

2011 年度 QI プロジェクト (QI 推進事業) 結果報告



一般社団法人 **日本病院会**
Japan Hospital Association

序 文

日本病院会の QI プロジェクト(QI 推進事業)は、厚生労働省が一昨年立ち上げた「平成 22 年度 医療の質の評価・公表等推進事業」の委託協力 3 団体の一つに日本病院会が指定され、30 病院が参加、1 年の協力期限が終了したことから、厚生労働省事業を日本病院会として引き継ぎ、会員病院の医療の質を向上させるプロジェクト事業として再出発したものです。ここに本事業の 2011 年度の結果を報告させていただきます。

2011 年度は規模を拡大し、診療のプロセスとアウトカムに関する 11 の指標(質指標: Quality Indicator: QI)について 85 病院からデータを提出していただきました。各病院で本プロジェクトに関わってこられた皆様の多大なご努力に感謝申し上げます。

今回取り上げた QI については、85 病院の間で驚くほどの大きな違いはないと言ってよく、全般的には均質性が確保されていることを示していると思われます。もともと私自身、QI を測定・公表することの第一義的目的は、診療の質について「多施設を横断的に比較」をすることではなく、診療の質を「各施設において時系列で改善」することにあると考えています。病院で診療を受ける患者の病気の種類・頻度・重症度、救急車で搬送される患者の割合、患者の年齢・性別・教育レベル・職業・収入、病院の存在場所・他の医療施設との位置的關係や連携の態様など、QI の値に影響を与える要因は、診療の質以外に数多くあり、病院によって大きく異なります。したがって、診療の質を比べるためには、それらの多くの要因の影響を取り除いて(=交絡因子の調整を行って)、診療の質のみを反映する数値に変換する必要があります。ところが、このような交絡因子調整の方法論は、現在までのところ、多くの者にとって満足のゆくレベルのものが必ずしも開発されているとは言えません。一方、各施設で毎回同じ方法で QI を測定して比較するのであれば、上記の QI の値に影響を与える要因の多くは差し引きされて、診療の質のみが抽出される可能性が高くなります。

したがって、本事業で 11 の QI を測定・公表したのは、診療の質を知り改善するという究極の目的を達成するための第一歩であり、2012 年度以降も本事業を継続していきます。今後、日本病院会として、できるだけ多くの会員病院において QI を測定・公表し、さまざまな改善の試みの成果を時系列で確認・フィードバックするという手順が確実に病院管理の手法のひとつとして組み込まれるよう、さまざまな働きかけを行えればと思っています。

QI 委員会・委員長 福井次矢

参加病院の基本情報

No.	都道府県	施設名	一般	療養	精神	病床数	特	地	臨	評	DPC
1	北海道	札幌社会保険総合病院	○			276		○	○	○	○
2	北海道	札幌徳洲会病院	○			301			○	○	○
3	北海道	手稲溪仁会病院	○			550			○	○	○
4	北海道	日鋼記念病院	○	○		479			○	○	○
5	北海道	函館五稜郭病院	○			580			○	○	○
6	岩手県	岩手県立中央病院	○			685		○	○	○	○
7	宮城県	永仁会病院	○			80				○	
8	茨城県	総合病院 土浦協同病院	○			900			○	○	○
9	茨城県	筑波メディカルセンター病院	○			409		○	○	○	○
10	群馬県	伊勢崎市民病院	○			504		○	○	○	○
11	群馬県	前橋赤十字病院	○			592		○	○	○	○
12	群馬県	美原記念病院	○	○		189			○	○	○
13	埼玉県	済生会川口総合病院	○			400		○	○	○	○
14	埼玉県	上尾中央総合病院	○			753			○	○	○
15	埼玉県	伊奈病院	○	○		151				○	○
16	埼玉県	戸田中央総合病院	○			446			○	○	○
17	埼玉県	埼玉協同病院	○	○		401			○	○	○
18	千葉県	総合病院国保旭中央病院	○		○	989		○	○	○	○
19	千葉県	亀田総合病院	○		○	925		○	○	○	○
20	東京都	青梅市立総合病院	○		○	562			○	○	○
21	東京都	社会保険中央総合病院	○			418			○	○	○
22	東京都	がん研有明病院	○			700			○	○	○
23	東京都	聖路加国際病院	○			520			○	○	○
24	東京都	荻窪病院	○			217			○	○	○
25	東京都	河北総合病院	○			315		○			○
26	東京都	昭和大学病院	○			815	○		○	○	○
27	東京都	東芝病院	○			307			○	○	○
28	東京都	立正佼成会附属佼成病院	○	○		363			○	○	○
29	神奈川県	横浜労災病院	○			650		○	○	○	○
30	神奈川県	海老名総合病院	○			488		○	○	○	○
31	神奈川県	菊名記念病院	○			218		○	○	○	○
32	神奈川県	茅ヶ崎徳洲会総合病院	○			419			○	○	○

No.	都道府県	施設名	一般	療養	精神	病床数	特	地	臨	評	DPC
33	新潟県	新潟県立中央病院	○			534		○	○	○	○
34	富山県	富山市民病院	○		○	595		○	○	○	○
35	福井県	福井赤十字病院	○			600		○	○	○	○
36	長野県	長野県厚生連 佐久総合病院	○	○	○	821			○	○	○
37	長野県	相澤病院	○			502		○	○	○	○
38	岐阜県	羽島市民病院	○		○	329			○	○	○
39	岐阜県	岐阜県総合医療センター	○			590		○	○	○	○
40	岐阜県	松波総合病院	○			432			○	○	○
41	静岡県	藤枝市立総合病院	○			594		○	○	○	○
42	静岡県	静岡県立総合病院	○			720		○	○	○	○
43	静岡県	総合病院 聖隷浜松病院	○			744		○	○	○	○
44	愛知県	稲沢市民病院	○			392			○	○	
45	愛知県	小牧市民病院	○			544			○	○	○
46	愛知県	豊橋市民病院	○			910			○	○	○
47	愛知県	愛知県厚生連 安城更生病院	○			723		○	○	○	○
48	京都府	舞鶴共済病院	○			320			○	○	○
49	京都府	京都市立病院	○			548		○	○	○	○
50	京都府	武田総合病院	○			500			○	○	○
51	京都府	武田病院	○			300		○	○	○	○
52	京都府	洛和会音羽病院	○	○	○	588			○	○	○
53	京都府	京都桂病院	○			585			○	○	○
54	京都府	三菱京都病院	○			188				○	○
55	大阪府	大阪警察病院	○			580		○	○	○	○
56	大阪府	松下記念病院	○			359		○	○	○	○
57	大阪府	萱島生野病院	○			162				○	○
58	大阪府	島田病院	○			43				○	○
59	大阪府	府中病院	○			380		○	○	○	○
60	大阪府	ベルランド総合病院	○			522		○	○	○	○
61	大阪府	北摂総合病院	○			217		○	○	○	○
62	大阪府	守口生野記念病院	○			199				○	○
63	大阪府	若草第一病院	○			230		○	○	○	○
64	大阪府	関西医科大学附属枚方病院	○			744	○				○
65	兵庫県	三菱神戸病院	○			199			○		○
66	奈良県	国保中央病院	○			220			○	○	○
67	奈良県	大和高田市立病院	○	○		320			○	○	○
68	奈良県	天理よろづ相談所病院	○			815			○		○

No.	都道府県	施設名	一般	療養	精神	病床数	特	地	臨	評	DPC
69	岡山県	岡山旭東病院	○			162		○		○	○
70	岡山県	岡山県精神科医療センター			○	252			○	○	
71	広島県	広島市立広島市民病院	○		○	743		○	○	○	○
72	広島県	済生会広島病院	○			330			○		○
73	広島県	広島共立病院	○			199			○	○	○
74	山口県	山口労災病院	○			313		○	○	○	○
75	山口県	総合病院 山口赤十字病院	○			475			○	○	○
76	徳島県	博愛記念病院	○	○		210				○	
77	香川県	高松市民病院	○		○	417			○		○
78	香川県	総合病院 回生病院	○		○	402		○	○	○	○
79	愛媛県	市立宇和島病院	○			435			○	○	○
80	愛媛県	済生会松山病院	○			170			○		○
81	高知県	土佐市立土佐市民病院	○			150			○	○	○
82	高知県	高知医療センター	○			632		○	○	○	○
83	福岡県	聖マリア病院	○	○	○	1354		○	○	○	○
84	沖縄県	中頭病院	○			326		○	○	○	○
85	沖縄県	沖縄協同病院	○			280			○	○	○

特：医療法に規定する特定機能病院

地：医療法に規定する地域医療支援病院

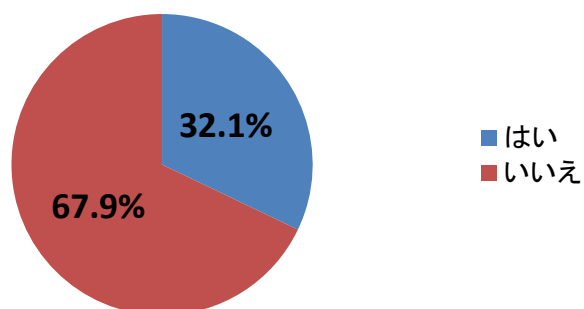
臨：医師法に規定する臨床研修指定病院

評：財団法人日本医療機能評価機構による病院機能評価の認定を受けた病院

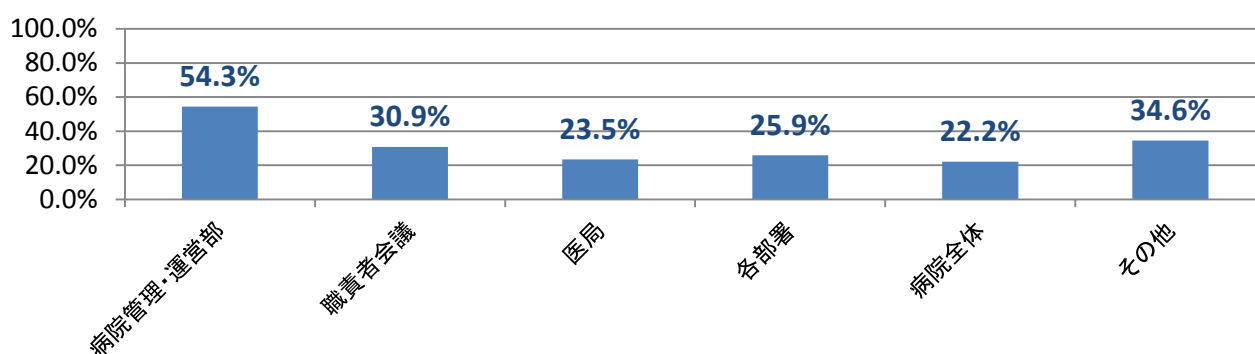
アンケート結果（全体）

N=81 施設

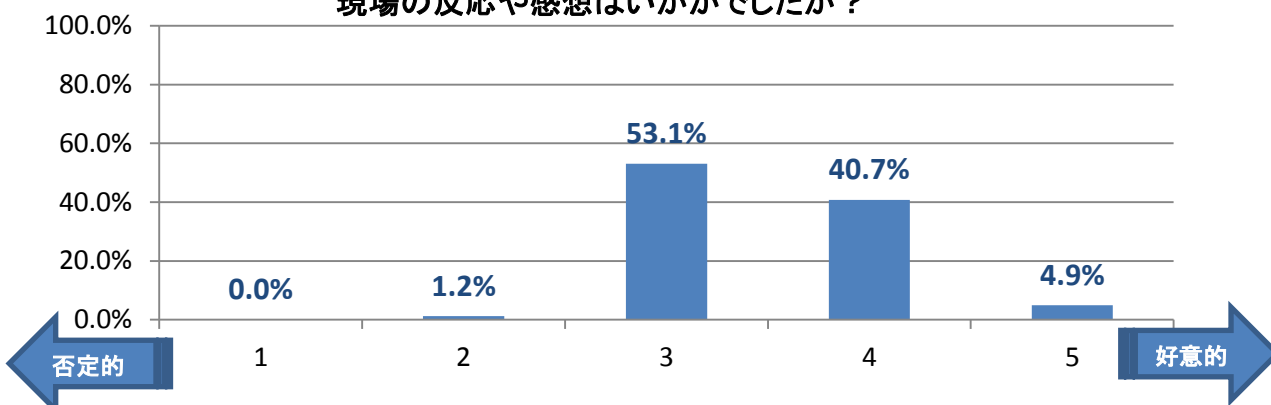
QIを用いた医療の質改善を行う組織の位置づけ
変更や新たな委員会の設置をしましたか？



QIの測定結果を院内のどのような場で報告していますか？
（複数選択可）



現場の反応や感想はいかがでしたか？



No.01 患者満足度（外来患者） a)大変満足 b)大変満足または満足

No.02 患者満足度（入院患者） a)大変満足 b)大変満足または満足

指標の説明・定義

受けた治療の結果、入院期間、安全な治療に対する患者の満足度をみることは、医療の質を測るうえで直接的な評価指標の重要な一つです。

それぞれの病院で行っている患者満足度調査において、総合的な満足度を表現していると考えられる質問を一つ選び、5段階評価（大変満足、満足、どちらともいえない、不満足、大変不満足）の「大変満足」「満足」を集計しました。

<No.01 患者満足度（外来患者）>

分 子:	a)「この病院での診療に大変満足している」と回答した外来患者数 b)「この病院での診療に大変満足または満足している」と回答した外来患者数
分 母:	患者満足度調査に回答した外来患者数(未記入患者を除く)
収集期間:	2日以上(3月までに1回の報告とする)
備 考:	調査票への追加修正が難しい場合、似た項目があれば、それを代用する。

<No.02 患者満足度（入院患者）>

分 子:	a)「この病院での診療に大変満足している」と回答した入院患者数 b)「この病院での診療に大変満足または満足している」と回答した入院患者数
分 母:	患者満足度調査に回答した入院患者数(未記入患者を除く)
収集期間:	1週間以上(3月までに1回の報告とする)
備 考:	調査票への追加修正が難しい場合、似た項目があれば、それを代用する。

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より高い値が望ましい

考察

患者満足度は可能な限り自施設の調査票に設問を追加するようお願いはしましたが、すでに何年もの間同じ調査票を使用している施設や他の設問が4段階評価であるのに対して、一つだけ5段階評価にすることは避けたいなどの理由で、まったく同じ内容の調査を実施することはできませんでした。しかし、値のよい施設の理由が明確

になり、取り組みを参考にできれば、すべての施設で改善できる指標と思われます。

<No.01 患者満足度(外来患者)>

今回、提出が難しいと連絡があった2施設を除き、提出できた割合は92.8%(77/83)でした。また、大変満足のみでは、平均値35.7%、中央値34.2%、最大値88.0%、最小値9.3%、大変満足または満足では、平均値82.0%、中央値82.6%、最大値98.7%、最小値54.7%という結果でした。さらに、大変満足のみと大変満足または満足の最大値は同じ施設でしたが、最小値は別な施設であり、大変満足のための値が低くても大変満足または満足の値が低いとは限らないことがわかりました。

<No.02 患者満足度(入院患者)>

外来患者と同様に、提出が難しいと連絡があった2施設を除き、提出できた割合は91.6%(76/83)でした。また、大変満足のみでは、平均値52.0%、中央値52.9%、最大値94.8%、最小値13.7%、大変満足または満足では、平均値88.0%、中央値90.4%、最大値99.1%、最小値53.3%という結果でした。さらに、外来満足度(大変満足または満足)と入院満足度(大変満足または満足)の両方を調査した76施設で比較すると、外来満足度のほうが高い施設が12施設、入院満足度のほうが高い施設が64施設であり、今回の調査では、入院患者の満足度が高い結果となりました。ただし、施設によっては外来満足度と入院満足度が25%も離れていることがあり、施設内での分析が必要と考えます。

改善活動事例

院内情報共有や数値のフィードバック

- ☐ 委員会や会議で結果を報告した。
- ☐ 結果をグラフ化し、不満・要望等を一覧にして各部署に配付・回覧した。

施設・設備・機器の見直しや購入

- ☐ 自動予約機や自動精算機を導入した。
- ☐ 駐車場を整備した。
- ☐ 外来待合室の掲示や待合席スペースのレイアウトを変更した。

勉強会・講習会の開催

- ☐ 接遇に関する講習会を開催した。
- ☐ CS(Customer Service)ワークショップを開催した。

患者向けの情報提供

- ☐ 待ち時間の表示やアナウンスを行った。
- ☐ 病院ホームページへ掲載した。
- ☐ 時刻表・検査概算表等、患者のニーズに添えるパンフレットを常設した。

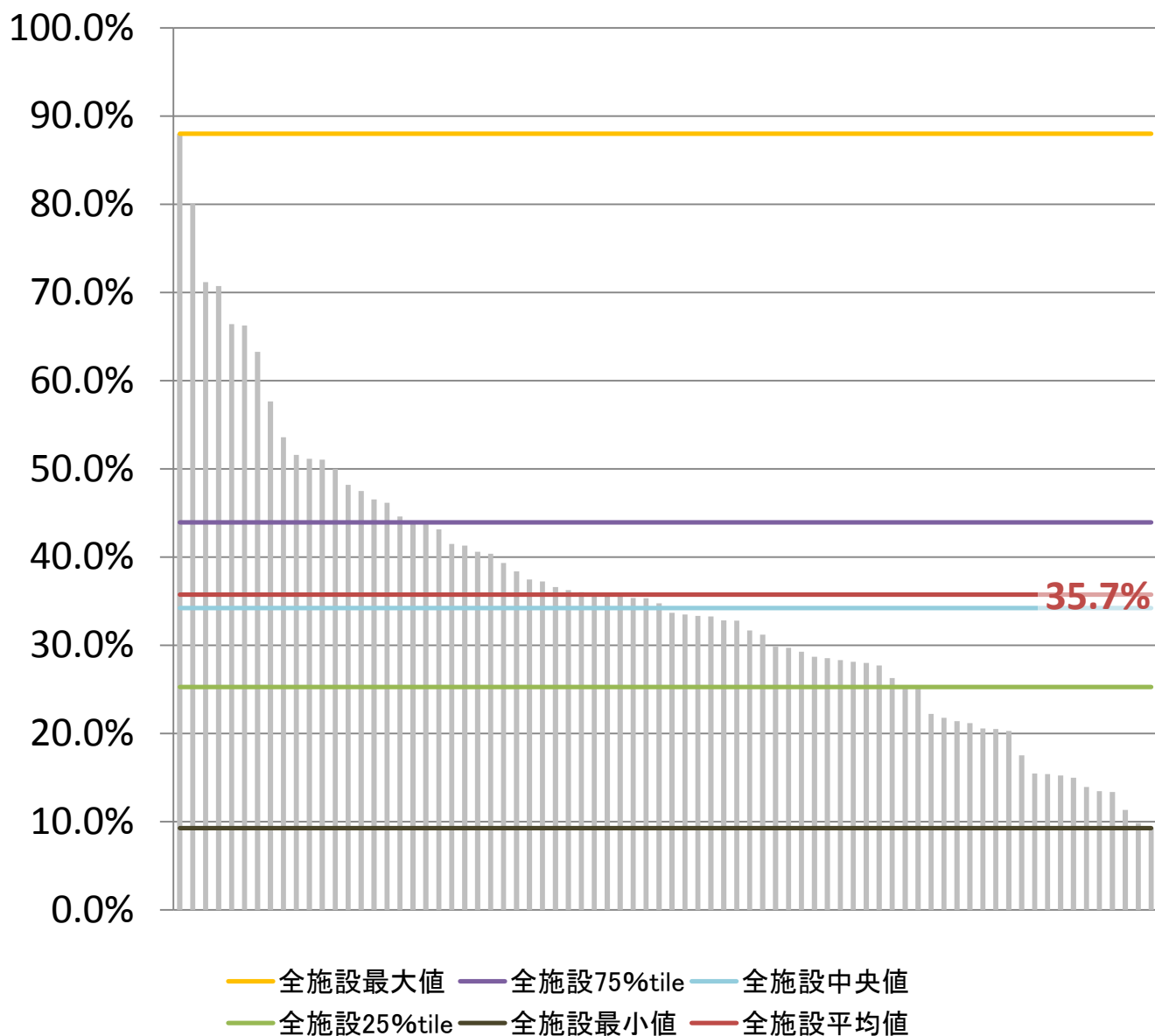
参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2011 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ 2011 ISBN 978-4-89996-285-4

