



日本大学医学部附属板橋病院における

臨床指標（クリニカルインジケータ）による 診療の質の改善

2024年1月25日時点

【当院のクリニカルインジケータ―選定過程】

従来からある当院のパフォーマンスレポートをもとに、医療の質指標基本ガイド（厚労省補助事業）、日本病院会QIプロジェクト、全日本病院協会診療アウトカム評価事業、DPCデータ、および院内各委員会・各診療科から抽出された指標を参考にして、「**患者中心性**」、「**安全性**」、「**有効性**」、「**当院の診療機能・特性**」をテーマとして当院の医療の質・評価改善委員会で検討を重ね、当院における臨床指標を設定しカテゴリー化した。

【当院クリニカルインジケーター決定までのフローチャート】

- ・患者満足度調査
 - ・日本医療評価機構患者満足度ベンチマーク結果
 - ・日本病院会QIプロジェクトによる当院の結果
- ・日本医療機能評価機構可視化プロジェクトによる当院の結果
 - ・当院パフォーマンスレポート結果
- ・各診療科、部門などの改善点を委員会で抽出



医療の質・評価改善委員会で審議
(改善結果から改善策、継続性など)



次年度当院クリニカルインジケーター項目を決め、病院執行部に提出



次年度当院クリニカルインジケーター項目決定



【医療の質・評価改善委員会委員一覧】

委嘱名	委員名	所属
委員長	瀬在 明	心臓血管外科
副委員長	前田 幸宏	医療管理学
委員	四万村三恵	呼吸器外科
委員	五十嵐 雅仁	消化器外科
委員	原 由紀子	乳腺内分泌外科
委員	小野 賀功	小児外科
委員	清水 哲男	呼吸器内科
委員	齊藤 圭	消化器肝臓内科
委員	前林 俊也	放射線治療科
委員	大日方 大亮	泌尿器科
委員	三輪 洋美	薬剤部
委員	千田 明美	臨床検査部
委員	作間和香子	中央放射線部

委嘱名	委員名	所属
委員	中村 裕子	看護部 (看護部長)
委員	高野 正子	看護部 (病棟師長)
委員	福嶋 小夜子	看護部 (透析室師長補佐)
委員	山中 伸美	看護部 (副看護部長)
委員	小笠原 美紀	看護部 (患者支援センター師長)
委員	和田 恵	看護部 (手術室主任)
委員	平山 優子	栄養科
委員	柏 優香	医療福祉相談室
アドバイザー	高山 忠輝	総合科(副病院長)
アドバイザー	櫻井 裕幸	呼吸器外科 (病院長補佐)
幹事	清水 大	医事課
幹事	神村 凜華	医事課

2024年1月25日現在

【医療の質・評価改善委員会年間スケジュール】

緑字：審議
赤字：承認

前 期		後 期	
月	審議事項等	月	審議事項等
4 月	<ul style="list-style-type: none"> ◆委員会定例開催【第4木曜日】 ◆日本病院会QIプロジェクトデータ提出(2023年4回目) 	10月	<ul style="list-style-type: none"> ◆委員会定例開催【第4木曜日】 ◆患者満足度調査院内アンケート内容審議 ◆日本病院会QIプロジェクト2023結果審議 ◆日本病院会QIプロジェクト指標提出(2024年2回目)
5 月	<ul style="list-style-type: none"> ◆委員会定例開催【第4木曜日】 ◆パフォーマンスレポート作成・審議 	11月	<ul style="list-style-type: none"> ◆委員会定例開催【第4木曜日】 ◆患者満足度調査院内アンケート実施 ◆日本医療機能評価機構医療質可視化プロジェクト指標データ提出
6 月	<ul style="list-style-type: none"> ◆委員会定例開催【第4木曜日】 ◆パフォーマンスレポート内容の審議 	12月	<ul style="list-style-type: none"> ◆委員会定例開催【第4木曜日】 ◆患者満足度調査院内アンケート医療評価機構患者満足度ベンチマーク提出
7 月	<ul style="list-style-type: none"> ◆委員会定例開催【第4木曜日】 ◆日本病院会QIプロジェクトデータ提出(2024年1回目) ◆パフォーマンスレポート審議結果上申(病院執行部) ◆パフォーマンスレポート公開 	1 月	<ul style="list-style-type: none"> ◆委員会定例開催【第4木曜日】 ◆患者満足度アンケート結果審議 ◆日本病院会QIプロジェクト結果からの次年度調査内容の決定 ◆日本病院会QIプロジェクト指標提出(2024年3回目)
8 月	<ul style="list-style-type: none"> ◆委員会定例開催【第4木曜日】 	2 月	<ul style="list-style-type: none"> ◆委員会定例開催【第4木曜日】 ◆患者満足度アンケート結果審議 ◆次年度当院クリニカルインジケータ決定
9 月	<ul style="list-style-type: none"> ◆委員会定例開催【第4木曜日】 ◆患者満足度調査院内アンケート内容審議 ◆日本病院会QIプロジェクト2023結果審議 	3 月	<ul style="list-style-type: none"> ◆委員会定例開催【第4木曜日】 ◆患者満足度アンケート審議結果上申(病院執行部)

当院クリニカルインジケータ（臨床指標）一覧

A 病院全体

1. 一般	2020年度	2021年度	2022年度
a.患者の声（意見箱投書）件数と内訳★ 対象期間2022年8月～2023年11月	集計期間	ご要望	お褒め
	2022.8～2023.3	115件	39件
	2023.4～2023.11	130件	58件
b. 紹介初診予約率 ★	69.7%	86.8%	92.9%
c.外来採血室における患者さんの最長待ち時間 年度平均 ★	18.9分	24.3分	16.6分
d.外来診察平均待ち時間（滞在時間）★	122.5分	123.6分	128.8分
e.平均在院日数★	12.2日	12.0日	11.2日
f.病床稼働率	66.4%	65.0%	63.0%
g.紹介率	87.74%	90.99%	87.6%
h.逆紹介率	59.90%	64.88%	60.71%
i.セカンドオピニオン件数	67件	52件	40件
j.患者満足度総合評価指数（外来）★	3.89	4.32	3.68
k.患者満足度総合評価指数（入院）★	4.22	4.84	3.80
2. 医療安全	2020年度	2021年度	2022年度
a.インシデント・アクシデント報告件数 ★	725件	740件	805件
b.1 転倒・転落発生件数(入院中患者)単位:パーミル★	1.9%	1.9%	1.7%
b.2 転倒・転落発生件数(損傷Lv.2以上)単位:パーミル★	1.8%	1.5%	1.6%
b.3 転倒・転落発生件数(損傷Lv.4以上)単位:パーミル★	0.01%	0%	0.01%
b.4 転倒・転落発生件数(65歳以上)単位:パーミル★	3.2%	2.9%	2.9%
c.針刺し事故発生件数	39件	60件	54件
d.1 ICテンプレート意思決定支援(入力割合)★	-	-	-
d.1 ICテンプレート意思決定支援(同席割合)★	-	-	-
3. 感染防止対策	2020年度	2021年度	2022年度
a.擦込式アルコール製剤払出量	25.21mℓ	53.97mℓ	-
b.MRSA新規検出件数	173件	128件	-

A 病院全体

4. チーム医療	2020年度	2021年度	2022年度
a.褥瘡発生率 ★	0.09%	0.10%	0.08%
b.栄養サポートチーム介入件数	479件	411件	597件
c.クリニカルパス適応率	24.4%	32.7%	39.2%
d.緩和ケア加算取得件数	2811件	3171件	3153件
e.薬剤管理指導実施割合	66.6%	61.4%	68.6%
5. 救急医療	2020年度	2021年度	2022年度
a.救急入院率	27.0%	25.0%	22.0%
b.こども救急センター搬送受け入れ件数	71件	113件	116件
c.スーパー母体救命搬送受け入れ件数	23件	18件	32件
6. 患者支援・医療連携	2020年度	2021年度	2022年度
a. 入退院支援介入件数	11,468件	12,994件	
b. 入退院支援介入率	64.3%	72.2%	
c. がん相談支援センター認知率（全患者）★	32.0%	26.0%	33.0%
d. がん相談支援センター認知率（がん患者）★	58.0%	56.0%	60.0%
e. がん相談支援センター利用満足度 ★	71.0%	97.0%	86.0%
f. 外来化学療法延べ患者数	8881件	9069件	10378件
1. 各診療科での取り組み	2020年度	2021年度	2022年度
a. 臨床病期Ⅰ期肺がん肺葉切除における胸腔鏡率（呼吸器外科）★	60.0%	79.6%	98.1%
b. 臨床病期Ⅰ期肺がん肺葉切除における手術時間（呼吸器外科）	131分	124分	149分
c. 臨床病期Ⅰ期肺がん肺葉切除における出血量（呼吸器外科）★	10mℓ	3mℓ	10.9mℓ
d. 肺悪性腫瘍手術DPCIⅡ期間超率（呼吸器外科）★	22.44%	22.30%	22.30%
e. 肺悪性腫瘍手術パス適応率（呼吸器外科）★	94.71%	97.07%	97.07%
f. 大腸がんにおける腹腔鏡手術率（消化器外科）★	47.1%	80.0%	76.6%

B 疾患別

★は今回報告したものの。

当院クリニカルインジケーター（臨床指標）一覧

B 疾患別

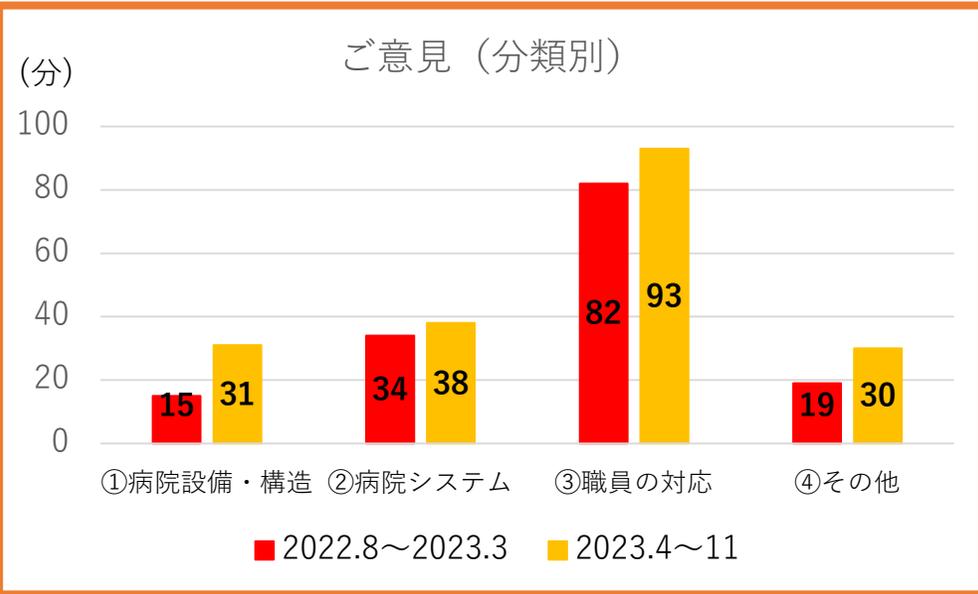
1. 各診療科での取り組み	2020年度	2021年度	2022年度
g. 大腸がんにおける術中出血量（消化器外科）★	158.5mℓ	85.9mℓ	83.8mℓ
h. 大腸がんにおける手術時間（消化器外科）	262分	316分	285分
i. 大腸がんにおける術後在院日数（消化器外科）★	19.6日	17.75日	14.9日
j. 肝がんにおける腹腔鏡手術率（消化器外科）	0%	19%	64%
k. 肝がんにおける手術時間（消化器外科）	277分	296分	287分
l. 肺がん化学療法の平均在院日数・DPC II 以内の退院率 ★	23.7日	17.4日	13.1日
m. 腋窩郭清省略症例割合（乳癌手術）★	72.7%	72.6%	84.3%
n. 心不全患者の平均在院日数（循環器内科・外科）★	24.5日	22.4日	22.0日
o. 心不全患者の再入院率（循環器内科・外科）★	17.0%	13.0%	12.0%
p. 都内病院・心不全入院患者数順位（循環器内科・外科）★	4位	4位	5位
q. 周術期口腔機能管理件数（歯科口腔外科）	636件	642件	896件

