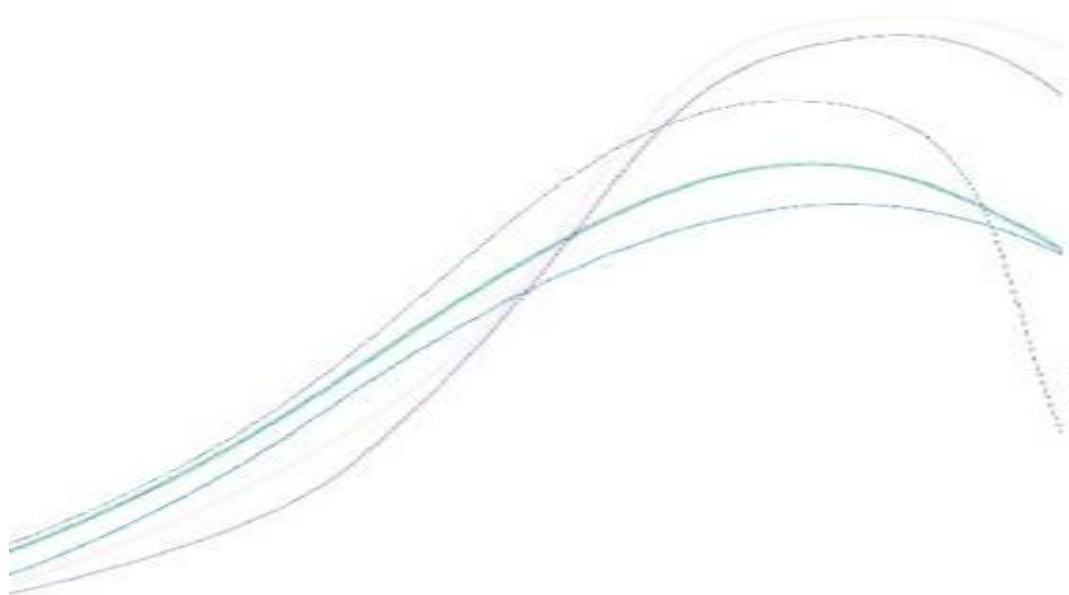


医療の質

【Quality Indicator】



国保中央病院

令和元年8月

序文（改訂版）

Q I 改訂版の公表について

当院では、理念に掲げています医療の質を高めるために、さまざまなQIを公表し、それを職員にフィードバックすることによりQIすなわち質の改善が図られること、また、他の医療施設と比較するためのベンチマーキングになることから平成23年から毎年QIを公表してきました。これにより優れた指標を示す他施設の診療内容や病院運営管理を参考にさせていただき、当院の医療の質の改善につなげてきました。

平成23年度からは、日本病院会のQI推進事業にも積極的に参加し、定期的に指標データを提出しています。

今年度も改訂版として指標項目は前年度と同じですが、今後、項目についてはさらに検討を加え、臨床指標項目を増やせるように努力していきたいと思います。

皆様からのご意見をお待ちしております。

院長 阪井利幸

目 次

(1) 病院全体

1 . 病床利用率	P2	【 阪井 利幸 】
2 . 平均在院日数	P3	【 阪井 利幸 】
3 . 救急患者数	P4	【 吉川 雅章 】
4 . 救急車・ホットライン応需率	P5	【 吉川 雅章 】
5 . 死亡退院率	P6	【 江嶋 陸司 】
6 . 入院患者におけるリハビリテーションの実施率	P7	【 須崎 俊文 】
7 . 2週間以内の退院サマリー完成率	P8	【 新居崎哲也 】
8 . 紹介率・逆紹介率	P9	【 江嶋 陸司 】

(2) 予防医療

9 . 職員の健診率	P10	【 稲村 真実 】
10 . 職員の非喫煙率	P11	【 稲村 真実 】
11 . 職員のインフルエンザ予防接種率	P12	【 稲村 真実 】

(3) 診療プロセス

12 . クリティカルパスの使用率	P13	【 竹川 光枝 】
13 . 外来化学療法件数	P14	【 山田 行重 】
14 . 血液透析の効率 (KT/V)	P15	【 奥畑 秀之 】
15 . 褥創発生率	P16	【 河合 佳子 】
16 . 術後 1 ヶ月以内の死亡率	P17	【 山田 行重 】
17 . 糖尿病患者の血糖コントロール	P18	【 吉川 雅章 】
18 . がん対策における診療の質	P19	【 山田 行重 】

(4) 感染防止

19 . 手術部位感染率 (SSI)	P21	【 山田 行重 】
20 . 尿道留置カテーテル使用率	P22	【 関山まゆみ 】

(5) 検査部門

21 . 輸血廃棄率	P23	【 田頭 幸和 】
------------	-----	-----------

(6) 医療安全

22 . 転倒・転落発生率	P24	【 丸橋 敦子 】
---------------	-----	-----------

(7) 患者満足度と支援

23 . 患者満足度	P26	【 竹島 曜子 】
24 . 入院患者の食事満足度	P27	【 植田 紀秀 】
25 . 患者待ち時間	P28	【 竹島 曜子 】
26 . 栄養指導件数	P29	【 植田 紀秀 】
27 . 医療相談件数	P30	【 江嶋 陸司 】
28 . 感謝と苦情の割合	P31	【 竹島 曜子 】

1. 病床利用率

【病床利用率の計算方法】

年間病床利用率（％）＝

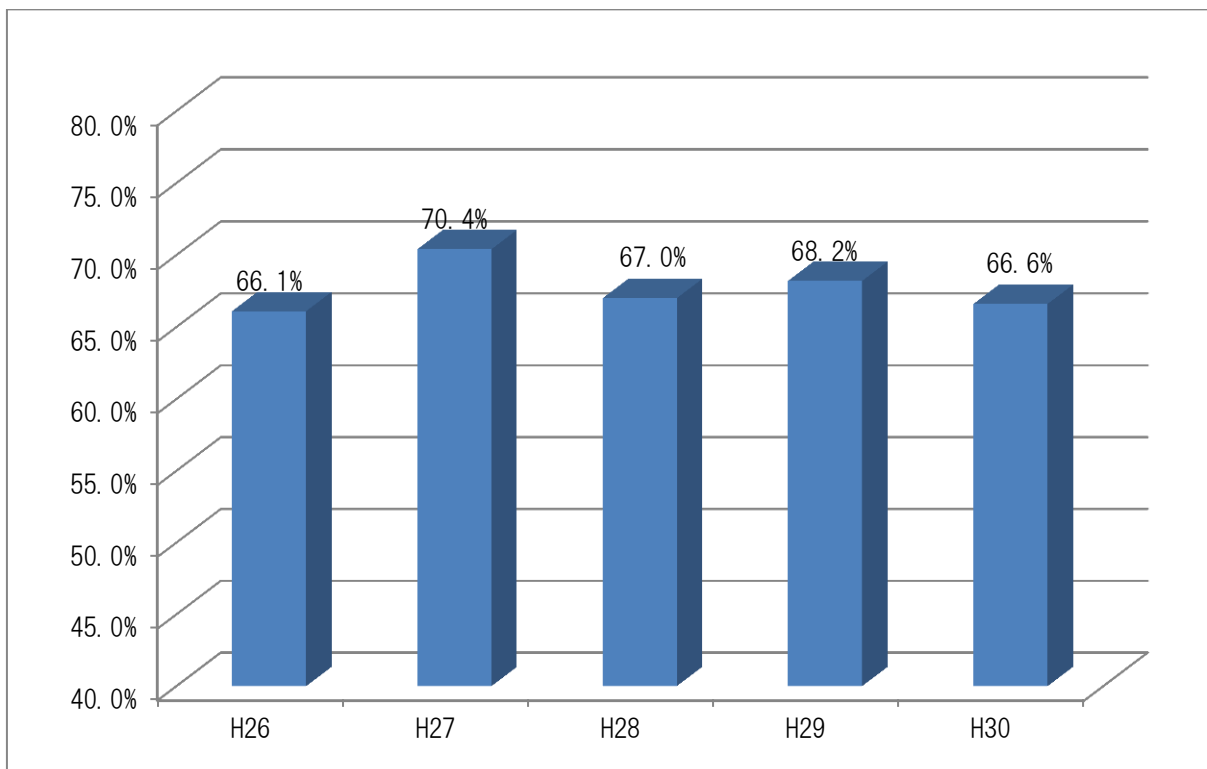
（月間在院患者延数の１月～１２月の合計）

／（月間日数×月末病床数）の１月～１２月の合計 × １００（％）

病床利用率は、病院の病床がどの程度、効率的に稼働しているのかを示す指標です。１００％に近いほど、空き病床がない状態で利用されていることになります。

急性期病棟と地域包括ケア病棟や緩和ケア病棟では、病院機能において当然数値の意味するところは違ってきますが、病院の安定した経営面からも高い病床利用率が望まれます。

病床利用率は病院の入院機能を示す指標となりますので、ますます近隣の診療所との連携を密にして新規患者を受け入れ、病床利用率を高めていく予定です。



2. 平均在院日数

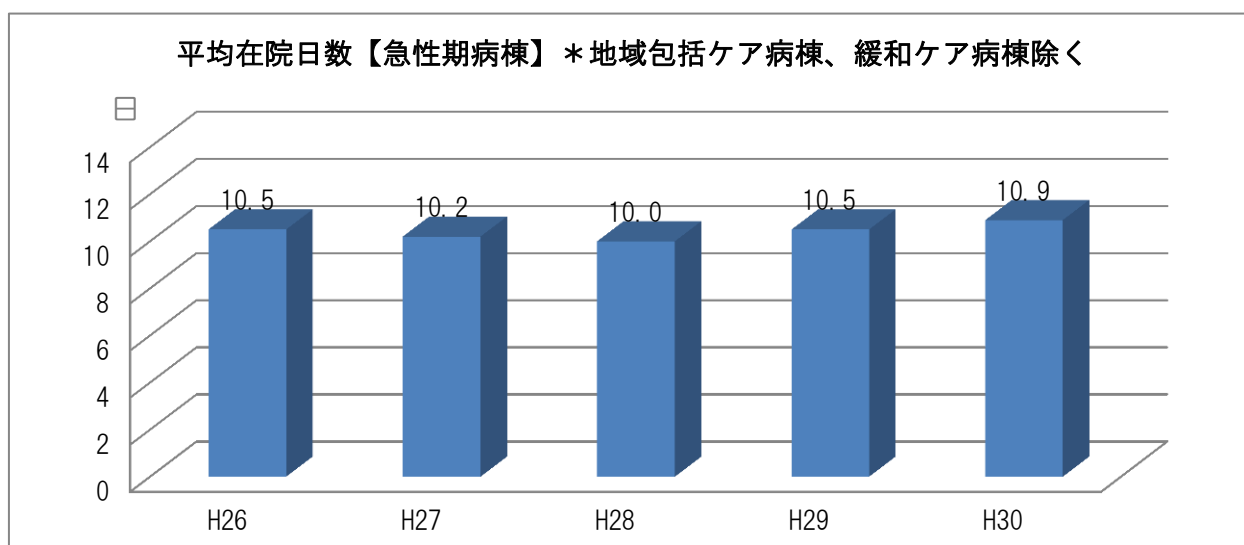
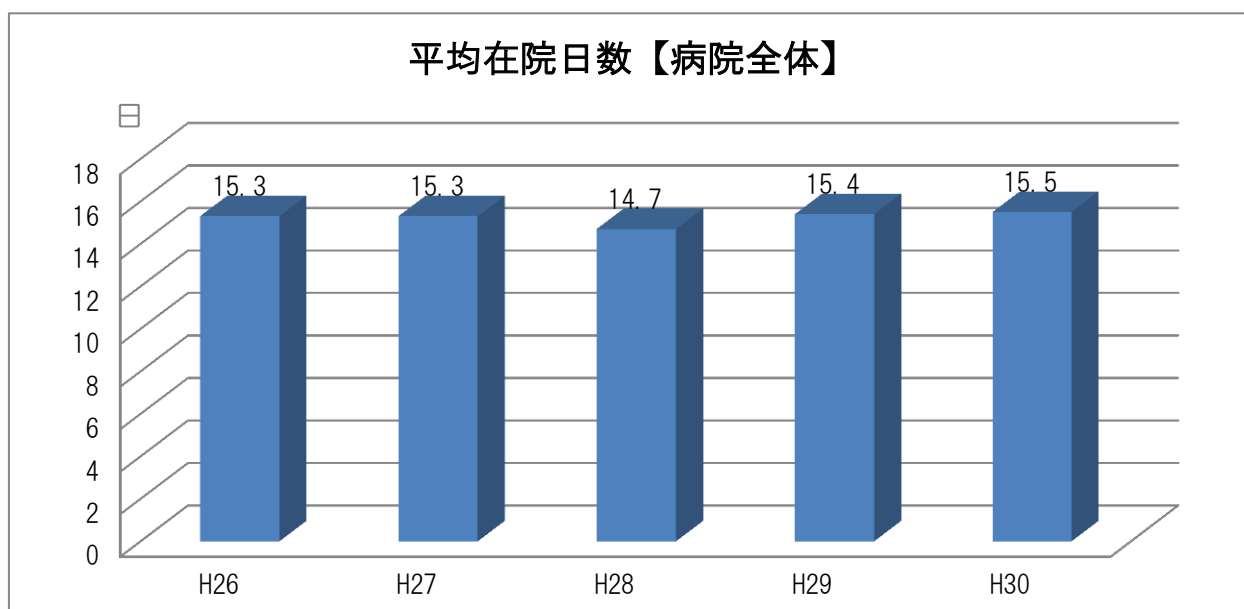
【平均在院日数の計算方法】

平均在院日数＝

年間在院延患者数 / (年間新入院患者数＋年間退院患者数) / 2)

平均在院日数は、病院に患者がどれぐらいの期間入院しているかを示す指標です。医療の質と効率化が高いほど、平均在院日数は短縮するといわれています。

急性期病棟とその他の地域包括ケア病棟・緩和ケア病棟では平均在院日数は、当然異なりますし、疾患によっても違ってきますが、DPC 導入や医学の進歩により年々、全国の在院日数は短くなってきています。

