

Quality Indicator : QI

- 医療の質を表す指標 (Quality Indicator : QI) を測定・公表し、改善を行うことで、医療の質の向上を目指します。

2018年度

入院患者の 転倒・転落発生率(a): 9.47‰(前年比+4.62)

・分子

a. 医療安全推進室へインシデント・アクシデントレポートが提出された入院中の転倒・転落件数

－包含

－ 介助時の転倒・転落、複数回の転倒・転落

－除外

－ 訪問者、学生、スタッフなど入院患者以外の転倒・転落

・分母

－ 入院延べ患者数(人日)

・単位

－ ‰パーミル(×1000)

レベル1: 患者に損傷は無かった

レベル2: 包帯・氷・創傷洗浄、四肢の挙上、局所薬が必要、あざ、擦過傷招いた

レベル3: 縫合・副子が必要

レベル4: 手術・骨折

レベル5: 死亡

【考察】

当院2017年度4.85 ‰

日本病院会2017年度QIプロジェクト結果より

転倒転落発生率

平均値2.71‰(前年比-0.01)

中央値2.49‰(前年比-0.09)

最大値22.6‰(前年比+13.9)

最小値0.00‰(前年比±0)

前年度より発生率が高くなりました。日本病院会のQIプロジェクトの最大値よりは低いですが、平均値・中央値よりかなり高い結果となりました。当院は、高齢者の入院が多く、また、急性期の治療を終えた方の機能を回復するための回復期リハビリテーション病棟、在宅で生活する準備を進める地域包括ケア病棟を有しています。そこでは、日常生活機能を上げるための訓練を積極的に行なっているため、転倒を経験する場面が増えている原因の一つかもしれません。安全対策をより強化し、発生件数を追跡するとともに、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を継続します。

入院患者の 転倒・転落による 損傷発生率：

(b) 5.66‰ (前年比+5.23)

(c) 0.00‰ (前年比-0.10)

・分子：

b. 医療安全推進室へインシデント・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以上の転倒・転落件数

c. 医療安全推進室へインシデント・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以上の転倒・転落件数

－包含

－ 介助時の転倒・転落、複数回の転倒・転落

－除外

－ 訪問者、学生、スタッフなど入院患者以外の転倒・転落

・分母

－ 入院延べ患者数(人日)

・単位

－ ‰パーミル(×1000)

【考察】

当院2017年度(b(レベル2以上))0.43‰

(c(レベル4以上))0.10 ‰

日本病院会2017年度QIプロジェクト結果より

損傷発生率(b(レベル2以上))

平均値0.70‰(前年比+0.01)

中央値0.53‰(前年比±0)

最大値8.39‰(前年比+2.19)

最小値0.00‰(前年比±0)

損傷発生率(c(レベル4以上))

平均値0.05‰(前年比±0)

中央値0.04‰(前年比±0)

最大値0.31‰(前年比-0.38)

最小値0.00‰(前年比±0)

前年度より発生率が高くなりました。日本病院会QIプロジェクトと比較すると、レベル2以上は、最大値より低いですが、平均値・中央値を大きく上回っています。レベル4以上は0件ですが、レベル2～3の事例分析から導かれた予防策を実施して転倒・転落による傷害予防に努めます。

褥瘡発生率： 0.10%（前年比-0.02）

・分子

- 調査期間における分母対象患者のうち、d2以上の褥瘡の院内新規発生患者数

・包含：

- 院内で新規発生の褥瘡（入院時刻より24時間経過後の褥瘡の発見または記録）
- 深さd2以上の褥瘡、深さ判定不能な褥瘡（DU）、深部組織損傷疑い

・分母

- 入院延べ患者数（人日）

・除外：下記患者の入院日数

- 日帰り入院患者（同日入退院患者も含む）
- 入院時すでに褥瘡保有が記録されていた患者
- 調査期間より前に褥瘡の院内発生が確認され、継続して入院している患者

・単位：%パーセント

d0:	皮膚損傷・発赤なし
d1:	持続する発赤
d2:	真皮までの損傷
D3:	皮下組織までの損傷
D4:	皮下組織を超える損傷
D5:	関節腔、体腔に至る損傷
DU:	深さ判定が不能の場合

【考察】

当院2017年度0.12%

日本病院会2016年度QIプロジェクト結果より
平均値0.10%（前年比+0.03）
中央値0.06%（前年比±0）
最大値3.97%（前年比+2.75）
最小値0.00%（前年比- ±0）