★は今回報告したもの。

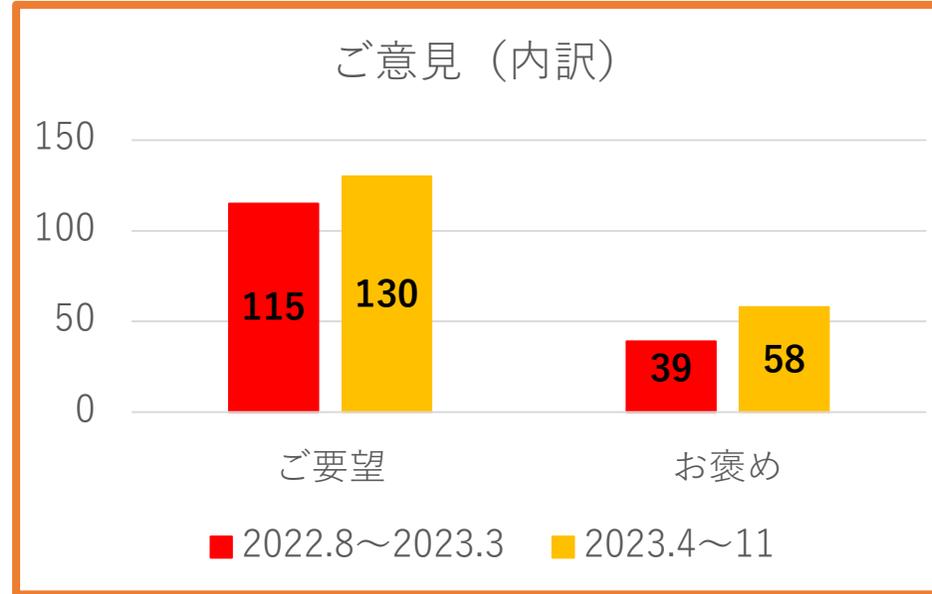
A.1.a 患者さんの声（意見箱投書） 件数と内訳

（患者意見トリアージ検討会）

指標値



指標値



【集計値（投書件数）】

2022.8月～2023.3月：149件

2023.4月～11月：168件

【集計根拠】

＜お褒め＞

感謝、ありがとうございます等が記載されている。

＜ご要望＞

酷い、対応が悪い、施設や運用の改善等が記載されている

*1枚の投書に複数のご意見が記載されているものもあるため、n数と指標値は一致しない。

活動

- 患者意見トリアージ検討会では、ご意見（投書）をスピーディかつ院内横断的に改善する目的で、2022年8月に立ち上げられた検討会です。
- 病院長、看護部長、事務長をはじめとした病院執行部及び医療の質・評価改善委員会、患者サービス/職場環境改善WG、患者支援センター運営WG、患者相談窓口担当から代表者が参加し、週1回開催しています。
- 毎週回収された投書を1件毎トリアージし、一部の意見については回答を掲示してホームページでも公開しています。

改善点と今後の課題

- 階段に鏡を設置して人の往来をわかりやすくする、トイレの間仕切りに視認しやすい色のラバーを貼り付ける（写真参照）など、活動を療養環境の改善に繋げています。
- 職員の対応についてはe-ラーニングを全職員向けに実施し、接遇向上に努めています。
- 今後のご意見を真摯に捉えて活動し、PDCAサイクルをまわしながら診療の質の向上に向けた取り組みを継続していきます。

改善の一例

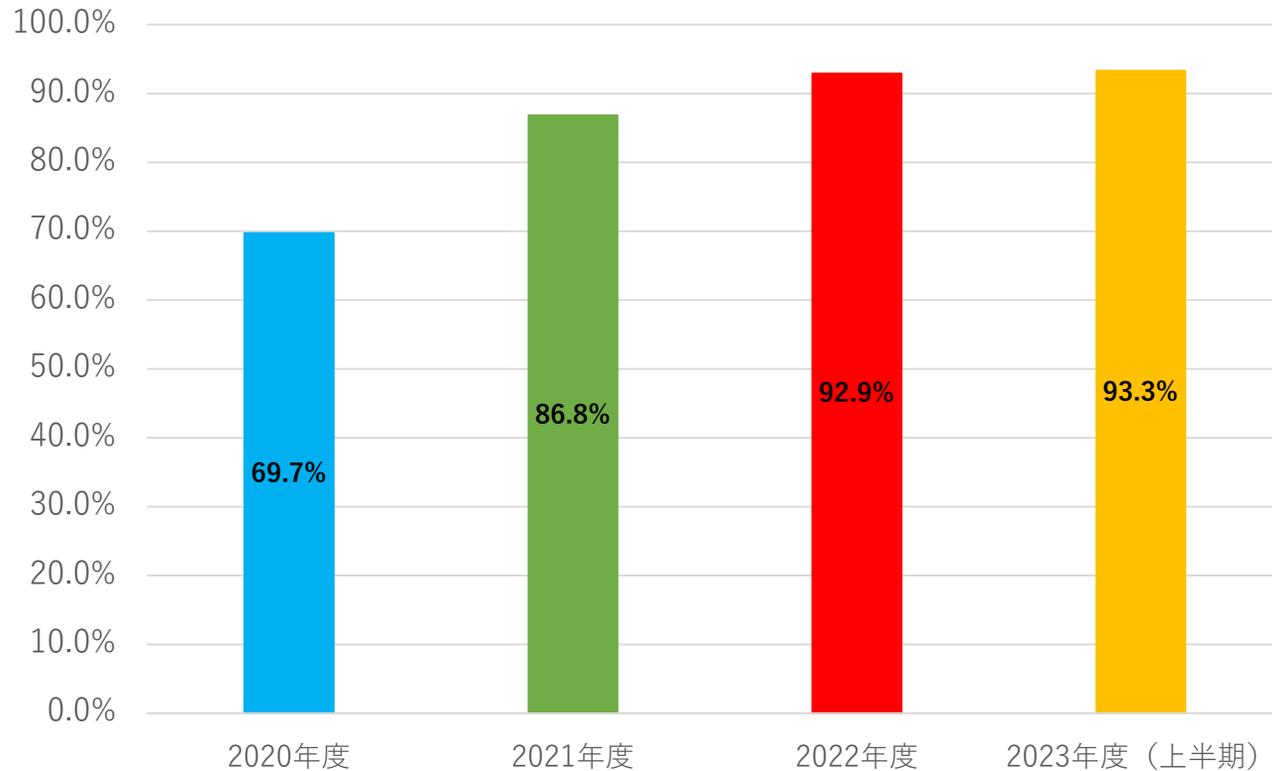


A.1.b 紹介初診予約取得率

(患者支援センター/医事課)

指標値

分子：初診予約取得件数
分母：予約電話申込件数



電話予約申込件数	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度 (上半期)
	9,562件	11,808件	13,775件	7,568件

ベンチマーク なし

活動

- ・従来、初診予約取得作業は、各診療科において対応をしておりましたが、他のお問い合わせ等と重複して、電話が繋がらず、場合によっては、初診患者さんが当院の受診を諦める事象もありました。
- ・上記の課題を解決する為、2016年4月より**初診電話予約の専用番号を設置し、初診予約取得のセンター化を実施しました。**
- ・2023年4月より、web予約システムも導入をし、更なる初診予約取得サービス向上を目指しております。

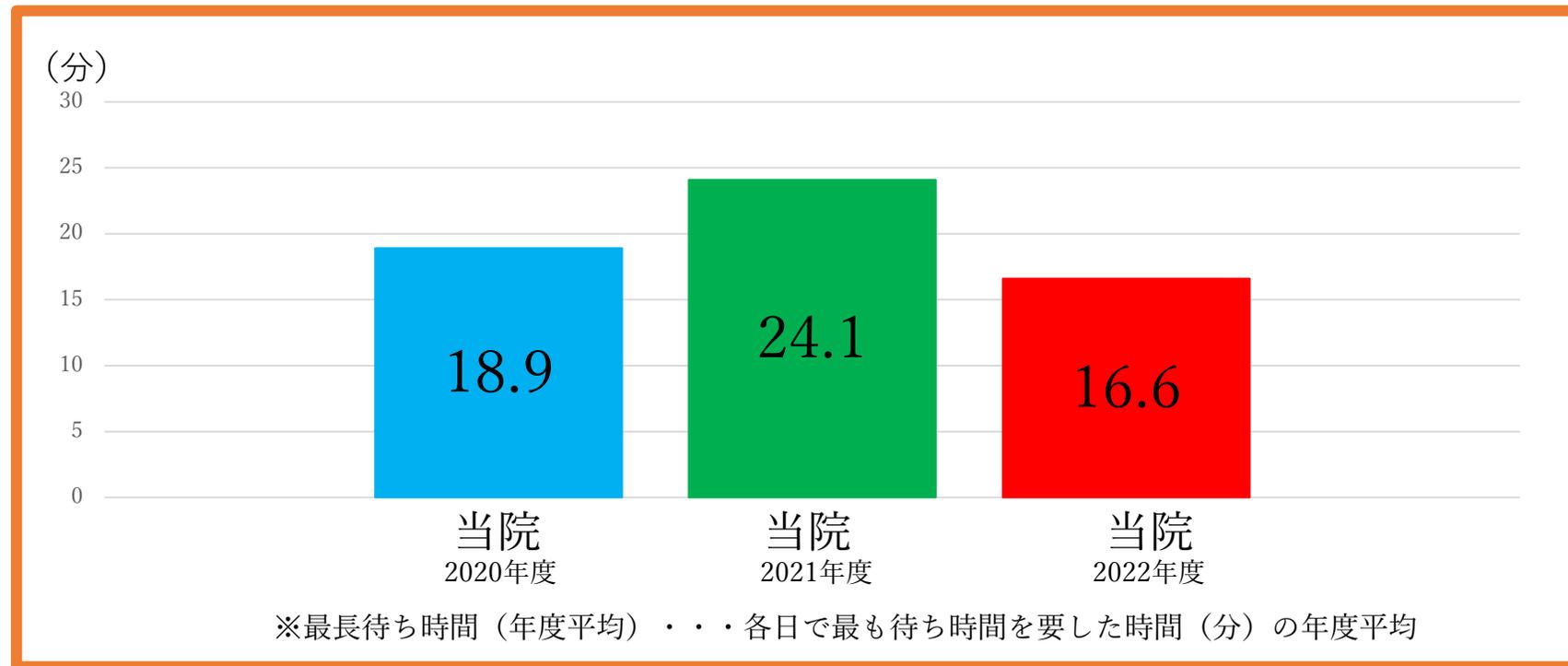
改善点と今後の課題

- ・紹介状持参患者さんの受け入れにおける予約取得率が70%前後であったことから、患者サービス及び紹介元医療機関からの評価向上のため、2021年7月以降、**初診予約枠を増枠したた為、予約取得率は90%台を維持しています。**
- ・現状においても、一部の診療科では予約枠が十分ではないと考えております。初診予約が取得しやすいことは、紹介患者増加につながるため、今後も随時見直しを行い、予約取得率100%を目指していきます。

A.1.c 外来採血室における患者さんの最長待ち時間（年度平均） （臨床検査部）

指標値

ベンチマーク なし



活動

- ・採血業務開始時刻を15分早めて7時45分とし、また臨床検査部全体で採血室の人員確保をし、お待ちいただく時間の短縮に努めています。
- ・患者さん毎に詳細な採血情報が得られるようにシステム変更を行い、より安全な採血に努めています。

