

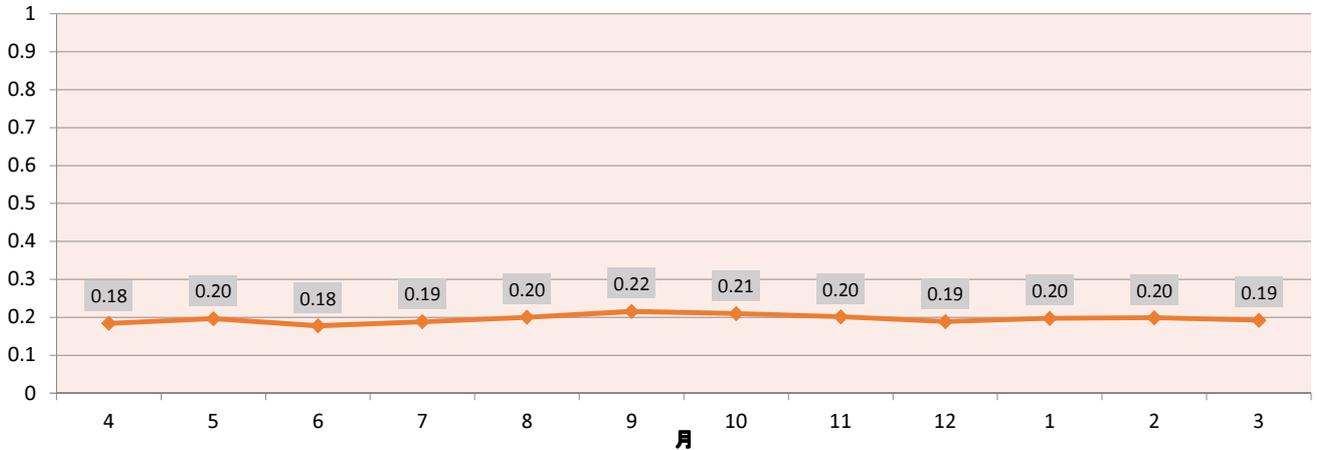
院内感染・医療安全(7項目)

【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	0.18	0.20	0.18	0.19	0.20	0.22	0.21	0.20	0.19	0.20	0.20	0.19
延べカテーテル使用日数	分子	1,570	1,680	1,492	1,635	1,681	1,584	1,627	1,571	1,556	1,626	1,489	1,589
入院患者延べ数	分母	8,527	8,564	8,396	8,673	8,409	7,350	7,750	7,795	8,253	8,245	7,487	8,267

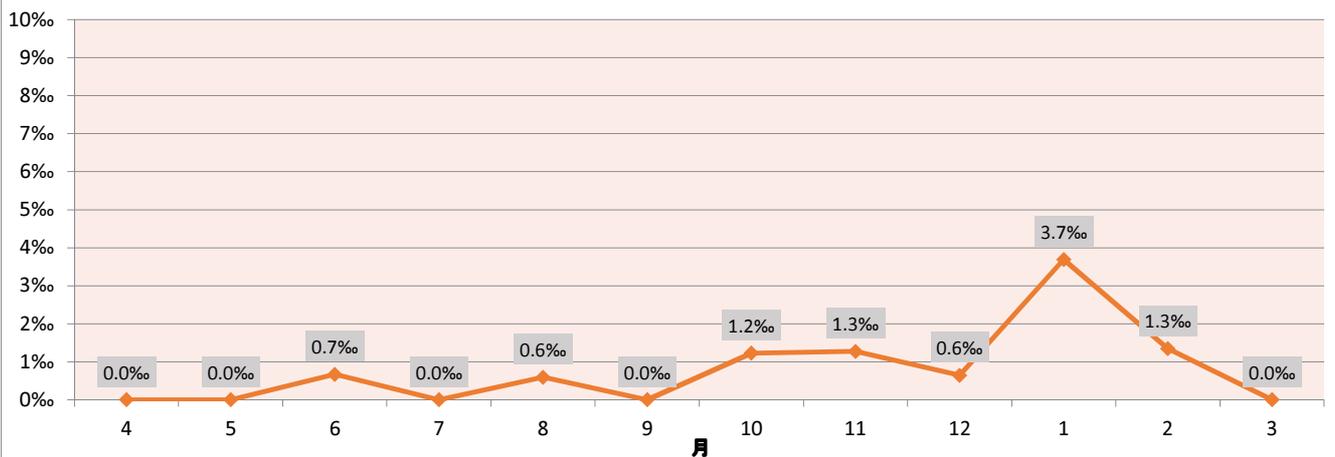
前年度の使用比0.186と比較し今年度は0.195と増加傾向となっている。日本病院会 QIプロジェクトにおける使用率と比較しても、当院のほうが高くなっている。患者の重症化等で使用期間が長くなるなど、要因は複数あると思われるが、アセスメントを定期的を実施し適正使用に向けた体制づくりが必要である。

