

地方独立行政法人 総合病院国保旭中央病院

QI Review 2024

Vol.5



地方独立行政法人

総合病院 国保旭中央病院

ここに QI Review 2024 がまとまりましたので職員の皆様にお届けします。

QI (Quality Indicator) とは「医療の質を客観的に示す指標」です。患者さんに安全で効果的な医療が提供できているか等、医療の本質に関わる成果を可視化するものです。

当院がこれからの医療提供体制をより良いものにしていくためにどうしても必要な指標ですので、その結果を十分吟味していただければと思います。

似たような言葉に KPI (Key Performance Indicator) があります。どう違うのでしょうか。KPI は「病院運営の達成度を測る指標」です。病床稼働率、平均在院日数、外来患者数、収益、診療単価など、組織としての持続性や経営の健全性を評価するための指標です。KPI は病院が安定して医療を提供し続けるために欠かせないものですが、あくまで「医療を支えるための手段」であり、目的そのものではありません。QI と KPI は相反するものではなく、役割が異なるだけで、互いに補完し合う関係にあるといえます。

医療の質 (QI) が向上すれば、結果として再入院の減少や在院日数の適正化につながり、KPI も改善します。逆に、KPI が安定すれば、必要な人員配置や設備投資が可能となり、QI 向上のための環境が整います。一方で KPI を良くするために診療材料費を極端に削って医療の質がおちてしまうのは本末転倒と言えます。あくまで「QI を良くして結果として KPI も良くなる」の原則は守っていきましょう。

さて、本書は 39 項目の QI についてまとめています。過去 5 年間の比較や項目によってはベンチマークとの比較ができるようになっていきます。救急車・ホットライン応需率や地域分娩応需率、地域医療機関サポート率は以前から高い値を保っており、ベンチマークを大きく上回っています。特にサポート率は「香取海匠 2 次医療圏に存在するすべてのクリニック・病院のうち 93.6%は当院に患者さんを紹介している」ということであり、当診療圏にて当院が唯一の基幹病院であることを物語っています。また、外来化学療法指導件数や緩和ケアチーム依頼件数は年々伸びてきており、関係スタッフの忙しさが増していると想像します。こういうところに手厚く診療報酬を当ててもらいたいものです。一方で待ち時間短縮は長年の課題であり、難題ではありますが多職種で知恵を出し合って改善していきましょう。

全体を通して見ますと、職員の皆様の努力の証であることがわかります。敬意を表したいと思います。この指標を明日からのさらなる質改善に役立たせてください。最後に、まとめていただいた TQM のスタッフの皆さんに深謝いたします。

QI指標 冊子掲載目次（2024年度）

番号	指標名		頁
1	救急車・ホットライン応需率	救命救急科	1
2	地域分娩貢献率	5階東病棟	2
3	紹介率(2020年度～2021年度) 紹介割合(2022年度～)一般	医療連携福祉相談室	4
4	逆紹介率(2020年度～2021年度) 逆紹介割合(2022年度～)一般	医療連携福祉相談室	6
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	7
6	地域医療機関サポート率	医療連携福祉相談室	8
7	クリニカルパス利用率【患者数】【日数】	クリニカルパス委員会	9
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	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	32
11	褥瘡発生率	スキンケア相談室	34
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	37
13	口腔ケアの新患数(人)	歯科・歯科口腔外科	40
14	口腔ケアの延べ件数(件)	歯科・歯科口腔外科	41
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	42
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	43
17	外来化学療法指導件数	薬剤局	44
18	後発医薬品の使用割合	薬剤局	45
19	緩和ケアチーム依頼件数【病棟】【外来】	緩和ケアチーム	46
20	緩和ケアチーム依頼科	緩和ケアチーム	47
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	48
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	49
23	NST回診介入件数(NST委員会)	NST委員会	50
24	下痢改善件数(NST委員会)	NST委員会	51
25	褥瘡介入件数(NST委員会)	NST委員会	52
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	53
27	NST専門療法士 研修受講者	NST委員会	53
28	神経精神科 平均在院日数	神経精神科病棟	54
29	神経精神科 地域平均生活日数	診療情報管理室	55
30	神経精神科 紹介率	神経精神科事務室	56
31	神経精神科 逆紹介率	神経精神科事務室	57
32	神経精神科 自発入院患者割合	神経精神科事務室	58
33	神経精神科 身体拘束率	神経精神科病棟行動制限最少化委員会	59
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	60
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スチーム	61
36	神経精神科 クロザピン投与患者数	神経精神科	62
37	神経精神科 デボ剤の使用患者数	神経精神科外来	63
38	神経精神科 入院患者抗精神病薬CP換算量	薬剤局	64
39	神経精神科 入院患者抗精神病薬単剤化率	薬剤局	65

1. 救急車・ホットライン応需率

救急救命科

Structure **Process** Outcome

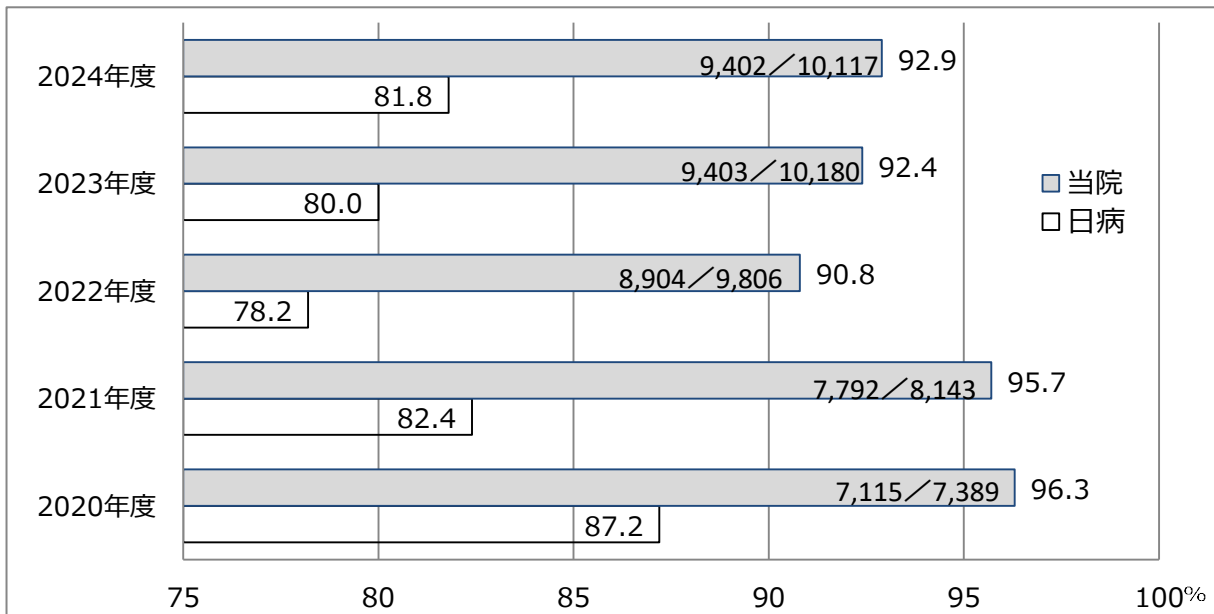
救急医療の機能を測る指標であり、救急車受け入れ要請のうち、何台受け入れができたのかを表している。本指標の向上は、救命救急センターに関連する部署だけの努力では改善できない。救急診療を担当する医療者の人数、診療の効率化、入院を受け入れる病棟看護師や各診療科の協力など、さまざまな要素がかかわっている。(日本病院会2024年度QIプロジェクト結果報告 35ページより)

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）件数を除く）



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
- ③ 不応需事案の記録
- ④ 救急業務支援システムの導入 (DX化)
- ⑤ 院内への周知
- ⑥ 病院訪問

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
- ④ 不応需の理由を病院HPで公表

Check

引き続き応需率のモニタリングと救急委員会で問題事例の共有

2024年度に実施した対策・対応またはコメント

毎月救急委員会で応需率、不応需内容、理由の確認、DX化、目標の掲示、目標の共有、地域医療機関の訪問。

更なる応需率上昇のため、早期転院体制の構築と院内周知、地域の病院訪問を進めている。

2. 地域分娩貢献率

5階東病棟

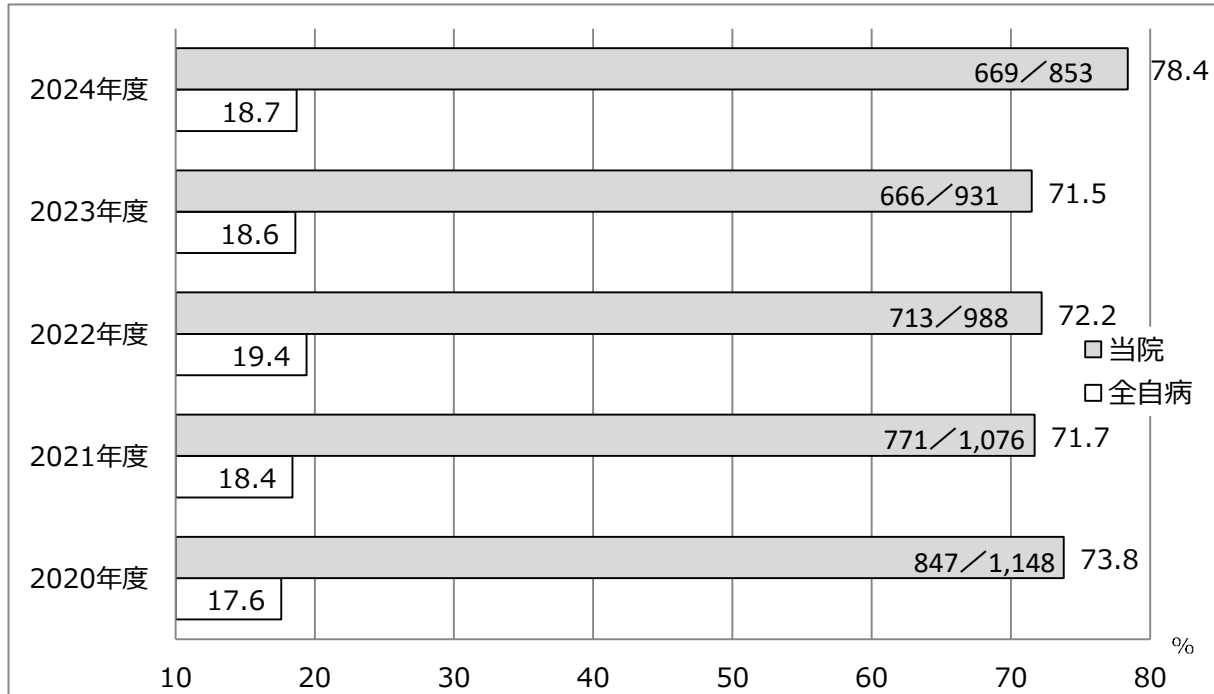
Structure Process **Outcome**

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助産師外来での個別指導、YouTubeを活用した保健指導の継続。
- ②夫立ち会い分娩の継続と他家族の付きそいの開始。
- ③対面産前教室の再開。
- ④夫の育児参加の開始。
- ⑤小集団指導時に褥婦同士での仲間作りを開始。

Do

- ①全妊婦に助産師外来での個別指導をスタッフ育成し増員して実施。YouTubeの利用も継続した。
- ②夫立ち会い分娩は継続、他家族も個室で付き添えるよう運用を変更した。
- ③対面式産前教室を再開した。
- ④夫の育児参加を開始した。
- ⑤外部栄養士による小集団指導（調乳・栄養）を開始した。

Action

- ①YouTubeの見直しを行い、ニーズに合ったものに修正する。
- ②対面産前教室の評価を行い、夫の参加も検討する。
- ③夫育児参加内容の拡大を図る。
- ④小集団指導の評価を行う。

Check

- ①助産外来はスタッフを育成し、全妊婦に実施している。YouTubeの視聴も継続できている。
- ②夫立ち会い分娩は定着、他家族も付き添いできることで満足度も高い。
- ③対面産前教室を再開し継続でき、スタッフも育成し増員して対応している。
- ④夫の育児参加を開始・定着し、満足度が高い。
- ⑤小集団指導開始し継続できている。

2024年度に実施した対策・対応またはコメント

- ①保健指導の継続と充実を図る。
- ②満足のいく出産に向けた支援。
- ③育児指導の充実。
- ④褥婦同士の仲間作り。

3. 紹介率 (2020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

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にした。

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2024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

2020年度～2021年度

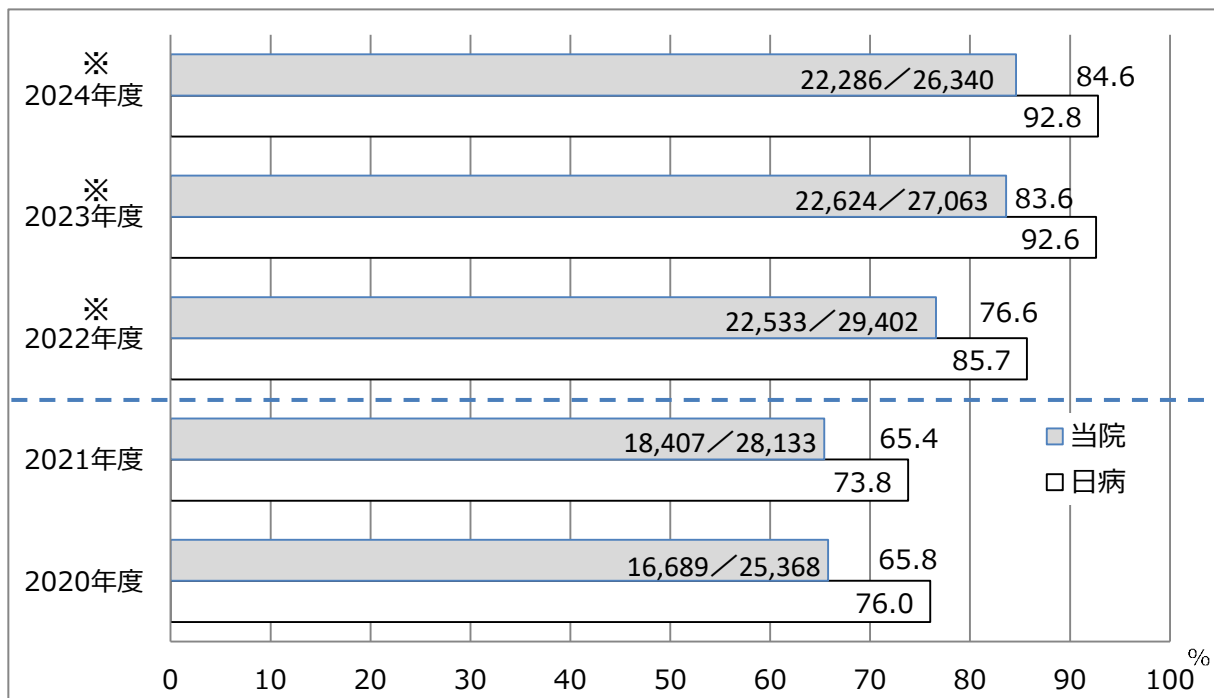
分子：紹介初診患者数

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～ ※

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。

2024年度に実施した対策・対応またはコメント

連携係は当院への受診や転院受入窓口を担い、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。

また今年度は、「地域医療者（医師）懇談会」を、医師同士の交流だけでなく、多職種の交流を目的に参加を呼びかけ、多数の出席者があり、当院からの情報発信及び地域医療者相互の交流を図ることができた。さらに看看連携も同時に行いより関係性を深めた。

今後も懇談会を始めとした当院からの情報発信及び地域医療者相互の交流の促進を継続し、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 (2020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

2020年度～2021年度

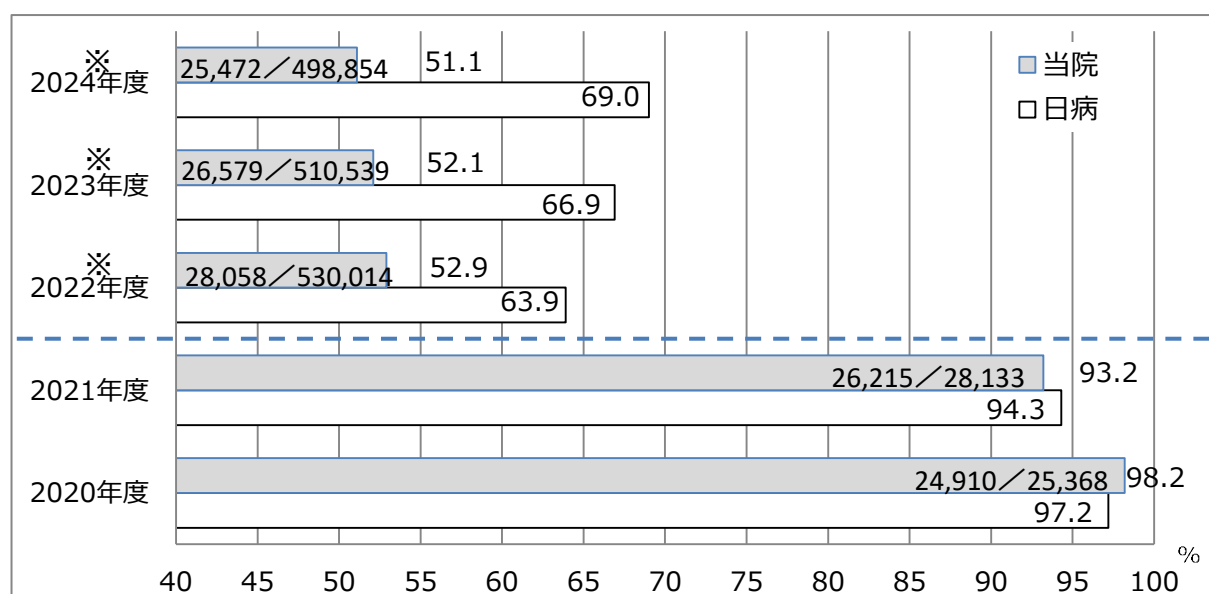
分子：逆紹介患者数

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～ ※

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。

2024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おり、これらの業務を通じて地域医療機関への円滑な逆紹介を推進している。

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

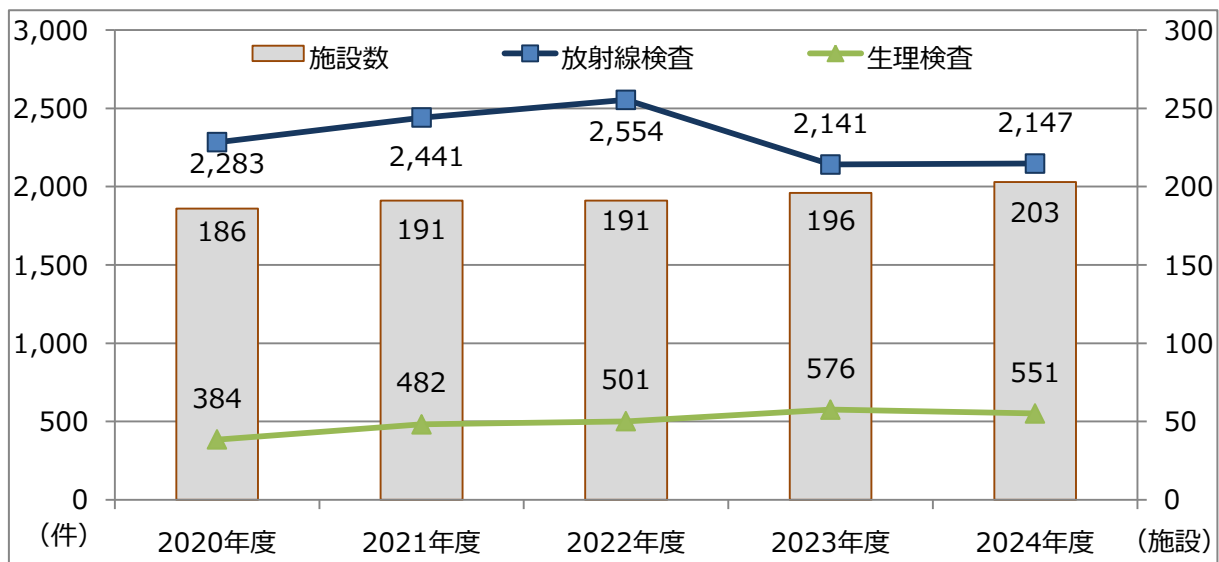
地域連携業務が成されているかの指標

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

新規開業医や二次医療圏外医療機関への案内も積極的に行い、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。

2024年度に実施した対策・対応またはコメント

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検査機器使用に関する問い合わせについては、連携係が窓口となり地域医療機関に対応している。

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・海匠地域）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。

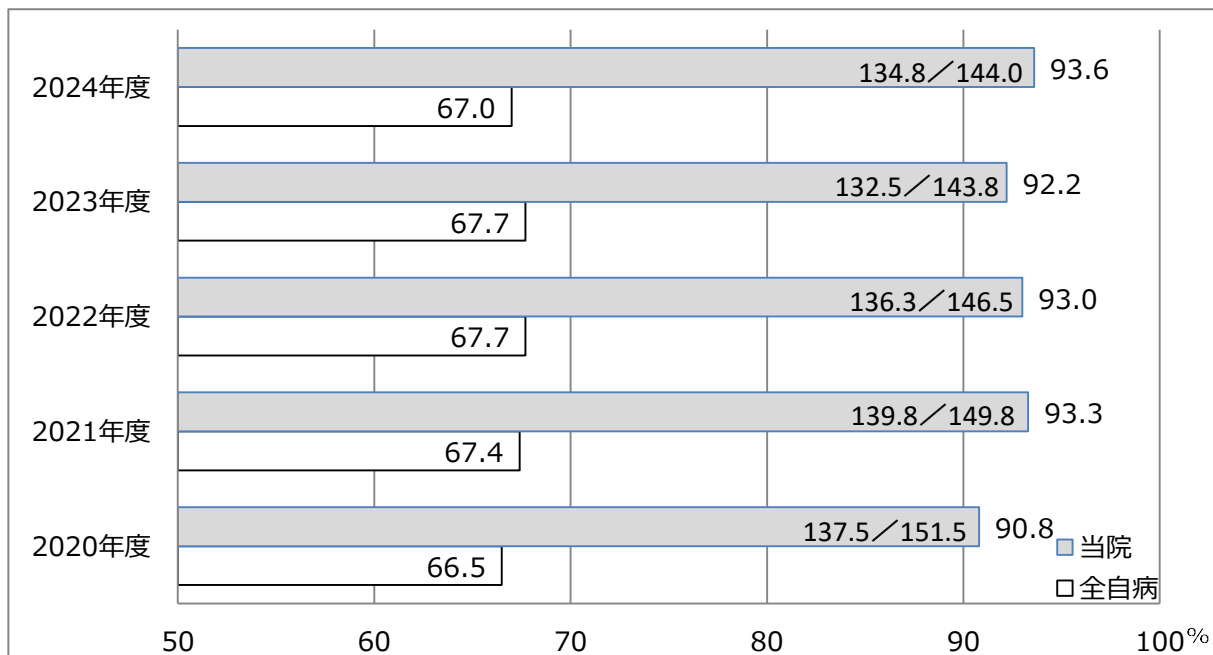
（全国自治体病院協議会 医療の質の評価・公表等推進事業 公表用データ（2025年4月25日） 35ページより）
（公表されている年度データは、4半期のデータを合算のため、掲載にあたり4で除算した）

