

2015 年度 QI プロジェクト 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 プロジェクトは、医療の質を表す指標 (Quality Indicator: QI) を測定し公表することにより、会員病院で提供している医療の質を向上させることを目的に実施しています。2010 年度の厚生労働省「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 の会員病院による 1 年間の事業終了後、日本病院会独自の事業として継続しているものです。

参加病院数は、2011 年度 85、2012 年度は 145、2013 年度は 226、2014 年度は 292、昨年 (2015 年) 度は 342 と毎年増えてきています。このことは、QI を測定し公表することの重要性が広く認識されつつあることを示しています。膨大な診療記録の中から特定のデータを引き出す作業は、どの病院にとっても負担は大きいことと思いますが、QI 委員会としても、各病院の負担をできるだけ小さくできるよう工夫を続ける所存です。一方で、参加病院の皆様には、測定された QI を用いて医療現場での PDCA (Plan, Do, Check, Action) サイクルを回して、皆様自身の病院の医療の質が向上してきていることを可視化し、職員に周知されるよう強くお勧め致します。医療の質向上という目的が真に達成されつつあることを見て知るだけで、データを引き出す職員の心理的負担感はずいぶん軽減されるはずです。

2015 年度の参加病院 342 のうち、一般病床向けの項目算出に参加した病院は 337、精神病床向けの項目算出に参加した病院は 28、療養病床向けの項目算出に参加した病院は 20 でした。測定した QI の項目数は、一般病床向けが新たに 7 項目増えて 32、精神病床および療養病床向けが 1 項目減り 7 で、ほとんどの参加病院からデータを提出していただき、全病院の記述統計と各病院の数値がどこに位置するかを示した図表をフィードバックしてまいりました。数値が他の病院と著しく異なる場合、測定方法に違いがあるのか、対象患者の属性が異なるのか、あるいは医療内容が異なるのかなど、様々な要因について考察する必要があります。そのような横の比較も、医療の質向上への動機づけになりうることから、行う価値はありますが、より重要なことは、各病院で同じ測定方法を用いた年度ごとの比較であり、時系列での QI の改善であることに変わりはありません。

個人的には、参加病院の間で、QI を改善した病院での経験を共有する機会 (シンポジウムやセミナー) を、もっと頻繁に持ちたいと思っています。参加病院での医療の質改善に繋がらない QI の測定・公表は何の意味もありません。会員病院で提供される医療の質向上に向けて、より多くの病院が参加されますようお願い致します。

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	特	地	臨	評	DPC
1	北海道	KKR 札幌医療センター斗南病院	○				○	○	○	○
2	北海道	札幌厚生病院	○					○	○	○
3	北海道	札幌東徳洲会病院	○					○	○	○
4	北海道	KKR 札幌医療センター	○				○	○	○	○
5	北海道	札幌北辰病院	○				○	○	○	○
6	北海道	手稲溪仁会病院	○				○	○	○	○
7	北海道	函館五稜郭病院	○					○	○	○
8	北海道	函館中央病院	○					○	○	○
9	北海道	市立函館病院	○					○	○	○
10	北海道	旭川赤十字病院	○				○		○	○
11	北海道	市立旭川病院	○		○			○	○	○
12	北海道	吉田病院	○						○	
13	北海道	日鋼記念病院	○					○	○	○
14	北海道	帯広厚生病院	○					○	○	○
15	北海道	北斗病院	○				○	○	○	○
16	青森県	八戸市立市民病院	○		○		○	○	○	○
17	青森県	黒石病院	○					○		
18	青森県	十和田市立中央病院	○		○			○	○	○
19	岩手県	岩手県立中央病院	○				○	○	○	○
20	岩手県	岩手県立大船渡病院	○		○			○		○
21	宮城県	石巻赤十字病院	○				○	○	○	○
22	宮城県	坂総合病院	○				○	○	○	○
23	宮城県	永仁会病院	○						○	
24	宮城県	東北公済病院	○					○	○	○
25	宮城県	東北薬科大学病院	○				○	○	○	○
26	宮城県	仙台南病院	○						○	○
27	山形県	山形市立病院済生館	○							
28	山形県	済生会山形済生病院	○					○	○	○
29	山形県	山形県立中央病院	○					○	○	○
30	山形県	三友堂病院	○						○	○
31	山形県	公立置賜総合病院	○				○	○	○	○

No.	都道府県	施設名	一般	療養	精神	特	地	臨	評	DPC
32	福島県	大原総合病院	○				○	○	○	○
33	福島県	太田西ノ内病院	○					○	○	○
34	福島県	寿泉堂総合病院	○				○	○	○	○
35	福島県	白河厚生総合病院	○					○		○
36	福島県	公立藤田総合病院	○					○	○	○
37	茨城県	水戸済生会総合病院	○				○	○	○	○
38	茨城県	総合病院 水戸協同病院	○					○		○
39	茨城県	水府病院	○					○		
40	茨城県	総合病院 土浦協同病院	○					○		○
41	茨城県	龍ヶ崎済生会病院	○					○	○	○
42	茨城県	茨城県立中央病院	○				○	○	○	○
43	茨城県	JA とりで総合医療センター	○				○	○	○	○
44	茨城県	筑波メディカルセンター病院	○				○	○	○	○
45	茨城県	ひたちなか総合病院	○				○	○	○	○
46	茨城県	志村大宮病院	○						○	○
47	群馬県	前橋赤十字病院	○				○	○	○	○
48	群馬県	済生会前橋病院	○				○	○	○	○
49	群馬県	老年病研究所附属病院	○	○					○	○
50	群馬県	伊勢崎市民病院	○				○	○		○
51	群馬県	日高病院	○				○	○		
52	群馬県	公立藤岡総合病院	○				○	○	○	○
53	群馬県	公立富岡総合病院	○					○	○	○
54	群馬県	桐生厚生総合病院	○				○	○	○	○
55	群馬県	太田記念病院	○				○	○	○	○
56	埼玉県	済生会川口総合病院	○				○	○	○	○
57	埼玉県	埼玉協同病院	○					○	○	○
58	埼玉県	東大宮総合病院	○					○	○	○
59	埼玉県	赤心堂病院	○						○	○
60	埼玉県	伊奈病院	○	○					○	○
61	埼玉県	さいたま赤十字病院	○				○	○	○	○
62	埼玉県	上尾中央総合病院	○					○	○	○
63	埼玉県	戸田中央総合病院	○					○	○	○
64	埼玉県	埼玉西協同病院	○						○	
65	埼玉県	埼玉石心会病院	○				○	○	○	○
66	埼玉県	さいたま市民医療センター	○				○	○	○	
67	千葉県	千葉中央メディカルセンター	○					○	○	○

No.	都道府県	施設名	一般	療養	精神	特	地	臨	評	DPC
68	千葉県	総合病院 君津中央病院	○				○	○	○	○
69	千葉県	総合病院 国保旭中央病院	○		○			○	○	○
70	千葉県	小張総合病院	○					○	○	○
71	千葉県	柏厚生総合病院	○					○	○	○
72	千葉県	東葛クリニック病院	○						○	
73	千葉県	板倉病院	○				○			
74	千葉県	船橋市立医療センター	○				○	○	○	○
75	千葉県	亀田総合病院	○		○		○	○	○	○
76	千葉県	成田赤十字病院	○				○	○	○	○
77	東京都	三井記念病院	○				○	○	○	○
78	東京都	九段坂病院	○					○		
79	東京都	聖路加国際病院	○				○	○		○
80	東京都	KKR 虎の門病院	○					○	○	○
81	東京都	東京都済生会中央病院	○							
82	東京都	東京山手メディカルセンター	○					○	○	○
83	東京都	順天堂大学医学部附属順天堂医院	○			○	○	○	○	○
84	東京都	永寿総合病院	○					○	○	○
85	東京都	がん研究会有明病院	○			○		○	○	○
86	東京都	昭和大学	○			○		○	○	○
87	東京都	NTT 東日本関東病院	○		○			○	○	○
88	東京都	東京共済病院	○					○	○	○
89	東京都	三宿病院	○	○				○		○
90	東京都	牧田総合病院	○						○	
91	東京都	東京都立松沢病院			○					
92	東京都	河北総合病院	○				○	○	○	○
93	東京都	佼成病院	○					○	○	○
94	東京都	豊島病院	○		○		○	○	○	○
95	東京都	青梅市立総合病院	○		○			○	○	○
96	東京都	立川病院	○		○		○	○	○	○
97	東京都	武蔵野赤十字病院	○				○	○	○	○
98	東京都	野村病院	○	○					○	○
99	東京都	榊原記念病院	○				○			
100	東京都	東大和病院	○					○	○	○
101	東京都	稲城市立病院	○							
102	東京都	国立病院機構 東京医療センター	○				○	○	○	○
103	東京都	東京通信病院	○					○	○	○

No.	都道府県	施設名	一般	療養	精神	特	地	臨	評	DPC
104	神奈川県	済生会横浜市東部病院	○							
105	神奈川県	聖隷横浜病院	○					○	○	○
106	神奈川県	横浜南共済病院	○				○	○	○	○
107	神奈川県	菊名記念病院	○				○	○	○	○
108	神奈川県	高田中央病院	○						○	
109	神奈川県	西横浜国際総合病院	○						○	○
110	神奈川県	横須賀共済病院	○				○	○	○	○
111	神奈川県	総合病院 衣笠病院	○						○	○
112	神奈川県	平塚共済病院	○				○	○	○	○
113	神奈川県	湘南鎌倉総合病院	○					○	○	○
114	神奈川県	湘南藤沢徳洲会病院	○					○	○	○
115	神奈川県	相模原協同病院	○				○	○	○	○
116	神奈川県	東名厚木病院	○				○	○	○	○
117	神奈川県	神奈川県立がんセンター	○				○		○	○
118	神奈川県	横浜栄共済病院	○				○	○		○
119	神奈川県	国際親善総合病院	○						○	○
120	神奈川県	伊勢原協同病院	○					○	○	○
121	神奈川県	海老名総合病院	○				○	○	○	○
122	神奈川県	川崎幸病院	○				○	○	○	○
123	神奈川県	虎の門病院分院	○						○	○
124	新潟県	新潟南病院	○						○	○
125	新潟県	新津医療センター病院	○						○	
126	新潟県	信楽園病院	○					○		○
127	新潟県	新潟市民病院	○				○	○	○	○
128	新潟県	立川総合病院	○					○	○	○
129	新潟県	新潟県立中央病院	○				○			○
130	新潟県	新潟県済生会三条病院	○						○	○
131	富山県	富山市立富山市民病院	○				○	○	○	○
132	富山県	北陸中央病院	○							
133	石川県	北陸病院	○						○	○
134	石川県	恵寿総合病院	○					○	○	○
135	石川県	芳珠記念病院	○					○	○	○
136	福井県	福井赤十字病院	○				○	○	○	○
137	福井県	市立敦賀病院	○					○	○	○
138	山梨県	加納岩総合病院	○						○	
139	長野県	長野赤十字病院	○				○	○	○	○

No.	都道府県	施設名	一般	療養	精神	特	地	臨	評	DPC
140	長野県	篠ノ井総合病院	○					○	○	○
141	長野県	長野市民病院	○				○	○	○	○
142	長野県	丸の内病院	○						○	○
143	長野県	相澤病院	○				○	○	○	○
144	長野県	飯田病院	○		○				○	○
145	長野県	諏訪赤十字病院	○		○		○	○	○	○
146	長野県	長野県立須坂病院	○					○	○	○
147	長野県	小諸厚生総合病院	○					○	○	○
148	長野県	伊那中央病院	○				○	○	○	○
149	長野県	北信総合病院	○					○	○	○
150	長野県	諏訪中央病院	○					○	○	○
151	長野県	佐久総合病院	○					○	○	○
152	長野県	佐久総合病院 佐久医療センター	○					○		○
153	長野県	富士見高原病院	○					○	○	○
154	長野県	北アルプス医療センターあづみ病院	○		○			○	○	○
155	長野県	安曇野赤十字病院	○					○	○	○
156	岐阜県	岐阜赤十字病院	○				○	○	○	○
157	岐阜県	岐阜市民病院	○		○		○	○	○	○
158	岐阜県	岐阜県総合医療センター	○				○	○	○	○
159	岐阜県	美濃市立美濃病院	○			○				○
160	岐阜県	羽島市民病院	○					○		○
161	岐阜県	松波総合病院	○				○	○	○	○
162	岐阜県	岐阜県立多治見病院	○		○		○	○	○	○
163	岐阜県	高山赤十字病院	○				○	○		○
164	静岡県	三島総合病院	○						○	○
165	静岡県	静岡赤十字病院	○				○	○		○
166	静岡県	静岡県立総合病院	○				○	○	○	○
167	静岡県	藤枝市立総合病院	○				○	○	○	○
168	静岡県	市立島田市民病院	○				○	○		○
169	静岡県	磐田市立総合病院	○				○	○	○	○
170	静岡県	遠州病院	○				○		○	○
171	静岡県	浜松医療センター	○				○	○	○	○
172	静岡県	総合病院 聖隷浜松病院	○				○	○	○	○
173	静岡県	総合病院 聖隷三方原病院	○		○		○	○	○	○
174	静岡県	中東遠総合医療センター	○					○		○
175	愛知県	東海病院	○					○		

No.	都道府県	施設名	一般	療養	精神	特	地	臨	評	DPC
176	愛知県	総合上飯田第一病院	○					○	○	○
177	愛知県	名城病院	○	○				○	○	○
178	愛知県	名古屋第二赤十字病院	○				○	○	○	○
179	愛知県	豊橋市民病院	○				○	○	○	○
180	愛知県	総合大雄会病院	○				○	○	○	○
181	愛知県	一宮市立市民病院	○				○	○	○	○
182	愛知県	半田市立半田病院	○				○	○	○	○
183	愛知県	春日井市民病院	○				○	○	○	○
184	愛知県	刈谷豊田総合病院	○					○	○	○
185	愛知県	豊田厚生病院	○					○	○	○
186	愛知県	安城更生病院	○				○	○	○	○
187	愛知県	小牧市民病院	○					○	○	○
188	愛知県	稲沢市民病院	○					○	○	○
189	愛知県	藤田保健衛生大学病院	○		○	○				○
190	三重県	桑名西医療センター	○					○		○
191	三重県	市立四日市病院	○				○	○	○	○
192	三重県	鈴鹿中央総合病院	○				○	○	○	○
193	三重県	松阪中央総合病院	○				○	○	○	○
194	三重県	いなべ総合病院	○					○	○	○
195	滋賀県	大津市民病院	○				○	○	○	○
196	滋賀県	彦根市立病院	○							
197	滋賀県	近江八幡市立総合医療センター	○				○	○	○	○
198	滋賀県	草津総合病院	○				○	○	○	○
199	京都府	京都民医連中央病院	○	○				○	○	○
200	京都府	武田病院	○				○	○	○	○
201	京都府	武田総合病院	○					○	○	○
202	京都府	宇治武田病院	○					○	○	○
203	京都府	男山病院	○						○	○
204	京都府	千春会病院	○						○	
205	京都府	京都桂病院	○				○	○	○	○
206	京都府	三菱京都病院	○					○	○	○
207	京都府	洛和会音羽病院	○					○	○	○
208	京都府	公立南丹病院	○					○	○	○
209	京都府	KKR 舞鶴こども療育センター	○			○				
210	京都府	京都市立病院	○				○	○	○	○
211	京都府	舞鶴共済病院	○				○	○	○	○

No.	都道府県	施設名	一般	療養	精神	特	地	臨	評	DPC
212	大阪府	清恵会病院	○					○	○	○
213	大阪府	馬場記念病院	○				○	○	○	○
214	大阪府	小松病院	○						○	○
215	大阪府	府中病院	○				○	○	○	○
216	大阪府	高槻赤十字病院	○				○	○	○	○
217	大阪府	高槻病院	○				○	○	○	○
218	大阪府	第一東和会病院	○						○	○
219	大阪府	北摂総合病院	○				○	○		○
220	大阪府	西淀病院	○					○	○	
221	大阪府	千船病院	○					○	○	○
222	大阪府	大阪警察病院	○				○	○	○	○
223	大阪府	大野記念病院	○					○		○
224	大阪府	多根総合病院	○					○	○	○
225	大阪府	わかくさ竜間リハビリテーション病院		○					○	
226	大阪府	大阪府立急性期・総合医療センター	○		○		○	○	○	○
227	大阪府	佐藤病院	○						○	○
228	大阪府	関西医科大学附属枚方病院	○			○		○		○
229	大阪府	萱島生野病院	○					○	○	○
230	大阪府	医誠会病院	○					○		○
231	大阪府	中野こども病院	○					○	○	
232	大阪府	松下記念病院	○				○			○
233	大阪府	守口生野記念病院	○						○	○
234	大阪府	島田病院	○						○	○
235	大阪府	森之宮病院	○					○	○	
236	大阪府	野江病院	○				○	○	○	○
237	大阪府	PL病院	○	○				○	○	○
238	大阪府	若草第一病院	○				○	○	○	○
239	大阪府	大阪市立総合医療センター	○		○		○	○	○	○
240	大阪府	医真会八尾総合病院	○					○		○
241	大阪府	南大阪病院	○						○	○
242	大阪府	堺市立総合医療センター	○				○	○	○	○
243	大阪府	ベルランド総合病院	○				○	○	○	○
244	大阪府	ベルピアノ病院		○					○	
245	大阪府	星ヶ丘医療センター	○				○	○	○	○
246	大阪府	大手前病院	○				○	○	○	○
247	大阪府	KKR 枚方公済病院	○						○	○

No.	都道府県	施設名	一般	療養	精神	特	地	臨	評	DPC
248	大阪府	中津病院	○					○	○	○
249	大阪府	吹田病院	○				○	○	○	○
250	大阪府	箕面市立病院	○				○	○	○	○
251	大阪府	阪南市民病院	○					○		○
252	大阪府	市立池田病院	○				○	○	○	○
253	大阪府	市立豊中病院	○				○	○	○	○
254	大阪府	八尾市立病院	○				○	○	○	○
255	兵庫県	甲南病院	○					○	○	○
256	兵庫県	六甲アイランド甲南病院	○					○	○	○
257	兵庫県	KKR 六甲病院	○	○					○	
258	兵庫県	三菱神戸病院	○					○	○	○
259	兵庫県	川崎病院	○					○	○	○
260	兵庫県	明和病院	○					○	○	○
261	兵庫県	西宮協立脳神経外科病院	○					○	○	○
262	兵庫県	明石医療センター	○				○	○	○	○
263	兵庫県	加古川西市民病院	○				○	○	○	○
264	兵庫県	加古川東市民病院	○				○			○
265	兵庫県	兵庫県立尼崎病院	○				○	○	○	○
266	兵庫県	井野病院	○						○	○
267	兵庫県	神戸中央病院	○				○	○	○	○
268	兵庫県	神鋼病院	○				○	○	○	○
269	兵庫県	神戸赤十字病院	○				○	○	○	○
270	兵庫県	神戸市立医療センター中央市民病院	○				○	○	○	○
271	奈良県	おかたに病院	○					○	○	
272	奈良県	奈良県総合医療センター	○				○	○		○
273	奈良県	大和郡山病院	○					○	○	○
274	奈良県	国保中央病院	○					○	○	○
275	奈良県	大和高田市立病院	○					○	○	○
276	奈良県	天理よろづ相談所病院	○					○		○
277	奈良県	平成記念病院	○	○					○	○
278	和歌山県	和歌山医療センター	○			○	○	○	○	○
279	島根県	松江赤十字病院	○		○		○	○		○
280	島根県	島根県立中央病院	○		○			○	○	○
281	岡山県	光生病院	○					○	○	○
282	岡山県	岡山旭東病院	○				○			○
283	岡山県	岡山県精神科医療センター			○			○	○	

No.	都道府県	施設名	一般	療養	精神	特	地	臨	評	DPC
284	岡山県	倉敷中央病院	○				○	○	○	○
285	広島県	KKR 吉島病院	○	○					○	
286	広島県	広島赤十字・原爆病院	○				○	○	○	○
287	広島県	広島記念病院	○				○		○	○
288	広島県	荒木脳神経外科病院	○						○	○
289	広島県	広島共立病院	○					○	○	○
290	広島県	呉共済病院	○				○	○	○	○
291	広島県	KKR 呉共済病院忠海分院	○	○					○	
292	広島県	マツダ病院	○					○	○	○
293	山口県	山口労災病院	○				○	○	○	○
294	徳島県	博愛記念病院	○	○					○	
295	徳島県	徳島県立中央病院	○		○		○	○	○	○
296	香川県	回生病院	○				○	○	○	○
297	香川県	高松市民病院	○		○		○	○		○
298	香川県	高松病院	○					○	○	○
299	香川県	三豊総合病院	○				○	○	○	○
300	香川県	さぬき市民病院	○					○	○	○
301	香川県	香川県立中央病院	○				○	○	○	○
302	香川県	坂出市立病院	○					○		○
303	愛媛県	済生会松山病院	○					○		○
304	愛媛県	市立宇和島病院	○					○	○	○
305	高知県	近森病院	○				○	○	○	○
306	高知県	細木病院	○	○				○	○	○
307	高知県	いずみの病院	○	○					○	○
308	高知県	高知高須病院	○						○	○
309	高知県	高知医療センター	○		○		○	○	○	○
310	高知県	土佐市民病院	○					○		○
311	福岡県	福岡市民病院	○				○	○	○	○
312	福岡県	千早病院	○					○		
313	福岡県	西福岡病院	○	○				○	○	○
314	福岡県	浜の町病院	○				○			○
315	福岡県	済生会福岡総合病院	○				○	○		○
316	福岡県	福岡徳洲会病院	○				○	○	○	○
317	福岡県	聖マリア病院	○	○	○		○	○	○	○
318	福岡県	古賀病院21	○						○	○
319	福岡県	新古賀病院	○				○	○		○

No.	都道府県	施設名	一般	療養	精神	特	地	臨	評	DPC
320	福岡県	筑後市立病院	○					○	○	○
321	福岡県	嶋田病院	○				○	○	○	○
322	福岡県	製鉄記念八幡病院	○				○	○	○	○
323	福岡県	九州病院	○				○	○	○	○
324	福岡県	三萩野病院	○						○	
325	福岡県	KKR 新小倉病院	○	○			○	○	○	○
326	福岡県	健和会大手町病院	○				○	○	○	○
327	佐賀県	佐賀県医療センター好生館	○				○	○	○	○
328	長崎県	佐世保中央病院	○				○	○	○	○
329	長崎県	KKR 佐世保共済病院	○				○	○	○	○
330	熊本県	KKR 熊本中央病院	○				○	○		○
331	大分県	大分岡病院	○				○	○	○	○
332	大分県	天心堂へつぎ病院	○						○	○
333	大分県	新別府病院	○				○	○	○	○
334	大分県	大分県立病院	○				○	○	○	○
335	宮崎県	戸嶋病院		○		○				
336	鹿児島県	相良病院	○						○	○
337	沖縄県	沖縄協同病院	○					○		○
338	沖縄県	中頭病院	○				○	○	○	○
339	沖縄県	豊見城中央病院	○				○	○	○	○
340	沖縄県	ハートライフ病院	○				○	○	○	○
341	沖縄県	沖縄県立中部病院	○				○	○		○
342	沖縄県	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	○		○		○	○	○	○

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

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。

2012 年度までは、「この病院での診療に満足していますか？」の設問で「大変満足、満足、どちらともいえない、不満足、大変不満足」の 5 段階評価でしたが、2013 年度以降は、「この病院について総合的にはどう思われますか？」の設問で「満足、やや満足、どちらともいえない、やや不満、不満」の 5 段階評価に変更しています。

<No.01 患者満足度(外来患者)>

分 子:	a) 「この病院について総合的に満足している」と回答した外来患者数 b) 「この病院について総合的に満足またはやや満足している」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)(連日でなくともよい)
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) 「この病院について総合的に満足している」と回答した入院患者数 b) 「この病院について総合的に満足またはやや満足している」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)(連日でなくともよい)
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。

<No.01 患者満足度(外来患者)>

今回、提出がなかったのは87施設で、提出できた割合は74.3%(251/338, 前年比-3.4)でした。また、満足のみでは、平均値41.7%(前年比+1.5)、中央値42.4%(前年比+3.7)、最大値82.4%(前年比-0.8)、最小値2.8%(前年比-2.5)、満足またはやや満足では、平均値82.2%(前年比+0.5)、中央値84.7%(前年比+0.8)、最大値98.6%(前年比-0.7)、最小値9.9%(前年比-24.9)という結果でした。平均値も中央値も、参加施設数が増加しているにもかかわらず、2014年度より改善しました。年々改善がみられています。

<No.02 患者満足度(入院患者)>

今回、提出しなかったのは外来患者調査より4施設少なく247施設で、提出できた割合は73.1%(247/338, 前年比-5.6)でした。また、満足のみでは、平均値57.2%(前年比+1.3)、中央値59.6%(前年比+1.5)、最大値92.9%(前年比-5.6)、最小値10.2%(前年比-3.2)、満足またはやや満足では、平均値89.6%(前年比+0.3)、中央値91.8%(前年比+0.7)、最大値100.0%(前年比±0)、最小値58.7%(前年比+4.4)という結果でした。外来患者満足度調査と同様に、2014年度より改善しました。

毎年、新規参加施設が増加している中で、前年度より改善し続けていることは、施設毎に改善の取り組みを行っている結果だと考えます。

また数値の改善だけでなく、全体のばらつきも年々少なくなっています。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2015 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 2015 ISBN 978-4-89996-335-6

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、一度も提出していない医療機関が21施設ありました（前年比+8）。提出ができない施設へは、何が困難であるか、確認の必要があるかもしれません。調査開始の2015年4月から調査終了の2016年3月まで、すべてのデータを提出できた割合は88.8%（3600/4056、前年比-2.8）でした。また1年間の平均は、平均値3.8%（前年比-0.1）、中央値3.5%（前年比-0.1）、最大値37.8%（前年比+11.5）、最小値0.0%（前年比±）という結果でした。

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。そのため、改善活

動を行うことはとても難しく、経時的に値を把握していくことに止まる指標ともいえます。
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。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2015 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 2015 ISBN 978-4-89996-335-6
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.

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.04-c 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。

2013 年度からは、厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」に参加していた 2010 年度に計測していた損傷レベル 2 以上を、再度項目に加えることにしました。

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 2 以上**の転倒・転落件数
No.04-c) 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

- 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

調査開始の 2015 年 4 月から調査終了の 2016 年 3 月まで、すべてのデータを提出できた割合は 85.2% (3456/4056, 前年比-4.7) でした。また、転倒転落発生率の 1 年間の平均は、平均値 2.64‰ (前年比-0.17)、中央値 2.42‰ (前年比+0.06)、最大値 16.03‰ (前年比-85.77)、最小値 0.00‰ (前年比±0)、損傷発生率 (損傷レベル 2 以上) の 1 年間の平均は、平均値 0.72‰ (前年比-0.11)、中央値 0.51‰ (前年比+0.01)、最大値 9.70‰ (前年比-92.1)、最小値 0.00‰ (前年比±0)、損傷発生率 (損傷レベル 4 以上) の 1 年間の平均は、平均値 0.05‰ (前年比±0)、中央値 0.00‰ (前年比±0)、最大値 1.08‰ (前年比-0.27)、最小値 0.00‰ (前年比±0) という結果でした。

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。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2015 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 2015 ISBN 978-4-89996-335-6
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> 2016/10/15 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.

No.05 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

調査開始の 2015 年 4 月から調査終了の 2016 年 3 月まで、すべてのデータを提出できた割合は 79.3% (3216/4056, 前年比-6.1) でした。また、1 年間の平均は、平均値 0.08% (前年比-0.01)、中央値 0.06% (前年比 ±0)、最大値 5.56% (前年比-2.98)、最小値 0.00% (前年比 ±0) 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。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2015 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 2015 ISBN 978-4-89996-335-6
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> 2016/10/15 available)
5. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel; Pressure Ulcer Prevention: Quick Reference Guide.(Internet: <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/prevention-and-treatment-of-pressure-ulcers-clinical-practice-guideline/> 2016/10/15 available)
6. 日本褥瘡学会編; 褥瘡予防・管理ガイドライン.(Internet: http://minds.jcqh.or.jp/stc/0036/1/0036_G0000181_GL.html 2016/10/15 available)

No.06 紹介率

No.07 逆紹介率

指標の説明・定義

紹介率とは、初診患者に対し、他の医療機関から紹介されて来院した患者の割合です。一方、逆紹介率とは、初診患者に対し、他の医療機関へ紹介した患者の割合です。高度な医療を提供する医療機関にだけ患者が集中することを避け、症状が軽い場合は「かかりつけ医」を受診し、そこで必要性があると判断された場合に高い機能を持つ病院を紹介受診する、そして治療を終え症状が落ち着いたら、「かかりつけ医」へ紹介し、治療を継続または経過を観察する、これを地域全体として行うことで、地域の医療連携を強化し、切れ目のない医療の提供を行います。つまり、紹介率・逆紹介率の数値は、地域の医療機関との連携の度合いを示す指標です。

分 子: No.01) 紹介初診患者数
No.02) 逆紹介患者数

分 母: 初診患者数－(休日・夜間以外の初診救急車搬送患者数＋休日・夜間の初診救急患者数)

収集期間: 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

考察

調査開始の2015年4月から調査終了の2016年3月まで、すべてのデータを提出できた割合は紹介率85.2% (3456/4056, 前年比-1.2)、逆紹介率84.9% (3444/4056, 前年比-1.5)でした。また、紹介率の1年間の平均は、平均値53.9% (前年比+1.0)、中央値58.0% (前年比+2.2)、最大値119.8% (前年比-99.1)、最小値0.0% (前年比±0)、逆紹介率の1年間の平均は、平均値63.2% (前年比+7.0)、中央値63.6% (前年比+7.3)、最大値191.6% (前年比-186.0)、最小値0.0% (前年比±0)という結果でした。

2014年度同様、紹介率、逆紹介率ともに最小値と最大値に大きな差がありました。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2015 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 2015 ISBN 978-4-89996-335-6

No.08 尿道留置カテーテル使用率

指標の説明・定義

尿路感染症は医療関連感染の中でも最も多く、約 40%を占め、その 80%が尿道留置カテーテルによるもの、すなわち CAUTI(catheter-associated urinary tract infection)です。医療機関で起こる血流感染の 15%は CAUTI の合併症であると推計されており、その寄与死亡率は 15%を超えます。CAUTI のリスクは医療機関、部署、患者の特性に左右されますが、エビデンスレベルが高い予防策の実施により、CAUTI の 65%-70%は予防可能と推計されています。

本指標は、この尿路感染症発生率を算出するための事前準備指標となり、どのぐらいの患者に尿道留置カテーテルが使用されているかをみています。

分 子: 尿道留置カテーテルが挿入されている延べ患者数

分 母: 入院延べ患者数

分子包含: 自院での挿入行為の有無にかかわらず尿道留置カテーテルが留置されている患者

分子除外: 恥骨上膀胱留置カテーテル、コンドーム型カテーテル、間欠的な導尿目的のカテーテル挿入、洗浄目的で挿入された尿道留置カテーテル

収集期間: 1 ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

考察

調査開始の 2015 年 4 月から調査終了の 2016 年 3 月まで、すべてのデータを提出できた割合は 61.5% (2496/4056, 前年比-2.6) で、まだ多くの施設が算出困難で、提出ができませんでした。また 1 年間の平均は、平均値 15.1% (前年比-0.1)、中央値 14.8% (前年比±0)、最大値 95.5% (前年比+1.6)、最小値 0.0% (前年比±0) という結果で 2013 年度、2014 年度とほぼ同じ値でしたが、値の低さ・高さは問題ありません。本指標は、尿路感染症発生率を算出するための事前準備指標となるため、まずは、各施設が尿道留置カテーテル使用率のデータを算出できるようになることが目標です。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2015 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 2015 ISBN 978-4-89996-335-6
2. Centers for Disease Control and Prevention. National Healthcare Safety Network report, data summary for 2013, Device-associated Module 2016/10/15 available)

3. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009 (Internet: http://www.cdc.gov/hicpac/cauti/001_cauti.html 2016/10/15 available)
4. Warren JW. Catheter-associated urinary tract infections. *Infect Dis Clin North Am* 1997;11:609–622.
5. Umscheid CA, Mitchell MD, Doshi JA, et al. Estimating the proportion of healthcare-associated infections that are reasonably preventable and the related mortality and costs. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2011;32:101–14
6. Centers for Disease Control and Prevention. Hospital Utilization (in non-Federal short-stay hospitals) (Internet: <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/hospital.htm> 2016/10/15 available)

No.09 症候性尿路感染症発生率

指標の説明・定義

2015 年度から採用した新しい項目です。

尿路感染症は医療関連感染の中でも最も多く、約 40%を占め、その 80%が尿道留置カテーテルによるもの、すなわち CAUTI(catheter-associated urinary tract infection)です。医療機関で起こる血流感染の 15%は CAUTI の合併症であると推計されており、その寄与死亡率は 15%を超えます。CAUTI のリスクは医療機関、部署、患者の特性に左右されますが、エビデンスレベルが高い予防策の実施により、CAUTI の 65%-70%は予防可能と推計されています。

分 子： 分母のうちカテーテル関連症候性尿路感染症の定義に合致した延べ回数

分 母： 入院患者における尿道留置カテーテル挿入延べ日数

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

調査開始の 2015 年 4 月から調査終了の 2016 年 3 月まで、すべてのデータを提出できた割合は 40.8% (1656/4056) で、まだ多くの施設が算出困難で、提出ができませんでした。また 1 年間の平均は、平均値 6.5 対 1000 カテーテル使用日数、中央値 1.4 対 1000 カテーテル使用日数、最大値 931.0 対 1000 カテーテル使用日数、最小値 0.0 対 1000 カテーテル使用日数という結果でした。

まだ測定開始年であり、どのように値が変化していくか、経時的にみていく予定です。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2015 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 2015 ISBN 978-4-89996-335-6
2. Centers for Disease Control and Prevention. National Healthcare Safety Network report, data summary for 2013, Device-associated Module 2016/10/15 available)
3. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009 (Internet: http://www.cdc.gov/hicpac/cauti/001_cauti.html 2016/10/15 available)
4. Warren JW. Catheter-associated urinary tract infections. Infect Dis Clin North Am 1997;11:609-622.

5. Umscheid CA, Mitchell MD, Doshi JA, et al. Estimating the proportion of healthcare-associated infections that are reasonably preventable and the related mortality and costs. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2011;32:101-14
6. Centers for Disease Control and Prevention. Hospital Utilization (in non-Federal short-stay hospitals) (Internet: <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/hospital.htm> 2016/10/15 available)

No.10 救急車・ホットライン応需率

指標の説明・定義

救急医療の機能を測る指標であり、救急車受け入れ要請のうち、何台受け入れができたのかを表しています。本指標の向上は、救命救急センターに関連する部署だけの努力では改善できません。救急診療を担当する医療者の人数、診療の効率化、入院を受け入れる病棟看護師や各診療科の協力など、さまざまな要素がかかります。

分子： 救急車で来院した患者数

分母： 救急車受け入れ要請件数

分子包含： ホットライン件数

分母除外： 他院からの搬送(転送) 件数

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

調査開始の 2015 年 4 月から調査終了の 2016 年 3 月まで、すべてのデータを提出できた割合は 76.9% (3120/4056, 前年比-4.3) でした。また、1 年間の平均は、平均値 84.5% (前年比+1.3)、中央値 87.3% (前年比+1.0)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 9.8% (前年比+9.8) という結果でした。

地域の特性によって、様々なケースが見受けられる指標です。しかし、他施設と比較するのではなく、施設内で受け入れ要請を断らざるを得なかった理由をモニター・分析することで、数値の改善が見込まれると考えます。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2015 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 2015 ISBN 978-4-89996-335-6

No.11 特定術式における手術開始前 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。

2013 年度から The Joint Commission の NQF-ENDORSED VOLUNTARY CONSENSUS STANDARDS FOR HOSPITAL CARE の Surgical Care Improvement Project(SCIP)の SCIP-Inf-1 に準拠した定義に変更しました。手術前に感染症のあることがわかっている患者は除外し、術式も冠動脈バイパス手術、その他の心臓手術、股関節人工骨頭置換術、膝関節置換術、血管手術、大腸手術、子宮全摘除術の 7 つの術式における手術開始 1 時間以内の予防的抗菌薬の投与率を示しています。注射薬だけでなく内服薬も抗菌薬の対象としています。

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手術件数
分 母:	特定術式の手術件数(冠動脈バイパス手術、その他の心臓手術、股関節人工骨頭置換術、膝関節置換術、血管手術、大腸手術、子宮全摘除術)
分母除外:	入院時年齢が 18 歳未満の患者 在院日数が 120 日以上の患者 帝王切開手術施行患者 臨床試験・治験を実施している患者 術前に感染が明記されている患者 全身/脊椎/硬膜外麻酔で行われた手術・手技が、主たる術式の前後 3 日(主たる術式が冠動脈バイパス手術またはその他の心臓手術の場合は 4 日)に行われた患者(日数計算は麻酔開始日/麻酔終了日を基点とする) 手術開始日時の 24 時間前に抗菌薬を投与されている患者(大腸手術でフラジールおよびカナマイシンを投与されている場合は除外の必要なし) 外来手術施行患者
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。調査開始の 2015 年 4 月から調査終了の 2016 年 3 月まで、すべてのデータを提出できた割合は 66.3%70.7% (2688/4056, 前年比-4.4) でした。また、1 年間の平均は、平均値 91.5% (前年比+1.5)、中央値 100.0% (前年比±0)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) という結果でした。

まだ算出が困難で提出ができない施設が 30%強いますが、提出ができている施設は達成率が平均 90%を超えています。しかし、最小値が 0.0%であり、低い値の施設はどのようにしたら改善できるか、達成率の高い施設の取り組みを聞く機会を作っていきたいと考えています。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2015 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 2015 ISBN 978-4-89996-335-6
2. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3a SCIP-Inf-1 Prophylactic Antibiotic Received Within One Hour Prior to Surgical Incision (Internet: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NHQM_v4_3a_PDF_10_2_2013.zip 2016/10/15 available)
3. 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.
4. CDC: Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 1999. Infect Cont Hosp Epidemiol 1999;20:247-278.

No.12 特定術式における術後 24 時間（心臓手術は 48 時間）以内の予防的抗菌薬投与停止率

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。

本指標は The Joint Commission の NQF-ENDORSED VOLUNTARY CONSENSUS STANDARDS FOR HOSPITAL CARE の Surgical Care Improvement Project(SCIP)の SCIP-Inf-3 に準拠した定義です。

術式は「特定術式における手術開始前 1 時間以内の予防的抗菌薬投与率」と同様に、冠動脈バイパス手術、その他の心臓手術、股関節人工骨頭置換術、膝関節置換術、血管手術、大腸手術、子宮全摘除術の 7 つ、注射薬だけでなく内服薬も抗菌薬の対象としています。

分子: 術後 24 時間以内(冠動脈バイパス手術またはその他の心臓手術の場合 48 時間以内)に予防的抗菌薬投与が停止された手術件数

分母: 特定術式の手術件数(冠動脈バイパス手術、その他の心臓手術、股関節人工骨頭置換術、膝関節置換術、血管手術、大腸手術、子宮全摘除術)

分母除外: 入院時年齢が 18 歳未満の患者
在院日数が 120 日以上の患者
帝王切開手術施行患者
臨床試験・治験を実施している患者
術前に感染が明記されている患者
全身/脊椎/硬膜外麻酔で行われた手術・手技が、主たる術式の前後 3 日(主たる術式が冠動脈バイパス手術またはその他の心臓手術の場合は 4 日)に行われた患者(日数計算は麻酔開始日/麻酔終了日を基点とする)
術後の抗菌薬長期投与の理由が記載されている
手術室内または回復室内での死亡患者

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

調査開始の 2015 年 4 月から調査終了の 2016 年 3 月まで、すべてのデータを提出できた割合は 63.9% (2592/4056, 前年比-4.4) でした。また、1 年間の平均は、平均値 34.7% (前年比+2.4)、中央値 28.6% (前年比+3.6)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) という結果でした。

100%を維持している施設もありますが、まだ全体のばらつきが大きい指標です。本指標は、多くの施設で改善ができると考えます。値の高い施設の取り組みを共有することで、質の向上につながります。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2015 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 2015 ISBN 978-4-89996-335-6
2. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3a SCIP-Inf-3 Prophylactic Antibiotic Discontinued Within 24 Hours After Surgery End Time (48 hours for CABG or Other Cardiac Surgery) (Internet: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NHQM_v4_3a_PDF_10_2_2013.zip 2016/10/15 available)
3. 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.
4. CDC: Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 1999. Infect Cont Hosp Epidemiol 1999;20:247-278.

No.13 特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率

指標の説明・定義

2015 年度から採用した新しい項目です。

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。

本指標は The Joint Commission の NQF-ENDORSED VOLUNTARY CONSENSUS STANDARDS FOR HOSPITAL CARE の Surgical Care Improvement Project(SCIP)の SCIP-Inf-2 に準拠した定義です。

術式は「特定術式における手術開始前 1 時間以内の予防的抗菌薬投与率」と同様に、冠動脈バイパス手術、その他の心臓手術、股関節人工骨頭置換術、膝関節置換術、血管手術、大腸手術、子宮全摘除術の 7 つ、注射薬だけでなく内服薬も抗菌薬の対象としています。

分 子: 術式ごとに適切な予防的抗菌薬が選択された手術件数

分 母: 特定術式の手術件数(冠動脈バイパス手術、その他の心臓手術、股関節人工骨頭置換術、膝関節置換術、血管手術、大腸手術、子宮全摘除術)

分母除外: 入院時年齢が 18 歳未満の患者

在院日数が 120 日以上の患者

帝王切開手術施行患者

臨床試験・治験を実施している患者

術前に感染が明記されている患者

全身/脊椎/硬膜外麻酔で行われた手術・手技が、主たる術式の前後 3 日(主たる術式が冠動脈バイパス手術またはその他の心臓手術の場合は 4 日)に行われた患者(日数計算は麻酔開始日/麻酔終了日を基点とする)

手術室内または回復室内での死亡患者

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

調査開始の 2015 年 4 月から調査終了の 2016 年 3 月まで、すべてのデータを提出できた割合は 55.6% (2256/4056) でした。また、1 年間の平均は、平均値 78.9%、中央値 93.3%、最大値 100.0%、最小値 0.0%という結果でした。

新しい指標のため、まだ全体のばらつきは大きいですが、計測初年度としては、高い平均値・中央値ではないかと考えています。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2015 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 2015 ISBN 978-4-89996-335-6
2. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3a SCIP-Inf-2 Prophylactic Antibiotic Selection for Surgical Patients (Internet:
http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NHQM_v4_3a_PDF_10_2_2013.zip 2016/10/15 available)

No.14 糖尿病患者の血糖コントロール

HbA1c (NGSP) <7.0%

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 か月間の血糖値のコントロール状態を示す指標です。各種大規模スタディの結果から糖尿病合併症、特に細血管合併症の頻度は HbA1c に比例しており、合併症を予防するためには、HbA1c を 7.0% 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指標の 1 つ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てない高齢者、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、狭心症があり血糖を高めにコントロールした方が安全である患者など、各患者の条件に応じて目標値を変えることが真の糖尿病治療の“質”であり、専門医があえて HbA1c を高めに維持している患者もいます。したがって、すべての患者で、厳格なコントロールを求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。

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(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

4 回すべてのデータを提出できた割合は 66.9% (904/1352, 前年比-4.9) で、年々提出割合が下がってきています。また、4 回の提出の平均は、平均値 51.8% (前年比-0.7)、中央値 81.7% (前年比+29.8)、最大値 99.5% (前年比+13.6)、最小値 6.6% (前年比-14.4) という結果でした。

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。

新薬の影響が落ち着いてきたのか、経時的にみてみると、2015 年度は少し下がっています。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2015 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 2015 ISBN 978-4-89996-335-6
2. 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. (Internet <http://www.ama-assn.org/apps/listserv/x-check/qmeasure.cgi?submit=PCPI> 2016/10/15 available)
3. 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=48628> 2016/10/15 available)
4. 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> 2016/10/15 available)

No.15 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「救急医療入院以外の予定外入院」または「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。また、より厳密な救急医療入院率を表現するため、分子を様式 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」が該当する症例数も算出することとしました。

分 子:	No.15-a) 退院後 6 週間以内の救急入院(救急医療入院以外の予定外入院または救急医療入院)患者数 No.15-b) 退院後 6 週間以内の救急入院(救急医療入院)患者数
分 母:	退院患者数
収集期間:	4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

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 34 施設を除くと、調査開始の 2015 年 4 月から調査終了の 2016 年 3 月まで、すべてのデータを提出できた割合は 95.1% (3468/3648, 前年比+6.3) でした。また、救急医療入院以外の予定外入院または救急医療入院における 1 年間の平均は、平均値 5.63% (前年比+0.11)、中央値 5.49% (前年比+0.09)、最大値 15.45% (前年比-2.35)、最小値 0.00% (前年比±0) という結果でした。

救急医療入院における 1 年間の平均は、2.58%、中央値 2.32%、最大値 15.45%、最小値 0.00% という結果でした。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2015 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 2015 ISBN 978-4-89996-335-6

No.16 急性心筋梗塞患者における入院後 早期アスピリン投与割合

指標の説明・定義

急性心筋梗塞において、血小板による血管閉塞および心筋との需要供給関係の破綻、心筋のリモデリングが問題であり、過去の報告から抗血小板薬および β -遮断薬の投与が必須であることはいうまでもありません。過去の欧米のガイドラインにおいても、急性期におけるアスピリンおよび β -遮断薬の処方、Class I となっています。これらは心筋梗塞量の減少やイベント抑制にかかわっているため、医療の質を示すのには適した指標と考えられます。

分子： 分母のうち入院後二日以内にアスピリンが投与された患者数

分母： 急性心筋梗塞で入院した患者数

収集期間： 4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

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 34 施設を除くと、調査開始の 2015 年 4 月から調査終了の 2016 年 3 月まで、値が算出できた割合は 95.4% (1160/1216, 前年比+5.5) でした。また、平均値 85.2% (前年比+0.6)、中央値 91.7% (前年比+0.8)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±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ありません。ただし、患者数に関係なく、高いアスピリン投与率を維持、向上していくことが重要と考えます。

参考文献

1. 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/Am 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]

2. 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.
3. 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.
4. 福井次矢監修; Quality Indicator 2015 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 2015 ISBN 978-4-89996-335-6
5. 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.
6. 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.

No.17 急性心筋梗塞患者における退院時 アスピリン投与割合

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、退院時にアスピリンが投与された患者数

分 母: 急性心筋梗塞で入院した患者数

収集期間: 4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

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 34 施設を除くと、調査開始の 2015 年 4 月から調査終了の 2016 年 3 月まで、値が算出できた割合は 95.4% (1160/1216, 前年比+5.5) でした。また、平均値 84.6% (前年比-0.8)、中央値 88.5% (前年比-0.4)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±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ありません。ただし、患者数に関係なく、高いアスピリン投与率を維持、向上していくことが重要と考えます。

参考文献

1. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3b AMI-2 Aspirin Prescribed at Discharge(Internet:
http://www.jointcommission.org/assets/1/6/HIQR_Jan2014_v4_3b.zip 2016/10/15 available)
2. 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/Am 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]

3. 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.
4. 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.
5. 福井次矢監修; Quality Indicator 2015 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 2015 ISBN 978-4-89996-335-6
6. 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.
7. 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.

No.18 急性心筋梗塞患者における退院時 β ブロッカー投与割合

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>)。

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、退院時に β ブロッカーが投与された患者数

分 母: 急性心筋梗塞で入院した患者数

収集期間: 4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

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 34 施設を除くと、調査開始の 2015 年 4 月から調査終了の 2016 年 3 月まで、値が算出できた割合は 95.4% (1160/1216, 前年比+5.5) でした。また、平均値 57.7% (前年比+1.2)、中央値 60.0% (前年比±0)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) という結果でした。

2013 年度から採用した項目ですが、DPC データを用いた指標であり、各施設での検証を除いて、各施設が算出することの負担は増えていないと考えます。

参考文献

1. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3b AMI-5 Beta-Blocker Prescribed at Discharge(Internet:
http://www.jointcommission.org/assets/1/6/HIQR_Jan2014_v4_3b.zip 2016/10/15 available)
2. 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/Amer

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]

3. 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.
4. 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.
5. 福井次矢監修; Quality Indicator 2015 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 2015 ISBN 978-4-89996-335-6
6. 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.
7. 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.

No.19 急性心筋梗塞患者における退院時 スタチン投与割合

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>)。

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、退院時にスタチンが投与された患者数

分 母: 急性心筋梗塞で入院した患者数

収集期間: 4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

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 34 施設を除くと、調査開始の 2015 年 4 月から調査終了の 2016 年 3 月まで、値が算出できた割合は 95.4% (1160/1216, 前年比+5.5) でした。また、平均値 73.6% (前年比+0.1)、中央値 80.0% (前年比+1.1)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) という結果でした。

2013 年度から採用した項目ですが、DPC データを用いた指標であり、各施設での検証を除いて、各施設が算出することの負担は増えていないと考えます。

参考文献

1. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3b AMI-10 Statin Prescribed at Discharge(Internet:
http://www.jointcommission.org/assets/1/6/HIQR_Jan2014_v4_3b.zip 2016/10/15 available)
2. 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/Amer

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]

3. 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.
4. 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.
5. 福井次矢監修; Quality Indicator 2015 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 2015 ISBN 978-4-89996-335-6
6. 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.
7. 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.

No.20 急性心筋梗塞患者における退院時の ACE 阻害剤もしくはアンギオテンシン II 受容体阻害剤投与割合

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ギオテンシン 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>)。

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、退院時に ACE 阻害剤もしくはアンギオテンシン II 受容体阻害剤が投与された患者数
分 母:	急性心筋梗塞で入院した患者数
収集期間:	4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

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 34 施設を除くと、調査開始の 2015 年 4 月から調査終了の 2016 年 3 月まで、値が算出できた割合は 95.4% (1160/1216, 前年比+5.5) でした。また、平均値 62.0% (前年比+0.7)、中央値 66.7% (前年比±0)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) という結果でした。

2013 年度から採用した項目ですが、DPC データを用いた指標であり、各施設での検証を除いて、各施設が算出することの負担は増えていないと考えます。

参考文献

1. 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]
2. 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.

3. 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.
4. 福井次矢監修; Quality Indicator 2015 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 2015 ISBN 978-4-89996-335-6
5. 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.
6. 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.

No.21 急性心筋梗塞患者における ACE 阻害剤もしくはアンギオテンシン II 受容体阻害剤投与割合

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ギオテンシン 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>)。

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、ACE 阻害剤もしくはアンギオテンシン II 受容体阻害剤が投与された患者数

分 母: 急性心筋梗塞で入院した患者数

収集期間: 4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

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 34 施設を除くと、調査開始の 2015 年 4 月から調査終了の 2016 年 3 月まで、値が算出できた割合は 95.4% (1160/1216, 前年比+5.5) でした。また、平均値 66.6% (前年比+0.5)、中央値 72.7% (前年比+1.3)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) という結果でした。

2013 年度から採用した項目ですが、DPC データを用いた指標であり、各施設での検証を除いて、各施設が算出することの負担は増えていないと考えます。

参考文献

1. 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/Am 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]
2. 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.

3. 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.
4. 福井次矢監修; Quality Indicator 2015 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 2015 ISBN 978-4-89996-335-6
5. 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.
6. 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.

No.22 急性心筋梗塞患者の病院到着後 90 分以内の 初回 PCI 実施割合

指標の説明・定義

2015 年度から採用した新しい項目です。

急性心筋梗塞の治療には、発症後可能な限り早期に再灌流療法（閉塞した冠動脈の血流を再開させる治療）を行うことが、生命予後の改善に重要です。現在、発症後 12 時間以内は早期再灌流療法の適応とされ、主にバルーンやステントを使用した PCI が行われます。また、血栓吸引療法を併用する場合があります。

病院到着(door)から PCI(balloon)までの時間は、急性心筋梗塞と診断されてから、緊急心臓カテーテル検査と治療のためのスタッフならびにカテーテル室の準備、さらに PCI の手技までを含む複合的な時間であり、door-to-balloon 時間と呼ばれます。具体的には door-to-balloon 時間が 90 分以内であること、あるいは 90 分以内に再灌流療法が施行された患者の割合が 50%以上という指標が用いられます。

本指標では、「経皮的冠動脈形成術(K546)施行例のうち、入院後 90 分以内に施行(K5461)した症例の割合」として算出を行います。すなわち、「K546 経皮的冠動脈形成術」のうち、「1.急性心筋梗塞に対するもの」の算定条件には「症状発現後 12 時間以内に来院し、来院からバルーンカテーテルによる責任病変の再開通までの時間（door to balloon time）が 90 分以内であること」の記載がありますので、本項目の算定を「90 分以内の実施」としてカウントします。

PCI : percutaneous coronary intervention、経皮的冠動脈形成術

分 子： 分母のうち、来院後 90 分以内に手技を受けた患者数

分 母： 18 歳以上の急性心筋梗塞で PCI を受けた患者数

収集期間： 4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

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 34 施設を除くと、調査開始の 2015 年 4 月から調査終了の 2016 年 3 月まで、値が算出できた割合は 95.4% (1160/1216, 前年比+5.5) でした。また、平均値 61.1%、中央値 63.6%、最大値 100.0%、最小値 0.0%という結果でした。

参考文献

1. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3b AMI-8a Primary PCI Received Within 90 Minutes of Hospital Arrival (Internet: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/HIQR_Jan2014_v4_3b.zip 2016/10/15 available)
2. Antman EM, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction. Circulation. 2004;110:82-292
3. Flynn A et al. Trends in door-to-balloon time and mortality in patients with STEMI undergoing PPCI. Arch Intern Med. 2010;170:1842-1849
4. 福井次矢監修; Quality Indicator 2015 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 2015 ISBN 978-4-89996-335-6

No.23 脳卒中患者のうち第2病日までに抗血栓療法を受けた患者の割合

指標の説明・定義

脳梗塞急性期における抗血栓療法として、発症 48 時間以内のアスピリン投与が確立された治療法となっています。また、米国心臓協会 (AHA) / 米国脳卒中協会 (ASA) 急性期脳梗塞治療ガイドライン 2013 では、脳梗塞急性期における抗血小板療法として、アスピリンを脳梗塞発症から 24～48 時間以内に投与することを推奨しています (クラス I, エビデンスレベル A)。

したがって、適応のある患者には第2病日までに抗血栓薬の投与が開始されていることが望まれます。

分 子: 分母のうち、第2病日までに抗血栓療法を施行された患者数

分 母: 脳梗塞か TIA と診断された 18 歳以上の入院患者数

収集期間: 4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

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 34 施設を除くと、調査開始の 2015 年 4 月から調査終了の 2016 年 3 月まで、値が算出できた割合は 95.4% (1160/1216, 前年比+5.5) でした。また、平均値 59.7% (前年比+3.8)、中央値 62.9% (前年比+3.2)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) という結果でした。2013 年度から採用した項目ですが、DPC データを用いた指標であり、各施設での検証を除いて、各施設が算出することの負担は増えていないと考えます。

参考文献

1. Anticoagulants and antiplatelet agents in acute ischemic stroke: report of the Joint Stroke Guideline Development Committee of the American Academy of Neurology and the American Stroke Association (a division of the American Heart Association).
2. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke. A guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of

Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups.

3. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack.
4. Update to the AHA/ASA recommendations for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack.

No.24 脳卒中患者のうち退院時抗血小板薬処方割合

指標の説明・定義

非心原性脳梗塞(アテローム血栓性脳梗塞、ラクナ梗塞など)や非心原性 TIA では、再発予防のために抗血小板薬の投与が推奨されています。わが国の脳卒中治療ガイドライン 2015 では、「現段階で非心原性脳梗塞の再発予防上、最も有効な抗血小板療法(本邦で使用可能なもの)はシロスタゾール 200 mg/日、クロピドグレル 75 mg/日、アスピリン 75-150mg/日(以上、グレード A)、チクロピジン 200 mg/日(グレード B)である」と書かれています。したがって、適応のある患者には抗血小板薬の投与が開始されていることが望まれます。

分子: 分母のうち、退院時に抗血小板薬を処方された患者数

分母: 脳梗塞か TIA と診断された 18 歳以上の入院患者数

収集期間: 4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

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 34 施設を除くと、調査開始の 2015 年 4 月から調査終了の 2016 年 3 月まで、値が算出できた割合は 95.4% (1160/1216, 前年比+5.5)でした。また、平均値 69.1% (前年比-0.6)、中央値 73.2% (前年比-0.1)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0)という結果でした。2013 年度から採用した項目ですが、DPC データを用いた指標であり、各施設での検証を除いて、各施設が算出することの負担は増えていないと考えます。

参考文献

1. 「脳卒中治療ガイドライン 2015」日本脳卒中学会
2. Albers GW, et al. Antithrombotic and thrombolytic therapy for ischemic stroke. Chest 2001 Jan;119(1 Suppl):300S-20S.
3. American Academy of Neurology, American College of Radiology, Physician Consortium for Performance Improvement®, National Committee for Quality Assurance. Stroke and stroke rehabilitation physician performance measurement set. Chicago (IL): American Medical Association (AMA), National Committee for

Quality Assurance (NCQA); 2009 Feb. 20 p.

4. Sacco RL, et al. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke [trunc]. Stroke 2006 Feb;37(2):577-617.
5. Anticoagulants and antiplatelet agents in acute ischemic stroke: report of the Joint Stroke Guideline Development Committee of the American Academy of Neurology and the American Stroke Association (a division of the American Heart Association).
6. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke. A guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups.
7. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack.
8. Update to the AHA/ASA recommendations for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack.
9. 福井次矢監修; Quality Indicator 2015 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 2015 ISBN 978-4-89996-335-6

No.25 脳卒中患者の退院時スタチン処方割合

指標の説明・定義

2015 年度から採用した新しい項目です。

脳梗塞再発予防には、抗血栓療法と内科的リスク管理が重要です。

内科的リスク管理の一つとして、脂質異常症のコントロールが推奨されており、薬剤、特にスタチンを用いた脂質管理は血管炎症の抑制効果も期待できます。

わが国の脳卒中治療ガイドライン 2015 では、「高容量のスタチン系薬剤は脳梗塞の再発予防に勧められる(グレード B)、低用量のスタチン系薬剤で脂質異常症を治療中の患者において、エイコサペンタエン酸(EPA) 製剤の併用が脳卒中再発予防に勧められる(グレード B)」と書かれています。

分 子: 分母のうち、退院時にスタチンが処方された患者数

分 母: 脳梗塞で入院した患者数

収集期間: 4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

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 34 施設を除くと、調査開始の 2015 年 4 月から調査終了の 2016 年 3 月まで、値が算出できた割合は 95.4% (1160/1216, 前年比+5.5) でした。また、平均値 22.1%、中央値 20.4%、最大値 100.0%、最小値 0.0%という結果でした。

100%処方されている施設もあれば、平均値・中央値も 20% 台であり、まだまだ改善の余地はあります。

2015 年度から採用した項目ですが、DPC データを用いた指標であり、各施設での検証を除いて、各施設が算出することの負担は増えていないと考えます。

参考文献

1. 「脳卒中治療ガイドライン 2015」日本脳卒中学会
2. Albers GW, et al. Antithrombotic and thrombolytic therapy for ischemic stroke. Chest 2001 Jan;119(1 Suppl):300S-20S.
3. American Academy of Neurology, American College of Radiology, Physician Consortium for Performance

Improvement®, National Committee for Quality Assurance. Stroke and stroke rehabilitation physician performance measurement set. Chicago (IL): American Medical Association (AMA), National Committee for Quality Assurance (NCQA); 2009 Feb. 20 p.

4. Sacco RL, et al. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke [trunc]. Stroke 2006 Feb;37(2):577-617.
5. Anticoagulants and antiplatelet agents in acute ischemic stroke: report of the Joint Stroke Guideline Development Committee of the American Academy of Neurology and the American Stroke Association (a division of the American Heart Association).
6. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke. A guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups.
7. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack.
8. Update to the AHA/ASA recommendations for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack.
9. 福井次矢監修; Quality Indicator 2015 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 2015 ISBN 978-4-89996-335-6

No.26 心房細動を伴う脳卒中患者への退院時抗凝固薬処方割合

指標の説明・定義

心原性脳梗塞での再発予防には抗凝固薬の投与が推奨されています。わが国の脳卒中治療ガイドライン 2015 では、「心原性脳塞栓症の再発予防は通常、抗血小板薬ではなく抗凝固薬が第一選択薬である(グレード A)」と書かれています。一方で、「出血性合併症は INR 2.6 を超えると急増する(グレード B)」と書かれています。したがって、適応のある患者には抗凝固薬の投与が開始されていることが望まれます。

分 子: 分母のうち、退院時に抗凝固薬を処方された患者数

分 母: 脳梗塞か TIA と診断され、かつ心房細動と診断された 18 歳以上の入院患者数

収集期間: 4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

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 34 施設を除くと、調査開始の 2015 年 4 月から調査終了の 2016 年 3 月まで、値が算出できた割合は 95.4% (1160/1216, 前年比+5.5) でした。また、平均値 71.1% (前年比-5.3)、中央値 77.8% (前年比-5.5)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) という結果でした。2013 年度から採用した項目ですが、DPC データを用いた指標であり、各施設での検証を除いて、各施設が算出することの負担は増えていないと考えます。

参考文献

1. 「脳卒中治療ガイドライン 2015」日本脳卒中学会
2. Albers GW, Amarenco P, Easton JD, Sacco RL, Teal P. Antithrombotic and thrombolytic therapy for ischemic stroke. Chest 2001 Jan;119(1 Supl):300S-20S.
3. American Academy of Neurology, American College of Radiology, Physician Consortium for Performance Improvement®, National Committee for Quality Assurance. Stroke and stroke rehabilitation physician performance measurement set. Chicago (IL): American Medical Association (AMA); 2010 Sep. 26 p.
4. American College of Cardiology, American Heart Association, European Society of Cardiology.

ACC/AHA/ESC guidelines for the management of patients with atrial fibrillation. J Am Coll Cardiol 2001 Oct;38:1266i-lxx.

