

地方独立行政法人 総合病院国保旭中央病院

QI Review 2022

Vol.3



地方独立行政法人

総合病院 国保旭中央病院

QI Review 2022

巻頭言

2022年度における医療の質改善活動の成果をまとめたQI Review 2022が発行となりました。発行に尽力されましたTQMセンターのスタッフおよび院内各部署の方々にまずは感謝申し上げます。

このQI Review 2022では、39項目のQI（医療の質指標）について、2018年度から5年間の推移が一目で把握できるようにグラフで示されています。また、各部署においてPDCAサイクルがどのように回っているか、どのような対策や対応を行っているか、なども解説していただきましたので、質向上の取り組みの具体的な内容が分かるようになっています。さらに、いくつかの項目では、日本病院会や全国自治体病院協議会のQIプロジェクト等の結果をベンチマークとして記載してありますので、当院のQIと比較検討して自部署の課題を見つけることもできます。

QI Review 2022を通読しますと、新型コロナウイルス感染症の流行にあっても、職員の皆さんが医療の質向上のために懸命に取り組んでこられた様子が伺えます。皆さんのご努力に深く敬意と感謝の念を表します。今後も引き続き活動を行っていくうえで、このQI Review 2022をぜひ活用していただければと思います。

当院は開院70周年の節目を迎え、未来に向けてまた新たな一步を踏み出したところです。医療を取り巻く環境は激変していますが、地域の中核病院としての当院の立ち位置は変わることはありません。基本理念「すべては患者さんのために」を心に刻み、これからもなお一層医療の質の向上に取り組んでまいりましょう。

地方独立行政法人
総合病院国保旭中央病院

病院長 野村 幸博

QI指標 冊子掲載目次(2022年度)

番号			頁
1	救急車・ホットラインの応需率	救命救急科	1
2	地域分娩貢献率	5階東病棟	2
3	紹介率(2018年度～2021年度) 紹介割合(2022年度) 一般	医療連携福祉相談室	3
4	逆紹介率(2018年度～2021年度) 逆紹介割合(2022年度) 一般	医療連携福祉相談室	5
5	検査機器共同利用(放射線検査・生理検査)	医療連携福祉相談室	6
6	地域医療機関サポート率	医療連携福祉相談室	7
7	クリニカルパス使用率【患者数】【日数】	クリニカルパス委員会	8
8	1か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント	医療安全管理推進室	11
9	患者満足度調査(入院)一般	TQMセンター	13
10	外来待ち時間【予約】【予約外】【会計】	TQMセンター	28
11	褥瘡発生率	スキンケア相談室	31
12	入院患者の転倒・転落発生率(損傷レベル2以上、4以上)	医療安全管理推進室	32
13	口腔ケアの新患者数(人)	歯科・歯科口腔外科	35
14	口腔ケアの延べ件数(件)	歯科・歯科口腔外科	36
15	口腔ケアに関する歯科診療報酬請求点数(点)	歯科・歯科口腔外科	37
16	糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c(NGSP)<7.0%	糖尿病サポートチーム	38
17	外来化学療法指導件数	薬剤局	39
18	後発医薬品の使用割合	薬剤局	40
19	緩和ケアチーム依頼件数【病棟】【外来】	緩和ケアチーム	41
20	緩和ケアチーム依頼科	緩和ケアチーム	42
21	心肺運動負荷試験新規実施件数	リハビリテーション科	43
22	心臓リハ学会レジストリー登録件数	リハビリテーション科	44
23	NST回診介入件数(NST委員会)	NST委員会	45
24	下痢改善件数(NST委員会)	NST委員会	46
25	褥瘡介入件数(NST委員会)	NST委員会	47
26	NST専門療法士人数(NST専門療法士資格試験合格者数)	NST委員会	48
27	NST専門療法士 研修受講者	NST委員会	48
28	神経精神科 平均在院日数	神経精神科病棟	49
29	神経精神科 地域平均生活日数	診療情報管理室	50
30	神経精神科 紹介率	神経精神科事務室	51
31	神経精神科 逆紹介率	神経精神科事務室	52
32	神経精神科 自発入院患者割合	神経精神科事務室	53
33	神経精神科 身体抑制率	神経精神科病棟行動制限最小化委員会	54
34	神経精神科 隔離率	神経精神科病棟行動制限最小化委員会	55
35	神経精神科 精神科アウトリーチ件数	旭こころとくらしのケアセンター・コミュニティメンタルヘルsteam	56
36	神経精神科 クロザピン投与患者数	神経精神科	57
37	神経精神科 デボ剤の使用患者数	神経精神科外来	58
38	神経精神科 入院患者抗精神病薬CP換算量	薬剤局	59
39	神経精神科 入院患者抗精神病薬単剤比率	薬剤局	60

1. 救急車・ホットライン応需率

救急救命科

Structure **Process** Outcome

救急医療の機能を測る指標であり、救急車受け入れ要請のうち、何台受け入れができたのかを表している。本指標の向上は、救命救急センターに関連する部署だけの努力では改善できない。救急診療を担当する医療者の人数、診療の効率化、入院を受け入れる病棟看護師や各診療科の協力など、さまざまな要素がかかわっている。

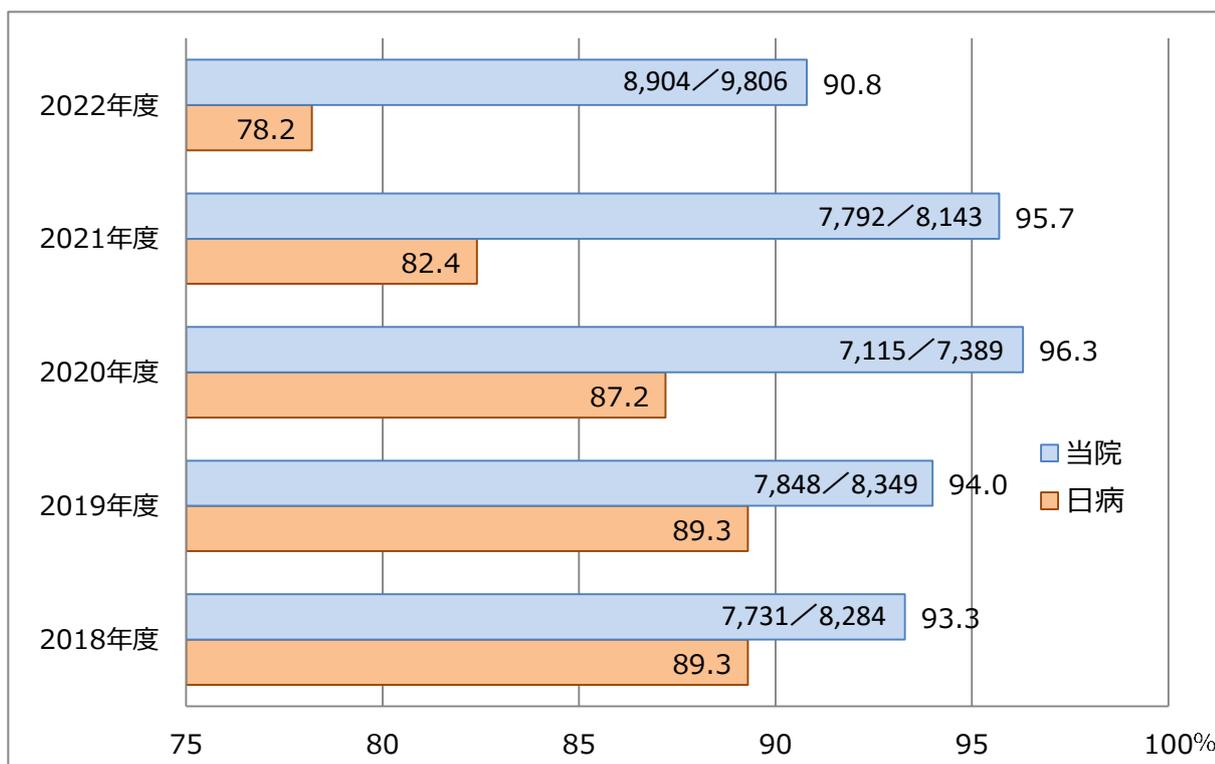
(日本病院会2022年度QIプロジェクト結果報告 38ページより)

より高い値が望ましい。

ベンチマーク：日本病院会QIプロジェクト 一般500床以上

分子：救急車で来院した患者数（ホットライン件数を含む）

分母：救急車受け入れ要請件数（他院からの搬送（転送）件数）



Plan

応需率93%以上

Do

- ① スタッフ間での方針の共有
- ② 目標の掲示

Action

- ① 不応需件数、理由の確認（1回/月）
- ② 応需率の掲示
- ③ 目標の掲示

Check

応需率をモニタリング

2022年度に実施した対策・対応またはコメント

毎月の応需率のモニタリング、目標の掲示、目標の共有。
 コロナの影響で、予想以上の搬送増加で、目標を達成できなかった。

2. 地域分娩貢献率

5階東病棟

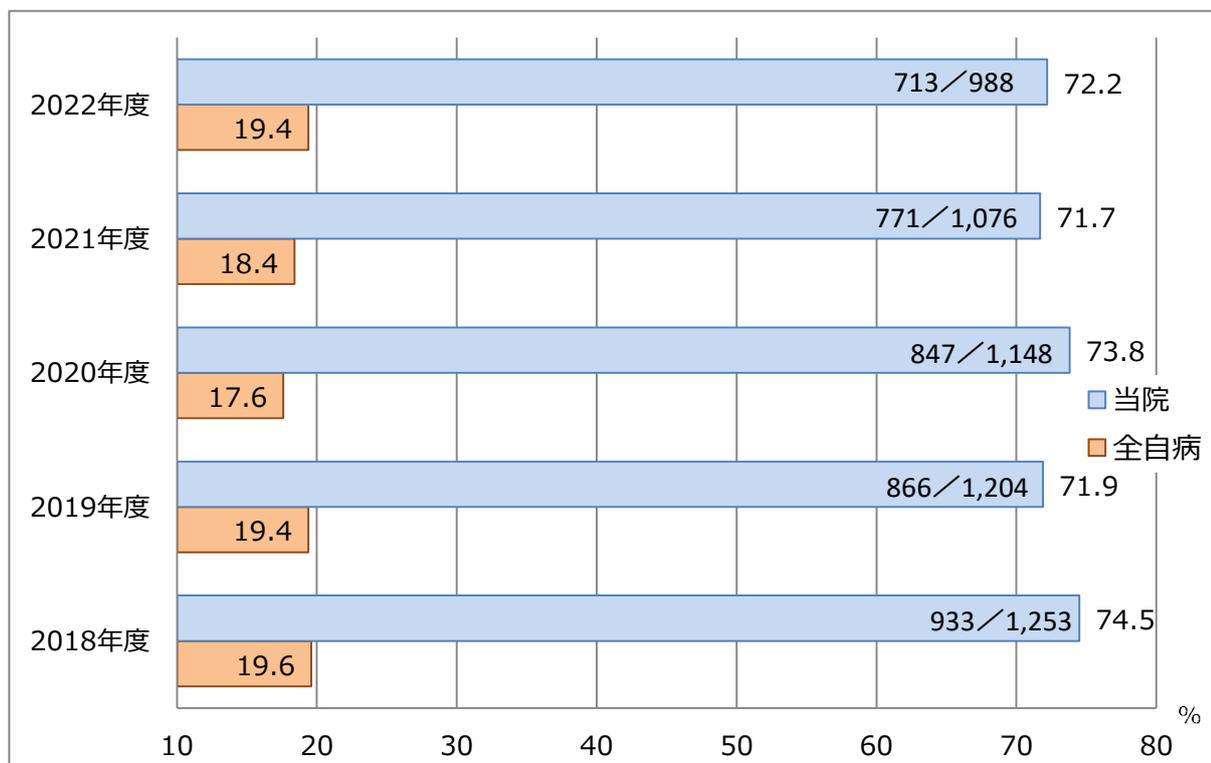
Structure Process **Outcome**

二次医療圏（香取・海浜地域）での出生数に対して、病院内で出生した割合を表している。
より高い値を目指している。

ベンチマーク：全国自治体病院協議会 医療の質評価・公表等推進事業 一般600床以上

分子：院内出生数

分母：二次医療圏出生数



Plan

- ① DVDを活用した保健指導
YouTubeの内容を拡充
ZOOMの開催回数を増やす
- ② 夫立ち会い出産の再開

Do

- ① YouTube：アンケート結果から要望の多かった育児・沐浴について新たに追加、更に外来のNST検査時に視聴する
ZOOM：1日1回→2回に 担当スタッフの育成・増員（5人増）
- ② 「立ち会い出産のお知らせ」の配布と掲示
夫もYouTubeの全項目視聴、もしくはZOOMを視聴、コロナ陰性確認し許可

Action

DVD・YouTube・ZOOMによる保健指導は当面継続していくが、ZOOMは軌道に乗ってきたため現在は助産師2名で担当しているが1名で担当できるようにすることを考えている
次年度は対面式の母親学級の再開も考慮し育成する。

Check

オリエンテーション時のDVDの視聴のすすめは定着し視聴も増えている
YouTube：全妊婦にQRコード配布
ZOOM：産前教室班が参加率含めアンケートは継続している
立ち会い出産の再開によりYouTubeの視聴、夫婦によるZOOMの参加は確実に増えている

2022年度に実施した対策・対応またはコメント

- ① 保健指導の充実を図る。
- ② 産婦の満足のいく出産に向けた支援。

3. 紹介率（2018年度～2021年度） 紹介割合（2022年度） 一般

医療連携福祉相談室

Structure **Process** Outcome

2022年度から採用した新しい項目。2021年度までは、紹介率・逆紹介率として計測してきたが、令和4年度診療報酬改定に伴い、外来機能の明確化および医療機関間の連携を推進する観点より、名称変更、定義変更し、新たに紹介割合・逆紹介割合として計測することとした。

紹介割合とは、初診患者に対し、他の医療機関から紹介されて来院した患者と救急患者における割合。一方、逆紹介割合とは、初診患者と再診患者に対し、他の医療機関へ紹介した患者の割合。高度な医療を提供する医療機関にだけ患者が集中することを避け、症状が軽い場合は「かかりつけ医」を受診し、そこで必要性があると判断された場合に高い機能を持つ病院を紹介受診する、そして治療を終え症状が落ち着いたら、「かかりつけ医」へ紹介し、治療を継続または経過を観察する、これを地域全体として行うことで、地域の医療連携を強化し、切れ間のない医療の提供を行う。つまり、紹介割合・逆紹介割合の数値は、地域の医療機関との連携の度合いを示す指標である。

（日本病院会2022年度QIプロジェクト結果報告 31ページより）

より高い値が望ましい。

ベンチマーク：日本病院会QIプロジェクト 一般500床以上

2018年度～2021年度

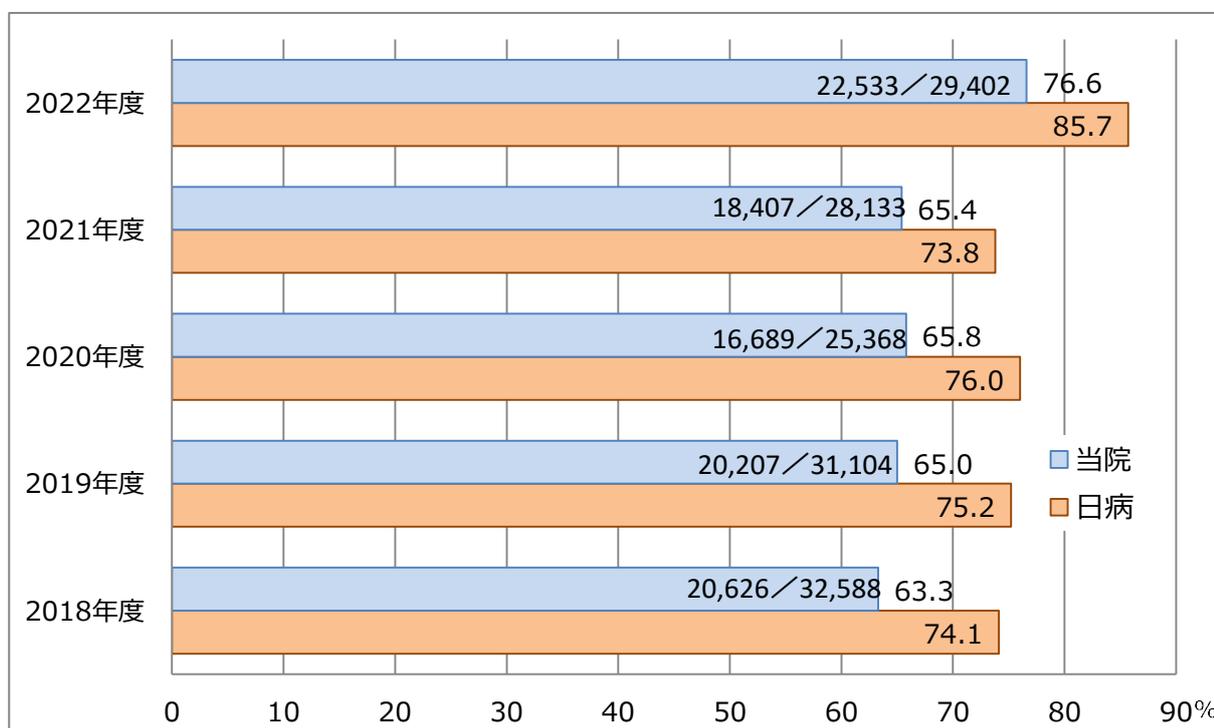
分子：紹介初診患者数

分母：初診患者数-(休日・夜間以外の初診救急車搬送患者数+休日・夜間の初診救急患者数)

2022年度より

分子：紹介患者数+救急患者数

分母：初診患者数



Plan

各科診療科の診療態勢を見える化し情報発信を行うとともに、紹介元からの問合せ等に迅速丁寧に対応し、主として専門治療・最新治療対象患者の集患を継続実施していく

Do

毎月、各診療科へ変更事項の有無を確認し「診療受入態勢表」を更新して発送する。また各診療科より、紹介して欲しい疾患やお知らせがある場合は、連携係から適宜情報発信や訪問活動を実施する

Action

確認に基づいて更なるサービスの向上を図る

Check

地域の医療機関からの要望や苦情が無いかを確認する

2022年度に実施した対策・対応またはコメント

当院への受診や転院受入窓口として連携係が対応を行っている。また、各診療科への紹介がスムーズに行われるように、毎月「インフォメーション」や「診療受入態勢表」などを登録医療機関等に発送している。更に今年度は、新型コロナ感染症の影響により久しく開催できなかった「地域医療者（医師）懇談会」を、3年ぶりに8月及び翌3月にweb形式で実施して当院からの情報を発信することができた。今後も状況の推移を見守りつつ懇談会を始めとした当院からの情報発信を継続し、また当院への紹介が円滑に行われるように連携係が訪問活動を行い、医療機関との窓口として対応を行っていく。

4. 逆紹介率 (2018年度～2021年度) 逆紹介割合 (2022年度) 一般

医療連携福祉相談室

Structure **Process** Outcome

説明・指標の定義は、「3. 紹介率 一般」に同じ
より高い値が望ましい。

ベンチマーク：日本病院会QIプロジェクト 一般500床以上

2018年度～2021年度 単位 %

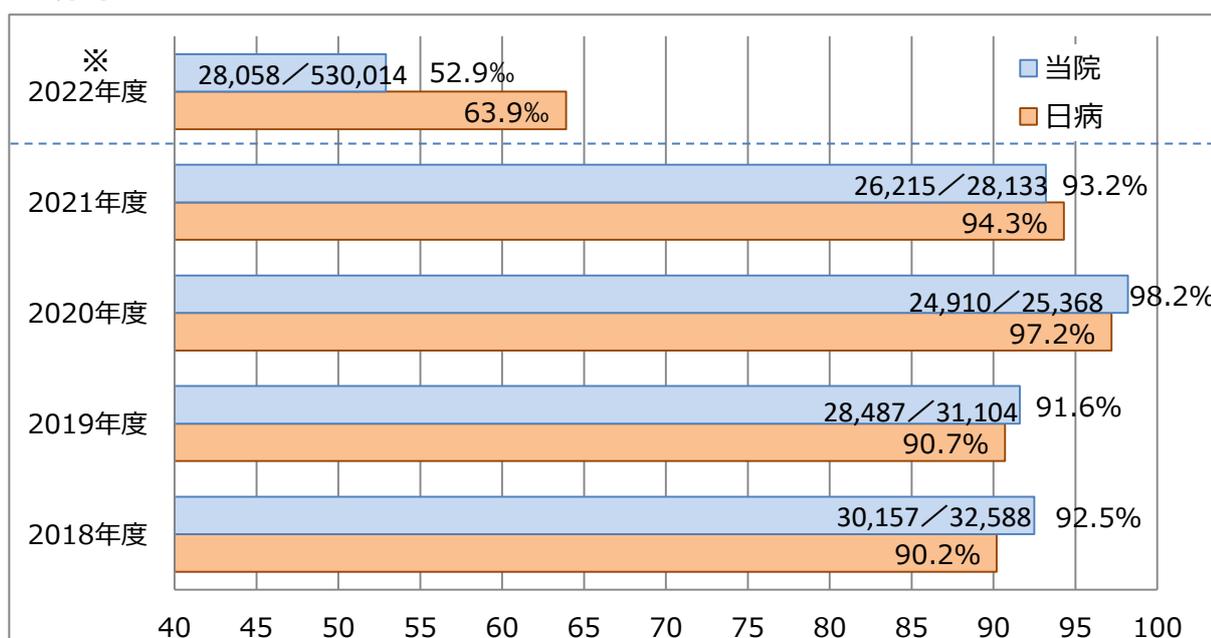
分子：逆紹介患者数

分母：初診患者数-(休日・夜間以外の初診救急車搬送患者数+休日・夜間の初診救急患者数)

2022年度 ※ 単位 ‰

分子：逆紹介患者数

分母：初診+再診患者数



Plan

紹介患者センターを通じてかかりつけ医への紹介や問い合わせを集約するように、院内周知を行う

Do

地域の医療機関の情報を整え、かかりつけ医や地域の病院と連携をとりながら逆紹介が円滑に行えるようにする

Action

確認に基づいて更なるサービスの向上を図る

Check

地域の医療機関からの要望や苦情が無いかを確認する

2022年度に実施した対策・対応またはコメント

紹介患者センターで他医療機関の情報収集に努めながら「かかりつけ医」相談や案内を行っている。更に受診予約が必要な大学病院等については予約代行等も実施して受診支援を行っている。
また各診療科からの逆紹介においては、診療情報提供書の医療機関及び患者への発送についても紹介患者センターが主に担当している。

5. 検査機器共同利用（放射線検査・生理検査）

医療連携福祉相談室

Structure **Process** Outcome

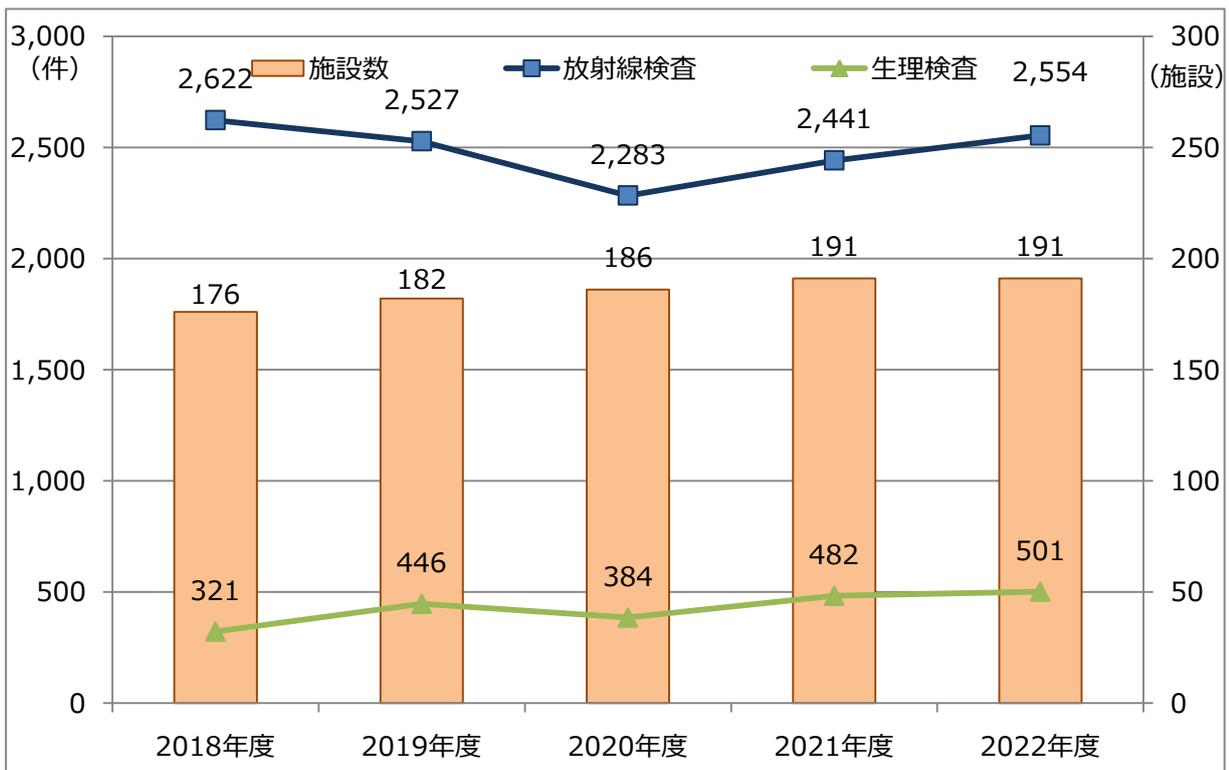
地域連携業務が成されているかの指標。

国による医療機関の機能分担推進に伴う医療連携強化のため、地域の医院・クリニックに通院中の患者に、当院の放射線機器・生理検査を利用する「共同利用」を行っている。その実績として、当院の検査予約システム利用申し込み施設数と放射線検査・生理検査実施件数をカウントした。

