

院内感染・医療安全(9項目)

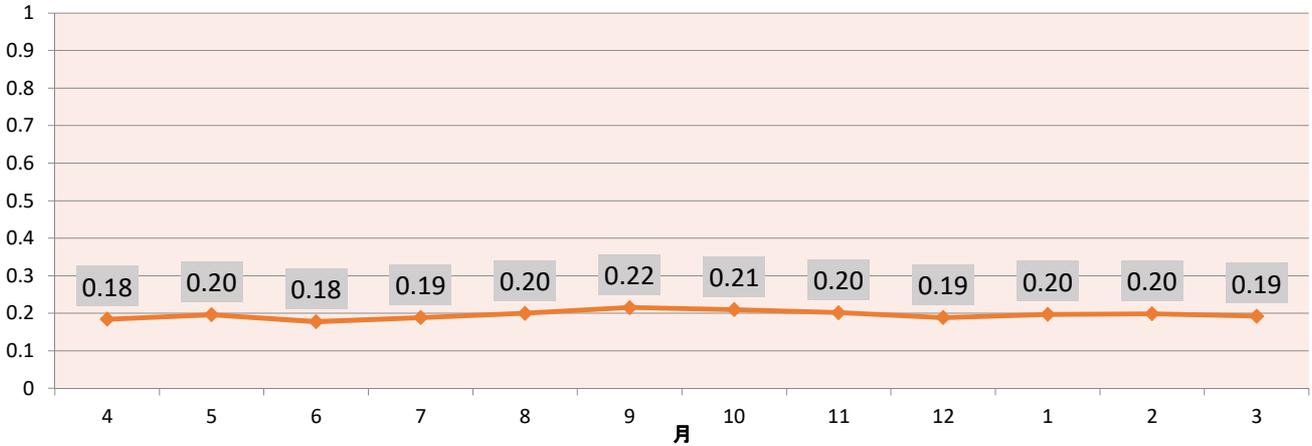
【プロセス指標】

尿道留置カテーテル使用比

尿道留置カテーテルの院内での使用頻度を表す指標

*ベンチマーク: 16.9%(日本病院会QIプロジェクト2022年度 一般病棟平均値)

尿道留置カテーテル使用比



病院全体	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
	指標	0.08	0.08	0.07	0.05	0.05	0.04	0.02	0.02	0.04	0.05	0.06	0.06
延べカテーテル使用日数	分子	622	655	548	399	361	307	189	192	331	377	445	514
入院患者延べ数	分母	7,870	8,209	7,498	7,643	7,634	7,641	7,781	7,735	8,028	8,141	8,023	8,394

昨年度と比較し、使用比はやや低下している。排尿ケアチームが定期的な学習会やラウンドを実施しており、カテーテル抜去が安全に実施できたことや、抜去に向けた意識が高まったことが要因と考えられる。次年度も使用比の変化を観察しながら、必要に応じて排尿ケアチームの介入を依頼していく。

