

臨床指標2020

医療の質を改善する取り組み

豊見城中央病院 臨床指標委員会

臨床指標2020

医療の質を改善する取り組み

臨床指標とは

臨床指標とは、実際に行われている医療の①構造（ストラクチャー）②過程（プロセス）③結果（アウトカム）を測定した数値です。これらを測定する目的は医療の質を知ることですので、最近ではQuality Indicator（質指標）という言葉がよく使われています。

臨床指標 クリニカルインディケータ Clinical Indicator (CI)
質指標 クオリティインディケータ Quality Indicator (QI)

医療の質を評価する3つの側面

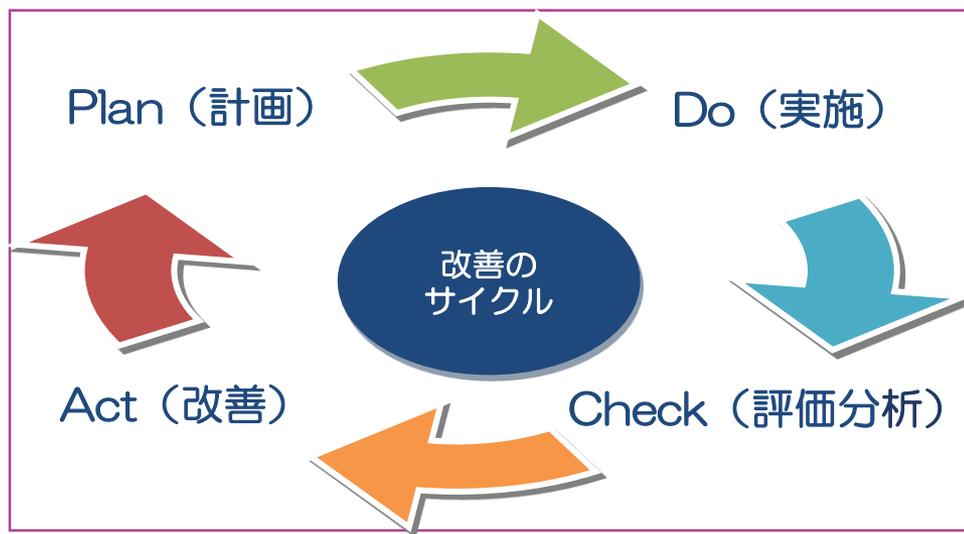


当院では、2012年より臨床指標への取り組みをはじめました。臨床指標の選定に当たっては、先進的な病院の取り組みを参考とし、19項目の臨床指標（CI）と、自院として一般の方にアピールしたい項目を中心に8項目の質指標（QI）を選定しました。

他の医療機関との比較（ベンチマーク）も臨床指標の重要な役割ですが、各施設の特徴や患者さんの特徴が異なるため、比較には調整が必要です。日本では臨床指標の定義（計算式や条件）の標準化が不十分であり、今回この調整は行っていません。ですから医療機関の指標の数値だけを比較することには慎重になる必要があります。

施設全体の変化を経年的に把握し、医療の質を改善するために、臨床指標は重要な役割をすると考えます。指標の結果は、院内で定期的に評価・分析を行い、改善策を実行しながら、患者さんや地域から信頼される質の高い医療の提供に努めてまいります。

今年度は、8月に病院移転し病床機能や診療科が変わりました。そのため患者層が変化し、臨床指標の結果にも大きな影響がありました。その要因も分析し新たな改善活動に努めてまいります。



■2020年度 豊見城中央病院 臨床指標一覧■

臨床指標Clinical Indicator (CI)

CI-1 年齢階級別患者数

CI-2 新入院患者数

CI-3 平均病床利用率

CI-4 一般病棟平均在院日数

CI-5 2週間以内の退院サマリー完成率

CI-6 急性脳梗塞患者（発症3日以内）に対する早期リハビリテーション開始件数

CI-7 紹介率

CI-8 悪性腫瘍・誤嚥性肺炎・認知症の症例に対する退院支援の割合

CI-9 摂食機能療法の有効率

CI-10 がん相談件数

CI-11 インテント・アクテント報告件数

CI-12 看護必要度

CI-13 看護職の離職率

CI-14 職員のインフルエンザワクチン予防接種率

CI-15 職員の健診受診率

CI-16 職員の非喫煙率

CI-17 24時間以内の再手術件数

CI-18 術後の肺塞栓発生件数

CI-19 手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与件数

質指標Quality Indicator (QI)