より高い値が望ましい。

放射線検査：MRI・CT・核医学検査（RI検査）・マンモグラフィー・PET・歯科CT

生理検査：ホルター心電図検査・甲状腺超音波検査・頸頸動脈超音波検査・腹部超音波検査・心臓超音波検査・ABI検査・PWV検査



Plan

共同利用機関数を増やすとともに、利用件数の増加につなげる

Do

新規開業医への案内を行い登録医療機関を増やす。また既に利用して頂いている医療機関からの依頼件数を増加させるため、更なるサービスの向上に努める

Action

確認に基づいて更なるサービスの向上を図る

Check

地域の医療機関からの要望や苦情が無いかを確認する

共同利用に関しては一般患者と動線を分けて、専用窓口として紹介患者センターを設け、受付・検査・会計までスムーズな案内を実施をしている。

また、共同利用機関への情報発信や機器使用に関する問い合わせについては連携係が窓口となっている。

6. 地域医療機関サポート率

医療連携福祉相談室

Structure **Process** Outcome

二次医療圏（香取・海浜地域）にある診療所、病院のうち、当院に患者さんの紹介のあった施設の患者さんの紹介を受けた割合を表している。

自治体病院は地域の医療機関（かかりつけ医）と連携し、住民の医療を支えている。かかりつけ医が診療し、その結果、病院での診療が望ましい場合には、病院への紹介となる。

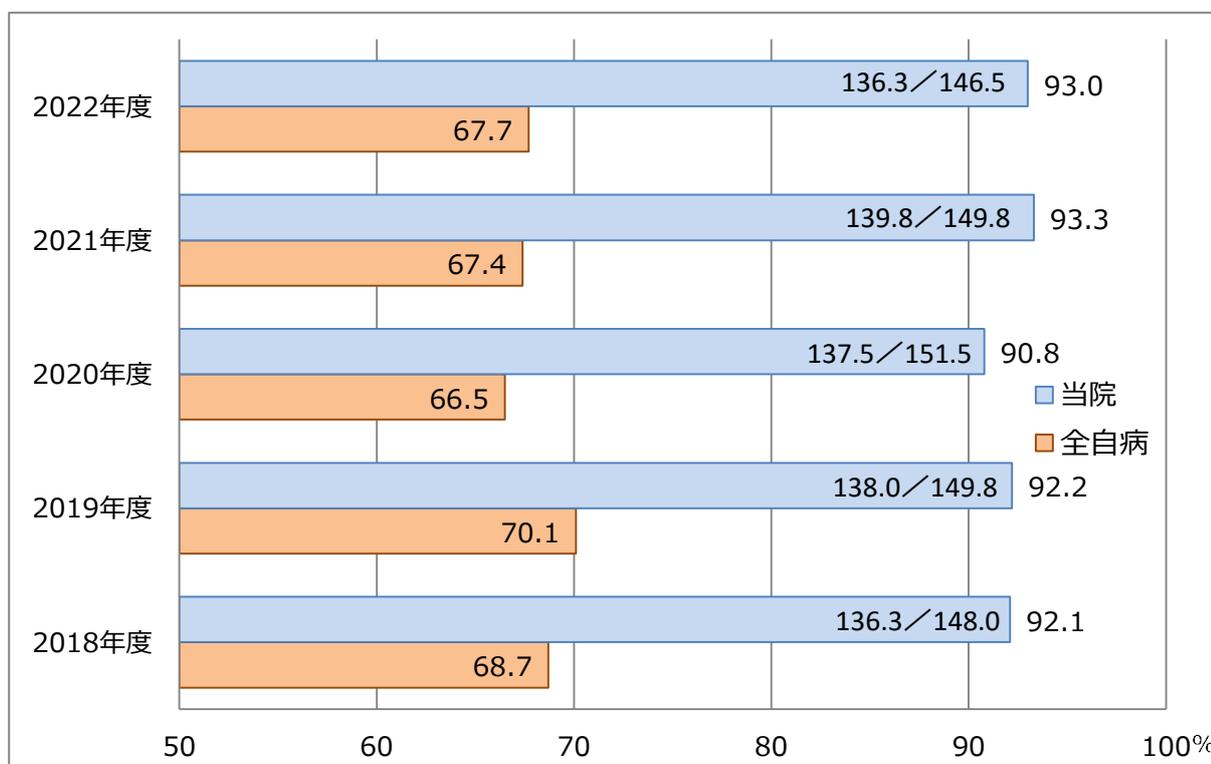
（全国自治体病院協議会 医療の質の評価・公表等推進事業 公表用データ（2023年4月7日） 37ページより）
公表されている年度データは、4半期のデータを合算のため、掲載にあたり4で除算した）

より高い値が望ましい。

ベンチマーク：全国自治体病院協議会 医療の質評価・公表等推進事業 一般600床以上

分子：二次医療圏内で紹介を受けた医科医療機関数

分母：二次医療圏内医科医療機関数



Plan

引き続きサポート率の維持向上を図る

Do

引き続き顔の見える連携を継続実施していく

Action

確認に基づいて更なるサービスの向上を図る

Check

地域の医療機関からの要望や苦情が無いかを
確認する

2022年度に実施した対策・対応またはコメント

当地域の基幹病院として従来より高いサポート率で推移しており、これを今後も継続していけるように訪問活動や懇談会開催による「顔の見える連携」に取り組む。

7. クリニカルパス使用率【患者数】【日数】

クリニカルパス委員会

Structure **Process** Outcome

パスとは良質な医療を効率的、かつ安全、適正に提供するための手段として開発された、疾病ごとの診療計画表をいう。入院患者にパスを用いることで、診療の標準化、エビデンスに基づく医療の実施、インフォームドコンセントの充実、チーム医療の向上等の効果が期待できる。

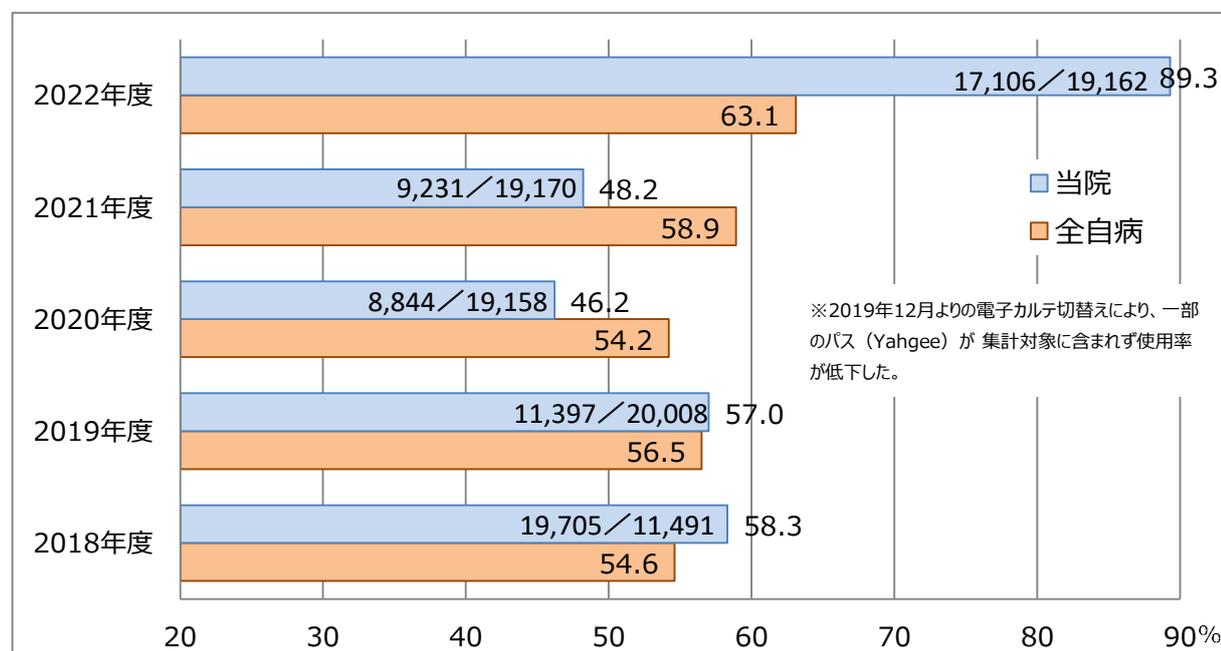
より高い値を目指している。

ベンチマーク：全国自治体病院協議会 医療の質評価・公表等推進事業 一般600床以上

【患者数】入院患者に対し、パスが適用された割合

分子：パス新規適用患者数（調査期間中に開始日が含まれるもの）

分母：新入院患者数



2022年度に実施した対策・対応またはコメント

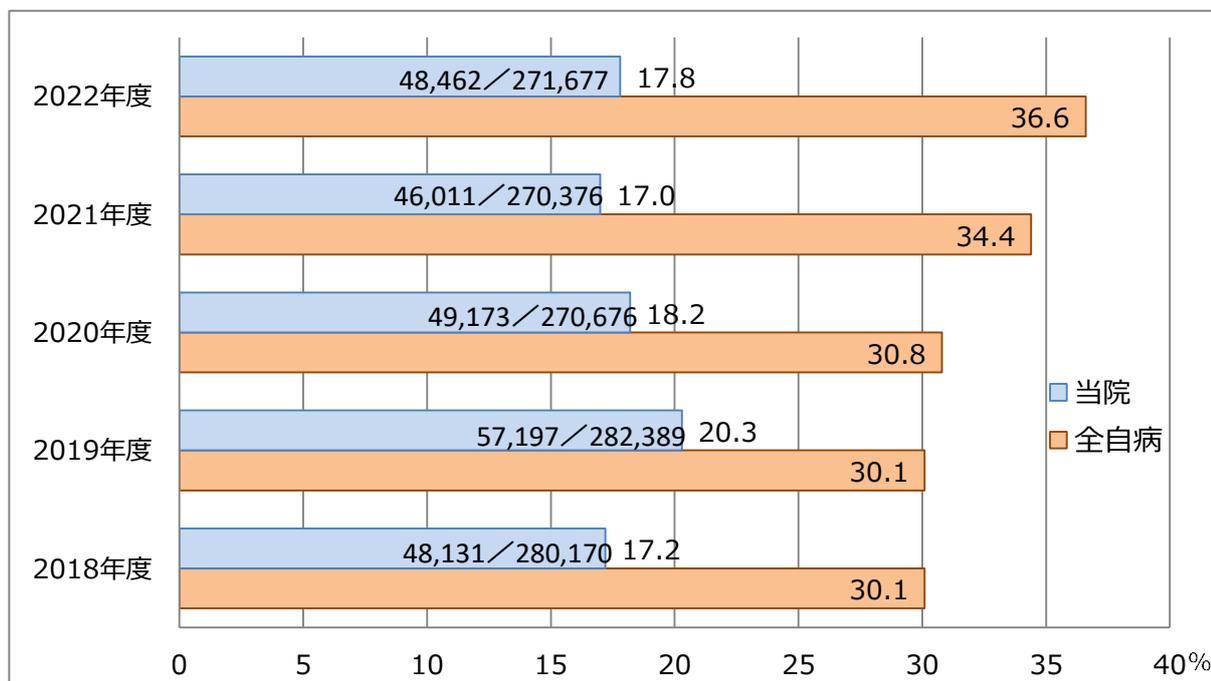
退院支援調整パスの運用により、パス使用率は80%を超えている。疾患別や診療科別のパス使用率は大幅な上昇は見られない。

標準化および使用しやすいパス改訂を推進していく。また、委員会としてラウンドを実施し、各科、各病棟の現状把握を進めていく。

【日数】入院患者の延べ日数に対しパスが適応された割合

分子：パス適用日数合計（調査期間中に開始日が含まれるもの）

分母：入院延べ日数



2022年度に実施した対策・対応またはコメント

パス適用日数については大幅な変化はみられない。DPC期間Ⅱ超えに対する対策も進められている事と合わせ、適切なパス適用日数についてパス評価を推進し検討していく。また、地域連携パスを推進し、適切な適用日数を目指す。

Plan

- ・5年以上改訂のないパスの見直し
- ・退院支援パスの効果的運用を推進し、2週間以内に多職種による治療方針、退院先の合意形成を図る
- ・連携パスの対象病院を拡大し、新たに心不全地域連携パス作成/運用を推進していく

Do

- ・委員会を通して5年以上改訂のないパス見直しを継続している
- ・退院支援パスの項目の一部をNI指標として設定。看護局全体で質向上に向け、使用を推進している
- ・心不全地域連携パス稼働の準備を進めている
- ・大腿骨地域連携パスは連携部署拡大に向け調整



Action

- ・5年以上改訂のないパス改訂の継続
- ・地域連携パスをテーマにしたパス大会実施
- ・各部署がパス評価を実施から改訂できるように、アウトカムバリエンス部会のパス評価への参加を推進する

Check

- ・5年以上改訂のないパスに関しては改訂・中止の判断はできた。すべてのパス改訂は終了していない
- ・退院支援パスを含め、パス適用率は上昇した
- ・心不全地域連携パスは稼働準備が進み承認された
- ・大腿骨地域連携パスは、連携施設 1 施設拡大した

8. 1か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント報告件数

医療安全管理推進室

Structure Process **Outcome**

身体への侵襲を伴う医療行為は常にインシデント・アクシデントが発生する危険がある。その発生をできる限り防ぐことは医療安全の基本である。仮にインシデント・アクシデントが生じてしまった場合、原因を調査し、防止策をとることが求められる。そのためにはインシデント・アクシデントをきちんと報告することが必要である。

2021年度までは「インシデント・アクシデント発生件数」と表記していたが、2022年度からは「インシデント・アクシデント報告件数」に変更した。

(日本病院会2022年度QIプロジェクト結果報告 69ページより)

・インシデント・アクシデント報告件数が多い程、安全意識・文化が高いと言われている。望ましい報告件数は、ベッド数×5～6件/年と言われている。また、その中で医師の報告はレベルが高いものが多いため、全体の10%を占めることが理想とも言われている。

・各職種から偏りがなく、報告されることが必要。

(医療機能評価機構、全自病医療安全管理者研修などより)

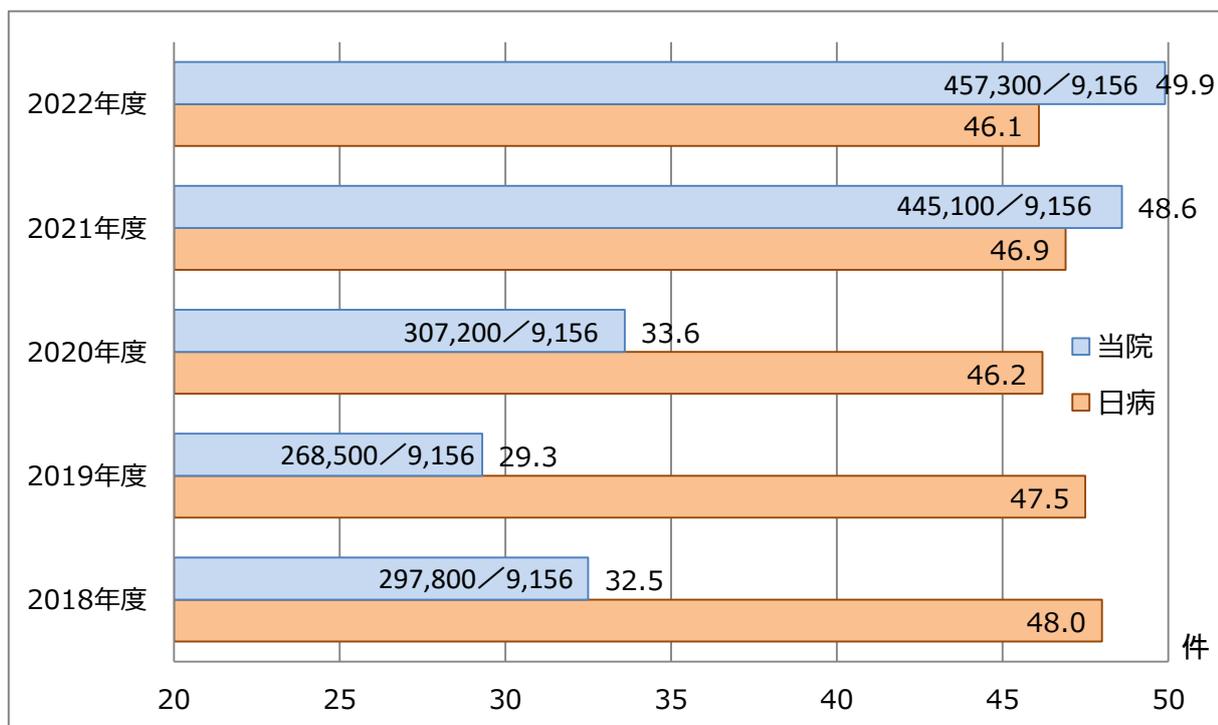
目標：2022年度までに300件/月、年間3,600件

中期計画 2020年度 3,400件、2021年度 3,500件、2022年度 3,600件

ベンチマーク：日本病院会QIプロジェクト 一般500床以上

分子：調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント発生件数×100

分母：許可病床数（一般763床×12ヶ月）



Plan

【ポジティブインシデント報告の継続】

- ① インシデントレポートシステムの安定した更新（システムのバージョンアップに伴う変更による混乱を防ぐ）
- ② 医療安全研修会での方針の周知とフィードバック
- ③ Good Job！制度の継続
- ④ リスクマネジメント講演会開催

Do

- ① インシデントレポートシステム更新の職員への広報と操作方法の伝達周知
- ② 医療安全研修会の開催（e-ラーニングシステムでの配信による全職員周知）と研修評価
- ③ システム更新に伴う集計方法の改善による抽出・フィードバック・データ処理の迅速化。
Good Job！共有の継続（優秀なGood Job！の院内広報誌「安全通信」への掲載と年度末の表彰）
- ④ リスクマネジメント研修会「ダブルチェックは有効か」の開催とe-ラーニングシステムによる全職員への配信

Action

【ポジティブ医療安全の定着・行動化（見える変化）】

- ① 研修会等による当院の動向を引き続き報告・周知を行う
- ② Good Job！制度（報告・評価・称賛・共有）を継続して行う
- ③ 効果的な対策の部署を超えた共有を行う。
- ④ エラーに対する安易なダブルチェックが横行しないように「ダブルチェック」の最新の知見を学ぶ機会を提供する

Check

- ① 更新についての問い合わせは少数で、更新そのものもトラブルなく実施できた。更新に伴う時期のレポート数の減少も認めなかった。
- ② 95%以上の視聴を確認した。
- ③ システム更新時に抽出方法を修正、容易にGood Job！事例がわかるようになり、共有やフィードバックが行いやすくなった。表彰を実施した。
- ④ 95%以上の視聴を確認した。

2022年度に実施した対策・対応またはコメント

【ポジティブインシデント報告の継続】

ポジティブ医療安全を方針としての対策が功を奏したためか、一昨年より報告件数が増加の傾向となり、5,500件を超える報告が行われるようになった。一時的なブームではなく「インシデント・アクシデント」を報告することが定着するように、対応が必要であった。

1. 安全研修会を通じて、報告することの意義、報告件数の動向、報告からの改善事例を通じてのポジティブフィードバック、を継続した。また、レポートシステムを活用し報告に対してのポジティブフィードバックを継続した。

2. Good Job！制度の継続（個人チームへのGood Job！フィードバックと報告の共有、表彰）

3. ヒューマンエラー発生の理解の促進をすることで、個人レベルで「注意を払う」では解決しない問題への関心を高め、ヒューマンエラー対策やチームワーク向上を図る必要性の理解を深める。

引き続き報告をすることが定着するように働きかけながら、「報告」ととどまらず「改善・予防の計画と実施」の方向へ力点をシフトしてPDCAサイクルが活性化していくように図っていく。

9. 患者満足度調査（入院）一般

TQMセンター

Structure Process **Outcome**

受けた治療の結果、入院期間、安全な治療に対する患者の満足度をみることは、医療の質を測るうえで直接的な評価指標の重要な一つである。

「この病院について総合的にはどう思われますか？」の設問で「満足、やや満足、どちらともいえない、やや不満、不満」の5段階評価で調査した結果を集計した。

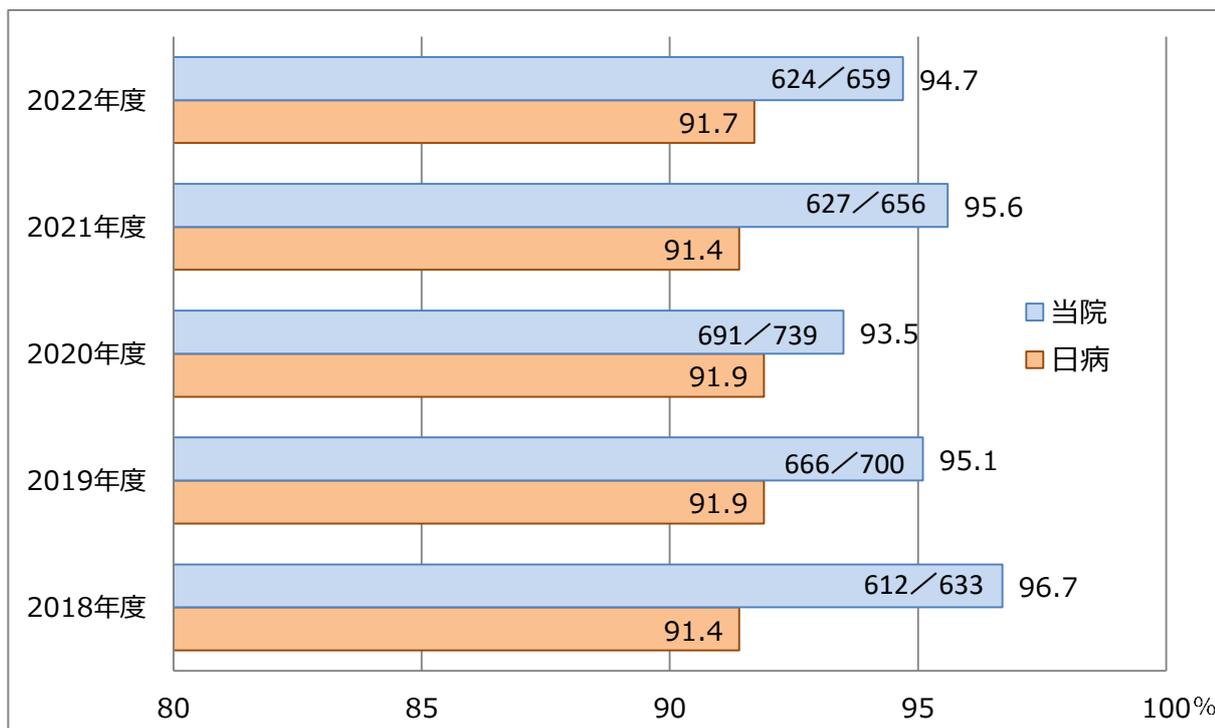
（日本病院会2022年度QIプロジェクト結果報告 20ページより）

より高い値が望ましい。

ベンチマーク：日本病院会QIプロジェクト 一般500床以上

分子：「この病院について総合的にはどう思われますか？」の設問に「満足」または「やや満足」と回答した入院患者数

分母：患者満足度調査に回答した入院患者数（未記入患者を除く）



次ページより「PDCAサイクル」と「2021年度に実施した対策・対応またはコメント」について一部の病棟を掲載。

（ ）内は、前年度比。

Plan

患者満足度向上

Do

- プライバシーへの配慮
 - ・療養環境チェックの実施
 - ・プライバシーカードの活用、危険行動がない場合はカーテンをしっかりと閉める、声の調整
 - ・廊下・エレベーターなどで患者に関する会話をしない
 - ・電子カルテを開いて病室に置かない
 - ・大部屋ICは別室での実施を徹底する
- 安心した入院生活
 - ・ナースコール・説明時はおおよその待ち時間を伝達する、遅くなった際は「お待たせしました」と一言つけ加える
 - ・リシャッフルを実施（業務の振り分け調整、患者対応の強化）し、ナースコール対応を強化
 - ・依頼されたことは実施されているか確認し、未実施の場合は進捗状況を確認し患者・家族へも伝達する
 - ・検査・手術に加えて、透析などのスケジュールについて説明強化
 - ・マニュアルに沿った患者確認の徹底（検体認証の強化）
 - ・温度調整は、日差しに対するカーテンの使用など声かけしていく強化

Action

- ① 言葉と動作に留意する。
- ② 依頼されたことの確実な実施
- ③ 病室でのより配慮した対応

Check

看護職員について（全体） 7.6 → 7.58 (-0.02)