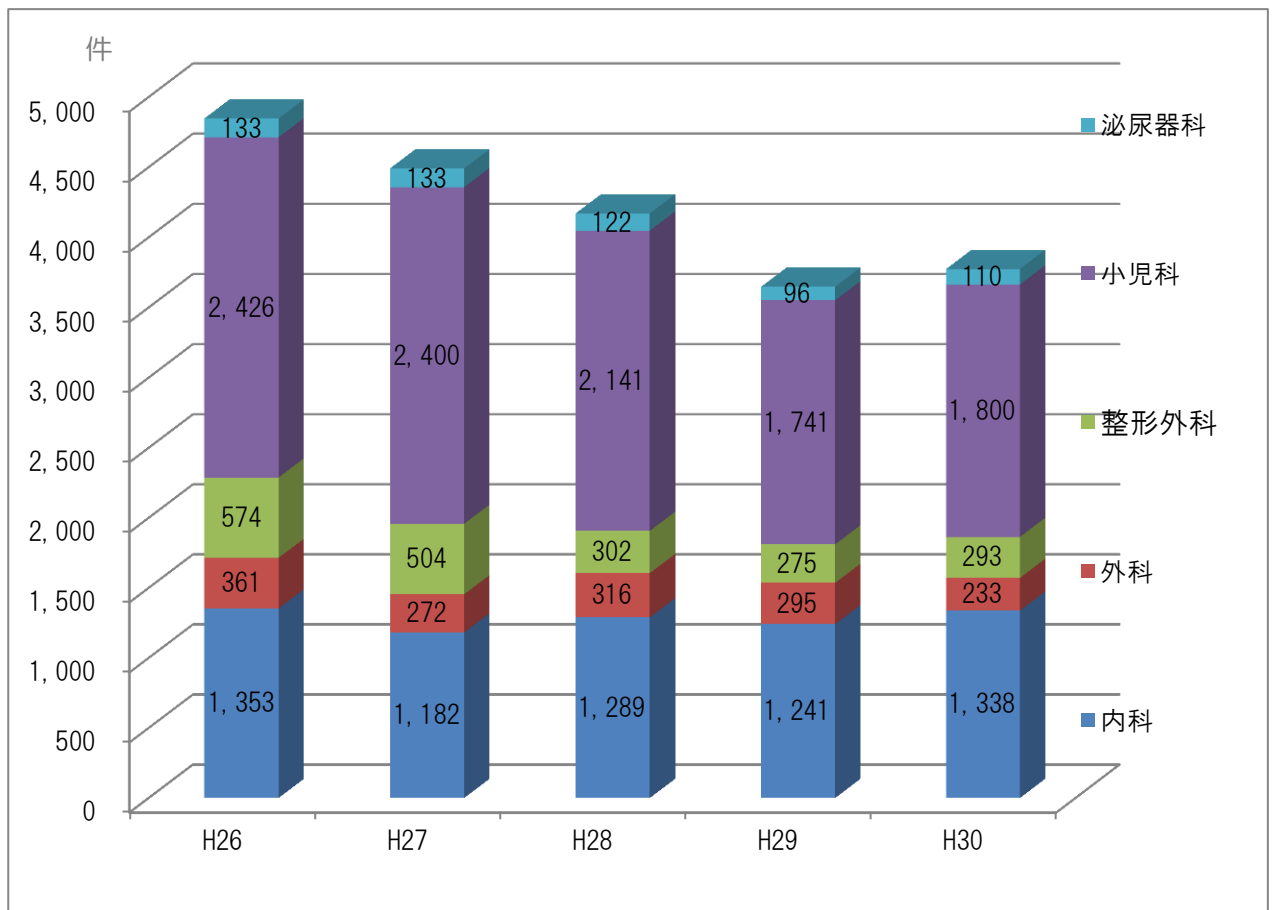


3. 救急患者数

救急医療の機能を計る指標として「救急患者受託数」を採用しています。

当院は桜井地区病院群輪番、中南和小児科二次救急輪番に参加しており地域の救急医療を担っております。

救急医療は医師の確保や負担などの様々な問題を抱えている分野になりますが、当院は救急の受け入れ強化を目標としており、今後も、地域から信頼される自治体病院を目指し地域医療に貢献していきたいと考えております。



4. 救急車・ホットラインの応需率

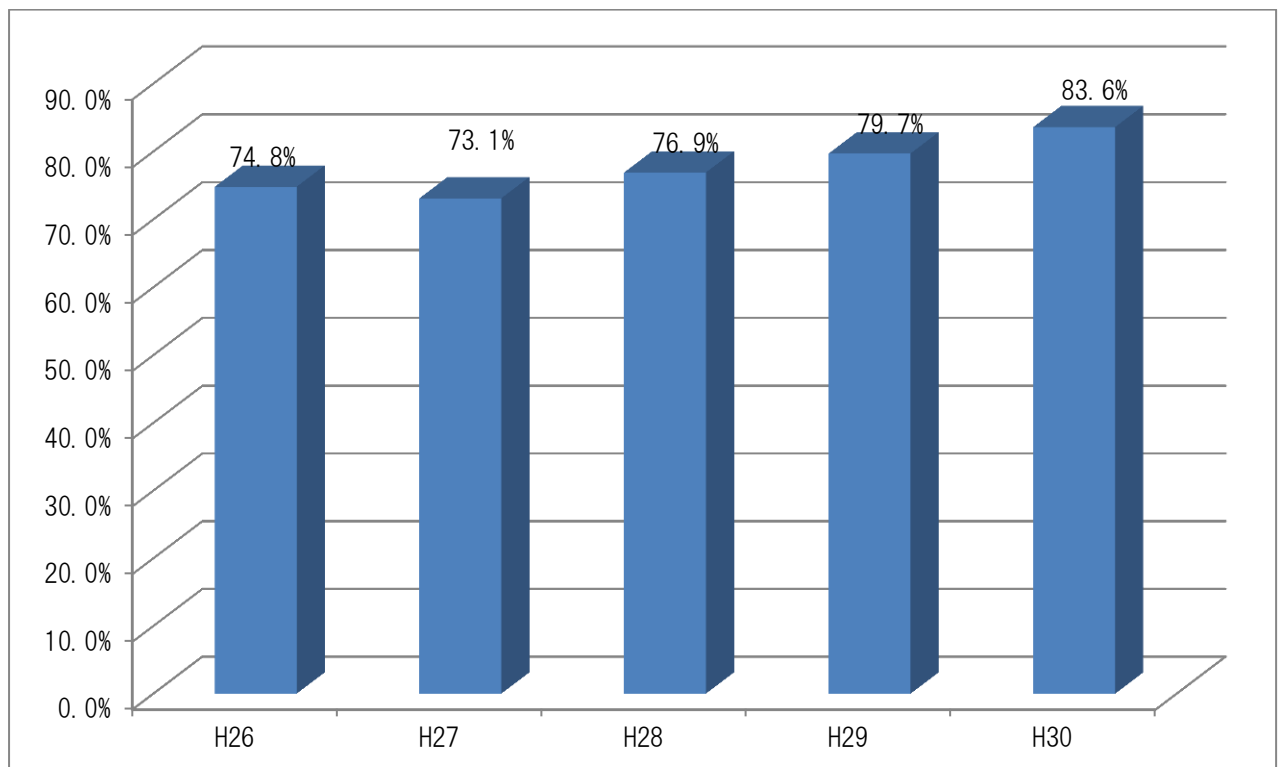
【救急車・ホットラインの応需率の計算方法】

救急車・ホットラインの応需率（％）＝

救急車で来院した患者数 / 救急車受け入れ要請件数 × 100（％）

救急車・ホットラインの応需率は、救急隊からの搬送の要請に対して、どれだけの救急車の受け入れが出来たかを示す指標で、病院の救急診療を評価する指標の一つとなります。

当院では、休日・夜間の時間帯は全診療科の医師が当直する体制となっていないため、患者さんの病状に対応できる医師が不在の場合はどうしても救急搬送要請に応える事ができない場合がありますが、今後、応需率を高めるために救急隊との連携強化も含め、救急医療体制を整備し、地域医療に貢献していきたいと考えております。



5. 死亡退院率

【 死亡退院患者率の計算方法 】

死亡退院患者率（％）＝

$$\frac{\text{死亡退院患者数}}{\text{退院患者数}} \times 100 (\%)$$

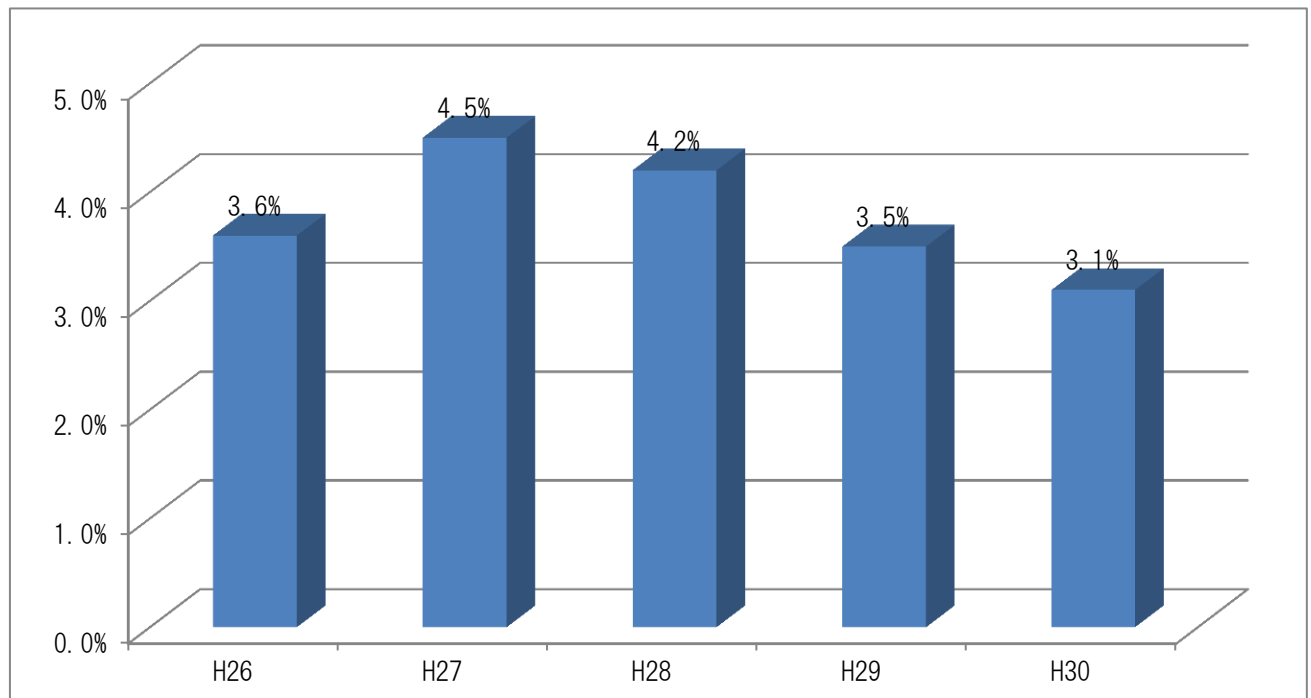
※ 分子除外 緩和ケア科退院の死亡患者

※ 分母除外 緩和ケア科退院患者

当院を利用された入院患者の中で、死亡退院された件数を占める割合です。尚、緩和ケア科の入院患者は、病棟の特殊性を考慮して全体の数より除外しました。

死亡退院率は、病院の努力で下げられる部分と、疾病や重症度等の患者属性から死亡したと推測される部分があります。当院の死亡退院率は、ここ数年 4%前後で推移しておりますが、この数字だけの病院間比較は難しく、医療施設の特徴（職員数、病床数、救急救命センターや集中治療室の有無、平均在院日数等）や入院患者属性（年齢、性別、疾患の種類と重症度等）を考慮しなければなりません。

当院においては、病院間の数値を比較するだけでなく自院の死亡退院率の毎年の変化にも着目しております。



6. 入院患者におけるリハビリテーション実施率

【リハビリテーション実施率の計算方法】

リハビリテーション実施率（％）＝

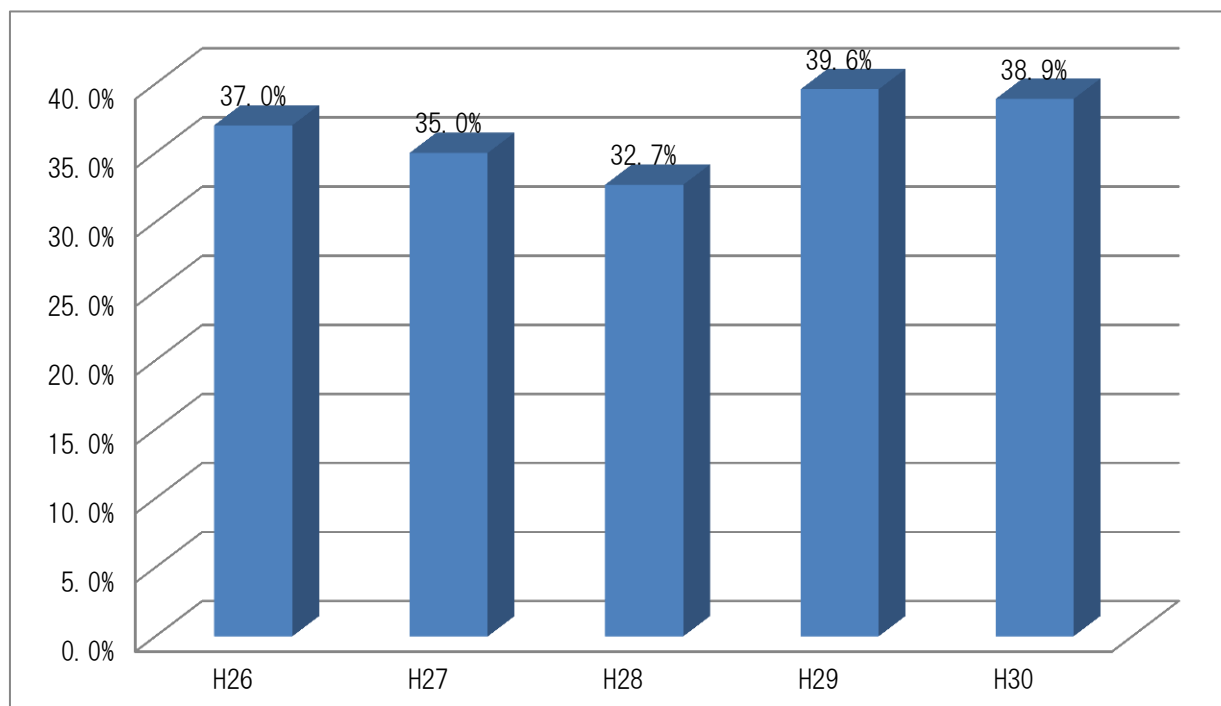
$$\text{リハビリを実施した延べ入院患者数} \div \text{延べ入院患者数} \times 100 (\%)$$

急性期におけるリハビリテーションの目的は廃用症候群や合併症の予防改善にあります。発症早期からのリハビリテーションは重要と言われ、急性期病院ではリハビリテーション実施率は在宅復帰率などと共に重要な指標として挙げられています。

リハビリテーション実施率は、H26年度は37.0%、H27年度35.0%、H28年度32.7%、H29年度39.6%、H30年度38.9%となりました。

また入院患者さんに対するリハビリテーション実施の依頼は整形外科約45%、内科約40%、外科約6%、泌尿器約2%、緩和ケア約7%となっています。各科の疾患別依頼は整形外科 体幹障害（脊椎圧迫骨折、脊椎炎等）大腿骨頸部骨折、上肢骨折の順で占めています。内科は様々な要因による廃用症候群、摂食障害、肺炎、外科は消化器がん後のリハビリが占めています。

