

# 2020年度Q1プロジェクト 結果報告

# QIプロジェクトについて

日本病院会が主催するQIプロジェクトは、医療の質を測定、評価、公表することで自病院の医療の質を継続的に向上する役割を担っております。

各項目の算出方法、より詳細な情報についてはこちらのホームページを参照ください。

<https://www.hospital.or.jp/qip>

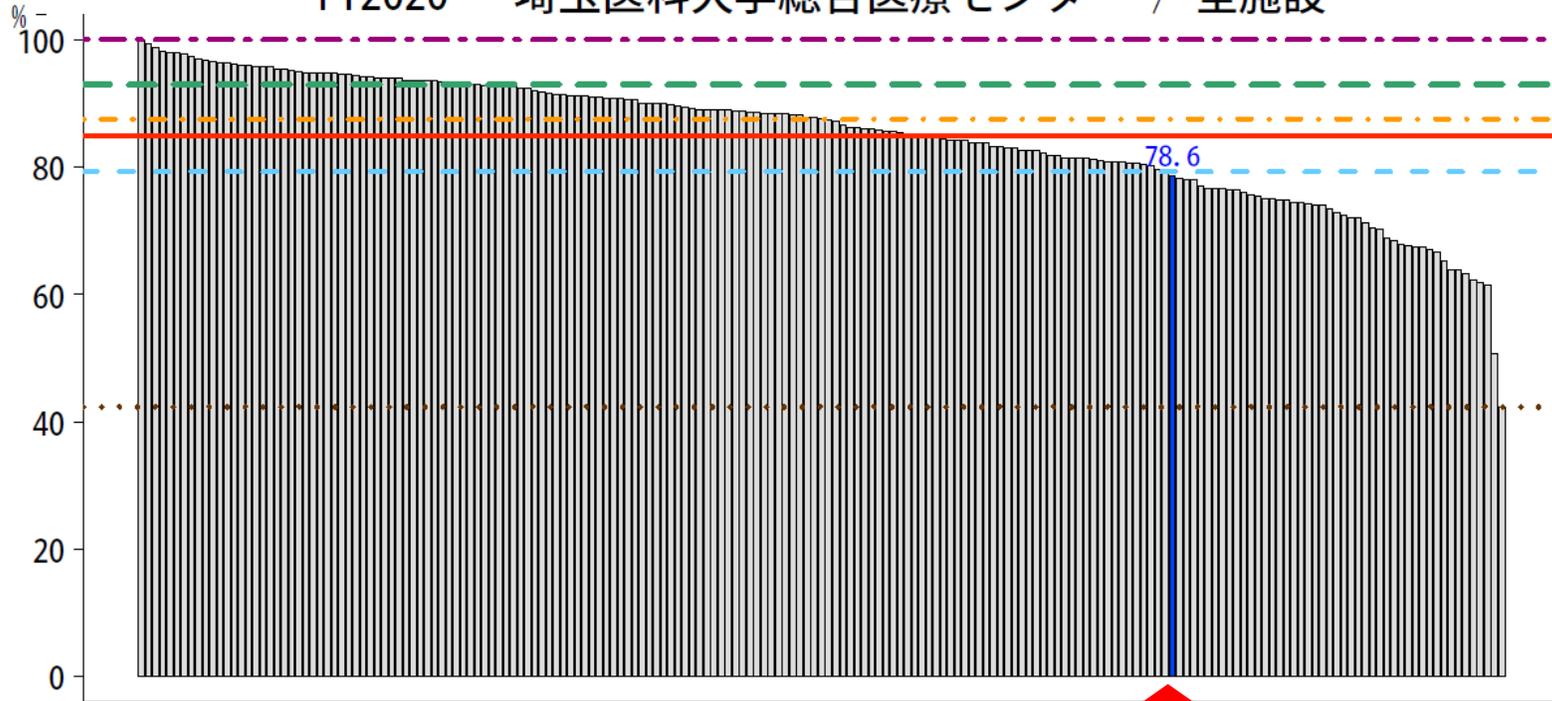
# 外来患者満足度調査

## 一般-1-b 患者満足度（外来患者） 満足またはやや満足

分子:「満足」または「やや満足」と回答した外来患者数

分母:外来患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問有効回答数

FY2020 - 埼玉医科大学総合医療センター / 全施設



n 191

この青線が当院の位置です。

... 最小値 42.3 %    - - 25%tile 79.2 %    . - . 中央値 87.5 %    — 平均値 84.9 %    - - 75%tile 92.9 %    - - 最大値 100.0 %

### 【指標について】

外来患者さんの満足度は外来診療の質を測る上で大切な指標となります。「満足、やや満足、どちらともいえない、やや不満、不満」の5段階評価のうち「満足またはやや満足」とお答えいただいた外来患者さんの割合を表しております。

### 【考察】

待ち時間についてのご意見を多くいただき、病院全体の大きな問題と捉えています。当院では診察呼び出しや診察状況がわかるアプリの導入、待ち時間等のストレス軽減のためFree Wi-Fiを導入しました。

コロナ禍ということもあり、「密」防止のため、会計の椅子に張り紙をして間隔を空けて着席をお願いしています。また会計を待たずにお帰りいただけるサービスの「医療費後払いクレジットサービス」を導入しました。

