

# QIセンター

QIセンター長 小林 修三



## QIセンタースタッフ

### ■小林 修三

副院長，QIセンター長，  
腎臓病総合医療センター長，内科統括責任者，  
検査部長

### ■権藤 学司

副院長，副QIセンター長，  
脊椎脊髄センター長，脳神経外科部長

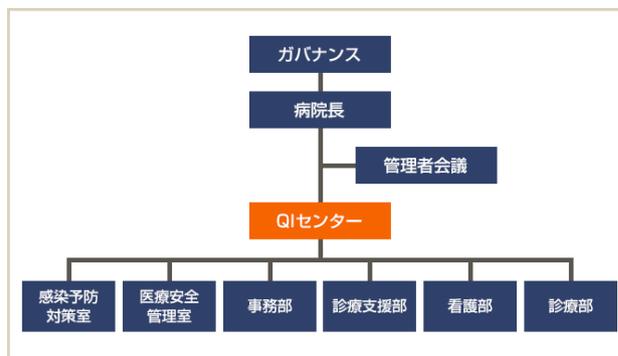
### ■代田 雄大

副主任

QIとは医療の原点である安全・安心の確保と医療の質の向上を目指した活動であり，継続したQI活動を組織として病院全体が一体化して運用するために設置された組織形態です。

何より，測定可能な指標に基づかなくてはなりません。まずは，現状を把握し（横断面的検討），この後に毎年の変化を見ていく必要があります（縦断的検討）。また，他の施設との比較によって自施設の状態がどうかを客観的に把握することも重要です。こうして医療業界全体から不透明な状況をなくし，病院運営の健全化を図って行こうとする我が国の医療のあり方，ひいては日本社会全体の未来を決定づけていく重要な活動です。

## QIセンター組織図



## QIセンター相関図



## 2015年のQIセンターの出来事

### 【2月】第3回QIプロモーター会議開催

2014年8月に決定された病院全体指標

(Wide Indicators)

- Sentinel Event 発生件数の低減化
- 転倒転落発生件数の低減化
- Surgical Site Infectionの低減化
- 退院後6週間以内・1週間以内の予定外再入院率の低減化

の2014年に指標が決定した後から現状把握を各担当者が行い，取り組みの計画内容を共有した。

データが存在するもの，定義の作成から必要となるものなど，取り組む項目により，状況が異なる

ため、プロモーターからのアイデアを交換しつつ、計画の強化が行われた。

#### 【4月】2015年度における病院全体指標(Wide Indicators)の決定

当院の主たる目標を念頭に、センター長の諮問機関として医療の質に普段から積極的に発言されている関係者をお招きしてご意見を聞いた上で、病院の決議機関としての病院運営者による管理会議に諮ったのち、2015年度は2014年7月に定められた、以下の5項目を継続して取り組むことが決定しました。

- Sentinel Event 発生件数の低減化
- 転倒転落発生件数の低減化
- Surgical Site Infectionの低減化
- 退院後6週間以内・1週間以内の予定外再入院率の低減化
- 入職3年以内の予定外離職率の低減化

このほかに各部署から部門別のQI indicatorが提出されています。

今後はこれらのIndicatorを如何に改善させていくかの実績が求められます。それぞれのIndicator毎にワーキンググループを作って、さらには現場でのプロモーターの役割を果たす人材を登用しつつ実績を作っていくことが課題となります。

