

入院の指標



リハビリ

[入院患者のリハビリ実施率](#)



転倒転落

[入院患者の転倒・転落発生率](#)



カンファレンス

[入院患者のケアカンファレンス実施率](#)



認知検査

[高齢者の認知症スクリーニング検査実施件数](#)



リカバリー

[回復期リハビリ病棟の在宅復帰と退院前・後訪問](#)



嚥下評価

[誤嚥性肺炎患者に対する嚥下評価実施率](#)



回復期リハビリ

[回復期の疾患とリハビリ効果](#)



栄養改善

[入院患者の栄養状態改善](#)



退院サマリー

[退院2週以内のサマリー記載割合](#)



食事満足度

[入院患者の食事満足度](#)



褥瘡対策

[入院後の新規褥瘡新規発生率](#)



患者満足

[入院患者満足度](#)



身体拘束

[身体抑制割合](#)



入院患者のリハビリテーション実施率

入院の退院患者の内、リハビリを実施した患者の割合です。

2019年は2018年に続いて、増加傾向となりました。



入院からリハビリ開始までの経過日数についても毎年減少しており、早期リハビリ介入がおこなえるようになっていきます。



[入院 TOP に戻る](#)



入院患者へのケアカンファレンス実施割合

入院患者へのケアカンファレンス実施割合

分子	内、退院患者の内、医師を含む3種以上の職種にてカンファレンスが行われた患者数
分母	退院患者の内4日以上入院患者数

表示：月平均

病棟におけるケアカンファレンスとは、医療を提供する関連スタッフが、情報の共有や共通理解を図り、問題解決を図る為に開催される会議の事です。

本指標では退院患者の内、医師を含む3種以上の職種にて行われたカンファレンスを集計しています。結果は、毎年増加傾向にあります。当院では「医師」「看護師」「リハビリ」が主となってカンファレンス対象患者をリストアップし、開催しています。参加者には上記3職種以外に「ケアマネージャー」「患者・家族」「栄養士」「薬剤師」「退院先サービス事業所職員」などが含まれます。



2016年下がった急性期病棟でのカンファレンスを積極的に実施するよう取り組んだ結果、19%⇒22%⇒24%⇒29%と改善が継続しています。回復期リハ患者に対しては、週一回の定期カンファレンスを行い、リハ効果向上の為、他職種で取組み、在宅へのスムーズ移行につなげています。

また、3階急性期病棟では、疾患や家庭での介護環境、経済状況から退院先がなかなか決まらない患者が多くいます。3階急性期病棟では、退院後の介護サービス事業者や施設職員、患者、家族、と医師、看護師、リハビリ職員による合同カンファレンスの質を向上させ、適切な退院支援につなげる取組を行いました。また、カンファレンスとは別に困難事例検討会を実施し、看護師と医療ソーシャルワーカーが連携し、早期に退院支援を実施していく取組を行っています。

<回復期リハビリ病棟 定期カンファレンスの見直しの取組>

2017年12月「定期カンファレンス」のあり方について「今後の方針・決定事項が不明確」とISO9001外部審査で指摘を受けたことをきっかけに、看護師・セラピストでの検討会議（以下ADLカンファ会議とする）を実施し現在も継続しています。ADLカンファ会議では様々な課題を整理し、2019年10月より定期カンファレンスを大幅な見直しを行い、以下の改善を行いました。

①患者状態の評価（FIM評価）を統一

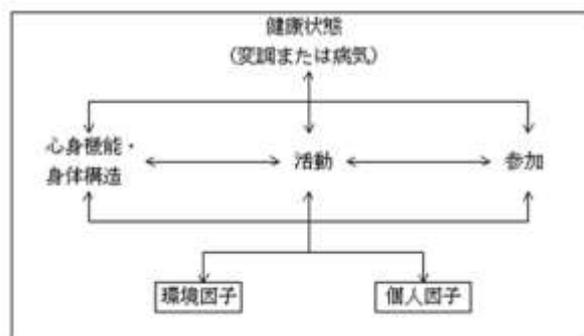
FIM（機能的自立度評価法）とは、「Functional Independence Measure」略語で、1983年にGrangerらによって開発された日常生活動作（ADL）評価法です。FIM評価は18項目（運動項目13項目と認知項目5項目）を7段階（満点126点）で評価します。コミュニケーションや社会的認知などの認知項目を含むため、実際に日常生活で行っている動作を評価する、変化を確認するのに最適な評価方法です。正しく評価を行うには、18項目について、評価点数ごとのADL段階を、評価者全員が理解している必要があります。



みどり病院では、これまでリハビリ職員にて行っていたFIM評価を病棟看護師も行う事とし、「リハビリ訓練で行えばできる動作」と「病棟で日常のおこなっている動作」の差異を把握し、それを近づける取組を2018年3月より開始しました。

②患者情報を集中、目標の明確化（ICF導入）

ICF（国際生活機能分類）とは、International Classification of Functioning, disability and Healthの略称です。人間の生活機能と障害に関する状況を記述することを目的とした分類であり、健康状態、心身機能、身体構造、活動と参加、環境因子、個人因子から構成されます。ICFを



もとに患者情報をまとめ話し合う事で、患者の健康に関する状況とその背景にある健康に影響する様々な要因を深く理解する事ができます。みどり病院では、2018年8月より、ICFの考え方を導入したカンファレンスシートを作成し、より患者・家族の要望や生活背景を理解したカンファレンスと治療・リハビリ方針決定を目指し、取り組んでいます。

③研修と模擬カンファレンス

カンファレンスの運営方法の見直しとレベルアップの為、回復期リハビリ病棟協会研修会を受講し、模擬カンファレンスを繰り返し、運営方法の改善と各職員のレベルアップに取り組んでいます。

[入院 TOP に戻る](#)



回復期リハビリ病棟の在宅復帰と退院前・後訪問

退院前訪問とは、退院調整・退院後の生活が円滑に送ることができるように、退院前に患者さんの自宅を訪問する事です。看護師・理学療法士・作業療法士が実際に患者宅を訪問し、環境調整やサービス内容調整、生活動作手順などの確認・提案をさせていただくことです。

現在の患者の生活動作能力で安全に行えるかの確認や、介助の仕方なども提案します。患者・家族の在宅療養に対する不安の軽減をはかり、より患者らしい生活ができる手助けをします。

