



# 医療の質の指標（QI）

令和5年度

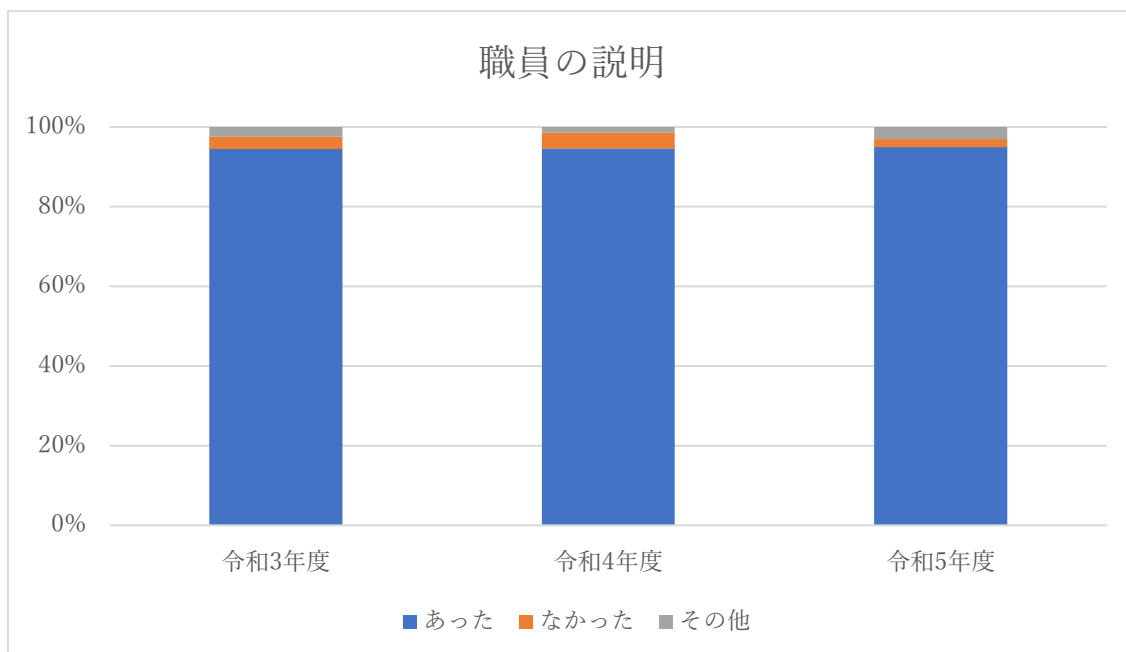
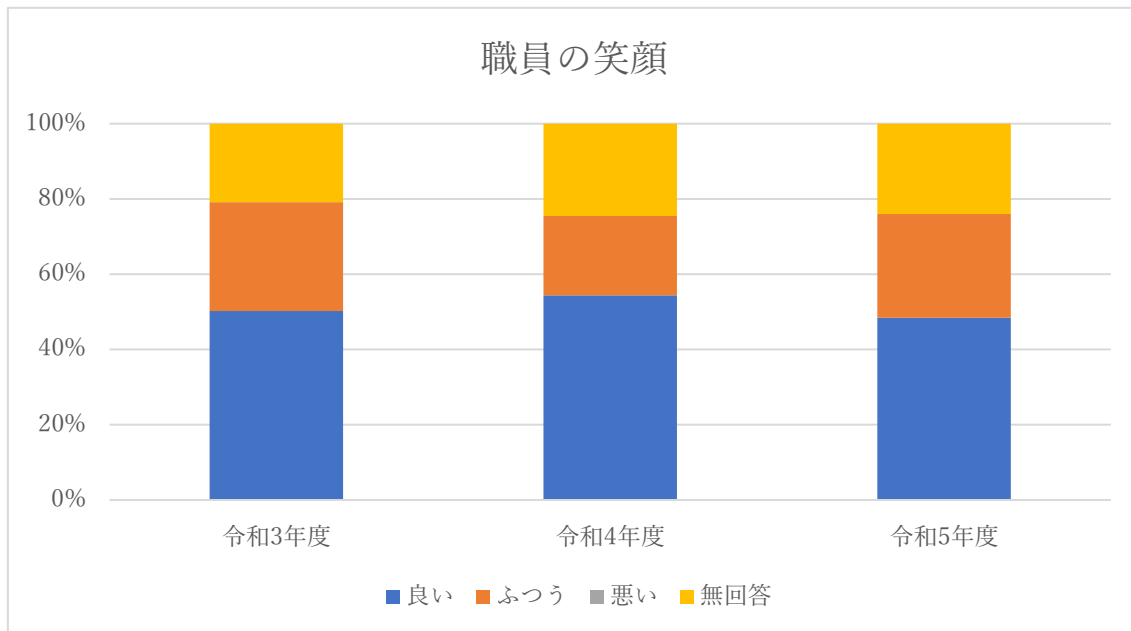
川内市医師会立市民病院

## 目次

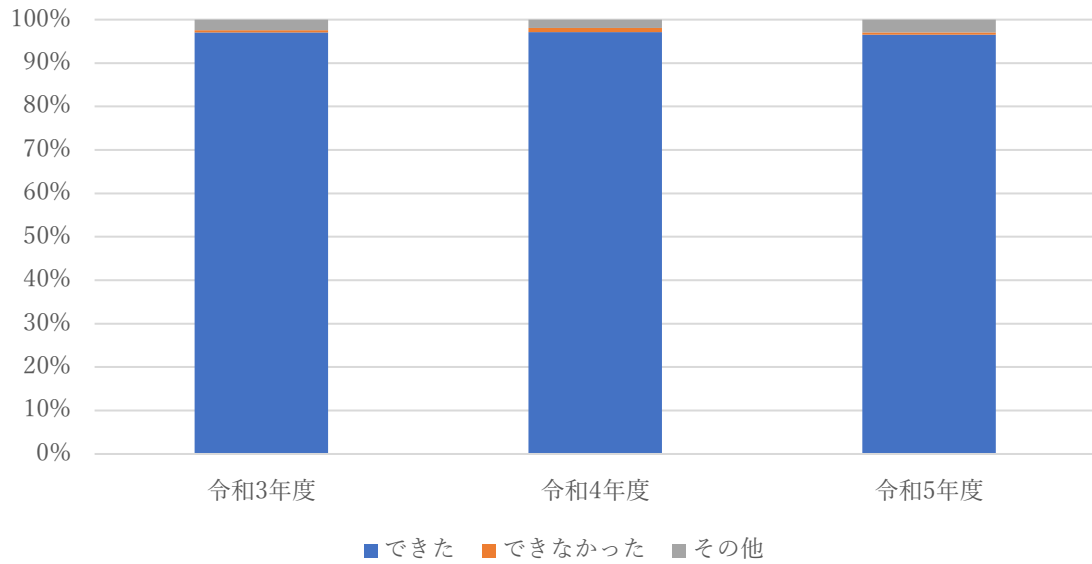
患者満足度（外来） .....	3
患者満足度（入院） .....	6
職員の喫煙率 .....	8
職員のインフルエンザワクチン接種率 .....	9
紹介率 .....	10
逆紹介率 .....	11
救急車応需率 .....	12
院内死亡率 .....	13
剖検率 .....	14
退院後2週間以内のサマリー作成率 .....	15
クリニカルパス適用率 .....	16
地域連携クリニカルパス運用数 .....	17
インシデント報告数 .....	18
インシデント2報告割合 .....	18
転倒転落発生率 .....	20

転倒転落受傷率（3 b 以上） .....	21
褥瘡保有率 .....	22
新規褥瘡発生率 .....	23
広域抗菌薬使用までの培養検査実施率 .....	25
血液培養実施時の2セット実施率 .....	26

