

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	90.0%	90.0%

外来は前年度を上回ったが、入院は対策が必要

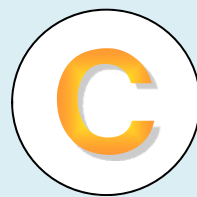
【計画のポイント】

- 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



評価

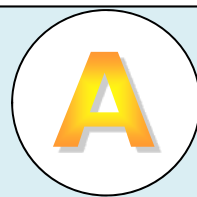
・この病院を親しい方に勧めようと思いますか

	満足度	対前年度比
入院	84.1%	+8.0P
外来	81.4%	+11.3P

・外来満足度調査における時間面の満足度

	満足度	対前年比
診療の待ち時間	40.3%	+3.3P
会計の待ち時間	34.6%	-13.1P
駐車場の待ち時間	23.1%	-5.8P
時間面全般	34.2%	-7.5P

- この病院を親しい方に勧めようと思いますかについては、入院・外来とも大きく向上した。
- 時間面は、診療の待ち時間が前年度より向上しているが、その他の満足度は低いため、待ち時間の短縮に向け更なる改善取組が必要。



改善

- 待ち時間対策として、受付事務の一部自動化等の検討を行い、更なる時間短縮を図る。
- 接遇力向上に向けた取組として、職員によるあいさつ・清掃活動について検討し、多くの職員で広く展開すると共に、接遇研修の中では、患者さんをお待たせした場合の対応についても学び、課題解決につなげていく。

平成 29 年度業務改善活動事例 (転倒・転落発生率)



	入院患者の転倒・転落発生率
平成 27 年度	2.00 ‰
平成 28 年度	1.98 ‰
平成 29 年度目標値	2.00 ‰

【単位 ‰ (パーミル) : 1/1000】

計画

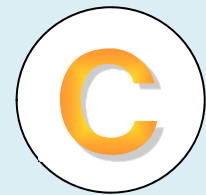
【計画のポイント】

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。



実行

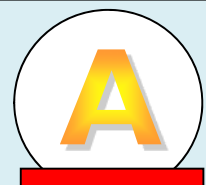
- 入院患者の高齢化を踏まえ、当院での認知症やせん妄症状と転倒・転落との関係を調査し、転倒・転落防止対策を検討する。(通年)
- 転倒・転落発生時、防止対策がマニュアルに沿って実施されていたかなどを確認し、必要に応じて、安全管理担当者会議などで、情報を共有し対応策を共に考える。(通年)



評価

	入院患者の転倒・転落発生率
平成 27 年度 (4~1 月)	2.21 ‰
平成 28 年度 (4~1 月)	1.93 ‰
平成 29 年度 (4~1 月)	1.92 ‰

- H29 年度の入院患者さんの転倒・転落発生率は、1.92‰(パーミル)だった。現在、過剰な活動抑制をできる限りせず、かつ治療が有効にできるように、「転倒転落アセスメントスコアシート」により、危険度を判定し、それに応じた対策を講じている。更にその対策の評価をカンファレンスで行ったり、認知症ケアチームと共に個々の患者に応じた対応を行っている。
- 当院での入院患者さんの年齢や認知症と転倒・転落との関係調査の結果
65 歳以上の入院患者さんの転倒・転落率は 3.45%、64 歳以下は 0.99%だった。認知症の入院患者さんの転倒・転落率は 9.17%、認知症ではない場合の転倒・転落率は 1.71%だった。これらのことから、65 歳以上や認知症の入院患者さんは、転倒・転落率が高いと言える。
※ここで示す「認知症の入院患者さん」とは、認知症ケア加算の対象者である。
※「入院患者の転倒・転落発生率」は、延べ入院患者数を分母とし、年齢と認知症と転倒・転落の関係調査では、入院実患者数を分母として算出した。
- 転倒・転落した事例を振り返ると、認知症の患者さんではなくても、例えば事前にナースコールを押すことなどの必要性を説明していても、行われずに転倒・転落することがあり、患者さんやご家族の方々の更なるご理解、ご協力が必要と考える。



改善

- 上記の結果から、今後も 65 歳以上の患者さんや認知症患者さんは、転倒・転落をしやすいという事を念頭に置き、特に十分な配慮が必要である。
- 患者さんの状態を鑑みて、尊厳を損なうことなく治療ができるように、引き続き、患者さんやご家族のご理解、ご協力を得ながら、個々に応じたケアを提供していく。

