

令和4年度 QI活動報告

部署名

医 局

令和4年度目標

- 1) DXA検査の件数： 30件/月以上を目指す。
- 2) DXA検査の頻度： 骨粗鬆症治療患者に対して1年に1回程度施行する。

結 果

- 1) DXA検査の件数
2021年度 合計450件 に対して
2022年度 合計558件 と100件以上の増加。
- 2) DXA検査の頻度
2023年3月1日から3月31日の1か月間でDXAは35件。はじめて検査を受けた患者が10名であり、残りの25名は再検であった。25名のうち、約1年以内に検査ができていた患者は18名（72%）、約2年以内も含めると23名（92%）であった。

評 価

- 1) DXA検査の件数
達成。
- 2) DXA検査の頻度
2023年3月の1カ月の検索ではあるが、約1年程度で72%、約2年以内では92%で検査ができており、1年に1回程度の検査は習慣化しているものと判断する。

令和5年度目標

- 1) DXA検査の件数
現在のハードウェアの状況では年間560件程度が限度と推測するが、維持できるようにする。
- 2) DXA検査の頻度
1年に1回程度の検査を継続、高度骨粗鬆症患者には半年程度での検査も考慮する。

部署名	看護科
令和4年度目標	<p>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前年度15件発生しており、令和4年度はレベル2以上の報告件数50%減を目指す。</p> <p>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前年度26件発生していた。認知症に関連した報告件数11件と関連していない報告件数15件であった。令和4年度は認知症に関連しない転倒・転落の報告件数30%減を目指す。</p>
結 果	<p>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件発生した。令和4年度レベル2以上の報告件数15件よりは減少した。</p> <p>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。認知症に関連した報告件数5件（3b事例1件） 関連していない報告件数は7件であった。しかし、転倒による骨折事例が2例あった。</p>
評 価	<p>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件発生した。 (20%減) 令和4年度レベル2以上の報告件数15件よりは減少したものの目標値である前年度報告件数50%減には到達しなかった。</p> <p>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件で目標値である前年度30%減は到達した。認知症に関連した報告件数5件（3b事例1件）45%減、関連していない報告件数は7件（47%減）であり目標を達成した。</p>
令和5年度目標	<p>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。</p> <p>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。</p>

部署名	業務課
令和4年度目標	<p>① コピー用紙の削減 コピー用紙に年間約25万を費やしている。各委員会の資料、議事録の電子化を促進し、また両面コピーなどして10～15%の費用削減を目指す。</p> <p>② レセプト査定率の低減 令和3年は0.115%であった。レセプトチェックの精度を上げ、査定率1割減の0.105%を目指す。</p>
結 果	<p>① 別紙に示す通り全体的なコストに関しては前年比で2万程度増加。</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% 目標値の0.105%はクリアした。</p>
評 価	<p>① 用紙サイズにより使用頻度が異なり単純に比較できないため、使用頻度の最も高い（使用の8～9割を占める）<u>A4サイズに絞り検証する</u>。 目標実現のために「安易なコピーを行わず、スキャン取り込みでPCデータとして活用する」、「手戻り印刷を行わないよう十分に内容を確認してから印刷する」、「支障のない限り両面コピー」を実践し、<u>数量的には前年比-2ケース（5,000枚）</u>となったが、令和4年12月より原油価格高騰により値上がり（1ケースあたり+200円）したため<u>コスト的には増加</u>。 コロナ関連の資料や掲示などでイレギュラーな使用もあったため思うような減量はできなかった。</p> <p>② 外来レセプトについては約半数（比較的点数の高いもの）を外部委託（ニチイ学館）としている。レセプト1件あたりの固定金額なので選択的に当方に引き取ることでコストを抑えている。入院レセプトについては3名で確認を行っている。コロナ関連患者については算定、確認が煩雑となったが大きな査定には至っていない。</p>
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<u>前年比5%減</u>（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<u>査定率</u>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<u>0.1%以下</u>を目標としたい。</p>

部署名	訪問看護ステーション
令和4年度目標	<p>1) 平均の月別利用者数50人/看護師3人 前年度令和3年度は平均利用者数が69人であったが4月以降3人となるため、50人を目標にした。</p> <p>2) 新型コロナウイルス感染症の発生を利用者、職員ともに防ぐ</p>
結 果	<p>1) 平均の月別利用者数50人/看護師3人 4月から9月までは利用者が47人前後で経過した。3月に看護師が減ることを見越して近隣の訪問ステーションに利用者をお願いした経緯があった。7月から新規依頼が増え始めた。年間平均50人の利用者数となった。</p> <p>2) 新型コロナウイルス感染症の発生を利用者、職員ともに防ぐ 利用者の行動や家族背景に注意して訪問を行った。4月以降3人の利用者さんが発症したが早期に入院や自宅療養ができた。看護師、リハビリスタッフは日ごろから訪問時には利用者の体調について観察するとともに感染防止に努めた。 12月から愛媛県より定期的な抗原検査指導があり抗原検査キット</p>
評 価	<p>1) 平均の月別利用者数50人/看護師3人 上半期は50人以下であったが以後新規依頼が増えて50人の目標は達成できた。</p> <p>2) 新型コロナウイルス感染症の発生を利用者、職員ともに防ぐ 利用者の発症は3人見られた。訪問の際には感染予防に留意して訪問をした。 家族との連携も取れ早期に対応できた。職員の発症はなかった。</p>
令和5年度目標	<p>1) 平均の月別利用者数50人/看護師3人 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っていく。</p> <p>2) 新型コロナウイルス感染症の発生を利用者、職員ともに防ぐ 今後も新型コロナウイルスは流行を繰り返すと思われるため注意していく。</p>

