



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

QI Review 2024

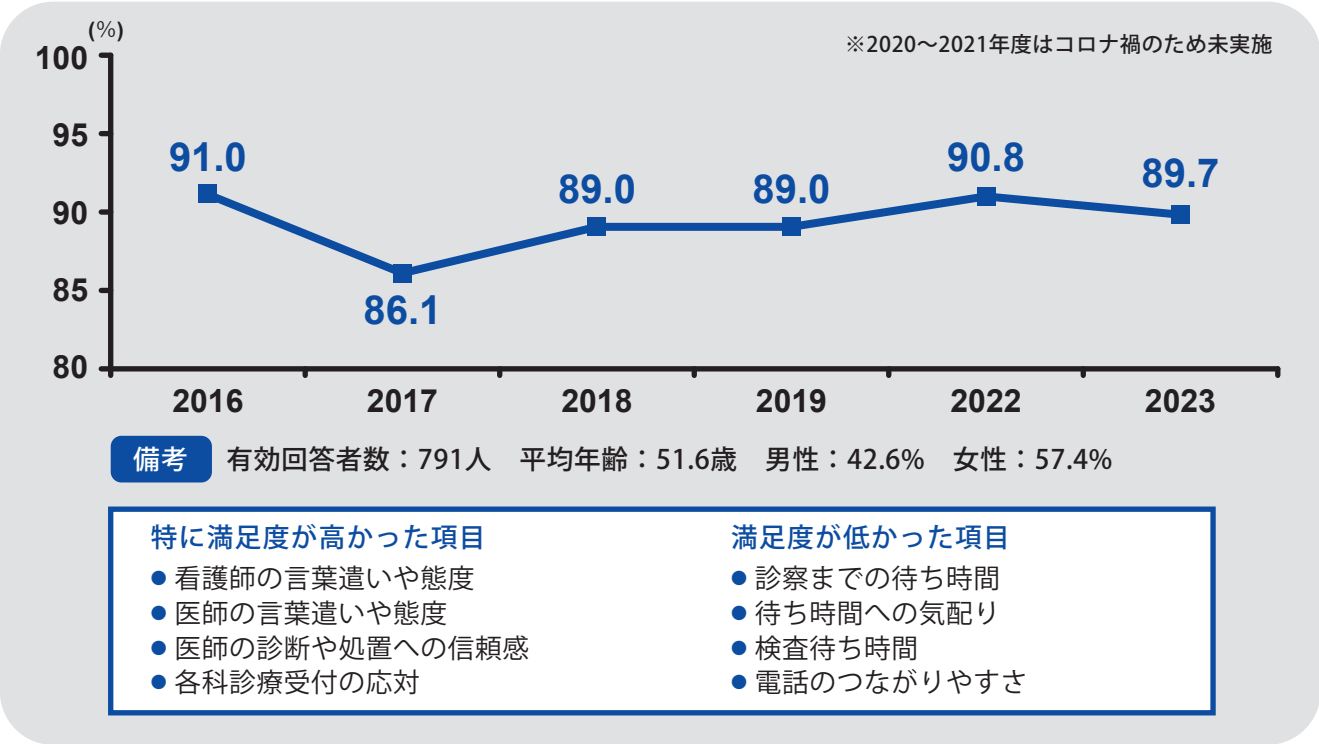
医療の質カイゼン
への取り組み

監修・編集 TQM 委員会

冊子刊行にあたって	TQMセンター長：松浦 正典
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
紹介率・逆紹介率	地域医療連携センター：古西 由紀子
初期研修医一人当たりの指導医数	教育研修センター：松葉 愛音
看護職員の離職率	看護部：田中 雅重
身体抑制者率	看護部：田中 雅重
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
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：藤田 美賀
褥瘡推定発生率	褥瘡対策チーム：藤原 裕子
年間手術件数	手術センター：豊島 康仁
血液培養実施数 / 2セット率	中央臨床検査部：荒木 悠香
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
病棟薬剤師による処方提案件数	薬剤部：福田 章子
RST介入件数 / 人工呼吸離脱率	RST（呼吸サポートチーム）：大塚 康義
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：坂 水友樹・池田 しのぶ
ECT相談件数	ECT（倫理コンサルテーションチーム）：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：引地 克仁
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
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
AYA世代の患者・家族支援件数	AYAサポートチーム：大濱 江美子
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
CO2排出量（月平均）	施設課：佐藤 崇司
TQMツール開発件数・実績紹介	TQMセンター：井藤 秀明

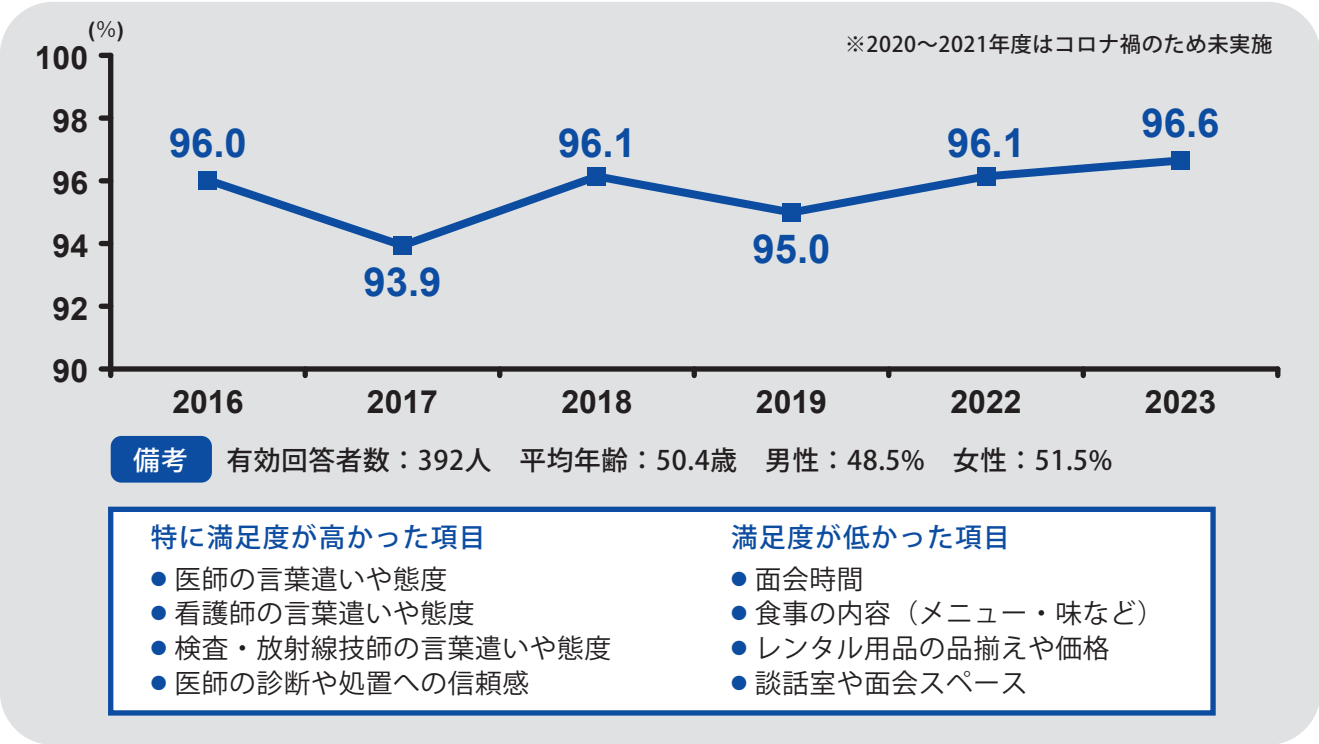
外来患者満足度調査アンケート結果

2023年11月13日から17日にかけて、のべ849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

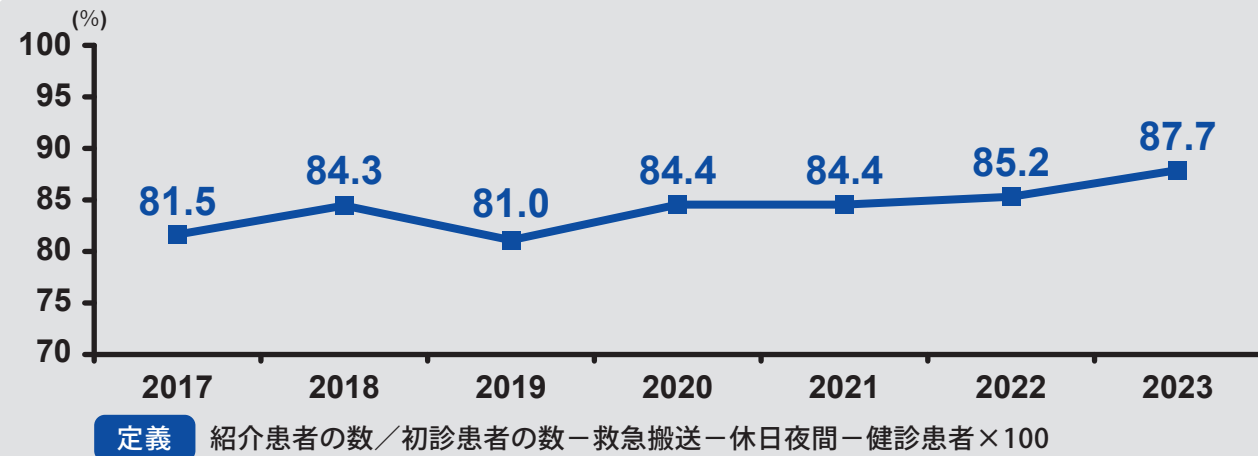
2023年11月13日から11月24日にかけて、のべ406人の入院患者を対象に行われた入院患者満足度調査アンケートのうち、回答結果が「非常に満足」「満足」の割合



● TQM委員会より
外来・入院ともに接遇面において特に満足度が高かったことが評価できます。引き続き、接遇の向上に期待しています。特に満足度が低かった待ち時間の解消に向けて、さらなる取り組みに期待しています。

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。

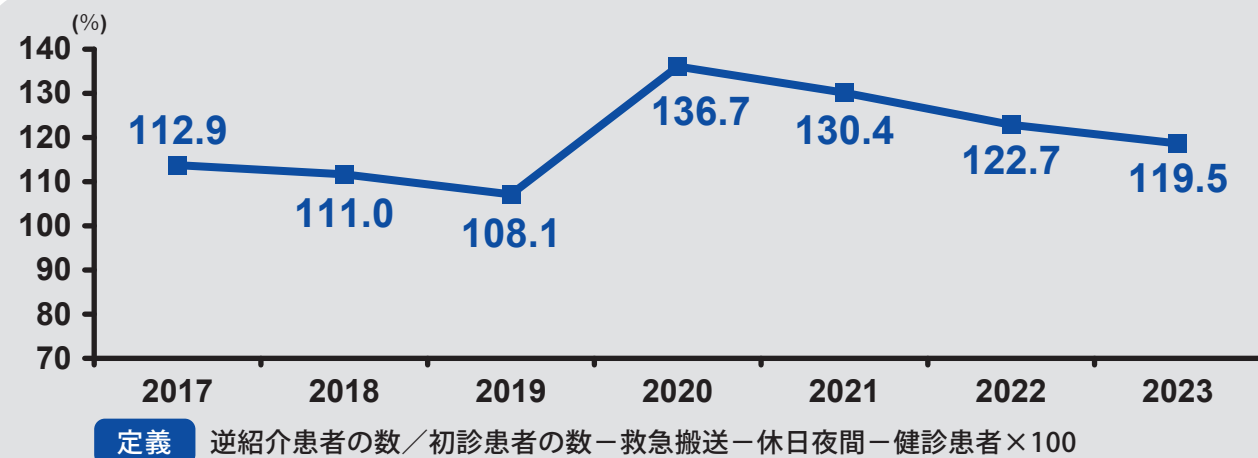


高度な医療を必要とする地域住民が、速やかに治療を受けられるよう、以下の内容を継続実施した。

- 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
- 顔の見える関係構築のため医療機関を訪問し、診療体制や治療内容の説明、情報交換、連携に関する要望の聴取を実施

