

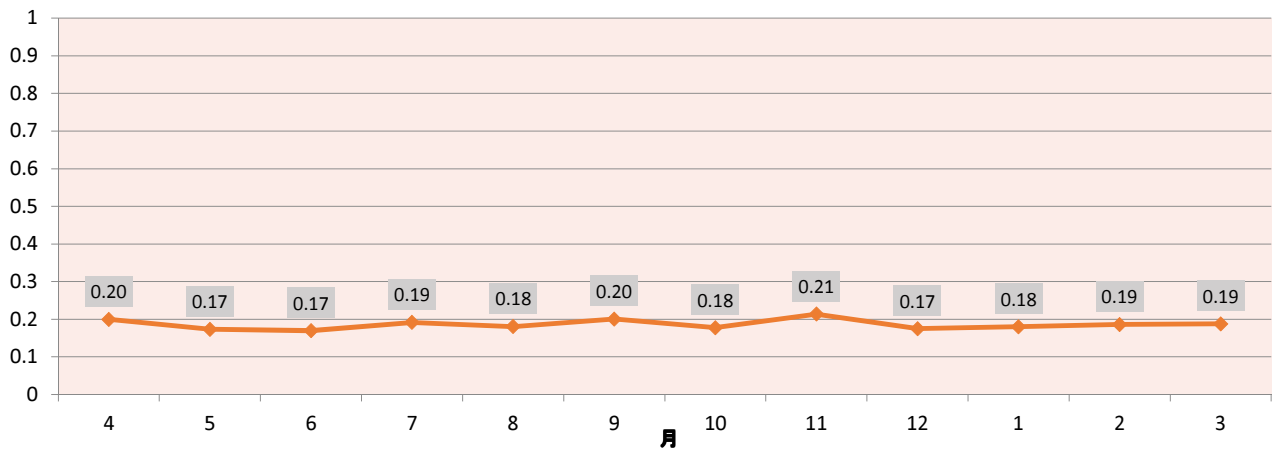
院内感染(4項目)

【プロセス指標】

尿道留置カテーテル使用比

尿道留置カテーテルの院内での使用頻度を表す指標

尿道留置カテーテル使用比



病院全体	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
	指標	0.20	0.17	0.17	0.19	0.18	0.20	0.18	0.21	0.17	0.18	0.19	0.19
延べカテーテル使用日数	分子	1,620	1,554	1,452	1,635	1,532	1,656	1,500	1,757	1,544	1,594	1,469	1,649
入院患者延べ数	分母	8,107	8,969	8,548	8,529	8,483	8,256	8,455	8,226	8,825	8,859	7,899	8,778

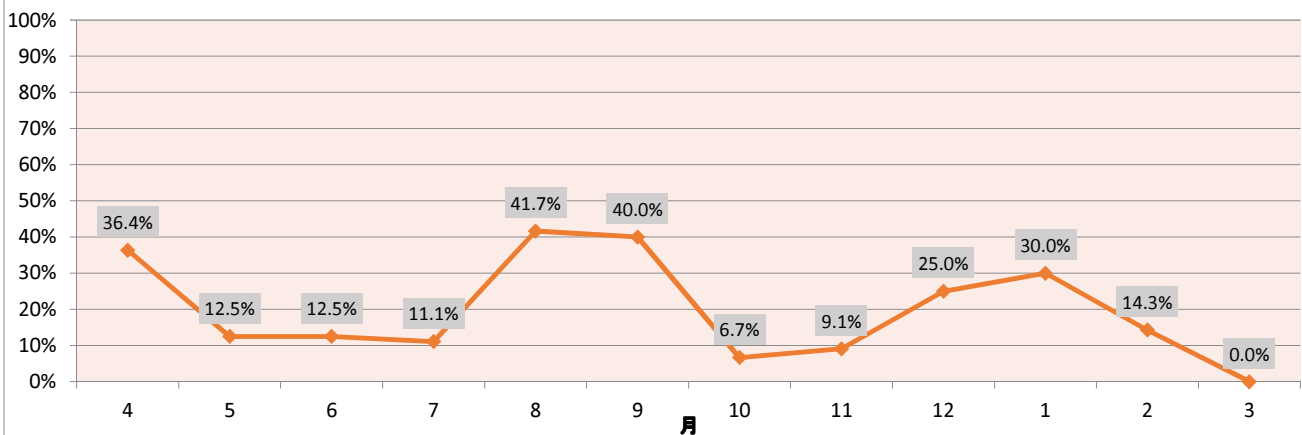
特殊疾患病棟から障害者病棟へ病床転換した病棟では、入院対象患者の病態が変化することで使用比は低くなった。また、長期入院患者が多い療養病棟でも、2個病棟のうち1個病棟で前年度より使用比が低くなっている。今後も、各病棟が定期的にカテーテルの適用に関するアセスメントが行われ、使用比の減少に向けて取り組んでいくようデータの推移を観察していく必要がある。

