



# 2019 年度 QI プロジェクト 結果報告

---

# 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継続的に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 年間の事業を終えた以後も、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、2015 年度は 342、2016 年度は 350、2017 年度は 349、2018 年度は 355、昨年 (2019 年) 度は 357 でした。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、引き続き、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努力してまいります。一方、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負担感はずいぶん軽減されるように思います。

2019 年度の参加病院 357 のうち、一般病床向けの項目算出に参加した病院は 347、精神病床向けの項目算出に参加した病院は 37、療養病床向けの項目算出に参加した病院は 29 でした。測定した QI の項目数は、2017 年度の厚生労働省事業で示された共通指標セットの一部を継続し、また新たに全病床向けに「65 歳以上の入院患者における転倒・転落発生率」を追加しました。一般病床向けには「18 歳以上の身体抑制率」「大腿骨頸部/転子部骨折の早期手術割合」「シスプラチンを含むがん薬物療法後の急性期予防的制吐剤投与率」を追加し全 40 項目、精神病床および療養病床向けは「患者満足度」「インシデント・アクシデント発生件数」「全報告中医師による報告の占める割合」を追加し、療養病床向けにはさらに「麻薬処方患者における痛みの程度の記載率」を追加し、精神病床向けは全 12 項目、療養病床向けは全 13 項目で、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、もっと頻繁に持てればと思っています。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

No.	都道府県	施設名	NewID	新規継続	DPC	一般病床			療養病床			精神病床		
						参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数
1	北海道	手稲溪仁会病院	01-0020	継続参加	○	○	670	9.9						
2	北海道	函館中央病院	01-0030	継続参加	○	○	527	13.8						
3	北海道	函館五稜郭病院	01-0040	継続参加	○	○	480	12.3						
4	北海道	KKR斗南病院	01-0061	継続参加	○	○	243	8.7						
5	北海道	札幌厚生病院	01-0070	継続参加	○	○	519	13.6						
6	北海道	市立札幌病院	01-0071	2017新規	○	○	709	10.4			○	38	36.6	
7	北海道	札幌東徳洲会病院	01-0072	継続参加	○	○	325	12.1						
8	北海道	KKR札幌医療センター	01-0073	継続参加	○	○	410	10.9						
9	北海道	旭川赤十字病院	01-0100	継続参加	○	○	480	11.3						
10	北海道	市立旭川病院	01-0101	継続参加	○	○	372	15.7			○	100	39.9	
11	北海道	帯広厚生病院	01-0110	継続参加	○	○	678	15.5				70	102.1	
12	北海道	北斗病院	01-0120	継続参加	○	○	221	10.3						
13	北海道	帯広第一病院	01-0150	2017新規	○	○	247	16.5						
14	北海道	市立千歳市民病院	01-0160	2017新規	○	○	190	9.2						
15	北海道	NTT東日本札幌病院	01-0180	2017新規	○	○	301	9.1						
16	北海道	砂川市立病院	01-0190	2017新規	○	○	408	12.9			○	80	59.6	
17	北海道	洞爺温泉病院	01-0200	2017新規	○	○	100	151.6	○	116	378			
18	北海道	北海道病院	01-0210	2019新規	○	○								
19	北海道	製鉄記念室蘭病院	01-0220	2019新規	○	○								
20	北海道	JR札幌病院	01-0230	2019新規	○	○								
21	青森県	八戸市立市民病院	02-0010	継続参加	○	○	552	13.2			○	50	98	
22	青森県	十和田市立中央病院	02-0020	継続参加	○	○	325	15.6			○	50	57.6	
23	青森県	青森県立中央病院	02-0040	2017新規	○	○	679	12.6						
24	青森県	青森市民病院	02-0050	NULL										
25	岩手県	岩手県立中央病院	03-0010	継続参加	○	○	685	12.1						
26	岩手県	岩手県立大船渡病院	03-0020	継続参加	○	○	370	14.5			○	105	257.5	
27	岩手県	岩手県立中部病院	03-0030	2017新規	○	○	414	10.1						
28	宮城県	KKR東北公済病院	04-0001	継続参加	○	○	345	7.6	○	40	72.4			
29	宮城県	坂総合病院	04-0030	継続参加	○	○	357	13.8						
30	宮城県	永仁会病院	04-0040	継続参加	○	○	80	9.9						
31	宮城県	仙台赤十字病院	04-0050	2017新規	○	○	389	13.6						
32	宮城県	仙台市立病院	04-0060	2018途中	○	○	467	10.6			○	50	30.9	
33	宮城県	仙台オーブン病院	04-0070	NULL										
34	秋田県	能代厚生医療センター	05-0010	2019新規	○	○					○			
35	山形県	済生会山形済生病院	06-0010	継続参加	○	○	364	14.8						
36	山形県	三友堂病院	06-0020	継続参加	○	○	190	15.5						
37	山形県	公立置賜総合病院	06-0030	継続参加	○	○	520	13.4						
38	山形県	山形市立病院済生館	06-0040	継続参加	○	○	528	13.4						
39	山形県	山形県立中央病院	06-0050	継続参加	○	○	645	11.3						
40	山形県	日本海総合病院	06-0060	2017新規	○	○	642	11.3						
41	山形県	鶴岡市立荘内病院	06-0070	2018途中	○	○	511	15						
42	福島県	大原総合病院	07-0010	継続参加	○	○	353	11.7						
43	福島県	白河厚生総合病院	07-0020	継続参加	○	○	471	13.2						
44	福島県	太田西ノ内病院	07-0030	継続参加	○	○	1036	15.3						
45	福島県	寿泉堂総合病院	07-0040	継続参加	○	○	305	11						
46	福島県	公立藤田総合病院	07-0050	継続参加	○	○	299	16.6						
47	福島県	星総合病院	07-0060	2017新規	○	○	430	12.3						
48	福島県	総合南東北病院	07-0070	2018新規	○	○	461	14.9						
49	茨城県	総合病院 土浦協同病院	08-0010	継続参加	○	○	800	11.1						
50	茨城県	JAとりで総合医療センター	08-0030	継続参加	○	○	414	13.5						
51	茨城県	筑波メディカルセンター病院	08-0040	継続参加	○	○	453	12.2						
52	茨城県	KKR水府病院	08-0061	継続参加	○	○	127	13						
53	茨城県	水戸済生会総合病院	08-0070	継続参加	○	○	472	12.5						
54	茨城県	ひたちなか総合病院	08-0080	継続参加	○	○	302	12.7						
55	茨城県	つくばセントラル病院	08-0100	2019新規	○	○								
56	栃木県	新小山市立病院	09-0020	2017新規	○	○	300	12.1						
57	栃木県	足利赤十字病院	09-0030	2017新規	○	○	446	12.2	○	69	47.9	○	40	27.3
58	栃木県	栃木県済生会宇都宮病院	09-0040	2018新規	○	○	644	12.9						
59	群馬県	前橋赤十字病院	10-0040	継続参加	○	○	555	11.5						
60	群馬県	済生会前橋病院	10-0050	継続参加	○	○	317	11						
61	群馬県	老年病研究所附属病院	10-0051	継続参加	○	○	139	15.5		114	53.2			
62	群馬県	伊勢崎市民病院	10-0060	継続参加	○	○	490	12.1						
63	群馬県	美原記念病院	10-0061	NULL										
64	群馬県	太田記念病院	10-0070	継続参加	○	○	386	11.2						
65	群馬県	公立藤岡総合病院	10-0080	継続参加	○	○	399	13						
66	埼玉県	さいたま市民医療センター	11-0010	継続参加	○	○	340	13.5						
67	埼玉県	済生会川口総合病院	11-0020	継続参加	○	○	424	10.7						
68	埼玉県	埼玉協同病院	11-0030	継続参加	○	○	401	10.7						
69	埼玉県	戸田中央総合病院	11-0040	継続参加	○	○	492	12.8						
70	埼玉県	彩の国東大宮メディカルセンター	11-0050	2016再参加	○	○	337	15.5						
71	埼玉県	さいたま赤十字病院	11-0060	継続参加	○	○	632	12.1						
72	埼玉県	赤心堂病院	11-0070	継続参加	○	○	198	11.7						
73	埼玉県	埼玉石心会病院	11-0080	継続参加	○	○	450	14.6						
74	埼玉県	上尾中央総合病院	11-0110	継続参加	○	○	733	14.2						
75	埼玉県	伊奈病院	11-0120	継続参加	○	○	111	16.2	○	40	199.5			
76	埼玉県	白岡中央総合病院	11-0130	2017新規	○	○	157	17	○	58	172			
77	埼玉県	埼玉医科大学総合医療センター	11-0140	継続参加	○	○	1053	13.1						
78	埼玉県	埼玉医科大学国際医療センター	11-0150	継続参加	○	○	700	14.1						
79	埼玉県	丸山記念総合病院	11-0160	2018新規	○	○	241	12.2						
80	埼玉県	埼玉医科大学病院	11-0170	2019新規	○	○						○		
81	千葉県	千葉中央メディカルセンター	12-0010	継続参加	○	○	272	14.6						
82	千葉県	東葛クリニック病院	12-0020	継続参加	○	○	60	18.4	○	35	99999			
83	千葉県	船橋市立医療センター	12-0030	継続参加	○	○	449	10.6						
84	千葉県	板倉病院	12-0031	継続参加	○	○	91	15.6						
85	千葉県	柏厚生総合病院	12-0040	継続参加	○	○	278	12.6						
86	千葉県	小浜総合病院	12-0050	継続参加	○	○	350	14.9						

No.	都道府県	施設名	NewID	新規継続	DPC	一般病床			療養病床			精神病床		
						参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数
87	千葉県	成田赤十字病院	12-0062	継続参加	○	○	666	13.9						
88	千葉県	総合病院 国保旭中央病院	12-0070	継続参加	○	○	763	13.4				○	220	50.3
89	千葉県	国保直営総合病院君津中央病院	12-0080	継続参加	○	○	661	11.4						
90	千葉県	亀田総合病院	12-0090	継続参加	○	○	850	13.1						
91	千葉県	津田沼中央総合病院	12-0100	2017新規	○	○	172	15.5	○	82	61.1			
92	千葉県	東京女子医科大学附属八千代医療センター	12-0110	2018新規	○	○	501	10.4						
93	千葉県	セコマディック病院	12-0120	2018途中	○	○	292	16.6						
94	千葉県	国立がん研究センター東病院	12-0130	2019新規	○	○								
95	東京都	聖路加国際病院	13-0020	継続参加	○	○	520	8.1						
96	東京都	東大和病院	13-0030	継続参加	○	○	284	12.7						
97	東京都	東京山手メディカルセンター	13-0040	継続参加	○	○	418	11.4						
98	東京都	三井記念病院	13-0050	継続参加	○	○	482	10.2						
99	東京都	国立病院機構 東京医療センター	13-0070	継続参加	○	○	695	10.7						
100	東京都	佼成病院	13-0080	継続参加	○	○	320	12.1						
101	東京都	河北総合病院	13-0090	継続参加	○	○	331	11						
102	東京都	牧田総合病院	13-0100	継続参加	○	○	246	13.2						
103	東京都	青梅市立総合病院	13-0110	継続参加	○	○	508	11.8				○	50	37.3
104	東京都	順天堂大学医学部附属順天堂医院	13-0120	継続参加	○	○	1011	11.4						
105	東京都	がん研究会有明病院	13-0130	継続参加	○	○	686	12						
106	東京都	豊島病院	13-0140	継続参加	○	○	418	10.4				○	32	21.1
107	東京都	KKR九段坂病院	13-0150	継続参加	○	○	231	14.7						
108	東京都	KKR虎の門病院	13-0151	継続参加	○	○	868	15						
109	東京都	KKR東京共済病院	13-0160	継続参加	○	○	350	16						
110	東京都	東京通信病院	13-0170	継続参加	○	○	477	12						
111	東京都	昭和大学病院	13-0180	継続参加	○	○	815	10.9						
112	東京都	武蔵野赤十字病院	13-0200	継続参加	○	○	611	10.2						
113	東京都	永寿総合病院	13-0210	継続参加	○	○	384	12.8						
114	東京都	榑原記念病院	13-0220	継続参加	○	○	320	10.1						
115	東京都	NTT東日本関東病院	13-0230	継続参加	○	○	577	10.3				○	50	61.1
116	東京都	KKR三宿病院	13-0231	継続参加	○	○	206	15.8		38	39.1			
117	東京都	KKR立川病院	13-0232	継続参加	○	○	412	12.5				○	38	34.1
118	東京都	稲城市立病院	13-0240	継続参加	○	○	290	10.7						
119	東京都	東京都立松沢病院	13-0260	継続参加	○	○						○	808	76.9
120	東京都	東京都済生会中央病院	13-0270	継続参加	○	○	535	14						
121	東京都	武蔵村山病院	13-0280	2016新規	○	○	144	7.9	○	156	34.8			
122	東京都	順天堂大学医学部附属練馬病院	13-0290	2018新規	○	○	400	9.8						
123	東京都	大田病院	13-0300	2019新規	○	○			○					
124	東京都	東京新宿メディカルセンター	13-0320	2019途中参加	○	○								
125	神奈川県	川崎幸病院	14-0010	継続参加	○	○	326	9.9						
126	神奈川県	KKR虎の門病院分院	14-0011	継続参加	○	○	300	21.2						
127	神奈川県	菊名記念病院	14-0020	継続参加	○	○	218	10.7						
128	神奈川県	KKR横浜南共済病院	14-0040	継続参加	○	○	565	10.5						
129	神奈川県	KKR横浜共済病院	14-0050	継続参加	○	○	732	10.8				○	10	24.5
130	神奈川県	総合病院 衣笠病院	14-0060	継続参加	○	○	251	17.4						
131	神奈川県	聖隷横浜病院	14-0061	継続参加	○	○	300	15						
132	神奈川県	神奈川県立がんセンター	14-0070	継続参加	○	○	415	11.4						
133	神奈川県	東名厚木病院	14-0090	継続参加	○	○	267	12.3						
134	神奈川県	国際親善総合病院	14-0100	継続参加	○	○	287	10.8						
135	神奈川県	西横浜国際総合病院	14-0110	継続参加	○	○	188	18						
136	神奈川県	湘南鎌倉総合病院	14-0120	継続参加	○	○	619	9.1						
137	神奈川県	KKR横浜栄共済病院	14-0121	継続参加	○	○	430	12.4						
138	神奈川県	湘南藤沢徳洲会病院	14-0130	継続参加	○	○	419	11						
139	神奈川県	KKR平塚共済病院	14-0150	継続参加	○	○	441	13.5						
140	神奈川県	済生会横浜市東部病院	14-0170	継続参加	○	○	466	8.3						
141	神奈川県	横浜須賀土立わかち病院	14-0180	2017新規	○	○	417	11.1	○	100	62.3			
142	新潟県	立川総合病院	15-0010	継続参加	○	○	481	13.7						
143	新潟県	新潟市市民病院	15-0030	継続参加	○	○	660	11.9						
144	新潟県	新潟南病院	15-0050	継続参加	○	○	143	16.8						
145	新潟県	新潟県済生会三条病院	15-0060	継続参加	○	○	199	14.4						
146	新潟県	新津医療センター病院	15-0070	継続参加	○	○	174	45.5						
147	新潟県	新潟脳外科病院	15-0080	2018新規	○	○	120	17.6	○	58	80.4			
148	富山県	富山市立富山市民病院	16-0010	継続参加	○	○	539	13.2						
149	富山県	真生会富山病院	16-0030	2018新規	○	○	99	7.7						
150	富山県	富山赤十字病院	16-0040	2018新規	○	○	401	12						
151	石川県	KKR北陸病院	17-0001	継続参加	○	○	125	14.2						
152	石川県	恵寿総合病院	17-0030	継続参加	○	○	426	23						
153	石川県	やわたメディカルセンター	17-0040	2017新規	○	○	227	14.3						
154	福井県	市立敦賀病院	18-0001	継続参加	○	○	332	14.5						
155	福井県	福井赤十字病院	18-0010	継続参加	○	○	600	11						
156	山梨県	山梨県立中央病院	19-0020	2019新規	○	○								
157	長野県	長野赤十字病院	20-0001	継続参加	○	○	635	12.3						
158	長野県	長野市市民病院	20-0010	継続参加	○	○	400	11.2						
159	長野県	長野県立信州医療センター	20-0011	継続参加	○	○	310	17.6						
160	長野県	北信総合病院	20-0020	継続参加	○	○	445	16.3						
161	長野県	浅間南麓こもろ医療センター	20-0030	継続参加	○	○	215	18.1						
162	長野県	佐久総合病院	20-0040	継続参加	○	○	199	16.8						
163	長野県	南長野医療センター篠ノ井総合病院	20-0050	継続参加	○	○	433	12.6						
164	長野県	相澤病院	20-0060	継続参加	○	○	460	11.4						
165	長野県	丸の内病院	20-0070	継続参加	○	○	199	11.8						
166	長野県	諏訪中央病院	20-0080	継続参加	○	○	202	10						
167	長野県	諏訪赤十字病院	20-0090	継続参加	○	○	425	12.2				○	30	44.4
168	長野県	飯田病院	20-0100	継続参加	○	○	212	15.8				○	240	135.1
169	長野県	伊那中央病院	20-0110	継続参加	○	○	394	11.9						
170	長野県	富士見高原病院	20-0120	継続参加	○	○	151	18.2						
171	長野県	安曇野赤十字病院	20-0130	継続参加	○	○	194	17	○					
172	長野県	北アルプス医療センターあづみ病院	20-0140	継続参加	○	○	200	13.9				○	120	69.1

No.	都道府県	施設名	NewID	新規継続	DPC	一般病床			療養病床			精神病床		
						参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数
173	長野県	佐久総合病院 佐久医療センター	20-0150	継続参加	○	○	450	10.4						
174	長野県	丸子中央病院	20-0160	2017新規	○	○	150	15	○	150	280			
175	長野県	昭和伊南総合病院	20-0170	2017新規	○	○	300	14.5						
176	長野県	飯田市立病院	20-0180	2017新規	○	○	419	10.5						
177	長野県	市立大町総合病院	20-0190	2017新規	○	○	212	12.8	○	62	151.3			
178	岐阜県	岐阜市民病院	21-0010	継続参加	○	○	559	12.3				○	50	54.7
179	岐阜県	岐阜県総合医療センター	21-0020	継続参加	○	○	604	11.9						
180	岐阜県	松波総合病院	21-0030	継続参加	○	○	501	12.6						
181	岐阜県	羽島市民病院	21-0040	継続参加	○	○	271	15.5						
182	岐阜県	岐阜赤十字病院	21-0050	継続参加	○	○	311	10						
183	岐阜県	高山赤十字病院	21-0070	継続参加	○	○	472	13.2						
184	岐阜県	岐阜県立多治見病院	21-0080	継続参加	○	○	510	11.7				○	46	33.6
185	静岡県	静岡赤十字病院	22-0020	継続参加	○	○	465	14.5						
186	静岡県	静岡県立総合病院	22-0030	継続参加	○	○	662	12.1						
187	静岡県	藤枝市立総合病院	22-0040	継続参加	○	○	564	13.4						
188	静岡県	市立島田市民病院	22-0050	継続参加	○	○	536	14.7						
189	静岡県	遠州病院	22-0060	継続参加	○	○	340	13.3						
190	静岡県	総合病院 聖隷浜松病院	22-0070	継続参加	○	○	750	11.1						
191	静岡県	浜松医療センター	22-0080	継続参加	○	○	606	14.1						
192	静岡県	総合病院 聖隷三方原病院	22-0090	継続参加	○	○	810	15.4				○	104	45.3
193	静岡県	中東遠総合医療センター	22-0100	継続参加	○	○	500	10.3						
194	静岡県	磐田市立総合病院	22-0110	継続参加	○	○	500	13.1						
195	静岡県	NTT東日本伊豆病院	22-0120	2017新規	○	○	50	19				○	46	71.9
196	静岡県	静岡県立静岡がんセンター	22-0130	2019新規	○	○				100	76			
197	愛知県	豊橋市民病院	23-0010	継続参加	○	○	780	12						
198	愛知県	安城更生病院	23-0020	継続参加	○	○	749	11.3						
199	愛知県	刈谷豊田総合病院	23-0030	継続参加	○	○	666	11.2						
200	愛知県	KKR名城病院	23-0033	継続参加	○	○	279	13.6	○	47	34			
201	愛知県	総合上飯田第一病院	23-0040	継続参加	○	○	236	15.8						
202	愛知県	KKR東海病院	23-0041	継続参加	○	○	120	14.4						
203	愛知県	名古屋第二赤十字病院	23-0060	継続参加	○	○	812	11.3						
204	愛知県	豊田厚生病院	23-0061	継続参加	○	○	606	10.7						
205	愛知県	藤田医科大学病院	23-0070	継続参加	○	○	1384	14.8				○	51	34.1
206	愛知県	半田市立半田病院	23-0071	継続参加	○	○	499	10.4						
207	愛知県	小牧市民病院	23-0080	継続参加	○	○	558	10.9						
208	愛知県	春日井市民病院	23-0090	継続参加	○	○	552	11.4						
209	愛知県	総合大権会病院	23-0100	継続参加	○	○	322	13.5						
210	愛知県	稲沢市民病院	23-0120	継続参加	○	○	320	11.1						
211	愛知県	岡崎市市民病院	23-0130	2017新規	○	○	715	12.3						
212	愛知県	八千代病院	23-0140	2017新規	○	○	270	10.7	○	52	123.6			
213	愛知県	海南病院	23-0150	2017新規	○	○	540	13.3						
214	愛知県	名古屋市立大学病院	23-0160	2017新規	○	○	772	11.8				○	28	26.4
215	愛知県	名鉄病院	23-0170	2017新規	○	○	373	13						
216	愛知県	総合病院南生協病院	23-0180	2019新規	○	○								
217	三重県	三重北医療センターいなべ総合病院	24-0020	継続参加	○	○	220	21						
218	三重県	鈴鹿中央総合病院	24-0040	継続参加	○	○	460	14.2						
219	三重県	松阪中央総合病院	24-0050	継続参加	○	○	440	15.2						
220	滋賀県	市立大津市民病院	25-0010	継続参加	○	○	441	12.4						
221	滋賀県	近江八幡市立総合医療センター	25-0020	継続参加	○	○	407	10						
222	滋賀県	草津総合病院	25-0030	継続参加	○	○	371	13.1	○	348	123.3			
223	滋賀県	彦根市立病院	25-0040	継続参加	○	○	424	13.6						
224	滋賀県	滋賀県立総合病院	25-0050	2017新規	○	○	535	13						
225	京都府	武田病院	26-0010	継続参加	○	○	394	13.7						
226	京都府	武田総合病院	26-0020	継続参加	○	○	500	14						
227	京都府	京都民医連中央病院	26-0030	継続参加	○	○	359	16.2						
228	京都府	京都市立病院	26-0040	継続参加	○	○	548	11.2						
229	京都府	洛和会音羽病院	26-0050	継続参加	○	○	429	10.7						
230	京都府	宇治武田病院	26-0060	継続参加	○	○	177	18.2						
231	京都府	男山病院	26-0070	継続参加	○	○	199	15						
232	京都府	三菱京都病院	26-0080	継続参加	○	○	188	9.1						
233	京都府	京都桂病院	26-0090	継続参加	○	○	525	13.3						
234	京都府	千春会病院	26-0100	継続参加	○	○	60	13.5						
235	京都府	KKR舞鶴共済病院	26-0110	継続参加	○	○	300	12.8						
236	京都府	KKR舞鶴こども療育センター	26-0111	継続参加	○	○	35	485.2						
237	京都府	京都中部総合医療センター	26-0120	継続参加	○	○	399	13.7						
238	京都府	京都岡本記念病院	26-0140	2018新規	○	○	419	13						
239	京都府	市立福知山市民病院	26-0150	2018新規	○	○	354	14.9						
240	京都府	宇治徳洲会病院	26-0160	2019新規	○	○								
241	大阪府	中津病院	27-0010	継続参加	○	○	679	11.1						
242	大阪府	大阪市立総合医療センター	27-0030	継続参加	○	○	1063	10.2						
243	大阪府	野江病院	27-0040	継続参加	○	○	400	12.2						
244	大阪府	森之宮病院	27-0050	継続参加	○	○	355	27.8						
245	大阪府	KKR大手前病院	27-0051	継続参加	○	○	401	12.8						
246	大阪府	大阪警察病院	27-0060	継続参加	○	○	580	11.7						
247	大阪府	千船病院	27-0080	継続参加	○	○	292	11.2						
248	大阪府	西淀病院	27-0090	継続参加	○	○	218	19						
249	大阪府	大阪府立急性期・総合医療センター	27-0100	継続参加	○	○	831	9.9				○	34	34.9
250	大阪府	南大阪病院	27-0101	継続参加	○	○	400	13.4						
251	大阪府	市立豊中病院	27-0110	継続参加	○	○	613	11.6						
252	大阪府	箕面市立病院	27-0120	継続参加	○	○	317	12.2						
253	大阪府	第一東和会病院	27-0141	継続参加	○	○	243	10.5						
254	大阪府	高槻病院	27-0160	継続参加	○	○	477	10						
255	大阪府	北摂総合病院	27-0170	継続参加	○	○	217	12						
256	大阪府	松下記念病院	27-0190	継続参加	○	○	323	14.2						
257	大阪府	萱島生野病院	27-0200	継続参加	○	○	140	14.4						
258	大阪府	小松病院	27-0210	継続参加	○	○	190	10.3						

No.	都道府県	施設名	NewID	新規継続	DPC	一般病床			療養病床			精神病床		
						参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数
259	大阪府	KKR枚方公済病院	27-0211	継続参加	○	○	313	13.1						
260	大阪府	関西医科大学付属病院	27-0240	継続参加	○	○	751	11.8						
261	大阪府	わかき竜門リハビリテーション病院	27-0250	継続参加		○			○	500	165.9			
262	大阪府	若草第一病院	27-0260	継続参加	○	○	230	11.6						
263	大阪府	八尾市立病院	27-0280	継続参加	○	○	380	10						
264	大阪府	運動器ケアしまだ病院	27-0290	継続参加	○	○	88	12.2						
265	大阪府	PL病院	27-0300	継続参加	○	○	285	9.7	○	47	238.6			
266	大阪府	清恵会病院	27-0310	継続参加	○	○	241	12.4						
267	大阪府	堺市立総合医療センター	27-0320	継続参加	○	○	480	9.9						
268	大阪府	馬場記念病院	27-0330	継続参加	○	○	300	15.3						
269	大阪府	府中病院	27-0350	継続参加	○	○	380	13						
270	大阪府	阪南市民病院	27-0351	継続参加	○	○	185	17.1						
271	大阪府	ベルランド総合病院	27-0360	継続参加	○	○	477	11.1						
272	大阪府	淀川キリスト教病院	27-0370	2017新規	○	○	540	10.8						
273	大阪府	市立ひらかた病院	27-0380	2017新規	○	○	327	9.8						
274	大阪府	耳原総合病院	27-0390	2018新規	○	○	386	10.9						
275	大阪府	日本生命病院	27-0400	2019新規	○	○								
276	大阪府	大阪市立十三市民病院	27-0410	2019新規	○	○								
277	大阪府	大阪医科大学付属病院	27-0420	2019途中参加	○	○					○			
278	兵庫県	神戸市立医療センター中央市民病院	28-0010	継続参加	○	○	750	10.3			○	8	21.4	
279	兵庫県	神鋼記念病院	28-0020	継続参加	○	○	333	13.2						
280	兵庫県	川崎病院	28-0040	継続参加	○	○	273	15.4						
281	兵庫県	三菱神戸病院	28-0050	継続参加	○	○	188	10.8						
282	兵庫県	KKR六甲病院	28-0051	継続参加	○	○	115	31.4	○	45	292			
283	兵庫県	六甲アイランド甲南病院	28-0060	継続参加	○	○	302	15						
284	兵庫県	甲南病院	28-0070	継続参加	○	○	358	14.9						
285	兵庫県	明和病院	28-0090	継続参加	○	○	311	12.9						
286	兵庫県	西宮協立脳神経外科病院	28-0100	継続参加	○	○	164	13.7						
287	兵庫県	井野病院	28-0110	継続参加	○	○	100	13.5						
288	兵庫県	明石医療センター	28-0120	継続参加	○	○	382	10.7						
289	兵庫県	加古川中央市民病院	28-0160	2016途中新規	○	○	600	10.3						
290	兵庫県	西宮協立リハビリテーション病院	28-0170	NULL										
291	奈良県	奈良県総合医療センター	29-0020	継続参加	○	○	430	11.8						
292	奈良県	天理よろづ相談所病院	29-0030	継続参加	○	○	815	11.7						
293	奈良県	平成記念病院	29-0040	継続参加	○	○	180	15.6	○					
294	奈良県	国保中央病院	29-0060	継続参加	○	○	220	15.3						
295	奈良県	西奈良中央病院	29-0080	2018新規	○	○	166	13.4						
296	和歌山県	日本赤十字社和歌山医療センター	30-0010	継続参加	○	○	873	11.1						
297	島根県	松江赤十字病院	32-0010	継続参加	○	○	554	11.7			○	45	72.8	
298	島根県	島根県立中央病院	32-0020	継続参加	○	○	594	13.7			○	40	57.5	
299	岡山県	岡山県精神科医療センター	33-0010	継続参加							○	252	52	
300	岡山県	光生病院	33-0020	継続参加	○	○	198	24.6						
301	岡山県	岡山旭東病院	33-0030	継続参加	○	○	202	12.5						
302	岡山県	倉敷中央病院	33-0050	継続参加	○	○	1151	12.7						
303	広島県	KKR呉共済病院志海分院	34-0001	継続参加	○	○	44	19.7						
304	広島県	KKR広島記念病院	34-0002	継続参加	○	○	149	13.9						
305	広島県	KKR吉島病院	34-0003	継続参加	○	○	91	14.4	○	47	90.6			
306	広島県	荒木脳神経外科病院	34-0020	継続参加	○	○	110	15.5						
307	広島県	マツダ病院	34-0030	継続参加	○	○	270	11.5						
308	広島県	KKR呉共済病院	34-0040	継続参加	○	○	394	15						
309	徳島県	博愛記念病院	36-0010	継続参加	○	○	57	398.5	○	153	90.2			
310	徳島県	徳島県立中央病院	36-0020	継続参加	○	○	390	10.4			○	60	40.5	
311	香川県	高松市立みんなの病院	37-0020	継続参加	○	○	299	13.6						
312	香川県	香川県立中央病院	37-0030	継続参加	○	○	533	11.4						
313	香川県	回生病院	37-0040	継続参加	○	○	402	12						
314	香川県	坂出市立病院	37-0050	継続参加	○	○	194	11.9						
315	香川県	さぬき市民病院	37-0070	継続参加	○	○	175	17						
316	香川県	四国こどもとのおとなの医療センター	37-0080	2017新規	○	○	689	21.1						
317	愛媛県	市立宇和島病院	38-0020	継続参加	○	○	435	13						
318	愛媛県	済生会今治病院	38-0040	NULL										
319	高知県	近森病院	39-0010	継続参加	○	○	452	14.3						
320	高知県	いずみの病院	39-0030	継続参加	○	○	190	26.4	○	48	387.8			
321	高知県	高知高須病院	39-0050	継続参加	○	○	63	14.4						
322	高知県	高知医療センター	39-0060	継続参加	○	○	588	11.5			○	44	62	
323	福岡県	三萩野病院	40-0001	継続参加	○	○	181	20.3						
324	福岡県	KKR新小倉病院	40-0011	継続参加	○	○	259	11.3						
325	福岡県	製鉄記念八幡病院	40-0012	継続参加	○	○	321	13.2						
326	福岡県	九州病院	40-0020	継続参加	○	○	575	12.8						
327	福岡県	KKR浜の町病院	40-0031	継続参加	○	○	468	10.7						
328	福岡県	福岡市民病院	40-0040	継続参加	○	○	204	14.7						
329	福岡県	KKR千早病院	40-0041	継続参加	○	○	180	13.4						
330	福岡県	福岡徳洲会病院	40-0050	継続参加	○	○	602	13.5						
331	福岡県	西福岡病院	40-0060	継続参加	○	○	145	43.2	○	45	156.4			
332	福岡県	聖マリア病院	40-0070	継続参加	○	○	931	13.2			○	60	224.3	
333	福岡県	新古賀病院	40-0080	継続参加	○	○	242	12.7						
334	福岡県	嶋田病院	40-0100	継続参加	○	○	100	10.7						
335	福岡県	古賀病院21	40-0110	継続参加	○	○	160	13						
336	福岡県	社会保険田川病院	40-0120	2017新規	○	○	335	14.3	○	30	30.7			
337	福岡県	田主丸中央病院	40-0130	2017新規	○	○	178	24.3	○	72	135.3	○	93	425.2
338	福岡県	北九州市立医療センター	40-0140	2018新規	○	○	496	14.7						
339	福岡県	戸畑共立病院	40-0150	2019新規	○	○								
340	福岡県	九州がんセンター	40-0160	NULL										
341	佐賀県	佐賀県医療センター好生館	41-0010	継続参加	○	○	450	10						
342	長崎県	佐世保中央病院	42-0010	継続参加	○	○	312	14.3						
343	長崎県	KKR佐世保共済病院	42-0020	継続参加	○	○	373	13.7						
344	熊本県	KKR熊本中央病院	43-0020	継続参加	○	○	361	10.5						