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。

2024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」に引き続き取り組む。

7. クリカルパス使用率【患者数】【日数】

クリカルパス委員会

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。

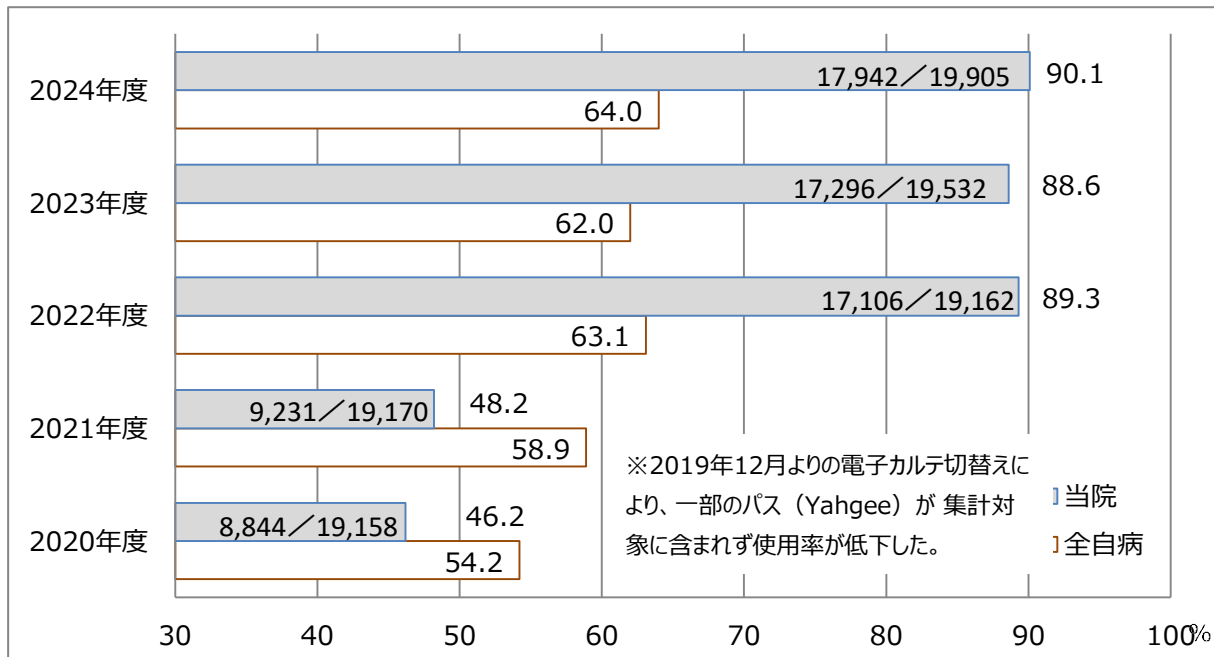
より高い値を目指している。

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



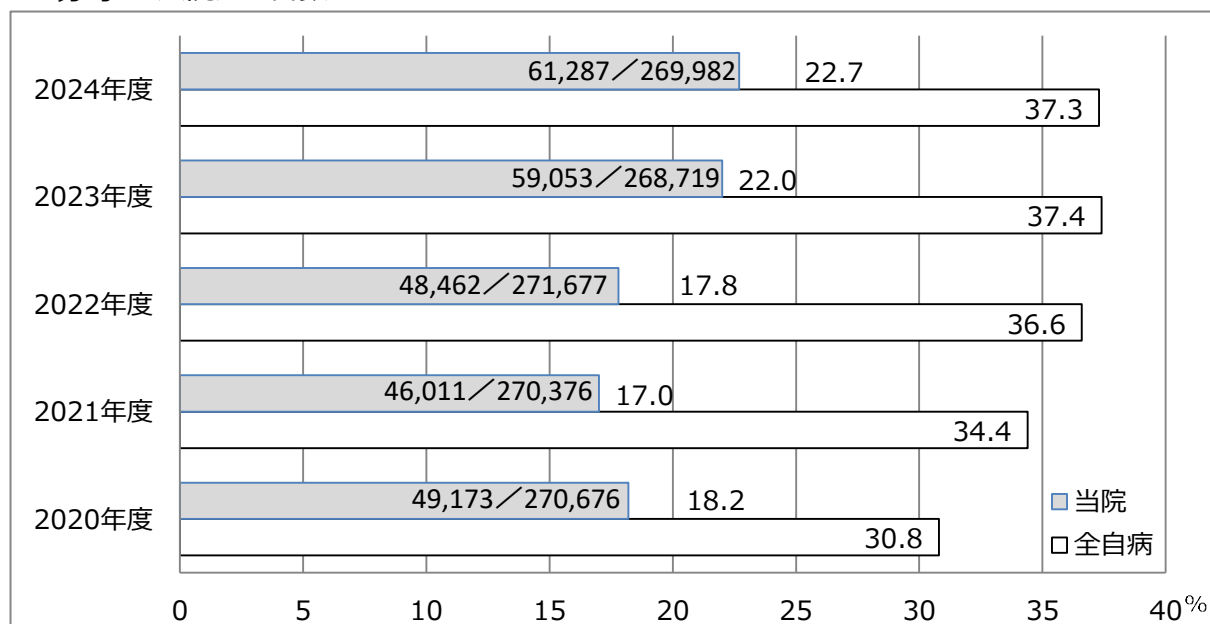
2024年度に実施した対策・対応またはコメント

退院支援調整パス・地域連携パス・各疾患のパスについて見直しを実施している。パスが使用されない要因を分析し改訂か停止か判断の上、使用率を上げられるようアプローチしている。僅かだが使用率は上がった。

【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



2024年度に実施した対策・対応またはコメント

前年度と同様パス使用日数が伸びている要因として、整形外科の使用率が上がっている事がある。療養日数が20～30日程度と長いパスの使用率が上がると全体の日数が長くなる。地域連携パスを活用し、連携先も増やしているが、人口動態からの骨折患者増加が影響している。

Plan

- ・5年以上改訂のないパスの見直し実施。
- ・大腿骨骨折地域連携パス連携先を拡大。
- ・心不全地域連携パス稼働に向け、施設間の勉強会などに力を入れる。
- ・DPC期間Ⅱ超えとならないよう、パスの期間を見直す。

Do

- ・5年以上改訂のないパスの改訂状況を示し、担当が見直し作業に取りかけられるよう支援。部署毎に見直しを実施。
- ・大腿骨骨折地域連携パスの連携先を2施設増やした。（シルバーケアセンターと九十九里病院）
- ・心不全連携パスの啓蒙。
- ・DPC期間Ⅱ超えを見据えたパス作成を意識し、パス審査時にチェック。

Action

- ・各部署パスの見直しは100%できた。しかし全てのパス改訂までは至っていない。年度末前に改訂状況、困っている事などを聞き取りする。
- ・大腿骨骨折地域連携パスは稼働し、連携先施設との会議なども実施し、パス改訂もしている。
- ・パス改訂の際にはパスの日数について審査項目を掲げ審査を実施した。
- ・心不全地域連携パス使用0件。

Check

- ・5年以上改訂のないパスが改訂に至らない要因を明らかにし、支援につなげる。
 - ・連携会議の結果などをヒアリングしパス改訂の必要はないか検討する。
- パス審査時にDPC期間Ⅱ超えについて、医事課の協力を得られるよう働きかける。
- ・心不全連携パス稼働に向け、近隣施設との情報を共有し、課題を明確にする。

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2024年度QIプロジェクト結果報告 64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)

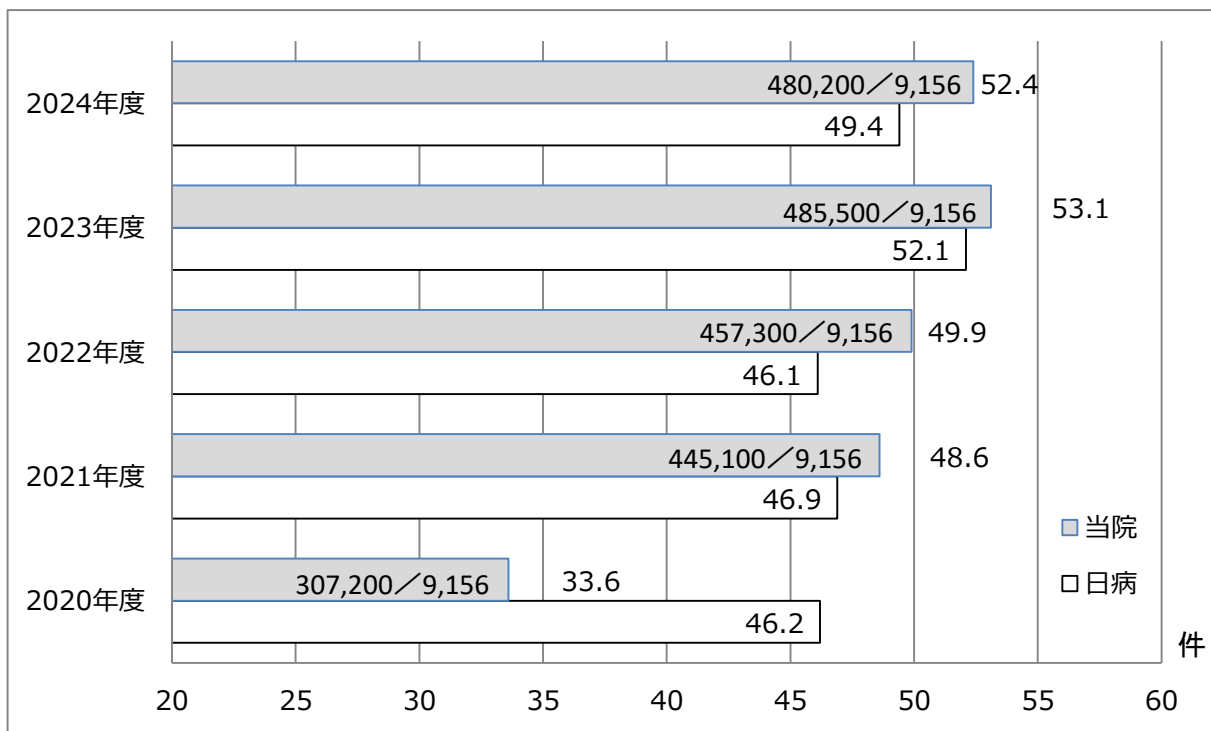
目標：2024年度 年間4,600件

中期計画 2020年度 3,400件、2021年度 3,500件、2022年度 3,600件
2023年度 3,700件、2024年度 4,600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・アクシデント報告件数×100

分母：許可病床数（一般763床×12ヶ月）



Plan

- ① 報告レポートに対するフィードバック
- ② 報告状況の共有
- ③ Good Job!制度の維持

Do

- ① これまで同様、すべてのレポートへ安全管理者からのコメントを記載、報告者が確認していることまでを確認した。
- ② Good Job!を含め、重要な事例は安全通信・医療安全研修会などを通じて職員へフィードバックした。各部門・部署のセーフティマネージャーへのデータ提供を行い、部門・部署内の情報共有を促進支援した。
- ③ Good Job!報告のポイント制、30ポイント以上の希望者への医療安全研修受講の推薦を継続した。また、部署での推進者として活動してもらえるように30ポイント以上獲得者へはマイスター証を授与する制度とした。

Action

- ①、②、③は続けていくことで、効果を期待できるため継続していく。転換期は適宜確認していく。
- 報告→分析→対策の実施→評価・・・のPDCAサイクルが機能していくように、評価の視点を広げていく。

Check

- ① 実施できた。継続することで、報告する行動の定着につながっていると評価する。
- ② 実施できた。わかっている事項ではあるが、定期的に情報を発信することでアラート機能になっていると評価する。
- ③ マイスター証発行を行った。

2024年度に実施した対策・対応またはコメント

【2024年度 報告件数に関連した質目標と対策】

・目標

- ① 適正な報告件数を維持する（稼働病床数×5.5以上）
- ② Good Job!報告の維持（報告件数の20%以上）

・実施した対策

- ① レポートへのフィードバック
- ② 目的・方法・活用を研修で周知
- ③ Good Job!ポイント制度の継続

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。

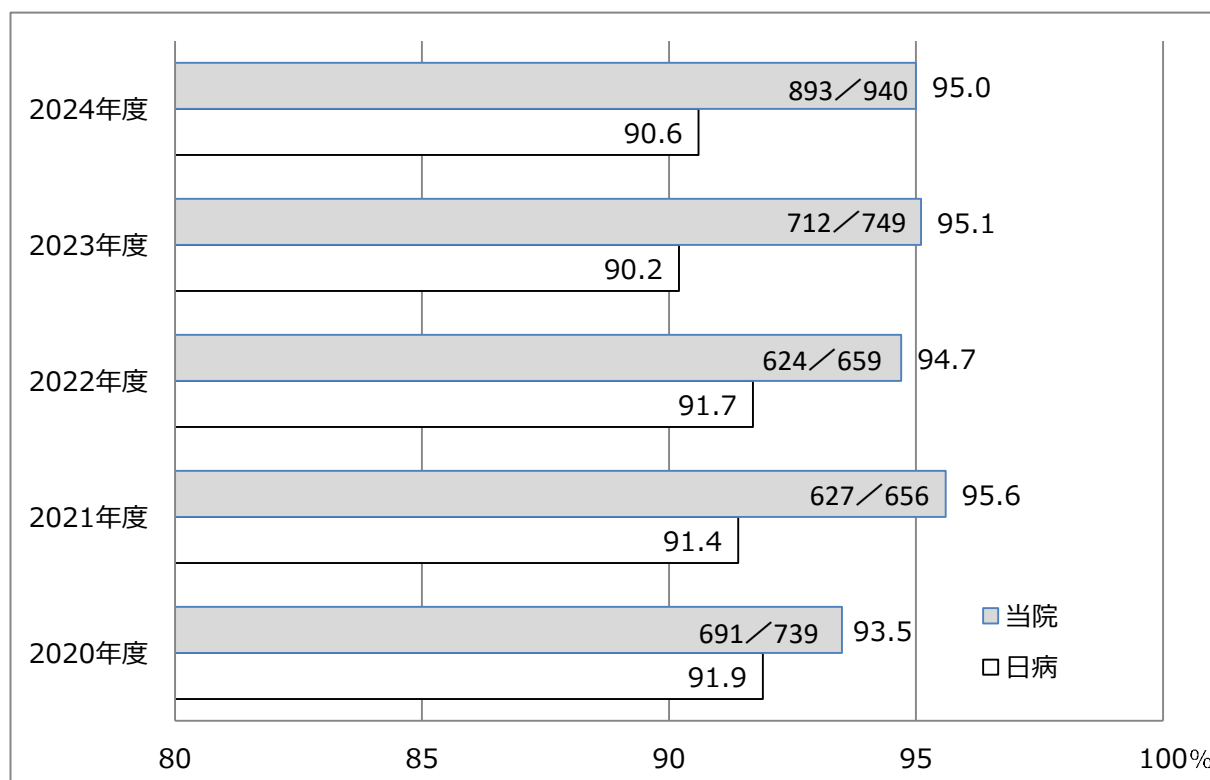
2012年度までは、「この病院での診療に満足していますか？」の設問で「大変満足、満足、どちらともいえない、不満足、大変不満足」の5段階評価でしたが、2013年度以降は、「この病院について総合的にはどう思われますか？」の設問で「満足、やや満足、どちらともいえない、やや不満、不満」の5段階評価に変更した。（日本病院会2024年度QIプロジェクト結果報告 21ページより）

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「2024年度に実施した対策・対応またはコメント」について各病棟を掲載。

（一部病棟を除く）

（ ）内は、前年度比。

【1-5病棟】

Plan

患者満足度向上

Do

○相談しやすい雰囲気・入院中のスケジュール、検査、手術などの説明・看護師同士の連携・プライバシーの配慮
以上の4点について前年度に引き続き取り組みを行った。

Action

- ①相談しやすい雰囲気
- ②入院中のスケジュール、検査、手術などの説明
- ③看護師同士の連携
- ④プライバシーへの配慮
- ⑤病棟、病室の温度設定

Check

○ナースコール対応は、数値としては改善された。6.75 (+0.24) しかし、ナースコールを受けるまでの時間は決して短縮できているとは言いがたく、取り組みを継続していく。日勤帯はエリア内の看護師待機もあるため効果は得られやすいと思われる。夜間帯の対応は検討が必要。

○言葉遣い、身だしなみは、院内平均より数値が高い。

○医師、看護師ともに大きな数値変動はないものの、数値の低下項目が複数あった。看護師は、「相談しやすい雰囲気」7.47 (-0.47) 「入院中のスケジュール、検査、手術などの説明」6.93 (-0.62) 「看護職員同士の連絡」6.18 (-0.49) が他と比較して数値が大きく低下した。

○施設設備については、「病棟、病室の温度設定」5.35 (-0.40) 「トイレ、洗面所、入浴シャワー室の清潔さ」6.79 (-0.28) が大きく数値が低下した。「病棟、病室の清潔さ」は7.38 (+0.67) と数値が上昇した。

○全体として「入院中に必要な情報が、十分入手できた」5.28 (+0.93) の数値は上昇したが、「安心して入院生活が送れた」7.10 (-0.55) 「今後も当院を利用したい」8.15 (-0.25) 「この病院についての総合的評価」7.63 (-0.11) は昨年より数値が低下した。

2024年度に実施した対策・対応またはコメント

- ・8月より、エリア毎の看護体制として小チームでの看護体制をとり、チームメンバーが協力し責任を持ってエリアでの看護を行っている。その中で、当日担当者が自己紹介とともに1日の看護に責任を持ち、エリア内での看護師の滞在を目指すことで、患者さんと関わる時間を増やしコミュニケーションをとることで①～④の課題への対応につなげる。
- ・環境整備への取り組みも継続し、エリア毎に責任をもって環境整備調整に取り組む。プライバシーに関しては、病室の入退室や個人情報、羞恥心への配慮等多岐にわたるが、ナースコールでの対応の会話も含まれる為、会話でなくまずは訪室する。特に夜間は、会話が他患者の睡眠にも影響するため、訪室を中心として対応するように取り組む。
- ・病室、病棟の温度設定についても、エリア内で看護師も温度や時間経過での調整を一緒に体感するため、患者さんに確認しながら早期に調整することを心がける。
- ・就業時ラウンドの徹底・勤務毎で環境整備の確認とともに、患者さんに声をかけ、確認することで対応漏れ等を各勤務帯でリカバーする。

【3病棟】

Plan

患者満足度向上

Do

○患者さん誤認防止のための本人確認
リスクカンファレンスを行い、インシデント事例やゼロレベルの未然に防げた事例に対し共有できたこと、モバイルでの確認が定着した。
本人に名前を名乗ってもらうこととリストバンドで確認すること、またモバイル使用時の確認を意識的に実施した。

Action

- ①相談しやすい雰囲気
- ②プライバシーへの配慮

Check

- 全体的なことについて
 - ・評価が上がった項目
患者さん誤認防止のための本人確認 6.37 (+1.82)
- 医師について
 - ・全体的に下がったが特に大きく低下した項目
言葉づかい、態度、身だしなみ 5.46 (-3.39)
担当医に対する信頼感 4.55 (-3.53)
悩みや相談に対する適切な対応 4.10 (-3.98)
- 看護職員について
 - ・全体的に下がったが特に大きく低下した項目
相談しやすい雰囲気 5.91 (-2.94)
プライバシーへの配慮 5.00 (-3.85)

2024年度に実施した対策・対応またはコメント

- ①スタッフ間の声かけやコミュニケーションを積極的に取る。パートナーシップマインドの醸成を図る。
受け持ち患者のところへ意識的に訪室し傾聴する。その都度、患者の訴えに対し誠意をもって対応する。
- ②大部屋で話をする際は内容によっては紙面に書いて説明する。(他科受診や面談予定など)
面談室で話を伺うなど配慮する。
オムツ交換時は必ずカーテンを閉める。オムツやポータブルトイレ処理を確実にを行う。寝具やマットレス汚染があれば早めに交換する。

【救命救急センター病棟】

Plan

患者満足度向上

Do

- 言葉遣い・態度・身だしなみへの対策として、緊急入院の状況で煩雑な中での対応であるが、相手の気持ちを考えた声かけをした。
- 相談しやすい雰囲気への対策として、退室時に相談がないか声かけをして退室した。

Action

- ①ナースコールを押してから訪室までの時間
- ②相談しやすい雰囲気
- ③医師のプライバシー配慮

Check

- 前年度の回答数が2名であったため一概には比較できない。
- 看護職員について
 - ・評価が下がった項目
相談しやすい雰囲気 6.93 (-0.57)
ナースコールを押してから訪室までの時間 6.50 (-1.00)
 - ・評価が上がった項目
医師・事務職員などへの連絡 8.85 (+1.35)
患者さんが頼んだことに対する確実な対応 8.50 (+1.00)
プライバシーへの配慮 8.47 (+0.97)
看護に対する全体的な満足度 については8.47 (+0.97) であり、病棟全体から+0.76だった。
そのほかの項目についても全て+となった。
- 施設設備について
 - ・病棟、病室のにおいおよび温度設定が昨年度より-0.62となったが、病棟全体よりはわずかに良い結果だった。

2024年度に実施した対策・対応またはコメント

- ・多忙時でも、患者対応時は落ち着いた言動をする。
- ・ナースコールの鳴らない先取り看護として、看護師の方から「何かありませんか？」など声をかける。
- ・ナースコールが鳴ったら近くにいるスタッフが訪室する。フロアにいる看護補助員も近くにいる際は、訪室して用件を確認する。
- ・用件対応に時間がかかる時は目安時間を伝える。
- ・医師は複数科のため統一は難しいが、説明時は面談室の活用やカーテンを引くなど医師に協力を依頼する。

【5階北病棟】

Plan

患者満足度向上

Do

- 依頼されたことはタイムリーにリーダーへ報告し、可能な限りその場で解決した。
- 面会中に依頼されたことへの返事が後日になる場合は、いつ、誰が返事をするのかを家族へ伝えた。
- 依頼されたことは伝言板やリーダーの申し送り簿に記載した。
- 依頼されたことが実施できたか、リーダーが家族へ確認した。

Action

- ①ナースコールの速やかな対応
- ②患者家族、医師、看護師、事務等医療者間での連携
- ③病室のにおい
- ④リネン類の清潔保持、適切な交換
- ⑤フロア内での雑談、声の大きさ