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。



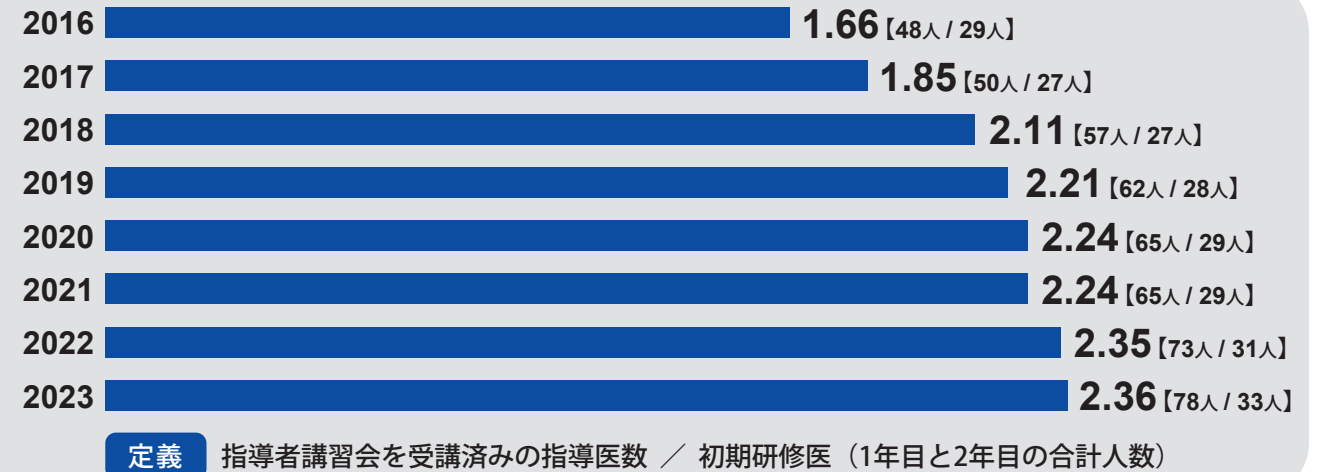
ネットワークを推進することで、地域の病院や診療所との顔の見える関係性を継続するだけでなく、更なる円滑な連携に向けて情報交換を行った。

● TQM委員会より

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、高度急性期病院として地域との連携や機能分化ができていると評価できます。今後も地域医療の中核的役割を担う病院として、しっかりと対応していくことを期待します。

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



指導医の増加を図り、指導医養成講習会に4名以上を定例会で検討した上で受講させ、計画的に指導医を増員している。よって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2.36人を維持した。

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
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%
2023	1,029	2位	15位	41人	17人	241.2%

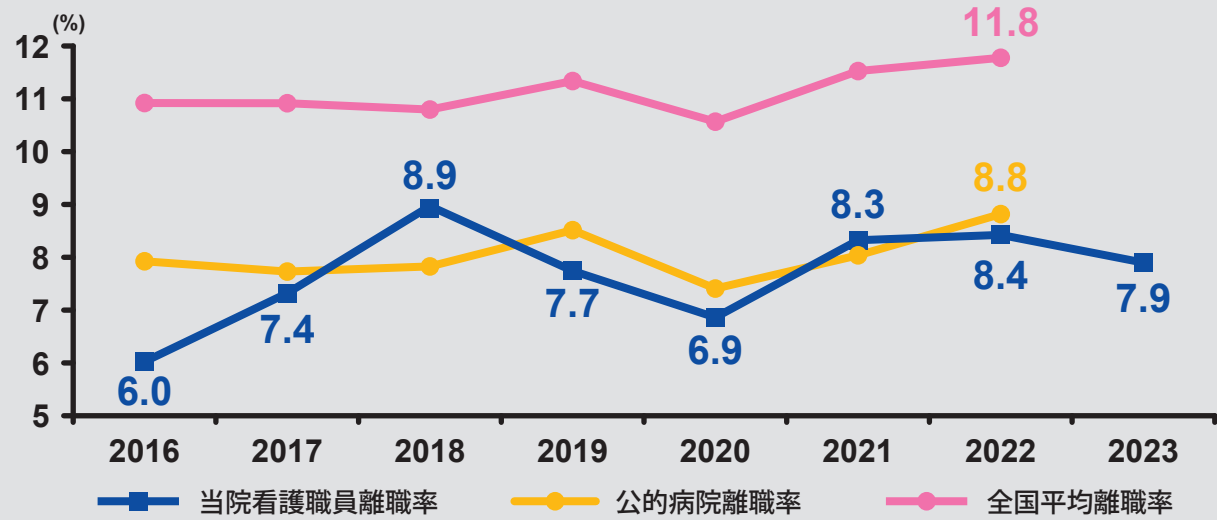
「研修医マッチング」では、研修希望者が提出した希望順位表をもとに、当院を第1希望にしている参加者数が中間公表される。この指標が高いことは、当院での研修に意欲のある若手医師が多いということであり、充実した研修環境であるといえる。医学生を対象にした見学会を実施し、そのアンケート内容を基に内容の見直しを行い、内容の充実に努めている。

● TQM委員会より

すぐれた指導医が多数いることはもちろんですが、多職種で適切なチーム医療が実践できていること、講義などの研修プログラムが充実していることも、研修医にとっての魅力につながっていると考えます。充実した研修環境は、ひいては職員全体の働きやすさにもつながるのではないのでしょうか。

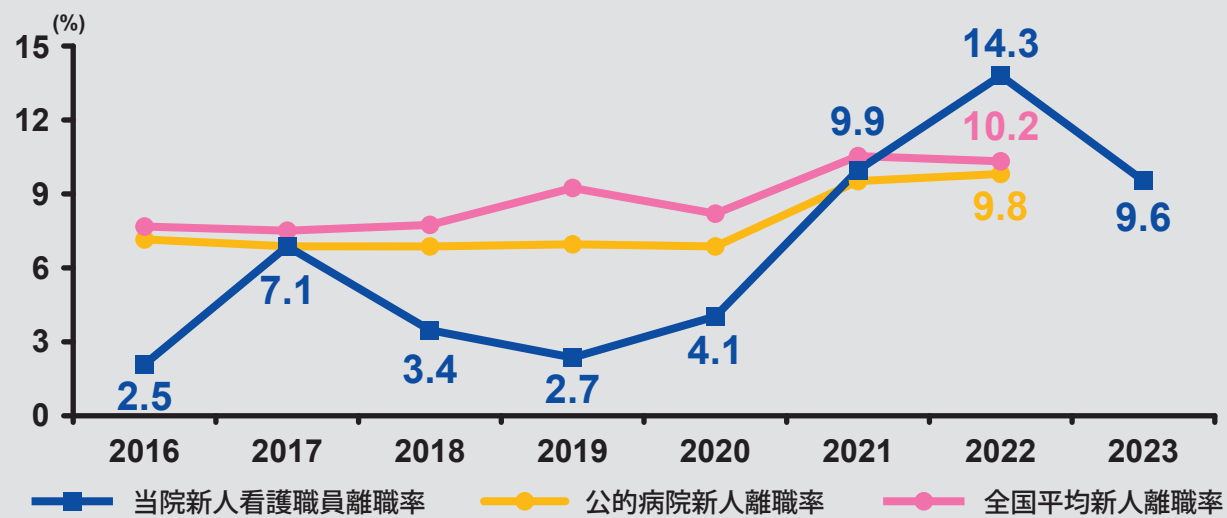
看護師の定着は優秀な人材の育成につながり看護の質向上の担保となる。離職率は働き続けることが出来る職場の目安となり、ワークライフバランスの充実を反映する。

看護職員の離職率



定義 1年間に退職した常勤看護職員数 / 全常勤看護職員数 (4月1日の職員数 + 途中採用の常勤看護師数)

新人看護職員の離職率



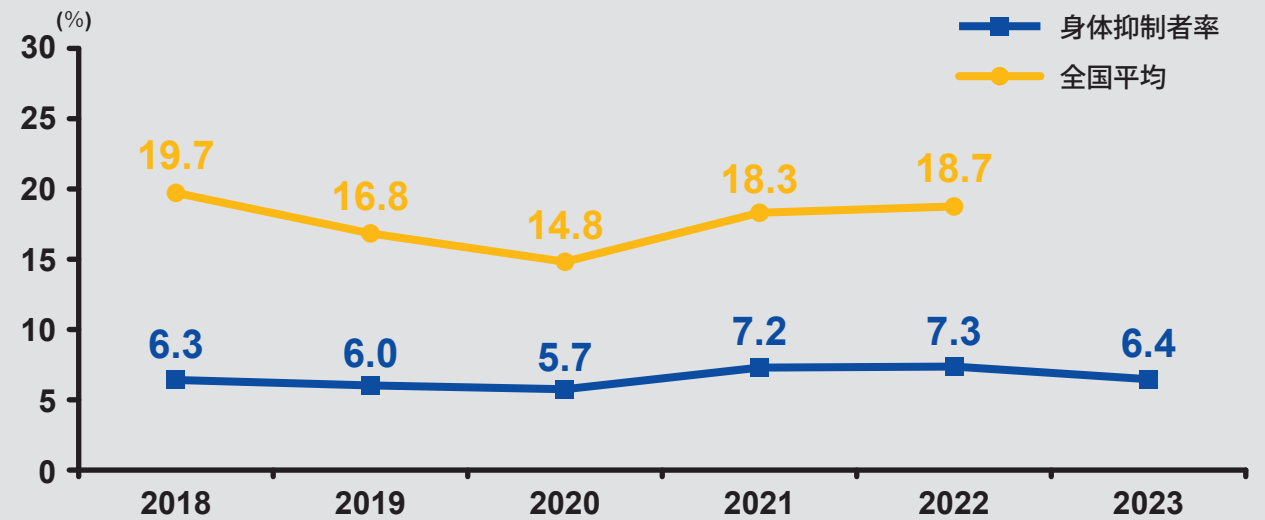
定義 1年間に退職した新卒新人看護師数 / 4月1日採用の新卒新人数 + 途中採用の新卒新人数

キャリア開発ラダー（ポートフォリオ）に沿った、職員1人1人のライフスタイルに応じた支援を実施し、自己のキャリアアップを実現しながら、働き続けることができる職場作りを目指す。また生産人口の減少を見据えて、患者中心のタスクシフト・シェアを推進し、看護の専門性に資する業務ができ、なおかつ効率化を見据えた業務改善を実施する。早期のメンタルサポートを実施しメンタル不調による離職を防止する。

● TQM委員会より

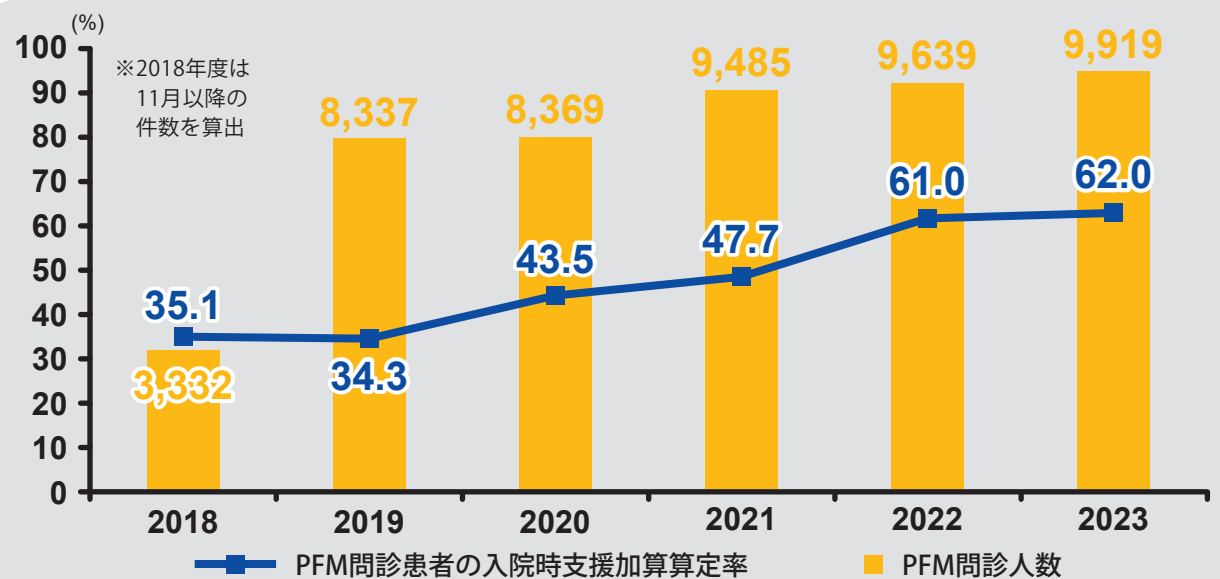
看護職員の離職率（全国比較）の当院看護職員離職率は低くなっており、こちらは現状の取り組みを継続し、維持していただきたいです。新人看護師の離職率は全国平均に比べても2022年は高かったものの、2023年は低下しており早期のメンタルサポートなどの対策が奏功してると考えられます。