これからも医師の指導の下に、質の高いリハ医療を患者さんに提供していきたいと考えます。



7. 2週間以内の退院サマリー完成率

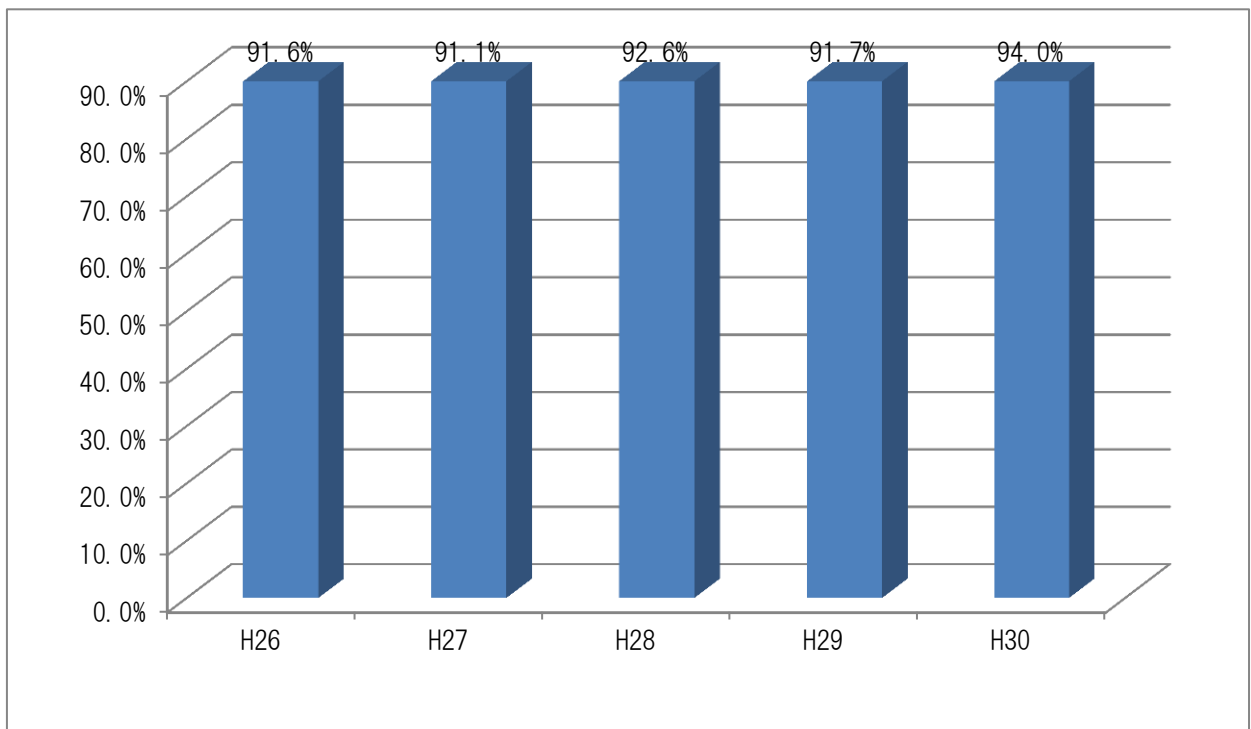
【退院サマリーの完成率の計算方法】

退院サマリーの完成率（％）＝

退院後 2 週間以内にサマリーを記載した件数 / 退院患者数 × 100（％）

退院サマリーとは、患者さんの病歴や入院時の身体所見、検査所見、入院経過など、入院中に受けた医療内容を要約し、最終診断名や医療行為等を記入したものです。

一定期間内に退院サマリーを作成する事は、病院の医療の質の向上に繋がります。



	H26 年度	H27 年度	H28 年度	H29 年度	H30 年度
サマリー件数 *	3,254	3,421	3,382	3,290	3,222
退院患者数	3,553	3,754	3,651	3,586	3,429

* 退院後 2 週間以内にサマリーを記載した件数

8. 紹介率・逆紹介率

【紹介率・逆紹介率の計算方法】

【紹介率の計算方法】

$$\text{紹介率 (\%)} = \frac{(\text{文書紹介患者数} + \text{救急車搬送患者数})}{(\text{初診患者数} - \text{時間外および休日救急受診患者数} - \text{6才未満患者数})}$$

【逆紹介率の計算方法】

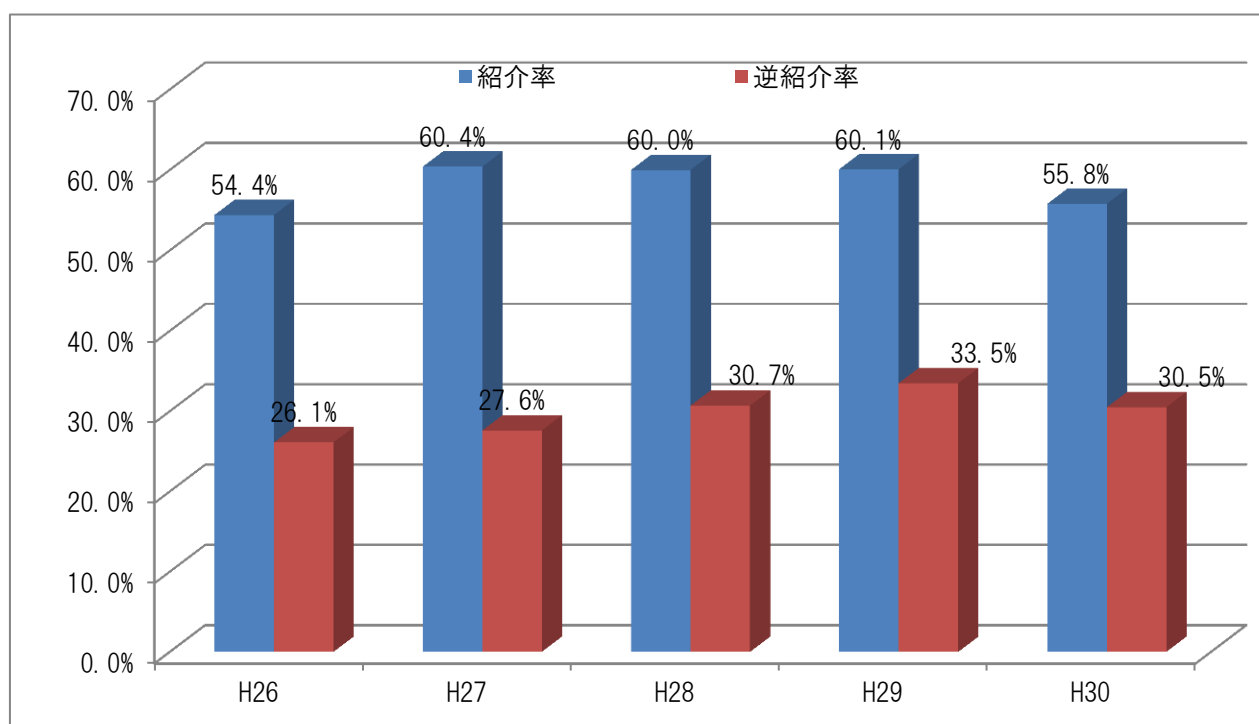
$$\text{逆紹介率 (\%)} = \frac{\text{診療情報提供料算定患者数}}{\text{初診患者数}}$$

紹介率は、当院を受診された患者さんのなかで、他医療機関から紹介状を持参された患者さんの割合を示しています。逆紹介率は、当院から他医療機関へ紹介状を作成し、受診いただいた患者さんの割合を示したものです。各医療機関は、患者さんの症状にあわせて、必要な治療や検査を行える病院を紹介したり、患者さんがお住まいの地域の開業医の先生を紹介することで、患者さんのニーズに合わせた医療の連携を図っています。

これらの数字が高いということは、それぞれの医療機関の機能が明確で、適切な役割分担がなされており、効率的で質の高い医療を患者さんに提供できる体制が整っているということです。

当院では、紹介率の向上及び、医療連携の強化施策として、桜井地区病院群輪番、中南和小児科二次輪番に参加することで、救急の受け入れ態勢を強化し、地域の医療機関から患者さんをご紹介いただき、患者さんにとってのベストな診療を行えるよう取り組んでおり、また消化器病センターにて、消化器疾患を抱える患者さんの診療を強化するという取り組みも行っております。

今後も、地域の医療機関との連携を深めていき、より良い医療を提供できるよう努めてまいります。



9. 職員の健診受診率

【職員健診率の計算方法】

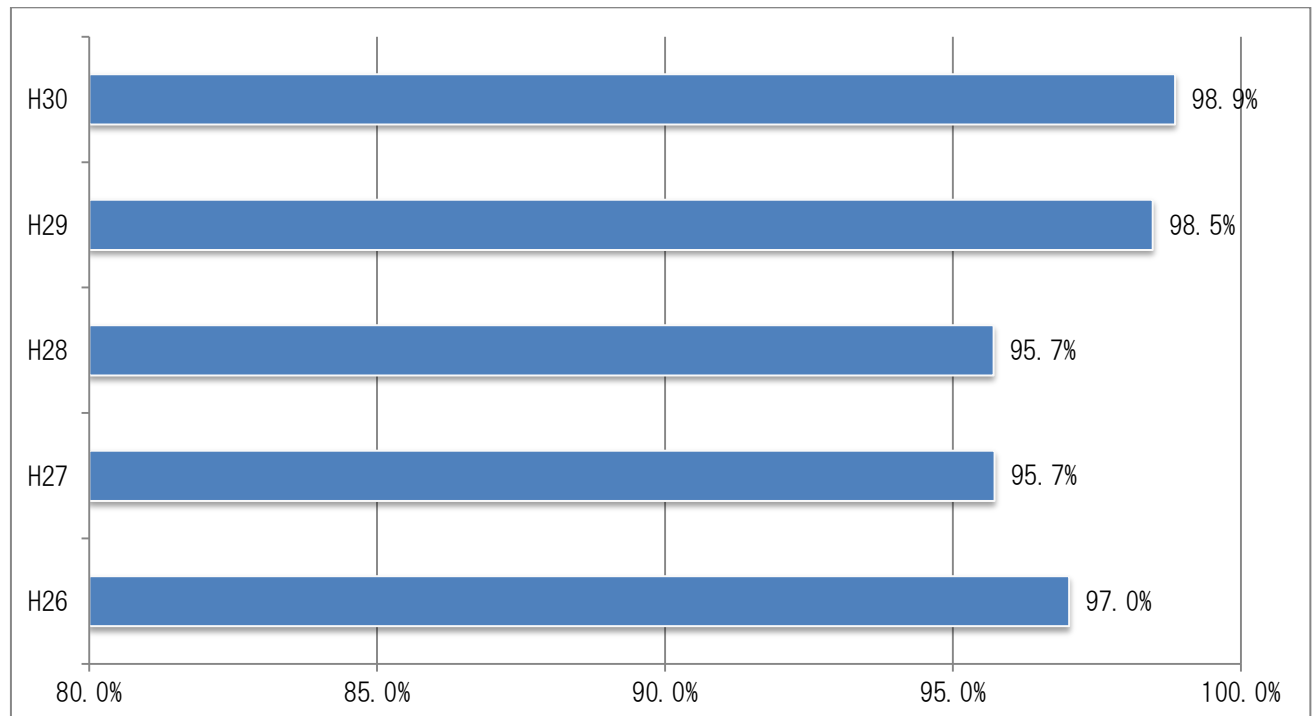
$$\text{職員健診率（\%）} = \frac{\text{職員健診受診者}}{\text{全職員数}} \times 100（\%）$$

労働安全衛生法第66条で、労働者に対する健康診断の実施が健康の保持増進のための措置として事業者には義務付けられています。

当院では、35歳・40歳など年齢の節目と45歳以上の職員に対して健診の項目を充実させ、職員の健康管理に努めています。

また健康診断の結果、再検査・治療の必要性が指摘された職員に対しては、所属長に受診を促すように指示しています。

尚、育児休暇・病気休暇の職員を除けば、100%の受診率です。



	H26 年度	H27 年度	H28 年度	H29 年度	H30 年度
職員数	268	257	256	261	262
職員健診実施者	260	246	245	257	259

10. 職員の非喫煙率

【非喫煙率の計算方法】

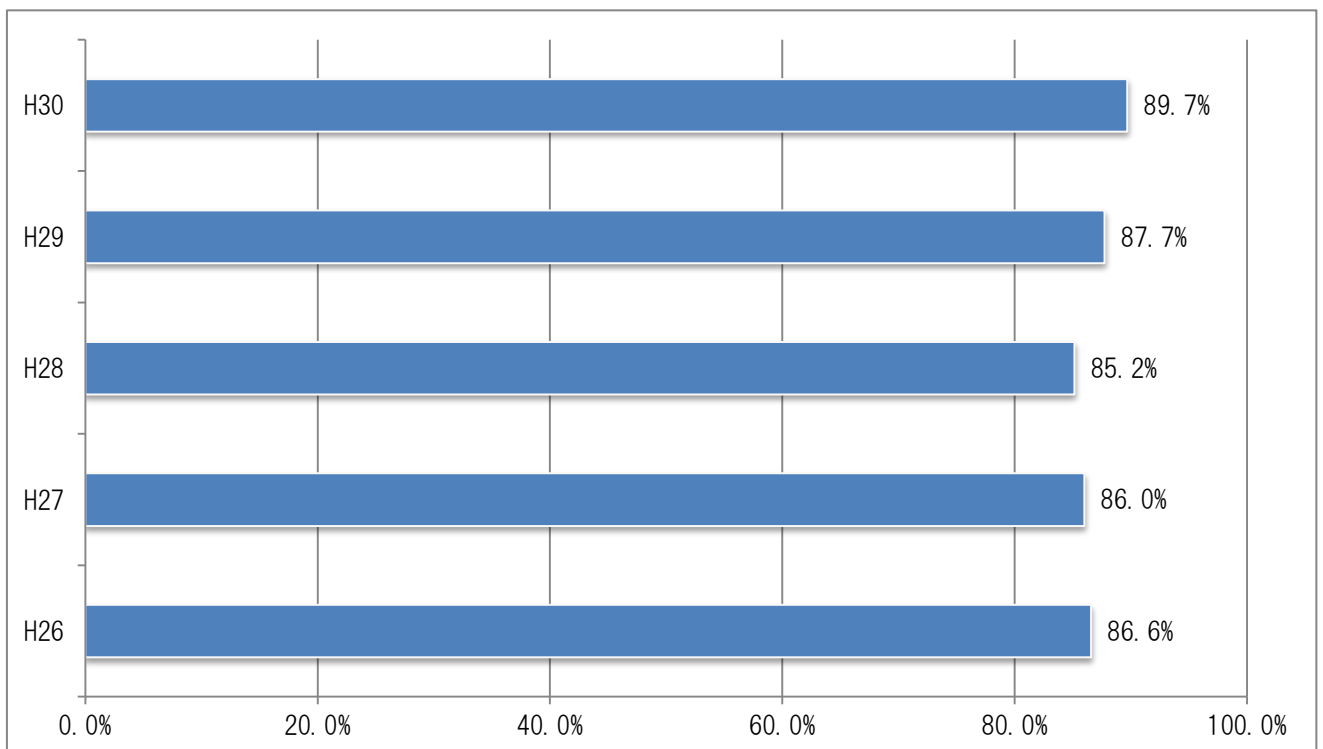
非喫煙率（％）＝

非喫煙者 / 職員数 × 100（％）

＊ 喫煙の調査については、職員の健診時の問診にて調査。

日本病院機能評価機構の統合版評価項目には「禁煙が徹底されている」という項目があり、全館禁煙の遵守並びに患者・職員に対する禁煙の推進に対するチェックがあります。

当院では、安全衛生委員会などで職員の禁煙に対する啓発活動を実施しております。また、病院敷地内を禁煙とし、受動喫煙を防ぐとともに、禁煙外来を実施し、患者・職員に対する禁煙の推進を行っています。