Check

- 評価が良かった項目
 - ・看護師の対応は昨年度と比較して、全体的に評価が上がった。特に患者さんへの各種説明に関する項目は評価が高い傾向。看護師の声かけや対応が患者さんの不安の軽減に繋がった。育児日記や退院後の電話訪問によって退院後も家族は安心感が得られている。
- 評価が悪かった項目
 - ・ナースコールを押してから訪室までの時間は、9.24 (-0.14) とやや低下傾向。昨年度は医師の対応に対する評価が全体的に高値であったが、今年度は全体的に低下した。中でも看護師・事務職員などへの連絡7.65 (-1.20) が最も低下した。全ての関連職種において連絡連携に対する評価が低い傾向だった。病室のにおいに関しては「どちらとも言えない」と回答されている方が6%であり、シーツ交換に対する満足でも「やや不満」が6%であった。フロア内での雑談や声の大きさ、患者確認の甘さに対する指摘があった。

2024年度に実施した対策・対応またはコメント

- ①ナースコールの対応について、患者数の減少のためNICUフロアに患者とスタッフが集約されており、ナースコールはGCUにあるためコールを受けてからの対応が遅くなっている可能性がある。移動式ナースコールの設置場所をNICUに移動させても反応するか検証し、受け持ち看護師がいるフロアに移動させ対応する。
- ②電子カルテのメモ欄を有効活用し、誰が読んでも理解できる内容で伝達事項を必ず入力する。家族の質問やそれに対する回答、アドバイス内容を記録に残す。授乳クッションなど依頼したが家族が必要ないといった場合も再度依頼しないようにメッセージ欄と申し送りで伝える。終了した項目は速やかに削除する。
- ③感染対策中の患者さんやゴミ箱が近い位置の患者さんはゴミ箱が近くにあるため不快な臭いとなる可能性があるため、ゴミ箱の位置を調整する。入院が長期化している児のSpO2プローブは悪臭がするため、気になったら交換するようにする。(コスト面を考え、産科からもらっている開封済みのSpO2プローブを使用する)
- ④各スタッフの意識とスタッフ全体で声を掛け合って汚染時には速やかに交換する。各ベッドサイドに設置してあるリネン入れに補充し交換しやすい環境を作る。
- ⑤主任から意識し改善していく。無意識に話しているスタッフに対してはスタッフ同士で注意していく。

【5階東病棟】

Plan

患者満足度向上

Do

- 周知すべきお知らせに関しては、外来への掲示物や妊婦指導時にリーフレットを配布して説明した。
- 献立記入の説明をする際に患者と一緒に日付を確認し用紙を配布した。
- 退院指導時に退院日スケジュールと会計についての説明を徹底した。産科患者に対しては事務からの説明は口頭だけでなく、会計お知らせ用紙を作成し渡した。

Action

- ①ナースコールを押してから訪室までの時間
- ②看護職員同士の連絡
- ③退院手続きの説明、退院後の注意事項などに関する説明
- ④患者への説明不備

Check

- 看護職員について
 - ・全体的に大きな変化はないが、下記3点は評価が下がった。
 - 言葉づかい、態度、身だしなみ 8.69 (-0.20)
 - 退院手続きの説明 8.46 (-0.49)
 - 退院後の注意事項に関する説明 8.88 (-0.18)
 - ・評価が上がった項目
 - ナースコールを押してから訪室までの時間 8.10 (+0.20)
 - 医師・事務職員などへの連絡 8.17 (+0.24)
- 自由記載のコメントは概ね良い評価が記載されていた。

2024年度に実施した対策・対応またはコメント

- ①ナースコールの対応は迅速に行い、難しい場合は訪室できる目安時間を伝える。また、メンバーと協力し患者の依頼になるべく早く対応する。
- ②自分の勤務帯で対応したことはその場で解決する。また、継続した対応が必要な場合は、タイムリーに記録を残し、受け持ちスタッフ間で申し送りを行い情報共有をする。
- ③退院指導や退院の説明は本人だけでなく、家族を含めての説明や口頭だけでなく用紙の使用、また当該科と連携するなどわかりやすいように工夫して行う。
- ④新たに開始される治療に関しては、医師からの説明があったか確認してから実施し、ない場合は医師へ説明を依頼する。

【5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について
病室訪室が遅れる際には事前にどのくらいで対応できるのか患者さんに伝えることや接遇についてスタッフ間で周知した。
- 悩みや相談に対する適切な対応、医師・事務職員などへの連絡について伝達や対応したことを患者に伝えることで安心感に繋げた。
- 病室のにおい、騒音について
空気清浄機を活用し病室環境を整えた。

Action

- ①看護職員同士の連絡
- ②プライバシーへの配慮
- ③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
- ④病棟のにおい、病棟・病室の清潔さ、シーツ交換は丁寧で行き届いていたか（患者周囲環境）

Check

- 看護職員について
 - ・評価が上がった項目
入院中のスケジュール、検査、手術などの説明 8.50 (+0.60)
悩みや相談に対する適切な対応 8.38 (+0.88)
 - ・評価が下がった項目
ナースコールを押してから訪室までの時間 7.90 (-0.34)
患者さんが頼んだことに対しての確実な対応 8.25 (-0.37)
看護職員同士の連絡 6.75 (-1.03)
プライバシーへの配慮 8.13 (-0.70)
- 施設設備について
 - ・評価が下がった項目
病棟のにおい 6.42 (-0.25)
病棟、病室の清潔さ 7.57 (-0.77)
シーツ交換は丁寧で行き届いていたか 7.75 (-0.59)
自由記載は概ね良い評価の記載であったが、禁止部位の掲示があるが、その部位からの採血や血圧測定する行為があったというご意見があった。

2024年度に実施した対策・対応またはコメント

- ①ペア間のコミュニケーション、電子カルテの掲示板の活用、申し送りでの伝達、確認を行い統一した対応をする。
- ②プライバシーカードの活用、書類管理、電子カルテの取り扱いに注意する。廊下や病室内で画面が見えない様にする。
- ③患者さんへの声かけの継続、ベッドサイドでの記録を実施。ナースコールの鳴らない先取り看護を実践する。看護補助員との連携を図り、早期対応を実施する。
- ④女性病棟であり、女性目線の清潔感や静かさといった療養環境の提供が必要と考える。患者さんによっては食事のにおいも苦痛と感ずることがあり、病床調整をする。空気清浄機の活用、排泄物や排液がたまったらすぐに破棄する。日々の環境整備を継続する。寝具類の汚染時は早期に交換を実施する。病室内のカビの発生時は早急にエイドやエネルギー班へ清掃の依頼をする。

【6階東病棟】

Plan

患者満足度向上

Do

- 入院中は不安や戸惑いも多く、明確な情報を必要としているのではないかと考えスタッフ間で情報共有を図り、确实・丁寧な対応を心がけた。
- 病棟・病室のにおいについては除湿対策と清掃対応を行った。
- ベッドサイドでの記録を行う事でナースコールの鳴らない先取り看護の実践を行った。

Action

- ①ナースコールを押してから訪室までの時間
- ②患者さんが頼んだ事に対する确实な対応、看護職員同士の連絡
- ③看護の質を見直す、接遇意識
- ④入院中の診療、治療方針、経過、スケジュールなどの説明

Check

- 院内全体の満足度は昨年とほぼ変わりはないが、自部署においては全体的な低下が見られた。
 - ・評価が上がった項目
 - 医師・事務職員などへの連絡 7.39 (+1.30)
 - 病棟、病室のにおい 5.48 (+0.48)
 - ・評価が下がった項目
 - 入院中の診療、治療方針、経過、検査、手術などの説明 5.91 (-1.98)
 - 言葉づかい、態度、身だしなみ（看護職員） 6.60 (-2.25)
 - ナースコールを押してから訪室までの時間 5.56 (-1.64)
 - 患者さんが頼んだことに対する确实な対応 6.32 (-0.77)
 - 入院中のスケジュール、検査、手術などの説明 6.37 (-2.03)
 - 看護職員同士の連絡 5.96 (-0.57)

2024年度に実施した対策・対応またはコメント

- ①PNSで必ずPHSを1台所持し、所持するスタッフをホワイトボードで明確にする。ベッドサイドでのコール対応をする。点滴など時間で終了となるものはナースコールが鳴る前に訪室する。
- ②速やかに対応し、対応に時間を要する場合はその旨を伝える。情報共有シートの活用を充実させ、情報更新を日付で明確にする。
- ③多忙な中でも傾聴に努める。院内接遇教育ビデオの視聴を勧め、お互いが注意しあえる風土をつくる。
- ④入院診療計画書に沿って患者・家族と内容を確認し、入院予定などのすりあわせを行う。前日の検査説明や追加時にはその都度説明を行うことを徹底する。

【6階西病棟】

Plan

患者満足度向上

Do

- 病棟・病室のにおいに対し適宜ラウンドし、消臭剤や空気清浄機を使用した。看護補助員からも異臭に対する情報があった際は原因を確認し、速やかに対応した。
- 看護師がこまめに訪室し、対応したことで患者さんからケアに満足したとお話を頂いた。
- 昨年度の室温調整に関する対策で、空気循環のためエアコンと扇風機を併用していくことを計画したが扇風機を準備することができなかった。

Action

- ①病棟・病室の静けさ
- ②病棟・病室の清潔さ
- ③シーツ交換は丁寧に
行き届いていたか

Check

- 医師については全ての設問に対し『満足』がやや低下しているが、『ほぼ満足』と合わせると昨年度とあまり変化は見られない。看護職員についても、『満足』はやや低下があるものの『ほぼ満足』と合わせるとほとんど同様の結果である。昨年度若干名『不満』と返答された方がいたが、今年度は『不満』は見られなかった。
- ・評価が上がった項目
看護職員の相談しやすい雰囲気 7.62 (+0.22)
病棟・病室のにおい 5.97 (+0.49)
病棟・病室の温度設定 5.76 (+0.81)
- ・全体的なことについての項目は概ね『満足』の割合が低下したが、『ほぼ満足』が増加している結果だった。

2024年度に実施した対策・対応またはコメント

- ①不穏・せん妄患者に対しては医師へ報告し、早期に鎮静剤や眠剤の使用を検討する。また、病室の配置も検討する。(難聴の患者を同じ部屋に集めるなど)
大部屋の患者には入院時、テレビ視聴時はイヤホンを使用してもらうよう説明する。入院中、音を出して視聴している場面を見かけた際はその都度説明し、協力をあおぐ。
- ②適宜病室をラウンドし結露によるカビがないか、壁紙の剥がれがないか確認し、他部門へ調整し速やかに対応する。
- ③寝たきりや感染症の患者(リネンセンタースタッフで介入しない患者)はシーツ交換した日付がわかるようチェックし、週2回交換できるようにする。

【7階東病棟】

Plan

患者満足度向上

Do

- 看護体制を機能別看護からペア業務に変更し、更にPHSを持つ当番を決めた。
- 3月から夜勤専従を設け、夜間の状態がわかる看護師を配置した。
- 4月からペア業務、5月からベッドサイドや廊下で記録をするようにし、コールがあったらなるべく早く訪室できるよう努めた。

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

- 看護職員については、昨年度と比較しマイナスになった項目はない。
- ・評価が上がった項目
 - 言葉使いや態度、身だしなみ 7.79 (+1.29)
 - 相談しやすい雰囲気 7.05 (+0.89)
 - 悩みや相談に対する適切な対応 7.46 (+1.74)
 - 看護に対する全体的な満足度 8.08 (+2.56)
- 昨年度より在院日数は短縮し、病床稼働率100%超えで、忙しさは増したが、忙しい中でも患者に誠実に対応している結果といえる。これが一時的なものではなく継続できるよう研鑽していく。

2024年度に実施した対策・対応またはコメント

整形外科の特徴として、突然の受傷により今までできたことが急にできなくなり、生活の不自由さを強く感じる。また、「人に頼むことに慣れていない、自分でやったら早いのに頼まなくてはならない」といったジレンマがあり、「看護師を呼ぶまでに躊躇する。だからこそ呼んだらすぐに来てほしい」という思いがあるのではないか。すぐに対応しているつもりであっても、患者との気持ちに差が生じている。排泄に関するナースコールの対応が今後の課題である。

- ・ペア業務を継続して行う。
- ・ベッドサイド記録を定着させる。
- ・ナースコールを取ってもすぐに訪室できない時は、別の看護師に依頼する。
- ・退室する際は一声かける。

【7階西病棟】

Plan

患者満足度向上

Do

- 相談しやすい雰囲気は改善されているが、ナースコールへの対応時間は改善が見られていない。
- 医師との連携不足は改善されていない。
- クリニカルパス委員・業務委員、役職者を中心に対策を立てた。

Action

- ・医療者間の連携、情報共有
- ・ナースコール対応
- ・夜間の環境整備、騒音に対する部屋の配慮
- ・クリニカルパス使用患者の退院指導

Check

- 昨年度に比べ全体的に満足度は増加している。親切、丁寧な対応ができています。相談しやすい雰囲気や患者さんからの依頼への対応の時間は短くなっている。
- ナースコール対応に時間がかかり、患者さんを待たせる時間が長い。退院時の説明不足により、退院後の生活に不安の訴えがある。医師や補助員など他職種との連携不足がある。騒音に対する苦情も多い。
- 看護職員について
- ・評価が上がった項目
 - 言葉遣い、態度、身だしなみ 7.43 (+0.06)
 - 相談しやすい雰囲気 6.59 (+0.13)
 - 患者さんが頼んだことに対する確実な対応 6.48 (+0.41)
- ・評価が下がった項目
 - ナースコールを押してから訪室までの時間 5.95 (-0.19)
 - 入院中のスケジュール、検査、手術などの説明 6.07 (-0.88)
 - 退院手続きの説明 5.48 (-1.34)

2024年度に実施した対策・対応またはコメント

- ・医師との連携には指示受けシートやwebexの活用、NP看護師の協力を得ていく。
- ・リーダー、メンバー間でタイムリーに情報共有を行い、一人で抱えない。情報共有のために、記録に残す。
- ・ナースコールへの対応は、ペアでの協力や、点滴終了時に対してタイマー使用など行っていく。
- ・夜間の入院や、カテーテル入室など部屋の検討、考慮する。
- ・クリニカルパスによる退院時の指導を再周知・徹底していく。
- ・退院後の日常生活や仕事復帰時間など、医師に確認し、患者さんへ説明していく。
- ・面会制限についても、入院時オリエンテーションにて必ず実施していく。

【8階東病棟】

Plan

患者満足度向上

Do

○退院指導に対して、これまでリーダー看護師が対応をしていたが、患者・家族を待たせることがないようにメンバーも対応できるように取り組んだ。内服管理などは薬剤師も介入するが、認知力により退院当日に家族指導が必要なため、看護師サイドで対応することが今後も必要である。事務・看護師間での説明完了の有無を声かけしあうことで、待たせることが無いように退院までの介入を行った。

Action

①連絡・連携
医師：看護師・事務職員などへの連絡
看護職員：医師・事務職などへの連絡
② ナースコールを押してから訪室までの時間
排泄介助時に傍を離れない

Check

○医師について
・評価が上がった項目
入院中の診療、治療方針、経過、検査、手術などの説明 7.90 (+0.24)
退院後の注意事項などに関する説明 7.77 (+0.77)
・評価が下がった項目
看護師・事務職員などへの連絡 6.98 (-0.28)
患者・家族へ説明した内容が看護師まで伝わらないで完結してしまっている。
プライバシーへの配慮 7.64 (-0.59)
回診時など、ケア途中にカーテンを開けたり、最後まで閉めなかったり見受ける。
○看護師について
・評価が上がった項目
カテゴリー平均 7.8 (+0.77)
入院中のスケジュール、検査、手術などの対応 8.58 (+1.15)
ナースコールを押してから訪室までの時間 7.35 (+0.85) は、改善の余地があるのではないかと考察した。特に排泄介助中に於いてナースコールにすぐに対応できていないことは問題であると認識。
○全体的なことについて
・評価が上がった項目
安心して入院生活が送れた 8.06 (+0.64)
今後も当院を利用したい 8.20 (+0.29)

2024年度に実施した対策・対応またはコメント

- ①医師・看護職員の情報共有に関して、特に終末期の面会制限の緩和にあたり問題が生じている。医師・家族間で完結しているため、面会制限の緩和に関しては看護職員と方向性を合わせてから説明して頂く。もしくは、説明したことを医師から看護職員側へ伝えてもらい、その場で面会に関して詳細を説明する。
- ②「排泄介助時に傍を離れない」は院内ルールでもあるが、排泄介助中に傍を離れてしまうことがある。排泄時の早急な対応と患者の安全の確保のために排泄中は傍を離れず、ナースコールにすぐに対応する。

【8階西病棟】

Plan

患者満足度向上

Do

- ナースコールはコール担当に全て任せるのではなく、ナースステーションからも応答し、お互いが連絡し合い協力した。
- 看護師同士の連絡で情報共有フリーシートの活用や申し送りで伝達した。必ず確認して統一した対応を行った。
- 医師・事務職員などの連絡について、当病棟では退院日決定時事務用・看護師用の退院チェックシートで事務・各部署へ連絡する運用しており確認の強化をした。その他連絡事項は複数名で確認し必要に応じて記録に記載した。
- 挨拶カード廃止し水分出納表へ記載。入院・転棟時オリエンテーション時、運用方法を説明し実施した。

Action

全体比較で低い項目に対し改善が必要。

- ①言葉づかい・態度・身だしなみ
- ②ナースコールを押してから訪室までの時間
- ③入院中のスケジュール・検査・主述などの説明
- ④シーツ交換は丁寧に引き届いている（施設設備）

Check

- 医師について
 - ・評価が上がった項目
入院中の診察、治療方針、経過、検査、手術などの説明 7.00 (+0.57)
地域の医療機関への紹介に関する説明 6.46 (+1.14)
 - ・評価が下がった項目
言葉づかい、態度、身だしなみ 7.44 (-0.30)
プライバシーへの配慮 7.25 (-0.32)
- 看護職員について
 - ・全項目で評価が上がった。
カテゴリー平均 7.23 (+0.54)
 - ・特に評価が上がった項目
ナースコールを押してから訪室までの時間 5.97 (+1.49)
看護職員同士の連携 6.75 (+0.87)
退院後の注意事項などに関する説明 7.58 (+0.62)
看護に対するの全体的な満足度 7.90 (+0.63)

2024年度に実施した対策・対応またはコメント

- ①日頃の会話や態度、身だしなみについてお互いに注意し合う。身だしなみは接遇研修（バリテス）受講し確認する。
- ②ナースコールは早くとっているが、訪室までに時間を要することへの意識を持つ。誰でもコールをとる習慣、ベッドサイドでコールの対応、コールが鳴る前に声かけやケアをする。
- ③臨時の検査追加が多いため、その都度説明する。毎朝各担当者が挨拶時に患者へ説明し理解を確認する。検温時や訪室時も確認する。
- ④シーツ交換は定期的実施するが、検査・入浴・体重測定時など離床した時間に実施していく。最終交換日の記載を清拭表に記載し把握する。

【9階東病棟】

Plan

患者満足度向上

Do

- タスクシフトし、医師からの説明後に補足説明やオリエンテーションなど補足説明を実施した。
- 換気はしているが、湿度調整が難しく個室の壁全体にカビが生えてしまったため、清掃を依頼した。

Action

- ・医療接遇、言葉づかい
- ・入退院時の説明
- ・手術、検査のオリエンテーション
- ・プライバシーへの配慮

Check

- 医師について
 - ・全ての項目で評価が下がった。
 - ・特に評価が下がった項目
看護師・事務職員などへの連絡 6.25 (-0.91)
プライバシーへの配慮 6.91 (-1.19)
- 看護職員について
 - ・全ての項目で評価が下がった。
 - ・特に評価が下がった項目
言葉づかい、態度、身だしなみ 6.97 (-0.82)
相談しやすい雰囲気 6.47 (-1.42)
ナースコールを押してから訪室までの時間 5.16 (-1.62)
悩みや相談に対する適切な対応 5.96 (-0.81)
- フリーコメントから医師担当がすぐ変わってしまうと意見あり。外来担当と術者で担当医が違うこともあり、スタッフとの情報共有や連絡などが十分に出来ていないことが予測される。また、話し方が早口で聞き取りづらい、言葉遣いが悪いなどのご意見もあり、入退院時説明や手術・検査オリエンテーションの際に医師説明後に確認しながら補足説明をしているが、書類や手続きなど煩雑であり、わかりづらいことも影響している可能性がある。

2024年度に実施した対策・対応またはコメント

- ・医療接遇について学習し、説明やオリエンテーション時の言葉遣いや対応について病棟内でも検討、共有する。
- ・入退院時の待機時間を活用し、病院オリエンテーションの病院インフォメーション視聴を活用する。
- ・書類の書き方など手引きの作成を検討する。
- ・災害対策も兼ねて、患者やスタッフの安全を守れるよう準備する。（脱水対策の準備）
- ・プライバシー保持のため、ICや周辺の情報収集の際は面談室や個室を活用する。

【9階西病棟】

Plan

患者満足度向上

Do

- ナースコールを見える化した。応答時間は約14秒で前年と比較しても差はなかった。また、全国平均応答時間ともあまり差はみられない。
- 医療接遇とスタッフ間のコミュニケーション力を強化し、働きやすい職場、安心して療養できる環境の整備。

Action

- ・言葉づかい、態度、身だしなみ
- ・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
- ・悩みや相談に対する適切な対応
- ・医師、事務職員などへの連絡
- ・プライバシーへの配慮

Check

- 全体的な満足度については、ほぼ全体より高いため9階西病棟への満足度は大きな問題はないと捉えることができる。
- しかし、各職種別に見ると、医師、看護師の項目が全体スコアと比較して低くなっている。特に看護職員についてはすべての項目が低く、全体と比較しても、言葉づかい・態度・身だしなみ 7.65 (+0.15)、悩みや相談に対する適切な対応 6.96 (+0.62)、患者さんが頼んだことに対する確実な対応 6.65 (-0.54) などは大幅に低値を示している。一方、担当医の信頼感 8.51 (+0.07) や悩みや相談に対する適切な対応 6.96 (+0.62) は前回よりも高く、施設・設備面や病院食、病室清掃なども高くなっている。
- しかし全体的に見ると「職種間の連携」や「相談事への対応」などが低い傾向がある。

2024年度に実施した対策・対応またはコメント

- ・ナースコール対応ではまずは応答時間を早くする（10秒以内）。
- ・医療接遇に関する勉強会実施。
- ・応答時間や、呼び出し履歴などデータを用いて見える化し、定期的に結果を提示しながら検討する。
- ・訪室時、退室時には病床のカーテンを確実に閉める。
- ・患者さんからの依頼事項は、時間がかかる案件であれば引き継ぎを確実にを行い、患者さんにも進捗を伝える。
- ・未対応案件はないかラウンドで確認する。
- ・多職種カンファレンス等を通して悩みや相談事について、各専門職と協力し対応する。
- ・口頭での依頼だけでなく、視覚的に確認できるようにメモなどを残す。
- ・各自の病状に合わせた環境整備。5Sの実践。

