

令和5年度 QI活動報告

部署名	整形外科
令和5年度目標	1)DXA検査の件数を年間560件程度を維持する。 2)患者につき最低1年に1回のDXA検査をする。
結果	1)DXA件数 令和4年度 558件。 令和5年度 647件。 2)2023年3月前後にDXA検査をしていて、2024年3月前後にDXAをした患者は24人中23人(96%)、していない患者は24人中1人(4%)。
評価	1)目標は達成できた。 2)定点観測ではあるが、1年後のDXA検査は96%で達成できていた。
令和6年度目標	1)DXA件数:560件/年が上限と推測していたが600件/年に上方修正して目標を設定する。 2)定期的なDXA検査:1年に1回程度の検査を9割以上を目標とする。

令和5年度 QI活動報告

部署名	看護科
令和5年度目標	1)与薬インシデント件数 与薬に関連したレベル2以上のインシデントが12件発生しており、令和5年度はレベル2以上の報告件数30%減を目指す。 2)転倒・転落インシデント件数 レベル2以上のインシデントが12件発生していた。リハ科と協力し転倒・転落の報告件数30%減を目指す。
結果	1)与薬インシデント件数 与薬に関連したレベル2以上のインシデントが23件発生した。 令和5年度レベル2以上の報告件数に対して11件増加した。 2)転倒・転落インシデント件数 総報告件数は50件でレベル2以上のインシデントが28件発生した。 認知症に関連した報告件数は21件であり全体の報告件数の40%を占めている。転倒による骨折(3b)事例が1例あった。
評価	1)与薬インシデント件数 与薬に関連したレベル2以上のインシデントが23件発生し、目標到達できなかった。(50%増) 目標値である前年度報告件数30%減には到達せず、大幅な増加の結果となつた。持参薬の管理と配薬ミスが多く改善が必要。 2)転倒・転落インシデント件数 レベル2以上のインシデントが28件で前年度比2.3倍に増加し、目標到達できなかった。 認知症に関連した報告件数は21件(3b事例1件)で全体報告件数の約50%を占めている。又、同一患者(11名)が複数回の転倒を繰り返している。
令和6年度目標	1)与薬インシデント件数 与薬に関連したレベル2以上のインシデントが23件発生しており、令和6年度はレベル2以上の報告件数20%減を目指す。 2)転倒・転落インシデント件数 レベル2以上のインシデントが28件発生していた。 目標設定は3b以上の報告件数0件、レベル2は20%減を目指す。 リハ科と協力し、同一症例の複数回転倒防止を50%減とする。

令和5年度 QI活動報告

部署名

放射線科

令和5年度目標

一般撮影では、正確な画像が求められるため再撮影が多くなる傾向である。令和4年度の膝の再撮率が36.72%であった。前年度の結果を踏まえ令和5年度では膝関節の再撮影の写損率35.5%以下にすることを目標とする。そして更に写損率を減らすことにより被ばく線量低減を目指す。

令和5年度 膝の再撮率 30.1%

結果

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月
31.9	30.1	30.2	31.8	33.7	28.0	33.0	26.7
12月	1月	2月	3月				
27.8	28.0	29.9	29.7				

評価

令和5年度は側面撮影時にトライアウト撮影を導入した。トライアウト撮影とは本撮影前に1/20ほどに低減した線量(当院比)でポジショニングの良否を確認しその後本撮影を行うという方法である。この撮影を再撮係数0.5として計算した。

令和5年度は再撮率を大幅に低減することができた。

※令和5年9月9日(土)

第14回備讃セミナー(香川県)にて当院の取り組みと同様の講演があつたため、技師1名が出席し聴講した。

放射線業務従事者の被ばく線量

【指標の説明】

放射線技師の年間積算線量(実効線量)の平均値、および個人の年間最大値を確認し、施設の被ばく線量について把握しているかを安全管理の指標とする。

【対象】

放射線技師

【算出方法】

分子: 放射線技師の年間積算線量(実効線量)の総和

分母: 対象技師数

収集期間: 令和6年4月～令和7年3月

※平均値は放射線技師の収集期間における積算線量を対象技師数で除して算出。

令和5年度 実績

平均値 0.625mGy

令和6年度目標

令和5年度 QI活動報告

部署名	薬局
令和5年度目標	①廃棄薬を減らす ②服薬指導を増加させる
結果	①2023年度 151516.35円(前年158267.7円) ②2023年度 864回(前年762回)
評価	①廃棄薬は、金額は減っているものも、手術室の常備薬(ダントリウム静注用20mg:薬価9131円×5バイアル)など高額薬品の廃棄があり、廃棄金額を押し上げている。採用品目の見直しも視野に入れる。 ②服薬指導は、102件増加している。今後とも増やしていきたい。
令和6年度目標	薬局で点数を取れる項目が少なく、目標継続で行こうと思います。 ①廃棄薬を減らす ②服薬指導を増加させる