一般:No1-a 患者満足度(外来患者) 大変満足

分子	「この病院での診療に大変満足している」と回答した外来患者数
分母	患者満足度調査に回答した外来患者数

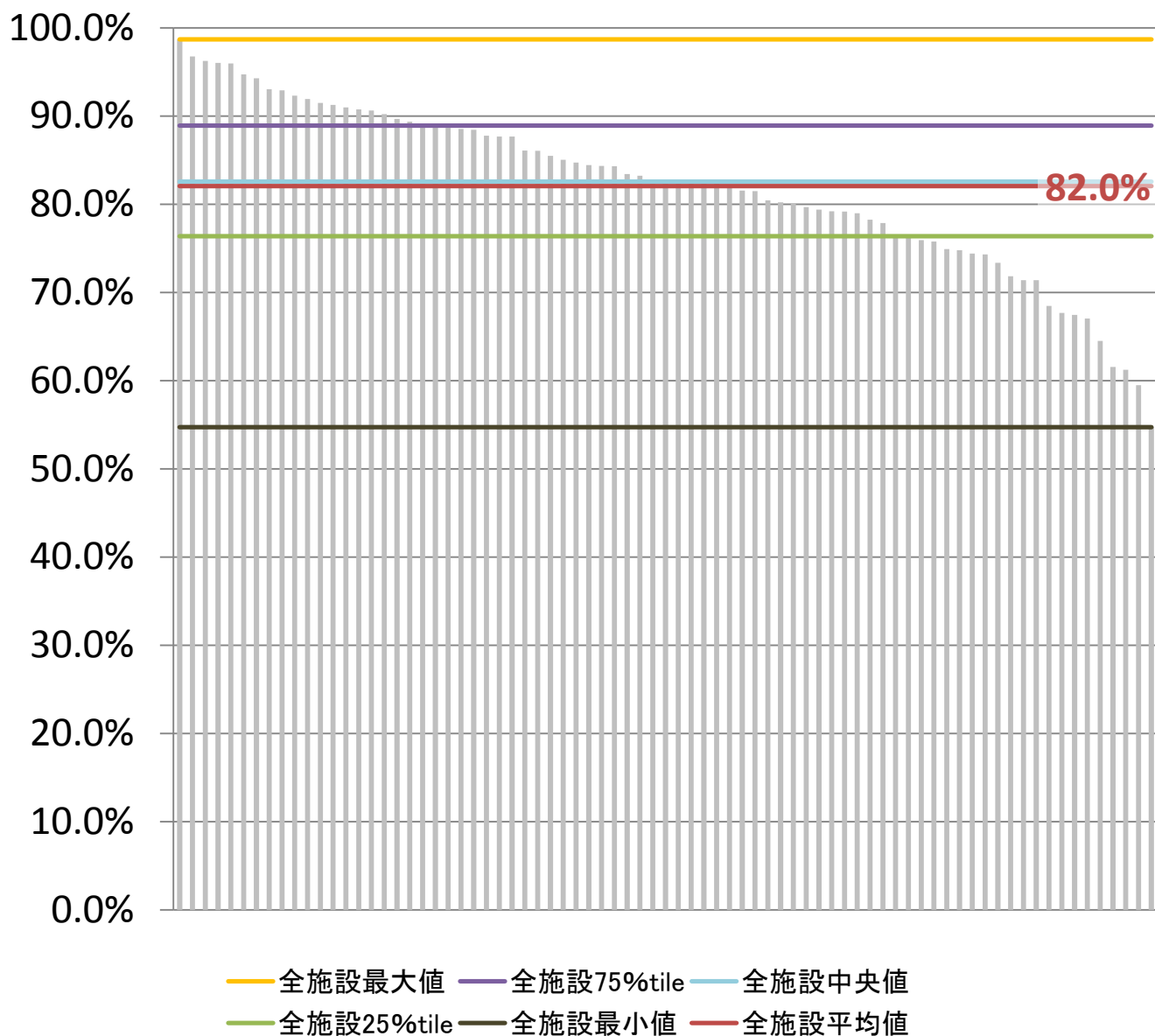
2011年度 全施設



一般:No1-b 患者満足度(外来患者) 大変満足または満足

分子	「この病院での診療に大変満足または満足している」と回答した外来患者数
分母	患者満足度調査に回答した外来患者数

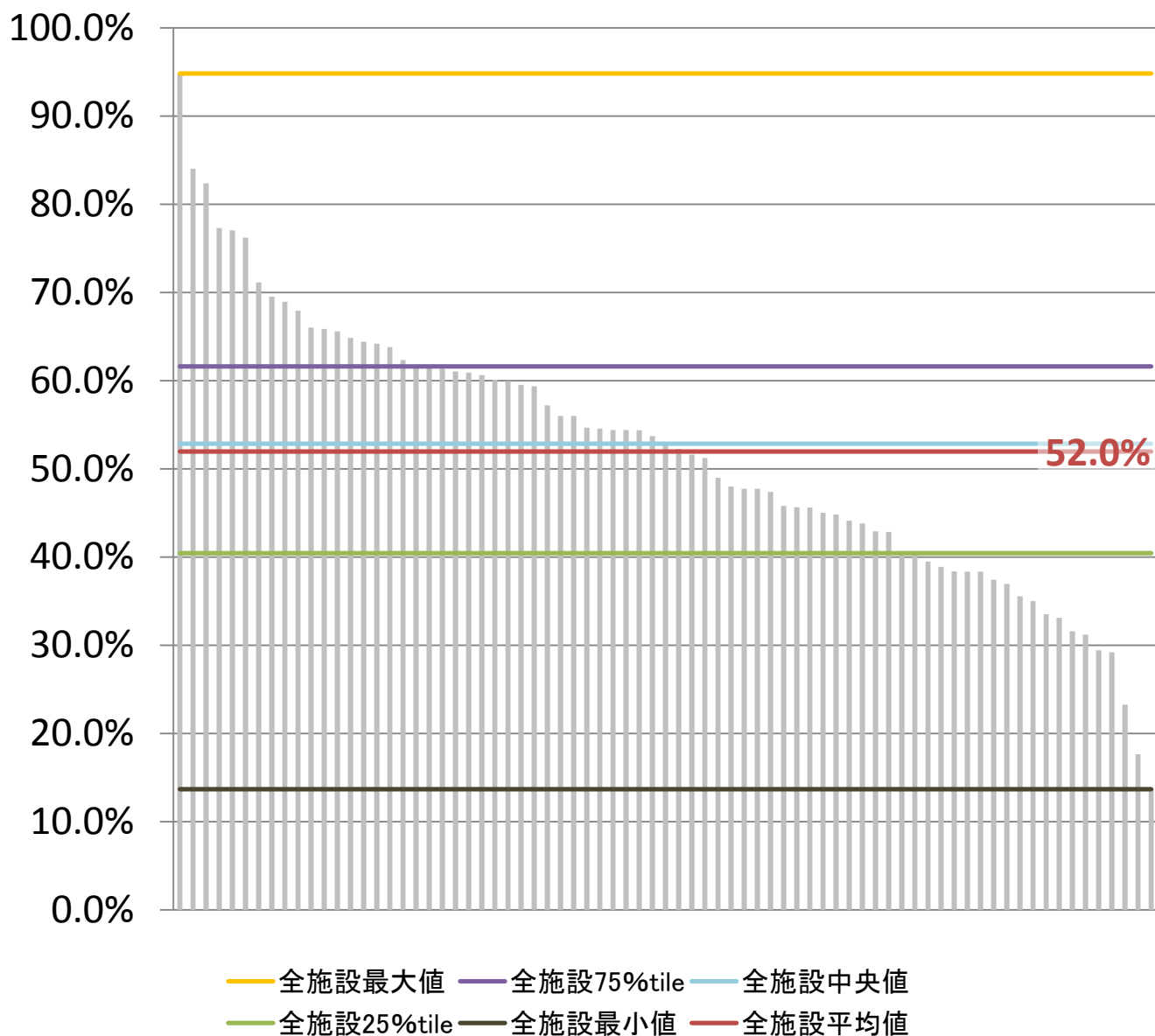
2011年度 全施設



一般:No2-a 患者満足度(入院患者) 大変満足

分子	「この病院での診療に大変満足している」と回答した入院患者数
分母	患者満足度調査に回答した入院患者数

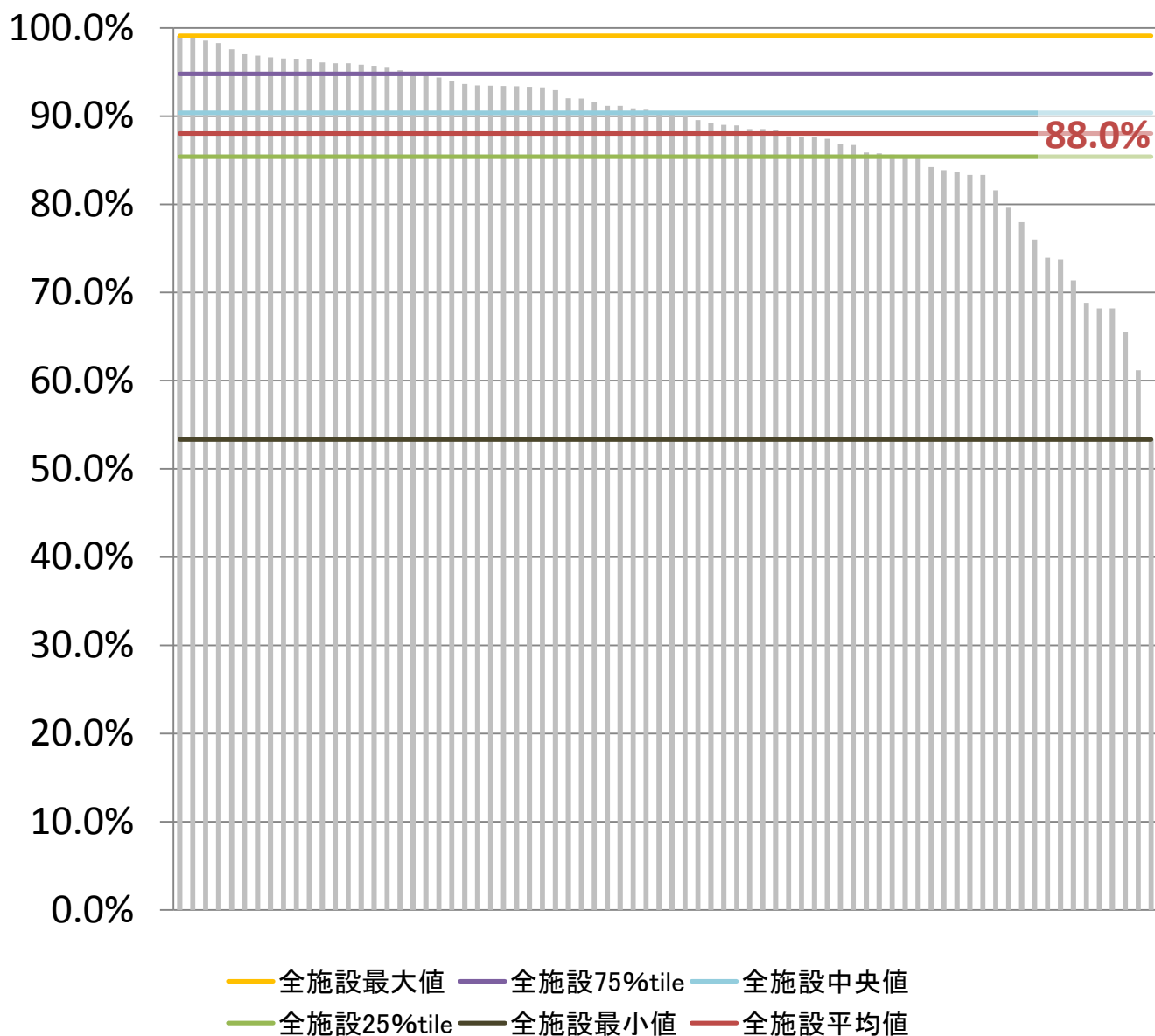
2011年度 全施設



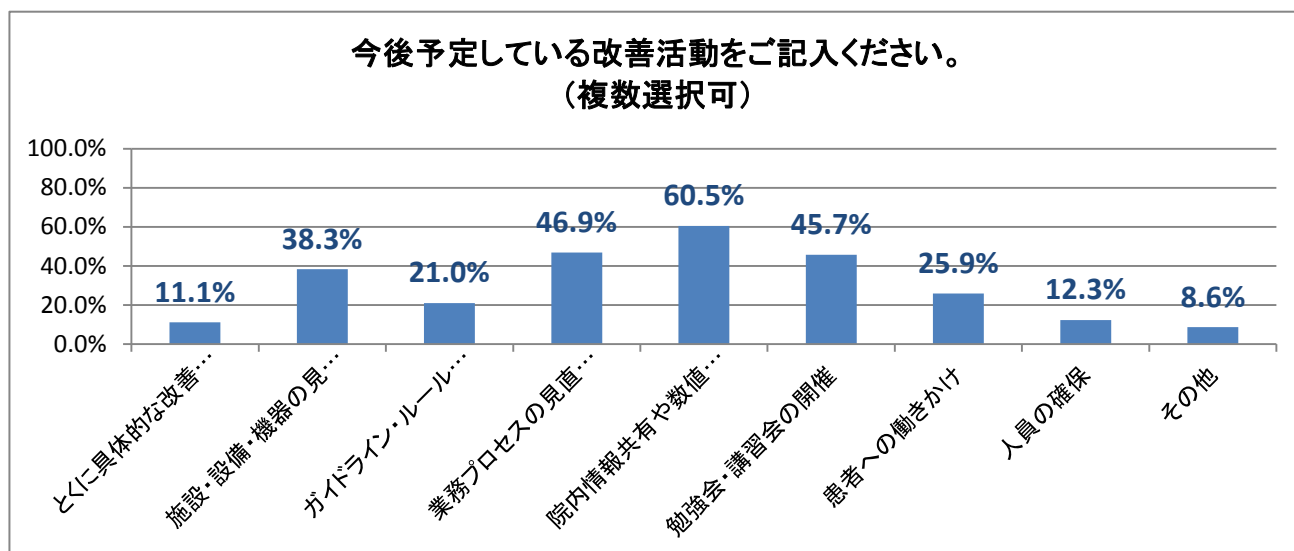
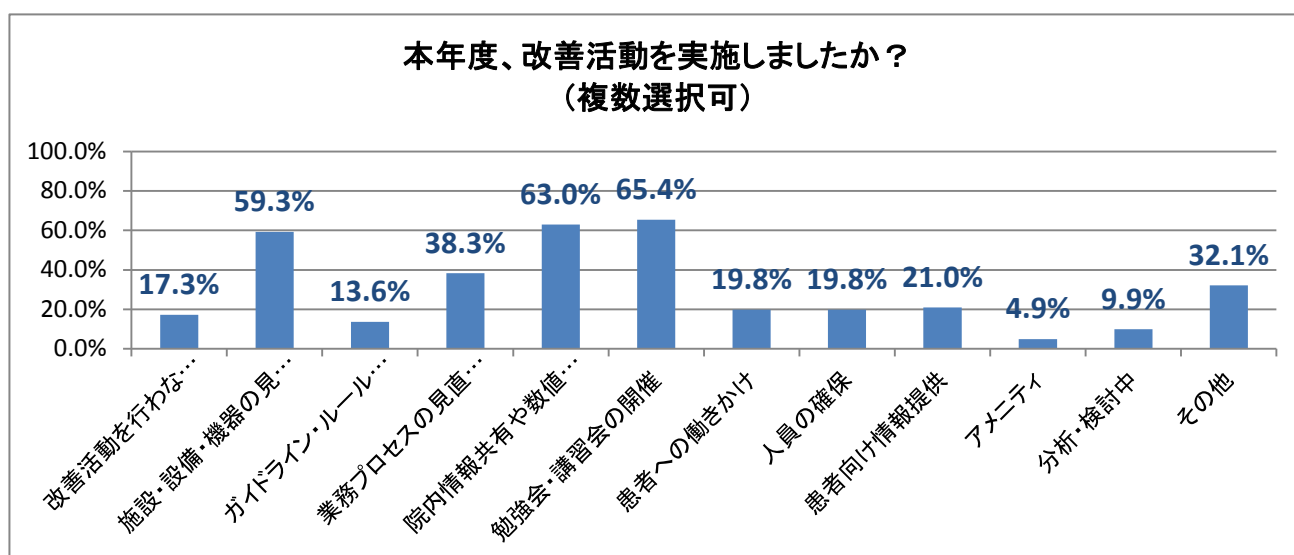
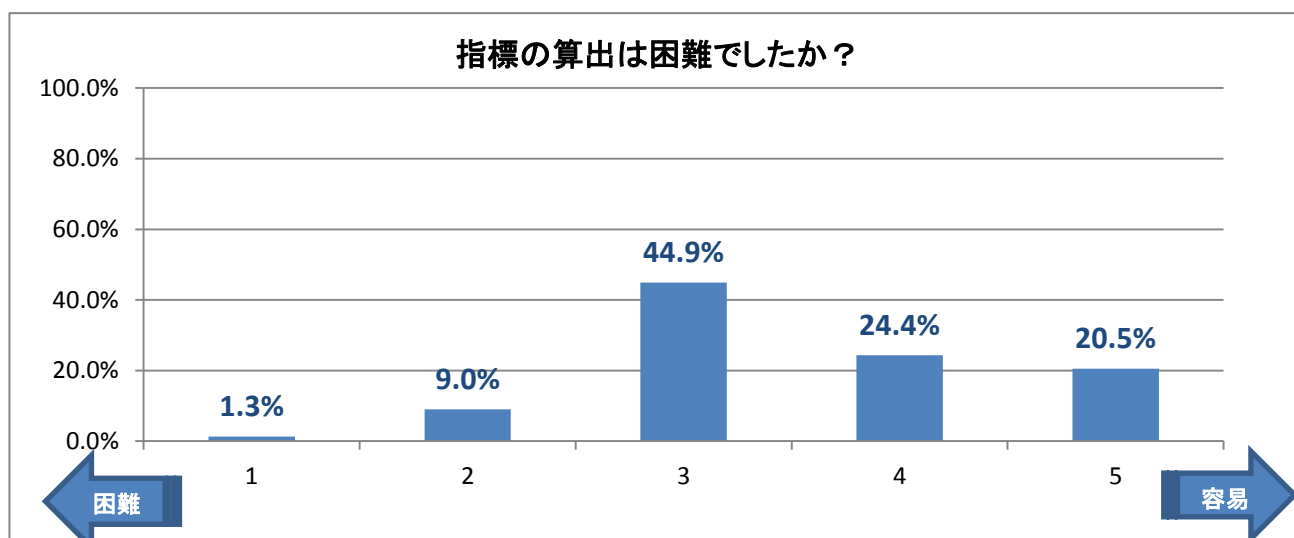
一般:No2-b 患者満足度(入院患者) 大変満足または満足

分子	「この病院での診療に大変満足または満足している」と回答した入院患者数
分母	患者満足度調査に回答した入院患者数

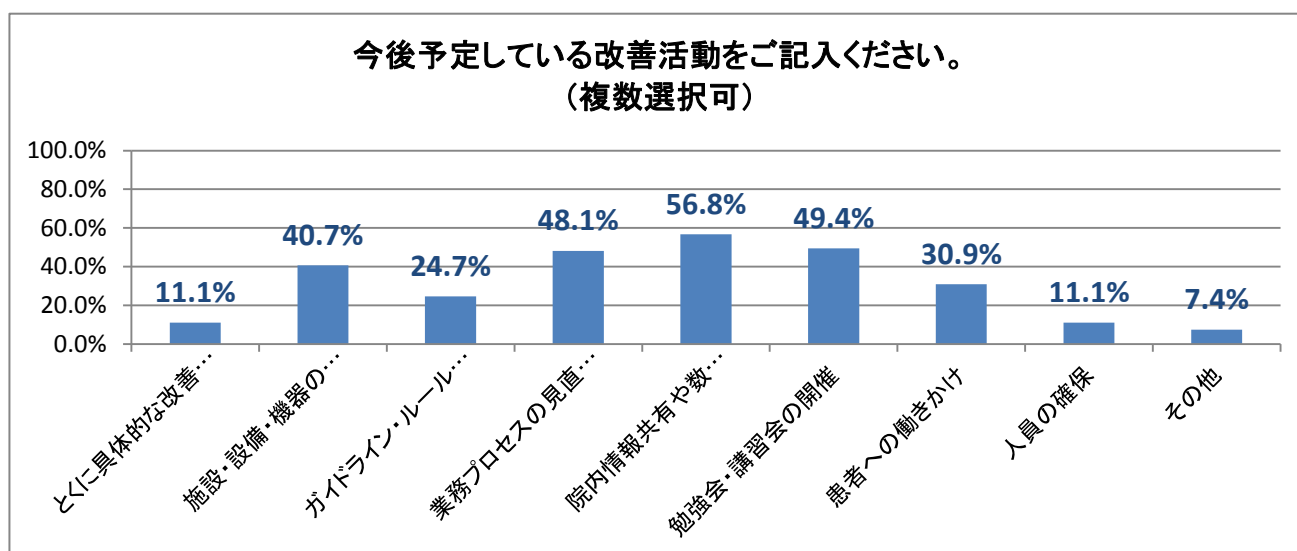
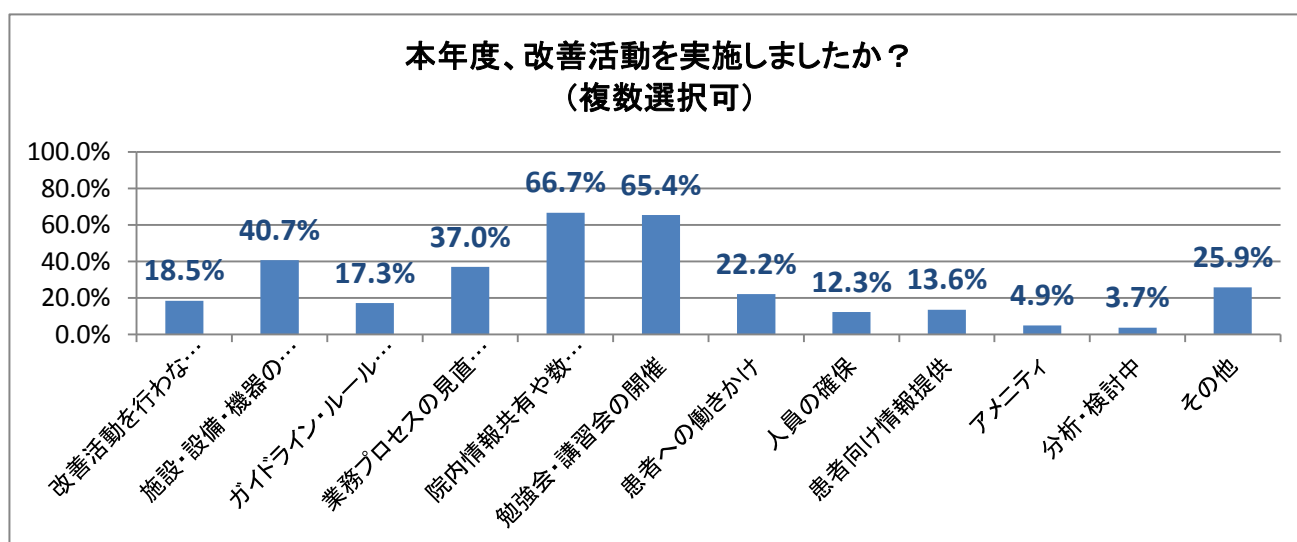
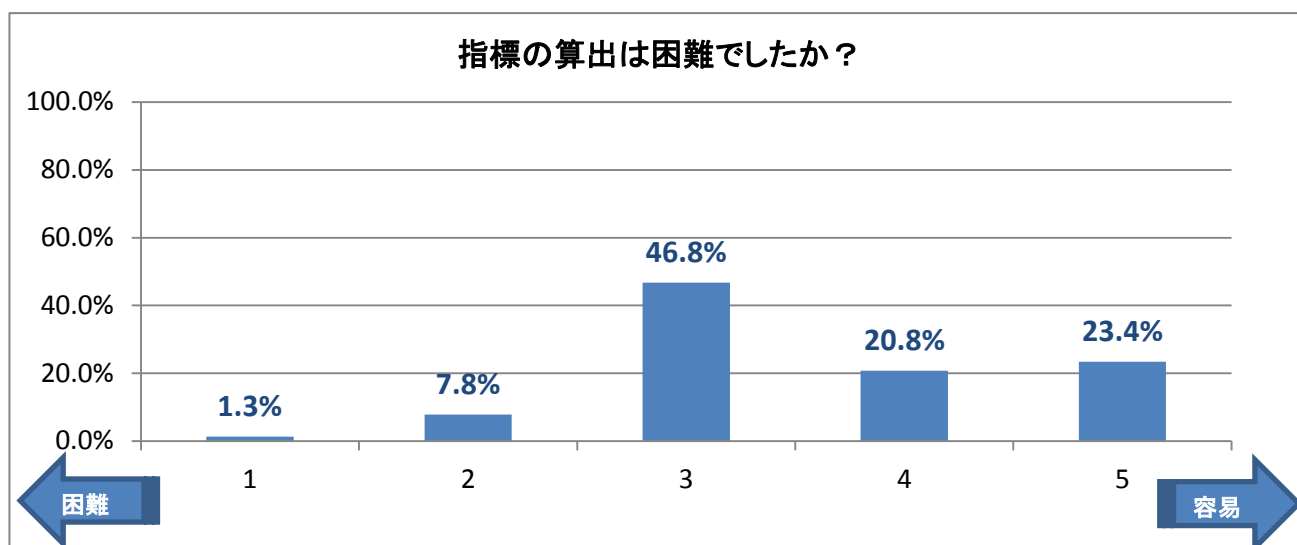
2011年度 全施設



<No.01 患者満足度(外来患者)>



<No.02 患者満足度(入院患者)>



No.03 死亡退院患者率

指標の説明・定義

どの病院でも、死亡退院患者率を把握できますが、病院単位での医療アウトカムを客観的に把握するシステムは存在しません。医療施設の特徴（職員数、病床数、救命救急センターや集中治療室、緩和ケア病棟の有無、平均在院日数、地域の特性など）、入院患者のプロフィール（年齢、性別、疾患の種類と重症度など）が異なるため、この死亡退院患者率から直接医療の質を比較することは適切ではありません。

分母を退院患者数、分子を死亡退院患者数としています。死亡率に大きく影響すると考えられた緩和ケア等退院患者と「救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合で、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保することとされている専用病床に入院したものとみなされるもの（死亡時の1日分の入院料等を算定するもの）」を分母、分子から除外しています。

分 子： 死亡退院患者数

分 母： 退院患者数

除 外： 緩和ケア等（診療報酬の算定を認可されて病棟のみでなく、同様の病棟を設置している場合も含む）退院患者

DPC で様式1に含まれる「救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合で、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保することとされている専用病床に入院したものとみなされるもの（死亡時の1日分の入院料等を算定するもの）。」

収集期間： 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

考察

ほぼ負担なく提出できる指標としてこの死亡退院患者率を採用しましたが、一般病床がない1施設を除いても、算出ができない医療機関が1施設ありました。その2施設を除くと、調査開始の2011年10月から調査終了の2012年3月まで、すべてのデータを提出できた割合は96.4%（480/498）でした。また6ヶ月間の平均は、平均値4.5%、中央値4.0%、最大値40.5%、最小値0.0%という結果でした。

多くの施設で死亡率の平均が10%以下でしたが、1施設だけ平均が30%を超えていました。介護・リハビリテーションにも重点を置き、長期療養生活にも対応できるよう環境を整えており、また関連病院から重症患者を受け入れる体制を取っているようですが、算出の間違いかどうか、調査が必要です。

施設全体の変化を経年的に把握していくためには、簡単で扱いやすい指標であると考えられますが、医療機関の体制や患者のプロフィール、疾患の種類と重症度などが同じであるという前提が必要です。リスク調整が必要な指標であり、標準化が容易ではありません。

改善活動事例

院内情報共有や数値のフィードバック

- ☐ 委員会での報告や診療科へ値をフィードバックした。

勉強会・講習会の開催

- ☐ 死亡症例検討会を開催した。
- ☐ 急変時対応訓練を実施した。

業務プロセスの見直しや変更

- ☐ 救急患者受け入れ態勢を整備した。

人員の確保

- ☐ 看護要員を確保した。

施設・設備・機器の見直しや購入

- ☐ 医療機器(心電図モニター等)を造設した。

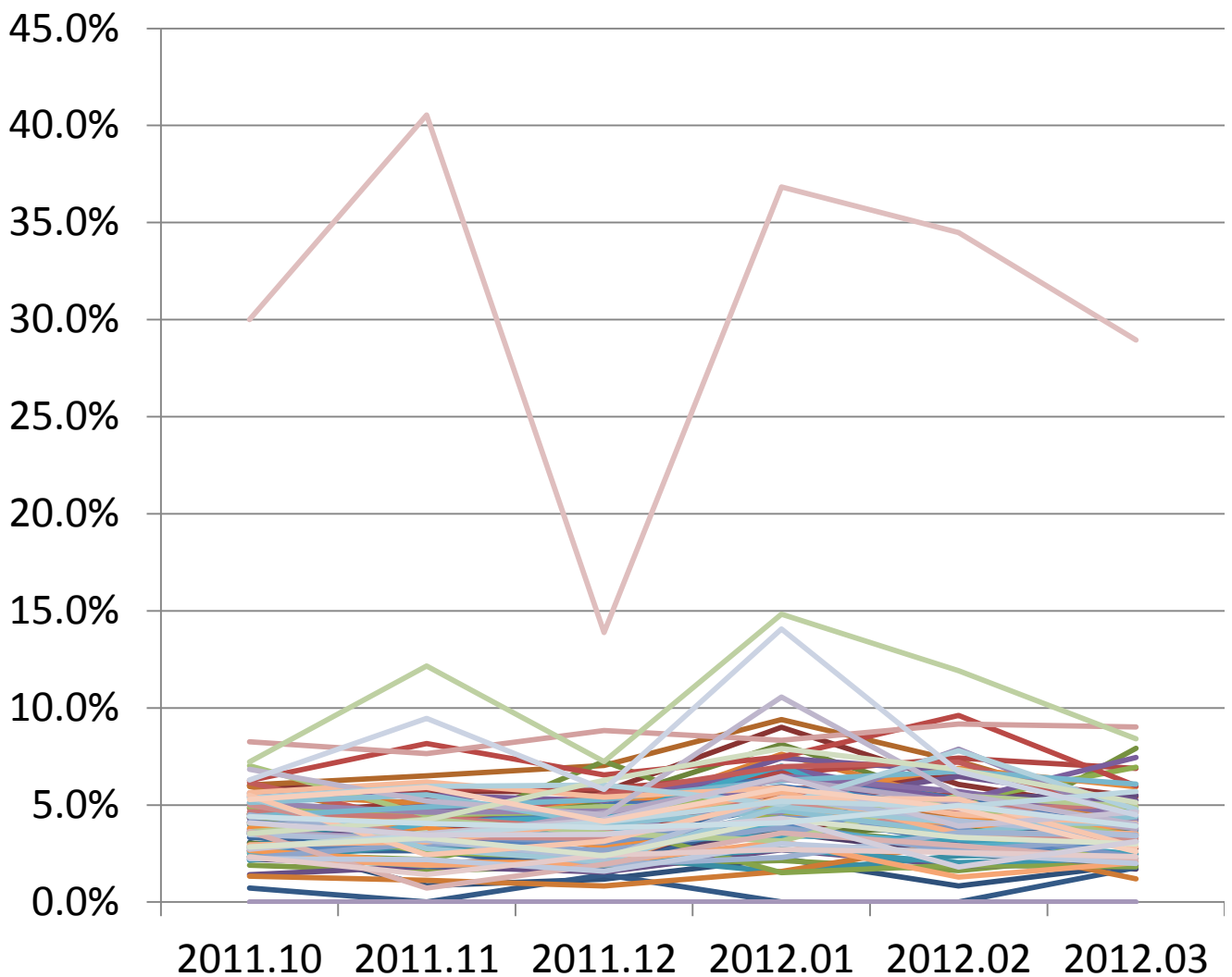
参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2011 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディア 2011 ISBN 978-4-89996-285-4
2. Miyata, H, Hashimoto H, Horiguchi H, Matsuda S, Motomura N, Takamoto S. Performance of in-hospital mortality prediction models for acute hospitalization: hospital standardized mortality ratio in Japan: BMC Health Serv Res 2008 Nov 7;8:229.
3. Miyata, H, Hashimoto H, Horiguchi H, Fushimi K, Matsuda S. Assessment of hospital performance with a case-mix standardized mortality model using an existing administrative database in Japan: BMC Health Serv Res 2010 May 19;10:130.
4. Mohammed A Mohammed, Jonathan J Deeks, Alan Girling, Gavin Rudge, Martin Carmalt, Andrew J Stevens, Richard J Lilford, Evidence of methodological bias in hospital standardised mortality ratios: retrospective database study of English hospitals: BMJ 2009;338:b780.

