

クリニカルインディケータ－ 分析評価シート

(単位：%)

項目	目標値 (参考値)	平成26年度	平成28年度	令和2年度
外来患者満足度 (非常に満足)	44.0	58.2	58.8	18.0
外来患者満足度 (満足)	84.7	85.3	86.6	56.0

項目	目標値 (参考値)	平成26年度	平成28年度	令和元年度
入院患者満足度 (非常に満足)	60.4	48.6	53.2	37.4
入院患者満足度 (満足)	91.9	78.1	77.5	53.2

※目標値 (参考値) は日本病院会 Q Iプロジェクト参加病院の平均値

分析・評価欄

平成26年度、平成28年度に実施した満足度調査と令和元年、令和2年度に実施した調査は、質問項目および回答基準が異なるため、比較することが難しいため、令和元年、令和2年度の調査結果について分析を行った。

【外来】の全体的な当院の満足度は、「非常に満足」18%、「満足」は56%で、満足以上が74%であった。また、「不満」1%、「少し不満」1%「どちらとも言えない」が16%であった。待ち時間については、予約あり、予約なし共に「長すぎる」、「やや長すぎる」が合わせて40%であった。意見、要望にも長いと感じるコメントが多く見られ、待ち時間短縮に向けた取り組みが急務である。職員については、特に医師の診療や説明に対して満足以上の評価が89%と高かった。

【入院】の全体的な当院の満足度は、「非常に満足」37.4%、「満足」は53.2%で、満足以上が90.6%であった。職員に対する評価では、医師に対し満足以上が93.6%、看護師は満足以上が95.5%といずれも高かった。検査技師は満足以上が71.4%、放射線技師は満足以上が68%であった。医療は人を介してのコミュニケーションの部分であり、医療サービスが人の手により提供されていることから、期待に応える対応が重視される。

【まとめ】前回の調査結果と比較できなかったが、患者のニーズに応じていくためには、満足を得ている分野を強化するとともに、患者が抱いている期待や懸念される不満を把握し、必要な情報を提供する取り組みを含め、増患につなげる改善を工夫することが必要である。そして、対策を検討する際は、収集した情報を基にして、当院の強みは何か、あるいは改善が求められていることは何か等を具体的に課題を抽出し、組織全体で取り組むことが重要と考える。

クリニカルインディケータ－ 分析評価シート

(単位：%)

項目	目標値 (参考値)	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度
入院患者の転倒・転落発生率	2.70	1.37	0.94	0.87	0.86	0.99
入院患者の転倒・転落によるレベル4以上の損傷発生率	0.05	0.02	0.00	0.00	0.00	0.00
65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率	3.10	1.48	1.00	0.96	0.98	1.09

※目標値 (参考値) は日本病院会 Q I プロジェクト参加病院の平均値

分析・評価欄

当院は元々QI平均値と比較しても、低い値を維持してきた。しかし、平成28年度に発生したレベル5の転倒事故を重く受け止め、転倒・転落発生率だけでなく、転倒・転落が原因の障害発生、死亡を起こさないことを目標に掲げて、平成29年度より病院一丸となって予防対策に取り組んできた。同年、多職種で編成した「転倒・転落ゼロプロジェクトチーム」を立ち上げ、職員教育、患者教育や啓蒙活動など「人」へのアプローチだけでなく、マニュアルの改訂、アセスメントスコアシートの見直し、看護部を中心とした全入院患者へのアセスメントスコアシートを用いた評価と看護介入の実施、薬剤的なアプローチでは使用する第一選択となる眠剤の変更、院内で使用している全てのベッドをセンサー付きのベッドへ3年かけて変更するなど、多角的また継続的に対策を行った。プロジェクトチームでの活動は2年間実施して終了し、現在は安全管理対策委員会が業務を引き継いでいる。

発生率は1%以下で推移しており、現場での継続的な取り組みが適切に行われていると評価する。また、転倒・転落によるレベル4以上の障害発生率は4年間0%を維持しており、患者や家族にとって安全な療養環境を提供できている。65歳以上の転倒・転落発生率についても同様だが、高齢者が増加する中でこの値を継続していることは安全管理上の価値が高く、当院が誇れる部分であると考え。上記3種類の指標はどれもQI平均値より良好な水準で経過している。

転倒・転落に関しては、現在の安全対策で効果をあげており、正しく継続するよう保守点検が必要である。今後の課題として、患者に対するアプローチはまだ改良の余地があると考えている。動画での教育や患者と行うKYTなどを検討していきたい。

クリニカルインディケータ－ 分析評価シート

項目	目標値 (参考値)	平成30年度	令和元年度	令和2年度
早期リハビリテーション実施率	80.3	131名/138名 95%	96名/101名 95%	117名/122名 96%

※目標値 (参考値) は日本病院会 Q I プロジェクト参加病院の平均値 (脳梗塞における早期リハビリテーション実施患者)

