

2022 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カ月に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。活動報告として担当者からのコメントを掲載しています。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～

2022年度時点



・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。

急性期一般入院料1を算定しています。

・HCU (High Care Unit: 高度治療室)

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。

ハイケアユニット入院医療管理料1を算定しています。

・SCU (Stroke Care Unit: 脳卒中集中治療室)

脳卒中(脳梗塞、脳出血、くも膜下出血)急性期の患者様を受け入れ、専門チームによる集中的な治療を行う病室です。状態が安定すれば、一般病棟へ移動となります。

脳卒中ケアユニット入院医療管理料を算定しています。

・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。

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。

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～

対象:一般病棟、HCU、SCU

1-1 在宅復帰・病床機能連携率

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。

【データ件数】		2020年度	2021年度	2022年度
分子	在宅復帰・病床機能連携した患者数	2,477	2,679	2,867
分母	急性期一般入院料1から退院した患者数	2,552	2,771	2,931

【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から退院した患者数

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

急性期治療が終了した患者様の多くは、入院前に生活していた自宅や高齢者施設等に退院しますが、医療的ケアやリハビリの継続が必要なため、病院へ転院する患者様もいます。当院では、入院から退院後の生活までスムーズな流れとなり安心して入院治療を受けていただけるよう、入院前からの患者様の支援に取り組んでいます。入院中は早期から生活復帰に向けたケアやリハビリを行い、地域のケアマネジャーや訪問看護師等と連携を図り、多職種が協力して円滑な退院を目指しています。

← 対象となる病棟

← 指標名

← 指標の簡易説明



← 【指しマーク】
簡易説明内に出てくる言葉や指標の詳しい説明



← 【メモ帳マーク】
担当者からのコメント

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



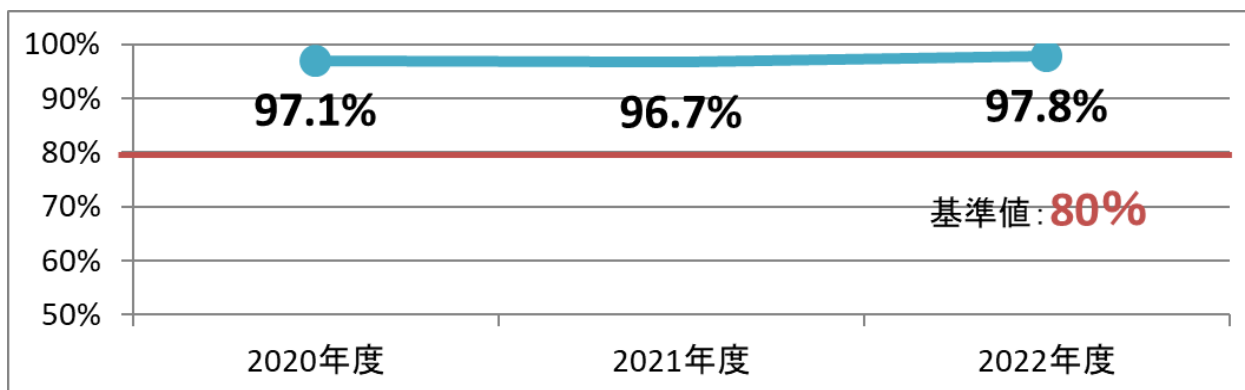
【注意マーク】
データを見るうえでの
注意事項

～目次～

1	在宅復帰	
1-1	在宅復帰・病床機能連携率	… 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 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

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】

	2020年度	2021年度	2022年度
分子	2,477	2,679	2,867
分母	2,552	2,771	2,931

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。

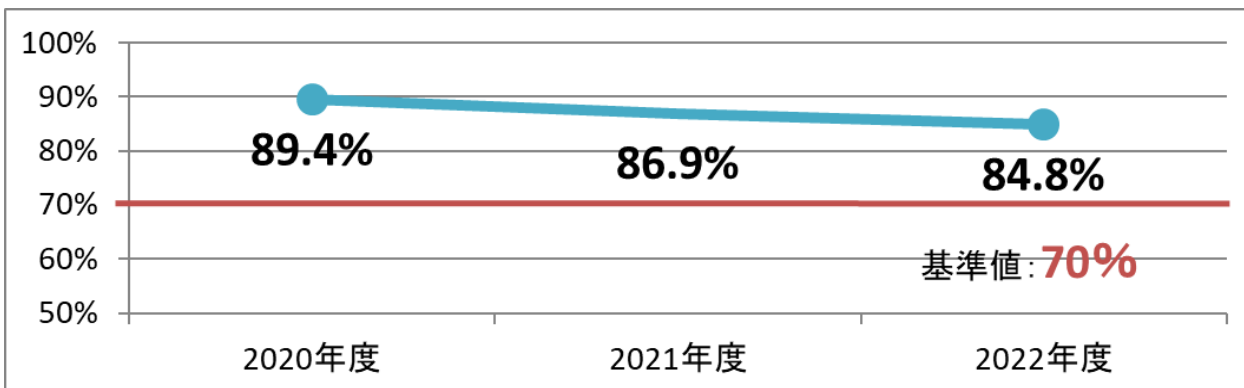
看護部より



急性期治療が終了した患者様の多くは、入院前に生活していた自宅や高齢者施設等に退院しますが、医療的ケアやリハビリの継続が必要なため、病院へ転院する患者様もいます。当院では、入院から退院後の生活までスムーズな流れとなり安心して入院治療を受けていただけるよう、入院前からの患者様の支援に取り組んでいます。入院中は早期から生活復帰に向けたケアやリハビリを行い、地域のケアマネジャーや訪問看護師等と連携を図り、多職種が協力して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】

	2020年度	2021年度	2022年度
分子	152	133	117
分母	170	153	138

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。

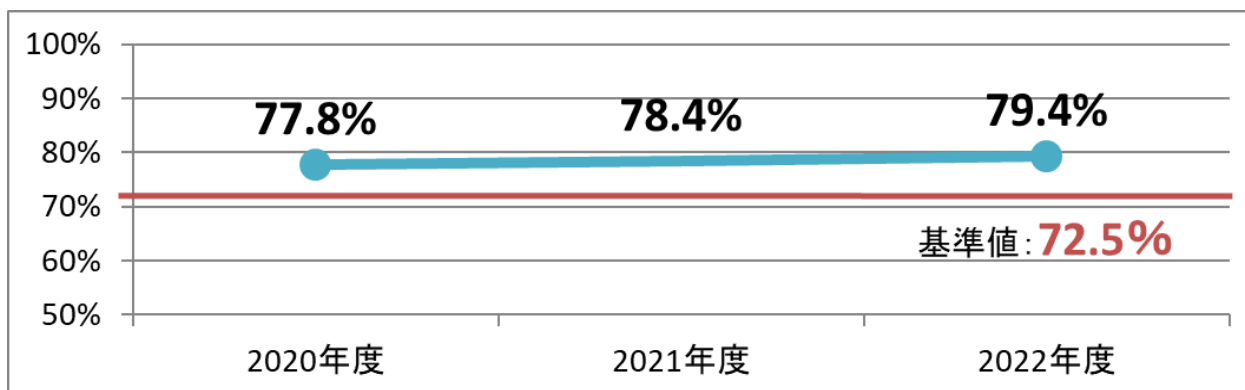
回復期リハビリテーション病棟より



在宅復帰する為には、患者様の身体機能・能力に加え、ご家族等介護者による支え、社会福祉サービスの提供等も重要です。地域の関係者の皆様と協働し、患者様一人一人が獲得された「できるADL（訓練場面で遂行できる日常生活動作）」を「しているADL（実際に病棟生活で行っている日常生活動作）」へと繋ぎ、患者様が自分らしく生活できる療養先へと、安心して退院できることを目標に、院内多職種による連携を図りながら、支援を行っています。