一般:No3 死亡退院患者率

分子	死亡退院患者数
分母	退院患者数

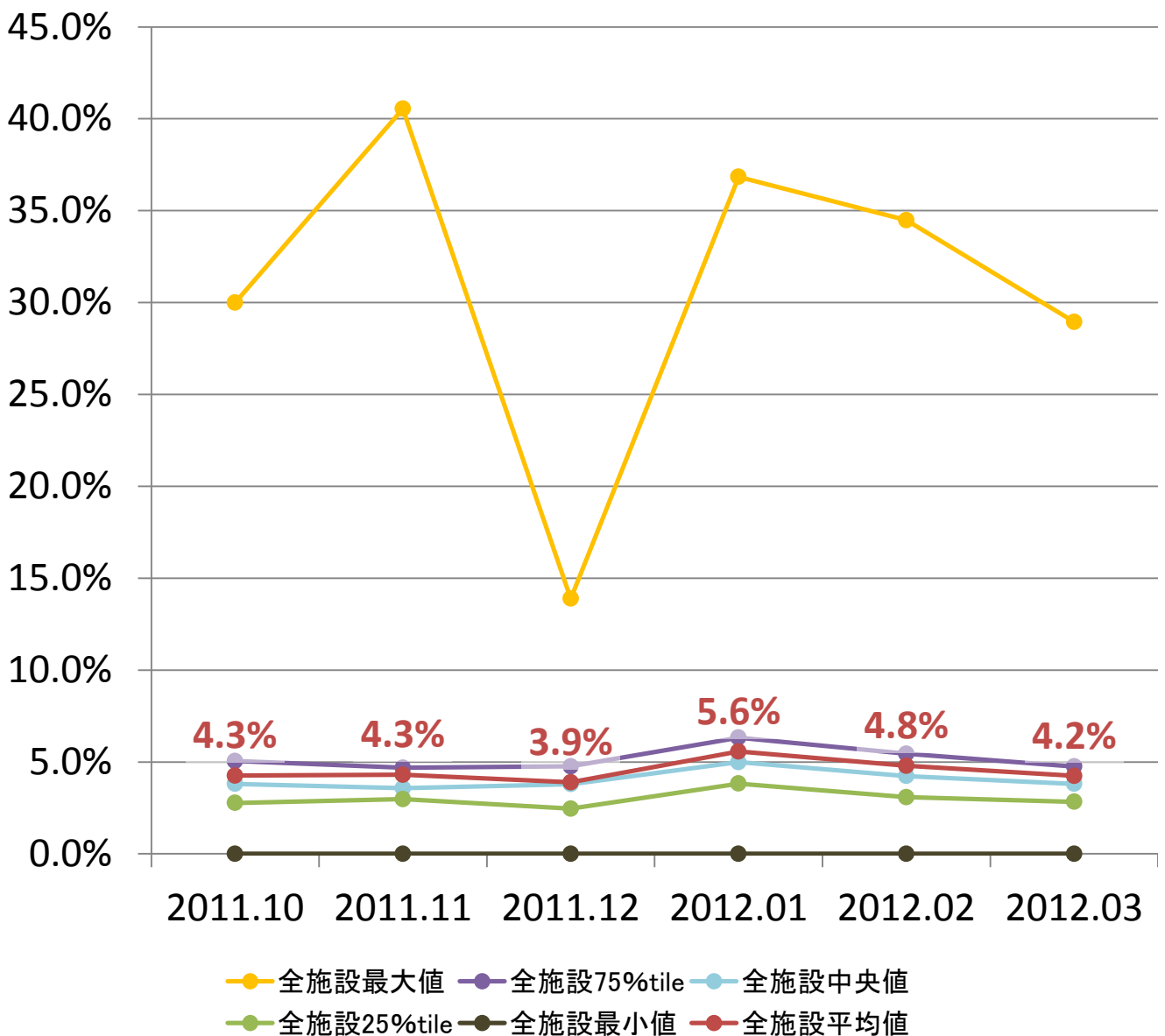
全施設



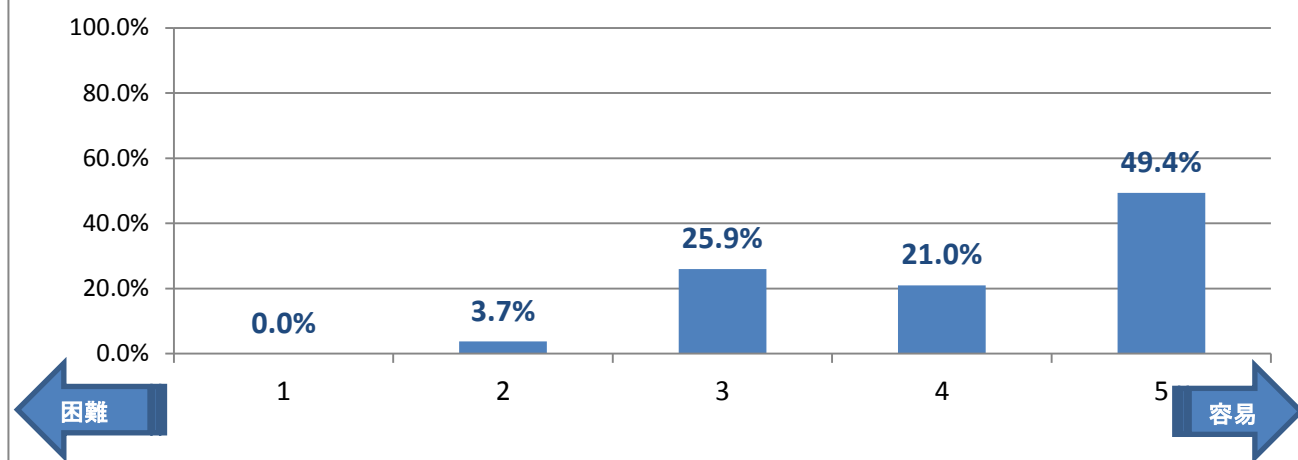
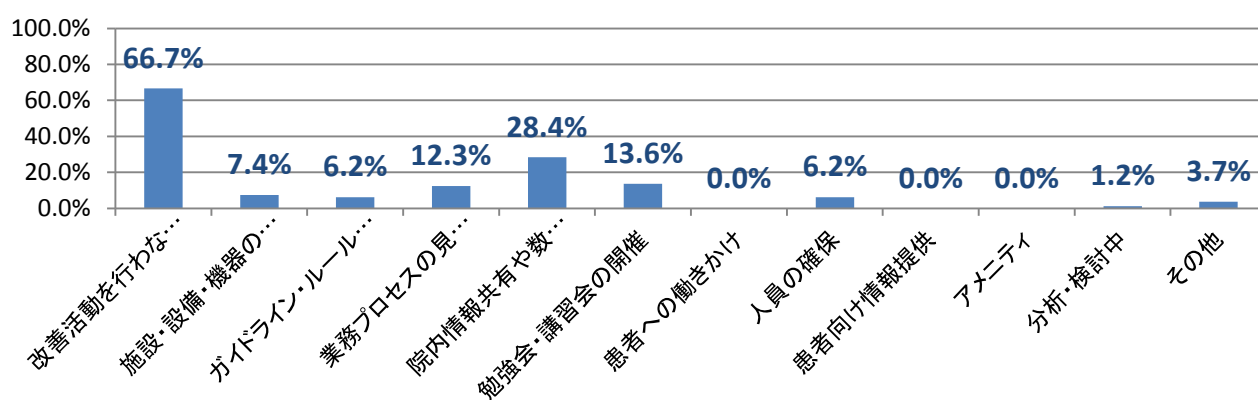
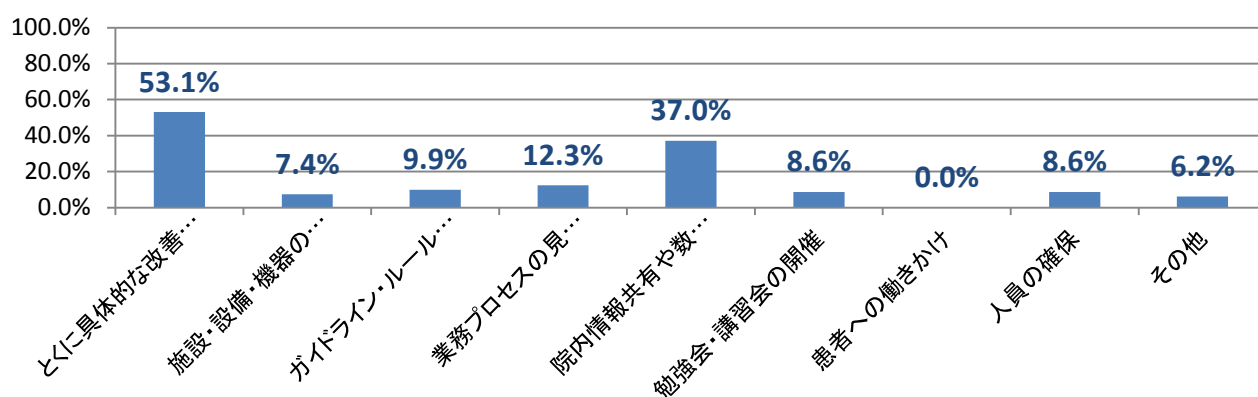
一般:No3 死亡退院患者率

分子	死亡退院患者数
分母	退院患者数

全施設



指標の算出は困難でしたか？

本年度、改善活動を実施しましたか？
(複数選択可)今後予定している改善活動をご記入ください。
(複数選択可)

No.04-a 入院患者の転倒・転落発生率

No.04-b 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

指標の説明・定義

入院中の患者の転倒やベッドからの転落は少なくありません。原因としては、入院という環境の変化によるものや疾患そのもの、治療・手術などによる身体的なものなどさまざまなものがあります。

転倒・転落の指標としては、転倒・転落によって患者に傷害が発生した損傷発生率と、患者への傷害に至らなかった転倒・転落事例の発生率との両者を指標とすることに意味があります。転倒・転落による傷害発生事例の件数は少なくとも、それより多く発生している傷害に至らなかった事例もあわせて報告して発生件数を追跡するとともに、それらの事例を分析することで、より転倒・転落発生要因を特定しやすくなります。こうした事例分析から導かれた予防策を実施して転倒・転落発生リスクを低減していく取り組みが、転倒による傷害予防につながります。転倒・転落の損傷レベルについては The Joint Commission の定義を使用しています。

分 子: No.04-a) 医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数
No.04-b) 医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうち損傷レベル 4 以上の転倒・転落件数

分 母: 入院延べ患者数

分子包含: 介助時および複数回の転倒・転落

分子除外: 学生、スタッフなど入院患者以外の転倒・転落

収集期間: 1 ヶ月毎

調整方法: ‰(パーミル: 1000 分の 1 を 1 とする単位)

<損傷レベル>

1	なし	患者に損傷はなかった
2	軽度	包帯、氷、創傷洗浄、四肢の挙上、局所薬が必要となった、あざ・擦り傷を招いた
3	中軽度	縫合、ステリー・皮膚接着剤、副子が必要となった、または筋肉・関節の挫傷を招いた
4	重度	手術、ギプス、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
5	死亡	転倒による損傷の結果、患者が死亡した
6	UTD	記録からは判定不可能

- ① 最初の転倒・転落報告が記載される時には、損傷の程度がまだ不明かもしれない。転倒 24 時間後の患者の状態をフォローアップする方法を決める必要がある。
- ② 患者が転倒 24 時間以内に退院する場合は、退院時の損傷レベルを判断する。
- ③ X 線、CT スキャン、またはその他の放射線学的評価により損傷の所見がなく、治療もなく、損傷の兆候及び症状もない場合は、“1_なし”を選択する。

- ④ 凝固障害のある患者で、転倒の結果血液製剤を受ける場合は、“4_重度”を選択する。

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

考察

今回、提出が難しいと連絡があった2施設を除き、調査開始の2011年10月から調査終了の2012年3月まで、すべてのデータを提出できた割合は95.2% (474/498)でした。また、転倒転落発生率の6ヶ月間の平均は、平均値 2.53‰、中央値 2.22‰、最大値 11.75‰、最小値 0.04‰、損傷発生率の6ヶ月間の平均は、平均値 0.06‰、中央値 0.00‰、最大値 0.90‰、最小値 0.00‰という結果でした。

転倒転落発生率について、相澤病院は2011年10月の1.94‰から2012年2月には0.92‰に、同じく菊名記念病院は月毎にばらつきはあるものの、最も高かった2011年11月の2.22‰から2012年3月には0.34‰に、プロセスの見直しや院内で情報を共有することで値の改善が見られました。

調査期間を通して、転倒転落発生率の平均が4‰以上の施設が10施設ありましたが、転倒・転落の件数自体が多いのか、インシデントレポートを提出する基準が他の施設と異なるためなのかについては、調査が必要かもしれません。分子をインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数としているため、施設のレポート報告体制の違いによって値が異なり、改善活動を推進することで報告件数が多くなる可能性も考えられます。

また、損傷発生率においては、レポートの報告体制の違いに加えて損傷レベルの判断に主観が入ることがあり、データの精度・信頼性については今後検討が必要です。

転倒・転落は発生し得る要因を減らすことが基本的な課題であり、繰り返し発生させないためのリスクアセスメントを行うことが重要です。

改善活動事例

院内情報共有や数値のフィードバック

- ☐ 安全管理部から安全管理ニュースを定期的に発行し、院内で情報を共有した。
- ☐ 病棟毎の発生状況、発生時間帯の分析とフィードバックを行った。

勉強会・講習会の開催

- ☐ 転倒・転落事故に関する院内研修会を開催した。
- ☐ 新人研修をはじめとした看護部職員のクリニカルラダー別研修を開催した。

業務プロセスの見直しや変更

- ☐ 転倒転落アセスメントシートを見直した。
- ☐ 入院時の転倒転落予防に向けての患者家族への説明と指導の流れを変更した。

施設・設備・機器の見直しや購入

- ☐ 離床センサーを購入・造設した。
- ☐ ポータブルトイレを設置し、移動距離を短縮した。
- ☐ L字型ベッド柵を増やした。

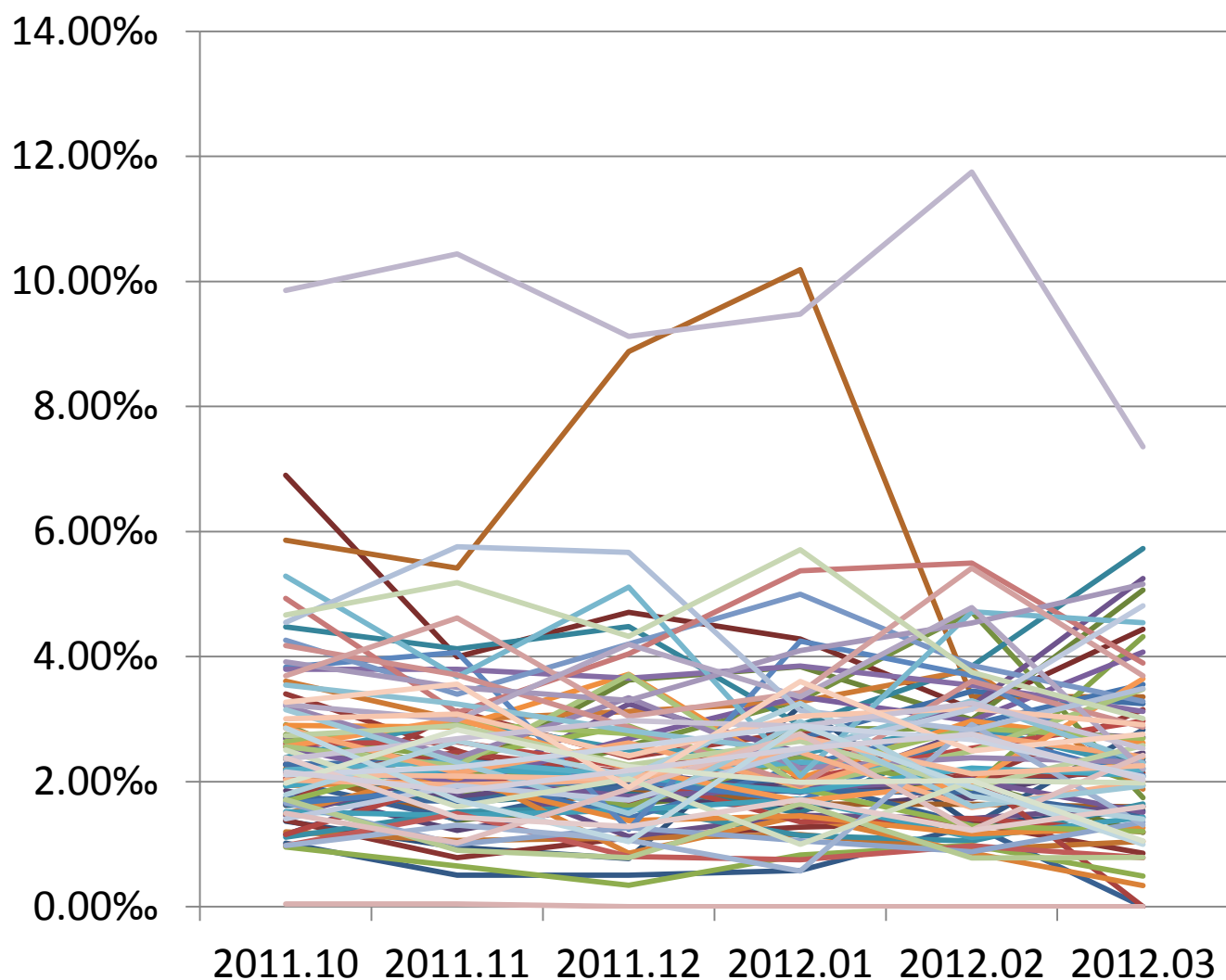
参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2011 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ 2011 ISBN 978-4-89996-285-4
2. The Joint Commission; The Implementation Guide for the NQF Endorsed Nursing-Sensitive Care Measure Set 2009, version 2.0. (Internet: <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NSC%20Manual.pdf> 2012/07/18 available)
3. 厚生労働科学研究費補助金事業(医療安全・医療技術評価総合研究事業)平成 16－18 年度「医療安全のための教材と教育方法の開発に関する研究」班研究報告書 別冊『転倒・転落対策のガイドライン』(主任研究者:上原鳴夫)
4. Healey F, Scobie S, Glampson B, Pryce A, Joule N, Willmott M. Slips, trips and falls in hospital. London: NHS 2007;1.
5. Montalvo I. " The National Database of Nursing Quality Indicators TM (NDNQI(R)). OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing 2007;12.

一般:No4-a 入院患者の転倒・転落発生率

分子	医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数
分母	入院延べ患者数

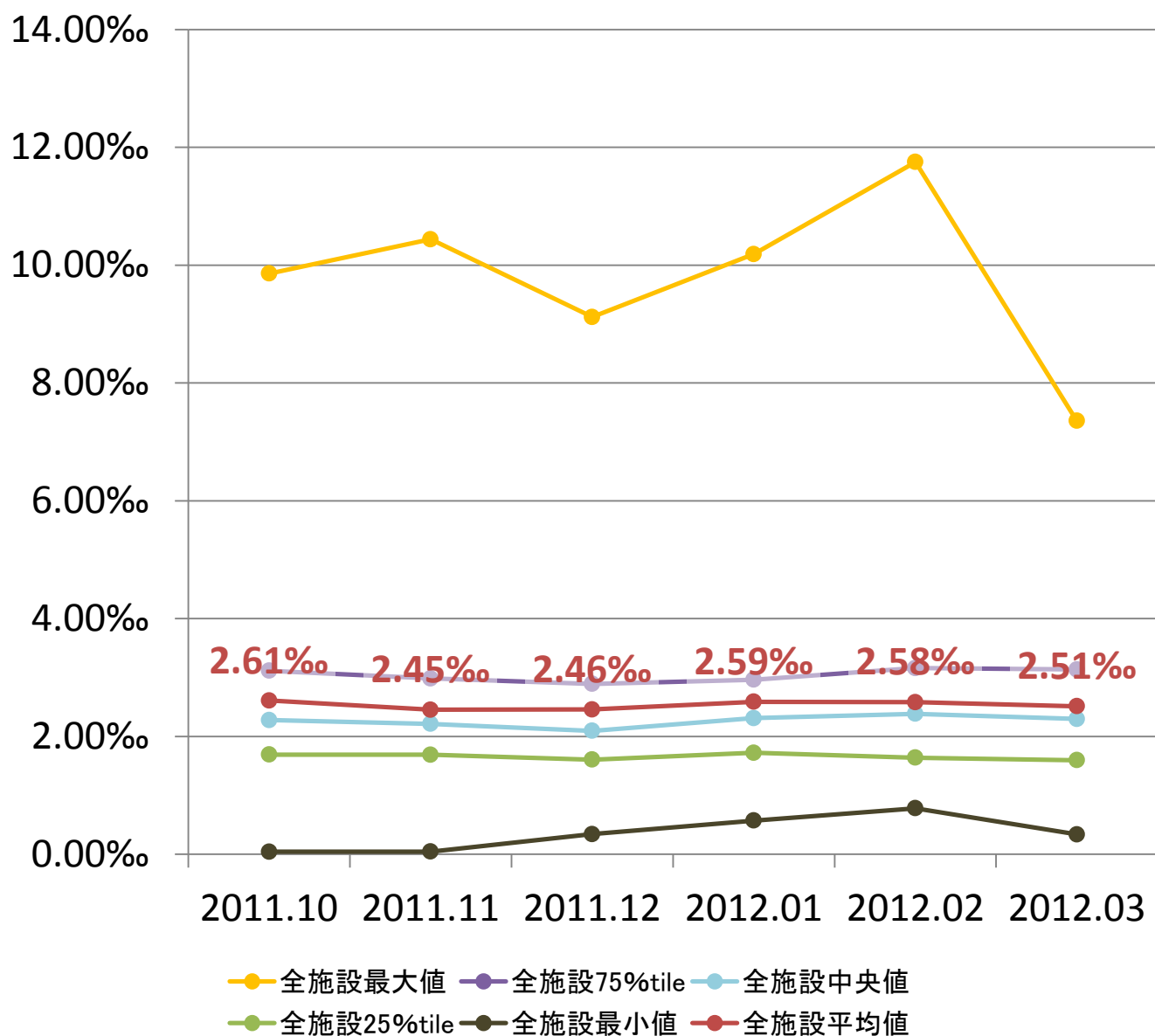
全施設



一般:No4-a 入院患者の転倒・転落発生率

分子	医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数
分母	入院延べ患者数

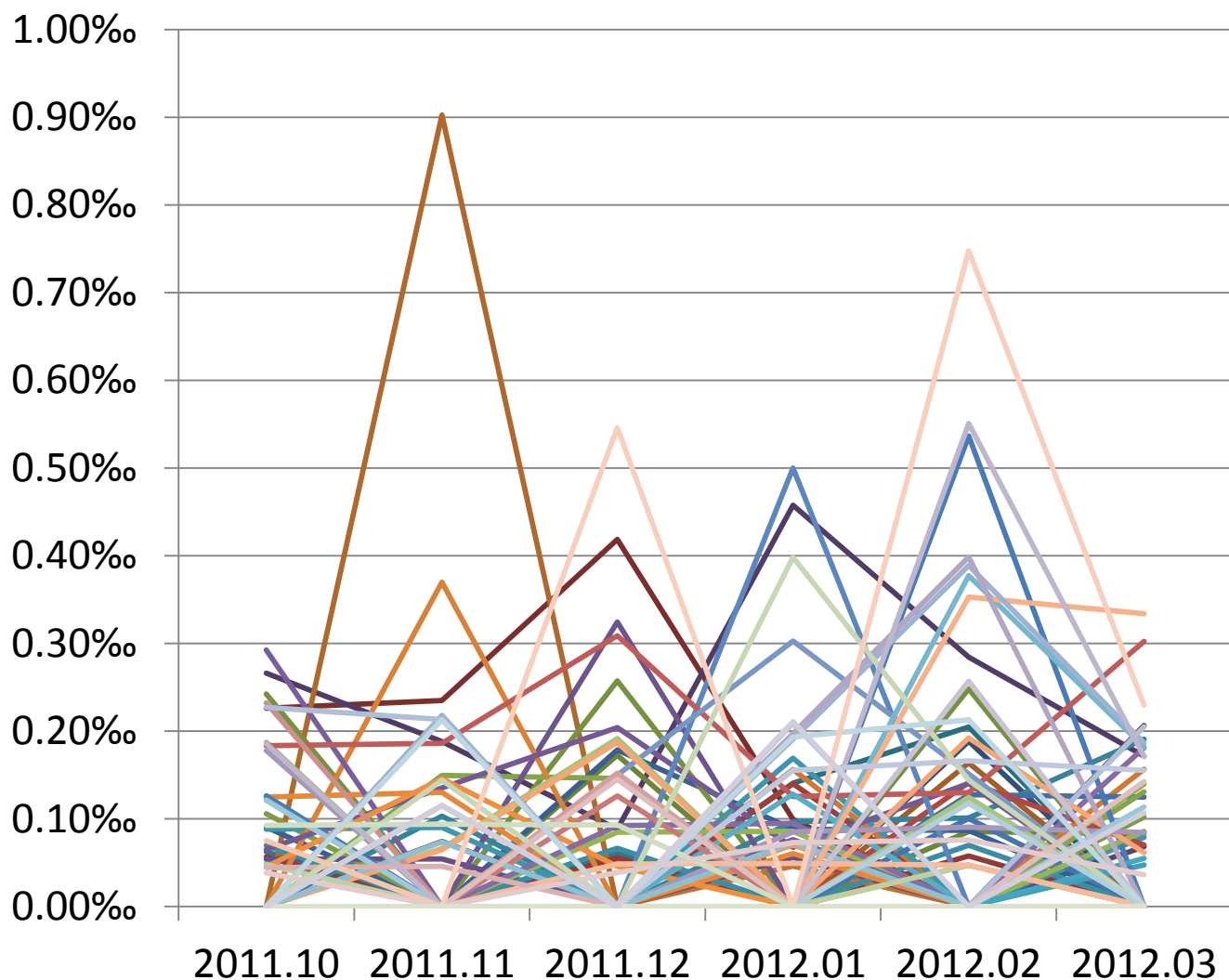
全施設



一般:No4-b 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

分子	医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうち損傷レベル4以上の転倒・転落件数
分母	入院延べ患者数

