

1

退院後7日以内の予定外再入院割合

日病QI

指標の意義

退院指導が不十分だったり、回復が不完全な状態で退院を強いたこと等による予定外の再入院を極力防ぐ必要があります。この数値が低いほど、患者が十分な治療を受けて退院することができていることを示します。

※予期せぬ再入院：同一の疾患で退院後、期間内に予期せぬ再入院をいいます。

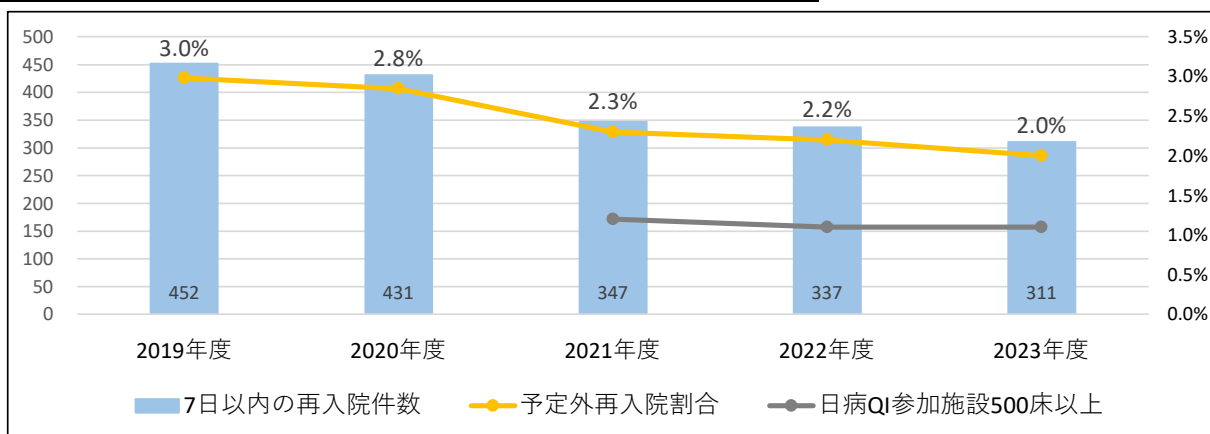
定義

分子 分母のうち前回退院から7日以内に計画外で再入院した患者

分母 退院患者数

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
7日以内の再入院件数	452	431	347	337	311
退院患者数	15,173	15,142	15,310	15,465	15,298
予定外再入院割合	3.0%	2.8%	2.3%	2.2%	2.0%
日病QI参加施設500床以上			1.2%	1.1%	1.1%



指標の説明

- ・ 予定外再入院の内訳を見ると、婦人科、消化器内科、呼吸器内科で多く、そのうち約1/3の患者は入院後死亡している事から、病勢の急速な進行により再入院に至ったものと思われる。
- ・ 当院の予定外再入院割合はQ I P J よりも高率であるが、がん専門病院としては上記のような患者が一定数存在する事から止むを得ないもの考えられる。

指標の意義

退院指導が不十分だったり、回復が不完全な状態で退院を強いたこと等による予定外の再入院を防ぐことが必要です。
※予期せぬ再入院：同一の疾患で退院後、期間内に予期せぬ再入院をいいます。

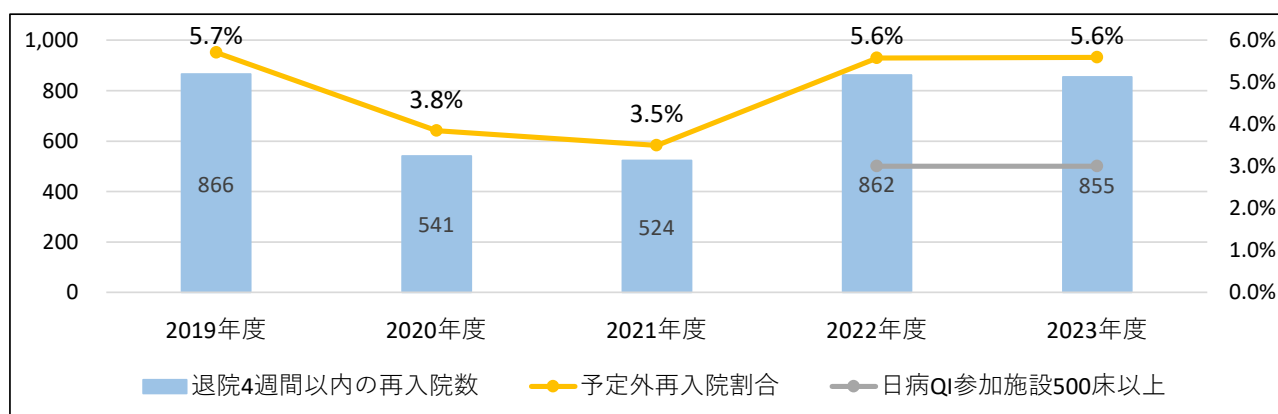
定義

分子 分母のうち前回退院から4週間以内に計画外で再入院した患者数

分母 退院患者数

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
退院4週間以内の再入院数	866	541	524	862	855
退院患者数	15,173	14,059	14,973	15,465	15,298
予定外再入院割合	5.7%	3.8%	3.5%	5.6%	5.6%
日病QI参加施設500床以上				3.0%	3.0%



