

2019年度 新緑のQI

～数字でみる医療の質～

当院の取り組みも
ご紹介します！



～はじめに～



QI(Quality Indicator)とは・・・

医療の質を評価する指標のことです。

医療の質を数値で表現し、その数値から医療の過程や結果に基づく問題点を抽出します。医療現場のデータを適切な指標で解析することで、診療の根拠になるものと、実際に行われている診療との格差の有無や程度を示し、医療の質改善のためのツールとして用いています。

当院のQI指標は・・・

「日本病院会 QIプロジェクト」「日本看護協会 労働と看護の質向上のためのデータベース事業 DiNQL」等を参考にし、設定いたしました。

当院におけるQI活動・・・

2016年度にQI委員会を発足し、年4回開催しています。主な活動は、院内外へ向けて、QI指標の意味や当院の取り組みについて紹介した冊子の作成、ホームページへの掲載をしています。以前は2ヵ月に1度、指標を一つずつ取り上げ、ご紹介していましたが、2018年度からは年に1度、全ての指標を一冊にまとめた、本誌「新緑のQI」を発行しています。まだまだ未熟な活動内容ですが、医療の質向上に向け日々努力してまいります。

この「新緑のQI」を通して・・・

「新緑のQI」発行の目的は、当院のQI指標とその意味を少しでも知っていただくことです。具体的に活動が行われているものに関しては担当者からのコメントや図を掲載しています。また、平均値や基準値を掲載している指標もありますが、あくまで参考値としてご覧いただけると幸いです。難しい言葉は避け、誰にでも分かりやすいように作成いたしました。ぜひご覧ください。

～ 当院の病棟について～



・一般病棟

病気やケガを発症した患者様に一定期間、集中的な治療を提供します。

5階東・西病棟、6階東・西病棟が該当します。
151床あり、急性期一般入院料1を算定しています。

・HCU(ハイケアユニット)

ハイケアとは、高度な治療や看護を必要とする患者様や、手術後の患者様を対象とした病室です。状態が安定すれば速やかに一般病棟へ移動となります。

6階病棟にあります。
8床あり、ハイケアユニット入院医療管理料1を算定しています。

・回復期リハビリテーション病棟

脳卒中や下肢の骨折などの患者様に積極的なリハビリテーションを行います。対象となる病気、入院期間が決まっています。

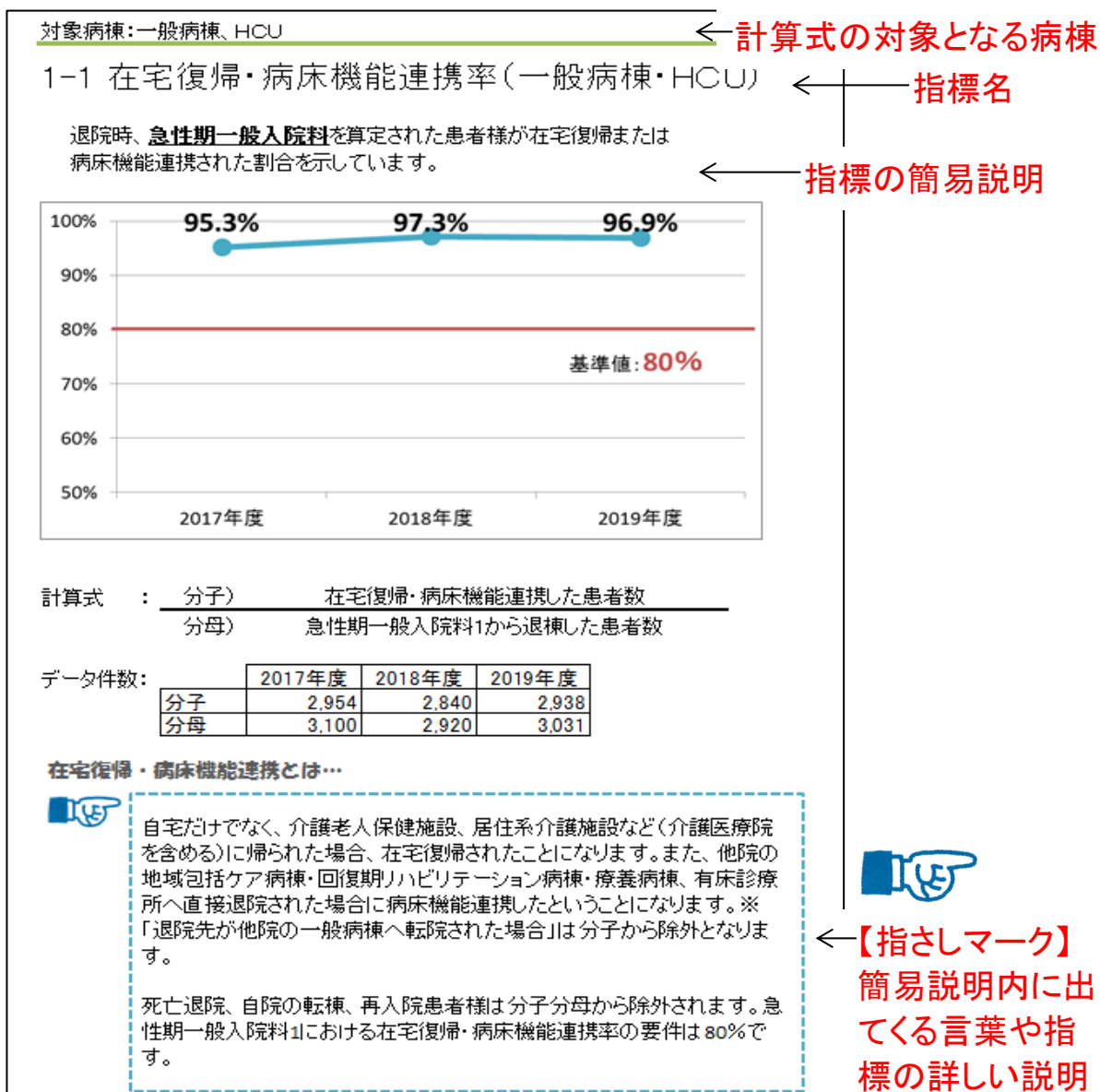
3階病棟が該当します。
37床あり、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定しています。

・地域包括ケア病棟

急性期治療後の病状が安定した患者様(回復期リハビリテーション病棟の対象でない方)に、自宅や施設への退院に向けて継続的な治療や日常生活に必要な訓練、在宅療養に必要なサービスの調整等を行います。入院期間が決まっています。

7階病棟が該当します。
40床あり、地域包括ケア病棟入院料2を算定しています。

～ご覧いただくにあたって～



その他マークの意味



【メモ帳マーク】
担当者からのコメント



【リボンマーク】
当院活動内容の説明



【注意マーク】
データを見るうえでの
注意事項



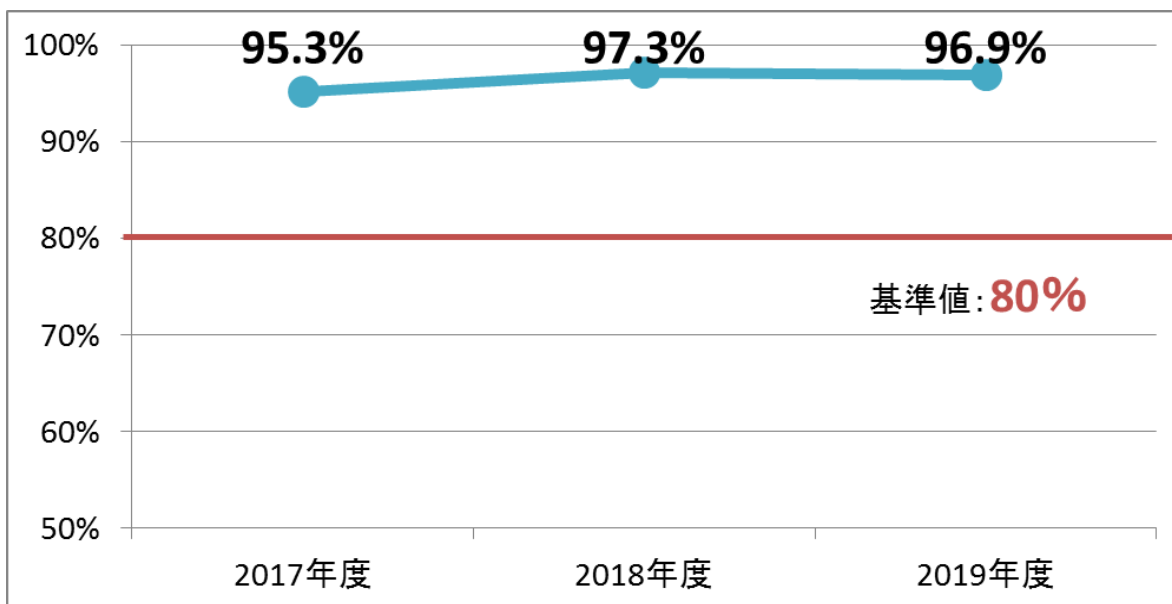
【はてなマーク】
質問形式による指標
の補足情報

～目次～

1	在宅復帰	
1-1	在宅復帰・病床機能連携率(一般病棟、HCU)	… p.6
1-2	在宅復帰率(回復期リハビリテーション病棟)	… p.7
1-3	在宅復帰率(地域包括ケア病棟)	… p.8
2	褥瘡	
2-1	褥瘡推定発生率	… p.9
2-2	新規発生した褥瘡の改善率	…p.10
3	入院患者の転倒・転落発生率と損傷発生率	…p.12
4	救急車・ホットラインの応需率	…p.14
5	患者満足度	
5-1	外来患者満足度	…p.15
5-2	入院患者満足度	…p.16
6	臨床倫理カンファレンス	…p.18
7	入院患者のクリニカルパス適用率	…p.20
8	手術患者に対する肺血栓塞栓症の予防対策実施率	…p.22
9	特定術式における手術開始前1時間以内の 予防的抗菌薬投与率	…p.23
10	24時間以内の再手術率	…p.24
11	退院後4週間以内の計画外・緊急再入院率	…p.25
12	人工膝関節全置換術患者の早期リハビリテーション開始率	…p.26
13	急性期脳梗塞患者に対する早期リハビリテーション開始率	…p.27
14	重症患者	
14-1	新規入院患者における重症患者受入率	…p.28
14-2	日常生活機能評価が4点以上改善した重症患者の割合	…p.29
15	実績指数(FIMの運動項目における)	…p.30