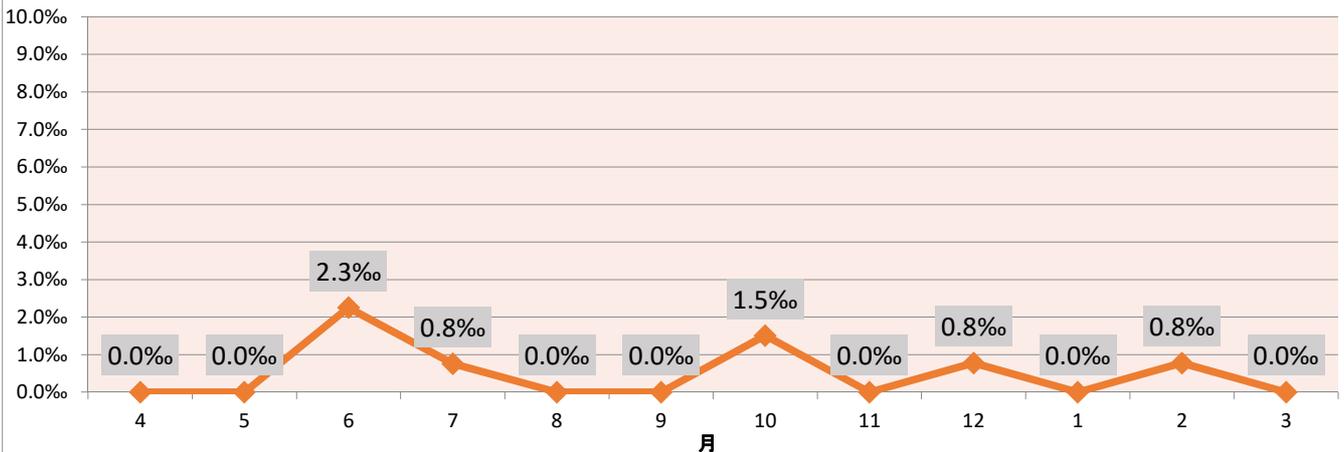
【アウトカム指標】

留置カテーテル関連尿路感染(CAUTI)発生率

尿道留置カテーテル留置中の患者に対するケアの質の指標

*ベンチマーク: 2.2‰(日本病院会QIプロジェクト2022年度 一般病棟平均値)

留置カテーテル関連尿路感染(CAUTI)発生率



病院全体	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
	指標	0.0%	0.0%	2.3%	0.8%	0.0%	0.0%	1.5%	0.0%	0.8%	0.0%	0.8%	0.0%
カテーテル感染発生数	分子	0	0	3	1	0	0	2	0	1	0	1	0
延べカテーテル使用日数	分母	1,478	1,473	1,333	1,319	1,353	1,425	1,328	1,327	1,287	1,245	1,292	1,418

昨年に続き、今年度の発生率も低めで経過している。ベンチマークの値と比較しても低く、今後も維持していきたい。使用比や発生率の変化を観察し、必要に応じて、プロセスの確認や指導等の介入をしていきたいと考える。

【アウトカム指標】

尿道留置カテーテル抜去率

尿道留置カテーテルを抜去するためのケアの質の指標

尿道留置カテーテル抜去率



病院全体	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
	指標	100%	100%		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
抜去した患者数	分子	8	6	0	3	7	7	5	7	4	5	4	2
排尿ケアチーム介入患者数	分母	8	6	0	3	7	7	5	7	4	5	4	2

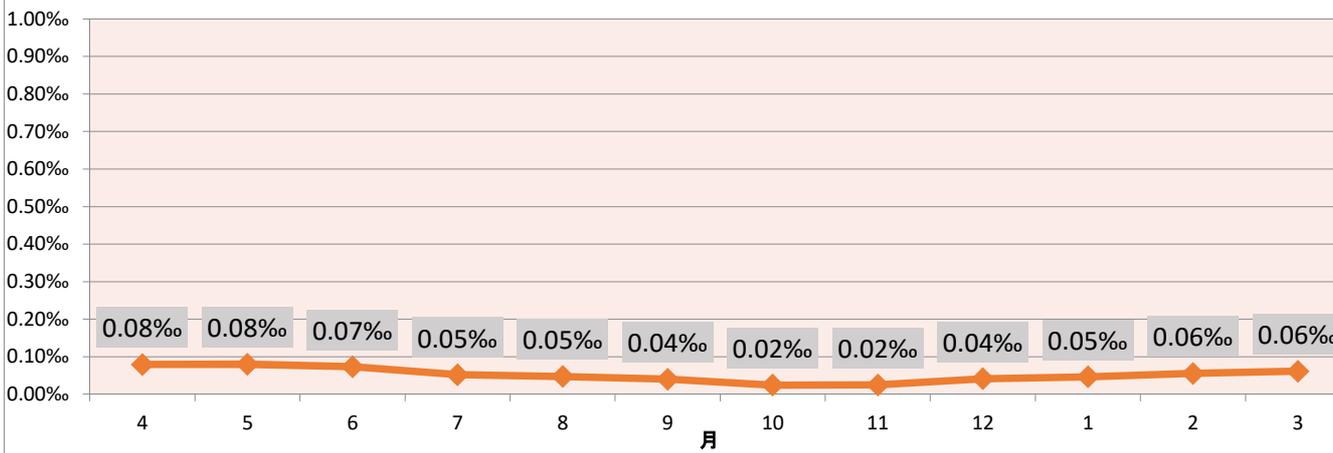
各病棟から尿道留置カテーテル抜去検討の報告があった58名の患者に対し、排尿ケアラウンドを実施し、安全に尿道留置カテーテルを抜去することができ、抜去率は100%であった。来年度も、各病棟での教育を継続し、尿道留置カテーテル抜去に対するアセスメント力向上を目指す活動を継続する。

