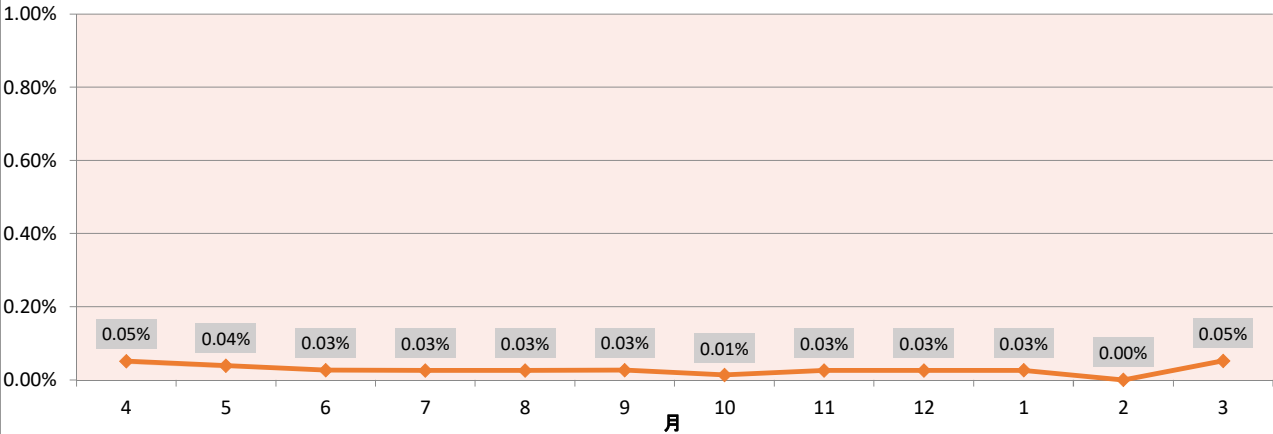


チーム医療(9項目)

【アウトカム指標】
誤嚥性肺炎の発生率

誤嚥性肺炎を防止するための適切なリスク評価と適切なケアの質の指標

誤嚥性肺炎の発生率



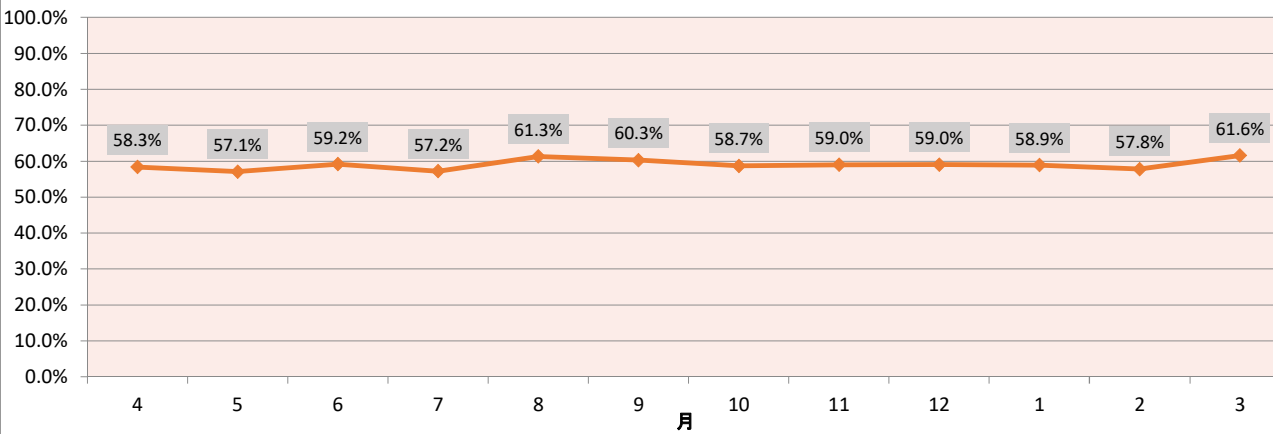
病院全体	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
	指標	0.05%	0.04%	0.03%	0.03%	0.03%	0.03%	0.01%	0.03%	0.03%	0.03%	0.00%	0.05%
誤嚥性肺炎の診断を受けた患者数	分子	4	3	2	2	2	2	1	2	2	2	0	4
入院延べ数	分母	7838	7701	7488	7762	7907	7538	7617	7774	7789	7669	6859	7670

