

2020 年度

# 新緑のQI

～数字でみる医療の質～



## ～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QI委員会の活動・・・

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。

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くと幸いです。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)

ハイケアユニットとは、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。

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ため急性期で治療を受けて、症状が安定し始めた患者様に、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。

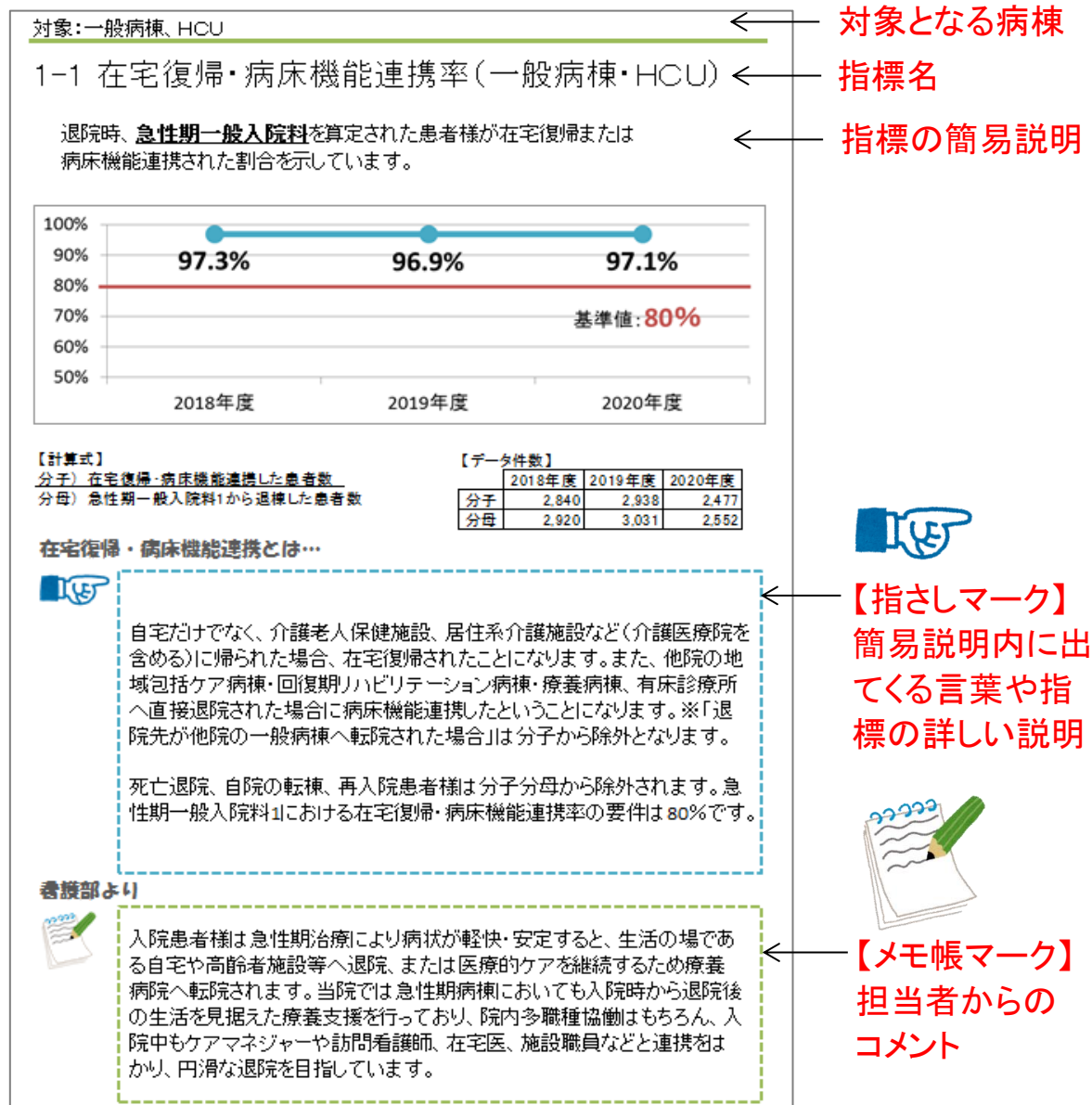
3階病棟が該当します。  
37床あり、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定しています。

### ・地域包括ケア病棟

急性期治療後の病状が安定し始めた患者様(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



【リボンマーク】  
当院活動内容の説明



【はてなマーク】  
質問形式による指標  
の補足情報



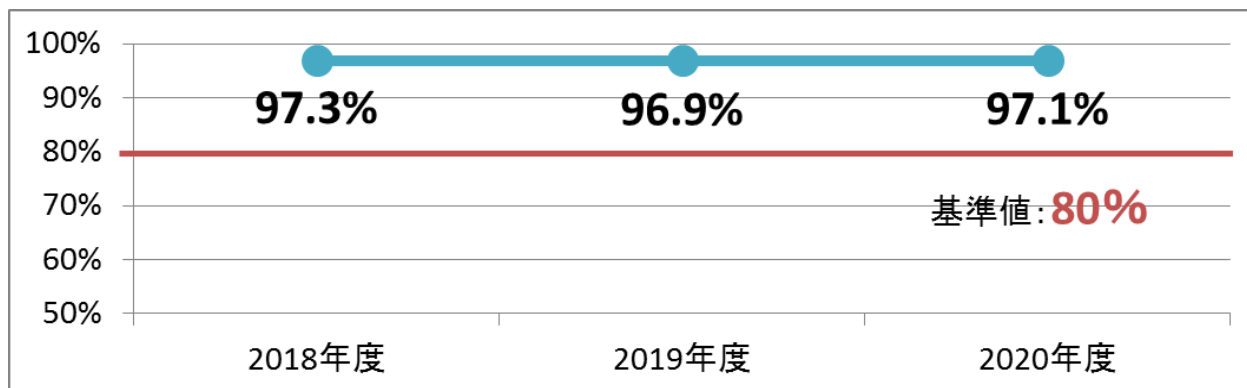
【注意マーク】  
データを見るうえでの  
注意事項

## ～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.5 |
| 1-2  | 在宅復帰率(回復期リハビリテーション病棟)            | … p.6 |
| 1-3  | 在宅復帰率(地域包括ケア病棟)                  | … p.7 |
| 2    | 褥瘡                               |       |
| 2-1  | 褥瘡推定発生率                          | … p.8 |
| 2-2  | 新規発生した褥瘡の改善率                     | … p.9 |
| 3    | 入院患者の転倒・転落発生率と損傷発生率              | …p.11 |
| 4    | 救急車・ホットラインの応需率                   | …p.13 |
| 5    | 患者満足度                            |       |
| 5-1  | 外来患者満足度                          | …p.14 |
| 5-2  | 入院患者満足度                          | …p.15 |
| 6    | 臨床倫理カンファレンス                      | …p.17 |
| 7    | 入院患者のクリティカルパス適用率                 | …p.19 |
| 8    | 手術患者に対する肺血栓塞栓症の予防対策実施率           | …p.21 |
| 9    | 特定術式における手術開始前1時間以内の<br>予防的抗菌薬投与率 | …p.22 |
| 10   | 24時間以内の再手術率                      | …p.23 |
| 11   | 退院後4週間以内の計画外・緊急再入院率              | …p.24 |
| 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.25 |
| 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.26 |
| 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.27 |
| 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.28 |
| 15   | 実績指数(FIMの運動項目における)               | …p.29 |

## 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】

分子) 在宅復帰・病床機能連携した患者数  
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】

|    | 2018年度 | 2019年度 | 2020年度 |
|----|--------|--------|--------|
| 分子 | 2,840  | 2,938  | 2,477  |
| 分母 | 2,920  | 3,031  | 2,552  |

### 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となります。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となります。※「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。

