

2023 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。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～



### ・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。

### ・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

## 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】	2021年度	2022年度	2023年度
分子	2,679	2,867	2,797
分母	2,771	2,931	2,842

【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。

**看護部より**

急性期治療を終えられた患者様が、住み慣れたご自宅や高齢者施設等に退院できるように、他職種で連携し支援を行っています。地域のケアマネージャーや訪問看護師との連携も、積極的に図っています。入院前から退院に向けた支援に取り組み、患者様・ご家族様の意向に沿った退院支援を目指しています。

← 対象となる病棟

← 指標名

← 指標の簡易説明

← **【指さしマーク】**  
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



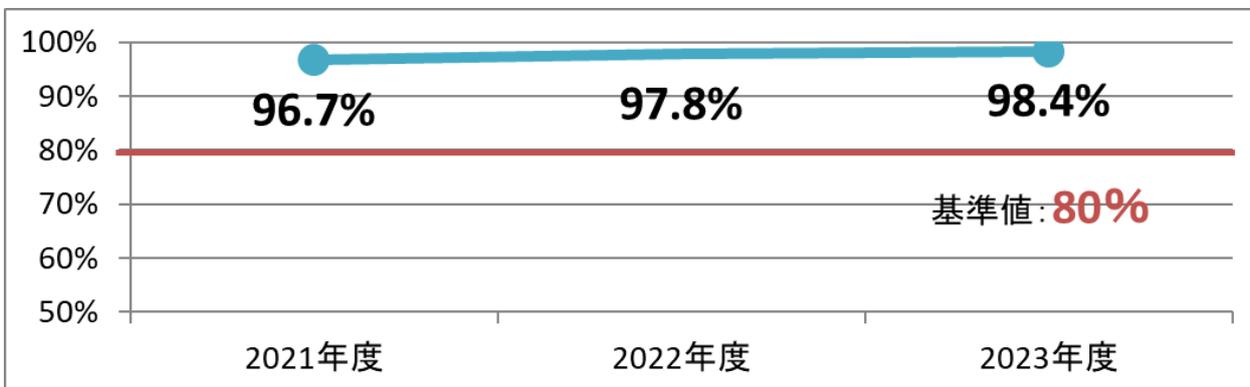
**【注意マーク】**  
データを見るうえでの  
注意事項

## ～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	外来患者満足度	…p.13
5	臨床倫理カンファレンス	…p.15
6	救急車・ホットラインの応需率	…p.17
7	退院後4週間以内の計画外・緊急再入院率	…p.18
8	入院患者のクリティカルパス適用率	…p.19
9	手術患者に対する肺血栓塞栓症の予防対策実施率	…p.21
10	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
11	24時間以内の再手術率	…p.23
12	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.24
13	重症患者	
13-1	新規入院患者における重症患者受入率	…p.25
13-2	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.26
14	実績指数(FIMの運動項目における)	…p.27

## 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】

	2021年度	2022年度	2023年度
分子	2,679	2,867	2,797
分母	2,771	2,931	2,842

### 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

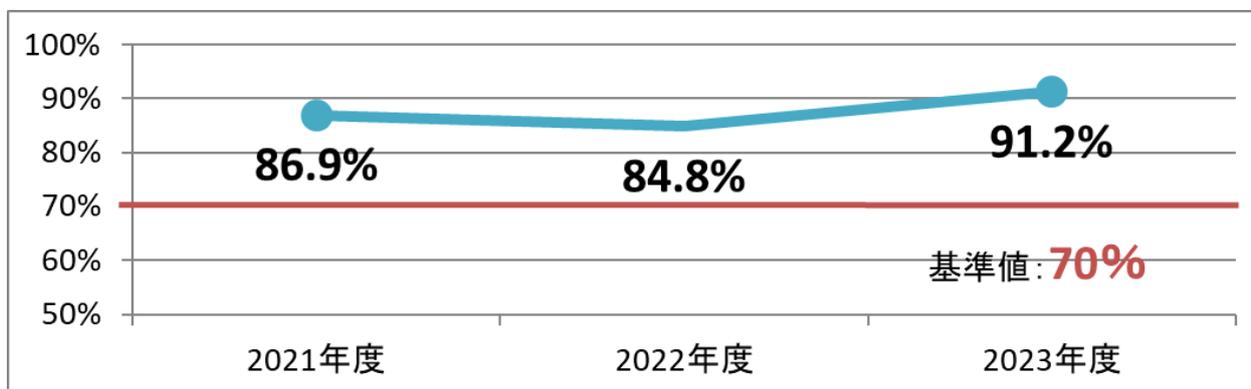


急性期治療を終えられた患者様が、住み慣れたご自宅や高齢者施設等に退院できるように、多職種で連携し支援を行っています。地域のケアマネージャーや訪問看護師との連携も、積極的に図っています。

