

## 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

6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

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 10 回の定例会議を開催した。

	日 付	議 題
第 1 回	4/19	活動方針及びスケジュールについて、QC サークル活動開始の案内
第 2 回	5/17	QC サークル活動キックオフミーティング
第 3 回	6/21	QC サークル活動テーマ一覧について
第 4 回	7/19	QC サークル活動テーマ一覧について TQM 活動推進状況ヒアリング（本部）の結果について
第 5 回	8/16	QC サークル活動のテーマの進捗について 医療の質可視化プロジェクトについて
第 6 回	10/18	QC サークル活動中間報告会について
第 7 回	11/15	QC サークル活動中間報告書の掲示について 令和 3 年度 KPI C 評価の指標の検討について
第 8 回	12/20	医療の質可視化プロジェクトの集計結果報告について 令和 3 年度 KPI C 評価の指標の検討について 前方連携の取り組みについて
第 9 回	1/17	QC サークル活動最終報告会について
第 10 回	2/21	QC サークル活動最終報告会について 令和 4 年度医療の質と安全の向上の取組に関する最終報告について

### 3 検討テーマ

QC サークル活動、令和3年度 KPI が「C 評価」の指標や電子カルテの導入について検討した。経営戦略会議において、活動内容の中間報告を10月に、最終報告を3月に行った。

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 QC サークル活動について

#### テーマ② 令和3年度 KPI が「C 評価」の指標の検討

- ・ 依存症治療拠点機関・専門医療機関としての講師派遣件数
- ・ 児童思春期入院患者の実患者数
- ・ 保健所への技術協力への医師の参加回数
- ・ インシデント・アクシデント報告件数に占めるレベル0の割合

#### テーマ③ 電子カルテの導入に当たって

### 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 QC サークル活動について

- ・ 今年度から、医療の質の改善を自主的に行う機運を高めるため、QC サークル活動を開始した。
- ・ 各病棟、外来など15部署が参加し、各部署を最もよく表すテーマ（指標）を選定し、医療の質の向上に取り組んだ。テーマの選定に当たっては、数値化できること、毎月評価できること、指標の作成にコストが掛からないこととした。
- ・ 中間報告会、最終報告会を実施するとともに、最優秀賞を授与することで、各部署の自主的な活動を促進できた。
- ・ 令和5年度も引き続き、自主的に医療の質の改善を行う機運を高めるため、QC サークル活動を実施することを提言する。

#### 提言2 令和3年度年度計画の KPI が「C 評価」以下であった項目の改善について

##### (1) 依存症治療拠点機関・専門医療機関としての講師派遣件数

- ・ 昨年度の実績は目標値に対して60%であったが、今年度は100%（A 評価）となる見込み。
- ・ 講師派遣について売り込みをしていないため、依頼ありきとなる。現在のところ、県精神保健福祉センターやAA（断酒会）からの依頼があった。

##### (2) 児童思春期入院患者の実患者数

- ・ 昨年度の実績は目標値に対して71.2%であった。12月現在、順調に推移しており、A 評価となっている。
- ・ 病棟の特徴は育む治療であり、平均在院日数が長い。5病棟に入院出来ない児童は、6病棟に入院してもらったケースもある。実績値には、6病棟に入院となった児童数も含まれている。しかしながら、6病棟から5病棟へ転棟できないケースも少なくない。
- ・ 対策としては、15歳（中学3年生）を一般外来で診ることでカバーするかどうか。一方で、第2外来及び5病棟では児童思春期や発達障害をしっかりと診ることが前提となる。

(3) 保健所への技術協力への医師の参加回数

- ・ 昨年度の実績は目標値に対して 73.5%であった。今年度も新型コロナウイルス感染症の影響により、保健所からの依頼が少なくなっており、12月現在、最終評価はC評価となる見込み。
- ・ 常勤医師は保健所に技術提供に参加しているはずである。少なくとも、(室長は)新型コロナウイルス感染症を理由に断られたことはない。
- ・ 県精神保健福祉センターに確認したところ、新型コロナウイルス感染症の感染状況により、保健所の逼迫に応じて依頼数が減少するとのことであった。については、直近3か年の実績を踏まえ、令和5年度の目標値を減少させることを助言したい。

(4) インシデント・アクシデント報告件数に占めるレベル0の割合

- ・ 昨年度の実績は目標値に対して 76.6%であったが、12月現在、取組を進めたことで報告件数が増加し、A評価となっている。
- ・ 他病院よりも目標値が高いのは、令和元年度の実績値を参考に設定しており、当センターでは令和元年度の実績が著しく高かったためである。この点については、チャレンジングな目標設定と評価を県から受けている。
- ・ 0レベルの報告はセーフマスターによりシステム入力するが、負荷が非常に大きい。この負荷を減らすことが改善につながるのではないかと。
- ・ システムの仕様の変更が考えられるが、他3病院も同じシステムを使用しているのであれば、4病院の医療安全管理者の会議で議題としてとりあげること。その上で、業者にシステムの仕様の変更を依頼することで、0レベル報告のシステム入力の負荷を減らしてほしい。

提言3 電子カルテの導入に当たって

- ・ 令和5年9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。
- ・ 引き続き、医療の質を改善させるよう検討するとともに、職員の使い勝手を良くするよう検討していくこと。(医療情報システム委員会)
- ・ 導入時期に院内の混乱を出来るだけ少なくするよう、検討すること。(医療情報システム委員会)
- ・ 電子カルテの導入に合わせて、クリニカルパスの運用を見直すこと。(クリニカルパス委員会)

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	6/24	室長からのあいさつ、活動内容など
第2回	11/21	QCサークル活動中間報告会、副病院長兼看護部長からのあいさつ
第3回	3/22	QCサークル活動最終報告会、室長からのあいさつ