

## 2020 年度 臨床指標総評

2021 年に集計を行った 2020 年度までの臨床指標について、内容の分析を行った結果、何らかの業務改善活動に繋げることとなった事例、当院のこれまでの活動により十分な成果が見られたと考えられる事例を、以下の通り評価いたしました。

### 1. 入院患者の転倒転落発生率について（指標No.17～No.19）

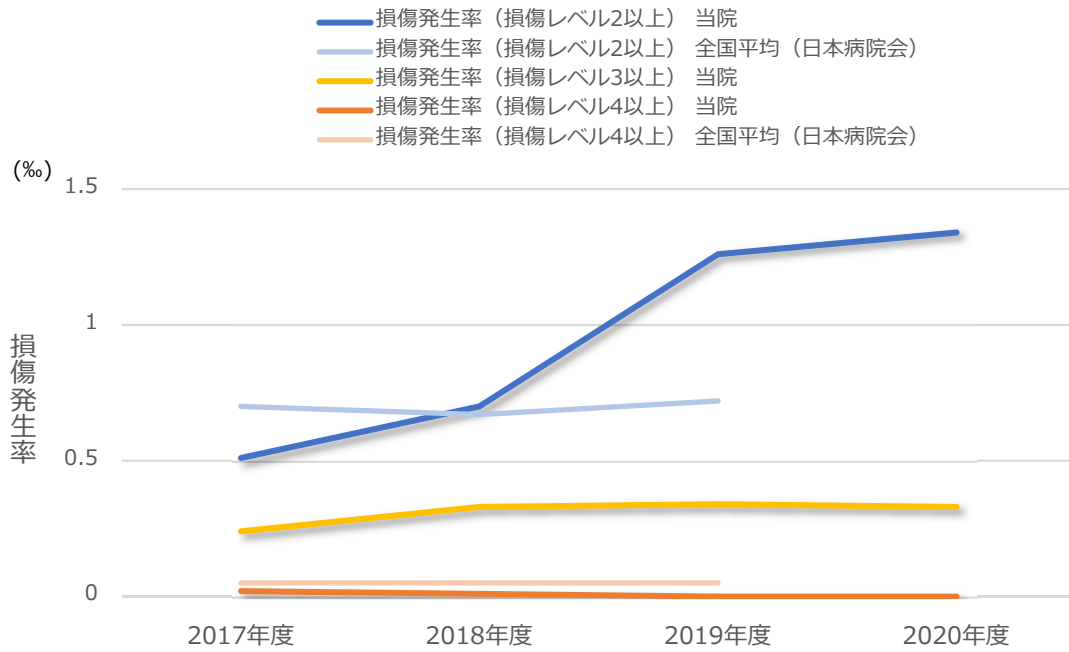
入院中の患者さんの転倒や、ベッドからの転落発生割合を、事故発生時に受傷した損傷度合いによって分類した指標となります。

なお、損傷の定義としては、The Joint Commission の定義を使用しており、図 1 及び図 2 は各レベルの損傷発生割合を一般病棟と精神病棟に分けて図示したものです。また、日本病院会の指標により、全国平均が示されているレベル 2 以上とレベル 4 以上に関しては、平均値も図に表しています。