1-1 在宅復帰・病床機能連携率（一般病棟・HCU）

退院時、急性期一般入院料を算定された患者様が在宅復帰または病床機能連携された割合を示しています。



計算式：
$$\frac{\text{分子）在宅復帰・病床機能連携した患者数}}{\text{分母）急性期一般入院料1から退棟した患者数}}$$

データ件数：

	2017年度	2018年度	2019年度
分子	2,954	2,840	2,938
分母	3,100	2,920	3,031

在宅復帰・病床機能連携とは…

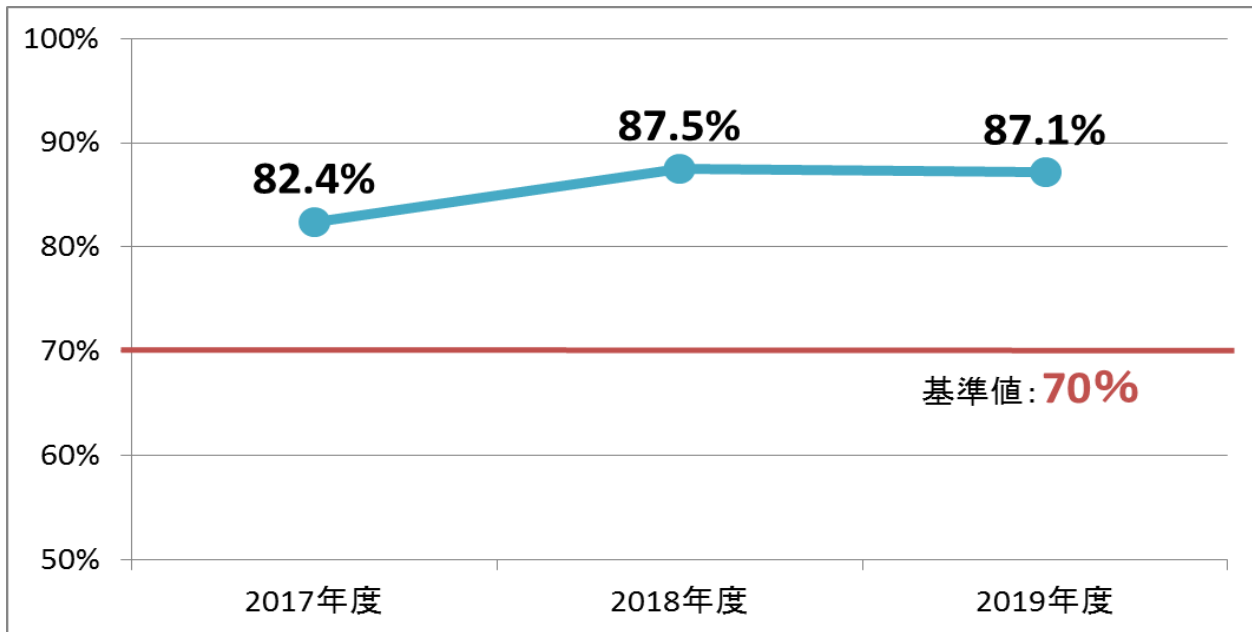


自宅だけでなく、介護老人保健施設、居住系介護施設など（介護医療院を含める）に帰られた場合、在宅復帰されたことになります。また、他院の地域包括ケア病棟・回復期リハビリテーション病棟・療養病棟、有床診療所へ直接退院された場合に病床機能連携したということになります。※「退院先が他院の一般病棟へ転院された場合」は分子から除外となります。

死亡退院、自院の転棟、再入院患者様は分子分母から除外されます。急性期一般入院料1における在宅復帰・病床機能連携率の要件は80%です。

1-2 在宅復帰率（回復期リハビリテーション病棟）

退院（退棟）時、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定された患者様が在宅復帰された割合を示しています。



計算式：
$$\frac{\text{分子）在宅復帰した患者数}}{\text{分母）回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者数}}$$

データ件数：

	2017年度	2018年度	2019年度
分子	150	154	135
分母	182	176	155

在宅復帰した患者数とは…

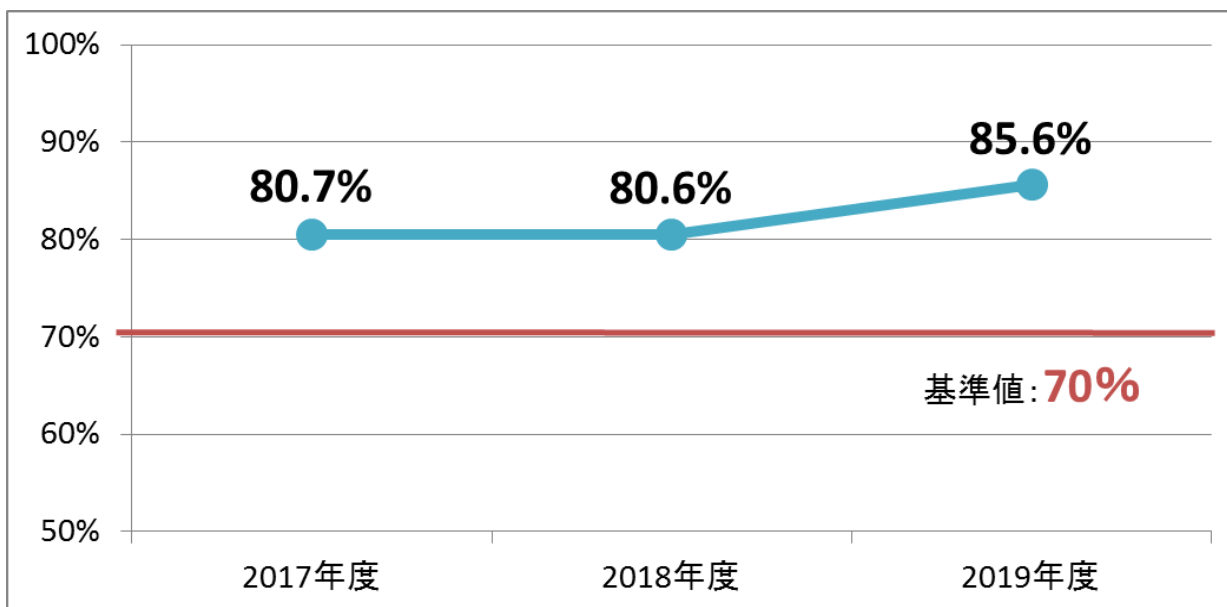


自宅だけでなく、居住系介護施設など（介護医療院を含める）、有床診療所（介護サービスを提供している医療機関に限る）へ直接退院された場合、在宅復帰されたことになります。

死亡退院、再入院、一般病棟への転棟・転院患者様は分子分母から除外されます。回復期リハビリテーション病棟入院料1における在宅復帰率の要件は70%です。

1-3 在宅復帰率（地域包括ケア病棟）

退院（退棟）時、地域包括ケア病棟入院料を算定された患者様が在宅復帰された割合を示しています。



計算式：
$$\frac{\text{分子）在宅復帰した患者数}}{\text{分母）地域包括ケア病棟から退棟した患者数}}$$

データ件数：

	2017年度	2018年度	2019年度
分子	394	547	662
分母	488	679	773

ここでの在宅復帰とは…



自宅だけでなく、居住系介護施設など（介護医療院を含める）、有床診療所（介護サービスを提供している医療機関に限る）へ直接退院された場合に在宅復帰されたこととなります。