	H26 年度	H27 年度	H28 年度	H29 年度	H30 年度
職員数	268	257	256	261	262
非喫煙者	232	221	218	229	235

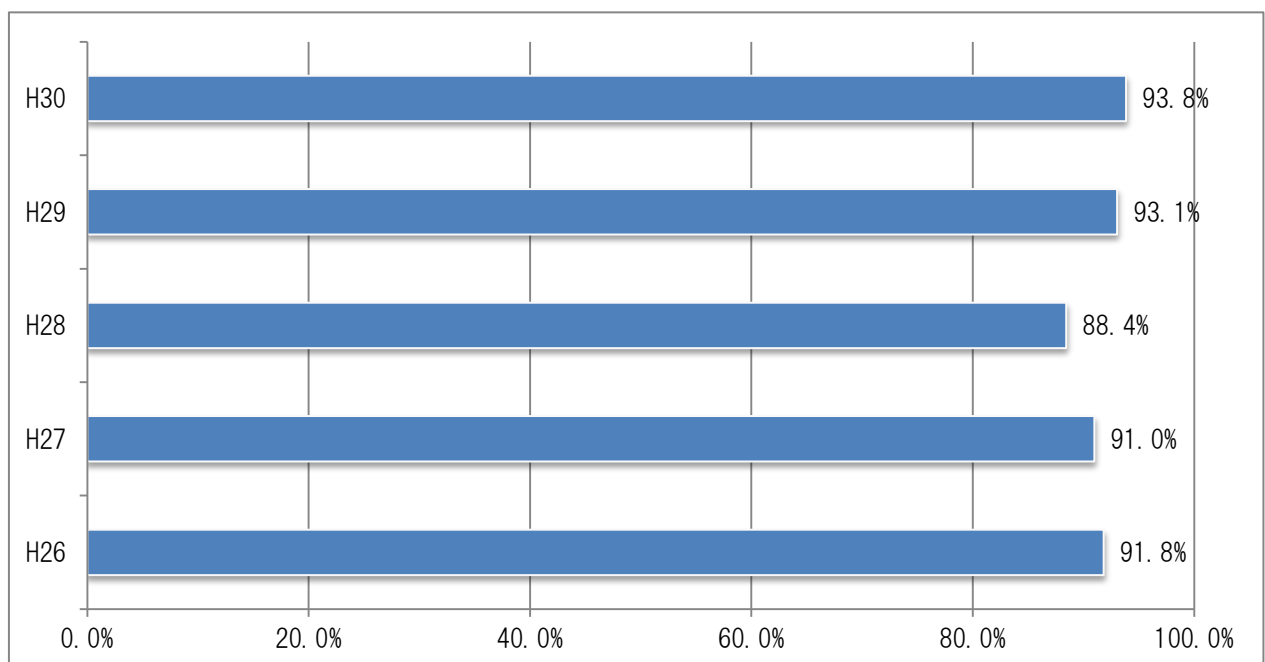
11. 職員のインフルエンザ予防接種率

【インフルエンザワクチン接種率の計算方法】

$$\text{インフルエンザワクチン接種率（\%）} = \frac{\text{インフルエンザワクチン接種職員}}{\text{全職員数}} \times 100（\%）$$

病院職員が、インフルエンザに感染すると、他の職員や入院患者さんが院内感染するリスクが発生します。また、病院の運営においても、職員がインフルエンザに罹患してしまうと、自宅療養を指示しなければならないため、要員不足も想定され、病院の運営にとっても重要な問題となります。

そのため、インフルエンザの予防接種率を把握し、さらに接種率を向上させることが患者さんの安全、病院の運営にとって重要な課題となります。啓発活動の結果、接種率は毎年 90%前後を推移しています。



	H26 年度	H27 年度	H28 年度	H29 年度	H30 年度
職員数	257	255	251	259	260
接種人数	236	232	222	241	244

12. クリティカルパスの使用率

【クリティカルパスの使用率の計算方法】

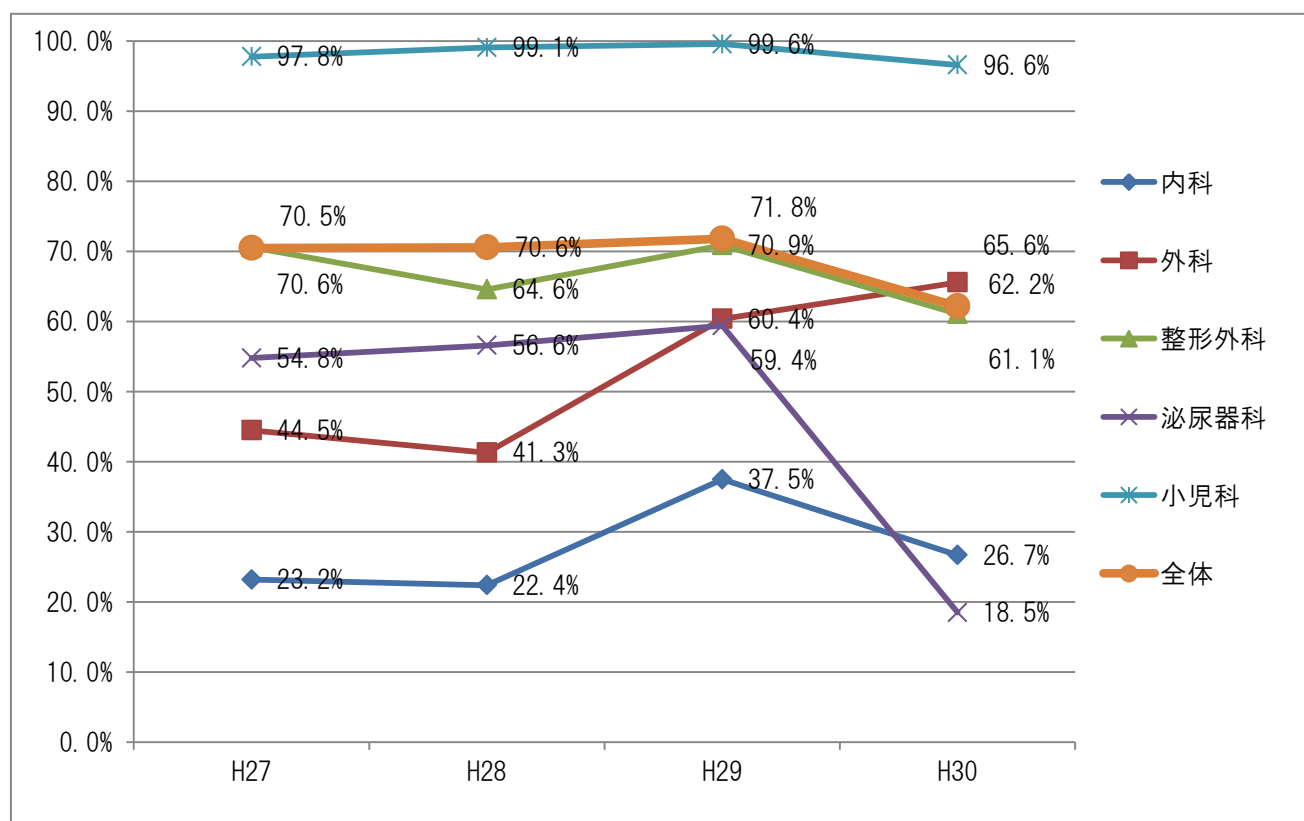
クリティカルパスの使用率（％）＝

パス使用件数 ÷ 入院実患者数 × 100（％）

クリティカルパス（以下、パスと略す）とは、医療の内容を評価・改善して、よりよい医療を患者さんに提供することを目的として、入院から退院までの医療の内容（検査、手術、処置、投薬、注射、リハビリ、指導、看護ケア、食事指導、安静度、退院指導など）を時間軸に沿って標準化し、スケジュール表にまとめたものです。パスを患者さんに明示し医療スタッフと共有することで患者さんも自らの病状の改善に参加することができます。

パスの使用率は、標準化された医療が「見える化」された状態で提供されたかを示す指標です。

なお、数値の算出には電子カルテシステムを使用しているため、システムを導入した平成 26 年度以降のデータとなります。



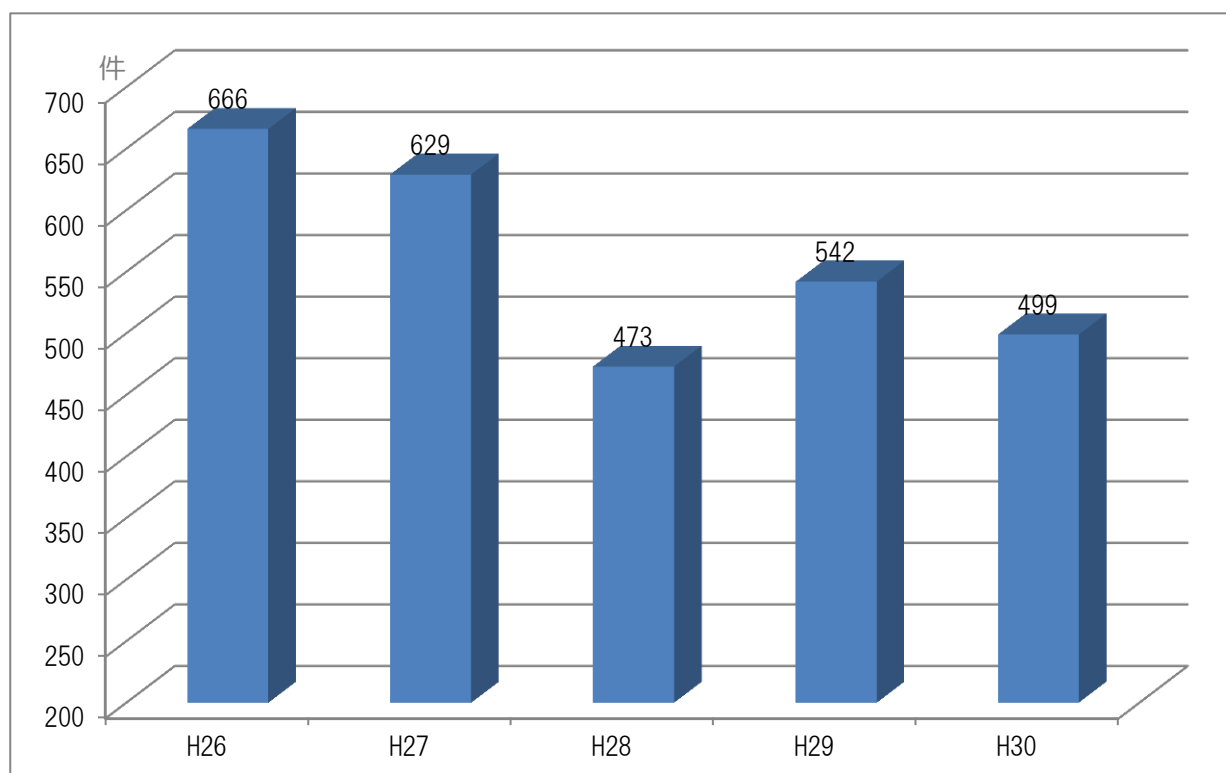
13. 外来化学療法件数

現在、死亡原因の第1位は「がん」であり『化学療法』は、その治療方法の一つとして、欠かすことの出来ない治療方法となっています。

当院では、がん化学療法を専門に行う『通院治療センター』を設置しております。外来化学療法は入院加療と比較して、入院による身体的・精神的な拘束を回避できるだけでなく、患者さんにとってQOLの維持・向上（日常生活を行いながら治療を継続できる）、医療費負担の軽減（入院基本料が不要となるため、経済的負担が軽減される）などのメリットもあります。

当院の通院治療センターは医師、専従看護師、薬剤師で構成されており、質の高い化学療法を提供するため、多職種のスタッフがー丸となって努力を続けています。

また、外来で十分ながん治療を安心して受けていただけるよう患者さんの声も積極的に取り入れ、今後も更なる改善に努めていきます。



14. 血液透析の効率（KT/V）

【血液透析の効率（KT/V）の計算方法】

血液透析の効率（KT/V）（％）＝

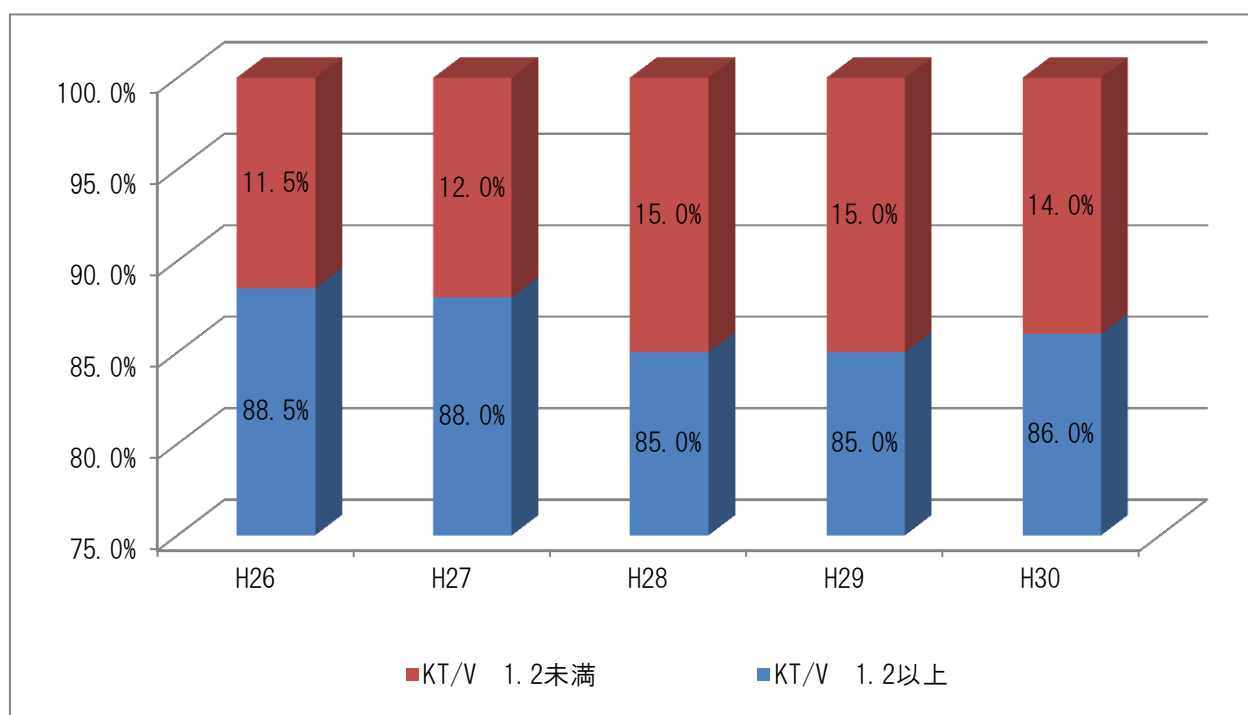
K （ダイアライザーの尿素除去率） $\times T$ （透析時間） $\div V$ （体内の水分量） $\times 100\%$

