

地方独立行政法人 総合病院国保旭中央病院

QI Review 2023

Vol.4



地方独立行政法人

総合病院 国保旭中央病院

QI Review 2023

巻頭言

QI Review 2023 が発行となりました。これは 2023 年度における当院の医療の質改善活動を俯瞰してまとめた冊子です。

医療分野における Quality Indicator(QI)とは、医療の質を客観的に評価するための指標であり、“患者さんの健康の度合いを直接あるいは間接的に示す数値”です(日本病院会 QI プロジェクトのウェブサイトより)。QI の向上を目指すことによって医療の質が改善され、患者さんにとって安心して信頼できる医療が提供されることとなります。本冊子では 39 項目の QI について、2019 年から 2023 年までの 5 年間の推移がグラフ化されており、それに併せて PDCA サイクル、実施した対策や対応、担当者のコメントも記載されていて、各部署の取り組みが容易に把握できるようになっています。このうち 15 項目では、日本病院会や全国自治体病院協議会が公表している QI をベンチマークとして自部署の立ち位置や課題を知ることができます。

本冊子に目を通しますと、QI が改善されている項目が多く、これも職員の皆さんの日ごろの努力の賜物と思います。救急車・ホットライン応需率、地域分娩貢献率、地域医療機関サポート率はベンチマークを大幅に上回っており、当院が地域の中核病院としての役割をしっかりと果たしていることが分かります。また、神経精神科の身体抑制率および隔離率は 5 年間でほぼ半減しており、素晴らしい成果を挙げています。一方で経時的に低下傾向の QI もありますので、本冊子を QI 改善のきっかけとしていただければと思います。

2024 年の診療報酬改定では、9 つの QI が DPC の機能評価係数に反映されることになり、病院医療の質を示すものとして QI はますます重視されるようになってきました。QI の改善のためには、部署全体あるいは病院全体で質向上の意識を持って行動することが必要です。ぜひ本冊子の内容を各部署で共有し、今後の質改善活動に役立ててください。

最後になりましたが、QI Review 2023 の作成と発行に尽力された TQM センターのスタッフの方々、そして医療の質向上のために活動されている職員の皆さんに深く感謝いたします。

地方独立行政法人
総合病院国保旭中央病院
病院長 野村 幸博

QI指標 冊子掲載目次（2023年度）

番号	指標名		頁
1	救急車・ホットライン応需率	救命救急科	1
2	地域分娩貢献率	5階東病棟	2
3	紹介率(2018年度～2021年度) 紹介割合(2022年度～)一般	医療連携福祉相談室	3
4	逆紹介率(2018年度～2021年度) 逆紹介割合(2022年度～)一般	医療連携福祉相談室	5
5	検査機器共同利用(放射線検査・生理検査)	医療連携福祉相談室	6
6	地域医療機関サポート率	医療連携福祉相談室	7
7	クリニカルパス使用率【患者数】【日数】	クリニカルパス委員会	8
8	1 か月間・1 0 0 床当たりのインシデント・アクシデント報告件数	医療安全管理推進室	10
9	患者満足度調査(入院)一般	TQMセンター	12
10	外来待ち時間【予約】【予約外】【会計】	TQMセンター	30
11	褥瘡発生率	スキンケア相談室	33
12	入院患者の転倒・転落発生率(損傷レベル2以上、4以上)	医療安全管理推進室	35
13	口腔ケアの新患数(人)	歯科・歯科口腔外科	38
14	口腔ケアの延べ件数(件)	歯科・歯科口腔外科	39
15	口腔ケアに関する歯科診療報酬請求点数(点)	歯科・歯科口腔外科	40
16	糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c(NGSP) <7.0%	糖尿病サポートチーム	41
17	外来化学療法指導件数	薬剤局	42
18	後発医薬品の使用割合	薬剤局	43
19	緩和ケアチーム依頼件数【病棟】【外来】	緩和ケアチーム	44
20	緩和ケアチーム依頼科	緩和ケアチーム	45
21	心肺運動負荷試験新規実施件数	リハビリテーション科	46
22	心臓リハ学会レジストリー登録件数	リハビリテーション科	46
23	NST回診介入件数(NST委員会)	NST委員会	47
24	下痢改善件数(NST委員会)	NST委員会	48
25	褥瘡介入件数(NST委員会)	NST委員会	49
26	NST専門療法士人数(NST専門療法士資格試験合格者数)	NST委員会	50
27	NST専門療法士 研修受講者	NST委員会	50
28	神経精神科 平均在院日数	神経精神科病棟	51
29	神経精神科 地域平均生活日数	診療情報管理室	52
30	神経精神科 紹介率	神経精神科事務室	53
31	神経精神科 逆紹介率	神経精神科事務室	54
32	神経精神科 自発入院患者割合	神経精神科事務室	55
33	神経精神科 身体抑制率	神経精神科病棟行動制限最小化委員会	56
34	神経精神科 隔離率	神経精神科病棟行動制限最小化委員会	57
35	神経精神科 精神科アウトリーチ件数	旭こころとくらしのケアセンター・コミュニティメンタルヘルsteam	58
36	神経精神科 クロザピン投与患者数	神経精神科	59
37	神経精神科 デポ剤の使用患者数	神経精神科外来	60
38	神経精神科 入院患者抗精神病薬CP換算量	薬剤局	61
39	神経精神科 入院患者抗精神病薬単剤化率	薬剤局	62

1. 救急車・ホットライン応需率

救急救命科

Structure **Process** Outcome

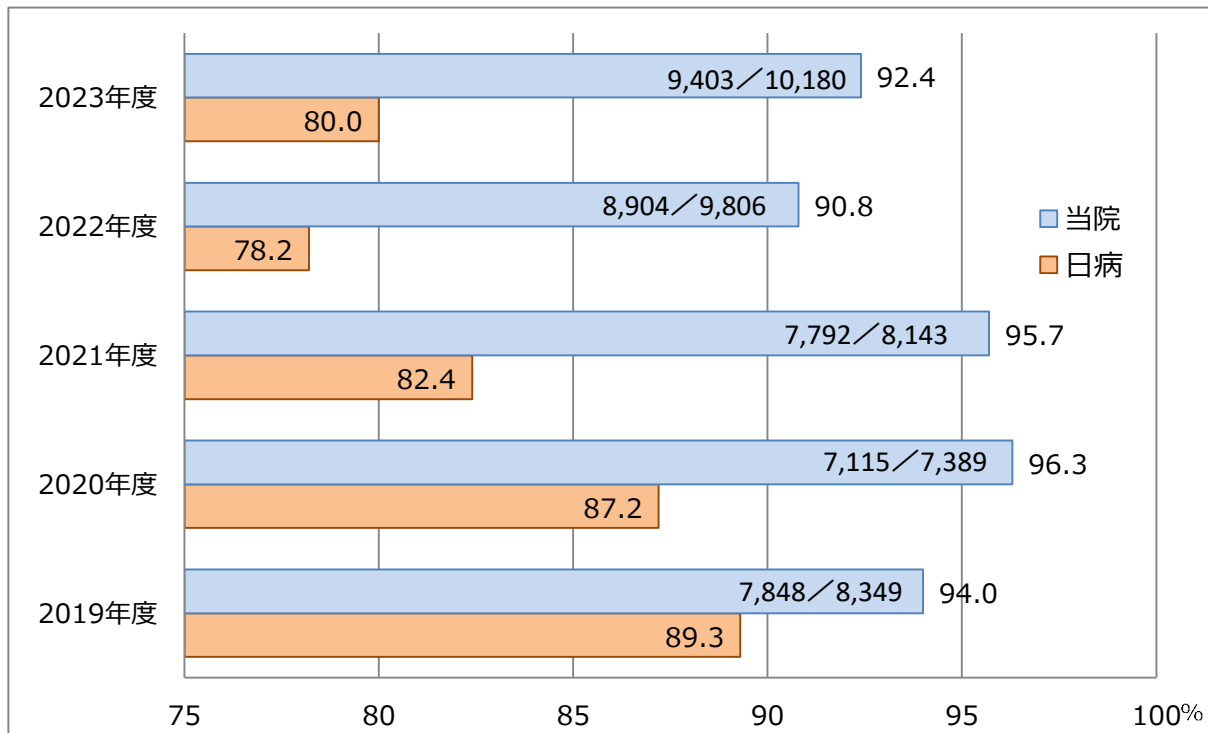
救急医療の機能を測る指標であり、救急車受け入れ要請のうち、何台受け入れができたのかを表している。本指標の向上は、救命救急センターに関連する部署だけの努力では改善できない。救急診療を担当する医療者の人数、診療の効率化、入院を受け入れる病棟看護師や各診療科の協力など、さまざまな要素がかかわっている。(日本病院会2023年度QIプロジェクト結果報告 37ページより)

より高い値が望ましい

ベンチマーク：日本病院会QIプロジェクト 一般500床以上

分子：救急車で来院した患者数(ホットライン件数を含む)

分母：救急車受け入れ要請件数(他院からの搬送(転送)件数)



Plan

応需率93%以上

Do

- ① スタッフ間での方針の共有
- ② 目標の掲示
- ③ 不応需事案の記録

Action

- ① 不応需件数、理由の確認 (1回/月)
- ② 応需率の掲示
- ③ 目標の掲示

Check

応需率のモニタリング

2023年度に実施した対策・対応またはコメント

毎月救急委員会で応需率、不応需内容の確認、救急外来への掲示、DX化の導入。
昨年度は、予想以上の救急車受け入れ要請があり、若干目標を下回った。受け入れ件数は過去最多となった。

2. 地域分娩貢献率

5階東病棟

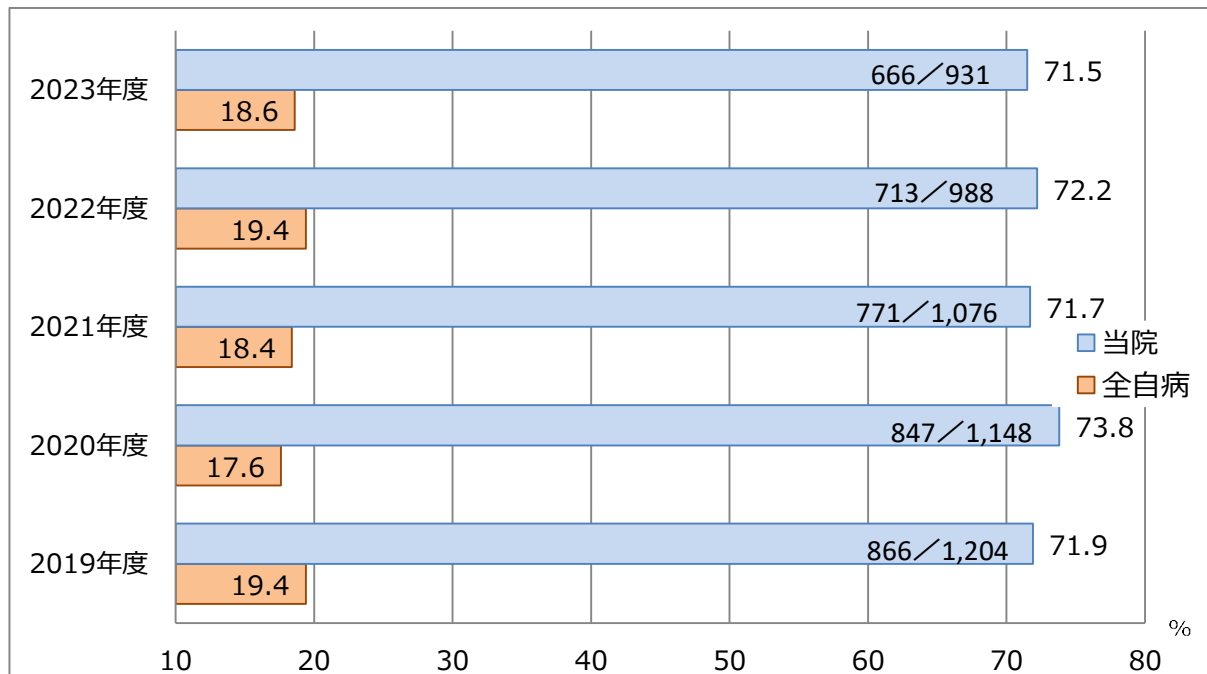
Structure Process **Outcome**

二次医療圏(香取・海浜地域)での出生数に対して、病院内で出生した割合を表している。
より高い値を目指している。

ベンチマーク：全国自治体病院協議会 医療の質評価・公表等推進事業 一般600床以上

分子：院内出生数

分母：二次医療圏出生数



Plan

- ① DVD、YouTubeを活用した保健指導の継続
- ② 夫立ち会い分娩の継続
- ③ 対面産前教室再開の準備
- ④ 夫育児参加の開始への準備

Do

- ① DVD、YouTube:外来指導、産前教育を兼ね視聴、ZOOM担当スタッフ育成し増員して実施1日2回毎週実施した
- ② 夫立ち会い分娩は継続して、運営継続できている
- ③ 対面式産前教育について妊婦へアンケート調査を実施
- ④ 運用について医師・助産師間で検討

Action

- ① 対面産前教室の開始と満足度の評価を行っていく。
- ② 夫育児参加を希望者に実施し、育児指導の充実を図る。
- ③ 産後ケアを妊娠期より周知し、利用者を増やしていく。また、拡充方法を検討する。

Check

- ① DVD、YouTube視聴のすすめは定着し視聴継続できている。ZOOMでの産前教室班は参加率高めアンケートは継続しているスタッフを育成し、週に1回開催できた。
- ② 夫立ち会い分娩は定着しており、満足度も高い。
- ③ 対面産前教室を要望する意見もあり、次年度の開催を予定。
- ④ 運用方法を検討、特定者より開始する。

2023年度に実施した対策・対応またはコメント

- ① 保健指導の継続と充実を図る
- ② 満足のいく出産に向けた支援
- ③ 育児指導の充実

3. 紹介率(2018年度～2021年度)紹介割合(2022年度～)一般

医療連携福祉相談室

Structure **Process** Outcome

2022 年度から採用した新しい項目。2021 年度までは、紹介率・逆紹介率として計測してきたが、令和4 年度診療報酬改定に伴い、外来機能の明確化および医療機関間の連携を推進する観点より、名称変更、定義変更し、新たに紹介割合・逆紹介割合として計測することとした。

紹介割合とは、初診患者に対し、他の医療機関から紹介されて来院した患者と救急患者における割合。一方、逆紹介割合とは、初診患者と再診患者に対し、他の医療機関へ紹介した患者の割合。高度な医療を提供する医療機関にだけ患者が集中することを避け、症状が軽い場合は「かかりつけ医」を受診し、そこで必要性があると判断された場合に高い機能を持つ病院を紹介受診する、そして治療を終え症状が落ち着いたら、「かかりつけ医」へ紹介し、治療を継続または経過を観察する、これを地域全体として行うことで、地域の医療連携を強化し、切れ目のない医療の提供を行う。つまり、紹介割合・逆紹介割合の数値は、地域の医療機関との連携の度合いを示す指標である。

(日本病院会2023年度QIプロジェクト結果報告 33ページより)

より高い値が望ましい

ベンチマーク：日本病院会QIプロジェクト 一般500床以上

2018年度～2021年度

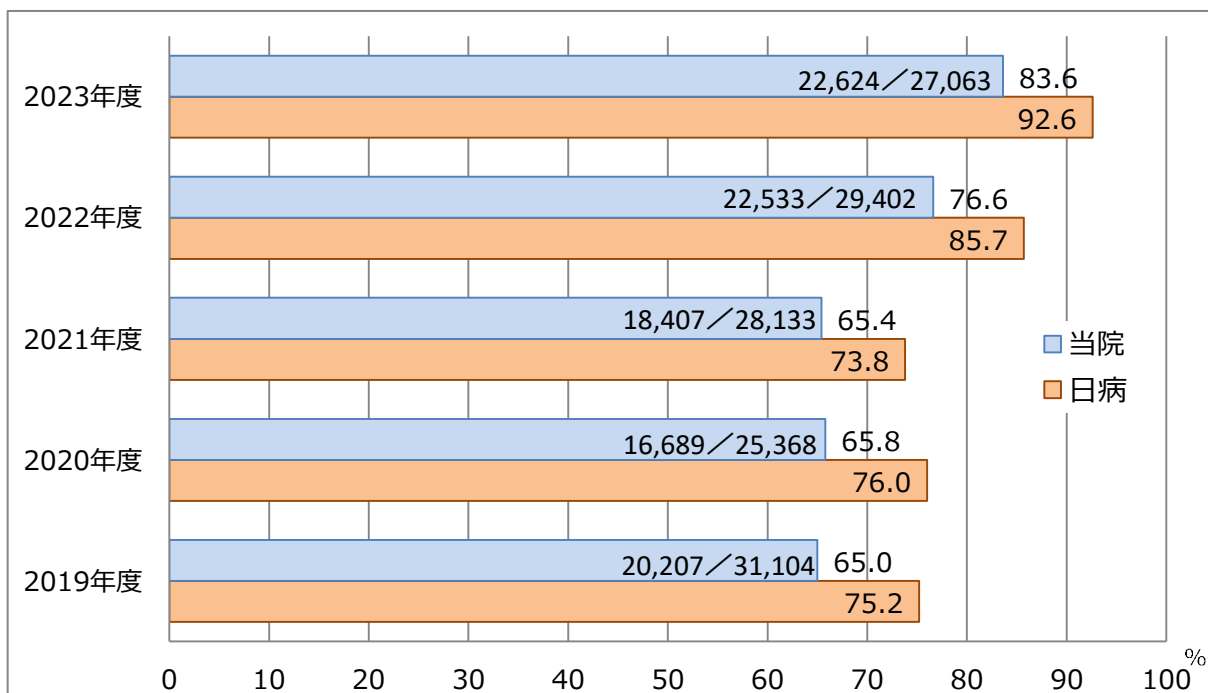
分子：紹介初診患者数

分母：初診患者数-(休日・夜間以外の初診救急車搬送患者数+休日・夜間の初診救急患者数)

2022年度より

分子：紹介患者数+救急患者数

分母：初診患者数



Plan

各科診療科の診療態勢が見える化し情報発信を行うとともに、紹介元からの問合せ等に迅速丁寧に対応し、主として専門治療・最新治療対象患者の集患を継続実施していく。

Do

毎月、各診療科へ変更事項の有無を確認し「診療受入態勢表」を更新して発送する。
また各診療科より、紹介して欲しい疾患やお知らせがある場合は、連携係から適宜情報発信や訪問活動を実施する。

Action

確認に基づいて更なるサービスの向上を図る。

Check

地域の医療機関からの要望や苦情が無いかを確認する。

2023年度に実施した対策・対応またはコメント

連携係は当院への受診や転院受入窓口を担い、また、各診療科への紹介がスムーズに行われるように、毎月「インフォメーション」や「診療受入態勢表」などを登録医療機関等に発送している。

また今年度は、新型コロナウイルス感染症の影響により久しく開催できなかった集合形式の「地域医療者(医師)懇談会」を、4年ぶりに7月(ハイブリッド形式併用)及び翌2月に実施して、当院からの情報発信及び地域医療者相互の交流を図ることができた。

今後も懇談会を始めとした当院からの情報発信及び地域医療者相互の交流の促進を継続し、また当院への紹介が円滑に行われるように連携係が訪問活動を行い、医療機関との窓口として対応を行っていく。

4. 逆紹介率(2018年度～2021年度)逆紹介割合(2022年度～)一般

医療連携福祉相談室

Structure **Process** Outcome

説明・指標の定義は、「3. 紹介率・紹介割合 一般」に同じ
より高い値が望ましい

ベンチマーク：日本病院会QIプロジェクト 一般500床以上

2018年度～2021年度 単位 %

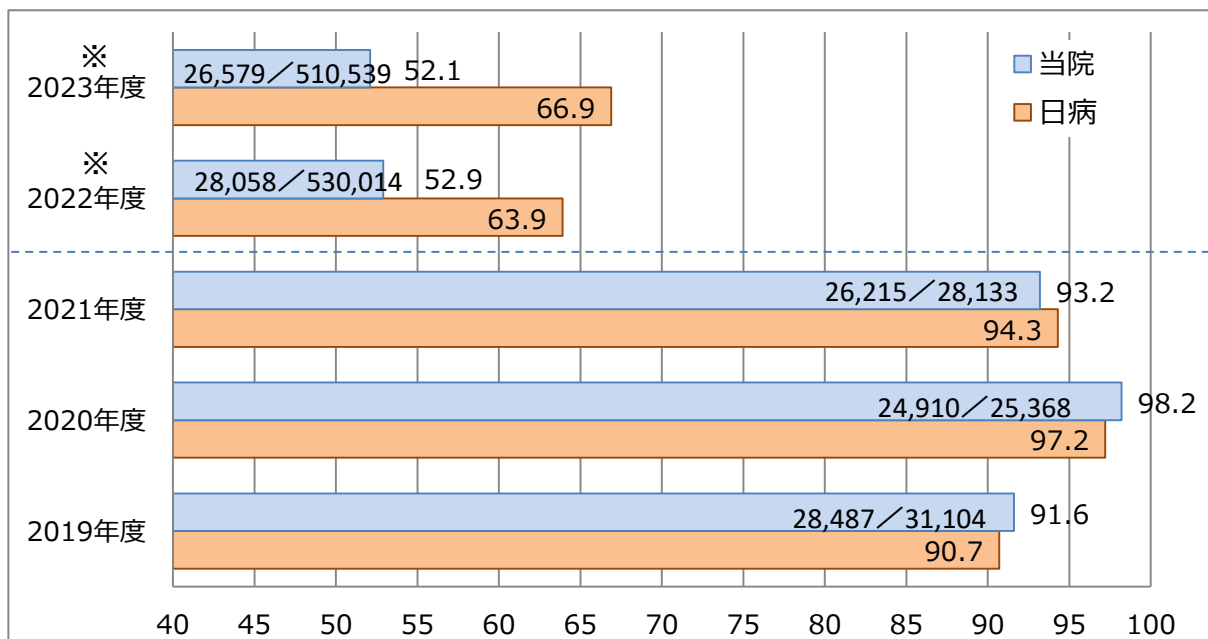
分子：逆紹介患者数

分母：初診患者数-(休日・夜間以外の初診救急車搬送患者数+休日・夜間の初診救急患者数)

2022年度より ※ 単位 ‰

分子：逆紹介患者数

分母：初診+再診患者数



Plan

紹介患者センターを通じてかかりつけ医への紹介や問い合わせを集約するように、院内周知を行う。

Do

地域の医療機関の情報を整え、かかりつけ医や地域の病院と連携をとりながら逆紹介が円滑に行えるようにする。

Action

確認に基づいて更なるサービスの向上を図る。

Check

地域の医療機関からの要望や苦情が無いかを確認する。

2023年度に実施した対策・対応またはコメント

紹介患者センターで他医療機関の情報収集に努めながら「かかりつけ医」相談や案内を行っている。更に受診予約が必要な大学病院等については予約代行等も実施して受診支援を行っている。
また各診療科からの逆紹介においては、診療情報提供書の医療機関及び患者への発送についても紹介患者センターが主に担当しており、これらの業務を通じて地域医療機関への円滑な逆紹介を推進している。

5. 検査機器共同利用(放射線検査・生理検査)

医療連携福祉相談室

Structure **Process** Outcome

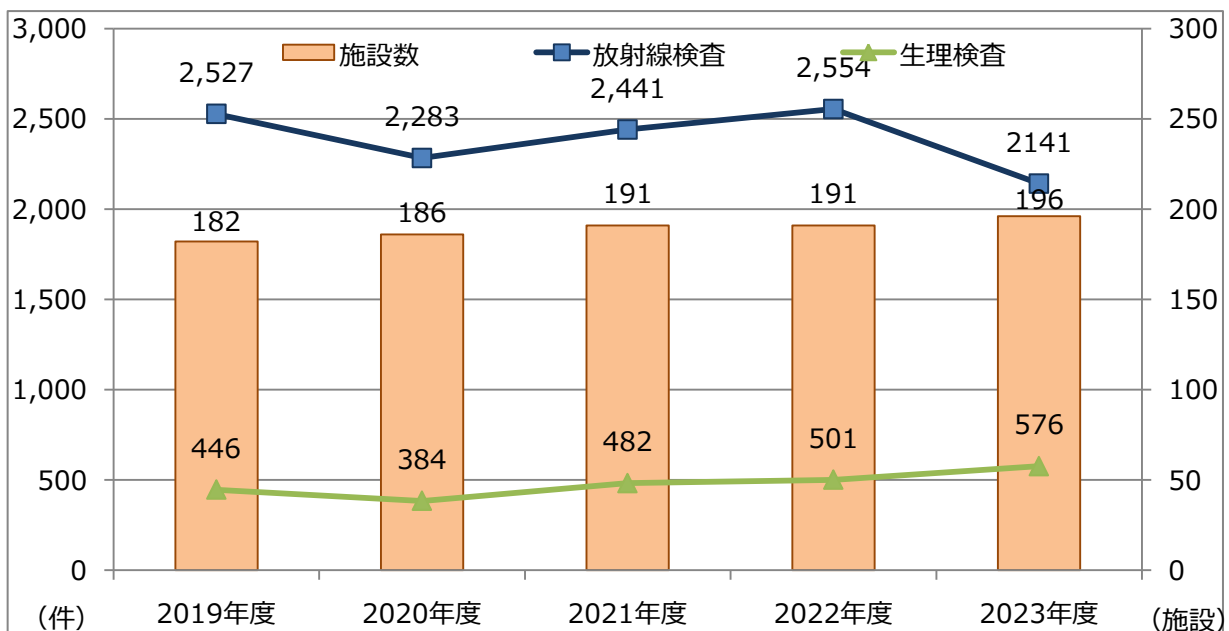
地域連携業務が成されているかの指標。

国による医療機関の機能分担推進に伴う医療連携強化のため、地域の医院・クリニックに通院中の患者に、当院の放射線機器・生理検査を利用する「共同利用」を行っている。その実績として、当院の検査予約システム利用申し込み施設数と放射線検査・生理検査実施件数をカウントした。

