

課題解決のため全病院がともに 研究、報告し合い改善につなげる

健育会グループ(東京都ほか)

主なプロセス指標

- 1 医療の質マネジメント計画
- 2 3カ月に1回アクションプランをチェック
- 3 グループ内病院での情報交換、共有

健育会グループ(竹川節男理事長)では、グループ内の病院で同じ指標を用いて数値目標を掲げ、アウトカム評価を行っている。インシデントの減少に向けたプロセスについてはグループ内病院で研究、データ収集をして報告し合うなど、ヨコのつながりを活用。グループとしての利点を活かし、医療現場の課題に対応していくことで日々、医療の質向上に努めている。

2年間かけての業務プロセスの見直しで大幅なインシデント減

医療施設としては竹川病院(東京都板橋区)のほか、7病院1診療所を展開する健育会グループ。年1回開催するTQM活動発表セミナー、チーム医療症例検討会などグループ全体での研究会や研修の機会を数多く設けることで人材育成、医療の質、サービス向上に取り組む。

医療の質をはかるグループ共通の指標が、「医療の質マネジメント計画」。「医療事故による障害がないこと」「現代の医学的知識を反映した最善の医療を提供すること」「患者個々人の価値観と期待に適合する医療サービスを提供すること」の3つを軸とし、加えて診療録(カルテ)、看護記録、入院・外来患者数を明らかにする帳簿、入院・退院の計画書、要約書、経過報告書など診療にかかわる書類の整備を規定するものだ。

3つの軸のうち、1番目と2番目についてはクリニカルアウトカムの向上を目標に設定。「ストラクチャー」「プロセス」「アウトカム」について前年度の総括と実績、今年

度の計画を取りまとめる。

クリニカルアウトカムについては、「FIM改善点数」「身体抑制」「褥瘡発生率」「経管栄養」「オムツ装着」「長期膀胱留置カテーテル」「誤嚥性肺炎発生率」など慢性期医療の指標となっている(表)。

アウトカム評価を行う際に工夫しているのは、表にある「発生改善」というスケールだ。「入院数の変動による数字の増減は、病院が努力した結果ではありません。患者数ではなく、院内で発生した件数から改善した件数を引いた数値をアウトカムとすることで、病院の取り組み結果が正確に測れま



法人本部理事長室の渡部泰寿室長、森智美氏

プロセスマネジメントの秘訣

- 1 正確なアウトカム評価を行う
身体抑制や褥瘡などは単に発生数だけでなく改善数にも着目して評価。
- 2 委員会組織を活用
各種委員会がストラクチャーとなり、プロセスを考へて具体的な行動に落とし込み、実行に移す体制を構築。
- 3 法人グループ全体での取り組み
ヨコのつながりを良くすることで一緒に取り組み、良い情報も共有できる。

「す」と法人本部理事室の渡部泰寿室長は指摘する。

2013年度と15年度の褥瘡のアウトカムを示した図をみると、13年度はA病院、B病院が改善数に対して発生数のほうが多く、C～F病院は発生数よりも改善数が多かったことがわかる。15年度は4月～10月の段階でA病院とG病院で改善数よりも発生数が多かった。会議では進ちょくとして共有し把握、対策を見直した。

また、急性期病院についても同じ指標を使っており、さらに「救急拒否件数」「救急搬送率」「再入院率」をアウトカム評価に加える。「急

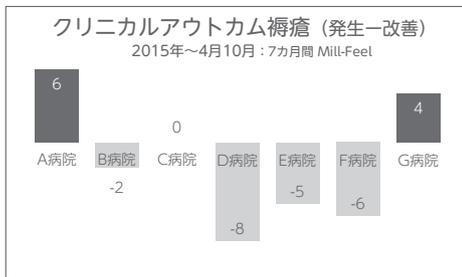
性期の患者さんも高齢化しており、慢性期の視点が必要となっております」(渡部室長)

医療の質マネジメント計画は各病院で院長(メディカルディレクター)が中心となって年度始めに作成。目標やアウトカムは共通とし、アウトカムを出すためのストラクチャーとプロセスは病院ごとに設定する。ストラクチャーとなるのはアウトカムに関連する部門や各種委員会であり、ストラクチャーとなった組織でプロセスを考へて具体的な行動に落とし込み、全スタッフに伝え、実行に移す。

