

# 付録

## 第 11 回医療の質・安全学会学術集会における パネルディスカッション開催について（報告）

学会開催日程：2016 年 11 月 19 日（土）-20 日（日）

当該セッションの開催日程：11 月 19 日（土）90 分

（講演 75 分、総合討論 15 分）

タイトル： 医療の可視化から始める医療安全ガバナンス強化

パネルディスカッションの概要：下表参照

発表順	氏名・所属	演題タイトル	講演時間
座長	大川 淳 東京医科歯科大学医学部附属病院 病院長		-
座長	伏見清秀 東京医科歯科大学医学部附属病院 クオリティ・マネジメント・セン ター長		-
演者 1	堀 裕行 厚生労働省医政局総務課 保健医療技術調整官	今求められている特定機能病院にお ける医療安全ガバナンスとは？	15 分
演者 2	長谷川 友紀 東邦大学社会医学講座 教授	諸外国の医療安全ガバナンス現状と クオリティマネージャー養成につい て	15 分
演者 3	小松 康宏 聖路加国際大学病院 副院長	聖路加国際大学病院の医療安全ガバ ナンスの現状について	15 分
演者 4	尾林 聡 東京医科歯科大学医学部附属病院 医療安全管理部部長	東京医科歯科大学の医療をを可視化 する！i-Kashika	15 分
演者 5	伏見清秀 東京医科歯科大学医学部附属病院 クオリティ・マネジメント・セン ター長	院内ビッグデータ分析手法の内部監 査への応用とクオリティマネージャ ー養成について	15 分

# 諸外国の医療安全ガバナンス現状と クオリティマネージャー養成について

2016年11月19日

第11回医療の質・安全学会学術集会

医療の可視化から始める医療安全ガバナンス強化

東邦大学 医学部 社会学講座 教授

長谷川 友紀

## 第11回医療の質・安全学会学術集会 COI 開示

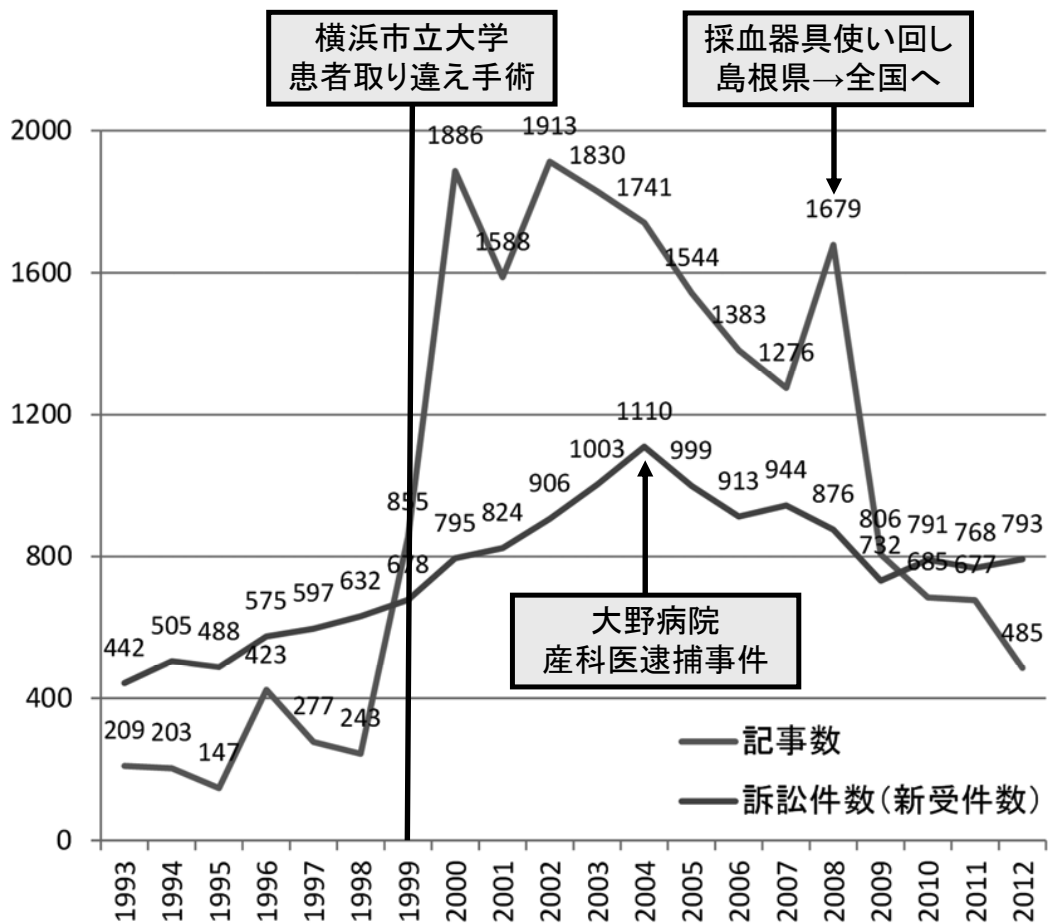
筆頭発表者名：長谷川 友紀

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある  
企業などはありません。

# 医療事故の問題は ほぼ同時期に世界中を席卷した

## 医療の安全、質、組織文化への関心

- 1988-95年 英国ブリストル王立小児病院事件
- 1994年 米国 ダナ・ファーマー事件
- 1999年 横浜市立大学医学部附属病院  
医療事故(患者取り違い手術)
- 1999年 米国IOM報告書「To Err is Human」
- 2002年 医療安全推進総合対策
- 2015年 医療事故調査制度



日経テレコン21 5大紙(日経、朝日、毎日、読売、産経)で「医療事故」の入る記事数を検索

## ブリストル王立小児病院事件

- 1988～95年の間に2人の医師により施行された心臓血管外科の手術の死亡率が40～50%。
- 若い麻酔科医の内部告発で発覚。
- 英国で大問題になり、10億円近くの費用を投じて調査を実施。
- 患者リスクを調整した病院別・手術別SMR (hospital standardized mortality ratio)
- 成績劣位は医療事故と考えるべきか？

# ダナ・ファーバー事件

- Dana Farber Cancer Institute
  - マサチューセッツ州
  - 1947年開設
  - 癌治療の拠点
  - 年間30万人の患者
  - 年間700件の治験
  - 4,000人の職員



## 患者2名に抗がん剤を過剰投与

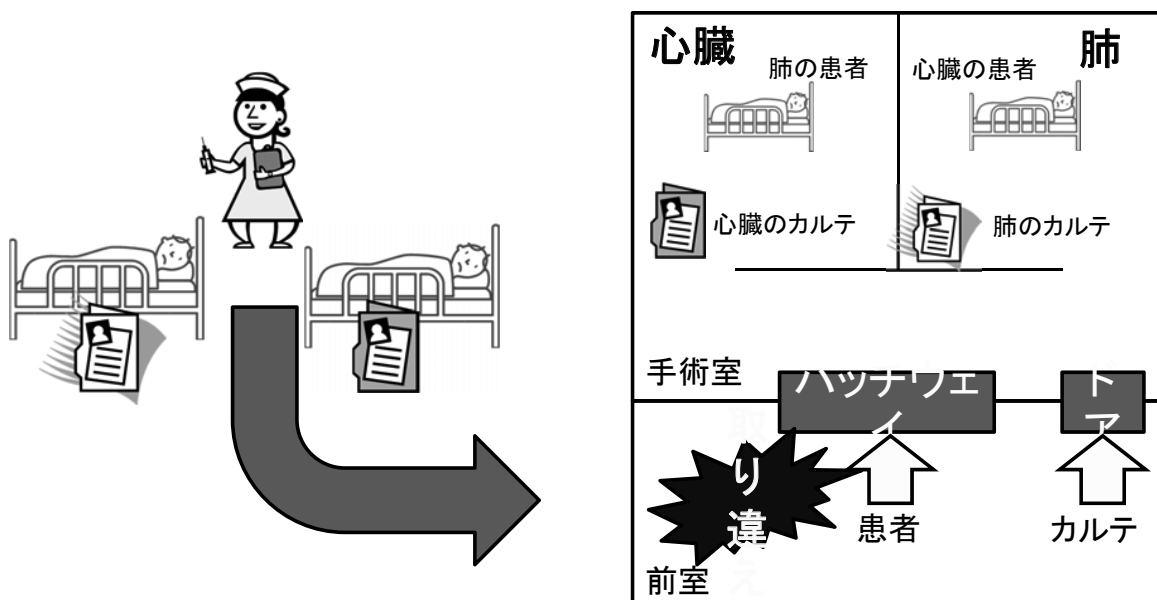
- 医師(フェロー2年目)が、1クール(4日間)の全量  $4\text{g}/\text{m}^2$  (体表面積)を1日量と解して処方。
  - 予定: エドキシサン  $4\text{g}/\text{m}^2/4$ 日間
    - 6,250mg/総量、1,630mg/日
  - 実際: エドキシサン  $4\text{g}/\text{m}^2/$ 日を4日間
    - 25,250mg/総量、6,250mg/日
- 上級医、薬剤師、看護師も間違いに気づかず。
- 患者A: 38歳女性、乳がん
  - 死亡(1994.12 3クール目の3日目)
  - ボストングローブ紙の記者
- 患者B: 52歳女性、乳がん
  - ベス・イスラエル病院のICUへ搬送され、一時心肺停止になるが回復

# 隠蔽せず徹底的に原因究明

- メディアで継続的に報道(3年間 1面記事 28回)
- 内部委員会と外部委員会による調査
- 関係者の辞任、解雇、懲罰処分  
→報告しても罰しない仕組みへ
- 39の再発防止策
  - 薬剤オーダーリング・システムの導入(170万ドル)
- 医療の質の保証、安全文化の醸成に注目
- 米国の医療事故後の病院対応のモデルケースとなった

## 横浜市立大学病院 患者取り違い事故

- 外科病棟から、1人の看護師が2名を同時に手術室へ搬送。
- 患者とカルテを切り離して入室。
- 前室で、患者は別患者の名前で呼ばれたが、2人とも「ハイ」と返事した。
- 麻酔医が患者の顔が違うと感じ、病棟に確認したが、取り違いは発見できず。



# 都立広尾病院

- ・ 1999年2月10日、58歳女性、関節リウマチに対する左中指滑膜切除術を施行した。
- ・ 2月11日、看護師が抗生剤を点滴したあと、誤って消毒薬(ヒテングルコネート)を体内に注入した。患者は数分後に容体が急変して死亡した。
- ・ 消毒薬が血管内に注入されたため、外表を見た際、右手の静脈に異常が見られた。
- ・ 病院長は東京都の担当者と相談し、原因を究明してから、必要なら警察に報告することにした。
- ・ 2月22日、病院長は渋谷警察署へ届け出た。