より高い値が望ましい

放射線検査：MRI・CT・核医学検査(RI検査)・マンモグラフィー・PET・歯科CT

生理検査：ホルター心電図検査・甲状腺超音波検査・頸動脈超音波検査・腹部超音波検査・心臓超音波検査・ABI検査・PWV検査



Plan

共同利用機関数を増やすとともに、利用件数の増加につなげる。

Do

新規開業医や二次医療圏外医療機関への案内も積極的に行い、登録医療機関を増やす。また既に利用して頂いている医療機関からの依頼件数を増加させるため、更なるサービスの向上に努める。

Action

確認に基づいて更なるサービスの向上を図る。

Check

地域の医療機関からの要望や苦情が無いかを確認する。

2023年度に実施した対策・対応またはコメント

共同利用に関しては一般患者と動線を分けて、専用窓口として紹介患者センターを設け、受付・検査・会計までスムーズな案内を実施をしている。

また、共同利用機関への情報発信や検査機器使用に関する問い合わせについては、連携係が窓口となり地域医療機関に対応している。

6. 地域医療機関サポート率

医療連携福祉相談室

Structure **Process** Outcome

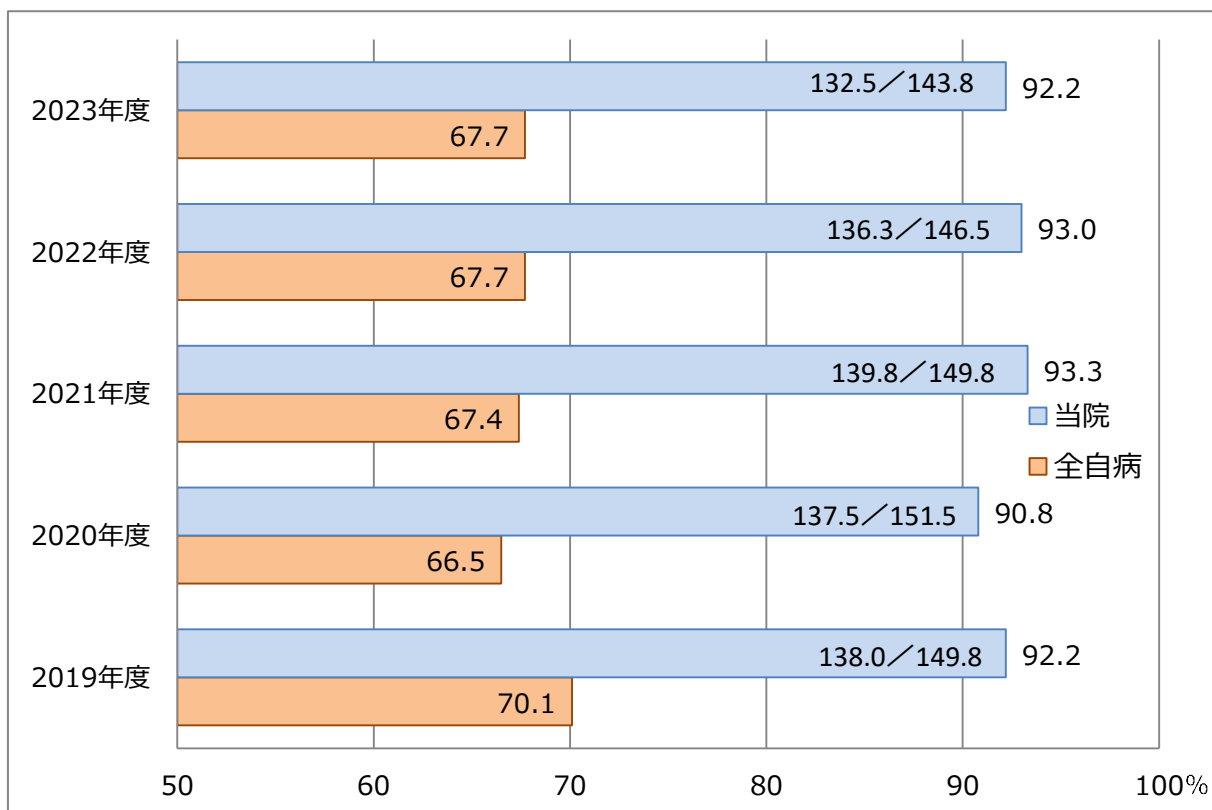
二次医療圏(香取・海浜地域)にある診療所、病院のうち、当院に患者さんの紹介のあった施設の患者さんの紹介を受けた割合を表している。自治体病院は地域の医療機関(かかりつけ医)と連携し、住民の医療を支えている。かかりつけ医が診療し、その結果、病院での診療が望ましい場合には、病院への紹介となる。(全国自治体病院協議会 医療の質の評価・公表等推進事業 公表用データ(2023年4月7日) 37ページより) 公表されている年度データは、4半期のデータを合算のため、掲載にあたり4で除算した)

より高い値が望ましい

ベンチマーク：全国自治体病院協議会 医療の質評価・公表等推進事業 一般600床以上

分子：二次医療圏内で紹介を受けた医科医療機関数

分母：二次医療圏内医科医療機関数



Plan

引き続きサポート率の維持向上を図る。

Do

引き続き顔の見える連携を継続実施していく。

Action

確認に基づいて更なるサービスの向上を図る。

Check

地域の医療機関からの要望や苦情が無いかを確認する。

2023年度に実施した対策・対応またはコメント

当地域の基幹病院として従来より高いサポート率で推移しており、これを今後も継続していけるように訪問活動や懇談会開催による「顔の見える連携」に引き続き取り組む。

7. クリニカルパス使用率【患者数】【日数】

クリニカルパス委員会

Structure **Process** Outcome

パスとは良質な医療を効率的、かつ安全、適正に提供するための手段として開発された、疾病ごとの診療計画表をいう。入院患者にパスを用いることで、診療の標準化、エビデンスに基づく医療の実施、インフォームドコンセントの充実、チーム医療の向上等の効果が期待できる。

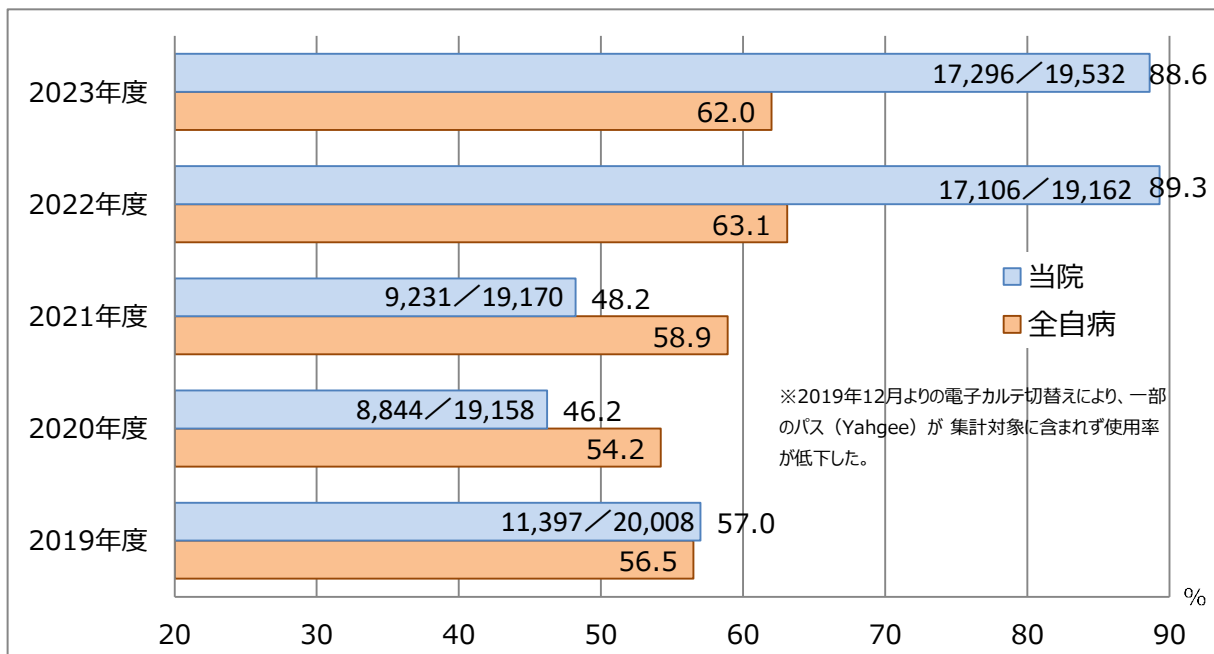
より高い値を目指している。

ベンチマーク：全国自治体病院協議会 医療の質評価・公表等推進事業 一般600床以上

【患者数】入院患者に対し、パスが適用された割合

分子：パス新規適用患者数(調査期間中に開始日が含まれるもの)

分母：新入院患者数



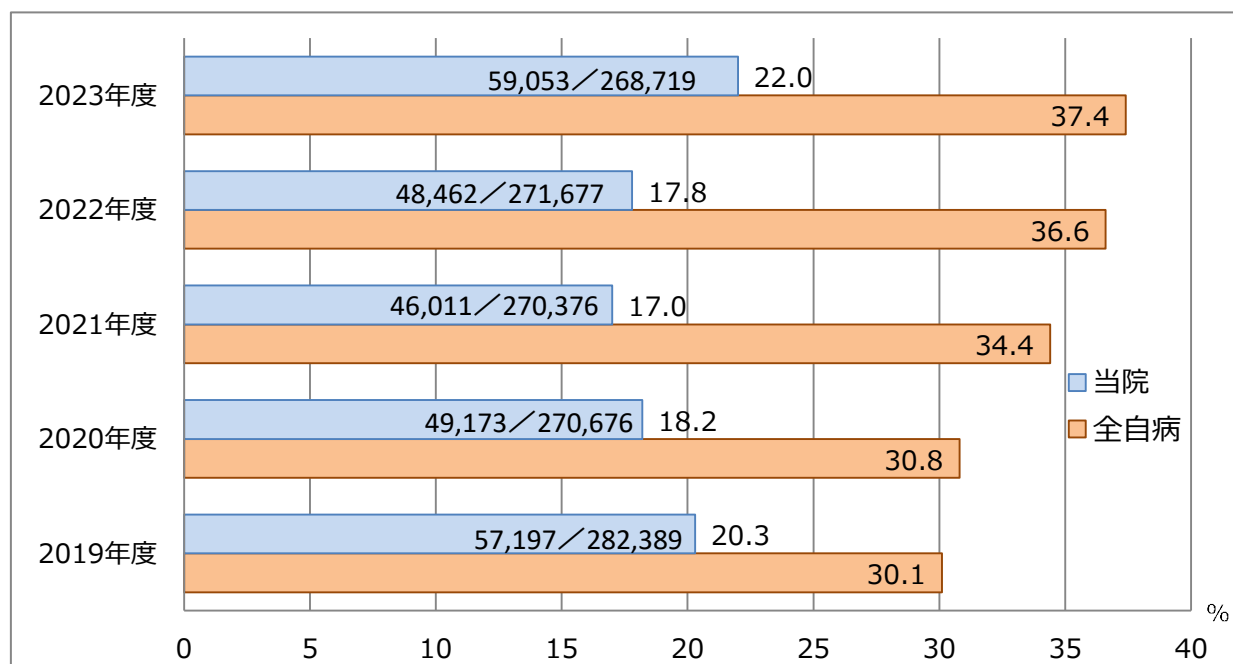
2023年度に実施した対策・対応またはコメント

退院支援調整パスの運用は軌道に乗っており、適用率も横ばいで推移している。疾患パスについては診療科で差がある。使用率があがらない要因を分析し、見直しを実施する必要がある。また、効果的な退院支援につなげるために内容の見直しは必要である。

【日数】入院患者の延べ日数に対しパスが適応された割合

分子：パス適用日数合計(調査期間中に開始日が含まれるもの)

分母：入院延べ日数



2023年度に実施した対策・対応またはコメント

パス適用日数が延びている要因として、各診療科別にみると整形外科のパスの使用数が約2倍に増える一方で、標準適用日数が比較的長期に及び、DPC期間Ⅱ以内率も30%を下回っていることが考えられる。また後方病院の受入が進まない中で、入院日数延長が余儀なくされるが、適用終了日の未入力も一つの要因としてある。患者数が増えたことも要因と考える。

Plan

- ・前年度に引き続き5年以上改訂のないパスの見直し(毎年実施する)。
- ・大腿骨骨折地域連携パスは連携施設を拡大する。
- ・心不全地域連携パスについては稼働開始しているが症例数が少ないため啓蒙を図る。

Do

- ・5年以上改訂のないパスについては、委員会からパスを提示し各部署に改訂を促している。
- ・大腿骨骨折地域連携パスについては、連携施設を拡大するためにパス改訂も実施している。
- ・心不全地域連携パスは連携施設との意見交換などを行い、密なコミュニケーションをとっている。また、地域のクリニカルパス研究会のセミナーでもテーマに掲げ、クリニックや病院間での連携強化に向け進めた。

Action

- ・5年以上改訂のないパスの改訂状況を確認し、実施できるよう委員会でサポート、チェックを行う。
- ・大腿骨骨折地域連携パスの使用状況を確認し改訂の必要があれば管理部署に働きかける。
- ・心不全地域連携パスの使用状況と、運用に課題がないか確認する。

Check

- ・5年以上改訂のないパスのチェックは行っているが改訂と判断したパスの改訂につながらない部署もあり、委員会としてのフォローが必要となっている。
- ・大腿骨骨折地域連携パスの施設間連携をしやすい形式にパスを変更したり、運用面に問題ないか確認していく。
- ・心不全地域連携パスは、運用開始時に内容の確認などを施設間で行っている。

8. 1 か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント報告件数

医療安全管理推進室

Structure Process **Outcome**

身体への侵襲を伴う医療行為は常にインシデント・アクシデントが発生する危険がある。その発生をできる限り防ぐことは医療安全の基本である。仮にインシデント・アクシデントが生じてしまった場合、原因を調査し、防止策をとることが求められる。そのためにはインシデント・アクシデントをきちんと報告することが必要である。

2021 年度までは「インシデント・アクシデント発生件数」と表記していたが、2022 年度からは「インシデント・アクシデント報告件数」に変更した。(日本病院会2023年度QIプロジェクト結果報告 68ページより)

・インシデント・アクシデント報告件数が多い程、安全意識・文化が高いと言われている。望ましい報告件数は、ベッド数×5～6件/年と言われている。また、その中で医師の報告はレベルが高いものが多いため、全体の10%を占めることが理想とも言われている。

・各職種から偏りがなく、報告されることが必要。

(医療機能評価機構、全自病医療安全管理者研修などより)

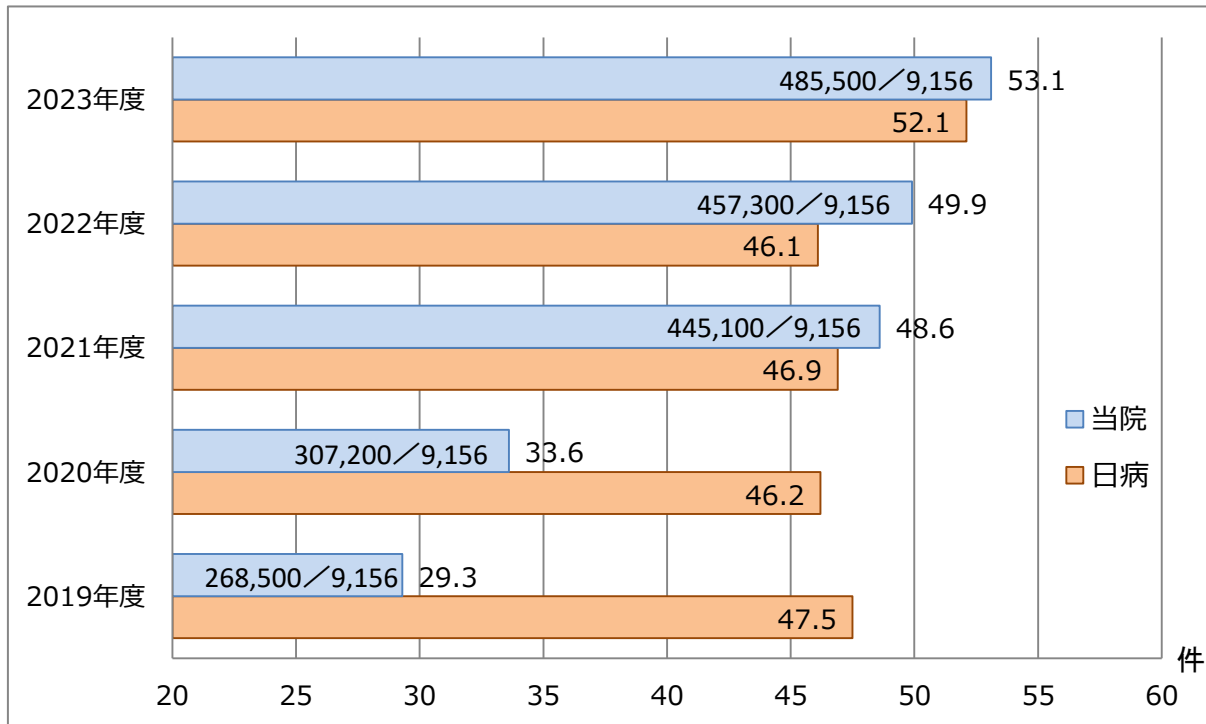
目標：2023年度、年間3,700件

中期計画 2020年度 3,400件、2021年度 3,500件、2022年度 3,600件

ベンチマーク：日本病院会QIプロジェクト 一般500床以上

分子：調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント発生件数×100

分母：許可病床数(一般763床×12ヶ月)



Plan

- ① 報告レポートに対するフィードバック。
- ② 報告状況の共有。
- ③ Good Job!制度の維持。

Do

- ① これまで同様、すべてのレポートへ安全管理者からのコメントを記載、報告者が確認していることまでを確認した。
- ② 安全通信・医療安全研修会などを通じて職員へフィードバック。各部門・部署のセーフティマネージャーへのデータ提供を行い、部門・部署内での共有もしていただいた。
- ③ 継続実施、30例の報告した職員で、希望者にはキャリア支援として外部の医療安全研修の参加を支援した。

Action

- ① 継続するが、安定的に報告がされるようになったことを考慮した変更や特定の少ない部署等へどうするかを検討する。
- ② 全体への情報発信は継続。部門・部署ごとにセーフティマネージャーを通じての情報も効果を見ていく。
- ③ 現場の推進者育成で、安定した報告を維持できることが考えられるため、方略を検討する。

Check

- ① 実施できた。
- ② 実施できた。
- ③ 2名の参加を支援した。

2023年度に実施した対策・対応またはコメント

【2023年度 報告件数に関連した質目標と対策】

- ① 適正な報告件数を維持する(稼働病床数×5.5以上)レポート報告件数4600件/年
 - ② Good Job!報告の維持(報告件数の20%以上)Good Job! 報告900件/年 とした。
- 計画に大きな変更はなかったが、確実に実施をすることで、前年度よりも多くの報告を得た。件数として維持できるように今後に変化を見ていく。

9. 患者満足度調査(入院)一般

TQMセンター

Structure Process **Outcome**

受けた治療の結果、入院期間、安全な治療に対する患者の満足度をみることは、医療の質を測るうえで直接的な評価指標の重要な一つである。

「この病院について総合的にはどう思われますか？」の設問で「満足、やや満足、どちらともいえない、やや不満、不満」の5段階評価で調査した結果を集計した。

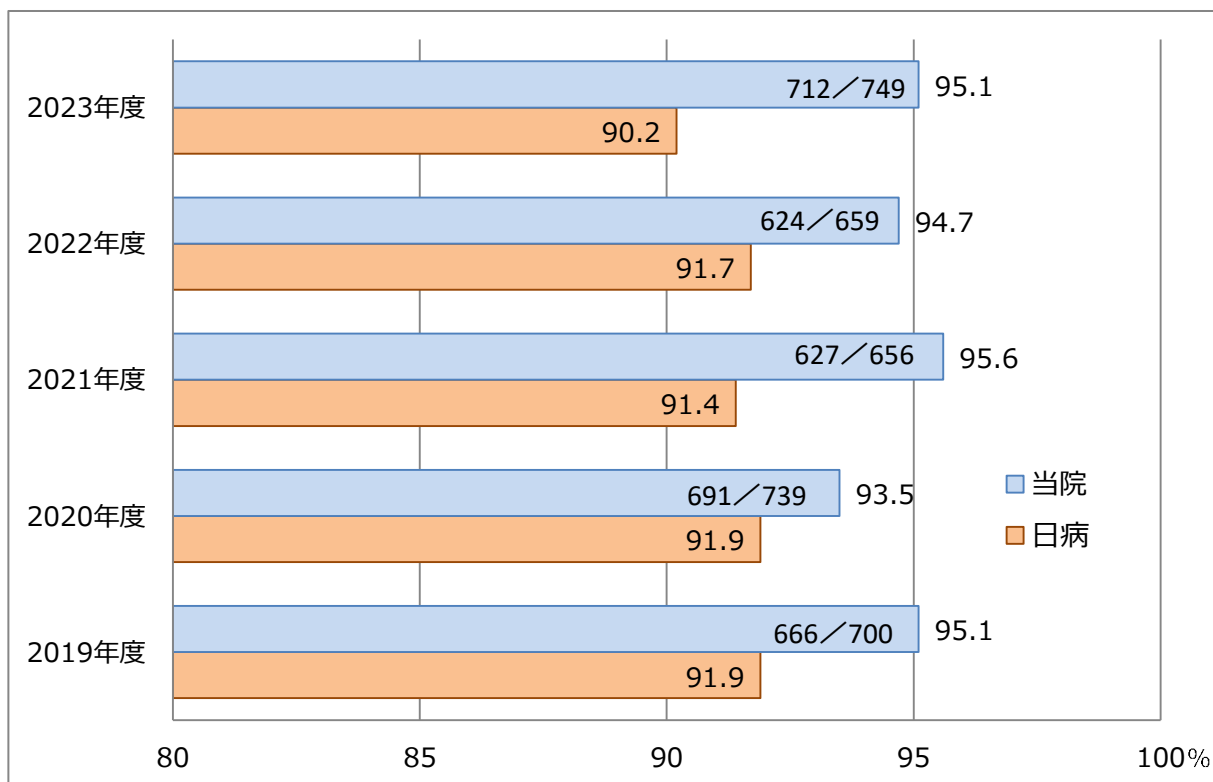
(日本病院会2023年度QIプロジェクト結果報告 21ページより)

より高い値が望ましい

ベンチマーク：日本病院会QIプロジェクト 一般500床以上

分子：「この病院について総合的にはどう思われますか？」の設問に「満足」または「やや満足」と回答した入院患者数

分母：患者満足度調査に回答した入院患者数(未記入患者を除く)



次ページより「PDCAサイクル」と「2023年度に実施した対策・対応またはコメント」について各病棟を掲載。

(一部病棟を除く)

()内は、前年度比。

【1-5病棟】

Plan

患者満足度向上

Do

○相談しやすい雰囲気、退院後の指導

患者の前では忙しさを見せない言動、退室時の一言、検査手術に加え透析スケジュールについて説明強化と理解の確認。退院時の注意点を必ず指導。説明など介入後の理解度や反応確認を重点的に行った。

○医師・看護師・事務間の連絡

医師への指示だし、声かけ依頼を行った。職種をまたがる依頼内容は明確な対応者を伝えた。

○ナースコール対応

ナースコールを受けて対応する風土の改善が必要。まずは、ナースコール前に、対応できる介入が何かスタッフで確認し継続して取り組む。

Action

- ①ナースコールを押してから訪室までの時間
- ②患者さん頼んだ事に対しての確実な対応
- ③プライバシーへの配慮
- ④退院手続きの説明
- ⑤病棟、病室の清潔さ、におい

Check

○医師について 7.35 (-0.3)

・全体的に上昇しているが、特に下記項目が大幅に上昇
言葉遣い、態度、身だしなみ 8.48 (+1.13)

○看護職員について 7.3 (-0.38)

・評価が上がった項目

言葉遣い、態度、身だしなみ 8.14 (+0.14)

相談しやすい雰囲気 7.94 (+0.24)

退院後の注意事項などに関する説明 7.26 (+0.01)

・評価が下がった項目

患者さんが頼んだことに対しての確実な対応 6.70 (-0.80)

ナースコールを押してから訪室までの時間 6.51 (-0.68)

プライバシーへの配慮 7.42 (-0.50)

退院手続きの説明 7.42 (-0.58)

○施設設備について

・全病棟と比較し、下記2点が大幅に数値が低い

病棟、病室の清潔さ 6.71 (全体7.13)

病棟、病室のにおい 5.54 (全体6.17)

2023年度に実施した対策・対応またはコメント

- ①PHS所持者以外でもナースコールへの対応を行う。即時対応出来ない場合は患者に待ち時間を伝えつつ、他者への協力も依頼する。「順番に回ります」は使用せず、まずは訪室する。ナースコールを鳴らさないですむように、点滴・トイレ誘導は時間決めて訪室し確認する。
- ②依頼されたことへの早期対応。伝達漏れがないように報告シートを活用。他職種間での対応時には、リーダーにも報告シートで共有する。対応後は患者さんにも確認を取り、結果まで確認する。
- ③病室カーテンはしっかり閉め、会話の音量にも配慮する。入り口側の部屋のカーテンサイズも検討が必要。電子カルテは、廊下や病室では画面が見えないように取り扱う。
- ④入院時オリエンテーションで退院時間説明を引き続き行う。退院日、必要書類は事前に準備し、処方等は前日までに用意する。待ち時間少なく退院できるように、退院当日スムーズに配布する。
- ⑤環境整備を徹底し、部屋の物品設置は必要最低限にする。尿器等使用時は即時処理、定期交換で清潔を保持。消臭剤使用、安全に配慮して窓で換気をする。

【3病棟】

Plan

患者満足度向上

Do

- ナースコールを押してから訪室までの時間
ナースコールに即時対応出来ない場合は、ペアナースや他チームに協力依頼した。
- 相談しやすい雰囲気を作り、スタッフ間や患者とのコミュニケーション活性化を図った。

