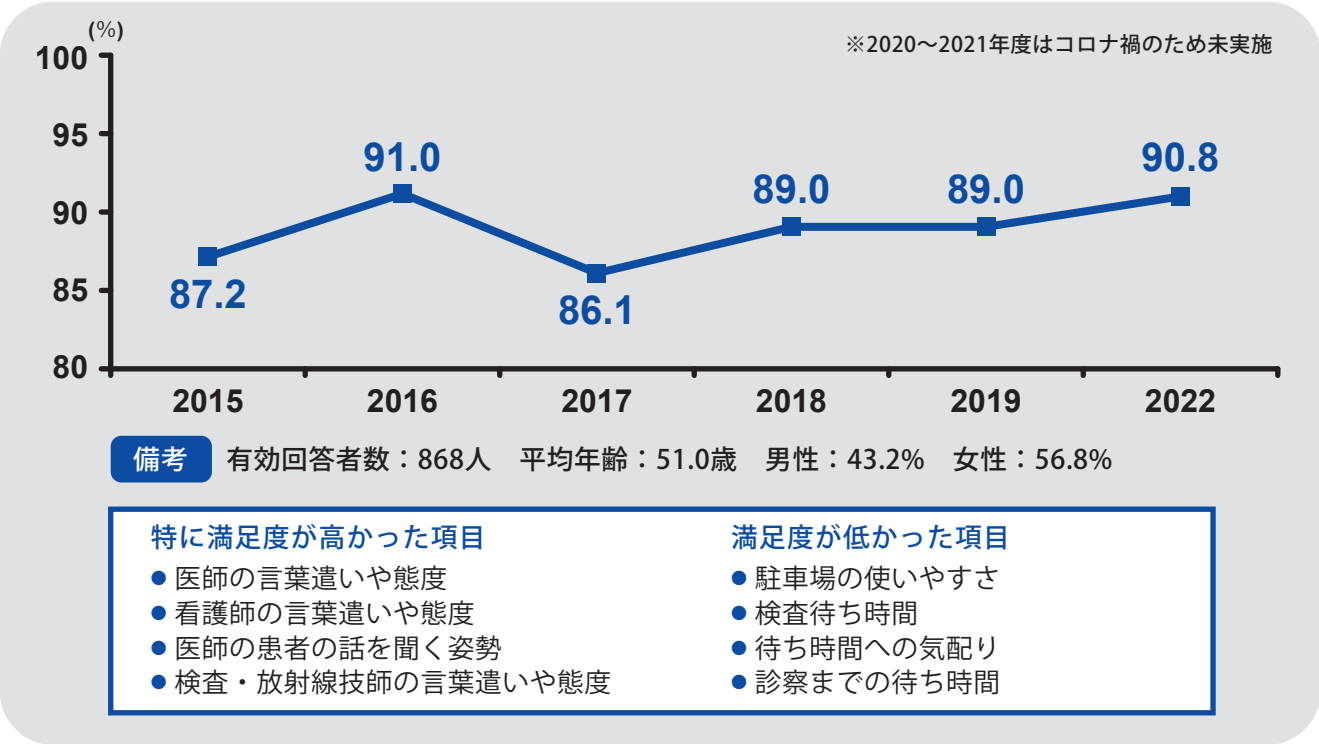
監修・編集 **TQM 委員会**

冊子刊行にあたって	TQMセンター長：金沢 景繁
患者アンケート調査における総合満足度	患者サービス向上委員会：河本 隼人
初期研修医一人当たりの指導医数	教育研修センター：北澤 剛
研修医マッチング率（定員充足率）	教育研修センター：北澤 剛
紹介率・逆紹介率	地域医療連携センター：古西 由紀子
看護職員の離職率	看護部：松田 由紀子
年間手術件数	手術センター：三木 泰子
オカレンスレポート件数	手術センター：三木 泰子
インシデント・アクシデント報告数	医療安全管理部：嵐 大輔
入院患者の転倒・転落発生率	転倒・転落防止対策チーム：中岡 真佐美
PFM問診患者の入院時支援加算算定率	入退院センター：皆吉 和美
病棟薬剤師による処方提案件数	薬剤部：福田 章子
子どもサポートチーム介入依頼相談件数	子どもサポートチーム：堀 悠木
周術期等口腔機能管理介入件数	口腔ケアチーム：佐野 寿哉
血液培養実施数 / 2セット率	中央臨床検査部：藤川 康則
MRSA感染率 / MRSA院内発生率	ICT（感染制御チーム）：白野 倫徳
カルバペネム系抗菌薬のAUD	ICT（感染制御チーム）：白野 倫徳
ストーマサイトマーキングの施行率	ストーマケアチーム：松村 重光
摂食嚥下リハビリテーション施行者数	摂食嚥下支援チーム：大室 愛子・池田 しのぶ
NSTラウンド件数	NST（栄養サポートチーム）：杉本 真一
DCT介入依頼件数	DCT（周術期血糖コントロールチーム）：玉井 杏奈
緩和ケアチーム依頼件数・意思決定支援件数	緩和ケアチーム：石倉 知佳
精神科リエゾン新規依頼件数	精神科リエゾンチーム：福岡 敦子
認知症ケアサポートチーム介入件数	認知症ケアサポートチーム：寺内 宏恵
ECT相談件数	ECT（倫理コンサルテーションチーム）：豊島 美樹
AND(DNAR)入力率 / 急変時ケア計画書作成率	ECT（倫理コンサルテーションチーム）：豊島 美樹
がんに関する相談対応件数	がん医療支援センター：加藤 智永子
褥瘡推定発生率	褥瘡対策チーム：藤原 裕子
RST介入件数 / 人工呼吸離脱率	RST（呼吸サポートチーム）：丸山 純治
クリニカルパス適用率	クリニカルパス委員会：西山 由佳里
★術後疼痛管理チーム紹介	術後疼痛管理チーム：西村 佑太
TQMツール開発件数・実績紹介	TQMセンター：井藤 秀明

2022年度 新型コロナウイルス感染症の影響

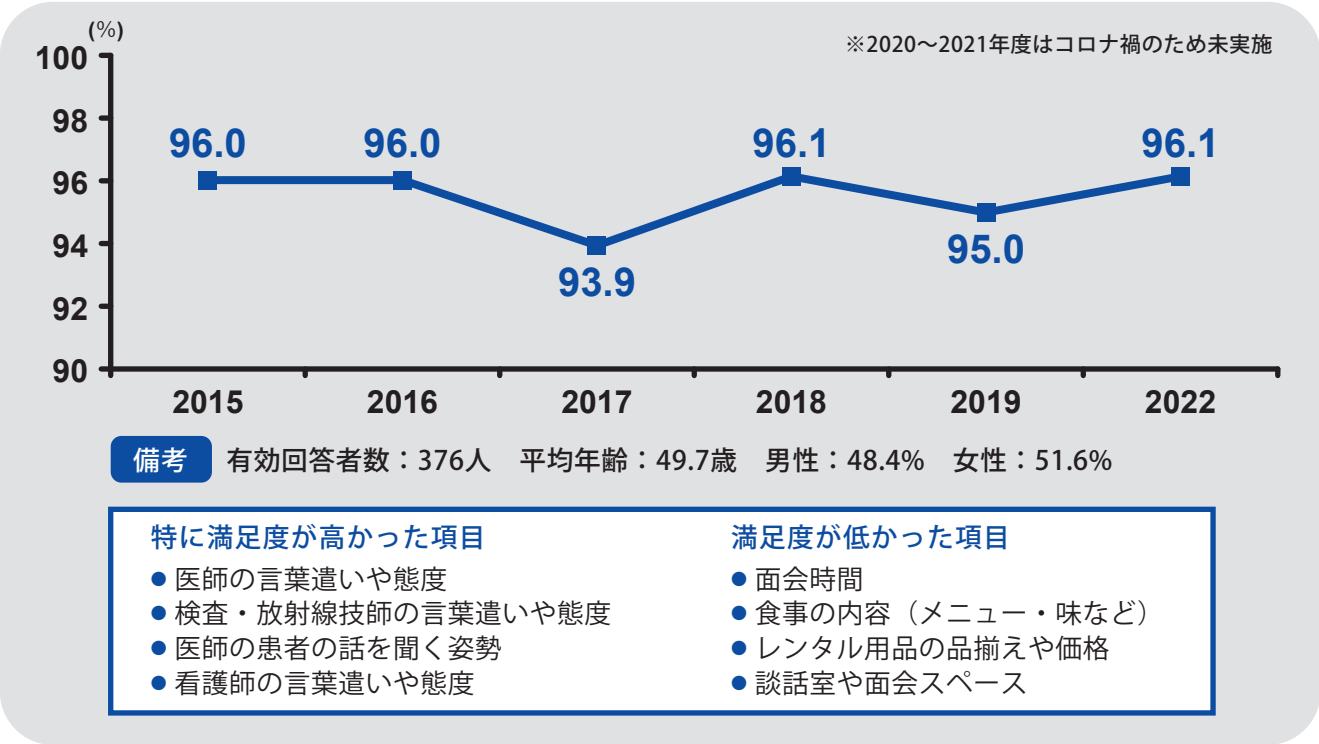
外来患者満足度調査アンケート結果

2022年11月14日から18日にかけて、のべ901人の外来患者を対象に行われた外来患者満足度調査アンケートのうち、回答結果が「非常に満足」「満足」の割合



入院患者満足度調査アンケート結果

2022年11月14日から12月2日にかけて、のべ384人の入院患者を対象に行われた入院患者満足度調査アンケートのうち、回答結果が「非常に満足」「満足」の割合

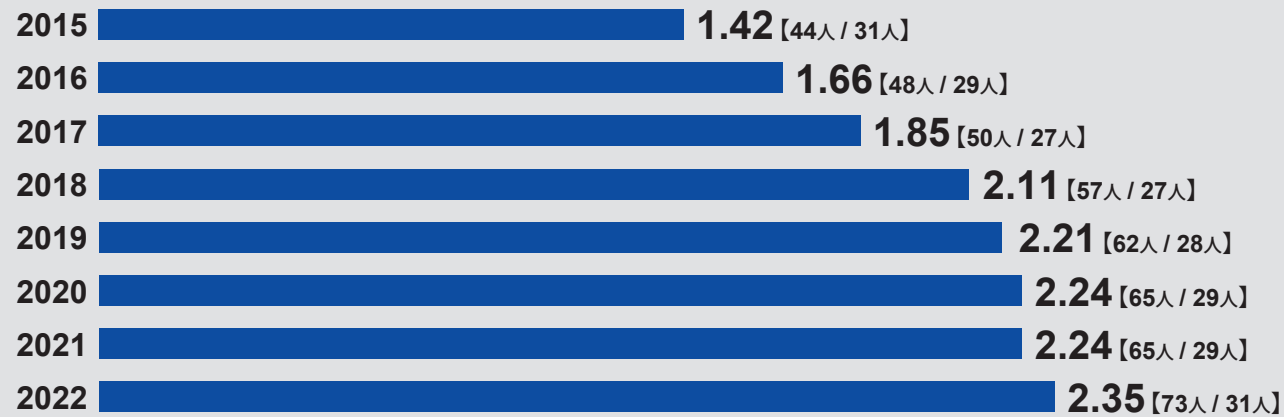


● TQM委員会より

2019年度と比較して、外来・入院とも評価は上昇しており、特に接遇面で満足度が高かったことが評価できます。今後も患者さんへの声掛けや話を聞く姿勢を続けて欲しいと思います。待ち時間の解消については今後も取り組んで行くことを期待しています。

臨床研修病院入院診療加算の施設基準に研修医の数と指導医（臨床経験が7年目以上）の人数を届出する。指導医養成講習会で明確化した指導内容・方略を身につけた指導医が数多くいる施設は、それだけで研修医指導を重視しており、優れた医療の提供に真摯に取り組んでいる施設であるといえる。

初期研修医一人当たりの指導医数

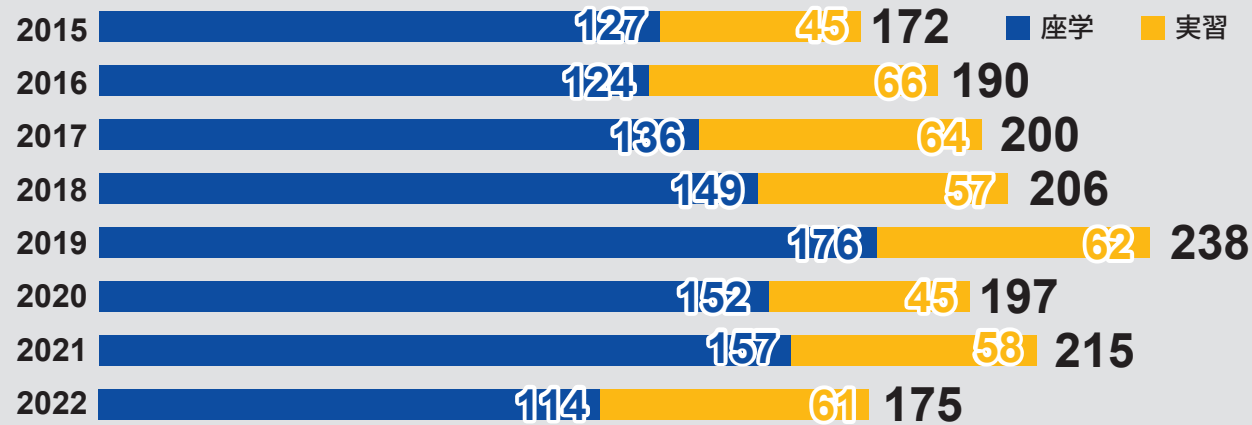


定義 指導者講習会を受講済みの指導医数 / 初期研修医（1年目と2年目の合計人数）

指導医の増加を図って指導医を育成・確保したことと、個人の講習受講を確認したため、2022年度は指導医が73名で研修医の採用数は増加しながらも、一人当たりの指導医数も2.35人に上昇した。

研修医対象講座開催数

研修医が1人前の医師として安全で快適な医療を提供できるよう育成するためには、幅広く標準化した知識・技能を修得できるよう指導することが必要である。



定義 1年間に研修医を対象に行った講座（座学・実習）の総数

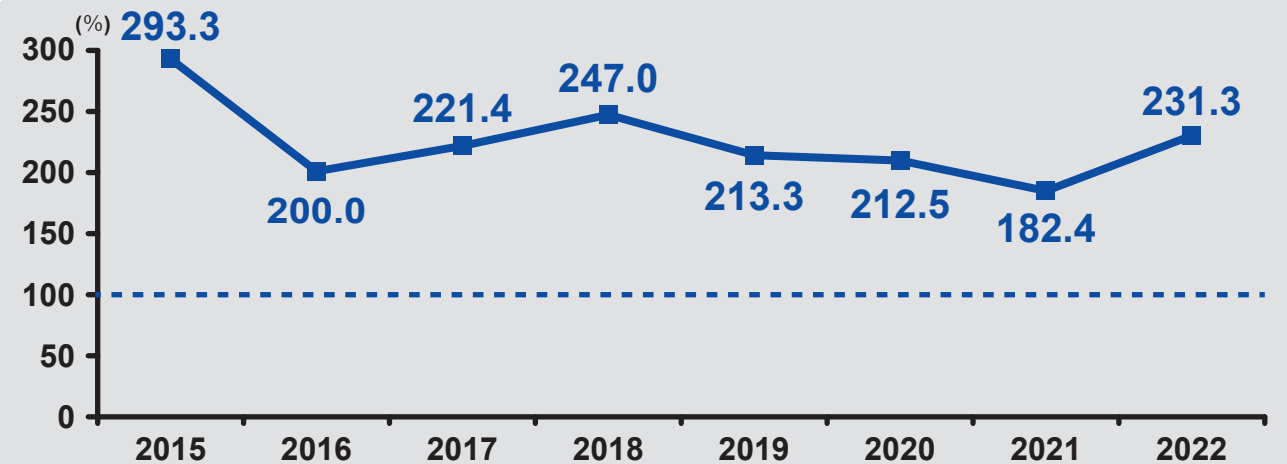
2020年度途中より感染対策を行いながら研修を実施している。2021年度と比較すると、イブニングレクチャーの専門講義を廃止し、症例検討会のみ開催している。働き方改革実施のため、集合する研修は短時間で質を高めるようにし、自己研鑽の時間を確保できるようにした。

● TQM委員会より

臨床研修病院として指導医の確保は大切であり、経年経過で研修医一人あたりの指導医数が増加していることは素晴らしいと思います。引き続き、質を担保した指導医養成をよろしくお願いいたします。研修医対象講座開催回数は減っていても、一回あたりの研修医の参加人数は増えているのではないのでしょうか。引き続き、質を高めた研修をよろしくお願いいたします。