患者本人または他の患者等の生命及び身体を保護するため、やむを得ず身体行動制限を必要と医師が判断した場合にのみ適応とするものである。また、切迫性、非代謝性、一時性の3つを満たす場合であり、主治医や看護職員などチームで協議し、必要最小限に留めることが重要である。



定義 身体抑制患者数 / 延べ入院患者数 × 100

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。



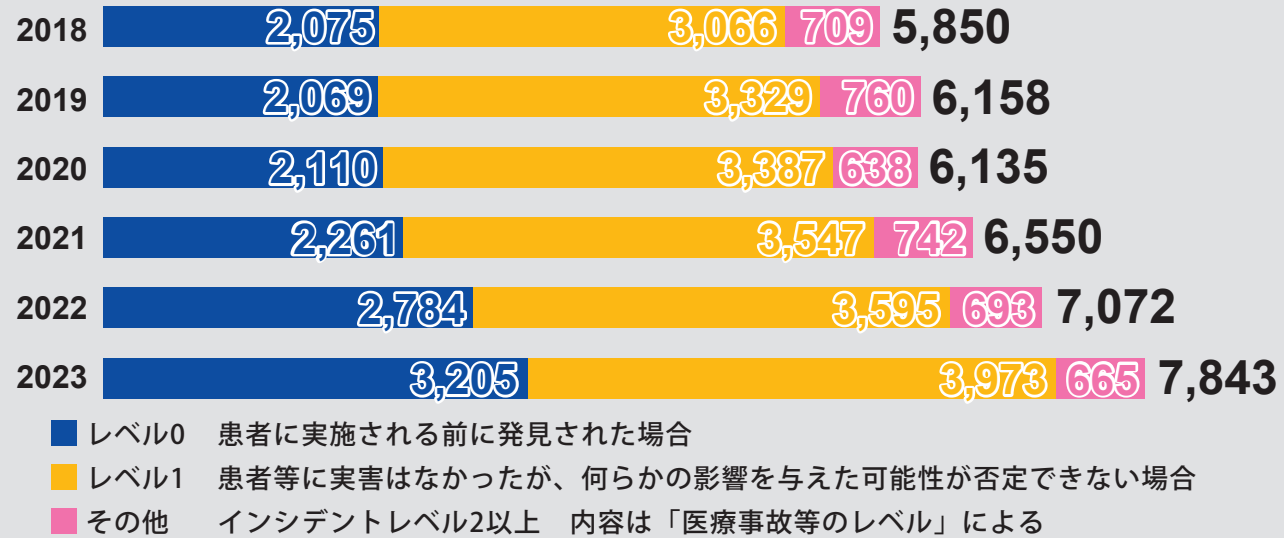
定義 退院月を基準に算出したPFM問診経由の入院時支援加算算定数の割合

インシデント報告の意義は

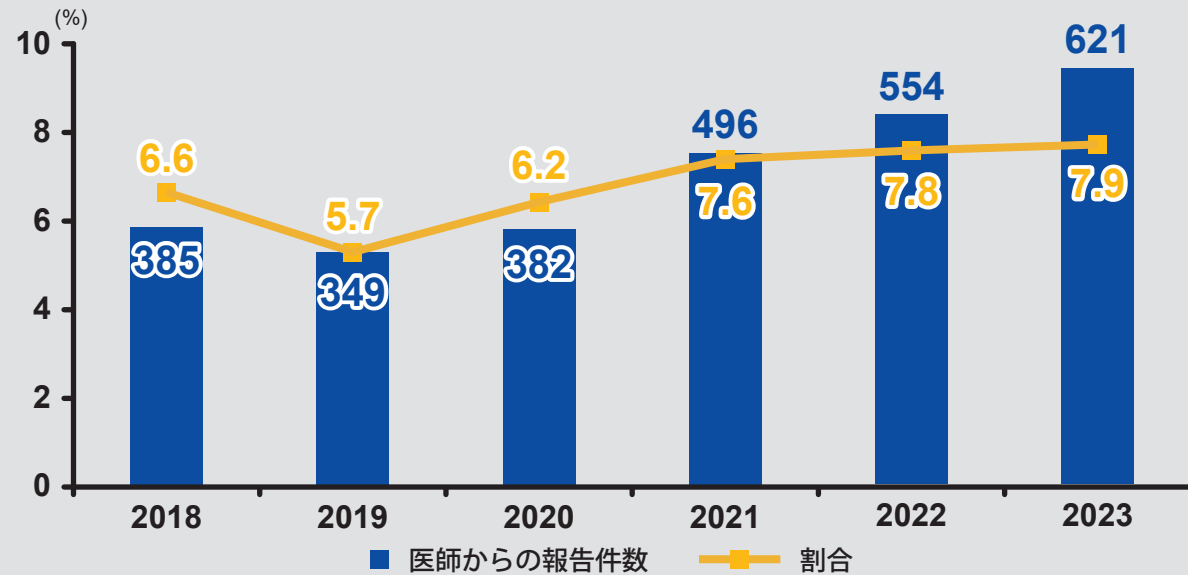
- 事故の再発防止や改善に向けた情報収集ツール
- 施設内で患者に発生した有害事象を早期に把握する
- 組織内の安全文化を強固なものとする

とされている。

インシデント・アクシデント報告数



医師からの報告数の推移



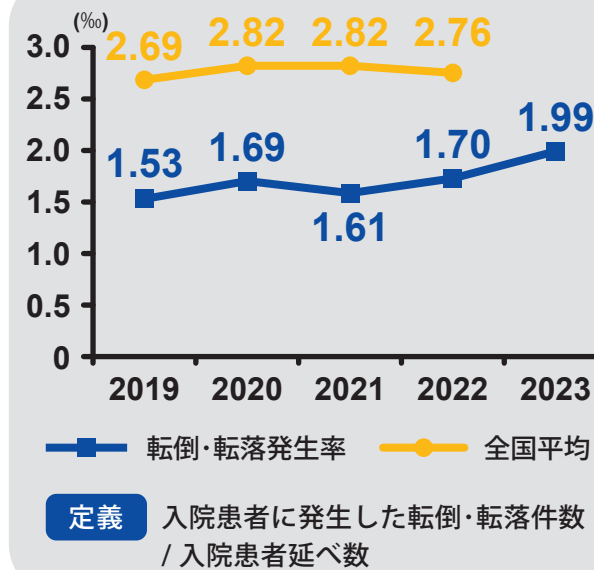
『WHO患者安全カリキュラムガイド』においても報告の文化をもつ医療機関は、報告のない施設よりも安全であると記載されており、当院でもインシデント・アクシデント事例の報告目標数をベッド数の5倍である5,000件を目指し、2018年度目標を達成した。2024年度は8,000件を目標とする。レベル0.1の報告数・割合、医師からの報告数・割合も増えている。

● TQM委員会より

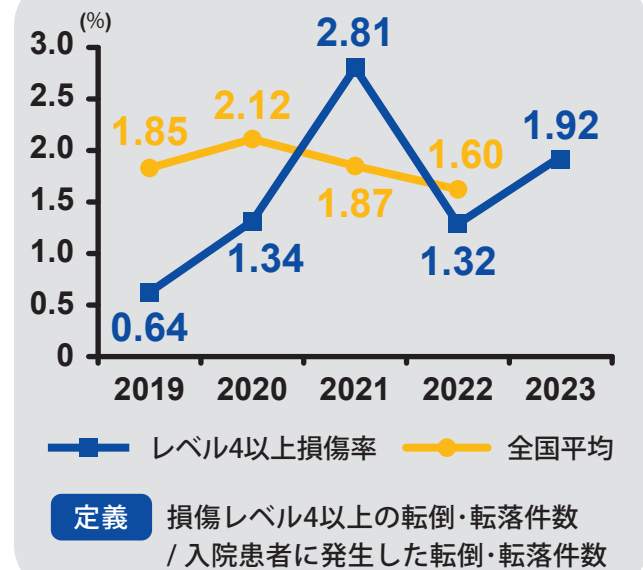
インシデントレポートの報告件数は年々順調に増加しており、ベッド数からの目標である5,000件を上回っています。医師の報告件数も順調に増加しており、報告する文化が根付いた組織であると言えます。医師の報告件数の目標は全体の1割と言われていますが、総数7,843件の1割まであと少しです。今後も安全文化の醸成のために継続的に取り組まれることに期待しています。

転倒・転落の発生を無くすことはできない。しかし、防止のための取り組みは転倒・転落の発生を抑止し、たとえ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できる。入院患者に対する転倒・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、転倒・転落による有害事象予防につながる。

転倒・転落発生率

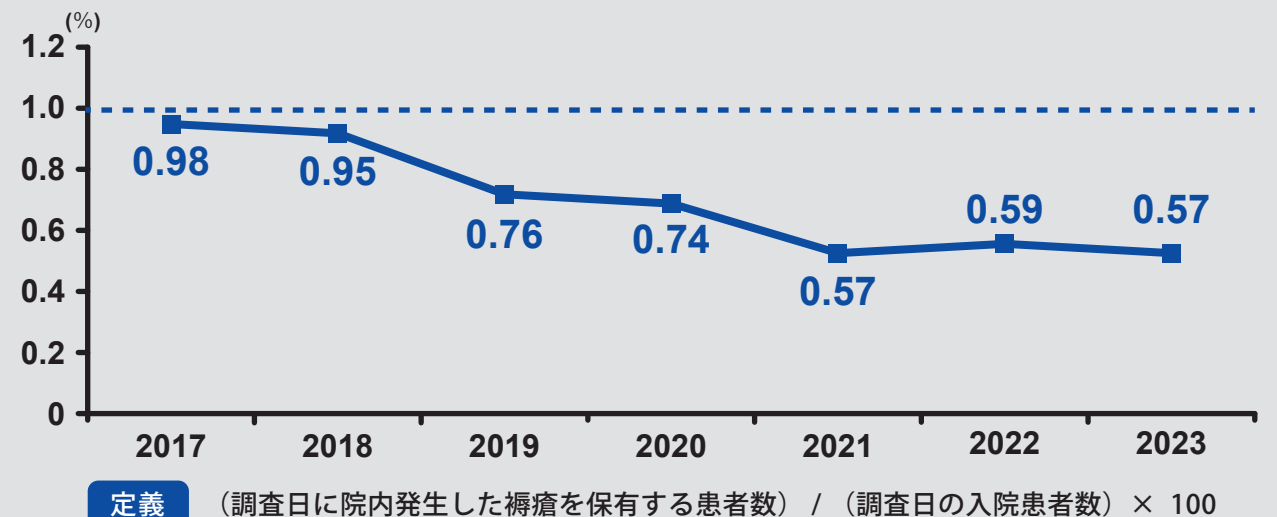


転倒・転落に対するレベル4以上の損傷率



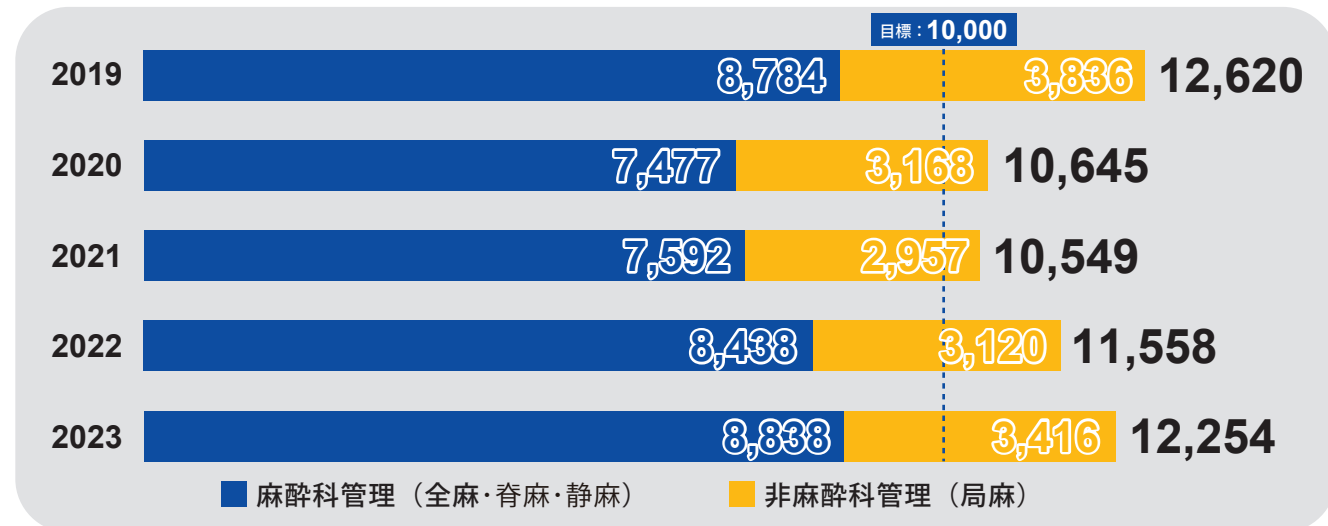
褥瘡の発生は、患者の生活の質低下や感染症などの合併症を引き起こすため、その発生状況は医療の質を評価する指標となる。日本褥瘡学会の全国実態調査より当院では、一般病棟の発生率1.0%以下を目標に、ハイリスク事例に対する予防ケアの充実やカンファレンスの実施、ラウンドの強化、褥瘡研修の追加、褥瘡専従管理者の病棟担当制を継続している。