【10階東病棟】

Plan

患者満足度向上

Do

- 医師とのコミュニケーション(患者要望の伝達)について、申し送りされていないと言われることがあった。Webexの利用や業務改善により昨年12月からエリア別看護提供方式を導入した経緯があり、朝言われたことは夕方(その日の勤務のうち)に結果を伝えられるようになった。
- エリア別看護提供方式の導入。

Action

- ・カーテンの修理
- ・名札装着の統一
- ・退院予定の見通しについて
- ・医師が回診にきたのかわからない
- ・各科とのなわばり

Check

- 全体的に10階東病棟の評価は他職種を含め、全職種の全て人的項目で昨年度を上回っているが、全病棟と比較すると若干下回っている項目はあるが大差はなし。
- 看護職員について
- ・特に評価が上がった項目
- 言葉づかい、態度、身だしなみ 8.09 (+0.81)
- ナースコールを押してから訪室までの時間 7.12 (+0.79)
- 患者さんが頼んだことに対する確実な対応 7.65 (+0.74)
- 看護職員同士の連絡 6.40 (+0.53)
- 医師、事務職員などへの連絡 6.78 (+1.02)
- 退院後の注意事項などに関する説明 7.12 (+0.73)

2024年度に実施した対策・対応またはコメント

- ・カーテンの不具合はすぐに修理を依頼する。どこに依頼するかを職員みんなが知っているようにする。
- ・エリア別看護提供方式での担当看護師の紹介方法についての統一が出来ていなかったため統一する。
- ・名札(大)は見える位置につける。
- ・名前を名乗るときには名札を見せる。(大きい方)
- ・挨拶時に職種を伝える。
- ・特にパスの患者では退院の見通しがわかりやすいため、期待も持ちやすい。患者によって変化することは十分に伝えながら、実際の状態とパスではどの期間に値するのか説明しながら理解に努める。
- ・他は知らないという態度をとらない。(各科に問わず)

【10階西病棟】

Plan

患者満足度向上

Do

1. 訪室時の環境整備

寝具リネンの汚染への気配りは、汚染時に適宜交換を実施した。定期的なシーツ交換は前日入院であっても実施するよう定着した。未使用ベッドは空床部屋に收容することが定着した。環境整備は看護補助員とも協働し、清拭時に環境整備も実施。

2. ご家族の付き添い環境への配慮

スタッフの対応に対する指摘あり。登録者は基本2名体制としているが、家族背景や付き添い者や同胞の事情で柔軟に対応しており、最大3名までの登録者制としている。しかし、付き添い者の買い出し時などの短時間預かり（見守り）は実施していないため、今年度の対応項目とした。

Action

1. 療養環境

騒音（①人的②物的）

2. 付き添い者の環境
買い出しやシャワー浴
の見守り

3. 人的環境
対応の違いや態度が
悪いという指摘

Check

○医師について

・カテゴリー平均 7.58 (-0.13)

・院内比較より評価が低い項目

悩みや相談にする適切な対応 7.15 (-0.45)

○看護師について

・評価が上がった項目

ナースコールを押してから訪室までの時間 7.81 (+0.61)

退院後の注意事項などに関する説明 7.84 (+0.56)

・評価が下がった項目

悩みや相談に対する適切な対応 7.36 (-0.62)

○施設設備について

病棟・病室の温度設定 6.02 (+1.02)

病棟・病室の清潔さ 7.66 (+0.51)

トイレ・洗面所、入浴シャワー室の清潔さ 7.95 (+0.68)

○全体的なことについて

安心して入院生活が送れた 7.38 (-0.30)

2024年度に実施した対策・対応またはコメント

1-① スタッフの私語を減らす。大部屋のドアを必ず閉める。運営会議でも結果を共有し、医師にも協力してもらう。

② ゴミの回収を1回/日に減らす（接触感染対策室や医療的ケアが多い部屋は今まで通り2回/日の回収のまま）。回収時に患者や家族が就寝中であれば、そのタイミングでは回収せず、時間を空け回収する。

2 2024.7.21に小児科学会から出された【入院している子どもの家族の付き添いに関する見解】も踏まえ、預かる際の統一した運用方法を今後、検討予定。短時間の預かり（見守り）から開始予定。

3 申し送りノートを活用して情報の共有をする。分からないことは確認してから伝える。患者・家族への言葉遣いや態度を意識して関わる。これを機に、自分自身の態度を振り返る。

【11階東病棟】

Plan

患者満足度向上

Do

- ナースコールを各チームの看護師が持ち、受け持ち患者のナースコールに出ることで伝達エラーが減った。
- ナースコールのPHSは日勤者から夜勤者（逆も然り）に手渡すため持ち忘れが無くなった。日勤ではPHSの音が鳴るように設定されているが、消灯以降はマナーモードにした。
- 休憩に行く前は病棟に残るメンバーにPHSを渡す。訪室時に予測した対応をし、環境調整を行った。

Action

- ①退院準備に関する業務の整理
- ②入院患者の事前情報の把握
- ③言葉づかい、態度

Check

- カテゴリー平均値はすべての項目で前年度より上昇していた。カテゴリー平均最高値は医療連携福祉相談室職員の8.5で、退院支援に対する介入の高さわかる。
 - 医師について
 - ・特に評価が上がった項目
 - 入院中の診察、治療方針、経過、検査、手術などの説明 8.57 (+2.23)
 - 担当医に対する信頼感 8.73 (+2.39)
 - 悩みや相談に対する適切な対応 7.66 (+2.09)
- 上記の項目は医師の人柄や技量が結果に反映されると思うが、カンファレンスで情報共有ができ、患者のニーズを多職種が知れることができていることも評価につながった要因と思われる。
- 良い点としては、「安心した、丁寧な対応ができていた、スタッフが明るい」といった意見があったが、悪い点として看護師の対応が良くない（10人中2人は良い）、言葉遣い・態度が悪いといったご指摘を受けた。

2024年度に実施した対策・対応またはコメント

- ①退院準備に関する業務の煩雑さを整理していく必要がある。病棟はもちろん、他部署との連携も見直す時期と考える。急に退院が決まった場合、担当医師からの指示受けがスムーズにいかないことがあるので、退院チェックリストを見直し、漏れが生じないようにしていく。
- ②入退院センター経由の入院は事前の情報内容を把握し、入院対応に臨むことを徹底する。緊急入院対応時も記録を読み、頂いた情報内容を再確認するような問いかけをしながら対応する。
- ③医療接遇は何の為にやるのかをカンファレンスで話し合う。

【11階西病棟】

Plan

患者満足度向上

Do

○ナースコール対応が遅いという意見が多くリーダーを中心にリシャッフルや業務改善PJを中心に業務改善に取り組んだ。
また、結果を周知することでスタッフもコール対応を積極的に行うことが出来た。

Action

・煩雑な業務の中での十分な患者対応
・医師からのスケジュールや説明
・医師から看護師、事務などへの情報伝達
・看護師による入院中のスケジュール説明や指導
・病棟、病室の温度、湿度設定

Check

○医師について
・評価が上がった項目
言葉づかい、態度、身だしなみ 9.26 (+1.26)
担当医に対する信頼感 8.89 (+1.09)
医師に対する満足度が高く、言葉づかいや身だしなみなどの満足度はかなり高い。さらに昨年度より満足度の上昇が見られている。
○看護職員について
・評価が上がった項目
言葉づかい、態度、身だしなみ 8.89 (+0.74)
ナースコールを押してから訪室までの時間 7.50 (+0.78)
看護に対しての全体的な満足度は上昇している。全病棟の平均より高く、身だしなみなどの点で平均を上回っている。
ナースコールを押してからの対応について「不満」と回答した方は0%であった。
○医師からの説明や、看護師・事務などの連絡の不備について、また、看護師からのスケジュールや検査の説明などについて十分ではないと感じている。
○病室の環境やアメニティーなどに不満を持っている。特に温度、湿度は快適ではないと感じており、トイレや浴室の環境も快適ではないと感じている。病室、病棟も湿気がありカビも多く、清潔さを感じられていない。

2024年度に実施した対策・対応またはコメント

- ・定期的なカンファレンスを行い医師の治療方針を確認。患者の疑問には適切に回答、または医師に説明を依頼出来るようにする。
- ・毎朝の挨拶カードで本日の予定をわかりやすく伝える。また、検査の説明なども行うようにする。
- ・クリーン・ルーム使用の説明、低菌食の説明、移植時の説明、幹細胞採取の説明など血液内科独自の指導も多く、専門性が高い説明も多い。そのため資格取得に積極的に取り組み、学習会を開催する。また、薬剤指導など他職種でも可能な指導は他職種にも協力を得る。
- ・環境整備を行うようにし、カビなどは早めに清掃を依頼する。室温などが適性であるか師長ラウンド時も確認する。
- ・患者さんの不安や心配に気づける様に訪室時は事務的にならないようにスタッフに周知。カンファレンスなどで情報を共有する。
- ・経済面などの負担も多い治療もあり、事務とも協力して説明を十分に行い、必要時はMSWにも相談する。

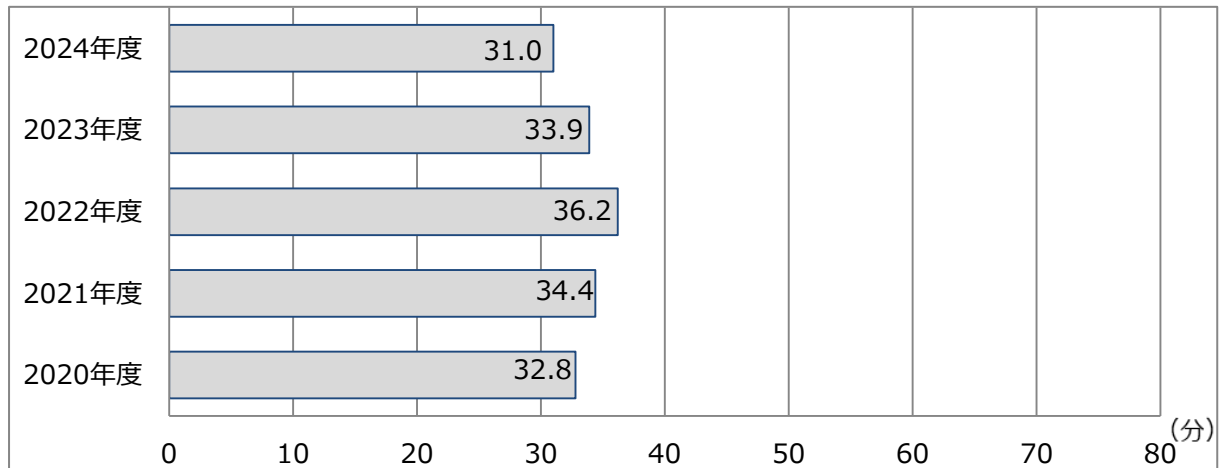
10. 外来待ち時間【予約】【予約外】【会計】

TQMセンター

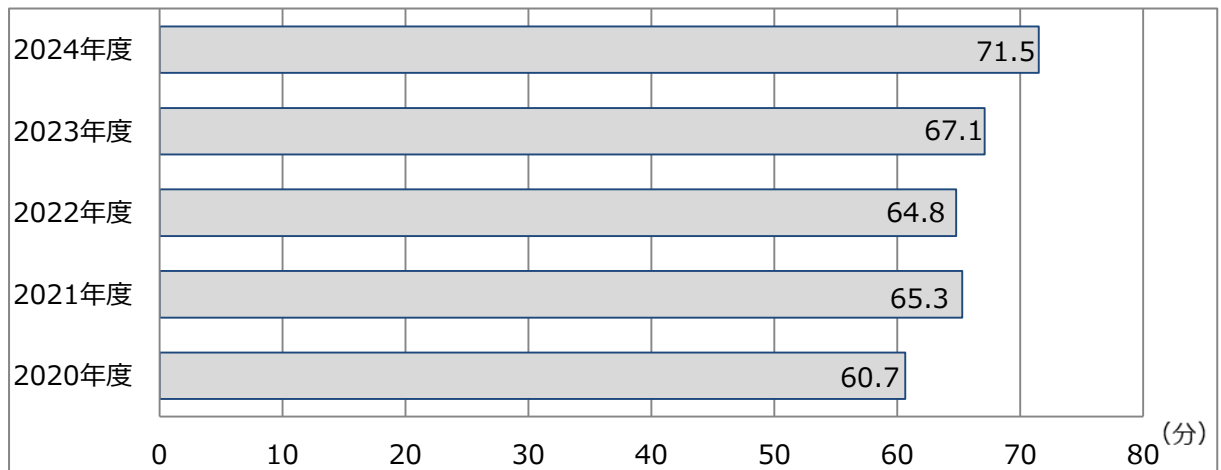
Structure Process **Outcome**

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

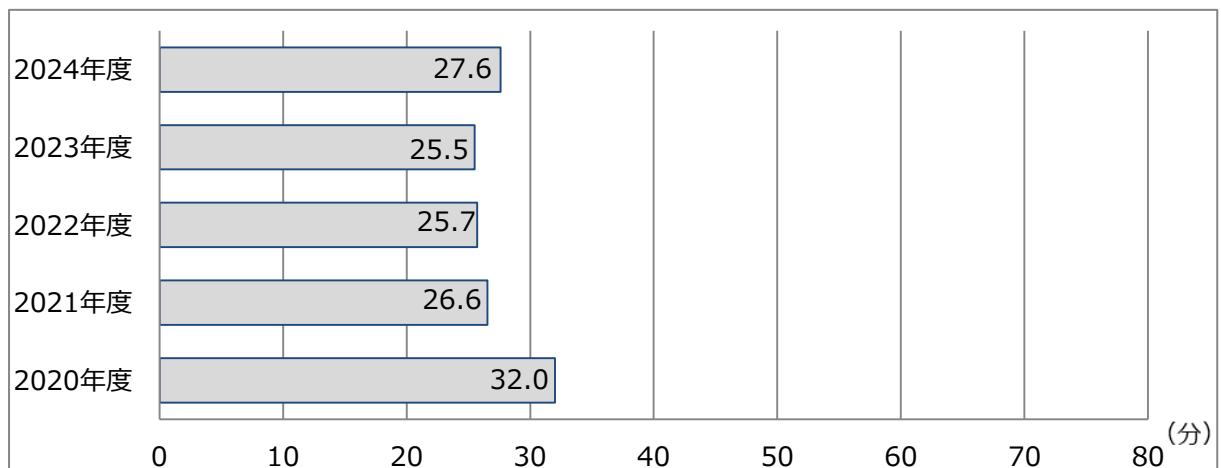
【予約（予約時刻－診察開始時刻、遅刻の場合：到着確認時刻－診察開始時刻）】



【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

- ・予約患者の待ち時間への対策として予約枠の人数調整を徹底する。【内科外来】
- ・診察終了から会計可能までの待ち時間について、診察後の点滴治療をスムーズに開始出来るよう当日点滴実施者の予約人数や予約時間を調整することで点滴開始の待ち時間を減らす。【脳神経外科外来】
- ・診察終了後の検査や処置が数多くあるため、受付窓口で対応できることは受付で案内し、待ち時間を短縮する。【泌尿器科外来】
- ・検査待ち時間について、出来る検査は済ませ、診察室が混んでいる場合は席を外して良い時間の目安を伝えるなどして、散腫開始時間や診察室へまわす時間で調整を試みる。【眼科外来】
- ・受付から診察までの待ち時間は診察を優先するため、場合によっては保険証確認を後回しにする。診察終了から計算可能までの待ち時間は、特に研修医の診察後の上級医のコンサルト等に時間がかかりお待たせしてしまう事が多いため、研修医の診察したカルテは優先的に会計処理を行う。【皮膚科外来】
- ・初診患者の待ち時間対策として、紹介状にて受診の問い合わせがあれば、依頼内容を確認し、時間予約を取るようにする。【歯科・歯科口腔外科外来】
- ・ICや説明が長時間となる事が予測される患者さんに関しては午後枠とし、予約外の患者を優先して診察できるようにする。【婦人科外来】
- ・院内滞在時間短縮に向けて、医師の診察までの時間にできるだけコメディカルとの面接ができるよう他職種との時間調整を進める。【神経精神科外来】

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】
- ・緊急性のない患者さん、発達障害疑いの患者さんに対しては、専門外来の予約で対応した。【小児科外来】
- ・採血の待ち時間対策は、前日に検査のみで午後来院していただき、当日は診察のみにすることで待ち時間減少に努めた。【乳腺センター】
- ・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えに内容を簡潔に記載することで連携をとり時間短縮ができた。【整形外科外来】
- ・診察終了から計算可能になるまでの時間増加に対して、気がついた人がカルテの所在を確認し、何で待っているのか随時確認した。【皮膚科外来】
- ・診療機材（ファイバースコープ）2本とファイバー洗浄機を購入していただき、ファイバーの回転効率が向上。受付順通りに診療できるようになった。【耳鼻咽喉科・頭頸部外科外来】
- ・担当歯科医師が診療後のカルテ記載に時間がかかる場合には、先に他科を受診していただき、後で会計票をお渡しした。【歯科・歯科口腔外科外来】
- ・初診や紹介予約外の中でも優先度の低い患者は予約患者の間に入れることで待ち時間は改善傾向。ICに関しては午後枠での診察とする医師も増えたことで、待ち時間の短縮となった。【婦人科外来】
- ・処置や結果待ちの間に保健指導や情報収集を行った結果、予約ありの場合は時間短縮に繋げることができた。【産科外来】
- ・術前外来では検査や他科受診で遅れが生じている際、次の予約患者さんが来院していればDVDを予定より早く視聴するなどして診察時間の調整を行い、待ち時間短縮に繋げた。【麻酔科外来】

Check

「予約」 31.0分 (-2.9分)

「予約外」 71.5分 (+4.4分)

「会計待ち時間」 27.6分 (+2.1分)

2024年度に実施した対策・対応またはコメント

- ・予約なしの患者さんについては、初診で紹介状持参が多く一人にかかる診察時間が長くなるため、医師、スタッフの増員以外の具体策は考えられない。【内科外来】
- ・夏休み～9月中頃まで、待ち時間のピークであった。今後、そのような状況が予想される時は早めに病院HPに掲載案内していく。【小児科外来】
- ・地域に病院がなく患者が当院に集中する傾向にある。医師一人あたりの患者数も多くなるため、待ち時間短縮のため、予約時間枠を調整し、一つの予約枠の患者数を減らすようにしている。【整形外科外来】
- ・採血室も混み合っており早く来院しても待ち時間が長くなるだけなので、予約時間の1時間前に来院していただくよう指示書へ表示し、窓口でもアナウンスしていく。【泌尿器科外来】
- ・診察待ち時間の軽減のため、昨年から引き続きスライドを用いて白内障の術前説明を行っている。今後は、緑内障手術、網膜硝子体手術とさらに充実させ、待ち時間の有効活用、待たされ感の軽減を目指す。【眼科外来】
- ・患者さんが現在何で時間がかかっているのか随時確認する。【皮膚科外来】
- ・予約時間に診療が行えない場合には、放送等で何分の診療遅れが発生しているかお伝えする。【耳鼻咽喉科・頭頸部外科外来】
- ・予約外患者の待ち時間について、前年度より計画されている午後外来枠の調節を行い待ち時間軽減に繋がるよう、医師、看護師、事務が連携し業務カンファレンスの時間を利用し話し合いを行う。【婦人科外来】
- ・予約なし患者さんには可能な限り、予約患者さんの数や待ち時間の目安を受付でお伝える。【形成外科外来】

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。褥瘡発生率として、分母の定義「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）」、分子の定義「d2（真皮までの損傷）以上の院内新規褥瘡発生患者数」を、プロジェクト開始当初から測定してきたが、参加施設へのアンケート調査においても、算出が難しい指標の一つであったため、パイロット調査を行い、新たな定義を策定し、2023年度より測定を開始した。

本プロジェクトの定義は、圧迫創傷の持ち込みや調査期間以前の圧迫創傷の発生に関わらず、入院患者全体のうちどのくらい圧迫創傷が新規に発生しているかを見るもので、圧迫創傷ケアの質を評価するものである。また、持ち込み圧迫創傷率は改善することが一般に困難な指標であり、圧迫創傷を持ち込む新規入院患者が入院患者のうち、どの程度かを見るものである。（日本病院会2024年度QIプロジェクト結果報告 27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

2020年度～2023年度

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

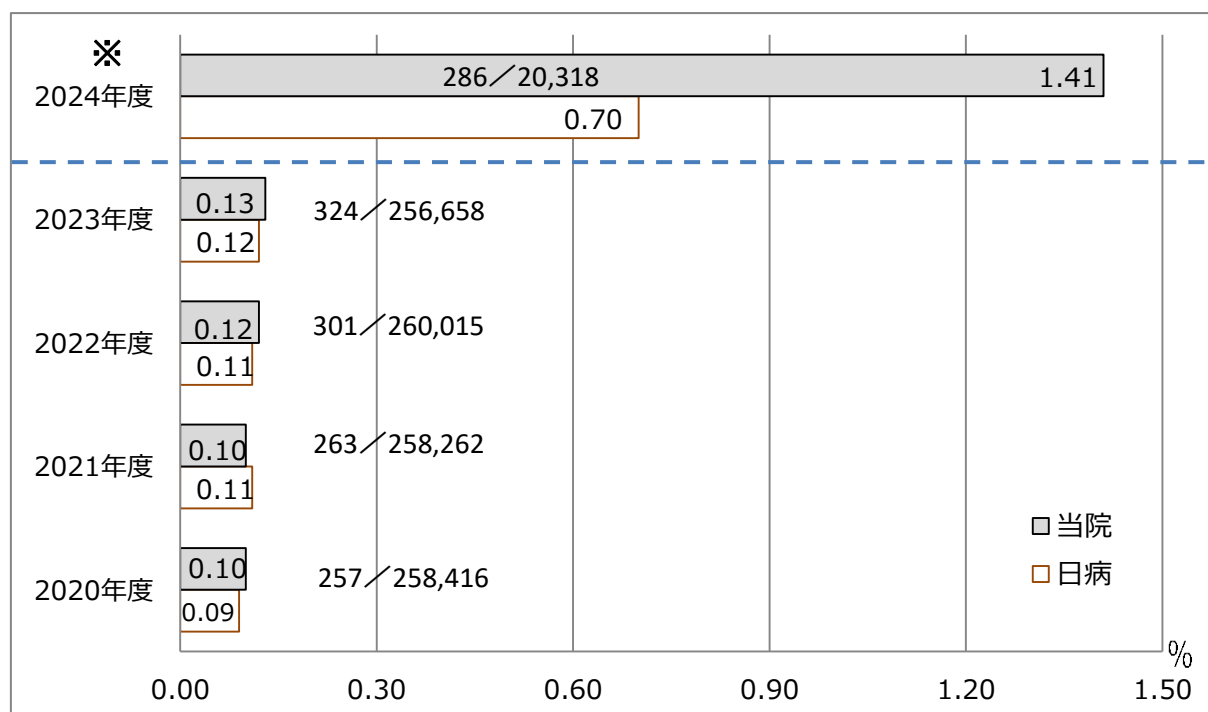
入院時刻から24 時間以内にDESIGN-R® 2020 Depth（深さ）のd1, d2, D3, D4, D5, DTI, U のいずれかの記録がある患者