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】

	2020年度	2021年度	2022年度
分子	540	535	597
分母	694	682	752

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72.5%です。
※2022年4月より70%⇒72.5%へ変更。

地域包括ケア病棟より

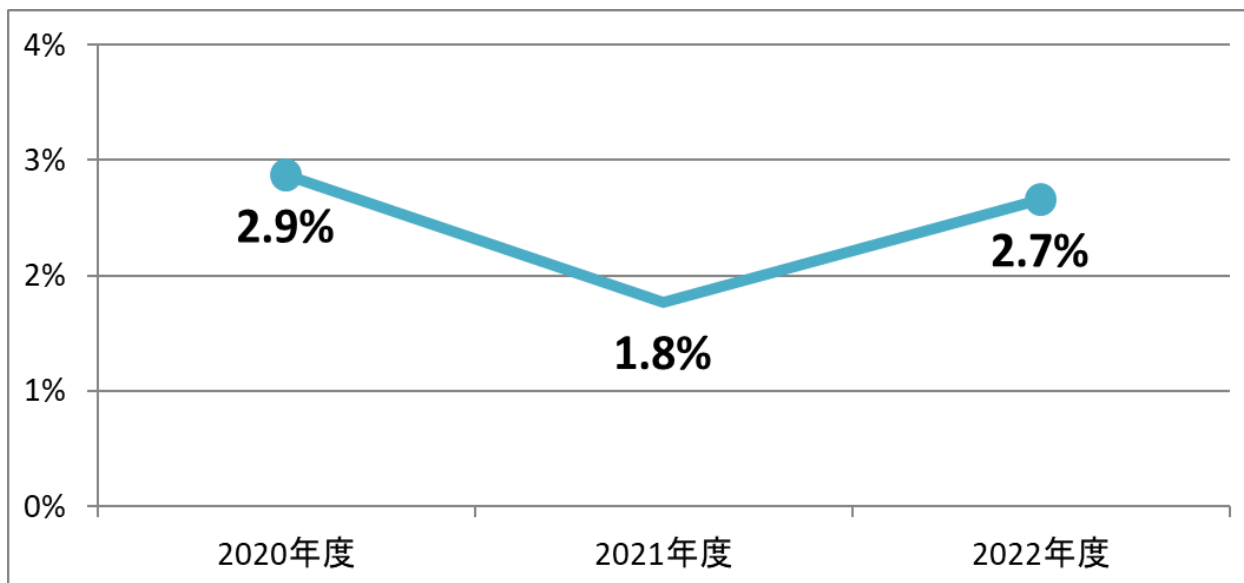


コロナ禍であり面会制限がありましたが、家族やケアマネージャーなどと連携を取り退院調整を行い、2022年度の平均は79.4%で1%上昇しました。

コロナ禍が明け、2023年度はサポート入院や転院の入院を受けようになり、安心して入退院できるように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】

	2020年度	2021年度	2022年度
分子	163	105	161
分母	5,682	5,934	6,056

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。

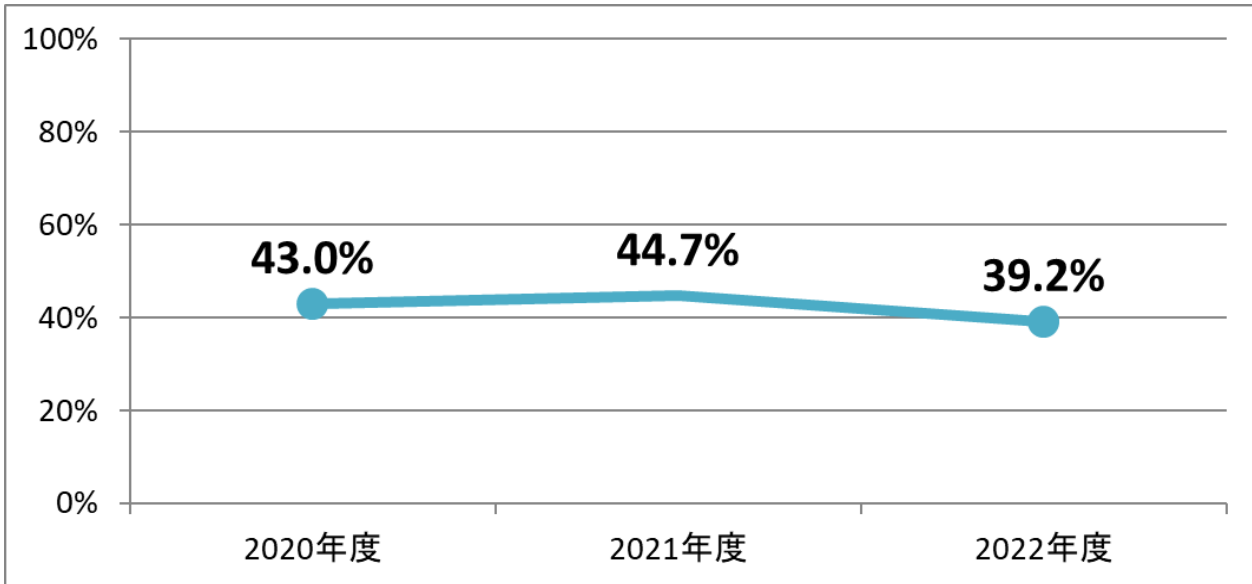
褥瘡対策委員会より



褥瘡推定発生率については、10ページで「2-2 新規発生した褥瘡の改善率」と一緒にコメントしています。

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】

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】

	2020年度	2021年度	2022年度
分子	43	34	49
分母	100	76	125

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なく、外部講師を招いて実施することもあります。2022年度は「体位調整」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