【アウトカム指標】

留置カテーテル関連尿路感染 (CAUTI) 発生率

尿道留置カテーテル留置中の患者に対するケアの質の指標

留置カテーテル関連尿路感染(CAUTI)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%	0.7%	0.0%	0.6%	0.0%	1.2%	1.3%	0.6%	3.7%	1.3%	0.0%
カテーテル感染発生数	分子	0	0	1	0	1	0	2	2	1	6	2	0
延べカテーテル使用日数	分母	1,570	1,479	1,492	1,635	1,681	1,584	1,627	1,571	1,556	1,626	1,489	1,589

昨年度の発生率0.41に対し、今年度は0.79と高くなっている。要因として使用比が高くなっていることが考えられる。次年度は使用比の低下を目指すとともに、指標の変化を見ながら、カテーテル管理のプロセスの適正化に対する確認と指導を考慮していく。

【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	12.5%	18.2%	40.0%	12.5%	12.5%	28.6%	12.5%	37.5%	87.5%	0.0%	20.0%	33.3%
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	1	2	2	1	1	2	1	3	7	0	1	2
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	8	11	5	8	8	7	8	8	8	7	5	6

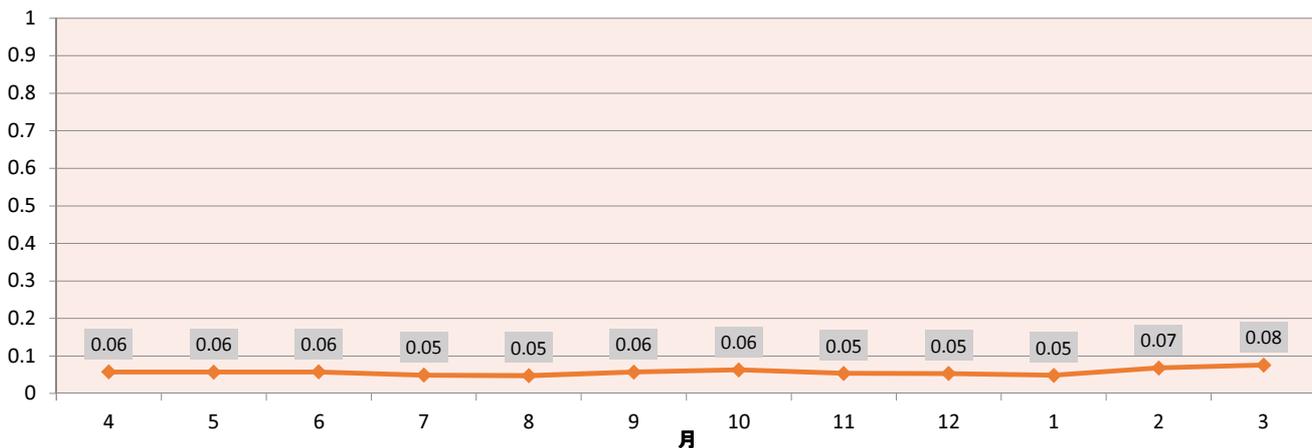
入院1カ月後に尿道留置カテーテルが抜去された患者数の指標であるが、地域包括ケア病棟、医療療養病棟ともに昨年度より、抜去率は上昇した。尿道留置カテーテル挿入患者に対し、入院後早期に排尿ケアチームが介入できている結果である。しかし、長期療養されている慢性期の患者に対し、抜去が可能か判断し、排尿ケアチームの介入により抜去に至った件数は現在の指標には反映されていない。次年度より、指標を変更し、当院全体の尿道留置カテーテル抜去率を数値化し評価する。