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

2024年度より※

分子： 調査期間中にd2(真皮までの損傷)以上の院内新規圧迫創傷発生患者数

分母： 調査期間初日(0時時点)の入院患者数+調査期間に新たに入院した患者数



Plan

褥瘡発生率1.8%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%
2022年 1.83%	2023年 1.85%
2024年 1.70%	

d 1 以上で計算した5年間平均は1.72%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、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 医療関連機器褥瘡（MDRPU）を算出
※2023/8/31より 名称変更

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
- ・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隔年開催
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

2024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

褥瘡の基礎知識が向上による予防・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2024年度QIプロジェクト結果報告 24ページより）

より低い値が望ましい

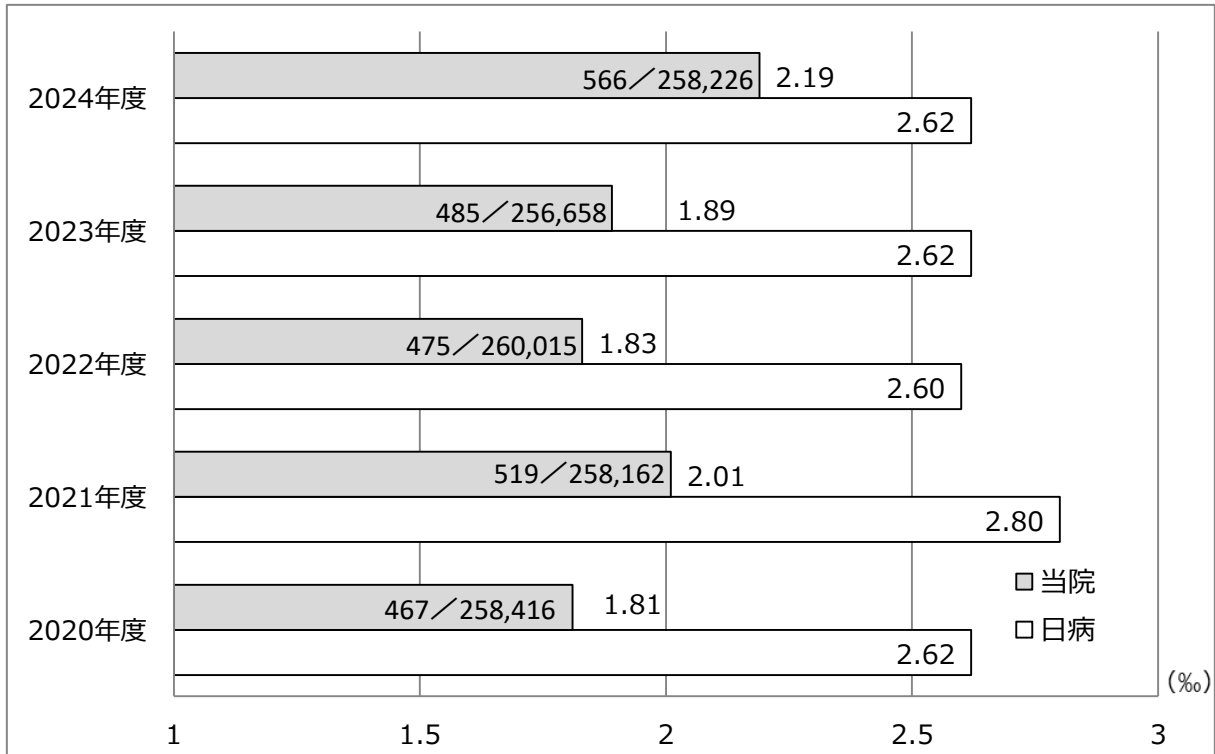
転倒・転落の損傷レベルについてはThe Joint Commission の定義を使用している。

【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（人日）

ベンチマーク：日本病院会QIプロジェクト 一般500床以上

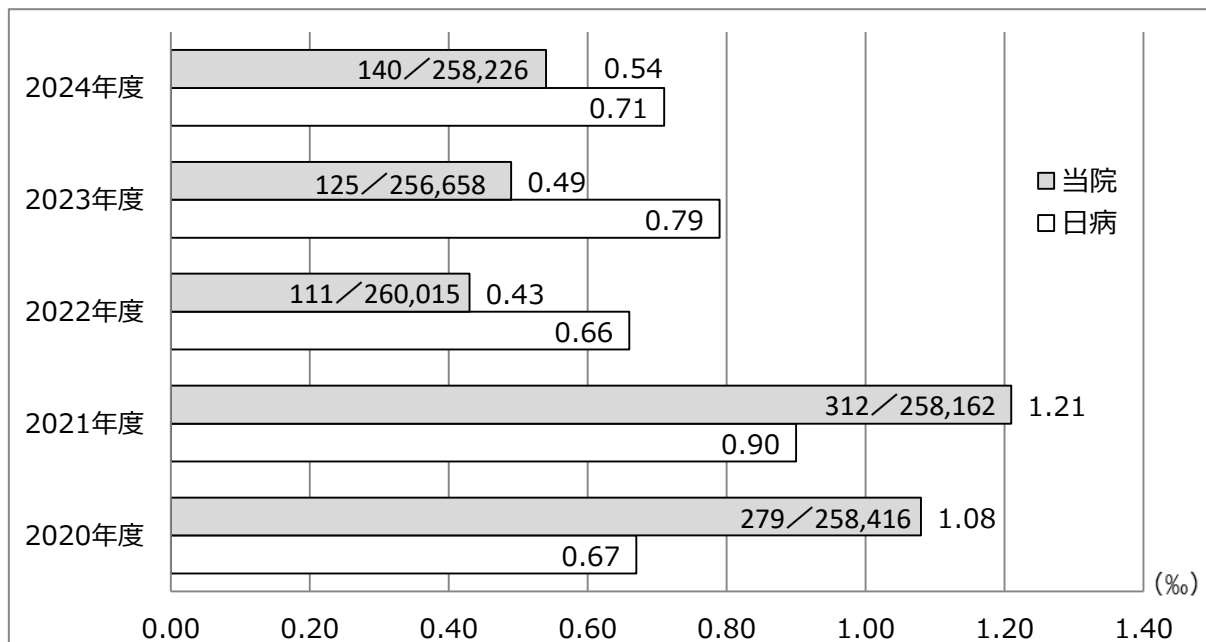


【入院患者の転倒・転落による損傷発生率（損傷レベル2以上）】

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（人日）

ベンチマーク：日本病院会QIプロジェクト 一般500床以上

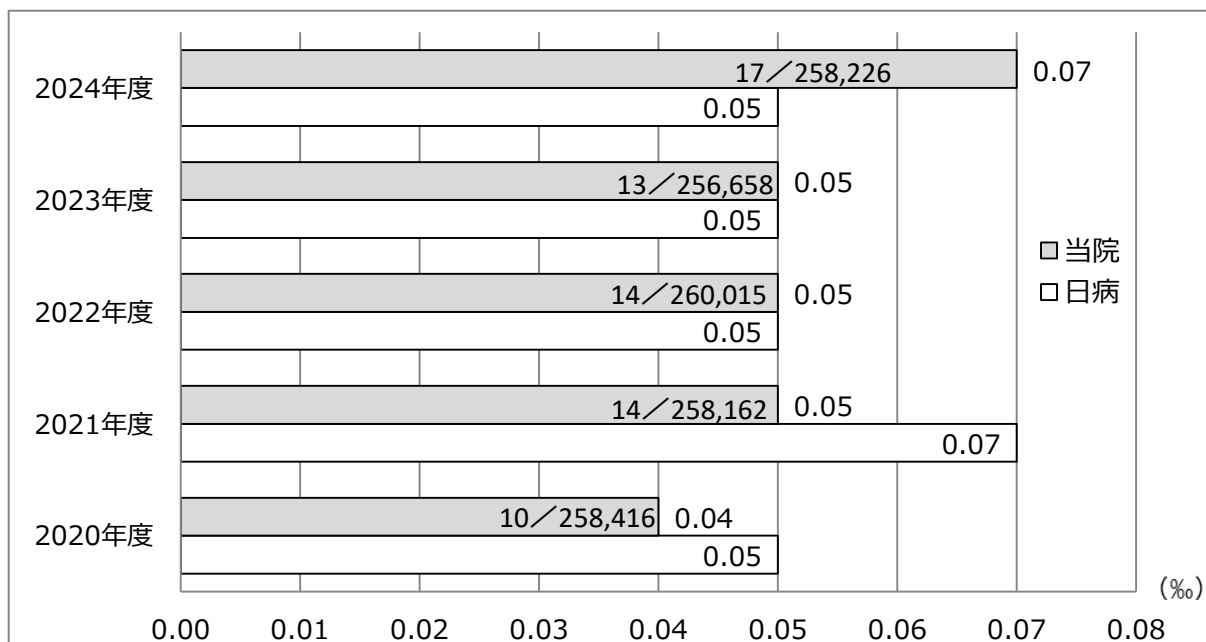


【入院患者の転倒・転落による損傷発生率（損傷レベル4以上）】

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（人日）

ベンチマーク：日本病院会QIプロジェクト 一般500床以上



2024年度に実施した対策・対応またはコメント

【2024年度 報告件数に関連した質目標と対策】

組織的な対応を目的に、ワーキンググループを立ち上げ活動を開始して2年目となった。引き続き看護局の協力を得て、ベッドサイドでの対策強化を継続した。

今年度も、報告件数の増加に伴い、軽微な事象の報告が増加傾向であった。また、高齢化に伴い転倒により重度な障害につながらなくても、軽度の処置を必要とするスキンテアなどの発生が増加し、損傷レベル2以上の発生は増加の傾向が見られた。こちらは、患者の身体的な個人要因もあり、今後も増加は避けられないかもしれない。

ワーキンググループでは、ベッドサイド対策にとどまらず、組織としての対策の見直しを意図した。レベル4以上の重度の障害や死亡につながる発生の防止を目標とした。

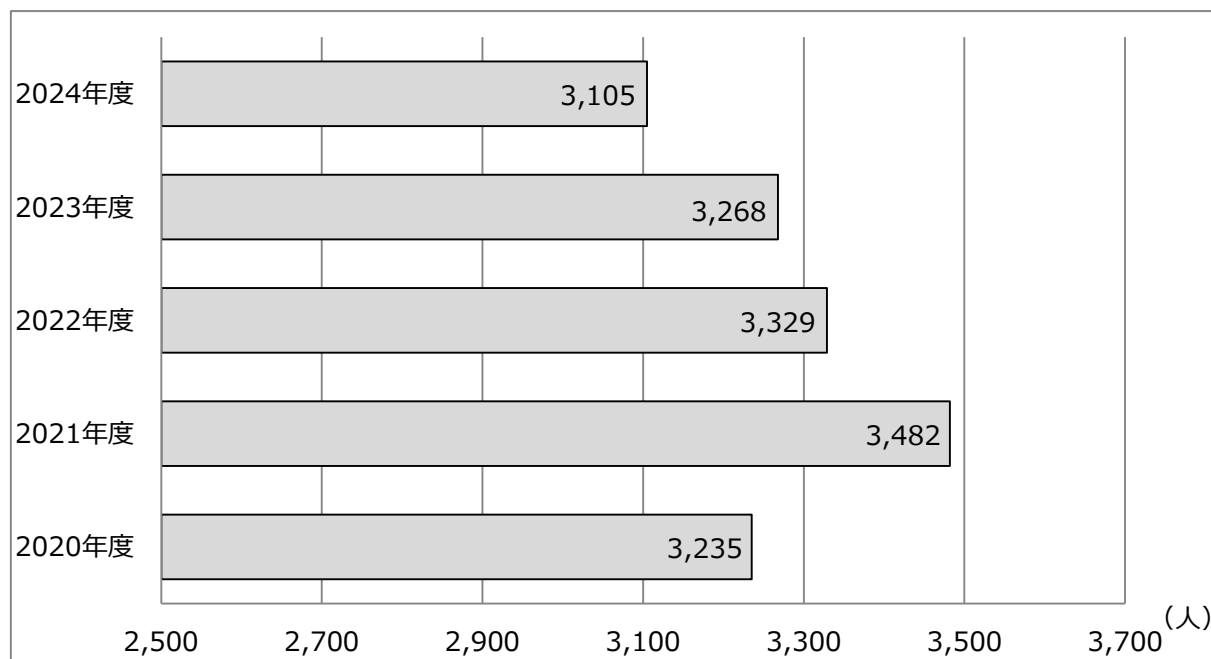
13. 口腔ケアの新患者数（人）

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。



2024年度に実施した対策・対応またはコメント

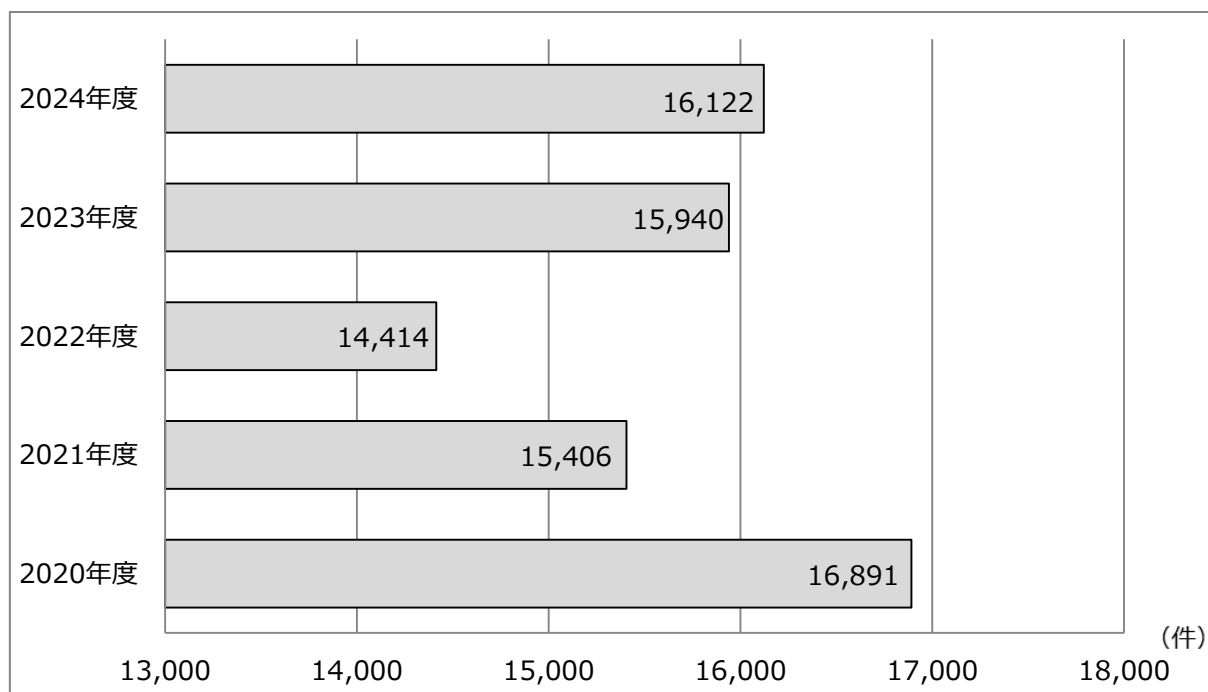
口腔ケアの新患者数は院内各所からの口腔ケア依頼件数に同調する。口腔ケア依頼には100%応需している。

14. 口腔ケアの延べ件数（件）

歯科・歯科口腔外科

Structure **Process** Outcome

口腔ケア新患者の増加に伴い、口腔ケア延べ件数も増加する。
1患者に対して頻回に口腔ケアを実施すれば、さらに延べ件数が増加する。
より高い値を目指している。



2024年度に実施した対策・対応またはコメント

産休・育休取得により人員配置・業務調整に難渋しつつも昨年度を上回る結果であった。しかし、ピーク時の2019年度の件数には及ばない。

15. 口腔ケアに関する歯科診療報酬請求点数（点）

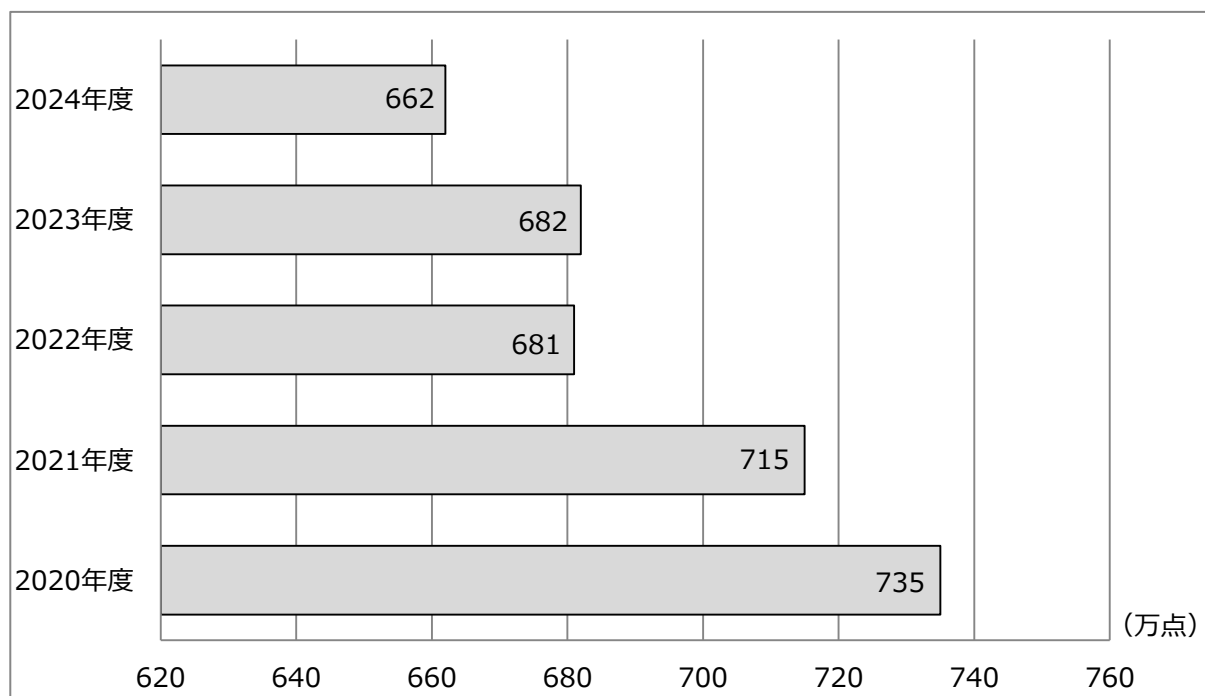
歯科・歯科口腔外科

Structure **Process** Outcome

口腔ケア延べ件数に同調すると推察される。

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年度以降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。



2024年度に実施した対策・対応またはコメント

人員配置を工夫することで口腔ケアの延べ件数は伸ばしたものの、口腔ケアの新患者数減少が影響し、歯科診療報酬請求は昨年より減少した。

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る。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て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”であると考えている。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2024年度QIプロジェクト結果報告 44ページより)

より高い値が望ましい

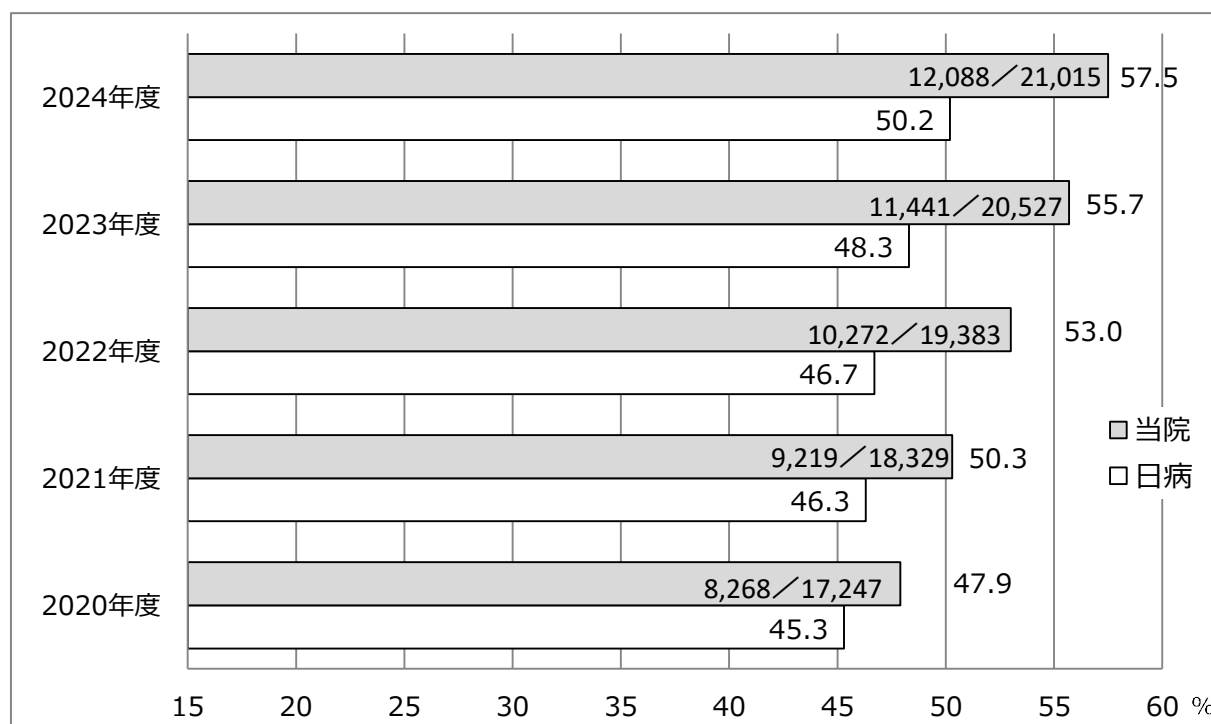
分子： HbA1c(NGSP)の最終値が7.0%未満の外来患者数

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ための糖尿病患者

ベンチマーク：日本病院会QIプロジェクト 一般500床以上



2024年度に実施した対策・対応またはコメント

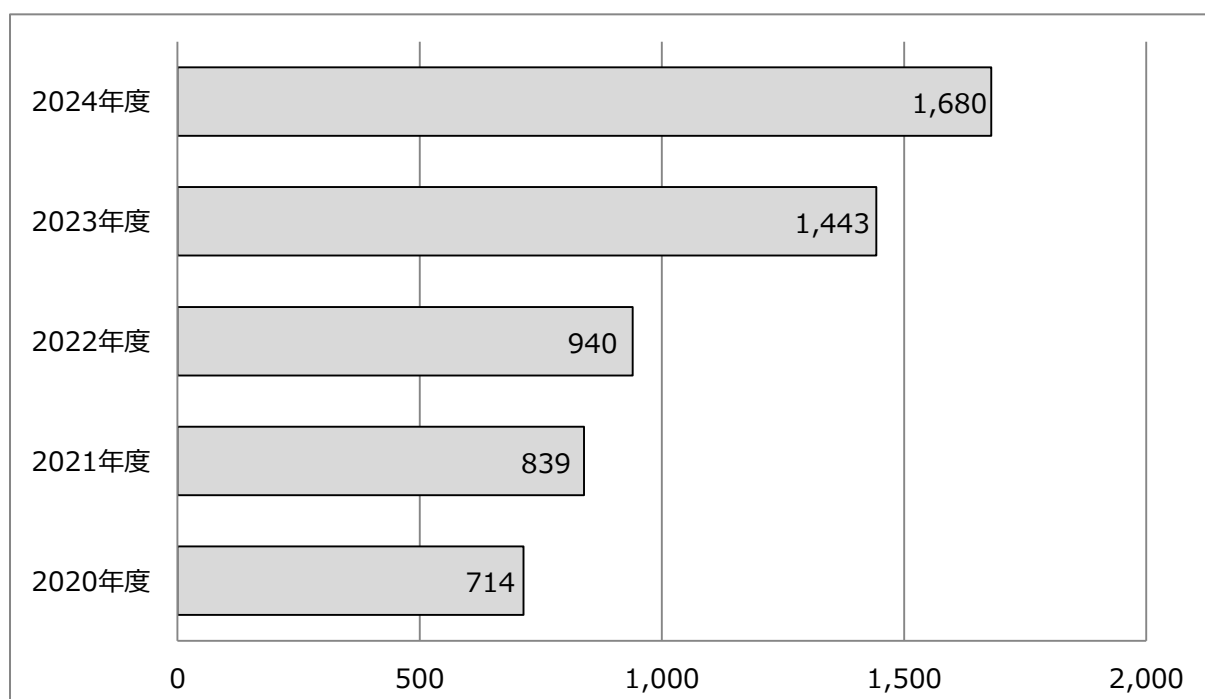
患者が医療者と関わるのは、医師の診療だけではない。管理栄養士による栄養相談をはじめ、看護師も透析予防指導、フットケア、自己注射指導を通じて患者と関わっている。これらの療養指導の場面では、足のケアや注射の手技習得だけでなく、日頃の療養生活を把握し、継続可能な行動目標を患者と一緒に考え、実践につなげている。関われる患者数は限られているが、良好な血糖コントロール維持につながる大切な関わりだと考える。糖尿病治療には多職種での関わりが非常に重要である。今後もチーム全体でより多くの患者にあらゆる視点で関わりが持てるように努力し、良好な血糖コントロールの維持を患者とともに目指していきたい。糖尿病治療の進化もあり、HbA1cが7%以下の患者は増加している。