## 都道府県別参加施設数

県番号	都道府県	参加施設数
01	北海道	20
02	青森県	4
03	岩手県	3
04	宮城県	6
05	秋田県	1
06	山形県	7
07	福島県	7
08	茨城県	7
09	栃木県	3
10	群馬県	7
11	埼玉県	15
12	千葉県	14
13	東京都	30
14	神奈川県	17
15	新潟県	6
16	富山県	3
17	石川県	3
18	福井県	2
19	山梨県	1
20	長野県	21
21	岐阜県	7
22	静岡県	12
23	愛知県	20
24	三重県	3
25	滋賀県	5
26	京都府	16
27	大阪府	37
28	兵庫県	13
29	奈良県	5
30	和歌山県	1
31	鳥取県	0
32	島根県	2
33	岡山県	4
34	広島県	6
35	山口県	0
36	徳島県	2
37	香川県	6
38	愛媛県	2
39	高知県	4
40	福岡県	18
41	佐賀県	1
42	長崎県	2
43	熊本県	1
44	大分県	5
45	宮崎県	1
46	鹿児島県	2
47	沖縄県	5
<b>計</b>		<b>357</b>

## 参加施設数の推移

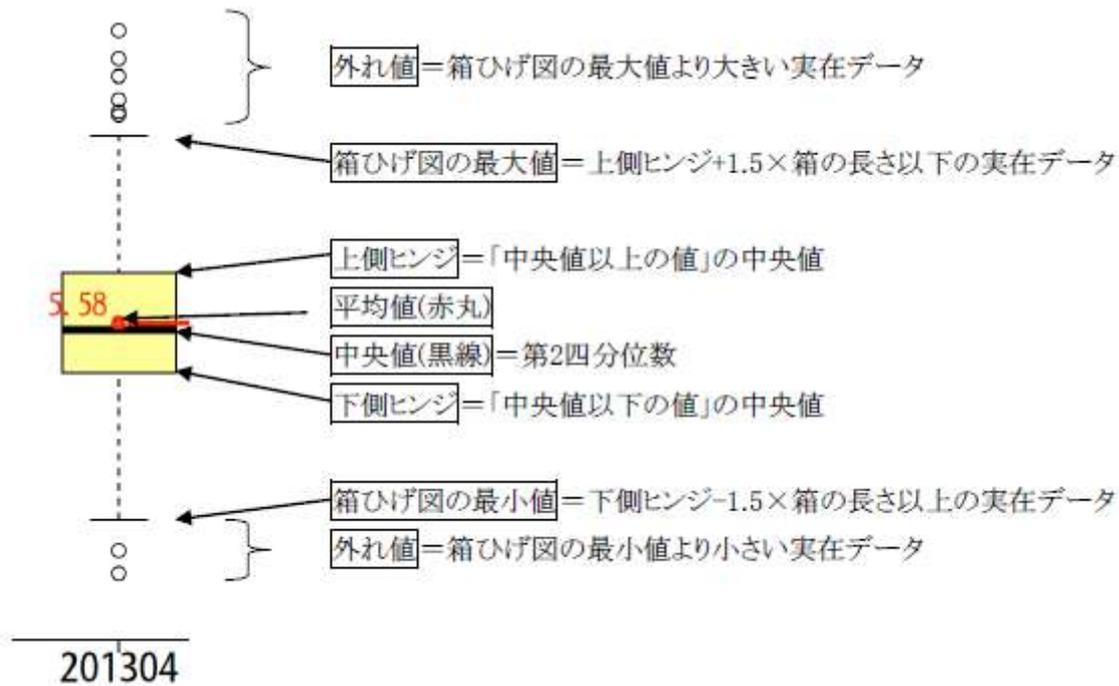
年度	全体	一般	療養	精神
2010	30	30		
2011	85	85		
2012	145	143	11	13
2013	226	222	11	17
2014	292	288	15	26
2015	342	337	20	28
2016	350	345	27	28
2017	349	344	31	35
2018	355	350	33	36
<b>2019</b>	<b>357</b>	<b>347</b>	<b>29</b>	<b>37</b>

# 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。



箱ひげ図とその名称

「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。

本プロジェクトで採用している計算ルール、偶数への丸め(round to even)は、端数が0.5より小さいなら切り捨て、端数が0.5より大きいなら切り上げ、端数がちょうど0.5なら切り捨てと切り上げのうち結果が偶数となる方へ丸めるとしており、これはJIS Z 8401で規則Aとして定められていて、規則B(四捨五入)より「望ましい」とされています。

# 一般病床向けの指標

---

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。

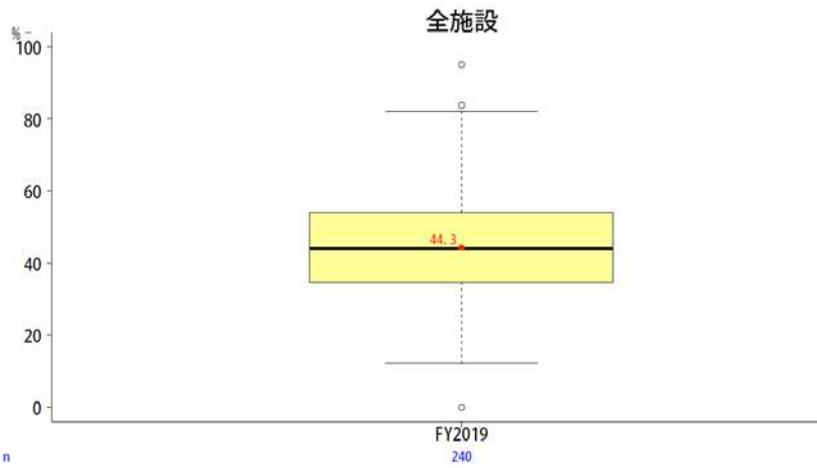
### 指標の種類・値の解釈

アウトカム

より高い値が望ましい

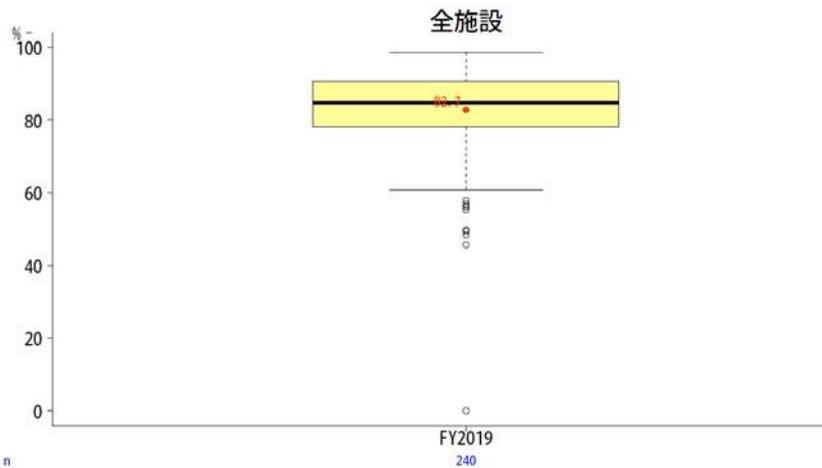
## 結果

### No.01-a



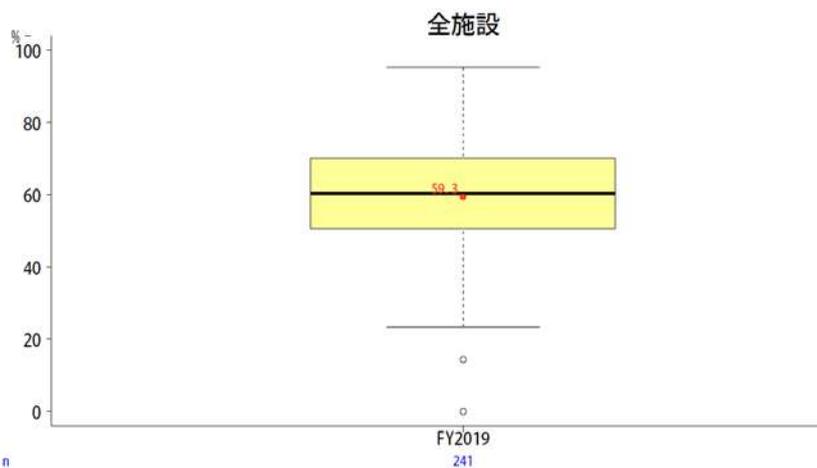
		前年度
平均値	44.3%	42.9%
最小値	0.0%	0.4%
25%tile	34.7%	32.3%
中央値	44.0%	42.7%
75%tile	53.8%	53.1%
最大値	95.0%	95.1%
提出数	240	248

### No.01-b



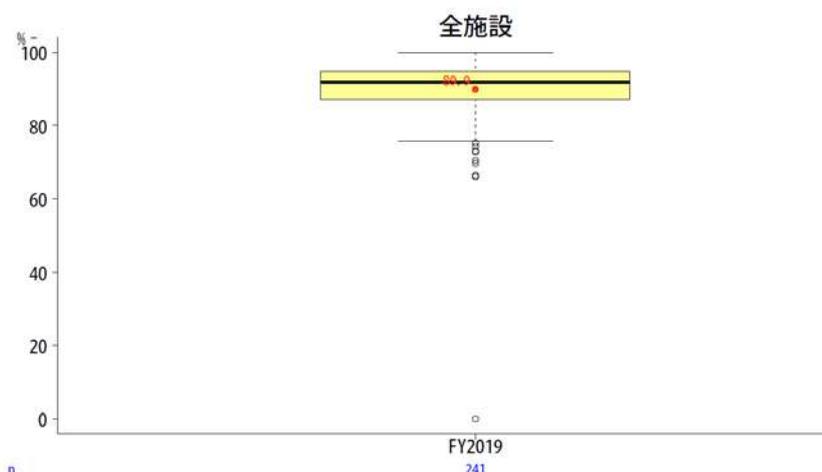
		前年度
平均値	82.7%	81.5%
最小値	0.0%	2.0%
25%tile	78.0%	76.1%
中央値	84.7%	83.7%
75%tile	90.5%	90.8%
最大値	98.4%	98.3%
提出数	240	248

### No.02-a



		前年度
平均値	59.3%	57.8%
最小値	0.0%	0.0%
25%tile	50.6%	48.4%
中央値	60.4%	59.4%
75%tile	70.2%	69.2%
最大値	95.2%	95.2%
提出数	241	241

## No.02-b



		前年度
平均値	89.9%	88.7%
最小値	0.0%	0.0%
25%tile	87.1%	85.5%
中央値	91.9%	91.5%
75%tile	94.8%	95.0%
最大値	100.0%	99.5%
提出数	241	241

## 考察

### <No.01 患者満足度(外来患者)>

今回、提出がなかったのは107施設で、提出割合は69.2%(240/347, 前年比-1.5)でした。

満足のみでは、平均値44.3%(前年比+1.4)、中央値44.0%(前年比+1.3)、最大値95.0%(前年比-0.1)、最小値0.0%(前年比-0.4)、満足またはやや満足では、平均値82.7%(前年比+1.2)、中央値84.7%(前年比+1.0)、最大値98.4%(前年比+0.1)、最小値0.0%(前年比-2.0)という結果でした。提出割合は1.5ポイント下がりましたが、2018年度と比べて、平均値も中央値も改善しました。

### <No.02 患者満足度(入院患者)>

今回、提出がなかったのは106施設で、提出割合は69.6%(241/347, 前年比+0.9)でした。満足のみでは、平均値59.3%(前年比+1.5)、中央値60.4%(前年比+1.0)、最大値95.2%(前年比±0)、最小値0.0%(前年比±0)、満足またはやや満足では、平均値89.9%(前年比+1.2)、中央値91.9%(前年比+0.4)、最大値100.0%(前年比+0.5)、最小値0.0%(前年比±0)という結果でした。提出割合は0.9ポイント上がりましたが、提出数は前年度同様でした。2018年度と比べて、平均値も中央値も改善しました。

### 【アンケート調査より、改善策】

- 経営戦略目標に、患者満足度の向上を掲げて病院全体で取り組む
- 駐車場の整備
- 自動精算機や再来受付機の見直し・導入
- フリーWi-Fiの導入
- 待合室や売店・自動販売機等の充実
- 接遇研修会の開催

## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2018 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 ISBN 978-4-89996-378-3

## 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）。」

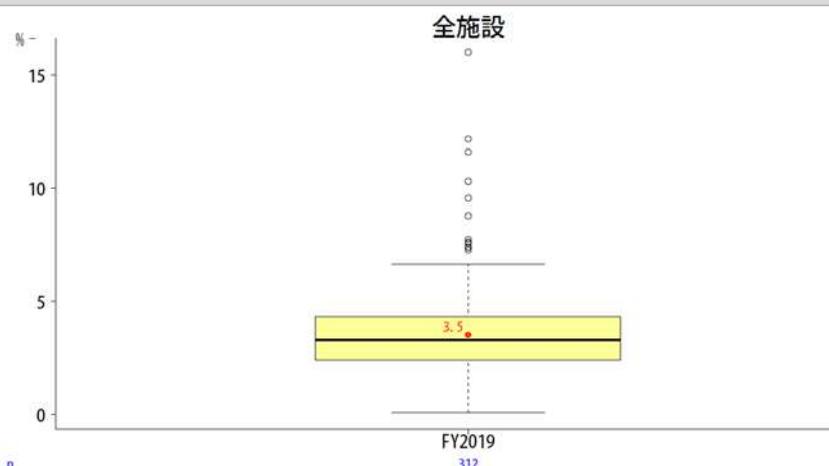
収集期間： 年1回（ただし、月1ヶ月毎）

### 指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

## 結果



		前年度
平均値	3.5%	3.7%
最小値	0.0%	0.0%
25%tile	2.4%	2.5%
中央値	3.3%	3.3%
75%tile	4.3%	4.4%
最大値	15.9%	15.9%
提出数	312	307

## 考察

死亡退院患者率は、2018年度までは毎月提出、3か月に一度フィードバックを行っていましたが、改善が難しいため、施設のプロファイル情報として位置づけし、年1回のフィードバックに変更しました。

今回、提出がなかったのは35施設で、提出割合は89.9% (312/347, 前年比+2.4)でした。

1年間の結果は、平均値 3.5% (前年比-0.2)、中央値 3.3% (前年比±0)、最大値 15.9% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0)で、2018年度と比べて変化はありませんでした。

## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2018 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 ISBN 978-4-89996-378-3
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

No.04-d 65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率

### 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なりました。また、2019年度から65歳以上の転倒・転落発生率を採用しました。この指標は The Australian Council on Healthcare Standards(ACHS)の Inpatient falls-patients 65 years and older に準拠した定義です。

分子: No.04-a) 入院中の患者に発生した転倒・転落件数

No.04-b) 入院中の患者に発生した**損傷レベル2以上**の転倒・転落件数

No.04-c) 入院中の患者に発生した**損傷レベル4以上**の転倒・転落件数

No.04-d) 65歳以上の入院中の患者に発生した転倒・転落件数

分母: 入院患者延べ数(人日) ※No.04-dは65歳以上の入院患者延べ数(人日)

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。

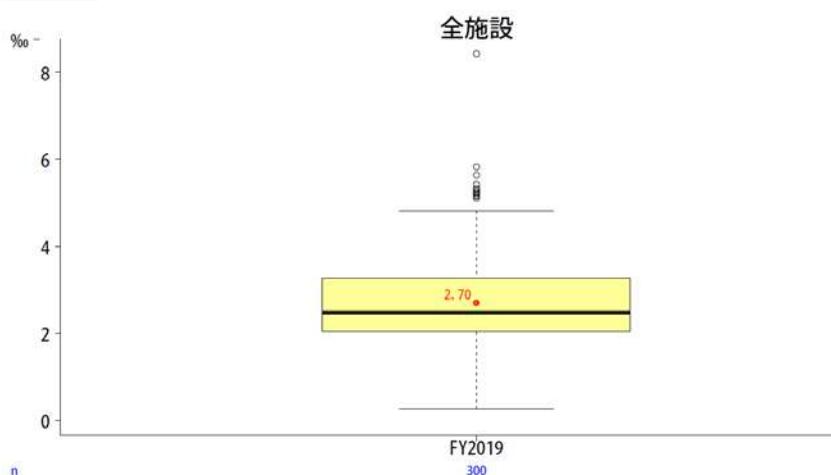
## 指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

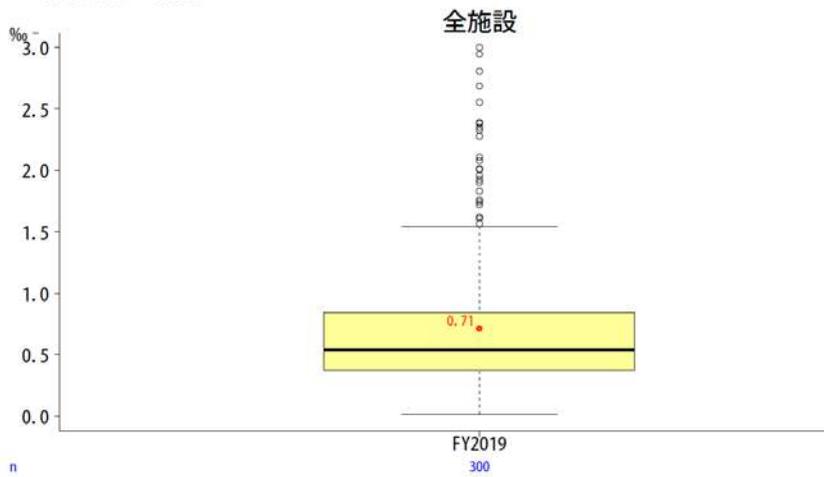
## 結果

No.04-a



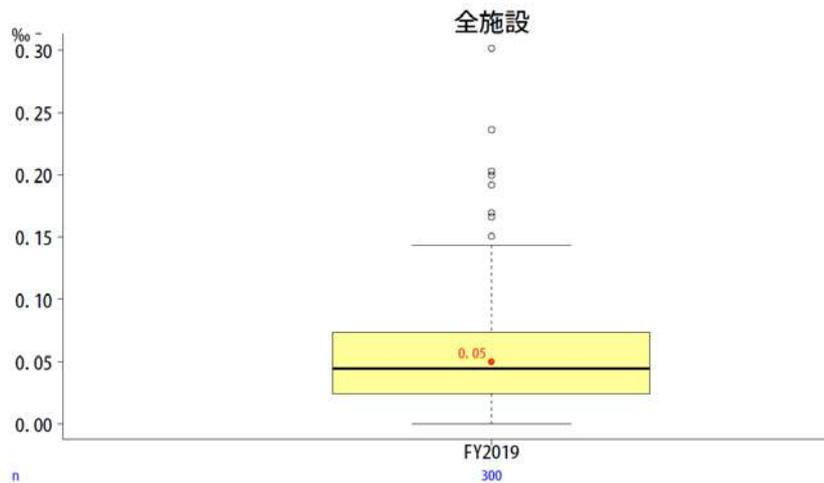
	前年度	
平均値	2.70‰	2.70‰
最小値	0.27‰	0.00‰
25%tile	2.05‰	1.95‰
中央値	2.48‰	2.56‰
75%tile	3.26‰	3.19‰
最大値	8.41‰	9.15‰
提出数	300	303

No.04-b



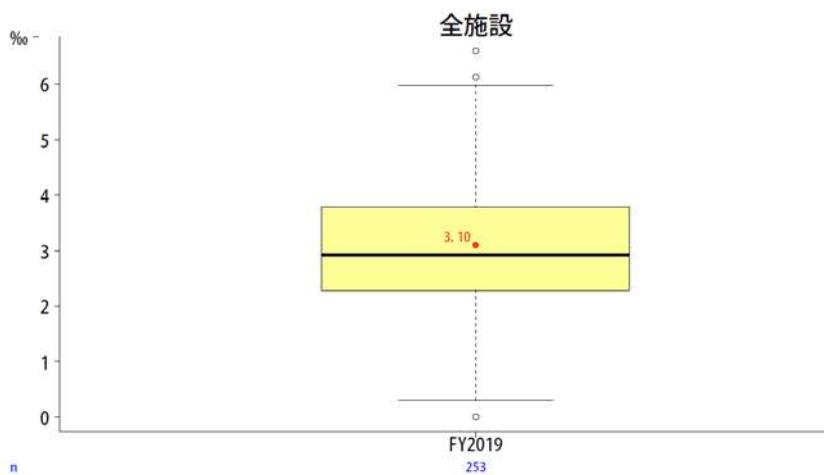
		前年度
平均値	0.72‰	0.67‰
最小値	0.02‰	0.00‰
25%tile	0.37‰	0.36‰
中央値	0.54‰	0.51‰
75%tile	0.84‰	0.78‰
最大値	2.99‰	3.48‰
提出数	300	303

No.04-c



		前年度
平均値	0.05‰	0.05‰
最小値	0.00‰	0.00‰
25%tile	0.02‰	0.02‰
中央値	0.04‰	0.04‰
75%tile	0.07‰	0.07‰
最大値	0.30‰	0.23‰
提出数	300	303

No.04-d



		前年度
平均値	3.10‰	—
最小値	0.00‰	—
25%tile	2.28‰	—
中央値	2.92‰	—
75%tile	3.78‰	—
最大値	6.59‰	—
提出数	253	—

## 考察

今回、提出がなかったのは 47 施設で、提出割合は 86.5% (300/347, 前年比+0.2) でした。

転倒転落発生率の 1 年間の結果は、平均値 2.70‰ (前年比±0)、中央値 2.48‰ (前年比-0.08)、最大値 8.41‰ (前年比-0.74)、最小値 0.27‰ (前年比-0.27)、損傷発生率(損傷レベル 2 以上)の 1 年間の結果は、平均値 0.72‰ (前年比+0.05)、中央値 0.54‰ (前年比+0.03)、最大値 2.99‰ (前年比-0.49)、最小値 0.02‰ (前年比-0.02)、損傷発生率(損傷レベル 4 以上)の 1 年間の結果は、平均値 0.05‰ (前年比±0)、中央値 0.04‰ (前年比±0)、最大値 0.30‰ (前年比+0.07)、最小値 0.00‰ (前年比±0) でした。

新しく採用した 65 歳以上の転倒転落発生率は、平均値 3.10‰、中央値 2.92‰、最大値 6.59‰、最小値 0.00‰ でした。

各施設とも、入院患者の高齢化が進み、転倒転落のリスクが上昇する中で、結果が大きく悪化していないのは、改善活動を続けている結果と考えられます。

### 【アンケート調査より、改善策】

- 多職種による転倒・転落予防対策ラウンドを実施し、環境を整備
- 転倒転落アセスメントシートを作成しアセスメントを実施、データをもとに定期的にあセスメントシートを見直す
- 勉強会の開催や実際に転倒転落の危険性を体験する研修会の実施
- 患者や家族へ危険性や防止策を説明・教育

## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2018 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 ISBN 978-4-89996-378-3
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。

本プロジェクトの定義は、目の前の患者が褥瘡発生する確率を見ているものであり、日々のケアの質に関わるものです。

**分子:** d2(真皮までの損傷)以上の院内新規褥瘡発生患者数

**分母:** 同日入退院患者または褥瘡持込患者または調査月間以前の院内新規褥瘡発生患者を除く入院患者延べ数(人日)

**分母除外:** 同日入退院の患者  
入院時刻から24時間以内にDESIGN-R®(2008年改訂版褥瘡経過評価用)Depth(深さ)のd1, d2, D3, D4, D5, DUのいずれかの記録がある患者  
同一入院期間中の調査月間以前に院内新規褥瘡があった患者

**収集期間:** 1ヶ月毎

### <Depth(深さ)>

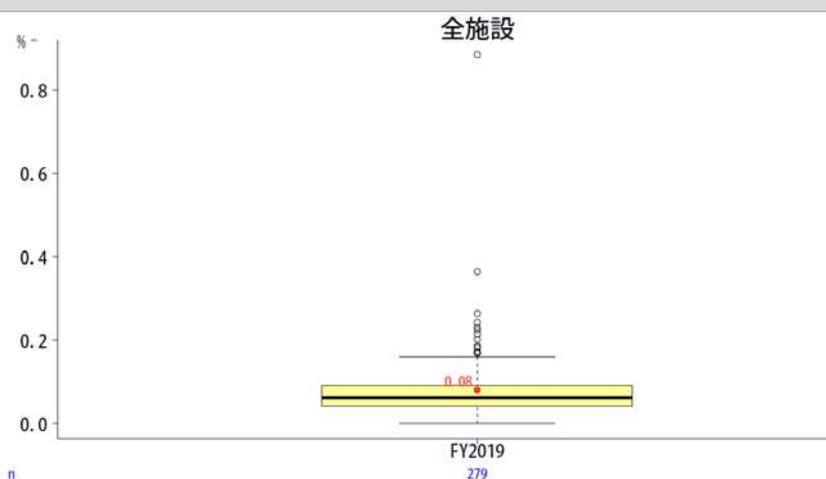
d0	皮膚損傷・発赤なし
d1	持続する発赤
d2	真皮までの損傷
D3	皮下組織までの損傷
D4	皮下組織をこえる損傷
D5	関節腔、体腔に至る損傷

## 指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

## 結果



		前年度
平均値	0.08%	0.08%
最小値	0.00%	0.00%
25%tile	0.04%	0.04%
中央値	0.06%	0.06%
75%tile	0.09%	0.09%
最大値	0.88%	2.46%
提出数	279	282

## 考察

今回、提出がなかったのは 68 施設で、提出割合は 80.4% (279/347, 前年比±0) でした。

1年間の結果は、平均値 0.08% (前年比±0)、中央値 0.06% (前年比±0)、最大値 0.88% (前年比-1.58)、最小値 0.0% (前年比±0) で、2018 年度と比べて変化はありませんでした。

## 【アンケート調査より、改善策】

- 勉強会・研修会の開催
- エアマット等、設備・機器の見直し
- 結果のフィードバック
- 発生患者の発生要因の分析

## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2018 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 ISBN 978-4-89996-378-3
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> 2017/06/24 available)

5. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel; Pressure Ulcer Prevention: Quick Reference Guide.(Internet: [http://www.npuap.org/Final\\_Quick\\_Prevention\\_for\\_web\\_2010.pdf](http://www.npuap.org/Final_Quick_Prevention_for_web_2010.pdf) 2017/06/24 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](http://minds.jcqh.or.jp/stc/0036/1/0036_G0000181_GL.html) 2017/06/24 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)

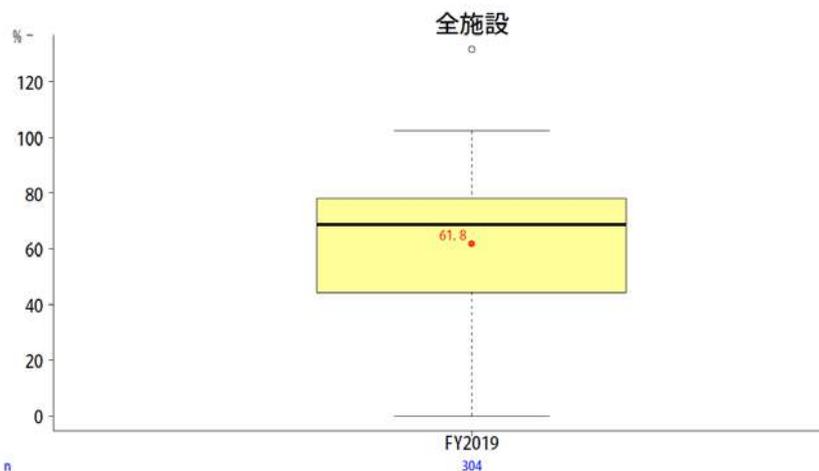
収集期間： 1ヶ月毎

## 指標の種類・値の解釈

プロセス

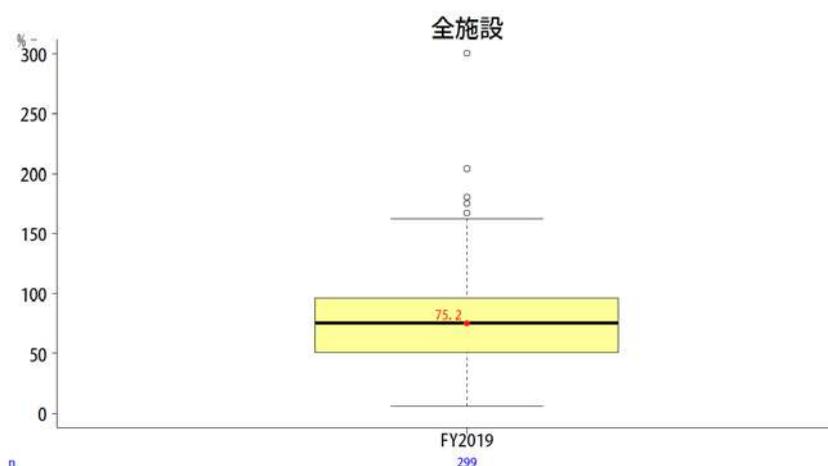
## 結果

No.06



		前年度
平均値	61.8%	60.0%
最小値	0.0%	6.3%
25%tile	44.3%	41.9%
中央値	68.7%	66.2%
75%tile	78.2%	77.3%
最大値	131.4%	110.5%
提出数	304	300

## No.07



		前年度
平均値	75.2%	71.9%
最小値	6.1%	3.0%
25%tile	50.9%	44.9%
中央値	75.7%	72.7%
75%tile	96.1%	93.9%
最大値	299.9%	206.3%
提出数	299	299

## 考察

今回、提出がなかったのは48施設で、提出割合は86.2%(299/347, 前年比+1.0)でした。

紹介率の1年間の結果は、平均値61.8%(前年比+1.8)、中央値68.7%(前年比+2.5)、最大値131.4%(前年比+20.9)、最小値0.0%(前年比-6.3)、逆紹介率の1年間の結果は、平均値75.2%(前年比+3.3)、中央値75.7%(前年比+3.0)、最大値299.9%(前年比+93.6)、最小値6.1%(前年比+3.1)でした。

### 【アンケート調査より、改善策】

- 地域医療連携室の強化
- 初診料算定の見直し、紹介状の管理の明確化
- 患者にかかりつけ医を持つよう啓蒙活動
- 紹介元である開業医への訪問・情報提供
- 近隣の他施設と連携し、退院前合同カンファレンスを定期的 to 実施

## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2018 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 ISBN 978-4-89996-378-3

# 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

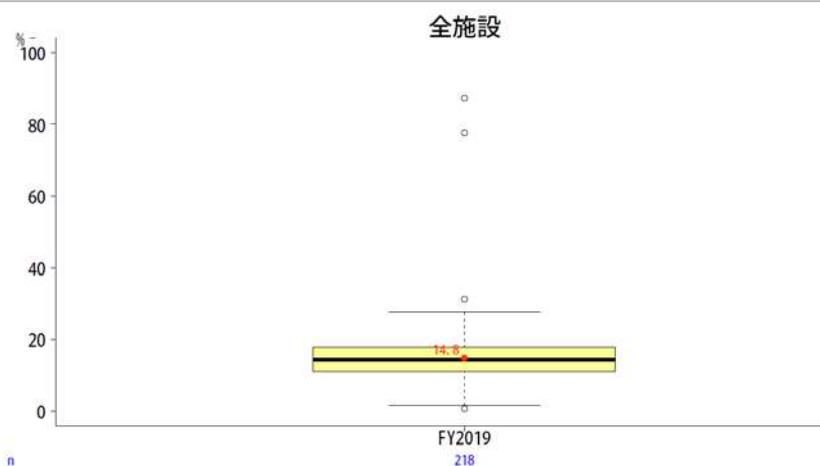
分子除外: 恥骨上膀胱留置カテーテル、コンドーム型カテーテル、間欠的な導尿目的のカテーテル挿入、洗浄目的で挿入された尿道留置カテーテル

収集期間: 1ヶ月毎

## 指標の種類・値の解釈

プロセス

## 結果



		前年度
平均値	14.8%	14.3%
最小値	0.6%	0.0%
25%tile	11.0%	10.8%
中央値	14.3%	14.0%
75%tile	17.8%	17.5%
最大値	87.2%	84.9%
提出数	218	220

## 考察

今回、提出がなかったのは129施設で、提出割合は62.8% (218/347, 前年比±0)でした。

1年間の結果は、平均値14.8% (前年比+0.5)、中央値14.3% (前年比+0.3)、最大値87.2% (前年比+2.3)、最小値0.6% (前年比+0.6)で、2018年度と比べて変化はありませんでした。

測定開始から7年目になりますが、毎年同水準で推移しています。つまり入院患者の14～15%に尿道留置カテーテルが使用されていることとなります。CAUTIのリスクを減らすためにも、カテーテルの適正使用、必要のないカテーテルの抜去については、意識することが必要です。そのためにも、各施設では、急に使用率が増えていないか等をモニタリングすることは重要です。

### 【アンケート調査より、改善策】

- マニュアルの周知・カテーテルの適正使用の指導
- 看護部医療安全・感染対策委員会において、尿道留置カテーテルアセスメントシートをテンプレート化し、挿入時および一週間毎にアセスメントを徹底して行うよう促す
- 「尿道留置カテーテル使用率20%以下」を目標に掲げ、病棟毎の使用率を算出し検討
- 排尿ケアチームを中心に改善に取り組み、定期的に「症候性尿路感染症発生率」を確認

## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2018 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 ISBN 978-4-89996-378-3
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](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