「研修医マッチング」では、研修希望者により提出された希望順位表をもとに、当院の研修プログラムを第1希望にしている参加者数が中間公表される。そのため、この指標が高いということは、当院での研修に意欲のある若手医師が多いということであり、充実した研修環境であるといえる。

研修医マッチング率（定員充足率）



定義 1位希望人数 / 募集定員 × 100

臨床研修病院マッチングランキング

年度	参加病院数(全国)	大阪府	全国	1位希望人数	募集定員	定員充足率
2015	1,023	1位	4位	44人	15人	293.3%
2016	1,027	4位	26位	30人	15人	200.0%
2017	1,022	8位	23位	31人	14人	221.4%
2018	1,025	2位	15位	37人	15人	247.0%
2019	1,020	2位	21位	32人	15人	213.3%
2020	1,017	1位	28位	34人	16人	212.5%
2021	1,021	7位	40位	31人	17人	182.4%
2022	1,024	4位	18位	37人	16人	231.3%

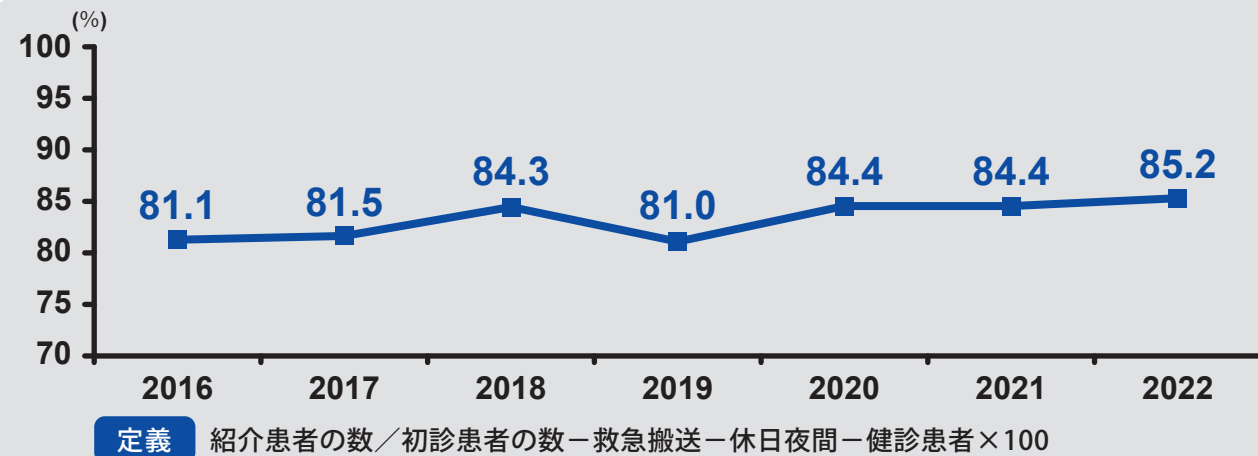
医学生を対象にした見学会を実施し、そのアンケート内容を基に内容の見直しを行い、内容の充実に努めている。また、年々採用数が増加しており、志望者数を増加させないとマッチング率は減少するので、医学生対象病院見学会の内容を充実させ医学生の要望に応える。

● TQM委員会より

研修医マッチング率はコロナ禍に一時的に低下しましたが、今年度は上昇し、当院の充実した研修制度が見学会などでアピールできている結果と言えます。また、大阪府のみならず全国的にも高い水準であることは当院の医療レベルの高さの反映でもあり、これからも頑張ってください。

紹介率

紹介患者とは地域の診療所や他の病院から紹介状を持参し、当センターを受診された患者を指す。

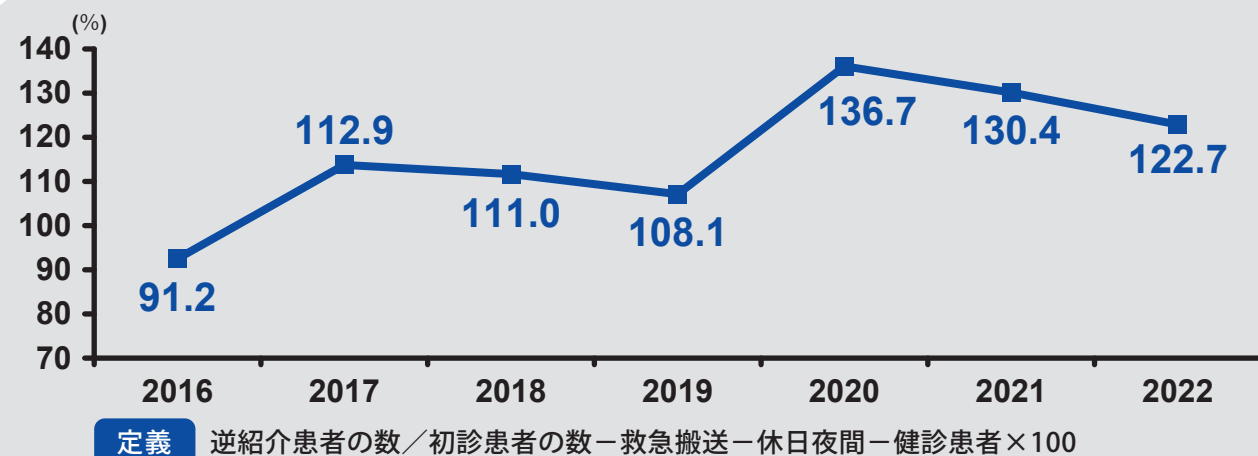


高度な医療を必要とする地域住民が、速やかに治療を受けられるよう、以下の内容を継続実施した。

- 地域の医師が当院医師に、直接緊急診療要請できる体制
- 地域医療連携室に看護職員を配置し、迅速に緊急診療要請に対応できる体制
- ネットワーク活動や医療機関訪問を継続し、連携に関する情報交換を行う

逆紹介率

逆紹介患者とは、当院での急性期医療が終了し、地域の診療所や他の病院へ紹介状を作成し、継続診療をお願いした患者を指す。



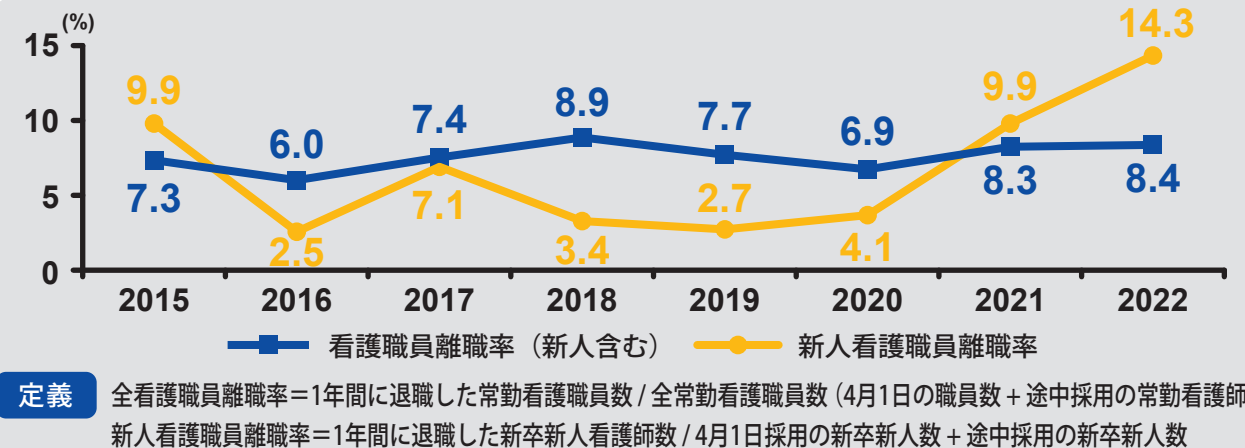
ネットワークを推進し、地域の病院、診療所と顔の見える関係性を継続したことで、円滑な逆紹介に繋がっている。

● TQM委員会より

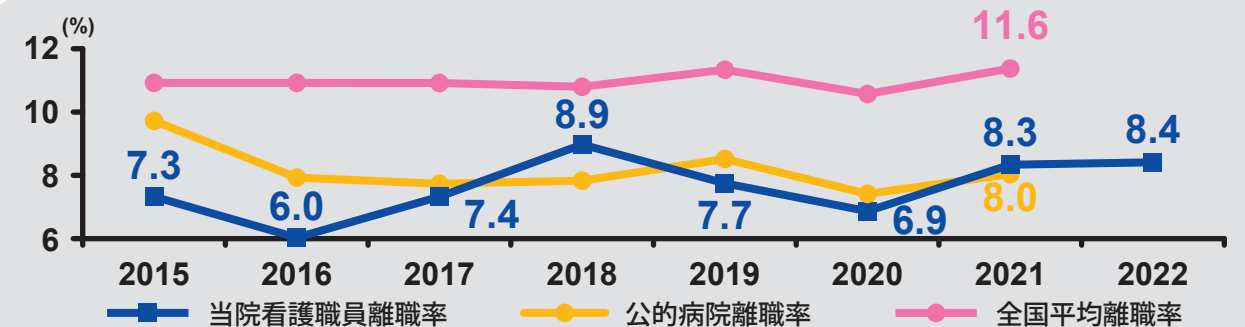
当院は地域医療機関とのネットワークの推進や他院・他診療所との顔の見える関係を継続した結果、高い紹介率と逆紹介率を維持できています。コロナ蔓延後もさらなる努力を継続し、今後の地域医療構想にしっかりと対応していくことが求められます。

看護職員は病院の中で最も多い専門職である。また、効率的かつ質の高い医療を提供を支える重要な役割を担っている。そのため、看護職員が定着することは、質の担保になり、優秀な人材を育成することにつながる。

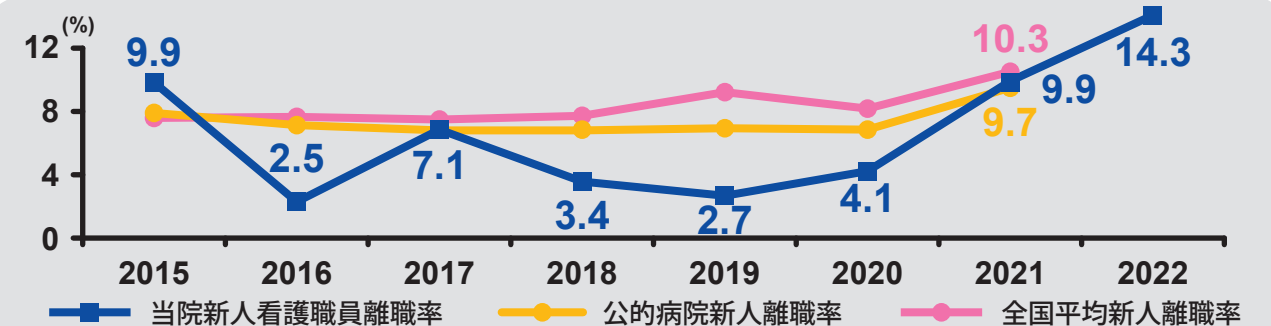
看護職員の離職率（当院）



看護職員の離職率（全国比較）



新人看護職員の離職率（全国比較）



離職率の推移

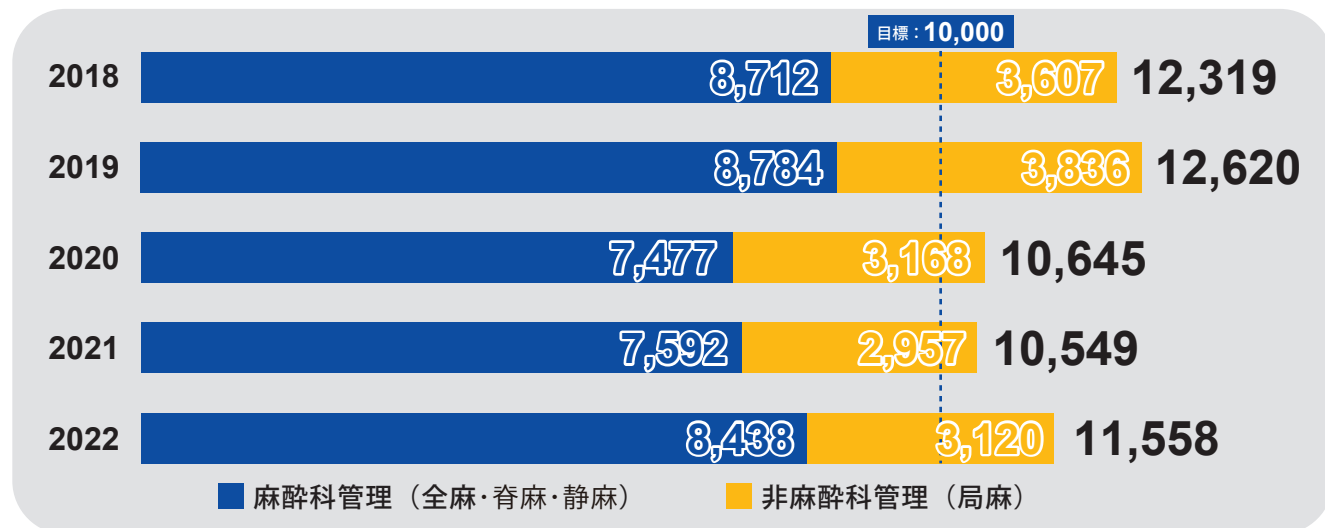
今年度も新型コロナウイルス感染症対応が続き、メンタル不調者の増加が考えられる。新人の離職率上昇については、コロナ禍で病院実習が少ないことは把握していたため、病棟でのシャドウ研修期間を増やし、当院の環境や患者との接し方の体験を増やした。しかし急性期病院の実態をイメージできないことや自らが思い描く看護のイメージとのギャップからリアリティ・ショックが起き、離職の原因になったと考える。今後も新採用者の支援強化やメンタルサポート対策・ワークライフバランスとして業務の効率化、時間外勤務の削減などに取り組み心身のサポートをすることが必要である。キャリア開発ラダーに基づき、一人ひとりのライフスタイルに応じた支援を行った。また、子育て世代の支援など多様な働き方を推進した。

● TQM委員会より

アフターコロナにおいて看護師の離職率は横ばいですが、新人看護師の離職率が前年と比べ約1.5倍とさらに増加し、コロナ前より約5倍の離職率となっています。働き方の多様化や若年者の就業意識の変化をふまえ、離職防止のための課題解決に向けて病院全体で取り組んでいくことが重要です。

手術件数は病院機能を測る重要な指標である。2018年よりアンギオ室4室を手術センターとして一体化運用を開始し人材育成を計画的に実施することにより、シームレスな手術センター稼働率上昇を目指した。

年間手術件数



2022年7月に新型コロナウイルス感染拡大に伴う入院患者数の削減を目的とした手術枠制限が行われた。下半期は徐々に手術件数が増加し、前年度と比較し9.5%増の11,558件であった。

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 退院患者調査

	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度
全身麻酔	5位	5位	5位	5位	4位	11位	未発表
全件数	12位	12位	12位	13位	19位	23位	未発表

手術センターの変遷

- 2012年** 手術室を16室に増室(周産期室含む)
- 2014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17室に増室
TAVI手術開始
- 2017年** 手術室を21室に増室
麻酔管理システムの更新
- 2018年** 手術センター・血管撮影治療室の
一体化運用開始
- 2020年** ダ・ヴィンチXi 2台体制に更新
ダ・ヴィンチ手術の見学模範施設
(リファレンスセンター) に認定