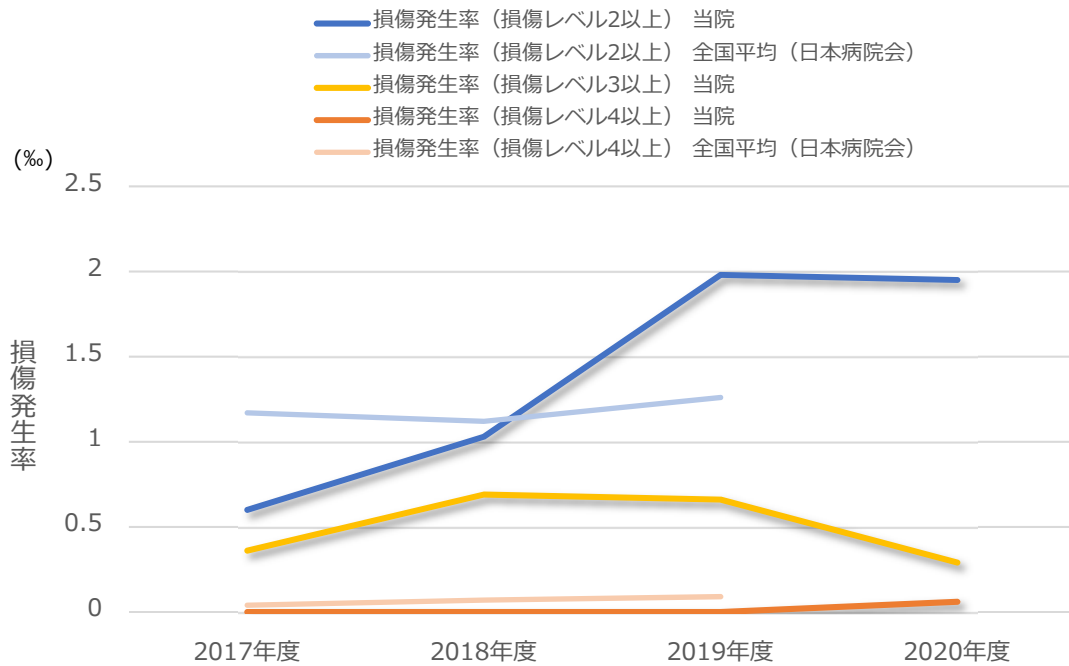
図から、当院においては、重症化するような事故発生割合は全国平均と比較しても少ないと言えますが、軽度の損傷が発生する事故発生割合が近年で増加しているのが認められるため、この点について課題として取り組む必要があると考えられます。

今年度、当院の医療安全管理部では、レベル 3 以上の損傷を伴う転倒を発生させないことを目標とした転倒 WG を発足いたしました。WG には、医師、看護師、リハビリスタッフ、薬剤師などが参加し、従来より使用してきた転倒転落のリスクを評価するアセスメントシートの内容見直し、睡眠導入剤の検討、筋力低下予防策、栄養状態等に関して検討を行うことで、事故の発生防止に努めるべく活動する予定です。

【図1】 入院患者の転倒転落による損傷発生率（一般病棟）



【図2】 入院患者の転倒転落による損傷発生率（精神病棟）



## 2. 褥瘡発生率について（指標No.21）

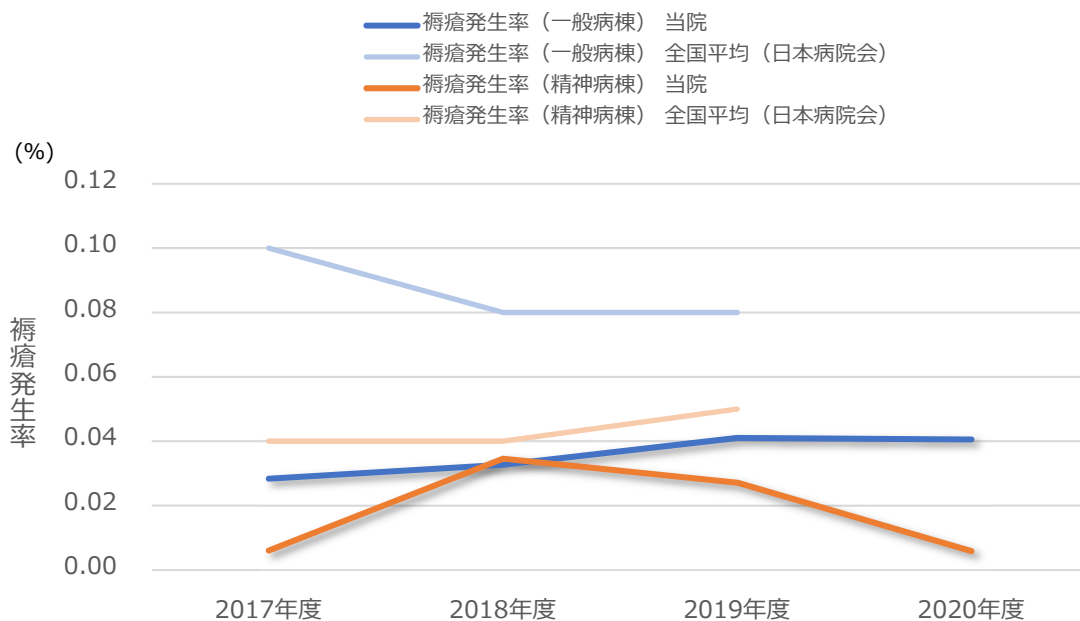
褥瘡発生率は新規に入院した患者さんのうち、入院中に真皮まで達する褥瘡（床ずれ）が発生した患者さんの割合です。