また、退院後訪問では、実際に退院後の患者の生活を確認し、再度環境調整やサービス内容調整を提案させていただきます。



みどり病院では、住み慣れた地域・自宅へ患者・家族が安心して退院できる事を目指し、在宅復帰率を上げるとともに、2018年から退院前訪問、退院後訪問を強化しました。

指標では、退院前訪問または退院後訪問をおこなった患者の割合を示しています。

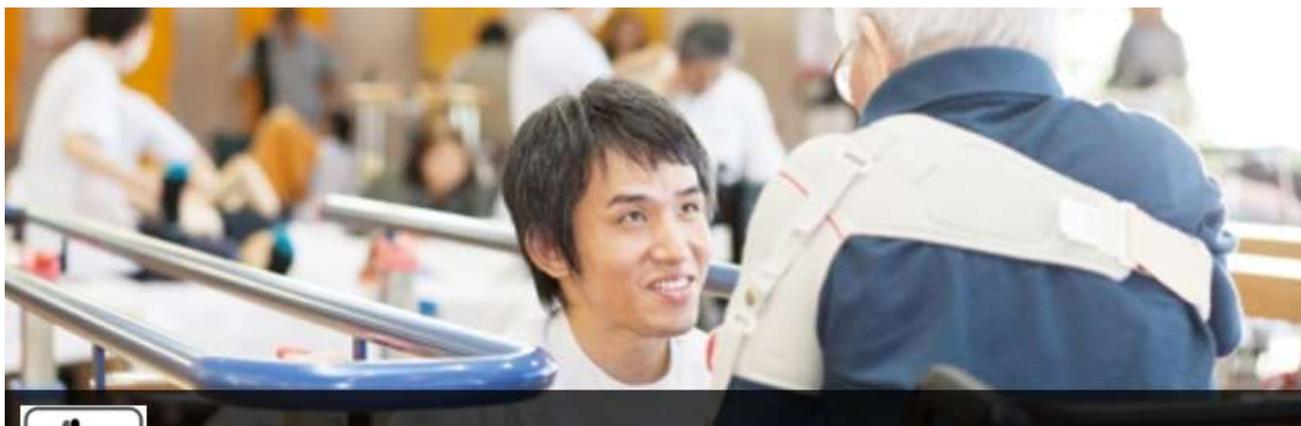
2019年は64%と向上しました。訪問の内訳では、ほとんどが退院前訪問であり、2019

年の退院後訪問は3件となっています。



今後も安心して患者・家族が退院できるように支援を行っていきます。

[入院 TOP に戻る](#)

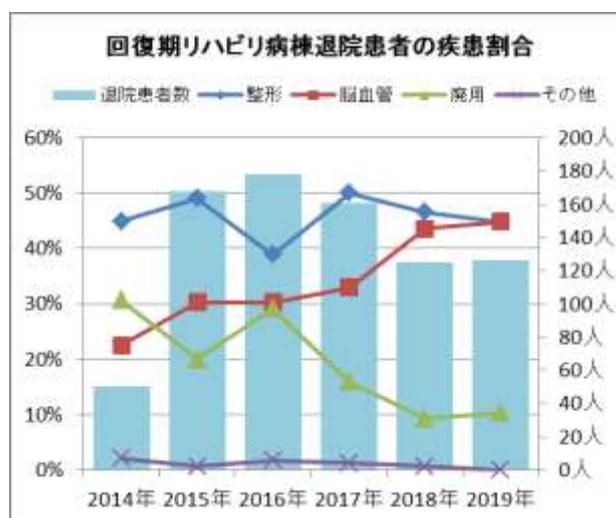


回復期リハビリ病棟のリハビリ効果

<疾患分布>

2017年当院では、整形外科の医師が回復期リハビリ担当医となり、整形疾患の患者を多く他院から紹介頂けるようになり、結果として整形疾患患者の割合が増加しました。

	整形	脳血管	廃用	その他	退院患者数
2014年	45%	22%	31%	2%	50人
2015年	49%	30%	20%	1%	168人
2016年	39%	30%	29%	2%	178人
2017年	50%	33%	16%	1%	161人
2018年	47%	44%	9%	1%	125人
2019年	45%	45%	10%	0%	126人



<在棟期間平均>

脳血管疾患患者の在院期間が2019年は前年より増加しました。

全体的に全国平均より高い値となっています。

	整形	脳血管	廃用	その他	全体
2014年	35.7	33.4	24.5	21.0	31.5
2015年	59.1	71.2	44.2	72.0	59.6
2016年	62.0	96.5	54.9	23.5	70.3
2017年	64.8	81.0	64.2	75.0	69.8
2018年	61.9	91.0	66.9		73.6
2019年	62.8	98.3	57.2		73.6
全国平均	56.7	88.2	55.9	46.5	71.3



<FIM評価>

全ての疾患で2019年はFIM 利得（最終のFIM 値-初回のFIM 値）が向上しました。整形疾患では、全国平均よりも高い値となっています。

	整形	脳血管	廃用	全体
2015年	2.6	7.8	7.9	6.1
2016年	6.6	6.3	11.8	8.0
2017年	16.4	11.5	5.3	13.4
2018年	9.2	8.2	2.6	8.1
2019年	20.4	17.2	8.6	17.2
全国平均	17.2	17.7	12.1	17.0



「FIM 利得／入棟日数」でも FIM 利得の結果と同様の傾向がみられました。



	整形	脳血管	廃用	全体
2015年	0.06	0.10	0.13	0.10
2016年	0.14	0.09	0.33	0.18
2017年	0.29	0.17	0.08	0.22
2018年	0.15	0.09	0.04	0.11
2019年	0.32	0.18	0.15	0.23
全国平均	0.30	0.20	0.22	0.37

●立ち上がり訓練の取り組み

多くの FIM 運動項目は「立ち上がり動作」を軸に構成されており、立ち上がり動作の向上が得られれば、移乗動作・更衣動作・排泄動作などさまざまな ADL 項目の改善を図る事ができます。

みどり病院回復期リハビリテーション病棟では 2017 年 9 月より、朝食後に朝の立ち上がり訓練を導入しました。時間は、朝食後 8:40 から。有熱者・体調不良者以外は全患者が参加します。介助量によってリハスタッフ・看護師・ケアワーカーがそれぞれ付き添い、訓練開始。声出し係の号令のもと 10 回 1 セットを 2 分間の休憩をはさみながら 3 セット実施します。

朝のラジオ体操を行っていたころは、食事が終わると自室へ戻っていた患者様が、食堂や手すりの前で待っていて、意欲的に取り組んでいます。患者アンケートの中でも「日中のリハビリが楽しみになった」「日常生活に変化を感じている」などのお声を頂きました。FIM の向上を目標とし始まった立ち上がり訓練であるが、できるという達成感が意欲



というメンタルヘルスの点でもよい影響を与えていると考えられます。

患者様が意欲を持ってリハビリ病棟での療養生活を過ごす一助となっているという結果を得ることが出来たのは、スタッフにとっても大きな励みとなっています。今後も患者様と朝から元気に立ち上がり訓練を行い、患者様の ADL 向上につめていきます。