病棟全体平均 +0.23

評価が上がった項目（昨年度比）

- ・プライバシーへの配慮 +0.93
- ・看護に対しての全体的な満足度 +0.35
- ・ナースコール対応・退院手続きの説明 +0.28

評価が下がった項目（昨年度比）

- ・相談しやすい雰囲気 -0.47
- ・医師・事務などへの連絡 -0.62
- ・退院後の注意事項の説明 -0.30

昨年は6点台と評価が低かった項目が3項目あった。今年度は「看護師同士の連絡」の1項目。この項目の病棟全体との比較は +0.2。

病室の施設設備の評価は全体的に下がっている。

温度設定は昨年も課題であり、取り組みを行った。

昨年度比較 +0.1 院内平均 -0.21

2022年度に実施した対策・対応またはコメント

- ① 患者の前では、忙しさを見せない言動をする（言葉と動作）。退院時の注意点について必ず指導する（退院後の不安の軽減）。退室時の一言（例：困った事あればいつでも伝えてください）。検査・手術に加えて、透析などのスケジュールについて説明強化と理解の確認
- ② 依頼されたことは実施まで確認し、未実施の場合は進捗状況を確認し患者・家族へも伝達する（最後まで責任を持つ）。医師へ指示だし時、声かけの依頼を都度行う。職種をまたがる依頼内容は、○○が（事務・医師が）対応するなど明確な対応者をできるだけ伝える
- ③ ナースコール・説明時はおおよその待ち時間を伝達する、遅くなった際は「お待たせしました」と一言つけ加える。プライバシーカードの活用、処置時や通常でも危険行動ない場合はカーテン・スクリーンをしっかりと閉める、声の調整、排泄時は、換気や消臭スプレーを速やかに使用する

【3病棟】

Plan

患者満足度向上

Do

- ・相談しやすい雰囲気や入院中のスケジュール、検査、手術の説明の強化。
- 担当看護師による退院パンフレットの活用・退院前訪問や服薬ラウンドなどのケアを強化。
- ・職員の私語や笑い声、ディールームや多床室内での声かけなど配慮。
- ・モバイル活用しての患者確認。

Action

- ① ナースコールを押してから訪室までの時間の改善を模索
- ② 入院中に必要な情報が入手できるよう受け持ち看護師を中心に患者対応をする

Check

- 「看護職員について」昨年度に一昨年度に低下した2項目：
 - ・相談しやすい雰囲気 +0.33
 - ・悩みや相談に対する適切な対応 +1.06評価が上がった項目（昨年度比）
 - ・看護職員について（全体） 6.04 → 7.01
 - ・退院手続きの説明 +2.65
 - ・退院後の注意事項などに関する説明 +1.56評価が下がった項目（昨年度比）
 - ・ナースコールを押してから訪室までの時間 -1.34
- 施設設備について（病棟、病室）
 - ・院内放送の音量 +4.58 ・静けさ +1.11
 - ・におい +3.05 ・温度設定 +1.44 ・清潔さ +1.36
 - ・トイレ、洗面所、入室シャワー室の清潔さ +0.98
- 評価が上がった項目
 - ・安心して入院生活を送れた +3.02
 - ・今後も当院を利用したい +2.77
 - ・誤認防止の為の患者確認 +2.95

2022年度に実施した対策・対応またはコメント

- ① 「ナースコールを押してから訪室までの時間」は、行動制限中の患者など刺激遮断の為に、訪室の有無を判断している為、患者のニーズに合わない可能性がある事も考えられるが、ナースコール対応時、自分が訪室できない場合は、ペアNsに依頼したり、他チームのNsに協力依頼する等改善を図る。
- ② 「入院中に必要な情報が入手できた」に対して、受け持ち看護師を中心に、神経精神科退院調整・支援パスを多職種での活用を強化し、患者対応に活用する。

【5階東病棟】

Plan

患者満足度向上

Do

- ・看護職員間の連絡：ケアプランの記載統一やタイムリーな記録、メッセージを活用しての記録を行い、情報収取しやすく改善した。
また重要事項の申し送りを徹底した。
- ・医師からの退院後の注意事項などに関する説明：退院後の注意事項や地域医療機関に関する説明を医師へ依頼した。
- ・大部室に関するプライバシーへの配慮：大部室患者には医師の説明や入院時データベース聴取を面談室で行い、プライバシーの配慮した。

Action

- ① ナースコールを押してから訪室までの時間
- ② 医師、事務員などへの連絡
- ③ 授乳室のプライバシー
- ④ 退院後の注意事項などに関する説明（他科）

Check

評価が上がった項目（昨年度比）

- ・看護職員同士の連絡 +0.31
- ・退院手続きの説明 +0.54
- ・病棟・病室の温度設定 +1.21

評価が下がった項目（昨年度比）

- ・ナースコールを押してから訪室までの時間 -0.82
- ・医師・事務職員などへの連絡 -0.18

2022年度に実施した対策・対応またはコメント

- ① ナースコールで依頼されたことは迅速に対応するよう心がけ、難しい場合は患者に訪室できる目安の時間を伝える。また、チームワークを活かしメンバーと協力して患者の依頼になるべく早く対応する。待たせた場合は患者に謝罪をする。
- ② 医師や事務職員のカンファレンスへの参加や電子カルテ「メッセージ機能」の活用をし、看護師間だけでなく医師や事務職員とも情報共有できるようにする。
- ③ 母児同室指導時に感染対策の必要性和授乳時のカーテンの利用方法を説明する。また、授乳中を表示するカードを作成し、他の人が授乳中であることを意識できるようにする。清掃業者へも結果を伝え、褥婦への配慮と清掃時間を利用の少ない時間帯に変更依頼する。
- ④ 退院時に次回受診日と退院後の注意事項を担当医や当該科に確認して、患者に説明する。

【5階西病棟】

Plan

患者満足度向上

Do

- ・看護師の説明：慣れない他科の受け入れ数が増加してきているため、5西病棟理念を再度読み合わせ、スタッフ同士コミュニケーションをとりながら確認し、癒しの看護の提供を行った。
- ・病院食の温度：食事カートが病棟に到着したら、ダブルチェックを行いすぐに配膳を行うようスタッフへ伝達した。
- ・病棟の美化に清掃担当者と務める（特に空調のカビ）。

Action

- ① 看護師の言葉づかい、態度、身だしなみ、看護職の看護職同士の連絡
- ② 病院食の食事内容、提供時間
- ③ 空調周囲のカビが汚い

Check

- 医師について 8.1（病棟全体 7.43）
看護職員について 8.03（病棟全体 7.35）
評価が上がった項目（昨年度比）
- ・相談しやすい雰囲気 7.85 → 8.15
 - ・退院後の注意事項などに関する説明 7.92 → 7.96
- 評価が下がった項目（昨年度比）
- 医師について 8.35 → 8.1 看護職員について 8.19 → 8.03
看護職員について
- ・入院中のスケジュール、検査、手術などの説明 8.14 → 7.78
 - ・言葉づかい、態度、身だしなみ -0.77
 - ・看護職同士の連絡 -0.85

2022年度に実施した対策・対応またはコメント

① 慣れない他科の患者の受け入れ数が多く、ベッドコントロールも増え看護師間のコミュニケーションや患者情報の引き継ぎ、看護記録が重要となってくるのが考察できる。

5西病棟理念を再度読み合わせ、スタッフ同士コミュニケーションをとりながら確認し、癒しの看護の提供を行っていく。

定期的に身だしなみチェック（看護局業務委員）を実施。

看護記録の充実（記録監査）

- ② 栄養カンファレンスを活用し食種変更を行っていく。
- ③ 清掃担当者との連絡を密にし、カビ取りを依頼する。

【6階東病棟】

Plan

患者満足度向上

Do

2020年度、ナースコールの対応の遅さが問題となり、担当者の定着に努めてきた。

対策・結果：看護師用の PHS をどのスタッフが持っているのか、ホワイトボードを活用し明確にした。連絡も取りやすくなり定着しつつあったが、コロナ病棟となり、PHS が持てなくなった。しかし、お互い声をかけあうことでナースコールを押してから訪室までの時間に対する満足度は上昇がみられた。

Action

- ① 悩みや相談に対する適切な対応（医師）
- ② 入院中、退院後の説明（医師）
- ③ 病棟・病室の静けさ（施設整備）

Check

前年度より満足度は下がっている。

評価が上がった項目（昨年度比）

- ・ナースコールを押してから訪室までの時間 5.63 → 6.34
- ・悩みや相談に対する適切な対応 6.50 → 7.19

コロナ対応に追われている状況の中にも拘わらず、「看護職員について」の全項目が、「満足」「やや満足」の合計が70 %以上

評価が下がった項目（昨年度比）

- 医師について ・悩みや相談に対する適切な対応 8.50 → 6.57
- ・入院中の診察、治療方針、経過、検査、手術などの説明 8.75 → 7.95
- ・退院後の注意事項の説明 7.73 → 6.48
- ・看護職員について ・看護職員同士の連絡 7.28 → 5.94
- ・施設設備について ・病棟・病室の静けさ 6.54 → 3.83

2022年度に実施した対策・対応またはコメント

- ① 特に隔離患者の場合、医師の訪室が少なくなる傾向にあるため通常の対応を医師に依頼する。
- ② 入院中や退院時の情報に不足感を感じていると思われる。入院時のオリエンテーションの徹底と退院後の生活を見据えた退院指導が必要。また、ナースコールについては満足度の上昇はみられているが まだまだ低い状態にてPHSの携帯の徹底をしていく。
- ③ 朝の環境整備・挨拶のときに、本日の予定を時間帯も含めて説明し、患者の状態に合わせて介入していく。

【6階西病棟】

Plan

患者満足度向上

Do

「ナースコールを押してから訪室までの時間」「患者さんが頼んだことに対しての確実な対応」「医師・事務職員 などへの連絡」の対して下記を計画的に行った。

- ・ナースコールが鳴ったら可能な限り一度病室へ足を運び要件を確認する。
- ・要件確認後お待たせする場合は、その旨伝え訪室時に待たせたことを謝罪する。
- ・依頼内容に対してはメモし、勤務交代時はケアの確認を行う。
- ・各勤務帯の廃液業務を実施する際はトイレの汚染を観察し速やかに清掃を行う。

Action

- ① プライバシーへの配慮
- ② 悩みや相談に対する適切な対応
- ③ 病棟・病室の清潔さ
- ④ 院内放送の音量
- ⑤ 病棟・病室の静けさ

Check

医師については、全ての項目が昨年度から低下。

今年度は泌尿器科医師の総数が昨年より1名減っており、多忙な点や1人の患者に対する対応時間の減少などの影響が考えられる。

評価が上がった項目（昨年度比）

看護師について

- ・ナースコールを押してから訪室までの時間 5.69 → 7.24
- ・患者さんが頼んだことに対しての確実な対応 5.69 → 7.24
- ・医師・事務職員 などへの連絡 6.60 → 7.15
- ・他院手続きの説明 +0.11
- ・他院後の注意事項に関する説明 +0.02

評価が下がった項目（昨年度比）

- 施設設備について ・院内放送の音量 -0.36
- ・病棟・病室の静けさ -0.29 ・病棟・病室の清潔さ -0.77

2022年度に実施した対策・対応またはコメント

- ① プライバシーカードの活用や面談室を使用し 大部屋内での プライバシーの保護をおこなう。
- ② 多忙であっても余裕を持った対応をおこない、患者さんが訴えやすい雰囲気を作る。
- ③ 病室清掃後の確認。エアコン送風口は結露により壁紙にカビが発生することがあるため、重点的な清掃や壁紙の交換をおこなう。
- ④ 一人で私物管理のできない患者さんに対しては私物の整理整頓を代行する。
院内放送は一律であるため、スタッフの声や足音などの騒音をなくす。
- ⑤ せん妄患者による声の騒音に対しては個室へ収容するなどし、静寂な環境を提供する。

【7階東病棟】

Plan

患者満足度向上

Do

昨年度の看護職員についてで評価が低い3項目に対して対策を行った。
・ナースコールを押してから訪室までの時間：PHSを持っている看護師以外もコール対応。
・看護職員同士の連絡に対する不満：情報共有し連絡漏れがないように対応。
・医師・事務職員などへの連絡：伝達事項を誰に伝え、いつ返事や結果がわかるか明確に説明するようにした。

Action

- ① 相談しやすい雰囲気作り
- ② 患者さんやご家族からの連絡事項は、回答までの経緯を明確に伝える

Check

評価が上がった項目（昨年度比）
看護職員について ・ナースコールを押してから訪室までの時間 +0.89
・医師事務職員などへの連絡に対する不満 +0.32
・退院後の注意事項などに関する説明 +0.82
（当病棟 7.25、病棟全体 7.20 で 病棟全体より高い）
評価が下がった項目（昨年度比）
看護職員について ・相談しやすい雰囲気 -0.79
・看護職員同士の連絡 -0.19
・悩みや相談に対する適切な対応 病棟全体と比較 -0.78
（当病棟 6.43、病院全体 7.21）
・医師・事務職員などへの連絡 病棟全体と比較 -0.84
（当病棟 6.06 → 6.38、病棟全体 7.22）

2022年度に実施した対策・対応またはコメント

・相談しやすい雰囲気への満足度が、昨年度との比較で下がった。悩みや相談に対する適切な対応と医師・事務職員などへの連絡は病院全体より低い。これらを問題点としてスタッフ間で情報を共有した。

- ① 相談しやすい雰囲気作りのために、患者さん、ご家族に不安や、心配なことは無いか適宜声をかけて行く。
- ② 患者さん、ご家族へ伝達事項を誰に伝え、いつ返事や結果がわかるのかを明確に説明する。

【8階東病棟】

Plan

患者満足度向上

Do

○ 地域の医療機関への紹介に関する説明不足、必要な情報が入手されていない

転院時は脳卒中連携パスを活用し情報提供した。場合によっては、事前に医療連携福祉相談室からFAX送信をした。病状が変化した時や治療方針が変わった場合は医師よりその都度説明した。面会時などに家族から病状説明など希望された時は医師に確認し、連絡した。

○ 病棟・病室の静けさ、においについて

においについては消臭剤を置き、一時的に病室のドアと窓（5cm程ロックをかけて）をあけて換気した。

尿器使用中はこまめに処理し、オムツ交換、環境整備を行った。患者さんの状態に合わせた部屋の調整を可能な限り行った。

Action

・ナースコールを押してから訪室までの時間
・患者さんが頼んだことに対する確実な対応

Check

評価が上がった項目（昨年度比）

看護職員について ・看護職員同士の連絡 +1.36

・退院後の注意事項などに関する説明 +0.65

施設設備について ・病棟、病室の静けさ +1.67

・病棟、病室のにおい +0.47

評価が下がった項目（昨年度比）

看護職員について ・ナースコールを押してから訪室までの時間 -1.50

・患者さんが頼んだことに対する確実な対応 -1.08

介助が必要な患者様が多いため、日常生活援助に対する依頼が多いと思われる。

2022年度に実施した対策・対応またはコメント

どのようなナースコール（用件）が多いのか調査する。業務委員が10月と11月に平日の1日調査する。

結果をフィードバックして改善策を立てる。疼痛、嘔気など症状に対しては、医師の指示を確認し早めに対応する。

すぐに対応できない時はナースコールはとらない。重要度、優先度を考えて行動し、お待たせする際はその旨を説明する。スタッフ間の情報伝達を確実にし、自分に対応できない時は他者に依頼する。

緊急入院が多いため、入院時に病棟オリエンテーションなど説明しても理解できていないことが多い。

従って、患者の状態に合わせ、要求内容に対して出来ること、出来かねることを丁寧に説明する。看護師でなく対応できることは看護補助員に依頼する。

【8階西病棟】

Plan

患者満足度向上

Do

おむつ・患者物品の管理

- ・入院オリエンテーションの見直し
 - ・物品への記名をご家族に行っていたいただき、洗濯かごや袋を活用した
 - ・水分出納・排泄表の見直しを行い、担当NSの表示や一日の検査も記載し、患者・ご家族と共有できるようにした
 - ・ご家族との連絡ツールとして室内のロッカー扉に伝言板を準備し、情報交換できるようにした
- 一部、水分表が使いにくいという意見や退院時の着替えの情報共有がスムーズでなかったというご意見もあったが、定着しつつある。

Action

- ① ナースコール対応について
- ② 医師との連携・意思決定支援
- ③ 施設管理

Check

全体的に低下している結果となった（昨年度比）。

医師について 8.05 → 6.93 項目の半数は 7.0以上

地域の医療機関への紹介に関する説明や入院中の診察、治療方針、経過、検査、手術などの説明の低下が結果として下記の低下につながっていると考える。

- ・担当医に対する信頼感 -1.70
- ・入院中に必要な情報が十分得られた -2.19

看護職員について 8.11 → 7.30 下記の2項目以外は 7.0以上

- ・患者が頼んだことに対する確実な対応 6.97
- ・ナースコールを押してから訪室までの時間 6.60

コロナ禍でスタッフの欠勤等もあり、余裕のあるスタッフ数とはいえない状況での対応が要因のひとつといえる。

施設設備について -0.05（病棟 7.00、病院全体 6.31 病棟全体より高い） ・病棟、病室の温度設定 -2.26

夏期の高温に対してのご意見を頂き、また、湿気対策・エアコン周囲のカビへの対応が煩雑な業務の中で行われており、工夫を要す。

フリー記載での大部屋での話し声のご意見は、ベッド調整に日頃難渋している裏付けともいえる。

煩雑な業務の中、感謝の言葉もあり、モチベーション向上につながる。

2022年度に実施した対策・対応またはコメント

- ① スタッフ全員がナースコールに敏感になる。コール系のPHSだけに頼らない。
すぐに対応できないときは「5分ほどお待ち下さい」「今は、処置をしているので次にいきます」など目安を伝える。
看護助手との協力を強化する。
患者さんがナースコールを押さないですむように、声かけ、ケア等気配りをする。環境を整える。
- ② 医師との情報共有として多職種退院支援カンファレンスを毎週水曜日に開催し、情報を共有する。
ICの後などは患者や家族の言動・表情など看護師は観察と情報を得て記録し、情報を共有する。
- ③ 清掃担当者との協力強化：室温・湿気・カビ対策は6月～8月を中心に強化する。

【9階東病棟】

Plan

患者満足度向上

Do

患者パスを利用し治療の流れ、オリエンテーションを行い改善につなげられた。

今後も「何かわかりにくい点はありませんか」「確認しておきたいことはありますか」等声かけを行った。

退院後の注意点など既存の説明用紙を活用するとともに、言い回しやわかりにくい点は改訂した。

Action

- ① 地域の医療機関への紹介に関する説明
- ② 治療方針、経過、手術の説明 悩みや相談に対する適切な応対
- ③ ナースコールを押してから訪室までの時間
- ④ 医師・事務職員などへの連絡
- ⑤ 退院手続きの説明

Check

医師について（昨年度比）8つの項目中、4項目が上昇、4項目が低下

- ・プライバシーへの配慮 +1.51
- ・退院後の注意事項などに関する説明 +1.13
- ・入院中の診察、治療方針、経過、手術などの説明 -0.07
- ・悩みや相談に対する適切な応対 -0.15

看護師について

- ・相談しやすい雰囲気 +0.98
- ・患者さんが頼んだことに対する確実な対応 +0.67
- ・入院中のスケジュール、検査、手術などの説明 +1.69
- ・悩みや相談に対する適切な応対 +0.83
- ・看護職員同士の連絡 +1.03
- ・退院後の注意事項などに関する説明 +1.49

全体的にオリエンテーションや退院後の注意など改善できており、意思疎通やコミュニケーションが円滑にとれている

- ・ナースコールを押してから訪室までの時間 6.83（+0.23）。病院全体 7.02、当病棟の方が低い
- ・医師・事務職員などへの連絡 6.96（-0.04）。病院全体 7.22、当病棟の方が低い
- ・退院手続きの説明 7.0（-0.05）。病院全体 7.55、当病棟の方が低い

2022年度に実施した対策・対応またはコメント

- ① 地域の医療機関への紹介についての説明は、医師のみではなく、看護師やMSWも協力および確認をしている。
- ② IC時はなるべく看護師も同席し、説明後の理解の程度やわかりにくい点を確認する。IC後の反応については記録に残し、多職種で情報共有する
- ③ 夜間の点滴・栄養ポンプアラーム、機器類のアラームによる騒音もあるため、終了をみはからい訪室する。点滴セットをポンプ用から手動へ変更検討
ナースコールはお待たせするようなら具体的な時間を伝達し、「お待たせしました」のひと言をそえる。
- ④ 患者からの要望等メモに書いて渡す、連絡票等作成の検討。
- ⑤ 会計待ち、処方待ちなど多い。処方前日までにオーダーしてもらおう待機場所、呼出し方法（例：ワンタッチコールなど）の検討

【9階西病棟】

Plan

患者満足度向上

Do

- ・ナースコール対応として、訪室時での確認（悩みや相談ごと）を行う事を実施。また、リリーフNsへの依頼も実施。
- ・病院食については、栄養士や担当医に確認して、嗜好品や補助食の提供など行った。

Action

- ・言葉遣い、態度、身だしなみ
- ・退院後の注意事項などに関する説明
- ・ナースコールが届かない、シーツ交換がされないなど療養環境整備

Check

当病棟に関する項目の評価は、全体的に上がった。

特に評価が上がった項目 看護職員について

- ・ナースコール押してから訪室時間 +2.18
- ・医師・事務などへの連絡 +1.62

評価が下がった項目（昨年度比） 看護職員について

- ・言葉遣い・態度・みだしなみ -0.06
- ・退院後注意事項などに関する説明 -0.31

コメントには、シーツ交換がされない、ナースコールが届かない、病院食の内容・提供時間があげられた。

2022年度に実施した対策・対応またはコメント

- ・病棟スタッフ間での呼び捨てやニックネームで呼び合う事も見られており、役職が中心となり言動への注意を行う。「〇〇さん」で呼び合う。
- ・退院時チェックリストの見直しを行い、退院時の説明に漏れがないようにする。
- ・退院当日に退院処方や書類類（外来指示標、サマリー など）を確認する項目も多いため、前日に処理出来る事は行う。
- ・カーテンやナースコールなど、設置状況を退室時に確認する。
- ・日勤帯で環境整備を必ず行う。
- ・シーツ交換に関しては、火曜・金曜に受け持ちが責任を持って交換する。業者に依頼できない患者もいるため、リーダーからメンバーに声かけをして、確実にシーツ交換できるようにする。

Plan

患者満足度向上

Do

ナースコールを押してから、訪室までの時間：ナースコール PHS の携帯者の取り決め、ナースコールに応答するまでの時間をまずは短縮し、総じてベッドサイドへの訪室までの時間の短縮に繋げた。

退院に関する説明：退院指導の用紙（部署作成）で説明後に、他に聞いておきたい事項等あるか確認を取った。また患者さんの状態によって家族も交えての説明を行うように部署内で周知した。

医師・看護師共に適時のタイミングでの説明：「説明をきいていない」との訴えが出る前にキャッチし、医師からの説明 希望があった場合も迅速に医師に伝えた。日勤始まりのラウンド時に、患者さんと日程を摺り合わせを必ず行った。

療養環境に関する項 プライマリーナースの動きの中でベッドサイドでは療養環境の視点にも重点をおき、環境整備に繋げる。環境整備は看護の質を視覚的に捉える 指標となることを意識し合う。

Action

1) 評価が下がった項目

①医師：診療に関する説明

②看護師：言葉づかい、態度、身だしなみ、相談しやすい雰囲気、看護師同士の連絡

2) 療養環境面

Check

○病棟全体との比較：総体的に 全病棟より下回る結果であった。当病棟の前年度比較では医師については8項目中 5 項目、看護師は 12 項目中 4 項目下回る結果であった。

○評価が上がった項目（昨年度比）：看護師について 12 項目中 8 項目

○評価が下がった項目（昨年度比）：医師について 診療に関する説明の項目（-0.61、-0.36、-1.04）、看護師について ・言葉づかい、態度、身だしなみ -0.02 ・相談しやすい雰囲気 -0.09 ・悩みや相談に対する適切な対応 -0.03 等

○対策に対して

・ナースコールを押してから訪室までの時間 +0.80

・他院手続きの説明 +0.81

・入院中の診察、治療方針、経過、検査、手術などの説明 -0.61

・入院中のスケジュール、検査、手術などの説明 +0.57

施設設備については、評価が上がった項目も下がった項目もあるが、点数グラフで5点台があり相対的に低い。

2022年度に実施した対策・対応またはコメント

1)① 医師と共有説明、看護師サイドも患者・家族の「説明を聞いていない」との訴えが出る前にキャッチできるように配慮し、医師からの説明を希望された場合は、迅速に医師に伝える。

② 言葉づかい 態度 身だしなみ：プライマリーナース 動きでお互いチェックし合える。

相談しやすい雰囲気：プライマリーナースの動きの中で、プライマリーを軸にチーム・その日の担当で検温とは別にベッドサイドへ足を運ぶ時間を持つようにする。看護師同士の連絡：指示受けワークシートの活用、カルテメッセージボックスの活用

2)昨年度に引き続きプライマリーナースの動きの中で、ベッドサイドでは療養環境の視点にも重点をおき、環境整備に繋げる。環境整備は看護の質を直接的に捉える指標となることを意識し合う。補助員業務の環境整備への介入時間を増やす。患者事情における病室の静けさに配慮したベッド調整。

【10階西病棟】

Plan

患者満足度向上

Do

看護職員同士の連絡：昼のカンファレンス後にチーム内で進捗状況や情報共有を行なった。また伝言メモを活用した。

ナースコールの対応：前年度に引き続き対策を講じた。

Action

- ① プライバシーへの配慮
- ② 言葉使い、態度、身だしなみ
- ③ ナースコールを押ししてから訪室までの時間

Check

評価が上がった項目（昨年度比）

医師について：1項目を除き昨年度より評価は上昇している。患者さんへの配慮やスタッフ間でのコミュニケーションがとれていると考えられる。プライバシーへの配慮は、医師は上昇したが、看護職員は下がった。

