

地方独立行政法人 総合病院国保旭中央病院

# QI Review 2021

Vol.2



地方独立行政法人

総合病院 国保旭中央病院

# QI Review 2021

## 巻頭言

今年度も昨年度に引き続き QI Review を発行致します。

この QI Review は、当院と同規模程度の病院と過去数年間の QI（医療の質指標）の推移をベンチマークすることにより、比較分析することができます。また、QI関連部署からは PDCAサイクルを回すため実施した内容や、コメントも添えられており、医療の質を向上させるためのプランや対策をわかりやすくまとめています。

2021年度は新たに歯科口腔外科から口腔ケアに関する3指標（新患者数、延べ件数、口腔ケアに関する診療報酬請求点数）を加え、患者満足度調査（入院）一般については、患者満足度向上に向けた一部の病棟のPDCAサイクル実施状況やコメントを追加掲載致しました。

QI Review の各指標は、自部署の状況が他の医療機関と比較して上回っているか、改善の余地があるか確認できる貴重な機会となります。一度自部署に係わる指標について比較し改善の余地がある場合にはPDCAサイクルの実施状況やコメントを参考に目標を立て取り組んでみてはいかがでしょうか。各部署の改善の積み重ねが当院全体の医療の質の向上につながります、ぜひ当冊子を各部署の活動に役立ててください。

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(2021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 一般	医療連携福祉相談室	3
4	逆紹介率 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	10
9	30日間以内の予定外再入院率	医事課(DPC)	13
10	患者満足度調査(入院)一般	TQMセンター	14
11	外来待ち時間【予約】【予約外】【会計】	TQMセンター	19
12	褥瘡発生率	スキンケア相談室	21
13	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	23
14	口腔ケアの新患数(人)	歯科・歯科口腔外科	28
15	口腔ケアの延べ件数(件)	歯科・歯科口腔外科	29
16	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	30
17	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	31
18	外来化学療法指導件数	薬剤局	32
19	後発医薬品の使用割合	薬剤局	33
20	緩和ケアチーム依頼件数【病棟】【外来】	緩和ケアチーム	34
21	緩和ケアチーム依頼科	緩和ケアチーム	35
22	心肺運動負荷試験新規実施件数	診療技術局 リハビリテーション科	36
23	心臓リハ学会レジストリー登録件数	診療技術局 リハビリテーション科	37
24	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	38
25	下痢改善件数(NST委員会)	NST委員会	39
26	褥瘡介入件数(NST委員会)	NST委員会	40
27	NST専門療法士人数	NST委員会	41
28	NST専門療法士 研修受講者	NST委員会	41
29	神経精神科 平均在院日数	神経精神科病棟	42
30	神経精神科 地域平均生活日数	診療情報管理室	43
31	神経精神科 紹介率	神経精神科事務室	44
32	神経精神科 逆紹介率	神経精神科事務室	45
33	神経精神科 自発入院患者割合	神経精神科事務室	46
34	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	47
35	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	48
36	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	49
37	神経精神科 クロザピン投与患者数	神経精神科	50
38	神経精神科 デポ剤の使用患者数	神経精神科外来	51
39	神経精神科 入院患者抗精神病薬CP換算量	薬剤局	52
40	神経精神科 入院患者抗精神病薬単剤化率	薬剤局	53

# 1. 救急車・ホットラインの応需率

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。

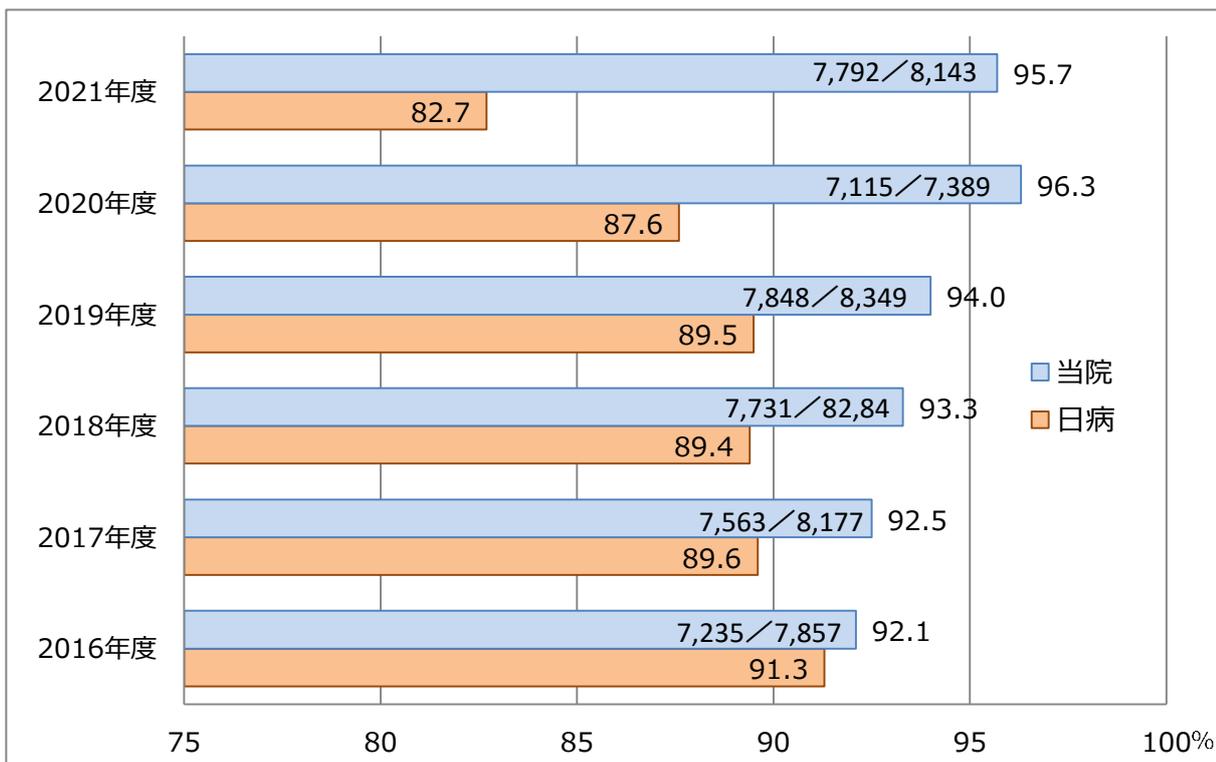
(日本病院会2021年度QIプロジェクト結果報告 37ページより)

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： 救急車来院患者数

分母： 救急車受け入れ要請人数



## Plan

応需率90%以上

## Do

- ① スタッフ間での方針の共有
- ② 不応需事案の記録

## Action

- ① 不応需件数、理由の確認 (1回/月)
- ② 応需率の掲示

## Check

応需率をモニタリング

2021年度に実施した対策・対応またはコメント

過去の実績から目標を93%とした。

## 2. 地域分娩貢献率

### 5階東病棟

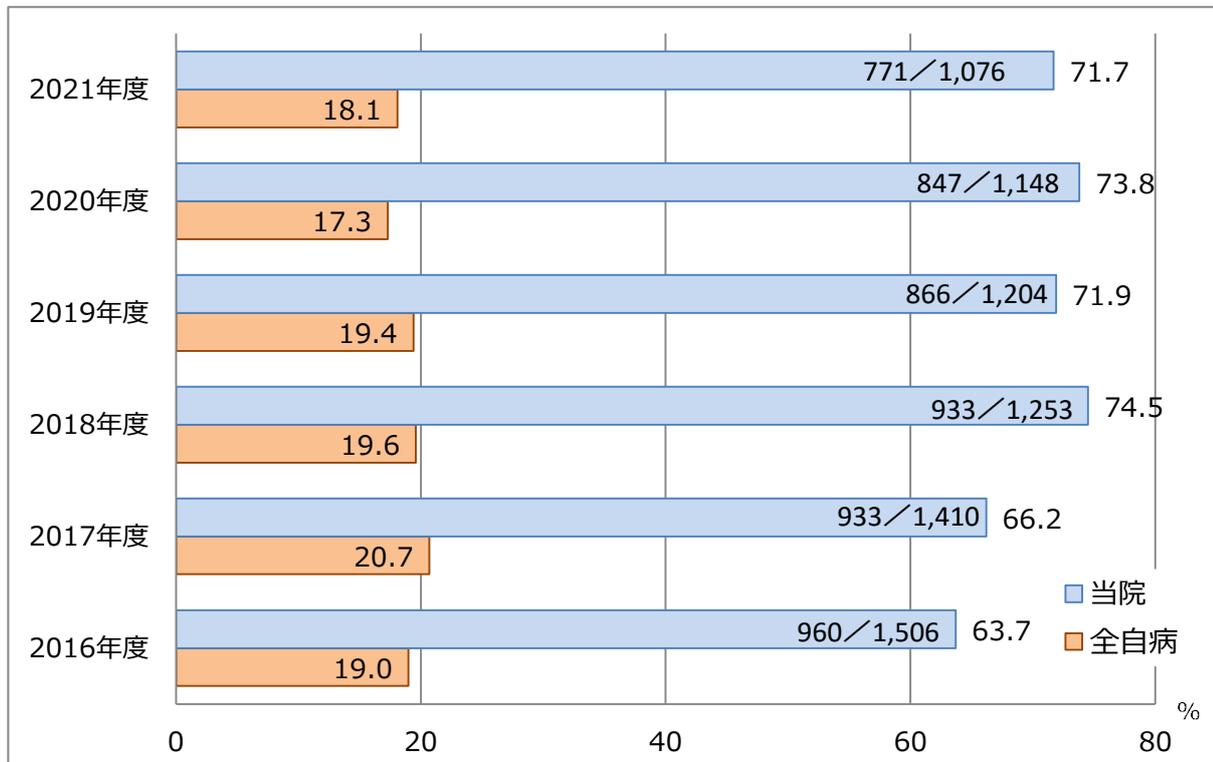
Structure Process **Outcome**

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 病棟：昨年作成した「育児・新生児のケア関連」「乳房ケア関連」「骨盤ケア・DVTの予防」などのDVDを活用する  
外来：昨年作成したDVDを初期指導時に視聴してもらう
- ② YouTubeの配信とZOOMの母親学級で妊娠、分娩に向けた教育を行う

## Do

- ① 病棟：入院時オリエンテーションで情報提供し、妊産褥婦が病室で繰り返し視聴できる  
外来：助産師の初期指導前の待ち時間に視聴
- ② YouTube：初期指導時にQRコードを配布  
ZOOMMC：中期の助産外来で予約

## Action

- ① 現行のまま継続する
- ② YouTube：産後編を取り入れた内容に改訂  
ZOOM：アンケート結果の内容を受け開催回数や人数など運営方法を改訂

## Check

- ① 病棟：病室での視聴は増えている  
外来：初期指導の時間の短縮が図れている
- ② YouTube：全妊婦にQRコードを配布、視聴は個人に任せている  
ZOOM：産前教室班が参加率・感想を集計している

### 2021年度に実施した対策・対応またはコメント

- ① DVDを活用し保健指導の充実を図る。
- ② YouTubeの配信とZOOMの母親学級で妊娠、分娩に向けた教育の充実を図る。

## 3. 紹介率 一般

### 医療連携福祉相談室

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。これを地域全体として行うことで、地域の医療連携を強化し、切れ目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。

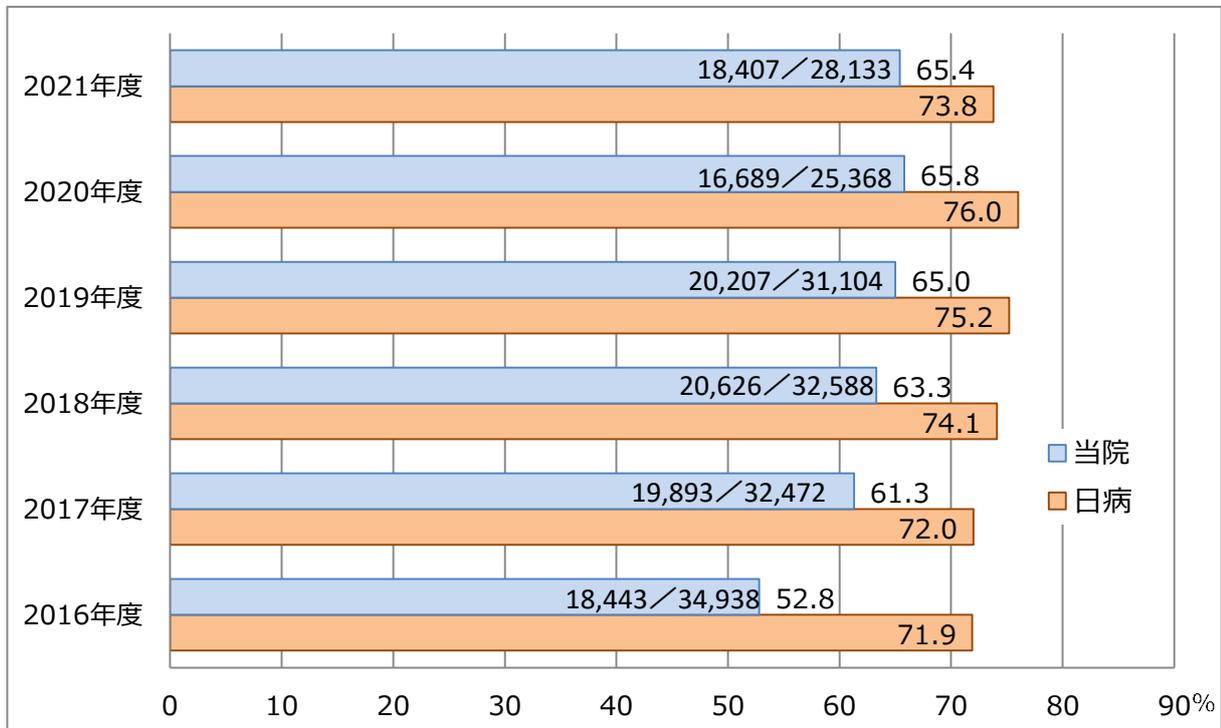
(日本病院会2021年度QIプロジェクト結果報告 31ページより)

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

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)



### 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、専門治療・最新治療対象患者の集患を実施していく

### 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、紹介してほしい疾患やお知らせがある場合は、適宜医療連携福祉相談室で情報発信や訪問活動を行う

### 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

### 2021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と「診療受入態勢表」を登録医療機関等に発送している。  
2019年度まで「地域医療者（医師）懇談会」の事務局として年2回地域の医療機関や先生方との交流を深める会を開催していたが、コロナ禍により2021年度は開催できなかった。このような状況の中でも、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、医療機関との窓口対応を行っている。

## 4. 逆紹介率 一般

医療連携福祉相談室

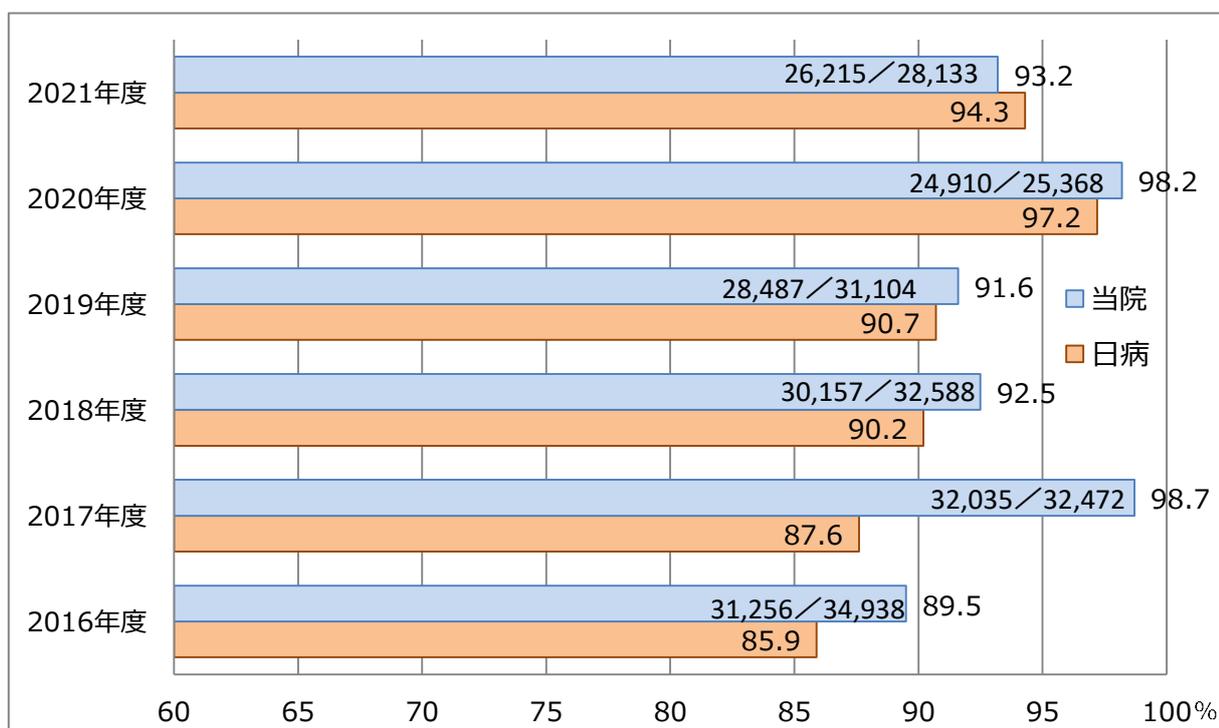
Structure **Process** Outcome

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

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)



### 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

### 2021年度に実施した対策・対応またはコメント

他医療機関の情報収集に努めながら紹介患者センターで「かかりつけ医」相談や案内を行っている。また受診予約が必要な大学病院などについては、予約代行等も実施して受診支援を行っている。各診療科からの逆紹介については、診療情報提供書の医療機関や患者への発送も担当している。

## 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

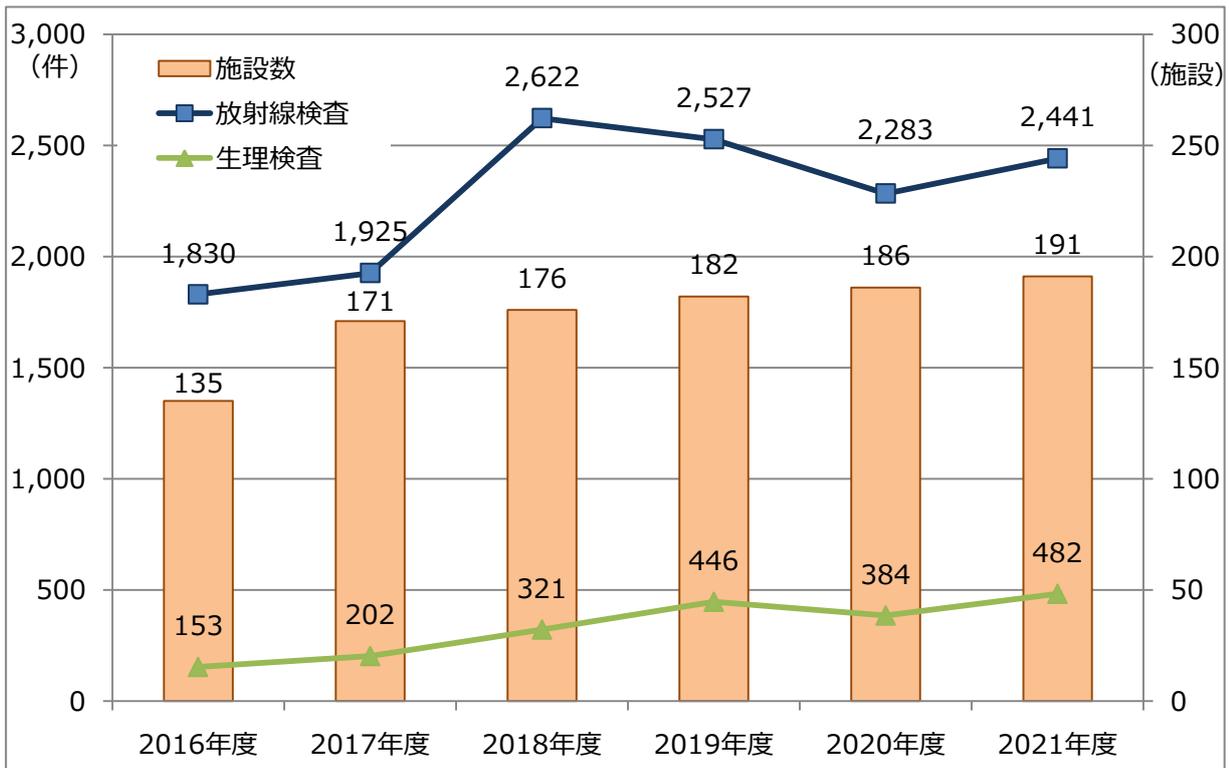
地域連携業務が成されているかの指標。

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

利用施設数を増やし、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にサービスの更なる向上を図る

### 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・会計までスムーズに案内をしている。

また、利用施設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。

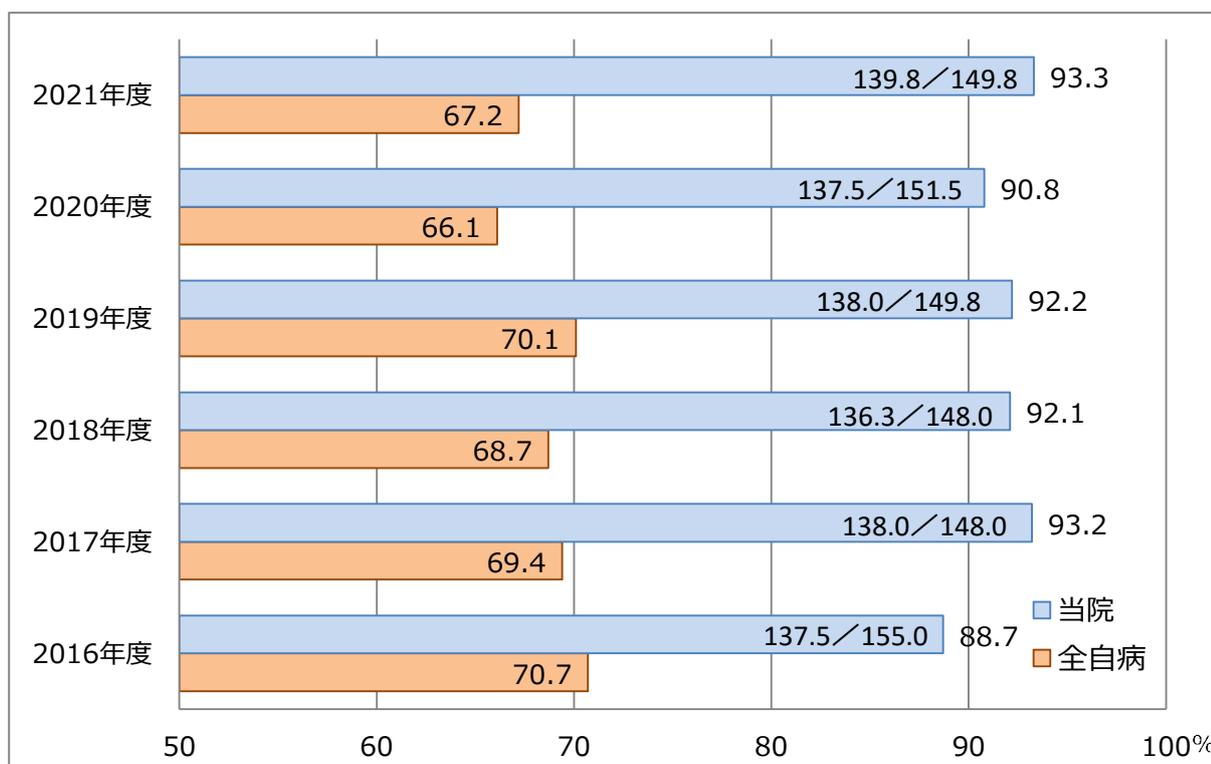
（全国自治体病院協議会 医療の質の評価・公表等推進事業 公表用データ（2021年4月25日） 36ページより  
公表されている年度データは、4半期のデータを合算のため、掲載にあたり4で除算した）