アウトカム指標は毎月モニタリ

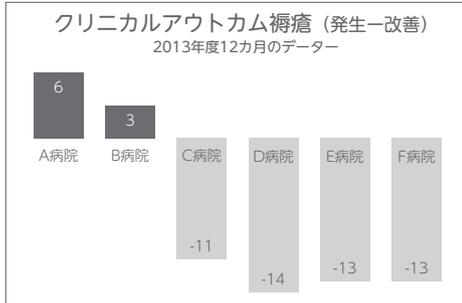
図 2013年度、2015年度クリニカルアウトカム褥瘡数

2015年度
4月～10月



	A病院	B病院	C病院	D病院	E病院	F病院	G病院
発生数	19	10	9	18	5	12	17
改善数	13	12	9	26	10	18	13

2013年度
12カ月間



	A病院	B病院	C病院	D病院	E病院	F病院
発生数	30	28	12	18	32	15
改善数	24	25	23	32	45	28

ングを行い、各委員会からの報告は医療の質マネジメント委員会が取りまとめを行う。3カ月、6カ月ごとに全病院の院長が参加する会議で進ちょくが報告される。

法人本部の森智美氏は「会議は単なる数字を報告する場ではありません。意見交換を行い、たとえば実績が高い病院の取り組みについては情報共有したり、実績が上らないときは病院間で協力したりしています。グループ内で協働できる関係ができてきているのは、病院経営に大きくプラスになっています。

「と語ります」

会議のなかで目に留まったアウトカム指標について、全病院でプロセスを見直し、改善につなげていく取り組みも行われている。

同規模の病院で、与薬のインシデント数に大きな差が生じたことがあった。その理由を確認するとインシデントとして挙げられる基準の解釈が病院によって異なっていた。また、業務フローの確認と基本事項の統一、ムダな作業工程の削除を行うため、2年間かけて定期処方の流れを確認した。

OUTCOME	2013実績		2014目標		2014実績		2014年度 総括	2015目標		2015年度の取り組み
	点	点	点	点	点	点		点	点	
FIM改善点数(運動項目:回復期病棟のみ)	14.33	点	14.35	点	15.49	点	通年では目標値に達したが廃用症候群の多い月には大きく目標値を下回る月もあった。	15.00	点	脳血管疾患、運動器疾患の入床率の向上 人員配置の充実
FIM改善点数(認知項目:回復期病棟のみ)	1.87	点	1.90	点	1.95	点	運動器疾患が多い月には大きな改善は無く、脳血管疾患入床率に左右されている。	1.95	点	脳血管疾患の入床率を高めることが基本になるので、脳外科、神経内科とのコンタクトを十分にとる。
身体抑制【発生-改善】	0	件	0	件	0	件	身体抑制ゼロは周知徹底されており全職員に浸透している。 倫理の勉強会やオリエンテーションを通して新入職者にも当院の方針を説明した。	0.00	件	倫理の勉強会、オリエンテーションを通して新入職員へ説明を行う。 抑制ゼロの風土を今後も定着させる。
褥瘡発生率	0.38	%	0.35	%	0.41	%				
褥瘡【発生-改善】	-1	件	0	件	0	件	発生20件に対し改善34件、昨年より改善数がアップしている。 発生20件中11件が一般病棟での発生。 褥瘡ラウンドを開始し委員同士の情報共有を密にしたこと、困難事例の検討を行い対策を検討、共有したことがよかった。	0.00	件	さらに褥瘡予防に力を入れる。一般病棟では、褥瘡発生ゼロを目標に掲げ取り組む。体圧測定、ポジショニング、体位交換の頻度と間隔などアセスメントしたうえで個別計画として立案していく。 ポケット切開を実施しさらに改善例を増やす 低栄養対策
経管栄養【発生-改善】	0	件		件	5	件	発生(19件)が多く、改善(14件)が少なかった。回復期病棟では重症割合が4割を超え、リハビリ段階で重症化するケースもあった。また、看護職員の摂食嚥下に対する意識・知識・技に偏りがあり、ST任せになっている傾向がある。	3.00	件	回復期病棟では、摂食嚥下アプローチに力を入れていくことを目標に掲げ取り組む。摂食嚥下チームの立ち上げ、食事介助、摂食嚥下、口腔ケアのマニュアルの作成と実践トレーニングに取り組む予定。 回復期病棟スタッフ全員が摂食嚥下ケアを実践できることが目標。内視鏡による嚥下機能評価を企画
オムツ装着【発生-改善】	-1	件		件	-16	件	発生が4、改善が20、ケアする側の都合でおむつを発生させないという意識、またおむつを外そうという意識が高まっている。 入院時から「おむつはずしプラン」を用いてアセスメントし個別プランを立案していること、評価見直しをしていることが、よかった。	-16.00	件	おむつはずしプランの継続的な活用 排泄パターンの確認と個別プランへの落とし込み
長期膀胱留置カテーテル【発生-改善】	-1	件		件	-18	件	発生が9、改善が27、患者さんの病状やQOLを考慮し早期に抜去しようという視点で関わったことがよかった。	-18.00	%	早期抜去のアセスメントを継続、その後も個別プランにて対応 ケアする側も抜去にチャレンジする意識をもつ
誤嚥性肺炎発生率	1.16	%	1.16	%	0.90	%	10月より正確な定義の誤嚥性肺炎で集計したため、疑い事例が減少し、見かけ上目標値を下回った。	0.90	%	内視鏡による嚥下機能評価を企画 内視鏡による痰の吸引を企画 既往歴で肺炎があるものに特に注意を払って対応する