今後は外来改修工事も予定しており、会計待ちの方を一部に集中させないよう取り組んでおります。

待ち時間の短縮などの改善策を日々検討して満足度向上に努めています。

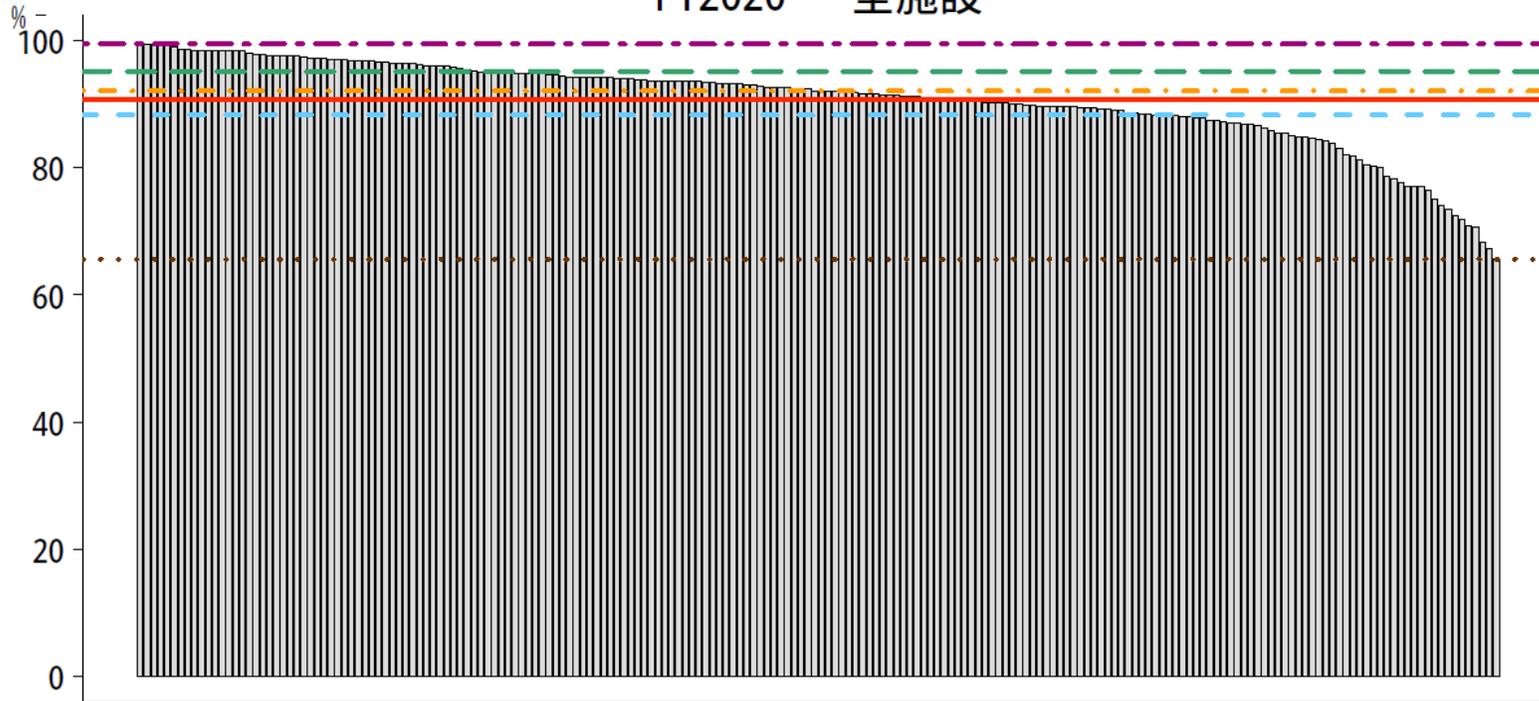
上に示す棒グラフは当院の外来患者満足度と他院でQIプロジェクトに参加している全施設と比較し、満足度が高い順番で施設を並べたものとなります。上記の青線が当院の数値となります。

# 入院患者満足度調査

## 一般-2-b 患者満足度（入院患者） 満足またはやや満足

分子:「満足」または「やや満足」と回答した入院患者数  
分母:入院患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問有効回答数

FY2020 - 全施設



n 200

... 最小値 65.5 %    - - 25%tile 88.2 %    . - . 中央値 92.0 %    — 平均値 90.7 %    - - 75%tile 95.1 %    - - 最大値 99.4 %

### 【指標について】

入院患者さんの満足度は入院診療の質を測る上で大切な指標となります。

「満足、やや満足、どちらともいえない、やや不満、不満」の5段階評価のうち「満足またはやや満足」とお答えいただいた入院患者さんの割合を表しております。

### 【考察】

左にお示ししたグラフには掲載されておませんが、2020年度に行いました入院患者対象の満足度調査では「非常に満足」が26%、「満足」が42%で、双方を合計すると68%でした。

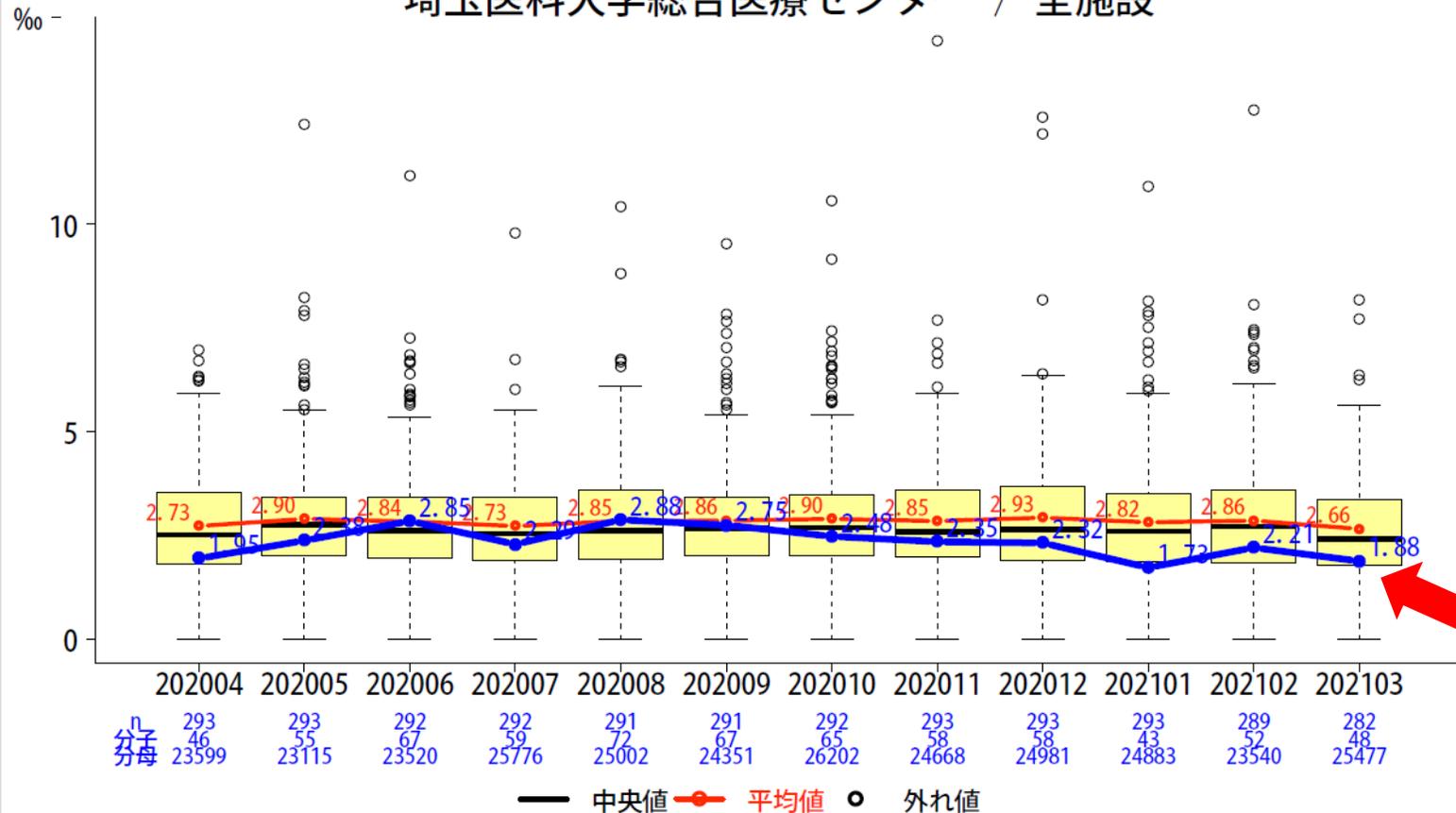
上に示す棒グラフは他院でQIプロジェクトに参加している全施設の入院患者満足度を比較し、満足度が高い順番で施設を並べたものとなります。