ロボット支援手術(ダ・ヴィンチ)の拡大

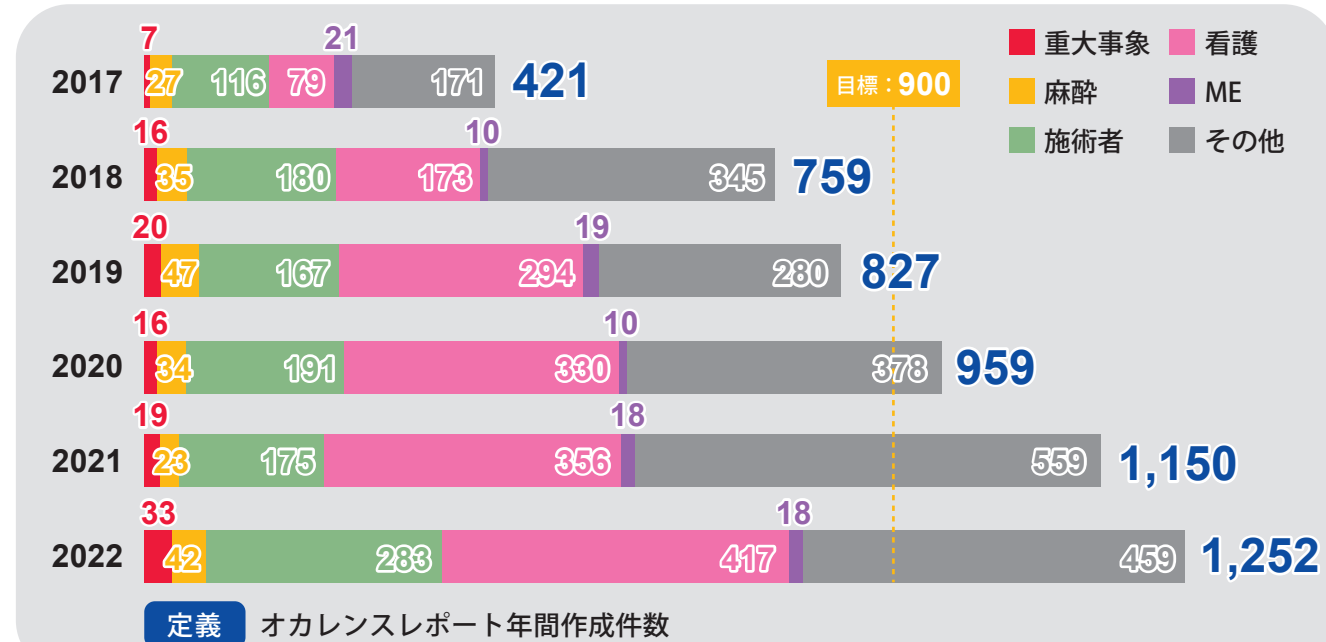
- 2015年7月** 前立腺悪性腫瘍手術
- 2016年5月** 腎悪性腫瘍手術
- 2017年1月** 胃全摘術
- 3月** 子宮全摘術
- 2018年4月** 膀胱及び食道悪性腫瘍手術
- 6月** 直腸切除・切断術
- 2019年3月** 肺葉切除術
- 2020年3月** 冠動脈バイパス術
- 8月** 腎盂形成術
- 12月** 手術件数1,000件達成
- 2021年9月** 子宮脱手術
- 2022年7月** 腓体尾部手術
- 8月** 肝臓部分切除

● TQM委員会より

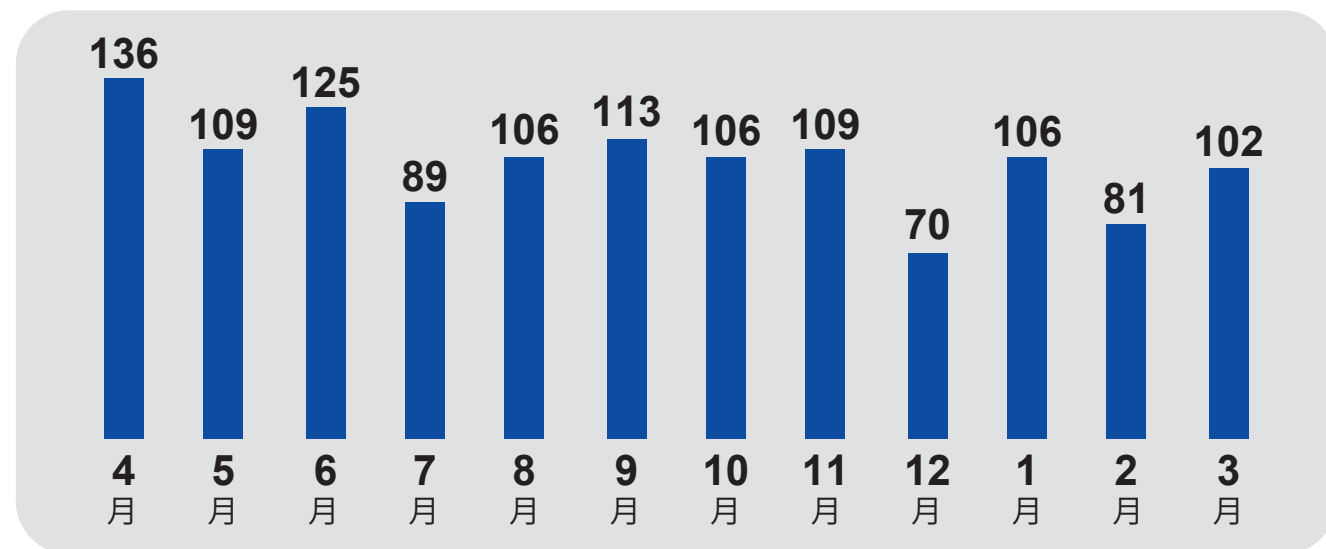
当院の年間手術件数は、コロナ患者診療による救急制限や手術制限に伴い、2020年、2021年と減少しましたが、2022年下半期より回復傾向にあります。ロボット支援手術も保険適応術式拡大の影響で増加傾向となり、次年度はコロナ前以上の増加が期待されます。

手術センターで発生した有害事象を担当者が速やかに登録しメールにて共有。翌日には医療安全管理部に発生情報を報告し、検証を行っている。積極的に報告する風土があり、報告件数が増加している。

オカレンスレポート件数 (分類別)



2022年度報告件数月別集計



透明性の高い部署として「報告する文化」を推進していくことができている。これまでに培われたオカレンス報告文化を今後も推進し、特に患者への有害事象や手術運営に影響のある事象はさらに積極的に報告するよう啓蒙する。特に、術前準備の確認不足(手術・麻酔・輸血同意書の不備)や診療材料の仕損を減少させることを重点課題とする。

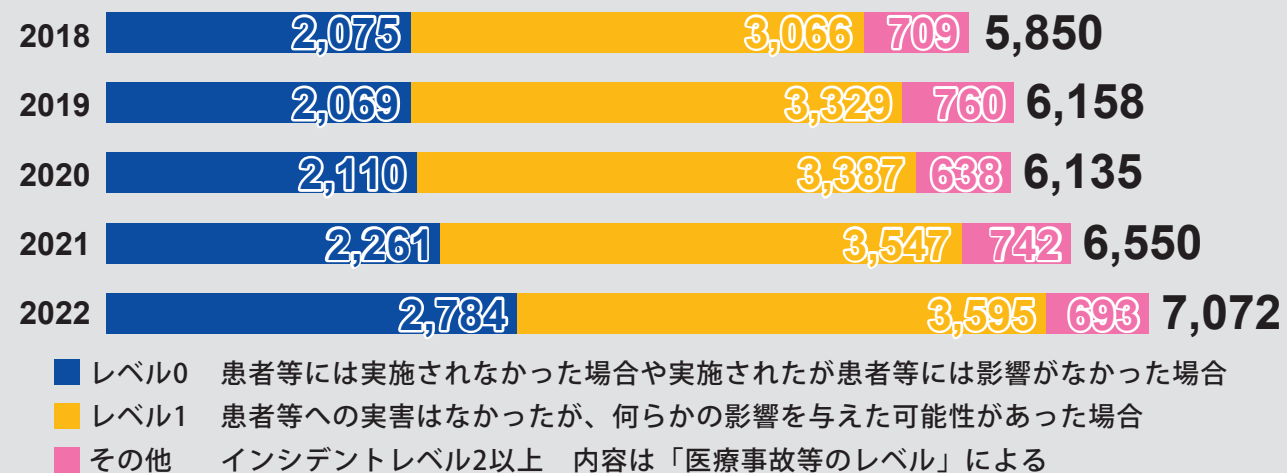
● TQM委員会より

コロナ禍の影響で手術件数が減少したり、各診療科や部門から医師や看護師がICUの応援に行くなど、様々な制約が有りましたが、その中でオカレンスレポート件数は順調に伸びており、「報告する文化」が浸透していることが伺えます。積極的な報告により、様々な課題の抽出や取り組みにも繋がっており、医療の質のさらなる向上が期待できます。

インシデント報告の意義は

- 事故の再発防止や改善に向けた情報収集ツール
- 施設内で患者に発生した有害事象を早期に把握する
- 組織内の安全文化を強固なものとする

とされている。



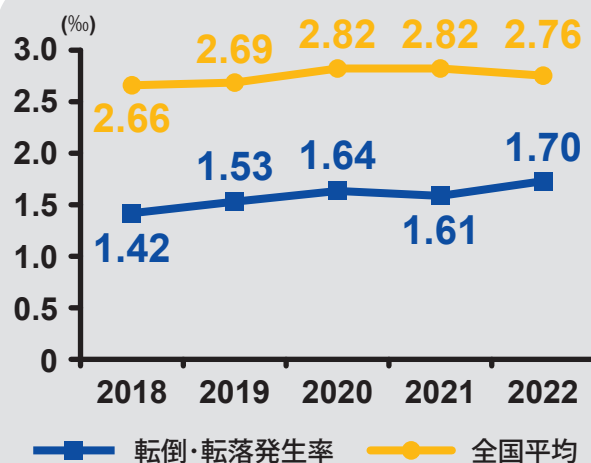
インシデントレポートは2016年度より幅広い視点で検証し対策を検討することを目的に多職種での事例検討会を導入し、検討会内容を自部署で共有してもらうようにしている。特に周知が必要な事例の概要と対策を医療安全ニュースで報告している。項目別に件数を集計し重要と考えられる事象にフォーカスして分析を行いその結果を委員会で報告、ナレッジで配信している。

転倒・転落防止対策チーム

入院患者の転倒・転落発生率

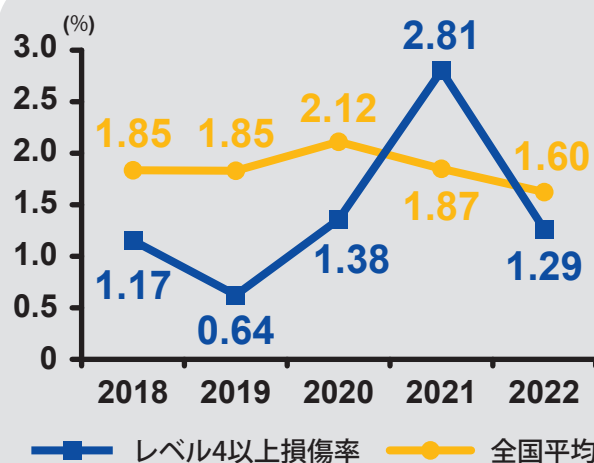
転倒・転落を0にすることは難しいが、その発生を可能な限り防ぐために、リスクを把握して予防に取り組む必要がある。また、転倒や転落が発生したとしても、患者に及ぶ影響を最小限にすることが重要である。入院患者数に対する転倒・転落発生率と転倒・転落に対する損傷発生率を指標とすることで、転倒・転落発生要因、損傷に至る要因を特定しやすくなる。事例分析から導き出された対策を実施し転倒・転落の発生を低減していく取り組みが、有害事象予防につながる。

転倒・転落発生率



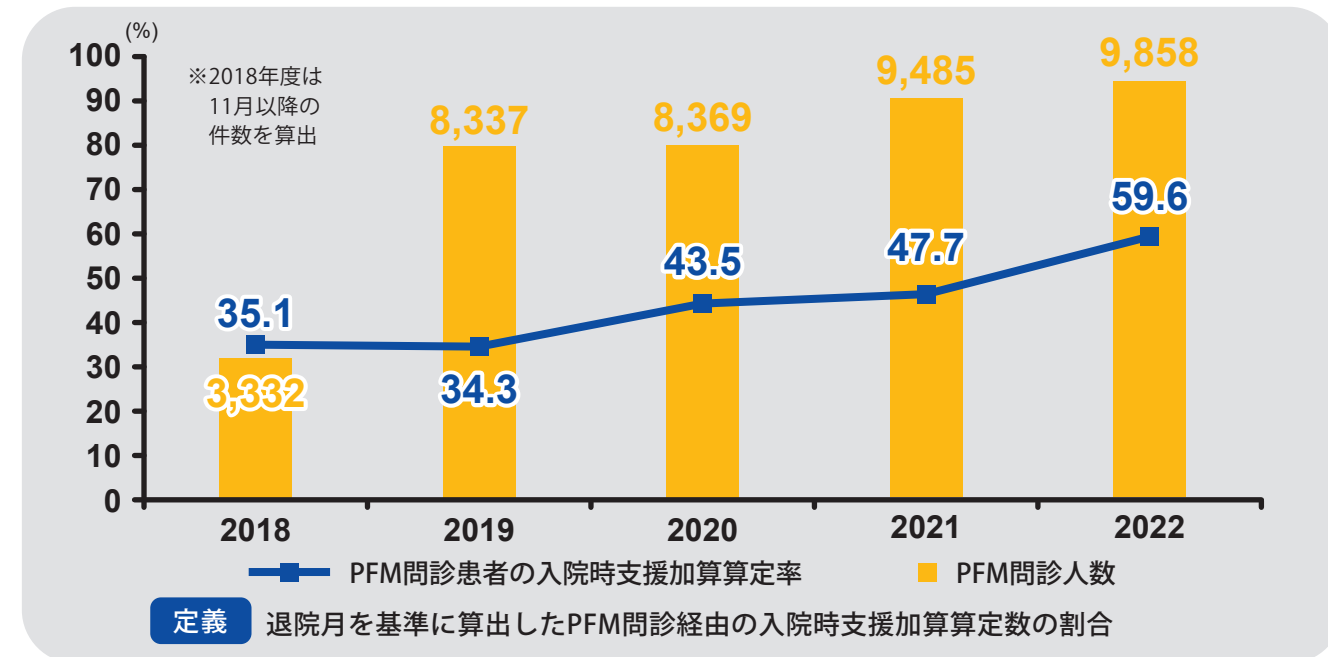
定義 入院患者に発生した転倒・転落件数 / 入院患者延べ数

転倒・転落に対するレベル4以上の損傷率



定義 損傷レベル4以上の転倒・転落件数 / 入院患者に発生した転倒・転落件数

入院時支援加算とは予定入院患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に支援を行い、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者および入院先の病棟職員と共有するもので、入退院支援加算に設定された加算である。

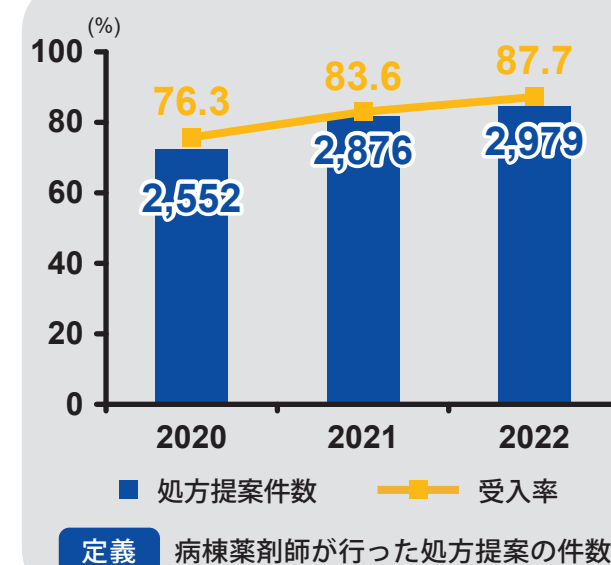


薬剤部

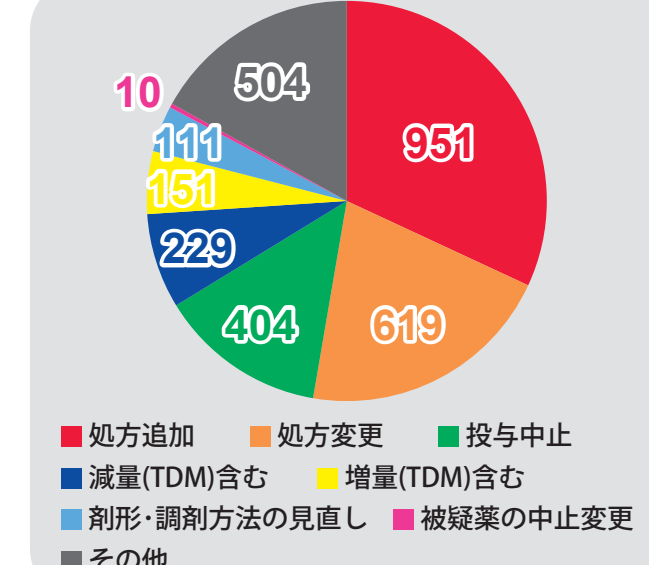
病棟薬剤師による処方提案件数

病棟薬剤師による処方提案を行うことは、薬物療法の有効性、安全性の向上につながる。病棟薬剤師が患者背景の把握や薬歴・持参薬の確認を行う病棟薬剤業務を導入している。その評価に基づく処方提案の件数と内訳を示している。

