

第 11 節 TQM推進室

県立 4 病院では、経営改善の取組みだけではなく、より質の高い医療を提供することを目的として、令和元年度から各病院に TQM推進室が設置された。

TQMとはトータル・クオリティ・マネジメントの略で、多角的視点から現状のモニタリング・評価・分析を行い、病院職員全体で改善活動を推進していくため、TQM推進室において、指標の設定、モニタリング、改善提案などを実施している。

1 人員

7 名

副病院長兼入院病棟統括部長（TQM推進室長） 黒木 規臣

副病院長兼看護部長 福山 康恵

療養援助部長 塚本 哲司

薬剤部副部長 齋藤 恭子

医療安全管理室主幹 前原 みゆき

栄養部副技師長 伊丹 正好

医事・経営担当主査 小俣 健一

副局長 熊谷 元一郎（オブザーバー）

2 定例会議

年 9 回の定例会議を開催した。

	日 付	議 題
第 1 回	5/18	テーマ採択、活動方針及びスケジュールについて
第 2 回	6/15	検討テーマのスケジュール 電子カルテ導入に当たって医療情報システム委員会への提言について
第 3 回	7/20	テーマの検討（入院患者満足度、クリニカルパス適用率）について 電子カルテの導入に当たっての業務フローの見直しに係る調査結果について
第 4 回	8/17	テーマの検討（入院患者満足度、紹介率、逆紹介率）について
第 5 回	WEB	課題の募集
第 6 回	10/19	テーマの検討（入院 3 か月以内の退院率、退院後 3 か月以内の再入院率）について
第 7 回	12/21	QC サークル活動について 予約から初診までの待機日数の短縮について
第 8 回	2/22	令和 4 年度 QC サークル活動年間スケジュール案について 令和 4 年度活動計画案について
第 9 回	3/15	令和 4 年度 TQM 推進室活動スケジュールについて 令和 4 年度 QC サークル活動年間スケジュールについて

3 検討テーマ

2つの検討テーマ（Quality Indicator;クオリティ・インディケーター（以下、「QI」とする。）7指標）及びその他のテーマについて検討し、活動内容について経営戦略会議で中間報告及び最終報告を行った。
また、検討結果をTQM推進室長から病院長に対して提言した。

テーマ① 多職種チーム医療の推進（QI 4指標）

- ・ 入院3か月以内の退院率
- ・ 入院患者満足度
- ・ クリニカルパス適用率
- ・ 転倒転落レベル2以上の発生率

テーマ② 地域関係機関との連携強化（QI 3指標）

- ・ 退院後3か月以内の再入院率
- ・ 紹介率
- ・ 逆紹介率

その他のテーマ

- ・ 電子カルテの導入に当たっての業務フローの見直し
- ・ 予約から初診までの待機日数の短縮について
- ・ QCサークル活動について

4 病院長への提言

検討テーマについて、下記のとおり病院長に提言した。

提言1 多職種チーム医療の推進（QI 4指標）

(1) 入院3か月以内の退院率

- ・ 7病棟は、入院処遇の期間は1年半とされており、当指標に含むべきではない。
- ・ 7病棟を外して算出し、注意書きを付すこと。（注 7病棟は除く。）
- ・ 5病棟も、本来であればこの指標に含むべきではないが、含めない理由がない。そのため、5病棟は引き続き含めて算出すべきである。
- ・ 一方で、内部向け資料については、5病棟も外して算出すべきである。
- ・ 平均在院日数について、7病棟の数値がバラバラとなっている。これは厚労省の算定式を使用しているためであるが、3か月ごとに算出するなど、修正した方がよい。
- ・ 平均在院日数が短いのがよいとされているが、2病棟の平均在院日数が短いのは問題がある。これは、入院患者が依存症プログラム（入院）8週をこなせていないためといえる。
- ・ 全国との比較では、5病棟のスタンスの違いがある。他県と異なり、当センターは育むスタンスのため、平均在院日数が長くなっている。

(2) 入院患者満足度

- ・ 設問について、当センターは4段階（非常に満足、満足、不満、非常に不満）に分類している。一方、全国自治体病院協議会の定義は4段階（満足、やや満足、やや不満、不満）であり、分類しなおす必要がある。

- ・ 定義では、退院時にアンケートを回収することになっているが、当センターでは調査期間を10月に絞って実施しており、退院患者に限定していない。なお、10月に実施している理由は特になし。
- ・ 退院時にアンケートを実施するとすると、5病棟（令和2年度：52人）、7病棟（同年度：6人）は退院患者数が少ないため、特定の患者の意見が反映されるなど、集計結果に偏りが出るおそれがある。
- ・ 調査対象について、定義では患者本人のみを対象としているが、当センターでは患者の保護者も対象としている。
- ・ 集計方法について、定義では「(満足+やや満足) / 全体 (%)」となっているが、当センターでは、「合計点 / 回答者数 (点)」となっている。
- ・ ついては、サービス向上委員会で、①設問、②調査期間、③調査対象、④調査方法、⑤集計方法について再確認してもらい、見直した結果を再度TQM推進会議で議論することとする。
- ・ なお、全国自治体病院協議会 医療の質の評価・公表等推進事業による入院患者満足度調査全国平均（精神科）は、令和2年度は89.0%であった。
提言の結果、サービス向上委員会で調査を見直し、令和3年10月から退院患者に対して毎月調査を実施している。