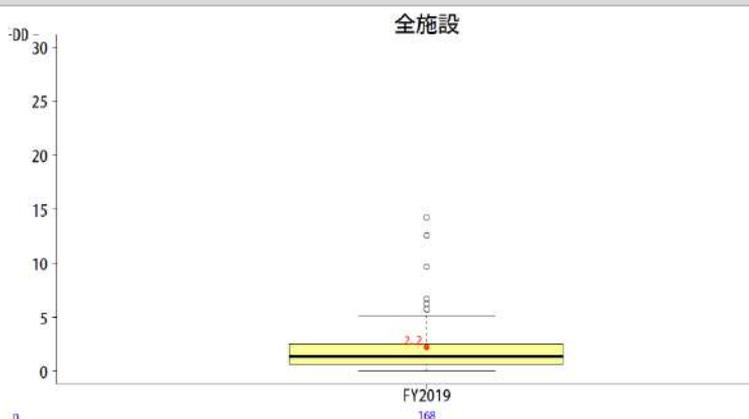
収集期間： 1ヶ月毎

## 指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

## 結果



	前年度	
平均値	2.2 対千 DD	3.4 対千 DD
最小値	0.0 対千 DD	0.0 対千 DD
25%tile	0.7 対千 DD	0.6 対千 DD
中央値	1.4 対千 DD	1.3 対千 DD
75%tile	2.5 対千 DD	2.4 対千 DD
最大値	47.6 対千 DD	130.1 対千 DD
提出数	168	169

## 考察

今回、提出がなかったのは179施設で、提出割合は48.1%(168/347, 前年比±0)でした。

1年間の結果は、平均値2.2対1000カテーテル使用日数(前年比-0.2)、中央値1.4対1000カテーテル使用日数(前年比+0.1)、最大値47.6対1000カテーテル使用日数(前年比-82.5)、最小値0.0対1000カテーテル使用日数(前年比±0)で、2018年度と比べて変化はありませんでした。

算出難易度が高い指標であり、提出は参加施設の半数以下でした。しかし、前年度よりばらつきが少なくなっていることはよい傾向です。また、測定初年度は平均値 7.0 対 1000 カテーテル使用日数であり、改善を続けている結果が現れています。

#### 【アンケート調査より、改善策】

- 尿路感染症患者の発生した病棟に対してアンケートを実施し、傾向をフィードバック
- 院内情報共有や数値のフィードバック
- 感染対策チームの看護師を専従で配置
- マニュアル作成や、設備・廃棄物管理などを行い、感染予防に努める

#### 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2018 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 ISBN 978-4-89996-378-3
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](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

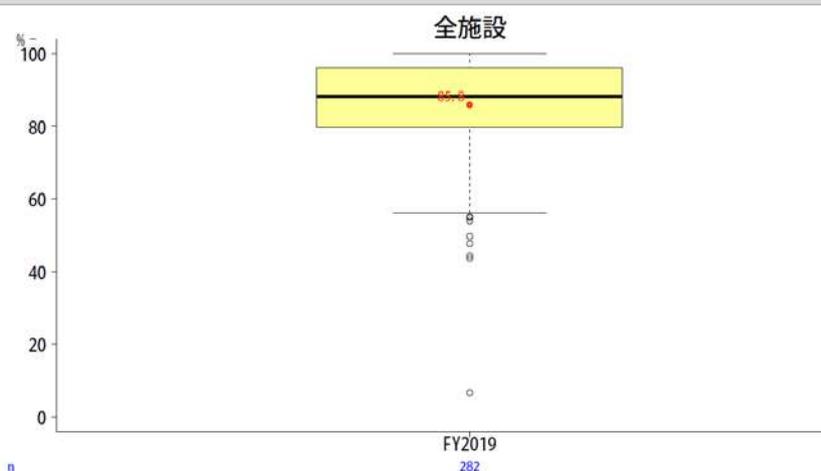
収集期間： 1ヶ月毎

### 指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

### 結果



		前年度
平均値	85.8%	85.1%
最小値	6.6%	0.6%
25%tile	79.7%	77.6%
中央値	88.2%	88.5%
75%tile	96.1%	95.7%
最大値	100.0%	100.0%
提出数	282	279

### 考察

今回、提出がなかったのは65施設で、提出割合は81.3%(282/347, 前年比+1.8)でした。

1年間の結果は、平均値85.8%(前年比+0.7)、中央値88.2%(前年比-0.3)、最大値100.0%(前年比±0)、最小値6.6%(前年比+6.0)で、2018年度と比べて変化はありませんでした。しかし、月別にみると、4月から11月は

平均値 86～87%を推移していましたが、1月 84.0%、2月 84.6%、3月 85.2%と1～2ポイント減少しています。これは2020年1月から国内でも徐々に流行し始めた新型コロナウイルス感染症による受け入れ機関の制限も影響しているのではないかと考えられます。

【アンケート調査より、改善策】

- 近隣の医療機関との提携強化・拡大
- 症例検討会等で転院先を確保し、院内のベッドコントロールを図る
- 断らない救急を目指し、毎月委員会で不応需理由を分析し、対応策を検討

## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2018 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 ISBN 978-4-89996-378-3

# 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

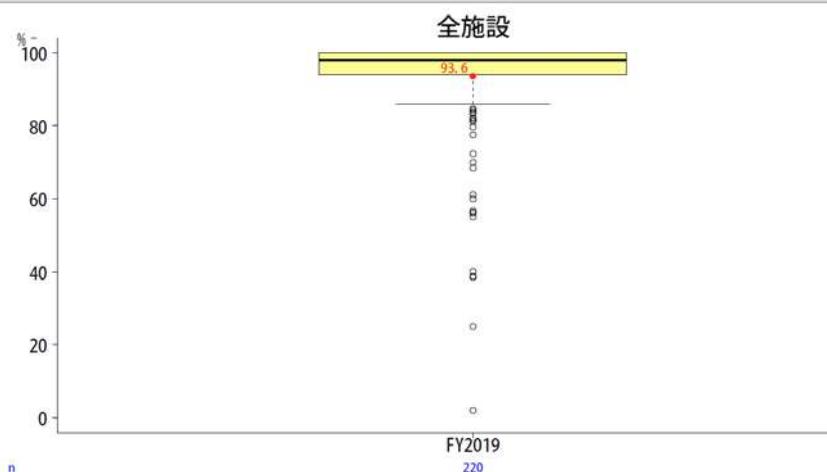
**収集期間:** 1ヶ月毎

## 指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

## 結果



		前年度
平均値	93.6%	94.1%
最小値	2.0%	38.6%
25%tile	94.1%	93.9%
中央値	98.0%	98.0%
75%tile	100.0%	100.0%
最大値	100.0%	100.0%
提出数	220	221

## 考察

今回、提出がなかったのは 127 施設で、提出割合は 63.4% (220/347, 前年比+0.4) でした。

1年間の結果は、平均値 93.6% (前年比-0.5)、中央値 98.0% (前年比±0)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 2.0% (前年比-36.6) で、2018 年度と比べて変化はありませんでした。

中央値が 98.0% であり、提出施設のほとんどはよい結果を維持するフェーズに入っていると思われます。

また、算出難易度が高い指標ですが、提出できていない約 40% の施設は、算出が難しいから提出ができないのか、それとも対象となる特定の手術を行っていないのかは、切り分けて考える必要があります。

### 【アンケート調査より、改善策】

- 医師、感染対策室の看護師、クリニカルパスワーキンググループと連携し、クリニカルパスを見直し
- 薬剤投与の適正化
- 対象手術に関わる医師・看護師で、抗菌薬の術前投与について運用を統一
- 診療科毎の術前・術中・術後の抗菌薬使用状況を感染管理室や手術室へフィードバック

## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2018 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 ISBN 978-4-89996-378-3
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](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。

術式は国内、国外のガイドラインの推奨グレードが異なることより、2019年度では、股関節人工骨頭置換術、膝関節置換術、血管手術を除いた、冠動脈バイパス手術、その他の心臓手術、大腸手術、子宮全摘除術の4つを対象に変更しました。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、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

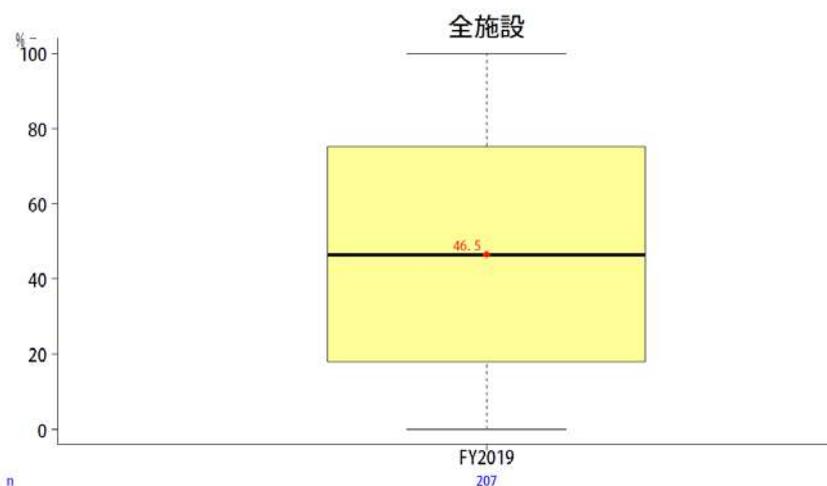
**収集期間:** 1ヶ月毎

## 指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

## 結果



		前年度
平均値	46.5%	40.0%
最小値	0.0%	0.0%
25%tile	18.1%	19.0%
中央値	46.4%	37.1%
75%tile	75.2%	58.7%
最大値	100.0%	100.0%
提出数	207	206

## 考察

今回、提出がなかったのは 140 施設で、提出割合は 59.7% (207/347, 前年比+1.0) でした。

1 年間の結果は、平均値 46.5% (前年比+6.5)、中央値 46.4% (前年比+9.3)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) で、2018 年度と比べると平均値で 6.5 ポイント、中央値では 9.3 ポイント上昇しました。経年変化をみても、測定を開始した 2013 年度の平均値 29.4% から 17.1 ポイントも上昇しています。これは各施設が、改善活動を続けている結果と考えます。

### 【アンケート調査より、改善策】

- 抗菌薬使用期間の見直し(クリニカルパスの見直し)
- 予防的抗菌薬の適正使用プロジェクトチームを立ち上げ、要因分析を行った。その結果、一律に術後抗菌薬をセットオーダしていることが判明し、セットオーダの見直しを行った。
- 感染対策室と情報共有、医師への周知
- 術後 24 時間(心臓手術は 48 時間)を超えて抗菌薬を投与する場合は、明確な理由を電子カルテに記載

## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2018 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 ISBN 978-4-89996-378-3
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](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

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

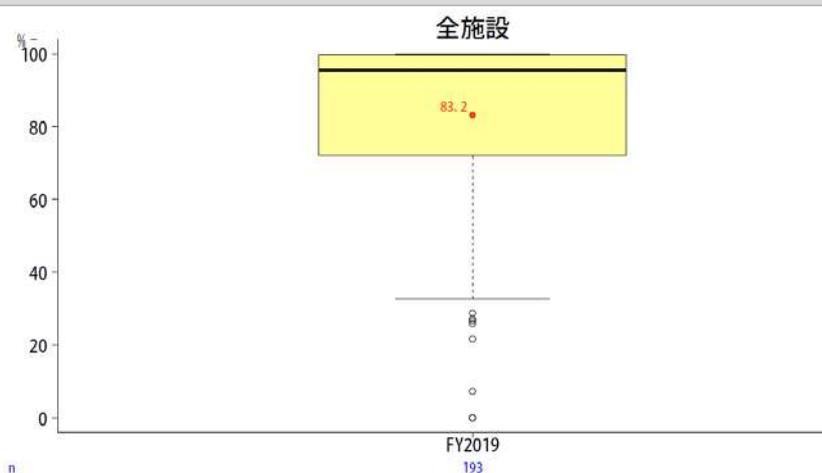
**収集期間:** 1ヶ月毎

## 指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

## 結果



		前年度
平均値	83.2%	88.2%
最小値	0.0%	0.0%
25%tile	72.2%	84.3%
中央値	95.5%	96.3%
75%tile	99.8%	100.0%
最大値	100.0%	100.0%
提出数	193	195

## 考察

今回、提出がなかったのは 154 施設で、提出割合は 55.6% (193/347, 前年比±0) でした。

1 年間の結果は、平均値 83.2% (前年比-5.0)、中央値 95.5% (前年比-0.8)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) で、2018 年度と比べると、平均値が 5 ポイント下がっています。

経年変化をみると、測定を開始した 2015 年度から 2018 年度までは年々改善していましたが、2019 年度に下がっているため、原因を調査する必要があります。しかし、提出割合をみると、2015 年度は 50.7% (171/337) で 2019 年度は 4.9 ポイント上昇しているため、算出できていなかった施設が体制を整え、算出できるようになった点は大いに評価できます。

### 【アンケート調査より、改善策】

- 医師、感染対策室の看護師、クリニカルパスワーキンググループと連携し、クリニカルパスを見直し
- 目標値を設定
- 薬剤部で抗菌薬リストを確認し、当該指標を意識して使用する薬剤を検討

## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2018 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 ISBN 978-4-89996-378-3
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](http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NHQM_v4_3a_PDF_10_2_2013.zip) 2016/10/15 available)

## No.14-a 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0%

## No.14-b 65歳以上の糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<8.0%

### 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%未満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%未満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つであるとされていました。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”であると考えます。したがって、すべての患者において、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。

実際、約10年前から国内外の診療ガイドラインでは血糖コントロール値の個別化を推奨しており、低血糖を起こしやすい高齢者や腎機能低下者、インスリン使用者ではHbA1cを7.5%未満に下げないことも推奨されています。

2018年度では、対象の患者において、HbA1cが7.0%未満の割合と8.0%未満の割合としていましたが、2019年度では、65歳以上の患者に対するHbA1c8.0%未満に変更しています。

**分子:** No.14-a HbA1c(NGSP)の最終値が7.0%未満の外来患者数

No.14-b HbA1c(NGSP)の最終値が8.0%未満の65歳以上の外来患者数

**分母:** No.14-a 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)

No.14-b 糖尿病の薬物治療を施行されている65歳以上の外来患者数

(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65歳以上の患者)

**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

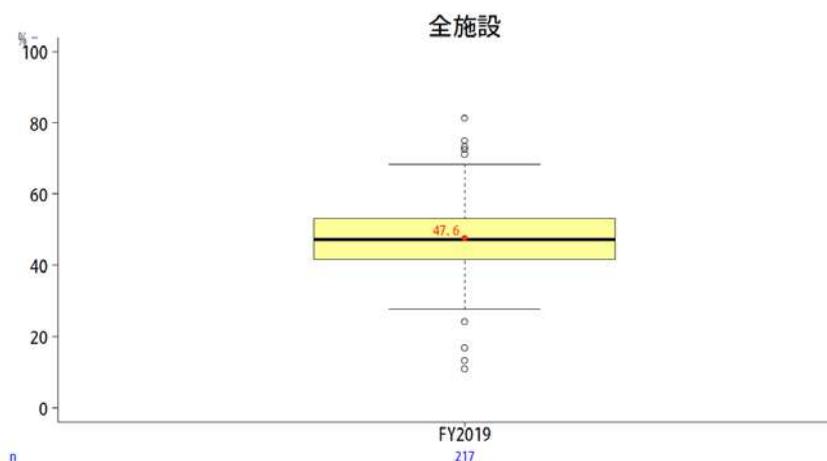
### 指標の種類・値の解釈

アウトカム

より高い値が望ましい

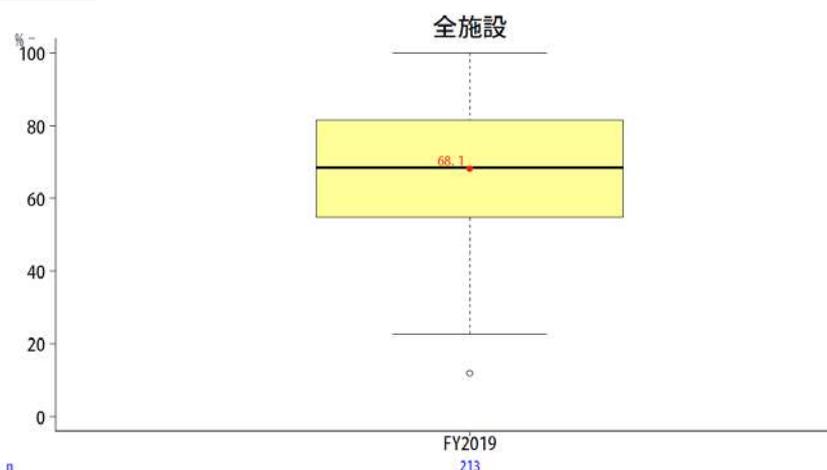
## 結果

### No.14-a



		前年度
平均値	47.6%	50.2%
最小値	10.9%	19.4%
25%tile	41.7%	44.8%
中央値	47.2%	50.3%
75%tile	53.2%	55.5%
最大値	81.3%	88.9%
提出数	217	227

### No.14-b



		前年度
平均値	68.1%	—
最小値	11.8%	—
25%tile	54.9%	—
中央値	68.4%	—
75%tile	81.5%	—
最大値	100.0%	—
提出数	213	—

## 考察

### <No.14-a 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0%>

今回、提出がなかったのは130施設で、提出割合は62.5% (217/347, 前年比-2.2)でした。

1年間の結果は、平均値47.6% (前年比-2.6)、中央値47.2% (前年比-3.1)、最大値81.3% (前年比-7.6)、最小値10.9% (前年比-8.5)で、2018年度と比べると平均値で2.6ポイント、中央値では3.1ポイント減少しました。経年変化をみると、2012年度、2013年度頃がピークで、徐々に下降しています。これは、前述したように、患者個々に合わせた治療を行っていること、また新しい薬が出ることも影響していると考えます。

### <No.14-b 65歳以上の糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<8.0%>

今回、提出がなかったのは134施設で、提出割合は61.4% (213/347)でした。

1年間の結果は、平均値68.1%、中央値68.4%、最大値100.0%、最小値11.8%でした。

### 【アンケート調査より、改善策】

- 他施設との比較、フィードバック

- 外来予約表に、前回 HbA1c $\geq$ 8.0%を警告表示

## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2018 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 ISBN 978-4-89996-378-3
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)
5. 日本糖尿病学会編著:糖尿病診療ガイドライン 2016. 南江堂, 2016.
6. 日本糖尿病・生活習慣病ヒューマンデータ学会. 糖尿病標準診療マニュアル(第 16 版) 一般診療所・クリニック向け, 2020.
7. 日本糖尿病学会と日本老年医学会の合同委員会. 高齢者糖尿病の血糖コントロール目標 2016.

# No.15 30日以内の予定外再入院率

## 指標の説明・定義

患者の中には、退院後30日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一般入院症例数、分子は入院日の30日前以降に様式1の「前回退院年月日」が該当する救急医療入院症例数としました。

2018年度までは退院後6週間以内としていましたが、2019年度では退院後30日以内に変更しています。

分子： 前回の退院日が30日以内の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

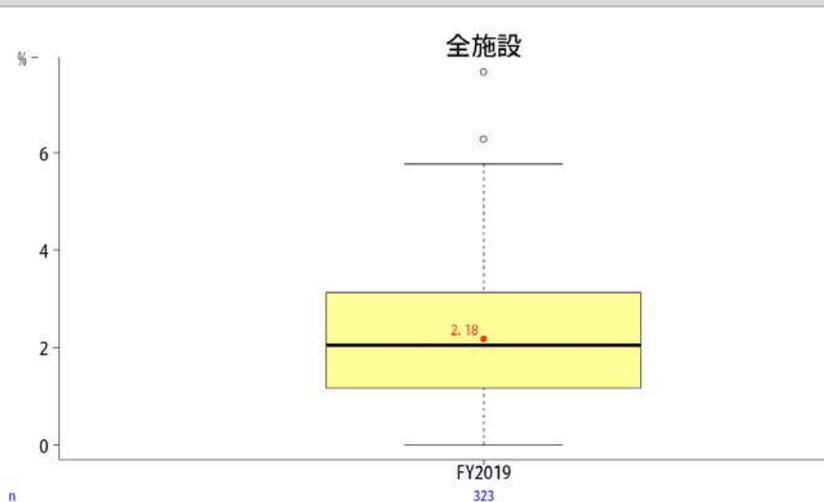
使用データ DPC 様式1

## 指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

## 結果



		前年度
平均値	2.18%	—
最小値	0.00%	—
25%tile	1.15%	—
中央値	2.05%	—
75%tile	3.13%	—
最大値	7.65%	—
提出数	323	—

## 考察

1年間の結果は、平均値2.18%、中央値2.05%、最大値7.65%、最小値0.00%で、2018年度と比べて大きな変化はありませんでした。

しかし、病床区分別に見ると、199 床以下の小規模施設はやや低い値で推移しています。

【アンケート調査より、改善策】

- 再入院の多い疾患や診療科を調査し、フィードバック

## 参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://qi.med.kyoto-u.ac.jp/>

# No.16 急性心筋梗塞患者における当日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-遮断薬の投与推奨されており(日本循環器学会ガイドライン <http://www.j-circ.or.jp>)、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。

患者の中にはアレルギーなどの適用外の患者も含まれるため、その場合には本指標の値が低く算出される可能性はあります。

2018年度までは「入院時早期アスピリン投与」として入院後2日以内を分子としていましたが、過去の指標において、急性心筋梗塞症例に対するアスピリン投与割合は、多くの病院で高いことがわかっています。ガイドラインでの投与は、入院後早期(10分以内)を推奨しており、2019年度は早期投与として当日の投与の有無を計測しています。

分子: 分母のうち入院後当日にアスピリンもしくはクロピドグレル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

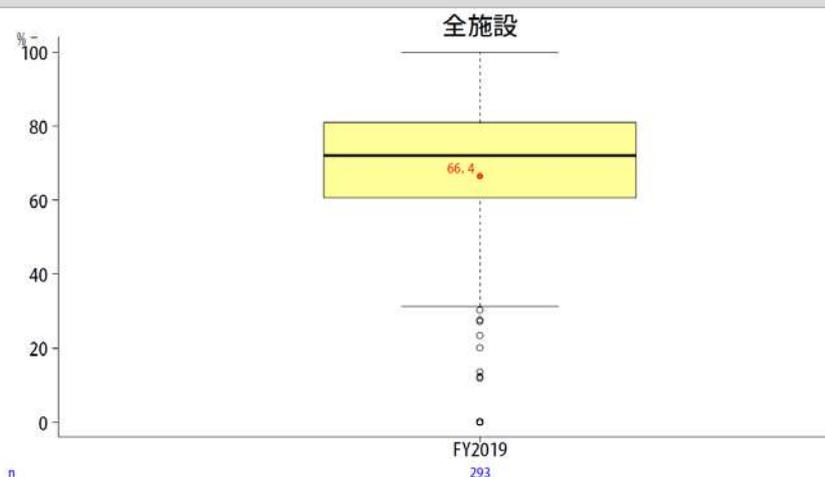
使用データ DPC 様式 1、F ファイル、EF ファイル

## 指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

## 結果



		前年度
平均値	66.4%	—
最小値	0.0%	—
25%tile	60.7%	—
中央値	72.0%	—
75%tile	81.0%	—
最大値	100.0%	—
提出数	293	—

## 考察

1年間の結果は、平均値 66.4%、中央値 72.0%、最大値 100.0%、最小値 0.0%でした。

入院後 2 日以内を分子としていた 2018 年度の平均値は 85.3%であり、当日の投与になると約 20 ポイント下がることとなります。

経年変化をみると、2017 年度は平均値 64.3%であり、2.1 ポイントの改善がみられます。

## 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 2018 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 ISBN 978-4-89996-378-3
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.
7. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://qi.med.kyoto-u.ac.jp/>

## No.17 急性心筋梗塞患者における退院時抗血小板薬投与割合

### 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、ここでは心筋梗塞で入院した患者の退院時アスピリンあるいはチクロピジン、プラスグレル、クロピドグレルのいずれかが含まれるとする抗血小板薬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。

患者の中にはアレルギーなどの適用外の患者も含まれるため、その場合には本指標の値が低く算出される可能性はあります。

**分子:** 分母のうち、退院時にアスピリン、チクロピジン、プラスグレル、クロピドグレルのいずれか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

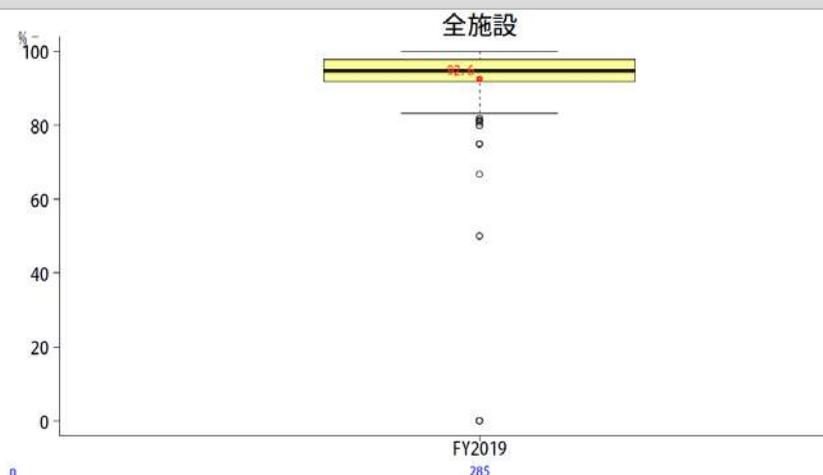
**使用データ** DPC 様式 1、F ファイル、EF ファイル

### 指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

### 結果



		前年度
平均値	92.6%	91.6%
最小値	0.0%	0.0%
25%tile	91.8%	91.4%
中央値	94.8%	94.6%
75%tile	97.9%	97.6%
最大値	100.0%	100.0%
提出数	285	275

## 考察

1年間の結果は、平均値 92.6% (前年比+1.0)、中央値 94.8% (前年比+0.2)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) で、2018年度と比べて大きな変化はありませんでした。

経年変化をみても、2010年度から横ばいです。

## 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](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 2018 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 ISBN 978-4-89996-378-3
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.
8. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://qi.med.kyoto-u.ac.jp/>

# 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。

患者の中にはアレルギーなどの適用外の患者も含まれるため、その場合には本指標の値が低く算出される可能性はあります。

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

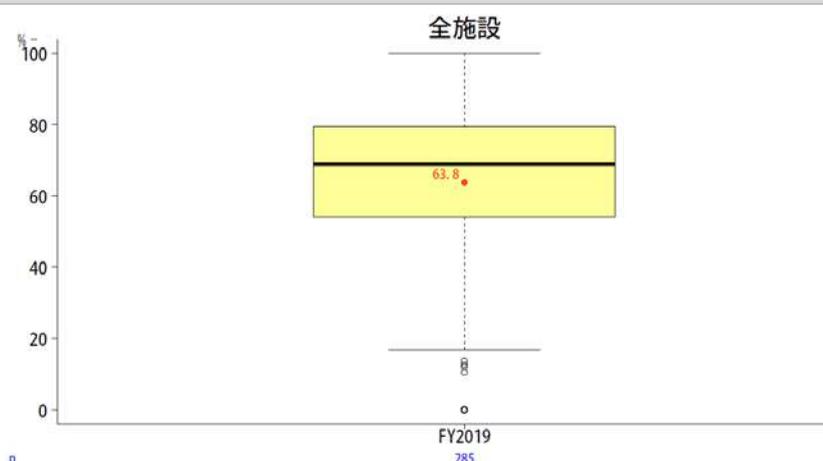
使用データ DPC 様式1、Fファイル、EFファイル

## 指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

## 結果



		前年度
平均値	63.8%	63.6%
最小値	0.0%	0.0%
25%tile	54.1%	54.6%
中央値	68.9%	67.2%
75%tile	79.5%	78.6%
最大値	100.0%	100.0%
提出数	285	275

## 考察

1年間の結果は、平均値 63.8% (前年比+0.2)、中央値 68.9% (前年比+1.7)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) で、2018 年度と比べて大きな変化はありませんでした。

経年変化をみると、2010 年度の平均値 56.9% から 2019 年度では 6.9 ポイント改善しています。

## 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](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 2018 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 ISBN 978-4-89996-378-3
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.
8. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://qi.med.kyoto-u.ac.jp/>

# 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。

患者の中にはアレルギーなどの適用外の患者も含まれるため、その場合には本指標の値が低く算出される可能性はあります。

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

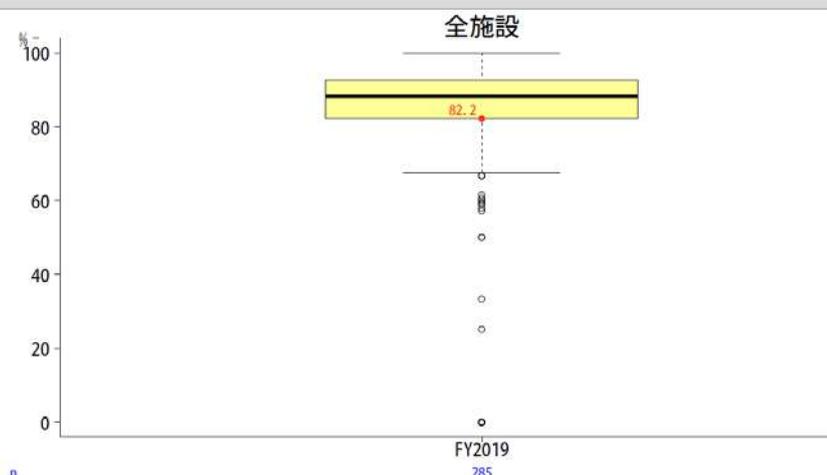
使用データ DPC 様式 1、F ファイル、EF ファイル

## 指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

## 結果



		前年度
平均値	82.2%	82.1%
最小値	0.0%	0.0%
25%tile	82.4%	81.4%
中央値	88.2%	87.2%
75%tile	92.6%	92.0%
最大値	100.0%	100.0%
提出数	285	275

## 考察

1年間の結果は、平均値 82.2% (前年比+0.1)、中央値 88.2% (前年比+1.0)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) で、2018年度と比べて大きな変化はありませんでした。

経年変化をみると、2010年度の平均値 74.9%から2019年度では7.3ポイント改善しています。

## 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](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 2018 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 ISBN 978-4-89996-378-3
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.
8. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://qi.med.kyoto-u.ac.jp/>

# 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ジオテンシン 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、 $\beta$ -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。

患者の中にはアレルギーなどの適用外の患者も含まれるため、その場合には本指標の値が低く算出される可能性はあります。

分子: 分母のうち、退院時に ACE 阻害剤もしくはアンジオテンシン 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

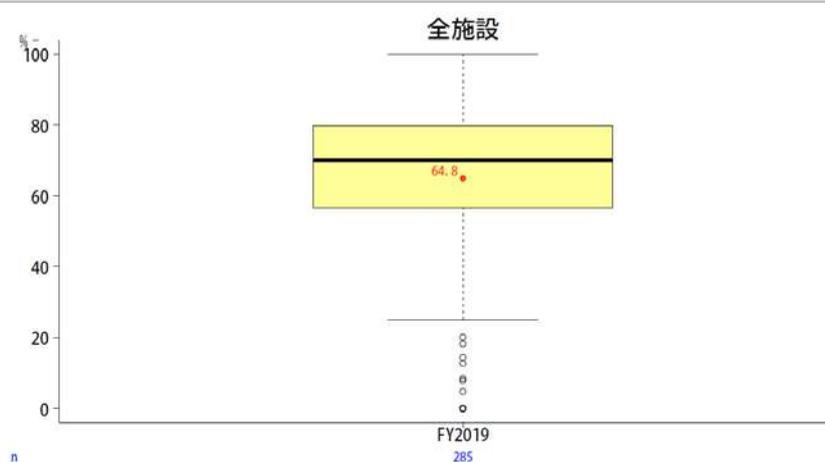
使用データ DPC 様式 1、F ファイル、EF ファイル

## 指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

## 結果



		前年度
平均値	64.8%	65.8%
最小値	0.0%	0.0%
25%tile	56.6%	56.7%
中央値	70.0%	70.9%
75%tile	79.9%	80.6%
最大値	100.0%	100.0%
提出数	285	275

## 考察

1年間の結果は、平均値 64.8% (前年比-1.0)、中央値 70.0% (前年比-0.9)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) で、2018年度と比べて大きな変化はありませんでした。

経年変化をみても、2010年度から横ばいです。

## 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 2018 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 ISBN 978-4-89996-378-3
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.
7. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://qi.med.kyoto-u.ac.jp/>

# 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。

患者の中にはアレルギーなどの適用外 of の患者も含まれるため、その場合には本指標の値が低く算出される可能性はあります。

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

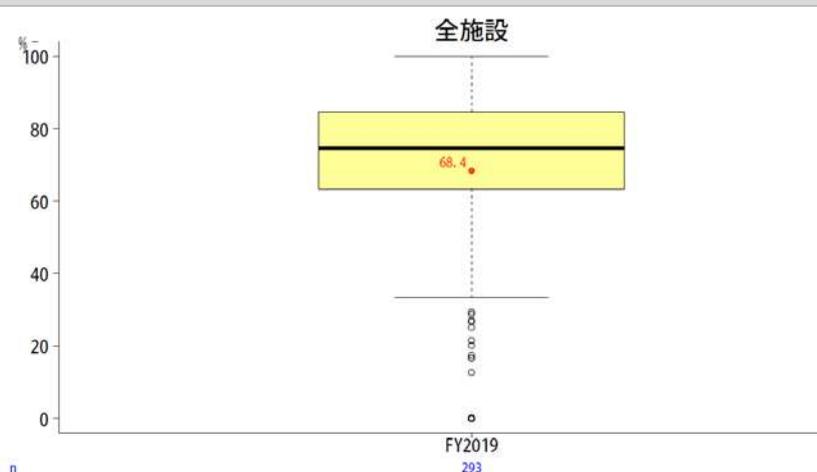
使用データ DPC 様式 1、F ファイル、EF ファイル

## 指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

## 結果



		前年度
平均値	68.4%	68.5%
最小値	0.0%	0.0%
25%tile	63.2%	63.0%
中央値	74.6%	73.5%
75%tile	84.6%	83.5%
最大値	100.0%	100.0%
提出数	293	289