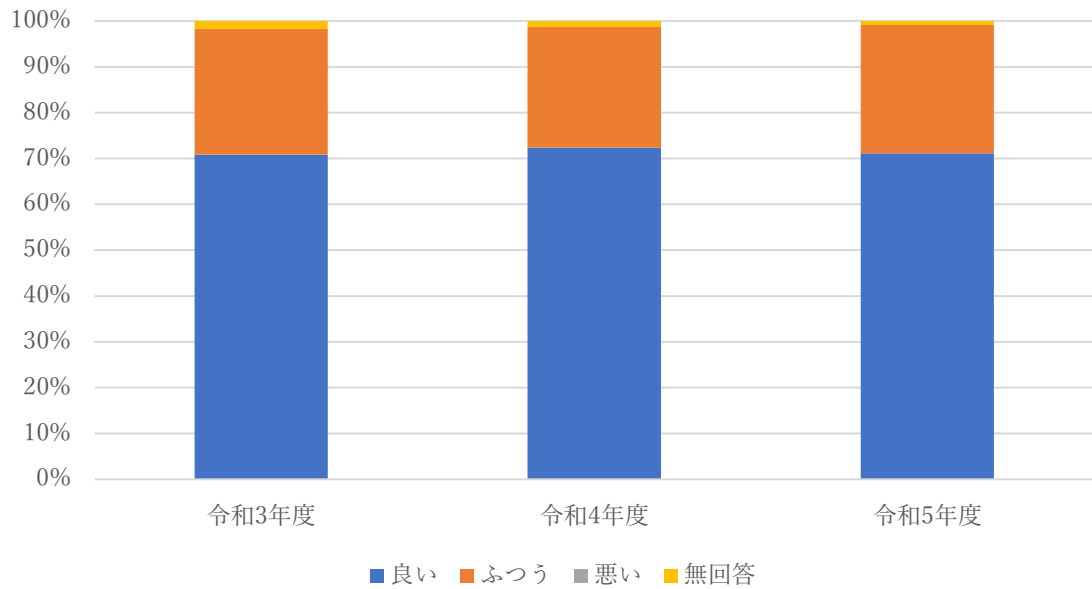
患者満足度（外来）

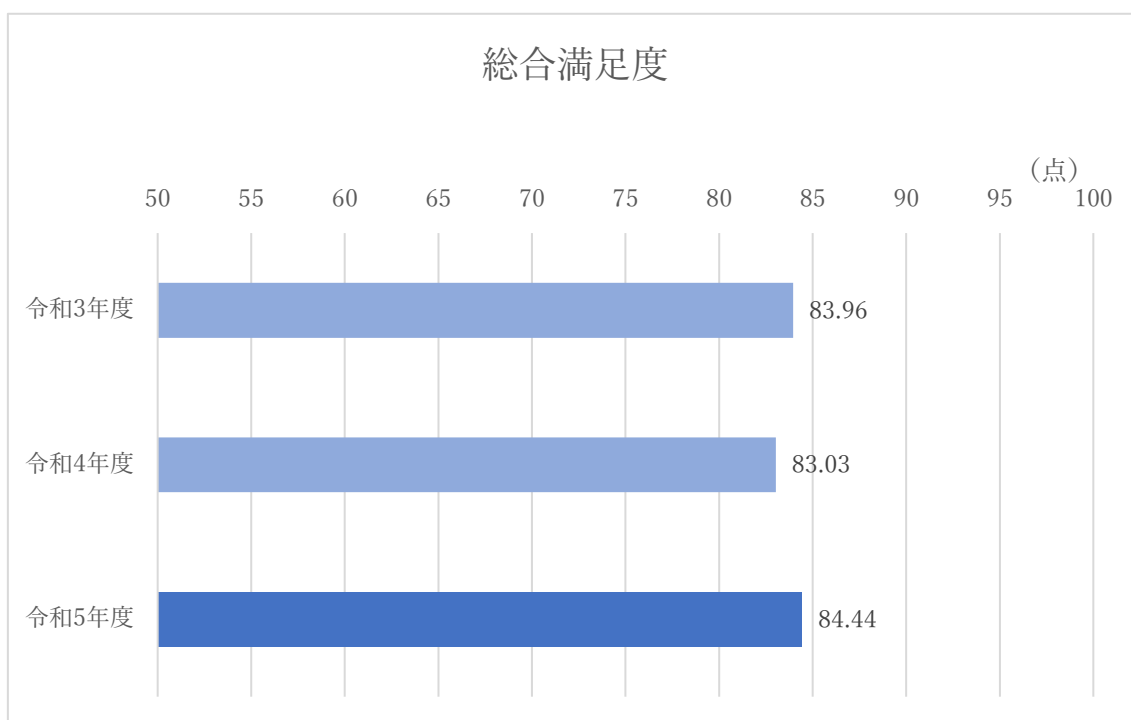


### 説明の理解



### 院内の環境



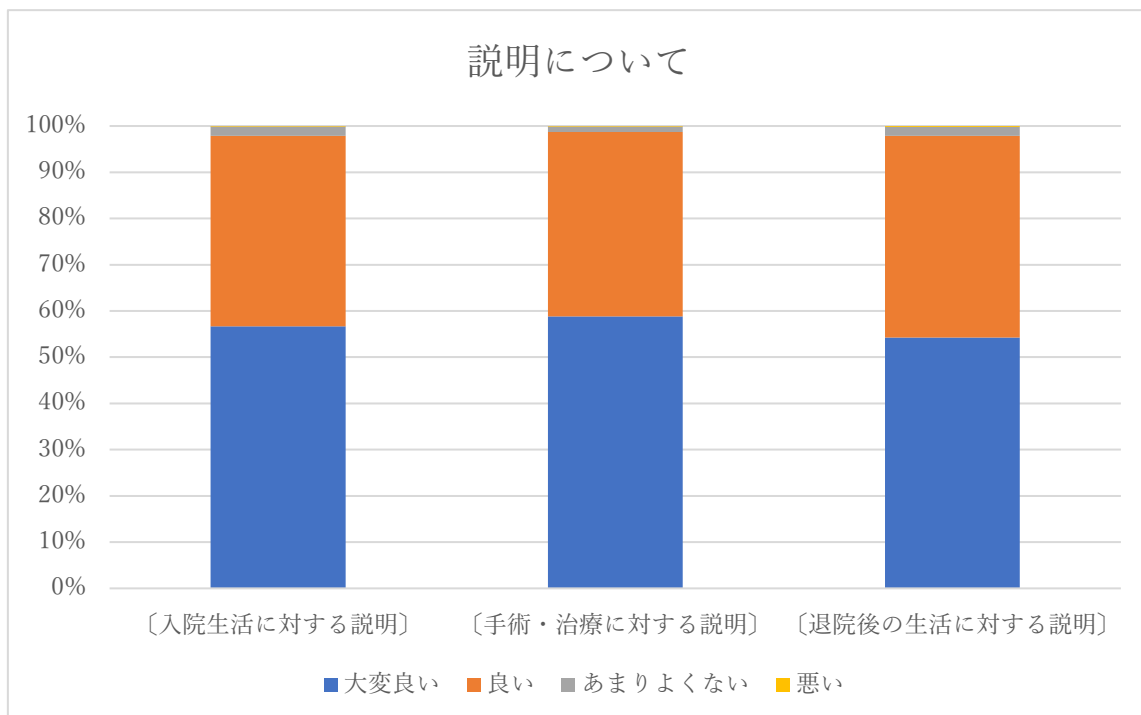
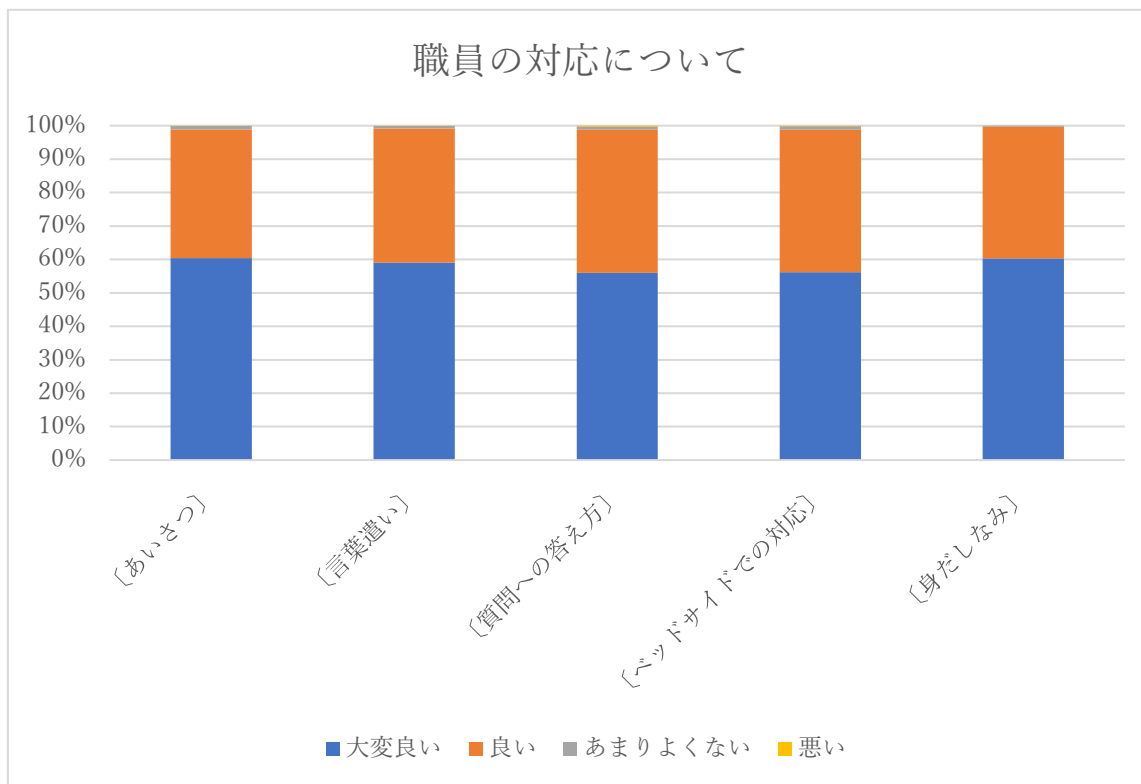