2022年度は、感染症などで食事をとれない患者様や、隔離が必要な患者様の入院も多く、褥瘡発生率が上昇しました。褥瘡対策委員会は、褥瘡の予防にポイントを絞り、発生リスクの高い部位に予防的に使用できる被覆剤(※1)を導入しました。入院時に骨突出の有無と褥瘡リスクを評価し、貼付することで褥瘡発生予防に努めています。また、医療安全管理室と連携し、弾性ストッキング(※2)による褥瘡予防のための観察ポイントを整理し、マニュアルを改訂しました。特に弾性ストッキングの装着の際の血流の確認は重要であり、周知徹底しています。

今後も患者様一人一人が二次的苦痛にさらされることのないよう、対策を進めてまいります。

※1…ハイドロジェントルエイド(救急絆創膏)
クッション性があり、皮膚を圧迫から守ります。

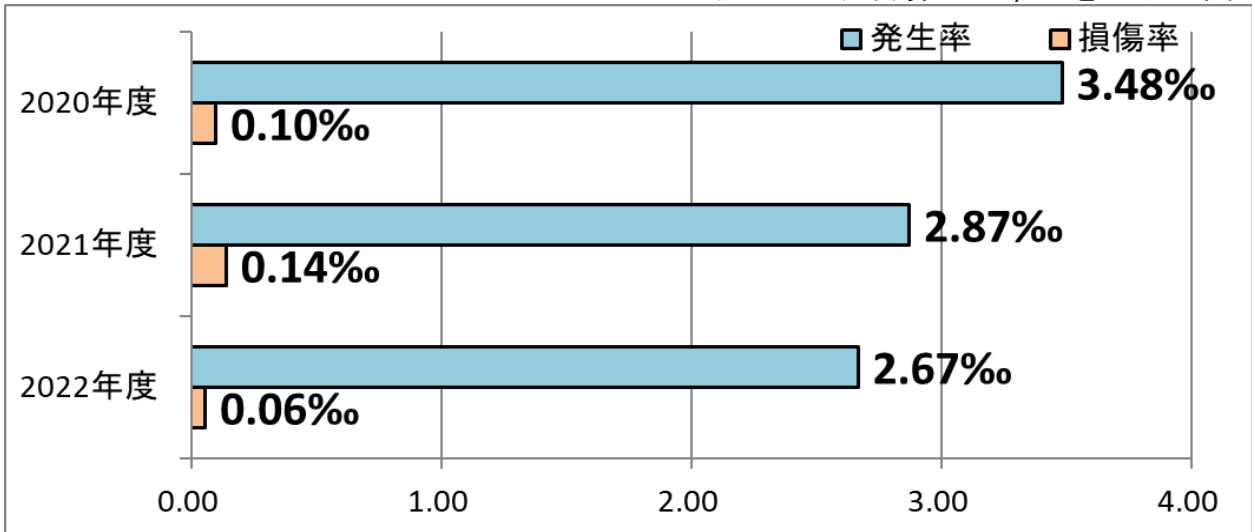


※2…足を下から上へ圧迫する特殊な靴下のことです。
(21ページ指さしマーク欄参照)治療上必要なものではありませんが、やせ型の方や、靴下のしわにより褥瘡が発生する場合があります。

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。

※%。(パーミル):計算式に1,000をかけた単位



【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】

	2020年度	2021年度	2022年度
発生率分子	243	208	186
損傷率分子	7	10	4
分母	69,750	72,578	69,783

【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 (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

転倒や転落は…



事故には至っていないが、不安定な状況が存在することを「インシデント」と言います。インシデントはレベル0として報告します。この時点から介入を行うことで、事故の発生率を下げる事ができます。事故が起こる前の段階で予測をすることは難しく、危険予測の感性を磨く必要があります。この感性を磨くために、KYT(危険予知トレーニング)や、レベル0報告を意識的に挙げる取り組みをしています。未来に目を向けたカンファレンスを実施し、充実した対策を立てる事でPDCAサイクル(※)を回すことができます。

(※)Plan: 計画 Do: 実行 Check: 評価 Action: 改善 を繰り返すことで、課題を洗い出し、医療の質を継続的に向上させるための仕組み



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、2022年度も各部署でラウンドを実施してもらい、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(危険予知トレーニング)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。2022年度は、「分からないレベル評価」「栄養管理の基礎」について実施しました。

医療安全管理室より



右図は入院患者様だけでなく、院内全体で報告されたレベル0～5までのレポート件数です。2022年

報告件数	2019年	2020年	2021年	2022年
レベル0	30	204	204	251
レベル1～5	277	224	224	199
計	307	428	428	450

は、実際に転倒転落した報告(レベル1～5)よりも、転倒していない報告(レベル0)が多く挙がりました。これは、レベル0の報告をするように全部署へ周知した結果です。転倒転落の危険予測の意識が高まったことで、確実に重大事故が減少しています。

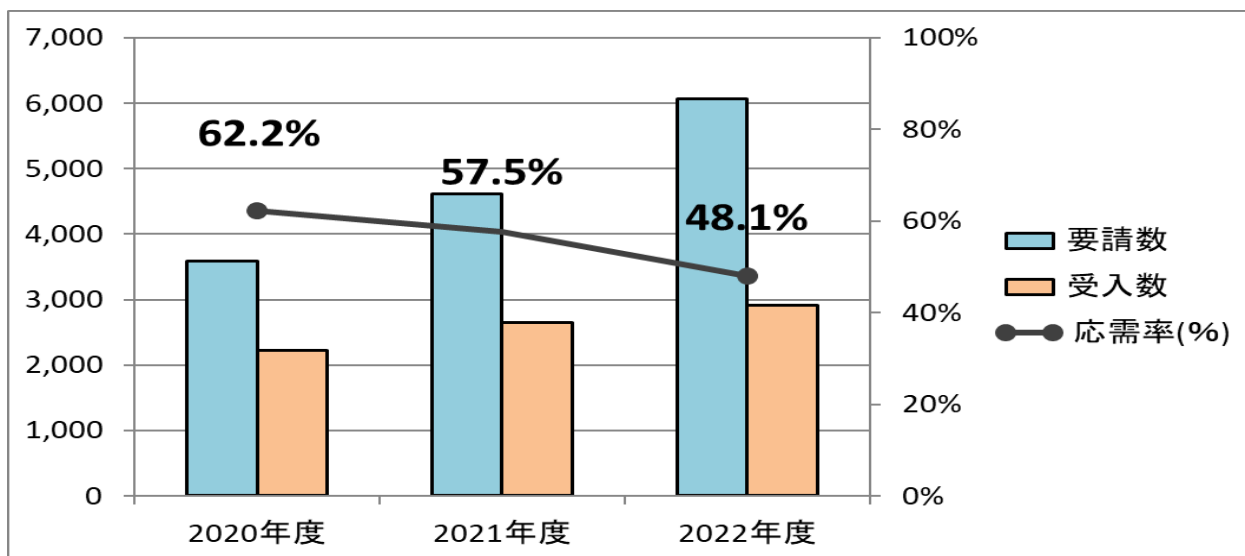
レベル0の報告を挙げるためには、意識が転倒後ではなく転倒前に向かなくてはなりません。

