

# みどり病院 2014年 QI 指標

「医療の質」を測り、改善・向上する



QI とは・・・

Quality Indicator: 医療の質指標

Quality Improvement: 医療の質の向上

みどり病院は、2011年より全日本民主医療機関連合会（以下、全日本民医連）が取り組む「民医連 QI 事業」に参加しています。「自分たちの提供している医療の質がどのようなものか」指標として数値で表し、地域特性・患者属性・各病院の役割・機能と照らし合わせて分析・公開する事で達成度・課題・目標が見える化し、それを元に改善活動を行う事で PDCA サイクルを回し、更に質をあげていくことを目指します。



|  |  |   |  |   |
|--|--|---|--|---|
| <br>身体抑制割合            | <br>褥瘡新規発生率             | <br>転倒・転落発生率 | <br>救急車受け入れ割合          | <br>採用薬品数新規採用数             |
| <br>医薬品副作用被害<br>救済申請数 | <br>糖尿病の患者の<br>血糖コントロール | <br>大腸癌健診結果  | <br>退院サマリー記載割合        | <br>紹介患者率・<br>逆紹介患者率       |
| <br>カルテ開示数            | <br>患者満足度               | <br>リハビリ実施率  | <br>誤嚥性肺炎に対する<br>嚥下評価 | <br>回復期リハビリ病棟<br>関連の QI 指標 |



# 1.身体抑制

身体抑制は、患者の自由な行動を制限するものであり、憲法第 31 条「何人も、法律の定める手続によらなければ、その生命若しくは自由を奪はれ、又はその他の刑罰を科せられない。」という規定に反するものであるため、近年では患者の人権に配慮し、多くの施設で原則禁止されています。

しかし、患者の病態等によっては、抑制・拘束しなければ、

- 1.チューブ・ドレーン等を自己抜去するおそれがある
- 2.転倒・転落等のおそれがある

などの理由により患者自身の生命が危険にさらされる可能性のある場合には、やむを得ず抑制・拘束が検討されることもあります。

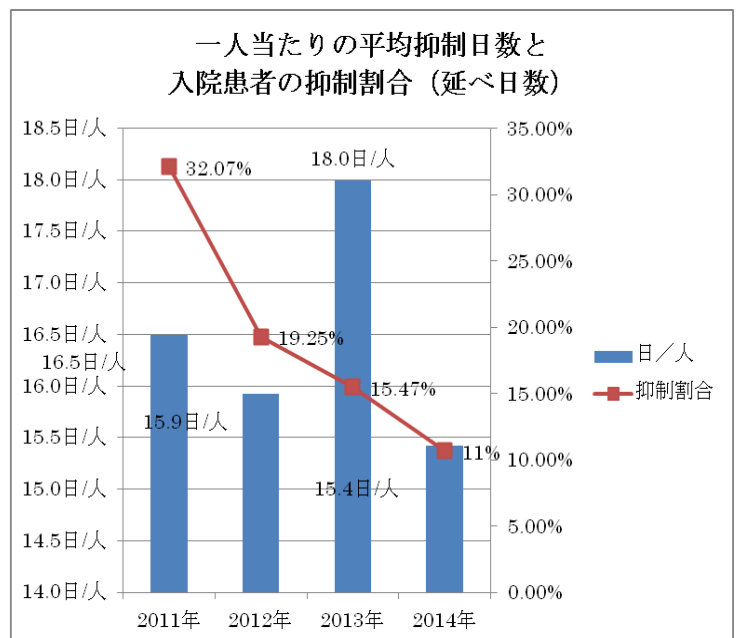
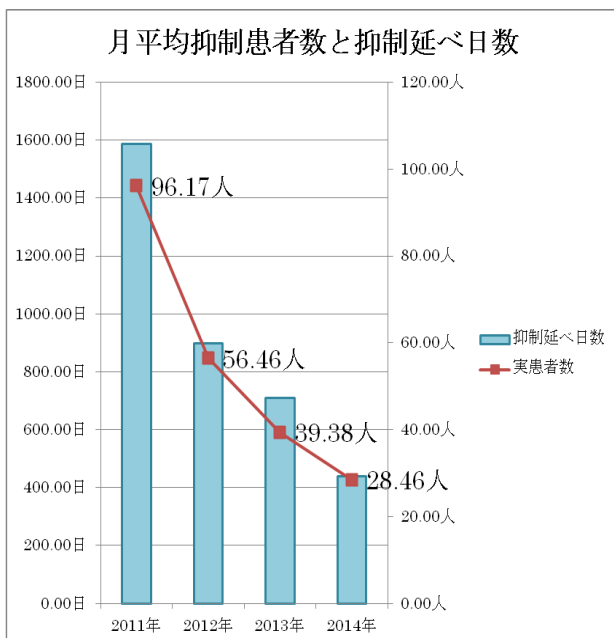
その際には、抑制・拘束が必要であるという明確な根拠と正当性が必要であり、たとえ明確な根拠と正当性が認められる場合でも、できる限り抑制・拘束をせずに済む方法を考えることが重要です。