入院前から退院に向けた支援に取り組み、患者様・ご家族様の意向に沿った退院支援を目指しています。

## 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】

	2021年度	2022年度	2023年度
分子	133	117	134
分母	153	138	147

### 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。

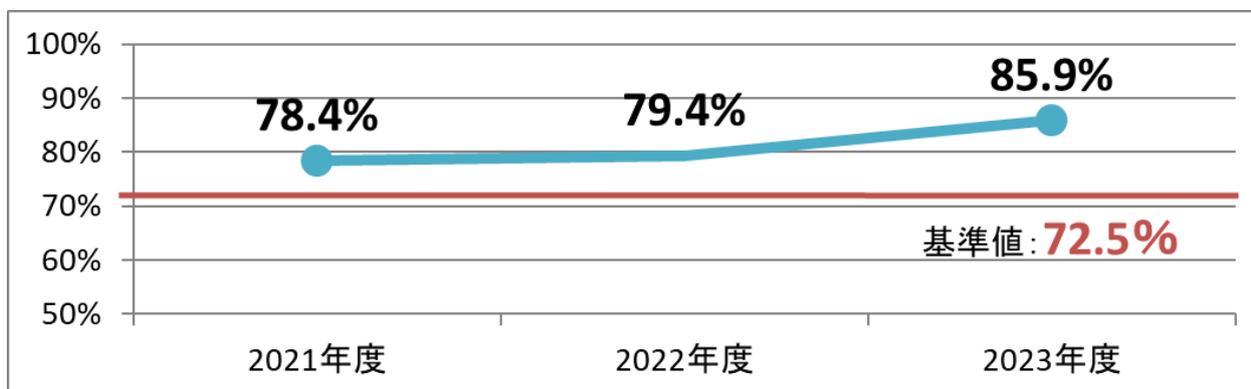
### 回復期リハビリテーション病棟より



回復期リハビリテーション病棟では、入院中から医師・看護師・リハビリセラピスト・栄養士・医療ソーシャルワーカーなど多職種で協働し、必要なサービス調整等を行っています。在宅、またはそれに準じる療養環境へ円滑に移行できるように、それぞれの職種が専門性を活かして介入し、在宅復帰率は91.2%と上昇しました。今後も感染対策に留意しながら、地域の関係者の方々とも連携し、患者様・ご家族様への支援を行ってまいります。

## 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】

	2021年度	2022年度	2023年度
分子	535	597	614
分母	682	752	715

### 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。

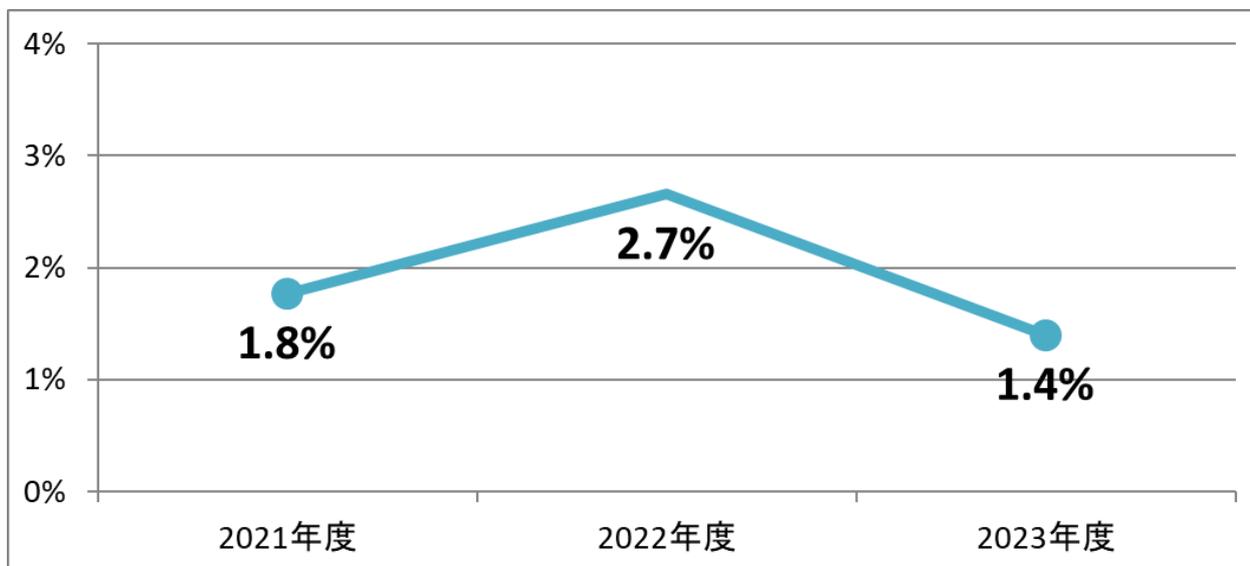
### 地域包括ケア病棟より



2022年度診療報酬改定により、在宅復帰率の要件が70%から72.5%になりました。面会も対面でできるようになり、ご家族に直接リハビリの状況を確認して頂き、ケアマネージャーなどと連携を取り退院調整を行っていきました。結果、在宅復帰率が79.4%から85.9%と上昇することができました。  
コロナ禍が明け、今後もサポート入院や転院を受けるようになり、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】