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を図る

## Do

新型コロナウイルス感染症の影響はあるが、引き続き顔の見える連携を実施していく

## 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

### 2021年度に実施した対策・対応またはコメント

元々当地域の基幹病院として高いサポート率で推移しており、今後もこれが継続するよう「顔の見える連携」に取り組んでいる。

## 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。

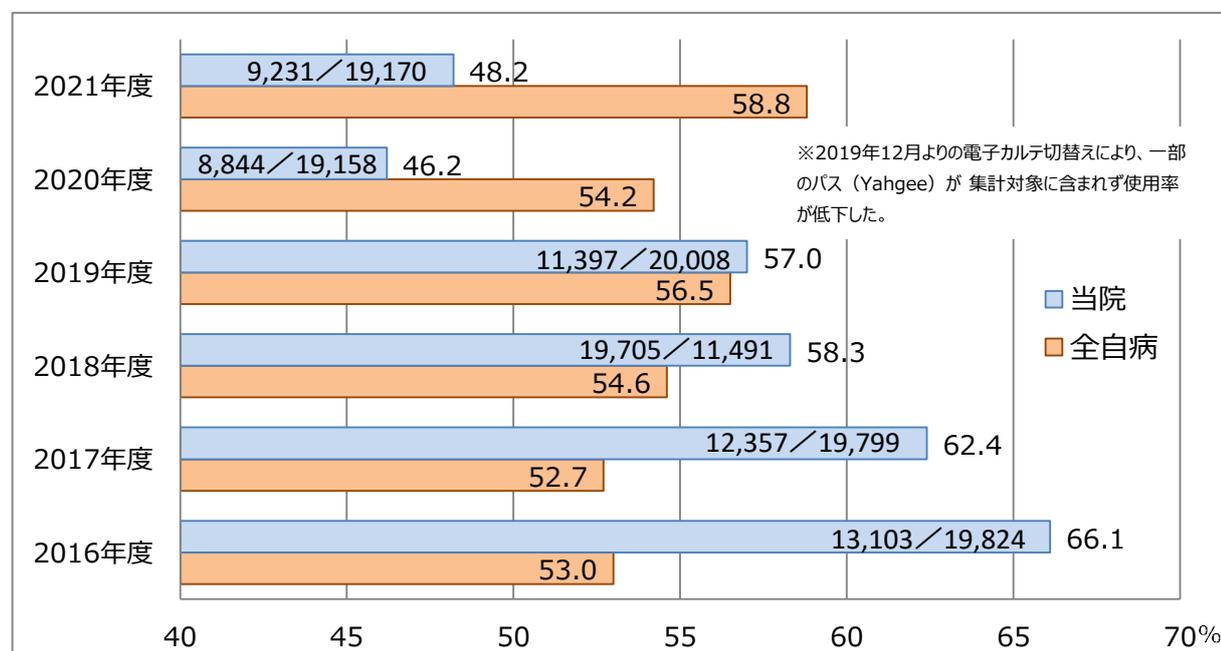
より高い値を目指している。

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



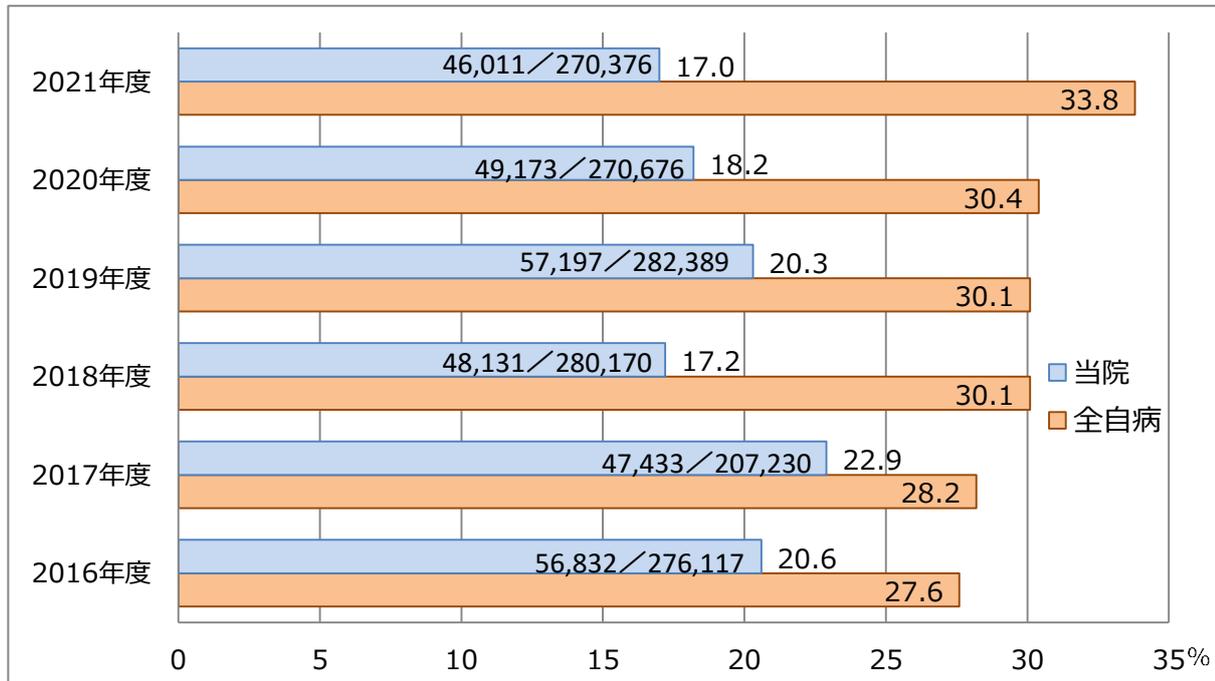
**2021年度に実施した対策・対応またはコメント**

疾患別治療別パス使用率は昨年度より上昇が見られているが、全自病（600床以上）データと比較すると4.6%低い。退院支援パスを含むと大幅に上昇し、全病棟で運用されていることがわかる。各科のパス内容の見直しを図り、パス自体の継続使用を推進した。

**【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



**2021年度に実施した対策・対応またはコメント**

COVID感染症対応で手術や病床制限があり、緊急入院割合が高くなっている。2次医療圏内の病院・施設でのCOVID感染状況からも、転院受入制限もかかり、在院日数が増加した。これらが影響し、入院期間内のパス使用率が低下している。

## Plan

- ・データ集計対象パス要件の見直し
- ・各科管理のパス内容の見直し
- ・地域連携パスの作成および運用拡大

## Do

- ・各部署で管理しているパス内容（OAT；Outcome-Task-Assessment）の整合性を確認し、必要に応じ改訂
- ・院内推奨不眠時薬への変更
- ・大腿骨地域連携パスの見直し（他院との連絡会議開催）

## Action

- ・5年以上改訂のないパスの精査をし、未使用のパスに関しては改訂を進め使用するか、パスの運用を停止するか判断していく
- ・予定入院以外でも適応できる緊急入院に対応したパスの検討を図る
- ・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

## Check

- ・OATユニットを見直したことにより、整合性の確認が取れ、パス内容が充実した。また、パス内の不眠時薬を全て院内推奨薬変更し、標準化および経営にも貢献できている
- ・地域連携パス連携病院との連絡会議を実施し改訂に繋がっている

---

## 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

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。一般に医師からの報告が少ないことが知られており、この値が高いことは医師の医療安全意識が高い組織の可能性もある。

（日本病院会2021年度QIプロジェクト結果報告 88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。適性な件数は、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）

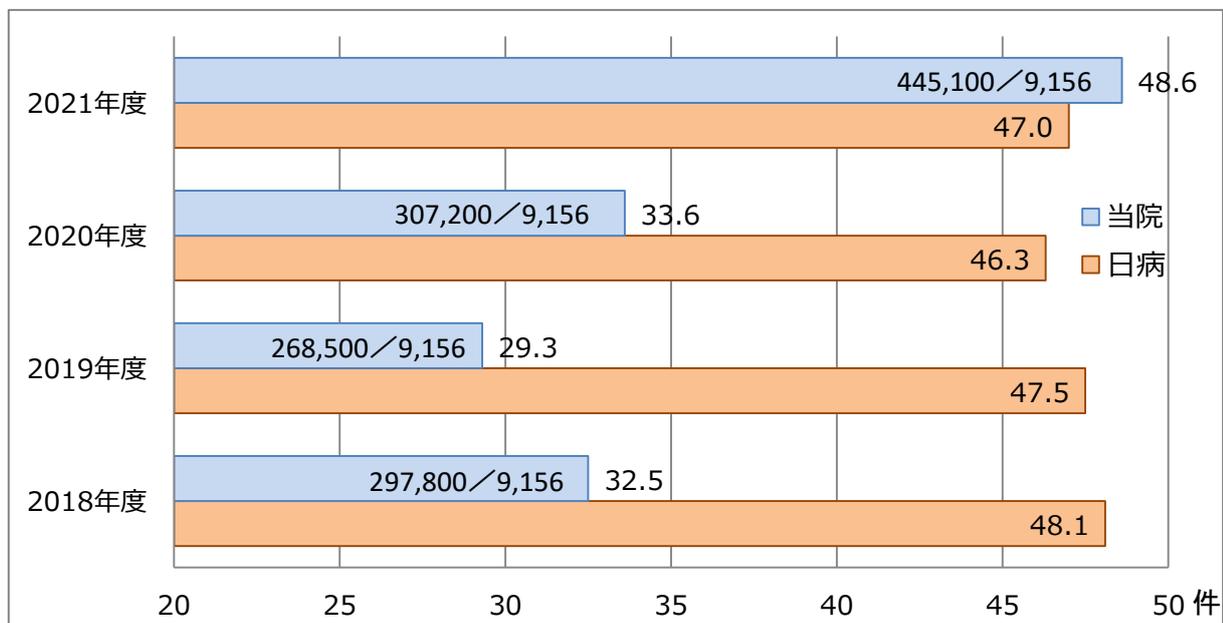
目標：2022年度までに300件／月、年間3,600件

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・強化】

- ① 安全研修会での動向の報告・周知
- ② 報告から対策・改善事例の共有（新入職者研修、安全通信、部会での事例共有）
- ③ Good Job! 制度の導入（レポート内のコメントでの承認、部署だけでなく関連部署でのレポート共有、ポイント制度と年度末の表彰による称賛）
- ④ ポジティブインシデントの理解の強化：リスクマネジメント講演会「ポジティブ医療安全のすすめ」

## Do

- ① 医療安全研修会・セーフティマネージャー全体会議・新入職者オリエンテーション・安全通信でインシデントレポートの報告状況や意義の説明を行った。
- ② ポジティブインシデントの内容を安全通信・新入職者オリエンテーション・師長会で共有を行った。Good Job! 表彰状況を事例とともに掲示した。
- ③ ポジティブインシデントを多く報告してくれた個人・部署へ表彰を行った
- ④ 全職員対象に「ポジティブ医療安全のすすめ」の講演会を開催した。DVD、-ラーニングシステムを活用して会場参加できなかったスタッフも視聴することで講演を聴講できるようにして、医療安全をポジティブな視点で捉える教育を行った



## 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

2021年度発生件数は4,451件で理想値よりも16.7%上回り、前年度よりも44.9%の報告数の増加が得られた

発生件数は、レベル0、レベル1の増加が中心であった。また、発生件数と報告件数の解離（同一事例で複数名からのレポート提出）が進んでいることから、発生した事象を活用していこう・改善していこうという意識が現場で高まりつつある

・ Good job! 事例の表彰：6事例（看護師2名、リハビリ技師1名、循環器科・病棟チーム、歯口科・病棟チーム、アンギオチーム）

・ ポジティブインシデント報告件数の表彰：5部署（病棟3部署、透析センター、リハビリ技術局）、個人6名（看護師5名、リハビリ技師1名）

講演会は、アンケート結果からも医療安全の新たな側面として好意的に受け取られ情意面での教育効果が図れた

## 2021年度に実施した対策・対応またはコメント

### 2021年度の対策【ポジティブインシデント報告の継続・強化】

1. 安全研修会で、①報告することの意義、②報告件数の動向、③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行った。

2. インシデントレポートシステムを通じての、報告へのポジティブフィードバックの記載を行った。

3. Good Job! 制度の導入を行った（レポートからのGood Job! の抽出、Good Job! のコメント記載、Good Job! のポイント制と称賛、研修や安全通信による事例の共有、年度末の表彰）

### 【コメント】

理想数（病床数×5） 763床×5=3,815件

病院中期計画目標 3,500件（病院全体での目標値）

2021年度発生件数 4,451件

理想値よりも 16.7% 上回り、前年度よりも44.9%の報告数の増加が得られた。

発生件数は、レベル0、レベル1の増加が中心である、また発生件数と報告件数の解離（同一事例で複数名からのレポート提出）が進んでいることから、発生した事象を活用していこう・改善していこうという意識が現場で高まりつつあることがわかる。今後は組織変革プロセスの変革から再凍結のフェーズに入ると想定しプランニングしていく。

## 9. 30日以内の予定外再入院率

### 医事課（DPC）

Structure Process **Outcome**

患者の中には、退院後に予定外の再入院をすることがある。その要因は一概には言えないが、例えば入院時の治療が不十分であった、早期退院を強いた、予想外に症状の悪化が進んだ、前回の入院とは関連のない傷病・事故などが考えられる。避けられる要因、避けられない要因ともに様々考えられるが、本指標ではそれらを総じて、概況する。

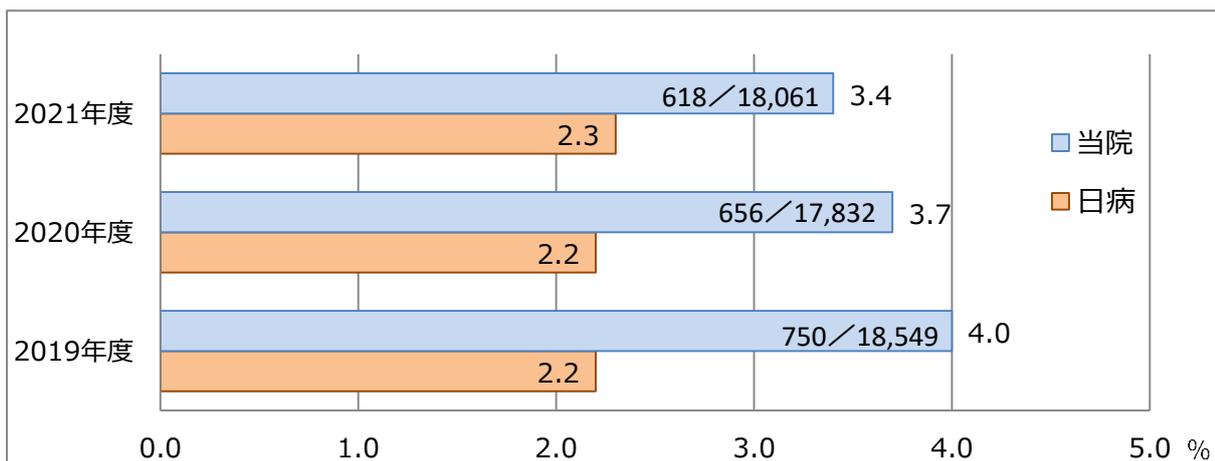
（日本病院会2021年度QIプロジェクト結果報告 49ページより）

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： 前回の退院日が30日以内の救急医療入院患者数

分母： 退院患者数



## 10. 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。

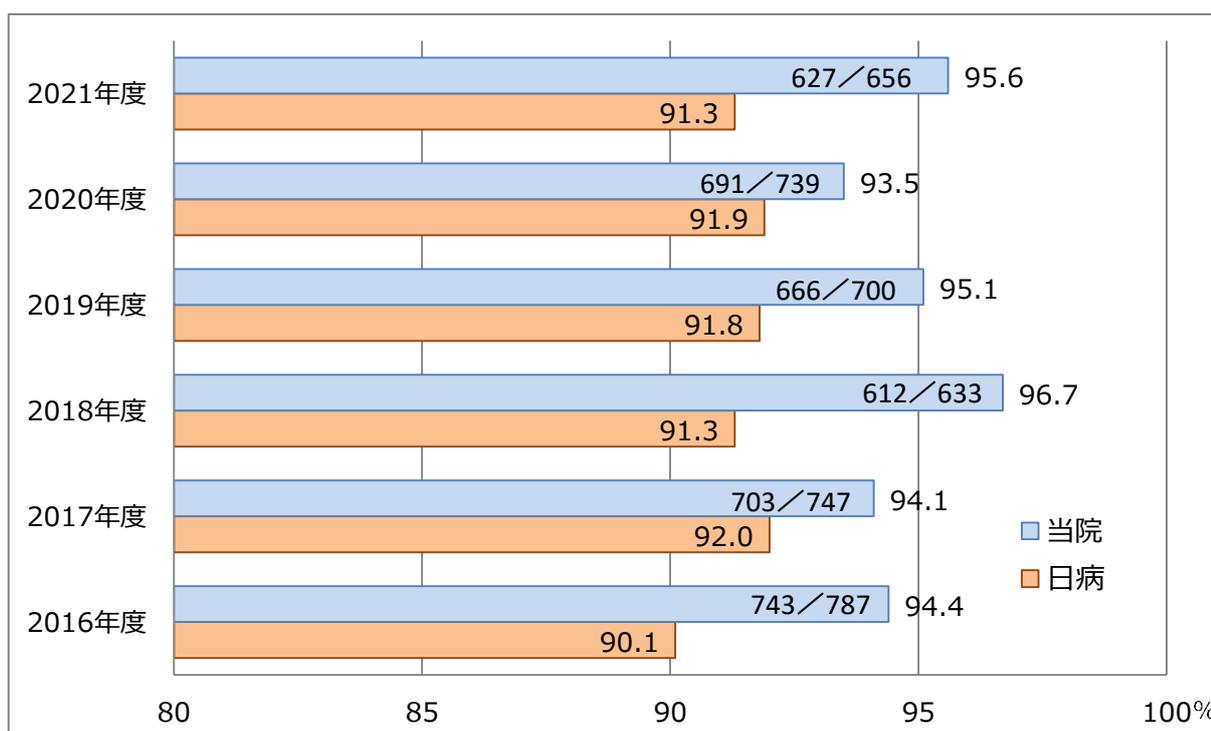
「この病院について総合的にはどう思われますか？」の設問で「満足、やや満足、どちらともいえない、やや不満、不満」の5段階評価で調査した結果を集計した。