Action

- ①看護職員から、医師・事務職員などへの連絡
- ②誤認防止のための本人確認

Check

- 医師について
 - ・全体的に上がっているが、特に下記2点が大幅に上昇
入院中の診察、治療方針、経過、検査、手術などの説明 8.85 (+2.27)
悩みや相談に対する適切な応対 8.08 (+2.55)
- 看護職員について
 - ・全体的に上がっているが、特に下記2点が大幅に上昇
相談しやすい雰囲気 8.85 (+3.06)
ナースコールを押してから訪室までの時間 7.86 (+1.47)
入院中のスケジュール、検査、手術などの説明 8.47 (+2.35)
- 施設設備について
 - ・評価が下がった項目
病棟、病室のにおい 6.43 (-1.07)
トイレ、洗面所、入浴シャワー室の清潔さ 7.31 (-0.34)
- 全体的なことについて
 - ・評価が上がった項目
入院中に必要な情報が充分入手できた 6.00 (+1.58)
 - ・評価が下がった項目
安心して入院生活が送れた 5.00 (-1.77)
今後も当院を利用したい 5.00 (-2.36)
患者さん誤認防止のための本人確認 4.55 (-3.40)

2023年度に実施した対策・対応またはコメント

- ①患者から医師やPSWとの面談希望があった時は、用件を確認して看護記録に残し医師やPSWへ直接伝える。不在時や週末などすぐに伝えられない時は、患者へ十分に説明を行う。患者の訴えに対し誠意をもって対応する。
- ②誤認防止のためのマニュアルを遵守し、10月に読み合わせを行う。毎週木曜日のリスクカンファレンスでインシデント事例、特にゼロレベルの未然に防げた事例に対し共有し、防止策、改善策を検討する。ネームバンド装着率100%を目指し本人確認及びモバイルでの確認を徹底する。

【救命救急センター病棟】

Plan

患者満足度向上

Do

- 夜間のスタッフの声、足音、モニターアラームは音量を下げることはできないため騒音にならないようにした。
- せん妄患者は、できるだけ個室管理に変更した。

Action

- ①言葉づかい、態度、身だしなみ
- ②相談しやすい雰囲気
- ③入院中のスケジュール、検査、手術などの説明

Check

- 昨年度同様に回答数が少なく2名であり、この意見だけで判断してよいのかは不明だが、医師・看護師・放射線技師の満足度は7.5であり、ほぼ満足・満足の回答であった。
- 病棟、病室の静けさは1.25→6.25と改善した。
- 看護職員について
 - ・評価が下がった項目
 - 言葉づかい、態度、身だしなみ 7.50 (-1.25)
 - 相談しやすい雰囲気 7.50 (-1.25)
 - 入院中のスケジュール、検査、手術などの説明 7.50 (-1.25)

2023年度に実施した対策・対応またはコメント

- ①緊急入院の状況で煩雑な中での対応であるが、相手の気持ちを考えた声かけをする。
- ②退室時は、相談がないか声かけをしてから退室する。
- ③検査の説明については、医師との情報共有。

【5階東病棟】

Plan

患者満足度向上

Do

- ナースコールの対応は迅速に行い、難しい場合は目安の時間を伝えた。また、メンバーと協力し、患者の依頼になるべく早く対応した。
- 医師や事務職員のカンファレンス参加や電子カルテ「メッセージ機能」を活用した。
- 授乳室のプライバシー保持に関して、授乳時のカーテン利用方法の説明や、清掃業者に患者への配慮と、清掃時間を利用の少ない時間帯に変更依頼した。
- 退院時に次回受診日と退院後の注意事項を医師に確認し説明した。また退院日には受け持ちを配置した。

Action

- ①看護職員同士の連絡
- ②平時と異なる対応をしている点の説明
- ③献立表の配布
- ④退院手続きの説明

Check

- 看護職員について
 - ・全体的に大きな変化はないが、下記3点は評価が下がった
相談しやすい雰囲気 8.71 (-0.35)
悩みや相談に対する適切な対応 8.71 (-0.31)
退院手続きの説明 8.95 (-0.33)
 - ・評価が上がった項目
ナースコールを押してから訪室までの時間 7.90 (+0.13)
- 施設設備について
 - ・評価が上がった項目
病棟、病室の温度設定 7.80 (+0.61)
病棟、病室の清潔さ 8.83 (+0.01)
トイレ、洗面所、入浴シャワー室の清潔さ 8.73 (+0.45)

2023年度に実施した対策・対応またはコメント

- ①自分の勤務帯で対応したことはその場で解決するが、継続した対応が必要な場合は、タイムリーに記録を残す。スタッフ間でコミュニケーションを取り患者の情報を共有する。
- ②ホームページや外来モニターの内容を定期的に見直し、最新の情報を提供できるようにする。変更されるまでは外来への掲示物や妊婦指導時にリーフレットを配布して説明する。
- ③献立記入の説明をする際には、患者さんと一緒に日付を確認し用紙を配布する。
- ④退院指導時に退院日スケジュールと会計についての説明を徹底し、事務からの説明は口頭だけでなく、会計お知らせ用紙を渡す。

【5階西病棟】

Plan

患者満足度向上

Do

- 看護職員の言葉づかい、態度、身だしなみ、看護職員同士の連絡について病棟理念を再度読み合わせ、定期的に身だしなみチェックを実施。スタッフ同士コミュニケーションをとりながら確認し、看護記録を充実させ、癒やしの看護の提供を行った。
- 病院食の食事内容、提供時間について栄養カンファレンスを活用し食種変更を行った。
- 空調周囲のカビは、エイドに連絡を入れ、カビ取りを依頼した。

Action

- ①ナースコールを押してから訪室までの時間
- ②悩みや相談に対する適切な対応、医師・事務職員などへの連絡
- ③病室のにおい、騒音

Check

- 医師について
 - ・カテゴリー平均 8.66 (+0.65)
 - ・評価が下がった項目
看護師、事務職員などへの連絡 8.06 (-0.14)
地域の医療機関への紹介に関する説明 6.50 (-0.65)
- 看護職員について
 - ・カテゴリー平均 8.38 (+0.35)
 - ・評価が下がった項目
ナースコールを押してから訪室までの時間 8.24 (-0.16)
悩みや相談に対する適切な対応 7.50 (-0.64)
医師、事務職員などへの連絡 8.06 (-0.03)
- その他職員について
医療連携福祉相談室職員 カテゴリー平均 4.89 (-3.19)
- 施設設備について
 - ・評価が下がった項目
病棟、病室の静けさ 6.48 (-0.12)
病棟、病室のにおい 6.67 (-0.33)
トイレ、洗面所、入浴シャワーの清潔さ 7.78 (-0.17)
- 相談支援体制について
カテゴリー平均 3.42 (-3.18)
調査対象者の配布枚数が昨年度より少なく、回収率が低い。

2023年度に実施した対策・対応またはコメント

- ①病室訪室が遅れる際には事前にどのくらいで対応できるのかを伝える。
- ②伝達、対応したことを患者さんに伝えることで安心感につなげていく。
- ③患者の病態や病室の環境に合わせ、換気や消臭剤等で対応していく。

【6階東病棟】

Plan

患者満足度向上

Do

- 隔離入院中、医師の訪室が少なくなる傾向にあったが、コロナも5類となり、医師の訪室回数も増えてきた印象があった。
- 環境調整について、患者の検査などの時間帯を伝え、患者の状態に合わせた訪室をした。大きな変化はないが、「時間を無視して入ってくる・訪室時の対応に苦痛」などの身体的苦痛に対する意見はなくなった。
- ナースコールの対応については、PHS携帯の徹底と丁寧な対応に心がけてはいるが、改善には至っていない。信頼関係が薄れないように対策を継続していく。

Action

- ①スタッフの経験年数により患者・家族の情報解釈の相違がある。患者・家族が入院しているということは不安や戸惑いも多く、明確な情報を必要としているのではないかと考える。
- ②入院する環境として、換気の問題から排泄物などのにおいが原因の一つと考える。
- ③前年度より改善はされてきているが、ナースコールが鳴り止まない状態や、対応に時間を要する事もある。そのため、信頼が損なわれる可能性がある。

Check

- 看護職員に対する満足度は昨年度よりやや上昇しており、全病棟と比較しても大きな差は出ていない。
- ・評価が上がった項目
 - 相談しやすい雰囲気 8.00 (+0.35)
 - ナースコールを押してから訪室までの時間 7.20 (+0.86)
 - 入院中のスケジュール、検査、手術などの説明 8.40 (+1.92)
- ・評価が下がった項目
 - 患者さんが頼んだことに対しての確実な対応 7.09 (-0.73)
 - 医師、事務職員などへの連絡 6.09 (-1.25)
 - 一部、情報解釈の差異、連携不足が見られた。
 - 病棟、病室のにおい 5.00 (-0.89)

2023年度に実施した対策・対応またはコメント

- ①患者情報で疑義を伴うものはスタッフ個人で判断せず、ペア看護師・リーダー看護師などへの報告・連絡・相談を行い、確実な対応と患者・家族への対応状況について説明を行っていく。また、確実な理解解釈が出来るよう説明と確認を行う。カンファレンスの有効活用として患者の全体像を捉えたカンファレンスの開催、リーダーのファシリテーション力を高める。
- ②空気清浄器の利用、除湿対策と清掃を行う。
- ③訪室時「お待たせしました」などの声かけ(接遇)を行う。また、補助員で対応可能な内容については、委譲するなど早期対応に繋げる。ベッドサイドでの記録など、ナースコールの鳴らない先取り看護の実践をする。

【6階西病棟】

Plan

患者満足度向上

Do

- プライバシーへの配慮として、面談室の利用やプライバシーカードを活用した。
- 悩みや相談に対する適切な対応のために、多忙でわずかな時間しか確保できなくても余裕を持った対応をした。
- 病棟、病室の清潔さを保つため、委託業者（エイド）や施設課へ依頼し、汚染の目立つ箇所に関しては局所的に清掃した。また、私物管理の出来ない患者に対し、家族を代行し職員が整理整頓を行うようにした。
- 院内放送の音量は一律で変更出来ないため、職員由来による騒音を意識的になくすよう行動した。
- 病棟、病室の静けさを保つため、病床の調整を行った。せん妄や認知症患者が多く、その不穏言動が騒音の原因となっていた。

Action

- ①病棟・病室のにおい
- ②病棟・病室の温度設定

Check

- 医師について
全ての項目において昨年度と同様の結果であった。満足度の低下は見られなかった。昨年度から引き続き泌尿器科医師の人数が欠員となっているが、10/1より1名増員されることとなり、時間的な余裕から満足度向上に期待する。
- 看護職員について
・評価が下がった項目
ナースコールを押してから訪問までの時間 7.15 (-0.09)
医師、事務職員などへの連絡 7.00 (-0.15)
退院手続きの説明 7.37 (-0.13)
- ナースコールを鳴らしてから訪問までの時間について
・看護スタッフの人員不足から時間的な余裕がないが、以前から改善に向けて取り組んでいる。コールが鳴ったら可能な限り訪室する。用件を確認し、お待たせする場合はどのくらい待っていただくか伝え、訪室した際は待たせたことを謝罪するなどの対策を立てた。ナースコールを鳴らさない先取り看護を目指しているが、実際の患者満足度はわずかながら低下している。

2023年度に実施した対策・対応またはコメント

- ①泌尿器科病棟であるため排尿障害や尿路に疾患を抱え療養している方が多い。そのため尿路留置カテーテルをケアする場面が多くある。疾患の特性により尿の性状に異常をきたし、尿臭が強くなることが要因と考えられる。空気清浄機や、消臭剤を使用しにの改善に取り組む。
- ②大部屋の窓側は日差しが強く、遮光カーテンを使用しても患者から暑いと指摘されることがあった。エアコンの温度設定により室温調整をするが、猛暑の場合はエアコンだけでは不十分であった。廊下側と窓側を効率よく空気循環させるため、エアコンと扇風機を併用していく。

【7階東病棟】

Plan

患者満足度向上

Do

○相談しやすい環境作りとして「こちらから声をかける」「いつ誰に、何を伝えただかなどを明確に伝える」を具体策として取り組んだ。
○患者からは「看護師は忙しそう」「声をかけにくい」と聞いているが、丁寧な説明と優しく声をかけることを継続し、患者の要求に対する適切な対応を実践した。

Action

- ①言葉遣い、態度、身だしなみ
- ②退院後の注意事項などに関する説明

Check

○医師、看護師ともに全体的に満足度数値が低くなった。
○看護職員について
・評価が下がった項目
言葉遣い、態度、身だしなみ 6.50 (-1.26)
患者さんが頼んだことに対しての確実な対応 5.67 (-1.06)
悩みや相談に対する適切な対応 5.72 (-0.71)
退院時の注意事項などに関する説明 5.72 (-1.53)
看護に対しての全体的な満足度 5.52 (-1.21)
○フリーコメントに「看護職員の人数が少ない気がする」とあったように、実際昨年度より中堅層の看護師が減っている。どの診療科もそうであるように、認知機能の低下している患者や疾患の状況から生活援助が必要な患者も多く、介護量が多い。それが理由なのか、忙しさを醸し出しており、患者への説明が一方向的であったり、言葉遣いや態度に対する不満が見られた。

2023年度に実施した対策・対応またはコメント

- ①調査時は機能別看護を行っていたため、責任の所在がはっきりしないことがあり、患者は誰に聞いたかわからない状況だった。主に言葉遣い(「私にはわかりません」と答えそのままにするなど)や、責任感のない態度が満足度が下がった要因と言えた。9月からは、ペアで看護をするように看護体制を変更した。基本的に担当看護師が責任を持つよう、責任の所在を明確にした。忙しい中でも丁寧な言葉を使う。
- ②退院時にパンフレットを用いて生活指導を行っているスタッフと、質問がなければ説明をしないスタッフがあり、退院指導に関する標準化ができていない状況だった。膝・股関節術後の生活指導パンフレットはあるため、パンフレットを用いて指導するよう教育委員より発信する。パスの患者には、パスを使って指導介入する。

【7階西病棟】

Plan

患者満足度向上

Do

- ナースコールの対応、職種間連携の評価が低く対策を実施しているが改善していない。
- 業務委員会を中心に対策を立て実施。

Action

- ①医療者間の連携、情報共有
- ②ナースコール対応
- ③多重業務の改善、業務分担
- ④夜間の環境整備、騒音に対する部屋の配慮

Check

- 昨年度に比べ全体的に満足度は微増している。親切、丁寧な対応ができています。身だしなみについて意識し取り組めており評価が上がっている。
- ナースコール対応に時間がかかり、患者を待たせる時間が長い。医療者間の連携不足、情報共有不足により患者に不快な思いをさせている。多忙、余裕のなさが患者に伝わっている。
- 看護職員について
 - ・評価が上がった項目
言葉遣い、態度、身だしなみ 7.37 (+0.31)
患者さんが頼んだことに対する確実な対応 6.07 (+0.75)
入院中のスケジュール、検査、手術などの説明 6.95 (+0.96)
退院時の注意事項などに関する説明 6.45 (+1.05)
看護に対する全体的な満足度 7.10 (+1.70)
 - ・評価が下がった項目
相談しやすい雰囲気 6.46 (-0.21)
医師・事務職員などへの連絡 5.60 (-0.17)

2023年度に実施した対策・対応またはコメント

- ・患者から依頼を受けたことが早急に対応できない場合には、ペアやチーム内で対応し待たせない。対応に時間がかかる場合には、具体的に時間で伝える。
- ・リーダーメンバー間でタイムリーに情報共有を行い、一人で抱えない。
- ・医師にも協力を依頼し、申し送り事項を他職種間で共有する。また、情報共有のために記録を残す。
- ・ナースコールが鳴らない先取り看護として、点滴はアラームをかけ、ポンプが鳴る前に回収。訪室毎に環境整備と用がないかを確認する。
- ・夜間の患者対応として、消灯前に声だしがある患者様に対しては部屋の検討や医師と相談し眠剤の使用など検討する。

Plan

患者満足度向上

Do

○ナースコールを押してから訪室までの時間
昨年度ナースコール内容調査を実施した。時間帯による依頼内容の偏りはなく、主な内容は離床センサー、環境整備、排泄関連、不穏などであった。なるべく早く訪室するようにしているが、処置中などはすぐに対応できないことがあるため、対応できない場合や緊急性の高い場合は他スタッフへ依頼した。

○患者さんが頼んだことに対して確実な対応
他の業務が入ってしまった場合、優先度の高いものから対応するため待たせてしまうことがある。そのため、事前に緊急の対応が入ってしまった場合はその都度説明を行った。対応をいつできるのか、経過などの状況も含めて伝えた。

Action

①退院手続きの説明
②退院後の注意事項
などに関する説明

Check

○医師について
・評価が上がった項目
地域の医療機関への紹介に関する説明 7.83 (+1.51)
入院時から治療後を見据えた説明がされており、早期にMSWとの連携が図れている。

○看護師について
・評価が上がった項目
ナースコールを押してから訪室までの時間 6.50 (+0.50)
患者さんが頼んだことに対しての確実な対応 7.19 (+0.52)
言葉づかい、態度、身だしなみは全病棟と比較しても評価は高い。

・評価が下がった項目
退院手続きの説明 6.52 (-1.23)
退院後の注意事項などに関する説明 6.41 (-1.09)

○施設設備について
・排泄介助が多い病棟だが、病棟、病室のにおいは評価が上がった。
6.82 (+0.39)

・評価が下がった項目
病棟、病室の静けさ 5.46 (-1.45)
病棟、病室の温度設定 5.76 (-1.39)

2023年度に実施した対策・対応またはコメント

①会計、内服薬、次回再診日など事務・看護師・薬剤師などそれぞれとの関わりがあるため、患者・家族はどのタイミングで帰宅したらよいのか迷うのではないかと推測。退院時チェックリストの活用がないため、リストの見直しと活用の検討をすることで、退院までの流れを確立する。

②疾患によっては退院時の説明用紙があるが、確実な運用や使用はされていない。口頭説明のみの場合もあり、十分に理解できていない状態のまま、退院後の生活に不安を抱えて退院することがある。退院指導に関する指導用紙を見直す。

【8階西病棟】

Plan

患者満足度向上

Do

○ナースコール対応

「5分ほどお待ちください」など伝え対応しているが、患者さんは待てずに連打してしまう事もあり、コールが重なると対応に遅れが生じた。

○医師との連携・意思決定支援

退院支援として他職種退院支援カンファレンスを毎週水曜日に開催し、医師・他職種との情報共有を継続。

○施設管理

室温・湿気・カビ対策についてはエイドにも協力していただき、換気や訪室時の室温管理など実施。

Action

①ナースコールを押してから訪室までの時間

②看護職員同士の連絡

③医師・事務職員などの連絡

④病棟、病室の静けさ

⑤入院中のスケジュール、検査、手術などの説明

⑥トイレ、洗面所、シャワー室の清潔さ

Check

○医師について

・評価が上がった項目

プライバシーへの配慮 7.57 (+0.47)

言葉づかい、態度、身だしなみ 7.74 (+0.39)

・評価が下がった項目

地域の医療機関への紹介に関する説明 5.32 (-1.35)

入院中の診療、治療方針、経過、検査、手術などの説明 6.43 (-0.14)

○看護師について・カテゴリ平均 7.3→6.69 (-0.61)

・評価が下がった項目

ナースコールを押してから訪室までの時間 4.48 (-2.12)

看護職員同士の連絡 5.88 (-1.62)

医師・事務職員などへの連絡 6.59 (-1.27)

○施設について

・評価が下がった項目

病棟、病室の静けさ 4.08 (-2.29)

トイレ、洗面所、シャワー室の清潔さ 6.12 (-2.29)

2023年度に実施した対策・対応またはコメント

①ナースコールが重なった時、お互いが連絡し協力し合う環境風土作り。コール担当だけでなくナースステーションからも応答。

②情報共有フリーシートの活用や、申し送りで必ず伝達する。その場しのぎで言わず、必ず確認して統一した対応を行う。

③医師から退院決定が看護師や事務に伝達されないことがある。看護師が病床マップや記録で把握することもあるため医師に周知する。当病院では退院日決定時事務用・看護師用の退院チェックシートで事務・各部署へ連絡する運用をしており、確認の強化をする。その他連絡事項は複数名で確認し必要に応じて記録に記載する。

④廊下での会話、歩行やワゴン移動時など環境音の影響についてカンファレンスで共有し意識付けを行う。ベッドコントロールし、病室内の環境に配慮する。

⑤挨拶カード廃止に伴い、水分出納帳へ記載している。入院時オリエンテーションの際に、今日の予定が書いてある場所を説明する。前病棟とのやり方が違ったり、聞いていない内容があったりするため、転棟時確認しながら説明を実施する。

⑥定期的な清掃以外でも訪室時洗面所の確認を行い、汚染時は清掃する。シャワー室はエイドさんの協力を得る。

Plan

患者満足度向上

Do

○病室の静けさや病棟病室のにおい、清潔さについては昨年度より評価が上がった。点滴ポンプのアラームが鳴る前に訪室する、または自室でナースコールの対応をすることが多くなり環境の改善に繋がった。
○昨年度は会計待ち、処方待ちの時間がかかり、満足度が低下していた。退院チェックリストを改訂し、前日までに中止・再開薬の確認や退院処方の依頼を行うことで待機時間が短縮できた。

Action

医師

①手術、治療方針などの説明
入院中の診察、治療方針、経過、検査、手術の説明が大きく低下しており、限られた時間内で理解度の確認を行い個別に対応していくことが困難となっている。

看護師

②看護師同士の連絡・連携
看護師間の連携や依頼したことへの対応が減少しており、コミュニケーション、情報共有などの対応が必要となっている。

Check

○医師について

・評価が上がった項目

悩みや相談に対する信頼感 7.50 (+0.15)

プライバシーへの配慮 8.10 (+0.16)

・評価が下がった項目

言葉づかい、態度、身だしなみ 7.79 (-0.73)

退院後の注意事項の説明 7.10 (-0.40)

入院中の診察、治療方針、経過、検査、手術の説明 7.50 (-0.48)

○看護師について

・評価が上がった項目

入院中のスケジュール、検査、手術の説明 7.26 (+0.13)

退院手続きの説明 7.26 (+0.26)

プライバシーへの配慮 7.60 (+0.32)

医師・事務職員などへの連絡 7.10 (+0.14)

・評価が下がった項目

患者さんが頼んだことに対しての確実な対応 6.87 (-0.85)

看護師同士の連絡 6.50 (-0.73)

悩みや相談に対する適切な応対 6.77 (-0.56)

○医師の退院時説明を看護師へタスクシフトしたことで、医師の説明は減少したが、看護師からの説明で充足されている。治療・手術のスケジュールについてもパスを有効に活用することで、説明に対する満足度は上昇した。プライバシーへの配慮は医師・看護師ともに上昇している。退院処理の待ち時間も改善された。

2023年度に実施した対策・対応またはコメント

①手術、治療方針など医師からの説明の際の同席を増やし、説明後の反応や理解し辛かったことなど確認し、補足説明を行う。

②看護師同士の連絡、連携についてはスマホ導入により、スタッフ同士の連絡が速やかに取れるようになった。多忙な業務の中でスタッフを探し、伝達する時間が大きく減少した。カルテ内のメッセージ機能も活用し伝達しているが、伝達方法が多様であるため、集約や統合など検討する必要がある。

【9階西病棟】

Plan

患者満足度向上

Do

- 病棟担当栄養士と情報交換を行い食種変更などの対応もあり、今年度は病院食への満足度は全項目の評価が上がった。
- デジタルナースコール導入により、スマホ連携することで全スタッフがナースコール対応を可能にした。対応状況をデータにより可視化している。

Action

- ・言葉づかい、態度、身だしなみ
- ・ナースコールを押してから訪室までの時間
- ・患者さんが頼んだことに対するの確実な対応
- ・悩みや相談に対する適切な対応
- ・医師、事務職員などへの連絡
- ・プライバシーへの配慮

Check

- アンケートの回収率が昨年度に比べ 72.1% (+17.8%) と大幅に上昇した。しかし、結果については多くの項目が前年度と比較し評価が下がった。
- 特に看護職員については全項目の評価が下がった。全体と比較しても「悩みや相談への対応」、「依頼への確実な対応」は大幅に低値を示している。一方で医師についての「担当医の信頼感」や「悩みや相談への対応」は前回よりも高く、施設・設備面や病院食、病室清掃は高い評価を得ている。全体的には「職種間の連携」や「相談事への対応」などが低い傾向がある。

2023年度に実施した対策・対応またはコメント

- ・デジタルナースコールに変更しているため、応答時間や呼び出し履歴などデータを用いて見える化し、定期的に結果を提示しながら検討する。
- ・患者さんからの依頼事項は、時間がかかる案件であれば引き継ぎを確実にし、患者さんにも進捗を伝える。
- ・PFMセンターからの事前情報を活かし、多職種カンファレンスを通すなどして悩みや相談事について、各専門職と協力し対応できるようにする。
- ・すぐに対応できない事に関しては、口頭での依頼だけではなく、視覚的にも確認できるようにメモなどに残す。
- ・各自の病状に合わせた環境整備や5Sの実践。

【10階東病棟】

Plan

患者満足度向上

Do

- 職員間の連携について、医師と看護師で情報共有し、患者・家族から説明を聞いているなどの訴えが出る前にキャッチできるよう配慮。医師からの説明希望があった際は迅速に医師に伝えた。
- 言葉づかい、態度、身だしなみについて、お互いにチェックし合った。
- 相談しやすい雰囲気について、検温とは別にベッドサイドに足を運ぶ時間を持った。
- 看護師同士の連絡について、指示受けワークシート、カルテメッセージボックスを活用した。

Action

- ・医師 ①看護師、事務職員などへの連絡 ②プライバシーへの配慮
- ・看護師 ③ナースコールを押してから訪室までの時間 ④入院中のスケジュール、検査、手術などの説明 ⑤看護職員同士の連絡 ⑥医師、事務職員などへの連絡 ⑦退院手続きの説明、退院後の注意事項等に関する説明 ⑧フリーコメント:トイレが不衛生、小水やトイレトーパーや水滴が落ちているという意見あり