●NST チームのサルコペニア対策の取り組み

みどり病院回復期リハビリテーション病棟では、毎朝一斉立ち上がり訓練、365日リハビリテーションといったリハビリはもちろんの事、当院の特徴である高齢者中心の回復期病棟にあわせて、NST チームにて高齢者のサルコペニアに着目し、リハビリと栄養管理を同時に行う「リハ栄養」の取り組みを強化し、ADL の改善を目指しています。

2015年よりサルコペニアスクリーニングを開始し、2016年からは「リハ後牛乳」の取り組み（運動後にタンパク質を摂取する事で、効率的に筋力を向上させる）を開始しました。

身体計測

- 体重測定
- 握力測定 (握力計を体重計の所に設置)
- 上腕周囲長
- 下腿周囲長 (4階リハスタッフ全員にメジャーを準備)




- ① 毎週火曜日測定
- ② ファイルの記載
 - ④ リハ科→栄養科
 - ⑤ 栄養科→リハ科
- ③ カルテ(経過表)へ記入

サルコペニア評価 (臨床応用しやすい)

骨格筋量(下腿周囲長)

入院高齢者
男性 ≤ 30cm
女性 ≤ 29cm

元気高齢者

男性 ≤ 34cm
女性 ≤ 33cm

筋機能

握力
男性 < 26kg
女性 < 18kg

上腕周囲長

21cm以下

歩行

男性 自立歩行困難
女性 自立歩行困難
歩行速度秒速0.8m以下

アジアのサルコペニアワーキンググループ(AWGS)による診断基準(2014) 参照

NST回診実績

取り組み前

	2018.3	2018.4	2018.5	2018.6	2018.7	合計
継続介入	21	20	15	14	16	86
コンサルト	10	7	9	8	12	46

取り組み後

	2018.9	2018.10	2018.11	2018.12	2019.1	合計
継続介入	21	10	23	34	18	106
コンサルト	13	8	23	10	19	73

	取り組み前	取り組み後	差	パーセント
継続介入	86	106	+20	123%
コンサルト	46	73	+27	159%

リハ栄養の取り組みにより、単純にリハビリを増やすだけでは、低栄養患者には逆に筋力低下をまねく事がある事もわかり、低負荷の必要性をリハビリスタッフが理解・共有してリハビリにあたっています。栄養摂取状況・体調に合わせた「攻めすぎないリハ」、ST・OT×栄養

による低栄養状態の患者様の摂食嚥下機能についての関わりの促進といった取り組みが進んでいます。

[入院 TOP に戻る](#)

*これらの取り組みは、日本臨床栄養代謝学会 (旧 日本静脈経腸栄養学会) にて発表を行っています。



退院サマリーは、入院患者さんの病歴や、入院時の身体所見、検査所見、入院中に受けた医療内容についてまとめた記録（要約書）です。診療内容についての検証や、退院後の院内外の外来診療等では、主治医以外の患者さんに関わる全ての医療スタッフが、入院中の治療、診断情報を的確に把握するために重要な記録です。

作成期間については、一般的に、退院後の外来診察までの平均的な日数である「退院後2週間以内」が望ましいといわれています（病院機能評価機構）。退院サマリーを一定期間内に作成することは、病院の医療の質の向上に繋がります。

当院では、2014年5月より取り組みを強化し、毎週の医局会議での結果報告。週3回の主治医への1週間超え患者の報告を継続的に行った。結果、70～80%台→95%以上を常に維持するようになりました。

また、3週間以内の記載は常に100%完了を達成しています。

退院後2週間以内のサマリー記載率

分子	内、退院患者後2週間以内にサマリーを記載した患者数
分母	他院患者数

表示：月平均



[入院 TOP に戻る](#)



入院後の新規褥瘡発生率

褥瘡予防対策は提供されるべき医療の中でも非常に重要な項目であり、特に高齢者の入院の多い当院では必須の項目といえます。褥瘡の予防には除圧管理から栄養管理まで多岐に渡るケアが必要とされ、チーム医療が試される分野ともいえます。写真は院内の褥瘡対策チームが褥瘡回診を行っている様子です。当院では新規の褥瘡を作らさず、既存の褥瘡を改善させる為、褥瘡対策委員会を設け入院時と週に一度の褥瘡回診・評価を全入院患者対象に行っております。

本年の新規褥瘡発生率は件数割合共に減少しましたが、d2以上の新規褥瘡が増加しています。d2以上の新規褥瘡とは、発赤をただけでなく、真皮以上の損傷が発生した場合を示します。

病棟別にみても、どちらの病棟も同様の傾向がみられ、「重度の褥瘡発生を防止する取り組み」が課題となっています。当院では新規褥瘡発生防止の取り組み以外にも、既存の褥瘡の治療に取り組んでおり、褥瘡治療を目的とした入院も増加

しております。褥瘡対策チームと共にリハビリや栄養面でのNSTチームとの連携も強化し、積極的な改善に取り組んでおります。

新規褥瘡患者数

分子	内、入院後に発生した褥瘡の部位数
分母	新入院患者数+前月最終在院患者数

表示：月平均



新規褥瘡発生件数(年間合計)

		合計				
		2015	2016	2017	2018	2019
一般急性期病棟						
①	新規褥瘡発生患者数	17	11	17	14	6
②	新規褥瘡(d1)発生箇所数		4	3	2	0
③	新規褥瘡(d2以上)発生箇所数		8	14	5	7
②+③	新規褥瘡発生箇所数	10	12	17	7	7
④	入院のべ日数	15749	15932	14305	13974	14627
(②+③)/④	新規褥瘡発生率	0.13%	0.08%	0.12%	0.05%	0.05%
		合計				
回復期リハビリテーション病棟						
①	新規褥瘡発生患者数	9	9	7	3	6
②	新規褥瘡(d1)発生箇所数		3	5	7	1
③	新規褥瘡(d2以上)発生箇所数		8	2	3	6
②+③	新規褥瘡発生箇所数	20	11	7	10	7
④	入院のべ日数	11597	13021	12539	12872	12520
(②+③)/④	新規褥瘡発生率	0.09%	0.08%	0.06%	0.08%	0.06%

<ポジショニングシートを活用した取組について>

みどり病院ではポジショニングシートを利用し、運動機能障害を有する患者へクッションなどを活用した快適姿勢の保持方法の共有を行う取組を行っています。主な目的として褥瘡予防、関節拘縮予防、関節のこわばりを軽減する、日常生活における動作への悪影響を軽減させる、安楽に時間を過ごせるなどがあります。

【取組内容】

- ①背臥位で左上肢の下にタオル、クッションを敷き体より肩や腕が落ち込まないようにする。肘関節伸展位、手関節は背屈位となるようにポジショニングを行う。
- ②良肢位の写真を載せたポジショニングシートを作成し患者様のベッド横に貼る。
- ③病院スタッフで共有・把握し、ポジショニング改善に取り組む。