- ・プライバシーへの配慮 7.97 → 8.67
- ・看護師・事務職員などへの連絡 7.50 → 8.13

看護職員：3項目を除き昨年度より評価は上昇している。

- ・医師・事務職員などへの連絡 7.61 → 8.25
- ・看護職員同士の連絡 7.16 → 7.57

評価が下がった項目（昨年度比）看護職員について

- ・プライバシーへの配慮 8.54 → 8.32
- ・言葉使い、態度、身だしなみ 8.53 → 8.45
- ・ナースコール対応 7.81 → 7.78（病棟全体 7.02）

「大部屋でのテレビの騒音、ゲームや携帯の音がうるさく落ち着かなかつた」「スタッフの中には声かけが鋭い人や、ただ業務をこなしているだけ、患者家族よりも自分が優先といった印象の方がいる。頼んだことを忘れられることがしばしばある」とのコメントがあった。

2022年度に実施した対策・対応またはコメント

対策についてスタッフ間で検討

① テレビはイヤホン着用、ゲームなど夜間は避けるよう伝える。静かに過ごせる環境を整えられるように、協力をお願いします。

カーテンは洗濯ばさみを使用して開けばなしにならないようにする。プライバシーカードの使用。

② 接遇チェックの読み合わせを週1回実施。お互い気づいたことは注意をしよう。頼まれたことは忘れないようにメモしたり、自分で出来ないことは他者に依頼する。

③ ナースコールを受けたときは、担当でなくてもすぐに訪室をする。時間注射や処置の時間は、タイマーを使用し訪室をする。

時間がかかりそうなときには目安の時間を具体的に伝える。お待たせした場合には「お待たせしました」と声をかける。自分がいけない場合には、他のスタッフに依頼する。

【11階東病棟】

Plan

患者満足度向上

Do

- ・ナースコールを押してから訪室までの時間が課題であった。
- 1.各チームの受け持ち看護師がPHSを携帯しナースコール対応をする。
- 2.チームで対応できないときはリーダーがナースコールに出る。
- 3.夜間帯は補助員も対応する。

→ナースコール対応する時間は短縮できたが
今後の対策として

- 1.ナースコールを多く押す患者の背景をアセスメントし部屋の調整を行う。
- 2.ADL全介助や部分介助の患者はその部屋を訪室した際声をかける。
- 3.お待たせしましたという声かけを必ず行う。

Action

- ① 言葉遣い、態度、身だしなみ
- ② 相談しやすい雰囲気
- ③ 医師・看護師・事務職員などへの連絡が十分でない。

Check

評価が上がった項目（昨年度比） 看護職員について

・ナースコールを押してから訪室までの時間 5.43 → 6.82 (+1.39)

評価が下がった項目（昨年度比） 看護職員について

- ・言葉遣い、態度、身だしなみ 7.85 → 7.19 (-0.66)
- ・相談しやすい雰囲気 7.64 → 6.80 (-0.84)
- ・看護職員同士の連絡 5.90 → 5.40 (-0.5)
- ・医師・事務職員などへの連絡 6.54 → 5.98 (-0.56)

2022年度に実施した対策・対応またはコメント

- ① 接遇委員会を中心に、不適切な態度や言動があるときは、その都度指摘し合う。お互いが指摘し合える風土を醸成する。
- ② 5年目以下の看護師は42%。外科系4科の混合病棟だが、他科入院も多い。手術件数割合47.2%、臨時入院割合32.3%。入院患者は平均8.3人/日、退院患者は6.6人/日。手術件数の多い日は、1日15件程度。多忙だが、コミュニケーションを取る風土を醸成する。業務を統一・マニュアル化し、短縮した時間を受け持ち患者との時間に当てていく。まずは、ペアNS同士で、「今のところまで困ったことはない？」と話し合う時間を作る。
- ③ 医師への連絡：医師の連絡 患者さんから依頼されたことは、どの段階まで報告ができているのかすみやかに患者さんへ伝える。記録に残す。
看護師への連絡：自己で判断できない時もしくは確認をして対応する。確認できなかった場合はいつまでに対応できるか患者さんへ伝える。どのように伝えたか、何を共有事項とするかを記録に残す。残す際はメッセージボックス・送り板を活用する。

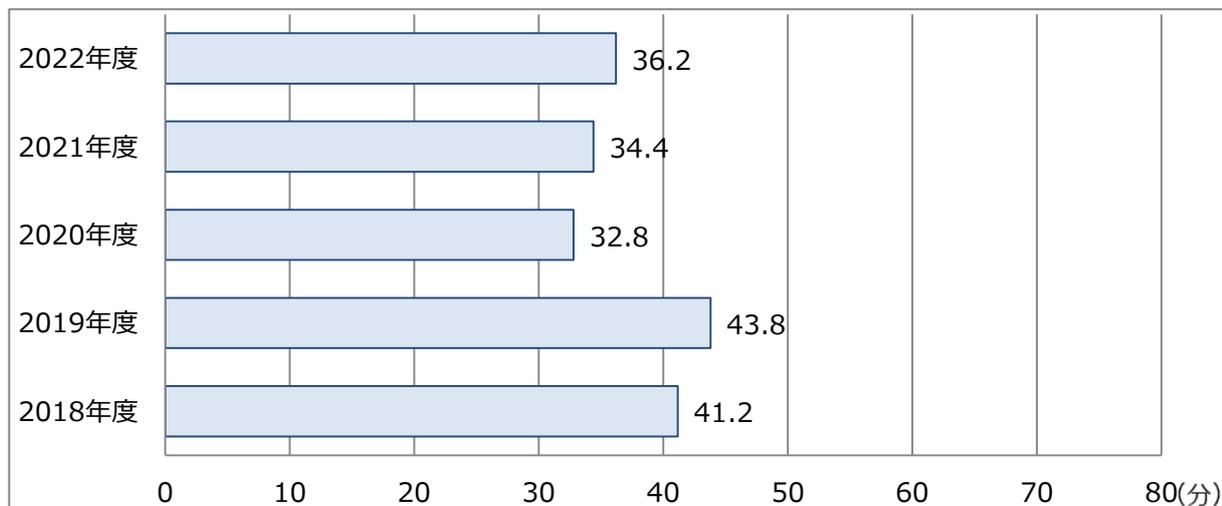
10. 外来待ち時間【予約】【予約外】【会計】

TQMセンター

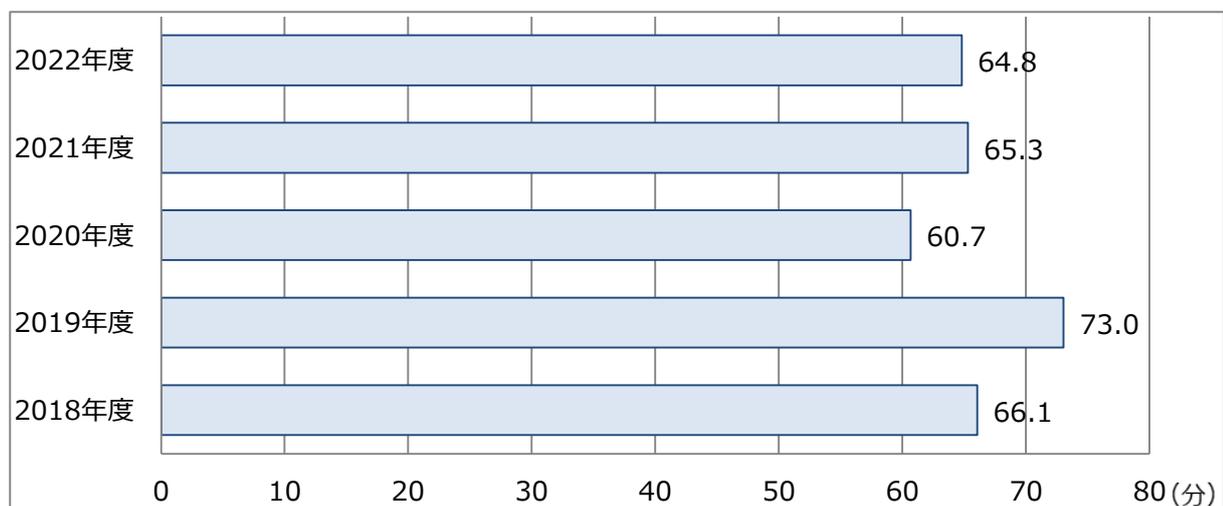
Structure Process **Outcome**

当院外来を受診した予約患者の待ち時間を測定し、適切な待ち時間を提供する為の指標。
30分以内が望ましい。

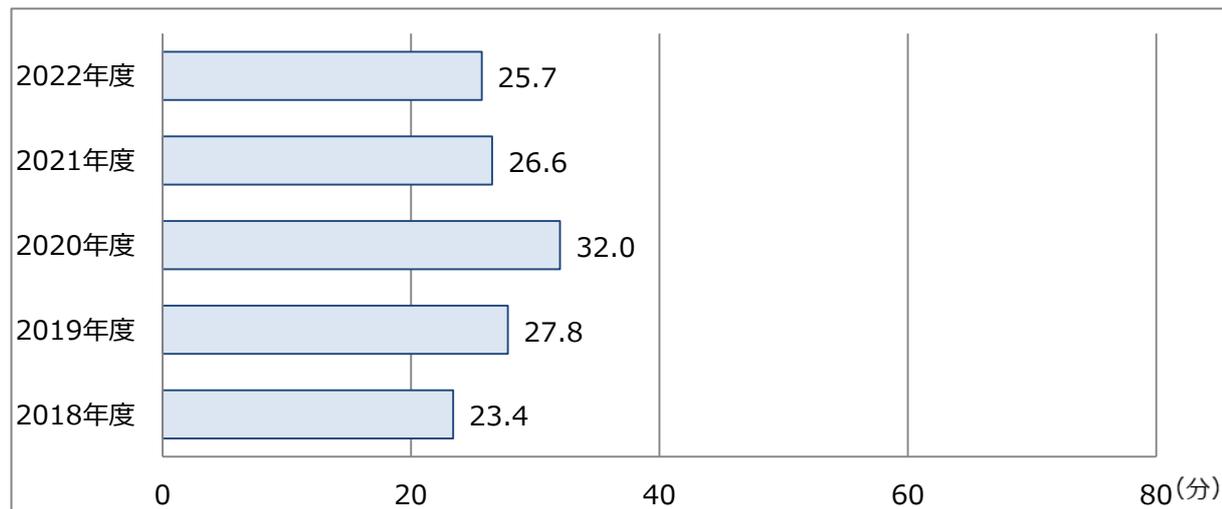
【予約（予約時刻－診察開始時刻、遅刻の場合：到着確認時刻－診察開始時刻）】



【予約外（到着確認時刻－診察開始時刻）】



【会計（診察終了時刻－会計可能時刻）】



Plan

診察前の待ち時間を30分以内にする（特に予約ありの患者）
診察終了から会計までの待ち時間を短縮する

Action

- ・新型コロナウイルス感染症対策（患者全員に問診を取る、疑い患者の隔離等）。至急でオーダーされている検体検査の結果報告の遅れ。【内科外来】
- ・他院からの紹介患者や他科依頼の患者の予約が取れるようにならないか【外科】
- ・発達障害疑いの患者が多いが、近隣では、神経発達外来のクリニックの閉院による紹介患者、発達検査等を行っている病院が少ない。予約外患者の待ち時間延長が予測される。【小児科外来】
- ・告知や手術説明、診察終了後の様々な説明、検査科での説明、初回状持参患者のCDRの読み込み速度など、改善できない時間が多い。【乳腺センター】
- ・予約外の患者の待ち時間の改善。【脳神経外科外来】
- ・予約時間の人数制限の見直し。初診患者の増加により待ち時間が改善しにくくなっている。【泌尿器科外来】
- ・眼科的に処置適応の疾患の拡大傾向、日帰り手術の増加により人員が不足していると感じる。【眼科外来】
- ・診療機材（ファイバースコープ）の不足【耳鼻咽喉科外来】
- ・再診予約時に他科受診の予約日と合わせるのを、自科のみでは改善しにくい【歯科・歯科口腔外科】
- ・予約外患者が多く、医師数や緊急帝王切開などがあるため、予約が導入できない【婦人科】
- ・予約外、転院、里帰りなど初心者が多い月は待ち時間などが延長する【産科】

Do

- ・予約枠の人数調整を行い、院内滞在時間を短くした。【内科外来】
- ・予約枠を調整し、ひとつの予約枠内の人数を調整するようにしたことで、予約患者の間に予約外の患者の調整がしやすくなった。全体の診療の流れを考え、他科受診や食事など、個々の患者に対応するようにしている。【整形外科外来】
- ・紙カルテが廃止になり、会計までの流れがスムーズになった。【小児科外来】【脳神経外科外来】
- ・完全予約制で行っている診察においてSma-paが導入され、順番表示可能となった。【小児科外来】
- ・会計の待ち時間短縮のため、常時2名以上で会計処理を行っている。【整形外科外来】
- ・前回治療説明や処置がある患者の予約時間を調節。【脳神経外科外来】
- ・予約外患者の診察を受付順で対応した。予約患者診察後のスタートより改善が見られた。【婦人科外来】
- ・ICを午後枠で診察する医師が増え、待ち時間の短縮となった。【婦人科外来】
- ・予約外が増えたので診察枠を増やし、来院時間に合わせて予約枠の合間に診察するよう調整した。また、新規の妊婦は、ベテラン医師が対応した。【産科外来】
- ・昨年度よりクロザリル処方最大日数が28日に延長したことがぐすり待ち時間の延長へ影響した可能性は否定できない。【神経精神科外来】
- ・術前外来診察前に術前DVD視聴する場所を状況に応じて2カ所にした。【麻酔科外来】

Check

「予約」 36.2分 (+1.8分)
「予約外」 64.8分 (-0.5分)
「会計待ち時間」 25.7分 (-0.9分)

2022年度に実施した対策・対応またはコメント

- ・「診察待ち時間予約あり」予約枠の人数調整を徹底する。予約日に至急オーダーの検査を避け、別日に検体検査を行う。【内科外来】
- ・受付後から診察までの待ち時間を大まかに伝え、一度退席頂いている。【小児科外来】
- ・告知、手術説明をする患者の予約時間は、最後の時間にするなど、他患者を待たせることがないように調整する。【乳腺センター】

- ・紙カルテが廃止による紙カルテに関する業務を短縮。予約外の処方希望や前日救急外来受診で翌日再診の患者の診察医師の調整。【脳神経外科外来】
- ・予約人数について医師や看護師と協議。初診が予約に出来ないか検討。【泌尿器科外来】
- ・硝子体注射や日帰り手術の術前後の説明の集中を避け、可能な限り、時間の分散化。【眼科外来】
- ・患者が診察終了後の処置などに入りカルテが計算に回せない時などは声をかけ合う。患者から併科受診や各検査廻りの申し出があった場合、混雑状況を確認しつつ、患者の優先度を重視して対応する。【皮膚科外来】
- ・診療機材は、医師・看護師・看護補助員で協力し、回転使用できるよう業務を進める。【耳鼻咽喉科外来】
- ・再診予約時に他科の受診時間や、検査の有無など考慮して予約を取る。受付業務分担を見直し、PFMセンター経由の周術期口腔機能管理の患者については、フリーの受付スタッフが予約管理を行う。【歯科・歯科口腔外科外来】
- ・予約外の患者を受付順で診察する。ICや長時間の説明が予測される患者は午後枠とし、予約外患者の診察を優先する。【婦人科外来】
- ・検査結果待ちの間に、指導やアナムネ聴取を行い、担当者を分散して時間調整する。処置や検査対応がない妊婦健診や、担当医師が決まっていない場合は、ベテラン医師の診察とする。妊婦健診の予約時に希望がない場合は、受診者の数が偏らないように、予約時に調整する。予約変更や、電話相談に関しては助産師が対応する。【産科外来】
- ・医師を含む部署の方針とし、多剤併用でなく、単剤処方を推進していく。クロザリルの処方を受けている患者については、予約時間や日にちができるだけ分散する調整方法を検討していく。【神経精神科外来】

11. 褥瘡発生率

スキンケア相談室

Structure Process Outcome

褥瘡は、看護ケアの質評価の重要な指標の1つとなっている。褥瘡は患者のQOLの低下をきたすとともに、感染を引き起こすなど治癒が長期に及ぶことによって、結果的に在院日数の長期化や医療費の増大にもつながる。そのため、褥瘡予防対策は、提供する医療の重要な項目の1つにとらえられ、1998年からは診療報酬にも反映されている。

褥瘡対策の体制に対する発生率（マットレス、看護ケア、栄養、ポジション等）

日本褥瘡学会の褥瘡状態評価スケールが改定されたことに伴い、分母の定義で確認していた褥瘡保有の記録（d1,d2,D3,D4,D5,DU）を（d1,d2,D3,D4,D5,DTI,U）に変更した。

本プロジェクトの定義は、目の前の患者が褥瘡発生する確率を見ているものであり、日々のケアの質に関わるものである。

（日本病院会2022年度QIプロジェクト結果報告 28ページより）

より低い値が望ましい。

ベンチマーク：日本病院会QIプロジェクト 一般500床以上

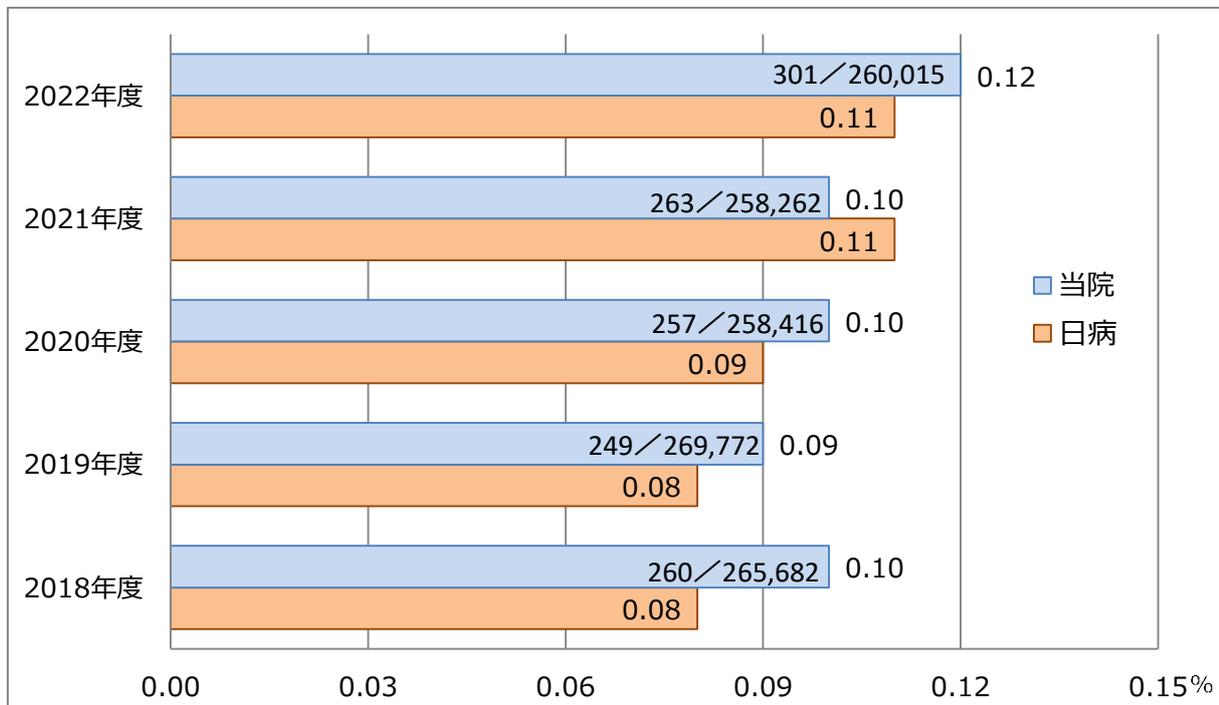
分子： d2（真皮までの損傷）以上の院内新規褥瘡発生患者数

分母： 同日入退院患者または褥瘡持込患者または調査月間以前の院内新規褥瘡発生患者を除く入院患者延べ数（人日）

分母除 同日入退院の患者

外： 入院時刻から24時間以内にDESIGN-R® 2020 Depth（深さ）のd1, d2, D3, D4, D5, DTI, Uのいずれかの記録がある患者

同一入院期間中の調査月間以前に院内新規褥瘡があった患者



Plan

褥瘡発生率1.5%以下を目標

2018年度 1.59% 2019年度 1.57%
 2020年度 1.60% 2021年度 1.63%
 2022年度 1.83%

d1以上で計算した5年間平均は1.64%であることから、1.8%以下を目標に発生率低下に努める

Action

- ・ 2006年褥瘡対策未実施減廃止、褥瘡ハイリスク患者ケア加算の新設後より、褥瘡学会の算出方法でデータ検証

褥瘡を保有（発生）した患者数－持ち込み褥瘡/
 入院患者数 ×100

- ・ MDRPU

医療関連機器を発生した患者数－持ち込み/入院
 患者数 ×100

Check

- ・ モニタリング継続
- ・ 発生報告から要因の洗い出しと共有
- ・ 院内発生事例の共有
- ・ 医療関連機器による圧迫で生じる下床の組織損傷であり自重関連褥瘡と区別する
- ・ 2006年 医療関連機器圧迫創（MDRPU）を算出

Do

- ・ 褥瘡専従看護師の配置、スタッフ教育
- ・ 体圧分散寝具のリース契約へ変更中
- ・ 褥瘡対策チーム（形成外科医師、皮膚・排泄ケア特定認定看護師、皮膚・排泄ケア認定看護師、理学療法士、栄養士、病棟看護師）による2週に1回の回診と、回診がない週の個別介入
- ・ 委員会で定期的、部署で随時フィードバック
- ・ 褥瘡ハイリスクケア患者加算により、皮膚・排泄ケア認定看護師の介入（予防および持ち込み褥瘡の対応）
- ・ 職員教育の強化
 ラダーステップ2以上に対してスキンケアゼミ研修を基礎・ステップアップコース
 全職員対象の褥瘡研修会
 新人1年目 褥瘡基礎教育
- ・ 褥瘡対策委員会の開催 1回/月
- ・ 看護局スキンケア委員会の開催 1回/月

2022年度に実施した対策・対応またはコメント

① 褥瘡ハイリスク患者ケア計画の実施

褥瘡予防・管理が難しく重点的な褥瘡ケアが必要な患者に対し、適切な褥瘡予防・治療のための予防治療計画に基づく総合的な褥瘡対策を実施することで入院中1回に限り、500点の算定としている。

② 褥瘡発生率と保有率の算出と共有

発生率算出を毎月行い、委員会で共有している。また、院内褥瘡発生事例についての共有を行い、再発防止に努めている。

③ 重度褥瘡の回診（NPUAPⅢ度以上）

多職種の専門的知識・技術を集結し、治癒促進に努める。

④ 看護師ゼミ研修

褥瘡の基礎知識の向上による予防・治療効果を高めることを目的に、教育活動を実践している。

12. 入院患者の転倒・転落発生率（損傷レベル2以上、4以上）

医療安全管理推進室

Structure Process Outcome

入院中の患者の転倒やベッドからの転落は少なくない。原因としては、入院という環境の変化によるものや疾患そのもの、治療・手術などによる身体的なものなどさまざまなものがある。

転倒・転落の指標としては、転倒・転落によって患者に傷害が発生した損傷発生率と、患者への傷害に至らなかった転倒・転落事例の発生率との両者を指標とすることに意味がある。

転倒・転落による傷害発生事例の件数は少なくとも、それより多く発生している傷害に至らなかった事例もあわせて報告して発生件数を追跡するとともに、それらの事例を分析することで、より転倒・転落発生要因を特定しやすくなる。こうした事例分析から導かれた予防策を実施して、転倒・転落発生リスクを低減していく取り組みが、転倒による傷害予防につながる。