Check

- 全病棟との比較
 - ・医師、看護師ともに全ての項目で評価が下回った。
- 医師について
 - ・前年度比で8項目中5項目の評価が上がり、3項目が下がった。
 - ・昨年度対策を実施した入院中の説明の項目では6.64 (+0.32) であり、対策実施の効果があつたと推測する。
 - ・悩みや相談に対する適切な対応 5.67 (-0.97)
- 看護師について
 - ・前年度比でほぼ全ての項目で評価が下がった。
 - ・看護師に対しての全体的な満足度は6.91 (+0.12) であり、対策実施の効果があつたと推測する。

2023年度に実施した対策・対応またはコメント

- ①⑥⑦医師と情報共有し、看護師は患者・家族から説明を聞いているなどの訴えが出る前にキャッチできるよう配慮し、医師からの説明希望があった際は迅速に医師に伝える。IC時はなるべく看護師も同席し説明後の理解度・不明な点を確認する。IC後の反応は記録に残し他職種と情報共有する。
- ②医師の人数が減少したことにより、医師は夜間帯処置が終わったあとに患者ラウンドするため消灯後に訪室することも多々ある状況、事前に訪室時間がわかれば患者に伝える。
- ③ナースコールPHSの携帯者の取り決めを継続、自分に対応できない場合はペアやチーム間でコミュニケーションを取り早期に対応する。おまかせしましたと声かけを行う。看護補助員と連携する。
- ④ベッドサイドでは1日の流れや、緊急で入った検査などはその都度説明を行う。
- ⑤指示受けワークシートの活用、カルテメッセージボックスの活用を引き続き行う。
- ⑧補助員の定期的な見回りを継続し、大部屋トイレには「トイレが汚れていたらスタッフに声をかけてください」とポスター掲示し汚染した状態のままにならないよう環境整備を行う。

【10階西病棟】

Plan

患者満足度向上

Do

○プライバシーへの配慮

大部屋での仕切りカーテンの洗濯バサミ使用で開けっぱなしにならないようにする動きは定着。病棟オリジナルの「授乳中」のプライバシーカードも活用して対応。

○言葉使い、態度、身だしなみ

接遇チェックの読み合わせを週1実施について、計画当初に行い、意識付けを行った。

頼まれ事のメモの運用や、対応困難時の他者に依頼については継続中。

○ナースコールを押してから訪室までの時間

前年度に引き続き、対策継続している。

Action

・療養環境(施設設備について)

①行き届いたシーツ交換

②使用していない複数のベッド置き場となっている廊下

③患者、家族共有使用場所の清潔さ ④騒音

・ご家族の付添環境

①相談しやすい雰囲気

②付添寝具の対応 ③

付添者の食事や必要備品買い出し、シャワー中の対応

Check

○医師、看護師共に昨年度との比較で全項目低下(0.07～1.16:全体平均0.5低下)していた。今年度の院内全体との比較では退院手続きの説明の項目以外は全て上回った。

○評価が低い項目

・環境面の項目が全体的に低く、院内全体比較では全て低い。

・前年度部署・今年度院内全体比較共に評価が下がった項目

病棟、病室の温度設定 5.00 (-0.75)

シーツ交換が丁寧に行き届いていたか 7.17 (-0.75)

・前年度部署比較としては評価が上がったが、今年度院内全体比較では下がった項目

病棟、病室の清潔さ 7.15 (+0.36)

トイレ、洗面所、入浴シャワーの清潔さ 7.27 (+0.50)

・自由記載では小児の付添を行うご家族の付添環境に関する声が散見された。

2023年度に実施した対策・対応またはコメント

・療養環境(施設設備について)

①寝具リネン汚染への気配り。汚染時適時交換する。小児の場合は、リネンセンターの定期シーツ交換の対象外に前日入院ケースを一律除外としない。

②現ベッド保有数49台を減らせるか検討。(小児年齢等によりベッドタイプは選択のため許可病床数より多い)空床部屋へ収容する。

③汚染を目にしたときは清掃担当者や看護補助員へ対応を依頼。依頼が困難な場合は発見者で簡単に清掃を行う。

④音の発生に配慮。

・ご家族の付添環境への配慮

①ご家族が声をかけやすい態度を各自が意識。

②入院時レンタル寝具の説明を漏れないように実施。緊急入院でレンタル寝具手続き可能時間外となる場合は患者用ストック寝具を期限限定で貸し出す。

③付添者の食事の買い出しやシャワー中の短時間の付添不在は予め付き添い者とタイミングを確認し、できるだけ対応する。NPO法人などによる付添者をサポートする有益な情報を提供する。(入院に欠かせない日用品の詰め合わせを無料で受けとれる等)

【11階東病棟】

Plan

患者満足度向上

Do

- 言葉づかい、態度、身だしなみ
 接遇委員を中心にお互いが注意し合える風土づくりを行った。
- 相談しやすい雰囲気
 煩雑な業務に対し、業務の統一・マニュアル化を行った。ペアナーシングで業務効率を図った。
- 医師、看護師の連絡
 どの段階まで伝えられているかを明確にした。メッセージボックス・送り板の活用。

Action

- ①ナースコールを押してから訪室までの時間
- ②医師について
 悩みや相談に対する適切な対応
 地域の医療機関への紹介に関する説明
 看護師、事務職員などへの連絡

Check

- 全体的なことについて
 - ・カテゴリー平均 7.27→6.52 (-0.75)
 - ・病院は感染対策が出来ていると思うか 7.55 (+0.18)
 - ・誤認防止のための本人確認は、昨年度と同等の8.0台を維持できており、スタッフの安全への意識が高いことがわかる。
- 医師について
 - ・評価が下がった項目
 カテゴリー平均 7.33→6.33 (-1.0)
 悩みや相談に対する適切な対応 5.57 (-1.06)
 地域の医療機関への紹介に関する説明 5.49 (-1.96)
 - ・説明のタイミングや情報共有について振り返りが必要。
- 看護師について
 - ・評価が上がった項目
 カテゴリー平均 6.71→6.84 (+0.13)
 言葉づかい、態度、身だしなみ 7.50 (+0.31)
 頼んだことに対する確実な対応 7.23 (+0.42)
 看護職員同士の連絡 6.25 (+0.85)
 医師、事務職員などへの連絡 6.90 (+0.92)
 退院手続きの説明 7.41 (+0.13)
 - ・評価が下がった項目
 ナースコールを押してから訪室までの時間 6.31 (+6.82)

2023年度に実施した対策・対応またはコメント

- ①ナースコールを押してから訪室までの時間を短縮させるための対策
 - ・目標5秒以内に出る ・コールが重なった時は、他のスタッフのPHSやモバイルに依頼をする
 - ・自分のチームのPHSをきちんと持つ。
 - ・日勤から夜勤にPHSを渡すタイミングを17時(夜勤ラウンド前)にする。確実に手渡しする。
 - ・日勤から消灯までコール音を消音させない。(手渡し時にお互い確認する)
 - ・病棟を離れるときは、病棟に残る人にPHSを渡す。 ・リーダーが各チームのメンバーに声かけをする。
 - ・補助員にナースコール対応を依頼するときは、対応理由と留意点を伝える。
 - ・訪室時に、予測をつけたケア介入を行ってくる。(コール回数そのものを減らす)
 - ・ナースコールを頻回に押す患者の背景をアセスメントし、部屋調整を行う(前年度からの継続)
 - ・訪室時の「お待たせしました」と声かけをする。
- ②医師との情報共有および連絡の取り方を見直し、患者の思いを伝えるタイミングを逃さない。

【11階西病棟】

Plan

患者満足度向上

Do

○昨年度手続きや退院時の説明の不足などが上がっていたため説明や話を聞くなど周知した結果、昨年度よりポイントが上昇した。

Action

①ナースコールを押してから訪室までの時間

Check

○看護職員について

・ナースコール対応、患者からの依頼に対しての確実な対応、看護に対しての全体的な満足度がやや低くなった。

・評価が下がった項目

ナースコールを押してから訪室までの時間 6.72 (-0.18)

患者さんが頼んだことに対しての確実な対応 6.86 (-1.02)

看護に対しての全体的な満足度 7.78 (-0.02)

○医師について

・医師に対する満足度の低下がある。

・評価が下がった項目

カテゴリー平均 7.8→7.6 (-0.2)

言葉づかい、態度、身だしなみ 8.00 (-0.53)

担当医に対する信頼感 7.80 (-0.88)

2023年度に実施した対策・対応またはコメント

①ナースコールを押してから訪室までの時間を短縮させるための対策

- ・スタッフ不足や業務が重なり対応できないなどの理由がある。
- ・チームリーダーを中心にリシャッフルなどを取り入れており、業務の集中を避けるようにしている。
- ・部屋から退室するときに他に何か用事がないか確認して、退室するように周知する。
- ・業務改善PJチームを中心に業務改善を図っていく。
- ・引き続き医師とのコミュニケーションを良好にし、情報共有できるようにする。

10. 外来待ち時間【予約】【予約外】【会計】

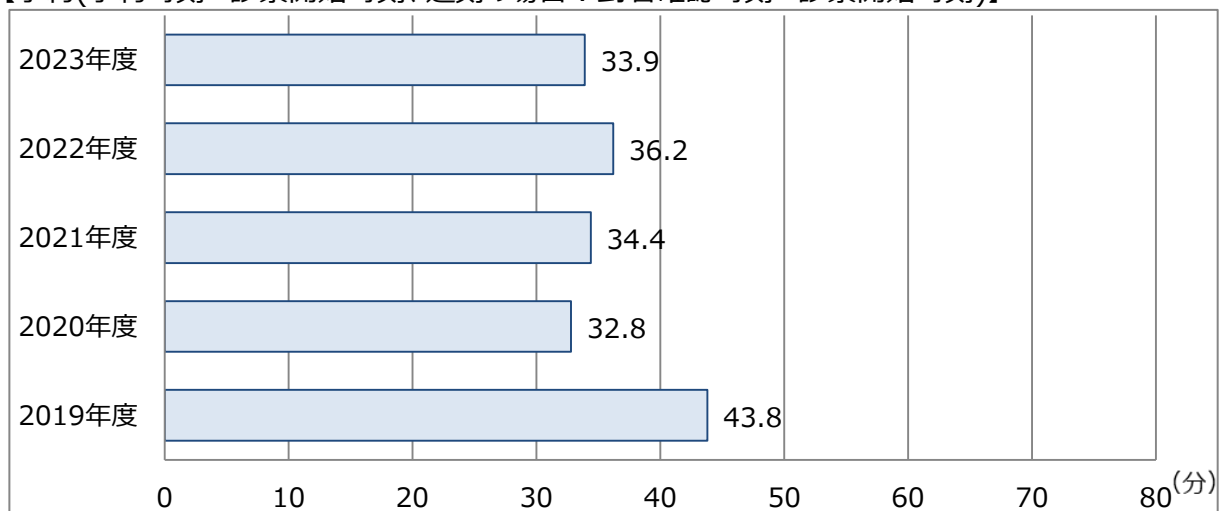
TQMセンター

Structure Process **Outcome**

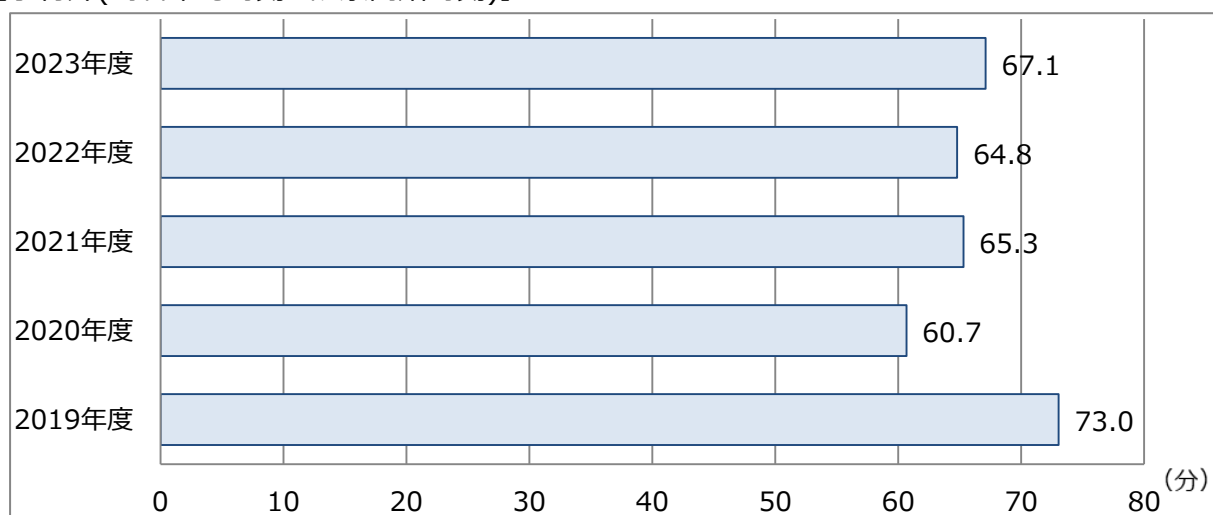
当院外来を受診した予約患者の待ち時間を測定し、適切な待ち時間を提供する為の指標。

30分以内が望ましい。

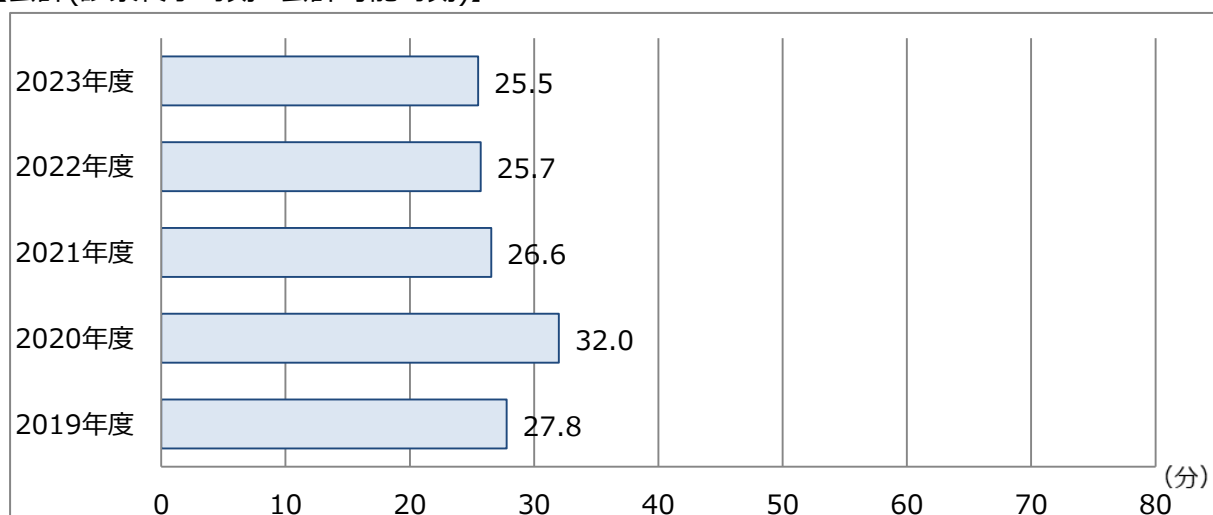
【予約(予約時刻－診察開始時刻、遅刻の場合：到着確認時刻－診察開始時刻)】



【予約外(到着確認時刻－診察開始時刻)】



【会計(診察終了時刻－会計可能時刻)】



Plan

診察前の待ち時間を30分以内にする。(特に予約ありの患者)
診察終了から会計までの待ち時間を短縮する。

Action

- ・至急でオーダーされている検体検査の結果報告が遅い。場合によっては医師の空き時間が生じる。【内科外来】
- ・告知や手術説明、診察終了後の様々な説明、至急検査結果の報告が遅い、紹介状とCD-Rの読み込み速度など、改善できない時間が多い。【乳腺センター】
- ・診察終了から会計終了までの待ち時間の短縮【脳神経外科外来】
- ・診察前に検査結果を見てから診察することが多く、採血の待ち時間や結果が出るまでに時間がかかっていることが、待ち時間が長くなっている要因の一つである。【泌尿器科外来】
- ・待合室に番号表示がないため進行状況がわかりにくく、窓口やスタッフへの問い合わせが増える。そのため対応に時間を多く費やし、業務の負担にもなっている。【耳鼻咽喉科・頭頸部外科外来】
- ・歯科医師が2名退職となり、外来周術期を担当する歯科医師が確保できなくなる見込み。経験年数が浅い受付職員もいるため、会計業務や予約管理など時間を要している【歯科・歯科口腔外科外来】
- ・時間予約制ではないため、受付順に診察出来れば時間短縮に繋がるが、各医師の担当患者数が増えており、その上、予約患者も増えている。また午後から手術に入る場合も多いため現実的に行うことは難しい。【婦人科外来】
- ・予約外や転院、里帰りの初診が多い月は、待ち時間や病院滞在時間が大幅に延長している。処置や検査時間が多くなり、その上、個別保健指導やアナムネ聴取があり、一人に費やす時間が長い。【産科外来】
- ・診察までの時間が長い。おそらく10分で一人の患者を診るのでは、時間が足りない。【形成外科外来】

Do

- ・予約枠の人数調整を行い、院内滞在時間を短くした。【内科外来】
- ・発達障害疑いの患者は再診予約で対応している。しかし、初診日は予約制ではないため、待ち時間に関しては大まかな待ち時間を伝え、一度退席していただくなど個々に対応している。【小児科外来】
- ・診察内容の確認は、医師のオーダー漏れがないよう、診察室側のスタッフも受付票控えに内容を簡潔に記載することで連携がとれている。オーダー漏れやコスト漏れは、その場で医師へ入力依頼し、若干の時間短縮ができた。【整形外科外来】
- ・紙カルテが廃止になり、会計までの流れがスムーズになった。医師の判断で土曜日にMRIを施行することにより、平日の待ち時間短縮に繋がった。【脳神経外科外来】
- ・業務分担を見直し、診療後、受付フリーが周術期の予約管理を行い、会計処理までの時間短縮に繋げている。【歯科・歯科口腔外科外来】
- ・初診や紹介予約外の中でも優先度の低い患者は予約患者の間に入れることで待ち時間は改善傾向。ICに関しては午後枠での診察とする医師も増えたことで、待ち時間の短縮となった。【婦人科外来】
- ・予約あり、予約なし共に診察が増えていたため、予約変更を柔軟に行い、予約外受診を少なくした。予約数のばらつきを調整し、診察終了時間が平均化した。【産科外来】

Check

「予約」 33.9分 (-2.3分)
「予約外」 67.1分 (+2.3分)
「会計待ち時間」 25.5分 (-0.2分)

2023年度に実施した対策・対応またはコメント

- ・「診察待ち時間予約あり」予約枠の人数調整を徹底する。予約日に至急オーダーの検査を避け、別日に検体検査を行う。【内科外来】
 - ・告知、手術説明をする患者の予約時間は、最後の時間にするなど、他患者を待たせることがないように調整する。【乳腺センター】
 - ・前年度に比べて休日の検査や紙カルテ廃止などの項目が増え、外来業務の短縮や平日の混雑が若干緩和されている。【脳神経外科外来】
 - ・診察終了後の検査や処置が数多くあるため、受付窓口で対応できることは受付で案内し、待ち時間を短縮する。【泌尿器科外来】
 - ・タスクシフトとして、手術の概要や疾患の予備知識を予め説明が受けられるようにしているが、まだ本格稼働していないため、さらに充実させていく。【眼科外来】
 - ・時間のかかる処置や注射等に入り、カルテが回せないときは声をかけあう。【皮膚科外来】
 - ・予約時間から大幅に遅れる場合はアナウンスで説明を入れたり、受付窓口や待合室で患者へ声かけをしている。医師が少ない日で待ち時間が長くなると予測される日は、受付窓口にその旨を掲示している。【耳鼻咽喉科外来】
 - ・歯科衛生士が当日の周術期患者を把握し、時間や人員配置の調整を行う。2年目受付職員1名を4月から会計業務を指導し、6月から会計業務シフトに加わった。【歯科・歯科口腔外科外来】
 - ・予約外の患者を受付順で診察する。ICや長時間の説明が予測される患者は午後枠とし、予約外患者の診察を優先する。【婦人科外来】
 - ・検査結果待ちの間に、指導やアナムネ聴取を行い、担当者を分散して時間調整する。処置や検査対応がない妊婦健診や、担当医師が決まっていない場合は、ベテラン医師の診察とする。妊婦健診の予約時に希望がない場合は、受診者の数が偏らないように、予約時に調整する。予約変更や、電話相談に関しては助産師が対応する。【産科外来】
 - ・スマパの導入を積極的にすすめ、待合室の混雑を避けることも併せて、到着時間の調整を行ってもらう。医師を含む部署の方針とし、多剤併用でなく、単剤処方を推進していく。クロザリルの処方を受けている患者については、予約時間や日にちができるだけ分散する調整方法を検討していく。【神経精神科外来】
 - ・術前外来では同日に検査や他科受診も組まれる患者もいるため、検査や他科受診で遅れが生じている際に次の予約の患者が来院していれば、予定時間より早くてもDVDを視聴し診察時間の調整を行い、待ち時間の短縮を図る【麻酔科外来】
 - ・ひとり15-20分枠に拡大すべき【形成外科】
-

11. 褥瘡発生率

スキンケア相談室

Structure Process **Outcome**

褥瘡は、看護ケアの質評価の重要な指標の1つとなっている。褥瘡は患者のQOLの低下をきたすとともに、感染を引き起こすなど治癒が長期に及ぶことによって、結果的に在院日数の長期化や医療費の増大にもつながる。そのため、褥瘡予防対策は、提供する医療の重要な項目の1つにとらえられ、1998年からは診療報酬にも反映されている。

褥瘡対策の体制に対する発生率(マットレス、看護ケア、栄養、ポジション等)

日本褥瘡学会の褥瘡状態評価スケールが改定されたことに伴い、分母の定義で確認していた褥瘡保有の記録(d1,d2,D3,D4,D5,DU)を(d1,d2,D3,D4,D5,DTI,U)に変更した。

本プロジェクトの定義は、目の前の患者が褥瘡発生する確率を見ているものであり、日々のケアの質に関わるものである。

(日本病院会2023年度QIプロジェクト結果報告 27ページより)

より低い値が望ましい

ベンチマーク：日本病院会QIプロジェクト 一般500床以上

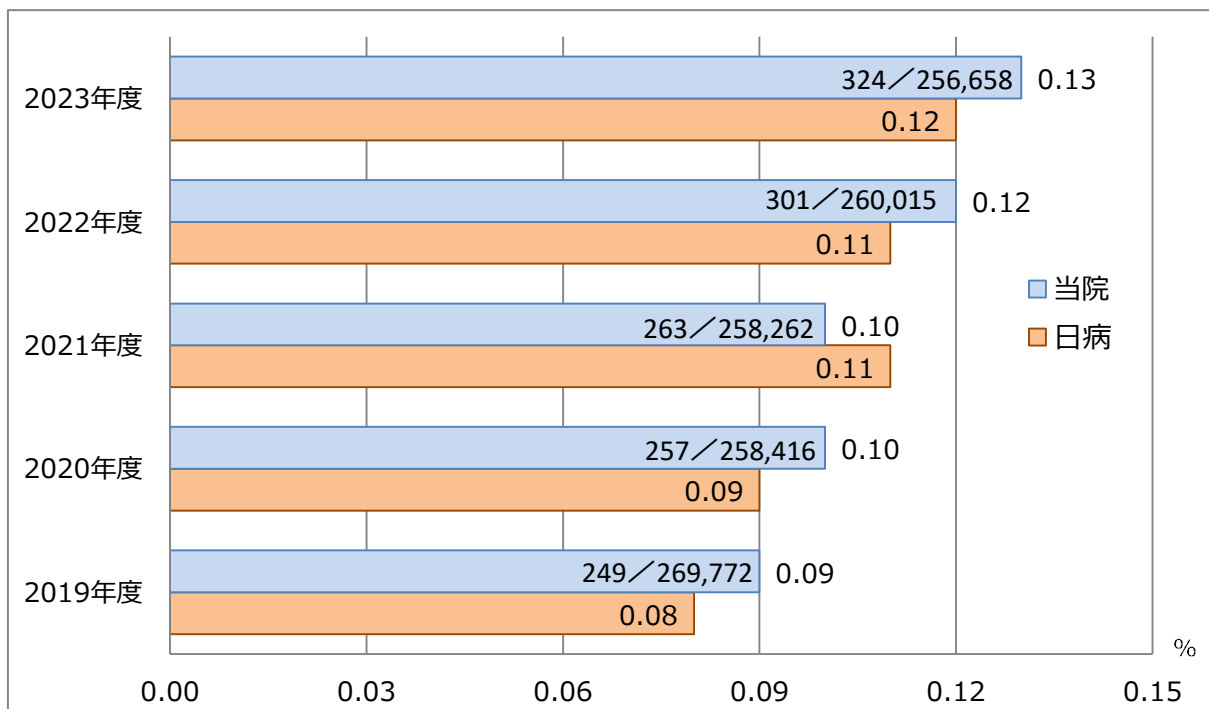
分子：d2(真皮までの損傷)以上の院内新規褥瘡発生患者数

分母：同日入退院患者または褥瘡持込患者または調査月間以前の院内新規褥瘡発生患者を除く入院患者延べ数(人日)

分母除 同日入退院の患者

外：入院時刻から24時間以内にDESIGN-R® 2020 Depth(深さ)のd1, d2, D3, D4, D5, DTI, Uのいずれかの記録がある患者

同一入院期間中の調査月間以前に院内新規褥瘡があった患者



Plan

褥瘡発生率1.8%以下を目標

2016年 1.25%	2017年 1.57%
2018年 1.59%	2019年 1.57%
2020年 1.60%	2021年 1.63%
2022年 1.83%	2023年 1.85%

d 1 以上で計算した5年間平均は1.64%であることから、1.8%以下を目標に発生率低下に努める。

Action

- ・2006年褥瘡対策未実施減廃止、褥瘡ハイリスク患者ケア加算の新設後より、褥瘡学会の算出方法でデータ検証
褥瘡を保有(発生)した患者数－持ち込み褥瘡/入院患者数×100
- ・MDRPU
医療関連機器を発生した患者数－持ち込み/入院患者数×100

