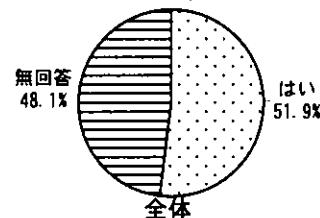
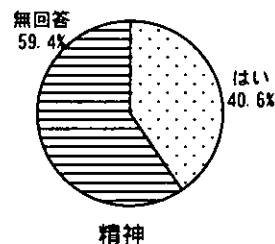
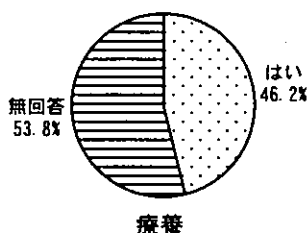
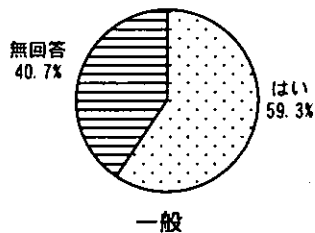


Q6 一般論として、質管理/質経営/TQM等の活動は、医療の質向上や病院経営に役立つとお考えですか？

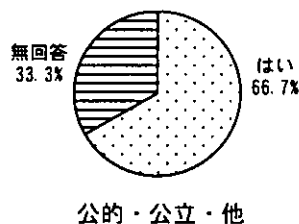
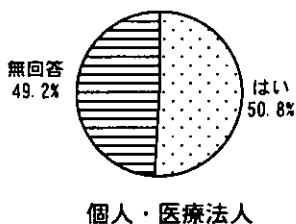
病院種類	はい	いいえ	無回答	合計
1. 一般	35	0	24	59
2. 療養	6	0	7	13
3. 精神	13	0	19	32
4. 無回答	0	0	0	0
合計	54	0	50	104



はいと答えている施設と無回答の施設が半数であり、いいえと答えた施設はなかった。一般と精神とは逆の数値となったといえる。



病院種別	はい	いいえ	無回答	合計
個人・医療法人	33	0	32	65
公的・公立・他	12	0	6	18



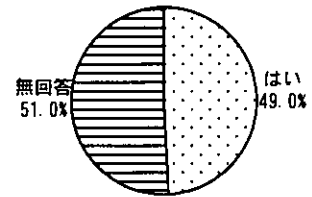
【はい】のその理由をお聞かせ下さい。 【いいえ】 0件

【はい】

- 人的要素を入れないとダメ。
- 個々人の努力もさることながら組織的なとり組みが必要と考える。複数の部門があるが、それぞれ縦、横のとり組みをおこなう必要がある。
- 現在の医療はパラメディカルは勿論事務、現業まで含めた全職員が組織的に活動しなければなりません。従って同程度までではなくても少なくとも医療機関として最小限度の知識技術を全員が理解することが必要となっているからです。
- 質の向上は病院経営に必要不可欠である。
- 職員個々に経営感覚を持たせることができ、責任感を強く意識させることになる。
- ハード面はもとより中小病院の生き残りの上で、ソフト面も重視する事が戦略上必要である。

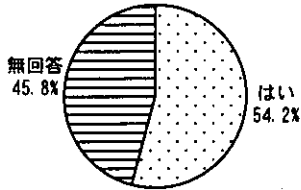
Q7 ご自分の病院でも、これら質管理/質経営/TQM等は役立つとお考えですか？

病院種類	はい	いいえ	無回答	合計
1. 一般	32	0	27	59
2. 療養	6	0	7	13
3. 精神	13	0	19	32
4. 無回答	0	0	0	0
合計	51	0	53	104

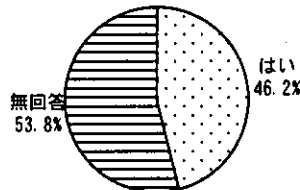


全体

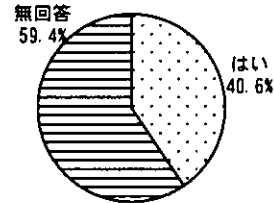
いいえと答えた施設は0件であった。  
無回答とはいはほぼ半数である。



一般

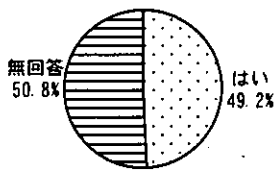


療養

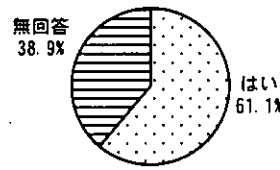


精神

病院種別	はい	いいえ	無回答	合計
個人・医療法人	32	0	33	65
公的・公立・他	11	0	7	18



個人・医療法人



公的・公立・他

【はい】の、その理由をお聞かせ下さい。【いいえ】 0件

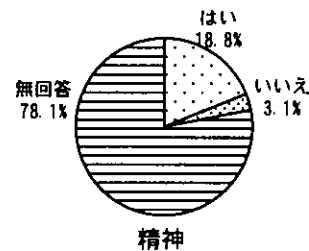
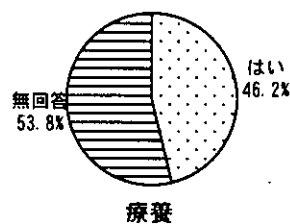
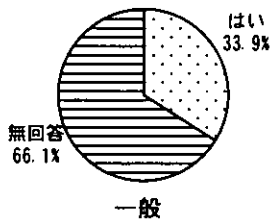
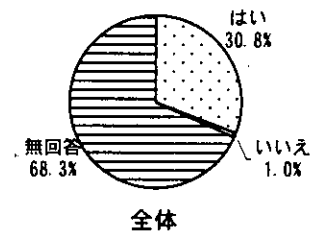
【はい】