（日本病院会2022年度QIプロジェクト結果報告 25ページより）

より低い値が望ましい

転倒・転落の損傷レベルについてはThe Joint Commission の定義を使用している。

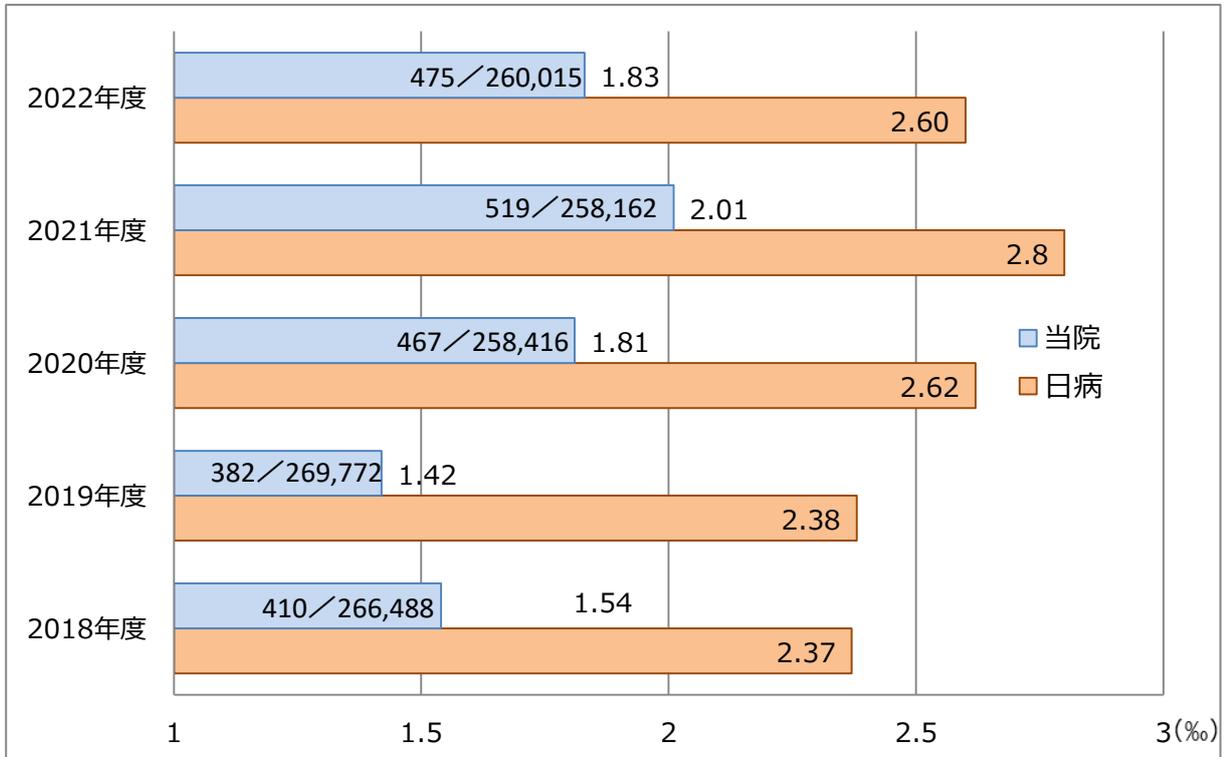
排泄関連の転倒・転落を10%減

【入院患者の転倒・転落発生率】

分子：医療安全管理室ヘインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数

分母：入院患者延べ数（人数）

ベンチマーク：日本病院会QIプロジェクト 一般500床以上

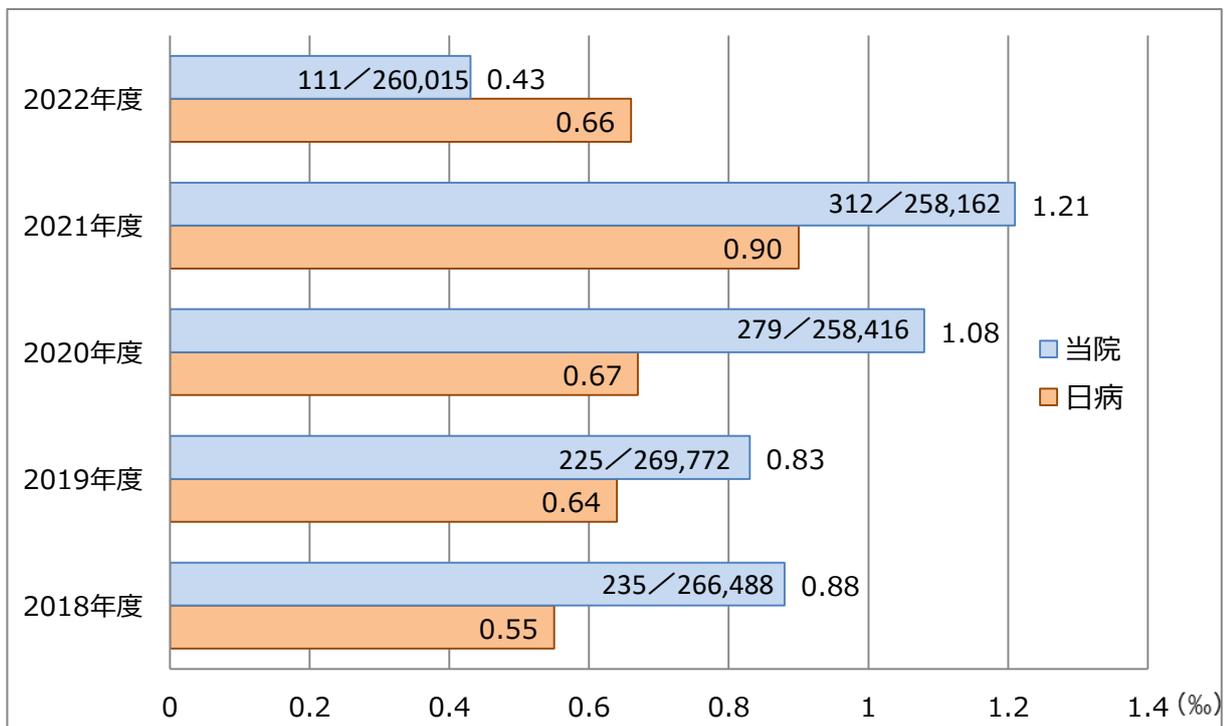


【入院患者の転倒・転落による損傷発生率（損傷レベル2以上）】

分子：医療安全管理室ヘインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうち損傷レベル2以上の件数

分母：入院患者延べ数（人数）

ベンチマーク：日本病院会QIプロジェクト 一般500床以上

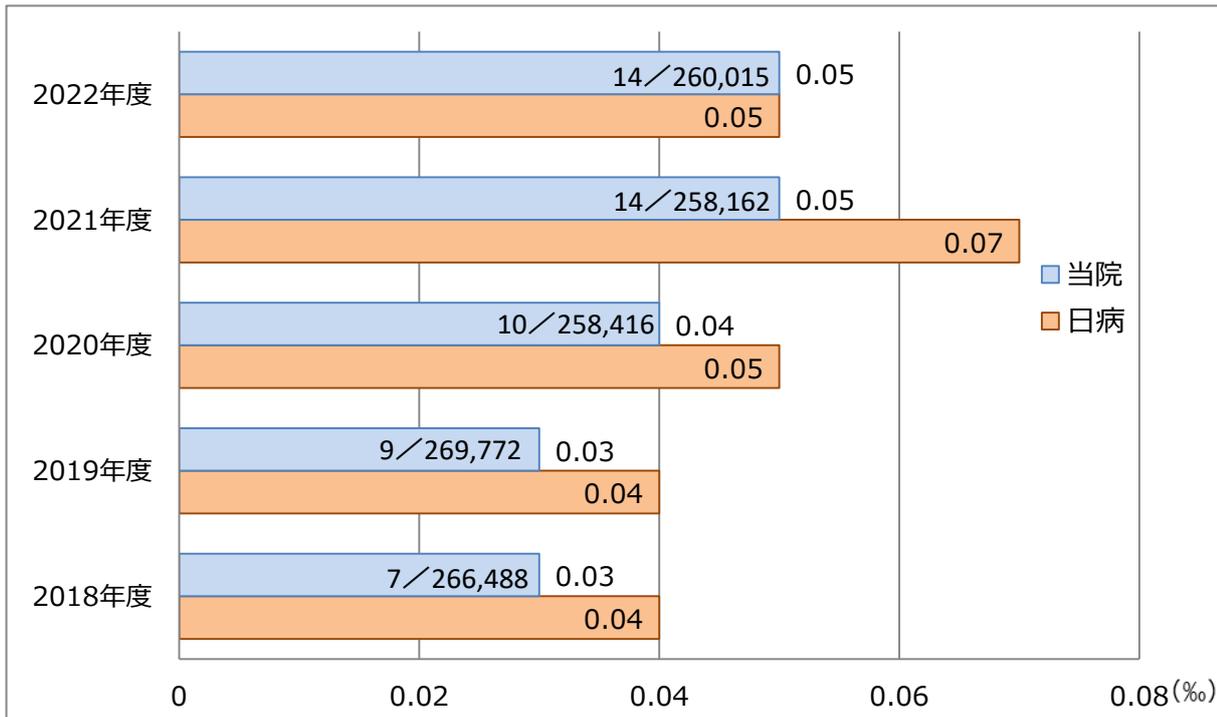


【入院患者の転倒・転落による損傷発生率（損傷レベル4以上）】

分子：医療安全管理室ヘインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうち損傷レベル4以上の件数

分母：入院患者延べ数（人数）

ベンチマーク：日本病院会QIプロジェクト 一般500床以上



2022年度に実施した対策・対応またはコメント

【ポジティブインシデント報告の継続】

ポジティブ医療安全を方針としての対策が功を奏したためか、一昨年より報告件数を増加の傾向となり、5,500件を超える報告が行われるようになった。一時的なブームではなく「インシデント・アクシデント」を報告することが定着するように、対応が必要であった。

- ① 安全研修会を通じて、報告することの意義、報告件数の動向、報告からの改善事例を通じてのポジティブフィードバックを継続した。また、レポートシステムを活用し報告に対してのポジティブフィードバックを継続した。
- ② Good Job！制度の継続（個人チームへのGood Job！フィードバックと報告の共有、表彰）
- ③ ヒューマンエラー発生の理解の促進をすることで、個人レベルで「注意を払う」では解決しない問題への関心を高め、ヒューマンエラー対策やチームワーク向上を図る必要性の理解を深める。

引き続き報告をすることが定着するように働きかけながら、「報告」にとどまらず「改善・予防の計画と実施」の方向へカ点をシフトしてPDCAサイクルが活性化していくように図っていく。

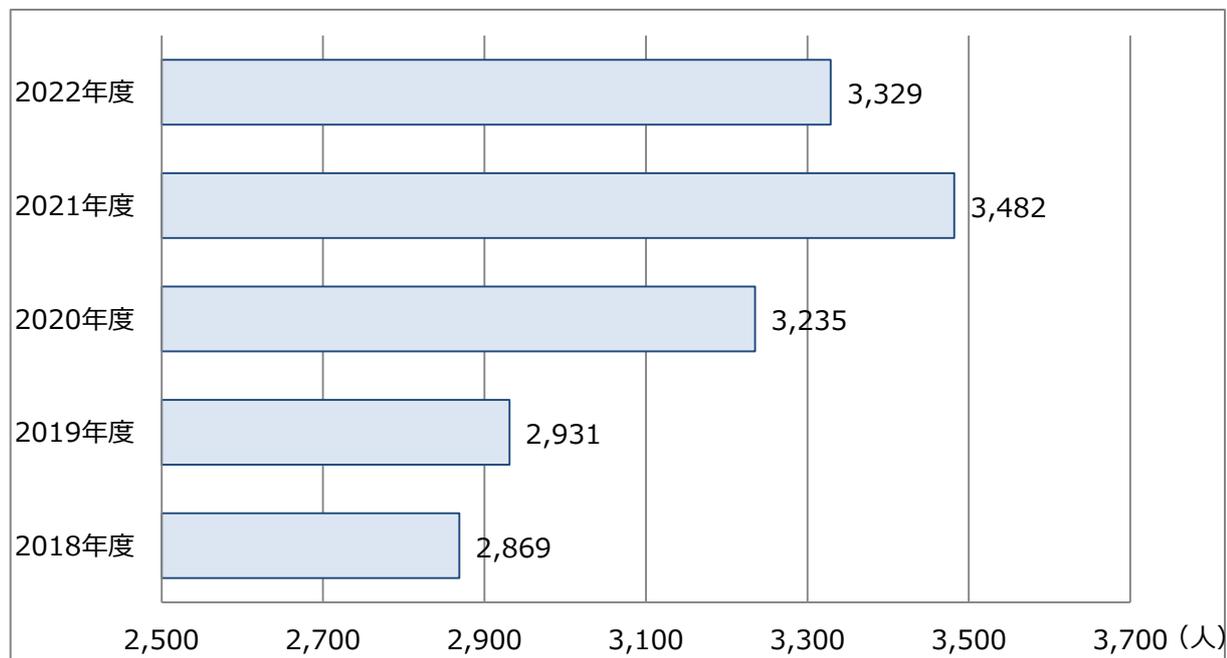
13. 口腔ケアの新患数（人）

歯科・歯科口腔外科

Structure **Process** Outcome

院内各所からの口腔ケア件数に同調する数値である。入退院センター（現：入院手術サポートセンター）が開設された2016年6月以降、入退院センター経由の周術期患者に対する口腔ケアに100%応需している。病棟入院患者への口腔ケア依頼にも100%応需している。

より高い値を目指している



2022年度に実施した対策・対応またはコメント

他科からの依頼と入院手術サポートセンターからの依頼に対して100%応需する事を目標とし、実現した。そのために歯科衛生士の配置を工夫している。

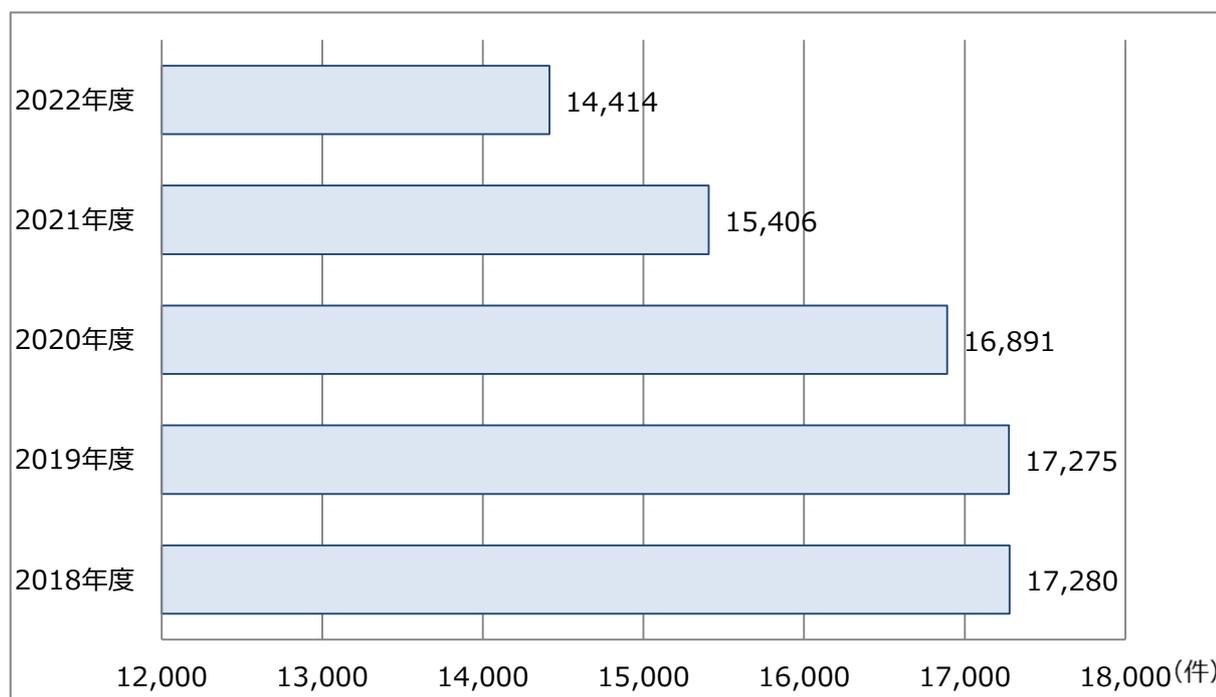
14. 口腔ケアの延べ件数（件）

歯科・歯科口腔外科

Structure **Process** Outcome

口腔ケア新患数の増加に伴い、口腔ケア延べ件数も増加していた。しかし2019年度以降は減少している。これには歯科衛生士の人員不足が影響している。人員の補充があれば1患者に対する口腔ケアに頻回に介入することができ、延べ件数の回復が見込める。

より高い値を目指している



2022年度に実施した対策・対応またはコメント

口腔ケアの延べ件数は減じている。背景には、産休・育休による歯科衛生士の人員不足が影響していると考えられる。1患者に対する介入回数を増やしたいところであるが実現しない。

15. 口腔ケアに関する歯科診療報酬請求点数（点）

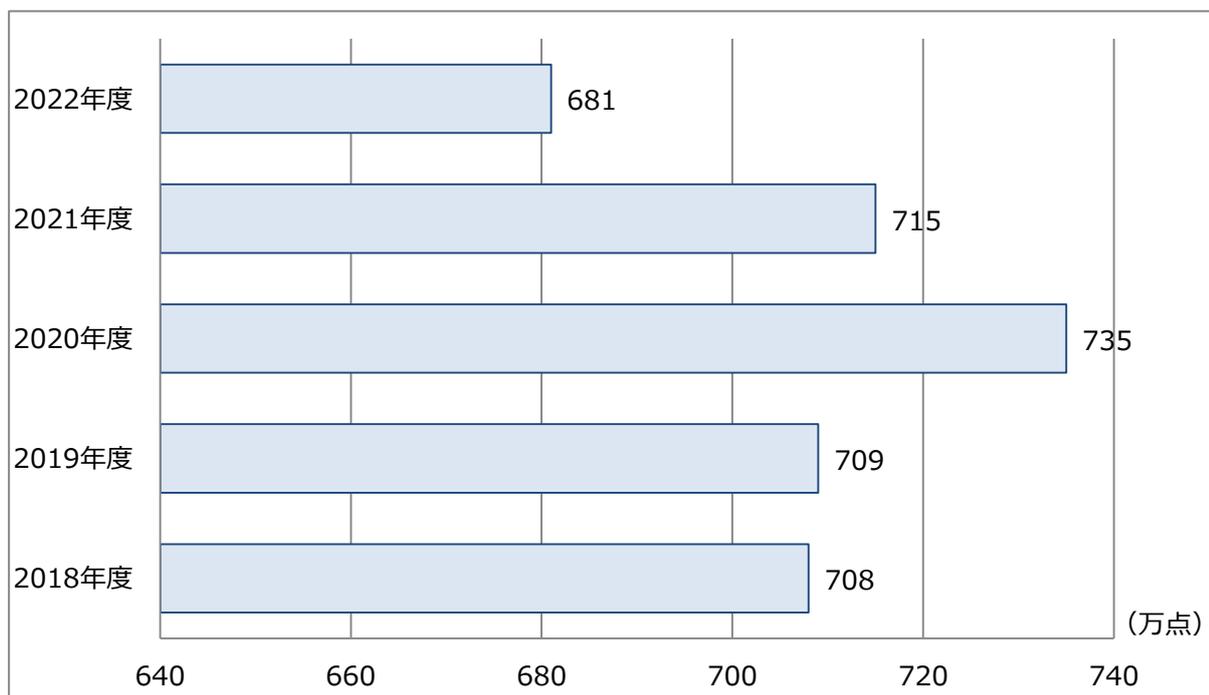
歯科・歯科口腔外科

Structure **Process** Outcome

口腔ケア延べ件数に同調して推移している。

2020年度の増収は「非経口摂取患者に対する口腔ケアでの痂皮除去」の歯科診療報酬が新設されたことが好影響したと考える。2022年度の減収は歯科衛生士の人員不足が影響している。

より高い値を目指している



2022年度に実施した対策・対応またはコメント

上記の如く口腔ケアの延べ件数が伸びていないので、診療報酬請求も増収しない。

16. 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c(NGSP) ≤ 7.0%

糖尿病サポートチーム

Structure Process **Outcome**

糖尿病の治療には運動療法、食事療法、薬物療法がある。運動療法や食事療法の実施を正確に把握するのは難しいため、薬物療法を受けている患者のうち適切に血糖コントロールがなされているかをみることにした。

HbA1c は、過去2～3 か月間の血糖値のコントロール状態を示す指標である。各種大規模スタディの結果から糖尿病合併症、特に細血管合併症の頻度はHbA1c に比例しており、合併症を予防するためには、HbA1c を7.0%未満に維持することが推奨されている。したがって、HbA1c が7.0%未満にコントロールされている患者の割合を調べることは、糖尿病診療の質を判断する指標の1つであるとされていた。

ただし、インスリンが必要でもインスリンを打てない高齢者、認知症があり食事したことを記憶できない患者、低血糖を感知できない糖尿病自律神経症を合併している患者、狭心症があり血糖を高めめにコントロールした方が安全である患者など、各患者の条件に応じて目標値を変えることが真の糖尿病治療の“質”であると考えられる。したがって、すべての患者において、厳格なコントロールを求めることが正しいとは限らないことも忘れてはならない。

実際、約10 年前から国内外の診療ガイドラインでは血糖コントロール値の個別化を推奨しており、低血糖を起こしやすい高齢者や腎機能低下者、インスリン使用者ではHbA1c を7.5%未満に下げないことも推奨されている。

(日本病院会2022年度QIプロジェクト結果報告 48ページより)

より高い値が望ましい。

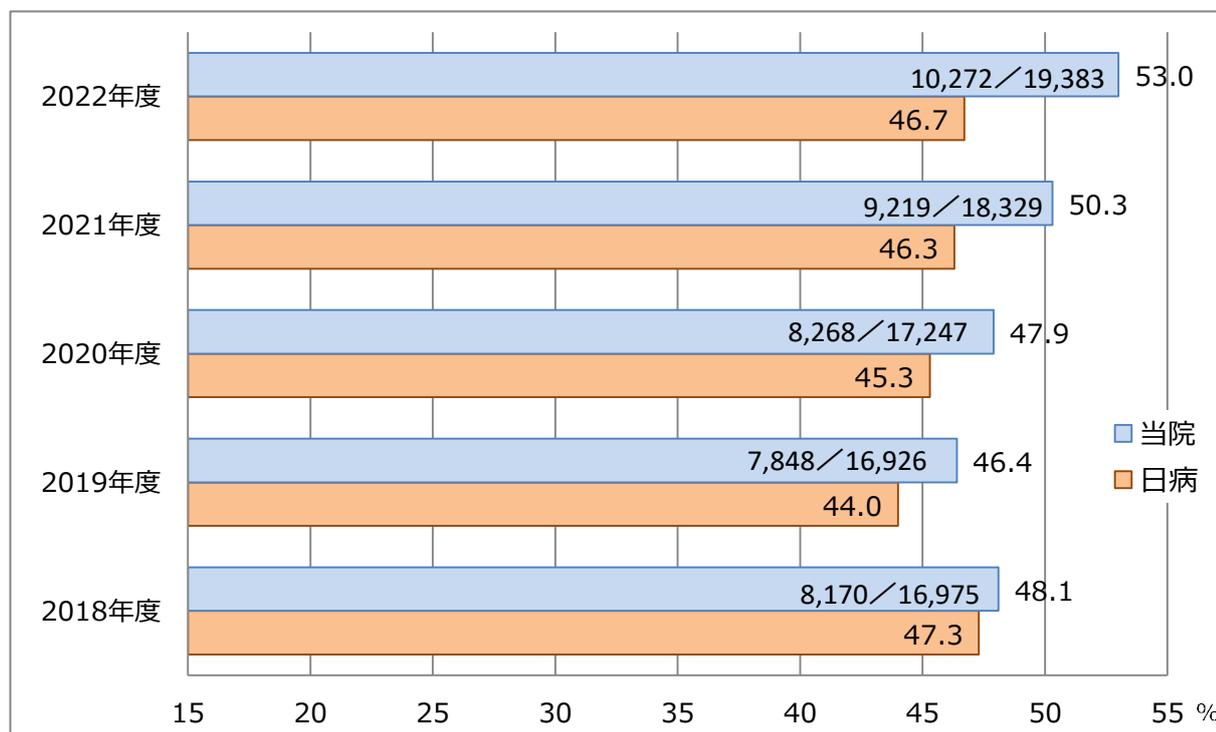
分子： HbA1c(NGSP)の最終値が7.0%未満の外来患者数

分母： 糖尿病の薬物治療を施行されている外来患者数

(過去1 年間に該当治療薬が外来で合計90 日以上処方されている患者)

分母除外： 運動療法または食事療法のみ糖尿病患者

ベンチマーク： 日本病院会QIプロジェクト 一般500床以上



2022年度に実施した対策・対応またはコメント

患者が医療者と関わるのは、医師の診療だけではない。管理栄養士による栄養相談をはじめ、看護師も透析予防指導、フットケア、自己注射指導を通じて患者と関わっている。これらの療養指導の場面では、足のケアや注射の手技習得だけでなく、日頃の療養生活を把握し、継続可能な行動目標を患者と一緒に考え、実践につなげている。関われる患者数は限られているが、良好な血糖コントロール維持につながる大切な関わりだと考える。糖尿病治療には多職種での関わりが非常に重要である。今後もチーム全体でより多くの患者にあらゆる視点で関わりが持てるように努力し、良好な血糖コントロールの維持を患者とともに目指していきたいと思う。

17. 外来化学療法指導件数

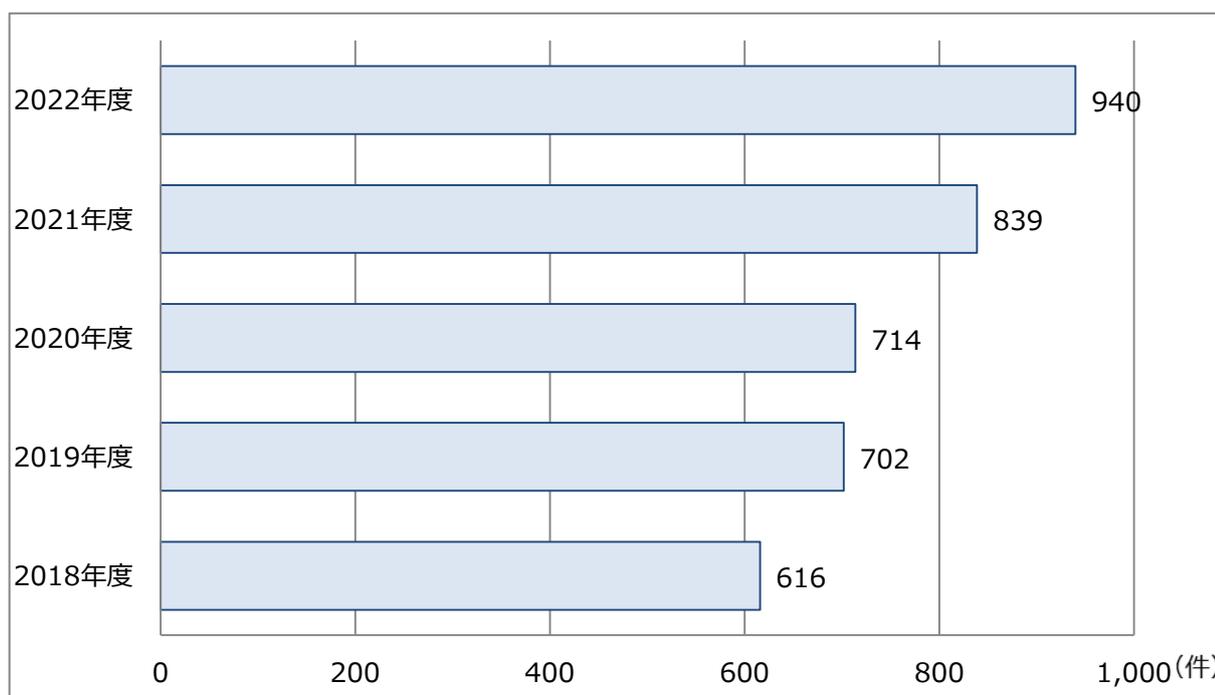
薬剤局

Structure **Process** Outcome

がん薬物療法は高頻度に副作用が発現し、時に重篤化する場合がある。薬剤師による薬学的介入によって、薬物治療の適正化及び服薬アドヒアランス維持、副作用対策の向上が期待出来る。