誤嚥性肺炎発生率は0.1%以下となっている。嚥下機能に合わせた食形態が選択されていることや、リハビリテーションの効果と考える。また、SOSTチームの活動により、リスク評価やケア方法に関するアドバイスも有効であり、継続していきたいと考える。

【プロセス指標】
高齢者の内服定期薬剤
6剤以上の割合

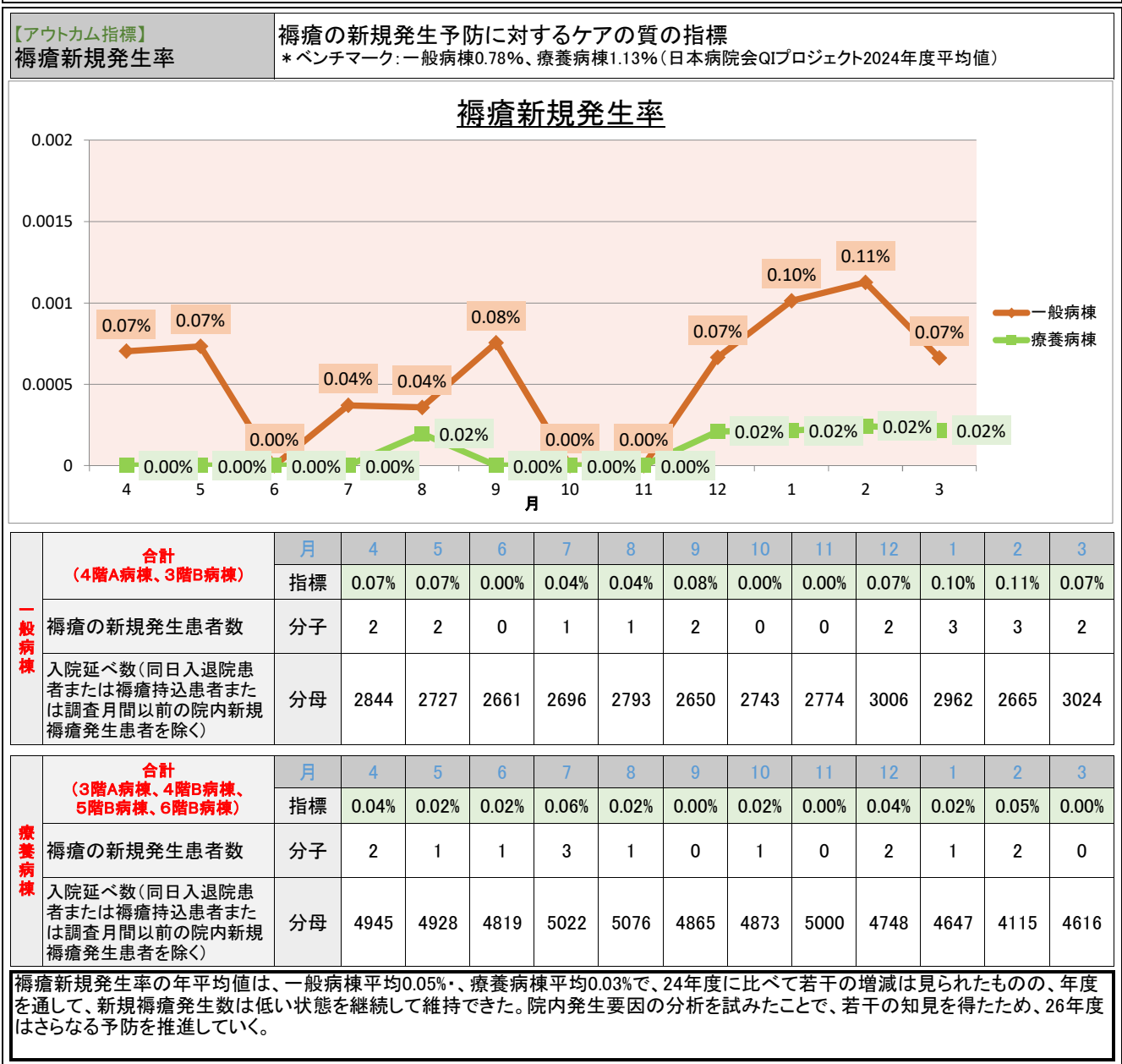
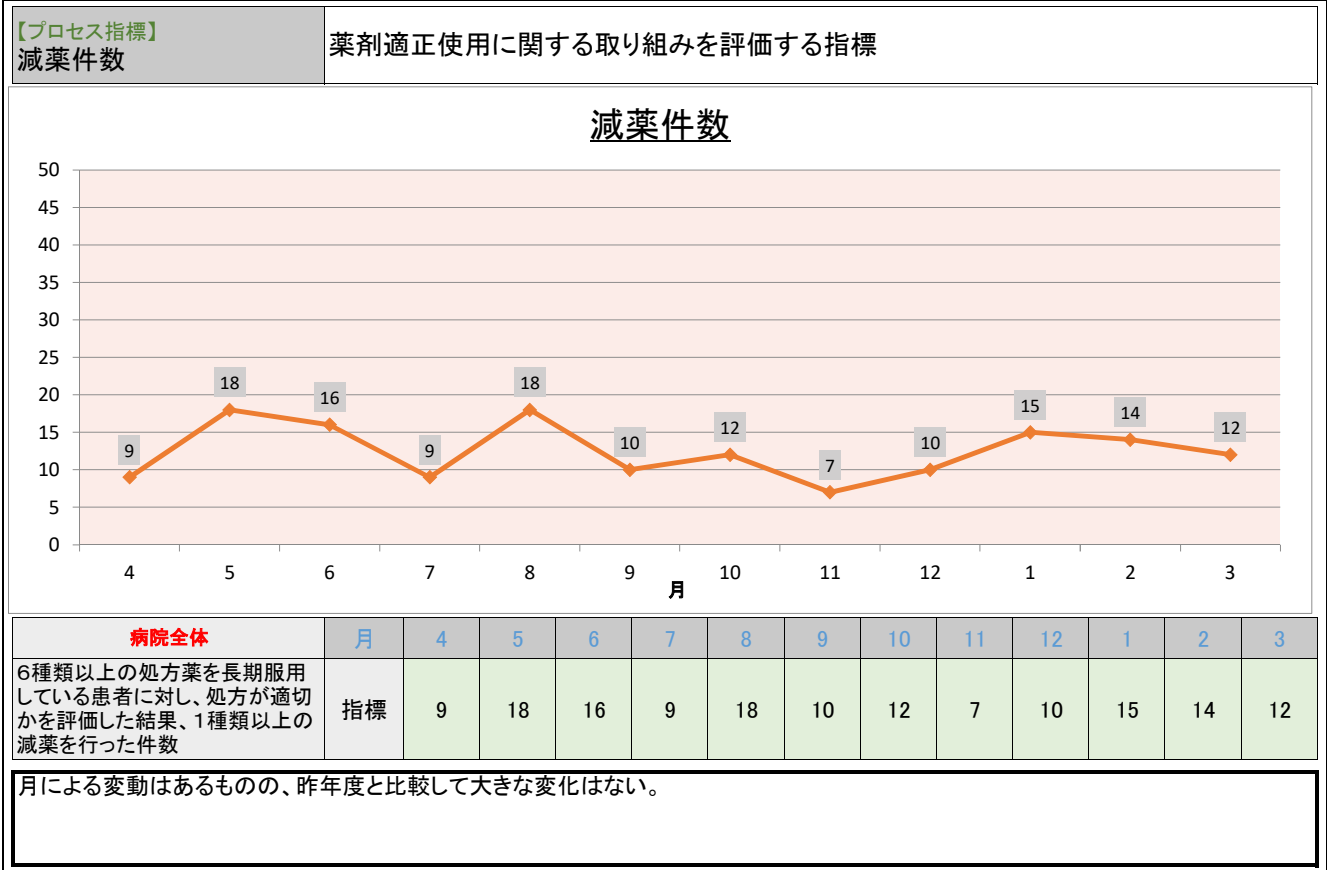
定期薬の多剤投与を見直し適正化するための取り組みを評価する指標
* ベンチマーク: 前期高齢者50.0、後期高齢者54.48(民医連QI公開・推進事業2024年度中央値)

