

臨床指標2021年度

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2021年度

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

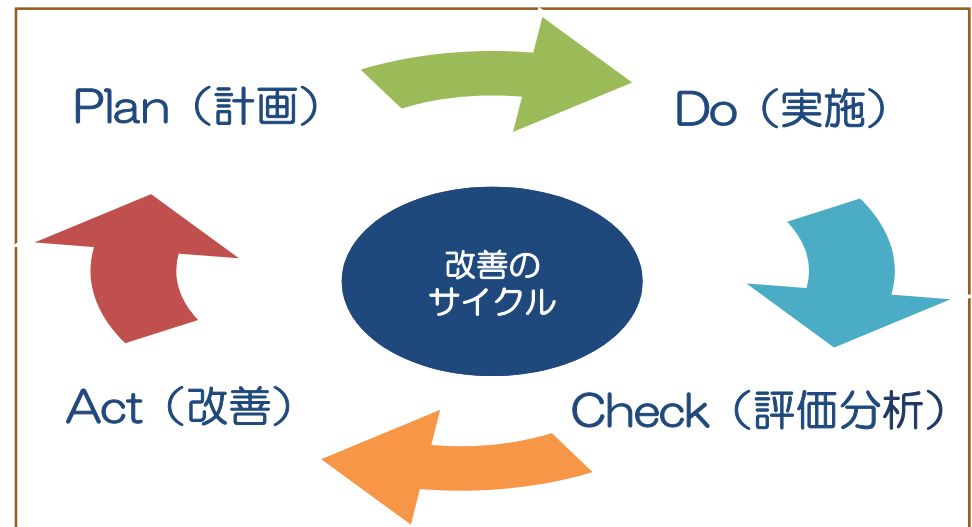


当院では、2012年より臨床指標への取り組みをはじめました。臨床指標の選定に当たっては、先進的な病院の取り組みを参考とし、20項目の臨床指標（CI）と、自院として一般の方にアピールしたい項目を中心に8項目の質指標（QI）を選定しました。

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、新型コロナウイルス感染症治療の後方支援をするための臨時病床設置や、0レベルのインシデント報告の推進を行いました。それら新たな要因も分析し、改善活動に努めてまいります。



■2021年度 豊見城中央病院 臨床指標一覧■

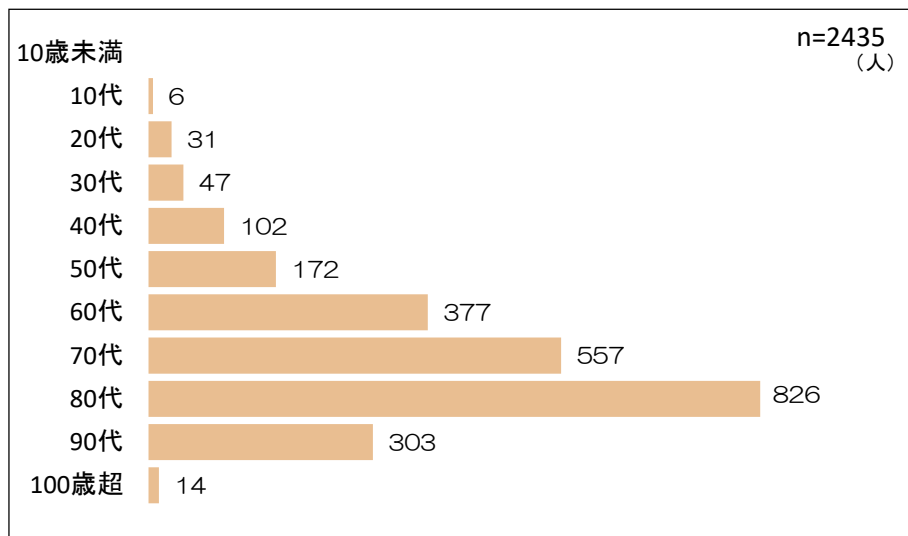
臨床指標Clinical Indicator (CI)

- [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 平均病床稼働率](#)
- [CI-5 一般病棟平均在院日数](#)
- [CI-6 2週間以内の退院サマリー完成率](#)
- [CI-7 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](#)
- [CI-8 紹介率](#)
- [CI-9 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-10 摂食機能療法の有効率](#)
- [CI-11 がん相談件数](#)
- [CI-12 インデント・アグデント報告件数](#)
- [CI-13 看護必要度](#)
- [CI-14 看護職の離職率](#)
- [CI-15 職員のインフルエンザワクチン予防接種率](#)
- [CI-16 職員の健診受診率](#)
- [CI-17 職員の非喫煙率](#)
- [CI-18 24時間以内の再手術件数](#)
- [CI-19 術後の肺塞栓発生件数](#)
- [CI-20 手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与割合](#)

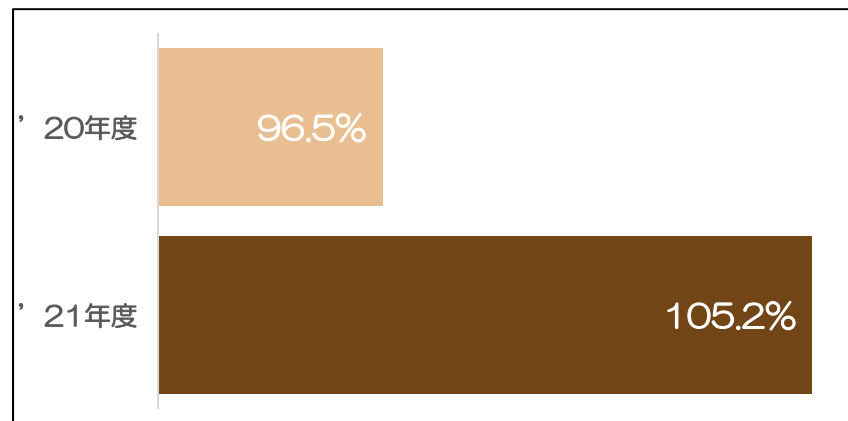
質指標Quality Indicator (QI)

- [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, 損傷発生率](#)
- [QI-4 6週間以内の再入院率](#)
- [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\(HbA1c\)](#)
- [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