外来より化学療法の指導依頼があった際に実施している。

高ければ高いほど、治療の適正化及び服薬アドヒアランス維持、副作用対策の向上が期待できる。



2022年度に実施した対策・対応またはコメント

外来がん治療認定薬剤師が、指導を行える環境を整えると同時に有資格者の総数を増やすことで、算定件数の増加を目指す。

医師からの指導依頼の増加に加え、2022年度10月から連携充実加算の算定を開始したことにより初回以外での薬剤師の指導介入が増加した。

18. 後発医薬品の使用割合

薬剤局

Structure **Process** Outcome

「後発品置換率」を意味し後発品の調剤数量割合を指す。入院基本料等の加算として後発品置換率により後発医薬品使用体制加算が算定出来る。また、後発品の使用を促進することで、医療費削減、患者の費用負担軽減に貢献出来る。

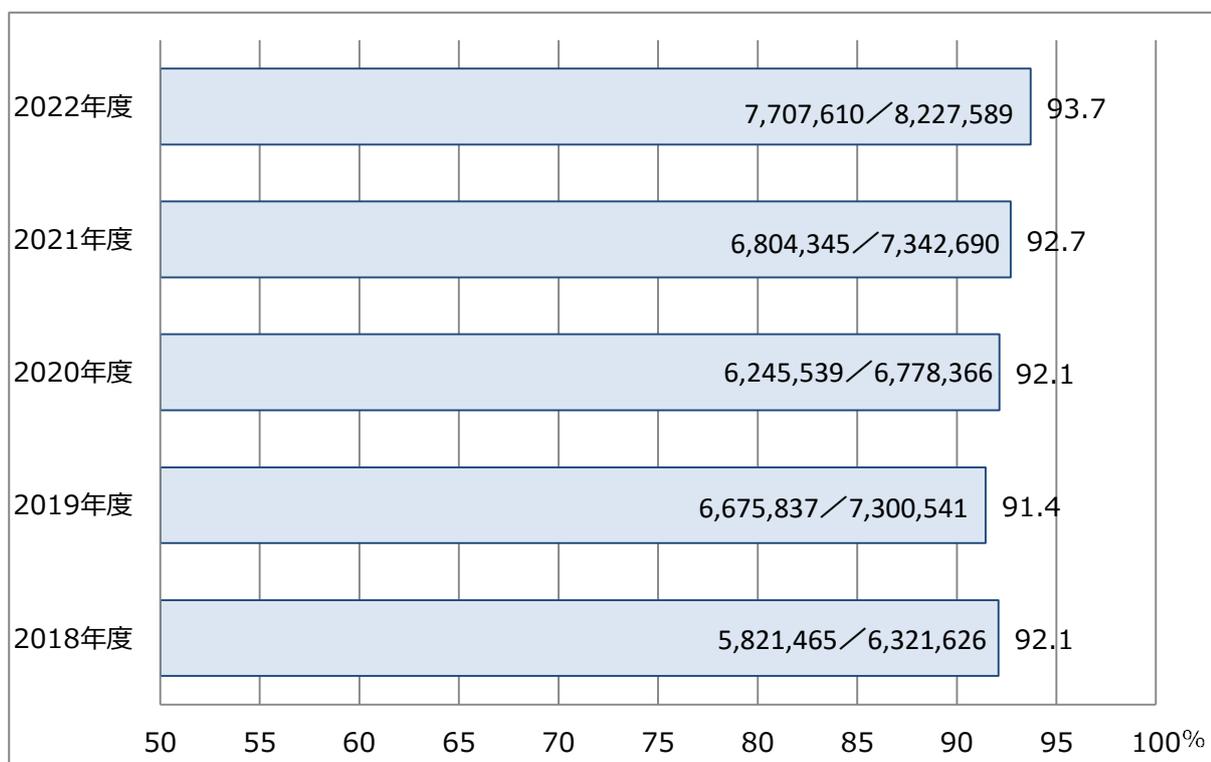
診療報酬改定に合わせて適宜目標値を決定する。

後発医薬品使用体制加算 1 の取得維持

分子： 後発品がある先発品および導入済の後発品の規格単位数量

分母： 導入済の後発品の規格単位数量

データの抽出期間（4半期）



2022年度に実施した対策・対応またはコメント

依然として後発品の流通不良が継続しているが、使用量の多い先発品を主体として流通状況を考慮しながら後発品への切替を行なった。また、バイオシミラーへの切替も積極的に推進した。結果として、後発品置換率90%以上を維持し、後発医薬品使用体制加算 1 を継続できた。

19. 緩和ケアチーム依頼件数【病棟】【外来】

緩和ケアチーム【病棟】【外来】

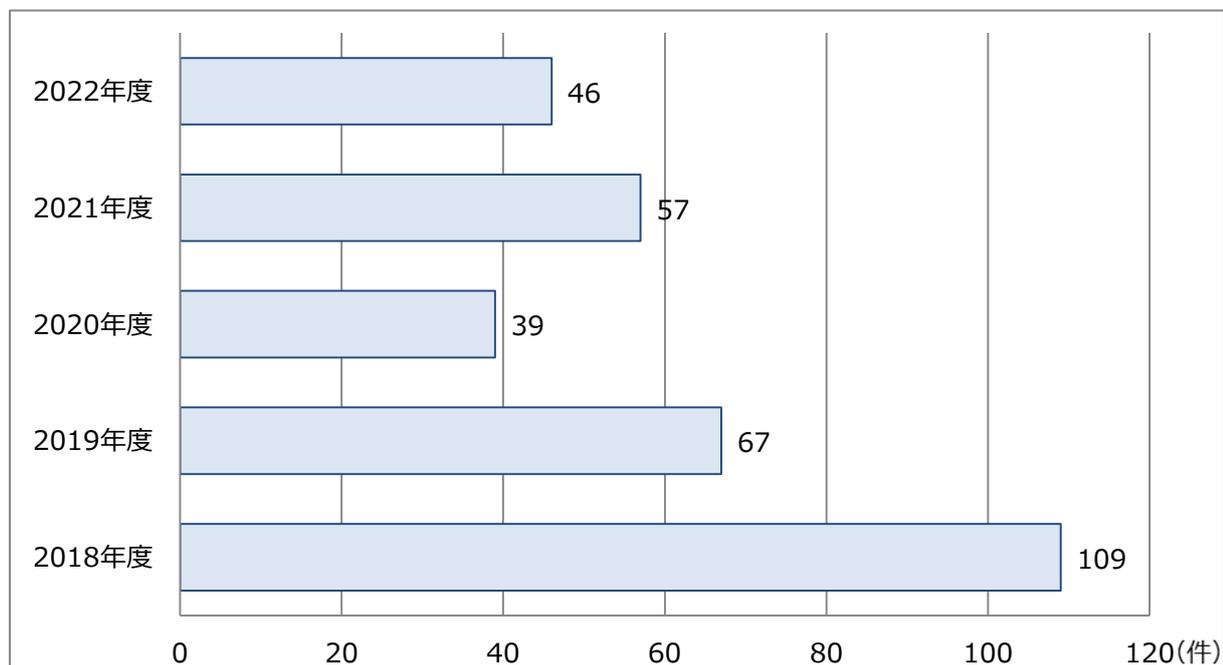
Structure **Process** Outcome

がん患者のQOL向上へのチームの取組みが分かる

【病棟】

緩和ケアチームの依頼件数（病棟）

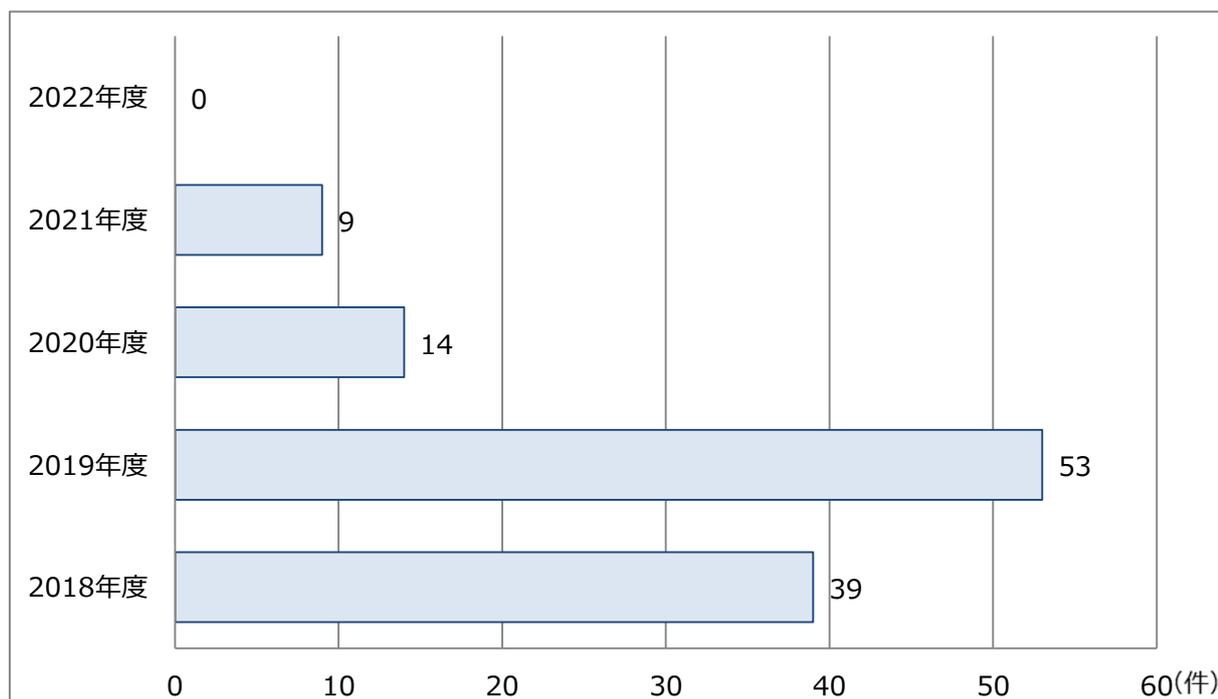
目指す値：50件



【外来】

緩和ケアチームの依頼件数（外来）

目指す値：50件



※ 緩和ケアチーム外来は2017年から開設。2022年度は、外来診療実績はなし。

Plan

緩和ケアチームの活動や具体的な相談内容について、医師、病棟や外来のリンクナースに周知した

Do

院内各病棟と外来に周知できるよう、医局会とリンクナースへの周知を行った
医療者に向けた文章を作成、配布した

Action

身体症状以外でも相談できることを周知し、身体以外の相談もできることを周知していく
外来患者の相談も行えるよう体制を整備し、緩和ケアチームの活動を周知していく

Check

看護師が患者や医師の調整役となり、入院中の相談依頼はあるが、身体症状以外の相談件数は変化なかった

2022年度に実施した対策・対応またはコメント

緩和ケアが必要と感じた時に依頼をしやすいように再度周知とした。

20. 緩和ケアチーム依頼科

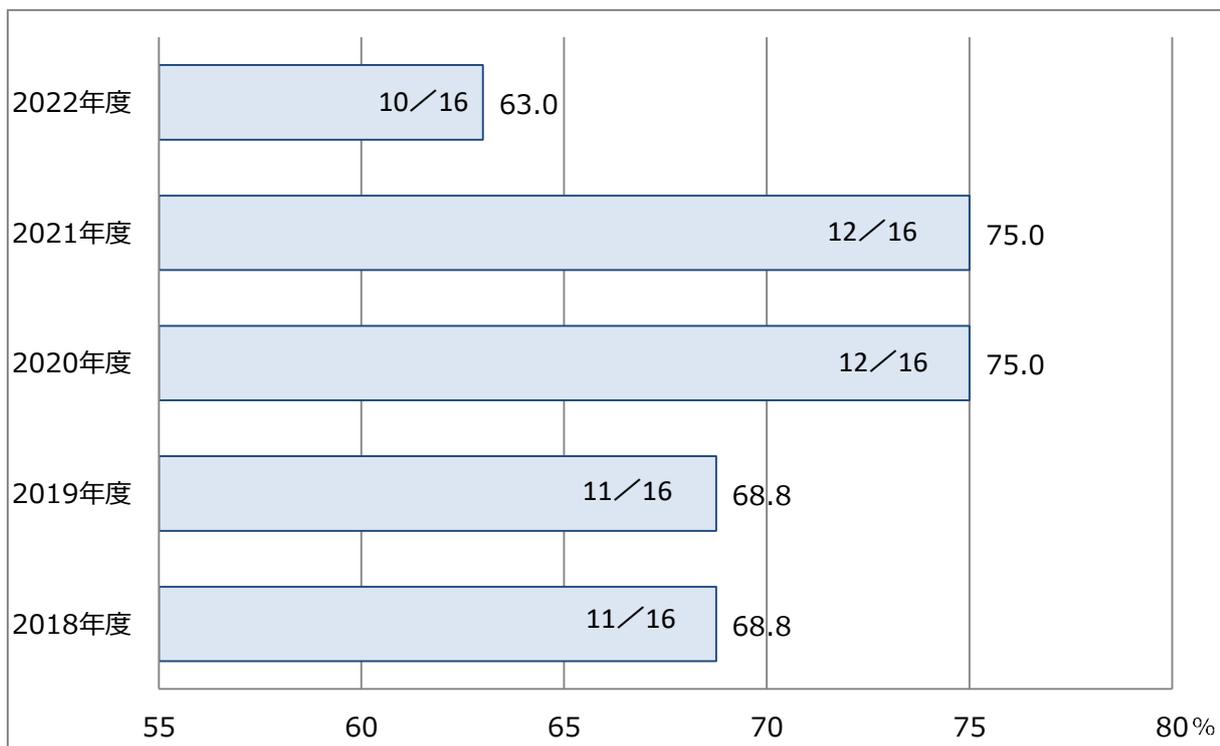
緩和ケアチーム

Structure **Process** Outcome

緩和ケアチームへの依頼が多科に渡ることが分かる

分子： 緩和ケアチームへの依頼科数

分母： がん患者診療がありえる科（内科、外科、泌尿器科、産婦人科、皮膚科、耳鼻咽喉科・頭頸部外科、歯科口腔外科、整形外科、脳神経外科）16科



2022年度に実施した対策・対応またはコメント

昨年度は下回る結果ではあるがほぼ同じ件数を推移している

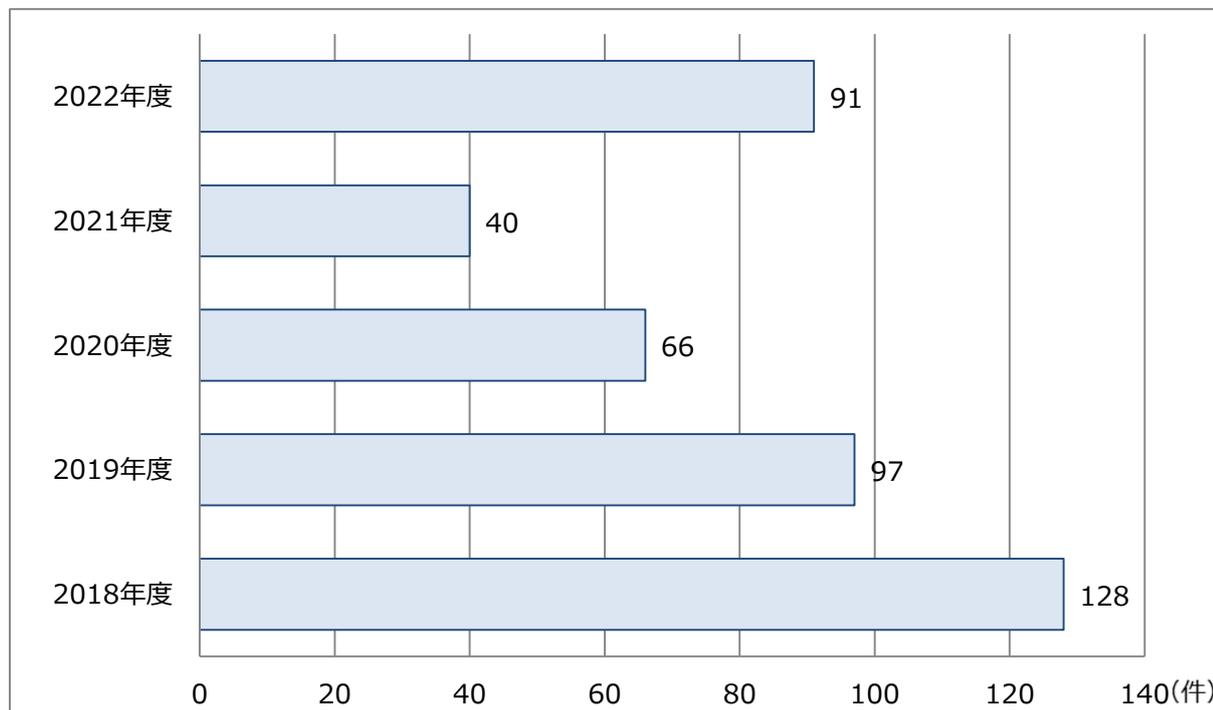
21. 心肺運動負荷試験新規実施件数

リハビリテーション科

Structure **Process** Outcome

心臓リハの質を反映している指標（日本心臓リハ学会優良認定施設基準（年間50件以上））

目指す値：50件以上（日本心臓リハ学会優良認定施設基準）



2022年度に実施した対策・対応またはコメント

コロナ禍による実施制限を解除した。

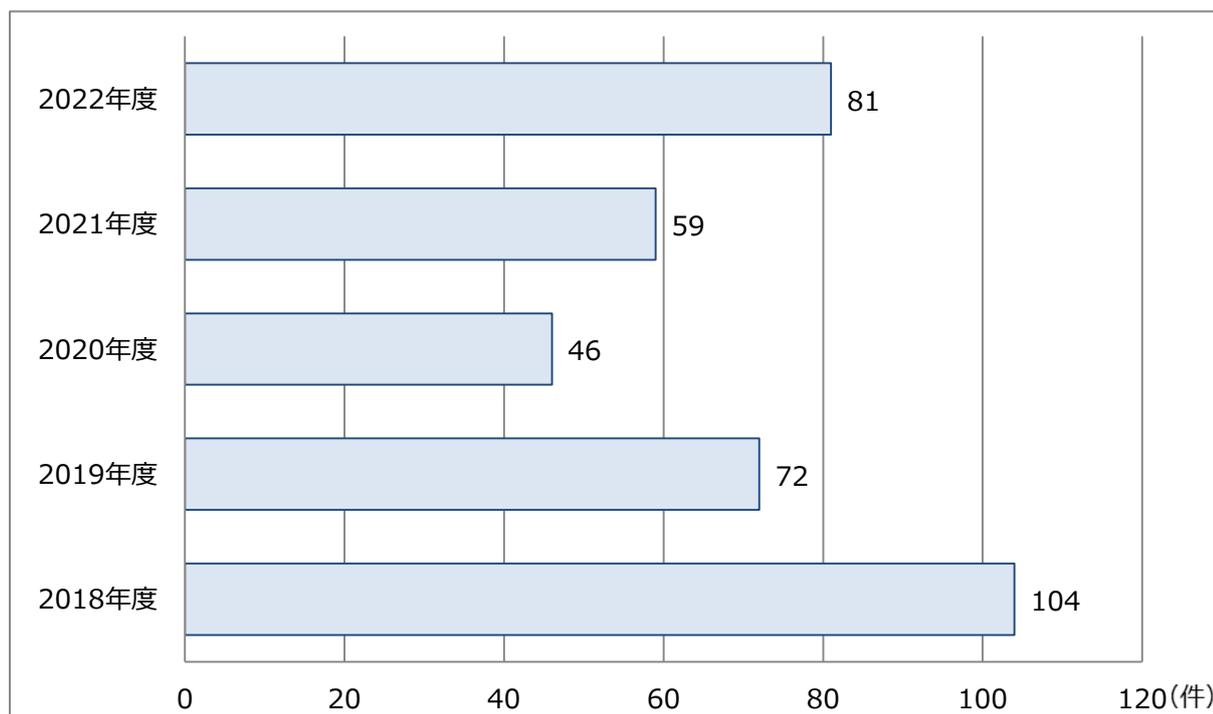
22. 心臓リハ学会レジストリー登録件数

リハビリテーション科

Structure **Process** Outcome

心臓リハの質を反映している指標（日本心臓リハ学会優良認定施設基準（レジストリー制度参画））

目指す値：50件以上（日本心臓リハ学会優良認定施設基準）



2022年度に実施した対策・対応またはコメント

コロナ禍による実施制限を解除した。

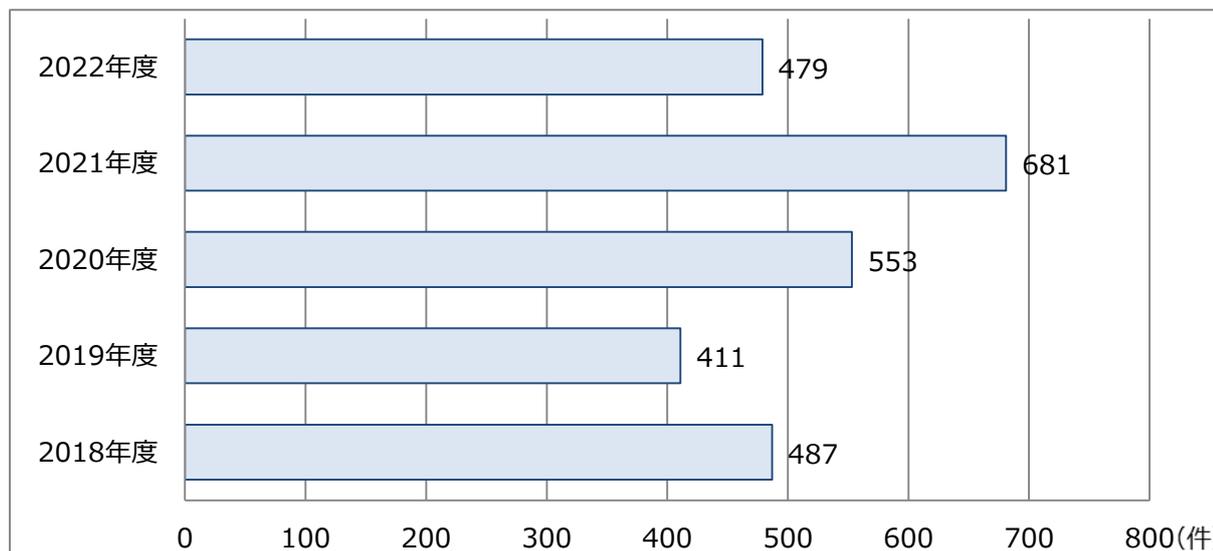
23. NST回診介入件数（NST委員会）

NST委員会

Structure **Process** Outcome

当院は栄養サポートチーム（NST）稼働施設である。NSTとは、医師・看護師・管理栄養士・薬剤師・臨床検査技師・歯科医師・歯科衛生士・リハビリテーションスタッフなどの多職種により栄養サポートを実施する集団である。低栄養状態の入院患者を対象に、栄養状態を判定し個々の症例や治療に応じた栄養管理方法を提言する。NST介入件数は、医療の質やチーム医療の取り組みを図る目安となる。