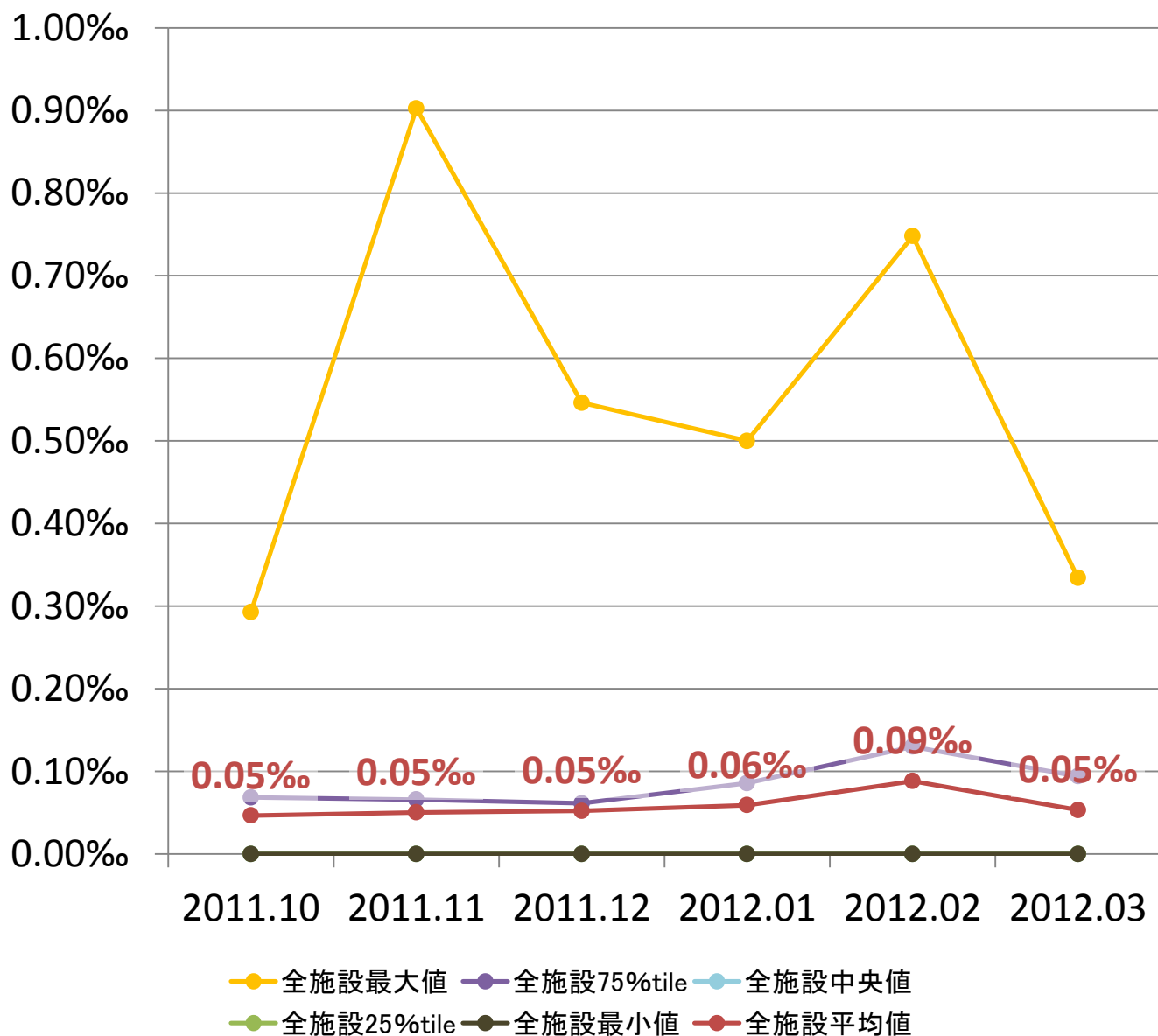
全施設



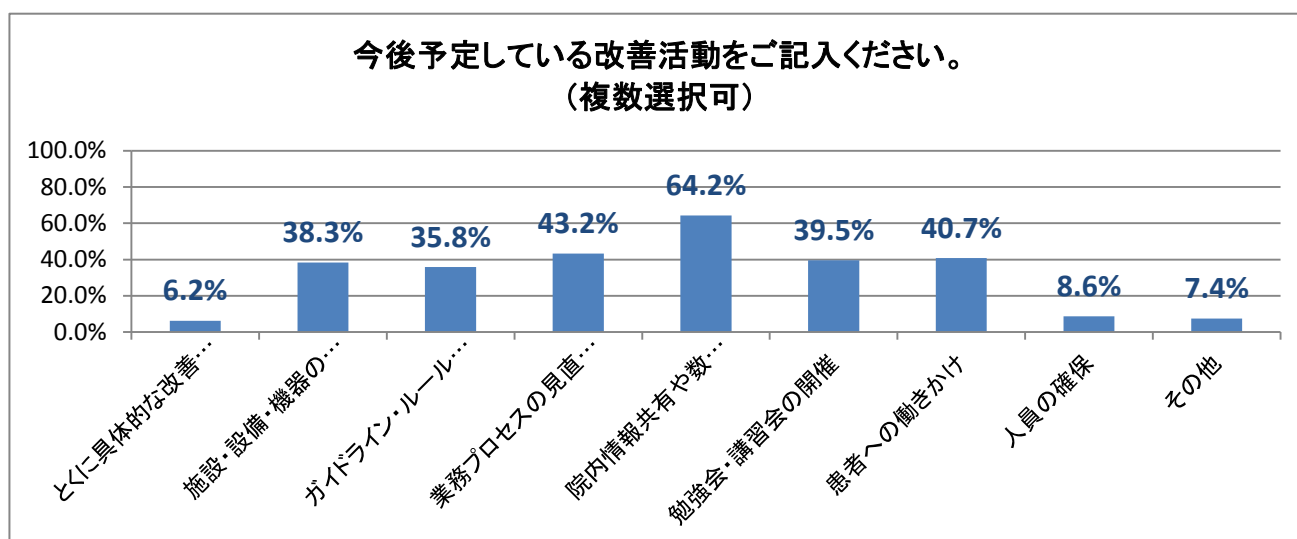
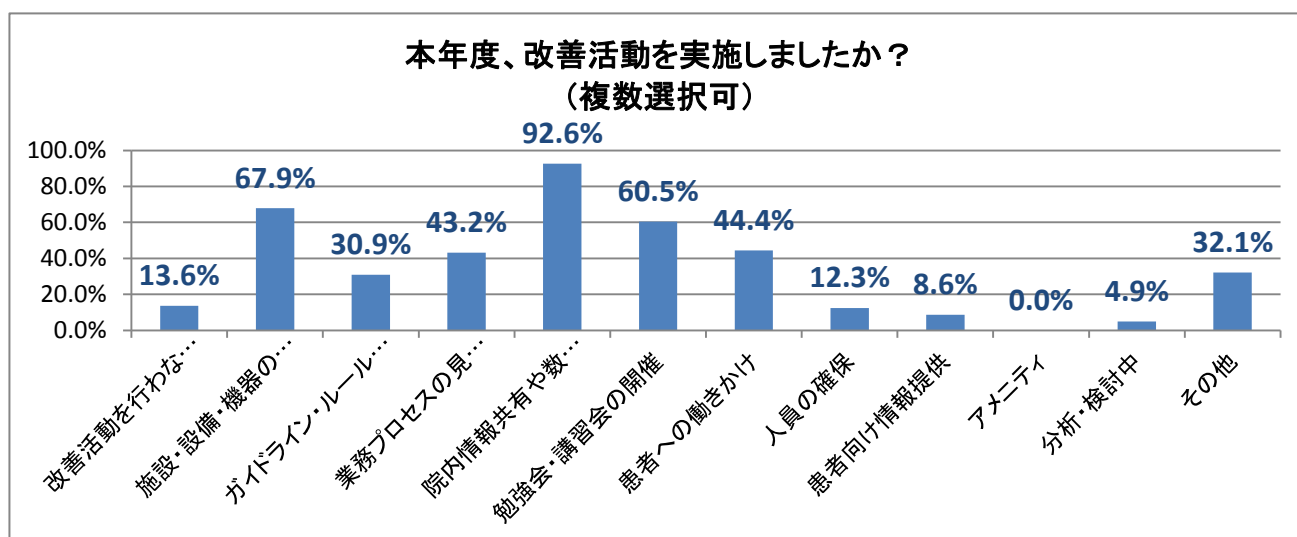
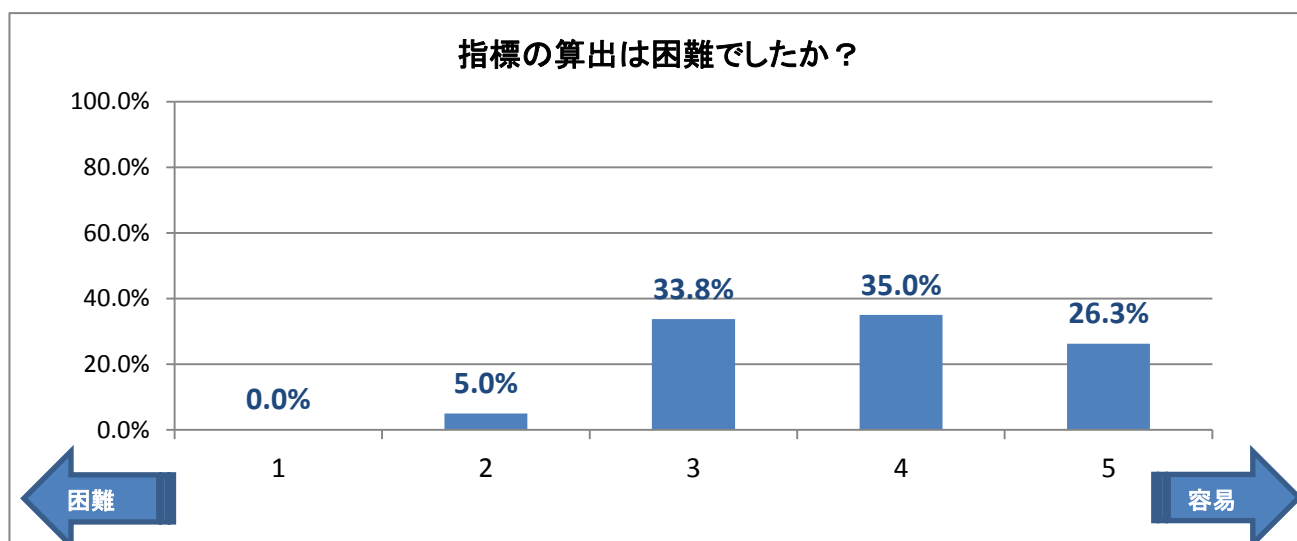
一般:No4-b 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

分子	医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうち損傷レベル4以上の転倒・転落件数
分母	入院延べ患者数

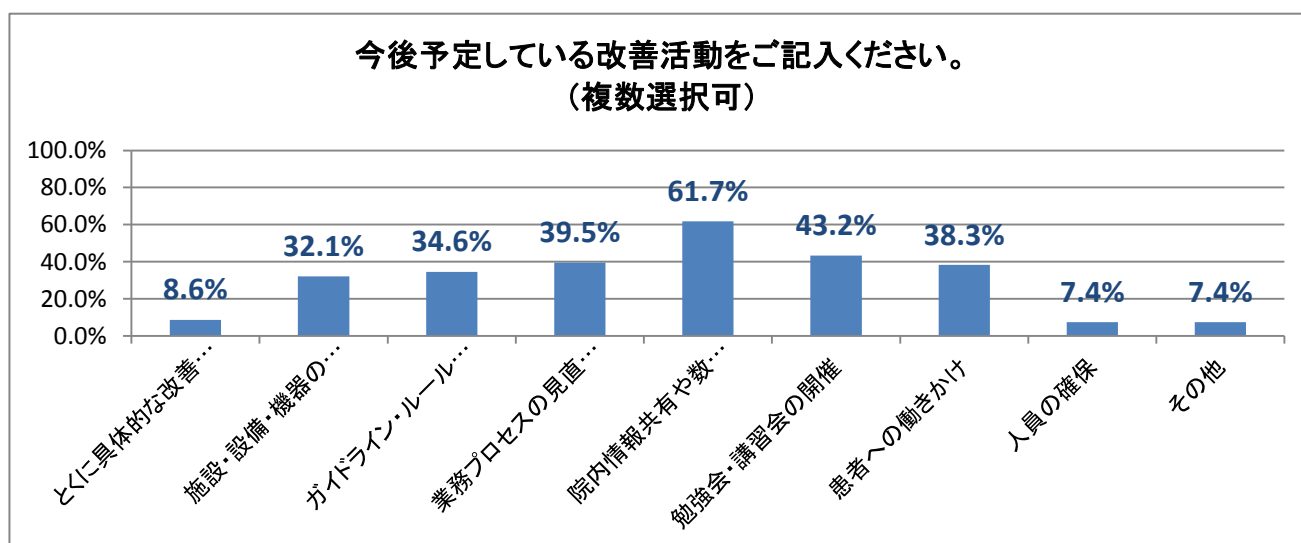
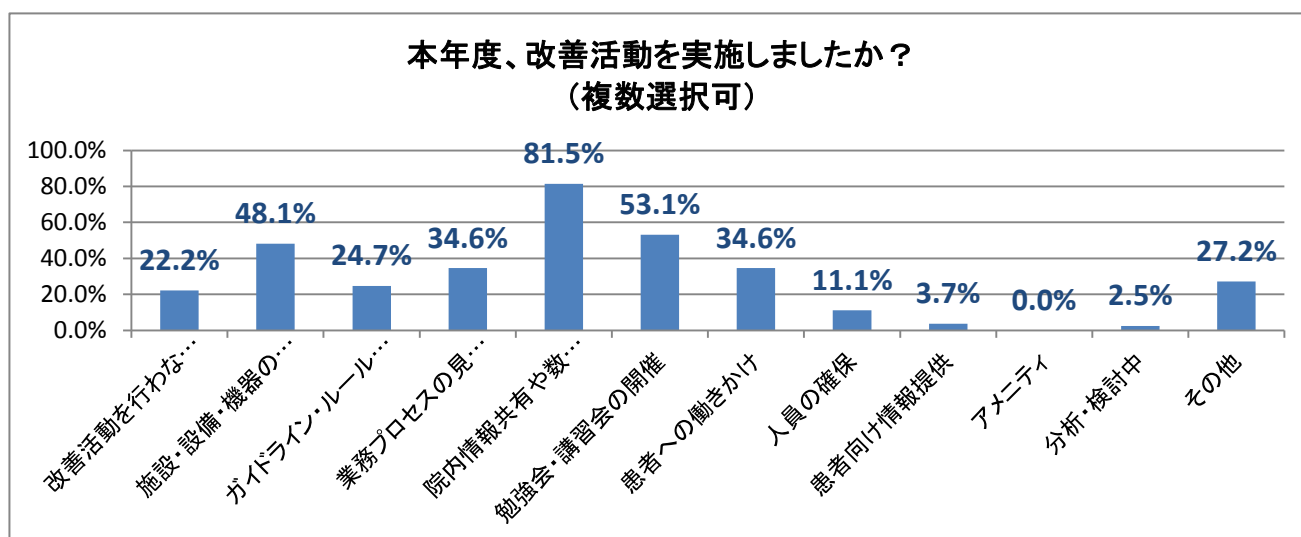
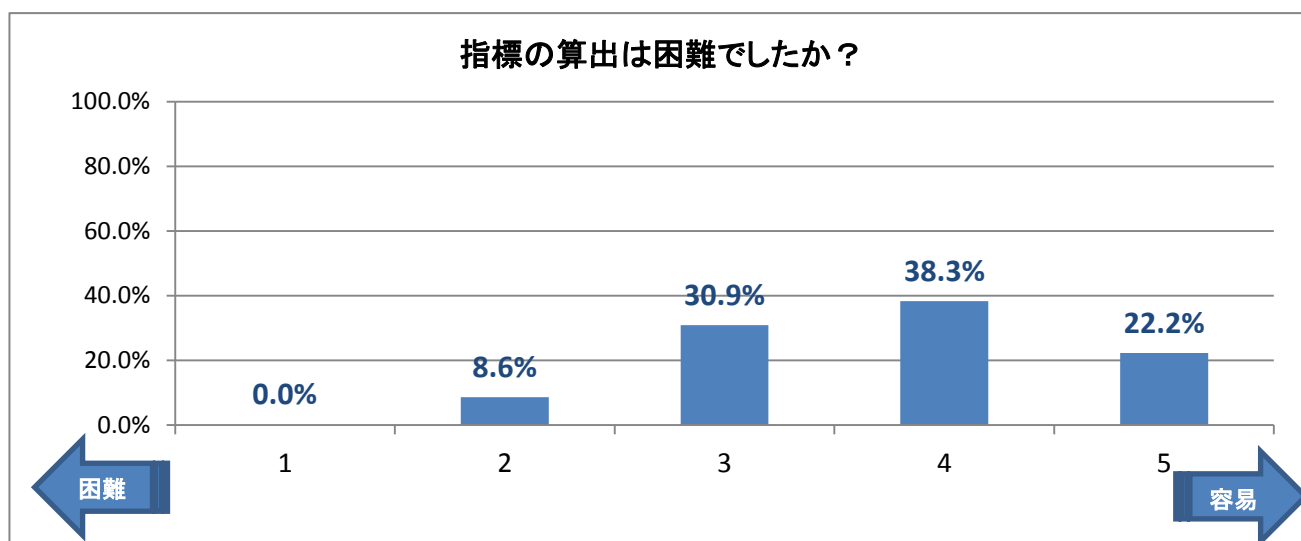
全施設



＜No.04-a 入院患者の転倒・転落発生率＞



＜No.04-b 入院患者の転倒・転落による損傷発生率＞



No.05 手術開始前 1 時間以内の予防的抗菌薬投与率

指標の説明・定義

手術後に、手術部位感染(Surgical Site Infection : SSI)が発生すると、入院期間が延長し、入院医療費が有意に増大します。SSIを予防する対策の一つとして、手術前後の抗菌薬投与があり、手術開始から終了後 2～3 時間まで、血中および組織中の抗菌薬濃度を適切に保つことで、SSIを予防できる可能性が高くなります。このため手術執刀開始の1時間以内に、適切な抗菌薬を静注することで、SSIを予防し、入院期間の延長や医療費の増大を抑えることができると考えられています。

同一入院期間中に複数回の手術が行われている患者は複雑な背景や易感染性の重症疾患を有することが多く、分母から除外しています。外来手術患者も、指標算出に十分な情報が得られないことが多いため、分母より除外しています。また、術前に感染を起こしていることが明記されている場合や術前 2 日目までに抗菌薬が投与されている患者はすでに感染が成立していると考え、予防的投与ではなく治療のための抗菌薬投与が必要であるため、分母より除外しています。

分 子： 手術開始前 1 時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された退院患者数

分 母： 入院手術を受けた退院患者数

分母除外： 同一入院期間中に複数回の手術が行われている患者
手術申し込みが手術開始 24 時間以内に行われた患者(緊急手術)
外来手術
術前に感染が明記されている患者
予防的抗菌薬投与がされていない患者
手術前日～術後 2 日目までに抗菌薬が投与されていない患者

収集期間： 1 ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

考察

予防的抗菌薬投与はガイドラインに準拠した指標となっており、医療の質をよくあらわしているプロセス指標といえ海外でも広く採用されている指標です。今回、体制や情報システム上の問題や一般病床がないという理由で値を算出できない医療機関が 5 施設ありました。それらを除くと、調査開始の 2011 年 10 月から調査終了の 2012 年 3 月まで、すべてのデータを提出できた割合は 98.5% (473/480) と指標の算出が困難と答えた割合が高かったわりにはよい結果となりました。また、6 ヶ月間の平均は、平均値 91.1%、中央値 96.4%、最大値 100.0%、最小値

13.7%という結果でした。

立正佼成会附属佼成病院は2011年10月の60.0%から2012年2月には87.7%に、同じく羽島市民病院は2011年10月の59.3%から2012年1月には100.0%に、2施設とも院内で情報を共有し、数値を可視化することで、著しい値の改善が見られました。

達成率が平均90%を超える54施設では天井効果が認められ、十分質の高い医療を提供していると考えられますが、平均が60%を下回る施設では、その値に経時的に大きな変化がないことから数値改善のための取り組みについて今後調査が必要です。

改善活動事例

院内情報共有や数値のフィードバック

- ☐ 外科症例に対する予防的抗菌薬投与タイミングの現状調査とフィードバックを行った。
- ☐ 投与時刻の記載もれ、執刀後の投与例などの事例を部門にフィードバックし、記載を徹底した。

業務プロセスの見直しや変更

- ☐ クリニカルパスの修正を行った。
- ☐ 局所麻酔下での手術に対して、出棟時に投与開始されるよう点滴ラベルに投与時間を印字するよう設定し、手術室入室時の申し送り時、病棟・手術室の双方で確認をするようにした。

ガイドライン・ルールの見直しや変更

- ☐ 抗菌薬投与基準を作成した。
- ☐ 手術開始直前タイムアウト時の確認内容に術前抗菌薬投与の有無を追加した。

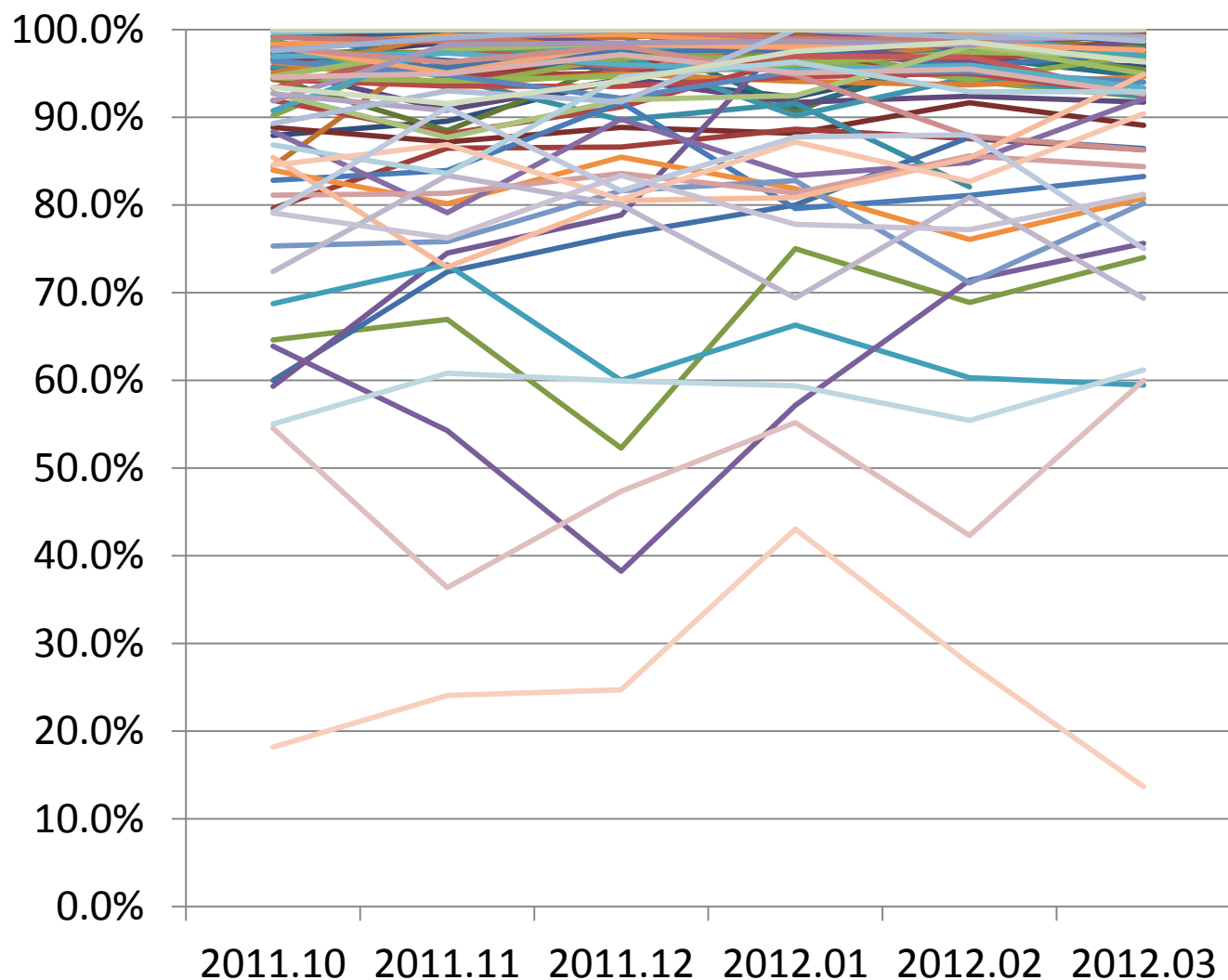
参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2011 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディア 2011 ISBN 978-4-89996-285-4
2. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.0c SCIP-Inf-1 Prophylactic Antibiotic Received Within One Hour Prior to Surgical Incision (Internet: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NHQM_v4_0_c_pdf_12_29_2011.zip 2012/05/28 available)
3. The National Quality Forum; NQF: Measure Details. Prophylactic antibiotic received within 1 hour prior to surgical incision SCIP-Inf-1 (Internet: <http://www.qualityforum.org/MeasureDetails.aspx?SubmissionId=1154> 2012/07/18 available)
4. Kirkland KB, Briggs JP, Trivette SL, Wilkinson WE, Sexton DJ. The impact of surgical-site infections in the 1990s: attributable mortality, excess length of hospitalization, and extra costs. Infect Control Hosp Epidemiol. 1999;20:725-730.
5. CDC: Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 1999. Infect Cont Hosp Epidemiol 1999;20:247-278.