QI-1 患者満足度

QI-2 死亡退院患者率

QI-3 転倒・転落発生率

QI-4 6週間以内再入院率

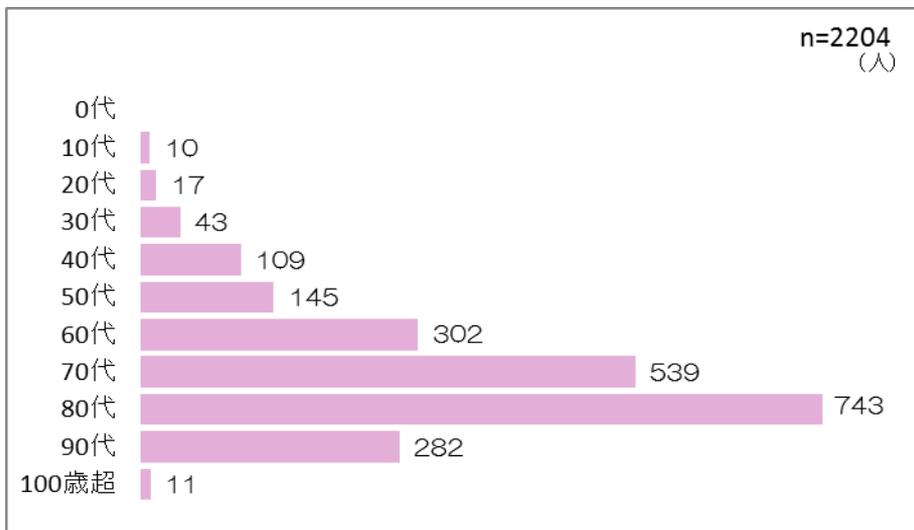
QI-5 褥瘡推定発生率

QI-6 糖尿病患者の血糖コントロール率

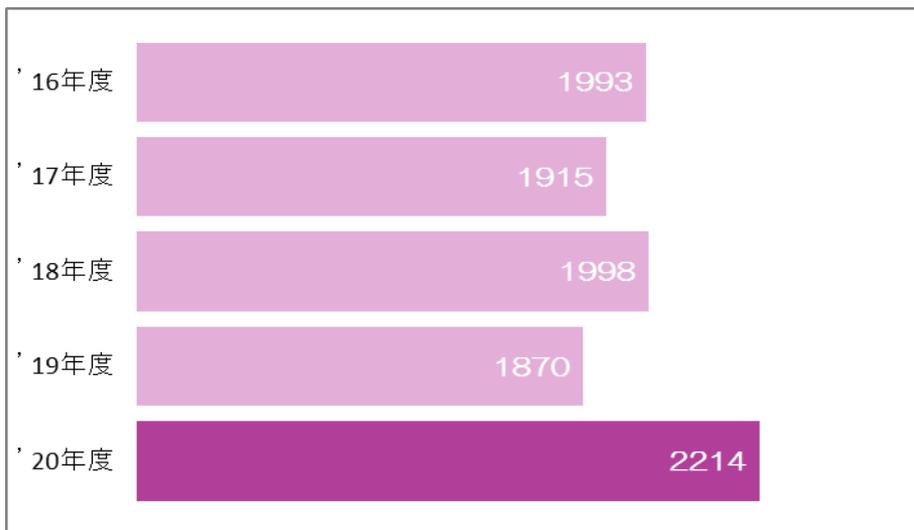
QI-7 回復期リハビリテーション病棟在宅復帰率

QI-8 クリニカルパス使用率

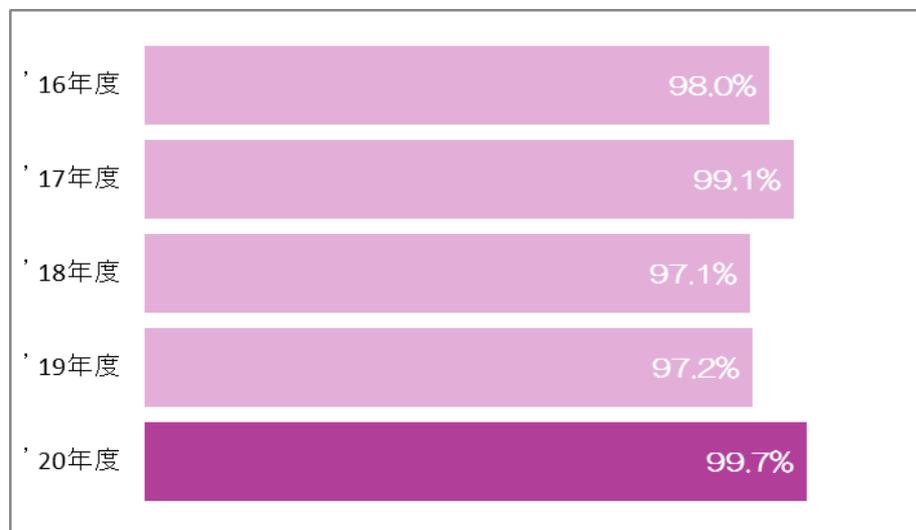
CI-1 年齢階級別退院患者数



CI-2 新入院患者数



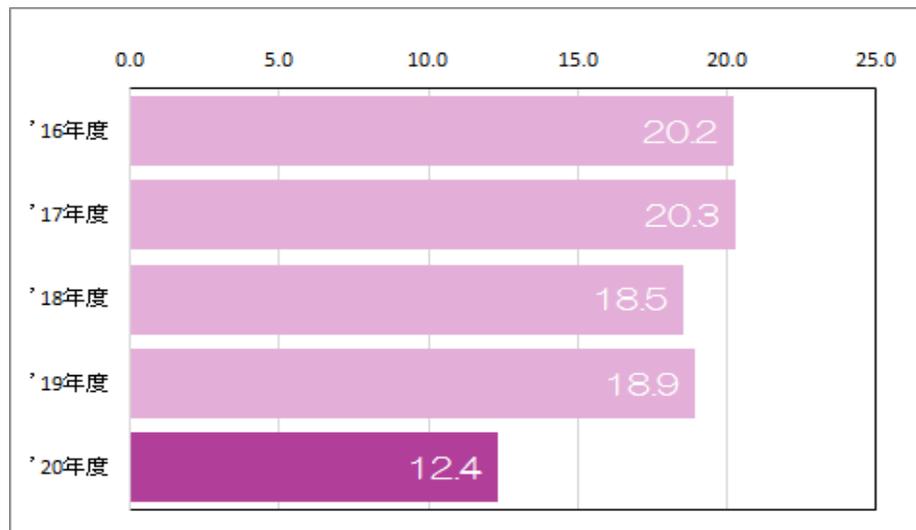
CI-3 平均病床利用率



分子：月間静態患者数の4月～3月の合計

分母：（月間日数×月末病床数）の4月～3月の合計

CI-4 一般病棟平均在院日数



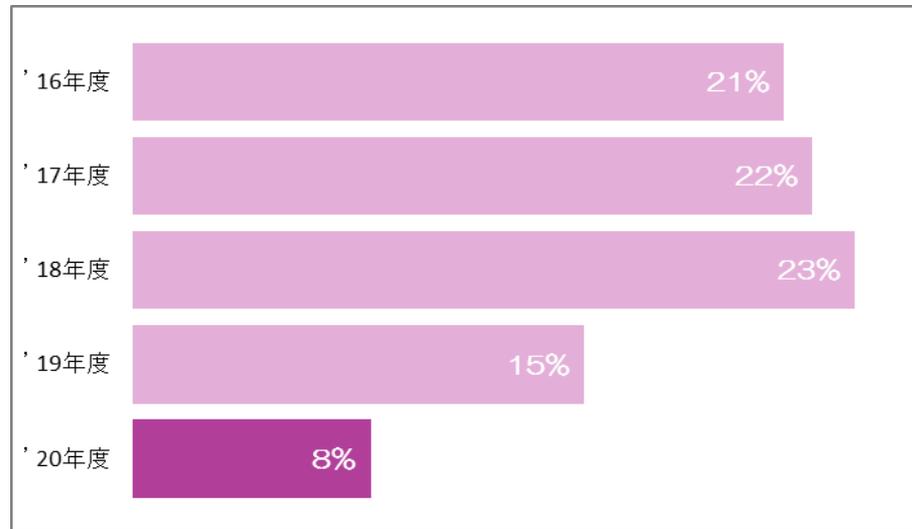