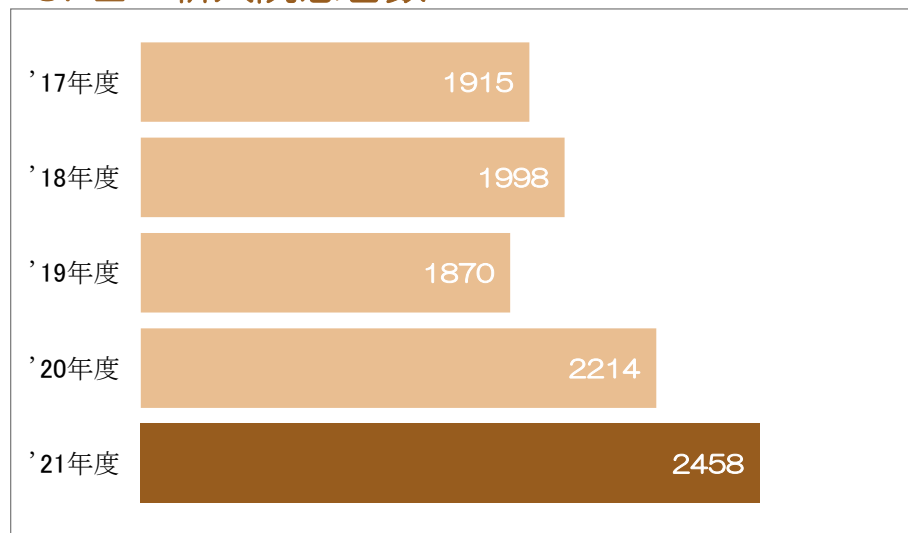


CI-3 平均病床利用率

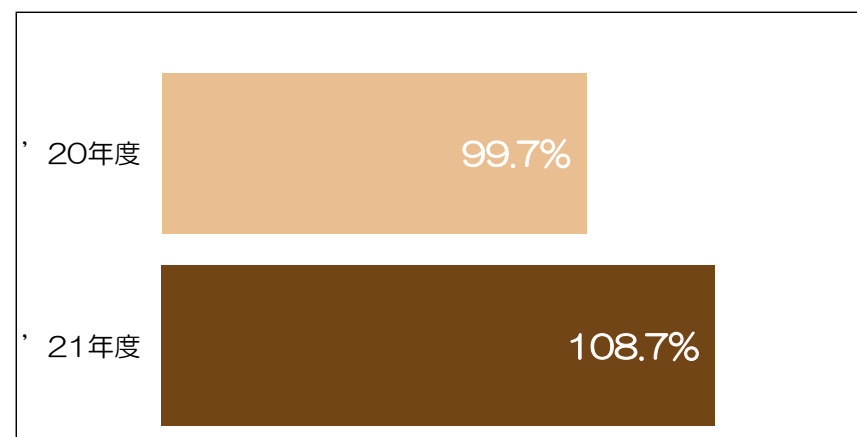


分子：24時現在の患者数
 分母：(月間日数×月末稼働病床数)
 ※2021年度新型コロナウイルス感染症による特例病床運用のため平均病床利用率100%超え

CI-2 新入院患者数

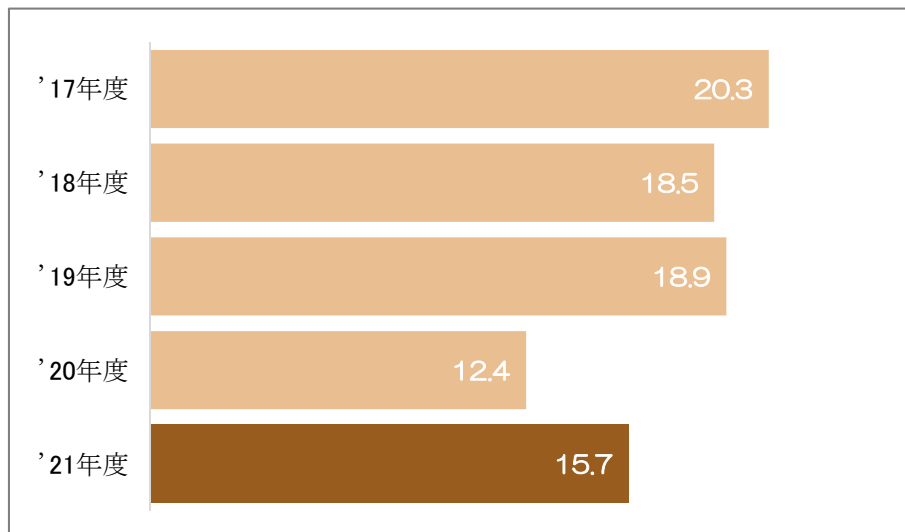


CI-4 平均病床稼働率



分子：24時現在の患者数+退院患者数
 分母：(月間日数×月末稼働病床数)

CI-5 一般病棟平均在院日数



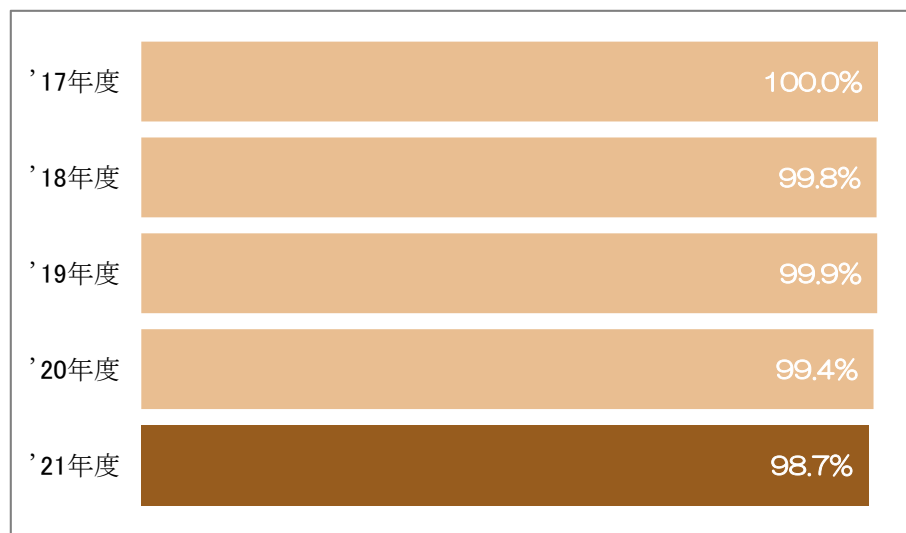
分子：在院患者延べ数
分母： $1/2 \times (\text{入院患者数} + \text{退院患者数})$