一般病棟 褥瘡推定発生率



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



新型コロナウイルスが5類相当となったことで手術件数は順調に回復した。しかし、諸都合により2024年1月より手術枠を1日3枠制限することとなった。2024年度は手術センターが有する本来の機能を復帰させ、持続することを課題とし、年間を通じて安定した手術センター運用を目指す。

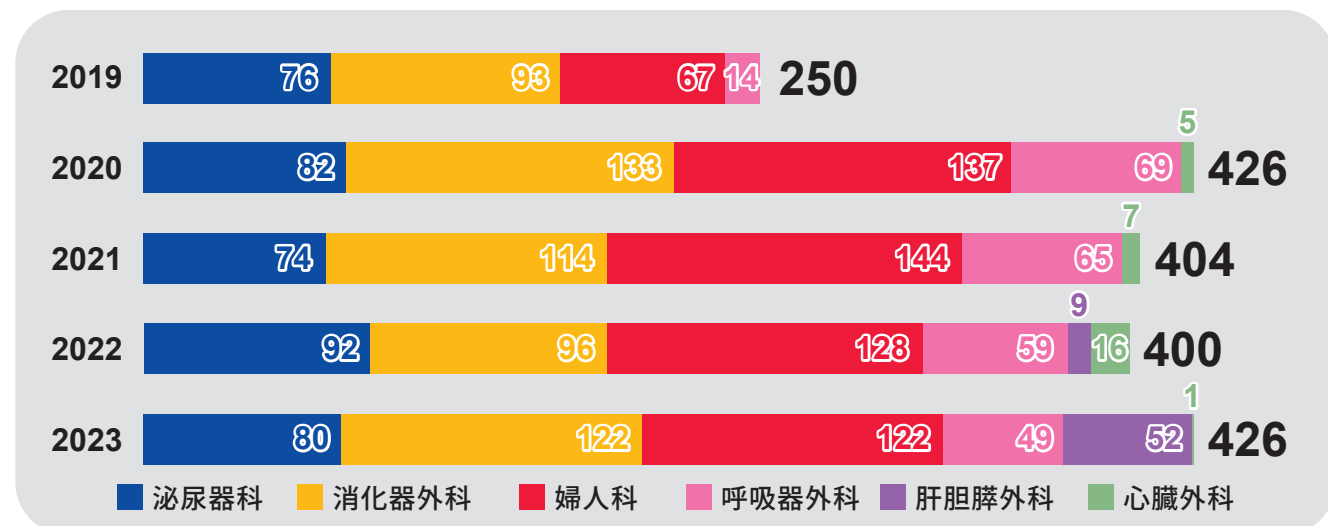
DPC全身麻酔件数ランキング（全国）

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

	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
全身麻酔	5位	5位	5位	4位	11位	11位	未発表
全件数	12位	12位	13位	19位	23位	19位	未発表

ロボット手術件数の推移



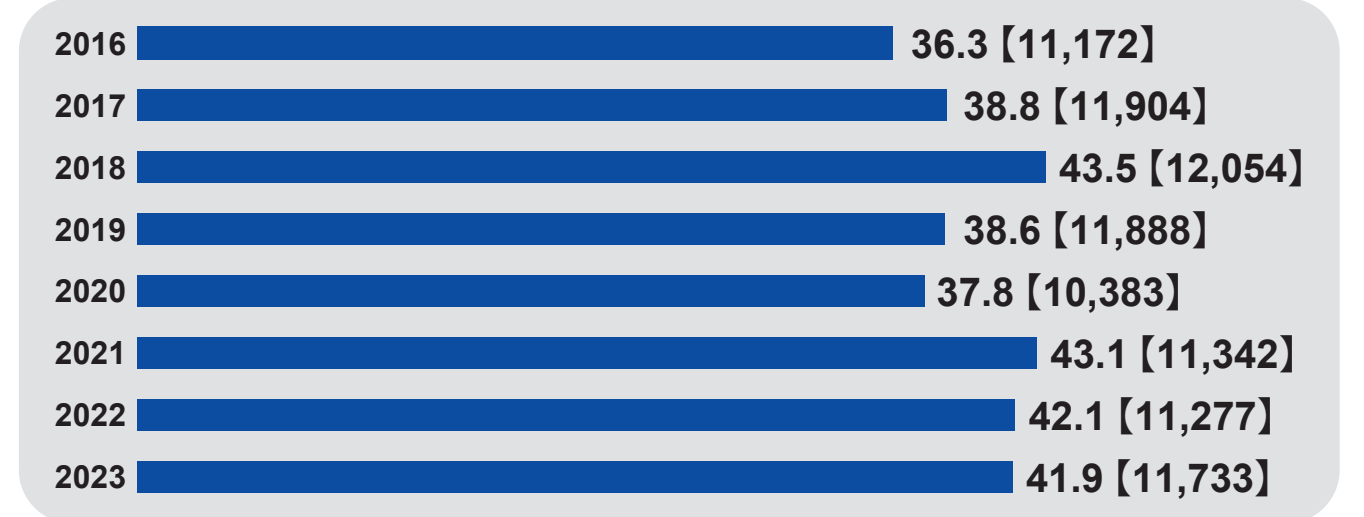
手術件数増加に向け、診療科別手術枠スケジュール調整、ロボット手術枠の効率的な運用、緊急手術のすみやかな受け入れ等を多職種で連携しながら取り組んでいる。特にロボット手術については、医師だけでなくコメディカルの見学受け入れ施設（リファレンスセンター）として、人員配置や役割分担、スケジュール調整や在庫管理など他施設の模範という意識をもって業務を行っている。

● TQM委員会より

手術件数をコロナ禍前と同程度に回復させたのは手術センタースタッフみなさんの努力、工夫、チームワークの賜物でしょう。そんな中、手術枠制限をせざるをえないとは悔しいところです。ロボット手術件数はコロナ禍中も目立った減少もみられず、高水準を保てているようで頼もしいです。

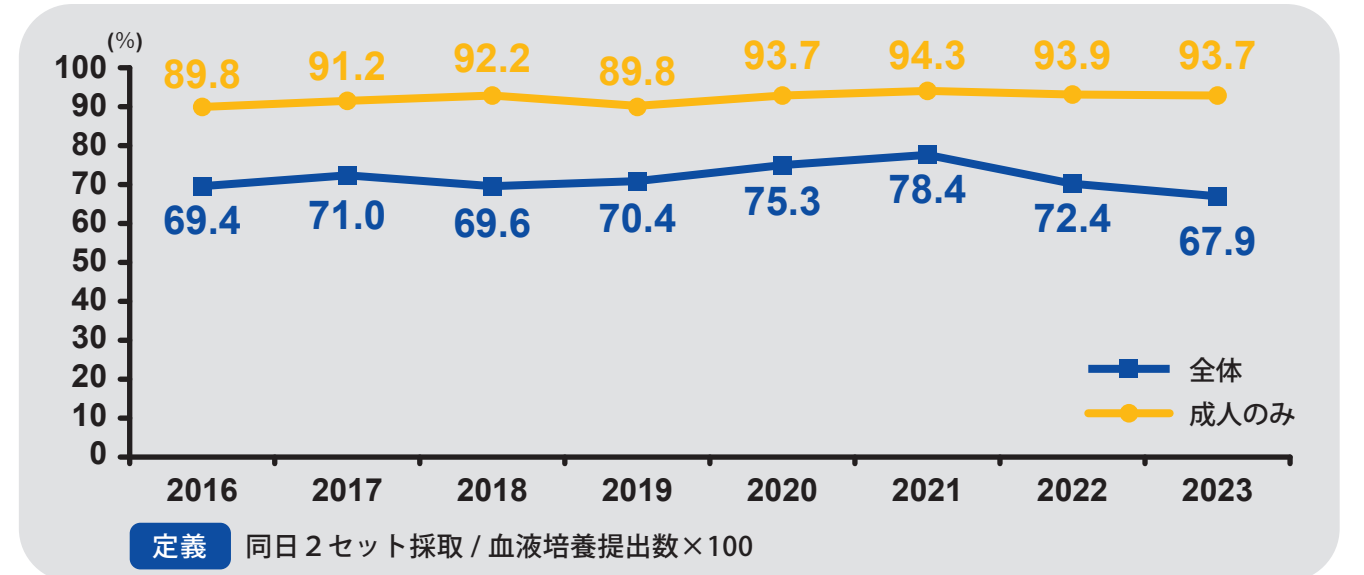
血液は通常無菌状態だが、病原体が血液内へ侵入すると全身に広がり、菌血症や敗血症という重篤な感染症となり得る。速やかに血液培養を実施し、病原体を特定した上で抗菌薬を選択する必要がある。適切な培養検査が実施されていることは、適切な治療が行われている重要な指標の一つといえる。

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。



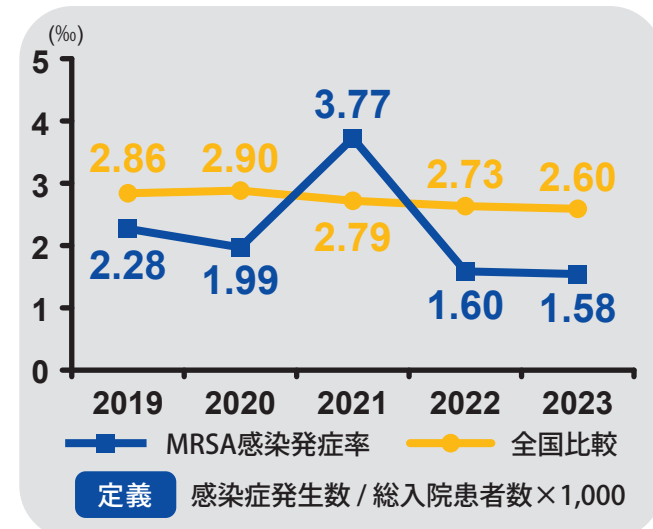
抗菌薬適正使用ラウンドにおいて、広域抗菌薬が投与されているにも関わらず血液培養が実施されていない症例については、ICT・ASTより小児系も含めて注意喚起を行った。