当院で最も拘束の多い項目は4点柵で、ついで手袋となっています。

経年比較では、「1人あたりの平均抑制日数」「抑制割合」とも毎年減少しています。

10月より1病棟を回復期リハ病棟に転換し、より身体抑制の減少に取り組みました。

また 12月より拘束衣の変更に伴い、これまでのアセスメントの仕組みを見直したことにより、拘束衣の使用は大幅に減少しました。

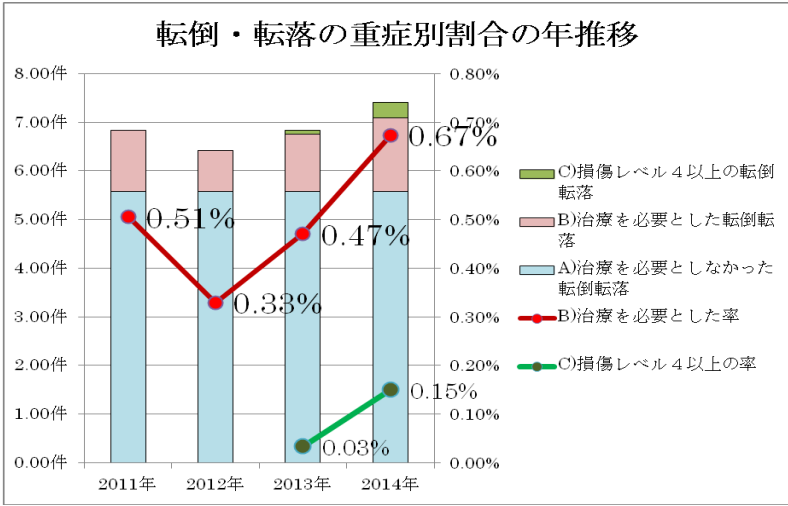
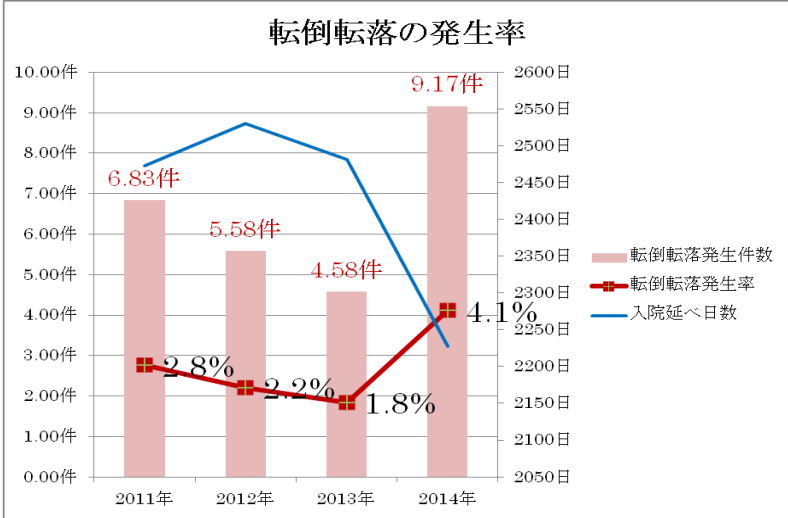




入院患者の転倒・転落インシデント防止は医療機関にとって非常に重要なテーマです。転倒・転落インシデントは外傷や骨折につながり、患者に大きな影響を及ぼします。しかし、一方で転倒転落防止の為に過剰な身体抑制を行うことは、患者の人権を侵害し、患者の身体能力の低下にも大きく影響するため、バランスのとれた管理を行いながら、患者の評価・介助・見守りを強化する事が求められます。

本年は、回復期リハ病棟が開設された10月以降、転倒転落件数は増加しました。活動性の高い患者の増加が背景にあります。

回復期病棟では「ADL カンファレンス」を行い、入棟患者の身体能力の早期評価・共有の強化に取り組んでおります。







### 3.新規褥瘡発生率

褥瘡予防対策は提供されるべき医療の中でも非常に重要な項目であり、特に高齢者の入院の多い当院では必須の項目といえます。褥瘡の予防には除圧管理から栄養管理まで多岐に渡るケアが必要とされ、チーム医療が試される分野ともいえます。

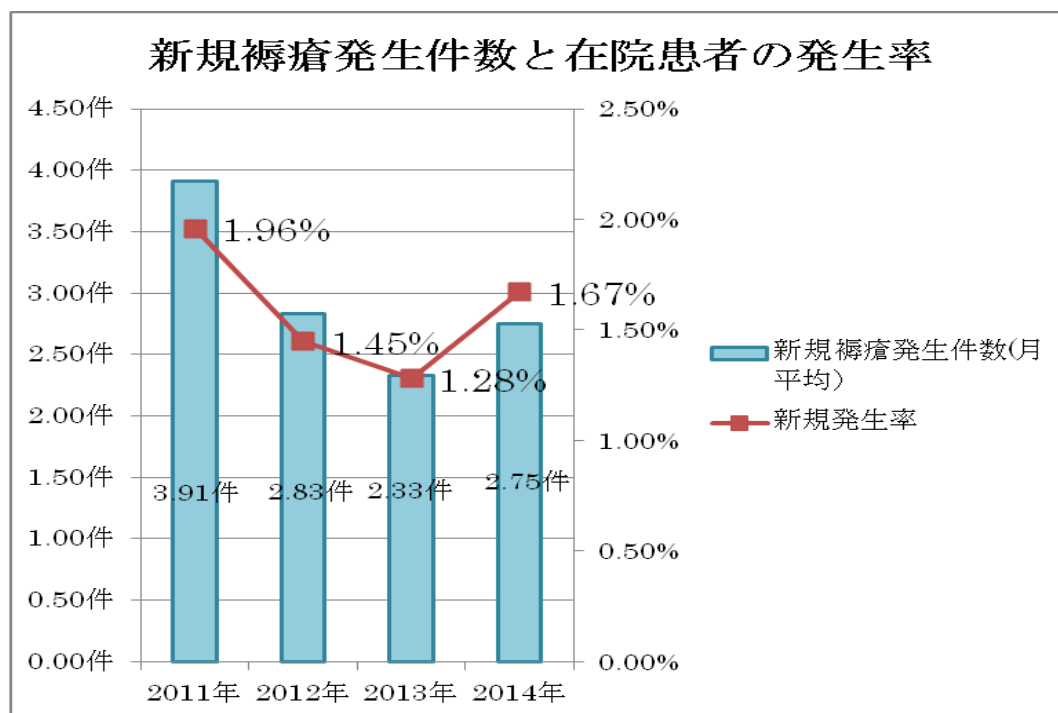
当院では新規の褥瘡を作らさず、既存の褥瘡を改善させる為、褥瘡対策委員会を設け入院時と週に一度の褥瘡評価を全入院患者を対象に行い、対策を行っております。

