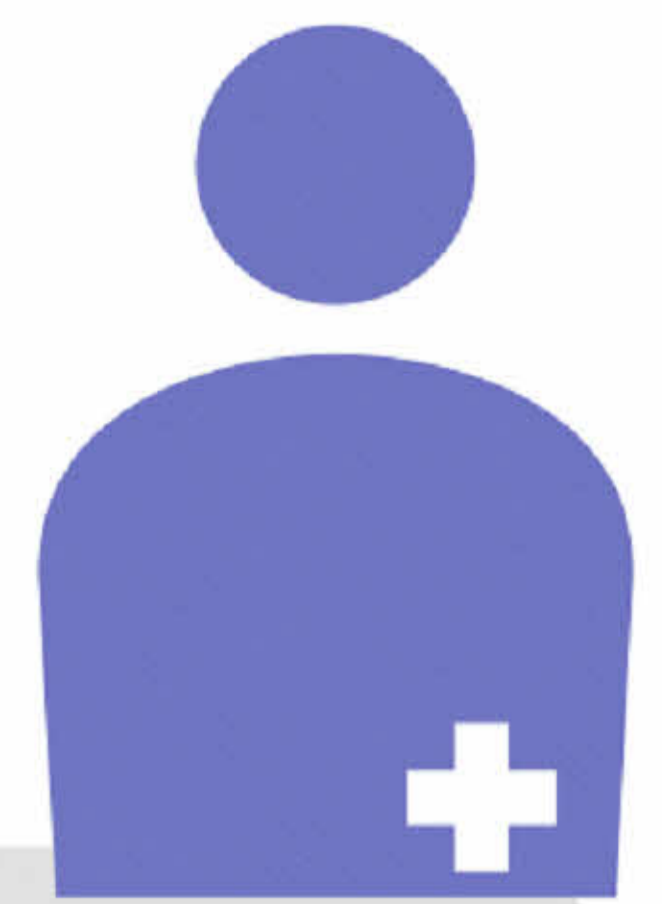
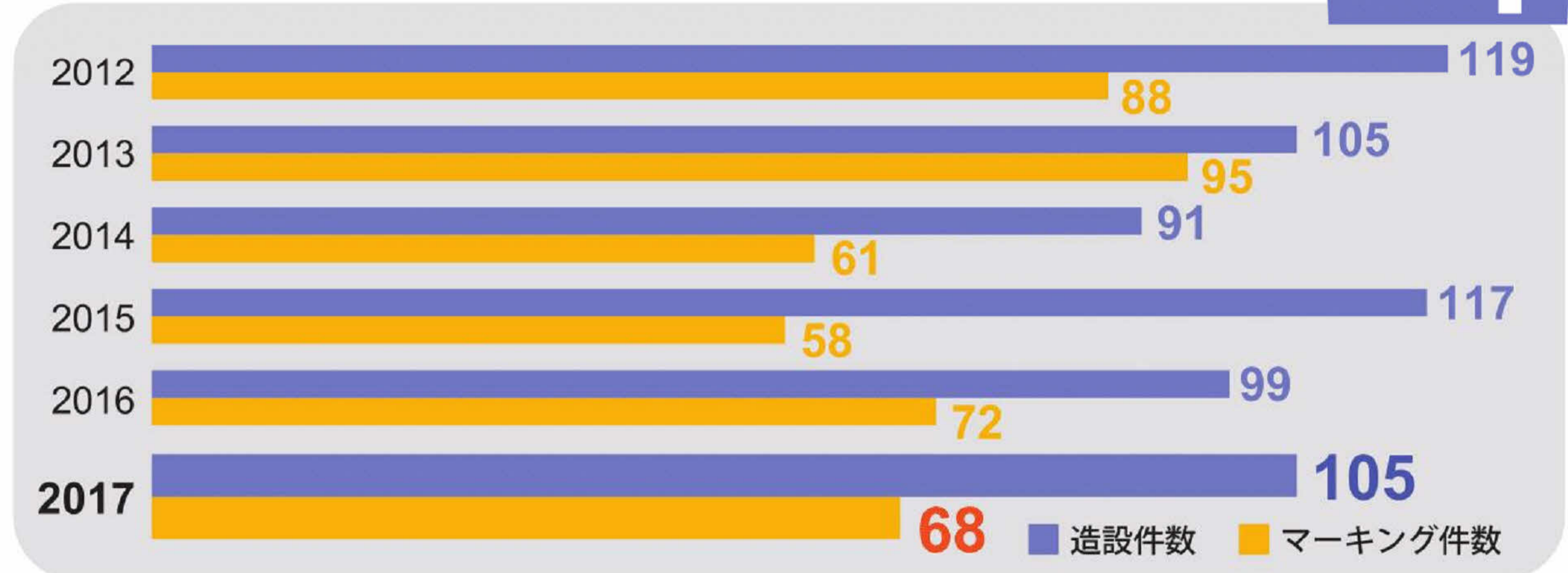


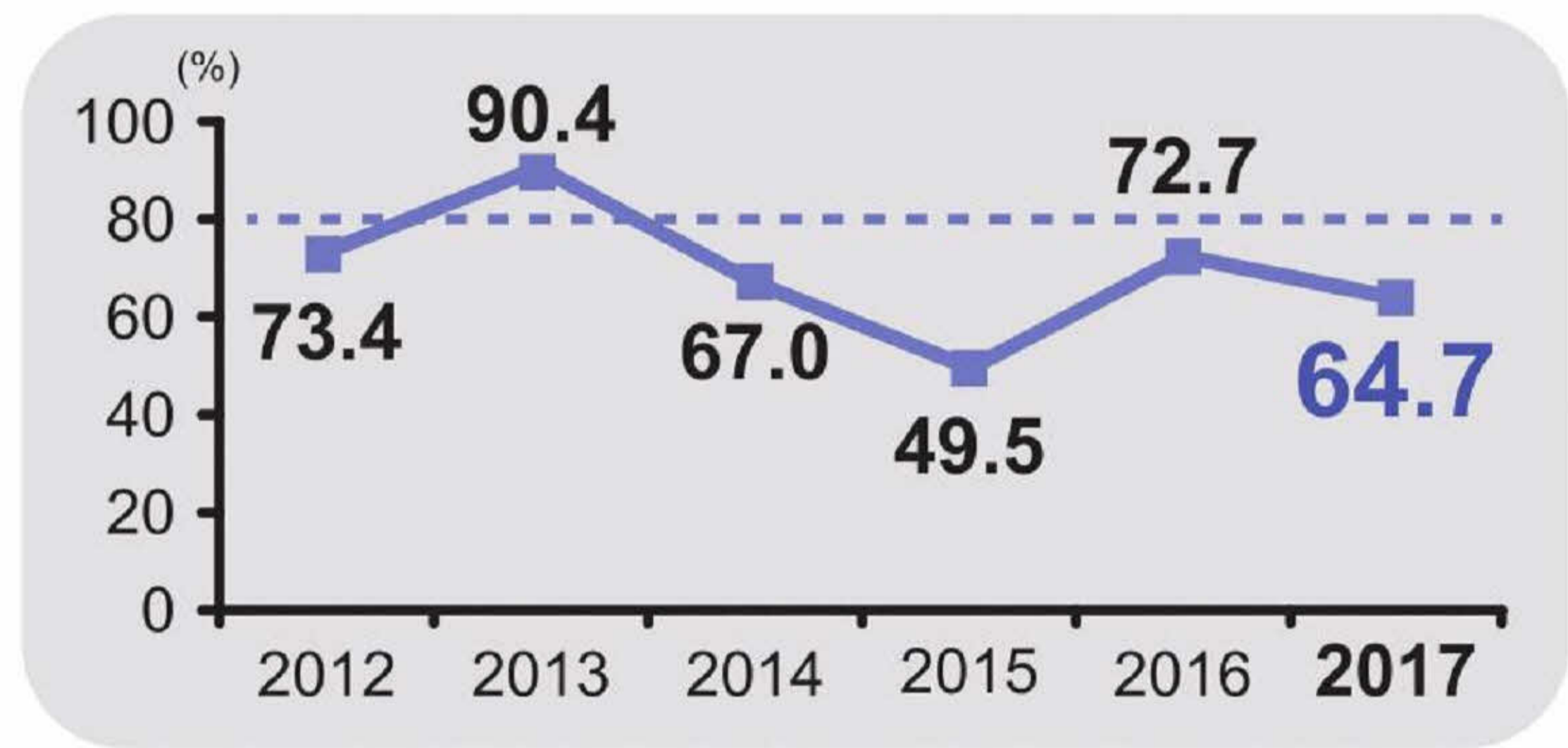
人工肛門や人工膀胱（以下ストーマ）造設手術を行う患者に対して、手術前にストーマの説明と位置決めを行うことができた割合。在宅での生活を見越して、患者や家族、医師、看護師が共同で行うもので、患者にとって術後早期のストーマケア自立とQOLを向上させることができる。



## ストーマ造設件数とストーマサイトマーキング件数



## ストーマサイトマーキング施行率



**定義** ストーマサイトマーキング件数 / ストーマ造設件数

マーキングが行えなかった患者は、緊急手術や夜間・休日の手術で造設患者全体の25%を占め、1%が術式変更によるものであった。一方緊急手術でマーキングが施行できた割合は4%で、平日の日中の時間帯であった。

### 活動内容

#### 入院前

- ストーマ造設の説明
- 社会保障、必要書類の準備
- パンフレットの設置と活用の声掛け

#### 教育

- 院内研修実施
- チームメンバーからの伝達講習
- 現場でのストーマケア指導と啓蒙

#### 手術後

- 造設患者への訪問とストーマケア指導
- ストーマ合併症の対応とスタッフ指導
- 退院支援調整とMSW情報共有

#### 退院後

- 患者・家族・介護者・訪問看護師へのストーマケア・日常生活指導
- 後方連携施設との情報共有と相談対応

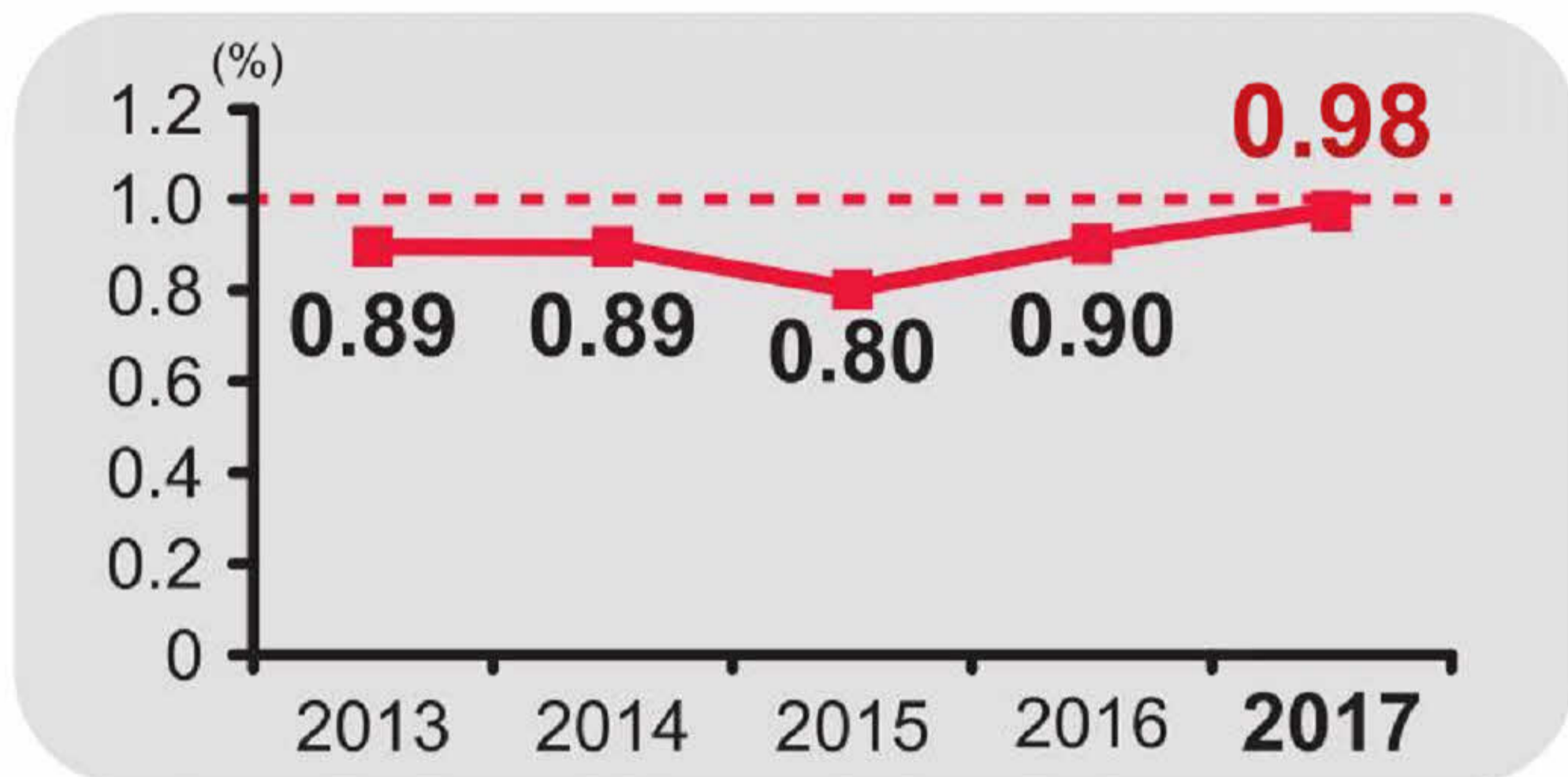
### ● TQM委員会より

術後早期のストーマケア自立はQOLにとって重要であるが、施行率は年度ごとのばらつきが大きい。要因を掘り下げ、施行率の上昇や安定化を目指したい。緊急手術や夜間休日手術は、マーキング技術を持つ看護師が増加し、短時間で患者に適したマーキングが実施できるよう期待しています。