分析・評価欄

脳梗塞における入院後早期リハビリテーション実施患者の割合

分子：分母のうち、入院後3日以内（発症後4日以内）に脳血管疾患等リハビリテーション料が算定された

症例数分母：18歳以上の脳梗塞の診断で入院した症例数

当院で入院後3日（発症4日）以内に実施算定が行えなかった理由

病状が不安定のため、入院後3日以降にリハビリテーション依頼が発行された

クリニカルインディケータ－ 分析評価シート

(単位：日)

項目	目標値 (参考値)	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度
平均在院日数 (全病棟)	12.55	11.12	11.17	10.91	10.59	10.98

※目標値 (参考値) は日本病院会 Q I プロジェクト参加病院の平均値

分析・評価欄

当院は高齢患者が多い中で、平均在院日数が参考値を下回っている。
これはMSW(医療ソーシャルワーカー) が介入し、滞りなく退院調整が行われているためと分析される。

クリニカルインディケータ－ 分析評価シート

(単位：%)

項目	目標値 (参考値)	平成30年度	令和元年度	令和2年度
術後感染率【外科】	5.4	2.9	1.2	2.6

※目標値 (参考値) は厚生労働省の院内感染対策サーベイランス事業報告の全体のSSI (手術部位感染) 率

分析・評価欄

当院のSSI発生率は、2018年2.9% (SSI発生数20例/手術数690例)、2019年1.2% (SSI発生数8例/手術数667例)、2020年2.6% (SSI発生数17例/手術数658例) であった。

SSI発生率は厚生労働省院内感染対策公開情報と比較して低い発生率で推移している。

術前対応としては、術前の血糖コントロール、栄養状態の改善、禁煙指導、手術前夜の入浴を行っている。また、術中対応として手術室の環境、手指清潔衛生の保持、無菌操作、特に手術手袋の定期的な交換、閉創時の手術器具の交換 (2016年より) を行っている。また術中・術後感染予防抗菌薬の適切な使用を徹底し、術後は毎日の創部観察と的確な創部処置を行い、SSI防止に努めている。今後も術前・術中・術後管理を感染対策マニュアルに沿って行い、継続して低い水準を維持していきたい。

クリニカルインディケータ－ 分析評価シート

(単位：%)

項目	目標値 (参考値)	平成30年度	令和元年度	令和2年度
術後感染率【整形外科】	5.4	1.3 (8/601件)	2.3 (14/618)	1.5 (9/616件)

※目標値 (参考値) は厚生労働省の院内感染対策サーベイランス事業報告の全体のSSI (手術部位感染) 率

分析・評価欄

整形外科では術後感染率 (SSI) の推移を調査している。SSI の定義に則りインプラントありの手術では術後1年以内、インプラントなしの手術では術後30日までを調査している。

過去3年、いずれも厚労省報告の全科平均を下回っている。しかし、2019年はSSIが増加している。これは難易度の高い長時間手術の割合が増えているという当科の特性も関与は否定できないが、このSSI増加に対する対策として、一定時間毎の手術手袋交換の徹底や術中手術器具の保護や展開の工夫で落下細菌の付着防止などの取り組みを行っている。今後、データを蓄積することで対策の効果を更に検証していく。

クリニカルインディケータ－ 分析評価シート

(単位：%)

項目	目標値 (参考値)	平成30年度	令和元年度	令和2年度
術後感染率【脳神経外科】	5.4	1.1 (2/176件)	2.3 (4/174件)	1.4 (2/144件)

※目標値 (参考値) は厚生労働省の院内感染対策サーベイランス事業報告の全体のSSI (手術部位感染) 率

分析・評価欄

平成30年

- 1.クリッピング術後の前頭洞炎
- 2.癌性髄膜炎、免疫機能低下患者のシャント感染

平成31年

- 1.クリッピング術後の前頭洞炎
- 2.癌性髄膜炎(1)、悪性脳腫瘍(2)、免疫機能低下患者の創感染

令和2年

- 1.シャント感染
- 2.他院にて創感染に対してのデブリードマン後の再感染

MRSAなどの感染は一度もなく、全て、1回の再手術で容態は落ち着いた。

クリニカルインディケータ－ 分析評価シート

(単位：%)

項目	目標値 (参考値)	平成30年度	令和元年度	令和2年度
術後感染率【泌尿器科】	5.4	0.0	0.0	0.0

※目標値 (参考値) は厚生労働省の院内感染対策サーベイランス事業報告の全体のSSI (手術部位感染) 率

分析・評価欄

1. 過去3年間、創部感染の発症をみていない。
2. 開放手術が減少傾向にあり、かわって内視鏡系の手術が増加しつつあることも一因と推測する。
3. 感染対策も徹底されていたものと判断される。
4. 引き続き、WHO感染対策マニュアルに準拠して管理を心がけるよう指導する。