

令和6年度の活動実績

重点臨床指標PDCA管理表（10項目）

臨床指標P D C A 目次

	担当部門	指標	ページ
①	医療安全対策委員会	転倒・転落発生率	P. 1
②	褥瘡対策委員会	褥瘡推定発生率	P. 2
③	中央医療C運営会議・こころの医療C運営会議	院内他科からの精神科診察依頼頻度	P. 3
④	看護部	誤嚥性肺炎の摂食指導実施率	P. 4
⑤	循環器内科	急性心筋梗塞急性期PCI実施率	P. 5
⑥	循環器内科	急性心筋梗塞急性期PCI実施患者死亡率	P. 6
⑦	がんC運営会議	がん患者サポート率	P. 7
⑧	がんC運営会議	細胞診実施率（胃癌）	P. 8
⑨	薬剤部	安全管理薬剤指導率	P. 9
⑩	中央医療C診療科	HBV再活性化スクリーニング率	P. 10

委員会名等：医療安全対策委員会

重点指標：転倒・転落発生率

(算定方法)

入院患者転倒・転落レベル2以上該当件数
入院延べ日数

(指標の説明：全自病HP参照)

認知症があったり、病気の影響で意識が混濁したりしている場合、周囲が認識できなかつたり、バランスを崩したりして、転倒したり、ベッドから転落したりします。より低い値を目指しています。

※レベル2以上：検査、処置などが必要

計画 (P)		実績 (D)	考察 (C)	今後の方針 (A)
現状	取組内容			
<p>○当院</p> <p><u>R5 : 0.00090</u> (R4 : 0.00278)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 「転倒・転落事故の危険性についての説明書」による患者さん・ご家族への入念な説明を推進 	<p>○R6年度実績</p> <p><u>0.00125 (全国平均0.00111)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 「転倒・転落事故の危険性についての説明書」による説明を推進した 	<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟と精神病棟で同じ対策を取っていたが、精神病棟独自の対策が必要と考える。 一般0.00117(全国0.00111) 精神0.00150(全国0.00142) 高齢や認知機能が低下している患者さんも多く、分かりやすい説明、転倒転落時の重症化予防が重要である。 不眠時薬によるリスクはリエゾンチームの介入もあり改善傾向。 精神病棟ではセンサーベッド数が少なく、ほぼ使用できていない。 	<ul style="list-style-type: none"> 一般病棟と精神病棟で患者さんの特徴や在院日数が異なり、状態に合わせた計画を実行する。 (例：精神病棟に長期入院する患者さんの筋力維持・増進など) 転倒歴のある患者さんにクッションパンツ、保護帽の使用を推奨し、貸出用具数を増やす。 センサーベッドの推奨設定、ベッド柵の適切使用を全病棟スタッフに指導する。 精神病棟のセンサーベッド増設を提言する。
<p>○全国平均</p> <p><u>R5 : 0.00107</u> (R4 : 0.00106)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 不眠時の院内推奨標準治療薬使用の推進 センサー内蔵型ベッドの使用促進 	<ul style="list-style-type: none"> トイレに転倒予防ポスターを掲示しナースコールを促すなど、排泄に関わる転倒対策を促進した。 不眠時の院内推奨標準治療薬使用を推進した。 センサー内蔵型ベッドの使用を促進した。 リハビリでの転倒リスク評価をスタッフ間で共有し、ADL介助、安静度指示に活かした。 		

委員会名等：褥瘡対策委員会

重点指標：褥瘡推定発生率

(指標の説明：全自病HP参照)

低栄養の患者さんや一定の体の向きしか取れない場合は褥瘡がしやすいので、このような患者さんが多い場合は率が高くなる場合があります。より低い値を目指しています。

(算定方法)