病棟薬剤師による年間処方提案件数

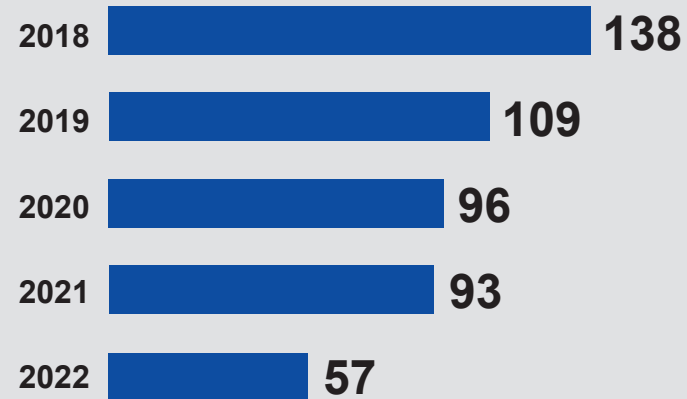


2022年度処方提案内容の内訳



子どもサポートチームは、子どもと家族の療養生活全般へのサポートや、関連する医療者へのサポートを行う役割を担っている。具体的には症状緩和や精神的ケア、家族ケア、プレパレーション・ディストラクションなどの支援を実施している。プライマリーチームからの依頼をもとに支援介入し、小児病棟に限らず重症病棟など様々な場所からの支援依頼がある。

介入依頼相談件数



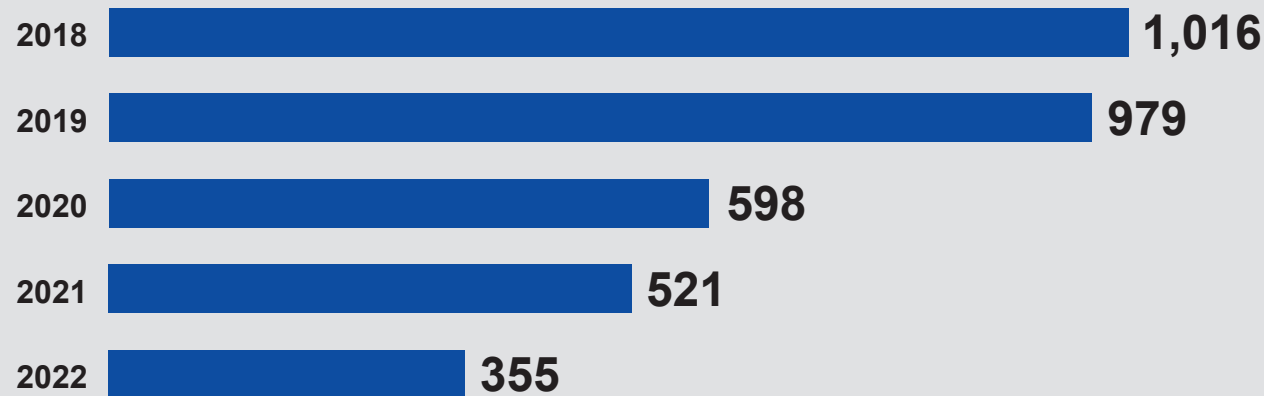
定義 緩和ケア管理システムへの介入依頼総数

2022年度 介入内容BEST5

順位	介入内容	件数
1位	患者のストレス緩和	32件
2位	家族への支援	22件
3位	成長・発達支援	16件
4位	患者への精神的ケア	15件
5位	患者への看護	5件
5位	精神症状への支援	5件

※複数の依頼含む

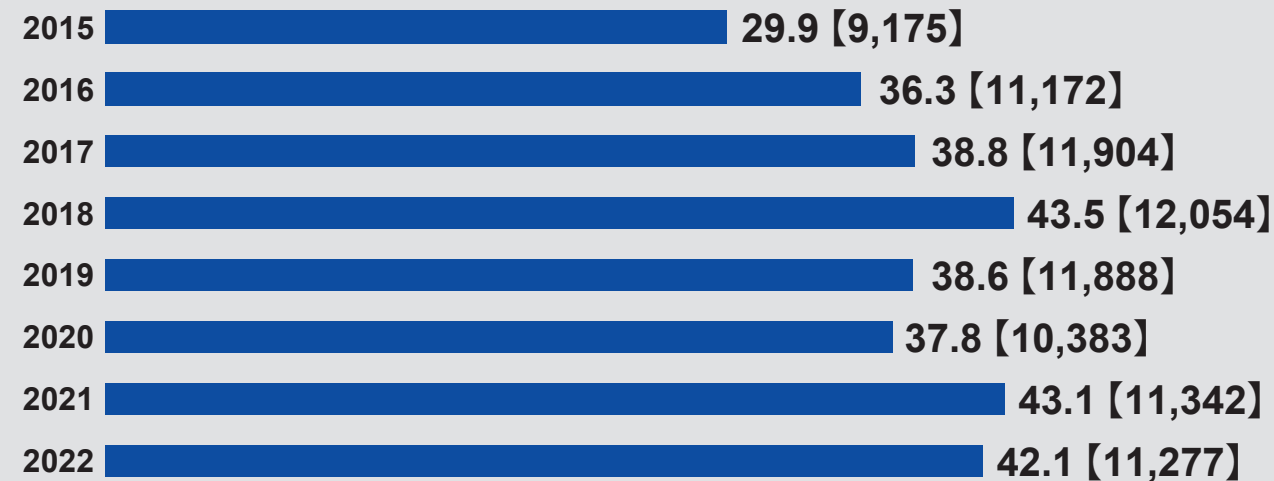
周術期口腔機能管理とは、悪性腫瘍に対する手術や心臓血管外科・脳卒中等の手術、化学療法や放射線療法、造血幹細胞移植や臓器移植、緩和ケアなどを実施する患者に対して行う口腔ケアである。周術期等に口腔ケアをする事によって在院日数短縮化や合併症軽減による医療費削減等の効果が期待されている。



定義 周術期口腔機能管理計画策定料の累積件数

血液は通常無菌状態だが、病原体が血液内へ侵入すると全身に広がり、菌血症や敗血症という重篤な感染症となり得る。速やかに血液培養を実施し、病原体を特定した上で抗菌薬を選択する必要がある。適切な培養検査が実施されていることは、適切な治療が行われている重要な指標の一つといえる。

1,000患者・日あたりの血液培養検査数【血液培養件数】



血液培養2セット率の推移

1セットのみの採取では起因菌の検出感度が低下するが、2セット施行した場合の検出感度は、1セットの場合と比べて約30%近く上昇したという研究報告がある。また、1セットでは培養の結果検出された微生物がコンタミネーションで検出されたか判断が困難なため、複数回採取の実施率をモニタリングすることは、感染症治療を行う上で非常に重要である。なお、小児の採取量に制限があるため、全体の2セット率は下がっている。



定義 同日2セット採取 / 血液培養提出数 × 100

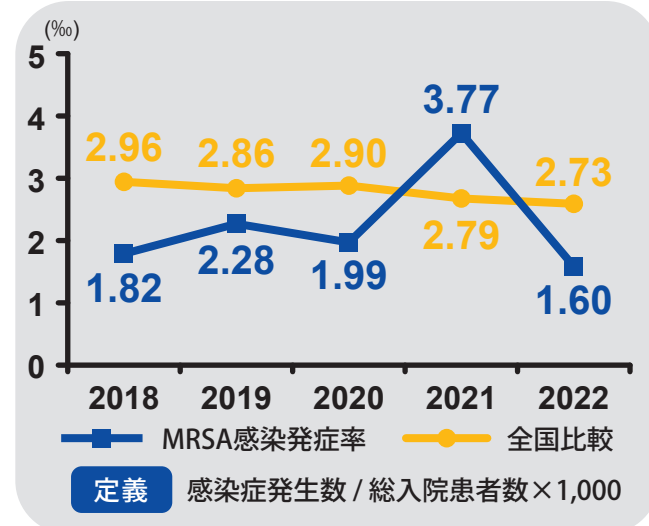
抗菌薬適正使用ラウンドにおいて、広域抗菌薬が投与されているにも関わらず血液培養が実施されていない症例については、ICT・ASTより小児系も含めて注意喚起を行った。

● TQM委員会より

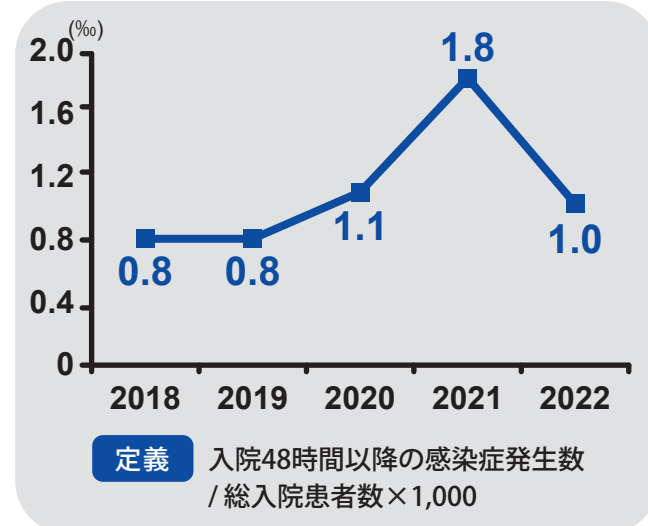
血液培養は、原因菌を特定し適切な治療につながる検査であり、適切な抗菌薬の選択は患者さんの予後改善や、薬剤耐性菌の発生抑制に寄与すると考えられます。引き続き、血液培養の重要性の啓発活動を行い、実施数・2セット率のさらなる向上をお願いいたします。

MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）は院内で医療従事者の手指や医療器具を介して水平伝搬し、抗菌薬の多用により増える傾向にあるため、日常的な標準予防策・接触予防策・抗菌薬適正使用の指標となる。

MRSA感染率（全体：持ち込み含む）

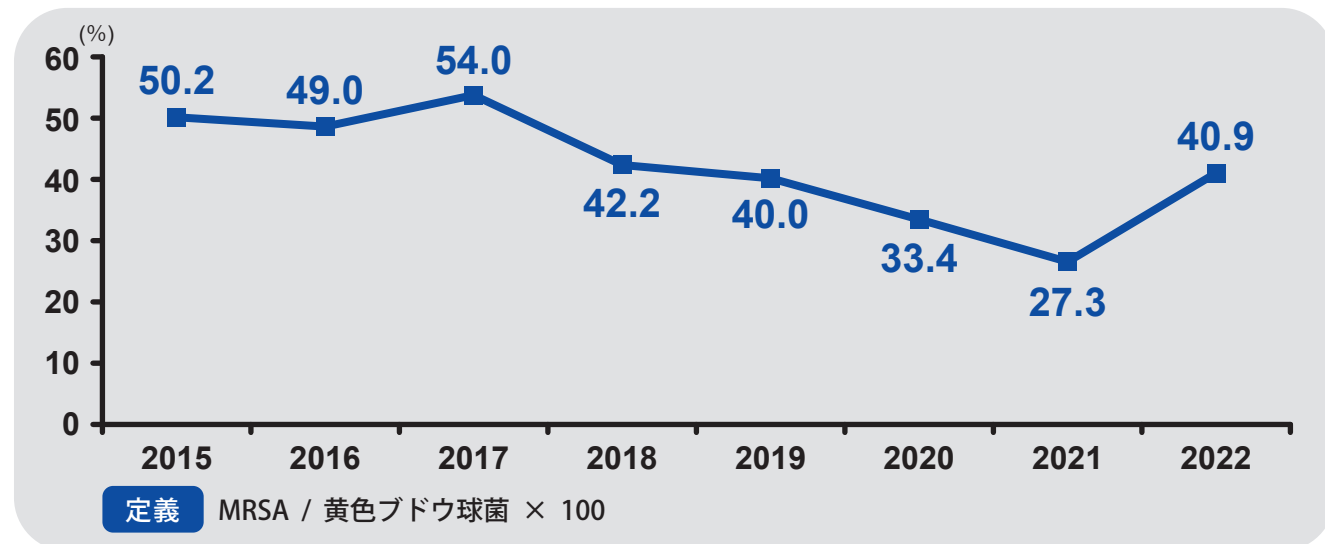


MRSA感染率（院内発生のみ）



持ち込みも含むMRSA感染率は、当院での2022年実績は1.60であった。ただし、持ち込みの件数が多いため、院内発生に限ると1.0と低く抑えられている。厚生労働省院内感染対策事業（JANIS）全国平均では2.73であった。

黄色ブドウ球菌中のMRSA率



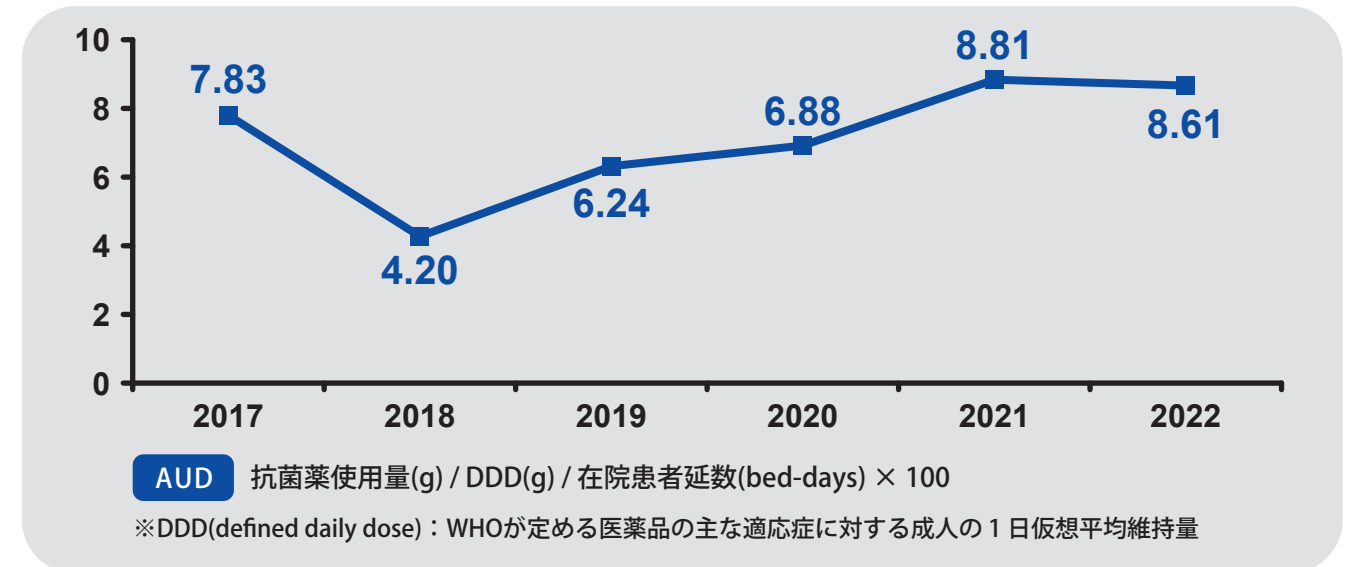
黄色ブドウ球菌中のMRSA率は2022年度40.9%であった。2016年4月に政府から発表された「薬剤耐性菌（AMR）対策アクションプラン」では2020年までに20%以下に低下させることを目標としている。

● TQM委員会より

全国平均MRSA感染率が毎年微減傾向にもかかわらず、2021年の当院MRSA感染率(全体および院内発生のみいずれも)は著増しましたが2022年には再度減少に転じています。ICTによる医療者への啓蒙の賜物でしょう。しかし黄色ブドウ球菌の耐性化率は再増悪しています。医療者個々の感染伝播抑制、抗菌薬適正使用への意識づけ、習慣化の浸透がまだまだ必要ですね。

カルバペネム耐性腸内細菌目細菌(CRE)の増加を受け、2016年度より取り組みを強化した。2018年度より抗菌薬適正支援チーム(AST)として正式に発足し、薬剤師が専従化された。広域抗菌薬であるカルバペネム系の使用量が増えると緑膿菌が耐性化する傾向があるため、抗菌薬適正使用の指標となる。増加傾向にあるのは、海外でのESBL産生菌に対する臨床試験の結果や、一部の抗菌薬の供給不足などの影響であり、全体としては低く抑えられている。