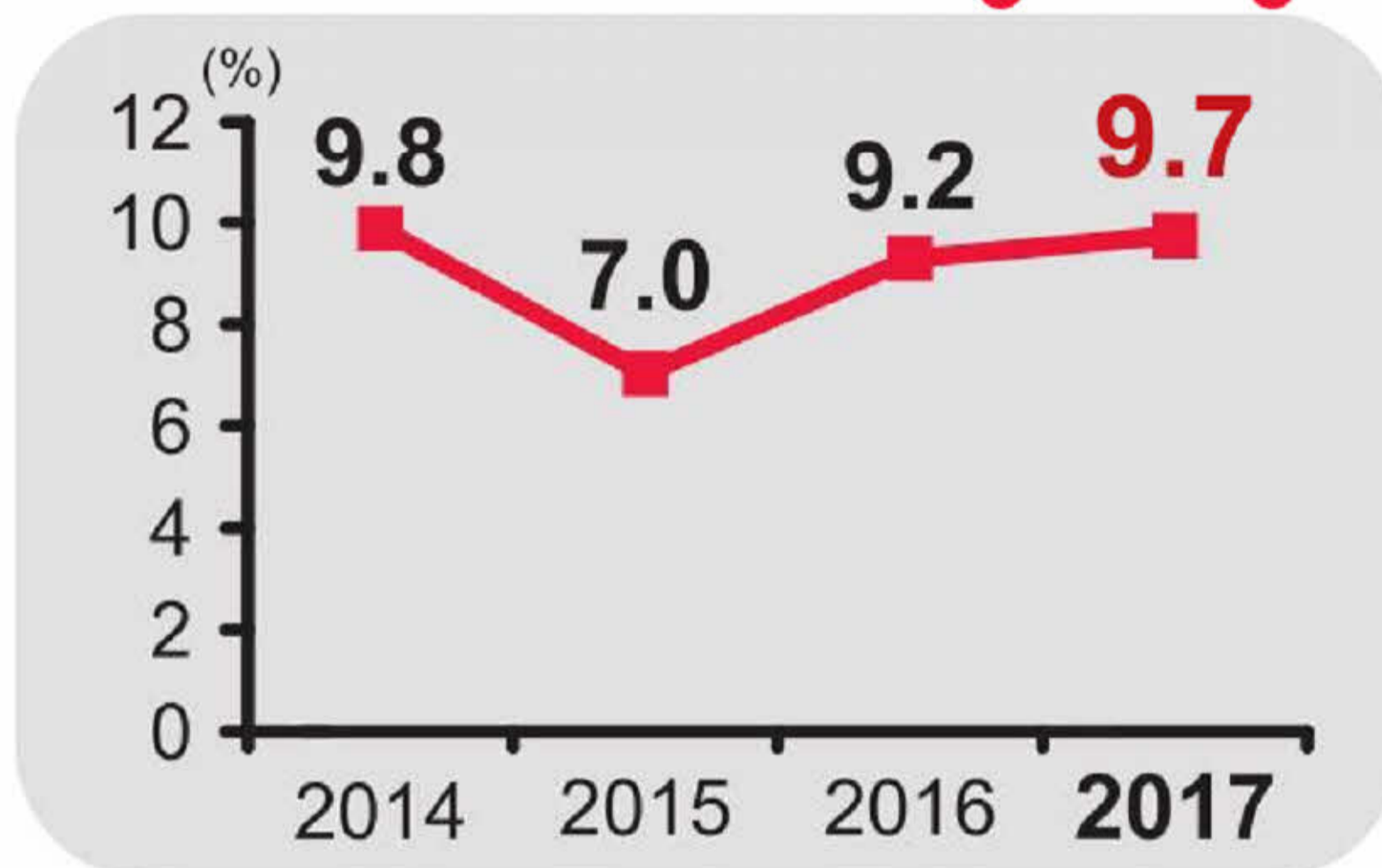
褥瘡が発生し重症化すると、患者の生活の質を低下させ、感染症などの合併症を引き起こすため、その発生状況は医療の質を評価する指標となる。2013年に日本褥瘡学会が行った全国実態調査では、褥瘡推定発生率は一般病院1.60%、療養型病床を有する一般病院1.52%、大学病院1.16%となっている。当院では一般病棟において1%以下を維持することを目標として設定した。



## 一般病棟 褥瘡推定発生率

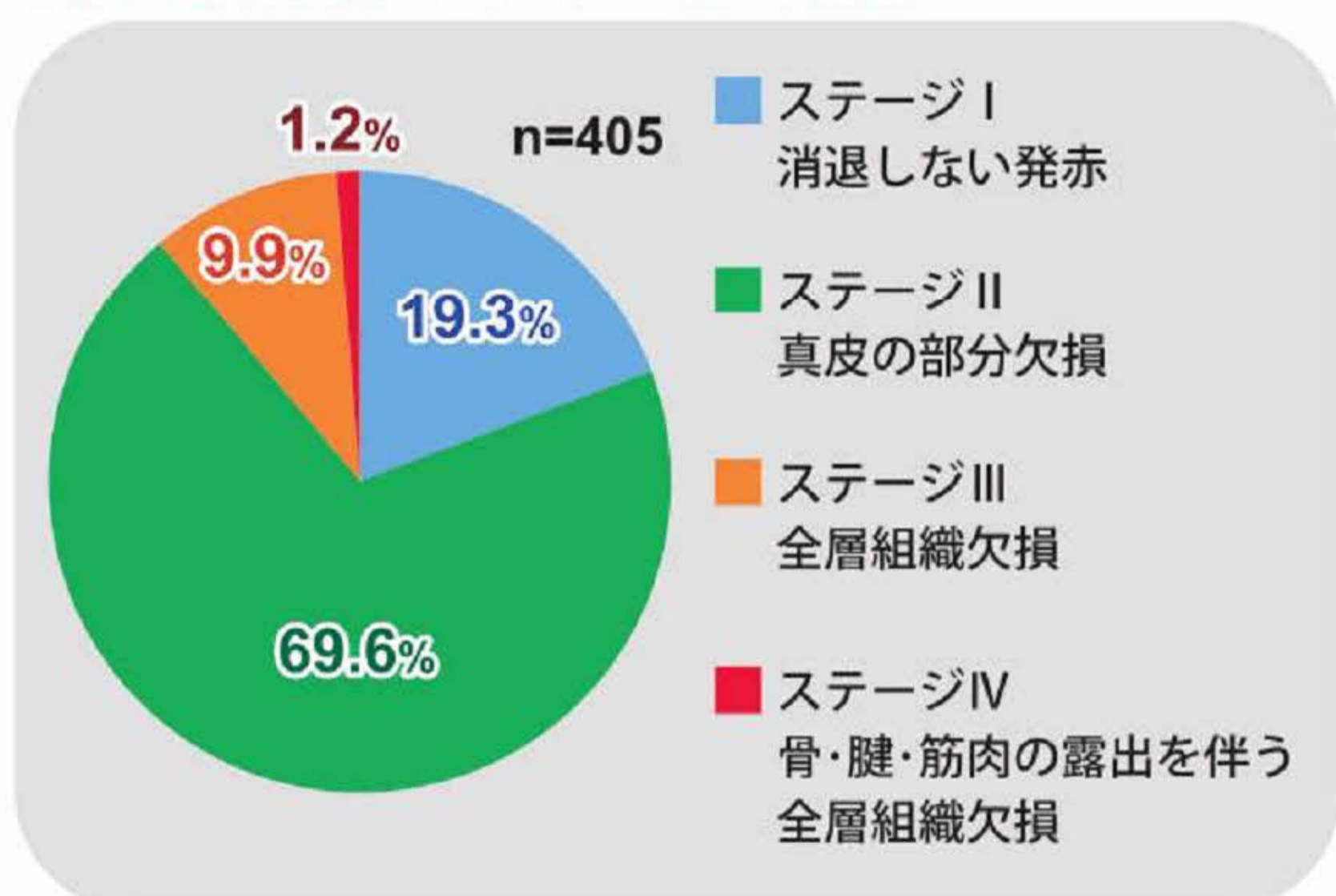


## 緩和病棟 褥瘡推定発生率

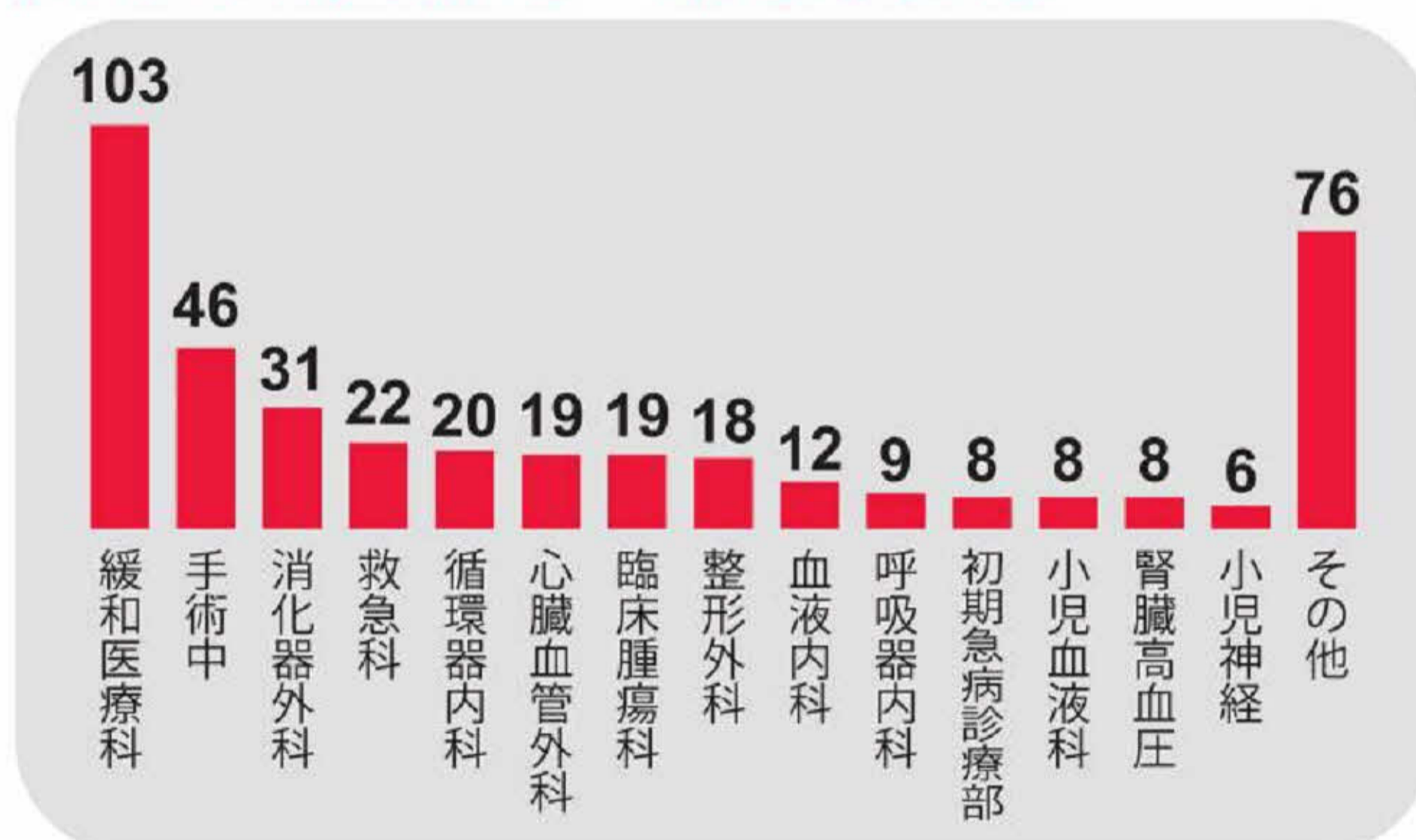


**定義** (調査日に院内発生した褥瘡を保有する患者数) / (調査日の入院患者数) × 100

## 院内発生褥瘡 ステージ分類



## 院内発生褥瘡手術・科別発生件数



一般病棟の褥瘡推定発生率は0.98%であり、目標を達成することができた。発生した褥瘡405件のうち、88.9%がステージⅠ・Ⅱを占めている。

※ステージが大きくなるほど重症、2013年の全国調査（日本褥瘡学会）では、一般病院で発生した褥瘡のステージ分類Ⅱの平均は57.0%

### 活動内容

#### 教育

- 集合研修  
褥瘡管理Ⅰ：155名 褥瘡管理Ⅱ：123名 褥瘡対策：23名
- チーム会における啓発活動、部署内活動

#### 褥瘡ラウンド（144回、のべ1389名）

- 毎週水曜日 保有全患者
- 月・金曜日 新規・重症患者
- NSTとの情報共有・連携

#### 予防ケア

- 褥瘡ハイリスク患者ケア加算算定（1,886件×500点）
- 手術室 体位検討会
- 緩和病棟 予防ラウンド
- 体圧分散寝具・クッション整備

#### 在宅支援

- 多職種カンファレンス、地域との連携
- 患者・家族への指導
- 創傷被覆材持ち帰り調整

### ● TQM委員会より

重症患者や栄養状態の悪い患者が多い、当院の背景を考えると一般病棟褥瘡発生率1%以下は素晴らしい結果と考えます。さらなる発生率低下を目指してください。一般病棟の褥瘡推定発生率1%以下を維持するという目標を達成しており、今後も継続的な活動を期待しています。