## 考察

1年間の結果は、平均値 68.4% (前年比-0.1)、中央値 74.6% (前年比+1.1)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) で、2018 年度と比べて大きな変化はありませんでした。

経年変化をみると、2010 年度が最もよい値で平均値 72.4%、それと比べると 2019 年度は 4 ポイント減少しています。

## 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 2018 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 ISBN 978-4-89996-378-3
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.
7. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://qi.med.kyoto-u.ac.jp/>

# 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

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\$)または経皮的冠動脈ステント留置術(K549\$)施行例のうち、入院日もしくは翌日に(K6451)または(K5491)が算定された割合」として算出を行います。すなわち、(K6451)または(K5491)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、このことを本項目の算定「90 分以内の実施」とみなして計測しています。

ただし、「1.急性心筋梗塞に対するもの」の算定条件にはその他、「症状発現後 36 時間以内に来院し、心原性ショック(Killip 分類 class IV)であること」の記載もあるため、これらが含まれると過大評価になる可能性があります。さらに、前提条件として「ST 上昇型」などがあるため、非 ST 上昇では 90 分以内であっても算定ができず、指標値が過小になることも考えられます。しかし、同条件で算出することで、一定程度の施設の推移を表すことはできると考えます。

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

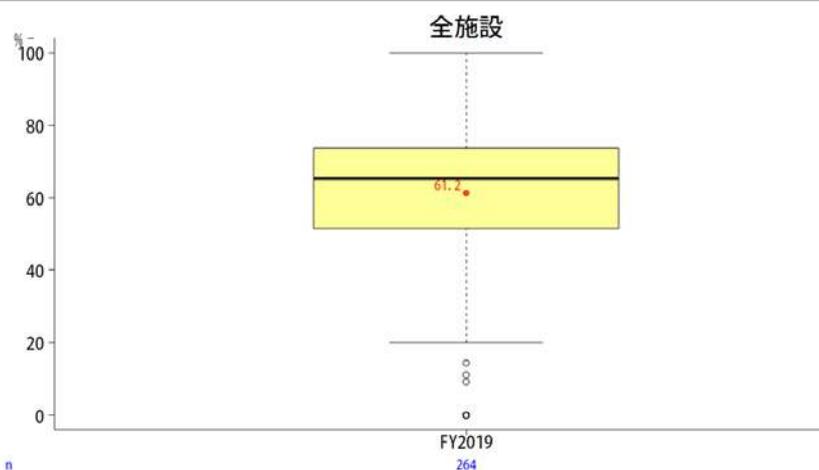
使用データ DPC 様式 1、F ファイル、EF ファイル

## 指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

## 結果



		前年度
平均値	61.2%	61.6%
最小値	0.0%	0.0%
25%tile	51.4%	52.5%
中央値	65.3%	64.3%
75%tile	73.7%	74.8%
最大値	100.0%	100.0%
提出数	264	259

## 考察

1年間の結果は、平均値 61.2% (前年比-0.4)、中央値 65.3% (前年比+1.0)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) で、2018年度と比べて大きな変化はありませんでした。経年変化をみても、2014年度から横ばいです。

### 【アンケート調査より、改善策】

- 結果を院内掲示
- 関係する医師と看護師で勉強会を開催し、時間の意識が向上
- 算定内容の確認

## 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](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 2018 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 ISBN 978-4-89996-378-3
5. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://qi.med.kyoto-u.ac.jp/>

## No.23 脳卒中患者のうち入院 2 日目までに抗血小板療法もしくは抗凝固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入院 2 日目までに抗血小板療法もしくは抗凝固療法の投与が開始されていることが望まれます。

算出条件としては、アルテプラゼ投与後 24 時間以内に、抗凝固薬・抗血小板薬もしくは血栓溶解薬を投与した場合の安全性と有効性は確立していないため、分母からは除外しています。また、ガイドラインでは、抗凝固薬としてのヘパリンの使用はグレード C1 で考慮してもよいという推奨にとどまっており、分子から除外しています。さらに、抗凝固薬としてのワルファリンは、心原性脳梗塞に適応であり、また効果の発現まで時間を要するため、分子から除外しています。

分子: 分母のうち、入院 2 日目までに抗血小板療法もしくは抗凝固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

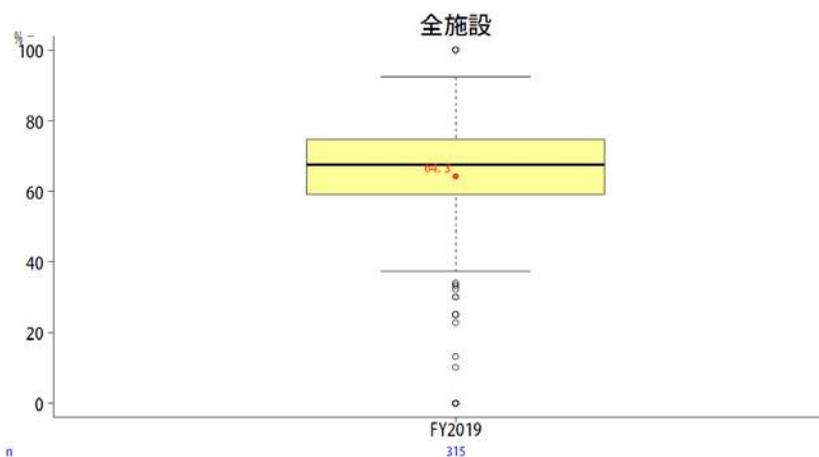
使用データ DPC 様式 1、EF ファイル

### 指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

## 結果



		前年度
平均値	64.4%	63.6%
最小値	0.0%	0.0%
25%tile	59.0%	56.8%
中央値	67.6%	66.5%
75%tile	74.7%	74.7%
最大値	100.0%	100.0%
提出数	315	309

## 考察

1年間の結果は、平均値 64.4% (前年比+0.8)、中央値 67.6% (前年比+1.1)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) で、2018 年度と比べて大きな変化はありませんでした。

経年変化をみると、2014 年度の平均値 59.7% から 2019 年度は 4.6 ポイント改善しています。

## 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.
5. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://qi.med.kyoto-u.ac.jp/>

# 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

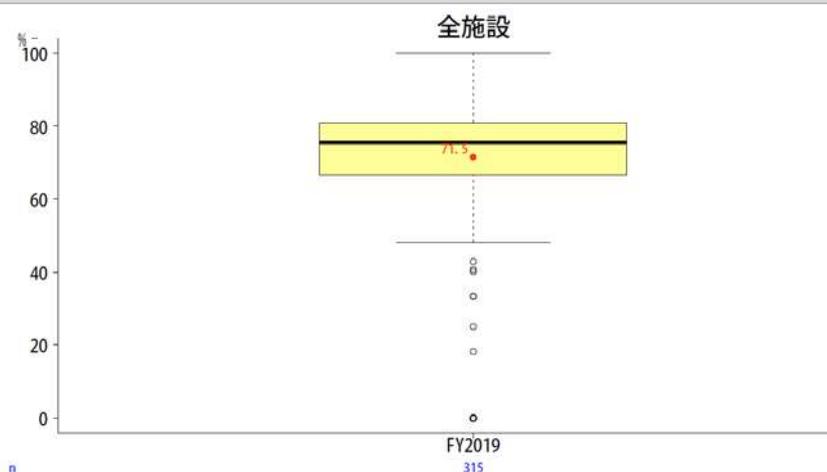
使用データ DPC 様式 1、EF ファイル

## 指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

## 結果



	前年度	
平均値	71.3%	71.5%
最小値	0.0%	0.0%
25%tile	65.8%	66.7%
中央値	75.0%	75.4%
75%tile	81.6%	80.8%
最大値	100.0%	100.0%
提出数	313	315

## 考察

1年間の結果は、平均値 71.5% (前年比+0.2)、中央値 75.4% (前年比+0.4)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) で、2018年度と比べて大きな変化はありませんでした。

経年変化をみても、2010年度から横ばいです。

## 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 2018 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 ISBN 978-4-89996-378-3
10. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://qi.med.kyoto-u.ac.jp/>

# 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

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。

患者の中にはアレルギーなどの適用外の患者も含まれるため、その場合には本指標の値が低く算出される可能性はあります。

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

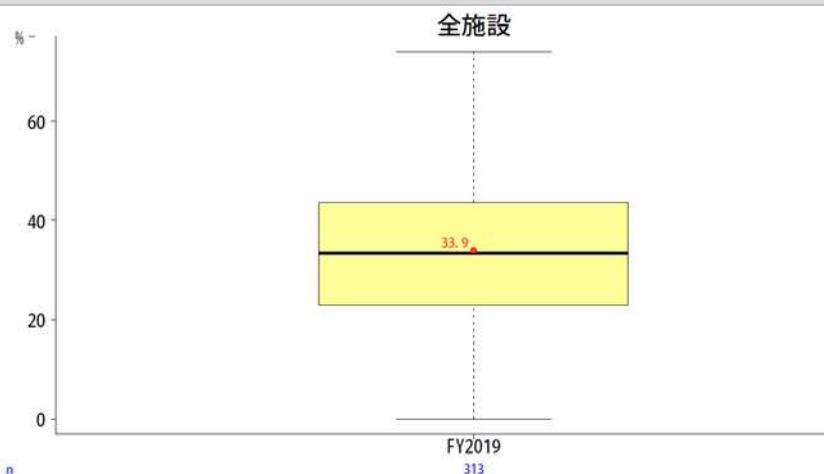
使用データ DPC 様式 1、F ファイル、EF ファイル

## 指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

## 結果



	前年度
平均値	31.9%
最小値	0.0%
25%tile	20.1%
中央値	31.7%
75%tile	43.8%
最大値	75.0%
提出数	308

## 考察

1年間の結果は、平均値33.9%（前年比+2.0）、中央値33.3%（前年比+1.6）、最大値74.0%（前年比-1.0）、最小値0.0%（前年比±0）で、2018年度と比べて大きな変化はありませんでした。

経年変化をみると、2010年度の平均値55.6%から2019年度では17.2ポイント改善しています。

### 【アンケート調査より、改善策】

- 医師、薬剤師へ結果をフィードバック

## 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 2018 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 ISBN 978-4-89996-378-3
10. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://qi.med.kyoto-u.ac.jp/>

# 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)」とされ、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。「出血性合併症は INR 2.6 を超えると急増する(グレード B)」ことも知られており、ワルファリン投与時のモニタリングは重要であり、本指標にはワルファリン以外にも推奨される抗凝固薬も分母に含めています。

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

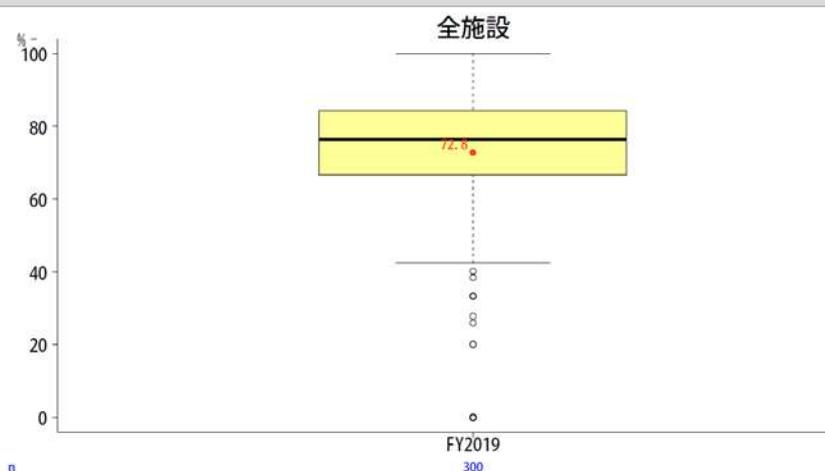
使用データ DPC 様式 1、F ファイル、EF ファイル

## 指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

## 結果



		前年度
平均値	72.8%	73.0%
最小値	0.0%	0.0%
25%tile	66.7%	66.7%
中央値	76.4%	75.0%
75%tile	84.3%	83.6%
最大値	100.0%	100.0%
提出数	300	297

## 考察

1年間の結果は、平均値 72.8% (前年比-0.2)、中央値 76.4% (前年比+1.4)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) で、2018年度と比べて大きな変化はありませんでした。

経年変化をみると、2010年度の平均値 30.6% から2019年度では 3.3ポイント改善していますが、100.0%の施設もあることより、大いに改善の余地があると考えます。

## 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 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); 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 2018 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 ISBN 978-4-89996-378-3
7. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://qi.med.kyoto-u.ac.jp/>

# 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、機能予後をよくなり、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(3日以内)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

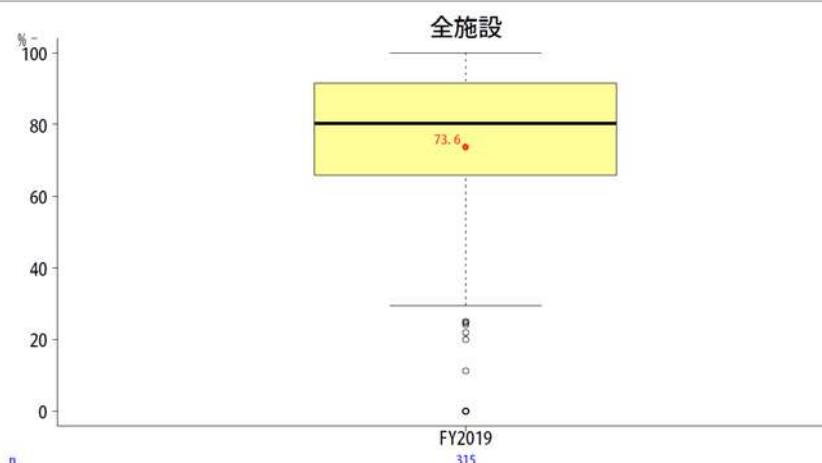
使用データ: DPC様式1、Fファイル、EFファイル

## 指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

## 結果



		前年度
平均値	73.6%	72.2%
最小値	0.0%	0.0%
25%tile	65.9%	64.6%
中央値	80.3%	79.5%
75%tile	91.5%	89.9%
最大値	100.0%	100.0%
提出数	315	306

## 考察

1年間の結果は、平均値 73.6% (前年比+1.4)、中央値 80.3% (前年比+0.8)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) で、2018年度と比べて大きな変化はありませんでした。

経年変化をみると、2010年度の平均値 60.3%から2019年度では13.3ポイント改善しています。

### 【アンケート調査より、改善策】

- 関連する科・部署で検討し、重症度に関わらず、リハビリが必要となる可能性がある患者に対し、オーダーの早期入力を徹底
- 入院→リハビリ依頼→リハビリ処方→リハビリ実施の各日数を分析し、どこに時間がかかっているかを調査

## 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](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 2018 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 ISBN 978-4-89996-378-3
4. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://qi.med.kyoto-u.ac.jp/>

# 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

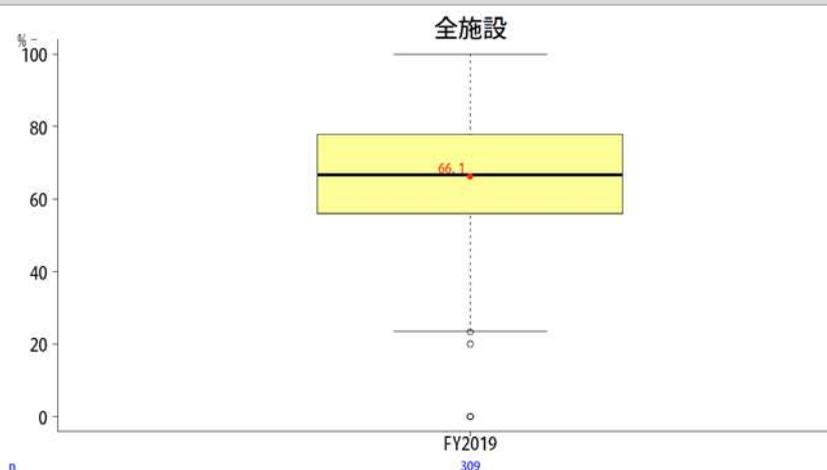
収集期間： 4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分

使用データ DPC 様式 1、EF ファイル

## 指標の種類・値の解釈

プロセス

## 結果



		前年度
平均値	66.1%	66.2%
最小値	0.0%	0.0%
25%tile	56.0%	52.9%
中央値	66.7%	68.8%
75%tile	77.8%	80.0%
最大値	100.0%	100.0%
提出数	309	309

## 考察

1年間の結果は、平均値 66.1% (前年比-0.1)、中央値 66.7% (前年比-2.1)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) で、2018年度と比べて大きな変化はありませんでした。

経年変化をみると、2010年度から2015年度の平均値は56～60%を推移していましたが、2016年度に63.3%となり、2017年度から2019年度は66～67%を推移しています。

## 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](http://www.dpw.state.pa.us/ucmprd/groups/public/documents/communication/s_002193.pdf))
5. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://qi.med.kyoto-u.ac.jp/>

# 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および2017において、喘息発作の強度に応じた薬物療法が基本となります。本指標は入院症例を急性増悪(発作)時ととらえ、全身性ステロイド薬の投与の有無をみています。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

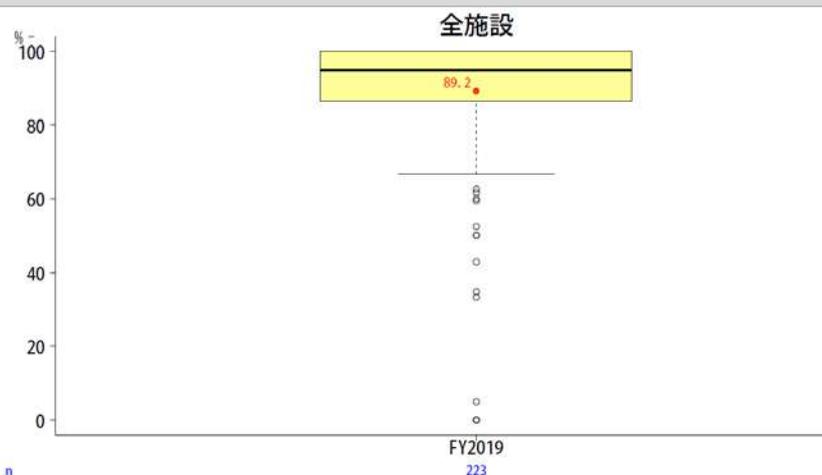
使用データ DPC 様式1、EF ファイル

## 指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

## 結果



		前年度
平均値	89.2%	88.9%
最小値	0.0%	0.0%
25%tile	86.5%	86.4%
中央値	94.9%	93.7%
75%tile	100.0%	98.1%
最大値	100.0%	100.0%
提出数	223	222

## 考察

1年間の結果は、平均値 89.2% (前年比+0.3)、中央値 94.9% (前年比+1.2)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) で、2018年度と比べて大きな変化はありませんでした。

経年変化をみると、2010年度の平均値 95.7% から翌年 2011年度は 88.5% と 7.2ポイント減少しましたが、その後は 86~89% で推移しています。

## 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.
6. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://qi.med.kyoto-u.ac.jp/>

# No.30 統合指標 (Composite Measures)

## 【手術】

### 指標の説明・定義

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

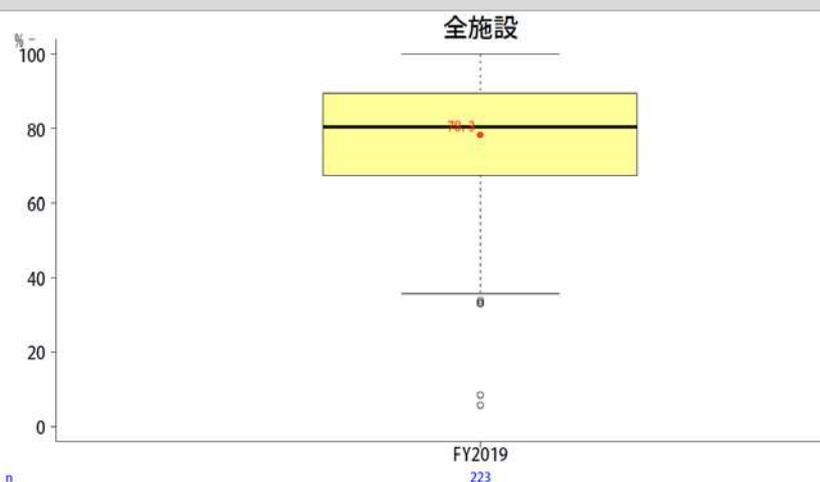
収集期間: 1ヶ月毎

### 指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

### 結果



		前年度
平均値	78.3%	74.9%
最小値	5.6%	36.2%
25%tile	67.4%	66.4%
中央値	80.4%	74.4%
75%tile	89.5%	84.4%
最大値	100.0%	100.0%
提出数	223	221

### 考察

1年間の結果は、平均値 78.3% (前年比+3.4)、中央値 80.4% (前年比+6.0)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 5.6% (前年比-30.6) で、2018年度と比べると、平均値 3.4ポイント、中央値 6.0ポイント改善しました。

統合指標のため、「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」「特定術式における術後24

時間以内(心臓手術は 48 時間)の予防的抗菌薬投与停止率」「特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率」が改善すると比例して改善する指標です。

経年変化をみると、2013 年度の平均値 62.9%から 2019 年度は 78.3%で 15.4 ポイント改善しており、各施設がそれぞれのプロセス指標に対して、改善活動を続けた結果が表れています。

## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2018 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 ISBN 978-4-89996-378-3

# No.31 統合指標 (Composite Measures)

## 【虚血性心疾患】

### 指標の説明・定義

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.16,17,18,19,20,21,22 の分子の合計

分母: 指標 No.16,17,18,19,20,21,22 の分母の合計

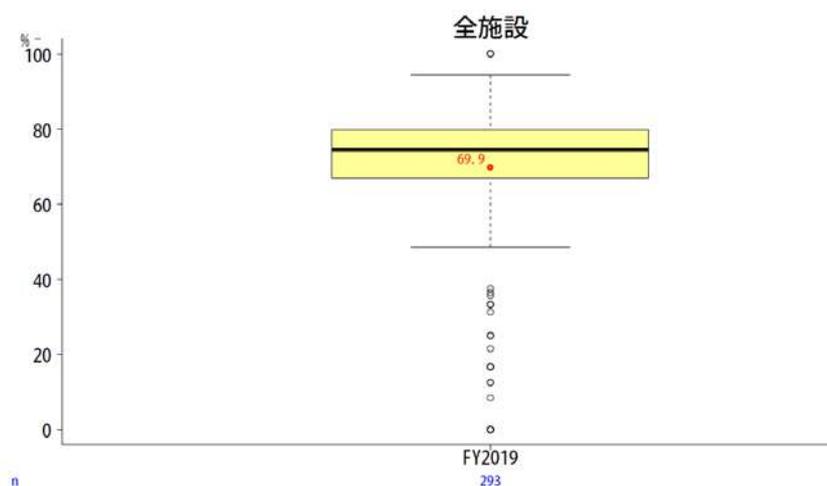
収集期間: 1ヶ月毎

### 指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

### 結果



		前年度
平均値	69.9%	73.7%
最小値	0.0%	0.0%
25%tile	67.0%	71.9%
中央値	74.5%	79.0%
75%tile	79.9%	83.1%
最大値	100.0%	100.0%
提出数	293	290

## 考察

1年間の結果は、平均値 69.9% (前年比-3.8)、中央値 74.5% (前年比-4.5)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) で、2018年度と比べると、平均値 3.8 ポイント、中央値 4.5 ポイント減少しました。

統合指標のため、「急性心筋梗塞患者における当日アスピリン投与割合」「急性心筋梗塞患者における退院時抗血小板薬投与割合」「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」「急性心筋梗塞患者における退院時スタチン投与割合」「急性心筋梗塞患者における退院時 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」「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受容体阻害剤の投与割合」「急性心筋梗塞患者の病院到着後 90 分以内の PCI 実施割合」の 7 指標の改善または悪化に関する指標です。

2019年度に本プロジェクトに参加している施設だけを対象に経年変化をみると、2014年度以降は 68～70%を推移しています。

## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2018 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 ISBN 978-4-89996-378-3

# No.32 統合指標 (Composite Measures)

## 【脳卒中】

### 指標の説明・定義

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

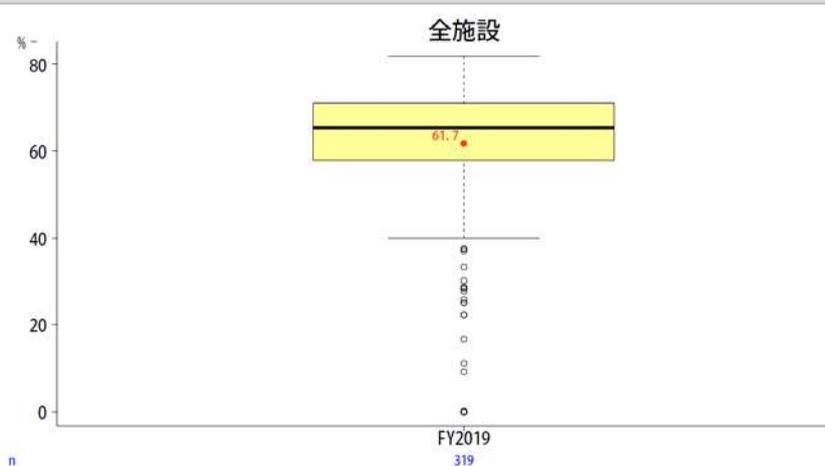
収集期間: 1ヶ月毎

### 指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

### 結果



		前年度
平均値	61.7%	61.1%
最小値	0.0%	0.0%
25%tile	57.8%	56.9%
中央値	65.4%	64.8%
75%tile	71.0%	70.1%
最大値	81.9%	100.0%
提出数	319	313

### 考察

1年間の結果は、平均値 61.7% (前年比+0.6)、中央値 65.4% (前年比+0.6)、最大値 81.9% (前年比-18.1)、最小値 0.0% (前年比±0) で、2018年度と比べて大きな変化はありませんでした。

統合指標のため、「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」「脳卒中患者のうち退

院時抗血小板薬処方割合」「脳卒中患者の退院時スタチン処方割合」「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」「脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者割合」が改善すると比例して改善する指標です。

経年変化をみると、2010年度の平均値51.5%から2019年度は61.7%で10.2ポイント改善しており、各施設がそれぞれのプロセス指標に対して、改善活動を続けた結果が表れています。特に大きく改善した指標は「脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者割合」です。

## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2018 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 ISBN 978-4-89996-378-3

## No.33-a 1 か月間・100 床当たりのインシデント・アクシデント発生件数

## No.33-b 全報告中医師による報告の占める割合

### 指標の説明・定義

身体への侵襲を伴う医療行為は常にインシデント・アクシデントが発生する危険があります。その発生をできる限り防ぐことは医療安全の基本です。仮にインシデント・アクシデントが生じてしまった場合、原因を調査し、防止策をとることが求められます。そのためにはインシデント・アクシデントをきちんと報告することが必要です。

一般に医師からの報告が少ないことが知られており、この値が高いことは医師の医療安全意識が高い組織の可能性があります。

#### <No.33-a>

分子: 調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント発生件数×100

分母: 許可病床数

備考: インシデント・アクシデント報告とは、インシデント影響度分類に定められた範囲で医療安全管理部門へ報告されたのを指す。

収集期間: 1ヶ月毎

#### <No.33-b>

分子: 分母のうち医師が提出したインシデント・アクシデント報告総件数

分母: 調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告総件数

備考: インシデント・アクシデント報告とは、インシデント影響度分類に定められた範囲で医療安全管理部門へ報告されたのを指す。

収集期間: 1ヶ月毎

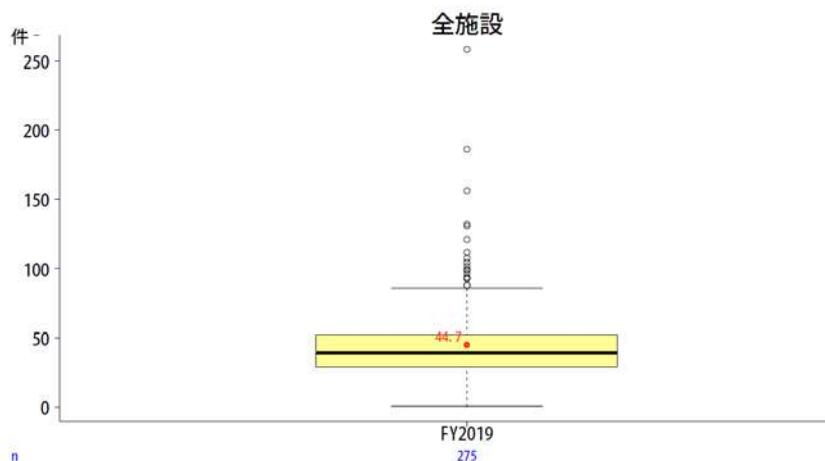
### 指標の種類・値の解釈

アウトカム

より高い値が望ましい

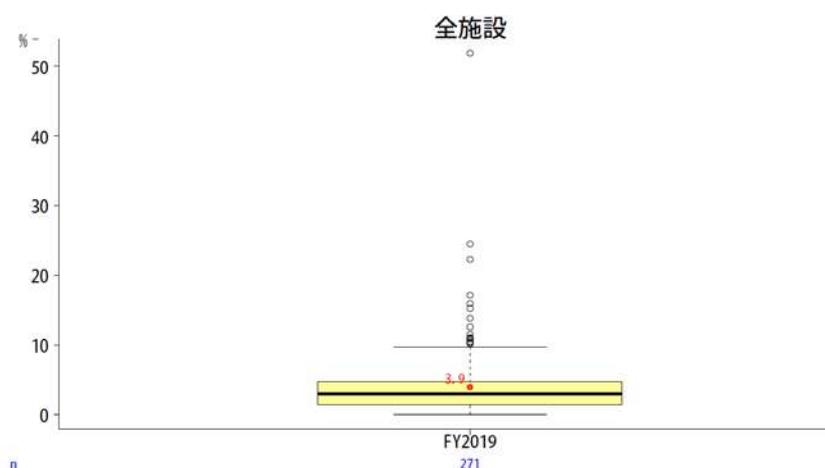
## 結果

### No.33-a



		前年度
平均値	44.7 件	45.1 件
最小値	0.3 件	0.9 件
25%tile	28.8 件	29.0 件
中央値	38.8 件	39.2 件
75%tile	52.3 件	52.0 件
最大値	258.0 件	223.4 件
提出数	275	264

### No.33-b



		前年度
平均値	3.9%	3.5%
最小値	0.0%	0.0%
25%tile	1.4%	1.2%
中央値	2.9%	2.5%
75%tile	4.8%	4.2%
最大値	51.8%	51.4%
提出数	271	260

## 考察

### <No.33-a 1 か月間・100 床当たりのインシデント・アクシデント発生件数>

今回、提出がなかったのは 72 施設で、提出割合は 79.3% (275/347, 前年比+4.1) でした。

1 年間の結果は、平均値 44.7 件 (前年比-0.4)、中央値 38.8 件 (前年比-0.4)、最大値 258.0 件 (前年比+34.6)、最小値 0.3 件 (前年比-0.6) で、2018 年度と比べて、提出できた施設が増加しました。

### <No.33-b 全報告中医師による報告の占める割合>

今回、提出がなかったのは 76 施設で、提出割合は 78.1% (271/347, 前年比+4.0) でした。

1 年間の結果は、平均値 3.9% (前年比+0.4)、中央値 2.9% (前年比+0.4)、最大値 51.8% (前年比+0.4)、最小値 0.0% (前年比±0) で、「1 か月間・100 床当たりのインシデント・アクシデント発生件数」同様、2018 年度と比べると、提出できた施設が増加しました。

提出することができる、毎月、毎年、どのように変化しているのかを把握することができ、改善するための第一歩となります。これらの指標は 2018 年度から追加された指標であり、本プロジェクト全体としてどのように変化してい

くかは、もう少し継続して測定していく必要があります。

#### 【アンケート調査より、改善策】

- 報告書の作成をインシデントレポートシステムに入力する方法から、電子カルテの患者画面に印刷アイコンを追加し、用紙に丸印をつけて提出する方法に簡略化
- インシデント・アクシデントレポートの患者影響レベルが低い(レベル 0、レベル 1)事例の報告推進を広報
- インシデントレベル 0 からの報告を積極的に行うよう周知し、医療安全の意識向上に努めた
- 医師・研修医のインシデント報告を義務付け
- 毎月の医局会で、科別のインシデント・アクシデント報告数、影響度内容を報告
- インシデント・アクシデントが発生した病棟で、多職種でのリスクカンファレンスを実施
- 医療安全推進部でデータを作成し、インシデント・アクシデント報告を奨励するとともに、医療安全推進委員会やその下部のリスクマネージャー会議で、事例の共有および対策を検討
- 他施設とのベンチマーク

#### 参考文献

1. 国立大学附属病院長会議常置委員会 医療安全管理体制担当校. 国立大学附属病院における医療上の事故等の公表に関する指針(改訂版)平成 24 年 6 月.