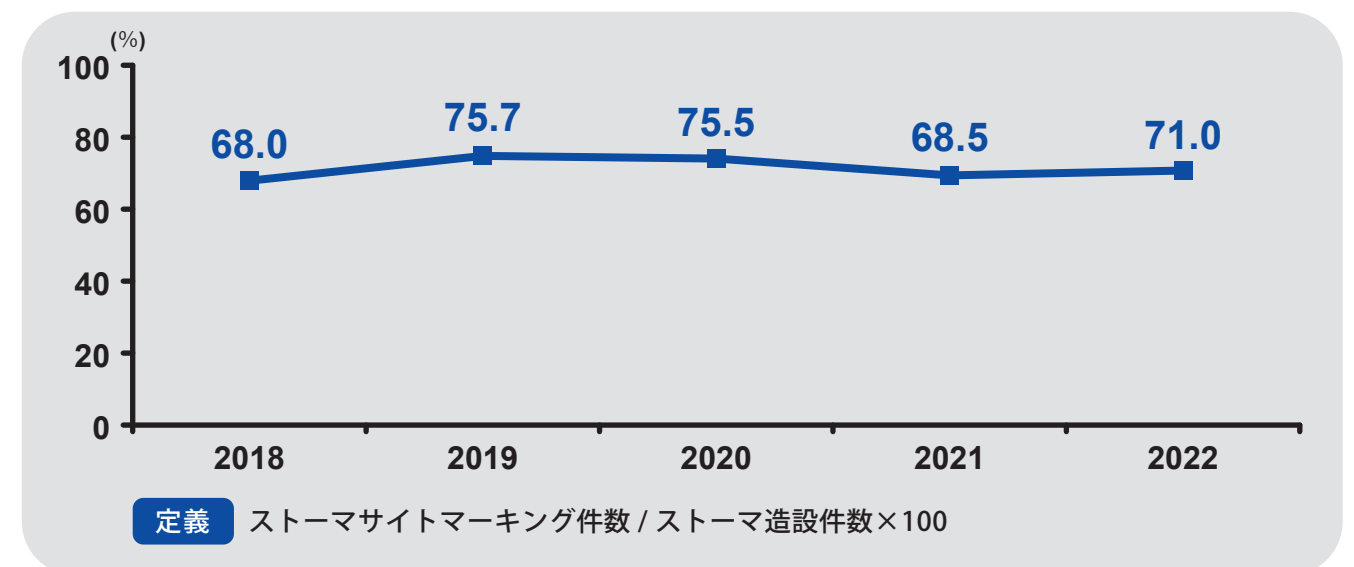
※AUD (Antimicrobial Use Density:抗菌薬使用密度)



ストーマケアチーム

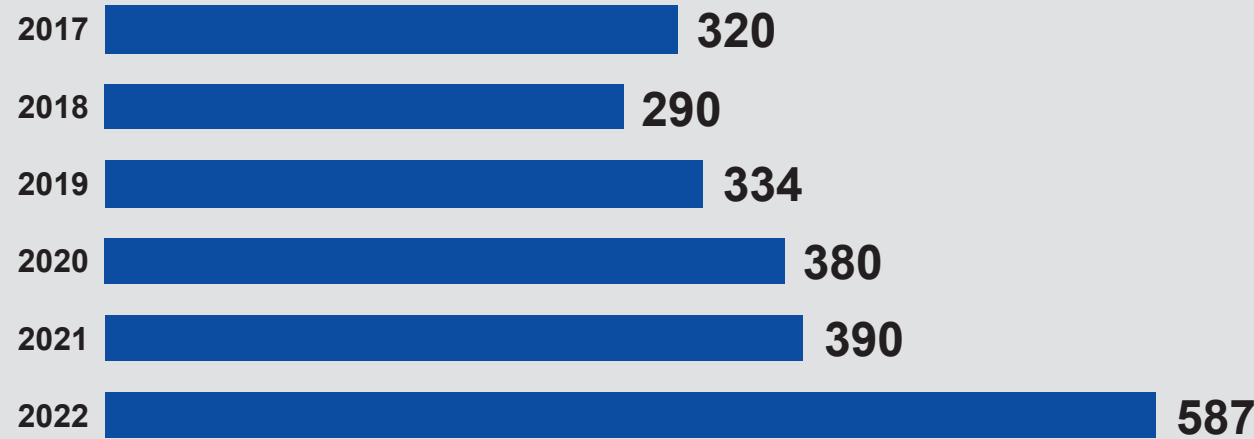
ストーマサイトマーキングの施行率

人工肛門や人工膀胱（以下ストーマ）造設手術を行う患者に対して、手術前に患者や家族を含めて造設に関わる説明と、ストーマの位置決め（以下ストーマサイトマーキング）を医師と看護師により施行するものである。ストーマの造設は医師、看護師および患者が同席し位置決めをすることで、手術後管理しやすい場所に造設され、術後早期のストーマケア自立と患者のQOLを向上させることができる。また、患者に対してストーマを保有した生活を送るための導入機会となる。



摂食嚥下リハビリテーション施行者数は、入院患者を対象とし、嚥下機能の低下がありリハビリテーションが必要と判断された数を示す。この指標が高い場合は嚥下機能が低下した患者が多いこと、誤嚥性肺炎を防ぎ患者の栄養改善とQOLが向上しうるものであることを示している。

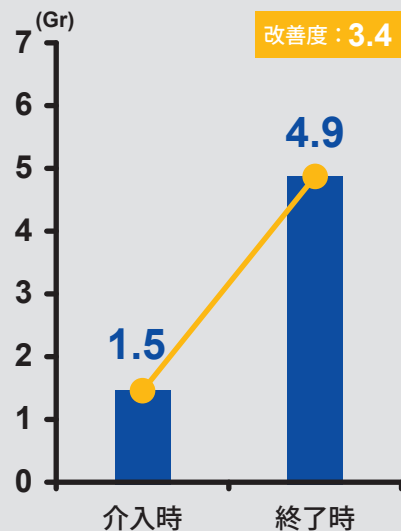
摂食嚥下リハビリテーション施行者数



摂食嚥下支援チームへの依頼方法については、主科からのリハビリ指示箋での依頼と、チーム医療支援システムでの依頼を採用している。チーム医療支援システムでは、医師の指示があれば看護師でも介入依頼が可能であるため、病棟看護師との連携により、介入依頼の拡大につながったと考えられる。

嚥下機能改善値（支援チーム介入による効果測定）

摂食嚥下支援加算対象患者に食事の経口摂取状況を評価する尺度（FOIS：Functional Oral Intake Scale）にて効果測定を行った。



※FOIS（Functional Oral Intake Scale）

- Level 1 経口摂取なし
- Level 2 経管栄養とわずかな量の食事
- Level 3 経管栄養と均一な物性の食事（ゼリー、ペースト等）の併用
- Level 4 均一な物性の食事のみ（経管栄養の併用なし）
- Level 5 さまざまな物性の食事を経口摂取しているが特別な準備等が必要（きざみ食のトロミかけ等）
- Level 6 特別な準備は不要だが、特定の食事の制限がある（軟菜食等）
- Level 7 常食の経口摂取（制限なし）

摂食嚥下支援加算

摂食嚥下に係る専門知識を有した多職種からなるチームの介入により、必要な指導管理を行った場合に算定（2020年度より新設）。

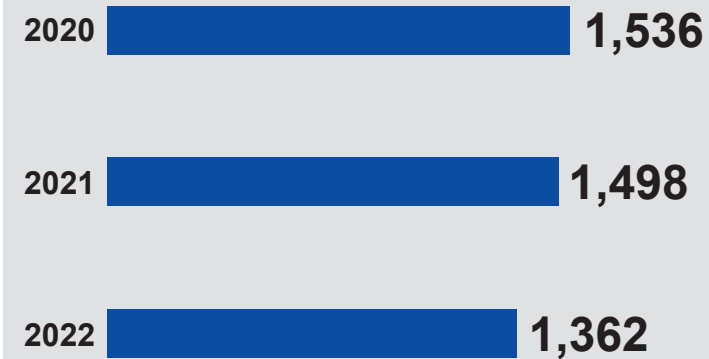
介入時と終了時の摂食嚥下障害の重症度について、FOISの平均値を用いて評価した結果、介入時1.5から終了時4.9へと3.4のレベル改善を認め、患者の嚥下機能が改善したことを示している。引き続き効果的なリハビリテーションの提供体制を維持していきたい。

●TQM委員会より

摂食嚥下支援チームへの依頼が年々増加しており、嚥下機能の改善度についても向上されています。入院・術後早期からチームとして関わることで、誤嚥性肺炎や低栄養といった食事に関する不利益を未然に回避することに貢献していると思います。人間の三大欲求である「食」を満たすことは、QOL向上にも直結し、昨今話題の栄養とリハビリテーションの関連にも寄与すると思います。引き続き、より良い摂食嚥下リハビリテーションを提供されることに期待しています。

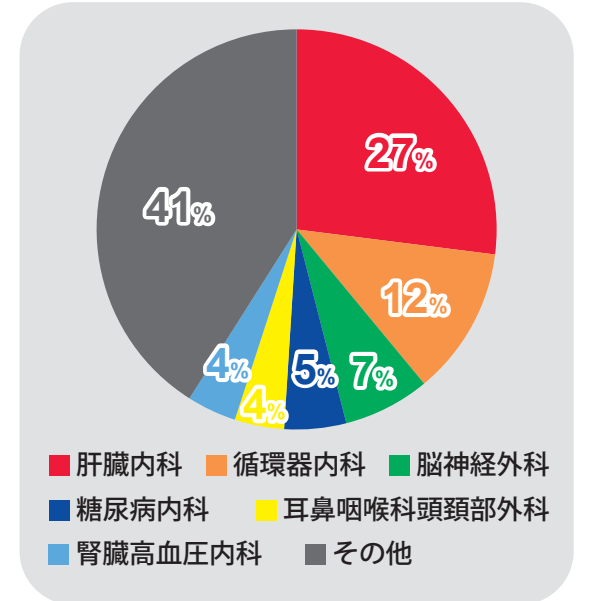
NSTは嚥下ラウンドや緩和ラウンドと連携し、栄養サポートが必要な患者への積極的な介入を行っている。また病棟担当栄養士と連携することで、栄養サポートが必要な患者への早期介入に努めている。栄養サポートを行うことにより、入院患者の栄養状態が改善し、在院日数の短縮や術後合併症減少につながる。

NSTラウンド件数と診療科ごとの内訳

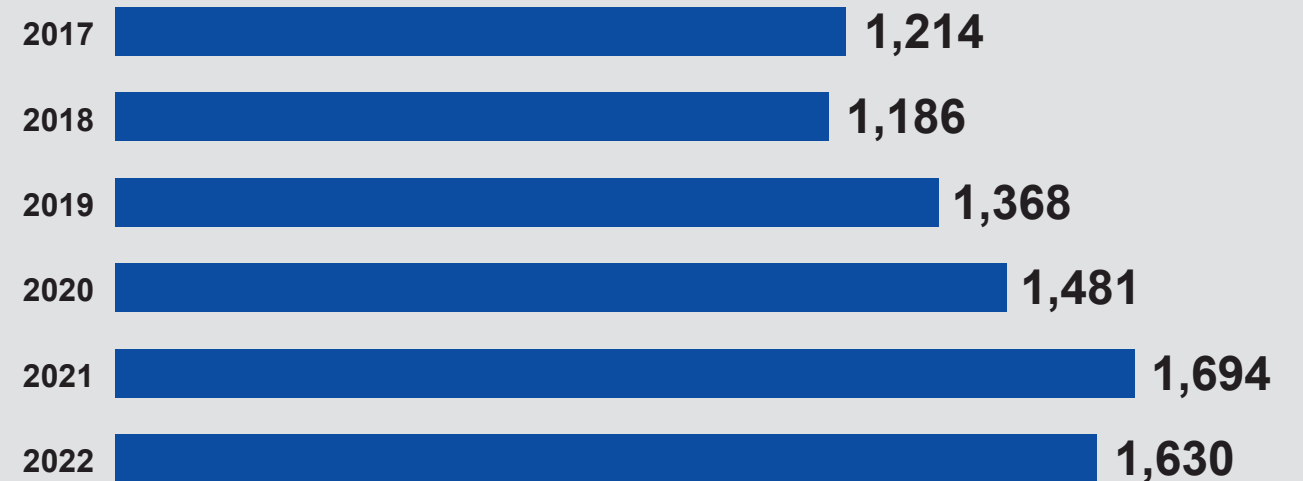


定義

NSTラウンドを行った件数（ラウンド回数が1回の患者は除外）



他科入院し、集中治療・周術期・ステロイド使用・高カロリー輸液や経腸栄養・抗がん剤治療等を行う患者の血糖コントロールに関して、DCTに介入依頼があった件数を示している。糖尿病指摘歴のない患者でもストレス時に高血糖を来し、血糖コントロール不良が感染症の重症化など有害事象につながる。DCT依頼件数の増加は血糖管理に対する院内全体の意識の向上及び、有害事象の低減につながる指標といえる。

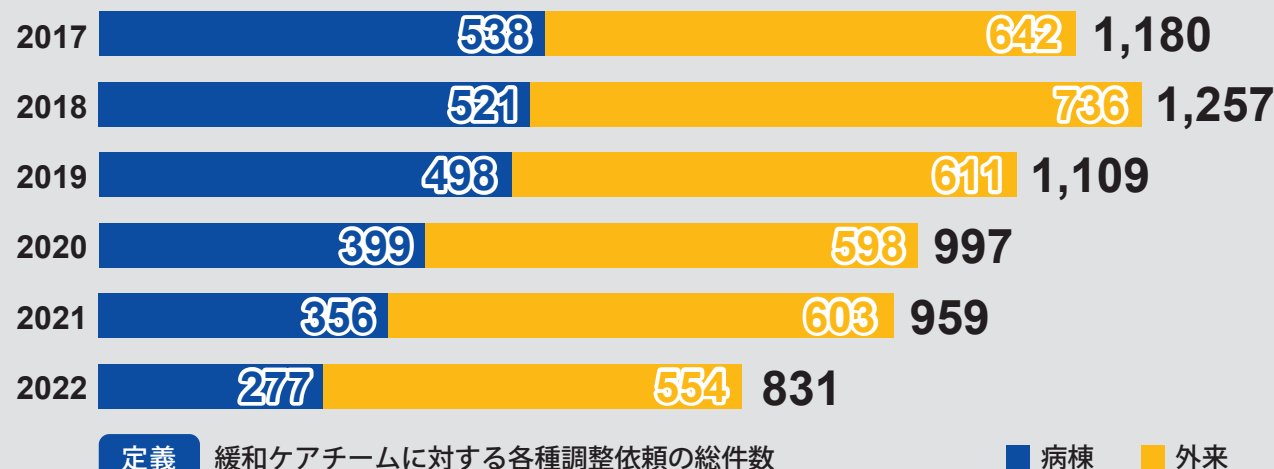


定義

DCTへ介入依頼があった件数

緩和ケアチーム依頼件数

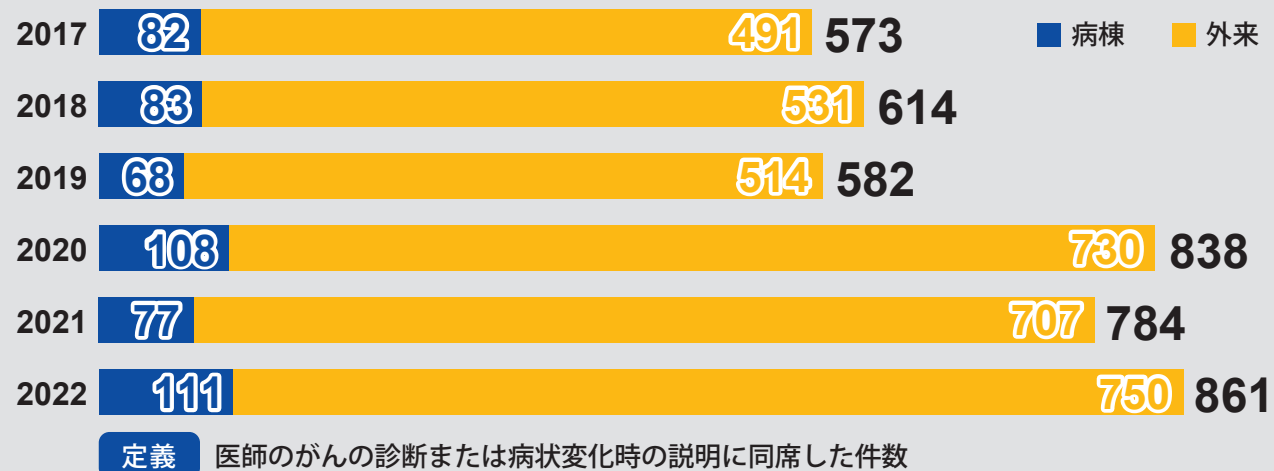
緩和ケアチームは、緩和医療科医、がんに関する教育を専門的に受けている看護師、薬剤師とソーシャルワーカーの多職種で構成され、症状緩和・療養場所の選択、様々な意思決定支援、アドバンス・ケア・プランニングを実践している。緩和ケアチームへの依頼は、患者のQOL向上への意識の高さを示している。