QIプロモーター構成（2014年8月時点）

#### Sentinel Event 発生件数の低減化

- ・ワーキンググループリーダー  
田中医師（副院長、血液内科部長）
- ・メンバー8名（医師4名、看護師3名、事務1名）

#### 転倒転落発生件数の低減化

- ・ワーキンググループリーダー

鶴川看護師（病棟師長）

- ・メンバー 5名（医師2名、看護師3名、薬剤師1名、療法士1名）

#### Surgical Site Infectionの低減化

- ・ワーキンググループリーダー  
佐藤医師（感染管理対策室医長）
- ・メンバー 9名（医師5名、看護師3名、臨床検査技師1名、管理栄養士1名）

#### 退院後6週間以内・1週間以内の予定外再入院率の低減化

- ・ワーキンググループリーダー  
北川医師（総合内科部長）
- ・メンバー 6名（医師2名、看護師3名、事務1名）

#### 入職3年以内の予定外離職率の低減化

- ・ワーキンググループリーダー  
松本心理士（臨床心理士）
- ・メンバー 7名（看護師2名、薬剤師1名、臨床工学技士1名、診療放射線技師1名、事務2名）

#### 【5月】第4回QIプロモーター会議開催

#### 【8月】第5回QIプロモーター会議開催

#### 【12月】第6回QIプロモーター会議開催

2014年8月に決定された病院全体指標(Wide Indicators)の推進と進捗状況の確認を行うために、3か月毎に担当者（プロモーター）が一堂に会し、情報の共有・対策の立案・問題点の検討等を行い、職種や担当項目の領域を超えた意見交換が行われました。

#### QIプロモーター会議



## 【 9月】2015年QI大会の開催（第4回）



### 看護部部門：ER・救命救急センター「トリアージ（緊急度の判断）の精度と緊急度別入院率の適正化」

看護師が行う救急患者さんへのトリアージ（緊急度の判断）を医師が検証し、その誤差の低減化に取り組み、継続的な振り返りやケーススタディを実施している結果、経年的に低減傾向にある。日曜・祝日など例外なく、一年365日、救急医療を提供している当院にとって非常に重要な取り組みとなる。



2015年9月11日（金）に第4回目となるQI大会を開催しました。

年に一度行われるこの大会は、日ごろ、各部署・各チームが「患者さんの安全」や「医療の安全のための品質の改善」を目標として行われている様々な改善活動の取り組みと成果を部署ごとに発表し、その内容を院内で共有し評価を行い、次の改善につなげていくための大会です。

今回は各部署が行っている数多くの改善活動の中から、15演題（診療部から3つ、看護部から3つ、診療支援部・事務部から4つ、病院全体指標5つ）が病院管理者により選出されて発表を行い、その後座長と職員による投票が行われました。

座長の推薦と職員評価の結果、3演題が優秀演題として表彰されました。



### 診療支援部門：検査部「輸血の副作用の低減化」

多くの輸血治療が行われる当院において、輸血副作用におけるヘモビジュランス（輸血の監視体制）の構築が重要と言えるため、当院の状況と日本輸血・細胞治療学会や日本赤十字血液センターとの情報と照らし合わせ、比較・確認を行っている。現状、副作

用は最小限に管理されているが、今後へ向けて情報の詳細化などにより、更なる監視体制・予防対策の強化に取り組まれる。



#### 病院全体指標：医療安全管理室\*「転倒転落発生件数の低減化」

\*複数の職種から形成されるグループにて取り組まれているが、医療安全管理室はグループのリーダーの所属部署

急性期病院における入院期間中の転倒転落は、骨折や頭部打撲・出血などの損傷へと発展する危険性が高いと言われます。当院では転倒転落による損傷率が日本の平均値より低いため、そもそもの転倒転落の発生件数の低減化に着手し、統計的な要因分析を実施。科学的根拠をベースに改善策が立案され、安全な環境の強化に取り組まれている。



#### 【10月】JCI更新審査（認証取得）

2012年10月我が国で4番目となるJCI (Joint Commission International)認証を受けました。JCIで求める約1,200の項目からなる、我が国の機能評価をはるかに超える厳しい審査を1週間にわたって受けて獲得した認証です。

3年毎に更新審査が行われるため、2015年10月に審査を行いました。初回の審査受審後からの取り組みの確認や、審査時の対象期間の遡りが1年間となり、一般的に更新審査は厳しさが増すと言われますが、再度認証を取得しました。