図3は当院の褥瘡発生率と日本病院会が公開している全国平均値との比較を、一般病棟と精神病棟に分けて図示したものです。

当院における褥瘡発生率は、一般病棟、精神病棟ともにいずれの年度においても全国平均よりも低く、褥瘡対策を担う部門や病棟スタッフの連携により、質の高いケアが行われていると考えられます。

褥瘡は特定部位の圧迫や摩擦、栄養状態の悪化、基礎疾患などを原因として発生するため、入院期間が長い患者さんや身体を動かすことが難しい患者さんに発生しやすい症状です。当院はそのような患者さんも多く入院しているため、より一層の改善に努める考えです。

【図3】 褥瘡発生率

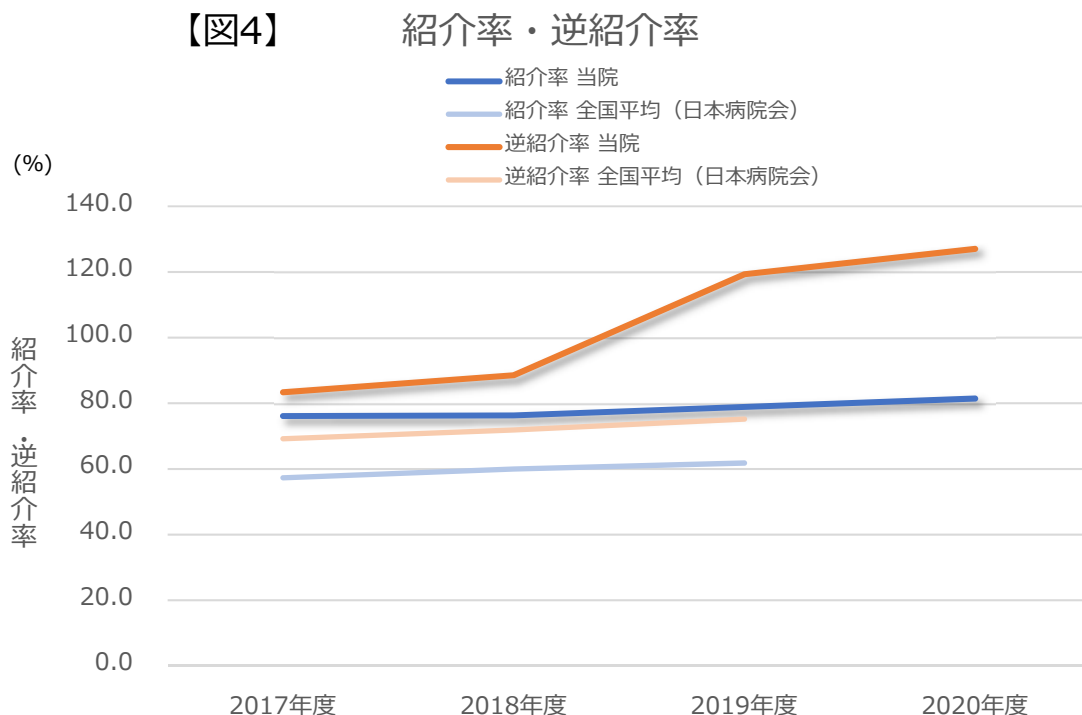


### 3. 紹介率・逆紹介率について（指標No.22, 23）

紹介率は、他の医療機関から紹介状を発行され、当院を受診された患者さんの割合を示し、逆紹介率は、当院での治療を終えて、かかりつけ医などへ紹介する患者さんの割合を示しています。