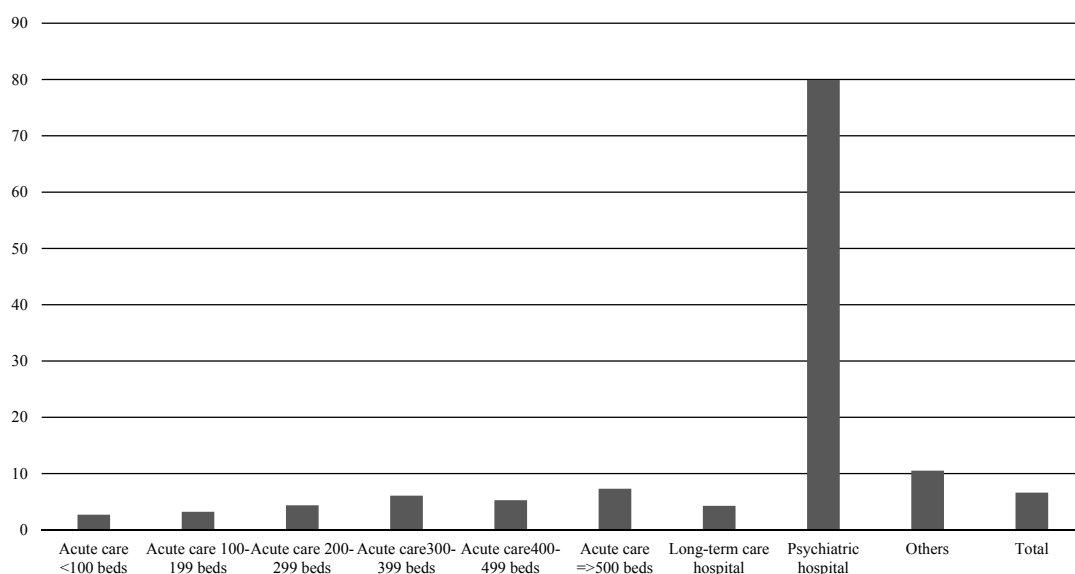
## カルテレビューによる医療事故調査

	USA NY	USA UT/CO	OZ	NZ	Denmark	UK	Canada	Japan
年	1984	1992	1992	1998	1998	1999- 2000	2000- 2001	2003-
症例数	30195	14555	14655	6579	1097	1014	3745	2923
発生率	3.7%	5.4%	10.5%	12.9%	9.0%	10.8%	6.8%	6.4%
死亡率	0.51%	0.31%	0.51%	1.94%	1.53%	0.89%	1.07%	3.3%
予防可能	69.6%	55.5%	51.0%	35.0%	40.4%	48.2%	41.6%	25.8%

(カナダ基準による再計算)



# 医療事故による死亡率推計 (退院患者10万対)

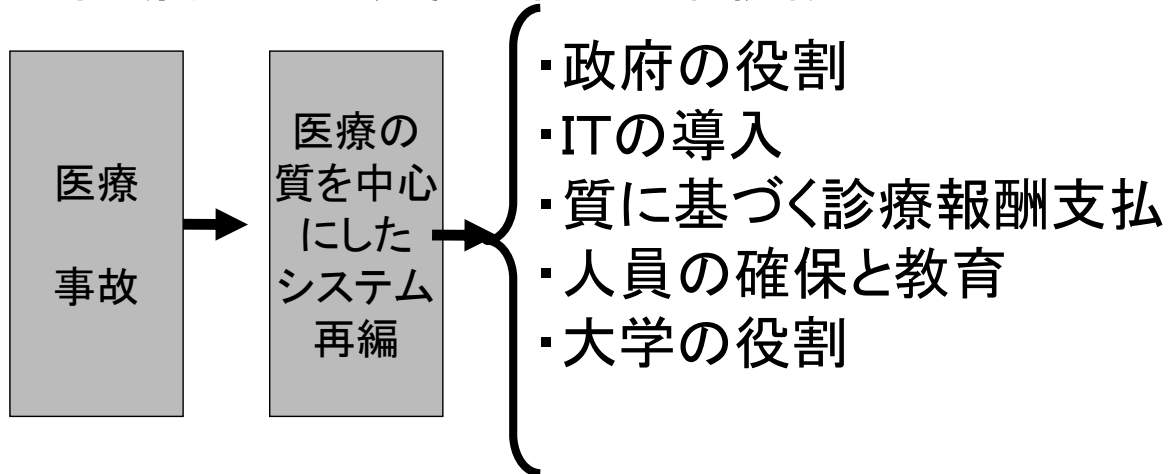


## 医療は安全か

- 医療法の規定
  - 安全な医療の提供義務
- 医療の特徴
  - 医療は、不具合を抱え、病態が不確実に変化する患者に対する侵襲行為
  - 効果的、高価、侵襲的、安全域の狭い医療技術の導入
  - 巨大で複雑な病院組織
  - 複数の病態を有する高齢患者の増加
- 要素技術 >> 管理技術

# 医療システムの問題

- ・ 医療ニーズの高度化、多様化、当たり前品質化にシステムがついていない
- ・ 医療システム、病院管理手法の改変は必須
- ・ 医療安全は、その中でも中核概念



## 諸外国での医療安全政策

- ・ 医療事故情報の収集・分析
- ・ 医療安全基準の整備
- ・ 医療安全指標の整備
  - 臨床指標(PSI)
  - 医療安全文化(HSOPS)
- ・ 医療安全管理者の養成・配置
- ・ 医療事故調査の制度化
- ・ 医療事故に特化した裁判制度

# 医療安全と組織体制 ガバナンスとは QMの導入

## ガバナンスの様々な定義

- 理念達成に向け価値・行動規範を共有した組織運営の仕組み(JQ)
- 企業統治とは、企業の不正行為の防止と競争力・収益力の向上を総合的にとらえ、長期的な企業価値の増大に向けた企業経営の仕組み。
- 会社が、株主をはじめ顧客・従業員・地域社会等の立場を踏まえたうえで、透明・公正かつ果敢な意思決定を行うための仕組み(東証)。

# ガバナンスの構成要素

- 組織運営の仕組み
- 透明性・公平性
- 理念、価値の達成
- ステークホルダーとの関係性

## 組織運営におけるマネジメント

- 組織目標の設定
  - Mission、Vision、Value
  - 理念、基本方針、中長期計画、年次計画
- 資源は有限との認識
- アウトプットを最大化する仕組み作り(業務フロー作り)
- 意識が変わる ← 仕組みが変わる

## 職位による役割の違い

- トップマネージャー（院長、看護部長、事務部長など）
  - MVVの策定
  - 資源の配分
  - 管理のための仕組みづくり（一部はミドル）
  - ミドルマネージャーから定期の報告を受ける
- ミドルマネージャー（診療科長、師長など）
  - 管理指標を基に業務が適切に行われていることの確認
  - うまくいかない場合の早期発見と対応

## なぜマネジメントか？ —要素技術からシステムへ—

- 要素技術の発展
  - 効果、高価、安全域が小さい
  - 特定の職種に限定
- 1つの要素技術のみでは不十分
- 医療は人・物・技術などの要素と、それを運営するシステムからなる
- 従来の医療は、要素技術に重点を置いてきた
- 医療が複雑・高度化するにつれ、システムの重要性が増している

# 組織的・継続的な質改善活動の 実践病院の共通点

- マネジメントの重要性を認識
- TQMの導入
- 情報システムと臨床現場への還元
- チーム医療の実践
- 質を組織目標へ明確に位置づけ

## データから意味のある情報へ

- データは山ほどあるが、意味のある情報は少ない
- 情報が分散・分断されている
- 不完全なデータ・情報しかない
- データ・情報を収集する組織横断的な部署がない
- データ収集・管理する教育・訓練がなされていない
- 質指標の管理がなされていない
- 質を武器にした経営管理がなされていない
- 情報の周知体制が構築されていない
- 情報のPDCAサイクルがまわっていない

## 新職種：クオリティーマネージャー(QM) の役割

- 定義：病院内における医療の質管理の実務責任者
- 役割：病院が、良質な医療を、組織として、継続的に提供できるようにするための
  - 仕組みづくり
  - 質評価の定期的な実施
  - 教育研修の実施
  - 外部情報の収集、院内への周知
  - 病院機能評価、その他質評価事業への参加
  - 臨床現場と協同しての改善
  - 上記に関するその他の事項

## 誰がQMになるべきか

- 職種は限定しないが、主として看護師が想定される
- 職位は、ミドルマネージャー
- 院内組織に精通、影響力を有する方
- 将来は、トップマネージャーとして、後進の育成
- 病院組織として明確な位置づけが望ましい⇒  
理念・基本方針・年次計画への記載

Thank you for your attention





# 聖路加国際病院の 医療安全ガバナンスの現状

聖路加国際病院 Qiセンター・腎臓内科  
小松康宏

2016/11/19 医療の質安全学会・パネルディスカッション  
医療の可視化から始める医療安全ガバナンス強化

## 第11回医療の質・安全学会学術集会 COI 開示

筆頭発表者名： 小松 康宏

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある  
企業などはありません。

# 医療安全ガバナンス

- 医療の質・安全の向上を組織的に保証する構造とプロセスが必要
  - 指揮・監督・支援体制を明確にする
  - 業務に関する方針・手順を定め、周知徹底
  - 手順の統一と一貫性(部署の掟をなくす)
  - 業務の責任と権限(privilege)を明確にする
  - 方針・手順の遵守状況をモニターし、修正
- 職員の3割が毎年入れ替わり、新人が多い病院で、複雑危険な業務を円滑・安全に遂行するための体制とプロセスに関し報告する

## 医療安全と医療の質改善 QI委員会・QIセンター・JCI認証



QIセンター医療安全管理室  
セーフティマネジメント委員会・医療安全リーダー会議  
医療安全ミーティング  
看護インシデント検討会、他の委員会(倫理、感染予防、研修管理委員会)

# 医療の質指標 Quality Indicator

- 患者アウトカムに影響を与える経営・管理・診療の質を測定し、評価するための定量的指標
- 福井次矢院長の提案で、2005年から病院全体で指標測定開始
- 2006年にQI委員会が発足。



## 病院全体の指標

平均在院日数、医業利益率

## 医療の質に関する各種指標

血糖コントロール、血圧コントロール

CKD患者に対するRA系阻害薬処方率

肺炎患者死亡率

急性心筋梗塞で病院到着からPCIまでの時間

## 医療安全に関連する指標

入院患者の転倒・転落発生率

転倒・転落アセスメント実施率

手指衛生の実施率(ビデオ・モニタリング)