# 入院患者の転倒・転落発生率

## 一般-4-a 入院患者の転倒・転落発生率

分子:医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数  
 分母:入院延べ患者数

### 埼玉医科大学総合医療センター / 全施設



### 【指標について】

予防策を実施して転倒・転落発生リスクを低減していく取り組みが、転倒による傷害予防につながります。

左記のデータは入院後に転倒・転落のあった患者さんの割合を表しております。

### 【考察】

入院をすると慣れない環境や年齢・病気の影響により、転倒やベッドなどから転落する患者さんがいます。当院では入院する全ての患者さんに対して、転倒転落のリスク評価を行い、職員がリスクの高い患者さんの情報を共有しています。さらに、患者さんにパンフレットを用いて転倒転落を予防する注意点をご説明しています。また転倒転落の原因・要因を分析し、対策立案・評価を行い再発防止に取り組んでいます。

この青線が当院の位置です。

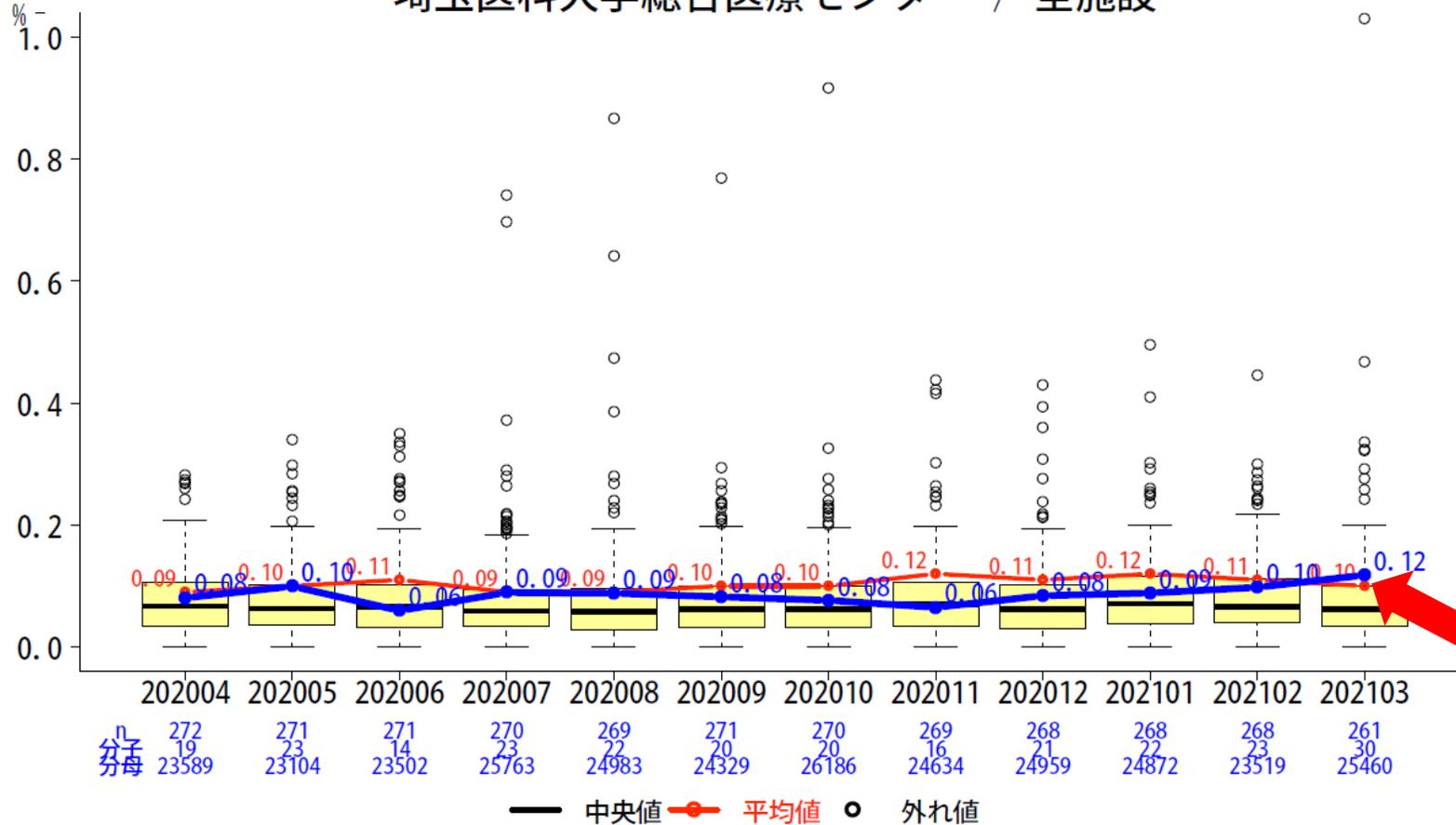
上のグラフは箱ひげ図と呼ばれるもので、QIプロジェクト参加全施設の転倒・転落率を並べ、そのうち全体の25~75%の施設が占めるエリアを黄色で示しております。青い点が当院の数値を示しております。