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。薬剤師の薬学的介入により、薬物治療の適正化及びアドヒアランス向上、副作用対策回避が期待出来る。



(件)

2024年度に実施した対策・対応またはコメント

一部の限定したレジメンの新規導入患者を対象に指導している。指導件数の増加は新規患者の増加と指導にあたる薬剤師のシフト配置を確保することで対応してきた。指導の質の向上に向けて有資格者の育成を目指している。

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。

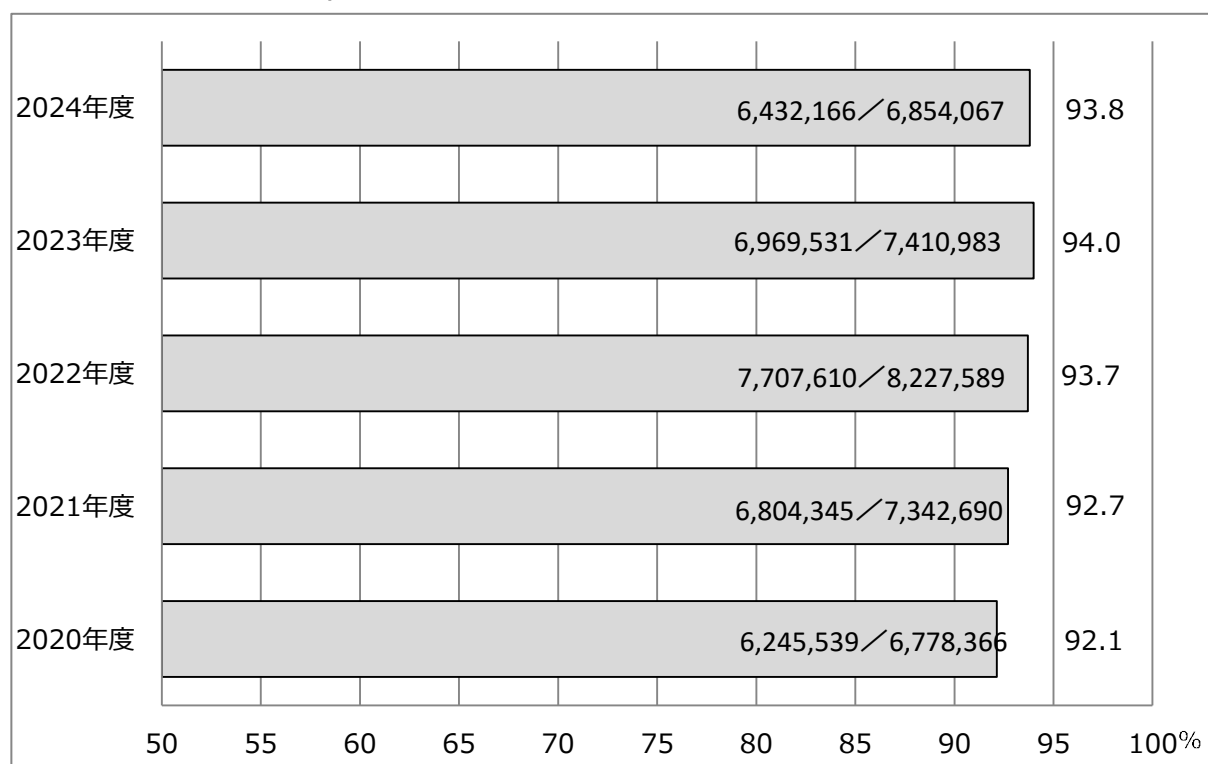
診療報酬改定に合わせて適宜目標値を決定する。

後発医薬品使用体制加算 1 の取得維持

分子： 導入済の後発品の数量

分母： 後発品がある先発品および導入済の後発品の数量

データの抽出期間（4半期）



2024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やバイオ後続品への切替を行なった。また、院内フォーミュラでは第2世代抗ヒスタミン薬のフォーミュラを作成し、既存の先発品を後発品へ切替えた。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】

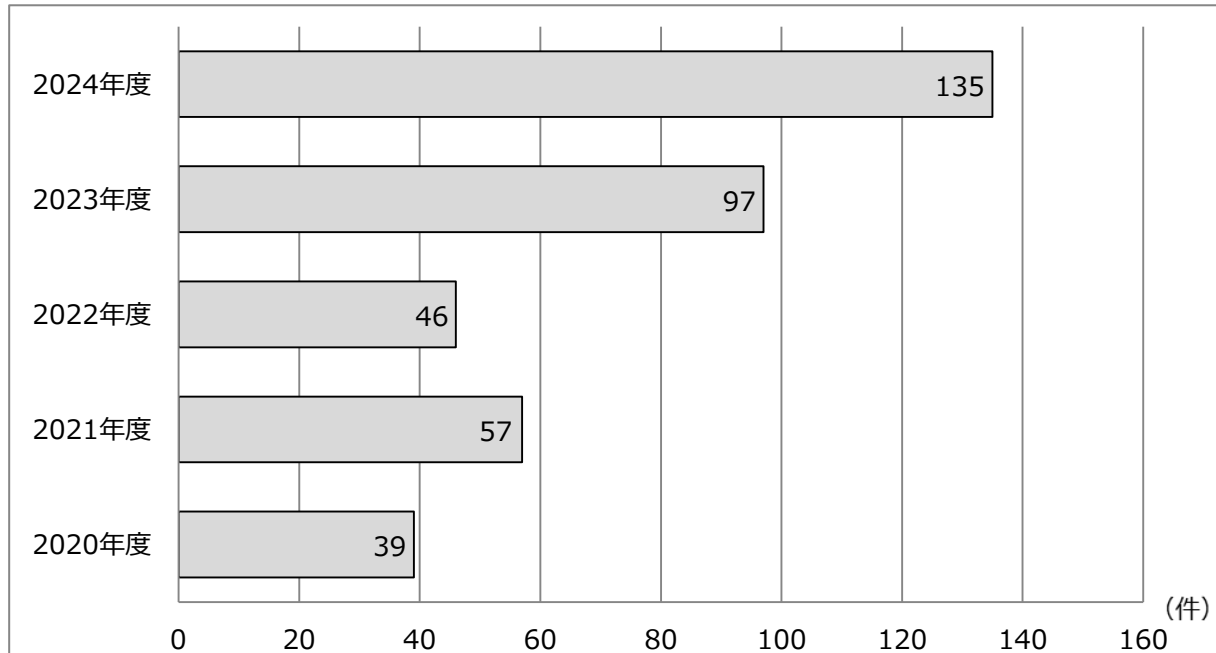
Structure **Process** Outcome

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）

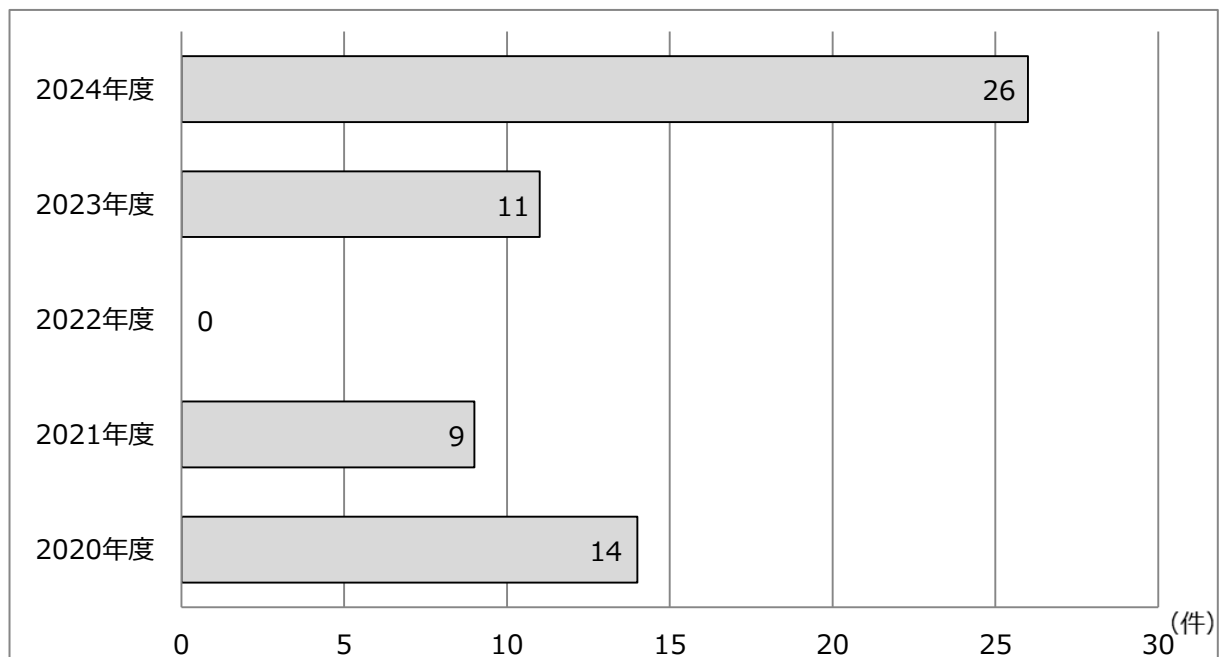
目指す値：50件



【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

緩和ケアチームの名称を変更、がんとつらさのサポートチームとし、緩和ケアチーム外来を緩和ケア外来に変更した。

Do

院内および外来に周知できるよう、掲示ポスターの変更と医療者に向けた文章を作成、配布し、周知した。
窓口対応者を緩和ケアチーム専従看護師とした。

Action

緩和ケアチームの依頼件を120件目標とする。
いつでも緩和ケア診療加算をとれる体制を整える。
依頼時に緩和ケア外来か緩和ケア入棟面談かを確認し、適切な外来につなげる。

Check

医療者からの依頼件数が増加した。
緩和ケア入棟面談と間違える医療者もいる。

2024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しやすいように、緩和ケアチームの名称を変更し、周知した。
緩和ケアチーム外来を緩和ケア外来に変更し、緩和ケア病棟入院目的の外来と区別し、周知した。

20. 緩和ケアチーム依頼科

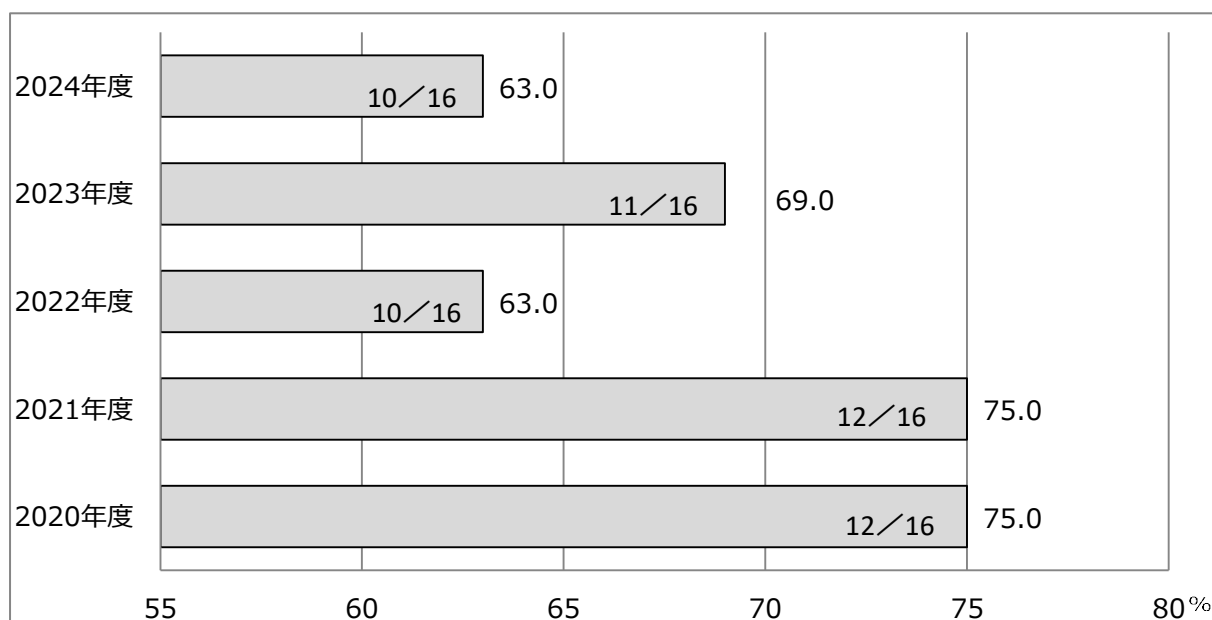
緩和ケアチーム

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



2024年度に実施した対策・対応またはコメント

依頼料はとれていないが活動実績は前年度を上回っている。

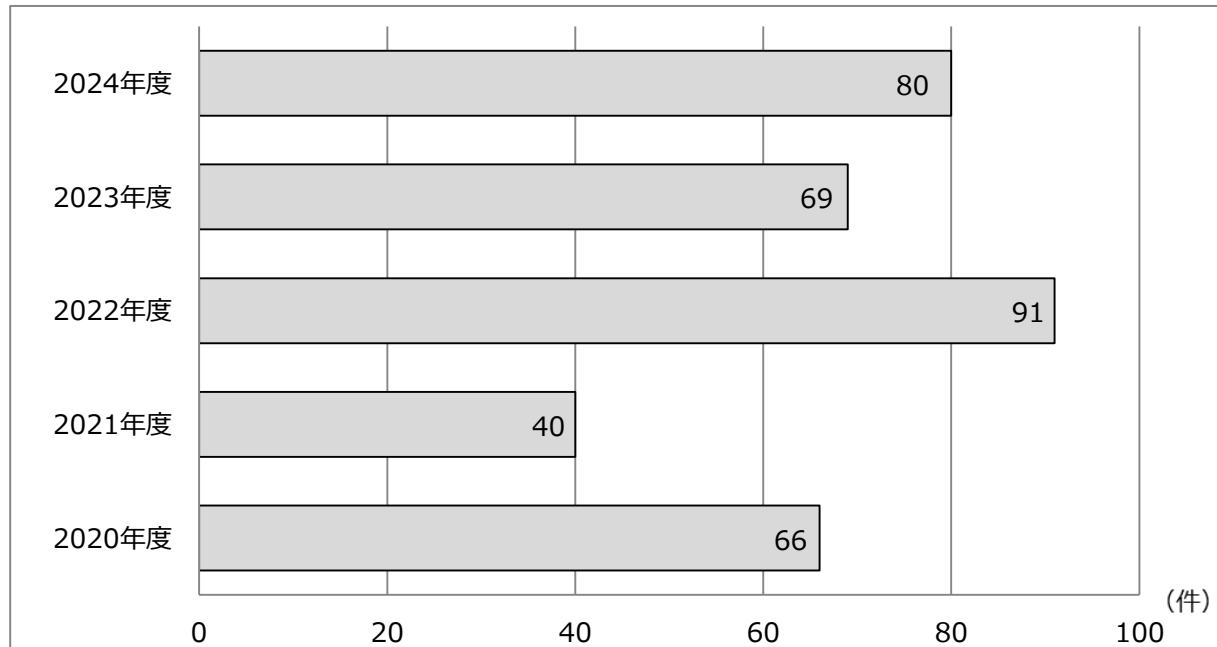
21. 心肺運動負荷試験新規実施件数

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）



2024年度に実施した対策・対応またはコメント

現行通り実施

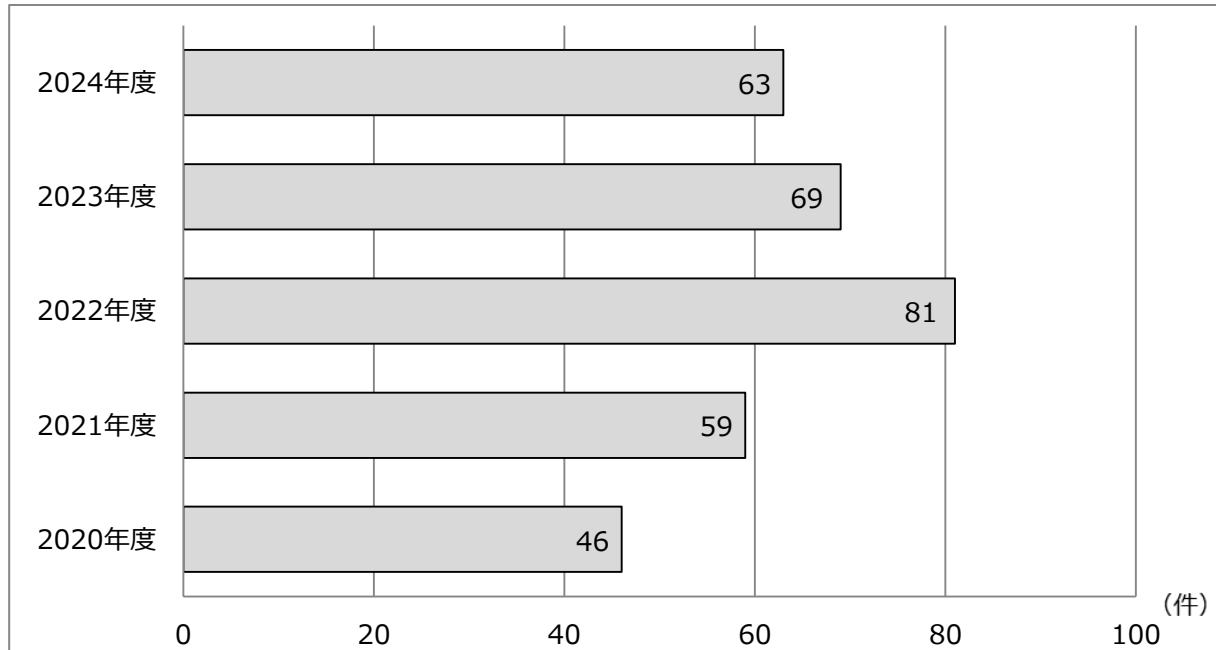
22. 心臓リハ学会レジストリー登録件数

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）



2024年度に実施した対策・対応またはコメント

現行通り実施

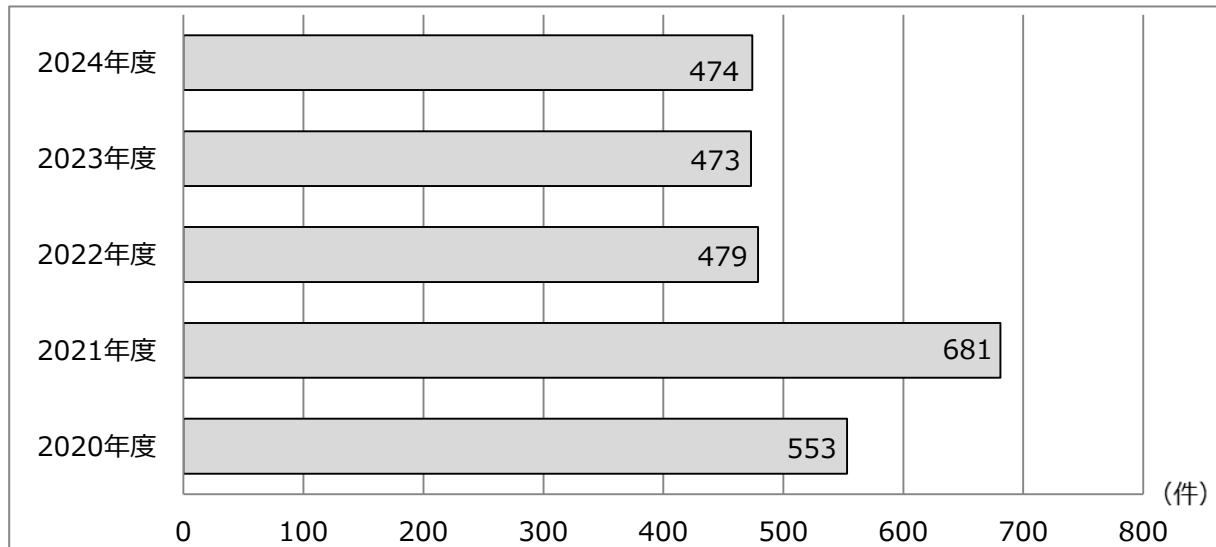
23. NST回診介入件数（NST委員会）

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。



2024年度に実施した対策・対応またはコメント

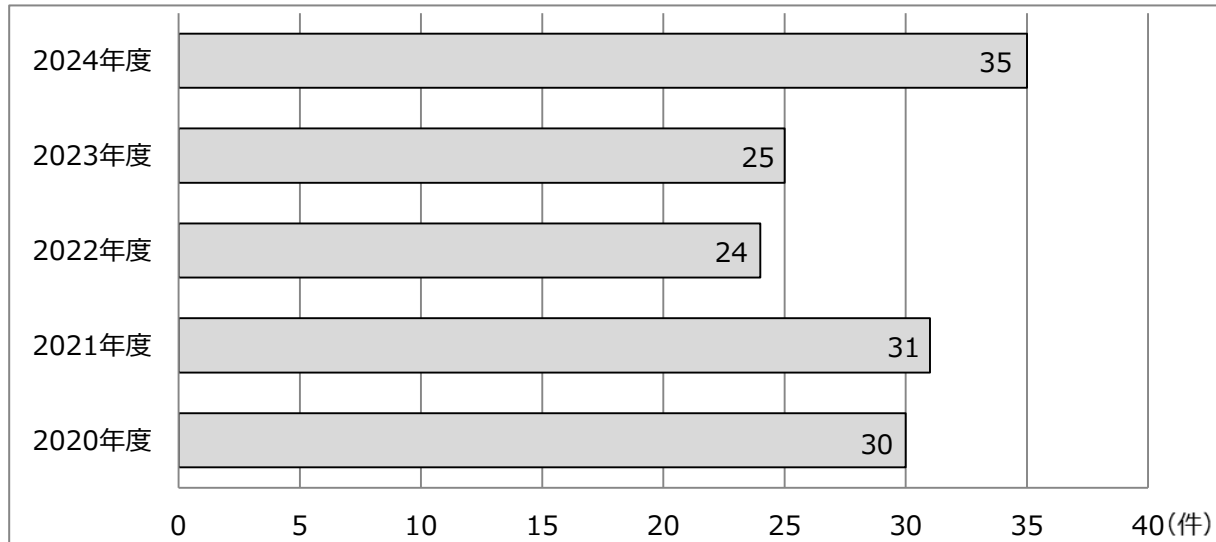
低栄養の国際基準であるGLIM基準による栄養評価を行うと共に、栄養管理計画書での定期評価でCONUTスコアによる低栄養リスク患者の拾い上げをおこなうことで適切な栄養管理につなげるよう活動中。また、褥瘡保有者への介入も褥瘡委員会との連携により行っている。