- 患者様のサービスをどう考え、スタッフ全員と、どの様に取り組んでいくか、課題とともにその方向を示唆してくれる。
- 現在は一部の委員会、一部の職員だけががんばっている感じであるが、これらの活動を行なうことによりチームワークが増すと考えるから。(しかし、やめていく人もいます)
- 自分の病院でも、どこから手をつけてよいか分からないほどの問題が山積しており、TQMの視点から改善していきたい。
- 職員個々の力量によるのではなく、病院として一定の水準を保てるため。
- 当院は、他の病院と比べても、「組織管理・運営」「医療水準」「患者満足度・職員満足度」が遅れている。
- 病院のトップが学び学習する必要がある。

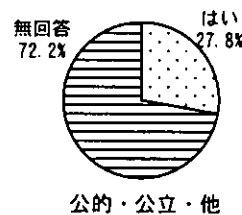
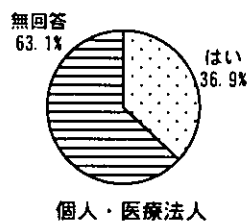
Q8 ご自分の病院でも、質管理/質経営/TQM等の活動をやってみたいとお思いですか？

病院種類	はい	いいえ	無回答	合計
1. 一般	20	0	39	59
2. 療養	6	0	7	13
3. 精神	6	1	25	32
4. 無回答	0	0	0	0
合計	32	1	71	104

半数以上が無回答であるが、はいと答えた療養と精神とは、約2倍の差があることがわかる。



病院種別	はい	いいえ	無回答	合計
個人・医療法人	24	0	41	65
公的・公立・他	5	0	13	18



【はい】 【いいえ】ともに、その理由をお聞かせ下さい。

【はい】

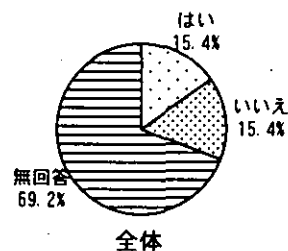
- スタッフへの継続的な指導、教育する事で患者様により良いサービスを提供し、満足して頂きたいと思う為。
- 古い考え方にしばられているスタッフを開放し、基準を共有して改革する方法には病院全体で目標を作り、達成に向けてのパワーがでると思う。
- 今迄見えていない課題が見え、一人一人の職員が経営に参加する意識改革になればと思います。
- 質の向上などを考える時、組織全体での取り組みが必要であり全体で取り組む為の道具として適しているのではないかと又すでに導入しておられる方もありアドバイスも受けやすいのではないかと考える。
- 病院を経営していく上であらゆる面で向上したいから。その上で次世代にバトンタッチする時に自分たちが最善を尽くした結果として申し送りたいから。

【いいえ】

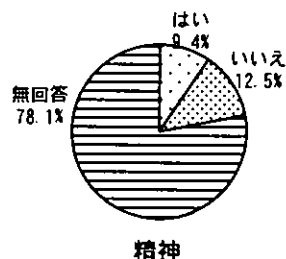
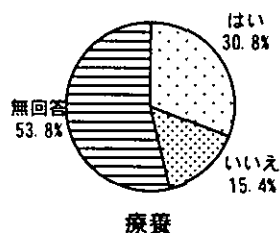
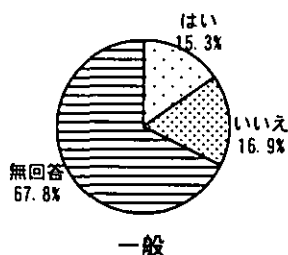
- TQMの詳しい内容、技法などが解からないため。

Q9 貴方の病院では現在、導入する計画をお持ちですか？

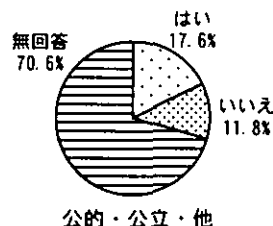
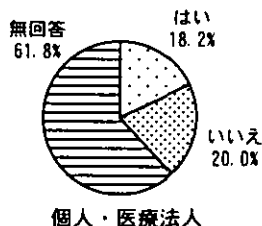
病院種類	はい	いいえ	無回答	合計
1. 一般	9	10	40	59
2. 療養	4	2	7	13
3. 精神	3	4	25	32
4. 無回答	0	0	0	0
合計	16	16	72	104



全体では、はい、いいえも同比率である。  
療養では、はいと答えた施設が約1/3割ある。



病院種別	はい	いいえ	無回答	合計
個人・医療法人	10	11	34	55
公的・公立・他	3	2	12	17



【はい】の場合は、その具体的導入時期をお教えてください。

- まず、その一部として、パスの実行を具体化する準備に入っています。安全対策委員会はすでに活動していますが、方法論が確立していない。
- 医療安全管理者としての思案が立案でき、管部の承認を得る事ができたら。
- 現在経営面ではTKCを会計事務所で応用しており、病院管理ではTQCの導入が必要と考え来期を予定しております。
- 今年度9月より、各部署の責任者が中心となり、業務改善に関する計画を立てているところです。
- 時期は未定です。
- 平成16年度導入予定。

【いいえ】の場合、その理由をお聞かせください。

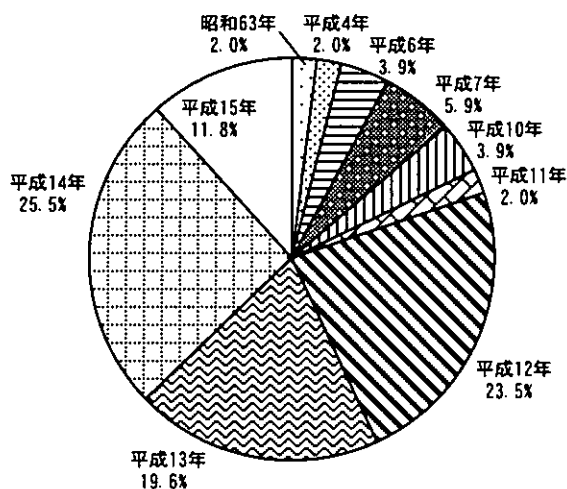
- TQMの詳しい内容、技法などが解からないため。
- どれ程の効果があるか不明の為。
- 市立市民病院との統合を控えているため現時点では計画が立てられない。
- 必要性は感じているがまだ、議論のテーブルに乗せていない。
- 臨床的には、パスの準備と一部実行に手をつけていますが、なかなか軌道に乗せ切れない状態。