ポジショニングシートを導入した事で、褥瘡の悪化・発生を防止するとともに、関節可動域が拡大した患者もみられました。

[入院 TOP に戻る](#)



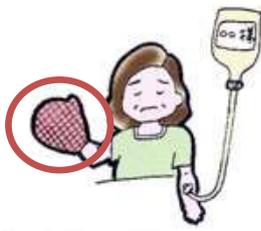
身体抑制

身体抑制は、患者の自由な行動を制限するものであり、近年では患者の人権に配慮し、多くの施設で原則禁止されています。しかし、患者の病態等によっては、抑制・拘束しなければ、**1.チューブ・ドレーン等を自己抜去するおそれがある** **2.転倒・転落等のおそれがある**などの理由により患者自身の生命が危険にさらされる可能性のある場合には、やむを得ず抑制・拘束が検討されることもあります。その際には、抑制・拘束が必要であるという明確な根拠と正当性が必要であり、たとえ明確な根拠と正当性が認められる場合でも、できる限り抑制・拘束をせずに済む方法を考えることが重要です。

<当院で定義している身体拘束の種類>



車椅子ベルト



抑制手袋・ミトン



抑制着



ベッド4点柵

*この他にもセンサーマットや向精神薬利用の際にも、必要性の有無の評価を実施。

当院では高齢の患者が多く、その患者の認知機能の低下に伴う危険行為の増加から、抑制件数は他院と比較してやや多い傾向にあります。

2016年度より当院では抑制における検討、判定、患者・家族同意の手順を見直し、入院時にリハビリ職員と看護師、医師にて評価を行い、患者家族説明の上、実施。その後、週1回の見直し評価を行ってその有用性を評価しています。

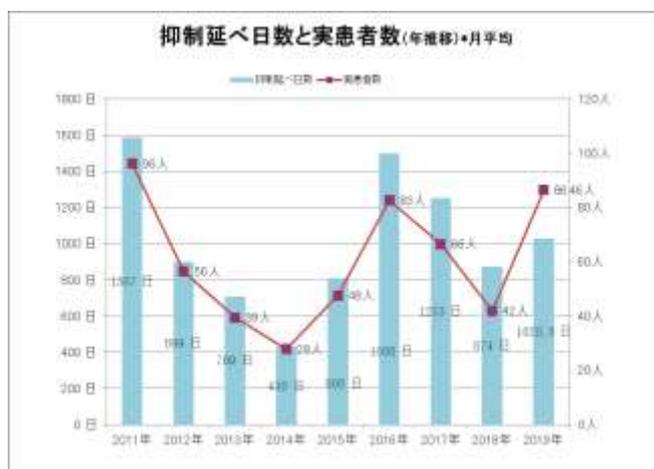
2018年は抑制延べ日数・患者数共に減少

身体抑制割合

分子	抑制を行った日数の総和
分母	入院延べ日数

表示：%

し、入院患者の抑制割合は低下しましたが、2019 年は、実患者数・抑制延べ日数・全入院患者延べ日数に対する抑制割合共に増加しました。実数は全入院延べ数の増加に伴う影響が大きく、全入院患者延べ日数に対する抑制割合は2018年に大幅減(32%⇒21%)が、やや微増(21%⇒25%)でした。また、抑制患者1人あたりの抑制日数平均は減少しています。



病棟別・項目別にみると一般病棟では抑制割合が減少し、回復期病棟で 28%⇒30%に微増しました。

特に、増加した項目はミトンによる抑制でした。



月変化をみるとベッド4点柵の乱高下幅が大きく、全体の抑制割合変化にも影響しています。回復期リハ病棟では、2019 年9月以降ベッド4点柵の割合を大幅に減らしており、これが、全体の抑制割合を減少させる効果を示しています。



<身体拘束評価・アセスメントの意識づけの取組>

身体拘束は基本的人権を侵害するものとして「してはいけない」と思いつつも「患者の生命と安全を守る為」「緊急やむを得ない状況」などという理由でジレンマに悩み苦しみながら職員は日々の業務を行っています。その中で、身体拘束・日数の削減をはかるには「抑制判断基準の明確化・周知」「身体拘束・日数削減意識の向上」が必要であると考えました。その為に、当院では①職員に対し、身体拘束についてのQ&A・アンケートを実施し、それを基に学習会の開催。日々の業務では②「評価記録ルールの徹底」とそのチェックを行いました。

その結果、①Q&A 正答率の上昇。②開始評価・定期評価・終了評価の実施状況においても、概ね実施率が上昇した。各勤務帯のカルテ記載率においては、全ての時間帯・拘束項目で記載率の上昇がみられました。身体拘束評価実施率については、定期評価は全ての拘束項目で改善し、90%以上となりました。その結果、③どの拘束項目においても、拘束期間が短縮されました。

看護師の意識が変わりお互い声かけをしているところを病棟でよく耳にすること増え、病棟看護師の身体拘束に対する意識の向上・身体拘束に対する正しい理解を深めることに繋がりました。

[入院 TOP に戻る](#)



入院患者の転倒転落

転倒・転落事故は外傷や骨折につながり、患者に大きな影響を及ぼします。しかし、一方で転倒転落防止の為に過剰な身体抑制を行うことは、患者の人権を侵害し、患者の身体能力の低下にも大きく影響するため、バランスのとれた管理を行いながら、患者の評価・介助・見守りを強化する事が求められます。

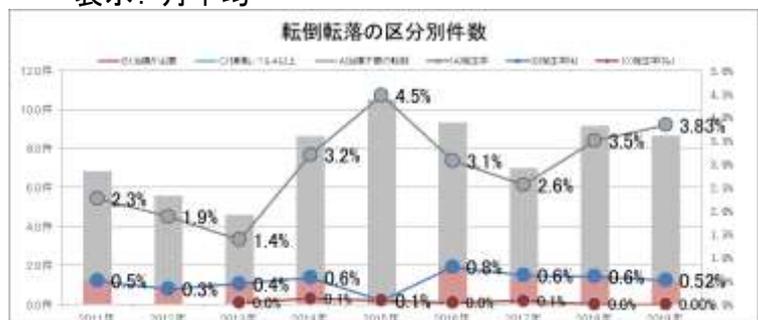
※割合はパーミル（％）※損傷レベル4以上は2013年より計測。【重度：手術、ギブス、牽引、骨折を招いた、必要となった、または神経損傷、身体内部の損傷の診察が必要となった】場合。

2016年・2017年と減少していた転倒転落件数は2018年以降再度増加していますが、治療が必要になるケース(B)は減少しています。また特に重症なケース「損傷レベル4以上の転倒」は、2018年以降ありません。

入院患者の転倒転落

分子	転倒転落発生件数
分母	入院延べ日数

表示：月平均



病棟別にみると、一般急性期病棟ではレベル2・3が増加し、全件件数も25件⇒29件に増加しました。回復期リハビリテーション病棟では、レベル0が微増、それ以上のレベルの転倒は減少し、全体件数も81件⇒65件に減少しました。