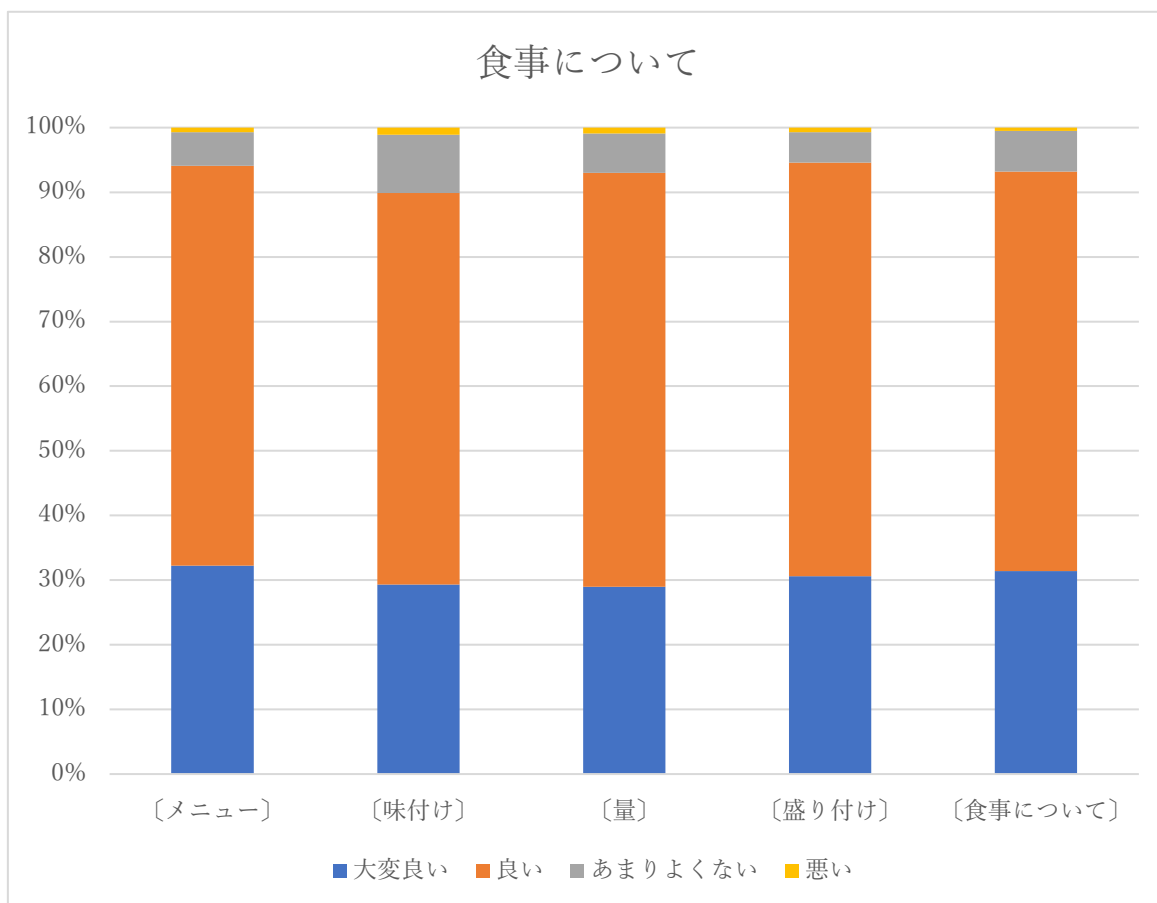
当院では、サービス向上委員会が中心となり、毎年1回「外来患者さんへの満足度アンケート」を行っております。

「職員の説明」「説明の理解」については、多くの患者さんより良い評価をいただきましたが、「職員の笑顔」「院内の環境」については、まだ改善の余地がある結果となっております。総合満足度としましては、令和5年度は平均84.44点と令和4年度と比較しても概ね良い評価をいただきました。いただいた貴重なご意見を参考に、今後も改善に努めてまいります。

(サービス向上委員会)

患者満足度（入院）





退院された患者さんへ入院に関するアンケートを通年で行っており、その結果となっております。

いずれの項目についても「大変良い」「良い」の回答を多くいただいております。

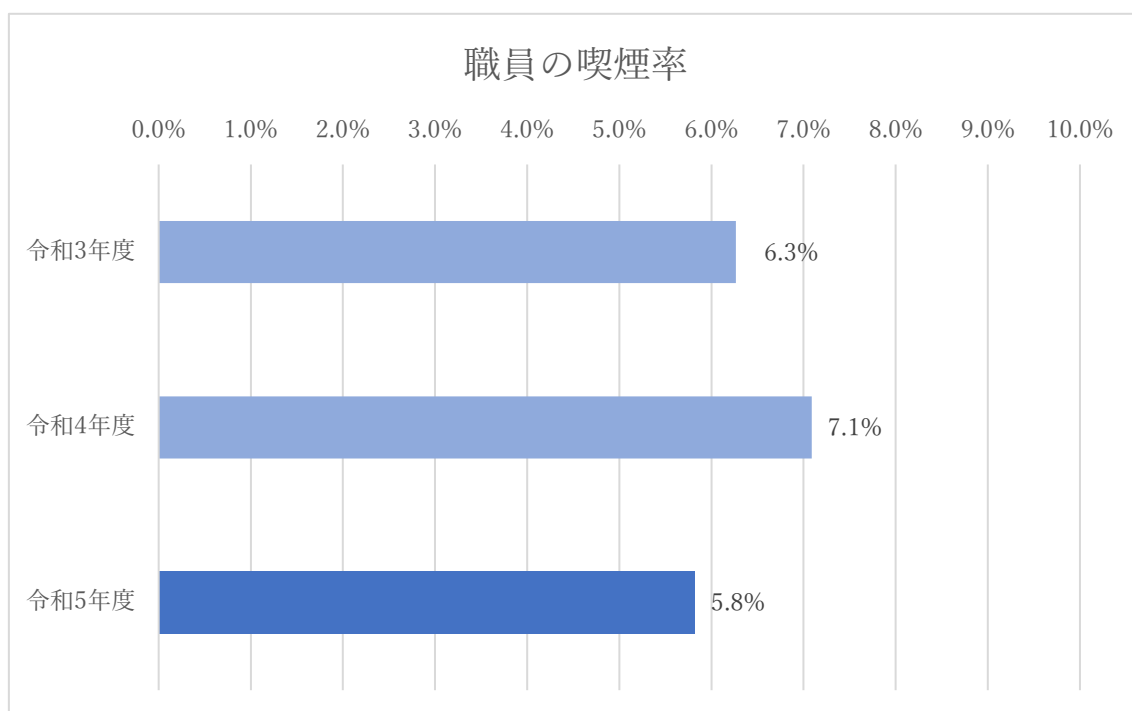
しかしながら、わずかではありますが「あまりよくない」「悪い」のご意見もあります。

良いところだけでなく、悪いところにも目を向け、入院患者さんが少しでも満足の高い入院となりますように努めてまいります。

(入院アンケート集計)



## 職員の喫煙率

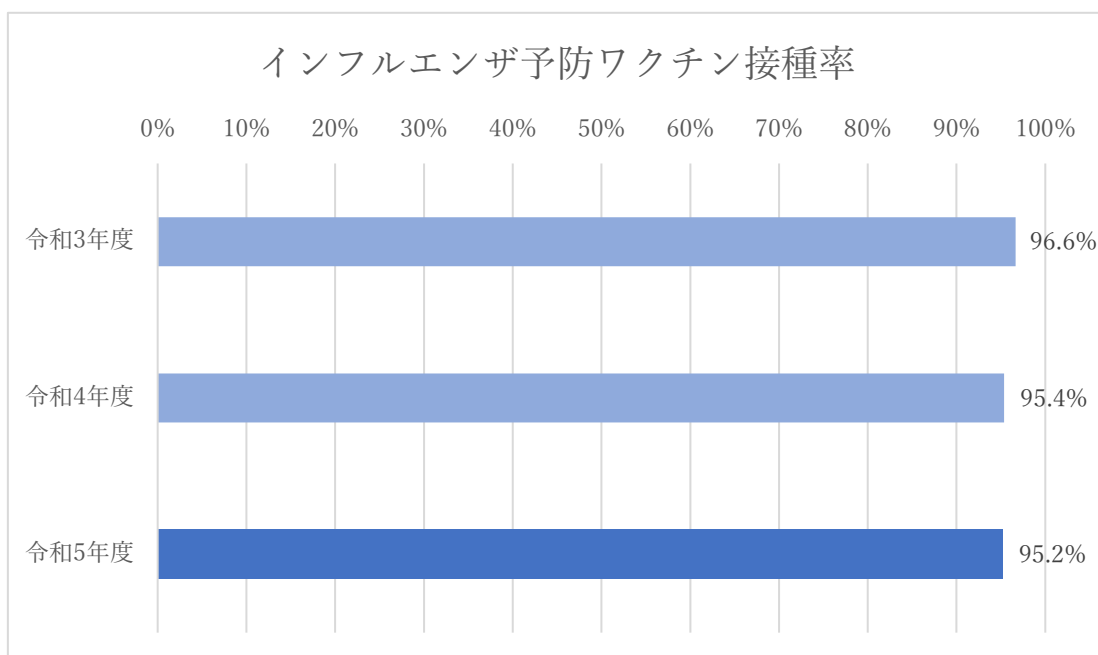


毎年、安全衛生委員会により職員の喫煙について調査を行っております。過去と比較しましても年々喫煙率は減少しています。

喫煙者の中に「禁煙を考えている」という職員もいるため、健康増進を推進するとともに掲示板等を活用し、今後も病院として検討していけたらと考えております。

(安全衛生委員会)