5. Sacco RL, Adams R, Albers G, Alberts MJ, Benavente O, Furie K, Goldstein LB, Gorelick P, Halperin J, Harbaugh R, Johnston SC, Katzan I, Kelly-Hayes M, Kenton EJ, Marks M, Schwamm LH, Tomsick T. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke [trunc]. Stroke 2006 Feb;37(2):577-617.
6. 福井次矢監修; Quality Indicator 2015 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 2015 ISBN 978-4-89996-335-6

No.27 脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者の割合

指標の説明・定義

脳卒中患者では早期にリハビリテーションを開始することで、機能予後をよくし、再発リスクの増加もみられず、ADLの退院時到達レベルを犠牲にせずに入院期間が短縮されることが分かっています。わが国の脳卒中治療ガイドライン 2015 では、「不働・廃用症候群を予防し、早期の日常生活動作(ADL)向上と社会復帰を図るために、十分なリスク管理のもとにできるだけ発症後早期から積極的なリハビリテーションを行うことが強く勧められている(グレードA)」と書かれています。したがって、適応のある患者には早期からリハビリテーションが開始されていることが望まれます。

分子: 分母のうち、入院後早期に脳血管リハビリテーションが行われた症例数

分母: 脳梗塞で入院した症例数

収集期間: 4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分

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 34 施設を除くと、調査開始の 2015 年 4 月から調査終了の 2016 年 3 月まで、値が算出できた割合は 95.4(1160/1216, 前年比+5.5)でした。また、平均値 68.8%(前年比+2.5)、中央値 75.0%(前年比+3.1)、最大値 100.0%(前年比±0)、最小値 0.0%(前年比±0)という結果でした。2013 年度から採用した項目ですが、DPC データを用いた指標であり、各施設での検証を除いて、各施設が算出することの負担は増えていないと考えます。

参考文献

1. 「脳卒中治療ガイドライン 2015」日本脳卒中学会
2. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3a
STK-10 Assessed for Rehabilitation (Internet:
http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NHQM_v4_3a_PDF_10_2_2013.zip 2016/10/15 available)
3. 福井次矢監修; Quality Indicator 2015 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 2015 ISBN 978-4-89996-335-6

No.28 喘息入院患者のうち吸入ステロイドを入院中に処方された割合

指標の説明・定義

喘息患者においては、吸入ステロイド薬とピークフローモニタリングによる自己管理が治療の基本となります。また、急性発作期にはステロイド薬の内服や点滴が必要です。

分 子: 分母のうち、入院中に吸入抗炎症剤の処方を受けた患者数

分 母: 5歳以上の喘息患者のうち、喘息に関連した原因で入院した患者数

収集期間: 4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分

指標の種類・値の解釈

プロセス

考察

DPC データを用いた指標であり、DPC 対象外の 34 施設を除くと、調査開始の 2015 年 4 月から調査終了の 2016 年 3 月まで、値が算出できた割合は 95.4% (1160/1216, 前年比+5.5) でした。また、平均値 57.2% (前年比-0.6)、中央値 57.1% (前年比-1.2)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) という結果でした。2013 年度から採用した項目ですが、DPC データを用いた指標であり、各施設での検証を除いて、各施設が算出することの負担は増えていないと考えます。

参考文献

1. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Diagnosis and management of asthma. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2010 Jun. 64 p
2. Diagnosis and management of asthma: percentage of hospitalized patients with asthma who are discharged on an inhaled anti-inflammatory medication. 2010 Jun. NQMC:006175
3. Use of appropriate medications for people with asthma: percentage of members 5 to 64 years of age during the measurement year who were identified as having persistent asthma and who were appropriately prescribed medication during the measurement year. National Committee for Quality Assurance (NCQA). HEDIS 2012: Healthcare Effectiveness Data and Information Set. Vol. 1, narrative. Washington (DC): National Committee for Quality Assurance (NCQA); 2011.
4. Performance Trending Report 2012. Office of Medical Assistance Programs, Pennsylvania Department of

Public Welfare. February 6,

2013.(http://www.dpw.state.pa.us/ucmprd/groups/public/documents/communication/s_002193.pdf)

No.29 入院中にステロイドの経口・静注処方された小児喘息患者の割合

指標の説明・定義

小児気管支喘息治療・管理ガイドライン 2012 において、喘息発作の強度に応じた薬物療法が基本治療（ステップ 1）となります。吸入ステロイドの処方ステップ 2 以上となります。

薬物療法は、早期に十分な効果が得られたのちに良好な状態を維持できる必要最少量まで徐々に減量するほうが、患児の生活の質（QOL）の向上のためには好ましいと考えられています。

分子： 分母のうち、入院中にステロイドの全身投与（静注・経口処方）を受けた患者数

分母： 2 歳から 15 歳の喘息患者のうち、喘息に関連した原因で入院した患者数

収集期間： 4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

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 34 施設を除くと、調査開始の 2015 年 4 月から調査終了の 2016 年 3 月まで、値が算出できた割合は 95.4% (1160/1216, 前年比+5.5) でした。また、平均値 87.2% (前年比+0.3)、中央値 97.2% (前年比-0.2)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) という結果でした。

2013 年度から採用した項目ですが、DPC データを用いた指標であり、各施設での検証を除いて、各施設が算出することの負担は増えていないと考えます。

参考文献

1. Adams RJ, Fuhlbrigge A, Finkelstein JA, Lozano P, Livingston JM, Weiss KB, Weiss ST. Use of inhaled anti-inflammatory medication in children with asthma in managed care settings. Arch Pediatr Adolesc Med 2001 Apr;155(4):501-7.
2. Crain EF, Weiss KB, Fagan MJ. Pediatric asthma care in US emergency departments. Current practice in the context of the National Institutes of Health guidelines. Arch Pediatr Adolesc Med 1995 Aug;149(8):893-901.
3. McCormick MC, Kass B, Elixhauser A, Thompson J, Simpson L. Annual report on access to and utilization of

health care for children and youth in the United States--1999. *Pediatrics* 2000 Jan;105(1 Pt 3):219-30.

4. Silber JH, Rosenbaum PR, Even-Shoshan O, Shabbout M, Zhang X, Bradlow ET, Marsh RR. Length of stay, conditional length of stay, and prolonged stay in pediatric asthma. *Health Serv Res* 2003 Jun;38(3):867-86.
5. Specifications manual for national hospital inpatient quality measures, version 3.1a. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), The Joint Commission; 2010 Apr 1. various p.

No.30 統合指標（Composite Measures）

【手術】

指標の説明・定義

2015 年度から採用した新しい項目です。

Composite Measures はその名の通り、「統合」「合成」された指標です。関連する指標群の分子の合計を関連する指標群の分母の合計で割ることにより算出されます。こうすることにより、アウトカムを達成するために必要なケアプロセス群を統合的にどれくらい実施できているかを見ることができ、ケアプロセスを束ねて（ケアバンドルとして）実施しているかどうかの評価できます。

分 子： 指標 No.11,12,13 の分子の合計

分 母： 指標 No.11,12,13 の分母の合計

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

調査開始の 2015 年 4 月から調査終了の 2016 年 3 月まで、すべてのデータを提出できた割合は 66.3% (2688/4056) でした。また、1 年間の平均は、平均値 68.7%、中央値 68.8%、最大値 100.0%、最小値 0.0% という結果でした。

新しい指標のため、まだ全体のばらつきは大きいですが、計測初年度としては、高い平均値・中央値ではないかと考えています。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2015 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 2015 ISBN 978-4-89996-335-6

No.31 統合指標（Composite Measures）

【虚血性心疾患】

指標の説明・定義

2015 年度から採用した新しい項目です。

Composite Measures はその名の通り、「統合」「合成」された指標です。関連する指標群の分子の合計を関連する指標群の分母の合計で割ることにより算出されます。こうすることにより、アウトカムを達成するために必要なケアプロセス群を統合的にどれくらい実施できているかを見ることができ、ケアプロセスを束ねて（ケアバンドルとして）実施しているかどうかの評価できます。

分 子： 指標 No.16,17,18,19,20,22 の分子の合計

分 母： 指標 No.16,17,18,19,20,22 の分母の合計

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

DPC データを用いた指標であり、DPC 対象外の 34 施設を除くと、調査開始の 2015 年 4 月から調査終了の 2016 年 3 月まで、値が算出できた割合は 95.4% (1160/1216, 前年比+5.5) でした。また、1 年間の平均は、平均値 69.6%、中央値 73.7%、最大値 100.0%、最小値 0.0%という結果でした。

2015 年度から採用した項目ですが、DPC データを用いた指標であり、各施設での検証を除いて、各施設が算出することの負担は増えていないと考えます。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2015 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 2015 ISBN 978-4-89996-335-6

No.32 統合指標 (Composite Measures)

【脳卒中】

指標の説明・定義

2015 年度から採用した新しい項目です。

Composite Measures はその名の通り、「統合」「合成」された指標です。関連する指標群の分子の合計を関連する指標群の分母の合計で割ることにより算出されます。こうすることにより、アウトカムを達成するために必要なケアプロセス群を統合的にどれくらい実施できているかを見ることができ、ケアプロセスを束ねて(ケアバンドルとして)実施しているかどうかの評価できます。

分 子:	指標 No.23,24,25,26,27 の分子の合計
分 母:	指標 No.23,24,25,26,27 の分母の合計
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

DPC データを用いた指標であり、DPC 対象外の 34 施設を除くと、調査開始の 2015 年 4 月から調査終了の 2016 年 3 月まで、値が算出できた割合は 95.4% (1160/1216, 前年比+5.5) でした。また、1 年間の平均は、平均値 52.0%、中央値 55.0%、最大値 100.0%、最小値 0.0%という結果でした。

2015 年度から採用した項目ですが、DPC データを用いた指標であり、各施設での検証を除いて、各施設が算出することの負担は増えていないと考えます。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2015 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 2015 ISBN 978-4-89996-335-6

No.01 紹介率

No.02 逆紹介率

指標の説明・定義

紹介率とは、初診患者に対し、他の医療機関から紹介されて来院した患者の割合です。一方、逆紹介率とは、初診患者に対し、他の医療機関へ紹介した患者の割合です。高度な医療を提供する医療機関にだけ患者が集中することを避け、症状が軽い場合は「かかりつけ医」を受診し、そこで必要があると判断された場合に高い機能を持つ病院を紹介受診する、そして治療を終え症状が落ち着いたら、「かかりつけ医」へ紹介し、治療を継続または経過を観察する、これを地域全体として行うことで、地域の医療連携を強化し、切れ間のない医療の提供を行います。つまり、紹介率・逆紹介率の数値は、地域の医療機関との連携の度合いを示す指標です。

分 子: No.01) 紹介患者数
No.02) 逆紹介患者数

分 母: 初診患者数

収集期間: 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

考察

調査開始の2015年4月から調査終了の2016年3月まで、すべてのデータを提出できた割合は紹介率が85.7% (288/336, 前年比+4.9)、逆紹介率が82.1% (276/336, +1.3)でした。また、紹介率の1年間の平均は、平均値56.4% (前年比-5.3)、中央値52.0% (前年比-8.0)、最大値191.7% (前年比-208.3)、最小値0.0% (前年比±0)、逆紹介率の1年間の平均は、平均値103.3% (前年比+5.8)、中央値75.7% (前年比-4.3)、最大値762.5% (前年比+112.5)、最小値0.0% (前年比±0)という結果でした。

紹介率、逆紹介率ともに最小値と最大値に大きな差があるため、算出の間違いなのか、施設の特徴なのか、調査する必要があるかもしれません。

ただし、参加施設数が28施設であり、すべての施設から提出があるわけではありませので、第一目的である自施設での経時変化をみていきながら、調査を進めていこうと考えています。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2015 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 2015 ISBN 978-4-89996-335-6

No.03-a 入院患者の転倒・転落発生率

No.03-b 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

No.03-c 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。

2013 年度より、損傷レベル 2 以上を項目に加えることにしました。

分 子: No.03-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.03-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 2 以上**の転倒・転落件数
No.03-c) 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

調査開始の 2015 年 4 月から調査終了の 2016 年 3 月まで、すべてのデータを提出できた割合は 82.1% (276/336, 前年比+9.0) でした。また、転倒転落発生率の 1 年間の平均は、平均値 3.19‰ (前年比+0.02)、中央値 2.49‰ (前年比+0.01)、最大値 23.81‰ (前年比-6.8)、最小値 0.00‰ (前年比±0)、損傷発生率(レベル 2 以上)の 1 年間の平均は、平均値 0.97‰ (前年比-0.26)、中央値 0.54‰ (前年比-0.20)、最大値 8.26‰ (前年比-22.35)、最小値 0.00‰ (前年比±0)、損傷発生率(レベル 4 以上)の 1 年間の平均は、平均値 0.09‰ (前年比+0.01)、中央値 0.00‰ (前年比±0)、最大値 5.48‰ (前年比+3.73)、最小値 0.00‰ (前年比±0) という結果でした。転倒転落発生率の最大値が 2014 年度よりは下がりましたが、まだ 20‰ を超えているため、算出間違いなのか、精神病床だからなのかは精査する必要があるかもしれません。

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。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2015 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 2015 ISBN 978-4-89996-335-6
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> 2016/10/15 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.

No.04 身体抑制率

指標の説明・定義

精神保健法では、身体的拘束は、制限の程度が強く、また、二次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないものとされています。施設や医療機関などで、患者を、「治療の妨げになる行動がある」、あるいは「事故の危険性がある」という理由で、安易にひもや抑制帯、ミトンなどの道具を使用して、患者をベッドや車椅子に縛ったりする身体拘束、身体抑制は慎むべきものです。

分子： 分母のうち(物理的)身体抑制を実施したのべ患者日数(device days)

分母： 病床入院のべ患者日数(patient days)

収集期間： 1ヶ月毎

下記項目のうち1～9の項目に準拠する項目を物理的身体抑制と定義する。

- 1) 徘徊しないように、車椅子や椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- 2) 転落しないように、ベッドに体幹四肢をひも等で縛る。
- 3) 自分で降りられないように、ベッドを柵(サイドレール)で囲む。
- 4) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- 5) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
- 6) 車椅子からずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。
- 7) 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子を使用する。
- 8) 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せる。
- 9) 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
- 10) 行動を落ち着かせるために、向神経薬を過剰に服用させる。
- 11) 自分の意志であけることの出来ない居室等に隔離する。

指標の種類・値の解釈

プロセス

より低い値が望ましい

考察

調査開始の2015年4月から調査終了の2016年3月まで、すべてのデータを提出できた割合は71.4%(240/336, 前年比+6.0)でした。また1年間の平均は、平均値 15.7%(前年比+0.1)、中央値 12.7%(前年比+0.8)、最大値 51.6%(前年比-3.7)、最小値 0.0%(前年比±0)という結果でした。

2014年度より6ポイント、提出率があがりました。また、2012年度より算出を開始しましたが、施設によってばらつきもあるため、今後も継続して値をみていく必要があると考えます。

参考文献

1. 文献 HBIPS-2 Hours of physical restraint use. Joint Commission National Quality Core Measures
2. 厚生労働省 身体拘束ゼロ作戦推進会議「身体拘束ゼロへの手引き」

No.05 在宅復帰率

指標の説明・定義

在宅復帰率は、診療報酬上「他の保険医療機関へ転院した者等を除く者」として定められている患者の割合です。介護老人保健施設、医療療養病床や介護療養病床は除かれ、社会福祉施設、身体障害者施設等(短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く)、地域密着型介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)、特定施設、指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る)、グループホーム(認知症対応型グループホーム)、有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅などに入居する者が含まれます。

本指標は、精神病床を対象に、在宅復帰となった患者の割合をみています。

2013 年度から、分母より、在宅退院を希望しない患者も除くことにしました。

分	子:	在宅退院患者数
分	母:	全退院患者数
分子包含:	在宅医療機関へ転院等した患者数	
分母除外:	死亡退院患者数、在宅退院希望ではない患者数	
収集期間:	1ヶ月毎	

指標の種類・値の解釈

アウトカム

考察

調査開始の2015年4月から調査終了の2016年3月まで、すべてのデータを提出できた割合は75.0%(252/336, 前年比+0.8)でした。また1年間の平均は、平均値78.0%(前年比-0.1)、中央値81.3%(前年比-3.1)、最大値100.0%(前年比±0)、最小値0.0%(前年比-5.3)という結果でした。

2012年度より算出を開始しましたが、施設によってばらつきもあるため、今後も継続して値をみていく必要があると考えます。

参考文献

No.06 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

調査開始の2015年4月から調査終了の2016年3月まで、すべてのデータを提出できた割合は75.0% (252/336, 前年比-0.9) でした。また、1年間の平均は、平均値 0.03% (前年比±0)、中央値 0.00% (前年比±0)、最大値 0.08% (前年比-0.51)、最小値 0.00% (前年比±0) という結果でした。

2012年度同様、精神病床を有する施設は一般病床の結果より、また2015年度は療養病床の結果より低い値となっています。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2015 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 2015 ISBN 978-4-89996-335-6
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> 2016/10/15 available)
5. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel; Pressure Ulcer Prevention: Quick Reference Guide.(Internet: <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/prevention-and-treatment-of-pressure-ulcers-clinical-practice-guideline/> 2016/10/15 available)
6. 日本褥瘡学会編; 褥瘡予防・管理ガイドライン.(Internet: http://minds.jcqh.or.jp/stc/0036/1/0036_G0000181_GL.html 2016/10/15 available)

No.01 紹介率

No.02 逆紹介率

指標の説明・定義

紹介率とは、初診患者に対し、他の医療機関から紹介されて来院した患者の割合です。一方、逆紹介率とは、初診患者に対し、他の医療機関へ紹介した患者の割合です。高度な医療を提供する医療機関にだけ患者が集中することを避け、症状が軽い場合は「かかりつけ医」を受診し、そこで必要性があると判断された場合に高い機能を持つ病院を紹介受診する、そして治療を終え症状が落ち着いたら、「かかりつけ医」へ紹介し、治療を継続または経過を観察する、これを地域全体として行うことで、地域の医療連携を強化し、切れ目のない医療の提供を行います。つまり、紹介率・逆紹介率の数値は、地域の医療機関との連携の度合いを示す指標です。

分 子: No.01) 紹介患者数
No.02) 逆紹介患者数

分 母: 初診患者数

収集期間: 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

考察

調査開始の2015年4月から調査終了の2016年3月まで、すべてのデータを提出できた割合は紹介率が60.0% (144/240, 前年比+20.0)、逆紹介率が50.0% (120/240, 前年比+10.0)でした。また、紹介率の1年間の平均は、平均値40.9% (前年比-4.6)、中央値41.0% (前年比+6.4)、最大値100.0% (前年比±0)、最小値0.0% (前年比±0)、逆紹介率の1年間の平均は、平均値62.0% (前年比+5.0)、中央値30.3% (前年比-3.7)、最大値700.0% (前年比+100.0)、最小値0.00% (前年比±0)という結果でした。

2012年度より算出を開始しましたが、施設によってばらつきもあるため、今後も継続して値をみていく必要があると考えます。

2013年度に比べて2014年度の提出率は大きく低下しましたが、2015年度は大きく改善しました。

また、紹介率、逆紹介率ともに最小値と最大値に大きな差があるため、算出の間違いなのか、施設の特徴なのかも併せて調査する必要があるかもしれません。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2015 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 2015 ISBN 978-4-89996-335-6

No.03-a 入院患者の転倒・転落発生率

No.03-b 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

No.03-c 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。

2013 年度より、損傷レベル 2 以上を項目に加えることにしました。

分 子: No.03-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.03-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 2 以上**の転倒・転落件数
No.03-c) 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

調査開始の 2015 年 4 月から調査終了の 2016 年 3 月まで、すべてのデータを提出できた割合は 80.0% (192/240, 前年比+13.3) でした。また、転倒転落発生率の 1 年間の平均は、平均値 1.91‰ (前年比-0.23)、中央値 1.06‰ (前年比-0.43)、最大値 11.80‰ (前年比-2.2)、最小値 0.00‰ (前年比±0)、損傷発生率(レベル 2 以上)の 1 年間の平均は、平均値 0.96‰ (前年比+0.33)、中央値 0.00‰ (前年比-0.21)、最大値 10.84‰ (前年比+6.79)、最小値 0.00‰ (前年比±0)、損傷発生率(レベル 4 以上)の 1 年間の平均は、平均値 0.04‰ (前年比±0)、中央値 0.00‰ (前年比±0)、最大値 0.98‰ (前年比-0.49)、最小値 0.00‰ (前年比±0) という結果でした。

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。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2015 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 2015 ISBN 978-4-89996-335-6
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> 2016/10/15 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.

No.04 身体抑制率

指標の説明・定義

精神保健法では、身体的拘束は、制限の程度が強く、また、二次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないものとされています。施設や医療機関などで、患者を、「治療の妨げになる行動がある」、あるいは「事故の危険性がある」という理由で、安易にひもや抑制帯、ミトンなどの道具を使用して、患者をベッドや車椅子に縛ったりする身体拘束、身体抑制は慎むべきものです。

分子： 分母のうち(物理的)身体抑制を実施したのべ患者日数(device days)

分母： 病床入院のべ患者日数(patient days)

収集期間： 1ヶ月毎

下記項目のうち1～9の項目に準拠する項目を物理的身体抑制と定義する。

- 1) 徘徊しないように、車椅子や椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- 2) 転落しないように、ベッドに体幹四肢をひも等で縛る。
- 3) 自分で降りられないように、ベッドを柵(サイドレール)で囲む。
- 4) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- 5) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
- 6) 車椅子からずり落ちたり、立ち上がったたりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。
- 7) 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子を使用する。
- 8) 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せる。
- 9) 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
- 10) 行動を落ち着かせるために、向神経薬を過剰に服用させる。
- 11) 自分の意志であけることの出来ない居室等に隔離する。

指標の種類・値の解釈

プロセス

より低い値が望ましい

考察

調査開始の2015年4月から調査終了の2016年3月まで、すべてのデータを提出できた割合は80.0% (192/240, 前年比+20.0) でした。また1年間の平均は、平均値 20.1% (前年比+2.5)、中央値 19.5% (前年比+1.1)、最大値 64.1% (前年比+27.8)、最小値 0.0% (前年比-1.2) という結果でした。

2012年度より算出を開始しましたが、施設によってばらつきもあるため、今後も継続して値をみていく必要があると考えます。

また、2014年度に提出割合が大きく低下しましたが、2015年度は大きく改善しました。このまま継続して算出していければと考えております。

参考文献

1. 文献 HBIPS-2 Hours of physical restraint use. Joint Commission National Quality Core Measures
2. 厚生労働省 身体拘束ゼロ作戦推進会議「身体拘束ゼロへの手引き」

No.05 在宅復帰率

指標の説明・定義

在宅復帰率は、診療報酬上「他の保険医療機関へ転院した者等を除く者」として定められている患者の割合です。介護老人保健施設、医療療養病床や介護療養病床は除かれ、社会福祉施設、身体障害者施設等(短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く)、地域密着型介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)、特定施設、指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る)、グループホーム(認知症対応型グループホーム)、有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅などに入居する者が含まれます。

本指標は、療養病床を対象に、在宅復帰となった患者の割合をみています。

急性期医療を終了し、在宅復帰を目指す回復期リハビリ病棟の役割を示す指標であるとともに、回復期リハビリ病棟の診療報酬制度上の施設基準として一定の割合を保つことが規定されています。

2013年度は、分母より、在宅退院を希望しない患者も除くことにしました。

分 子: 在宅退院患者数

分 母: 全退院患者数

分子包含: 在宅医療機関へ転院等した患者数

分母除外: 死亡退院患者数、在宅退院希望ではない患者数

収集期間: 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

考察

調査開始の2015年4月から調査終了の2016年3月まで、すべてのデータを提出できた割合は85.0%(204/240, 前年比+18.3)でした。また1年間の平均は、平均値 70.9%(前年比+5.5)、中央値 80.0%(前年比+9.2)、最大値 100.0%(前年比±0)、最小値 0.0%(前年比±0)という結果でした。

2012年度より算出を開始しましたが、施設によってばらつきもあるため、今後も継続して値をみていく必要があると考えます。また、2014年度に15.1ポイント下がった提出割合が、2015年度は18.3ポイント改善し、2013年度と同等の提出割合になりました。

参考文献

No.06 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

調査開始の2015年4月から調査終了の2016年3月まで、すべてのデータを提出できた割合は75.0% (180/240, 前年比+8.3) でした。また、1年間の平均は、平均値 0.05% (前年比+0.02)、中央値 0.00% (前年比±0)、最大値 0.51‰ (前年比+0.28)、最小値 0.00% (前年比±0) という結果でした。

2012年度同様、療養病床を有する施設は一般病床の結果より低い値となっています。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2015 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 2015 ISBN 978-4-89996-335-6
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> 2016/10/15 available)
5. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel; Pressure Ulcer Prevention: Quick Reference Guide.(Internet: <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/prevention-and-treatment-of-pressure-ulcers-clinical-practice-guideline/> 2016/10/15 available)
6. 日本褥瘡学会編; 褥瘡予防・管理ガイドライン.(Internet: http://minds.jcqh.or.jp/stc/0036/1/0036_G0000181_GL.html 2016/10/15 available)

結果

箱ひげ図の作成方式

箱ひげ図の作成方法にはいくつかの方法があります。本プロジェクトで採用している方式を解説します。

箱ひげ図(はこひげず、箱髭図、box plot)とは、ばらつきのあるデータをわかりやすく表現するための統計学的グラフである。様々な分野で利用されるが、特に品質管理で盛んに用いられる。細長い箱と、その両側に出たひげで表現されることからこの名がある。(Wikipedia より)

本プロジェクトで採用しているグラフは縦型であるため、縦に細長い箱と、その上下に伸びたひげで表現されています(図1)。

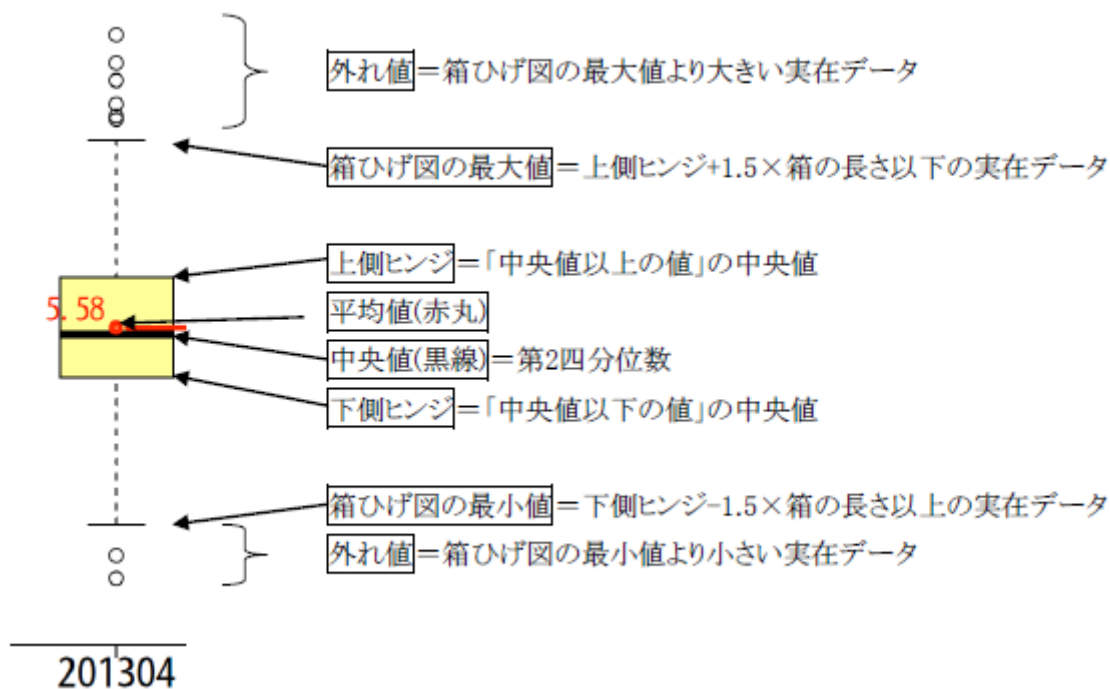


図1. 箱ひげ図その名称

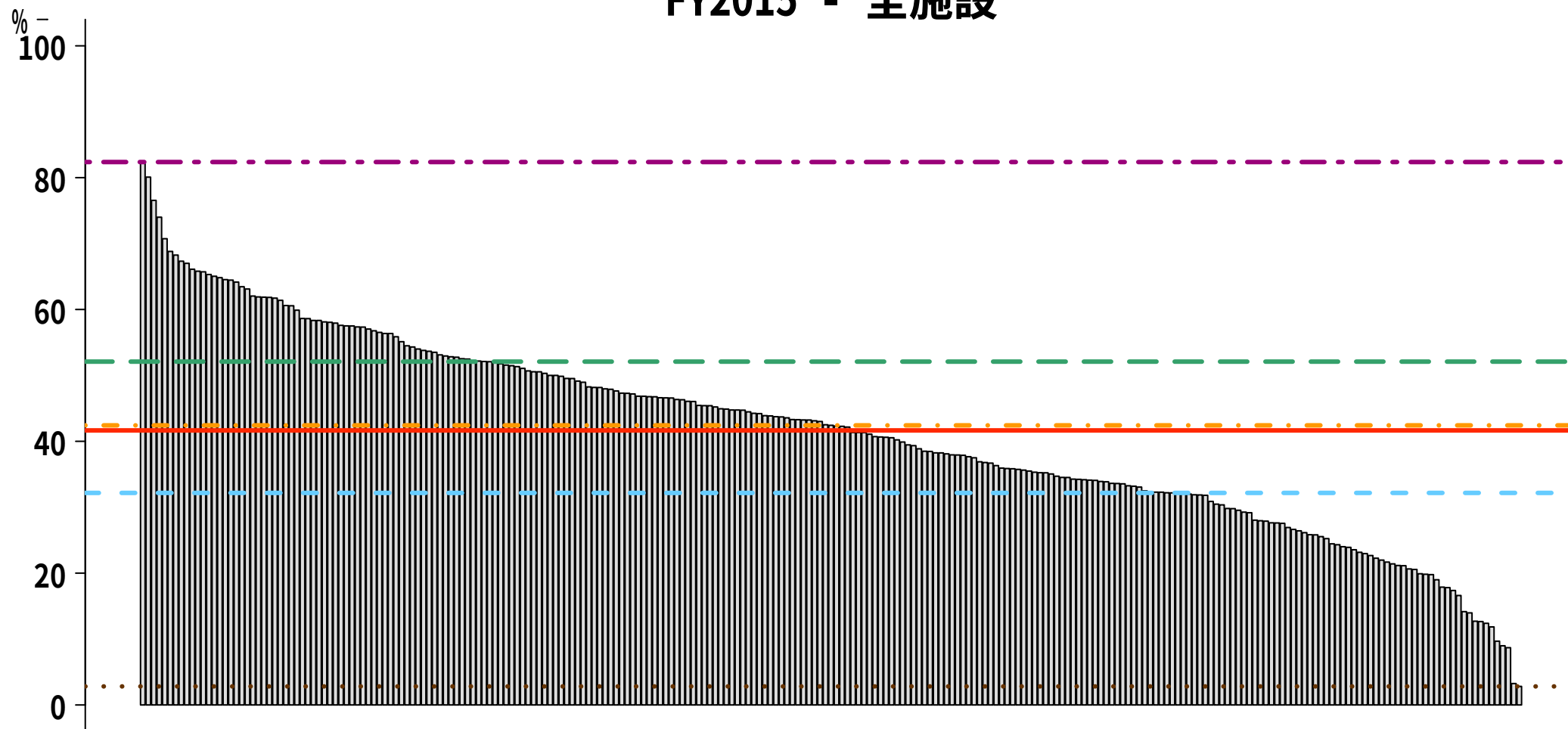
「箱ひげ図の最小値」、「下側ヒンジ」、「上側ヒンジ」、「箱ひげ図の最大値」と「フィードバックデータ詳細」の最小値、25%tile(第1四分位数)、75%tile(第3四分位数)、最大値の値とは、数値のばらつき具合によっては必ずしも一致しません。

一般病床向けの指標

一般-1-a 患者満足度（外来患者） 満足

分子:「この病院について総合的にはどう思われますか？」の設問に満足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

FY2015 - 全施設



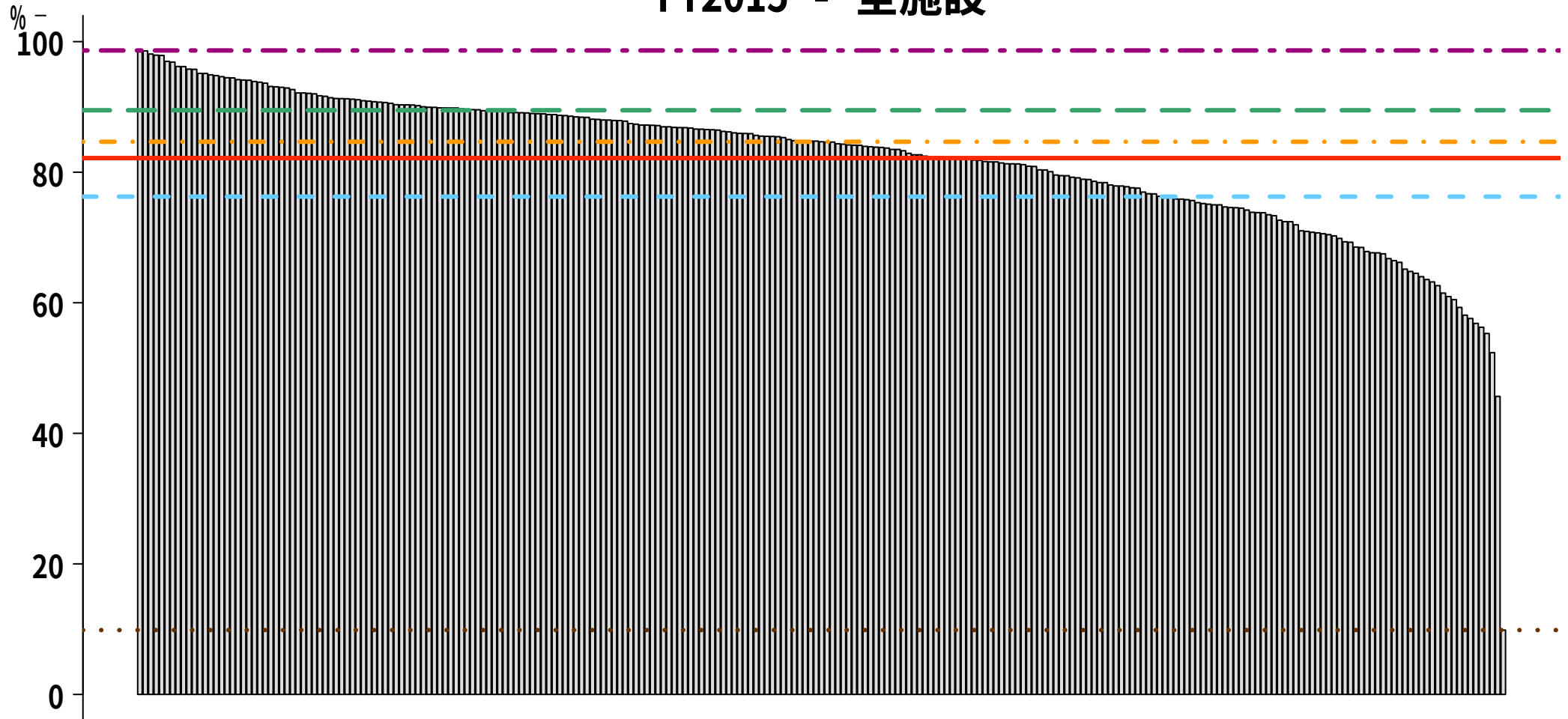
n 251

... 最小値 2.82 % 25%tile 32.17 % 中央値 42.42 % 平均値 41.65 % 75%tile 52.09 % 最大値 82.37 %

一般-1-b 患者満足度（外来患者） 満足またはやや満足

分子:「この病院について総合的にはどう思われますか？」の設問に満足またはやや満足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

FY2015 - 全施設



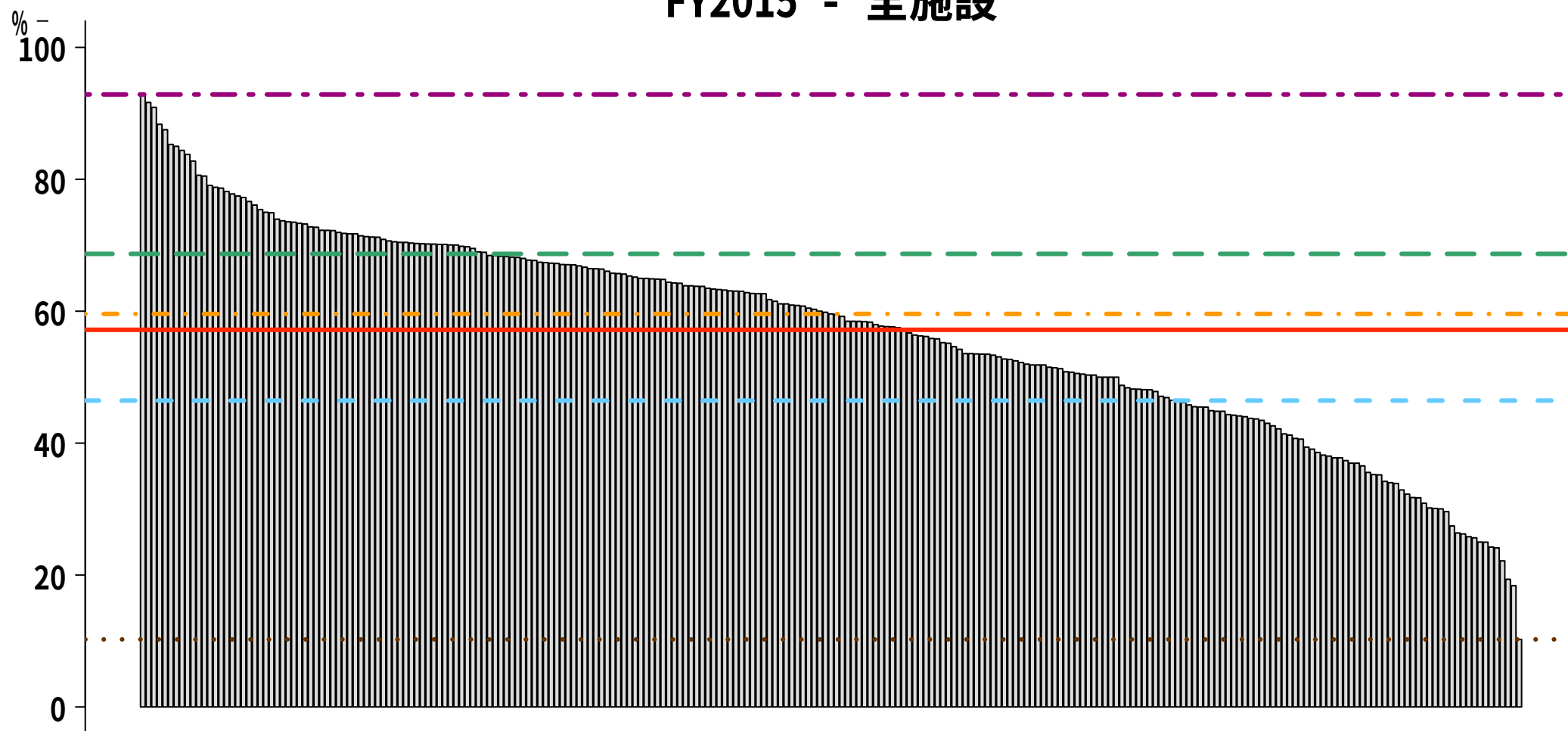
n 251

...	最小値	25%tile	中央値	平均値	75%tile	最大値
	9.86 %	76.26 %	84.66 %	82.16 %	89.49 %	98.65 %

一般-2-a 患者満足度（入院患者） 満足

分子:「この病院について総合的にはどう思われますか？」の設問に満足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

FY2015 - 全施設



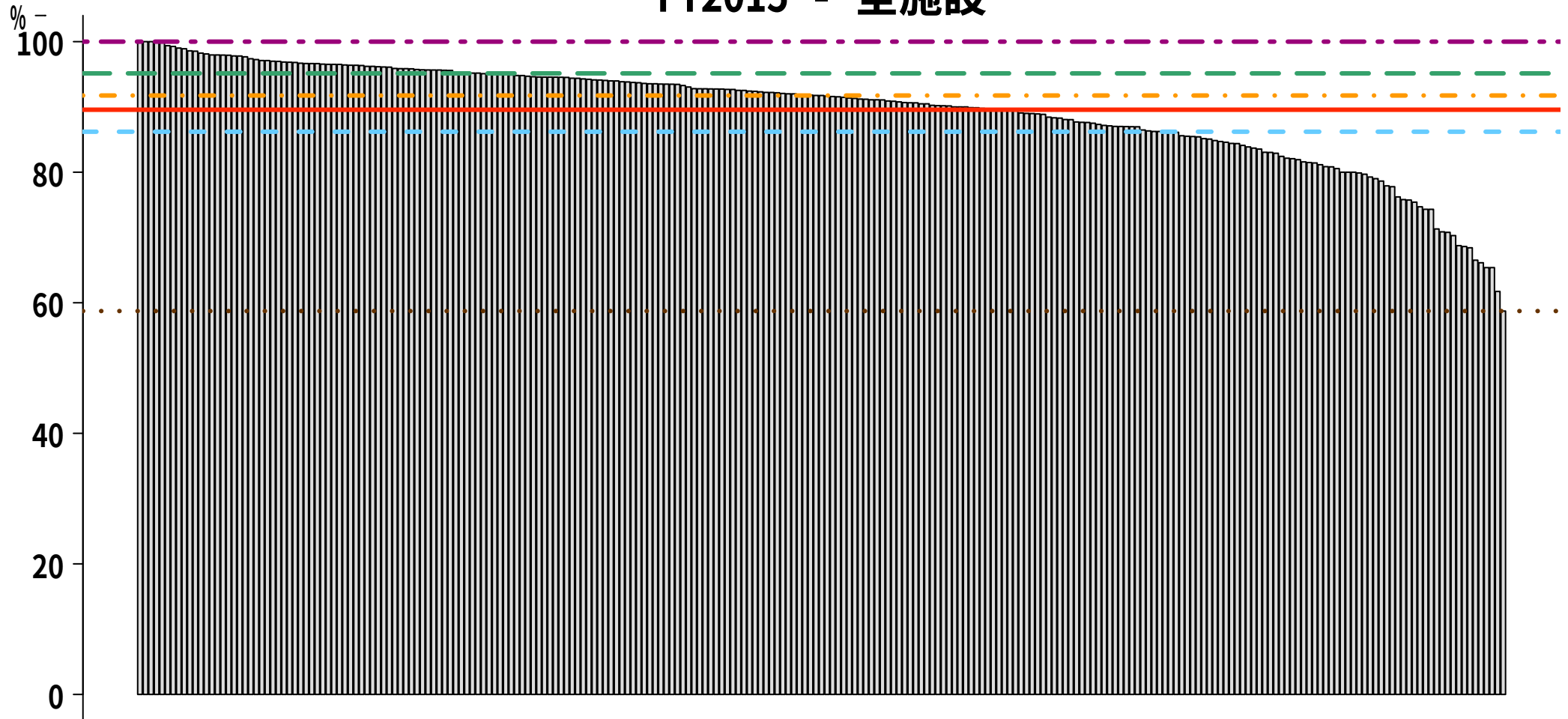
n 247

...	最小値	--	25%tile	...	中央値	—	平均値	--	75%tile	--	最大値
	10.2 %		46.5 %		59.6 %		57.2 %		68.7 %		92.9 %

一般-2-b 患者満足度（入院患者） 満足またはやや満足

分子:「この病院について総合的にはどう思われますか？」の設問に満足またはやや満足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

FY2015 - 全施設



n 247

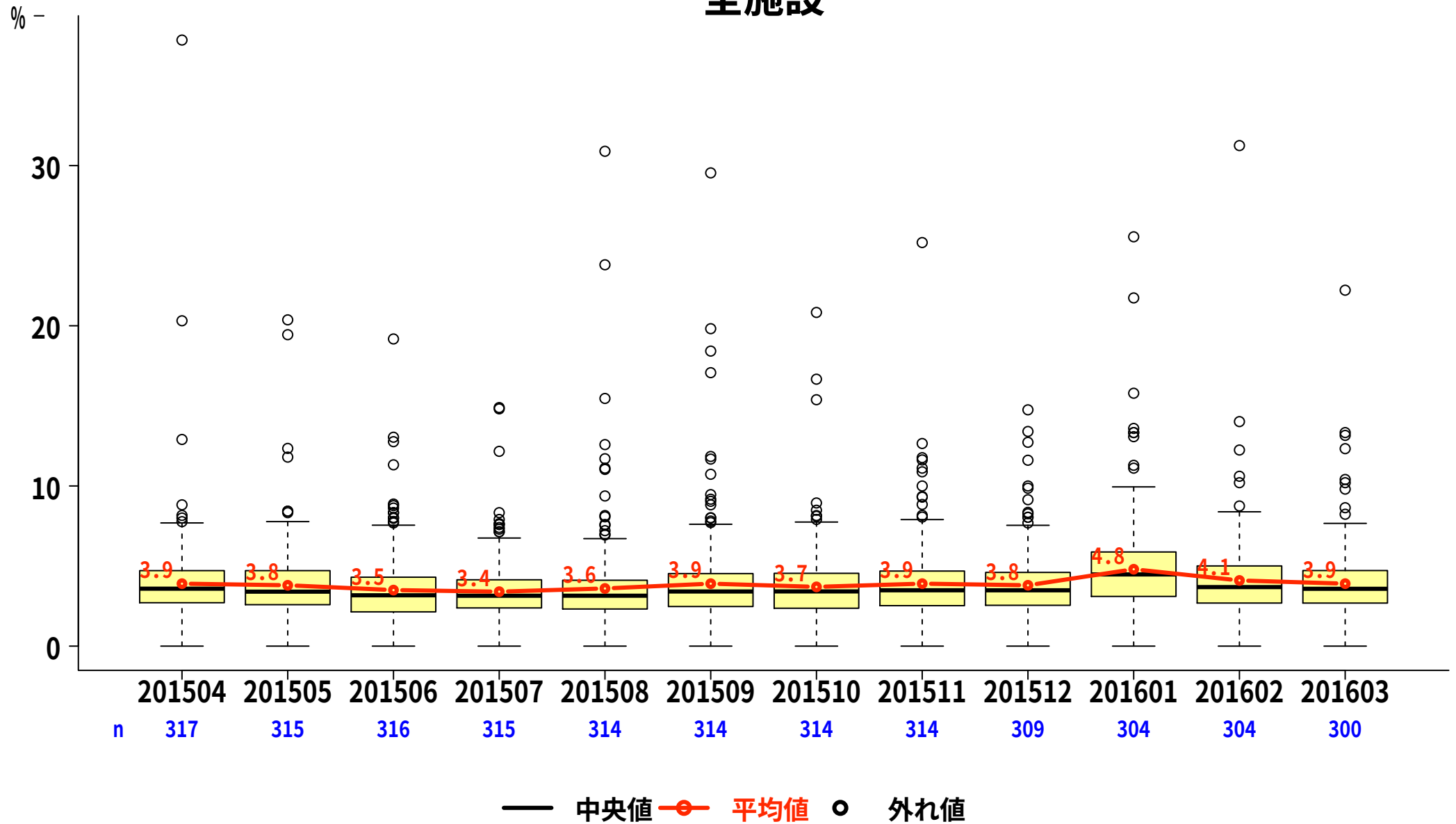
... 最小値 58.7 % - - 25%tile 86.2 % . - . 中央値 91.8 % — 平均値 89.6 % - - 75%tile 95.1 % - - 最大値 100.0 %

一般-3 死亡退院患者率

分子:死亡退院患者数

分母:退院患者数

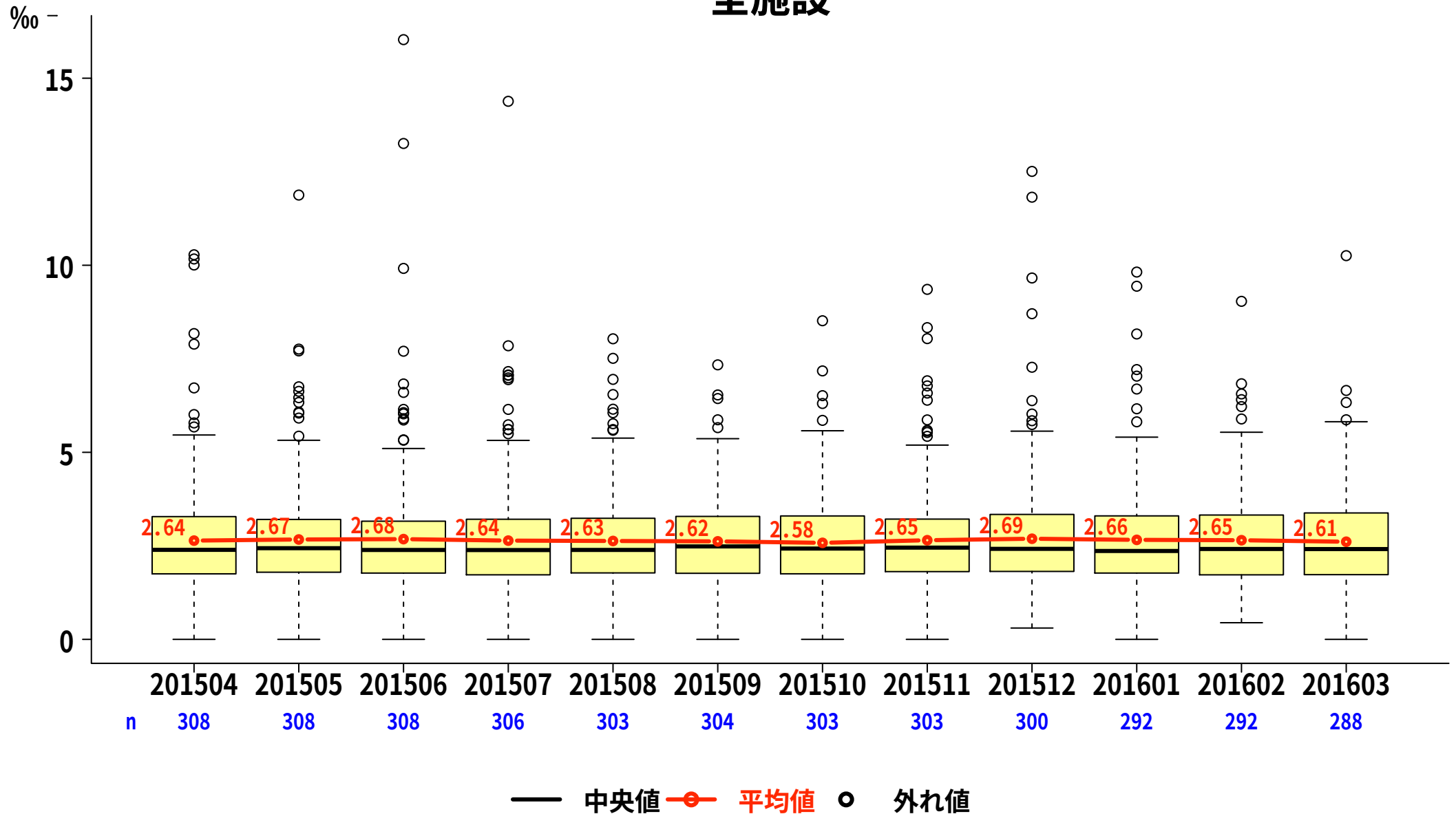
全施設



一般-4-a 入院患者の転倒・転落発生率

分子:医療安全管理室ヘインシデント・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

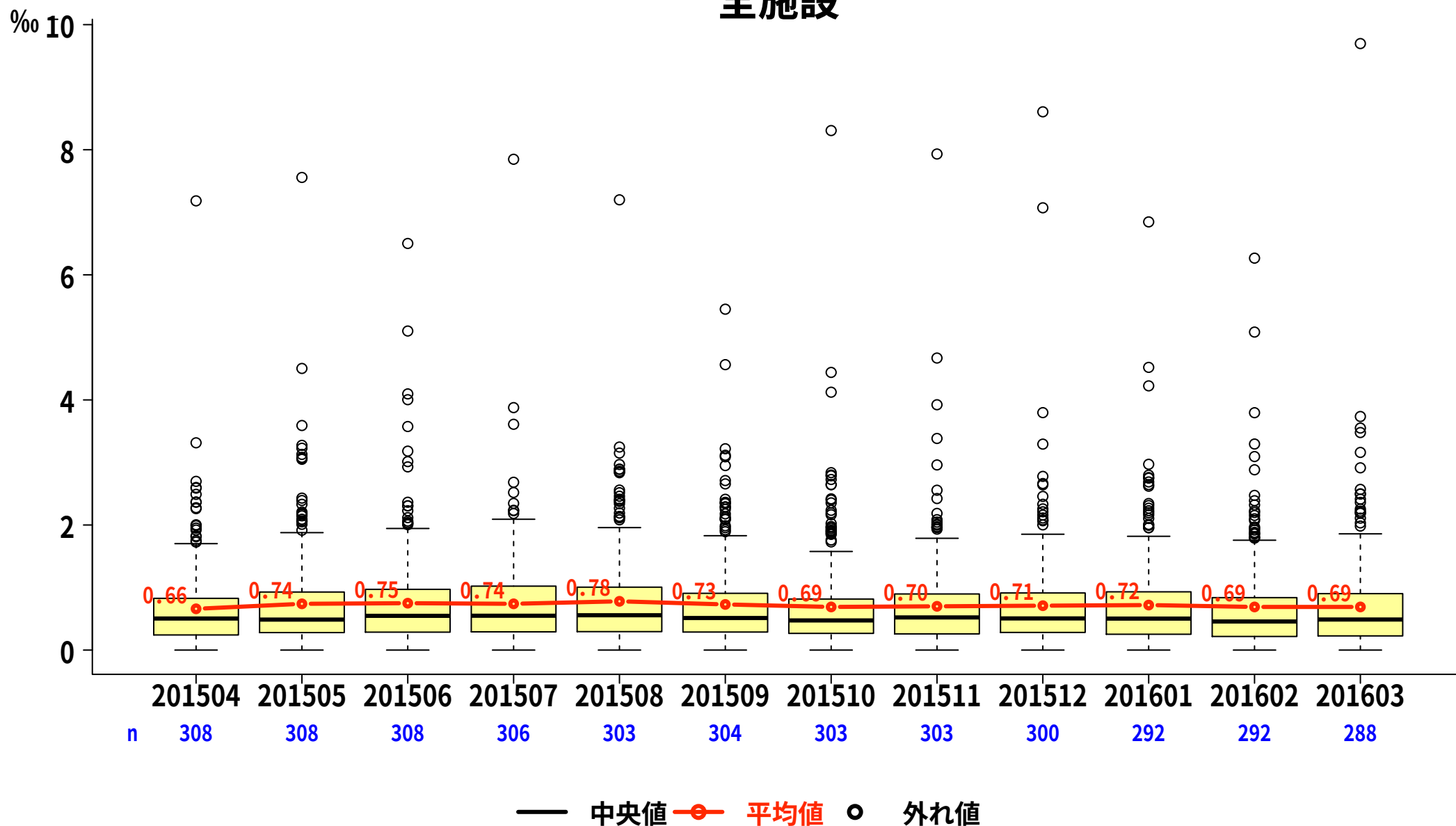
全施設



一般-4-b 入院患者の転倒・転落による損傷発生率（レベル2以上）

分子:医療安全管理室ヘインシデント・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2以上の件数
分母:入院延べ患者数

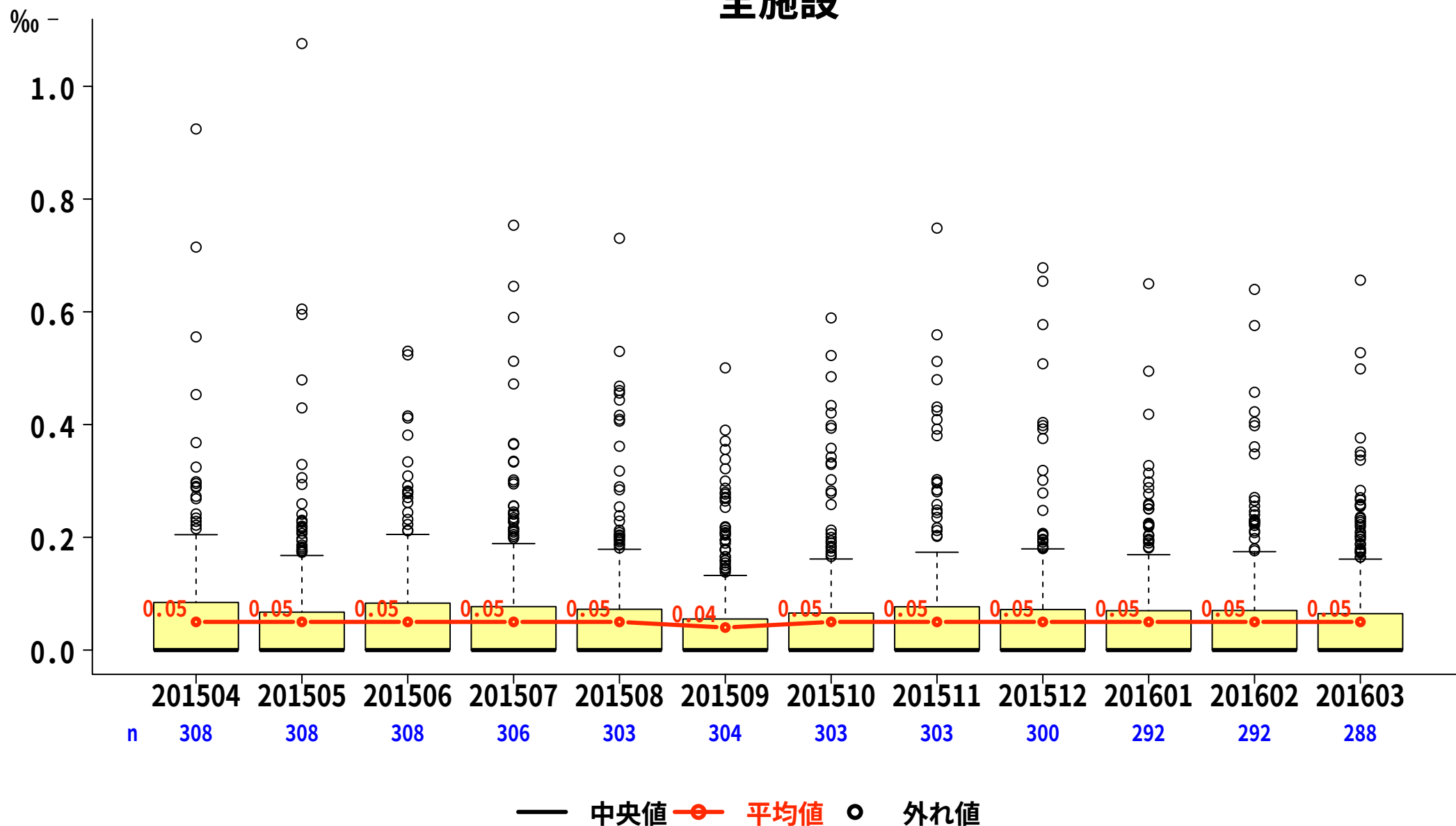
全施設



一般-4-c 入院患者の転倒・転落による損傷発生率（レベル4以上）

分子:医療安全管理室ヘインシデント・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以上の件数
分母:入院延べ患者数

