

## 【指標1】入院患者 転倒・転落 発生率

【説明】入院中の転倒・転落の原因としては、入院という環境の変化によるものや疾患そのもの、治療・手術などによる身体的なものなどさまざまなものがあります。転倒・転落による傷害発生事例の件数は少なくとも、それより多く発生している傷害に至らなかった事例もあわせて報告して発生件数を追跡するとともに、それらの事例を分析することで、より転倒・転落発生要因を特定しやすくなります。

こうした事例分析から導かれた予防策を実施して転倒・転落発生リスクを低減していく取り組みが、転倒による傷害予防につながります。

### 【データ算出の定義】（割合を算出する場合）

	定義	備考
分子	入院患者の転倒・転落インシデント報告件数 (重複報告を除く)	単位はパーミル（‰：千分率）
分母	延べ入院患者数	

#### 【現状把握】

入院患者の転倒・転落件数は、近年では大きな変化は無く経過している。但し、月によって発生件数が著しく増加する現象を認めている。

#### 【改善計画】

転倒・転落リスクの低減に向けたデータ分析と環境整備、院内周知の継続的な取り組み、患者参加の推進を図る。

#### 【目標】

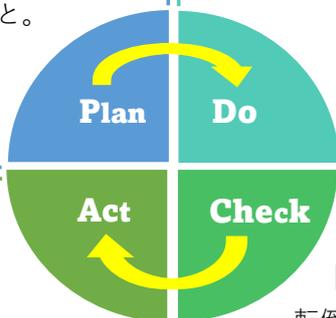
入院患者の転倒・転落発生率を低減させること。

#### 【改善計画の実行】

「転倒・転落プロジェクトチーム」でデータを分析し、転倒・転落が多い病棟と場所を同定して、重点的に施設改修を行う。

転倒・転落インシデント報告件数の推移を毎月の各種会議体で報告し、継続して啓発を行う。

転倒予防に関する患者参加の推進に向けて、昨年度作成した短編動画の利活用推進を図る。入院中のみならず、入院前から視聴できる仕組みを構築する。



#### 【アクション】

毎月の転倒・転落事例を今後も継続的にモニタリングし、その発生要因の解析に努める。  
また、解析結果から立案した対策を推進するとともに、啓発活動も継続して実施する。  
動画を積極的に活用できる体制の強化に取り組む。

#### 【改善の検証】

転倒・転落発生率は日本病院会データより低い割合で推移した一方で、当院における経年的な分析では昨年度よりも高率であり、月によって著しく多くなる現象を認めた。  
一定数の動画視聴を得ることができたが、全入院患者の視聴には至らなかった。

\*参考：転倒・転落発生率  
日本病院会（500床以上の一般病院）  
・2022年度：2.6‰

## 【実績】

	2021年	2022年	2023年
分子	470	430	446
分母	202,252	197,911	183,966
発生率（パーミル）	2.32‰	2.17‰	2.42‰

## 【医療の質可視化プロジェクトベンチマーク】（2022.10-2023.9）

「医療の質可視化プロジェクト」とは、日本医療機能評価機構が行っている、国内全病院を対象に、指標を活用して医療の質を可視化するプロジェクトです。

【MSM-01】転倒・転落(件数)



## 【ベンチマーク結果】

ベンチマーク指標と比較し、当院の転倒転落発生件数は低値を推移し、大きな差はない。

## 【考察】

日本病院会データ2.60‰（500床以上の一般病院、2022年度）と比べても低率で推移している一方、当院における経年的な分析では昨年度よりも高率であった。また、月によって著しく発生件数が増える現象があり、その原因・発生要因の分析に取り組むとともに、各種会議体での周知を徹底している。

また今年度は、転倒転落対策への「患者参加」の強化に取り組んだ。転倒を予防するための注意点をまとめた短編動画「転ばぬ先の6つの知恵～入院生活で転ばないために～」を転倒・転落プロジェクトチームで作成し、病室テレビで視聴可能な環境整備や、入院前にも視聴できるように冊子（入院のご案内）へ添付したQRコードを介した公開に取り組んでいる。

次年度は「データ分析」「施設環境整備」「患者参加の推進」を3本柱に据えて、今後も継続的な転倒転落予防に取り組んでいく必要がある。また外来患者においても一定数の転倒事例を認めており、施設環境面を含めた予防策を検討する必要がある。



🖱️ 「転ばぬ先の知恵」をクリックすると動画が閲覧できます。

## 【指標2】入院転倒転落によるレベル3b以上の発生率

【説明】入院中の転倒・転落の原因としては、入院という環境の変化によるものや疾患そのもの、治療・手術などによる身体的なものなどさまざまなものがあります。転倒・転落による傷害発生事例（レベル3b以上の事例：骨折など）の件数は少なくても、それより多く発生している傷害に至らなかった事例もあわせて報告して発生件数を追跡するとともに、それらの事例を分析することで、より転倒・転落発生要因を特定しやすくなります。