# No.34 職員におけるインフルエンザワクチン予防接種率

## 指標の説明・定義

医療機関を受診する患者は、免疫力が低下していることが多く、病院職員からの感染を防止する必要があります。接種率が高い場合には、院内感染防止対策に積極的に取り組んでいると評価できます。

分子: インフルエンザワクチンを予防接種した職員数

分母: 職員数

備考: 職員:各施設の就業規則で規定される範囲とする。

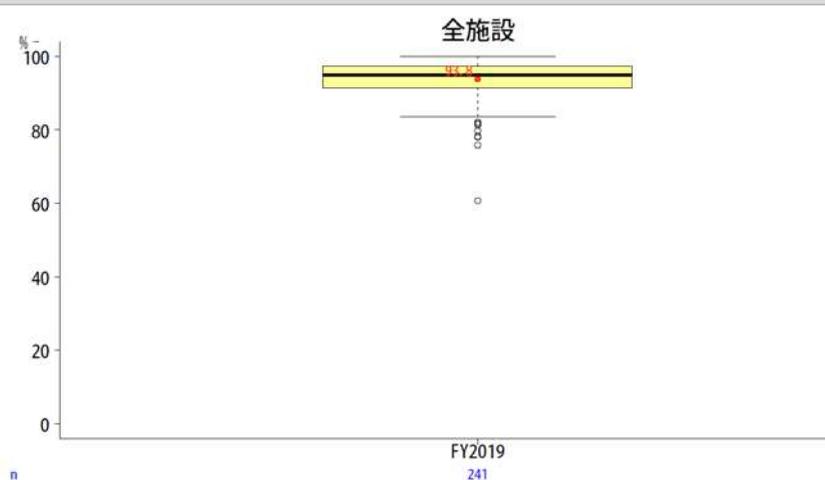
収集期間: 年1回

## 指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

## 結果



	前年度	
平均値	93.8%	93.3%
最小値	60.7%	36.2%
25%tile	91.5%	91.3%
中央値	94.9%	94.9%
75%tile	97.4%	97.5%
最大値	100.0%	100.0%
提出数	241	244

## 考察

今回、提出がなかったのは106施設で、提出割合は69.5%(241/347, 前年比±0)でした。

1年間の結果は、平均値93.8%(前年比+0.5)、中央値94.9%(前年比±0)、最大値100.0%(前年比±0)、最小値60.7%(前年比+24.5)で、2018年度と比べると、全体では大きな変化はないものの、最小値が24.5ポイント改

善しています。

この指標は 2018 年度から追加された指標であり、本プロジェクト全体としてどのように変化していくかは、もう少し継続して測定していく必要があります。

#### 【アンケート調査より、改善策】

- 未接種の職員に対し、アレルギー等の理由がない場合は接種を促した
- インフルエンザワクチンの無断キャンセルがないよう注意喚起
- 予防接種の自己負担を撤廃し、未接種者は個別に対応

#### 参考文献

1. Libby TE, Lindley MC, Lorick SA, MacCannell T, Lee SJ, Smith C, Geevarughese A, Makvandi M, Nace DA, Ahmed F. Reliability and validity of a standardized measure of influenza vaccination coverage among healthcare personnel. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2013 Apr;34(4):335-45.
2. National Quality Measures Clearinghouse (NQMC). Measure summary: Influenza vaccination: percentage of healthcare personnel (HCP) who receive the influenza vaccination. In: National Quality Measures Clearinghouse (NQMC) [Web site]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2013 Jan 01. Available: <https://qualitymeasures.ahrq.gov>

# No.35 糖尿病・慢性腎臓病患者への栄養管理実施率

## 指標の説明・定義

糖尿病や慢性腎臓病の患者は、食事も重要な治療の一つです。入院時に提供される食事には、通常食と治療のために減塩や低脂肪などに配慮した特別食があります。

積極的に栄養管理の介入を行うことも、医療の質の向上につながります。

分子： 分母のうち特別食加算の算定回数

分母： 18歳以上の糖尿病・慢性腎臓病患者で、それらへの治療が主目的ではない入院患者の食事回数

収集期間： 4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分

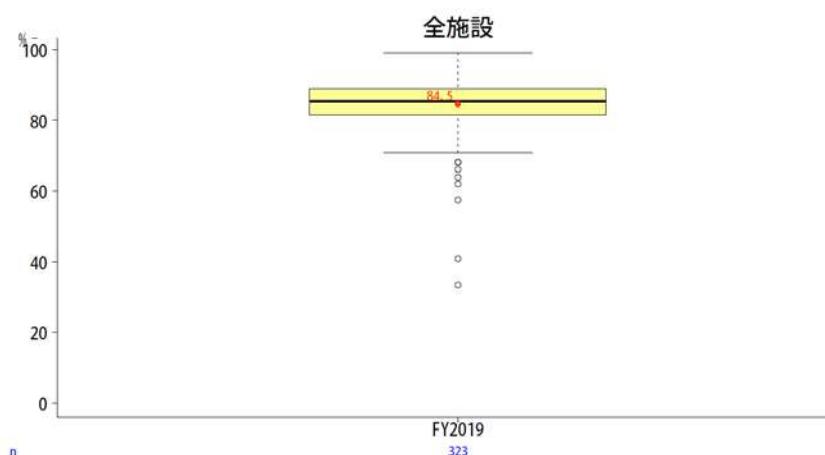
使用データ DPC 様式 1、EF ファイル

## 指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

## 結果



		前年度
平均値	84.5%	67.7%
最小値	33.3%	31.7%
25%tile	81.5%	60.7%
中央値	85.3%	67.4%
75%tile	88.8%	75.2%
最大値	99.1%	98.0%
提出数	323	318

## 考察

1年間の結果は、平均値 84.5% (前年比+16.8)、中央値 85.3% (前年比+17.9)、最大値 99.1% (前年比+1.1)、最小値 33.3% (前年比+1.6) で、2018 年度と比べて大きく改善しました。

しかし、定義を見直し、レコード数から算定回数に変更したため、経年変化で見ると、2010 年度から 2019 年度まで横ばいです。

### 【アンケート調査より、改善策】

- 栄養科にフィードバック

## 参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://qi.med.kyoto-u.ac.jp/>

---

## No.36-a 広域抗菌薬使用時の血液培養実施率

## No.36-b 血液培養実施時の2セット実施率

---

### 指標の説明・定義

広域抗菌薬を使用する際、投与開始時に血液培養検査を行うことは、望ましいプラクティスとなります。  
また、血液培養は1セットのみの場合の偽陽性による過剰治療を防ぐため、2セット以上行うことが推奨されています。

<No.36-a>

分 子: 分母のうち投与開始初日に血液培養検査を実施した数

分 母: 広域抗菌薬投与を開始した入院患者数

収集期間: 4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分

使用データ EF ファイル

<No.36-b>

分 子: 血液培養オーダーが1日に2件以上ある日数(人日)

分 母: 血液培養オーダー日数(人日)

収集期間: 4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分

使用データ Fファイル、EFファイル

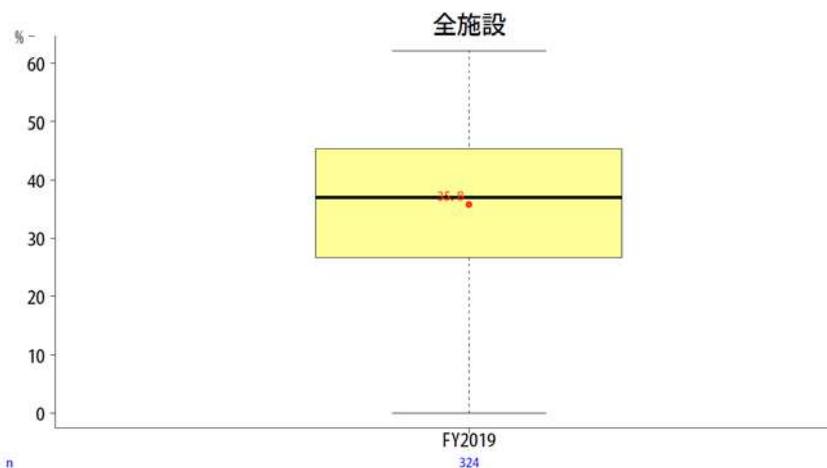
### 指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

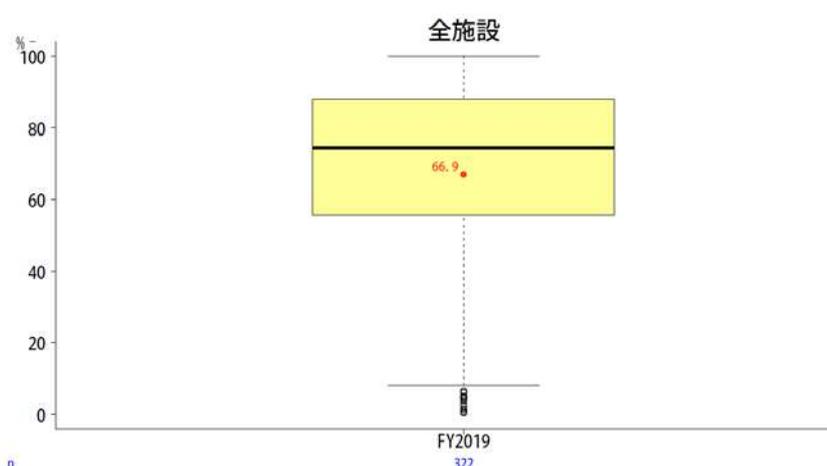
## 結果

### No.36-a



		前年度
平均値	35.8%	34.5%
最小値	0.0%	0.0%
25%tile	26.7%	25.1%
中央値	37.0%	36.4%
75%tile	45.4%	44.6%
最大値	62.2%	61.1%
提出数	324	319

### No.36-b



		前年度
平均値	66.9%	60.4%
最小値	0.4%	0.0%
25%tile	55.6%	42.4%
中央値	74.4%	68.1%
75%tile	87.8%	84.2%
最大値	100.0%	100.0%
提出数	322	317

## 考察

### <No.36-a 広域抗菌薬使用時の血液培養実施率>

1年間の結果は、平均値35.8%（前年比+1.3）、中央値37.0%（前年比+0.6）、最大値62.2%（前年比+1.1）、最小値0.0%（前年比±0）で、2018年度と比べて、大きな変化はありませんでした。

経年変化でみると、2010年度の平均値26.5%から2019年度は9.3ポイント改善しています。

### <No.36-b 血液培養実施時の2セット実施率>

1年間の結果は、平均値66.9%（前年比+6.5）、中央値74.4%（前年比+6.3）、最大値100.0%（前年比±0）、最小値0.4%（前年比+0.4）で、2018年度と比べると、平均値6.5ポイント、中央値6.3ポイント改善しました。また、経年変化でも、2014年度の平均値44.3%から2019年度は22.6ポイントもの大きな改善を示しました。

### 【アンケート調査より、改善策】

- 未実施症例の調査を行い、広域抗菌薬投与前後の培養検査の実施状況を分析し、独自の基準を策定
- 培養検体提出忘れのインシデントが発生したため、オーダ時に血培提出を促すメッセージを表示

- 2セット実施率の低い原因を調査したところ、医事データ上、2セットの実施が1セットとなっていたため、医事データへの反映を見直し、改めて2セット実施を周知
- 感染対策部・感染対策委員会において、2セット採取を促すチラシを作成し配布

## 参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://qi.med.kyoto-u.ac.jp/>

## No.37-a 脳卒中患者に対する地域連携パスの使用率

## No.37-b 大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携パスの使用率

### 指標の説明・定義

脳卒中の治療が終了した後も継続的な医学的管理とリハビリテーションが重要です。

脳卒中患者に対する地域連携パスの使用率を見ることは、地域医療に関する医療体制を評価することにつながります。

同様に、急性期における治療が終了した後も継続的な医学的管理とリハビリテーションが重要です。

大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携パスの使用率を見ることは、地域医療に関する医療体制を評価することにつながります。

<No.37-a>

分子： 分母のうち「地域連携診療計画加算」を算定した患者数

分母： 脳卒中で入院した患者数

収集期間： 4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分

使用データ DPC 様式 1、EF ファイル

<No.37-b>

分子： 分母のうち「地域連携診療計画加算」を算定した患者数

分母： 大腿骨頸部骨折で入院し、大腿骨頸部の手術を受けた患者数

収集期間： 4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分

使用データ DPC 様式 1、EF ファイル

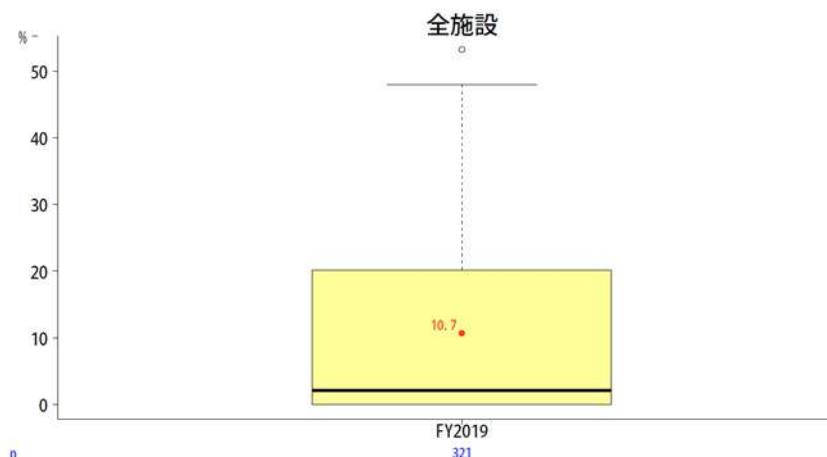
### 指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

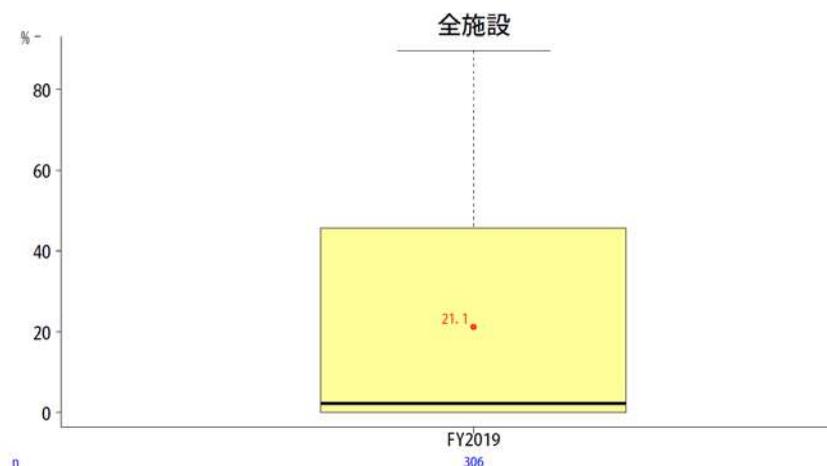
## 結果

### No.37-a



		前年度
平均値	10.7%	10.5%
最小値	0.0%	0.0%
25%tile	0.0%	0.0%
中央値	2.2%	3.2%
75%tile	20.1%	19.5%
最大値	53.1%	47.2%
提出数	321	314

### No.37-b



		前年度
平均値	21.6%	20.5%
最小値	0.0%	0.0%
25%tile	0.0%	0.0%
中央値	2.3%	3.2%
75%tile	45.4%	41.5%
最大値	89.5%	87.5%
提出数	306	304

## 考察

### <No.37-a 脳卒中患者に対する地域連携パスの使用率>

1年間の結果は、平均値 10.7% (前年比+0.2)、中央値 2.2% (前年比-1.0)、最大値 53.1% (前年比+5.9)、最小値 0.0% (前年比±0) で、2018年度と比べて、大きな変化はありませんでした。

経年変化でみると、2016年度の平均値 8.3%から2019年度は 2.4ポイント改善しています。

### <No.37-b 大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携パスの使用率>

1年間の結果は、平均値 21.6% (前年比+1.1)、中央値 2.3% (前年比-0.9)、最大値 89.5% (前年比+2.0)、最小値 0.0% (前年比±0) で、2018年度と比べて、大きな変化はありませんでした。

経年変化でみると、2016年度の平均値 17.6%から2019年度は 3.5ポイント改善しています。

### 【アンケート調査より、改善策】

- QI委員会にて分析し、該当部署へ働きかけ

## 参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://qi.med.kyoto-u.ac.jp/>
2. 公益社団法人 全国自治体病院協議会 医療の質の評価・公表等推進事業  
[https://www.jmha.or.jp/contentsdata/shihyo/20170425/i\\_19.pdf](https://www.jmha.or.jp/contentsdata/shihyo/20170425/i_19.pdf)
3. 公益社団法人 全国自治体病院協議会 医療の質の評価・公表等推進事業  
[https://www.jmha.or.jp/contentsdata/shihyo/20171018/i\\_20.pdf](https://www.jmha.or.jp/contentsdata/shihyo/20171018/i_20.pdf)

# No.38 18歳以上の身体抑制率

## 指標の説明・定義

2019年度から採用した新しい項目です。

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患者延べ数(device days)

分 母： 18歳以上の入院患者延べ数(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。

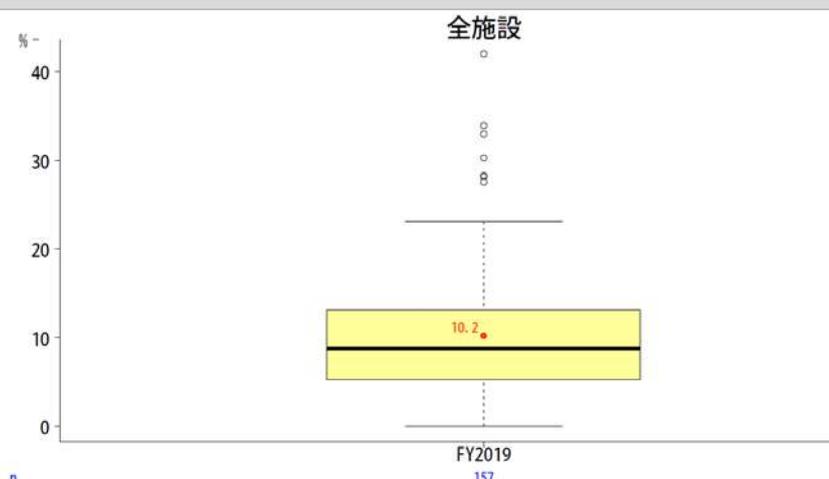
- 1) 徘徊しないように、車椅子や椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- 2) 転落しないように、ベッドに体幹四肢をひも等で縛る。
- 3) 自分で降りられないように、ベッドを柵(サイドレール)で囲む。
- 4) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- 5) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
- 6) 車椅子からずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。
- 7) 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子を使用する。
- 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

## 結果



		前年度
平均値	10.2%	—
最小値	0.0%	—
25%tile	5.3%	—
中央値	8.8%	—
75%tile	13.1%	—
最大値	42.0%	—
提出数	157	—

## 考察

今回、提出がなかったのは 190 施設で、提出割合は 45.2% (157/347) でした。

1 年間の結果は、平均値 10.2%、中央値 8.8%、最大値 42.0%、最小値 0.0% でした。

2019 年度から新しく採用した項目のため、まだ半数以上の施設が提出できていません。また、本プロジェクト全体としてどのように変化していくかは、継続して測定していくことで見えてくると思います。

### 【アンケート調査より、改善策】

- 認知症ケア委員と協力し、抑制カンファレンスシートを作成。毎日抑制患者のカンファレンスを行うことで、職員の意識変化を促した
- 看護の身体抑制に関する基準の見直し
- 身体抑制についての記録の徹底
- 病院全体だけではなく、病棟毎の身体抑制実施率を算出し、フィードバック
- 身体抑制廃止委員会を設置し、抑制率ゼロに向けたスタッフの意識改革
- 情報共有や結果のフィードバック
- 勉強会・講習会の開催
- 老人専門看護師による部署ラウンドを週 1 回開催
- 記録の書式を見直すことで、抑制実施時の適正や必要性についてカンファレンスで検討
- 身体抑制開始時および継続中の評価を強化
- 対策チームを設置し、多職種ラウンドを実施

## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2018 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 ISBN 978-4-89996-378-3
2. 文献 HBIPS-2 Hours of physical restraint use. Joint Commission National Quality Core Measures
3. 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.39-a 大腿骨頸部骨折の早期手術割合

## No.39-b 大腿骨転子部骨折の早期手術割合

### 指標の説明・定義

2019年度から採用した新しい項目です。

大腿骨頸部骨折や大腿骨転子部骨折は、ガイドラインではできる限り早期の手術を推奨されています(Grade B 大腿骨頸部／転子部骨折診療ガイドライン 改訂第2版)。

「早期」の厳密な定義は示されていませんが、本指標では、各手術について、入院2日以内に手術を受けた症例数として計測を行いました。整形手術に関する医療提供体制を評価する指標になると考えています。

#### <No.39-a>

分子: 分母のうち、入院2日以内に手術を受けた患者数

分母: 大腿骨頸部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた患者数

収集期間: 4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分

使用データ DPC 様式1

#### <No.39-b>

分子: 分母のうち、入院2日以内に手術を受けた患者数

分母: 大腿骨転子部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた患者数

収集期間: 4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分

使用データ DPC 様式1

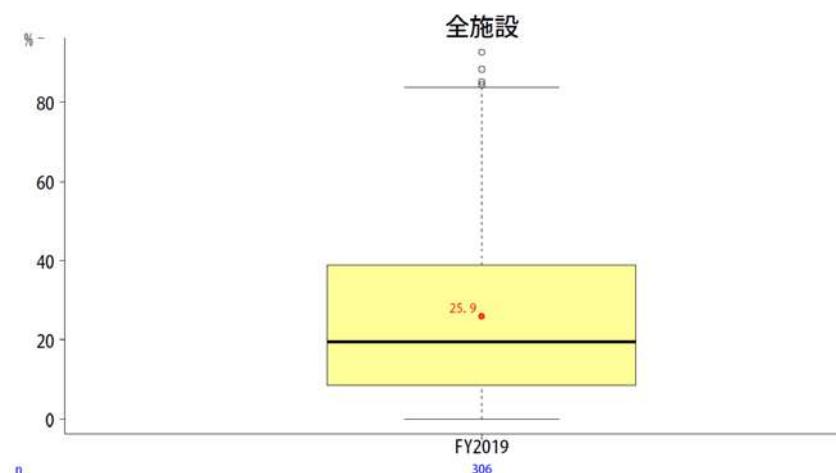
### 指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

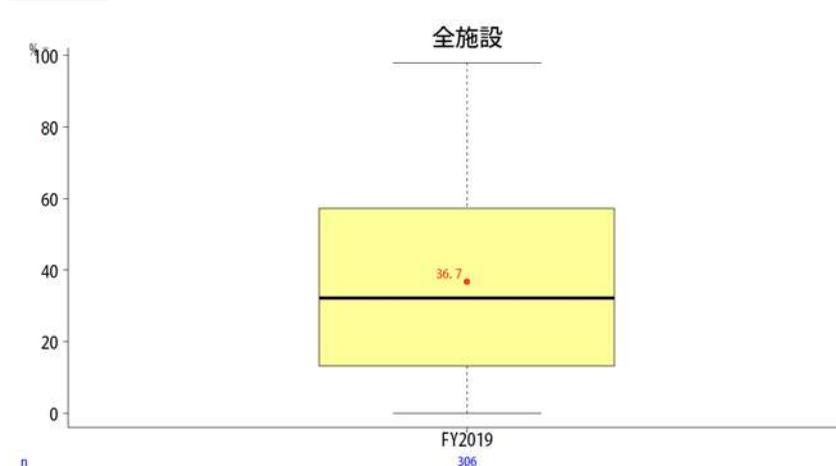
## 結果

### No.39-a



		前年度
平均値	25.9%	—
最小値	0.0%	—
25%tile	8.5%	—
中央値	19.6%	—
75%tile	38.7%	—
最大値	92.5%	—
提出数	306	—

### No.39-b



		前年度
平均値	36.7%	—
最小値	0.0%	—
25%tile	13.3%	—
中央値	32.3%	—
75%tile	56.9%	—
最大値	98.1%	—
提出数	306	—

## 考察

### <No.39-a 大腿骨頸部骨折の早期手術割合>

1年間の結果は、平均値 25.9%、中央値 19.6%、最大値 92.5%、最小値 0.0%でした。

2019年度からの新しい指標ですが、DPCデータを用いて算出しているため、2010年度から算出が可能です。経年変化でみると、2010年度から2014年度まで年々悪化していましたが、2015年度以降は改善し続けています。

### <No.39-b 大腿骨転子部骨折の早期手術割合>

1年間の結果は、平均値 36.7%、中央値 32.3%、最大値 98.1%、最小値 0.0%でした。

「大腿骨頸部骨折の早期手術割合」同様、こちらも2019年度からの新しい指標ですが、DPCデータを用いて算出しているため、2010年度から算出が可能です。

経年変化でみると、2011年度の平均値が最も低く23.3%で、その後は年々改善し、2011年度からみると、2019年度は13.4ポイント改善しています。

## 参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://qi.med.kyoto-u.ac.jp/>
2. 「大腿骨頸部/転子部骨折診療ガイドライン 改訂第2版」日本整形外科学会・日本骨折治療学会

# No.40 シスプラチンを含むがん薬物療法後の急性期予防的制吐剤投与率

## 指標の説明・定義

2019 年度から採用した新しい項目です。

良好な治療アドヒアランスを得て化学療法を円滑に進めるために、催吐リスクに応じた予防的な制吐剤の使用は重要です。高度の抗がん薬による急性の悪心・嘔吐に対しては、NK1 受容体拮抗薬と 5HT3 受容体拮抗薬およびデキサメタゾン併用することが推奨されています(グレード A 一般社団法人 日本癌治療学会編 制吐薬適正使用ガイドライン 2015 年 10 月【第 2 版】)。

シスプラチンは「高度催吐性リスク」に分類されており、本指標には、この 3 剤の制吐剤が利用されているかどうかを測定しています。

**分子:** 分母の実施日の前日または当日に、5HT3 受容体拮抗薬、NK1 受容体拮抗薬およびデキサメタゾンの 3 剤すべてを併用した数

**分母:** 入院にてシスプラチンを含む化学療法を受けた 18 歳以上の患者の実施日数

**収集期間:** 4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

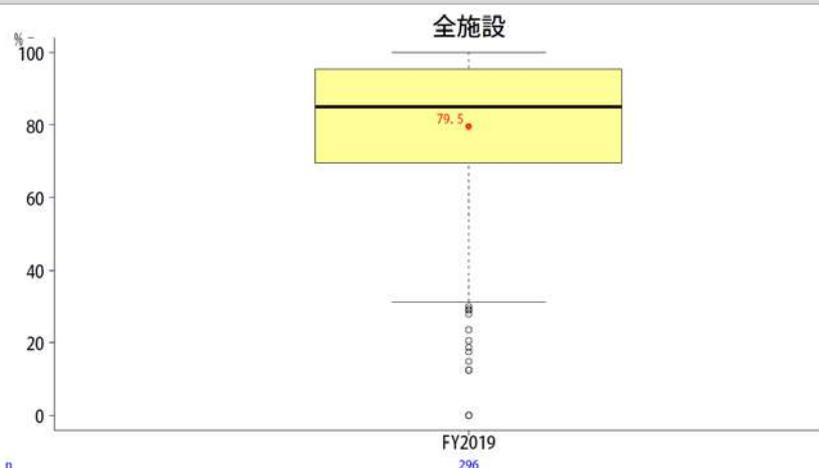
**使用データ** DPC 様式 1、F ファイル、EF ファイル

## 指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

## 結果



		前年度
平均値	79.5%	—
最小値	0.0%	—
25%tile	69.7%	—
中央値	85.0%	—
75%tile	95.4%	—
最大値	100.0%	—
提出数	296	—

## 考察

1年間の結果は、平均値 79.5%、中央値 85.0%、最大値 100.0%、最小値 0.0%でした。

2019年度からの新しい指標ですが、DPCデータを用いて算出しているため、2010年度から算出が可能です。経年変化で見ると、2010年度の平均値 40.5%から2019年度は 39ポイントと大きな改善を示しました。

## 参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://qi.med.kyoto-u.ac.jp/>
2. 「制吐薬適正使用ガイドライン 2015年10月【第2版】」日本癌治療学会

# 精神病床向けの指標

# 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

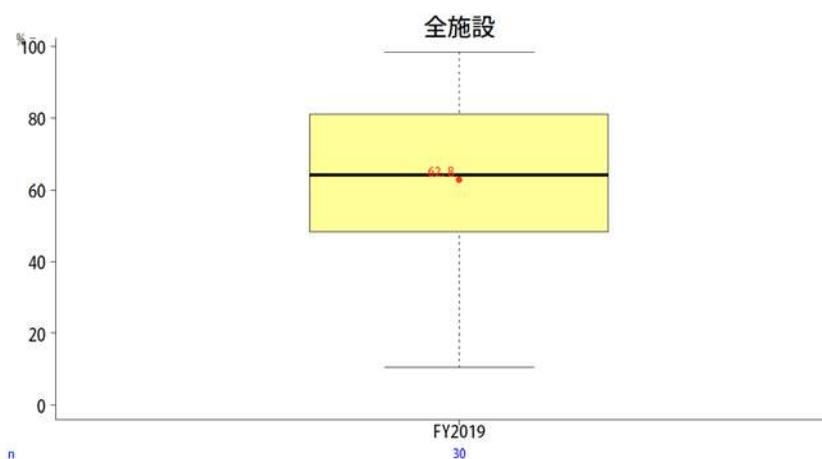
収集期間： 1ヶ月毎

### 指標の種類・値の解釈

プロセス

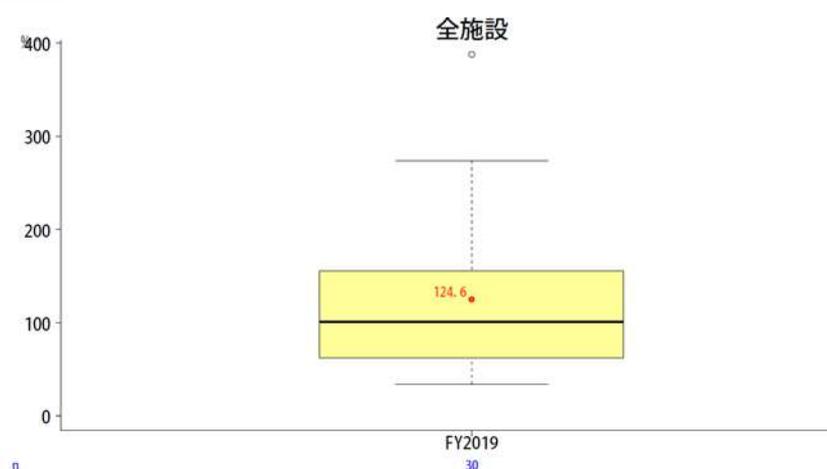
### 結果

#### No.01



	前年度	
平均値	62.8%	57.5%
最小値	10.4%	0.0%
25%tile	49.0%	42.5%
中央値	64.2%	60.7%
75%tile	80.8%	73.0%
最大値	98.4%	95.0%
提出数	30	27

## No.02



		前年度
平均値	124.6%	119.4%
最小値	34.0%	29.8%
25%tile	64.0%	60.1%
中央値	100.8%	103.4%
75%tile	155.2%	141.6%
最大値	387.2%	325.0%
提出数	30	27

## 考察

### <No.01 紹介率>

今回、提出がなかったのは7施設で、提出割合は81.1%(30/37, 前年比+6.1)でした。

1年間の結果は、平均値62.8%(前年比+5.5)、中央値64.2%(前年比+3.5)、最大値98.4%(前年比+3.4)、最小値10.4%(前年比+10.4)で、2018年度と比べて、提出できた施設が増加しました。

### <No.02 逆紹介率>

今回、提出がなかったのは7施設で、提出割合は81.1%(30/37, 前年比+6.1)でした。

1年間の結果は、平均値124.6%(前年比+5.2)、中央値100.8%(前年比-2.6)、最大値387.2%(前年比+62.2)、最小値34.0%(前年比+4.2)で、「紹介率」同様、2018年度と比べて、提出できた施設が増加しました。

## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2018 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 ISBN 978-4-89996-378-3

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

No.03-d 65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率

### 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。また、2019年度から65歳以上の転倒・転落発生率を採用しました。この指標は The Australian Council on Healthcare Standards(ACHS)の Inpatient falls-patients 65 years and older に準拠した定義です。

分 子: No.04-a) 入院中の患者に発生した転倒・転落件数

No.04-b) 入院中の患者に発生した**損傷レベル2以上**の転倒・転落件数

No.04-c) 入院中の患者に発生した**損傷レベル4以上**の転倒・転落件数

No.04-d) 65歳以上の入院中の患者に発生した転倒・転落件数

分 母: 入院患者延べ数(人日) ※No.04-dは65歳以上の入院患者延べ数(人日)