令和5年度 QI活動報告

部署名	リハビリテーション科
令和5年度目標	転倒転落への対策を実施していく。具体的には、入院患者に対し予防を目的とし、転倒転落件数の削減を図っていく。その際、特に認知症を含まない群に対してはその転倒率を全対象者の6.0%以内を目標として挙げる。また、ワーキンググループを通じ認知症を含む群に対しても対応を行うこととする。
結果	今年度(2023.4.1～2024.3.31)の調査でアクシデントは40人で57件であった。さらに、これらに対し転倒における事由を6項目に区分し集計を図ると、1.認知症を含む精神心理的な影響が25件、2.身体・運動機能低下が17件、3.過信・判断ミスが9件、4.環境不備は0件、5.ADLの不慣れ及び指導不足は0件、6.その他及び不明が6件であった。また、結果を認知症関連群とその他の群で分類し、対象者全体の比率で表すと、認知症関連の転倒は15人で26回となり転倒率は4.8%、その他の群は25人で31回となり転倒率は5.8%、計10.6%であった。転倒件数は前年度より増加しているが、統計上の総数(分母)が増えている影響であり、転倒率は低下していた。数值目標もクリアできていた。
評価	アクシデントに関して、今年度の対策として新たに過信・自己判断ミスに対して注意喚起(パンフレットの作成や直接指導による対策)を行うことで転倒回避を狙ったが、結果は前年度9件から今年度も9件であった。ただし、比率で考えると、前年度2.8%(総転倒件数317件)から今年度1.6%(総転倒件数534件)に減少することができていた。また、4.環境不備や、5.ADLの不慣れ・指導不足に伴う転倒は前年度に引き続き0件であり、対応策が結果に結び付いていると判断できる。しかし、身体・運動機能低下による転倒に関しては前年度9件(2.8%)から17件(3.1%)に増大してしまったが、比率で考えると微増であった。これには運動レベルが高く比較的自由度が保証されているケースが多数を占めており、転倒場所も自室が多いということから、身の回り動作を積極的に行なうことで転倒に結び付いてしまったと考える。また、認知症を含む群に関しては今年度25件で、前年度24件から微増であったが、認知症患者の総数が前年度68人から今年度71人と増加しており、比率としては同程度であった。このことから、認知症関連の転倒は年間25件程度は発生していることがわかる。全体的に見ると、目標値はクリアできており、今年度の取り組みは一定の評価ができると考えている。
令和6年度目標	リハビリテーション科では転倒転落への対策を実施していく。入院患者に対し予防を目的とし、特に認知症を含まない群に対しては今年度の実績と、対応可能なケースを考慮し、その転倒率を全対象者の5.5%以内(前年度6.0%以内)を目標として挙げる。また、認知症関連群に関しては数値目標の設定が困難と判断し、病棟部門・ワーキンググループを通じ対応を行うこととする。

令和5年度 QI活動報告

部署名	地域連携室
令和5年度目標	<p>地域の医療機関や在宅部門との連携を強化し、①急性期病院からの転院受け入れ10件/月②地域包括ケア病床へのサブアキュート受け入れ件数増加(1件/月)を目指す。</p> <p>③入退院支援スクリーニングを継続し、支援対象者に対し入院診療計画に沿った退院支援、退院調整を10件/月実施(※2022年度の予定外入院数から目標値を下方修正)</p>
結果	<p>①については152件の転院相談のうち132件(前年度比+3)の転院を受け入れ、平均11件/月であった。単月では9件にとどまった月が3回(9、10、1月)あった。②については地域の施設からの誤嚥性肺炎や骨折など15件/年の受け入れを行った。</p> <p>③については入退院支援スクリーニングを100%実施、支援対象者103名(うち16名は報告時点で入院中)に対して支援を行ったが、入退院支援加算算定件数は66件であった。算定できなかった理由としては転院が13件、中途介入3件、死亡退院1件であった。入力・算定漏れも5件あった。ケアマネージャーとの入退院時情報共有のみのケースも含めると対象者は189名で、全体の32%介護保険第1号被保険者の約40%が何らかの支援を要した。</p>
評価	<p>①については目標達成したが、安定した入院患者数確保のため、単月単位でも目標達成できるよう他院との連携をより強めていく必要がある。②については目標達成により地域包括ケア病床の重症患者確保に寄与したが、回復期が優先されること、一般病棟の方がリハビリ提供単位数が多く院内ポストアキュートとして利用しづらいことから稼働率向上にはつながらなかった。</p> <p>③については目標値を上回る189件に対し何らかの退院支援・退院調整を行い、支援対象者の75%に退院支援加算を算定できた。一方で、スタッフの負担は増大しており、超過勤務の削減といわゆるサービス残業の常態化の解消が今後の課題である。</p>
令和6年度目標	<p>①急性期病院からの転院受け入れ10件/月を維持する</p> <p>②地域包括ケア病床へのサブアキュート受け入れ件数12件/年を維持する</p> <p>③入退院支援加算の算定漏れ0</p> <p>④退院支援と退院調整に係る業務を整理して病棟看護師とタスクシェア、タスクシフトし、労働時間の適正化と時間外労働の削減を図る。</p>

