

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。

2017年度

入院患者の 転倒・転落発生率(a): 4.85‰(前年比-0.6)

・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2016年度5.45 ‰

日本病院会2016年度QIプロジェクト結果より

転倒転落発生率

平均値2.72‰(前年比-0.08)

中央値2.58‰(前年比+0.16)

最大値8.16‰(前年比-7.87)

最小値0.00‰(前年比±0)

前年度より発生率は低くなりました。しかしながら日本病院会のQIプロジェクトの平均値・中央値よりは高い結果となりました。入院患者さんに高齢者が多い(平均値78.5歳、中央値85歳、最大値107歳、最小値1歳)ことが原因の一つかもしれません。

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) 0.43‰ (前年比+0.05)

(c) 0.10‰ (前年比+0.04)

・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2016年度(b(レベル2))0.38‰

(c(レベル4))0.06 ‰

日本病院会2016年度QIプロジェクト結果より

損傷発生率(b(レベル2))

平均値0.69‰(前年比-0.03)

中央値0.53‰(前年比+0.02)

最大値6.20‰(前年比-3.5)

最小値0.00‰(前年比±0)

損傷発生率(c(レベル4))

平均値0.05‰(前年比±0)

中央値0.04‰(前年比+0.04)

最大値0.69‰(前年比-0.39)

最小値0.00‰(前年比±0)

前年度より発生率が増えました。日本病院会QIプロジェクトと比較すると、レベル2は、平均値・中央値より低いですが、レベル4は平均値・中央値より高い結果となりました。

これら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： 0.12%（前年比+0.04）

・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2016年度0.08%

日本病院会2016年度QIプロジェクト結果より
平均値0.07%（前年比-0.01）
中央値0.06%（前年比±0）
最大値1.22%（前年比-4.34）
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高くなりました。また日本病院会QIプロジェクトの平均値、中央値よりも高く、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：97.2%（前年比+0.58）

・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2016年度96.62%

日本病院会2016年度QIプロジェクト結果より

平均値84.0%（前年比-0.5）

中央値86.9%（前年比-0.4）

最大値100.0%（前年比±0）

最小値0.3%（前年比-9.5）

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高くなりました。今後も受け入れ要請を断らざるを得なかった理由をモニター・分析することで、数値の改善に努力いたします。

外来患者アンケート調査

実施期間 : 2017年8月21日(月)～8月25日(金)

回答数 : 246件のご意見をいただきました。

調査内容 : 別紙の通り。

貴重なご意見ありがとうございました。

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》

【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. 以前にかかっていたことがある 3. 定期通院 4. その他()
当院を選ばれた理由 (○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()

【2】スタッフの説明・対応についてお尋ねします。

医 師	病状や検査等の説明	1. 満足 2. 必要がなかった 3. 不満足
	療養指導	1. 満足 2. 必要がなかった 3. 不満足
	対応・態度(丁寧・親切)	1. 良い 2. どちらとも言えない 3. 悪い (お気付きのところ:)
看護 師	療養指導や検査説明	1. 満足 2. 必要がなかった 3. 不満足
	対応・態度(丁寧・親切)	1. 良い 2. どちらとも言えない 3. 悪い (お気付きのところ:)
受付・会計	対応・態度(丁寧・親切)	1. 良い 2. どちらとも言えない 3. 悪い (お気付きのところ:)

※下記について検査等があった場合のみお答え下さい

薬 劑 師	薬の説明や服薬指導	1. 満足 2. 必要がなかった 3. 不満足
	対応・態度(丁寧・親切)	1. 良い 2. どちらとも言えない 3. 悪い (お気付きのところ:)
診 療 放 射 線 技 師 (X線撮影、CT・MRI検査など)	検査内容・方法の説明	1. 満足 2. 必要がなかった 3. 不満足
	対応・態度(丁寧・親切)	1. 良い 2. どちらとも言えない 3. 悪い (お気付きのところ:)
臨床検査技師 (心電図・呼吸機能超音波検査など)	検査内容・方法の説明	1. 満足 2. 必要がなかった 3. 不満足
	対応・態度(丁寧・親切)	1. 良い 2. どちらとも言えない 3. 悪い (お気付きのところ:)
リハビリテーション	リハビリ計画の説明	1. 満足 2. 必要がなかった 3. 不満足
	対応・態度(丁寧・親切)	1. 良い 2. どちらとも言えない 3. 悪い (お気付きのところ:)
管理栄養士	食事・栄養指導	1. 満足 2. 必要がなかった 3. 不満足
	対応・態度(丁寧・親切)	1. 良い 2. どちらとも言えない 3. 悪い (お気付きのところ:)

【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. 分かりやすい 2. どちらとも言えない 3. 分かりにくい * ご要望をご記入下さい()
待合室	環境や設備は どうですか？	1. 良い 2. どちらとも言えない 3. 悪い * ご要望をご記入下さい()
診察順表示パネル (2階ホール)	順番は？ 待ち時間の参考 になりますか？	1. 分かりやすい 2. どちらとも言えない 3. 分かりにくい 1. 参考になる 2. 少し参考になる 3. あまり参考にならない * ご要望をご記入下さい()
トイレや洗面所	きれいですか？	1. きれい 2. どちらとも言えない 3. 汚い * ご要望をご記入下さい()
売店の品揃え	必要な物は揃っ ていますか？	1. 充分揃っている 2. どちらとも言えない 3. 足りない * ご要望をご記入下さい()
病院全体の環境	清掃や整備は どうですか	1. 良い 2. どちらとも言えない 3. 悪い * ご要望をご記入下さい()

【4】その他

プライバシーの 保護について	配慮されていま すか？	1. 配慮されている 2. どちらとも言えない 3. 配慮されていない * ご要望をご記入下さい()
病院バス	運行時間・コース	1. 現状でよい 2. 改善希望 * ご要望をご記入下さい()
	運 転 技 術	1. 安心できる 2. どちらとも言えない 3. 不安がある
	運転手の態度	1. 良い 2. どちらとも言えない 3. 悪い
駐車場の利用	整 備	1. 利用しやすい 2. どちらとも言えない 3. 利用しにくい * ご要望をご記入下さい()
駐車場の警備員	態 度	1. 良い 2. どちらとも言えない 3. 悪い

【5】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。

厚生労働省提出データを
EVEを利用して

退院後42日以内の 再入院率：3.19%（前年比+0.35） （ベンチマーク4.82%（前年比+0.05））

・対象症例

- ・前回入院、今回入院の入院中の主な診療目的が「診断・検査のみ」「教育入院」「計画された短期入院の繰り返し」「その他加療」に分けたうちの「その他加療」である。
- ・また、今回入院の契機となったMDC6桁が、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桁である。
- ・「白内障、水晶体の疾患」に該当するMDC6桁(020110)については含まない。

・分子

- － 退院後42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42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

2.74% (前年比+0.41)

(ベンチマーク5.70% (前年比+0.2))

(b) 人工呼吸 →肺炎

3.13% (前年比-3.39)

(ベンチマーク4.95% (前年比-0.23))

(c) 膀胱留置カテーテル→尿路感染

1.64% (前年比+1.0)

(ベンチマーク1.11% (前年比+0.08))

・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】

人工呼吸実施症例の肺炎を発症する発症率が、前年度より低い結果となりましたが、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前年度より高い結果となりました。

膀胱留置カテーテル実施症例から尿路感染発症率はベンチマークより高い結果となりました。当院では高齢者の尿路感染症患者(平均87.5歳)が多く、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。