【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	0.06	0.06	0.06	0.05	0.05	0.06	0.06	0.05	0.05	0.05	0.07	0.08
延べカテーテル使用日数	分子	491	488	483	425	400	419	489	418	441	401	511	628
入院患者延べ数	分母	8,527	8,564	8,396	8,673	8,409	7,350	7,750	7,795	8,253	8,245	7,487	8,267

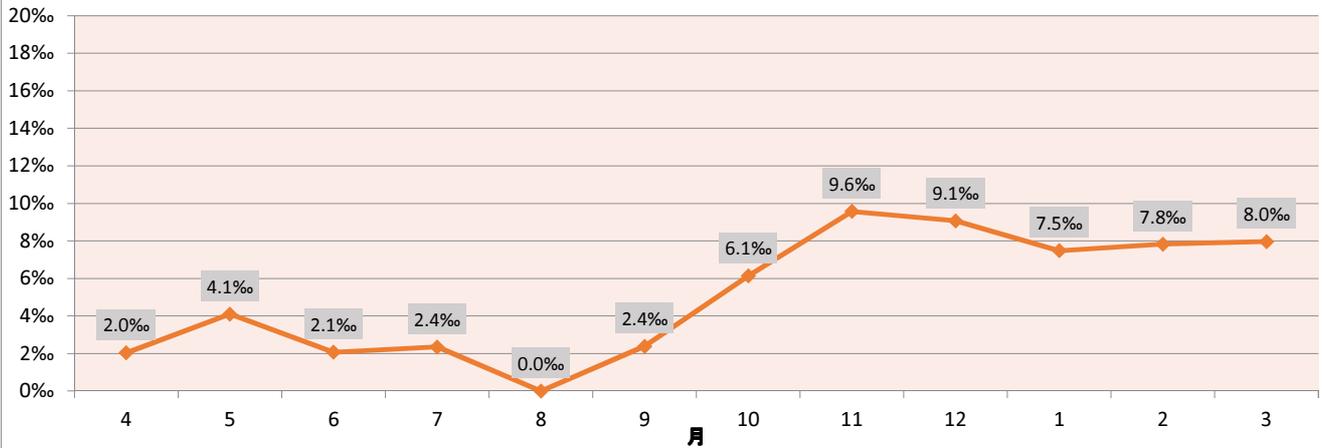
中心静脈カテーテル使用患者の背景に変化はなく例年同様のデータで推移している。適切な使用が維持されていると評価する。

【アウトカム指標】

中心静脈カテーテル関連血流感染 (CLABSI) 発生率

中心静脈カテーテル (PICCカテーテルを含む) 留置中の患者に対するケアの質の指標

中心静脈カテーテル関連血流感染 (CLABSI) 発生率



病院全体	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
	指標	2.0%	4.1%	2.1%	2.4%	0.0%	2.4%	6.1%	9.6%	9.1%	7.5%	7.8%	8.0%
カテーテル感染発生数	分子	1	2	1	1	0	1	3	4	4	3	4	5
延べカテーテル使用日数	分母	491	488	483	425	400	419	489	418	441	401	511	628