一般急性期病棟での、軽傷事例の量的分析を行い、未然防止策の強化に繋げることが、求められています。

<センサーベッド導入の取組>

みどり病院では2019年、離床センサーベッド（離床 CACTH）の導入(2019.05.30～)・移乗動作札の作成(2020.02.01～)を行いました。これにより離床に伴う転倒転落件数が減少しました。

<移乗動作札>

トイレ介助時に介助者が持ち場を離れて転倒することが数回発生し、移乗動作の札を作成した。病棟では、他職種対応、担当やチームが違うことで患者対応が不明確になる事を防止する事を目的とした。車椅子や歩行器にぶら下げること、多職種の目に触れ、患者に適した対応が取れ、転倒転落の予防ができました。

<センサーベッド>

従来から使用しているマットセンサーは、マットに確実に荷重をかけなければ感知せず、訪室したらすでに転倒転落していた時や、患者が避けるといった問題がありました。当病棟では、転倒転落のリスクがあり端坐位や立位が不安定な患者や、マットセンサーでは対応困難な患者にセンサーベッドを使用しています。センサーベッドは、ほぼ起き上がりか端坐位モードで使用しています。起き上がりから端坐位での体重移動により感知するセンサーベッドは、マットセンサーより迅速にセンサーが感知することで、早期に訪室・対応でき、転倒転落の予防ができました。

移乗動作 ○を記入 更新日 ()

フリー 見守り (遠位 近位)

軽介助 中等介助 全介助

トイレ常時監視 要 不要

車椅子重量 車椅子番号 ()

合計 () Kg

付属品 ()

起立回数 () 回× () セット

自立 見守り (手すり：有 無) 介助

備考 []

センサーベッド導入前	2018.12.1～2019.5.31	44 件
センサーベッド導入後	2019.6.1～2019.11.30	23 件

＜睡眠剤処方変更による転倒防止の取り組み＞

医療機関が処方する睡眠薬には、さまざまな睡眠導入の仕組みがある。広く処方されるのは、

①脳の興奮を抑える神経伝達物質「GABA」の働きを促し、脳全体を鎮静させるタイプ

②体内時計の調節に関係するホルモン「メラトニン」の作用を促すタイプ

③覚醒を維持する脳内物質「オレキシン」の作用を抑えるタイプの3種類だ。



このうち、①に分類されるベンゾジアゼピン系睡眠薬は最も多く処方されるが、近年、依存の危険が指摘されている。医薬品を承認審査する医薬品医療機器総合機構（PMDA）によると、ベンゾ系の睡眠薬は定められた用法用量の範囲内であっても、長期間服用するうちに意識障害やふらつきなどが起こる恐れがある。強い依存性も生じるため、飲まない不安や焦燥感が募り、頭痛や嘔吐（おうと）などが起こることもある。

英国では1980年代からベンゾ系の長期使用による依存性が懸念され、欧米では処方期間を「最長4週間」と制限する国もある。日本における対策は、2014年10月からは同系統の睡眠剤を3種類以上併用すると診療報酬を減算する仕組みを導入しましたが、「一定量の常用なら安全」と考える医師もあり、ベンゾ系の消費量は他国に比べて高い状況にあり、この方法では多剤併用をほとんど解消できないことが判明しています。

一つ一つの薬剤の性格を理解し、リスクを十分に考慮に入れて処方する事が必要です。

当院の回復期リハビリテーション病棟では担当医師からの提案により、2019年10月から転倒予防目的で眠剤の適応方法を変更に取り組みました。（*2019/04より先行試験運用開始。効果確認後に2019/10より全患者適応）

転倒リスクの高い薬剤を使用しない取り組みも、あわせて行っています。

入院患者への処方錠数の集計（定期、頓用、条件付き指示 総集計）によると、

●非推奨薬剤変化

・アバゾ錠 7.5mg（転倒リスクの高いベンゾジアゼピン系睡眠剤）・・・・・・・・約70%減少

2018年度（2018/04/01～2019/03/31）のべ61名：1709.5錠

2019年度（2019/04/01～2020/03/31）のべ39名：499錠

・ゾルピデム錠 5mg（非ベンゾジアゼピン系睡眠剤）・・・・・・・・約86%減少

2018年度（2018/04/01～2019/03/31）のべ9名：615錠

2019年度（2019/04/01～2020/03/31）のべ2名：84錠

●推奨薬剤変化

・トラゾロ錠 25mg・・・・・・・・30%増

2018年度（2018/04/01～2019/03/31）のべ32名：1798錠

2019年度（2019/04/01～2020/03/31）のべ74名：2523.5錠

今後とも、処方薬見直しを定期的に行い、より適切な薬剤の処方に努めていきます。

[入院 TOP に戻る](#)



高齢者への認知症スクリーニング検査実施件数

認知症患者への医療提供において、重要となるのが「早期発見・早期治療」です。

本指標は65歳以上の退院患者の認知症スクリーニング検査（長谷川式検査）の実施状況を示しています。20点以下で、認知症の可能性が高まるとされています。また認知症であることが確定している場合は、20点以上で軽度、11～19点の場合は中等度、10点以下で高度と判定します。また、どのような認知機能の障害かを判定するために、どの項目で失点したかの記載も必要となります。

長谷川式検査の点数と認知症の程度の目安

20点以上	軽度認知症
11～19点	中等度認知症
10点以下	高度認知症

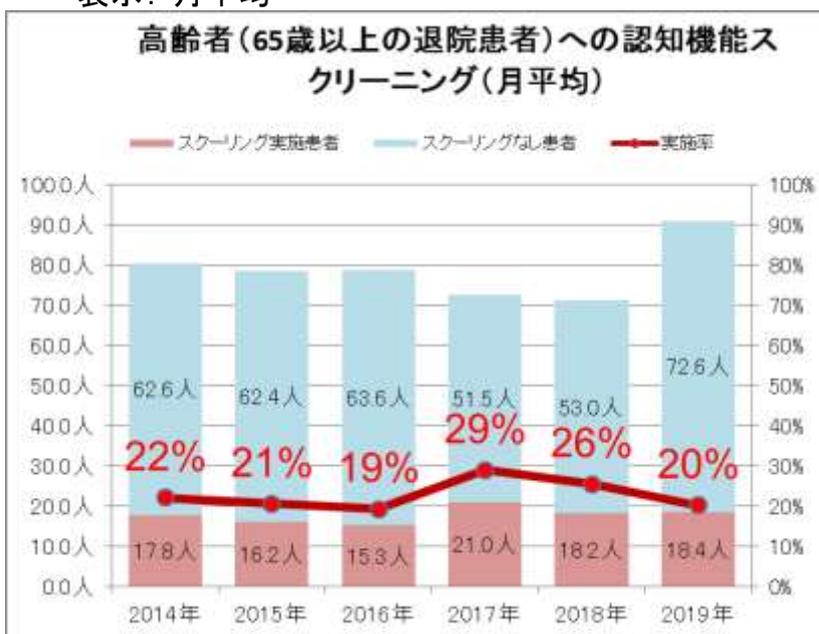
<当院の状況>

65歳以上退院患者における認知症検査の実施割合をみると、2018年以降減少傾向にあります。

高齢者への認知症スクリーニング実施割合

分子	内、認知症スクリーニング検査を実施した患者
分母	65歳以上の退院患者(4日以上在院)

