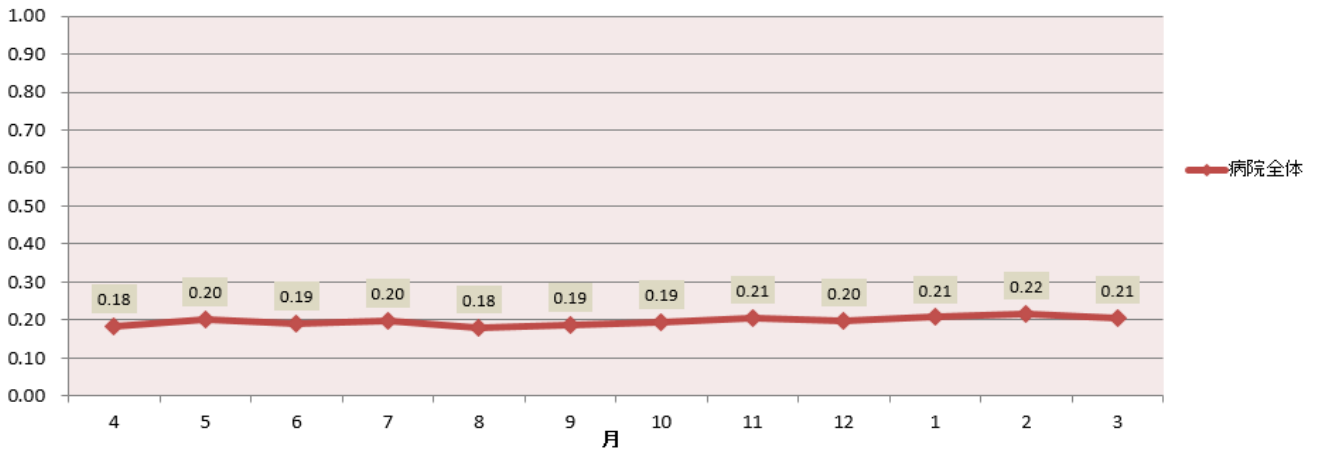


院内感染・医療安全(9項目)

【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



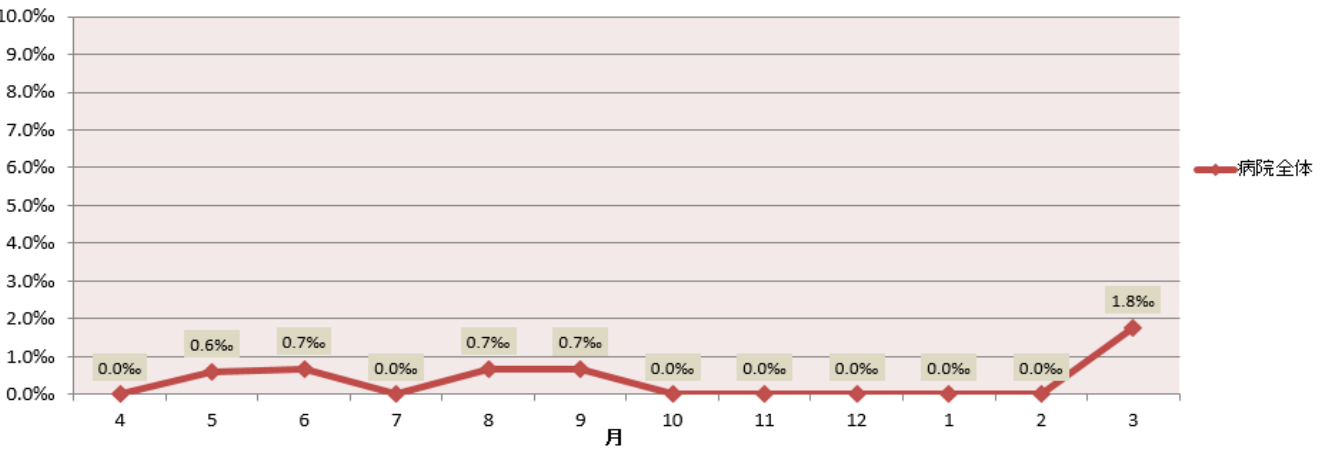
病院全体	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
	指標	0.18	0.20	0.19	0.20	0.18	0.19	0.19	0.21	0.20	0.21	0.22	0.21
延べカテーテル使用日数	分子												
	分母	1,495	1,628	1,479	1,625	1,494	1,504	1,609	1,654	1,662	1,813	1,631	1,690
入院患者延べ数	分子												
	分母	8,183	8,096	7,789	8,231	8,276	8,081	8,316	8,041	8,395	8,741	7,528	8,171