分子：在院患者延べ数

分母：1/2 ×（入院患者数+退院患者数）

CI-5 2週間以内の退院サマリー完成率

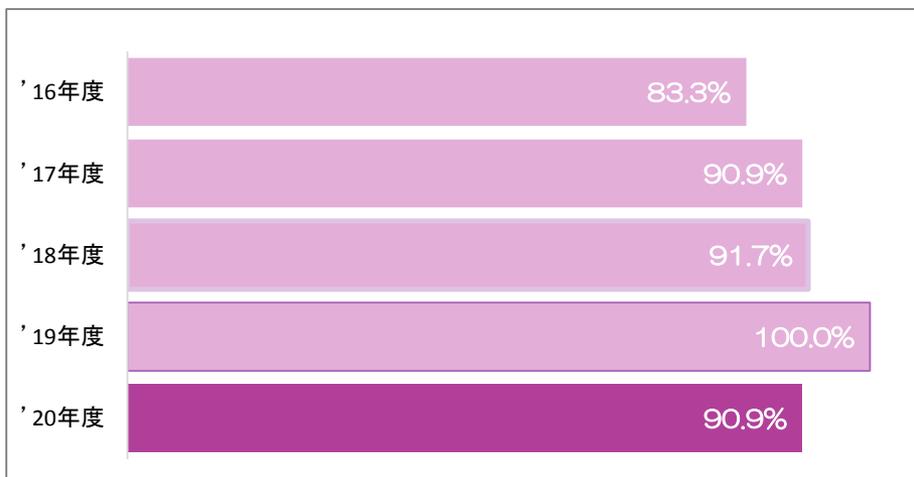


CI-7 紹介率



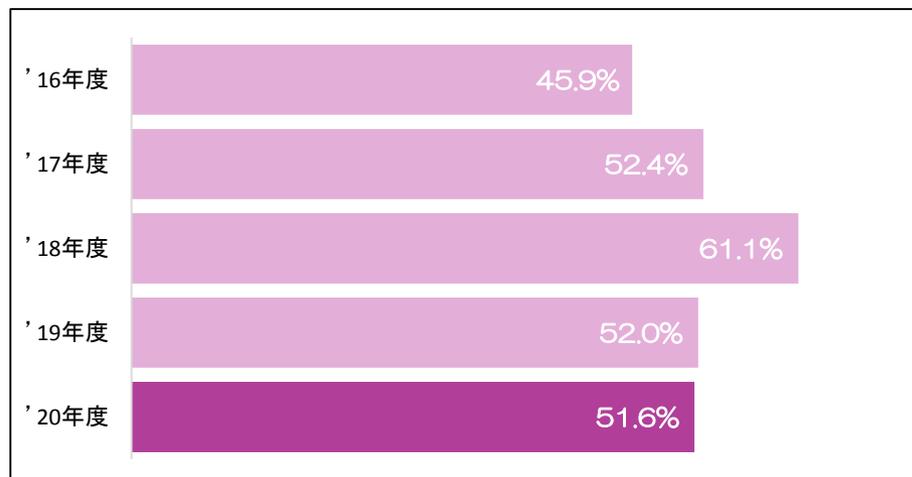
分子：紹介状を持参した外来患者
分母：外来初診患者数

CI-6 急性脳梗塞患者（発症3日以内）に対する早期リハビリテーション開始割合



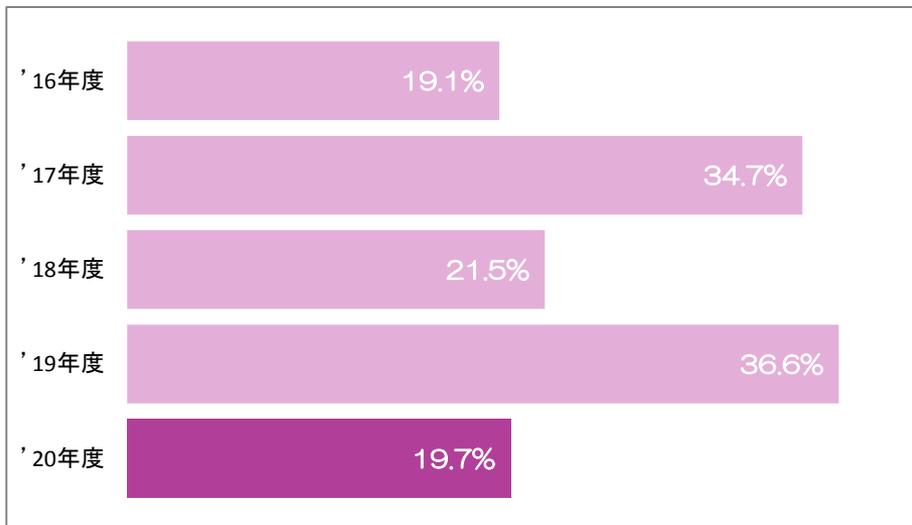
分子：分母のうち、入院後早期(3日以内)に脳血管リハビリテーション治療を受けた症例
分母：18歳以上の脳梗塞の診断で入院した症例

CI-8 悪性腫瘍・誤嚥性肺炎・認知症の症例に対する退院支援の割合



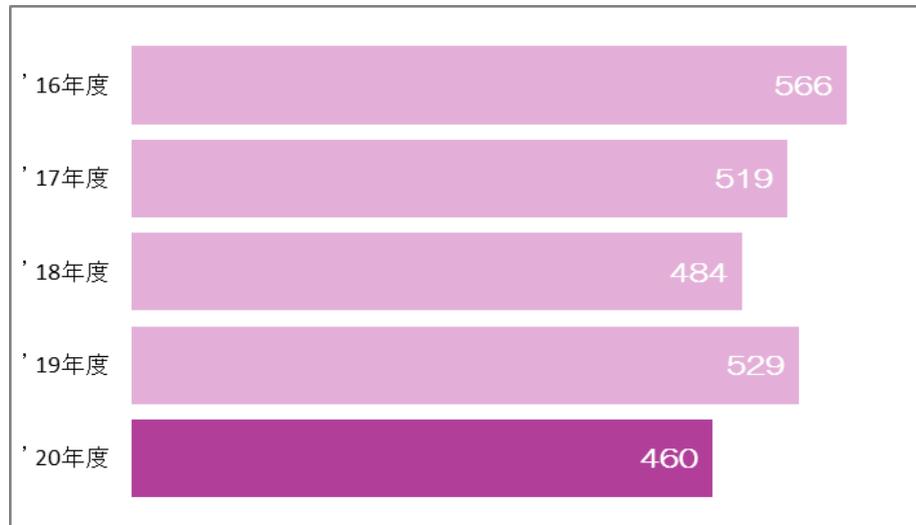
分子：分母のうち、退院支援を行った症例
分母：悪性腫瘍・誤嚥性肺炎・認知症いずれかの入院症例数