## 職員のインフルエンザワクチン接種率

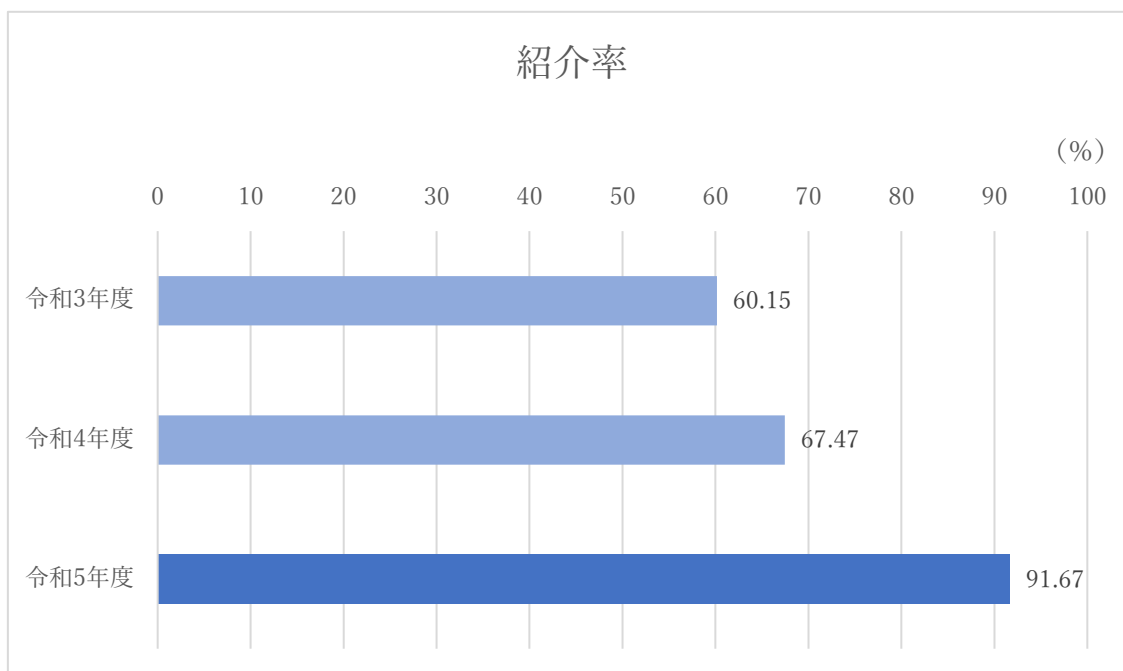


当院では、毎年季節性インフルエンザの予防接種を希望職員全員（委託職員含む）に福利厚生で実施しております。

希望する職員全員に実施しており、毎年 95%以上と高い接種率です

（総務コンシェル課）

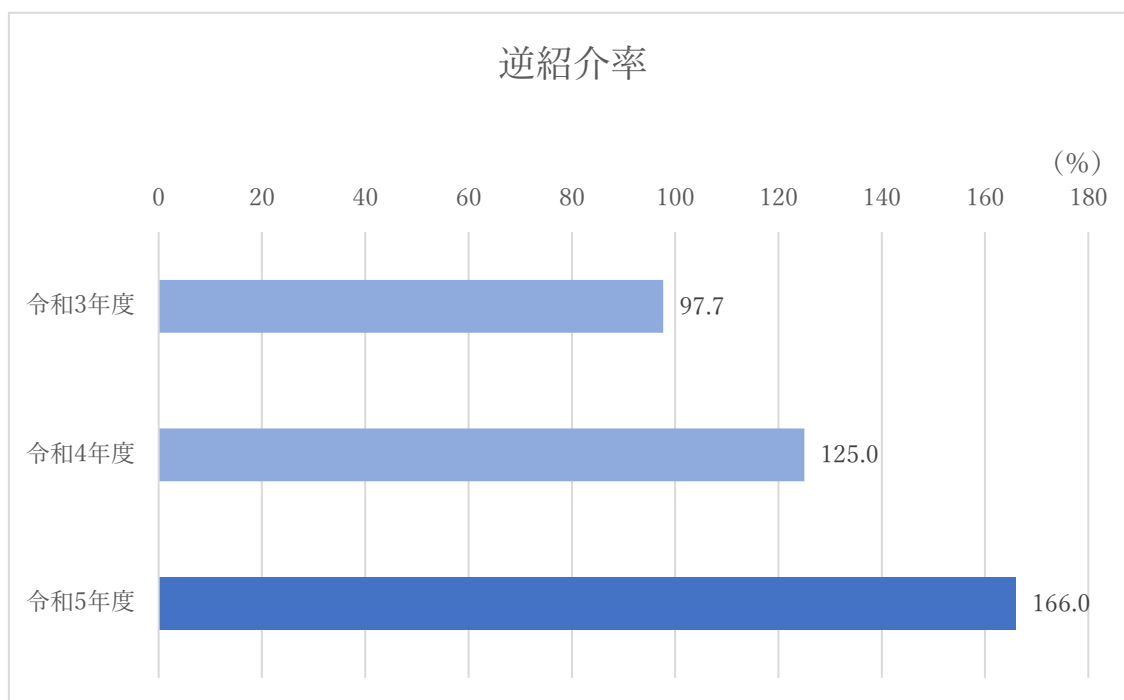
## 紹介率



〔計算式〕

紹介初診患者数/初診患者数 - (休日・夜間以外の初診救急車搬送患者数 + 休日・夜間の初診救急患者数) ※地域医療支援病院の定義に準拠

## 逆紹介率



### 〔逆紹介率〕

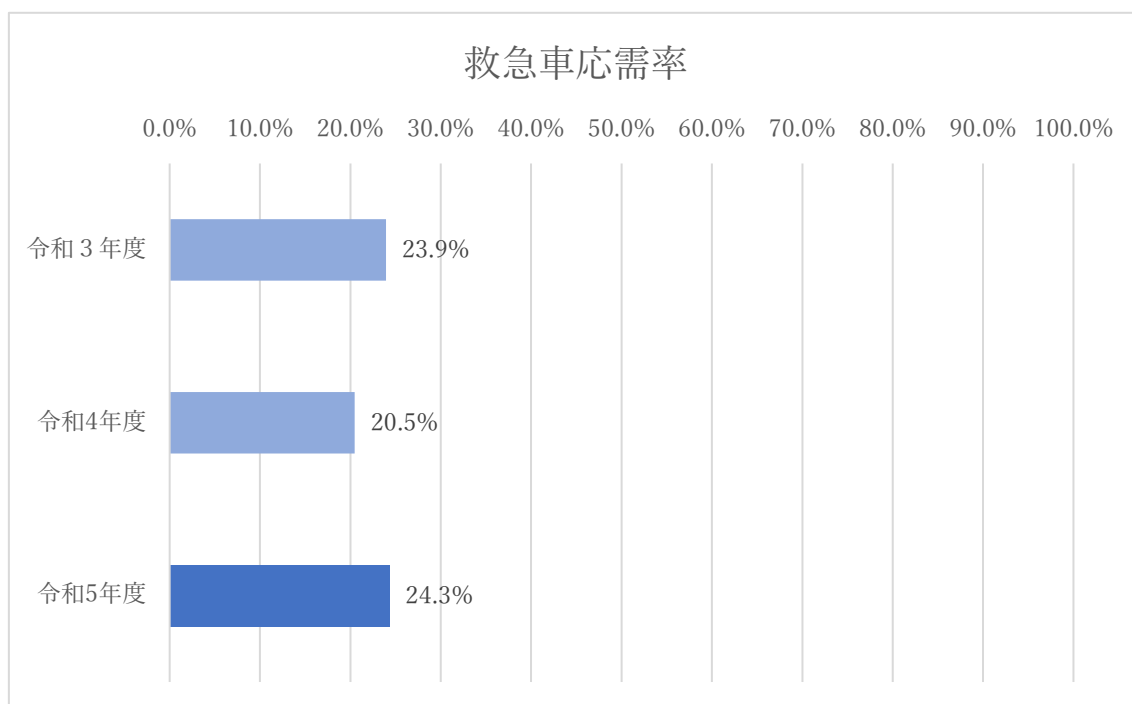
逆紹介患者数/初診患者数－（休日・夜間以外の初診救急車搬送患者数＋休日・夜間の初診救急患者数）※地域医療支援病院の定義に準拠

紹介率とは、当院を受診された方のうち、他の医療機関から紹介状を持参された方の割合です。逆紹介率とは、当院から他の医療機関へ紹介させていただいた割合です。

かかりつけ医や他の病院からの紹介をスムーズに受け入れ、安心・安全に急性期医療が受けられるように努めています。また、急性期治療が落ち着いたら、かかりつけ医などへ逆紹介を行っております。

(医事業務課)

## 救急車応需率

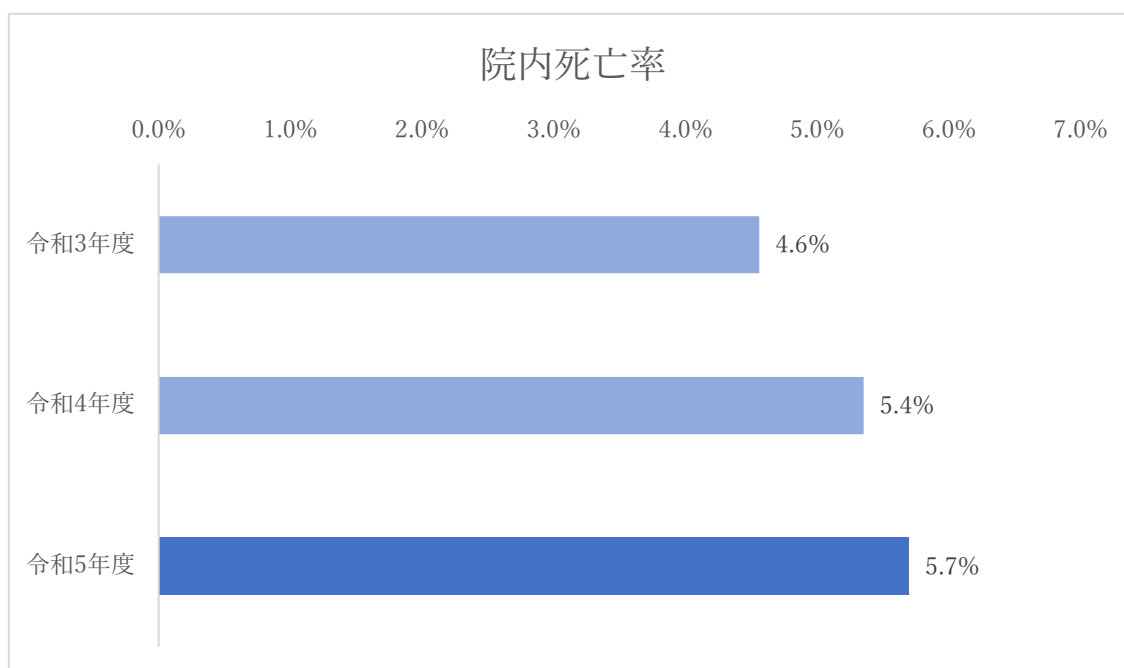


この項目は、3消防署（薩摩川内市・いちき串木野市・さつま町）の搬送患者数のうち、当院へ搬送された患者数の割合を示しています。

例年より救急受入れが多かったです

(総務コンシェル課)