CI-7 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



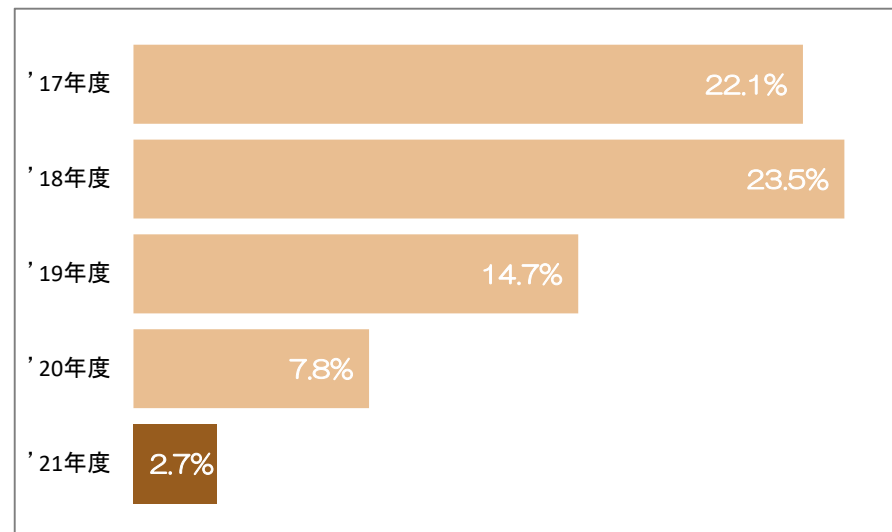
分子：分母のうち、入院後早期(3日以内)に脳血管リハビリテーション治療を受けた症例
分母：18歳以上の脳梗塞の診断で入院した症例