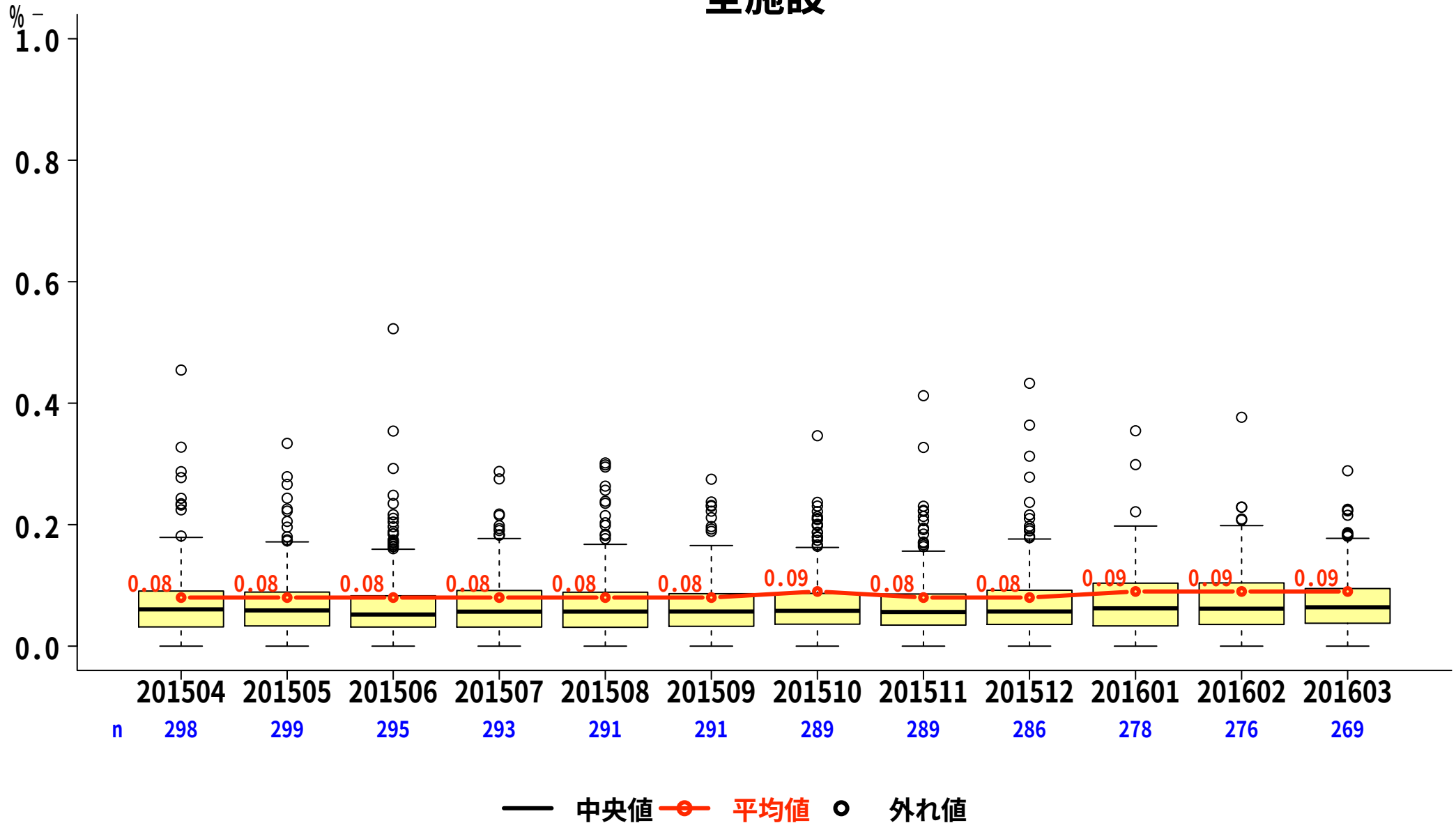
全施設



一般-5 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

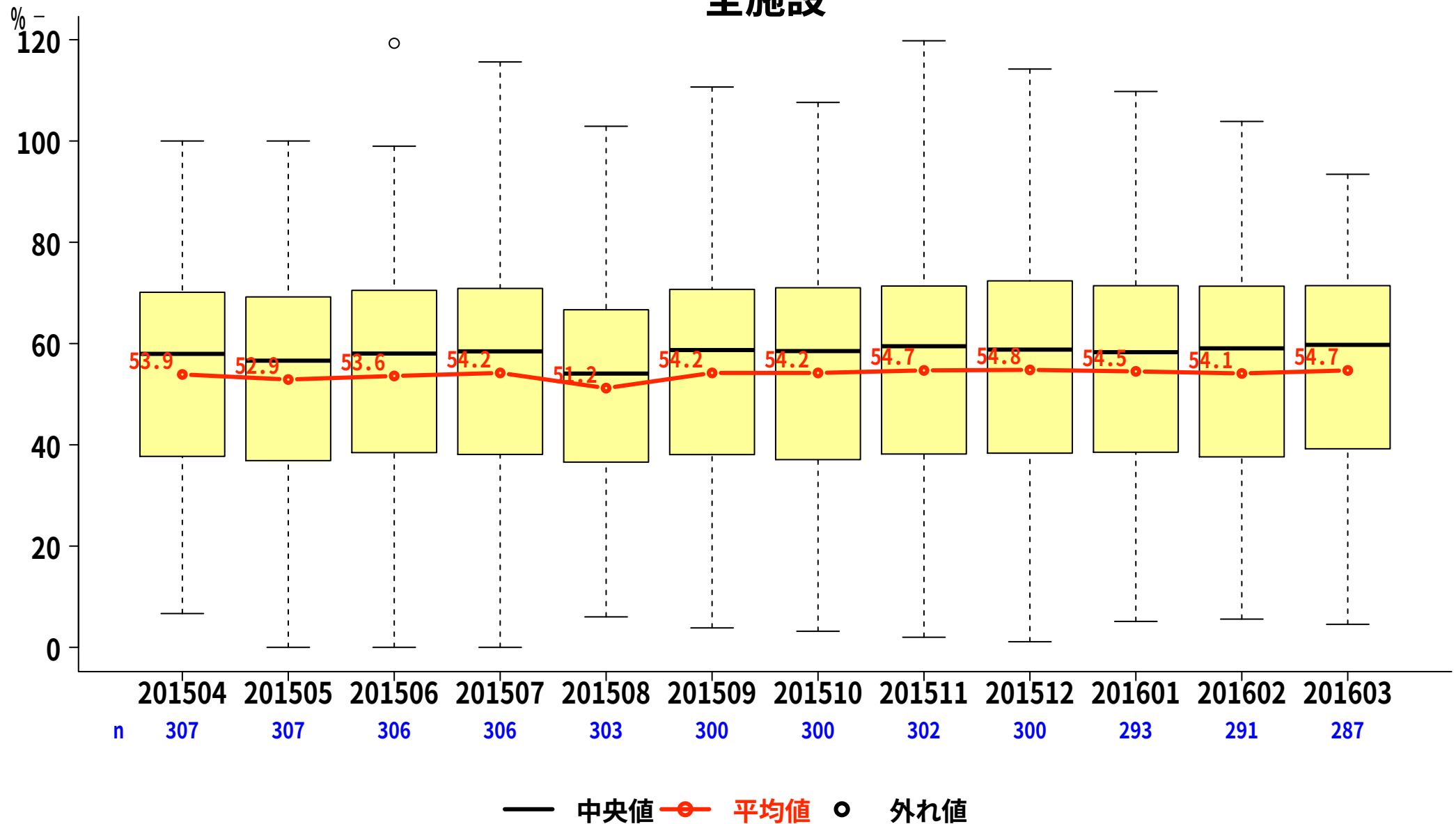


一般-6 紹介率

分子:紹介初診患者数

分母:初診患者数－（休日・夜間以外の初診救急車搬送患者数＋休日・夜間の初診救急患者数）

全施設

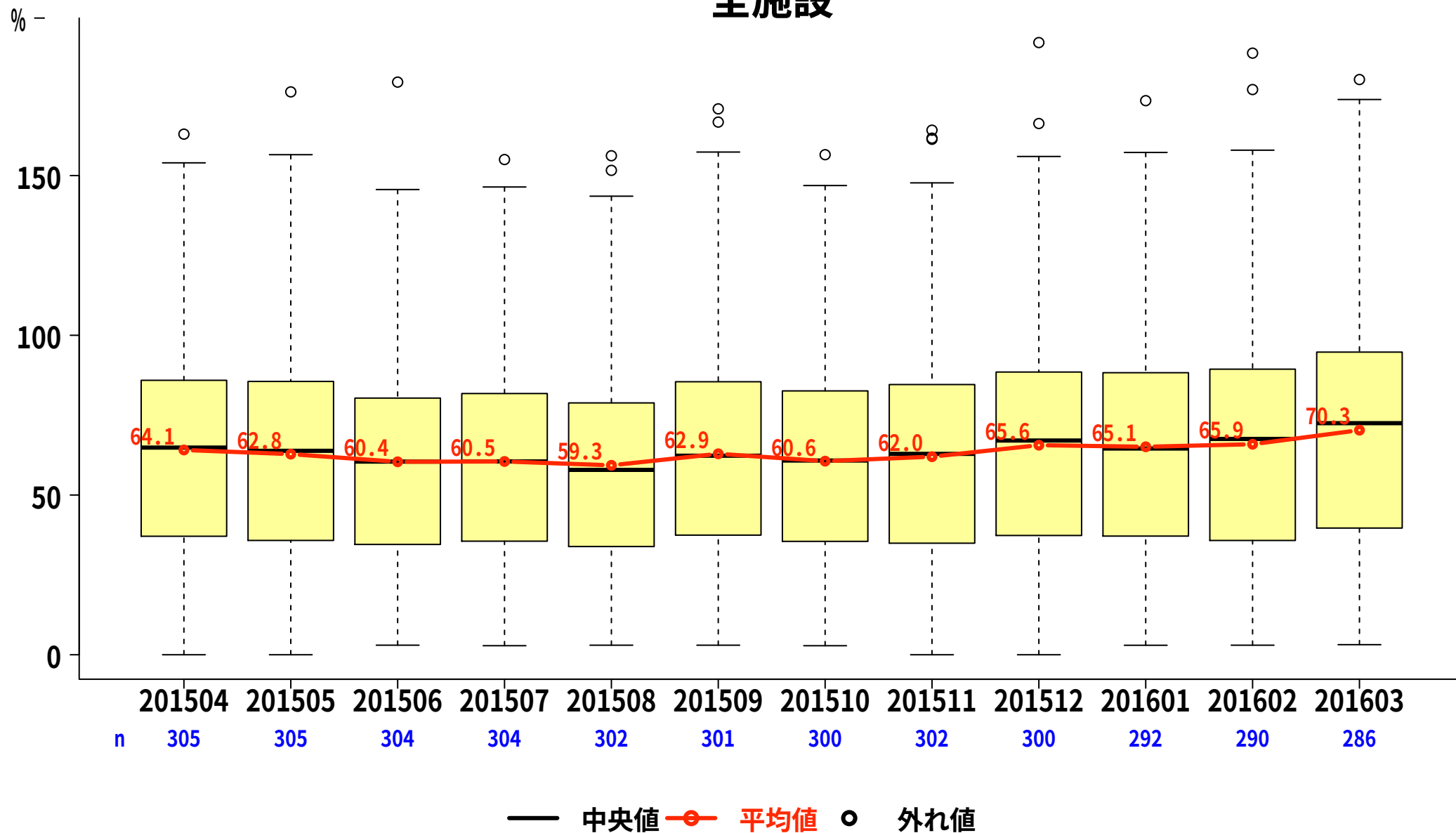


一般-7 逆紹介率

分子:逆紹介患者数

分母:初診患者数－（休日・夜間以外の初診救急車搬送患者数＋休日・夜間の初診救急患者数）

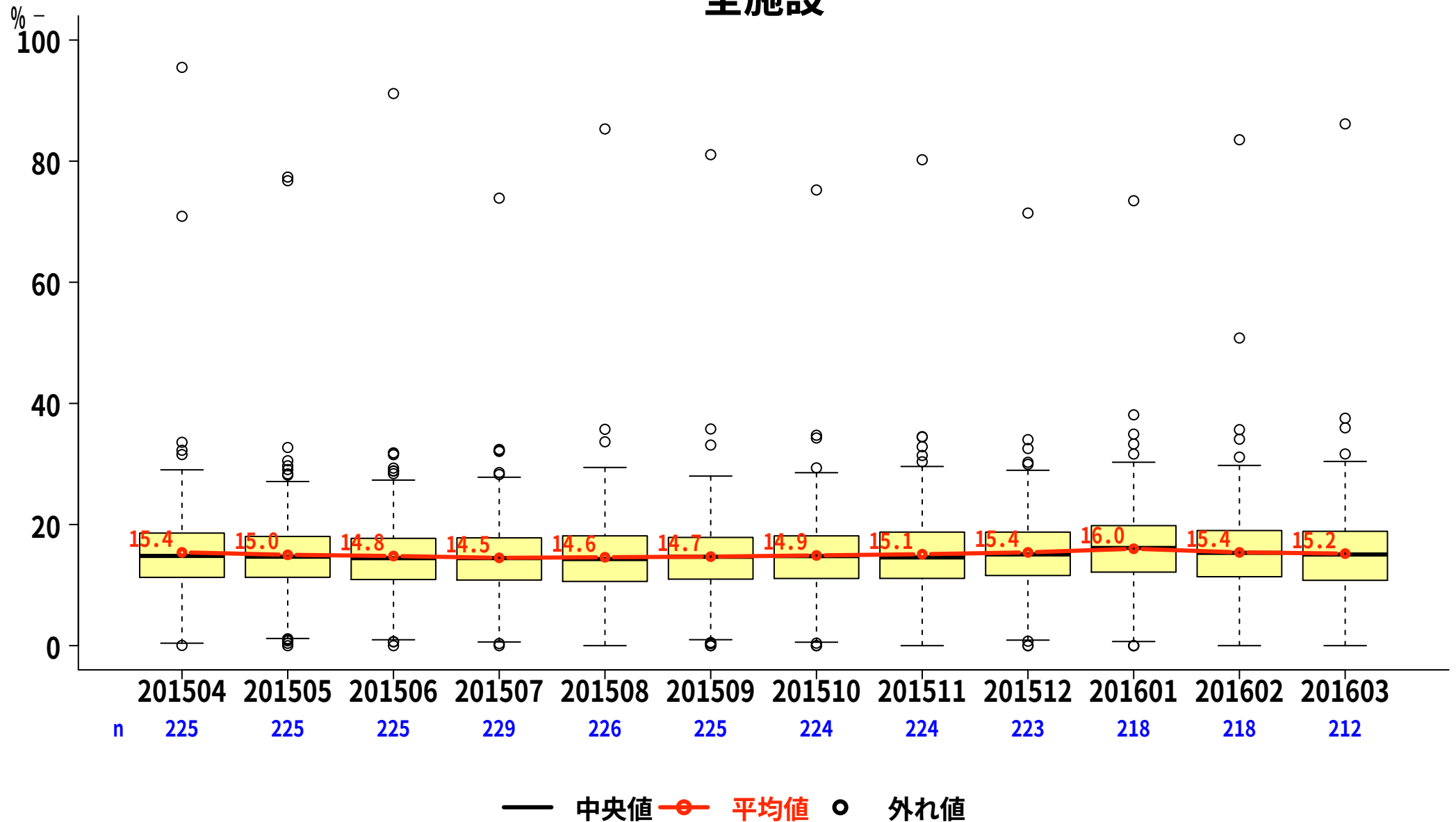
全施設



一般-8 尿道留置カテーテル使用率

分子:尿道留置カテーテルが挿入されている入院延べ患者数
分母:入院延べ患者数

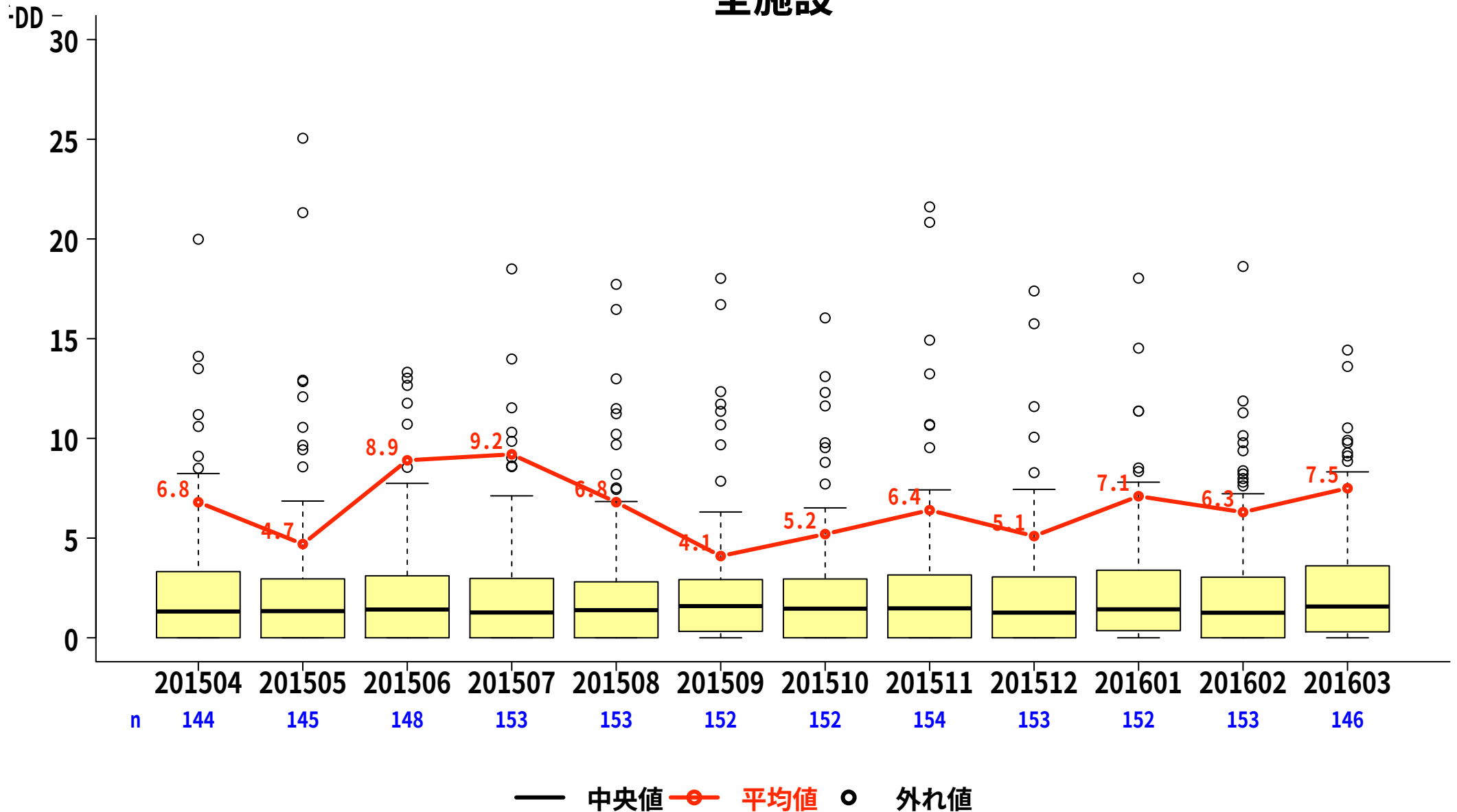
全施設



一般-9 症候性尿路感染症発生率

分子:分母のうちカテーテル関連症候性尿路感染症の定義に合致した延べ回数
分母:入院患者における尿道留置カテーテル挿入延べ日数

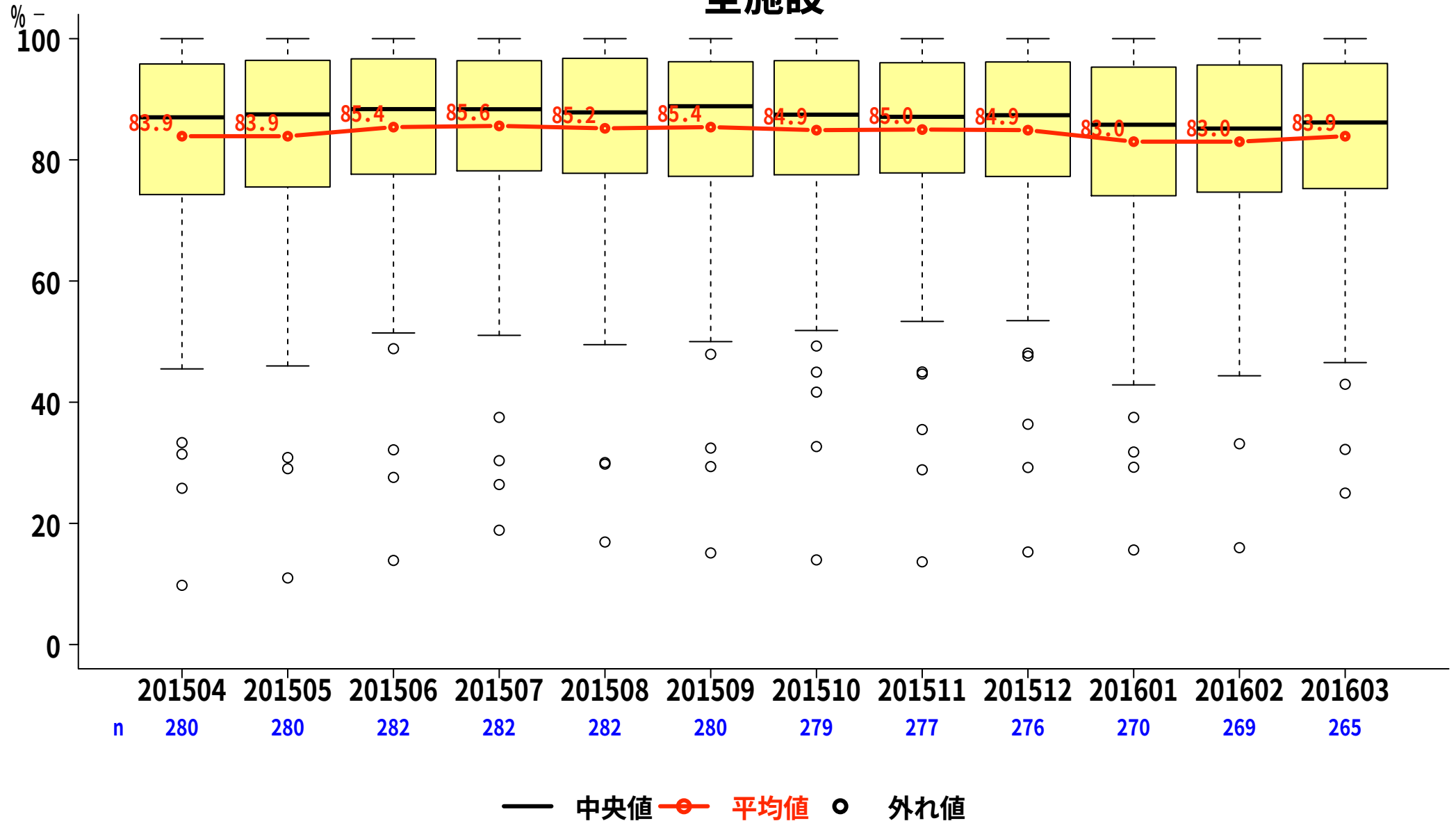
全施設



一般-10 救急車・ホットラインの応需率

分子:救急車で来院した患者数
分母:救急車受け入れ要請件数

全施設

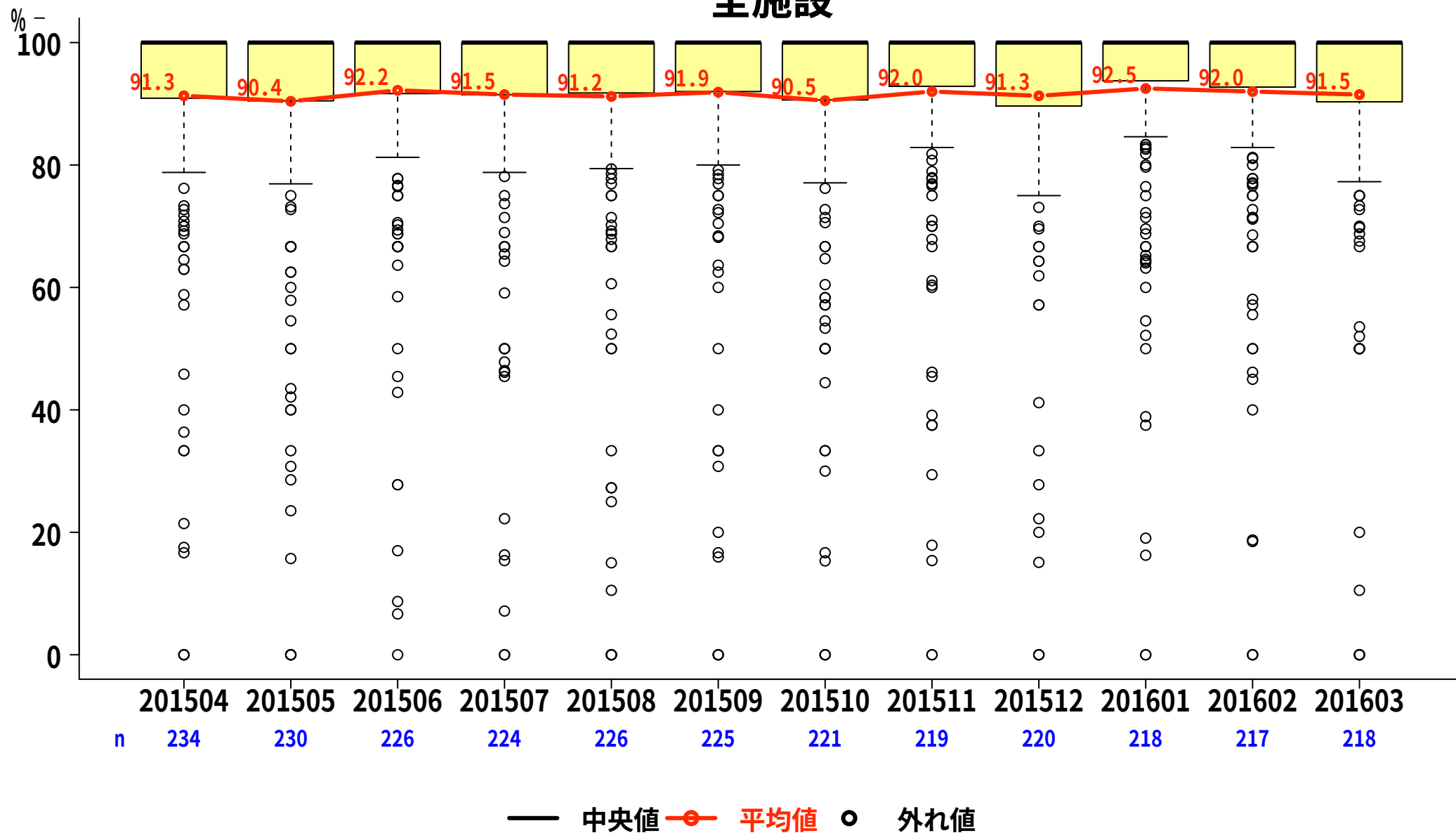


一般-11 特定術式における手術開始1時間以内の予防的抗菌薬投与率

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手術件数

分母:特定術式の手術件数

全施設

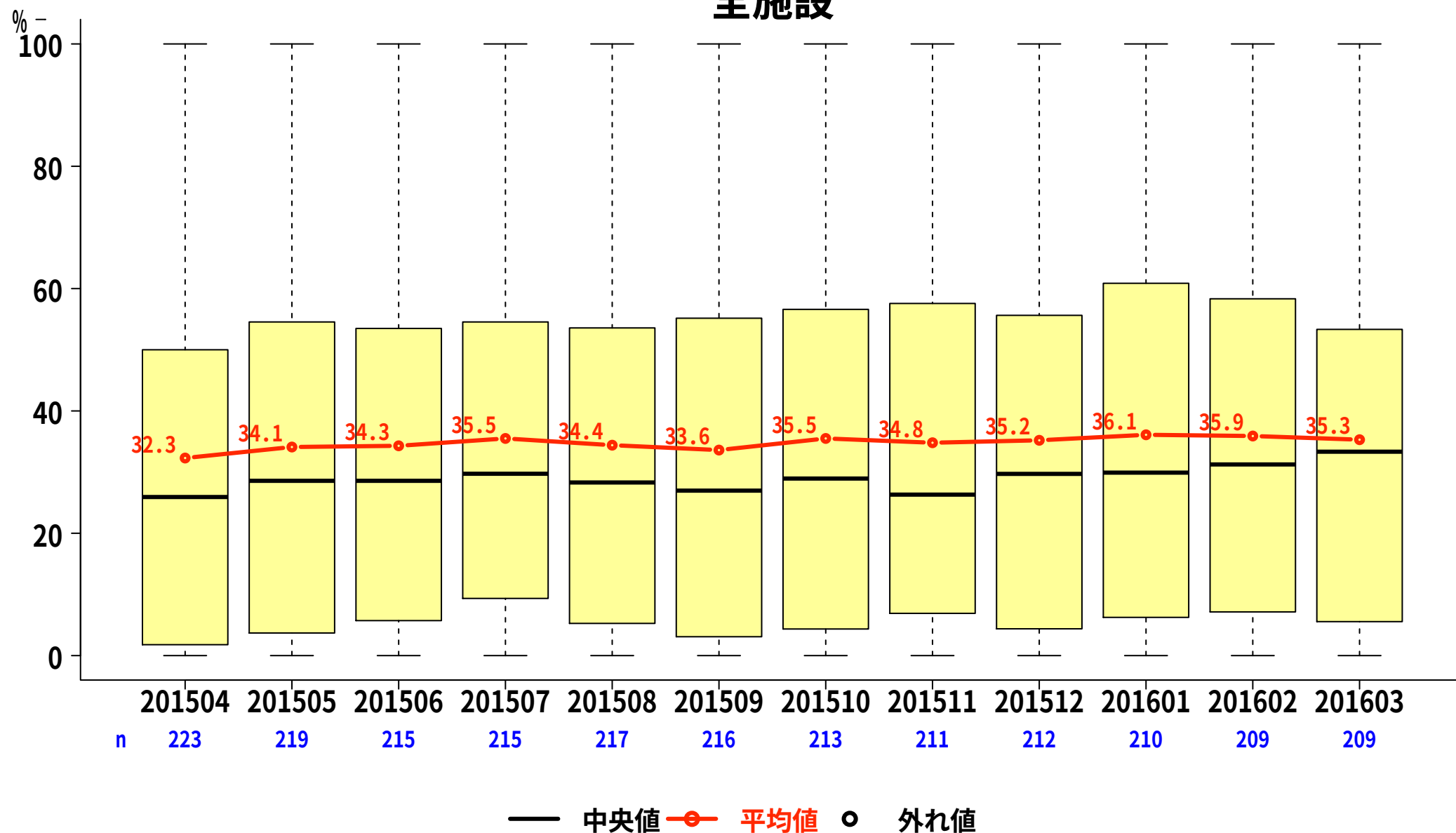


一般-12 特定術式における術後24時間*以内の予防的抗菌薬投与停止率

分子:術後24時間以内に予防的抗菌薬投与が停止された手術件数 (*心臓手術は48時間以内)

分母:特定術式の手術件数

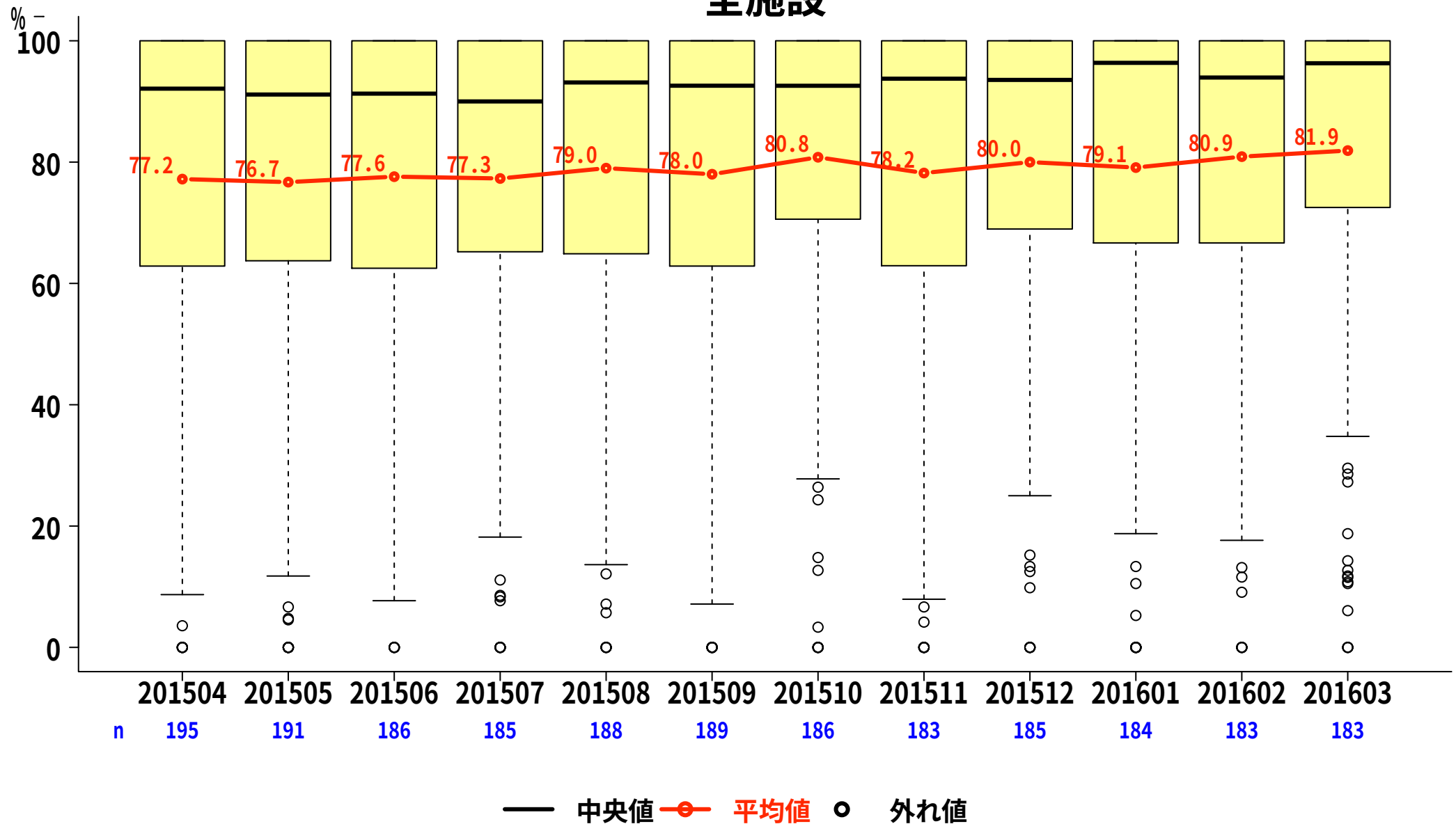
全施設



一般-13 特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率

分子:術式ごとに適切な予防的抗菌薬が選択された手術件数
分母:特定術式の手術件数

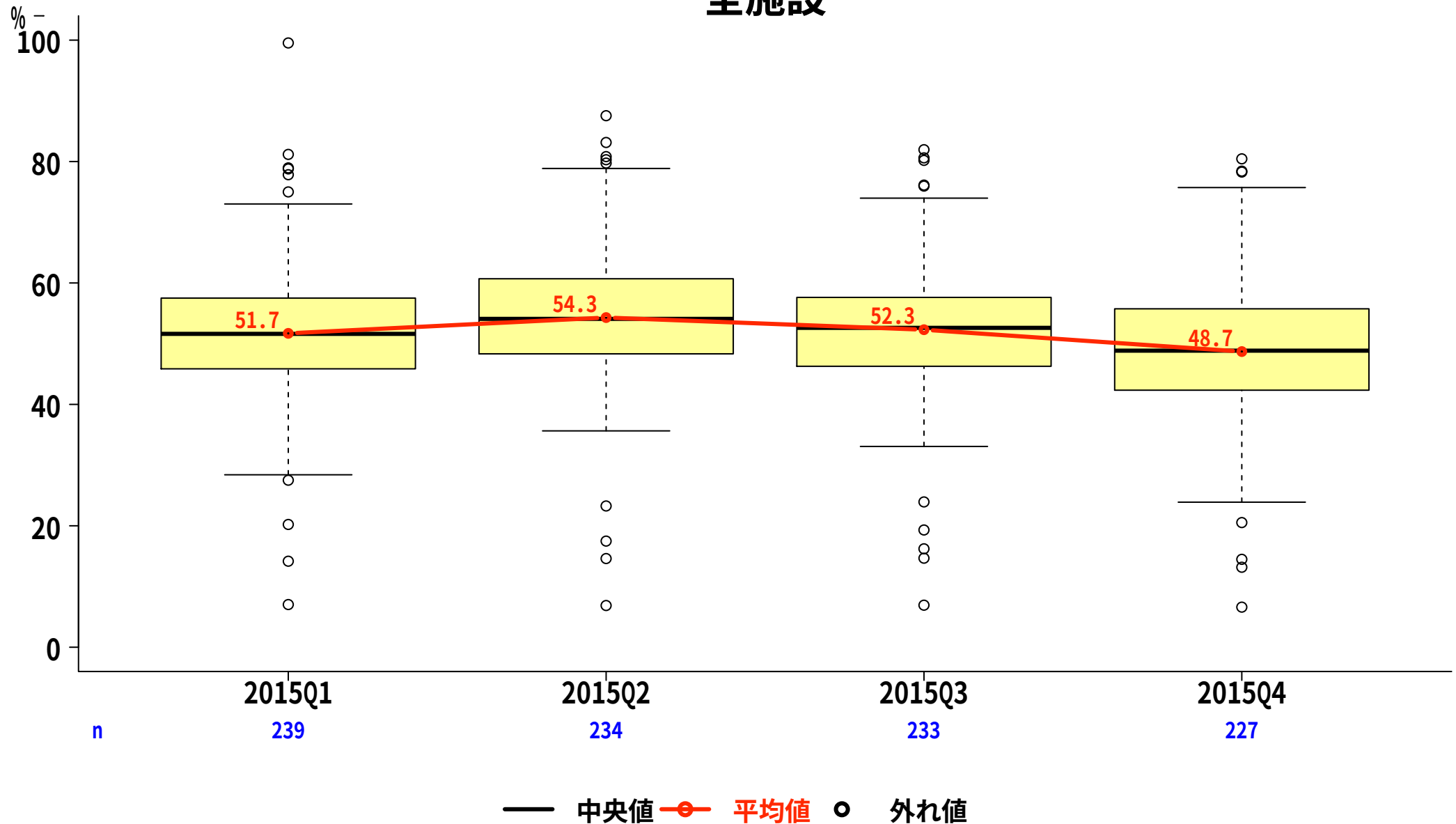
全施設



一般-14 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

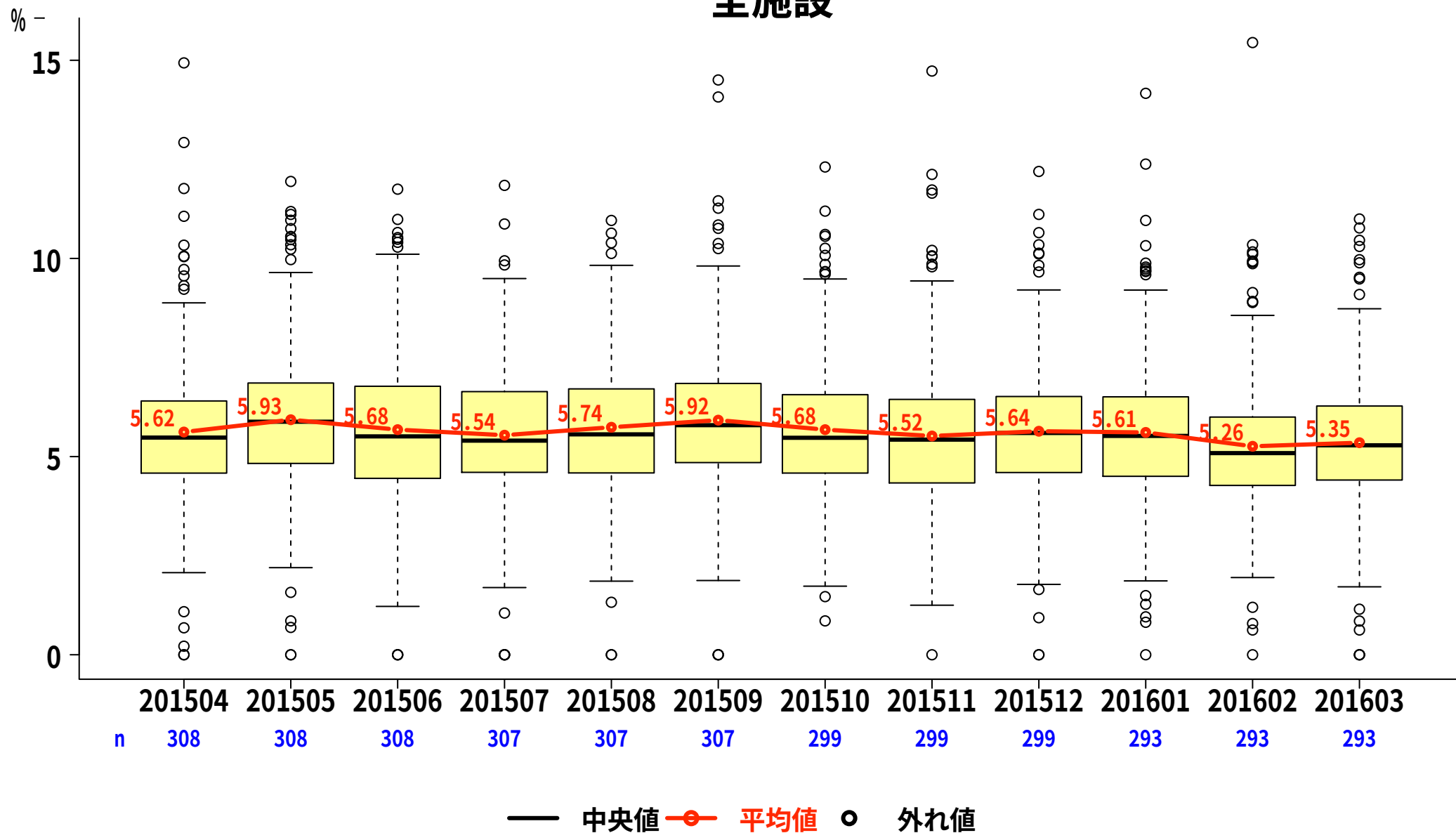
全施設



一般-15-a 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（救急医療入院以外の予定外入院または救急医療入院）患者数
分母:退院患者数