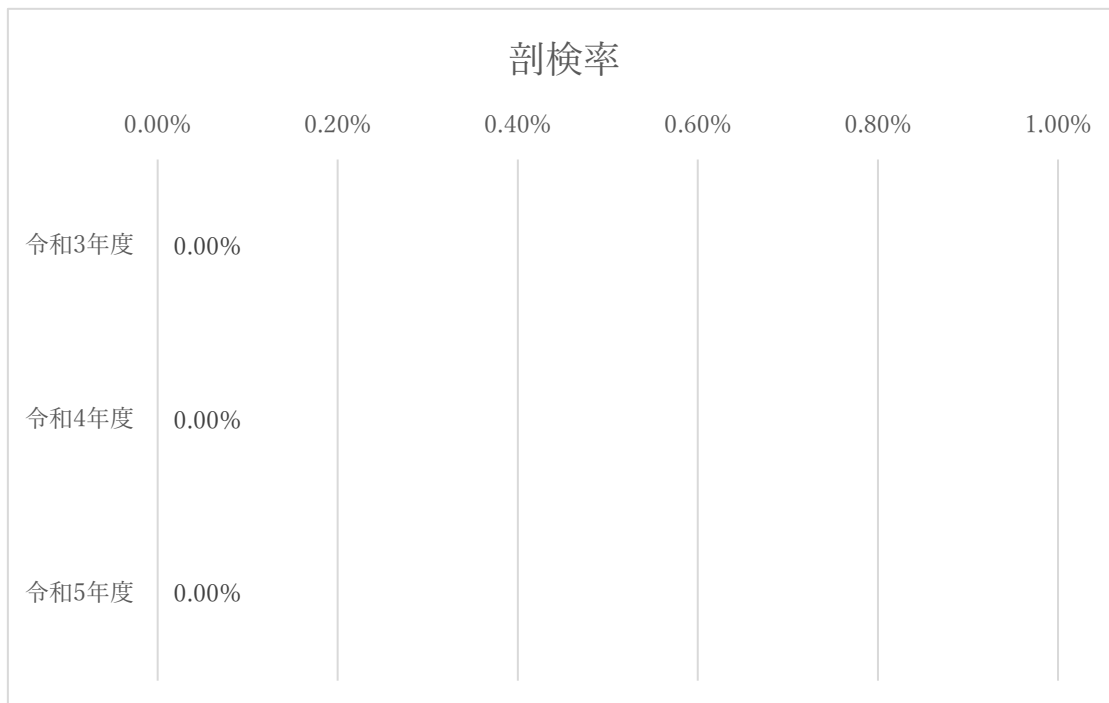
## 院内死亡率



院内死亡率は、退院された患者さんのうち、お亡くなりになった患者さんの割合を表しています。この死亡率は、48時間以内にお亡くなりになった患者さんも含めたもの（粗死亡率といいます）となっております。

(診療情報管理室)

## 剖検率

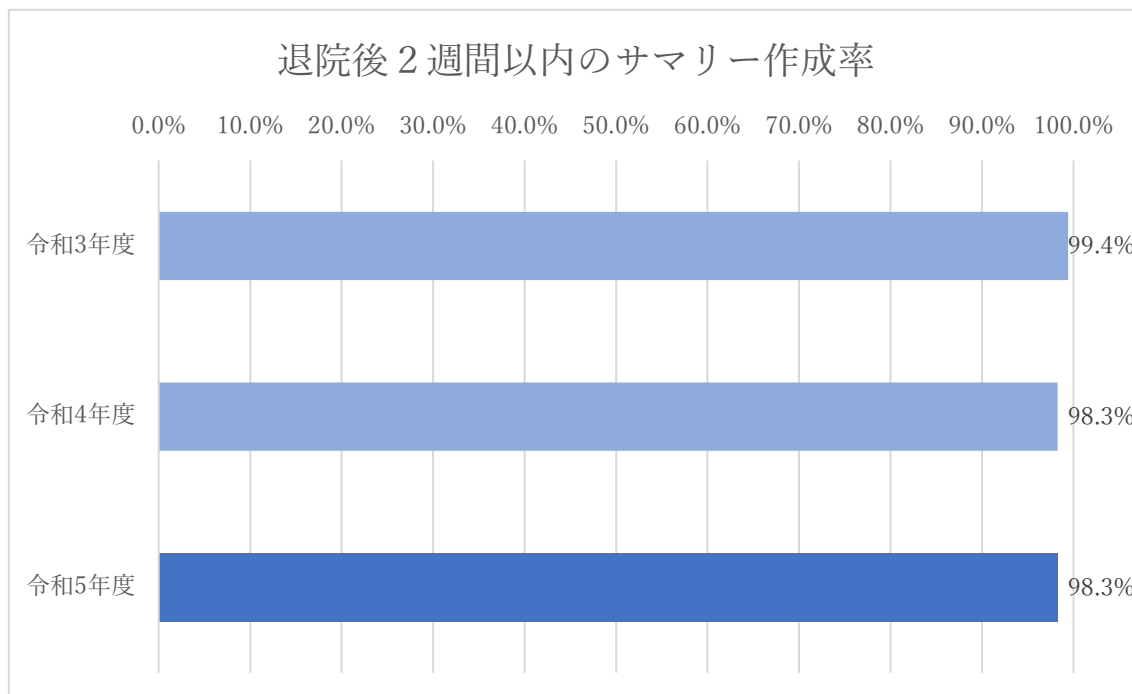


「剖検」とは、ご遺族の承諾のもとお亡くなりになった患者さんのご遺体を解剖させていただく「病理解剖」の略です。1年間にお亡くなりになった患者さんに対する剖検数の割合が「剖検率」になります。（解剖は済生会川内病院や鹿児島大学病院等で実施しております。）

昨年度は解剖を行った患者さんはいらっしゃいませんでした。

(診療情報管理室)

## 退院後 2 週間以内のサマリー作成率

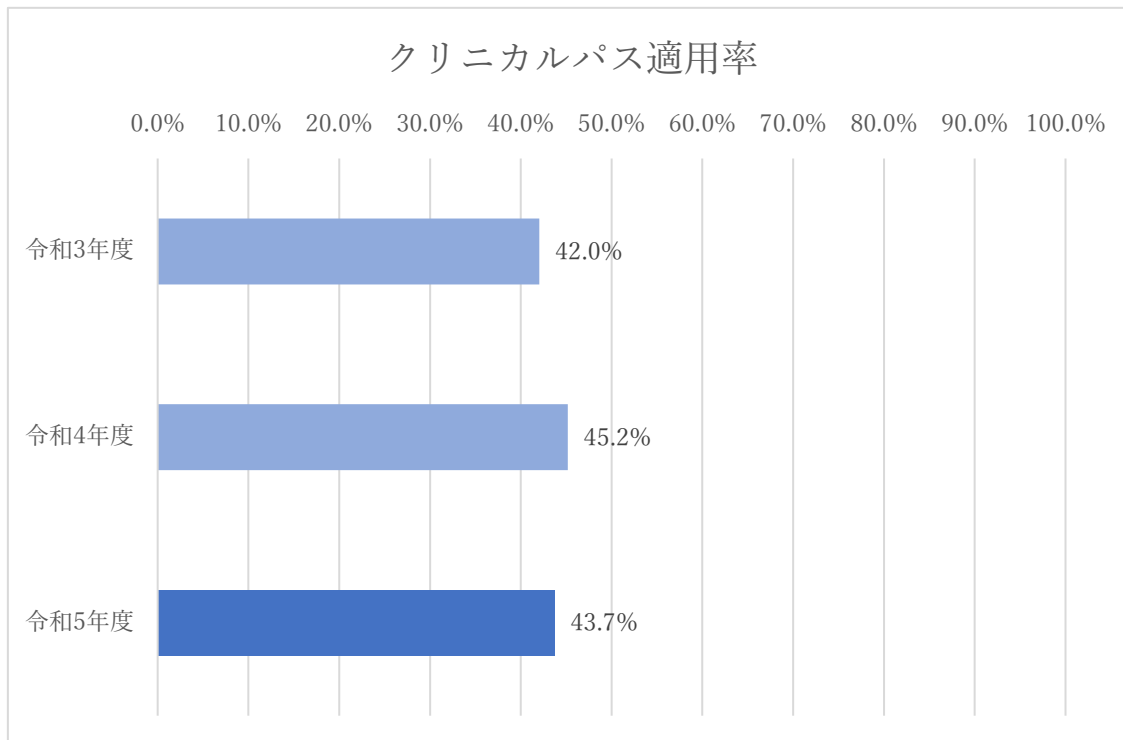


退院された患者さんのサマリー（要約）は、退院後 2 週間以内に作成することが求められております。（診療録管理体制加算 1 の算定要件：退院後 2 週間以内の作成率 90%以上）  
当院では、退院後 1 週間以内に作成するように求めており、1 週間を超えた分については主治医へ督促を行い、期限内作成に努めています。  
毎年ほぼ 100%の作成率となっております。