高齢者の内服定期薬剤6剤以上の割合



病院全体	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
	指標	58.3%	57.1%	59.2%	57.2%	61.3%	60.3%	58.7%	59.0%	59.0%	58.9%	57.8%	61.6%
内服定期薬の薬剤数が6剤以上の患者数	分子	133	121	129	127	138	129	125	128	134	126	126	133
65歳以上患者のうち内服定期処方のある患者数	分母	228	212	218	222	225	214	213	217	227	214	218	216

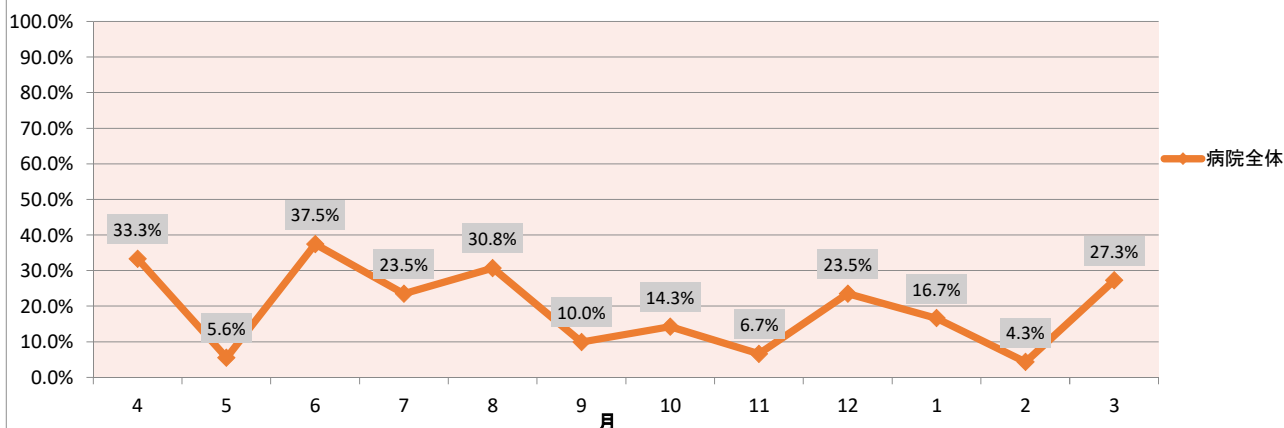
全体で60%前後の推移であり、前年度と比較して大きな変化はない。



【アウトカム指標】
褥瘡治癒率

褥瘡治療に対するケアの質の指標

褥瘡治癒率



病院全体	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
	指標	33.3%	5.6%	37.5%	23.5%	30.8%	10.0%	14.3%	6.7%	23.5%	16.7%	4.3%	27.3%
当該月に褥瘡の治癒を認めた患者数	分子	6	1	6	4	4	1	2	1	4	3	1	6
当該月に褥瘡を有している患者数(継続+新規)	分母	18	18	16	17	13	10	14	15	17	18	23	22