全施設

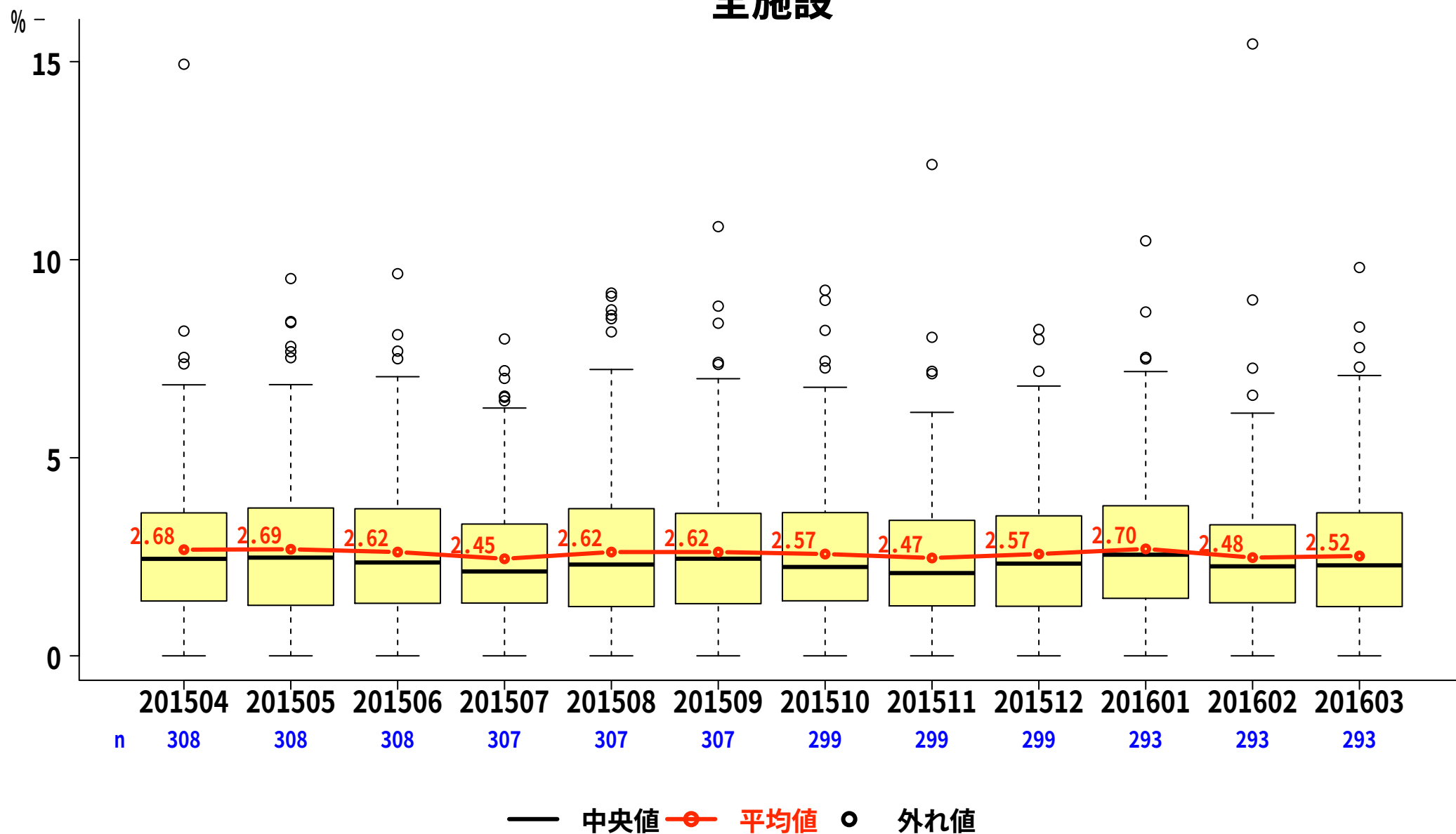


一般-15-b 退院後6週間以内の救急医療入院率

分子:退院後6週間以内の救急入院（救急医療入院）患者数

分母:退院患者数

全施設

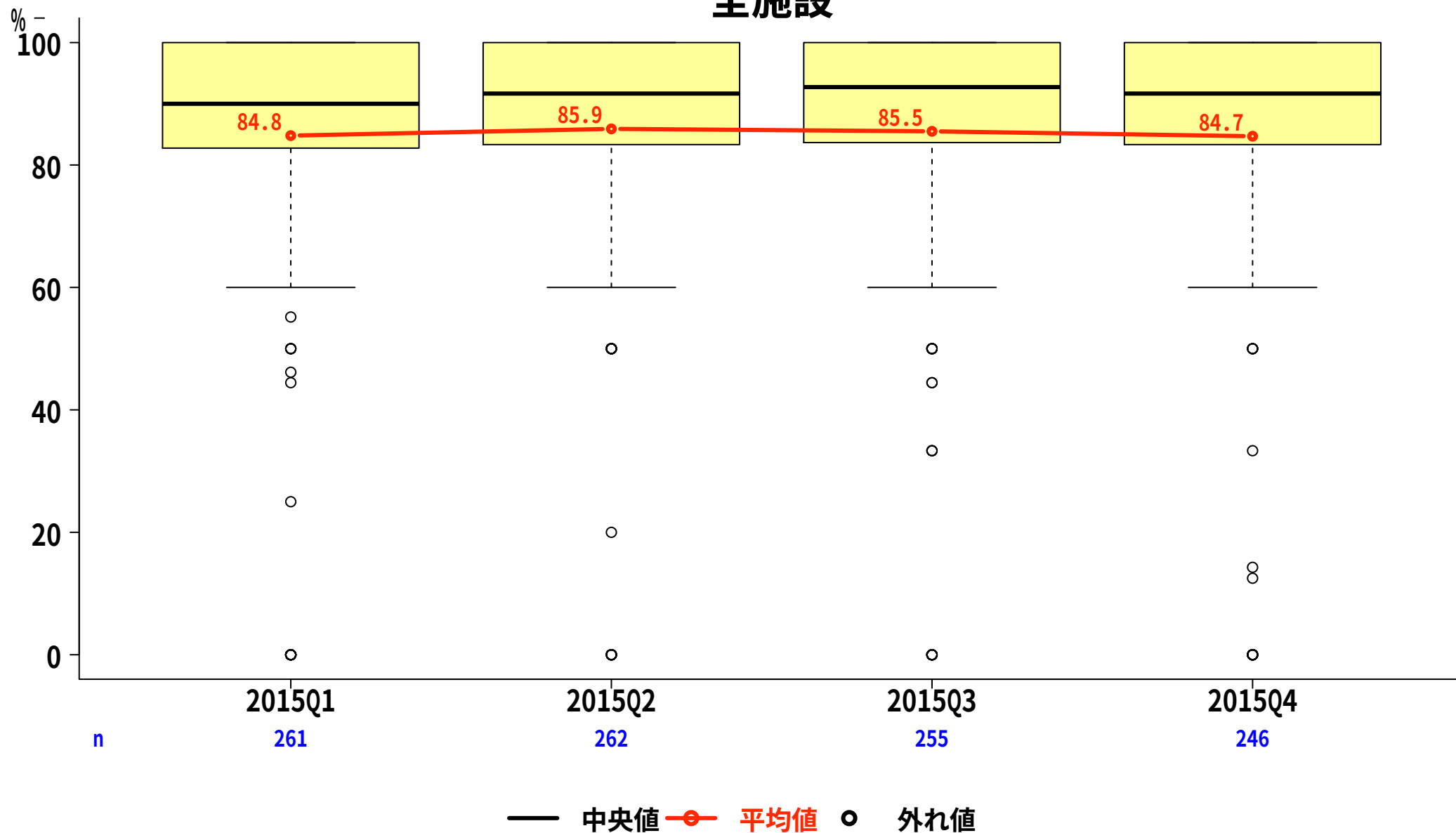


一般-16 急性心筋梗塞患者における入院時早期アスピリン投与割合

分子:入院後2日以内にアスピリンが投与された患者数

分母:急性心筋梗塞で入院した患者数

全施設

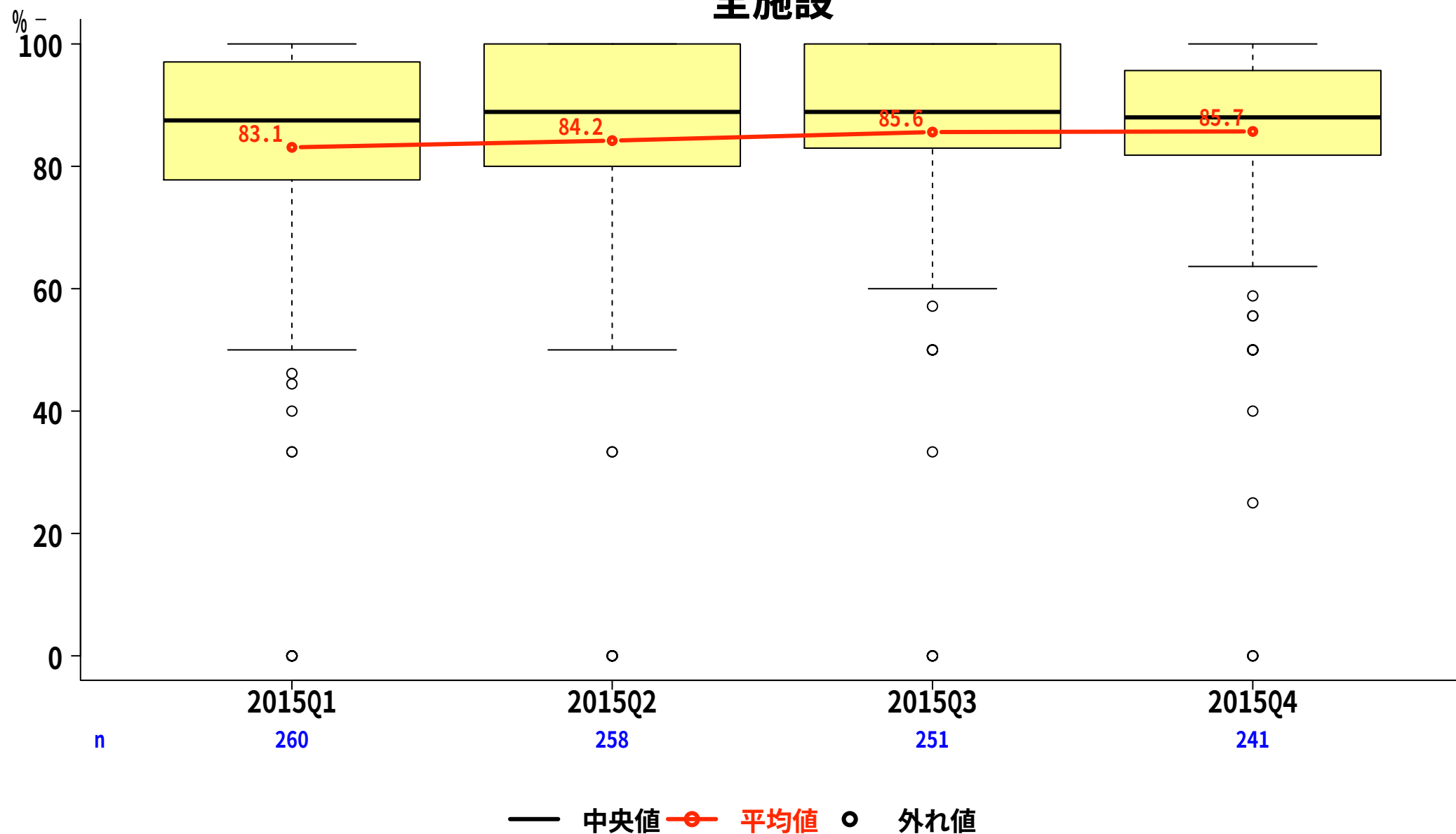


一般-17 急性心筋梗塞患者における退院時アスピリン投与割合

分子:退院時にアスピリンが投与された患者数

分母:急性心筋梗塞で入院した患者数

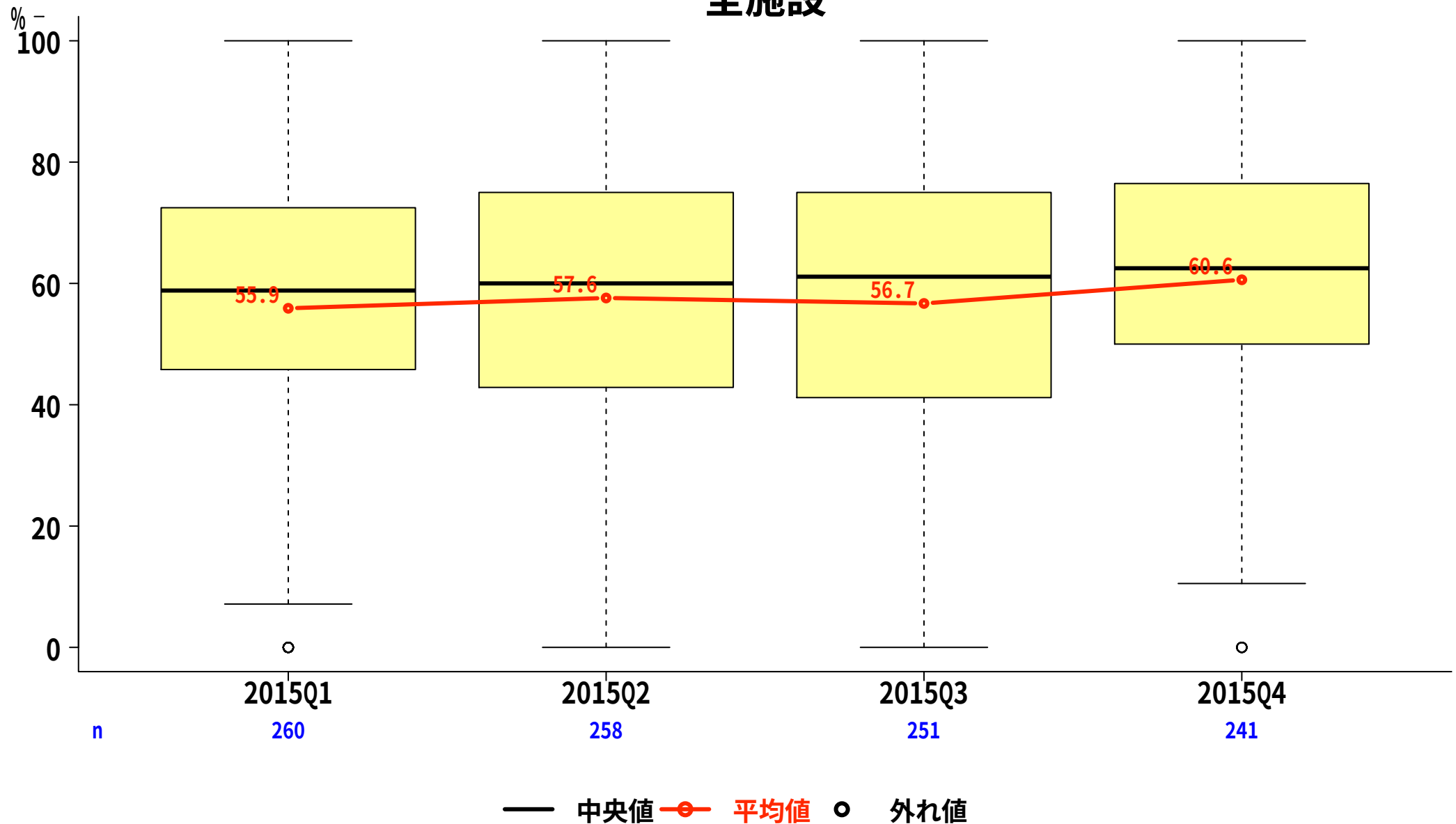
全施設



一般-18 急性心筋梗塞患者における退院時βブロッカー投与割合

分子:退院時にβブロッカーが投与された患者数
分母:急性心筋梗塞で入院した患者数

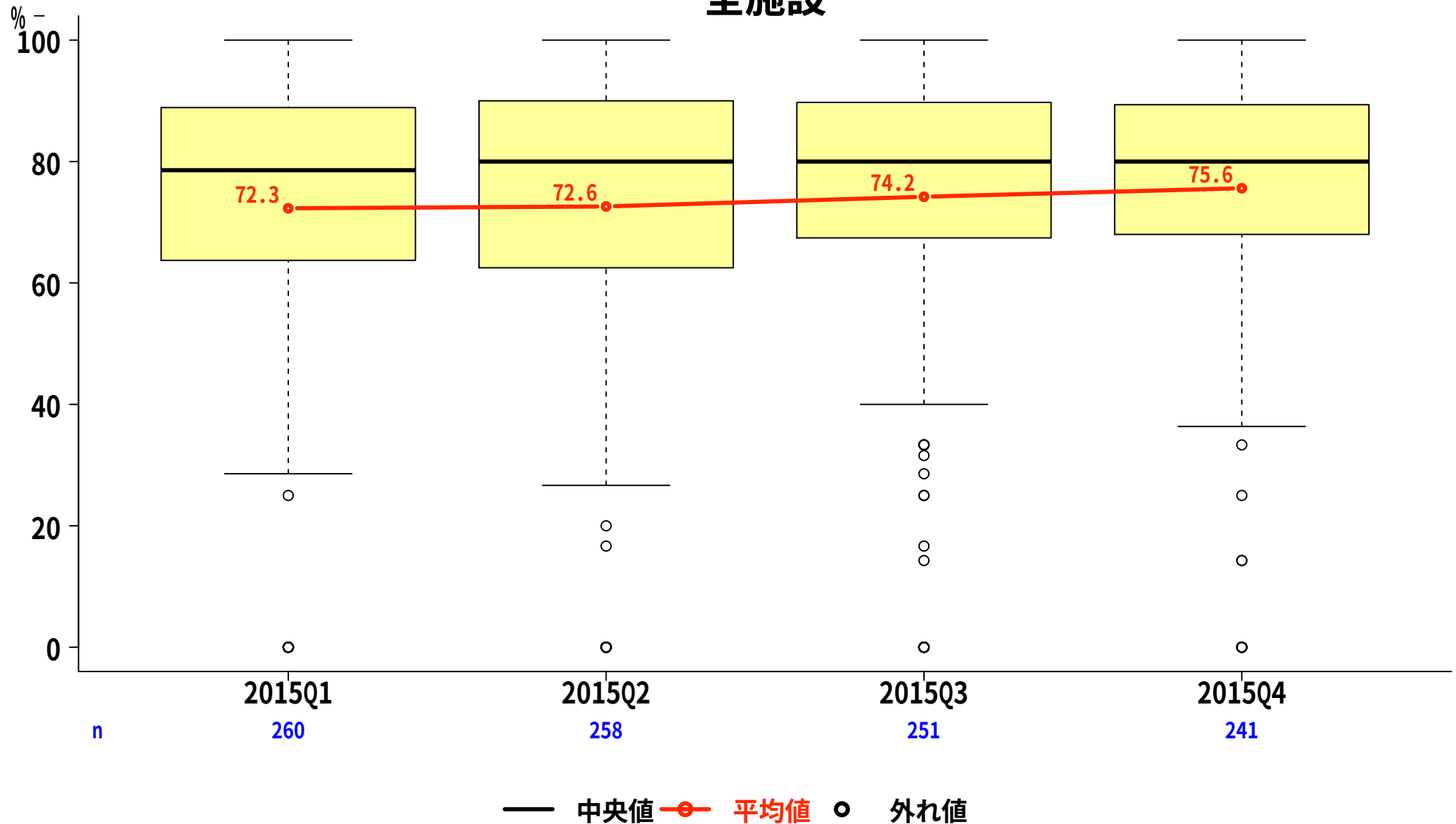
全施設



一般-19 急性心筋梗塞患者における退院時スタチン投与割合

分子:退院時にスタチンが投与された患者数
分母:急性心筋梗塞で入院した患者数

全施設

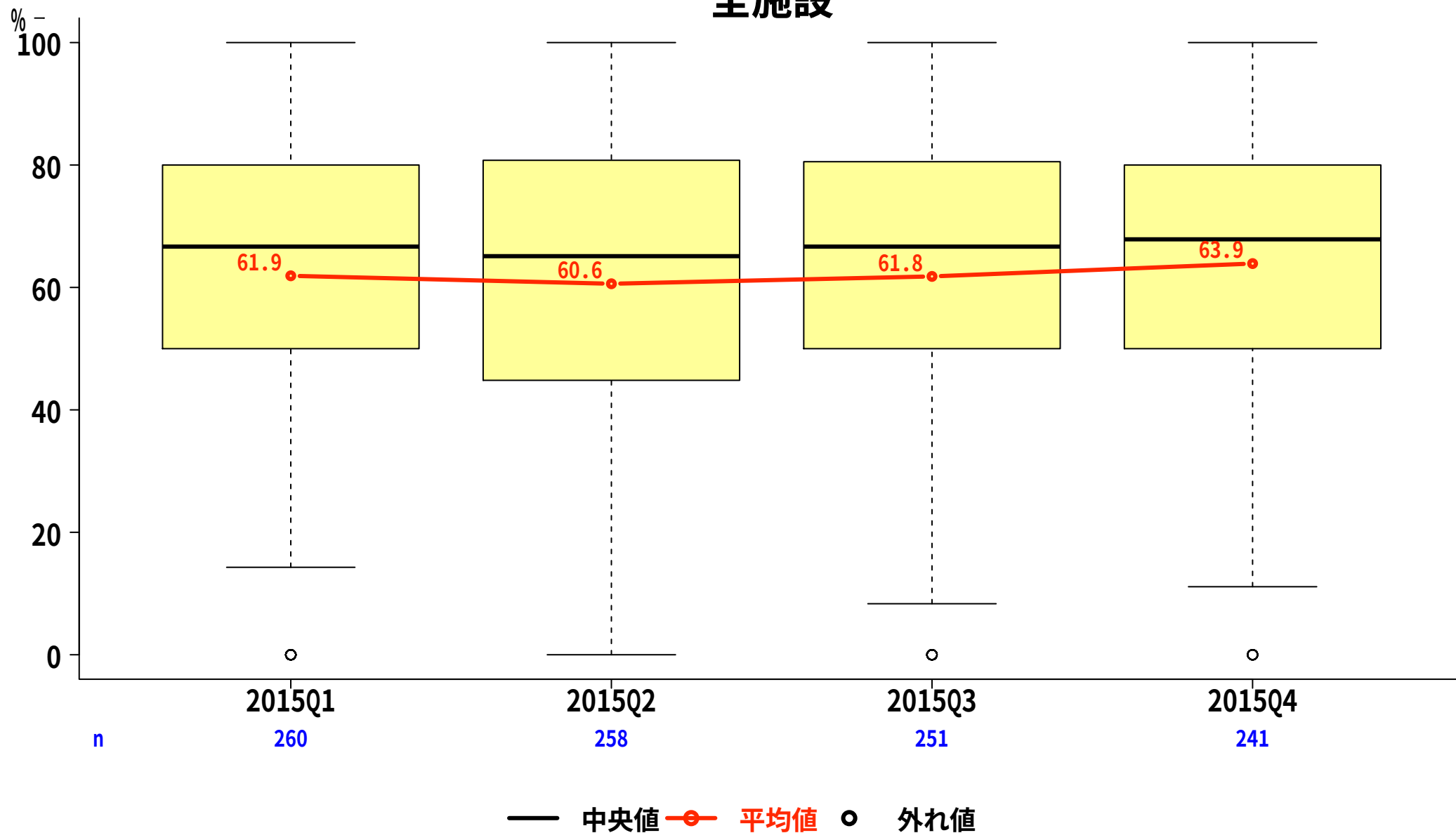


一般-20 急性心筋梗塞患者における退院時ACE阻害剤もしくはARB投与割合

分子:退院時にACE阻害剤もしくはARBが投与された患者数

分母:急性心筋梗塞で入院した患者数

全施設

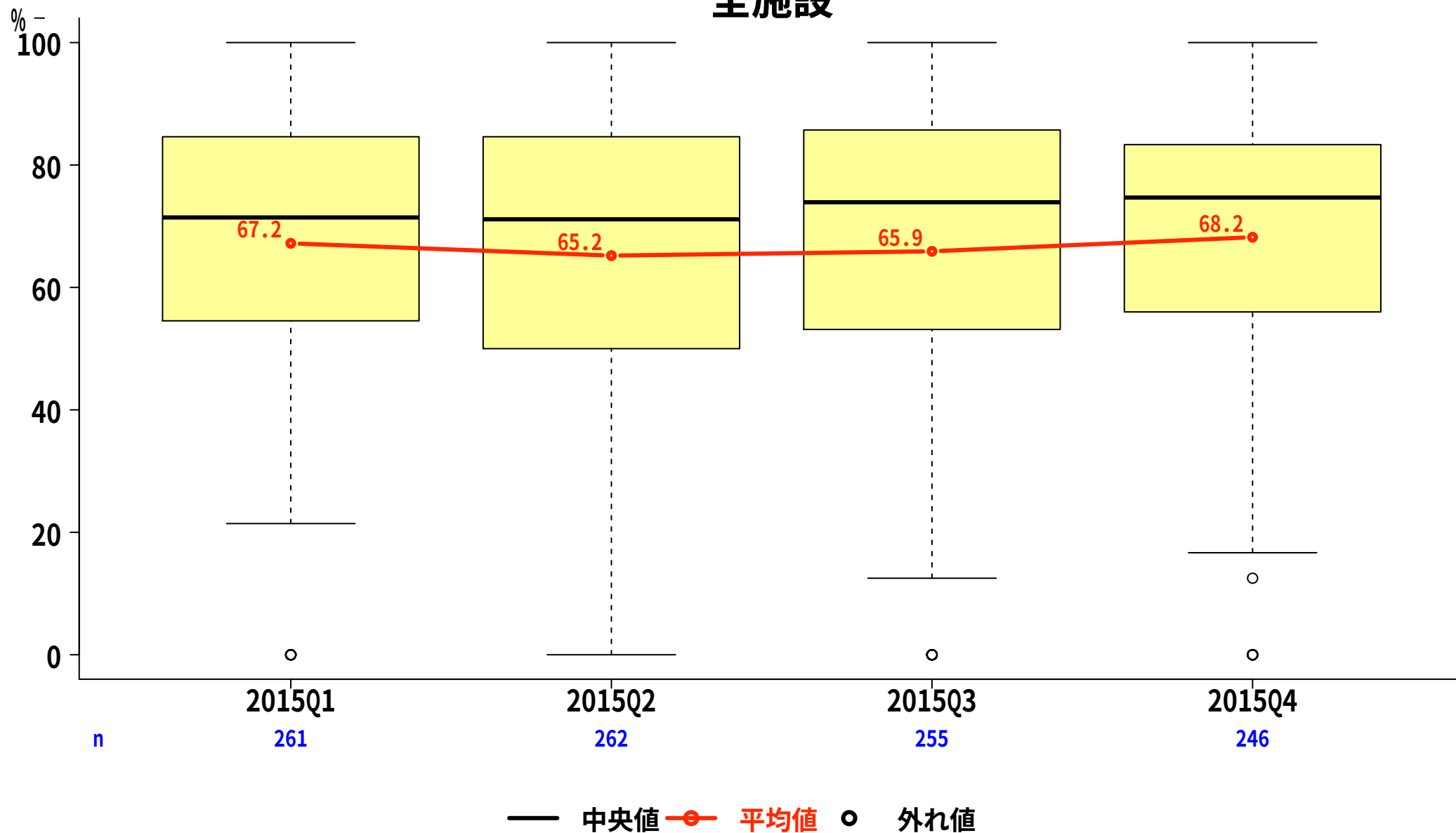


一般-21 急性心筋梗塞患者におけるACE阻害剤もしくはARB投与割合

分子:ACE阻害剤もしくはARBが投与された患者数

分母:急性心筋梗塞で入院した患者数

全施設

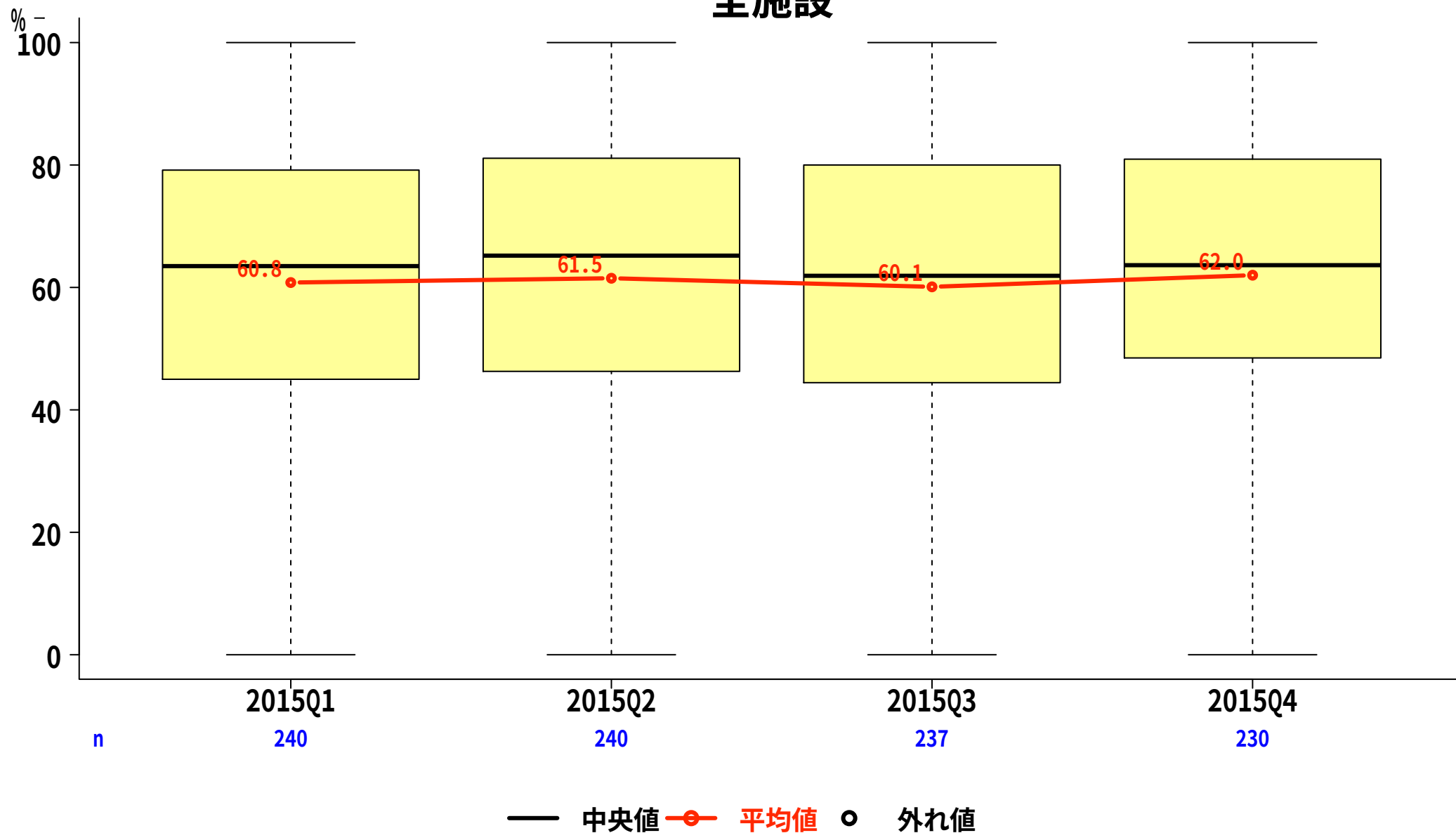


一般-22 急性心筋梗塞患者の病院到着後90分以内の初回PCI実施割合

分子: 来院後90分以内に手技を受けた患者数

分母: 18 歳以上の急性心筋梗塞でPCIを受けた患者数

全施設

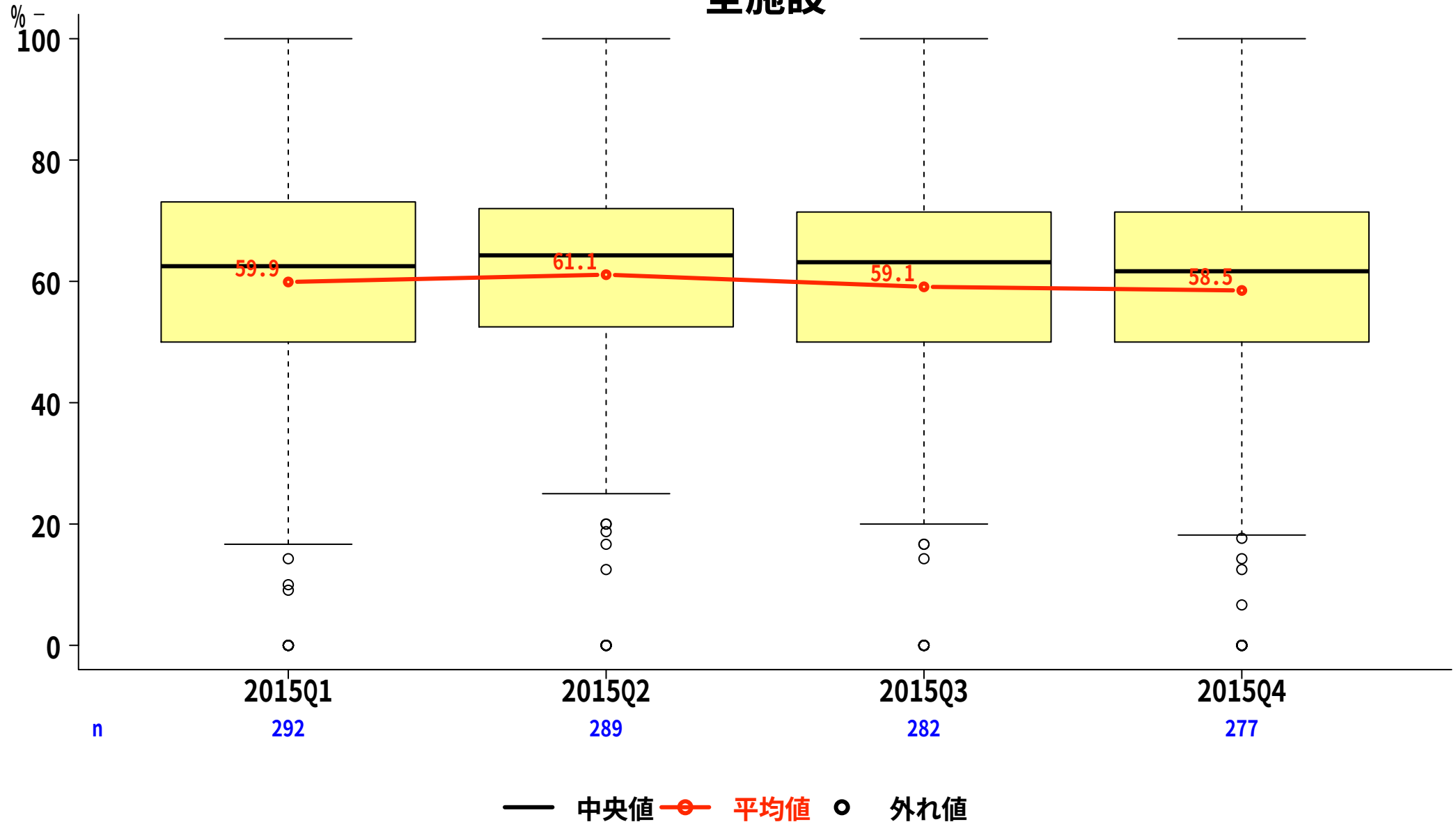


一般-23 脳卒中患者のうち第2病日までに抗血栓療法を受けた患者の割合

分子:第2病日までに抗血栓療法を受けた患者数

分母:脳梗塞かTIAと診断された18歳以上の入院患者数

全施設

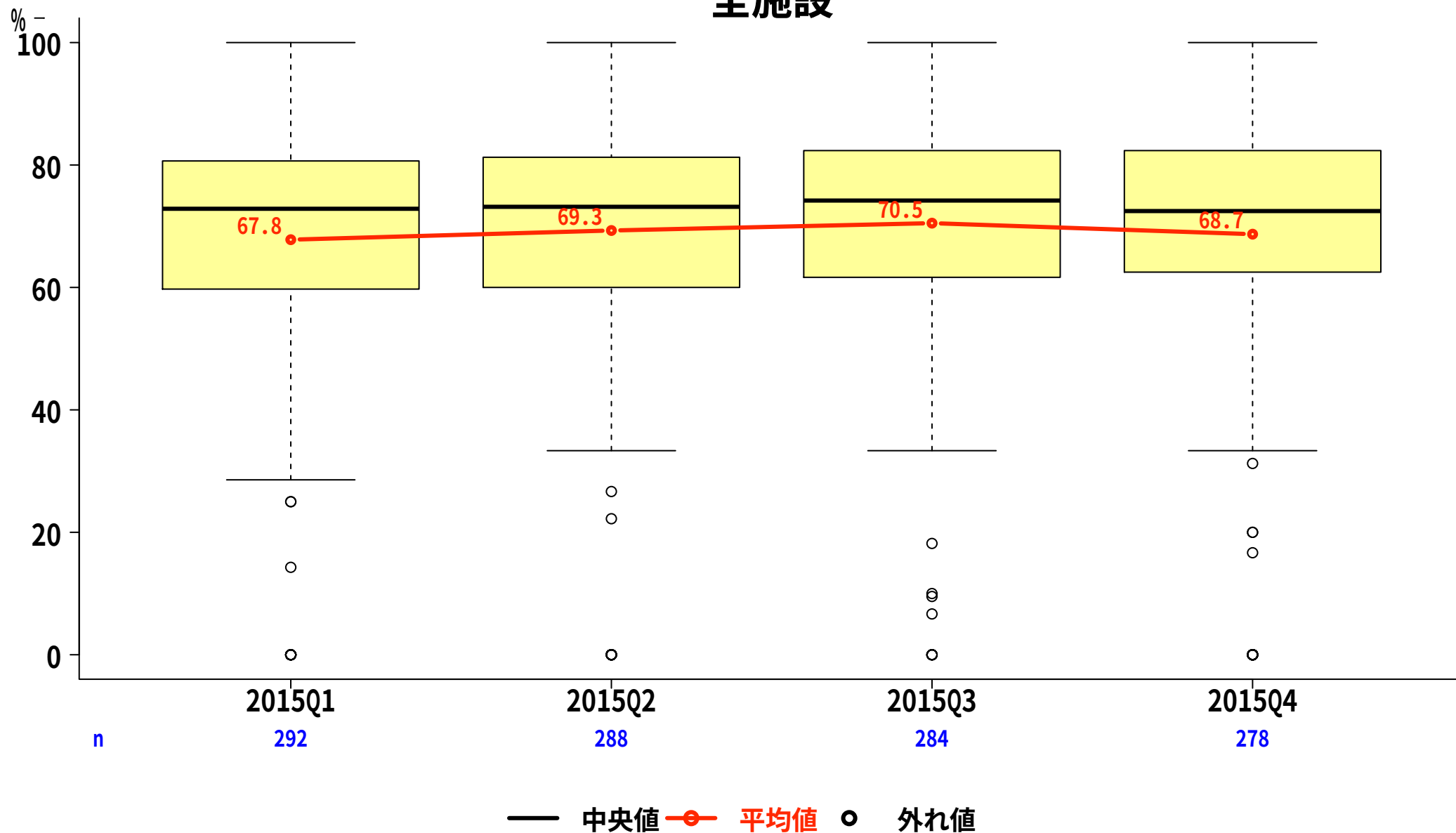


一般-24 脳卒中患者のうち退院時抗血小板薬処方割合

分子:退院時に抗血小板薬を処方された患者数

分母:脳梗塞かTIAと診断された18歳以上の入院患者数

全施設

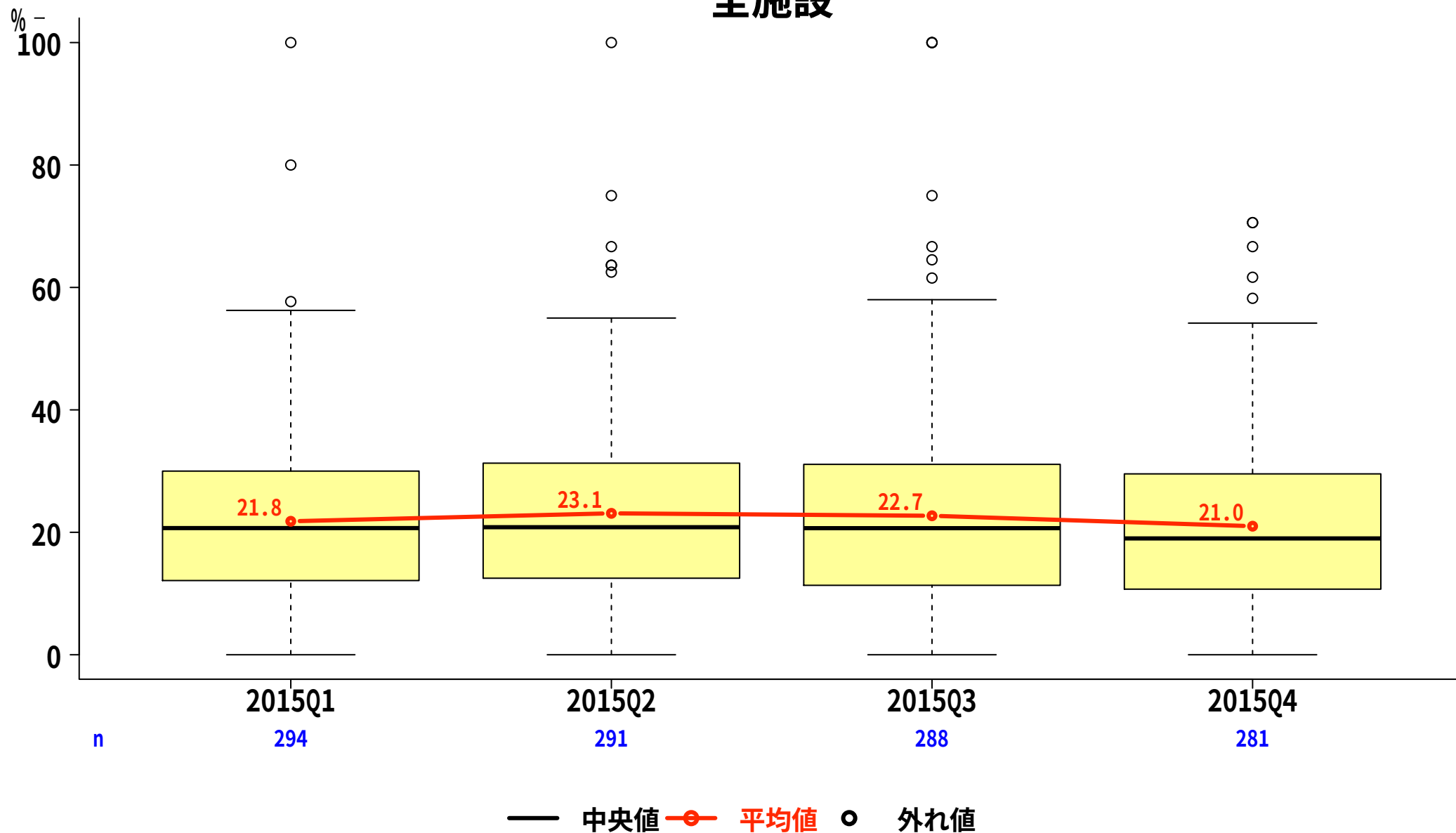


一般-25 脳卒中患者の退院時スタチン処方割合

分子:退院時にスタチンが処方された患者数

分母:脳梗塞で入院した患者数

全施設

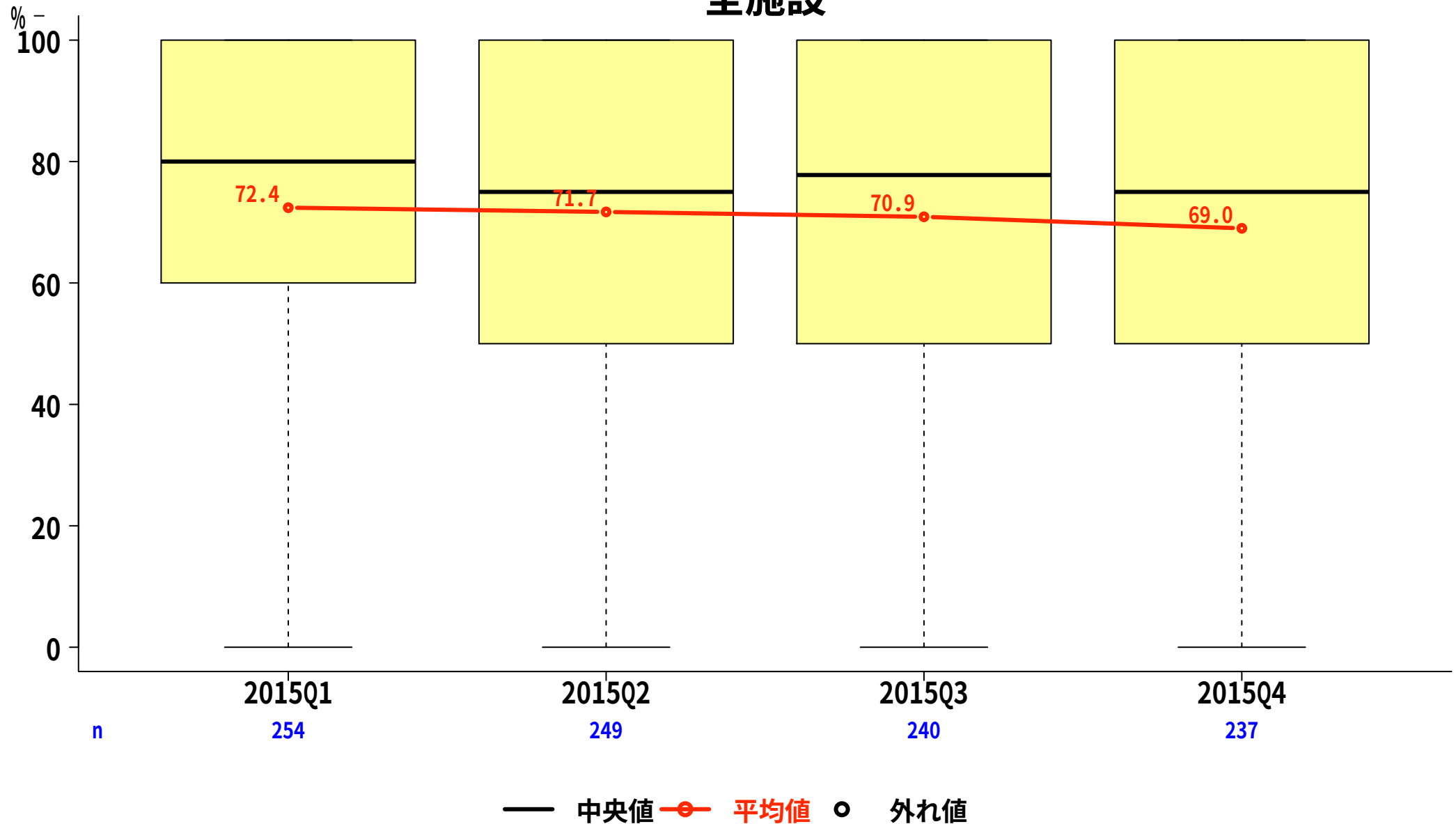


一般-26 心房細動を伴う脳卒中患者への退院時抗凝固薬処方割合

分子:退院時に抗凝固薬を処方された患者数

分母:脳梗塞かTIAと診断され、かつ心房細動と診断された18歳以上の入院患者数

全施設

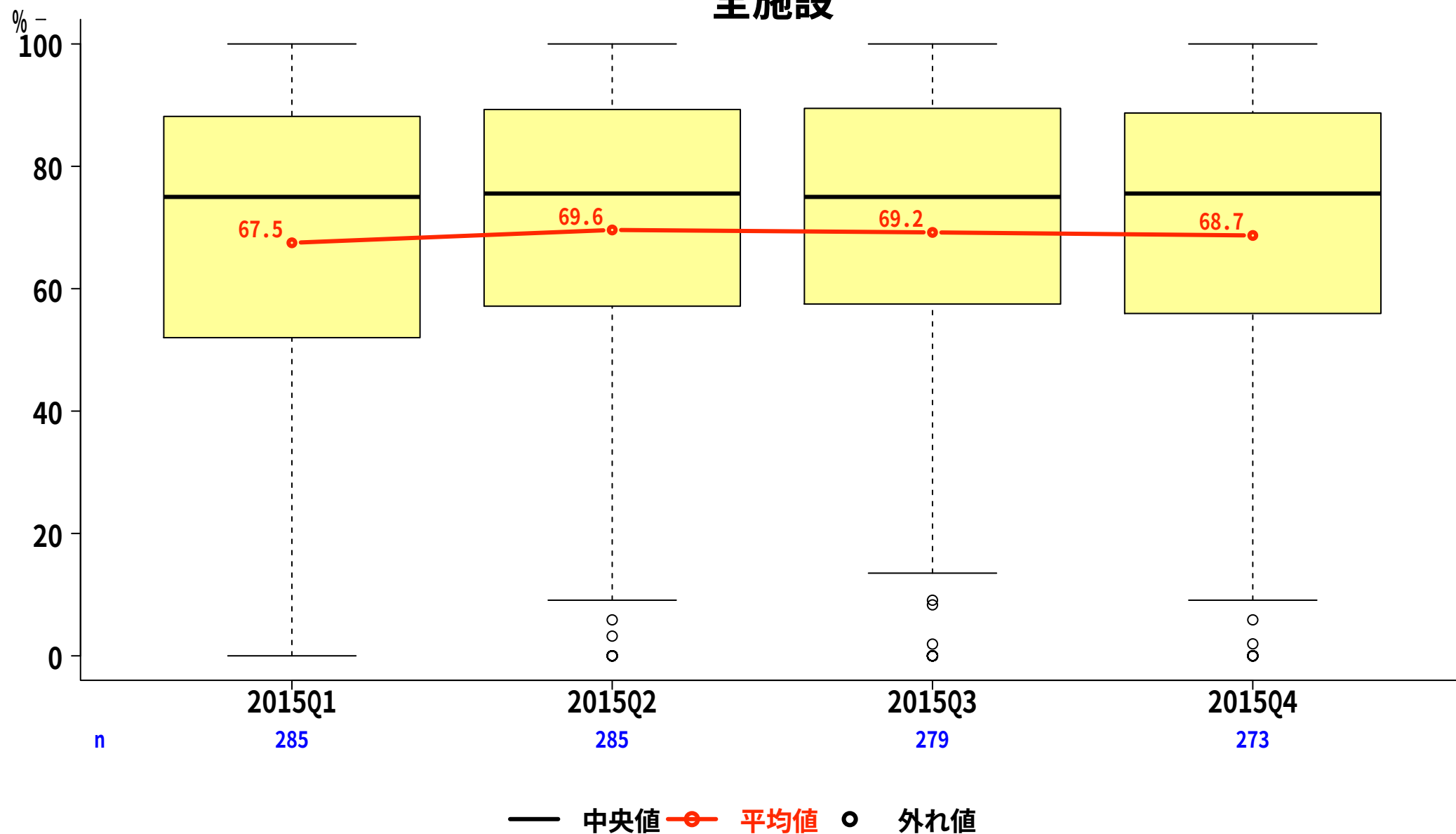


一般-27 脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者割合

分子:入院後早期に脳血管リハビリテーションが行われた患者数

分母:脳梗塞で入院した患者数

全施設

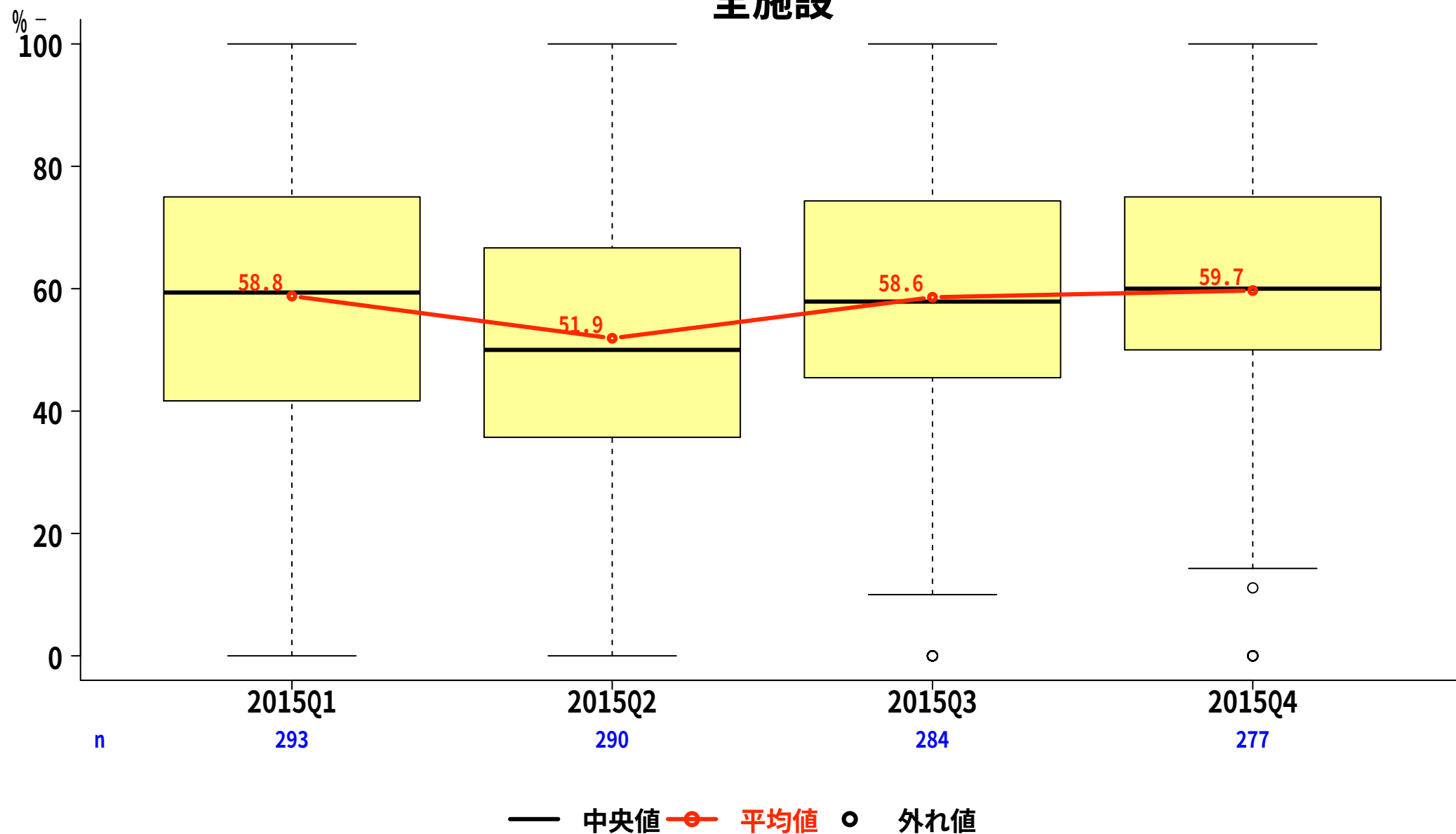


一般-28 喘息入院患者のうち吸入ステロイドを入院中に処方された割合

分子:入院中に吸入抗炎症剤の処方を受けた患者数

分母:5歳以上の喘息患者のうち、喘息に関連した原因で入院した患者数

全施設

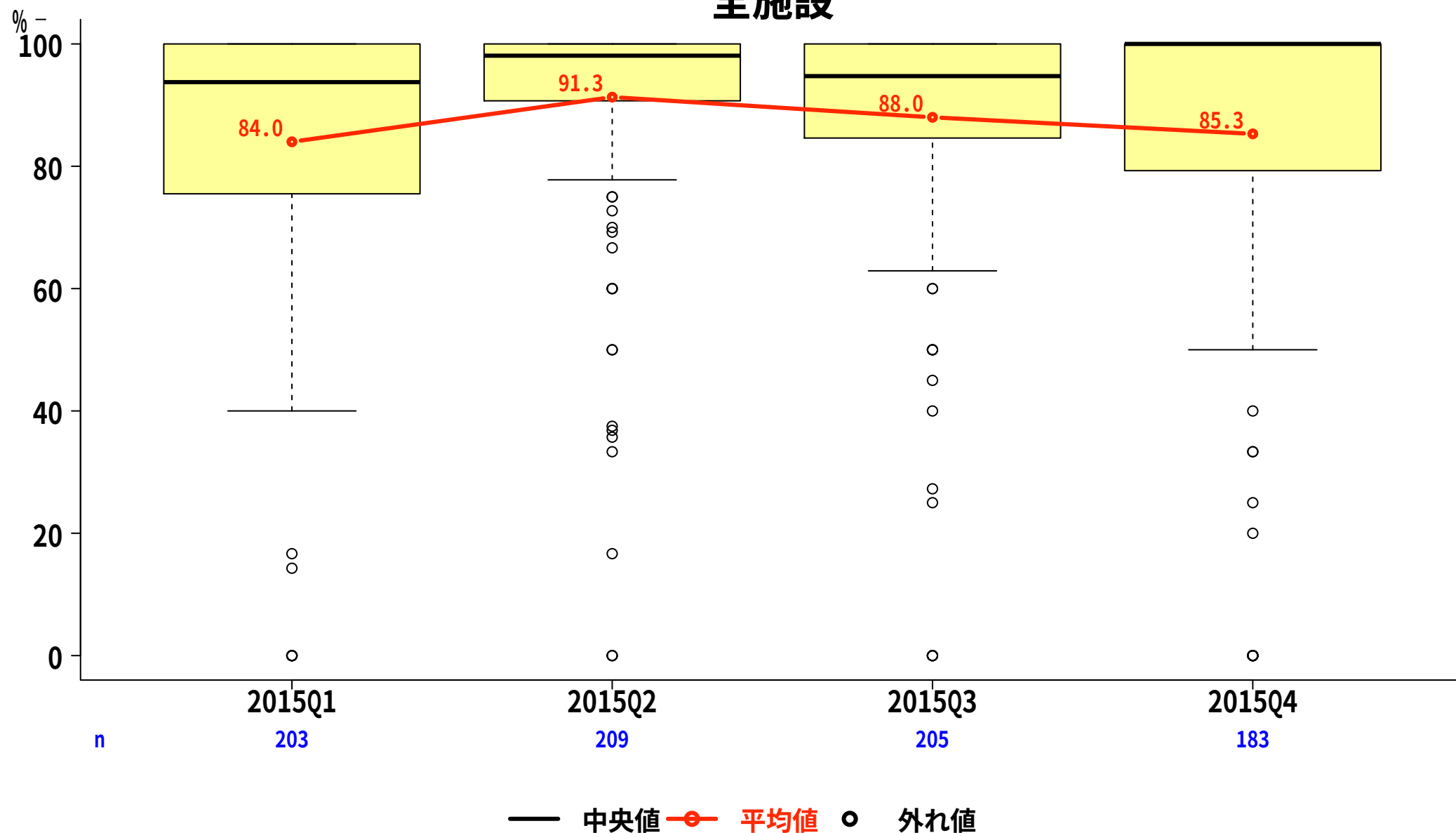


一般-29 入院中にステロイドの経口・静注処方された小児喘息患者の割合

分子:入院中にステロイドの全身投与(静注・経口)を受けた患者数

分母:2歳～15歳の喘息患者のうち、喘息に関連した原因で入院した患者数

全施設



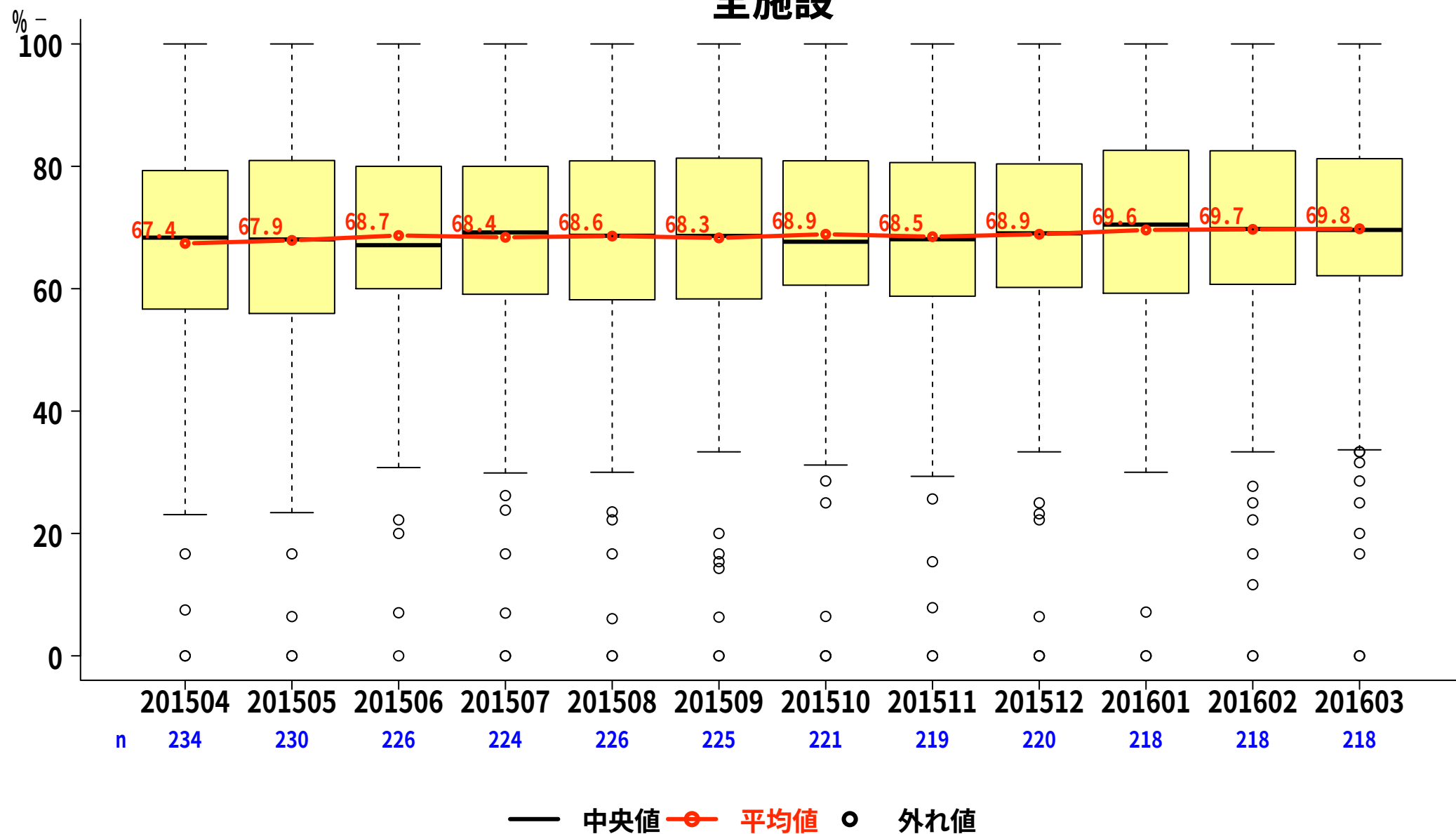
一般-30 統合指標(Composite Measures)

【手術】

分子:指標No.11,12,13の分子の合計

分母:指標No.11,12,13の分母の合計

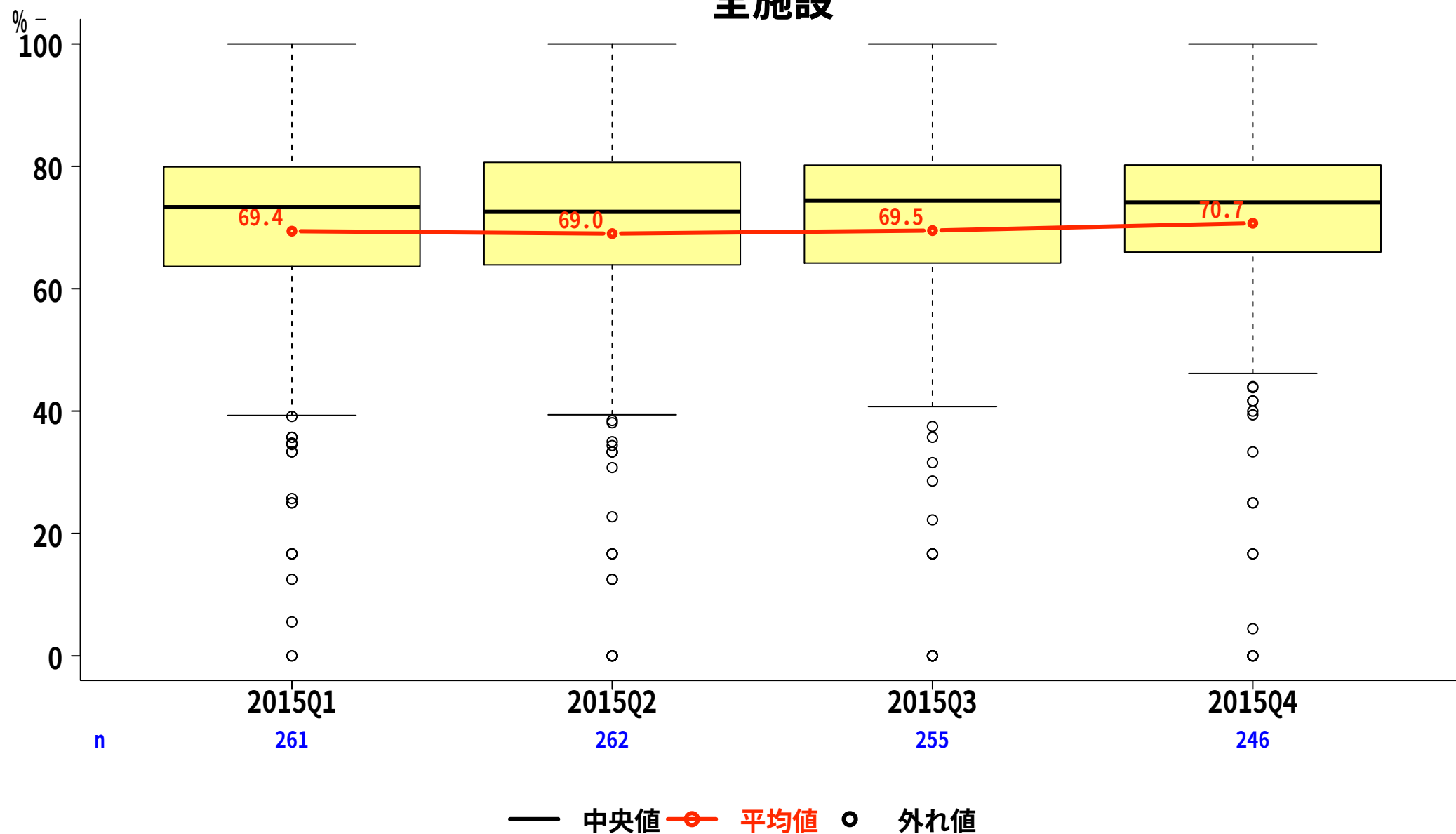
全施設



一般-31 統合指標(Composite Measures) 【虚血性心疾患】

分子:指標No.16,17,18,19,20,22の分子の合計
分母:指標No.16,17,18,19,20,22の分母の合計

全施設

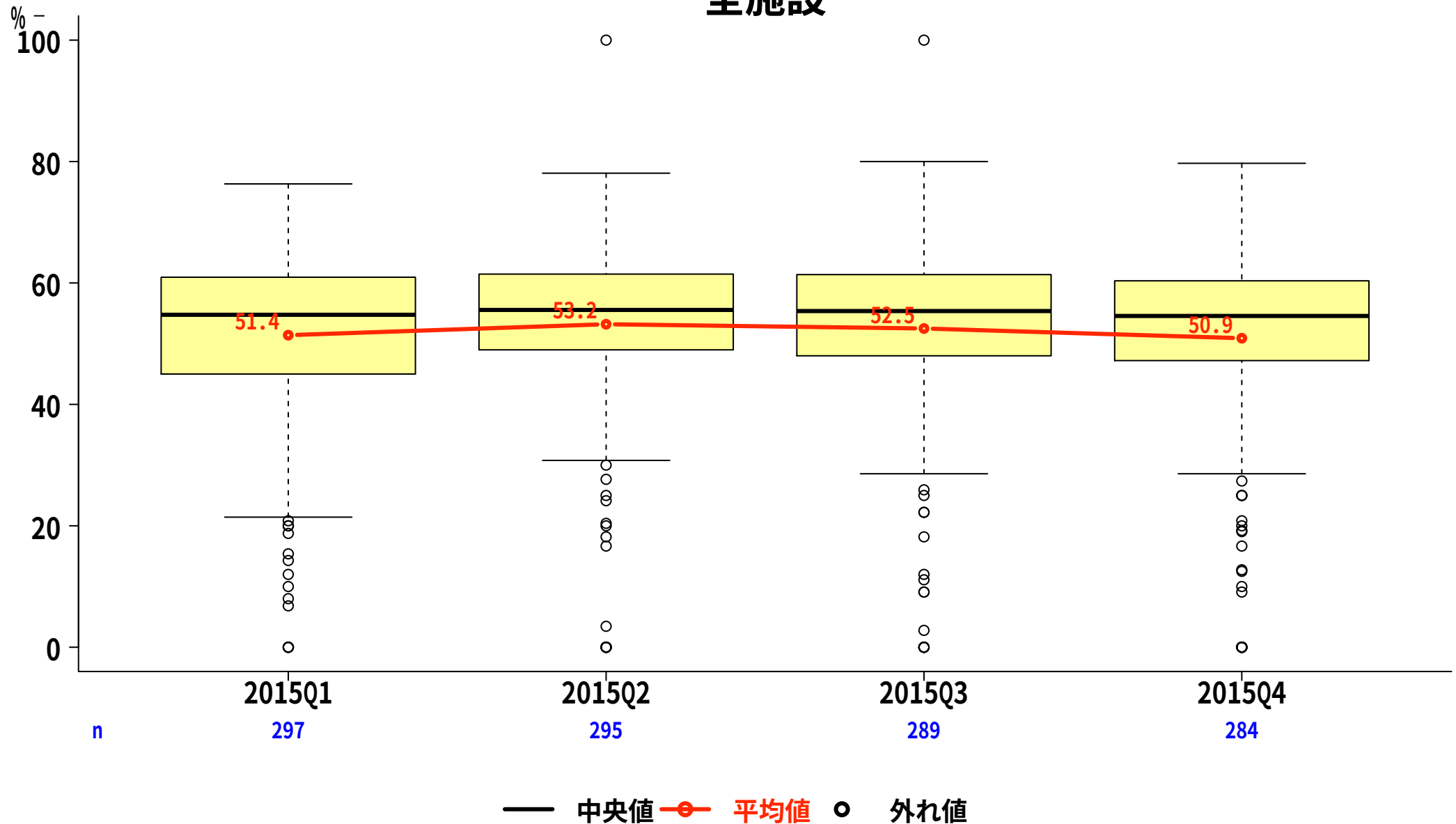


一般-32 統合指標(Composite Measures)

【脳卒中】

分子:指標No.23,24,25,26,27の分子の合計
分母:指標No.23,24,25,26,27の分母の合計

全施設

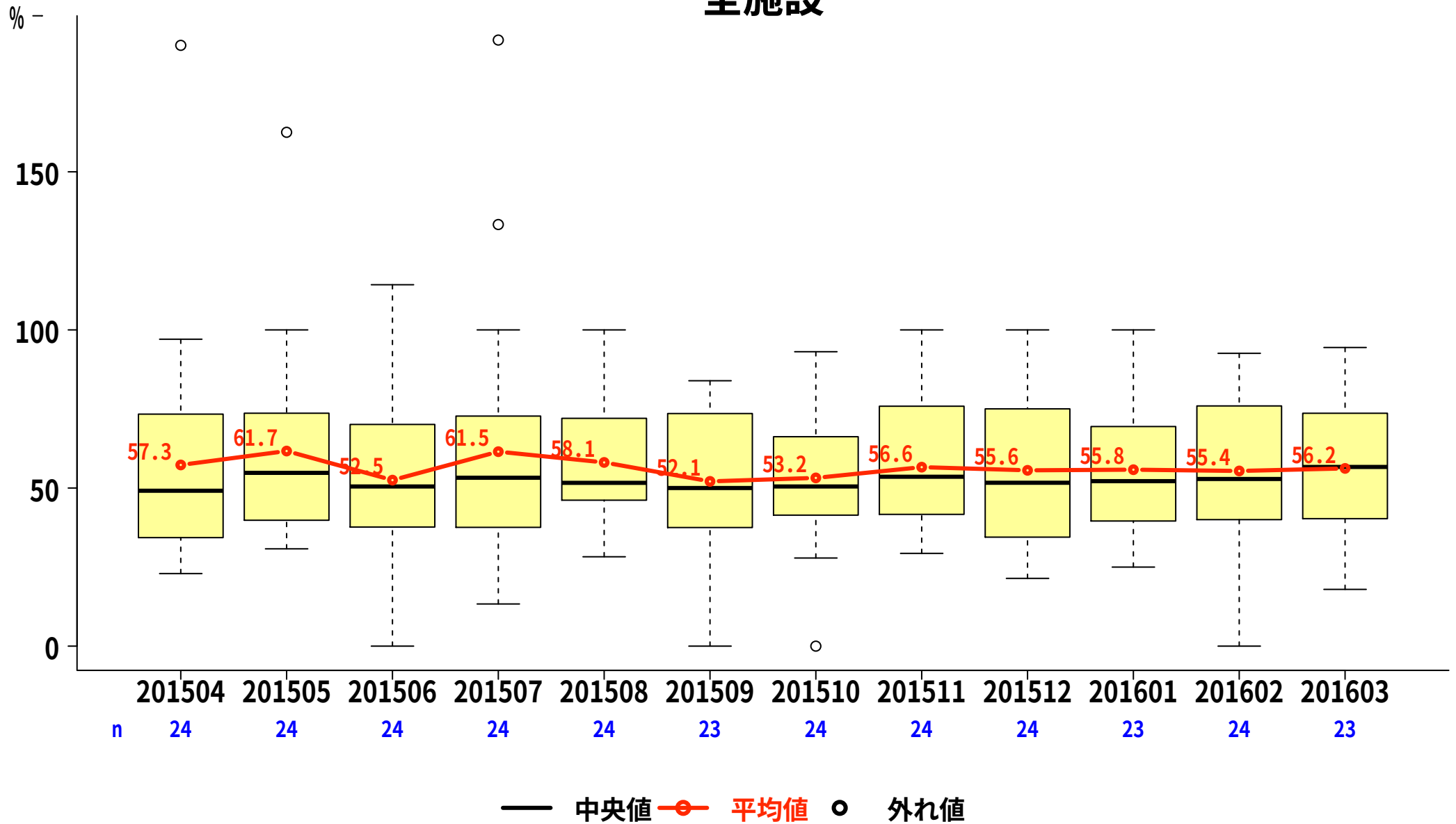


精神病床向けの指標

精神-1 紹介率

分子:紹介患者数
分母:初診患者数

全施設

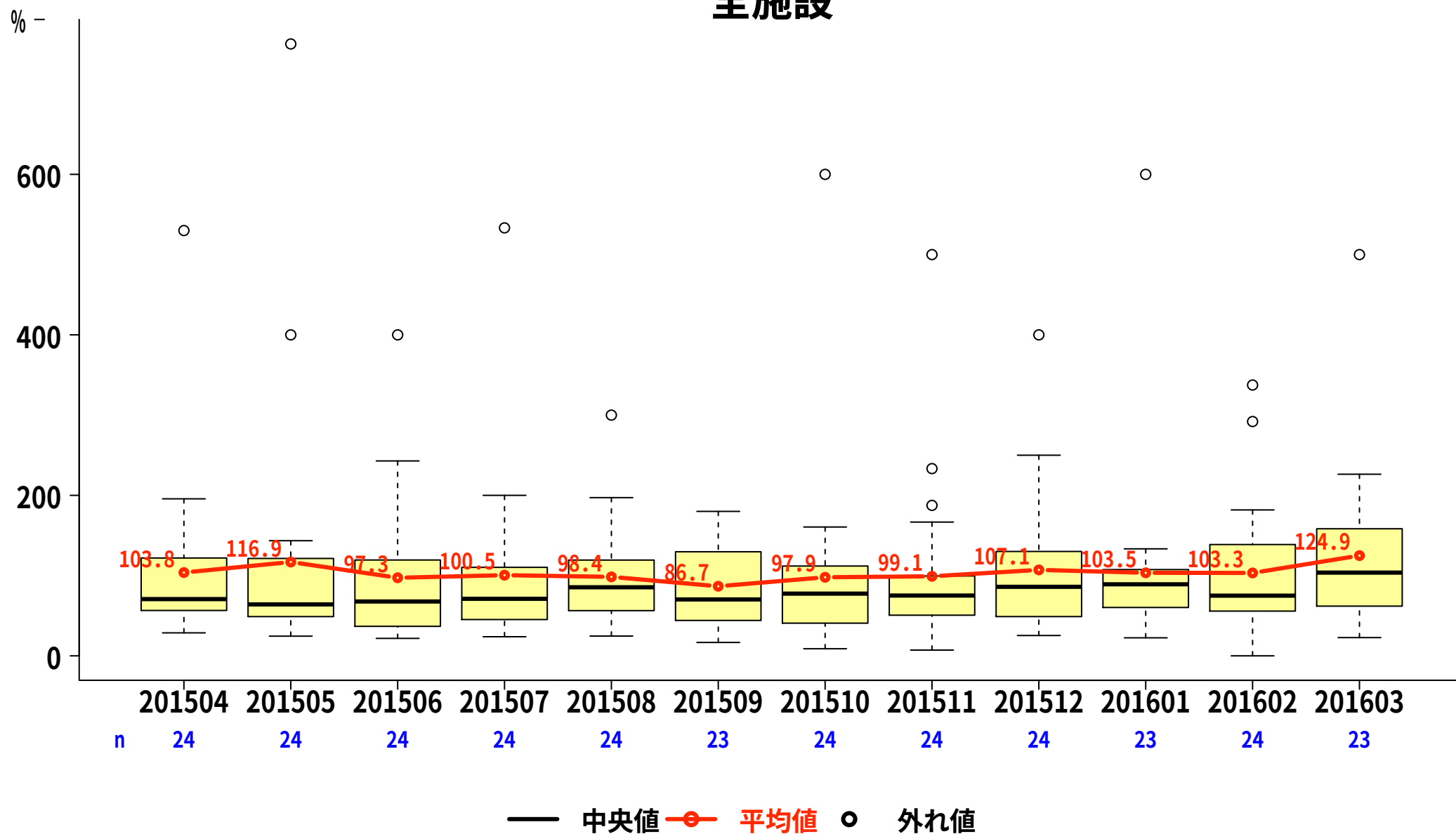


精神-2 逆紹介率

分子:逆紹介患者数

分母:初診患者数

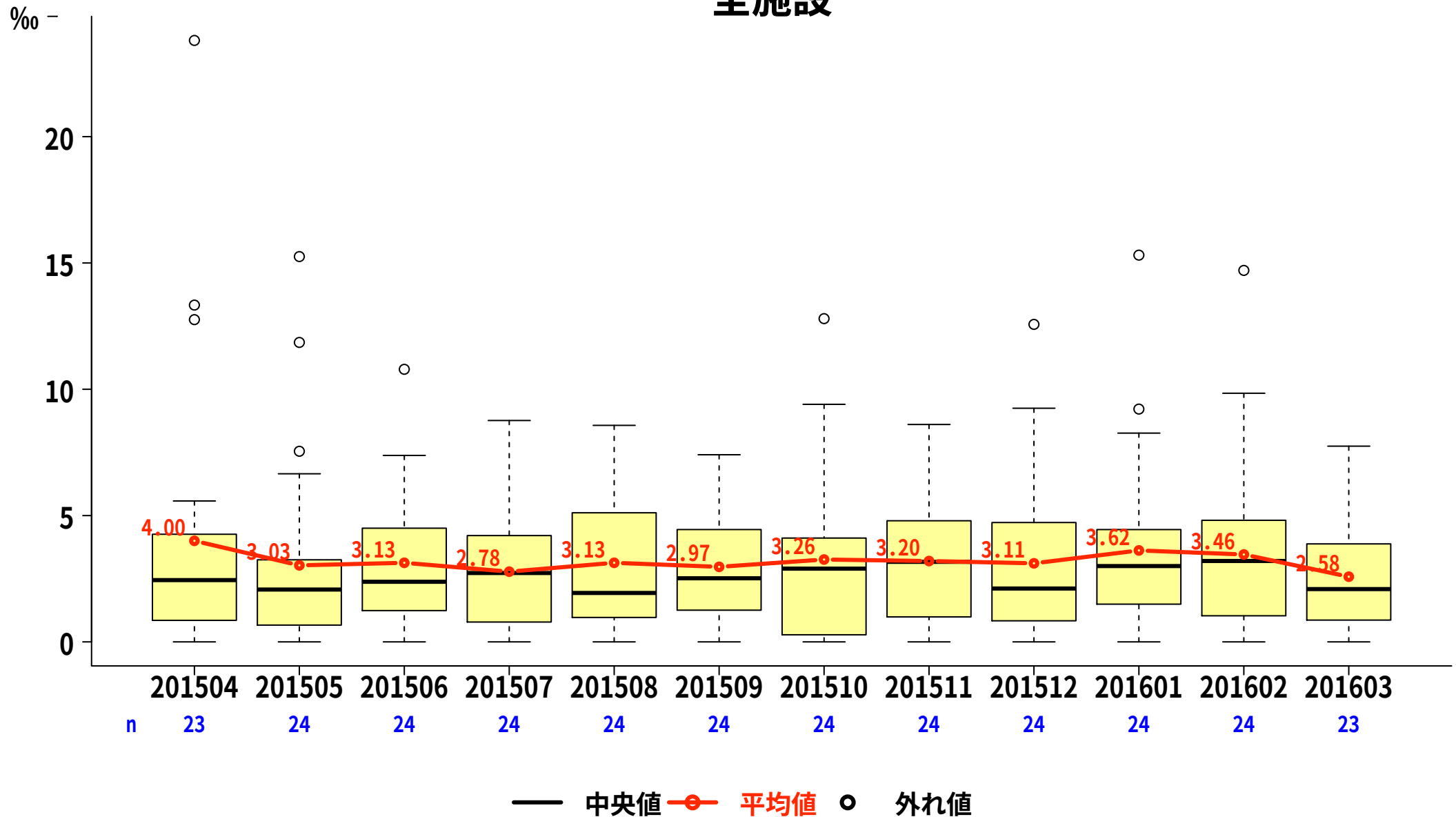
全施設



精神-3-a 入院患者の転倒・転落発生率

分子:医療安全管理室ヘインシデント・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

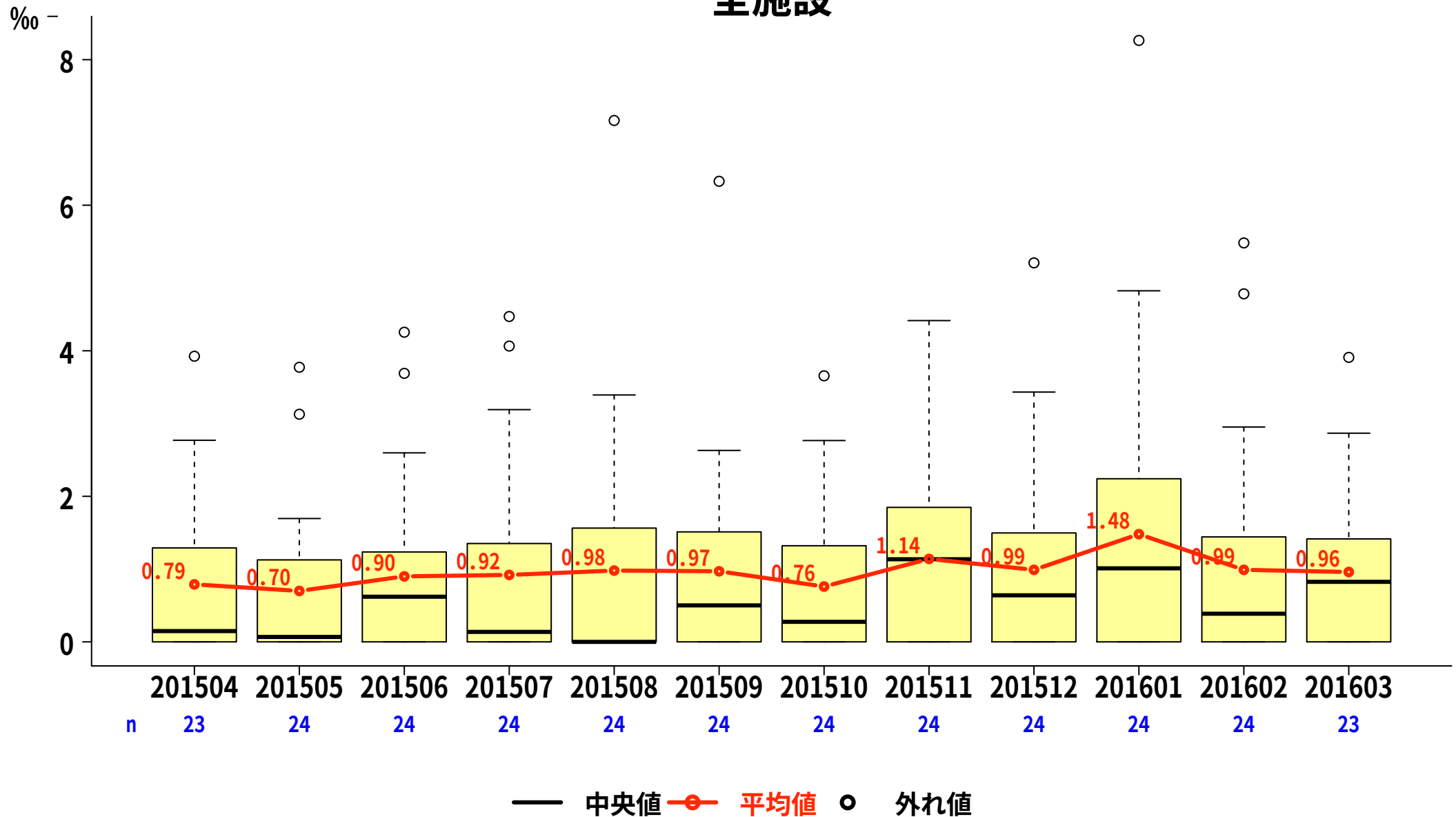
全施設



精神-3-b 入院患者の転倒・転落発生率（レベル2以上）

分子:医療安全管理室ヘインシデント・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2以上の件数
分母:入院延べ患者数