中心静脈カテーテル挿入術の重篤合併症発生率

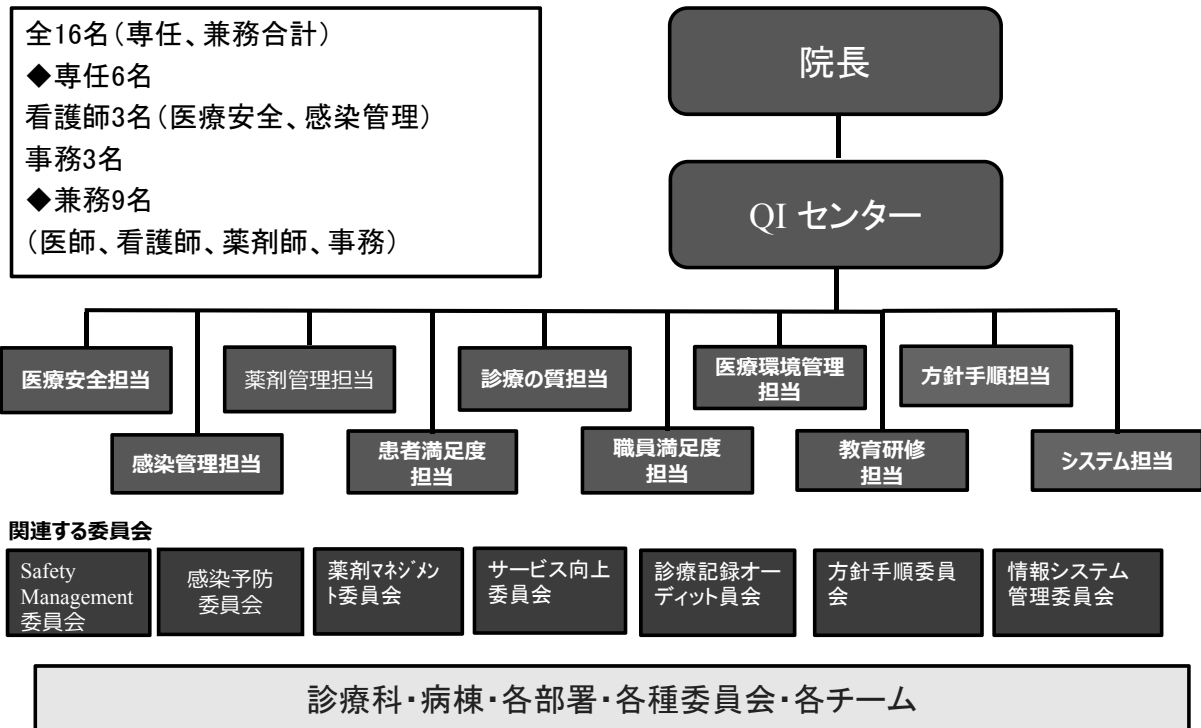
## QIの測定・公開と改善活動の体制

情報システムセンター & QI委員会	QIセンター
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2006年1月、情報を組織横断的にマネジメントすることを目的に情報システムセンターが開設。</li> <li>• 2006年4月、医療の質を表す指標(Quality Indicator)を用いて、医療の質を改善すること(Quality Improvement)を目的にQI委員会が発動。</li> <li>• QI委員会は、指標を算出し、毎月推移を把握しながら、活動報告として年1回報告書を発行、さらに、勉強会の企画・開催などの改善活動を行う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2012年4月、医療の質と安全性を向上させる部門として開設。</li> <li>• 医療安全、感染管理、診療の質、患者満足度、職員満足度、診療環境の質、業務改善、教育研修などを包括した医療の質改善を目指す、全職種横断的な組織。</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 指標の抽出</li> <li>• 勉強会の開催</li> <li>• 改善策の検討</li> <li>• 達成度の評価</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 医療安全・感染管理</li> <li>• JCI等各種認定に向けた調整</li> <li>• 方針・手順の作成・修正・教育</li> <li>• Hospital Manual改訂</li> <li>• プロジェクトを調整・実行</li> <li>• 施設・設備の見直し</li> <li>• コミュニケーションの改善</li> <li>• 改善活動(PDCA等)の支援・教育</li> </ul>

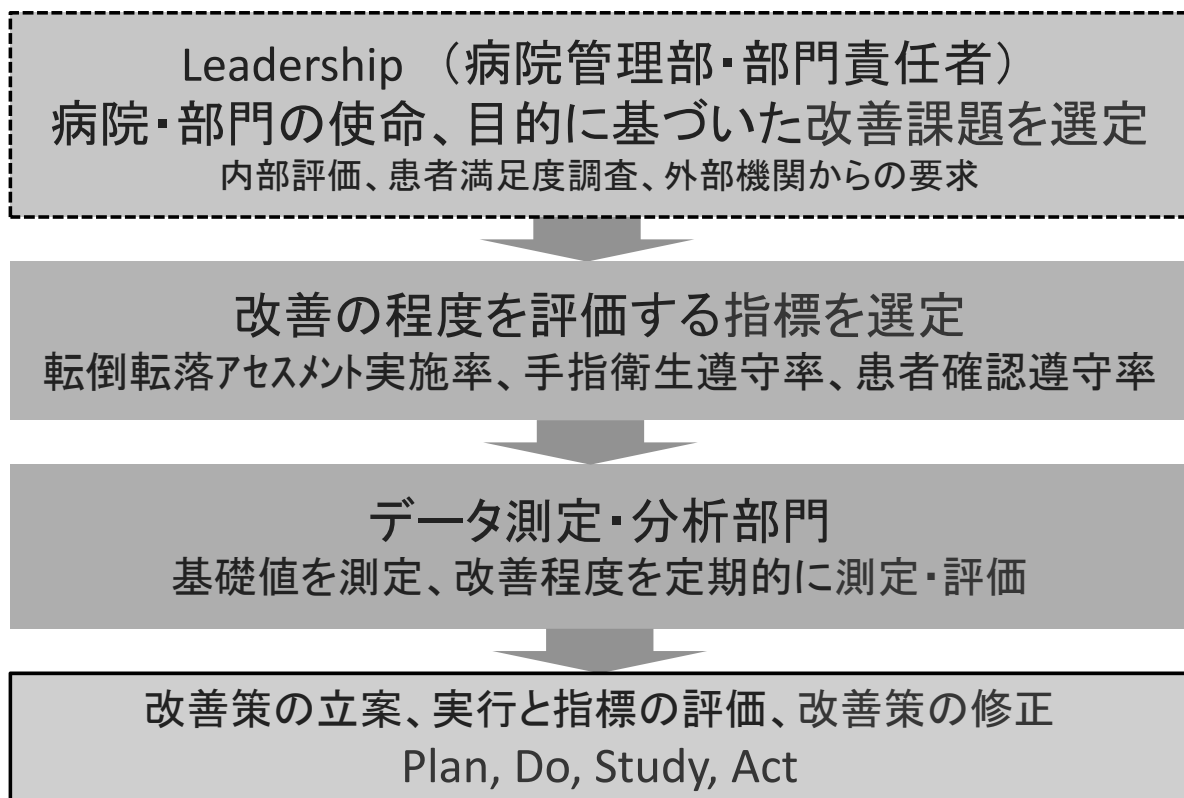
情報の蓄積と解析は情報システムセンター、行動改善はQIセンター

# QI (Quality Improvement) センターの体制

医療の質と安全性を向上させるため、組織横断的な取り組みを推進する



## 病院全体・部門特有のQI実践



# QI委員会報告例：2014年医療安全関連

分類	指標	2013年度	2014年度	目標値
転倒転落	外来患者の転倒・転落アセスメント実施率	93.0%	94.7%	100.0%
	外来患者の転倒・転落予防対策立案率	99.6%	99.5%	100.0%
	外来患者の転倒・転落発生率	0.033‰	0.058‰	0.040‰
	入院患者の転倒転落アセスメント実施率	99.5%	99.4%	100.0%
	入院患者の転倒転落予防対策立案率	99.8%	99.9%	100.0%
	入院患者の転倒転落予防対策説明書発行率	95.5%	94.6%	100.0%
	入院患者の転倒転落再アセスメント実施率	97.4%	97.1%	100.0%
	入院患者の転倒・転落発生率	1.62‰	1.53‰	1.21‰
VAP	VAPバンドル実施率	62.2%	61.3%	75.0%
	人工呼吸器関連肺炎(VAP)発生率	2.1‰	0.7‰	2.0‰
手指衛生	手指衛生実施率	-	-	80.0%
タイムアウト	手術前タイムアウト実施率（記載率）	-	-	100.0%

## 外来での転倒予防対策

特定の（リスクの高い）外来患者に対し転倒リスクアセスメントと予防策実施  
鎮静を行う処置・検査を受ける患者、外来透析患者、化学療法を受ける患者、等

The screenshot displays a medical information system interface. On the left, there is a patient profile for 'テスト 聖路加太郎' (ID: 0092201905). The main area shows a list of medical records, with a specific record for '外来患者の転倒・転落アセスメントシート' (Assessment Sheet for Falls in Outpatients) dated 2016/11/04. A large window is open, showing the details of this assessment sheet. The sheet includes sections for '【アセスメント項目】' (Assessment Items) and '【転倒・転落予防対策】' (Fall Prevention Strategies). The assessment items include checkboxes for '転倒経験(過去1ヵ月間の転倒経験がある)', '歩行障害(自立歩行不可能、こまた歩行、すくみ足、ふらつきあり)', '歩行器具、杖、車椅子の使用', 'めまい、たちくらみ', '起立性低血圧の経験または予測', '便秘、認知症の問題', '急性アルコール中毒', '看護師・医師を呼ぶことが必要だが呼ばずに動く', '鎮静薬や睡眠薬・精神安定剤など転倒に関連する薬剤の使用', '看護師・医師の直感', '上記以外の転倒・転落に関するリスク', and '上記の項目すべてに該当なし'. The prevention strategies include checkboxes for '安全な歩行、移動方法を説明する', 'トイレなどへの歩行・移動時には看護師・医師を呼ぶことを説明する', '歩行器具、杖、車椅子の適切な使用', '環境整備:ベッドやリクライニング椅子の調整', 'ベッド端の使用', '体動コントロール装置', and '安全ベルト装着'. The interface also shows a '確定' (Confirm) button and a '閉じる' (Close) button.