ベンチマーク：日本病院会QIプロジェクト 一般500床以上

より高い値が望ましい。

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

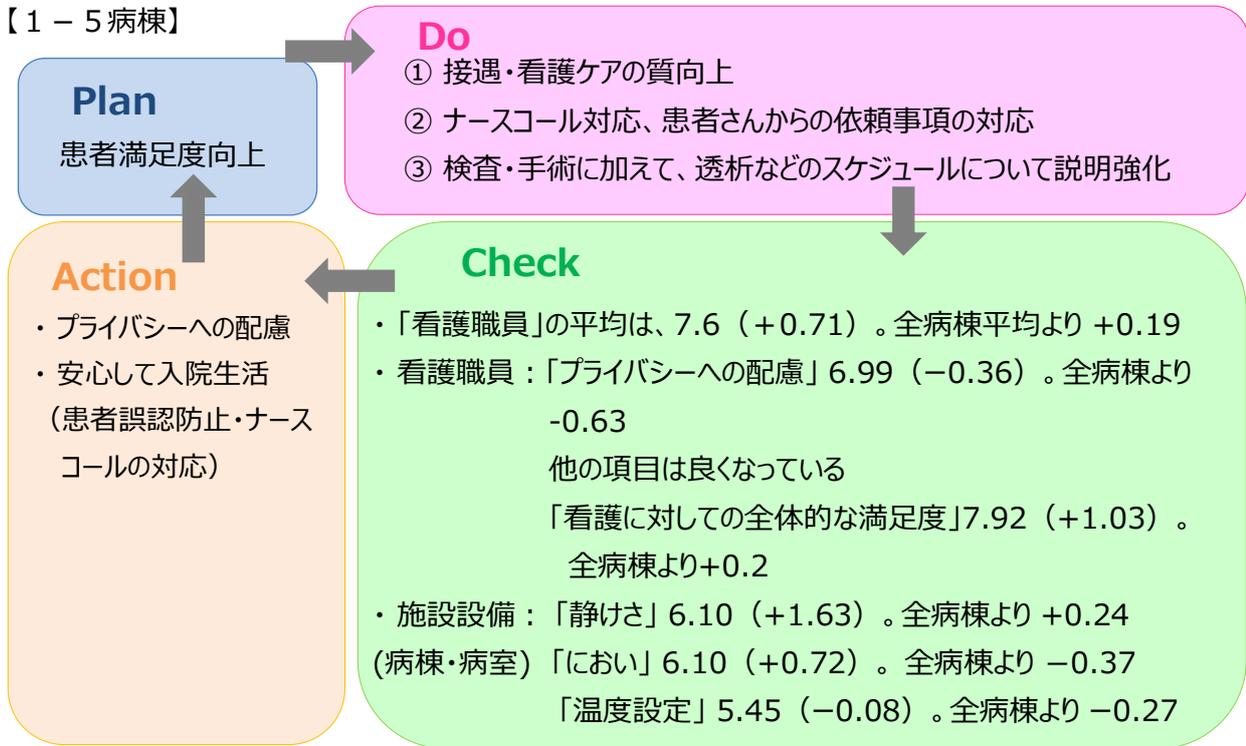
分母：患者満足度調査に回答した入院患者数



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。

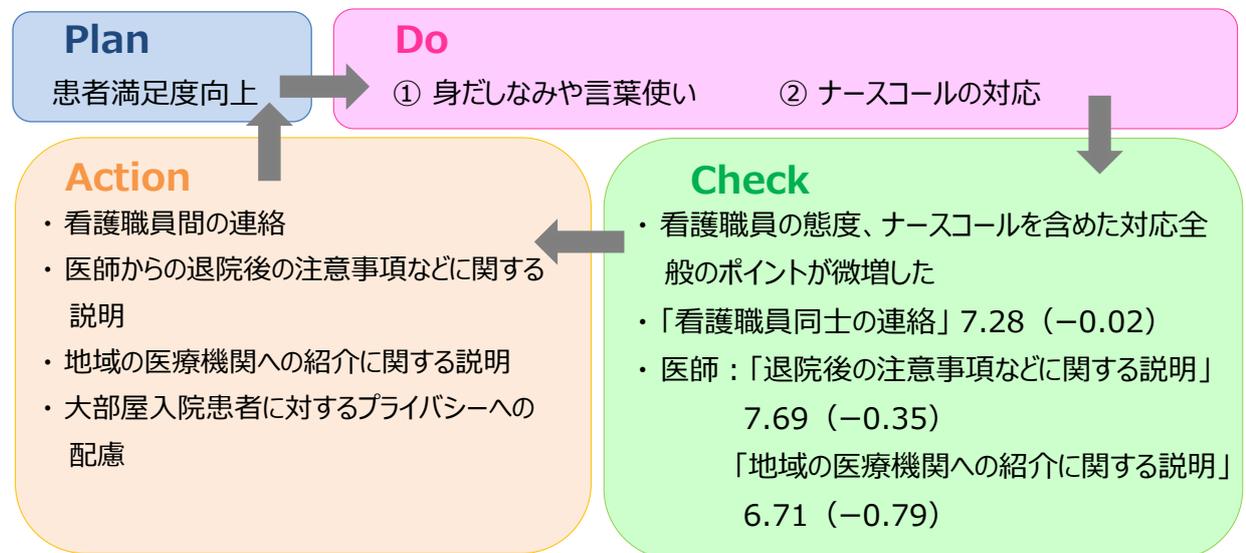
【1 - 5 病棟】



2021年度に実施した対策・対応またはコメント

- ① 患者・家族の希望や意向を確認しカンファレンスで優先順位を考慮した上で情報共有と対応を検討する。療養環境チェックを実施し、安全・安楽な入院環境を提供する。病室トイレに消臭スプレーの設置 騒音対策 (大部屋はイヤホンの使用を徹底する)。プライバシーカードの活用、スクリーンカーテンは余裕があるものを設置する。
- ② 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)。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。
- ③ 入院診療計画の治療方針や退院目処を共有し、入退院時のオリエンテーション時に情報提供を行う。退院処方待ち時間の短縮、薬の用法確認業務のスピーディー化。

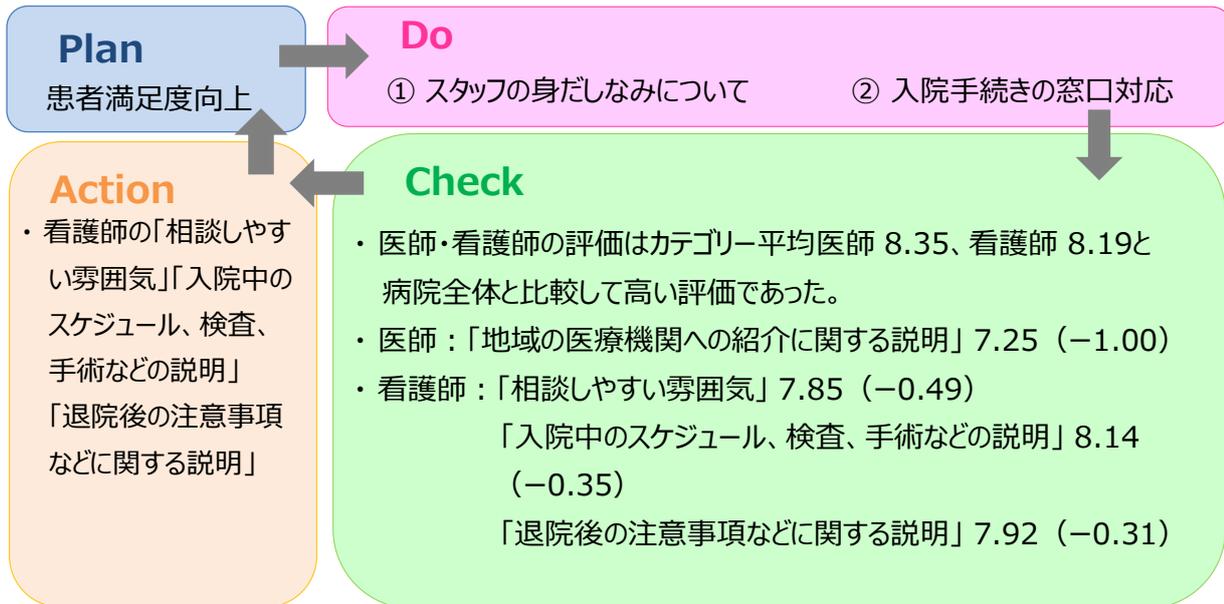
【5 階東病棟】



2021年度に実施した対策・対応またはコメント

- ① コロナ禍で面会制限が続く中、患者の寂しさや不安に配慮した態度や言葉遣い・分娩時はできるだけ側に付きそい、バースプランに沿うようにケアすることを心がけたことで、評価向上につながった。
- ② ナースコールで依頼されたことに対し、迅速に対応するよう心がけた。すぐに対応できないときは、チームワークを活かしメンバー間で協力しながら対応できた。これにより、0.97ポイントの上昇につながった。

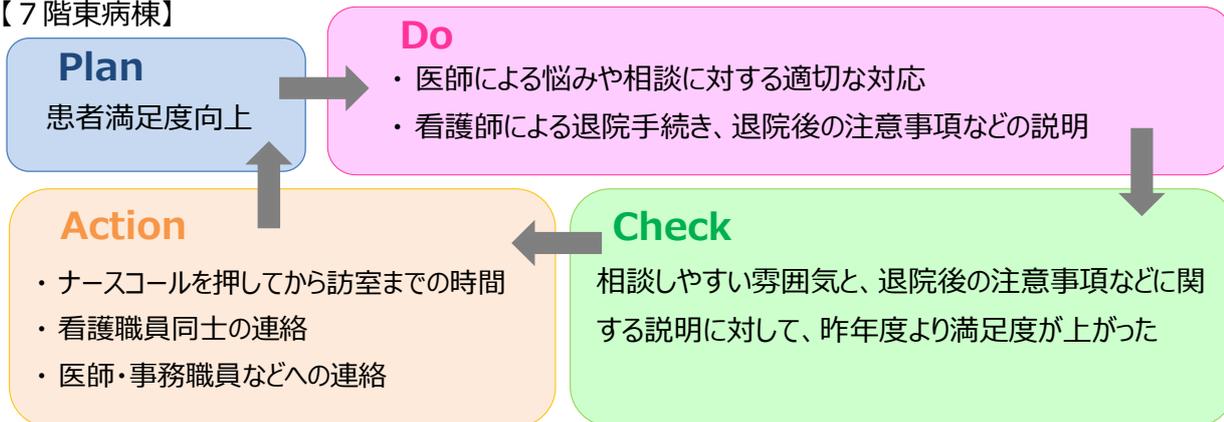
### 【5階西病棟】



#### 2021年度に実施した対策・対応またはコメント

- ①身だしなみマニュアルに基づき気になるところをお互いに注意しあっていた。定期的に身だしなみチェック（業務委員）を実施。病棟看護師の「言葉づかい、態度、身だしなみ」 8.83 (+0.19)。
- ②1人で対応できないときは他のスタッフが協力しながら患者対応していくようにした。

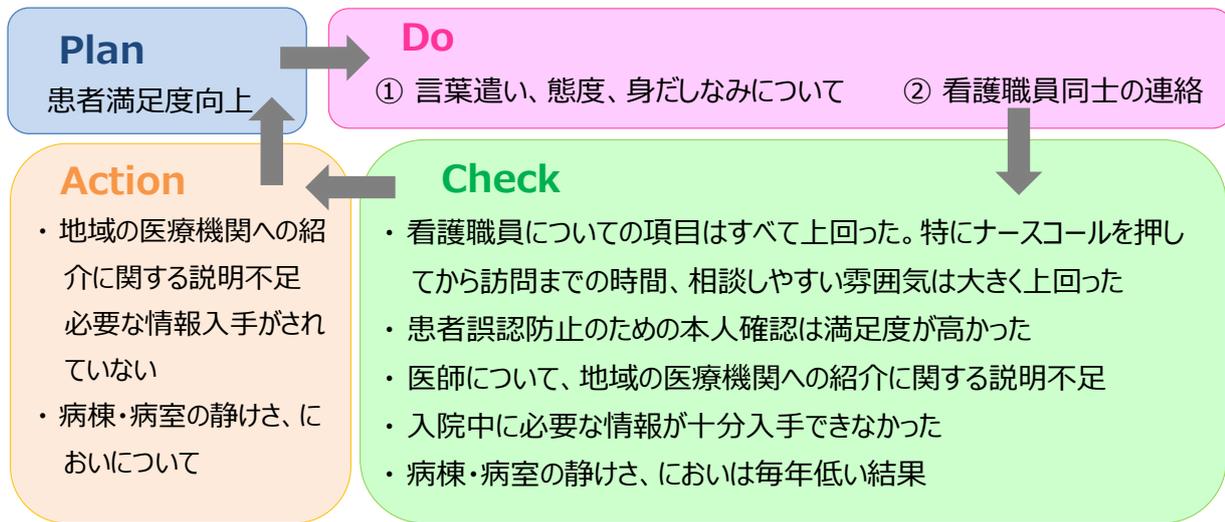
### 【7階東病棟】



#### 2021年度に実施した対策・対応またはコメント

- ・R3年1月より退院時の手続きについて受け持ち NS、日々担当 NS が責任を持ち家族患者さんへ説明し、協力を得ている。退院前日、当日担当 NS はチェックリストで最終確認もれの防止を実践している。
- ・退院後の注意事項について、医師に確認し説明している。新しい退院指導のパンフレットは年度内に完成予定。創傷管理について外来と連携し、情報を共有している。

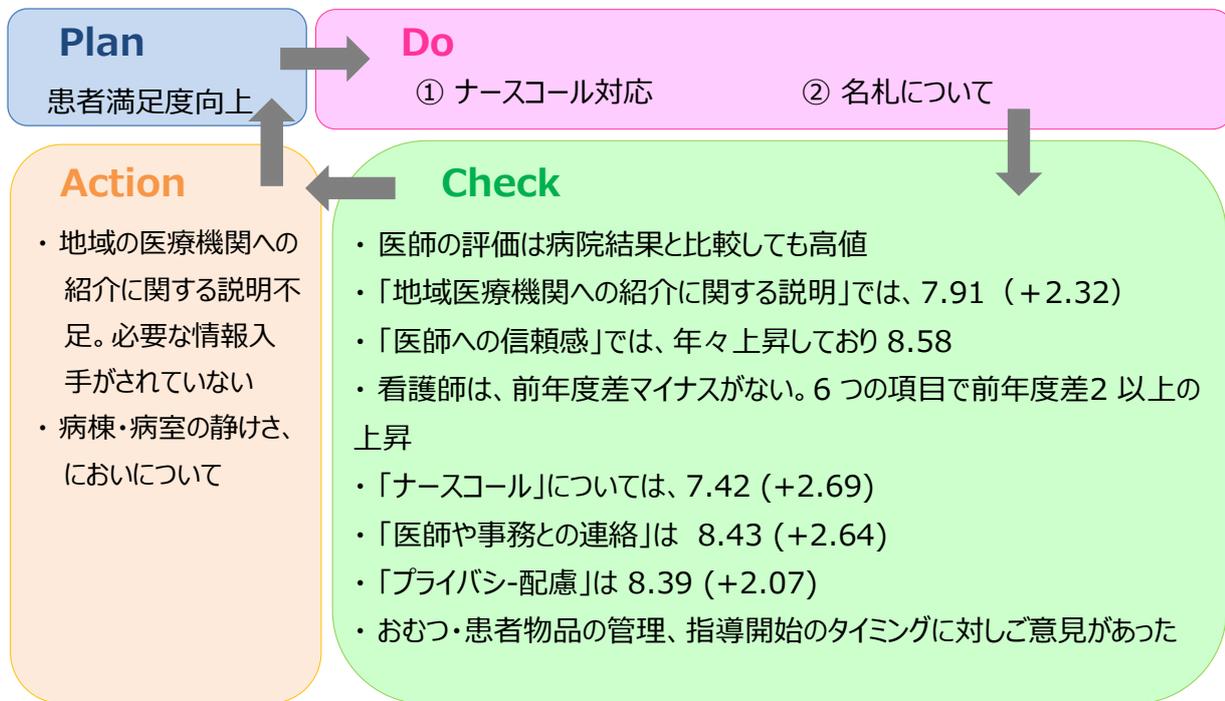
【8階東病棟】



2021年度に実施した対策・対応またはコメント

- ① 業務委員会の接遇チェックリストを年2回実施して、スタッフへフィードバックした。電話対応や私語、職員証の位置が正しくないことが多いため、毎週月曜日の朝の申し送り時に業務担当が注意喚起を行い改善している。
- ② 指示変更や周知内容については看護記録やメッセージ欄に記入している。また、指示受けシートを活用して医師への指示受けを行い円滑に遂行できている。

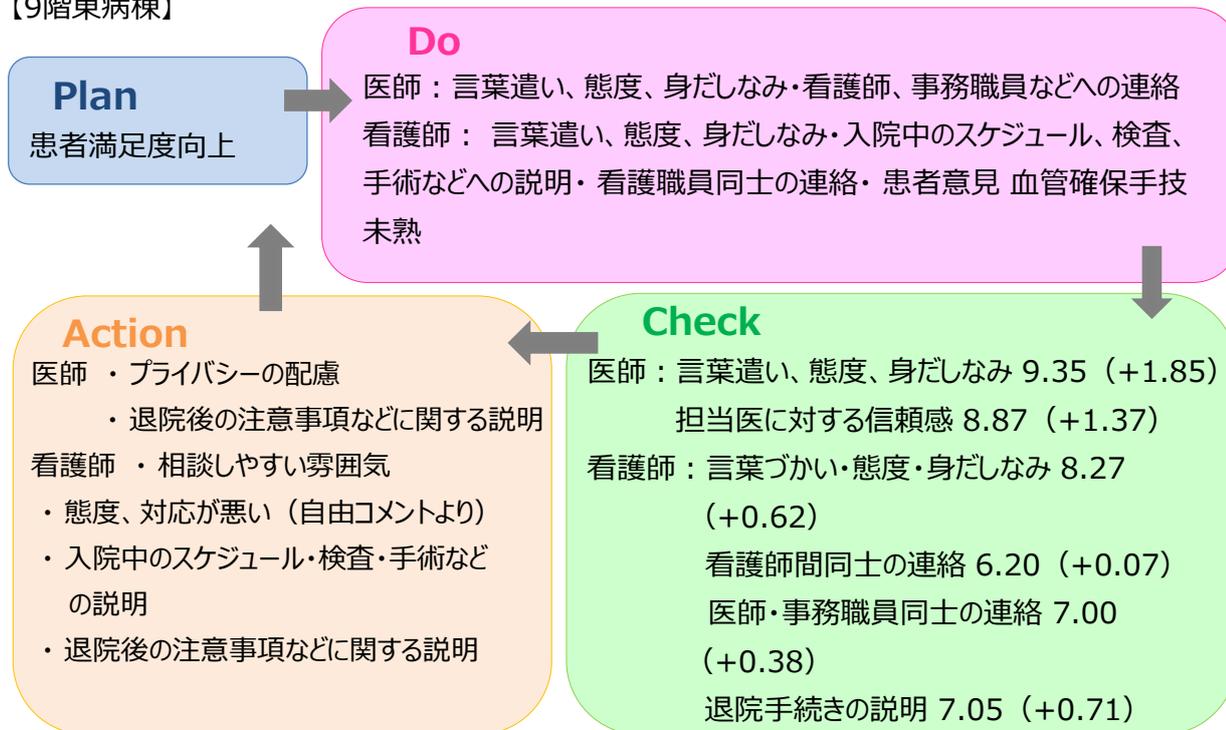
【8階西病棟】



2021年度に実施した対策・対応またはコメント

- ① 患者さんの認知状態により、ナースコール連打や全介助者が多く、ナースコールが複数同時に鳴り、多重課題の状態は変わらないが、業務カンファレンスを行いナースコールの対応について話し合いを実施した。ナースコールの番号を一覧表にして掲示。誰が何番を持つかを明確にした。ナースコール当番でなくてもナースコールにはすぐに対応すること、日中はできる限り離床に務め、傾聴ナースと協働しケアの充実・拘束解除時間の拡大を図った。リエゾンやDSTへの介入も早期に進めた。以上の対策により、ナースコールについては昨年度差+2.69の結果を得られた。
- ② 朝の挨拶時とその日初めて会う人には名札を見せながら自分の名を名乗ることを徹底した結果、今年度ご意見は特になし。

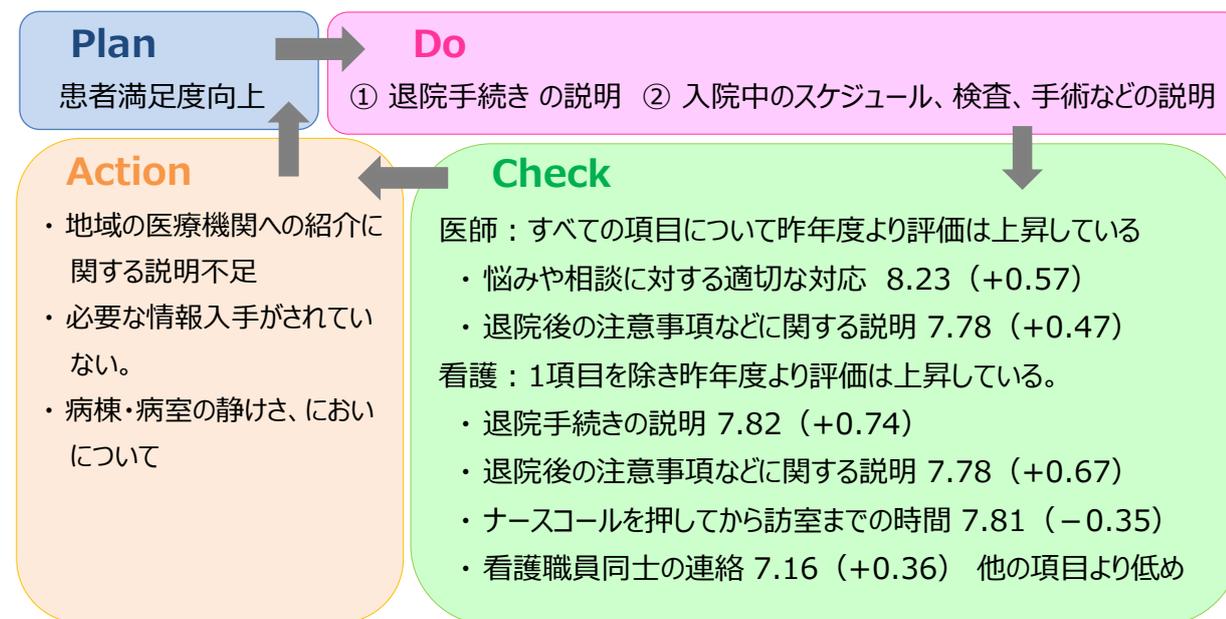
【9階東病棟】



2021年度に実施した対策・対応またはコメント

- 看護職員同士の連絡に対し、申し送り板の活用による効率的な情報共有。  
伝達ワークシートを改訂し、記載方法を統一したことにより、看護師同士の連絡の項目は改善。  
伝達ワークシートの更新が間に合わない場合、口頭での伝達あり。入力時間などルール決めが必要。
- 朝の挨拶時に当日のスケジュールを確認、パスを活用し手術・検査の流れを説明しているが、評価が下がった。  
患者の理解度を確認し、補足説明や再度説明する。パスの内容でわかりにくい箇所を検討し改定していく。

【10階西病棟】



2021年度に実施した対策・対応またはコメント

- 内科は内科外来事務が再診日をオーダーするため、土日の対応ができない。医師に早目に再診日を設定してもらおう依頼し、退院日が予めわかっている時にはスタッフ間で共有を行なった。「退院手続きの説明に関して」7.82 (+0.74)。
- 水分・出納チェック表を変更し、担当看護師・検査・処置の項目を記載できるようにして、朝の挨拶時に説明をするよう周知した。「入院中のスケジュール、検査、処置などの説明」7.60 (+0.31)。