指標の説明

- ・ 予定外再入院の内訳を見ると、消化器内科が最も多く、ついで呼吸器内科、婦人科の順であり、化学療法施行中で、有害事象もしくは病勢の急速な進行により再入院に至ったものと思われる。
- ・ 当院の予定外再入院割合はQ I P Jよりも高率であるが、がん専門病院としては上記のような理由により止むを得ないもの考えられる。

指標の意義

当院は、特定機能病院一般入院基本料7対1を取得しており、重症度・医療、看護必要度Ⅱの基準である30%を超える必要があります。がんの病態そのものや治療に関連した症状を有している患者が多く、適切な医療と看護の提供が求められます。

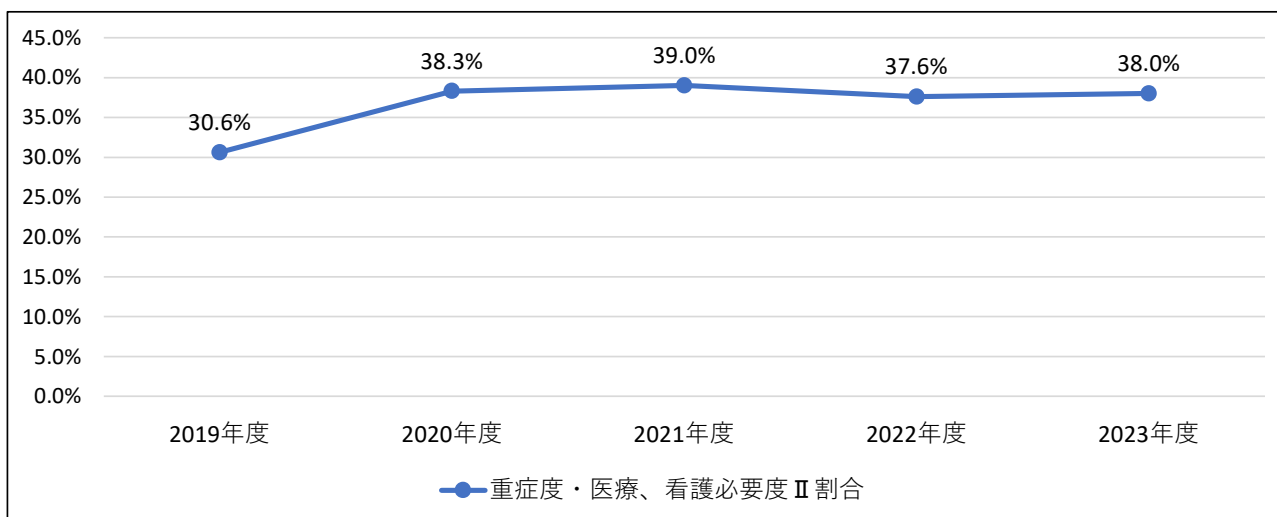
定義

分子 (A項目2点以上かつB項目3点以上、A項目3点以上またはC項目1点以上の該当患者延数) × 100

分母 一般病棟在院患者延数

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
重症度・医療、看護 必要度Ⅱ割合	30.6%	38.3%	39.0%	37.6%	38.0%



指標の説明

2023年度は病床稼働率の変動があったものの看護ケア度の高い患者や専門的な治療・処置が必要な患者の対応によって、年間通して36%以上で経過していました。

指標の意義

退院サマリーを完成させることは、医療従事者間で情報共有する重要な資料となり、適切な医療を提供することが可能となることから、一定期間内にこれを作成し承認することは、病院の医療の質を反映していると言えます。