CI-9 摂食機能療法の有効率

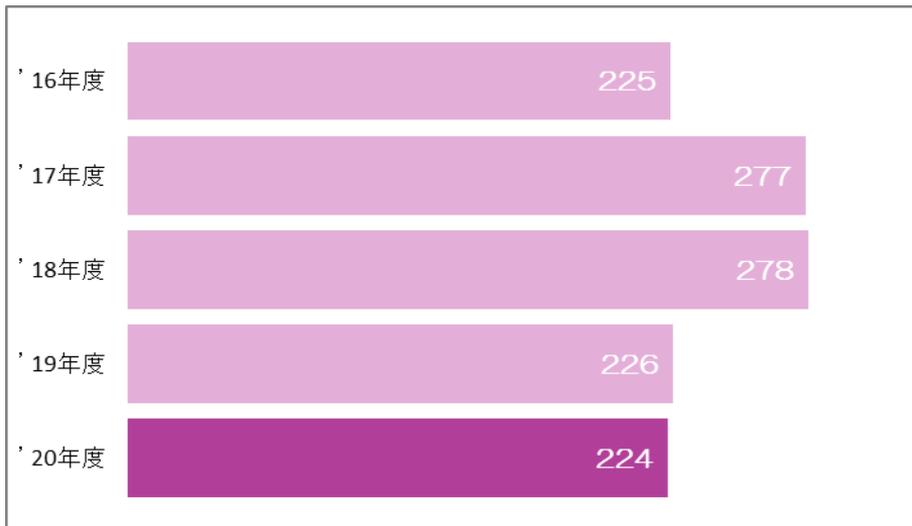


分子：藤島グレード評価・摂食状況レベル評価のいずれかが改善した患者数
分母：摂食機能療法実施患者数

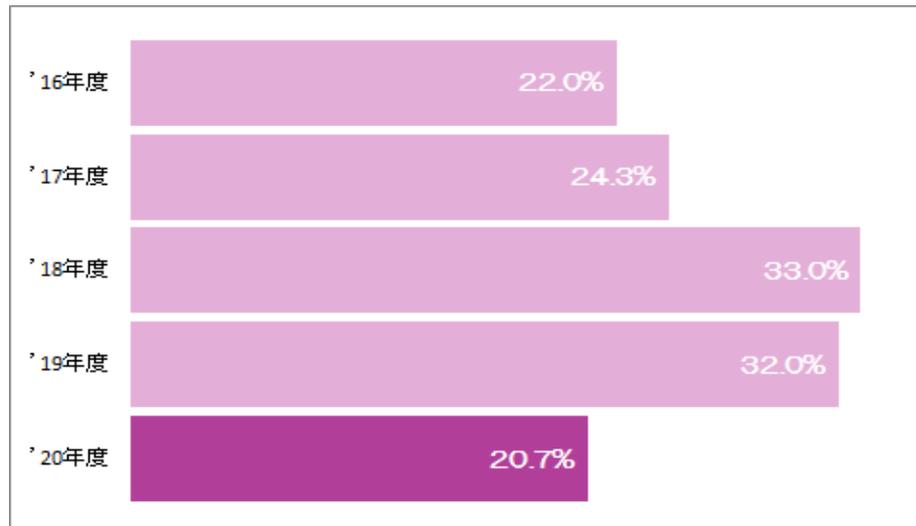
CI-11 インデント・アウトデント報告件数



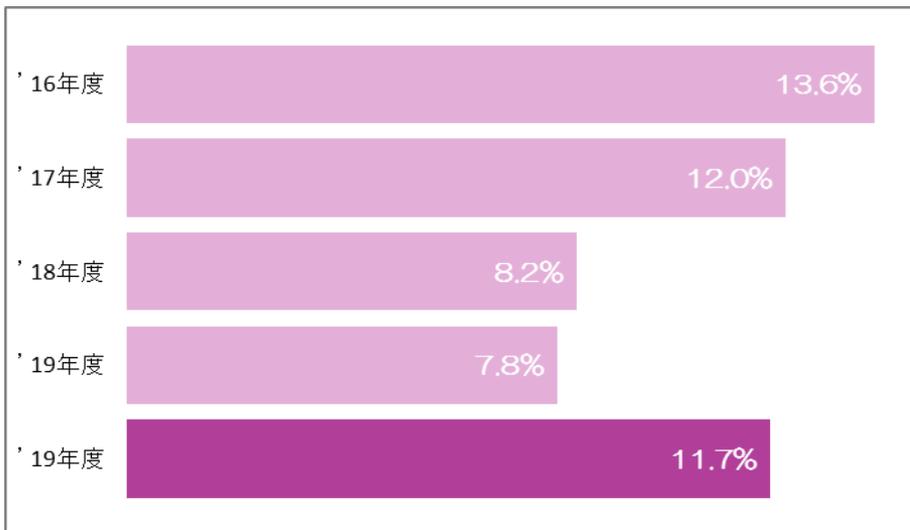
CI-10 がん相談件数



CI-12 看護必要度

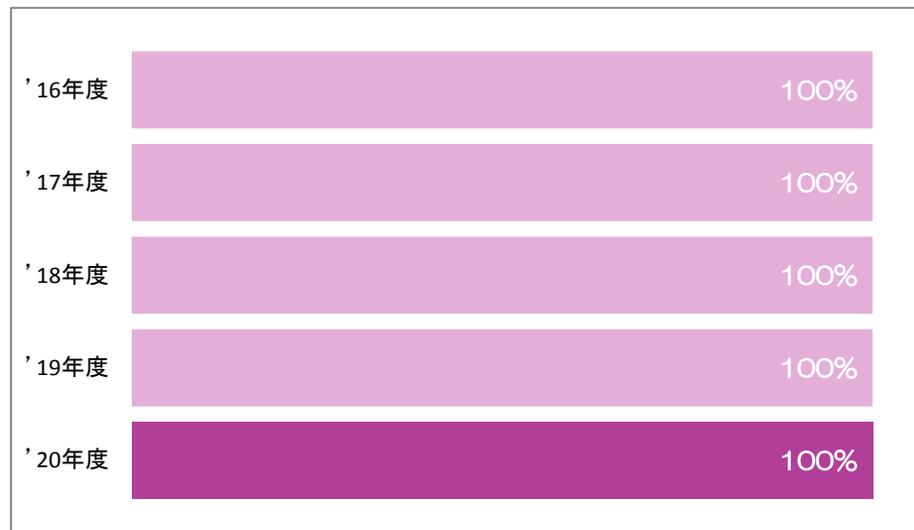


CI-13 看護職の離職率



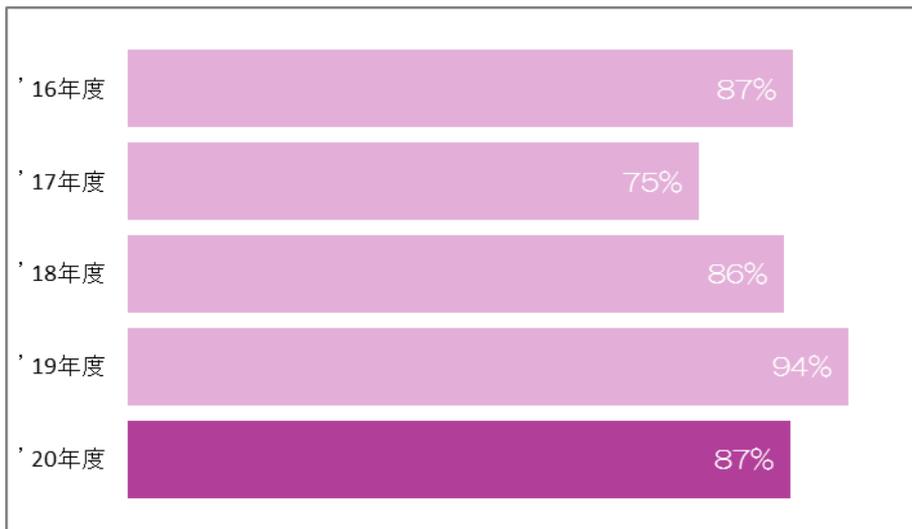
分子：退職者数
分母：年度末の在職看護師，准看護師数

CI-15 職員の健診受診率



分子：職員健診を受診した職員数
分母：全職員数（介護事業部を含む）

CI-14 職員のインフルエンザワクチン予防接種率



分子：インフルエンザワクチンを接種した職員数
分母：全職員数（介護事業部を含む）
除外：委託職員

CI-16 職員の非喫煙率



分子：非喫煙者数
分母：全職員数（介護事業部を含む）
除外：委託職員

CI-17 24時間以内の再手術件数

分子	24時間以内の予定外の再手術件数	1
分母	総手術件数	296
再手術率		0.3%

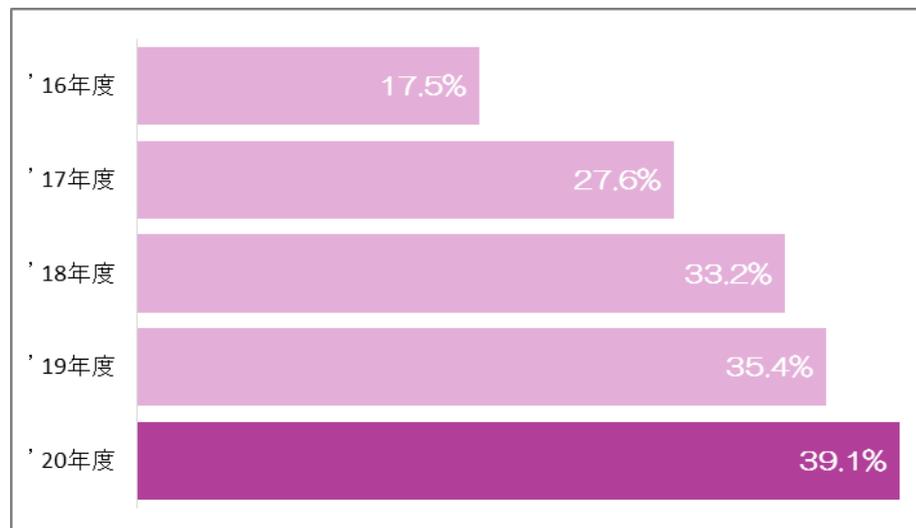
CI-18 術後の肺塞栓発生件数

分子	術後肺塞栓発生件数	0
分母	手術を受けた退院患者数	276
発生率		0%

CI-19 手術開始前1時間以内の 予防的抗菌薬投与件数

2020年度は「術後感染予防抗菌薬適正使用のための実践ガイドライン」に掲載された手術はなかったため非掲載

QI-8 クリニカルパス使用率



分子：1種類でもパスを使用した退院患者数
分母：退院患者数

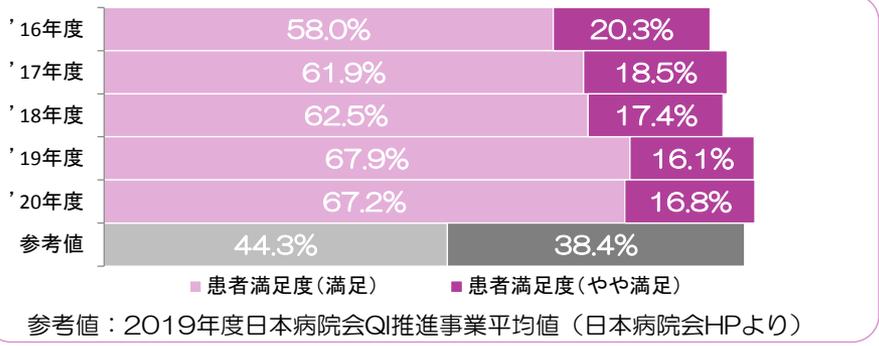