カテーテル使用比は0.19前後で経過している。排尿ケアチームの体制整備も進んでおり、今後も使用比を低く抑え、感染発生を抑制していきたいと考える。

【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
*ベンチマーク: 3.0‰(日本病院会QIプロジェクト2023年度 一般病棟平均値)

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‰	0.6‰	0.7‰	0.0‰	0.7‰	0.7‰	0.0‰	0.0‰	0.0‰	0.0‰	0.0‰	1.8‰
カテーテル/感染発生数	分子												
	分母	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	3
延べカテーテル使用日数	分子												
	分母	1,495	1,628	1,479	1,625	1,494	1,504	1,609	1,654	1,702	1,813	1,631	1,690

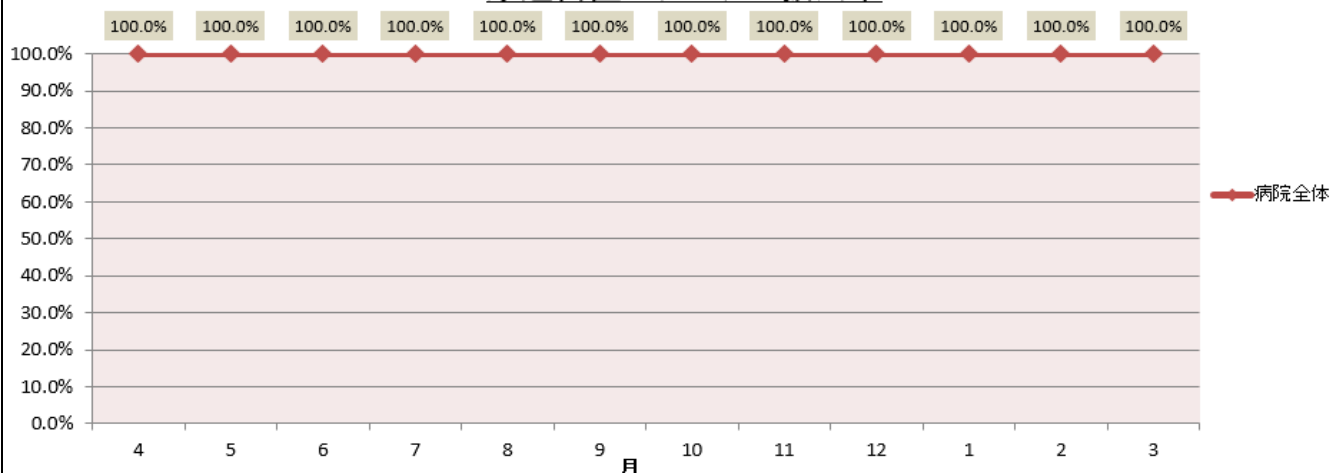
尿道留置カテーテル感染の発生率は平均では低くなっている。しかし、発生率の変動が見られているため、必要に応じ、病棟がプロセスの確認を行い、改善に繋がれるよう働きかけを行う必要がある。

【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
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	指標		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	分子		2	6	9	5	5	1	1	4	3	3	2	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		2	6	9	5	5	1	1	4	3	3	2	2