昨今の医療の指針として、高度な医療技術をもつ医療機関に患者さんが集中しないよう、病状や治療段階に応じて、地域の医療機関同士が役割に応じた治療を行うために連携することが求められています。

図4は当院の紹介率、逆紹介率及びそれぞれの全国平均値を示しています。当院は特定機能病院として、高度医療を提供していますので、状態が落ち着いた患者さんは順次地域の医療機関へ紹介し、経過観察へ移行する役割が求められます。図4の結果からも見られるように、当院は近年、意識的に地域連携に係る活動に取り組んでおり、一定の役割を果たしていると考えています。



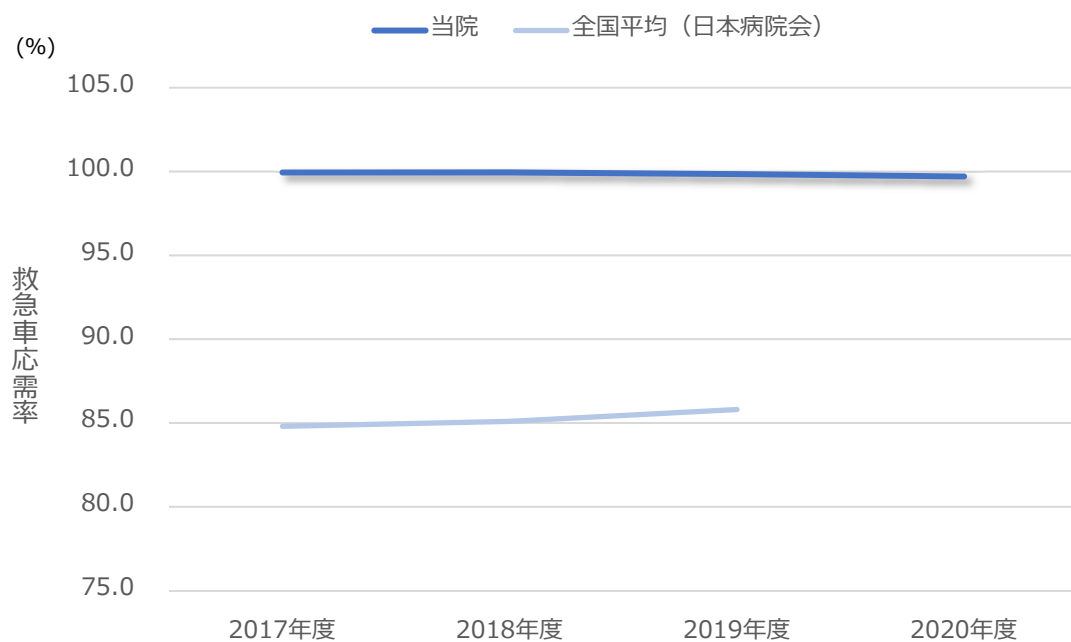
#### 4. 救急車ホットラインの応需率について（指標No.26）

当院に要請があった救急車の受入れに関して、受入れを行うことができた件数の割合を示す指標です。

当院は岩手県高度救命救急センターを有しており、基本的に全ての救急搬送受入要請について受け入れる方針を採っています。図5に示した通り、救急要請に対する応需率の実績は、方針に則った結果となっていると言えます。今後も高度救命救急センターの適切な運営管理を維持するため、当該データの指標としてモニタリングを継続いたします。