- * 患者さんのどのような行動が危険なのかを予測する
(ここに意識が向かないとレベル0の報告がなかなか挙がりません。)
- * 意義を理解し、レベル0を報告することに賛同する

これは一朝一夕に出来る事ではなく、年単位の取り組みになりますが、スタッフは意義を理解し頑張っています。挙げた報告に対し、データでフィードバックをする事により、さらにレベル0の有効性を確実なものとしします。データはスタッフの自信となっています。

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】

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

【データ件数】

	2020年度	2021年度	2022年度
分子	2,229	2,654	2,918
分母	3,585	4,613	6,067

応需率は…



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。

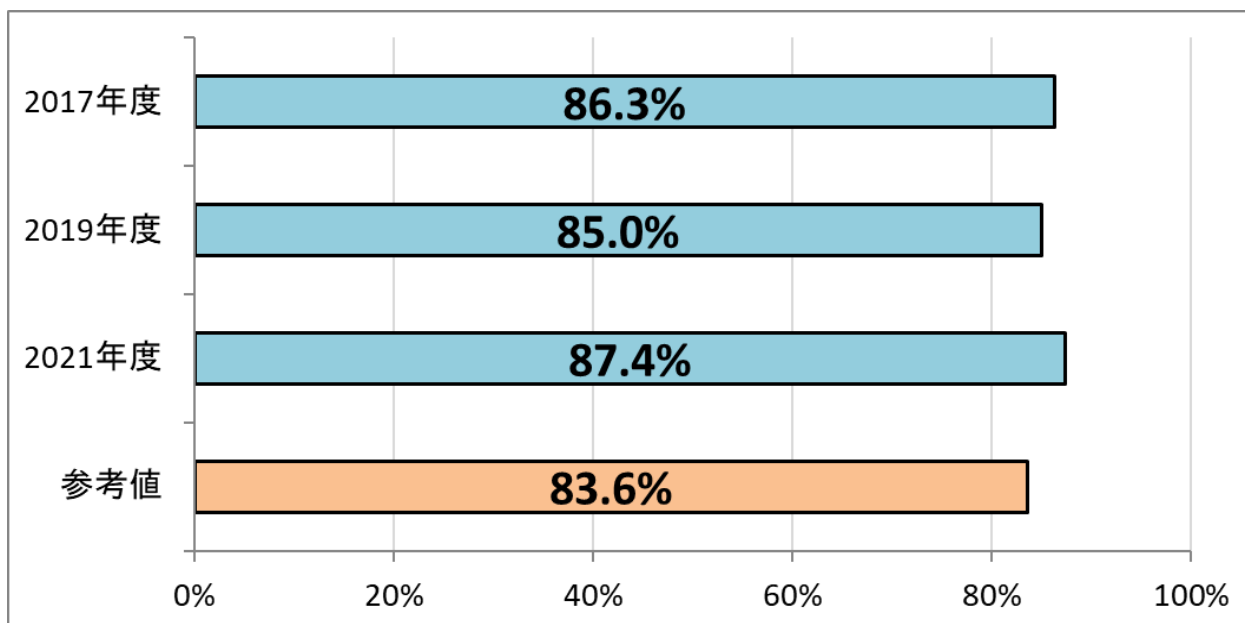
救急外来より



2022度は前年度よりさらに救急要請件数が増加しました。新型コロナウイルス感染症の第7波、第8波の影響により過去に類を見ない件数となり、不応需数が大幅に増加したため、応需率は低下しました。しかし、診療体制や病床の限界はありますが、救急要請に対応できるよう、院内職員同士が連携することで、新型コロナウイルス感染症が流行する前よりも、応需数を増加することができました。今後も、地域の救急病院として使命を果たすため、救急要請時ではできる限り受け入れができるように診療体制を整える必要があります。2023年度は救急応需への職員の意識を高め、救急体制の見直しを強化し、病院理念に掲げる「やさしい対応・地域への貢献」を引き続き実践できるよう、救急診療に取り組んでまいります。

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。



【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】

2021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 ~ 2017年12月7日	378
2019年度	2019年12月1日 ~ 2019年12月10日	493
2021年度	2021年12月1日 ~ 2021年12月22日	513

2021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。

2021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2021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。

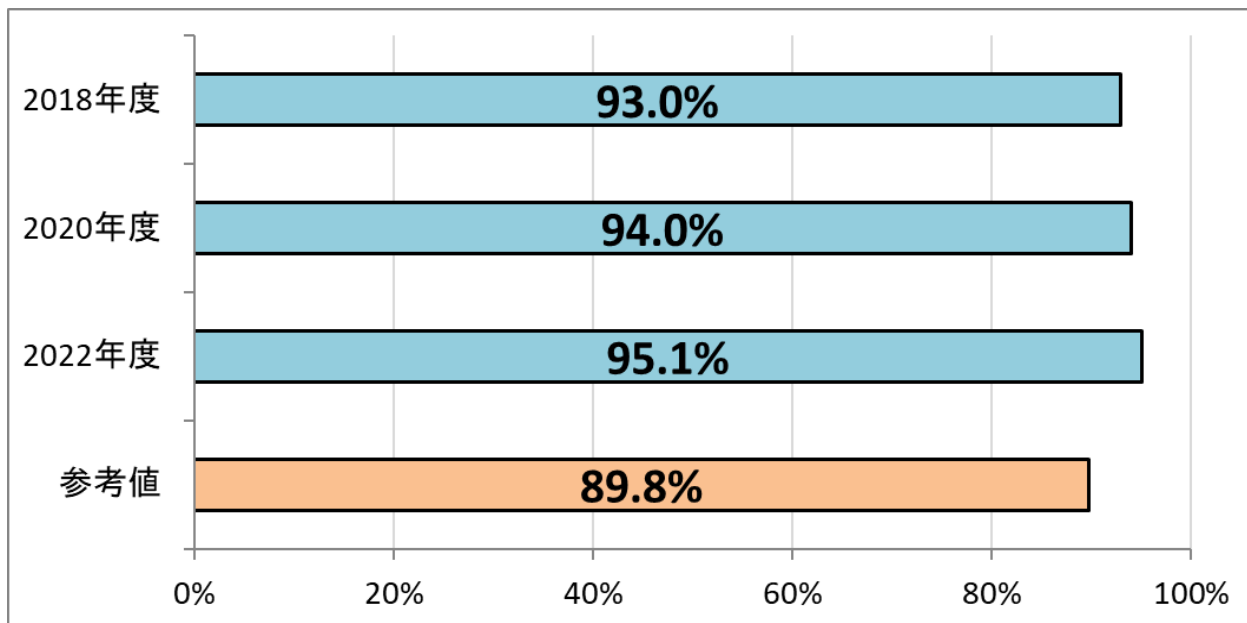
患者サービス向上委員会より



全国平均値より高い満足のお声をいただきうれしく思っています。委員会はより多くの患者様に満足と感じていただけるよう活動しています。2021年度は接遇について各職種で改善に向けた取り組みを実施しました。