表示：月平均



<認知症検査実施件数>

入院・外来の検査件数でみると、入院・外来ともに増加しております。



<退院患者における定期認知症検査実施状況>



当院では年に複数回再入院を繰り返す患者が一定数いらっしゃる為、単純な退院件数比率では現状を把握できません。また、これらの患者も含めて、定期的な検査の実施により、医師・看護師の勘に頼らない根拠に基づいた評価で早期の認知症発見・介入を行えるようにする必要があります。

1年間に退院した患者について、複数回入退院を繰り返しても1患者を1とカウントし、退院患者における退院時1年

以内の認知症検査実施の有無をみると、2017年・2018年は40%を超えていましたが、2019年は38%となりました。

今後とも更に検査実施率を上げる取り組みを行い、認知症患者への早期適切な医療提供を行っていきます。



誤嚥性肺炎に対する嚥下機能評価・訓練実施割合

当院は高齢の入院患者が多く、誤嚥性肺炎による入院が1割を超えます。このため、高齢入院患者に対して、適切な嚥下機能評価を行い食事形態の選択、嚥下機能訓練を行う事は、その後の誤嚥性肺炎の再発・入院後発生を低下させる上で非常に重要です。

当院では、入院時に看護師・栄養士による嚥下機能評価を行い、精査が必要な患者を抽出。その後精査要請患者に対して言語聴覚士と医師により嚥下造影検査を行っています。実施しなかった患者は経管栄養などのため、主治医が検査不要と判断した患者です。評価後は、食事形態決定、看護師・リハビリによる訓練を行い、退院時は家族・施設職員へ食事介助などの助言を行っています。

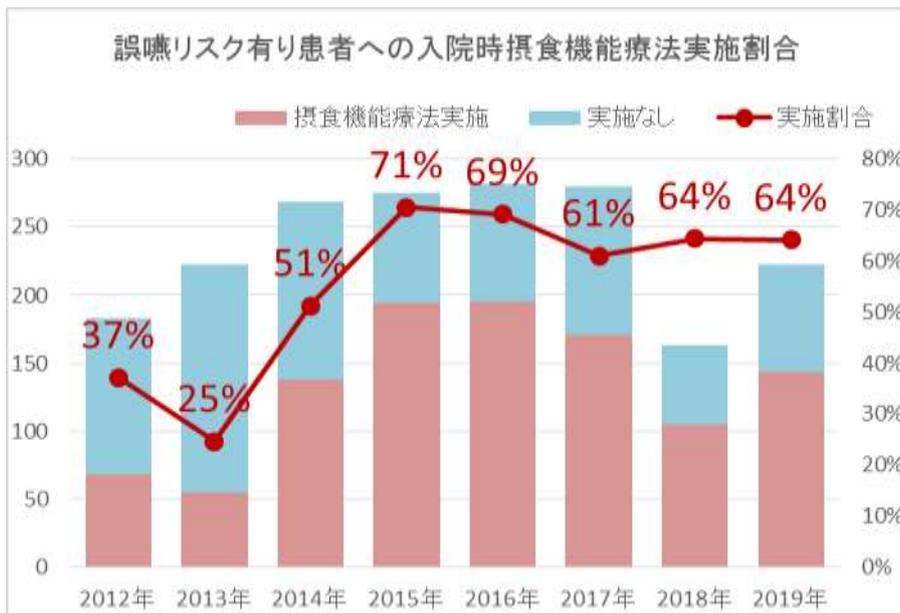
<誤嚥リスクのある患者の状況>

当院で退院した患者（3日以内の退院を除く）の内、経口摂取の患者で、嚥下評価で誤嚥のリスクありと評価された割合をみると、2014年以降は3割以上。2019年は33%でした。入院患者の主病名としても誤嚥性肺炎の患者の割合は減少傾向にあり、入院せずに在宅対応にて治療している患者が増加している事が予測されます。



<取り組み状況>

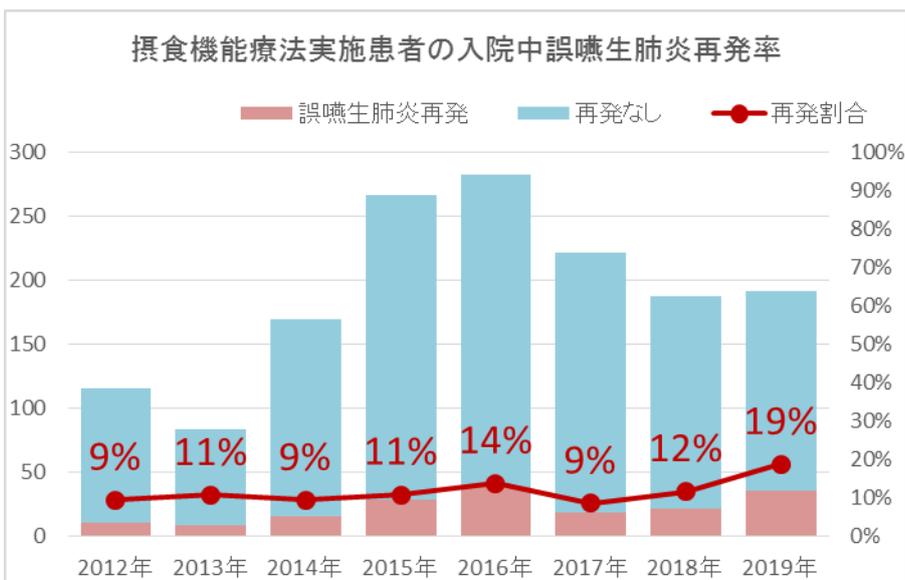
この嚥下リスクのある患者について、摂食機能療法の実施状況を確認しました。摂食機能療法の2019年の実施状況は前年と実施率に変化はありませんが、患者数は増加しました。



<結果>

摂食機能療法を実施した患者の入院中誤嚥性肺炎再発割合をみると、2017年に減少した件数・割合が、2018年以降に増加傾向にあります。

今後も高齢者の安全な入院と誤嚥性肺炎の入院後再発を防止する為、積極的な評価実施に取り組んでいきます。



[入院 TOP に戻る](#)