一般:No5 手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率

分子	手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された退院患者数
分母	入院手術を受けた退院患者数

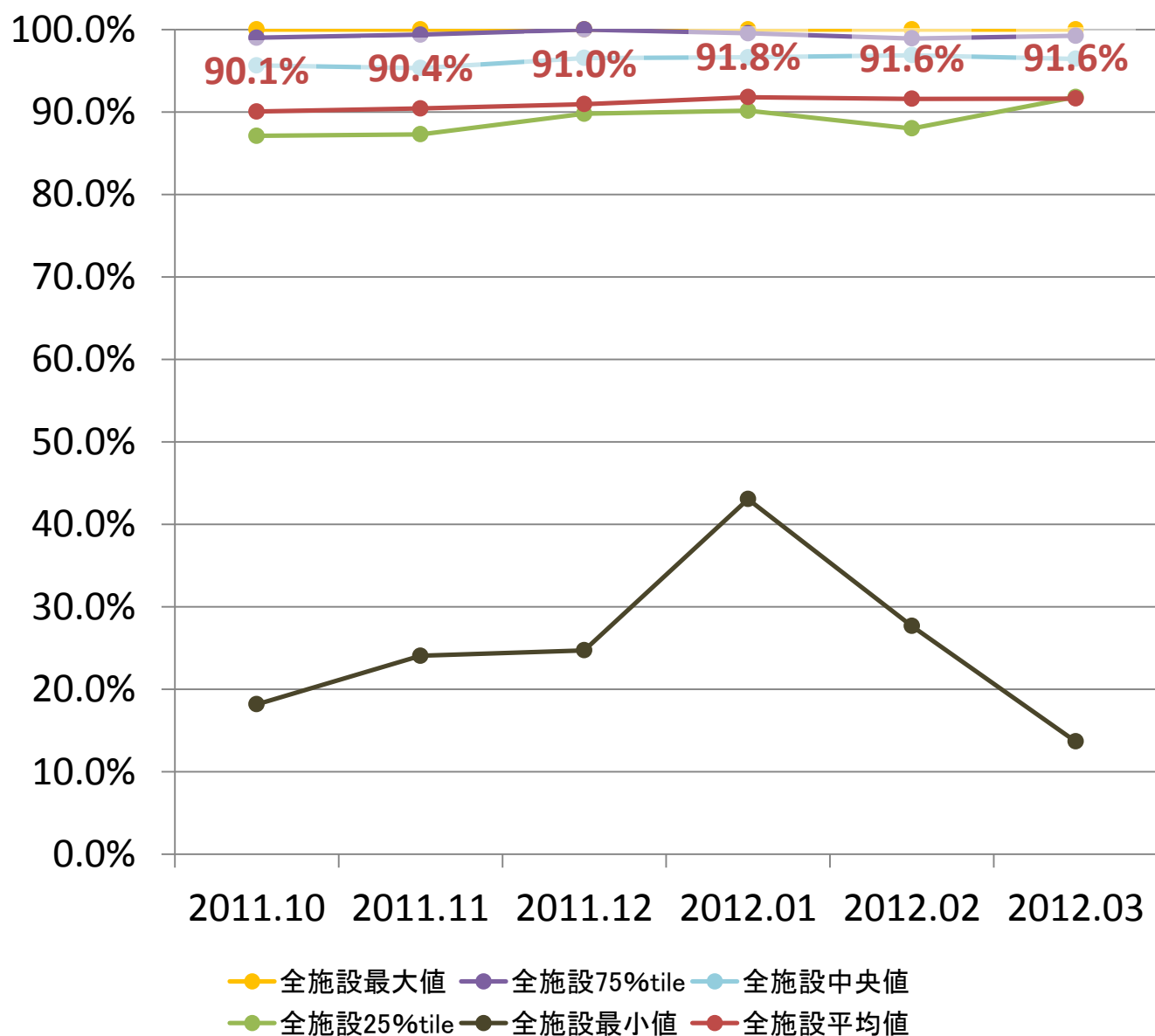
全施設



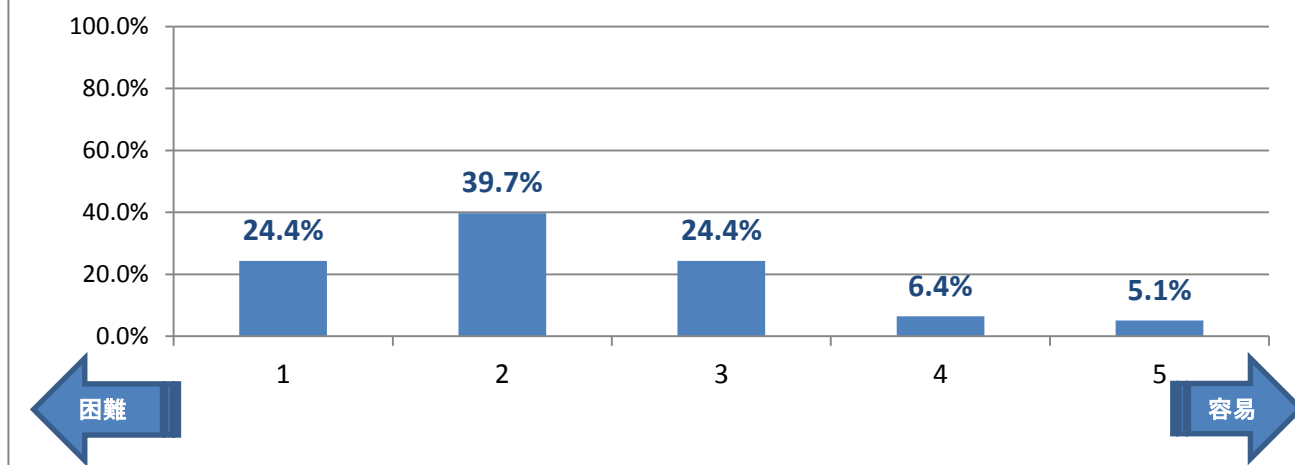
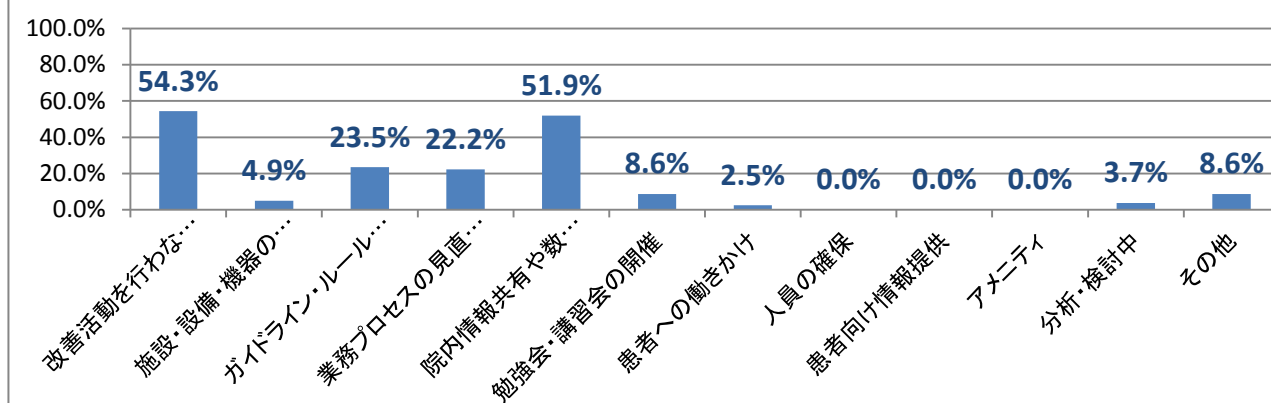
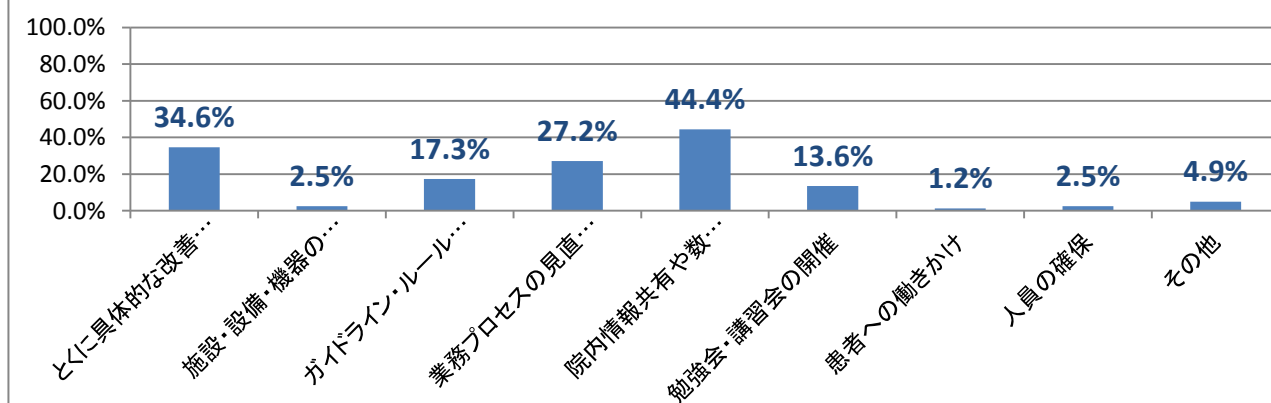
一般:No5 手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率

分子	手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された退院患者数
分母	入院手術を受けた退院患者数

全施設



指標の算出は困難でしたか？

本年度、改善活動を実施しましたか？
(複数選択可)今後予定している改善活動をご記入ください。
(複数選択可)

No.06 退院後 6 週間以内の救急医療入院率

指標の説明・定義

患者の中には、退院後 6 週間以内に予定外の再入院をすることがあります。その背景としては、初回入院時の治療が不十分であったこと、回復が不完全な状態で患者に早期退院を強いたこと、などの要因が考えられます。

分母は様式 1 の「退院年月日」が調査期間に該当する症例数、分子は様式 1 の「予定・救急医療入院区分」が「救急医療入院」に該当し、かつ、入院日の 42 日前以降に様式 1 の「前回退院年月日」が該当する症例数としました。

前回入院と同一疾病で再入院したかどうかは見えていません。再入院の因果関係を判断することは難しいため、この指標は特定の疾病についてではなく、病院全体の質を見ることとしています。

分 子： 退院後 6 週間以内の救急入院患者数

分 母： 退院患者数

収集期間： 4～9 月分、10～12 月分、1～3 月分 ※ただし、算出は 4～9 月分のみ。

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

考察

DPC データを用いた指標であり、DPC 対象外の 4 施設を除くと、2011 年 4 月から 9 月まで、値が算出できた割合は 90.1% (438/486) でした。また、6 ヶ月間の平均は、平均値 3.58%、中央値 3.79%、最大値 11.56%、最小値 0.00% という結果でした。

最大値 11.56% だった施設は、全体的に高い値であり、他施設よりも救急入院の患者を多く受け入れていると考えられます。反対に、6 ヶ月間 0.00% が続いている施設が 1 施設ありました。退院後 6 週間以内の救急入院が少ないのか、そもそも救急入院の患者を受け入れる体制が整っていないのか、調査が必要かもしれません。

2012 年度の医療改定より、救急医療入院の定義が変更となっています。「救急医療入院以外の予定外入院」「救急医療入院」と区別できるようになり、今後はもう少し明確に予定外の救急医療入院を算出できるようになると思われます。

改善活動事例

院内情報共有や数値のフィードバック

□ 数値のフィードバックを行い、どのような疾病が占めているのかを調査した。

業務プロセスの見直しや変更

- 救急日（夜間）等は、病棟長による病棟をまたがったベッドコントロールを行うようにした。

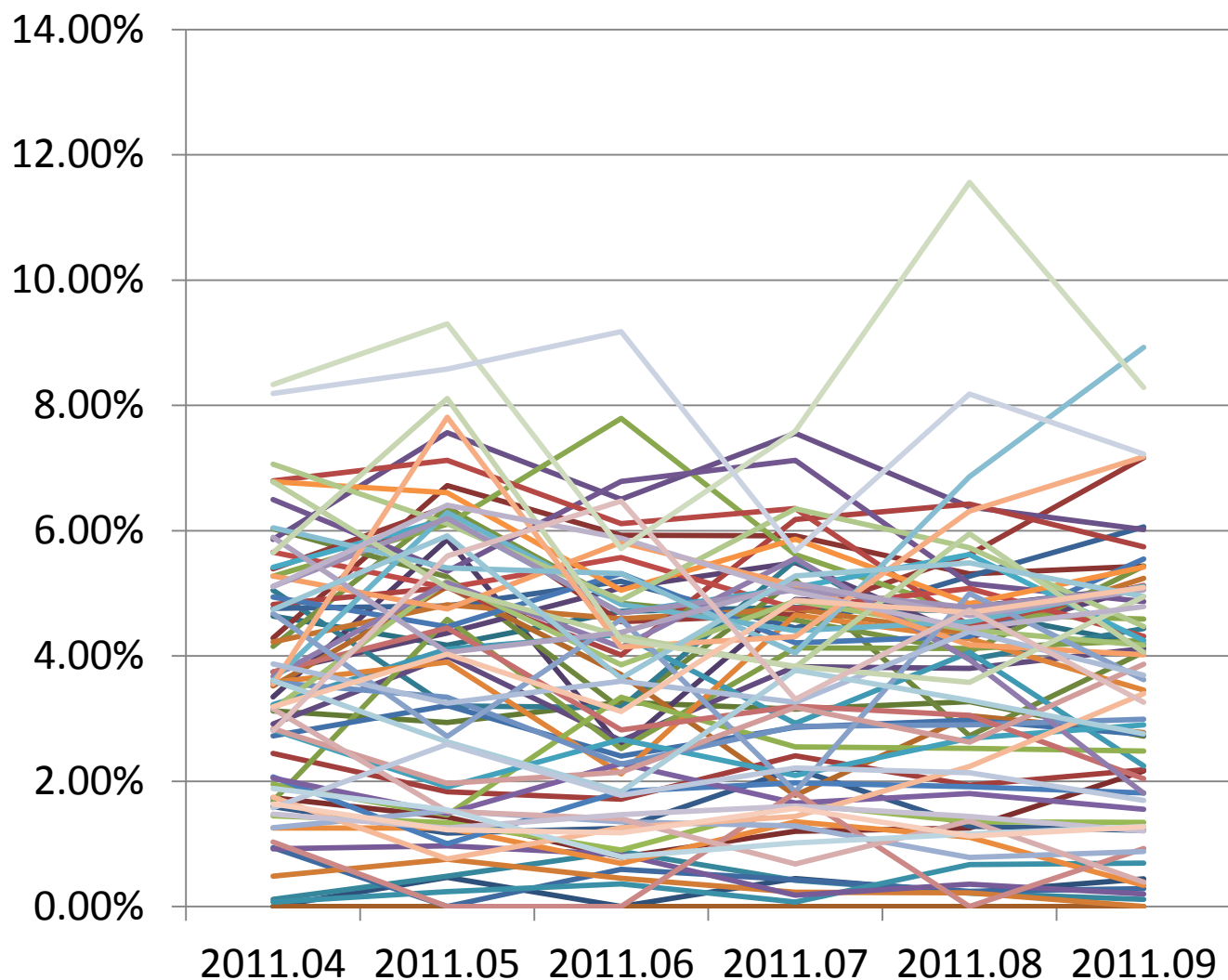
参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2011 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ 2011 ISBN 978-4-89996-285-4

一般:No6 退院後6週間以内の救急医療入院率

分子	退院後6週間以内の救急入院患者数
分母	退院患者数

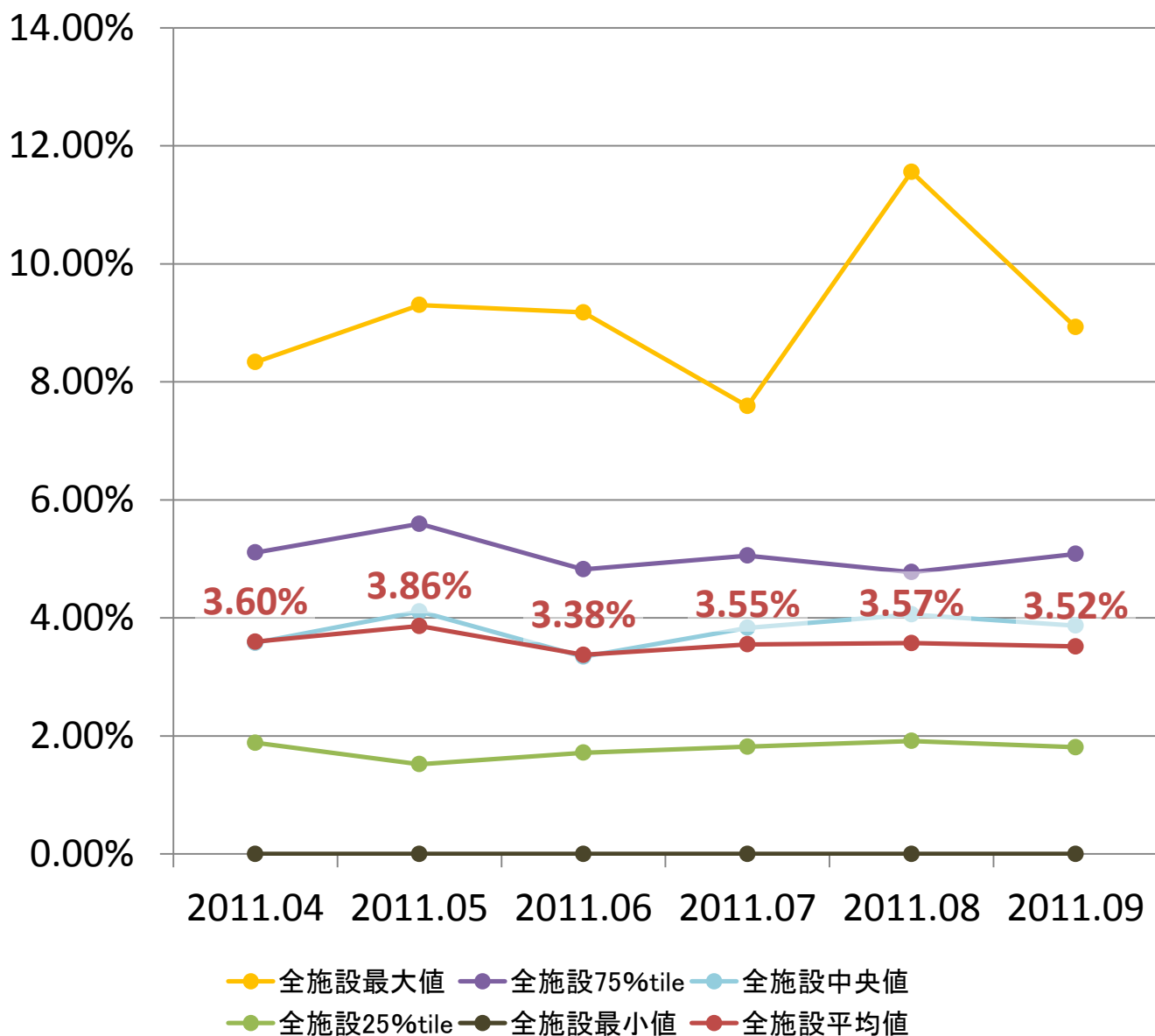
全施設



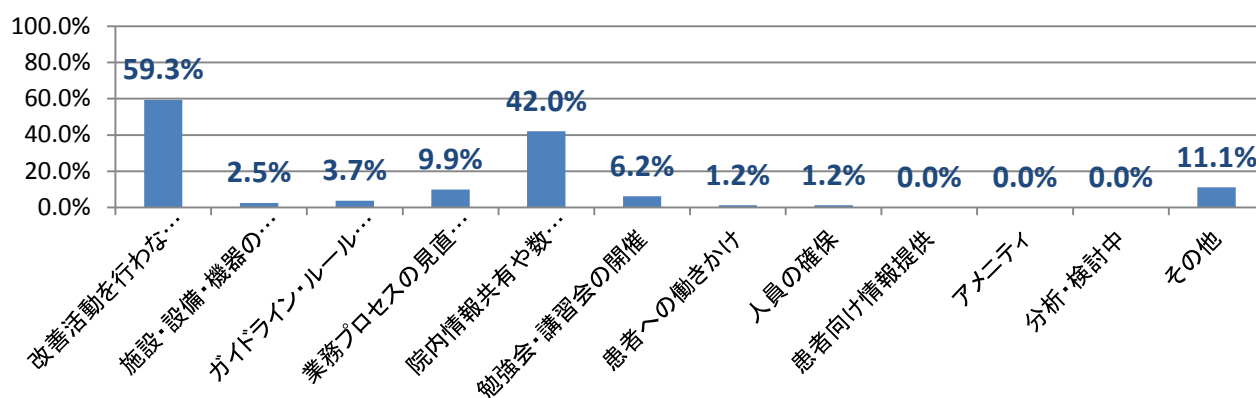
一般:No6 退院後6週間以内の救急医療入院率

分子	退院後6週間以内の救急入院患者数
分母	退院患者数

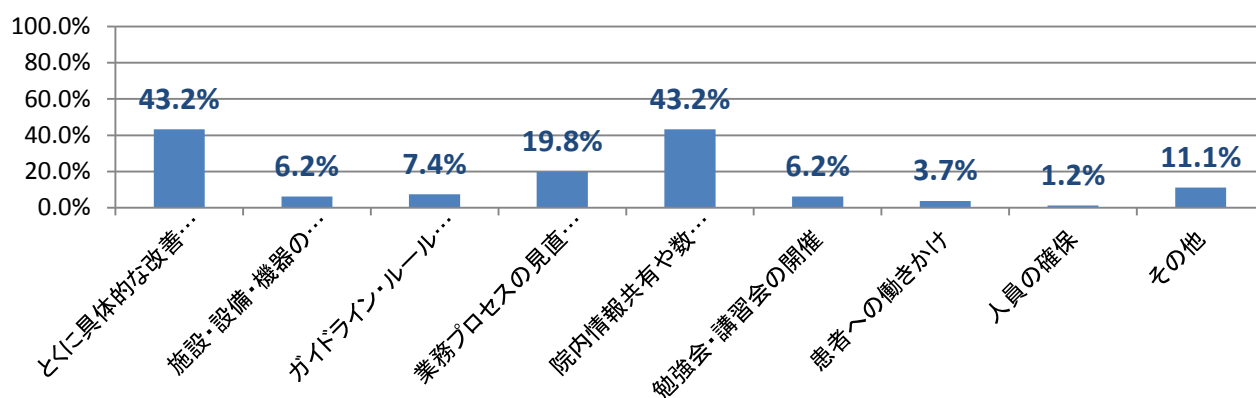
全施設



本年度、改善活動を実施しましたか？
(複数選択可)



今後予定している改善活動をご記入ください。
(複数選択可)



No.07 手術ありの患者の肺血栓塞栓症の発生率（リスクレベルが中リスク以上）

指標の説明・定義

急性肺血栓塞栓症の死亡率は14%、心原性ショックを呈した症例では30%（うち血栓溶解療法を施行された症例では20%、施行されなかった症例では50%）、心原性ショックを呈さなかった症例では6%です。下肢あるいは骨盤内静脈の血栓が原因とされており、整形外科、消化器外科、産婦人科手術などの術後に安静臥床が長くなった患者では注しなければならない術後合併症の一つです。

肺血栓塞栓症および深部静脈血栓症の診断、治療、予防に関するガイドライン（2009年改訂版）では中リスク以上の場合には、リスク分類に応じて弾性ストッキングの着用、間欠的空気圧迫法、抗凝固療法の単独あるいは併用の予防方法が推奨されています。

分子： 分母のうち、入院後発症疾患名に「肺塞栓症」が記載されている患者数（疑い病名含む）

分母： 肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院患者数

収集期間： 4～9月分、10～12月分、1～3月分 ※ただし、算出は4～9月分のみ。

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

考察

DPCデータを用いた指標であり、DPC対象外の4施設を除くと、2011年4月から9月まで、値が算出できた割合は90.1%（438/486）でした。また、6ヶ月間の平均は、平均値0.15%、中央値0.00%、最大値4.55%、最小値0.00%という結果でした。値が算出できなかった施設は、分母に該当する肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を行っていないのか、調査が必要かもしれません。

さらに、肺血栓塞栓症の予防を行った場合、入院後発症疾患に「肺塞栓症の疑い」を必ず登録している施設がありました。現在の定義では、分子に疑い病名も含んでいるため、肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症をより積極的に診断している施設で発生率が高くなる傾向があります。

昨年度もDPCデータを用いて「予防可能であった可能性のある静脈血栓塞栓症の発生率」「手術患者における入院中の静脈血栓塞栓症発生率」を算出し、各施設に診療録のレビューをお願いしたところ、DPCデータから算出した結果と診療録をレビューした結果は必ずしも一致せず、数値の乖離も大きいことがわかりました。そのため、一概に数値が高いことが質の低い医療を提供していることにはつながらないと考えられます。