(3) クリニカルパス使用率

- ・ 現行のパス（11種類）の使用について、現場から特段の意見はない。
- ・ m-ECTや依存症パスなど、当月の新規対象者数に応じて、全体のパスの使用率が変動する。
- ・ したがって、新規対象者数が少ないほど、パスの使用率は下がる。
- ・ 一方で、新たなパスをつくるほど、現在のところ現場に体力はない。
- ・ 当センターの使用率は全病院の平均値より高いが、病院によって、どのパスを使用しているかまでは分からないため、単純な比較はできない。
- ・ 東京都立松沢病院の使用率が非常に高い（2019年度：92.7%）が、これは行動制限、隔離、休息期など入口用のパスが多いこと、さらに電子カルテ対応が可能であるためである。
- ・ 現在のところ、当センターは紙対応であり、入口のパスを新たに増やすことは、非常に負担が掛かる。
- ・ また、行動制限などパスを使用しなくても、現場ではしっかりと運用している。
- ・ 一方で、電子カルテの導入により、パスの使用が効率的になるメリットがある。
- ・ そのため、令和5年10月の電子カルテの導入に合わせて、パスを見直していくよう、クリニカルパス委員会に提言する。

(4) 転倒転落レベル2以上の発生率

- ・ 特に問題なし。

提言2 地域関係機関との連携強化（QI 3指標）

(1) 退院後3か月以内の再入院率

- ・ 3か月以内の再入院患者について、なぜ再入院となったのか、一目で分からない。
- ・ 任意入院と強制入院とに分けて算出すること。

(2) 紹介率

- ・ 紹介率を的確に把握するため、データから、近隣住民、依存症又は児童のデータを除外したデータも作成するよう、提言する。

(3) 逆紹介率

- ・ 令和元年度から実績が上昇している。年度計画や中期計画の目標を既に上回っている。
- ・ 一方で、上昇している、明確な理由は分からない。
- ・ 現状、算出方法や現状について問題は見られないが、推移について引き続きチェックしていく。

提言 3 電子カルテ導入に当たっての業務フローの改善について

- ・ 令和 5 年 10 月に導入予定の電子カルテについて下記のとおり提言する。
- ・ 出来るだけ紙を無くす運用とすること。
- ・ インターフェース上のアラートポリシーを設定すること。また、「絶対に変更されては困る業務フロー」、「変更したい業務フロー」があるか各部署に確認したところ、下記のとおりであった。については、調達仕様書に取り入れるよう提言する。

□ 外来業務フロー 6 件

- ・ 新患（緊急受診、措置診察）の追加
- ・ 注射の未来日の予定入力
- ・ 心理検査・相談 など

□ 入院業務フロー 8 件

- ・ 栄養指導、麻薬処方、注射、注射／時間外、注射／オーダ変更 など
医療情報システム委員会に提言し、医療情報システム委員会は調達仕様書を修正した。

提言 4 来年度の QC サークルの設置について

- ・ 県立 3 病院では QC サークルの活動を行っている。
- ・ 医療の質を高めるため、各部署のモチベーションを向上させていく必要がある。そこで、当センターも QC サークルの活動を開始することを提言する。
- ・ テーマについては、各部署の「質」を示す指標を出してもらうのがベストである。2 病棟であれば、依存症プログラムの修了人数など。
- ・ 一方で、栄養部など部署によっては人員が少なく、新たな指標を出すことに負担が掛かることも想定される。そのため、KPI や経営改善スローガンの指標を用いてもよい。
- ・ 病棟では、医師、看護師、コメディカルなど多職種による検討も考えられる。
他の病院と同じく、診療科ごとに医師の参加も検討事項である。
- ・ 実施年度は来年度からとし、今後 TQM でキックオフや講演会など年間スケジュール案をつめていく。
- ・ また、広報も重要となるため、推進だよりを通じて院内に周知していくことも要検討である。
- ・ さらに、職員表彰制度や病院長裁量インセンティブ予算を活用することも検討すべきである。
提言の結果、令和 4 年度から、QC サークル活動を開始することとなった。

5 TQM 推進だよりの発行

各部署による自主的な医療の質の改善を促すため年 3 回発行した。

	日付	内容
第 1 回	7/ 1	室長からのあいさつ、活動内容など
第 2 回	1/ 4	中間報告、副病院長兼看護部長からのあいさつ
第 3 回	3/25	室長からのあいさつ、電子カルテの導入について 令和 3 年度の TQM 推進室の取り組み、令和 4 年度 QC サークル活動の開始について