入院時に褥瘡なく調査日に褥瘡を保有する患者数 + 入院時に褥瘡あり他部位に新規褥瘡発生 of 患者数
調査日の施設在院数

計画 (P)		実績 (D)	考察 (C)	今後の方針 (A)
現状	取組内容			
<p>○当院</p> <p><u>R5 : 0.037</u> (R4 : 0.042)</p> <p>○全国平均</p> <p><u>R5 : 0.019</u> (R4 : 0.019)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 危険因子評価を1週間毎に実施し発生リスクのある患者さんを選定、早期ケアを実施 ハイリスクの患者さんの皮膚状態の観察、保護を実施 患者体位におけるポジショニング研修を実施 病棟ごとのポジショニング検討会を実施 インシデント0レベル報告の推進 (目標：80件以上) 	<p>○R6年度実績</p> <p><u>0.018 (全国平均0.020)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 発生リスクのある患者さんの褥瘡好発部位への褥瘡予防ドレッシング材貼付と皮膚観察の徹底を推進 重度褥瘡の発生患者数 7名 作業療法士によるポジショニング指導を全病棟で実施 (15分/回) 褥瘡に関する研修を2回開催 (看護師104名、リハ1名、薬剤師1名 計106名参加) インシデント0レベル報告件数 100件 	<ul style="list-style-type: none"> 危険因子評価に基づき発生リスクのある患者さんを選定、褥瘡予防ドレッシング材貼付を推進した結果、全国平均よりよい結果となった 褥瘡予防の対策を行っているものの、重度褥瘡が発生するケースがある。リハビリだけでなく栄養士との連携強化が必要 部署全体で褥瘡予防に向けたケアに取り組んだ結果、インシデント0レベルの報告件数が目標を上回った 	<ul style="list-style-type: none"> 次年度も全国平均よりよい結果となるよう、発生リスクのある患者さんや褥瘡発生の患者さんの栄養管理について栄養士と連携する 重度の褥瘡発生の患者さんの減少に向け、ポジショニングの実施だけでなく、グローブを用いた除圧を推進する

委員会名等：中央医療C運営会議・こころの医療C運営会議

重点指標：院内他科からの精神科診察依頼頻度

(算定方法)

院内他科入院中患者の精神科診察依頼件数
病床100床あたり

(指標の説明：全自病HP参照)

生活習慣病など身体疾患で入院しても、精神的な問題を抱えていたりすることがあります。状況により主治医が対応したり、紹介により精神科医師が対応します。より高い値を目指しています。

精神科専門医療の介入は、更なる医療の質向上が期待できます。

計画 (P)		実績 (D)	考察 (C)	今後の方針 (A)
現状	取組内容			
<p>○当院 R5:6.2 (R4:6.3)</p> <p>○全国平均 R5:22.4 (R4:24.7)</p>	<p>精神科コンサルテーション・リエゾンシステムの強化</p> <ul style="list-style-type: none"> 院内往診対応(115診)機能を強化、曜日ごとに主に関わる医師を固定して配置 精神科リエゾンチームを新設 認知症認定看護師や精神科認定看護師が関与している活動(認知症ケア・アルコール使用障害・自傷自殺・緩和ケアの各ラウンド)との連携を推進 せん妄対策チームの取組を活動に取り入れ、せん妄予防につなげる 	<p>○R6年度実績 151.1 (全国平均21.9)</p> <ul style="list-style-type: none"> 院内他科からの精神科診察依頼件数 4,519件 対診初診+再診:2,143件 精神科リエゾンチーム回診:1,199件 認知症ケア加算:1,177件 全国平均21.9の約7倍 (全国4位、中部地区1位) 依頼件数は全国1位 <p>※R6年度から依頼件数の対象を見直し</p>	<ul style="list-style-type: none"> 中央医療センターでも、せん妄や認知症など精神科の介入を要する患者が増加している。 精神科リエゾンチームの活動が浸透し、中央医療センターからの診察依頼が増加している。 	<ul style="list-style-type: none"> 院内往診対応(115診)機能を強化する。 精神科リエゾンチームの診療報酬算定を目指す。 引き続き、認知症認定看護師や精神科認定看護師が関与している活動(認知症ケア・アルコール使用障害・自傷自殺・緩和ケアの各ラウンド)との連携を推進する。

委員会名等：看護部

重点指標：誤嚥性肺炎の摂食指導実施率

(指標の説明：全自病HP参照)

加齢や脳梗塞後遺症などにおいても、現にある機能を生かしたり、食事内容を工夫し、誤嚥に至る率を抑えることが誤嚥性肺炎を避ける方法の一つです。病状によって指導内容は異なりますが、診療報酬請求に係る指導を対象とし、より高い値を目指しています。

(算定方法)