改善活動事例

院内情報共有や数値のフィードバック

- ☐ 委員会で数値を報告した。

ガイドライン・ルールの見直しや変更

- ☐ DVT 予防マニュアルの見直しを行った。
- ☐ リスク分類後、薬剤投与を決める運用に変更した。

勉強会・講習会の開催

- ☐ 弾性ストッキング・間歇的空気圧迫法に関する説明会を実施した。
- ☐ 関連の深い診療科(麻酔科、整形外科、婦人科等)で症例報告会を実施した。

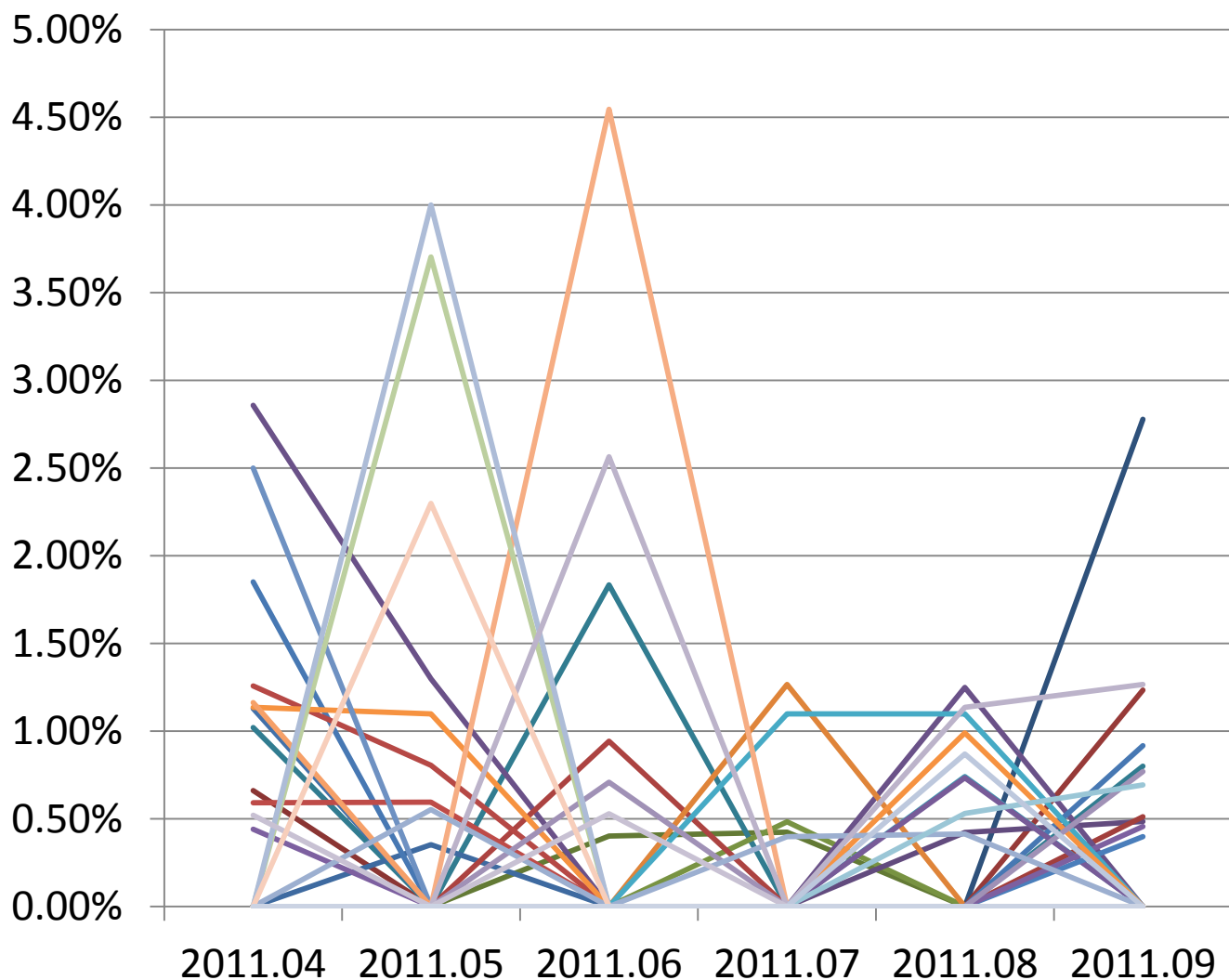
参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2011 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディア 2011 ISBN 978-4-89996-285-4
2. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures', version 4.0c. Internet (http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NHQM_v4_0_c_pdf_12_29_2011.zip 2012/05/28 available)
3. Sakuma M, Nakamura M, Yamada N, et al. Venous thromboembolism-Deep vein thrombosis with pulmonary embolism, deep vein thrombosis alone, pulmonary embolism alone. Circ J 2009; 73: 305-309.
4. Nakamura M, Fujioka H, Yamada N, et al. Clinical characteristics of acute pulmonary thromboembolism in Japan: results of a multicenter registry in the Japanese Society of Pulmonary Embolism Research. Clin Cardiol 2001; 24:132-138.
5. 肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症(静脈血栓塞栓症)予防ガイドライン作成委員会. 肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症(静脈血栓塞栓症)予防ガイドライン. Medical Front International Limited, 東京 2004.

一般:No7 手術ありの患者の肺血栓塞栓症の発生率

分子	分母のうち、肺血栓塞栓症を発症した患者数
分母	肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院患者数

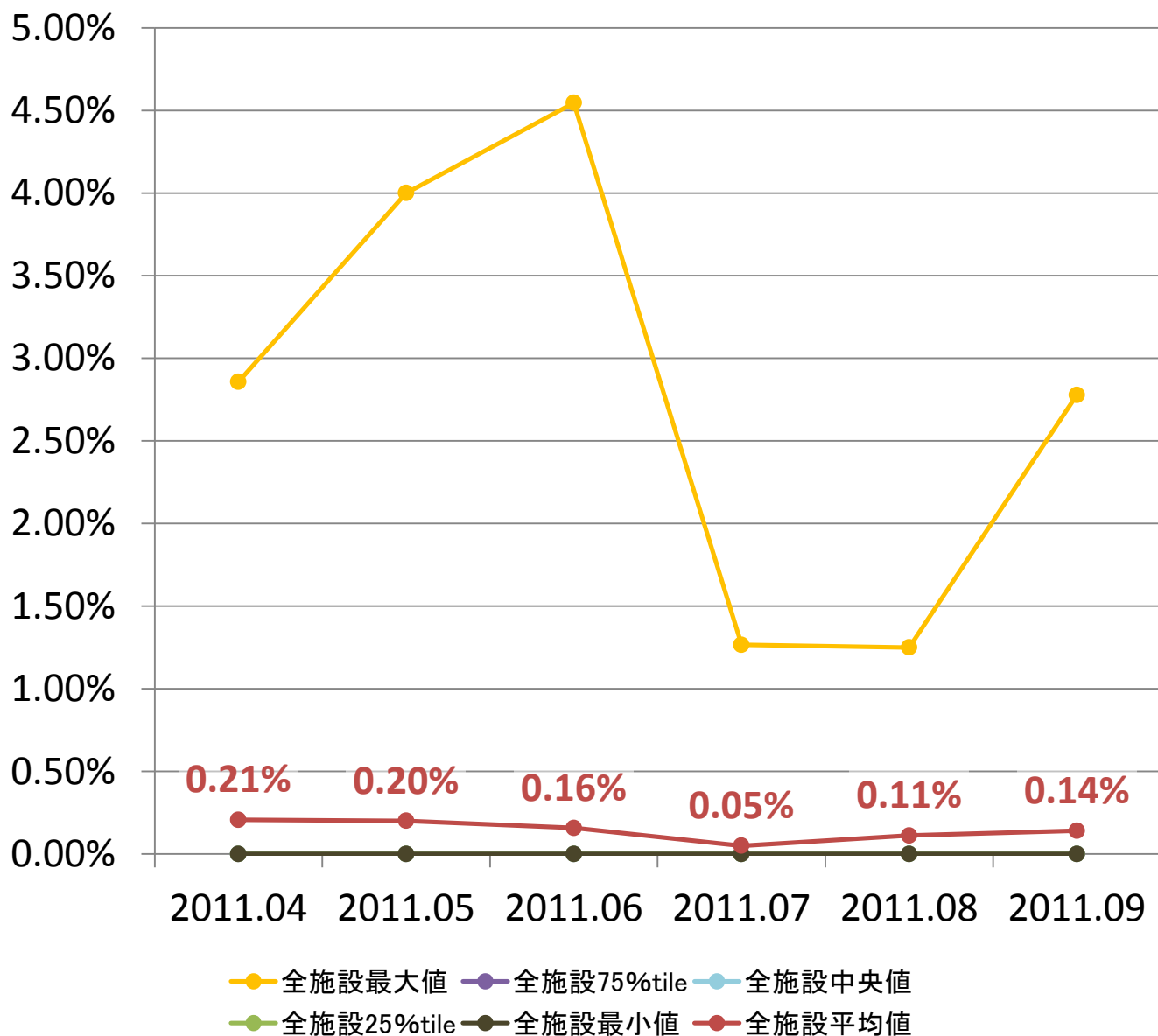
全施設



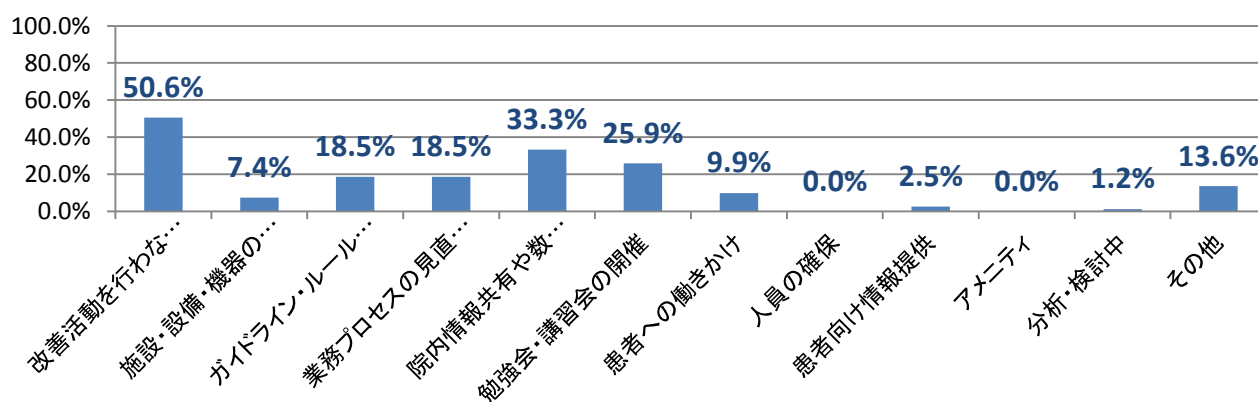
一般:No7 手術ありの患者の肺血栓塞栓症の発生率

分子	分母のうち、肺血栓塞栓症を発症した患者数
分母	肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院患者数

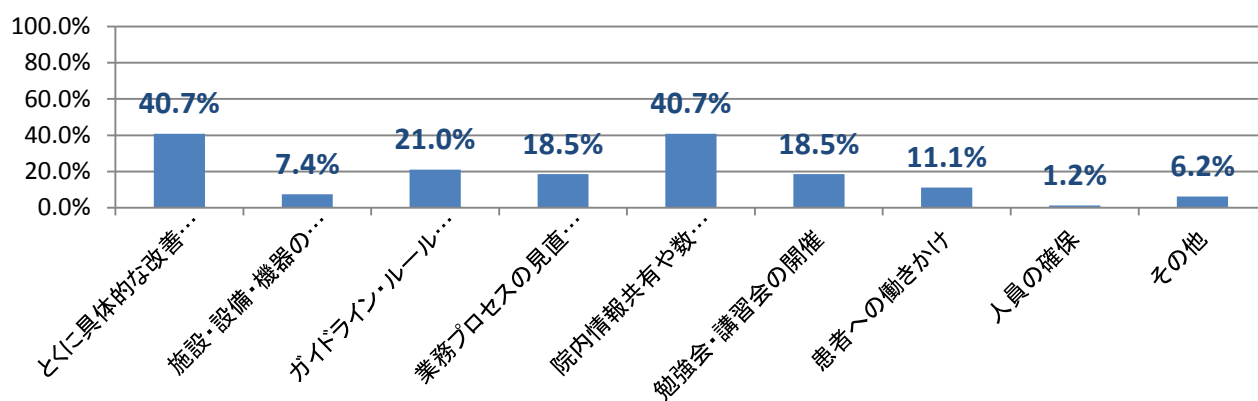
全施設



本年度、改善活動を実施しましたか？
(複数選択可)



今後予定している改善活動をご記入ください。
(複数選択可)



No.08 褥瘡発生率

指標の説明・定義

褥瘡は、看護ケアの質評価の重要な指標の1つとなっています。褥瘡は患者の QOL の低下をきたすとともに、感染を引き起こすなど治癒が長期に及ぶことによって、結果的に在院日数の長期化や医療費の増大にもつながります。そのため、褥瘡予防対策は、提供する医療の重要な項目の1つにとらえられ、1998 年からは診療報酬にも反映されています。

わが国では、褥瘡発生率については一定の算出方法がないため、分母の入院延べ患者数から「入院時すでに褥瘡保有が記録(d1,d2,D3,D4,D5,DU)されていた患者の入院日数」と「調査期間より前に(例えば前月に)褥瘡の院内発生(d1,d2,D3,D4,D5,DU)が確認され、継続して入院している患者の入院日数」を除外することで、すでに褥瘡が発生している患者群を除き、調査期間内に院内新規発生の可能性がある患者に限定しました。入院時刻から 24 時間以内に発生した褥瘡は院内発生とみなさず、日帰り入院患者、同日入退院患者も分母から除外しました。分子は、調査期間における分母対象患者(院内で新規褥瘡が発生する可能性がある患者)のうち、d2 以上の褥瘡の院内新規発生患者数とし、深さ判定不能な褥瘡(DU)・深部組織損傷疑いも含めることとしました。褥瘡の深さについては、日本褥瘡学会の DESIGN-R(2008 年改訂版褥瘡経過評価用)と International NPUAP-EPUAP Pressure Ulcer Guidelines を用いています。

分 子:	調査期間における分母対象患者のうち、d2 以上の褥瘡の院内新規発生患者数
分 母:	入院延べ患者数
分子包含:	院内で新規発生の褥瘡(入院時刻より 24 時間経過後の褥瘡の発見または記録) 深さ d2 以上の褥瘡・深さ判定不能な褥瘡(DU)・深部組織損傷疑い
分母除外:	日帰り入院患者の入院日数(同日入退院患者も含む) 入院時すでに褥瘡保有が記録(d1,d2,D3,D4,D5,DU)されていた患者の入院日数(ただし、院内での新規発生に限定) 調査期間より前に褥瘡の院内発生(d1,d2,D3,D4,D5,DU)が確認され、継続して入院している患者の入院日数(ただし、すでに褥瘡が発生している患者群を除き、調査期間内に院内新規発生の可能性がある患者に限定)
収集期間:	1 ヶ月毎

<Depth(深さ)>

d0	皮膚損傷・発赤なし
d1	持続する発赤
d2	真皮までの損傷
D3	皮下組織までの損傷
D4	皮下組織をこえる損傷

D5	関節腔、体腔に至る損傷
DU	深さ判定が不能の場合

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

考察

今回、提出が難しいと連絡があった2施設を除き、調査開始の2011年10月から調査終了の2012年3月まで、すべてのデータを提出できた割合は95.2% (474/498)でした。また、6ヶ月間の平均は、平均値0.07%、中央値0.06%、最大値1.66%、最小値0.00%という結果でした。

この指標は、入院時すでに褥瘡を保有している患者や調査期間より前に褥瘡の院内発生が確認され継続して入院している患者を除くことで、新たに院内で褥瘡が発生した割合を見るアウトカム指標です。

異なる場所に褥瘡が発生したり、複数ある褥瘡のうち1つが治癒したりと様々なケースが考えられますが、日本国内では一定の算出方法がないため、「院内新規褥瘡発生率」を表せるようにできる限り単純な定義を作成しました。しかし、褥瘡の深さの判定は主観が入ることがあり、データの精度・信頼性については今後検討が必要です。また、褥瘡を予防するために必要な体圧分散寝具を適切に使用できているかなど、プロセス指標も見ていくことが重要と思われます。

改善活動事例

院内情報共有や数値のフィードバック

- ☐ 入院フロア毎の発生件数や深達度を現場にフィードバックし、問題のあるフロアには専任の専門看護師が状況を分析し、報告を行った。
- ☐ チーム医療を強化し、朝礼等で情報を発信した。

勉強会・講習会の開催

- ☐ 褥瘡予防研修会や新人勉強会を開催した。

施設・設備・機器の見直しや購入

- ☐ 体圧分散寝具を購入した。

参考文献

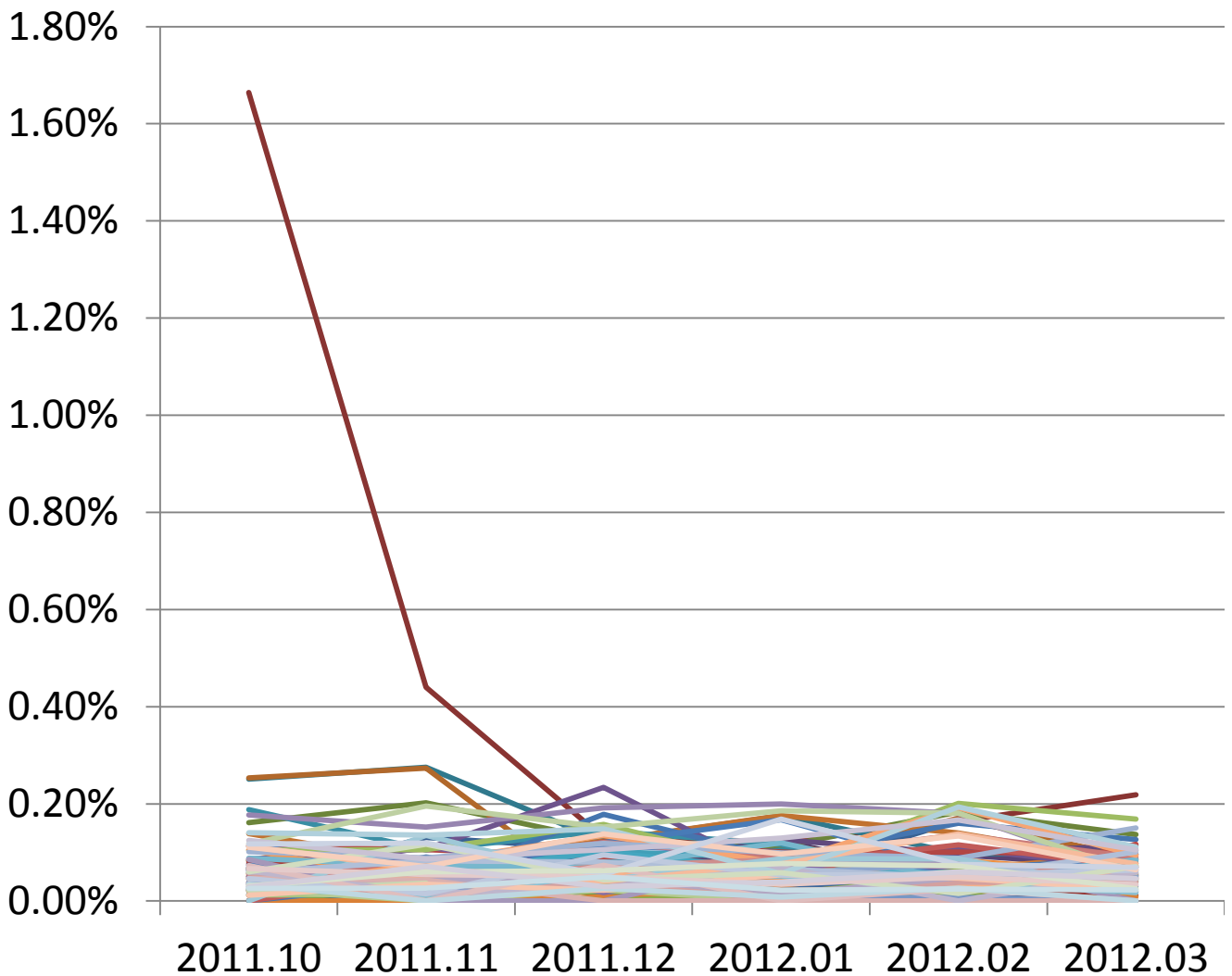
1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2011 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディア 2011 ISBN 978-4-89996-285-4

2. 「看護ケアの質の評価基準に関する研究」:1993 年文部科学研究、主任研究者片田範子
3. American Nurses Credentialing Center: Magnet Recognition Program,2005
4. The Joint Commission; The Implementation Guide for the NQF Endorsed Nursing-Sensitive Care Measure Set 2009, version 2.0. (Internet: <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NSC%20Manual.pdf> 2012/05/07 available)
5. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel; Pressure Ulcer Prevention: Quick Reference Guide.(Internet: http://www.npuap.org/Final_Quick_Prevention_for_web_2010.pdf 2011/03/31 available)
6. 日本褥瘡学会編; 褥瘡予防・管理ガイドライン.(Internet: http://minds.jcqhc.or.jp/stc/0036/1/0036_G0000181_GL.html 2012/07/31 available)
7. The Australian Council on Healthcare Standards : ACHS Australasian Clinical Indicator Report: 2003 - 2010 Determining the Potential to Improve Quality of Care: 12th Edition. (Internet: http://www.achs.org.au/pdf/Radiology_www.pdf 2012/05/07 available)