こうした事例分析から導かれた予防策を実施して転倒・転落発生リスクを低減していく取り組みが、転倒による傷害予防につながります。

### 【データ算出の定義】（割合を算出する場合）

	条件	備考
分子	分母のうち、入院患者に発生したインシデント影響度分類レベル3b以上の転倒転落件数	単位はパーミル（‰：千分率）
分母	入院延べ患者数	

#### 【現状把握】

レベル3b以上の転倒・転落は年間2～3件発生している。

- ・2021年度：2件
- ・2022年度：3件

#### 【改善計画】

転倒・転落の総発生率は指標1に示したとおりであるが、その中でレベル3b以上は年間数件に抑えることができている。転倒・転落発生率低減に向けた取組みに加えて、個別の事例分析を行う。

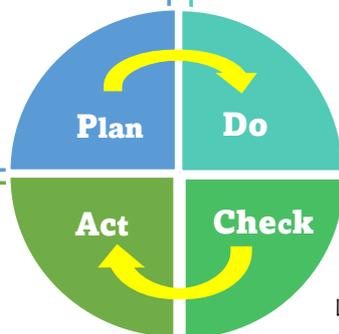
#### 【目標】

入院中のレベル3b以上の転倒・転落事例を最少化させる。

#### 【改善計画の実行】

転倒・転落事例に関するデータ分析結果を基に、施設改修と患者参加の推進に取り組む。さらに、転倒・転落インシデント報告件数の推移を毎月の各種会議体で報告して、継続的な啓発活動を行う。

レベル3b以上については施設・環境面を含めた改善が必要か、個別の詳細な事例分析を行う。



#### 【アクション】

今後も転倒・転落事例を継続的にモニタリングし、その発生要因の分析に努める。さらに、転倒しても重症化に至らないようにする施設・環境の整備に取り組む。

#### 【改善の検証】

レベル3b以上の事例は、昨年度と変わらず3件に抑えられていた。

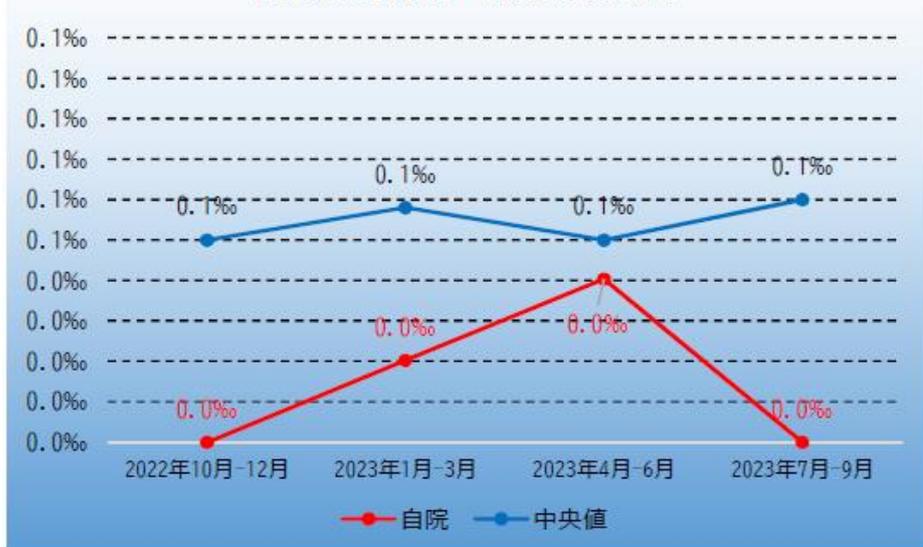
## 【実績】

	2021年	2022年	2023年
分子	2	3	3
分母	202,252	197,911	183,966
発生率（パーミル）	0.01‰	0.02‰	0.02‰

## 【医療の質可視化プロジェクトベンチマーク】（2022.10-2023.9）

「医療の質可視化プロジェクト」とは、日本医療機能評価機構が行っている、国内全病院を対象に、指標を活用して医療の質を可視化するプロジェクトです。

### 【MSM-02】転倒・転落(3b以上)



### 【ベンチマーク結果】

ベンチマーク指標と比較し、当院の転倒転落（3b以上）発生件数は低値を維持している。

## 【考察】

転倒・転落の総発生件数は昨年度よりも増加したものの、レベル3b以上の事例は年間3件に抑えることができた。転倒・転落をゼロにすることは困難であるが、ADLの低下に密接に関与しているため、転倒しても重症化に至らないようにする施設・環境の整備に取り組む必要がある。そのためのデータの分析と対策立案、啓発活動を継続して実施する。

また、入院のみならず外来患者においても、レベル3b以上の転倒事例が発生している。入院に限定せず、外来を含む病院全体の環境を俯瞰して予防策を考える必要がある。

### 【指標3】手術ありの患者の肺血栓塞栓症の予防率 (リスクレベルが中リスク以上)

【説明】肺血栓塞栓症は、主に下肢の深部静脈血栓が剥がれて血流によって運ばれ、肺動脈を閉塞する疾患です。重篤な場合には死に至ります。近年、塞栓の危険因子が明らかになり、リスクレベルに応じた予防策の実施が推奨されています。予防は、弾性ストッキングの着用や間歇的空気圧迫装置の使用、抗凝固療法があり、これらは「肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症（静脈血栓塞栓症）予防ガイドライン」にのっとり、肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した患者さんが対象になります。

#### 【データ算出の定義】（割合を算出する場合）

条件	
分子	分母のうち、肺血栓塞栓症の予防対策（弾性ストッキングの着用、間歇的空気圧迫装置の利用、抗凝固療法のいずれか、または2つ以上）を実施した患者数
分母	肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院患者数