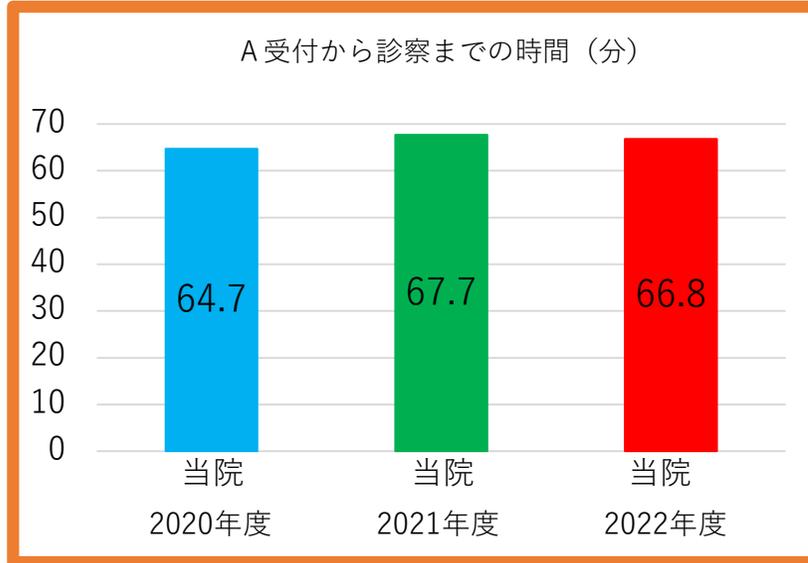
改善点と今後の課題

- ・新人臨床検査技師の採血業務トレーニングを継続していきます。
- ・どの採血者も迅速に採血が出来るように各技師でのバラツキを失くすように努めます。
- ・患者さんへのサービス向上を目指し臨床検査部独自に接遇研修を行っています。今後も接遇研修を継続していきます。

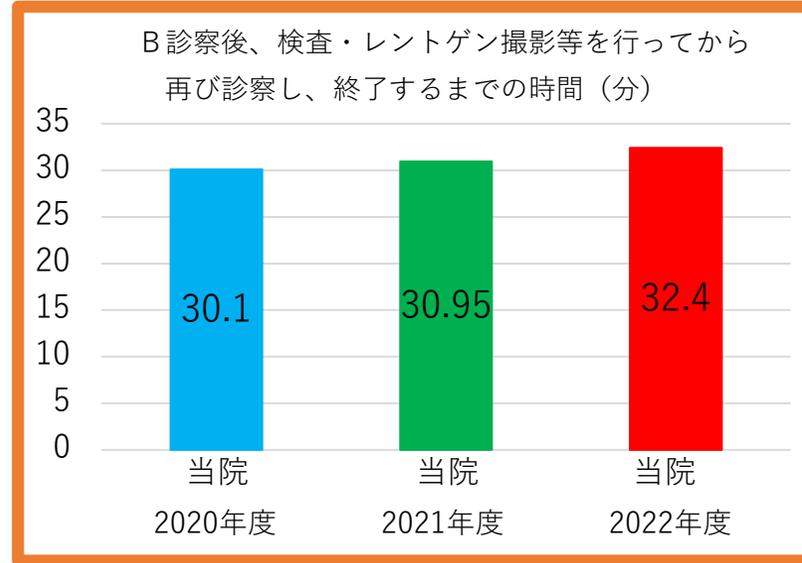
A.1.d 外来診察平均待ち時間

(病院合同会議／医療情報課)

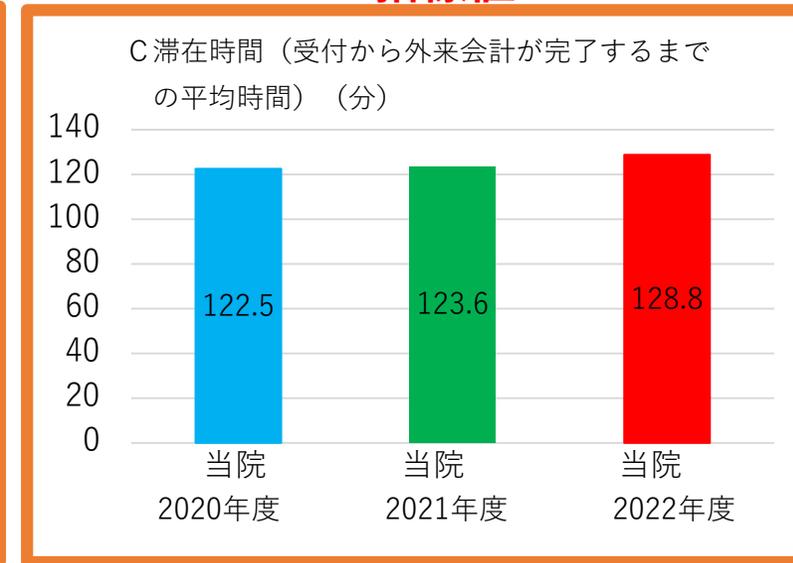
指標値



指標値



指標値



活動

- ・当該データは毎月1回開催される各診療科の部長が出席する **部長会・科長会合同会議に診療科ごとに提示され**、各項目において、待ち時間の長い診療科へは理由や改善策を確認しています。
- ・診療の流れの中で患者さんの待ち時間が長いポイントを調査し、**まず外来採血室での待ち時間の短縮**に取り組みました。
- ・2022年度は滞在時間は延長し、診察後、検査を行ってから再び診察し、終了するまでの時間も延長していましたが、新型コロナウイルス感染症下での診療もあり、また1回の受診ですべての検査を行い、**結果を伝える努力 (過去は検査のみの受診、検査結果通知のみの受診もあった)**をしている診療科もあることがわかり、それが時間の延長につながっていましたが、患者さんの満足度は向上しているものと考えています。

ベンチマーク
なし

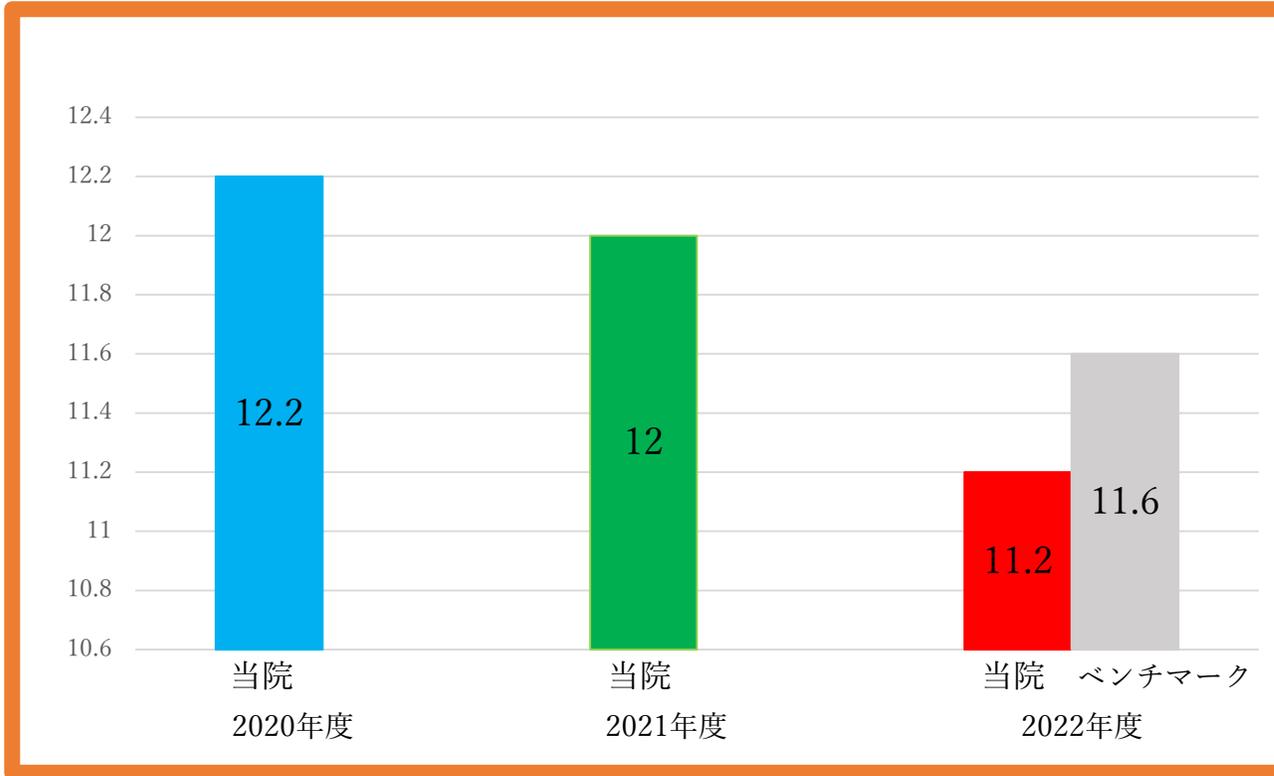
改善点と今後の課題

- ・今後も **患者さんの無駄な待ち時間を軽減する取り組みを継続し、患者さんの満足度調査の解析を含め有益な診療につなげられる運用やシステム改善に努めます。**

A.1.e 平均在院日数

(医事課)

指標値



ベンチマーク

2022年度 11.6日

私立医科大学協会病院基礎データ集計 (令和4年度)

86施設平均

活動

- 急性期病院である当院にとって、平均在院日数の短縮を図ることは重要な取り組みです。年に3回、各診療科部長・科長に対して病院長、副病院長がヒアリングを行い、診療科ごとのデータを提示して平均在院日数を確認し合っています。
- 地域貢献の為、在院日数を短縮し病床回転率を高めることが重要です。
- 当院では、平均在院日数を短縮する為、様々な会議体で資料を提示して、平均在院日数の改善に努めています。

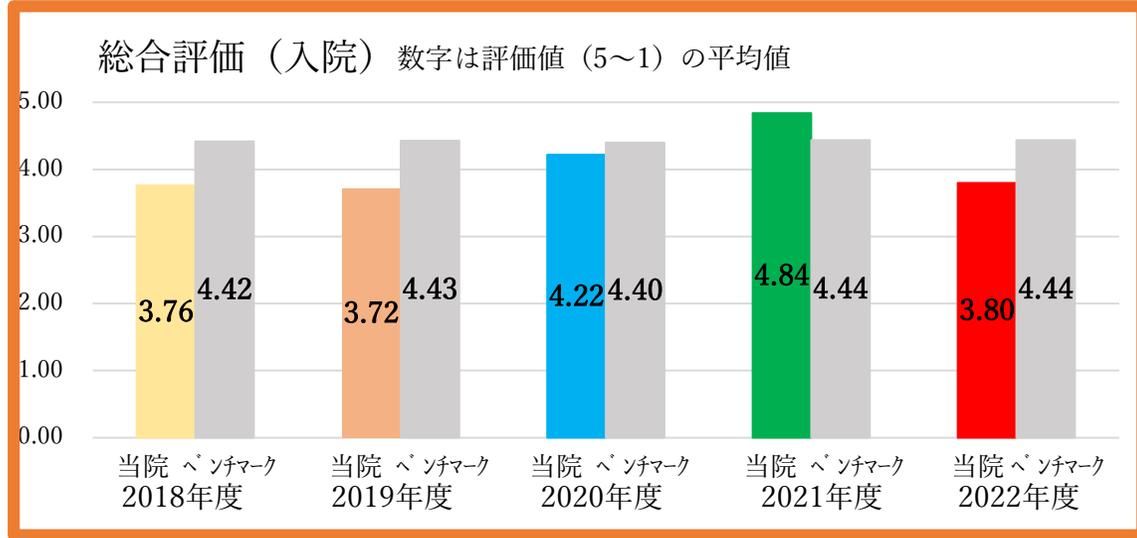
改善点と今後の課題

- 院内での様々な会議体及び病院長と各診療科との意見交換会での資料提示による平均在院日数改善の呼びかけや、クリニカル・パスの見直し等、効率の良い入院医療（在院日数を短くする）に取り組んできた効果が出たと考えます。
- 今年度（令和5年度）においても、速報値（令和5年9月現在）で、10日前後となっています。