● TQM委員会より

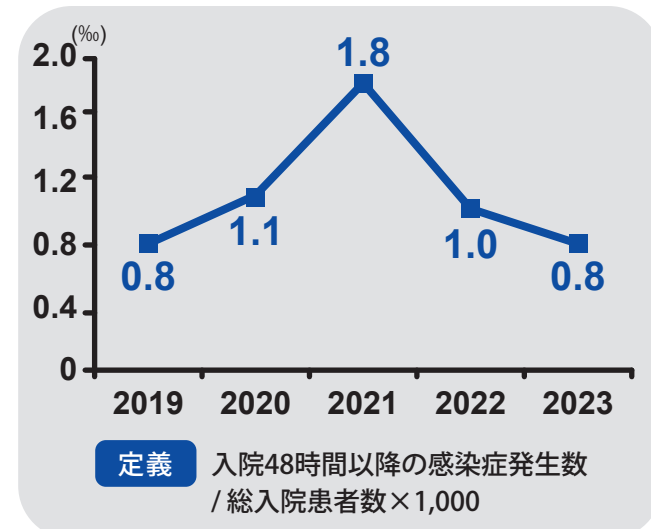
血液培養の結果は、患者の治療に影響する重要な検査であり、その精度を高める2セットでの実施率は重要な指標と言えます。各診療科の協力や、検査側の業務負担などさまざまな連携により実施率向上が期待されます。

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）

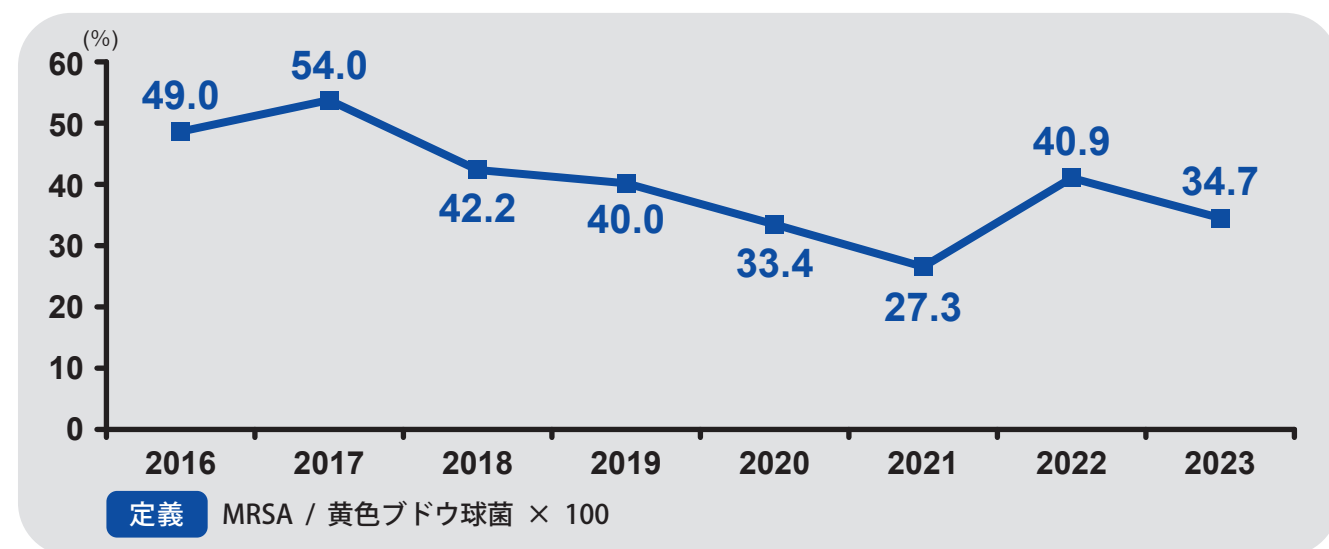


MRSA感染率（院内発生のみ）



持ち込みも含むMRSA感染率は、当院での2023年実績は1.58であった。持ち込みの件数が多いため、院内発生に限ると0.8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2.60であった。

黄色ブドウ球菌中のMRSA率



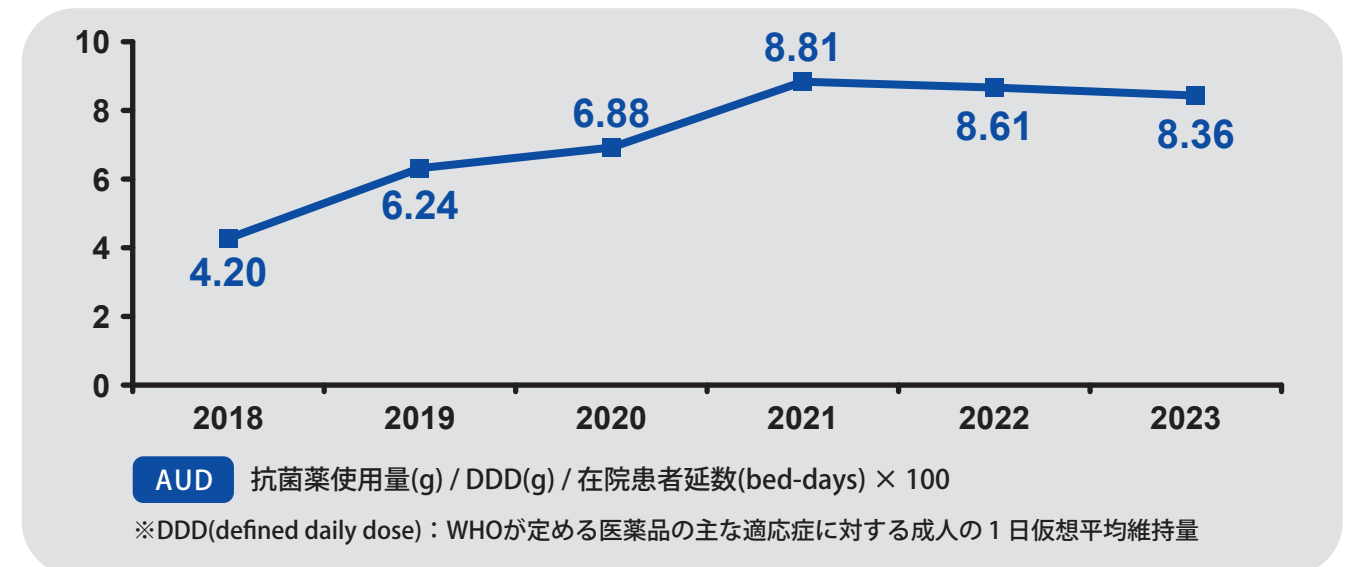
黄色ブドウ球菌中のMRSA率は2023年度は34.7%であった。2016年4月に政府から発表された「薬剤耐性菌(AMR)対策アクションプラン」では2020年までに20%以下に低下させることを目標としていたが、達成できなかった。

● TQM委員会より

急性期病院で高度医療を実施している当院で全国平均より低いMRSA感染率を達成できていることは、日頃からのICT活動の成果です。このまま病院全体で感染管理を継続できる様に努力していただきたいと思います。

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、薬剤師が専任化された。広域抗菌薬であり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り、抗菌薬適正使用の指標となる。増加傾向にあるのは、一部の抗菌薬の供給制限や海外での臨床試験結果の影響であり、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)



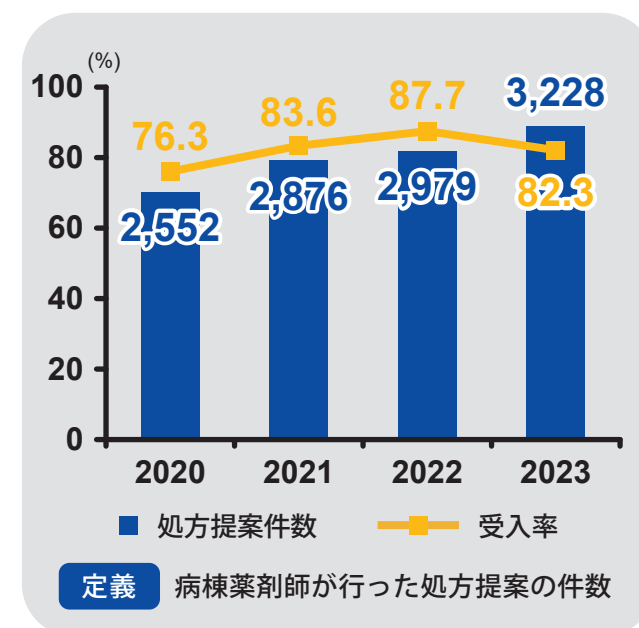
薬剤部

病棟薬剤師による処方提案件数

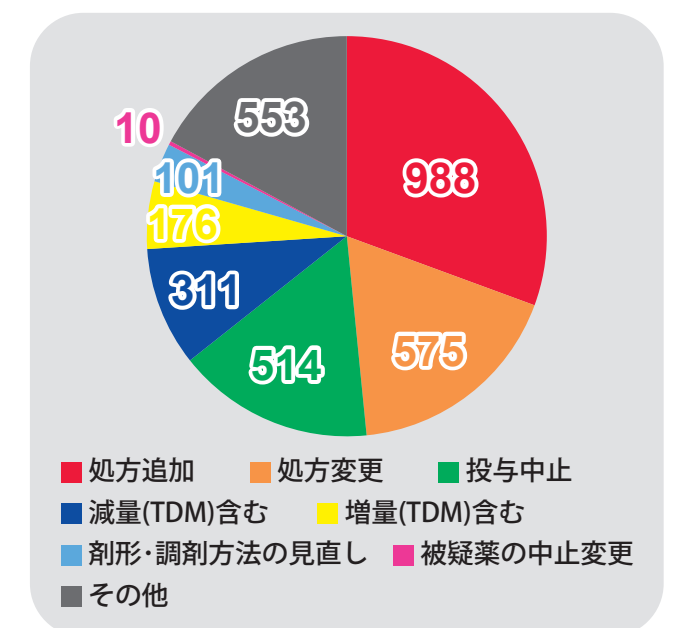
過程指標
Process成果指標
Outcome

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。当院では病棟専任の薬剤師が、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



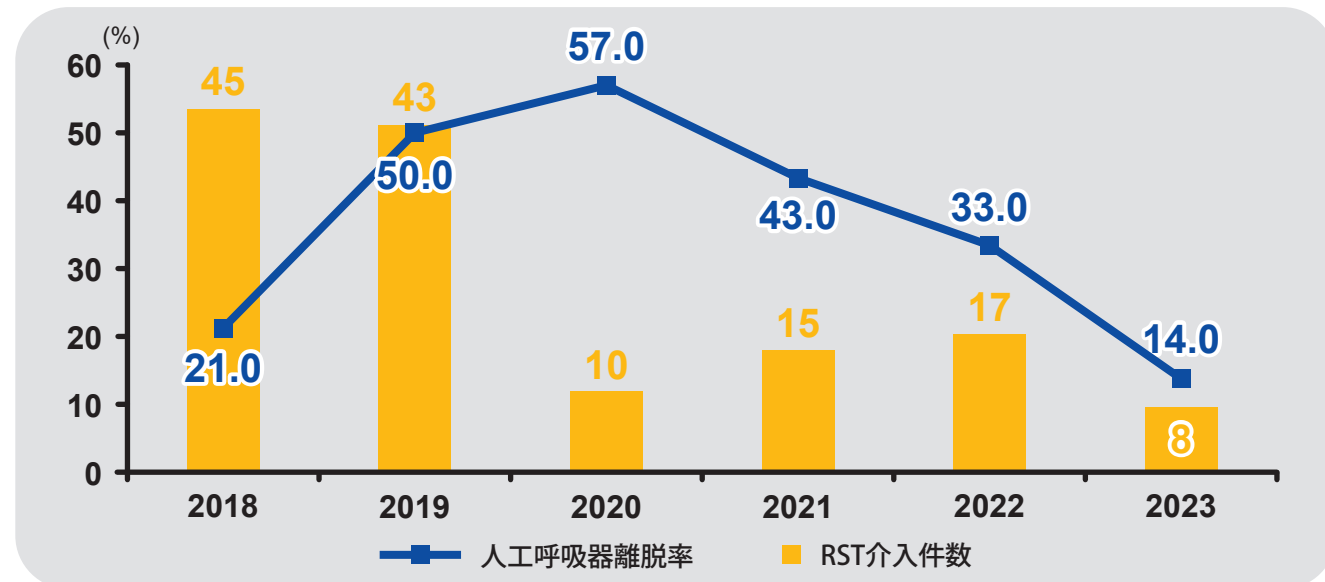
2023年度処方提案内容の内訳



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、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、現場のニーズに合わせた支援を行うことによる医療者の知識・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