#### 【現状把握】

手術ありの患者の肺血栓塞栓症(以下、周術期肺血栓塞栓症)の予防率は、近年では93%前後で推移している。また、周術期肺血栓塞栓症の年間発生件数は3件前後で推移している。

#### 【改善計画】

予防率は高率で推移しており、現在の取り組みを継続する。

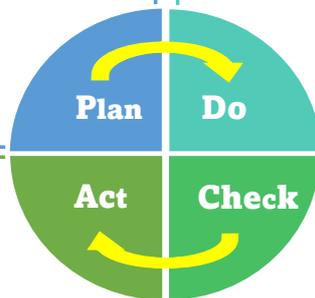
#### 【目標】

現状を維持する。

#### 【改善計画】

今後も予防率の推移を継続的にモニタリング・分析して、その結果を院内の各種会議体で報告するとともに、啓発活動も続ける。

肺血栓塞栓症を発症した事例の分析を行う。



#### 【アクション】

取り組みの継続と、より高い予防率を達成するための分析に努める。

#### 【改善の検証】

2023年度の周術期肺血栓塞栓症の術前予防実施率は93.1%であり、高い割合を維持できている。

2023年度は3例で周術期肺血栓塞栓症が発生したが、いずれも術前のリスク評価に応じた予防策が行われていた。

## 【実績】

	2021年	2022年	2023年
分子	3,346	3,443	3,375
分母	3,575	3,726	3,626
周術期肺血栓塞栓症予防率	93.6%	92.4%	93.1%

## 【医療の質可視化プロジェクトベンチマーク】（2022.10-2023.9）

「医療の質可視化プロジェクト」とは、日本医療機能評価機構が行っている、国内全病院を対象に、指標を活用して医療の質を可視化するプロジェクトです。

### 【ベンチマーク結果】

ベンチマーク指標と比較し、当院の肺塞栓の予防実施率に大きな差はない。

### [MSM-03]肺塞栓の予防(リスクレベル「中」以上)



## 【考察】

2023年度の周術期肺血栓塞栓症の術前予防実施率は、日本病院会データ（91.8%：500床以上の一般病院、2022年実績）と比べても高い割合で推移している。現状を維持できるよう、院内の各種会議体で周知に努める。

なお、2023年度4～1月期における周術期に発生した肺血栓塞栓症の発症は3例であり、いずれも術前のリスク評価に応じた予防策が講じられていたにもかかわらず発症した事例であった。

現在の集計方法では、リスクレベルが中以上のものすべてを分母としているが、抗凝固療法のリスクが非常に高い手術や下肢の血流障害や外傷のため機械的血栓予防法が禁忌などのため、検討の上積極的に実施しなかった症例も含まれている。本来であればこのような患者は集計から除外されるべきで、今後検討を重ねていく。

## 【指標4】血液培養検査において、同日に2セット以上の実施割合

【説明】血液培養は1セットのみの場合の偽陽性による過剰治療を防ぐため、2セット以上行うことが推奨されている。

## 【データ算出の定義】（割合を算出する場合）

	条件	除外
分子	分母のうち同日に2セット以上の血液培養オーダー件数	
分母	全血液培養オーダー件数	小児用ボトル（1セット）でしか採取できない患者のオーダー

## 【現状把握】

2022年度第4四半期より開始した。

## 【改善計画】

血液培養検査の2セット採取ができていない症例や診療科の傾向を把握して、課題を明確にする。

## 【目標】

目標値：93.1%

（国公協血液培養サーベイランス平均値）

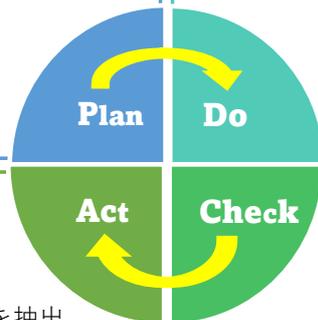
## 【改善計画の実行】

2023年1月から集計を開始した。

同年5月からは感染対策委員会(毎月1回開催)において「複数セット採取率」として報告を行っている。

対象：小児科を除く全診療科

算出区分：入院日同日の外来および入院



## 【アクション】

2セット採取ができていない症例や診療科を抽出した結果を、年次報告として感染対策委員会で共有して、各診療科へ改善を促す。  
今後もモニタリングと分析を継続し、改善に向けた取り組みを続ける。