部署名	地域連携室
令和4年度目標	<p>入退院支援加算の取得ができていないという課題があった為、今年度より入退院支援加算施設基準を満たし算定を開始する。具体的には15件/月以上を数値目標とする。</p>
結 果	<p>6月から入退院支援加算算定開始することができた。しかし、10月には施設基準（社会福祉士の配置基準）を満たせなくなり算定不可となった。 算定実績は64件/4ヵ月。</p>
評 価	<p>加算の算定を開始することができ、15件/月のペースはクリアできていたが、10月に施設基準が満たせなくなった。 しかし、制度を利用して多職種連携が深まり、患者中心で質の高い入退院支援ができた。 R5年度も施設基準が満たせず加算の算定はできないが、手順に沿って患者と共に適切な入退院支援を継続する。</p>
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するとともに、適切なPFMを行い平均入院患者数75人/月を確保する。 目標値は、転入院数をR4年度並みの120件とする。</p>

部署名	薬 局
令和4年度目標	<ul style="list-style-type: none"> ①廃棄薬を減らす ②服薬指導を増加させる
結 果	<ul style="list-style-type: none"> ①2022年 158267.7円（前年：133437円）増加 ②2022年 762回（前年807回）
評 価	<p>①自己管理の廃棄に関しては廃棄量、金額ともに減少している。今回の廃棄金額で高額なものは手術中使用予定で1つも使用されることなく廃棄となったハベカシン10A 46270円です。不動在庫にならないように注意を促すようにする。</p> <p>②前年よりは減少したが、算定できる入院患者も減少していた為と思われます。</p>
令和5年度目標	<p>目標継続で行こうと思います。</p> <ul style="list-style-type: none"> ①廃棄薬を減らす ②服薬指導を増加させる

部署名	検査科
令和4年度目標	検査科では臨床検査に係る精度管理調査評価評点は「評価点A+B」が令和元年度90%、令和2年度97.1%、令和3年度95.7%であった。令和4年度の目標精度を96%以上に設定する。
結 果	精度管理調査評価評点は「評価点A+B」が89%であった。
評 価	GGT、ALP、LDHの評価がC、D評価であった。以前よりGGTはB、C評価であり、高値傾向にあったがBMLとの比較では差がなかった。ドライケムサーベイでは2SDに入っているが高値傾向で医師会サーベイでは2SDを超える結果となった。院内ドライケムコントロールでも高値に推移しており、機器も2012年購入（11年経過）のため測光部の劣化などもあり補正を行うか検討が必要と思われる。ALP、LDHはドライケムサーベイの平均とかわりないためばらつきなどが原因か注視していく。
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。

部署名	栄養課
令和4年度目標	<p><u>栄養指導件数増加</u> 栄養指導件数が少なかったが、相対的な一般病床の増加の為、新年度は栄養指導件数の増加が見込まれる。月別栄養指導件数は、令和2年度4.9人、令和3年度4.9人だったので、令和4年度の目標件数を10件/月以上に設定する。</p>
結 果	<p>令和4年度の栄養指導月平均数は、3件/月であった。(別紙1参照)</p>
評 価	<ul style="list-style-type: none"> ・ 栄養指導件数は、例年と比べ低下し、目標件数に届きませんでした。原因として、2021年12月より、正職員1名が産休に入り、パート社員が入職しましたが、勤務時間が正職員と比べ2時間半少なく、1人当たりの業務量が増加し、栄養指導に十分な時間が取れなかったためと考えられます。来年度は、作業効率を上げるため、現在業務の見直しを行っています。 ・ 栄養指導件数増加への取り組みとして、月に1度、高原副院長と話し合いを行う場を設けて頂きました。(別紙1参照) ・ 栄養サポート委員会でのリスク患者検討数は例年に比べ上昇しています。(別紙1参照)対象者の増加は、入院患者の質の変化もありますが、例年と比べ細やかな栄養管理を行ったため、対象者が例年より増えたと考えられます。そのため、栄養管理に割く時間が増加し、栄養指導の時間が減少しました。
令和5年度目標	<p>令和4年度で目標達成できなかったため、再度、栄養指導目標件数を10件/月以上とします。</p>