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】

2022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 ~ 2019年1月31日	403
2020年度	2020年7月20日 ~ 2020年12月31日	645
2022年度	2022年11月27日 ~ 2023年2月11日	201

2022年度は入院患者満足度調査を行いました



ご入院を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



昨年度からQRコードでもアンケートに回答できるようになりました。約半数の方が利用されており、より簡便にご回答いただけたかと思えます。入院患者様におかれましては感染対策でご協力をいただくことも多くありましたが、全国を上回る高評価をいただき感謝しています。フリーコメントも多く頂戴し、今後の病院サービスの向上に役立てていきたいと考えています。

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。

? 2022年度はどんな活動をしましたか？

総合患者支援センターが開設されました！

質の高い患者支援に力を入れるため、松前院長がセンター長として着任し、患者相談室・入退院支援室・医療相談室・地域医療連携室を組織化した「総合患者支援センター」が開設されました。

患者様が外来受診・入院治療の際により良い医療を受けて頂くための支援を行っています。

患者様やご家族に寄り添い、医療・福祉・看護相談などに対応し、医療・福祉・保健機関などと連携を図り、安心して継続していける医療サービスの強化を図っていきます。

より見えやすく・快適になりました！

5階東病棟は全室、アーム式読書灯(※1)をLEDタイプの物へ更新しました。また、5階東病棟・6階東病棟・7階病棟の男女トイレの個室へLEDダウンライト(※2)を新たに設置しました。以前に比べ、LEDライトを設置することで、より明るく、見やすくなりました。また、感染対策として院内全病室へ空気清浄機(※3)を設置いたしました。安心して、快適にご利用いただけるために、今後も患者様からいただいた声に、少しでも寄り添えるよう努めてまいります。



2023年度は「外来患者満足度調査」を行いました。
ご協力ありがとうございました。

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	2020年度	2021年度	2022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	3	3	1
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	0
⑤専任部門のコンサルテーション実施回数	3	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	0	0	0
合計点数	11点	11点	9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



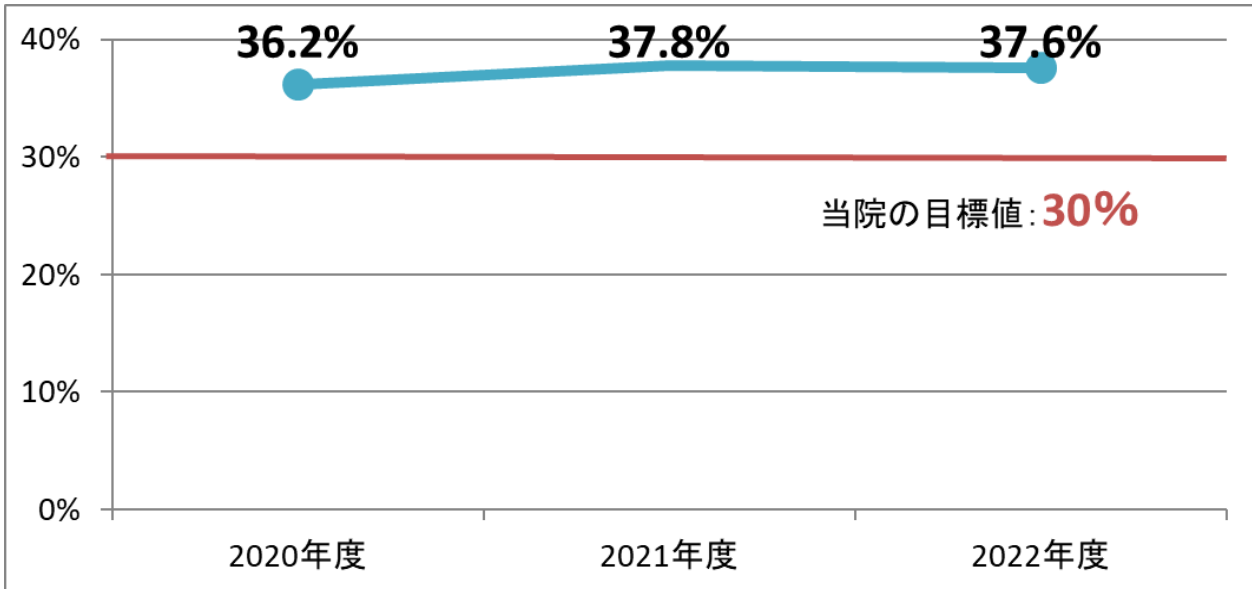
今年度の依頼内容の中で、患者の治療への協力が得られにくいと感じ、対応に苦慮している事例が3例ありました。昨年に続き、COVID-19の影響で面会制限もあり、コミュニケーション不足等から、患者および職員も高ストレス状態であったことが一つの要因ではないかと感じる事例でした。

職員が不安と感じたときに早い段階でディスカッションし、患者の心身の苦痛により添えるケアの提供につなげることが患者にとっても、職員にとっても、大切なことです。

倫理的感性を高めるための教育を推進していきます。

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】

	2020年度	2021年度	2022年度
分子	1,191	1,309	1,336
分母	3,290	3,467	3,550

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。
2022年11月時点は全部で170種類ありました。
2023年11月現在では全部で152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 	28	胸腰椎圧迫骨折、大腿骨頸部骨折など
婦人科 	31	子宮内膜ポリープ切除術、子宮筋腫摘出術など
泌尿器科 	26	膀胱癌の経尿道的切除術など
内科 	22	心臓カテーテル(冠動脈造影)検査・治療など
脳神経外科	4	脳血管造影など
消化器センター 	34	結腸癌の切除術、急性虫垂炎など
乳腺外科	7	乳房切除術など
合計	152	