QI-1 患者満足度

指標の説明・定義

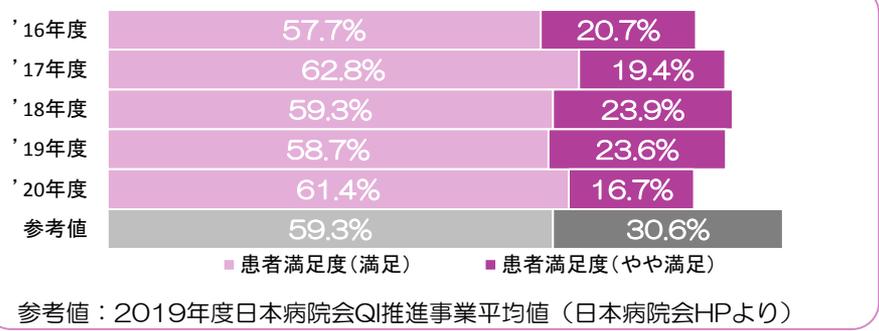
分子	「この病院について総合的に満足またはやや満足している」と回答した患者数
分母	患者満足度調査に回答した患者数
除外	未記入患者
収集期間	外来2日以上, 入院1週間以上。3月までに1回の報告

外来患者、入院患者の当院への評価や満足度を把握し問題点の改善と満足度の向上を図るため調査を実施し、5段階評価（満足、やや満足、どちらともいえない、やや不満足、不満足）の「満足」「やや満足」を集計しました。

<外来患者>



<入院患者>



指標の種類 アウトカム

値の解釈 より高い値が望ましい

考察

- 外来について
 - 満足、やや満足の合計が、84%となり、目標値の84%を達成しました。
 - 回収率は、昨年度の95.2%から94.6%と下回りました。年2回調査実施の所、病院移転、コロナ禍の影響で1回しかできませんでした。
 - 令和3年度の目標値は、直近2年の実績値より、（85%）に設定したいと思います。
- 入院について
 - 満足とやや満足の合計が、78.1%と、目標値の85%に達しませんでした。また、昨年度の82.3%を下回りました。
 - アンケート実施方法を隔月実施としていましたが、コロナ禍の影響で2回/年しか実施できませんでした。回収率が、前年度54%から今年度43.2%へと低下し、前々年69.1%より2年連続の大幅な低下となりました。
 - 令和3年度の目標値は、引き続き、今年度達成できなかった（85%）に設定したいと思います。

外来では、待ち時間が長いとの声が多く、入院では給食に対する不満が見受けられました。病院移転後、広くなり迷うとの声や、老朽化した建物・設備面への不満も見受けられました。

今後の改善活動

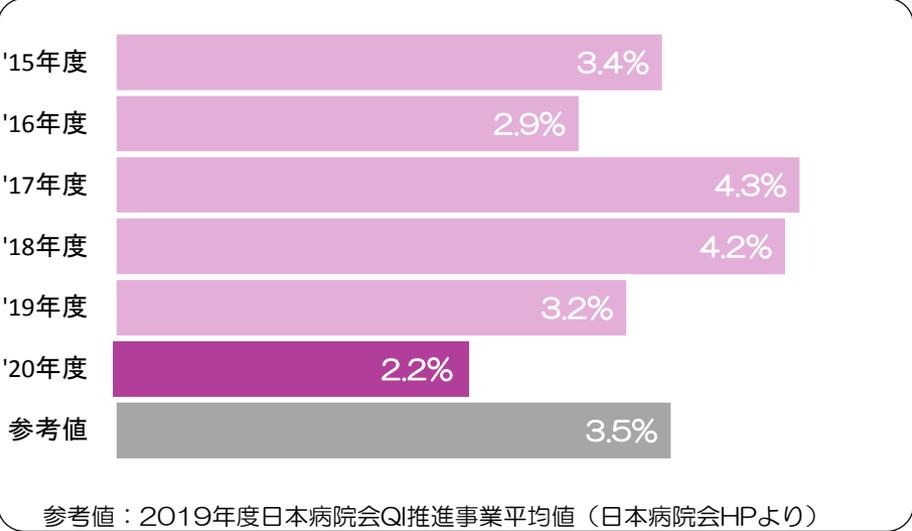
- アンケートの回収率向上にむけて、担当者間で対策の検討を行います。
- 病院全体で待ち時間対策に取り組みます。