# JCI認証

## 医療機関が国際基準を満たしている証明 外部評価&質改善手法



- 国際社会における患者安全とケアの質を改善することを使命に1994年に設立。
- 組織認証、コンサルティング、教育、出版を行っている非営利、非政府組織。
- 母体は米国のThe Joint Commission (旧JCAHO)で、認証されないとCMSからの支払を受けられないため大学病院、基幹病院は認証が必須

### 患者中心の基準

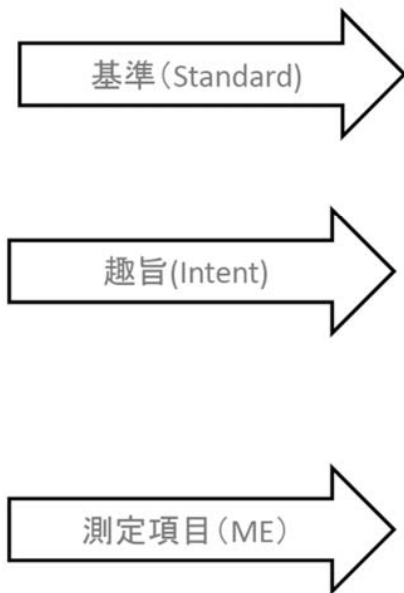
ISPG	国際患者安全目標
ACC	ケアのアクセスと継続
PFR	患者と家族の権利
AOP	患者アセスメント
COP	患者のケア
ASC	麻酔と手術ケア
MMU	医薬品管理
PFE	患者と家族の教育

### 医療組織管理の基準

QPS	質改善と患者安全
PCI	感染予防・管理
GLD	統率・指導・方向
FMS	設備管理・安全
SQE	資格・教育
MOI	情報管理
<b>学術・教育病院の基準</b>	
MPE	医療専門職教育
HRP	臨床研究プログラム

# JCI基準の構成

各章(Chapter)の下に、基準(Standard)、趣旨(Intent)、測定項目(Measurable Element, ME)がある



## 基準 IPSPG.1

病院は患者識別の精度を向上させるためのプロセスを確立し、実施している。②

### IPSPG.1の趣旨

患者の取り違えは実際に、診断および治療のすべての側面において生じます。患者は鎮静剤を投与されていたり、頭が混乱していたり、注意を払っていないか、意識がない状態であったり、病院内でベッド、病室、または院内の所在地が変わった、知覚障害がある、自分の身元が思い出せないなど、患者の取り違えにつながる状態である可能性があります。この目標の趣旨には2つの要素があり、1つはサービスまたは治療の対象となる人物を正確に識別すること、もう1つはサービスあるいは治療をその人物に合わせることです。

病院全体を通して実施される識別プロセスでは、患者名、ID番号、生年月日、バーコード付きリストバンドなど患者を識別する手法を最低2つ使用する必要があります。患者の病室番号やロケーションをIDとして使用することはできません。たとえば、外来診療等の外来患者を対象としたロケーション、救急部門、手術室、診断部門など、病院のすべてのロケーションにおいて2つのIDが使用されます。

患者への治療介入が行われるすべての状況において、2通りの異なる患者IDが必要です。たとえば、患者の識別は治療(薬剤、血液、または血液製剤の投与、栄養制限食の配膳、あるいは放射線治療)の前、手技(静脈ラインの確保または血液透析など)を行う前、そしてあらゆる診断手技(臨床検査用の血液等の検体採取、または心臓カテーテルや診断的放射線手技の実施)の前に行われます。IDのない昏睡状態の患者の識別も含まれています。

### IPSPG.1の測定項目

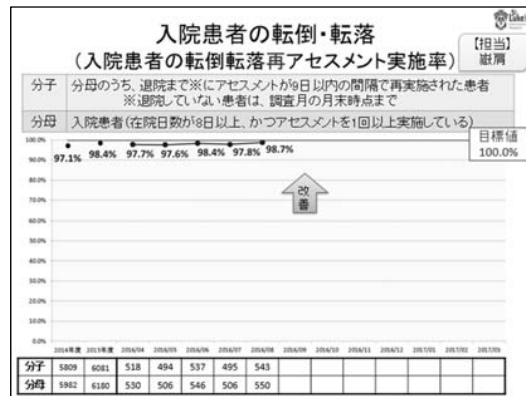
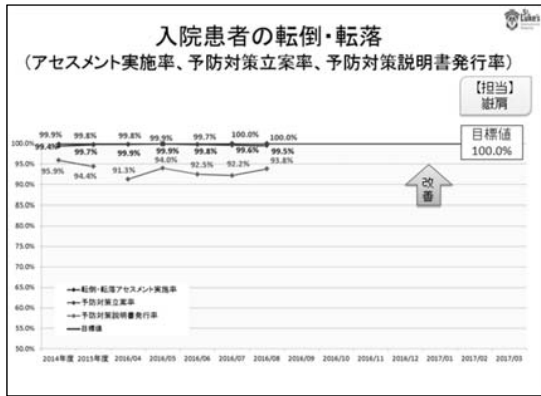
- 1. 患者は病室番号やロケーションを含まない2種類の患者IDを使って識別されている。
- 2. 患者の識別が治療や手技が実施される前に行われている。
- 3. 患者の識別がすべての診断手技に先立って行われている。(AOP.5.7, ME 2も参照)

# 方針・手順の作成、周知徹底、モニター

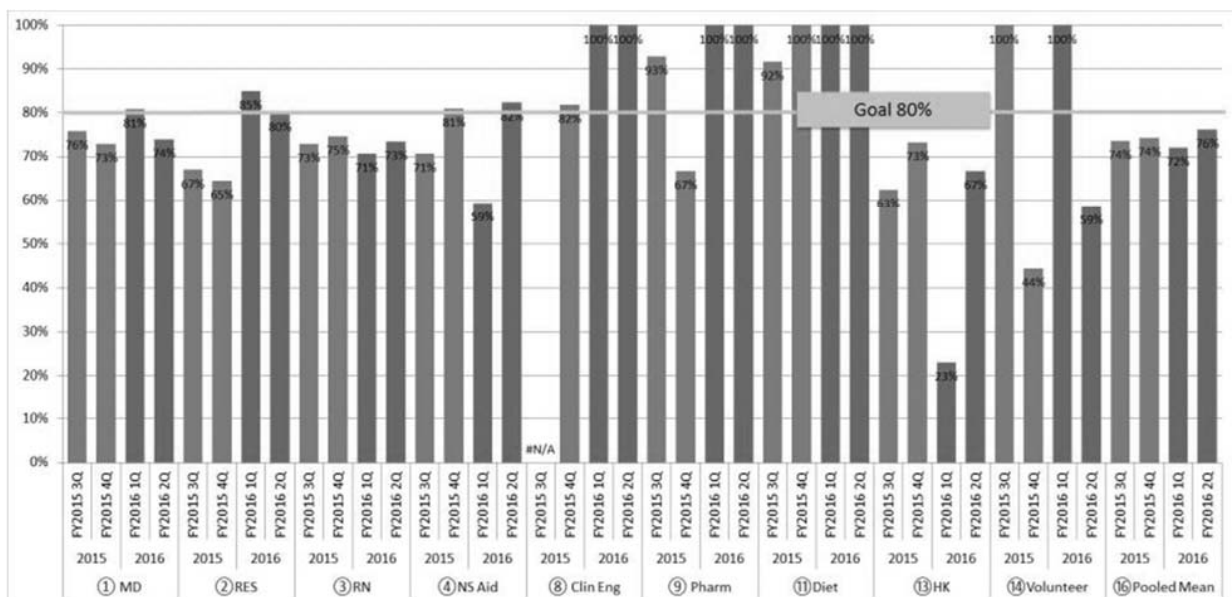
The screenshot shows a website interface for '聖路加国際大学' (Seiryu-ka International University). On the left is a navigation menu with categories like '分類0: 00.管理 (52)', '分類0: 01.医療安全 (20)', etc. The main content area displays '分類0: 01.医療安全 (20)' with sub-items like '分類1: 01.IPSG患者確認 (2)', '分類1: 02.IPSG.2コミュニケーション (2)', etc. On the right, there are links for '方針・手順' (Policies and Procedures) and other hospital information.

分類	項目名	数	備考
分類1: 04.IPSG.4タイムアウト (1)	01.医療安全 04.IPSG.4タイムアウト	160	7 SLP160-07全ての機器的処置・治療・検査におけるタイムアウト実施に関する方針・手順2016
分類1: 06.IPSG転倒・転落 (1)	01.医療安全 06.IPSG転倒・転落	159	1 SLP0159_06転倒・転落のリスクアセスメントと予防対策の実施に関する方針・手順

# 転倒転落予防対策の実際 — 聖路加国際病院 —



## 手指衛生遵守度(職種別): 2015~2016 病棟天井のビデオカメラでモニター



Hand hygiene rates = No. of hand hygiene performed / No. of hand hygiene opportunities × 100(%)



# QIボード

## 各部署で指標を掲示



- 部門のQI指標を各部署に掲示
- JCI院内模擬サーベイを毎週開催
  - QIセンタースタッフ、各部署の担当者がJCI基準遵守度を点検
  - 患者確認、薬剤管理、タイムアウト、感染管理、設備管理、災害対策、方針手順遵守度、他

## 医師の診療権限(privilege)

単独で実施してよい診療行為を個々の医師毎に毎年審査

申請	診断・判断・手技・手術	分類	承認
<input type="checkbox"/>	腎臓内科の外来診療	1 2 3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	腎生検（自己腎、移植腎）	1 2 3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	各種急性血液浄化療法(腎代替療法、血漿交換等)の適応決定と実施	1 2 3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	末期腎不全に対する維持透析療法の適応決定と導入指示	1 2 3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	末期腎不全に対する維持透析療法の長期的管理	1 2 3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	腹膜透析療法の適応決定と導入	1 2 3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	腹膜透析療法の長期的管理	1 2 3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	血液透析のための短期的透析アクセス留置	1 2 3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	透析療法に関する他科からのコンサルテーション依頼への対応	1 2 3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	腎臓移植の周術期管理(術前評価、術直後の管理を含む)	1 2 3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	腎臓移植の内科的長期管理	1 2 3	<input type="checkbox"/>

分類

1. 指導医の指導を受け指導医の責任のもとに実践できる。または介助、補助ができる
2. 指導医の指導のもとで自ら実践できる
3. 自ら責任をもって実践でき、他のスタッフを指導できる

# 院内インシデント報告を医療安全につなげる

院内報告制度からのインシデント・アクシデント報告

毎日の医療安全ミーティング(院長主催)でトリアージと検討

医療安全管理係会議(週1回)でトリアージと検討

重要事例として選別(詳細な情報収集、分析、対策立案・実施・評価が必要)  
RCA実施、調査委員会設置  
**セーフティマネジメント委員会**で検討、関連委員会に検討を依頼

事例情報を分類・蓄積・集計・分析・対策立案・実施  
(転倒・転落・薬剤関連・検査関連・チューブ類関連など)

既存の方針・手順を再度周知徹底。方針・手順に不備があれば修正

重要な事例を毎日フィードバック(医療安全情報)

イントラ版：インシデント報告書 - 新しいアイテム

## 現場スタッフの負担を減らすインシデント報告システム 「何が起こったか」だけを記載

更新 クリックボード 操作 ヘルプ ティック

アクシデント・インシデント報告書、トライアル版です。

患者以外の報告に関しては、患者ID 999999999 とご記入ください。

発生日時 \*  00:00

患者ID \*

患者氏名 \*

報告者名 \*  名前または電子メール アドレスを入力してください...

報告者名2  名前または電子メール アドレスを入力してください...  
連名での記載の場合などにご記入ください

所属部署 \*

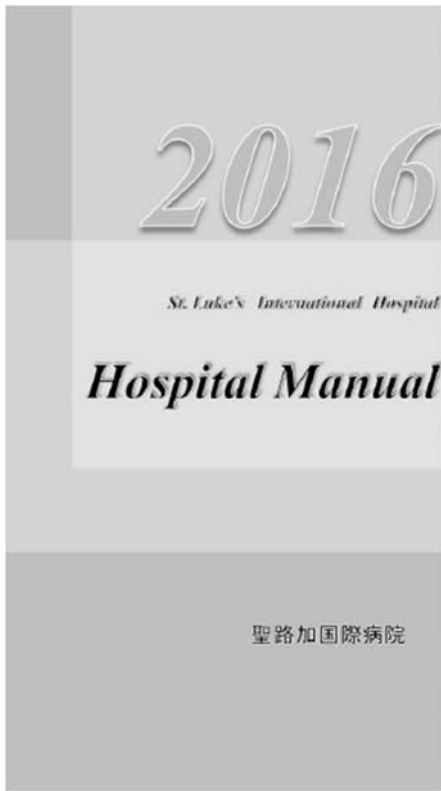
インシデントの内容を、簡潔にご記入ください (5行以内) \*

診療録・看護記録には出来事の事実を経時的に記述してください。  
背景、要因、原因はヒアリングにうかがいます。ヒアリングの際にお伝えください。

記載所要時間(分) \*

所属長(メールにて通知されます) \*  名前または電子メール アドレスを入力してください...