# 褥瘡発生率

## 一般-5 褥瘡発生率

分子:調査期間における分母対象患者のうち、d2以上の褥瘡の院内新規発生患者数  
分母:入院延べ患者数

埼玉医科大学総合医療センター / 全施設



### 【指標について】

褥瘡(床ずれ)は、看護ケアの質評価の重要な指標の1つとなっています。  
左記のデータは入院後に褥瘡が発生した患者さんの割合を表しております。

### 【考察】

新規褥瘡発生率は、新人が独り立ちする時期、患者さんの重症度が高くなる時期に発生率が高い傾向にありますが、2020年度は新人からの影響が少なく推移しました。  
これは、PNSの定着によりケアの質が維持されていることが考えられます。重症度が高い冬期の対策を今後検討していく必要があります。

\* PNS：パートナーシップ・ナーシングシステムのことです。2人の看護師がペアを組んで複数の患者を受け持ち、対等な立場でお互いの特性・能力を活かしながら補完・協力し合い、看護業務を行うことです。

この青線が当院の位置です。

上のグラフは箱ひげ図と呼ばれるもので、QIプロジェクト参加全施設の褥瘡発生率を並べ、そのうち全体の25~75%の施設が占めるエリアを黄色で示しております。青い点が当院の数値を示しております。

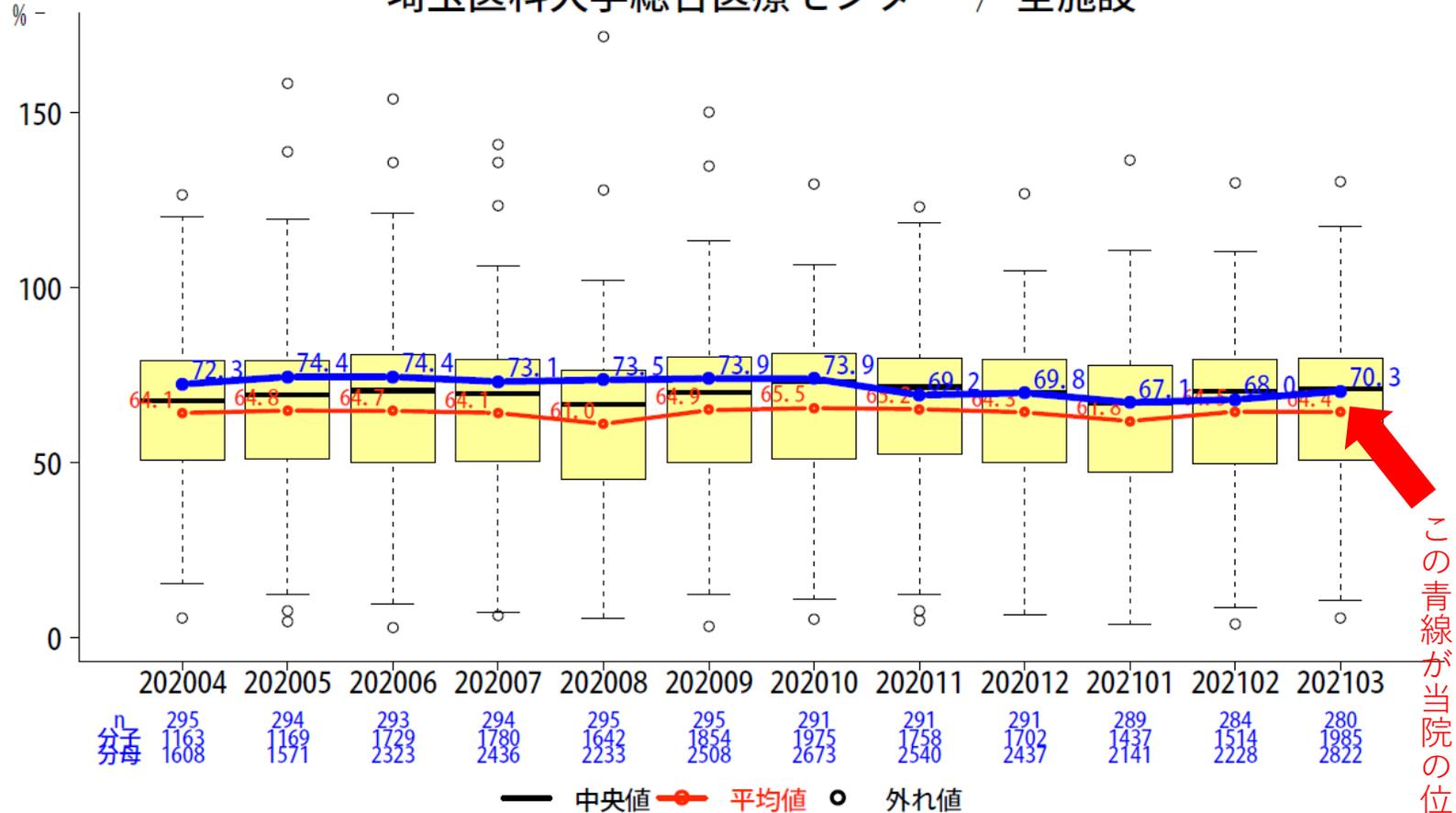
# 紹介率

## 一般-6 紹介率

分子:紹介初診患者数

分母:初診患者数 - (休日・夜間以外の初診救急車搬送患者数 + 休日・夜間の初診救急患者数)

### 埼玉医科大学総合医療センター / 全施設



#### 【指標について】

紹介率とは、初診患者さんの中でも、他の医療機関から紹介されて来院した患者さんの割合であり、様々な疾患の診察ができる、もしくはより高度な医療を提供しているという指標になります。紹介率・逆紹介率の数値は、地域の医療機関との連携の度合いを示す指標となります。