	2021年度	2022年度	2023年度
分子	105	161	81
分母	5,934	6,056	5,785

### 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。

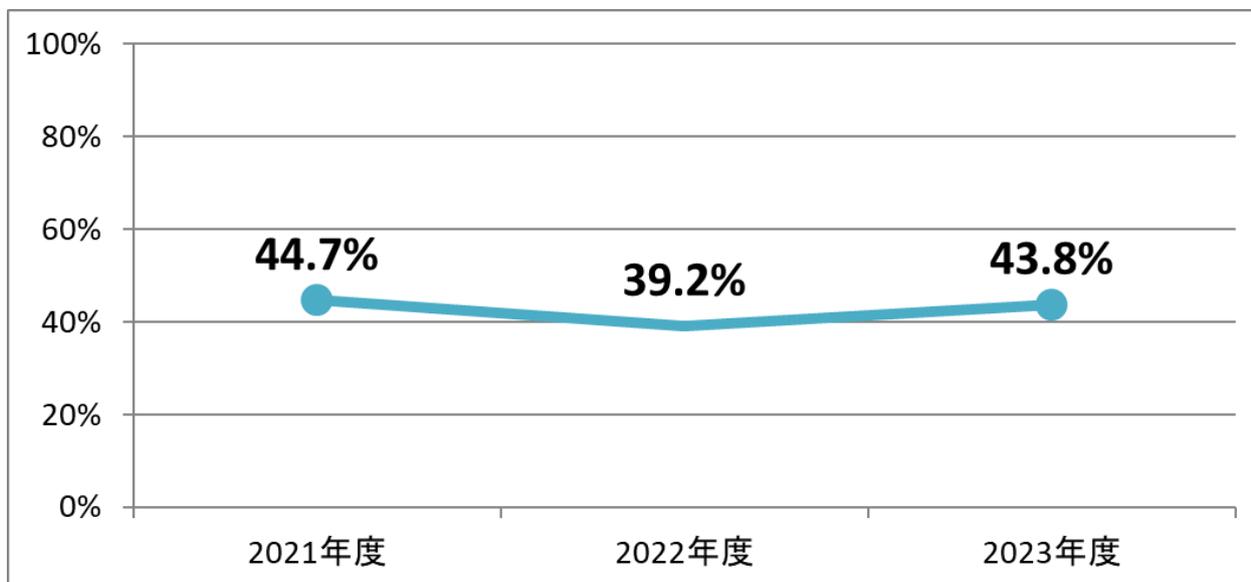
### 褥瘡対策委員会より



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】

	2021年度	2022年度	2023年度
分子	34	49	32
分母	76	125	73

### 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。2023年度は「体圧分散」についての勉強会を実施しました。褥瘡リンクナース会での知識の普及を行い、各部署で伝達講習を行う形で知識と技術の充実を図りました。

## 褥瘡対策委員会より



2023年度は、下肢全体の除圧不足による褥瘡発生の予防のため、「ポジショニング」に重点的に取り組みました。体圧測定器を活用して体位を調整する方法や、現在使用しているマットレスとポジショングピローの特徴や効果的な使用方法について勉強会を行いました。入院患者様の高齢化に伴う組織耐久性の低下や、栄養状態の改善が難しいなどの複数の要因により、褥瘡推定発生率の大幅減には至っていません。

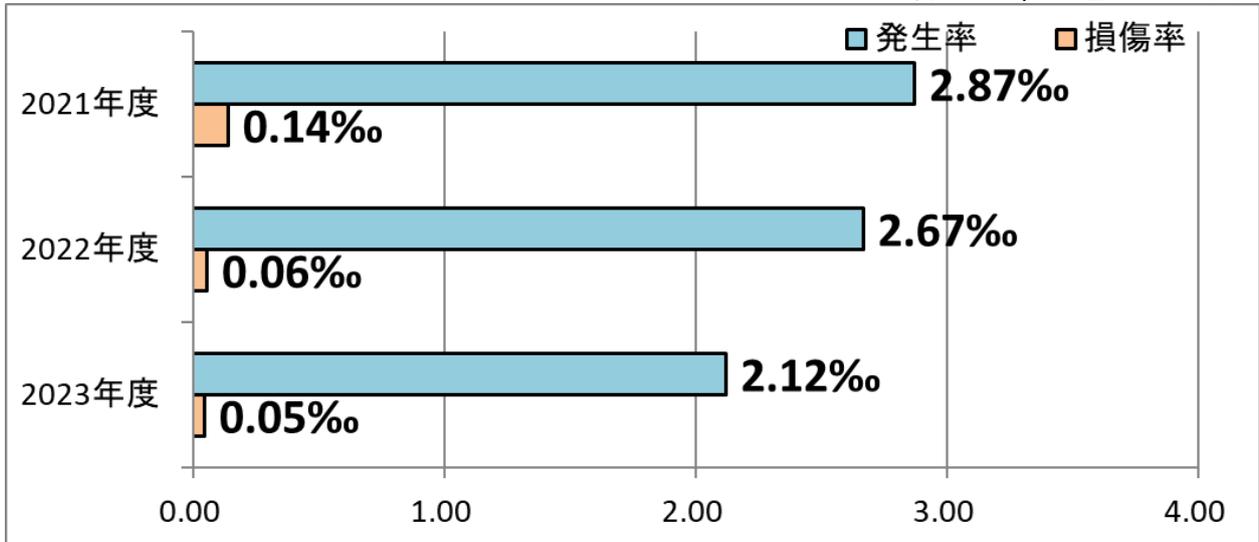
また、全床に導入しているウレタンフォームマットレスの経年劣化に伴う買い換えを検討しており、そのための準備としてマットレスの反発力の調査を行いました。このような物品管理も褥瘡対策委員会で行っています。

患者様一人一人に適したマットレスとクッションの使用ができるよう、次年度の重点課題とし、対策を進めてまいります。

### 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。

※%。(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】**

	2021年度	2022年度	2023年度
発生率分子	208	186	137
損傷率分子	10	4	3
分母	72,578	69,783	64,665

**【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、2023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

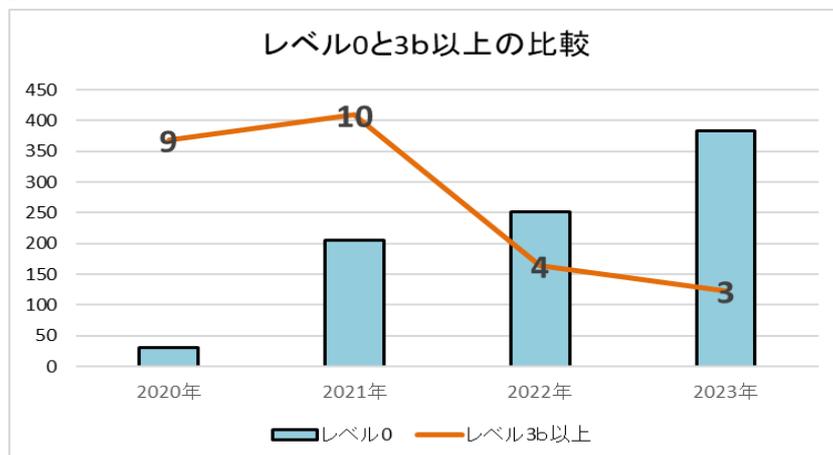
医療安全に関する知識や技術の向上を図るため、年2回全職員参加で医療安全に関する研修を実施しています。2023年度は、「インシデント・アクシデント報告を出すということは・・・」「医薬品に関連するアレルギー情報の取り扱い」について実施しました。