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。

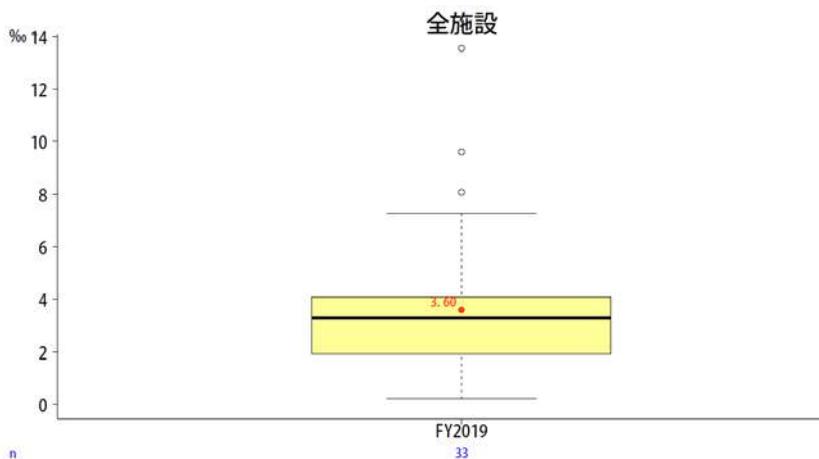
## 指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

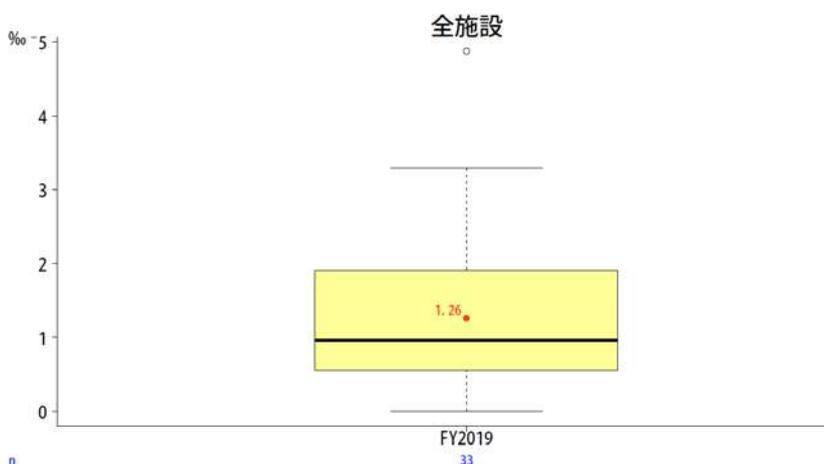
## 結果

No.03-a



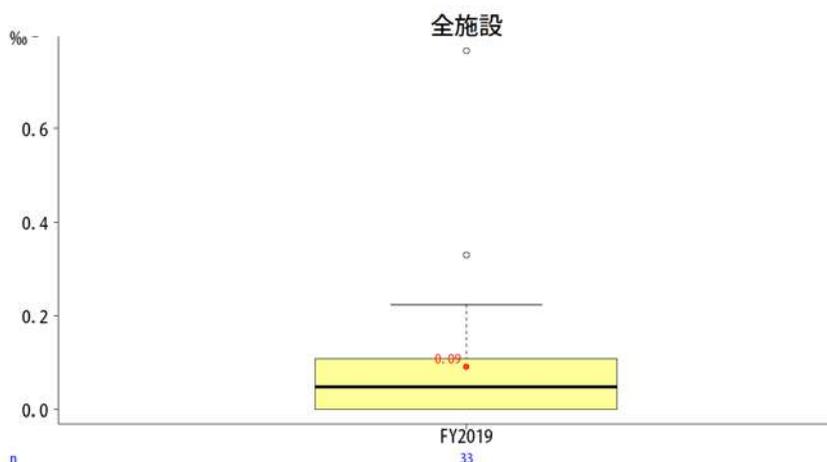
		前年度
平均値	3.60%	3.54%
最小値	0.21%	0.66%
25%tile	1.91%	2.15%
中央値	3.29%	3.48%
75%tile	4.08%	4.20%
最大値	13.52%	11.16%
提出数	33	30

No.03-b



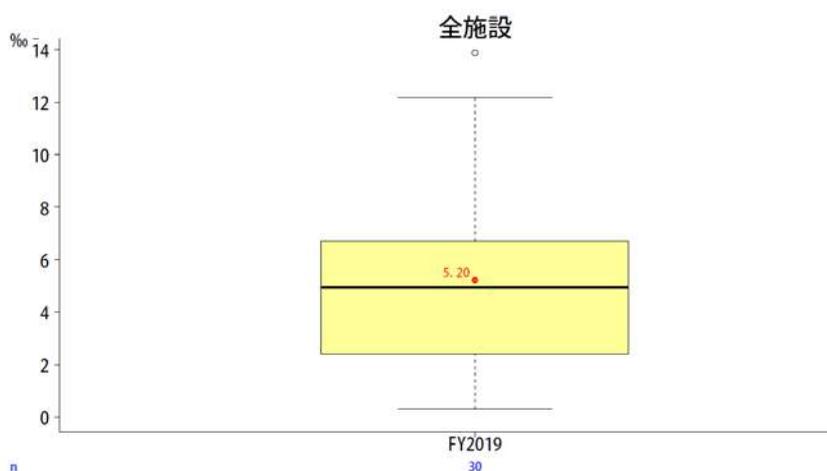
		前年度
平均値	1.26%	1.12%
最小値	0.00%	0.00%
25%tile	0.56%	0.35%
中央値	0.96%	0.71%
75%tile	1.91%	1.31%
最大値	4.87%	8.09%
提出数	33	30

No.03-c



	前年度	
平均値	0.09‰	0.07‰
最小値	0.00‰	0.00‰
25%tile	0.00‰	0.00‰
中央値	0.05‰	0.07‰
75%tile	0.10‰	0.10‰
最大値	0.76‰	0.25‰
提出数	33	30

No.03-d



	前年度	
平均値	5.20‰	—
最小値	0.30‰	—
25%tile	2.56‰	—
中央値	4.93‰	—
75%tile	6.64‰	—
最大値	13.86‰	—
提出数	33	—

考察

今回、提出がなかったのは5施設で、提出割合は89.2%(33/37, 前年比+5.9)でした。

転倒転落発生率の1年間の結果は、平均値3.60‰(前年比+0.06)、中央値3.29‰(前年比-0.19)、最大値13.52‰(前年比+2.36)、最小値0.21‰(前年比0.45)、損傷発生率(損傷レベル2以上)の1年間の結果は、平均値1.26‰(前年比+0.14)、中央値0.96‰(前年比+0.25)、最大値4.87‰(前年比-3.22)、最小値0.00‰(前年比±0)、損傷発生率(損傷レベル4以上)の1年間の結果は、平均値0.09‰(前年比+0.02)、中央値0.05‰(前年比-0.02)、最大値0.76‰(前年比+0.51)、最小値0.00‰(前年比±0)でした。

新しく採用した65歳以上の転倒転落発生率は、平均値5.20‰、中央値4.93‰、最大値13.86‰、最小値0.30‰でした。

各施設とも、入院患者の高齢化が進み、転倒転落のリスクが上昇する中で、結果が大きく悪化していないのは、改善活動を続けている結果と考えられます。

### 【アンケート調査より、改善策】

- 全転倒患者において現行の転倒転落スコアの評価・分析を行い、転倒転落リスクアセスメントシートを変更
- 病院全体に転倒転落予防の標語を募り、認定病院患者安全推進協議会へ応募

### 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2018 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 ISBN 978-4-89996-378-3
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。

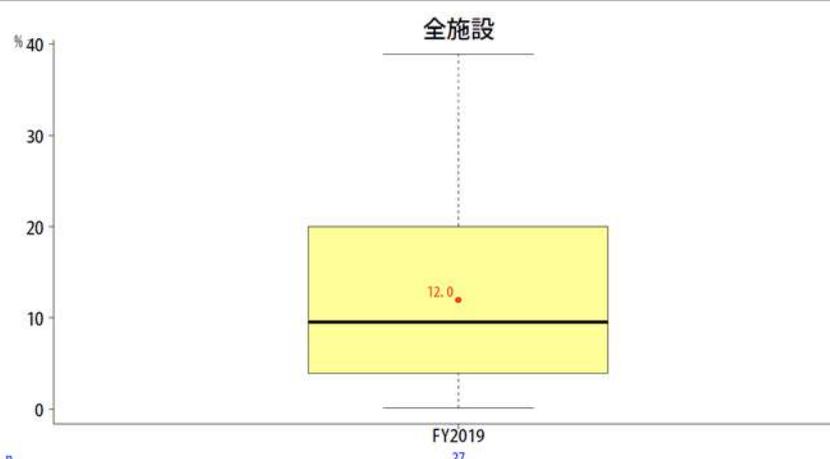
- 1) 徘徊しないように、車椅子や椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- 2) 転落しないように、ベッドに体幹四肢をひも等で縛る。
- 3) 自分で降りられないように、ベッドを柵(サイドレール)で囲む。
- 4) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- 5) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
- 6) 車椅子からずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。
- 7) 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子を使用する。
- 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

## 結果



		前年度
平均値	12.0%	13.5%
最小値	0.1%	0.8%
25%tile	4.0%	4.4%
中央値	9.5%	10.2%
75%tile	20.0%	21.4%
最大値	38.9%	43.1%
提出数	27	26

## 考察

今回、提出がなかったのは 10 施設で、提出割合は 73.0% (27/37, 前年比+0.8) でした。

1 年間の結果は、平均値 12.0% (前年比-1.5)、中央値 9.5% (前年比-0.7)、最大値 38.9% (前年比-4.2)、最小値 0.1% (前年比-0.7) で、2018 年度と比べて大きな変化はありませんでした。

経年変化をみると、12~17%の間を推移していますが、2017 年度の平均値 17.9%から 2019 年度は 5.9 ポイント改善しています。

### 【アンケート調査より、改善策】

- 身体拘束カンファレンスで使用する院内共通の記録用フォーマットを作成し、患者個人のアセスメントをより高い精度で全員が行えるようにした
- データの可視化
- カンファレンスで、「身体抑制は本当に必要か？」を検討し、行動制限を最小限にするために看護の中でできることを検討
- 毎月、台帳から身体拘束理由を確認し、長引いていないかを確認
- データをもとに、身体拘束実施患者について、拘束無しで治療を行う方法はないか検討

## 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。

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

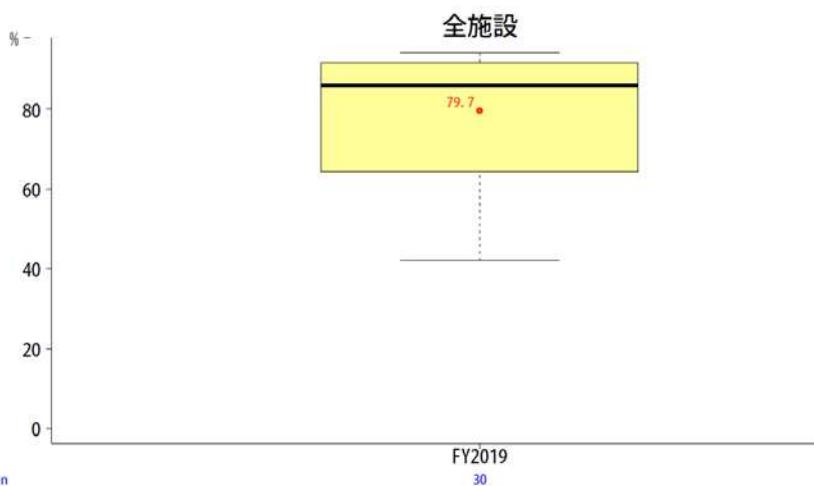
分母除外： 死亡退院患者数、在宅退院希望ではない患者数

収集期間： 1ヶ月毎

## 指標の種類・値の解釈

アウトカム

## 結果



		前年度
平均値	79.7%	82.1%
最小値	42.1%	53.1%
25%tile	66.7%	76.4%
中央値	86.0%	86.3%
75%tile	91.7%	93.4%
最大値	94.2%	100.0%
提出数	30	26

## 考察

今回、提出がなかったのは10施設で、提出割合は73.0%(27/37, 前年比+0.8)でした。

1年間の結果は、平均値79.7%(前年比-2.4)、中央値86.0%(前年比-0.3)、最大値94.2%(前年比-5.8)、最小値42.1%(前年比-11.0)で、2018年度と比べるとやや悪化しました。

経年変化をみると、2012年度から2019年度まで、76~82%の間を推移しています。

## 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。

本プロジェクトの定義は、目の前の患者が褥瘡発生する確率を見ているものであり、日々のケアの質に関わるものです。

分子:	d2(真皮までの損傷)以上の院内新規褥瘡発生患者数
分母:	同日入退院患者または褥瘡持込患者または調査月間以前の院内新規褥瘡発生患者を除く入院患者延べ数(人日)
分母除外:	同日入退院の患者 入院時刻から24時間以内にDESIGN-R®(2008年改訂版褥瘡経過評価用)Depth(深さ)のd1, d2, D3, D4, D5, DUのいずれかの記録がある患者 同一入院期間中の調査月間以前に院内新規褥瘡があった患者
収集期間:	1ヶ月毎

### <Depth(深さ)>

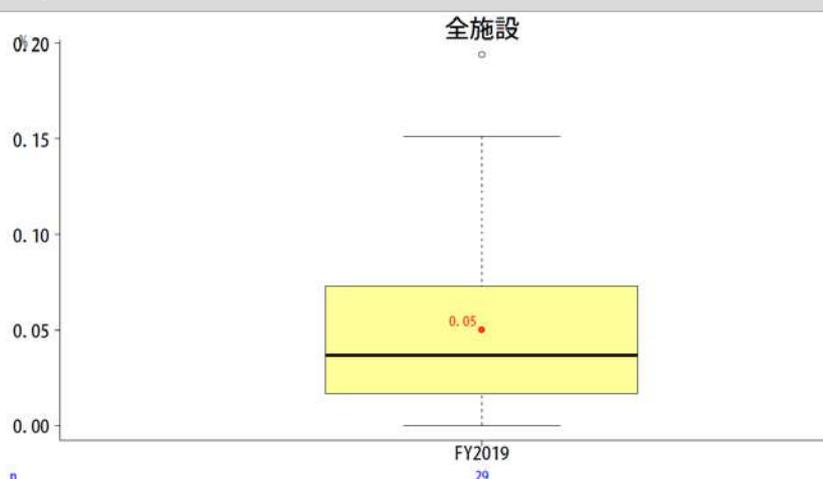
d0	皮膚損傷・発赤なし
d1	持続する発赤
d2	真皮までの損傷
D3	皮下組織までの損傷
D4	皮下組織をこえる損傷
D5	関節腔、体腔に至る損傷

## 指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

## 結果



		前年度
平均値	0.05%	0.04%
最小値	0.00%	0.00%
25%tile	0.02%	0.02%
中央値	0.04%	0.04%
75%tile	0.07%	0.05%
最大値	0.19%	0.13%
提出数	29	27

## 考察

今回、提出がなかったのは8施設で、提出割合は78.4%(29/37, 前年比+3.4)でした。

1年間の結果は、平均値0.05%(前年比+0.01)、中央値0.04%(前年比±0)、最大値0.19%(前年比+0.07)、最小値0.00%(前年比±0)で、2018年度と比べて変化はありませんでした。

## 【アンケート調査より、改善策】

- 褥瘡発生ハイリスク患者のスクリーニングとともに具体的ケアの検討
- 看護計画立案→看護ケア→評価の実践

## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2018 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 ISBN 978-4-89996-378-3
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.jcqhc.or.jp/stc/0036/1/0036\\_G0000181\\_GL.html](http://minds.jcqhc.or.jp/stc/0036/1/0036_G0000181_GL.html) 2016/10/15 available)

# No.07 90日以内の退院患者率

## 指標の説明・定義

精神疾患の中には、長期の入院治療を必要とするものもあります。一方、入院期間が長期化した場合には、退院後の社会生活に支障をきたす場合もあります。一定の期間での退院、社会復帰を目指すことを指標値としたものです。重度かつ慢性患者を数多く担当している病院では値が低くなる場合があります。

測定し、要因を見つけ改善策を講じることで、長期入院患者の改善が期待できます。

**分子:** 退院日が調査期間に含まれる患者で、退院日-入院日 $\leq 90$ の精神科退院患者数

**分母:** 調査期間の精神科退院患者数

**分子補足:** 総合病院有床精神科において精神科とそれ以外で転科をした場合も対象とし、その場合には精神科のみの在院日数で判断する

**分母補足:** 複数回入院した場合はその都度カウントする  
精神科から他診療科への転科もカウントする

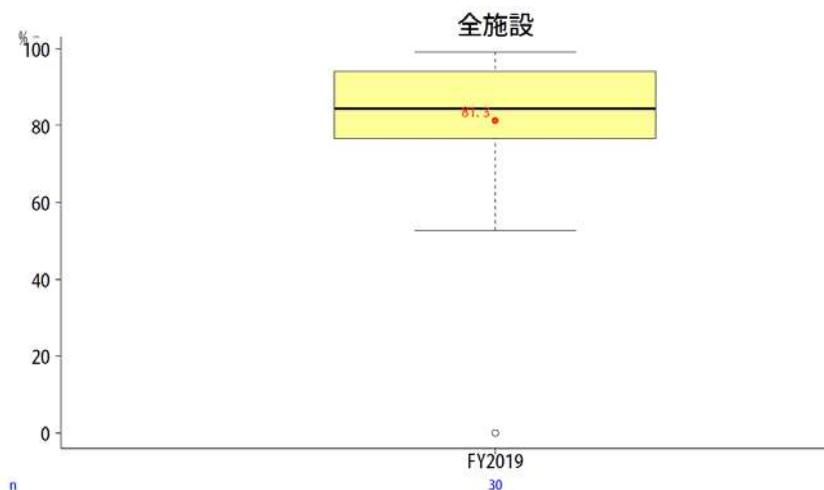
**収集期間:** 1ヶ月毎

## 指標の種類・値の解釈

アウトカム

より高い値が望ましい

## 結果



		前年度
平均値	81.3%	83.8%
最小値	0.0%	52.2%
25%tile	77.9%	80.5%
中央値	84.4%	85.9%
75%tile	93.3%	92.9%
最大値	99.1%	100.0%
提出数	30	26

## 考察

今回、提出がなかったのは7施設で、提出割合は81.1%(30/37, 前年比+8.9)でした。

1年間の結果は、平均値81.3%(前年比-2.5)、中央値84.4%(前年比-1.5)、最大値99.1%(前年比-0.9)、最小値0.0%(前年比-52.2)で、2018年度と比べて大きな変化はありませんでした。

経年変化をみても、2016年度から横ばいです。

## 参考文献

1. 公益社団法人 全国自治体病院協議会 医療の質の評価・公表等推進事業(Internet:  
[https://www.jmha.or.jp/jmha/contents/info/83\\_2017/12/05\\_available](https://www.jmha.or.jp/jmha/contents/info/83_2017/12/05_available))

# No.08 再入院率

## 指標の説明・定義

精神疾患の中には、複数回の入院治療を必要とするものもあります。病状の安定化を図り、再入院を避けることを指標値としたものです。重度かつ慢性患者を数多く担当している病院では値が低くなることがあります。測定し、要因を見つけ改善策を講じることで、地域定着の向上が期待できます。

**分子：** 調査期間に精神科に新規入院した患者のうち、今回の入院日から90日以内に自院精神科の入院歴のある患者数

➤ 今回入院日－前回退院日 ≤ 90日

**分母：** 調査期間の病院全体の新入院患者数

**分母補足：** 他診療科から精神科への転科もカウントする

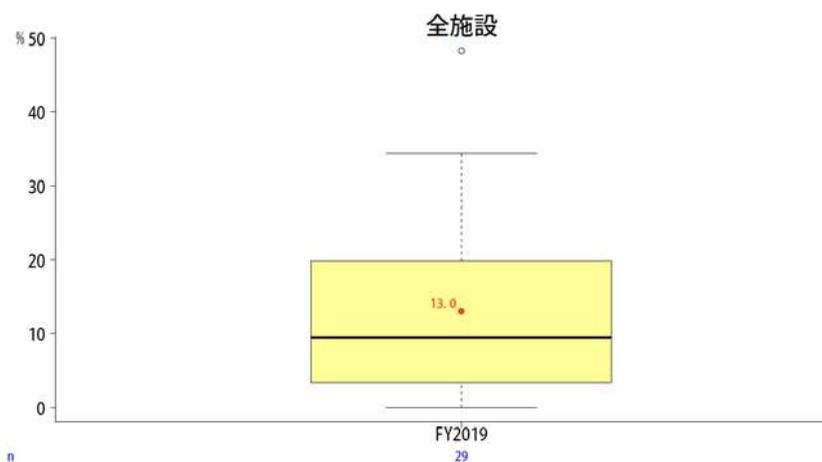
**収集期間：** 1ヶ月毎

## 指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

## 結果



		前年度
平均値	13.0%	11.7%
最小値	0.0%	0.0%
25%tile	3.4%	2.1%
中央値	9.5%	11.7%
75%tile	19.8%	14.6%
最大値	48.2%	47.7%
提出数	29	26

## 考察

今回、提出がなかったのは8施設で、提出割合は78.4%(29/37, 前年比+6.2)でした。

1年間の結果は、平均値13.0%(前年比+1.3)、中央値9.5%(前年比-2.2)、最大値48.2%(前年比+0.5)、最小値0.0%(前年比±0)で、2018年度と比べて大きな変化はありませんでした。

経年変化をみると、11～13%の間を推移しています。

## 参考文献

1. 公益社団法人 全国自治体病院協議会 医療の質の評価・公表等推進事業(Internet:  
[https://www.jmha.or.jp/jmha/contents/info/83\\_2017/12/05\\_available](https://www.jmha.or.jp/jmha/contents/info/83_2017/12/05_available))

# No.09 平均在院日数（医療観察法病棟を除く）

## 指標の説明・定義

精神疾患の中には、長期の入院治療を必要とするものもあります。一方、入院期間が長期化した場合には、退院後の社会生活に支障をきたす場合もあります。一定の期間での退院、社会復帰を目指すことを指標値としたものです。重度かつ慢性患者を数多く担当している病院では日数が長くなることがあります。

測定し、要因を見つけ改善策を講じることで、長期入院患者の改善が期待できます。

分子： 1 か月間の在院患者延べ日数

分母： (1 か月間の新入棟患者数+1 か月間の新退棟患者数)/2

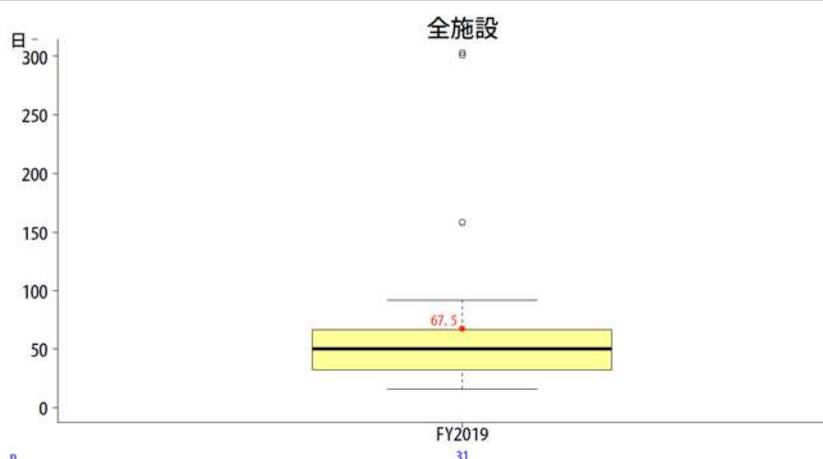
収集期間： 1 ヶ月毎

## 指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

## 結果



		前年度
平均値	67.5 日	75.8 日
最小値	16.2 日	19.1 日
25%tile	32.3 日	33.6 日
中央値	49.9 日	49.5 日
75%tile	66.7 日	58.5 日
最大値	302.7 日	503.4 日
提出数	31	29

## 考察

今回、提出がなかったのは6施設で、提出割合は83.8%(31/37, 前年比+3.2)でした。

1年間の結果は、平均値67.5日(前年比-8.3)、中央値49.9日(前年比+0.4)、最大値302.7日(前年比-200.7)、最小値16.2日(前年比-2.9)で、2018年度と比べると、平均で8.3日短縮しました。

経年変化をみても、2019年度は最も短い日数でした。

参考文献

No.10-a 外来:この病院について総合的にはどう思われますか？

No.10-b 外来:診断や治療方針について医師の説明は十分でしたか？

No.10-c 外来:診断や治療方針について疑問や意見は医師に伝えられましたか？

### 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。

2017年度の厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」で出された共通QIセットの項目で、2019年度から採用した新しい項目です。

「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段階評価とし、分子は「満足」または「やや満足」と回答した患者数としています。

同様に、「診断や治療方針について、今日までに医師から受けた説明は十分でしたか？」の設問で「十分だった、まあまあ十分だった、あまり十分ではなかった、十分ではなかった、説明を受けていない」の5段階評価で、分子は「十分だった」または「まあまあ十分だった」と回答した患者数、「診断や治療方針について、医師の説明を受けた際の疑問や意見は、医師に伝えられましたか？」の設問で「十分に伝えられた、まあまあ伝えられた、あまり伝えられなかった、まったく伝えられなかった、疑問や意見は特になかった」の5段階評価で、分子は「十分に伝えられた」または「まあまあ伝えられた」と回答した患者数としています。

<No.10-a この病院について総合的にはどう思われますか？>

分 子: 分母のうち「満足」または「やや満足」と回答した外来患者数

分 母: 外来患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか？」の設問有効回答数

収集期間: 年1回

<No.10-b 診断や治療方針について医師の説明は十分でしたか？>

分 子: 分母のうち「十分だった」または「まあまあ十分だった」と回答した外来患者数

分 母: 外来患者への満足度調査項目「診断や治療方針について、今日までに医師から受けた説明は十分でしたか？」の設問有効回答数

収集期間: 年1回

<No.10-c 診断や治療方針について疑問や意見は医師に伝えられましたか？>

分 子: 分母のうち「十分に伝えられた」または「まあまあ伝えられた」と回答した外来患者数

分 母: 外来患者への満足度調査項目「診断や治療方針について、医師の説明を受けた際の疑問や意見は、医師に伝えられましたか？」の設問有効回答数

収集期間: 年1回

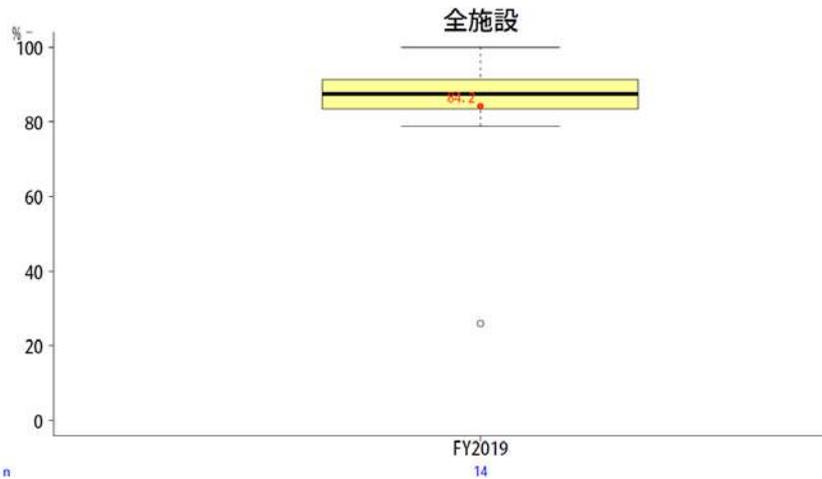
## 指標の種類・値の解釈

アウトカム

より高い値が望ましい

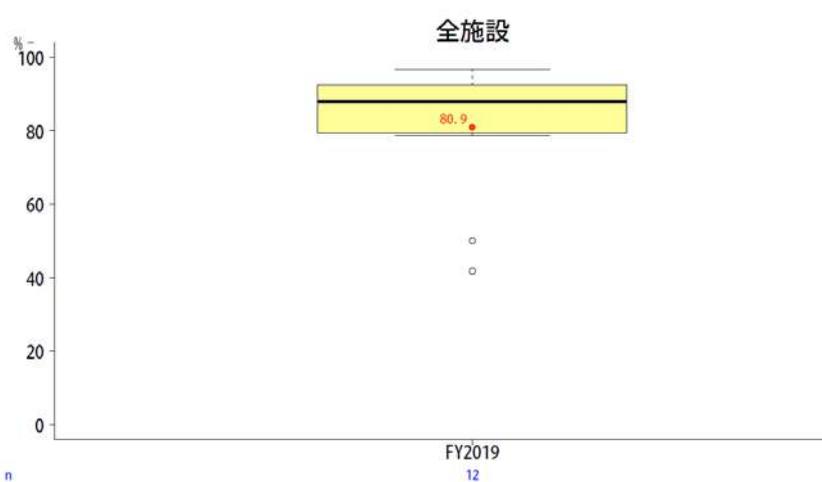
## 結果

No.10-a



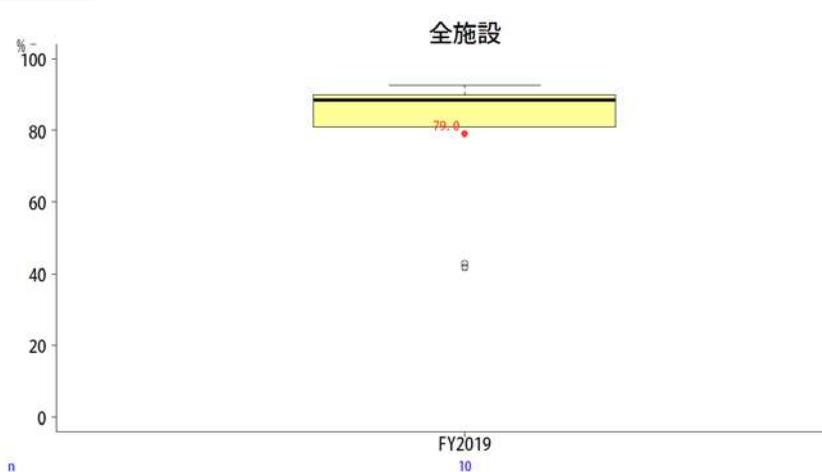
		前年度
平均値	84.2%	—
最小値	25.9%	—
25%tile	83.4%	—
中央値	87.5%	—
75%tile	91.3%	—
最大値	100.0%	—
提出数	14	—

No.10-b



		前年度
平均値	80.9%	—
最小値	41.7%	—
25%tile	79.7%	—
中央値	87.9%	—
75%tile	92.4%	—
最大値	96.7%	—
提出数	12	—

No.10-c



		前年度
平均値	79.0%	—
最小値	41.7%	—
25%tile	81.4%	—
中央値	88.5%	—
75%tile	90.0%	—
最大値	92.5%	—
提出数	10	—

## 考察

<No.10-a この病院について総合的にはどう思われますか？>

今回、提出がなかったのは 23 施設で、提出割合は 37.8% (14/37) でした。

1 年間の結果は、平均値 84.2%、中央値 87.5%、最大値 100.0%、最小値 25.9% でした。

<No.10-b 診断や治療方針について医師の説明は十分でしたか？>

今回、提出がなかったのは 25 施設で、提出割合は 32.4% (12/37) でした。

1 年間の結果は、平均値 80.9%、中央値 87.9%、最大値 96.7%、最小値 41.7% でした。

<No.10-c 診断や治療方針について疑問や意見は医師に伝えられましたか？>

今回、提出がなかったのは 27 施設で、提出割合は 27.0% (10/37) でした。

1 年間の結果は、平均値 79.0%、中央値 88.5%、最大値 92.5%、最小値 41.7% でした。

2019 年度から新しく採用した項目のため、まだ半数以上の施設が提出できていません。また、本プロジェクト全体としてどのように変化していくかは、継続して測定していくことで見えてくると思います。

## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2018 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 ISBN 978-4-89996-378-3

No.11-a 入院:この病院について総合的にはどう思われますか？

No.11-b 入院:入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について説明は十分でしたか？

No.11-c 入院:入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について疑問や意見は医師に伝えられましたか？

### 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。2017年度の厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」で出された共通 QI セットの項目で、2019年度から採用した新しい項目です。

「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段階評価とし、分子は「満足」または「やや満足」と回答した患者数としています。

同様に、「入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について、医師から受けた説明は十分でしたか？」の設問で「十分だった、まあまあ十分だった、あまり十分ではなかった、十分ではなかった、説明を受けていない」の5段階評価で、分子は「十分だった」または「まあまあ十分だった」と回答した患者数、「入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について、医師の説明を受けた際の疑問や意見は、医師に伝えられましたか？」の設問で「十分に伝えられた、まあまあ伝えられた、あまり伝えられなかった、まったく伝えられなかった、疑問や意見は特になかった」の5段階評価で、分子は「十分に伝えられた」または「まあまあ伝えられた」と回答した患者数としています。

<No.11-a この病院について総合的にはどう思われますか？>

分 子: 分母のうち「満足」または「やや満足」と回答した入院患者数

分 母: 入院患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか？」の設問有効回答数

収集期間: 年1回

<No.11-b 入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について説明は十分でしたか？>

分 子: 分母のうち「十分だった」または「まあまあ十分だった」と回答した入院患者数

分 母: 入院患者への満足度調査項目「入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について、医師から受けた説明は十分でしたか？」の設問有効回答数