Check

- ・モニタリング継続
- ・発生報告から要因の洗い出しと共有
- ・院内発生事例の共有
- ・医療関連機器による圧迫で生じる下床の組織損傷であり自重関連褥瘡と区別する
- ・2006年 医療関連機器褥瘡(MDRPU)を算出
※2023/8/31より 名称変更

Do

- ・褥瘡専従看護師の配置、スタッフ教育
- ・体圧分散寝具のリース契約へ変更中
- ・褥瘡対策チーム(形成外科医師、皮膚・排泄ケア特定認定看護師、皮膚・排泄ケア認定看護師、理学療法士、栄養士、病棟看護師)による2週に1回の回診と、回診がない週の個別介入
- ・委員会で定期的、部署で随時フィードバック
- ・褥瘡ハイリスクケア患者加算により、皮膚・排泄ケア認定看護師の介入(予防および持ち込み褥瘡の対応)
- ・職員教育の強化
ラダーステップ2以上に対してスキンケアゼミ研修を基礎・ステップアップコース
全職員対象の褥瘡研修会
新人1年目 褥瘡基礎教育
- ・褥瘡対策委員会の開催 1回/月 看護局スキンケア委員会の開催 1回/月

2023年度に実施した対策・対応またはコメント

① 褥瘡ハイリスク患者ケア計画の実施

褥瘡予防・管理が難しく重点的な褥瘡ケアが必要な患者に対し、適切な褥瘡予防・治療のための予防治療計画に基づく総合的な褥瘡対策を実施することで入院中1回に限り、500点の算定としている。

② 褥瘡発生率と保有率の算出と共有

発生率算出を毎月行い、委員会で共有している。また、院内褥瘡発生事例についての共有を行い、再発防止に努めている。

③ 重度褥瘡の回診(NPUAPⅢ度以上)

多職種の専門的知識・技術を集結し、治療促進に努める。

④ 看護師ゼミ研修

褥瘡の基礎知識が向上による予防・治療効果を高めることを目的に教育活動を実践している。

12. 入院患者の転倒・転落発生率(損傷レベル2以上、4以上)

医療安全管理推進室

Structure Process **Outcome**

入院中の患者の転倒やベッドからの転落は少なくない。原因としては、入院という環境の変化によるものや疾患そのもの、治療・手術などによる身体的なものなどさまざまなものがある。

転倒・転落の指標としては、転倒・転落によって患者に傷害が発生した損傷発生率と、患者への傷害に至らなかった転倒・転落事例の発生率との両者を指標とすることに意味がある。

転倒・転落による傷害発生事例の件数は少なくとも、それより多く発生している傷害に至らなかった事例もあわせて報告して発生件数を追跡するとともに、それらの事例を分析することで、より転倒・転落発生要因を特定しやすくなる。こうした事例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る。

(日本病院会2023年度QIプロジェクト結果報告 24ページより)

より低い値が望ましい

転倒・転落の損傷レベルについてはThe Joint Commission の定義を使用している。

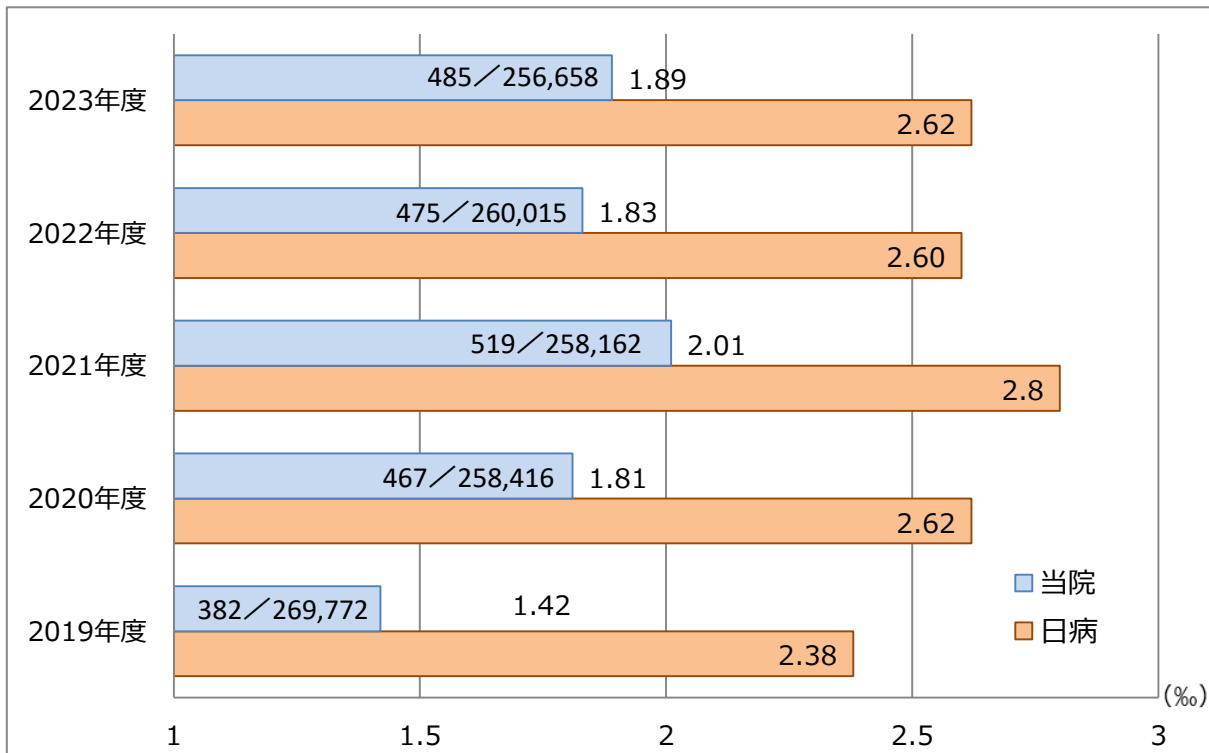
排泄関連の転倒・転落を10%減

【入院患者の転倒・転落発生率】

分子：医療安全管理室ヘインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数

分母：入院患者延べ数(人数)

ベンチマーク：日本病院会QIプロジェクト 一般500床以上

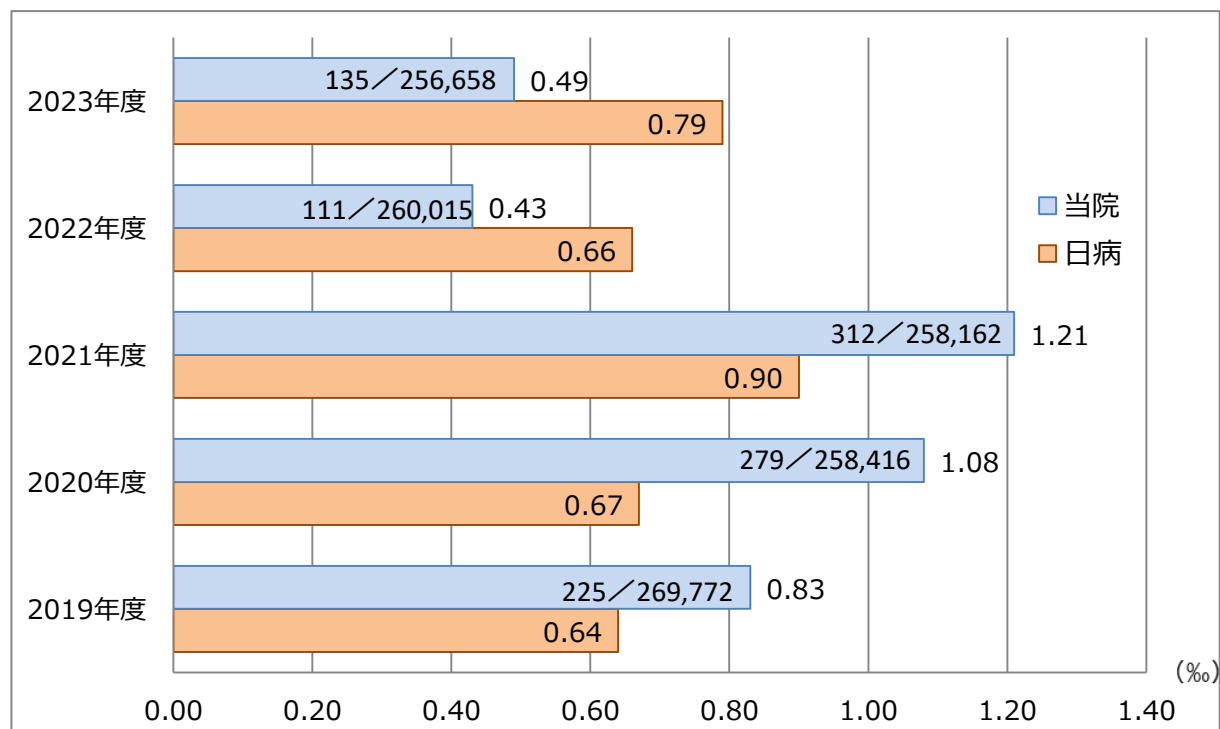


【入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル2以上)】

分子：医療安全管理室ヘインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうち損傷レベル2以上の件数

分母：入院患者延べ数(人数)

ベンチマーク：日本病院会QIプロジェクト 一般500床以上

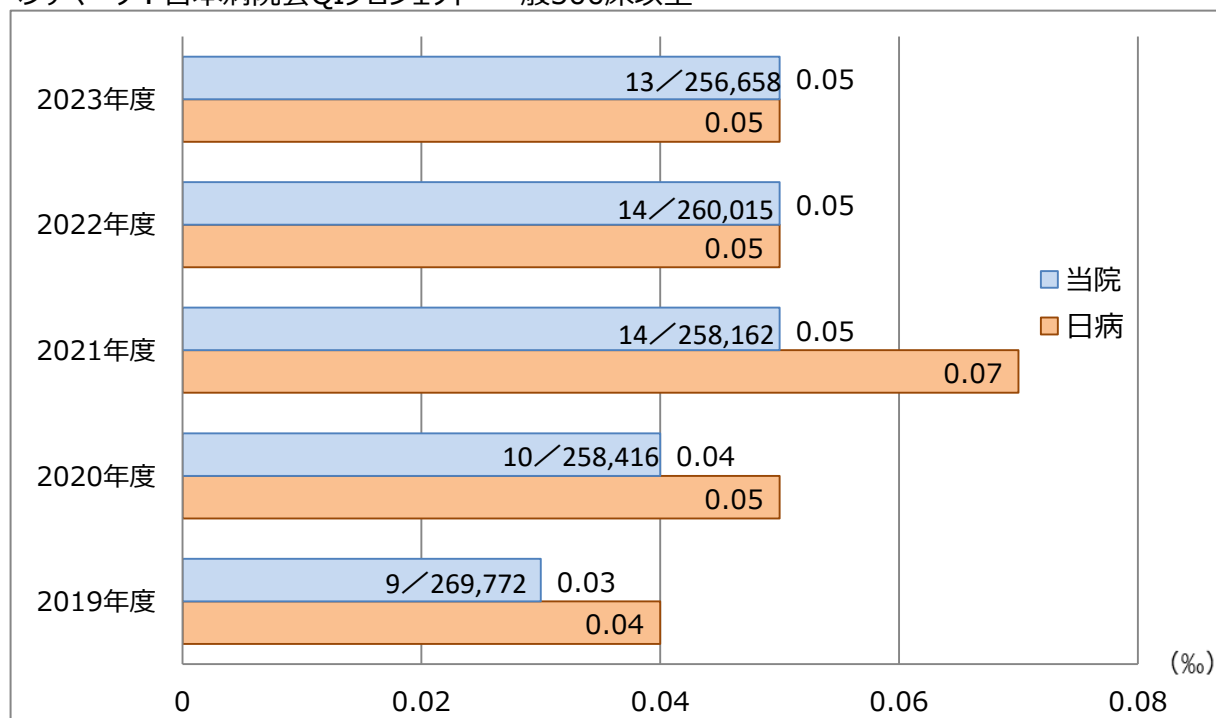


【入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル4以上)】

分子：医療安全管理室ヘインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうち損傷レベル4以上の件数

分母：入院患者延べ数(人数)

ベンチマーク：日本病院会QIプロジェクト 一般500床以上



2023年度に実施した対策・対応またはコメント

【2023年度 報告件数に関連した質目標と対策】

組織的な対応を目的に、ワーキンググループを立ち上げ活動を開始することを目標とした。また、引き続き看護局の協力を得て、ベッドサイドでの対策強化を継続した。

報告件数の増加に伴い、軽微な事象の報告が増加傾向であった。また、高齢化に伴い転倒により重度な障害につながらなくても、軽度の処置を必要とするスキンテアなどの発生が増加し、損傷レベル2以上の発生は増加の傾向が見られた。こちらは、患者の身体的な個人の要因もあり、今後も増加は避けられないかもしれない。

WGでは、ベッドサイド対策にとどまらず、組織としての対策の見直しを意図した。レベル4以上の重度の障害や死亡につながる発生の予防を目標設定としていくことで検討している。

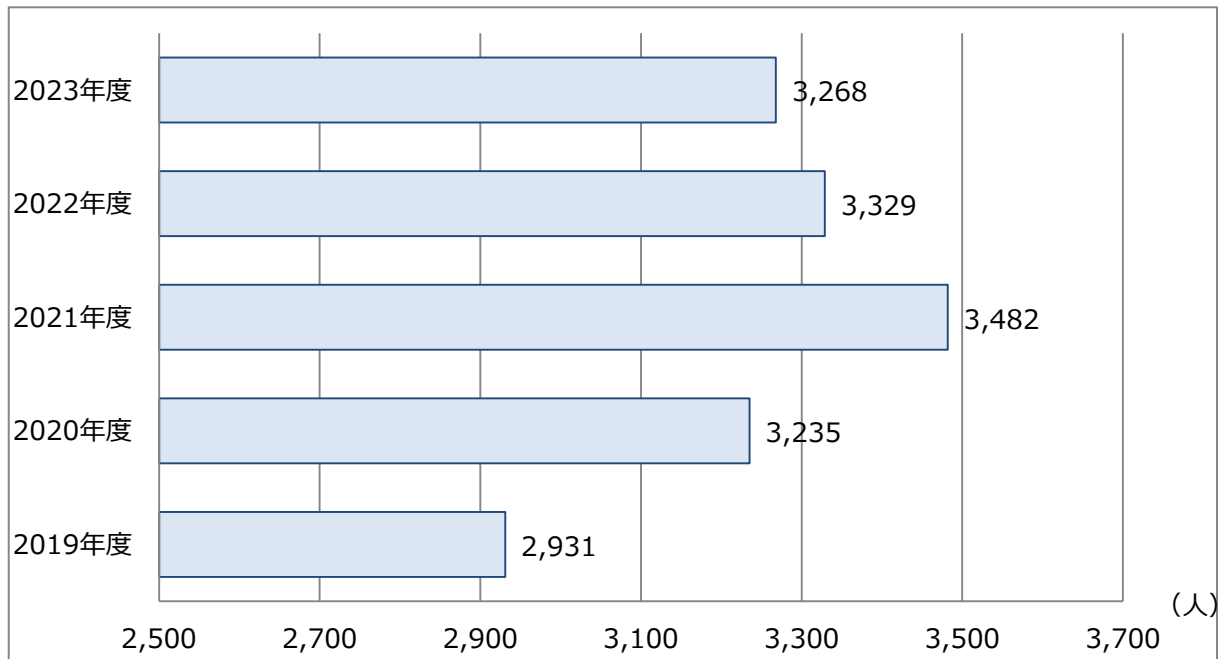
13. 口腔ケアの新患数(人)

歯科・歯科口腔外科

Structure **Process** Outcome

院内各所からの口腔ケア件数に同調する数値である。入退院センター(現：入院手術サポートセンター)が開設された2016年6月以降、入退院センター経由の周術期患者に対する口腔ケアに100%応需している。病棟入院患者への口腔ケア依頼にも100%応需している。

より高い値を目指している



2023年度に実施した対策・対応またはコメント

口腔ケアの新患数は院内各所からの口腔ケア依頼件数に同調する。口腔ケア依頼には100%応需している。

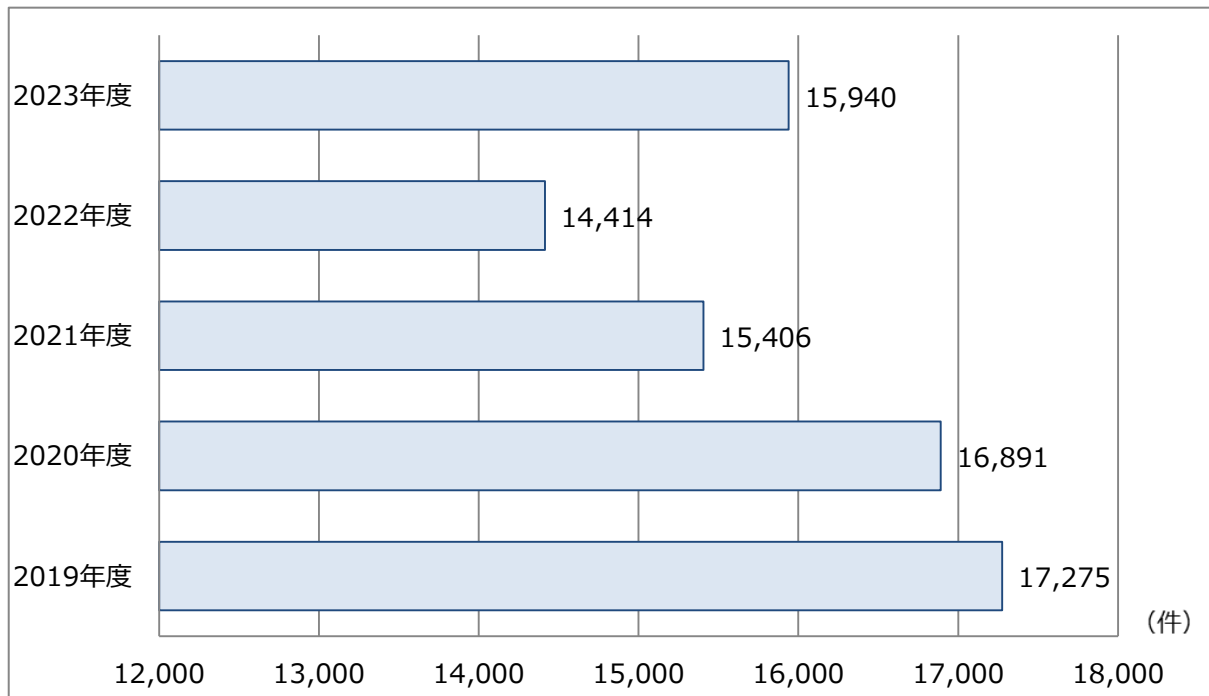
14. 口腔ケアの延べ件数(件)

歯科・歯科口腔外科

Structure **Process** Outcome

口腔ケア新患数の増加に伴い、口腔ケア延べ件数も増加していた。
しかし2019年度以降は減少している。これには歯科衛生士の人員不足が影響している。人員の補充があれば1患者に対する口腔ケアに頻回に介入することができ、延べ件数の回復が見込める。

より高い値を目指している



2023年度に実施した対策・対応またはコメント

昨年度に比較すると増加した。しかし、ピーク時の2019～2020年度の件数には及ばない。口腔ケア業務に歯科衛生士を多数配置したいが、産休・育休取得により人員配置・業務調整に難渋している。

15. 口腔ケアに関する歯科診療報酬請求点数(点)

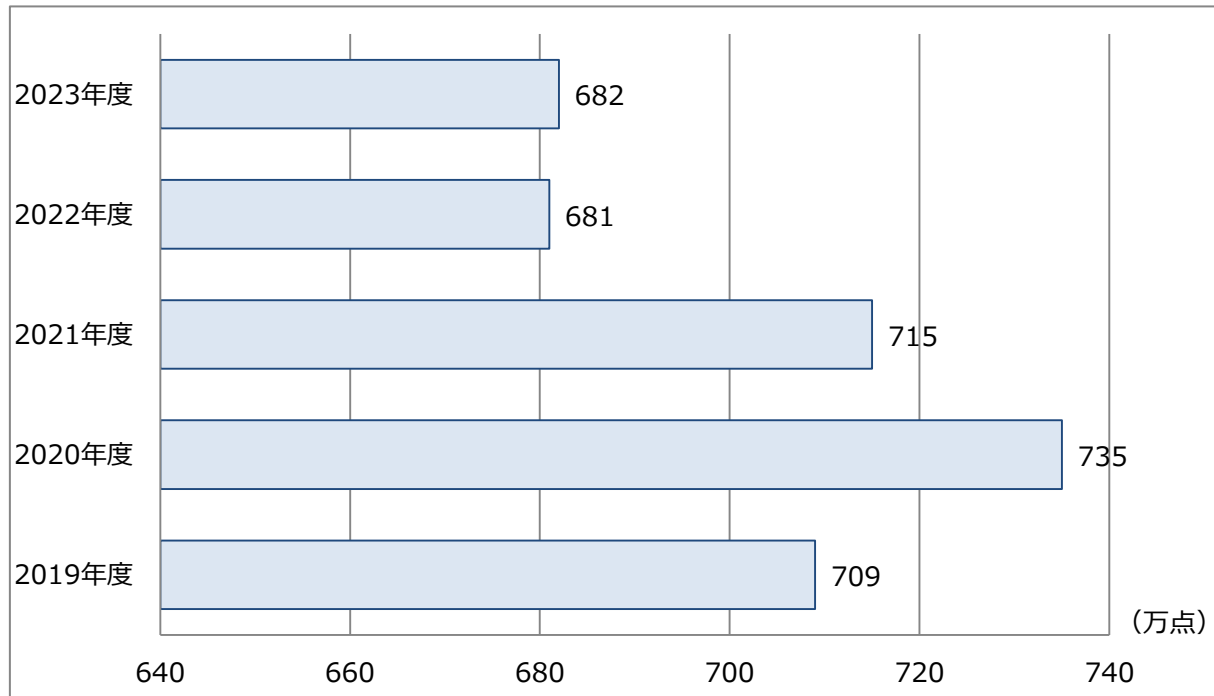
歯科・歯科口腔外科

Structure **Process** Outcome

口腔ケア延べ件数に同調して推移している。

2020年度の増収は「非経口摂取患者に対する口腔ケアでの痂皮除去」の歯科診療報酬が新設されたことが好影響したと考える。2022年度以降の減収は歯科衛生士の人員不足が影響している。

より高い値を目指している



2023年度に実施した対策・対応またはコメント

人員配置を工夫することで口腔ケアの延べ件数は伸ばしたものの、口腔ケアの新患数減少が影響し、歯科診療報酬請求は昨年とほぼ同等であった。

16. 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c(NGSP) <7.0%

糖尿病サポートチーム

Structure Process **Outcome**

糖尿病の治療には運動療法、食事療法、薬物療法がある。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ことにした。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ある。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%未満に維持することが推奨されている。したがって、HbA1c が7.0%未満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つであるとされていた。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に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”であると考えられる。したがって、すべての患者において、厳格なコントロールを求めることが正しいとは限らないことも忘れてはならない。実際、約10 年前から国内外の診療ガイドラインでは血糖コントロール値の個別化を推奨しており、低血糖を起こしやすい高齢者や腎機能低下者、インスリン使用者ではHbA1c を7.5%未満に下げないことも推奨されている。

(日本病院会2023年度QIプロジェクト結果報告 46ページより)

より高い値が望ましい

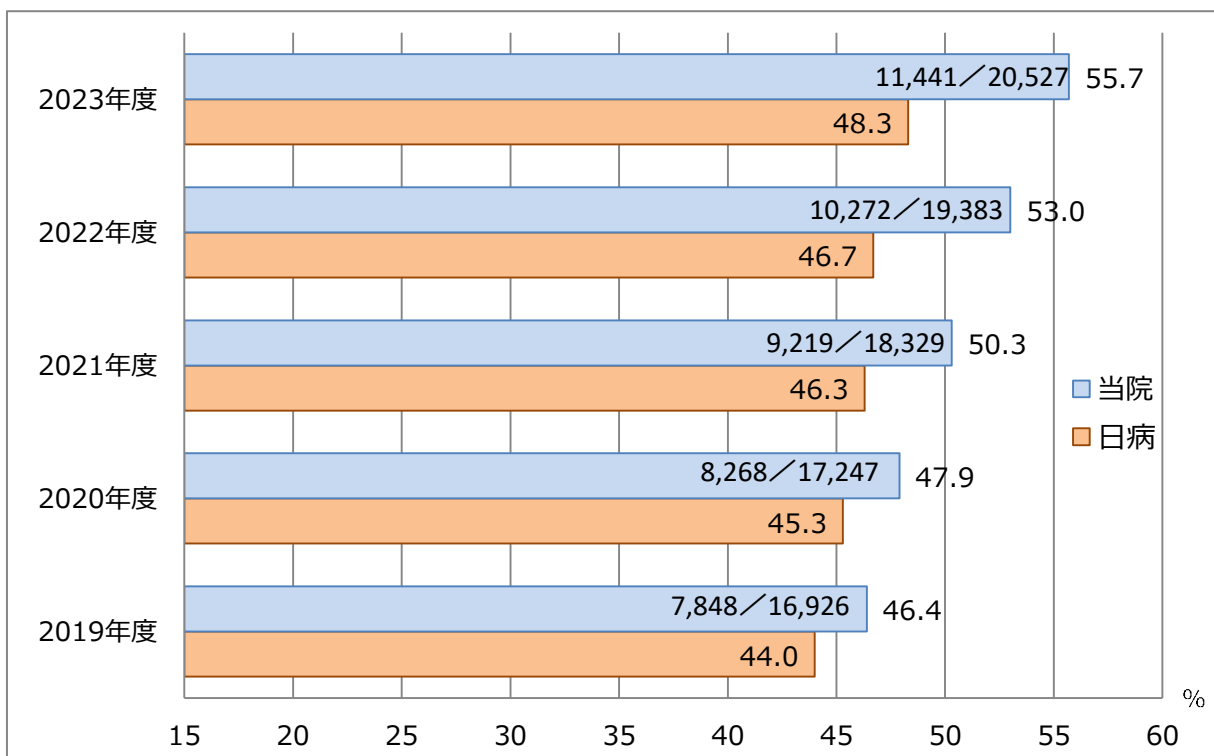
分子： HbA1c(NGSP)の最終値が7.0%未満の外来患者数

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ための糖尿病患者

ベンチマーク：日本病院会QIプロジェクト 一般500床以上



2023年度に実施した対策・対応またはコメント

患者が医療者と関わるのは、医師の診療だけではない。管理栄養士による栄養相談をはじめ、看護師も透析予防指導、フットケア、自己注射指導を通じて患者と関わっている。これらの療養指導の場面では、足のケアや注射の手技習得だけでなく、日頃の療養生活を把握し、継続可能な行動目標を患者と一緒に考え、実践につなげている。関われる患者数は限られているが、良好な血糖コントロール維持につながる大切な関わりだ考える。糖尿病治療には多職種での関わりが非常に重要である。今後もチーム全体でより多くの患者にあらゆる視点で関わりが持てるように努力し、良好な血糖コントロールの維持を患者とともに目指していきたいと思う。糖尿病治療の進化もあり、HbA1cが7%以下の患者は増加している。