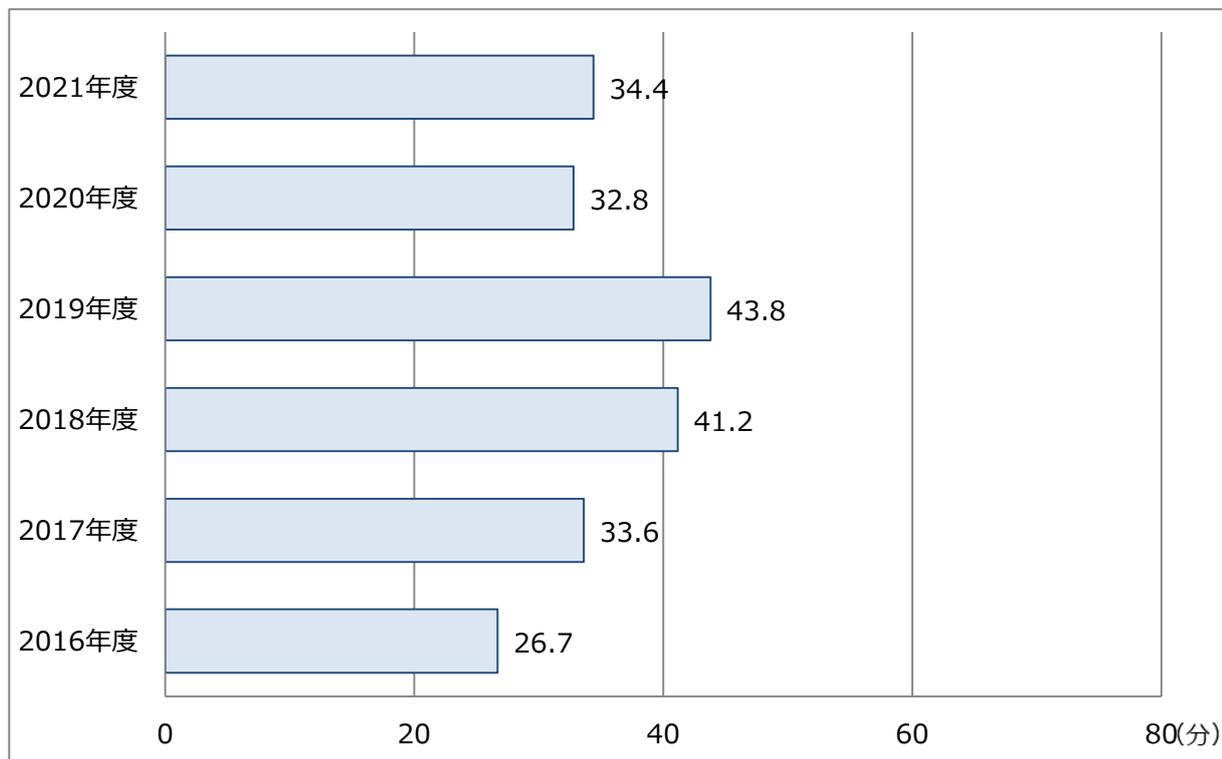
## 11. 外来待ち時間【予約】【予約外】【会計】

TQMセンター

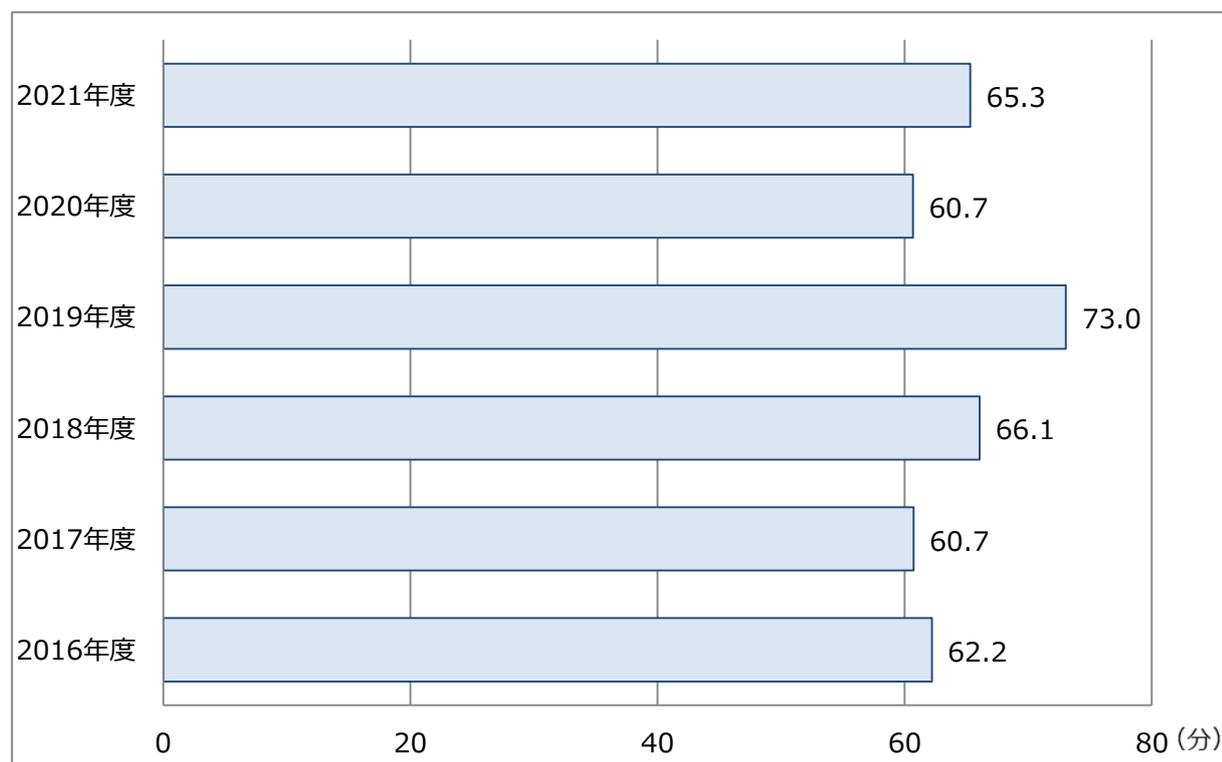
Structure Process **Outcome**

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。

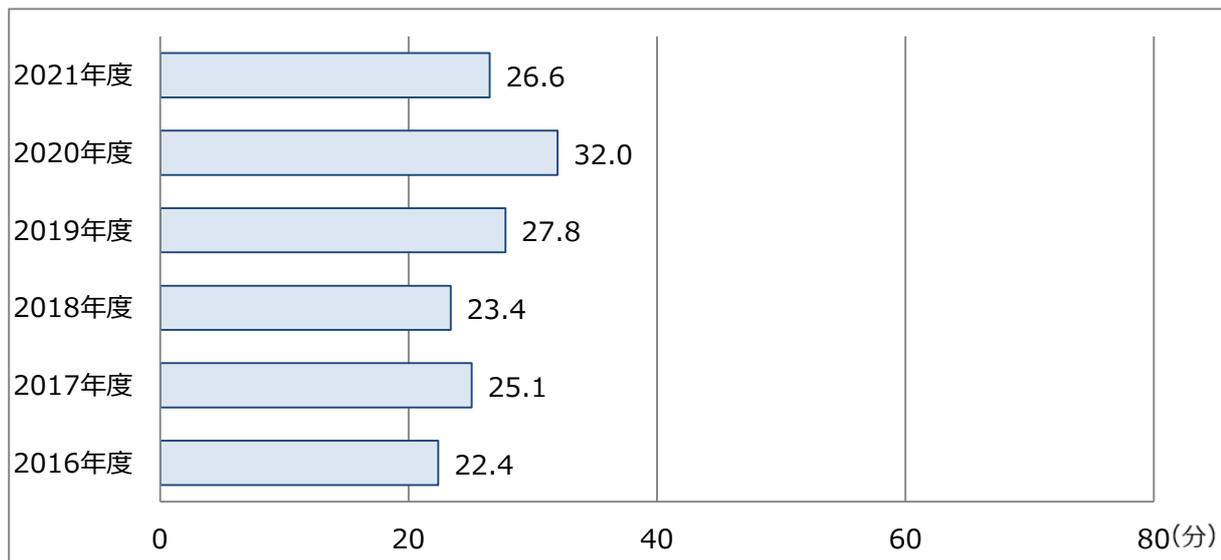
【予約（予約時刻－診察開始時刻、遅刻の場合：到着確認時刻－診察開始時刻）】



【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）。【内科外来】
- ・ 予約時間より長い待ち時間が予想される場合は事前に、患者個々に説明し、対応。【小児科外来】
- ・ それなりの時間をかけて行うことが必要な説明がある場合、診察の最後に予約を入れるなどの工夫。【乳腺センター】
- ・ 診察前検査や当日臨時検査、診察終了後に処置や術前検査などがあるので計算可能になるまでに待ち時間が長くなるので検討が必要。【泌尿器科外来】【耳鼻咽喉科外来】
- ・ 予約外患者の診察するタイミングの改善。【婦人科外来】
- ・ 帰省分娩が増えたことによる妊婦健診に要する時間がかかるようになり検討が必要。【産科外来】
- ・ 「予約なし」の患者さんの待ち時間が長いので、検討が必要。【形成外科外来】
- ・ 多剤分包や院内限定処方薬（クロザリル）の増加が待ち時間延長の要因の一つとなっており、検討が必要。【神経精神科外来】

**Do**

- ・ 予約枠・診察枠の人数調整を行った。【内科外来】【整形外科外来】【産科外来】
- ・ 予約枠の人数調整を徹底した。【神経精神科外来】
- ・ スマホで順番が確認できるアプリを使用してもらうよう声かけをしていく。【脳神経外科外来】【婦人科外来】
- ・ 遅めに来院時間を設定することとした【婦人科外来】
- ・ 医師と看護師・事務との連携を密にし、次回の予約時間を検討している。【脳神経外科外来】
- ・ 順番に対する患者さんからのお問い合わせに対し、検査の状況を確認したり、丁寧に対応している。【泌尿器科外来】【皮膚科外来】
- ・ 初診担当医に周術期口腔ケア担当医を設け、周術期センターとの連携を強化した。【歯科・歯科口腔外科】
- ・ 医療者用クロザリル外来パスを導入した。【神経精神科外来】
- ・ 予約時間から大幅に遅れる場合は、説明している。【耳鼻咽喉科外来】【神経精神科外来】

**Check**

「予約あり」 34.4分（+1.6分）  
 「予約なし」 65.3分（+4.6分）  
 「会計待ち時間」 26.6分（-5.4分）

2021年度に実施した対策・対応またはコメント

- ・ 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。医師のオーダー漏れがないよう、診察内容の確認は診察室側のスタッフも受付票控に内容を簡潔ではあるが、記載をすることにより連携がとれている。若干の時間短縮はできた。今後も継続していく（整形外科）。
- ・ 以前に比べ、眼科外来の終了時間は短縮されている。しかし、実際には硝子体注射や日帰り説明など待ち時間が発生している（眼科外来）。
- ・ 患者数の適正化が必要なため逆紹介を継続した結果、逆紹介は増えた（皮膚科外来）。
- ・ 体調を窓口で確認し、トリアージを行うことによって順番調整をしている（皮膚科外来）。
- ・ 他科で受診待ち時間中に呼び出し、先に診察するなど効率良くできていることが増えた（耳鼻咽喉科外来）。
- ・ 医師の数が減少したが、診察枠を調整し、待ち時間が延長しないようにした（産科外来）。
- ・ 今年度からクロザリル処方最大日数が14日→28日へと延長となったが、待ち時間に影響はなかった（神経精神科外来）。

---



---

## 12. 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2021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

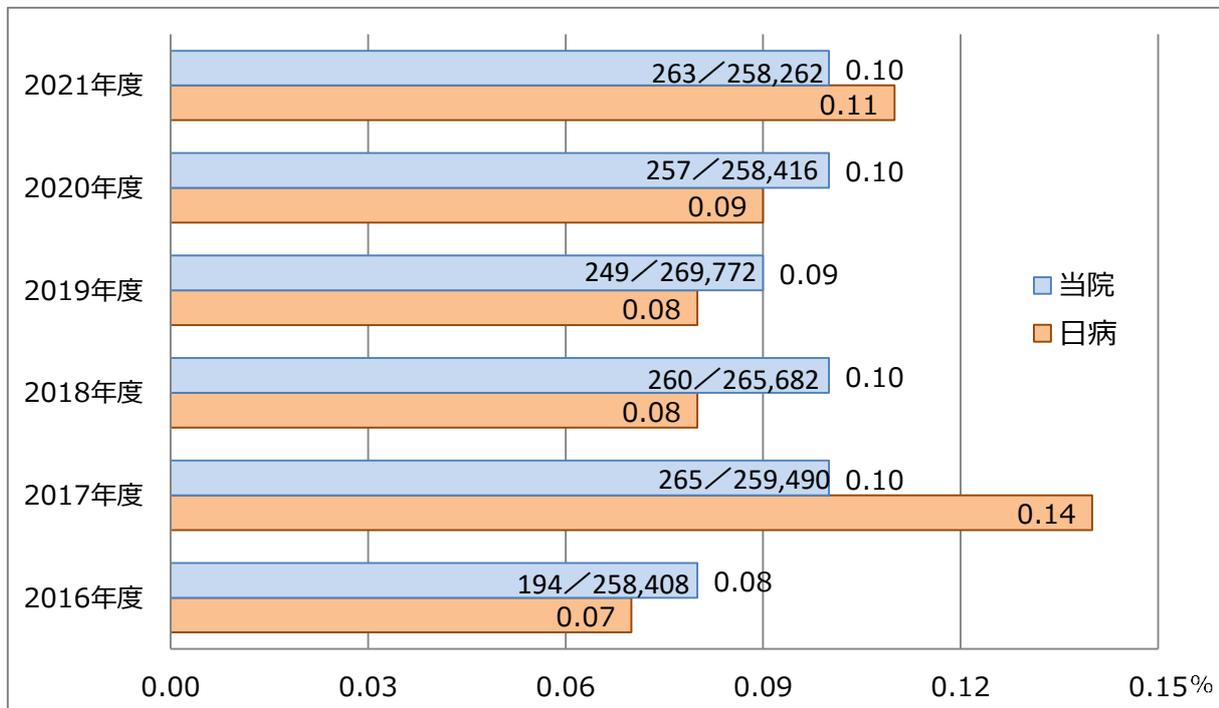
分子： d2（真皮までの損傷）以上の院内新規褥瘡発生患者数

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

分母除外： 同日入退院の患者

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

2016年 1.25%      2017年 1.57%  
 2018年 1.59%      2019年 1.57%  
 2020年 1.60%      2021年 1.63%

d1以上で計算した5年間平均は1.52%であることから、  
 1.5%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

## 2021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。

---

---

## 13. 入院患者の転倒・転落発生率

### 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2021年度QIプロジェクト結果報告 25ページより）

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。

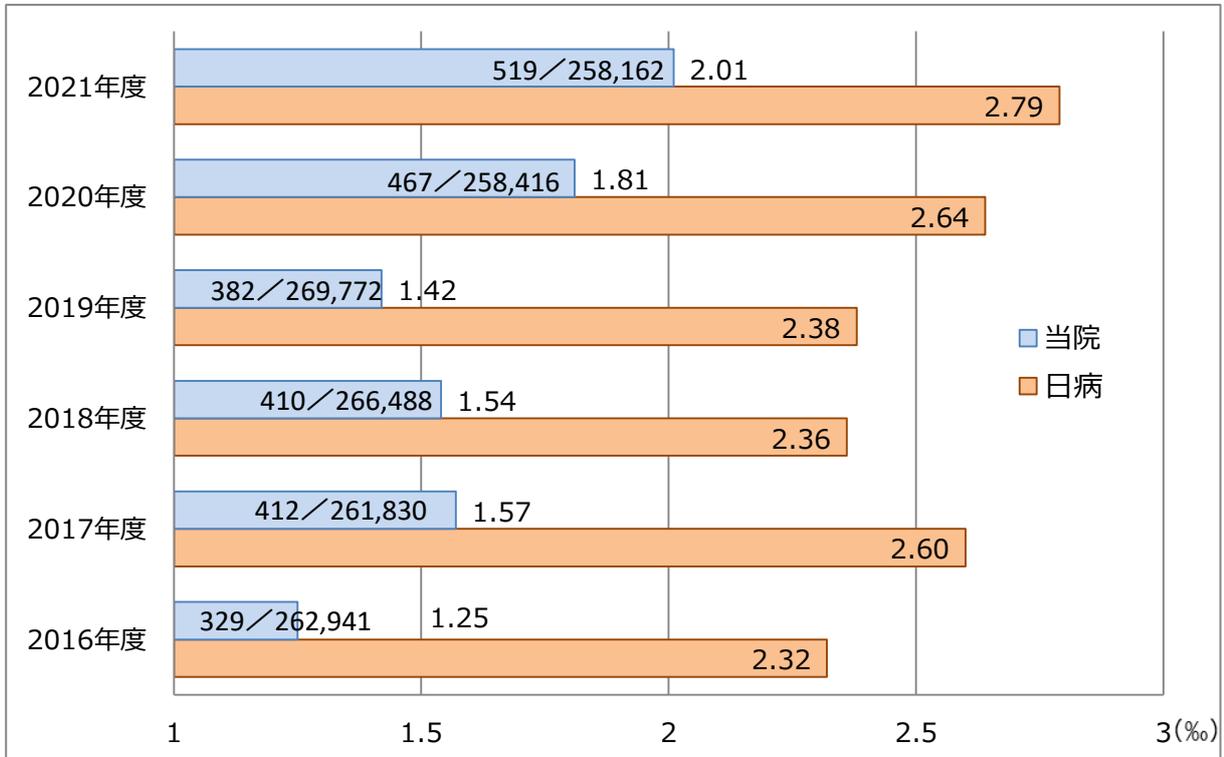
排泄関連の転倒・転落を10%減

#### 【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

ベンチマーク：日本病院会QIプロジェクト 一般500床以上

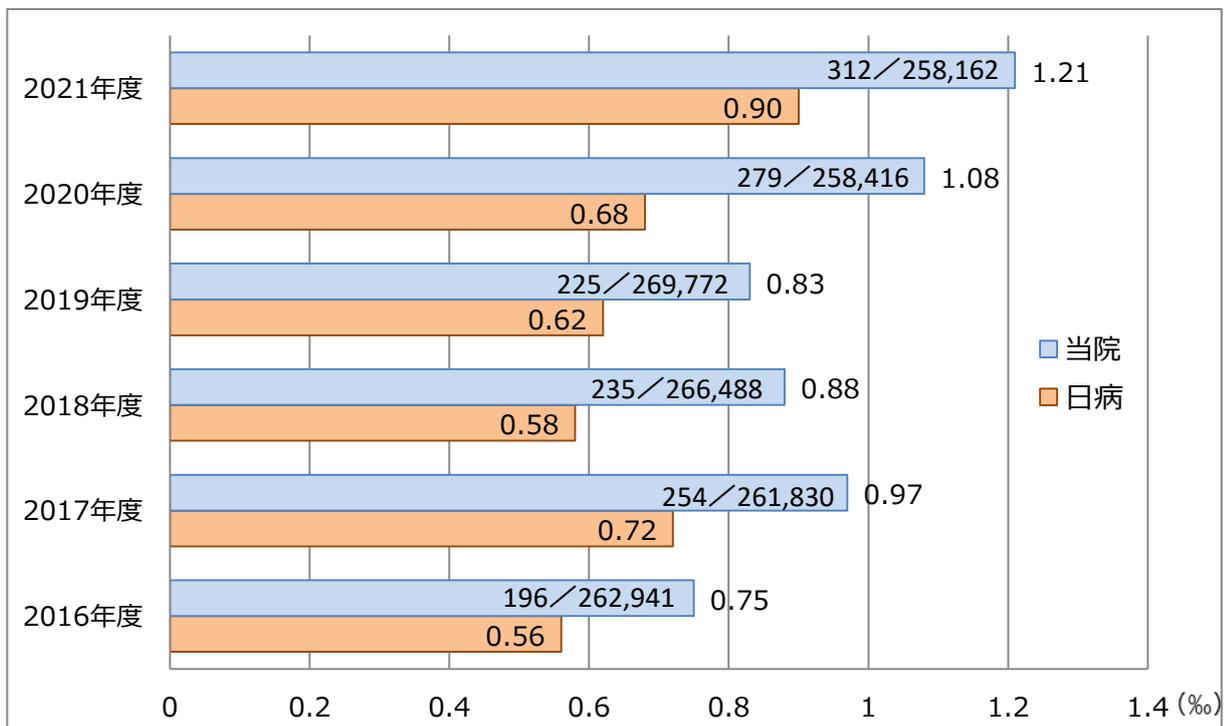


【入院患者の転倒・転落による損傷発生率（損傷レベル2以上）】

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

ベンチマーク：日本病院会QIプロジェクト 一般500床以上

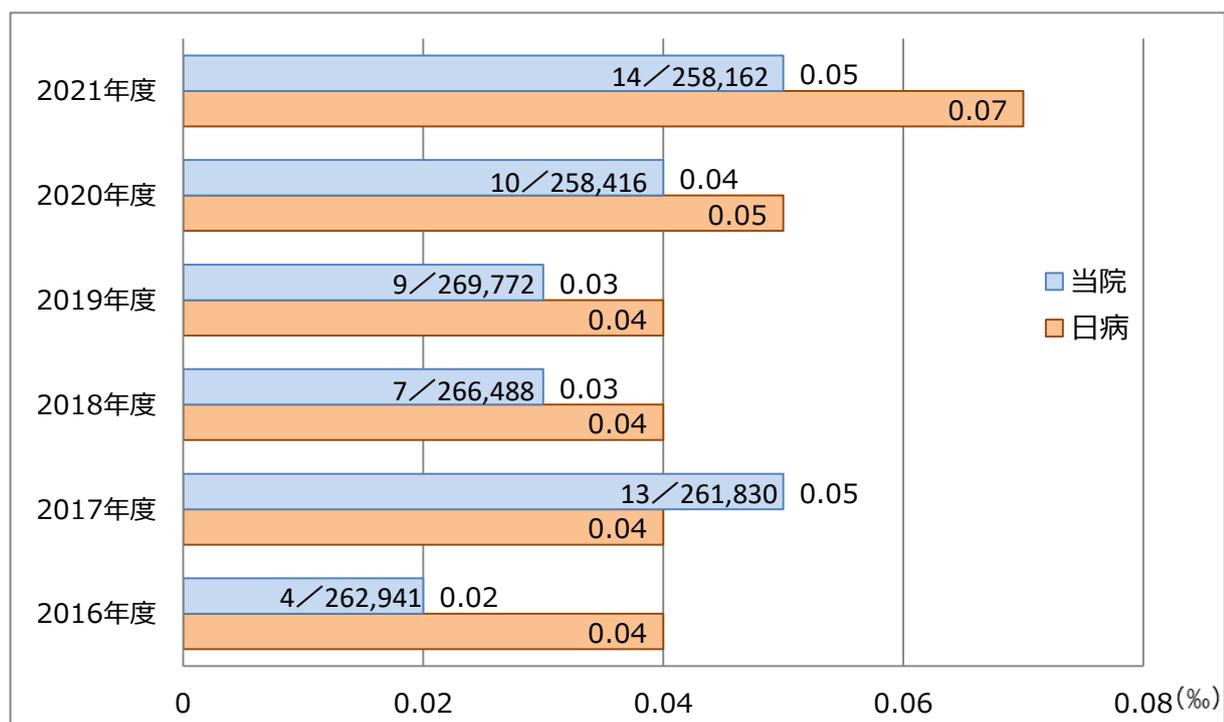


【入院患者の転倒・転落による損傷発生率（損傷レベル4以上）】

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

ベンチマーク：日本病院会QIプロジェクト 一般500床以上



## Plan

【排泄関連の転倒発生率10%減少させる】

1. カンファレンスの開催(1回/w)・計画の見直し
2. 取り組み実施状況の確認(ラウンド)
3. 予防対策の推進強化
  - ① トイレ排泄介助時は、患者の側を離れない
  - ② 定期的に排泄誘導を行う
  - ③ 眠剤内服後の転倒リスクについて、患者へ説明する
  - ④ 眠剤内服前に排泄を済ませる

