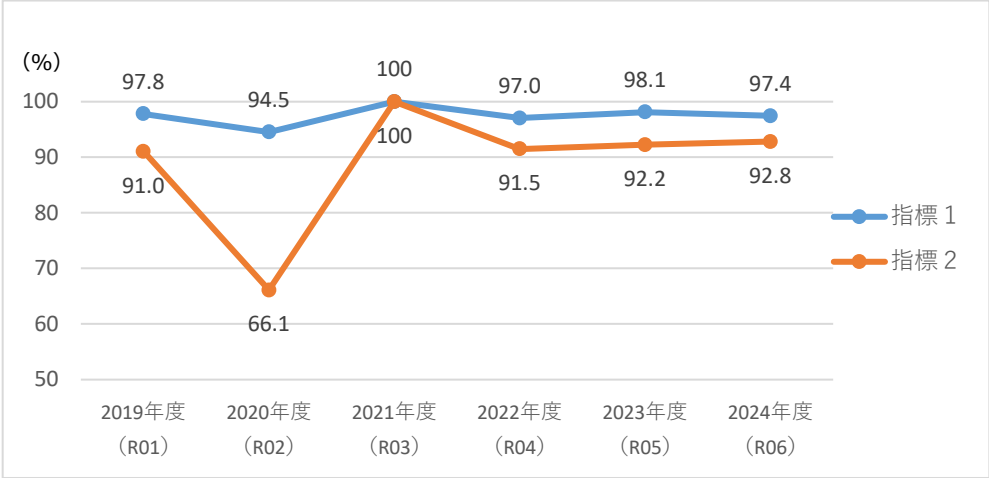


◆医療の質評価・臨床評価指標

日本赤十字社「医療の質評価制度」や公益財団法人日本医療機能評価機構「医療の質可視化プロジェクト」といった臨床評価指標も用いて問題点の把握・改善に取り組んでいます。更なる医療の質の向上を目指して継続的に評価を行っています。

指標 1 全体としてこの病院に満足していますか？（入院）

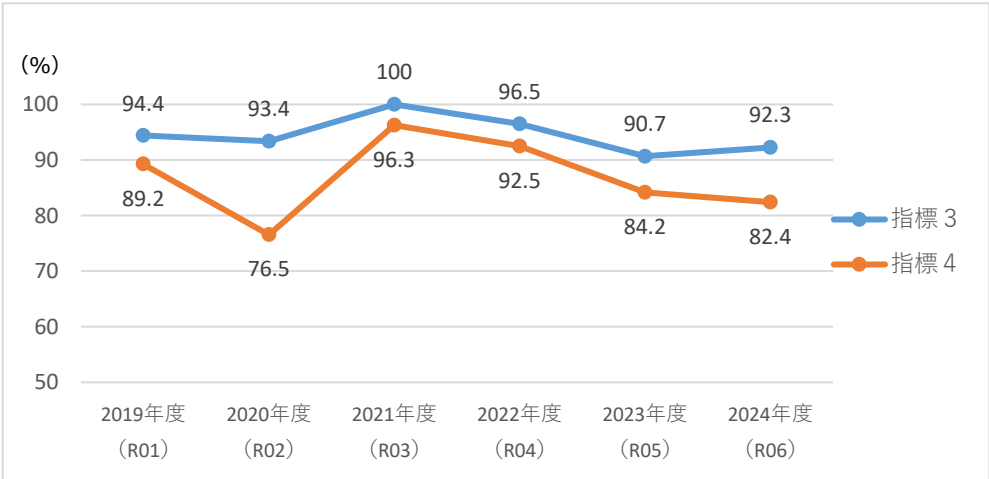
指標 2 全体としてこの病院に満足していますか？（外来）



毎年、患者満足度調査を実施しており、該当設問の有効回答数のうち、「非常に満足している」「まあまあ満足している」と回答した入院・外来患者の割合を表しています。患者さんからのご意見を真摯に受け止め、満足度の向上に取り組んでいます。

