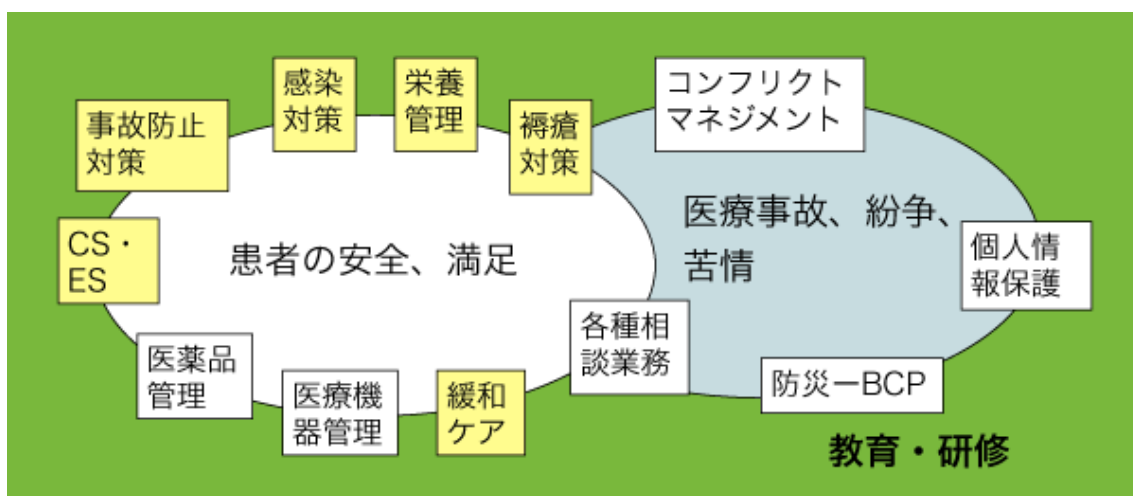


## 医療の質・安全の向上に向けての取り組み

川口市立医療センター

「医療の質・安全」とはどのようなことをさすのでしょうか。医療安全は近年よく話題にされるようになってきました。医療行為のなかに間違いがなく、できる限りリスクを低減させ、患者さんが無事に診療を終えていただくことを目指さなければなりません。では医療の質とは何をいうのでしょうか。「医療の質」は基本的には安全面を含め、当センターがもっている機能・能力を最大限に発揮でき、患者さんが満足できる診療や療養環境を提供できる状態にあるかどうかということです。それを示したものが下図です。この環境を提供するために重要なのが継続的な教育・研修にあると考えています。



### 医療の質・安全に係る各要素

この「医療の質・安全」向上のために、川口市立医療センターにおいては平成20年からクオリティマネジメント室を設置し、後に述べる9チームを統括して活動を行っています。

クオリティマネジメント室には室長（副院長、医師、兼務）、副室長（医師、兼務）、副室長（看護師、医療安全管理者、専従）を中心に、感染認定看護師（専従）、皮膚排泄ケア認定看護師（専従）、事務職員（パート）がいます。

#### 1. クオリティマネジメント室

##### 1) クオリティマネジメント室としての業務

医療の質・安全にかかる業務を横断的に実施しています。具体的には所属チームのとりまとめ以外に、平成23年度よりQMS-H (Quality Management System for Healthcare) 研究会のメンバーとして活動を開始しました。QMS-H 研究会は東京大学、早稲田大学、青山学院大学、東京理科大学と当センターを含む10病院が共同して医療の質・安全のためのツ

ール開発や、仕組みづくりを行っています。

その活動の一環として平成 24 年度より、院内文書管理、内部監査、医療の質・安全教育などを実施するための準備に入り、今年度よりそれらを実施し始めているところです。これらの基本は業務を日々改善していくための PDCA (Plan-Do-Check-Action) あるいは SDCA (Standard-Do-Check-Action) サイクルを回すために必要なことです。これらの取り組みの中から、当センターの長所短所が見えてきており、今後は長所をよりいっそうのばしていき、短所は改善していくべきこととして対応していこうと考えています。