## Do

1. カンファレンスの実施状況をラウンドで確認を行った
2. 部署への出入りをするラウンドはCovid-19の感染状況もあり、1回/年に留まった(計画は2回/年)
3. 師長会・看護局リスク委員会を通じて周知を行った。インシデント発生時には、対策状況の確認と要因分析を追記で調査を行うようにした

## Action

【排泄関連の転倒発生率10%減少】

看護局を中心に

1. カンファレンスの開催(1回/w)・計画の見直し
2. 取り組み実施状況の確認(ラウンド)
3. 予防対策の推進強化
  - ① トイレ排泄介助時は、患者の側を離れない
  - ② 定期的に排泄誘導を行う
  - ③ 眠剤内服後の転倒リスクについて、患者へ説明する
  - ④ 眠剤内服前に排泄を済ませる
4. KYTトレーニングによる現状の判断だけでなく予測・予防対策行動の強化を図る

## Check

ラウンド結果からは、アセスメントシートによる入院初期のアセスメントは8割強の実施がされていたが、週1回のカンファレンスの実施は7割弱、計画の修正は6割強であった。アセスメントシートは、状態変化時、転棟時、転倒時には再評価して計画修正をすることとなっているが、実施は6割程度であったインシデントの発生状況は、トイレでの転倒は減少した。排泄関連の報告は微増したが、これは発生時に患者に行動の理由を尋ねることが多くなり、トイレではない場所・トイレに行こうとしたことによりベッド周囲や病室内での転倒を、排泄関連とカウントできるようになったことが影響している

①の患者のそばを離れないよう周知・徹底がされるようになり、減少効果が見られた一方で、②～③の対策は部署により定着の差があり、トイレ介助にとどまらない対策の周知・徹底が必要である。損傷レベル4の15件で排泄関連と判断できる例が6件、いずれも病室・廊下での発生でトイレでの発生はなかった

## 2021年度に実施した対策・対応またはコメント

### 2021年度の対策【排泄関連のインシデント・アクシデントを防止する】

・入院患者に転倒・転落アセスメントシートを使用して評価する。リスクがあると判断された場合は、看護計画を立案する。

- ・患者の状態から排泄方法・様式、介入方法の具体策をあげる。
- ・転倒・転落リスクを患者や家族と共有する。
- ・スタッフ間で、リスクのある患者情報を共有し、統一した介入をする。
- ・患者の状態変化時には、対策の見直しを行う。

(コメント)

2020年度日病転倒転落発生率平均値2.82%（当院2.01%）、損傷レベル2以上損傷発生率0.84%（当院1.21%）、損傷レベル4以上損傷発生率0.06%（当院0.05%）であった。日病QI ReView2020では「入院患者の高齢化が進み、転倒転落のリスクが高い患者が増加していることが予想されます」とあり、当院も例外ではなく、リスクが高い患者の増加からレベル2以上の増加が起こっていると想定される。

トイレでの発生が多かったことからトイレ介助の強化を行ってきた。トイレでの発生は減少傾向が見られた。

## 14. 口腔ケアの新患者数（人）

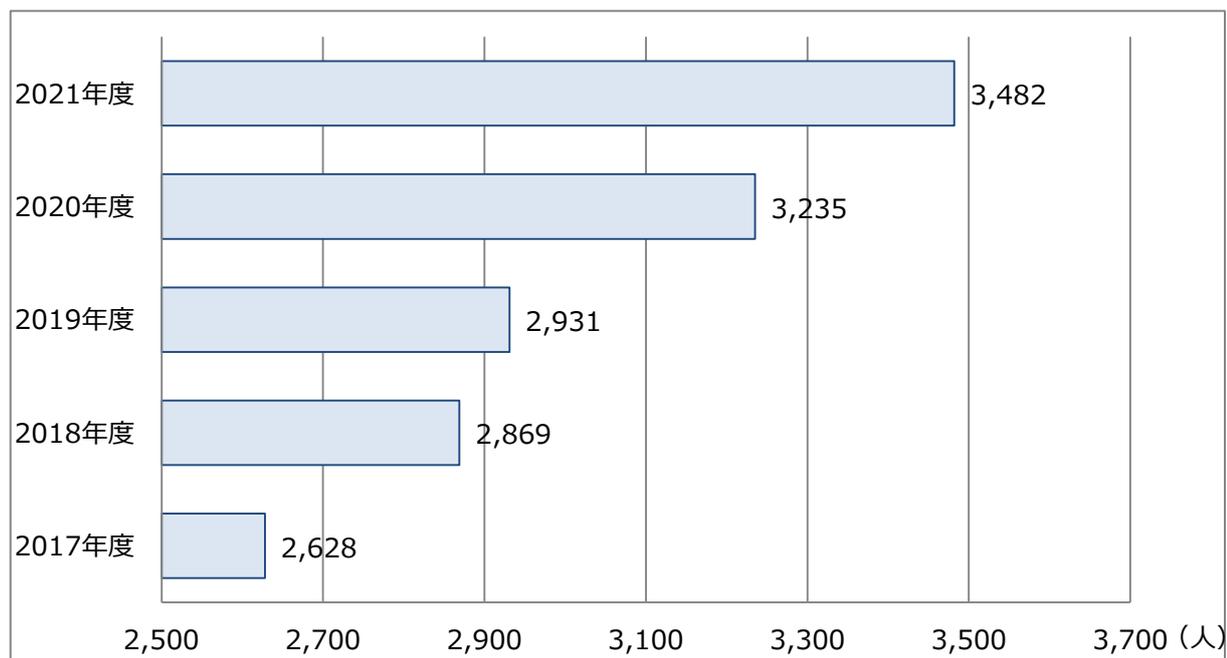
歯科・歯科口腔外科

Structure **Process** Outcome

「歯科衛生士による口腔ケア」が院内各所で認知されたため、表記の2017年度以前から病棟入院患者に対する口腔ケアの新患者数は徐々に増加していた。

入退院センター（現：入退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は100%応需している。入退院センターがその対象科目を増やす度に同調して新患者数は増加した。

より高い値を目指している



2021年度に実施した対策・対応またはコメント

歯科衛生士の配置を工夫して対応できた。

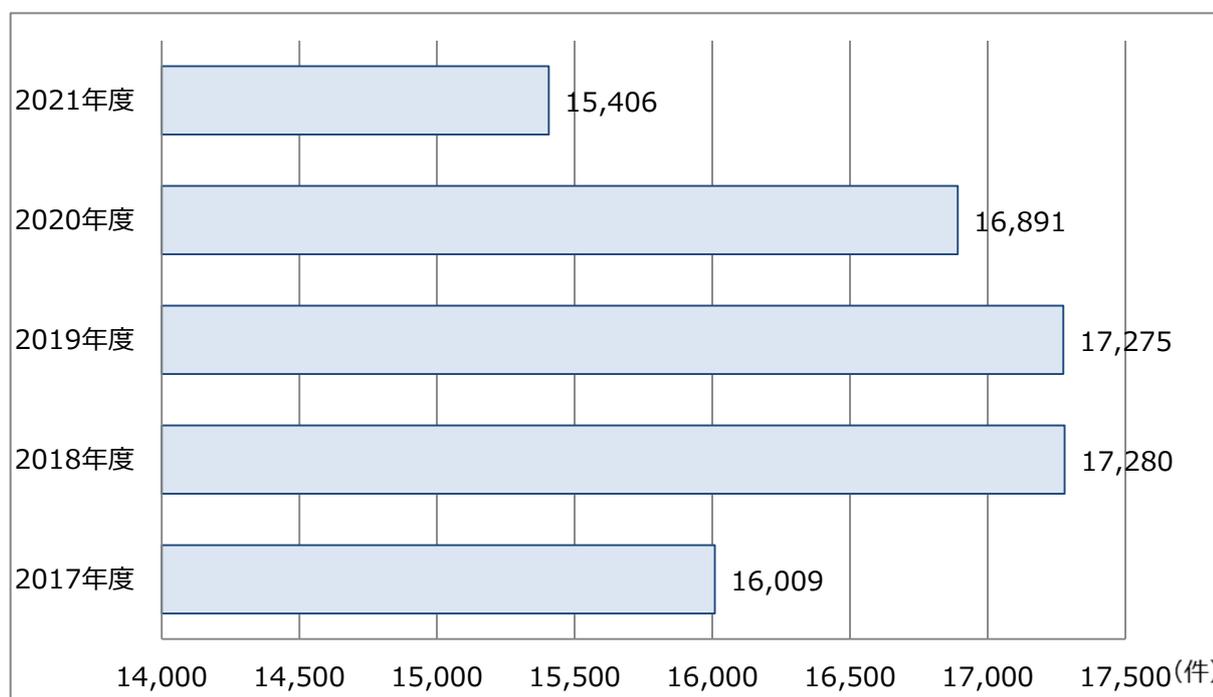
## 15. 口腔ケアの延べ件数（件）

歯科・歯科口腔外科

Structure **Process** Outcome

口腔ケア新患者の増加に伴い、口腔ケア延べ件数も増加した。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一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



### 2021年度に実施した対策・対応またはコメント

外来での口腔ケア業務が繁忙なため、病棟での口腔ケアに従事する歯科衛生士を減じるしかない。そのため一患者に対する口腔ケアの実施回数が少なくなっている。

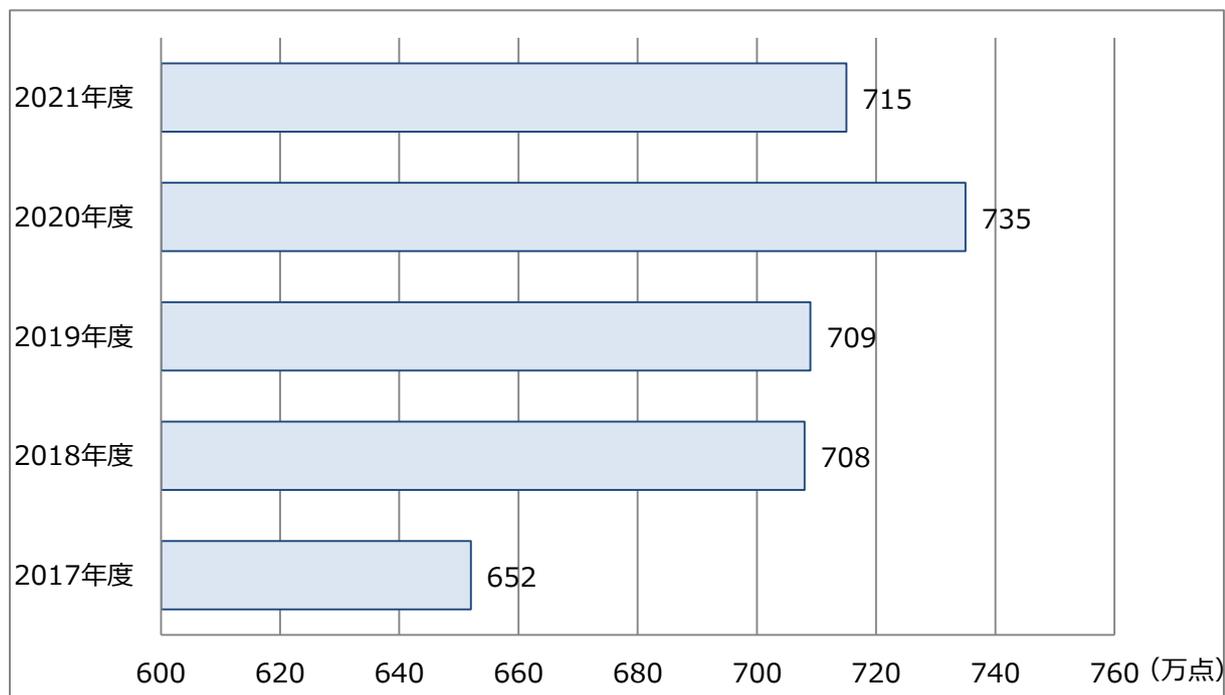
## 16. 口腔ケアに関する歯科診療報酬請求点数（点）

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。



### 2021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を増加させるべく心がけたが、人員不足により達成できなかった。

## 17. 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2021年度QIプロジェクト結果報告 46ページより)

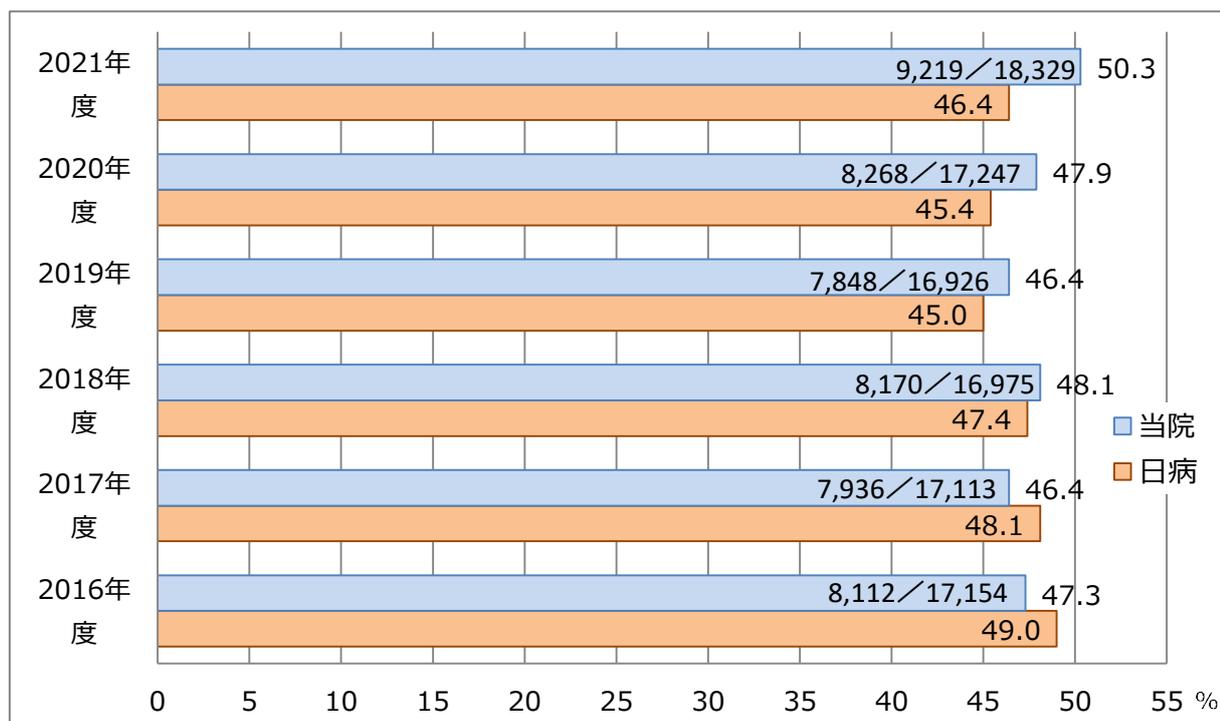
より高い値が望ましい。

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)

ベンチマーク：日本病院会QIプロジェクト 一般500床以上



### 2021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場面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。

## 18. 外来化学療法指導件数

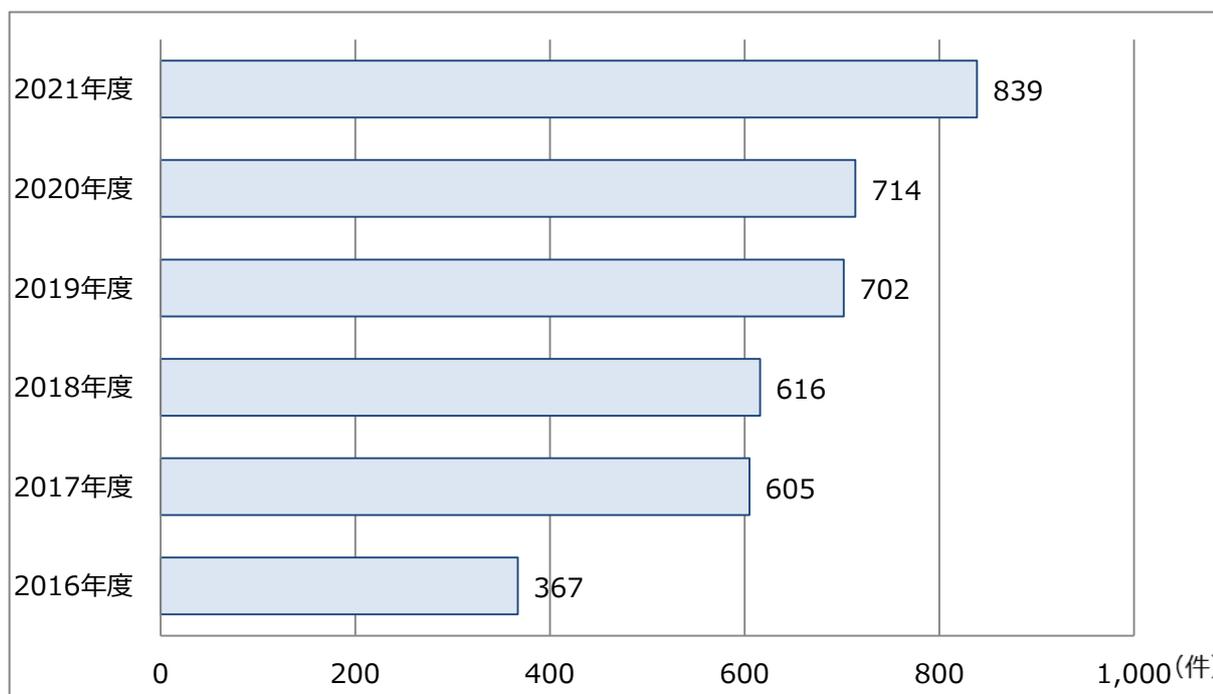
### 薬剤局

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、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されている。

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。



### 2021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。

2021年度は患者さんのQOL向上のため継続的な介入に取り組んだ。

## 19. 後発医薬品の使用割合

薬剤局

Structure **Process** Outcome

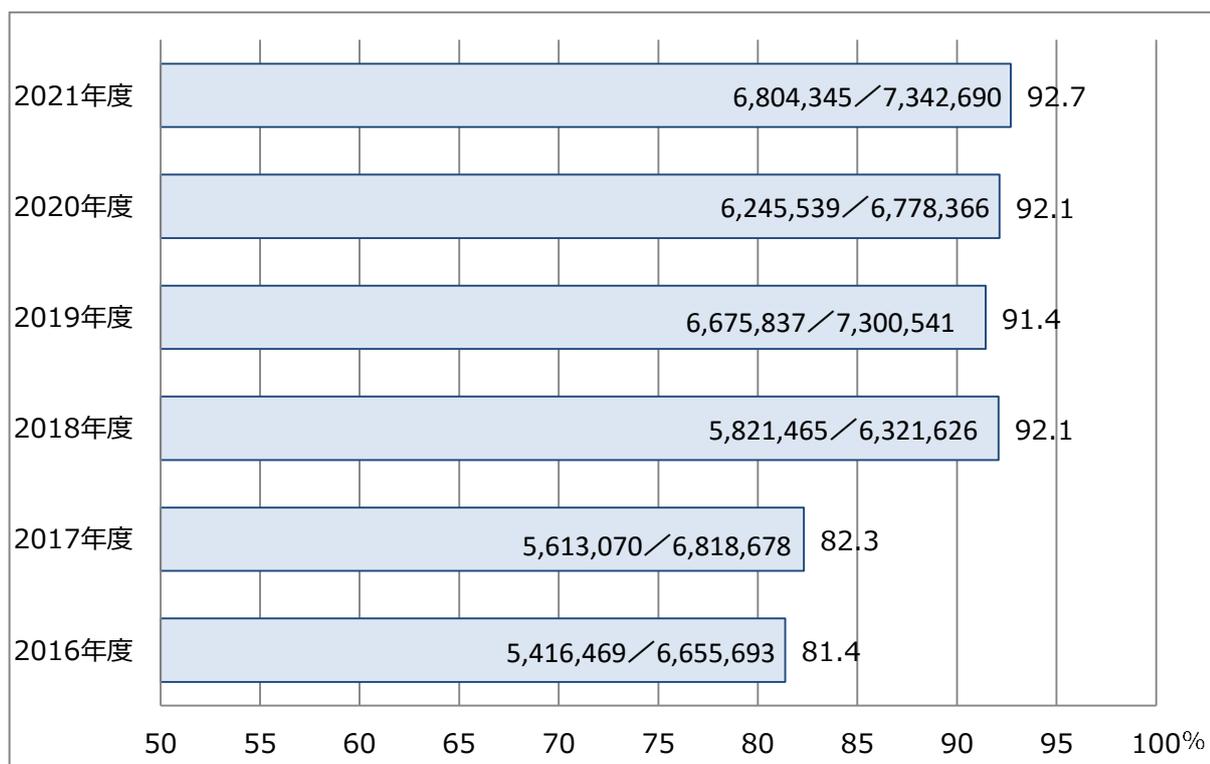
診療報酬において後発品置換率が70%以上の場合に後発医薬品使用体制加算の算定が取れる。  
また、後発医薬品への切り替えにより患者の経済的な負担軽減にも繋がる。