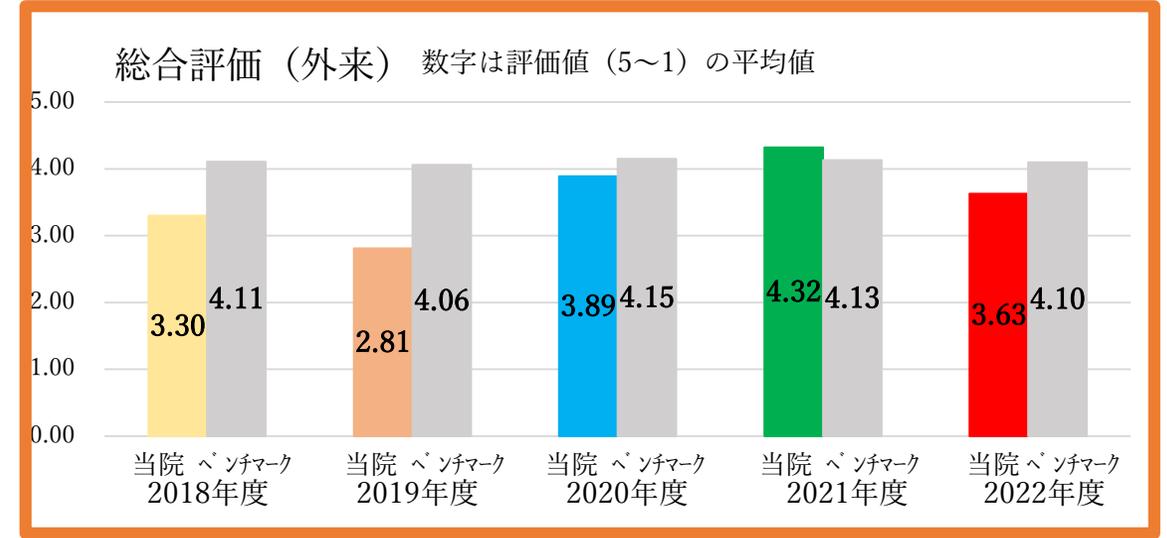
A. 1.j/k 患者満足度総合評価

(医療の質・評価改善委員会)

指標値



指標値



ベンチマーク：日本病院機能評価機構 患者満足度・職員やりがい度活用支援平均値

活動

- 2018年から日本病院機能評価機構の患者満足度・職員やりがい度活用支援へ参加しており、グラフの数字は「総合評価」の項目(評価値5～1)の平均値です。
- 結果を医療の質・評価改善委員会で評価し、改善点を抽出し、病院執行部、各診療科、各部門と共有しています。
- 結果を当院ホームページへ掲載し、公表しています。

改善点と今後の課題

- 2020年、2021年度と満足度は向上し、ベンチマークを越えました。患者満足度調査の結果を病院全体で共有し、改善に向けた努力をした結果だと考えます。
- 2022年度は前年に比較しやや低下しましたが、2019年度以前と比べると明らかに向上しております。
- 2022年6月から本評価をさらに向上させるために、病院執行部が参加する患者サービス・職場環境改善ワーキンググループ及び患者意見トリアージ検討会（毎週1回）を設置し、当院の医療サービスについて、患者さんが感じていることを把握し、その結果を踏まえ、診療の質の向上を目指しています。

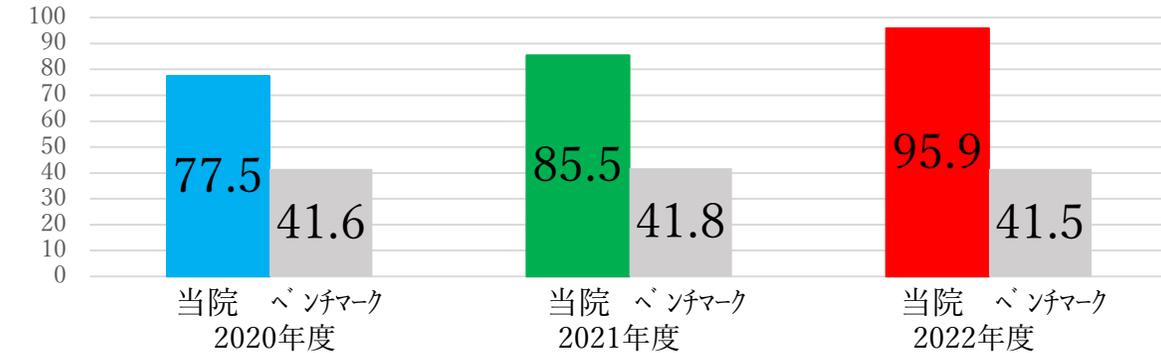
A.2.a 入院インシデント・アクシデント報告

(医療安全管理室)

指標値：報告件数（100床あたり）

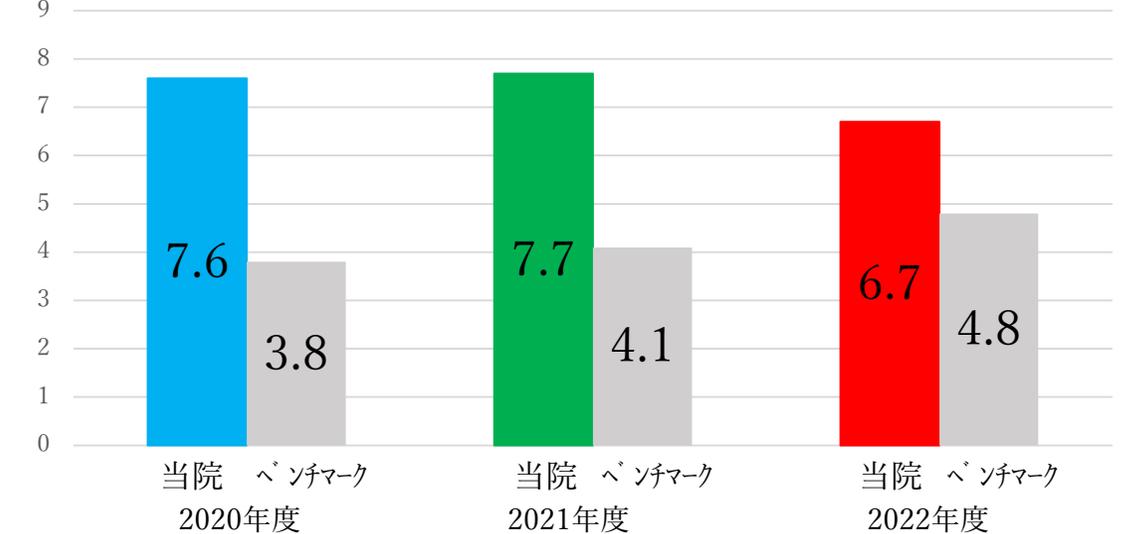
指標値：医師による報告に占める割合

分子：インシデント・アクシデント報告件数/月×100(疑義照会含む)
分母：許可病床数（各年度の3月31日時点）×12カ月



レベル	2020年度	2021年度	2022年度
レベル0	22.5	25.7	27.2
レベル1	33.1	39.7	51.4
レベル2	11.7	10.6	9.8
レベル3	9.5	8.8	6.9
レベル4	0.1	0.1	0.1
レベル5	0.6	0.6	0.4
総合計	77.6	85.5	95.9

分子：分母のうち医師が提出したインシデント・アクシデント報告件数(疑義照会含む)
分母：インシデント・アクシデントの総報告件数



ベンチマーク
2020年度 3.8% 2021年度 4.1% 2022年度 4.8%
日本病院協会Qiプロジェクト参加施設（回答施設）の平均

ベンチマーク 2020年度 41.6件 2021年度 41.8件 2022年度 41.5件
日本病院協会Qiプロジェクト参加施設（回答施設）の平均

活動

- 医療安全管理委員会で、毎月、報告件数をはじめとしたデータを時系列で示すなど、医療安全における報告文化の醸成に向けて、レベル0レベルの積極的な報告を継続して伝達、周知してきました。
- 診療部門、看護部門など部門ごとの報告割合も示し、報告が少なかった診療部門には、研修医を含め、医療安全活動の推進に積極的な報告が重要であることを説明し、強化を図っています。

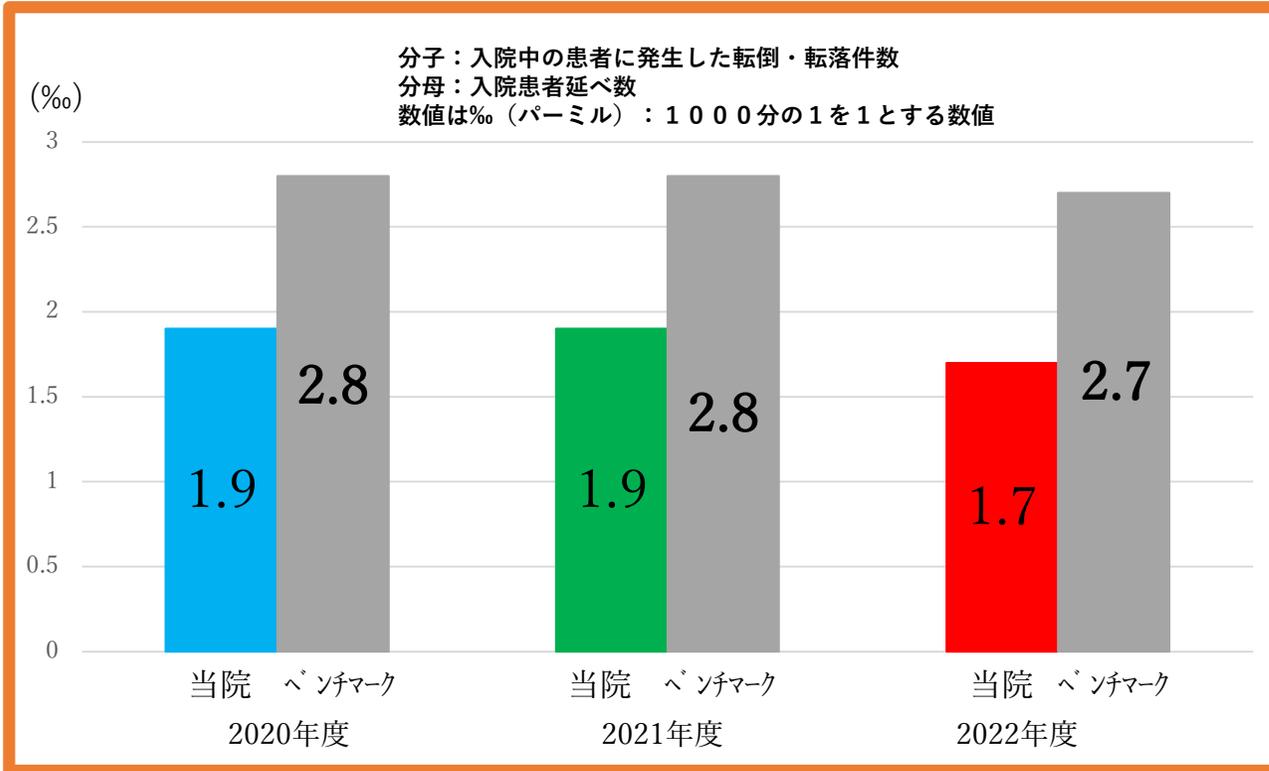
改善点と今後の課題

- 報告件数が年度ごとに増加していき、その中でもレベル0及び1の報告件数が増加しています。報告文化の醸成が進んでいることが示唆されます。
- 医師による報告件数は総件数の10%には達していませんが、ベンチマークと比較して高い傾向にあります。
- 今後は、報告内容を事故発生の防止のために活用するとともに、引き続き、レベル0の報告件数の増加を推進していきます。

A.2.b.1 入院患者の転倒・転落発生率

(医療安全管理室)

指標値



活動

- 医療安全管理室のワーキンググループとして転倒転落予防ワーキンググループを設置し取り組みを行ってきました。
- 発生事例を分析し、リスク要因や予防策の充実に現場にフィードバックし、発生防止、再発防止に努めています。
- 現場でのリスクアセスメントの強化のため、転倒転落発生時の重症化率に影響を及ぼす薬剤をリスト化したものを配布し、周知しました。

ベンチマーク

2020年度 2.8‰
2021年度 2.8‰
2022年度 2.7‰

※数値は‰（パーミル）1000分の1を1とする数値

日本病院協会Qiプロジェクト参加施設（回答施設）の平均値

改善点と今後の課題

- 転倒転落予防ワーキンググループの取り組みにより**発生件数は減少**しました。
- 高齢化に伴い、転倒転落リスクおよび転倒転落発生時の重症化は必至であり、今後は**リスク評価の精度の向上**を図るとともに、**転倒時の重症化を最小限にするような予防対策の充実**を図っていくことが課題です。
- 転倒転落発生時の重症化に関連する薬剤に焦点をあてた**ポリファーマシー対策の推進**を進めていきます。
- 患者自身の転倒転落防止に対する意識の向上を図るような取り組みも進めていきます。