#### 【考察】

2020年度の紹介率は平均値を上回っており、当院が地域の中核的な高度急性期病院であることを示しております。前年度と比べて、大きい変化はありません。

この青線が当院の位置です。

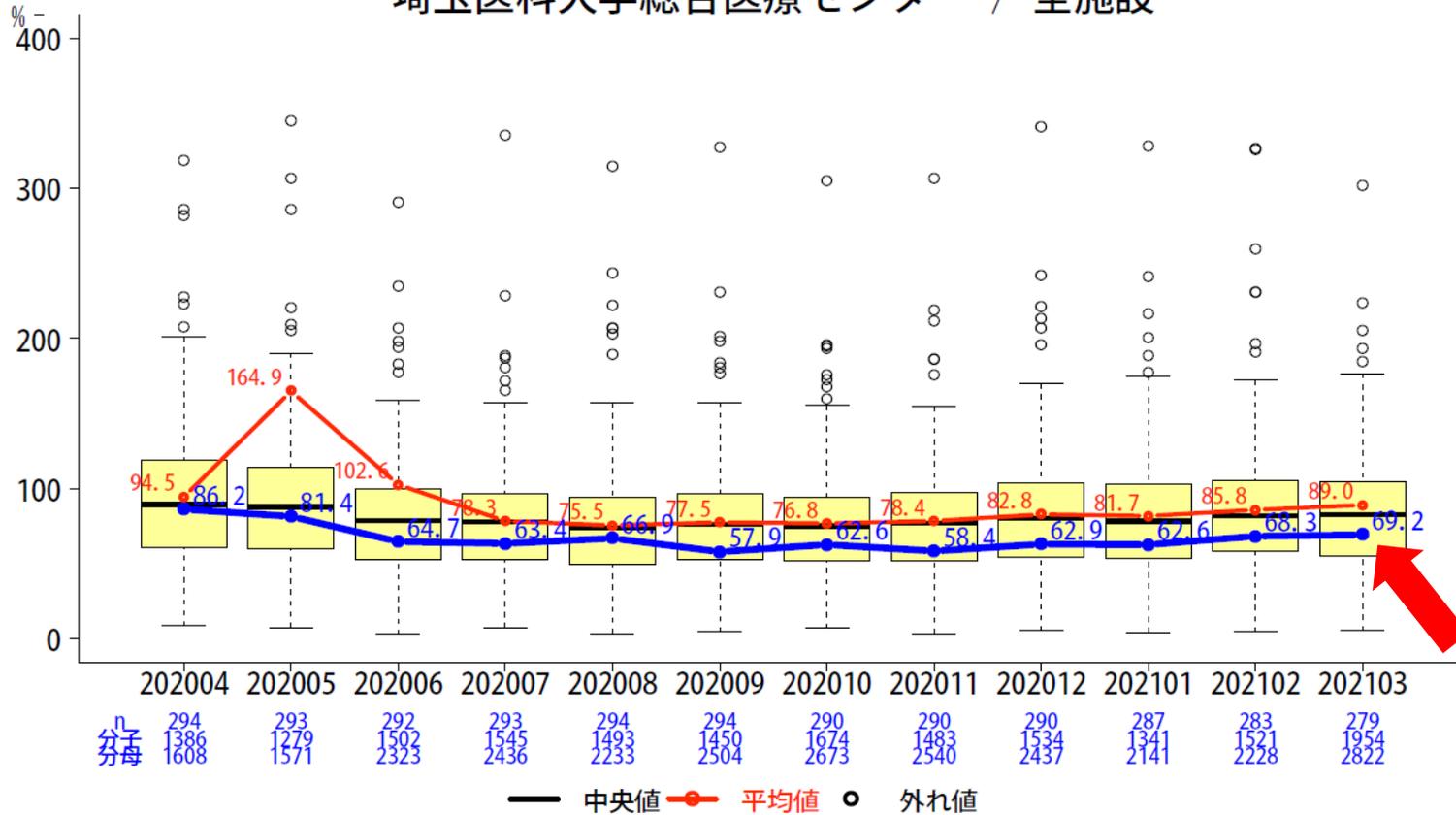
上のグラフは箱ひげ図と呼ばれるもので、QIプロジェクト参加全施設の紹介率を並べ、そのうち全体の25~75%の施設が占めるエリアを黄色で示しております。青い点が当院の数値を示しております。

# 逆紹介率

## 一般-7 逆紹介率

分子:逆紹介患者数  
分母:初診患者数 - (休日・夜間以外の初診救急車搬送患者数 + 休日・夜間の初診救急患者数)

埼玉医科大学総合医療センター / 全施設



### 【指標について】

逆紹介率とは、当院から他の医療機関へ紹介した患者さんの割合となります。地域の医療連携強化することにより、切れ目のない医療の提供を行うことができます。紹介率・逆紹介率の数値は、地域の医療機関との連携の度合いを示す指標となります。

### 【考察】

当院は高度急性期病院のため、専門的治療を終え症状が安定した患者さんについては原則として地域の医療機関へ紹介させていただいております。地域医療支援病院として承認される要件として、「紹介率が65%以上、かつ逆紹介率が40%以上」という項目がありますが、左記のグラフのとおり、いずれの月も40%を上回っております。前年度と比較して、大きな変化はありません。