### 医療安全管理室より



転倒転落に関しては、レベル3b以上の報告が2022年度に4件と一桁に減少し、2023年度はさらに3件と減少いたしました。

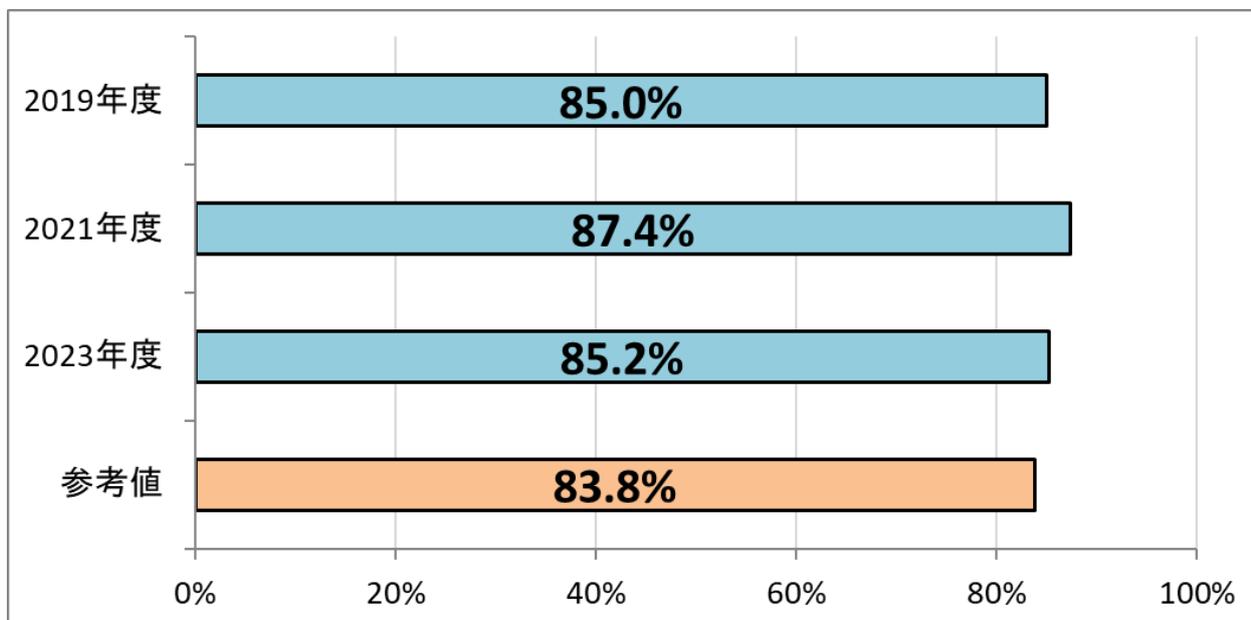
医療安全では、事故に至らぬ些細な事象を見過ごさず対応していくことをスタッフに依頼しています。それによってスタッフの危険感受性が高まっています。インシデント・アクシデント報告が始末書や反省文ではなく、事故を無くす改善の為の報告書と認識され、定着しつつあると考えられます。



転倒転落	2020年	2021年	2022年	2023年
レベル0	31	205	251	383
レベル3b以上	9	10	4	3

## 4 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】

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
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
2023年度	2023年10月2日 ~ 2023年11月17日	500

## 2023年度は外来患者満足度調査を行いました



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。

## 患者サービス向上委員会より



患者サービス向上委員会は、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。午後診療の原則予約制への変更、外来ブースの再編に際して、ご協力いただきありがとうございました。

外来患者満足度調査において全国平均値より高い満足のお声をいただき、嬉しく思っています。今後も皆様にご協力いただきながら、より良い病院となるよう努めてまいります。



## 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。



### 2023年度はどんな取り組みをしましたか？

#### 外来の待ち時間短縮について…

患者サービス向上委員会では、アンケート調査でご意見をいただいている外来の待ち時間について改善策を検討し、各部署に提案しました。待ち時間を短縮させるためには様々な方法が考えられますが、当院で導入できるか検討している最中です。まだ実施に至っていませんが、いただいたご意見を基に快適に受診できるよう引き続き進めてまいります。

#### 外来化学療法室が拡充しました！

外来化学療法室とは、入院せずに通院でがんの治療(薬物療法)を行うところです。以前は部屋が狭く、安全面からも改善が必要でしたが、2023年4月に移設したことで、椅子の間隔が広くなり、より安心して治療を受けられる環境になりました。また、6床から9床に増床し、治療を必要とする多くの患者様に対応できるようにもなりました。部屋も明るく、きれいになっています。

外来化学療法室の移設に伴う外来全体の配置変更につきましては、受診される皆様にご協力いただき感謝申し上げます。今後もスムーズに受診していただけるよう外来環境を整えてまいります。



2024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。

## 5 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	2021年度	2022年度	2023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	1	2
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	1
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
<b>合計点数</b>	<b>11点</b>	<b>9点</b>	<b>11点</b>

