

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。

Check(評価)以降の項目については、随時公表していきます。

令和4年度業務改善活動事例（褥瘡発生率）

P

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

【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。

D

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。

Check(評価)以降の項目については、随時公表していきます。

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。



Check(評価)以降の項目については、随時公表していきます。

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 | |
| | 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、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。



Check(評価)以降の項目については、随時公表していきます。

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。



Check(評価)以降の項目については、随時公表していきます。