CI-6 2週間以内の退院サマリー完成率



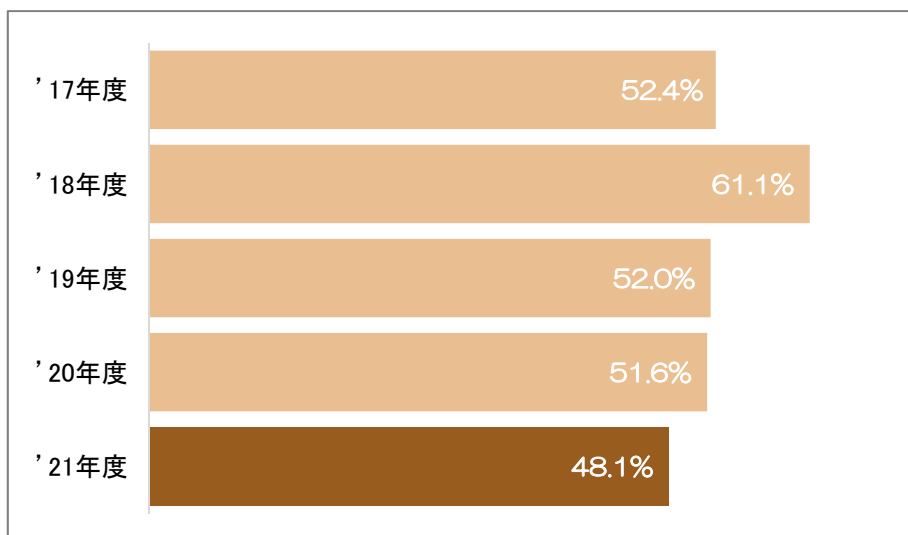
分子：退院後2週間以内の退院時要約（サマリー）記載数
分母：全退院患者数

CI-8 紹介率



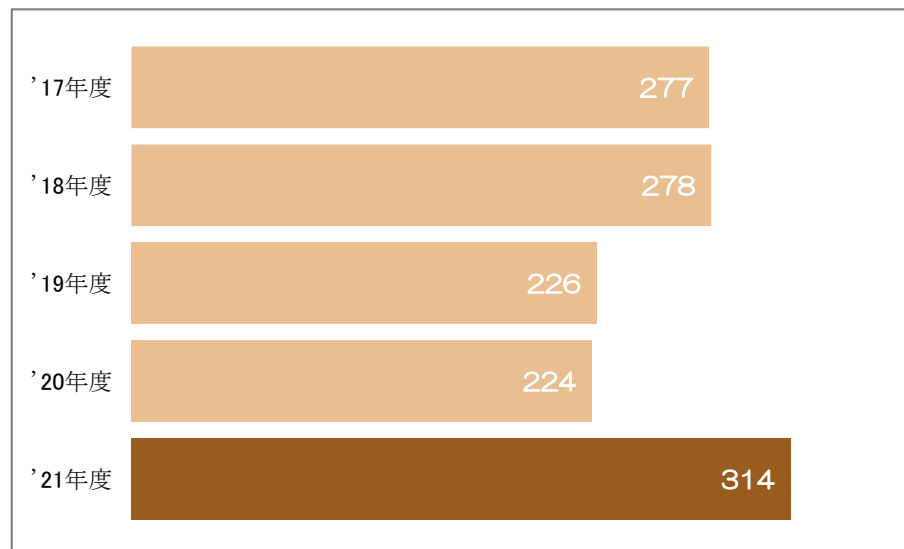
分子：紹介状を持参した外来患者
分母：外来初診患者数

CI-9 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

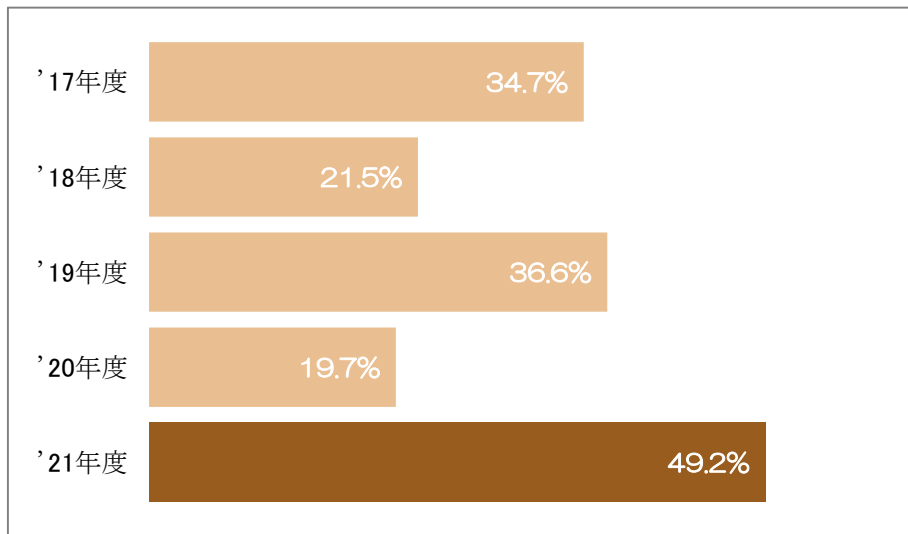


分子：分母のうち、退院支援を行った症例
 分母：悪性腫瘍・誤嚥性肺炎・認知症いずれかの入院症例数

CI-11 がん相談件数

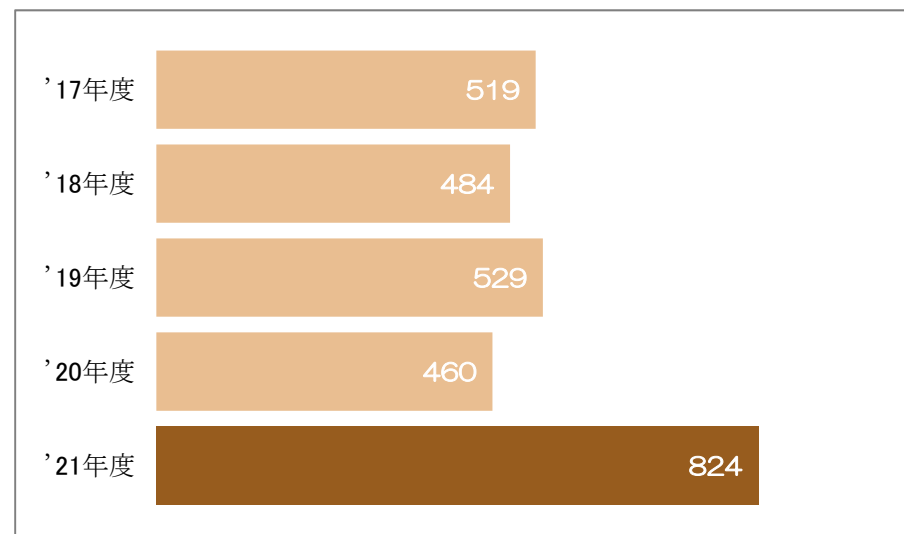


CI-10 摂食機能療法の有効率

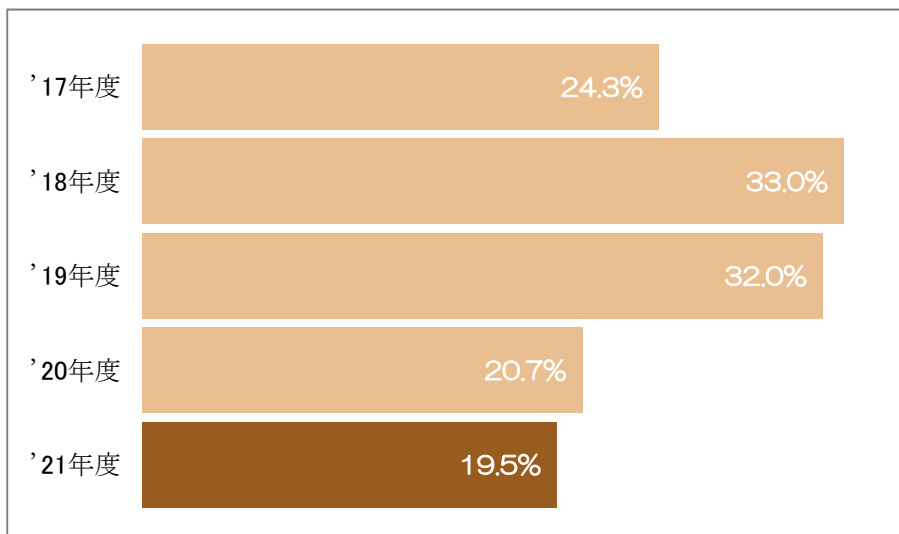


分子：藤島グレード評価・摂食状況レベル評価のいずれかが改善した患者数
 分母：摂食機能療法実施患者数