Q10 貴方の病院で進めている活動とはどのようなものか、その概要をお聞かせ下さい

- CS委員会の発足、医療の質向上に関わる委員会の設置。  
患者満足度調査、(アンケート及び意見箱の設置)。  
各部門におけるインフォームドコンセントの実施。  
クリニカルパスの導入。
- ISO. 14001。
- 研修会・職員への口演会等。
- 教育課を設立。(職員の教育)
- 接遇・教育研修・医療安全対策・院内感染対策委員会
- QC活動：患者サービスをテーマに各部署毎に取り組みをし年1回全職員で発表会を行っている。  
定着化を図ることで確実に実践した事例を積み重ねている。
- 各セクションにQCサークルがあります。それを推進するために、TQM推進委員会があり病院として取りくんでいる。
- 市内の4精神病院が提携し、1病院2~3年毎にセルフレビュー、ピアレビューを実施し、改善すべきところを見い出して取り組んでいる。また、部門ごとにテーマを決めてそれについての意見交換(接遇についてなど)。
- 法人内に12の委員会をもうけ質の向上、効率化、経営改訂にむけた活動を行っている。

Q11 その活動はいつ頃導入なされましたか？

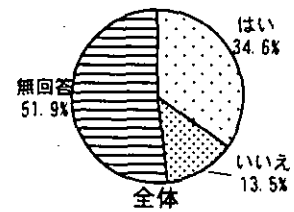
昭和	63	1
平成	4	1
平成	6	2
平成	7	3
平成	10	2
平成	11	1
平成	12	12
平成	13	10
平成	14	13
平成	15	6



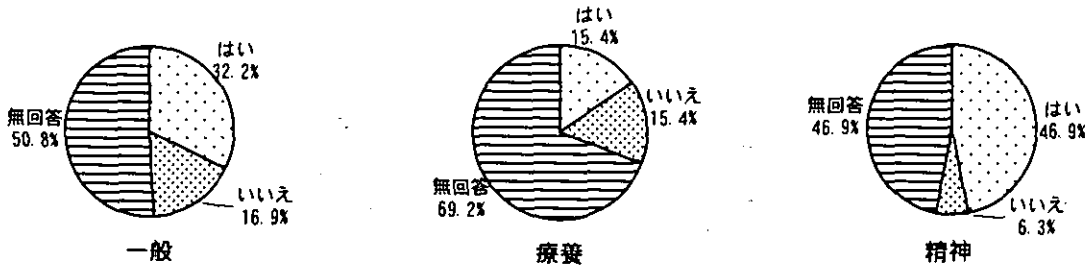
平成12年度以降、導入している施設が増えていることがわかる。  
平成12年、13年14年でほぼ同率であり、  
15年にはまた減少傾向にある。

Q12 その活動は順調に進んでいますか？

病院種類	はい	いいえ	無回答	合計
1. 一般	19	10	30	59
2. 療養	2	2	9	13
3. 精神	15	2	15	32
4. 無回答	0	0	0	0
合計	36	14	54	104



活動の状況としては、全体では、はいと答えた施設が約1/3  
療養と精神とでは、順調である施設の違いが大きいことがわかる。



病院種別	はい	いいえ	無回答	合計
個人・医療法人	12	14	39	65
公的・公立・他	8	1	9	18



【はい】 【いいえ】ともに、その要因はどこにあるとお考えですか。

【はい】

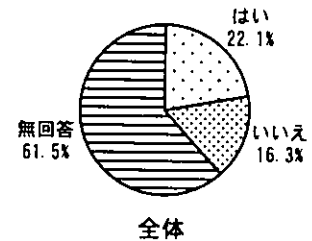
- 院長のリーダーシップ方針が浸透している。
- 職員の意識の高まり。  
職員の学びたいというニーズの高まりに組織的に応えたこと。
- 経営者の方針の明確化。
- 他院で取得した経験のある医師がリーダーとなり率先して活動してくれるため。
- 年々取り組み内容も豊富になり、地道な活動ではあるが着実に職員に受け入れられている。
- 病院全体が、サーベイに向けて、協力、体制をしいている。
- 毎年、委員のメンバーを変えて、見直し、検討を行ない少しずつ進んでいる。しかし、順調とはいえない。

【いいえ】

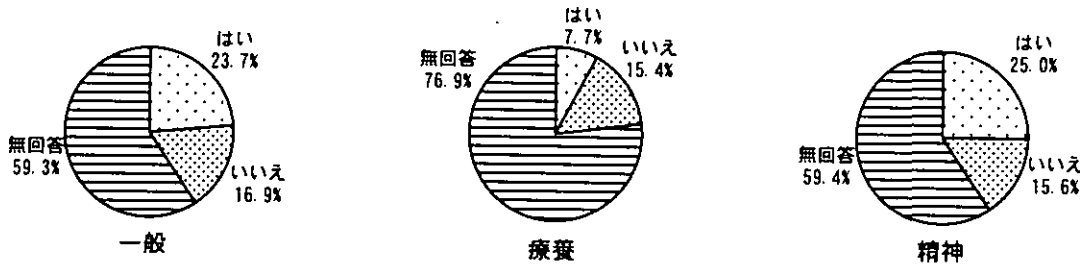
- 院長への手紙には、看護師の接遇に関することが多い。具体的な対象が実践されていない。
- 報告書の対策、対応が追いつかない。
- アクティブな意見が発生しない。
- マンネリ化しています。
- 委員会はあり会議を行っているが、職員の末端までその主旨が伝わっていない。病院の経営理念を知り、求められる病院がどんなものであるかの認識が不足しており、教育訓練を不足と考える。
- 医師・コメディカルの意識があまり高くない。
- 活動の実行が、なかなか進まない。  
従って効果も明確でない。