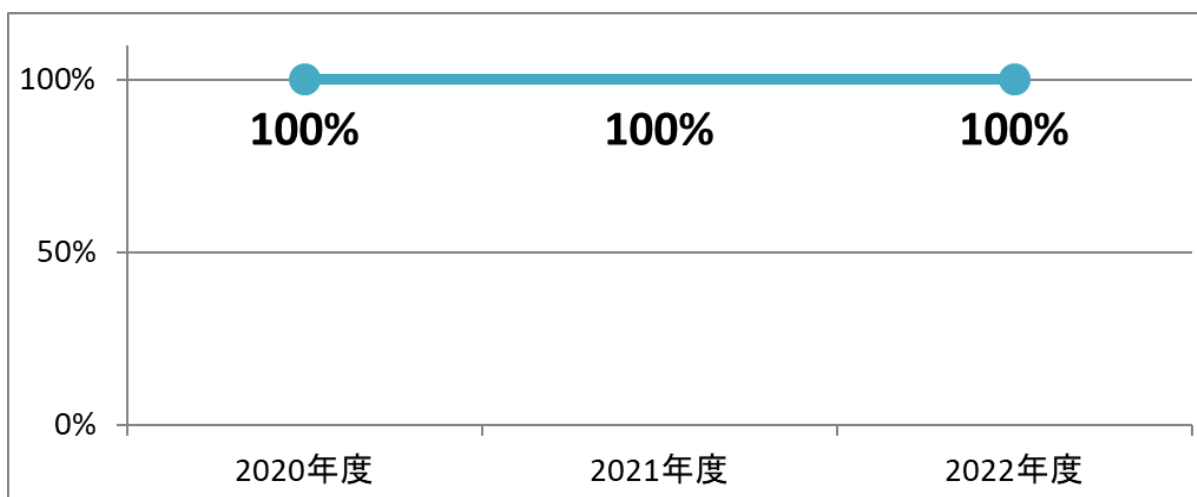
クリティカルパス運営委員会より



2022年度は、実際に活用されていないものの見直しを行いました。そのため、種類としては減少している診療科がありますが、適用率は高値を維持しています。また、処置や安静度、食事内容などの見直しを行い、クリティカルパスの内容改善に取り組みました。クリティカルパスは、診療ガイドライン等に基づいて作成しています。定期的に治療内容の見直しを行うと同時に、「入院診療計画書」についても、患者様にとってわかりやすいものとなるよう、改善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】

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】

	2020年度	2021年度	2022年度
分子	210	255	248
分母	210	255	248

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。

(※)足を下から上へ圧迫する特殊な靴下のこと。足を圧迫することで血流を足に滞留させずに心臓に戻しやすくする。

手術室より



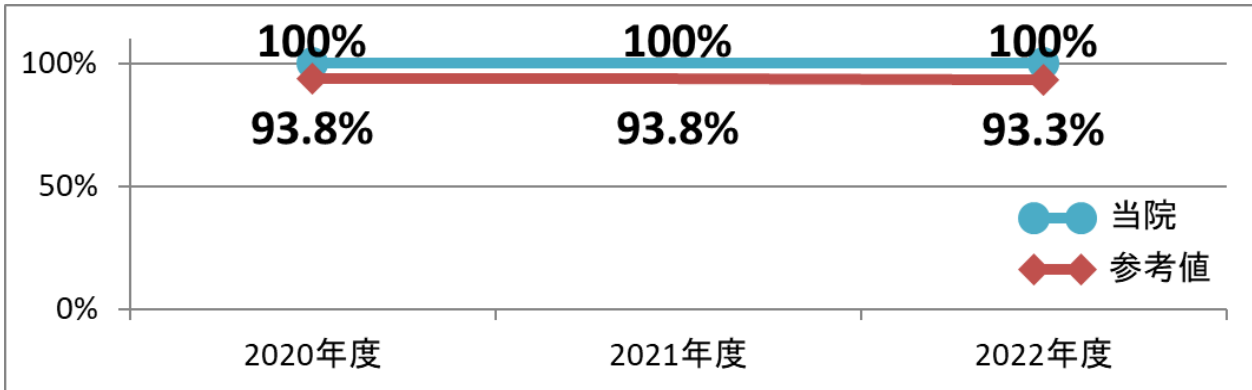
全身麻酔導入後から、術後の離床までは弾性ストッキングだけでなく下肢の静脈血の流れを手助けする間欠的空気圧迫装置と呼ばれる医療機器を用いて予防に努めています。