誤嚥性肺炎退院患者のうち、摂食機能療法が実施された患者数
誤嚥性肺炎の退院患者数

計画 (P)		実績 (D)	考察 (C)	今後の方針 (A)
現状	取組内容			
<p>○当院</p> <p>R5 : 4.8% (R4 : 2.2%)</p> <p>○全国平均</p> <p>R5 : 15.4% (R4 : 15.5%)</p>	<p>1. 摂食機能療法に関する看護師への指導を摂食嚥下障害看護認定看護師が中心となって行う</p> <p>2. 耳鼻いんこう科との連携を図る</p> <p>3. 摂食機能療法を実施する摂食・嚥下看護外来の認知度向上に取り組む</p> <p>4. 脳血管リハ I、廃用リハ I、呼吸器リハ I、がんリハも含めて、必要時に摂食指導を実施する</p>	<p>○R6年度実績</p> <p>3.9% (全国平均15.2%)</p> <p>1. 看護師へ摂食機能療法学習会を開催した</p> <p>2. 耳鼻いんこう科での嚥下評価依頼システム導入に取り組んだ</p> <p>3. 医局会で医師への摂食・嚥下看護外来の認知度向上を図った</p> <p>4. 摂食指導を含めた言語聴覚士によるリハビリテーション実施患者数 1,269名</p> <p>(参考) 看護師による摂食指導実施件数 1,187回</p>	<p>・誤嚥性肺炎に係る摂食機能療法は看護師中心で行っている。言語聴覚士による脳血管リハ等での摂食指導は摂食機能療法を算定していないことが全国平均との差と考えられる。</p> <p>1. 看護師への学習会を開催したことで実施病棟数が増加した</p> <p>2. 耳鼻いんこう科での嚥下評価依頼システム導入により、嚥下内視鏡検査での嚥下評価の重要性を周知できた</p> <p>3. 医師への摂食・嚥下看護外来の認知度向上を図り、外来の患者さんの嚥下評価・実践・指導が可能となった</p> <p>4. 言語聴覚士と看護師が共同で摂食指導を含む摂食機能療法を行っている</p>	<p>1. 次年度も学習会を開催し、現在の脳神経内科、腎臓内科、耳鼻いんこう科、脳神経外科、消化器内科、精神科病棟での実施から対象を拡大していく</p> <p>2. 次年度も耳鼻いんこう科での嚥下内視鏡検査を継続し、適切な嚥下評価を行う</p> <p>3. 外来の患者さんに加え、開業医から紹介の患者さんの嚥下評価依頼等にも対応する</p> <p>4. 言語聴覚士と看護師が共同で摂食指導に対応していく</p>

委員会名等：循環器内科

重点指標：急性心筋梗塞急性期PCI実施率

(算定方法)

急性心筋梗塞退院患者のうち、急性期PCIが施行された患者数
急性心筋梗塞の退院患者数

(指標の説明：全自病HP参照)

発症し救急搬送されてからの時間によって、来院時既に重症になっていることがあります。PCI実施には施設の条件などがあり、病院間の比較が難しい指標ではありますが、急性期病院である当院では高い指標の維持が求められています。

※PCI：血液を流すため、血管を拡張する手術

計画 (P)		実績 (D)	考察 (C)	今後の方針 (A)
現状	取組内容			
<p>○当院</p> <p><u>R5 : 76.4%</u> (R4 : 81.4%)</p> <p>○全国平均</p> <p><u>R5 : 68.3%</u> (R4 : 71.8%)</p>	<p>・三次救急病院として、来院時心肺停止からの蘇生症例、ショック症例、重症三枝病変症例を受け入れ、24時間体制で治療を行う。</p> <p>(ねたきり、認知症、超高齢者、悪性疾患末期の症例を除き、重症で他院では受け入れ困難な症例も含めて積極的に急性期PCIの治療を行う。)</p>	<p>○R6年度実績</p> <p><u>75.9% (全国平均70.5%)</u></p> <p>・重症で他院では受け入れ困難な症例についても、積極的に急性期PCIの治療を行った。</p> <p>(当指標には、発症時間が経過した症例、診断困難であった症例で90分以内に治療が完遂できなかった症例は参入されない。実際には約9割の症例で緊急PCIを実施している。)</p>	<p>・高齢化が進行し、急性期PCIの適応にならない症例(ねたきり、認知症、超高齢者、悪性疾患末期の症例)も増加しており、R5年度と同水準の結果だった。</p>	<p>・引き続き、急性期PCIの適応にならない症例を除き、ハイリスク症例についても積極的に急性期PCIの治療を行っていく方針である。</p>

委員会名等：循環器内科

重点指標：急性心筋梗塞急性期PCI実施患者死亡率

(指標の説明：全自病HP参照)

発症し救急搬送されてからの時間によって、来院時既に重症になっていることがあります。これ以外でも糖尿病などがあつたりすると死亡率が高くなる場合があります。病院間の比較が難しい指標ではありますが、より低い値を目指します。

(算定方法)