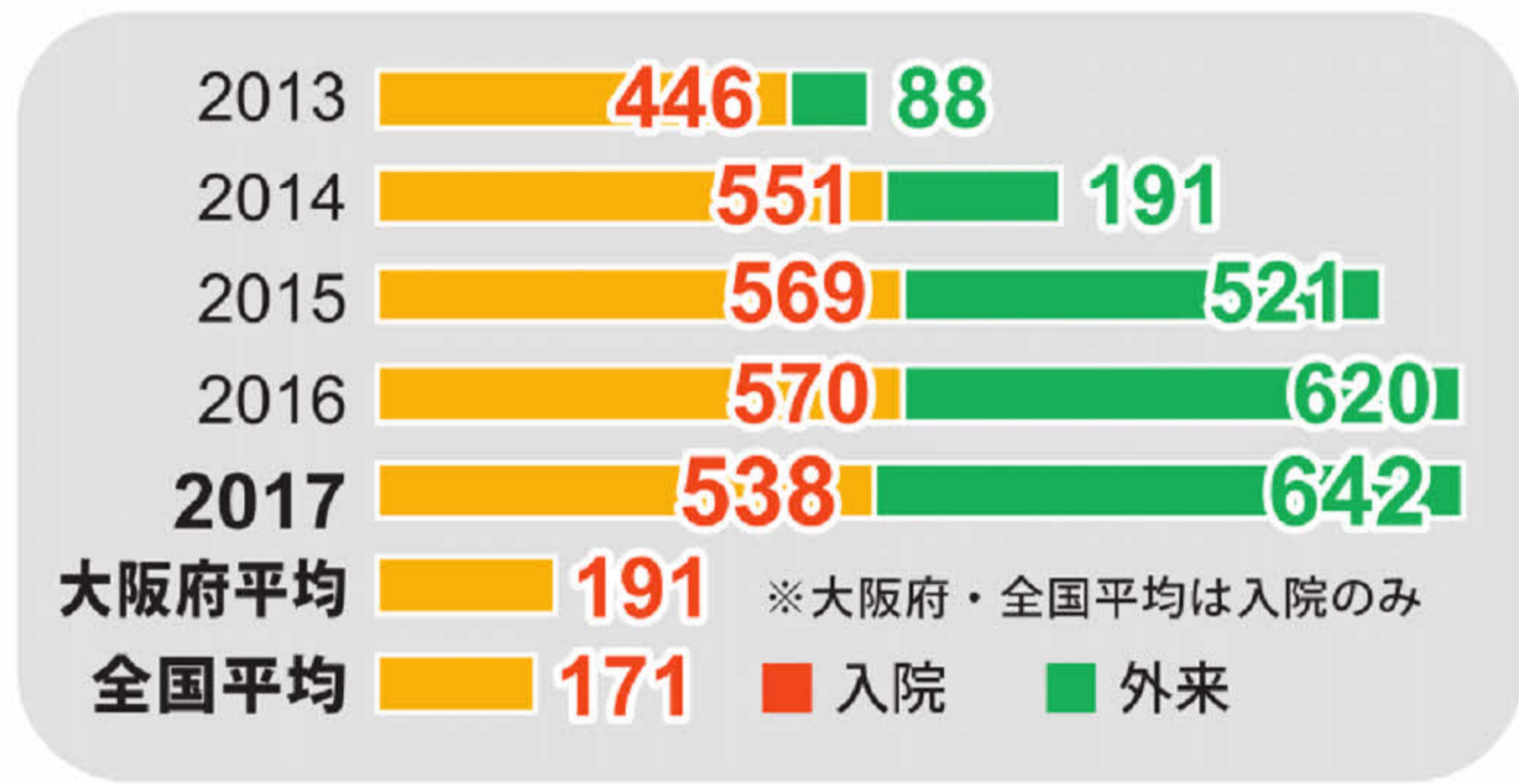
代表者：多田羅 竜平 クオリティマネージャー：北田 なみ紀  
緩和医療科医5名・がん看護専門看護師2名・緩和ケア認定看護師2名  
がん性疼痛看護認定看護師1名・乳がん看護認定看護師1名・がん専門相談員1名

緩和ケアチーム(PCT)

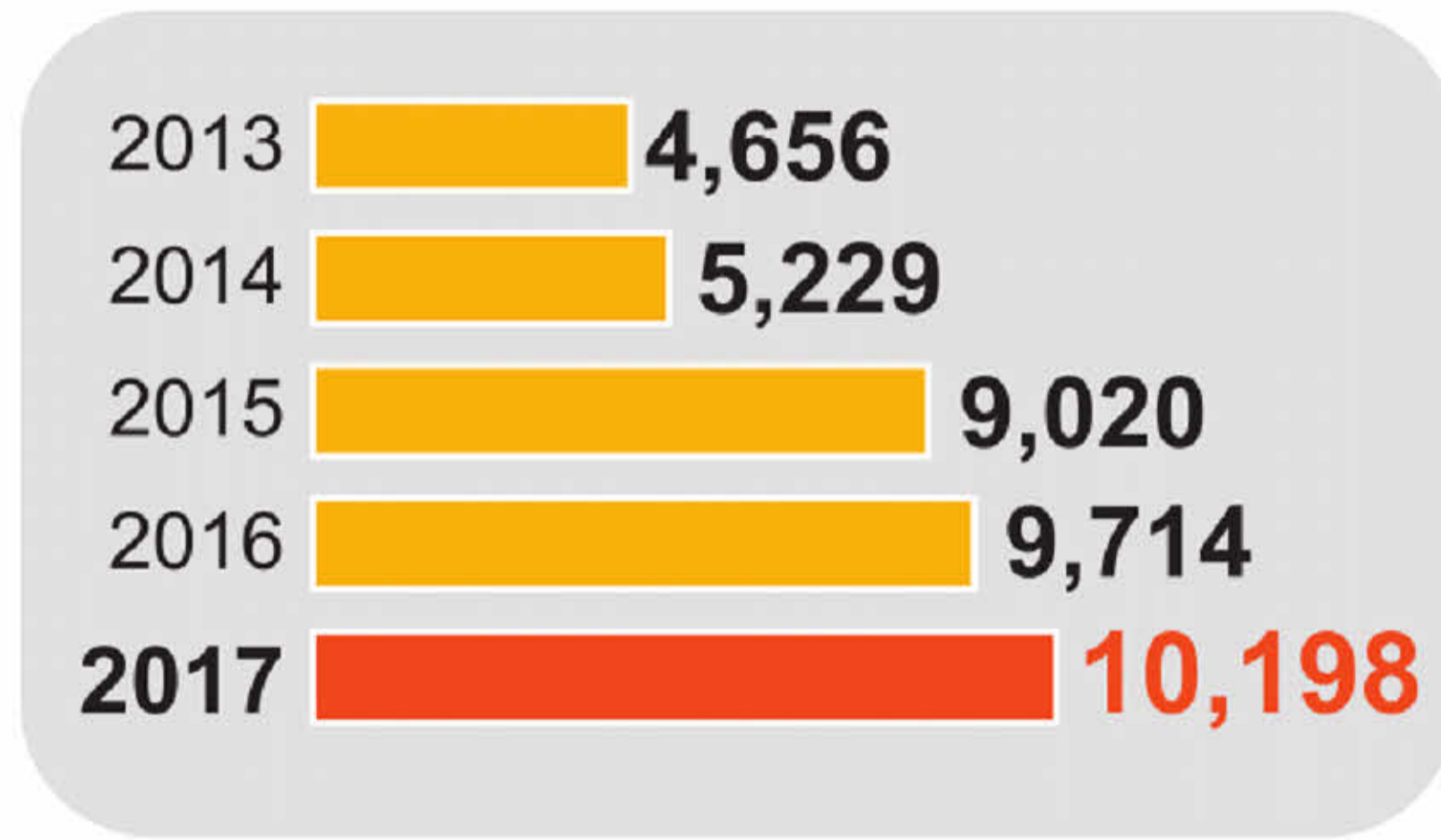


緩和ケアチーム(Palliative Care Team)は、緩和医療科医、がん看護に精通した看護師、薬剤師とソーシャルワーカーで構成され、症状緩和・療養場所の選択、意思決定支援、アドバンス・ケア・プランニングを実践している。緩和ケアチームへの依頼件数の多さは、患者のQOL向上に対する医療者の高い意識を示している。

### 緩和ケアチーム依頼件数

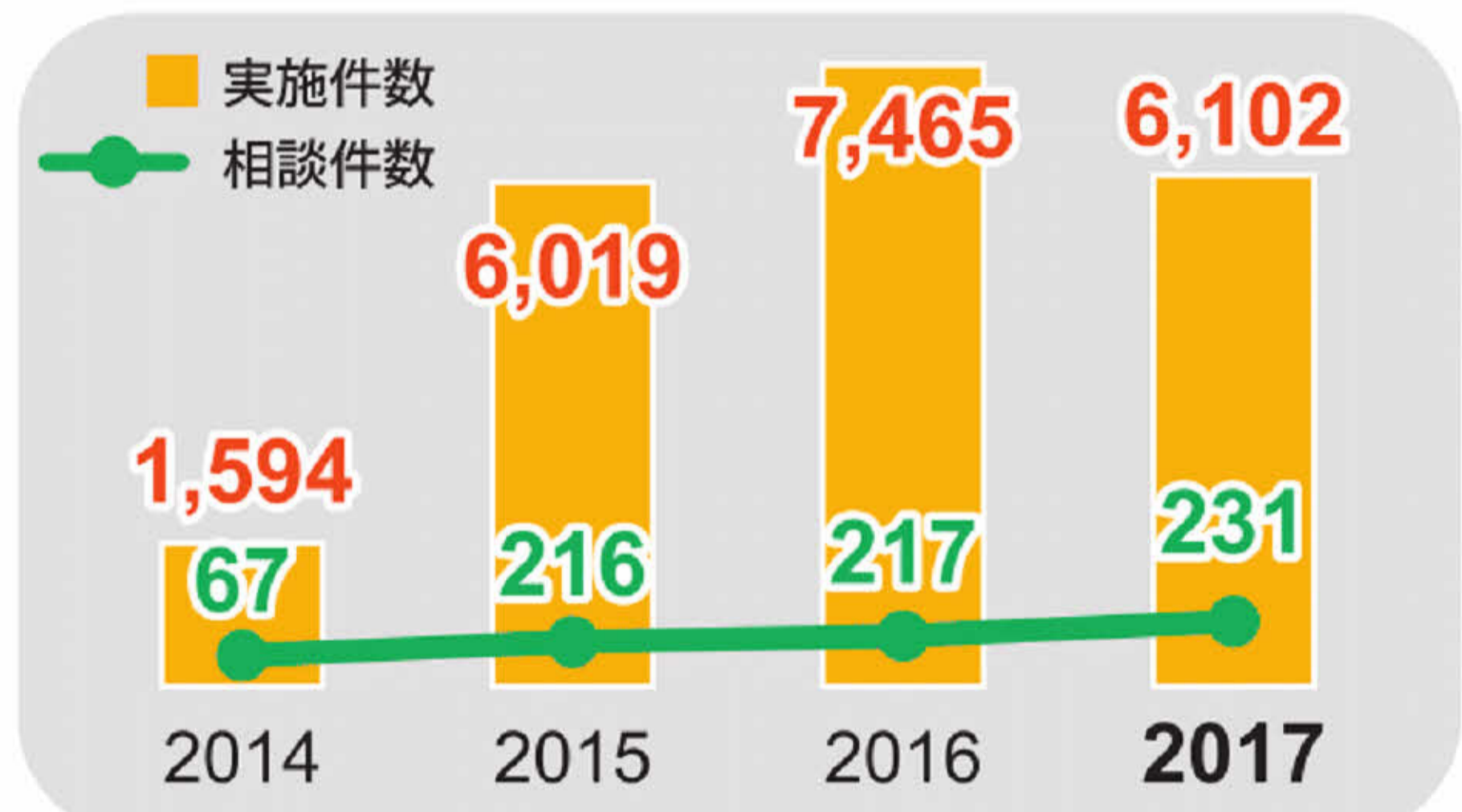


### 緩和ケア診療加算 (1件=400点)



PCTは依頼に迅速対応している。外来では全日診療体制をとり看護師によるカウンセリングも随時対応する。PCT介入中の患者が入院すればただちに回診する。その結果、依頼件数は順調に増加、2017年度は外来依頼件数を中心に増加した。外来からの早期介入を行っているため入院依頼件数は減少しているように見えるが、回診件数(グラフは緩和ケア診療加算件数で表示)は増加し、継続した緩和ケアにつながっている。

### 苦痛のスクリーニングの実施件数と相談件数



苦痛のスクリーニングは、がん患者の全人的苦痛を定期的に拾い上げる患者自記式問診手法である。苦痛のスクリーニングは、患者の苦痛に迅速に対応する病院の姿勢を示している。2017年度は、伸び悩む相談件数の改善を目的に、下半期、定期問診期間・問診票を見直し、外来への看護師ラウンドを導入した。その結果、相談件数が増加した。