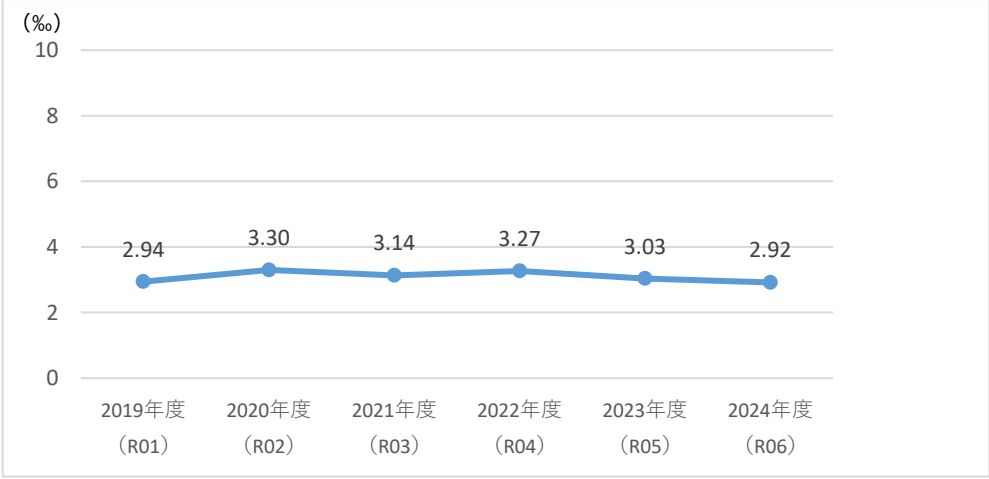
指標 3 入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について、医師から受けた説明は十分でしたか？（入院）

指標 4 診断や治療方針について、今日までに医師から受けた説明は十分でしたか？（外来）



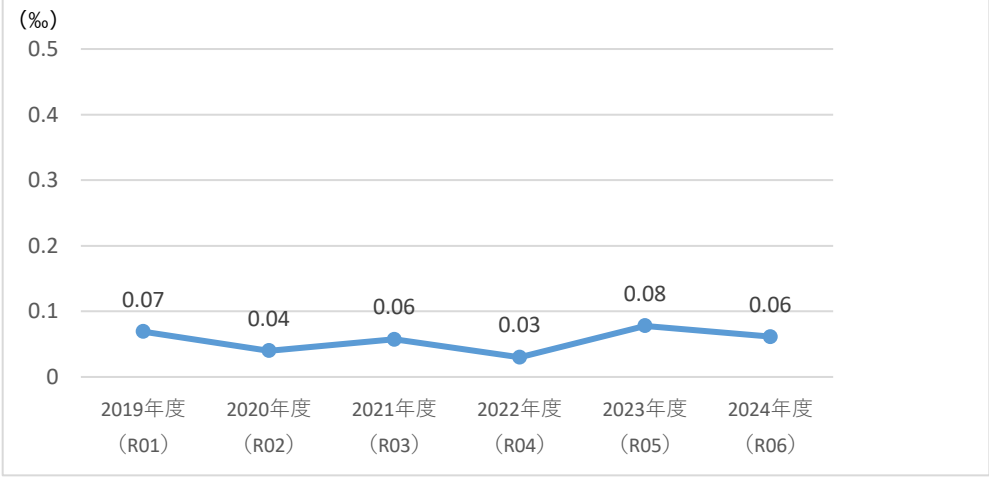
毎年、患者満足度調査を実施しており、該当設問の有効回答数のうち、「十分だった」「まあまあ十分だった」と回答した入院・外来患者の割合を表しています。指標 1・2と同様に、患者さんからのご意見を真摯に受け止め、満足度の向上に取り組んでいます。

指標 5 転倒・転落発生率【%（パーミル）】



安全推進委員会を設置して月毎に分析を行い、軽減に向けた取り組みを行っています。
「防げる転倒転落の防止」に注力し、無人環境下での車椅子乗車とトイレ時の見守りの徹底を注意喚起することにより軽減に繋がっています。

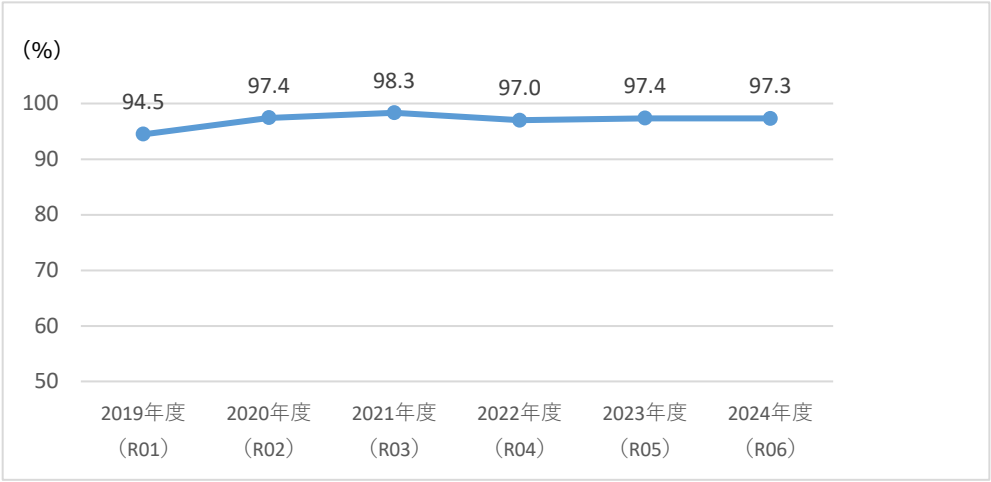
指標 6 転倒転落によるインシデント影響度分類レベル3b以上の発生率【%（パーミル）】