【アウトカム指標】

尿道留置カテーテル抜去率

尿道留置カテーテルを抜去するためのケアの質の指標

尿道留置カテーテル抜去率



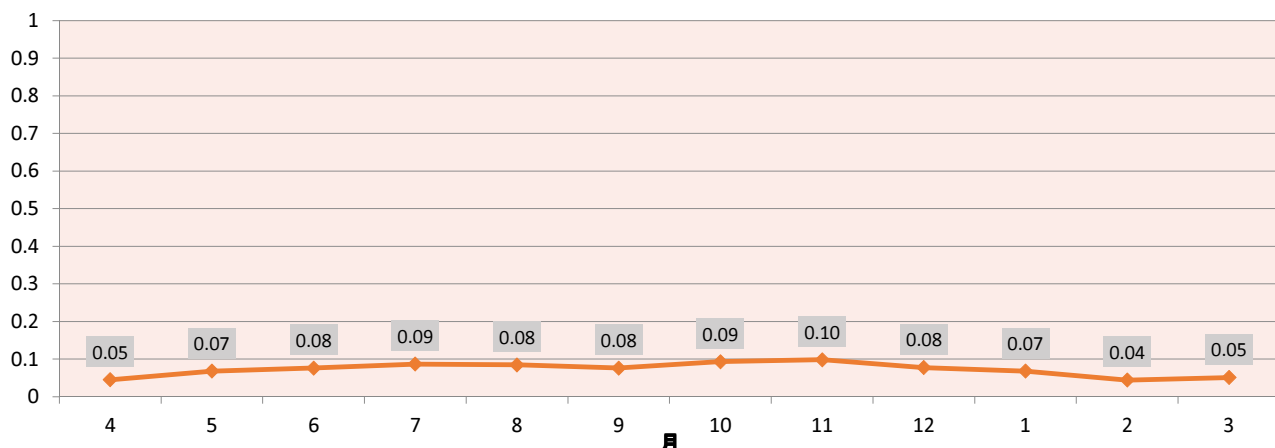
病院全体	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
	指標	36.4%	12.5%	12.5%	11.1%	41.7%	40.0%	6.7%	9.1%	25.0%	30.0%	14.3%	0.0%
1ヶ月後に尿道留置カテーテルが抜去されている患者数	分子	4	1	1	1	5	2	1	1	3	3	1	0
入院時尿道留置カテーテルが留置されていた患者数	分母	11	8	8	9	12	5	15	11	12	10	7	6

地域包括ケア病棟では、入院時から積極的に対象を選定し、尿道留置カテーテル抜去への取り組みが行われた。結果、抜去率の上昇を認めた。その他の病棟についても、カテーテル抜去が可能な患者に対し抜去に向けた取り組みは行っているが、抜去までに1ヶ月以上の期間を要するケースが多いため、本データには反映されていない。