### Plan (計画)

- 増加する病棟回診の質を維持する
- 苦痛のスクリーニングの相談件数改善
- がん患者の語らいの場の拡充

### Do (実行)

- ラウンド件数、緩和ケア診療加算算定状況を協議
- 問診票見直し
- がん相談支援センターと定例協議会開始
- 第1回グリーンケアサロン開催

### Action (改善)

- PCT 2 チーム制導入
- 相談役割の窓口拡大
- アロマセラピーを用いたがんサロンの活性化
- グリーンケアサロンの定期開催

### Check (評価)

- 総ラウンド件数の診療加算算定割合が約59.4%と判明
- 相談希望件数が前年度より増加
- 多職種とボランティアが協力し患者が集った
- 第1回グリーンケアサロンに10名が参加

### ● TQM委員会より

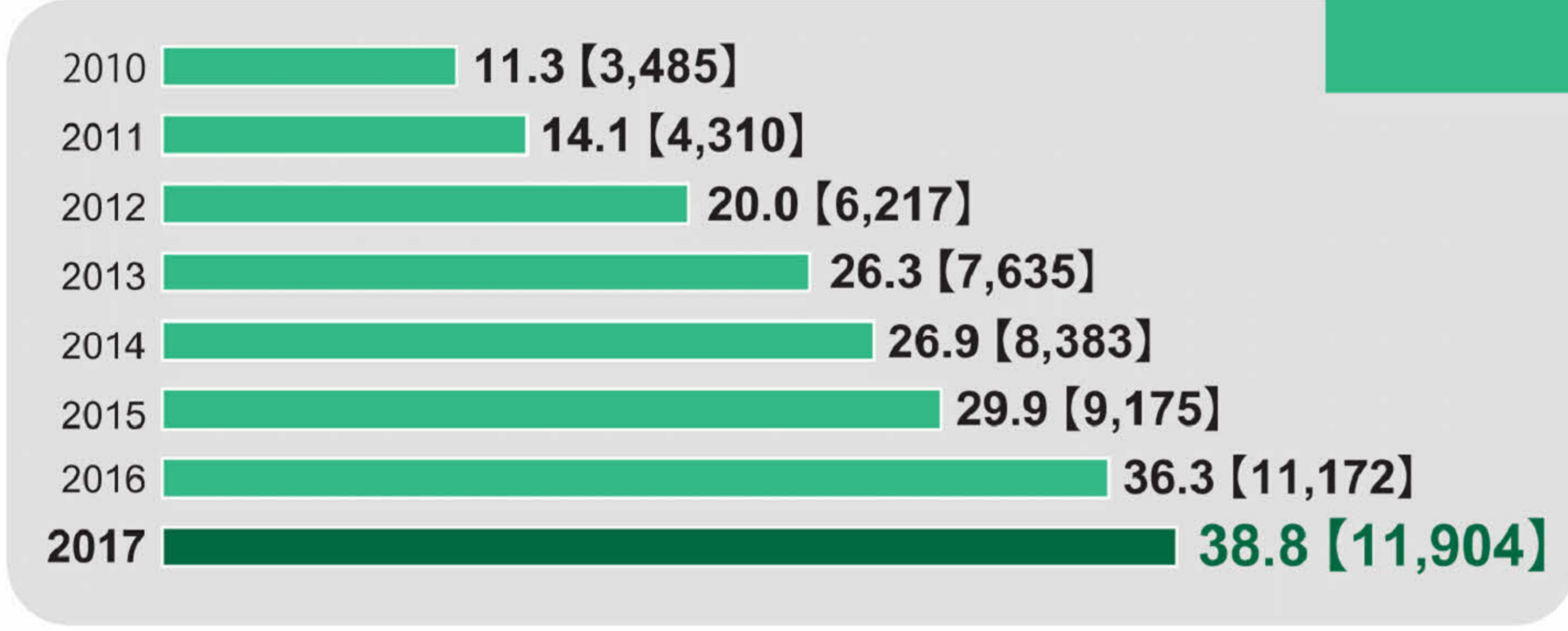
当院では、入院・外来を問わず迅速かつ継続的な緩和ケアを行っていることが特徴であり、最近では症状緩和のみならず意思決定支援、アドバンスケアプランニングなども実践しています。がん治療の柱の一つとしてとても心強い存在です。今後はアウトカムの可視化を期待しています。

感染症の中でも重篤な状態である敗血症の際には原因菌診断のためすべての症例において、抗菌薬投与前に血液培養検査を行うことが求められている。そして、適切な培養検査が実施されていることは、適切な診療が行われている一つの重要な指標となる。1セットの採取では、感度が低下し、また培養の結果検出された微生物がコンタミネーションで検出されたか判断が困難なため、2セット採取することが推奨されている。



※ 2セット採取するとは、異なる部位から2回採血することをいいます。

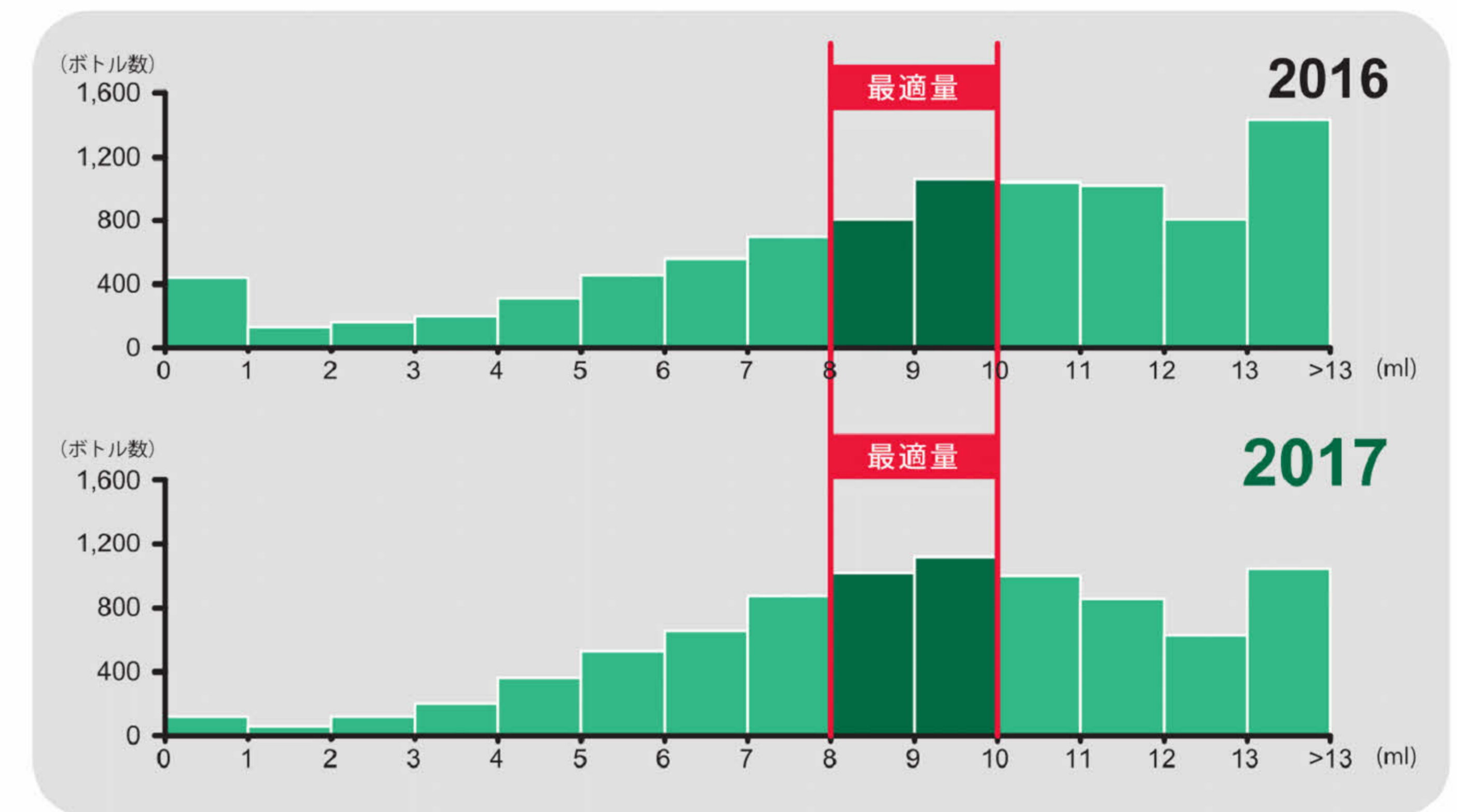
## 1,000患者・日あたりの血液培養検査数【血液培養件数】



国内6施設からのアンケート調査では血液培養検査数の平均は25.2(2009年度)、当院の2017年度は38.8となっている。米国の血液培養のガイドラインでは、この検査数が103から188の間に入っていることが推奨されている。

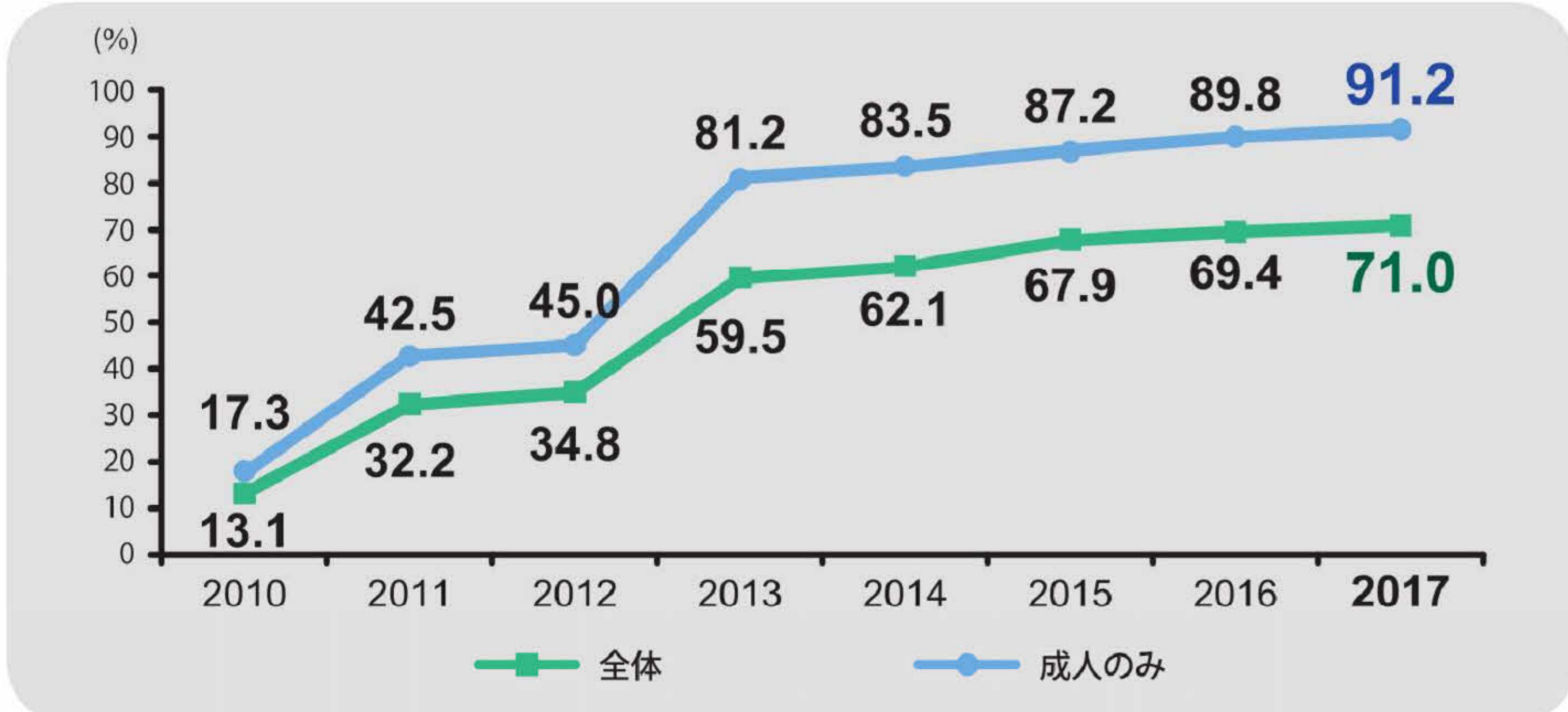
## 血液培養の採取血液量の適正化

血液培養ボトルへの採取すべき至適な血液量はボトル毎に決まっており、少なくとも(8ml以下)多くても(10ml以上)偽陰性化の原因となるため、採取量の最適化が必要である。