この青線が当院の位置です。

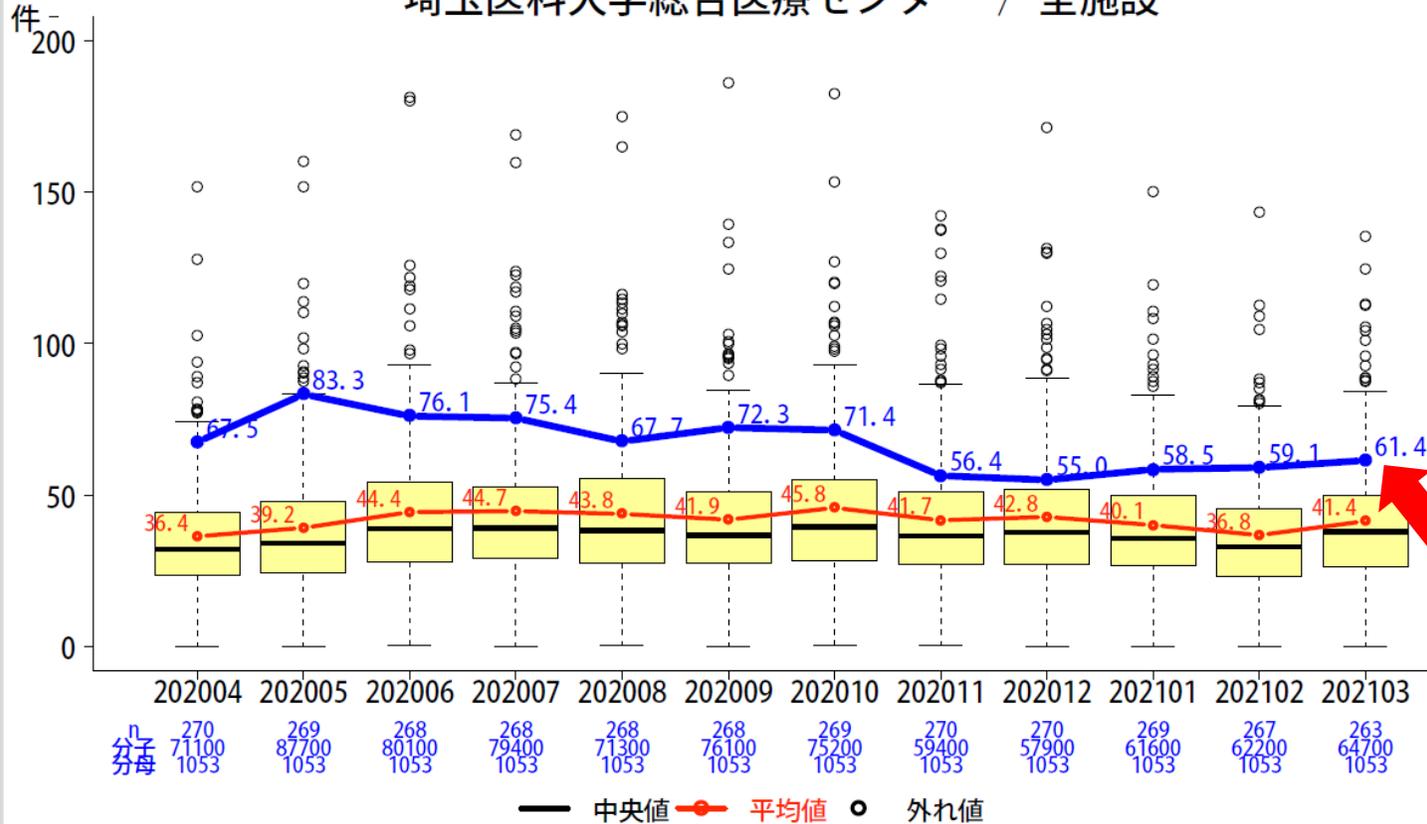
上のグラフは箱ひげ図と呼ばれるもので、QIプロジェクト参加全施設の逆紹介率を並べ、そのうち全体の25~75%の施設が占めるエリアを黄色で示しております。青い点が当院の数値を示しております。

# インシデント・アクシデント発生件数

## 一般-33-a 1か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント発生件数

分子: 調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント発生件数×100  
分母: 許可病床数

埼玉医科大学総合医療センター / 全施設



この青線が当院の位置です。

### 【指標について】

インシデント・アクシデントが生じてしまった場合、原因を調査し、防止策をとることが重要となります。本指標はインシデント・アクシデントがしっかりと報告される体制が構築されているかを測るための項目です。  
\* インシデント：患者さんに被害を及ぼすことはなかったが、日常診療の現場で、“ヒヤリ”としたり、“ハッ”としたりした事例のこと。  
\* アクシデント：医療にかかわる場所で、医療の全過程において発生するすべての予期されない有害事象。

### 【考察】

当院ではインシデント・アクシデントは事象の影響度によって、レベル0～レベル5に分類して報告を行っています。以前は報告件数を少なくすることが良いと考えられていました。しかし、患者さんに影響の無かった事例や未然に防ぐことが出来た事例を積極的に報告してもらうことで、予防策を見つけることが出来ると考えています。そのため、当院ではインシデントレベル0および1の報告を推奨しています。その結果、年間インシデント報告件数は7000件を超え、レベル0および1の占める割合は80%近くを示しています。また、そのうち事故による影響度が無いレベル0のレポート報告件数は前年度と比べると4%近く増加しています。安全・安心な医療を提供するため、報告されたレポートの情報共有を行い、改善策を立て、実施・評価とPDCAサイクルで医療安全の向上に努めています。

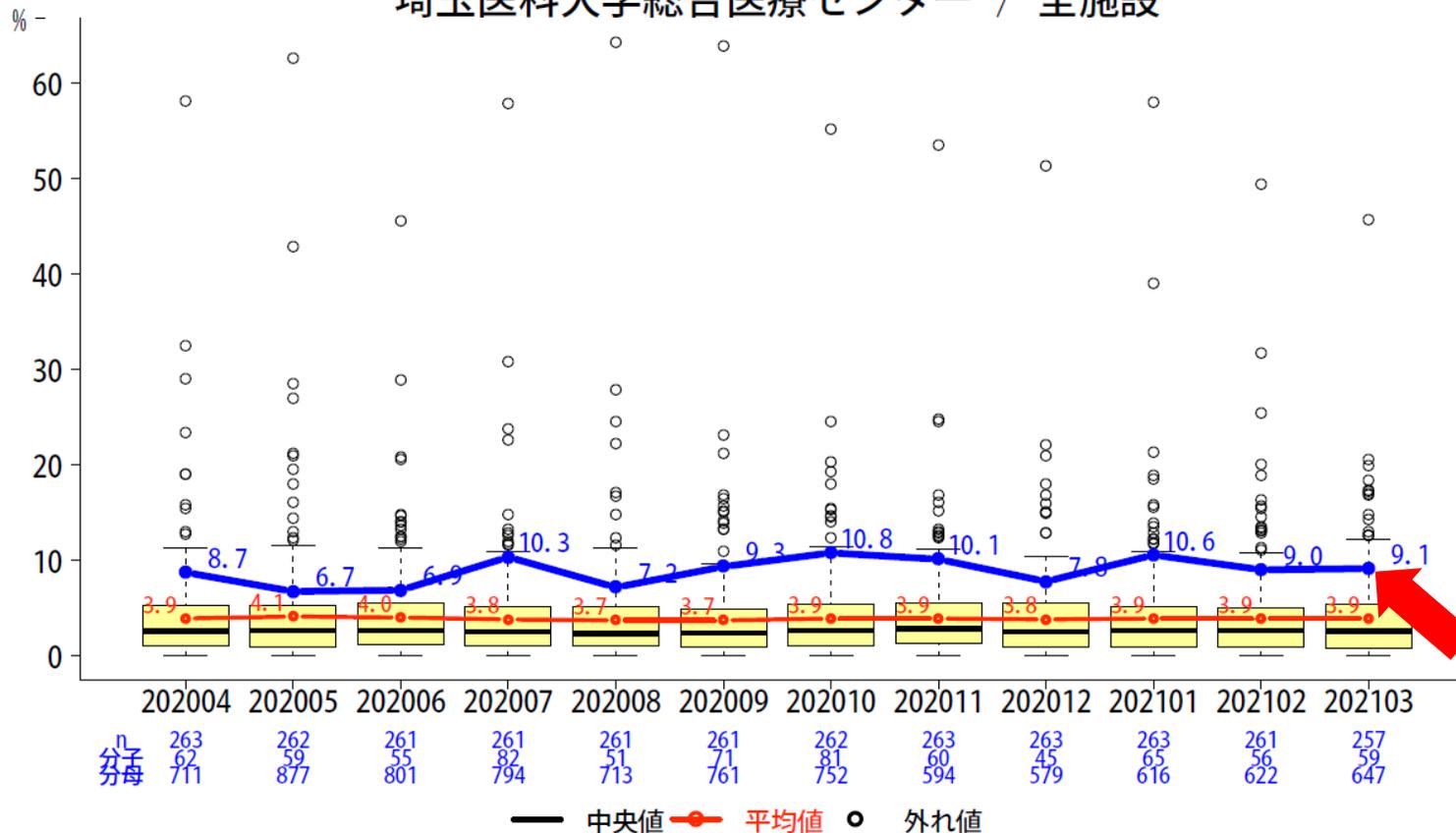
上のグラフは箱ひげ図と呼ばれるもので、QIプロジェクト参加全施設のインシデント・アクシデント発生件数を並べ、そのうち全体の25～75%の施設が占めるエリアを黄色で示しております。青い点が当院の数値を示しております。