血液透析は、腎不全の治療のひとつで、血液中の老廃物や水分などを除去する治療です。

当院では、血液透析の効率を示す指標のひとつとして KT/V を使用しています。この KT/V とは、 K （ダイアライザーの尿素除去率）、 T （透析時間）と V （体内の水分量）から血液中だけではなく、体液全体の尿素的の除去効率を算出し、KT/V の値が大きいほど、血液透析で体液中の尿素が除去されていることを示しており、血液透析の効率を示す指標の一つとして、KT/V は 1.2 以上が推奨されています。

しかしながら、尿が出る患者さんや導入期の患者さんなどでは、KT/V の値は低い値となるため、すべての患者さんにあてはまる指標とはなっておりません。また、当院で血液透析を開始する患者さんも多いため KT/V 1.2 以上の患者さんの割合は 70% 程度の推移となっております。

また、KT/V とは、尿素などの小分子量の老廃物が除去されたかも示し、透析患者さんの予後にも重要な影響があります。下図は、当院で血液透析を施行しているすべての患者さんの KT/V を 1.2 以上、1.2 未満で分類したものです。



15. 褥瘡発生率

【褥瘡発生率の計算方法】

褥瘡発生率（％）＝

分子 / 分母 × 100（％）

○分子

調査機関における分母対象患者のうち、d 2 以上の褥瘡の院内新規発生患者数

・包含

院内で新規発生の褥瘡（入院時刻により 24 時間経過後の褥瘡の発生または記録）

深さ d 2 以上の褥瘡、深さ判定不能な褥瘡、深部組織損傷疑い

○分母

入院延べ患者数

・除外 下記患者の入院日数

日帰り入院患者（同日入退院患者も含む）

入院時すでに褥瘡保有が記録されていた患者

調査期間より前に褥瘡の院内発生が確認され、継続して入院している患者

褥瘡ケアの基本はリスクアセスメント・体圧分散ケア・スキンケア・栄養管理・患者教育であり、リスクアセスメントなしではケアに結びつきません。当院では、リスクアセスメントの結果をもとに褥瘡予防ケア計画につなげています。

新規の褥瘡発生の患者内訳を見ると、寝たきり患者さん、重症患者さん等のハイリスク患者さんに多くみられます。平成 29 年度より、全病棟に背抜きグローブを導入したことで、耐圧分散ケアの意識が高まり、褥瘡発生率の減少へ繋がっていると考えられます。

今後も職員全体に対して褥瘡対策に関する意識を高め、チーム医療として褥瘡ケアに努めます。

< 褥瘡の状態の評価 >

d 0 : 褥瘡なし

d 1 : 持続する発赤

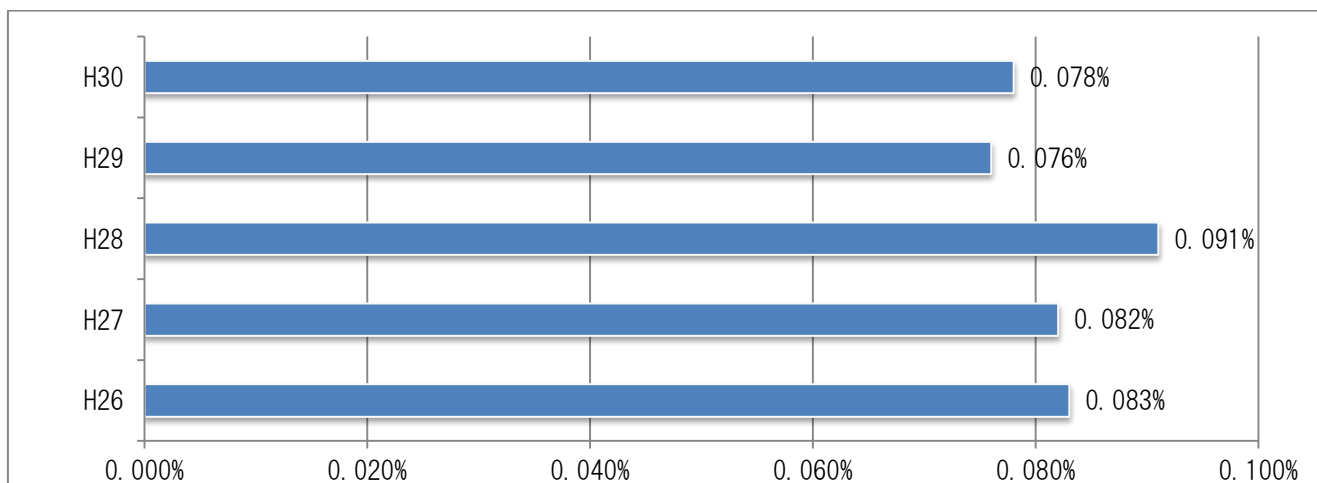
d 2 : 真皮までの損傷

D 3 : 皮下組織までの損傷

D 4 : 皮下組織を超える損傷

D 5 : 関節腔、体腔にいたる損傷

D U : 深さ判定不能の場合



16. 術後1ヶ月以内の死亡率

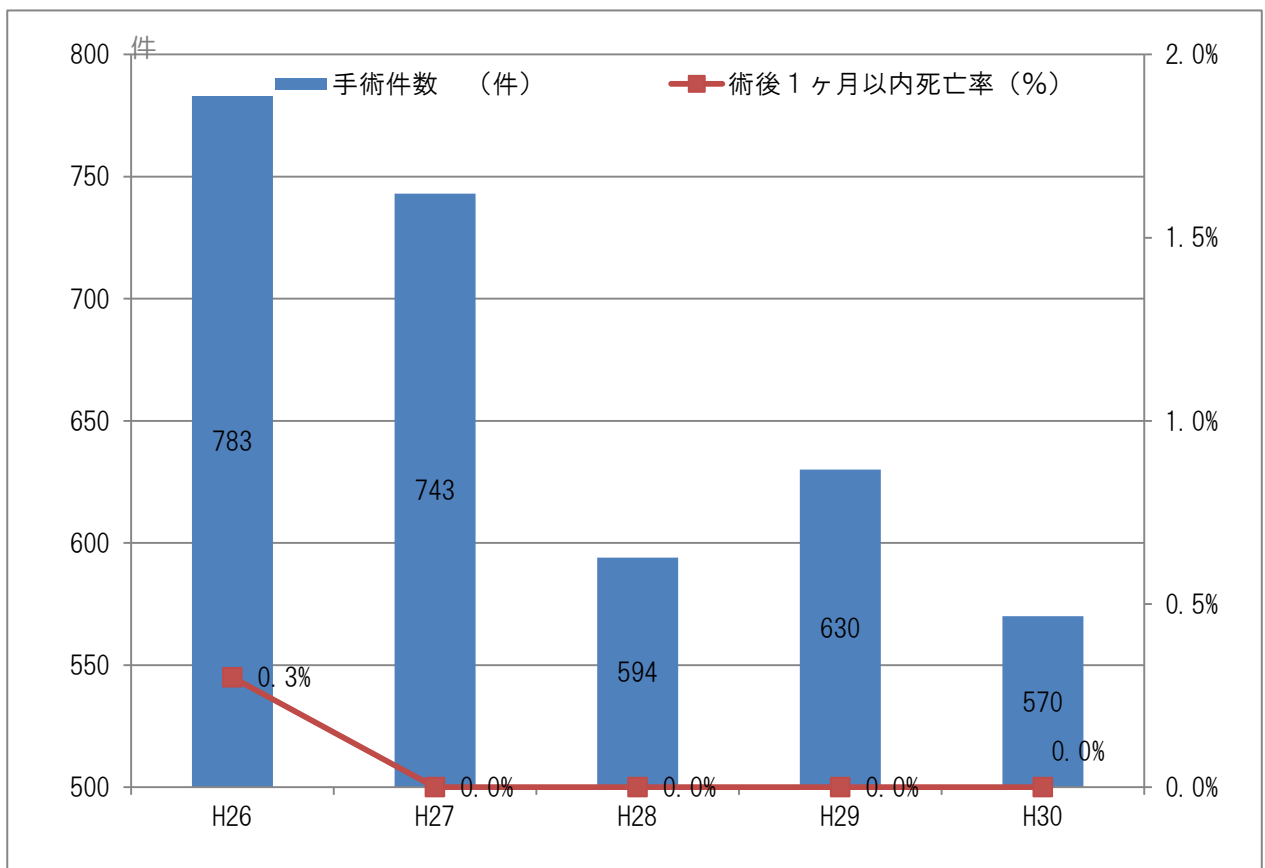
【術後1ヶ月以内の死亡率の計算方法】

$$\text{術後1ヶ月以内の死亡率（\%）} = \frac{\text{術後1ヶ月以内死亡（件）}}{\text{手術室での手術件数}} \times 100（\%）$$

*明らかな他病死は除く

手術を受けられた患者さんが何らかの原因で亡くなることがあります。当然のことですが、医療行為、特に手術においては、ある程度の危険が伴います。その多くは様々な特殊事情が関連しており、全ての患者さんが対象となる訳ではありません。危険を最小限に食い留めるよう最大の努力をしておりますが、それでも危険をゼロにすることは困難です。

当院では術後1ヶ月以内の死亡率は27年度以降は、0%で推移しており良好な成績を収めております。



17. 糖尿病患者の血糖コントロールHbA1c (NGSP) < 7.0%

【糖尿病患者の血糖コントロールの計算方法】

分 子 : HbA1c(NGSP)の最終値が7.0%未満の外来患者数

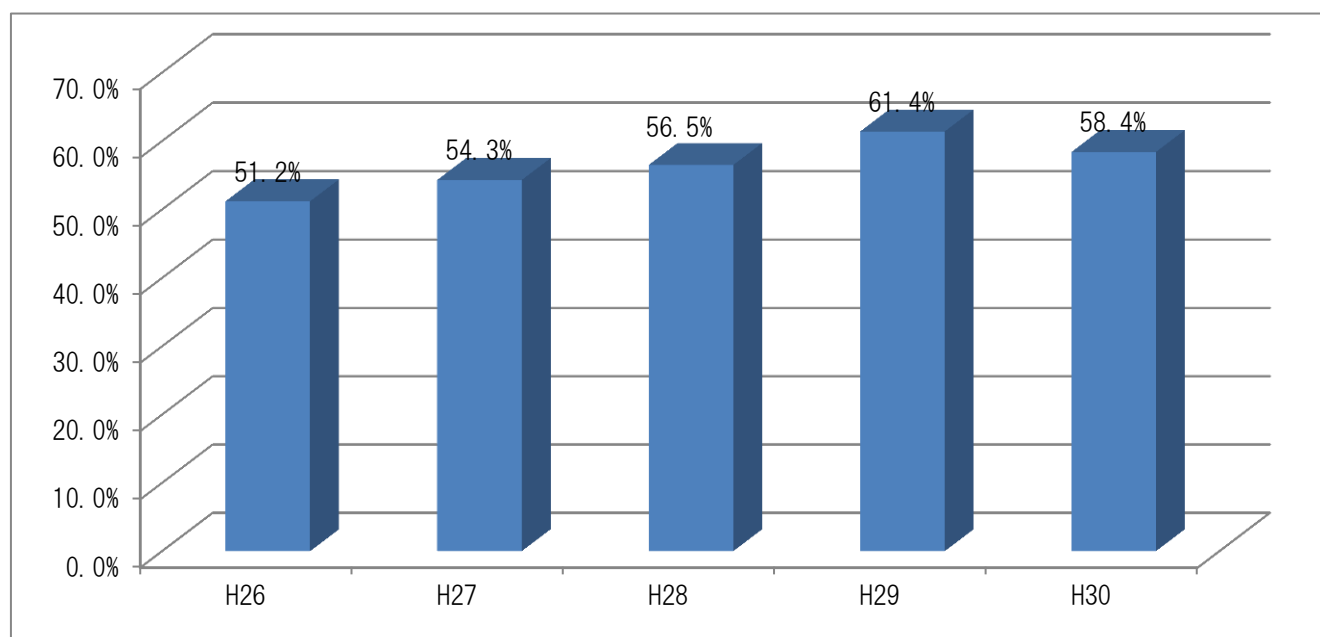
分 母 : 糖尿病の薬物治療を施行されている外来患者数（過去1年間に該当治療薬が外来で合計90日以上処方されている患者）

分母除外 : 運動療法または食事療法のみの糖尿病患者

糖尿病の治療には運動療法、食事療法、薬物療法があります。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事としました。

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す。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%以下に維持することが推奨されています。したがって、HbA1c が 7.0%以下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 つであると考えられます。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り、専門医があえて HbA1c を高めに維持している患者もいます。従って、すべての患者で、厳格なコントロールを求めることが正しいとは限りません。

【参考 一般社団法人日本病院会 QIプロジェクト(QI推進事業)】



18. がん対策における診療の質

【がん対策における診療の質（QI）の計算方法】

標準診療が行われた症例数 / 標準診療の対象となる症例数

厚生労働省がん臨床研究事業「がん対策における管理評価指標群の策定とその計測システムの確立に関する研究班」（祖父江班）では、がん医療の“均てん化”の推進を目的に、5大がん（胃がん、大腸がん、肝がん、肺がん、乳がん）と緩和ケアについてのQIを作成しています。

※祖父江班QIについては、詳しくはこちら <http://qi.ncc.go.jp/>

このたび、当院でもこのQIを用いて胃がん、大腸がんに関する「診療の質」の評価に取り組みました。

【評価の方法】

祖父江班で作成した診療の質の指標(QI)のうち、2項目のQIを用いて評価を行いました。

評価の対象	2016年～2017年の院内がん登録で胃がん、大腸がん新規登録され、国保中央病院で治療を行った症例。
データを収集する方法	カルテや検査報告書など、病院に保管されている治療経過の記録の中から必要な情報を集める。

祖父江班作成のQIでは「標準診療が行われたか、『行われなかった場合には理由を診療録に記載する』」ということを指標としているので集計表ではそれぞれ分けて集計しています。

- (1) 実際に該当する「標準診療」が行われた患者さんの割合
- (2) 「その治療は行われなかったが、行わない理由が記載してあった患者さん」の割合

(2016年～2017年)

胃癌	QI：2 Stage II、III (pT2 以上)術後TS－1 療法		集計対象症例	実施率
	分子	S－1 療法による補助化学療法の選択肢が提示されたか、または提示しない理由が診療録に記載されている患者数	(1) 8 (2) 4	100.0%
	分母	根治手術を受け組織学的に Stage II、III (pT2 以上) の進行癌と診断され6週以内に退院した患者数	12	
	根拠	Stage II、III 胃癌患者の術後化学療法の実施は手術単独と比べて有意に高い生存率を示すことから、胃癌の手術を実施し、組織学的に stage2,3 の進行癌と診断され6週以内に退院した患者はS－1 療法による補助化学療法の選択肢が提示されるか、されない場合には診療録に理由が記載されるべきである。		
大腸がん	Q I：32 Stage III に対する術後補助化学療法		集計対象症例	実施率
	分子	術後8週間以内に標準的補助化学療法が施行されたか、もしくは施行しない理由が診療録に記載されている患者数	(1) 5 (2) 3	100.0%
	分母	組織学的 Stage III と診断された大腸癌患者数	8	
	根拠	大腸癌治療ガイドラインではS t a g e III大腸癌に対する術後補助化学療法を推奨しており、国内の臨床試験では化学療法を術後8週以内と定めているため。		