### 【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

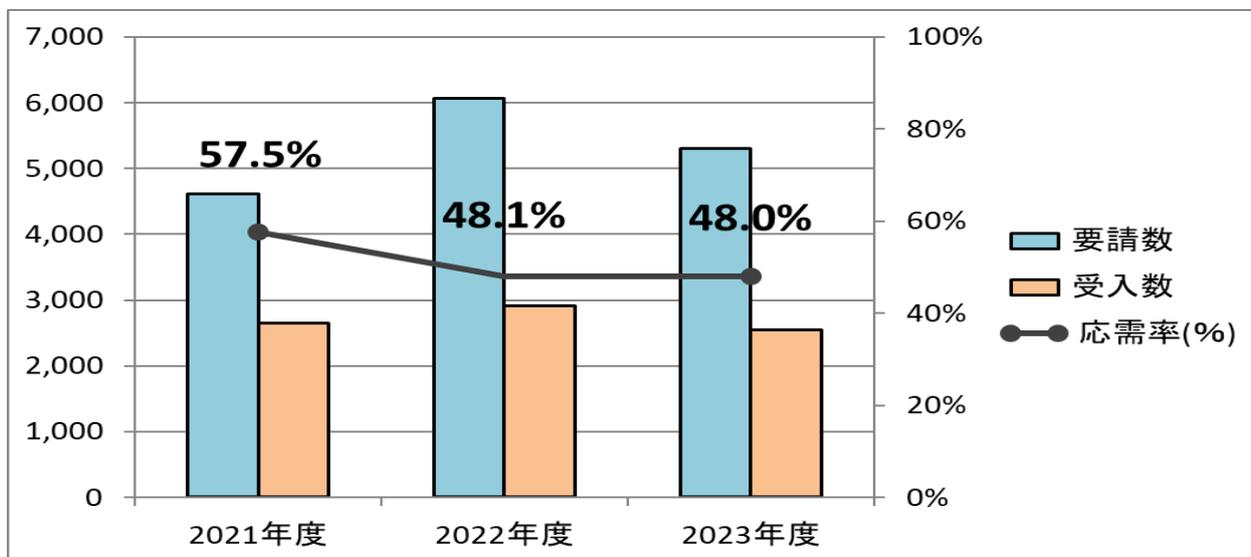


2023年度の倫理コンサルテーションチームへの相談件数は5件ありました。内容は様々ですが、患者様から治療への協力が得られにくいと感じ対応に苦慮している事例が多くありました。多職種で意見を出し合い、患者様にとって最善となるよう、また職員も納得できるよう議論を重ねました。

相談を受けてからできる限り早く話し合いを行い、倫理的課題を解決していけるよう今後も活動していきます。

## 6 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】

	2021年度	2022年度	2023年度
分子	2,654	2,918	2,548
分母	4,613	6,067	5,303

### 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

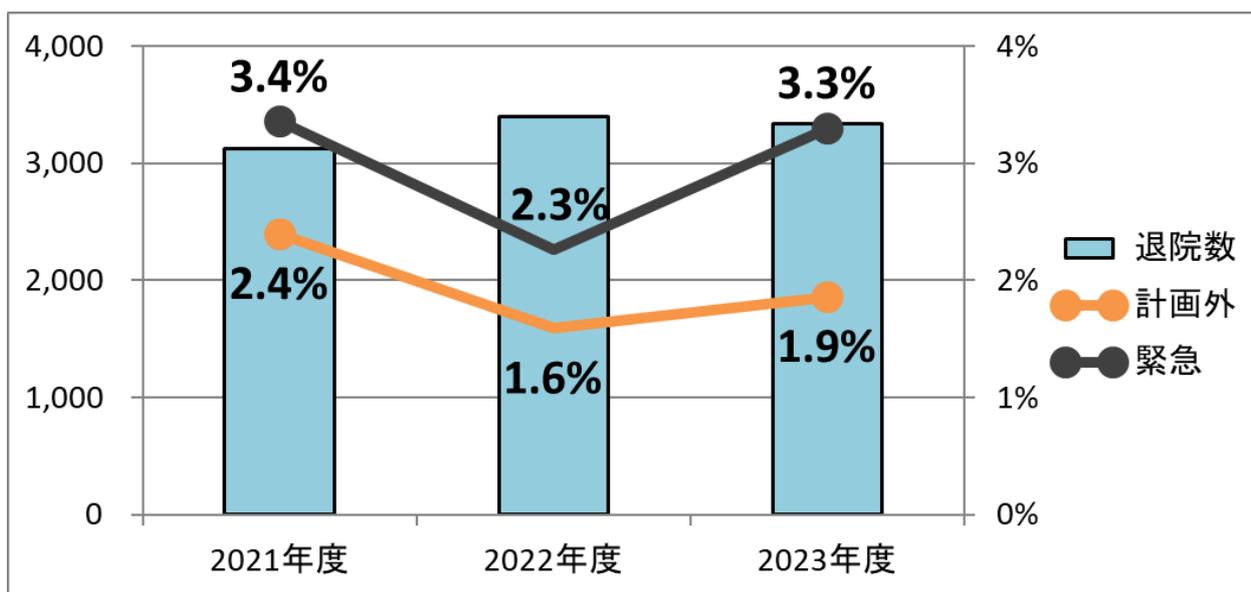


新型コロナウイルスの影響から、ベッドの制限があり受け入れ件数が低下しました。また脳神経外科の医師不足により受け入れが困難な日があったため、要請件数が減少しています。今年度より医師が増員され、受け入れ体制も改善されています。「断らない受け入れ」を目指し多職種連携を円滑にし応需しています。また、地域のクリニックからの紹介も多くなっています。地域の中核病院として、一人でも多くの患者様を受け入れられる体制を考えていきたいと思えます。