記入ルールを細かく設定し、各病院の看護部が業務フローを作成。それにより与薬の流れを洗い出し、さらにプロセスマップを作成。どの段階でインシデントが生じているのかを件数を入れて明らかにするとともに各プロセスの目的、どのプロセスでどんな確認が必要なのか、項目・書類などを明らかにした。それをベースにある病院ではベッドサイドでの患者確認方法を見直し、配薬担当者も明確にし、食事テーブルの座席表を作成、投薬ケースと同じ配列にした。その結果、前年比で61件減少するなど大幅に改善した。よい結果をもたらしたプロセスマップは、TQM活動発表セミナーで発表し、共有を図った。褥瘡についても同様に、全病院の数値を示したうえで、指標やマトリックスの使い方などのディスカッションを

行った。

理念共有プロジェクトのアクションプランでも目標管理

別の視点からもプロセス管理を行っている。

グループでは3年前から「理念共有プロジェクト」に取り組む。自院の理念を再確認し、理念実現の姿、そこに近づくための1年後の姿(目標)を全病院が設定。理念実現時の姿を映像化することで見える化し、病院の将来像を話し合う職場環境づくりにつなげた。

部署ごとにも理念実現時の自部署の姿と現状を洗い出し、理念実現時の自部署の姿に向けたアクションプランを作成した。

ある病院の看護部では、理念実現時の姿として、①ナイチンゲールの看護実践を通して、安心感のある看護が実現している。健育会ブランドイメージが定着している、②患者満足度4.9以上、③「当院の看護は安心できる。丁寧でいいね」という声が地域住民から聞かれ、常に100%稼働状態、④看護部の活動見学者の予約が5年先までいっぱい」とした。