### 看護部より

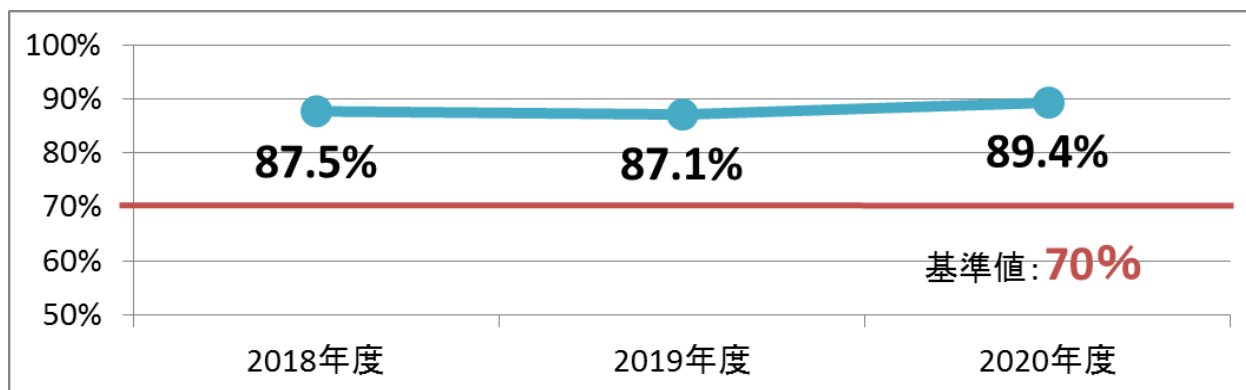


入院患者様は急性期治療により病状が軽快・安定すると、生活の場である自宅や高齢者施設等へ退院、または医療的ケアを継続するため療養病院へ転院されます。当院では急性期病棟においても入院時から退院後の生活を見据えた療養支援を行っており、院内多職種協働はもちろん、入院中もケアマネジャーや訪問看護師、在宅医、施設職員などと連携をはかり、円滑な退院を目指しています。



## 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】

分子) 在宅復帰した患者数

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】

|    | 2018年度 | 2019年度 | 2020年度 |
|----|--------|--------|--------|
| 分子 | 154    | 135    | 152    |
| 分母 | 176    | 155    | 170    |

### 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。

### 回復期リハビリテーション病棟より

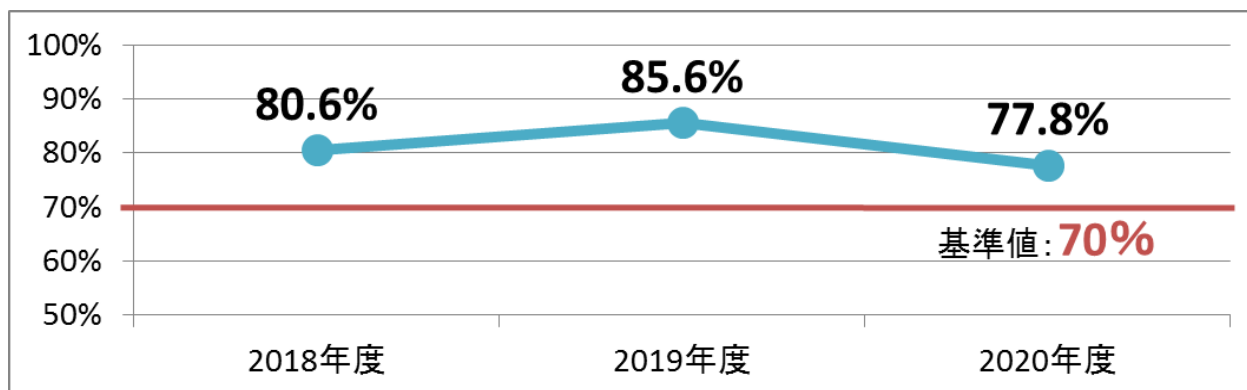


回復期リハビリテーション病棟へ入院される方の中には介護量の軽減を目的に入棟される方もありますが、患者様の残存機能を高め、家族指導を含め在宅支援を中心に実践しています。

病床利用を円滑に運用し、より多くの患者様の支援が出来るように今後も努めてまいります。

## 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】

分子）在宅復帰した患者数

分母）地域包括ケア病棟から退棟した患者数

### 【データ件数】

|    | 2018年度 | 2019年度 | 2020年度 |
|----|--------|--------|--------|
| 分子 | 547    | 662    | 540    |
| 分母 | 679    | 773    | 694    |

## 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になります。

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。

## 地域包括ケア病棟より



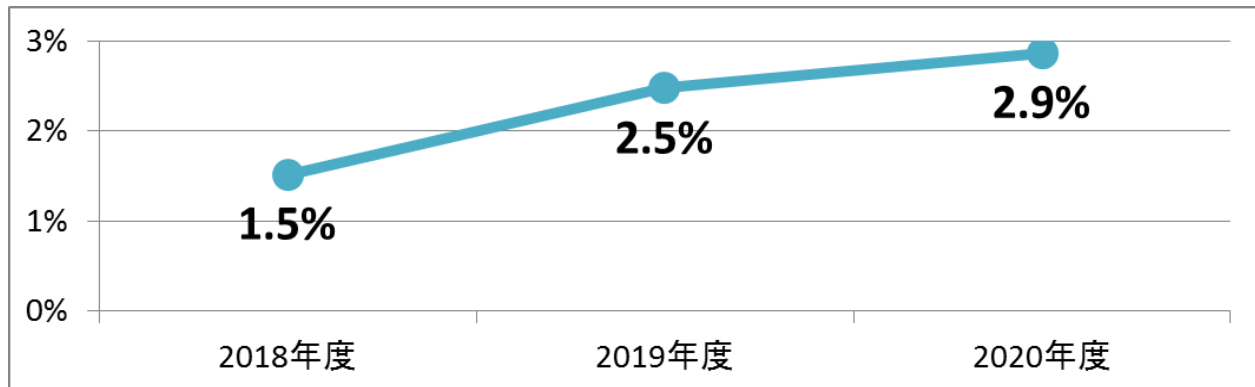
2020年度は、コロナ禍で全体的な患者数の減少の中、急性期病棟からの転棟だけではなく、急性期病院からの転院、地域からの緊急入院の受け入れを積極的に行いました。

2021年度も、入院受け入れ体制の維持と、安心して退院できるよう多職種連携に努めてまいります。



## 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。



【計算式】

分子) 新たに褥瘡を生じた患者数

分母) 入院実患者数

【データ件数】

|    | 2018年度 | 2019年度 | 2020年度 |
|----|--------|--------|--------|
| 分子 | 98     | 160    | 163    |
| 分母 | 6,443  | 6,467  | 5,682  |

### 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。

褥瘡は、患者様の全身状態と密接に関係しており、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。

### 褥瘡対策委員会より



2020年度の特徴として、新型コロナウイルス感染症対策のために着用しているマスクによる耳の褥瘡が急増しました。耳の褥瘡は深くなりやすく、痛みも伴います。褥瘡発生を予防することができるよう対策を進めてまいります。