収集期間: 年1回

<No.11-c 入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について疑問や意見は医師に伝えられましたか？>

分 子: 分母のうち「十分に伝えられた」または「まあまあ伝えられた」と回答した入院患者数

分 母: 入院患者への満足度調査項目「入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について、医師の説明を受けた際の疑問や意見は、医師に伝えられましたか？」の設問有効回答数

収集期間: 年1回

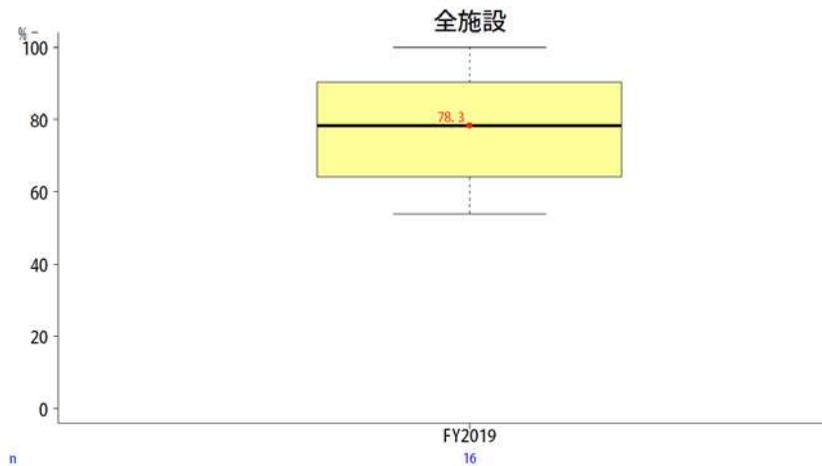
## 指標の種類・値の解釈

アウトカム

より高い値が望ましい

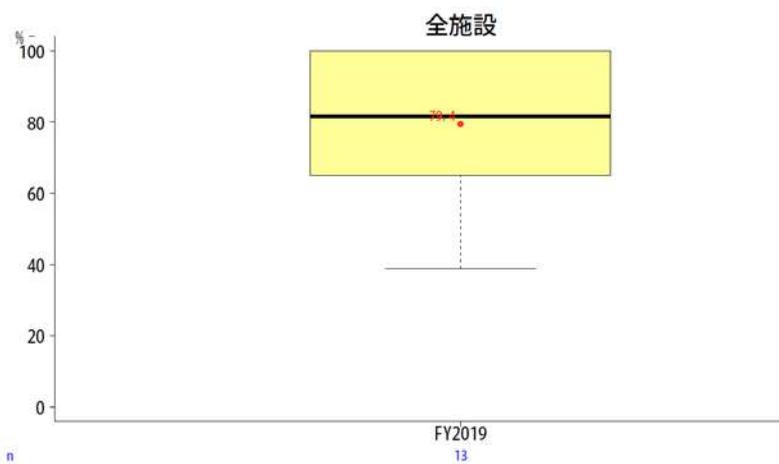
## 結果

No.11-a



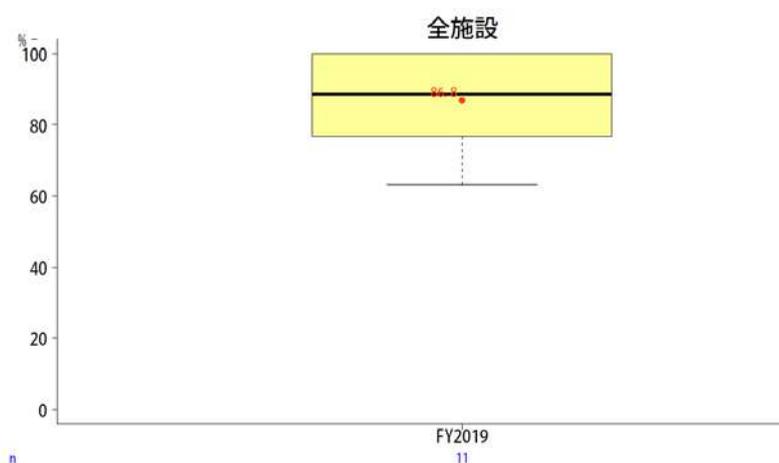
		前年度
平均値	78.3%	—
最小値	53.9%	—
25%tile	65.4%	—
中央値	78.2%	—
75%tile	88.9%	—
最大値	100.0%	—
提出数	16	—

No.11-b



		前年度
平均値	79.4%	—
最小値	38.9%	—
25%tile	65.0%	—
中央値	81.5%	—
75%tile	100.0%	—
最大値	100.0%	—
提出数	13	—

No.11-c



		前年度
平均値	86.8%	—
最小値	63.2%	—
25%tile	76.8%	—
中央値	88.5%	—
75%tile	100.0%	—
最大値	100.0%	—
提出数	11	—

## 考察

<No.11-a この病院について総合的にはどう思われますか？>

今回、提出がなかったのは 21 施設で、提出割合は 43.2% (16/37) でした。

1 年間の結果は、平均値 78.3%、中央値 78.2%、最大値 100.0%、最小値 53.9% でした。

<No.11-b 入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について説明は十分でしたか？>

今回、提出がなかったのは 24 施設で、提出割合は 35.1% (13/37) でした。

1 年間の結果は、平均値 79.4%、中央値 81.5%、最大値 100.0%、最小値 38.9% でした。

<No.11-c 入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について疑問や意見は医師に伝えられましたか？>

今回、提出がなかったのは 26 施設で、提出割合は 29.7% (11/37) でした。

1 年間の結果は、平均値 86.8%、中央値 88.5%、最大値 100.0%、最小値 63.2% でした。

2019 年度から新しく採用した項目のため、まだ半数以上の施設が提出できていません。また、本プロジェクト全体としてどのように変化していくかは、継続して測定していくことで見えてくると思います。

## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2018 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 ISBN 978-4-89996-378-3

## No.12-a 1 か月間・100 床当たりのインシデント・アクシデント発生件数

## No.12-b 全報告中医師による報告の占める割合

### 指標の説明・定義

2017 年度の厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」で出された共通 QI セットの項目で、2019 年度から採用した新しい項目です。

身体への侵襲を伴う医療行為は常にインシデント・アクシデントが発生する危険があります。その発生をできる限り防ぐことは医療安全の基本です。仮にインシデント・アクシデントが生じてしまった場合、原因を調査し、防止策をとることが求められます。そのためにはインシデント・アクシデントをきちんと報告することが必要です。

一般に医師からの報告が少ないことが知られており、この値が高いことは医師の医療安全意識が高い組織の可能性があります。

<No.12-a>

分 子: 調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント発生件数×100

分 母: 許可病床数

備 考: インシデント・アクシデント報告とは、インシデント影響度分類に定められた範囲で医療安全管理部門へ報告されたのを指す。

収集期間: 1ヶ月毎

<No.12-b>

分 子: 分母のうち医師が提出したインシデント・アクシデント報告総件数

分 母: 調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告総件数

備 考: インシデント・アクシデント報告とは、インシデント影響度分類に定められた範囲で医療安全管理部門へ報告されたのを指す。

収集期間: 1ヶ月毎

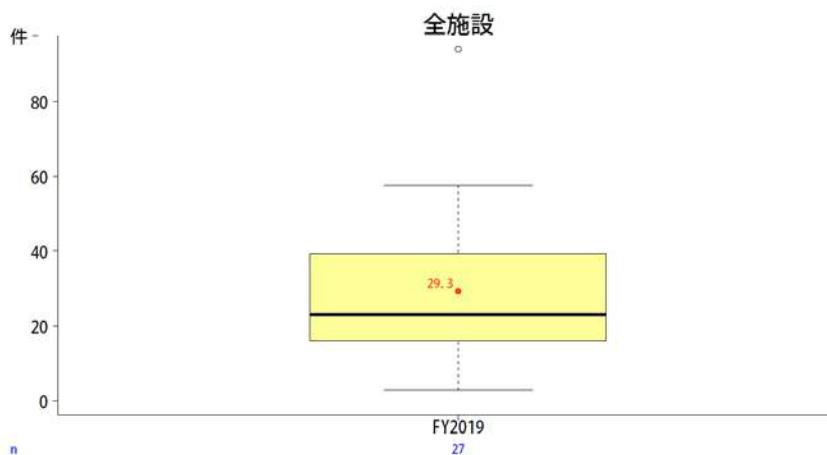
### 指標の種類・値の解釈

アウトカム

より高い値が望ましい

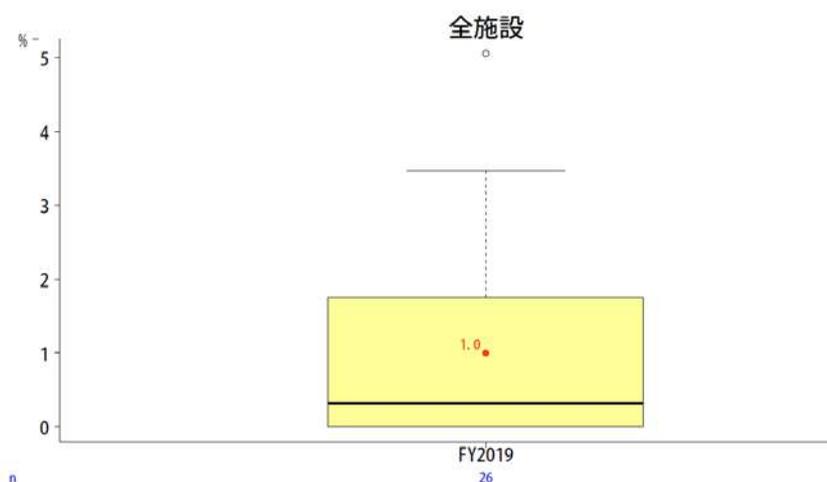
## 結果

### No.12-a



		前年度
平均値	29.3 件	—
最小値	3.0 件	—
25%tile	16.0 件	—
中央値	23.0 件	—
75%tile	39.2 件	—
最大値	93.9 件	—
提出数	27	—

### No.12-b



		前年度
平均値	1.0%	—
最小値	0.0%	—
25%tile	0.0%	—
中央値	0.3%	—
75%tile	1.7%	—
最大値	5.1%	—
提出数	26	—

## 考察

<No.12-a 1 か月間・100 床当たりのインシデント・アクシデント発生件数>

今回、提出がなかったのは 10 施設で、提出割合は 73.0% (27/37) でした。

1 年間の結果は、平均値 29.3 件、中央値 23.0 件、最大値 93.9 件、最小値 3.0 件でした。

<No.12-b 全報告中医師による報告の占める割合>

今回、提出がなかったのは 11 施設で、提出割合は 70.3% (26/37) でした。

1 年間の結果は、平均値 1.0%、中央値 0.3%、最大値 5.1%、最小値 0.0% でした。

一般病床の結果と比較すると、まだまだ改善の余地がありますが、2019 年度から追加された指標であり、本プロジェクト全体としてどのように変化していくかは、もう少し継続して測定していく必要があります。

## 参考文献

1. 国立大学附属病院長会議常置委員会 医療安全管理体制担当校. 国立大学附属病院における医療上の事故等の公表に関する指針(改訂版)平成 24 年 6 月.

# 療養病床向けの指標

# 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

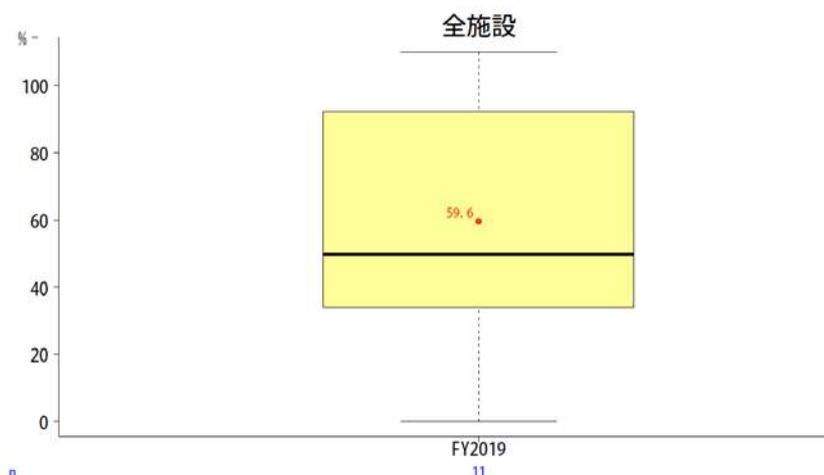
収集期間: 1ヶ月毎

### 指標の種類・値の解釈

プロセス

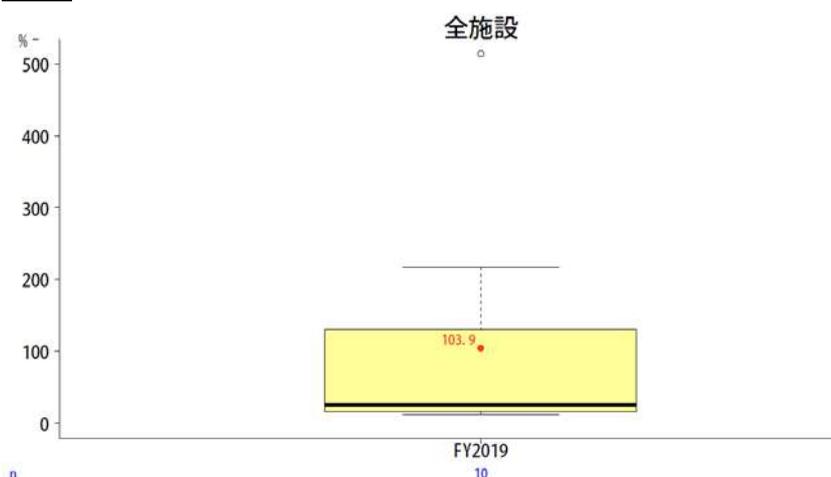
### 結果

#### No.01



		前年度
平均値	59.6%	55.3%
最小値	0.0%	0.0%
25%tile	33.9%	25.0%
中央値	49.8%	51.4%
75%tile	92.4%	95.6%
最大値	110.0%	100.0%
提出数	11	13

## No.02



		前年度
平均値	103.9%	97.1%
最小値	12.5%	0.0%
25%tile	16.8%	18.9%
中央値	25.7%	31.6%
75%tile	113.7%	100.0%
最大値	513.2%	417.9%
提出数	10	13

## 考察

### <No.01 紹介率>

今回、提出がなかったのは 18 施設で、提出割合は 37.9% (11/29, 前年比-1.5) でした。

1 年間の結果は、平均値 59.6% (前年比+4.3)、中央値 49.8% (前年比-1.6)、最大値 110.0% (前年比+10.0)、最小値 0.0% (前年比±0) で、2018 年度と比べて、提出できた施設が減少しました。

### <No.02 逆紹介率>

今回、提出がなかったのは 19 施設で、提出割合は 34.5% (10/29, 前年比-4.9) でした。

1 年間の結果は、平均値 103.9% (前年比+6.8)、中央値 25.7% (前年比-5.9)、最大値 513.2% (前年比+95.3)、最小値 12.5% (前年比+12.5) で、2018 年度と比べて、提出できた施設が減少しました。

## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2018 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 ISBN 978-4-89996-378-3

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

No.03-d 65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率

### 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。また、2019年度から65歳以上の転倒・転落発生率を採用しました。この指標は The Australian Council on Healthcare Standards(ACHS)の Inpatient falls-patients 65 years and older に準拠した定義です。

分 子: No.04-a) 入院中の患者に発生した転倒・転落件数

No.04-b) 入院中の患者に発生した**損傷レベル2以上**の転倒・転落件数

No.04-c) 入院中の患者に発生した**損傷レベル4以上**の転倒・転落件数

No.04-d) 65歳以上の入院中の患者に発生した転倒・転落件数

分 母: 入院患者延べ数(人日) ※No.04-dは65歳以上の入院患者延べ数(人日)

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。

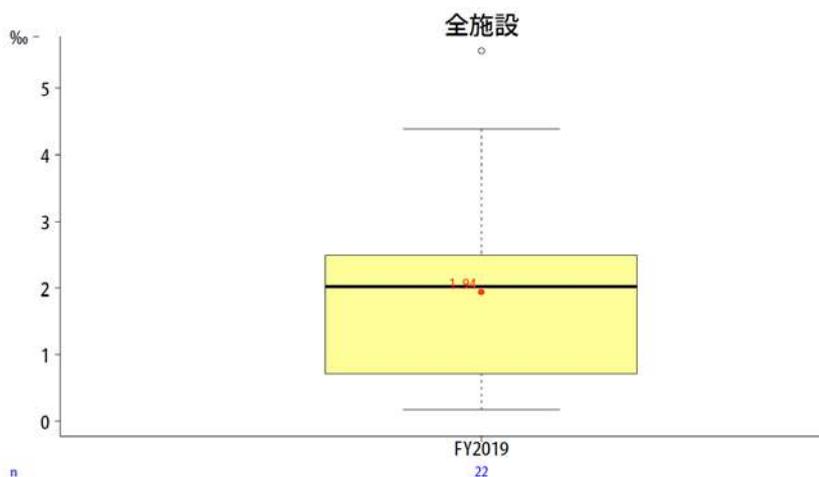
## 指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

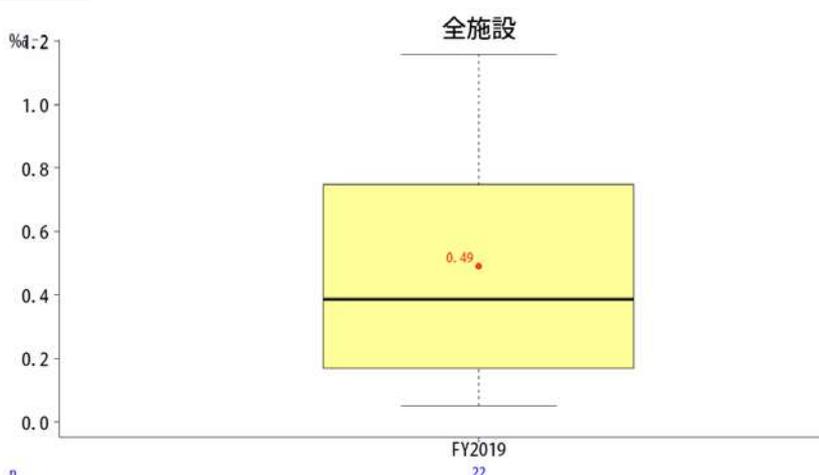
## 結果

No.03-a



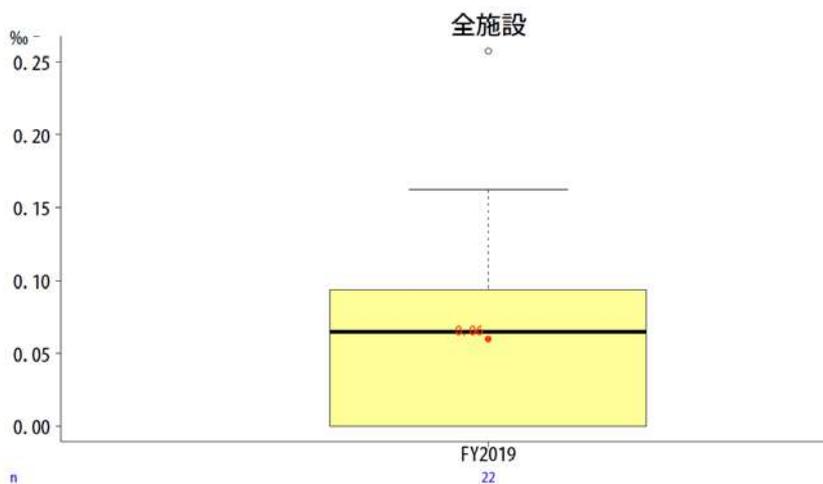
	前年度	
平均値	1.94%	2.01%
最小値	0.17%	0.03%
25%tile	0.80%	0.80%
中央値	2.02%	1.94%
75%tile	2.47%	2.94%
最大値	5.56%	4.91%
提出数	22	26

No.03-b



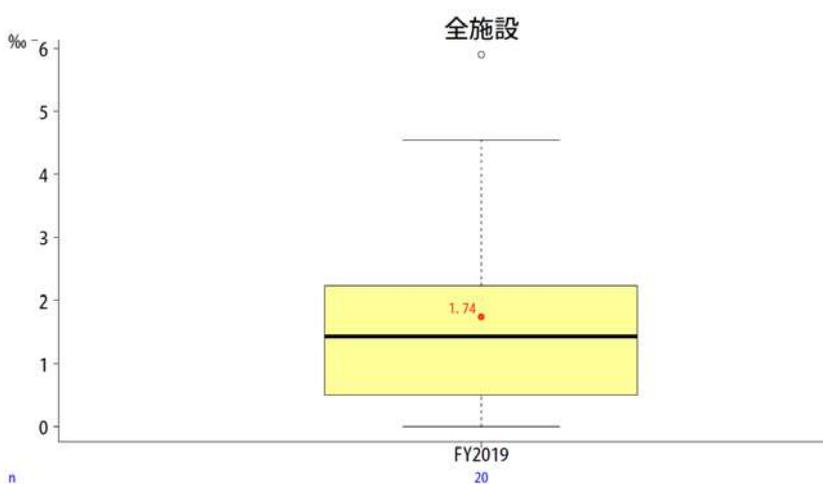
	前年度	
平均値	0.49%	0.60%
最小値	0.05%	0.00%
25%tile	0.17%	0.18%
中央値	0.39%	0.40%
75%tile	0.72%	0.77%
最大値	1.16%	4.22%
提出数	22	26

No.03-c



		前年度
平均値	0.06%	0.02‰
最小値	0.00‰	0.00‰
25%tile	0.00‰	0.00‰
中央値	0.06‰	0.00‰
75%tile	0.09‰	0.04‰
最大値	0.26‰	0.10‰
提出数	22	26

No.03-d



		前年度
平均値	1.74‰	—
最小値	0.00‰	—
25%tile	0.56‰	—
中央値	1.43‰	—
75%tile	2.12‰	—
最大値	5.89‰	—
提出数	20	—

考察

今回、提出がなかったのは7施設で、提出割合は75.9%(22/29, 前年比-3.0)、新しく追加した65歳以上の指標は2施設多く9施設、提出割合は79.0%(20/29)でした。

転倒転落発生率の1年間の結果は、平均値1.94‰(前年比-0.07)、中央値2.02‰(前年比+0.08)、最大値5.56‰(前年比+0.65)、最小値0.17‰(前年比+0.14)、損傷発生率(損傷レベル2以上)の1年間の結果は、平均値0.49‰(前年比-0.11)、中央値0.39‰(前年比-0.01)、最大値1.16‰(前年比-3.06)、最小値0.05‰(前年比+0.05)、損傷発生率(損傷レベル4以上)の1年間の結果は、平均値0.06‰(前年比+0.04)、中央値0.06‰(前年比+0.06)、最大値0.26‰(前年比+0.16)、最小値0.00‰(前年比±0)でした。

新しく採用した65歳以上の転倒転落発生率は、平均値1.74‰、中央値1.43‰、最大値5.89‰、最小値0.00‰でした。

経年変化をみると、転倒転落発生率は年々悪化しています。これは入院患者の高齢化が進んでいることが影響していると考えられるため、65歳以上の転倒転落発生率と合わせて、今後も見えていく必要があります。

【アンケート調査より、改善策】

- 院内ルールの再確認

## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2018 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 ISBN 978-4-89996-378-3
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。

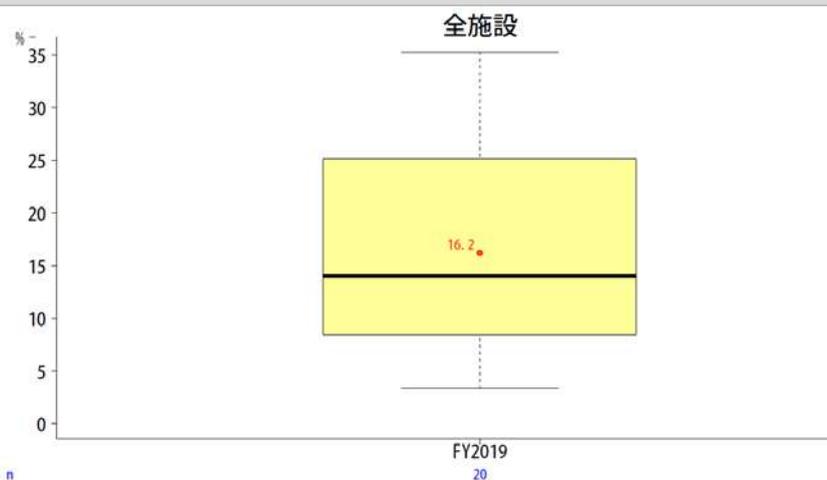
- 1) 徘徊しないように、車椅子や椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- 2) 転落しないように、ベッドに体幹四肢をひも等で縛る。
- 3) 自分で降りられないように、ベッドを柵(サイドレール)で囲む。
- 4) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- 5) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
- 6) 車椅子からずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。
- 7) 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子を使用する。
- 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

## 結果



		前年度
平均値	16.2%	18.2%
最小値	3.3%	4.4%
25%tile	8.5%	11.2%
中央値	14.0%	16.7%
75%tile	24.8%	24.0%
最大値	35.3%	39.1%
提出数	20	21

## 考察

今回、提出がなかったのは9施設で、提出割合は69.0% (20/29, 前年比+5.4) でした。

1年間の結果は、平均値16.2% (前年比-2.0)、中央値14.0% (前年比-2.7)、最大値35.3% (前年比-3.8)、最小値3.3% (前年比-1.1) で、2018年度と比べると平均で2ポイント改善し、さらに2012年度から比べると8.4ポイント改善しています。

### 【アンケート調査より、改善策】

- 身体抑制に関する基準の見直し
- 身体抑制についての記録の強化
- 定期的に抑制解除に向けた評価や対策を実施

## 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。

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

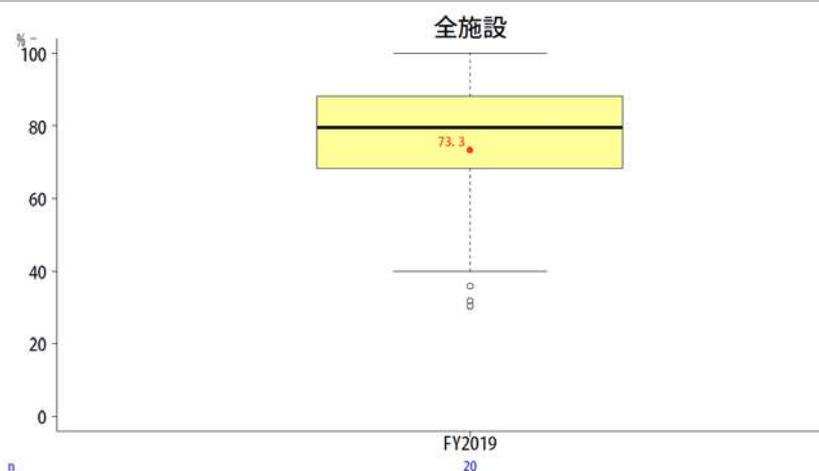
分母除外： 死亡退院患者数、在宅退院希望ではない患者数

収集期間： 1ヶ月毎

## 指標の種類・値の解釈

アウトカム

## 結果



		前年度
平均値	73.3%	74.0%
最小値	30.4%	33.3%
25%tile	70.8%	69.8%
中央値	79.6%	78.7%
75%tile	87.1%	88.5%
最大値	100.0%	100.0%
提出数	20	22

## 考察

今回、提出がなかったのは9施設で、提出割合は69.0%(20/29, 前年比+2.3)でした。

1年間の結果は、平均値73.3%(前年比-0.7)、中央値79.6%(前年比+0.9)、最大値100.0%(前年比±0)、最小値30.4%(前年比-2.9)でした。

2019年度に本プロジェクトに参加した施設に絞った経年変化をみると、2012年度の平均値18.1%から2019年度は55.2ポイントの大きな改善を認めました。

## 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。

本プロジェクトの定義は、目の前の患者が褥瘡発生する確率を見ているものであり、日々のケアの質に関わるものです。

分子:	d2(真皮までの損傷)以上の院内新規褥瘡発生患者数
分母:	同日入退院患者または褥瘡持込患者または調査月間以前の院内新規褥瘡発生患者を除く入院患者延べ数(人日)
分母除外:	同日入退院の患者 入院時刻から24時間以内にDESIGN-R®(2008年改訂版褥瘡経過評価用)Depth(深さ)のd1, d2, D3, D4, D5, DUのいずれかの記録がある患者 同一入院期間中の調査月間以前に院内新規褥瘡があった患者
収集期間:	1ヶ月毎

### <Depth(深さ)>

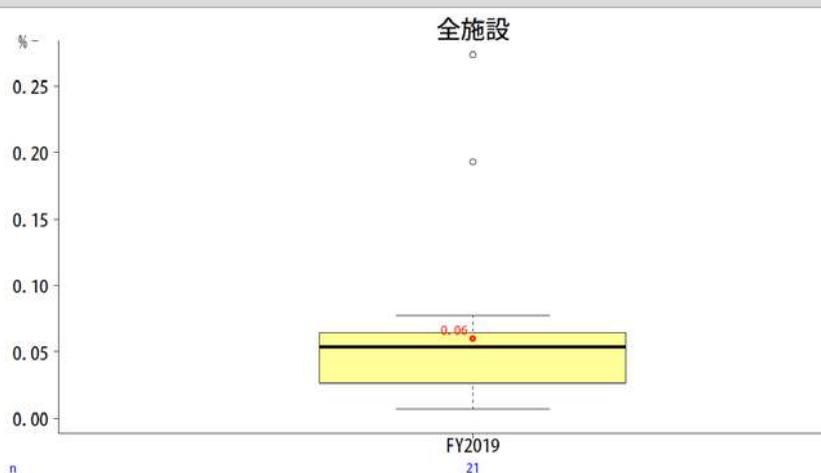
d0	皮膚損傷・発赤なし
d1	持続する発赤
d2	真皮までの損傷
D3	皮下組織までの損傷
D4	皮下組織をこえる損傷
D5	関節腔、体腔に至る損傷

## 指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

## 結果



		前年度
平均値	0.06%	0.10%
最小値	0.00%	0.00%
25%tile	0.03%	0.03%
中央値	0.05%	0.05%
75%tile	0.06%	0.08%
最大値	0.27%	0.93%
提出数	21	24

## 考察

今回、提出がなかったのは8施設で、提出割合は72.4%(21/29, 前年比-0.3)でした。

1年間の結果は、平均値0.06%(前年比-0.04)、中央値0.05%(前年比±0)、最大値0.27%(前年比-0.66)、最小値0.00%(前年比±0)で、2018年度と比べて変化はありませんでした。

経年変化をみても、2013年度のみ大きく値が異なりますが、それ以外は0.02~0.07%を推移しています。

## 【アンケート調査より、改善策】

- 皮膚排泄認定看護師を中心に予防対策を実施
- YouTube を利用した動画による職員教育

## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2018 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 ISBN 978-4-89996-378-3
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.jcqhc.or.jp/stc/0036/1/0036\\_G0000181\\_GL.html](http://minds.jcqhc.or.jp/stc/0036/1/0036_G0000181_GL.html) 2016/10/15 available)

# No.7 療養病床における 糖尿病患者の血糖コントロール

## 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。

血糖コントロールの治療目標は、年齢、罹病期間、低血糖の危険性、サポート体制などに加え、高齢者では認知機能や基本的 ADL、手段的 ADL、併存疾患なども考慮して個別に設定します。

一般病床向けでは HbA1c が 7.0% 未満としています。療養病床向けでは HbA1c が 8.0% 未満としました。低血糖を起こしやすい高齢者では HbA1c を 7.0% 未満に下げないことが推奨されています。

分子： HbA1c(NGSP)の最終値が 8.0%未満の入院患者数

分母： 糖尿病の薬物治療を入院で 30 日以上投与されている入院患者数

分母除外： 運動療法または食事療法のみ糖尿病患者

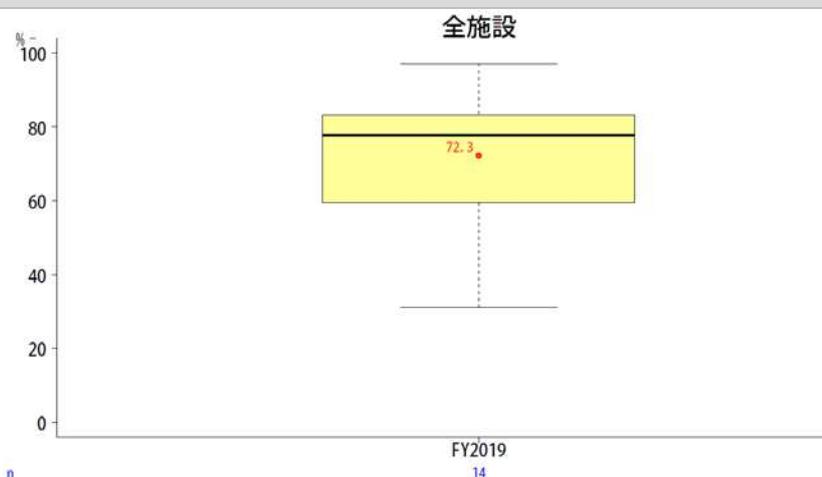
収集期間： 3ヶ月毎

## 指標の種類・値の解釈

アウトカム

より高い値が望ましい

## 結果



		前年度
平均値	72.3%	65.5%
最小値	31.1%	19.9%
25%tile	62.7%	45.8%
中央値	77.8%	71.8%
75%tile	82.9%	87.5%
最大値	97.1%	96.7%
提出数	14	16

## 考察

今回、提出がなかったのは15施設で、提出割合は48.3%(14/29, 前年比-0.2)でした。

1年間の結果は、平均値72.3%(前年比+6.8)、中央値77.8%(前年比+6.0)、最大値97.1%(前年比+0.4)、最小値31.1%(前年比+11.2)で、2018年度と比べると、平均で6.8ポイント改善しました。

経年変化をみても、年々改善しています。

## 参考文献

1. 日本糖尿病学会編著:糖尿病診療ガイドライン 2016. 南江堂, 2016.
2. 日本糖尿病学会. 日本老年医学会の合同委員会 高齢者糖尿病の血糖コントロール目標 2016.
3. 日本糖尿病・生活習慣病ヒューマンデータ学会. 糖尿病標準診療マニュアル(第16版) 一般診療所・クリニック向け, 2020.
4. 福井次矢監修; Quality Indicator 2018 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 ISBN 978-4-89996-378-3

# No.8 療養病床における 降圧薬服用患者の血圧コントロール

## 指標の説明・定義

高血圧が心血管病に与える悪影響は、古くから周知の事実です。近年、血圧値だけでなく、臓器障害への影響を考慮した高血圧治療が行われています。血圧コントロールの不良が予後に影響を及ぼすことは、過去のエビデンスから明らかであり、血圧値を下降させることにより、心血管病の発症を予防できるとされています。

欧米においても、血圧コントロール率は医療の質の項目にも挙げられており、日本のようにかかりつけ医が必須でない環境においては、少なくとも病院に受診され、高血圧に対する加療(降圧薬処方)をしている患者の血圧コントロールが、重要な医療の質を表す指標となると考えています。

分子: 血圧の最終値が 150/90mmHg 未満の入院患者数

分母: 入院で降圧薬を 30 日以上服用している入院患者数

分母除外: 透析患者

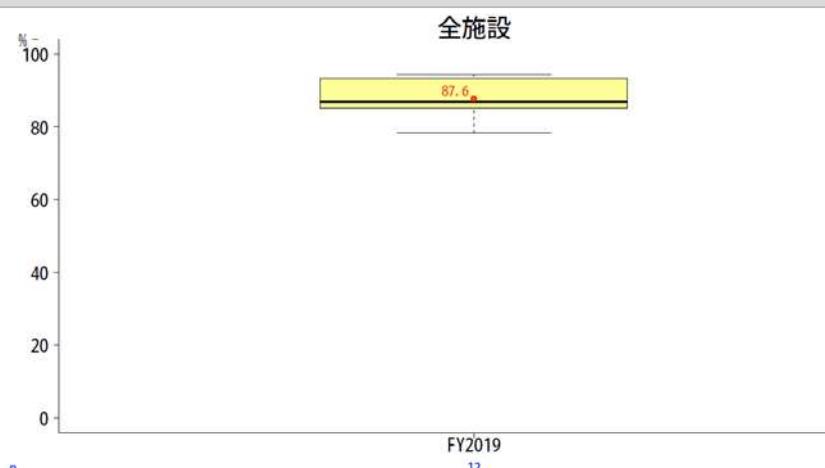
収集期間: 3ヶ月毎

## 指標の種類・値の解釈

アウトカム

より高い値が望ましい

## 結果



		前年度
平均値	87.6%	89.4%
最小値	78.2%	77.5%
25%tile	85.1%	87.4%
中央値	86.8%	90.6%
75%tile	93.0%	91.9%
最大値	94.3%	100.0%
提出数	12	13

## 考察

今回、提出がなかったのは17施設で、提出割合は41.4%(12/29, 前年比+2.0)でした。

1年間の結果は、平均値87.6%(前年比-1.8)、中央値86.8%(前年比-3.8)、最大値94.3%(前年比-5.7)、最小値78.2%(前年比+0.7)で、2018年度と比べて大きな変化はありませんでした。

経年変化をみても、2016年度から横ばいです。

## 参考文献

1. Thom T, Haase N, Rosamond W, Howard VJ, et al.; American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics--2006 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*. 2006 Feb 14;113(6):e85-151. Epub 2006 Jan 11. Erratum in: *Circulation*. 2006 Dec 5;114(23):e630. *Circulation*. 2006 Apr 11;113(14):e696. PubMed PMID: 16407573.
2. Psaty, B. M., Manolio, T. a, Smith, N. L., Heckbert, S. R., Gottdiener, J. S., Burke, G. L., et al. (2002). Time trends in high blood pressure control and the use of antihypertensive medications in older adults: the Cardiovascular Health Study. *Archives of internal medicine*, 162(20), 2325-32. PubMed PMID: 12418946.
3. 福井次矢監修; Quality Indicator 2018 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 ISBN 978-4-89996-378-3
4. 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会編: 高血圧治療ガイドライン 2014. 日本高血圧学会, 2014.