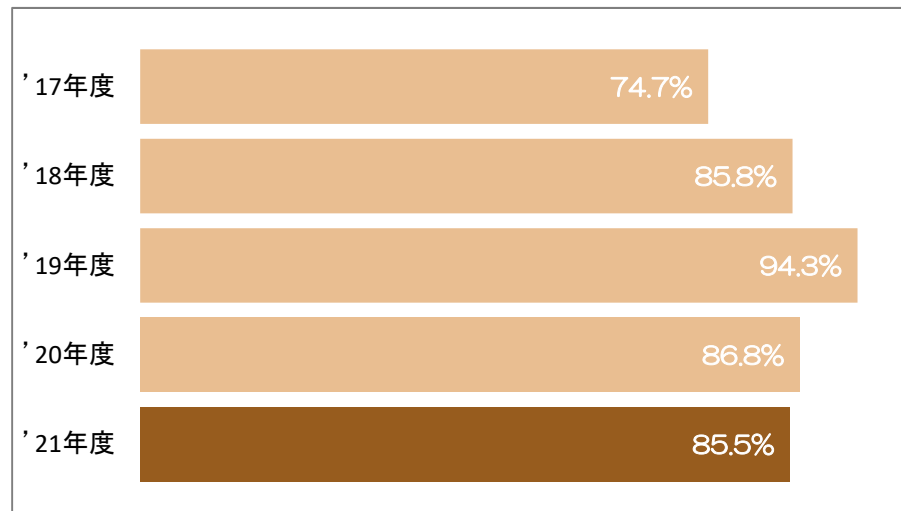
CI-12 インデント・アソシエイト報告件数



CI-13 看護必要度

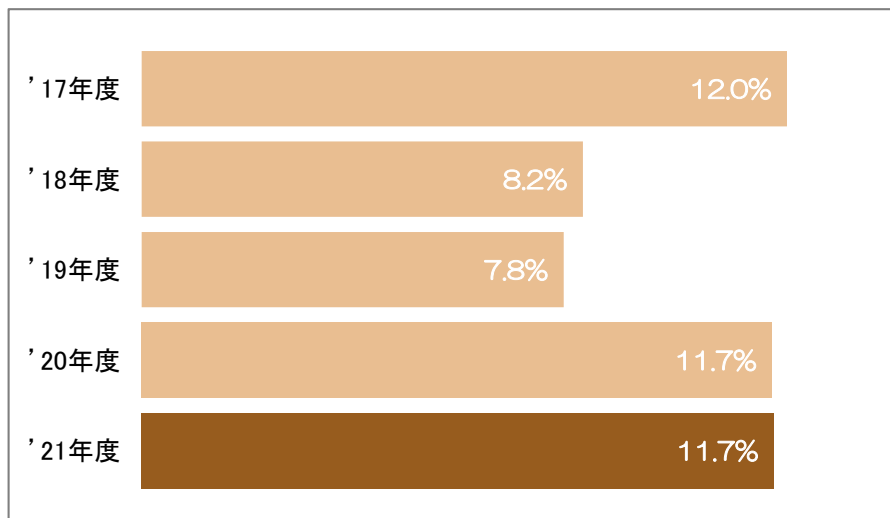


CI-15 職員のインフルエンザワクチン予防接種率



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-14 看護職の離職率



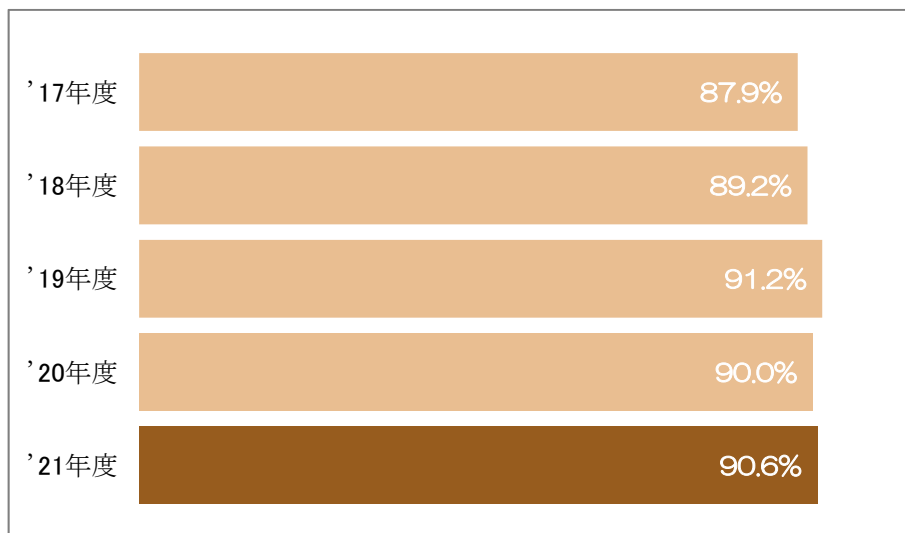
分子：退職者数
分母：年度末の在職看護師，准看護師数

CI-16 職員の健診受診率



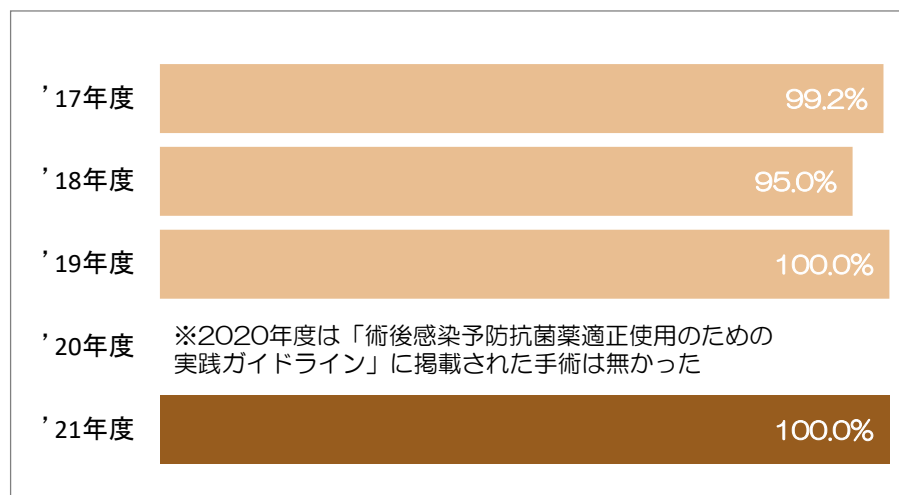
分子：職員健診を受診した職員数
分母：全職員数（介護事業部を含む）

CI-17 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-20 手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与割合