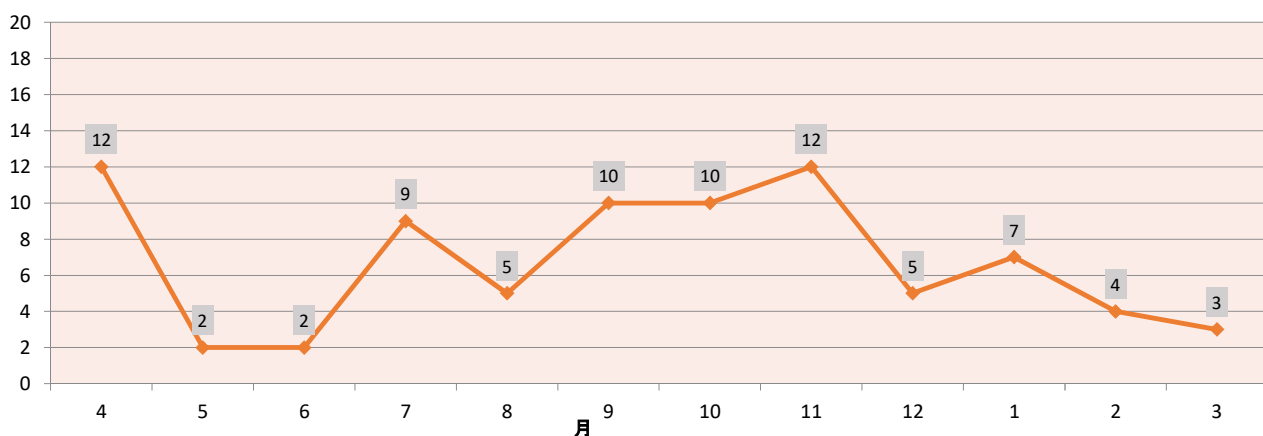
治癒率は19.4%で目標値(17.7%)より1.7%多かったが、昨年度(20.9%)に比べ1.5%減少した。褥瘡院内発生35名、持ち込み40名であり、新規持ち込み発生が多かったことが、数値的に伸びなかったものとする。院内発生数自体は減少傾向にあるため、ポジショニングなど予防効果が見られていることから、褥瘡治癒にも良い影響が全体として現れているものと予想される。

【プロセス指標】

「終末期になったときの私どもの希望」
(終末期意思確認書)の提出件数

入院中の患者に対して「どのような最期を迎えたいか」について確認していることを評価する指標
※入院中の患者から「終末期になったときの私どもの希望」が提出された件数で評価