< 外来での取り組み例 >

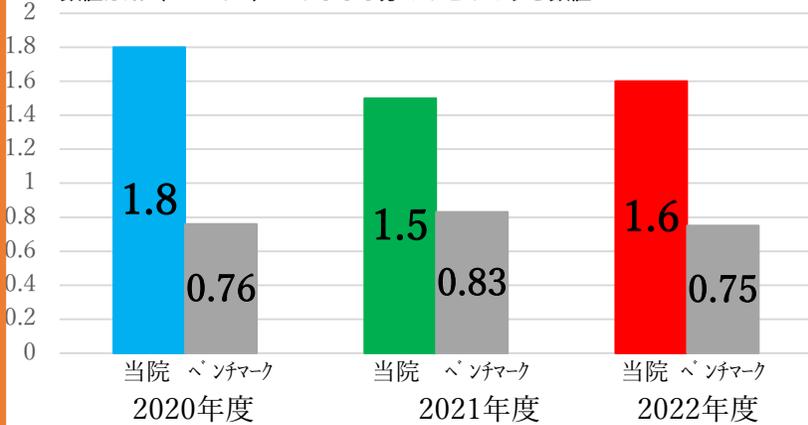


A.2.b.2.3.4 入院患者の転倒・転落発生率（要因別）

（医療安全管理室）

指標値：損傷レベル2以上の発生率

分子：入院患者の転倒・転落による損傷発生数（損傷レベル2以上）
分母：入院患者延べ数
数値は%（パーミル）：1000分の1を1とする数値

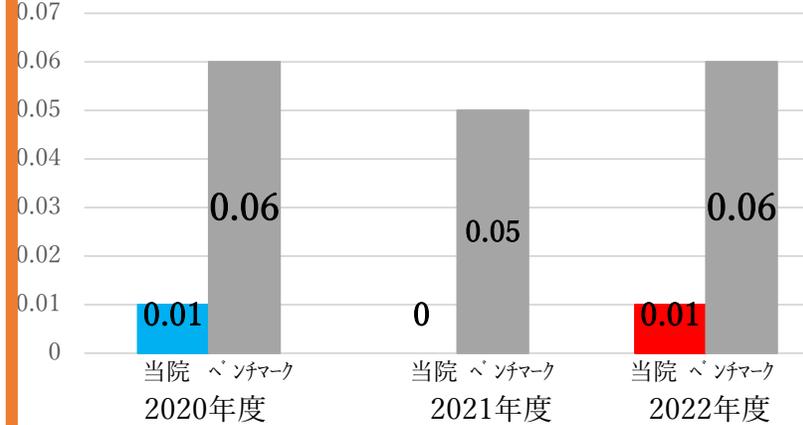


活動

- 医師、看護師、コメディカル（事務含）で構成された医療安全管理室転倒転落予防ワーキンググループの活動で、発生事例の分析、リスクアセスメントの見直し、予防対策の検討を進め、看護部委員会と連携した対策実施を図っています。
- 転倒転落予防のためのリスクアセスメントの精度の向上を図るため、リスク項目の見直しを行っています。
- 高齢化に伴う、高齢者の転倒転落発生の増加は必至であり、高齢者のリスクアセスメントの強化にも努めています。**

指標値：損傷レベル4以上の発生率

分子：入院患者の転倒・転落による損傷発生数（損傷レベル4以上）
分母：入院患者延べ数
数値は%（パーミル）：1000分の1を1とする数値

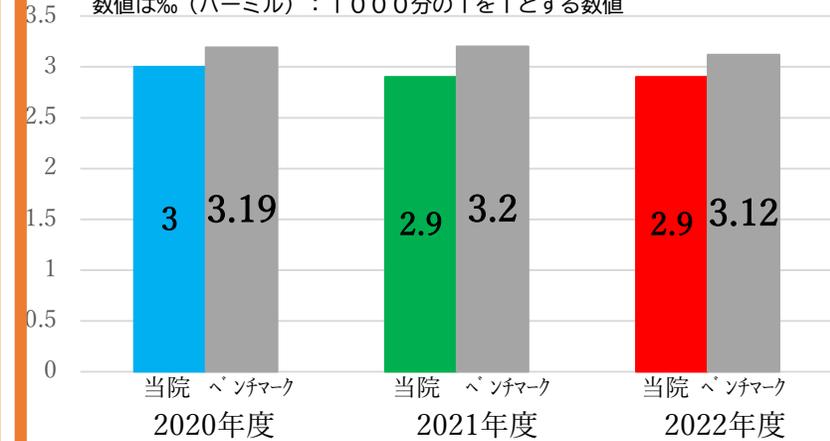


改善点と今後の課題

- 発生件数は減少**しています。
- 損傷レベル2以上の発生率はベンチマークと比して高値ですが、一方で損傷レベル4以上の発生率はベンチマークと比して低値であり、**転倒転落発生時の重症化率は低いことを示しており**、取り組みの成果と考えます。
- 65歳以上の発生率がベンチマークと比して低値**であり、高齢者のリスク評価の強化の成果が反映されていると考えます。
- 転倒転落予防とともに発生時の重症化を最小限にする取り組みを進めていきます。

指標値：65歳以上の発生率

分子：65歳以上の入院患者の転倒・転落発生数
分母：65歳以上の入院患者延べ数
数値は%（パーミル）：1000分の1を1とする数値



ベンチマーク

日本病院協会Qiプロジェクト参加施設（回答施設）の平均値

	損傷レベル2以上	損傷レベル4以上	65歳以上
2020年度	0.76‰	0.06‰	3.19‰
2021年度	0.83‰	0.05‰	3.20‰
2022年度	0.75‰	0.06‰	3.12‰

※数値は%（パーミル）1000分の1を1とした数値

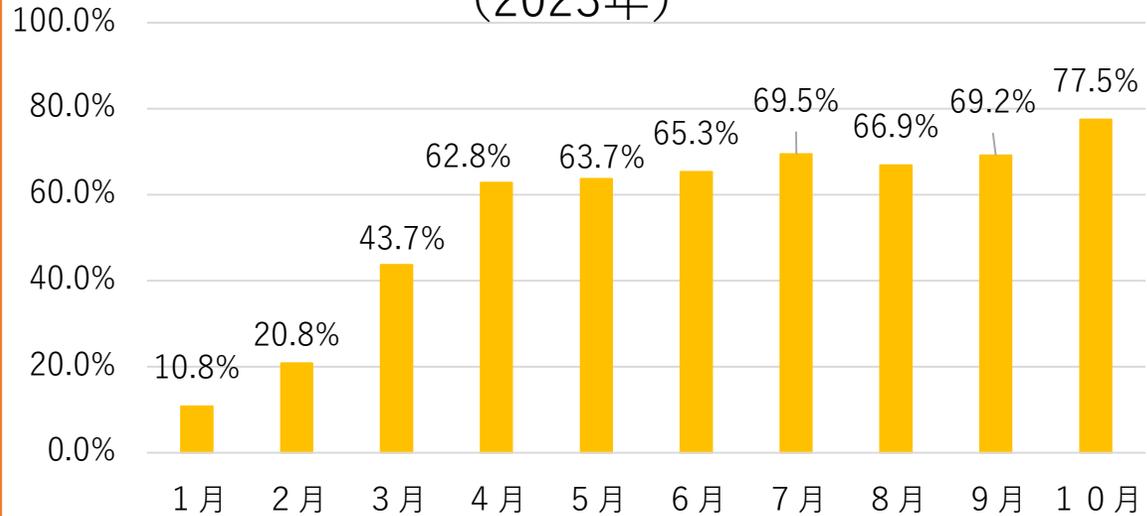
A.2.d.1.2 ICテンプレート意思決定支援

(医療安全管理室/病歴課)

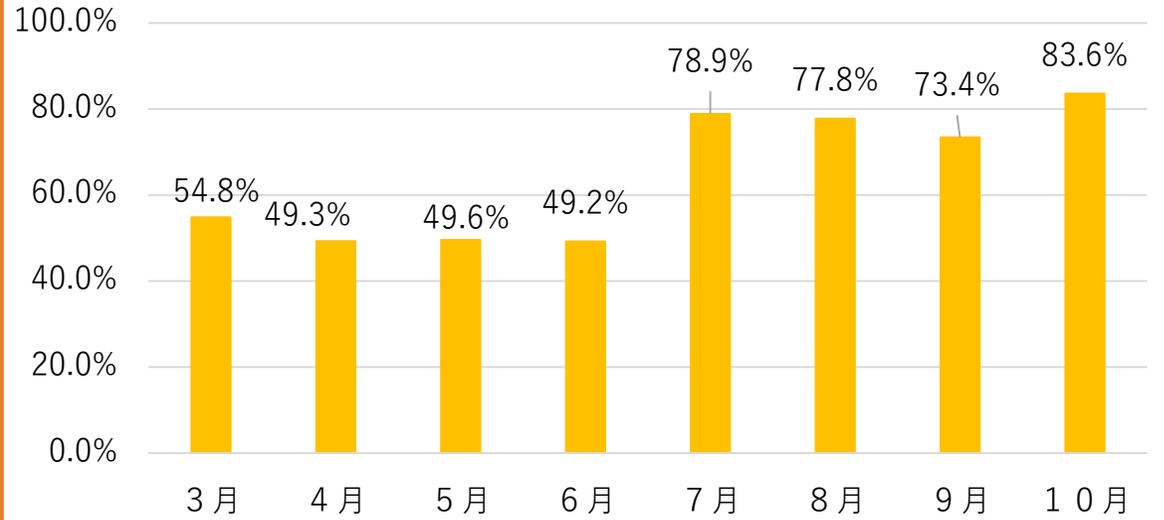
指標値：入力割合

指標値：同席割合（必要度・強）

ICテンプレート意思決定支援入力割合
(2023年)



ICテンプレート意思決定支援同席割合(グレード強)
(2023年)



活動

- ICテンプレートを作成し、IC必須項目の明確化とともに「患者、家族の反応、受け止め」「意思決定支援」の記載の充実を図りました。
- IC同席の必要度を「推奨（強）（中）（弱）」で分類し、「推奨（強）」に焦点を当ててIC同席率の改善に取り組んでいます。
- 2023年6月からは部長会・科長会・病院合同会議において、同席率が50%以下の診療部、部署には、同席率改善を求める文書を作成、配信しています。**
- 看護部では意思決定支援に関する研修を行い、病歴課では質的監査を実施し、意思決定支援の充実と質の向上を図っています。

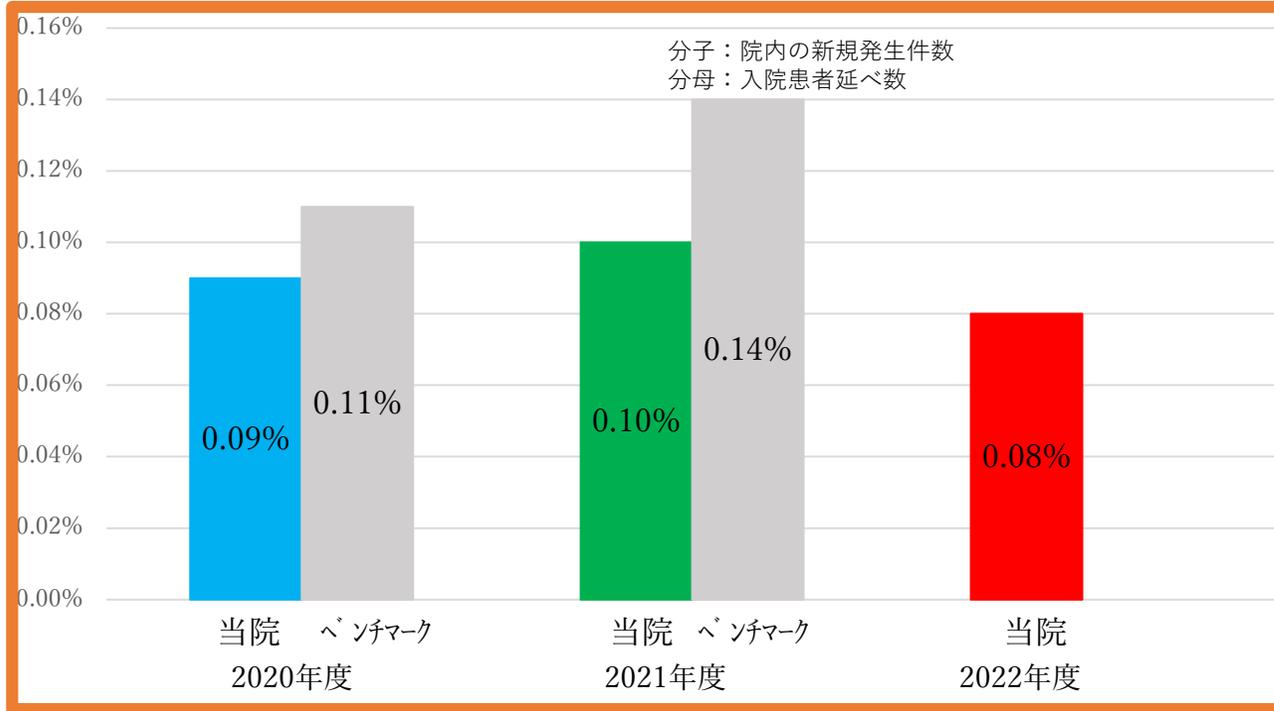
改善点と今後の課題

- 活動を開始後、ICテンプレート意思決定支援入力割合、IC同席割合ともに改善がみられ、**同席割合は80%以上まで改善**を認めました。
- ICテンプレート意思決定支援入力は、2023年度における10か月で7倍の77%まで改善**ができました。
- 現在は「推奨（強）」に焦点を当てて取り組んでいますが、**診療科によって実施割合の差異が認められる**ため、すべての診療科で実施割合が改善できるような取り組みを強化していきます。