## 7 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】

	2021年度	2022年度	2023年度
計画外再入院数	75	54	62
緊急再入院数	105	77	110
退院患者数	3,130	3,397	3,335

### 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。

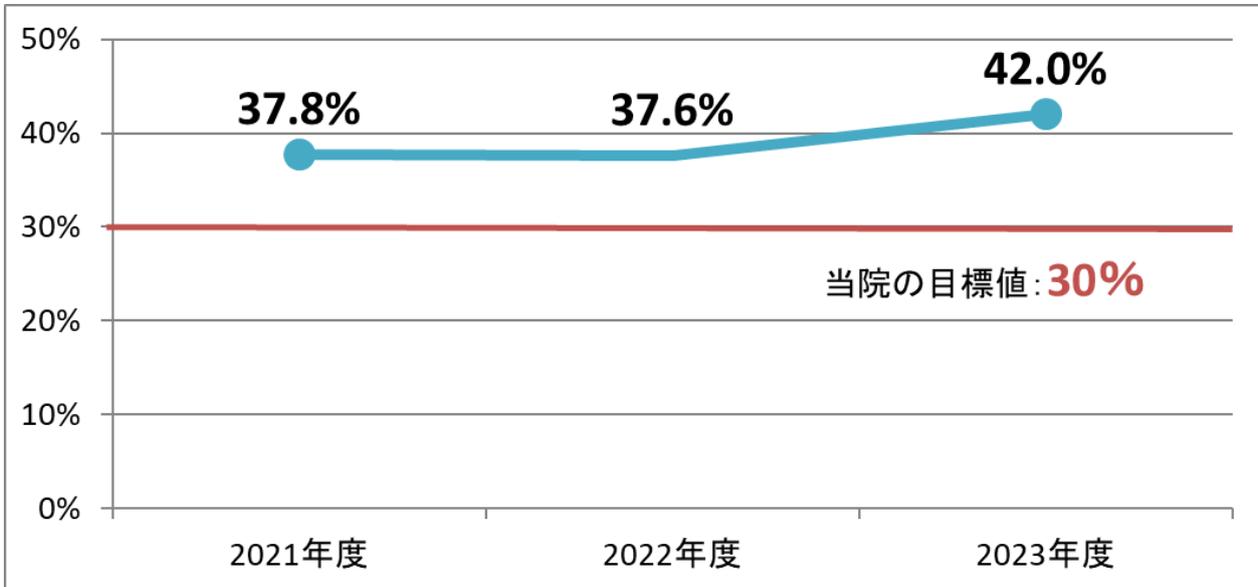
### 診療情報管理室より



昨年より率は上がっていますが、当院では以前より退院後再度入院することがないように、嚥下機能が低下している患者様には嚥下訓練を実施したり、退院後の生活指導を行ったりしています。また手術後の合併症予防のために丁寧なケアを行っています。

## 8 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】

	2021年度	2022年度	2023年度
分子	1,309	1,336	1,415
分母	3,467	3,550	3,368

## 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。

2023年11月時点は全部で152種類ありました。

2024年7月現在では全部で166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 	39	胸腰椎圧迫骨折、大腿骨頸部骨折など
婦人科	31	子宮内膜ホリープ切除術、子宮筋腫摘出術など
泌尿器科 	29	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	166	

### クリティカルパス運営委員会より

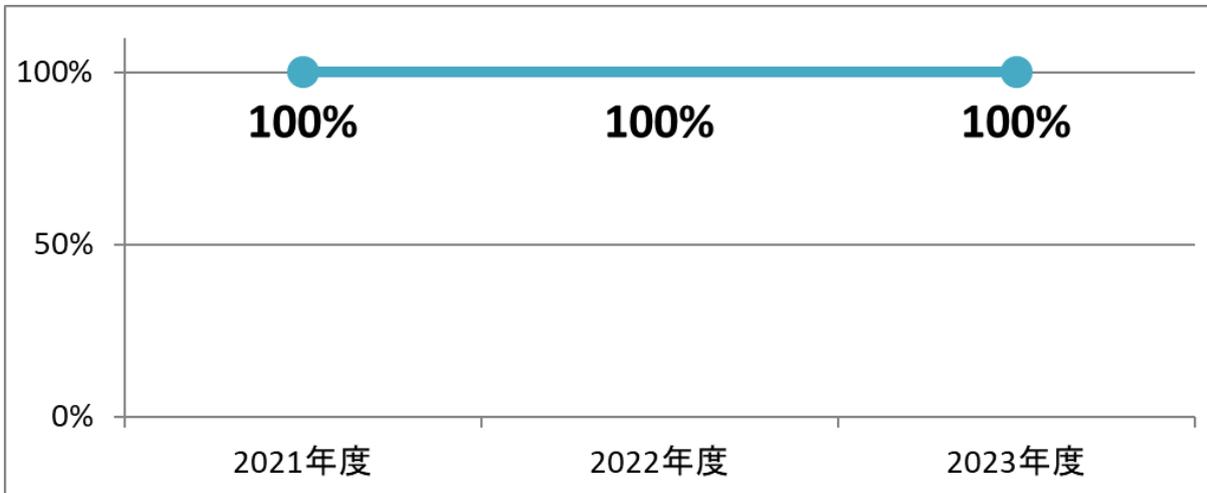


今年度は、特に術前・術後の指示について、多くのクリティカルパスの改訂を行いました。クリティカルパスの種類数として変更のない診療科においても、その内容は随時更新しています。

処置の内容や、点滴の指示、食事の指示などの見直しを行い、指示の内容が正しく伝達され、安全な医療の提供につながるよう取り組んでいます。

## 9 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】

	2021年度	2022年度	2023年度
分子	255	248	231
分母	255	248	231

### 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



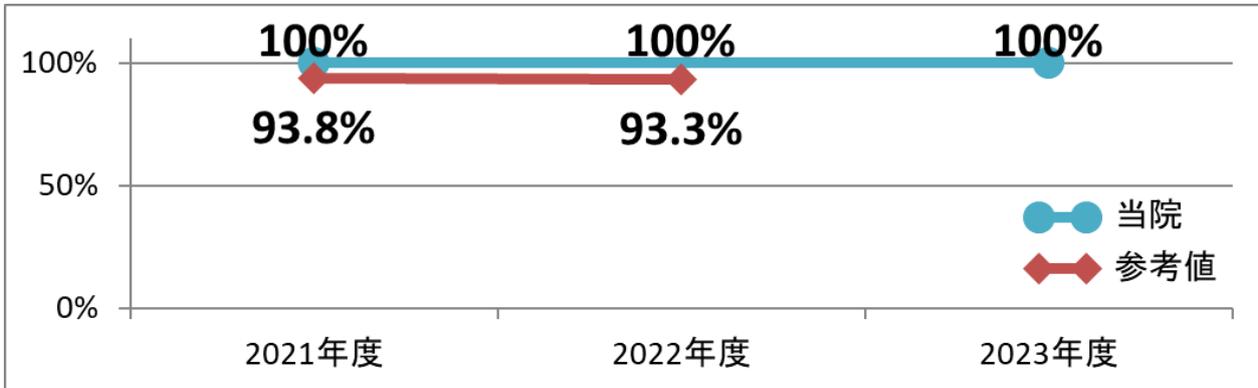
発症リスクの高い症例では弾性ストッキングだけでなく、下肢の静脈血の流れを手助けする「間欠的空気圧迫装置」と呼ばれる医療機器を用いて予防に努めています。予防対策は、手術前から始まり、手術後の離床開始まで行われます。