(右図)弾性ストッキングの上から間欠的空気圧迫装置を装着している様子



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】

	2020年度	2021年度	2022年度
分子	214	247	274
分母	214	247	274

【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

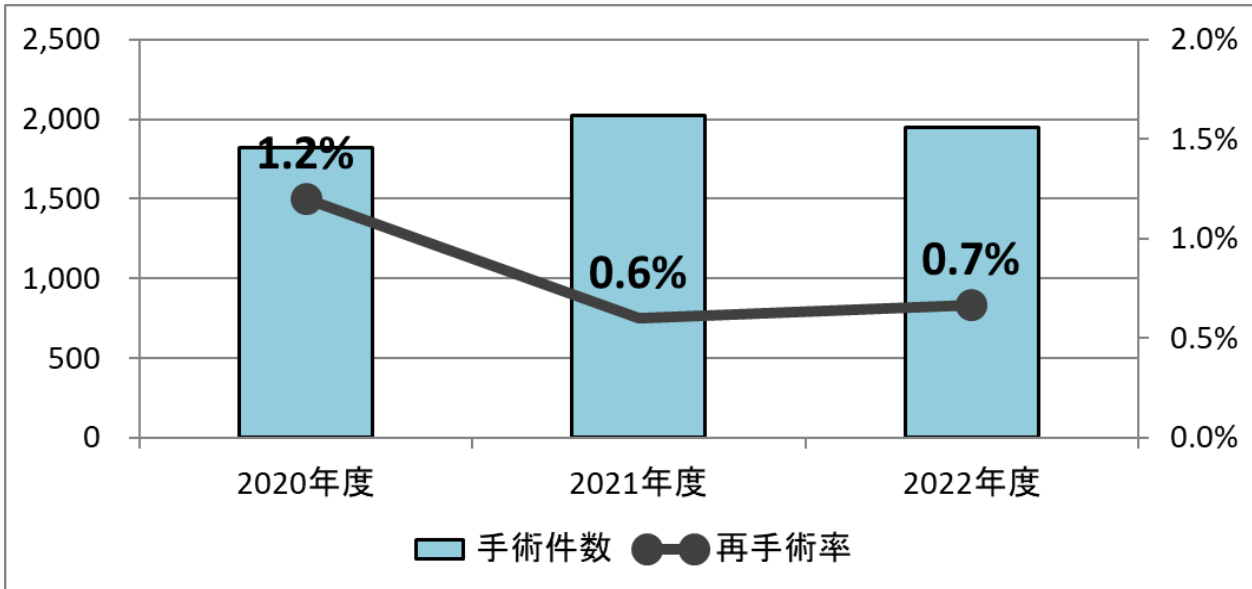


2022年度も変わらず100%を維持しています。

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】

	2020年度	2021年度	2022年度
分子	22	12	13
分母	1,823	2,019	1,946

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

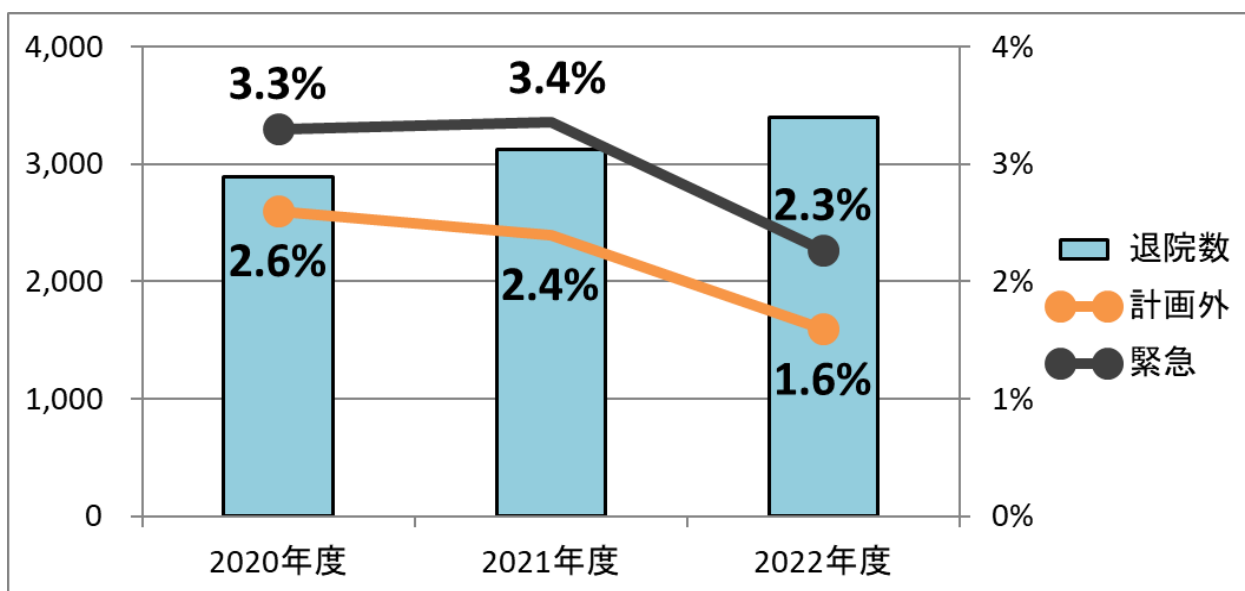


24時間以内に関わらず、緊急で再手術を施行した場合、医療安全管理室へ報告しています。そこで問題がなかったのかどうか検証を行っています。再手術が必要になった場合でも、当院では24時間、迅速に対応できる体制を整えています。

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】

	2020年度	2021年度	2022年度
計画外再入院数	74	75	54
緊急再入院数	96	105	77
退院患者数	2,888	3,130	3,397

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ます。

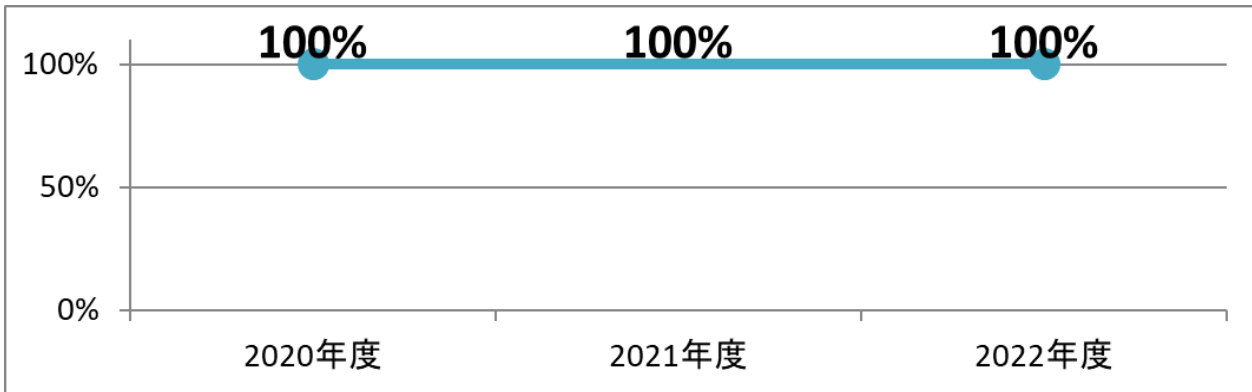
診療情報管理室より



2021年度と比較し、計画外・緊急再入院率ともに減少しています。これは術後のケアに万全の注意を払っている成果でもあります。当院では病院の都合によって、未快復のまま患者様にご退院し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、常に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】

	2020年度	2021年度	2022年度
分子	5	14	6
分母	5	14	6

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、筋力の低下や手足の拘縮(※1)、肺炎や褥瘡(床ずれ)などの廃用症候群(※2)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。

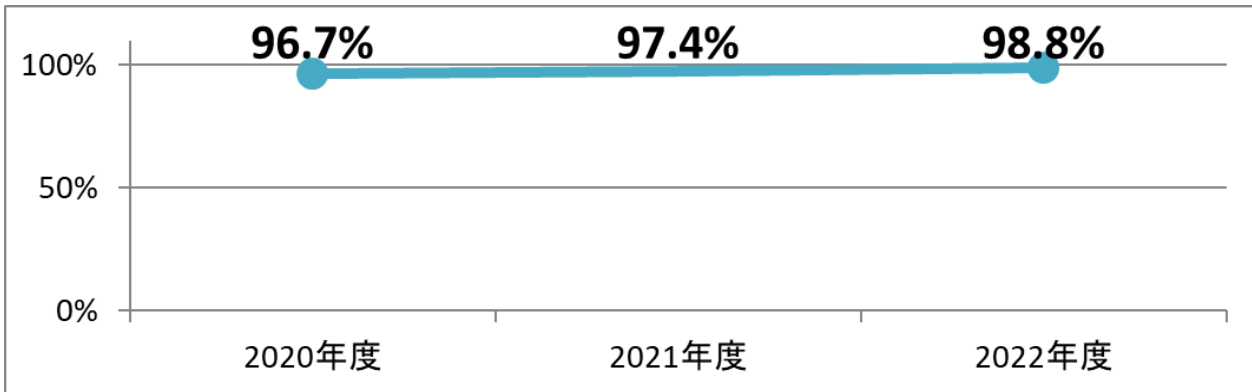
リハビリテーション部より



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。2022年8月からは、整形外科の体制が変わり、実施はありません。しかし今後、人工膝関節全置換術が再開された時に備え、早期リハビリテーションを開始できるよう準備をしています。