本年度より週に1回の褥瘡回診も開始いたしました。

在院患者における新規の褥瘡発生率は、2011年(1.96%)、2012年(1.45%)、2013年(1.28%)と順調に減少していましたが、本年は2014年(1.67%)と増加しました。

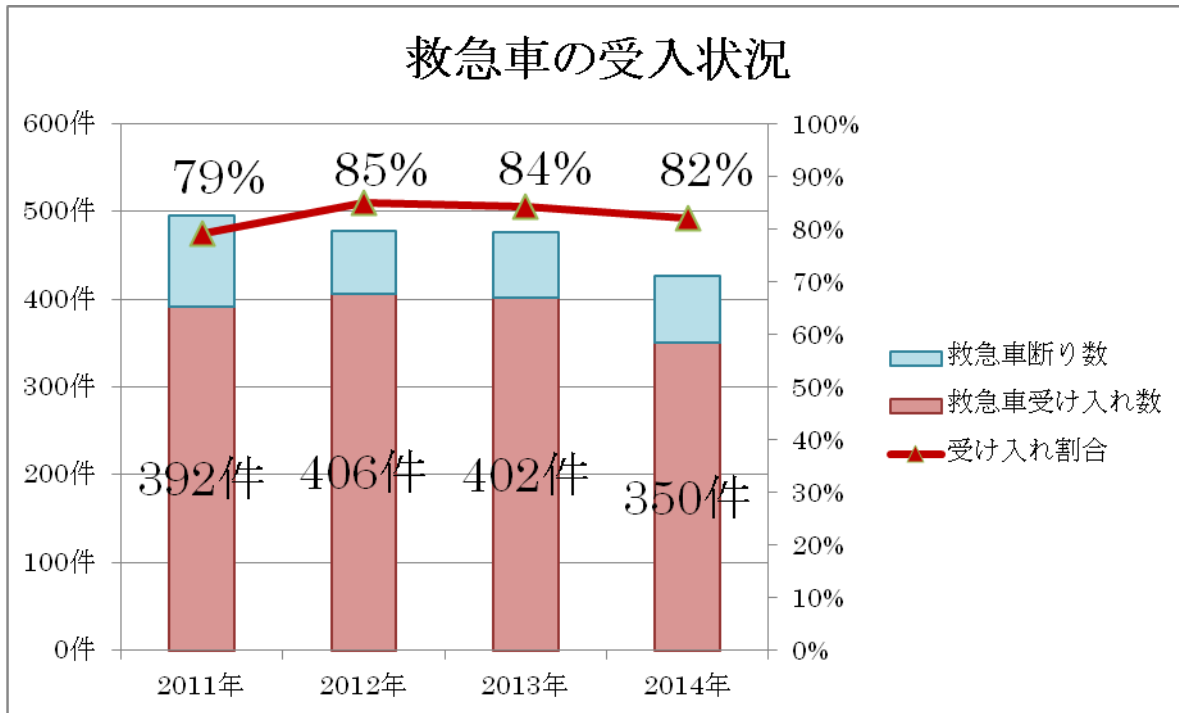
当院の1ヶ月間の平均新規発生件数は、2.7件/月です(一月の入院のべ日数(全患者の月内入院日数の合計)が平均2,227日/月、新入院が95.3人/月)

病棟機能を転換した時期(10月)以降、新規褥瘡発生数が減少しているようですが、引き続き評価および対策に力を入れていきます。





2014年度の救急車受け入れは、426件の要請に対して、350件受け入れを実施しています。受け入れを断っているのは、病床満床や事故・外傷など当院では対応できないケースでした。



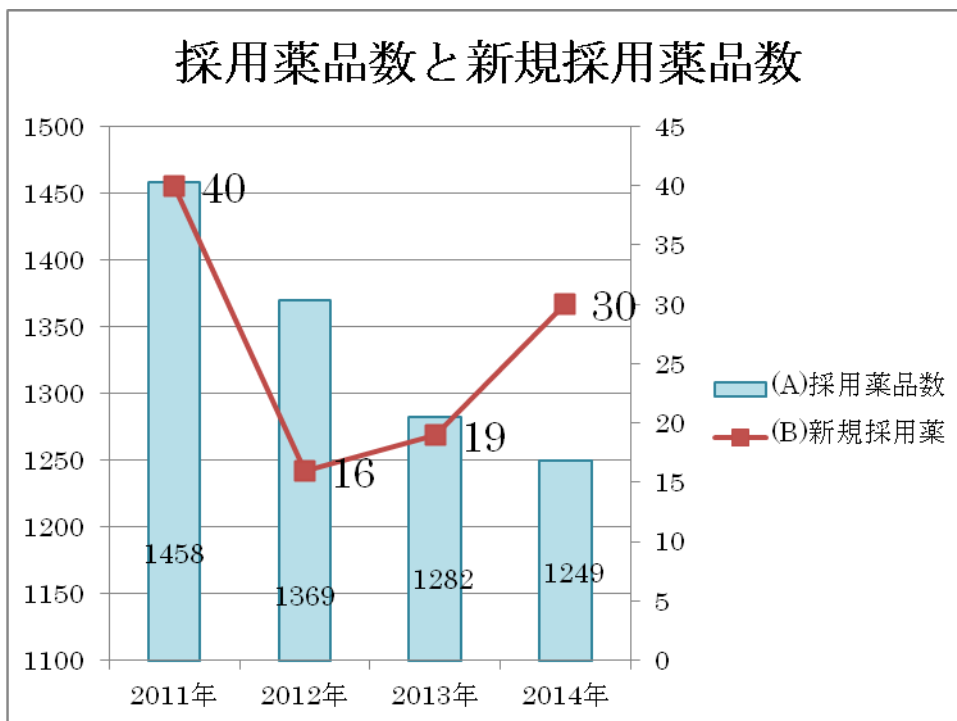


## 5.採用薬品数

患者の安全を守る視点から、危ない薬、不必要な薬を見抜き、適切に選択して安全に使用する為の指標です。薬剤の定期評価を行う事によって、採用薬品数を適正に抑え、安全で円滑な品質管理に貢献します。また、副作用報告を元に危険な薬品を分別し、薬剤価格から効果に見合った適正価格の薬品を分別します。