(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

## 10 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】

	2021年度	2022年度	2023年度
分子	247	274	221
分母	247	274	221

### 【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。

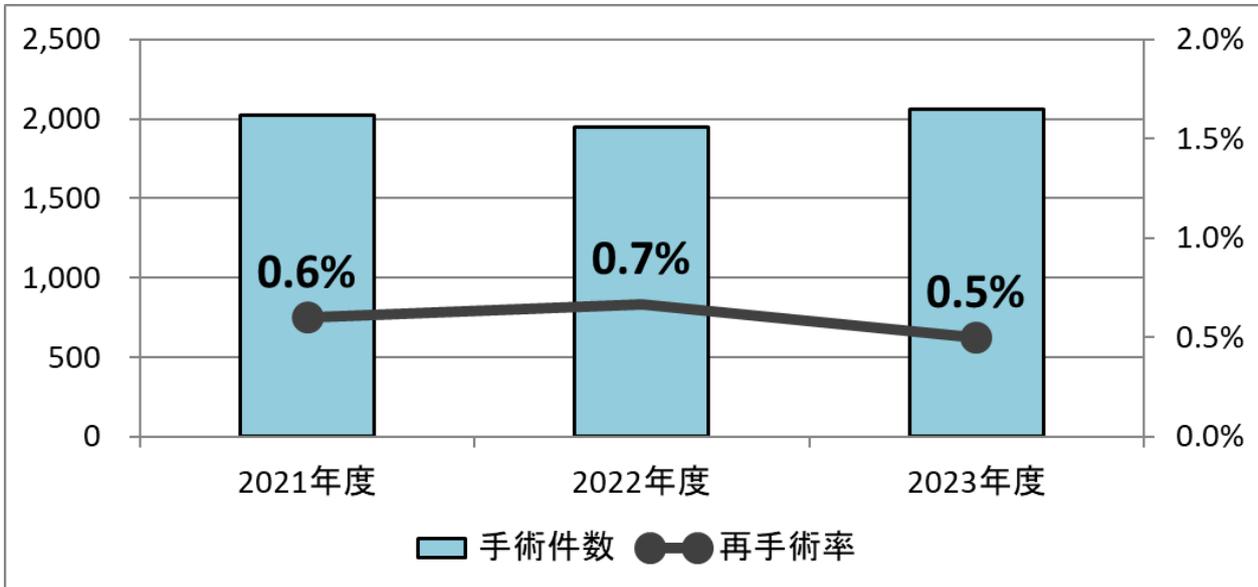
## 手術室より



2023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います。長時間に及ぶ手術では、手術中の血中濃度を下げないように追加投与を行っています。

## 11 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】**

	2021年度	2022年度	2023年度
分子	12	13	10
分母	2,019	1,946	2,060

### 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。

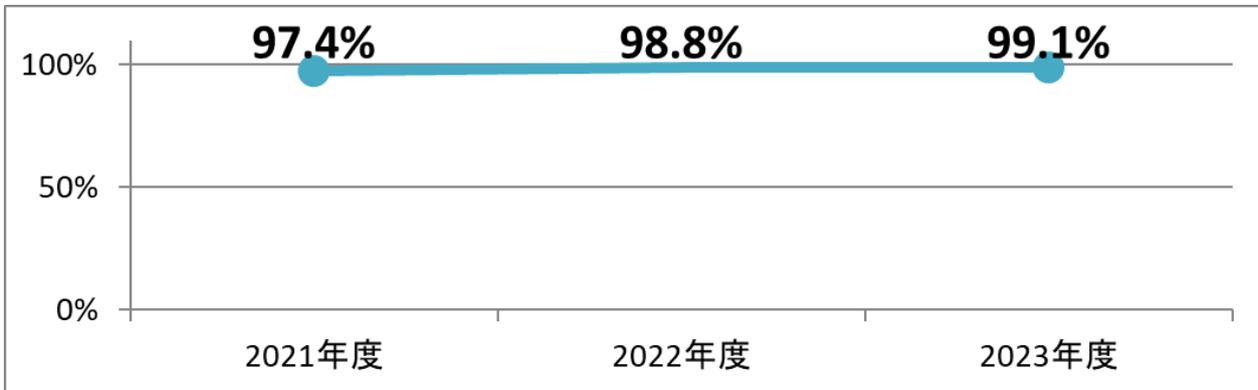
### 手術室より



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。

## 12 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】

	2021年度	2022年度	2023年度
分子	229	252	107
分母	235	255	108

### 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。

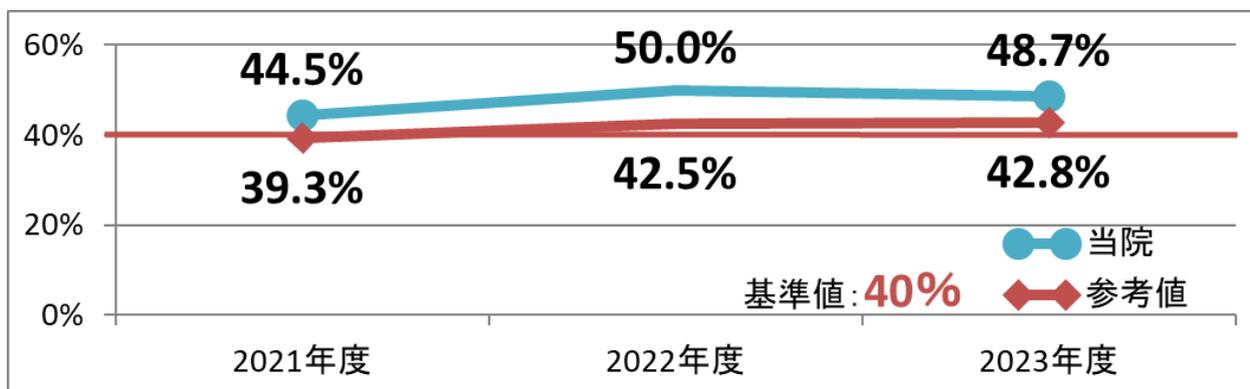
### リハビリテーション部より



発症早期から各療法(理学療法、作業療法、言語聴覚療法)を行いますが、状態が安定している方は、入院当日から開始しています。様々な疾患がある中で、医師の指示の下、患者様の回復度合いに応じて安全で効果的な機能訓練を行っています。それぞれの特性を理解し、できる限り患者様が日常を取り戻せるよう努力しています。