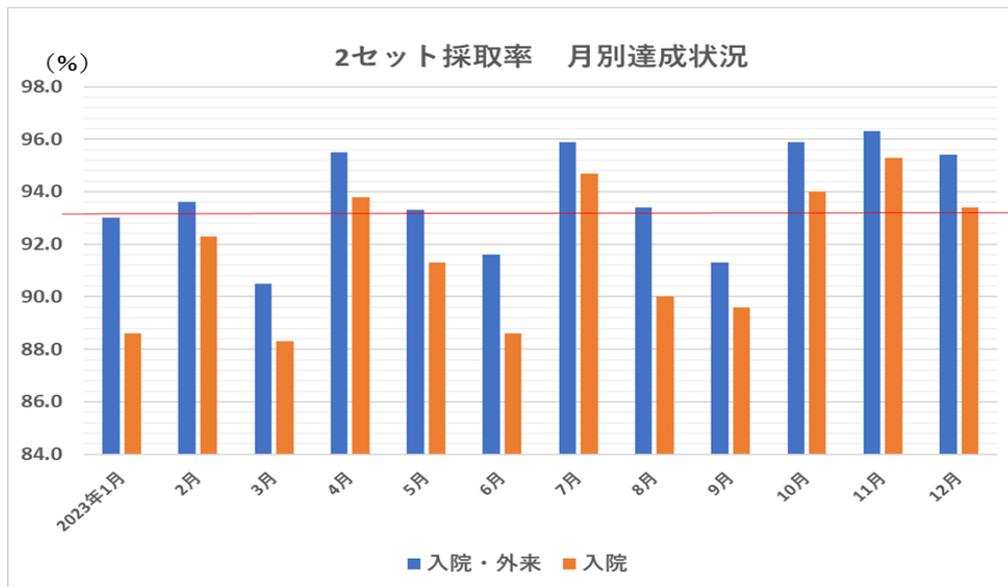
## 【改善の検証】

目標値93.1%

2セット採取率（%）※赤字は未達成

	入院・外来	入院
2023年1月	93.0	88.6
2月	93.6	92.3
3月	90.5	88.3
4月	95.5	93.8
5月	93.3	91.3
6月	91.6	88.6
7月	95.9	94.7
8月	93.4	90.0
9月	91.3	89.6
10月	95.9	94.0
11月	96.3	95.3
12月	95.4	93.4
平均	93.8	91.7

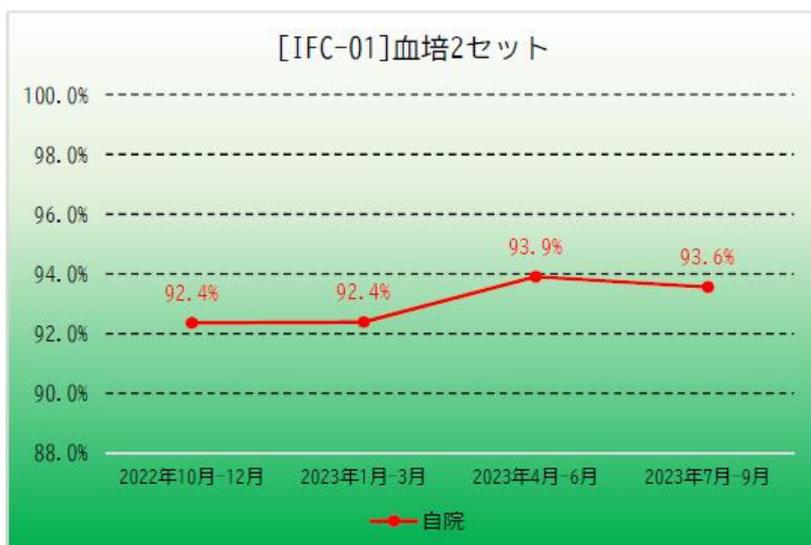
## 【実績】



	【入院・外来】	【入院】
2セット採取率	93.8%	91.7%
目標を下回った月	1月、3月、6月、9月	1月、2月、3月、5月、6月、8月

## 【医療の質可視化プロジェクトベンチマーク】 (2022.10-2023.9)

「医療の質可視化プロジェクト」とは、日本医療機能評価機構が行っている、国内全病院を対象に、指標を活用して医療の質を可視化するプロジェクトです。



### 【ベンチマーク対象外】

当院では小児科の血液培養を統計に含めていないため、医療の質可視化プロジェクトのベンチマークは対象外とした。

## 【考察】

入院時の血液培養検体採取においては、外来で1セットと入院で1セットの計2セットとして採取することがあるが、データ抽出方法の問題により現在は<入院>と<入院・外来>の両方の区分で計上されている。その結果として、区分別集計では<外来・外来>よりも<入院>の2セット採取率が低くなっている。正確な分析と対策を立案するためには、データ抽出方法の見直しが必要である。

夜間の緊急入院や緊急で集中治療室に入室した患者で採血が難しい場合、2セット目の採血が0時を越える場合がある。その場合、「同時2セット」という目的は達しているものの「同日2セット」という集計方法となっているので、前日に1セットのみ提出、翌日にも1セットのみ提出となってしまう、値が低く算出されてしまう。生データの機械的な集計ではなく、内容も吟味した数値を算出する方向にする必要がある。

4月に実施する2023年度の分析結果を勘案し、次年度以降は除外基準を明確にする。その上で、対象であるにもかかわらず1セット採取となっている場合は、採取時の状況等も分析して、感染対策委員会(感染制御部所管)を通じて改善勧告を行う。

## 【指標5】 広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培養実施率

【説明】 近年、多剤耐性アシネトバクター属菌や、幅広い菌種に効果を有するカルバペネム系抗菌薬に耐性のある腸内細菌科細菌など、新たな抗菌薬耐性菌（以下、耐性菌）が出現し、難治症例が増加しています。不適切な抗菌薬の使用は、耐性菌の発生や蔓延の原因になることから、抗菌薬適正使用を推進する取り組みが求められます。抗菌薬適正使用の鍵を握るのは正確な微生物学的診断であり、抗菌薬投与前の適切な検体採取と培養検査が必要です。