死亡退院、再入院患者様は分子分母から除外されます。地域包括ケア病棟入院料2における在宅復帰率の要件は70%です。

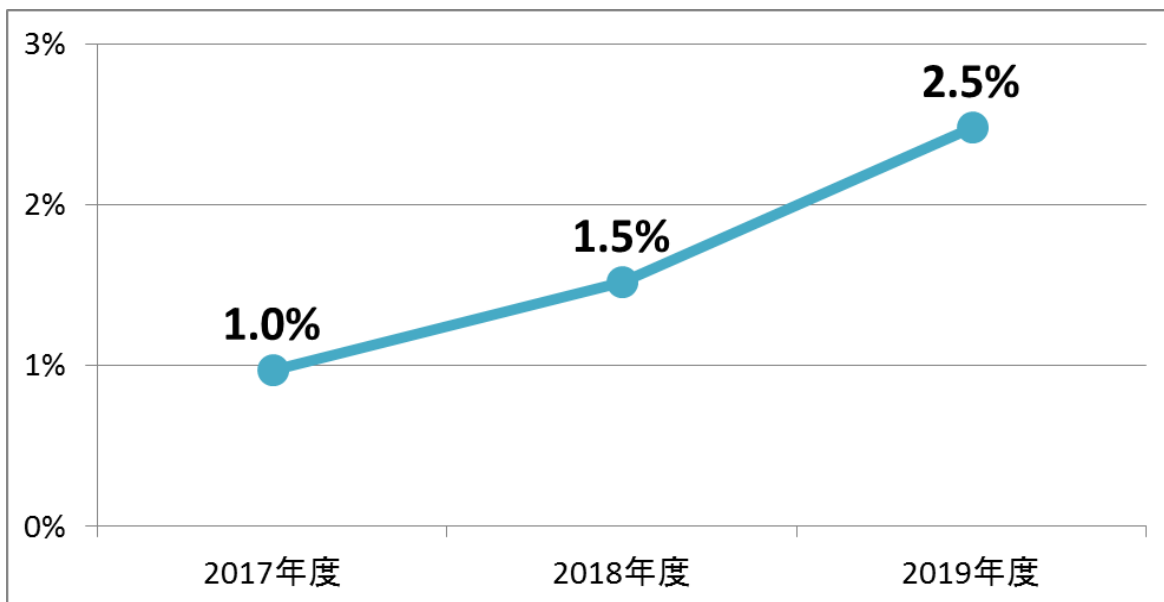
2-1 褥瘡推定発生率

この指標は入院中、新たに発生した褥瘡の割合を示しています。

褥瘡とは、寝たきりなどにより、体重で圧迫されている場所の血流が悪くなることで、内出血や傷などが発生することです。

一般的に「床ずれ」とも言われています。

また、酸素マスクの耳に引っ掛けるヒモや、コルセット着用などによっても、医療機器と肌に摩擦などが生じることで褥瘡を引き起こすことがあります。



計算式：
$$\frac{\text{分子）新たに褥瘡を生じた患者数}}{\text{分母）入院実患者数}}$$

データ件数：	2017年度	2018年度	2019年度
分子	64	98	160
分母	6,563	6,443	6,467

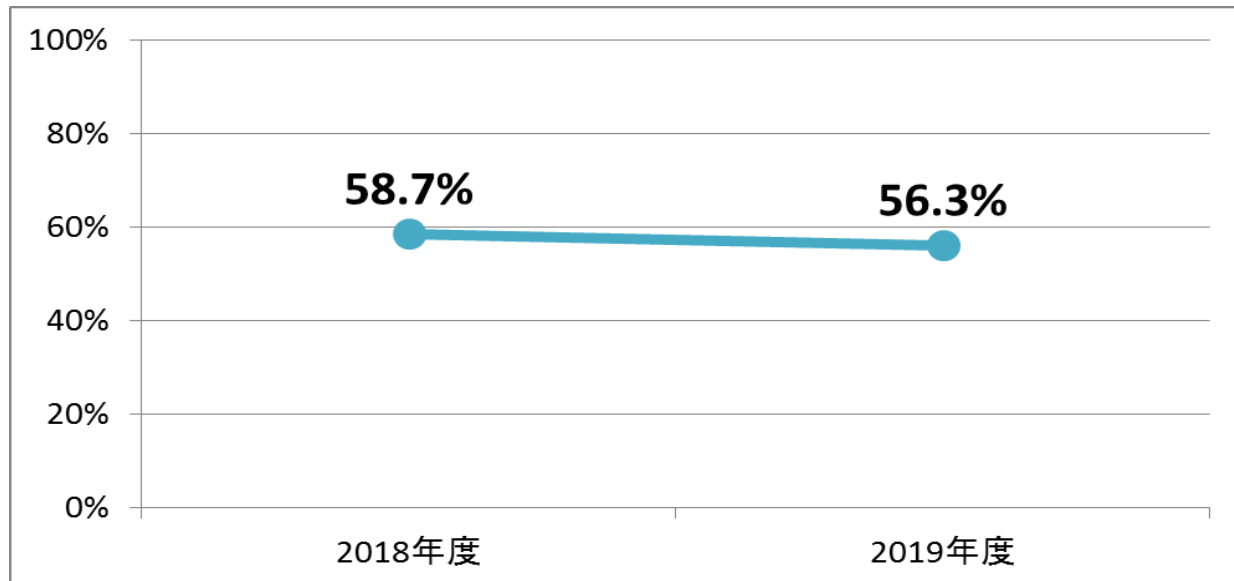
褥瘡になると…



褥瘡は、患者様の全身状態と密接に関係しています。患者様の状態の把握と的確な予防対策が必要です。褥瘡の発生は、QOL（生活の質）の低下や感染症を引き起こすなど、入院期間の長期化につながります。全身管理や局所ケアなど、看護ケアの質を表す重要な指標と言えます。

2-2 新規発生した褥瘡の改善率

この指標は入院中、新たに発生した褥瘡が改善した割合を示しています。



計算式：
$$\frac{\text{分子）1週間前の評価から改善した患者数（実人数）}}{\text{分母）病棟で新たに褥瘡が生じた患者のうち、退院（転出）もしくは月末時点から1週間前の評価がある患者数（実人数）}}$$

データ件数：	2018年度	2019年度
分子	44	63
分母	75	112

注意



新規発生した全ての褥瘡に対する改善率ではありません。計算式にあるように、あくまで退院（転出）もしくは月末時点から1週間前の評価がある患者様に対しての改善率となります。よって、褥瘡推定発生率の分子と同じ数が分母になるわけではありません。

この指標は…



今年度から新たに追加した指標です。2018年度からデータを取り始めたため、2年間の比較をしています。褥瘡の改善率は、褥瘡の深さや患者様の個々の要因が大きく関与してきます。褥瘡が発生した要因を評価し、どれだけ治癒できたかは、ケア評価の指標の1つになります。

褥瘡に対する当院の活動

① 褥瘡回診

当院では、皮膚科医師、皮膚・排泄ケア認定看護師、看護師、理学療法士、薬剤師、管理栄養士が月2回褥瘡回診を行っています。

褥瘡回診では、現在の褥瘡の評価と治療方針、また、より早期に褥瘡が治癒できるよう、方法や再発予防方法についても検討し、必要に応じて病棟スタッフへ助言しています。

② 褥瘡対策委員会

褥瘡の院内発生防止と早期からの適切な治療の対策を月1回委員会にて検討しています。特に、褥瘡回診時に気づいた問題点を議論し、各部署へフィードバックしています。また、褥瘡に関する物品の選定なども行っています。

③ 勉強会

褥瘡対策についての知識・技術向上を図るため、病院内で問題・課題となっていることを中心に、年2回勉強会を開催しています。講師は、褥瘡対策委員だけではなく、外部講師を招いて実施することもあります。2019年度は、車いすのシーティング(どのように座位を維持するか)とベッド上のポジショニング(安楽な姿勢について)の勉強会を実施しました。また、部署からの要望もあり、弾性包帯の勉強会を追加で行いました。

コメント



当院の褥瘡発生は2018年度と比べ上昇傾向にあります。特に、仙骨部・尾骨部・踵部(かかと)が多く発生しています。これは、ベッドに寝た際と、車いすに乗った際に圧迫される部位です。この褥瘡を予防するためには、マットレスを患者様に適したものを使用すること、また、クッションなどを用いて圧迫を予防する必要があります。

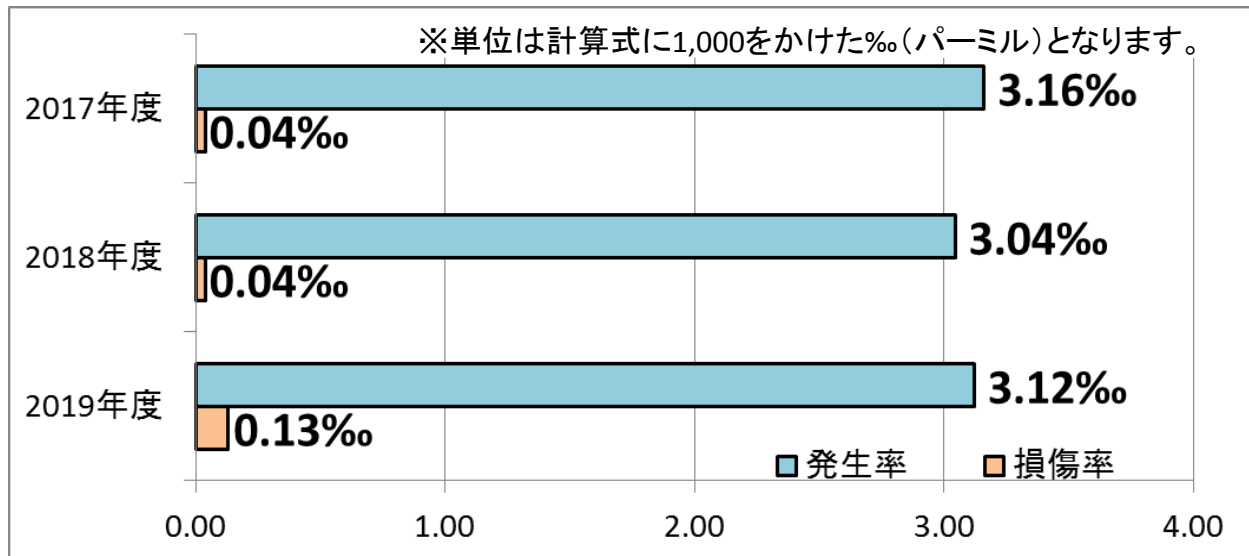
褥瘡予防のためのマットレスやクッションの配備、スタッフ教育を実施し、褥瘡発生の予防と、発生した褥瘡に関してすぐ改善することができるよう活動してまいります。

【褥瘡好発部位】



3 入院患者の転倒・転落発生率と損傷発生率

入院中の患者様が転倒・転落されてしまった割合を示しています。



計算式：【発生率】 レベル1～5

$$\frac{\text{分子) 入院中に発生した転倒・転落の件数}}{\text{分母) 在院患者延べ人数}}$$

【損傷率】 レベル3b以上

$$\frac{\text{分子) 入院中に発生した転倒・転落により損傷した件数}}{\text{分母) 在院患者延べ人数}}$$

データ件数:	2017年度	2018年度	2019年度
発生率分子	252	242	246
損傷率分子	3	3	10
分母	79,734	79,493	78,819

転倒や転落は…



入院中の患者様のみならず、外来の患者様も転倒のリスクは高い現状にあります。患者様自身の疾患による身体的状況のほか、治療や手術などによる身体的影響、入院している方は環境の変化など、リスク要因は多くあります。

リスクを把握し、事故発生の予測や、転倒してしまった事例を分析し、改善していく必要があります。

レベル	患者の状態
1	患者への実害はなかった
2	観察の強化や検査の必要性が生じた
3a	簡単な処置や治療を要した (消毒、湿布、縫合など)
3b	濃厚な処置や治療を要した (バイタルサインの大きな変化、骨折など)
4	永続的な障害や後遺症が残った
5	転倒・転落による損傷の結果、死亡に至った

転倒・転落の
レベル分類表は
こちらです。



転倒・転落に対する当院の活動

① 委員会活動

【医療安全管理委員会】

多種職15名のメンバーで構成され、月1回開催しています。主に上記のレベル分類で3b以上となった事故の対策について検討します。また、各病棟を年2回ラウンドし、転倒・転落予防ができているか、事故発生時の対応を適切に行うことができているかを確認しています。

【看護部リンクナース会】

看護部の委員会として月1回開催しています。転倒・転落事故が発生した部署のカンファレンス内容を共有し、今後の対策に生かしています。

② 勉強会・研修会

医療安全に関する知識や技術の向上を図るため、年2回全職員参加で医療安全に関する研修を実施しています。2019年度は、「当院のインシデント・アクシデント報告方法と内容の傾向」というテーマで研修を実施しました。