依頼件数全体はやや減少傾向だが、外来通院中の依頼割合が増加している。依頼時の患者の状況は、診断から初期治療前や治療中の依頼が多く、早期からの緩和ケアの導入は院内組織で定着している。

意思決定支援の新規依頼実施件数

意思決定支援の実施件数は、がんと診断された時、あるいは病状の変化に応じた治療方針の説明時に各診療科医師より依頼を受け、その場に同席し、患者家族が十分に理解し納得したうえで治療方針を選択できるように支援するものである。この指標が高くなることは、当院の癌と診断された時から緩和ケアを導入する意識とチーム医療の意識の高さを表しているといえる。



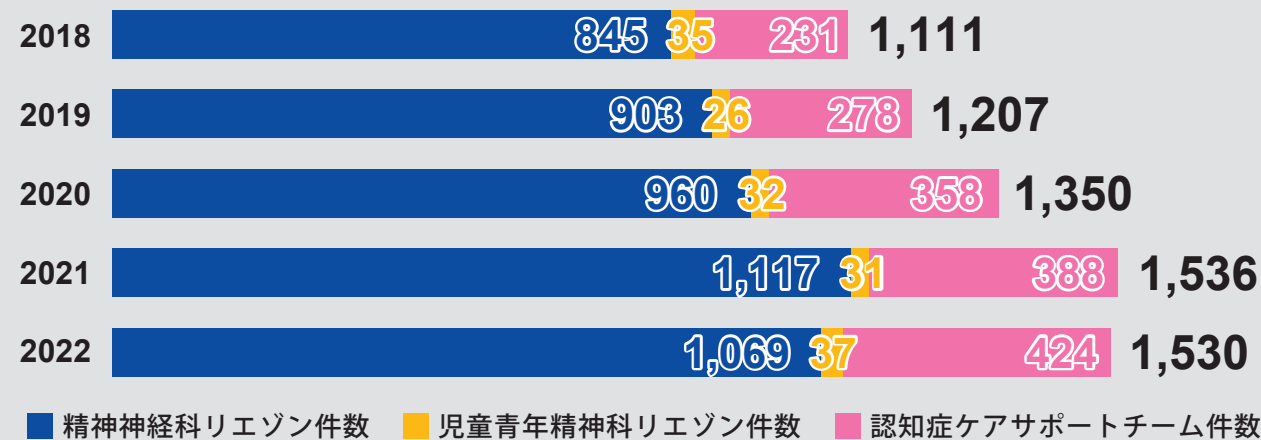
指標は緩和ケアチーム看護師への意思決定支援依頼が定着していたことを示している。ここ数年の依頼件数は大きな変化はなく安定している。依頼元の診療科は乳腺外科、放射線腫瘍科、次いで消化器外科 / 内科であり、治療期の患者への介入ニーズが高い。

● TQM委員会より

早期からの緩和ケアの取り組みが功を奏し、コロナ禍にもかかわらず意思決定支援の活動が向上しているのは素晴らしいと思います。さらに多くの診療科への広がりを期待しています。

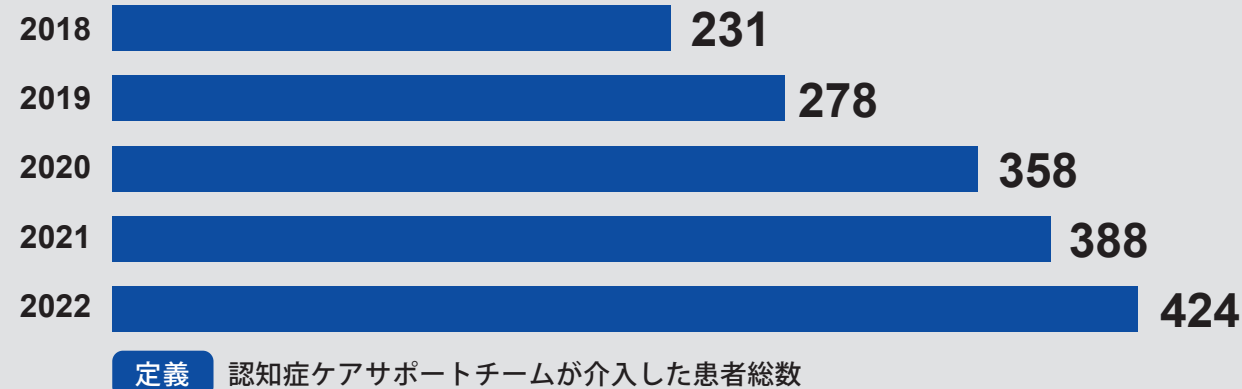
精神科リエゾン新規依頼件数とは、精神神経科・児童青年精神科リエゾンチームおよび認知症ケアサポートチームに新規依頼された件数の総数。身体疾患治療で入院している患者の精神的問題に対して、患者家族の身体・精神・社会的苦痛を適切に評価して最善化を図るとともに、医療者支援を行い、医療の質と安全、医療倫理などの問題に関与し、医療の質向上に寄与できたかを示すものである。

精神科リエゾン新規依頼件数



せん妄ハイリスク患者ケア加算の運用開始以降、せん妄の依頼件数は増加していたが、せん妄薬物療法の標準化やせん妄マニュアルの改訂により、せん妄の初期対応が身体診療科医師により積極的に実施されるようになったことや、パスの不眠時必要時指示と病棟配置薬がベルソムラやデエビゴなど、せん妄惹起しない睡眠薬に変更されたことでベンゾジアゼピン系睡眠薬誘発性せん妄が減少したことにより、2022年度のせん妄の依頼件数は411件（前年比 -62件）と減少した。

認知症ケアサポートチームは、精神科医・認知症看護認定看護師・社会福祉士・公認心理師等から成り、認知症（認知機能が低下した患者を含む）患者やその家族へのサポートを行う。



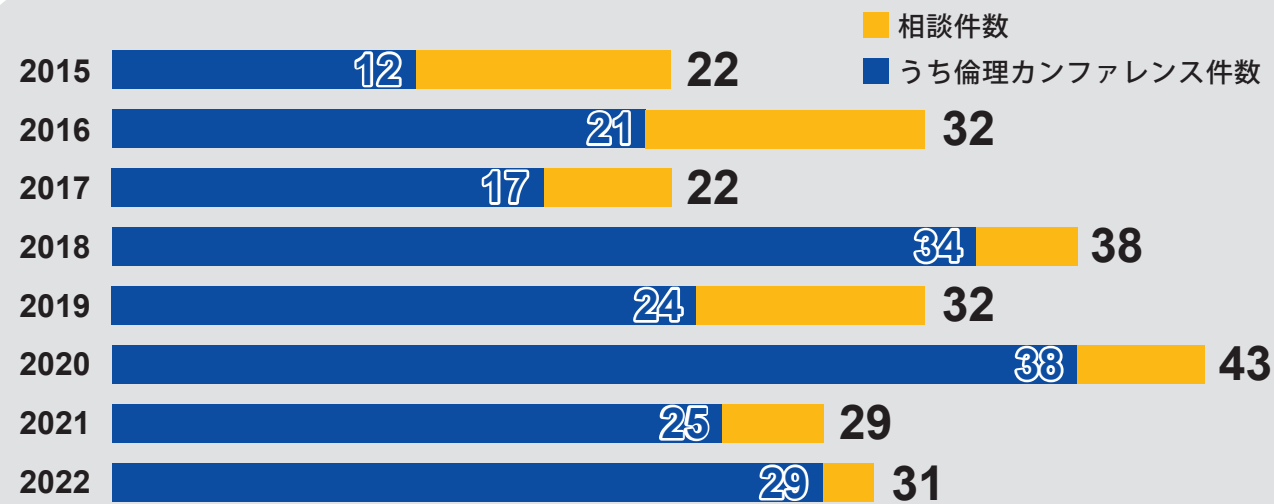
年度が進むごとに増加傾向にある。2022年度は新型コロナウイルス感染の拡大により、入院制限の時期もあったが、424件と増加となった。

● TQM委員会より

せん妄での依頼件数が減少したことは、ご指摘の通りこれまでの取り組みが奏効したものであり、感謝いたします。今後も高齢化やさまざまな背景の患者さんが増えることにより、リエゾンチーム、認知症ケアサポートチームに対する期待はより一層高まるものと考えます。

「相談件数」は、院内の倫理的課題にECTがどれだけ対応したかを示す。「倫理カンファレンス件数」は、ECT・病棟合同カンファレンスを開催して、ECTがどれだけ医療チームの意思決定を支援できたかを示す。病院全体が倫理的課題に対してECTを含めた多職種による倫理カンファレンスで検討し、患者の権利を尊重した質の高い医療を提供している指標となる。

ECT相談件数



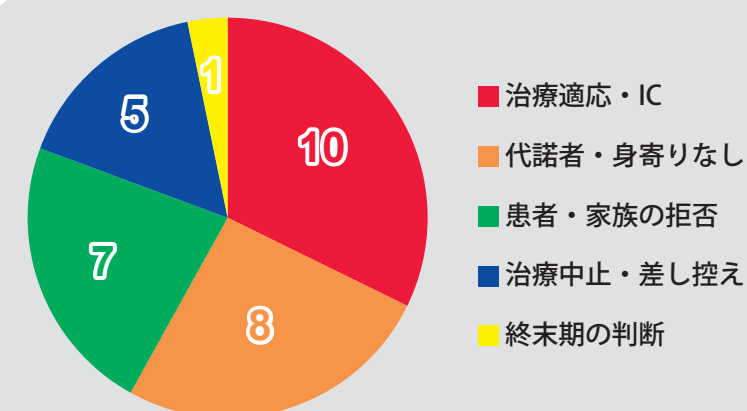
定義 ECT相談件数およびECT・病棟合同倫理カンファレンス件数の総数と相談内容の分類

代表的な相談内容

- 生命維持装置の継続可否
- 身寄りのない方の治療方針の決定

相談内容内訳

2022年度は31件の相談に対応し、うち倫理カンファレンスを開催したのは29件であった。相談者は医師17名、看護師14名であった。主な相談内容は下図の通りである。

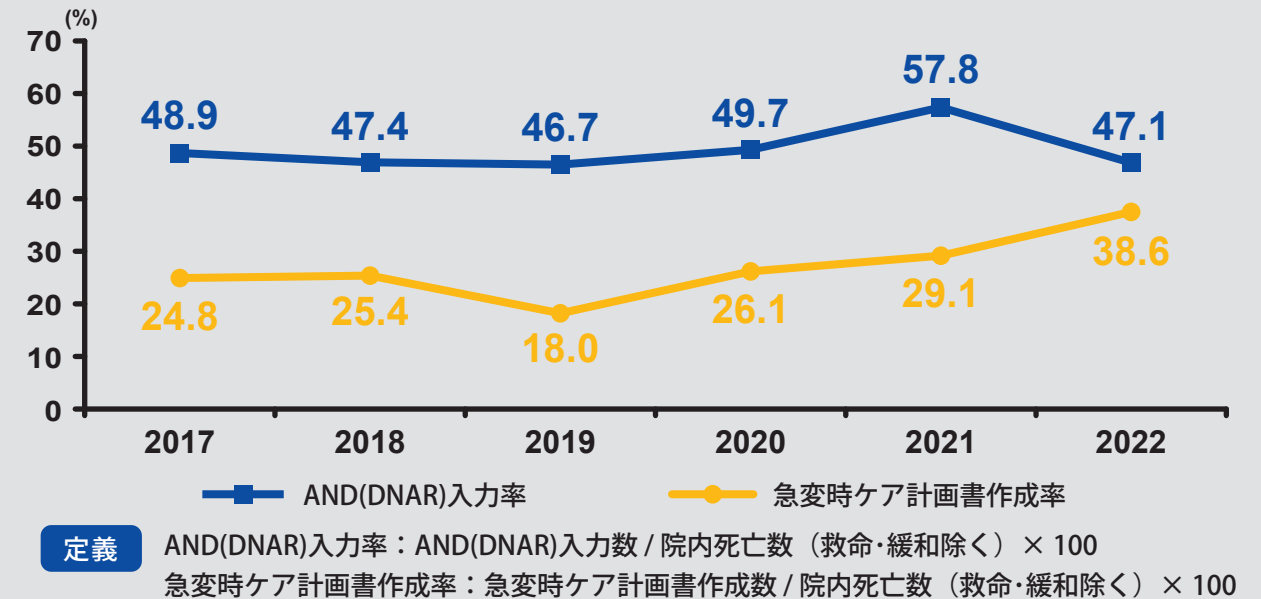


相談件数、倫理カンファレンス件数は前年と同程度で推移しており、コンスタントにECTが活用され続け、院内での臨床倫理活動が根付いていることを表していると考えられる。ECTとして相談者のニーズに迅速に対応し、相談後速やかに倫理カンファレンスを開催できるよう、患者に関わる多職種の参加を調整し、医療チーム内でのコンセンサス形成、医療者、患者家族が十分な理解と受け止めの元で困難な状況の判断・意思決定ができるよう支援することができた。

● TQM委員会より

相談件数、相談に対する倫理カンファレンス件数の推移から、院内の倫理的課題に対して継続的に相談対応され、協働して検討を行う活動されていること、そして各部署・診療科からもその意義を認知されていることが伺えます。医療の質を考える上で治療中止や差し控えを考慮する場面など、医療者としても複雑で困難な状況下であり、活動の継続、相談者の拡大、様々なニーズへの対応を期待しています。

AND(DNAR)入力率および急変時ケア計画書作成率は、救命救急部、緩和医療科を除く院内の死亡患者に対して、AND(DNAR)入力、急変時ケア計画書がどれだけ使用されたかを示す。この指標が高いということは、終末期で急変が予測される患者に対して、AND(DNAR)、医療行為の開始もしくは中止・不開始について患者・家族と十分な話し合いが行われ、最期まで患者の尊厳を尊重した医療の意思決定支援が行われ、そのプロセスが診療録に情報共有されていたといえる。

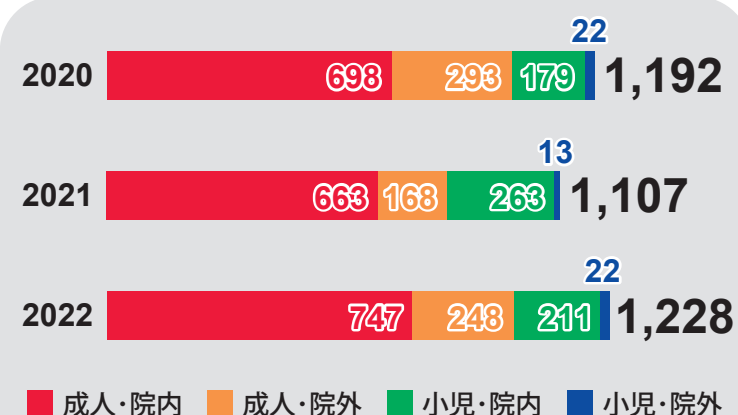


がん医療支援センター

がんに関する相談対応件数

がんに関する相談対応は院内外のがん患者や家族、地域住民及び地域医療機関からの相談に対応するものである。がん対策推進基本計画に基づき、「地域がん診療連携拠点病院」「小児がん拠点病院」としての責務を果たすため、すべてのがん患者・家族をあらゆる面からサポートすることが求められている。相談件数や相談内容の多様性を評価することは、がん相談支援センターの認知度を知る指標となる。