Q13 期待する効果は上がっていますか？

病院種類	はい	いいえ	無回答	合計
1. 一般	14	10	35	59
2. 療養	1	2	10	13
3. 精神	8	5	19	32
4. 無回答	0	0	0	0
合計	23	17	64	104



一般と精神では、期待する効果が上がっていると答えたのが、ほぼ同比率である。  
また、いいえと答えた比率がどの区分も同比率であることがわかる。



病院種別	はい	いいえ	無回答	合計
個人・医療法人	13	11	41	65
公的・公立・他	6	2	10	18



【いいえ】の場合、それは何が問題だとお考えですか？

- 同じインシデントが起こる。  
意識改革が浸透しない。
- なかなか十分な時間がとれない。
- リスマネ委員会の裁量が不明瞭、設備投資や人事が関わってくるケースが多い。
- 意識改革が出来つつあるが未だ実績としての効果が出ていないと思う。
- 感染対策委員会については、臨床検査技師がリーダーシップをとって、データ管理等を行い効果が上がっているが、安全対策委員会については、各部署の報告と対策が発表されるだけで、病院および組織全体の標準化にまでは致っていない。そのための方法、方策を知らないからと思われる。
- 取得に向けての職員（特に事務）の意識が弱い。職員に統一感がない。

【はい】の場合、それはどのような効果ですか、その具体的効果をお教えてください。

- QC手法の使用できる人材の増加。  
院内でのQCサークルを認知。
- 多くの改善的が見つかり、改善された。
- 生き残っていく為には、いかにサービス業に徹することができるかなので、その意識が高まり、接遇専門業務に向上がみられている。
- さまざまな問題を把握出来少しずつ対応出来ている。
- スタッフの接遇に対する意識が向上してPAにそれが反映されてきている。
- 再入院患者が減り、外来患者が増えている。
- 原因分析に基づいた対策立案ができるようになった。

Ⅳ 本アンケートおよび委員会の活動に関して何かお気づきの点があればお聞かせください。

意見

- たくさんの方が興味をもっているテーマと思います。ぜひ、とりくみの情報提供や情報交換をする場があれば…と思います。できれば地方会などがあればもっと参加しやすいと思うのですが…。
- 講義資料と講義内容が一至せず、どこを読めばいいかわからない部分があった。書きとろうにも進行が早く、書きとれない部分が多かった。やはり、パワーポイントの資料を事前に欲しいと落ちてきてきけます。
- 今後共、真剣に取り組む必要があり、第1クールのみのもりでしたが、機会があれば第2クール演習に参加したい。
- 受講者も講演者も大変とは思いますが、もう少し日程を長くしても良いのではないのでしょうか。
- 内容の濃い講習ですべてを吸収したいと思う中、不可能なことは承知しています。しかし、頭の中でももう少し整理する為の時間のゆとりが欲しいと感じました。  
1単位の時間配分は適当だと思いますが、一日が長く疲労を感じました。1クール3時間研修にできないのでしょうか。



## Ⅱ. 分担研究報告

### 5. 豪州・米国の医療安全管理の実態に関する研究報告

分担研究者: 飯田修平・柳川達生・佐伯みか

厚生労働科学研究費補助金総括研究報告書  
分担研究報告書

「医療安全管理者」の標準的な養成及び活動方法の確立に関する研究

分担研究者 飯田 修平 全日本病院協会 常任理事

柳川 達生 練馬総合病院 診療副部長

佐伯 みか 練馬総合病院 質保証室

研究要旨

豪州および米国における医療安全確保に関する品質管理手法活用の実態を調査した。

A 研究目的

医療の進歩はめざましく、10-20年前には治療できなかった多くの疾患も治療可能となってきた。しかし医療が高度になればプロセスが複雑となり、ミスの生じる危険性も高くなる。最近、医療事故が多数報道されるなか、国民の安全な医療への関心が高まっている。米国では医療事故の実態が、『人は誰でも間違える』という1999年のIOM（医学研究所）の報告書のなかで詳細に報告した。その報告をうけ、安全システムの構築が国家レベルで行われている。豪州でも質向上、安全確保の取り組みが国家レベルで行われている。今回豪州及び米国における取り組みの実態調査を行い、我が国への導入の可能性につき検討した。

B 研究方法

豪州および米国における医療安全の実態を調査した。

豪州に関しては、連邦政府、州政府、病院を訪問し、それぞれの機関が質向上、医療安全にはたす役割に関してインタビュー形式で調査を実施した。

米国に関しては、病院を訪問し、それぞれの機関が質向上、医療安全にはたす役割に関してインタビュー形式で調査を実施した。

訪問先

ACHS（オーストラリア病院機能評価機構）、連邦政府 Health & Ageing 省、民間病院協会、医師協会、ビクトリア州政府 Human Services(Melbourne)、Alfred Hospital Bayside Health（公的病院）（Victoria）を訪問した。

<豪州>

Aust. Council on Healthcare Standards (ACHS)

・インタビュー

○Brian Johnston Chief

Executive

○Desmond Yen Executive

Manager

○Kay Richards Performance &

Outcomes Service

連邦政府 Health&Ageing 省

・インタビュー

AMA (Aust. Medical Association)

・インタビュー

○John O' Dea Director, Medical

Practice

APHA(Aust.Private Hospitals Asooc.)

