

平成 29 年度業務改善活動事例（患者満足度）



計画

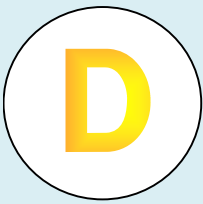
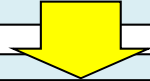
	入院患者	外来患者
平成 27 年度	89.5%	79.1%
平成 28 年度	86.8%	81.7%
平成 29 年度目標	90.0%	90.0%



外来は前年度を上回ったが、入院は対策が必要

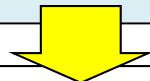
【計画のポイント】

- ①患者さんの立場に立った対応ができるよう、接遇力向上を図る。
- ②待ち時間の短縮を図る。



実行

- 朝のあいさつ・清掃活動の拡充（病棟内での実施等）（通年）
- 接遇力向上研修の実施
- 「みなさまの声」を確認し、適宜改善取組実施（随時）
- 患者満足度調査結果に対する部署ごとの改善取組実施（通年）
- ホスピタリティボイス（職員提案制度）の啓発及び改善事例を公表することによる件数増（通年）
- 院内サイン表示の改善（重複解消、表記の統一化等）（通年）
- 患者向けイベント（サマーコンサート、クリスマスコンサート及び獅子舞等）の実施（年3回程度）
- 診療待ち時間対策プロジェクトによる改善取組実施



Check（評価）、Act（改善）の項目は3月中に公表予定で

平成29年度業務改善活動事例（転倒・転落発生率）

P

	入院患者の転倒・転落発生率
平成27年度	2.00‰
平成28年度（4～1月）	1.93‰
平成29年度目標値	2.00‰

【単位 ‰（パーミル）：1／1000】

計画

【計画のポイント】

高齢者や認知症患者が増加する中、入院患者の転倒・転落発生率を増加させない。

D

実行

- 入院患者の高齢化を踏まえ、当院での認知症やせん妄症状と転倒・転落との関係を調査し、転倒・転落防止対策を検討する。（通年）
- 転倒・転落発生時、防止対策がマニュアルに沿って実施されていたかなどを確認し、必要に応じて、安全管理担当者会議などで、情報を共有し対応策を共に考える。（通年）

Check（評価）、Act（改善）の項目は3月中に公表予定です

平成 29 年度業務改善活動事例（褥瘡発生率）

P

計画

【実績分析】

平成 28 年度は緊急入院患者の増加が、褥瘡発生率の上昇の原因となったと思われる。そのため、新たなマットの整備や、褥瘡専任看護師や病棟看護師が適切な対策を行うことができるように、褥瘡予防治療対策や新たなマットの運用について広く周知するために研修を行う必要があると思われる。

【計画のポイント】

- 新たなマットの整備と運用の周知を行う。
- 看護師に対する研修を5月に3回程度行う。

入院後褥瘡発生

	深達度 d2以上	d2以上褥瘡 発生率
平成27年度	99件	0.05%
平成28年度	108件	0.06%
平成29年度 (目標値)		0.05%

D

実行

- 4月より高機能エアーマットを増設し、夜間休日等でも円滑に対応できる体制を構築した。
- 看護師向けの褥瘡対策の勉強会を5月に3回実施し、全職員対象の褥瘡ケア研修会を9月及び11月に開催する予定。
- 褥瘡ケアチームによる回診を定期的に行い、リスクの高い患者さんへの重点的なケアを実施。
- 褥瘡対策に関する診療計画書及び褥瘡リスクアセスメントについて、作成・実施状況やその内容について調査を行い、結果を共有して作成率 100%を目指す。
- 褥瘡ケア用品の使用状況について調査を行い、適切な整備に努める。

Check（評価）、Act（改善）の項目は3月中に公表予定です

平成29年度業務改善活動事例（紹介率・逆紹介率）

P

計画

	紹介率	逆紹介率
平成27年度	71.3%	79.6%
平成28年度	73.2%	90.2%
平成29年度 目標値	75%以上	100%以上
地域医療支援 病院(指標)	① 80%以上	
	② 65%以上	かつ40%以上
	③ 50%以上	かつ70%以上

【計画のポイント】

初診紹介患者さんが減少傾向であるため、紹介患者さんを中心に患者数の増加を図ることで、紹介率の向上を図る。

逆紹介率は大幅な増加となったが、地域完結型医療を目指し、地域連携パスの活用等により、さらなる逆紹介率の向上を図る。

【参考(紹介・逆紹介率 算定式)】

① 紹介率

$$\frac{\text{紹介患者数(初診患者に限る)}}{\text{初診患者数(救急車により搬送された患者、休日または夜間に受診した患者等を除く)}}$$

② 逆紹介率

$$\frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診患者数(救急車により搬送された患者、休日または夜間に受診した患者等を除く)}}$$

D

実行

診療情報提供書等の文書による情報共有を推進するとともに、顔の見える関係を構築し、地域医療機関との連携を強化していく。

- ①積極的な地域医療機関訪問や診療科連携会議の拡充
- ②返書作成の徹底(1か月以内初回報告書発行率100%)
- ③市民病院ホームページや広報誌等を活用した情報発信
- ④地域連携パスの活用等による逆紹介の推進
- ⑤ICTを活用した地域医療機関との情報共有の開始

Check (評価)、Act (改善) の項目は3月中に公表予定です。

平成29年度業務改善活動事例（救急車・ホットラインの応需率）

P

計画

- 平成28年度の救急応需率は、92.6%
前年度比1.1ポイント減少
- 救急応需できなかった理由の25.8%が「かかりつけ・専門医のいる病院へ」によるものであった。また「病棟ベッド満床」も13.5%を占めている。
さらに救急搬送応需率を高めるため、以下を実施
 - ① 脳卒中ホットラインの導入
 - ② 救急車断り理由を分析し、具体的な応需改善案を策定

	救急車受入 要請件数	救急車・ホット ラインの応需 率	救急車来院 患者数
平成27年度	5,738	93.7%	5,374
平成28年度	5,636	92.6%	5,221
平成29年度 目標値		93.5%	

D

実行

- 「脳卒中ホットライン」を導入し、脳卒中疑いの患者を積極的に受け入れる。
- 「かかりつけ・専門医のいる病院へ」による断り状況について、救命救急センター運営委員会等を通して分析を行い、院内の連携等を改善することにより、受入態勢の強化を図る。
- 「病棟ベッド満床」時の断り状況を分析し、一般病棟への転棟調整など救急病床の確保に向けた効率的な運用を行うことにより、病床の確保に努める。
- 救急隊との勉強会等において、当院で対処した症例の情報を共有することにより、搬送要請の増加に努める。

Check（評価）、Act（改善）の項目は3月中に公表予定です。