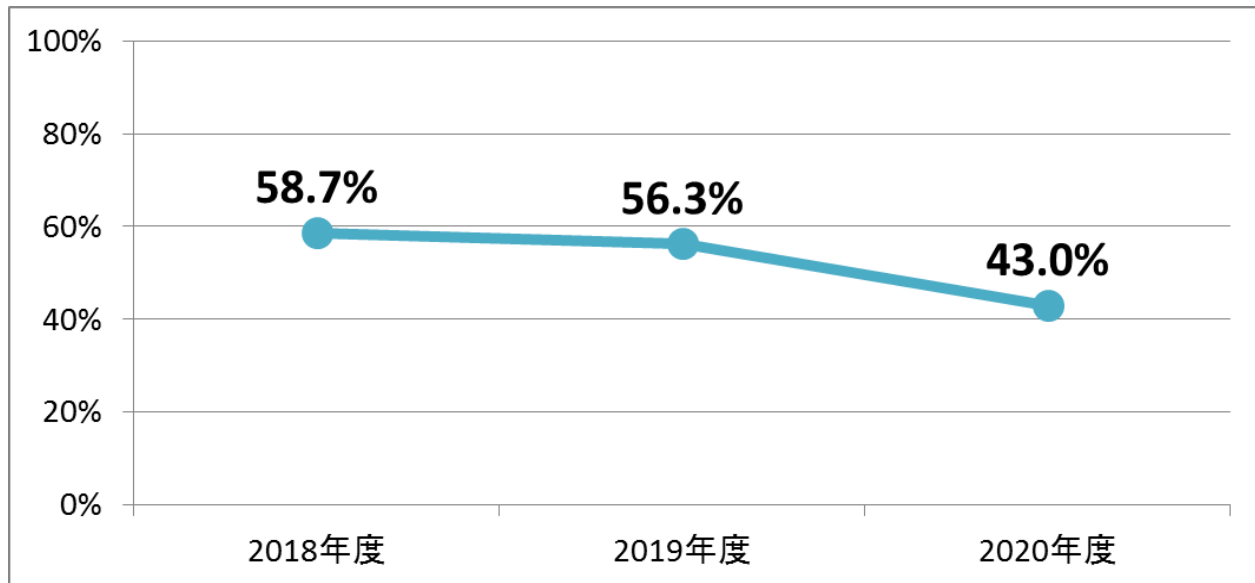
#### 【マスクによる耳の褥瘡 予防策】

- ・幅の広いゴムのマスクを選択する
- ・耳にゴムを掛けないための補助具を使用する
- ・(病院では)専用のクッション材を使用する



## 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】

分子) 1週間前の評価から改善した患者数(実人数)

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 | 2020年度 |
|----|--------|--------|--------|
| 分子 | 44     | 63     | 43     |
| 分母 | 75     | 112    | 100    |

### 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…



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。2020年度は当院採用のマットレスや褥瘡発生予測についての勉強会を実施しました。コロナ禍により従来法での勉強会の実施が困難となりましたが、少人数での頻回な開催や動画教材などを利用し、勉強会の充実を図りました。

### 褥瘡対策委員会より

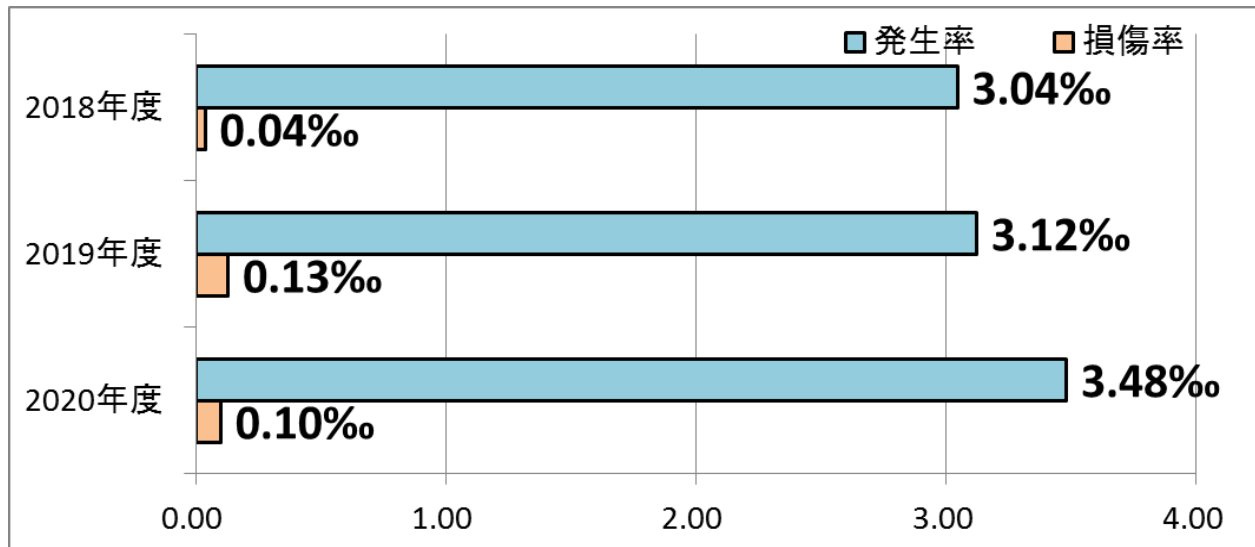


2019年度まで当院では仙骨部の褥瘡が多く発生していました。しかし、2020年度は仙骨部褥瘡はかなり減少しました。その要因として、褥瘡対策用マットレスの新規導入、マットレス選定方法の変更と周知を行い、患者様各々に適したマットレスを早期に使用することができたためと考えます。

しかしながら、踵部や背部の褥瘡発生は増加してしまいました。これは、褥瘡対策クッションの適正使用が出来ていなかったことが考えられます。そのため、今後は患者様一人一人に適したポジショニングの実施を行う事が出来るよう、活動してまいります。

### 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。



※単位は計算式に1,000をかけた%。(パーミル)となります。

#### 【計算式】

・発生率 レベル1～5

分子) 入院中に発生した転倒・転落の件数  
分母) 在院患者延べ人数

・損傷率 レベル3b以上

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

#### 【データ件数】

|       | 2018年度 | 2019年度 | 2020年度 |
|-------|--------|--------|--------|
| 発生率分子 | 242    | 246    | 243    |
| 損傷率分子 | 3      | 10     | 7      |
| 分母    | 79,493 | 78,819 | 69,750 |

#### 【転倒・転落のレベル分類表】

| 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<br>(消毒、湿布、縫合など)         |
| 3b  | 濃厚な処置や治療を要した<br>(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。また、せん妄が大きくかかわっている事もあります。

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。



## 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。主に左記のレベル分類で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回ラウンドしていましたが、2020年度は各部署でラウンドを実施し、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などを評価しました。

#### 【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事例などを基にKYT(危険予測トレーニング)を実施し、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。2020年度は、「リハビリテーション部の転倒転落の取り組みについて」研修を実施しました。

### 医療安全管理室より

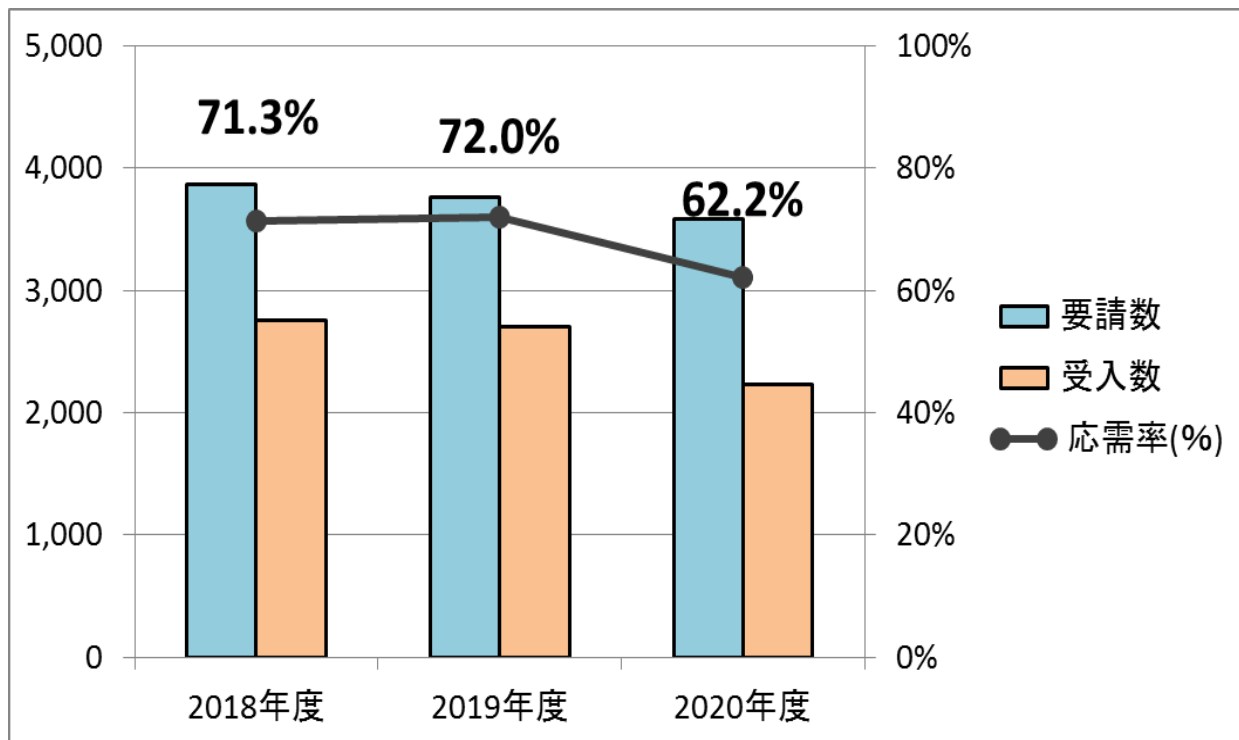


レベル1、レベル2の転倒・転落の報告件数が伸びています。またデータには表示されていませんが、レベル0(インシデント)の報告件数も伸びています。このレベル0とは、ヒヤッとしたり、ハッとしたり、事故には至らなくても、危なかったというような報告です。