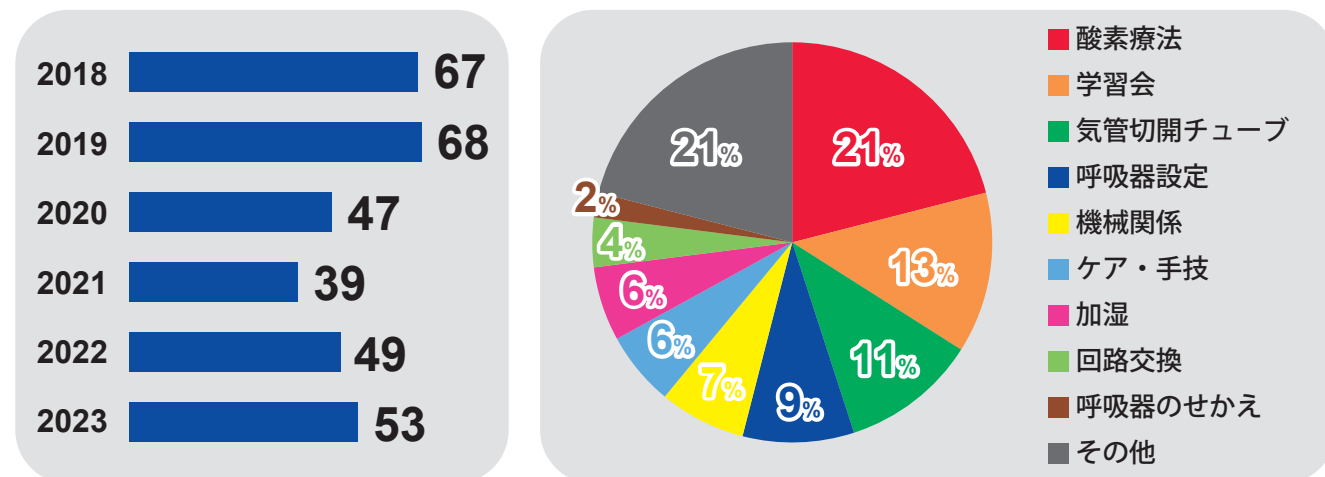
人工呼吸離脱率は、定期ラウンドした患者数から人工呼吸器使用患者（入院時より在宅人工呼吸器導入済みの患者は除く）を抽出し、ラウンド終了時点（退院・転院・RST及び主治医判断による介入中止）で人工呼吸器を離脱できた割合である。



介入依頼件数は2020年度以降少ないものの増加傾向にあったが、2023年度は減少した。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、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、直接相談があった件数である。



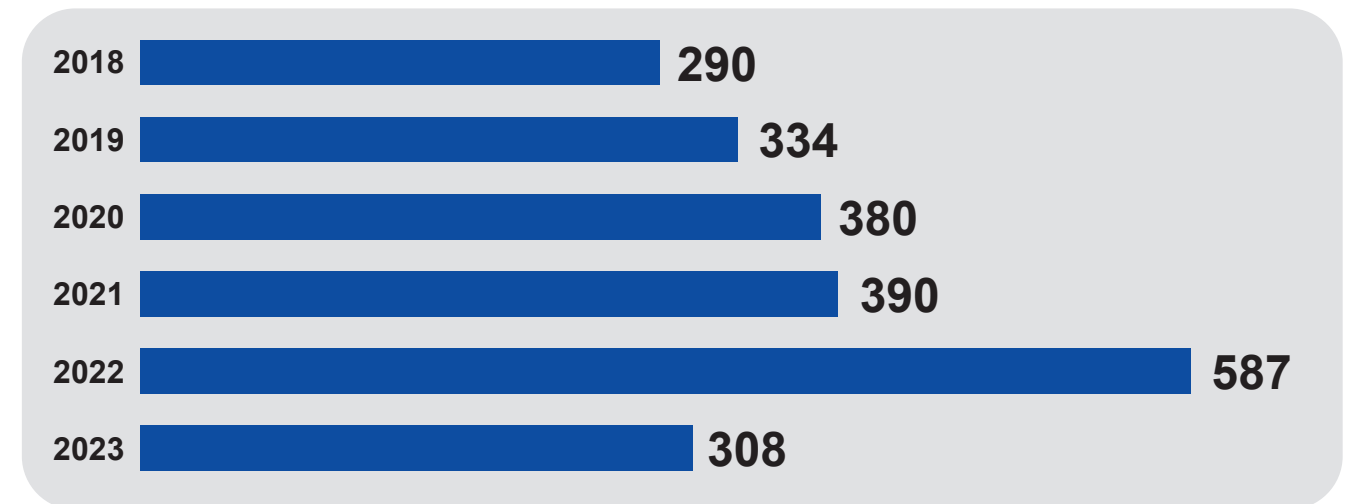
この指標から、病棟の呼吸管理やケアに関する困りごとにタイムリーに対応できたといえる。2019年度以降、相談件数は若干減少したが、酸素療法や加湿、学習会など様々な相談があり、各病棟や医療者のニーズに合わせた支援を行っている。

● TQM委員会より

介入依頼件数や人工呼吸器離脱率の減少には、COVID-19での入院が減少し、悪性腫瘍や慢性期の患者の割合が増加していることが関連している可能性が考えられます。この数年コンサルテーション件数は増加しており、呼吸管理・ケアに関する関心やニーズは高まってきていると考えられます。今後の継続的な取り組みを期待します。

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。

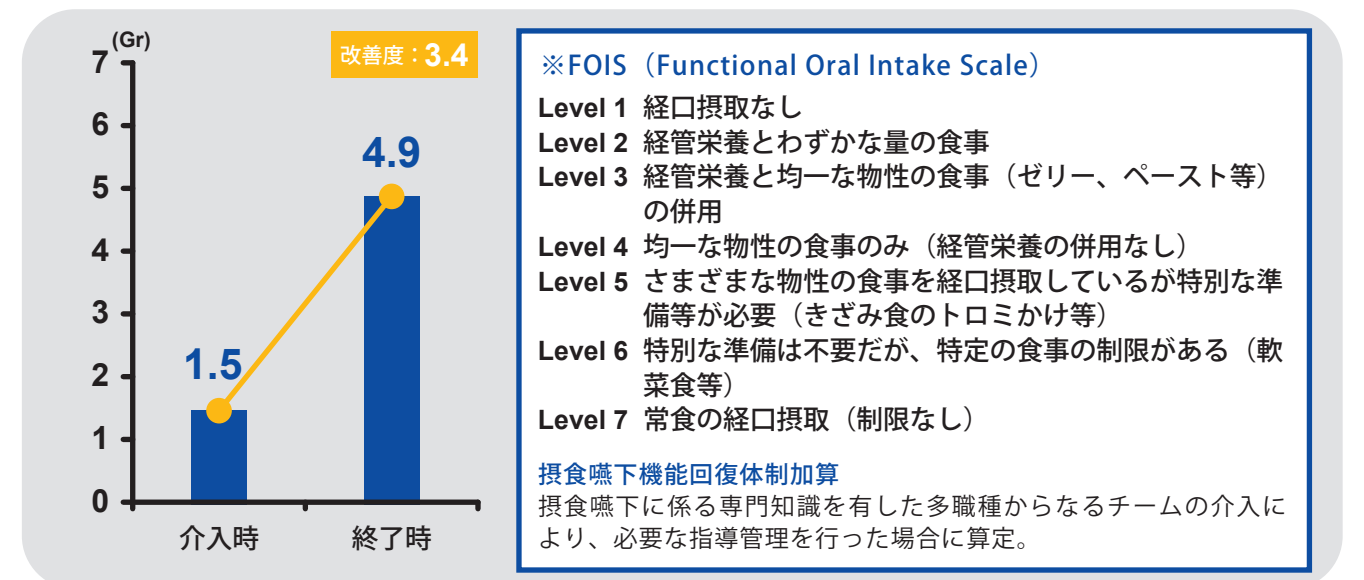
摂食嚥下リハビリテーション施行者数



施行者数が減少した理由は、重症度の高い患者が多くチームラウンドで介入したためである。現在、介入依頼はリハビリ指示箋とチーム医療システムで受けている。チーム医療システムでは医師の指示で看護師等の他職種でもスムーズに依頼ができるため介入依頼の拡大につながった。また、リハビリ医師を中心に多職種と連携をとることができた。

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。



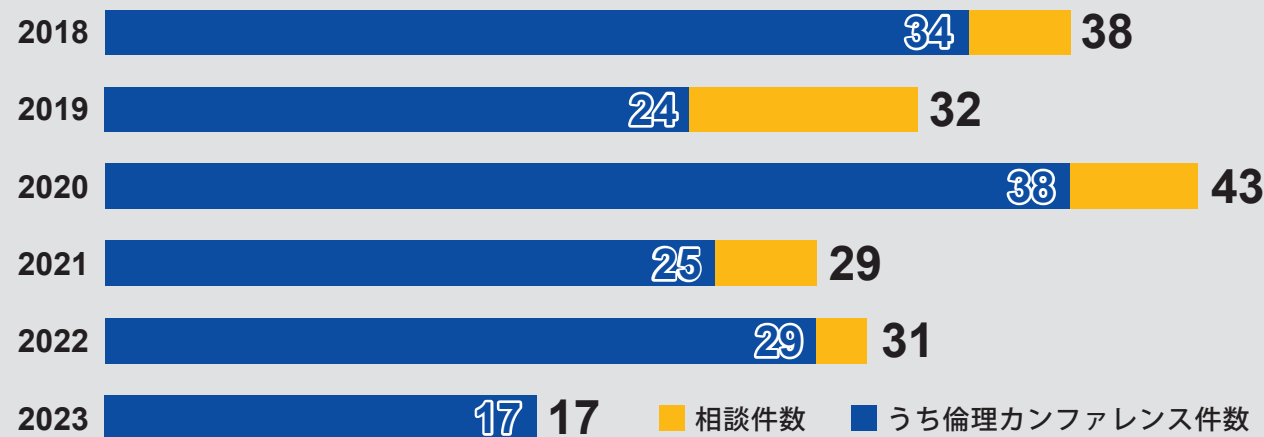
介入時と終了時の摂食嚥下障害の重症度をFOISの平均値を用いて評価した。多職種と連携し、各専門家から受けた栄養管理や使用薬剤の相互作用などの提言をもとに嚥下訓練計画を作成・実行したことにより、効果的に機能が改善した。この取り組みにより機能改善がより期待できる患者へ医療資源を投入することができた。

● TQM委員会より

患者の摂食能力の改善ができたことは、新たな取り組みが奏功したものであり素晴らしいと思います。患者や家族、介護者にも訓練の効果をフィードバックし今後も継続した取り組みを期待しています。

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

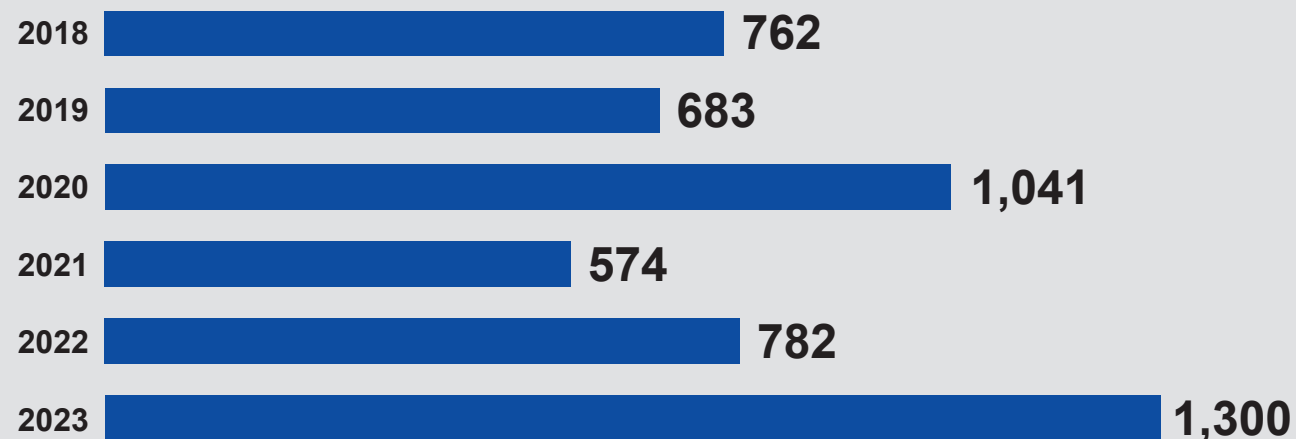


定義 ECT相談件数およびECT・病棟合同倫理カンファレンス件数の総数と相談内容の分類

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

院内全体の倫理カンファレンス件数



ECT相談件数および倫理カンファレンス件数が減少した要因としては、部署での倫理カンファレンスが増加し、人生の最終段階における意思決定、DNARや急変時に関する患者・家族との話し合いが日常診療の中で行われるようになってきていることが考えられる。しかし、複雑な意思決定や当事者間で価値が対立している場面ではECTが活用されているため、困難な状況の判断・意思決定ができるよう支援していきたい。また、看護部倫理委員会で多職種による倫理カンファレンスと意思決定支援ガイドの活用、ACP記録の取り組みを推進し、各部署に担当専門看護師（CNS）を配置して部署での倫理カンファレンス支援とフィードバックを行った。2023年度のCNSが支援した倫理カンファレンスは30件であった。