レベル 3 b 以上の転倒転落についても、指標 5 と同様の取り組みを行っています。

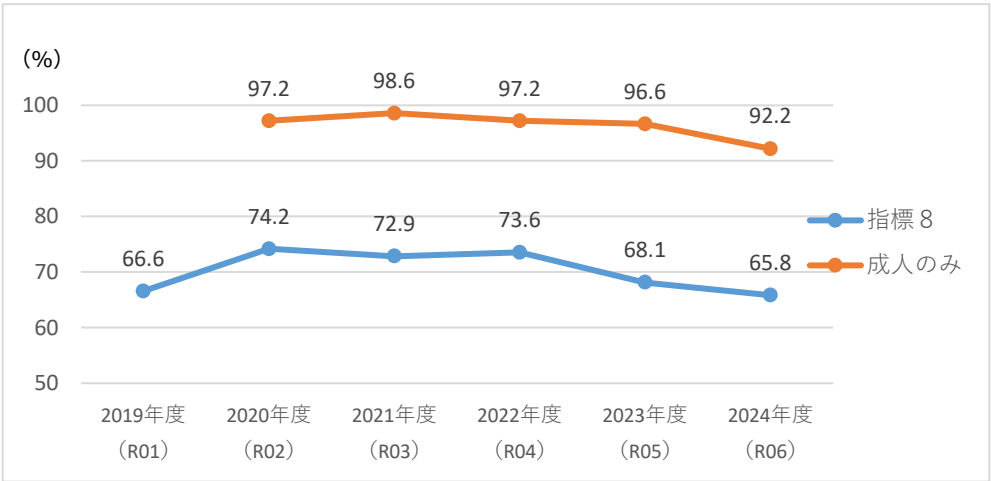
※インシデント影響度分類レベル 3 b 以上とは、転倒転落によって骨折や入院期間の延長、手術の必要性が生じるなど、患者さんに重篤な影響を与えたケースを指します。

指標 7 リスクレベルが「中」以上の手術を施行した患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率



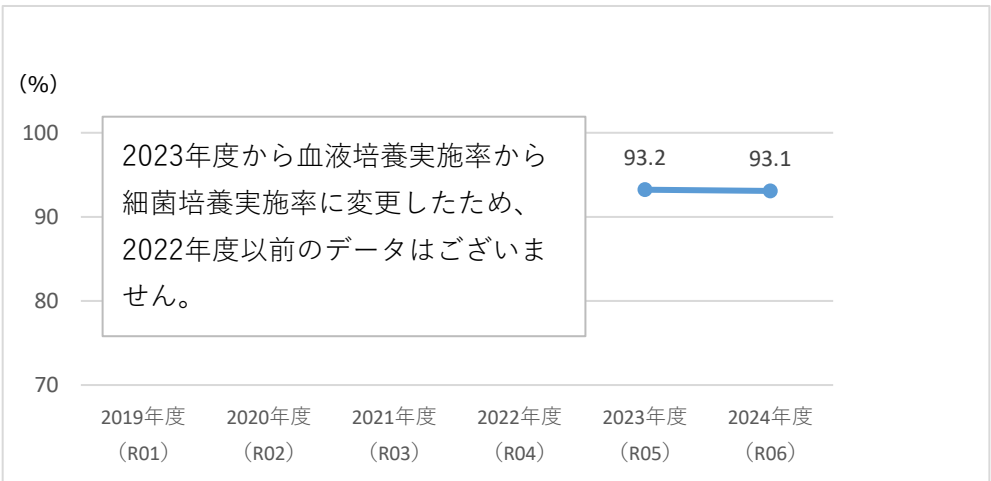
VTE（静脈血栓塞栓症）予防のためのワーキングチームがあり、多職種でVTE予防活動を行っています。手術後のVTE予防対策が全部署で確実に実施できるようフローの作成を行い、実施率の向上に向けた活動を継続しています。

