

## 当院検査部における品質改善の取り組み

◎野崎 真由子<sup>1)</sup>、北川 文彦<sup>1)</sup>、大澤 道子<sup>1)</sup>、森家 直樹<sup>1)</sup>、藤田 孝<sup>1)</sup>、加藤 政雄<sup>1)</sup>、石川 隆志<sup>1)</sup>  
藤田医科大学病院<sup>1)</sup>

## 【はじめに】

当院検査部は、ISO15189 認定取得に向け、インシデント報告、苦情、要望、不適合、予防などの様々な是正処置に対応するため、「品質改善委員会」を設置し取り組んできた。2017年 ISO15189 取得後には、委員会名称を PDCA 委員会と改名、3つの分科会[品質改善管理分科会、顧客満足度向上分科会、マネジメントレビュー (MR) /内部監査管理分科会]を委員会内部に設置し、検査部における改善活動が部門を超えて連携出来る体制作りに取り組んできたので活動内容を報告する。

## 【運用の実際】

当院検査室では、インシデント報告、苦情、要望、不適合、予防などの是正処置を実施する際、「品質改善報告書」を共通フォーマットとして使用している。報告された「品質改善報告書」は、品質改善管理分科会および品質管理者により、根本原因の究明と PDCA サイクルが適正に行えるよう、助言、管理を行っている。また是正が完了した「品質改善報告書」は月に1度開催される品質改善管理分科会の要員で有効性レビューを行い、適正な是正が行なわれているか検証している。その後、是正が完了した「品質改善報告書」は MR/内部監査管理分科会により MR へインプットされる。インプットされた情報をもとに MR/内部監査管理分科会の要員が MR 会議の計画、運用を行っている。

## 【現状分析】

2018年4月から2019年3月までに提出された「品質改善報告書」は269件であった。内訳はインシデント196件、苦情14件、要望12件、不適合31件、予防5件、その他11件

であった。インシデント報告からは是正処置を実施した件数が大半を占める結果であった。また MR/内部監査管理分科会で行った MR インプット内容の傾向分析の結果は、ヒューマンエラーである結果誤報告、次いで採取時、採血に起こる検査前エラーが最も多かった。さらに、採取時、採血に起こる検査前エラーに関して分析を進めると、「手順逸脱」、「手順が無い」に分類された。

## 【まとめ】

各分科会が独立して活動するのではなく、品質改善管理分科会と MR/内部監査管理分科会が連携し活動する事で、日々の改善活動と MR 会議が連動し効果的な改善活動に繋がる可能性が示唆された。また、品質改善管理分科会の全要員で有効性レビューを実施、事象の検証を行っているが、根本原因が見いだせず十分な改善に至っていない事象も散見される。今後は、PDCA サイクルをより強く意識した改善活動と予防に繋がる活動を、委員会を中心に進める事が望まれる。

## 連絡先

藤田医科大学病院 臨床検査部 化学免疫検査室 0562-93-2305