【プロセス指標】

中心静脈カテーテル使用比

中心静脈カテーテル(PICCカテーテルを含む)の院内での使用頻度を表す指標

中心静脈カテーテル使用比



病院全体	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
	指標	0.08‰	0.08‰	0.07‰	0.05‰	0.05‰	0.04‰	0.02‰	0.02‰	0.04‰	0.05‰	0.06‰	0.06‰
延べカテーテル使用日数	分子	622	655	548	399	361	307	189	192	331	377	445	514
入院患者延べ数	分母	7,870	8,209	7,498	7,643	7,634	7,641	7,781	7,735	8,028	8,141	8,023	8,394

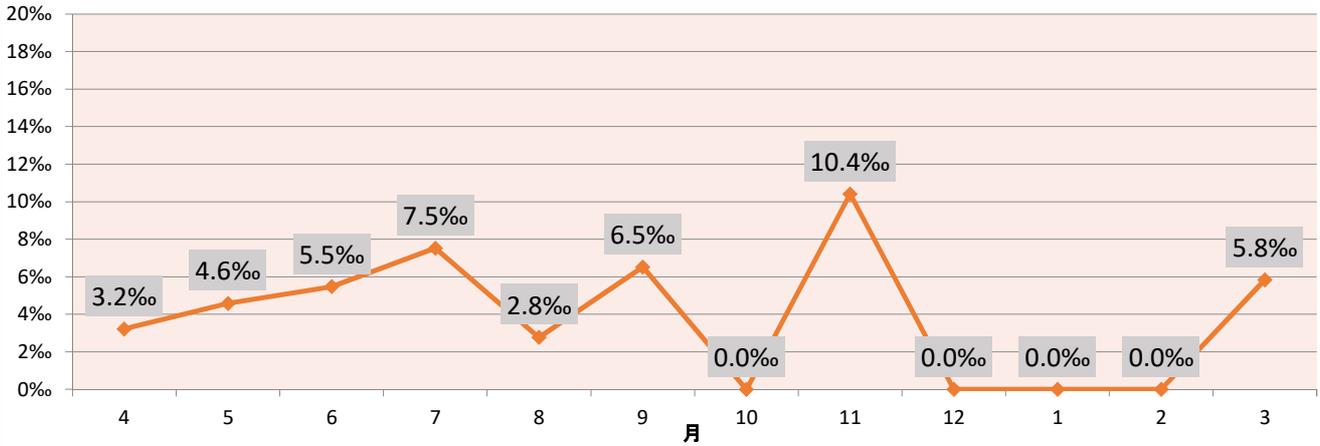
昨年同様の使用比で推移しており、ベースラインを超えるような不適切な使用はなかったと評価する。

【アウトカム指標】

中心静脈カテーテル関連血流感染 (CLABSI) 発生率

中心静脈カテーテル (PICCカテーテルを含む) 留置中の患者に対するケアの質の指標
 * ベンチマーク: 2.16% (民医連QI公開・推進事業2022年度中央値)