## まとめ



- 病院の目的・使命を共有し、組織全体で安全効率的な医療を提供するためにはそれを保証するガバナンス体制が不可欠である
- QI委員会・情報システムセンター、QIセンターが協働でQuality Indicatorを測定・評価し、医療の質・安全の改善につなげている。
- JCI基準に合致するガバナンス体制構築、方針手順の作成と遵守はJCI認証のみならず医療の質・安全の改善につながっている。

# 東京医科歯科大学医学部附属病院における医療の可視化と医療安全への応用



東京医科歯科大学医学部附属病院  
医療安全管理部  
尾林 聡

## 第11回医療の質・安全学会学術集会 COI 開示

筆頭発表者名： 尾林 聡

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある企業などはありません

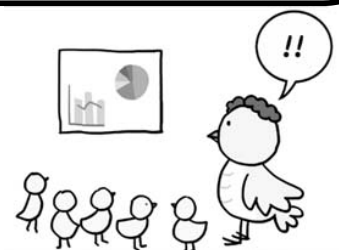
1. 東京医科歯科大学医学部附属病院について
2. 当院におけるi-Kasika活動の実際
3. 当院における死亡症例検証会の実際



## QMCと医療安全管理部によるPDCA活動

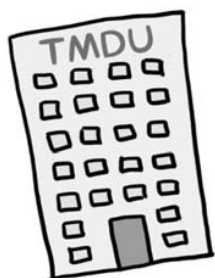


感覚や経験で意思決定してきた文化から、  
 定量評価によるエビデンスに基づいて意思決定する組織へ！



まず可視化！分析結果で意思決定

# 東京医科歯科大学の医療を可視化する



+

Kashika  
(可視化)

=



i-Kashika



医療の質・安全学会

TMDU\_医療安全管理部\_QMC

## 医療安全管理部とのPDCA活動

医科歯科大学医学部附属病院の医療安全PDCA活動イメージ



QMCはPlanとCheckを担当



医療の質・安全学会

TMDU\_医療安全管理部\_QMC

1. 東京医科歯科大学医学部附属病院について
2. 当院におけるi-Kasika活動の実際
3. 当院における死亡症例検証会の実際



## 医療法施行規則一部改正

2016年6月10日

医療法の一部改正

平成5年健政発第98号：厚生省健康政策局長通知改正

医療法施行規則第九条の二三第一項第六号ホ

### 医療安全に関わる安全の確保に資する診療の状況の把握

手術時の血栓予防策実施率のモニタリング等、医療安全管理委員会において定める医療安全に資する診療内容についてのモニタリングを平時から行う

医療法施行規則第九条の二三第一項第六号ホ

### 従事者の医療安全に関する意識向上の状況の確認

従事者の医療安全の認識についてのモニタリングを平時から行う

- ・院内有害事象のモニタリングが特定機能病院に求められることとなった
- ・東京医科歯科大学附属病院では、医療安全管理部とQMCが協働してモニタリング

## 診療報酬情報を用いた有害事象検出【1】

他施設とベンチマーク可能な指標として、国立病院機構が開発したDPCデータを用いて算出する医療安全関連の臨床指標10指標を計測

### 国立病院機構 医療安全 QI (クオリティー・インディケーター)

QI.	指標名称	目標値
13	PCIを施行した患者の入院死亡率	
19	脳卒中患者に対する静脈血栓塞栓症の予防対策実施率	設定なし
20	急性脳梗塞患者における入院死亡率	60%以下
78	胃がん、大腸がん、膵臓がんの手術患者に対する静脈血栓塞栓症の予防対策の実施率	設定なし
79	手術ありの患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率 (中リスク以上)	90%以上
80	手術ありの患者の肺血栓塞栓症の発生率 (中リスク以上)	95%以上
81	退院患者の標準化死亡比	0.2%以下
84	75歳以上退院患者の入院中の予期せぬ骨折発症率	設定なし
85	中心静脈注射用カテーテル挿入による重症な気胸・血胸の発生率	0.2%以下
86	骨髄検査における胸骨以外からの検体採取率	1%以下

・NHO（国立病院機構）の算出法はDPCデータの入力精度に依存するため、必ずしも現状に即した結果が出ないことがある。目標値に達していない指標については診療録の調査を実施し、改善活動が必要かを判断

・当院においてこの10指標のなかで改善活動が必要と判断されるものは見られなかった

## 診療報酬情報を用いた有害事象検出【2】

院内有害事象モニタリング目的に以下8指標を開発

できるだけDPCデータのみで算出できるものになるようにしているが、精度向上のため一部診療録調査を併用する算出法となっている

### 東京医科歯科大学 医療安全 QI (クオリティー・インディケーター)

QI.	指標名称
120	予期せぬ入院中の骨折発生率
121	予期せぬ入院中の骨折の安全管理レポート提出率
122	経皮的カテーテル心筋焼灼術に伴う心タンポナーデ発生率
123	経皮的カテーテル心筋焼灼術に伴う心タンポナーデの安全管理レポート提出率
124	小腸内視鏡に起因した外科的処置が必要となるような消化管穿孔発生率
125	小腸内視鏡に起因した外科的処置が必要となるような消化管穿孔発生の安全管理レポート提出率
126	入院中の転倒・転落に伴う頭蓋内出血発生率
127	入院中の転倒・転落に伴う頭蓋内出血発生の安全管理レポート提出率

#### 指標の特徴

- ・事例の検出をインシデントレポートのみに依存せず、客観的データで行う
- ・対象事例の安全管理レポート提出率を算出することで安全意識を評価する指標も作成している

#### 指標の限界

- ・診療報酬情報で計測できないものは、従来どおりインシデント・レポートに依存した状況把握しかできない



# 侵襲的処置に関する診療録記載の標準化

## 【目的】

院内において多くの診療科が実施している処置である、中心静脈カテーテル(CV)挿入に関して、医師による診療録の記載内容を調査

## 【方法】

対象期間：2015年4月1日から2015年9月30日

対象：中心静脈カテーテル挿入（130004670）が算定された451例(除 NICU症例)

方法：全例の診療録調査を実施し、以下の4項目の記載状況を診療科別に評価

## 調査項目（⇒必須記入項目として周知）

- 1) 中心静脈カテーテルを挿入したこと（手技の施行）についての記載の有無
- 2) 穿刺部位
- 3) 固定位置
- 4) カテーテル先端などのレントゲン所見



診療科	穿刺記録	穿刺部位	固定位置	XP所見
	あり	あり	あり	あり
A外科	94%	92%	79%	91%
B科	43%	38%	21%	19%
C外科	91%	91%	89%	89%
D内科	87%	87%	85%	38%
<b>TMDU</b>	<b>79%</b>	<b>76%</b>	<b>62%</b>	<b>57%</b>

## 後発薬品への変更に伴う副作用増加定量評価と対応

【背景】2015年1月 化学療法（A療法）治療薬の後発薬品への変更後、血管外漏出事例などの血管関連合併症事例が増加したと、化学療法室から報告

【目的】事象の増加の有無を調査

## 【方法】

対象期間：2013年4月から2015年12月

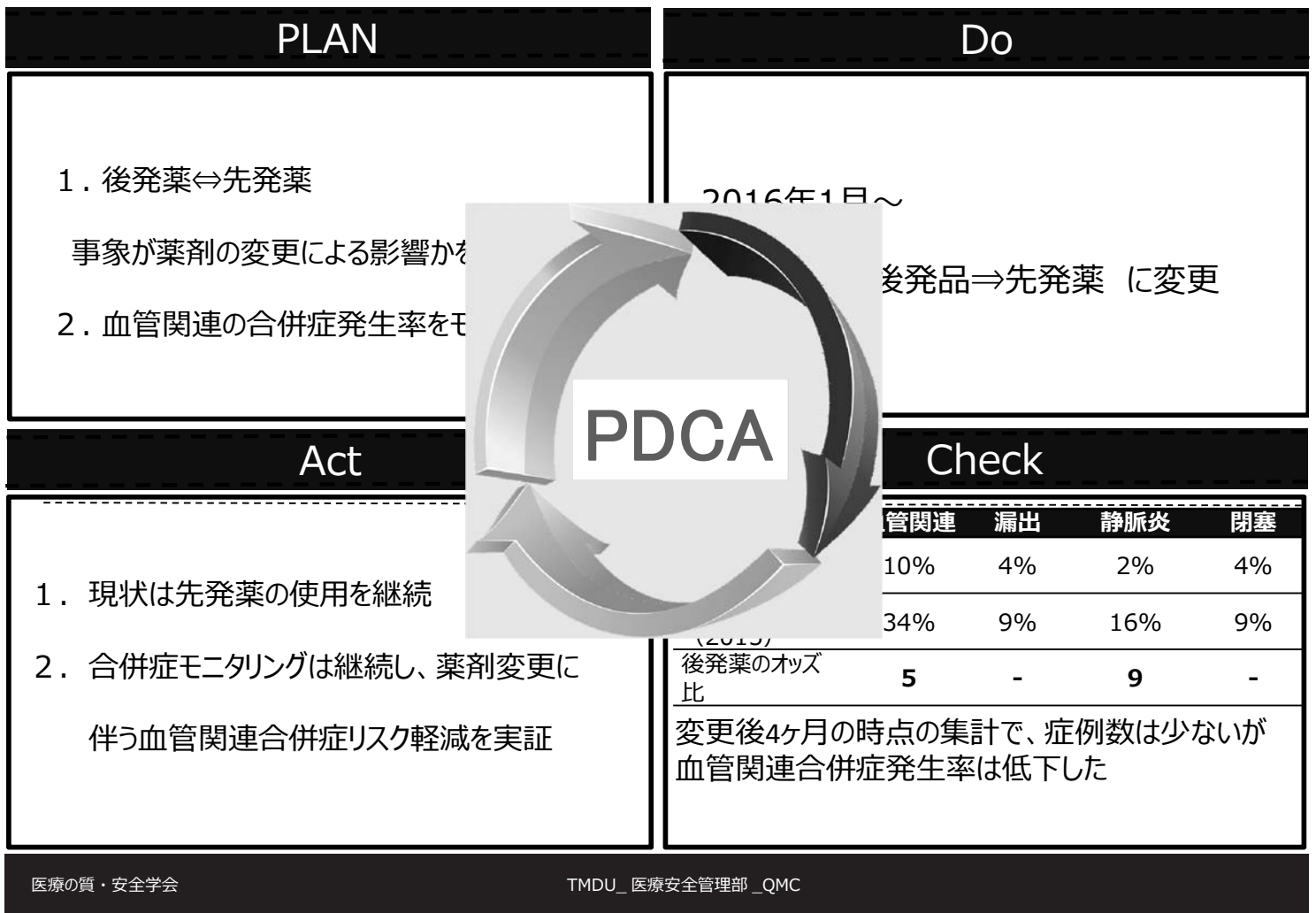
対象：A療法が実施されている外来症例を抽出し、診療録調査

**血管関連合併症** (点滴ルートが刺替になった症例を以下3つに分類)

- ・血管外漏出：診療録に血管外漏出と明記されている症例（安全管理レポートレベル3a報告事案）もしくはステロイド投与など血管外漏出に対する医療介入症例
- ・血管炎：疼痛もしくは腫脹などの症状はあるが逆流あり、血管外漏出と判断されていない症例
- ・閉塞：滴下不良や疼痛あり、逆流なし、血管外漏出と判断されていない症例

