

令和4年度業務改善活動事例（転倒・転落発生率）



計画

	入院患者の転倒・転落発生率
令和2年度実績	2.36 ‰
令和3年度実績	2.48 ‰
令和4年度目標値	2.48 ‰未満

【単位 ‰（パーミル）：1/1000】

【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い、かつ、入院患者の転倒・転落発生率（特に損傷発生率）を増加させない。



実行

刻々と変化する患者の個々の病状や行動をアセスメントし、歩行の不可や立位の不可等によってベッド柵の変更や離床センサーの種類の変更を行うなど「転倒転落事故防止・物的対策ガイドライン」に沿った適切な転倒・転落防止器具の選択を行う。患者の病状や対応内容を患者・ご家族にご理解いただき、ご協力を得ながら、患者の人権に配慮した必要最小限の身体抑制となるようなケアを実施する。



評価

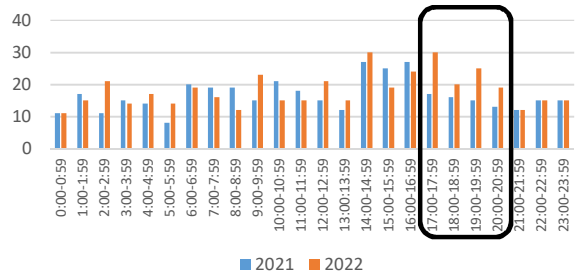
	入院患者の転倒・転落発生率
令和2年度(4月～1月)	2.28 ‰
令和3年度(4月～1月)	2.40 ‰
令和4年度(4月～1月)	2.59 ‰

● 2021年度と2022年度の4月～1月までの転倒・転落発生時間帯を比較した。昨年度、前年同時期比較で増加した15時～16時台の発生件数はやや減少したが、17時～20時台が増加した。その他の時間帯については、2時台にやや増加はみられたが、大きな変化は見られなかった。

● 転倒・転落の発生率は昨年度より微増しているが、損傷レベル2以上の発生率は昨年度は0.58%に対し、今年度の同期間は0.48%と増加することはなかった。損傷レベル4以上については、昨年度1月までは0.05%に対し、今年度も0.05%と変化はみられなかった。転倒・転落していたとしても、損傷レベルは抑えられていた。

● 今年度、看護部の委員会で、転倒転落事故防止・物的対策ガイドラインを見直した。見直す中で、転倒させないのみを考えると、身体抑制にもつながることから、転んでも怪我をさせない視点についても考えてもらう機会となった。又、見守りカメラの使用についても部署と情報共有し、昨年度より不作為と思われるインシデントは減少した。

時間毎の転倒・転落発生件数



改善

- 転倒・転落に関する安全対策の評価
今年度改訂に取り組んだ、転倒転落事故防止・物的対策ガイドラインの評価。
- 転倒・転落防止器具の導入
転んでも怪我をさせないためのマットや、L字柵の導入

令和4年度業務改善活動事例（褥瘡発生率）



計画

入院後褥瘡発生率

	深達度（d2以上）	d2以上褥瘡発生率
令和2年度実績	107件	0.06%
令和3年度実績	121件	0.06%
令和4年度目標値		0.06%

【計画のポイント】

【実績分析】令和3年度は、コロナ禍で各病棟に通常よりも複数科の患者が入院する状況となったが、褥瘡リスクアセスメントを適切に行う事で褥瘡発生率は前年度と同率を維持できた。各病棟で保有する褥瘡予防マットレスの使用率向上への取り組みなどの結果と考える。

【計画】

- 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操作研修を全ての看護師に実施する。
- エアーマットレスの運用方法を検討し、必要な患者に継続して使用できる体制にする。
- 保有する褥瘡予防マットレスの更新計画を実施評価し、適切に使用できる体制を整える。



実行

- 褥瘡専任看護師2名体制で、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計2回開催する。
- 褥瘡と栄養に関するe-learning研修を実施する。
- 各病棟での褥瘡発生リスクのある患者の栄養状態の把握について、褥瘡ケアチームリンクナース会でグループワークを行い検討する。
- 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、褥瘡保有者への重点的なケアを実施する。
- 2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。



評価

入院後褥瘡発生率

	深達度（d2以上）	d2以上褥瘡発生率
令和4年度(4月～1月)	93件	0.06%

- 令和4年度の褥瘡リスクアセスメント作成率は98%で高い水準を維持した。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82%で昨年度より2%より上昇した。
- 今年度はNSTと合併した新たな取り組みとして褥瘡と栄養に関するグループワークを2回実施し褥瘡を栄養面、ADL、全身状態の改善など多角的みれる視点を養う機会となった。
- 勉強会、e-learning、研修を実施した。受講者数については、勉強会138名（当日ZOOM参加者含）、e-learning567名と全体数は前年度より増加しているため今後も周知活動を行う。
- 褥瘡ケアチームによる回診を実施し、リスクの高い患者へ重点的なケアを実施した。
- 2月にマットレスの使用状況調査を行い、マットレスが適切に使われているか確認した