令和5年度 QI活動報告

部署名	訪問看護ステーション
令和5年度目標	1)平均の月別利用者数50人/看護師3人 前年度令和4年度は月平均利用者数が50人であった。今年度も50人を目標にした。 2)月別訪問件数360件を維持する。 新たな利用者と契約を結び利用者、家族に寄り添った看護を行う。
結果	1)平均の月別利用者数49人/看護師3人 4月から7月までは利用者が50人で経過した。 2)月別訪問件数360件を維持する。 ・新たな利用者と契約を結び利用者、家族に寄り添った看護を行う 令和4年度:月平均訪問件数365件(看護242件 リハビリ123件) 新規契約者18件 令和5年度:月平均訪問件数288件(看護161件 リハビリ126件) 新規契約者8件 今年度4月～8月にかけて月300件以上を保てていたが9月以降はそれ以下となり平均で288件/月となった。リハビリは前年度と比べて件数は減っていないが看護が毎月80件減っている状況である。
評価	1)平均の月別利用者数49人/看護師3人 4月から7月までは利用者が50人で経過した。しかし利用者の死亡、入院などありそれ以降減少している。利用者は高齢、一人暮らしなどの方もいるため利用者は減少する。 2)月別訪問件数360件を維持する。 ・令和3年度は新規契約者28人であった。毎年依頼の件数は減少している。以前は多くあった平井、志津川在住の新規利用者との契約がなくなっている状況である。新たにできた訪問看護ステーションに流れている状況がある。
令和6年度目標	1)月平均利用者数50人、月平均訪問件数300件以上を維持する。 2)新規利用者の獲得 15人/年間 ・ケアマネージャー、各病院地域連携室への広報活動を行い連携の深化に努める。 ・連絡会、研修会など情報交換の場に参加する。

令和5年度 QI活動報告

部署名	検査科
令和5年度目標	前年度に引き続き検査結果の正確さと再現性を管理、保証できるよう精度管理調査評価評点の「評価点A+B」95%以上を目指す。また、検査科は技師2名体制としての運用をめざし業務範囲の拡大を行う。具体的には超音波検査(下肢静脈、頸動脈、腹部スクリーニングなど)、検体採取(コロナ、インフルエンザ)の体制を整える。
結果	精度管理調査評価評点は「評価点A+B」が90%であった。 また2名体制として早出業務、超音波検査、検体採取を行った。
評価	GGT、ALT、CK、TGの評価がC,D評価であった。ドライケムサーベイでは2SDに入っており、再現性も良いが全体的に高値傾向にある。機器も2012年購入で12年経過しており測光部の劣化なども考えられるため機器更新をお願いした。 (資料参照) 2名体制として体制は整えられたが件数的には少ないため周囲への働きかけが必要に思われた。
令和6年度目標	前年度に引き続き検査結果の正確さと再現性を管理、保証できるよう精度管理調査評価評点の「評価点A+B」90%以上を目指す。また、新人技師の育成、肺機能検査の復活など件数増加につながる運用を構築する。

令和5年度 QI活動報告

部署名	栄養課
令和5年度目標	栄養指導件数 10件/月
結果	栄養指導月平均数 1.6件/月(年間20件)
評価	<ul style="list-style-type: none">・目標未達成であり、前年度より年間合計件数は18件減少しました。・栄養指導を行う時間が捻出できていない為、業務内容を見直し作業効率を上げる必要性があると考えます。
令和6年度目標	<ul style="list-style-type: none">・今年度の診療報酬改定で栄養評価にGLIM基準が推奨されているため、帳票類の見直し・検討を行います。・栄養指導をスムーズに行うための仕組みを作ります。