この指標は、入院時すでに褥瘡を保有している患者さんや調査期間より前に褥瘡の院内発生が確認され継続して入院している患者さんを除くことで、新たに院内で褥瘡が発生した割合をみるアウトカム指標です。

前年度より発生率が低くなりました。日本病院会QIプロジェクトの平均値とは同じであり、中央値よりも低く、取り組みを継続して発生率を把握し、予防対策に努めます。

救急車・ホットライン

応需率：96.9%（前年比-0.3）

・分子

- － 救急車で来院した患者数

・分母

- － 救急車受け入れ要請人数

・ 包含

- － ホットラインでの受け入れ要請患者数
 >>ホットライン:消防本部からの救急車専用電話

・ 除外

- － 他院からの搬送(転送)人数
- － ヘリコプターによる搬送(転送)人数

・単位

- － %パーセント

【考察】

当院2017年度97.2%

日本病院会2017年度QIプロジェクト結果より

平均値84.8%（前年比+0.8）

中央値87.3%（前年比+0.4）

最大値100.0%（前年比±0）

最小値0.4%（前年比+0.1）

この指標は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おり、より高い値が望まれます。前年度に比べ応需率が低くなりました。今後も受け入れ要請を断らざるを得なかったケースをモニター・分析し、応需率の改善を図ります。

外来患者アンケート調査

実施期間 : 2018年8月20日(月)～8月24日(金)

回答数 : 127件のご意見をいただきました

調査内容 : 別紙の通り

スタッフ対応、院内環境へのご指摘を含め、貴重なご意見ありがとうございました。皆さんに選ばれる病院として今後も努力していきます。

また、お気づきの点がございましたら、

院内の「患者の声」ポストにご意見をお待ちしております。

患者様アンケート

当院では、皆様からのご意見を頂戴して、より良い病院になれるよう心がけています。

お手数ですが下記アンケートについて、ご記入いただき、設置してあります「アンケート回収箱」にお入れ下さい。

《該当する番号を○で囲んで下さい》

○ 記入されるあなたについてお尋ねします。

性別	1. 男	2. 女							
年齢	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
	10才未満	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80才以上

【問1】本日の受診 についてお尋ねします。

受診歴は？	1. 全く初めて	2. 以前に受診したことがある	3. 定期通院	4. その他()							
当院を選ばれた理由 (上記1,2の方のみ ○はいくつでも)	1. 近い	2. 公立病院	3. 設備が良い	4. 他院から紹介	5. 評判が良い	6. 良い医師がいる	7. 職員が丁寧で優しい	8. 家族や知人のすすめ	9. 他で良くならなかった	10. どこでもよかった	11. その他()
来院手段は？	1. 徒歩	2. 自転車・バイク	3. 自家用車(運転)	4. 家族送迎	5. 病院バス	6. 路線バス(コミュニティバス含む)	7. タクシー	8. その他()			

【問2】スタッフの説明・応対 についてお尋ねします。

医師	【病状や検査等の説明・療養指導】	1. 満足 ご意見()	2. やや満足	3. どちらとも言えない	4. やや不満	5. 不満
	【応対や態度】	1. 満足 ご意見()	2. やや満足	3. どちらとも言えない	4. やや不満	5. 不満
看護師	【療養指導や検査・説明】	1. 満足 ご意見()	2. やや満足	3. どちらとも言えない	4. やや不満	5. 不満
	【応対や態度】	1. 満足 ご意見()	2. やや満足	3. どちらとも言えない	4. やや不満	5. 不満
受付・会計	【応対や態度】	1. 満足 ご意見()	2. やや満足	3. どちらとも言えない	4. やや不満	5. 不満

※ 下記は、**検査等があった場合のみ** お答え下さい

薬剤師 【薬の説明や態度等】	1. 満足 ご意見()	2. やや満足	3. どちらとも言えない	4. やや不満	5. 不満
検査担当技師 【レントゲン、心電図、エコー、 尿力・視力検査、採血、検査 時の説明や態度】	1. 満足 ご意見()	2. やや満足	3. どちらとも言えない	4. やや不満	5. 不満
リハビリテーション 【応対や態度】	1. 満足 ご意見()	2. やや満足	3. どちらとも言えない	4. やや不満	5. 不満
管理栄養士 【食事の説明や態度】	1. 満足 ご意見()	2. やや満足	3. どちらとも言えない	4. やや不満	5. 不満