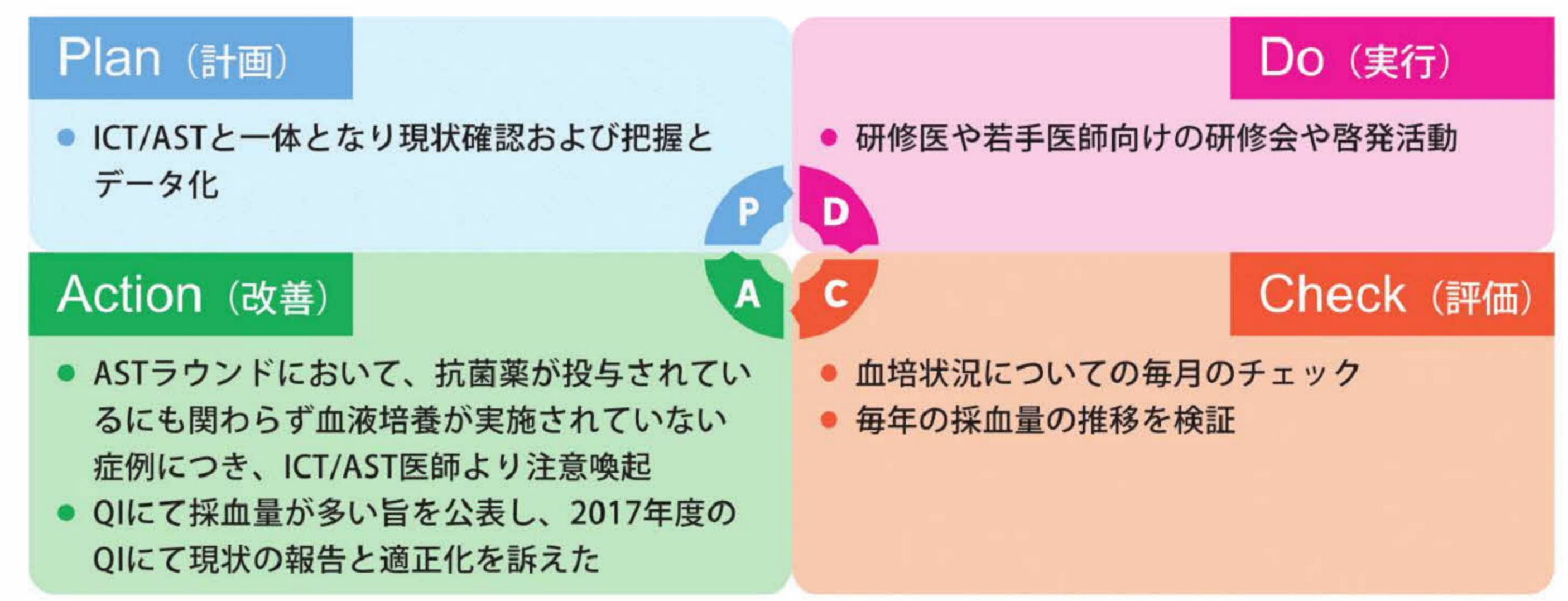


調査対象は培養陰性の好気用ボトルとし、嫌気用ボトル・小児用ボトルの採取量は調査対象外である。好気・嫌気用ボトルの最適採取量は8~10mlであるが、ボトルの陰圧は10ml以上採取されるように設定されており採取時の注意が必要である。また、小児の場合は全血液量の1%程度の採取が推奨されており、好気用ボトルの採取量に満たない場合は小児用ボトルへの採取が推奨されている。なお、小児用ボトルの最適採取量は0.5~5mlである。

## 血液培養2セット率



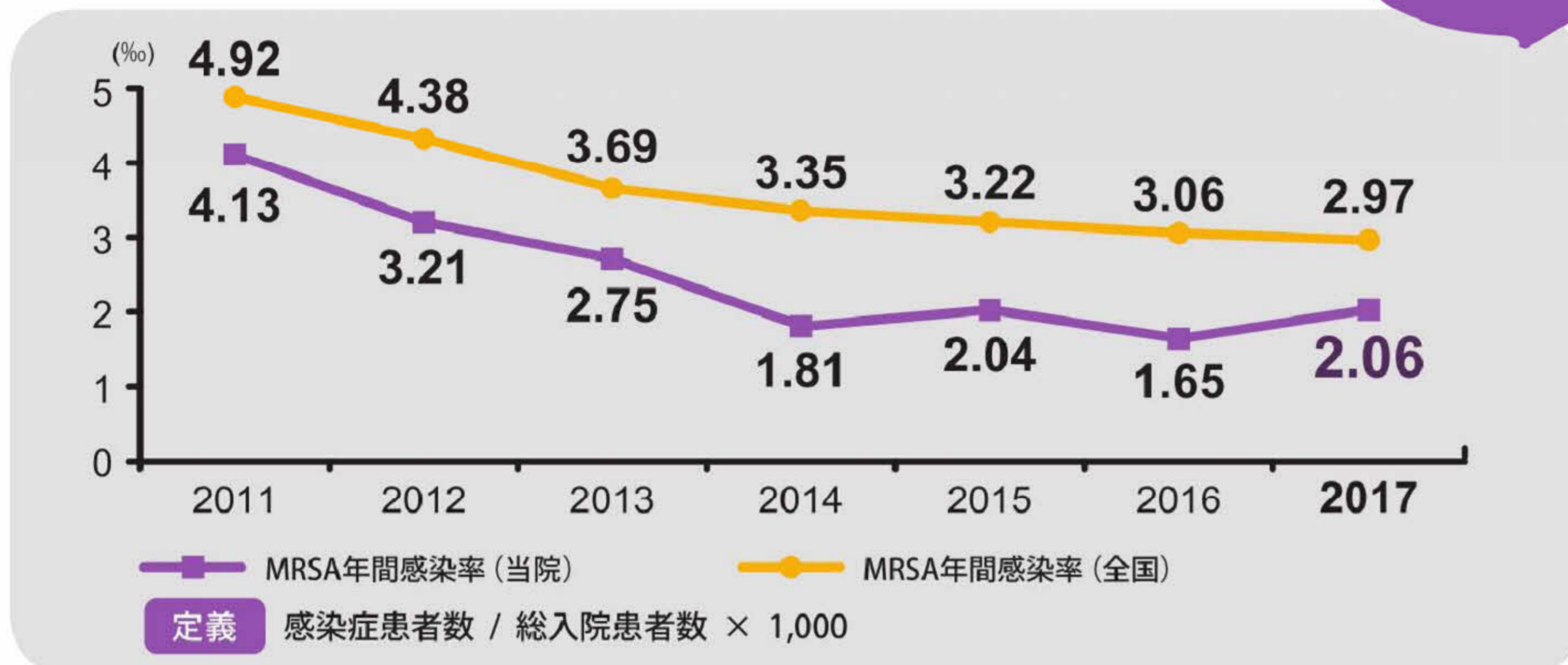
国内6施設からのアンケート調査では2009年度で複数セット率の平均は67.2%。当院の2017年度は71.0%で、小児における採取量の制限が2セット率を引き下げる要因の一つと考えられる。



● TQM委員会より  
血液培養の実施数に加え、適切な血液培養検査に求められる2セット実施や適切な採取血液量の実施率は上昇しており、QI活動の成果が出ていると考えられます。全体の2セット率をさらに上げるには、小児患者での取り組み強化が必要です。低出生体重児など特殊な事情を除き、可能な限り複数セット採取できるよう、方策を考えていきましょう。

MRSA感染率（厚生労働省サーベランス事業JANISとの比較）

MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）は院内で医療従事者の手指や医療器具を介して水平伝搬し、抗菌薬の多用により増える傾向にあるため、日常的な標準予防策・接触予防策・抗菌薬適正使用の指標となる。



持ち込みも含むMRSA感染率は、当院での2017年実績は2.06であった。厚生労働省院内感染対策事業（JANIS）全国平均では2.97であり、全国平均と比べても低く抑えられている。2016年から2017年にかけて当院の感染率が増加しているのは、重症例の転院などで持ち込みが増えたためと考えられる。

黄色ブドウ球菌中のMRSA検出率



黄色ブドウ球菌中のMRSA率は54.0%であった。全国平均は51%(2014年)であり、当院はやや上回った。2016年4月に政府から発表された「薬剤耐性菌(AMR)対策アクションプラン」では2020年までに20%以下に低下させることを目標としている。

活動内容

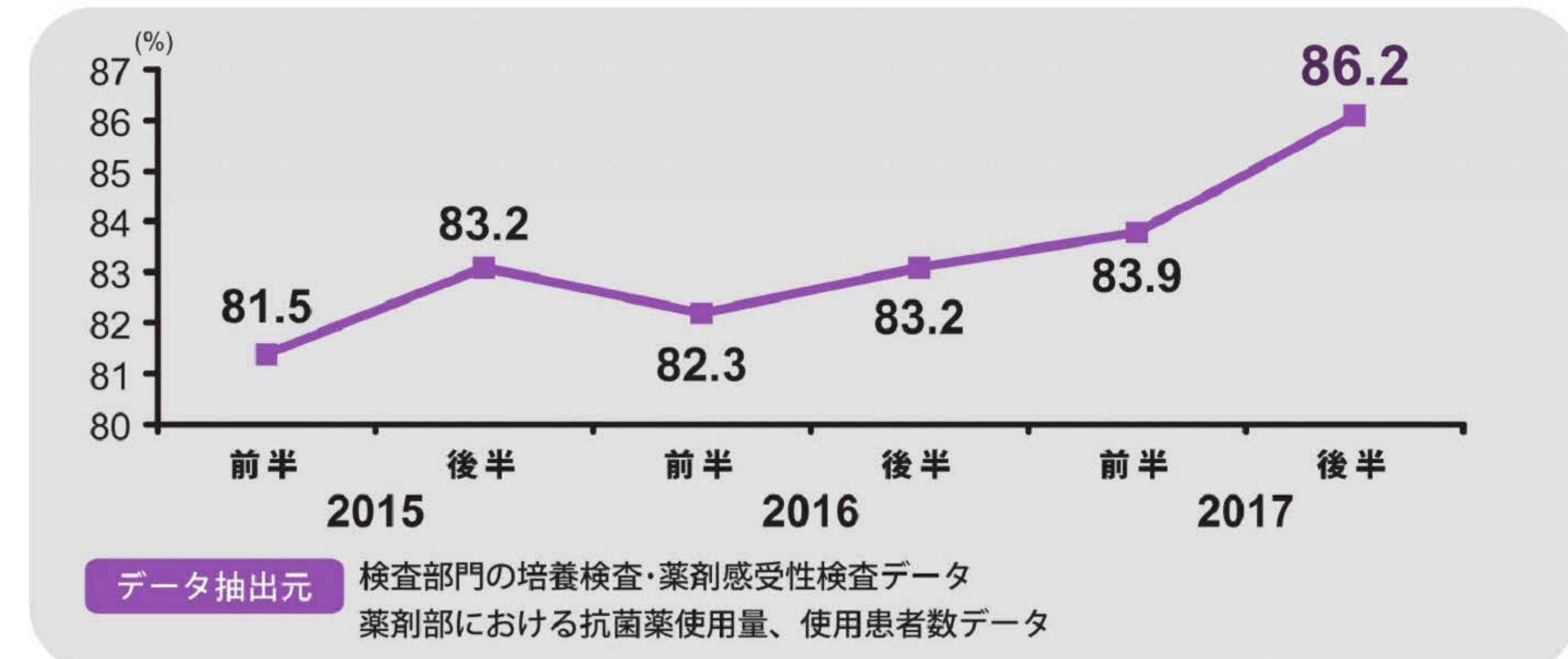
- 手指衛生の監査とフィードバック
- リンクスタッフ会にて手指衛生監査
- 手指消毒薬携帯の推進
- 多職種対象の研修
- 検出時の速やかな報告・ラウンド

今後の取組み

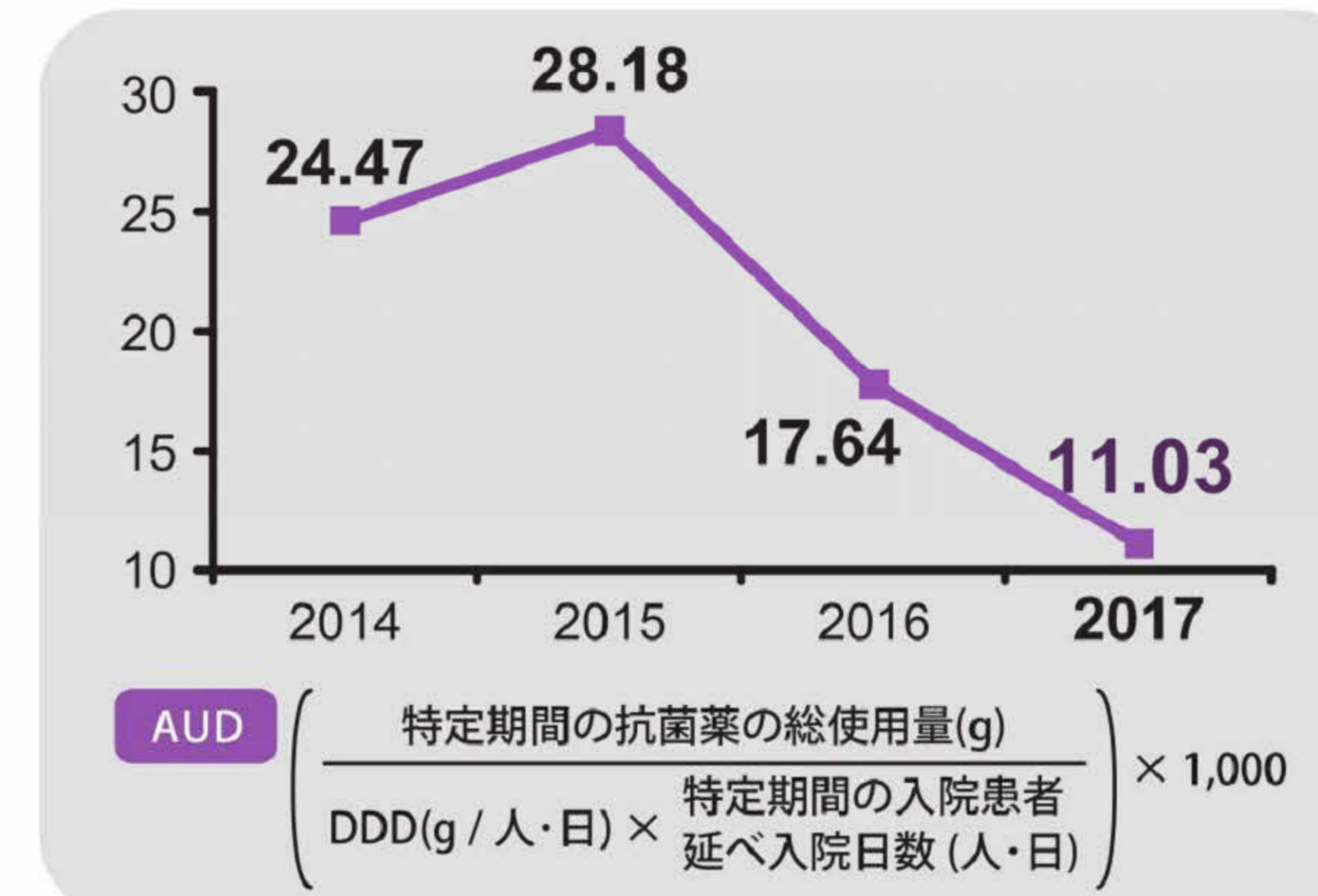
- 標準予防策の徹底
- ICTラウンドの継続
- 手指衛生監査の継続
- 多職種対象の学習会の拡大