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 が取得可能な後発品弛緩率85%以上を維持する。

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



### 2021年度に実施した対策・対応またはコメント

後発医薬品使用体制加算は、診療報酬改定により後発品置換率が変更される。当院では後発品置換率が85%以上の「後発医薬品使用加算 1」の取得を目指しており、今後も維持して取得出来るよう採用薬の選定、後発品への切り替えを推進していく。

## 20. 緩和ケアチーム依頼件数

緩和ケアチーム【病棟】【外来】

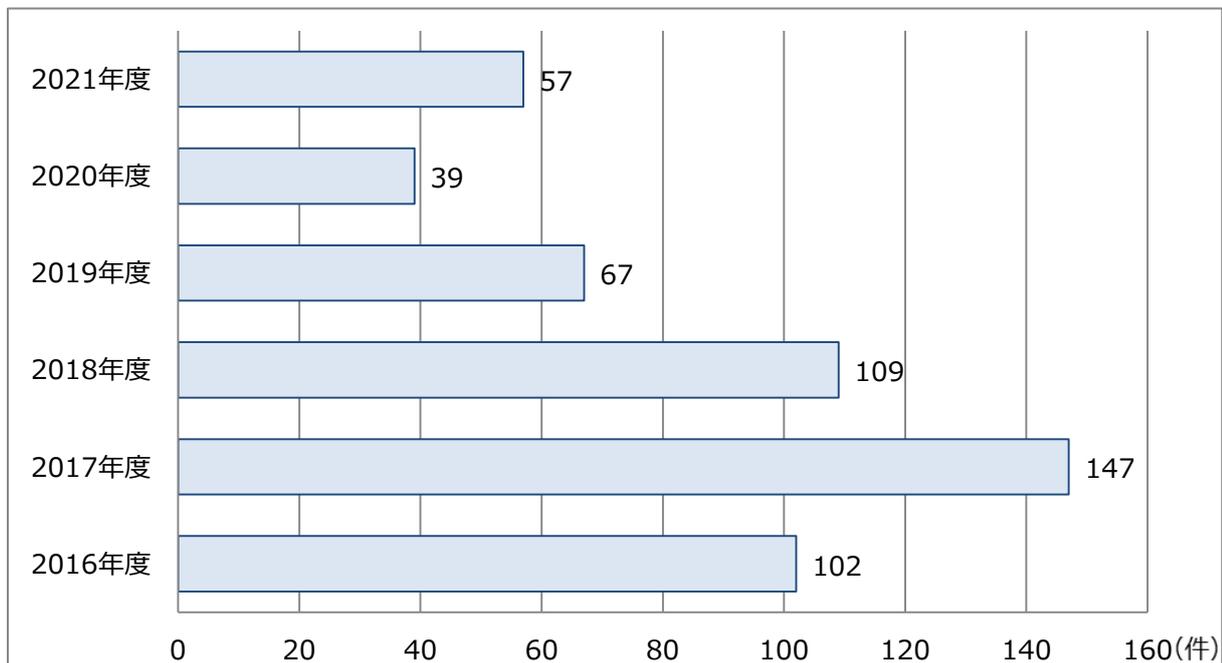
Structure **Process** Outcome

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）

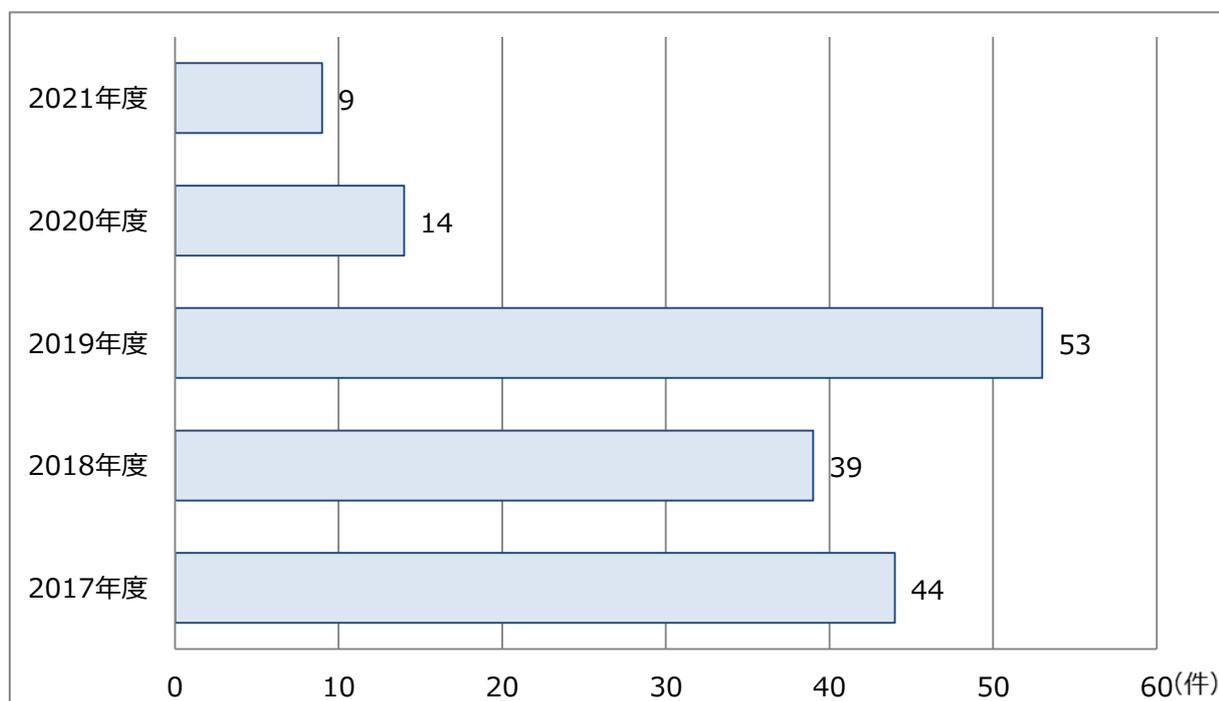
目指す値：50件



### 【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

## Plan

すべての問い合わせ窓口を緩和ケア病棟とした事を医師・リンクナースに周知し、窓口対応者を事務、師長、担当する看護師とした

## Do

院内各病棟と外来に周知できるよう、医師看護師の委員会を通してリンクナースへの周知を行った  
同じ対応ができるように、パウチした文章を作成し、電話窓口配置した

## 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周知していくことが必要

## Check

病棟スタッフの場合、対応に悩むことはあるが困ることは少なくなった。医師の依頼件数が減少している

### 2021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。

## 21. 緩和ケアチーム依頼科

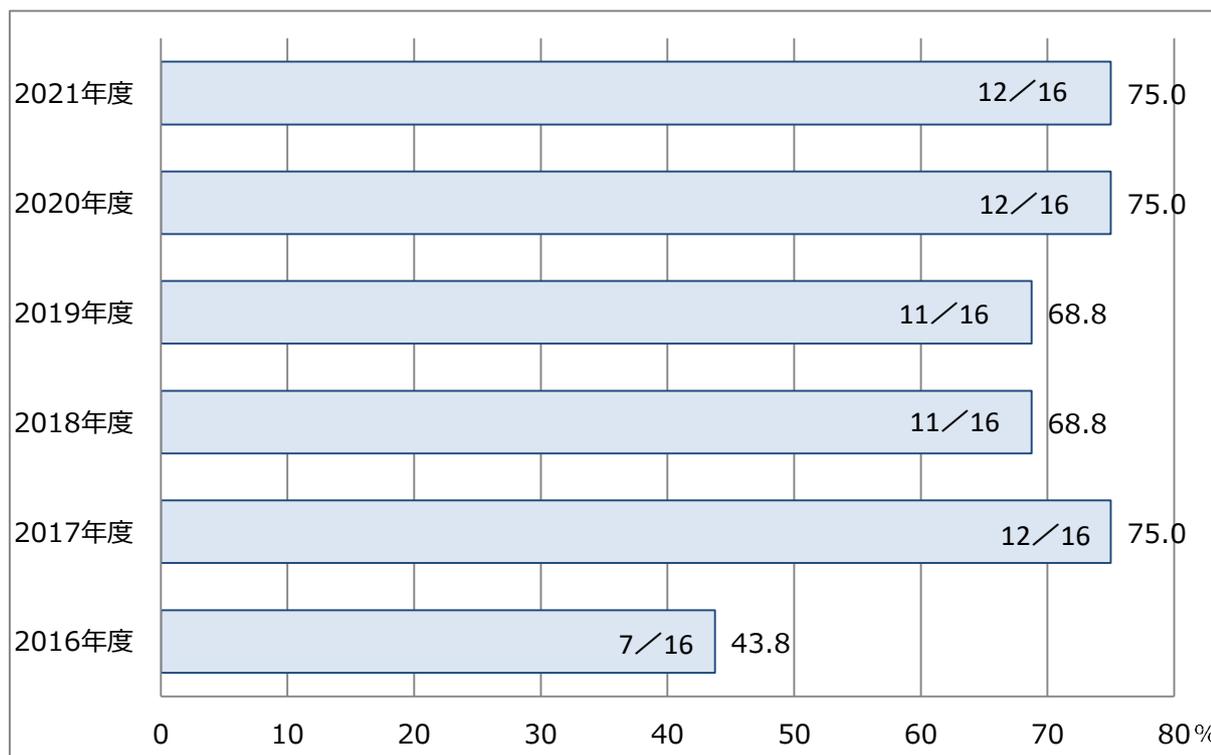
### 緩和ケアチーム

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・歯科  
口腔外科・整形外科・脳神経外科など）



### 2021年度に実施した対策・対応またはコメント

コロナ禍ではあるが、活動に変化はなく、前年とほぼ同じ件数を推移している。

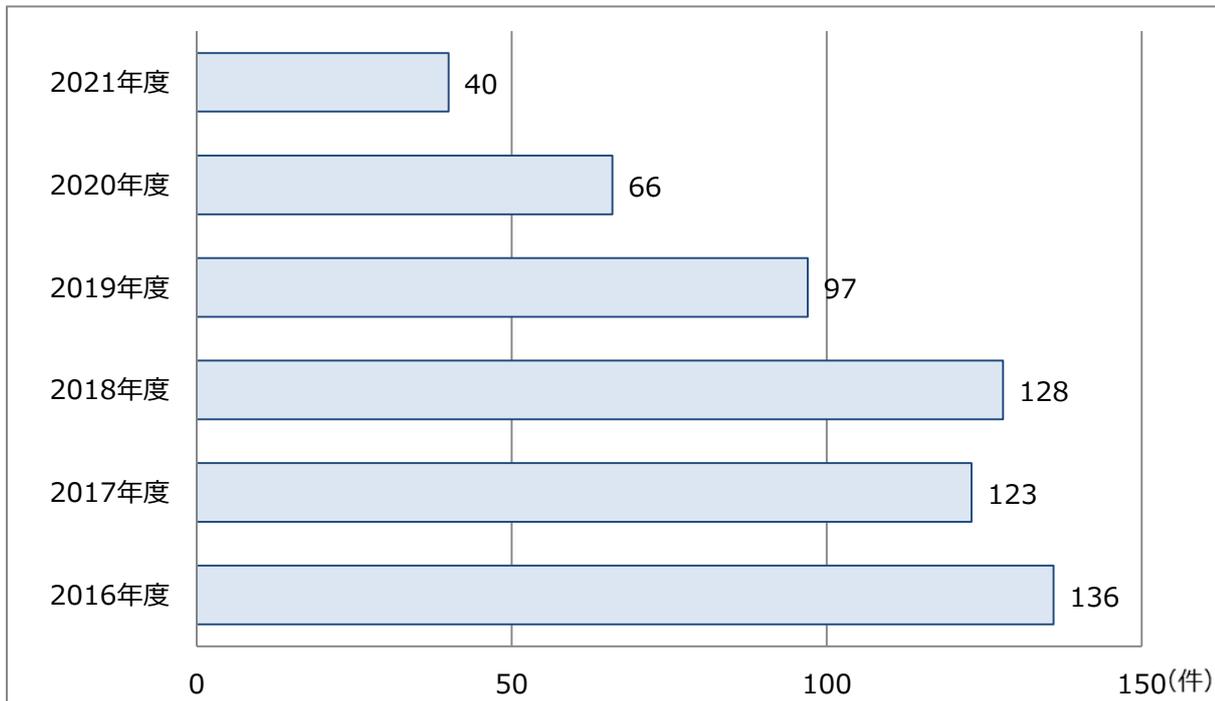
## 22. 心肺運動負荷試験新規実施件数

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）



2021年度に実施した対策・対応またはコメント

コロナ禍のため実施制限をしていた。

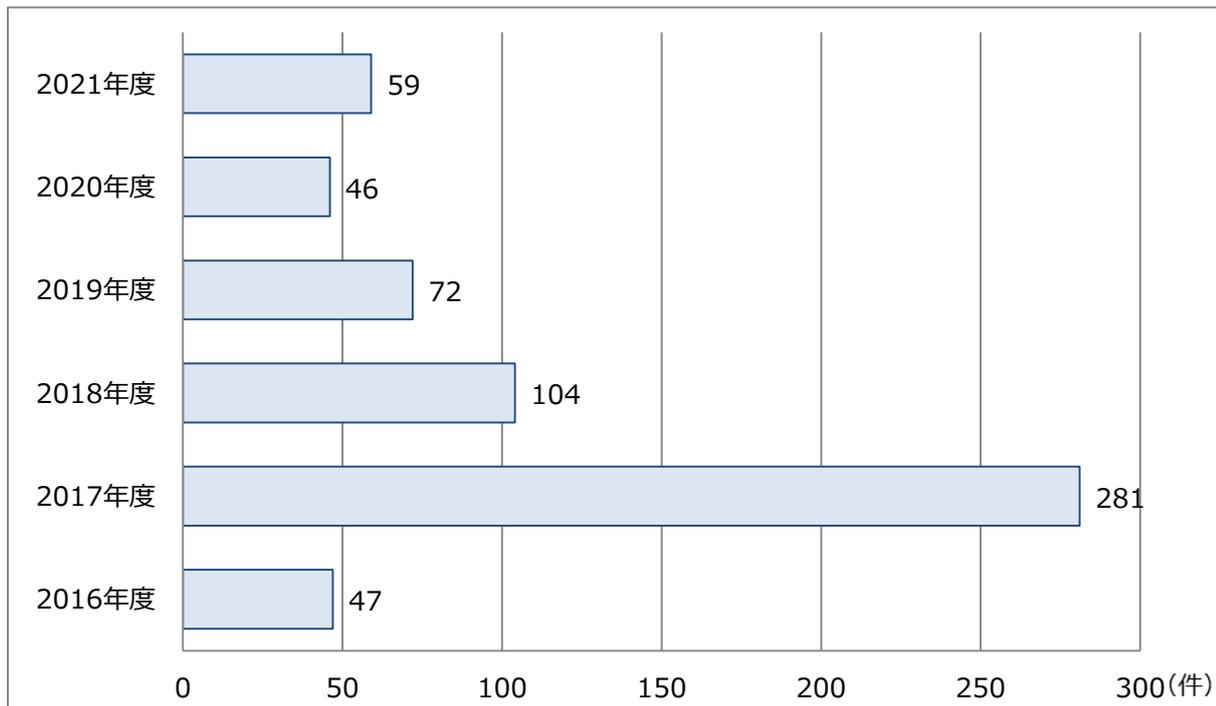
## 23. 心臓リハ学会レジストリー登録件数

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）



2021年度に実施した対策・対応またはコメント

コロナ禍のため実施制限をしていた。

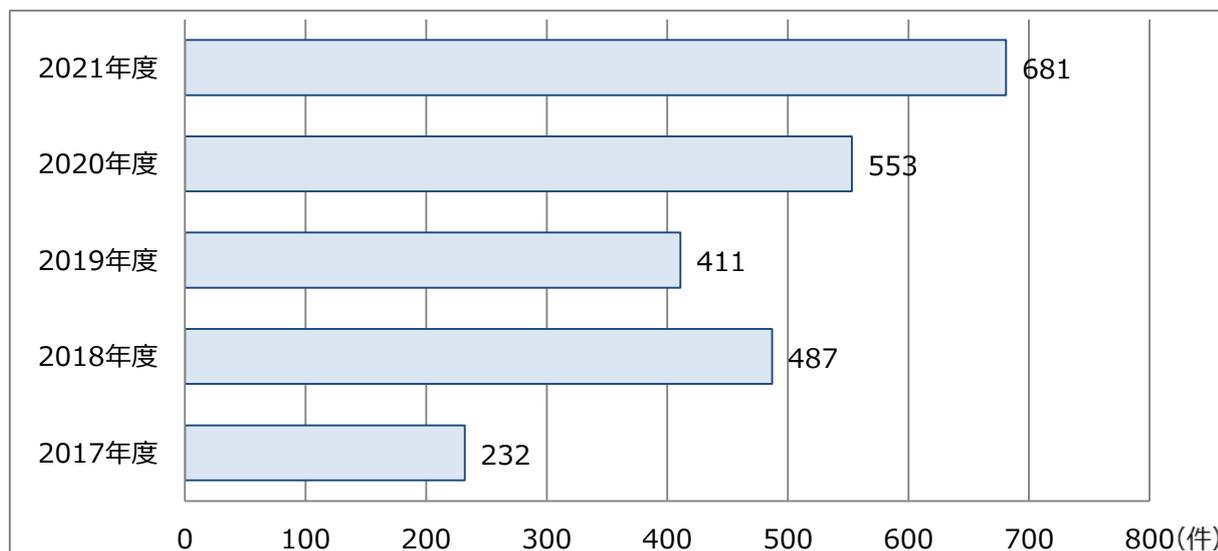
## 24. NST回診介入件数（NST委員会）

### 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。



#### Plan

CONUTスコアを参考にスクリーニングを行い、NST回診につなげる流れを構築する  
院内スタッフへのCONUTスコアの案内・実施協力を依頼

#### Do

CONUTスコア（中等度栄養障害・高度栄養障害）  
月平均 200件程度  
介入件数は増加傾向である

#### Action

CONUTスコアによる栄養評価で件数は増加しているが、引き続き紹介・啓蒙が必要である

#### Check

各病棟リンクナースへのCONUTスコアによる栄養障害患者の抽出を行っているが、栄養障害者全件に対応できていない

#### 2021年度に実施した対策・対応またはコメント

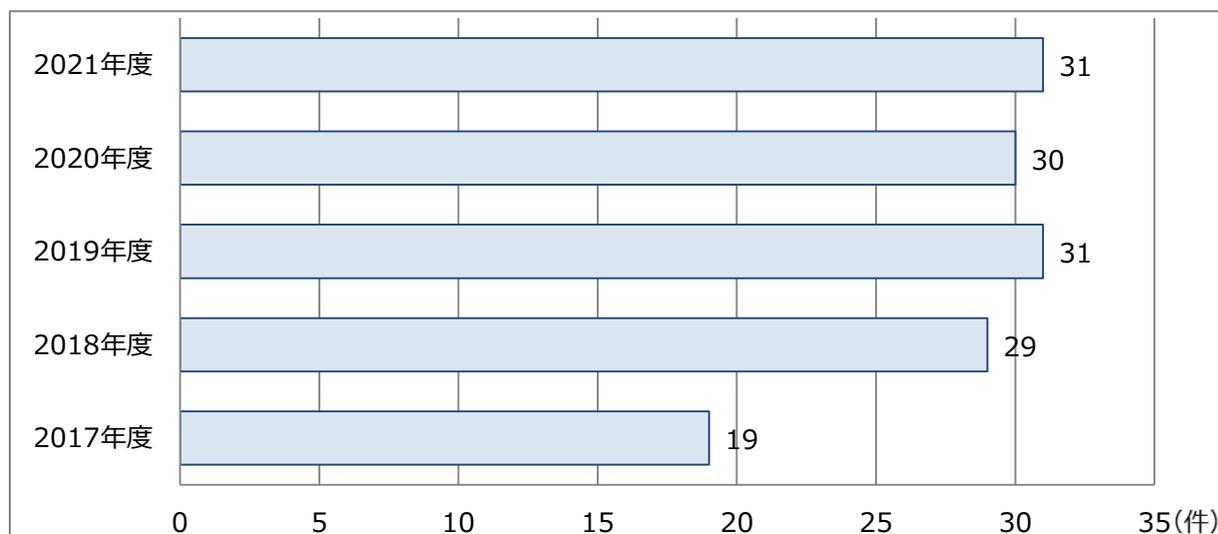
CONUTスコアは、一般的な血液検査項目である、アルブミン・総コレステロール・総リンパ球数をスコア化し栄養評価の指標として用いるもの。CONUTスコアを導入することで、栄養不良患者が抽出でき、適切な栄養管理につながることが期待できる。