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。



2024年度に実施した対策・対応またはコメント

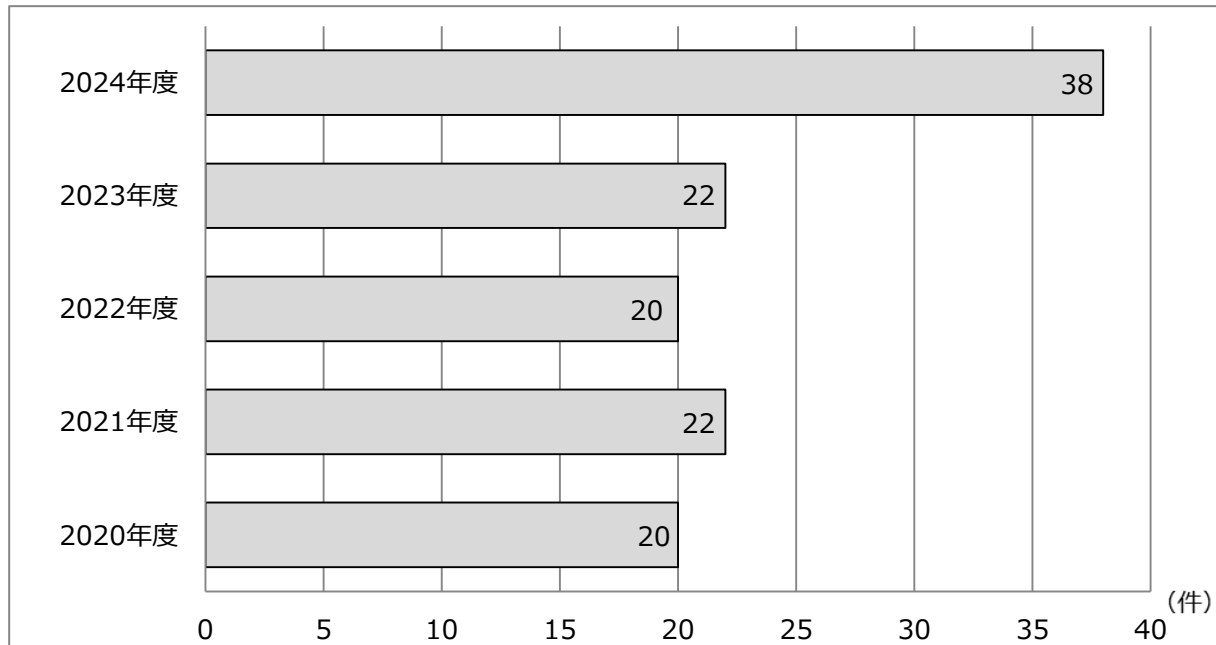
腸内環境正常化を図れるように、栄養剤の見直しを行うと共に、ビフィズス菌 B B 5 3 6 や薬価での整腸剤の利用などを啓蒙することで下痢改善を目指している。

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。



2024年度に実施した対策・対応またはコメント

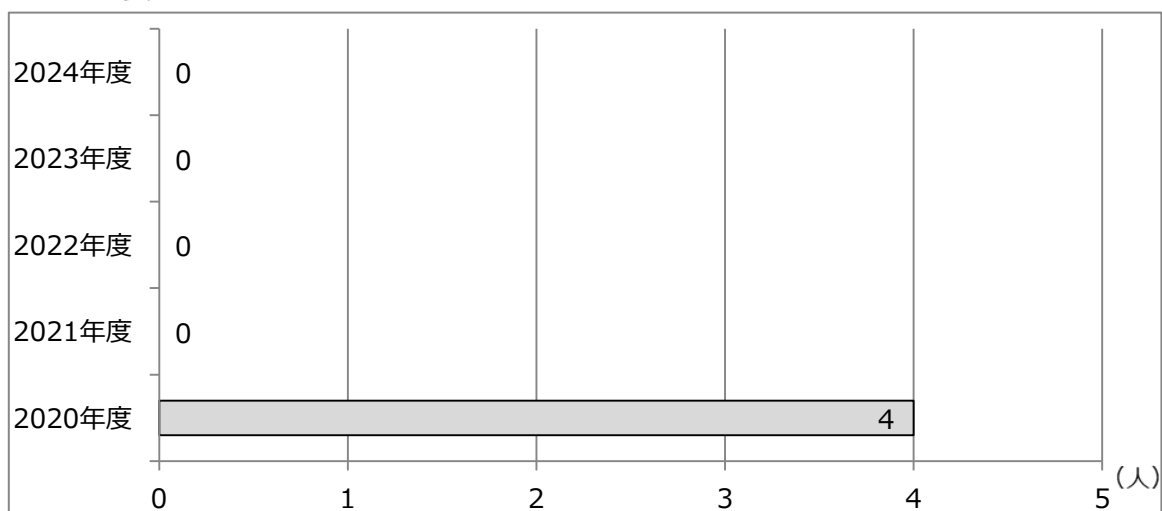
スキンケア相談室と低栄養リスク患者の一覧を情報共有することにより、褥瘡発生予防と早期治癒に向け介入している。

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



2024年度に実施した対策・対応またはコメント

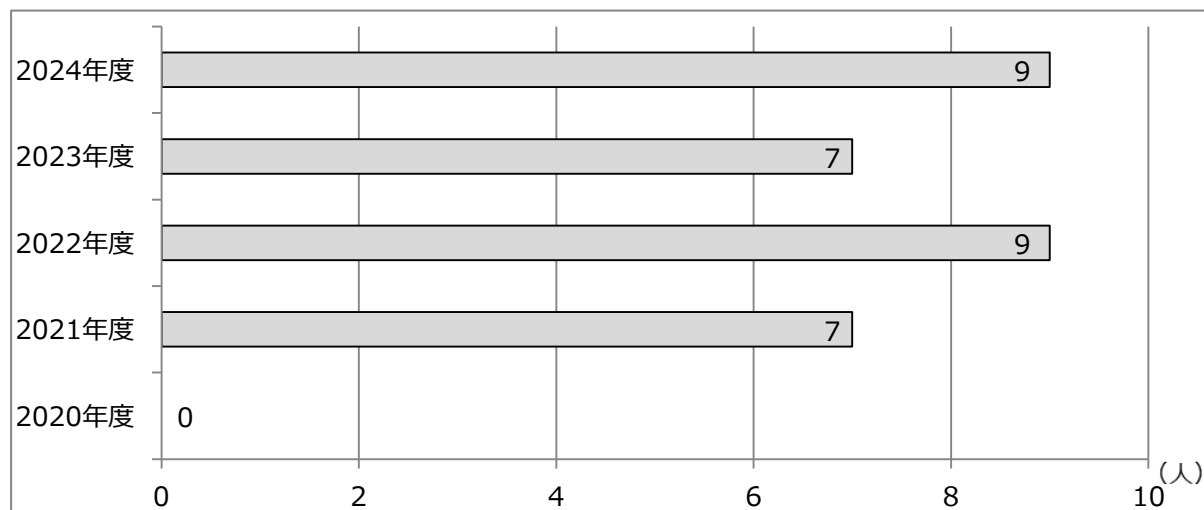
院内活動を啓蒙し、受講者を募る。

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



2024年度に実施した対策・対応またはコメント

院内外へ啓蒙し、受講者を募る。

28. 神経精神科 平均在院日数

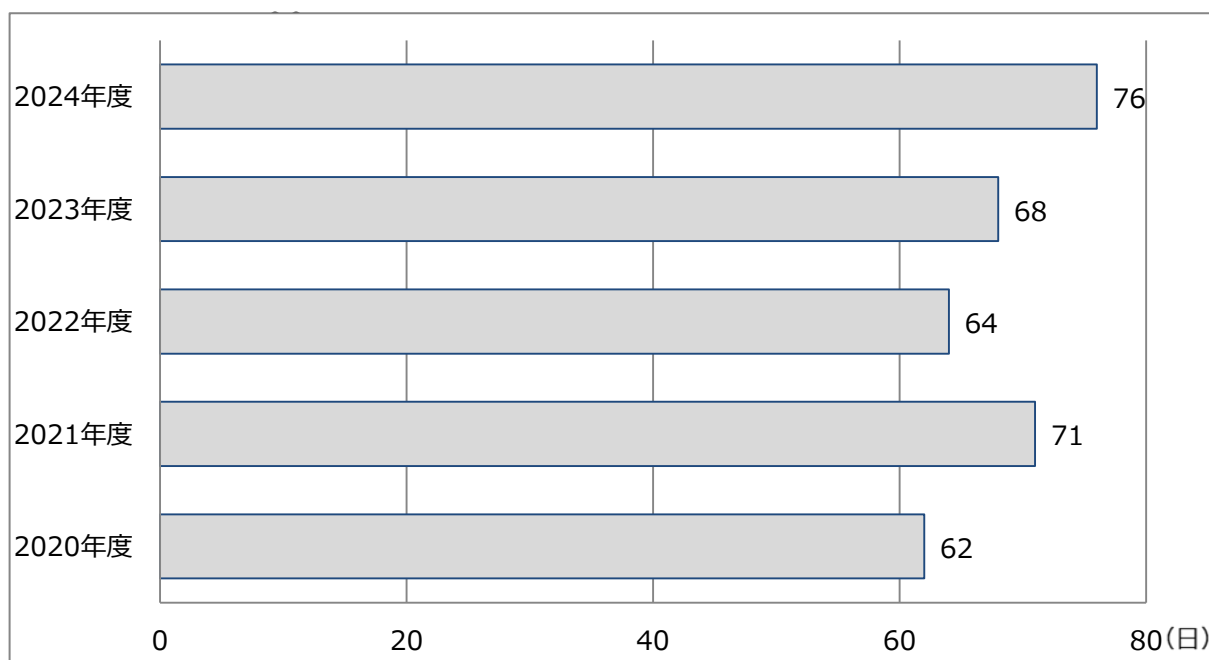
神経精神科 病棟

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



2024年度に実施した対策・対応またはコメント

平均在院日数は増加傾向にある。キーパーソン不在や病状の不安定さにより長期入院患者が増えている。転院調整も受け入れ先が満床などの理由により順番待ちとなっている。今後も退院支援連携パス等を活用し、退院困難な理由をアセスメントし多職種チームにて関わり退院調整・支援を継続する。

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

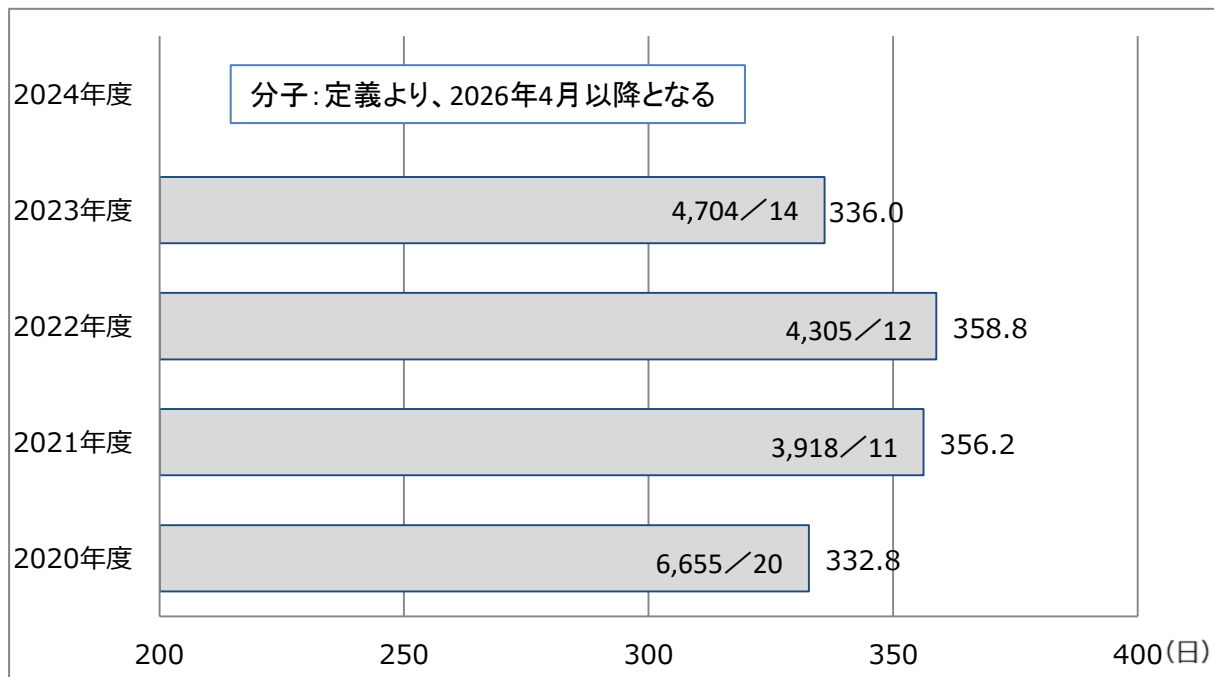
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの機能を示す指標

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



2023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日数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2024年度プロジェクト結果報告 89ページより)

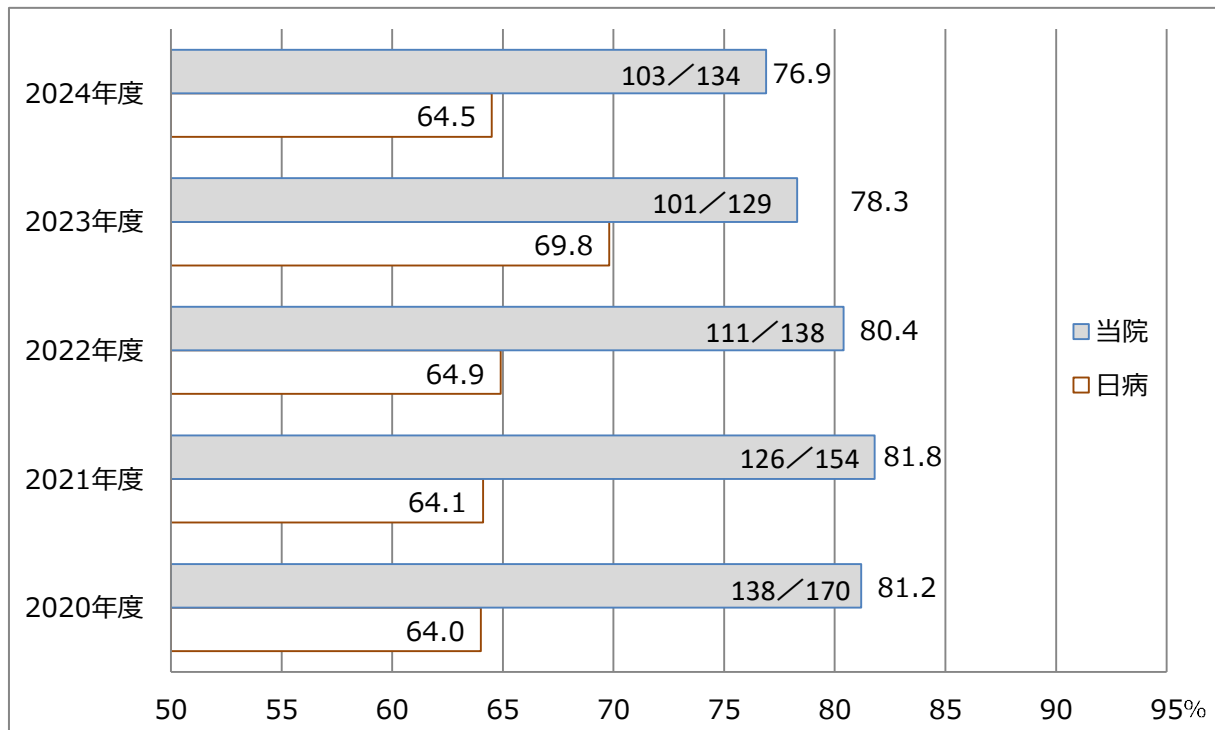
より高い値が望ましい

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



2024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

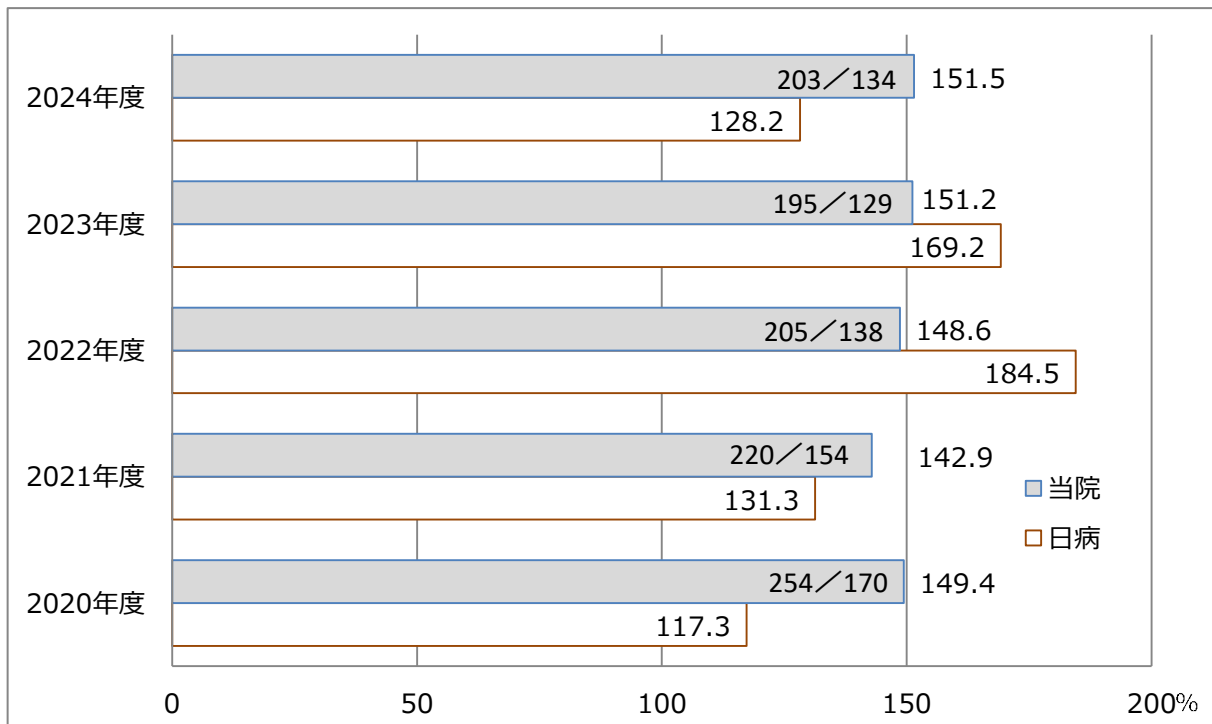
説明・指標の定義は、「30. 神経精神科 紹介率」に同じ
より高い値が望ましい

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



2024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

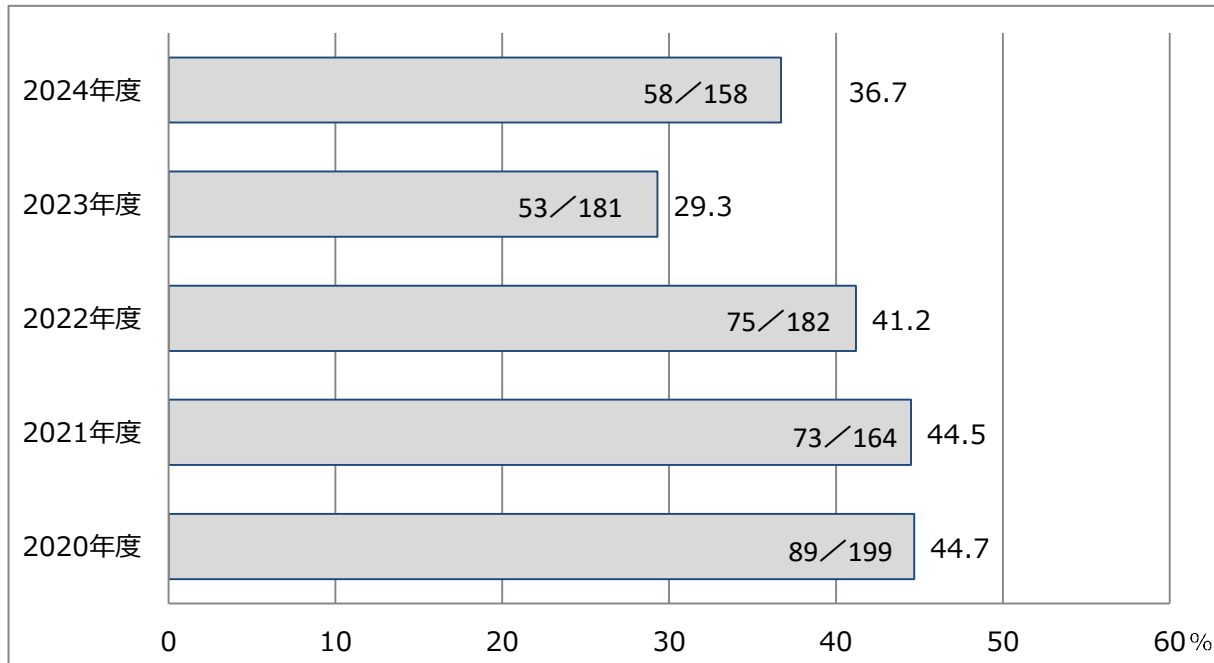
Structure **Process** Outcome

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



2024年度に実施した対策・対応またはコメント

昨年度より増加した。患者さん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望ましいものとする。患者さんの人権を尊重した医療を実践するため、引き続き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 身体拘束率