緑膿菌のカルバペネム系抗菌薬感受性率

カルバペネム系などの広域抗菌薬を使用することで緑膿菌は耐性化する傾向にあり、本データは抗菌薬適正使用の指標となる。



カルバペネム系抗菌薬のAUD（Antimicrobial Use Density : 抗菌薬使用密度）



ICTでは2010年度より医師・薬剤師が中心となって抗菌薬適正使用に取り組んできた。カルバペネム耐性腸内細菌科細菌（CRE）の増加を受け、2016年度より取り組みを強化した。2018年度には抗菌薬適正支援チーム（AST）として正式に発足し、薬剤師が専任化される予定。

活動内容

- カルバペネム系抗菌薬の入力時にアラート画面を表示し、適応を満たしているか確認する
- 使用理由を記載した届け出の提出を徹底する
- 問題症例だけでなく全例介入を実施する

今後の取組み

- 抗菌薬適正使用への取り組みを継続する
- 本指標の改善が、感染症発生率や感染症による死亡数の低下に結びつくかどうか検討する

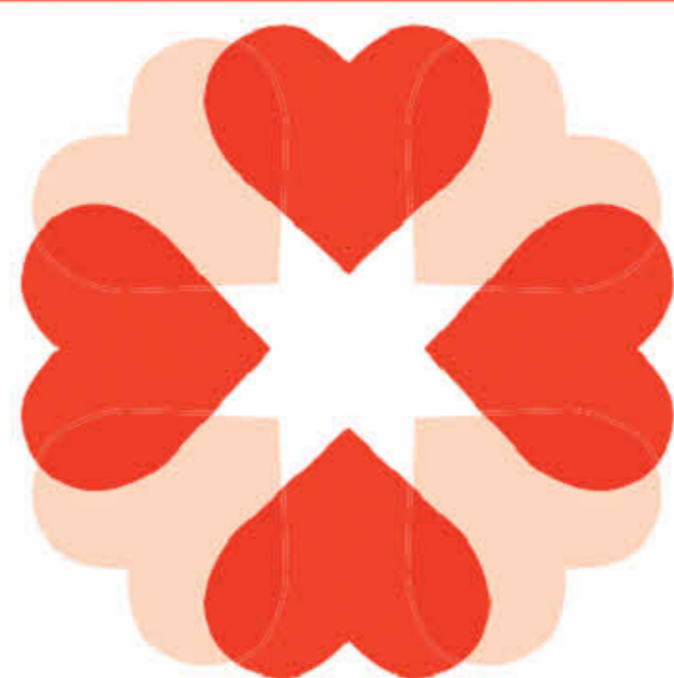
● TQM委員会より

MRSA感染率は徐々に低下してきていますが、さらに改善するには持ち込み対策も含めた地域全体での取り組みが必要です。カルバペネム系抗菌薬の使用量は低下し、緑膿菌の感受性は改善傾向にあります。今後はこれらの指標がアウトカムにどう影響するかを検討し、抗菌薬使用のより一層適正化する取組みを期待しています。

## インシデント・アクシデント報告数

インシデント報告の意義は

- 事故の再発防止や改善に向けた情報収集ツール
- 施設内で患者に発生した有害事象を早期に把握する
- 組織内の安全文化を強固なものとする

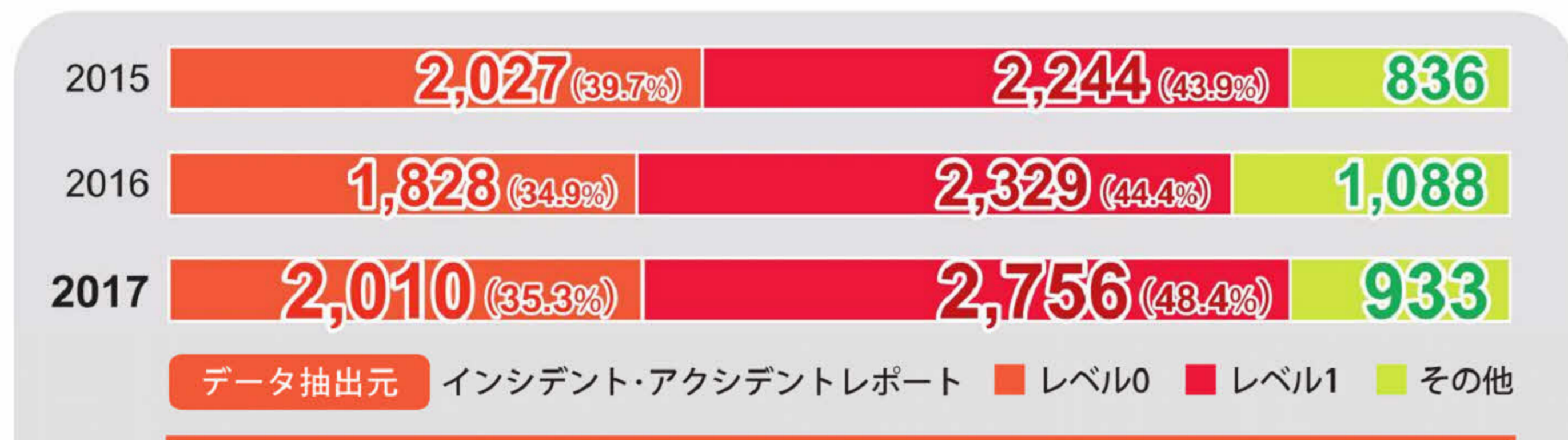


とされている。



『WHO患者安全カリキュラムガイド』においても報告の文化をもつ医療機関は、報告のない施設よりも安全であると記載されており、当院でもインシデント・アクシデント事例の報告目標数をベッド数の5倍である5,000件を目指しているが近年報告数が増加しており、昨年度も大きく伸びた。

## レベル0/1報告件数



レベル0：間違っただけが発生したが、患者等には実施されなかった場合や実施されたが患者等には影響がなかった場合  
レベル1：間違っただけにより患者等への実害はなかったが、何らかの影響を与えた可能性があった場合

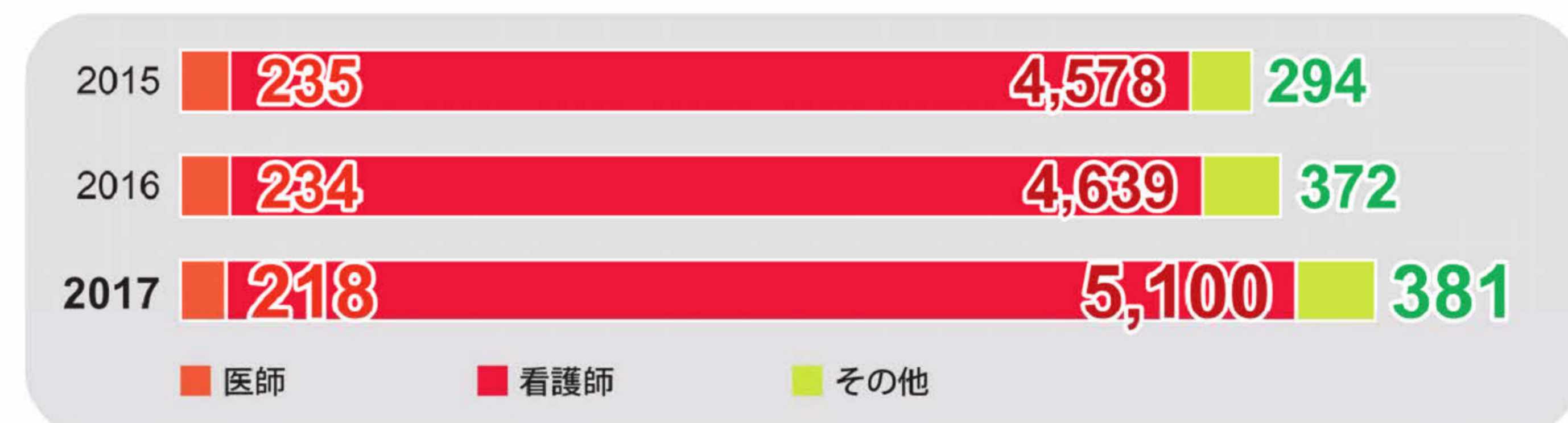
### レベル0/1報告数増加に向けた取組み

インシデントレポート報告の重要性についての研修実施。月1回の医療安全ニュースでポジティブインシデントとして職員に紹介している。

### レベル0/1報告数増加の意義

レベル0/1報告数増加は、安全文化モデル（1～5段階）の第4段階（見出される問題に前向きに取り組む）に相当すると考えている。

## 職種別報告件数



一般的に、職種別では看護師以外の職種、特に医師からの報告数が少ないことが、問題として挙げられている。2017年度は、全体では約450件増加しているが、医師の報告割合に変化は認めておらず、今後報告増加に向けた取組みが必要と考えている。

### 取組例

- 入職時研修や年2回の医療安全研修での周知
- プレコア会議（インシデント検討会）、リスクマネジメント検討会への医師の参加
- 医療安全管理委員会への研修医の参加



### ● TQM委員会より

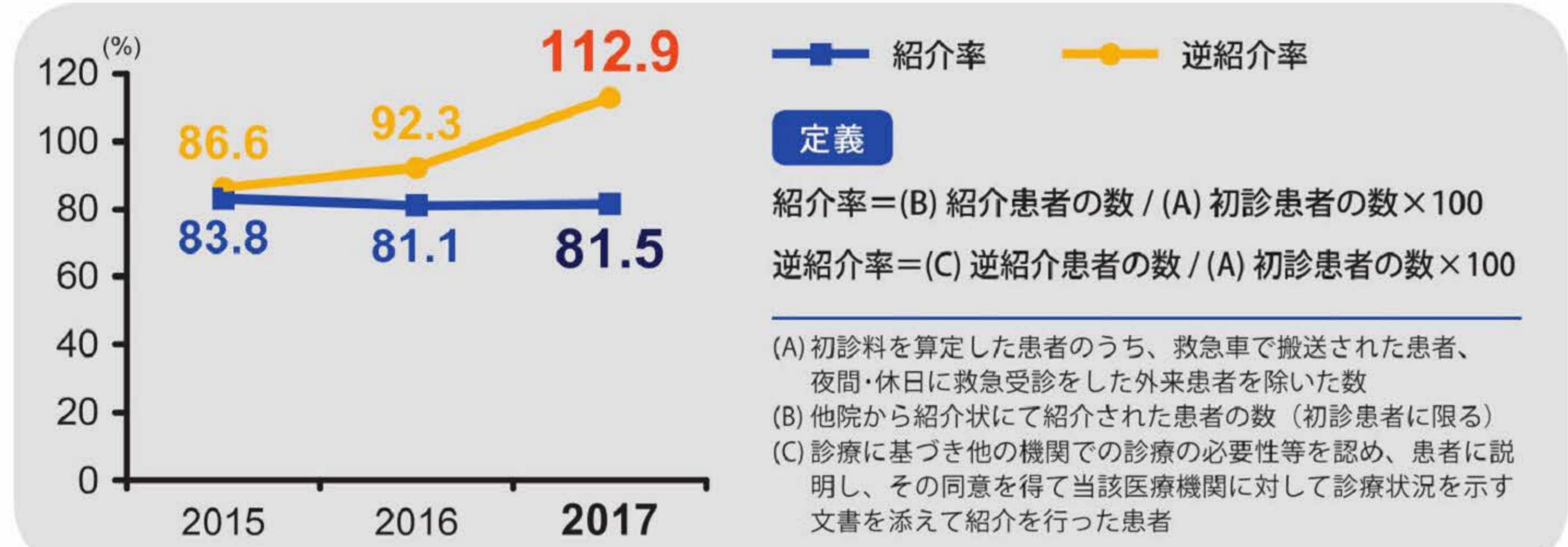
PDCAサイクルをまわすことにより報告数の増加が認められ、報告の必要性に関して職員の認識が強まっているものと思われます。レベル0/1の報告数は病院の安全文化を表す指標の1つと考えられ、報告数を増やすための取組みは今後も重要であると考えます。