レベル0のような報告件数が増えるということは、事故に対する意識が上がっているということになります。このような不安定状態を改善すれば、転倒・転落の大きな事故を減らせる可能性があります。

## 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。



分子) 救急車で来院した患者数

分母) 救急車受け入れ要請件数

|    | 2018年度 | 2019年度 | 2020年度 |
|----|--------|--------|--------|
| 分子 | 2,754  | 2,707  | 2,229  |
| 分母 | 3,862  | 3,762  | 3,585  |

**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。

### 地域医療連携室より



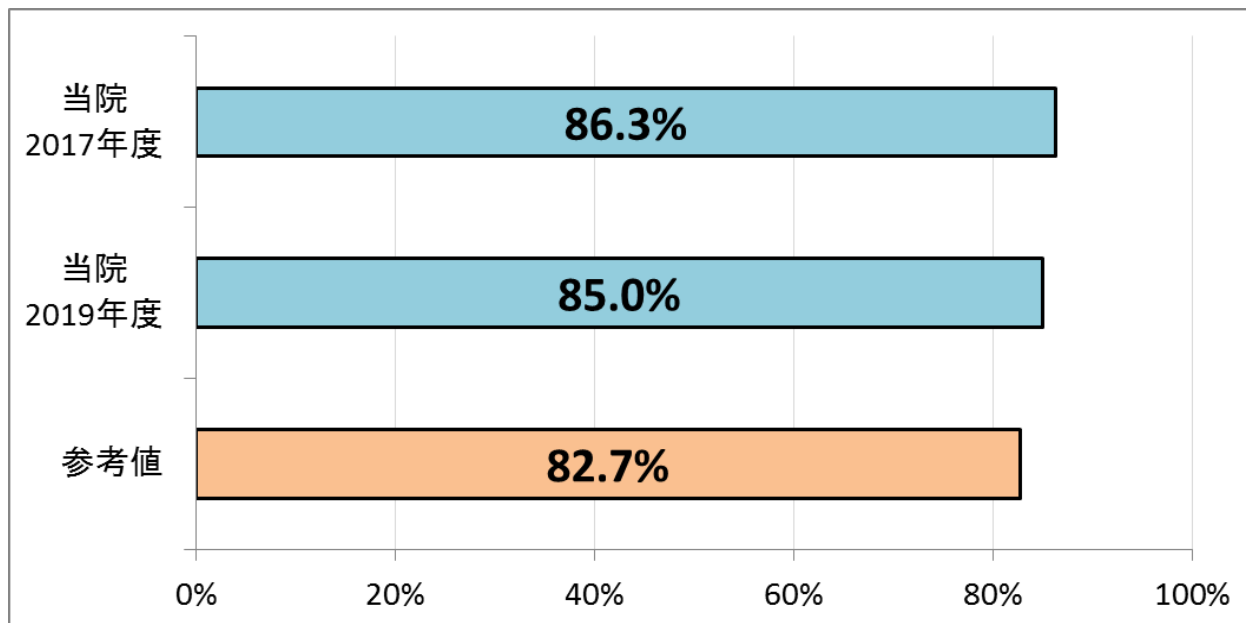
2020年度の横浜市救急出動件数は2019年より減少しました。当院も新型コロナの影響で応需率が大幅に減少しました。感染対策を行いながらの発熱者受け入れには場所や人材に限りがあることが原因です。

当院は神奈川モデルの重点医療機関協力病院として、救急外来に陰圧テント設置や疑似症病床の整備、院内PCR検査の導入等、救急診療体制・入院体制を整えてきました。地域の救急病院としての役割が果たせるよう、ホットライン要請数・応需率向上を全職員が意識して取り組んでいます。



## 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。



### 【計算式】

分子) 当院について総合的に満足または  
やや満足していると回答した外来患者件数  
分母) 外来患者満足度調査に回答した外来患者数

### 【参考値】

2019年度日本病院会QIプロジェクトより引用

### 【実施期間】

|        | 実施期間                        | 有効回答数 |
|--------|-----------------------------|-------|
| 2017年度 | 2017年12月1日 ~<br>2017年12月7日  | 378   |
| 2019年度 | 2019年12月1日 ~<br>2019年12月10日 | 493   |

## 2019年度の平均値が発表されました



外来診察をされた患者様を対象に奇数年で「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。

2020年度に外来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2019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。

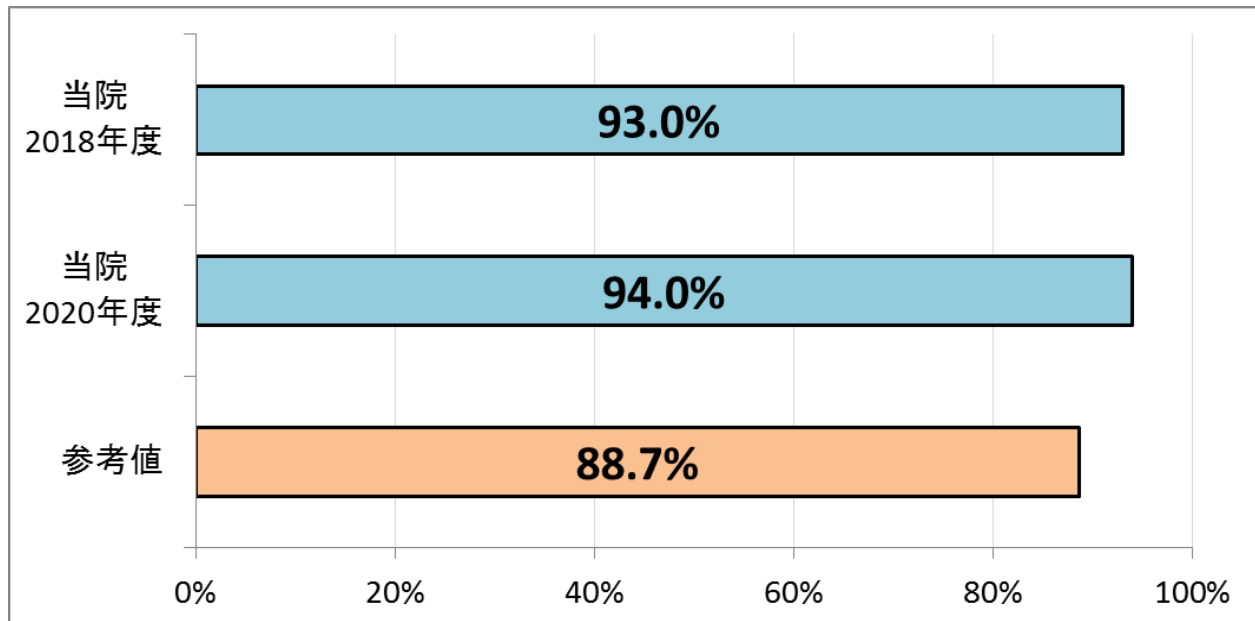
## 患者サービス向上委員会より



2019年度はトイレの改修工事後で、設備に対する満足度は前回より大きく向上しました。皆様の声が改修に結びつき、さらに満足度に反映されたことは大変うれしく思っています。