コメント

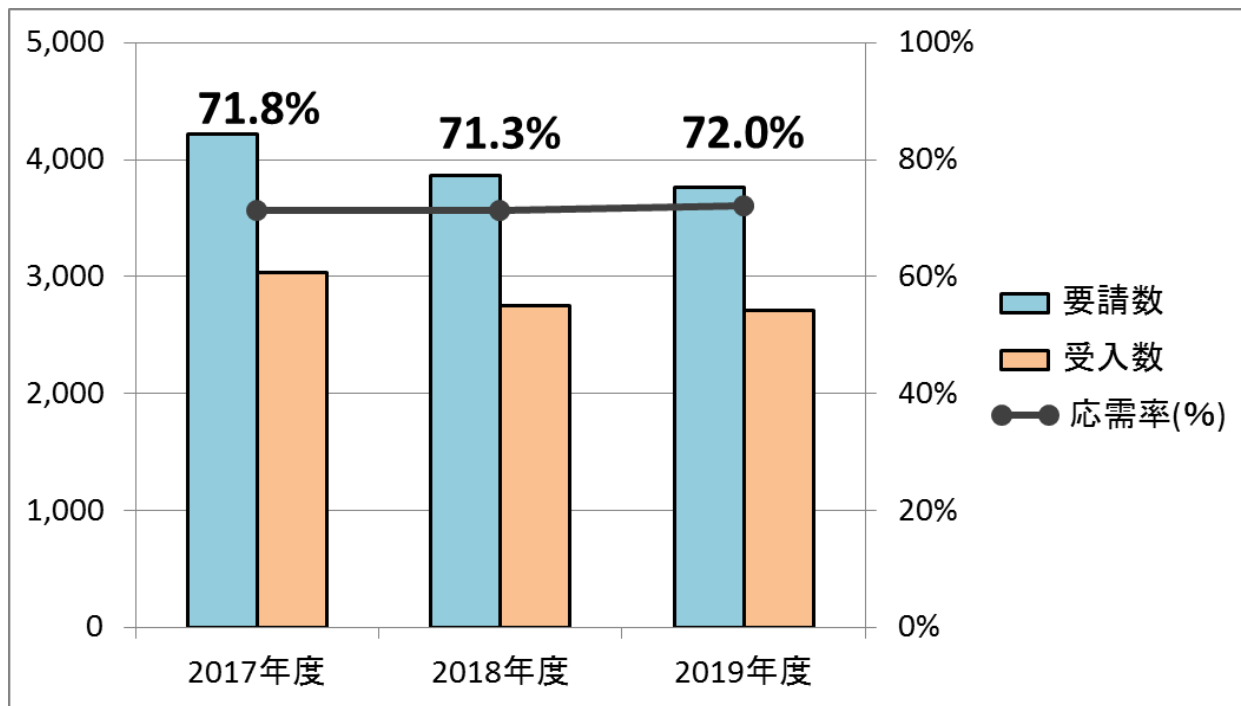


入院される患者様には入院時、転倒・転落のリスクを評価するために、生活状況や転倒の経験、転倒のリスクを高める病気や薬剤の使用など、日常生活の状況をお尋ねしています。この内容を基に予防対策を立てており、環境整備や介助方法の検討、ナースコールの説明などを行っています。

2019年度のレベル3b以上の発生件数が10件と非常に多かったため、委員会活動や研修会などでも事故を減らす取り組みを行ってまいります。

4 救急車・ホットラインの応需率

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示しています。



計算式：
$$\frac{\text{分子) 救急車で来院した患者数}}{\text{分母) 救急車受け入れ要請件数}}$$

データ件数:

	2017年度	2018年度	2019年度
分子	3,031	2,754	2,707
分母	4,221	3,862	3,762

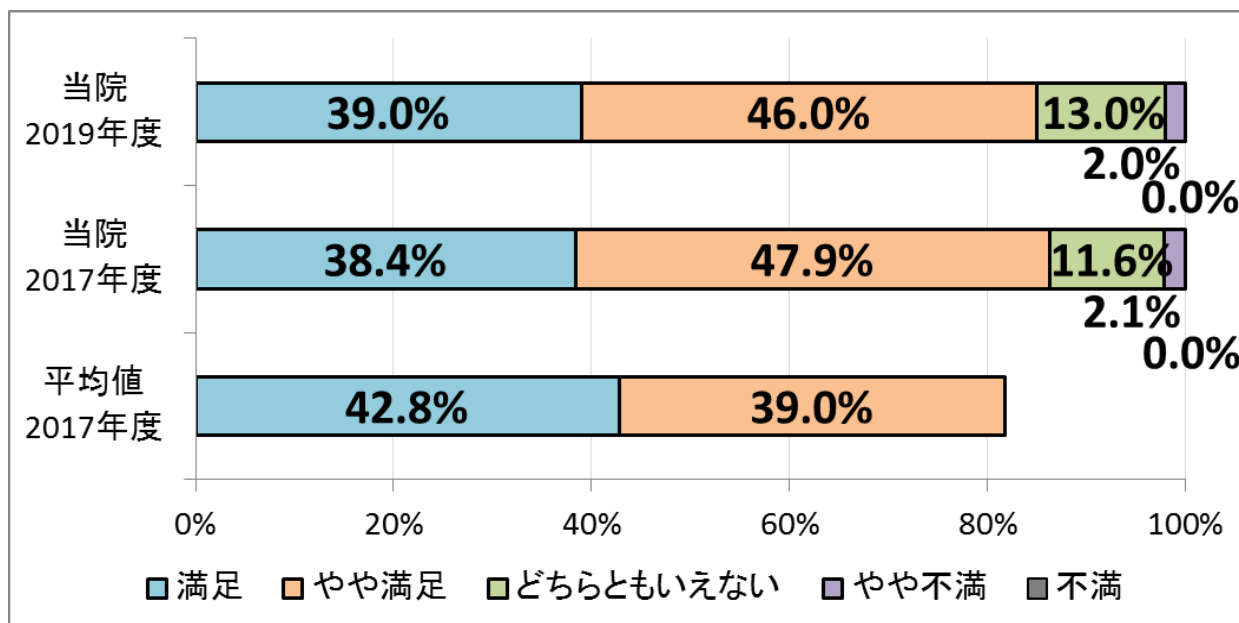
応需率には…



この指標は、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、様々な要素が関わってきます。自院で救急車を受け入れられなかった理由を分析し、改善していく必要があります。

5-1 外来患者満足度

当院に対する外来患者様の総合的な満足度を割合で示しています。



データ件数:	実施期間	有効回答数
2017年度	2017年12月1日 ~ 7日	378
2019年度	2019年12月1日 ~ 10日	493

平均値 : 日本病院会QIプロジェクトより引用

2019年度は外来患者満足度を実施いたしました



外来診察をされた患者様へ奇数年に「外来患者満足度調査」のアンケートにご協力いただいています。
「生の声」を病院運営に反映させることによって、当院の改善すべき点を明瞭にし、地域の皆様から選ばれる病院づくりを目的としています。

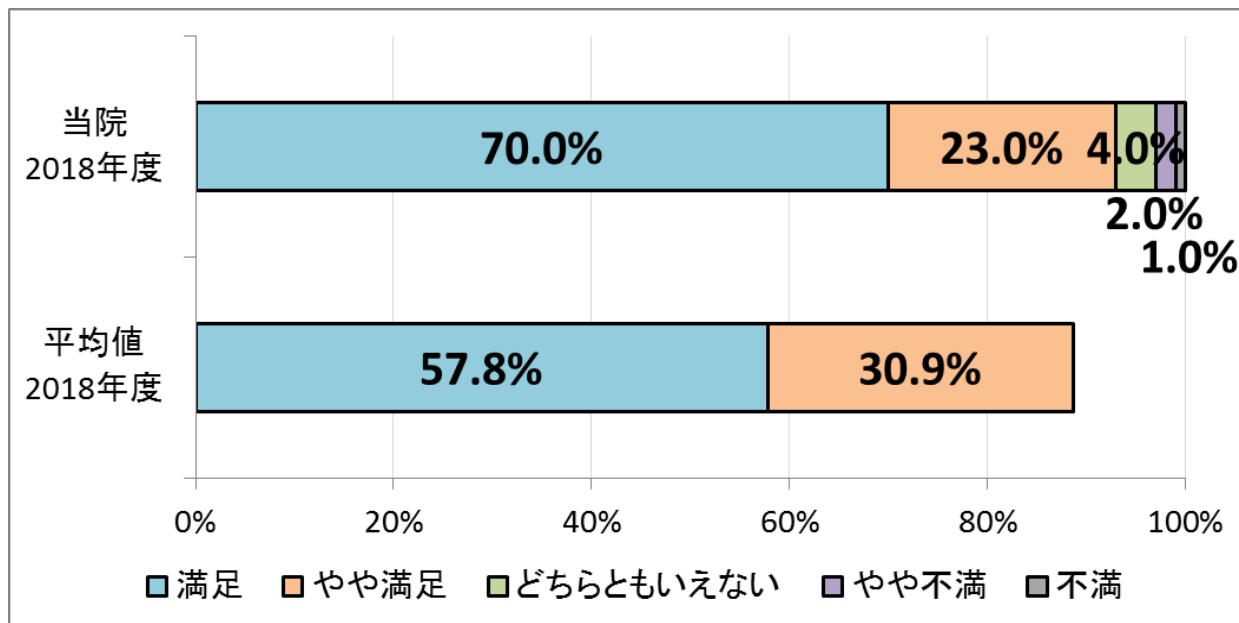
コメント



2019年度は外来患者満足度調査を実施し、一昨年と変わらず85%以上の患者様にご満足いただけることができました。これからも患者様の声に耳を傾け、信頼される病院をめざしてまいります。

5-2 入院患者満足度

当院に対する入院患者様の総合的な満足度を割合で示しています。



データ件数:	実施期間	有効回答数
2018年度	2018年11月1日 ~ 2019年1月31日	403

平均値 : 日本病院会QIプロジェクトより引用

2018年度の平均値が発表されました



ご入院された患者様へ偶数年に「入院患者満足度調査」のアンケートにご協力いただいています。
2019年度に入院患者満足度調査は実施していませんが、日本病院会QIプロジェクトの2018年度平均値が発表されたためご紹介させていただきます。