急性期PCIが施行された急性心筋梗塞患者のうち、14日以内に死亡した患者数
急性心筋梗塞退院患者のうち、急性期PCIが施行された患者数

計画 (P)		実績 (D)	考察 (C)	今後の方針 (A)
現状	取組内容			
<p>○当院</p> <p><u>R5 : 9.5%</u> (R4 : 8.4%)</p> <p>○全国平均</p> <p><u>R5 : 4.0%</u> (R4 : 3.4%)</p>	<p>・ PCI実施により生命予後を大きく改善することが可能。</p> <p>・ 三次救急病院として、他院で対応困難な重症症例や心肺停止蘇生例についても、可能であれば積極的に治療対象とする。</p>	<p>○R6年度実績</p> <p><u>4.8% (全国平均2.2%)</u></p> <p>・ ECMOカンファレンスの実施により医師、臨床工学技士、看護師、理学療法士が綿密に連携を取っており、急性期症例におけるIABP、ECMOの補助循環効果を最大限生かせるよう取り組んだ。</p> <p>※ECMO：心臓や肺の機能を一時的に代替する体外循環装置</p> <p>※IABP：医療機器を用いた補助循環療法</p>	<p>・ 指標値がR5から改善した要因として、ECMOカンファレンス実施によるショック症例への対応力向上が考えられる。</p> <p>・ 依然として全国平均より高値である要因としては、重症症例を多く受け入れていることが考えられる。 R6重症度：19.1% (R5重症度：15.8%)</p> <p>※重症度：心機能の低下具合を把握するのに用いる「Killip分類」のクラス3・4から算出</p>	<p>・ 引き続き、重症症例を含めて積極的に急性期PCIを実施し、IABP、ECMOといった補助循環を駆使しながら急性期症例の予後改善を目指していく。</p>

令和6年度 福井県立病院臨床指標 PDCA管理表

委員会名等：がん医療C運営会議

重点指標：がん患者サポート率

(指標の説明：全自病HP参照)

入院を要するがん初発の場合において、入院前後に医師・看護師による説明・カウンセリングの有無を調査しているもので、より高い値を目指しています。

※医師と看護師が共同で、ご本人に説明等を実施した場合が算定対象

(算定方法)

母母のうち、基準日を含む6ヶ月間にかん患者指導管理料1を算定した患者(入・外含む)
初発がん患者の初回退院数

計画 (P)		実績 (D)	考察 (C)	今後の方針 (A)
現状	取組内容			
<p>○当院</p> <p><u>R5 : 11.3%</u> (R4 : 10.5%)</p> <p>○全国平均</p> <p><u>R5 : 12.6%</u> (R4 : 11.8%)</p>	<p>・当該診療報酬の制度概要を周知し、実施率向上を図る。</p> <p>(現状)</p> <p>・初発のがん患者さん全てに診断結果と治療方針等の説明・相談を行い、文書で提供している。 この行為を医師と要件を満たす看護師が共同で行うことで診療報酬が算定可能。</p> <p>・算定漏れや、医師が要件を満たす看護師を同席させていないケースが存在すると思われる。</p>	<p>○R6年度実績</p> <p><u>11.4%(全国平均11.9%)</u></p> <p>・全医師に対し、メールで制度概要(条件・算定方法等)の周知を行った。</p>	<p>・周知を行ったものの、依然として特定の医師しか実施していない。</p> <p>・当該診療報酬に関する医師を一定数に絞り個別にレクを行うとともに、要件を満たす看護師との連携体制強化に注力する方が効果的と考える。</p>	<p>・当該診療報酬に関する医師と要件を満たす看護師を個別にペアリング設定することで連携を強化し、実施率の向上を図る。</p>

委員会名等：がん医療C運営会議

重点指標：術中細胞診実施率（胃癌）

（算定方法）

分母のうち、術中細胞診を行ったもの
 腹腔鏡、開腹による胃癌悪性腫瘍切除術が行われた患者数

（指標の説明：全自病HP参照）

この検査を行うには、外科だけでなく手術室、病理検査等の取組が重要となり、実施していない医療機関も多いなど評価の難しい指標ですが、医療の質向上には有効な指標であり、より高い値を目指しています。