・インタビュー

○Paul Mackey

Director,Policy&Research

ビクトリア政府 Human Services  
(Melbourne)

・インタビュー

○ Mr Ian Vague, Senior Policy  
Adviser, Intergovernmental  
Relations,  
Policy & Strategic Projects

[Brief Overview of the Australian  
Healthcare System]

○ Dr Ric Marshall, Manager,  
Information Performance  
Evaluation, Metropolitan  
Health & Aged Care

Services[Casemix Funding of Hospitals  
in Victoria]

Alfred Hospital, Bayside Health (公的病  
院) (Victoria)

・インタビュー:

○Denis Swift Executive Director  
of Finance

○Cathie Steel (Director Quality  
& Patient Safety)

<米国>

Methodist Hospital (Los Angels)

・インタビュー:

○ Sharon, Keenne, RN,CPHQ  
(Performance Improvement,  
Quality Management 及び  
Patient Safety Management)

C 結果と考察

結果

### 1 ACHS (The Australian Council on Healthcare Standards)

—オーストラリア病院機能評価機構—

ACHS は 1974 年に設立された独立、非営利  
組織である。独自の評価プログラムである  
The Evaluation and Quality Improvement  
Program (EQuIP) を基に、一定の基準を  
みたく施設を認証している。EQuIP の基本方  
針は 1) 顧客中心、2) 成果の評価、3) 継  
続的改善文化、等である。質と安全に関する  
達成度に基づき認証されるが、優先順位の  
高い項目は、1) 患者のケアの問題 2) 患者、  
職員、訪問者の安全保証 3) 継続的な質の  
改善が行われているか、の 3 点である。質向  
上により安全を確保する一方、警鐘事例に  
関しては根本原因分析 (RCA) の実施を義務づ  
けている。

ACHS 認証の利点

認証過程で施設内での教育、ワークショップ、  
コンサルト、出版物の閲覧、電子化の情報と、  
対話式のウェブサイト等の支援ツールや臨床  
指標 (Clinical Indicators) 事業への参加等  
があげられる。

the ACHS 認証プログラム:

900 以上のヘルスケア組織が認証されてい  
るが、その対象は病院、老人施設、日帰り手術、  
航空宇宙医学、救急車等である。EQuIP に基  
づき自己評価し、改善する。半年毎に、職員  
によるプレゼンテーション、グループインタ  
ビュー、業務内容の調査、書類審査、役職者  
との討議等の現場の検証が行われる。4 年間  
のプログラム終了後、協議会(Council)により  
認定資格が授与される。認定資格には以下の  
4 つのランクがある、1) 認証、4 年後に再  
評価、2) 優先順位の高い推奨項目はないが、  
2 年後に再評価、3) 優先順位の高い推奨項  
目があり、2 年後に再評価、4) 認証されな  
い

## 臨床指標 (Clinical Indicators)

ACHS の事業のなかで臨床指標の開発、利用促進は質向上の面で重要である。臨床指標とは患者ケアのプロセスあるいは結果を客観的、測定可能な数字で示したものである。1989 年以来、消費者、専門の大学、学会、協会と共同で、開発を行ってきた。各臨床科、日帰り手術、救急、リハビリテーション、集中治療、病理、薬物有害事象、在宅医療等に関する 230 以上の臨床指標がある。

登録はメンバーでなくともできる。1993 年は 115 施設の参加であったが、2000 年には 597 施設よりデータを受けている。個々の組織でのデータは ACHS ウェブサイト、電子メール、disk CRB(Computerized results booklet)のプログラムで送付する。比較データは 8 週後にフィードバックされる。

臨床指標の目的は以下あげられる

- 1) 評価や質向上活動への医師参加の促進
- 2) 潜在的な問題・領域を改善するのに有用な指標を考案し、提供する
- 3) 患者ケアのアウトカムに関する全国データの収集を促進させる
- 4) 全国的なデータと比較して改善の余地が残されている部分に焦点をあてる。自施設でのベンチマーキングの材料とする。特有の臨床指標をモニターすることを、組織に要求していない。

## 2 連邦政府 Health & Ageing 省

質と安全に関する評議会の部門 (ACSQC: The Australian Council for Safety and Quality in Health Care) が 2003 年 1 月設立された。国内外での取り組みを検討し、質、安全を改善させていくことを目的としている。

ACSQC の目的は以下である

- 1) ヘルスケアシステムの標準とガイドラインの作成
- 2) 有害事象を集積、解析し改善していく

3) ヘルスケアシステムをより安全なシステムへと変革させる

4) 患者安全に必要な能力 (知識、技術、行動) を明らかにして国家レベルでの教育の枠組みを作成する

## 3 民間病院協会 (Australian Private Hospitals Association)

質の高い医療を提供し、患者から選択される民間病院となることを目的としている。90% 以上の病院が ACHS に認定され安全確保、質向上に努めている。また ACHS 標準の作成に 2 名の代表を送り、オーストラリアの質、安全の向上に寄与している。

## 4 医師協会 (Australian Medical Association)

安全、質の向上は大学、看護教育システムで行っており医師協会ではサポートしていない。ウイルソンがオーストラリアの医療事故の実態を報告したが、それに対応して医師協会では改善策を講じていない。

## 5 ビクトリア州政府 Human Services 省

### 質のモニタリング

政府として常に全病院の質をモニタリングするシステムがある。報告フォーマット、モニタリング項目、標準値があり、各病院は、役員会の責任の下、州政府に報告する。州政府は、統計的な傾向を公表。

モニタリング項目には、例えば以下のようなものがある。

- ・ ACHS (EQUIP) の受審の有無とその結果
- ・ DRG に対応すべくどの程度整備しているか
- ・ 患者が退院後、どのようなケアを受けたか
- ・ 帝王切開、介護状況、手術室利用状況
- ・ 死亡数・死亡原因
- ・ 感染率

- ・ 看護師一人あたりの患者数(最低人数、最低時間数、看護師の能力についての規定がある)

#### 6 Victorian Quality Council (VQC)

2001年10月に、州におけるヘルスサービスの質と安全に関する育成を目的として Victorian Quality Council (VQC) を設立。主な方針は以下のとおり。