（診療情報管理室）



## クリニカルパス適用率



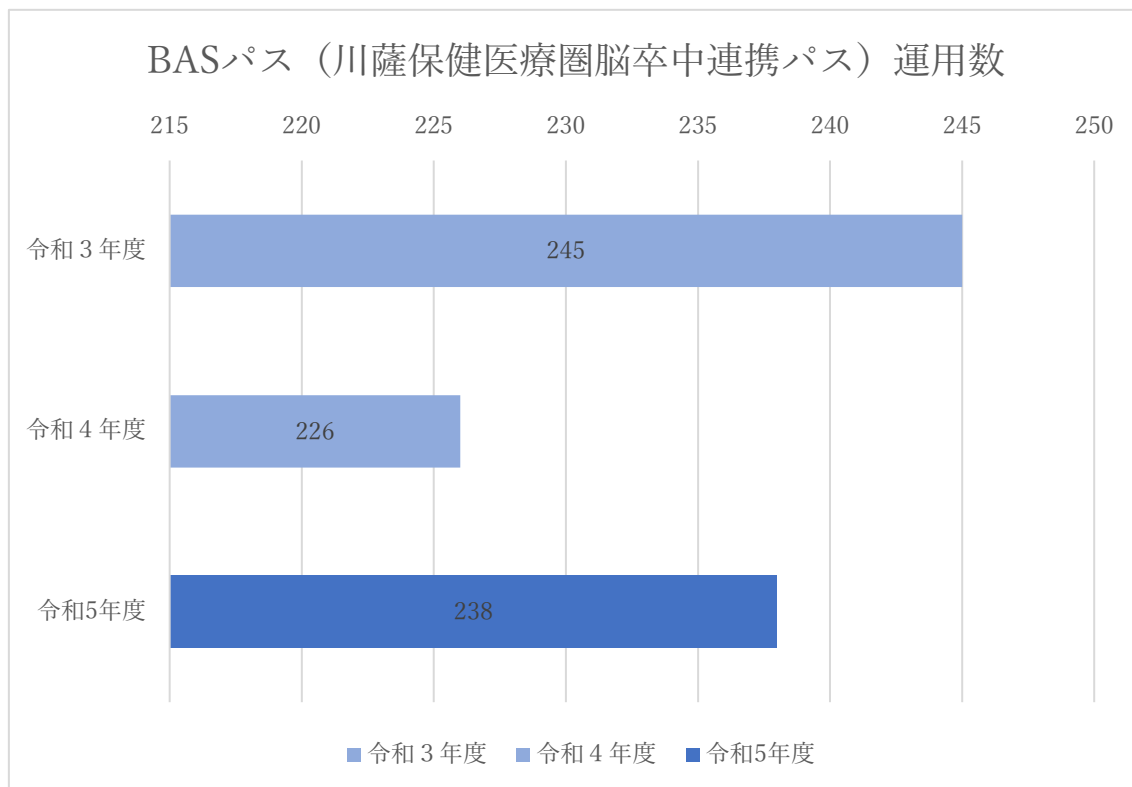
医療の質の向上のためにはクリニカルパスの使用が重要です。

クリニカルパス使用率はクリニカルパス学会が公表している平均値と同程度ですが、横ばいとなっています。

今後、多い疾患のクリニカルパス作成を推進し、更なるクリニカルパス使用率の向上を図っていきます。

(クリニカルパス委員会)

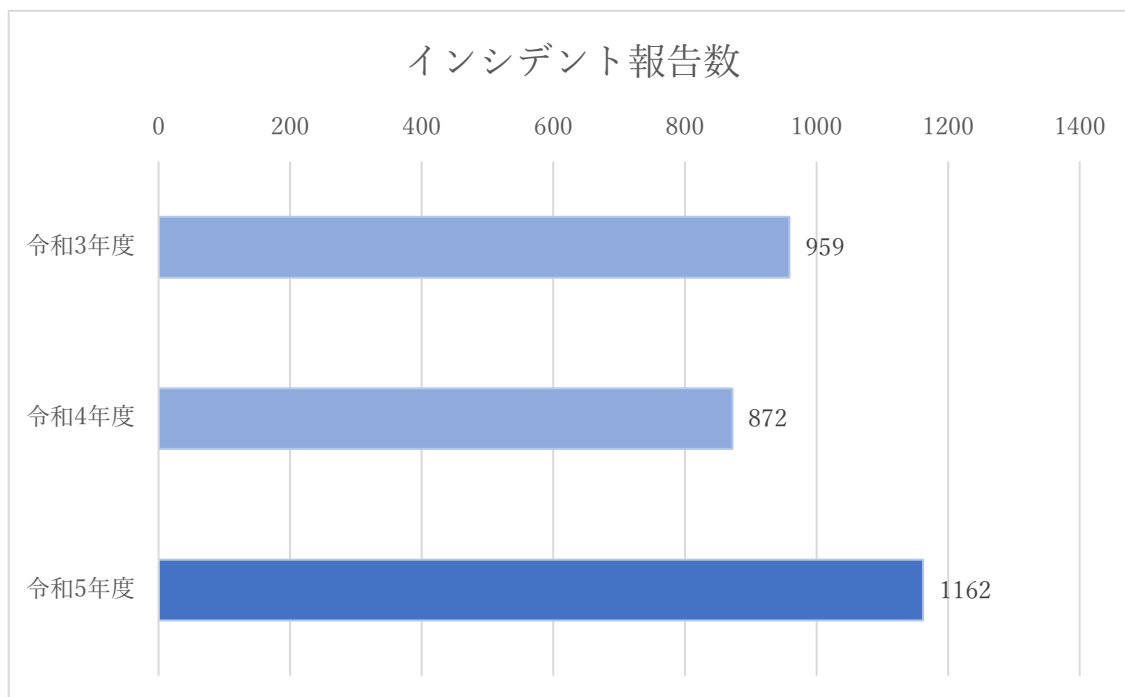
## 地域連携クリニカルパス運用数



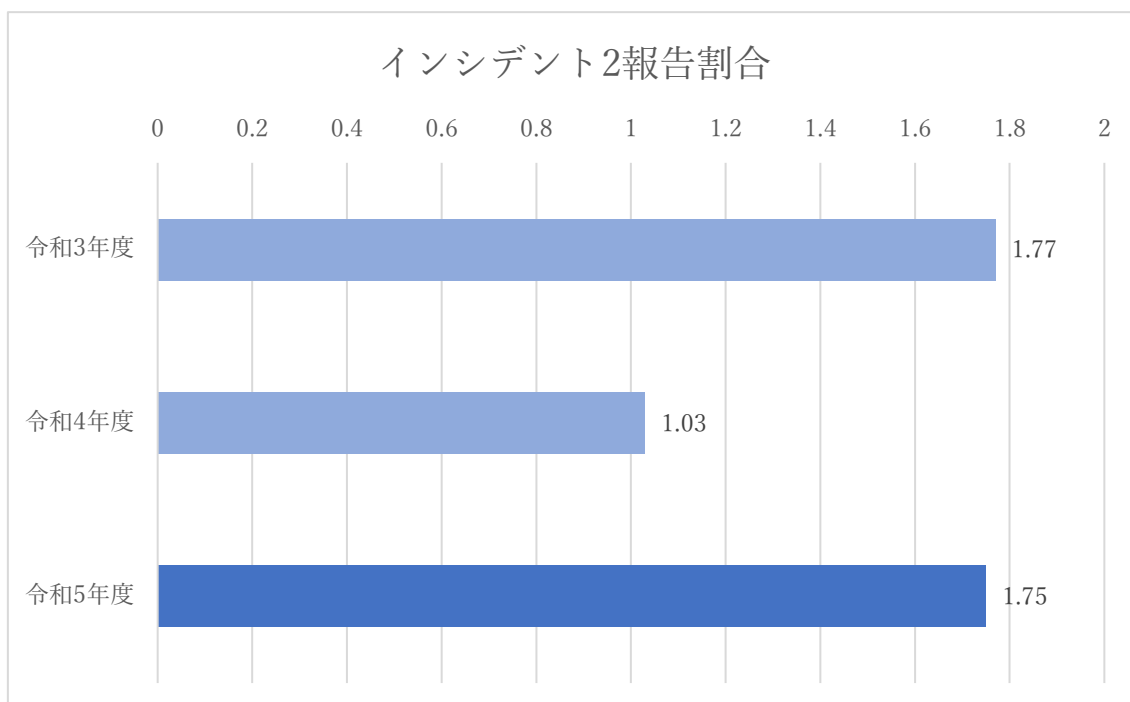
BASパス（川薩保健医療圏脳卒中地域連携パス）は、川薩地域の脳卒中診療において、急性期から回復期を経て維持期に至るそれぞれの医療スタッフと患者さんが治療経過の情報を共有し、一貫した治療方針、医療の標準化による質の向上をめざし、地域住民が安心して医療を受けることができるようにするものです。

