

# 令和3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
令和元年度実績	2.31 %
令和2年度実績	2.37 %
令和3年度目標値	2.37 %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、「転倒転落事故防止・物的ガイドライン」に沿った適切な対応を行う。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

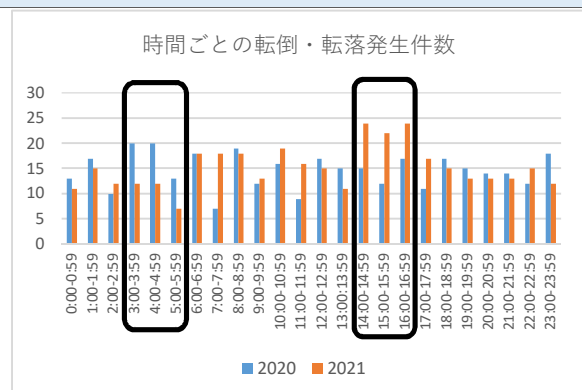
	入院患者の転倒・転落発生率
令和元年度実績(4月～1月)	2.23 %
令和2年度実績(4月～1月)	2.28 %
令和3年度実績(4月～1月)	2.40 %

● 2020年度と2021年度の5月～1月までの転倒・転落発生時間帯を比較した。昨年度より3時～5時台の件数が半減し、14時～16時台の発生件数が増加している。

減少の理由は、昨年度変更を行った、睡眠薬の変更による影響なのか、又、増加については患者の活動時間が上がる時間帯であることから、何らかの要因があるのか更なる検証が必要である。

● 転倒・転落の発生件数は昨年度より微増しているが、損傷レベル4以上の発生率は昨年度1月までは0.06%に対し、今年度の同期間は0.05%と増加していない。

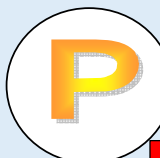
転倒・転落件数が微増しているにも関わらず、損傷レベルとしては増加していないことから、転んでも怪我をさせない努力(低床ベッドの使用、早期に対応するためのセンサー類の使用など)が行われていると考えられる。しかし、転倒・転落した報告書内では、事前の評価で転倒・転落予防が不十分であったかもしれないといった評価がされており、転倒・転落のアセスメントについての検証も必要である。



## 改善

- 転倒・転落に関する安全対策の見直し  
新病院に移転し、環境の変化もあることから、現状とマニュアルのずれが生じていないか確認し、必要な改訂を行う。
- 転倒転落事故防止・物的対策ガイドラインの見直し  
作成した時よりも、予防対策に使用する機器が増えている。それらの機器が選択できるガイドラインの改訂を行う。
- 導入されたカメラ等の機器がしっかりと使用できているか確認を行い、必要な点があれば研修等企画する。

# 令和3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
令和元年度実績	127件	0.06%
令和2年度実績	107件	0.06%
令和3年度目標値		0.06%

【実績分析】 令和2年度は、新病院への移転に伴う環境変化があったが、褥瘡発生率は前年度と同率を維持できた。一方で褥瘡システムの更新などの影響で診療計画の作成率が減少した。


【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。
- マットレスの運用について褥瘡管理者が病棟ラウンドを行い、褥瘡予防マットレスの選択や使用方法の助言をする。
- 保有する褥瘡予防マットレスの運用を見直し、効率良く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4～6月に計3回開催する。
- 褥瘡予防マットレスの運用に関するe-learning研修を実施する。
- 各病棟での褥瘡予防マットレスの運用などの課題について、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。
- 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3年度実績(4月～1月)	120件	0.06%


- 令和3年度の褥瘡リスクアセスメント作成率は96%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79%で昨年度の74%より上昇した。
- 褥瘡予防マットレスの運用について、稼働率を上げるためのグループワークを行い在庫状況の確認方法などを共有した。必要時褥瘡管理者がラウンドし助言を行った。
- 勉強会、e-learning、研修を実施した。受講者数については、勉強会210名（ZOOM参加85名）、e-learning526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。
- 10月にマットレスの使用状況調査を行い、患者のリスク状況に合わせたマットレス更新計画の再評価を行った。



**改善**

- 令和3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。
- 褥瘡予防マットレスの運用について、全体のマットレスの稼働状況を更に向上させるため、現在のエアーマットレスの貸与方法について運用を変更する。
- 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。
- 10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。