また、例外的に受入をお断りした事例については、指標No.29として掲載しています。

【図5】 救急車・ホットライン応需率



## 5. 急性心筋梗塞患者の病院到着後 90 分以内の PCI 実施割合について（指標No.53）

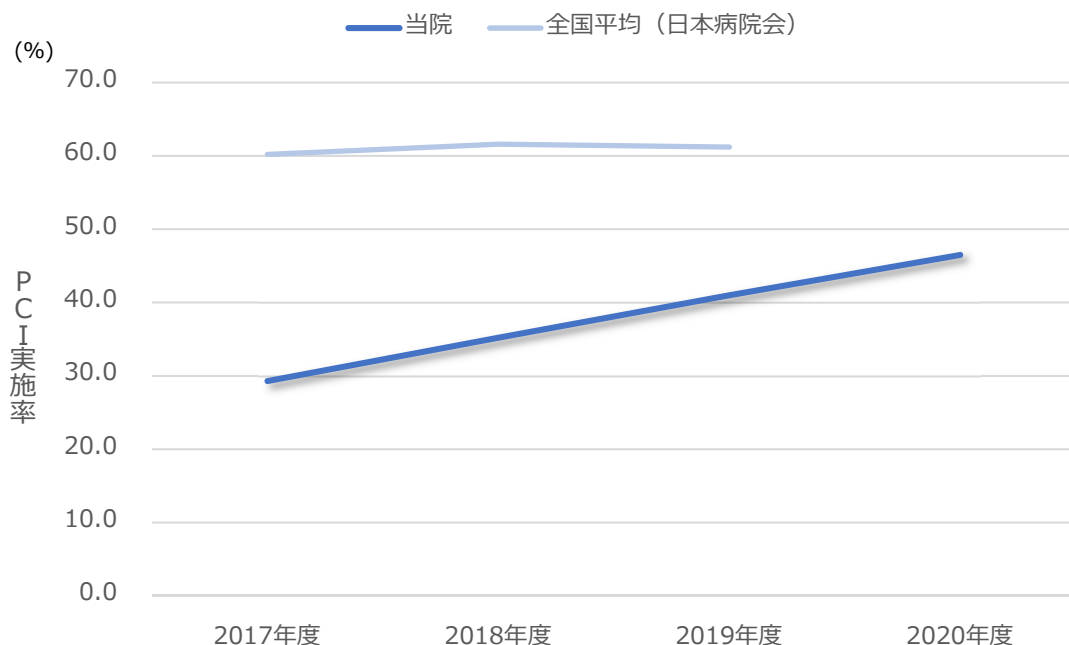
急性心筋梗塞の治療として、できるだけ早期に閉塞した冠動脈流を再開させることが重要であり、この指標は、来院から PCI（経皮的冠動脈形成術＝カテーテルを用いて血管の狭窄部を拡張する手術）実施まで 90 分以内で施行された患者さんの割合を示しています。

図 6 から確認できるように、当院は全国平均よりもこの割合が低い結果となりました。

当院は 2019 年 9 月の病院移転後に、速やかに心臓カテーテル手術を施行可能とするため、コード AMI という救急システムを整備いたしました。これは緊急時に優先的なカテーテル室の使用や人員確保に関して館内に協力を求めるシステムであり、当該項目に関する質の向上が期待できるものです。

