

# 令和元年度業務改善活動事例（患者満足度）

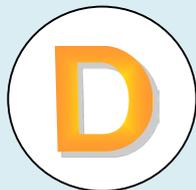
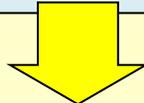


	入院患者	外来患者
平成 29 年度	84.1%	81.4%
平成 30 年度	77.3%	67.1%
令和元年度目標値	90.8%	82.0%

計画

## 【計画のポイント】

親切丁寧な説明など、患者さんの気持ちに寄り添った対応を心掛け、接遇力の向上を図る。



実行

- 各部署でのホスピタリティの推進の取組紹介を院内イントラネットに掲載する(年4回)。取組の共有を通じ、各部署での取組の創意工夫を促し、病院全体のホスピタリティマインドを活性化させる。
- 院内投書「みなさまの声」でのご意見やご指摘、患者満足度調査結果を検証し、改善につなげるとともに、改善や対応内容をホームページ等にて公表する。(随時)



評価

・この病院を親しい方に勧めようと思えますか

	満足度	対前年度比
入院	78.4%	+1.1p
外来	71.1%	+4.0p

- 総合評価「この病院を親しい方に勧めようと思えますか」については、入院・外来ともわずかに改善した。
- 各部署でのホスピタリティ推進の取組紹介を院内イントラネットに掲載（3回実施）、院内投書「みなさまの声」への取組等を通じ、職員のホスピタリティマインド活性化に繋がったものと考えられる。



改善

- 接遇について、感謝の声がある一方、苦情の声も依然として一定程度ある。引き続き、院内周知により一人ひとりの意識向上を図る。
- また、医師事務作業補助者の活用等タスクシフトをより一層進めることで、医師が診療時に丁寧な説明等ができる環境を整備する。

# 令和元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 29 年度	1.94 ‰
平成 30 年度	1.98 ‰
平成 31 年度目標値	2.00 ‰未満を維持

【単位 ‰（パーミル）：1/1000】



【計画のポイント】  
患者の状態に応じた転倒・転落防止対策を取り、かつ入院患者の転倒・転落発生率を増加させない。



マニュアルの遵守を徹底し、刻々と変化する患者の個々の病状や行動に対する判断を適切に行う。そして患者さんやご家族のご理解・ご協力を得ながら、身体抑制を必要最小限とした患者の人権に配慮したケアを実施する。



	入院患者の転倒・転落発生率
平成 29 年度	1.94 ‰
平成 30 年度	1.98 ‰
令和元年度	2.31 ‰

今年度は、入院患者の転倒・転落発生率が0.33%増加し、目標値を0.31%上回り、2.31%だったが、平成30年度日本病院会QI推進事業平均値は2.70%であり、これよりは低値である。

現在、看護部では「抑制帯・ミトンの使用をゼロにする」と目標に掲げ、目標に向けて努力をしている。しかし2月の看護主任会による調査データから、転倒・転落防止のための身体抑制具（四点柵、体幹抑制、車椅子Y字ベルト、立上り防止のオーバーテーブル設置）の使用状況だけを抽出して確認したところ、令和元年6月の使用患者の割合は、31.25%、12月は31.48%であり、

令和元年6月～12月の身体抑制具の使用状況は減少していないことがわかった。

入院患者の状況を平成30年度のデータと比較すると、65歳以上の入院患者の延べ高齢者の割合は1.1%増加（平成30年度4月～12月は延患者数の60.4%、令和元年度4月～12月は延患者数の61.5%）している。認知症ケア加算を算定している延べ患者は2.5%増加（平成30年4月～12月は延患者数の18.9%、令和元年4月～12月は延患者数の21.4%）している。このように、65歳以上の入院患者や認知症ケア加算を算定している患者が増加しており、「切迫性、非代替性、一時性」の身体抑制の適応基準を満たす患者が増加していることが、目標及び前年度実績を上回った要因と考える。