## 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。



### 【計算式】

分子) 当院について総合的に満足または  
やや満足していると回答した入院患者件数  
分母) 入院患者満足度調査に回答した入院患者数

### 【参考値】

2018年度日本病院会QIプロジェクトより引用

### 【実施期間】

|        | 実施期間                        | 有効回答数 |
|--------|-----------------------------|-------|
| 2018年度 | 2018年11月1日 ~<br>2019年1月31日  | 403   |
| 2020年度 | 2020年7月20日 ~<br>2020年12月31日 | 645   |

## 2020年度は入院患者満足度調査を行いました



ご入院された患者様を対象に偶数年で「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。

## 患者サービス向上委員会より



全国平均より高い値となりました。「当院を紹介したいか」との質問にも96.1%の方が紹介したいと考えてくださっています。これからもご期待に添えるよう、病院の理念である、確かな医療技術と優しい対応で地域の皆様に貢献していきたいと思ひます。

## 患者満足度に対する当院の活動

### 【患者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。

### ? 患者様の声を反映して、改善した取り組みはありますか？

2020年度はコロナ禍で様々な不安のお声が多く寄せられました。中でも、入院患者様とのご面会ができなくなり、ご家族様からは「なんとか面会できないものか」とのご要望が多く寄せられていました。そこで、当院でも2020年5月から“リモート面会”をできるようにいたしました。初めは回復期リハビリテーション病棟にご入院されている患者様のみを対象としていましたが、同年11月からは全病棟でリモート面会をできるようにいたしました。「会えない中で、顔だけでも見ることができて嬉しい」とのお言葉を頂戴しています。

その他、コロナ禍でも安心して受診いただくため、発熱のある方の受診は、建物外に“発熱ブース”を設置し、一般の方と完全に導線を分けました。また、院内入口と受付機横に検温器を設置しています。看護師も正面玄関付近に立ち、手指消毒を促し、ご気分がすぐれない方へすぐにお声掛けできるようにしています。患者様からは「入口が分かれていると、安心して受診できる」「看護師の方が立っていると安心する」とのお言葉を頂戴しています。

これからも寄せられたお声を基に、より良い病院作りを行ってまいります。



リモート面会の様子



2021年度は「外来患者満足度調査」を行います。  
皆様のご協力をお願いいたします。

## 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                                    | 2018年度 | 2019年度 | 2020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      | 3      | 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      | 2      | 0      |
| ⑤専任部門のコンサルテーション実施回数                   | 0      | 3      | 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 | 1      | 1      | 0      |
| 合計点数                                  | 6点     | 14点    | 11点    |

### 【点数内訳】

| 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 |

### 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、随時開催しています。

#### ＜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。

### 倫理委員会より



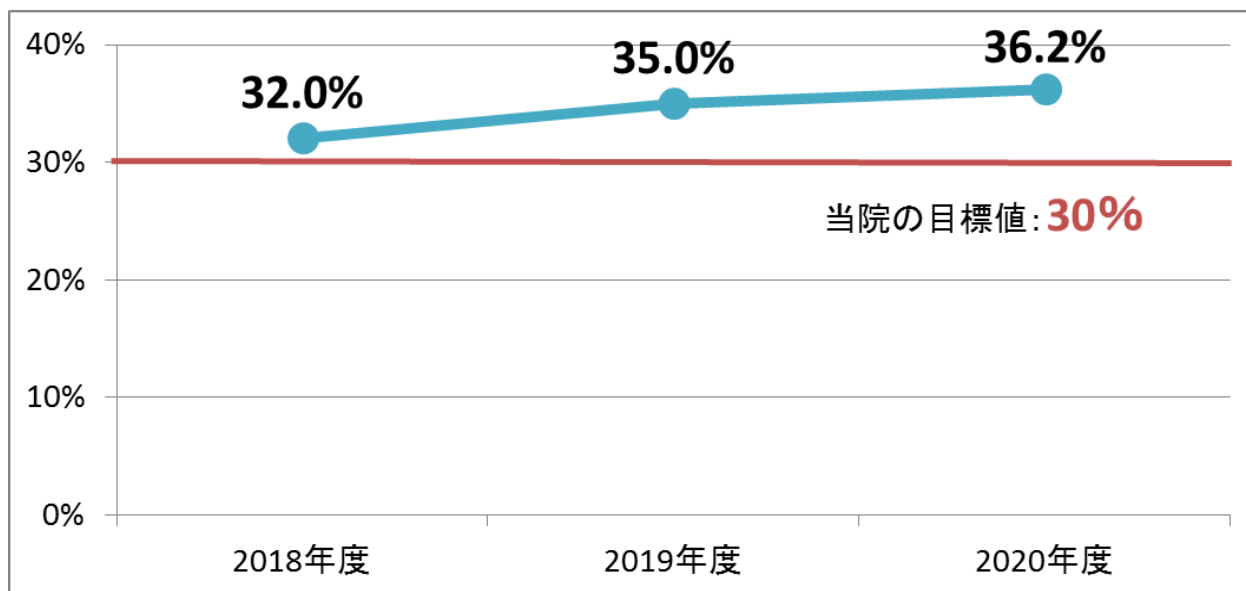
2020年度は倫理委員会の開催はありませんでしたが、倫理コンサルテーションチームでは、9事例のカンファレンスを実施し、ケアの支援に向け活動しました。事例検討により多職種協働で患者様への対応を工夫したり、職員への周知に向けたマニュアルの作成、改訂などに繋がっています。

2019年度より評価点数が3点下がってしまった理由は、コロナ禍により研修会が実施できなかったことと、病院全体で情報共有を図れなかったことが挙げられます。

2021年度も身近にある倫理課題が適切に議論され、ケアの質向上に繋がるよう、職員の倫理に関する知識の取得と気軽に議論できる環境づくりに向け活動します。

## 7 入院患者のクリティカルパス適用率

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】

分子) クリティカルパス適用入院患者数  
分母) 新入院患者数

### 【データ件数】

|    | 2018年度 | 2019年度 | 2020年度 |
|----|--------|--------|--------|
| 分子 | 1,166  | 1,305  | 1,191  |
| 分母 | 3,642  | 3,731  | 3,290  |

## クリティカルパスとは…



クリティカルパスとは「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。クリティ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。



## クリティカルパスに対する当院の活動

### 【クリティカルパス運営委員会】

良質な医療を効率よく、安全に供給するためにクリティカルパスの作成、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。

## ? クリティカルパスは何種類くらいありますか？

➡ 下表にまとめてみました。

2020年8月時点は全部で151種類ありました。

2021年8月現在では全部で158種類あります。

| 診療科                                                                                      | 種類  | クリティカルパスの一例           |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------------|
| 整形外科    | 35  | 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  | 24  | 膀胱癌の経尿道的切除術など         |
| 内科    | 26  | 糖尿病の教育入院など            |
| 脳神経外科                                                                                    | 4   | 脳血管造影など               |
| 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                                                                                       | 158 |                       |