### 【データ算出の定義】（割合を算出する場合）

	条件	備考
分子	分母のうち、入院日以降抗菌薬処方日までの間に細菌培養同定検査が実施された患者数	
分母	広域スペクトルの抗菌薬が処方された退院患者数	対象薬剤：当院で定めた届出制、許可制抗菌薬

#### 【現状把握】

細菌培養検査が提出されることなく広域抗菌薬を開始する症例が、一部に見受けられた。

#### 【改善計画】

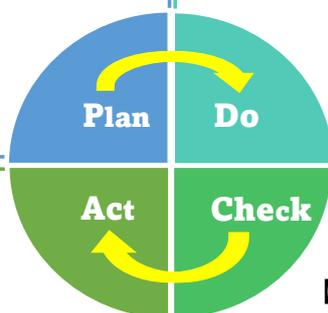
診療科毎に広域スペクトル抗菌薬使用時の細菌培養実施率を集計し、その分析結果を院内へフィードバックする。

#### 【目標】

提出率90%以上

#### 【改善計画の実行】

広域抗菌薬使用前の血液培養提出率を診療科毎に集計した結果、全体で80～85%であった。診療科別のデータを、毎月開催する感染対策委員会で共有した。



#### 【アクション】

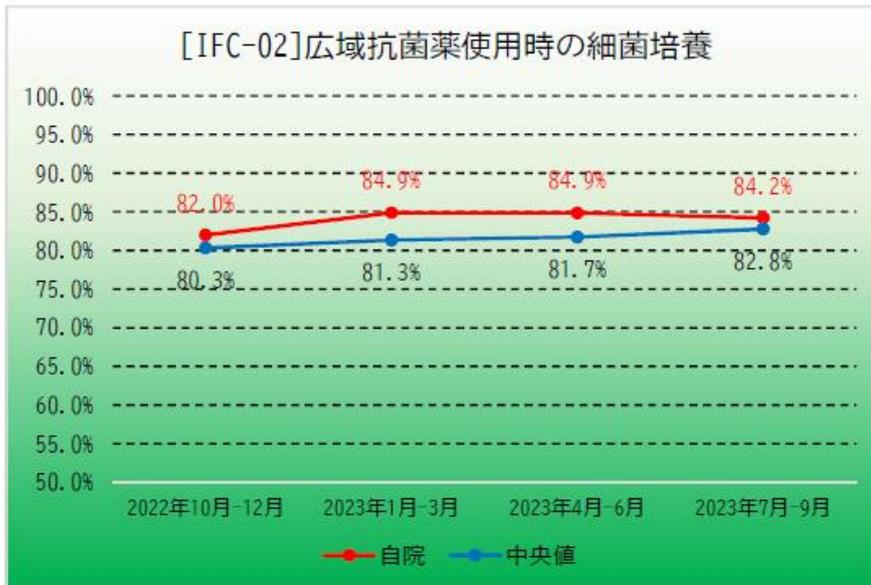
提出率80%以下の診療科における未提出症例の詳細を確認する。フィードバックのみならず、提出率向上のための個別支援を強化して、目標の達成を目指す。

#### 【改善の検証】

目標の90%を下回った。診療科別で分析すると、20～100%と診療科によって提出率の偏りがあることが判明した。

## 【医療の質可視化プロジェクトベンチマーク】（2022.10-2023.9）

「医療の質可視化プロジェクト」とは、日本医療機能評価機構が行っている、国内全病院を対象に、指標を活用して医療の質を可視化するプロジェクトです。



### 【ベンチマーク結果】

若干ではあるが、ベンチマークより高い割合を維持している。

### 【考察】

全体の提出率は約85%であり、他施設と比較すると若干ではあるが高率であった。

診療科別では20%~100%と診療科間で大きな開きがあり、必要性の認識に乏しい診療科の存在が示唆された。

細菌培養検査を提出せずに広域抗菌薬を開始したが感染症治療に難渋した場合に、その後の抗菌薬選択に影響を及ぼす恐れがあることなど、抗菌薬適正使用の観点から周知を徹底する必要がある。

提出率が80%以下の診療科に対しては個別に介入することで、全体の底上げ効果が見込まれる。

## 【指標6】手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率

【説明】現在、細菌感染を起こしていないが、手術後の感染をできるだけ防ぐために、抗生物質をあらかじめ投与することを予防的抗菌薬投与といます。手術部位感染（SSI）を予防する対策の一つとして、手術前後の抗菌薬投与があり、手術執刀開始の1時間以内に適切な抗菌薬を静注射することでSSIを予防し、入院期間などの延長を押さえることができます。

### 【データ算出の定義】（割合を算出する場合）

	条件	備考
分子	分母のうち手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与された手術件数	抗菌薬の種類・投与方法は不同
分母	手術室で実施した手術件数	

#### 【現状把握】

予防的抗菌薬投与率の把握ができていなかったが、2022年第3四半期より集計と分析を開始した。

#### 【改善計画】

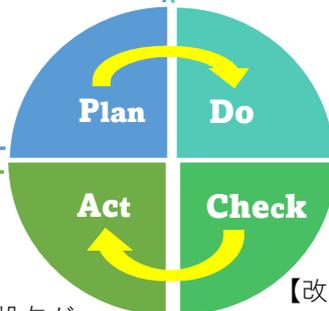
予防的抗菌薬投与率を集計し、その分析結果を院内に周知する。

#### 【目標】

投与率95%（除外基準：Kコードのついていない症例、抗菌薬投与が推奨されていない症例）

#### 【改善計画の実行】

院内全体で90～95%であった。さらに、診療科ごとの投与率を算出した。



#### 【アクション】

データ抽出上の問題で、術前抗菌薬の投与が不要な症例も分母に含まれていることが判明しており、分析精度のさらなる向上を目指す。

#### 【改善の検証】

投与されていない症例は、

- ・ 予防的抗菌薬投与が推奨されていない術式
- ・ 感染治療中のため予防的抗菌薬の投与不要であり、予防的抗菌薬が必要とされる術式ではほぼ全例で投与されていた。