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退院患者数
分母：特定手術の手術件数

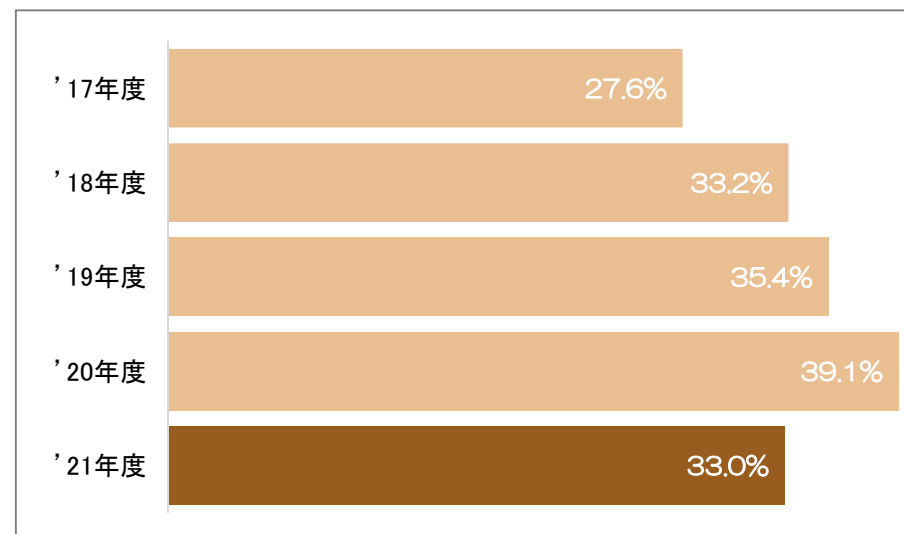
CI-18 24時間以内の再手術件数

分子	24時間以内の予定外の再手術件数	0
分母	手術室で行われた総手術件数	538
再手術率		0%

CI-19 術後の肺塞栓発生件数

分子	術後肺塞栓発生件数	0
分母	手術室で手術を受けた退院患者数	378
発生率		0%

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

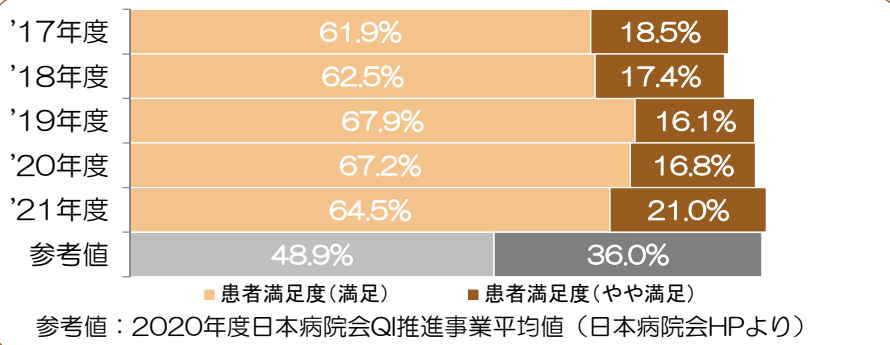
QI-1 患者満足度

指標の説明・定義

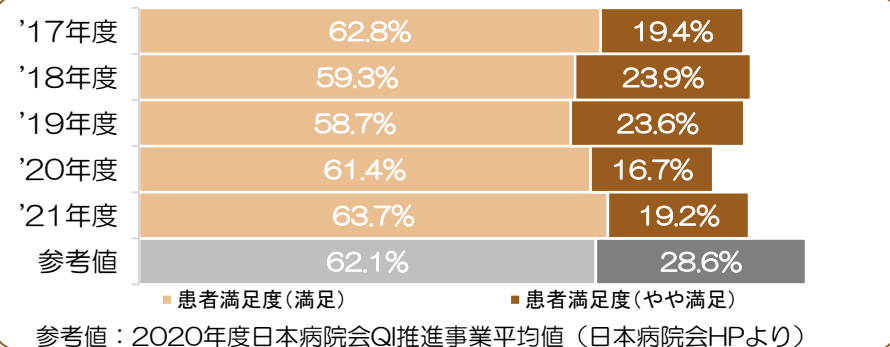
分子	「この病院について総合的に満足またはやや満足している」と回答した患者数
分母	患者満足度調査に回答した患者数
除外	未記入患者
収集期間	外来2日以上，入院1週間以上。3月までに1回の報告

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、86.0%となり、目標値の85%を達成しました。
 - 回収率は、昨年度の94.6%から84.3%と下回りました。
 - ※年2回調査実施、昨年はコロナ禍の影響で年1回
 - 2022年度の目標値は、直近2年の実績値より、87%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、83.0%と、目標値の85%に達しませんでした。昨年度の78.1%を上回りました。
 - 昨年はコロナ禍の影響で2回/年しか実施できませんでしたが、今年は毎月調査実施できました。実施回数、アンケート配布枚数は増えましたが、回収率が、前年度43.2%から今年度35.9%へと低下し、前々年54%より2年連続の大幅な低下となりました。改善検討要します。
 - 2022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。

コロナ禍による入院患者家族の面会制限、リモート面会対応による不満の声が見受けられました。外来では、待ち時間が長いとの声が多く、老朽化した建物・設備面への不満も見受けられました。

設備面の照明が暗いというご意見に関しては、随時LEDへ更新中です。

今後の改善活動

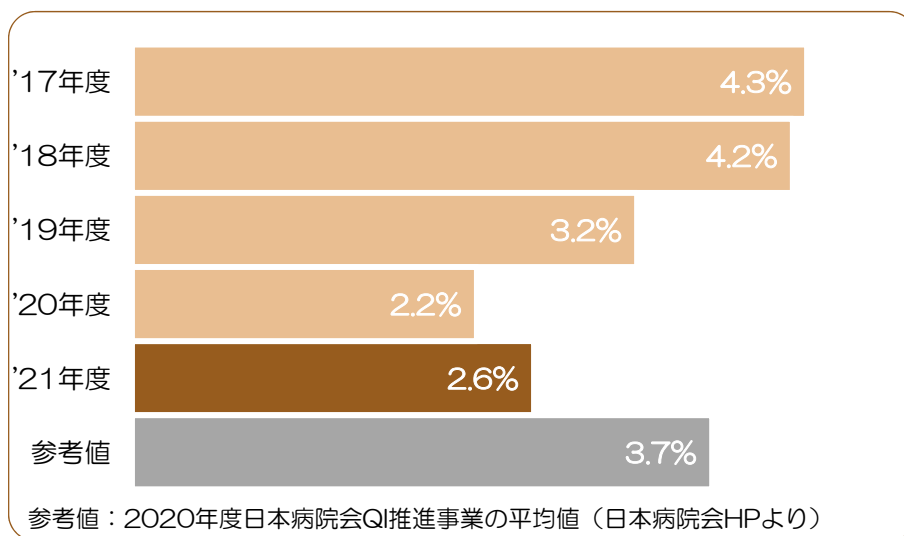
- アンケートの回収率向上にむけて、委員会にて対策の検討を行います。特に入院アンケートの回収率が低下しており、担当者間で引き続き対策検討、改善を図ります。
 - ※アンケート集計法については、Web回答検討中
- 待ち時間対策を外来含め病院全体で取り組みます。

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

2021年度の死亡退院率は、平均値2.6%、中央値2.7%、最大値3.9%、最小値0.5%と、昨年に比べて平均値で0.4%高くなりました。参考値の3.7%と比較して低い結果でした。回復期リハビリテーション病棟の退院が多いと低くなります。一般病棟のみの死亡率は3.3%で、前年4.2%と比較して低くなりました。この結果は、患者層の変化（眼科、検査入院の増加）によるものと推測されます。

死亡患者数は54人で、平均年齢は86.4歳（前年85.6歳）男性84.3歳（前年81.9歳）女性88.5歳（前年89.3歳）と上昇しました。死亡患者のうち80歳未満の割合は13.0%でした。全対象患者の死因は肺炎等の呼吸器系疾患31.5%、心不全、脳卒中等の循環器系疾患18.5%、老衰16.7%、消化器系9.3%、新生物9.3%でした。緩和ケア病棟を除いているため、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、新生物、神経系疾患でした。80歳未満の死亡患者には高血圧等の既往のある方が多く、生活習慣病治療や禁煙指導等の強化に努めます。

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22.2%（前年17.4%）でした。住み慣れた施設や家で最後まで過ごす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。

QI-3 転倒・転落発生率、損傷発生率

①転倒・転落発生率

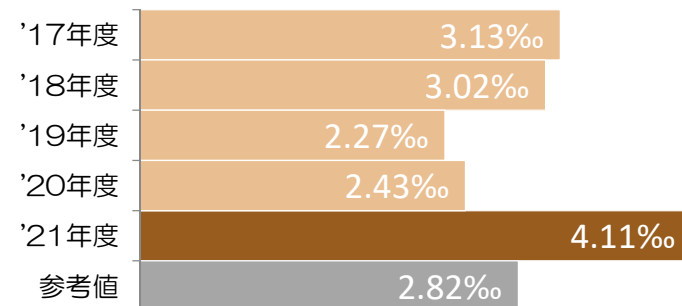
分子	インシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数
分母	入院延べ患者数
除外	分子除外＝学生、スタッフなど入院患者以外の転倒・転落
収集期間	1ヶ月毎

②転倒・転落による損傷発生率

分子	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3b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