- ・ 安全と質のフレームワークの確立
- ・ 臨床家のためのデータの提供
- ・ 安全・質向上における患者・家族の参画
- ・ 安全・質における stakeholder の教育
- ・ 誤薬、感染、転倒等具体的な問題・リスクへの対応

#### 7 Alfred Hospital, Bayside Health

- ・ Alfred 病院の経営母体は Bayside Health。
- ・ Bayside Health は、その他、Caulfield General Medical Center(以下 CGMC)、Sandringham & District Memorial Hospital(以下 SDMH)の経営母体でもある

1. Quality および Patient Safety をマネジメントするための組織図(Bayside Quality System)は、図(別紙1)に示した。
2. Bayside Health 全体を統括する委員会として、Bayside Health Quality Committee があり、その下に各施設 1 つずつの Quality Committee がある (Alfred Executive Committee、CGMC Executive Committee、SDMH Executive Committee)
3. Bayside Health の安全管理の責任者・リーダーは以下の3者。

① CEO

② (3施設の) General Manager

③ (3施設の) Director of Quality and Patient Safety

4. Alfred 病院の中では、Alfred Executive Committee が Quality and Patient Safety をマネジメントする最高決定機関であるが、リーダーシップは、以下にあった。

- ・ Bayside Health の役員会 (Board)
- ・ CEO
- ・ General Manager
- ・ Quality and Patient Safety
- ・ Quality 委員会
- ・ Sentinel Event system (内科医長、外科医長、監査委員会、Quality and Patient Safety、インシデント関連部署のスタッフで構成。インシデントを対象に調査するシステム)

5. Quality and Patient Safety は、Alfred 病院における Quality and Patient Safety の管理・推進を担う専門部署で、スタッフ構成、組織図上の権限は以下のとおり。

- ・ メンバーの職歴・教育歴は多様だが、多くは質もしくはリスクマネジメントにおける大学院の資格をもった senior nurse。
- ・ Quality and Patient Safety は、(Quality and Patient Safety を執行する上で)組織図上、最高レベルの支援と権限を与えられ、直接 Bay Side Health の CEO にレポートしていた。しかし、担当者の話によると、組織図のライン上では一切マネジメントの責任を負っておらず、これは「強

み」でもあり「弱み」でもあると述べていた。「弱み」とは、当該部署の director は、常にライン上のスタッフにサポートを得なければならない点である。

6. Bayside Health を統括する Board Quality Committee と Alfred 病院を統括する Alfred Quality Committee の規定は、それぞれ以下の通りである。

# Board Quality Committee の Terms of Reference

(2002年4月9日改訂、2003年4月レビュー済)

## 1. 目的 (Statement of Purpose)

Bayside Health のサービスの継続的改善と効果的なモニタリングを保証するために設立。本委員会は、定められた機能を果たす為に以下の役割を遂行すべきである。

### 1) モニタリング

1.1) 効果的で説明可能なシステムが、ヘルスサービスの質と効果を常にモニター・改善できる状態にあることを保証する

1.2) ヘルスケアサービスの質と効果に関して同定された、全てのシステムティックな問題が取り組まれることを保証する

1.3) DHS 質の報告に関する必要条件 (quality reporting requirements) を遵守することを保証する

1.4) senior manager、質保証の委員会 (quality assurance committees)、役員会 (Board) により認められた人や団体から、委員会の機能に関する統計データを含んだ報告を受ける

### 2) 監督・調査 (Overseeing)

2.1) ACHS 認定のプロセスと活動を監督する

2.2) Bayside Health 内の継続的改善・変革を監督し育成する

### 3) レビュー (Reviewing)

3.1) Bayside Health 及び Bayside Health のいかなる部分によっても提供されるヘルスサービスの質を評価する

3.2) Bayside Health の質保証の委員会 (quality assurance committees) の活動とパフォーマンスをレビューする、また役員会 (Board) の目的上、それらの委員会からの報告を受ける

3.3) 質を改善するため、またヘルスケアサービスのための質のシステムにおけるベストプラクティスを達成するために、とられるべき行動について、調査し役員会に推薦する

### 4) 報告・計画 (Reporting and Planning)

Community Advisory Committee に相談の上、包括的な Bayside Health Quality Plan、ケアの質レポート、質指標が遂行され、定期的にレビューされること、また Bayside Health Community Participation Strategy に貢献することを保証する

## 2. 構成 (Composition)

1) 役員会は、質委員会 (Quality Committee) を任命する。委員会は、以下より構成される。

- ・ 役員会の議長
- ・ 少なくとも二名の director
- ・ Chief Executive
- ・ 病院の General Manager
- ・ Quality and Patient Safety の Director

- ・ Bayside の Executive officer
  - ・ Quality Manager (Executive Officer to the committee)
- 2) 毎年、役員会は、director であるメンバーから Quality Committee の議長を任命する
  - 3) 委員会は、毎年追加メンバーの任命を役員会に推薦する
3. 会議 (Meetings)
- 1) 委員会は、一年に少なくとも 6 回実施する
  - 2) 議長の紹介により、他の人は、資源として、もしくは advisory capacity において、委員会の会議に 1 回以上参加する
  - 3) 委員会のメンバーの大多数が(議事進行・議決に要する)定足数を構成する
4. 報告 (Reporting)
- 委員会は、
- 1) 役員会に対して会議の草案を付託する
  - 2) 定められたとおり DHS に対して質の指標を報告する
  - 3) すべての報告書、あるいは役員会によって提出された議案もしくは忠告として役員会に対して付託された議案に関する提出物を役員会に提出する。委員会の関連用語とメンバーは、少なくとも毎年一度は役員会によってレビューされるものとする。

## Alfred Quality Committee の Terms of Reference

(2002 年 8 月承認、2003 年 8 月レビュー済)