## 【医療の質可視化プロジェクトベンチマーク】（2022.10-2023.9）

「医療の質可視化プロジェクト」とは、日本医療機能評価機構が行っている、国内全病院を対象に、指標を活用して医療の質を可視化するプロジェクトです。



### 【ベンチマーク対象外】

算出方法が医療の質可視化プロジェクトと異なるためベンチマーク対象外とした。

### 【考察】

投与率が低い診療科に対して分析結果をフィードバックして、投与しない理由を確認した。

その理由として、救命救急センターと心臓血管外科では既に感染症治療として抗菌薬投与が行われていたため予防的抗菌薬の投与が不要な症例が多かった。その他の診療科では、予防的抗菌薬が推奨されていない術式であることが主たる理由であった。データ抽出上の問題で、術前抗菌薬の投与が不要な症例も分母に含まれていることが判明しており、分析精度の向上により目標の95%を達成することが可能であると考えている。

## 【指標7】 d2(真皮までの損傷)以上の褥瘡発生率

【説明】 褥瘡予防対策は、提供されるべき医療の重要な項目であり、栄養管理、ケアの質評価にかかわります。また患者のQOLの低下により、在院日数の長期化や医療費の増大につながります。

### 【データ算出の定義】 (割合を算出する場合)

	条件	除外
分子	分母のうち d 2 (真皮までの損傷)以上の 院内新規褥瘡発生患者数	入院前に既に発生していた褥瘡
分母	入院延べ患者数	

#### 【現状把握】

2022年度におけるd2以上の褥瘡発生率は0.064%であり、2021年度の0.080%より低下したが、大学病院としては高値である。

#### 【改善計画】

褥瘡ハイリスク症例や医原性における適切なアセスメントと計画立案、定期的な評価の徹底が必要である。リンクナースを中心に、漏れなくアセスメントと計画立案、定期的評価が行われるように取り組み、適切なケアに繋げる。

#### 【目標】

褥瘡発生率の低減

#### 【改善計画の実行】

リンクナース(専任看護師)を中心に、褥瘡予防対策の運用方法の見直しと監査を行う。

- ・褥瘡回診・褥瘡カンファレンスの実施(週1回)
- ・立案後48時間以内評価、定期評価、状態変化時評価、終了/退院/転院時評価の徹底
- ・医療関連機器圧迫創傷(MDRPU)を含めた褥瘡発生状況および難渋ケースの把握、適切な発生予防法・ケアの実施
- ・褥瘡保有患者の継続ケアについて、関連する他部署や外来、院外他施設との連携



#### 【アクション】

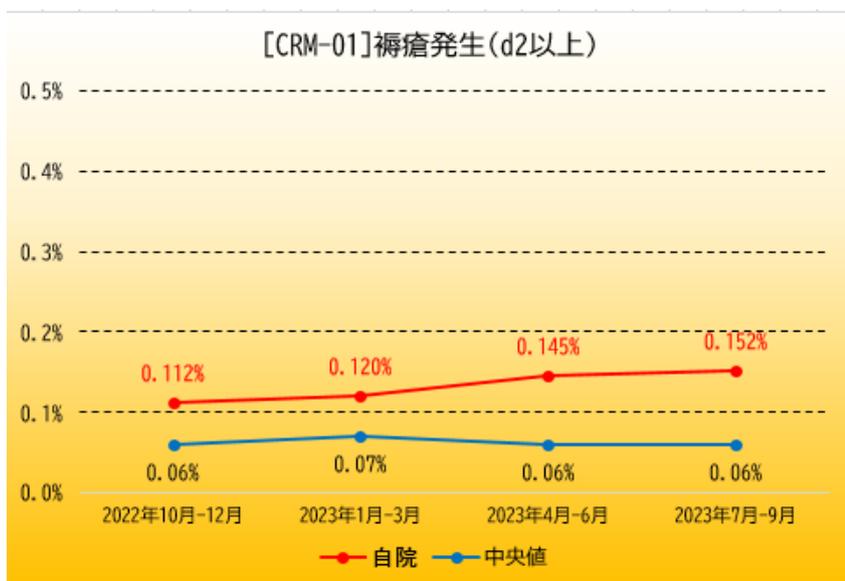
今後も評価の徹底を継続する。  
特に褥瘡ハイリスク対象患者の適切なアセスメントと評価を確実に実施する。  
医療関連機器装着中の継続的な観察と予防対策を徹底する。

#### 【改善の検証】

運用変更前と比較して未評価の割合は71% →45%へ減少したが、褥瘡発生率に大きな改善は見られなかった。  
弾性ストッキングによるMDRPU発生件数は昨年と変化なかった。  
ただし、定期評価の実施と評価精度は改善しており、日々の観察とケアの継続から褥瘡の早期発見に繋がっている。  
D3を超える深い褥瘡は発生せず、比較的軽度のd1～d2の褥瘡で経過している。