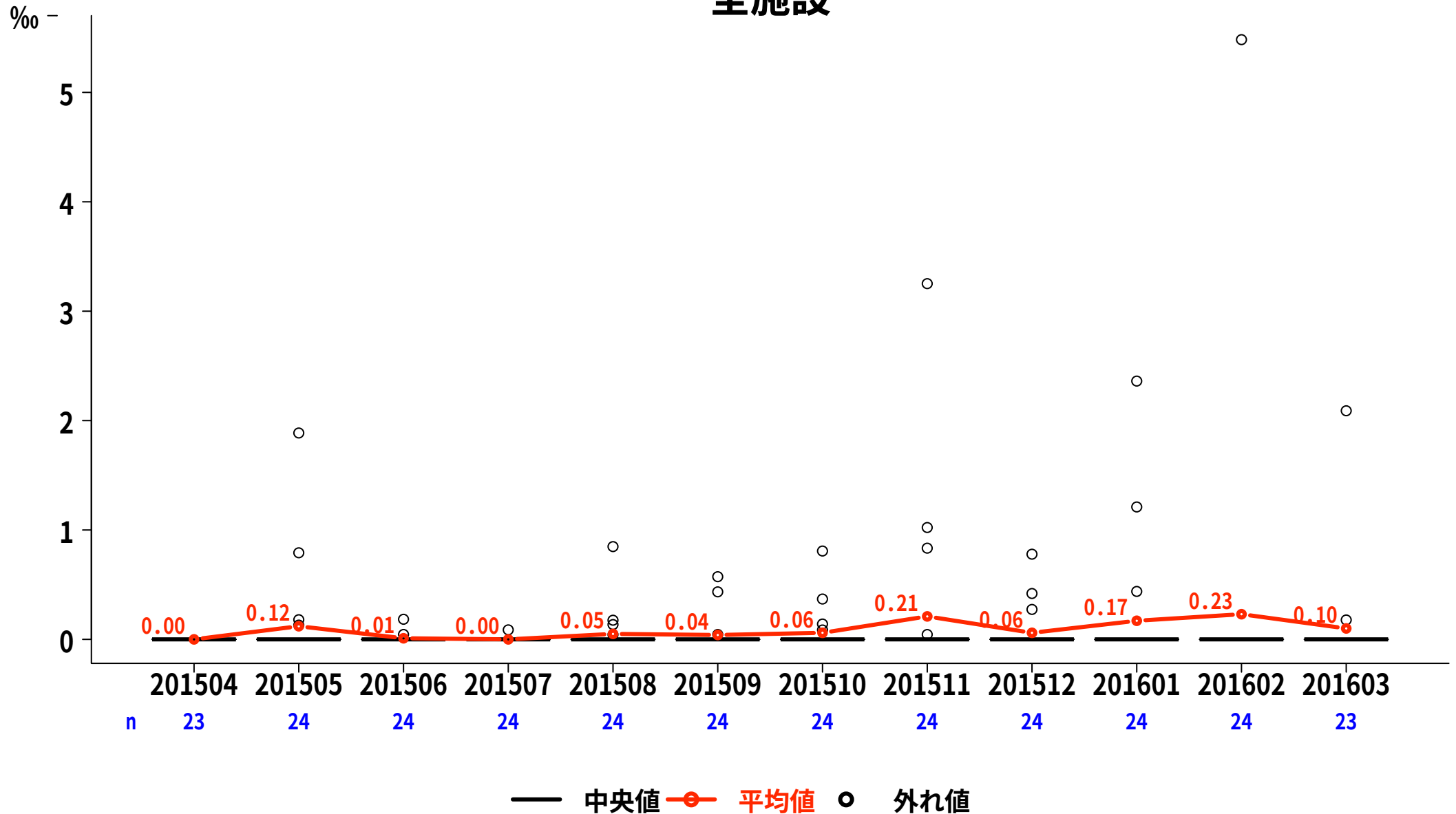
全施設



精神-3-c 入院患者の転倒・転落発生率（レベル4以上）

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以上の件数
分母:入院延べ患者数

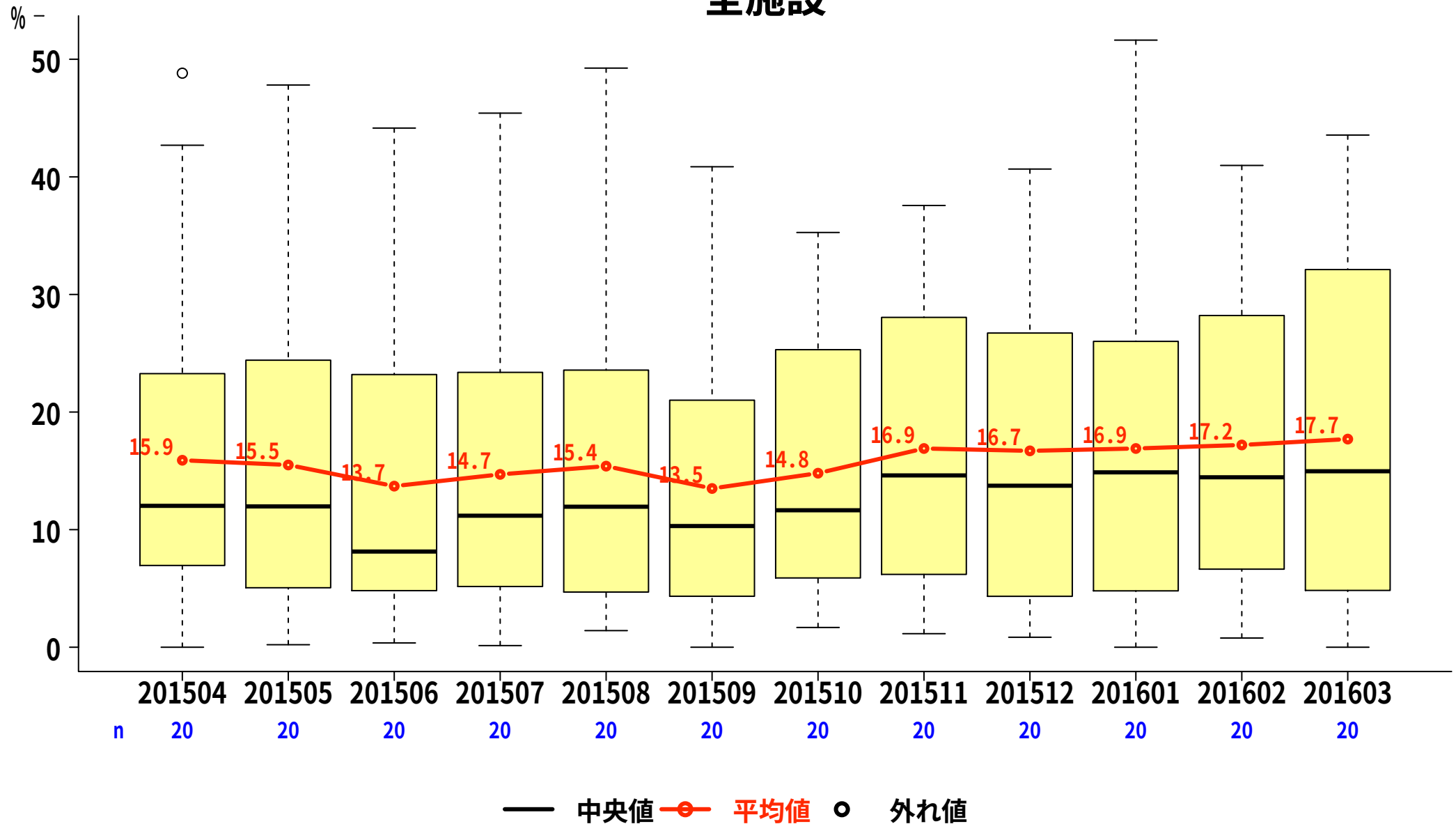
全施設



精神-4 身体抑制率

分子: (物理的)身体抑制を実施した入院延べ患者数
分母: 入院延べ患者数

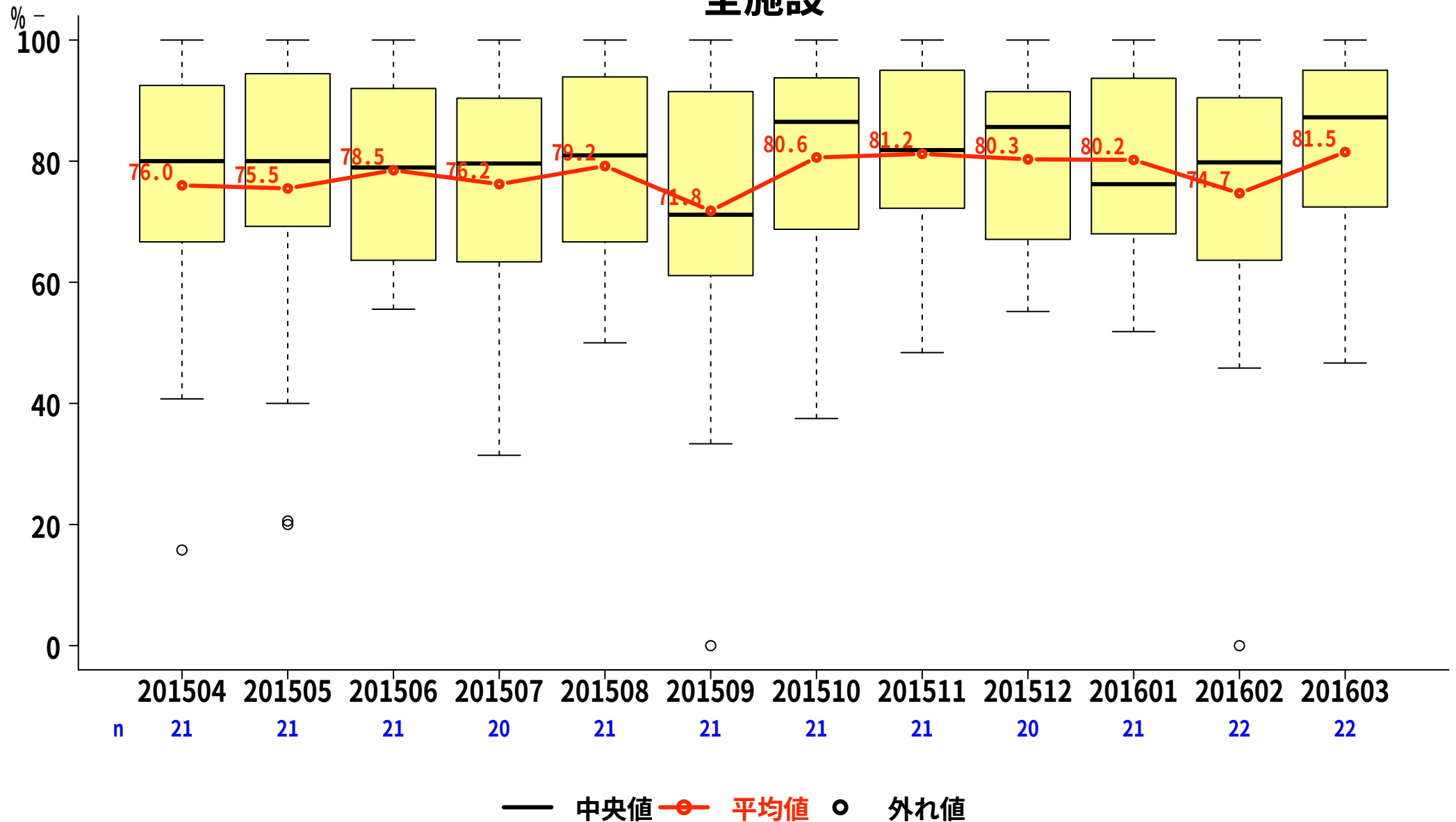
全施設



精神-5 在宅復帰率

分子:在宅退院患者数
分母:退院患者数

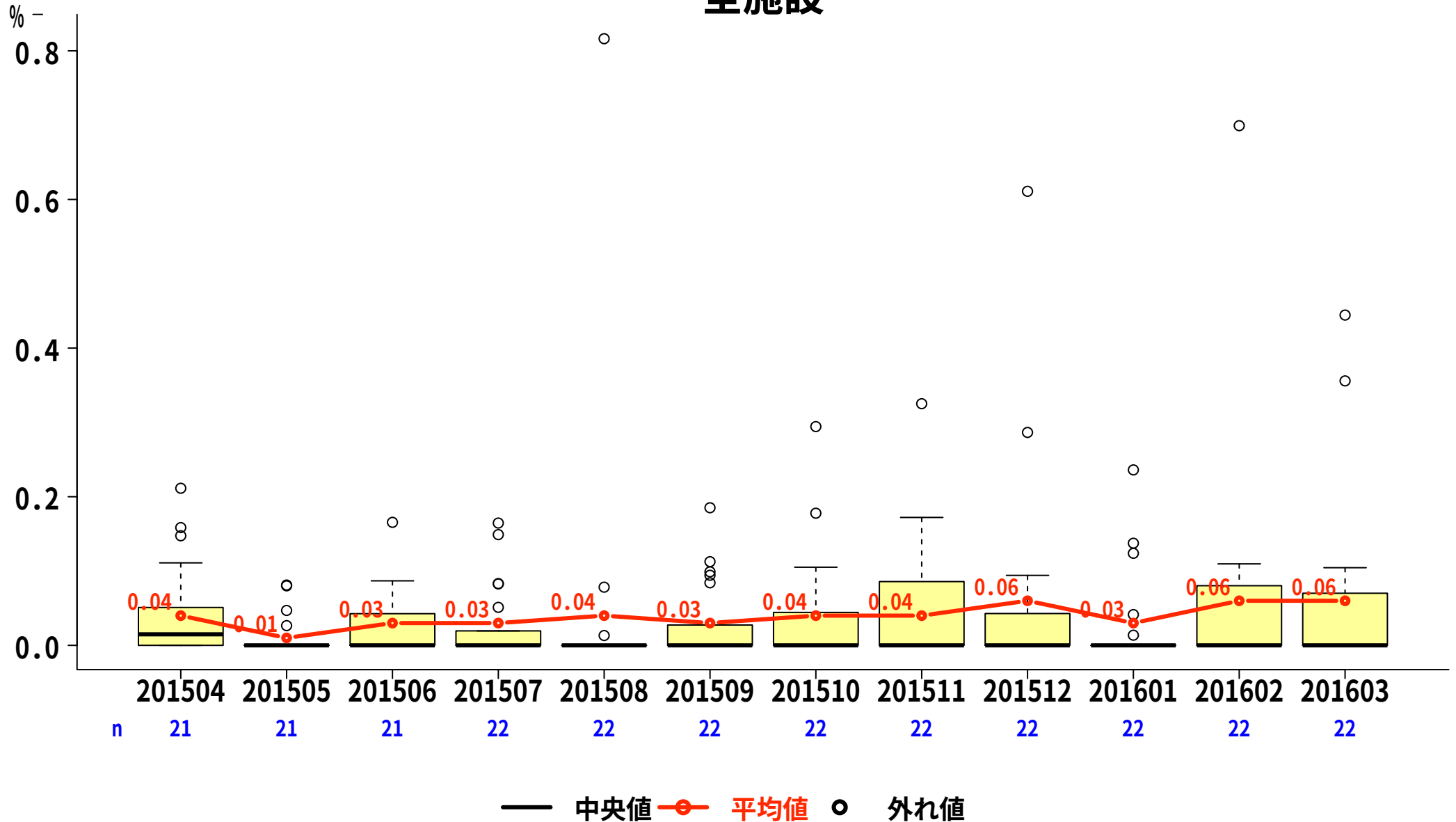
全施設



精神-6 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

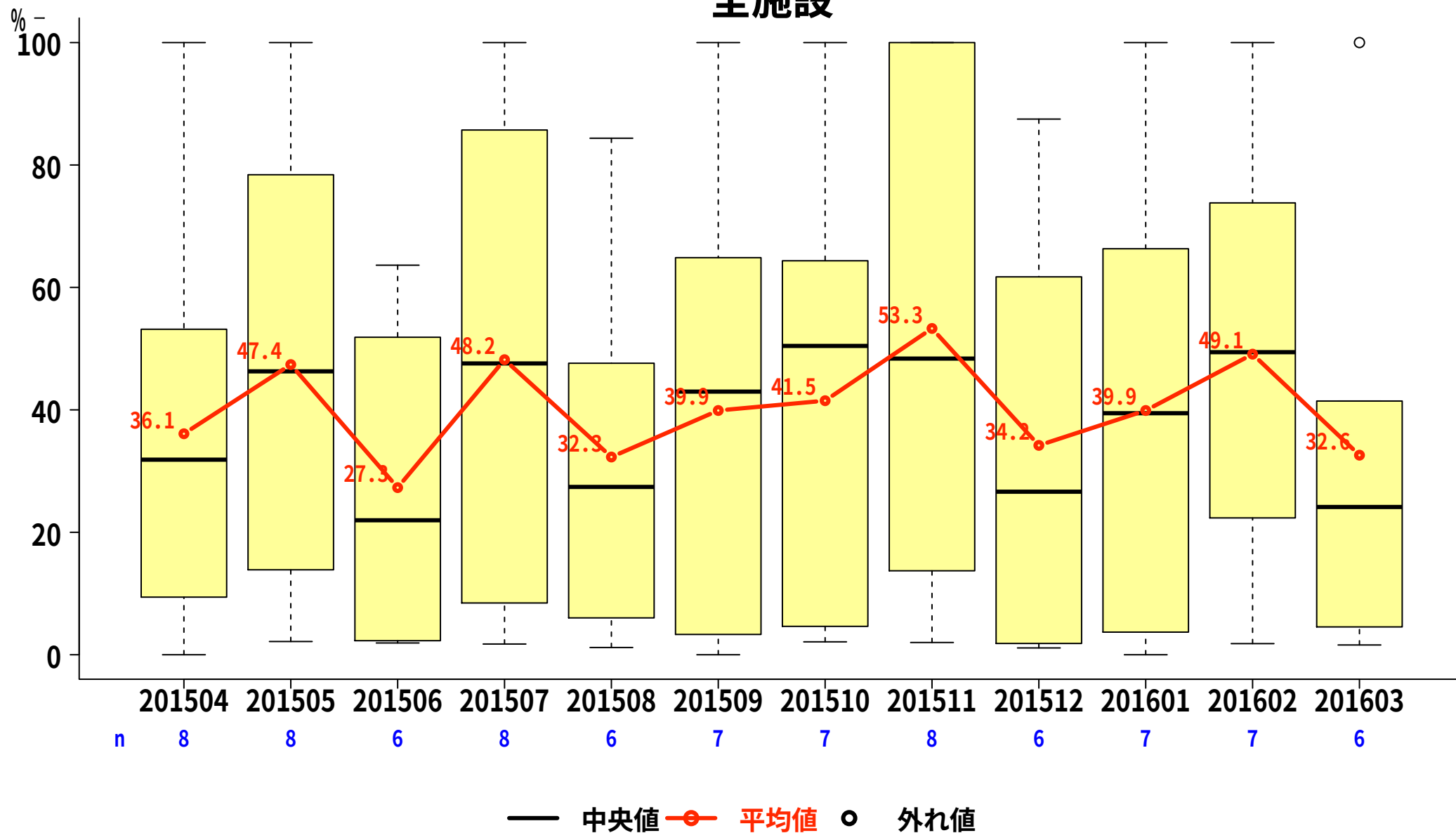


療養病床向けの指標

療養-1 紹介率

分子:紹介患者数
分母:初診患者数

全施設

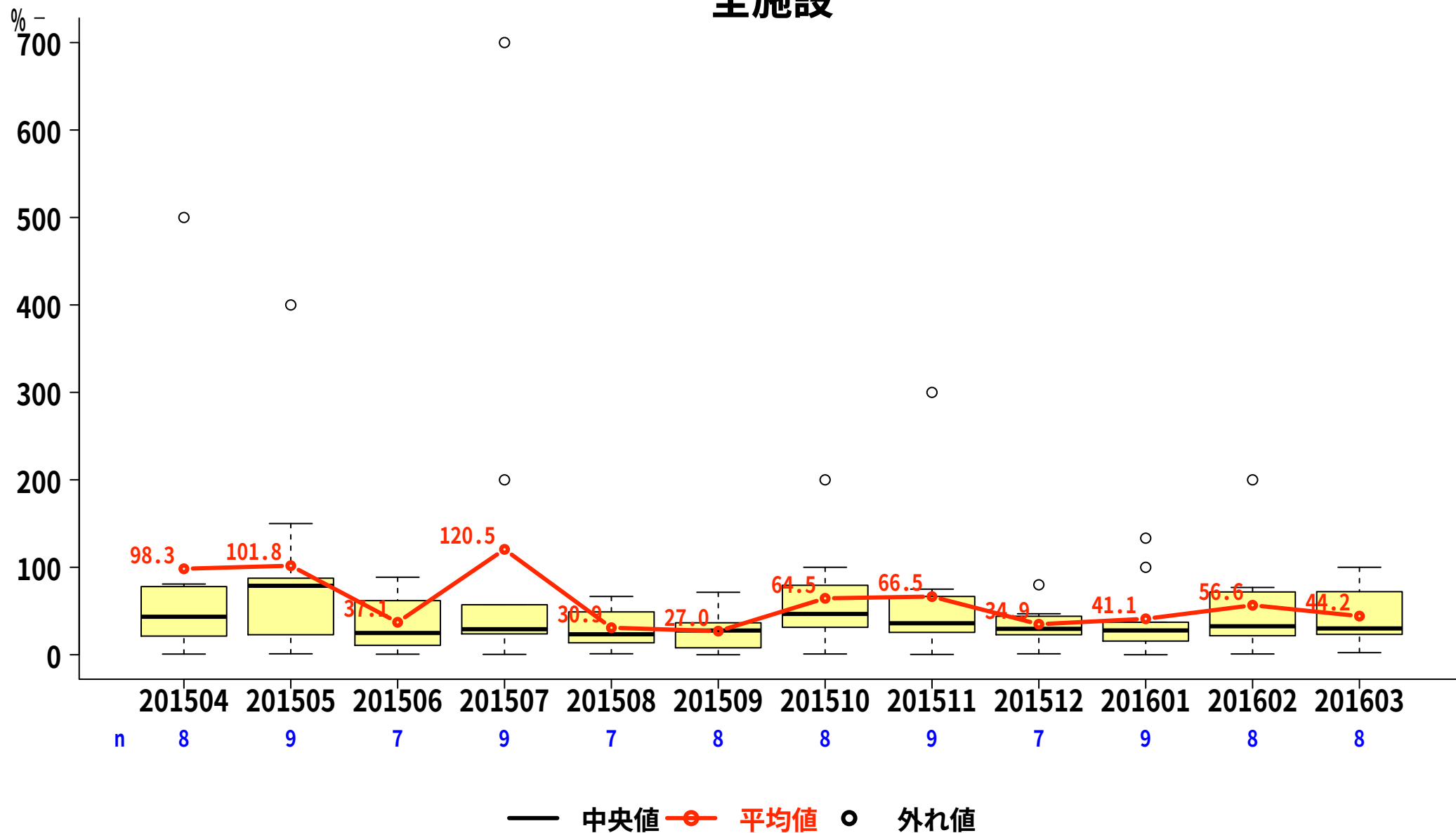


療養-2 逆紹介率

分子:逆紹介患者数

分母:初診患者数

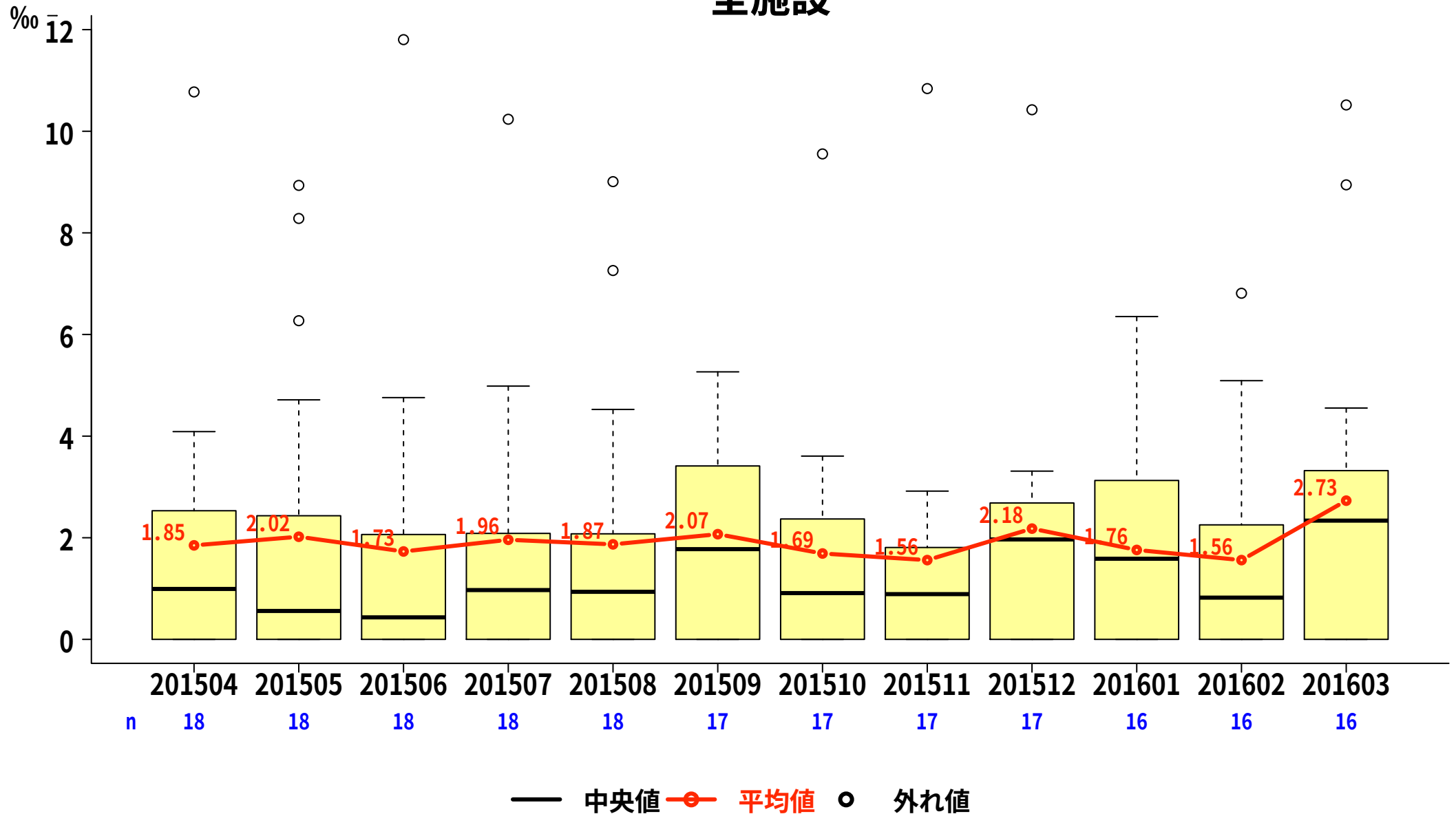
全施設



療養-3-a 入院患者の転倒・転落発生率

分子:医療安全管理室ヘインシデント・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

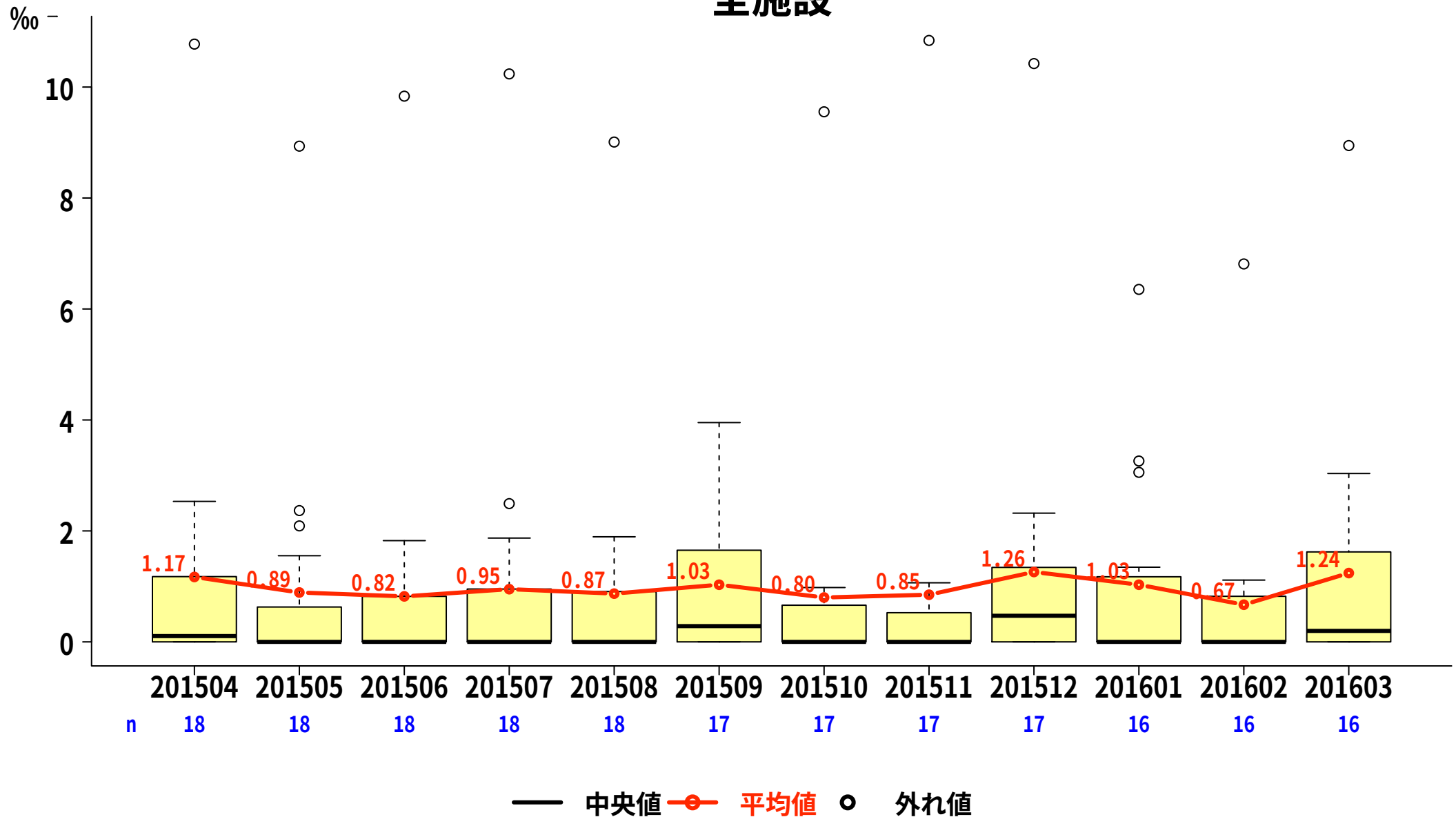
全施設



療養-3-b 入院患者の転倒・転落発生率（レベル2以上）

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2以上の件数
分母:入院延べ患者数

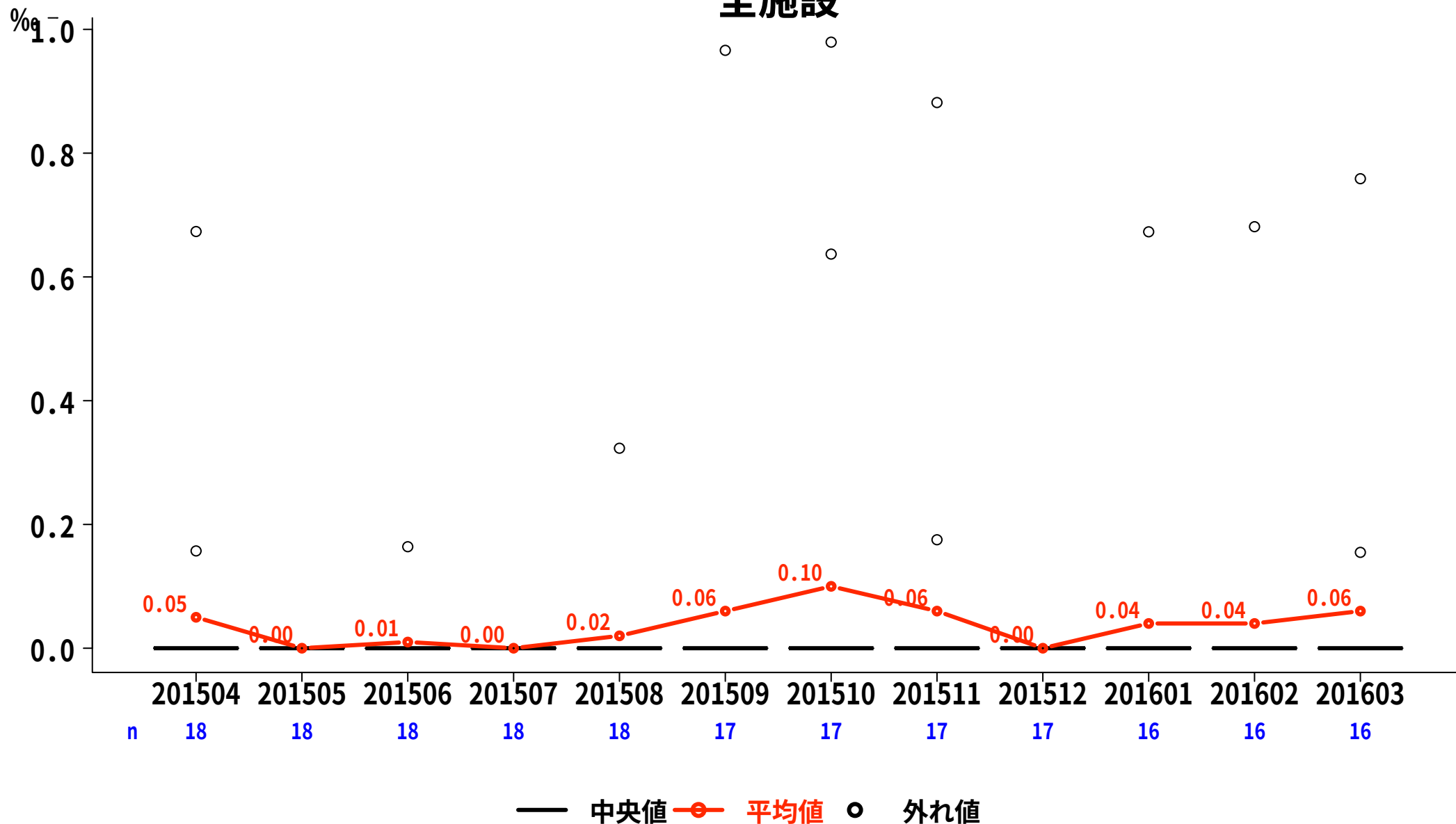
全施設



療養-3-c 入院患者の転倒・転落発生率（レベル4以上）

分子:医療安全管理室ヘインシデント・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以上の件数
分母:入院延べ患者数

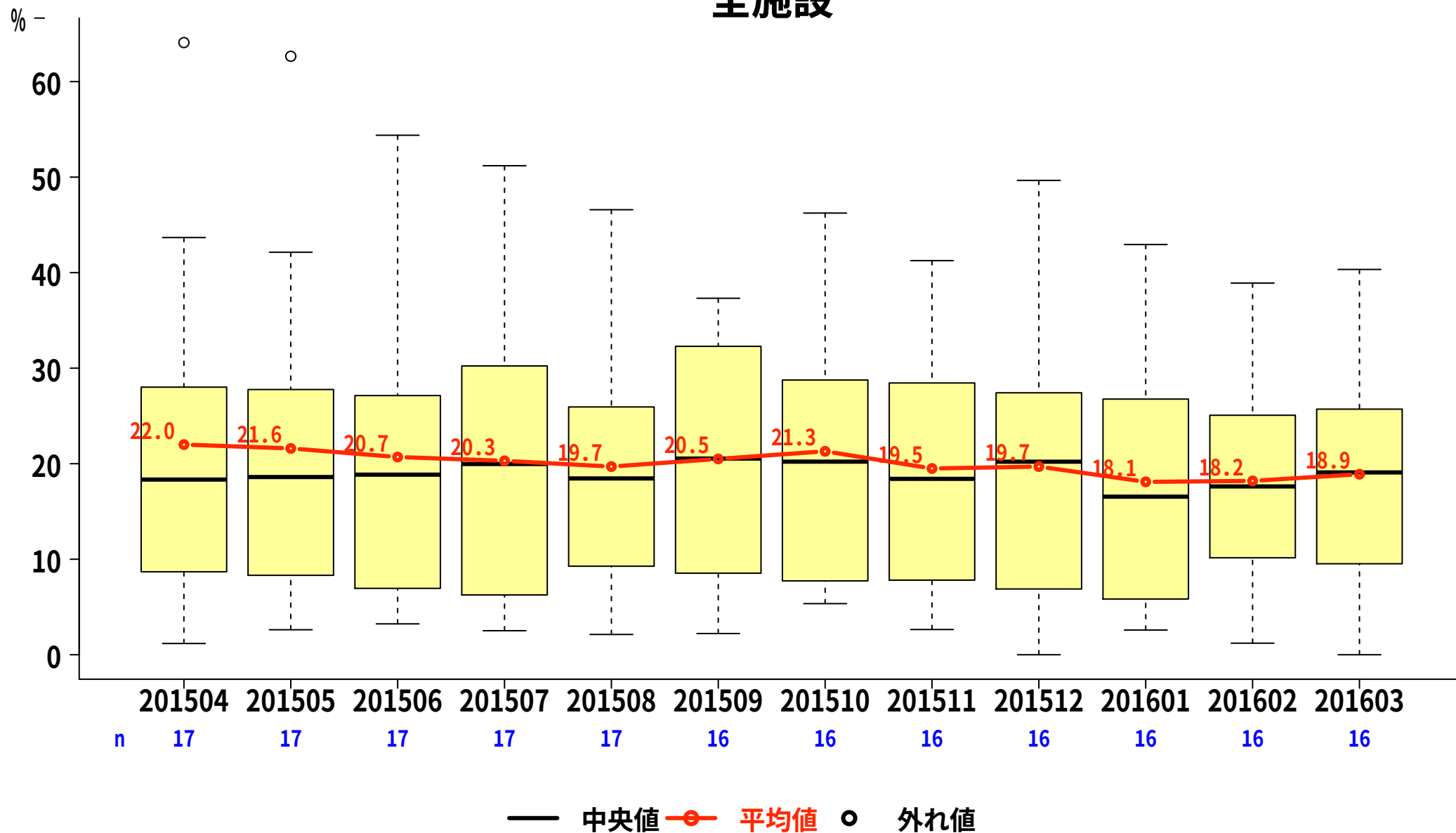
全施設



療養-4 身体抑制率

分子: (物理的)身体抑制を実施した入院延べ患者数
分母: 入院延べ患者数

全施設

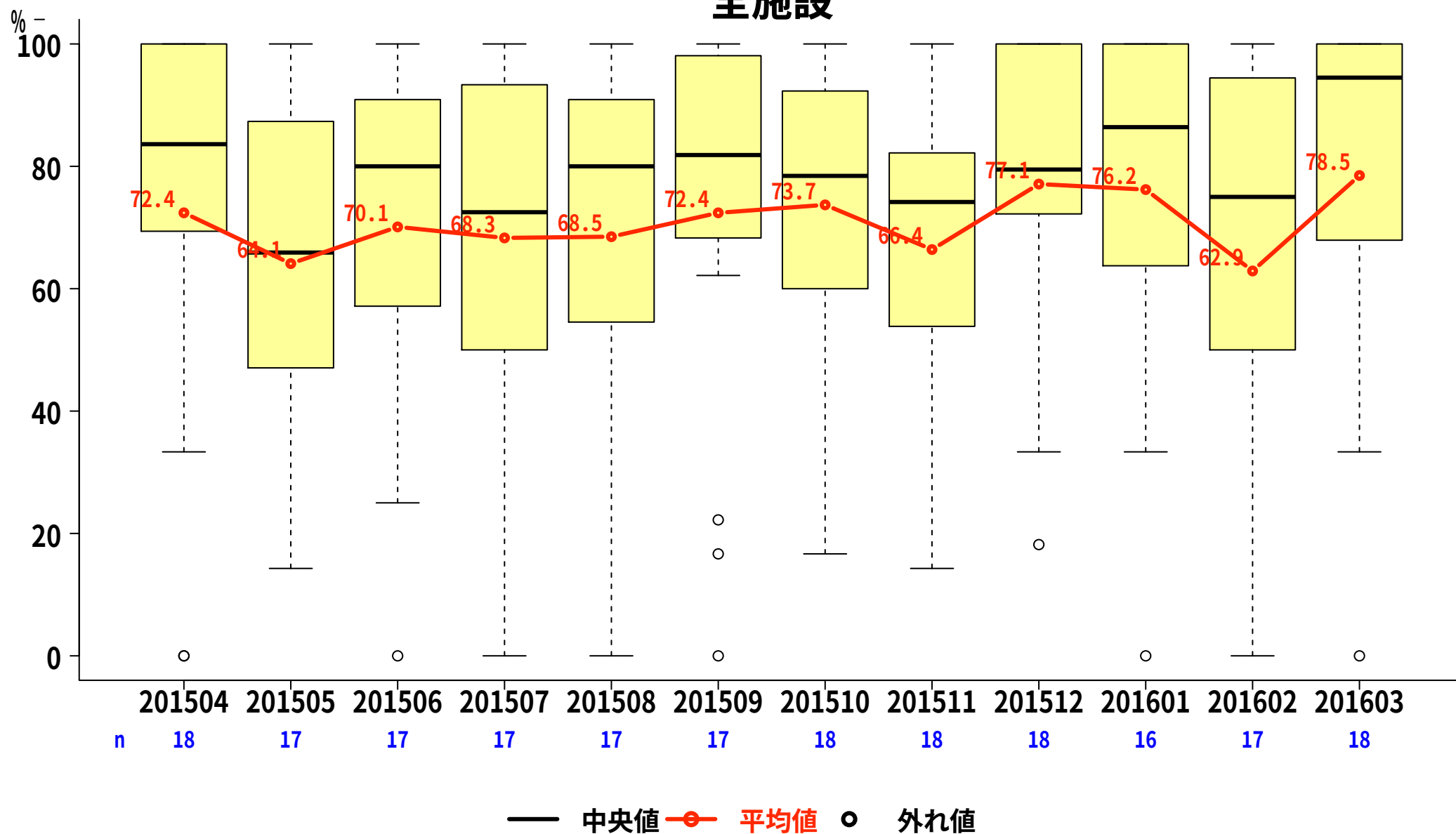


療養-5 在宅復帰率

分子:在宅退院患者数

分母:退院患者数

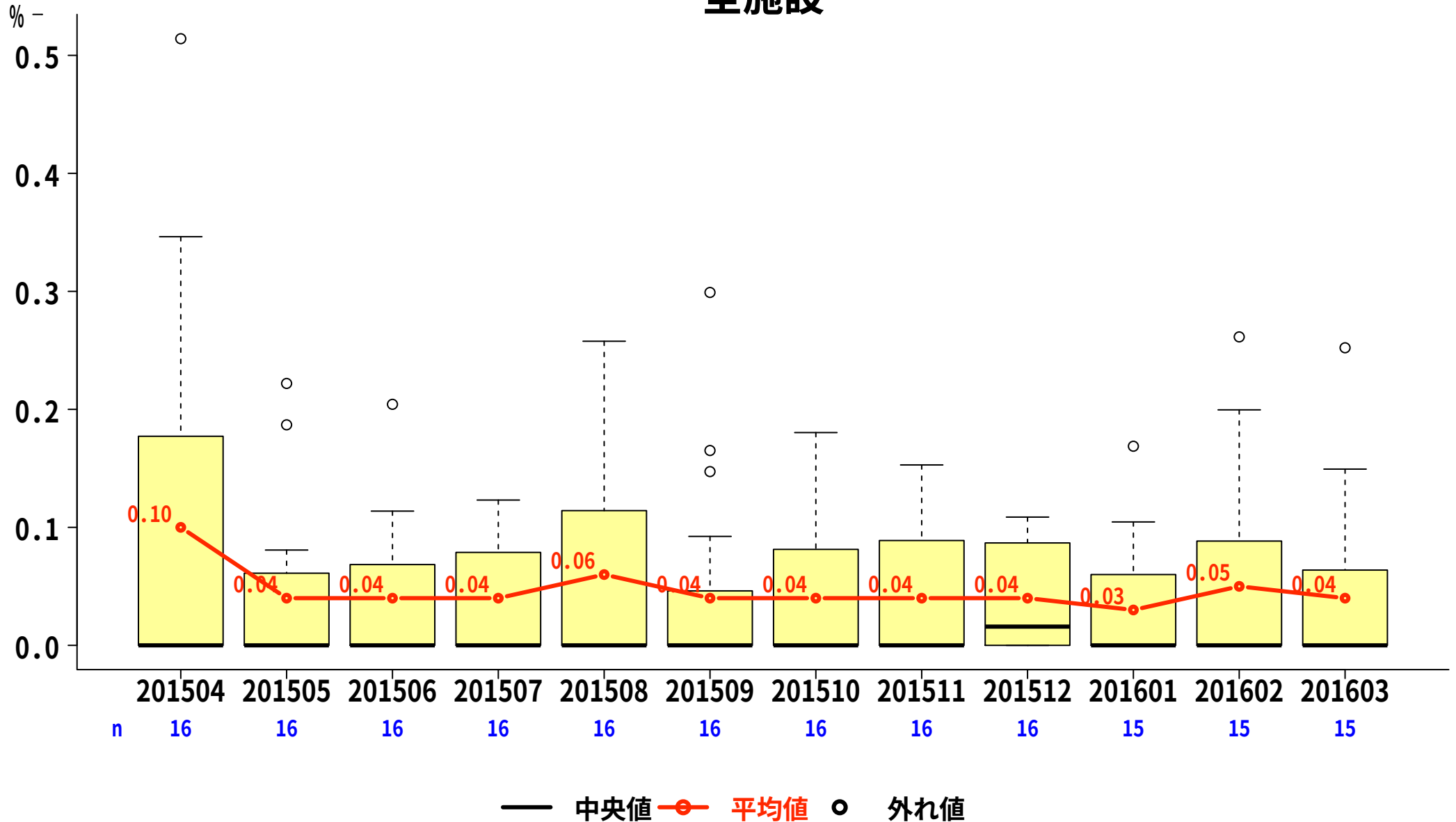
全施設



療養-6 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



経年変化

経年変化

本プロジェクトでは、月ごと、四半期ごとのフィードバックだけではなく、最後には年度ごとの図表もフィードバックしています。

項目によっては、改善活動を行ってすぐ変化がでるとは限りません。各病院がコツコツと努力を重ねていくと、1年後、また次の1年後と、少しずつ変化が現れます。データの集計期間を変えることで、目的が達成されているのかを確認することができます。活動を行っているにも関わらず、目的が達成されていないのであれば、新たな活動に変える必要もあるかもしれません。

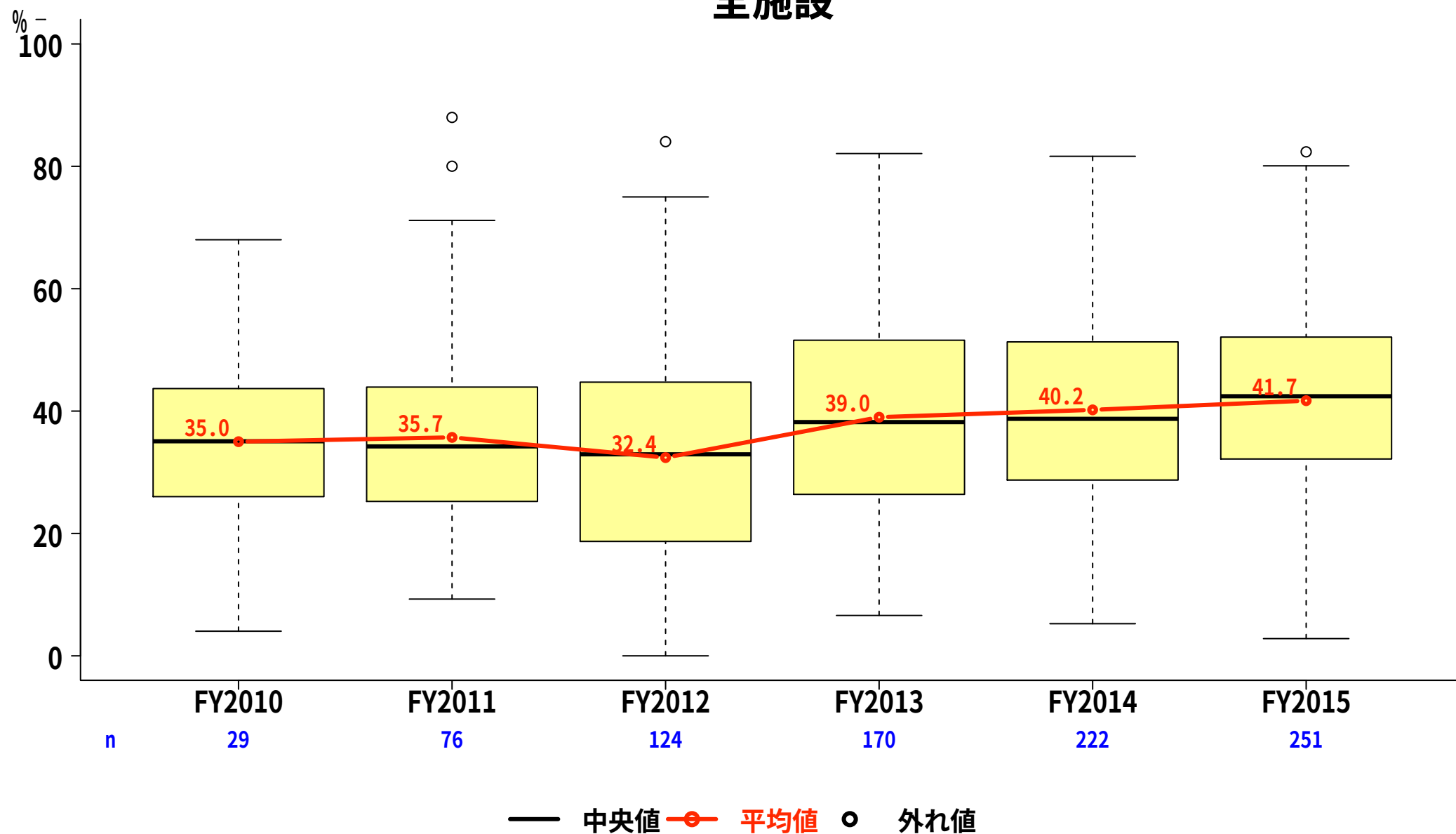
年度ごとの図表をフィードバックすることで、月ごと、四半期ごとのフィードバックだけからは見えてこない要因を見つけ出し、医療の質改善への一歩につなげてもらいたいと考えています。

一般-1 患者満足度(外来患者) 満足

分子:「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問に満足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

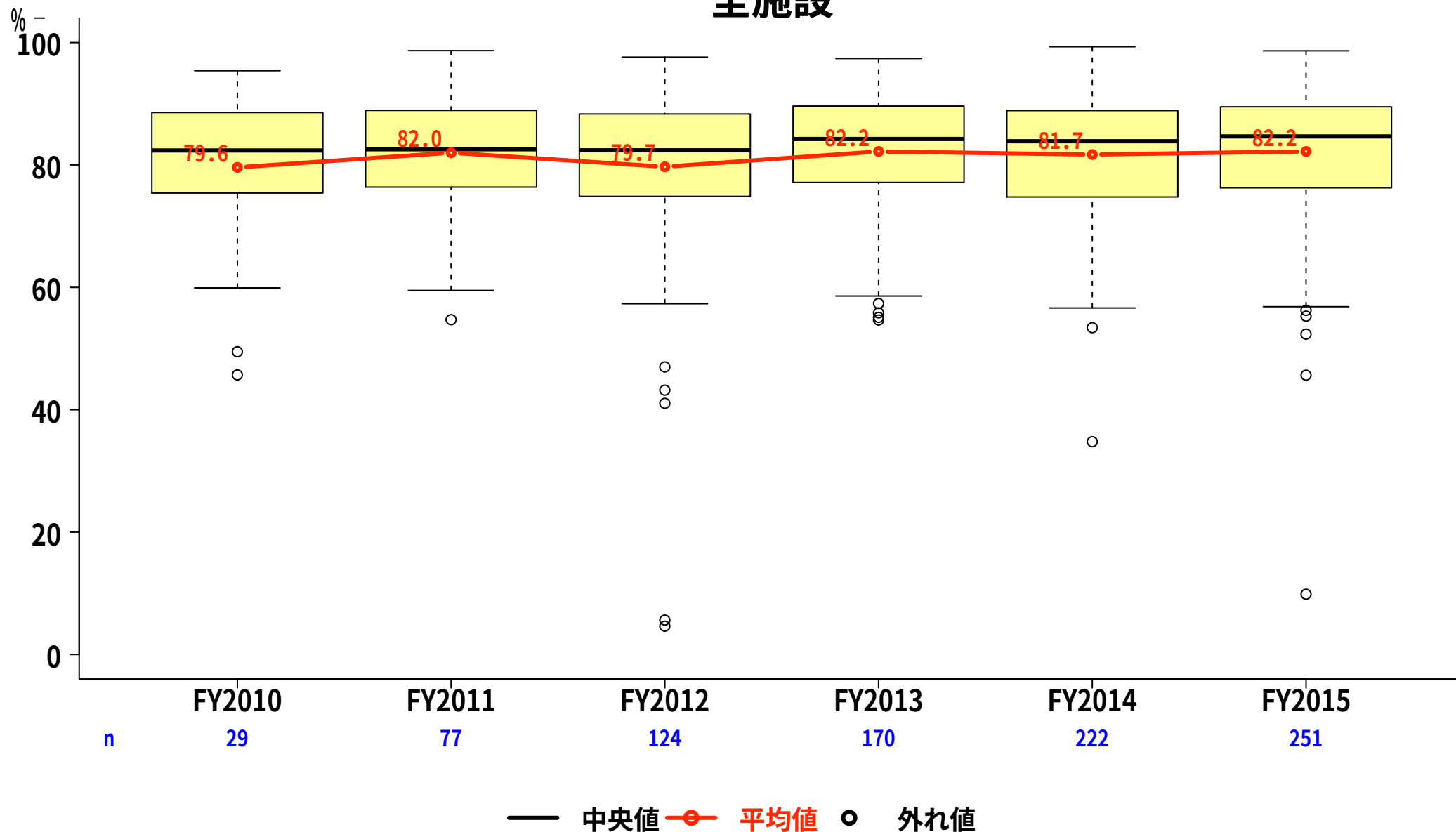
全施設



一般-2 患者満足度(外来患者) 満足またはやや満足

分子:「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問に満足またはやや満足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

全施設

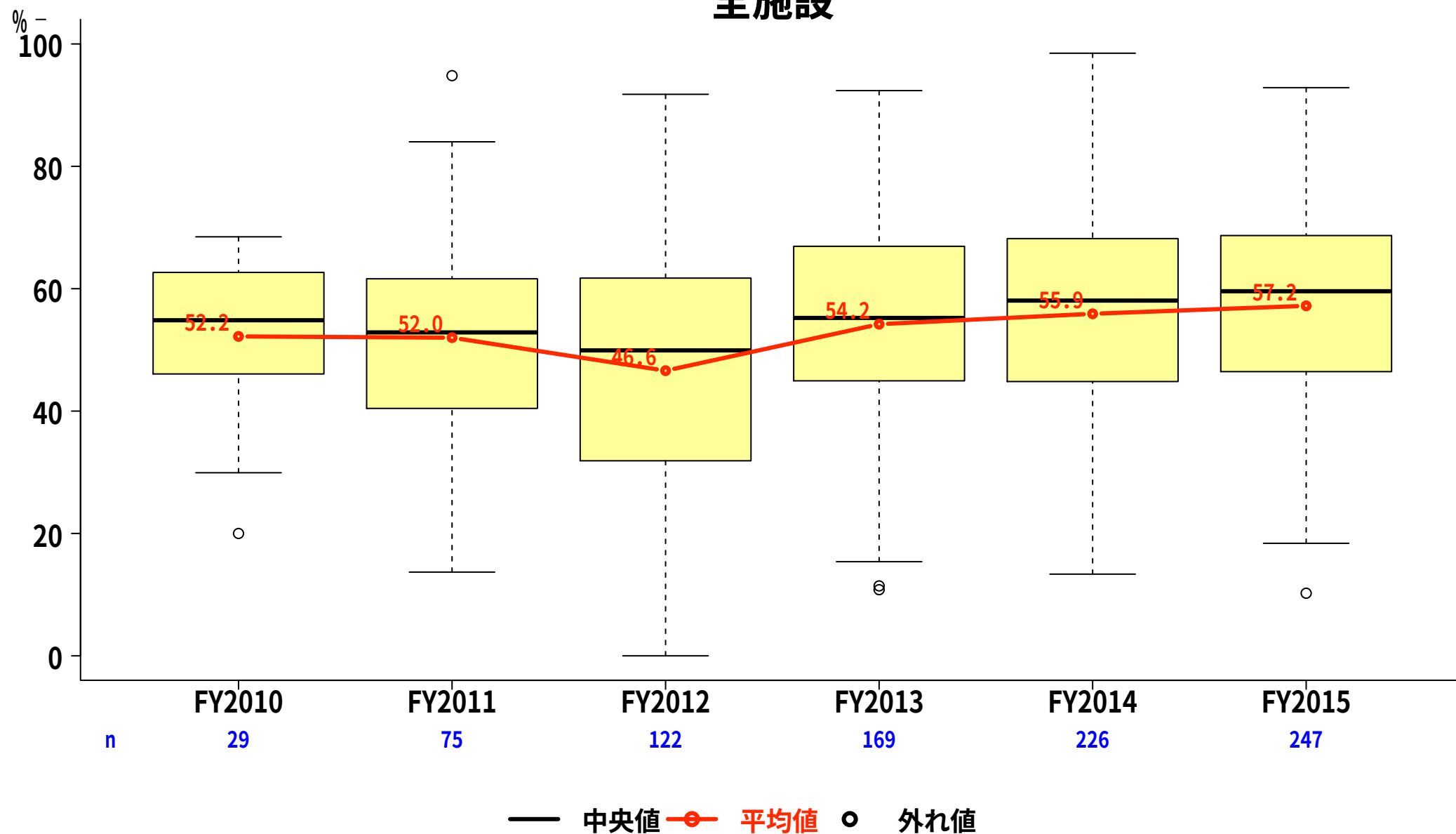


一般-3 患者満足度(入院患者) 満足

分子:「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問に満足と回答した入院患者数

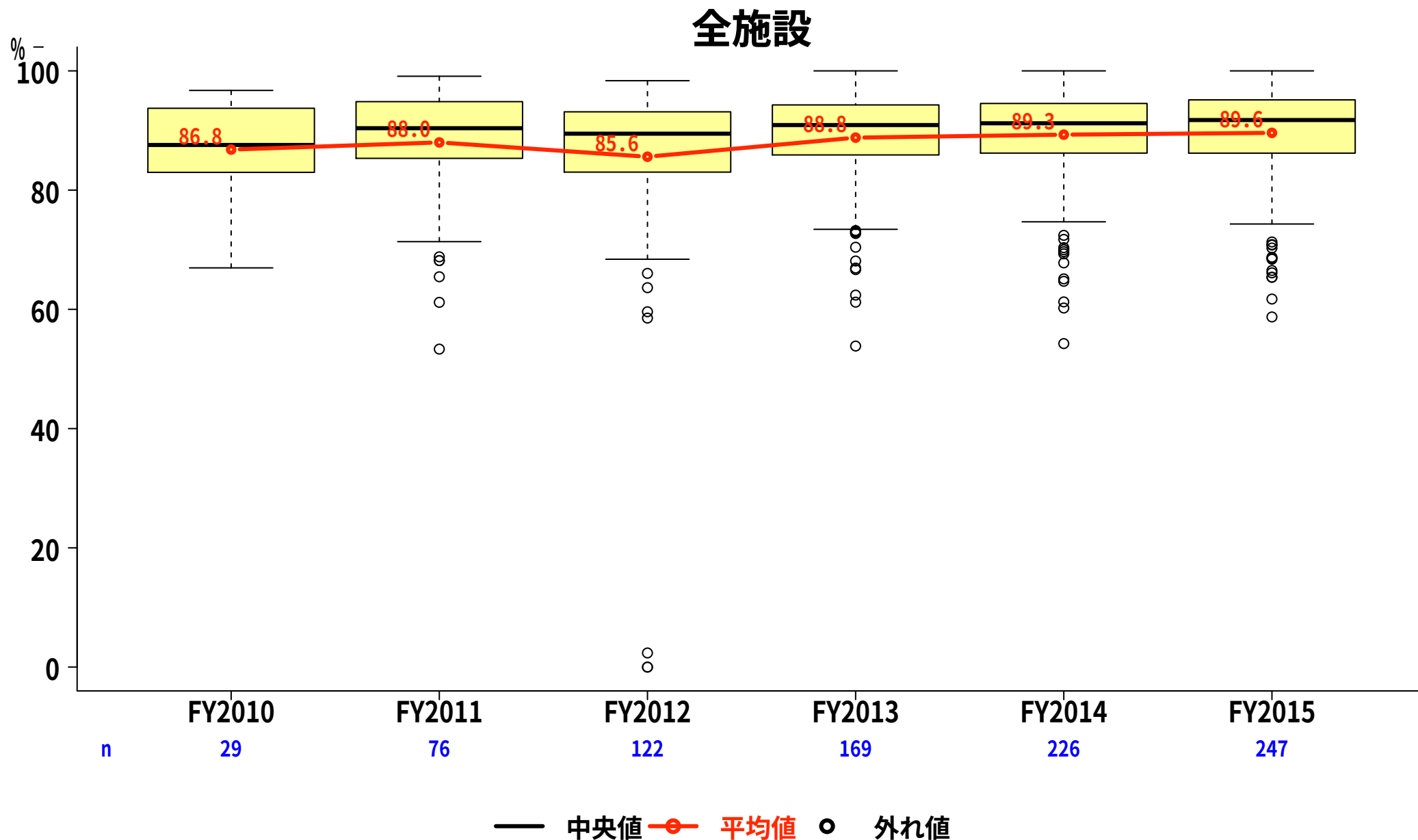
分母:患者満足度調査に回答した入院患者数

全施設



一般-4 患者満足度(入院患者) 満足またはやや満足

分子:「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問に満足またはやや満足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