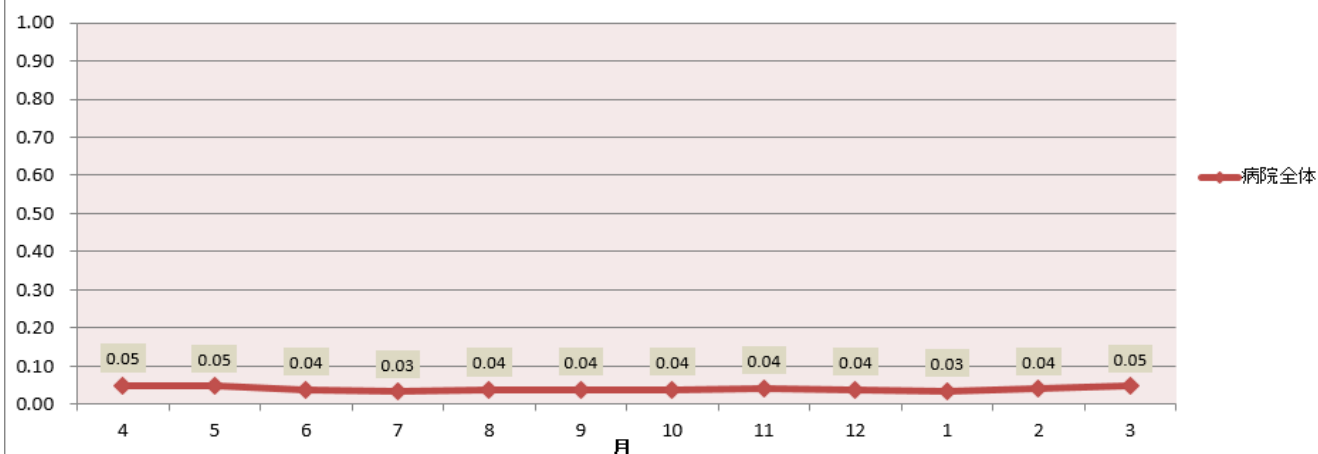
今年度は、43名の患者に対し、尿道留置カテーテルを抜去し、排尿ケアラウンドを実施した。排尿ケアチームと病棟とのさらなる連携を目指し、排尿ケアフェイスシートの変更や、標準看護計画作成、リハビリテーション部との連携強化などの準備を整えた。来年度は、その周知を行い、より質の向上を目指した排尿ケアを実施していくことを検討している。

【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
延べカテーテル使用日数	指標		0.05	0.05	0.04	0.03	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04	0.03	0.04	0.05
	分子		391	384	308	272	305	314	329	334	318	299	302	387
入院患者延べ数	分母		8,183	8,096	7,789	8,231	8,276	8,081	8,316	8,041	8,395	8,741	7,528	8,171

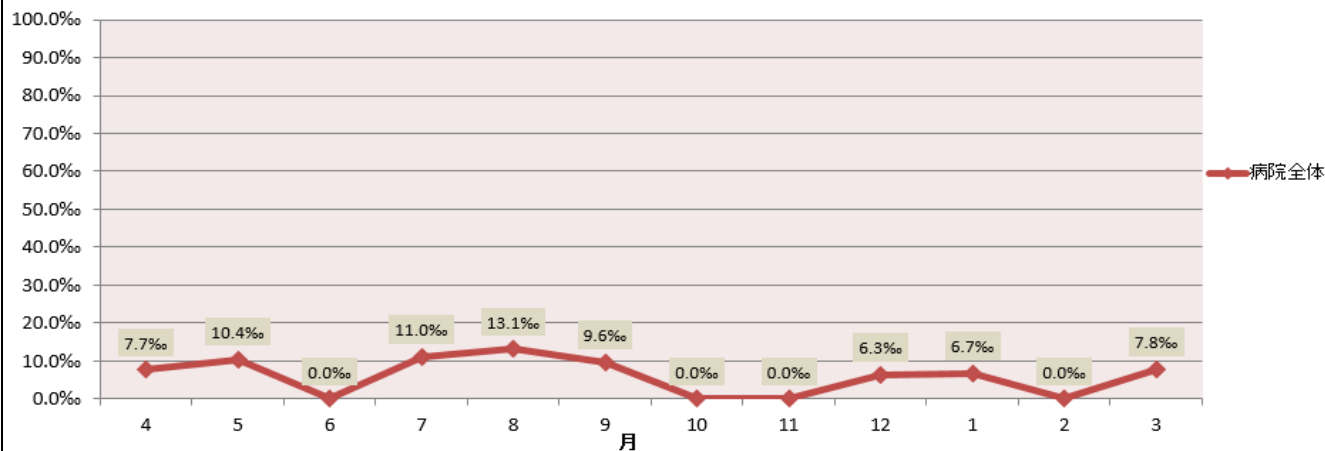
前年度と大きく変化すること無く推移した。中心静脈カテーテル使用状況としては適正に使用されていると考える。