（地域医療連携室）

## インシデント報告数



## インシデント2報告割合



患者影響度レベル3 b 以上はインシデント 2 として扱います。

インシデント報告数は、インシデント 1、インシデント 2 の合計報告数になります。

インシデント 2 報告割合は、インシデント報告数におけるインシデント 2 報告数の割合です。

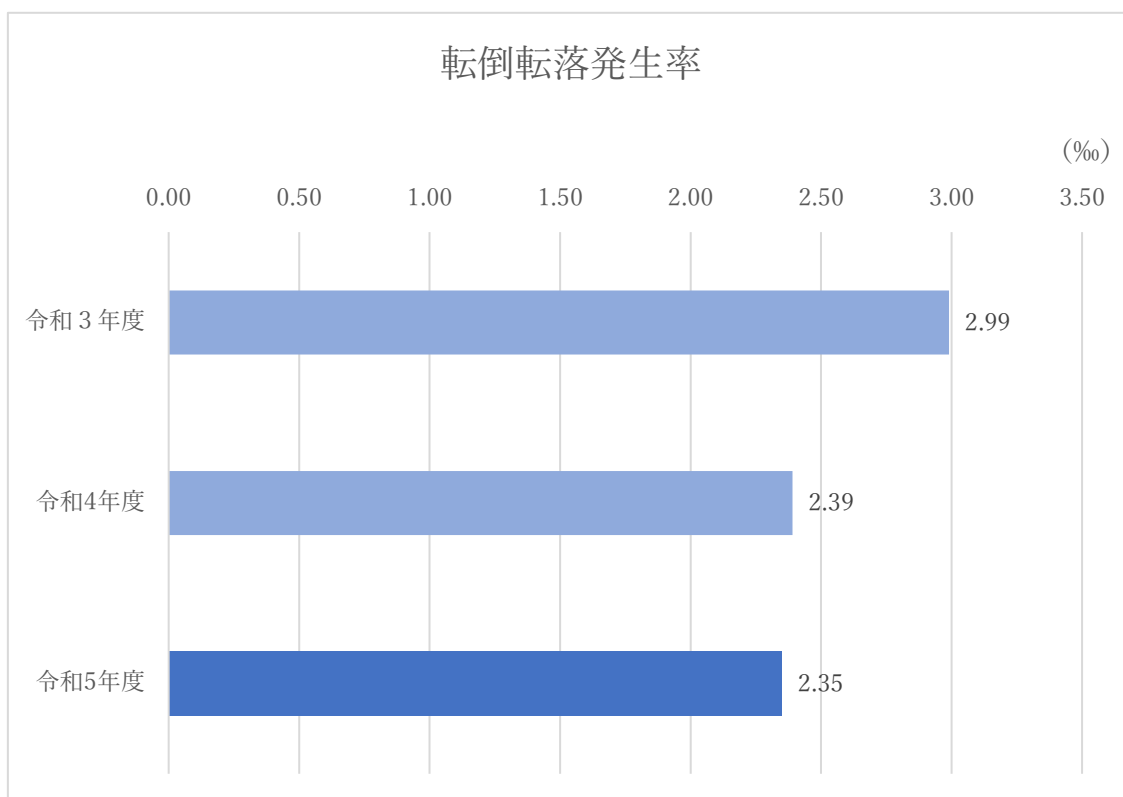
組織的介入を行うことで、インシデント 2 割合を減少することも安全確保の指標となります。

様々な視点から対策検討を行うためにインシデント報告は発生事例に関連したスタッフも報告を行っているため、

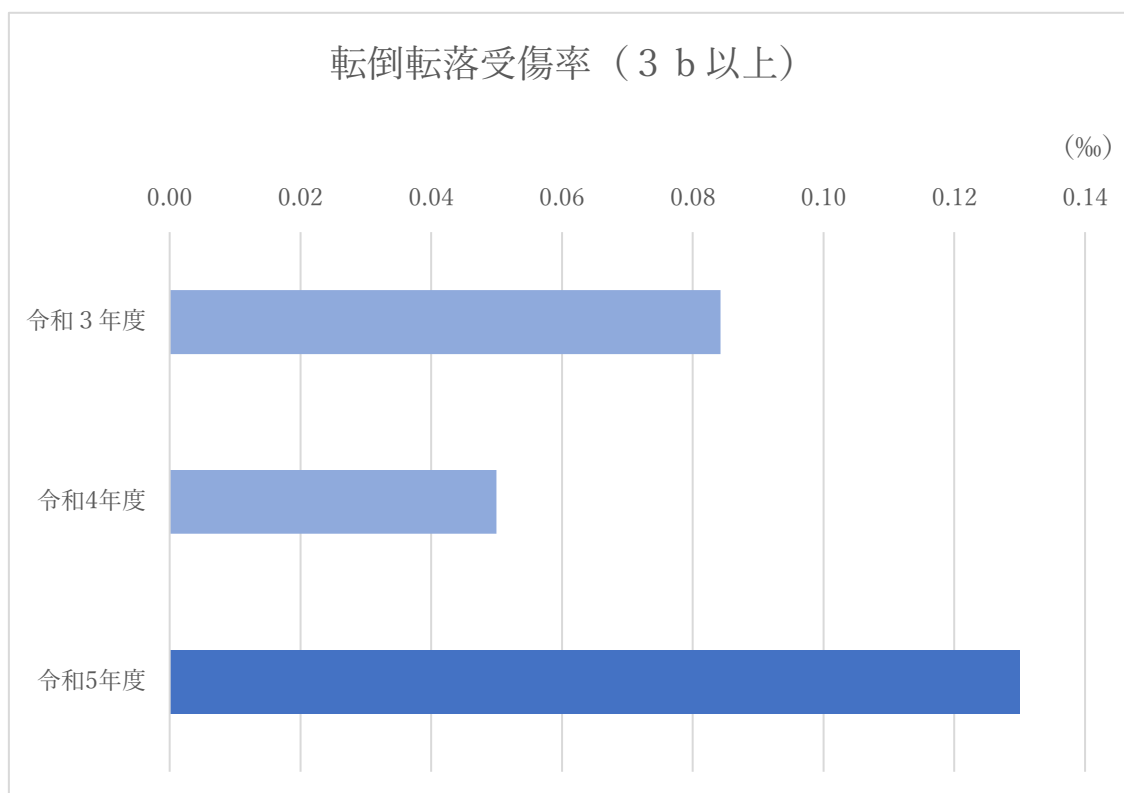
1 事例に複数の報告がある事例も少なくありません。

(医療安全管理室)

## 転倒転落発生率



## 転倒転落受傷率（3 b 以上）



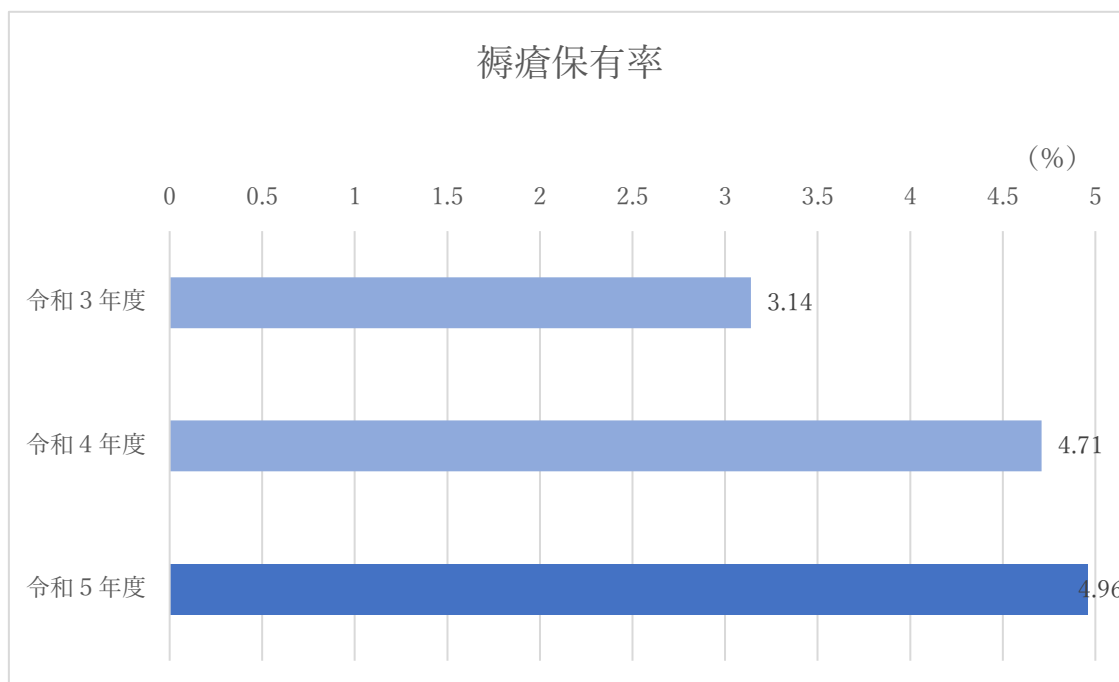
インシデント報告において転倒転落報告は、薬剤に次多い事象となります。

看護部でも同様の結果です。

転倒転落を完全に防止することはできませんので、その中の受傷率（患者影響度レベル3 b 以上）の発生を抑制することを目標に対策実施をしております。

(医療安全管理室)