指標 8 血液培養実施時の 2 セット実施率



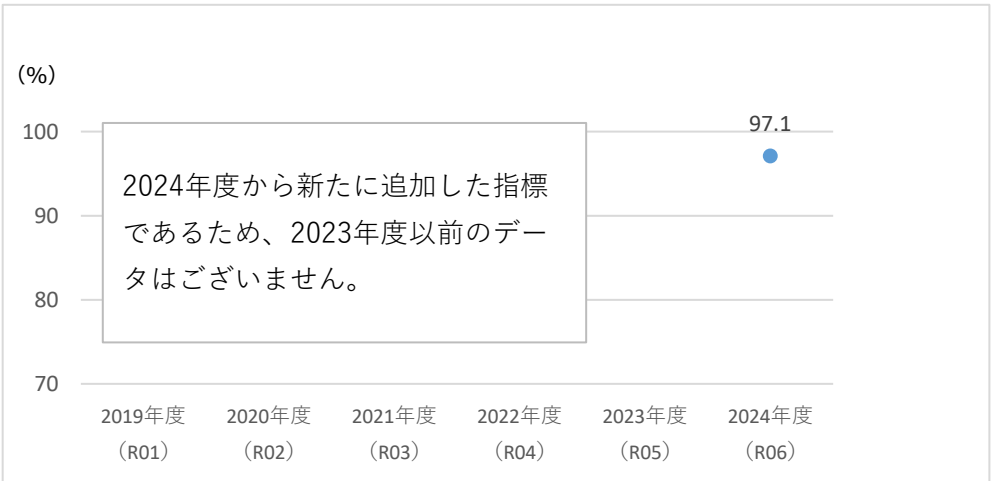
血液培養は、菌血症（血液中に菌が存在する感染症）の診断に用いられる検査です。この検査により菌血症の原因となる菌を特定することができれば、最適な治療方法に繋げることができます。体格が小さいために血液量の少ない小児を除き、成人では診断の精度を高めるために血液培養を2セット採取することが推奨されています。
なお、2024年度は血液培養に用いるボトルの全国的な供給制限があり、実施率に影響が出ている可能性があります。

指標 9 広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培養実施率



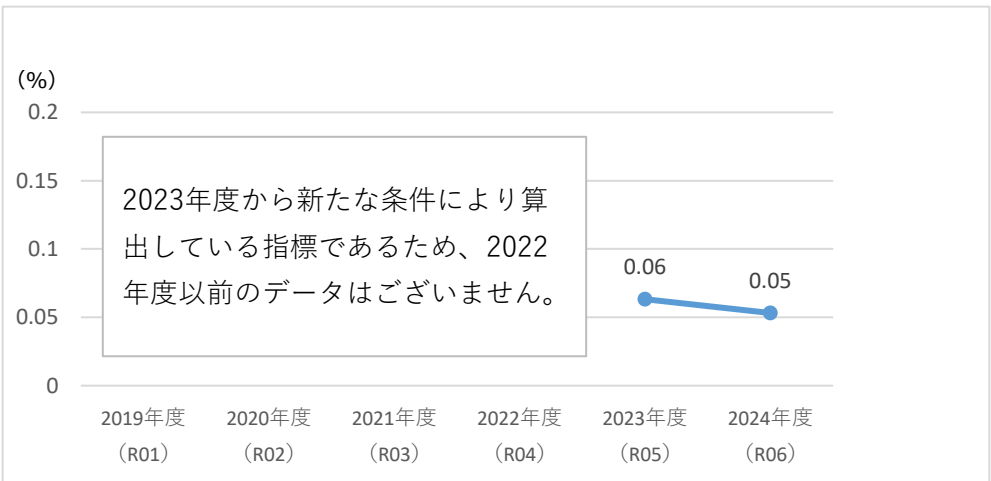
広域スペクトル抗菌薬とは多くの種類の細菌に対して有効な抗菌薬です。多くの種類の細菌に有効である一方、その使用により薬剤耐性菌（本来効くべき抗菌薬が効かない菌）の出現に繋がることが懸念されています。このため、広域スペクトル抗菌薬を使用する際には事前に細菌培養検査を行うことが推奨されています。これにより原因となる細菌を特定できればその菌に有効な狭域スペクトル抗菌薬に変更し、薬剤耐性菌の出現のリスクを下げることができます。