【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
* ベンチマーク:1.84%(民医連QI公開・推進事業2023年度中央値)

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
カテーテル感染発生数	指標		7.7%	10.4%	0.0%	11.0%	13.1%	9.6%	0.0%	0.0%	6.3%	6.7%	0.0%	7.8%
	分子		3	4	0	3	4	3	0	0	2	2	0	3
延べカテーテル使用日数	分母		391	384	308	272	305	314	329	334	318	299	302	387

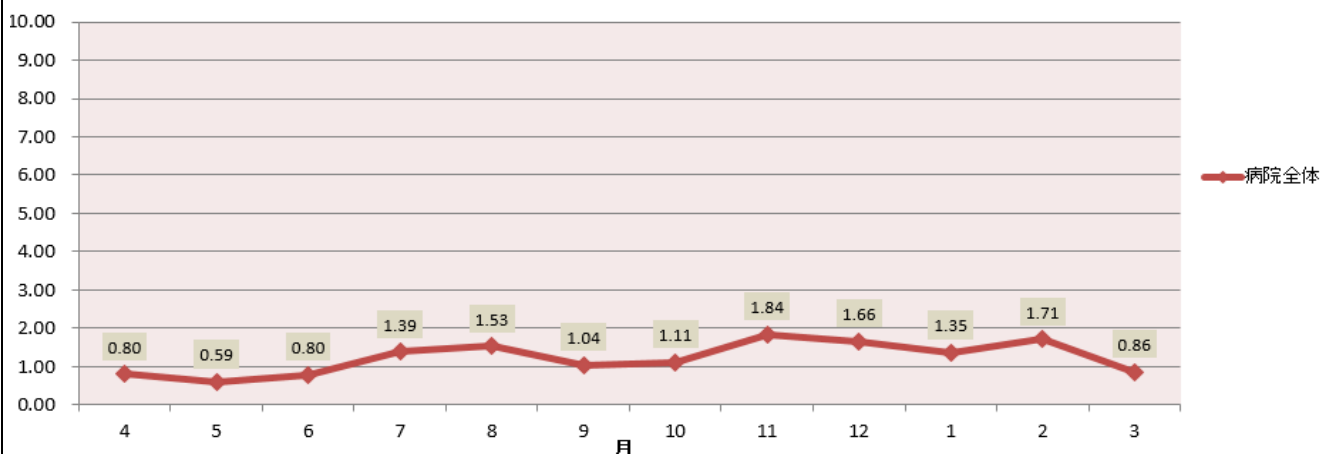
年間平均5.9%の発生率であり、前年度より上昇した。感染者数の実数が5件増加を認めていることからカテーテル管理に関して現状確認、対策検討していく。

【プロセス指標】

1患者1日あたりの
手指衛生実施回数

院内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



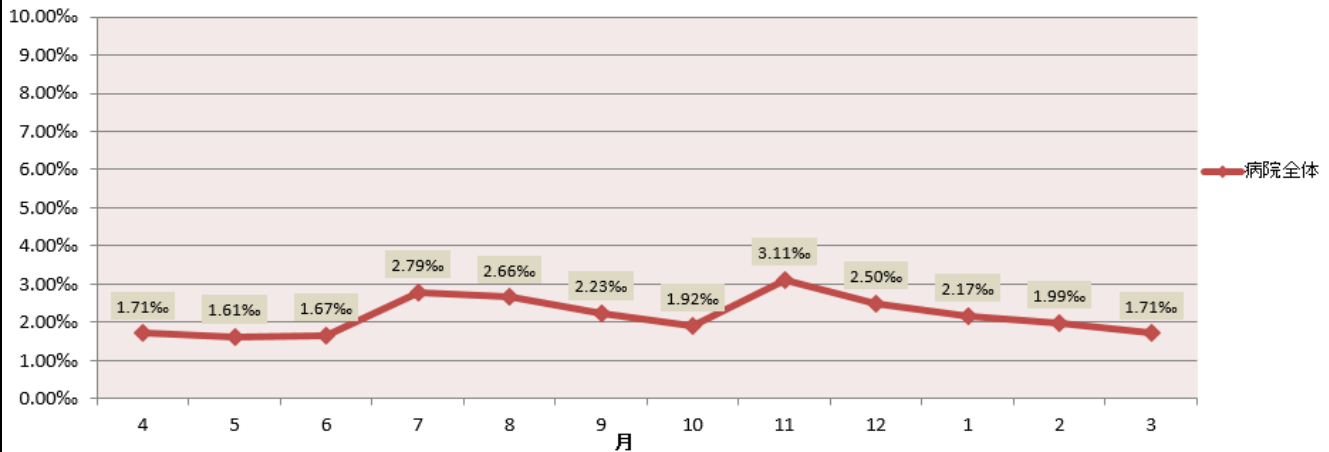
病院全体		月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
$\frac{\text{標準アルコール製剤の払い出し量}}{\text{入院患者延べ数}} \div \text{適正使用料(3ml)}$	指標(回)		0.80	0.59	0.80	1.39	1.53	1.04	1.11	1.84	1.66	1.35	1.71	0.86
	分子		19,600	14,400	18,600	34,200	37,900	25,300	27,600	44,400	41,900	35,500	38,700	21,000
標準アルコール製剤の払い出し量(ml)	分母		8,183	8,096	7,789	8,231	8,276	8,081	8,316	8,041	8,395	8,741	7,528	8,171