QI-2 死亡退院患者率

指標の説明・定義

分子	死亡退院患者数
分母	退院患者数
除外	緩和ケア等退院患者
収集期間	1ヶ月毎

どの病院でも、死亡退院患者率を把握できますが、医療施設の特徴（病院の規模、病院機能、地域の特性など）、入院患者のプロフィール（年齢、性別、疾患の種類と重症度など）が異なるため、医療機関間の比較には調整が必要です。この死亡退院患者率から直接医療の質を比較することは適切ではありませんが、施設全体の変化を経年的に把握するのに役立つ指標だと考えます。



指標の種類 アウトカム
値の解釈 より低い値が望ましい

考察

2020年度の死亡退院患者率は、平均値2.2%、中央値2.3%、最大値4.4%、最小値0%という結果で、昨年に比べて1%低くなりました。2019年度日本病院会QI推進事業の全病院の平均値3.5%および病床区分199床以下の施設の平均値4.6%と比較して低い結果でした。回復期病棟の退院数を含めると低くなるため、一般病棟のみの死亡率も計測したところ4.2%とやや高い数値でしたが、前年5.1%と比較すると低くなりました。この結果は、病院移転に伴う患者層の変化（眼科や検査入院の増加）によるものと推測されます。

死亡退院患者数は46人で、平均年齢は85.6歳（前年84.0歳）男性81.9歳（前年78.8歳）女性89.3歳（前年88.0）と男女ともに上昇しました。死亡患者のうち80歳未満の割合は17.0%でした。

全患者の死因は肺炎等の呼吸器系疾患37.0%、心不全、脳血管疾患等の循環器系疾患28.3%、老衰8.7%、腎尿路系6.5%、悪性新生物2.2%でした。緩和ケア病棟を除いているため、悪性新生物の割合は低くなっています。80歳未満の死因の上位は、細菌性肺炎、誤嚥性肺炎でした。これらの方には脳血管疾患の既往のある方が多く、対策として禁煙指導や生活習慣病治療の強化に努めます。

高齢患者の多い当院では看取りまでの入院も多く、死亡診断書のいずれかの欄に老衰と記載された件数は17.4%（前年10.9%）でした。住み慣れた施設や家で最後まで過ごせるような選択ができるようにするのも当院の役割として引き続き取り組んでまいります。

改善活動事例

院内情報共有や数値のフィードバック

- ・委員会での報告や院内ホームページで値を共有した。
- ・医療事故調査制度の施行に伴い、全死亡患者を毎週、医療安全カンファレンスにて報告した。

勉強会・講習会の開催

- ・急変時対応訓練を実施した。

Q1-3 転倒・転落発生率、損傷発生率

①転倒・転落発生率

分子	レポートが提出された転倒・転落件数
分母	入院延べ患者数
除外	分子除外＝学生、スタッフなど入院患者以外の転倒・転落
収集期間	1ヶ月毎

②転倒・転落による損傷発生率

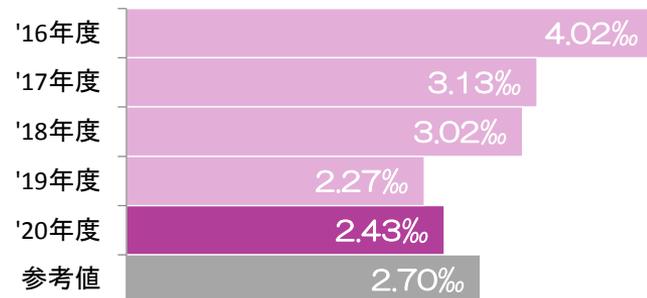
分子	レポートが提出された転倒・転落件数のうちインシデントアクシデントの分類基準、患者への影響レベル3以上の転倒・転落件数
分母	入院延べ患者数
除外	分子除外＝学生、スタッフなど入院患者以外の転倒・転落
収集期間	1ヶ月毎

入院中の患者の転倒やベッドからの転落は少なくありません。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ります。

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ります。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ります。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ります。

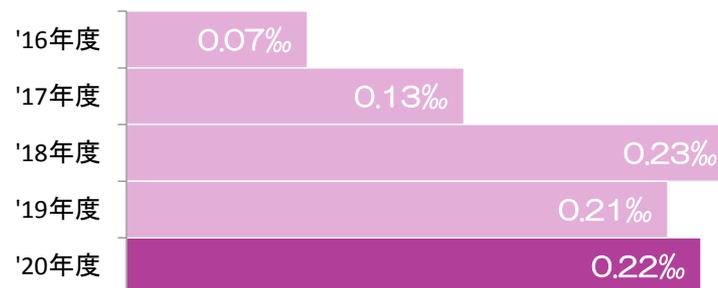
転倒・転落の損傷レベルについてはインシデント・アクシデント分類基準の「患者への影響レベル基準」を採用しています。

①転倒・転落発生率



参考値：平成28年度日本病院会QI推進事業平均値（日本病院会HPより）

②転倒・転落による損傷発生率



インシデントアクシデントの分類基準「患者への影響レベル基準」レベル4以上

指標の種類 アウトカム

値の解釈 より低い値が望ましい

考察

2020年度は、166件のレポート提出がありました。
有害事象の3bはいずれも転落に由来するアクシデントからの発生でした。

転倒・転落発生率2.43%、損傷発生率0.22%といずれも前年度より増加しました。その要因として、

- 1) 高齢で転倒のリスクの高い方が増え、対応に試行錯誤を重ねた。
- 2) 認知症、不穩のある患者が増え、同じ患者が何度も転倒を起こしてしまう。
- 3) リハビリが進みADL^{※1}が向上したことで転倒してしまう。

など、当院の特徴として高リスクの患者が多いという背景があります。そのなかで、『損傷発生率を下げる』を重点課題として、環境づくりや対策に取り組んで来ました。

次年度の目標

- ・転倒・転落発生時の報告を徹底する。
- ・『気づく力』と『見守る目』を研ぎ澄まし、リスクに敏感な感性を養う。
- ・リスク評価によってセンサー類、緩衝マットの検討をする。
- ・多くの患者が転倒ハイリスクであり骨折リスクを前提として個別的な対策の工夫と配慮が必要
- ・複数疾病を保有した多剤併用患者に対する、重複投薬や薬物相互作用リスクへの対策を講じる。

課題

- ・センサー類、緩衝マットが不足しているため、十分な定数の確保が課題である。
- ・何が起きたのかという事を丹念に検証し、何が原因で起きたのかを関係者で分析する。
- ・解決防止策を具体的に検証し早期に実施する。
- ・事例を共有し経験値を積む