みどり病院では、半期毎の岐阜民医連県連薬事委員会で、疾患別・薬効群別に採用薬頻数の見直しを行っており、結果 2011 年からの 4 年間で 330 品目の減少となっております。

また、既存の採用薬品の精査を行いながら、新規採用薬の選定も行っており、こちらは 2012 年（1. 5）から 2014（2. 5）と増加傾向にあります。





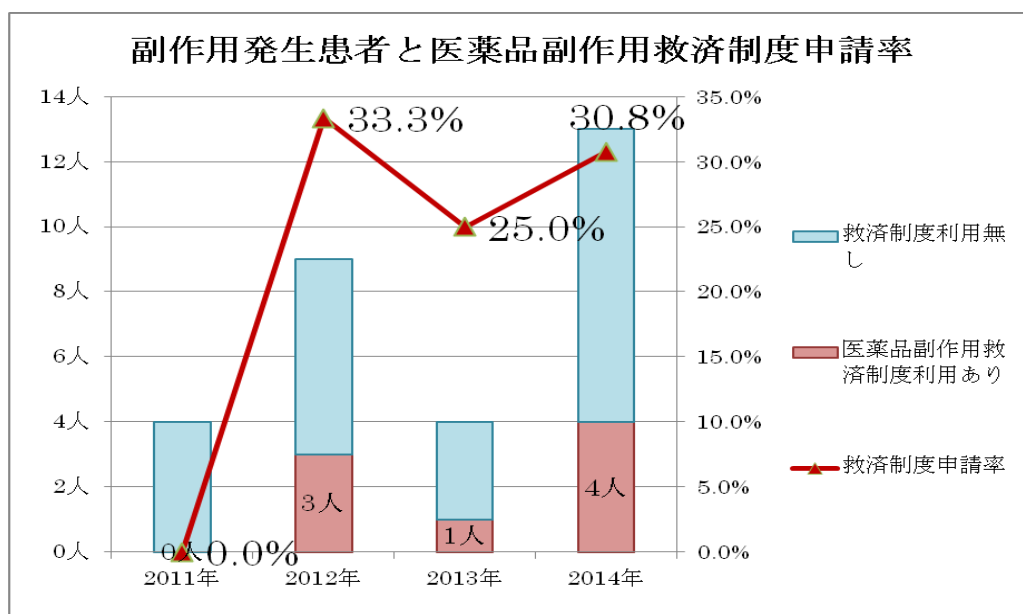
## 6. 医薬品副作用被害救済制度申請数

医薬品副作用被害救済制度は、医薬品等を適正に使用したにもかかわらず発生した副作用による健康被害を受けた方に対して、医療費等の給付を行い、被害を受けた方の迅速な救済を図ることを目的として、昭和 55 年に創設された制度です。

当院では副作用の報告と教訓化、早期発見、重症化の未然防止の為に副作用事例・情報を収集し院内・系列診療所での情報共有に努めております。また被害患者の救済の為に、積極的に救済制度利用をすすめております。

救済制度利用は 1987 年を初年に本年までで 2 例の死亡を含む 42 例を申請しており、内、本年は 4 件（申請率：31%）を報告しました。全国の申請数の総計が（760~800 未満/年）である事を考慮すると、病床数 99 床の当院の申請数は非常に高い件数であり、積極的に活動を行っている事がわかります。

しかし、申請対象と考えられる症例でも他医の投薬証明記載の同意が得られない場合もあります。他院に対し申請は「不利益にはならない」ことを周知していく等、今後の対策を更に進めていきます。







## 7. 糖尿病患者の血中コントロール

### <糖尿病とHbA1c>

ヘモグロビン (Hb) とは、血液の赤血球に含まれているタンパク質の一種で、酸素と結合して酸素を全身に送る役目を果たしています。このヘモグロビン (Hb) は、血液中のブドウ糖と結合するという性質を持っているんです。そのブドウ糖と結合した物の一部分が、ヘモグロビン A1c と呼ばれています。

血液検査の結果、この HbA1c の値が高ければ高いほどたくさんのブドウ糖が余分に血液中にあってヘモグロビンと結合してしまったということがわかります。

正常な成人の HbA1c 値は 6.2%以下とされています。

一方、それ以上の数値ですと、高血糖状態が続いていた、ということになります。この数値が、8.4%を超えた状態が長く続きますと、色々な合併症を起こすと言われていいますので、多くの医療機関では、この数値を下げることに主眼がおかれています。



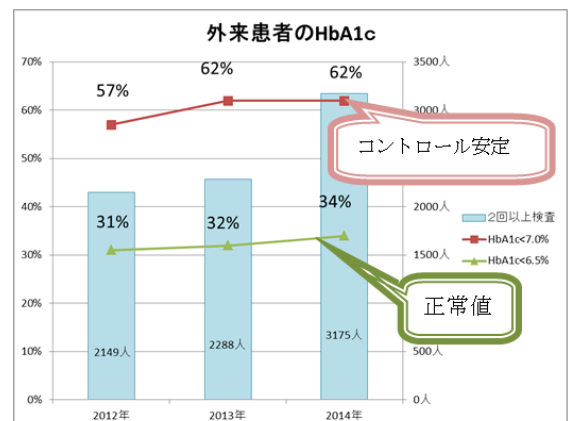
### <当院の取り組み>

糖尿病患者の病状を安定させるには、適切な食事療法や運動療法の指導および薬物療法の実施が必要です。当院では患者の血液検査のデータから異常値を抽出、糖尿病治療薬使用患者の抽出により、指導が必要な患者をリストアップし、個別の栄養指導や集団糖尿病教室の定期的開催、糖尿病患者会の運営等、積極的な指導の実施に取り組んでいます。