【使用したQI出典】厚生労働省がん臨床研究事業「がん対策における管理指標群の策定とその計測システムの確立に関する研究」班：診療の質指標 Quality Indicator 2009 (<http://qi.ncc.go.jp/>)

19. 手術部位感染率（Surgical site infection: SSI）

【手術部位感染発生率の計算方法】

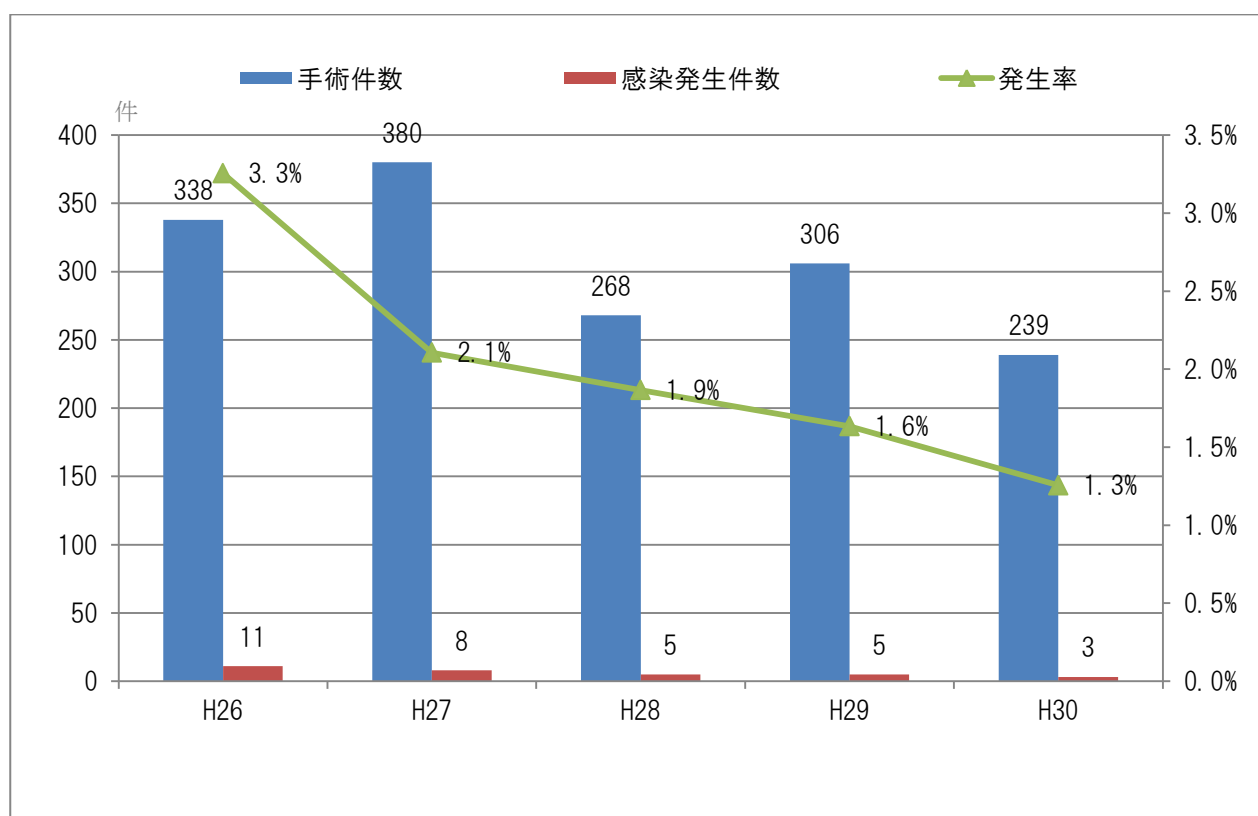
手術部位感染発生率（％）＝

手術部位感染（SSI）発生数 ÷ SSI 対象術式件数 × 100（％）

手術部位感染（Surgical site infection: 以下 SSI）は外科手術後 30 日以内における手術を行った部位に発生する感染症のことです。さらに切開部表層・切開部深層・臓器/体腔と区分があります。

発生率は JANIS のコード分類に準じて求めており、毎年コード変更に対応しています。

感染リスクのある「手術」という医療行為においては、現在のところ 100% 感染を防ぐ方法はありませんが、手術前・中・後に適切な取り組みを行っています。今後も感染の原因追究を継続的に行い、SSI を減らす努力をしていきたいと考えます。



※JANIS（厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業）分類に基づいて対象となる術式のみを抽出して集計を行っています。

20. 尿道留置カテーテル使用率

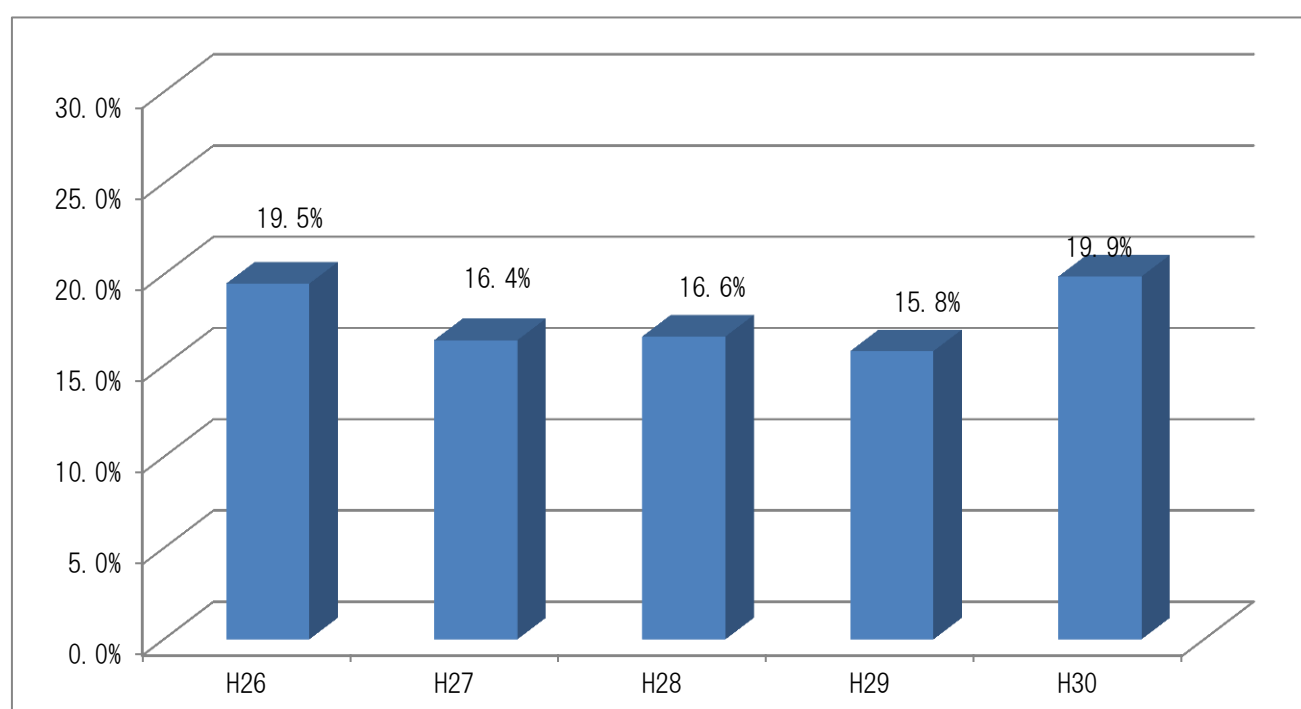
【尿道留置カテーテル使用率の計算方法】

分 子 : 尿道留置カテーテルが挿入されている入院述べ患者数

分 母 : 入院述べ患者数

カテーテル関連尿路感染症の発生率を算出するための前段階指標で、どのくらいの患者さんに尿道留置カテーテルが使用されているかをみています。尿路感染は医療関連感染の約 40%を占めており、そのうち 66～86%が尿道カテーテルなどの器具が原因です。いったん尿道カテーテルを挿入すると 15 日までに 50%、1 ヶ月までにほぼ 100%尿路感染症を起こすといわれています。尿路感染症は一般的には重症化することなく無症状で経過することがほとんどですが、まれに膀胱炎、腎盂炎、敗血症に至ることがあるため、適切に管理することが重要です。このように、尿道留置カテーテル関連尿路感染対策は医療関連感染対策の重要な課題の一つとなっています。

【参考 一般社団法人日本病院会 QI プロジェクト（QI 推進事業）】



21. 輸血廃棄率

【輸血廃棄率の計算方法】

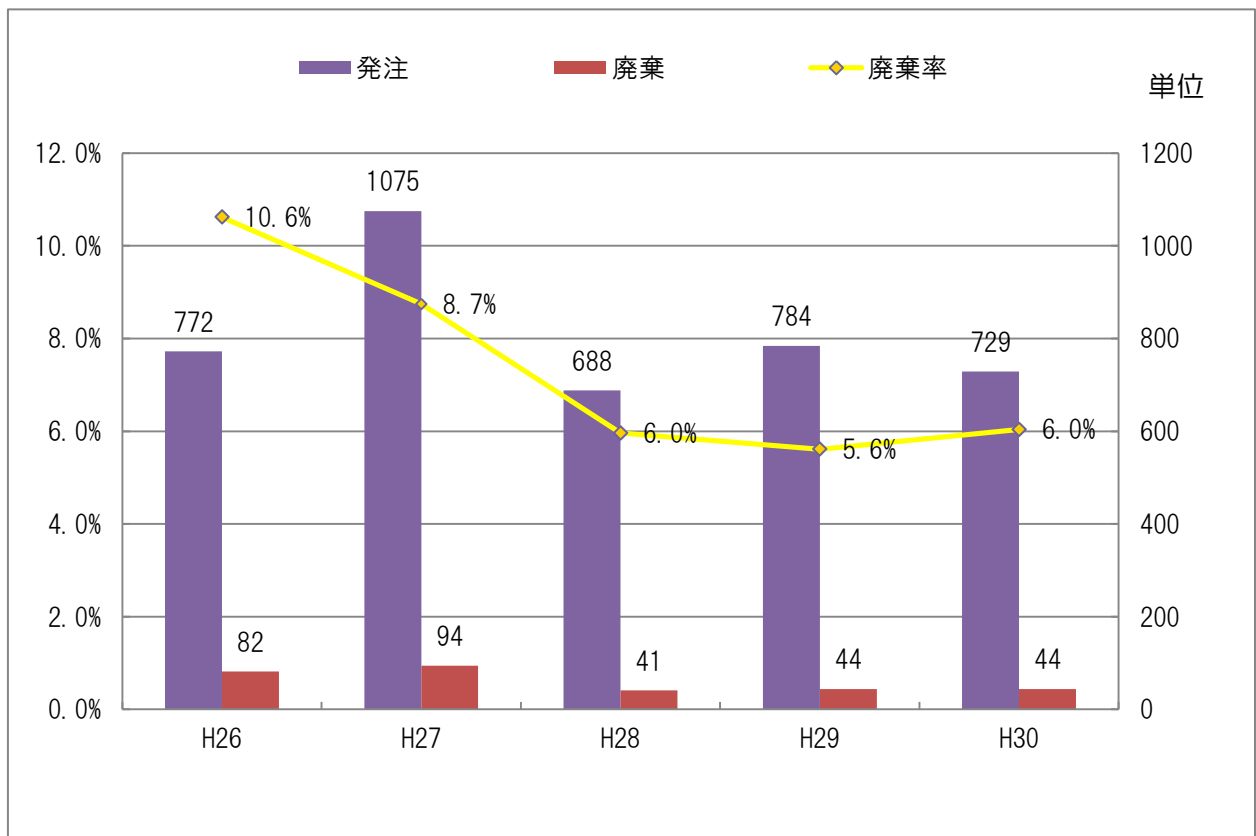
輸血廃棄率（％）＝

廃棄赤血球製剤単位数 ÷ 検査室より出庫された赤血球製剤単位数 × 100（％）

輸血用の血液製剤は、安全で適切に無駄なく使用されなければなりません。

平成 21 年 10 月より、輸血用血液製剤を中央検査室で一元管理を行うようになり、血液センターへの発注と受け取り後の保存、クロスマッチング検査、病棟への払い出し、輸血前の検体保存を医療安全上の視点から大変重要と考え取り組んでいます。

平成 26 年度まで、廃棄率は上昇傾向にありましたが、電子カルテシステム上の掲示板に返品血液製剤の再利用について周知した結果、27 年度からは廃棄率が減少傾向にあります。貴重な輸血製剤を大切に使用するように、継続的な取り組みを実施していきたいと考えています。



22. 転倒・転落発生率

【転倒・転落発生率の計算方法】

転倒・転落発生率(%) = (転倒・転落件数 / 入院延患者数) × 1000(%)

損傷発生率(%) = (損傷レベル 4 以上の転倒・転落 / 入院延患者数) × 1000(%)

入院中に患者さんが転倒・転落に至る原因はさまざまです。例えば家と異なる病院の環境によるもの、病気そのもの、治療、薬剤、手術などによる精神的・身体的な要因で発生するものなどがあります。転倒・転落を完全に予防することは困難ですが、その発生を可能な限り防ぐために様々なリスクを把握して予防に取り組む必要があります。そして、外傷の有無にかかわらず、すべての転倒・転落事例の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ります。

急速な高齢化が進んでおり転倒・転落を防ぐ仕組みづくりだけでなく、今後、より一層、転倒・転落しても傷害に至らない環境づくりが必要とされています。

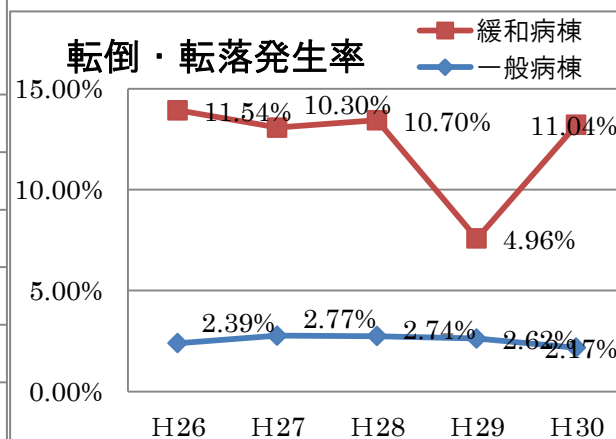
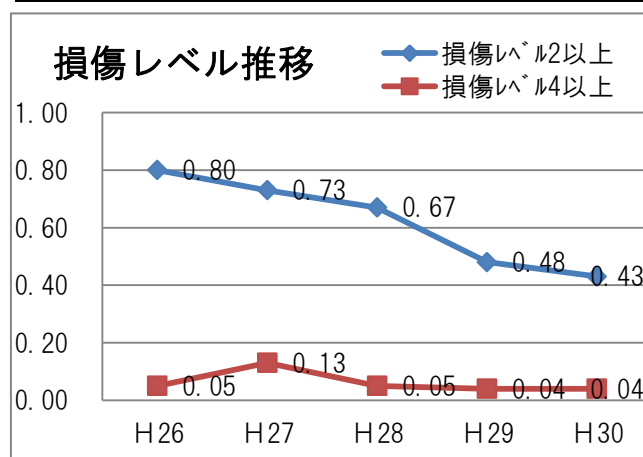
■ 転倒・転落の定義