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ことが必要と思われる。

【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月に開催した。
- 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した。
- 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・実施状況等について調査し、結果を共有してグループワークを行い、運用の改善に努めた。
- 褥瘡ケア用品の使用状況について調査を行い、適切な購入計画について検討した。

C

評価

- 平成 29 年度 4 月～1 月の d2 以上の褥瘡発生率は、前年度と変わらなかった。
- 高機能エアーマットの増設により、重度の褥瘡発生の減少など一定の効果はあったものの、入院患者数の増加により、褥瘡専任看護師が適切なマットの選択などを、タイムリーに行うことが難しかったと思われる。
- 褥瘡対策を適切に行うためには専任看護師を現行の 1 名体制ではなく複数体制とすることが望ましいと思われる。

入院後褥瘡発生

	深達度 d2以上	d2以上褥瘡 発生率
平成29年度 (4月～1月)	90件	0.06%

A

改善

- 各病棟の褥瘡専任看護師の人数を増やし、複数で分担してきめ細かい褥瘡予防対策を実施する。
- 褥瘡ケアチーム全体会議の開催数を増やし、褥瘡予防対策管理に精通した人材の育成を行う。
- 褥瘡専任看護師や病棟看護師が適切な褥瘡対策を行うことができるように、看護師を対象とした研修を何度か行い、病棟全体で褥瘡対策に取り組むよう努める。
- 褥瘡予防マットの適切な購入計画を立て、計画的に購入する。

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

C

評価

	紹介率 …A/C	紹介患者数 (初診)…A※	逆紹介率 …C/B	逆紹介患者数 …B	初診患者数 …C※
平成28年度 (4月～1月)	73.1%	12,360人	88.5%	14,970人	16,900人
平成29年度 (4月～1月)	74.1%	12,440人	95.3%	16,005人	16,785人
前年比	1.0ポイント	80人	6.8ポイント	1,035人	▲115人

※救急搬送患者数および休日・夜間救急患者数を除く

- 紹介患者・逆紹介患者・紹介率・逆紹介率ともに増加しているが、平成 29 年度の目標値に届いていない。（H30 年 1 月現在）

A

改善

- 返書作成の徹底や地域医療機関訪問により紹介患者は増加したが、増加数を増やすために今後も地域医療機関の先生方に紹介していただきやすい関係構築を目指す。
- 新規の初診患者を増やしていくため、市民病院の魅力や強みを強調し、診療領域毎にリーフレットの作成や連携会議を推進していく。
- 逆紹介に関しては、高度急性期病院として地域完結型医療を目指し、症状が安定した患者の地域への逆紹介をさらに促進し、逆紹介率の増加を目指す。そのために、地域連携パスの活用にもますます力を入れていく。

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。

C 評価

- 平成29年度4月～1月の救急応需率 92.0%（前年同期比 0.6 ポイント減）

	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 4月～1月 暫定値	4,876	92.0%	4,487

他院からの搬送（転送）件数を除く

- 「脳卒中ホットライン」の導入等により、1月当たりで見ると「救急車受入要請件数」「救急車来院患者数」とも、前2年と比較して多くなっている。一方、「CPA 対応中・病棟患者処置中等」による断りが、前年同期比 9.4 ポイント増加している。
平成29年度4～1月 110件、構成比 28.3%（平成28年度4～1月 67件、構成 18.9%）
- 病棟ベッド満床による断りについて、構成比でわずかながら減少している。
平成29年度4～1月 54件、構成比 13.9%（平成28年度4～1月 50件、構成比 14.1%）
- 「かかりつけ・専門医のいる病院へ」による断りについて前年同期比 7.7 ポイント増加した。
平成29年度4月～1月 131件、構成比 33.7%（平成28年度4～1月 92件、構成比 26.0%）

A 改善

- 「CPA 対応中・病棟患者処置中等」による断りを少しでも減少させるため、救命救急センター運営委員会において情報共有及び改善に向けての議論を行う。
- 「かかりつけ・専門医のいる病院へ」による断りが依然として多い。特に、専門医による治療を求める患者側の要望は年々高まってきていると感じられる。さらに詳細な内容分析を行い、当直体制も含めた改善を検討する。