【プロセス指標】
中心静脈カテーテル使用比

中心静脈カテーテル(PICCカテーテルを含む)の院内での使用頻度を表す指標

中心静脈カテーテル使用比



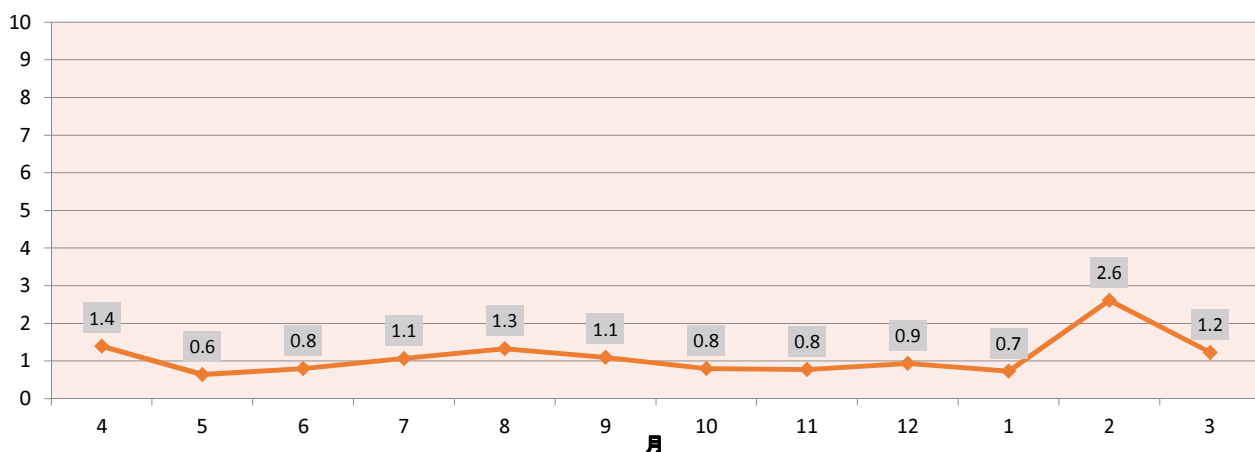
病院全体	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
	指標	0.05	0.07	0.08	0.09	0.08	0.08	0.09	0.10	0.08	0.07	0.04	0.05
延べカテーテル使用日数	分子	366	612	653	742	719	630	791	812	687	604	350	450
入院患者延べ数	分母	8,107	8,969	8,548	8,529	8,483	8,256	8,455	8,226	8,825	8,859	7,899	8,778

前年度同様、医療療養病棟で使用比が高かった。中心静脈カテーテル挿入患者の大半が摂食困難患者である状況に変化はなく、適切な使用が維持されていると評価する。

【プロセス指標】
1患者1日あたりの
手指衛生実施回数

インフルエンザ感染対策に関する施設の取り組みを表す指標

1患者1日あたりの手指衛生実施回数



病院全体	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
	指標(回)	1.4	0.6	0.8	1.1	1.3	1.1	0.8	0.8	0.9	0.7	2.6	1.2
擦式アルコール製剤の 払い出し量(ml)	分子	33,940	17,200	20,480	27,320	33,760	27,200	20,300	19,100	24,740	19,380	61,840	32,300
入院患者延べ数	分母	8,107	8,969	8,548	8,529	8,483	8,256	8,455	8,226	8,825	8,859	7,899	8,778