中心静脈カテーテル関連血流感染 (CLABSI) 発生率



病院全体	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
	指標	3.2%	4.6%	5.5%	7.5%	2.8%	6.5%	0.0%	10.4%	0.0%	0.0%	0.0%	5.8%
カテーテル感染発生数	分子	2	3	3	3	1	2	0	2	0	0	0	3
延べカテーテル使用日数	分母	622	655	548	399	361	307	189	192	331	377	445	514

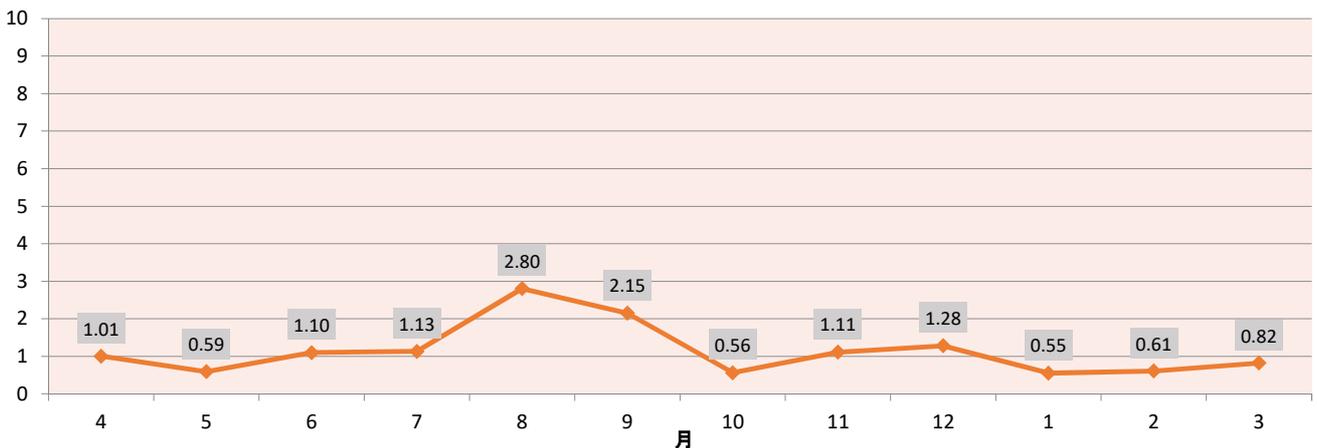
年平均3.75%の発生率であり、昨年度より発生率の低下を認めた。カテーテル管理状況についても、カテーテル挿入部の清潔については十分に管理されるようになった。しかし、輸液ボトルやバイアル、輸液ラインコネクターの消毒手技において一定水準が確保されていないことが課題であるため、継続した指導を行っていく。

【プロセス指標】

1患者1日あたりの手指衛生実施回数

インフルエンザ感染対策に関する施設の取り組みを表す指標

1患者1日あたりの手指衛生実施回数



病院全体	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
	指標 (回)	0.74	0.90	0.77	0.93	1.29	1.24	0.94	0.70	1.52	1.48	0.91	0.78
擦式アルコール製剤の払い出し量 (ml)	分子	17,440	22,080	17,240	21,320	29,460	28,420	21,980	16,160	36,680	36,120	21,880	19,700
入院患者延べ数	分母	7,870	8,209	7,498	7,643	7,634	7,641	7,781	7,735	8,028	8,141	8,023	8,394

昨年までの傾向と変化はない。アルコール消毒の1回使用量が不足していることが背景にあることは明らかであるため、課題解決に向けた取り組みを実施していく。

【アウトカム指標】
転倒・転落発生率

転倒転落を予防し外傷を軽減するための指標
*ベンチマーク:4.20%(民医連2022年度 中央値)