### <指標と結果>

本指標では、外来患者の中の A) HbA1c < 7.0% : コントロールが良好な患者の割合 と、B) HbA1c < 6.5% : 正常値の患者の割合をみることで、診療の質を評価しています。

毎年、検査実施患者は増加し、コントロールが良好な患者の割合・正常値の患者の割合共に上昇しており、良好な結果を示しております。







## 8.大腸癌健診

### <大腸癌と便潜血検査 ～捨てるうんこで拾う命～>

大腸癌検査としてもっとも普及しているのが、便潜血検査です。当院でも健康友の会の患者様を中心に「捨てるうんこで拾う命」を合言葉に大腸がん健診（便潜血検査）を勧めてまいりました。

便潜血検査は便を専用の棒でこすって採取し、血液が混じているかどうかを調べる検査で、目に見えないわずかな出血も発見することができます。この検査にて2回の採取便の内1回でも血液が混じていたら、内視鏡による検査が必要です。

大腸がんは、早期の癌はほとんど自覚症状がなく、大きく進行した後でないと自覚症状がありません。この為、手遅れになるケースが多々あります。

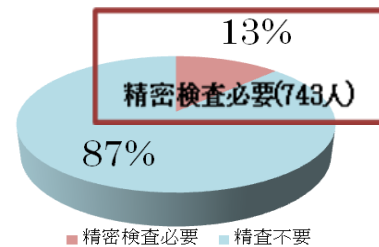
大腸癌を早期に発見する為に、定期的な便潜血検査を受けましょう。

### <便潜血検査で陽性がでたら、必ず内視鏡検査を受けましょう！>

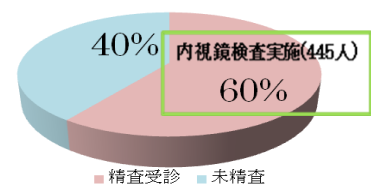
当院で便潜血検査にて陽性となった方の内、内視鏡検査を実施した方は61%です。精密検査を行わなかった患者さんは、大腸憩室炎や痔等の出血性の症病を持っており、主治医が検査不要と判断した患者さんがほとんどです。

諸統計データでは、便潜血で精密検査が必要とされる人は約6%（当院では13%）、うち内視鏡で癌が発見される方は約4%（当院4%）です。便潜血検査にて陽性となった患者さんから見つかる大腸

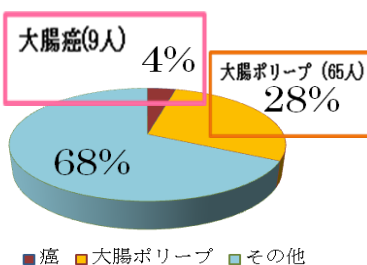
大腸癌検査実施患者(5832人)における精密検査要請率  
2009～2014



精密検査が必要な患者(743人)における内視鏡検査実施率  
2009～2014



内視鏡検査を実施した患者  
(228人)の検査結果 2012～2014  
\*2012～2014年



癌はその多くが早期癌です（全国平均：68%。当院 50%）。早期癌の段階で治療ができれば完治が期待できます。

また進行癌でも、症状が無く便潜血検査がきっかけで見つかった場合は、自覚症状が出てからみつかった場合に比べて他の臓器への転移が少ないとの報告もあります。便潜血が陽性になっても、内視鏡検査を受けなければ、大腸癌の有無を確認することはできません。早期発見・治療の為に、便潜血検査で陽性反応が出た場合には、必ず内視鏡検査を受けましょう。



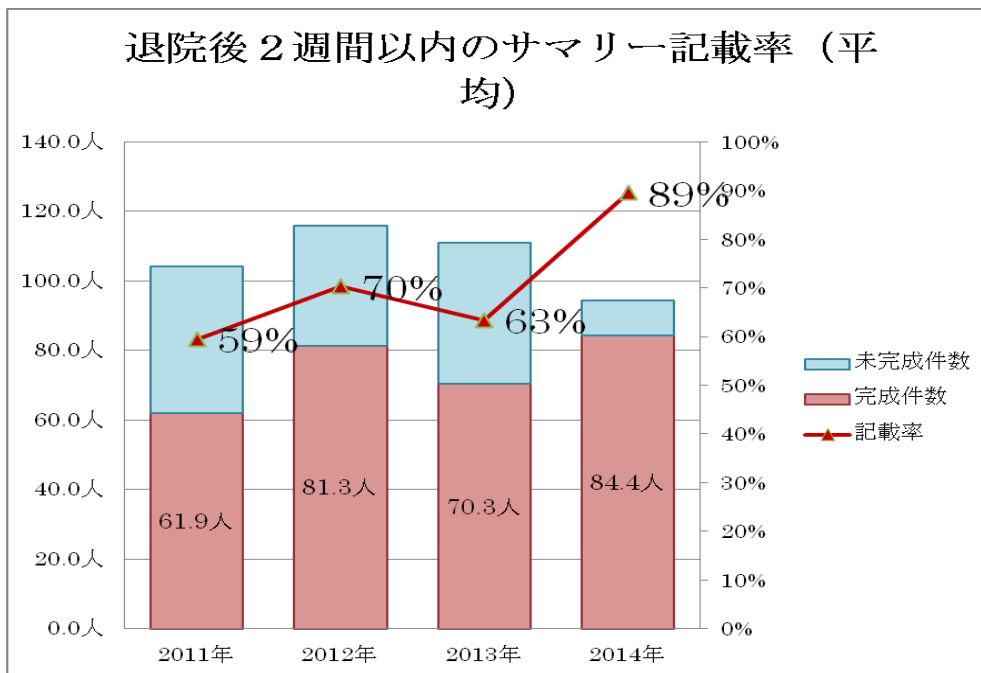
## 9.退院後2週間以内のサマリー記載

退院サマリーは、入院患者さんの病歴や、入院時の身体所見、検査所見、入院中に受けた医療内容についてまとめた記録（要約書）です。診療内容についての検証や、退院後の外来診療等では、主治医以外の患者さんに関わる全ての医療スタッフが、入院中の治療、診断情報を的確に把握するために重要な記録です。