このJCIではQPS (Quality Improvement and Patient Safety)というストリームがあります。まさにJCIの根幹をなす重要事項が並んでいます。さらに、病院が健全財政によって効率よく運営され、経営者一同が透明性を確保しつつガバナンス（統治）とリーダーシップによって（JCIではGLD: Governance and Leadership）こうした医療の根幹をなすQI活動を、QIセンターが中心となり支援・推進を行っています。

JCIの審査にて、こうしたQI活動（病院全体の改善の取り組みと各部署の改善状況）を数値にして示し、エビデンス（科学的根拠）をもって証明していることが問われ、担当者が説明と解説を行います。

また、その説明内容が一時的なものではなく、継続・持続可能な組み立てにより行われているか、関

連する職員がその内容を把握し貢献するよう心掛けて  
いるかが問われます。

この度の審査を通じて、今後、改良しなければならない点などが把握することができたため、改善の  
取り組み自体もPDCAサイクルにて改善を行います。

## 湘南鎌倉総合病院のクオリティーインディケーター (QI) 医療の質を表す数値・指標

当院において安全・安心の確保と医療の質を向上  
するため、日ごろ患者さんに提供する医療やその他  
の提供業務内容を数値化し客観的に把握できるよう  
に計測しています。その数値と根拠を分析すること  
により、問題点や潜在的なリスクを明確にし、計画

的に改善策を実施していく活動を推進しています。

この取り組みにより、多くの部署が前述の病院全体  
の指標のみならず、部署独自の指標を計測していま  
す。また、当院の内容をより客観的に把握するため  
に、国内の多くの病院が参加する日本病院会のQIプ  
ロジェクトに参加しています。厚生労働省の補助事  
業として実施された医療の質の評価・公表等推進事  
業が前身となるQIプロジェクトでは一定の提出デー  
タから統一定義に基づいて数値化が行われます。  
病院特性・地域性や重症度などを考慮せずに単純な  
数値の比較のみでは病院の医療の質の優劣は判断で  
きませんが、それらの数値の理由を確認・分析し、  
継続的な改善に取り組むことが必要となります。

指標名	2013年度	2014年度	全国平均*
患者満足度（外来患者）	89.6%	89.4%	81.7%
患者満足度（入院患者）	94.4%	99.1%	89.3%
死亡退院患者率	4.10%	3.70%	3.93%
入院患者の転倒・転落発生率	3.77‰	3.09‰	2.81‰
入院患者の転倒・転落による損傷発生率（レベル2以上）	0.51‰	0.37‰	0.83‰
入院患者の転倒・転落による損傷発生率（レベル4以上）	0.08‰	0.09‰	0.05‰
褥瘡発生率	0.010%	0.006%	0.091%
救急車・ホットラインの応需率	99.9%	99.7%	83.1%
退院後6週間以内の救急医療入院率	5.6%	5.4%	5.5%
急性心筋梗塞患者における入院時早期アスピリン投与割合	86.1%	87.7%	80.6%
急性心筋梗塞患者における退院時アスピリン投与割合	94.2%	98.5%	85.2%
急性心筋梗塞患者における退院時β ブロッカー投与割合	60.3%	70.7%	53.9%
急性心筋梗塞患者における退院時スタチン投与割合	83.3%	91.1%	70.0%
急性心筋梗塞患者における退院時ACE阻害剤もしくはアンギオテンシⅡ受容体阻害剤の投与割合	73.5%	71.4%	59.1%
急性心筋梗塞患者におけるACE阻害剤もしくはアンギオテンシⅡ受容体阻害剤の投与割合	68.7%	69.1%	63.2%
脳梗塞患者のうち第2病日までに抗血栓療法を受けた患者の割合	31.3%	46.5%	55.2%
脳梗塞患者のうち退院時抗血小板薬処方割合	78.6%	70.9%	68.1%
心房細動を伴う脳梗塞患者への退院時抗凝固薬処方割合	93.3%	78.8%	75.2%
脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者割合	86.6%	88.0%	65.3%

\*2014年度 QIプロジェクト結果報告 一般社団法人 日本病院会