そして、実現に向けたアクション

表 「医療の質マネジメント計画」D病院 2014年度総括・2015年度計画 ※一部抜粋

区分	FACTOR	OBJECTIVE	2014年度 STRUCTURE	2014年度 PROCESS	2014年度 PROCESS 評価	2015年度 STRUCTURE	2015年度 PROCESS
現在の医学的知識を反映した最善の医療を提供すること 生活活性化 クリニカルアウトカムの向上			リハカンファランス チーム医療の実践 (Dr.NS,リハ,MSW)	研修会・勉強会への参加 リハ研究会での発表	○	リハカンファランス チーム医療の実践 (Dr.NS,リハ,MSW)	研修会・勉強会への参加 リハ研究会での発表
			リハカンファランス 目標に向けたチーム 医療の実践	合同リハ、FIM勉強会の実施 リハ研究会での発表	○	リハカンファランス 目標に向けたチーム 医療の実践	合同リハ、FIM勉強会の実施 リハ研究会での発表
			健育会MVV 臨床倫理 クリニカルアウトカム 基準	新入職者に人間の尊厳についてを取り入れる 身体拘束はしないという共同意識をもつ 新入職者に人間の尊厳についてを取り入れる 病棟会やカンファレンスでの相談、対策、解決	○	健育会MVV 臨床倫理 クリニカルアウトカム 基準	新入職者に人間の尊厳についてを取り入れる 身体拘束はしないという共同意識をもつ 新入職者に人間の尊厳についてを取り入れる 病棟会やカンファレンスでの相談、対策、解決
			褥瘡対策委員会 栄養管理委員会、 NST 褥瘡マニュアル	画一的な予防策→個別予防策へ(小枕の活用、 効果的なポジショニングの実施) ステージに応じた個々の治療対策の実施と栄養 状態の把握 持ち込みへの早期対応 適切な治療処置 委員同士の横のつながり、情報共有を強化→ 褥瘡ラウンド実施 褥瘡新聞発行(3カ月に1回)	○	褥瘡対策委員会 栄養管理委員会、 NST 褥瘡マニュアル	画一的な予防策→個別予防策へ(小枕の活用、 効果的なポジショニングの実施) ステージに応じた個々の治療対策の実施と栄養 状態の把握 持ち込みへの早期対応 適切な治療処置 委員同士の横のつながり、情報共有を強化→ 褥瘡
			NST委員会 栄養管理委員会 看護手順 生活活性化委員会	嚥下機能の評価(Dr. Ns, ST) VF検査の実施 チーム医療(Dr. Ns, リハビリ) 人間の尊厳の遵守 チーム医療(Dr. Ns, リハビリ)⇒経口摂取率 35%をめざす(診療報酬)	△	NST委員会 栄養管理委員会 看護手順 生活活性化委員会	嚥下機能の評価(Dr. Ns, ST) VF検査の実施 人間の尊厳の遵守 チーム医療(Dr. Ns, リハビリ)⇒経口摂取率 35%をめざす(診療報酬)
			排泄チーム委員会 おむつはずしマニュアル	おむつを発生させない個別的なプランで対応 ケアプランへの取り組み ADLの能力(座位・歩行)の判定と患者にあった おむつの使用 尿意の確認と積極的なトイレ誘導 「おむつはずしプラン」活用と評価・見直し	○	排泄チーム委員会 おむつはずしマニュアル	おむつを発生させない個別的なプランで対応 ケアプランへの取り組み ADLの能力(座位・歩行)の判定と患者にあった おむつの使用 尿意の確認と積極的なトイレ誘導 「おむつはずしプラン」活用と評価・見直し
			留置カテーテル基準 ケアカンファレンス 看護手順	患者さんの状態把握と合併症の予防 早期除去のアセスメントを継続、その後も個別 プランにて対応 ケアする側も除去にチャレンジする意識をもつ	○	留置カテーテル基準 ケアカンファレンス 看護手順	患者さんの状態把握と合併症の予防 早期除去のアセスメントを継続、その後も個別 プランにて対応 ケアする側も除去にチャレンジする意識をもつ
			誤嚥性肺炎診断基準 チーム医療の実践 (Dr. Ns, CW, ST)	口腔ケア、喀痰吸引の技術アップ⇒吸引シミュ レーター活用、技術チェック	○	誤嚥性肺炎診断基準 チーム医療の実践 (Dr. Ns, CW, ST)	口腔ケア、喀痰吸引の技術アップ⇒吸引シミュ レーター活用、技術チェック 目に見える嚥下機能評価

健育会グループ

住所：東京都千代田区神田錦町3-18

電話：03-3233-1105

グループ医療施設：

医療法人社団健育会 竹川病院、熱川温泉

病院、西伊豆健育会病院、石巻健育会病院、

石川島記念病院

医療法人常盤会 いわき湯本病院

医療法人喬成会 花川病院

医療法人社団茅ヶ崎セントラルクリニック

茅ヶ崎セントラルクリニック

1953年設立。医療法人社団健育会を中心とした6法人で構成。慢性期医療を中心とした7病院をはじめ、老人保健施設、グループホーム、有料老人ホーム等に関東、東海、東北、北海道の41拠点で運営。常勤職員はグループ全体で2787人(2015年4月現在)。
<http://www.kmcb.or.jp/index.html>

ンプランとして①新病棟・新体制において地域のニーズに応えるための患者受け入れの仕組みを整えられる(病棟新基準の早期獲得、地域包括ケア病棟開設準備、健診拡大、離職者10%以下)、②患者満足度4.74をめざし、根拠ある丁寧な看護過程の展開(KOMIチャートを利用し1人1例以上を展開)と医療者としての接遇を身につける(クレームゼロ)、③病棟の特徴を活かし、人間の尊厳に配慮したクリニカルアウトカム改善目標の達成(2F褥瘡発生

ゼロ、3F表皮剥離10%減、4F摂食嚥下10%増)——を掲げた。より具体的な行動につなげるため目標達成計画(目標管理)として別のシートを使って、進捗を管理。病棟単位でも師長が同様に作成し、個人は目標設定・評価達成度シートを作成する。
全病院各部署で作成したアクシヨンプランが、絵に描いた餅とならないよう、3カ月ごとに進捗チェックのヒアリングを法人本部で行っている。「法人内のヨコのつながりが良くとれているので、課題に対しては皆で一緒に考えて取り組める体制がすぐにとれますし、他院の取り組みが刺激となり、モチベーションを保つことにつながっています」(森氏)