

令和2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30年度	1.98 ‰
令和元年度	2.31 ‰
令和2年度目標値	2.31 ‰以下

【単位 ‰（パーミル）：1/1000】

計画

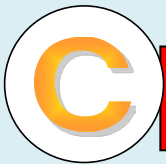
【計画のポイント】

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に対する判断を適切に行い、「転倒転落事故防止・物的ガイドライン」に沿ってベッド柵やベッド配置を工夫したり、離床センサー等を使用したりする。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、患者の人権に配慮したケアを実施する。



評価

	入院患者の転倒・転落発生率
平成30年度（4～1月）	2.03 ‰
令和元年度（4～1月）	2.23 ‰
令和2年度（4～1月）	2.28 ‰

今年度は、入院患者の転倒・転落発生率が0.05‰増加したが、目標値より0.03‰低値で2.28‰だった。令和元年度日本病院会QI推進事業平均値は、2.70‰であり、これよりは低値である

看護部では「身体抑制ゼロに向けた取り組みの実施」を目標に掲げ、目標に向けて努力をしている。看護部で出している身体抑制使用の定点調査（7月～11月）のデータを確認した。月によりばらつきがあり、調査日の入院患者に対する身体抑制用品（体幹抑制、手抑制、足抑制、肩抑制、ミトン、車椅子Y字ベルト）使用割合は、最低7.37%、最高14.12%、平均10.61%という使用状況だった。R元年度は、最低25.42%、最高56.31%、平均34.76%であり、24.15%減少した。

認知症・せん妄サポートチームでは、不眠時の処方薬を転倒やふらつきなどの副作用が少なく、せん妄誘発のリスクが少ないかむしろ予防効果がある薬を不眠時の推奨薬剤に変更（令和2年3月）し、転倒・転落を最小限にする工夫をした。

入院患者の状況をR元年度のデータと比較すると、65歳以上の延べ入院患者の高齢者の割合は1.4%増加（R元年度4月～12月は延患者数の61.5%、R2年度4月～12月は延患者数の62.9%）している。認知症ケア加算を算定している延べ患者は4.1%増加（R元年4月～12月は延患者数の21.4%、R2年4月～12月は延患者数の25.5%）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年々増加している。認知症高齢者は、認知症ではない高齢者より8倍転倒しやすい（Allan LMら、PLoS one2009）ため、転倒・転落発生率が前年度実績を上回った要因と考える。

転倒・転落した事例を確認すると、46.58%が排尿を契機とした転倒だった。このため、例えば排泄の早めの誘導など、患者にあった個別のきめ細かいケアが必要となる。今後、現在使用している離床センサーに加えて、見守りカメラを試行予定である。



改善

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や行動を把握し、患者の行動に合わせたケアを提供する。

令和2年度業務改善活動事例（褥瘡発生率）



計画

【実績分析】

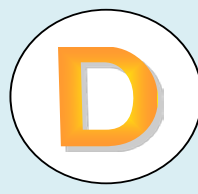
令和元年度は、褥瘡専任看護師の各病棟2名体制を維持し褥瘡リスク患者の把握につとめたことで、診療計画の作成率が向上した。しかしながら、褥瘡発生件数が増加している。

【計画】

- 褥瘡対策に関する研修を全ての看護師に実施する。
- 新病院移転に伴うマットレスの運用や更新計画の見直しを行い、適切なマットレスの使用ができる体制を整える。

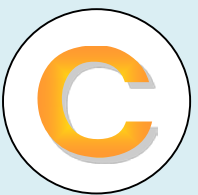
入院後褥瘡発生率

	深達度 d2以上	d2以上 褥瘡発生率
平成30年度	110件	0.06%
令和元年度	127件	0.06%
令和2年度 (目標値)		0.05%



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4、5月R3年2月の3回開催する。
- 新病院移転後の5月にマットレスの配置状況を確認し、褥瘡発生リスクのある患者に適切な予防マットレスを使用できる体制を整える。
- 全職員向けのe-learning研修を2回実施する。
- 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。

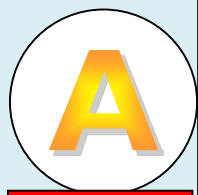


評価

- 令和2年度の褥瘡リスクアセスメント作成率は96%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75%で昨年度の84%より下降した。新病院移転月の5月に58%と低かったことが要因となった。
- 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2,303件であったが今年度は1,847件と減少した。
- 新病院移転後の5月に全病棟のマットレスの配置状況を確認し、褥瘡予防マットレスの必要数を確認して再配分した。
- 勉強会はトピック研修を含め計6回実施し受講者数は、280名となった。3月に看護職全体へのe-learning研修を実施予定で昨年の総数641名を上回る見込みとなっている。
- 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レス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2年度 (4月~1月)	88件	0.06%



改善

- 褥瘡発生率は前年度と同率となっているため、引き続き褥瘡予防対策の講習会などを実施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。
- 新病院移転後の人員移動やシステム更新などの変化により、褥瘡リスクアセスメントや計画作成率の減少がみられているため、褥瘡専任看護師と協力し運用やシステム操作の周知徹底を行う。
- 全病棟看護師が褥瘡対策の知識を持ち実践できるように、集合研修やe-learning、研修を活用し参加しやすい研修を計画実施する。
- 褥瘡予防マットレスの更新計画に基づいて購入・廃棄を行う。
- 褥瘡予防マットレスの運用方法を見直し、より効率的に使用できる体制を整える。