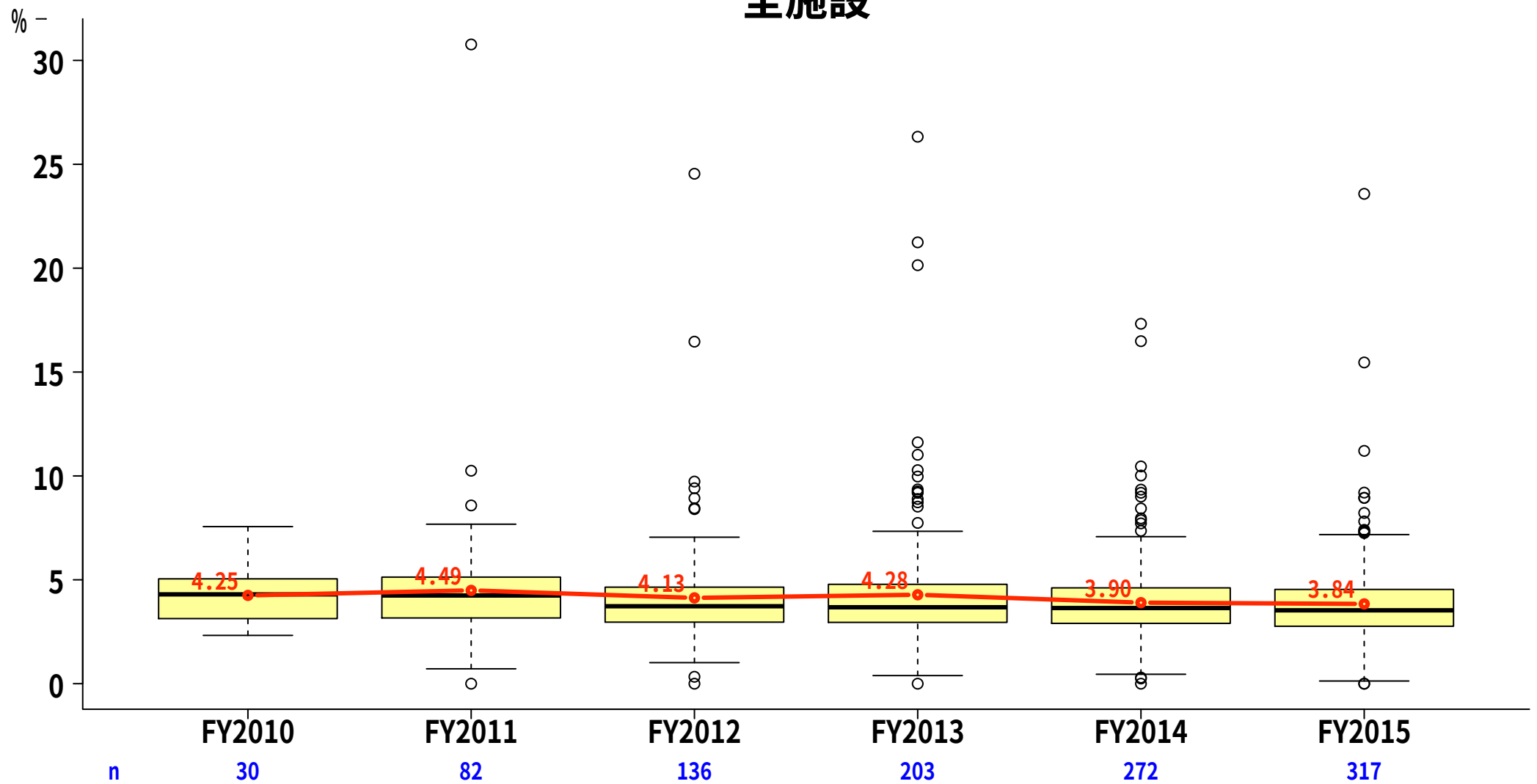


一般-5 死亡退院患者率

分子:死亡退院患者数

分母:退院患者数

全施設

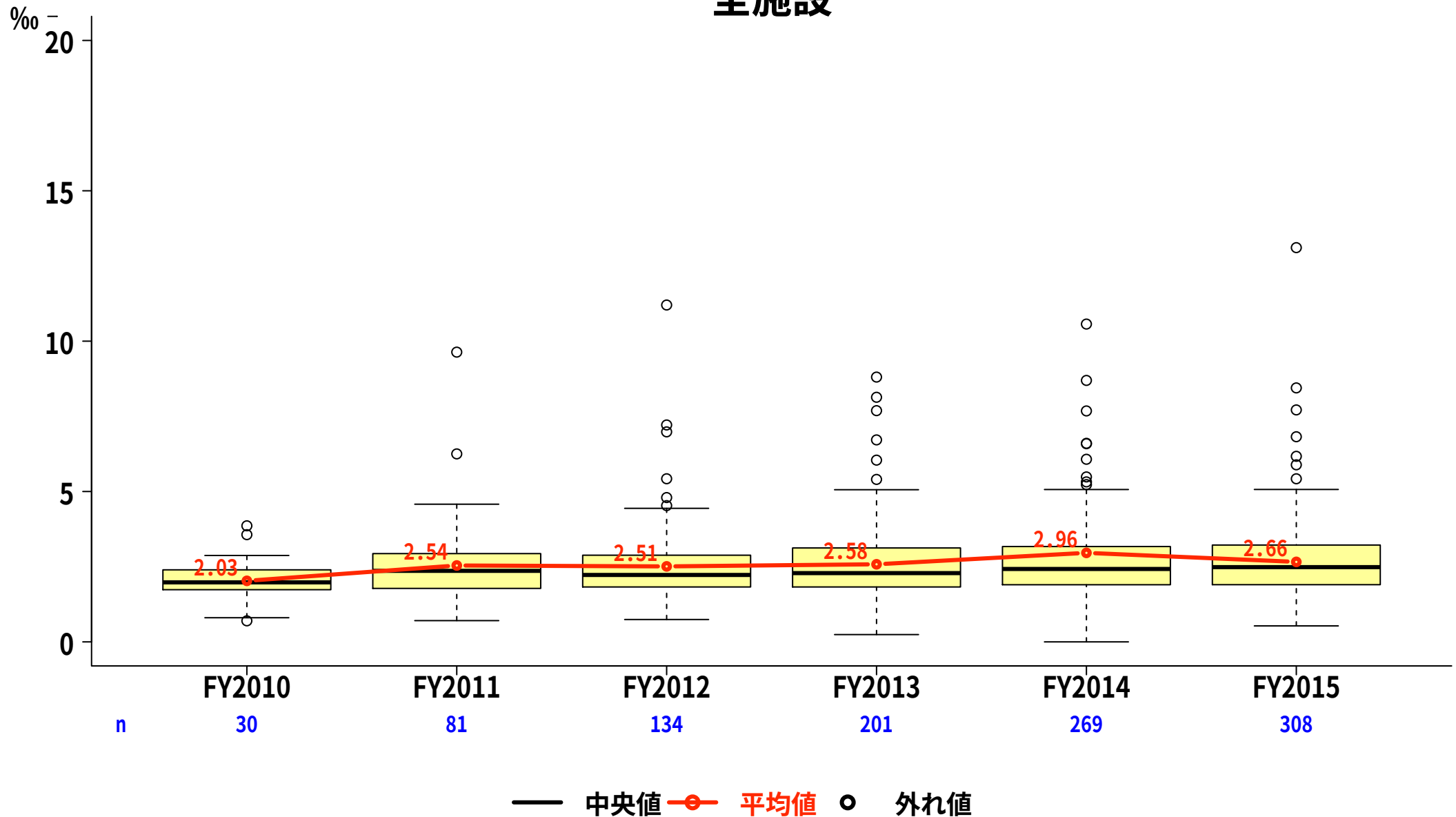


— 中央値 —●— 平均値 ○ 外れ値

一般-6 入院患者の転倒・転落発生率

分子:医療安全管理室ヘインシデント・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

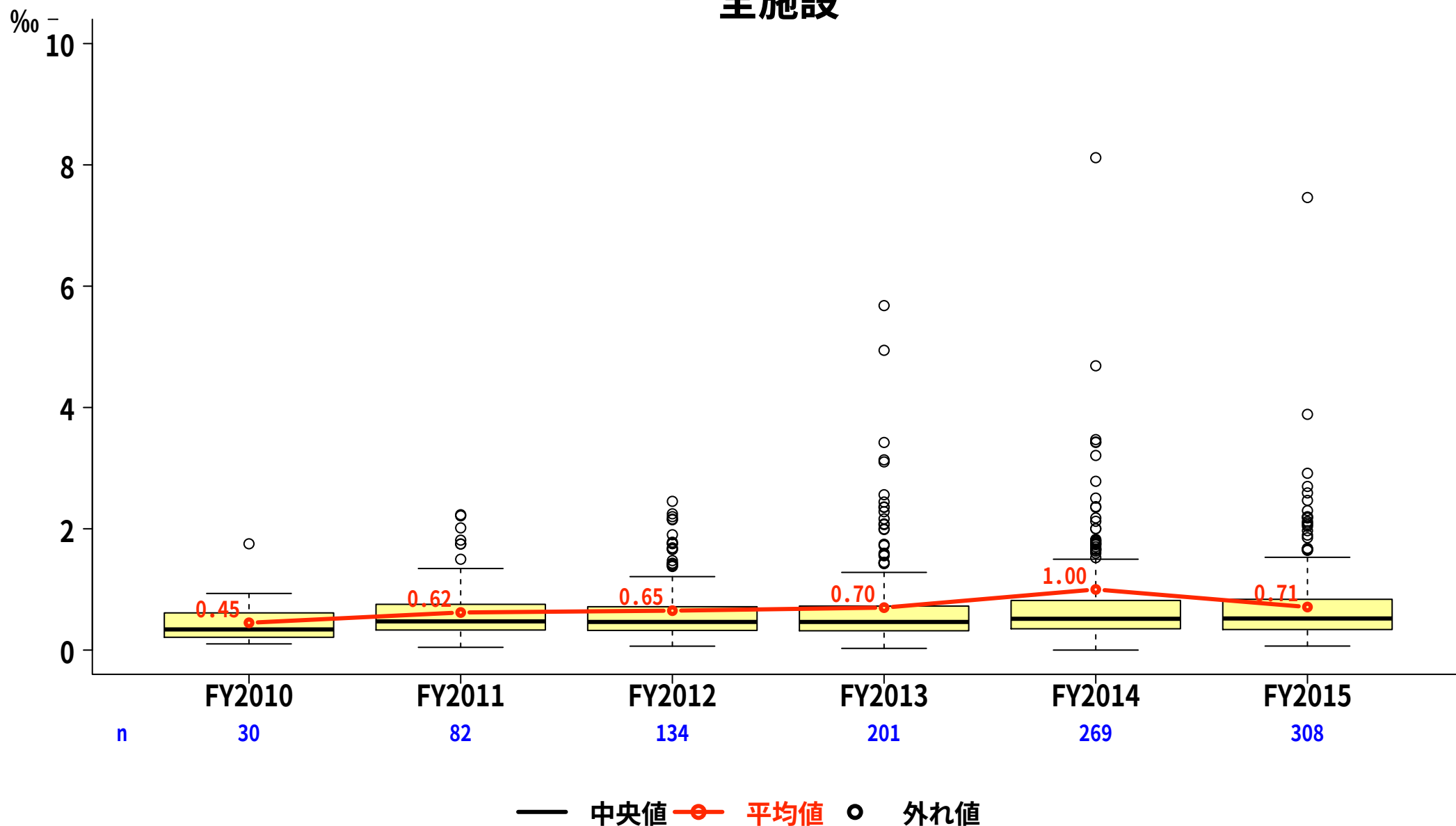
全施設



一般-7 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(レベル2以上)

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2以上の件数
分母:入院延べ患者数

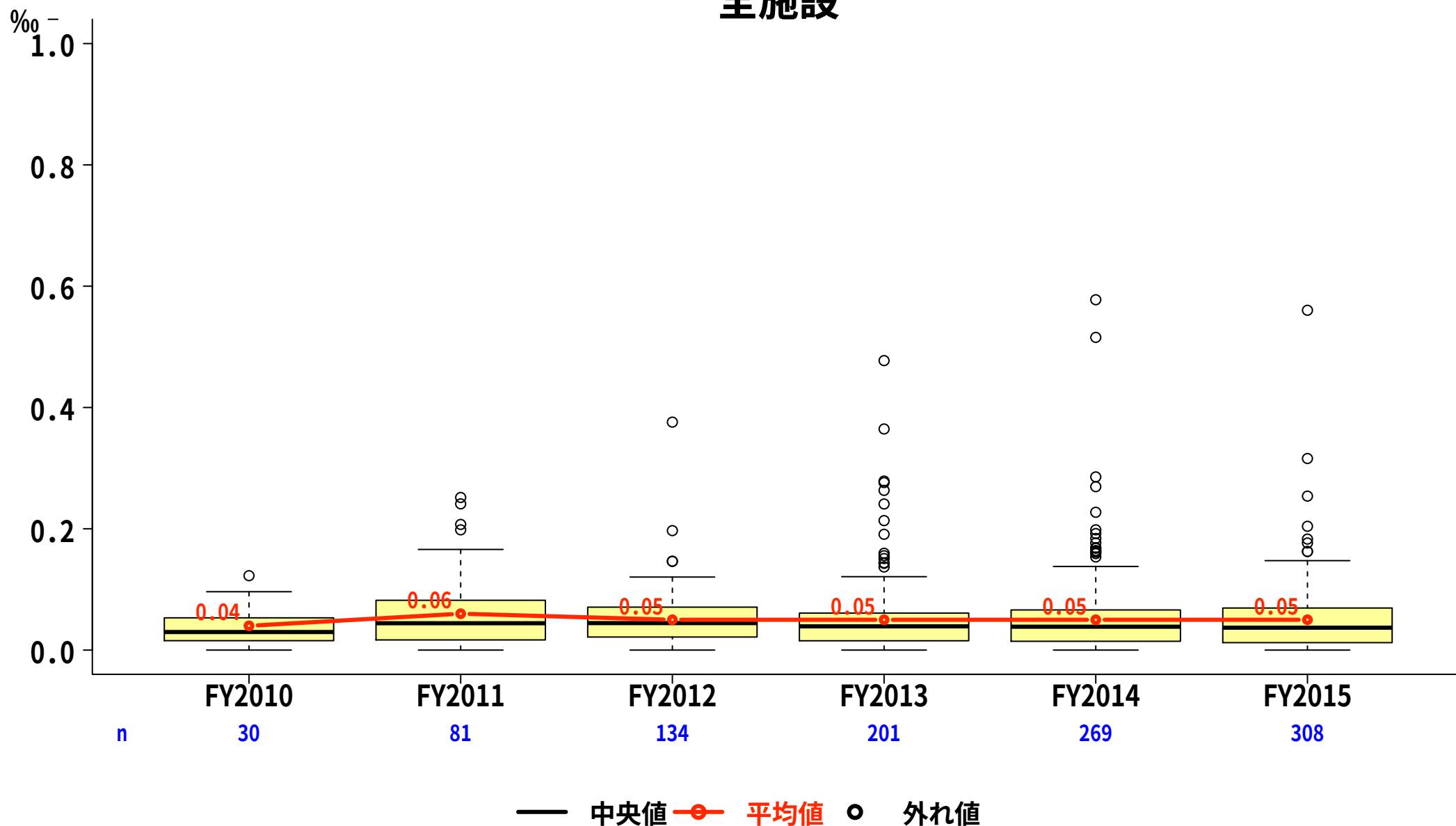
全施設



一般-8 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(レベル4以上)

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以上の件数
分母:入院延べ患者数

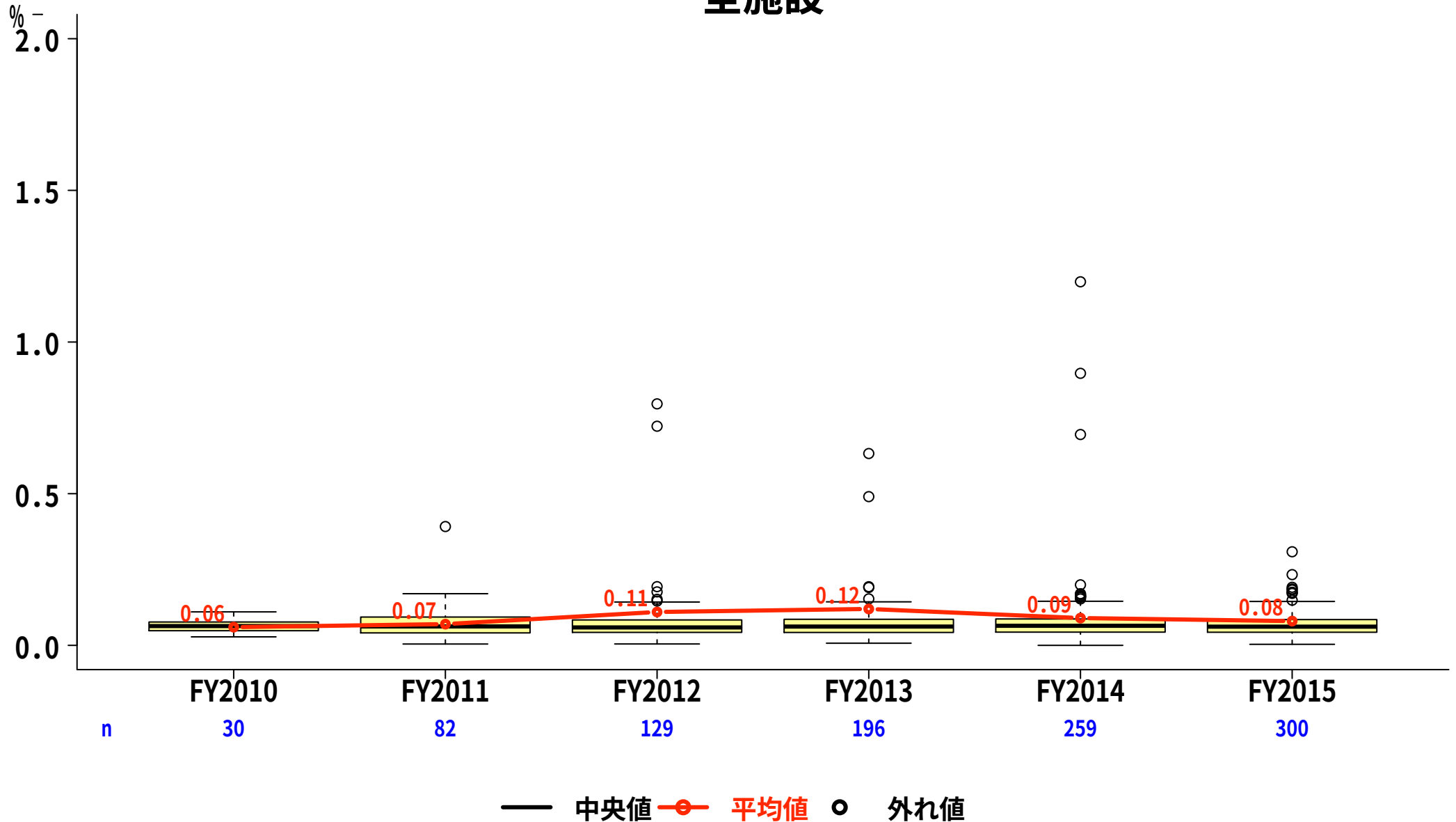
全施設



一般-9 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

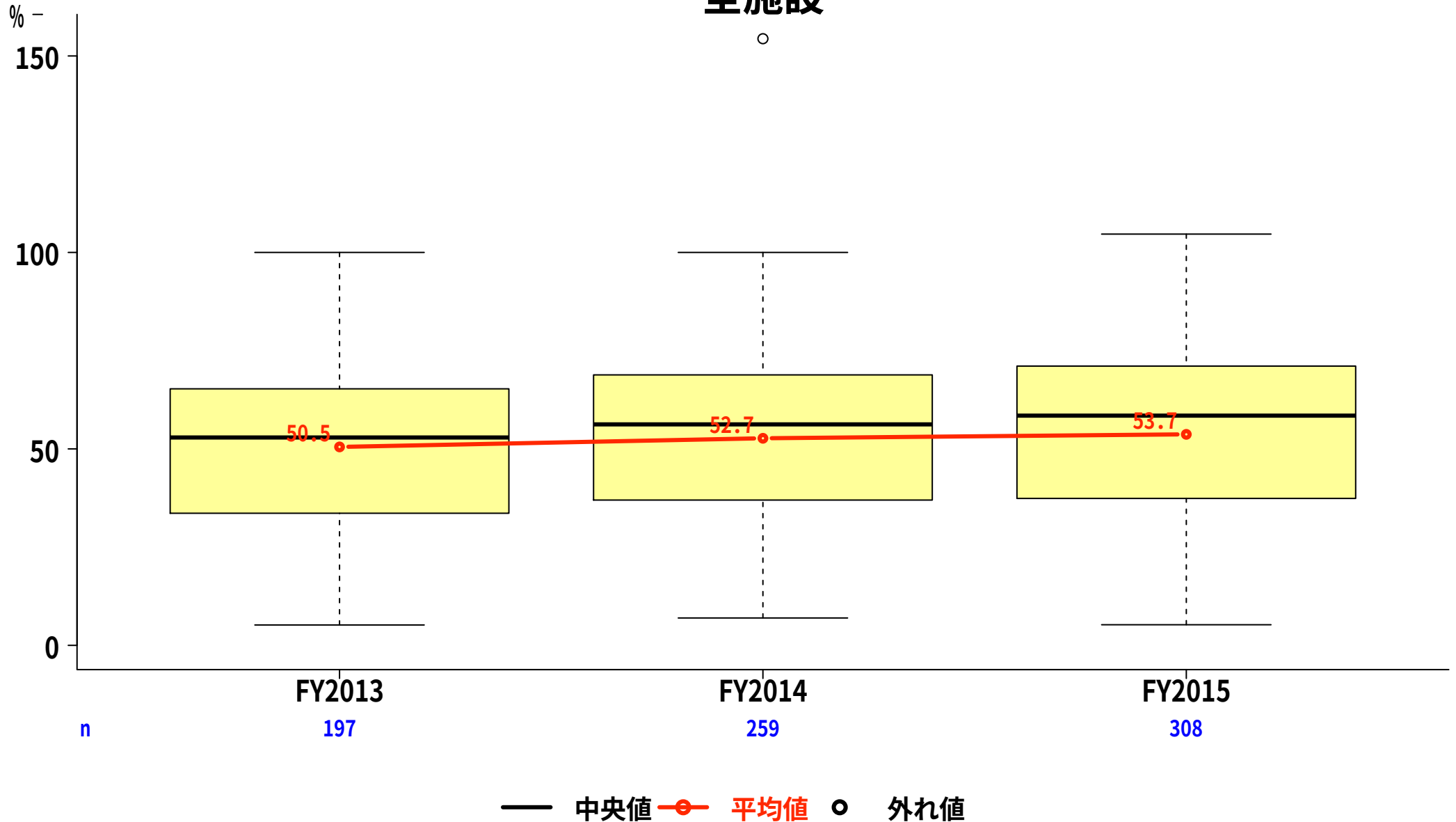


一般-10 紹介率

分子:紹介初診患者数

分母:初診患者数-(休日・夜間以外の初診救急車搬送患者数+休日・夜間の初診救急患者数)

全施設

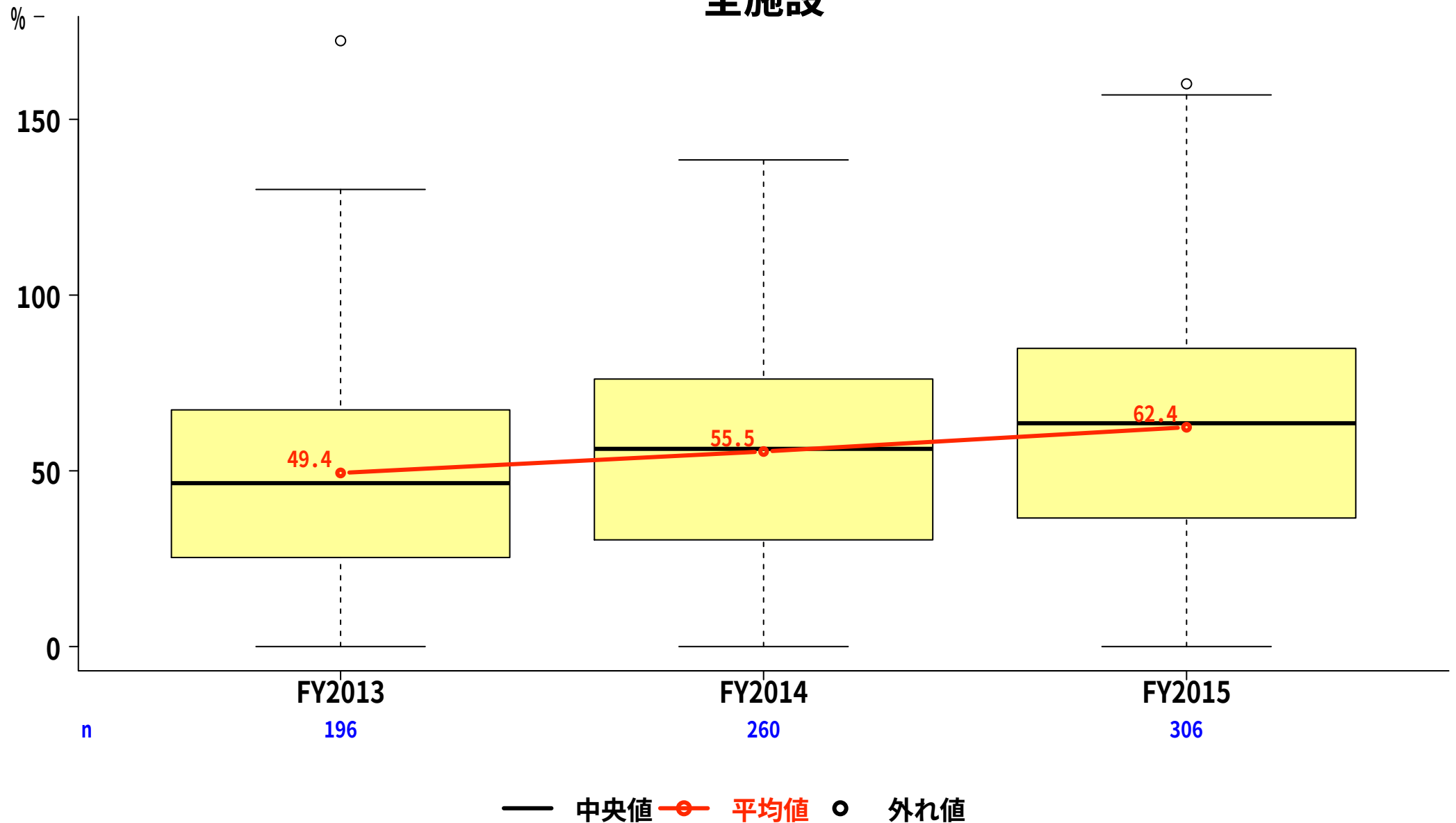


一般-11 逆紹介率

分子:逆紹介患者数

分母:初診患者数-(休日・夜間以外の初診救急車搬送患者数+休日・夜間の初診救急患者数)

全施設

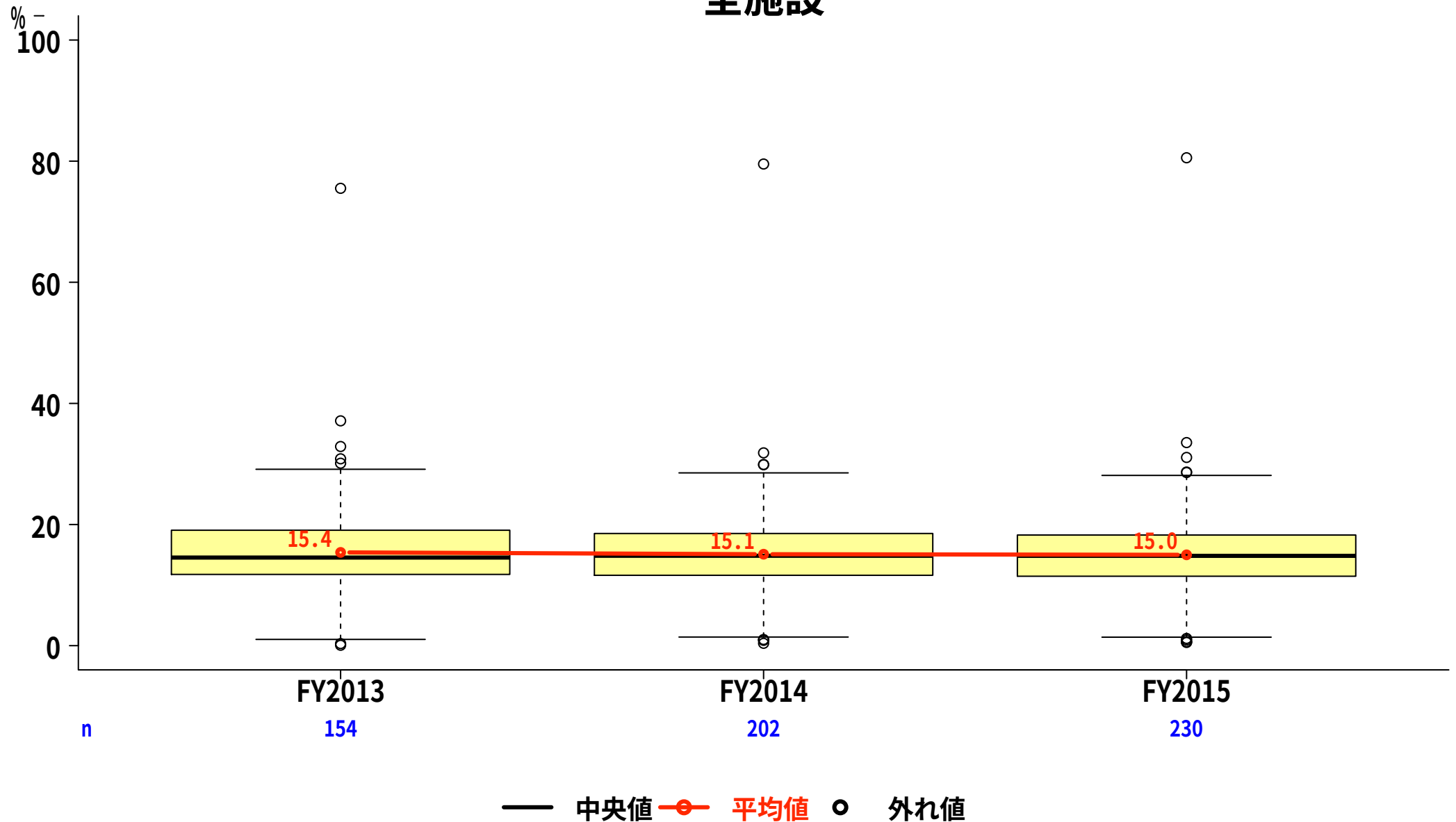


一般-12 尿道留置カテーテル使用率

分子:尿道留置カテーテルが挿入されている入院延べ患者数

分母:入院延べ患者数

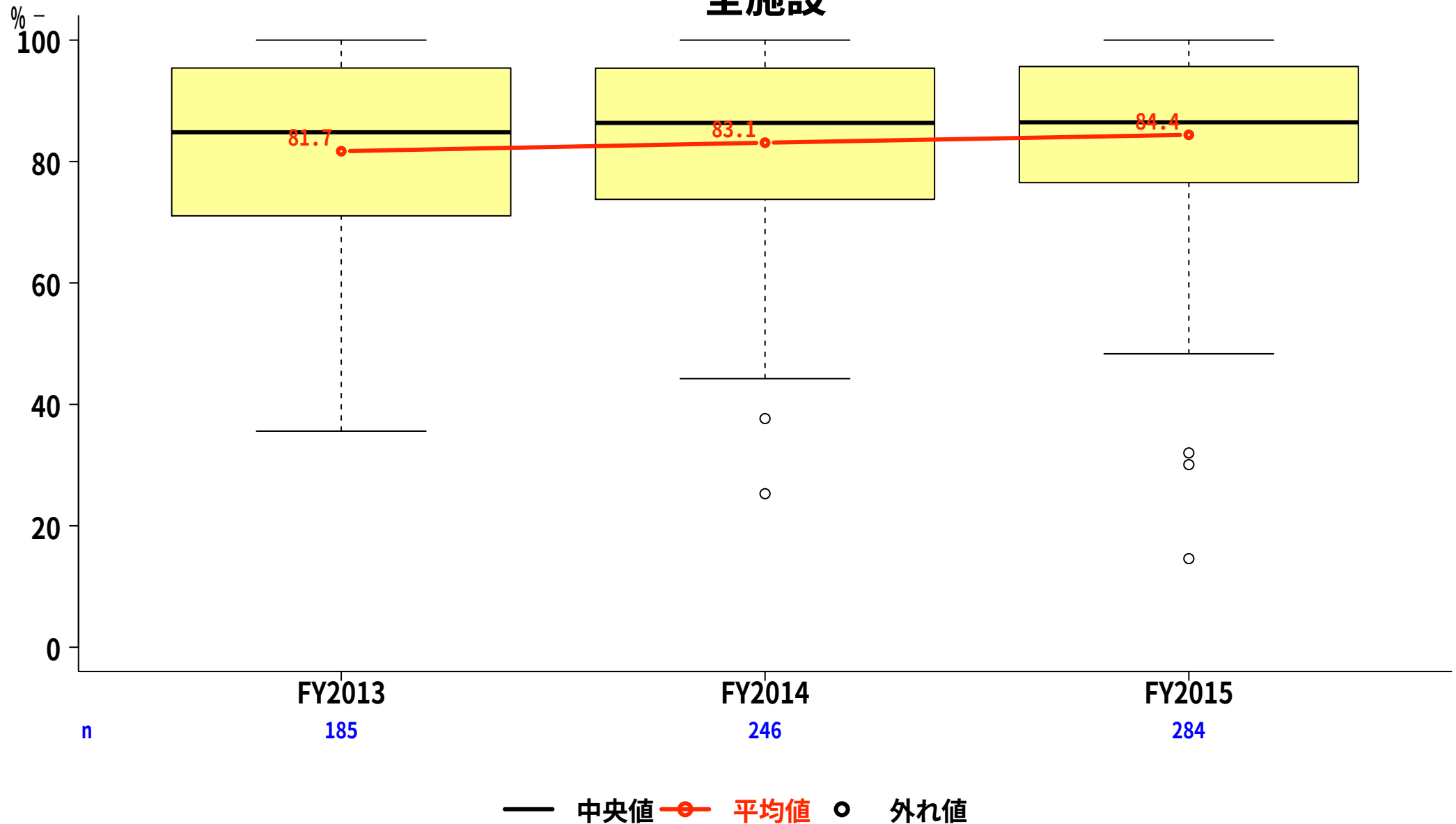
全施設



一般-13 救急車・ホットライン応需率

分子:救急車で来院した患者数
分母:救急車受け入れ要請人数

全施設

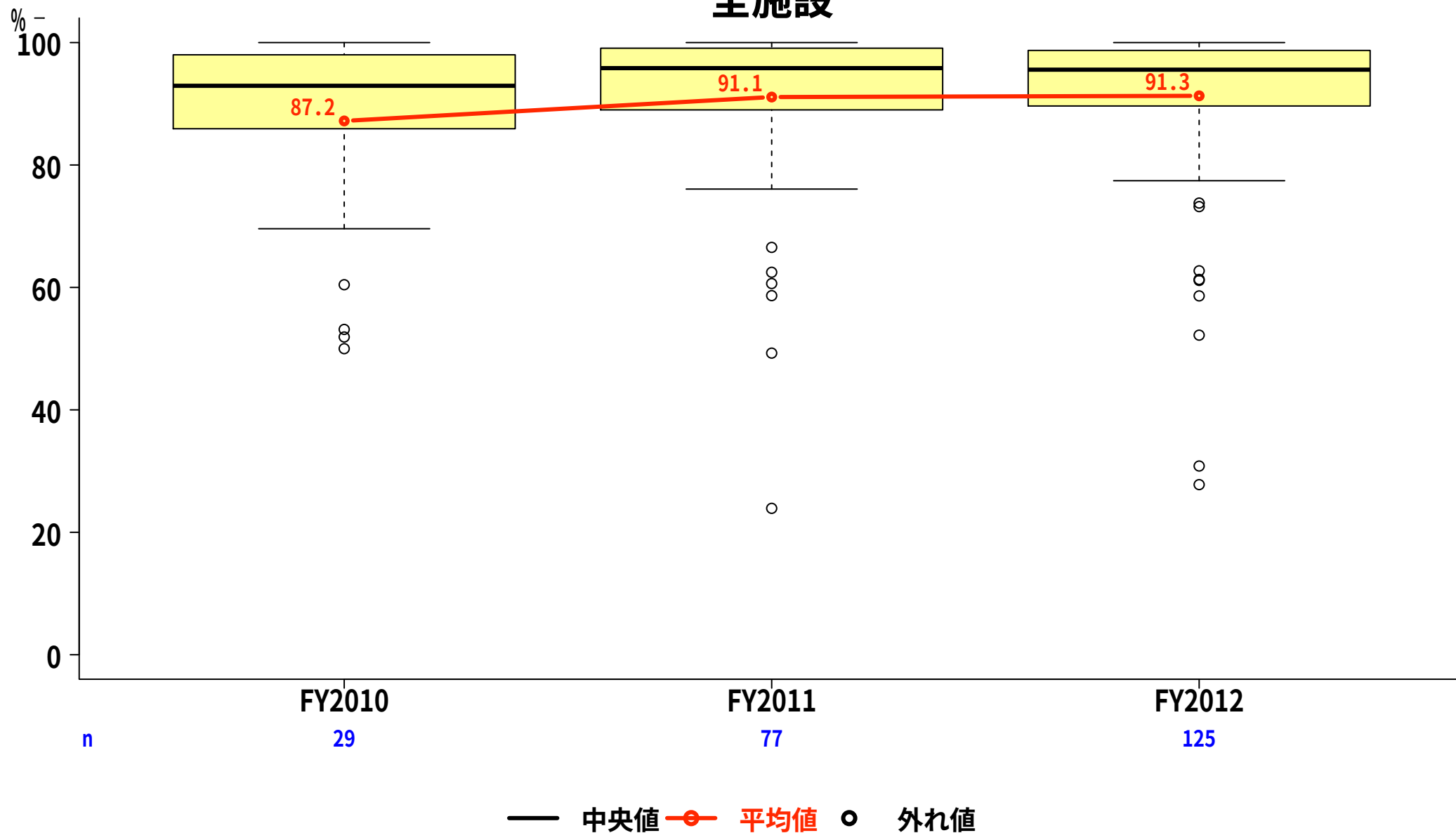


一般-14 手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率

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

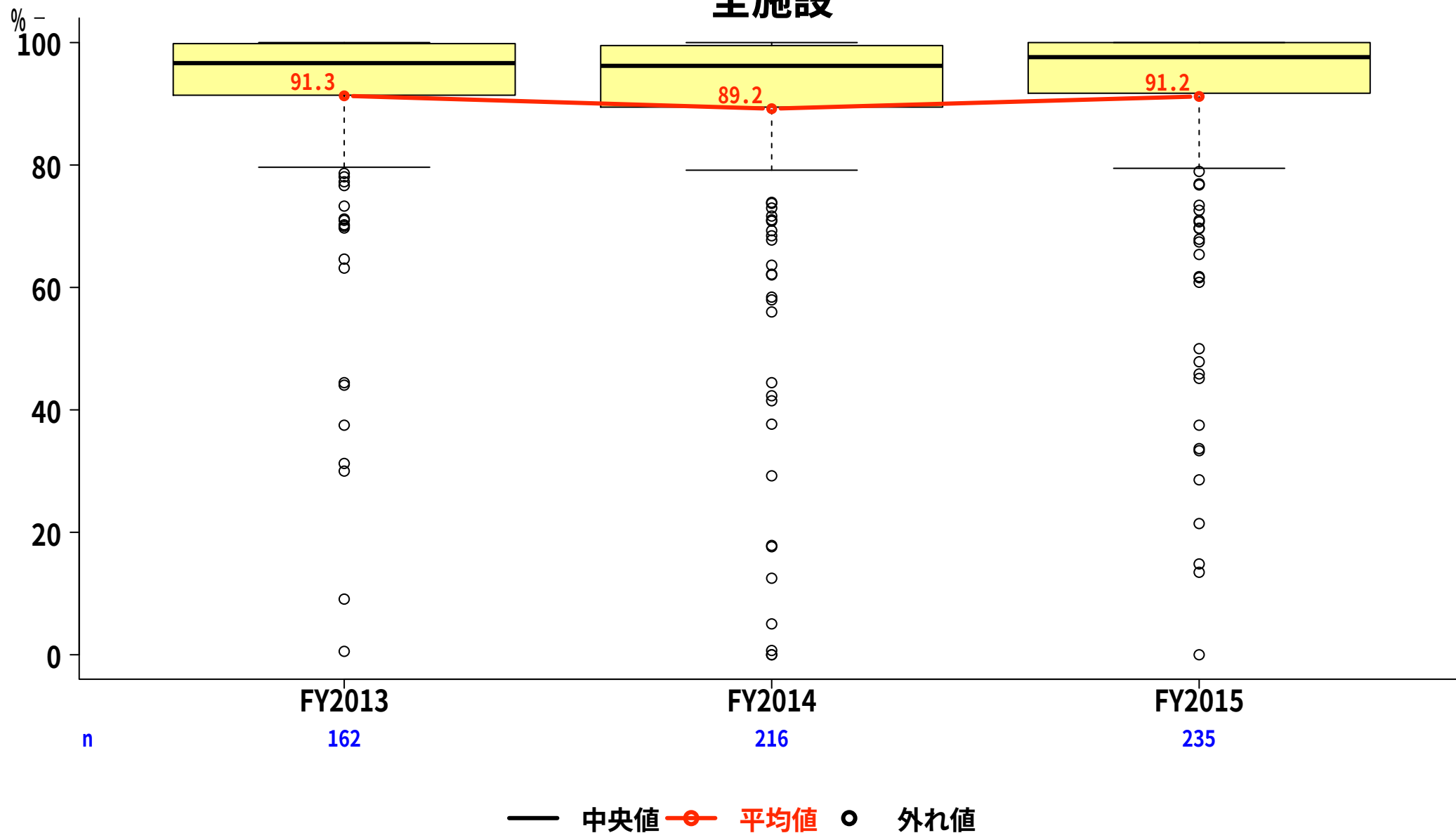


一般-15 特定術式における手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率

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手術件数

分母:特定術式の手術件数

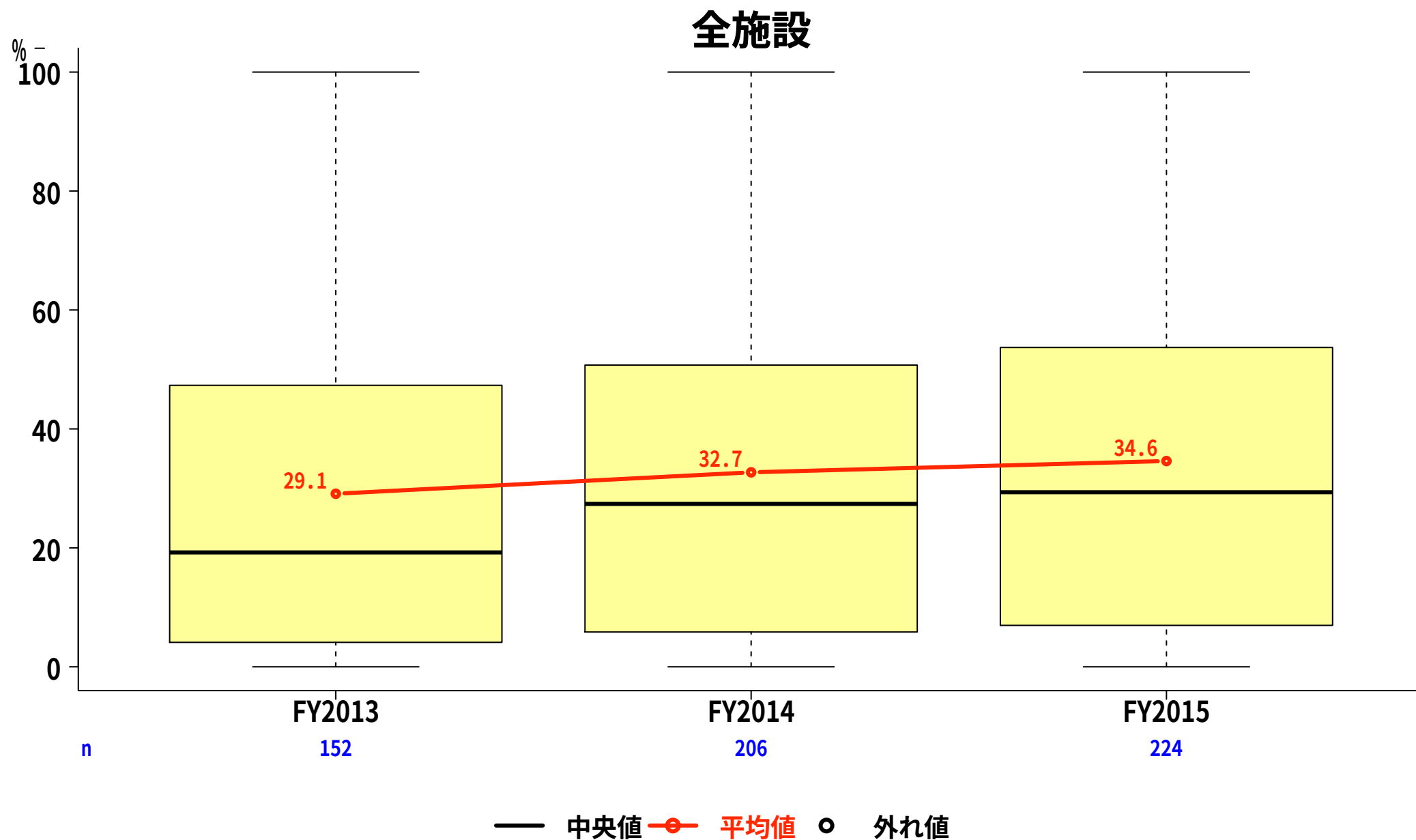
全施設



一般-16 特定術式における術後24時間*以内の予防的抗菌薬投与停止率

分子:術後24時間以内に予防的抗菌薬投与が停止された手術件数(*心臓手術は48時間以内)

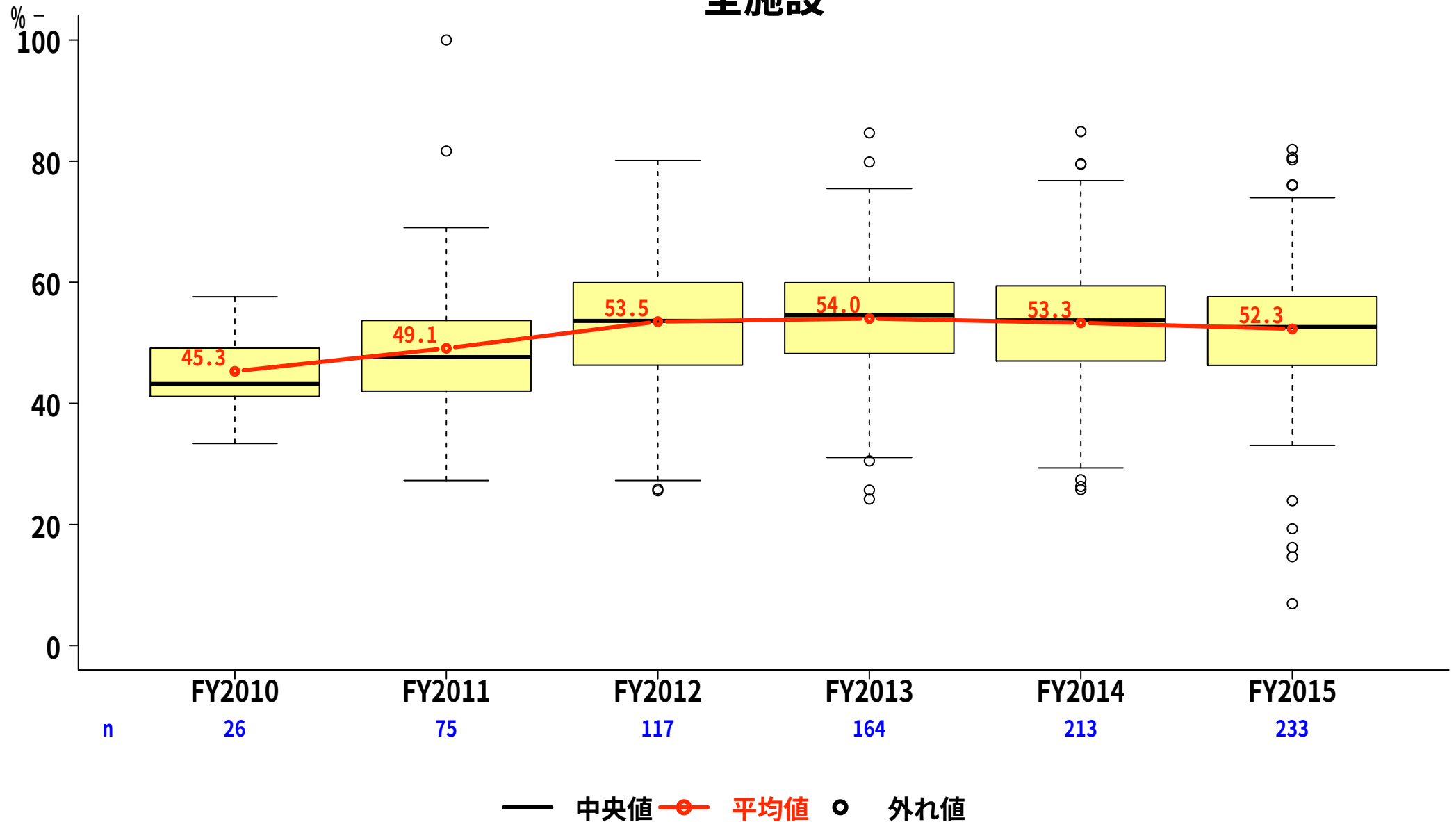
分母:特定術式の手術件数



一般-17 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

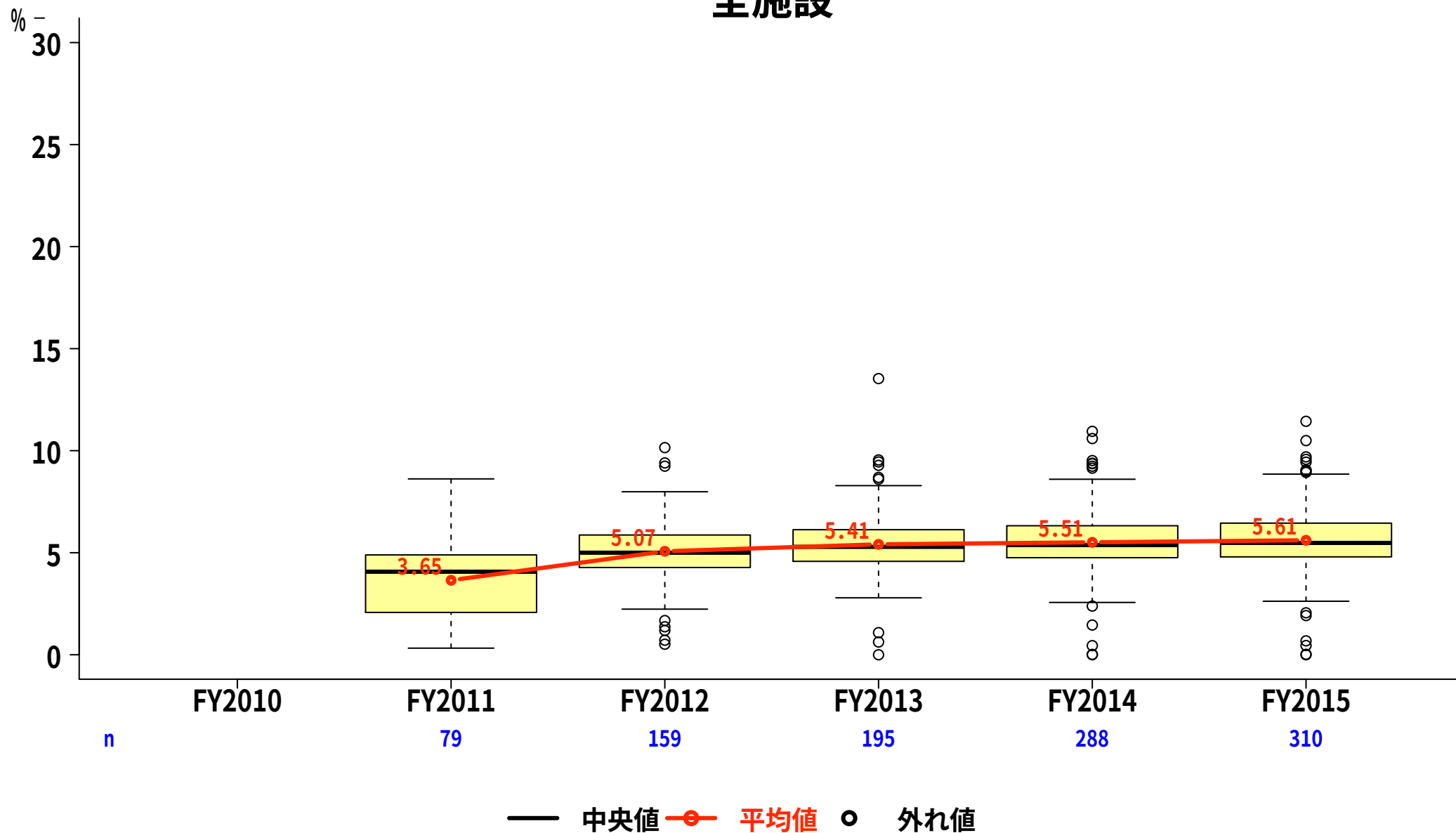
全施設



一般-18 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（救急医療入院以外の予定外入院または救急医療入院）患者数
分母:退院患者数