部署名	通所リハ
令和4年度目標	1) 平均利用患者数 令和3年度は13.2人／日であったので、令和4年度は15.5人／日以上の利用者の増加を目指す。 2) 見学・体験者からの利用獲得率 令和3年4月より12月の体験者は24人であり、その後利用につながった人数は22人（91%）であった。令和4年度はさらに利用獲得率の増加を目指す。 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。
結 果	1) 平均利用患者数 令和4年度は11.5人 2) 見学・体験者からの利用獲得率 令和4年4月より、令和5年3月の体験者は19人であり、その後利用につながった人数は11人（57%）であった。 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。 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。
評 価	1) 、2) 利用者増加に向けて、病院会で通所リハビリの目標達成に向けての取り組み（R4年5月）と通所リハビリ開始までの流れ（R4年6月）についてプレゼンテーションをさせていただいたが、新型コロナウイルス感染症予防による影響が継続しており増加につながらなかった。 3) 令和5年2月に、病棟と兼務しているリハビリスタッフがコロナ感染症となり、続いて介護福祉士1名、利用者1名、合計3名の感染となってしまった。 （令和5年2月9日～10日は利用者の安全確認で運営を中止した）
令和5年度目標	1) 平均利用患者数 新型コロナウイルス感染症が蔓延する前（令和元年度）に目標達成できていた利用者数をめざしていく。（令和5年度は15.5人／日） 2) 見学・体験者を増やして利用者を獲得する。（獲得率の増加をめざす）

部署名	放射線科														
令和4年度目標	<p>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。そのなかでも膝関節での再撮率が高く、令和3年12月から令和4年3月までの集計で写損率は38%であった。令和4年度では膝関節の再撮影を減らし写損率35%にすることを目標とする。そして写損率を減らすことにより被ばく線量低減を目指す。</p>														
結 果	令和4年度 膝の再撮率 36.72%														
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月							
	34.85%	36.67%	34.64%	34.47%	33.21%	36.33%	36.30%	38.58%							
	12月	1月	2月	3月	年間										
	40.20%	40.04%	37.16%	38.16%	36.72%										
評 価	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="445 1059 978 1104">目標達成（～35%）</td> <td data-bbox="978 1059 1114 1104">4回</td> </tr> <tr> <td data-bbox="445 1104 978 1149">目標達成（35%）～前年度（38%）</td> <td data-bbox="978 1104 1114 1149">4回</td> </tr> <tr> <td data-bbox="445 1149 978 1193">前年度（38%～）</td> <td data-bbox="978 1149 1114 1193">4回</td> </tr> </table>									目標達成（～35%）	4回	目標達成（35%）～前年度（38%）	4回	前年度（38%～）	4回
	目標達成（～35%）	4回													
	目標達成（35%）～前年度（38%）	4回													
	前年度（38%～）	4回													
<p>前年度の写損率38%と比較して1.28%改善された。しかし目標の写損率35%以下は達成できなかった。要因は、側面像の再撮が多い傾向であった。人工関節やOA変化で外観からの予測が難しい場合に多いと考えられる。</p> <p>年間での結果より、前年度より改善できた分は被ばく低減につながった。</p>															
令和5年度目標	<p>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。</p>														

部署名	リハビリテーション科
令和4年度目標	<p>転倒転落予防（2021年時に発生したアクシデント・転倒件数44件のうち、転倒事由の過信・判断ミス、環境不備、ADLの不慣れ及び指導不足18件について50%改善できると判断し、改善目標を35件と設定した。また、インシデントに関しても、環境不備や過信・判断ミスを50%に抑えるとして前年度50件から40件へと目標を設定した。）</p>
結 果	<p>今年度（2022. 4. 1～2023. 3. 18）の調査でアクシデントは45件であった。さらに、これらに対し転倒における事由を6項目に区別し集計を図ると、1. 認知症を含む精神心理的な影響が23件、2. 身体・運動機能低下が9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4件であった。</p>
評 価	<p>アクシデントに関して、1. 認知症を含む精神心理的な影響による転倒件数が半数以上を占めており、そのことが全体数を引き上げていた。しかし、2. ～5. の事由では18件にとどまり、特に4. 環境不備や、5. ADLの不慣れ・指導不足に伴う転倒に至っては、前年度14件から0件へと大幅に減少した。これらに関しては効果が得られたと判断しており、今年度の取り組みは一定の評価ができると考えている。</p>
令和5年度目標	<p>リハビリテーション科では今年度に引き続き、転倒転落への対策を実施する。具体的目標としては、全入院患者数に対して転倒回数を全体の10%以下（精神心理的事由を除く）にすることを目標とする。</p>