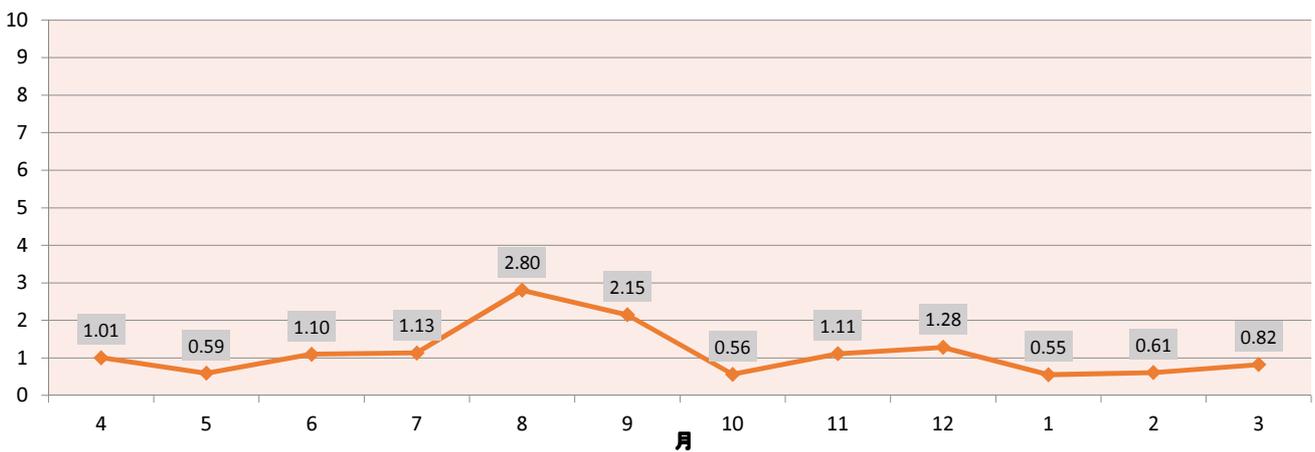
昨年度の発生率の平均値は4.18%であり、今年度の平均値は5.18%となった。昨年度下期より、中心静脈カテーテル留置患者発熱時の血液培養検査を約束指示としたことで、培養結果をもとに診断することができたため、今年度のデータを当院のベースラインとし今後の推移を評価していく。

【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



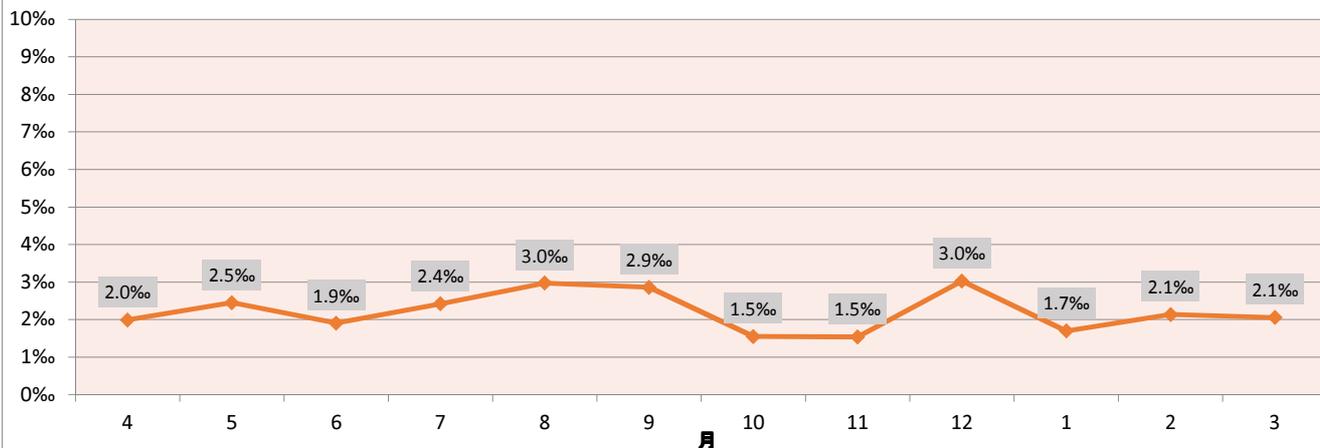
病院全体	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
	擦式アルコール製剤の払い出し量 ÷入院患者延べ数 ÷適正使用料(3ml)	指標(回)	1.01	0.59	1.10	1.13	2.80	2.15	0.56	1.11	1.28	0.55	0.61
擦式アルコール製剤の払い出し量 (ml)	分子	25,740	15,200	27,620	29,520	70,740	47,420	13,060	26,000	31,780	13,680	13,660	20,360
入院患者延べ数	分母	8,527	8,564	8,396	8,673	8,409	7,350	7,750	7,795	8,253	8,245	7,487	8,267