## 25. 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。



### Plan

経腸栄養プロトコルを作成することで、必要患者に食物繊維入り栄養剤の提供がなされるような流れの構築  
腸内環境正常化について、院内スタッフへ案内・啓蒙を施行する

### Do

NST回診より、食物繊維入り栄養剤や半固形栄養剤・栄養剤の半固形化添加物・ビフィズス菌・薬価でのコントロールなどを提案、概ね2週間程度で便性状は安定している

### Action

ブリストル排便スケールを使用し、統一を図っていく

### Check

下痢に対する、スケールが担当によってまちまちであるため、統一をしていく必要がある

### 2021年度に実施した対策・対応またはコメント

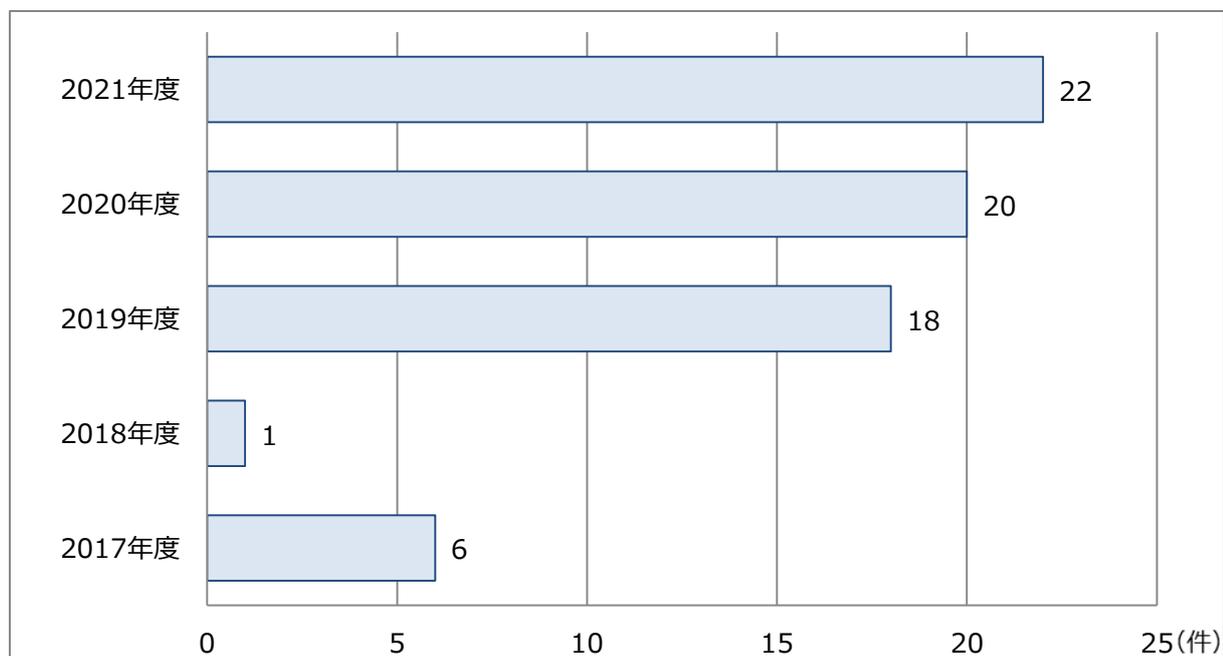
食物繊維含有栄養剤やビフィズス菌BB536、薬価処方での腸内環境正常化を図ることで、経腸栄養の副反応を低減できる。

## 26. 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。



#### Plan

CPNUTスコアにおいて、中等度及び高度栄養障害患者のリストを作成し、スキンケア対策室と情報を共有している。褥瘡保有患者からも抽出を行い連携を図る

#### Do

CONUTスコア（中等度栄養障害・高度栄養障害）  
月平均 200件程度  
褥瘡回診介入患者はNST回診でも介入していく

#### Action

褥瘡回診との連携は増加しているが、引き続き紹介・啓蒙が必要である

#### Check

必要Kcalの充足に加えて、タンパク強化など一定の基準を共有していく必要がある

#### 2021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。

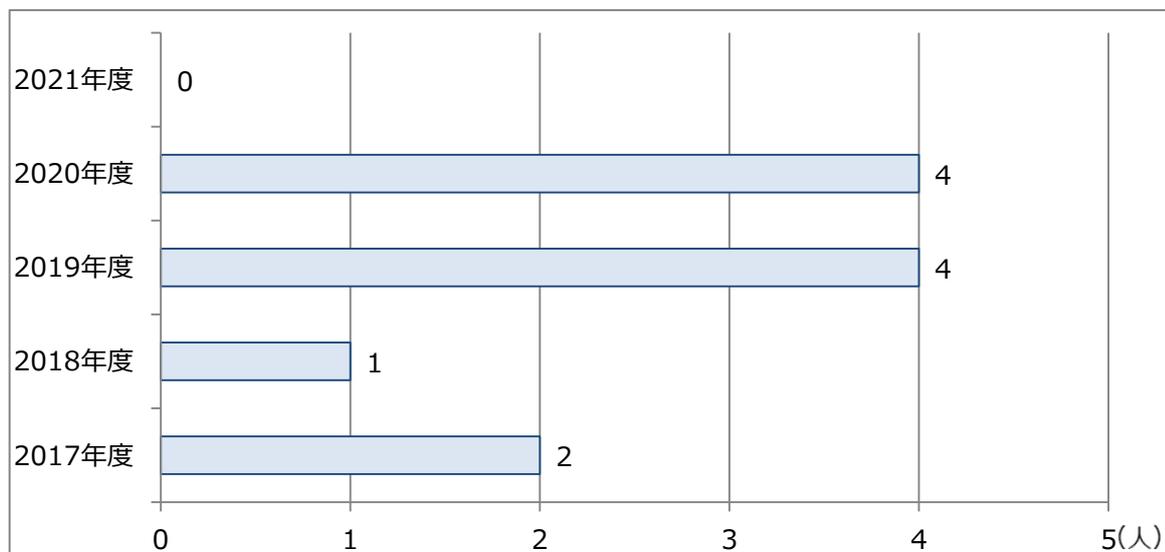
## 27. NST専門療法士人数（NST専門療法士資格試験合格者数）

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



2021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。

---

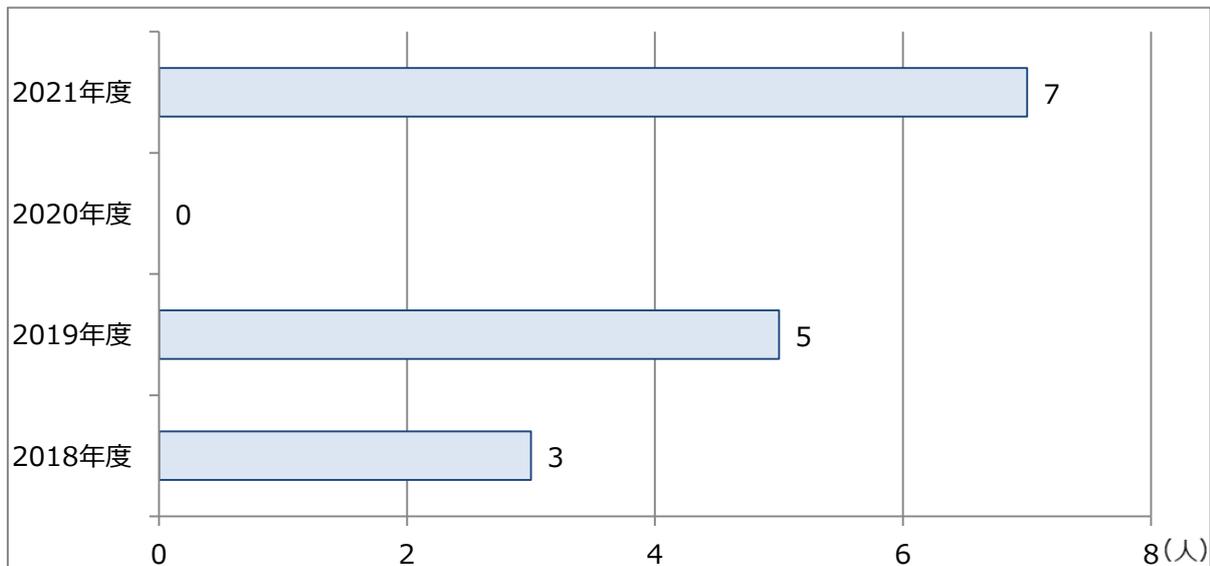
## 28. NST専門療法士 研修受講者

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



2021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。

## 29. 神経精神科 平均在院日数

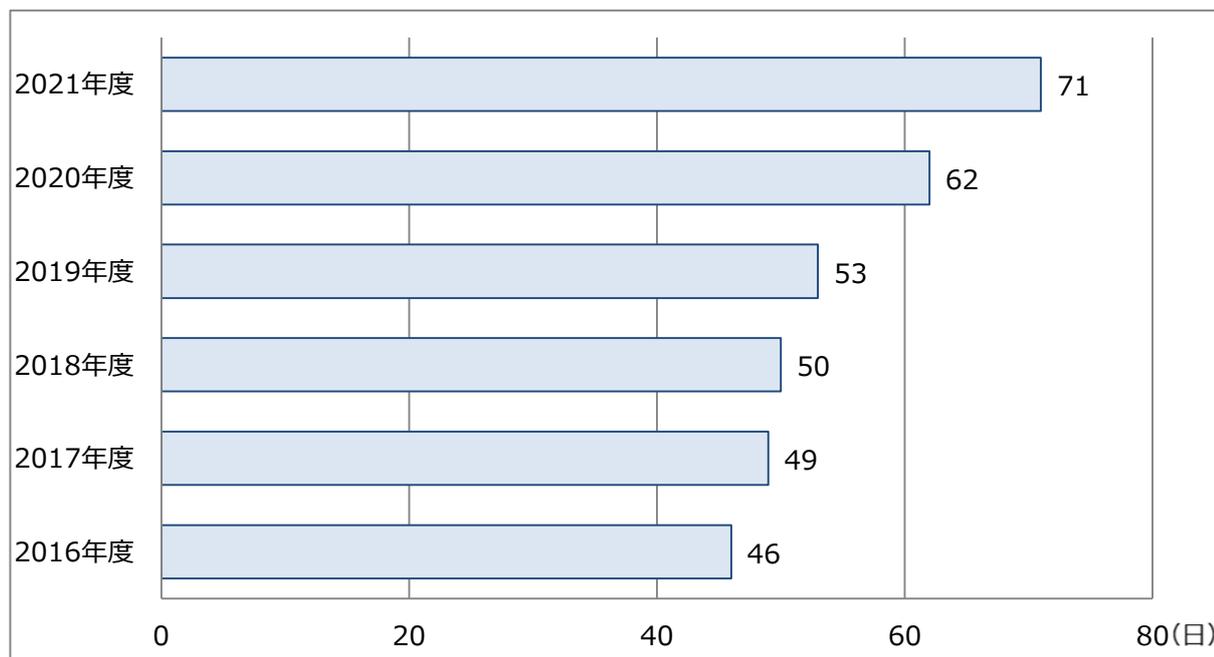
神経精神科 病棟

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



### 2021年度に実施した対策・対応またはコメント

年々、平均在院日数は増加傾向にあり、科内でも共有している。

2021年度より、神経精神科退院調整・支援パスを作成し、運用を開始した。

同パスの目標を90日以内の退院としている。

入院カンファレンスや多職種カンファレンスに於いて、退院に向けての検討を行っている

## 30. 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

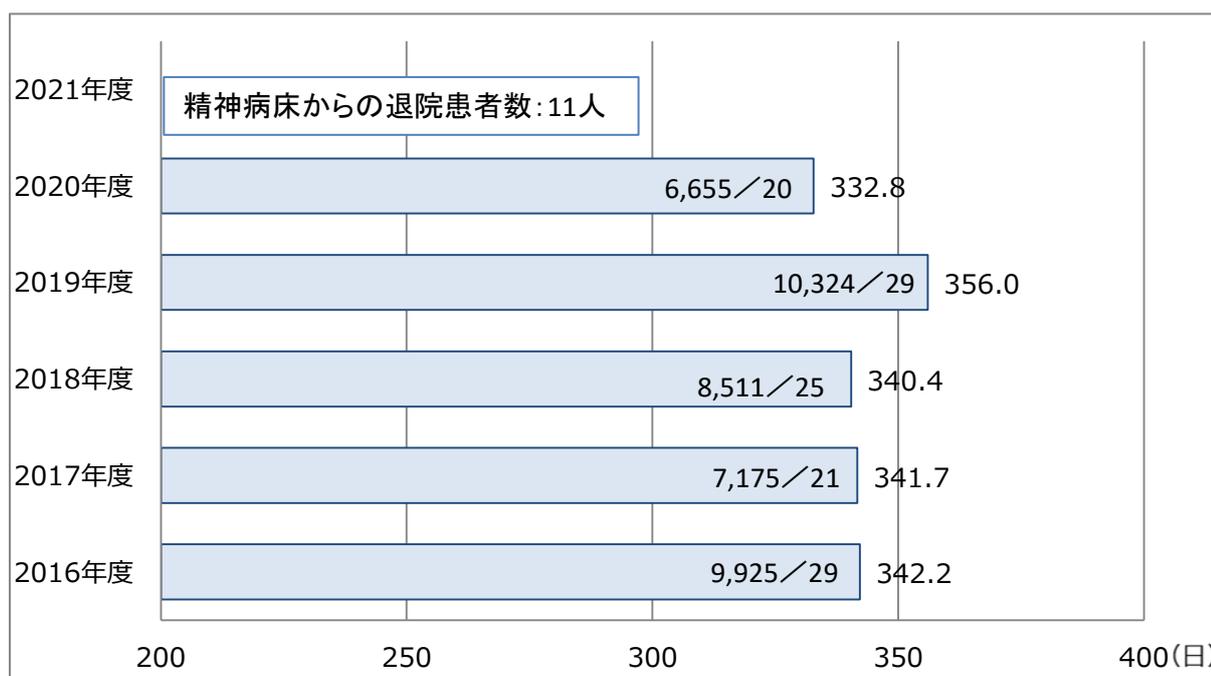
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの機能を示す指標

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：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：精神病床からの退院患者（入院後1年以内に限る）総数



2021年度に実施した対策・対応またはコメント

国の指針目標である316日に達している。

## 31. 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。

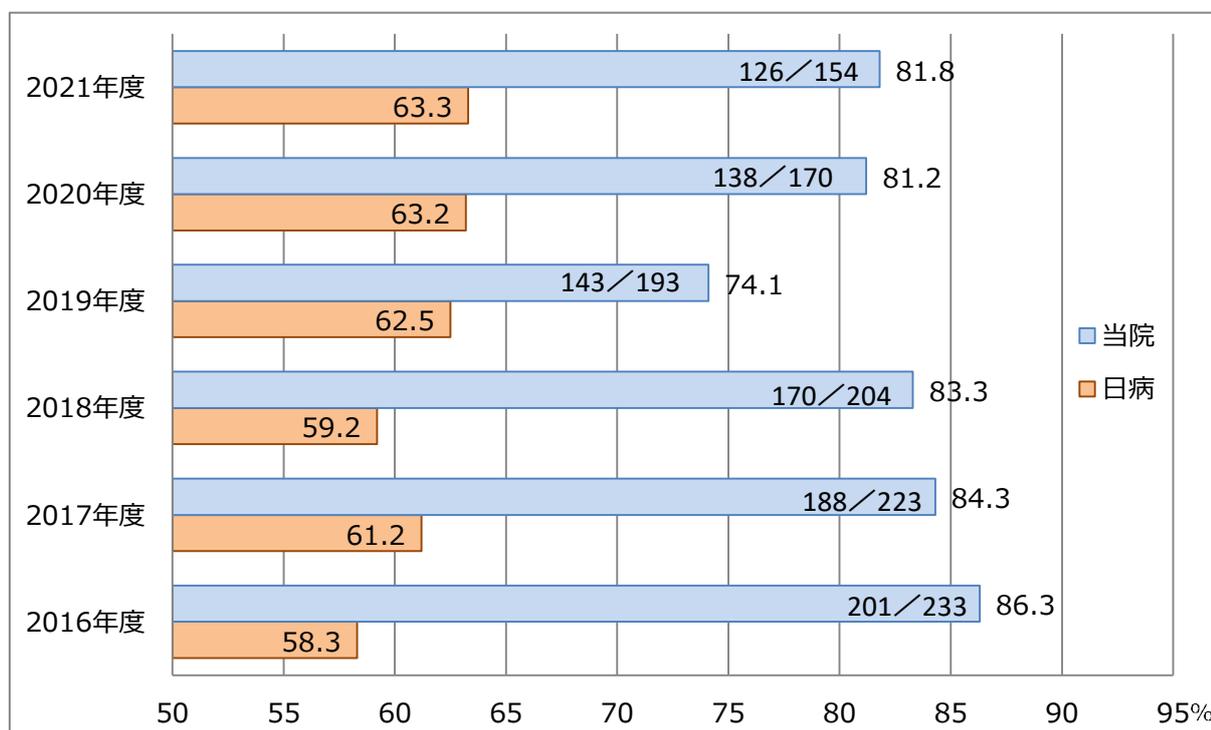
(日本病院会2021年度プロジェクト結果報告 115ページより)