17. 外来化学療法指導件数

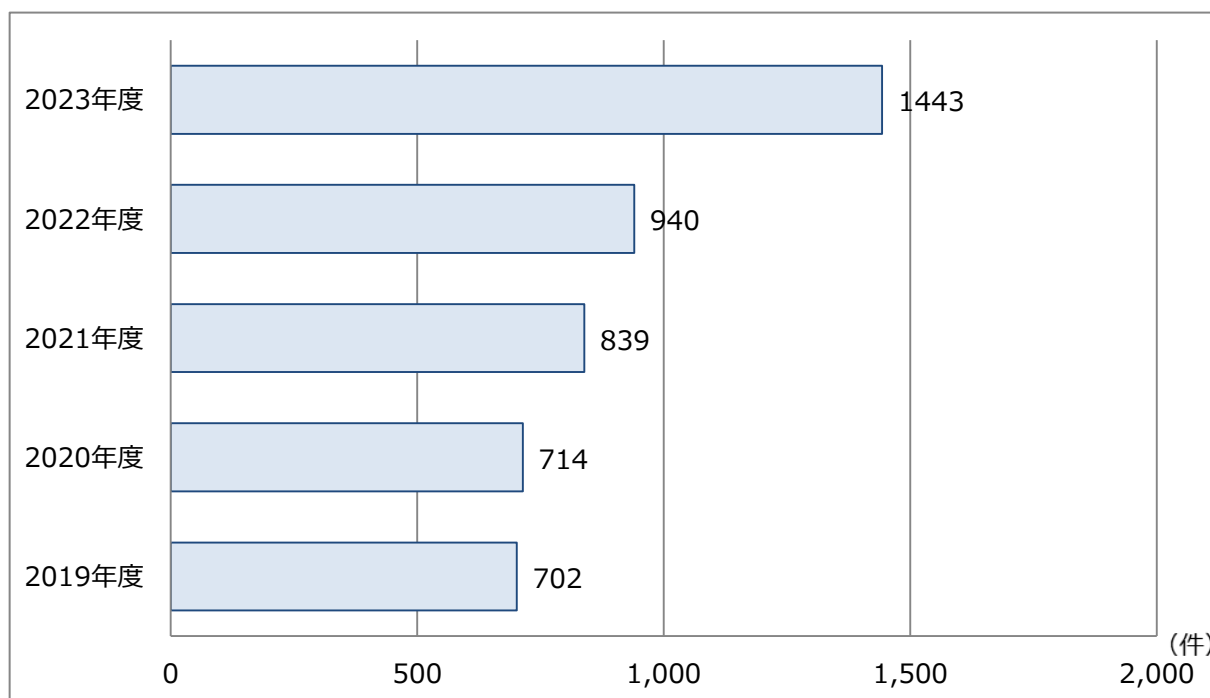
薬剤局

Structure **Process** Outcome

がん薬物療法は高頻度に副作用が発現し、時に重篤化する場合がある。薬剤師による薬学的介入によって、薬物治療の適正化及び服薬アドヒアランス維持、副作用対策の向上が期待出来る。

外来より化学療法の指導依頼があった際に実施している。

〔目指す値〕高ければ高いほど、治療の適正化及び服薬アドヒアランス維持、副作用対策の向上が期待できる。



2023年度に実施した対策・対応またはコメント

抗がん剤を内服している外来患者が、薬剤指導を受けやすい環境を整えると同時に、有資格者の総数を増やすことで、算定件数の増加を目指す。

2022年10月から連携充実加算の算定を本格化し、定期的な薬剤師の介入が可能となったことで件数が増加した。

18. 後発医薬品の使用割合

薬剤局

Structure **Process** Outcome

「後発品置換率」を意味し後発品の調剤数量割合を指す。入院基本料等の加算として後発品置換率により後発医薬品使用体制加算が算定出来る。また、後発品の使用を促進することで、医療費削減、患者の費用負担軽減に貢献出来る。

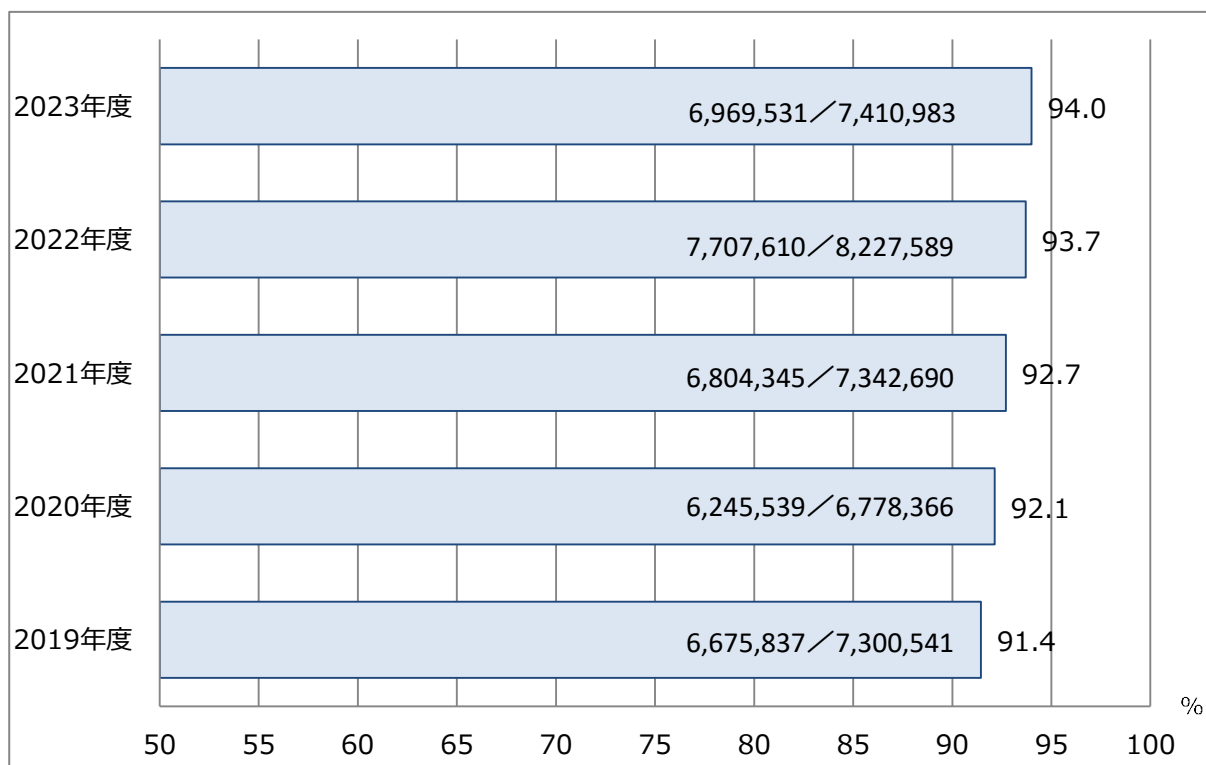
診療報酬改定に合わせて適宜目標値を決定する。

後発医薬品使用体制加算 1 の取得維持

分子： 後発品がある先発品および導入済の後発品の規格単位数量

分母： 導入済の後発品の規格単位数量

データの抽出期間(4 半期)



2023年度に実施した対策・対応またはコメント

依然として後発品の流通不良が継続しているが、使用量の多い先発品を主体として流通状況を考慮しながら後発品への切替を行なった。また、既存のフォーミュラに関して新規後発品への切替も積極的に推進した。結果として、後発品置換率90%以上を維持し、後発医薬品使用体制加算 1 を継続できた。

19. 緩和ケアチーム依頼件数【病棟】【外来】

緩和ケアチーム【病棟】【外来】

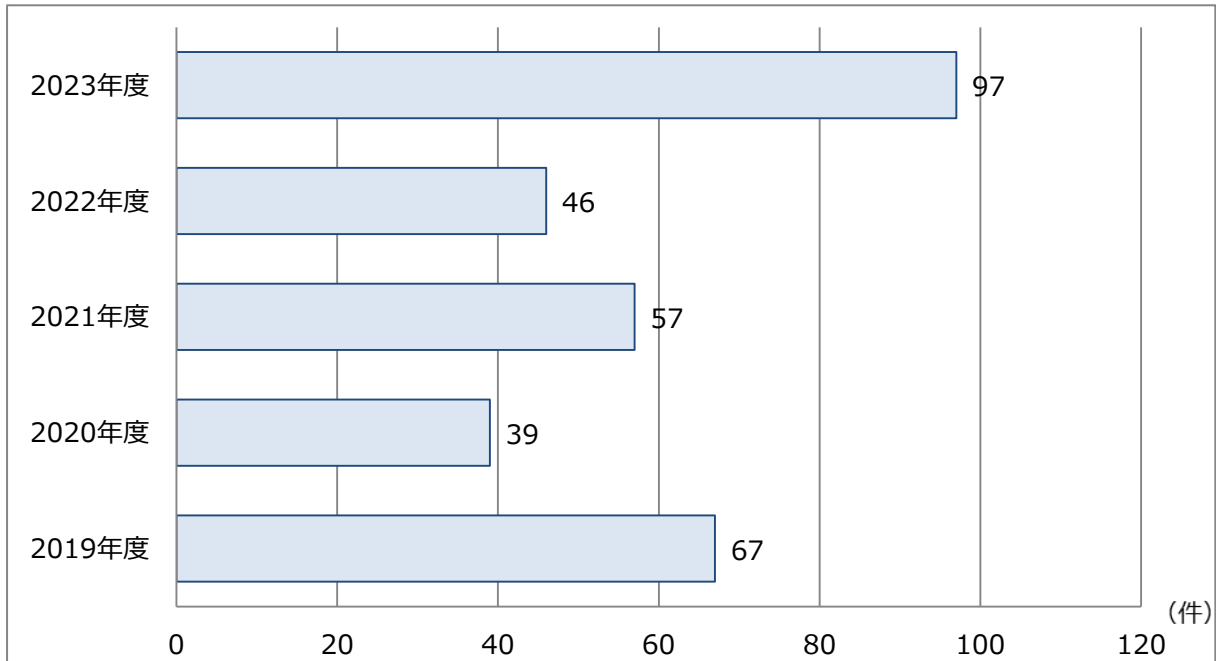
Structure **Process** Outcome

がん患者のQOL向上へのチームの取組みが分かる

【病棟】

緩和ケアチームの依頼件数(病棟)

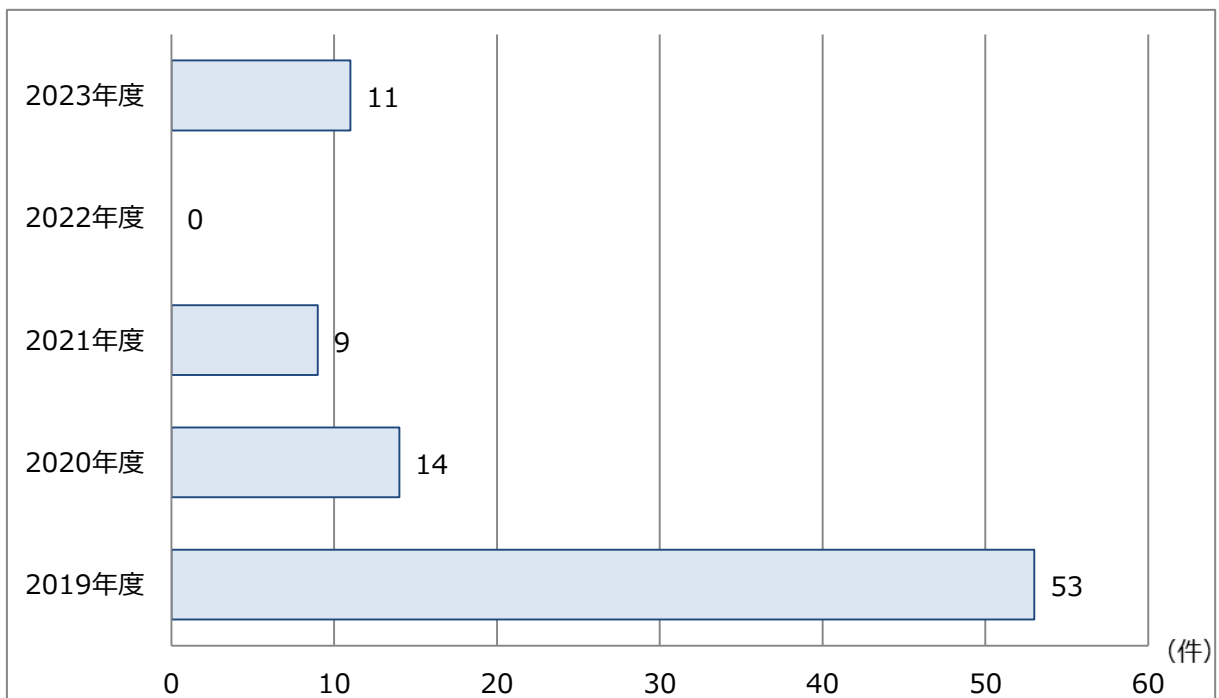
目指す値：50件



【外来】

緩和ケアチームの依頼件数(外来)

目指す値：50件



※ 緩和ケアチーム外来は2017年から開設。2022年度は、外来診療実績はなし。

Plan

すべての問い合わせ窓口を緩和ケアチームとした事を医師・リンクナースに周知し、窓口対応者を緩和ケアチーム専従とした。

Do

院内各病棟と外来に周知できるよう、医局会とリンクナースへの周知を行った。
医療者に向けた文章を作成、配布した。

Action

身体症状以外の相談依頼の増加と新規件数100件を目標とする。
各病棟の基本的緩和ケアのスキルアップを行う。
(疼痛)
緩和ケア診療加算を取れる体制を整えていく。

Check

医師や看護師から相談件数依頼が増加したが、身体症状の相談が多く、身体症状以外の相談件数は横ばいであった。

2023年度に実施した対策・対応またはコメント

緩和ケアが必要と感じた時に依頼をしやすいように窓口を一本化し、医師、医療従事者に周知とした。
緩和ケアが必要と感じた時に依頼をしやすいように、7月から周知とした。

20. 緩和ケアチーム依頼科

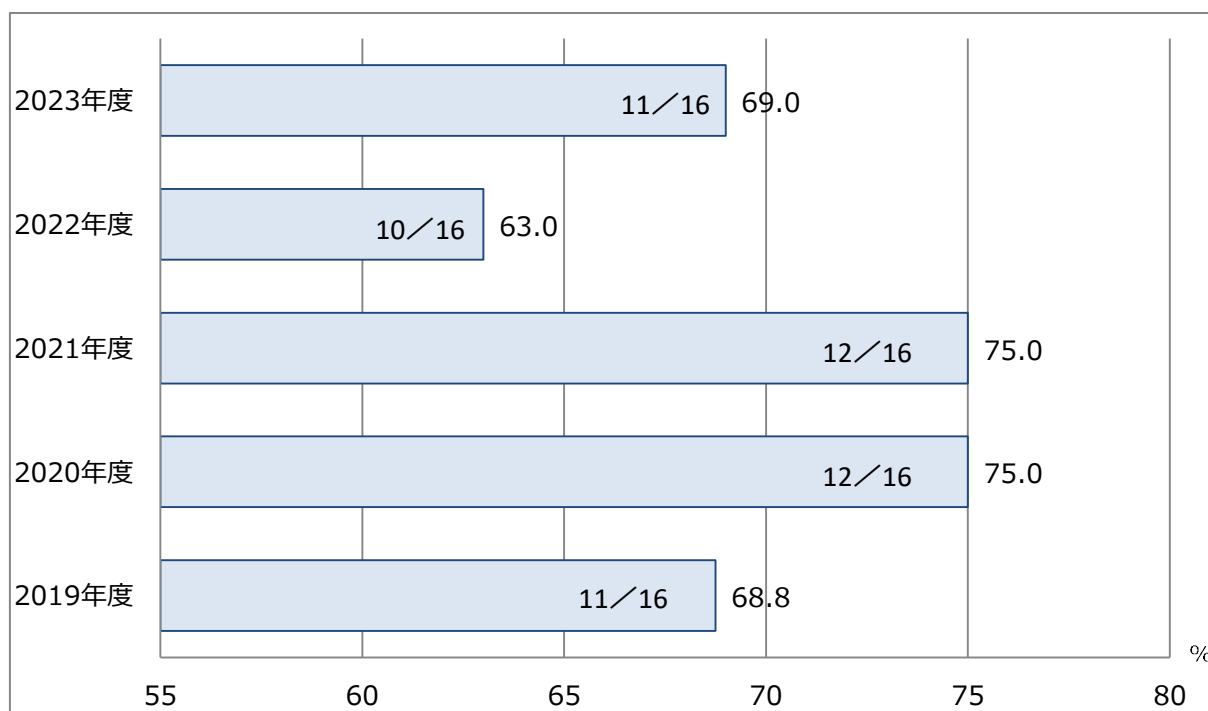
緩和ケアチーム

Structure **Process** Outcome

緩和ケアチームへの依頼が多科に渡ることが分かる

分子： 緩和ケアチームへの依頼科数

分母： がん患者診療がありえる科(内科、外科、泌尿器科、産婦人科、皮膚科、耳鼻咽喉科・頭頸部外科、歯科口腔外科、整形外科、脳神経外科)16科



2023年度に実施した対策・対応またはコメント

依頼料はとれていないが活動実績は前年度を上回っている。

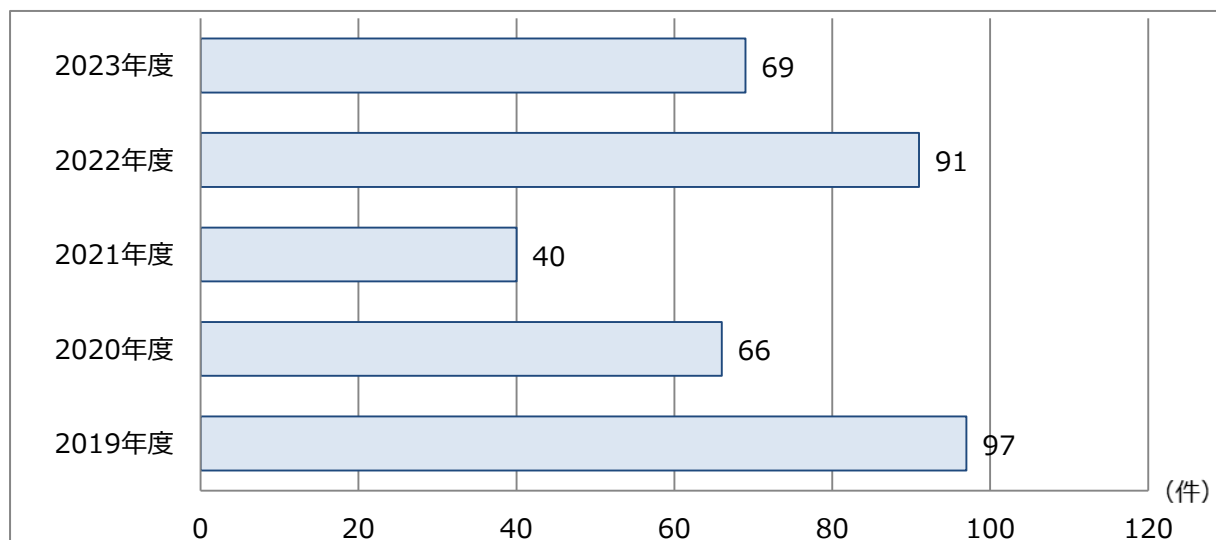
21. 心肺運動負荷試験新規実施件数

リハビリテーション科

Structure **Process** Outcome

心臓リハの質を反映している指標(日本心臓リハ学会優良認定施設基準(年間50件以上))

目指す値：50件以上(日本心臓リハ学会優良認定施設基準)



2023年度に実施した対策・対応またはコメント

現行通り実施。

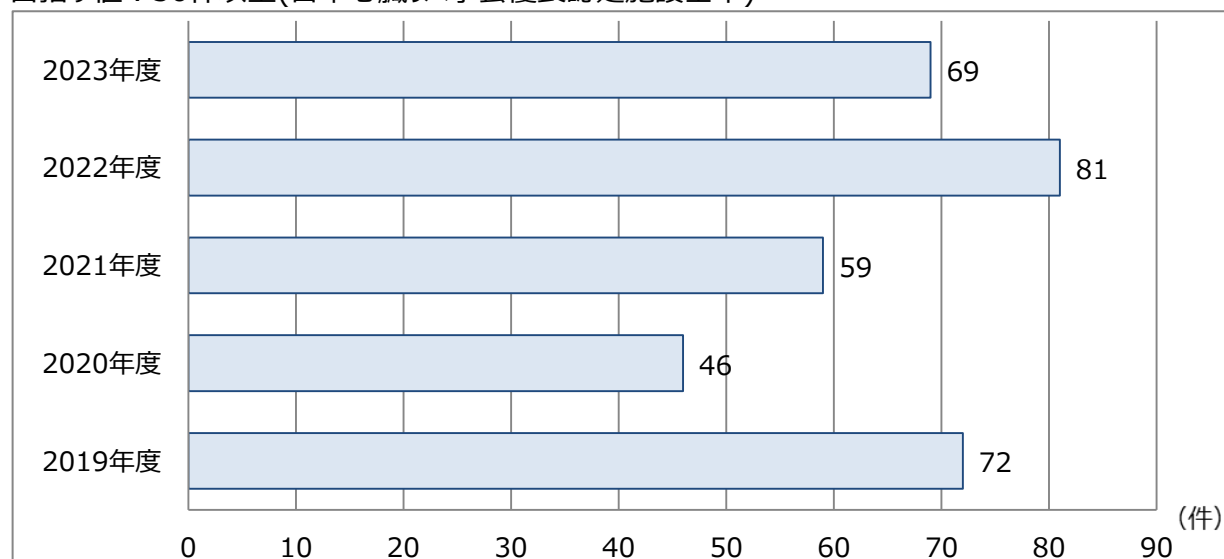
22. 心臓リハ学会レジストリー登録件数

リハビリテーション科

Structure **Process** Outcome

心臓リハの質を反映している指標(日本心臓リハ学会優良認定施設基準(レジストリー制度参画))

目指す値：50件以上(日本心臓リハ学会優良認定施設基準)



2023年度に実施した対策・対応またはコメント

現行通り実施。

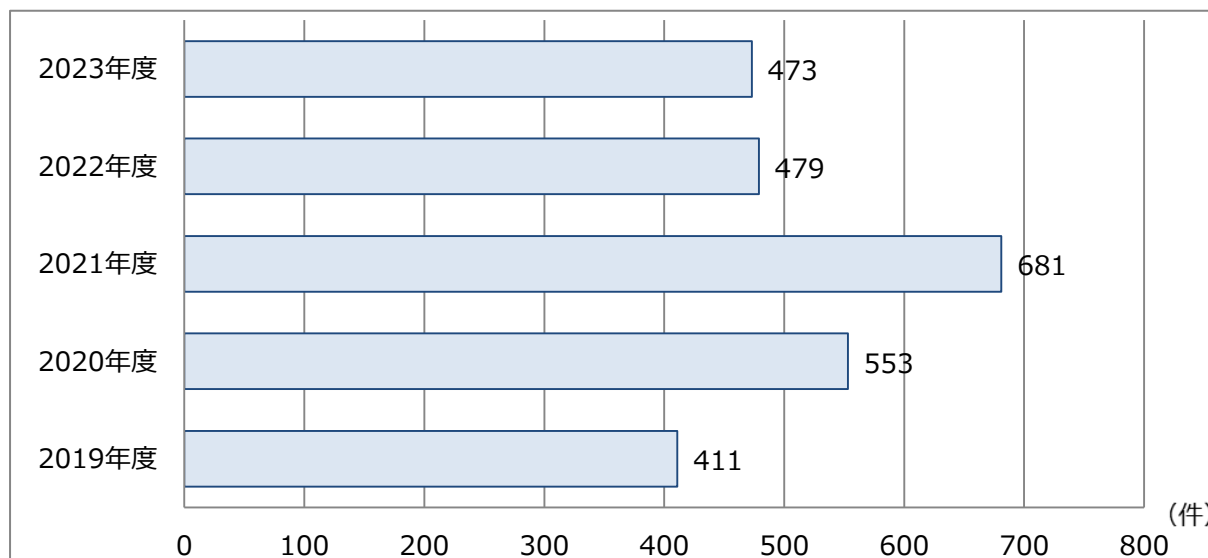
23. NST回診介入件数(NST委員会)

NST委員会

Structure **Process** Outcome

当院は栄養サポートチーム(NST)稼働施設である。NSTとは、医師・看護師・管理栄養士・薬剤師・臨床検査技師・歯科医師・歯科衛生士・リハビリテーションスタッフなどの多職種により栄養サポートを実施する集団である。低栄養状態の入院患者を対象に、栄養状態を判定し個々の症例や治療に応じた栄養管理方法を提言する。NST介入件数は、医療の質やチーム医療の取り組みを図る目安となる。