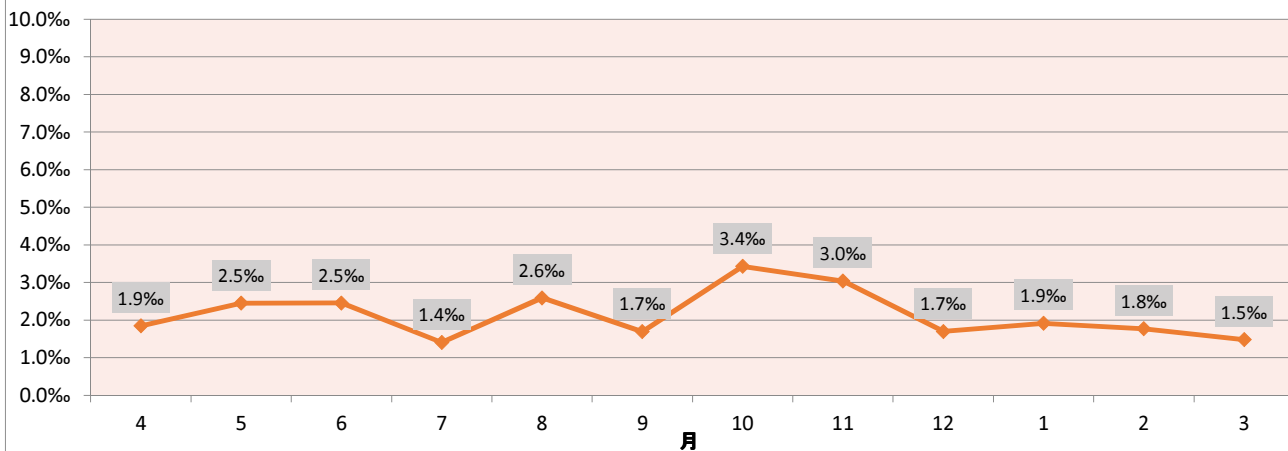
昨年度の結果を受け、手指消毒剤の適正量使用に関する周知活動をリンクナースが中心となって実施した。その後は、適正量を意識しながら手指消毒を行う様子が見られるようになってきていると報告があった。今年度のデータにはその成果は現れてきていないが今後の推移を注視していく。

医療安全(3項目)

【アウトカム指標】
転倒・転落発生率

転倒転落を予防し外傷を軽減するための指標

転倒・転落発生率



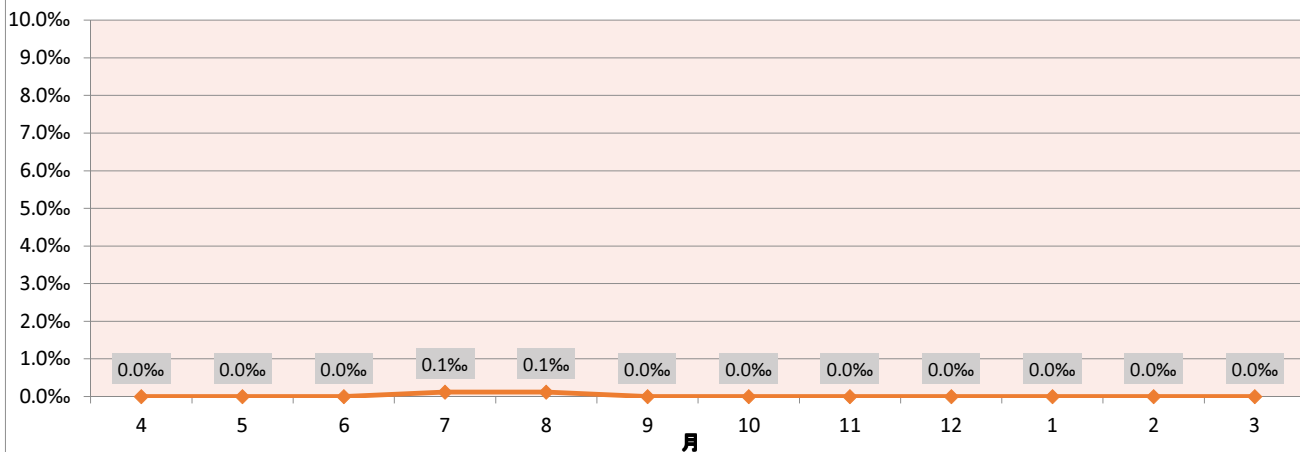
病院全体	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
	指標	1.9%	2.5%	2.5%	1.4%	2.6%	1.7%	3.4%	3.0%	1.7%	1.9%	1.8%	1.5%
入院患者の転倒転落件数	分子	15	22	21	12	22	14	29	25	15	17	14	13
入院患者延べ数	分母	8,107	8,969	8,548	8,529	8,483	8,256	8,455	8,226	8,825	8,859	7,899	8,778

2021年度の転倒・転落発生率は2.1%であった。日本病院会QIプロジェクト2020版での療養病床の発生率は1.95%であり、ほぼ同様の発生率であった。

【アウトカム指標】
レベル3b以上の
転倒・転落発生率

転倒転落を予防し外傷を軽減するための指標
(レベル3b以上: 転倒・転落により骨折や切り傷が生じ、手術や縫合等の治療が必要となった状態、又はそれ以上重症の状態)