### クリティカルパス運営委員会より

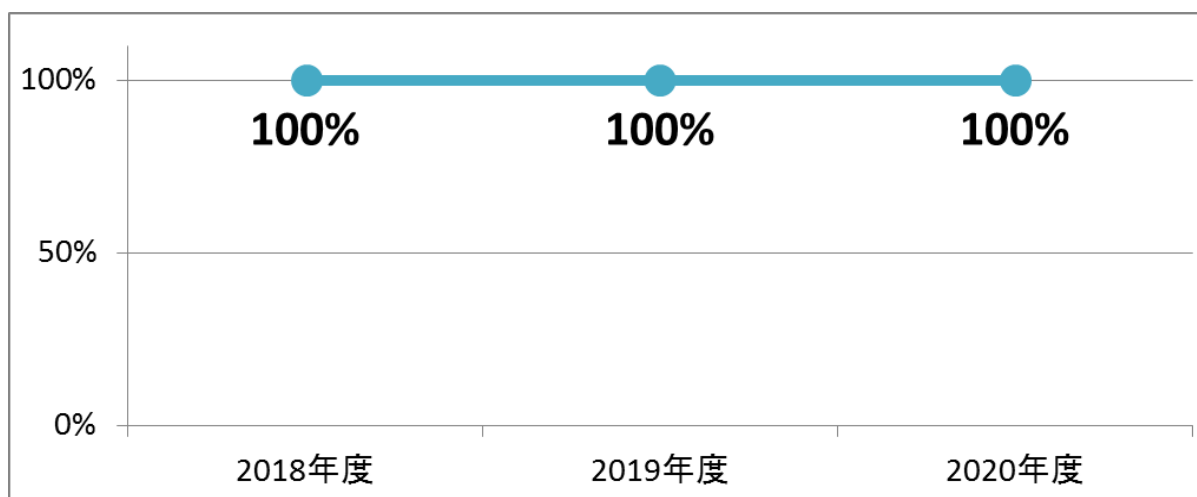


患者様が安心して安全な医療を受けられるために、クリティカルパスの作成・改定を進めています。学会などで作成されている診療ガイドラインに基づいてクリティカルパスを作成し、様々な疾患に対して標準的な医療を行えるようにしています。

実際にクリティカルパスを活用する上で生じた課題や、医療スタッフより挙がってきた意見をもとに日々改善を行い、より安全で標準化された医療を提供できるよう努めてまいります。

## 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】

分子) 肺血栓塞栓症予防管理料が算定された退院患者数  
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

### 【データ件数】

|    | 2018年度 | 2019年度 | 2020年度 |
|----|--------|--------|--------|
| 分子 | 280    | 250    | 210    |
| 分母 | 280    | 250    | 210    |

## 肺血栓塞栓症とは…



肺血栓塞栓症はエコノ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。

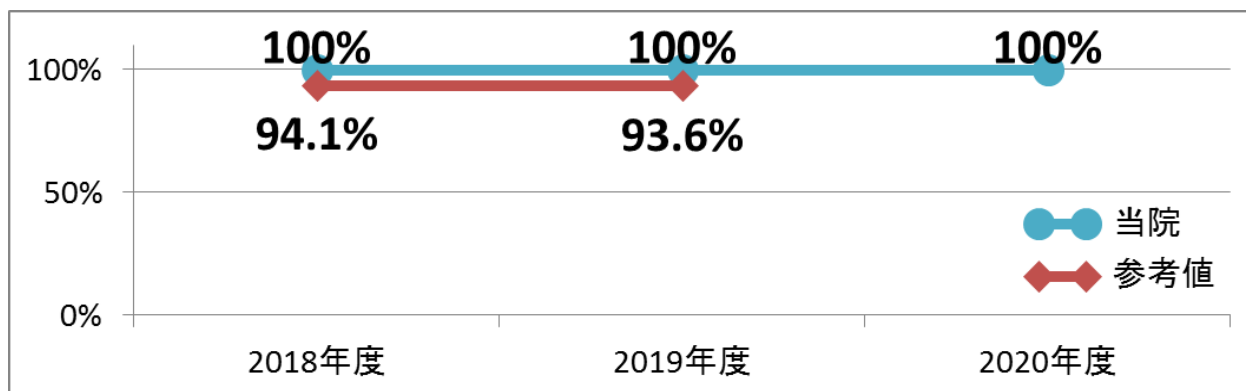
## 手術室より



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。予防対策は、手術前から始まり、手術後の離床開始まで行われます。

## 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】

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  
分母) 特定術式の手術件数

### 【データ件数】

|    | 2018年度 | 2019年度 | 2020年度 |
|----|--------|--------|--------|
| 分子 | 246    | 236    | 214    |
| 分母 | 246    | 236    | 214    |

### 【参考値】

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。

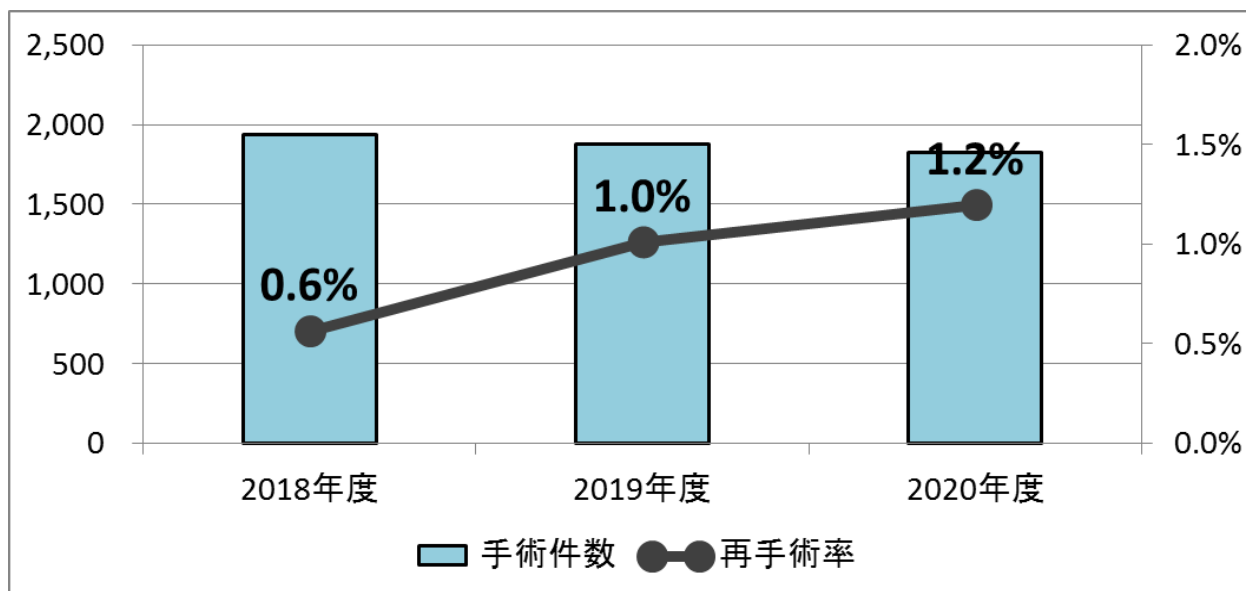
## 手術室より



2020年度も変わらず100%を維持しています。  
抗菌薬には様々な種類があるため、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。長時間に及ぶ手術では、術中追加投与を行い、血中濃度を下げないように努めています。

## 10 24時間以内の再手術率

手術終了後、同一患者に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】

分子) 予定外の再手術件数  
分母) 手術件数

### 【データ件数】

|    | 2018年度 | 2019年度 | 2020年度 |
|----|--------|--------|--------|
| 分子 | 11     | 19     | 22     |
| 分母 | 1,934  | 1,874  | 1,823  |

### 再手術率は…



先に施行した手術との因果関係や同一部位かは問わず、手術後24時間以内に緊急で手術した場合再手術件数にカウントされます。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。