## 褥瘡保有率



### 〔計算式〕

褥瘡有病率（日本褥瘡学会）＝褥瘡保有率

調査日に褥瘡を保有する患者数/調査日の施設入院患者数×100（％）

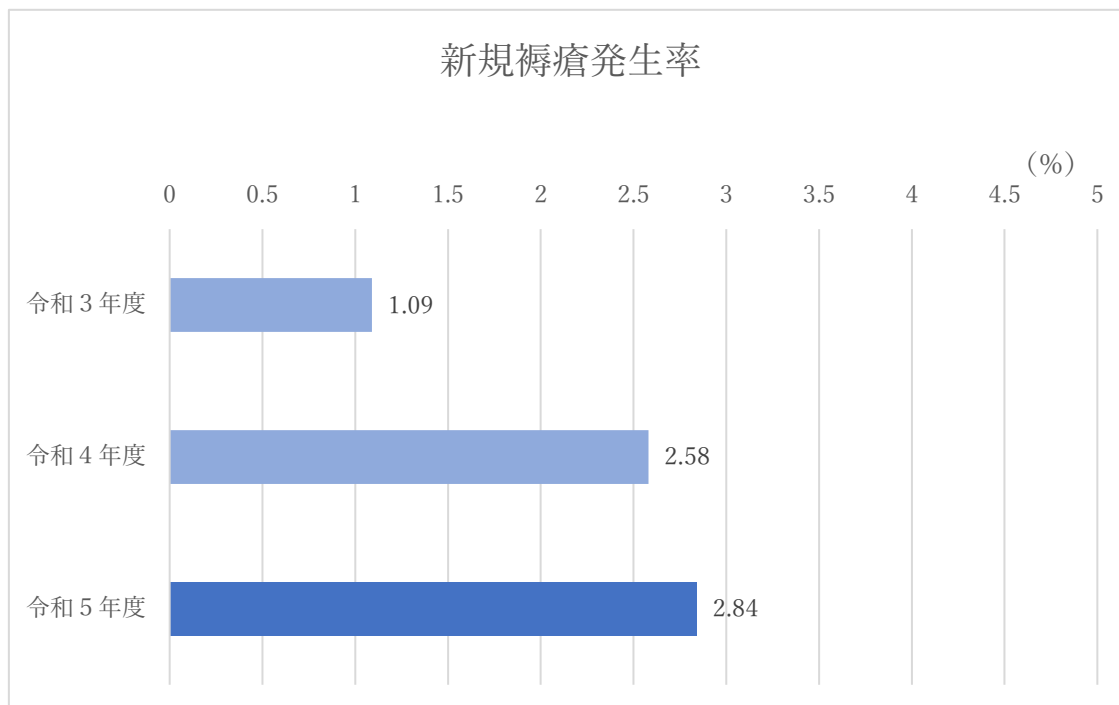
注1 調査日に入院または入院予定患者は含めない。

調査日に退院または退院予定患者は含める。

注2 1患者が褥瘡を複数部位有していても、患者数は1名として数える。

褥瘡有病率は病院に入院してから新たに褥瘡が発生した率と入院時既に褥瘡を有した状態で入院している率を併せて表しています。当院では全入院患者に褥瘡の危険因子について評価を行い、リスク有と判定された患者も含めて専任の医師、専任の看護師（皮膚・排泄ケア認定看護師）、各部署の看護師が共同で予防計画（褥瘡対策に関する治療計画書）を作成します。計画にそって病棟のスタッフが毎日のケアを行う体制になっています。

## 新規褥瘡発生率



〔計算式〕

褥瘡推定発生率（日本褥瘡学会）＝新規褥瘡発生率

（調査日に褥瘡を保有する患者数-入院時すでに褥瘡保有が記録されていた患者数）/調査日の入院患者数×100（％）

注1 調査日に入院または入院予定患者は含めない。

調査日に退院または退院予定患者は含める。

注2 入院時既に褥瘡を保有していた患者であっても、新たに褥瘡が発生した場合は院内褥瘡発生者として取り扱い、褥瘡推定発生率を算出する。

褥瘡推定発生率とは病院に入院してから新たに褥瘡が発生した率を表しています。当院では全入院患者に褥瘡の危険因子について評価を行い、リスク有と判定された患者も含めて専任の医師、専任の看護師（皮膚・排泄ケア認定看護師）、各部署の看護師が共同で予防計画（褥瘡対策に関する治療計画書）を作成します。計画に沿って病棟のスタッフが毎日のケアを行う体制になっています。

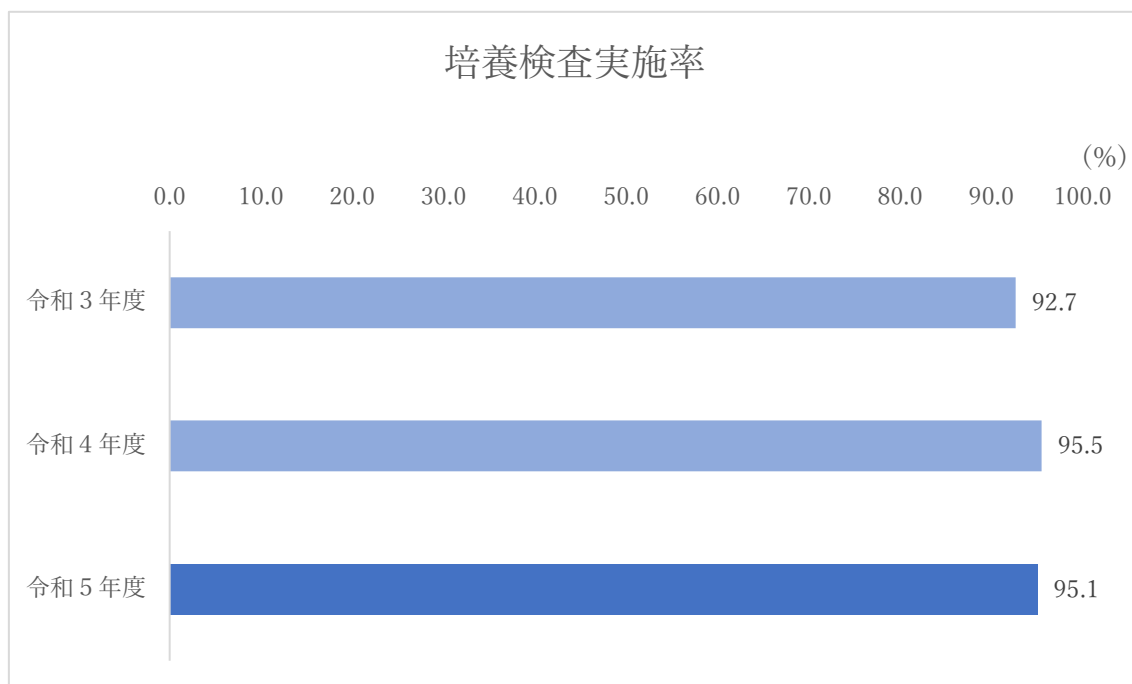
当院では整形外科医師と皮膚・排泄ケア認定看護師を中心に各病棟の看護師、栄養士、薬剤師、作業療法士、理学療法士などの多職種で褥瘡対策委員会を編成し、褥瘡の予防、早期発見、早期治療、悪化予防に努めています。活動としては週1回の褥瘡対策チームでの回診と



多職種でのカンファレンス、褥瘡の予防や治癒促進のための院内の研修会を開催し職員への教育も行っています。マットレスの配備においては、全床に体圧分散マットレスを導入し、また入院前からリスク評価を行い個々の患者に適したマットレスを選択し使用できるようにしています。今年度も褥瘡推定発生率が増加しています。各部署の褥瘡の発生原因と要因を分析し、予防対策中心の再教育を行います。各部署と連携し褥瘡推定発生率の低減を目指します。

(NST 委員会)

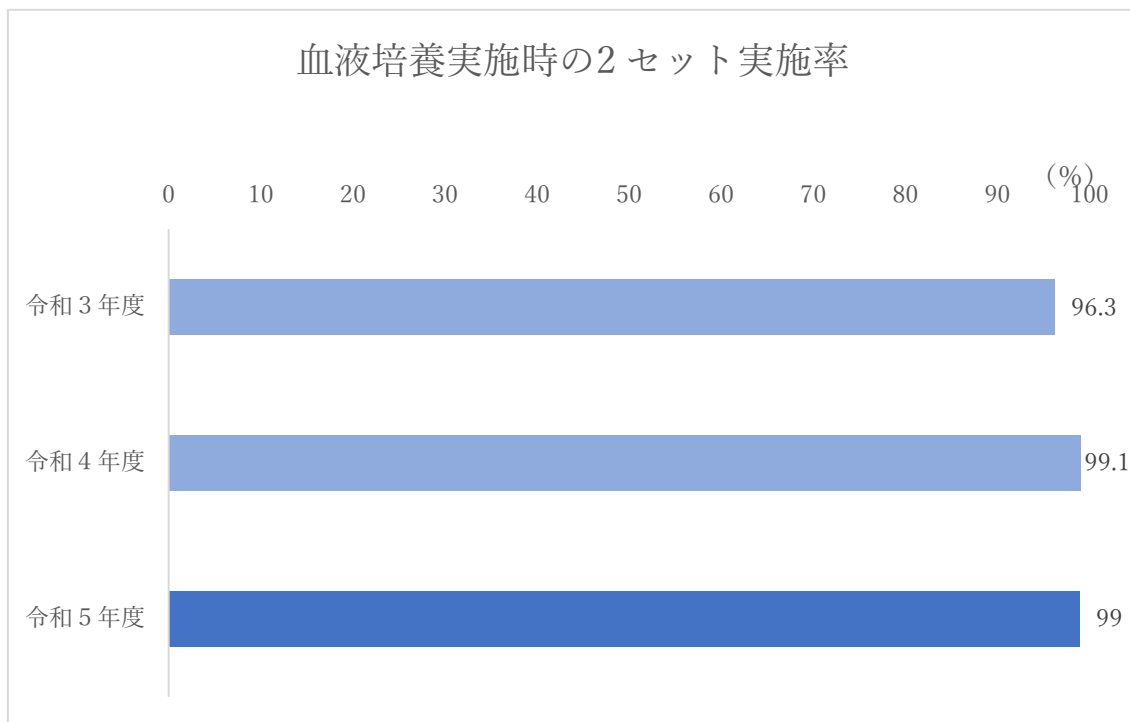
## 広域抗菌薬使用までの培養検査実施率



起炎菌を正しく同定するため、抗菌薬開始前の培養提出が重要です。  
届出抗菌薬開始前の培養実施率は年々改善傾向がみられています。  
今後も100%を達成できるよう取り組みを継続していきます。

(感染制御部門)

## 血液培養実施時の2セット実施率



検出率向上のため、血液培養は2セット以上の提出が推奨され、血液培養の2セット実施率は90%以上を維持できています。

今後も2セット実施に向けた取り組みを継続していきます。

(臨床検査課)