令和2年度業務改善活動事例（患者満足度）

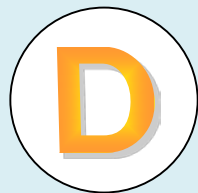
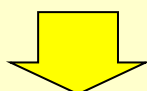


計画

	入院患者	外来患者
平成30年度	77.3%	67.1%
令和元年度	78.4%	71.1%
令和2年度目標値	90.8%	82.0%

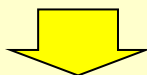
【計画のポイント】

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

- 待ち時間や待たされ感の改善のため、スマホアプリによる診察順番の通知サービス、診療費支払機、クレジットカードによる後払いサービスなどを導入する。
- 新病院に不慣れな患者さんへの利便性向上のため、「かんたん外来案内図」を作成する。
- 患者さんに親切丁寧な電話対応を行うため、対応のマニュアルを院内のイントラネットに掲載し、各職場での共有を図る。

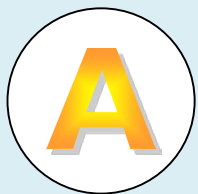
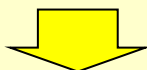


評価

・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	89.5%	+11.1p
外来	78.8%	+7.7p

- 総合評価「この病院を親しい方に勧めようと思いますか」について、入院・外来とも大幅に向上した。
- 新病院による施設・設備面への評価が結果に大きく影響しているが、新たなサービスの導入や不慣れな患者さんへの利便性向上への取組も患者満足度の向上につながったと考える。



改善

- 接遇について、感謝の声がある一方、苦情の声も一定程度ある。新型コロナ対策など負担が増えている面はあるが、一人ひとりの意識向上を働きかけていく。
- また、医師事務作業補助者、看護補助者（ペイシェントサポートクルー、ホスピタルサービスクルー）の活用などタスクシフトをより一層進めることで、医師・看護師等が、診療の場面でより丁寧な説明や対応ができる環境を整えていく。

令和2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
平成30年度	74.8%	101.5%
令和元年度	73.6%	111.7%
令和2年度目標値	76%以上	110%以上
地域医療支援病院（指標）	① 80%以上	かつ 40%以上
	② 65%以上	
	③ 50%以上	かつ 70%以上

【計画のポイント】

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

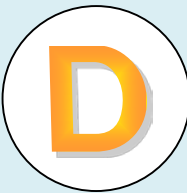
紹介患者数（初診患者に限る）

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

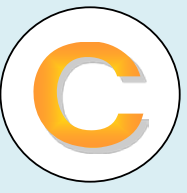
初診患者数（救急車により搬送された患者、休日または夜間に受診した患者等を除く）



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
- ②地域連携パスの活用等による逆紹介の推進
- ③広報誌、リーフレット等を活用した地域医療機関、患者への情報発信

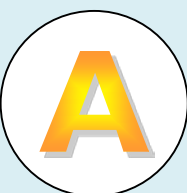


評価

	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※
令和元年度 (4月～1月)	73.2%	12,659人	107.2%	18,543人	17,287人
令和2年度 (4月～1月)	73.3%	11,026人	94.0%	14,184人	15,082人
前年比	0.1ポイント	▲1,633人	▲13.2ポイント	▲4,359人	▲2,205人

※平日および休日夜間救急患者数を除く

- 紹介率は前年度比で増加しているが、全体として患者数が大きく減少したため、今年度の目標値には届いていない。（令和3年1月現在）



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。
- 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、ICTツールを活用した地域連携を実施していく。

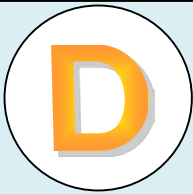
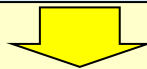
令和2年度業務改善活動事例（救急車の応需率）



計画

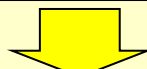
- 令和元年度の救急車の応需率は 94.9%
- 応需できない理由は「CPA 対応中・病棟患者処置中等」によるものが 35% で最も多い。
- 病院移転後も積極的な救急車受入に努める。
- 救急車受入要請に適切に対応し、高い応需率を維持する。

	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 30 年度	5,754	93.0%	5,354
令和元年度	6,034	94.9%	5,728
令和 2 年度 目標値		93.0%	



実行

- 救急搬送患者の受け入れに努めるため、人員体制強化等により、医師の勤務環境を改善する。
- 脳卒中疑いの患者を積極的に受け入れる。
- 救急隊との連携強化に向けて、症例検討会や勉強会の開催を積極的に進める。

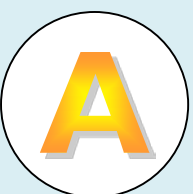


評価

令和2年度4月～1月の
救急車の応需率 90.2%
(前年同期比 5.1 ポイント減)

	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 30 年度	5,754	93.0%	5,354
令和元年度	6,034	94.9%	5,728
令和 2 年度 4 月～1 月	4,354	90.2%	3,929

- 応需率は昨年同月に比べ下がっており、目標を下回ってる。
- 応需不能の理由は「病棟ベッド満床」によるものが 40.3%となっている。
- 新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、横浜市全体の救急車出場件数も昨年度比 89%と減少している。



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。
- 応需率を上げていくため、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。
- 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。