## 【血管関連合併症発生率】

		血管関連	漏出	静脈炎	閉塞
先発薬	%	6%	1%	3%	2%
後発薬	%	33%	9%	16%	9%
後発薬のオッズ比	OR	8	7	6	6



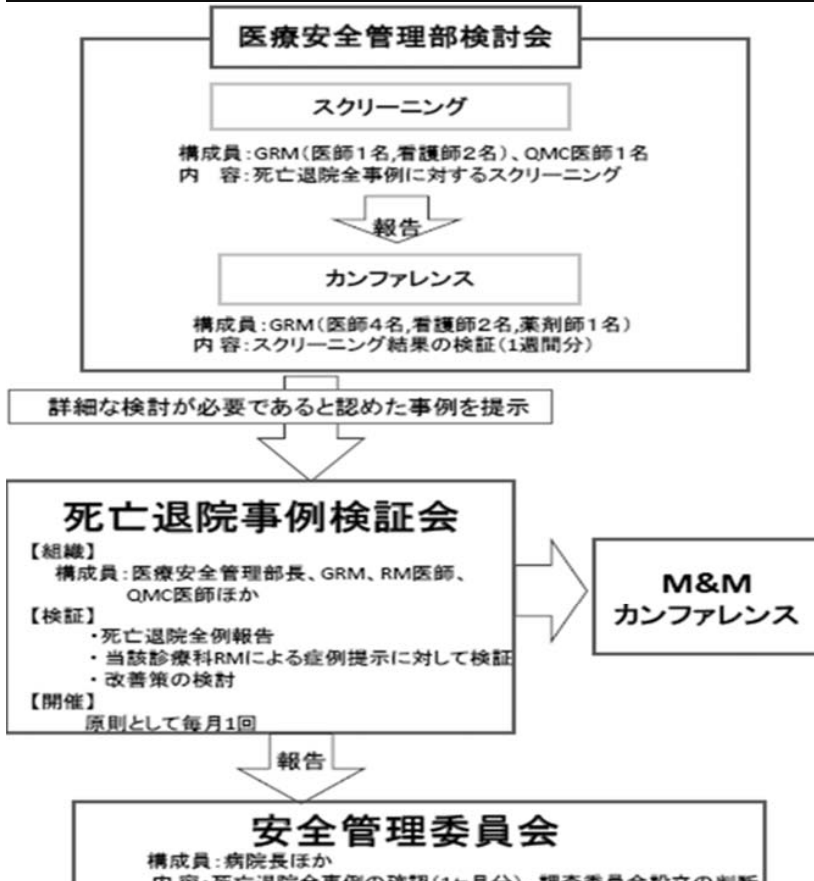
東京医科歯科大学の医療を可視化する | - Kashika



1. 東京医科歯科大学医学部附属病院について
2. 当院におけるi-Kasika活動の実際
3. 当院における死亡症例検証会の実際



# 死亡事例検証の流れ



医療安全の確保を目的として2015年4月より「死亡事例検証会」を設置

1. 全死亡事例の把握（紙ベース）  
・経過確認、リスト化
2. 医療安全管理部員とQMC医師による臨床経過確認（1回/週）
3. 事例検証会で全例を再検証する。  
（死亡退院事例検証会、1回/月）  
  
GRM（7名）・医療安全管理部員・クオリティマネジメントセンター医師  
部署リスクマネージャー（輪番制）
4. 医療安全管理委員会

# 死亡時チェックシート

患者死亡時に担当医がシートに記入し医療安全管理部へ提出する。  
職員の医療事故調査制度への理解の補助としても利用  
実際には看護日誌など、他の方法でも死亡事例を確認・照合

患者死亡時 チェックシート

報告日：平成 年 月 日

患者		報告者： <input type="checkbox"/> 担当医 <input type="checkbox"/> 日当直医		死亡日	平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分
ID	所属	氏名	氏名		
氏名(診療科)	(科)				

医師は患者の死亡・死産がいずれに起因するか、該当するものにチェックして下さい。

死亡・死産が

<input type="checkbox"/> 原病に起因する <input type="checkbox"/> 提供した医療に起因しない	<input type="checkbox"/> 治療に起因する 手術・分娩・麻酔・投薬・注射・輸血・リハビリ・放射線治療 医療機器の使用に関連するもの <input type="checkbox"/> 診察に起因する <input type="checkbox"/> 検査に起因する <input type="checkbox"/> その他(転倒・誤嚥・身体拘束等)に関連するもの ※ 疑いを含む	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 施設管理(火災・震災などによるもの) <input type="checkbox"/> 院内で発生した殺人・傷害致死等の事件性に起因する
死亡する可能性について (予期される死亡かどうか) <input type="checkbox"/> 患者・家族等に説明していた <input type="checkbox"/> 診療録等に記載がある	死亡する可能性について (予期される死亡かどうか) <input type="checkbox"/> 患者・家族等に説明していた <input type="checkbox"/> 診療録等に記載がある	<input type="checkbox"/> 院内発生 <input type="checkbox"/> 院外発生
レベル5の事例として3C以上の報告体制フローチャートに沿って緊急連絡		<input type="checkbox"/> 検視
チェック記入後、看護部長(夜間・休日は管理師長)に提出する		
※ 看護部長(管理師長)はチェックシートを医療安全管理部へ提出する		

# 死産用チェックシート

産婦人科医会によって報告すべき死産の定義が詳細に規定されている  
死産に関しては、同一の死亡時チェックシートによる運用は困難なため別シートを使用

死産発生時 チェックシート (案)

報告日：平成 年 月 日

産 婦	報告者： <input type="checkbox"/> 担当医 <input type="checkbox"/> 日当直医	死産日	<input type="checkbox"/> 不詳 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 午前 時 分 <input type="checkbox"/> 午後 時 分
I D (産婦)	所 属		
氏名 (診療科)	の児 (科) 氏名		

医師は死産がいずれに起因するか、該当するものにチェックして下さい。

**死産(12W以降)が**

提供した医療に起因しない

1 健診時に偶然見つかった胎児死亡 (外来・入院)

2 原病の進行 (早産による死亡・DM等合併症による死亡胎児異常 (先天異常・多胎) による死亡・未熟性による早期死産)

3 併発症 (医療と関連ない偶発症) による死亡

妊娠中の治療に起因する (手術・分娩・麻酔・投薬・注射の使用に関連する)

分娩中に発生した胎児死亡 (個別判断)

急速速産 (鉗子・吸引・帝切) に関連した胎児死亡 (個別判断)

死産に限り、健診などの医療管理は医療行為に含めない

医療行為に起因するが予期したとして説明・記録がなされた死産

1 羊水検査、胎児採血による死亡

2 胎児・胎盤の平衡を含む治療中または治療後の胎児死亡

3 外転中の胎児死亡

4 妊娠中の外科手術・侵襲的検査による胎児死亡

院内外で発生した傷害致死 (検死の可能性)

死産となる可能性について (予期される死産かどうか)

産婦・家族等に説明していた

診療録等に記載がある

死産となる可能性について (予期される死産かどうか)

産婦・家族等に説明していた

診療録等に記載がある

検視

レベル5の事例として3C以上の報告体制フローチャートに沿って緊急連絡

チェック記入後、看護師長(夜間・休日は管理師長)に提出する

※ 看護師長(管理師長)はチェックシートを医療安全管理部へ提出する

## 検証結果のData Base化

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
死亡日	診療科	病棟 (遠隔時)	ID	患者名	年齢	原疾患	死亡診断書 (ア)イ	剖検 無0 有1 検視 2	医療関連 無0 有1	予期せぬ死亡 Y1 N0	事故調査 J+K=2は対象	IC 無0 有1	診療録記載 0無 1有 2不十分	記載日	手術関連死亡	死因定義案	死亡診断書一致 無0 有1	GRM判定	その他の情報
							Iア) II												
							Iア) II												

**Q:死因定義案**

1: 原病

2: complication: ある病気が原因となって起こる2次的疾患。原病に伴う合併症

3: 医療行為の際に偶然起こった症候あるいは事象で因果関係が無いが、不明なもの

4: 医療行為に際して2次的に発生した事象。現在当院が合併症と定義しているもの

5: その他

手術関連死亡(術後30日以内)

1 入院死亡 2 院内死亡+手術死亡 3

問題なし 0  
死亡症例検証会 1  
医療安全管理

全死亡事例の把握・経過確認を行い、後方視的検討が可能なように下記項目をリスト化

- ① 提供した医療に関連するか 予期せぬ死亡か
- ② IC内容 診療録の記載内容
- ③ 手術関連死亡か
- ④ 死亡診断書の内容一致
- ⑤ GRM判定

検証会の開始から1年半で、652事例を検証 (検視128例)。98%が問題なかったが、20例について死亡事例検証会で再検討。カルテ・死亡診断書記載の不備など指摘・指導。  
検証結果は病院長へ毎週報告される

QMCと安全管理部によって、病院長によるガバナンスを補助するため、医療安全の確保に関するモニタリングが行われている

## 臨床指標 (QI)

国立病院機構によるQIによる他病院との比較のみならず、施設独自のQIを作成し評価することで院内の医療安全のモニタリングを行っている。

## 有害事象分析

報告をもとにして解析・改善策などによる対応を行っている

## 全死亡事例検証会

リストにより全死亡事例を抽出し、QMCおよび安全管理部で評価、さらに死亡退院事例検証会で再評価し、必要があれば安全管理委員会などでの精査を行う






# 院内ビッグデータ分析手法の内部監査への応用と クオリティマネージャー養成について

東京医科歯科大学大学院医療政策情報学分野  
医学部附属病院クオリティ・マネジメント・センター  
伏見清秀



東京医科歯科大学の医療を可視化する  i-Kashika

Tokyo Medical and Dental University

## 医療安全管理からクオリティ・マネジメントへ

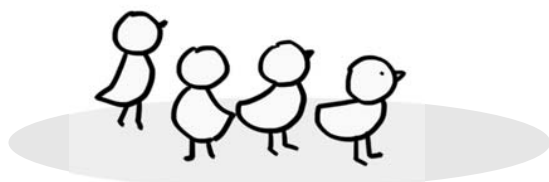


IOM: To err is human (1999)