入院患者へのNST介入件数、及び指導件数
より高い値を目指している。



2022年度に実施した対策・対応またはコメント

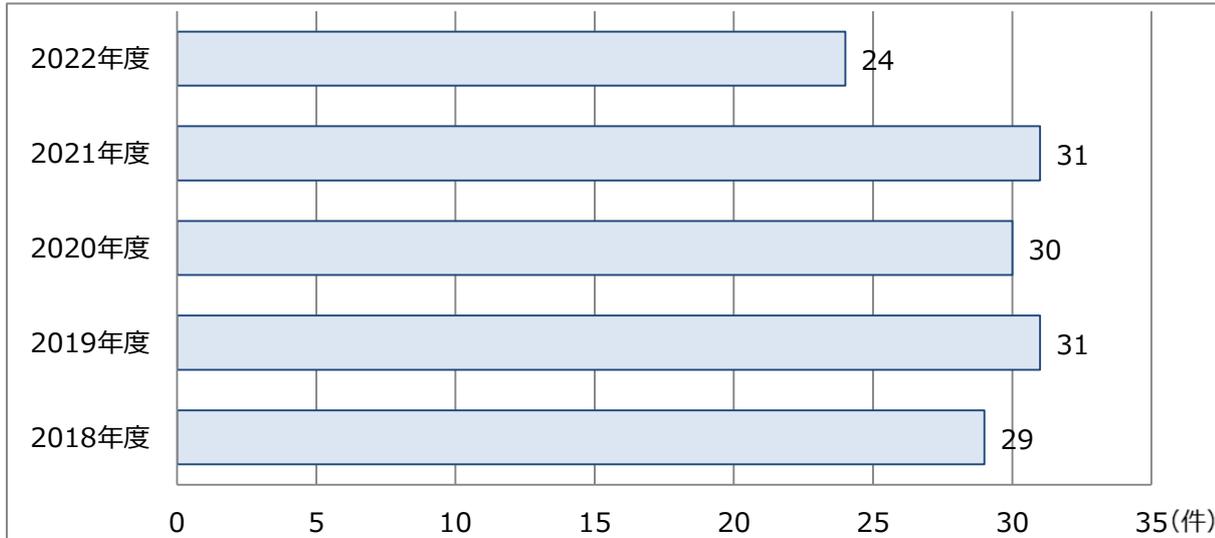
入院時のGLIM基準による低栄養患者の拾い上げとCOUNTスコアを使用した入院後の低栄養患者の拾い上げを行い、適切な栄養管理につなげるよう活動していきたい。

24. 下痢改善件数（NST委員会）

NST委員会

Structure **Process** Outcome

NSTの介入により状態改善が認められた指標
より高い値を目指している。



2022年度に実施した対策・対応またはコメント

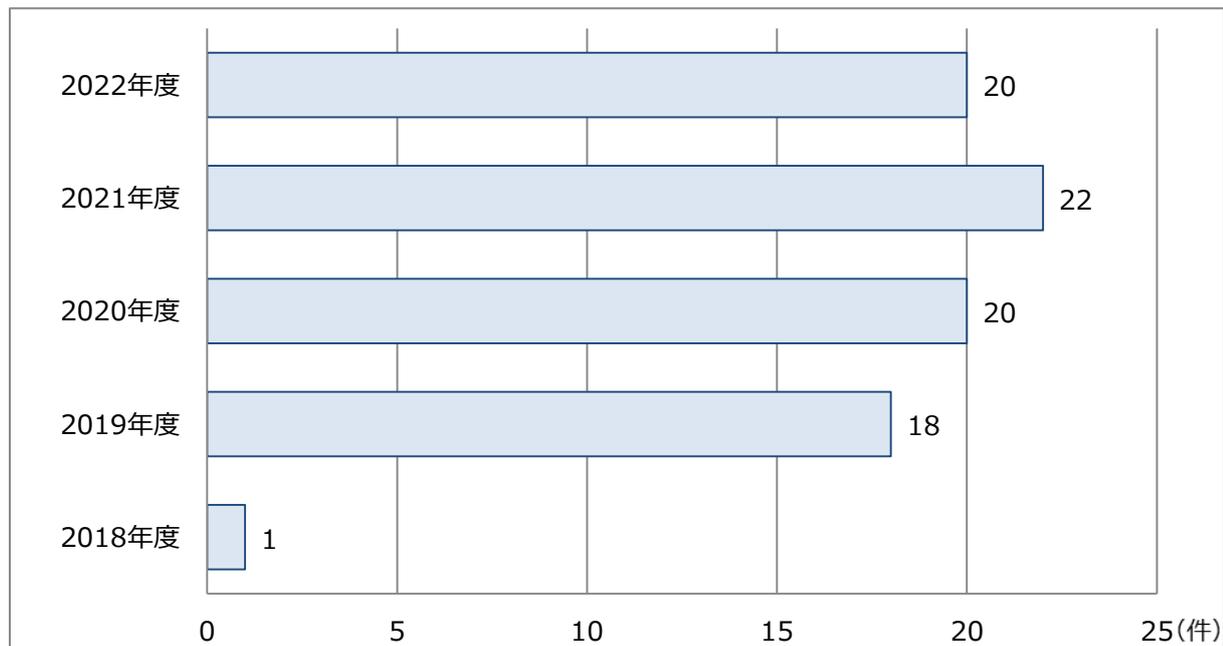
食物繊維含有栄養剤やビフィズス菌BB536、薬価処方での腸内環境正常化を図ることで、経腸栄養の副反応を低減できる。

25. 褥瘡介入件数（NST委員会）

NST委員会

Structure **Process** Outcome

多チーム連携医療の取り組みを図る目安となるため
より高い値を目指している。



2022年度に実施した対策・対応またはコメント

褥瘡と低栄養は関係がある。NSTと褥瘡（委員会）が連携し、積極的な患者の拾い上げを行なってきた。

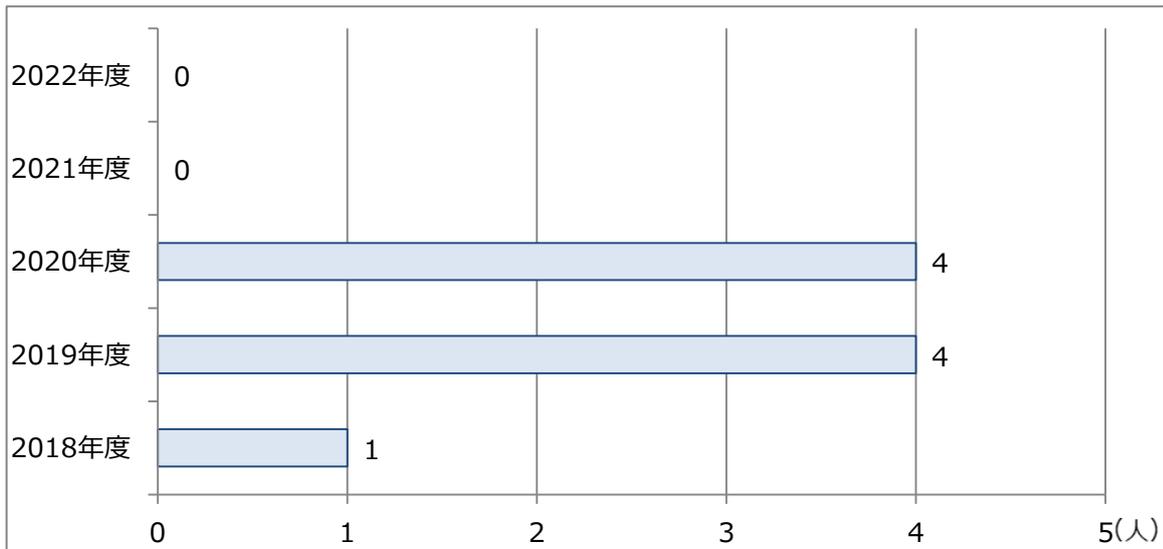
26. NST専門療法士人数（NST専門療法士資格試験合格者数）

NST委員会

Structure **Process** Outcome

栄養療法に関わる専門ライセンスを所有する人数を表す

日本臨床栄養代謝学会 NST専門療法士資格試験合格者数



2022年度に実施した対策・対応またはコメント

院内活動を啓蒙し、受験者を募っている。

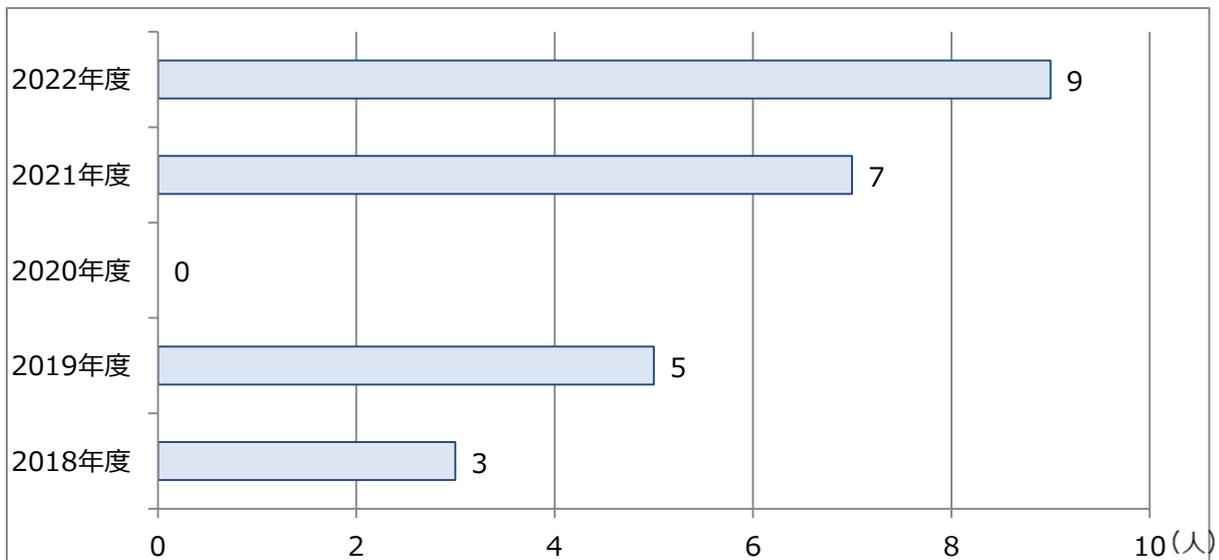
27. NST専門療法士 研修受講者

NST委員会

Structure **Process** Outcome

NST専門療法士認定教育機関としても実績を表す指標

日本臨床栄養代謝学会 NST専門療法士 実地修練修了者数



2022年度に実施した対策・対応またはコメント

院外への啓蒙を行い、受講者を募っている。

28. 神経精神科 平均在院日数

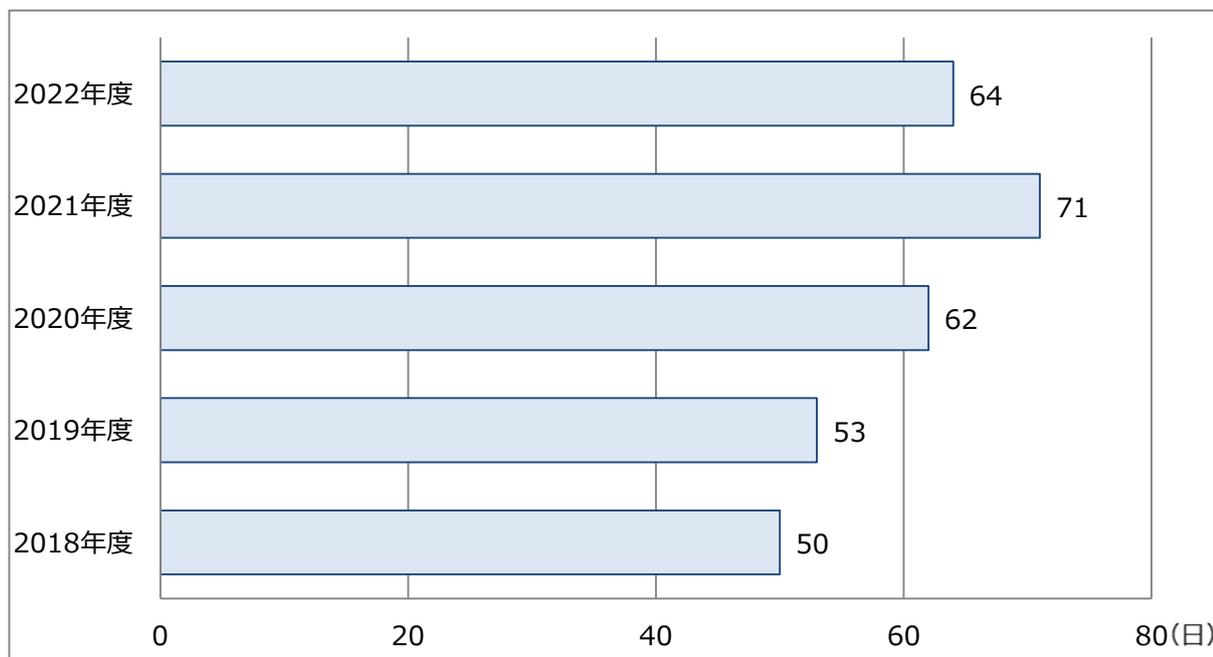
神経精神科 病棟

Structure **Process** Outcome

入院医療の質を示していると考えられる指標

正確な診断と適切な治療方法を選択する能力、できるだけ患者に負担をかけず治療を行う能力、合併症や医療ミスを防止する教育訓練、患者の回復を促すリハビリテーション、適切な地域生活支援が組み合わさり入院期間が決まる為、急性期病院としての総合的な実力を表していると考えられる。

より低い値が望ましい



2022年度に実施した対策・対応またはコメント

このところ増加傾向であった平均在院日数が減少した。退院支援連携パス等に基づいた多職種チーム医療が奏功した可能性がある。

29. 神経精神科 地域平均生活日数

神経精神科 診療情報管理室

Structure **Process** Outcome

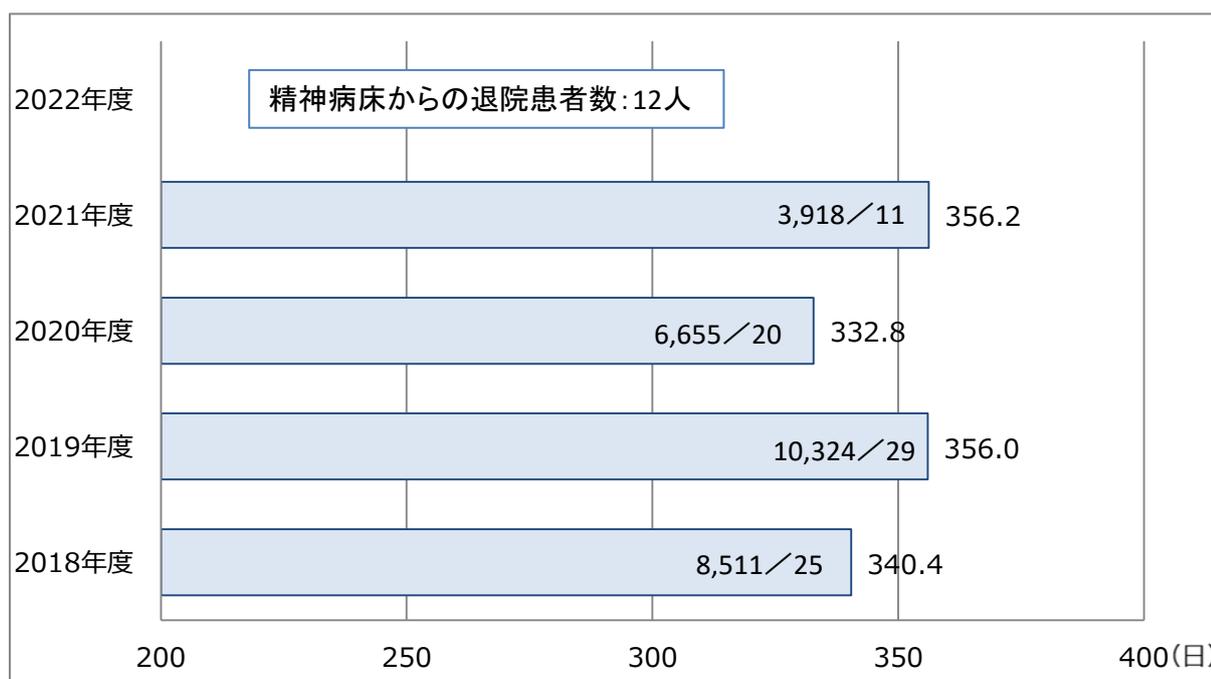
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの機能を示す指標

地域平均生活日数は、精神病棟から退院後1年以内の地域での、平均生活日数を指しており、医療のみならず障害福祉・介護・住まい、社会参加（就労）などが包括的に確保された体制（精神障害にも対応した地域包括ケアシステム）の指標を示している。

より高い値が望ましい

分子：3月の精神病床からの退院患者（入院後1年以内に限る）の退院日から1年間の地域生活日数の合算

分母：3月の精神病床からの退院患者（入院後1年以内に限る）総数



2022年度に実施した対策・対応またはコメント

厚生労働省の目標である325.3日を大幅に超えており、退院支援連携パス等に基づいた多職種チーム医療が奏功した可能性がある。

30. 神経精神科 紹介率

神経精神科事務室

Structure **Process** Outcome

紹介率とは、初診患者に対し、他の医療機関から紹介されて来院した患者の割合である。一方、逆紹介率とは、初診患者に対し、他の医療機関へ紹介した患者の割合である。高度な医療を提供する医療機関にだけ患者が集中することを避け、症状が軽い場合は「かかりつけ医」を受診し、そこで必要性があると判断された場合に高い機能を持つ病院を紹介受診する、そして治療を終え症状が落ち着いたら、「かかりつけ医」へ紹介し、治療を継続または経過を観察する。これを地域全体で行うことで、地域の医療連携を強化し、切れ間のない医療の提供を行う。つまり、紹介率・逆紹介率の数値は、地域の医療機関との連携の度合いを示す指標である。

(日本病院会2022年度プロジェクト結果報告 95ページより)