2020年度は「入院患者満足度調査」を行います。
皆様のご協力をお願いいたします。

患者満足度に対する当院の活動

【サービス向上委員会】

サービス向上に関する事項の検討と提案を行うことを目的とし、月1回開催しています。活動の一環として、患者様の立場になり院外・院内清掃ラウンド、掲示物点検ラウンドを年6回実施しています。また年1回、患者満足度調査を実施しています。頂戴したお声を真摯に受け止め、患者様やご利用者様により一層ご満足いただけるよう、環境づくりに努めています。

? 2019年度の施設的な改善はありましたか？

4F眼科横トイレの改修工事を行いました。結果、一昨年の調査時、トイレに対する満足度が56%でしたが、今年度は76%と向上いたしました。その他、精算器前の床に導線表示し、スムーズにご精算いただけるようにいたしました。手術室の空調設備を更新し、安定した院内環境を維持することができています。機械浴も1台新型機種に更新しています。施設的なことは即着手することが難しいですが、継続的な改善・向上への取り組みを行ってまいります。

【機械浴】



【4Fトイレ】



【導線表示】



照明をLEDに変更し、女子トイレは3ブース→4ブースに増設いたしました。

患者様のお声をもとに、順番にお並びいただけるようにいたしました。

6 臨床倫理カンファレンス

院内のカンファレンス体制を項目ごとに評価し、17点満点での点数評価を行います。

体制	2017年度	2018年度	2019年度
①専任部門(委員会・部会・チーム等)があるか	2	2	2
②専任部門による定例会の開催頻度	0	0	3
③カンファレンス開催時の構成メンバー	3	3	3
④教育・研修回数(全体)	0	0	2
⑤専任部門のコンサルテーション実施回数	0	0	3
⑥倫理委員会でフィードバックを行った(病院全体で情報共有を図った)事例件数	0	1	1
合計点数	5点	6点	14点

体制	評価点数			
	0	1	2	3
①	ない		ある	
②	0回/年	2回/年	4回/年	6回以上/年
③	1職種	2職種	3職種	4職種以上
④	0回/年	1回/年	2回/年	3回以上/年
⑤	0回/年	1回/年	2回/年	3回以上/年
⑥	0件/年	1件/年	2件/年	3件以上/年

点数内訳
はこちらです

臨床倫理カンファレンスでは…



臨床現場で起こり得る倫理的な問題について、組織的に解決するために臨床倫理カンファレンスが開かれます。当院では「倫理委員会」と「臨床研究・治験審査委員会」の2つの委員会でそれぞれカンファレンスが行われていますが、ここでは「倫理委員会」のみを点数評価しています。いずれの委員会も病院職員以外の外部有識者参加が必要となります。



臨床倫理カンファレンスに対する当院の活動

【倫理委員会】

病院において行う医療が倫理的配慮のもとに行われ、患者様の人権及び生命が十分に擁護されるように審議することを目的とし、随時開催しております。

＜倫理コンサルテーションチーム＞

2019年度から倫理委員会の下部組織として、当院の職員のみで構成された「倫理コンサルテーションチーム」が発足し、月1回開催しています。今まで、外部有識者の参加が必要であったことから、迅速な対応が難しいという問題がありましたが、機動的な対応ができるようになりました。倫理的な諸問題について多職種で共有・検討し、診療・ケアの支援を行うことを目的としています。

【臨床研究・治験審査委員会】

臨床研究は、人を対象としておこなわれる医学研究です。治験は、新しい薬や医療機器の製造販売の承認を国に得るために行われる臨床研究です。臨床研究・治験審査委員会では、病院で行う臨床研究や治験が倫理的、科学的に問題がないか審査することを目的とし、月1回開催しています。臨床研究や治験に参加される方の人権と安全性を守るために、病院とは利害関係のない人や医薬の専門外の人も委員に加えて構成されています。

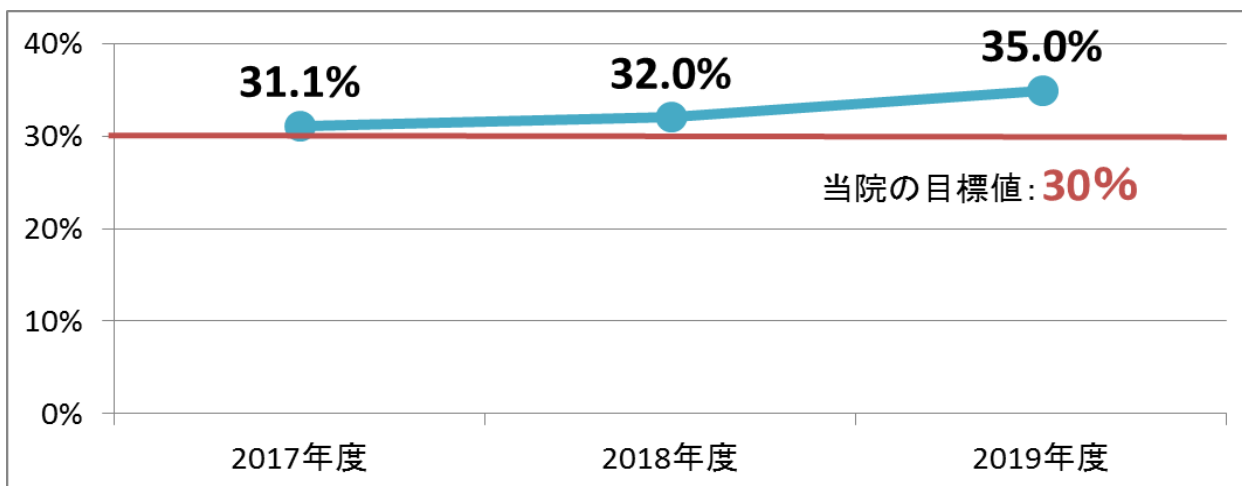
コメント



2019年度から倫理コンサルテーションチームが発足し活動を開始しました。多職種で検討する中で、それぞれの職種が悩みながら対応していたことや、考えが理解され、率直な意見交換ができています。患者の意思決定支援につながられています。

7 入院患者のクリニカルパス適用率

標準化された質の高い医療が、患者様にどれだけ提供されているかを示しています。



計算式：
$$\frac{\text{分子)} \quad \text{クリニカルパス適用入院患者数}}{\text{分母)} \quad \text{新入院患者数}}$$

データ件数：

	2017年度	2018年度	2019年度
分子	1,237	1,166	1,305
分母	3,974	3,642	3,731

クリニカルパスとは…



クリニカルパスとは「病気に対して、標準的な治療や検査を提供する為のツール」です。クリニカルパスを使用することで、さまざまな実績に基づいた医療を提供することができます。また、入院時に入院から退院までの治療スケジュール(入院日数や内容・到達目標)を記載している「入院診療計画書」をお渡しすることで、治療の流れが分かり、安心して治療を受けていただくことができます。

※標準的な医療を提供していても、患者様一人ひとり状態が違うため、予定通りに進められない場合もあります。その場合は患者様の不安に繋がらないように、十分な説明を行っています。



クリニカルパスに対する当院の活動

【クリニカルパス委員会】

良質な医療を効率よく、安全に供給するためにクリニカルパスの作成、円滑な運用実施および改善を検討し、継続的な医療の質の向上を目指すことを目的として、年2回開催しています。



どのような病気にどのくらい適用されていますか？



ほんの一例ですが、下表にまとめてみました。
2019年8月時点は全部で131種類ありました。
2020年8月現在では全部で151種類あります。

診療科	種類	クリニカルパスの一例
整形外科 	32	胸腰椎圧迫骨折、大腿骨頸部骨折など
婦人科	26	子宮内膜ポリープ切除術、子宮筋腫摘出術など
泌尿器科	21	膀胱癌の経皮的切除術など
内科 	25	糖尿病の教育入院など
脳神経外科	4	脳梗塞など
消化器センター 	29	結腸癌の切除術、急性虫垂炎など
乳腺外科 	6	乳房切除術など
眼科	8	白内障など
合計	151	

コメント

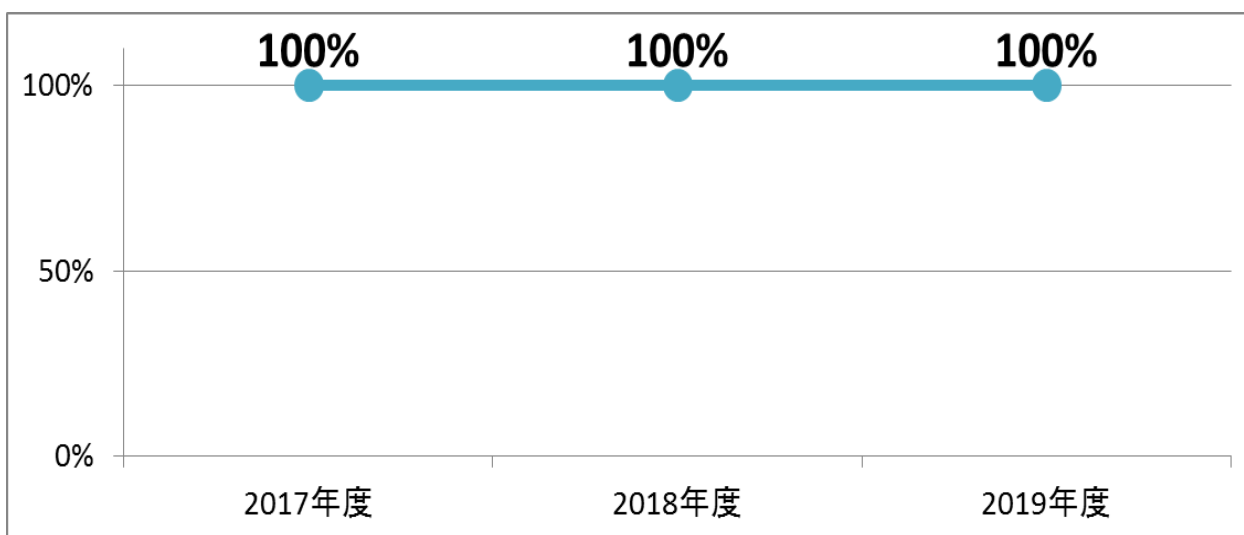


患者様が安心して安全な医療を受けられるために、学会などで作成されている診療ガイドラインに基づいて、クリニカルパスの作成・改定を進めています。

上記以外にも地域包括ケア病棟で使用するリハビリを中心としたパスなどもあり、急性期の病棟以外でも、クリニカルパスの機能を活かした標準的な医療を行えるように取り組んでいます。