転倒とは：自分の意思に反してバランスを崩してしまうことにより、足底以外の身体が地面や床面についてしまった状態

転落とは：高い場所から低い場所に転げ落ちること

■ 転倒による損傷レベル（The Joint Commission）

損傷レベル	説明
(%) なし	患者に損傷はなかった
2 軽度	包帯、氷、創傷洗浄、四肢の拳上、局所薬が必要となった、あざ・擦り傷を招いた
3 中軽度	縫合、ステリー、皮膚接着剤、副子が必要となった、または筋肉・関節の挫傷を招いた
4 重度	手術、ギプス、牽引、骨折を招いた・必要となった、または神経損傷・身体内部の損傷のため診察が必要となった
5 死亡	転倒による損傷の結果、患者が死亡した
6 UTD	記録からは判定不可能



23. 患者満足度

病院に対する患者さんの評価として、毎年入院患者さん・外来患者さんの満足度調査をアンケート方式で行いサービス向上委員会にて分析、評価し患者さんにフィードバックしています。

満足度は個々の患者さん一人一人に違いがあることを医療者が理解する指標にもなります。満足から不満までを5段階で「診療面」「接遇面」「環境面」の12項目の質問と自由記載で意見をいただけるような内容を心がけています。

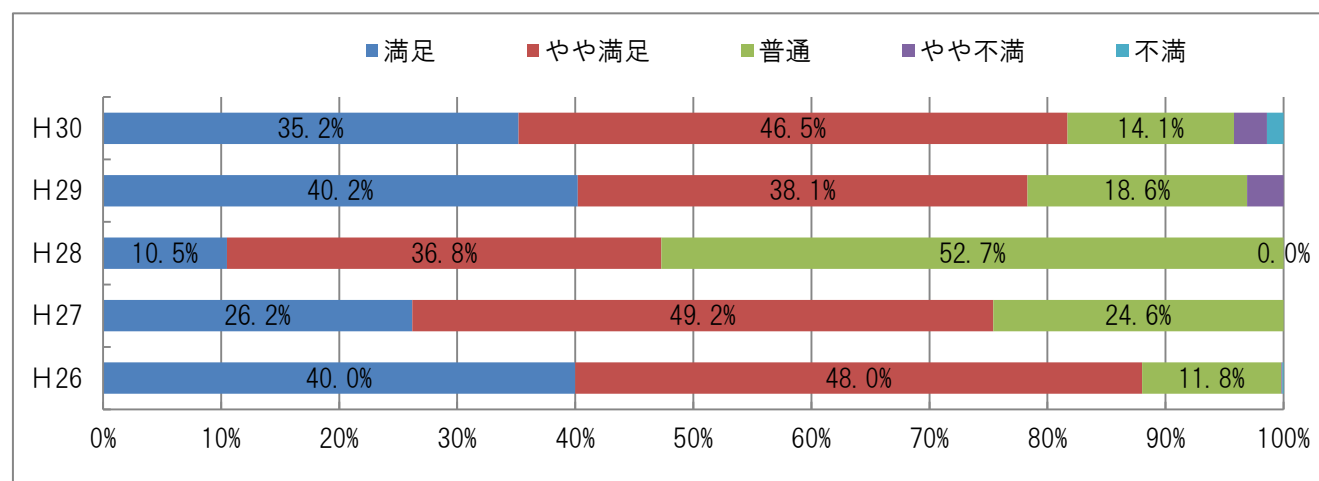
満足に安心するのではなく、何%かの不満に対応できるように取り組んでいます。

【設問： 病院に満足していますか】

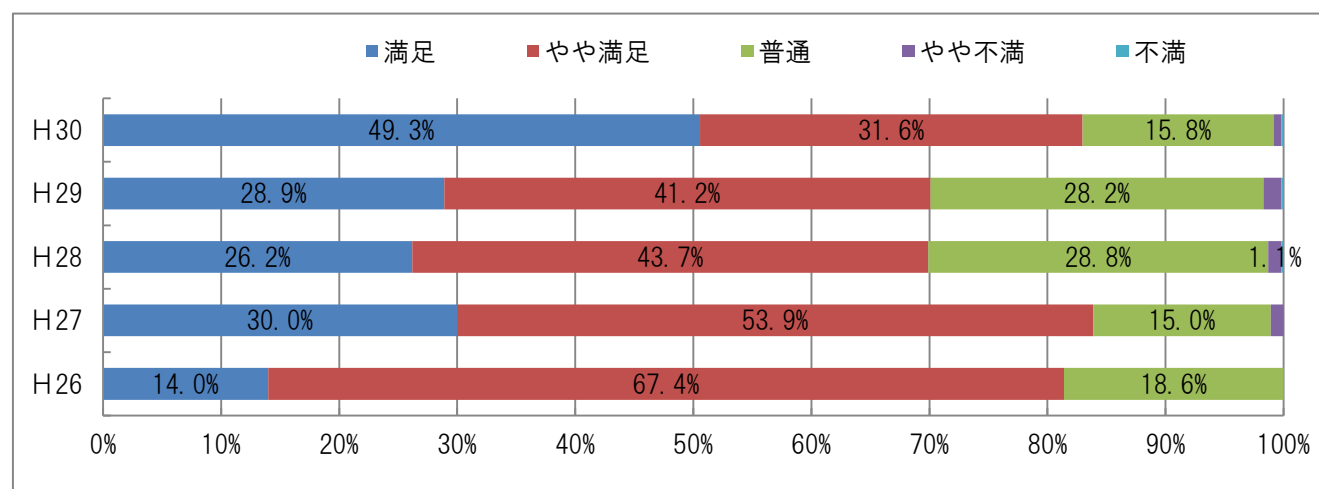
分子 満足 5点 やや満足 4点 普通 3点 やや不満 2点 不満 1点

分母 回答者数（無回答除く）

【入 院】



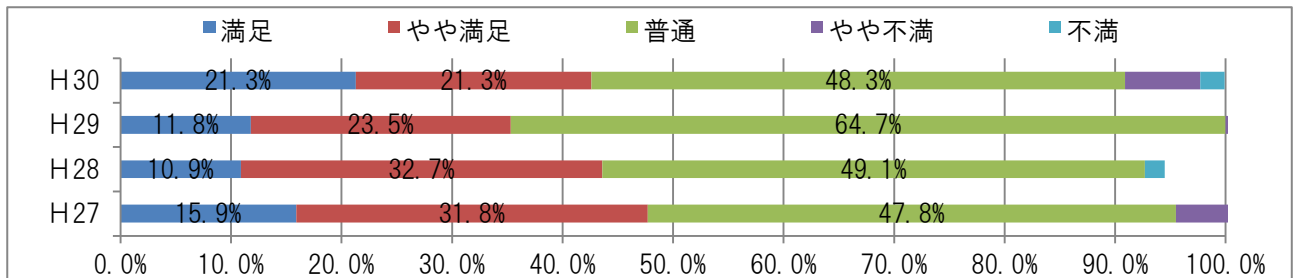
【外 来】



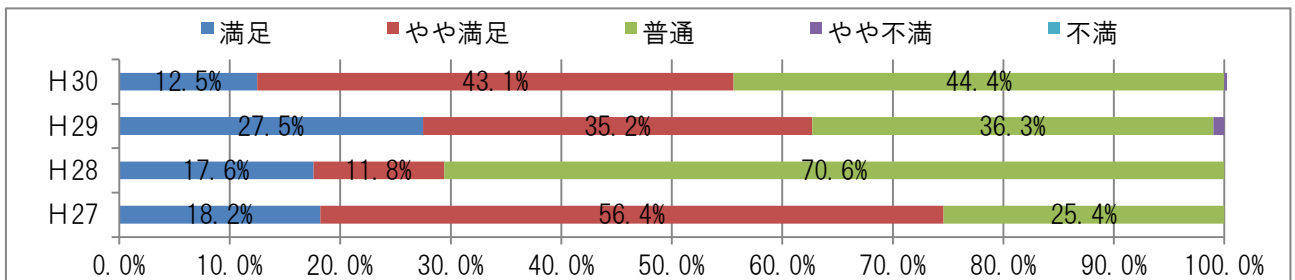
24. 入院患者の食事満足度

食事内容については疾病や年齢層が幅広いこと、また、味付けの薄い辛いについても疾病や家庭での味付けの違いにより、一人々々感じ方に違いがあるのではないかと思います。温度につきましては、各階最初に配膳される方と最後の方との時間の差により不満という方が多少おられたのかと思います。現在は配膳の順序を朝・昼・夕により交替など工夫をしております。また、当院は普通食の患者さんに週1回選択メニューを実施しております。

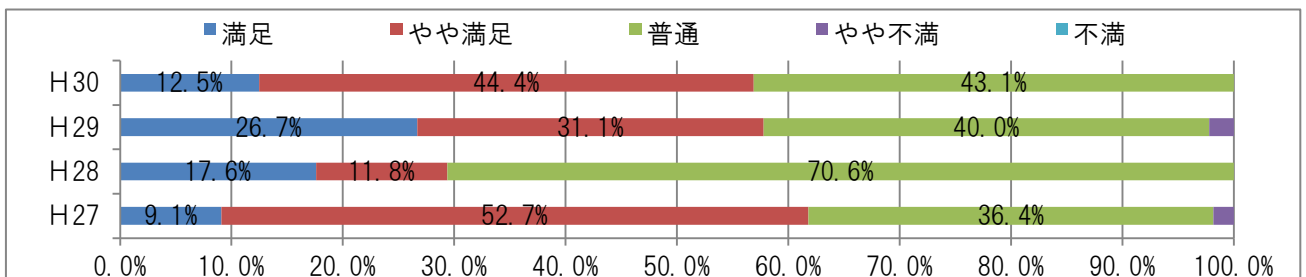
献立



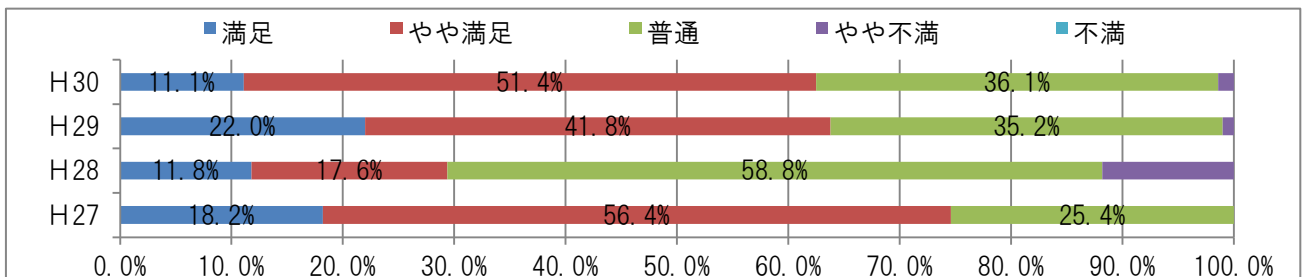
衛生



配膳・下膳



温度

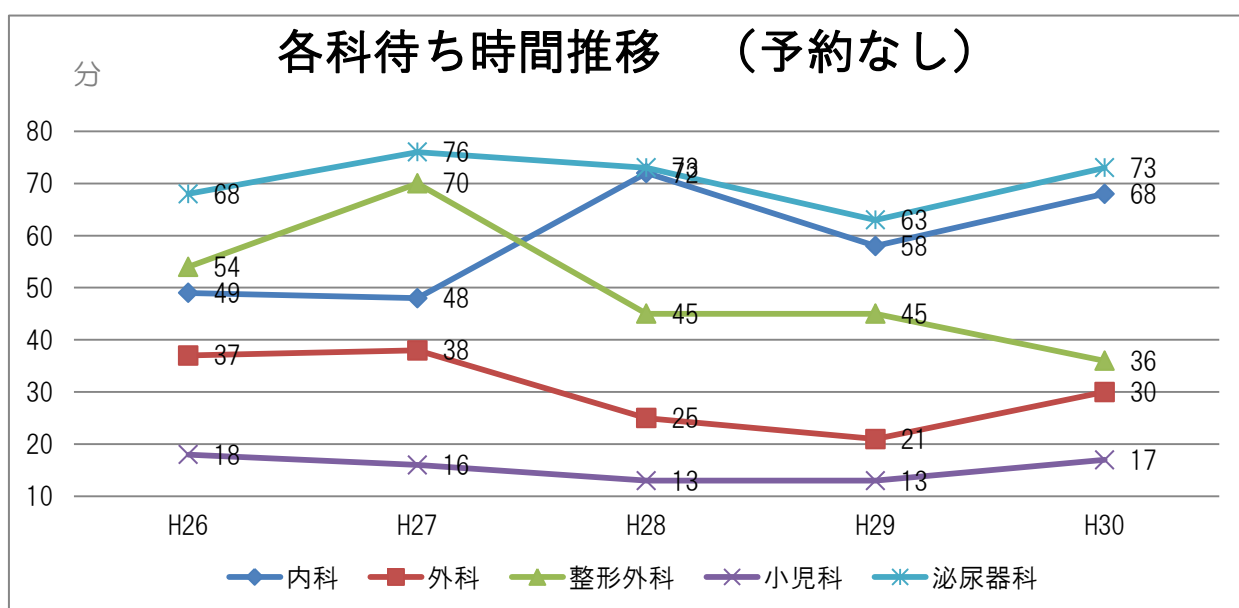
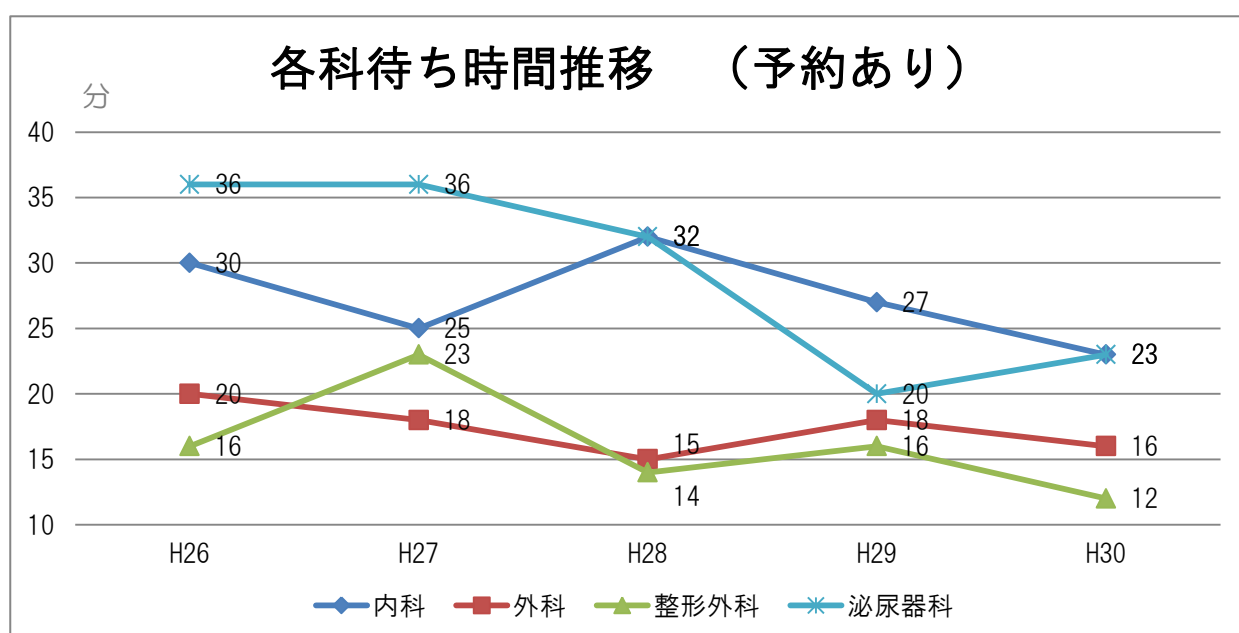