## 【医療の質可視化プロジェクトベンチマーク】（2022.10-2023.9）

「医療の質可視化プロジェクト」とは、日本医療機能評価機構が行っている、国内全病院を対象に、指標を活用して医療の質を可視化するプロジェクトです。



【ベンチマーク結果】  
他院に比べ高い発生率となっている。

### 【考察】

褥瘡予防対策の運用方法変更前と比較して未評価の割合は71%→45%へ減少したが、褥瘡発生率に大きな改善は見られなかった。弾性ストッキングによるMDRPU発生件数は昨年と変化なかった。

ただし、定期評価の実施と評価精度は改善しており、日々の観察とケアの継続から褥瘡の早期発見に繋がっている。D3を超える深い褥瘡は発生せず、比較的軽度のd1～d2の褥瘡で経過している。

今後も評価の徹底を継続したい。

※褥瘡（深さ）判定（DESIGN-R®2020より）

d1：皮膚が持続して発赤している状態

d2：真皮まで損傷している状態

D3：皮下組織まで損傷している状態

DESIGN-R®2020は、日本褥瘡学会学術教育委員会が開発した、「褥瘡状態判定スケール」です。

## 【指標8】 65歳以上の患者の入院早期の栄養ケアアセスメント実施割合

【説明】 早期に低栄養リスクを評価し適切な介入をすることで、在院日数の短縮、予後改善につながります。また、重症患者に対する早期栄養開始により、感染症の合併減少や死亡率低下が指摘されています。

【データ算出の定義】（割合を算出する場合）

	条件	除外
分子	分母のうち入院3日までに栄養ケアアセスメントが行われたことがカルテに記載された患者数	入院期間が3日以内の患者（検査入院、短期滞在手術入院など）を除外する。
分母	65歳以上の退院患者数	

### 【現状把握】

入院センターでは、管理栄養士が常駐しており食物禁忌やアレルギーの確認に加え主治医へ適切な食形態のオーダーの提案に繋がっている。同時に、入院支援看護師及び病棟看護師が栄養管理のスクリーニングを実施しているが、必要時に多職種間で協議が行えていないケースがある。