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】

	2020年度	2021年度	2022年度
分子	206	229	252
分母	213	235	255

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。

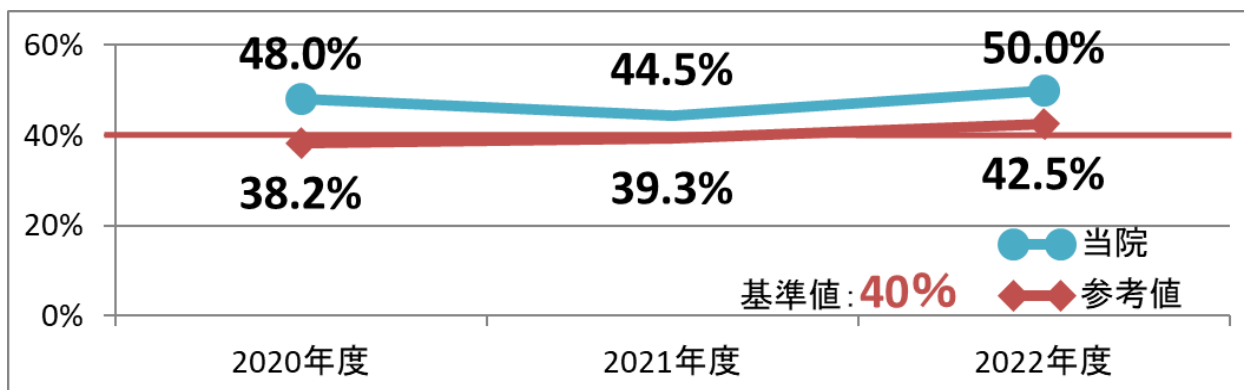
リハビリテーション部より



主治医の指示のもと、理学療法、作業療法では、入院当日または翌日からリハビリテーションを開始し、全身状態に応じて、可能な範囲で早期離床や、基本およびADL動作訓練を進めています。言語聴覚療法では、入院当日または翌日に飲み込みの状態を評価して、内服や経口摂取が可能かを判断し、早期の栄養管理または内服の開始ができるよう取り組んでいます。

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】

	2020年度	2021年度	2022年度
分子	82	73	72
分母	171	164	144

【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。

回復期リハビリテーション病棟入院料1における重症患者受入率の要件は40%です。

※2022年4月より30%⇒40%へ変更。

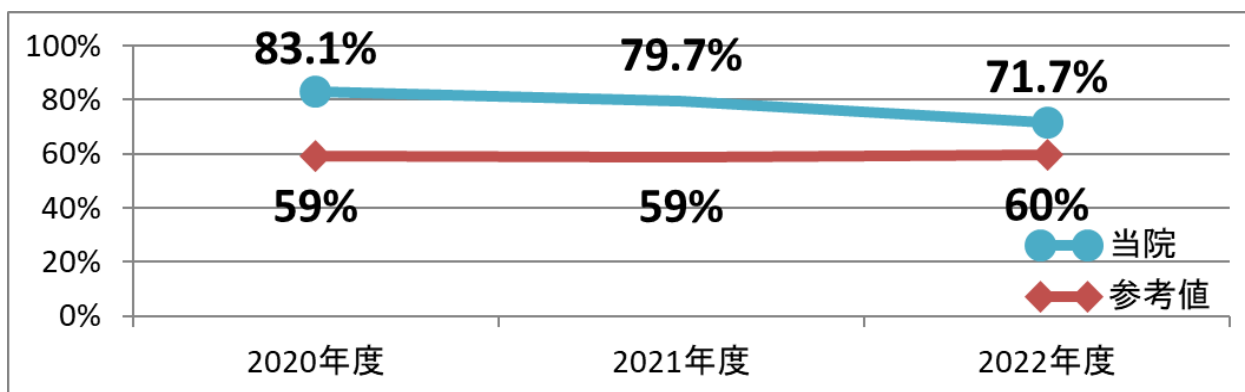
リハビリテーション部より



当院は、基準値以上の重症患者様をしっかりと受け入れて、積極的にリハビリテーションを行っています。

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り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】

	2020年度	2021年度	2022年度
分子	64	55	43
分母	77	69	60

【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り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。

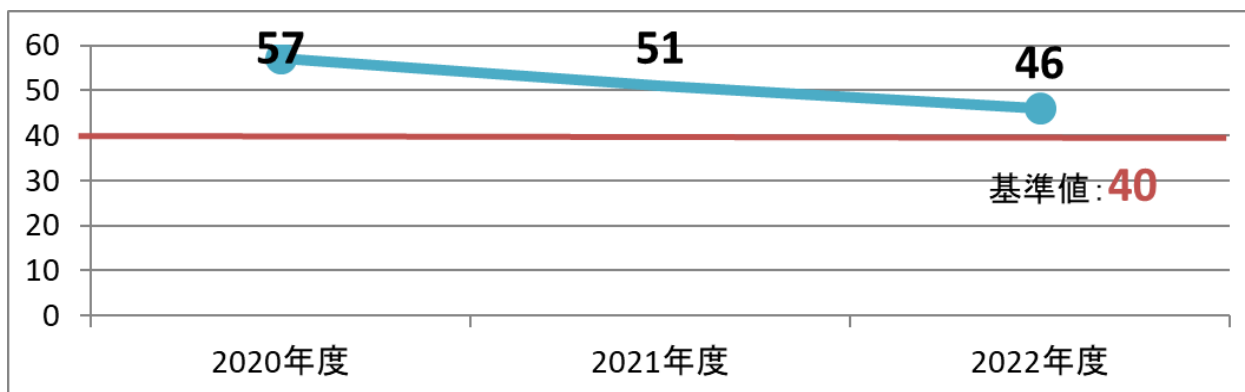
リハビリテーション部より



当院では重症度の高い患者様に対し、早期から多職種で関わることで、全国平均よりも高い改善率を維持できていると考えています。

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】

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



コロナ禍で、クラスター感染による病棟閉鎖になってしまいましたが、それでも「入院されている患者様が、いかに早く運動項目が改善し、早く退院することができるか」を目指してきた結果、基準を上回る実績指数を維持しています。

今後も感染対策をしっかりと行いながら、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】 多い ← → 少ない					【道具】 いる いない	



最低点
18点



最高点
126点

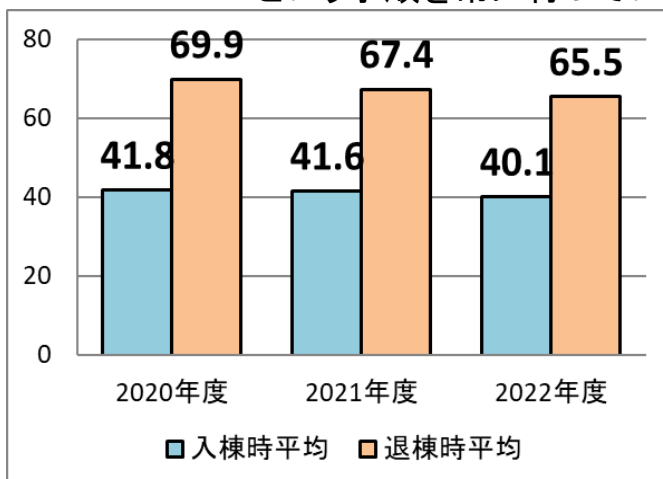
? 入棟時FIMの点数と退棟時FIMの点数はどのくらい変わりますか？



➡ 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、

- ①理学療法士・作業療法士・言語聴覚士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】

	2020年度	2021年度	2022年度
患者数	170	165	146

2022年度 新緑のQI

2024年3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