※術中細胞診：手術等で得られた細胞にがんが混じっているか術中に報告する検査

計画（P）		実績（D）	考察（C）	今後の方針（A）
現状	取組内容			
○当院 <u>R5：0.0%</u> (R4：0.0%) ○全国平均 <u>R5：17.7%</u> (R4：19.4%)	・当院では胃癌に関し、術中細胞診の結果による手術方針等の変更はなく、術後に細胞診を実施している。	○R6年度実績 <u>0.0%（全国平均44.7%）</u> ・術中迅速細胞診は診療報酬上の増収が見込まれるため、胃癌ガイドラインを参照しつつ、実施の可否等について検討を行った。 （参考） 迅速細胞診（450点/件）	・胃癌ガイドラインを参照し、術中迅速細胞診の結果は手術方針に影響を及ぼさないことを確認した。（術後の治療方針を判断するための材料として活用） ・全国平均の実績がR5年度の17.7%から44.7%に急増しており、分析を行った結果、迅速細胞診だけではなく洗浄細胞診等の件数も含まれていると推察される。 （参考） 腹水または腹腔洗浄細胞診実施率（胃癌） ○当院R6年度実績：53.5% （43例のうち23例）	・引き続き、術中迅速細胞診の実施可否を検討するとともに、当院の実状に則したデータについても検討を行う。

令和6年度 福井県立病院臨床指標 PDCA管理表

委員会名等：薬剤部

重点指標：安全管理薬剤指導率

(指標の説明：全自病HP参照)

担当医だけでなく薬剤師が薬学的にも薬剤治療を検討することで、より副作用が少なく効果的な治療が行われます。より高い値を目指しています。

(算定方法)

$\frac{\text{分母のうち薬剤管理指導料が算定された患者数}}{\text{特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている入院患者数}}$

計画 (P)		実績 (D)	考察 (C)	今後の方針 (A)
現状	取組内容			
<p>○当院</p> <p><u>R5 : 35.9%</u> (R4 : 29.9%)</p> <p>○全国平均</p> <p><u>R5 : 40.5%</u> (R4 : 40.1%)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤管理指導料算定件数の増加に取り組む ・「特に安全管理が必要な医薬品」を使用する患者さんの指導を優先的に行う 	<p>○R6年度実績</p> <p><u>40.3% (全国平均40.7%)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ・薬剤管理指導件数の増加に取り組み、指導患者数の底上げを図った。 10,068件 (R5→R6 約1.4倍) ・部門システム更新時に「特に安全管理が必要な医薬品」を使用する患者さんの抽出ツールを導入して効率的に把握し、優先的に指導するよう努めた。 (R6年度算定件数の内訳) 特に安全管理が必要な医薬品 : 5,206件 その他の医薬品 : 4,862件 	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟薬剤師の病棟常駐時間を増やし薬剤管理指導件数増加に取り組んだことで、全国平均水準に向上させることができた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・引き続き、「特に安全管理が必要な医薬品」を使用する患者さんの指導を優先的に行い、薬剤管理指導件数増加を図る。

令和6年度 福井県立病院臨床指標 PDCA管理表

委員会名等：中央医療C診療科

重点指標：HBV再活性化スクリーニング率

(算定方法)

分母のうち (HBe 抗原、e 抗体) + (c 抗体、s 抗体) 検査施行症例数
 抗がん剤・免疫抑制剤の新規導入患者数

(指標の説明：全自病HP参照)

体力がある場合、B型肝炎ウイルスが表面上目立たなくても体内に潜んでいる場合があり、抗がん剤などの使用を機に再び増殖し始めることがあります。抗がん剤等の治療を始める際には、ウイルスが潜んでいるかを検査することが望まれます。**より高い値を目指しています。**

※HBV：B型肝炎ウイルス

計画 (P)		実績 (D)	考察 (C)	今後の方針 (A)
現状	取組内容			
○当院 R5 : 41.3% (R4 : 34.7%)	<ul style="list-style-type: none"> ・全自病指標の算定方法に基づき、当院の現状分析を行い有効な対策を検討する ・医師に対しHBV再活性化スクリーニングの重要性や必要な検査の実施について啓発を行う 	○R6年度実績 42.2% (全国平均43.5%)	<ul style="list-style-type: none"> ・医師に対し必要な検査の実施を呼びかけたことで、全国平均にはわずかに及ばなかったがR5年度より向上させることができた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・引き続き、HBV再活性化スクリーニングの重要性や必要な検査の実施について啓発を行う。
○全国平均 R5 : 43.9% (R4 : 41.2%)		<ul style="list-style-type: none"> ・全自病指標の算定式、対象薬剤、対象検査を用いて薬効別、検査項目別に当院の検査実施状況を調査した。 ・医局会において、HBV再活性化スクリーニングの重要性、当院の現状、医療情報管理室から定期的に提供されるB型肝炎チェックリストの活用について説明し、医師に対し必要な検査の実施を呼びかけた。 		