- 患者取り違え事故(1999)
- 消毒液注射事故(1999)



- Patient safetyの強化
- 安全管理部門設置
- リスクマネージャ
- インシデント・レポート



IOM: Crossing the quality chasm (2001)



- Quality indicators
- Hospital rankingなどの普及

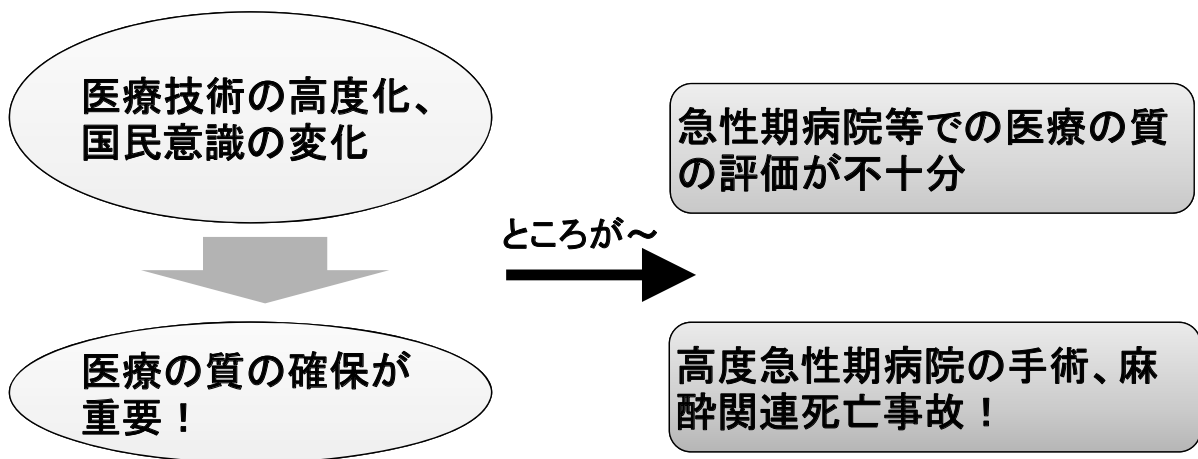
OECD2014:日本では「質に関するイニシアチブが制度レベルでほとんど組み込まれていない」

- 腹腔鏡死亡等多発(2015)



我が国の医療の質評価、クオリティ・マネジメントの欠落が露呈

## 急性期病院の医療の質確保の課題



- どの病院にも当てはまる課題
- 医療の質の評価が不十分だと、潜在的なリスク
- 同時に、収益の確保など、経営の質の改善も重要

## 医療クオリティ・マネジメントを推進するための要件

- ① データ分析能力
  - 多種多様な医療データの収集、分析
  - DPC、レセプト等の既存データを活用して効率的な分析
  - データを読む目を持つデータサイエンティストが求められる
- ② 改善プログラム
  - 継続的な医療の質の改善(CQI/TQM)の設計、運用
  - 診療部門と連携したPDCAの展開
- ③ リーダーシップ
  - 有機的な組織連携を構築するマネジメントとリーダーシップ
  - 職員意識と組織文化の変革へつなげる

(1) 横断的な診療力とマネジメント力の両方を兼ね備えた医師養成

① 医療の質管理領域(医療安全・感染制御)

## PDCA医療クオリティマネージャー養成(H28開講履修証明プログラム)

**【ニーズ】**  
医療技術の高度化や国民意識の変化により、安全管理・感染制御を含む医療の質を適正に評価・確保していくことが求められている

**【実情】**  
・大学病院等の高度医療機関では、医療の質の評価と公表がほとんど進まず、国民の期待に充分応えていない  
・医療機能高度化を支える病院組織マネジメントが確立されていない  
・組織横断的な質改善・安全確保の継続的な取組が不足

**【前提となる考え方】**  
医療の質管理における総合力には以下が必要  
①データ分析能力、②質改善実践能力  
③マネジメント力とリーダーシップ

**【原因考察】**  
日本では①の教育は徐々に充実しているが、②は不足し、③の必要性は認識されているが不十分である。

**【課題設定】**  
①②の能力を備えて、高度急性期病院における組織横断的医療の質保証プログラムPDCA(Plan, Do, Check, Act)の反復による医療の質改善手法)の実践を担うとともに、③を備えて病院組織マネジメント改革を担う人材の養成

**本事業のアウトプットから課題達成まで**

**本事業のアウトプット**  
分析力・実践力・リーダーシップを備えた人材が本事業を修了

**中期のアウトカム**  
本事業修了者が、大学病院をはじめとする高機能病院に従事し、医療の質改善プログラム実践と病院マネジメント改革の原動力となる

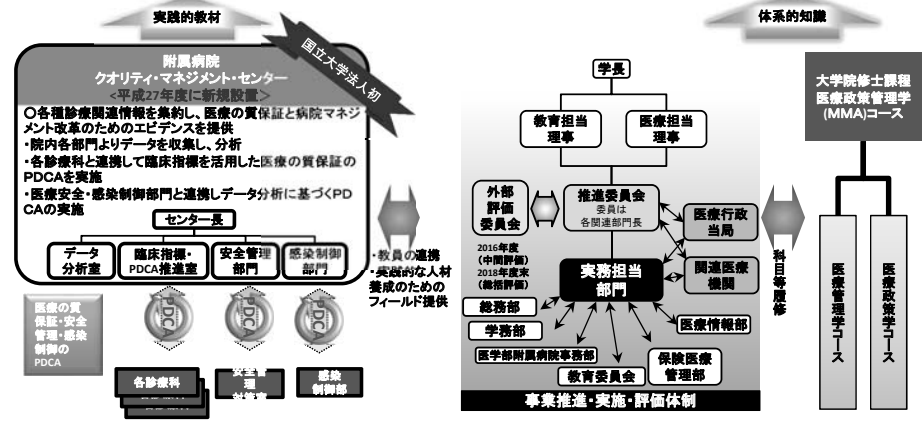
**長期的アウトカム**  
医療を適切に評価する文化の浸透により、品質の高い医療を効率的に提供できる医療提供体制の構築

**最終的な社会へのインパクト**  
・高齢化が急速に進展する日本および世界各国において、医療の質と安全を科学的に評価、確保する文化を醸成し、生活と健康の改善に寄与  
・我が国の高品質な医療を確保し、メディカルツーリズムを含む医療サービスが輸出産業として発展

養成する能力の目標	本事業の教育プログラムの特徴	
①医療の質評価に必要なデータ収集・分析能力 ②質改善プログラムの設計と運用実践能力 ③これらを実現する組織連携を構築するマネジメント力とリーダーシップ	新規性	独自性
	・安全管理、感染制御によって失敗を未然に防ぐという範囲にとどまらず、幅広く医療の質を「プラス」に評価できる人材を育成 ・医療の情報化の進展とともに急速に増大する医療データの高度利用を担える人材を育成 ・PDCAの実践を通して生きた知識を身につけ、大規模組織を有機的に機能させる病院組織マネジメントを担える人材を育成	・附属病院に設置されるクオリティ・マネジメント・センターと有機的に連携して、実践的な医療改善プログラムからの生きた体験を通じた教育プログラム ・大学院大学の特色を活かし大学院院議を積極的に活用

**教育プログラムの構成**

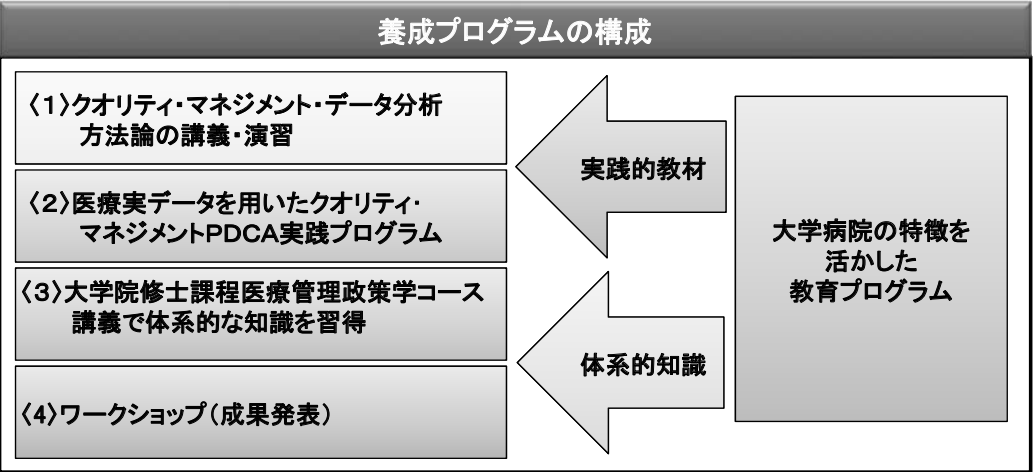
<1>クオリティマネジメントのためのデータ分析手法の習得	<2>PDCAを用いた実践的教育プログラム			<3>大学院MMAコースで体系的な知識を習得	<4>ワークショップ
PDCA手法、医療データ分析手法、安全管理および感染制御の実務に関する体系的講義と演習	<b>質改善PDCA</b> ・質改善指標の選択、プログラム設計、効果測定、総括の演習	<b>安全管理PDCA</b> ・安全管理指標の選択、プログラム設計、効果測定、総括の演習	<b>感染制御PDCA</b> ・感染制御指標の選択、プログラム設計、効果測定、総括の演習	【医療の質評価分野】 【安全感染管理分野】 【情報分析分野】 【組織管理分野】	成果発表・総合討論



## クオリティ・マネージャー養成プログラムの概要

**PDCA医療クオリティ・マネージャーに求められる能力**

① 医療の質評価に必要な医療データを収集、分析する能力  
 ② 継続的に診療内容の改善を計るPDCAプログラムを設計、運用していく実行能力  
 ③ 有機的な組織連携を構築するマネジメント能力とリーダーシップ能力





# データ分析能力の習得

## 〈1〉クオリティ・マネジメント・データ分析概論、方法論の講義・演習

1. 医療データ分析概論（12時間）  
・医療データに関する知識と分析手法
2. DPCデータ分析（12時間）  
・DPCデータの基本的分析手法  
（エクセルを使った演習）
3. 臨床指標分析（24時間）  
・臨床指標概論、医療の質の計測手法  
（アクセスを使った演習）
4. BI・ツール分析（18時間）  
・Tableauを用いた診療プロセス分析
5. 臨床疫学研究分析（18時間）  
・医療データを用いた研究の立案・設計