救急システムの整備による助勢もあり、近年改善傾向にある項目であると考えられますので、課題意識をもって取り組むべき点であると認識しています。

【図6】 急性心筋梗塞患者の病院到着後90分以内のPCI実施割合



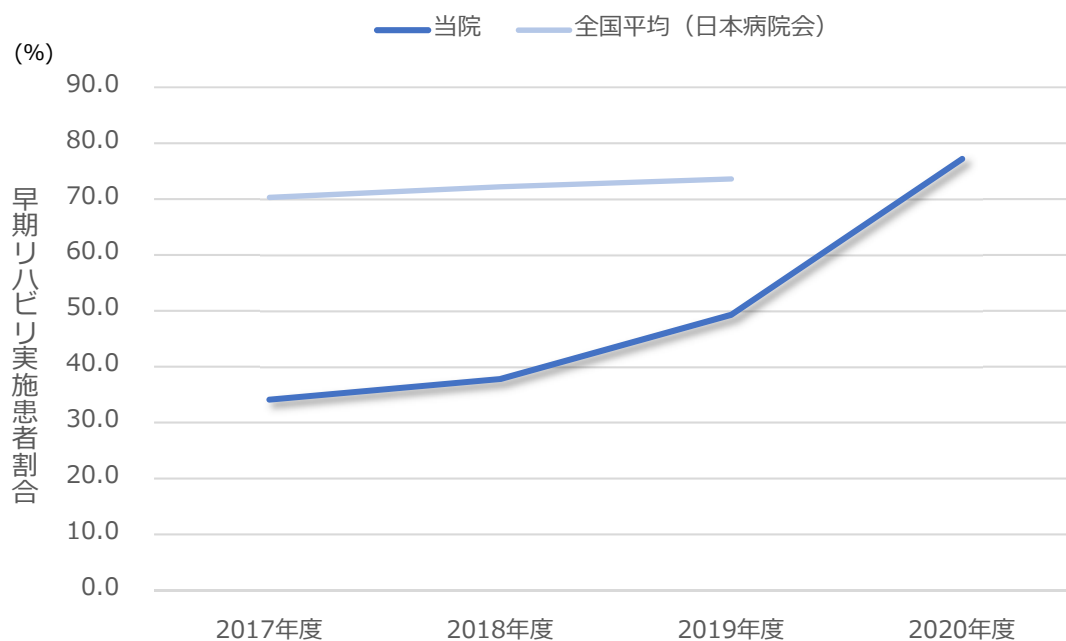
## 6. 脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者割合について（指標No.58）

脳卒中を発症した患者さんの機能的な予後を向上させ、入院期間の短縮などに効果がある早期のリハビリテーション導入について、入院後 3 日以内にリハビリテーションを開始した患者さんの割合を示した指標です。

図7より、当院の結果は全国平均より低く推移していましたが、2017年にリハビリテーション科を開設して専門医を増員し、2019年9月の病院移転時に運用を大きく変えました。急性期の患者さんへのリハビリテーション施行をより意識して、外来リハビリテーションの縮小（外来リハビリテーションは主に内丸メディカルセンターで実施中）、療法士の拡充などを実施してきた結果として、近年は早期のリハビリテーション導入が進んでいます。

現在、脳卒中患者については、入院翌日から療法士が介入を開始して、リハビリテーションの実施計画を作成することを実践しています。

【図7】 脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者割合



## 7. 広域抗菌薬使用時の血液培養実施率、血液培養実施時の2セット実施率について（指標No.69, 70）

抗菌薬の適切な使用を示す2種類の指標についての推移を図8に示しています。

複数菌種に効果がある抗菌薬（広域抗菌薬）を使用し続けると、菌が耐性を獲得してしまう場合があるため、血液培養検査によって患者さんが感染している菌種を同定して、菌種に対応した効果的な薬剤を使用することで耐性菌の発生を抑制できます。「広域抗菌薬使用時の血液培養実施率」は広域抗菌薬投与開始時に血液培養検査を実施した患者さんの割合を示しています。

また、菌種同定目的の血液培養検査は検出感度を向上させるため、2セット以上実施することが推奨されており、これを実施した患者さんの割合を「血液培養実施時の2セット実施率」としています。

指標によって示されているように、当院は血液培養検査の実施率に課題があります。この点については、感染制御部門が以前より認識しており、ICT（感染制御チーム）とAST（抗菌薬適正使用支援チーム）の連携により、各診療科との検討の場を設ける、血液培養検査の重要性やタイミングなどのレクチャーを行う血液培養促進キャンペーンを行う等の活動により、質の向上を目指しています。