### 手術室より

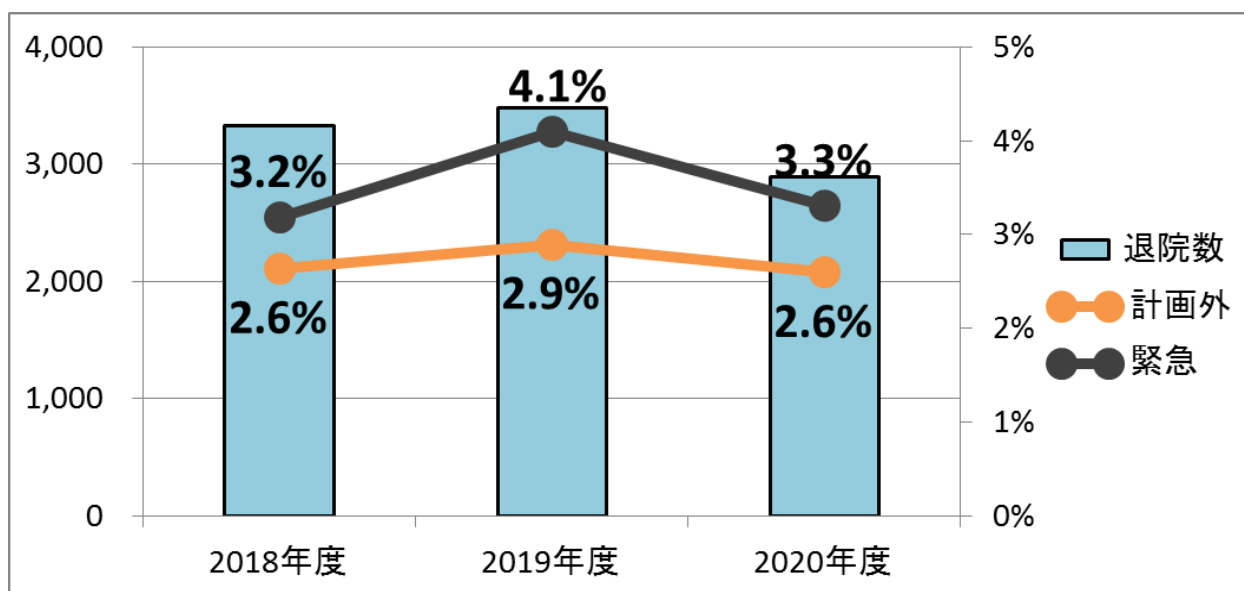


24時間以内に関わらず、緊急で再手術を施行した場合、医療安全管理室へ【オカレンス報告】をしています。そこで問題がなかったのかどうか検証を行っています。再手術が必要になった場合でも、当院では24時間、迅速に対応できる体制を整えています。

## 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】

分子) 退院後4週間以内の計画外・  
緊急再入院件数

分母) 退院患者数

### 【データ件数】

|         | 2018年度 | 2019年度 | 2020年度 |
|---------|--------|--------|--------|
| 計画外再入院数 | 88     | 100    | 74     |
| 緊急再入院数  | 106    | 143    | 96     |
| 退院患者数   | 3,331  | 3,480  | 2,888  |

### 再入院率は…



初回入院時の治療が不十分であったこと、回復が不完全な状態で早期退院としたこと、などの要因が考えられます。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

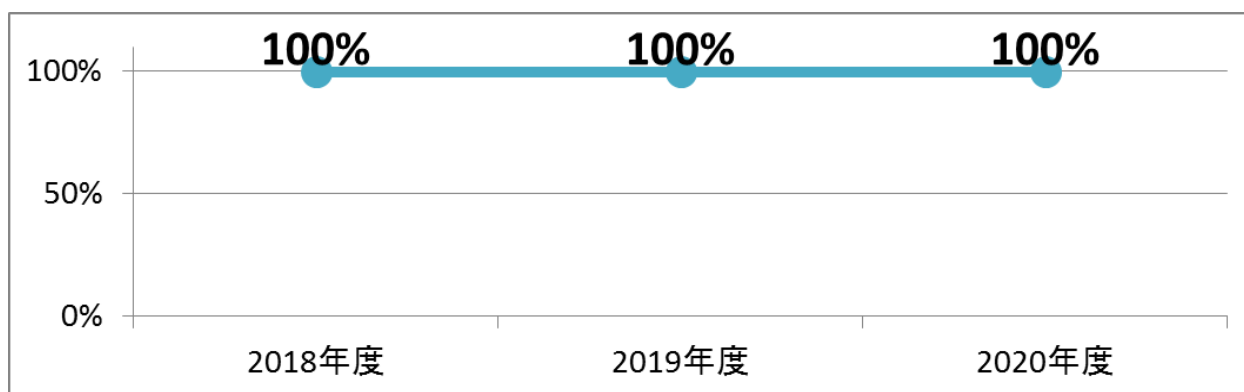
### 診療情報管理室より



2019年度と比較し、計画外・緊急再入院率共にやや減少しています。当院では病院の都合によって、未回復のまま患者様にご自宅に帰っていただくことはありません。100%予期せぬ再入院を無くすことはできませんが、少しでも減らしていけるように努力してまいります。

## 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】

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  
分母) 人工膝関節全置換術が施行された退院患者数

### 【データ件数】

|    | 2018年度 | 2019年度 | 2020年度 |
|----|--------|--------|--------|
| 分子 | 12     | 10     | 5      |
| 分母 | 12     | 10     | 5      |

### 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い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。

### リハビリテーション部より

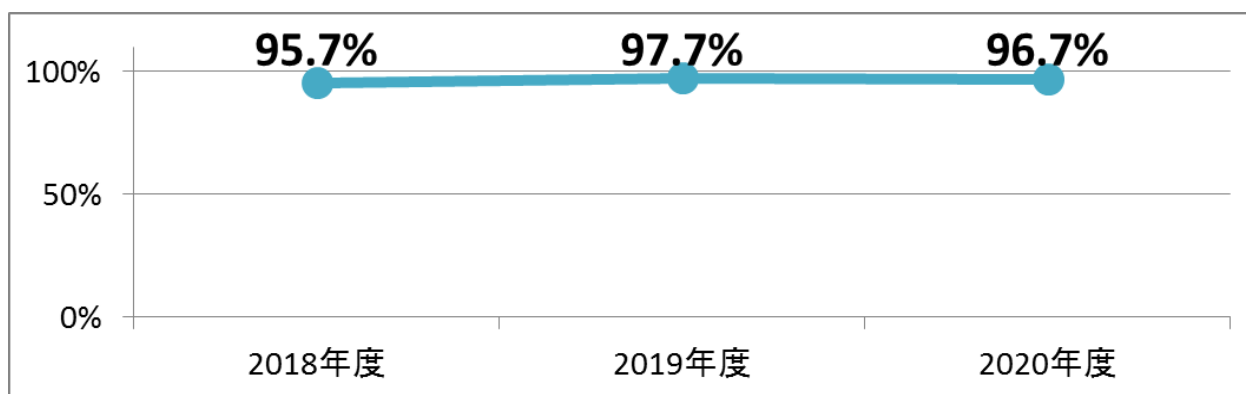


クリティカルパスに準じて手術前及び手術翌日よりリハビリテーションを行っており、前年同様100%を保っています。



## 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】

分子) 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  
分母) 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】

|    | 2018年度 | 2019年度 | 2020年度 |
|----|--------|--------|--------|
| 分子 | 179    | 208    | 206    |
| 分母 | 187    | 213    | 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。

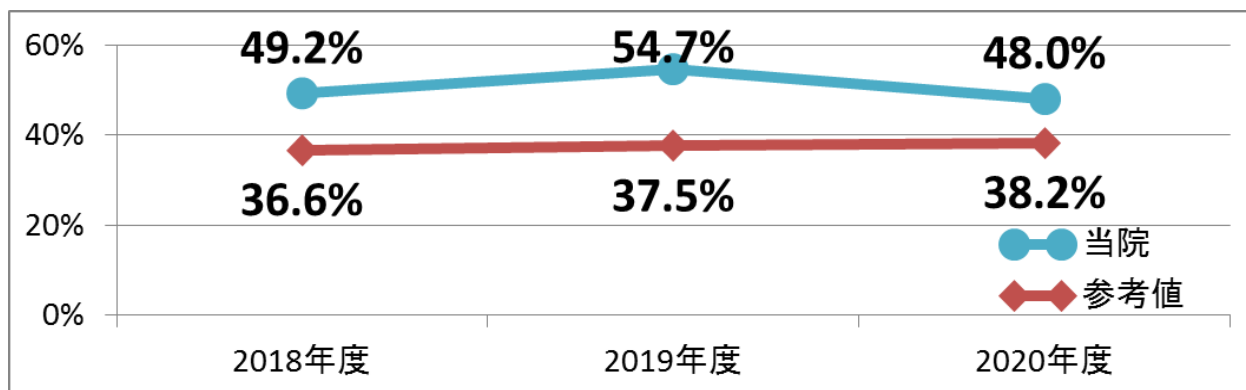
## リハビリテーション部より



“脳卒中患者に対する早期リハビリテーションの実施”は、脳卒中ガイドラインでも推奨グレードAとなっています。当院でも2019年度に引き続き高い割合を保っています。

## 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】

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  
分母) 新規入院患者数

### 【データ件数】

|    | 2018年度 | 2019年度 | 2020年度 |
|----|--------|--------|--------|
| 分子 | 87     | 87     | 82     |
| 分母 | 177    | 159    | 171    |