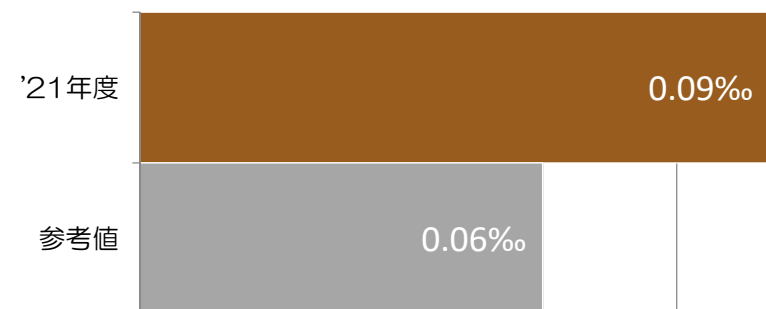
入院中の患者の転倒原因としては、転倒・転落の指標としては、転倒・転落によって患者に傷害が発生した損傷発生率と、患者への傷害に至らなかった転倒・転落事例の発生率との両者を指標とすることに意味があります。転倒・転落による傷害発生事例の件数は少なくても、それより多く発生している傷害に至らなかった事例もあわせて報告して発生件数を追跡するとともに、それらの事例を分析することで、より転倒・転落発生要因を特定しやすくなります。こうした事例分析から導かれた予防策を実施して転倒・転落発生リスクを低減していく取り組みが、転倒による傷害予防につながります。転倒・転落の損傷レベルについてはインシデント・アクシデント分類基準の「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：2020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



参考値：2020年度日本病院会QI推進事業平均値（日本病院会HPより）
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）

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

2021年度は、295件の転倒・転落レポート提出がありました。

有害事象の3b（参考値は4以上）は9件で、いずれも転倒に由来するアクシデントからの発生でした。

転倒・転落発生率は4.11%、損傷発生率は0.09%前年度より転倒転落発生率が増加していました。

『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きました。

患者の特徴としては、高齢者が多く、認知症、不穏のある患者が年々増加傾向のうえ、今年度は回復期病棟の増室により脳血管疾患の患者が増加し、危険度Ⅲレベルの方が増えました。また、外来患者の転倒もあり、ご家族の協力も必要です。

退院に向け、リハビリが進みADLが向上したことで転倒してしまった報告も昨年と同様に多かったです。転倒・転落が多く、そのため拘束につながる例もありました。

次年度の目標

- ・転倒・転落発生時の報告を徹底
- ・「この患者さんは転倒するかもしれない」という認識を持ち、ベッドサイドの環境（柵、テーブル、床頭台の位置）、トイレまでの動線、杖、車椅子、履物、衣服への目配りを行う。環境整備チェック表の活用を強化。
- ・リスク評価により看護計画の実施、評価を徹底
- ・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。また、眠前薬の変更とせん妄予防への取り組みを行う。
- ・生活動作の拡大を安心、安全に行えるように注意する。

課題

- ・環境チェック表の活用を行い予防対応を強化
- ・情報共有と学習

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
- ・安全情報提供発信

勉強会・講習会の開催

- ・KYT※1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）
- ・転倒・転落発生時の振り返りとRCA分析※2

医療安全醸成に向けた取り組み

- ・5S※3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検討
- ・インシデント（ヒヤリハット）報告の件数アップを行い意識を高める
- ・ベット周りの環境調整と環境チェック表の強化

情報の共有に向けて

- ・ADL※4表 患者家族向けポスター掲示
- ・ピクトグラムを活用
- ・患者、家族への協力依頼の動画配信

設備・器具の見直し購入

- ・マットレスの劣化対策

※1 危険予知トレーニング

※2 根本原因分析

※3 整理・整頓・清掃・清潔・しつけ（習慣）

※4 日常生活動作

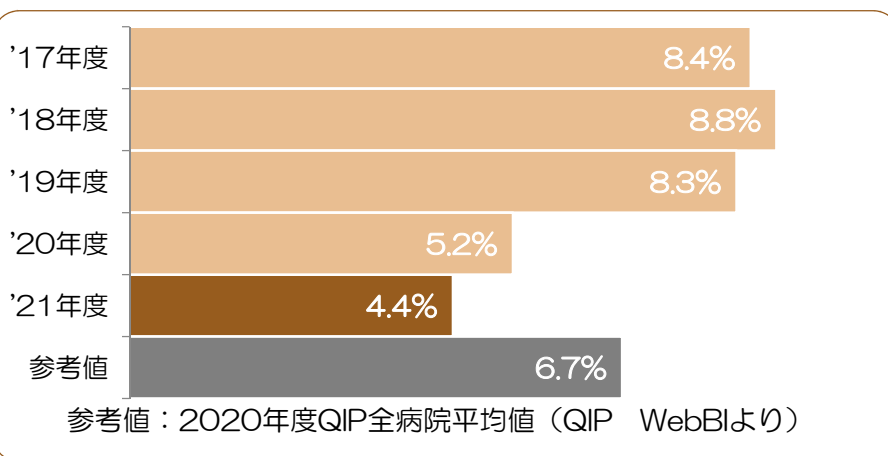
QI-4 6週間以内の再入院率

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。

昨年度、日本病院会QIプロジェクトの指標から京都大学QIPプロジェクトの指標に変更しましたが、QIPプロジェクトの本指標も2020年度で計測終了となりました。そのため、今年度は2020年度のQIP全病院平均値を参考値としています。次年度からは、新たな再入院率指標を計測することと致します。



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

1年間の再入院率は、平均値4.4%、中央値4.3%、最大値8.1%（1月）、最小値1.1%（12月）という結果で、2020年度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0.8%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。

入院経路別では、在宅患者の再入院率は3.2%で、介護施設入所者の再入院率は17.1%でした。病院移転後、再入院の多い介護施設からの入院が減少したことも再入院率の低下の一因となっていると思われます。

再入院が多い疾患は、誤嚥性肺炎、慢性心不全等の心疾患、インフルエンザ及び肺炎等でした。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*1誤嚥性肺炎症例に対する退院支援の割合は92.6%とQIP全病院平均値70.3%より高い数値となっています。

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、2022年度増床予定の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、短期間で再入院の減少に努めていきます。

改善活動事例

- ・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を検討し退院支援した。
- ・誤嚥性肺炎患者に対する嚥下造影検査実施。