# 医師によるインシデント・アクシデント報告

## 一般-33-b 全報告中医師による報告の占める割合

分子:分母のうち医師が提出したインシデント・アクシデント報告総件数  
分母:調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告総件数

### 埼玉医科大学総合医療センター / 全施設



## 【指標について】

医師は多忙であるため、インシデント・アクシデントの報告が少ない傾向にあります。医師からの報告件数の多さは医師を含めたすべての病院職員の医療安全意識が高い病院であるといえます。

## 【考察】

インシデント・アクシデント報告の重要性を理解していただき、医師から積極的な報告が出来るよう啓蒙活動を行っています。他職種から報告された医師が関わるインシデントを提示し医師に報告を促すことや、より危険度が高い治療・処置を行う手術室でのバリエーション報告制度を導入することで、報告することが当たり前の文化として定着するよう活動を行っています。報告されたインシデント・アクシデントは医療クオリティ評価会議で分析・改善策を検討し、その内容を医療安全管理委員会に報告し、承認を得て各診療科へは再発予防策を検討するカンファレンス等を開催するよう依頼しています。

この青線が当院の位置です。

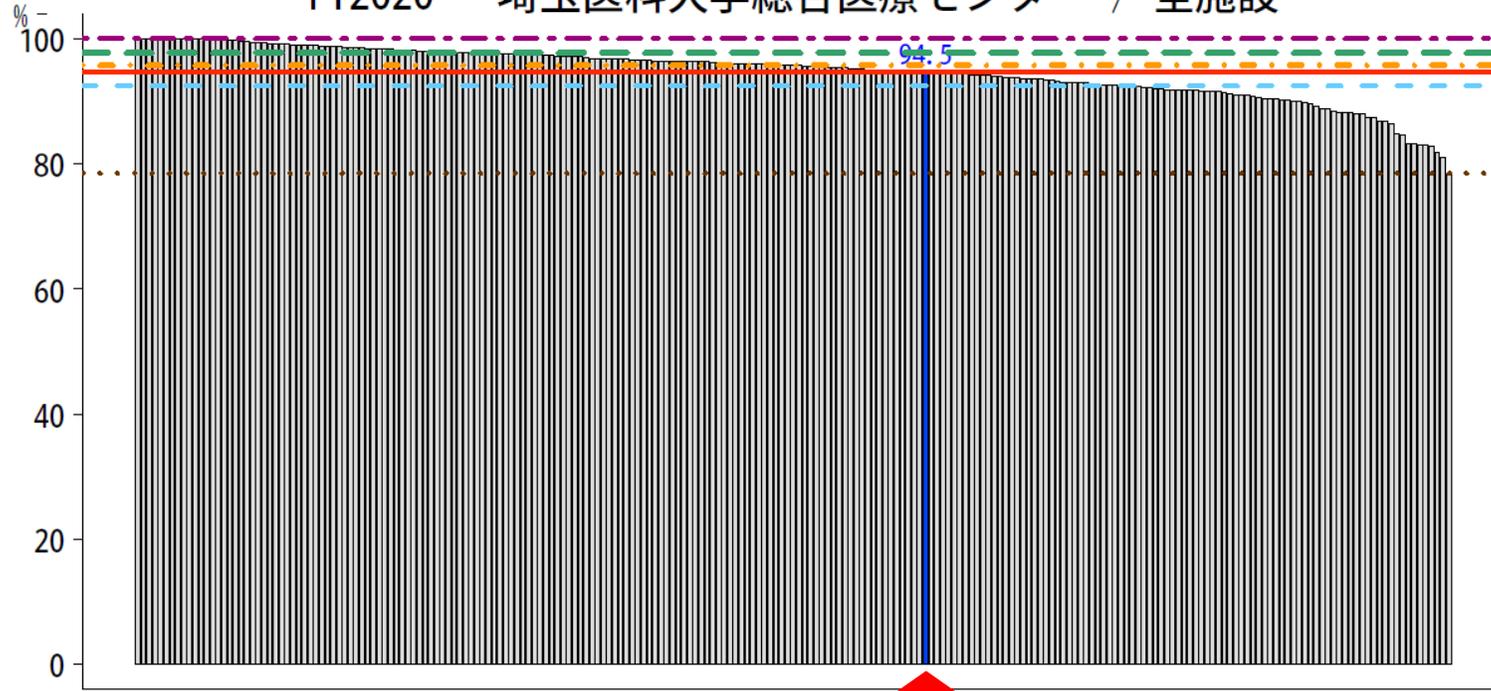
上のグラフは箱ひげ図と呼ばれるもので、QIプロジェクト参加全施設の医師によるインシデント・アクシデント報告の割合を比べ、そのうち全体の25~75%の施設が占めるエリアを黄色で示しております。青い点が当院の数値を示しております。