入院患者へのNST介入件数、及び指導件数
より高い値を目指している。



2023年度に実施した対策・対応またはコメント

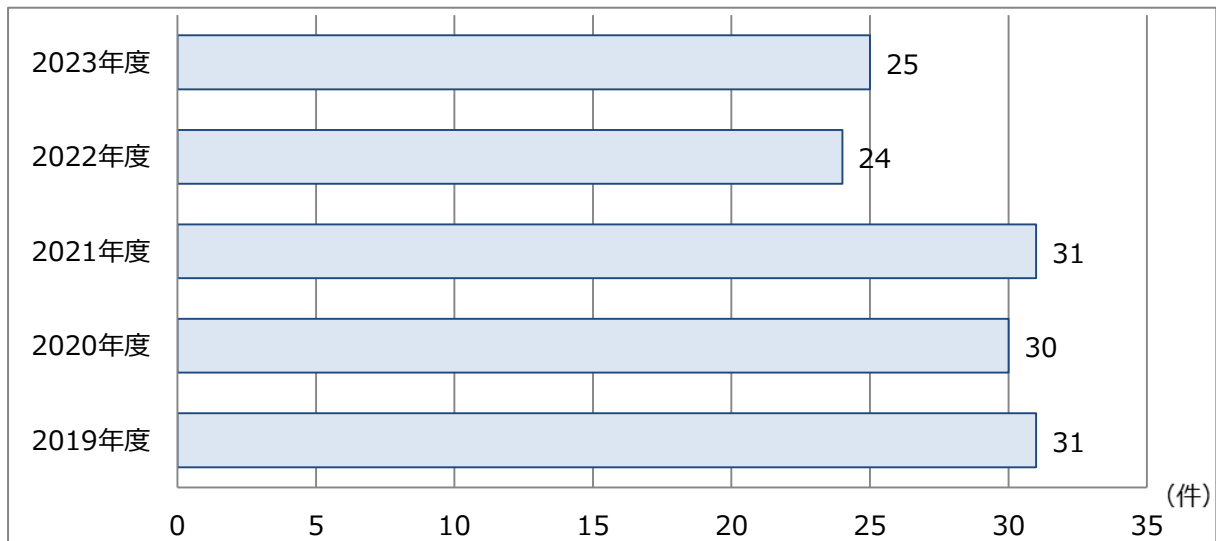
低栄養指針の国際基準であるGLIMを使用することで、入院時の低栄養患者を拾い上げ、CONUTスコアを使用した定時観察での栄養不良患者を抽出することで、適切な栄養管理につなげるよう活動している。

24. 下痢改善件数(NST委員会)

NST委員会

Structure **Process** Outcome

NSTの介入により状態改善が認められた指標
より高い値を目指している。



2023年度に実施した対策・対応またはコメント

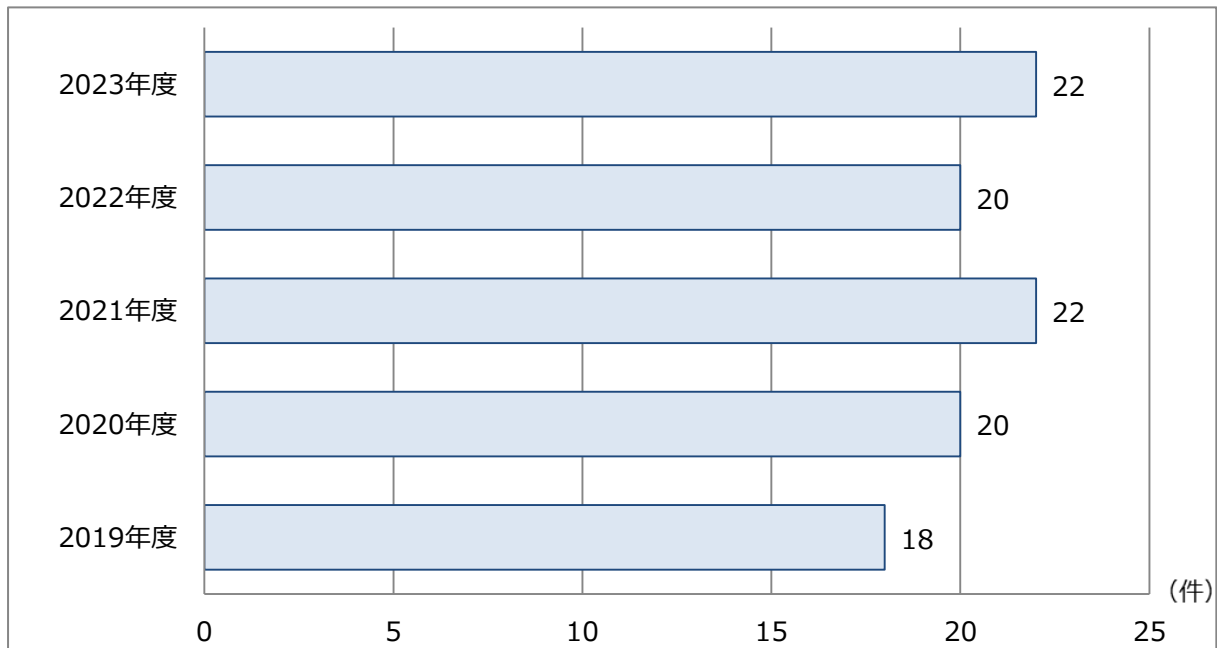
食物繊維含有栄養剤や乳酸菌含有栄養剤、ビフィズス菌 B B 5 3 6、薬価での処方を利用し腸内環境正常化を図る事で、経腸栄養の副反応を低減できる。

25. 褥瘡介入件数(NST委員会)

NST委員会

Structure **Process** Outcome

多チーム連携医療の取り組みを図る目安となるため
より高い値を目指している。



2023年度に実施した対策・対応またはコメント

褥瘡と低栄養は関連がある。NSTリンクナースと褥瘡リンクナースが連携を図り、ハイリスク患者の拾い上げを行っていききたい。

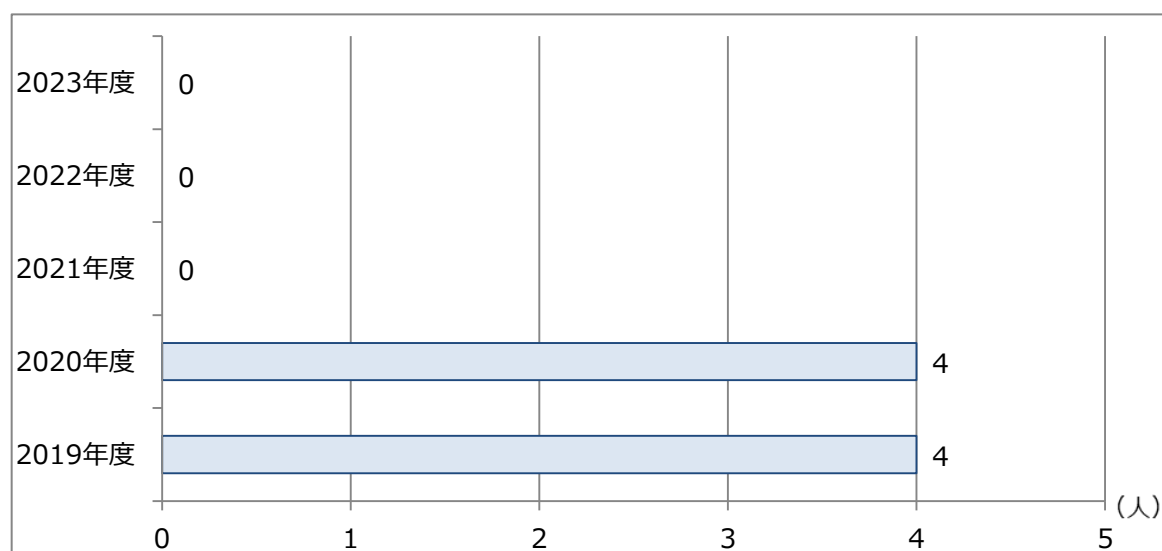
26. NST専門療法士人数(NST専門療法士資格試験合格者数)

NST委員会

Structure **Process** Outcome

栄養療法に関わる専門ライセンスを所有する人数を表す

日本臨床栄養代謝学会 NST専門療法士資格試験合格者数



2023年度に実施した対策・対応またはコメント

院内活動を啓蒙し、受験者を募っている。

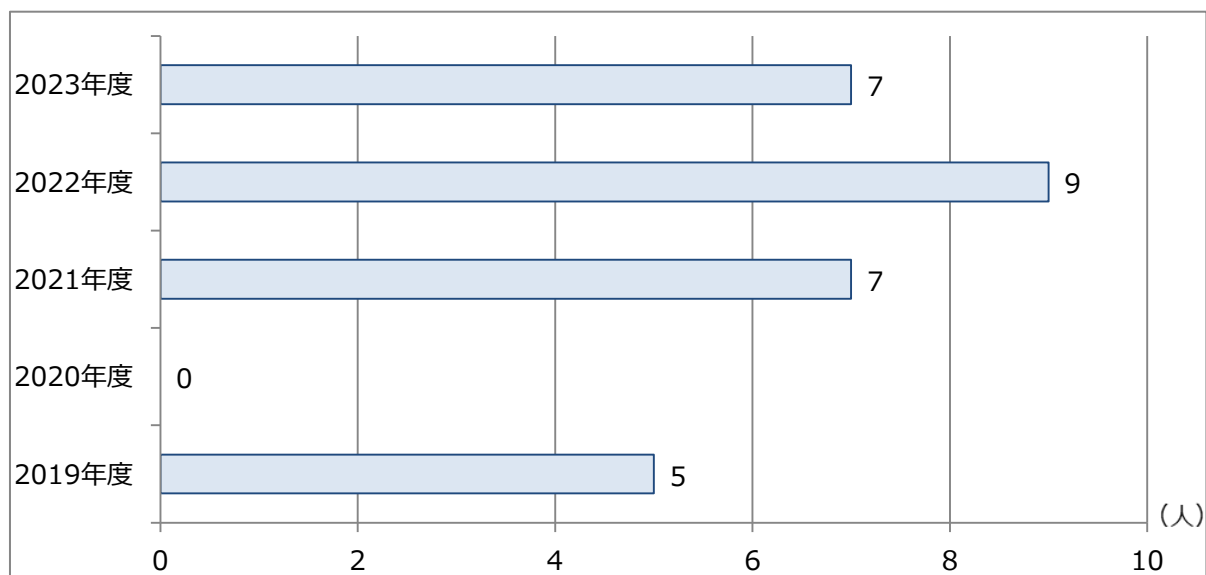
27. NST専門療法士 研修受講者

NST委員会

Structure **Process** Outcome

NST専門療法士認定教育機関としても実績を表す指標

日本臨床栄養代謝学会 NST専門療法士 実地修練修了者数



2023年度に実施した対策・対応またはコメント

院外への啓蒙を行い、受講者を募っている。

28. 神経精神科 平均在院日数

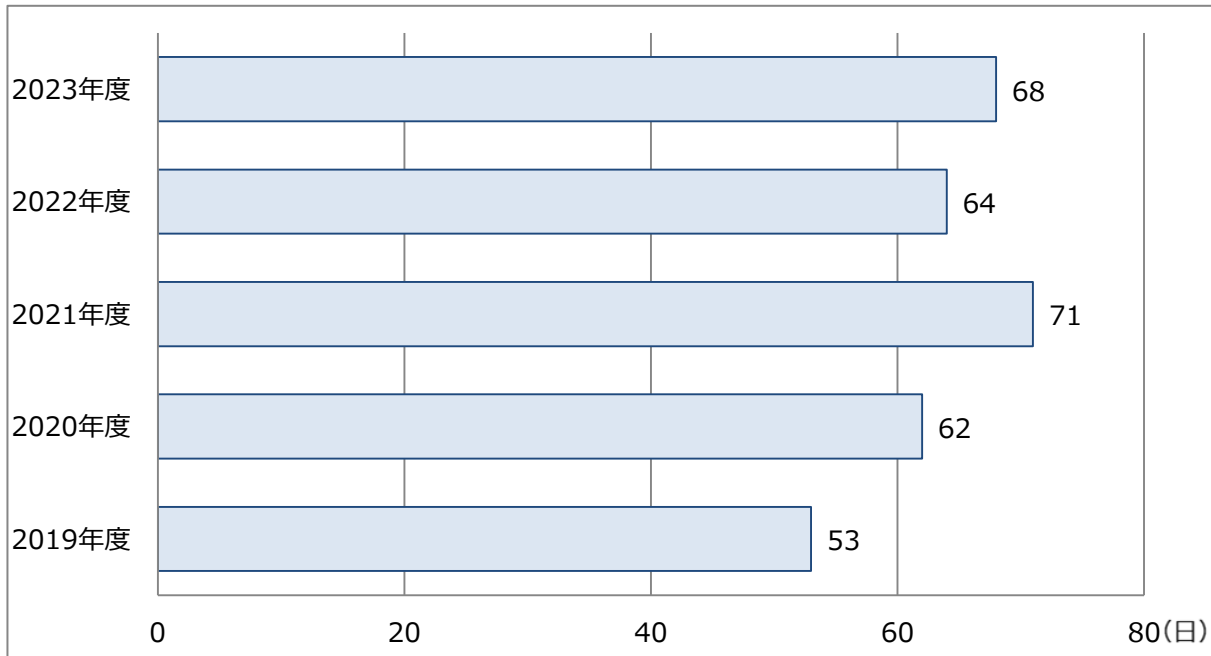
神経精神科 病棟

Structure **Process** Outcome

入院医療の質を示していると考えられる指標

正確な診断と適切な治療方法を選択する能力、できるだけ患者に負担をかけず治療を行う能力、合併症や医療ミスを防止する教育訓練、患者の回復を促すリハビリテーション、適切な地域生活支援が組み合わさり入院期間が決まる為、急性期病院としての総合的な実力を表していると考えられる。

より低い値が望ましい



2023年度に実施した対策・対応またはコメント

やや平均在院日数は増加傾向にある。退院支援連携パス等を活用し多職種チームにてカンファレンスや退院に向けての検討は実施しているものの、個々の背景等により退院困難患者が増えている。

29. 神経精神科 地域平均生活日数

神経精神科 診療情報管理室

Structure **Process** Outcome

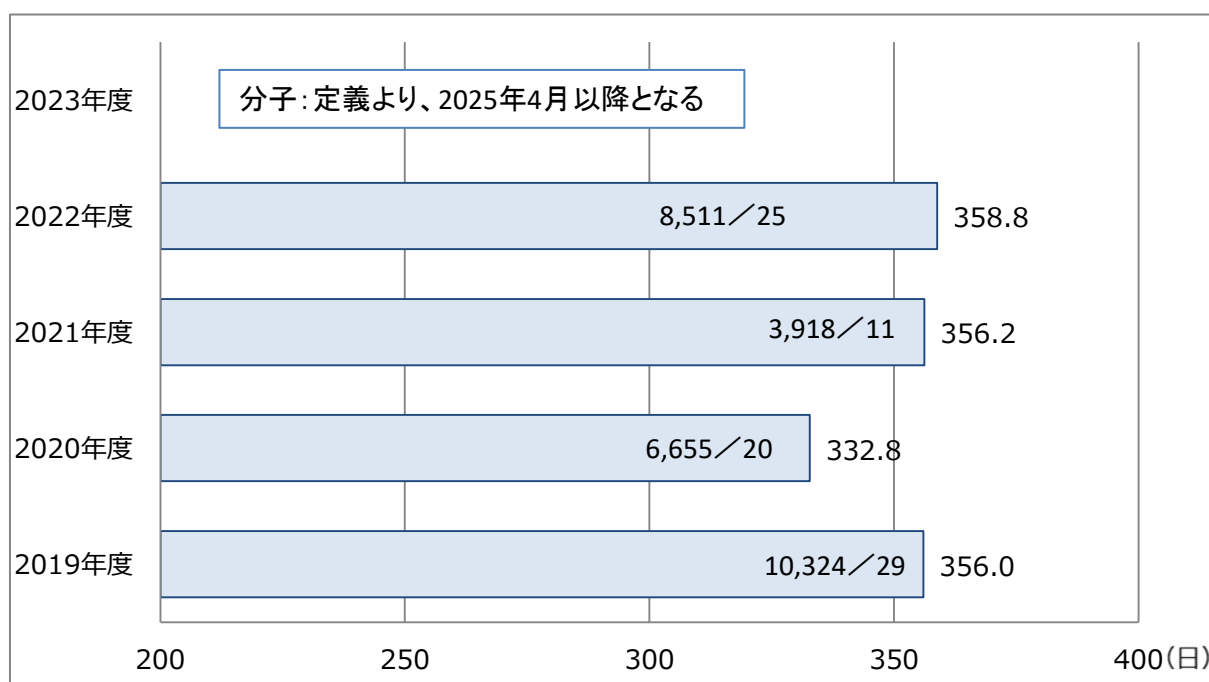
精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの機能を示す指標

地域平均生活日数は、精神病棟から退院後1年以内の地域での、平均生活日数を指しており、医療のみならず障害福祉・介護・住まい、社会参加（就労）などが包括的に確保された体制（精神障害にも対応した地域包括ケアシステム）の指標を示している。

より高い値が望ましい

分子：3月の精神病床からの退院患者（入院後1年以内に限る）の退院日から1年間の地域生活日数の合算

分母：3月の精神病床からの退院患者（入院後1年以内に限る）総数



2022年度に実施した対策・対応またはコメント

厚生労働省の目標である325.3日を大幅に超えており、退院支援連携パス等に基づいた多職種チーム医療が奏効した可能性がある。

30. 神経精神科 紹介率

神経精神科事務室

Structure **Process** Outcome

紹介率とは、初診患者に対し、他の医療機関から紹介されて来院した患者の割合である。一方、逆紹介率とは、初診患者に対し、他の医療機関へ紹介した患者の割合である。高度な医療を提供する医療機関にだけ患者が集中することを避け、症状が軽い場合は「かかりつけ医」を受診し、そこで必要性があると判断された場合に高い機能を持つ病院を紹介受診する。そして治療を終え症状が落ち着いたら、「かかりつけ医」へ紹介し、治療を継続または経過を観察する。これを地域全体で行うことで、地域の医療連携を強化し、切れ間のない医療の提供を行う。つまり、紹介率・逆紹介率の数値は、地域の医療機関との連携の度合いを示す指標である。

(日本病院会2023年度プロジェクト結果報告 95ページより)