● TQM委員会より

継続的にECT相談や倫理カンファレンスが行われており、各部署においてもECTの取り組みが認知されていると考えられます。ここ数年は、各部署での倫理カンファレンスの増加に伴い相談件数がやや少なめですが、今後は積極的にECTを活用し、その意見を取り入れることで、より活発な意見交換が期待されます。

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。

摂食嚥下リハビリテーション施行者数

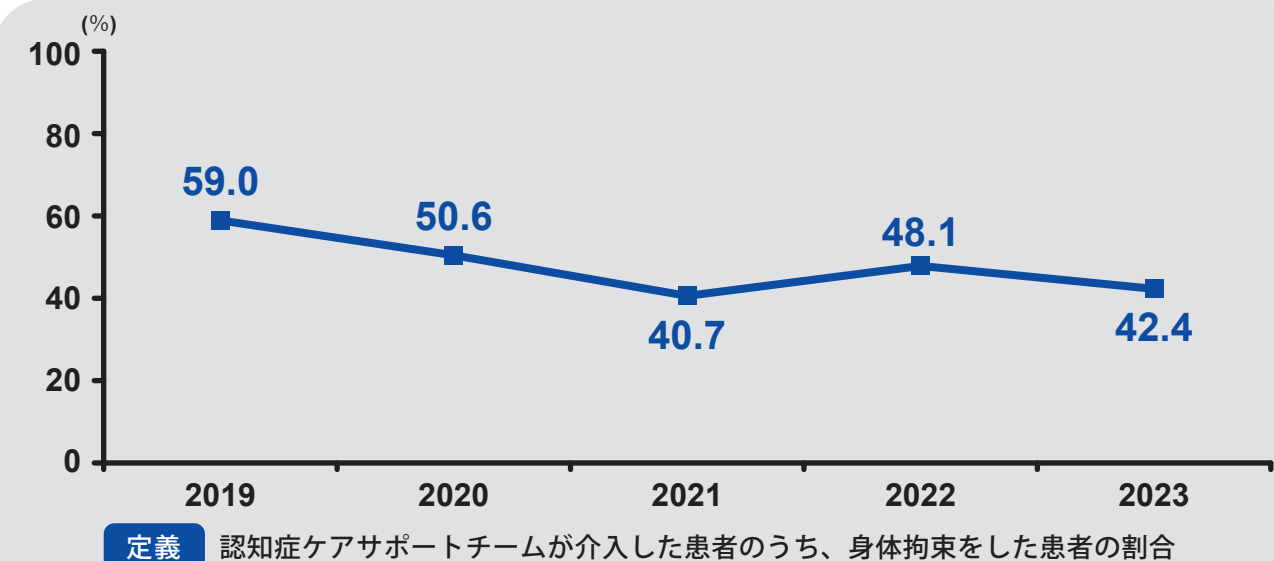


定義 認知症ケアサポートチームが介入した患者総数

年度が進むごとに増加傾向にある。2023年度も450件以上を推移できている。

介入期間中の身体拘束率

認知症ケアサポートチームに介入依頼のあった総患者数のうち介入期間中に一度でも身体拘束を行なった患者数の割合。施設内でどれだけ身体拘束が行われているかを評価するために使用され、患者の人権を守るための重要な評価基準となる。この指標により拘束の適正管理や削減が求められる。



定義 認知症ケアサポートチームが介入した患者のうち、身体拘束をした患者の割合

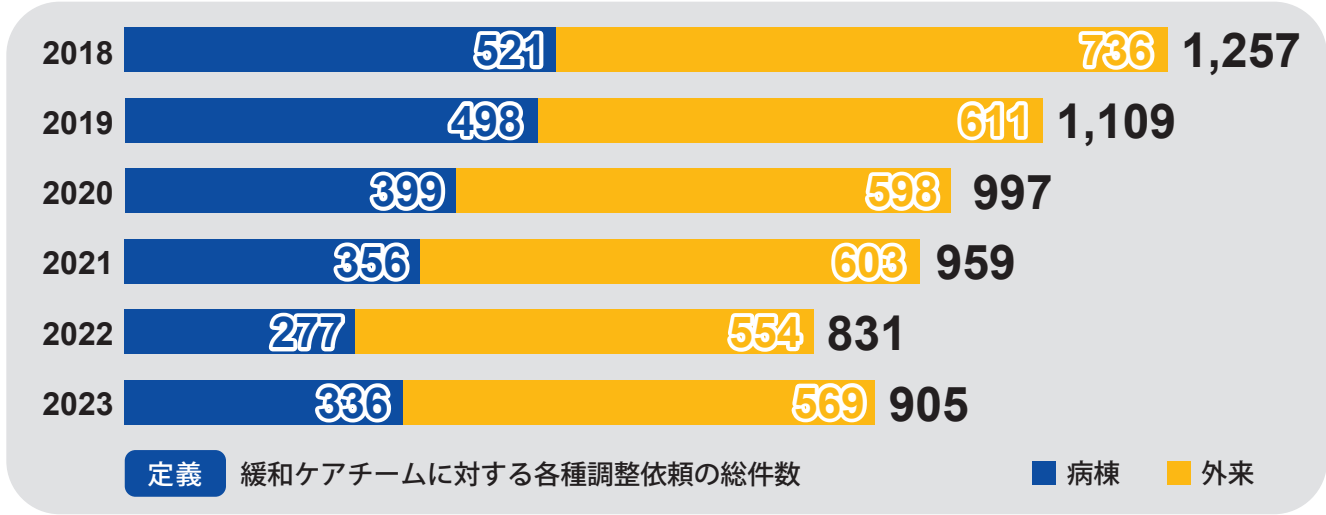
2019年度から低減していたものの、新型コロナウイルスの影響もあり2022年度には増加したが、2023年度に42%に減少できている。

● TQM委員会より

介入件数は増加傾向にあり、サポートチームの活動が評価され、患者とその家族のQOLの向上に寄与していると考えられます。また、身体拘束率は減少傾向にあり、サポートチームによる専門的な介入が、患者の安全と適正な実施につながっていることが考えられます。

緩和ケアチーム依頼件数

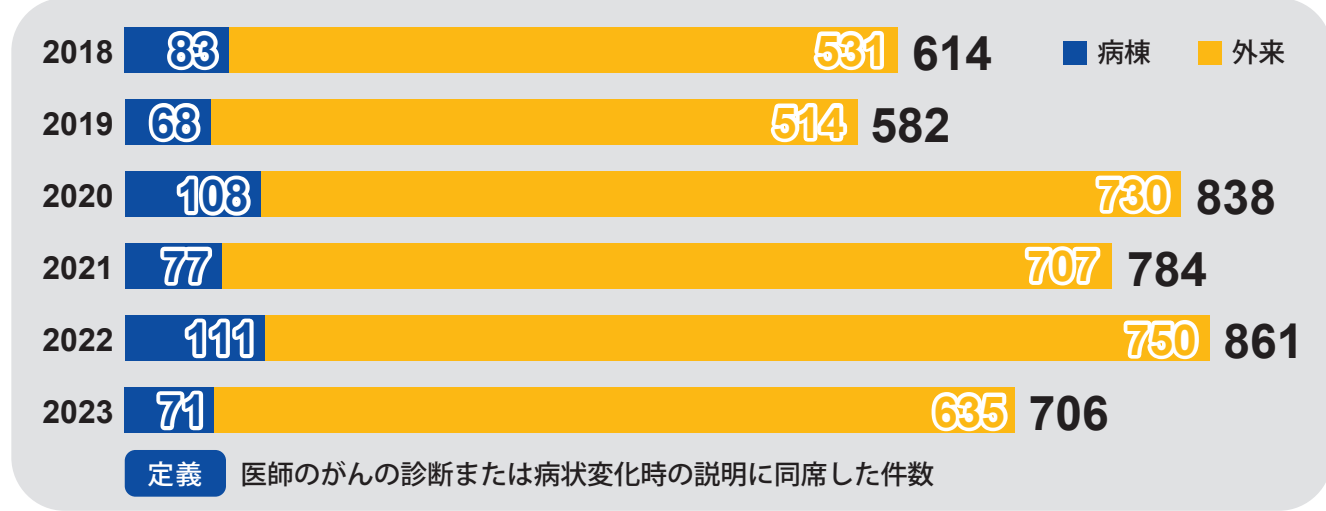
緩和ケアチームは、緩和医療科医、がんに関する教育を専門的に受けている看護師、薬剤師とソーシャルワーカーの多職種で構成され、症状緩和・療養場所の選択、様々な意思決定支援、アドバンス・ケア・プランニングを実践している。緩和ケアチームへの依頼は、患者のQOL向上への意識の高さを示している。



依頼件数全体は前年度よりも増加している。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、当院のがん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。



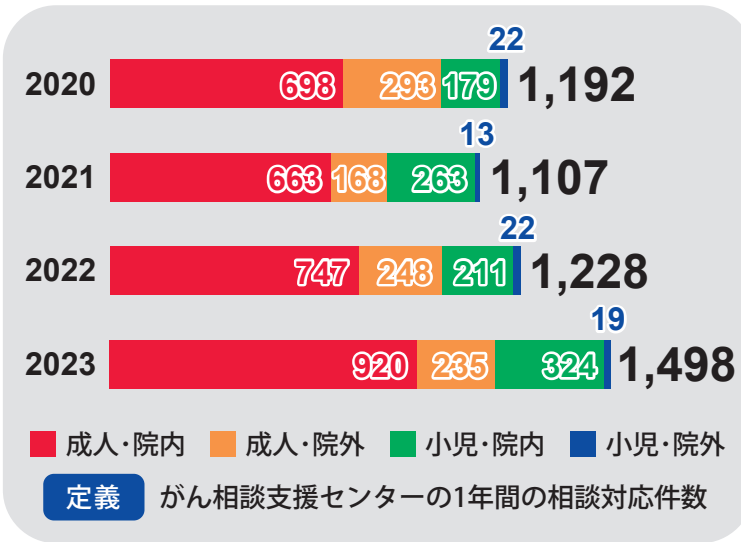
指標は緩和ケアチーム看護師への意思決定支援依頼が定着していたことを示している。昨年度より全体数は減少しているが、診療科別では例年依頼の上位を占める乳腺外科、放射線腫瘍科、腫瘍内科、消化器外科からの件数は増加している。依然、治療期の患者への介入ニーズが高いことがうかがえる。

● TQM委員会より

診断から初期治療、治療中の緩和ケアチーム依頼は多く院内でも定着してきているように感じます。がんと診断されたときに緩和ケアを導入する意識とチーム医療の重要性、治療期の患者へのニーズの高さが数字に表れています。