COVID-19流行時期には、使用量の増加は認めるが十分とはいえない状況が続いている。今年度までは、定期的なデータのフィードバック等が行えていず、手指衛生遵守についての職員の意識付けも不十分であった。次年度は手指衛生に関する職員の意識向上を目的にデータの可視化などの活動を追加していく。

【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



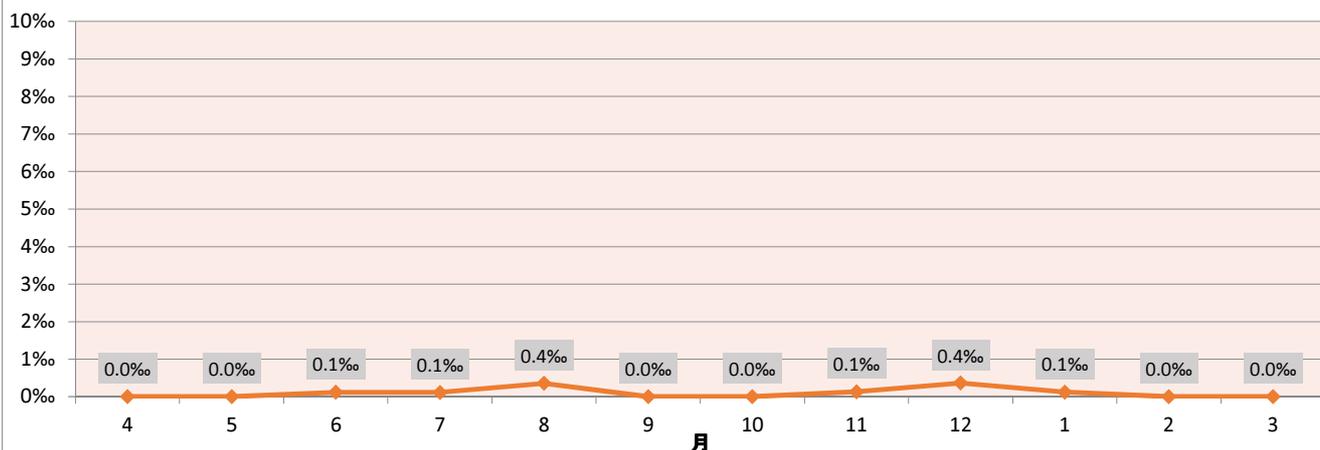
病院全体	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
	指標	2.0%	2.5%	1.9%	2.4%	3.0%	2.9%	1.5%	1.5%	3.0%	1.7%	2.1%	2.1%
入院患者の転倒転落件数	分子	17	21	16	21	25	21	12	12	25	14	16	17
入院患者延べ数	分母	8,527	8,564	8,396	8,673	8,409	7,350	7,750	7,795	8,253	8,245	7,487	8,267

2022年度の転倒・転落発生率は療養病棟で1.81%で一般病棟で2.68%であった。日本病院会QIプロジェクト2021版での療養病床の発生率は2.34%、一般病棟で2.64%であり、療養病棟では低い発生率で一般病棟では、ほぼ同様の発生率であった。病棟間での差も見られる事から、移動能力や認知機能等患者層の違いが影響していると考えられる。