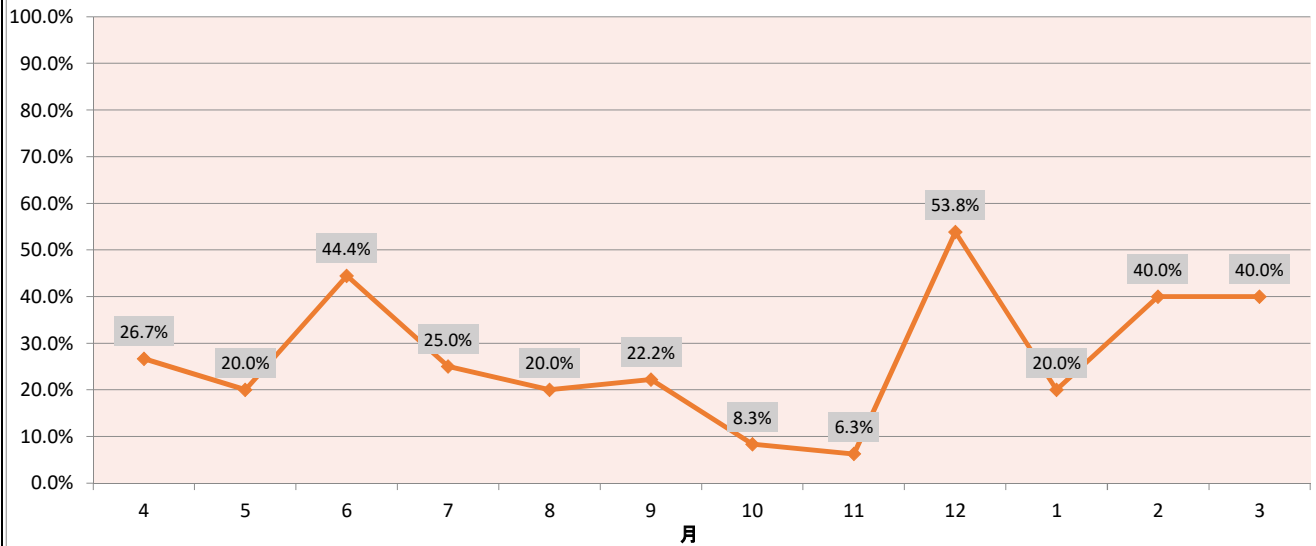
終末期意思確認書の提出件数



病院全体	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
終末期意思確認書の提出件数	指標	12	2	2	9	5	10	10	12	5	7	4	3

一定の提出件数があり、家族の意向確認が行われたと評価する。現在は、ACPシートを活用し、本人の意思・意向を大切にすることに変化し、終末期の意思確認用紙は使用していない。今後は指標の検討をする必要がある。

ターミナルケアカンファレンス実施率



病院全体	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
	指標	26.7%	20.0%	44.4%	25.0%	20.0%	22.2%	8.3%	6.3%	53.8%	20.0%	40.0%	40.0%
ターミナルケアカンファレンスレポート件数	分子	4	2	4	2	2	2	1	1	7	3	2	6
死亡患者数	分母	15	10	9	8	10	9	12	16	13	15	5	15

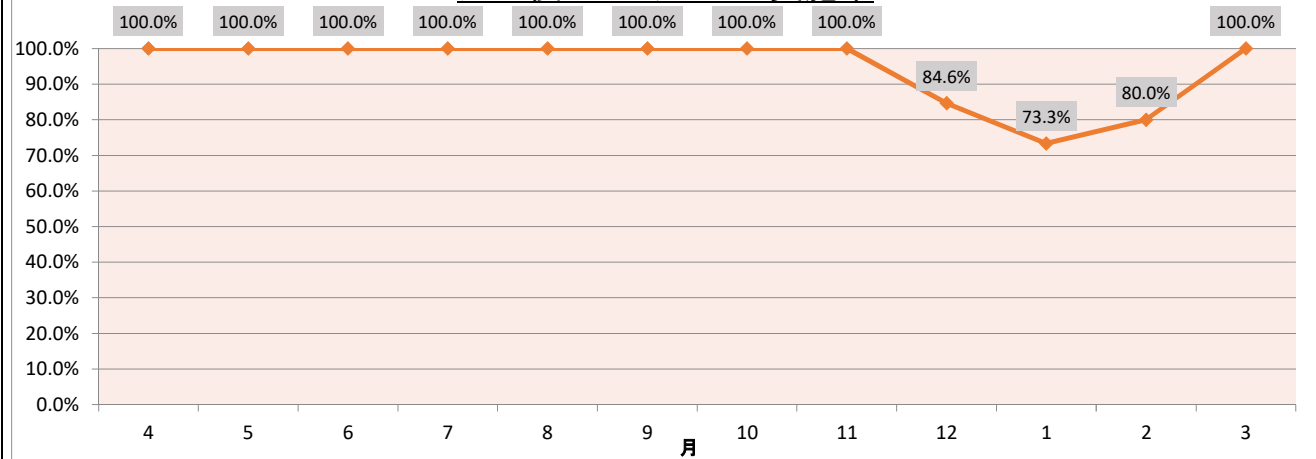
一部の部署で実施できていない状況があり、その要因を精査した。、実施率向上のため、カンファレンスの日程設定のシステムを当該部署においては変更し、対応することとした。ケアを評価し、フィードバックすることで、今後のケアの質向上に活かして行きたい。