作成期間については、一般的に、退院後の外来診察までの平均的な日数である「退院後2週間以内」が望ましいといわれています（病院機能評価機構）。

退院サマリーを一定期間内に作成することは、病院の医療の質の向上に繋がります。

当院では、本年5月より取り組みを強化し、毎週の医局会議での結果報告。週3回の主治医への1週間超え患者の報告を継続的に行った。結果、70～80%台→95%以上を常に維持するようになりました。

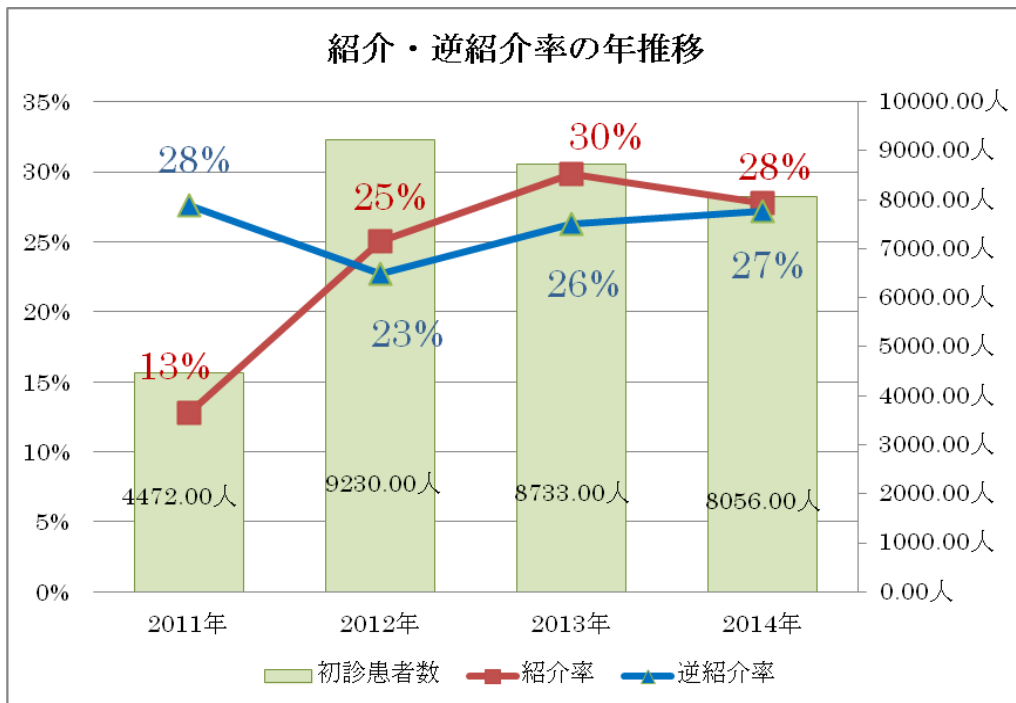




## 10.紹介・逆紹介

紹介数・逆紹介数とも 2014 年は 2013 年よりも若干数字が下がっている。初診患者数をはじめ、外来患者減が影響していると考えられる。全国民医連比較では、逆紹介率が比較的高い。これは当院では対応できない手術などの目的で他院に紹介した患者が確実に逆紹介で戻ってきていることを示している。

また、以前からリハビリ目的の逆紹介は多かったが、2014 年 10 月から回復期リハビリ病棟を開設したこともあって、更に増加している。反面、他の目的での紹介・逆紹介が減少していないか？ 検証が必要である。