8 手術患者に対する肺血栓塞栓症の 予防対策実施率

肺血栓塞栓症を引き起こすリスクの高い患者様に対する、
予防対策の実施割合を示しています。



計算式：
$$\frac{\text{分子）肺血栓塞栓症予防管理料が算定された退院患者数}}{\text{分母）全身麻酔かつ肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院患者数}}$$

データ数：

	2017年度	2018年度	2019年度
分子	251	280	250
分母	251	280	250

肺血栓塞栓症とは…



肺血栓塞栓症はエコミークラス症候群ともいわれ、血栓が肺に詰まることで呼吸困難や胸痛を引き起こし、死に至ることもある疾患です。寝たきりの方や下肢の手術後に発症することが多く、弾性ストッキングの着用など適切な予防対策が必要となります。当院では予防対策を100%実施しています。

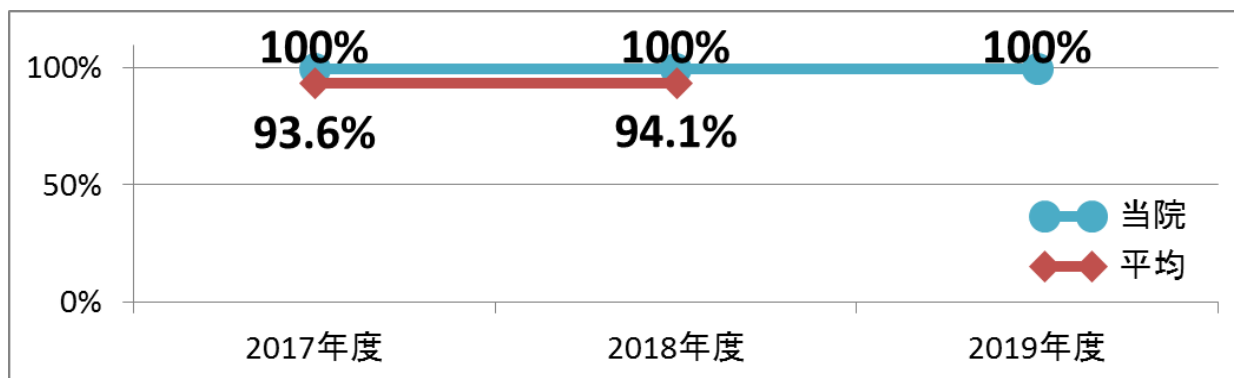
コメント



発症リスクの高い症例では弾性ストッキングだけでなく、下肢の静脈血の還流を手助けする間欠的空気圧迫装置と呼ばれる医療機器を用いて予防に努めています。

9 特定術式における手術開始前1時間以内の 予防的抗菌薬投与率

特定術式における手術前1時間以内に抗菌薬投与が開始された割合を示しています。



計算式：
$$\frac{\text{分子) 手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された手術件数}}{\text{分母) 特定術式の手術件数}}$$

データ件数：

	2017年度	2018年度	2019年度
分子	213	246	236
分母	213	246	236

平均値：日本病院会 QIプロジェクトより引用

予防的投与？特定術式…？



手術後、手術部位に感染が発生すると、入院期間の長期化につながります。感染を予防する対策の一つに手術前後の抗菌薬投与があります。手術開始から終了後2～3時間まで、血液や組織中の抗菌薬濃度を適切に保つことで、感染を予防できる可能性が高まります。

※特定術式…冠動脈バイパス手術、その他の心臓手術、股関節人工骨頭置換術、膝関節置換術、血管腫手術、大腸手術、子宮全摘除術のことを示します。

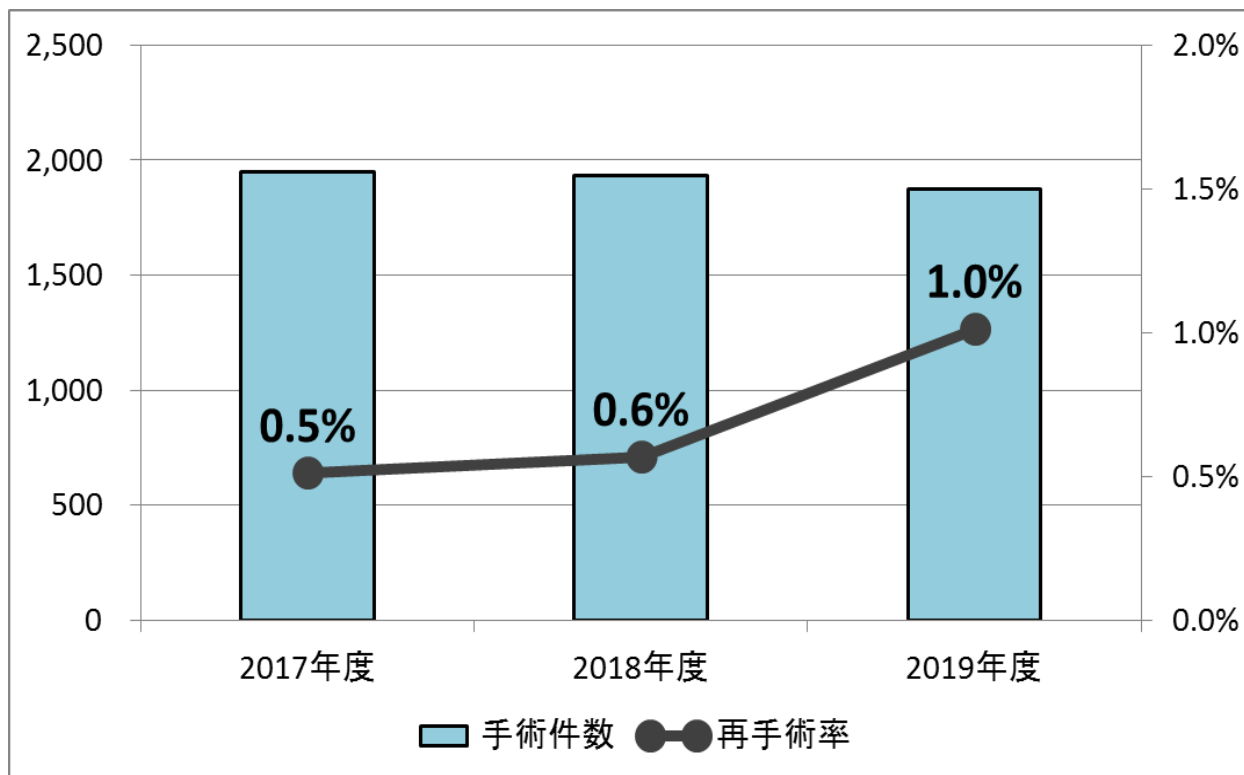
コメント



抗菌薬にはさまざまな種類があるため、手術に応じて最も効果的な抗菌薬を選択して投与しています。

10 24時間以内の再手術率

手術終了後、24時間以内に予定されていない手術が行われた割合を示しています。



計算式：
$$\frac{\text{分子） 予定外の再手術件数}}{\text{分母） 手術件数}}$$

データ件数：	2017年度	2018年度	2019年度
分子	10	11	19
分母	1,951	1,934	1,874

再手術率は…



再手術になってしまう原因としては、合併症が発生した場合や患者様の状態によってなど様々です。手術内容を評価・検証し、質向上に努めていかなければなりません。

コメント

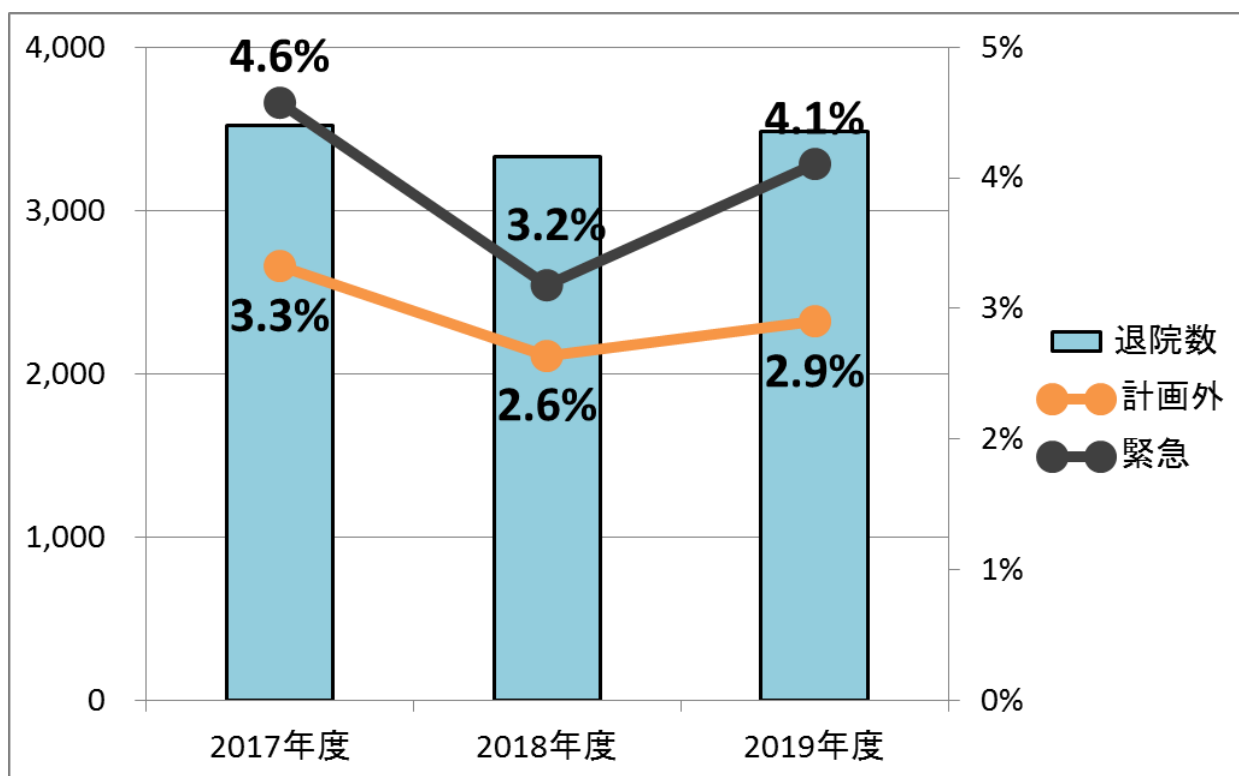


再手術が必要になった場合でも、当院では24時間、迅速に対応できる体制を整えています。

11 退院後4週間以内の計画外・緊急再入院率

「計画外再入院率」＝前回入院時の疾患と関連する疾患であるが、計画(予測)されていなかった再入院の割合を示しています。

「緊急再入院率」＝前回入院時の疾患との関連の有無に問わず、緊急で再入院となった割合を示しています。



計算式：
$$\frac{\text{分子）退院後4週間以内の計画外・緊急再入院件数}}{\text{分母）退院患者数}}$$

データ件数：

	2017年度	2018年度	2019年度
計画外再入院数	117	88	100
緊急再入院数	161	106	143
退院患者数	3,517	3,331	3,480