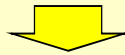
# 令和3年度業務改善活動事例（患者満足度）




計画

	入院患者	外来患者
令和元年度実績	78.4%	71.1%
令和2年度実績	89.5%	78.8%
令和3年度目標値	90.8%	82.0%

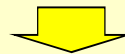
**【計画のポイント】**  
 新病院開院後に寄せられたご意見や満足度調査の結果からホスピタリティ面の課題を抽出し、改善につなげる。






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。
- 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、診療費支払機やクレジットカードによる後払いシステム等を活用します。
- 患者さんに分かりやすい案内をするため、誘導表示の床面投影システムを導入します。また、国際化に対応するため、案内表示を日英併記します。

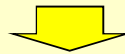





評価

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	86.5%	-3.0 p
外来	79.2%	+0.4 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えますか」の設問について、入院では、3ポイント減となっているが、他の設問については満足度はおおむね向上している。
- 機能評価受審にあわせ案内表示の修正を行ったこと等により、入院外来とも院内施設面及び病室環境面の全設間において、開院2年目となっても満足度は向上している。
- 会計後払いサービスや駐車場動線の修正を重ねたことにより会計待ち時間及び駐車場待ち時間の満足度は向上しているものの、診療の待ち時間は3.7ポイント減となっている。





改善

- 接遇では感謝の声がある一方で、苦情も一定程度いただいている。院内の経営責任者会議の満足度調査結果報告により意識づけを行い、掲示板での院内周知とあわせて職員一人ひとりの意識向上を図る。
- 待ち時間等改善のために行った対策の効果検証を行い、サービス向上につなげる。
- 満足度はある程度高いものの、わかりづらいという声もいただく院内表示について、必要か所に統一感のある案内サインを設置する。

# 令和3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
令和元年度実績		73.6%	111.7%
令和2年度実績		73.1%	94%
令和3年度目標値		77%	110%
地域医療	①	80%以上	
支援病院	②	65%以上	かつ40%以上
(指標)	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、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 
$$\frac{\text{紹介患者数（初診患者に限る）}}{\text{初診患者数（救急車により搬送された患者、休日または夜間に受診した患者等を除く）}}$$
- ② 逆紹介率 
$$\frac{\text{逆紹介患者数}}{\text{初診患者数（救急車により搬送された患者、休日または夜間に受診した患者等を除く）}}$$



## 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院内LANを活用した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
- ②地域医療機関訪問（目標300件）と医師同行訪問の拡充（目標30件）
- ③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
- ④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



## 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2年度実績(4月～1月)	73.3%	11,062人	94.0%	14,184人	15,082人
令和3年度実績(4月～1月)	71.4%	13,434人	91.3%	17,180人	18,815人
前年比	▲1.9ポイント	2,372人	▲2.7ポイント	2,996人	3,733人

※平日および休日夜間救急患者数を除く

●初診患者は対前年度比3,733人、24.7%増加したものの、紹介患者の増が21.4%、逆紹介患者の増が21.1%にとどまったことから、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4年1月末時点）。



## 改善

- 逆紹介先医療機関の医療機能や強み、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。
- 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LANを活用した逆紹介の推進を医師に周知する。

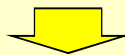
# 令和3年度業務改善活動事例（救急車の応需率）



## 計画

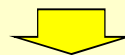
	救急車受入 要請件数	救急車の 応需率	救急車来 院患者数
令和元年度実績	6,034	94.9%	5,728
令和2年度実績	5,208	90.4%	4,710
令和3年度目標値		93.0%	

- 令和2年度の救急車の応需率は90.4%
- 応需できない理由は「病棟ベッド満床」によるものが40.6%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。
- 救急車受入要請に適切に対応し、救急車受入要請件数及び応需率の向上を目指す。



## 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。
- 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。
- 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。

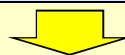


## 評価

	救急車受入 要請件数	救急車の 応需率	救急車来 院患者数
令和元年度実績	6,034	94.9%	5,728
令和2年度実績	5,208	90.4%	4,710
令和3年度実績(4月~1月)	5,717	83.1%	4,752

令和3年度4月~1月の救急車の応需率 83.1%  
(前年同期比 7.1ポイント減)

- 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51.2%となっている。
- 感染症の流行に伴い、搬送依頼件数が急増しており、前年同期（4月~1月）と比べて、受入人数は823人増加しているが、応需率は7.1%減少している。
- 連携強化のための取組として、12月に神奈川消防署と症例検討会を開催した。



## 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。
- 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。