レベル3b以上の転倒・転落発生率



病院全体	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
	指標	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
レベル3b以上の転倒・転落件数 (転倒転落の結果、処置や治療が必要となった件数)	分子	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
入院患者延べ数	分母	8,107	8,969	8,548	8,529	8,483	8,256	8,455	8,226	8,825	8,859	7,899	8,778

2021年度の転倒・転落による3b以上の発生は2件で昨年度と同じ発生件数で、指標も0.02%で同じ水準で経過した。身体拘束をしないケアと同時に、重症化防止策を継続してきた成果と考える。

発生後の影響レベルの基準

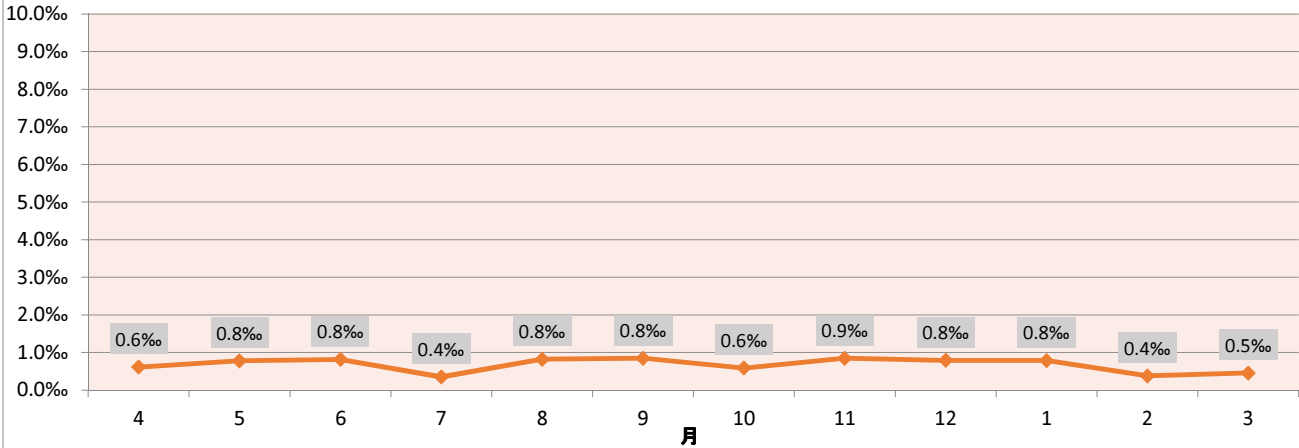
レベル0	間違ったことが患者に実施される前に気づいた場合
レベル1	間違ったことが実施されたが、患者には変化がなかった
レベル2	事故により患者に変化が生じ、一時的に観察や検査が必要になったが、治療の必要がなかった場合
レベル3a	事故のために一時的な治療が必要となった場合
レベル3b	事故のために継続的な治療が必要となった場合
レベル4	事故により長期にわたり治療が続く、または永続的な障害が残る場合
レベル5	事故が死因となった場合

【アウトカム指標】

誤薬発生率(病棟における薬剤関連事故事象発生率)

誤薬防止対策に関する取り組みを評価する指標

誤薬発生率



病院全体	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
	指標		0.6%	0.8%	0.8%	0.4%	0.8%	0.8%	0.6%	0.9%	0.8%	0.8%	0.4%
薬剤投薬間違い、注射投薬間違い件数	分子	5	7	7	3	7	7	5	7	7	7	3	4
入院患者延べ数	分母	8,107	8,969	8,548	8,529	8,483	8,256	8,455	8,226	8,825	8,859	7,899	8,778

発生率は昨年度と比較してほぼ同様の結果だった。全日本民医連2020年度のデータ(中央値3.2%)と比較しても低い水準である。しかし、当院での誤薬発生の背景として、約80%が「確認不足」による発生であるため、定められた手順の遵守によって更に低減できるよう取り組んでいく。