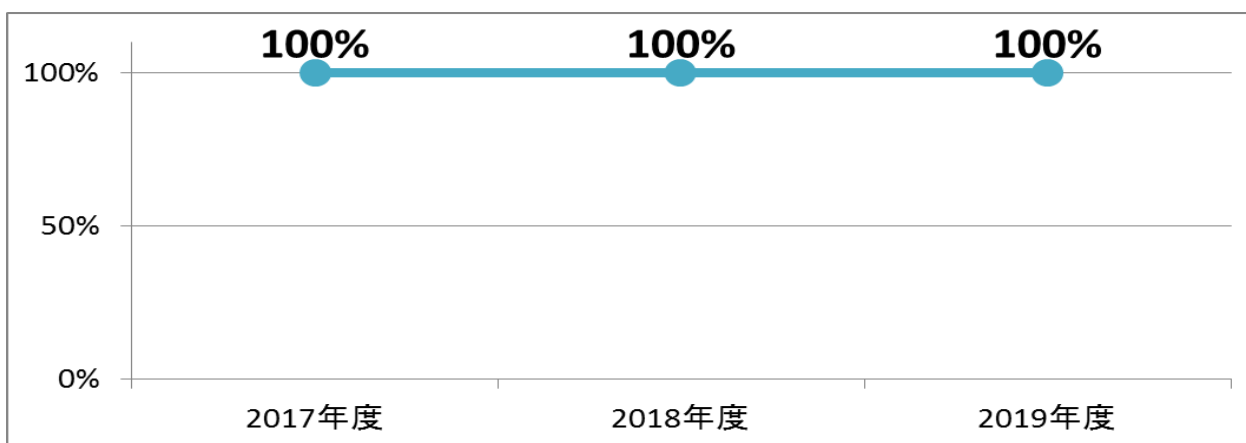
再入院率は…



初回入院時の治療が不十分であったり、快復が不完全な状態で早期退院をさせないことが重要です。再入院率は、前回治療した診療科の判断が適切であったかどうかを図ることができます。

12 人工膝関節全置換術患者の 早期リハビリテーション開始率

人工膝関節全置換術後4日以内にリハビリテーションが開始された割合を示しています。



計算式：
$$\frac{\text{分子) 分母のうち、術後4日以内にリハビリテーションが開始された患者数}}{\text{分母) 人工膝関節全置換術が施行された退院患者数}}$$

データ数：

	2017年度	2018年度	2019年度
分子	12	12	10
分母	12	12	10

注意



入院中に回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟に転棟された患者様を分母から除外しています。当院では「人工膝関節全置換術」をされた患者様の多数は転棟されておりますので実際の数より少なくなっています。

安静にしすぎると…

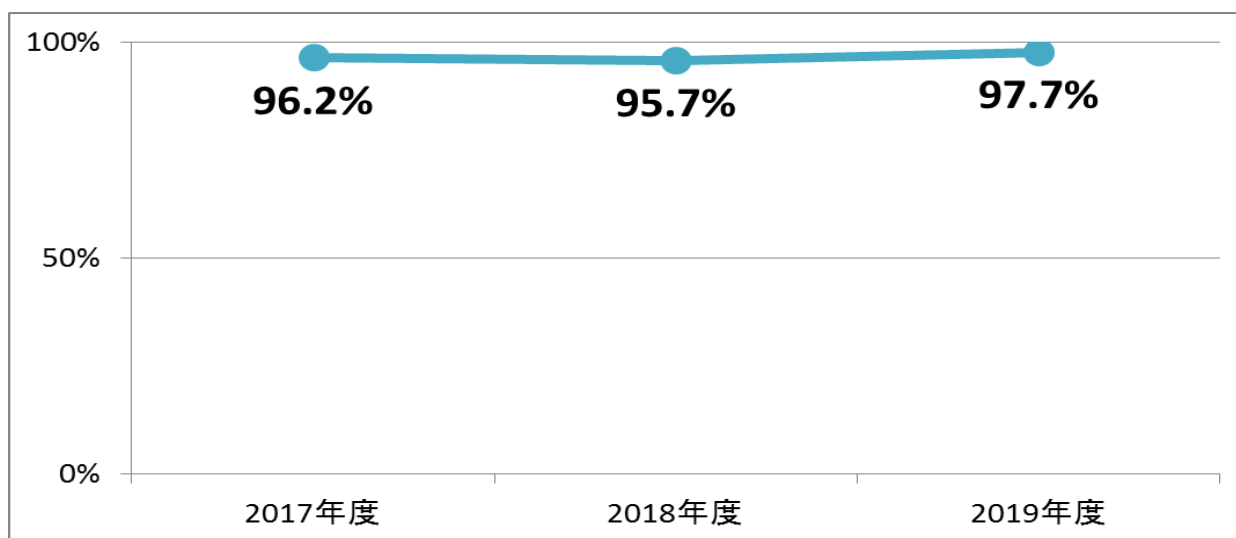


術後の過度の安静は、筋力の低下や¹※手足の拘縮、肺炎や褥瘡（床ずれ）などの²※廃用症候群を引き起こす原因となります。これらの予防・改善につなげ患者様の早期社会復帰、QOL（生活の質）向上のためにも早期リハビリテーション開始が必要となります。

- 1※・・・関節が固まってしまい、屈伸できなくなる状態のこと。
2※・・・寝たきりが原因で起こってしまうさまざまな症状のこと。

13 急性期脳梗塞患者に対する 早期リハビリテーション開始率

脳梗塞の発症で入院後4日以内にリハビリテーションが開始された割合を示しています。



計算式：
$$\frac{\text{分子)} \quad \text{分母のうち、入院してから4日以内にリハビリテーションが開始された患者数}}{\text{分母)} \quad \text{急性期脳梗塞(発症時期が3日以内)の退院患者のうち、リハビリテーションが施行された退院患者数}}$$

データ件数：

	2017年度	2018年度	2019年度
分子	205	179	208
分母	213	187	213

急性期脳梗塞になると…



脳梗塞の発症とともに、運動機能と全身状態の低下が発生します。運動機能と高次脳機能の改善には、質の高い適切な理学療法・作業療法・言語聴覚療法が重要です。全身状態の改善に合わせて基本動作とADL(日常生活動作)の回復を早期より行い日常生活への復帰を目指します。

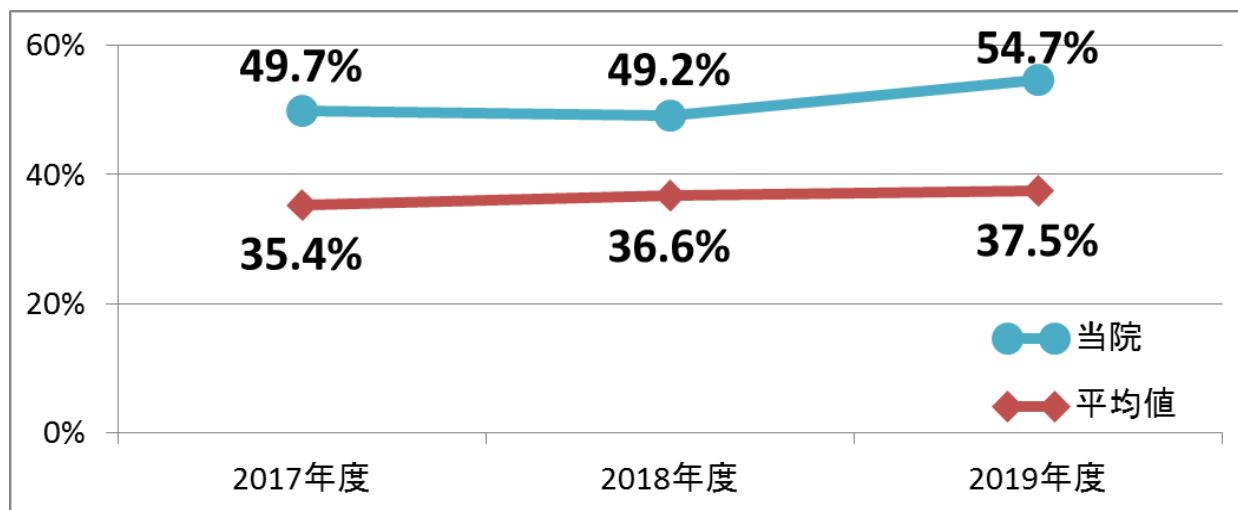
コメント



発症早期から医師の指示の下、安全で適切なリハビリを行います。状態が安定している方は入院当日から開始しています。

14-1 新規入院患者における重症患者受入率

日常生活機能評価が10点以上であった重症度の高い患者様をどれだけ積極的に受け入れ、リハビリテーションを行っているかを示します。



計算式：
$$\frac{\text{分子） 入院時の日常生活機能評価が10点以上であった患者数}}{\text{分母） 新規入院患者数}}$$

データ件数：

	2017年度	2018年度	2019年度
分子	96	87	87
分母	193	177	159

平均値：一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会
「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」より引用