A.4.a 褥瘡発生率

(褥瘡予防対策室)

指標値



ベンチマーク

2020年 0.11%

2021年 0.14%

日本病院会Q iプロジェクト参加施設（回答施設）の平均値
※分子はd2以上の褥瘡の院内新規発生患者数

活動

- 褥瘡発生数の低下やケアの充実のために、看護師の褥瘡回診への参加、定期的スキンケアラウンド、スキンケア院内認定看護師の育成や褥瘡ケア用品を整備するなど、様々な活動を展開しています。
- 定期的にリンクナース会を開催し、ケースカンファレンスや褥瘡予防に関する知識の普及に努め、**リンクナースを通じた正しいリスクセサメントの実施を励行しています。**

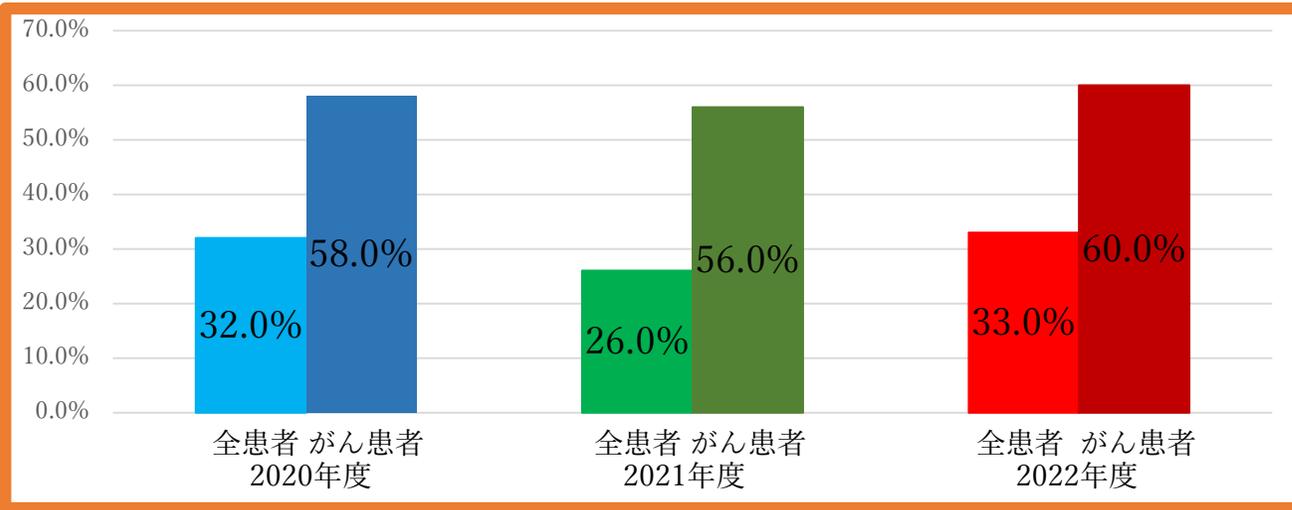
改善点と今後の課題

- 褥瘡発生の外的要因は、『ポジショニング不足』が最も多く、次いで『皮膚の浸軟』『体圧分散マットレスの未使用』が挙げられます。これらの要因は会議等でその都度周知していますが、引き続き様々な機会を活用し、褥瘡発生の予防に努めます。
- リンクナースを中軸とした活動を今後も推進し、定期的なリスクアセスメントと患者にあわせた丁寧な看護ケアに取り組みます。**

A.6.c/d がん相談支援センター認知率

(がん相談支援センター)

指標値



活動

- がん相談支援センターは院内患者さん・ご家族だけでなく、他院の患者さん・ご家族、地域住民の方など誰でも利用できますが、**周知が十分ではないことが課題となっていました**。当病院のがん相談支援センターの認知度と認知経路、課題を把握するため、2020年から患者満足度調査とともに、**がん相談支援センターについてのアンケート調査を行い**継続した評価・改善を図っています。
- 院内・院外へのがん相談支援センターのパンフレット・紹介カード、がん相談支援センターだより等の配布、院内掲示物での広報活動以外にも、院内スタッフへの啓蒙活動を行っています。**

ベンチマーク

がん患者体験調査報告書 平成30年度調査
令和2年10月 厚生労働省委託事業 国立がん研究センター

66.4% (がん患者)

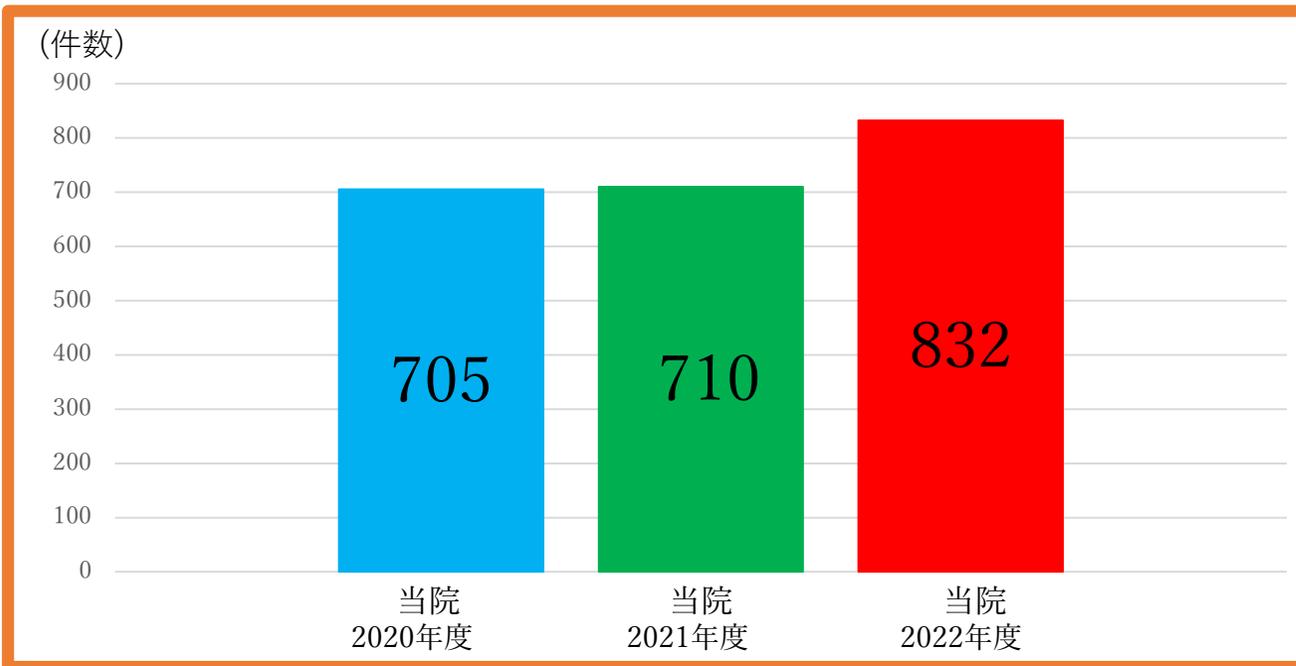
改善点と今後の課題

- 広報活動等により認知率は上昇しましたが、アンケートに「**相談している内容がわからない**」「**気軽に利用できるか知りたい**」との記載があり、**院内のデジタルサイネージ**にがん相談支援センターPR動画を2023年（令和5年）3月から掲載開始しました。
- 院内スタッフや主治医からの紹介による利用率が高いため、院内の医療従事者への周知活動を繰り返し行っていきます。**令和4年8月1日に交付された「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」**では、**外来初診時から治療開始までに、がん患者及びその家族が必ず一度はがん相談支援センターを訪問することが望ましい**とされたことから、体制整備を進めていきます。

A.6.e がん相談支援センター利用件数

(がん相談支援センター)

指標値



ベンチマーク
なし

活動

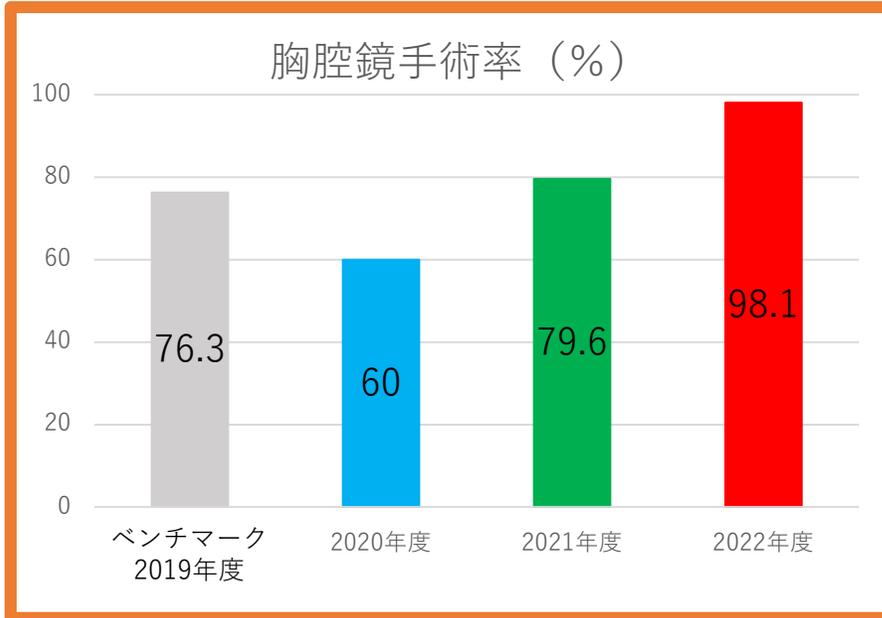
- がん相談支援センターの周知が十分ではないことはわが国としても課題です。当院のがん相談支援センターの認知度と認知経路を把握するため、2020年から患者満足度調査とともに、がん相談支援センターについてのアンケート調査を行い、継続した評価・改善を図っています。
- 院内・院外へのがん相談支援センターのパンフレット・紹介カード、がん相談支援センターだより等の配布、院内掲示物での広報活動以外にも、院内・院外の医療従事者向けのセミナーでも啓蒙活動を行っています。