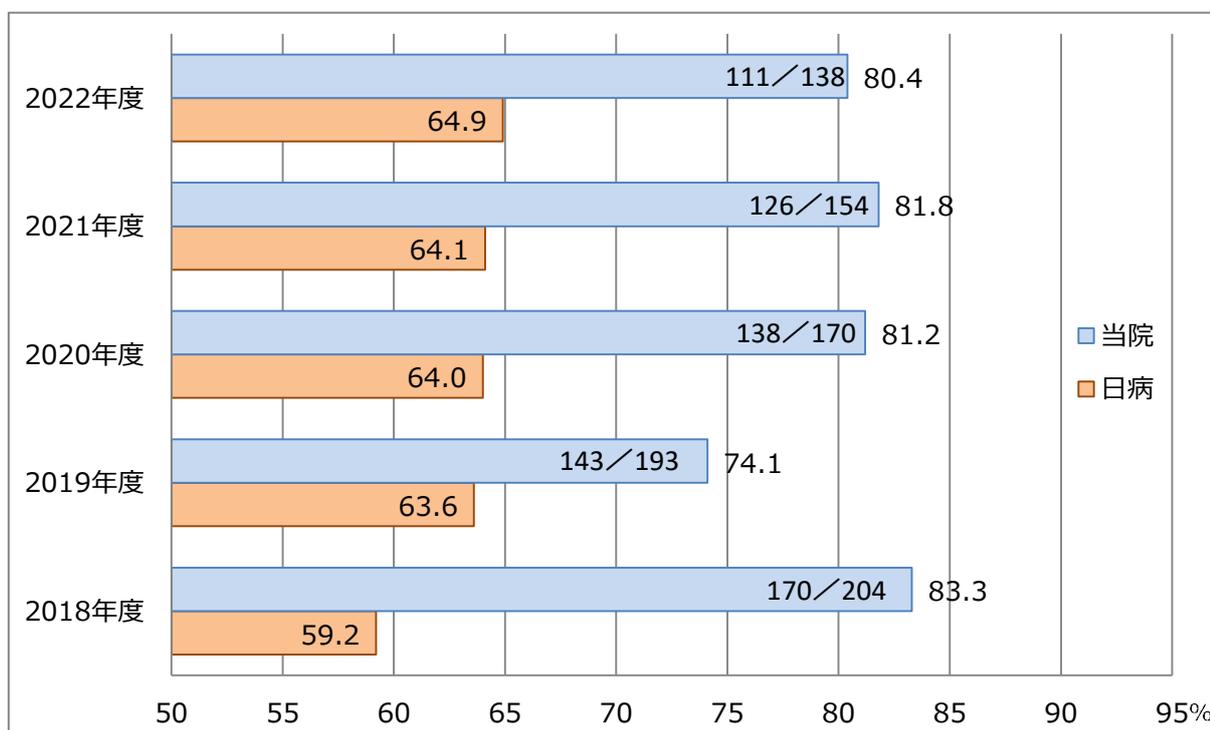
より高い値が望ましい。

ベンチマーク：日本病院会QIプロジェクト 精神／全施設

【紹介率】

分子：神経精神科 紹介患者数

分母：神経精神科 初診患者数



2022年度に実施した対策・対応またはコメント

ほぼ横ばいである。引き続き医療連携を継続する。

31. 神経精神科 逆紹介率

神経精神科事務室

Structure **Process** Outcome

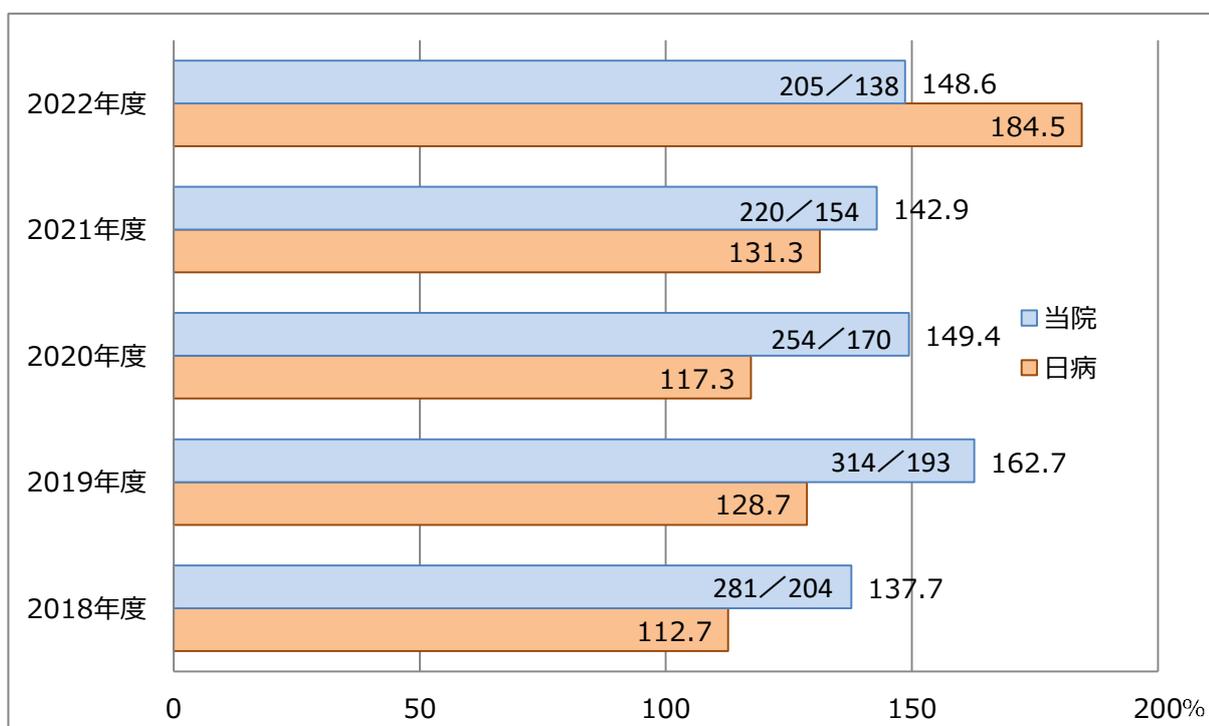
説明・指標の定義は、「31. 紹介率 一般」に同じ
より高い値が望ましい。

ベンチマーク：日本病院会QIプロジェクト 精神／全施設

【逆紹介率】

分子：神経精神科 逆紹介患者数

分母：神経精神科 初診患者数



2022年度に実施した対策・対応またはコメント

ほぼ横ばいである。引き続き医療連携を継続する。

32. 神経精神科 自発入院患者割合

神経精神科事務室

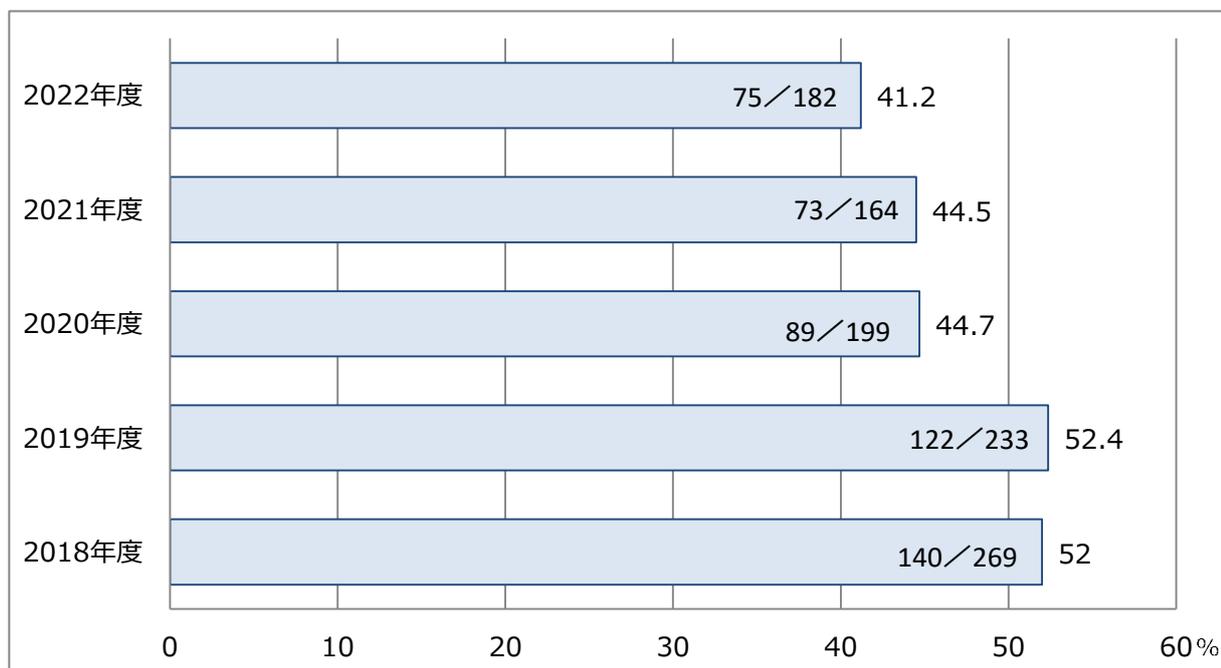
Structure **Process** Outcome

人権を尊重した入院サービスの指標

障害者権利条約によれば、非自発入院は認められておらず、人権擁護の視点から、自発入院が勧められている。

分子：任意入院者数

分母：全入院者数



2022年度に実施した対策・対応またはコメント

減少傾向である。患者さんの人権を尊重した医療を実践するため、医療倫理等の講義や精神保健指定医による入院時の診察を続ける。

33. 神経精神科 身体抑制率

神経精神科 病棟 行動制限最少化委員会

Structure **Process** Outcome

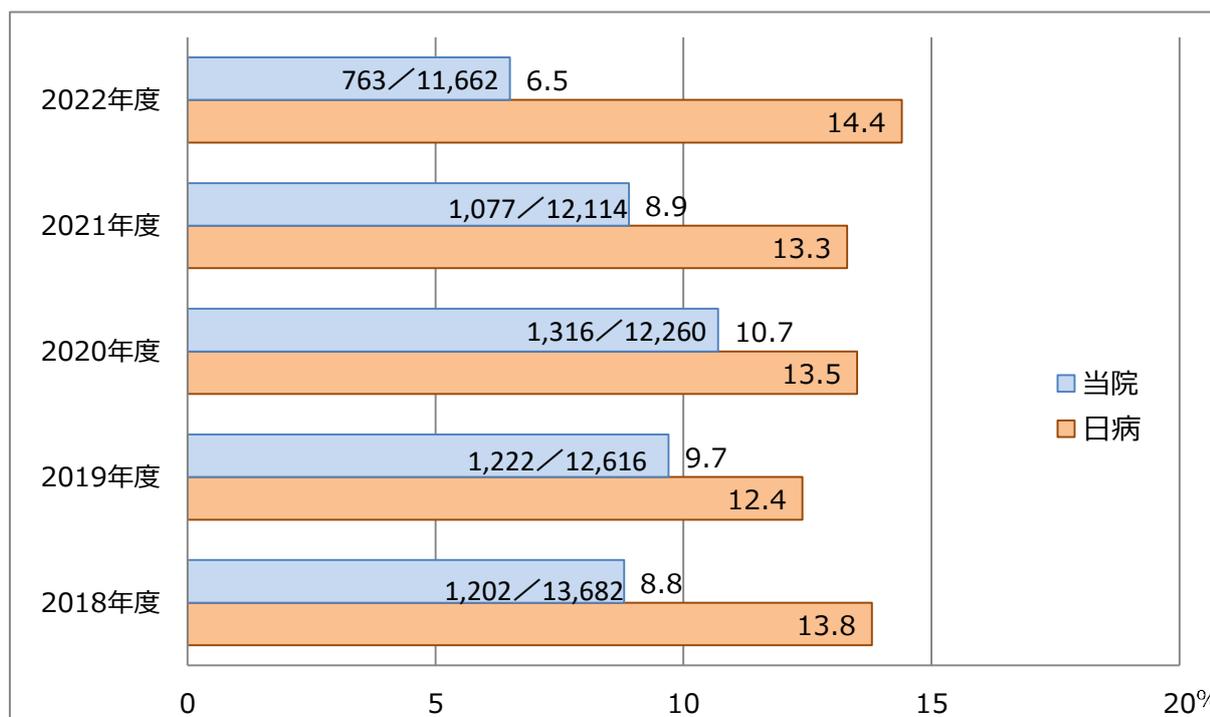
精神保健法では、身体的拘束は、制限の程度が強く、また、二次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないものとされている。施設や医療機関などで、患者を「治療の妨げになる行動がある」あるいは「事故の危険性がある」という理由で、安易にひもや抑制帯、ミトンなどの道具を使用して、患者をベッドや車椅子に縛ったりする身体拘束、身体抑制は慎むべきものである。

(日本病院会2022年度プロジェクト結果報告 100ページより)

より低い値が望ましい

分子：分母のうち（物理的）身体抑制を実施した延べ患者日数（device days）

分母：病床入院のべ患者日数（patient days）



2022年度に実施した対策・対応またはコメント

減少傾向にある。モーニングカンファランスを始め、行動制限の最小化に日々努めている。

34. 神経精神科 隔離率

神経精神科 病棟 行動制限最少化委員会

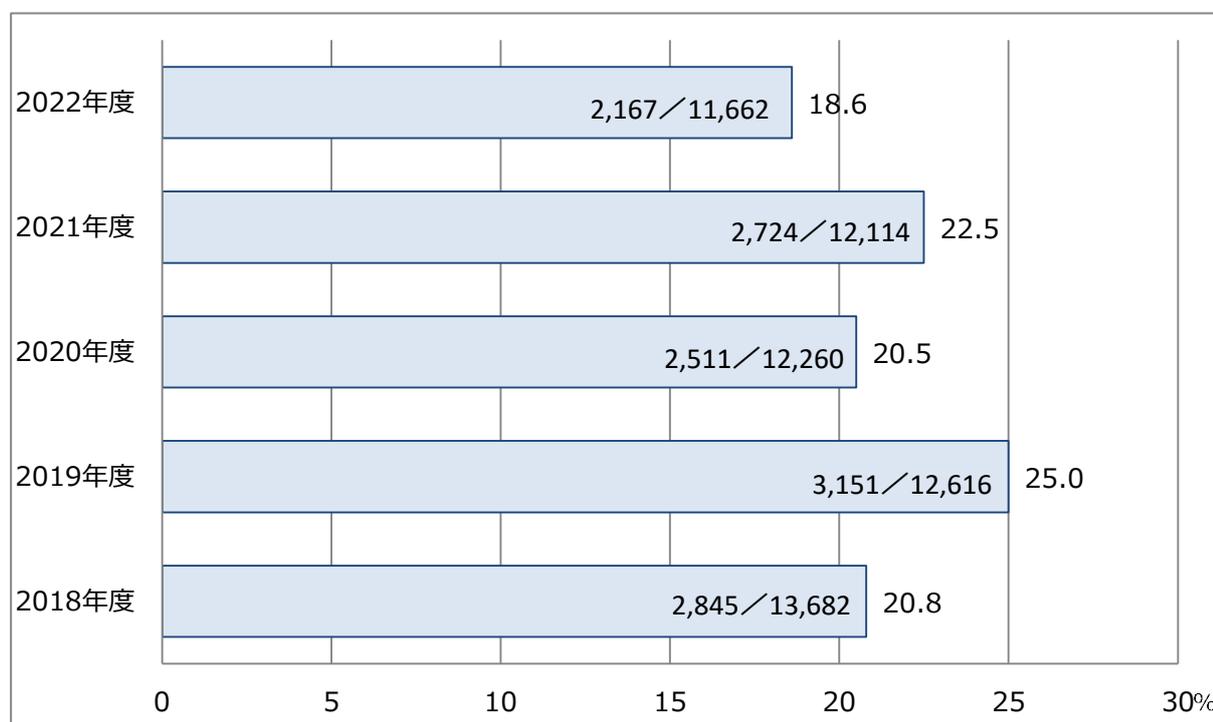
Structure **Process** Outcome

人権を尊重した入院サービスの指標

より低い値が望ましい

分子： 隔離を実施した入院延べ患者数

分母： 入院延べ患者数



2022年度に実施した対策・対応またはコメント

減少傾向にある。モーニングカンファランスを始め、行動制限の最小化に日々努めている。

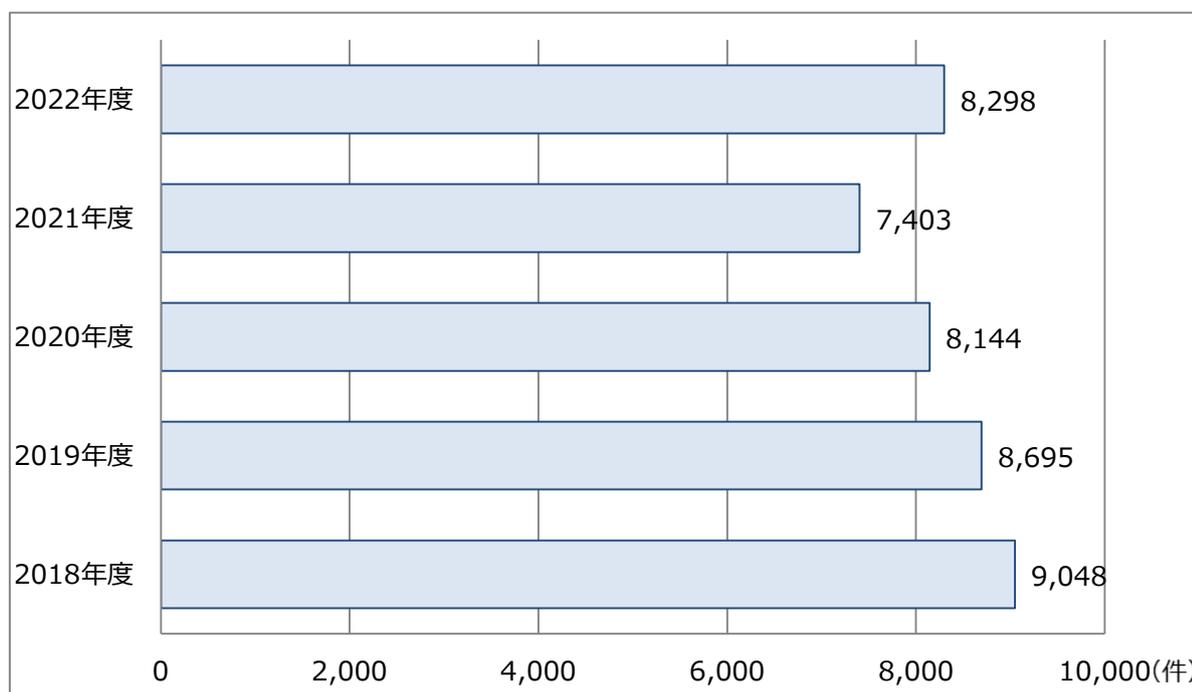
35. 神経精神科 精神科アウトリーチ件数

旭こころとくらしのケアセンター・コミュニティメンタルヘルsteam Structure **Process** Outcome

精神科地域生活支援の度合いを示している指標

より高い値が望ましい

神経精神科外来患者に対する訪問件数（退院前訪問を除く）



2022年度に実施した対策・対応またはコメント

看護スタッフのCOVID罹患や濃厚接触・長期の病欠などあり、訪問に支障を来したが、7月の中途採用者もあり、昨年度よりわずかに業績は向上した。

36. 神経精神科 クロザピン投与患者数

神経精神科

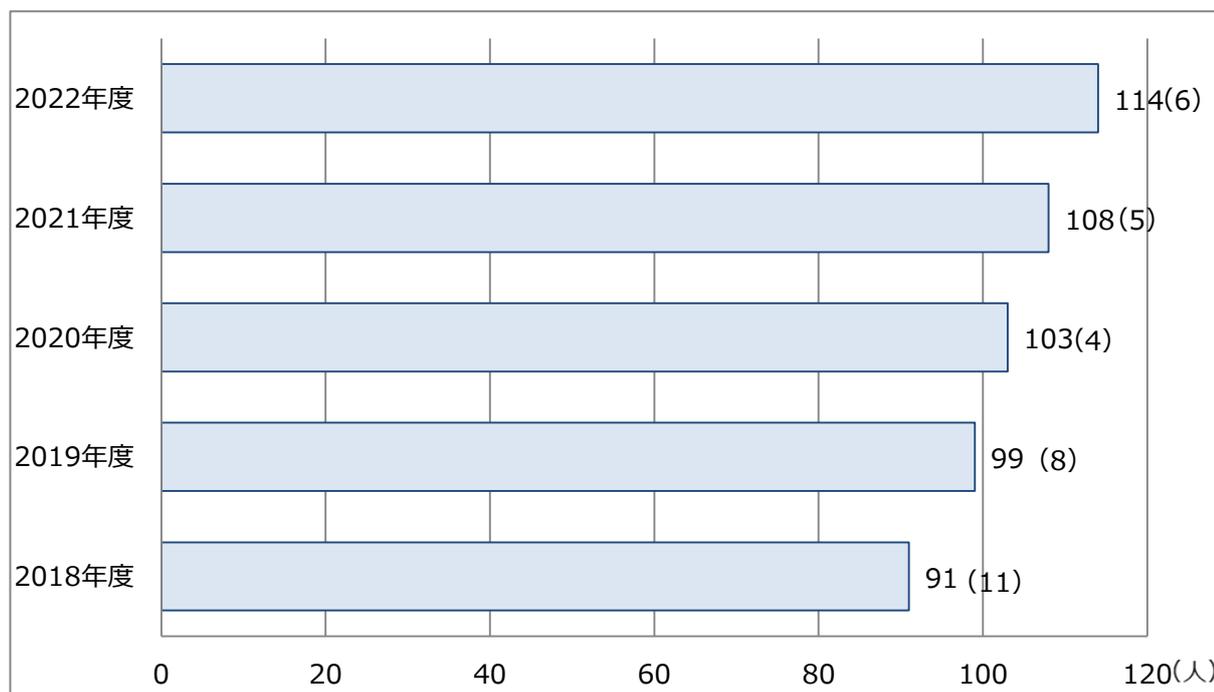
Structure **Process** Outcome

治療抵抗性統合失調症の治療についての指標

同種薬（非定形抗精神病薬）のなかでも「治療抵抗性統合失調症」に対して適応を持つ唯一の薬剤となる。本剤は治療抵抗性統合失調症に対して高い有効性を有する反面、無顆粒球症など重篤な副作用の報告があり、使用にあたってはeCPMS（クロザリル患者モニタリングセンター）へ医療機関、医師、コーディネーター、薬剤師の登録が必須となる。登録要件の医師は条件を満たした精神科医師の他、連携のとれる血液内科医師、糖尿病内科医師、循環器内科医師も必要であり、精神科単科病院では医療機関登録のハードルが高く、本剤を使用できる病院は主に当院のような総合病院など全国的にも少ないのが現状である。

クロザリルを導入した延べ人数

目指す値：年間5名以上導入（前年度との差が該当年度に導入した人数）



2022年度に実施した対策・対応またはコメント

2022年度他院からもクロザピン導入の患者さんが紹介されるようになっているが、CPMS登録医が4名であり、そろそろ増員が必要となってきている。

37. 神経精神科 デポ剤の使用患者数

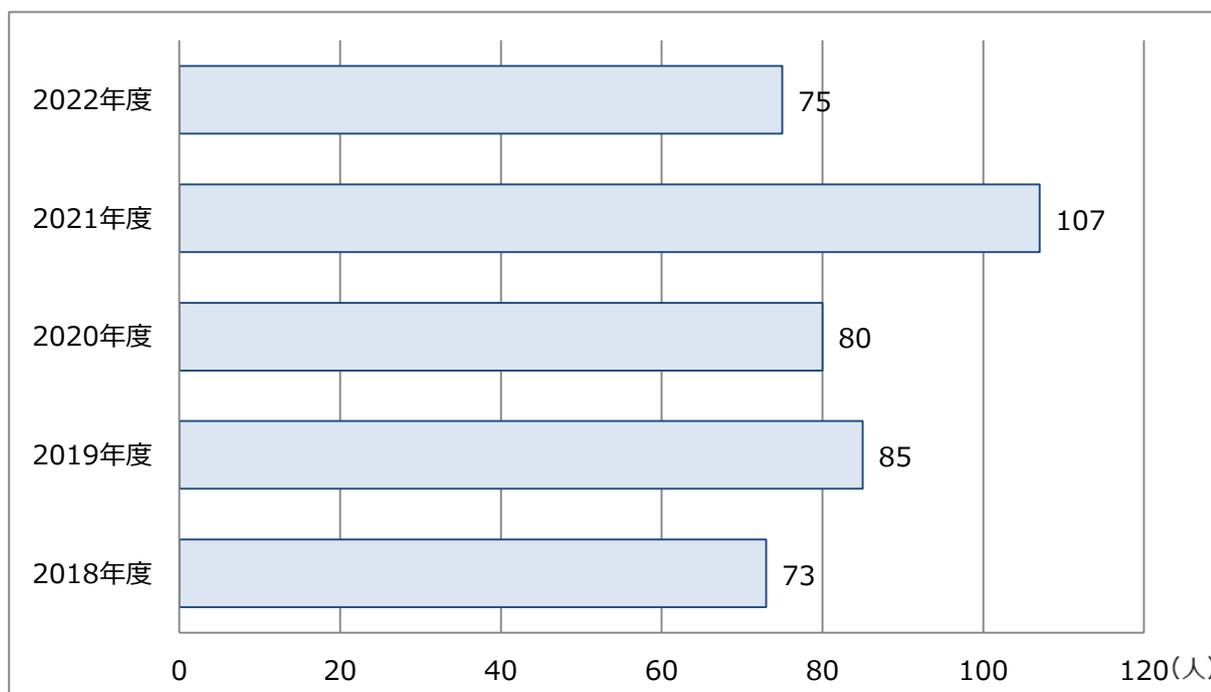
神経精神科外来

Structure **Process** Outcome

合理的な薬物療法の指標

実臨床に基づくデータからは、経口薬に比べたデポ剤の非常に強い入院予防効果が示されている。したがってアドヒアランスの低下により再発が問題となるケースでは、デポ剤の使用が望ましいとされている。統合失調症の患者さんの1/4が退院直後より内服が守られていなかったという報告もある。デポ剤の使用率を調べた調査では、2009年山梨県立北病院にて使用率14%と報告されており、諸外国と比較しても少ないことが指摘されている。

より高い値が望ましい。



2022年度に実施した対策・対応またはコメント

2021年度はデポ剤導入患者も増え100人台となったが2022年度は75人と減少も例年と同等の推移となっている中には転院やデポ剤中止の患者もあり、内服薬変更でクロザピン導入患者も徐々に増えていることも昨年度よりは減少傾向にあると考える。今後も内服継続困難者へのデポ剤の切り替えも医師と検討し導入促進をしていく。

38. 神経精神科 入院患者抗精神病薬CP換算量

神経精神科 薬剤局

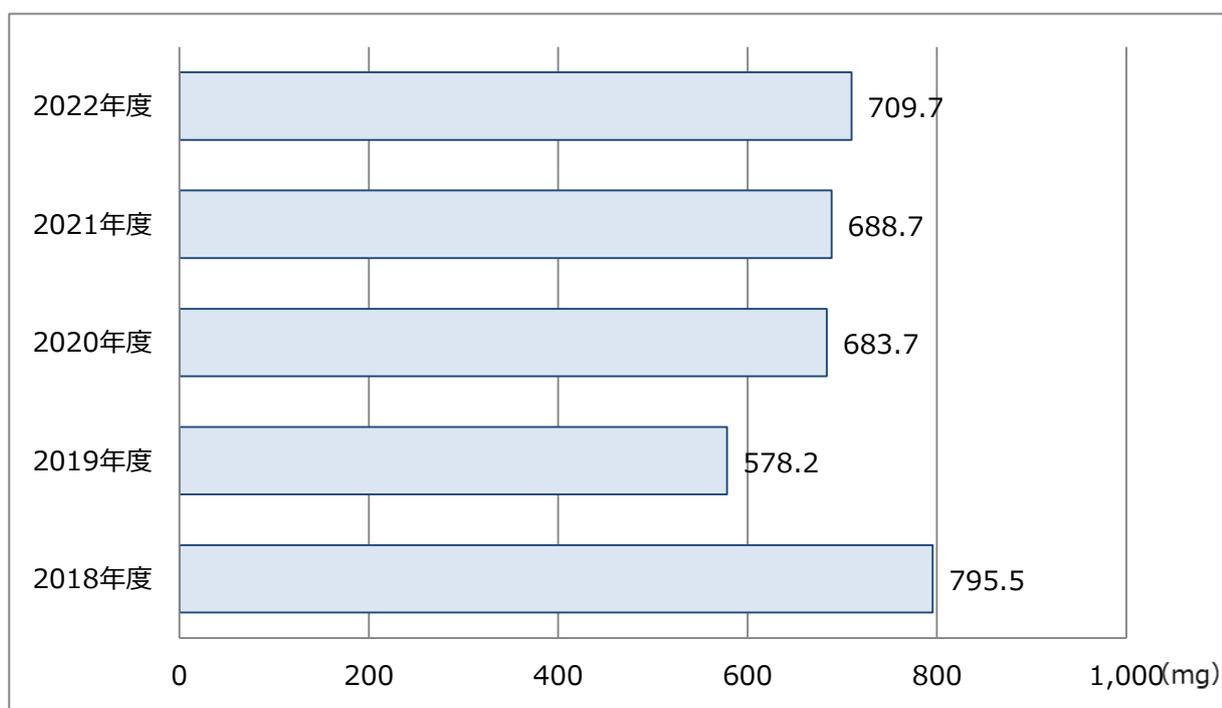
Structure **Process** Outcome

合理的な薬物療法の指標

CP（クロルプロマジン）換算量は抗精神病薬の投与量が適正かどうか、クロルプロマジンを基準におおよその目安を知るためのものになる。一般的にCP換算量が300～600mg程度が適正な量とされている。1,000mg以上となると大量投与となっている可能性がある。単位は「mg」で平均量を算出している。

PCP研究会による全国処方調査

適正值に近づける。



2022年度に実施した対策・対応またはコメント

ほぼ横ばいである。適宜カンファレンスや部長回診で相談している。

39. 神経精神科 入院患者抗精神病薬単剤化率

神経精神科 薬剤局

Structure **Process** Outcome

合理的な薬物療法の指標

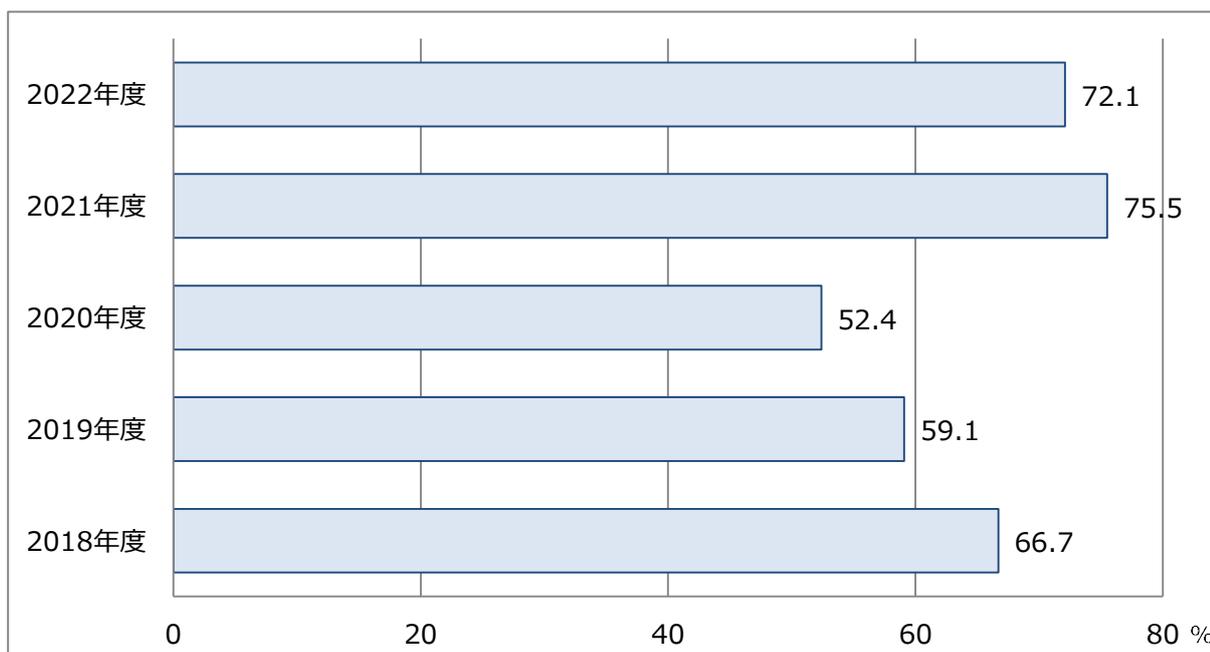
本邦では、諸外国と比較して多剤大量併用療法が多く問題視されている。多剤併用は有害事象が増加する、効果副作用判定を困難にするなど問題点が挙げられている。近年、診療報酬上も3剤以上の抗精神病薬の処方に減算を行う改訂がなされている。また、抗精神病薬を3剤以上併用することの有用性を評価した報告は皆無に等しく、併用療法を行う場合でも2剤までが許容と考えられている。

分子：抗精神病薬剤数が1剤の患者数

分母：統合失調症の入院患者数

PCP研究会による全国処方調査

適正薬剤数に近づける。



2022年度に実施した対策・対応またはコメント

毎月1回、統合失調症患者の単剤化率を算出し、多剤投与となっている患者の評価を実施。適宜カンファレンスなどで相談する。

地方独立行政法人 総合病院国保旭中央病院

QI Review 2022 Vol.3

2023年12月 発行

編集：TQMセンター