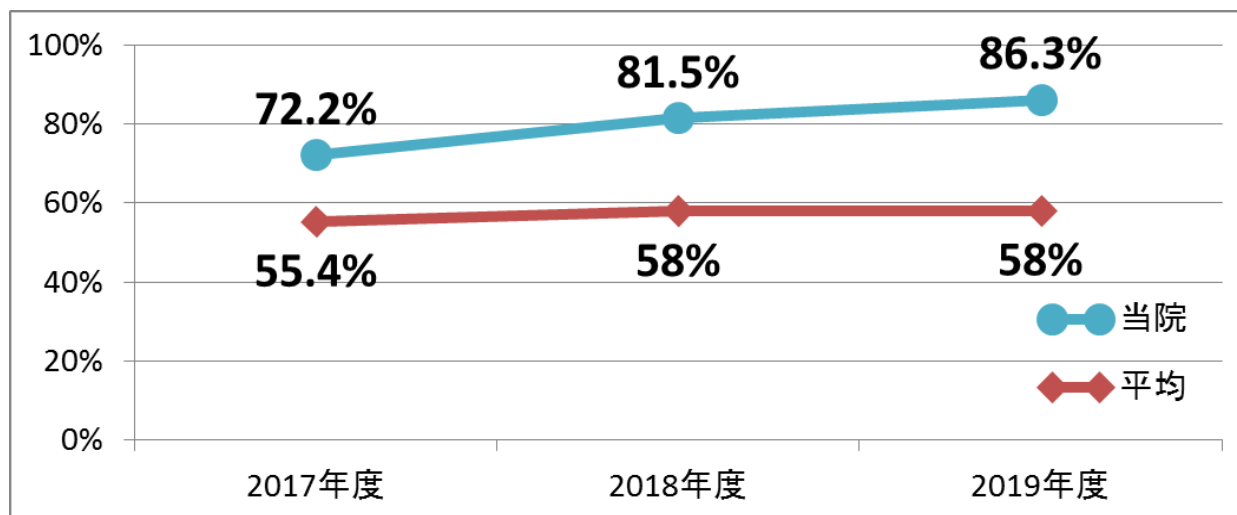
日常生活機能評価とは…



「寝返りができるか」「座った状態を保てるか」「衣服の着脱ができるか」などの日常生活を送るために最低限必要となる動作（日常生活動作）に対して、どのくらい介助が必要なのかを0～19点の得点で評価するものです。
点数が低ければ、介助度が低く生活の自立度が高いとされます。逆に点数が高ければ、介助度が高く生活の自立度が低いとされます。

14-2 日常生活機能評価が4点以上改善した重症患者の割合

日常生活機能評価(左下ページ・指さしマーク欄参照)が10点以上であった重症度の高い患者様に対して効果的なリハビリテーションを提供し、結果として患者様の日常生活機能がどれほど改善されたかを示します。



計算式：
$$\frac{\text{分子) 退院時の日常生活機能評価が、入院時と比較して4点以上改善していた患者数}}{\text{分母) 入院時の日常生活機能評価が10点以上であった患者数}}$$

データ件数：

	2017年度	2018年度	2019年度
分子	65	75	63
分母	90	92	73

平均値：一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会
「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」より引用

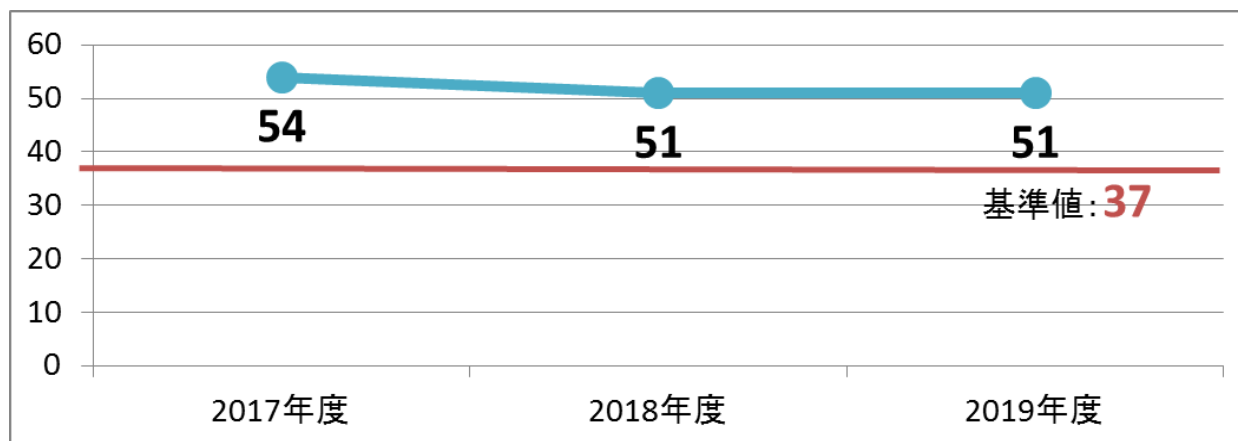
コメント



当院の回復期リハビリテーション病棟は、当院の急性期病棟から転入される患者様が多く、重症である方もリハビリ目的で転入されます。その方々に対し、機能の改善、生活能力の向上を目指し、より早期から積極的にリハビリテーションを行っています。その結果重症の方の改善率が高くなっています。

15 実績指数(FIMの運動項目における)

リハビリテーションの効果を図る指標のひとつで、退院した患者様が入院時と比べてどのくらい回復したのかをFIMを用いて点数化し、それに要した入院期間を所定の計算式に当てはめて算出します。



計算式：
$$\frac{\text{各患者の退棟時FIM得点(運動項目)から入棟時FIM得点(運動項目)を控除したものの総和}}{\text{各患者の入棟から退棟までの日数を、当該患者の入棟時の状態に応じた回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限で除したもの}}$$

当院の実績指数は…



実績指数の計算から除外できる患者様がいます。(除外すると実績指数が高くなる)基準値は除外することを考慮して設定されていますのですが、当院の数値は一切除外せず、基準値を上回っています。実績指数は37以上で「効果に係る相当程度の実績が認められる」とされています。

当院は回復期リハビリテーション入院料1を算定しているため、実績指数の基準値は37です。(2020年度からは基準値が40に変更されました。)

コメント



当院は回復期リハビリテーション病棟に入院された方全員を対象としています。そのような中で上記の基準を超える実績となっています。

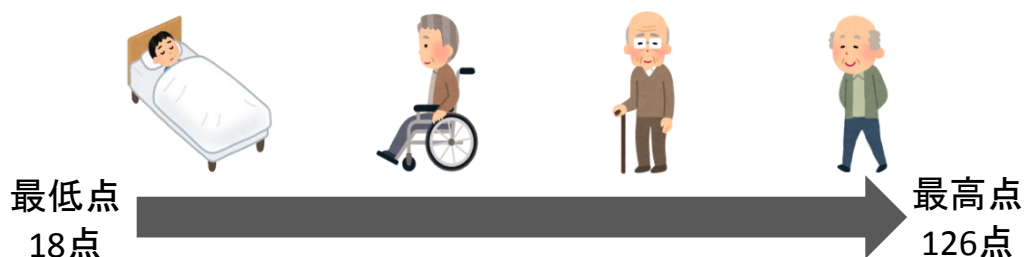
FIMとは…



FIMは、どのくらい他の人や道具に頼らず、日常生活を行えるかを評価する方法の一つです。①運動(食事・更衣・トイレなど)13項目と②認知(理解・記憶など)5項目に分かれており、全18項目を介助量に応じて7段階で評価します。

☑ 点数の付け方

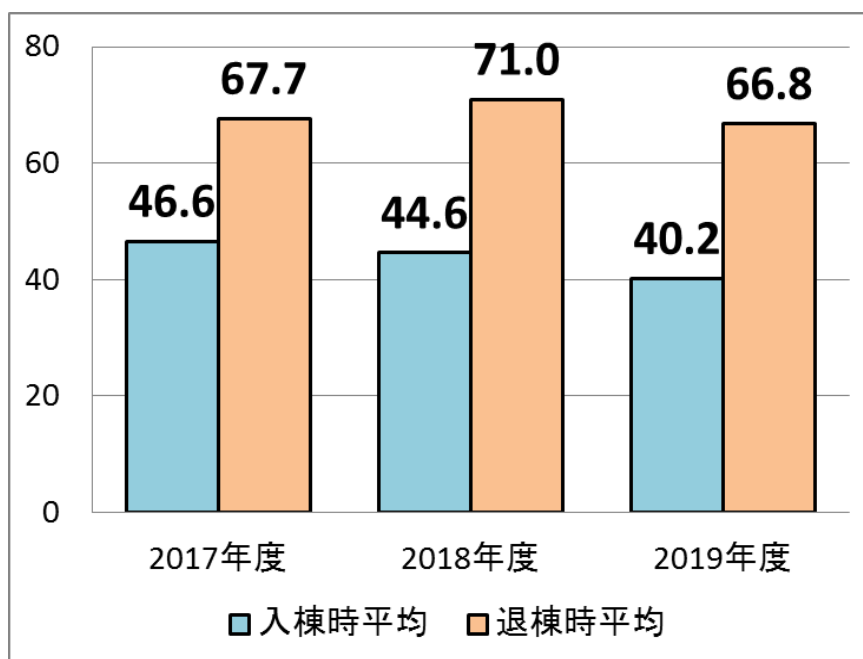
介助			見守り・準備		自立	
1	2	3	4	5	6	7
【介助量】 多い ← → 少ない					【道具】 いる いない	



? 入棟時FIMの点数と退棟時FIMの点数はどのくらい変わりますか？

➡ 約30点くらい点数が上がっています！

左ページ「実績指数」は運動項目だけで出された数値ですが、こちらは運動項目・認知項目合わせた数値です。



データ件数：

	2017年度	2018年度	2019年度
患者数	183	175	153

2019年度 新緑のQI
2020年10月 発行

[発行者] QI委員会
[お問い合わせ先] 診療情報管理室

 医療法人社団 三喜会
横浜新緑総合病院
〒226-0025 横浜市緑区十日市場町 1726-7
電話：045-984-2400 (代表) / FAX：045-983-4271