このような活動の結果として病院機能評価や ISO などの各種認定の取得もみえてくるものと思われます。当センターでは病院機能評価バージョン 5 を取得済みです。

また下記に示す所属チームの業務は部門横断的に活動するものばかりで、臨床的に直接協力していくチームや周りからサポートするチームなど様々ですが、このチーム同士も協力し合いながら活動していくようにしています。

## 2) 所属チームおもな活動内容

- 1.医療安全；各部署の代表からなり、院内の安全に関することを実質的に行っています。
- 2.感染対策 (ICT)；感染に関する現場レベルでの活動チームで、院内感染ラウンドや各種サーベイランスを実践しています。
- 3.CS；患者満足度、待ち時間調査、メッセージボックス (ご意見箱)、職員接遇対策等を担当しています。
- 4.褥瘡管理；褥瘡の院内発生を低減するための、現場指導、発生した患者への対応を行っています。
- 5.栄養管理 (NST)；入院患者の栄養サポートを実施している。
- 6.緩和ケア；がん患者の緩和に関するサポートと、緩和に関する職員教育を担当しています。
- 7.QC サークル活動推進チーム；現場レベルでの改善活動をサポートし、推進しています。
- 8.臨床指標管理；病院としての臨床指標を策定、提案、公表を行っています。
- 9.PFC・文書管理；業務標準化管理をめざし、プロセスフローチャートと手順書等の文書を総合的にチェックし、修正し、完成形を職員へ周知していきます。

これらの 9 チームは年度当初にはその年度の活動方針を示し、年度末には結果報告を行うことを義務づけています。

活動概要については 2・3 ヶ月に 1 回ずつ、クオリティマネジメントニュースを発刊し、職員の啓蒙を行っています。

○クオリティマネジメント室及び所属チームの今年度の活動目標

1. クオリティマネジメント室

【Quality Management system for Healthcare (QMS-H) 活動の推進】 業務の標準化とその遵守、文書管理システムの運用開始、SDCA サイクルを回すための内部監査実施、質向上・安全のための層別研修実施、病院機能評価受審

2. 医療安全チーム

【安全・安心な医療の充実・改善・強化】 危険薬誤投与防止、患者への安全教育、5S ラウンド、事例分析の職場への浸透、救急カート整備、肺血栓塞栓症・深部静脈血栓症予防策テンプレート完成、危険手技の安全な実施のための手順書作成、ピクトグラム定着

3. 感染対策チーム

【院内感染防止】 前後期でチェックリストを用いた感染対策ラウンド実施、抗菌薬の適正使用に関する監視、サーベイランス実施、疾患別感染対策基準の策定

4. CS チーム

【接遇スキルアップと職員手帳作成】 接遇リーダーを中心に各職場での取組、患者満足度調査、終業規則・接遇等を記載した職員手帳作成

5. 褥瘡対策チーム

【褥瘡を作らない・持ち込まない】 褥瘡勉強会実施、体圧分散寝具の管理システム適用

6. 栄養管理チーム

【入院患者の栄養状態向上】 入院患者の体重測定の実施、院内における pre-ALB の測定件数増加、NST 依頼件数増加

7. 緩和ケアチーム

【緩和ケアの推進】 レスキュドウズの自己管理マニュアル作成、チーム回診の充実

8. QC サークル活動推進チーム

【サークル活動推進；「目指そう！ ムダ・ムラ・ムリの排除」】 より身近なテーマで活動ができるようにサポートする、6つ以上のサークル発足、活動結果の業務標準化への落とし込み、歯止めチーム報告増加、試行期間を確実にとれるようスケジュール調整

9. 臨床指標管理チーム

【指標の公開】 診療データ管理室、DPC 管理室、医事課、その他の部署からデータの提供を受け、検討した上で、日本病院会提唱の臨床指標を中心に、当センター分を作成し、HP 上で公開する。それに引き続き、国立病院機構が提唱している臨床指標の一部を取り込んでいく。指標から見た質改善点を探る

10. PFC・文書管理チーム

【業務標準化推進】 提出済み PFC の監査、指導。関連文書の確認と精査、不足分の作成指示、これらにより業務標準化の推進を図る