【プロセス指標】

死亡後カンファレンス実施率

患者へ提供したケアを多職種で振り返る機会がどれくらいもっているのかを評価する指標
※当該月に死亡した患者のうち、死亡後カンファレンスレポートの記載のある患者数

死亡後カンファレンス実施率

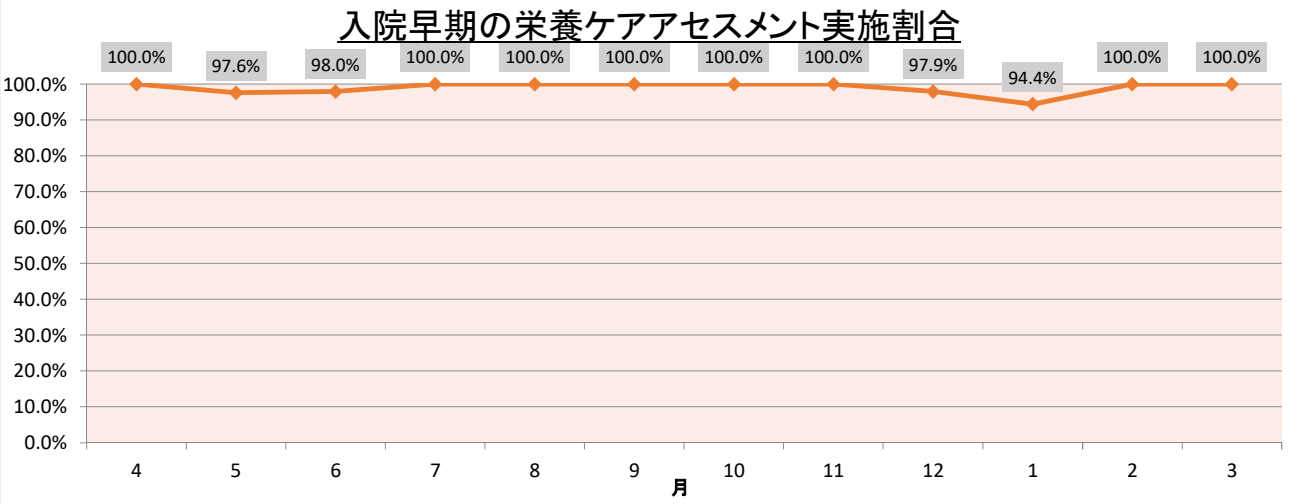


病院全体	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
	指標	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	84.6%	73.3%	80.0%	100.0%
死亡後カンファレンスレポート件数	分子	15	10	9	8	10	9	12	16	11	11	4	15
死亡患者数	分母	15	10	9	8	10	9	12	16	13	15	5	15

死亡後カンファレンスが実施できていない病棟があり、その要因を精査した。実施率向上のため、カンファレンスの日程設定のシステムを当該部署で変更し、対応することとした。ケアを評価し、フィードバックすることで、今後のケアの質向上に活かして行きたい。

【プロセス指標】
入院早期の栄養アセスメント実施割合

早期に低栄養リスクを評価し適切な栄養ケアの関わりを評価する指標
* ベンチマーク: 90.22% (民医連QI公開・推進事業2024年度中央値)



合計	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
	指標	100%	97.6%	98.0%	100%	100%	100%	100%	100%	97.9%	94.4%	100%	100%
分母のうち、入院7日目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	分子	51	40	48	37	32	38	43	43	47	34	37	46
65歳以上の退院患者数 (入院期間が3日以内の患者は除く)	分母	51	41	49	37	32	38	43	43	48	36	37	46

2017年4月より入院診療計画書の作成に栄養士も加わり栄養管理の必要性の有無を判定している。その後2022年4月までは、計画書は入院日とするも作成日に期限を設けていなかったため、期限を逸脱しているものもあり100%には至っていない。2022年4月より計画書を作成する日を7日以内と決めて祝日も対応することになっているため、7日以内に作成するというルールを逸脱することは少なくなっている。

入院早期からの適切な栄養管理は入院期間短縮と医療費削減に繋がることより、引き続き対応できるように工夫していきたい。