転倒・転落発生率は、2.31%と0.33%増加しているものの、TJC定義のレベル4以上（手術、ギブス、牽引、骨折を招いた・必要となった、または神経障害・身体内部の損傷の診察が必要となった）の事例は平成30年4月～3月までは0.06%、令和元年4月～3月までは0.05%である。平成30年度日本病院会QI推進事業平均値も0.05%である。当院ではそのほとんどが、認知機能の問題等でナースコールで看護師を呼べないために、離床センサーやセンサーベッドを使用しているものの、看護師が不在時に患者が自ら離床して転倒した事例である。病棟では、衝撃吸収マットなどを利用



現在、当院では「抑制帯・ミトンの使用をゼロにする」と目標に掲げ、目標に向けて努力をしている。  
個々の患者さんに応じたアセスメントを行い、患者さんやご家族のご理解・ご協力を得ながら、身体抑制をせずに入院生活が送れるように配慮している。  
今後も、医療チームで患者の状態を正しく判断し、身体抑制を必要最低限として患者の人権に配慮したケアを提供する。また、衝撃吸収マットなどを利用し、転倒・転落しても損傷を負わないように工夫を行う。

# 令和元年度業務改善活動事例（褥瘡発生率）

P

計画

## 【実績分析】

平成 30 年度は、褥瘡発生リスクの高い入院患者が増加したが、褥瘡専任看護師を各病棟で 2 名体制にして、褥瘡リスク患者の把握につとめたことで、褥瘡発生率を維持することができた。平成 31 年度は、褥瘡対策に関わる全ての看護師を対象に研修を実施し、マットレスの計画的な整備も継続する。

## 【計画】

- 褥瘡対策に関する研修を全病棟看護師に実施する。
- マットレスの更新計画に基づいて、劣化したマットレスの交換を実施する。

## 入院後褥瘡発生率

	深達度 d2以上	d2以上褥瘡 発生率
平成29年度	115件	0.06%
平成30年度	110件	0.06%
令和元年度 (目標値)		0.05%

D

実行

- 褥瘡専任看護師 2 名体制を維持し、褥瘡発生リスクのある患者の把握と計画の作成を行う。
- 看護師向けの褥瘡対策の勉強会を 4 月から 6 月にかけて 3 回開催する。
- e-learning 機能を活用し、全職員向けの研修を実施する。
- 全職員及び地域の医療機関等を対象とした研修を 9 月と 11 月に 2 回開催し、褥瘡対策の意識向上に努める。
- 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する。
- 10 月にマットレスの使用状況調査を行い、入院患者の褥瘡発生リスクと日常生活自立度を把握する。
- 褥瘡予防マットレスなどの褥瘡ケア用品について、適切な必要数に基づいた定期的な更新を行う。

C

評価

- 令和元年度の褥瘡リスクアセスメント作成率は 98%であった。褥瘡発生危険因子保有者に対する診療計画書の作成率は 84%で昨年度の 79%より上昇した。
- 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の 4 月から 1 月の算定件数は昨年度 2,389 件であったが今年度は 2,303 件と減少した。
- 勉強会、e-learning、研修を実施した。受講者数については、641 名と前年度(575 名)より増加した。
- 褥瘡ケアチームによる回診で、リスクの高い患者へのマットの調整やスキンケアの提案など重点的なケアを実施した。
- 褥瘡予防マットレスの使用状況調査を行い、更新計画の再評価を行った。

## 入院後褥瘡発生率

	深達度 d2以上	d2以上 褥瘡発生率
令和元年度 (4月~1月)	136件	0.08%

A

改善

- 褥瘡発生率が前年度より増加しているため、入院時から褥瘡予防マットレスが使用できるように周知し、低い値を維持する。
- 各病棟の褥瘡発生状況を分析して、対策について褥瘡ケアチームで分析する。
- 各病棟の褥瘡専任看護師と協力し、全病棟看護師が褥瘡対策の知識を持ち実施できるように勉強会、e-learning、研修の参加者の増加に取り組む。
- 褥瘡予防マットについては、見直しを行った更新計画に基づいて購入・廃棄を行う。
- 新病院移転後も、褥瘡予防マットレスが適切に使用できる体制を整える。