### 1. 目的と機能

Alfred Quality Committee は、Alfred 全体の患者の安全、質・リスクマネジメントの活動の発展を指揮する。これは、以下のような Quality Plan の発展を通して達成される。

- ・ Bayside の戦略計画と整合性をもつ Quality Plan
- ・ 重大事故は開示された透明性のある報告とレビューの文化を推進する Quality Plan
- ・ 安全な患者ケアに必要な説明義務および責任と一貫する Quality Plan

委員会は、勧告(助言)機能と決定機能を持つ。これらの機能が効果的に実践されることにより、病院の質のシステムとプロセスが Quality Plan の目標達成を確実に支援する。

### 2. 責任

委員会は、以下の責任を担うものとする。

- ・ Alfred Quality Plan の発展と実行をリード・指導する
- ・ 継続的質の改善がすべてのサービス部門で不可欠なものになることを確実にする
- ・ 全てのスタッフが質改善活動に気付き参加できるようにするためのシステムとコミュニケーションプロセスを確実に用意する。
- ・ ベンチマークや証拠に基づいたパフォーマンス (EBP)



- ・ パフォーマンス改善の永続性を確保するための機会を通じて追跡調査を行う。
- ・ 臨床サービス部門の質と安全のための義務を認可する (clear accountability)。
- ・ 臨床サービス部門のスタッフのトレーニングとスーパービジョンの義務を認可する (clear accountability)。
- ・ 患者安全を確実にする為のシステムの評価と改善における役割を先導する。
- ・ システムが、重大事故についてのオープンで透明性ある報告およびピアレビューを推進・支援する状態にあることを確実にする
- ・ システムが、患者と地域社会の苦情についてのオープンで透明性ある報告およびピアレビューを推進・支援する状態にあることを確実にする
- ・ プロセスが、スタッフが適切に彼らの役割の担うための資格が与えられることを確実にする状態、彼らのパフォーマンスが系統だった基準でレビューされるのを確実にする状態にあることを確実にする。
- ・ Alfred が、ACHS や他の関連認定団体の認定事項を満たし続けることを確実にする。
- ・ 委員会、およびその委員会に報告する他の委員会の活動やパフォーマンス (特に、時宜を得た決定、決定や勧告の実行のための効果的なメカニズムを保証することに焦点をあてて) をレビューする。
- ・ 委員会の活動・進捗・達成状況を Alfred Executive Committee と Bayside Health Committee に報告する。

### 3. 対象

- ・ 戦略計画の優先課題 (key initiative) を組み込んで病院全体の質に関する年間計画を確立する。この計画は、重要な責任とレポートスケジュール表を示すものである。同時に学際的なチームづくりも推進する。
- ・ 改善の率先やパフォーマンスインディケーターが、モニターされ、スタッフにフィードバックされる状態にあることを確実にする。
- ・ パフォーマンスインディケーターや団体・委員会からの進捗レポートにより、質計画の結果をモニターする。
- ・ リスクマネジメントガイドラインで同定される勧告の実行、
- ・ 予定、進行中の資格認定、パフォーマンスマネジメントのプロセスと結果をモニターする。
- ・ システムが、重大事故 (DHS や Alfred 定義の重大事故、死亡、事故、苦情、変死人症例とそのレポートを含む) のレポートとピアレビューをする状態にあることを確実にする。
- ・ 認定プロセスの進捗状況と準備状況をモニターする。
- ・ 質改善活動におけるスタッフと患者のプライバシーを支援する戦略を決定しモニターする。
- ・ 委員会とマネジメントレポート組織図が、質計画の要求事項、Bayside Quality Committee の責任、病院の運営する際の要求事項を満たすかどうかをモニターする。

### 4. メンバーの資格と選定

- ・ General Manager
- ・ Executive Director, Medical Services

- Director of Medical Services and Clinical Risk Management
- Chairman, Senior Medical Staff
- Divisional Chairman representative
- Medical Co-Director
- Director of Support Services
- Chairperson of Alfred Health
- Quality Manager
- Quality Manager – Nursing
- Quality Coordinator (Executive Officer)