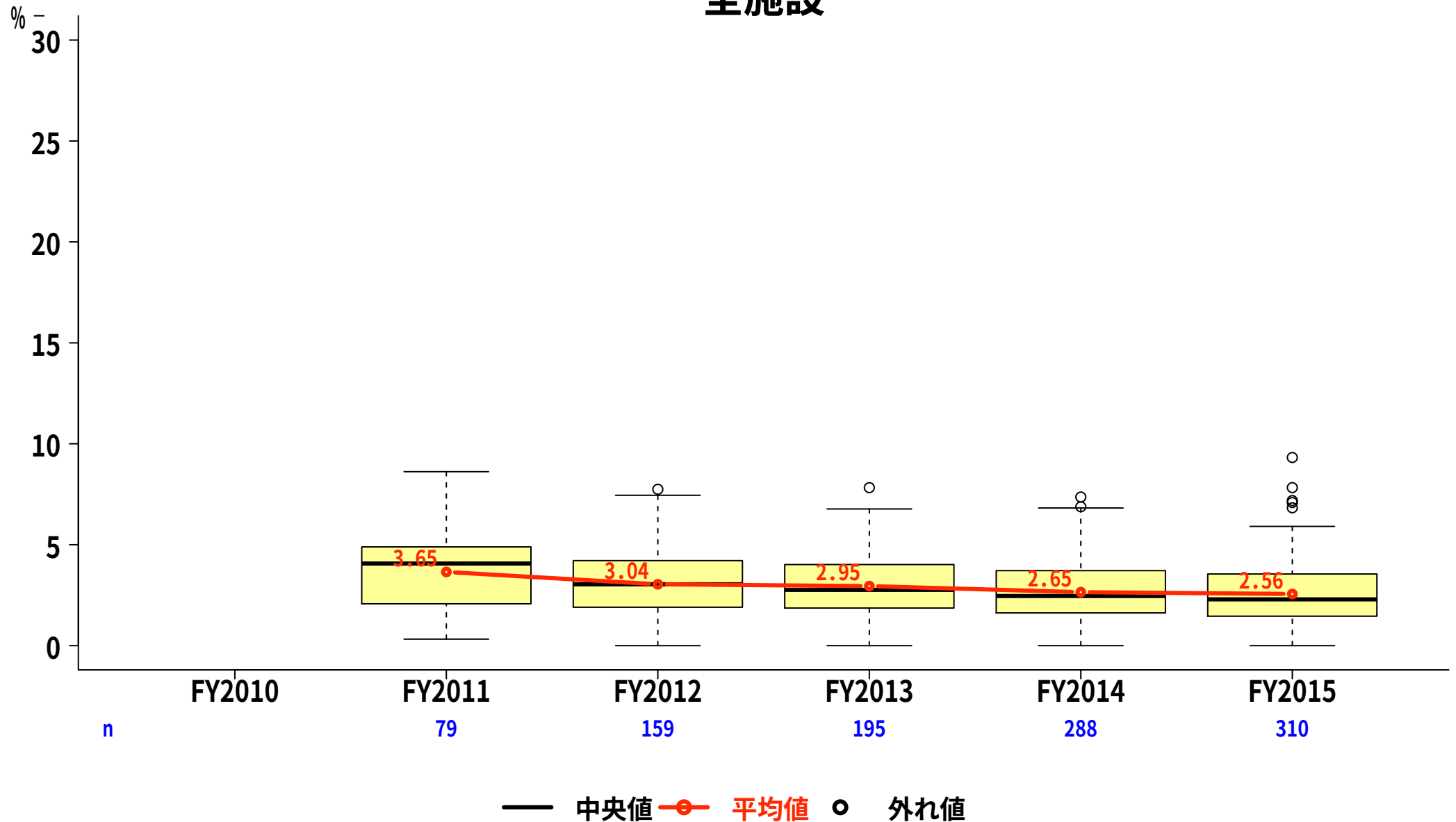
全施設



一般-19 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（救急医療入院）患者数
分母:退院患者数

全施設

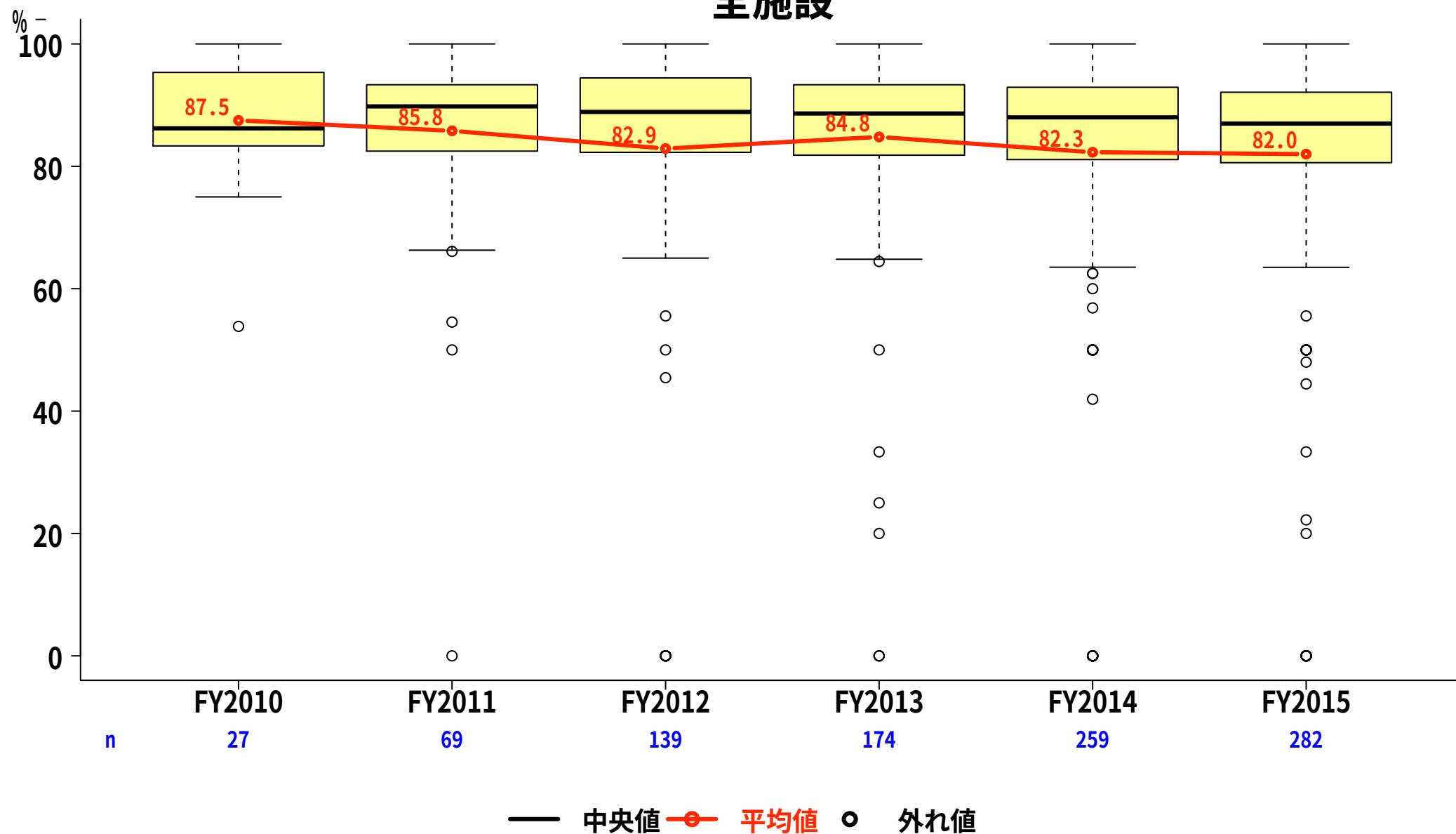


一般-20 急性心筋梗塞患者における退院時アスピリン投与割合

分子:退院時にアスピリンが投与された患者数

分母:急性心筋梗塞で入院した患者数

全施設

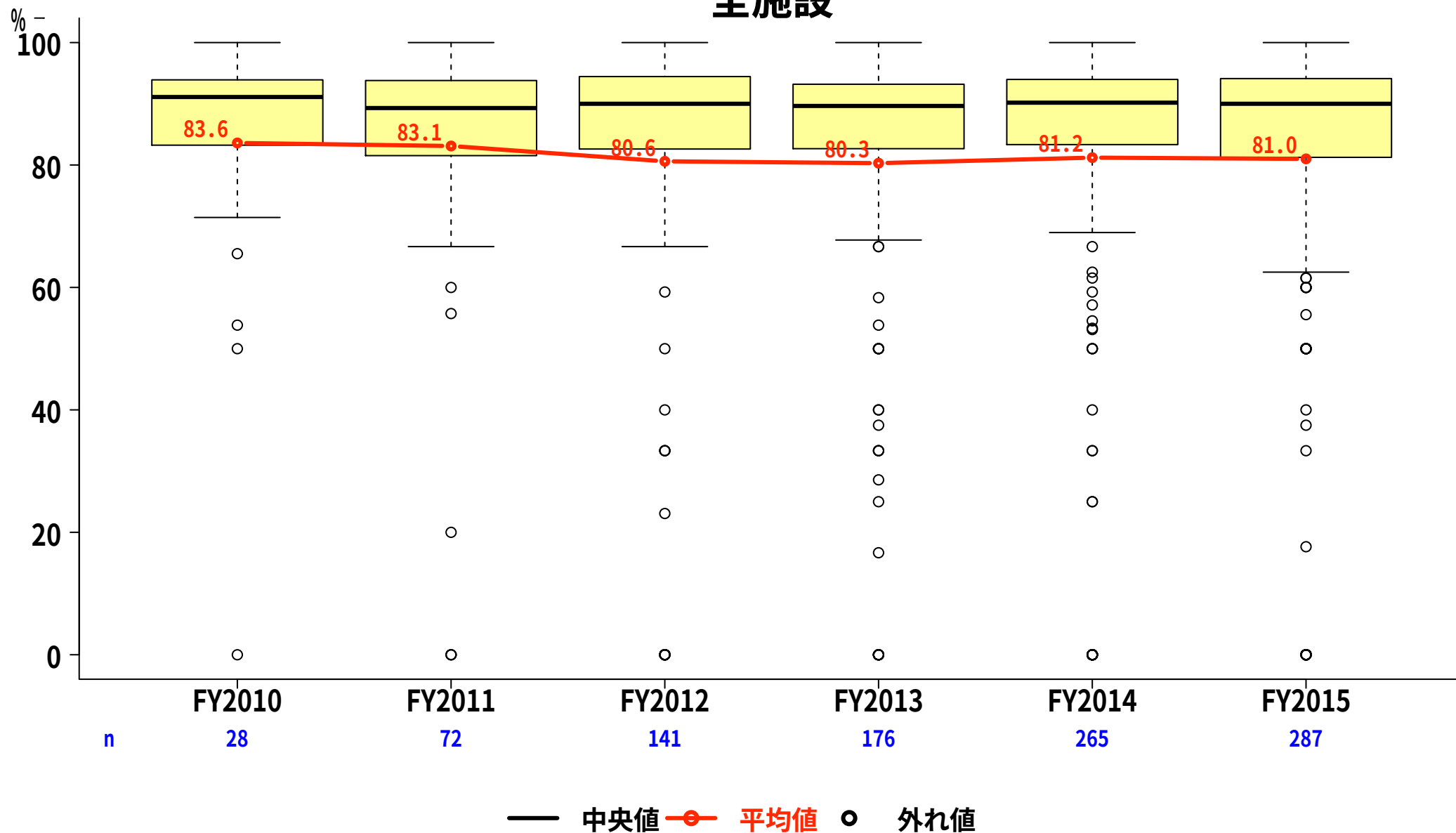


一般-21 急性心筋梗塞患者における入院時早期アスピリン投与割合

分子:入院後2日以内にアスピリンが投与された患者数

分母:急性心筋梗塞で入院した患者数

全施設

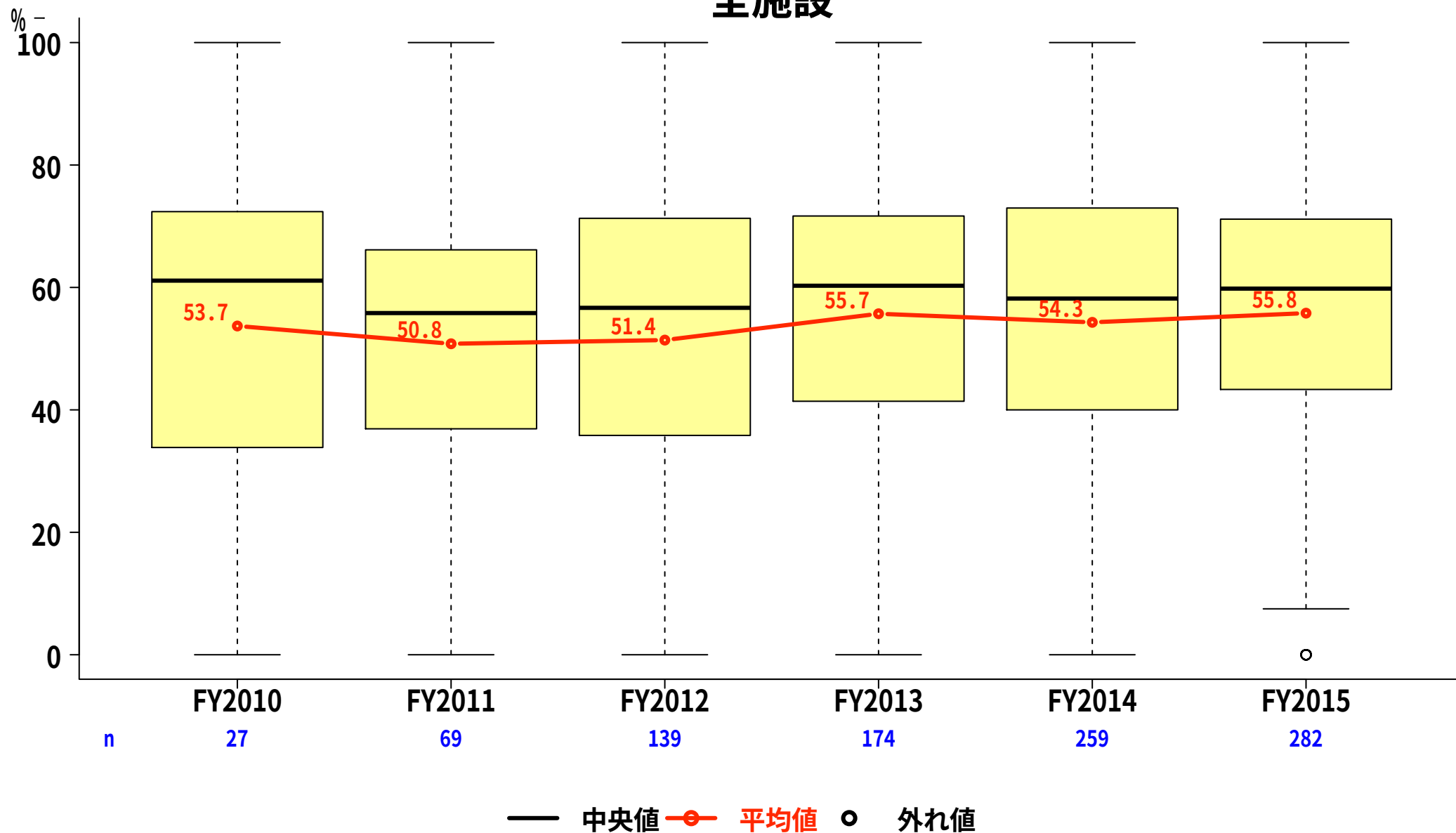


一般-22 急性心筋梗塞患者における退院時βブロッカー投与割合

分子:退院時にβブロッカーが投与された患者数

分母:急性心筋梗塞で入院した患者数

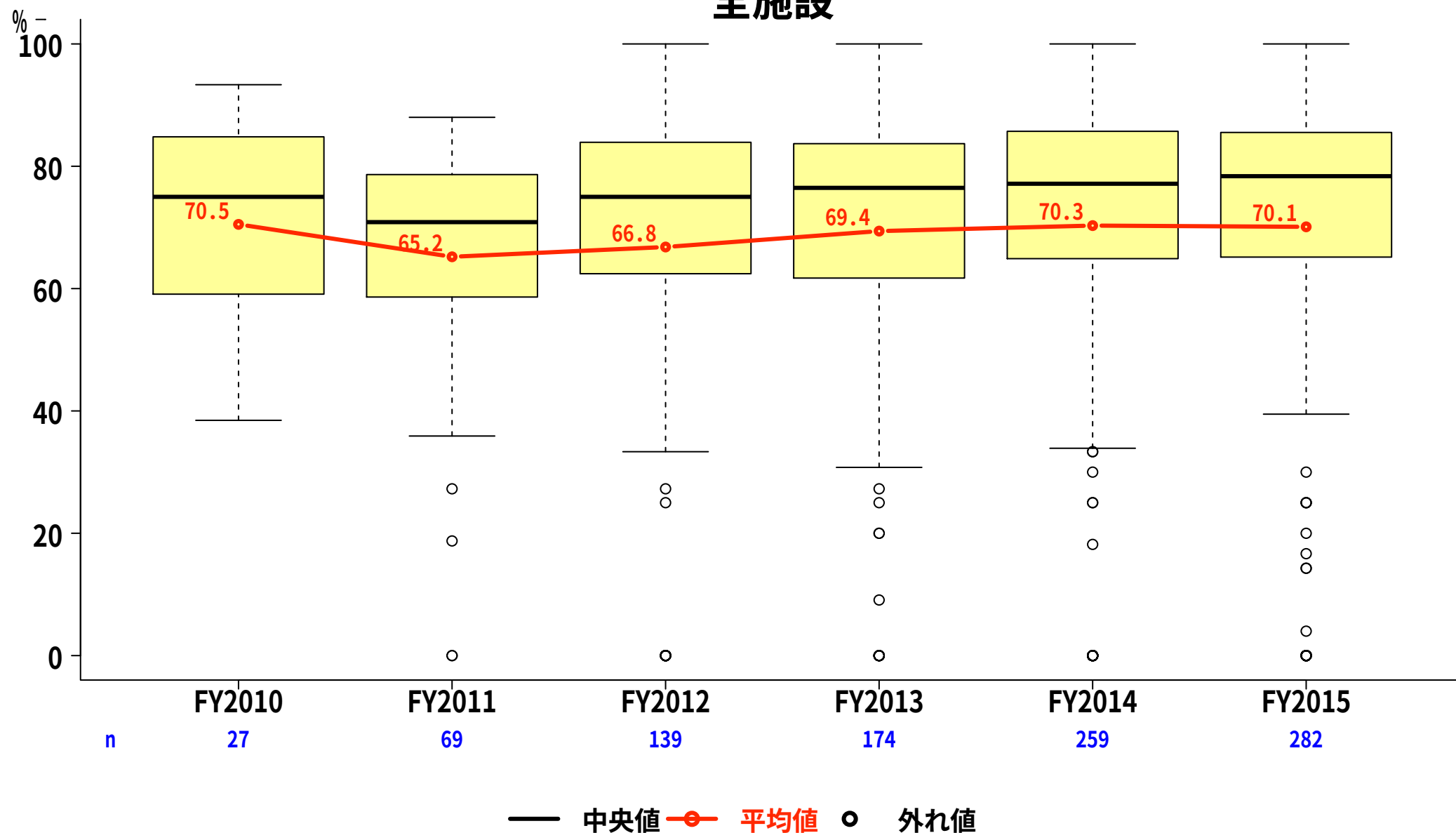
全施設



一般-23 急性心筋梗塞患者における退院時スタチン投与割合

分子:退院時にスタチンが投与された患者数
分母:急性心筋梗塞で入院した患者数

全施設

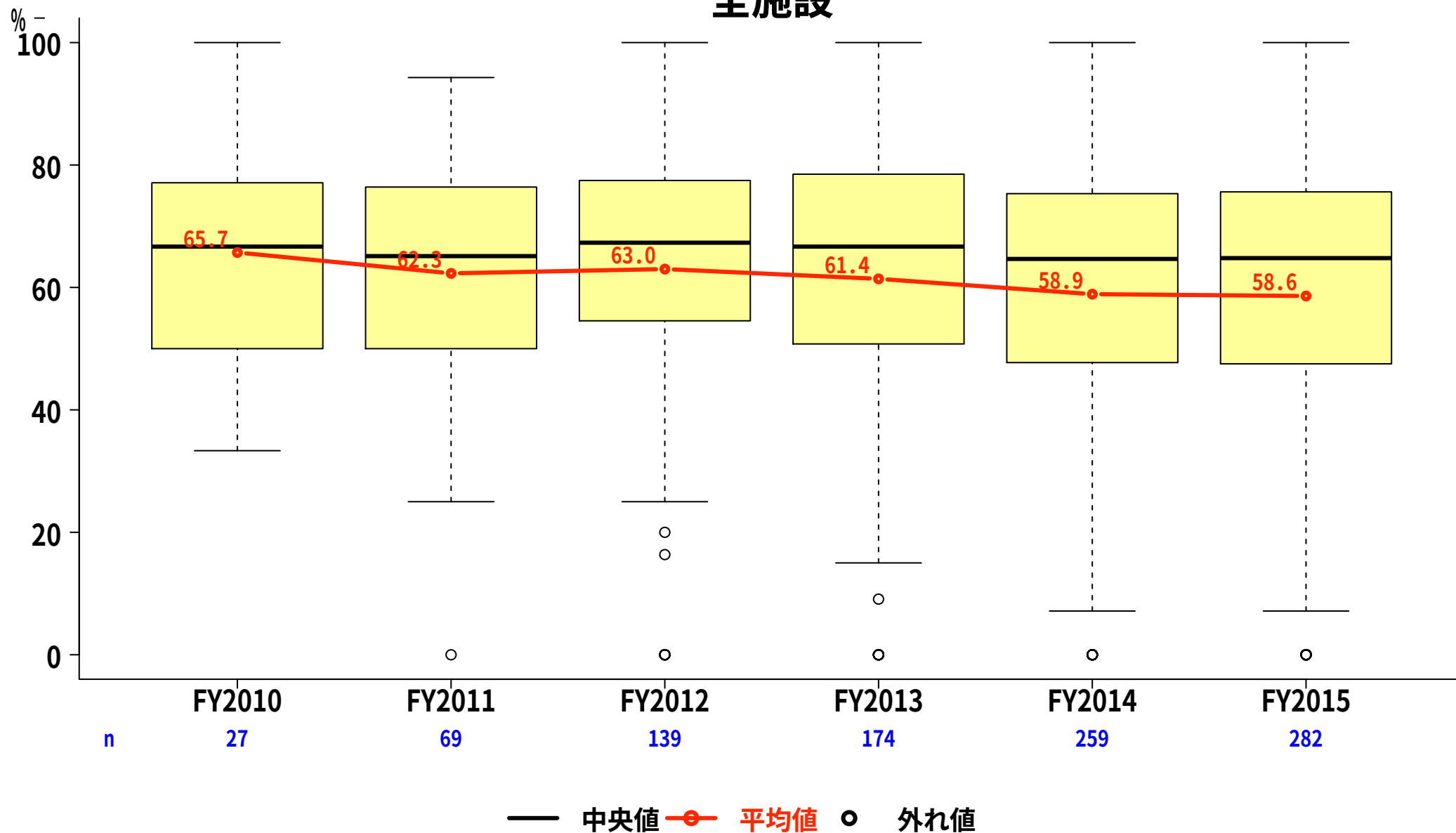


一般-24 急性心筋梗塞患者における退院時ACE阻害剤もしくはARB投与割合

分子:退院時にACE阻害剤もしくはARBが投与された患者数

分母:急性心筋梗塞で入院した患者数

全施設

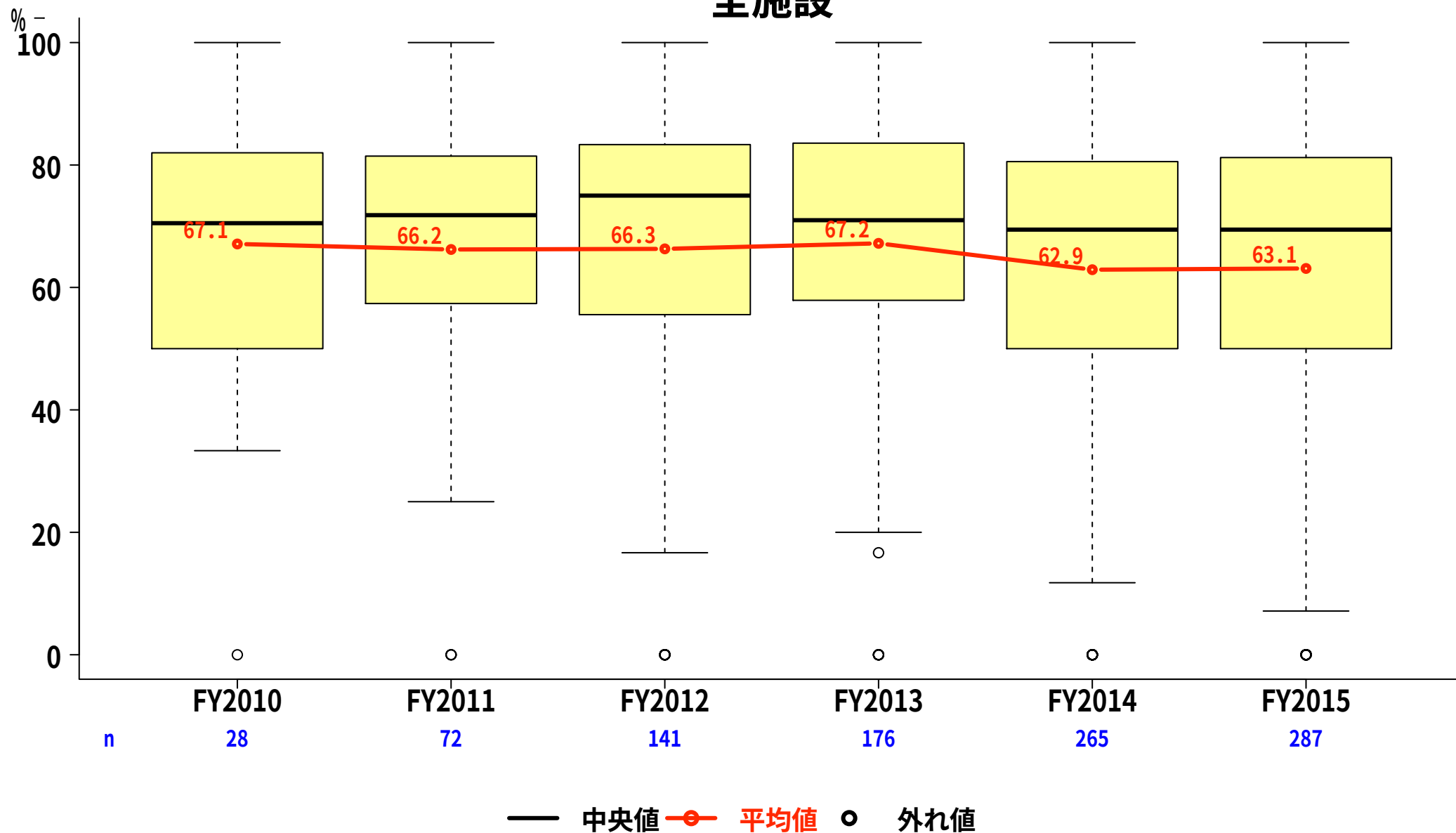


一般-25 急性心筋梗塞患者におけるACE阻害剤もしくはARB投与割合

分子:ACE阻害剤もしくはARBが投与された患者数

分母:急性心筋梗塞で入院した患者数

全施設

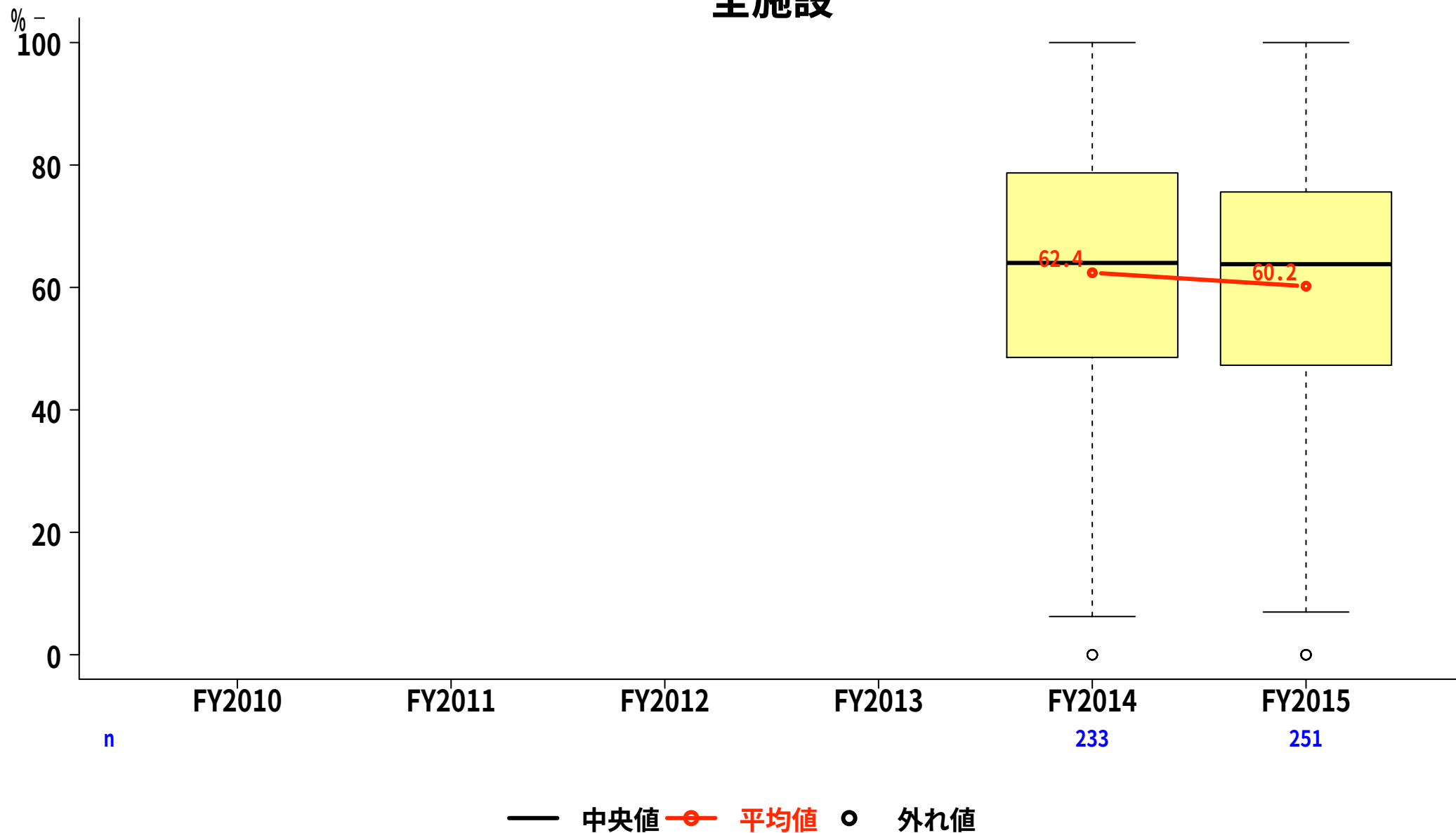


一般-26 急性心筋梗塞患者の病院到着後90分以内の初回PCI実施割合

分子: 来院後90分以内に手技を受けた患者数

分母: 18 歳以上の急性心筋梗塞でPCIを受けた患者数

全施設

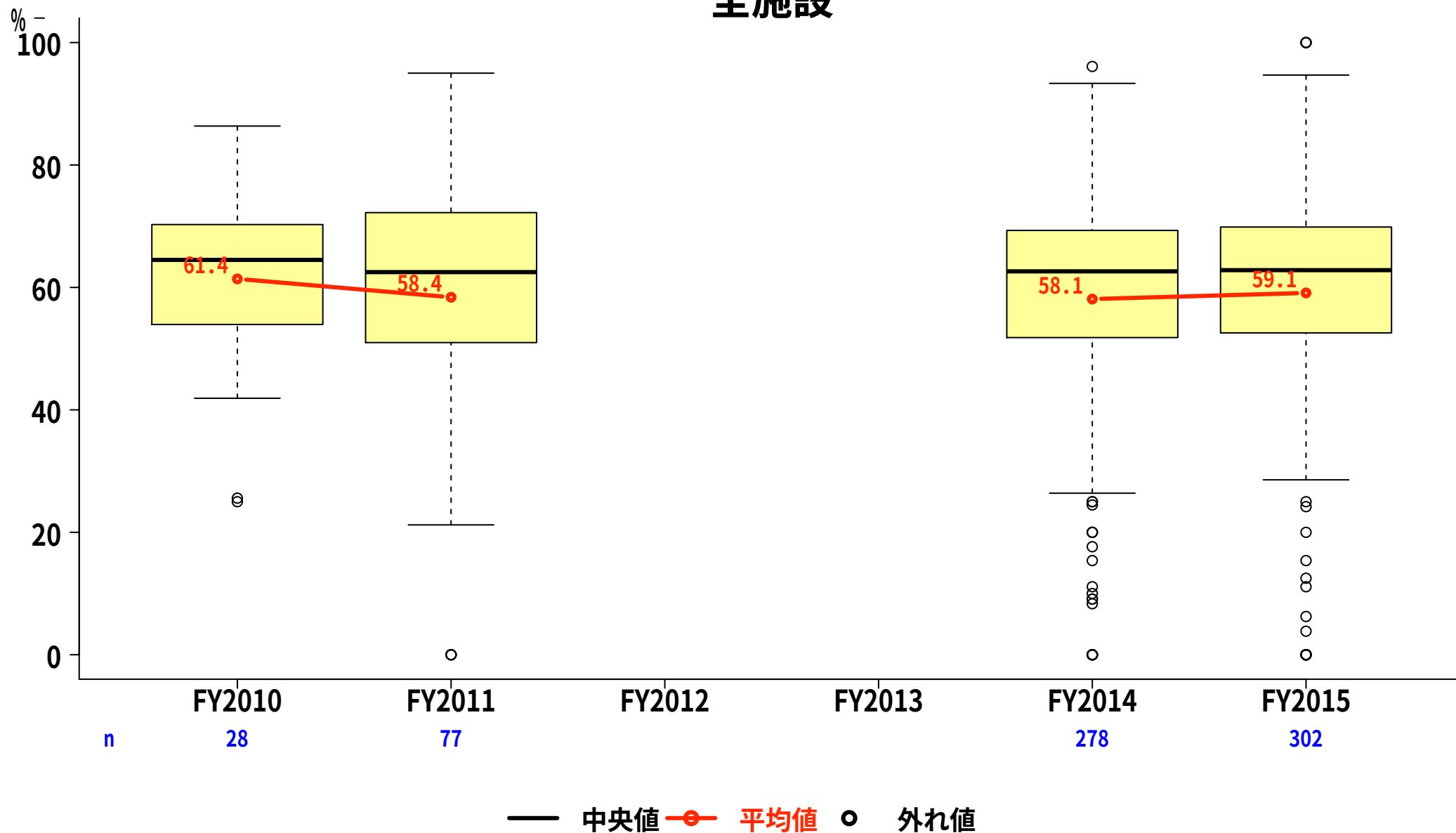


一般-27 脳卒中患者のうち第2病日までに抗血小板療法を受けた患者の割合

分子:第2病日までに抗血小板療法を受けた患者数

分母:脳梗塞かTIAと診断された18歳以上の入院患者数

全施設

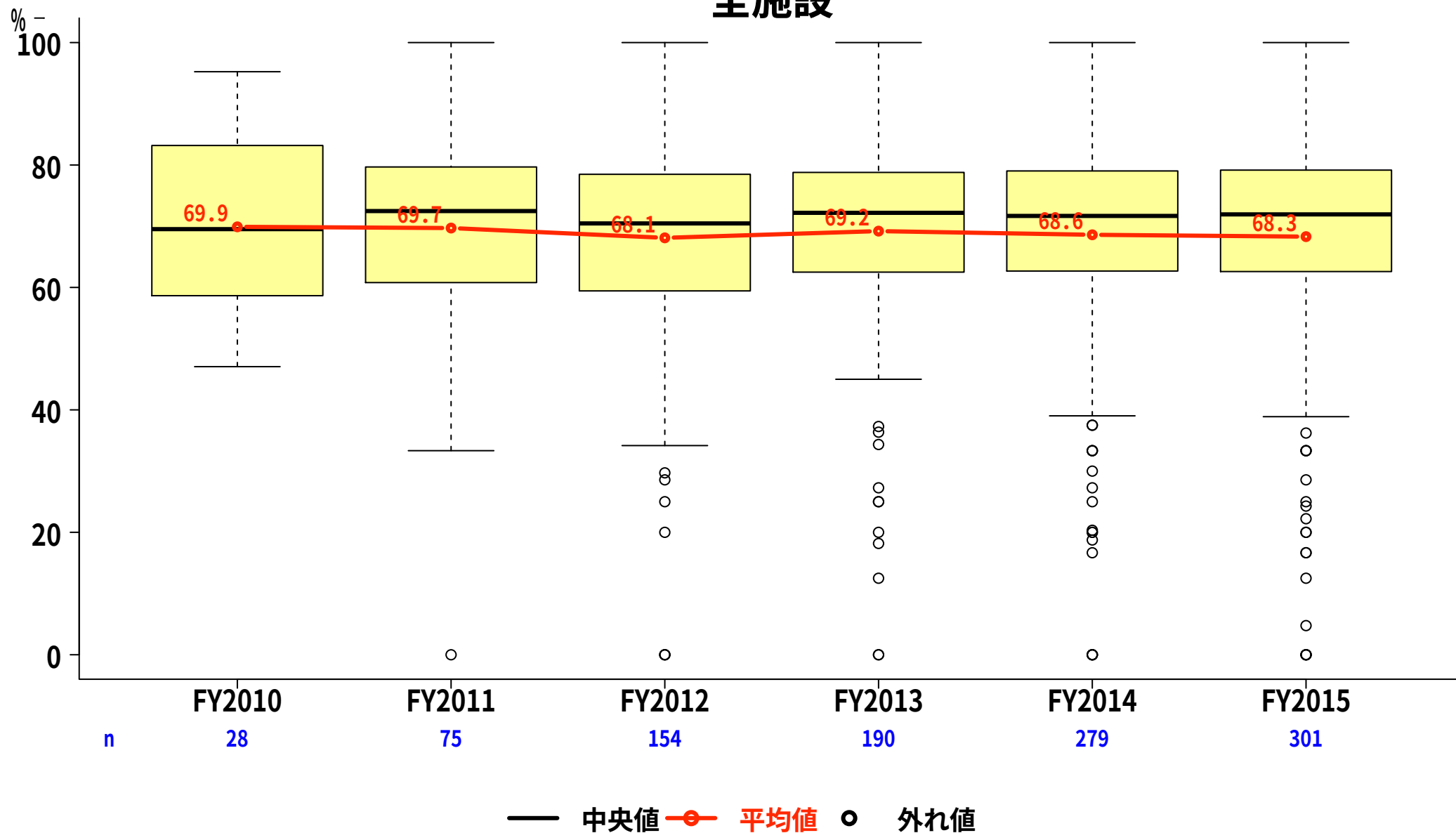


一般-28 脳卒中患者のうち退院時抗血小板薬処方割合

分子:退院時に抗血小板薬を処方された患者数

分母:脳梗塞かTIAと診断された18歳以上の入院患者数

全施設

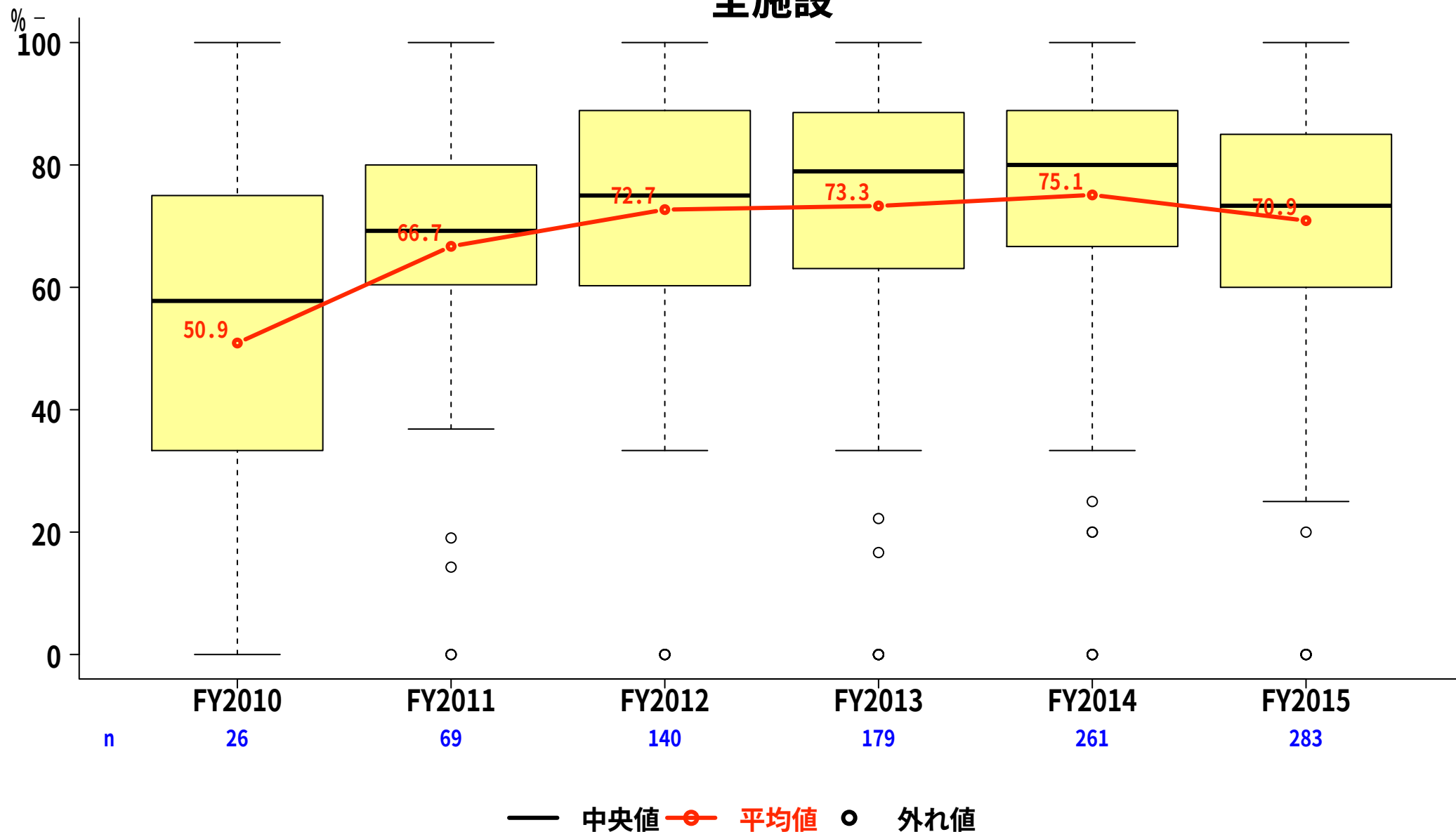


一般-29 心房細動を伴う脳卒中患者への退院時抗凝固薬処方割合

分子:退院時に抗凝固薬を処方された患者数

分母:脳梗塞かTIAと診断され、かつ心房細動と診断された18歳以上の入院患者数

全施設

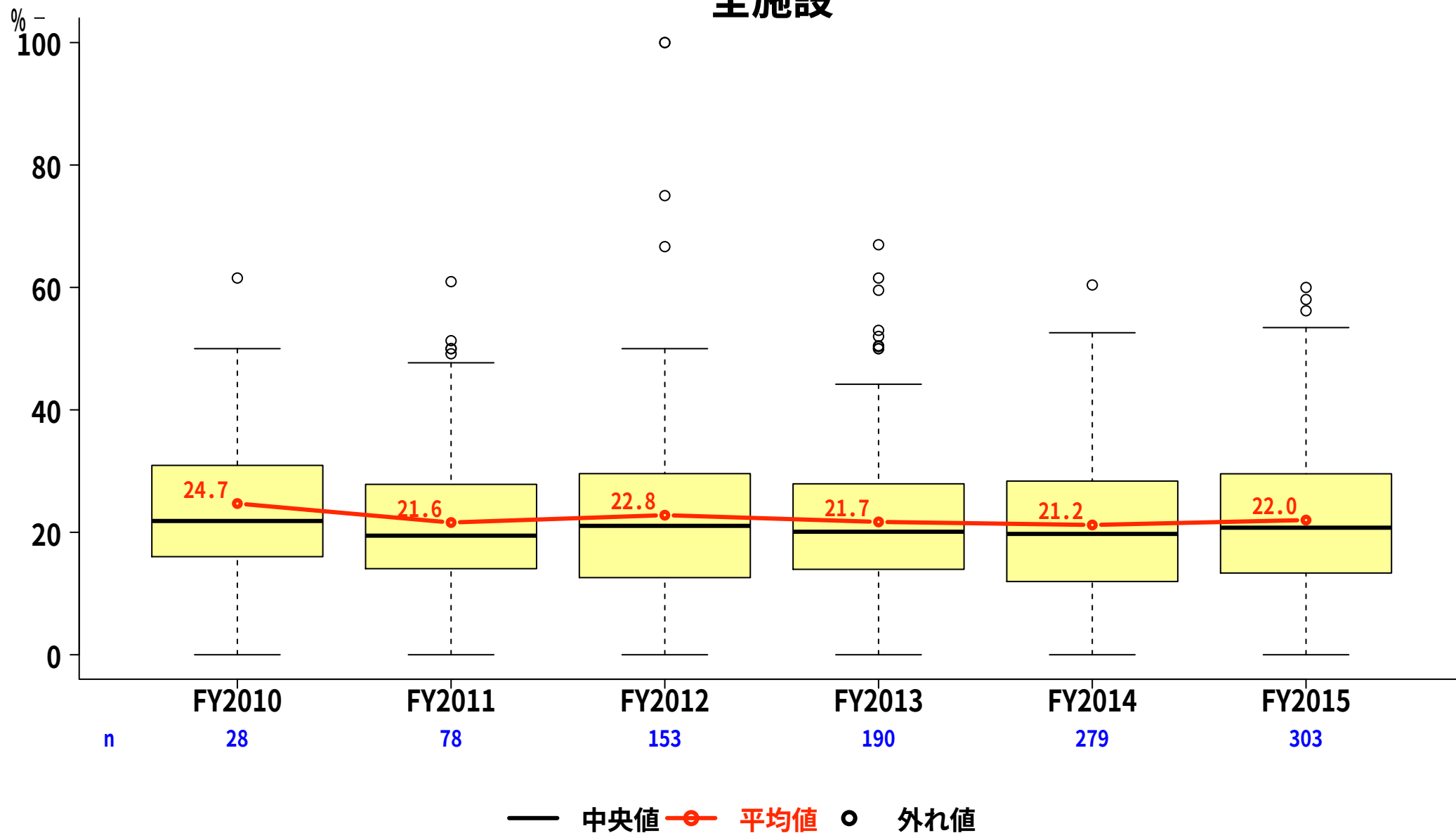


一般-30 脳卒中患者の退院時スタチン処方割合

分子:退院時にスタチンが処方された患者数

分母:脳梗塞で入院した患者数

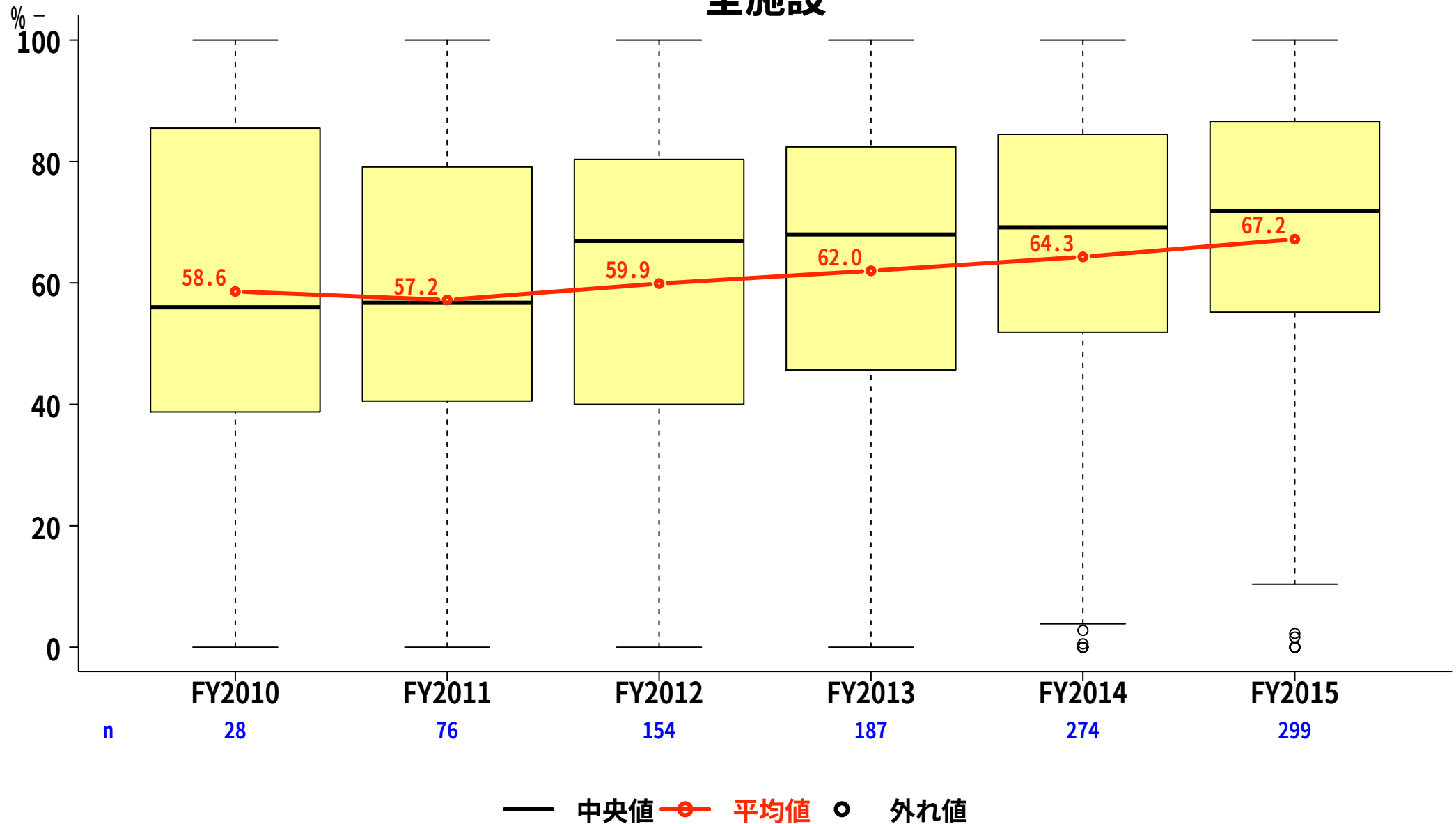
全施設



一般-31 脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者割合

分子:入院後早期に脳血管リハビリテーションが行われた患者数
分母:脳梗塞で入院した患者数

全施設

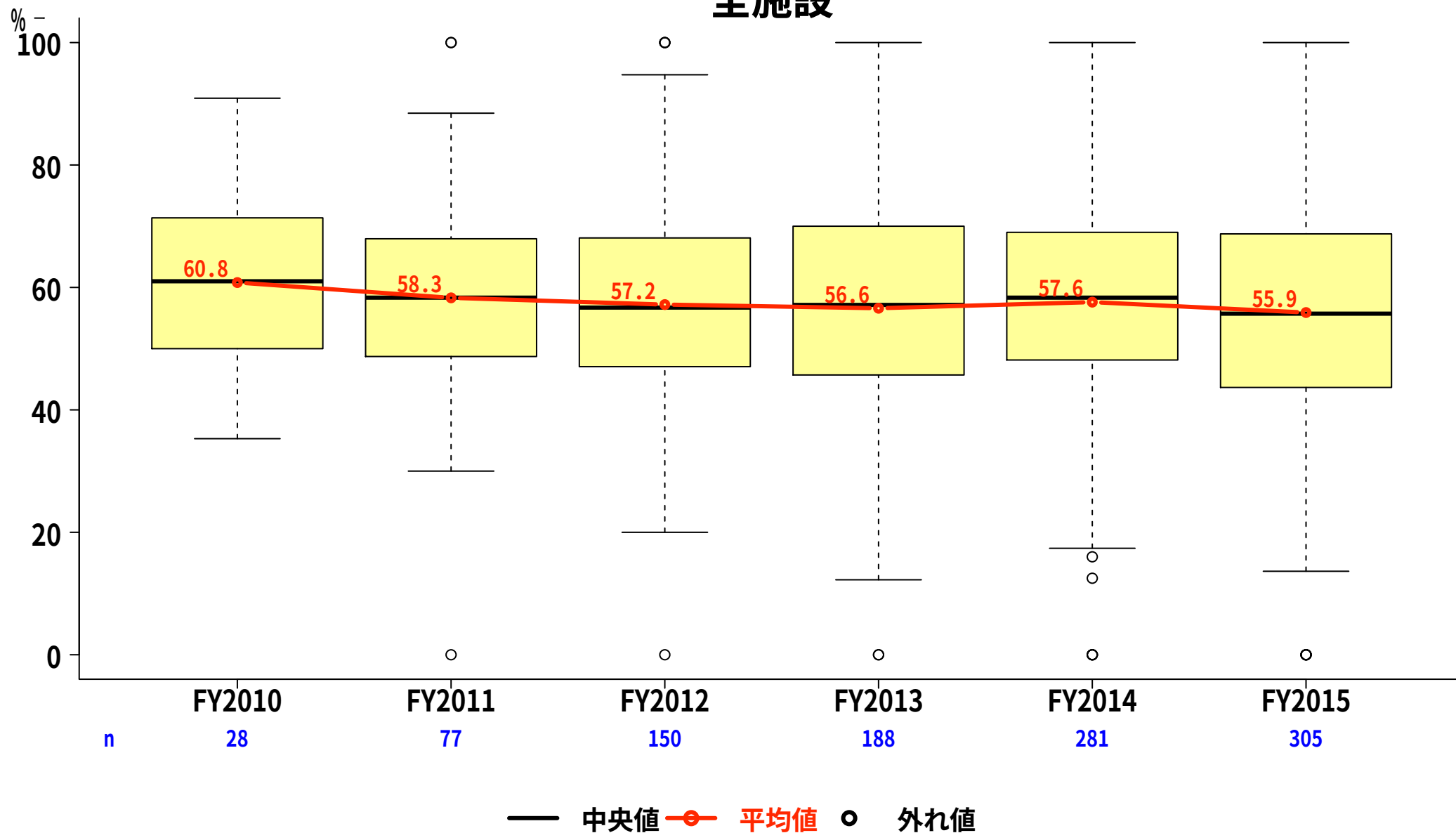


一般-32 喘息入院患者のうち吸入ステロイドを入院中に処方された割合

分子:入院中に吸入抗炎症剤の処方を受けた患者数

分母:5歳以上の喘息患者のうち、喘息に関連した原因で入院した患者数

全施設

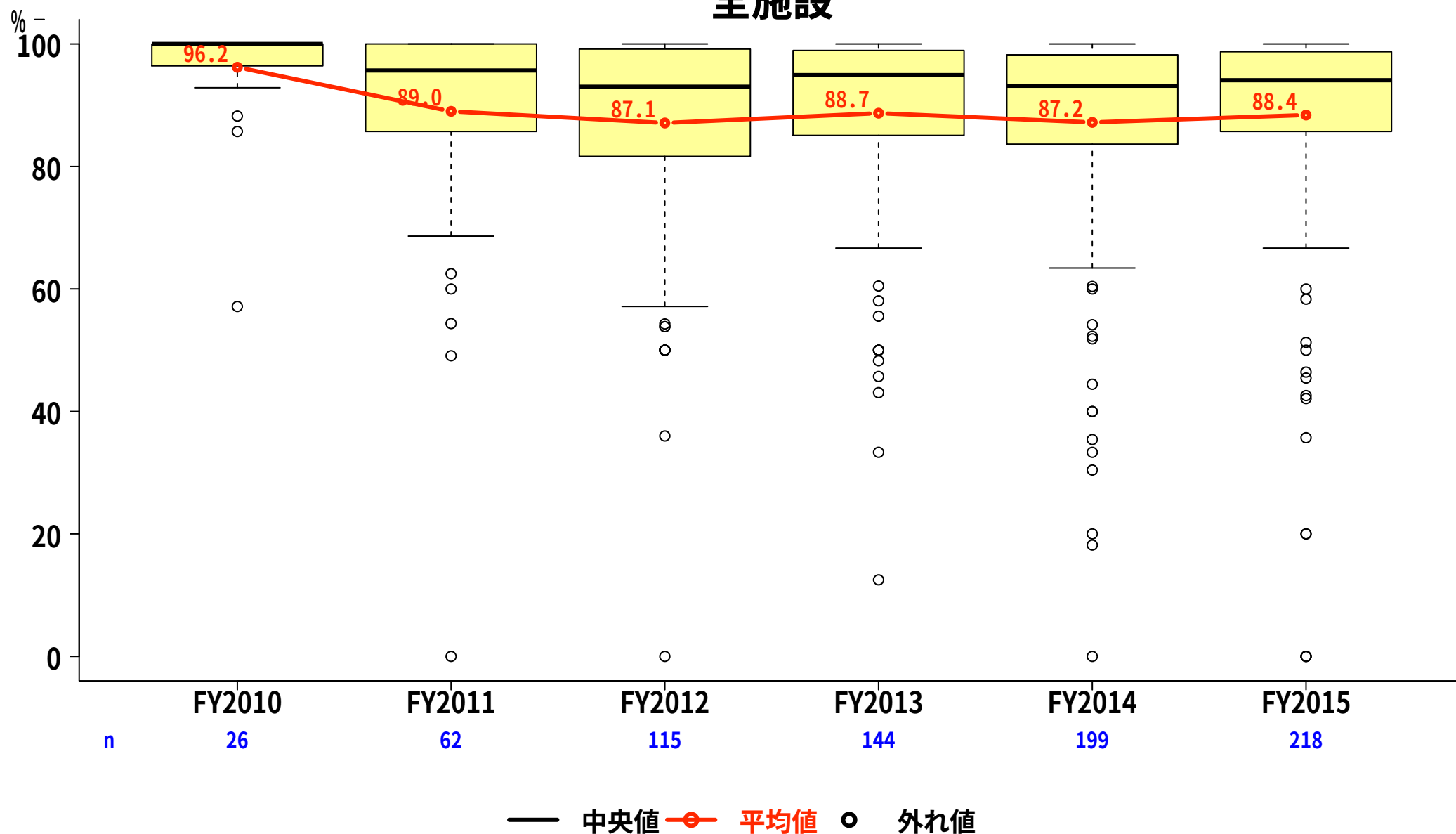


一般-33 入院中にステロイドの経口・静注処方された小児喘息患者の割合

分子:入院中にステロイドの全身投与(静注・経口)を受けた患者数

分母:2歳～15歳の喘息患者のうち、喘息に関連した原因で入院した患者数

全施設

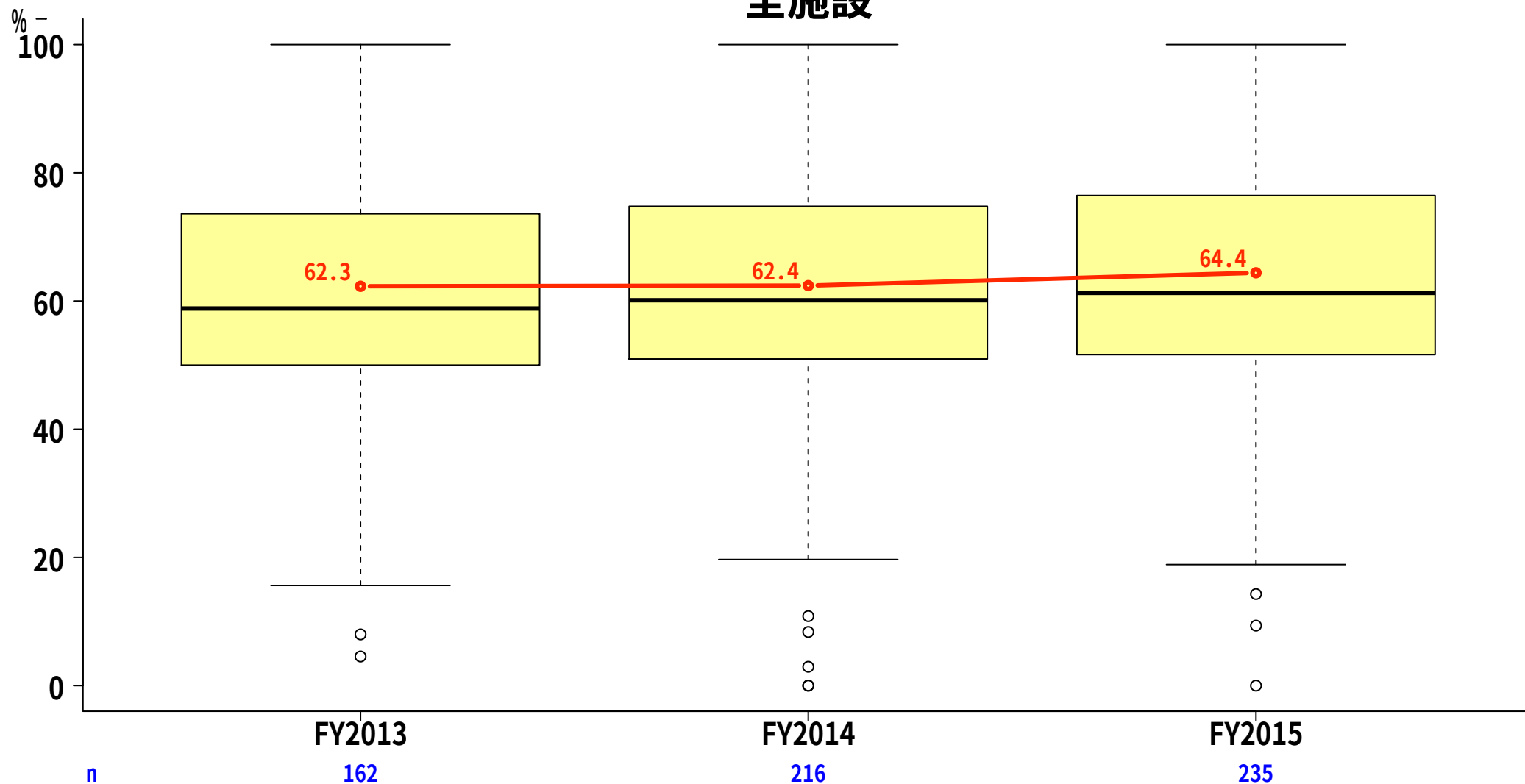


一般-34 統合指標(Composite Measures)

【手術】

分子:手術関連指標の分子合計
分母:手術関連指標の分母合計

全施設



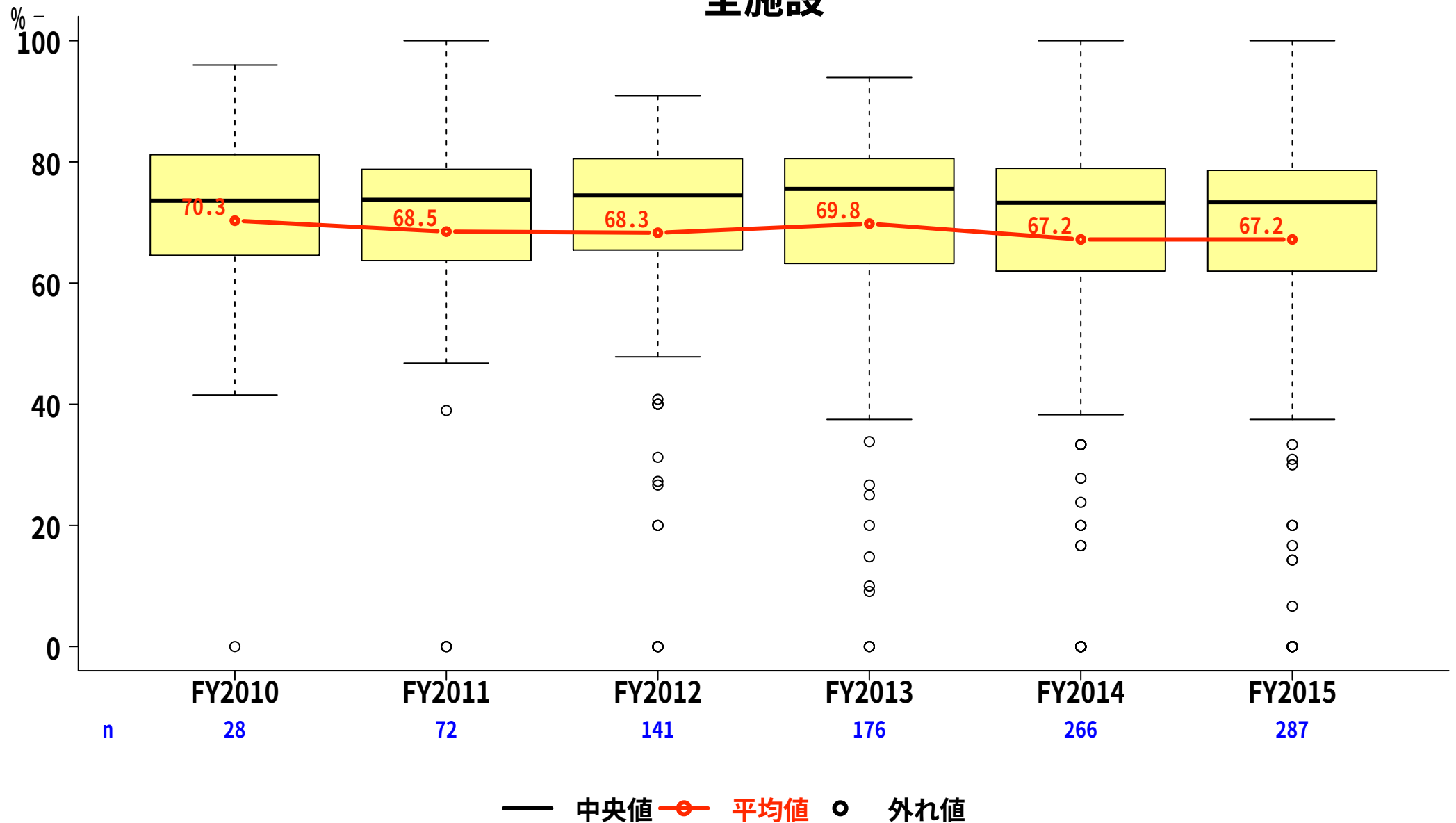
— 中央値 —●— 平均値 ○ 外れ値

一般-35 統合指標(Composite Measures)

【虚血性心疾患】

分子:虚血性心疾患関連指標の分子合計
分母:虚血性心疾患関連指標の分母合計

全施設

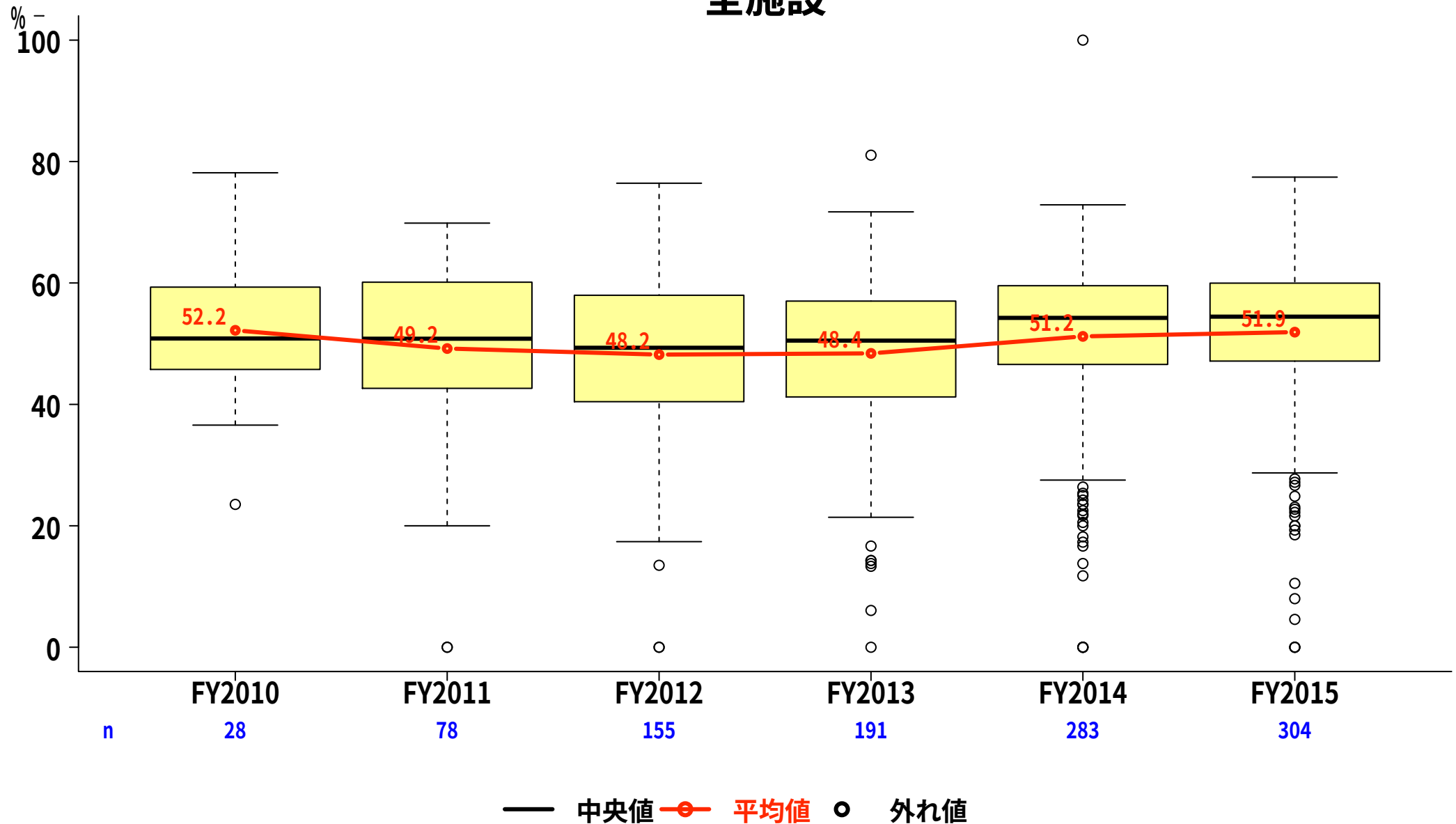


一般-36 統合指標(Composite Measures)