転倒・転落発生率



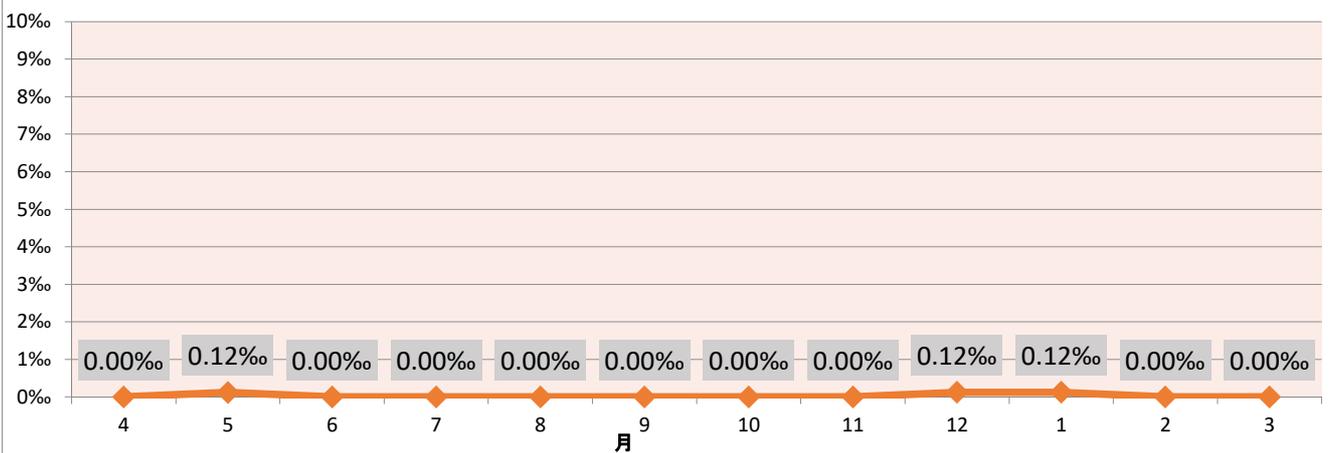
病院全体	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
	指標	0.89%	2.31%	2.27%	1.83%	2.36%	2.88%	1.93%	2.46%	1.99%	2.46%	1.99%	1.67%
入院患者の転倒転落件数	分子	7	19	17	14	18	22	15	19	16	20	16	14
入院患者延べ数	分母	7870	8209	7498	7643	7634	7641	7781	7735	8028	8141	8023	8395

2023年度の転倒・転落発生率は2.08%であった。昨年度の2.22%より低下した。ベンチマークとしている民医連2022版での発生率(4.20%)と比較しても、当院は低い発生率であった。病棟機能によって発生率に差がみられるが、患者層の違いによるもの大きいと考える。また、ヒヤリハット報告からはハイリスク患者の行動観察により、危険を察知し転倒を防ぐことができた事例が複数報告されており、発生件数減少につながった背景の一つと考える。

【アウトカム指標】
レベル3b以上の
転倒・転落発生率

転倒転落を予防し外傷を軽減するための指標
(レベル3b以上:転倒・転落により骨折等が生じ、手術等の治療が必要となった状態、又はそれ以上重症の状態)
*ベンチマーク:0.08%(民医連2022年度 中央値)

レベル3b以上の転倒・転落発生率



病院全体	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
	指標	0.00%	0.12%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.12%	0.12%	0.00%
レベル3b以上の転倒・転落発件数 (転倒転落の結果、処置や治療が必要となった件数)	分子	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
入院患者延べ数	分母	7,870	8,209	7,498	7,643	7,634	7,641	7,781	7,735	8,028	8,141	8,023	8,394

2023年度のレベル3b以上の発生は3件、発生率は0.03%で前年度(10件、0.10%)と比較し7件、0.07%減少した。また、ベンチマークとしている民医連2022版での発生率(0.08%)と比較しても低い発生率であった。ハイリスク患者の行動観察や緩衝材の利活用等が重症事例減少に繋がったと考える。今年度のレベル3b以上の転倒・転落は3件であったため、背景因子に共通性を見出すことは困難であった。