5. 委員会への報告

1) 質計画進捗レポート

以下の DHS インディケータを含む

- 認定
- 臨床のリスクマネジメント
- 一般的な（臨床以外の）リスクマネジメント
- 感染コントロールと衛生
- 患者満足

2) 臨床レビュー委員会

3) 精神医学的な質

4) 回診 (Ambulatory care) の質

5) 患者や地域社会の苦情とサポート

6) 看護

7) 他機関 (Allied Health) との連携

8) 薬物マネジメント委員会

9) 臨床リスクマネジメント実行委員会

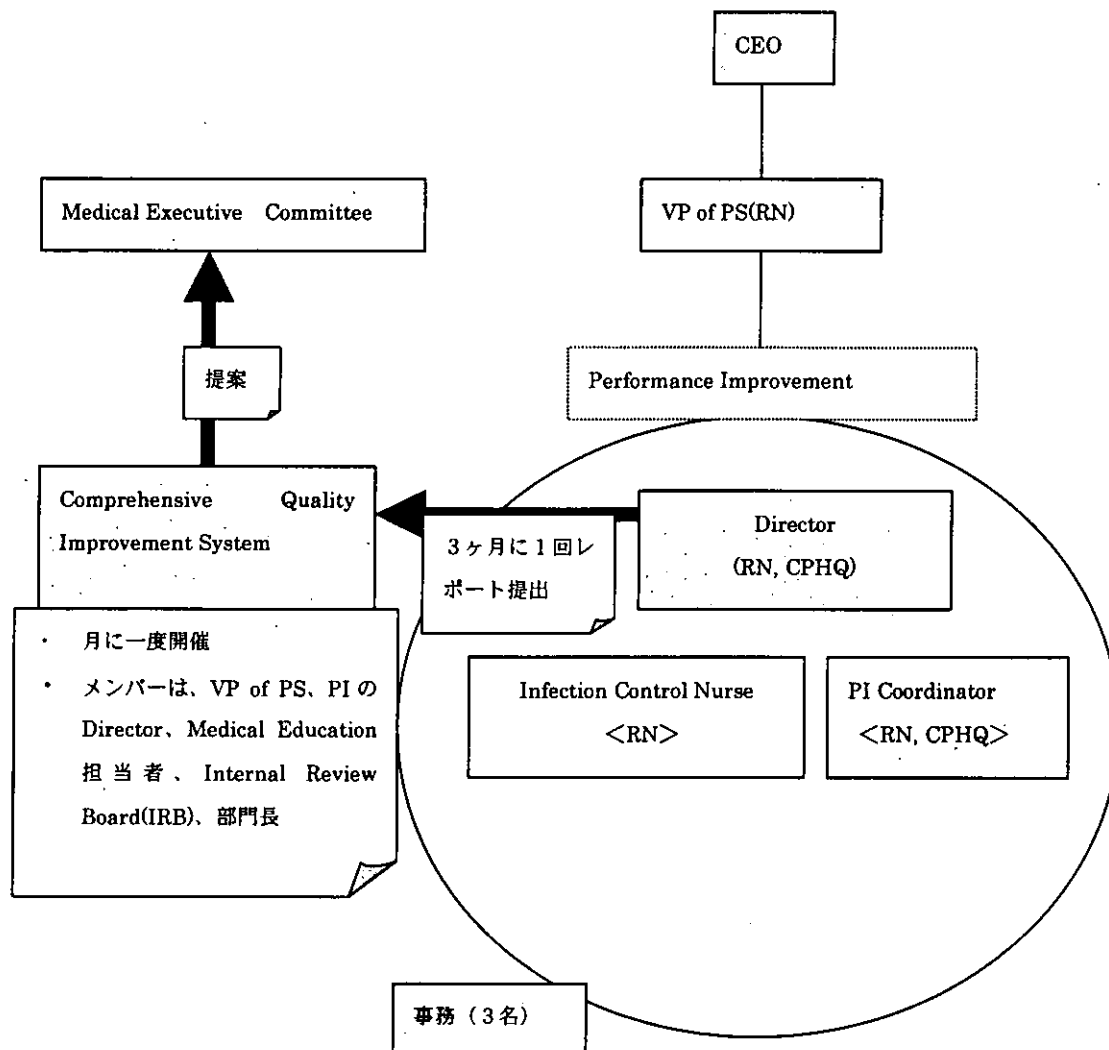
6. 委員会は、Bayside Health Quality Committee、Alfred Executive Committee それぞれに毎月レポートする。

7. 会議スケジュール 毎月第2月曜日に開催

8. 定足数 51%以上

## 8 メソジスト病院

1. Quality および Patient Safety をマネジメントを担当しているのは、Performance Improvement(以下 PI)という部署（下図参照）



※ CPHQ は、国際資格。政府は関連なし。3年の実地経験とテストにパスする必要あり。

※ インタビューイヤーのキャリア；臨床Ns、ケースマネージャー、Quality managementに5年間携わった後、PI Coordinator になった。

## 2. Performance Improvement による取り組みは以下のとおり

### Sentinel Events の情報収集・分析

- ・ インシデントレポートを収集し（月平均 300）、データベース（「RISKY」）で管理
- ・ 収集されてから 10 日以内に、優先順位を決定・対応。
  - 1) まず PI の Director がレビューし、その後 Coordinator がレビュー（その際、カルテなどの記録を参照する場合もある）
  - 2) 所定の用紙<sup>(注1)</sup>に、問題の所在<sup>(注2)</sup>、必要な改善活動<sup>(注3)</sup>、臨床における適切性のレビュー<sup>(注4)</sup>、を記載し、該当する部門長に到達。必要ならば事情聴取・アドバイス（→各部門はそれに基づき、Peer Review）
  - 3) 教育的配慮により、全部門に注意を呼びかける場合もある。
    - (注1) 医師と看護師の用紙は書式が異なる。
    - (注2) 医師の用紙では、①診断の問題、②判断の問題、③技術の問題、④予測された（known）合併症あるいはリスク、⑤natural history of patient's disease、⑥患者の non-compliance、⑦システムまたはプロセスの問題。看護師の用紙では、例えば、①患者アセスメントの問題、②抑制の使用の問題、③患者/家族への適切な教育、④スタッフ間の適切なコミュニケーション、⑤適切な人的資源等。
    - (注3) 医師の用紙では、「改善活動」の選択肢は、①MD に情報を求める手紙を出す、②MD に回答を求める手紙を出す、教育目的で該当する部門に手紙を出す、④委員会で臨床ケースのレビューをする。看護師の用紙では、例えば①システムの見直し、ポリシー・手続きの見直し、フォームの見直し等、②スタッフとのディスカッション、③教育目的で実施する部門ミーティングでのレビュー・ディスカッションなど
    - (注4) 医師の用紙であれば、明確で正しい治療計画があったかなど

### RCAとFMEA

- ・ RCA 委員会
  - 1) 月に 4、5 個実施
  - 2) メンバーは、テーマごとに決定
  - 3) テーマは、PI の Director が決定
  - 4) インシデント発生の 10 日以内に RCA を開始し、30 日以内に終了されなければならない
- ・ FMEA 委員会
  - 1) 1 年に 1 個テーマを決めて、委員会は 2 週間に 1 回実施
  - 2) メンバーは、テーマに関連するスタッフ（例えば転倒・転落で Hip Fracture であれば、Ns、神経内科医、外科、内科、PT、PI、EBS、Health Keeping、House Keeping、資材管理）
  - 3) 分析は、性別・フロア別・部屋別件数など。
- ・ RCA・FMEA によって何がどの程度改善されているかについての評価は特に行