

神戸徳洲会病院 医療の質改善委員会
2024 年度質改善指標まとめと 2025 年度の指標の設定

1. はじめに

本報告書は、神戸徳洲会病院における医療の質と安全性を客観的に評価し、継続的な改善活動へ繋げることを目的として、2024 年度（2024 年 4 月 1 日～2025 年 3 月 31 日）に測定した臨床指標の結果をまとめたものである。各指標の目標達成状況を多角的に評価・分析し、明らかになった成果と課題に対する具体的な改善計画を提示することで、患者により安全で質の高い医療を提供するための礎とする。

2. 2024 年度 質改善指標 測定結果概要

2024 年度モニタリングしている質改善指標の結果は別添資料 1 に示す。

なお、別添資料 2 には 2025 年度 質改善指標一覧も記載している。

3. 考察

3.1. 成果と評価できる点

2024 年度は、医療安全文化の醸成において大きな進展が見られた。

- **報告文化の浸透:** インシデントレポート報告件数は目標の 2,500 件を大幅に上回る 2,935 件に達した。これは、一つの事象に複数の職員が報告する文化が育まれ、事例のプロセスがより明確になり、効果的な対策立案に繋がっていることを示唆する。同様に、「職員の声ボックス」の投書件数も目標を大きく超え、組織内の課題可視化に貢献している。
- **体制整備の成果:** 「患者相談窓口」は、ブース設置や人員配置の工夫により相談件数が増加し、患者支援体制として院内に認知されてきている。
- **手順遵守の徹底:** 手術室やカテーテル室、内視鏡室における「タイムアウト実施率」、手術における「マーキング実施率」は 100%を維持しており、重大な医療事故を未然に防ぐための最終防衛策が確実に機能している。診療科別に見ても、総合内科の患者識別手順遵守率が 100%を達成するなど、部署単位での高い意識が確認できた。

3.2. 目標未達の要因分析と主要課題

一方で、複数の指標で目標が未達成となり、次年度に向けた課題が明確になった。

- **患者満足度の低下傾向:** 外来・入院ともに患者満足度が目標値を下回り、低下傾向が続いている。個別の項目で大幅なスコア減少はないものの、全体的にスコアが低下しており、複合的な要因が影響していると考えられる。
- **手順遵守の浸透における課題:** 「外来での患者識別手順遵守率」や「口頭指示のカルテ記載率」は、啓蒙活動後も時間経過とともに遵守率が低下する傾向が見られた。特に外来での患者確認は、医師だけでなくチーム全体での働きかけが必要な課題である。
- **クリニカルパス適用の遅れ:** 整形外科や心臓血管内科において、クリニカルパスの整備・改修に時間を要し、適用率が低迷した。医療の標準化と質向上のため、パスの早期整備と運用定着が今後の課題である。

- **医師の関与:** 「医師のインシデントレポート提出率」は増加傾向にあるものの、全国平均や目標値には達していない。重要事例の報告が多い医師からの提出をさらに促進する働きかけが求められる。
- **診療プロセスの課題:** 「救急外来滞在時間」は、救急受け入れ数の増加や突発的な検査などにより、目標時間を超過する月が多かった。「外科 SSI 発生率」や「産婦人科の症例検討会実施率」など、診療科ごとの質指標においても改善すべき点が散見された。

4. 今後の課題と改善計画

2024 年度の結果分析を踏まえ、2025 年度に向けての改善アクションプランを策定した。

対象指標	課題	具体的な改善計画
医師のインシデントレポート提出率	目標値・全国平均に未達	引き続き指標として掲げ、報告を促進する。医局会等でフィードバックを行い、報告の重要性について啓発を続ける。
患者満足度(外来・入院)	全体的なスコアの低下傾向	重要度分析を行い、特定された重点改善項目に対し具体的な対策を立案・実行する。入院アンケートの回収率向上も図る。
口頭指示のカルテ記載率	記録方法が標準化されておらず、正確な発生状況の把握が困難	口頭指示専用のカルテテンプレートを作成・導入し、どのような場面で指示が発生しているかを検証する体制を整える。
患者識別手順遵守率(外来)	一時的な改善に留まり、定着しない	医師だけでなく、医師事務作業補助者や看護助手を巻き込んだ診察チーム全体への働きかけを強化し、継続的な啓蒙を行う。
クリニカルパス適用率(整形外科・心臓血管内科)	パスの整備遅れと適用率の低迷	多職種で連携し、パスの整備・改訂を迅速に進める。2025 年度は手術症例等への 100%適用を目指す。
救急外来滞在時間	時間増加の要因特定が不十分	滞在時間を「受付～診察」「診察～方針決定」など複数の起点で計測し、ボトルネックを具体的に分析する。統計手法を中央値に変更し、外れ値の影響を軽減する。

5. まとめ

2024年度は、インシデント報告文化の浸透や手順遵守の徹底といった医療安全文化の基盤強化で顕著な成果が見られた。一方で、患者満足度の低下や一部プロセスの標準化の遅れといった課題も浮き彫りとなった。本報告書で明らかになった強みはさらに伸長させ、課題については提示した改善計画を着実に実行することで、医療の質の継続的な向上を目指す。2024年度の質改善指標の結果、改善アクションプランを基にするとともに、2025年度は25項目の質改善指標を設定した（別添資料2）。今後も定期的に指標をモニタリングし、データに基づいたPDCAサイクルを院内全体で推進していく所存である。

[別添資料]

資料 3-2_別添 1_2024年度 臨床指標の項目設定

資料 3-2_別添 2_2025年度 臨床指標の項目設定

以上