## 13-1 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】

	2021年度	2022年度	2023年度
分子	73	72	74
分母	164	144	152

### 【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。

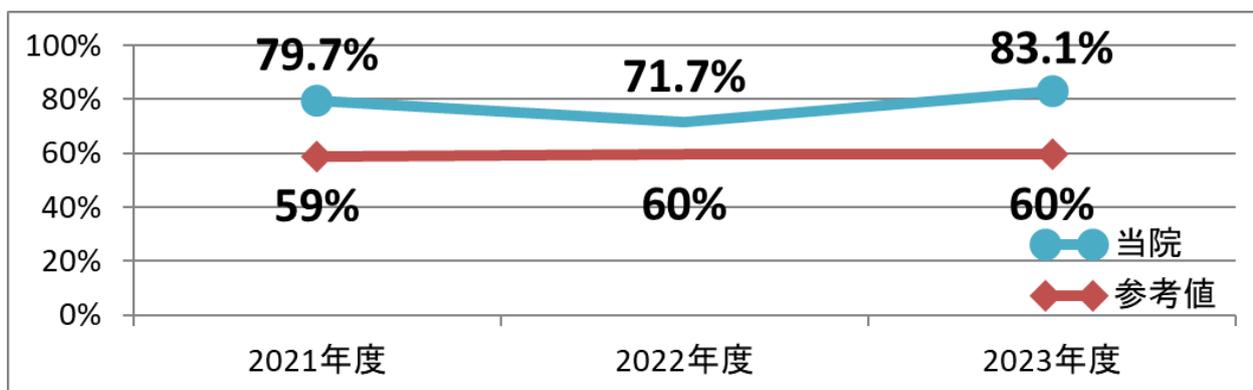
## リハビリテーション部より



当院は、病気・怪我をしてからリハビリテーションが必要な方を早期に受け入れる体制を整えており、重症患者の割合は全国データより高い数値となっています。

## 13-2 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】

	2021年度	2022年度	2023年度
分子	55	43	59
分母	69	60	71

### 【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。

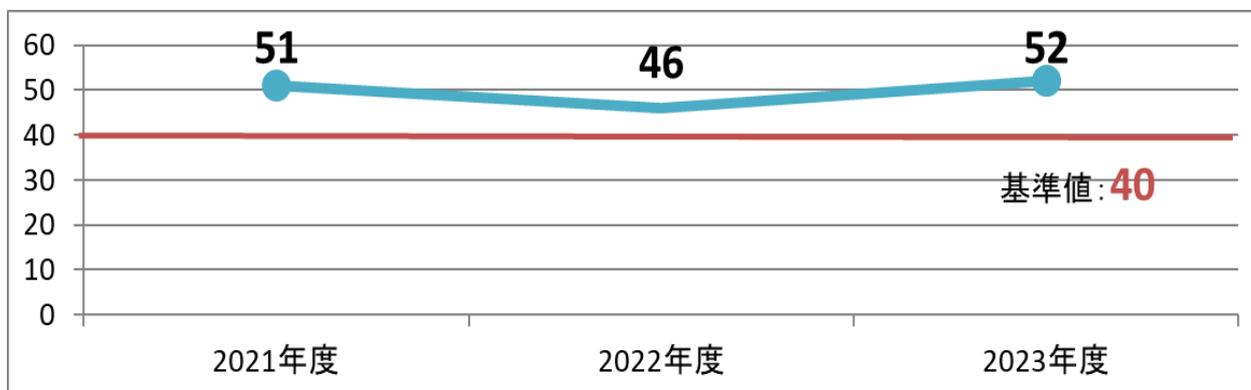
## リハビリテーション部より



当院は、重症な患者様もしっかりと機能の改善を目指し、リハビリテーションを行っており、回復率は、高い数値を保っています。

## 14 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



当院は、多職種連携を行い、機能の改善と生活レベルの向上を目指しています。「短期間でしっかりと回復できている」という結果が、実績指数が基準以上を保っていることで証明されています。今後も重症な患者様も受け入れ、早期に回復を目指し、自宅退院を目標として関わる回復期リハビリテーション病棟を運営していきます。

## 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

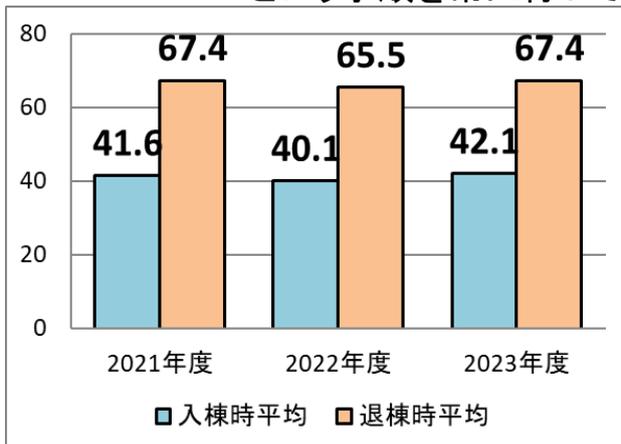
## ? 入棟時FIMの点数と退棟時FIMの点数はどのくらい変わりますか？



➡ 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】

	2021年度	2022年度	2023年度
患者数	165	146	152

2023年度 新緑のQI

2024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