入院患者の栄養状態改善

みどり病院栄養科では、個々の病態に合わせた食事内容をプランニングし、栄養状態の改善につとめています。NST チームとして採血データ等をもとに栄養状況の改善を確認し、プランニングとその効果検証をおこなっています。

退院患者における入院時低栄養患者割合をみると、年々増加傾向にあります。



入院時低栄養状態の患者がその後改善した割合をみると、2019年は割合・患者数ともに減少しました。

<MNA-SF アセスメント評価>

みどり病院栄養科では入院時より患者すべて（1泊検査入院除く）の栄養評価を行っています。そして2～3日後、7日後、2週間後と病態に合わせてモニタリング、アセスメントを行っています。全入院患者に行っている MNA-SF アセスメント評価をもとに、2018年12月～2019年12月の期間で評価の変化を確認すると以下になりました。

*対象者の入院時のMNA-SFのポイントと退院時のMNA-SFのポイントの変化から重症度を振り分けました。

【MNA-SFとは】

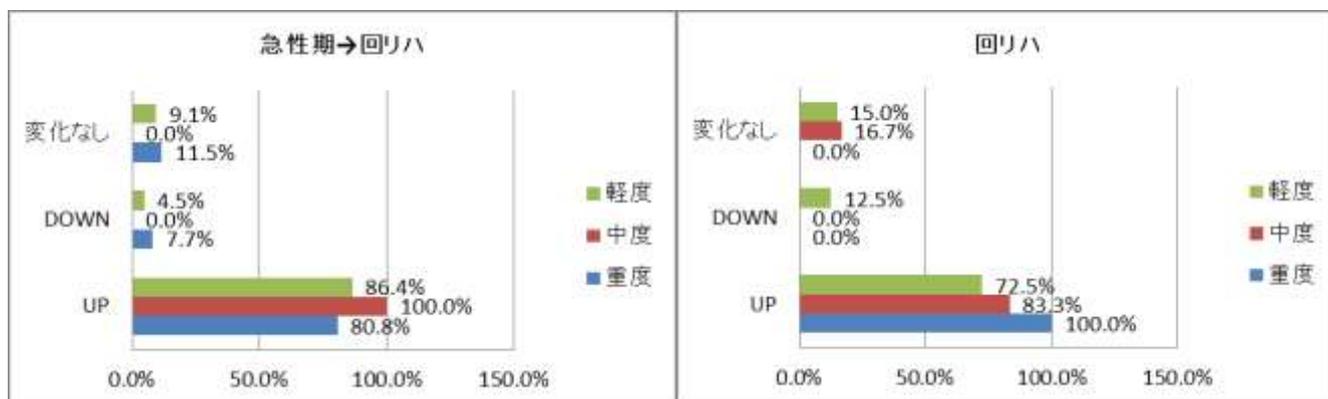
6項目の点数化を足して評価するアセスメントツール。食事量・体重の増減・日常の動作・ストレスの有無・精神、認知症の有無・BMI（身長と体重から計算する肥満度）の6項目からなります。これらの項目が3段階に分けられ、点数を表しています。合計点数が14点満点で、12～14ポイントであれば栄養状態は良好、8～11ポイントが低栄養の恐れあり、0～7ポイントが低栄養と診断します。さらにSGAや臨床データより総合的に判断して栄養状態の重症度を決定しています。

＜一般急性期病床＞

急性期でポイントDOWNした割合は2～3割、およそ3.5名/月となる。看取りの受け入れが多い傾向があるが、この値がすべて看取りに該当しているかはわかりません。



＜回復期リハビリテーション病棟退院患者＞



回復期リハビリテーション病棟への転棟や直接入院の、ポイントUP群の値が最も高かったです。しかし、DOWNした群が1割ありました。ある程度の食事量が確保でき、車椅子移乗が可能なレベル程度であれば、ADL自立度は高く評価、MNA-SFでは8～11ポイントに該当し、重症度は軽度と診断されることが多いです。軽度であっても、ポイントが下がったということは、プランニングについて検証する必要があります。

栄養管理のみの一方向ではなく、リハビリ強度、日常動作、侵襲についてもっと情報収集し、他職種との連携することで、さらなる栄養状態改善につとめていきます。

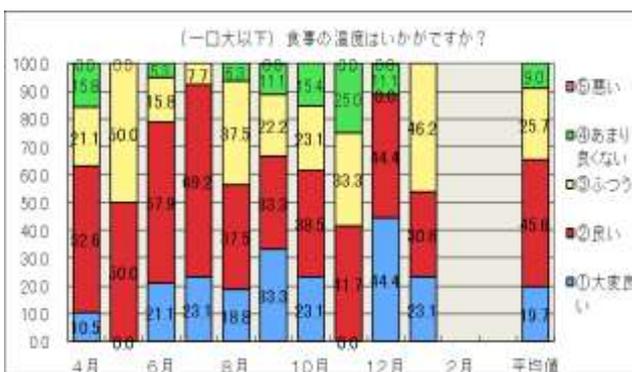
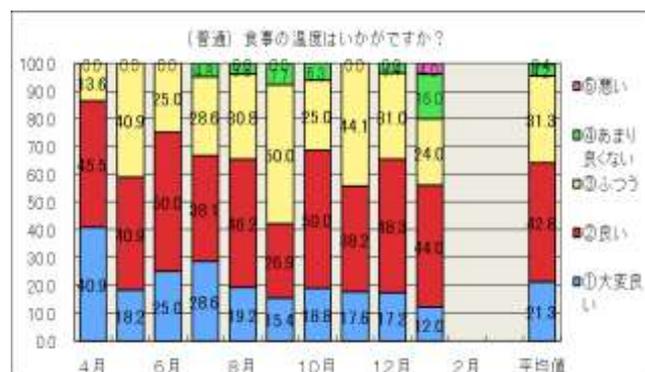
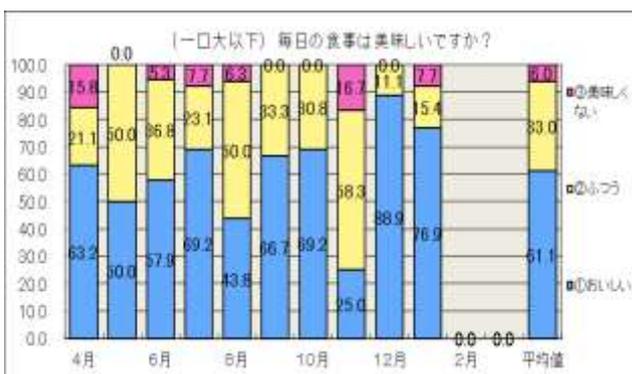
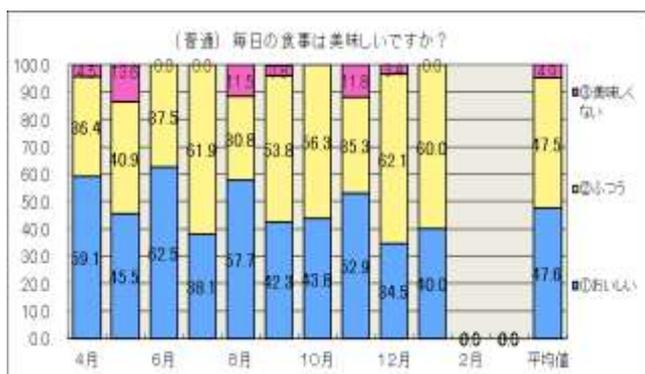
[入院 TOP に戻る](#)