一般:No8 褥瘡発生率

分子	調査期間における分母対象患者のうち、d2以上の褥瘡の院内新規発生患者数
分母	入院延べ患者数

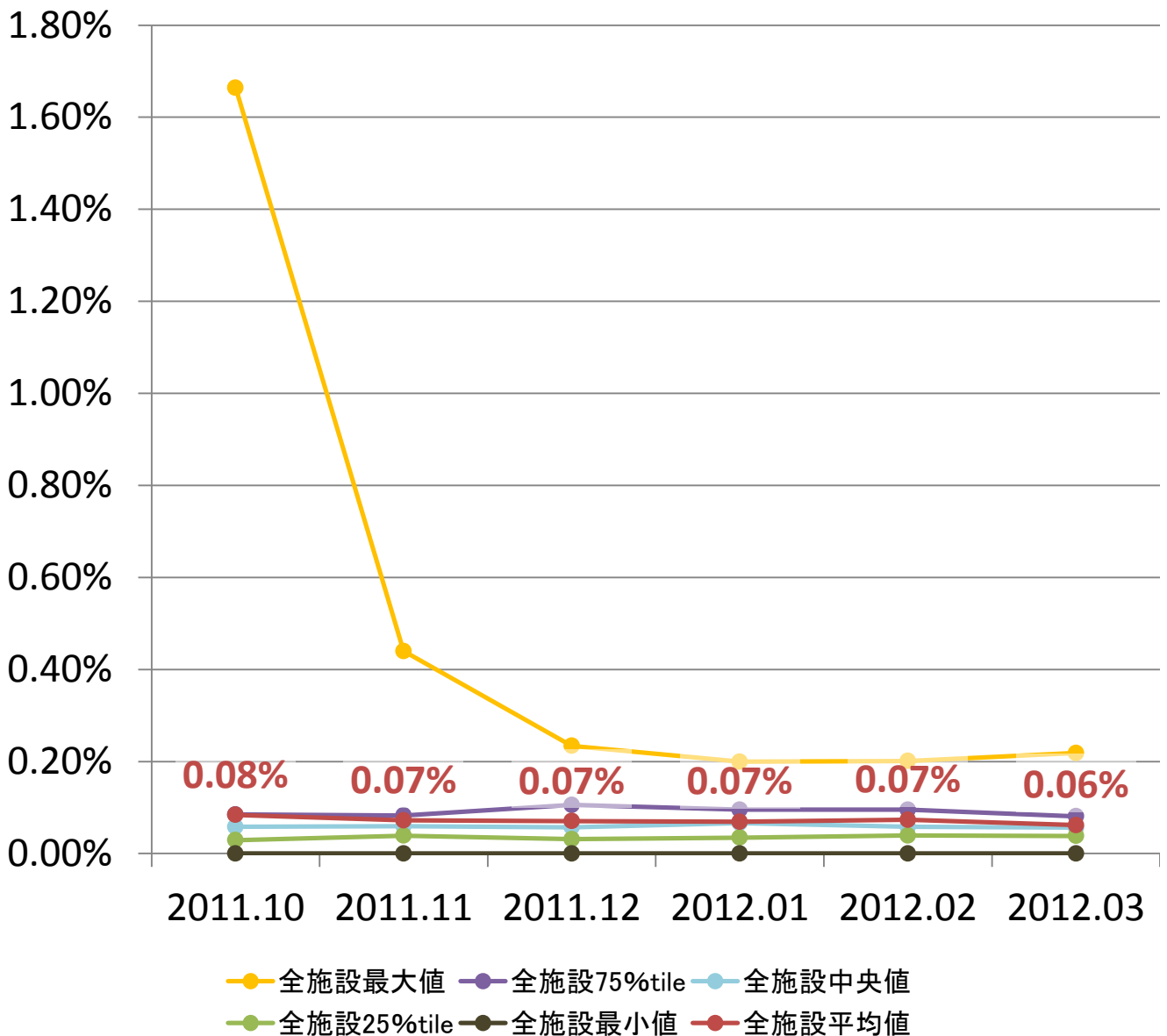
全施設



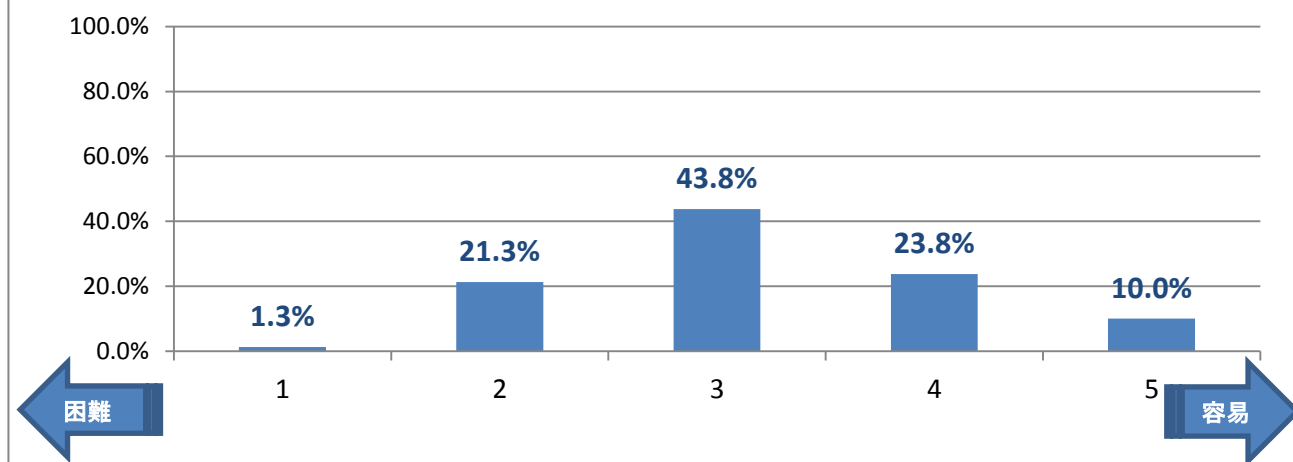
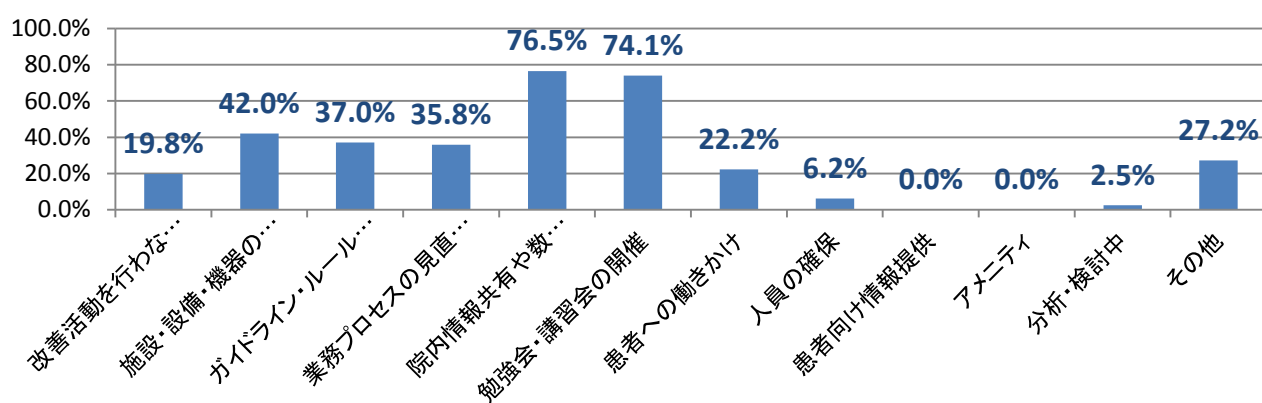
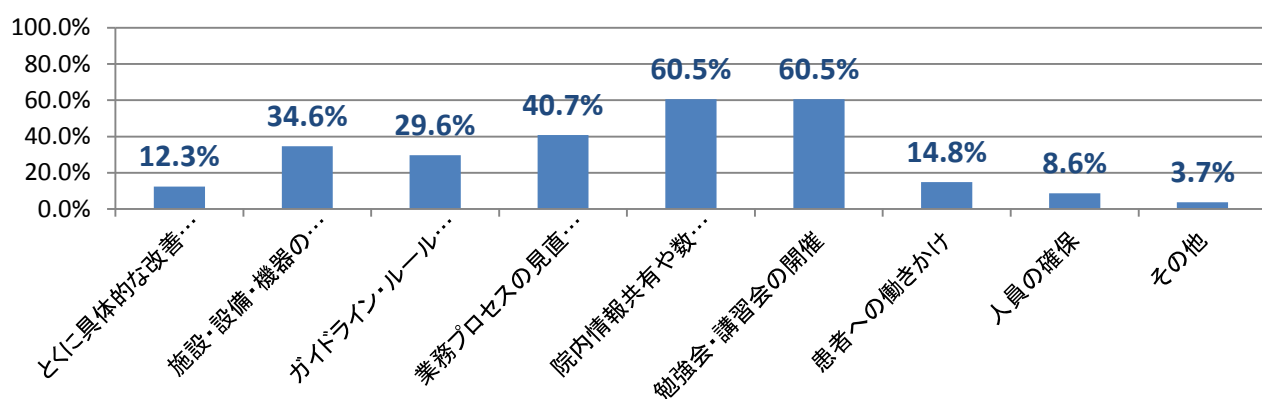
一般:No8 褥瘡発生率

分子	調査期間における分母対象患者のうち、d2以上の褥瘡の院内新規発生患者数
分母	入院延べ患者数

全施設



指標の算出は困難でしたか？

本年度、改善活動を実施しましたか？
(複数選択可)今後予定している改善活動をご記入ください。
(複数選択可)

No.09 糖尿病患者の血糖コントロール

HbA1c (NGSP) <7.0% (HbA1c (JDS) <6.6%)

指標の説明・定義

糖尿病の治療には運動療法、食事療法、薬物療法があります。運動療法や食事療法の実施を正確に把握するのは難しいため、薬物療法を受けている患者のうち適切に血糖コントロールがなされているかをみることにしました。

HbA1c は、過去 2～3 ヶ月間の血糖値のコントロール状態を示すアウトカム指標です。日本では昨年までは日本糖尿病学会 (JDS) の表記法および診断基準に添って表記していましたが、2012 年 4 月より、国際基準 (NGSP) の表記法および診断法を使用することになりました。この新しい方法では、同じ血糖に相当する HbA1c が約 0.4% 高く表記されます。その新基準 (NGSP) 法によりますと、糖尿病患者の血糖コントロールは、HbA1c が 6.5% 以下であれば「良好」とされ、7.0% 以下であれば「可」とされます。糖尿病による合併症頻度は HbA1c の改善度に比例しており、合併症を予防するために、HbA1c を 6.5% 以下に維持することが推奨されています。したがって、HbA1c が 7.0 以下にコントロールされている患者の割合を調べることは、糖尿病診療の質を判断するにふさわしい指標であると考えられます。ただし、インスリンが必要でもインスリンを打つことができない高齢者、認知症があり食事したことを記憶できない患者、低血糖を感知できない糖尿病自律神経症を合併している患者、狭心症があり血糖は高めにコントロールしたほうが安全である患者など、専門医があえて HbA1c を高目に維持している患者もあり、すべての患者で、厳格なコントロールをもとめることが正しいとは限らないことも忘れてはなりません。また、過去 2～3 ヶ月間の血糖値のコントロール状態を示す指標であり、本調査では 2 点調査としたため、これのみで経時変化をみることはできません。

分子: HbA1c(NGSP)の最終値が 7.0%未満の患者数
(HbA1c(JDS)の最終値が 6.6%未満の患者数)

分母: 糖尿病の薬物治療を施行されている患者数(過去 1 年間に該当治療薬が外来で合計 90 日以上処方されている患者)

分母除外: 運動療法または食事療法のための糖尿病患者

収集期間: 3 ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より高い値が望ましい

考察

対象患者が多いことや処方箋毎に処方日数を計算する必要があること、さらに検体検査の結果が必要であることより算出困難であった医療機関が8施設ありました。それらを除くと、1回目、2回目と両方のデータを提出できた割合は94.8% (146/154) で、すべての指標の中で一番算出が困難と答えた割合が高かったわりにより結果となりました。また、2回の提出の平均は、平均値 46.5%、中央値 45.7%、最大値 100.0%、最小値 22.3%という結果でした。コントロール率が 100.0%であった施設は分母が少なく、算出方法の問題か、本当に対象患者が少ないのか、調査が必要です。

施設毎の分母のサイズとコントロール率は相関がみられず、必ずしも症例数が多い施設でコントロール率が高い結果とはなっていません。さらに、1回目(2011年1月～12月)と2回目(2011年4月～2012年3月)の両方を調査した73施設で見ると、1回目の値のほうが2回目の値より良かった施設が63施設あり、季節的な要因の可能性が考えられます。

改善活動事例

院内情報共有や数値のフィードバック

- ☐ 医師別に個別に値のフィードバックを実施した。
- ☐ 広報誌へ記事を掲載した。
- ☐ 委員会・医局会で報告した。

勉強会・講習会の開催

- ☐ 糖尿病カンファレンスを開催した。
- ☐ コメディカル向け・医師向け等、職種毎の勉強会を開催した。

患者への働きかけ

- ☐ 糖尿病療養指導士や認定看護師による患者指導を行った。
- ☐ 継続的に糖尿病教室を開催して参加を促した。

参考文献

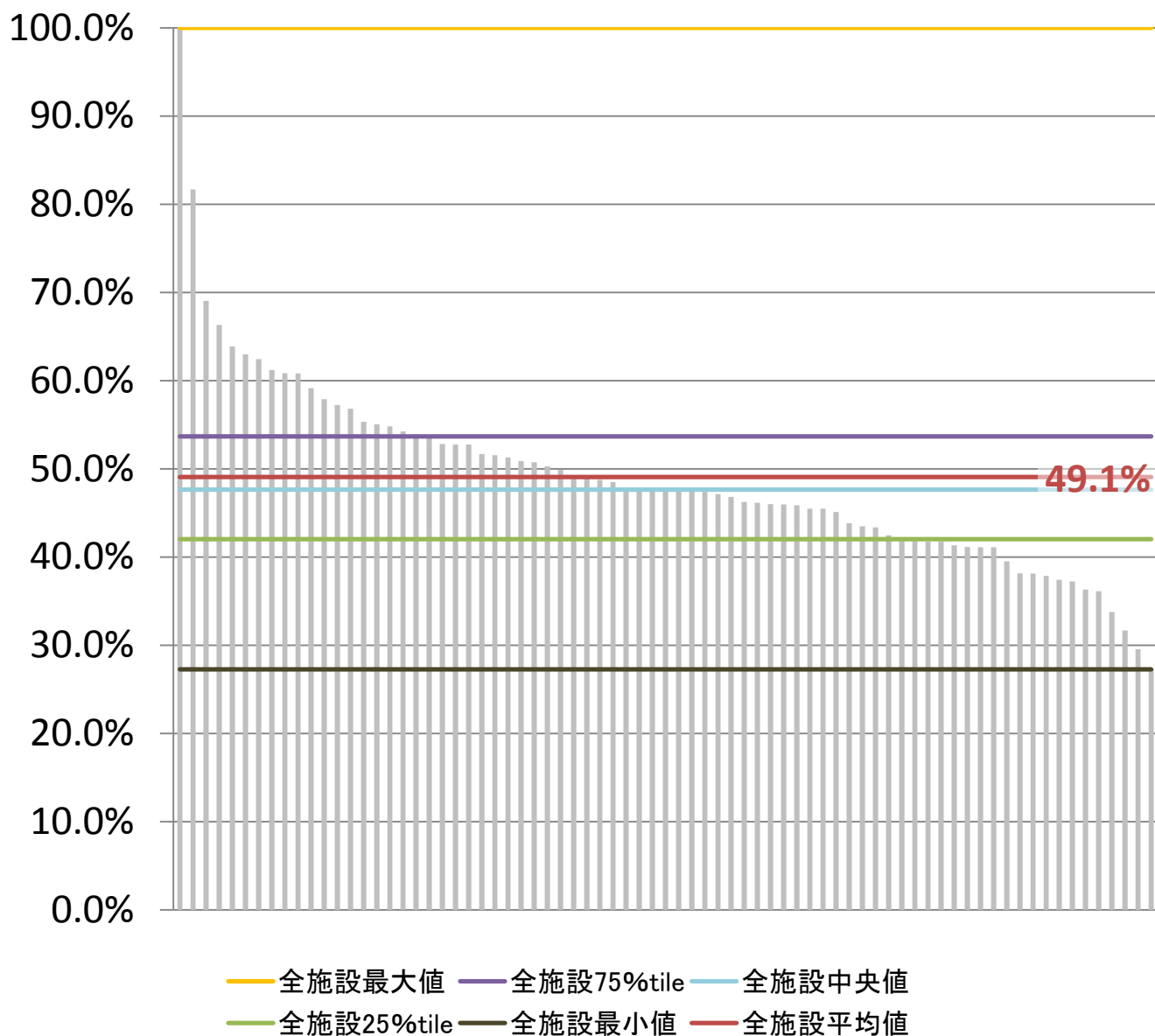
1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2011 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディア 2011 ISBN 978-4-89996-285-4
2. American Medical Association; PCPI Performance Measures. Physician Consortium for Performance Improvement? (PCPI) Performance Measure Status Report(Internet:
<http://www.ama-assn.org/resources/doc/cqi/measures.pdf> 2012/07/31 available)
3. Perioperative Care Work Group 2; American College of Surgeons/Physician Consortium for Performance Improvement/National Committee for Quality Assurance. Perioperative Care Physician Performance Measurement Set. October 2006 (Internet
<http://www.ama-assn.org/apps/listserv/x-check/qmeasure.cgi?submit=PCPI> 2012/07/31 available)

4. National Quality Measures Clearinghouse; Comprehensive diabetes care: percentage of members 18 through 64 years of age with diabetes mellitus (type 1 and type 2) whose most recent hemoglobin A1c (HbA1c) level is less than 7.0% (controlled). (Internet: <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?id=23973> 2012/07/31 available)
5. U.S. Department of Health and Human Services Agency for Healthcare Research and Quality : National Healthcare Quality & Disparities Report (Internet: <http://nhqrnet.ahrq.gov/nhqrdr/jsp/nhqrdr.jsp#snhere#snhere> 2012/05/07 available)
6. U.S. Department of Health and Human Services Agency for Healthcare Research and Quality : 2011 National Healthcare Quality Report (Internet: <http://www.ahrq.gov/qual/nhqr11/nhqr11.pdf> 2012/05/07 available)

一般:No9 糖尿病患者の血糖コントロール

分子	HbA1c(NGSP)の最終値が7.0%未満の外来患者数
分母	糖尿病の薬物治療を施行されている外来患者数

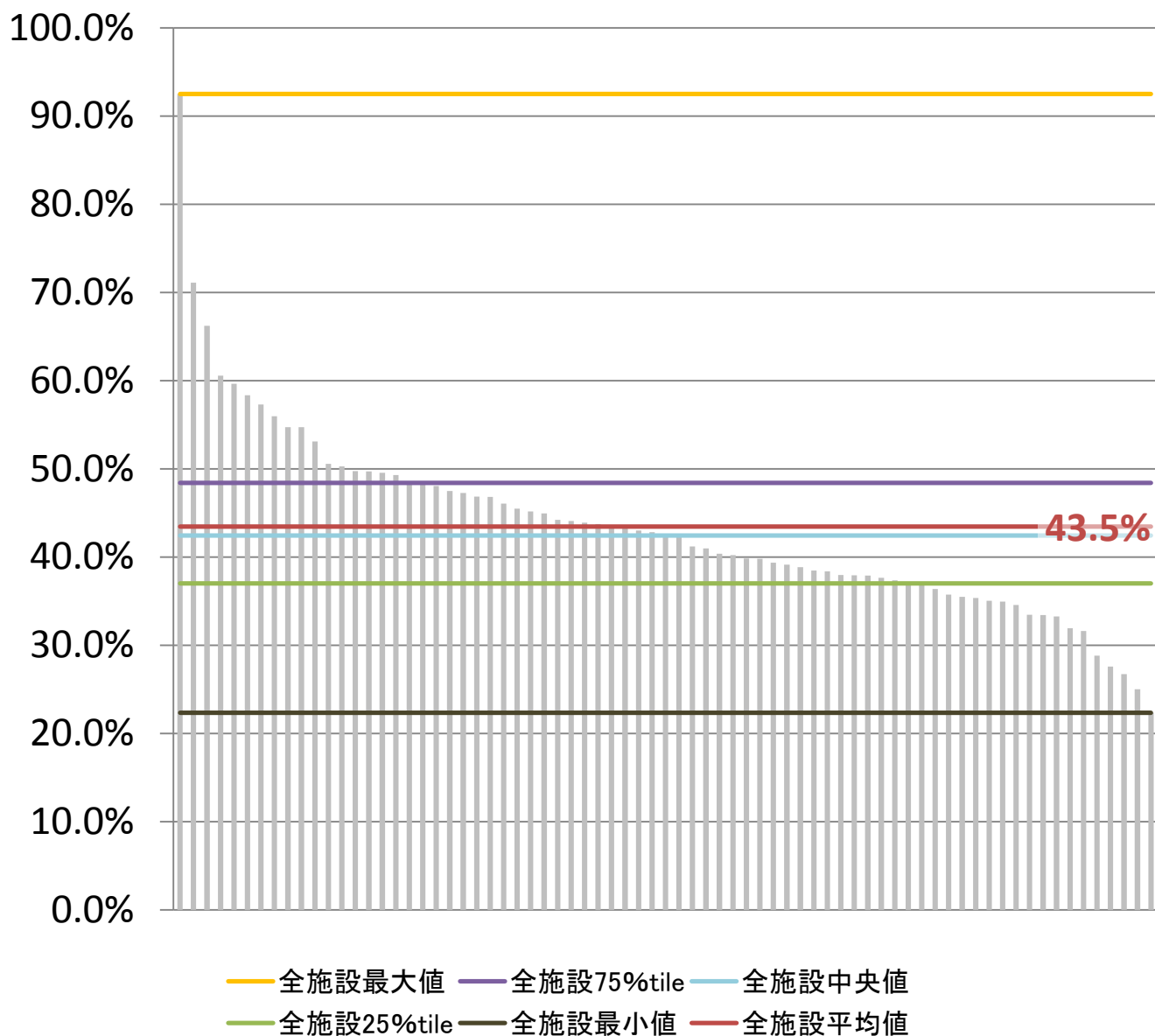
2011.01-12 全施設



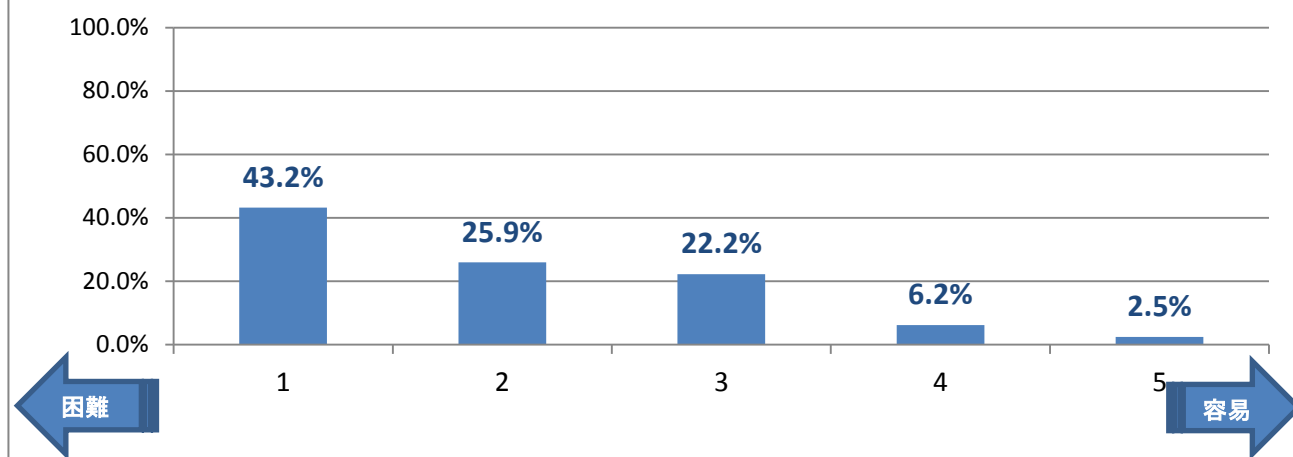
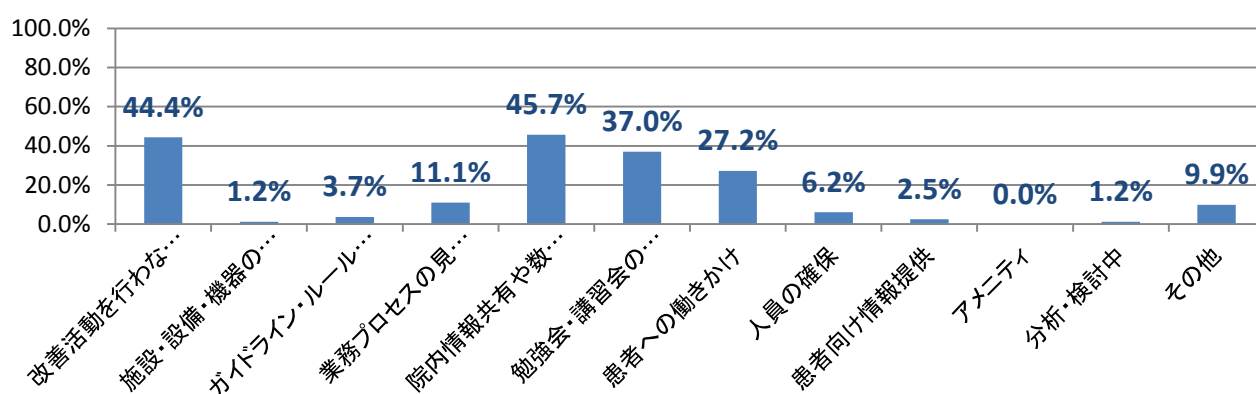
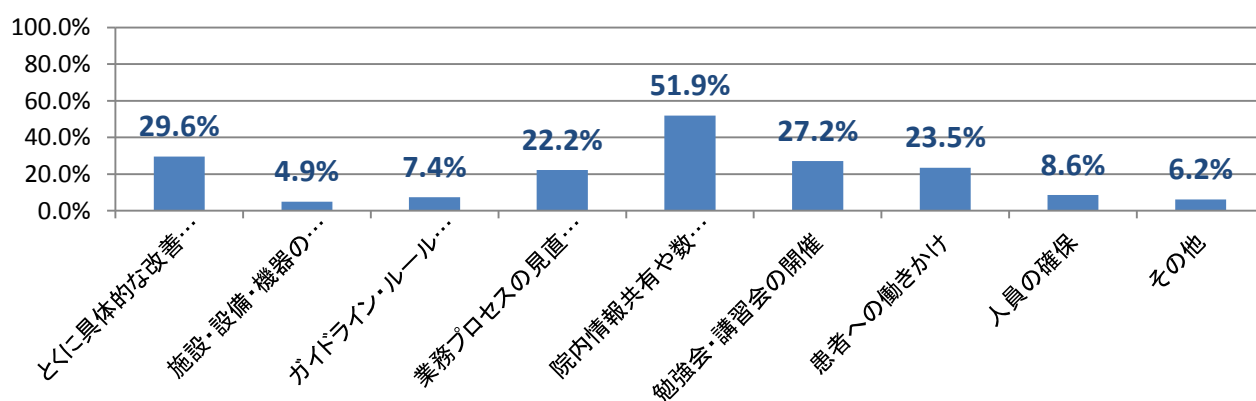
一般:No9 糖尿病患者の血糖コントロール

分子	HbA1c(NGSP)の最終値が7.0%未満の外来患者数
分母	糖尿病の薬物治療を施行されている外来患者数

2011.04-2012.03 全施設



指標の算出は困難でしたか？

本年度、改善活動を実施しましたか？
(複数選択可)今後予定している改善活動をご記入ください。
(複数選択可)

No.10 急性心筋梗塞患者に対する退院時アスピリンあるいは硫酸クロピドグレル処方率

指標の説明・定義

急性心筋梗塞は通常発症後 2～3 ヶ月以内に安定化し、大多数の患者は安定狭心症または安定した無症候性冠動脈疾患の経過を辿ります。心筋梗塞発症後の長期予後を改善する目的で、抗血小板薬、 β -遮断薬、ACE 阻害薬あるいはアンジオテンシン II 受容体拮抗薬 (ARB)、スタチンなどの投与が推奨されています (日本循環器学会ガイドライン <http://www.j-circ.or.jp>)。ガイドラインでは「禁忌がない場合のアスピリン (81-162mg) の永続的投与」となっていますが、ここでは便宜的に心筋梗塞で入院した患者の退院時アスピリンの処方とアスピリンが禁忌の場合のクロピドグレルの処方率をみています。

この処方率は海外の医療の質の評価指標としても採用されており、広く認識された指標であるといえます。

分子： 分母のうち、退院時処方アスピリンあるいは硫酸クロピドグレルが処方された患者数

分母： 「急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞 (DPC コード:050030)」の退院患者数

分母除外： 退院時転帰が死亡であった患者

退院先が「他院へ転院 (入院) した場合」あるいは「その他 (介護老人保健施設、介護老人福祉施設等への転所)」に該当する患者

Killip 分類が「Class4」であった患者

収集期間： 4～9 月分、10～12 月分、1～3 月分 ※ただし、算出は 4～9 月分のみ。

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

考察

DPC データを用いた指標であり、DPC 対象外の 4 施設を除くと、2011 年 4 月から 9 月まで、値が算出できた割合は 70.0% (340/486) と低い結果でした。その理由は 6 ヶ月間の分母対象患者の平均が 5 人、最大でも 18 人であり、対象患者がいない月もあったためと思われます。そのため、6 ヶ月間の合計で評価することに変更したところ、値が算出できた割合は 75.3% (61/81) とやや上がりました。また、平均値 90.3%、中央値 93.3%、最大値 100.0%、最小値 0.0% という結果でした。

施設によっては心筋梗塞の患者を日常的に扱っていない施設が存在し、分母の少ない施設については単純な比較は意味がない場合があるため、今後は分母のカットオフ値を設定するなどの調整が必要と思われます。