指標10 手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率



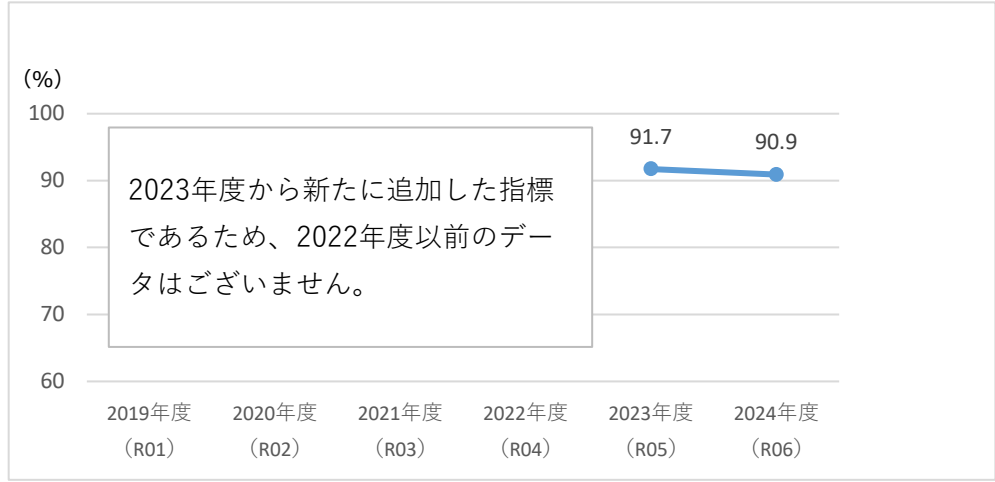
予防的抗菌薬は、手術のための皮膚切開時に皮膚の常在菌が術創部に入り込んで術後に感染症を起こすことを防ぐために使用します。そのため皮膚切開時に皮膚での抗菌薬濃度が高まるように投与することが理想です。1時間以内に有効血中濃度になる抗菌薬を使用しているため、適切なタイミングで投与できているかどうかを調べた結果を示しています。
手術開始前1時間以内に投与開始することを推奨しており、手術室においてもそのように努力しています。

指標11 d 2（真皮までの損傷）以上の褥瘡発生率



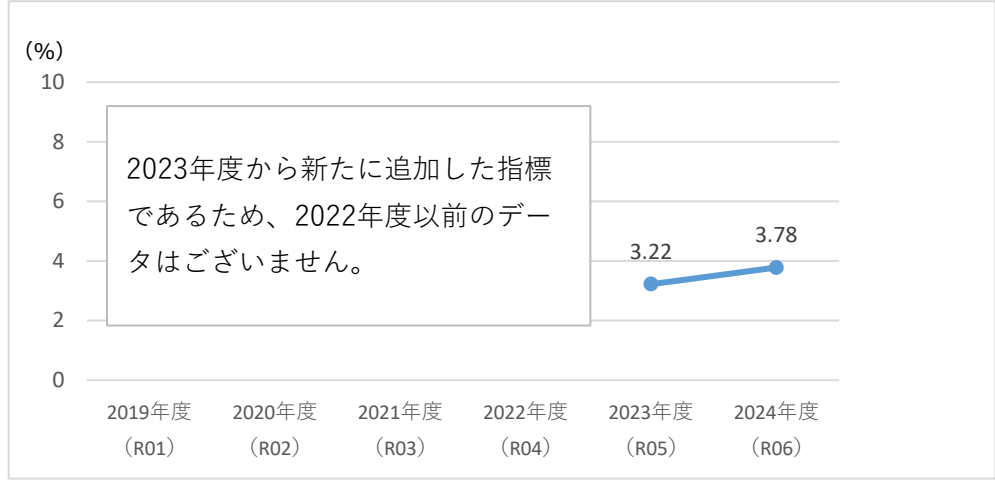
褥瘡対策チームを設置しており、早期に発見して対応する体制を整備しています。各領域ごとの課題を明確にして問題解決に取り組んでいます。

指標12 65歳以上の患者の入院早期の栄養アセスメント実施割合



入院時栄養スクリーニングを全入院患者を対象としています。アセスメント漏れに対し定期的な評価がされるよう、入院時に看護指示入力を必須としています。

指標13 身体的拘束の実施率



多職種チームによる身体的拘束最小化プロジェクトを設置し、各部署の安全リーダーナースを窓口に部署での身体的拘束最小化活動を推進しています。また、勉強会や他施設の講師による研修を開催し、院内職員、特に医師を意識した学習の機会を設けています。