当院は2009年10月に地域医療支援病院の承認を受け、地域完結型の医療の中心的役割を担っている。地域の医療機関と連携・協力し、医療の質とサービスの向上に努め、地域住民の方々に信頼されるよう地域医療に貢献するよう努力している。地域医療連携の指標として紹介率・逆紹介率が一般的に知られている。



## 紹介率・逆紹介率

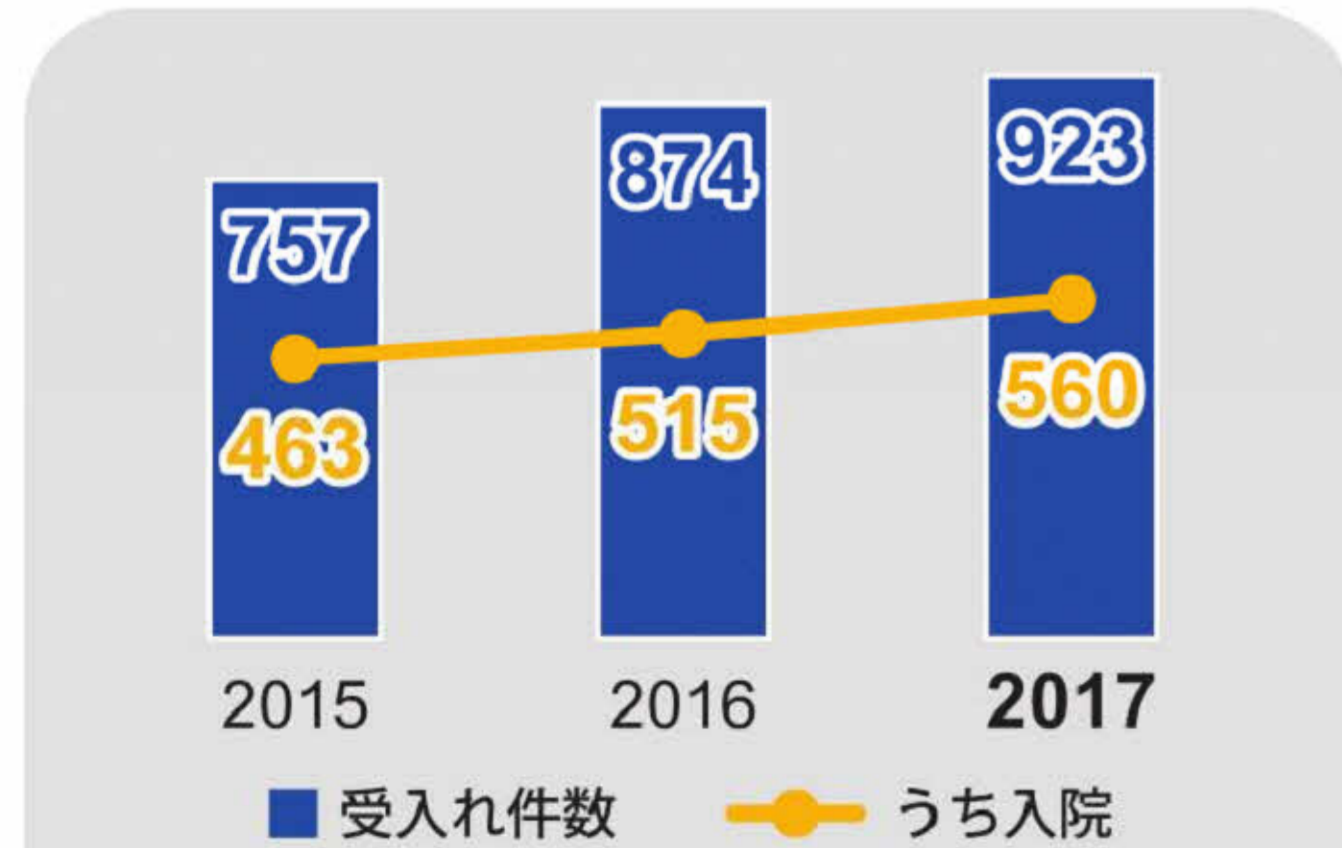
紹介患者とは地域の診療所や他の病院から紹介状を持参し、当センターを受診された患者を指す。逆紹介患者とは当院での急性期医療が終了し、地域の診療所や病院へ逆紹介し、継続診療をお願いした患者を指す。地域の中で役割分担を進め、施設同士の連携を密にする必要がある。



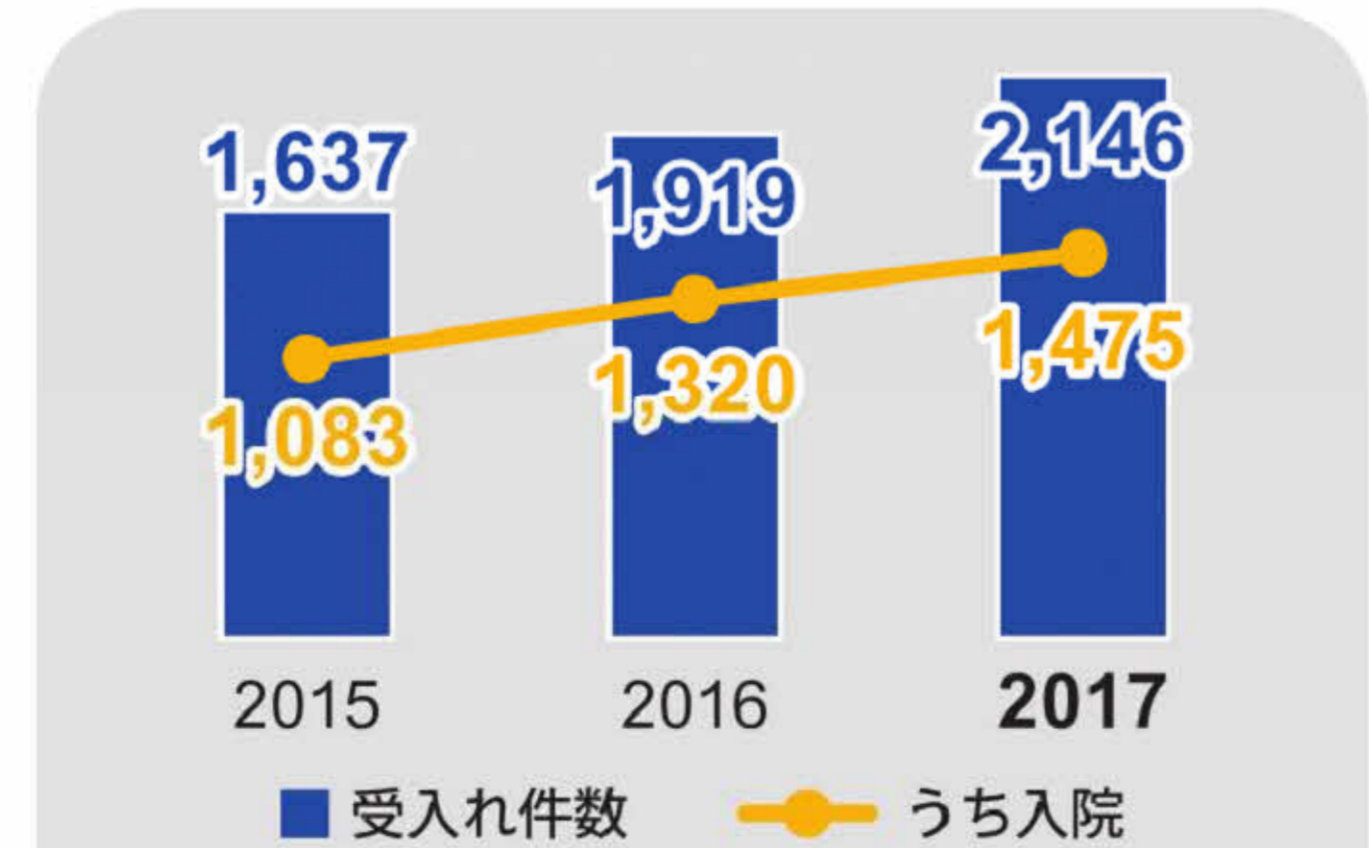
## 紹介に関する取り組み（地域連携・緊急診療システム）

高度な医療を必要とする地域住民の方々が速やかに治療を受けることができるよう、地域の医師が当院医師に直接緊急診療要請できる仕組みを構築した。また、地域医療連携室に看護職員を配置し、迅速に緊急診療要請に対応できる体制を整えた。

### ●地域連携・緊急診療システム



### ●地域医療連携室経由



#### 医師直通ダイヤル

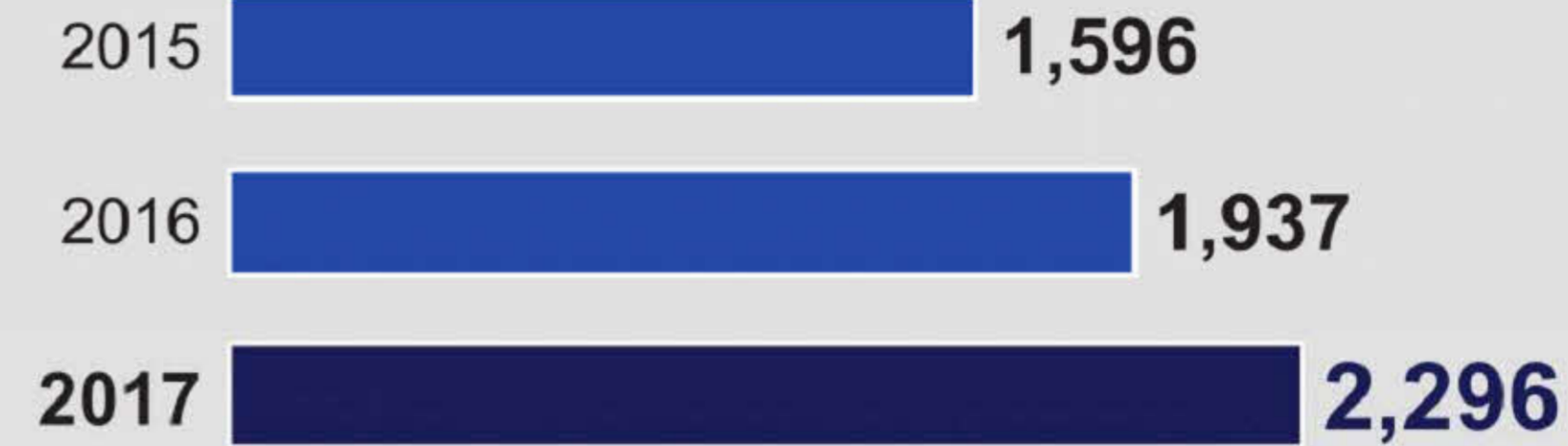
- ハートライン（循環器疾患）【24時間対応】
- ニューロライン（脳神経疾患）【24時間対応】
- 緊急専用電話（番号選択）【AM8:45～PM8時】
  - ①成人内科系疾患
  - ②小児疾患
  - ③外傷・外科疾患
  - ④その他の疾患

#### 地域医療連携室対応

- 地域医療連携室が地域の医療機関より受けた緊急診療要請

## 逆紹介に関する取り組み（さくらネットワーク病病連携）

### ●さくらネットワーク26施設 逆紹介件数



2014年12月より都島区4施設から開始し、現在26施設が参加。2か月に一度会議を開催。顔の見える連携を強化し、地域の問題点を解決していくことで、患者が安心して継続した医療を受けることができるよう努めている。

### 目的

- 地域包括ケアシステムの構築に向け、地域医療機関の医療機能を明確にし、前方・後方支援の連携を強化する
- 患者家族が安心安全、かつ継続してその地域で、医療・療養を受けることができる

### 主な課題

- 各医療機関の医療機能に関する情報の共有化
- 転院・在宅調整にかかわる問題点の明確化
- 地域医療の質の向上のための研修内容の検討と実施

## Plan（計画）

- 紹介**
- 地域連携・緊急診療システムの構築
  - 地域医療連携室の体制を充実
- 逆紹介**
- さくらネットワークの構築

## Do（実行）

- 紹介**
- 地域連携・診療システムを近隣地区へ拡大運用開始
  - 緊急診療要請に迅速対応できるよう看護職員を配置
- 逆紹介**
- さくらネットワーク会議、多職種による意見交換会を開催し、連携にかかる問題点について課題抽出

## Action（改善）

- 紹介**
- 緊急診療を受入れできなかった症例について聞き取りを行い解決策を検討
  - 聴取した意見を院内の職員へフィードバック
- 逆紹介**
- 課題解決のための研修会を開催

## Check（評価）

- 紹介**
- 緊急診療要請を受け入れできなかった症例を抽出
  - 地域の医療機関から連携に関する問題点等、意見を聴取
- 逆紹介**
- 抽出された課題について解決策を検討

## その他の取り組み

- 市民医学講座を開催し、当センターの最新治療やチーム医療等の医療情報を地域住民の方々に発信し、医療や予防に対する認識を深めている。
- 医療機関を訪問し、連携に関する意見の聴取に加え、公開講座や研修、最新の治療に関する情報を提供している。