### 【改善計画】

上記スクリーニング結果を基にチームとして統一した介入を徹底する。

### 【目標】

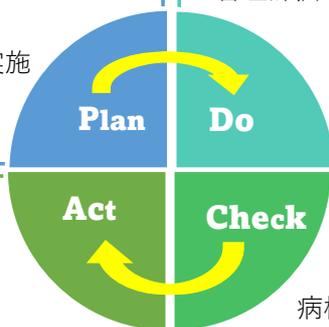
必要時多職種協議の上、栄養管理計画の実施

### 【改善計画の実行】

入院3日以内の栄養アセスメント結果が、入院診療計画書と齟齬がないか病棟看護師のスクリーニングの際に確認を徹底する。

そのことに加え、栄養部・入退院支援部門でのリチェックにて部署へフィードバックを行い適切な計画書に繋げる。

定例で週に1回行っている療養支援連携カンファレンスに管理栄養士も同席をし、多職種による栄養管理評価と計画実施に繋げる。



### 【アクション】

定期的に診療録監査を行い結果のフィードバックを実施し適時内容に応じて改善策を検討・実施する。

令和6年度の診療報酬改訂に伴い、栄養管理スクリーニングの一部改訂を行う。

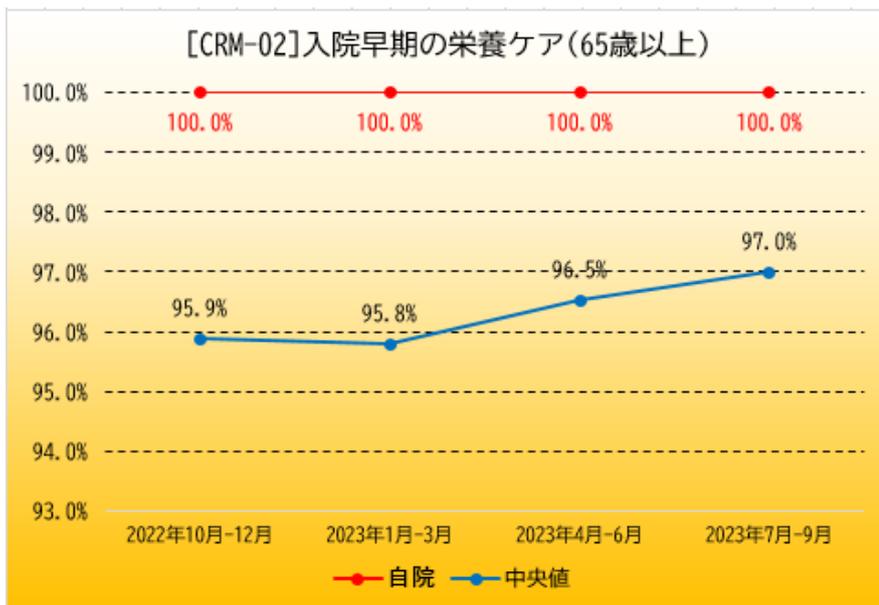
### 【改善の検証】

病棟看護師・入退院支援看護師・医療ソーシャルワーカーと定例ミーティングにてリチェックの実施状況を確認している。

病棟看護師による確認漏れが続いた場合、病棟看護師長と共有をして改善を促しており、継続して不具合が発生することはない。

## 【医療の質可視化プロジェクトベンチマーク】（2022.10-2023.9）

「医療の質可視化プロジェクト」とは、日本医療機能評価機構が行っている、国内全病院を対象に、指標を活用して医療の質を可視化するプロジェクトです。



### 【ベンチマーク結果】

ベンチマーク指標と比較し当院の実施率は高い値を維持している。PFMを中心とした栄養スクリーニングの取組が徹底されている。

### 【考察】

チームとして統一した介入を徹底する目的に、定例で週に1回行っている療養支援連携カンファレンスに管理栄養士も同席をし、多職種による栄養管理評価と計画実施に繋げることを開始した。

入院3日以内の栄養アセスメント結果が、入院診療計画書と齟齬がないか病棟看護師のスクリーニングの際に確認を徹底することで、評価のずれを修正し、最適な栄養ケアの実施につなげている。

定期的に診療録監査を行い結果のフィードバックを実施し適時内容に応じて改善策を検討・実施する。

## 【指標9】 身体拘束率

【説明】 身体的拘束は、制限の程度が強く、また、二次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないものとされています。施設や医療機関などで、患者を、「治療の妨げになる行動がある」、あるいは「事故の危険性がある」という理由で、安易にひもや抑制帯、ミトンなどの道具を使用して、患者をベッドや車椅子に縛ったりする身体拘束、身体抑制は慎むべきものです。

### 【データ算出の定義】（割合を算出する場合）

	条件	除外
分子	分母のうち、物理的身体拘束を実施した患者述べ数	4点柵と離床検知装置は含まない
分母	入院患者述べ数	

#### 【現状把握】

体幹・四肢・肩の拘束における抑制帯、ミトン型手袋、車いす用安全ベルトの使用件数を把握している。

#### 【改善計画】

病院全体としては把握できているが、一般病棟や集中治療系別の算出はできていない。今後は部署ごとのデータ分析と対策の立案が必要。

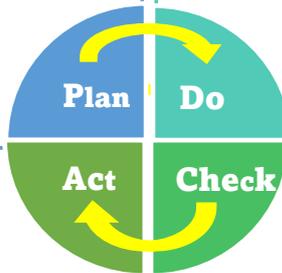
#### 【目標】

身体拘束の定義を再確認する。  
部署ごとの状況も把握する。

#### 【改善計画の実行】

「身体拘束最小化チーム」組織化の検討  
身体抑制の定義を再確認（現在では4点柵と離床検知装置は除外している）

2024年4～5月：離床検知装置の中で「転倒むし®」使用件数の調査



#### 【アクション】

「身体拘束最小化チーム」組織化

身体拘束の定義見直し  
見直し後のデータ抽出方法の検討

解析結果に基づく身体拘束最小化に向け

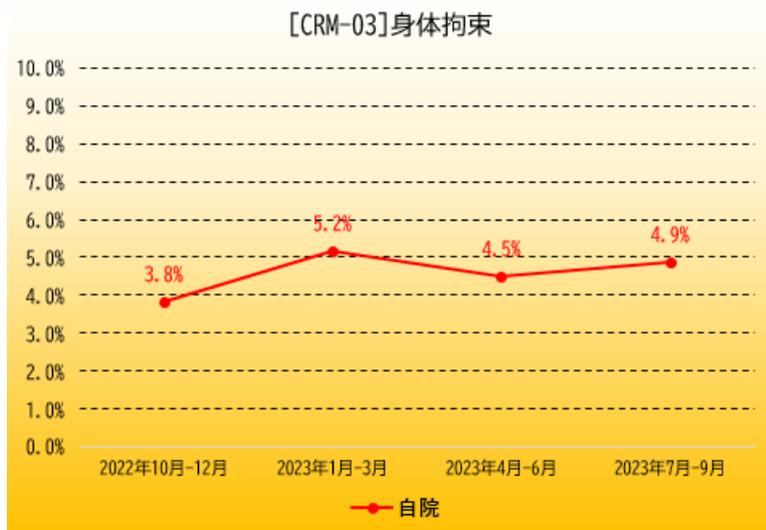
#### 【改善の検証】

現定義に基づく身体拘束率

2023年	4月～6月	4.50%
	7月～9月	4.90%
	10月～12月	4.05%

## 【医療の質可視化プロジェクトベンチマーク】（2022.10-2023.9）

「医療の質可視化プロジェクト」とは、日本医療機能評価機構が行っている、国内全病院を対象に、指標を活用して医療の質を可視化するプロジェクトです。



### 【ベンチマーク対象外】

ベッド4点柵と離床検知装置の使用については件数に含めておらず、算出方法が医療の質可視化プロジェクトと異なるためベンチマーク対象外とした。

### 【考察】

2023年度より現在の院内定義に基づく身体拘束率の算出を開始した。ベッド4点柵と離床検知装置の使用については件数に含めていない。

今後は、対象の再定義とデータ分析精度を高めた上で、他病院とのベンチマークを行っていく必要がある。

また、院内チームの設置によりさらなる身体拘束最小化に取り組む。