改善活動事例

院内情報共有や数値のフィードバック

- ・医療安全ホームページの充実
『豊見城中央病院 医療安全対策の部屋』更新、安全情報提供発信

勉強会・講習会の開催

- ・KYT^{※2}報告会、勉強会、e-ラーニングの活用
(院内リスク委員会・看護部リスク委員会)
- ・院内外で発生した事例から原因(要因)と防止対策を参考にしたり事例をいくつか複合して模擬事例を作り職員用の教育研修資料にする。
- ・転倒・転落発生時の振り返りとRCA分析^{※3}
- ・RCA分析の講習会

医療安全醸成に向けた取り組み

- ・5S^{※4}活動
- ・安全ラウンド
- ・医療安全情報の提供
- ・リスクレター配布
- ・薬物有害事象の観点から、眠剤の適正使用についての検討
- ・認知症認定看護師を先頭に、せん妄ハイリスク患者ケア加算運用スタート
- ・せん妄アセスメントシートでリスク薬剤やベンゾジアセピン系薬剤の拾い上げ
- ・患者の状況に応じたセンサーコールの選択

情報の共有に向けて

- ・ADL^{※1}表 患者家族向けポスター掲示
- ・ピクトグラムを活用

設備・器具の見直し購入

- ・ベットコール フットコール センサーコール
- ・マット内蔵センサーコール活用
- ・マットレスの劣化対策

※1 日常生活動作
※2 危険予知トレーニング
※3 根本原因分析
※4 整理・整頓・清掃・清潔・しつけ(習慣)

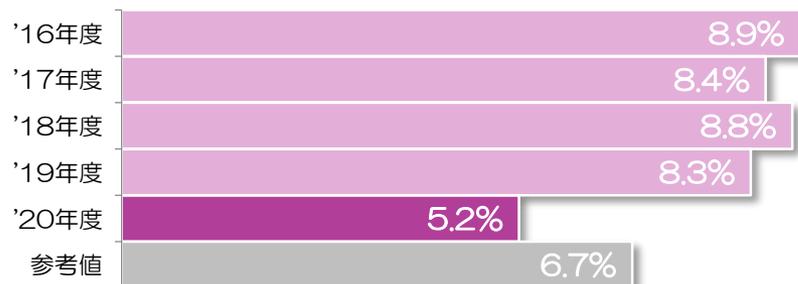
QI-4 6週間以内の再入院率

指標の説明・定義

分子	退院後6週間以内の予定外入院患者数 厚生労働省DPC調査様式1の「予定・救急医療入院区分」が「救急医療入院」または「救急医療入院以外の予定外入院」
分母	一般病棟に1日以上入院した退院患者数
収集期間	1ヶ月毎

患者の中には、退院後6週間以内に予定外の再入院をすることがあります。その背景としては、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患者に早期退院を強いたこと、などの要因が考えられます。

日本病院会QIプロジェクトでは平成28年度より厚生労働省DPC調査様式1の「予定・救急医療入院区分」が「救急医療入院」のみの計測となりましたが、当院では「救急医療入院」が少ないため、京都大学QIPプロジェクトの指標の計測に変更しました。経年的変化を見るために過去5年間の指標もQIPプロジェクトの数値に置き換えました。



参考値：2020年度QIP全病院平均値（QIP WebBIより）

指標の種類 アウトカム

値の解釈 より低い値が望ましい

考察

1年間の再入院率は、平均値5.2%、中央値4.9%、最大値12.2%（4月）、最小値1.5%（8月）という結果で、2020年QIP全病院平均値6.7%と比較して低い値でした。経年的にも3%以上大きく低下しましたが、病院移転後、検査入院等の予定入院の割合が増加したことが大きな要因と考えられ、一概に医療の質が上がったとは言えないため、今後の変動を注視してまいります。

入院経路で比較すると家庭からの入院の再入院率は4%で、介護施設からの入院の再入院率は21%でした。

再入院が多い疾患は、誤嚥性肺炎、インフルエンザ及び肺炎等、尿路感染症、慢性心不全等でした。高齢による嚥下機能低下で誤嚥性肺炎を繰り返す患者さんが多く、退院先の検討は十分にしなければいけません。当院の誤嚥性肺炎症例に対する退院支援の割合は87.5%と高い数値となっています。今年度はコロナ禍で実施できませんでしたが、言語聴覚士や呼吸療法士による介護施設等での勉強会も再開したいと考えます。

当院の特徴として、一般病棟での急性期治療を終了したとはいえ、高齢によるADL低下や栄養回復不十分な患者が多いことが挙げられますが、そのようなケースでは地域包括ケア病棟へ移動することで十分な期間リハビリ、栄養管理を行い、短期間での再入院の減少に努めていきます。

改善活動事例

院内情報共有や数値のフィードバック

- ・委員会での報告や院内ホームページで値を共有した。
- ・リハビリカンファレンスで退院先の検討を行った。
- ・誤嚥性肺炎患者に対する嚥下造影検査実施。

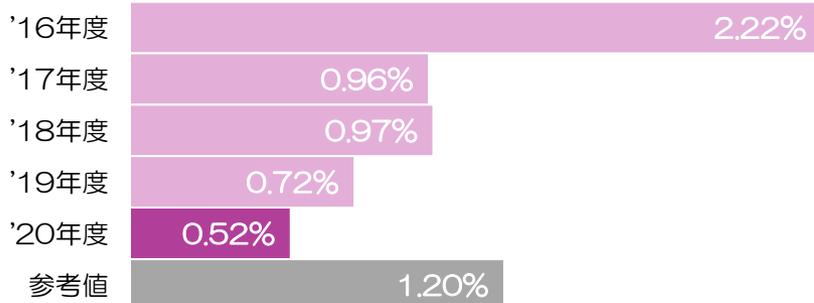
QI-5 褥瘡推定発生率

指標の説明・定義

分子	調査日に褥瘡を保有する患者数
分母	調査日の入院患者数
除外	入院時すでに褥瘡保有が記録されていた患者数
収集期間	1ヶ月毎

褥瘡は、看護ケアの質評価の重要な指標の1つとなっています。褥瘡は患者のQOL※1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ります。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つととらえられ、1998年からは診療報酬にも反映されています。

この指標は、院内で褥瘡が発生した割合を見るアウトカム指標です。褥瘡の新規発生率については日本国内では一定の算出方法がないため、日本褥瘡学会の褥瘡推定発生率算出方法を用いました。分母の調査日の入院患者数には当日の入院患者は含めませんが、退院の患者は含めています。また、1名の患者が複数部位に褥瘡を有していても、患者数は1名として数えています。入院時にすでに褥瘡を保有していた患者であっても入院中に新規発生した場合は褥瘡推定発生率に加えています。



参考値：2016年度日本褥瘡学会実態調査委員会調査施設の一般病院平均値

指標の種類 アウトカム

値の解釈 より低い値が望ましい

考察

2020年度褥瘡推定発生率は0.52%で、前年度より0.2%、全国平均より0.68%低い、良い結果でした。

褥瘡発生部位は前年度同様に尾骨部が最も多く、次に踵部に多く見られました。日常生活動作の自立度がリハビリ期に移行し介助を要する患者が多く、坐位姿勢のズレ（仙骨座り）により発生していると考えられました。また、ポジショニングピローが不足していたため、下肢の除圧が十分に行えていなかったと推測されました。