【脳卒中】

分子:脳卒中関連指標の分子合計
分母:脳卒中関連指標の分母合計

全施設

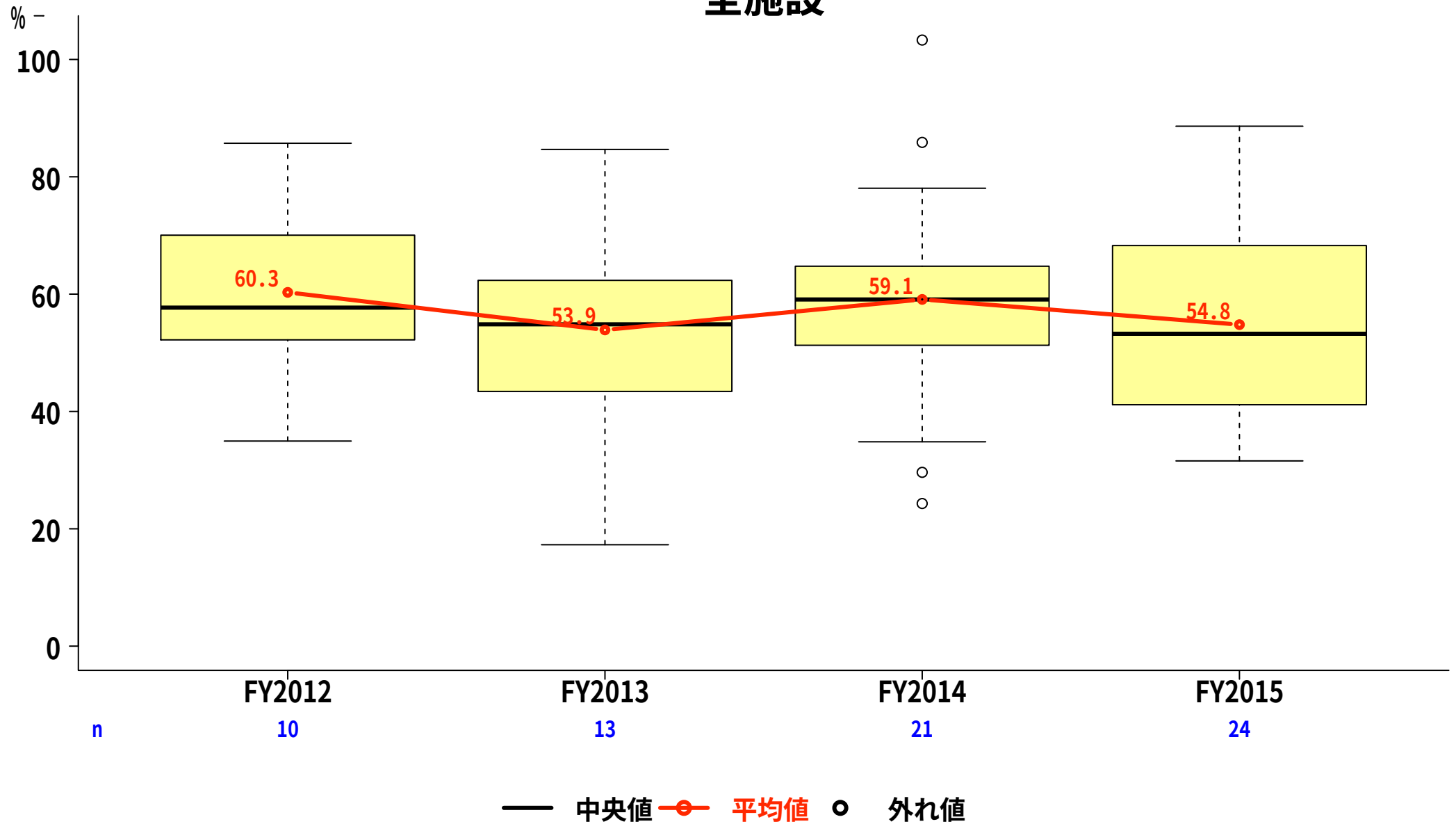


精神病床向けの指標

精神-1 紹介率

分子:紹介患者数
分母:初診患者数

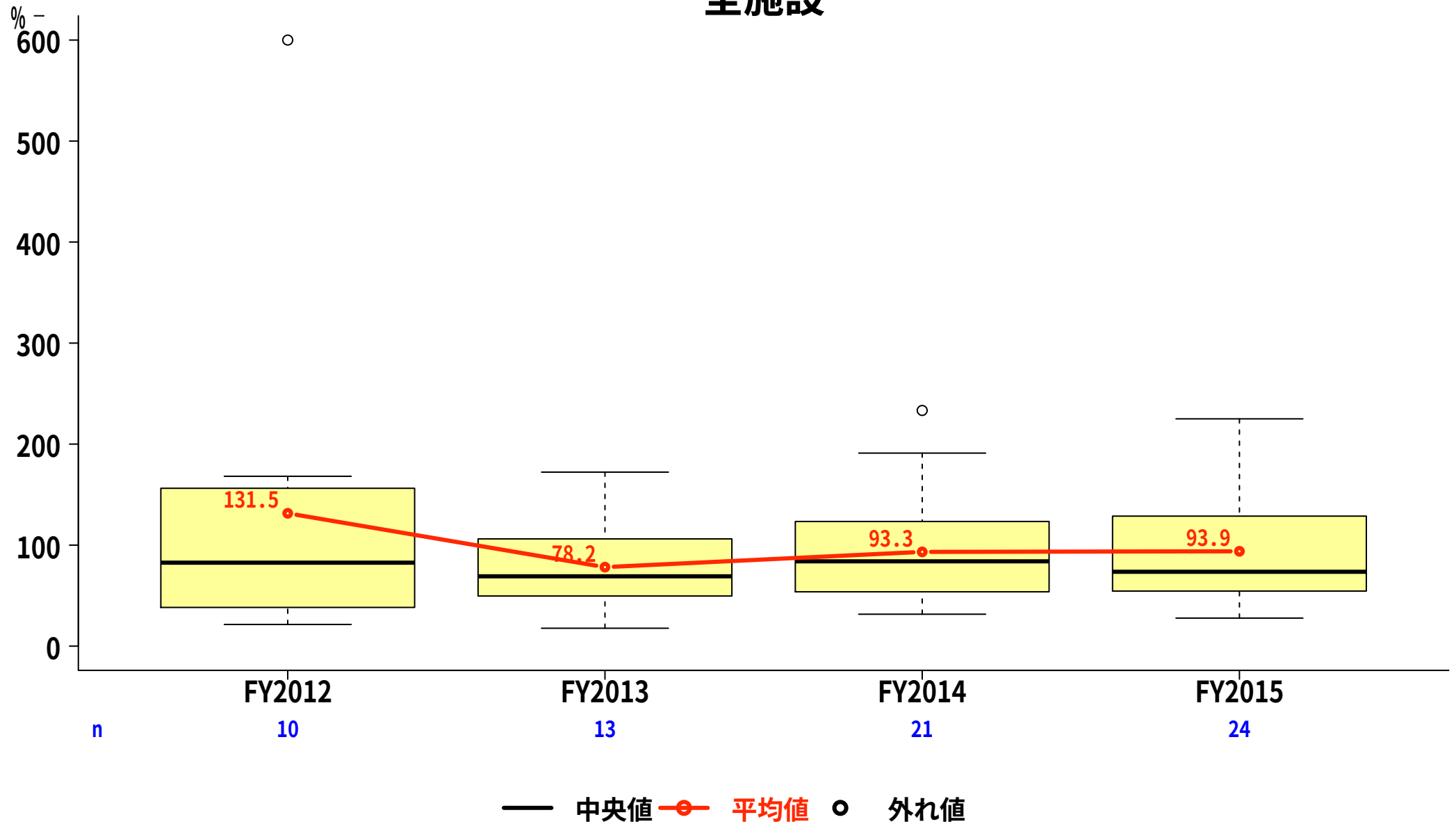
全施設



精神-2 逆紹介率

分子:逆紹介患者数
分母:初診患者数

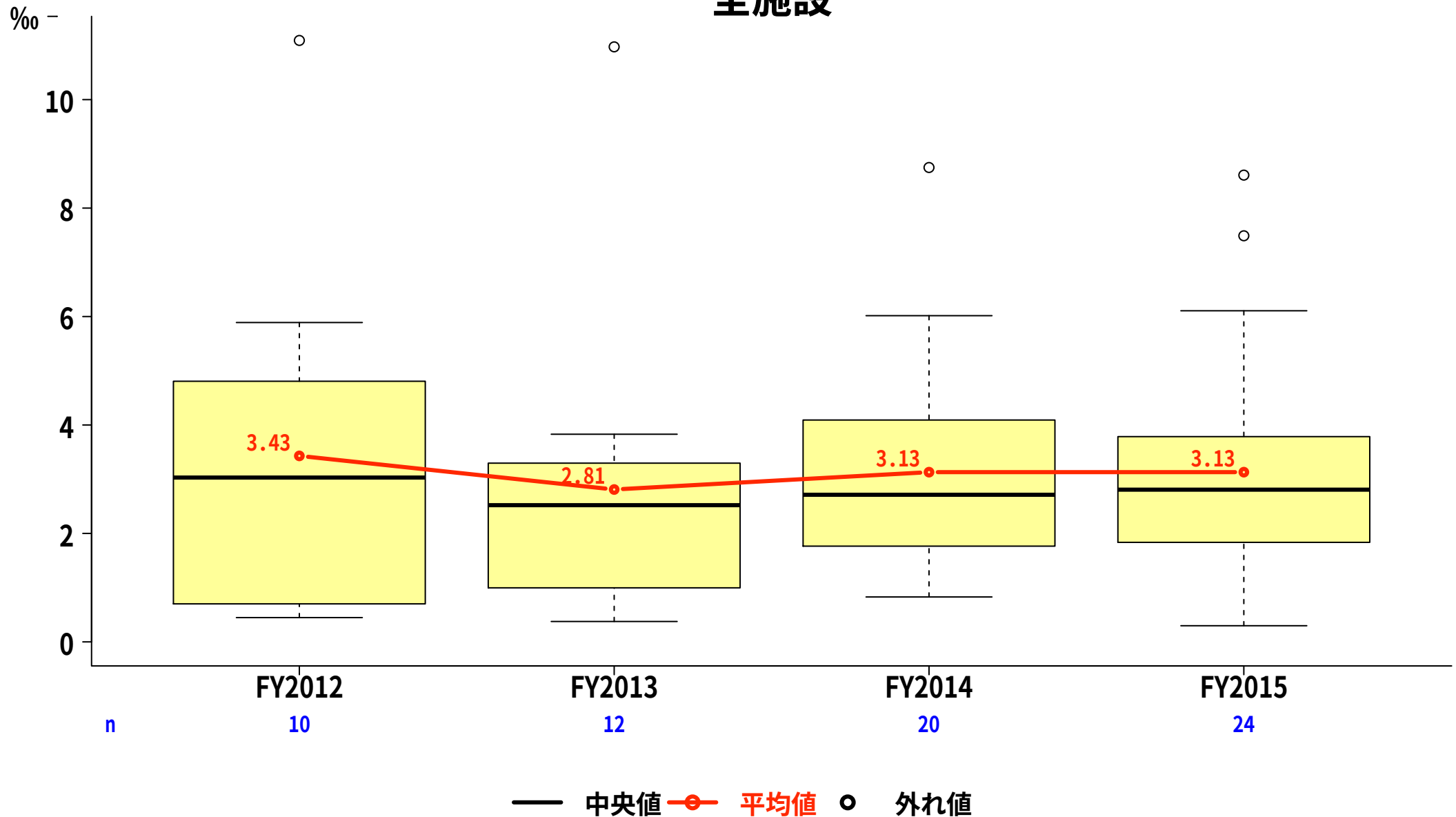
全施設



精神-3-a 入院患者の転倒・転落発生率

分子:医療安全管理室ヘインシデント・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

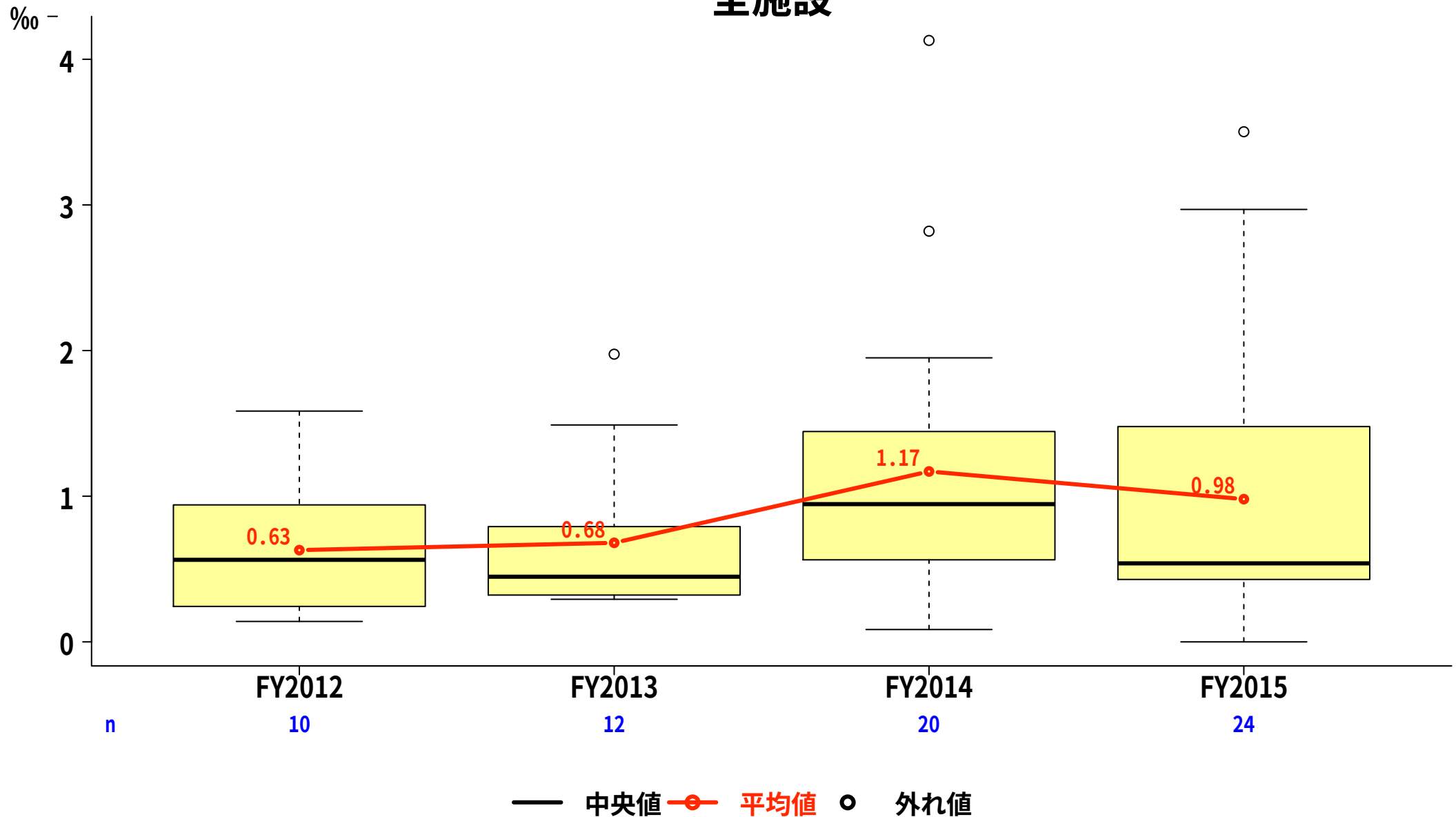
全施設



精神-3-b 入院患者の転倒・転落発生率（レベル2以上）

分子:医療安全管理室ヘインシデント・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2以上の件数
分母:入院延べ患者数

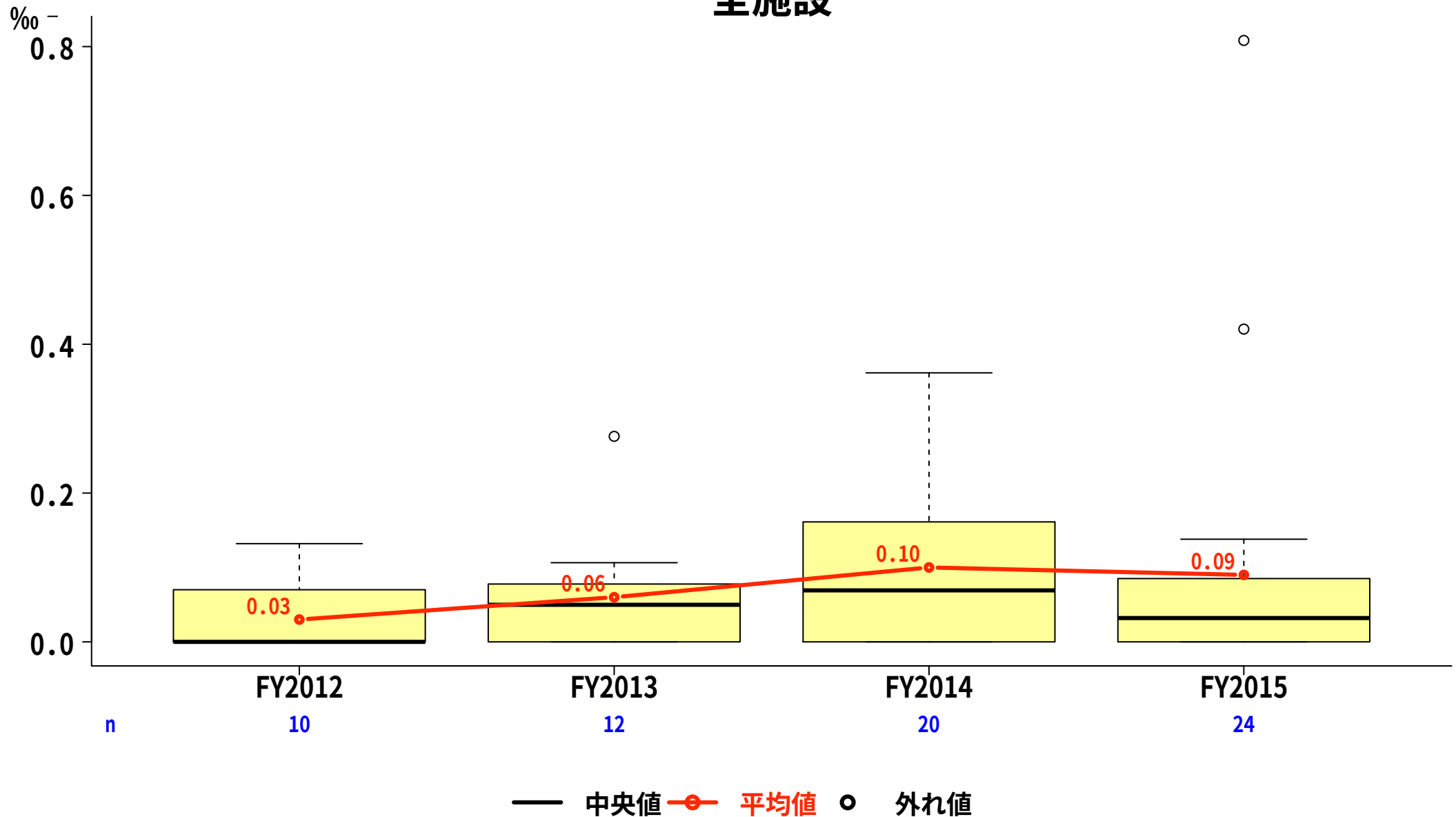
全施設



精神-3-c 入院患者の転倒・転落発生率（レベル4以上）

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以上の件数
分母:入院延べ患者数

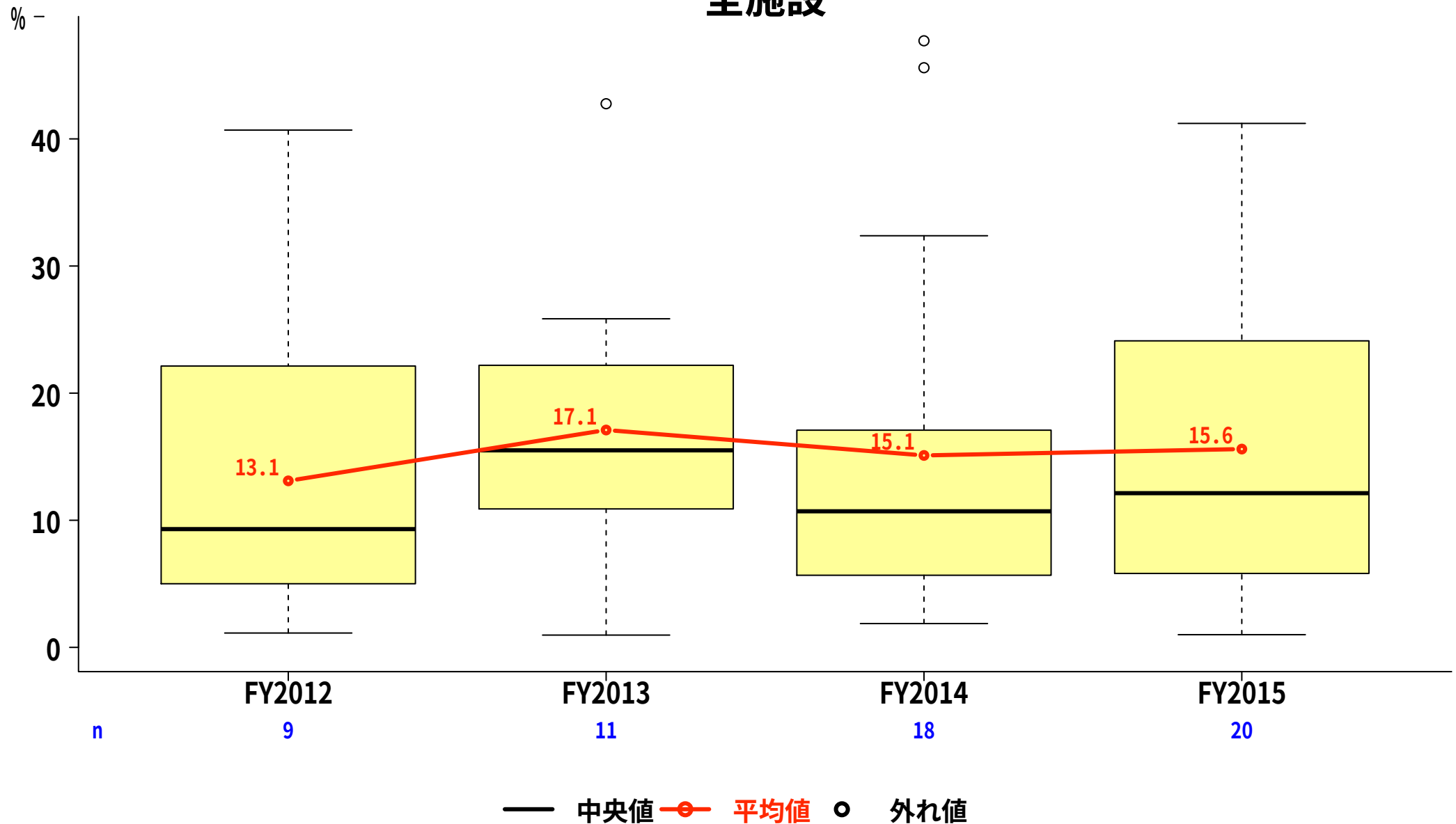
全施設



精神-4 身体抑制率

分子: (物理的)身体抑制を実施した入院延べ患者数
分母: 入院延べ患者数

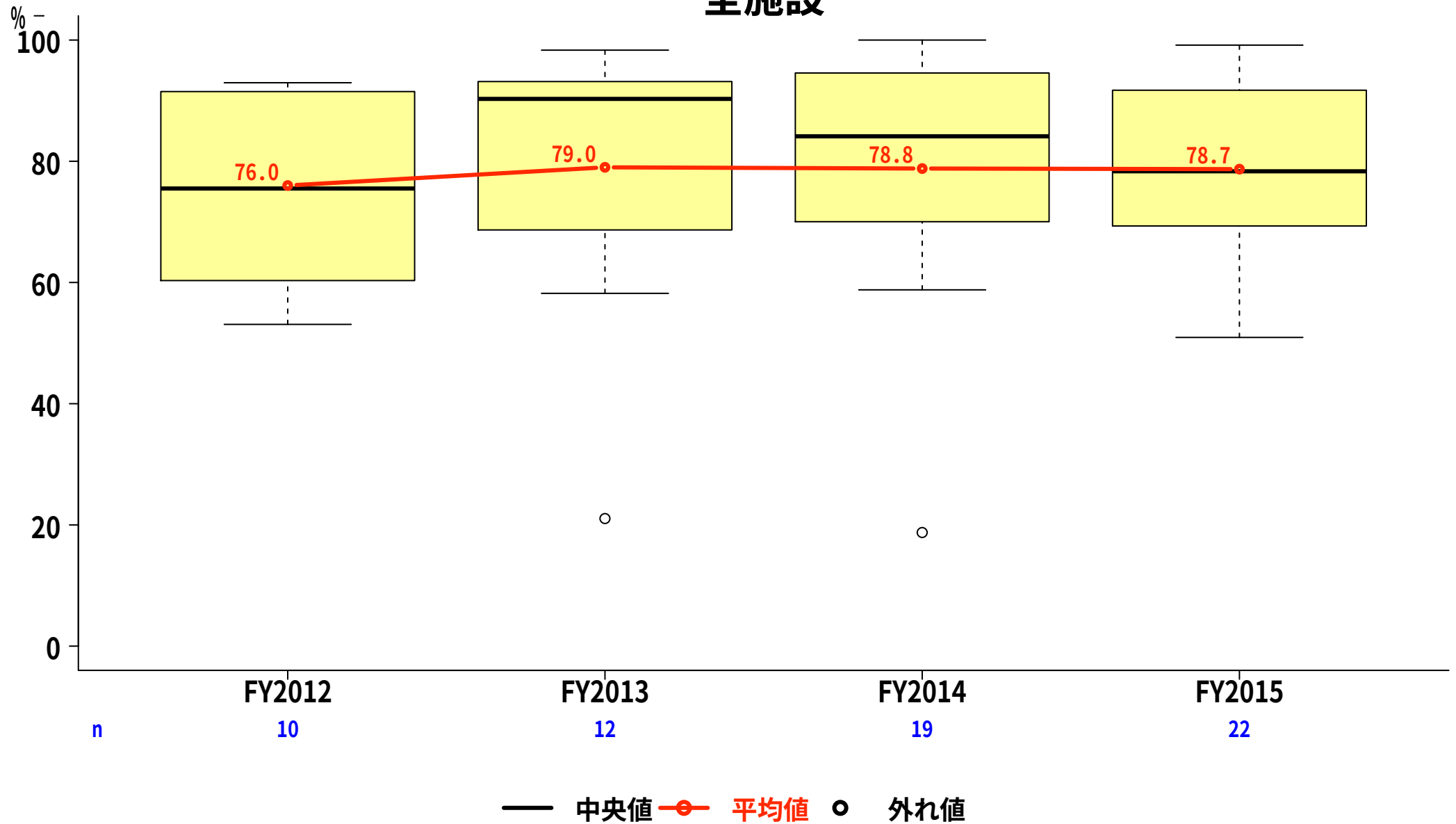
全施設



精神-5 在宅復帰率

分子:在宅退院患者数
分母:退院患者数

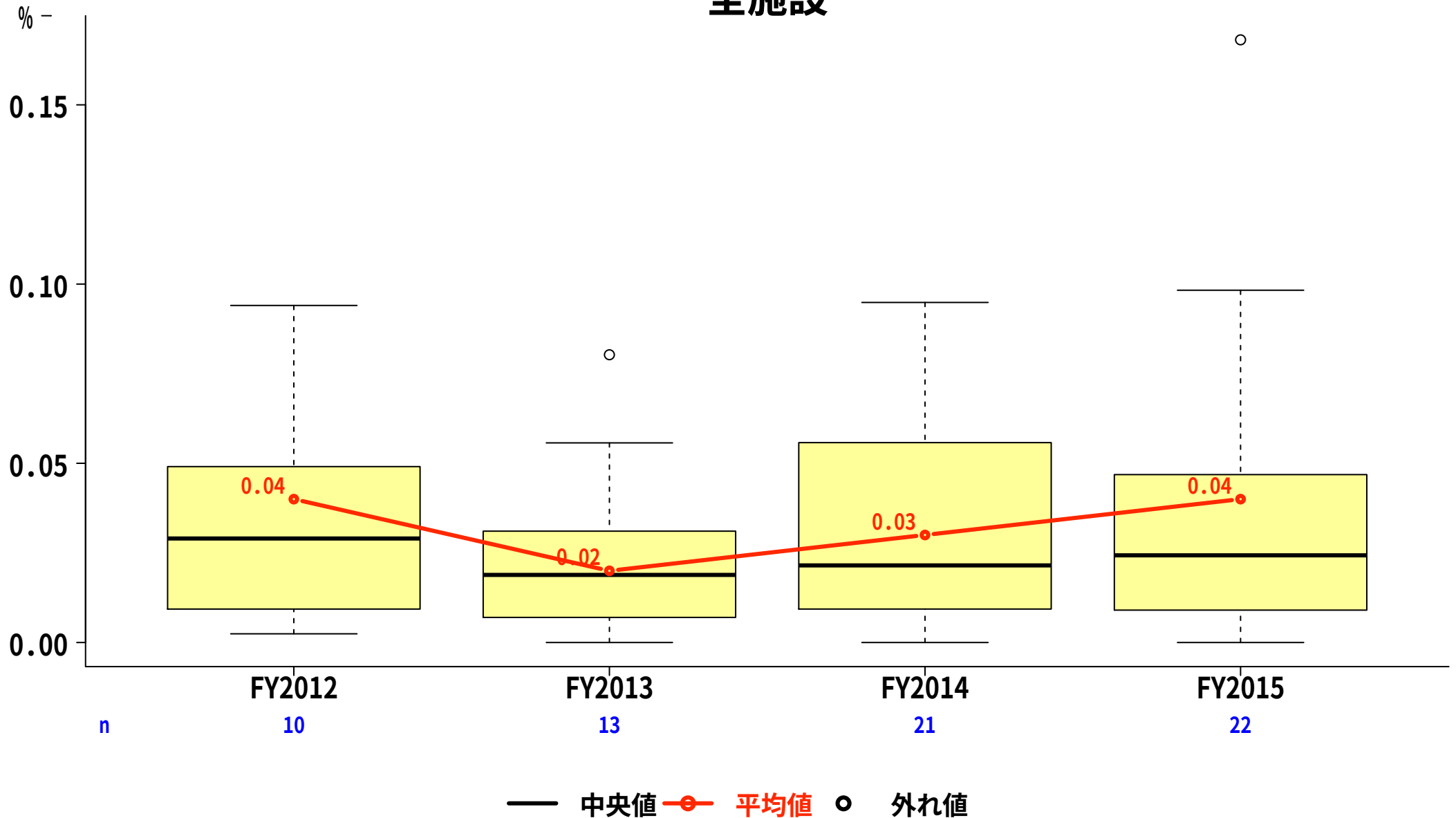
全施設



精神-6 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

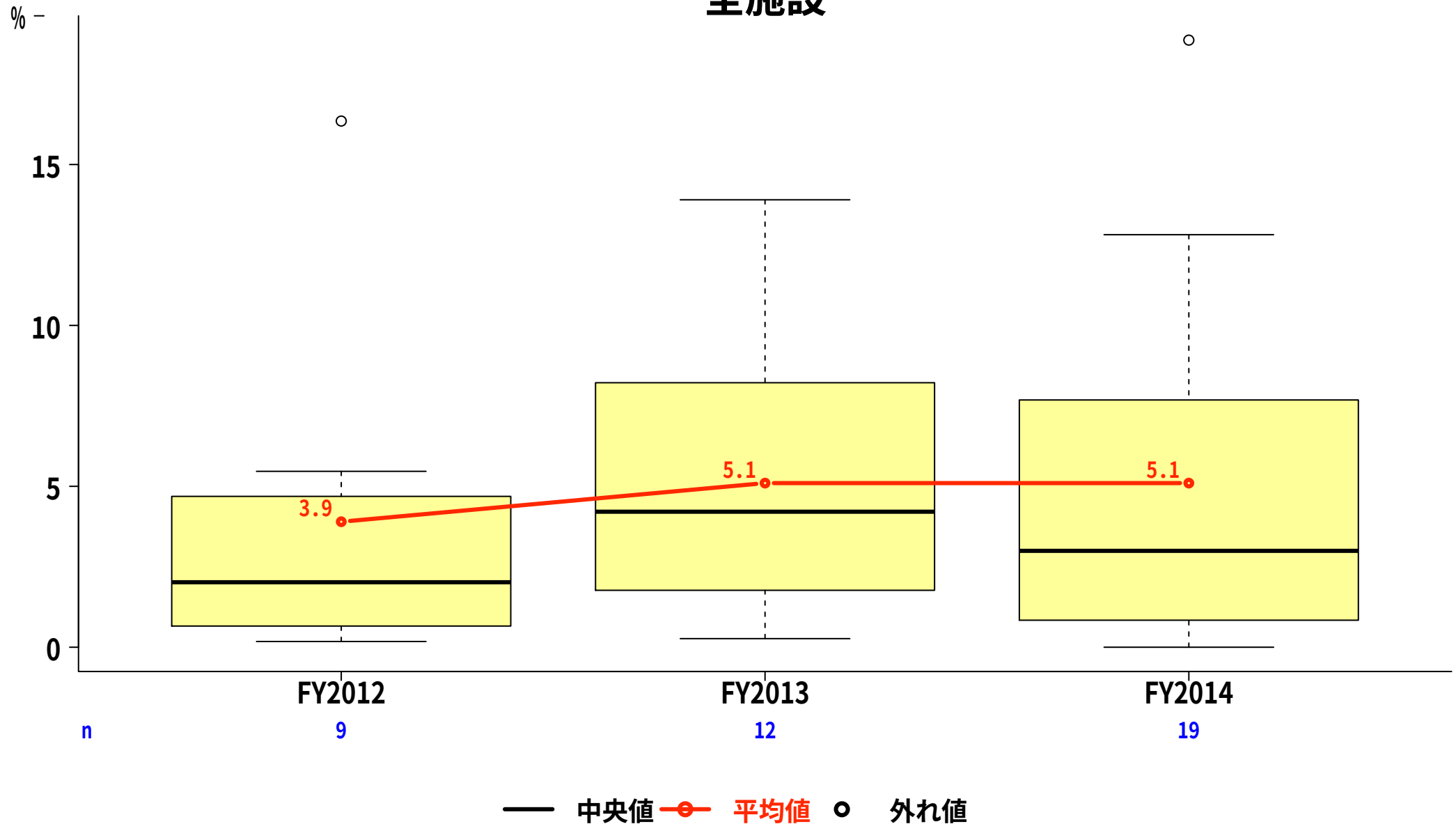
全施設



精神-7 尿道留置カテーテル使用率

分子:尿道留置カテーテルが挿入されている入院延べ患者数
分母:入院延べ患者数

全施設

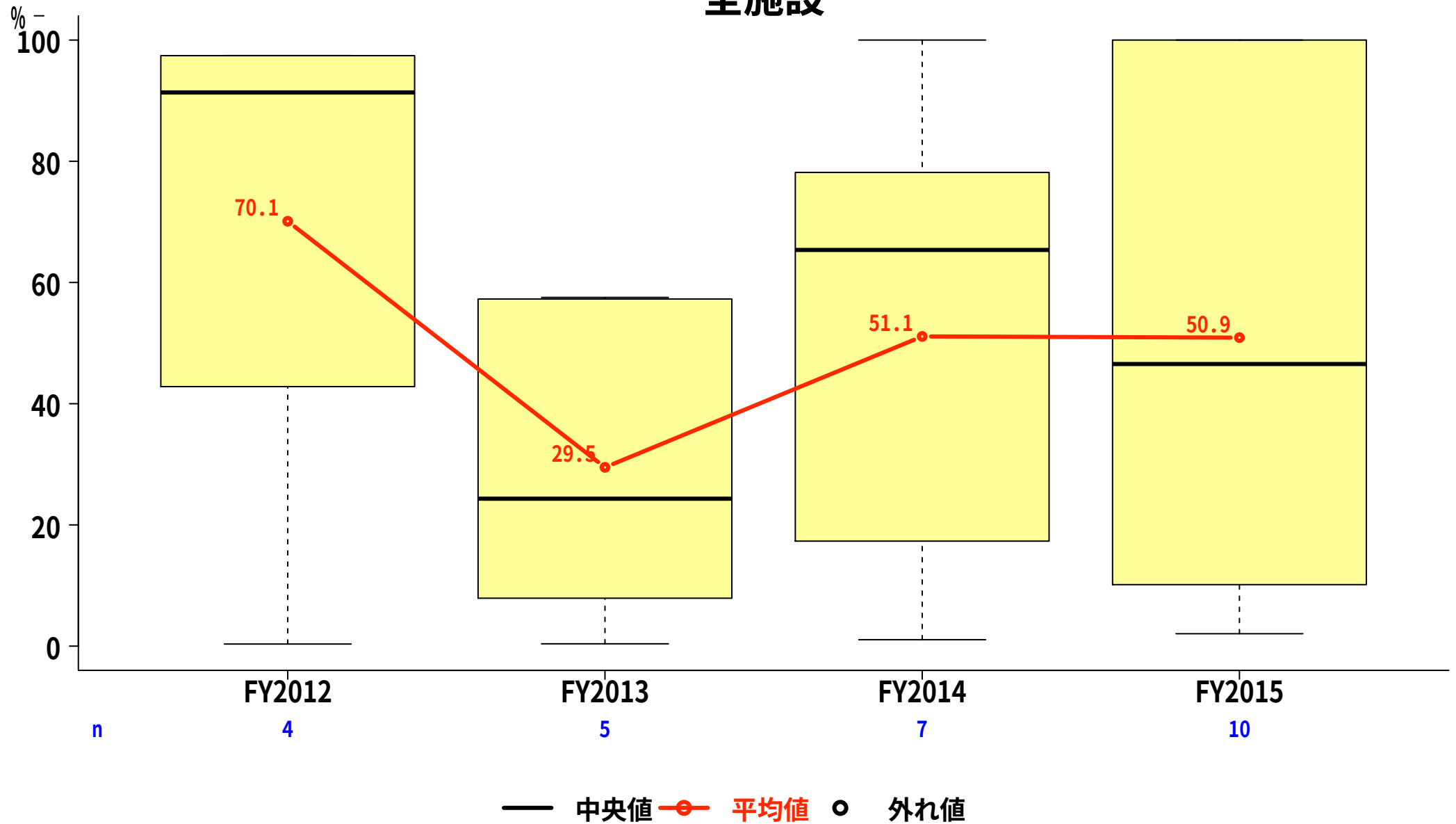


療養病床向けの指標

療養-1 紹介率

分子:紹介患者数
分母:初診患者数

全施設

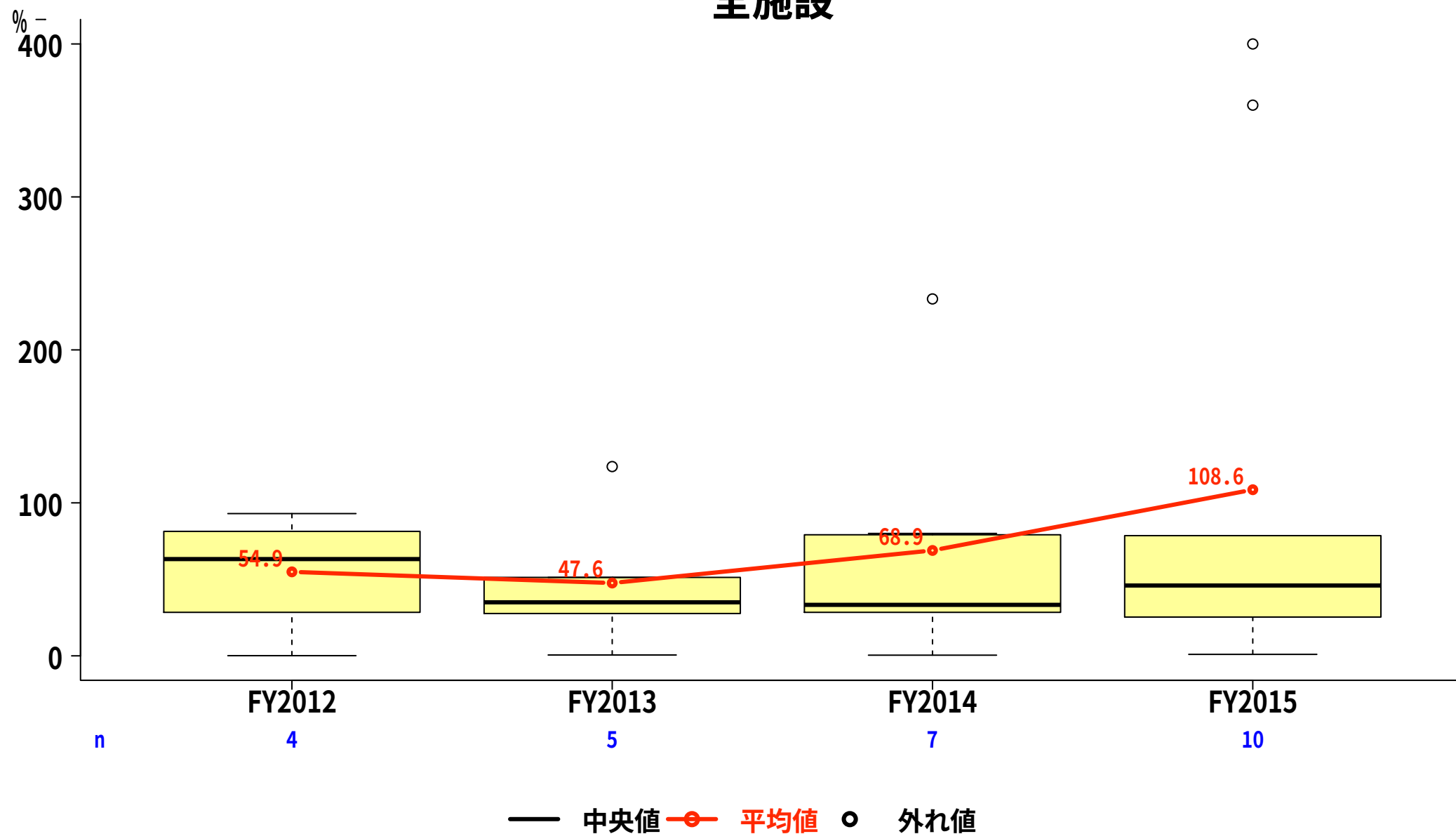


療養-2 逆紹介率

分子:逆紹介患者数

分母:初診患者数

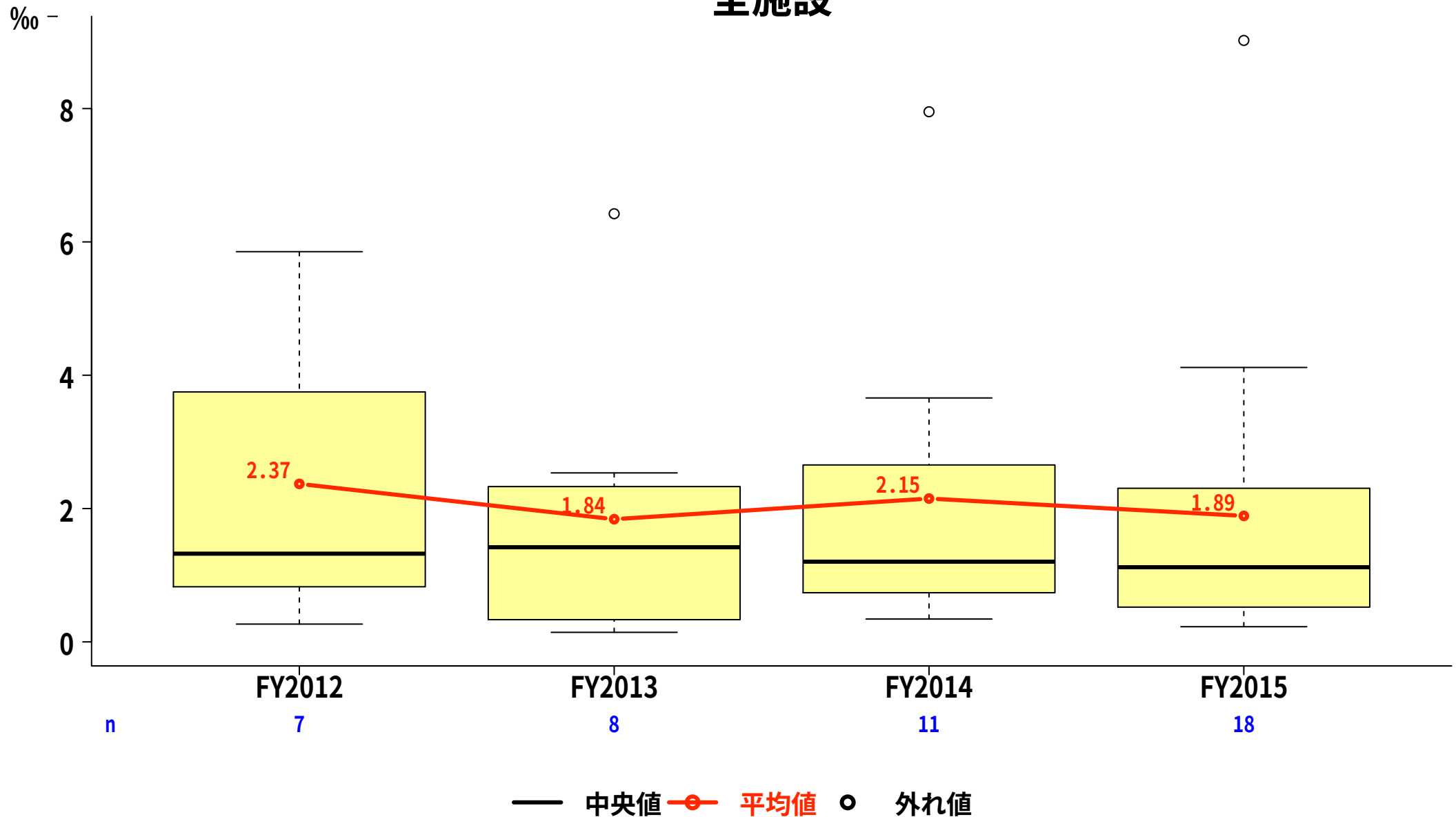
全施設



療養-3-a 入院患者の転倒・転落発生率

分子:医療安全管理室ヘインシデント・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

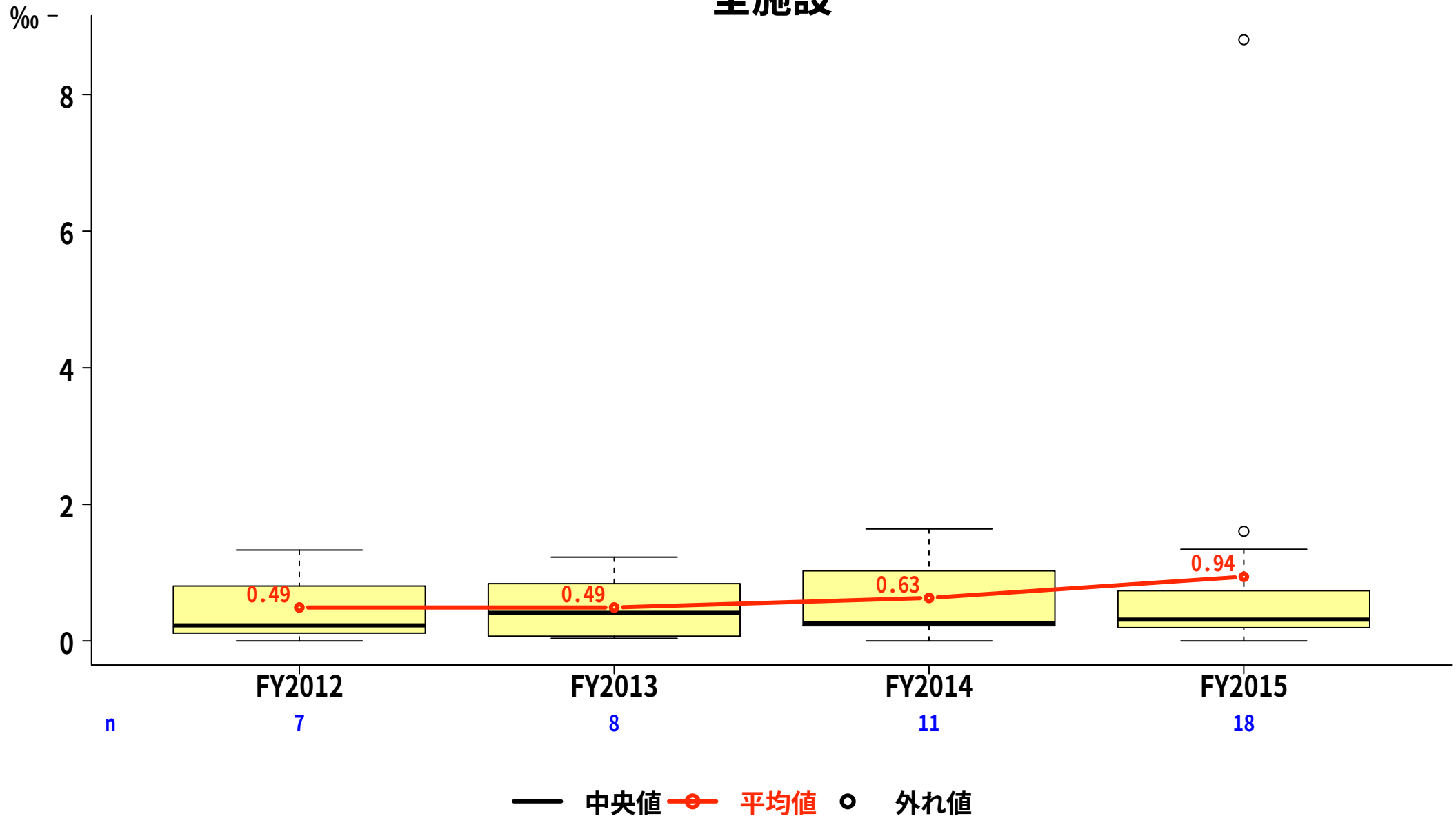
全施設



療養-3-b 入院患者の転倒・転落発生率（レベル2以上）

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2以上の件数
分母:入院延べ患者数

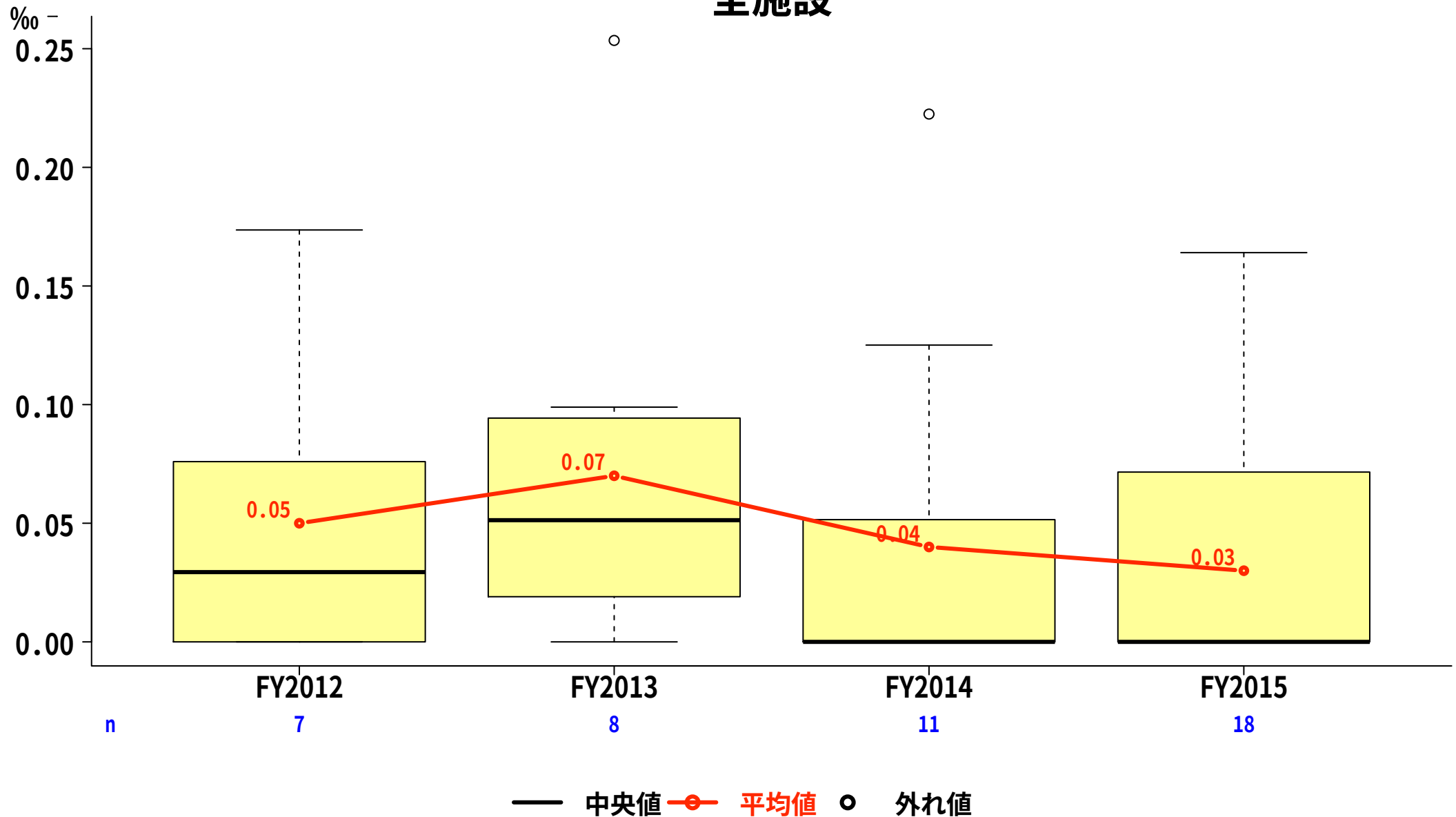
全施設



療養-3-c 入院患者の転倒・転落発生率（レベル4以上）

分子:医療安全管理室ヘインシデント・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以上の件数
分母:入院延べ患者数

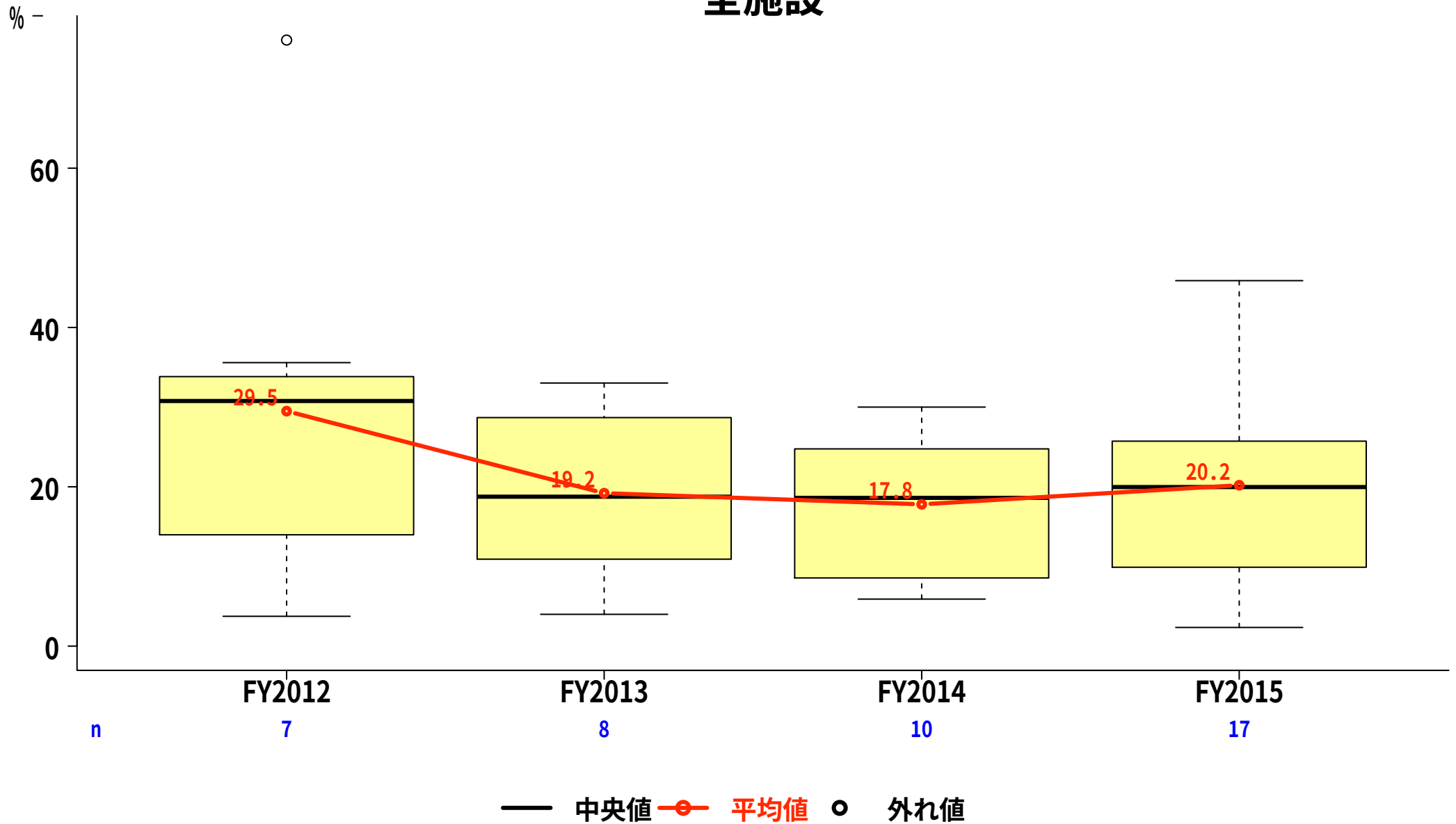
全施設



療養-4 身体抑制率

分子: (物理的)身体抑制を実施した入院延べ患者数
分母: 入院延べ患者数

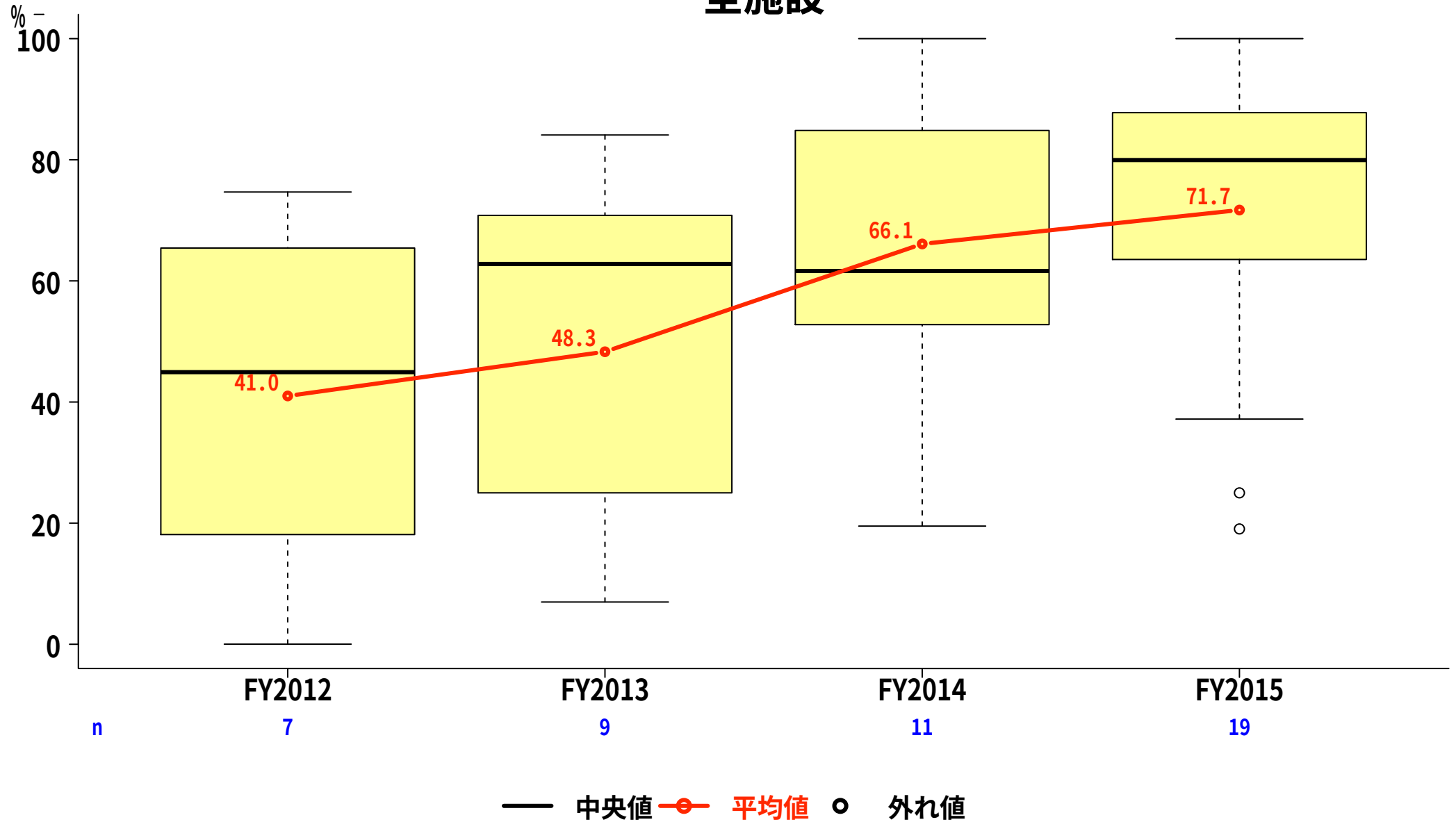
全施設



療養-5 在宅復帰率

分子:在宅退院患者数
分母:退院患者数

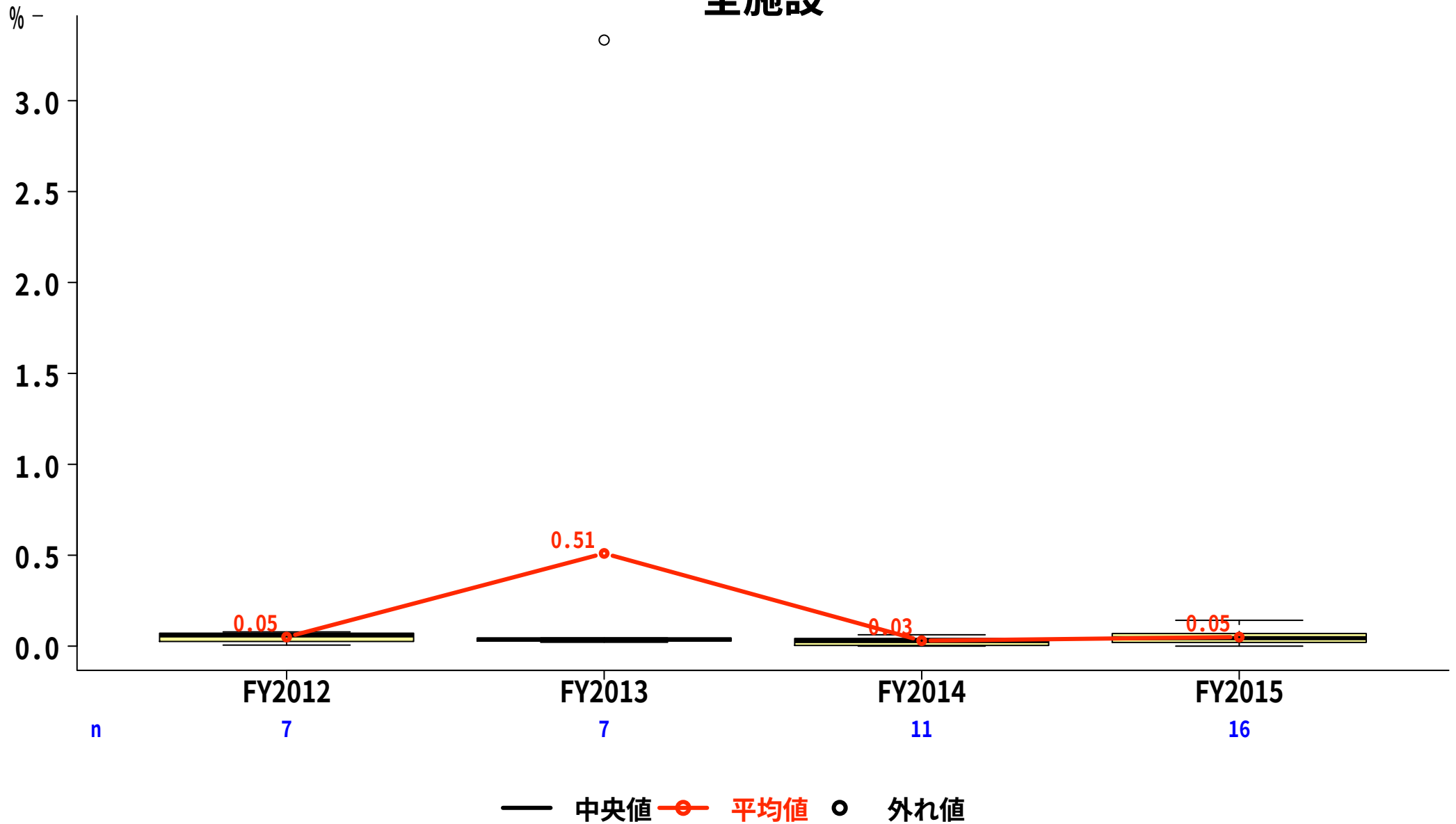
全施設



療養-6 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

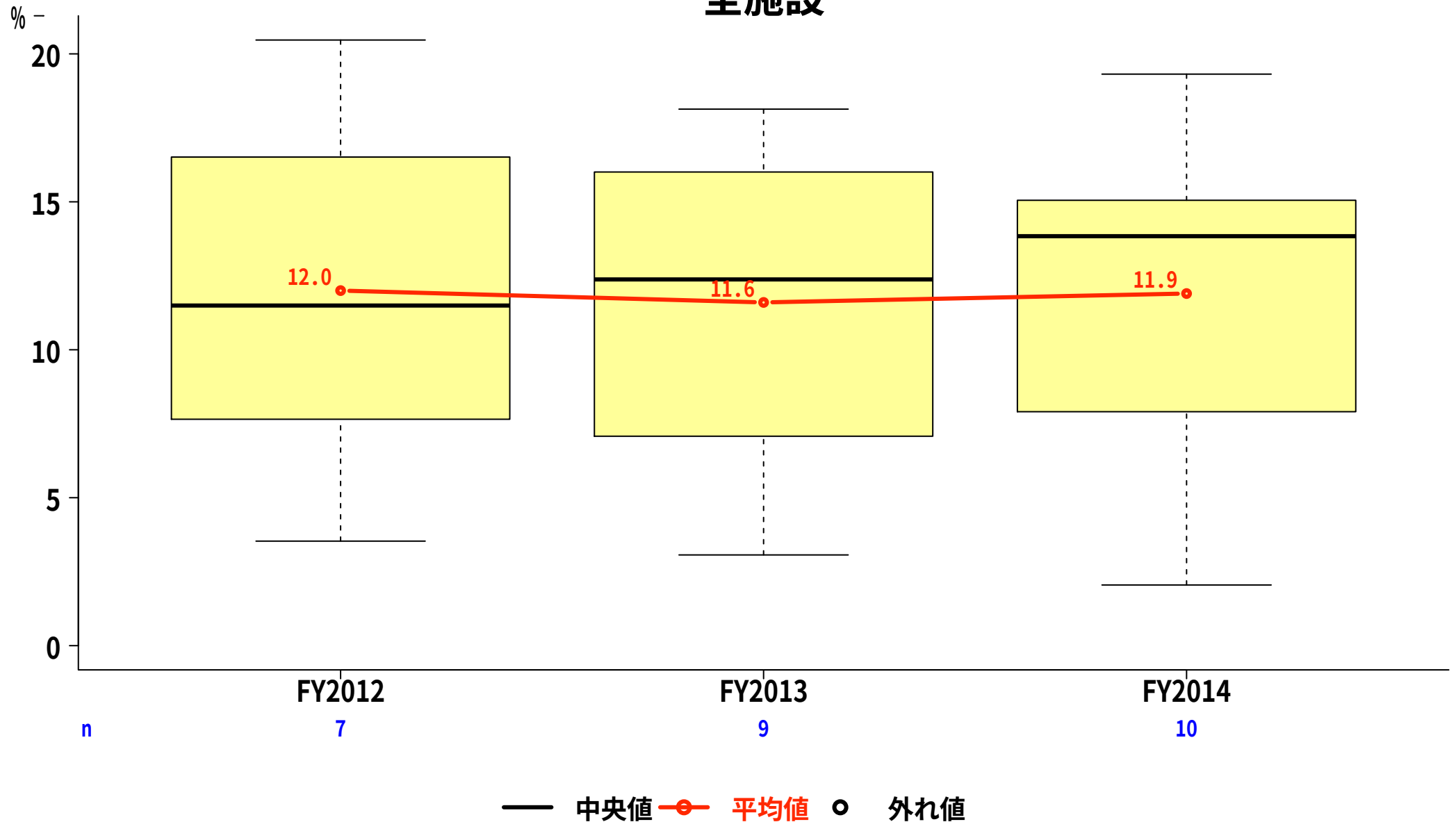
全施設



療養-7 尿道留置カテーテル使用率

分子:尿道留置カテーテルが挿入されている入院延べ患者数
分母:入院延べ患者数

全施設



一般社団法人 日本病院会 2015 年度 QI 委員会

(50 音順)

委員長 福井次矢(学校法人聖路加国際大学 学長/聖路加国際病院 院長)

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 岩渕勝好(山形市立病院済生館 呼吸器内科長)

委員 國澤進(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 特定講師)

委員 嶋田元(聖路加国際大学 情報システムセンター センター長/
聖路加国際病院 消化器・一般外科 / ヘルニアセンター 副医長)

委員 深田順一(三愛病院 院長)

委員 山本貴道(聖隷浜松病院 副院長)

副会長 末永裕之(小牧市民病院 病院事業管理者)

WG 委員 堀川知香(聖路加国際大学 情報システムセンター 情報室)

事務局 千須和美直(一般社団法人 日本病院会 学術部 学術研修課 課長代理)

事務局 伊東佳恵(一般社団法人 日本病院会 学術部 学術研修課)

事務局 佐藤美華(一般社団法人 日本病院会 学術部 学術研修課)

<開催報告>

QI プロジェクト 実務者説明会 2015 年 4 月 14 日(188 病院 274 名)

第 1 回 精神療養病床ワーキンググループ 2015 年 4 月 7 日(10 名)

第 1 回 QI 委員会 2015 年 8 月 13 日(12 名)

第 2 回 精神療養病床ワーキンググループ 2015 年 10 月 20 日(9 名)

第 2 回 QI 委員会 2015 年 12 月 1 日(13 名)

第 3 回 精神療養病床ワーキンググループ 2016 年 2 月 4 日(8 名)

QI プロジェクト シンポジウム 2016 年 2 月 25 日(124 病院 166 名)

初版 2016 年 10 月 20 日

改訂 2016 年 11 月 18 日