改善点と今後の課題

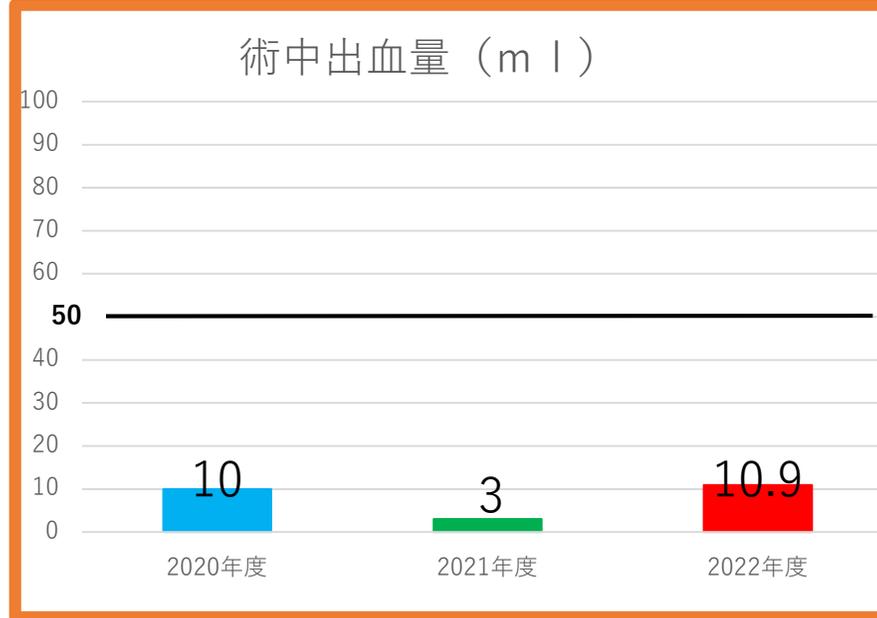
- 今後もアンケート調査を継続評価・分析して認知度向上を図り、利用数増加につなげていきます。
- 主治医や院内スタッフ向けに冊子「がんと診断されたあなたに知ってほしいこと」の配布や活用を通じて、相談を必要とする方々をがん相談支援センターをご利用いただくよう周知し利用数増加へ取り組んでいきます。

B.1.a/c 臨床病期Ⅰ期肺がん肺葉切除 (呼吸器外科)

指標値



指標値



ベンチマーク
日本胸部外科学会全国集計年次報告
(2019)
76.3% (肺癌手術全体)

活動

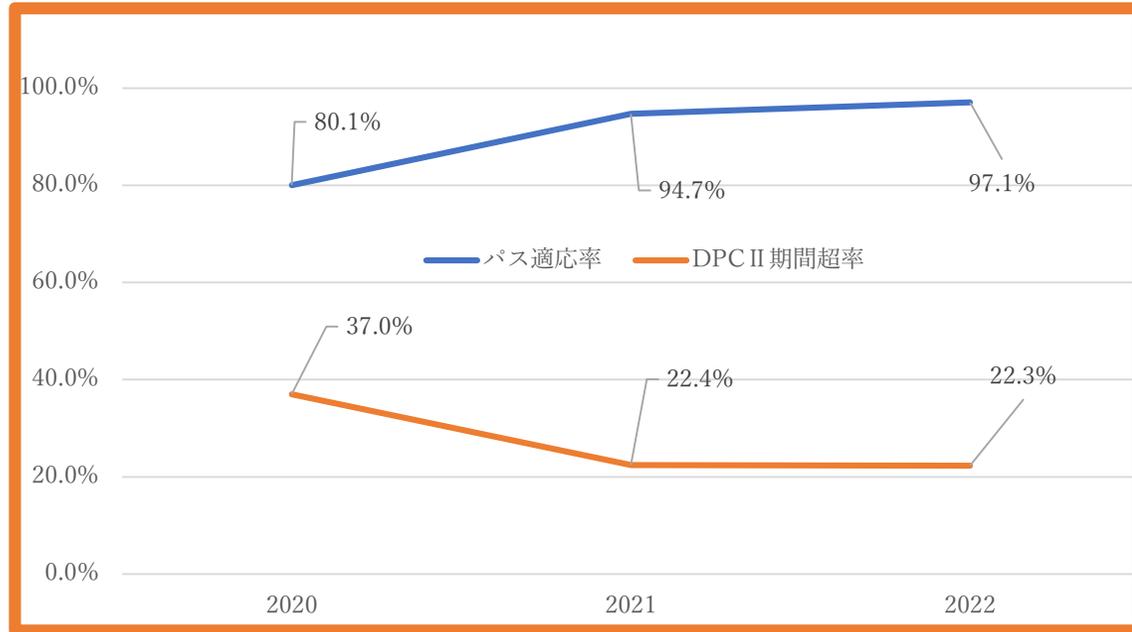
- 手術機器の発展および手術技術の成熟を背景に手術が低侵襲化しています。
- 2016年に呼吸器外科部長として櫻井裕幸医師が就任し、**肺がんに対する胸腔鏡手術を導入しました。手技の工夫、出血量、手術時間を意識した手術を行ってきました。**

改善点と今後の課題

- 着実に胸腔鏡手術の割合が増加し、**2022年度には98.1%まで増えました。**それに伴い**出血量は減少、手術時間の短縮も達成**することができました。
- 今後も更なる**技術の向上および安全な手術を行う努力を続ける**とともに、併せて若手医師への指導を行っていきます。

B.1.d/e 肺悪性腫瘍手術DPCII期間超率とパス適応率 (呼吸器外科)

指標値



活動

- 呼吸器外科ではクリニカルパス適応率との向上とDPC II期間を超えないため、**就業開始時と終了前に入院患者カンファランスを行い、医局全体で患者さんの状態や入院期間の把握を行ってきました。**

ベンチマーク

全国大学病院 (500床以上) 19施設



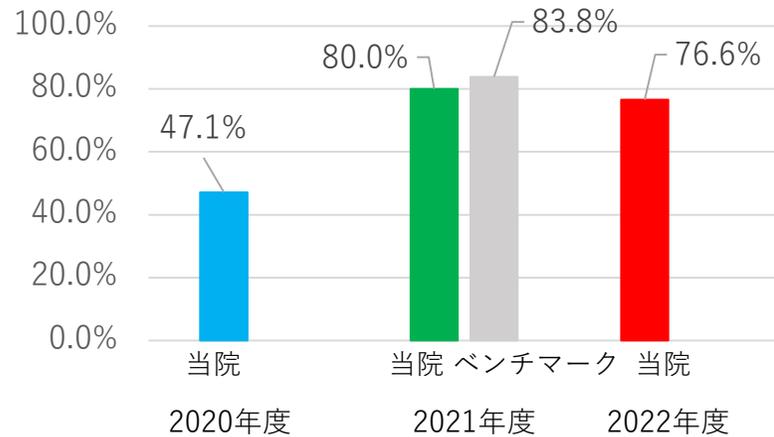
改善点と今後の課題

- パス適応率は2020年度80%から2022年度は97%まで向上し、DPC II期間超率は2020年度37%から2021、2022年度は22%まで低下しました。
- 肺がん患者は基礎疾患を有する高齢者を手術することが多く、一定の割合でDPC II期間超が生じている。**今後さらにDPC II期間超患者を検討することで、より安全で効率的な医療を目指していきます。**

B.1.f/g/h/i 大腸がん切除 (消化器外科)

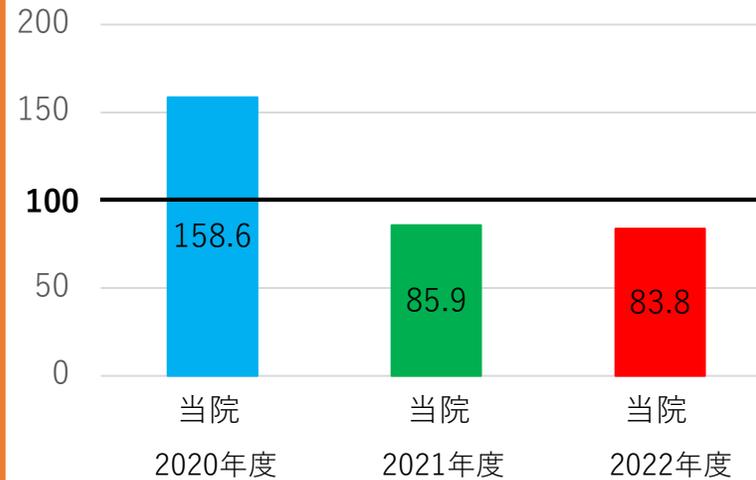
指標値

腹腔鏡下手術率 (%)



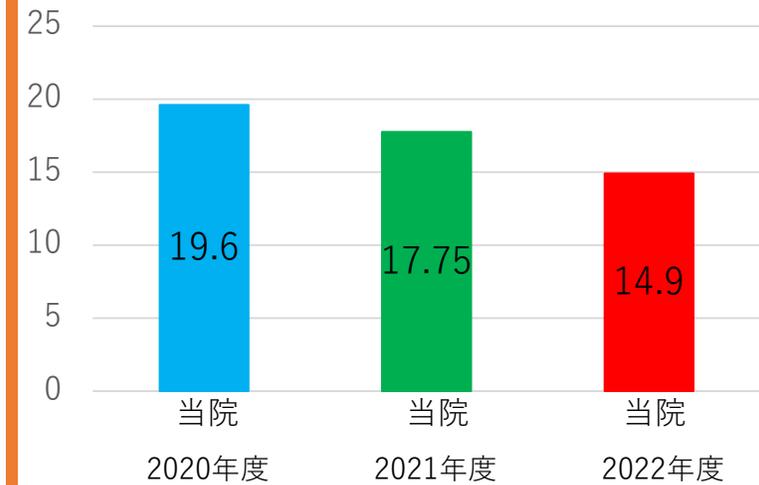
指標値

出血量(mL)



指標値

術後在院日数(日)



ベンチマーク

日本内視鏡外科学会(会員限定 アンケート集計結果)
(2021)

83.8%

(大腸がん症例に占める内視鏡下手術)

活動

- ・2019年から大腸癌に対して低侵襲性治療である腹腔鏡下手術を導入しました。
- ・腹腔鏡下手術率は**80%前後まで上昇しており、その結果として手術中の出血量は減少しています。**

改善点と今後の課題

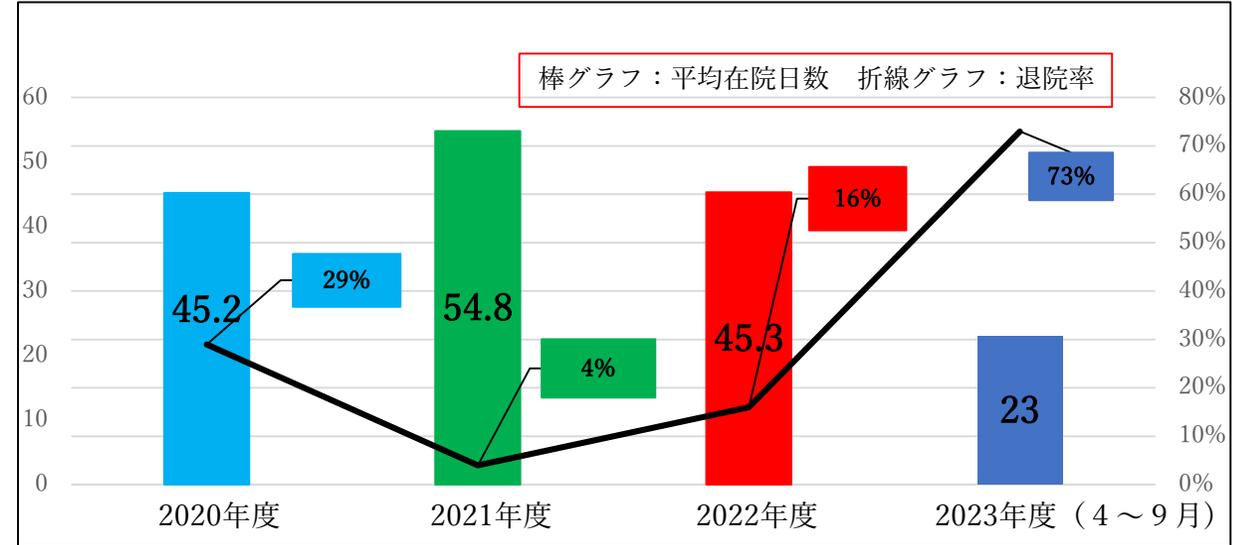
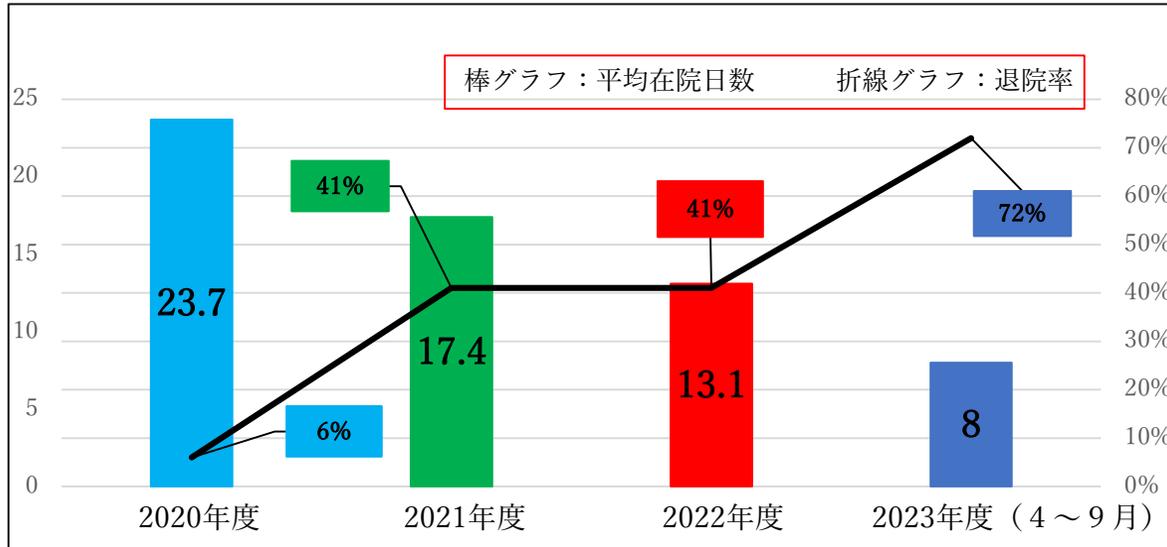
- ・術後の在院日数はだんだん短縮しています。
- ・**腹腔鏡下手術率がベンチマークを越すように努めます。**