25. 患者待ち時間

予約診療が中心となっている現在の診療体制でも、外来待ち時間は患者からの苦情のトップとなっています。

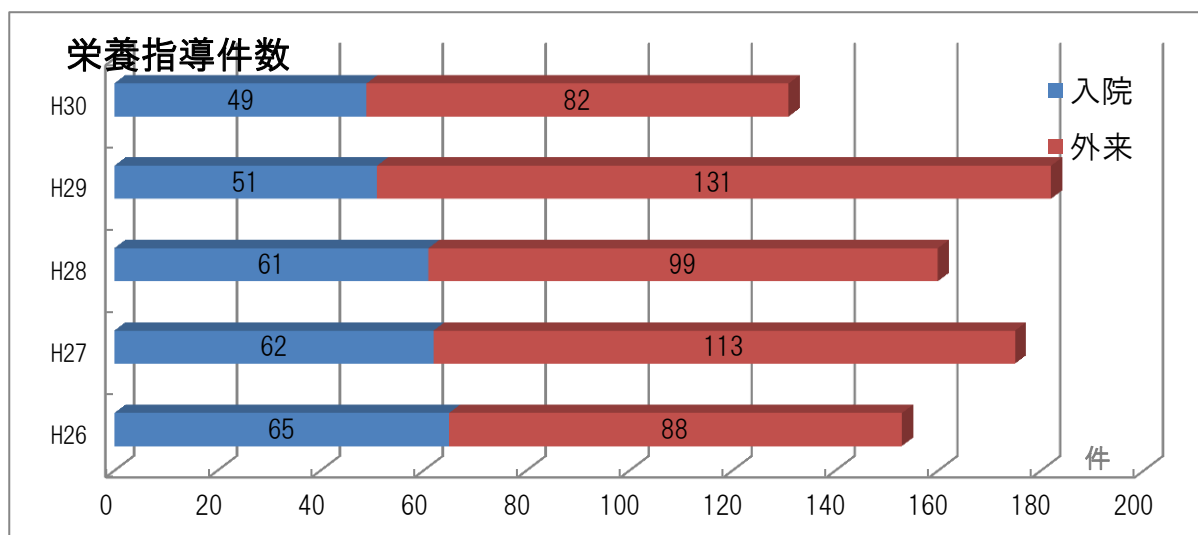
外来待ち時間が発生する原因には、診療行為の延長や救急患者さんへの緊急対応などがあります。また、少しでも多くの患者さんを診ようとする医療従事者の姿勢でもあります。

しかし、患者満足度向上のためにも、外来待ち時間の短縮や患者さんの不満軽減等に対する取り組み（待ち時間を利用した情報の提供など（検診や禁煙・糖尿病などの特殊外来のPR））が今後の課題であります。



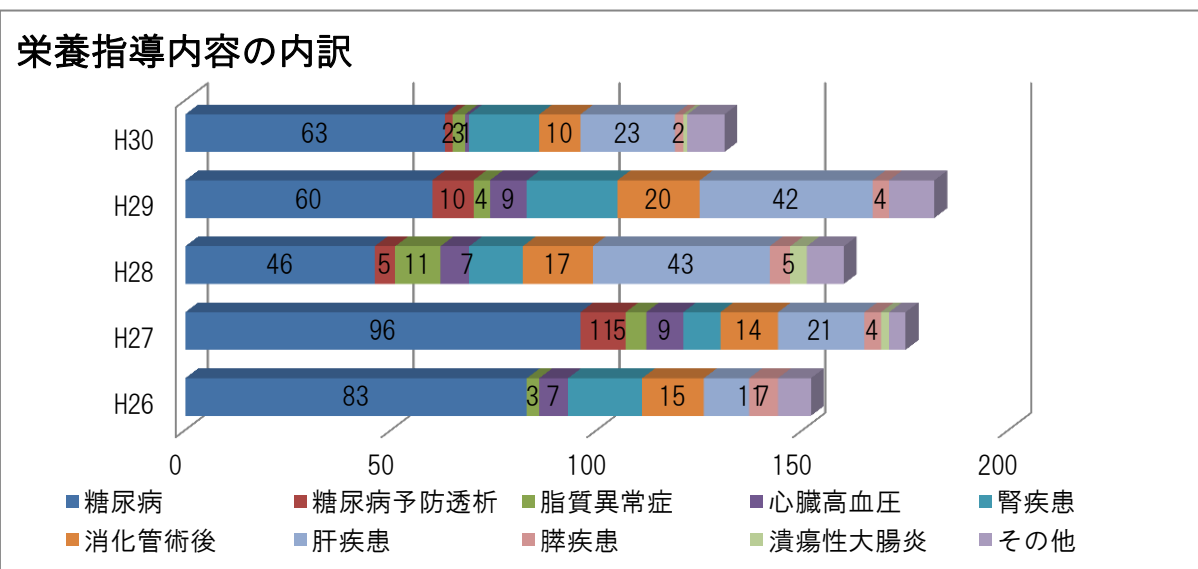
26. 栄養指導件数

医師の指示のもと、治療の一環として患者さん個々の身体状況に合わせた栄養管理を管理栄養士が行い、治療効果を上げることを目標としています。また、飽食の時代と言われるようになった現代、生活習慣病の一次予防として食生活改善のために、栄養指導が必要であると考えられます。



糖尿病が半数以上の件数を占めており、昨年度まで多かった肝疾患は専門医が不在となり、減少傾向にあります。その他は小児科の食物アレルギーに対するものがほとんどとなっております。

H30 年度は、育児休暇等により管理栄養士の常勤減少があった為、栄養指導の件数が減少傾向となっております。

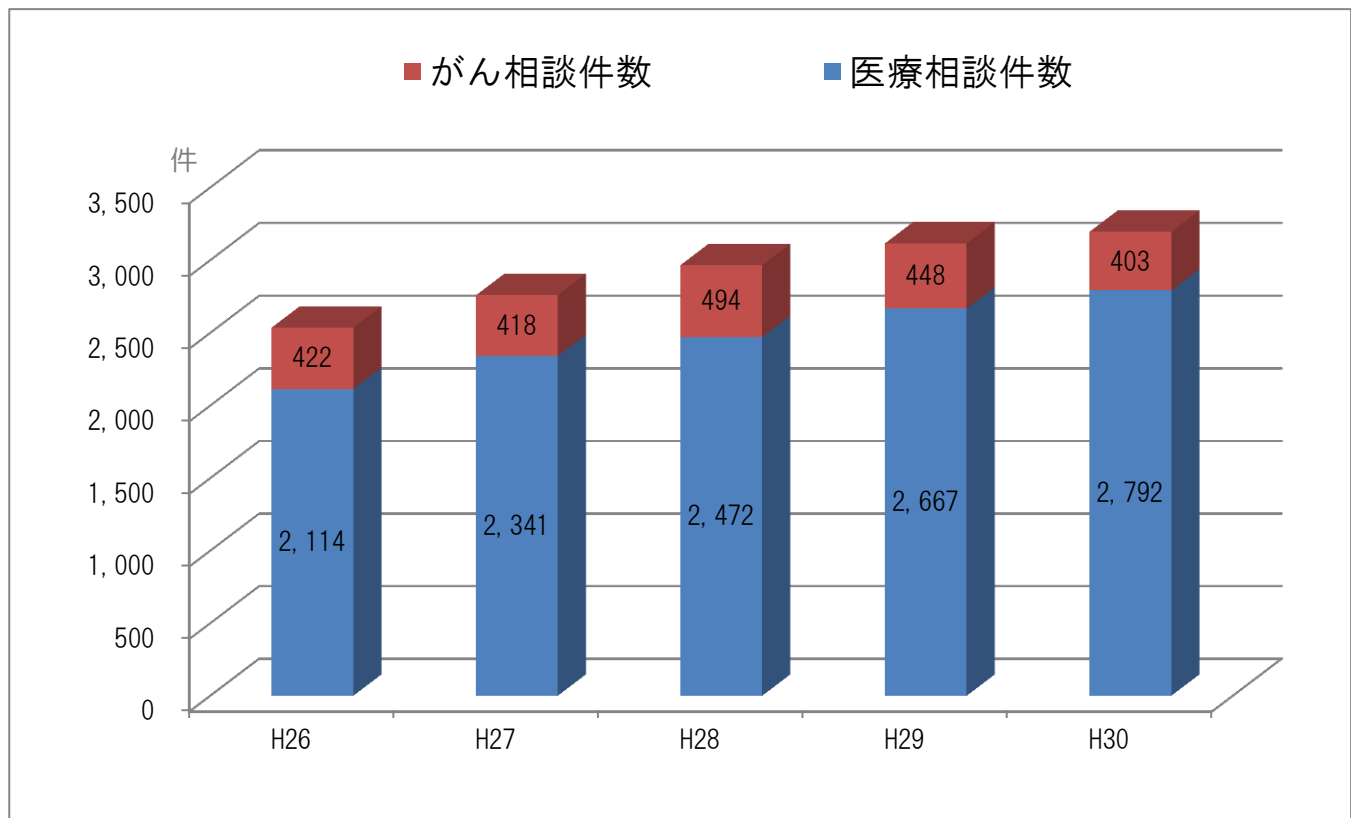


27. 医療相談件数

当院地域支援センターでは、専門的な医療相談や福祉に関する相談も行えるよう、看護師・社会福祉士を配置し業務を行っています。

ここにおける数値は、全ての医療相談（外来・入院の相談）の数です。相談窓口を設置して以来年々増加しております。がん相談件数に関しては、国立がんセンターの様式を用いる件数のカウント方法を採用しております。

今後も奈良県地域がん診療連携支援病院であることやホスピスを有している病院であることから、積極的に多様な相談を受けていきたいと考えています。

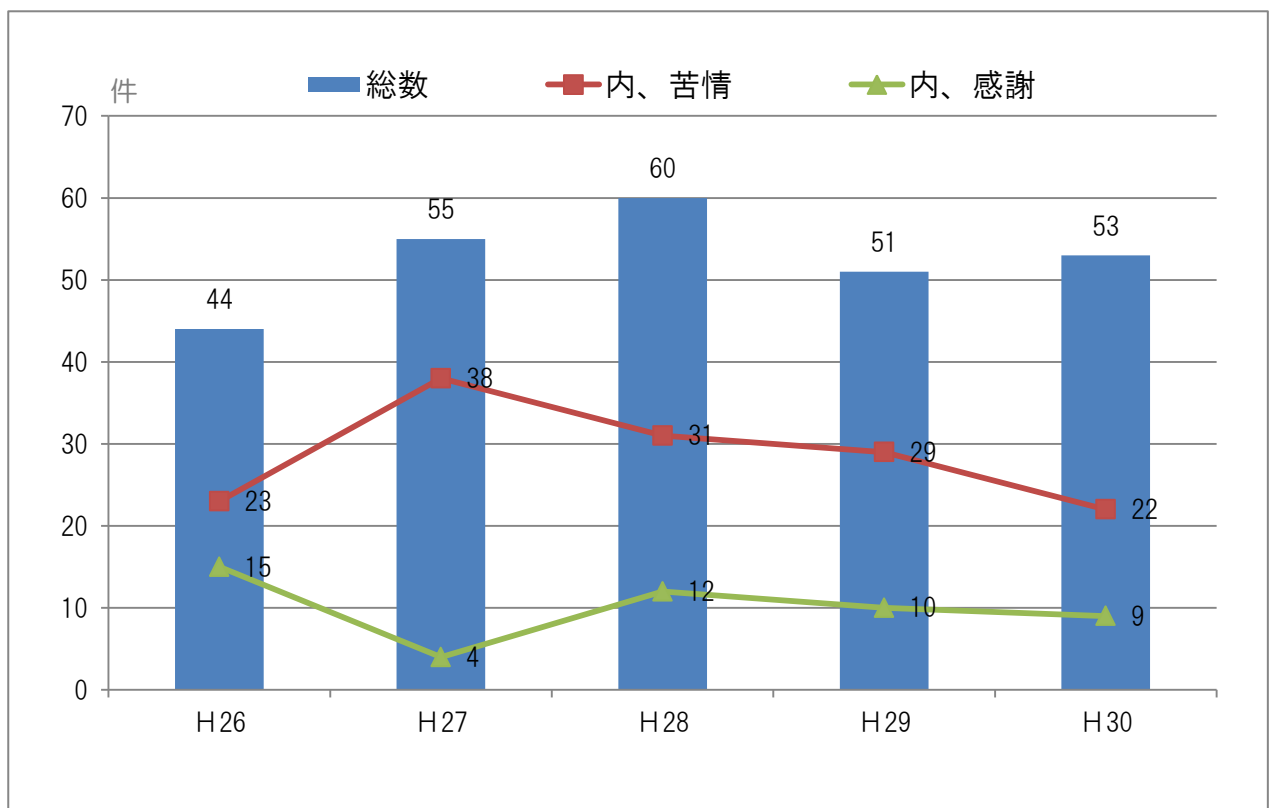


28. 感謝と苦情の割合

病棟5ヶ所、外来1ヶ所に“患者さまの声”ボックスを設置し、患者さまやご家族、面会者の皆さまのご意見を直接お聞きしています。その中から苦情については速やかに関係部署に報告して検討・改善策の内容を掲示版でフィードバックしています。

苦情の割合が感謝を上回っていますが、一つ一つ苦情を感謝に変換していく努力が、個人の満足度から総合的な満足度に繋がるのではないかと考えられます。

患者さまにご満足・安心して利用していただける病院に近づけるように努めていきます。



QI 委員会を代表して

Q I（Quality Indicator）は医療の質を表す指標で、病院経営の根幹を成すものです。当院のQ I 委員会ではQ I を活用し、診療機能・患者サービス・経営改善等病院運営にかかる業務全般の質の向上、改善に努めています。

また、Q I を推進する目的のひとつに病院間のベンチマークによる相互比較があります。しかし各病院の役割や機能、地域特性や患者年齢などの違いにより、単純な相互比較が必ずしも有効でない場合があります。そのため各病院が自院のデータを経時的に公表しながら、臨床指標の数値を時系列で追っていく必要があります。

当院では数値の年次比較を行う事により、常に医療の質の向上を図り、その結果を公表することで更なる改善に努めて参ります。

副院長 山田行重

QI 委員会

委員長	山田 行重	
委員	吉川 雅章	吉田 昭吾
	竹島 曜子	江嶋 陸司
	川崎 忠記	奥田 篤志