改善

- 令和4年度の褥瘡リスクアセスメント作成率は高い水準を維持できているため継続する。診療計画書の作成率を向上させるため、チーム会での共有や課題の検討を行う。
- 褥瘡発生に重要なポジショニング技術が十分ではないため、来年度は栄養摂取時のポジショニングに注目して研修を計画する。
- 勉強会、e-learning、研修については現状の活動を継続する。
- 褥瘡ケアチームによる回診は次年度も同様の活動を行う。
- 2月にマットレスの使用状況調査を行い、入院患者のリスク状況に合わせてマットレスの更新を実施する。

令和4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
令和2年度実績	89.5%	78.8%
令和3年度実績	86.5%	79.2%
令和4年度目標値	90.8%	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。



実行

- 今年度も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します。
- 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を行います。
- 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。



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	89.7%	+3.2 p
外来	76.7%	-2.5 p

- 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3.2ポイント増、外来は2.5ポイント減となっている。他の設問についても概ね70～80%と、高い水準を維持できている。
- 新病院開設から2年が経過したが、施設面、環境面は引き続き高い評価を得ている。一方、接遇面、診療面においては、高い水準を維持しているものの、患者様個人の事情への配慮など、全職員が、よりいっそう高いレベルでの接遇を意識していく必要がある。
- 診療の待ち時間については、受付フローの見直しにより、若干改善されているが、会計や駐車場等、全体の待ち時間については、1.7ポイント減となっている。



改善

- 接遇面、診療面については、プライバシーへの配慮や個々の事情に応じたきめ細やかな対応が求められている。満足度調査の結果を全職員が共有できるかたちで公表し、職員一人ひとりの意識向上を図る。
- 施設面については、継続して高い評価をいただけるよう、こまめにメンテナンスを行うとともに、満足度調査や「みなさまの声」でいただいたご意見について真摯に対応していく。
- 診療、会計に係る待ち時間改善のために、窓口体制の見直しを図る。また、待ち時間通知アプリや、後払いクレジットサービスの活用の周知を行い、利用率向上を図り、患者さんの満足度向上につなげる。

令和4年度業務改善活動事例（紹介率・逆紹介率）



計画

		紹介率	逆紹介率
令和2年度実績		73.1%	94%
令和3年度実績		71.5%	94.3%
令和4年度目標値		77%	110%
地域医療 支援病院 (指標)	①	80%以上	かつ40%以上 かつ70%以上
	②	65%以上	
	③	50%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、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）】

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

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



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。
- 電子カルテ端末を活用した掲示板での医師への周知により、逆紹介の推進と返書作成の徹底を図る
 - 地域医療機関訪問（目標400件）と医師同行訪問の拡充（目標35件）
 - 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
 - 登録医専用ホームページを活用した高度急性期医療機能に係る情報発信の推進
 - 各診療科と協議し逆紹介先リスト等逆紹介推進ツールを作成し活用を促す。



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3年度実績(4月～1月)	71.4%	13,434人	91.3%	17,180人	18,815人
令和4年度実績(4月～1月)	70.9%	13,826人	93.3%	18,179人	19,494人
前年比	▲0.5ポイント	392人	2ポイント	999人	679人

●初診患者は対前年度比679人、3.6%増加したものの、紹介患者の増が392人とどまったことから紹介率は0.5ポイント減であった。また、逆紹介患者数が999人増加したことから、逆紹介率は2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ない（令和5年1月末時点）



改善

- 医療機能や強み、連携実績をリスト化し、逆紹介時に医師が参照できる連携医療機関リストを外来ブースに配置する。（消化器内科、産婦人科）
- 病状が安定している外来患者が、安心して紹介元医療機関へ戻ってもらえるよう、横浜市民病院ネットへのかかりつけ医の参加を促す。
- 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。
- 院内電子掲示板を活用した逆紹介の推進を医師に周知する。
- 病診連携連絡会の開催を拡充し、医療機能のPRを推進する。
- 診療所訪問を年間400件を目標に実施し、顔の見える関係を構築する。

令和4年度業務改善活動事例 (救急車・ホットラインの応需率)



計画

	救急車受入 要請件数	救急車の 応需率	救急車来 院患者数
令和2年度実績	5,208	90.4%	4,710
令和3年度実績	7,104	80.7%	5,735
令和4年度目標値		93.0%	

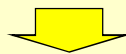
【計画のポイント】

- 令和3年度の救急車の応需率は80.7%
- 応需できない理由は「病棟ベッド満床」によるものが51.2%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。



実行

- 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。
- 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。
- 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、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。

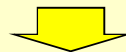


評価

	救急車受入 要請件数	救急車の 応需率	救急車来 院患者数
令和2年度(4月～1月)	4,354	90.2%	3,929
令和3年度(4月～1月)	5,717	83.1%	4,752
令和4年度(4月～1月)	7,330	80.2%	5,875

令和4年度4月～1月の救急車の応需率 80.2%
(前年同期比 2.9ポイント減)

- 新型コロナウイルス感染症第7、8波の影響もあり、救急車来院患者数は、前年同月(4月～1月)比で23.6%増加しているが、応需率は、前年同月(4月～1月)比で2.9%減少。目標を下回っている。
- 応需不能の理由は、「適用ベッド満床」によるものが62.3%、「専門医のいる病院・かかりつけへ」によるものが13.5%となっている。



改善

- 病床マネジメント部門と連携し、病床運用を効率的に行い、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。