

# 令和5年度業務改善活動事例（転倒・転落による損傷発生率（レベル2以上））

## Plan (計画)

【目標】  
損傷発生率(レベル2以上):0.48‰以下

### 【計画のポイント】

- 身体抑制を必要最小限とし、患者の人権に配慮したケアを行う。
- 入院患者の高齢化が進み、転倒・転落のリスクが高い患者が増加しているため、転倒・転落が発生したとしても損傷を発生させない視点を強化していく。

## Do (実行)

- 昨年度末に改訂された、「転倒転落事故防止・物的対策ガイドライン」が周知されていない現状が把握できたため、看護部TQM委員会と協力し周知した。
- 昨年度は転倒転落発生後のテンプレートの改訂を行い、今年度はカンファレンスのテンプレート改訂に取り組んだ。
- 患者がベッドサイドで転倒・転落しても受傷を防ぐ「ころやわマット」を4点試行導入した。

## Act (改善)

- テンプレートを見直す中で、アセスメントとの連携ができていないという意見がだされ、アセスメントスコアでの評価とカンファレンスのテンプレートが結びつくように改訂を進めている。
- 「ころやわマット」使用中の患者が必ずしも転倒するわけではないため、効果の評価は困難だが、出されたインシデントで使用状況を記載できるようにインシデント帳票の改訂と、ガイドラインへの使用追加記載が必要である。

## Check (評価)

【達成値】0.47‰（3月時点）

- インシデント報告において「ガイドラインに沿って実施」などの表現がされるようになり、ガイドラインについて認知はされつつある。
- テンプレート改訂は行ったが、実装までに至らなかった。
- 「ころやわマット」の導入については、使用方法の周知を含め、効果測定までには至らなかったが、実際に転倒した患者が使用していたケースもあった。

# 令和5年度業務改善活動事例（褥瘡発生率）

## Plan 【目標値】d2以上褥瘡発生率0.05% (計画) (令和4年度実績0.06%)

- 褥瘡予防対策、褥瘡リスク評価、診療計画書の作成等のシステム研修を全ての看護師に実施する。
- 褥瘡予防マットレスの更新を計画通りに実施する。
- マットレスの運用が適切になされているか評価し、必要な患者さんに使用できる体制を整える。
- 看護技術の「圧抜き」に関する研修を行い、日々の看護で実践する。

## Do (実行)

- 褥瘡予防対策、システム研修開催(4月)
- 各病棟に褥瘡専任看護師2名を配置し、褥瘡発生リスクがある患者の把握と、計画の作成を実施。
- 褥瘡予防マットレスやクッションなどの用品について、マットレス使用状況調査をもとに定期的な更新。
- マットレス使用状況調査を行い、患者さんの状況に見合った使用状況の把握(1月)
- 圧抜き、ポジショニングに関する勉強会開催(6月、8月)
- 全職員及び地域医療機関対象の研修会の企画運営(9月、11月)

## Act (改善)

- アセスメントの実施計画作成は高い水準のため専任看護師2人体勢の継続。
- 予防対策(褥瘡リスクに応じたマットレスの選択)勉強会の実施(4月)
- 1月マットレス使用状況調査実施。
- 計画的なマットレスの更新を継続し、褥瘡予防マットレスの比率を上げ、体圧分散マットレスが必要な患者に使用される環境を整備。
- 地域対象の勉強会の実施(年2回)
- 褥瘡予防(圧抜き)勉強会の実施。

## Check (評価)

### 【達成値】d2以上褥瘡発生率 0.072% (2月時点)

- 褥瘡リスクアセスメント実施率98% 診療計画書の作成81%
- 1月のマットレス調査結果:入院患者の58%が日常生活自立度BCランクの患者であり、BCランクの患者のうち45%が褥瘡予防マットレスを使用した。
- 体圧分散マットレスはウレタンマットレス55台、エアーマットレス13台が経年劣化した物から更新されたが、日常生活自立度が低い患者すべてに使用する枚数に達していない。
- 褥瘡予防対策勉強会(4月)、圧抜き(6月)、ポジショニング勉強会(8月)、褥瘡に関するeラーニング(12~2月)実施。
- 地域対象の勉強会2回実施(9月83名11月86名)

# 令和5年度業務改善活動事例（患者満足度）

## Plan (計画)

### 【目標】

入院患者:91.0% 外来患者:82.0%

### 【計画のポイント】

寄せられたご意見や満足度調査の結果から課題を抽出し、患者さんの気持ちに寄り添った対応を心がけ改善につなげる。

## Do (実行)

- 病院機能評価機構のシステムを利用して患者満足度調査を実施(10~11月)
- サイン・掲示物について、患者さんの視点に立ち、見やすく分かりやすい案内・表示となっているか確認し、必要に応じて見直します。(通年)
- 待ち時間等の改善のため、スマホアプリによる診察順番の通知サービスやクレジットカードによる後払いシステム等を引き続き活用します。診療待ち時間対策として、外来予約制の推進や各窓口対応の改善、デイルームの利用時間に合わせて無料Wi-Fi利用時間を延長します。また、駐車場について、満車時の待機車両の動線・待機場所等を見直し、スムーズに案内できるよう改善します。
- 接遇向上に向けた取組をすすめ、職員一人ひとりの意識向上を図ります。(通年)