【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%	0.1%	0.1%	0.4%	0.0%	0.0%	0.1%	0.4%	0.1%	0.0%	0.0%
レベル3b以上の転倒・転落発件数 (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	1	1	3	0	0	1	3	1	0	0
入院患者延べ数	分母	8,527	8,564	8,396	8,673	8,409	7,350	7,750	7,795	8,253	8,245	7,487	8,267

2022年度のレベル3b以上の転倒・転落の発生数は10件であり、発生率は療養病棟で0.09%で一般病棟で0.13%であった。日本病院会QIプロジェクト2021版での療養病床の発生率は0.03%、一般病棟で0.06%であり、共に高い発生率となった。患者背景として、動作の不安定さはあるが自身で移動できる患者の事例が多かった。特に、トイレ移動、発熱等の体調不良時の発生が複数見られ、焦燥、体調不良に伴う判断力の低下により、患者自身の危険回避行動が不足し転倒につながっていることが考えられた。そのため、医療者の観察に加え、衝撃緩衝材の利活用等による施設・設備の危険要因除去も課題と考える。

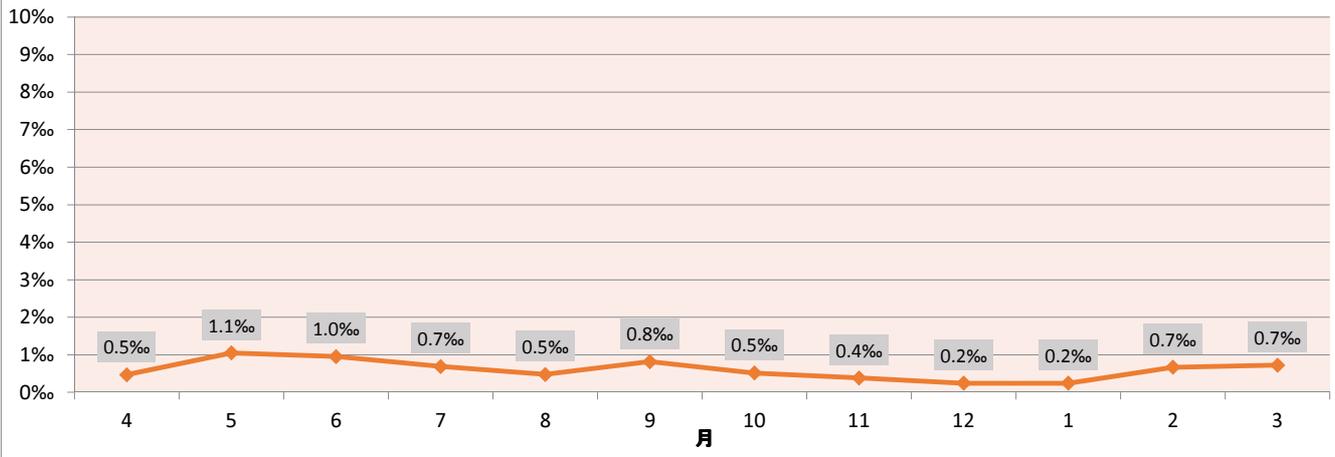
発生後の影響レベルの基準

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	0.5%	1.1%	1.0%	0.7%	0.5%	0.8%	0.5%	0.4%	0.2%	0.2%	0.7%	0.7%
薬剤投薬間違い、 注射投薬間違い件数	分子	4	9	8	6	4	6	4	3	2	2	5	6
入院患者延べ数	分母	8,527	8,564	8,396	8,673	8,409	7,350	7,750	7,795	8,253	8,245	7,487	8,267

発生率は昨年度と比較してほぼ同様の結果だった。無投薬が最も多く、発生要因の多くは確認不足であった。処方から与薬のプロセスで複数の職種が関わるため、各職種が適切なタイミングで確実な確認作業を徹底することが重要と考える。