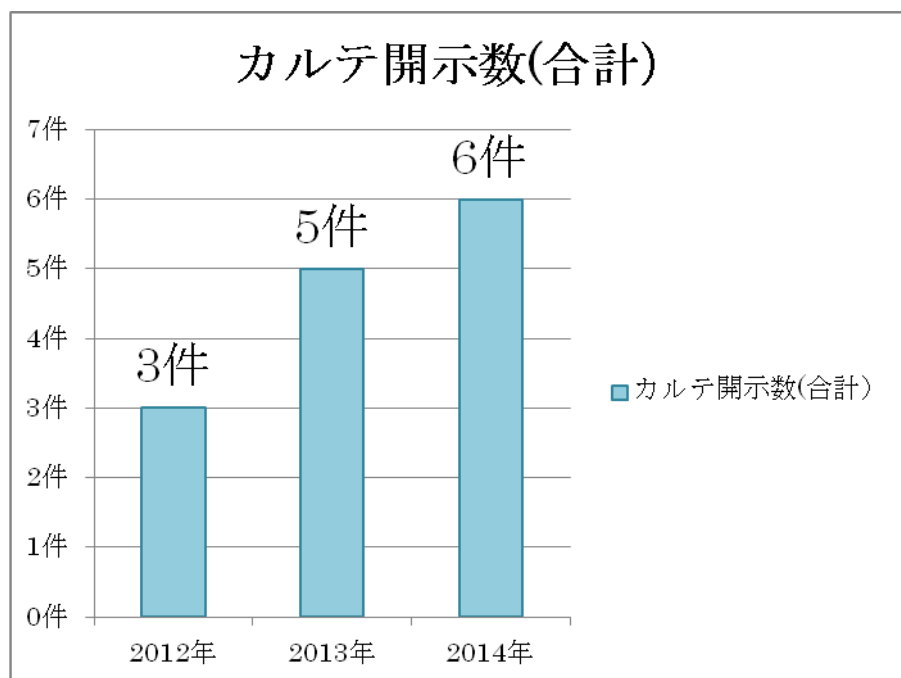






## 11.カルテ開示数

2012年(3件)→2013年(5件)→2014年(6件)。と少しずつ増えている。本年は問い合わせを含めると10件。B型肝炎訴訟目的が多かった。





## 12.患者満足度

アンケートは「治療の結果」「職員の接遇」「院内設備」など複数に項目で実施いたしました。

各項目に対し5段階評価を行って頂き、「5：満足している」「4：やや満足している」の合計の割合を満足度として算出しています。

入院の満足度は昨年と比較して微増しましたが、外来は減少しました。

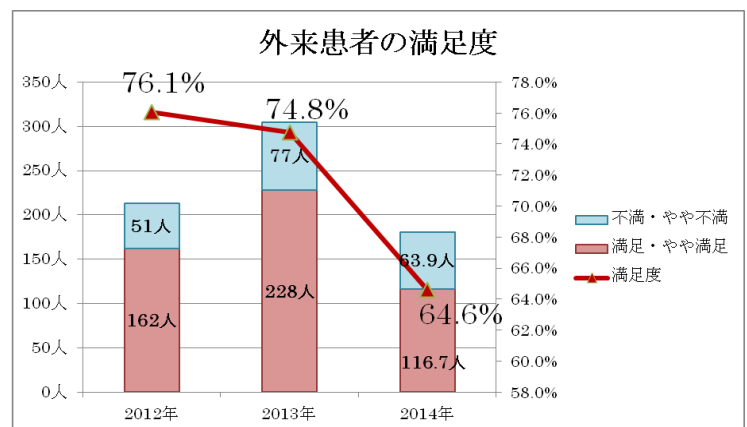
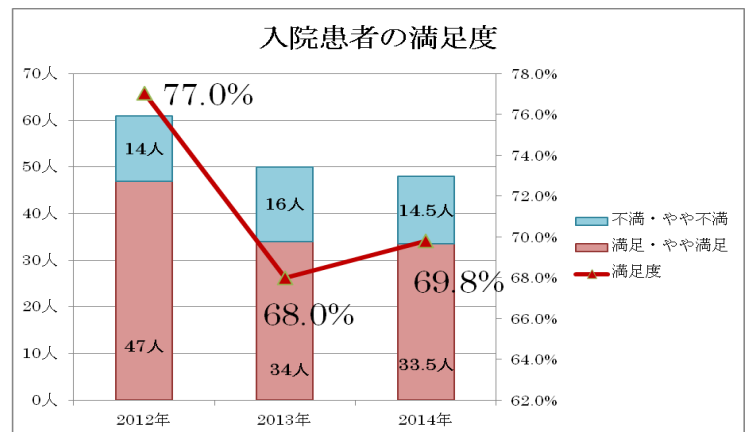
外来患者アンケート結果を項目別で見ると、待ち時間に対する評価が最も低く、次いで設備環境が低くなっておりました。ただしアンケートの委託業者が集計をとった他の医療機関との比較を行うと、待ち時間については平均値を超えており、改善の必要はあるものの必ずしも低すぎる評価とはいえないようです。

他の医療機関との比較で最も低かったのは院内環境でした。特に院内の老朽化したトイレに対する評価が低くなっておりました。

これを受け、みどり病院外来では、途中に手開きドアがあって通行が難しかった新館側身障トイレに対し、通路のドアの位置を変更して使いやすく改善致しました。

昨年までの結果との比較では、昨年向上した「職員の印象」低下しており、今後職員への「患者接遇」教育を強化する等の対策を行っていきます。

「待ち時間」の中には一般診の待ち時間に加えて、内視鏡検査枠が不足した事への不満もみられました。これは昨年、医師の退職に伴う体制不備の為您ご迷惑おかけした点であり、現在は改善しております。





## 13.リハビリテーション実施率

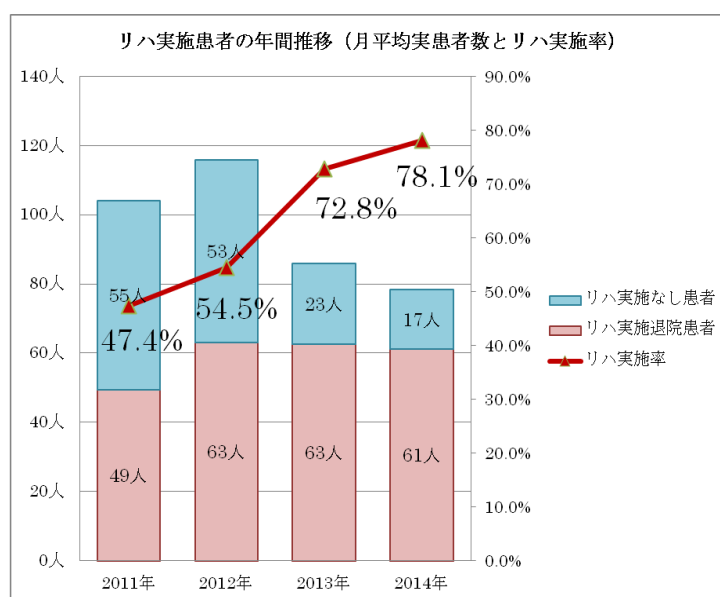
入院の退院患者の内、リハビリを実施した患者の割合です。

2012年 54.5%、2013年 72.84%、2014年 78%です。100床未満の民医連病院の中で、第1位の数字となっています。

また、2014年10月より、回復期リハビリ病棟44床を導入し、さらに、入院患者におけるリハビリテーションを充実させました。

今後も更なるリハビリ実施率の向上、患者 ADL の向上を目指します。

QI 数値としてみた場合には、本指標は退院患者の実数で計算した数値となっている為、回復期病棟を開設した10月以降、リハ病棟は入院期間が長く月内退院患者数は減少。逆にベット数が減少した一般病棟は回転が速くなりリハ実施率はやや減少。結果として退院患者でみる本指標では数値として増加には至っていません。