B.1.1 肺がん化学療法 of 平均在院日数、DPC入院期間II以内の退院率

(呼吸器内科)

**指標値：肺の悪性腫瘍 手術なし 処置なし
化学療法ありかつ放射線療法なし**

**指標値：肺の悪性腫瘍 手術なし 処置なし
化学療法ありかつ放射線療法あり**



ベンチマーク 2020年度 9.25日
厚生労働省全国平均在院日数 (大学病院本院群) の平均値

ベンチマーク 2020年度 29.31日
厚生労働省全国平均在院日数 (大学病院本院群) の平均値

活動

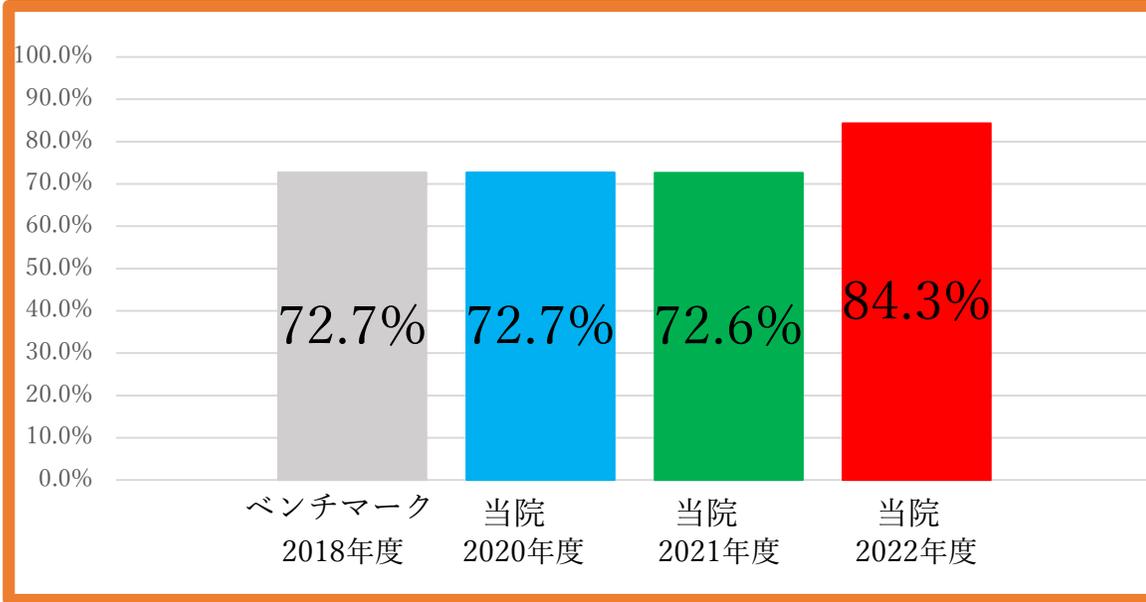
- 呼吸器内科で施行した化学療法で最も施行数が多い免疫チェックポイント阻害薬はDPC対象外のため上記データには含まれていません。
- 呼吸器内科では肺がん **患者さん各々の肺がんの性質(遺伝子異常や組織型など)に合わせて、術前、術後も含め肺がんに対し幅広く化学療法を行なっています。**
- 新規に承認された抗がん剤や最新の研究成果を積極的に取り入れて治療に活かしています。

改善点と今後の課題

- 当院は高齢や併存症のある肺がん患者さんが多いため、以前は在院日数が全国平均に比べ長い傾向がありました。
- 最近では化学療法に伴う **支持療法を充実させることで副作用の発現を減らし、以前に比べ在院日数は短縮しています。**
- 診療の効率化を進め、在院日数の適正化をさらに推進していきます。

B.1.m 腋窩郭清省略症例割合 (乳癌手術)

指標値



ベンチマーク

日本乳癌学会全国集計年次報告 (2018)

72.7%

活動

- ・ 現在乳癌手術のトレンドは、治療成績を損なうことなく腋窩郭清術を省略することです。腋窩郭清術は優れた治療ですが、リンパ浮腫という合併症を引き起こします。最近センチネルリンパ節転移陽性患者さんに対して腋窩郭清術の代わりに放射線治療が実施されるようになってきました。放射線治療の局所再発率は郭清術と同じぐらい低く、リンパ浮腫の発生率が郭清術よりも明らかに低いことがわかってきたからです。
- ・ 当院でもセンチネルリンパ節転移陽性症例に対して**腋窩郭清術を実施する代わりに放射線治療を実施することで、治療成績を損なうことなくリンパ浮腫が起りにくい治療を導入しています。**

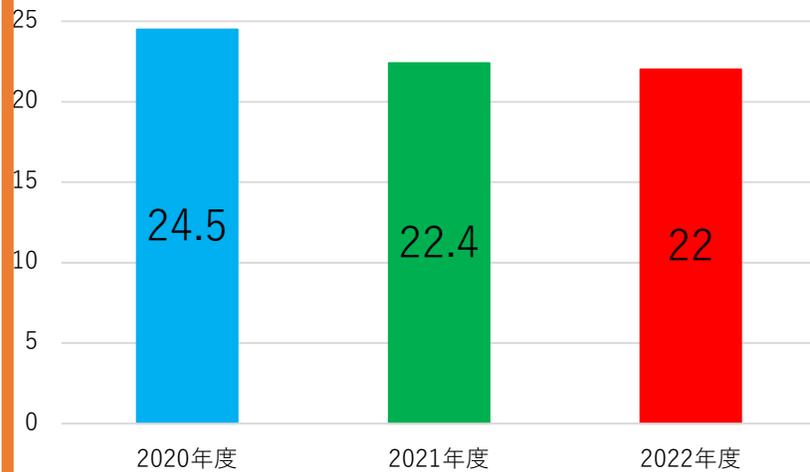
改善点と今後の課題

- ・ グラフにあるように**腋窩郭清術を実施しない手術の割合が近年増加していることがわかります。**
- ・ 今後も患者さんにより治療が提供できるよう努力していきます。

B.1.n/o/p 心不全患者の平均在院日数、再入院率、都内病院・心不全入院患者数順位 (DPCデータから) (循環器内科・心臓血管外科)

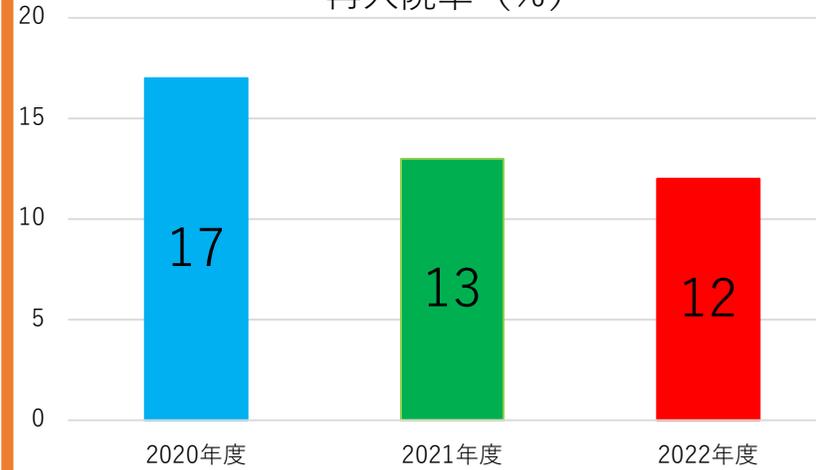
指標値

平均在院日数 (日)



指標値

再入院率 (%)



ベンチマーク

都内DPC病院367施設入院患者数順位



活動

- 心不全は再入院率が40~50%と非常に高い疾患です。
- 今後起こるといわれている心不全パンデミックに向けて当院では**2017年から循環器内科と心臓血管外科と多職種により心不全チームをつくり、2018年から心不全外来・心不全看護外来を開設し、近隣施設や医師会との勉強会を開催するなど心不全地域連携強化**してきました。
- 再入院予防のため、2021年からFantastic 4といわれる心不全治療を導入し、**地域の医療従事者と医療用SNSを活用し連携強化**を行ってきました。

改善点と今後の課題

- 心不全治療強化、心不全外来・心不全看護外来の開設、医療用SNSを活用致しました。**地域との心不全連携強化により平均在院日数、再入院率が低下しました。**
- 2017年までは心不全入院患者数は都内病院の中で10番前後でありましたが、**地域との連携を強化することで2019年から4番になり、2022年度は5位でした。**都内城北の施設では**1位**を維持しており、城北4区の約20%を当院で受け入れています。
- 2022年度順位が低下した原因は新型コロナウイルス感染症による入院制限や病棟閉鎖などが原因と考えられます。
- 今後は入院体制の強化を行い更なる入院患者数の増加に努め、地域に役立つ診療を行なっていきます。

検討中のクリニカルインジケータ一覧

病院全体	疾患別
栄養指導件数（入院・外来・集団）	呼吸器内科における化学療法実施件数
管理栄養士による入院時栄養支援件数	非切除膵癌に対する化学療法
嗜好・満足度調査	非切除胆道癌に対する化学療法
臨床検査に係る精度管理調査評価点	早期胃癌に対する内視鏡治療
中央放射線部 年間実施件数	急性心筋梗塞患者における病院到着前後24時間以内のアスピリン処方率
入院患者の服薬指導率	ST上昇型急性心筋梗塞患者の病院到着からPCIまでの所要時間が90分以内の割合
薬剤師による薬物治療支援	PCI後24時間以内の院内死亡率
P D C A サイクル（がん診療連携拠点病院院内協議委員会）	心不全患者における退院後の治療計画記載率
入退院支援介入率	パス適応率（乳癌・乳腺良性腫瘍・甲状腺癌・甲状腺良性腫瘍）
診療支援センターにおける入院前問診率	ロボット支援下根治的前立腺全摘除術件数

2024年1月25日現在医療の質・評価改善委員会において検討中

【今後実行すべきこと】

- ◆ クリニカルインジケータから当院での課題を抽出し、改善を促進する機能を継続していきます。
- ◆ 今後も日本病院会QIプロジェクトの指標を参考にして、クリニカルインジケータをさらに充実させます。
- ◆ 日本病院会QIプロジェクトにおけるベンチマークからの当院での課題を抽出し、改善を促進します。
- ◆ クリニカルインジケータの結果を病院職員全体で共有し、患者さんへの利益を追求します。