## 【プログラムの目標】 データ分析能力の養成

①医療用データ等の活用方法および、DPCデータの構造等の習得

②エクセル→アクセス→Tableauを使った分析手法の習得

③データ抽出、分析、結果解釈の反復によりマネジメント単位にドリルダウンした可視化方法の習得

①～③を習得して  
質改善活動に向けた〈2〉の実習へ

Tokyo Medical and Dental University

# PDCAサイクルの実践と修士課程講義聴講

## 〈2〉PDCAを用いた実践的教育プログラム

PDCAの対象となる指標の選択、介入プログラムの設計、効果判定分析、その評価を実施。  
（先進的に質改善活動を実施している国立病院機構と連携した臨地実習）

医療の質改善、安全管理、感染制御の各分野（12時間 x 4週間）

## 【プログラムの目標】 質改善活動実践能力の養成

〈1〉の学習成果を基に臨床指標算出による問題抽出

PDCAサイクルに基づく改善活動案の作成

臨床現場での活用可能性の検討

## 〈3〉大学院 修士課程医療管理政策学 コース （自由選択）

講義で体系的な知識を習得

## 〈4〉ワークショップ

〈1〉～〈3〉の学習成果をもとに、より大きな課題改善活動計画案を立案

Tokyo Medical and Dental University



「これ以上  
やさしくできな  
いレベル」を  
実現！

伏見清秀 監修・今井志乃ぶ 著  
／日経ヘルスケア 編

価格：本体9,200円＋税

- A4変型、●約200ページ
- 書籍＋CD-ROM1枚

11月刊行

## 本書の主な内容

DPCに関する基礎知識  
～DPCについて知ろう

Excelを駆使

自院のDPCデータを活用する  
～まずは自院の特徴を知ろう

- Section1 データを用意して集計・分析にトライ
- Section2 基礎・応用で分かる集計・分析の実際

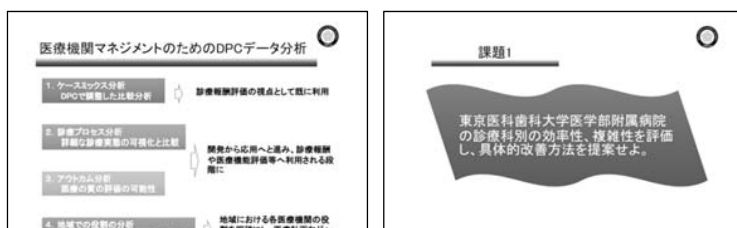
Excelを駆使

厚生労働省のDPC公開データ  
を活用する

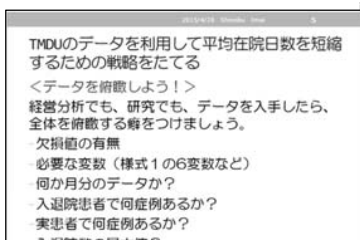
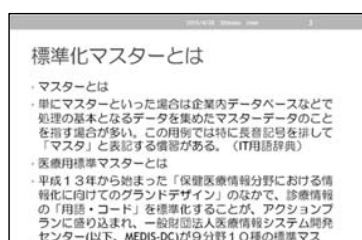
～自院の実力・地域での位置づけを知ろう

- Section1 データを用意して集計・分析にトライ
- Section2 基礎・応用で分かる集計・分析の実際

## 実際使用した教材



医療データ分析概論：  
DPCデータや公表データを使った分析の講義資料とその演習



DPCデータ分析：  
エクセルを使ったDPCデータの分析の講義資料とその演習



## 4. 実際使用した教材〈2〉の実習



The image shows two educational materials. On the left are two booklets: 'PDCA医療クリティマネージャー 養成プログラム 実践編' and 'PDCA医療クリティマネージャー 養成プログラム 実践解答編'. On the right is a screenshot of a software interface titled '現状分析【実習1週目～2週目】'. It displays data for '未達成指標' (unachieved indicators) and a table for '検証結果' (verification results).

病式	分母	リン/腫生検有	リン/腫生検無	リン/腫生検のうち、N006病理診断科を算定している患者数
K4762	40	38	2	2
K4763	6	5	1	1
K4764	2	2	0	0
K4765	1	1	0	0
合計	49	46	3	3

Below the screenshot is a text box: 当該実習を行うにあたり事前にテキストを作成 → 実践的な分析や質改善プログラムの設計

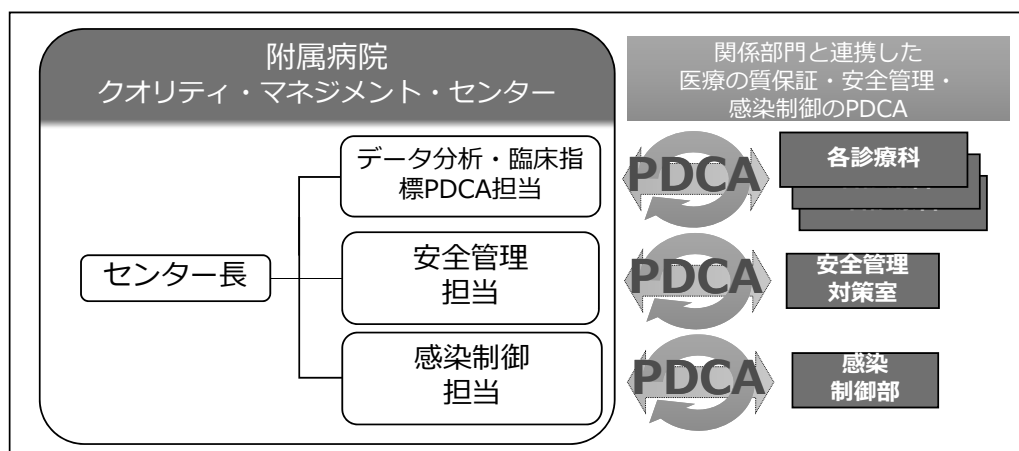
Tokyo Medical and Dental University

## 院内体制の整備



### 1. 人材育成を実行するための部門：QMCの設置

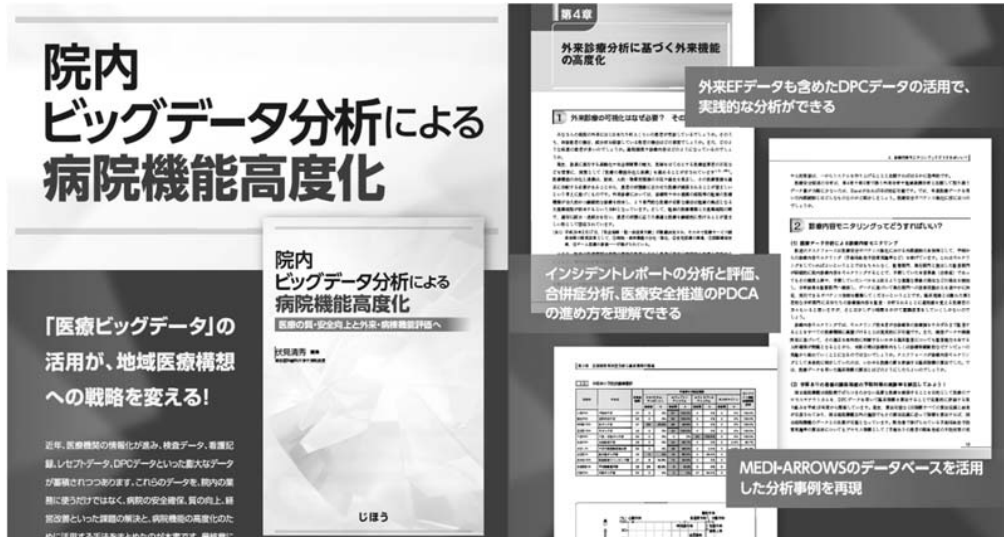
実質的な養成講座を運営、教育プログラムの開発等を担い、教育プログラム等の開発で得られた本院の医療の質に関するエビデンスをフィードバック



【実践的教育体制の整備】  
情報基盤の構築  
医療の質改善活動の基盤構築

【本院の質改善活動の支援】  
院内の診療関連情報を集約し、本院の医療の質の可視化、PDCA改善活動の支援

# 医療データ分析に基づく病院マネジメント



DPC・レセプトデータに加え、電子カルテ情報なども使った分析手法を掲載

PDCAサイクルに基づく改善活動を行うための現状分析が理解できる

今、国策で求められている内部統制機能の強化にも役立つ

## 受講生の成果発表の一例

東京医科歯科大学におけるPDCAに基づく医療の質の改善計画

2015年度 PDCA取り組み指標

転倒・転落発生率 0.09%

転落発生率 0.07%

年	H24	H25	H26
入院	440	460	458
外来	26	25	48

転倒・転落 (H24 H25 H26)

年	H24	H25	H26
入院	1.76	4.4	4.3
外来	1.89	4.3	4.3

転倒・転落発生率 (%) (入院患者)

■ Plan (現状分析と計画)

現状分析のまとめ

本院の転倒・転落発生状況として

- 入院患者の転倒・転落発生率は高くない (H25年度、本院 1.89%、公表値 4.34%) が、それに比し、影響度レベル3b以上の発生率は高い (H26年度 本院 0.05%、公表値 0.03%)
- 患者者が横にいた状況での転倒・転落報告が多い
- 外来患者の転倒報告が増加傾向にある

■ Plan (現状分析と計画)

問題点抽出

- 転倒・転落アセスメントツールや防止対策フローシートチームカンパニの活用など転倒・転落防止のガイドラインが作成されているが、実際に実施されていない場合がある
- 転倒・転落事例のうち、防止可能な事例 (アセスメントや対策の不足) の分析と対策が十分である
- 医療者の注意不足や不適切な介助方法により、医療者が横にいた状況での転倒・転落事例が増えている
- 外来患者の転倒リスク意識が増えている

「院内の転倒転落発生率を減少させるための活動計画」  
現状分析

活動計画案

上図のような形で改善計画立案を作成。

【受講生が取り組んだ課題のテーマの一例】

- ・ 救急医療の質改善
- ・ 脳卒中患者に対する静脈血栓塞栓症の予防対策の実施の促進
- ・ バンコマイシン投与患者の血中濃度測定促進
- ・ 肺悪性手術施行患者における抗菌薬の適正使用

# プログラムの対象

医療機関の管理ポジションにつき、

医療機関の組織マネジメントに関与する必要性のある

一般医師、後期研修医、医師管理職、他の医療職

受入人数

対象者	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度予定	H30年度予定
後期研修医	0	0	0	2	2
一般医師	0	3	1	10	10
他の医療職	0	3	8	5	5
合計	0	6	9	17	17

平成29年度から、カリキュラムを一部改定し、授業時間を減らすことで、臨床医の参加が可能なプログラムを用意する予定

Tokyo Medical and Dental University

## まとめ

- 本プログラムでは、効果的な質改善計画および運用を担える教育プログラムを開発、実践した。
- 本プログラムの教育から医療用データの活用方法と分析手法の習得を重点的に行うことの有用性が示唆された。
- 今後の課題
  - 医療データ活用技術の教育・普及手法
  - クオリティ・マネージャーのキャリアパスと院内地位の確立
  - PDCA,CQI文化の普及を推進する医療制度改革



Tokyo Medical and Dental University