# 職員のインフルエンザワクチン予防接種率

## 一般-34 職員におけるインフルエンザワクチン予防接種率

分子:インフルエンザワクチンを予防接種した職員数  
分母:職員数

FY2020 - 埼玉医科大学総合医療センター / 全施設



n 229

この青線が当院の位置です。

... 最小値 78.5 %    - - - 25%tile 92.4 %    . - . 中央値 95.7 %    — 平均値 94.7 %    - - - 75%tile 97.7 %    . . . 最大値 100.0 %

### 【指標について】

患者さんは免疫力が低下していることが多いため院内感染や職員からの感染が起きやすくなります。  
インフルエンザの予防接種率が高い場合、職員が院内感染防止対策に積極的に取り組んでいると評価できます。

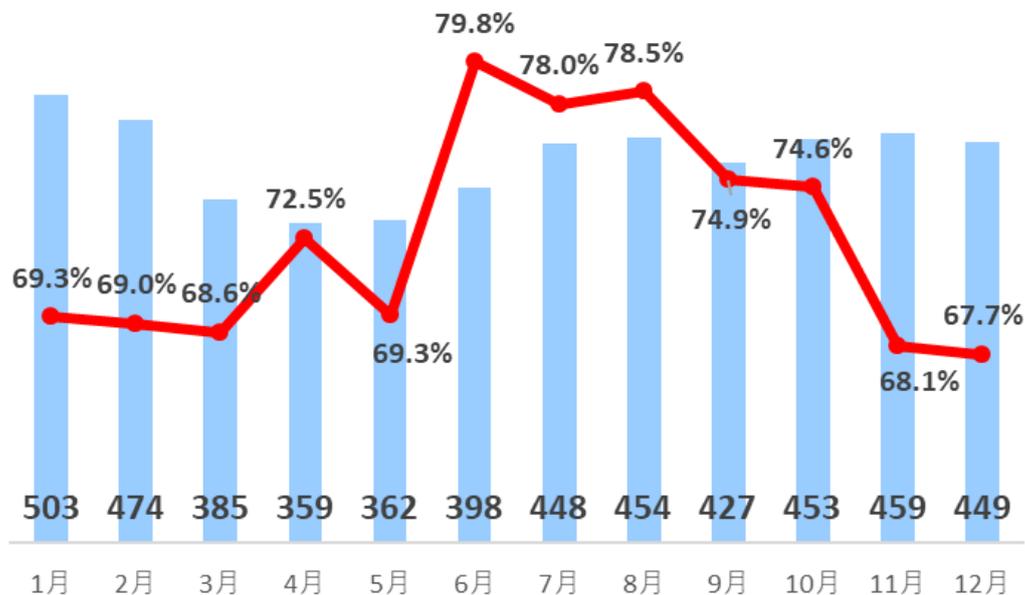
### 【取り組み内容】

健康推進室では、インフルエンザワクチンの予防接種を主催するとともに、ワクチン接種後の副反応調査と、未接種の教職員にはインフルエンザワクチンの未接種理由の調査を行っております。

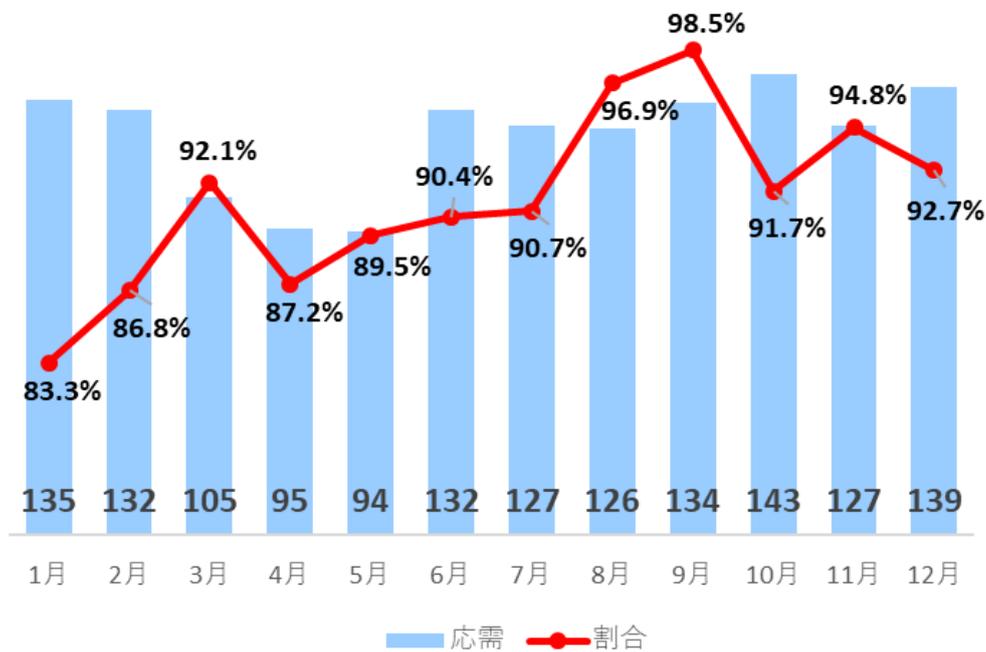
上に示す棒グラフは当院のインフルエンザワクチン予防接種率と他院でQIプロジェクトに参加している全施設と比較し、接種率が高い順番で施設を並べたものとなります。上記の青線が当院の数値となります。

# 救急車・ホットライン応需率

## 2020年2次救急応需状況



## 2020年3次救急応需状況



※2次救急…入院や手術を要する傷病に対応した救急レベルのことです。

3次救急…生命の危機に関わる、高度な医療を提供する必要のある救急レベルのことです。

当院では「断らない救急医療」をモットーに救急医療に力を入れております。救急車だけでなく、ドクターヘリによる救急患者受け入れ態勢も整っており、当院の所在する川越・比企医療圏の患者さんはもちろん、広く県内外から救急医療が必要な重症患者さんを積極的に受け入れております。しかしながらベッド満床等のやむを得ない事情から受け入れが困難な状況に陥ることもあります。このような場合、重症患者さん（三次救急）の受け入れを優先し、軽症患者さんの受け入れをお断りするケースがございます。