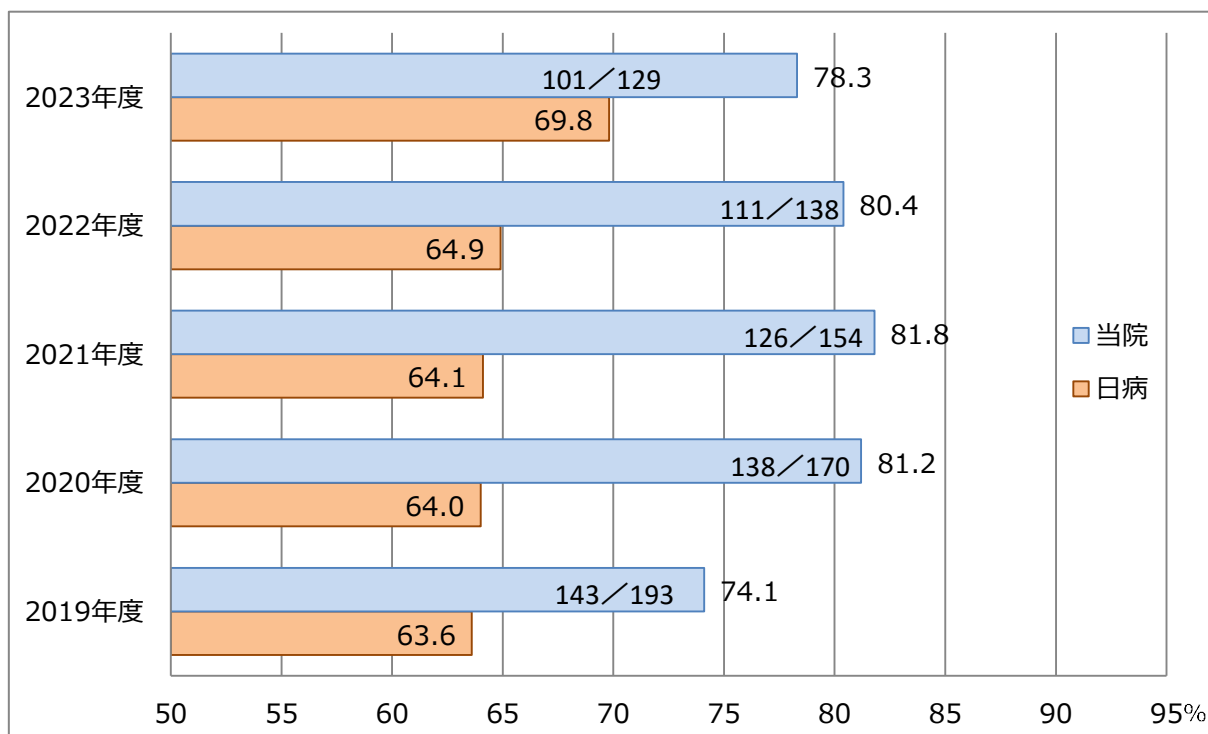
より高い値が望ましい

ベンチマーク：日本病院会QIプロジェクト 精神／全施設

【紹介率】

分子：神経精神科 紹介患者数

分母：神経精神科 初診患者数



2023年度に実施した対策・対応またはコメント

ほぼ横ばいである。引き続き医療連携を継続する。

31. 神経精神科 逆紹介率

神経精神科事務室

Structure **Process** Outcome

説明・指標の定義は、「31. 紹介率 一般」に同じ。

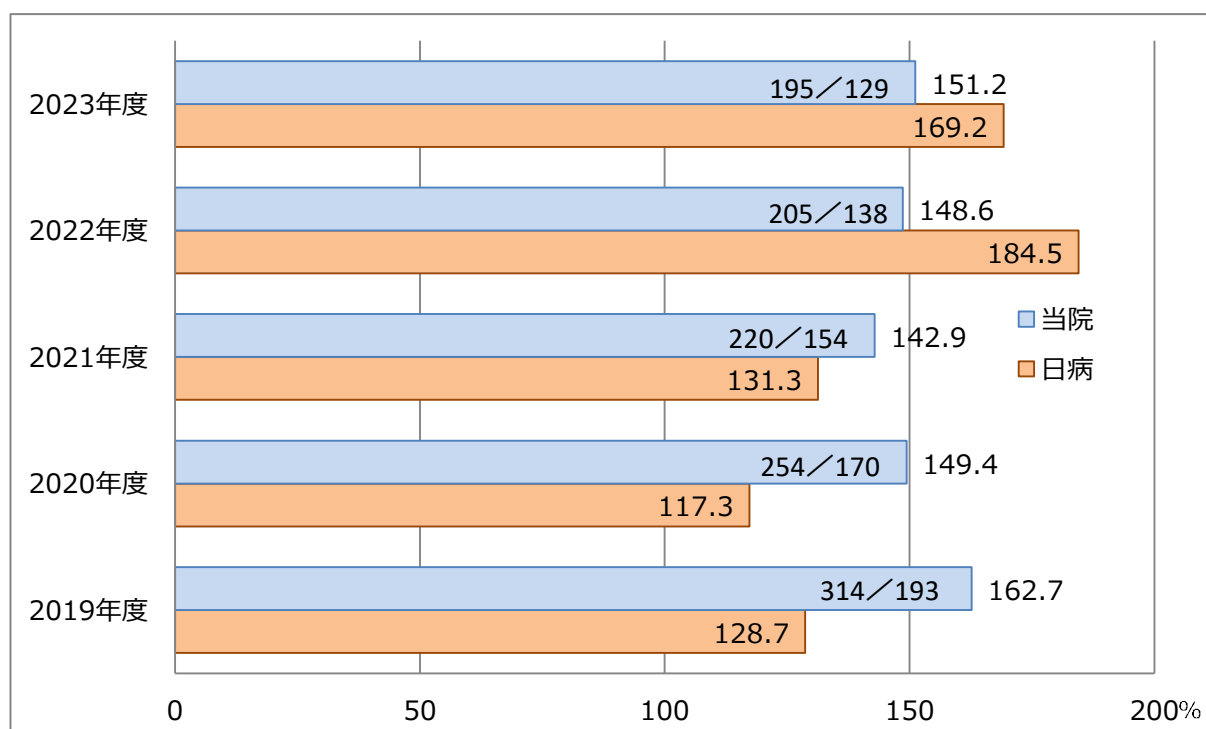
より高い値が望ましい

ベンチマーク：日本病院会QIプロジェクト 精神／全施設

【逆紹介率】

分子：神経精神科 逆紹介患者数

分母：神経精神科 初診患者数



2023年度に実施した対策・対応またはコメント

ほぼ横ばいである。引き続き医療連携を継続する。

32. 神経精神科 自発入院患者割合

神経精神科事務室

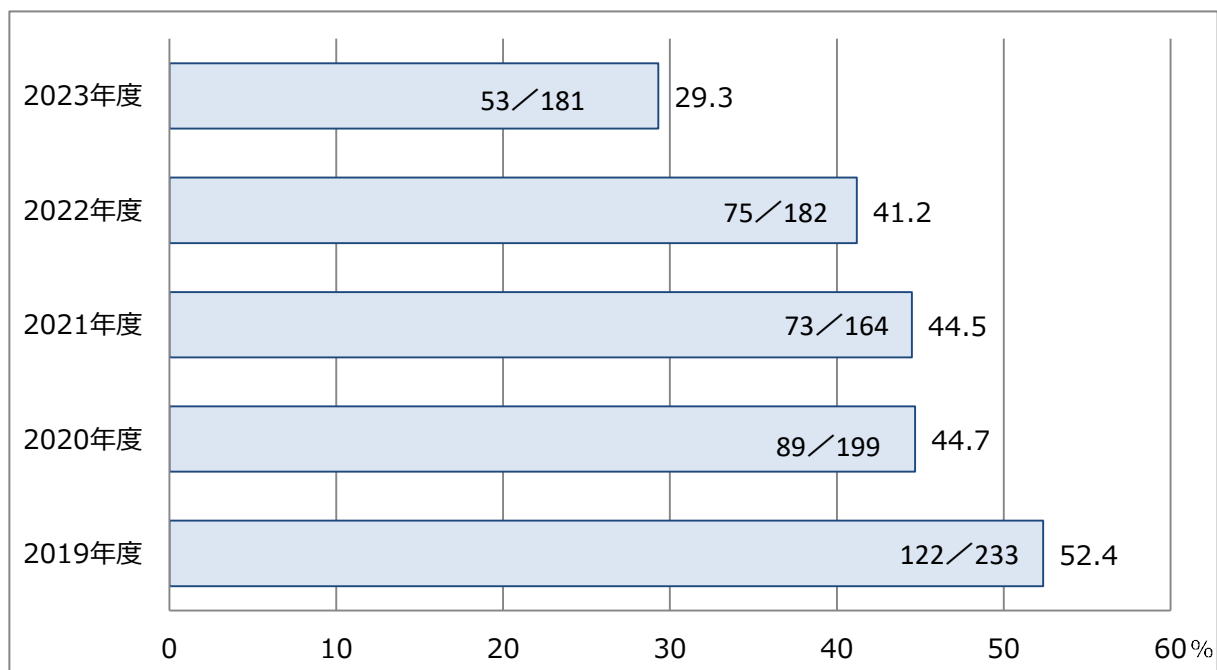
Structure **Process** Outcome

人権を尊重した入院サービスの指標

障害者権利条約によれば、非自発入院は認められておらず、人権擁護の視点から、自発入院が勧められている。

分子：任意入院者数

分母：全入院者数



2023年度に実施した対策・対応またはコメント

減少傾向である。患者さんの人権を尊重した医療を实践するため、医療倫理等の講義や精神保健指定医による入院時の診察を続ける。

33. 神経精神科 身体抑制率

神経精神科 病棟 行動制限最少化委員会

Structure **Process** Outcome

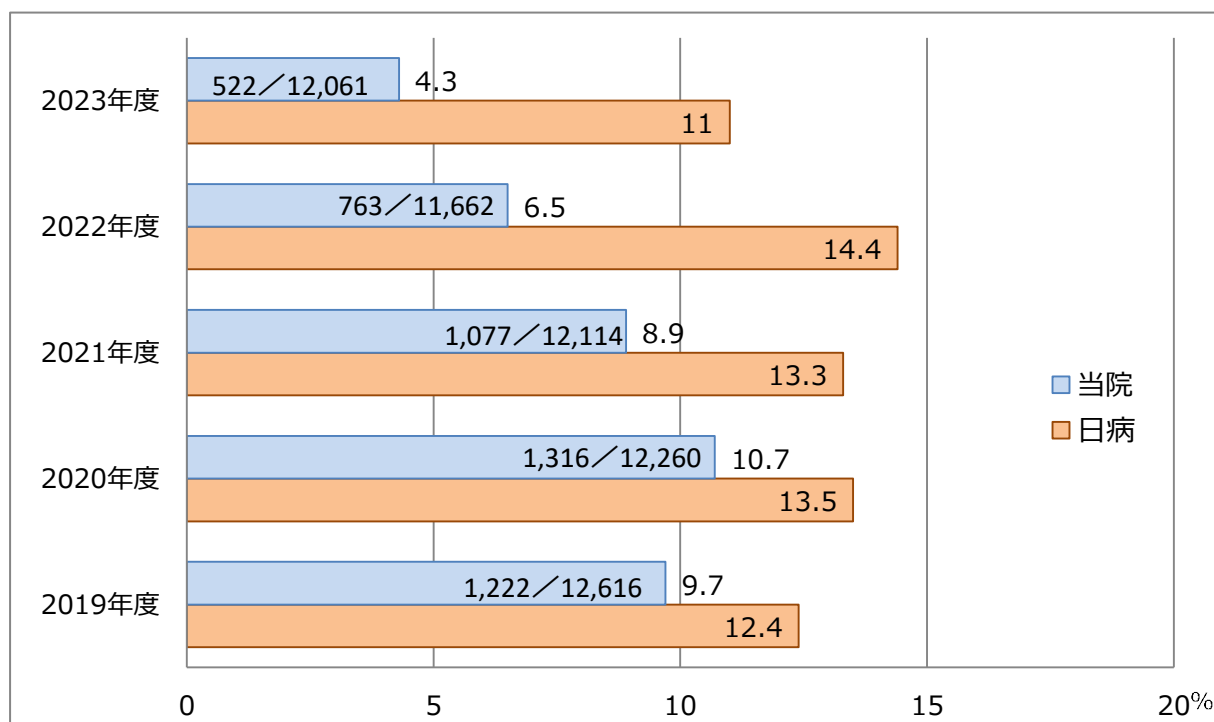
精神保健法では、身体的拘束は、制限の程度が強く、また、二次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないものとされている。施設や医療機関などで、患者を「治療の妨げになる行動がある」あるいは「事故の危険性がある」という理由で、安易にひもや抑制帯、ミトンなどの道具を使用して、患者をベッドや車椅子に縛ったりする身体拘束、身体抑制は慎むべきものである。

(日本病院会2023年度プロジェクト結果報告 100ページより)

より低い値が望ましい

分子： 分母のうち（物理的）身体抑制を実施した延べ患者数（device days）

分母： 病床入院延べ患者数（patient days）



2023年度に実施した対策・対応またはコメント

身体抑制率は低い。毎朝、身体拘束の必要性に対して多職種で検討し早期解除に向けている。

34. 神経精神科 隔離率

神経精神科 病棟 行動制限最少化委員会

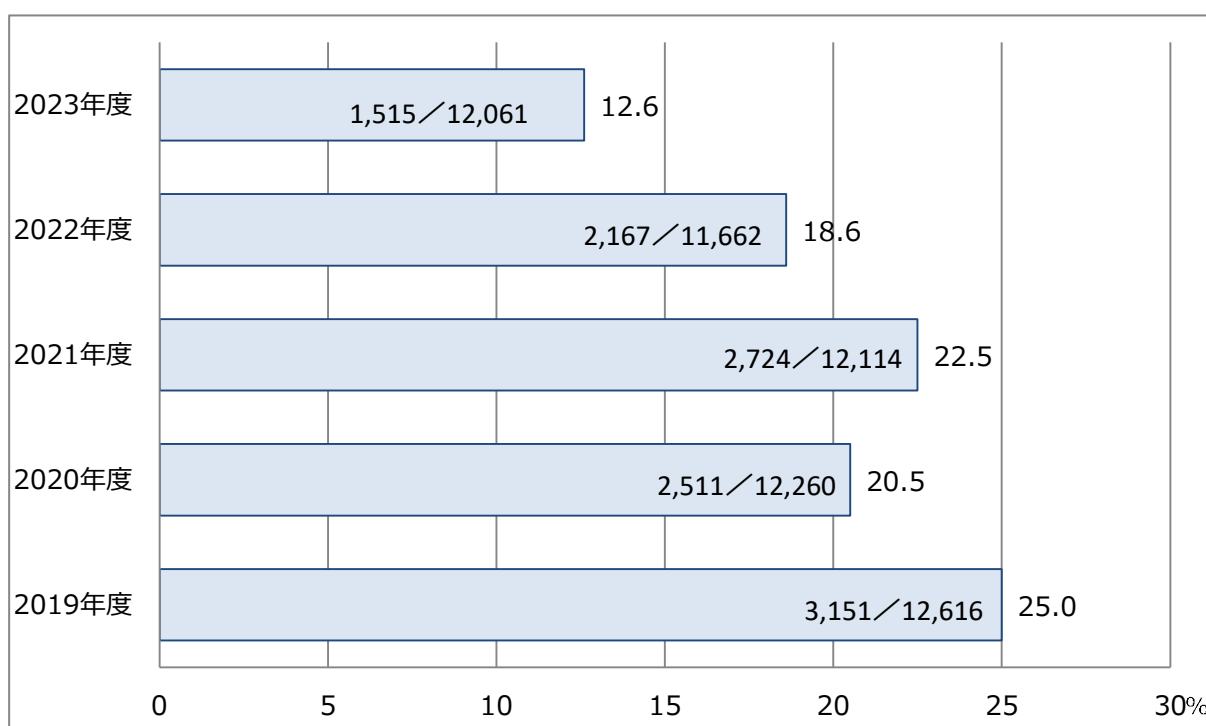
Structure **Process** Outcome

人権を尊重した入院サービスの指標

より低い値が望ましい

分子：隔離を実施した入院延べ患者数

分母：入院延べ患者数



2023年度に実施した対策・対応またはコメント

身体抑制と同様に隔離率も低い。隔離の解除に対して多職種で検討している。

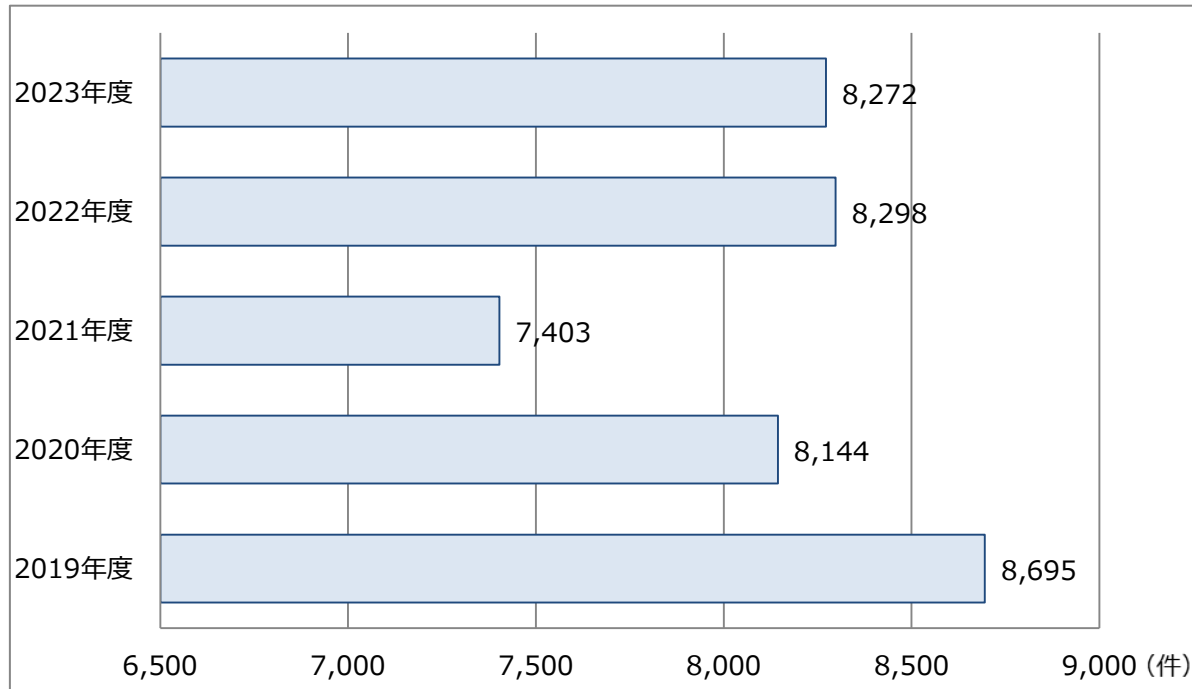
35. 神経精神科 精神科アウトリーチ件数

旭こころとくらしのケアセンター・コミュニティメンタルヘルsteam Structure **Process** Outcome

精神科地域生活支援の度合いを示している指標

より高い値が望ましい

神経精神科外来患者に対する訪問件数（退院前訪問を除く）



2023年度に実施した対策・対応またはコメント

訪問件数は前年度とほぼ同水準であった。支援面では、COVID-19流行の影響で十分に実施できていなかったケア会議を再開し、地域支援者との連携を強化した。

36. 神経精神科 クロザピン投与患者数

神経精神科

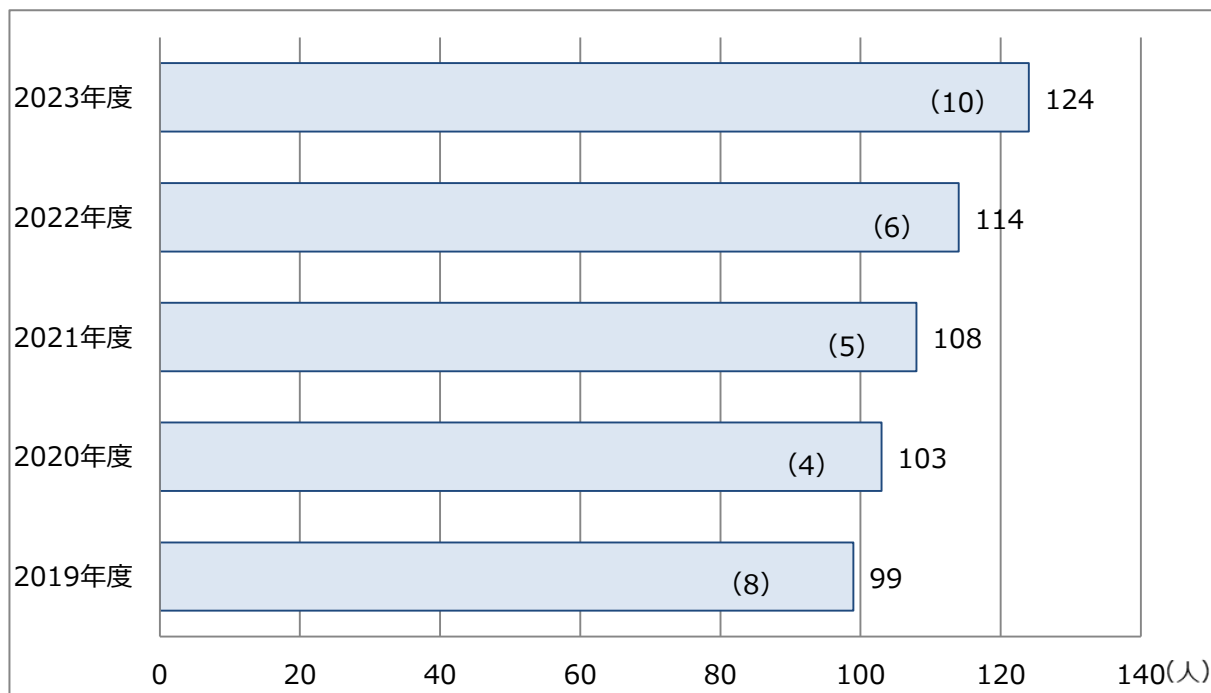
Structure **Process** Outcome

治療抵抗性統合失調症の治療についての指標

同種薬（非定形抗精神病薬）のなかでも「治療抵抗性統合失調症」に対して適応を持つ唯一の薬剤となる。本剤は治療抵抗性統合失調症に対して高い有効性を有する反面、無顆粒球症など重篤な副作用の報告があり、使用にあたってはeCPMS（クロザリル患者モニタリングセンター）へ医療機関、医師、コーディネーター、薬剤師の登録が必須となる。登録要件の医師は条件を満たした精神科医師の他、連携のとれる血液内科医師、糖尿病内科医師、循環器内科医師も必要であり、精神科単科病院では医療機関登録のハードルが高く、本剤を使用できる病院は主に当院のような総合病院など全国的にも少ないのが現状である。

クロザリルを導入した延べ人数

目指す値：年間5名以上導入（前年度との差が該当年度に導入した人数）



2023年度に実施した対策・対応またはコメント

2023年においてクロザピン使用者数は10名増加した。クロザピンによる副作用は無顆粒球症のほか、傾眠や流涎、便秘など患者が不快となる副作用も出現しやすいため、入院中および外来移行後も多職種による支援を継続することで、治療の維持を図る。

37. 神経精神科 デボ剤の使用患者数

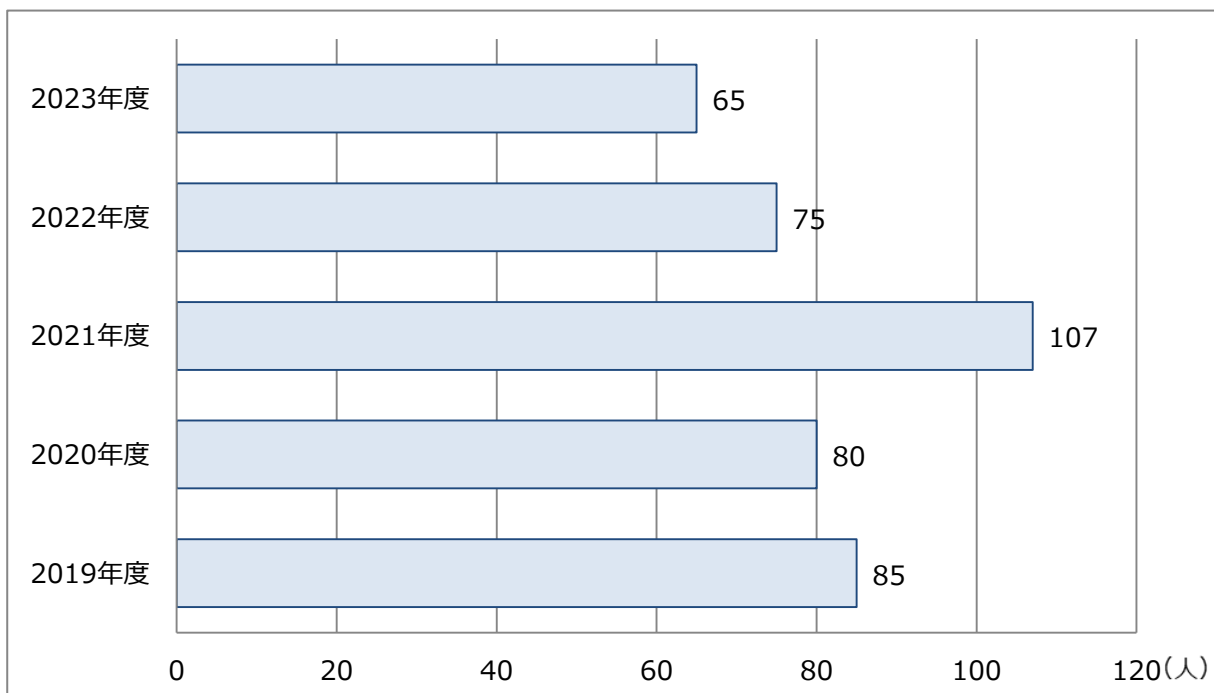
神経精神科外来

Structure **Process** Outcome

合理的な薬物療法の指標

実臨床に基づくデータからは、経口薬に比したデボ剤の非常に強い入院予防効果が示されている。したがってアドヒアランスの低下により再発が問題となるケースでは、デボ剤の使用が望ましいとされている。統合失調症の患者さんの1/4が退院直後より内服が守られていなかったという報告もある。デボ剤の使用率を調べた調査では、2009年山梨県立北病院にて使用率14%と報告されており、諸外国と比較しても少ないことが指摘されている。

より高い値が望ましい



2023年度に実施した対策・対応またはコメント

2021年度100人台と増えてきたが、2022年度は75人と減少。2023年度は65人と昨年度より減少している要因としては、転院やデボ剤中止の患者もあり、内服薬変更でクロザピン導入患者も増えてきていることも影響している。今後も内服継続困難者へのデボ剤の切り替えも医師と検討し導入促進をしていく。

38. 神経精神科 入院患者抗精神病薬CP換算量

神経精神科 薬剤局

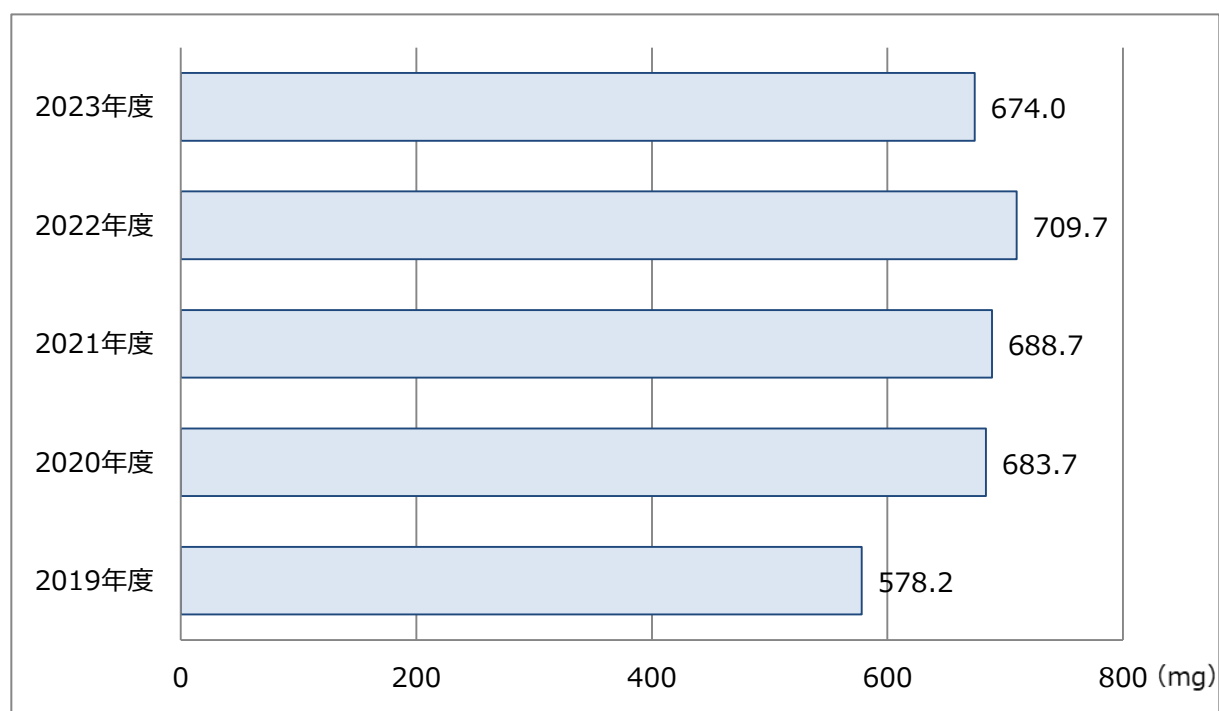
Structure **Process** Outcome

合理的な薬物療法の指標

CP（クロルプロマジン）換算量は抗精神病薬の投与量が適正かどうか、クロルプロマジンを基準におおよその目安を知るためのものになる。一般的にCP換算量が300～600mg程度が適正な量とされている。1,000mg以上となると大量投与となっている可能性がある。単位は「mg」で平均量を算出している。

PCP研究会による全国処方調査

適正值に近づける。



2023年度に実施した対策・対応またはコメント

過去の換算量と比較し、概ね横ばいであった。多剤併用患者においてはクロザピン導入促進を図ることで換算量も適正になり得るため、引き続き、クロザピン導入促進と併せて、CP換算量も高くないように対応していきたい。

39. 神経精神科 入院患者抗精神病薬単剤化率

神経精神科 薬剤局

Structure **Process** Outcome

合理的な薬物療法の指標

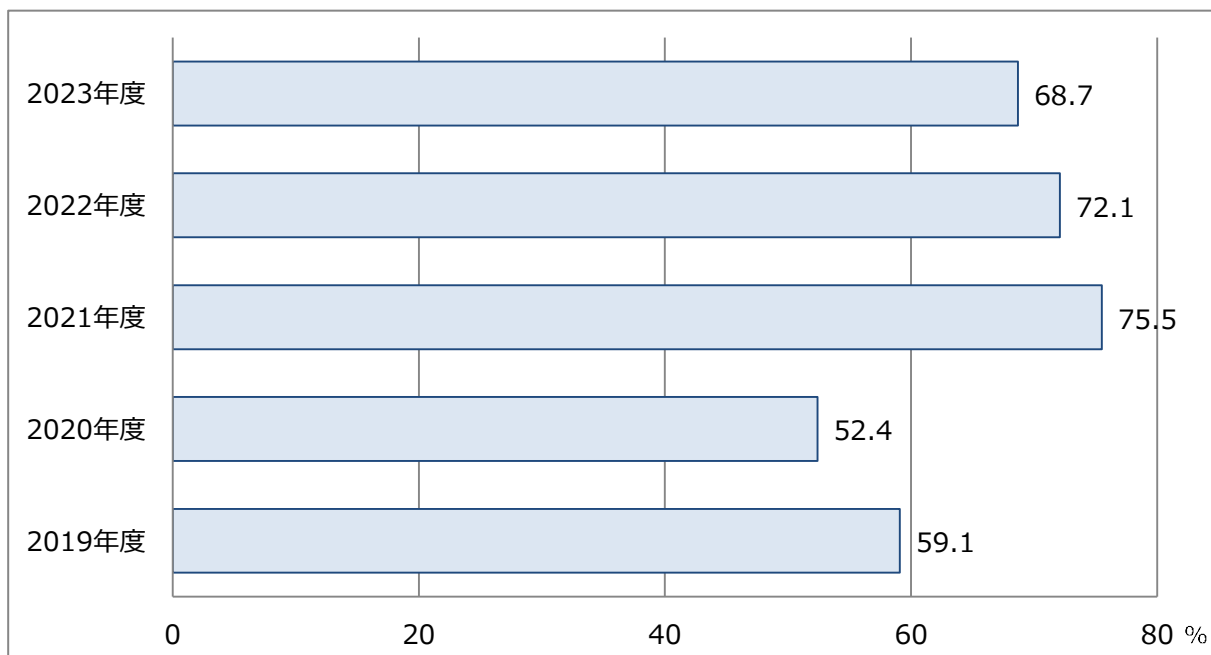
本邦では、諸外国と比較して多剤大量併用療法が多く問題視されている。多剤併用は有害事象が増加する、効果副作用判定を困難にするなど問題点が挙げられている。近年、診療報酬上も3剤以上の抗精神病薬の処方に減算を行う改訂がなされている。また、抗精神病薬を3剤以上併用することの有用性を評価した報告は皆無に等しく、併用療法を行う場合でも2剤までが許容と考えられている。

分子：抗精神病薬剤数が1剤の患者数

分母：統合失調症の入院患者数

PCP研究会による全国処方調査

適正薬剤数に近づける。



2023年度に実施した対策・対応またはコメント

過去の単剤化率と比較し、概ね横ばいであった。多剤併用患者においてはクロザピン導入促進を図ることで単剤化につながるため、引き続き、クロザピン導入も含めて、多剤併用とならないように対応していきたい。