*1) 2021年度京都大学QIP WebBIより

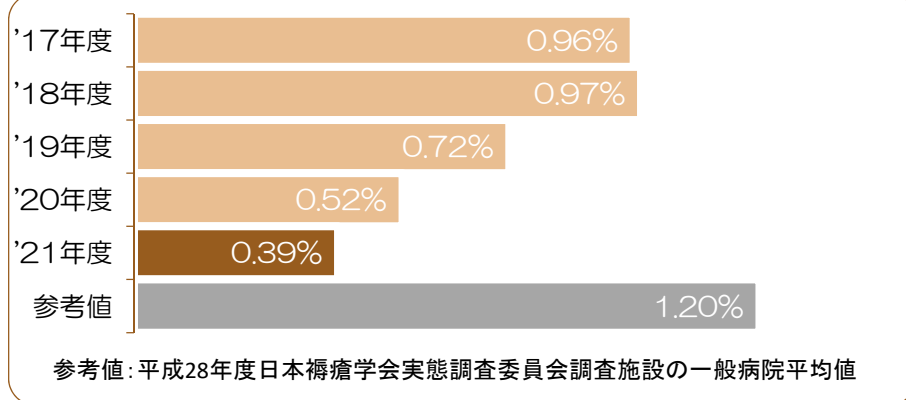
QI-5 褥瘡推定発生率

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つにとらえられ、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。



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

2021年度褥瘡推定発生率は0.39%で、前年度より0.13%低く、全国平均より-0.81%でした。褥瘡発生部位は踵部が最も多く、次に尾骨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、COVID-19罹患後の廃用リハビリ目的入院の患者が多く、自力体位変換が困難な患者に踵部褥瘡が発生していました。ポジショニングピロー導入後は踵部褥瘡発生件数は減少しました。

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、導入を行いました。また、前年度にポジショニングピロー不足が確認されたため、10月より200個導入を行いました。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。

※1 生活の質

※2 皮膚・排泄ケア認定看護師

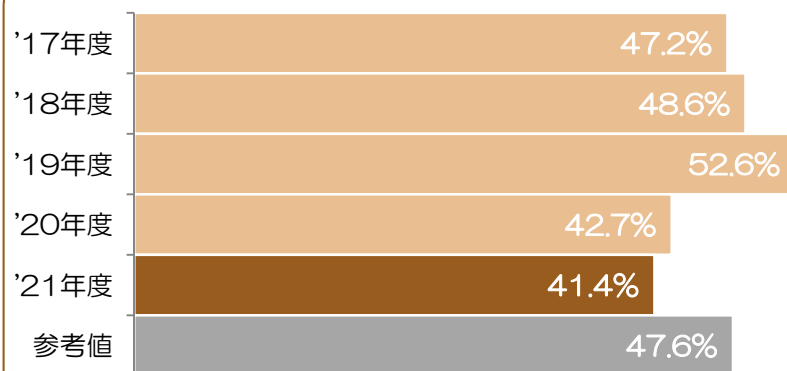
QI-6 糖尿病患者の血糖コントロール（HbA1c）

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ための糖尿病患者
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：2020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2021年度の平均値は41.4%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6.2%低い結果でした。さらに昨年度と比較して1.3%低下しました。65歳以上のHbA1c8.0%未満の場合は、2021年度の平均値は74.3%で、参考値の平均値77.8%と比較し3.5%低い結果でした。

コントロール率が悪化した要因として、近隣医療機関からのコントロール不良な紹介患者が多い一方で、コントロールが改善して紹介元に逆紹介していること。新型コロナ禍の外出自粛の影響で活動性が減ったことや定期外来受診が減ったことが考えられます。また、内分泌疾患の紹介患者も多く、検査や入院説明件数も増え、指導介入が限られてしまいました。多職種との連携によるチーム介入は定着しており糖尿病教室も活用しています。高齢患者のコントロールを下げないために引き続き介入を優先する必要もあります。

改善活動事例

- ・コントロール不良紹介患者への指導と糖尿病教室の活用
- ・多職種連携（医師・看護師・栄養士・健康運動指導士・心理士・MSW）の継続
- ・患者、家族も含めた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と療養指導の継続
- ・眼科、皮膚科、脳血管外科 等他科との連携

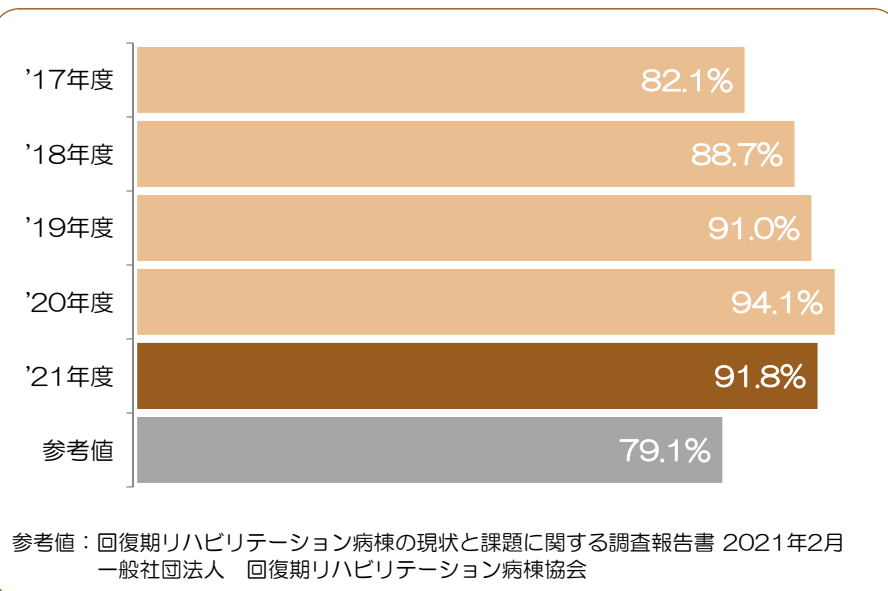
QI-7 回復期リハビリ病棟在宅復帰率

指標の説明・定義

分子	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
分母	回復期リハビリテーション病棟退院患者
除外	他の保険医療機関へ転院した患者
収集期間	毎月

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せん。



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

2021年度の在宅復帰率は91.8%でした。前年と比較し若干下がっていますが、当院回復期病棟の増床による入院患者層の変化に伴うものと考えられます。参考値との比較では高い数値を示しています。今年度は退院支援看護師が病棟に配置され、退院支援部門が強化されました。患者さんだけでなく、ご家族の気持ちを尊重し、とくに脳血管疾患患者の自宅への退院数が増えています。

改善活動事例

- ・院内情報共有や数値のフィードバック
- ・回復期病棟入院前より情報を取得し、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努めた。
- ・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。
- ・毎週多職種カンファレンスを行い、退院阻害要因を早期に洗い出し、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。
- ・病棟に退院支援看護師が配置されたことによる患者、家族との橋渡しを行った。
- ・自宅での介護に向けた介護指導の強化

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 2020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
2021年2月
5. 2021年度京都大学QIP WebBI

社会医療法人友愛会 豊見城中央病院 臨床指標委員会
2022.7