裏面もご記入お願いします。

【問 3】院内環境 についてお尋ねします。

院内案内表示板 〔分かりやすいですか？〕	1. 満足 ご意見(	2. やや満足	3. どちらとも言えない	4. やや不満	5. 不満)
待 合 室 〔設備や雰囲気〕	1. 満足 ご意見(	2. やや満足	3. どちらとも言えない	4. やや不満	5. 不満)
トイレや洗面所 〔きれいですか？〕	1. 満足 ご意見(	2. やや満足	3. どちらとも言えない	4. やや不満	5. 不満)
売店、食堂、自動販売機	1. 満足 ご意見(	2. やや満足	3. どちらとも言えない	4. やや不満	5. 不満)
病院全体の環境 〔清掃や整頓〕	1. 満足 ご意見(	2. やや満足	3. どちらとも言えない	4. やや不満	5. 不満)

【問 4】その他

プライバシーへの配慮	1. 満足 ご意見(	2. やや満足	3. どちらとも言えない	4. やや不満	5. 不満)
病院バス 〔運行時間、コース、運物技術〕	1. 満足 ご意見(	2. やや満足	3. どちらとも言えない	4. やや不満	5. 不満)
駐車場 〔整頓や警備体制〕	1. 満足 ご意見(	2. やや満足	3. どちらとも言えない	4. やや不満	5. 不満)

【問 5】当病院について総合的にはどう思われますか？

全体満足度	1. 満足 ご意見(2. やや満足	3. どちらとも言えない	4. やや不満	5. 不満)
-------	---------------	---------	--------------	---------	------------

◆ その他、お気付きの事やご要望・ご意見がありましたらご自由にお書きください。

集計結果は、病院運営に役立てると共に「病院だより」などで公表する予定です。
ご協力いただき誠にありがとうございました。

厚生労働省提出データを
EVEを利用して

退院後28日以内の 再入院率:3.16% (ベンチマーク3.65%)

・対象症例

- ・退院した日から28日後までに再入院している。
- ・前回入院、今回入院の入院中の主な診療目的が「その他の加療」である。
- ・今回入院の契機となったMDC6が、前回入院の「入院の契機となった傷病名」、「主傷病名」、「医療資源を最も投入した傷病名」のいずれかのMDC6である。

※「白内障、水晶体の疾患」に該当するMDC6(020110)については、再入院率28に含まれません。

・分子

- 退院後28日以内に再入院した患者

・分母

- 退院患者

・単位

- %パーセント

【考察】

退院後28日以内の同じような傷病の再入院率を把握することで、再入院に繋がる退院が無かったか確認するきっかけとなります。再入院の背景には様々あると考えられますがより低い値が望ましく、継続して値を把握していきます。

院内感染症発生率：

(a) 中心静脈注射→敗血症

8.16% (ベンチマーク5.92%)

(b) 人工呼吸 →肺炎

0.00% (ベンチマーク7.27%)

(c) 膀胱留置カテーテル→尿路感染

1.81% (ベンチマーク1.80%)

・対象症例

- ・それぞれの項目(中心静脈、人工呼吸、膀胱留置カテーテル)を実施した症例
- ・かつ、以下の1. のいずれかにそれぞれの病名(敗血症、肺炎、尿路感染)が記載されている症例
- ・かつ、以下の2.のいずれかにそれぞれの病名(敗血症、肺炎、尿路感染)が記載されていない症例

- 1.医療資源を最も投入した傷病名、医療資源を2番目に投入した傷病名、入院後発症疾患名
- 2.入院の契機となった傷病名、入院時併存名

・分子：

- a. 敗血症となった症例数
- b. 肺炎となった症例数
- c. 尿路感染となった症例

・分母

- a. 中心静脈注射実施症例数
- b. 人工呼吸実施症例数
- c. 膀胱留置カテーテル使用症例

・単位 — %パーセント

【考察】

中心静脈注射実施症例から敗血症発症率、膀胱留置カテーテル実施症例から尿路感染発症率がベンチマークより高い結果となりました。

当院では中心静脈注射実施から敗血症症例(平均80.1歳)、膀胱留置カテーテル実施から尿路感染症例(平均84.7歳)と、高齢で発生率が高いのかもしれませんが。しかしながらより低い値が望ましく、今後も継続して値を把握していきます。