がん相談件数



■ 成人・院内 ■ 成人・院外 ■ 小児・院内 ■ 小児・院外

定義 がん相談支援センターの1年間の相談対応件数

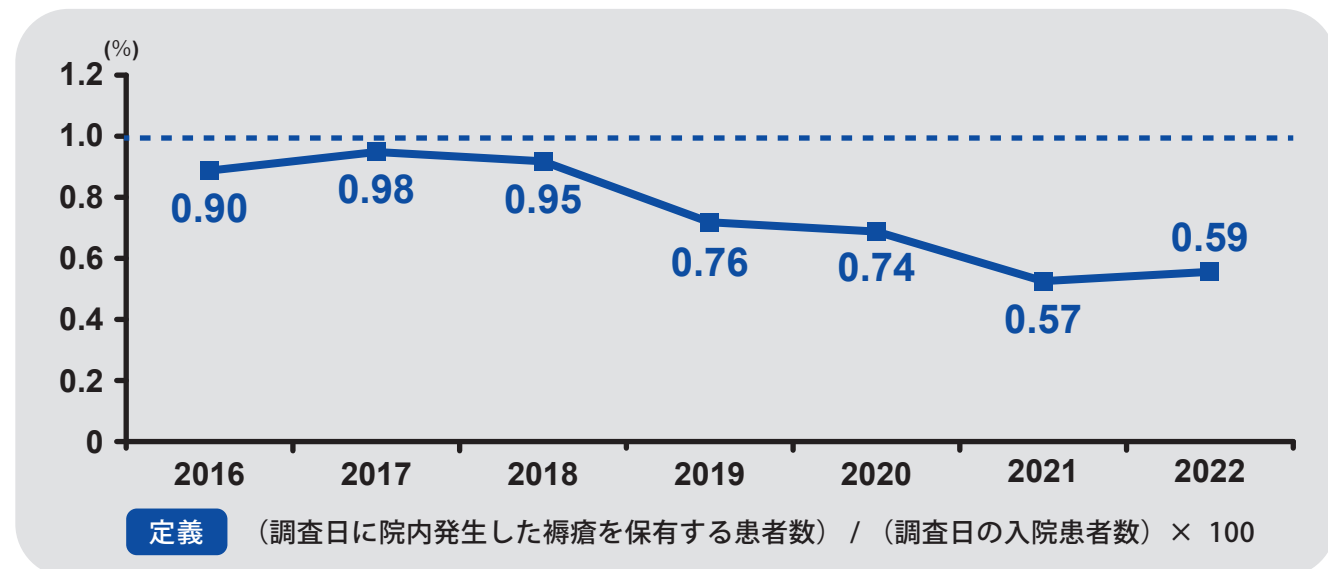
2022年度 相談内容BEST5

順位	介入内容	件数
1位	医療機関の紹介	254件
2位	がんの治療	154件
3位	医療費・生活費・社会保障制度	136件
4位	社会生活	124件
5位	症状・副作用・後遺症	73件

※最も比重の大きい相談内容を抽出比較

褥瘡が発生し重症化すると、患者の生活の質を低下させ、感染症などの合併症を引き起こすため、その発生状況は医療の質を評価する指標となる。

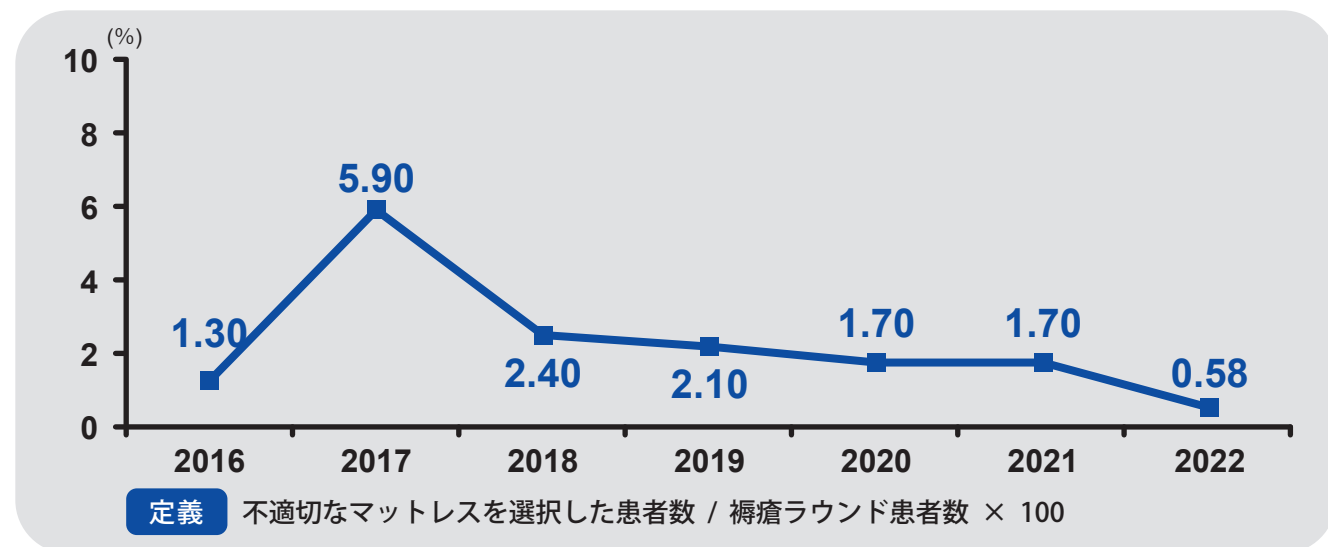
一般病棟 褥瘡推定発生率



日本褥瘡学会が2016年に行った全国実態調査では、褥瘡推定発生率は一般病院1.20%であるため、当院では一般病棟において1%以下を維持することを目標として設定している。2022年度も0.59%と目標を達成することができた。

マットレスミスマッチ率

マットレスは、患者のADLや体型、褥瘡の状況によって適切に選択する必要があり、ミスマッチ率を低値にすることは褥瘡推定発生率低下のプロセス指標となる。



患者を把握することで早期のマットレス調整が可能となり、ミスマッチ率が低下した。褥瘡実務委員・専任看護師対象の褥瘡研修の事後課題で、専従管理者も参加するマットレスに関する学習会開催が増加したことにより、マットレス選択が適切となった。

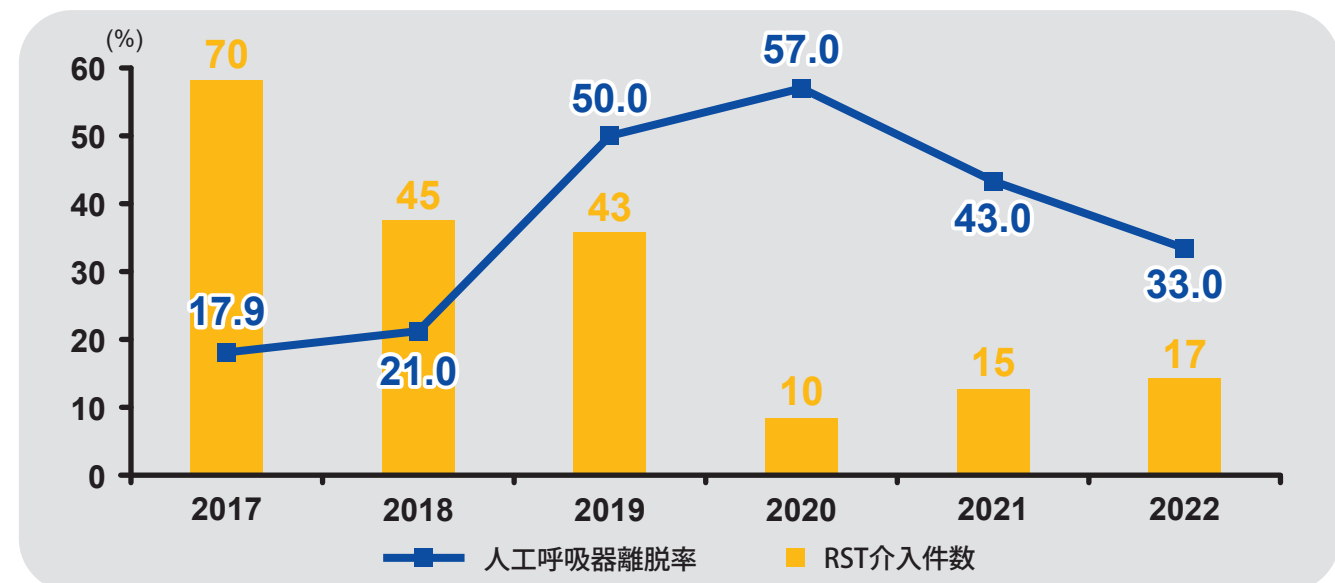
● TQM委員会より

一般病棟の褥瘡推定発生率が、2016年以降、目標と設定している1%以下を維持できていることは素晴らしいと思います。また褥瘡ラウンドと、現場力をより向上させる取り組みの結果、マットレスミスマッチ率をさらに低下させました。今後も継続した取り組みを期待しています。

呼吸サポートチームは、救命救急科医・集中治療科医・呼吸管理に関する専門的な教育を受けた看護師・臨床工学技士・理学療法士の多職種で構成されている。チームの役割は、人工呼吸器からの早期離脱や呼吸管理に関する院内基準の策定・見直しによる安全管理の維持向上と、現場のニーズに合わせた支援を行うことで医療者の知識・技術の向上を図ることである。

RST介入件数 / 人工呼吸離脱率

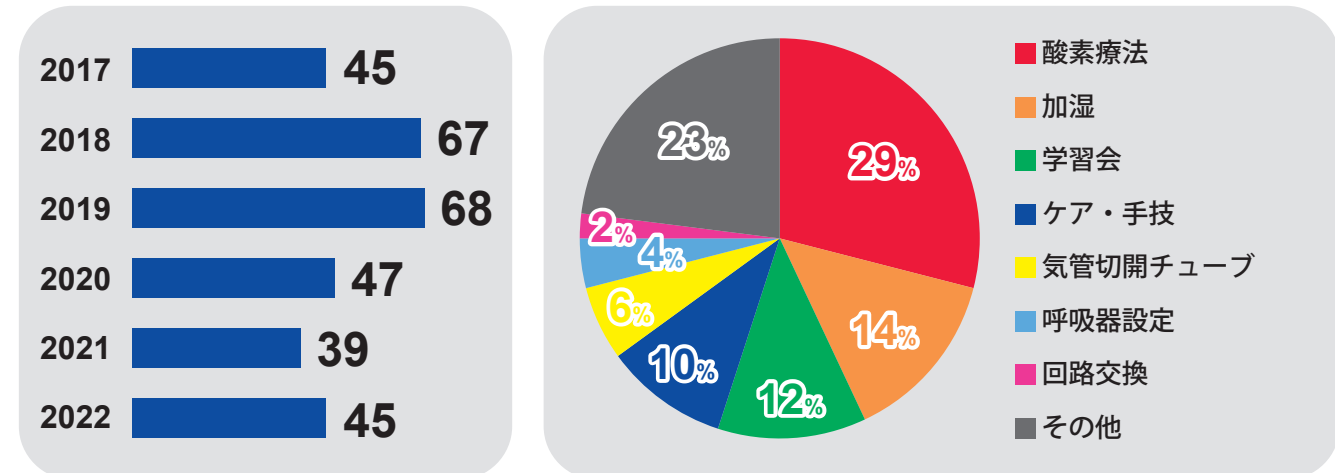
人工呼吸離脱率は、RST定期ラウンドを実施した患者数から人工呼吸器使用患者（入院時より在宅人工呼吸器導入済みの患者は除く）を抽出し、ラウンドを終了（退院・転院・RST及び主治医判断による介入中止）した時点で人工呼吸器を離脱できた割合である。



介入依頼件数は、2020年度以降少ないものの、増加傾向である。人工呼吸器の離脱率は、対象者が終末期や離脱せずに転院するケースもあるため、33%にとどまっており、年々減少傾向である。

コンサルテーション件数とその内訳

コンサルテーション件数は、RST介入依頼により定期ラウンド（週1回）を実施した件数以外に、直接RSTに相談があった件数である。

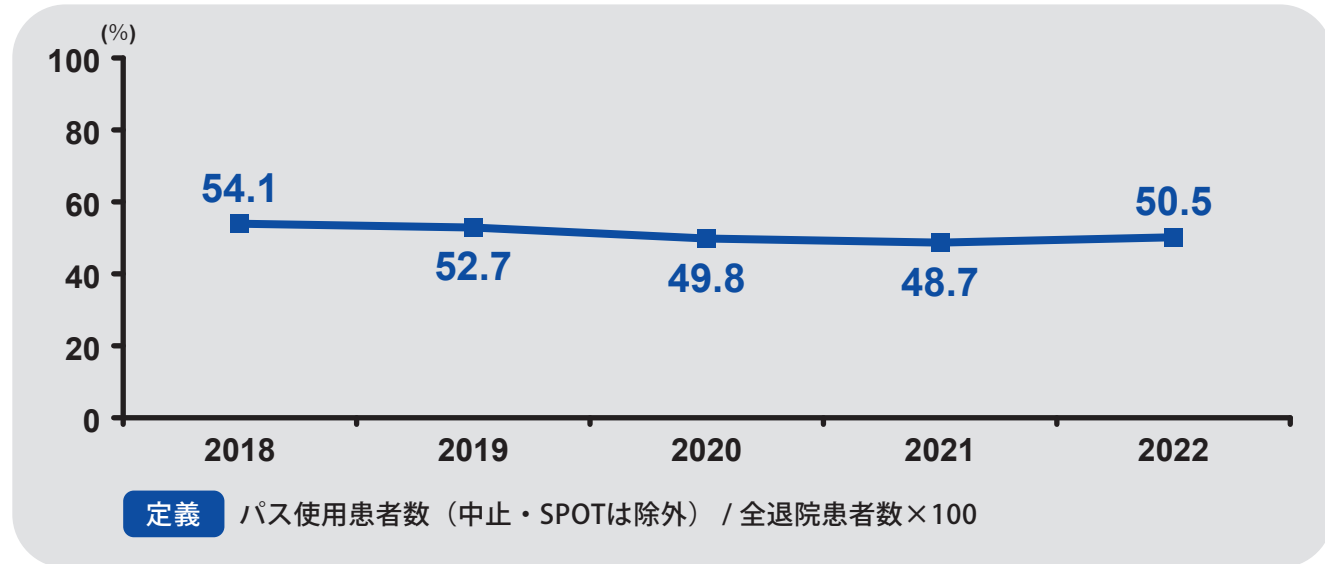


この指標が高いということは、定期ラウンドに加え、病棟の呼吸管理やケアに関する困りごとにタイムリーに対応できたといえる。2019年度以降、相談件数は若干減少したが、平日は相談窓口を設け、各病棟や医療者のニーズに合わせた支援を行っている。

● TQM委員会より

2020年度のCOVID-19感染下において大きく状況が変化したことがうかがわれますが、再度病棟における人工呼吸管理のニーズが増加していると考えられます。一般病棟においても専門的で適切な呼吸器管理が行われることは、感染などの合併症のリスクを低減させ、在院日数短縮につながると考えられます。継続して活動をよろしくお願い致します。

パスは、業務効率化、治療方針の共有、医療安全および医療の質向上の有用なツールとして認識されており、パスを積極的に活用している施設は多い。当院では約600個のパスを使用しており、TQMセンターでパスを一元管理することにより、医療の標準化と質の向上を目指している。パス適用率は、分母を「全退院患者数」、分子を「パス使用患者数（中止およびSPOTは除外）」として算出している。



チーム紹介

術後疼痛管理チーム (APS:Acute Pain Service)

チーム紹介
Introduction

術後疼痛管理チームは、麻酔科医師・薬剤師・特定看護師で構成し、2022年4月から活動している。対象は自己調節鎮痛法(PCA・IV-PCA)を用いた術後患者で、術後2・3日目にラウンドしている（術後1日目は担当医）。疼痛スケールを用いた評価により、必要に応じて疼痛緩和方法を患者に指導している。ラウンド結果はチームで共有し、麻酔科医師にフィードバックしている。

QI指標 ※集計期間：2022年4月～2023年11月

指標一覧	件数
術後疼痛ラウンド件数	751件
病棟からの介入依頼・相談件数	5件
クリニカルパス変更に伴う与薬に関連した病棟でのインシデント発生件数	0件

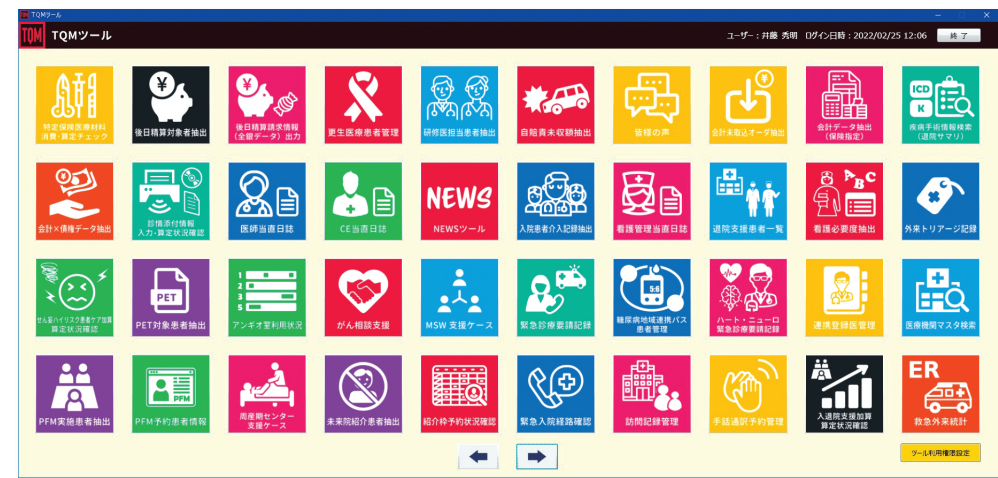
病棟からの相談事例

整形外科病棟看護師から、疼痛時指示薬でのコントロールが困難と感じる事例があるとの相談を受けた。そこで、パスの疼痛時指示薬の変更案を検討・作成し、整形外科医師のコンセンサスを得た。パス変更後、与薬に関連したインシデントは発生していない。また、疼痛コントロールも改善したとの感想を得ている。