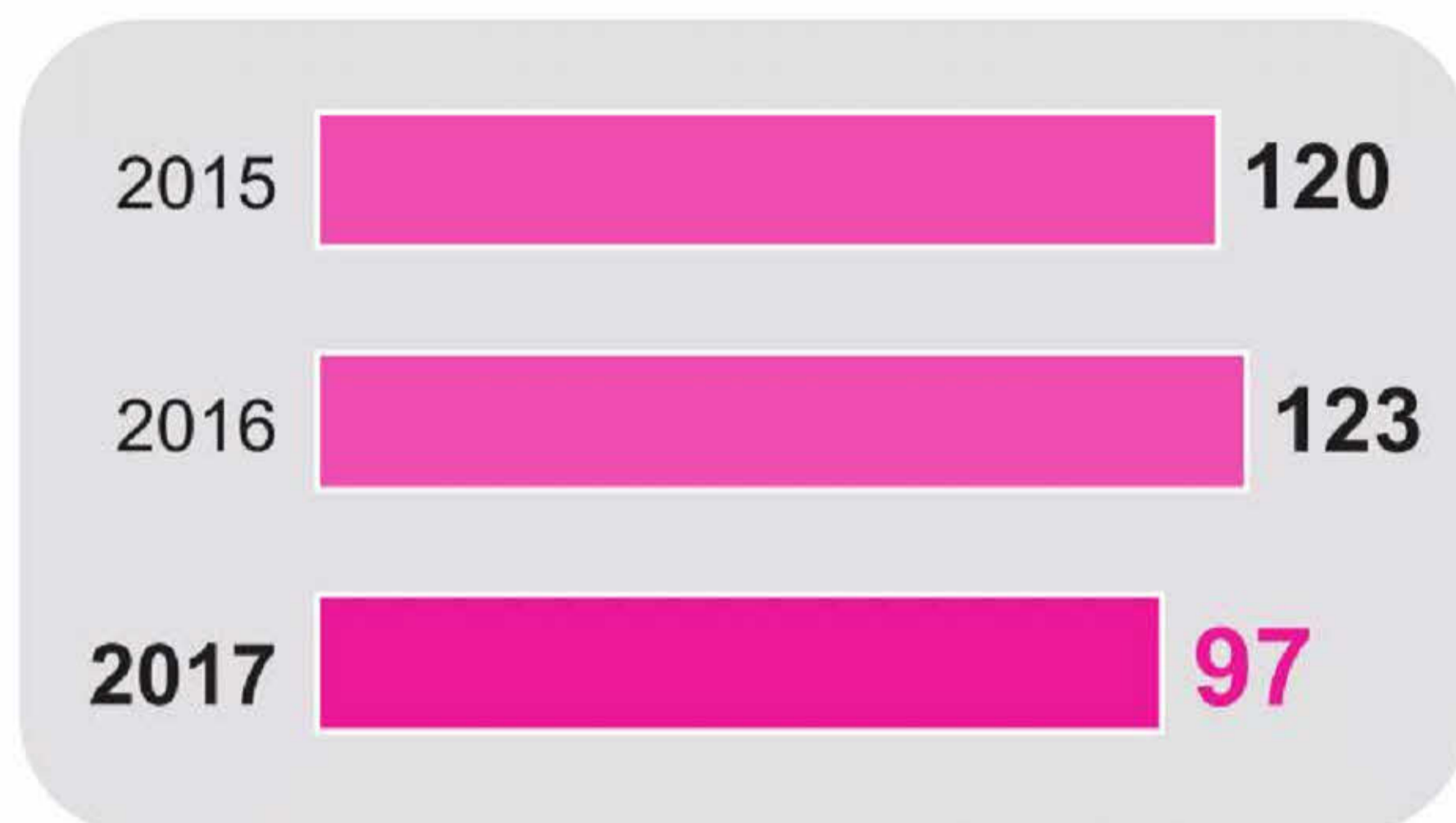
### ●TQM委員会より

2017年度は逆紹介率が上昇しており、紹介率も維持されていることが示されています。地域連携・緊急診療システムでの診察応需も年度を追って上昇しており、当院の病院機能を生かした地域連携がなされていることが分かりました。今後のさらなる連携促進が期待されます。

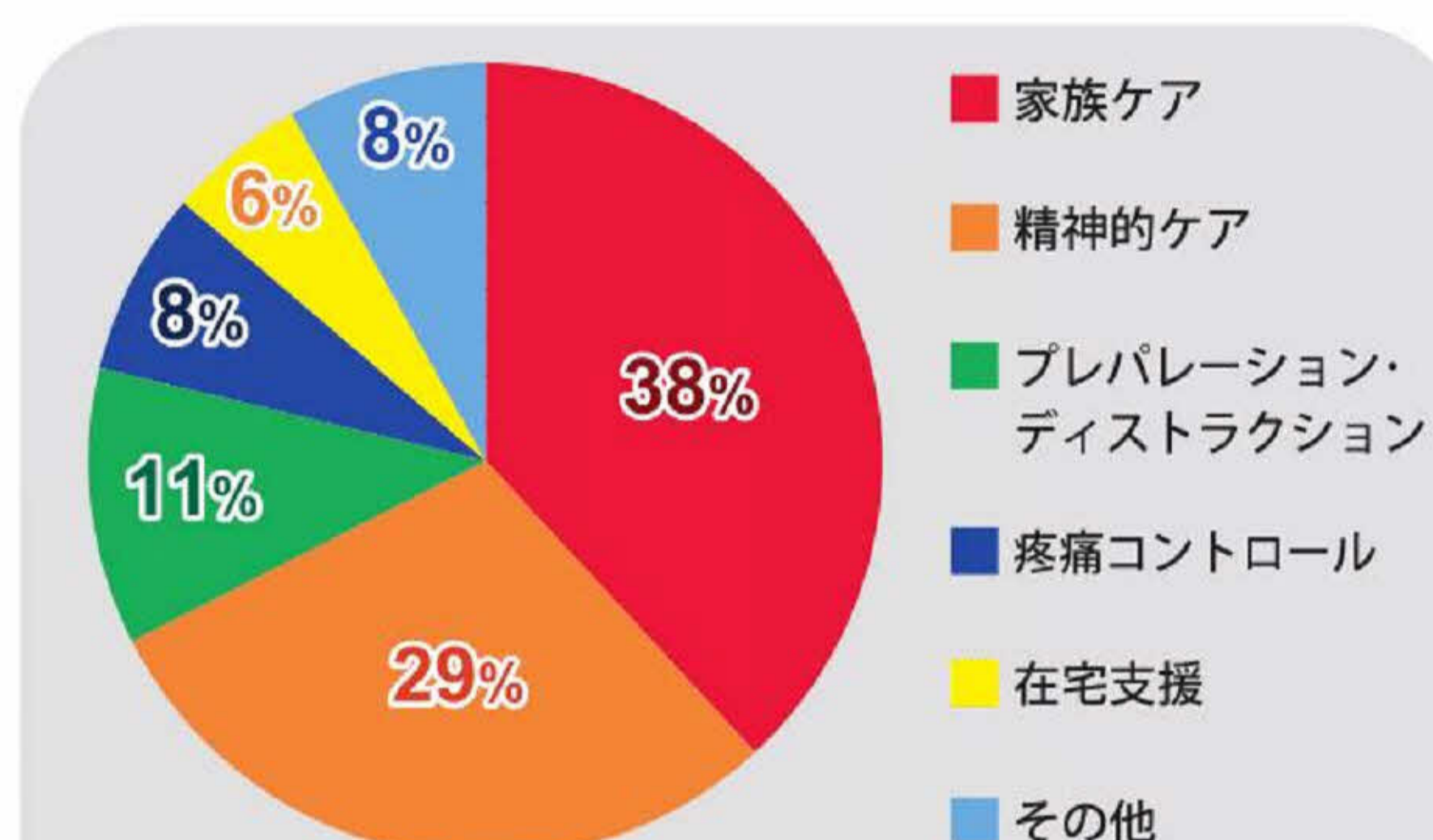


子どもサポートチームは、子どもと家族がよりよく過ごせることを目的とし、患者・家族の希望や医療者からの相談を受け、多様なニーズに多職種で対応するチームである。依頼内容に応じて其々の専門職が「痛みなどの症状緩和」「こころのケア」「プレイサービス」「社会的支援」を行う。

## 患者相談依頼件数



## 相談依頼内容の割合（複数件数）



**家族ケア**：家族や兄弟への精神的負担の支援など  
**精神的ケア**：児童精神科による専門的な介入  
**プレパレーション・ディストラクション**：検査や処置、手術の際の支援など

各部署に子どもサポートチームとの連携役としてリンクナースを立ち上げ、活動を行っている。リンクナースによる子どもサポートチームの役割・周知に関する活動や支援が必要なケースを各部署で検討し、相談依頼を選定することで、依頼件数としては減少しているが、より専門的な支援が必要なケースに絞られていると考える。

## 子どもサポートチーム関係図



子どもサポートチームは、多職種により構成されている。週一回のカンファレンスを実施し、各専門担当者に依頼を行っている。チームが介入することにより必要な治療が的確かつスムーズに実施でき、医療従事者の負担軽減につながっている。また、地域の関係機関ともカンファレンスや日頃の業務を通じて継続的に連携している。

### ● TQM委員会より

当院は小児患者が多く疾患も多岐にわたっているのが特徴であり、子供と家族への支援はQOL向上のために重要です。子どもサポートチームは多職種で情報共有と連携を行い、専門性の高いサポートを行っており、患児や家族のみならず医療者にとっても心強い存在といえます。チームの介入がどのような効果をもつかアウトカムの可視化を期待しています。

代表者：多田羅 竜平 クオリティマネージャー：武田 善美  
 医師4名・看護師2名・ホスピタルプレイスペシャリスト1名  
 メディカルソーシャルワーカー2名・臨床心理士1名

子どもサポートチーム

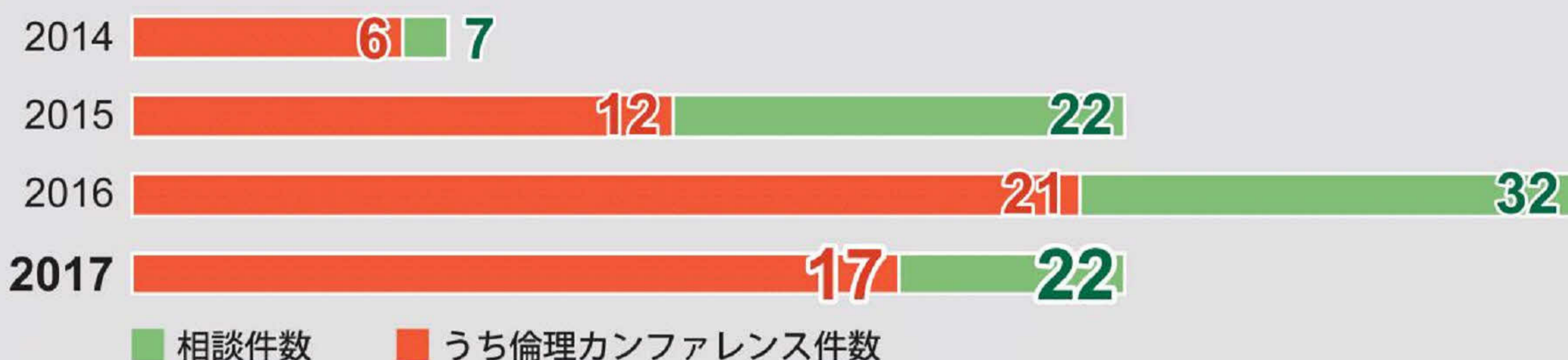


ECTは、患者や家族、医療者が直面する倫理的な問題解決のために、医療者からの相談を受け、可能な限り早急に、医療チームとECTが倫理カンファレンスで検討のうえ、最善の方針を決定できるよう医療者への助言やサポートを行っているチームである。



### 相談件数・倫理カンファレンス件数

「相談件数」は、院内の倫理的課題にECTがどれだけ対応したかを示す。「倫理カンファレンス件数」は、ECT・病棟合同カンファレンスを開催して、ECTがどれだけ医療チームの意思決定支援出来たかを示す。この件数が高いということは、病院全体が倫理的課題に対してECTを含めた多職種による倫理カンファレンスで検討し、患者の権利を尊重した質の高い医療を提供しているといえる。



#### 代表的な相談内容

- 生命維持装置の継続可否
- 身寄りのない方の治療方針の決定

### 相談内容の内訳（重複あり）



2017年は22件の相談に対応し、そのうち17件でECT合同倫理カンファレンスを開催した。相談者は医師が15名、看護師が7名であった。主な相談内容は、左図のとおりである。終末期に関するガイドラインが浸透してきたことや多職種による倫理カンファレンスが定着して、医療チーム内で解決されることが増えた結果、2017年はECTへの相談件数が減少した。

#### ECTの評価

2017年に実施した医師、看護師を対象としたアンケート調査では、満足度は10点中医師が7.4点、看護師が7.2点であった。

#### 相談して良かった意見

- 客観的な視点を与えてくれ、多職種がいろいろな観点で話し合えた
- 科内の意見の相違点、矛盾点が整理された
- 第三者の意見が聴け、方針の妥当性が分かった
- もやもやが解消された
- 多職種で意見交換でき、納得し合えた
- 情報共有し、統一した介入が検討できた

#### ● TQM委員会より

当院では様々な患者様の診療を日常的に行っており、病気の治療だけでなく倫理的にも医療者個人では解決困難な場面に直面することが増えており、ECTに助言・サポートを行っていただいております。今後こういったニーズはますます増加すると思われ、質の高い医療の提供に貢献していただきたいと思います。