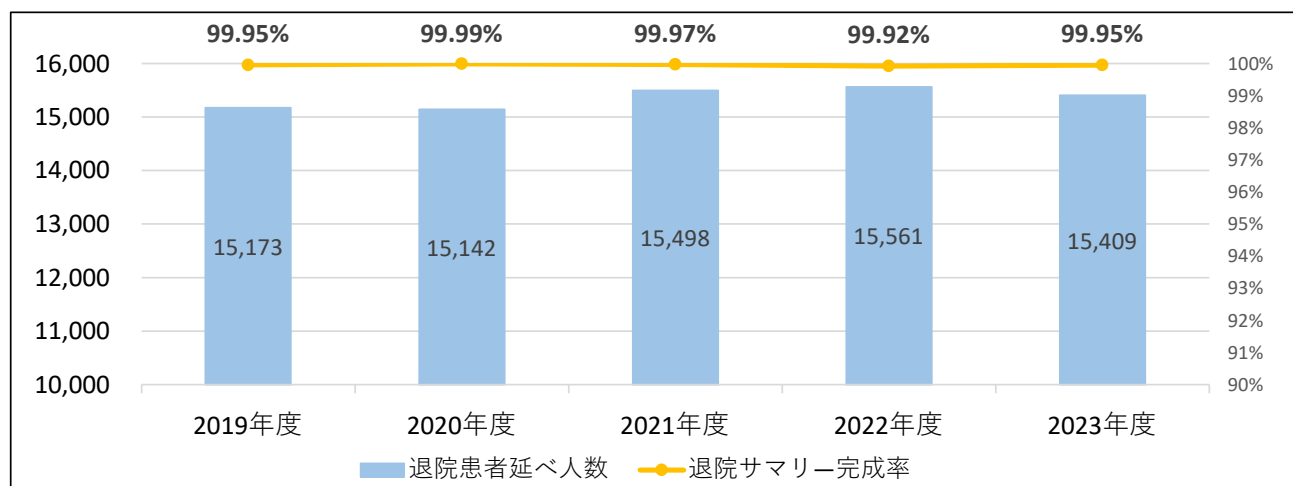
定義

分子 退院14日以内の退院サマリー完成数×100

分母 退院患者延べ数

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
退院患者延べ人数	15,173	15,142	15,498	15,561	15,409
退院サマリー完成件数	15,166	15,141	15,493	15,548	15,401
退院サマリー完成率	99.95%	99.99%	99.97%	99.92%	99.95%



指標の説明

2023年度上半に退院サマリ－の記載内容の拡充を行い、「退院サマリ－作成に関するガイダンス（退院時要約等の診療記録に関する標準化推進合同委員会）」に則った記載項目へと変更しました。記載枠の明確化と自動取り込み機能を取り入れたことにより、記載内容の拡充を図ることができました。

退院サマリ－の完成率を毎月診療情報管理委員会でモニタリングしていますが、ほぼ100%です。

継続的に取り組んでいきます。

指標の意義

クリティカルパスは、標準化された医療を効率的でかつ安全かつ適正に提供するために開発された診療計画書です。治療の工程をあらかじめ計画することで患者さん自身に治療への主体的参加を促し、患者さんの満足度の向上を目標としています。

入院患者さんに対してクリティカルパスを適用した割合の指標です。

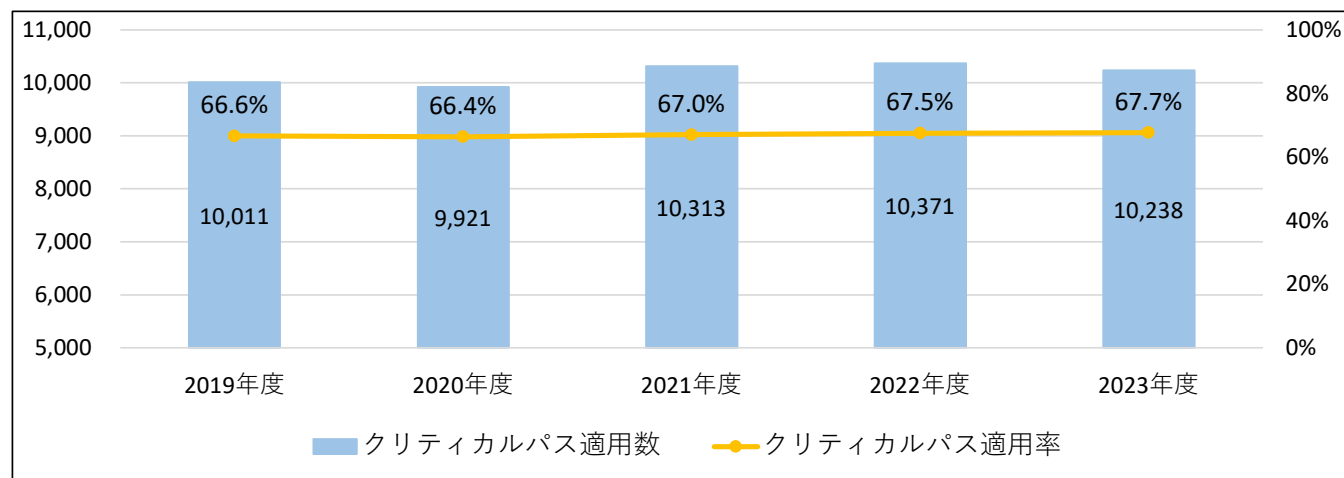
定義

分子 1年間のパス新規適用患者数×100

分母 1年間の新入院患者数

当院の実績

	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
クリティカルパス適用数	10,011	9,921	10,313	10,371	10,238
新入院患者数	15,032	14,942	15,393	15,361	15,124
クリティカルパス適用率	66.6%	66.4%	67.0%	67.5%	67.7%



指標の説明

- ・ 2023年度のパス適用率は67.7%であり、悪性腫瘍に対する急性期病院としては妥当な数値と思われる。
- ・ 年に2回バリエーション分析を行っており、パスの分割、修正などを依頼している。
- ・ 看護計画が付いていないパスについては、見直しを依頼しており、現在適用率は99.4%となっている。
- ・ 医療者用パスと患者用パスの対比を行い、医療者用パスに紐づいた患者用パスの整備を進めている。