神経精神科 病棟 行動制限最少化委員会

Structure **Process** Outcome

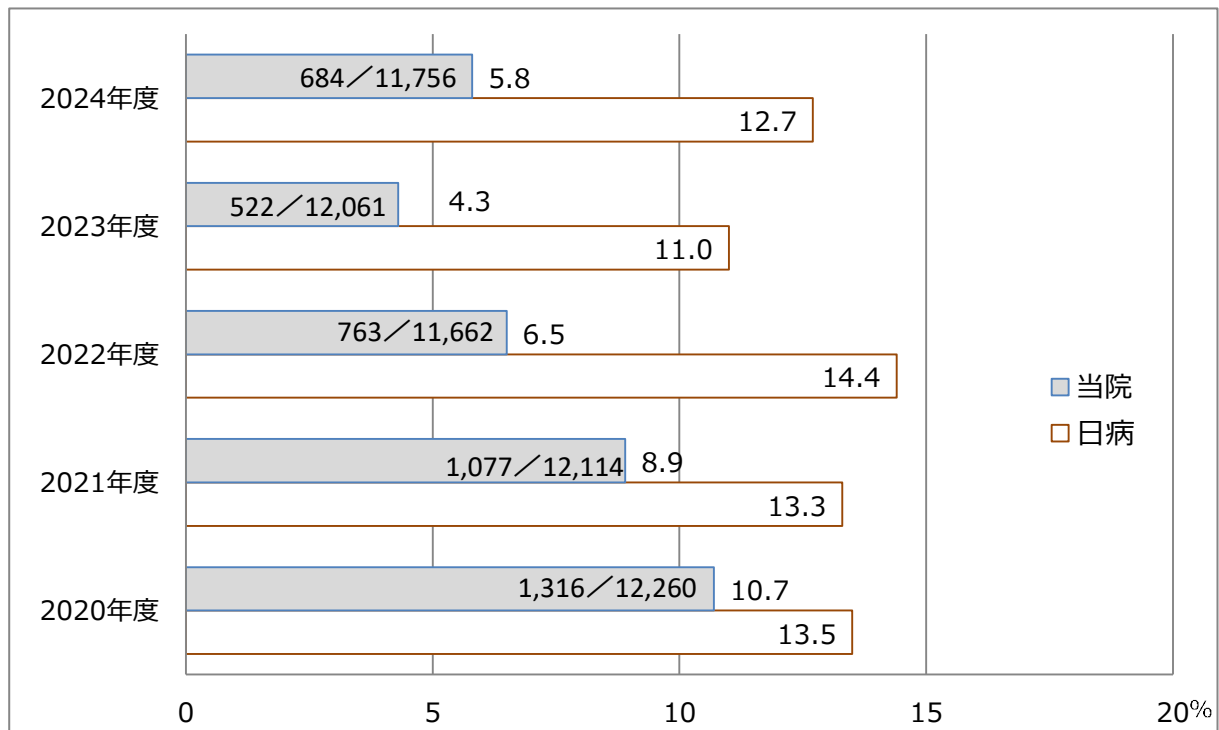
精神保健福祉法において、身体的拘束は、制限の程度が強く、また、二次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないものとされてる。施設や医療機関などで、患者を、「治療の妨げになる行動がある」、あるいは「事故の危険性がある」という理由で、安易にひもや抑制帯、ミトンなどの道具を使用して、患者をベッドや車椅子に縛ったりする身体拘束、身体抑制は慎むべきものである。2023 年度までは「身体抑制率」と表記していたが、公益財団法人 日本医療機能評価機構で行われている医療の質可視化プロジェクトでの指標名と合わせることにし、2024 年度からは「身体拘束率」と表記することにした。

(日本病院会2024年度プロジェクト結果報告 94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）



2024年度に実施した対策・対応またはコメント

身体拘束率は低い。毎朝、身体拘束の必要性に対して多職種で検討し早期解除に向けている。

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

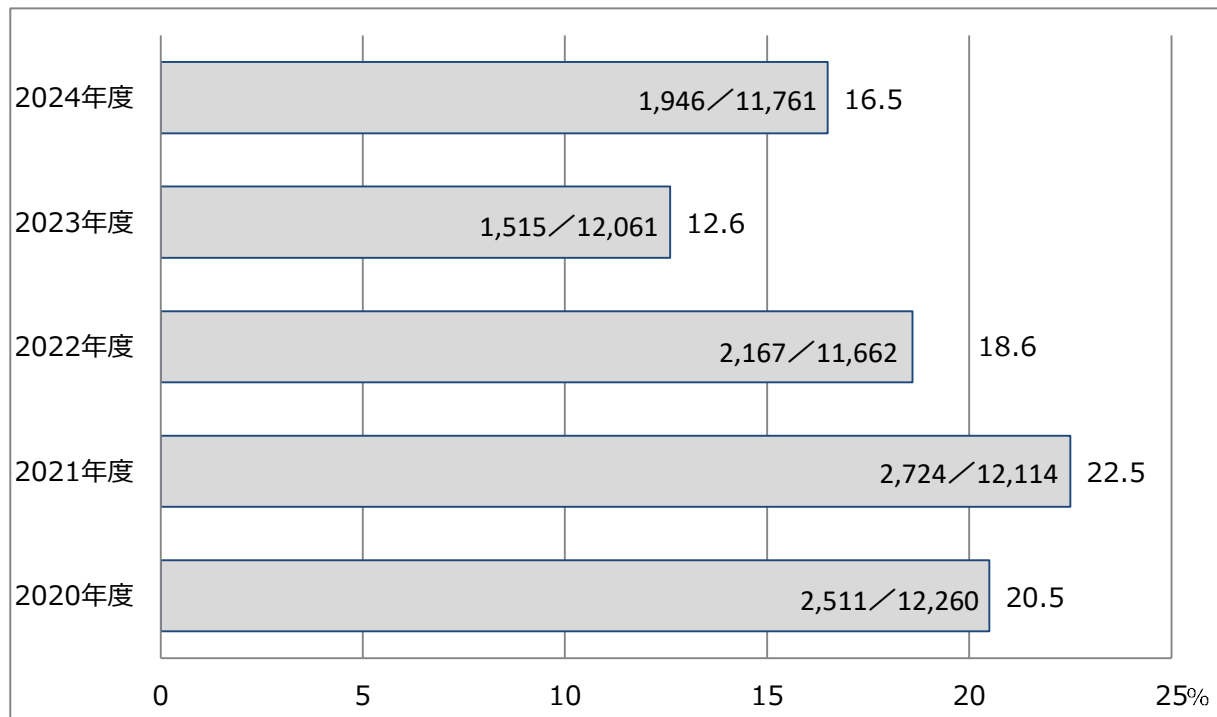
Structure **Process** Outcome

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



2024年度に実施した対策・対応またはコメント

身体拘束と同様に隔離率も低い。隔離の解除に対して多職種で検討している。

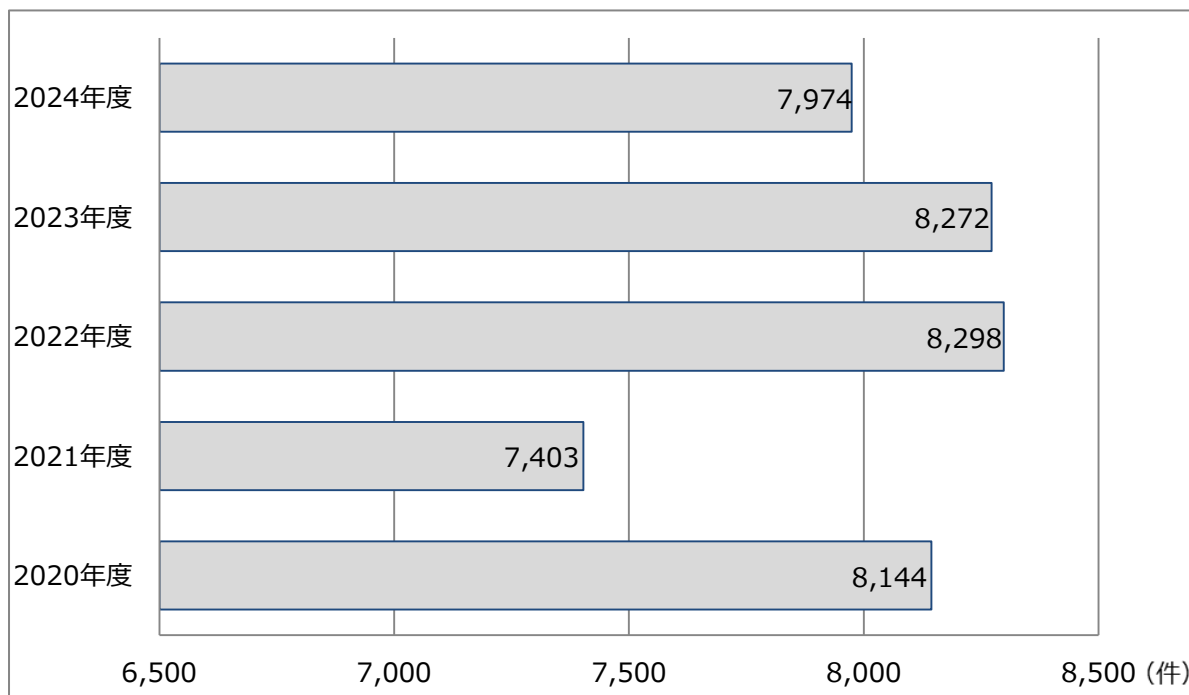
35. 神経精神科 精神科アウトリーチ件数

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）



2024年度に実施した対策・対応またはコメント

ほぼ横ばいで推移している。昨年に引き続き、地域の関係機関との連携を強化した。また、近年利用者の熱中症のリスクが高まっているため、対策を検討・実施した。

36. 神経精神科 クロザピン投与患者数

神経精神科

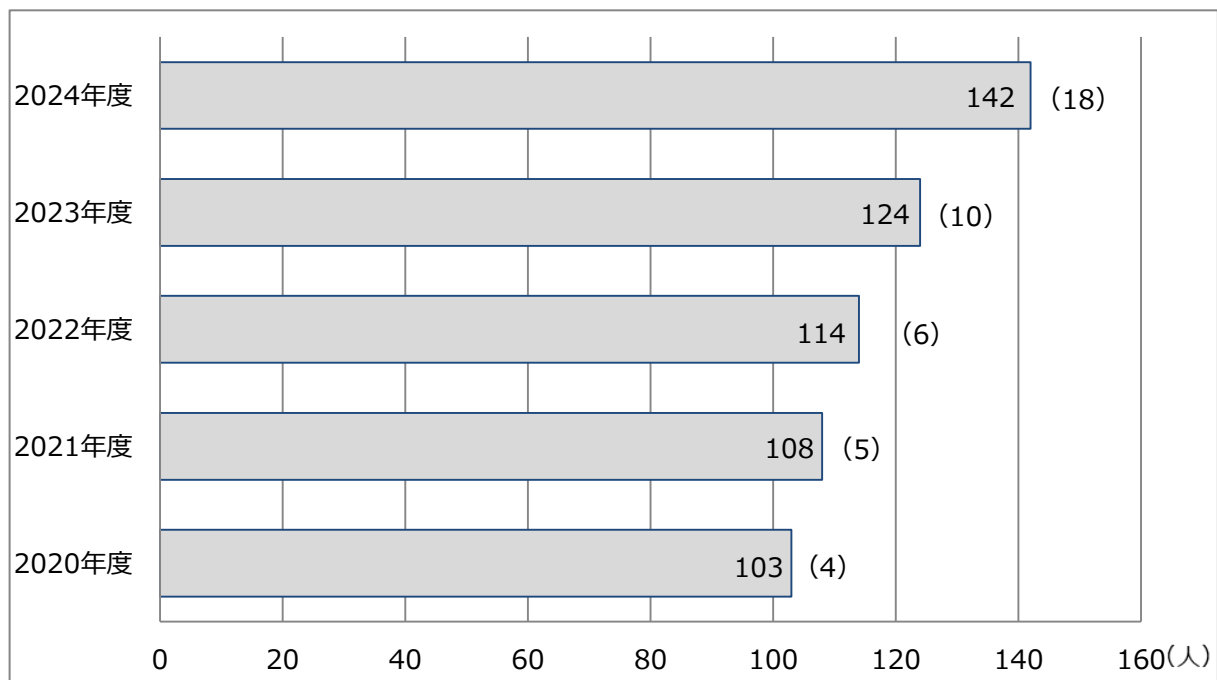
Structure **Process** Outcome

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）



2024年度に実施した対策・対応またはコメント

2024年度においてクロザピン導入数は18件増加した。本年度ではコロナ感染によるクロザピンの再導入も数件あったが、新規導入も12件あった。クロザピンが必要な患者にはなるべく早期の導入が望ましいと考えられており、今後も必要とする患者に導入を進めていくことが望ましい。

37. 神経精神科 デポ剤の使用患者数

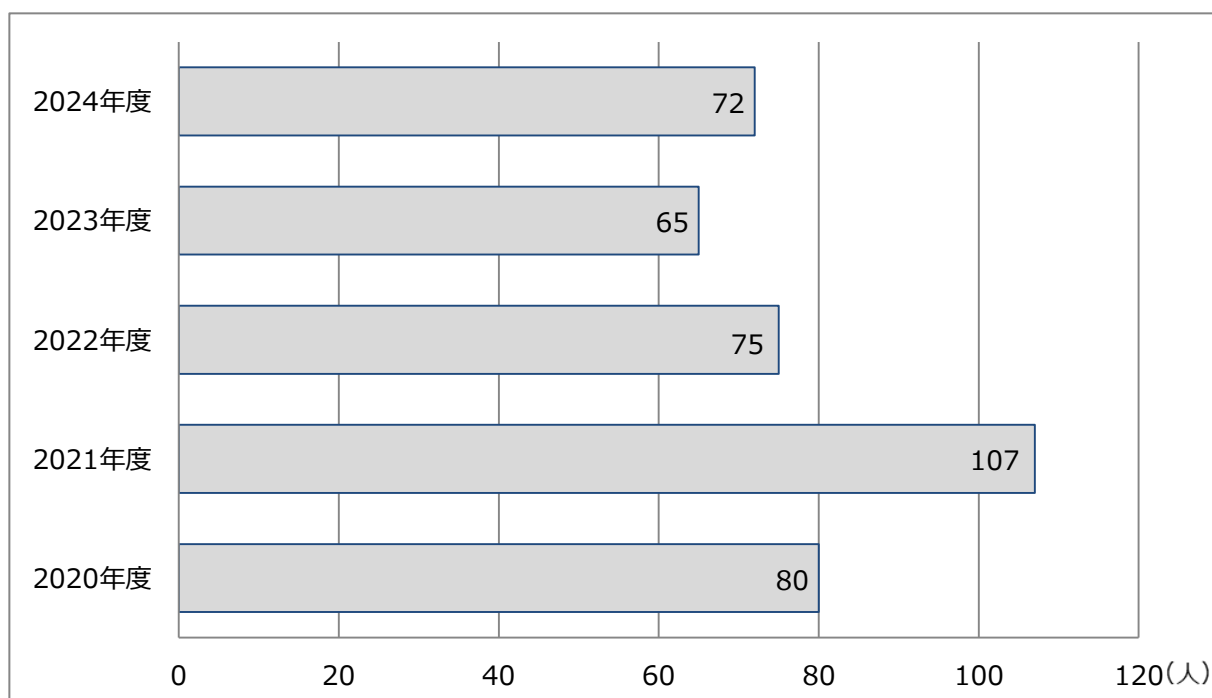
神経精神科外来

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



2024年度に実施した対策・対応またはコメント

2024年度は72件、2023年度は65件と大きな増加はなく横ばいである。

デポ使用中の患者さんの中には、内服への切り替え希望のある患者さんもいた。

今後、デポ剤への切り替えに向けては、医師と相談し保険薬局から内服状況の提供をもらい各医師に薬剤検討を行ってもらう。

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

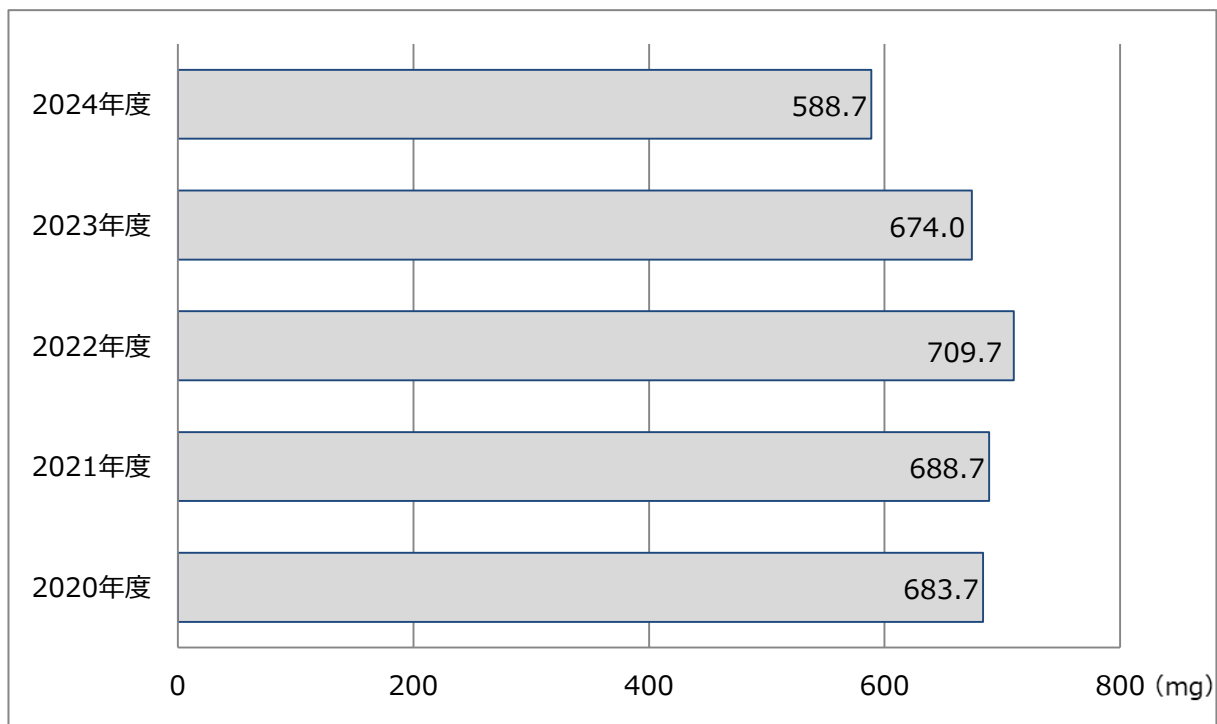
Structure **Process** Outcome

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。



2024年度に実施した対策・対応またはコメント

過去の換算量と比較すると低めの値であり、適正範囲と言われる300mg～600mgの範囲であった。抗精神病薬の高用量投与が漫然とならないように、普段から維持用量について検討していくことが望ましい。

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

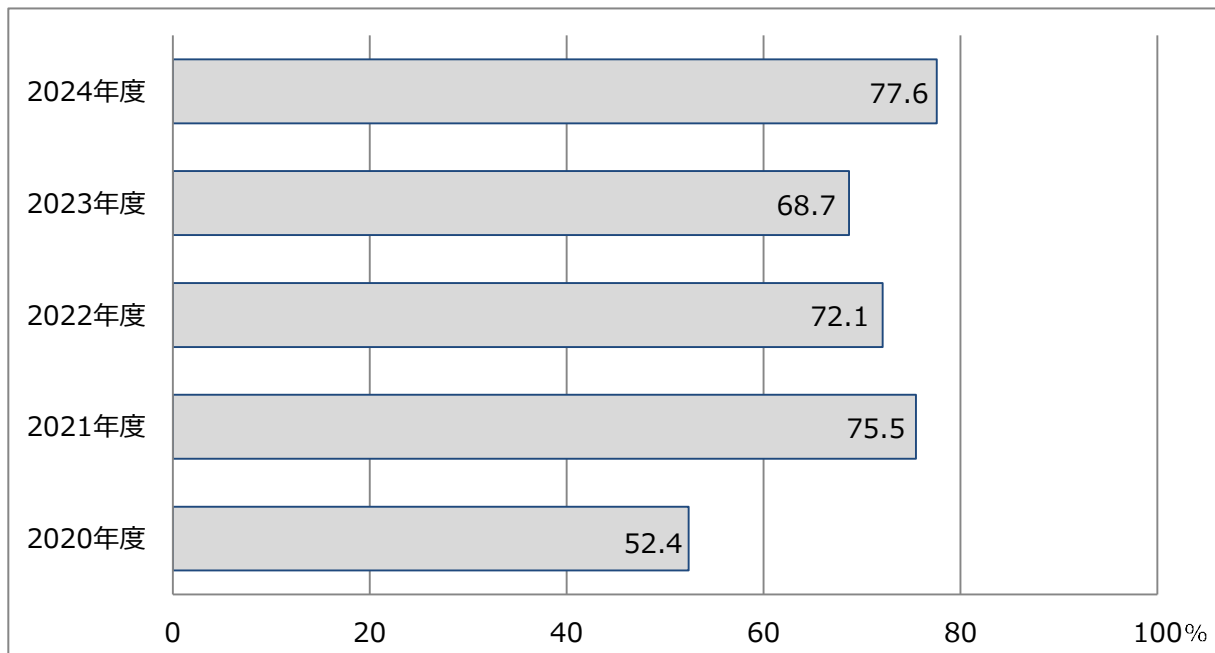
本邦では、諸外国と比較して多剤大量併用療法が多く問題視されている。多剤併用は有害事象が増加する、効果副作用判定を困難にするなど問題点が挙げられている。近年、診療報酬上も3剤以上の抗精神病薬の処方に減算を行う改訂がなされている。また、抗精神病薬を3剤以上併用することの有用性を評価した報告は皆無に等しく、併用療法を行う場合でも2剤までが許容と考えられている。

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。



2024年度に実施した対策・対応またはコメント

過去の単剤化率と比較すると2024年度は単剤率が高かった。クロザピン導入件数の増加も影響している可能性が考えられる。抗精神病薬の多剤併用は副作用リスクも懸念されるため、CP換算量と同様に漫然とならないように、普段から投与薬剤について検討していくことが望ましい。

地方独立行政法人 総合病院国保旭中央病院

QI Review 2024 Vol.5

発行：2026年2月

編集：TQMセンター