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

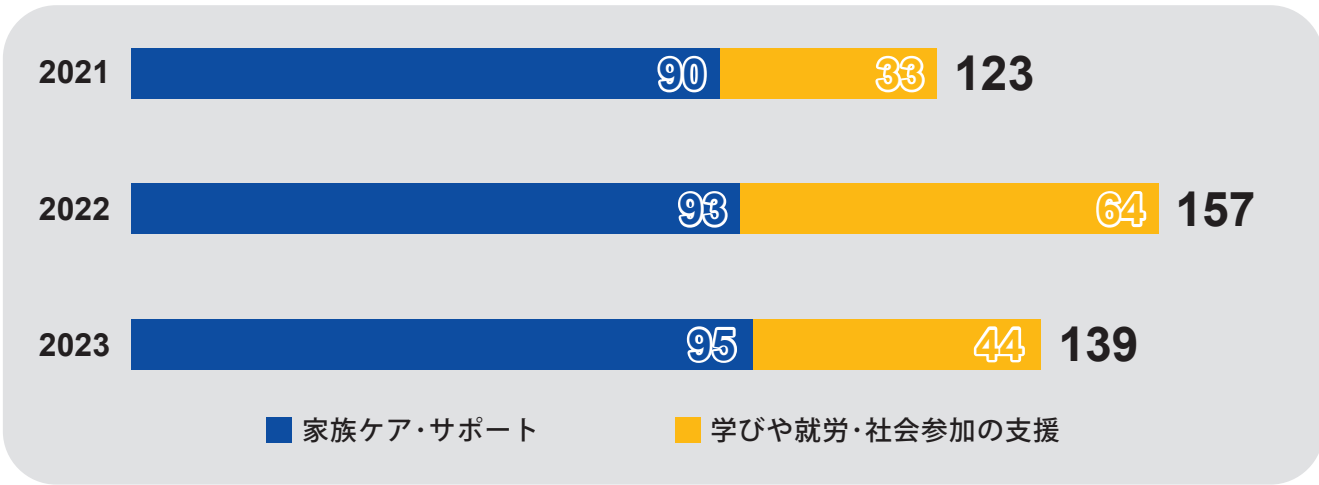


2023年度 相談内容BEST5

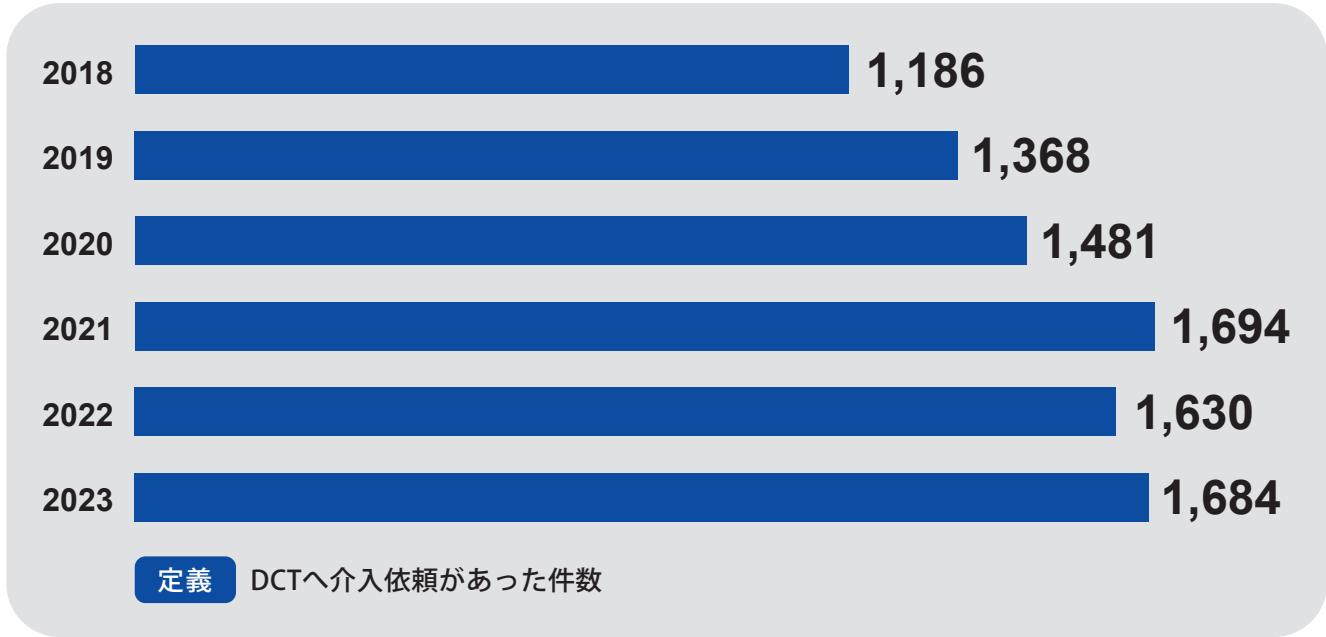
順位	介入内容	件数
1位	医療機関の紹介	281件
2位	医療費・生活費・社会保障制度	240件
3位	がんの治療・検査	210件
4位	症状・副作用・後遺症	199件
5位	社会生活	137件

※最も比重の大きい相談内容を抽出比較

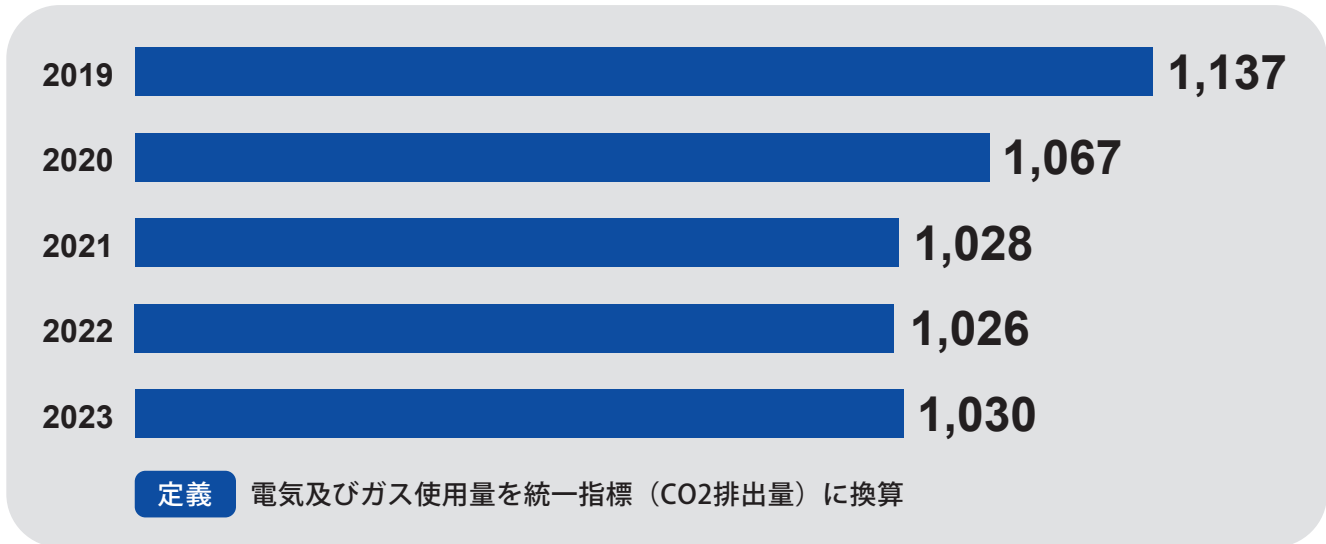
AYA世代患者にとって、治療と学業・就労との両立は、人生に直結する重要なテーマである。しかし学校や自治体によって対応に差があることから、学びや就労・社会参加の支援は重要である。また患者をどうサポートすればよいかを悩む家族へのケア・サポートに努めており、外来・病棟・地域の垣根を超えた多職種での支援につないでいる。



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言える。

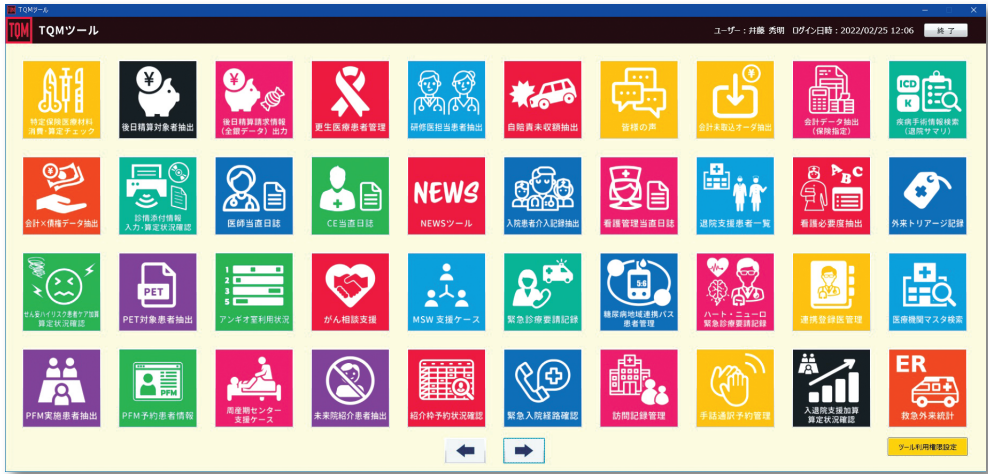


施設課「人にやさしく地球にやさしくチーム」では、CO2排出量(月平均)を指標化した。CO2は電気とガスの使用量から換算できるため、省エネルギー効果を把握することができる。指標データを活用し、インバーター化および運用変更などの取組を行っている。



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。

2023年度末までに開発したTQMツール

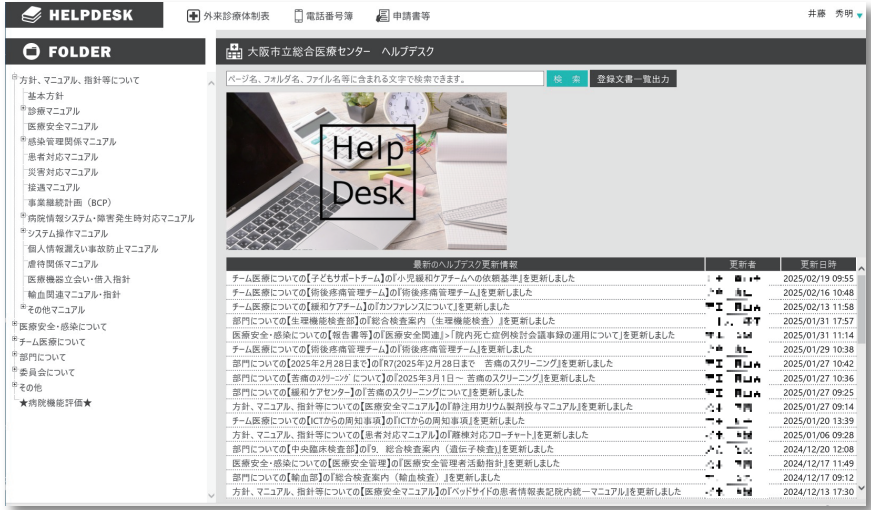
122個

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。2024年末時点で提供しているツールを対象に、2025年の年始め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、

1月あたり2,217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【新ヘルプデスクシステム】



20年以上使用されていたヘルプデスク(文書管理)ページの再構築を行った。旧ページでは掲載している資料の検索機能がなく、重要な情報がどこにあるかわからないなど利便性が悪く、掲載も利用者自身ができず、総務課に申請書を提出し、決裁後に医療情報部で作業するという手間を要していたが、それらの課題を解決するシステムを開発した。掲載にかかる事務作業の手間をなくしたことで、ひと月あたり約25時間の作業工数の削減を実現した。また、資料の検索機能をつけ

たことで、ヘルプデスクシステムを使用する全職員の利便性を向上。作業工数削減以上の効果を生み出している。今後もより便利なシステムとなるようカスタマイズを行っていく予定。

病院機能評価結果

2024年12月に受審した病院機能評価において、当取組は「1.5.1 業務の質改善に向け継続的に取り組んでいる」と「4.1.4 院内で発生する情報を有効に活用している」の2項目で医療の質や効率性の改善に向け、電子カルテのデータ等を利活用している。質改善の組織文化が病院全体に醸成されていると評価され、ともにS評価を取得した。

QI Review 2024

医療の質カイゼンへの取り組み

2025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	松浦 正典					
副委員長	松村 嘉起	齋藤 由美				
委員	白野 倫徳	多田羅 竜平	山上 啓子	田中 裕子	師岡 誉也	玉井 杏奈
	川口 なぎさ	豊島 康仁	藤川 康則	山根 正寛	金山 仁美	佐伯 和彦
事務局	佐々木 麻紀	大江 千春	井藤 秀明	佐野 琴美	田坂 友紀	田中 良枝