## Act (改善)

- 食事内容について、食材の価格設定を見直すとともに検食での反応をもとに、患者さんへのサービス向上につながる献立内容の見直し等委託業者に依頼。
- プライバシーの配慮について、外来の受付にて「大声で名前を呼ばれる」「受付番号で呼んでほしい」等との意見があったため、受付番号での呼び出しを徹底するようスタッフに周知。
- 職員からのあいさつについては、掲示や責任者の集まる会議での周知で職員の意識向上を図る。
- 診療及び会計の待ち時間について、引き続き受付業務の効率化や分かり易い案内掲示を行うとともに、紹介予約制の推進や逆紹介の推進、職員配置の適正化などを検討
- 駐車場の待ち時間について、混雑時間帯・曜日等の情報をホームページで提供、介護タクシーの地下駐車場進入経路の変更を実施。

## Check (評価)

### 【結果】(この病院を親しい方に勧めようと思いますか)

R5 入院患者:85.0% 外来患者:72.2%  
(R4 入院患者:89.7% 外来患者:76.7%)

- 総合評価としている「この病院を親しい方に勧めようと思いますか」の設問について、入院は4.7ポイント減、外来は4.5ポイント減となっているが、他項目含め、概ね70~80%の水準を維持している。
- 清掃状況、医師・看護師の対応、医師の診療については80~90%台と高い評価を得ている。清潔できれい、スタッフの対応が親切・丁寧等のコメントが多くあった。
- 食事の内容、プライバシーの配慮、職員からのあいさつにおいては、50~60%台と他項目よりも評価が低い。
- 待ち時間の項目は20~50%台であり、昨年度に引き続き改善が必要。

# 令和5年度業務改善活動事例（紹介割合・逆紹介割合）

## Plan (計画)

【目標】紹介率:74% 逆紹介率:94%

### 【計画のポイント】

個々の診療科の特性を考慮し、地域医療機関との連携を図り、病院全体の紹介率・紹介患者数増加を達成する。また、症状が安定した患者さんの逆紹介を推進し、高度急性期医療を提供する。

## Do (実行)

- 令和5年10月に、4年ぶりの地域連携交流会を実施した。  
(院外参加者428人)
- 地域医療機関訪問件数は401件、医師同行訪問件数は46件だった。
- 医療機関訪問の際に、広報誌、リーフレット等を用いて医療機能のPRを行った。
- 登録医専用ホームページに幹部職員による新年のご挨拶動画や顔写真入りのブログを掲載した。
- 近隣区医師会と当院医療機能をテーマとした病診連携カンファレンスを開始した。

## Act (改善)

- 逆紹介先医療機関の医療機能にかかるアンケートを行う。
- 近隣区医師会との病診連携カンファを定期開催する。
- 初診時紹介予約制の拡充に伴い、事前予約及び紹介状持参のうえで受診するよう啓発していく。
- 病診連携連絡会の開催を拡充し、医療機能のPRを促進する。
- 診療所訪問を年間800~1,000件を目標に実施し、顔の見える関係を構築する。

## Check (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※
令和4年度実績(4月~1月)	70.9%	13,826人	93.2%	18,179人	19,494人
令和5年度実績(4月~1月)	76.1%	14,344人	99.1%	18,688人	18,848人
前年比	5.2ポイント	518人	5.9ポイント	509人	▲646人

- 初診患者数が646人減少した一方、紹介患者数が518人、逆紹介患者数が509人増加したので紹介率は5.2ポイント増加、逆紹介率は5.9ポイント増加した。紹介率及び逆紹介率ともに今年度目標値に届いている。(令和6年1月末現在)

# 令和5年度業務改善活動事例（救急車・ホットラインの応需率）

## Plan 【目標】救急車の応需率:93.0% (計画)

### 【計画のポイント】

- 令和4年度(4月～1月)の救急車の応需率は80.2%
- 応需できない理由は「適用ベッド満床」によるものが62.3%で最も多い。
- 病床マネジメント部門と連携し、効率的な病床運用に取り組む。

## Do (実行)

- 救命救急センター運営委員会において、応需不能事例を報告し、現状を共有。
- 病床マネジメント部門と連携し、効率的な病床運用への取り組みを強化し、適用ベッド満床によるお断りを減らすとともに、患者総合サポートセンターとも連携し、空床確保に向けた退院促進や転院調整を推進。
- 救命救急センターと関係診療科との連携を深め必要時にはオンコール医師を呼び出すなど、適用ベッド満床やCPA等他患者対応中以外の受入断り件数を減らす。

## Act (改善)

- 病床運用を効率的に行うために、緊急入院患者の在院日数を短くする取り組みを行う。また、「手つなぎ連携パス」の開始により、円滑な転院調整の仕組みづくりを行い、より多くの救急車の受入れを行う。
- 応需不能事例については、救命救急センター運営委員会を通じて、情報共有する。あわせて、救急診療科と関係診療科の連携を強化し、「専門医のいる病院・かかりつけへ」によるお断りを減らす。

## Check (評価)

- 救急車の積極的な受け入れを行い、令和5年度(4月～2月)の搬送件数は、8,243件受け入れを行っており、前年同月比で1,822件(28.3%)増加している。
- 応需率の目標の93.0%を超える月はあったものの、新型コロナウイルス等の感染症流行期には、急搬送患者が急増し、適用ベッド満床によるお断りが増えたことで、令和5年度(4月～2月)の応需率は、90.2%となった。(前年同月比で9.6ポイント増加)
- 主なお断りの理由は、適用ベッド満床によるものが54.9%、CPA対応中・病棟患者処置中によるものが18.1%。