改善活動事例

褥瘡回診/委員会活動

- ・毎週木曜日14：00より褥瘡専任医師・専任看護師・WOCナース※2・リハビリスタッフ・管理栄養士で褥瘡回診を行い、ケア方法や褥瘡予防、栄養管理について検討、病棟スタッフへ情報の共有と指導を行う
- ・褥瘡や創傷、アルブミン低下のある患者に対しNSTへ報告し栄養状態を評価・サポートを依頼する
- ・毎月第4火曜日に褥瘡委員会にて褥瘡発生件数を報告し、発生状況を把握、問題事例について事例検討や勉強会を行う
- ・新人職員対象の褥瘡勉強会や褥瘡委員会で勉強会を行い、病棟メンバーへ指導を行う
- ・学会やセミナー参加で得た情報を委員会や病棟にフィードバックを行う

環境の整備

- ・エアマット、体圧分散マットおよびベースマットのリース契約見直し、導入を行った。マットレス適応の周知徹底と在庫管理を推進し、漏れなく速やかに提供できる環境調整を行っていきます。また、ポジショニングピローの必要数の集計を行い順次導入を行っていきます。

※1 生活の質

※2 皮膚・排泄ケア認定看護師

QI-6 糖尿病患者の血糖コントロール（HbA1c）

指標の説明・定義

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
除外	運動療法または食事療法のみの糖尿病患者
収集期間	3ヵ月毎

糖尿病の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指標です。

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す。糖尿病合併症を予防するためには、HbA1cを7.0%以下に維持することが推奨されています。したがって、HbA1cが7.0%以下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つであると考えられます。ただし、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”であり、専門医があえてHbA1cを高め維持している患者もいます。したがって、すべての患者で、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りません。



参考値：2019年度日本病院会QI推進事業平均値（日本病院会HPより）

指標の種類 アウトカム

値の解釈 より高い値が望ましい

考察

日本病院会の報告でも季節的な要因が指摘されているため、6月、9月、12月、3月の4回の平均値を計測しました。

当院の2020年度の平均値は42.7%でした。日本病院会QI推進事業報告の平均値47.6%と比較して4.9%悪い結果でした。さらに昨年度と比較して9.9%低下しました。

コントロール率が悪化した要因として、病院移転に伴いコントロール不良な紹介患者が増えたこと。また、新型コロナ禍の休業や外出自粛の影響で活動性が減ったことも考えられます。また、診療医が増えたことにより、検査や入院説明件数も増え、指導介入が限られてしまっているため、指導対象者の優先度検討や業務整理が必要と考えます。

多職種との連携によるチーム介入は定着しており、引き続き高齢患者への介入を優先する必要もあります。次年度は、65歳以上のHbA1c8.0%未満の指標も加える予定で、高齢患者に適正な指標の計測ができると考えます。

改善活動事例

- ・コントロール不良紹介患者の指導介入のプロトコルを作成
- ・多職種連携（医師・看護師・栄養士・健康運動指導士）の継続
- ・患者が医師の治療方針を受け入れ、必要な治療が受けられるようサポートを継続
- ・患者、家族も含めた療養指導の継続
- ・腎サポート外来、皮膚科 等 他科との連携の強化

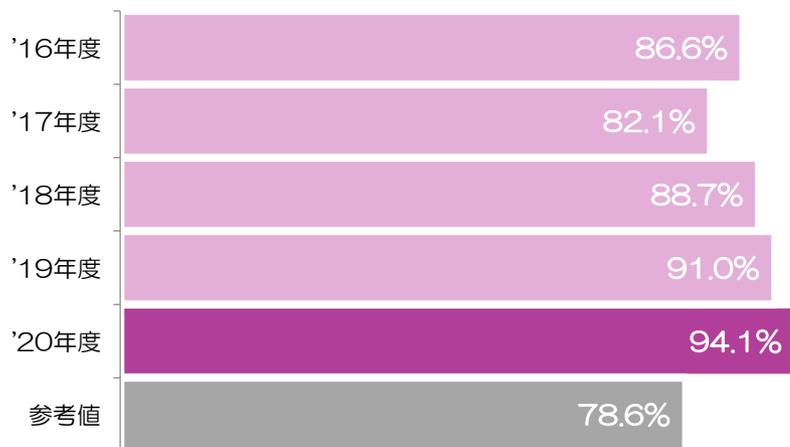
QI-7 回復期リハビリテーション病棟在宅復帰率

指標の説明・定義

分子	回復期リハビリ病棟退院患者のうち自宅等へ退院した患者
分母	回復期リハビリ病棟退院患者
除外	他の保険医療機関へ転院した患者
収集期間	1ヵ月毎

回復期リハビリテーション病棟退院患者のうち自宅等へ退院した患者を集計しました。

回復期リハビリテーション病棟の目的は、脳血管疾患や大腿骨頸部骨折の急性期治療を終えた患者さんに歩行、移動、食事、更衣、排泄、会話などの集中的なリハビリテーションを提供することで、家庭での生活に戻れるようにすることです。本指標は回復期リハビリテーション病棟がこの目的をどのくらい達成できているかを評価するものです。ここでいう在宅には自宅以外の施設、例えばケアハウスなども含まれます。



参考値：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 2020年3月
一般社団法人 回復期リハビリテーション病棟協会

指標の種類 アウトカム

値の解釈 より高い値が望ましい

考察

2020年度の在宅復帰率は94.1%でした。例年と比較し高い値であり、入院患者層の変化に伴うものと考えられます。参考値との比較でも高い数値を示しています。

今後、回復期リハビリテーション病棟の需要が高まる中で、在宅復帰を目指す支援をさらに強化する必要があると考えられます。

改善活動事例

- 院内情報共有や数値のフィードバック
- 回復期リハビリテーション病棟入院前より情報を収集し、方向性を早期に把握することで退院後の生活をイメージしたリハビリの提供に務めた。
- 多職種によるカンファレンス・家屋調査を行い、早期に課題を情報共有し在宅に帰れるよう環境を整えた。
- 毎週入院患者のカルテ回診を行い、在宅復帰の阻害要因を洗い出し、問題解決に向けての情報共有を行った。
- 地域や介護事業所等と連携を取り情報収集し活用した。
- 急性期病院へのラウンドを毎週行い、退院阻害因子の情報把握、今後必要と思われる社会福祉サービスなどを早期に想定し、退院支援へつなげることができた。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ
2. 一般社団法人 日本病院会 2019年度 QIプロジェクト (QI推進事業) 結果報告
3. 日本褥瘡学会会誌 第4回(2016年度)日本褥瘡学会実態調査委員会報告1
4. 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 2020年3月
5. 京都大学大学院医学研究科・医療経済学教室 Quality Indicator/Improvement Project (Q I P) 報告書

社会医療法人友愛会 豊見城中央病院 臨床指標委員会
2021.7