# 令和元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 29 年度		74.2%	96.3%
平成 30 年度		74.8%	101.5%
令和元年度 目標値		75.0%	102.0%
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】

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・紹介患者数増加を目指す。

また、新病院開院を控え、今まで以上に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目指す。

## 【参考（紹介・逆紹介率 算定式）】

① 紹介率

紹介患者数（初診患者に限る）

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

逆紹介患者数

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、地域医療機関等との顔の見える関係を構築し、地域医療機関との連携を充実・強化する。

- ① 返書作成の徹底（1か月以内初回報告書発行率 100%及び適切なタイミングでの作成）
- ② 新病院整備を見据えた地域医療機関訪問や診療科PR及び診療科連携会議の拡充
- ③ 地域連携パスの活用等による逆紹介の推進
- ④ 広報誌、リーフレット等を活用した医療機関、患者への発信、院内周知
- ⑤ 院内医師への逆紹介推進勧奨 及び逆紹介の推進に向けた案内ツールの作成

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30年度 （4月～1月）	74.6%	12,711人	101.1%	17,219人	17,023人
平成31年度 令和元年度 （4月～1月）	73.2%	12,659人	107.2%	18,543人	17,287人
前年比	▲1.4ポイント	▲52人	6.1ポイント	1,324人	264人

※平日および休日夜間救急患者数を除く

- 逆紹介患者・逆紹介率ともに増加しているが、紹介患者数（初診）・紹介率については、今年度の目標値に届いていない。（令和2年1月現在）

A

改善

- 個々の診療科の特性また新病院での機能を活かした地域医療機関との連携推進を図り、紹介患者増および紹介率増を目指す。また初診患者へ紹介状持参のうえでの受診をするよう啓発していく。
- 新病院開院を控え、さらに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促進するとともに、かかりつけ医を案内するなど、患者への逆紹介の意識付けも行っていく。

# 令和元年度業務改善活動事例（救急車の応需率）

P

計画

- 平成 30 年度の救急車の応需率は 93.0%
- 応需できない理由は「CPA 対応中・病棟患者処置中等」によるものが約4割で最も多い。応需不能事例について、救命救急センター運営委員会において事例を報告し、情報を共有する。
- 高い応需率を維持しつつ、救急車受入要請件数を減らすことのないよう、適切な目標値を設定する。

	救急車受入要請件数	救急車の応需率	救急車来院患者数
平成29年度	5,826	91.8%	5,350
平成30年度	5,754	93.0%	5,354
令和元年度目標値		92.5%	

D

実行

- 救急診療科の体制強化により、医師の勤務環境を改善するとともに、救急搬送患者の受け入れに努める。
- 脳血管内治療科の体制強化により、脳卒中ホットラインで脳卒中疑いの患者を積極的に受け入れる。
- 病棟全体の効率的な運用を図ることで、高い応需率を維持する。

C

評価

令和元年度4月～1月の救急車の応需率 95.3%  
(前年同期比 2.1 ポイント増)

	救急車受入要請件数	救急車の応需率	救急車来院患者数
平成29年度	5,826	91.8%	5,350
平成30年度	5,754	93.0%	5,354
令和元年度4月～1月	5,166	95.3%	4,922

- 積極的な救急車受入により、応需率は非常に高いレベルで推移している。
- 救急車受入要請件数は前年度よりも増加。(平成 30 年度4月～1月 4,863 件)
- 応需できない理由は「CPA 対応中・病棟患者処置中等」によるものが約3割5分。

A

改善

- 応需不能事例について、救命救急センター運営委員会において事例を報告し、情報を共有する。
- 応需不能を減らしていくため、必要時にはオンコール医師を呼び出すなど、救命救急センターと関係診療科との連携を深める。