発生後の影響レベルの基準

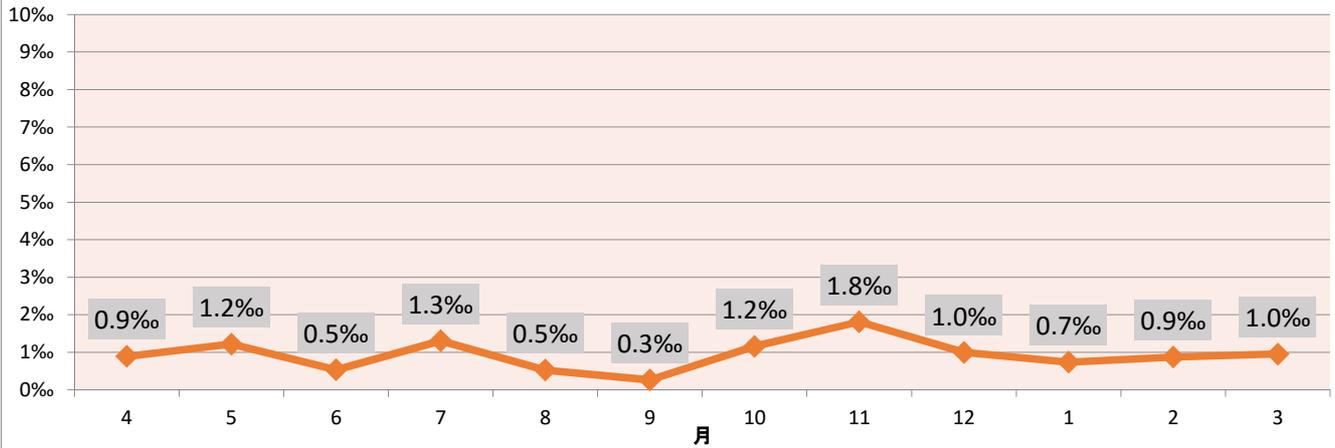
レベル0	間違ったことが患者に実施される前に気づいた場合
レベル1	間違ったことが実施されたが、患者には変化がなかった
レベル2	事故により患者に変化が生じ、一時的に観察や検査が必要になったが、治療の必要がなかった場合
レベル3a	事故のために一時的な治療が必要となった場合
レベル3b	事故のために継続的な治療が必要となった場合
レベル4	事故により長期にわたり治療が続く、または永続的な障害が残る場合
レベル5	事故が死因となった場合

【アウトカム指標】

誤薬発生率(病棟における薬剤関連事象発生率)

誤薬防止対策に関する取り組みを評価する指標
*ベンチマーク:0.34%(民医連2022年度 中央値)

誤薬発生率



病院全体	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
	指標		0.9%	1.2%	0.5%	1.3%	0.5%	0.3%	1.2%	1.8%	1.0%	0.7%	0.9%
薬剤投薬間違い、注射投薬間違い件数	分子	7	10	4	10	4	2	9	14	8	6	7	8
入院患者延べ数	分母	7,870	8,209	7,498	7,643	7,634	7,641	7,781	7,735	8,028	8,141	8,023	8,394

2023年度の発生率は0.94%で昨年度(0.60%)と比較しやや増加した。ベンチマークとしている民医連の発生率(0.34%)と比較するとかなり低い発生率(百分率換算で0.09%)であった。2023年度はレベル0(ヒヤリハット)報告の積極的な提出について働きかけを行った。報告件数では薬剤関連の報告が最も多かった(54件)ことから、発生率の増加はレベル0報告が増加したことによる影響が大きいと考える。発生場面別では処方・調剤場面での発生が増加しており、エラー対策が必要である。