7月に法定研修で手指消毒薬の適正使用について教育を実施した。以降昨年度に比べると若干の使用量増加にはつながった。しかし、インフルエンザ等院内クラスターの発生は認められており、手指衛生遵守については継続した取り組みが必要と考える。

【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
*ベンチマーク:4.42‰(民医連2023年度 中央値)

転倒・転落発生率



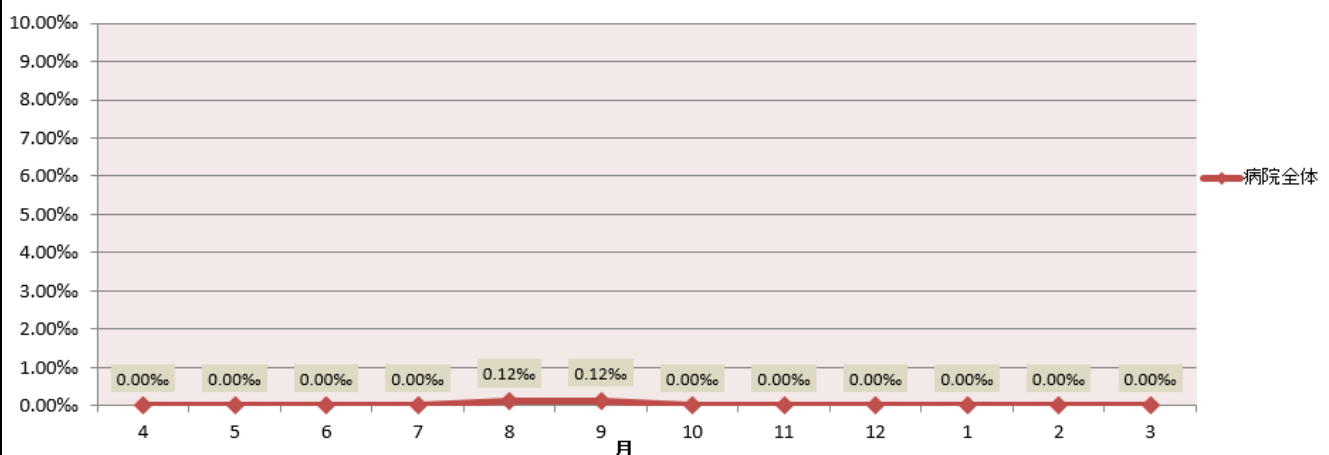
病院全体	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
	指標	1.71‰	1.61‰	1.67‰	2.79‰	2.66‰	2.23‰	1.92‰	3.11‰	2.50‰	2.17‰	1.99‰	1.71‰
入院患者の転倒・転落発件数	分子												
	分母	14	13	13	23	22	18	16	25	21	19	15	14
入院患者延べ数	分子												
	分母	8,183	8,096	7,789	8,231	8,276	8,081	8,316	8,041	8,395	8,741	7,528	8,171

2024年度の転倒・転落発生率は2.13‰で昨年度の2.08‰と大きな変化はなかった。発生率に影響する背景因子の特定をすすめていく。ベンチマークとしている民医連2023版での発生率(4.42‰)と比較して当院は低い発生率であったが、病床により発生率が異なるためベンチマークとする指標の検討も必要と考える。