### 【参考値】

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。

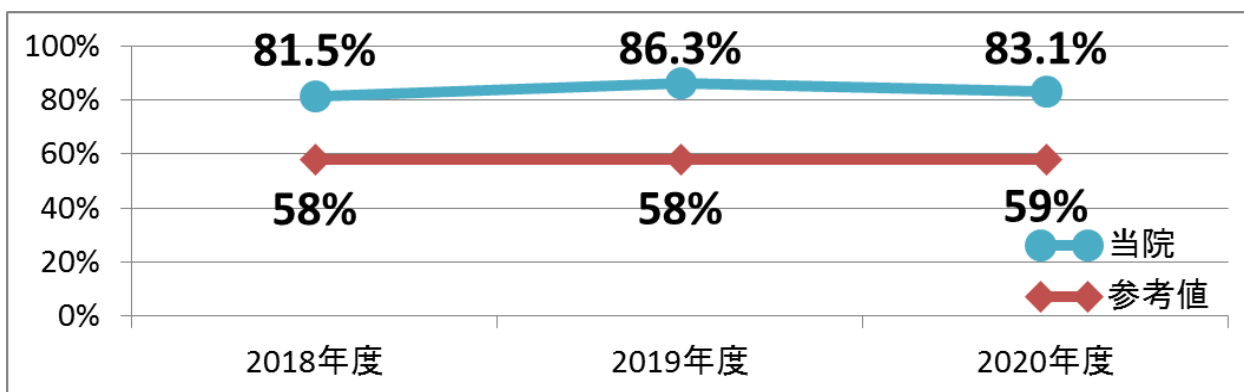
## リハビリテーション部より



2020年度も、重症度の高い患者様を平均値以上受け入れることができています。37床のうち、半数を重症度の高い患者様が占める回復期リハビリテーション病棟として、多職種が連携し、患者様の回復を援助しています。

## 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】

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  
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】

|    | 2018年度 | 2019年度 | 2020年度 |
|----|--------|--------|--------|
| 分子 | 75     | 63     | 64     |
| 分母 | 92     | 73     | 77     |

### 【参考値】

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

## リハビリテーションの必要性…



重症度の高い患者様こそ、早期にリハビリテーションを行うことが必要です。リスク管理をしながら専門的なリハビリテーションを行い、日常生活動作を回復させていきます。積極的に行うことで、少しでも良い状態で退院することが可能となります。

## リハビリテーション部より

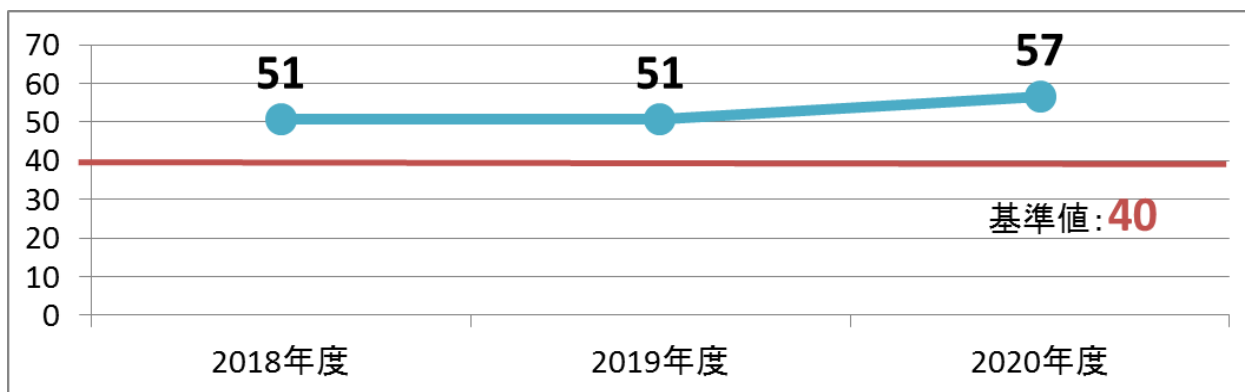


毎年、重症度の高い患者様が病床の半数を占める中、基準である4点以上回復した患者様の割合を80%以上保つことができています。

入院された患者様の重症度が高くても、回復期リハビリテーション病棟は患者様とその家族の求める改善ができるように日々励んでいます。

## 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】

分子) 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

分母) 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るものですが、**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40です。

### リハビリテーション部より



“いかに早く運動項目が改善でき、早く退院することができるか”が求められる実績指数において、重症度の高い患者様も含め、早期回復、早期退院ができていることが数値に表れています。今後も更なる数値の向上を目指し、努めてまいります。

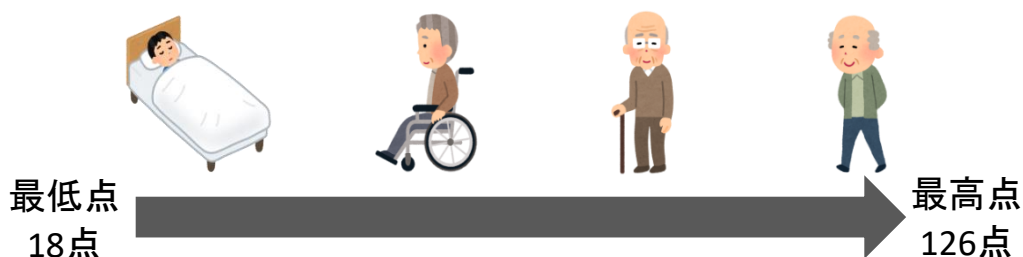
## FIMとは…



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】<br>多い ← → 少ない |   |   |        |   | 【道具】<br>いる いない |   |



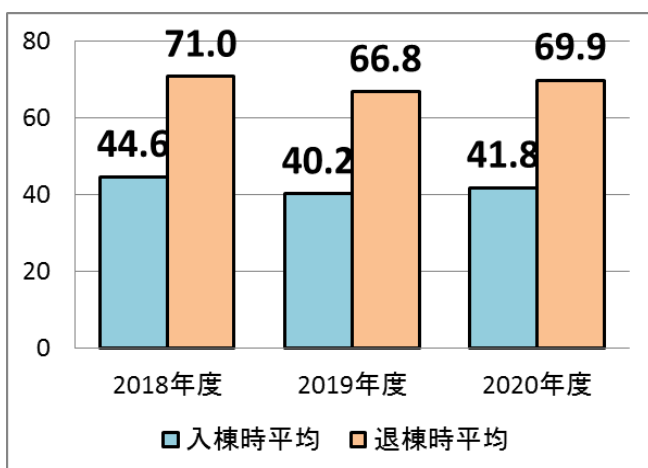
## ? 入棟時FIMの点数と退棟時FIMの点数はどのくらい変わりますか？



→ 約30点くらい点数が上がっています！

この「30点」を上げるためには、

- ①PT・OT・STの専門的な治療で問題点を絞り、早期から積極的な治療で改善を図る
- ②病棟看護師と連携をし、環境設定、介助方法の統一を図り、実際に生活動作を実施する
- ③効果判定をし、もっとも適切な方法を確認するという手順を常に行っています。



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】

|     | 2018年度 | 2019年度 | 2020年度 |
|-----|--------|--------|--------|
| 患者数 | 175    | 153    | 170    |

2020 年度 新緑の QI

2021 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