ベンチマーク：日本病院会QIプロジェクト 精神／全施設  
より高い値が望ましい。

### 【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



### 2021年度に実施した対策・対応またはコメント

地域の医療機関との連携がとれており患者さんの病状に応じた医療の提供に貢献していると考えられる。

## 32. 神経精神科 逆紹介率

神経精神科事務室

Structure **Process** Outcome

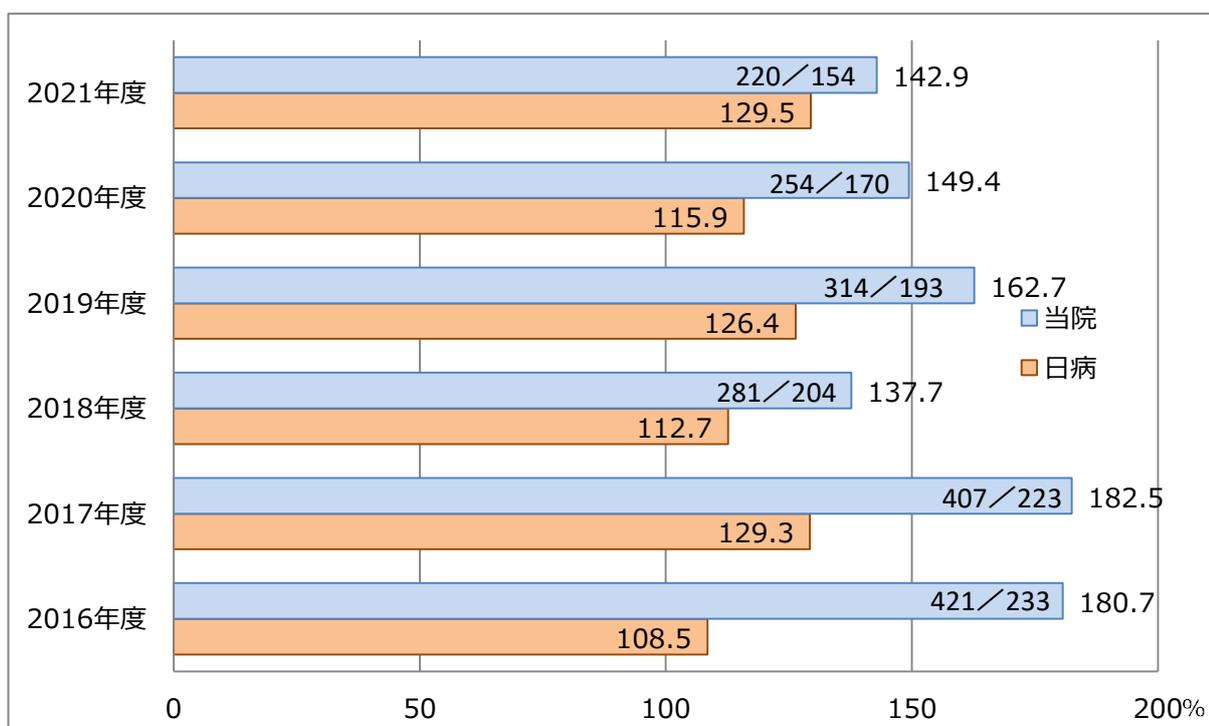
説明・指標の定義は、「31. 紹介率 一般」に同じ

ベンチマーク：日本病院会QIプロジェクト 精神／全施設  
より高い値が望ましい。

### 【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



### 2021年度に実施した対策・対応またはコメント

紹介率と同様に地域の医療機関との連携がとれており患者さんの病状に応じた医療の提供に貢献していると考えられる。

### 33. 神経精神科 自発入院患者割合

神経精神科事務室

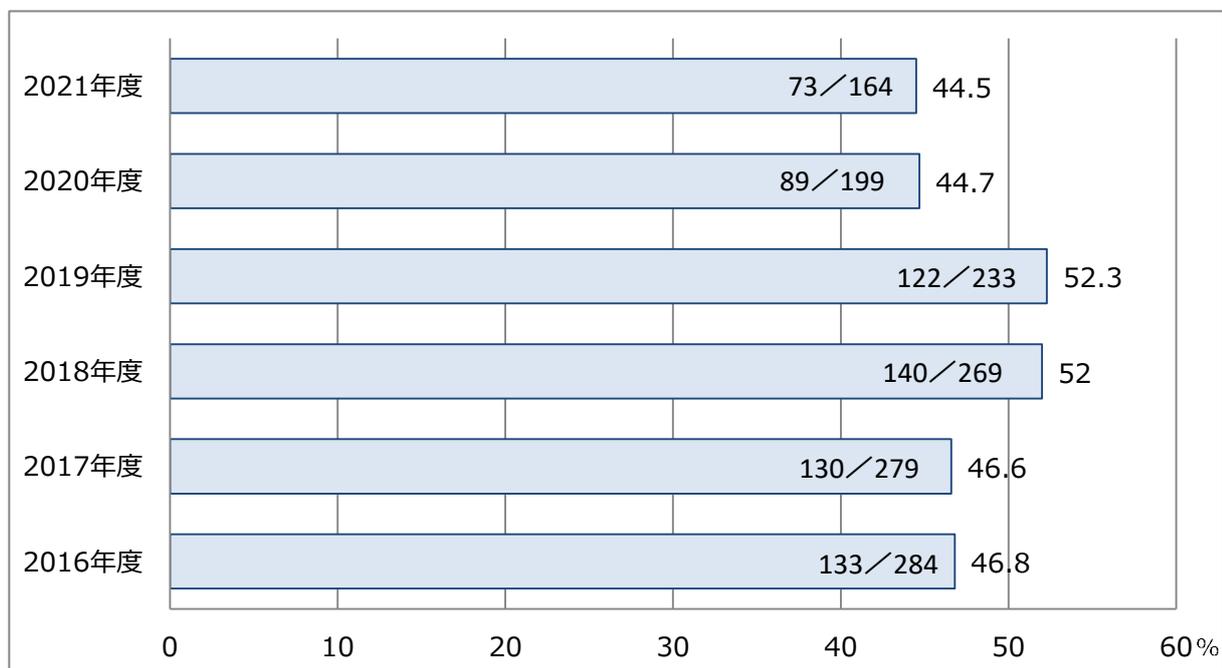
Structure **Process** Outcome

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



#### 2021年度に実施した対策・対応またはコメント

患者本人が入院の必要性を理解し自らが選択して入院する任意入院が最も望ましいものとする。

### 34. 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

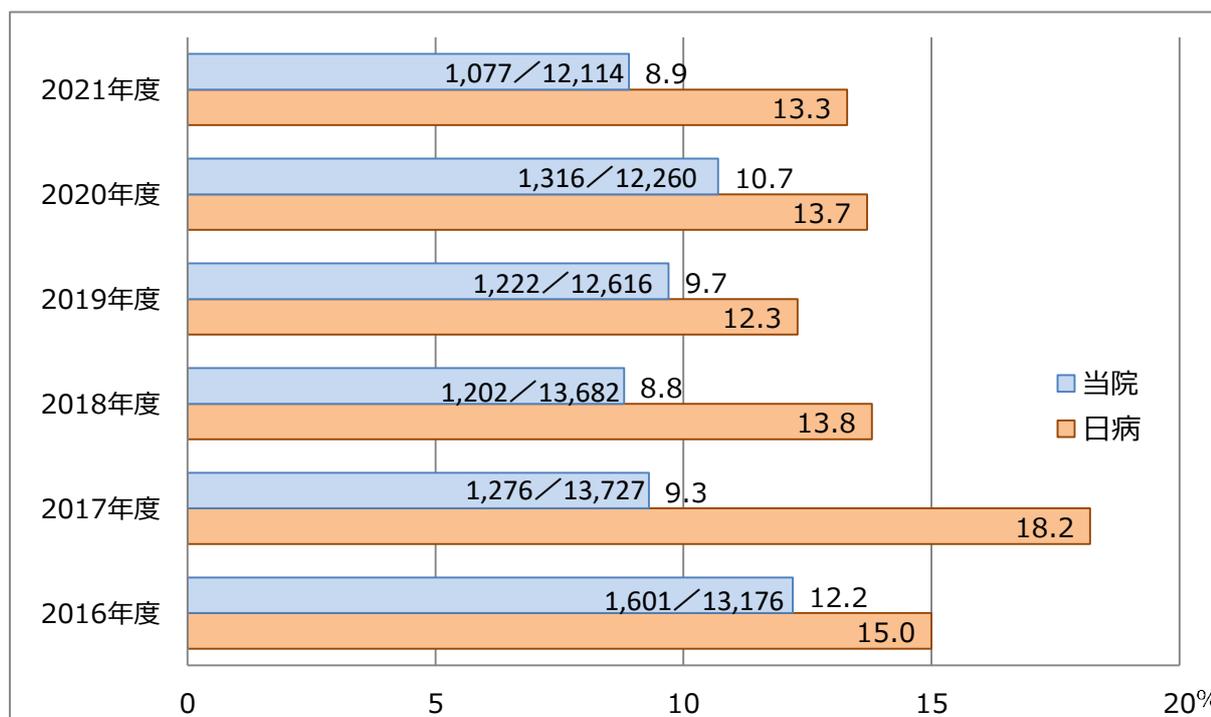
精神保健法では、身体的拘束は、制限の程度が強く、また、二次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないものとされている。施設や医療機関などで、患者を「治療の妨げになる行動がある」あるいは「事故の危険性がある」という理由で、安易にひもや抑制帯、ミトンなどの道具を使用して、患者をベッドや車椅子に縛ったりする身体拘束、身体抑制は慎むべきものである。

(日本病院会2021年度プロジェクト結果報告 120ページより)

より低い値が望ましい

分子：身体抑制を実施した入院延べ患者数

分母：入院延べ患者数



#### 2021年度に実施した対策・対応またはコメント

毎月、科内の行動制限最小化委員会に於いて、各症例の身体拘束の必要性に対して検討している。加えて、毎朝、身体拘束の必要性に対して、多職種で検討している。

## 35. 神経精神科 隔離率

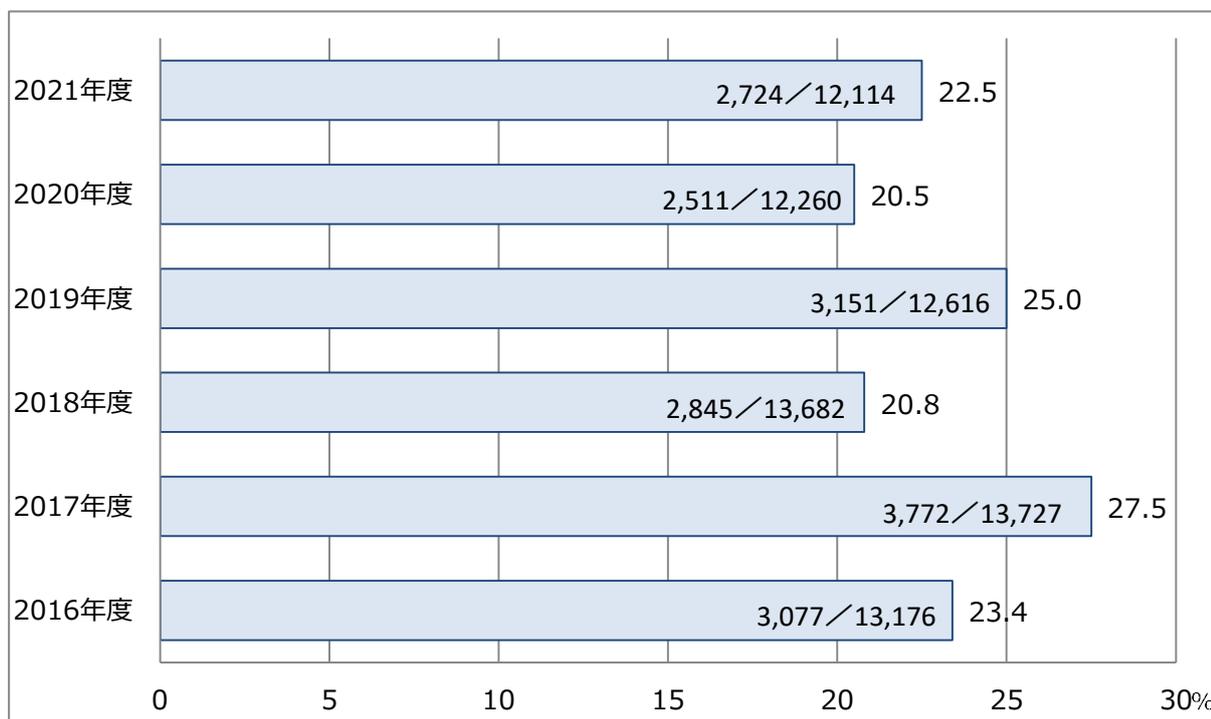
神経精神科 病棟 行動制限最少化委員会

Structure **Process** Outcome

人権を尊重した入院サービスの指標

分子： 隔離を行った患者数

分母： 全入院者数



### 2021年度に実施した対策・対応またはコメント

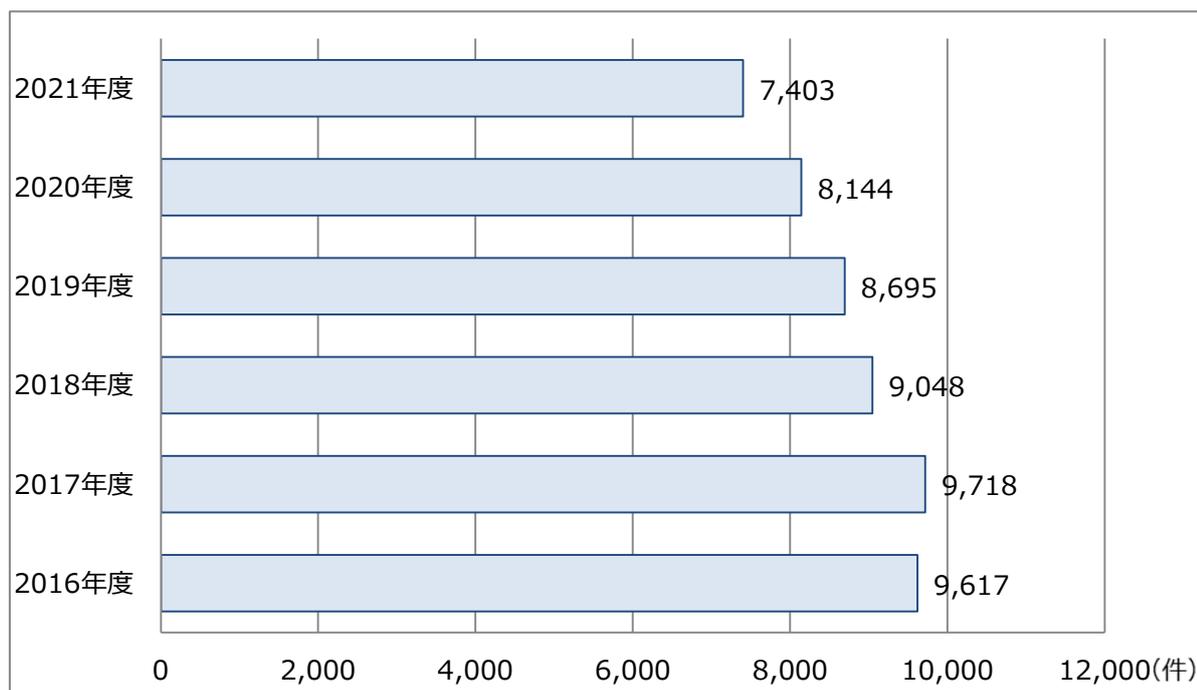
身体拘束に対する対応と同様に、隔離の解除に対して、多職種で検討している。

## 36. 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

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）



### 2021年度に実施した対策・対応またはコメント

訪問件数の減少は訪問看護を担当するスタッフの減少やCOVIDの影響により訪問に行けない利用者がいたことが影響していると考えられる。

## 37. 神経精神科 クロザピン投与患者数

神経精神科

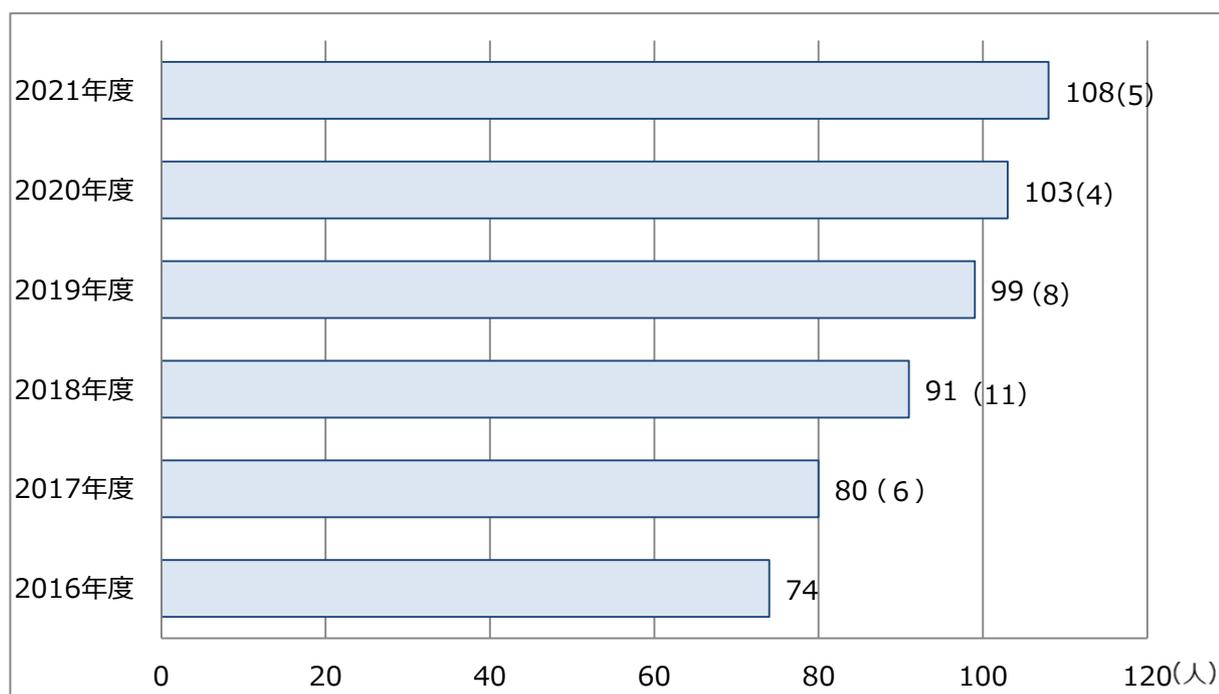
Structure **Process** Outcome

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）



2021年度に実施した対策・対応またはコメント

各種カンファレンスで治療抵抗性統合失調症の基準を用いて、クロザピン治療の適応を検討した。

## 38. 神経精神科 デポ剤の使用患者数

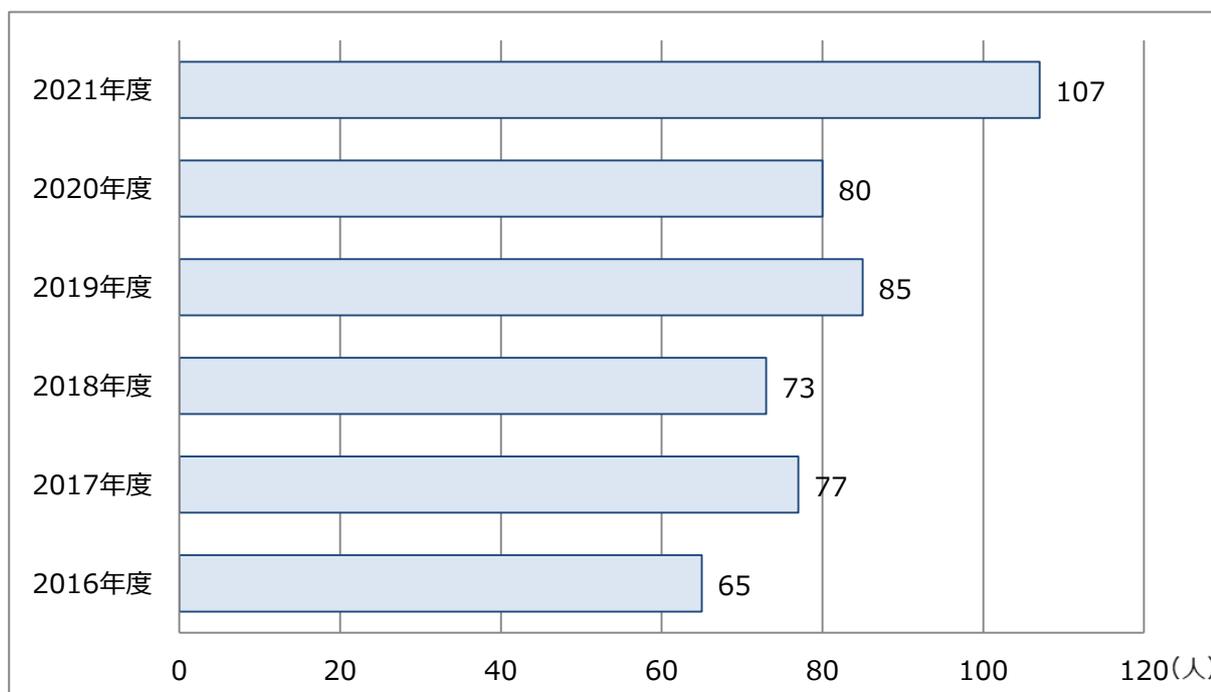
神経精神科外来

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。



### 2021年度に実施した対策・対応またはコメント

当科のデポ剤使用率は徐々に増加傾向であるが、当科の統合失調症の患者さん約954人（3割は約286人）のデポ剤使用状況として、統合失調症の患者さん・双極性障害の患者さんを含めてやっと約80～100人となっている。先進国の統合失調症の患者さんは全体の3割はデポ剤使用していると考えると、先進国と比べて当科はデポ剤導入がすすんでいない。デポ剤導入数について前年度と比較して増えてきているので、引き続き導入促進に取り組んでいきたい。

## 39. 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

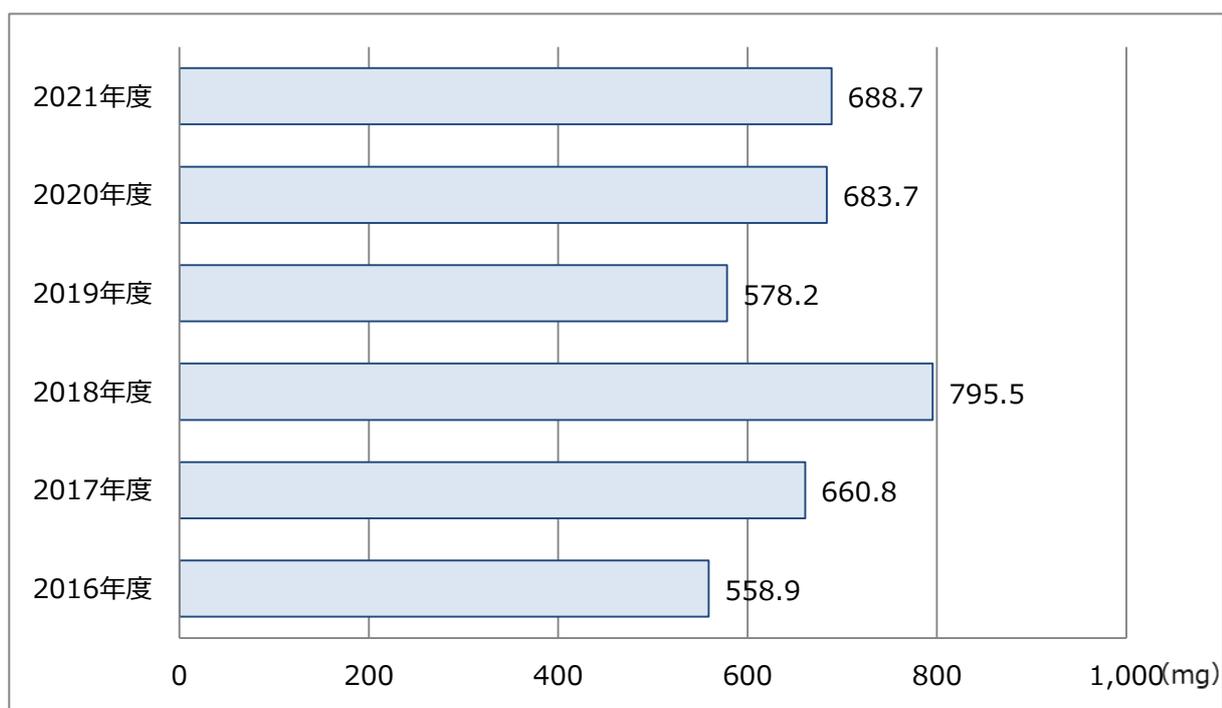
Structure **Process** Outcome

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。



### 2021年度に実施した対策・対応

毎月1回、統合失調症患者のCP換算量を算出し、多剤大量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。

## 40. 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

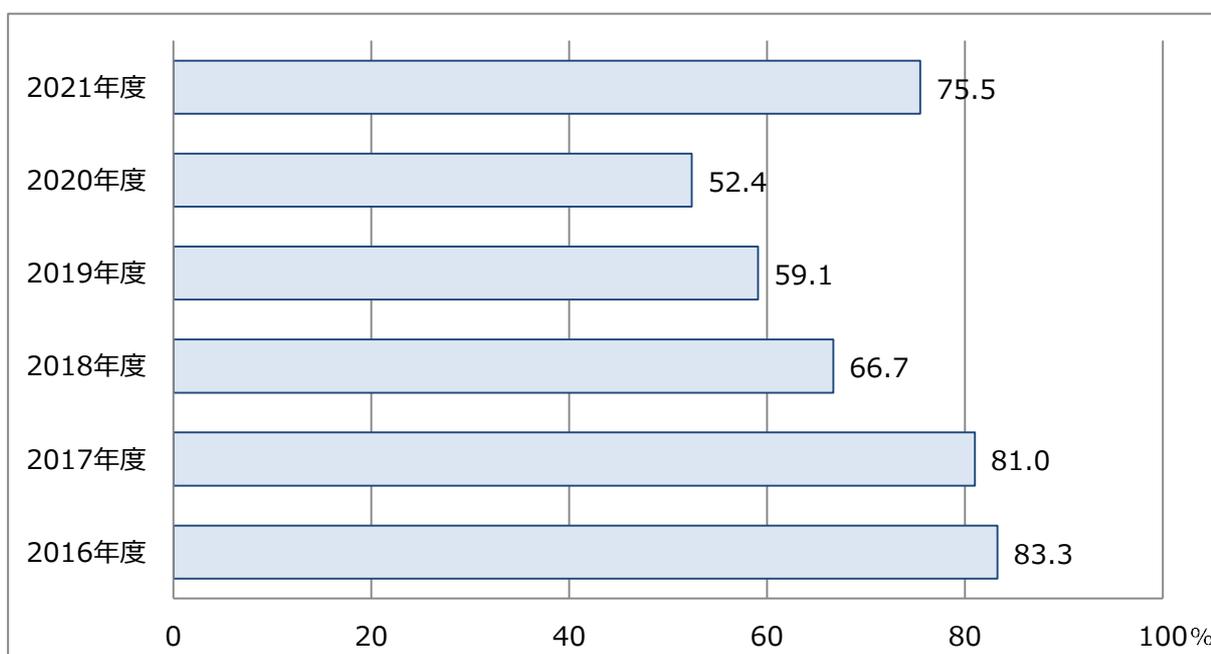
本邦では、諸外国と比較して多剤大量併用療法が多く問題視されている。多剤併用は有害事象が増加する、効果副作用判定を困難にするなど問題点が挙げられている。近年、診療報酬上も3剤以上の抗精神病薬の処方に減算を行う改訂がなされている。また、抗精神病薬を3剤以上併用することの有用性を評価した報告は皆無に等しく、併用療法を行う場合でも2剤までが許容と考えられている。

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

適性薬剤数に近づける。



### 2021年度に実施した対策・対応

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 2021 Vol.2

2022年11月 発行

編集：TQMセンター