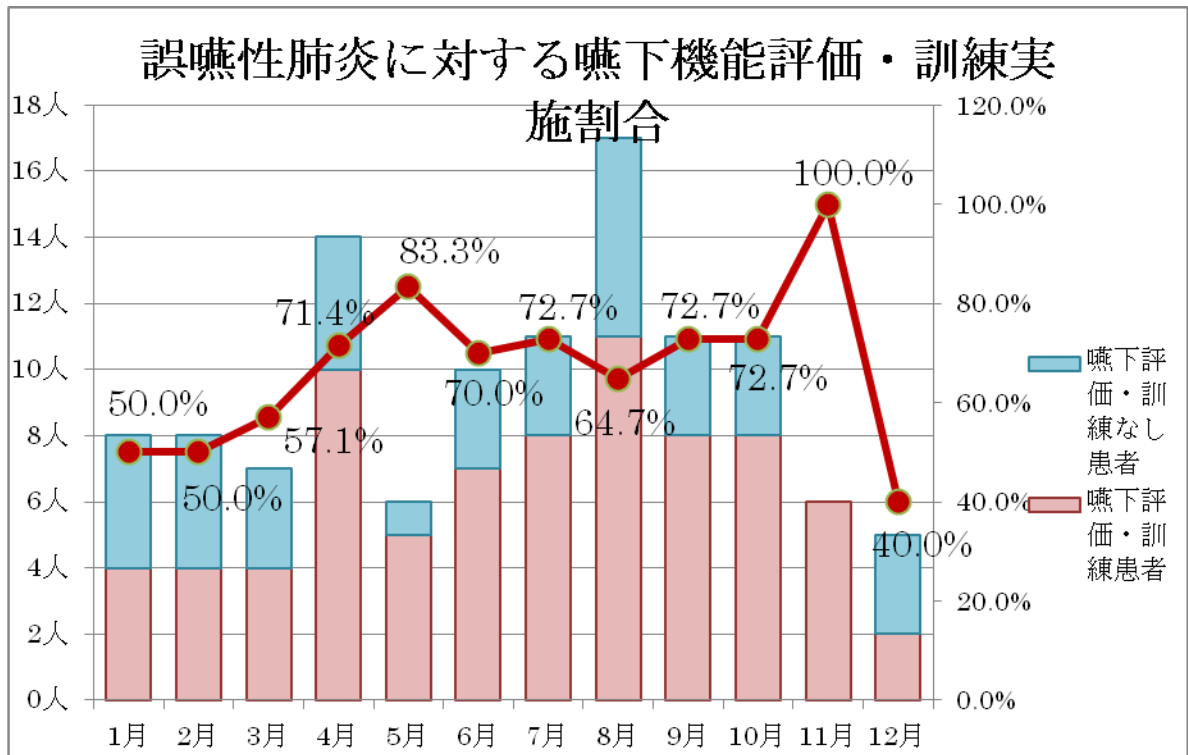
## 14.誤嚥性肺炎に対する

### 嚥下機能評価・訓練実施割合

本年度より収集を開始した指標です。

2014年4月よりリハ医が専門研修から戻り、嚥下評価に積極的に取り組みました。4月以降50%台→70%に増加。嚥下内視鏡を導入するとともに、看護師による嚥下機能評価を強化致しました。実施しなかった患者は経管栄養などのため、主治医が検査不要と判断した患者です。

評価後は、看護師・リハビリによる訓練を行い、退院時は家族・施設職員へ食事介助などの助言を行っています。





## 15.回復期病棟関連のQI指標

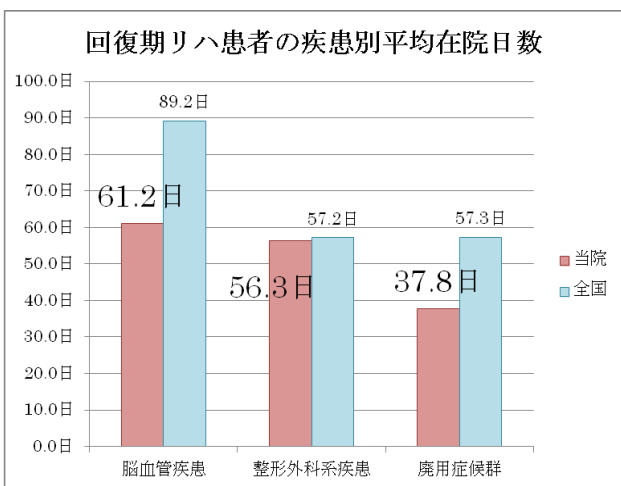
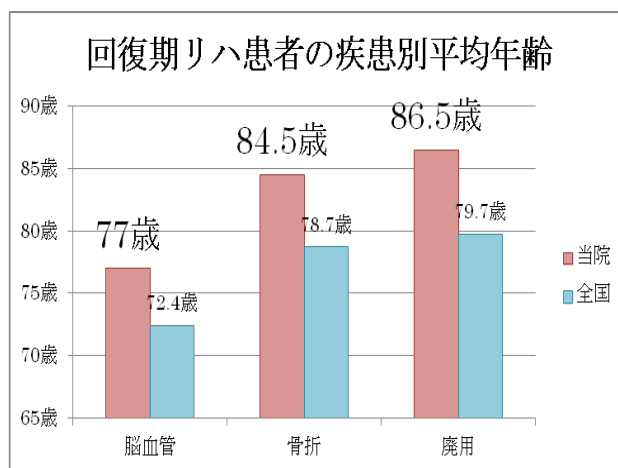
当院では2014年10月より回復期リハビリテーション病棟44床を開設致しました。

今回は回復期リハビリテーション病棟の現状を評価するため、2014年10月～2015年6月のデータをもとに統計を行っております。

### <疾患別平均年齢>

当院の回復期リハ病棟の患者の平均年齢は一般病床同様、全国と比較して高いことがわかります。

この高年齢が、後記のFIM 利得等で好結果が得られにくい一つの要因になっているものと考えられます。



### <入院期間>

当院の平均在院日数はどの疾患においても全国平均よりも早期に退院しております。

特に、脳血管疾患と廃用症候群においては大きな差がありました。

### <回復期病棟退院患者の在宅復帰率>

当院の在宅復帰患者は全国平均よりもやや高い75.4%でした。今後更なる在宅復帰率の向上を目指してゆきます。