改善活動事例

勉強会・講習会の開催

- 病院全体の勉強会や医師向けのセミナーを開催した。

患者向け情報提供

- 患者に対し、処方することの説明を徹底した。

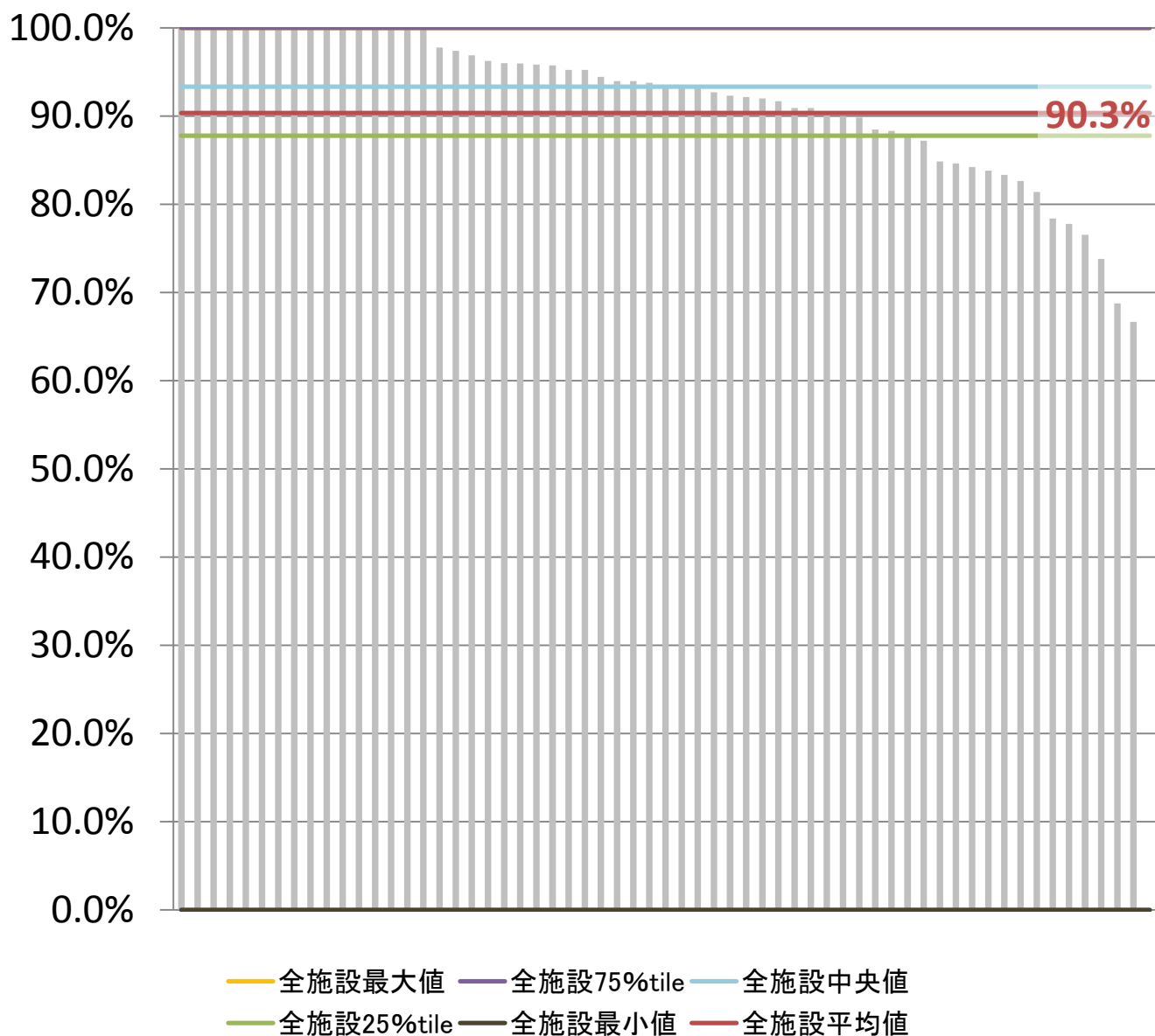
参考文献

1. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.0c
AMI-2 Aspirin Prescribed at Discharge(Internet:
http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NHQM_v4_0_c_pdf_12_29_2011.zip 2012/05/21 available)
2. American Medical Association; PCPI Performance Measures. Physician Consortium for Performance Improvement? (PCPI) Performance Measure Status Report(Internet:
<http://www.ama-assn.org/resources/doc/cqi/measures.pdf> 2012/05/21 available)
3. Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, Hochman JS, Krumholz HM, Kushner FG, Lamas GA, Mullany CJ, Ornato JP, Pearle DL, Sloan MA, Smith SC Jr. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction. A report of the Am Coll of Cardiol/American Heart Assoc Task Force on Practice Guidelines (Committee to revise the 1999 guidelines). Bethesda (MD): American College of Cardiology, American Heart Association; 2004. 211 p. [1398 references]
4. Krumholz HM, Anderson JL, Bachelder BL, Fesmire FM, Fihn SD, Foody JM, Ho PM, Kosiborod MN, Masoudi FA, Nallamothu BK, American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures, American Academy of Family Physicians, American College of Emergency Physicians, American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Hospital Medicine. ACC/AHA 2008 performance measures for adults with ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarction [trunc]. J Am Coll Cardiol 2008 Dec 9;52(24):2046-99.
5. Krumholz HM, Radford MJ, Wang Y, Chen J, Heiat A, Marciniak TA. National use and effectiveness of beta-blockers for the treatment of elderly patients after acute myocardial infarction: National Cooperative Cardiovascular Project. JAMA 1998 Aug 19;280(7):623-9.
6. 福井次矢監修; Quality Indicator 2011 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディア 2011 ISBN 978-4-89996-285-4
7. 循環器病の診断と治療に関するガイドライン. (2006). Guidelines for Secondary Prevention of Myocardial Infarction (JCS 2006). Prevention, (Jcs), 1-52.
8. 循環器病の診断と治療に関するガイドライン. (2008). Guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction (JCS 2008). Circulation Journal, 72, 1347-1442.

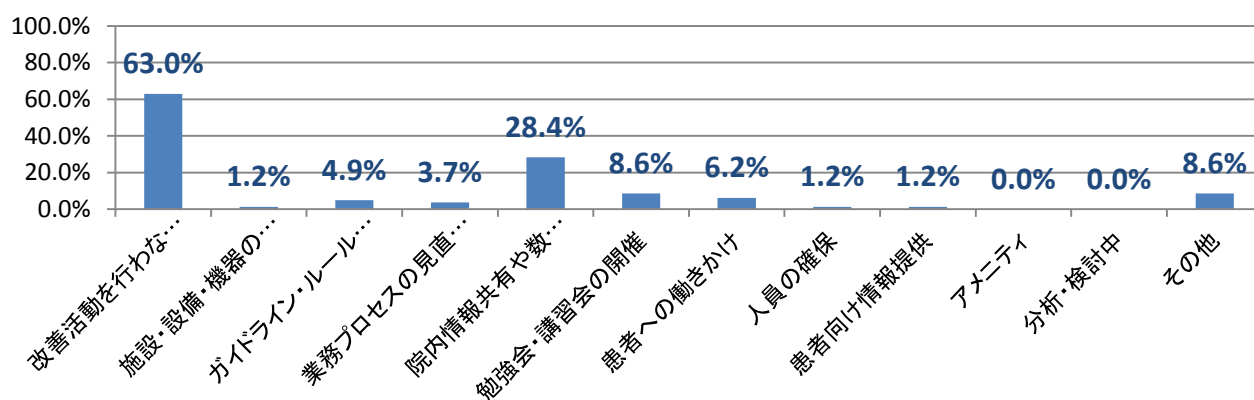
一般:No10 急性心筋梗塞患者に対する退院時アスピリンあるいは硫酸クロピドグレル処方率

分子	分母のうち、退院時処方でアスピリンあるいは硫酸クロピドグレルが処方された患者数
分母	急性心筋梗塞あるいは再発性心筋梗塞の退院患者数

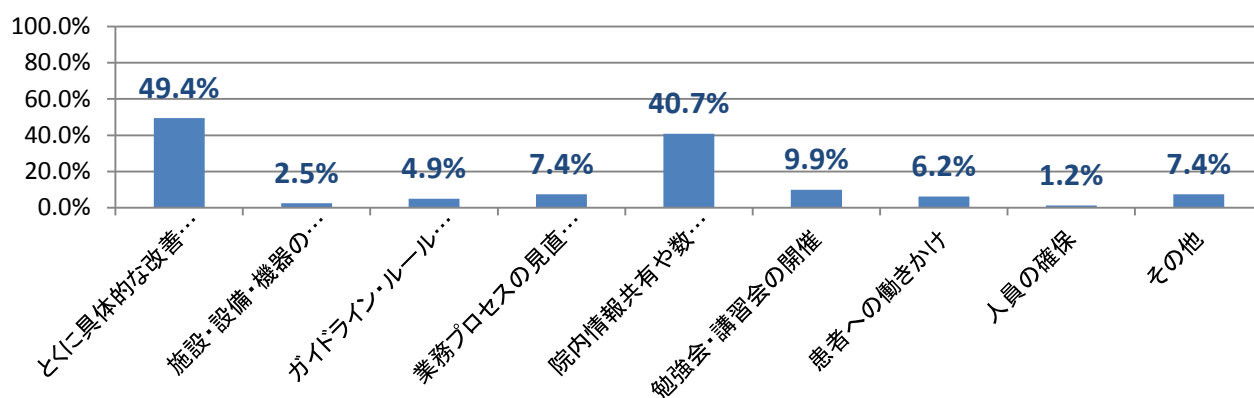
2011.04-09 全施設



本年度、改善活動を実施しましたか？
(複数選択可)



今後予定している改善活動をご記入ください。
(複数選択可)



No.11 手術ありの患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率（リスクレベルが中リスク以上）

指標の説明・定義

肺血栓塞栓症および深部静脈血栓症の診断、治療、予防に関するガイドライン（2009年改訂版）に肺血栓塞栓症／深部静脈血栓症（静脈血栓塞栓症）の予防方法が記載されており、このガイドラインに準拠して予防対策を実施した場合、診療報酬上の肺血栓塞栓症予防管理料を算定することができます。

予防方法には、弾性ストッキングの着用や間歇的空気圧迫装置の使用、抗凝固薬療法があり、リスクレベルに応じて単独あるいは併用が推奨されています。周術期の肺血栓塞栓症の予防行為の実施は、急性肺血栓塞栓症の発生率を下げるにつながると考えられています。

分子： 分母のうち、「肺血栓塞栓症予防管理料（弾性ストッキングまたは間歇的空気圧迫装置を用いた計画的な医学管理）」が算定されている、あるいは抗凝固薬が処方された患者数

分母： 肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院患者数

収集期間： 4～9月分、10～12月分、1～3月分 ※ただし、算出は4～9月分のみ。

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

考察

DPCデータを用いた指標であり、DPC対象外の4施設を除くと、2011年4月から9月まで、値が算出できた割合は90.1%（438/486）でした。また、6ヶ月間の平均は、平均値93.9%、中央値95.6%、最大値100.0%、最小値55.3%という結果でした。「手術ありの患者の肺血栓塞栓症の発生率（リスクレベルが中リスク以上）」と同様に、値が算出できなかった施設は、分母に該当する肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を行っていないのか、調査が必要かもしれません。

府中病院が2011年4月の88.2%から9月には96.1%に、山口赤十字病院が2011年4月の90.5%から9月には96.2%に、2施設とも著しい値の改善が見られました。また、値のよい月、悪い月の変動が激しい施設は、たまたまであるのか、きちんとした運用がなされていないのか、調査が必要です。

本指標はプロセス指標であり、肺血栓塞栓症の発生率を下げるにつながると考えられるため、正に医療の質を反映する指標といえます。

改善活動事例

勉強会・講習会の開催

- 弾性ストッキングの使用方法の講習会を開催した。

ガイドライン・ルールの見直しや変更

- DVT ガイドラインを作成した。

患者向け情報提供

- リスクに対する患者への説明を徹底した。

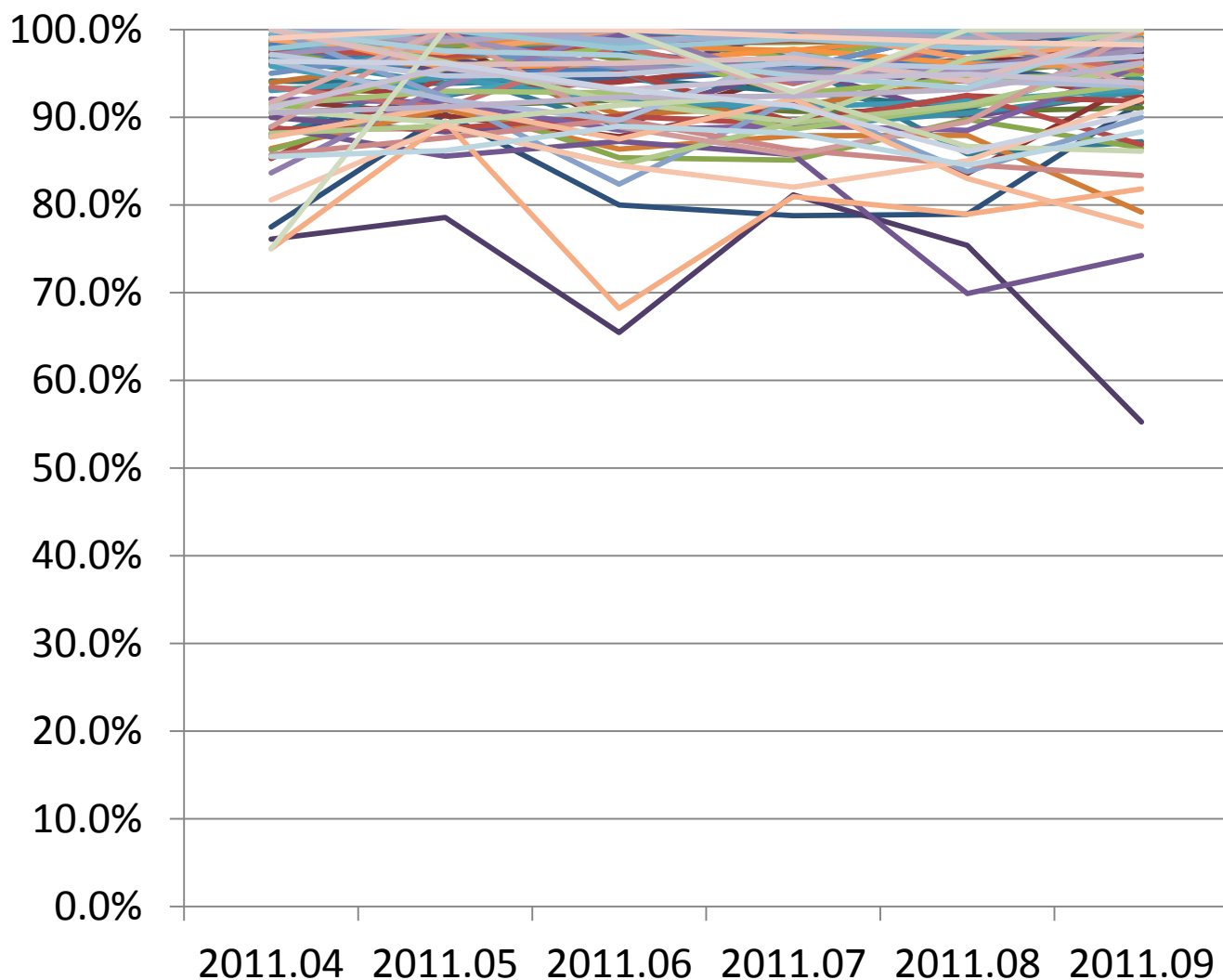
参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2011 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディアカ 2011 ISBN 978-4-89996-285-4
2. The National Quality Forum; National Voluntary Consensus Standards for Prevention and Care of Venous Thromboembolism:Additional Performance Measures A Consensus report. (Internet: <http://www.qualityforum.org/WorkArea/linkit.aspx?LinkIdentifier=id&ItemID=17724> 2011/03/24 available)
3. Sakuma M, Nakamura M, Yamada N, et al. Venous thromboembolism-Deep vein thrombosis with pulmonary embolism, deep vein thrombosis alone, pulmonary embolism alone. Circ J 2009; 73: 305-309.
4. Nakamura M, Fujioka H, Yamada N, et al. Clinical characteristics of acute pulmonary thromboembolism in Japan: results of a multicenter registry in the Japanese Society of Pulmonary Embolism Research. Clin Cardiol 2001; 24:132-138.
5. 肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症(静脈血栓塞栓症)予防ガイドライン作成委員会. 肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症(静脈血栓塞栓症) 予防ガイドライン. Medical Front International Limited, 東京 2004.
6. 古家 仁, 瀬尾憲正, 北口勝康, 他. 社団法人日本麻酔科学会周術期肺塞栓症調査 2005 年結果(短報) Therapeutic research 2008; 29: 659-661.
7. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.0c SCIP-VTE-2 Surgery Patients Who Received Appropriate Venous Thromboembolism Prophylaxis Within 24 Hours Prior to Surgery to 24 Hours After Surgery(Internet: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NHQM_v4_0_c_pdf_12_29_2011.zip 2012/05/28 available)

一般:No11 手術ありの患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率

分子	分母のうち、肺血栓塞栓症の予防対策(弾性ストッキングの着用、間歇的空気圧迫装置の利用、抗凝固療法のいずれか、または2つ以上)が実施された患者数
分母	肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院患者数

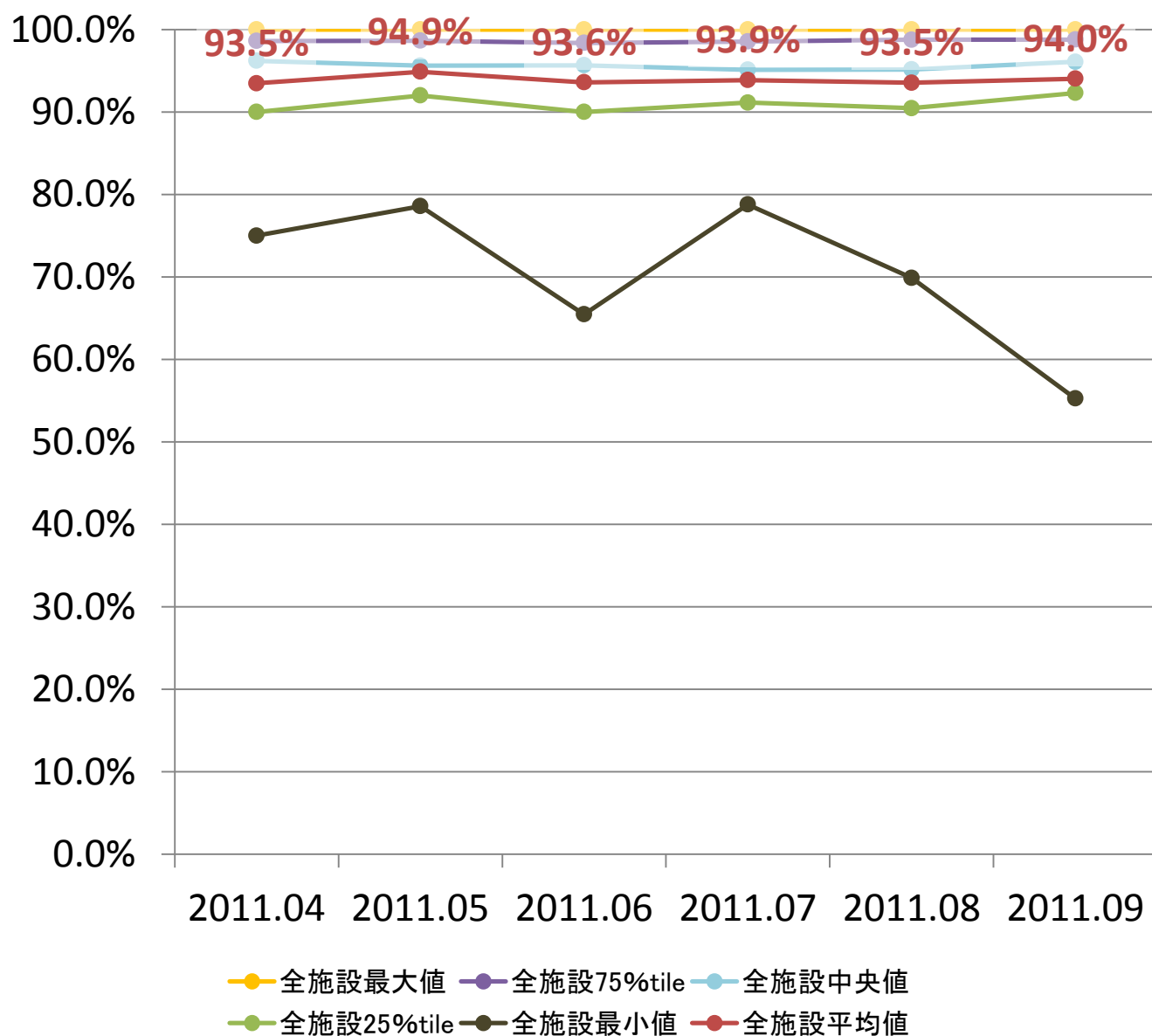
全施設



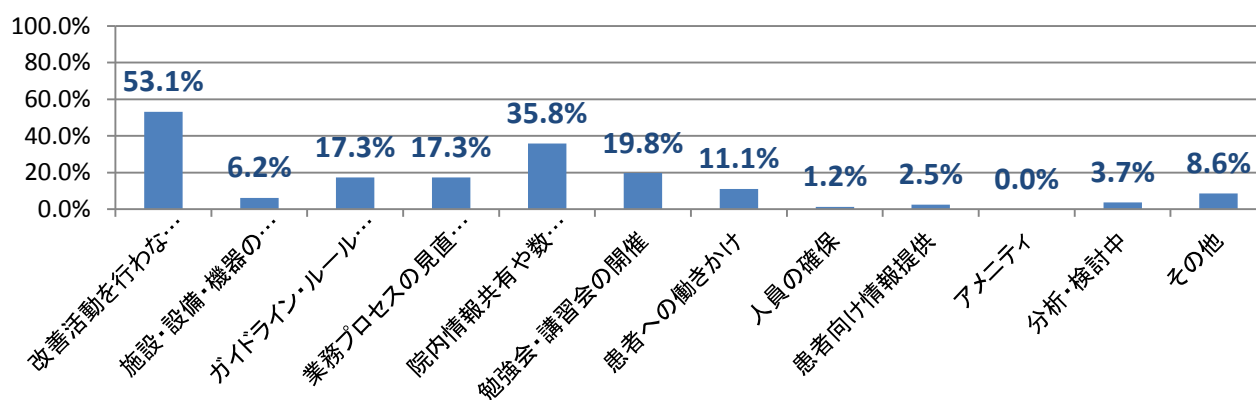
一般:No11 手術ありの患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率

分子	分母のうち、肺血栓塞栓症の予防対策(弾性ストッキングの着用、間歇的空気圧迫装置の利用、抗凝固療法のいずれか、または2つ以上)が実施された患者数
分母	肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院患者数

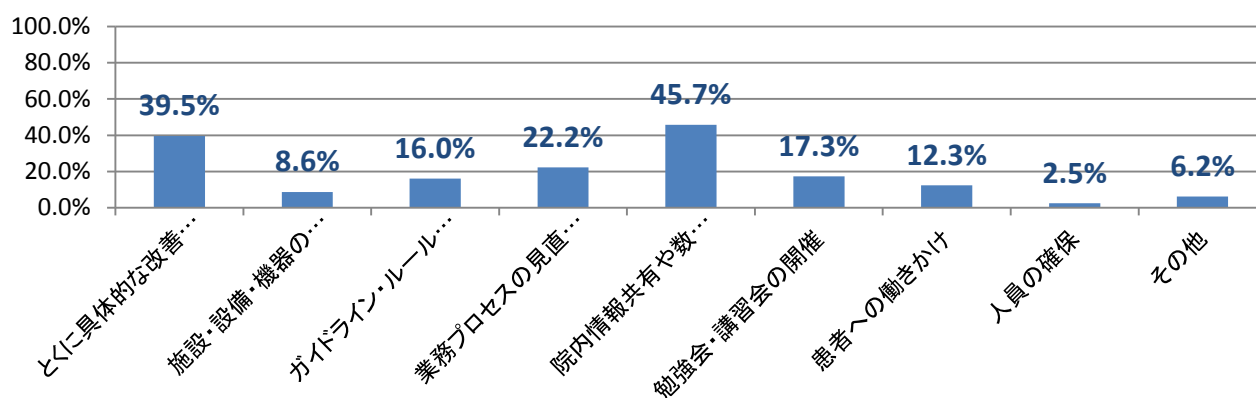
全施設



本年度、改善活動を実施しましたか？
(複数選択可)



今後予定している改善活動をご記入ください。
(複数選択可)



一般社団法人 日本病院会 2011 年度 QI 委員会

委員長 福井次矢(聖路加国際病院 院長)
委員 猪飼宏(京都大学 大学院医学研究科 社会健康医学系専攻 医療経済学分野 助教)
委員 今中雄一(京都大学 大学院医学研究科 社会健康医学系専攻 医療経済学分野 教授)
委員 岩崎榮(NPO 法人卒後臨床研修評価機構 専務理事)
委員 清水貴子(聖隷浜松病院 副院長)
委員 砂川晶生(大和高田市立病院 院長)
委員 深田順一(高知医療センター 副院長)

副会長 末永裕之(小牧市民病院 院長)

WG 委員 嶋田元(聖路加国際病院 消化器・一般外科、医療情報センター センター長)
WG 委員 脇田紀子(聖路加国際病院 医療情報センター 医療情報管理室マネジャー)
WG 委員 鐘江康一郎(聖路加国際病院 経営企画室マネジャー)
WG 委員 堀川知香(聖路加国際病院 医療情報センター 医療情報管理室)

事務局 大内全(社団法人 日本病院会 学術部 学術研修課 課長)
事務局 富岡孝(社団法人 日本病院会 学術部 学術研修課)
事務局 伊東佳恵(社団法人 日本病院会 学術部 学術研修課)

<開催報告>

第1回 QI 委員会 2011 年 9 月 1 日(14 名)

QI プロジェクト 実務者説明会 2011 年 9 月 7 日(25 病院 41 名)

QI プロジェクト 実務者説明会 2011 年 9 月 8 日(27 病院 43 名)

QI プロジェクト 実務者説明会 2011 年 9 月 13 日(32 病院 60 名)

第2回 QI 委員会 2012 年 3 月 27 日(13 名)

QI プロジェクト フィードバック説明会 2012 年 5 月 16 日(65 病院 104 名)