TQMツールとは、既存の電子カルテシステム等では実装できない機能を院内各部門から依頼されて、2016年度よりTQMセンターで開発しているアプリケーションの総称である。目的は、業務の効率化、職員の負担軽減、医療行為の適正請求等である。

TQMツールメニュー画面



職員・職種・部署単位で権限の設定が可能で、使用できる機能は職員単位で異なる。

●2022年度末までに開発したTQMツール

112

個

今後の病院運営に必要となる機能について、システムベンダーにカスタマイズ・開発を依頼せず、コストをかけずに独自で開発を行った。2023年末時点で提供しているツールを対象に、2024年の年始にアンケート調査を実施。ツールを導入したことによる効果検証を行った。その結果、

2,122

1月あたり 時間

の負担軽減効果があった。また、算定漏れ防止などの適正請求についても、導入することによって改善効果を生み出していることがわかった。

実績紹介【個室室料差額減免届ツール】



看護師・医師による減免申請書を電子申請化し、業務量の削減と減免申請の分析に活用したい。また、ツールにてリアルタイムの個室の状況を表示し、減免率減少へつなげたいという依頼があり、開発を行った。個室空き状況表示や分析結果のフィードバックにより、システム運用開始以降、減免率は減少傾向にある。また、減免率減少に伴い、個室料の収益も増加した。システム導入以降、適切な個室管理を行うことができ、紙から電子に変更したことで看護師・医師の業務負担軽減につながった。

現在進行中のプロジェクトの一部をご紹介

ヘルプデスクシステム再構築

現在のヘルプデスクページは2003年に構築され、20年間稼働している。システム自体が老朽化しており、次期HIS更新時には動作しなくなることもあり、現在再構築を行っている。新ヘルプデスクでは、文書の検索が可能となり、職員自身による文書の掲載が行える仕様となっている。2024年2月時点では、予定していた機能の開発は完了している。今後、広報委員会ならびに総務課と調整のうえ、今夏ごろにはリリースする予定としている。

2022年度新型コロナウイルス感染症の影響

部門	QI活動に与えた影響	医療の質確保のために行った対策	
		2021年度	2022年度
医療安全管理部	・インシデント・アクシデントの事例検討会が開催できなかった ・M&Mカンファレンス（合併症および死亡事例検討会）の開催数が減少した	・インシデントアクシデント意見交換会議を、室内換気等を工夫して2021年度から再開した ・M&Mカンファレンスは2ヶ月に1回の定期開催を原則にしているが、2020年度からは開催数が少なくなっている	・M&Mカンファレンスの開催数は、2020年度に減少してから回復していない ・CVカテーテル研修会は、eラーニングに変更した
看護部	・病棟閉鎖と重症病床、十三市民病院への応援のため毎月部署異動を行った ・看護師は、使命感や責任感から恐怖や不安、風評被害などの重圧に耐えながらも、戻る部署のない喪失感や手当に関する不公平感など、様々な葛藤があった ・離職率は減少したが、病気休暇や休職者数は増加した ・新人看護職員のメンタル不調者が多かった	・看護職員の業務量の平準化のために、2021年度も応援体制をとり、病院全体で新型コロナウイルス感染症患者と一般医療に対応した ・離職理由はメンタル不調者の増加が考えられる。メンタルサポート対策とワークライフバランスとして業務の効率化、時間外勤務の削減などに取り組み心身のサポートをすることが必要である	・引き続き新型コロナウイルス感染症受け入れの応援体制を行い、病院全体で新型コロナウイルス感染症と一般診療を受け入れる体制をとった ・新採用者に対しては、病棟でのシャドウ研修期間を増やし、当院の環境や患者との接し方などの体験を増やす対応を行った ・キャリア開発ラダーに基づき、一人ひとりのライフスタイルに応じた支援を行った ・子育て世代の支援など、多様な働き方を推進した
手術センター	・麻酔科医師のICU3 COVID-19重症患者対応、看護師の感染症病棟およびICUへの応援体制により手術枠を制限した ・手術室稼働率が前年度より9.7%減少した	・手術室スタッフの感染症病棟への派遣や、病院全体の入院患者制限、また手術室スタッフの新型コロナウイルス感染や濃厚接触者による就業制限により、手術枠制限が厳密に行われたため、稼働率は昨年度より低下した ・緊急事態宣言発令に伴って、手術枠制限を数回行ったが、新規感染者数減少に伴い9月から徐々に手術枠制限を解除した。11月1日からアンギオ室1枠を除き、手術枠制限を全面解除した。なお、人員制限により9階周産期病棟にある周産期手術室の運用は行っていない	・7月に手術枠制限を行った。また、手術室スタッフの新型コロナウイルス感染や濃厚接触者による就業制限のため8月に約1週間、緊急枠制限を行った。下半期は徐々に手術件数が増加し、昨年度より稼働率が上昇した ・手術件数は、前年度と比較し9.5%増になった
栄養部	・受診控えにより外来栄養指導数が減少した ・感染予防の観点から集団栄養指導を休止した ・職員の就業制限が栄養指導実施件数に影響した	・入院栄養指導の積極的な実施を継続した	・入院栄養指導の積極的な実施を継続した
教育研修センター	・集合研修の開催が困難になった	・医学生病院見学会は感染状況を鑑み、オンラインで開催した。制限がある中で当院の初期研修の魅力を医学生に伝えるよう努めた ・研修医対象講座開催数は、2020年度は開催回数は減少したが、2021年度は前年途中から感染対策を行いながら実施した。前年度実施できなかった実習も再開し、前年度未受講の研修医へも実施し、講座数は回復してきている ・全職員必修研修は、昨年度から集合研修を一定期間のeラーニング研修に変更した。字幕表示編集を追加するなど、全職員が必要な知識とルールを学べるよう配慮した結果、受講率が向上した。職員一人一人のニーズに応じて学びやすい環境を維持できるよう努めている	・集合研修をeラーニングに変更した。全職員必修研修の動画字幕表示を常時実施し、全職員が必要な知識とルールを学べるよう配慮した ・ウェブ研修を受けるにあたりインターネットのスキルが必要ことから、スキルアップ講座の研修内容をオンライン研修で活かせるようなものに変更した ・研修時の感染症対策は引き続き実施した
診療支援センター	・COVID-19の影響で昨年度提出が免除された医療費助成の申請に必要な診断書の作成支援件数が、2020年度は大幅に増加した	・コロナ禍で、対面での診察機会が減少し、記入する書類の書式変更が相次ぎ、既存システムでの対応が追いつかず、手書きで作成することが多くなった。そのために、通常時より時間を要したが、MA（メディカルアシスタント）が担当診療科を超えて協力し、文書支援作成件数を維持した	・病棟MAの担当グループ外への応援体制を継続しているが、勤務者が確保できないことで未経験病棟の研修ができず、応援者が偏り負担が生じた ・外来ユニット1と2の一体化を更に拡大した ・外来との連携を図り、診断書作成支援件数を維持した
地域医療連携センター	・受診控えにより紹介患者数が減少した ・逆紹介患者が増加した	・コロナ禍における当院の診療体制について説明するとともに、連携に関する意見や要望を聴取するため医療機関訪問を継続した ・病病連携ネットワーク会議を集合形態とオンライン形態の混合で実施し、地域の病院と顔の見える連携を継続した ・逆紹介について、かかりつけ医紹介窓口では患者の要望に適切に対応し、逆紹介依頼を円滑に行った ・減少した紹介患者数は元に戻りつつある。逆紹介患者は昨年よりやや増加した	・コロナ禍が継続する中、近隣の病院やクリニックの受け入れ状況も悪く、転院や紹介割合は低下傾向であった ・病病連携ネットワーク（さくらネットワーク）の顔と顔の見える関係性を継続することで、逆紹介病院を確保した
緩和ケアチーム	・COVID-19患者受け入れ拡大に伴い、緩和ケア病棟が閉鎖した ・緩和ケア病棟閉鎖による緩和ケア病棟転棟調整依頼、緩和ケア病棟退院後の外来支援依頼が消滅し、依頼件数が15%減少した	・院内では、緩和ケアチーム看護師の病棟カンファレンス参加を控えた。また、入院患者の看護師訪問を控えた。これにより看護力ウェンリング件数は2020年度より26%減少している ・面会が制限されているため、終末期患者と家族が、在宅看取りを含めた最善の療養場所選択をできるだけ早く行えるように意思決定支援に努めた ・地域連携では、医療用SNSでの患者のケア協働や、近隣緩和ケア病棟併設病院コンサルテーションを継続した ・がん治療期患者向けヨガサロンは、2021年度からオンラインサロンに様式を変更し、安定した参加・運営ができている	・面会制限継続のため、終末期患者と家族が、在宅見取りを含めた最善の療養場所の選択をできるだけ早く行えるように意思決定支援に努めた ・地域連携では、医療用SNSで患者のケア協働を継続して行った ・がん治療患者向けヨガサロンは、前年度と同様の運営を行った

部門	QI活動に与えた影響	医療の質確保のために行った対策	
		2021年度	2022年度
ICT (感染制御チーム)	・患者対応時のゴーグルまたはフェイスシールド着用が習慣化され、血液・体液曝露件数が減少した ・感染制御リンクスタッフ部会が予定通り開催できず、看護師の一時的な異動も多く、リンクスタッフが十分な活動を行えなかった ・ICT環境ラウンドの実施回数が減少した ・中心ライン関連カテーテル感染症、カテーテル関連尿路感染症が増加した	・随時マニュアルを改訂し、効率よく参照できるよう「大事なお知らせ」にリンクを設けた ・薬剤師を中心に、接触者リストなどを整理し、入力の半自動化、簡略化を行った ・感染の波が押し寄せ多忙な時期は、職種の枠を超えて協力し合った ・医療情報部に感染症接触者抽出ツールの開発を依頼し、接触者を特定する業務の効率化を行った	・感染管理リンクスタッフ部会の開催回数を年3回に縮小し、各部署で手指衛生に取り組み、成果を報告する形式とした
こどもサポートチーム	・面会制限により院外関係者の直接的な介入が困難になった ・療養中の患者への遊びの提供に制限が生じた ・集合研修開催が困難になった	・コロナ感染症により面会制限が生じていたため、オンラインを利用し、子どもや家族への院外の専門職（ボランティア）介入支援に繋げた（オンラインによるタッチケアの実施：9件） ・コロナ陽性のため日帰り入院が困難な症例について、外来での長時間にわたる治療（例：輸血治療）中のサポートや、外来や外来化学療法室などへの個別訪問を実施し、患者のストレス緩和や家族支援などの活動を行った ・退院後の継続的な支援、地域の専門職との円滑な連携などを目的とした多職種カンファレンスは、オンラインで対応した。また、入院中の患者の学校への参加や復学に向けた支援もオンラインを使用し、状況に応じた対応を行うとともに、患者の社会面への支援が継続できるよう介入した	・新規依頼は前年度から大幅に減少している。コロナ禍での付き添い・面会制限により、家族が抱える課題の変化や潜在化と、課題に対するプライマリチームの支援の質向上が影響していると考えられる
褥瘡対策チーム	・集合研修の開催が困難になった ・COVID-19重症患者に対する褥瘡対策介入件数が増加した	・引き続きeラーニングでの研修を継続したが、新規採用者研修のみ感染対策をしながら対面式に変更した。WEB研修でフォローできない実践については、病棟実務委員・専任看護師と連携しながら出張学習会開催などで病棟ケアの質の向上に努めた ・COVID-19患者は、全症例レンタルマットレス使用を継続した ・チーム会を年2回に、その他の月は紙面開催に変更した。前年度導入した病棟担当WOC制で各病棟に応じた問題点を抽出し、褥瘡ケア・予防ケアが提供できるようサポートを行った	・チーム会は紙面開催で継続した。また専従管理者の病棟担当制も継続し、コンサルテーションしやすい環境作りに務めた。その結果各病棟の問題点が把握でき、病棟ごとの褥瘡ケアの強化につながった
精神科リエゾンチーム	・COVID-19患者への直接面接による介入と診察が困難になり、加算算定率が減少した	・会話可能な患者であれば必要に応じて感染対策を行った上での対面診察を行った	・関わる人員を制限し、必要な感染対策を実施した上で、COVID19患者に対応した。直接面接を原則としたことで、精神科リエゾンチーム加算の算定率は増加した
摂食嚥下対策チーム	・嚥下関連の学会からの通達により、感染のリスクが高いため、4.5月は嚥下内視鏡検査の実施が困難であった	・前年度は嚥下機能検査数は減少となったが、今年度は検査の制限はなく、必要な患者に嚥下機能検査を行うことができた ・コロナ病棟の嚥下訓練については、前年度に引き続き、感染予防策が確立した段階より嚥下ラウンドにて評価介入した。感染予防を徹底し、嚥下評価および看護師への指導を行った	・嚥下リハビリ依頼時には2021年度と同様に、嚥下ラウンドで評価し、適宜、間接訓練・直接訓練を行い、必要時は嚥下機能検査を行った。また、コロナ感染患者へも同様の対応を行った
ECT (倫理コンサルテーションチーム)	・集合研修の開催が困難になった	・対面+eラーニング併用のハイブリッド型で研修を開催した	・学習会とセミナーは、対面とビデオ上映を併用して実施した
患者サービス向上委員会	・感染のリスクを考慮し、患者アンケート調査を中止した	・患者満足度向上のため、自部署から問題点を見つけて業務改善を行う取組みを1年間に渡って行った（計14部門参加）。さらに取組みを他部署に周知するため、患者満足度向上にかかる業務改善（設備環境・待ち時間・接遇・食事等）の成果発表会を、さくらホールで行った	・3年ぶりに患者アンケート調査を実施した
TQMセンター	・集合型の会議の代替えとなるWeb会議が院内で増加したことに伴い、Web会議の設定、撮影、配信などの相談依頼が増加した ・病棟閉鎖等に伴う病棟PCの管理業務が増加した ・COVID-19患者受け入れ拡大に伴い、一般入院患者の受け入れ病床が広範囲となり、病床情報のタイムリーな共有の要望が増加した	・入院患者が陽性になった際に、接触者の特定にかかる医療職の負担を軽減するため、TQMツール「感染症接触者抽出」を開発した。COVID-19に感染した入院患者のIDと発症日を入力すると、調査期間中に短期間でも同室となった患者と担当した医師・看護師を特定する仕様。ツール導入前は接触者特定に約半日を要していたが、諸々の確認込みで30分程度で可能となった ・第7波より、すべての予定入院患者を対象に入院前PCR検査を実施することとなり、主治医による検査結果の確認が義務付けられた。TQMツール「新型コロナ関連検査情報抽出」の適用範囲を「手術予定患者のみ」から入院予定患者にまで拡大するようカスタマイズを行ったことで、医療職の負担軽減につながった ・コロナ禍でWeb会議だけでなく、学会・研究会のWeb支援も増加傾向にある	・TQMツール「感染症接触者抽出」「新型コロナ関連検査情報抽出」は、手術室や病棟等各部署で引き続き活用されている



QI Review 2023

医療の質カイゼンへの取り組み

2024年3月26日 発行

監修 TQM委員会
デザイン・編集 TQM委員会事務局

TQM委員会

委員長	金沢 景繁								
副委員長	白野 倫徳	池村 真美							
委員	小西 啓夫	多田羅 竜平	山上 啓子	田中 裕子	師岡 誉也	玉井 杏奈			
	尾崎 弘美	三木 泰子	藤川 康則	金山 仁美	堀 悠木	大西 優			
事務局	大江 千春	井藤 秀明	佐野 琴美	源野 季里子	田坂 友紀	田中 良枝			