【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・転落により骨折等が生じ、手術等の治療が必要となった状態、又はそれ以上重症の状態)
*ベンチマーク:1.10‰(民医連2023年度 中央値)

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	0.00‰	0.00‰	0.00‰	0.00‰	0.12‰	0.12‰	0.00‰	0.00‰	0.00‰	0.00‰	0.00‰	0.00‰
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												
	分母	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
入院患者延べ数	分子												
	分母	8,183	8,096	7,789	8,231	8,276	8,081	8,316	8,041	8,395	8,741	7,528	8,171

2024年度の発生率は0.02‰で昨年度0.03‰と発生率は大きな変化はなかった。ベンチマークと比較すると低い発生率を維持しており、低床ベッドの導入や衝撃吸収マットの利用等継続的に重症化を防ぐことが出来ている。

発生後の影響レベルの基準

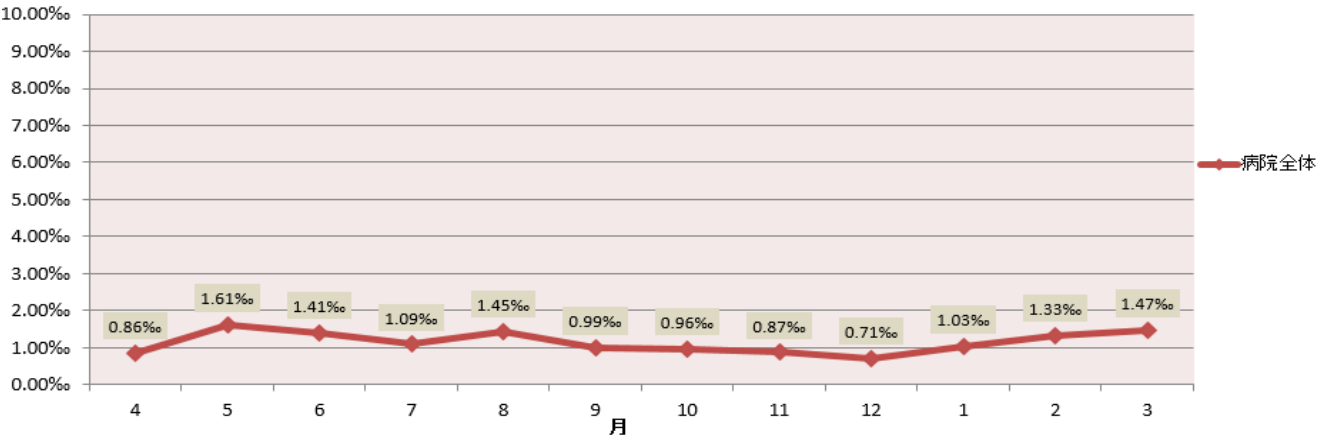
レベル0	間違ったことが患者に実施される前に気づいた場合
レベル1	間違ったことが実施されたが、患者には変化がなかった
レベル2	事故により患者に変化が生じ、一時的に観察や検査が必要になったが、治療の必要がなかった場合
レベル3a	事故のために一時的な治療が必要となった場合
レベル3b	事故のために継続的な治療が必要となった場合
レベル4	事故により長期にわたり治療が続く、または永続的な障害が残る場合
レベル5	事故が死因となった場合

【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
*ベンチマーク:3.5‰(民医連2023年度 中央値)

誤薬発生率



病院全体	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
	指標	0.86‰	1.61‰	1.41‰	1.09‰	1.45‰	0.99‰	0.96‰	0.87‰	0.71‰	1.03‰	1.33‰	1.47‰
薬剤投薬間違い、注射投薬間違い件数	分子												
	分母	7	13	11	9	12	8	8	7	6	9	10	12
入院患者延べ数	分子												
	分母	8,183	8,096	7,789	8,231	8,276	8,081	8,316	8,041	8,395	8,741	7,528	8,171

誤薬発生率は1.14%で昨年度の0.94%よりやや上昇した。ベンチマークと比べると低い発生率だった。発生内容では無投薬が多く患者影響度の高い事例の報告が1件あった。準備段階での確実な照合作業が求められる。