令和5年度 QI活動報告

部署名	通所リハビリ
令和5年度目標	<p>1) 平均利用者数 令和5年度は13.5人/日以上利用者の増加をめざす。 (人員バランスを考慮して、工夫した運営をおこなう)</p> <p>2) 見学・体験者からの利用獲得率の増加をめざす。</p> <p>3) ウイルス感染症0件、利用者の転倒・転落事故0件、交通事故0件を維持する。</p>
結果	<p>1) 平均利用者数 令和4年度は、11.5人/日 令和5年度は、13.4人/日</p> <p>2) 見学・体験者からの利用獲得率 令和5年4月より、令和6年3月の体験者は20人であり、その後利用につながった人数は13人(65%)であった。</p> <p>3) ウイルス感染症3件、利用者の転倒・転落事故0件、交通事故0件</p>
評価	<p>1) 平均利用者数は、13.4人/日と利用者数が増加となった。 (開始月11.7人→年度末14.3人)</p> <p>2) 利用者数増加に向けて、積極的に体験者を受け入れた。 (利用者の体調不良にて入院や他界者あり)</p> <p>3) 新型コロナウイルスおよびインフルエンザの罹患者(利用者2名、スタッフ1名の新型コロナウイルス感染)あったが、他者へ感染しての広がりはなかった。 (※運営中止なし)</p>
令和6年度目標	<p>1) 平均利用者数 (令和6年度は13.5人/日 以上をめざす)</p> <p>2) 見学、体験者を増やして利用者を獲得する。(紹介者と獲得率の増加をめざす)</p> <p>3) ウイルス感染症0件、利用者の転倒・転落事故0件、交通事故0件をめざす。</p> <p>4) 介護保険報酬改定(R6年6月～)において、書類の整備をおこない正確で質の高い運営をおこなう。</p> <p>5) 附属病院玄関横の花壇作成について(R4年10月～) 園芸療法の活動(水やり・植え替え・草引き)を継続実施する。 患者・職員に綺麗な花を咲かせて、雰囲気の良い病院(心の癒し)と感じてもらいたい。また、利用者や外来リハビリ患者に花壇見学しながら、屋外歩行訓練を実施して頂きたい。</p>

令和5年度 QI活動報告

部署名	業務課
令和5年度目標	<p>1)引き続きコピー用紙の使用を見直し前年比5%減(A4サイズ7ケース分減)を目指す。 エネルギーや原材料などの価格高騰により、今後も物品の値上がりが続くと見込まれるため、金額的にはさほどの変化は見込めないかもしれないが、節約を習慣付ける意味でも徹底していく。 また、常に用品、備品の価格に気を配り、既存の取引先だけではなくもっと安く購入できないかを常に考え全体的な支出を抑えていく。</p> <p>2)レセプトの査定率も全国平均、県平均に比しても低い水準を維持しているが 今年度もフィードバックを十分に行い、より制度の高いチェックに務め0.1%以下を目標としたい。</p>
結果	<p>① A4コピー用紙について令和5年度は前年比で1ケースあたり130円値上がりしているが、消費数量が28ケース減っており金額では29,100円の減となっている。7ケース分減の目標はクリア。</p> <p>② 令和3年の査定率は入院0.099%、外来0.198%、全体で0.115% 令和4年 " 入院0.111%、外来0.085%、全体で0.103% 令和5年 " 入院0.103% 外来0.195%、全体で0.118% 目標値の0.1%を0.018オーバー。</p>
評価	<p>① A4サイズはコピー用紙全体の8~9割を占めるためこのサイズに絞った検討は合理的であった。目標を大きくクリアできた。</p> <p>② 新型コロナウイルス感染症に関連した高額の査定があり査定率を引上げてしまった。保険算定が複雑であり混乱がみられた。 コロナに係る査定を除外すると0.1%を切る(0.07%)。</p>
令和6年度目標	<p>1)引き続きコピー用紙の使用量削減を行っていく。 単に現行業務での使用量を減らすだけでなく、現在紙媒体で行っている業務を見直し包括的に減らしていくべく検討を促していく。</p> <p>2)今年度も返戻、増減点や、基金、連合会からの情報を細かくチェックし点検の制度を高め令和5年度にクリアできなかった査定率<u>0.1%以下</u>を目標としたい。</p>