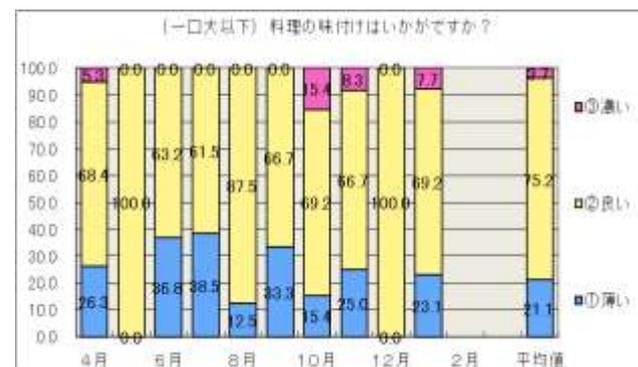
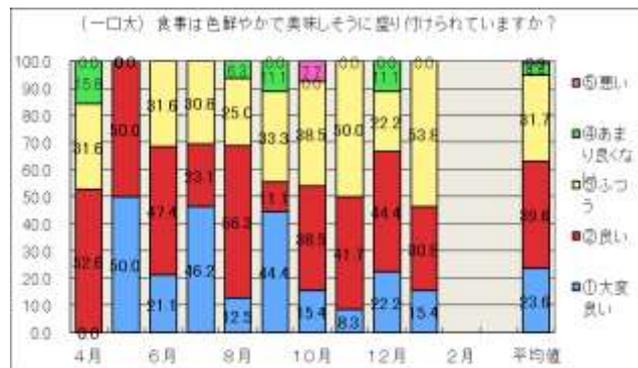
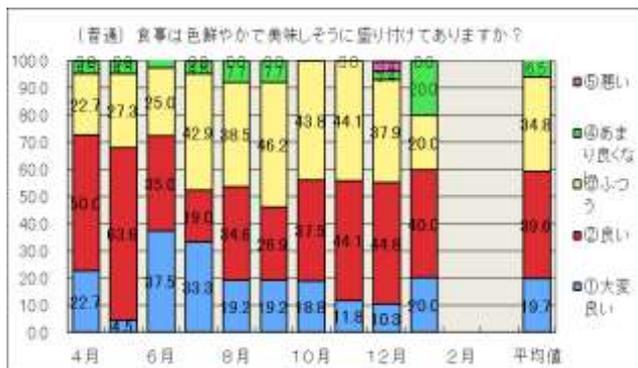


入院患者の食事満足度

入院中の患者さんにとって、毎日の食事は楽しみのひとつです。食事アンケートは給食業務での改善点を見つけ、患者さんに毎日の食事・献立に対する満足度を高めてもらい、給食業務の充実を図ることを目的として実施しています。昨年度まではふつつ形態の食事を取取る患者のみにアンケート配布を行っていましたが、全ての入院患者さんから食事に対する意見を取り入れるため、今年度は一口大形態以下の食事を摂取される患者さんにもアンケートに協力して頂きました。

	普通	一口大
配布枚数総計	352枚	252枚
回収枚数総計	229枚	125枚
回収率平均	64.2%	49.2%





一口大以下の食形態では認知機能低下の患者さんも多く、聞き取りをしてもアンケートに答えられない、聞き取りに回りきれないなどという点が、回収率低下の要因になったと考えられます。

「食事の温度」の項目では前回、『あまり良くない』との評価が多かったです。そのため、現在『食事温度測定調査』を実施するなど、アンケートを元に改善活動や実態調査も行っていきます。

「食器の衛生」の項目では前年度の評価から、新しい食器の入れ替えをしました。その結果、今年は概ね良好な結果となっています。

自由記載では、毎回食べたい食事やその他たくさんの意見を頂けます。栄養科・給食委員会の会議では、多くの時間を割いて、その要望や問題点について検討しています。昨年度であれば、以前から多かったラーメンを食べたいという要望に corres 応するため、新しい献立としてラーメンを取り入れ



るようにしました。このように、食事アンケートを実施することで、栄養士だけでは気がつかない給食業務の改善検討を行うことができます。自由記載に記入して頂いた全ての要望や意見に対して、患者さんへのフィードバックを行っており、アンケートの集計結果とともに3・4階病棟の食堂に掲示しています。

栄養科としては、これからも食事摂取基準や食料構成の可能な範囲で、患者さんの意見を反映した食事を提供できるように努めていきます。



[入院 TOP に戻る](#)



入院患者満足度

2019年は2018年と同水準の88%となりました。

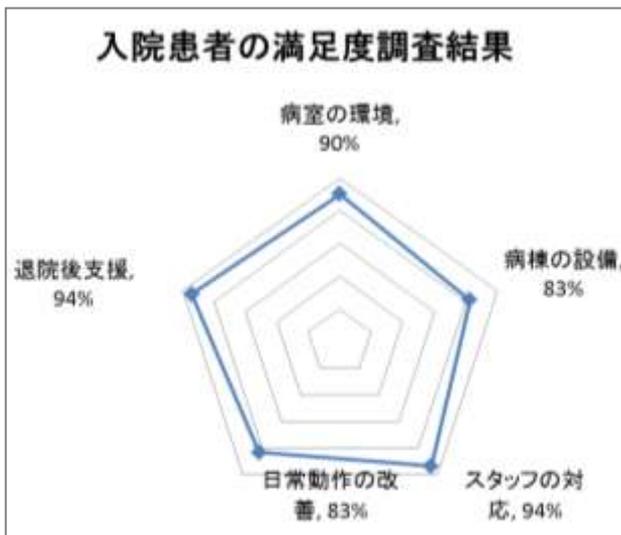
項目別でみると、スタッフの対応と退院支援が最も高い評価（94%）、次いで、病室の環境90%となっていました。その他の項目でも大きく評価の低い項目はありませんでした。

当院ではアンケート結果を元に、再度患者・家族の立場にたった民医連医療の原点に戻り、更なる質の向上に取り組んでいきます。

患者満足度調査

分子	内、「満足」「やや満足」と回答した割合
分母	患者アンケート有効回答数

表示：年間合計



[入院 TOP に戻る](#)