# No.9 急変時や終末期における インフォームドコンセント実施率

## 指標の説明・定義

急変時や終末期における患者の希望を予め取得し、その情報が共有されているかをみるための指標です。将来の意思決定能力低下に備えて、治療方針・療養についての気がかりや、自分が大切にしてきた価値観を、患者・家族と医療者が共有し、ケアを計画する包括的なプロセスとしての「Advance Care Plan」が実施されているかをみています。

分子： 急変時や終末期におけるインフォームドコンセントを実施した記録がされている患者数

分母： 全入院患者数

分子包含： 主要な確認項目（輸液、中心静脈栄養、経管栄養（胃瘻含む）、昇圧剤の投与、人工呼吸器、蘇生術）これらより詳細な内容を取り決めている場合は対象とする。

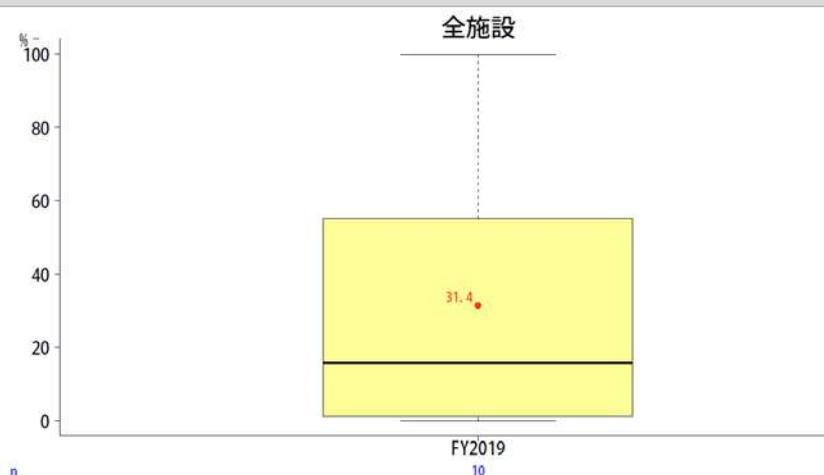
収集期間： 1ヶ月毎

## 指標の種類・値の解釈

アウトカム

より高い値が望ましい

## 結果



		前年度
平均値	31.4%	30.6%
最小値	0.0%	0.0%
25%tile	1.3%	0.8%
中央値	15.7%	15.7%
75%tile	53.3%	54.3%
最大値	99.7%	99.7%
提出数	10	10

## 考察

今回、提出がなかったのは 19 施設で、提出割合は 34.5% (10/29, 前年比+4.2) でした。

1 年間の結果は、平均値 31.4% (前年比+0.8)、中央値 15.7% (前年比±0)、最大値 99.7% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) で、2018 年度と比べて大きな変化はありませんでしたが、少しずつ提出できる施設が増えてきています。

提出することができると、毎月、毎年、どのように変化しているのかを把握することができ、改善するための第一歩となります。

## 参考文献

1. National Committee for Quality Assurance; Advance Care Plan (<https://www.qualityforum.org/QPS/0326> 2017/12/06 available)
2. アドバンス・ディレクティブとリビング・ウィル (総論); 日本老年医学会雑誌 52 巻 3 号 (2015:7) 207-210 ([https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/publications/other/pdf/clinical\\_practice\\_52\\_3\\_207.pdf](https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/publications/other/pdf/clinical_practice_52_3_207.pdf) 2017/12/06 available)

No.10-a 外来:この病院について総合的にはどう思われますか？

No.10-b 外来:診断や治療方針について医師の説明は十分でしたか？

No.10-c 外来:診断や治療方針について疑問や意見は医師に伝えられましたか？

### 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。

2017年度の厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」で出された共通QIセットの項目で、2019年度から採用した新しい項目です。

「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段階評価とし、分子は「満足」または「やや満足」と回答した患者数としています。

同様に、「診断や治療方針について、今日までに医師から受けた説明は十分でしたか？」の設問で「十分だった、まあまあ十分だった、あまり十分ではなかった、十分ではなかった、説明を受けていない」の5段階評価で、分子は「十分だった」または「まあまあ十分だった」と回答した患者数、「診断や治療方針について、医師の説明を受けた際の疑問や意見は、医師に伝えられましたか？」の設問で「十分に伝えられた、まあまあ伝えられた、あまり伝えられなかった、まったく伝えられなかった、疑問や意見は特になかった」の5段階評価で、分子は「十分に伝えられた」または「まあまあ伝えられた」と回答した患者数としています。

<No.10-a この病院について総合的にはどう思われますか？>

分 子: 分母のうち「満足」または「やや満足」と回答した外来患者数

分 母: 外来患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか？」の設問有効回答数

収集期間: 年1回

<No.10-b 診断や治療方針について医師の説明は十分でしたか？>

分 子: 分母のうち「十分だった」または「まあまあ十分だった」と回答した外来患者数

分 母: 外来患者への満足度調査項目「診断や治療方針について、今日までに医師から受けた説明は十分でしたか？」の設問有効回答数

収集期間: 年1回

<No.10-c 診断や治療方針について疑問や意見は医師に伝えられましたか？>

分 子: 分母のうち「十分に伝えられた」または「まあまあ伝えられた」と回答した外来患者数

分 母: 外来患者への満足度調査項目「診断や治療方針について、医師の説明を受けた際の疑問や意見は、医師に伝えられましたか？」の設問有効回答数

収集期間: 年1回

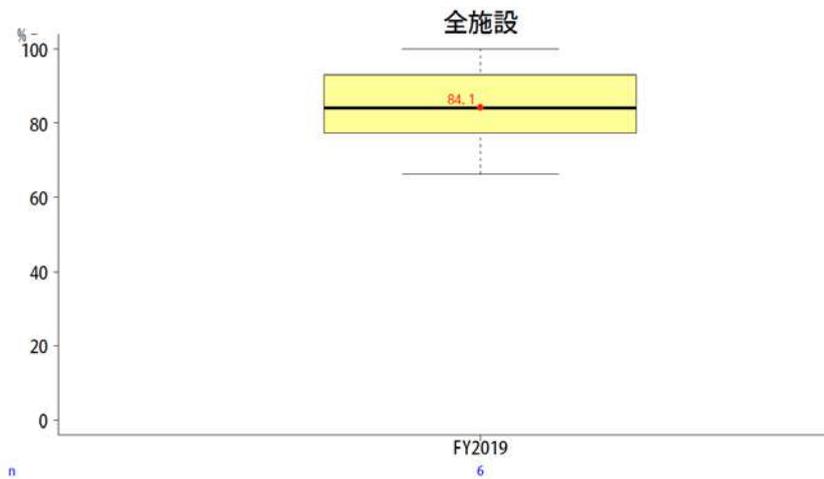
## 指標の種類・値の解釈

アウトカム

より高い値が望ましい

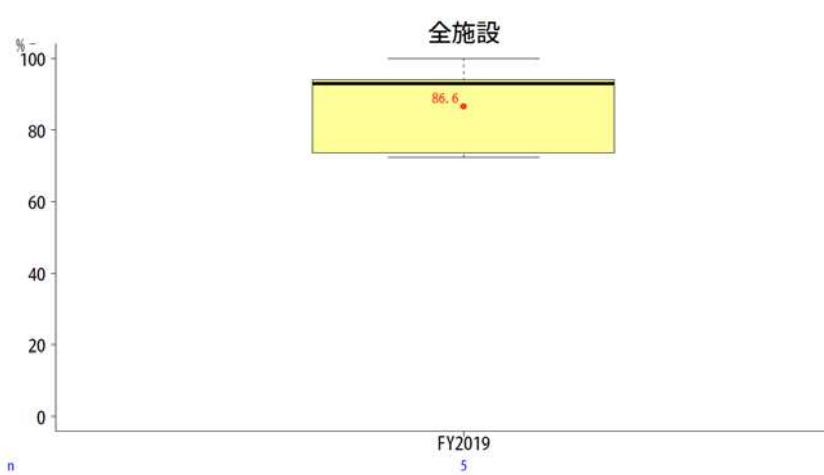
## 結果

No.10-a



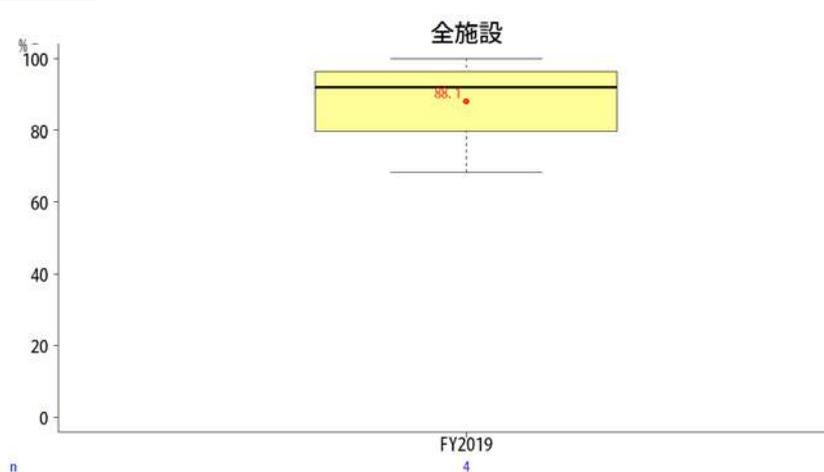
		前年度
平均値	84.1%	—
最小値	66.2%	—
25%tile	77.5%	—
中央値	84.1%	—
75%tile	92.2%	—
最大値	100.0%	—
提出数	6	—

No.10-b



		前年度
平均値	86.6%	—
最小値	72.4%	—
25%tile	73.6%	—
中央値	93.0%	—
75%tile	94.1%	—
最大値	100.0%	—
提出数	5	—

No.10-c



		前年度
平均値	88.1%	—
最小値	68.4%	—
25%tile	85.3%	—
中央値	92.0%	—
75%tile	94.7%	—
最大値	100.0%	—
提出数	4	—

## 考察

<No.10-a この病院について総合的にはどう思われますか？>

今回、提出がなかったのは 23 施設で、提出割合は 20.7% (6/29) でした。

1 年間の結果は、平均値 84.1%、中央値 84.1%、最大値 100.0%、最小値 66.2% でした。

<No.10-b 診断や治療方針について医師の説明は十分でしたか？>

今回、提出がなかったのは 24 施設で、提出割合は 17.2% (5/29) でした。

1 年間の結果は、平均値 86.6%、中央値 93.0%、最大値 100.0%、最小値 72.4% でした。

<No.10-c 診断や治療方針について疑問や意見は医師に伝えられましたか？>

今回、提出がなかったのは 25 施設で、提出割合は 13.8% (4/29) でした。

1 年間の結果は、平均値 88.1%、中央値 92.0%、最大値 100.0%、最小値 68.4% でした。

2019 年度から新しく採用した項目のため、ほとんどの施設が提出できていません。また、本プロジェクト全体としてどのように変化していくかは、継続して測定していくことで見えてくると思います。

## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2018 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 ISBN 978-4-89996-378-3

No.11-a 入院:この病院について総合的にはどう思われますか？

No.11-b 入院:入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について説明は十分でしたか？

No.11-c 入院:入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について疑問や意見は医師に伝えられましたか？

### 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。2017年度の厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」で出された共通 QI セットの項目で、2019年度から採用した新しい項目です。

「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段階評価とし、分子は「満足」または「やや満足」と回答した患者数としています。

同様に、「入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について、医師から受けた説明は十分でしたか？」の設問で「十分だった、まあまあ十分だった、あまり十分ではなかった、十分ではなかった、説明を受けていない」の5段階評価で、分子は「十分だった」または「まあまあ十分だった」と回答した患者数、「入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について、医師の説明を受けた際の疑問や意見は、医師に伝えられましたか？」の設問で「十分に伝えられた、まあまあ伝えられた、あまり伝えられなかった、まったく伝えられなかった、疑問や意見は特になかった」の5段階評価で、分子は「十分に伝えられた」または「まあまあ伝えられた」と回答した患者数としています。

<No.11-a この病院について総合的にはどう思われますか？>

分 子: 分母のうち「満足」または「やや満足」と回答した入院患者数

分 母: 入院患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか？」の設問有効回答数

収集期間: 年1回

<No.11-b 入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について説明は十分でしたか？>

分 子: 分母のうち「十分だった」または「まあまあ十分だった」と回答した入院患者数

分 母: 入院患者への満足度調査項目「入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について、医師から受けた説明は十分でしたか？」の設問有効回答数

収集期間: 年1回

<No.11-c 入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について疑問や意見は医師に伝えられましたか？>

分 子: 分母のうち「十分に伝えられた」または「まあまあ伝えられた」と回答した入院患者数

分 母: 入院患者への満足度調査項目「入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について、医師の説明を受けた際の疑問や意見は、医師に伝えられましたか？」の設問有効回答数

収集期間: 年1回

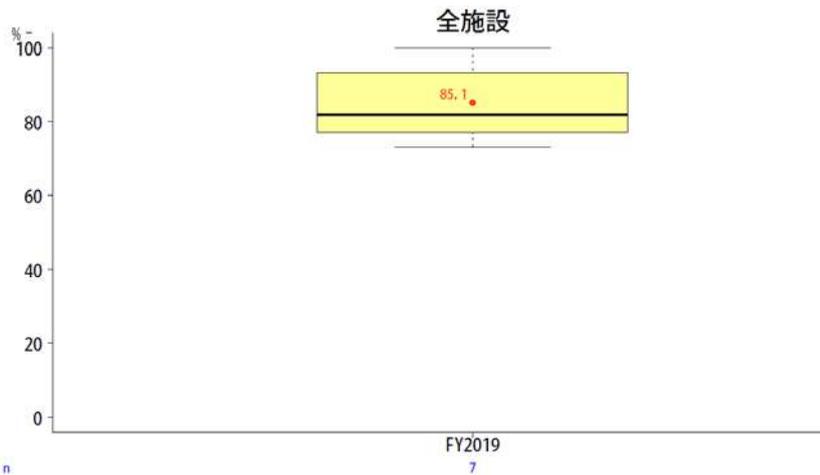
## 指標の種類・値の解釈

アウトカム

より高い値が望ましい

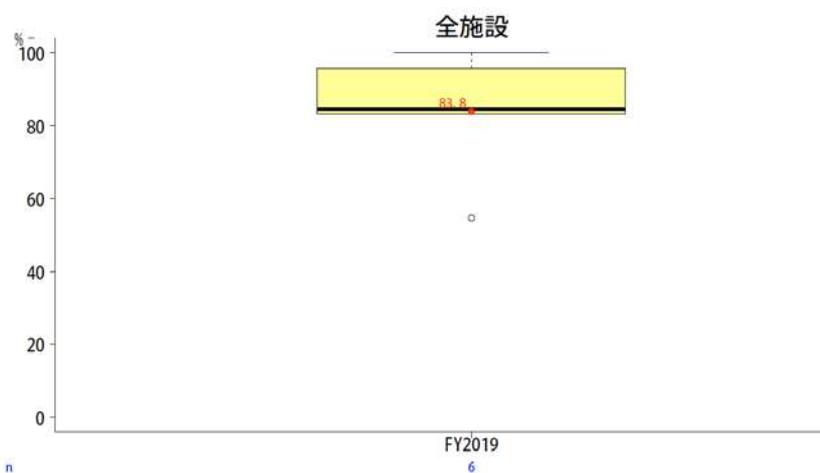
## 結果

No.11-a



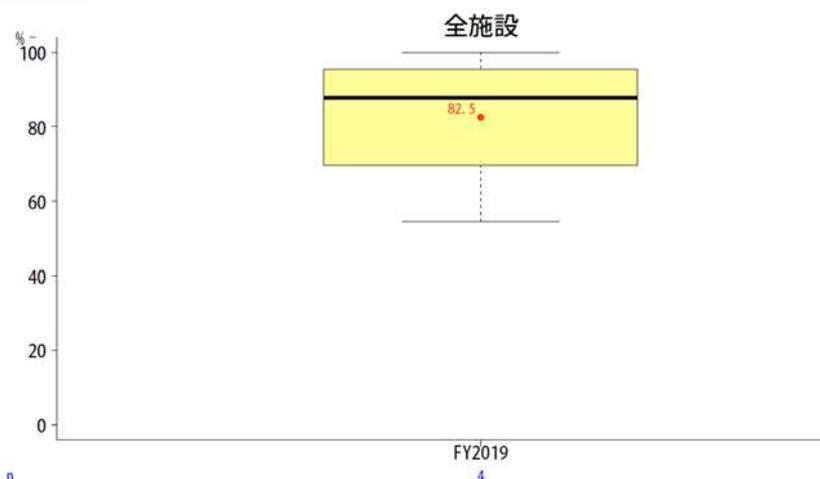
		前年度
平均値	85.1%	—
最小値	73.1%	—
25%tile	77.2%	—
中央値	81.8%	—
75%tile	93.1%	—
最大値	100.0%	—
提出数	7	—

No.11-b



		前年度
平均値	83.8%	—
最小値	54.6%	—
25%tile	83.3%	—
中央値	84.5%	—
75%tile	93.2%	—
最大値	100.0%	—
提出数	6	—

No.11-c



		前年度
平均値	82.5%	—
最小値	54.6%	—
25%tile	77.2%	—
中央値	87.8%	—
75%tile	93.1%	—
最大値	100.0%	—
提出数	4	—

## 考察

<No.11-a この病院について総合的にはどう思われますか？>

今回、提出がなかったのは 22 施設で、提出割合は 24.1% (7/29) でした。

1 年間の結果は、平均値 85.1%、中央値 81.8%、最大値 100.0%、最小値 73.1% でした。

<No.11-b 入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について説明は十分でしたか？>

今回、提出がなかったのは 23 施設で、提出割合は 20.7% (6/29) でした。

1 年間の結果は、平均値 83.8%、中央値 84.5%、最大値 100.0%、最小値 54.6% でした。

<No.11-c 入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について疑問や意見は医師に伝えられましたか？>

今回、提出がなかったのは 25 施設で、提出割合は 13.8% (4/29) でした。

1 年間の結果は、平均値 82.5%、中央値 87.8%、最大値 100.0%、最小値 54.6% でした。

2019 年度から新しく採用した項目のため、まだほとんどの施設が提出できていません。また、本プロジェクト全体としてどのように変化していくかは、継続して測定していくことで見えてくると思います。

## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2018 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 ISBN 978-4-89996-378-3

## No.12-a 1 か月間・100 床当たりのインシデント・アクシデント発生件数

## No.12-b 全報告中医師による報告の占める割合

### 指標の説明・定義

2017 年度の厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」で出された共通 QI セットの項目で、2019 年度から採用した新しい項目です。

身体への侵襲を伴う医療行為は常にインシデント・アクシデントが発生する危険があります。その発生をできる限り防ぐことは医療安全の基本です。仮にインシデント・アクシデントが生じてしまった場合、原因を調査し、防止策をとることが求められます。そのためにはインシデント・アクシデントをきちんと報告することが必要です。

一般に医師からの報告が少ないことが知られており、この値が高いことは医師の医療安全意識が高い組織の可能性がります。

<No.12-a>

分 子: 調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント発生件数×100

分 母: 許可病床数

備 考: インシデント・アクシデント報告とは、インシデント影響度分類に定められた範囲で医療安全管理部門へ報告されたのを指す。

収集期間: 1ヶ月毎

<No.12-b>

分 子: 分母のうち医師が提出したインシデント・アクシデント報告総件数

分 母: 調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告総件数

備 考: インシデント・アクシデント報告とは、インシデント影響度分類に定められた範囲で医療安全管理部門へ報告されたのを指す。

収集期間: 1ヶ月毎

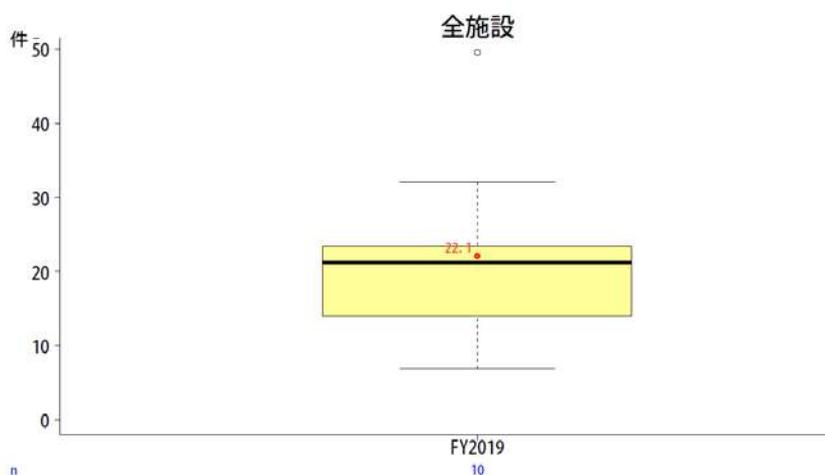
### 指標の種類・値の解釈

アウトカム

より高い値が望ましい

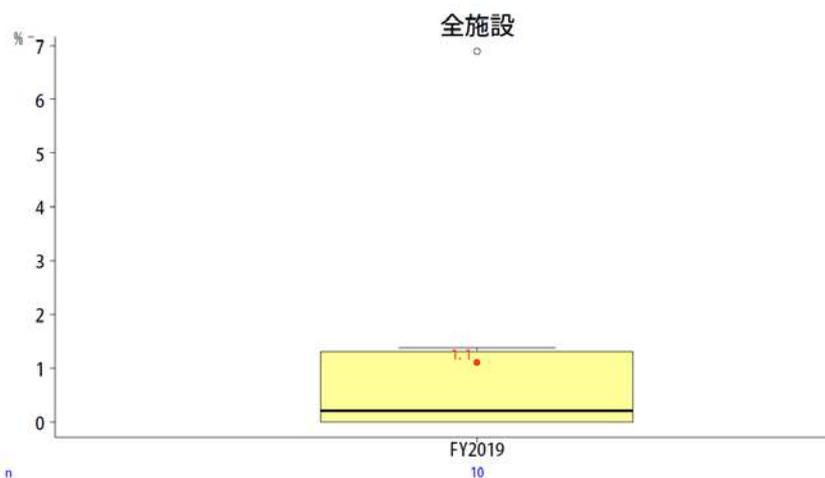
## 結果

### No.12-a



		前年度
平均値	22.1 件	—
最小値	6.9 件	—
25%tile	15.5 件	—
中央値	21.2 件	—
75%tile	23.2 件	—
最大値	49.5 件	—
提出数	10	—

### No.12-b



		前年度
平均値	1.1%	—
最小値	0.0%	—
25%tile	0.0%	—
中央値	0.2%	—
75%tile	1.3%	—
最大値	6.9%	—
提出数	10	—

## 考察

<No.12-a 1 か月間・100 床当たりのインシデント・アクシデント発生件数>

今回、提出がなかったのは 19 施設で、提出割合は 34.5% (10/29) でした。

1 年間の結果は、平均値 22.1 件、中央値 21.2 件、最大値 49.5 件、最小値 6.9 件でした。

<No.12-b 全報告中医師による報告の占める割合>

今回、提出がなかったのは 19 施設で、提出割合は 34.5% (10/29) でした。

1 年間の結果は、平均値 1.1%、中央値 0.2%、最大値 6.9%、最小値 0.0% でした。

一般病床の結果と比較すると、まだまだ改善の余地がありますが、2019 年度から追加された指標であり、本プロジェクト全体としてどのように変化していくかは、もう少し継続して測定していく必要があります。

## 参考文献

1. 国立大学附属病院長会議常置委員会 医療安全管理体制担当校. 国立大学附属病院における医療上の事故等の公表に関する指針(改訂版)平成 24 年 6 月.

# No.13 麻薬処方患者における痛みの程度の記載率

## 指標の説明・定義

2017年度の厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」で出された共通 QI セットの項目で、2019年度から採用した新しい項目です。

がん患者へ麻薬を処方する際に、疼痛のアセスメントが適切にされているかをみる指標です。

痛みの記載は、「NRS (Numerical Rating Scale) の記載がある」「言葉による痛みの程度に関する記載がある」「その他、疼痛の評価尺度の形態は問わず、診療録上で疼痛の有無・程度の変化の確認などの記載がある」ものを対象としています。

**分子:** 分母のうち当該施設において初めて麻薬が処方された日もしくは次回の診察時の診療録に痛みの程度の記載がある患者数

**分母:** 当該施設において麻薬が処方された患者数

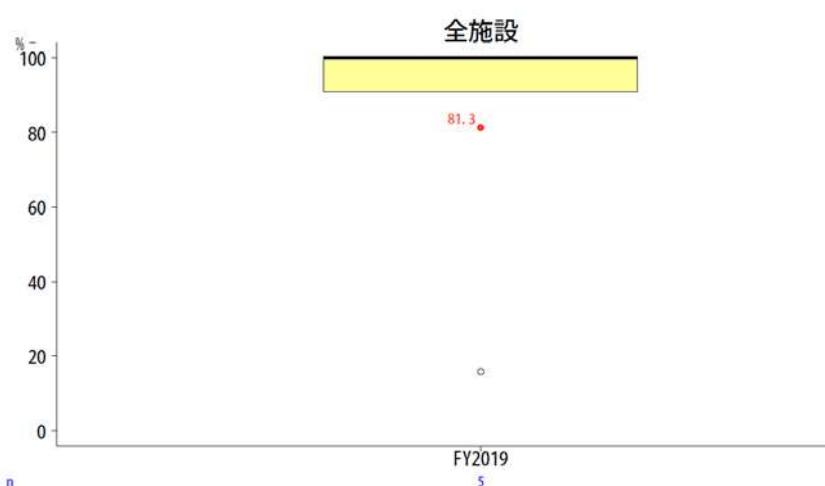
**収集期間:** 1ヶ月毎

## 指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

## 結果



		前年度
平均値	81.3%	—
最小値	15.8%	—
25%tile	90.9%	—
中央値	100.0%	—
75%tile	100.0%	—
最大値	100.0%	—
提出数	5	—

## 考察

今回、提出がなかったのは 22 施設で、提出割合は 17.2% (5/29) でした。

1 年間の結果は、平均値 81.3%、中央値 100.0%、最大値 100.0%、最小値 15.8%で、提出ができている施設はよい結果を示しています。

提出することができると、毎月、毎年、どのように変化しているのかを把握することができ、改善するための第一歩となります。2019 年度から追加された指標であり、本プロジェクト全体としてどのように変化していくかは、もう少し継続して測定していく必要があります。

## 参考文献

---

# 病床区分別・経年変化

---

本プロジェクトでは、参加施設からの要望もあり、2017年度第2四半期より病床区分別の図表もフィードバックしています。

同規模病院と比較し自身の立ち位置を把握することで、より改善につなげてもらいたいと考えています。

区分は、199床以下、200床以上399床以下、400床以上499床以下、500床以上の4区分になります。

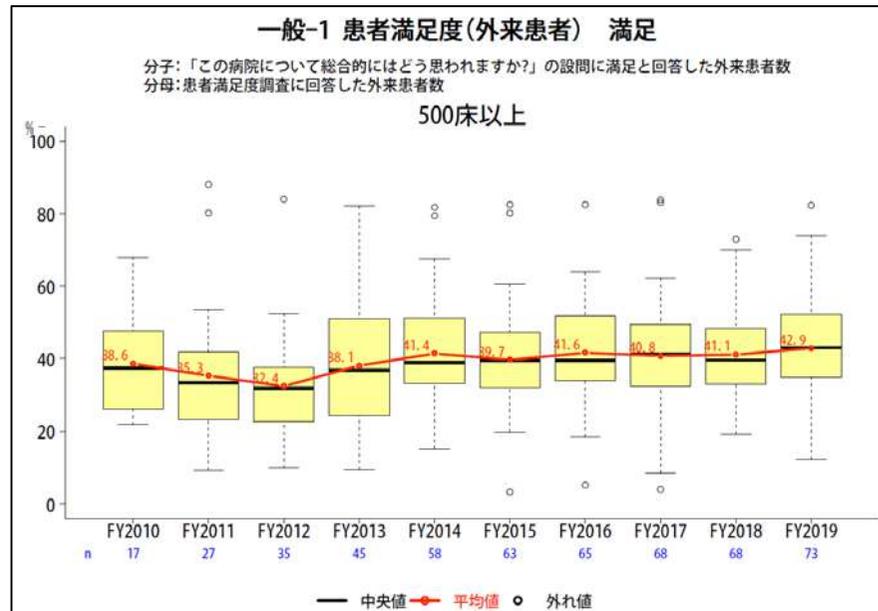
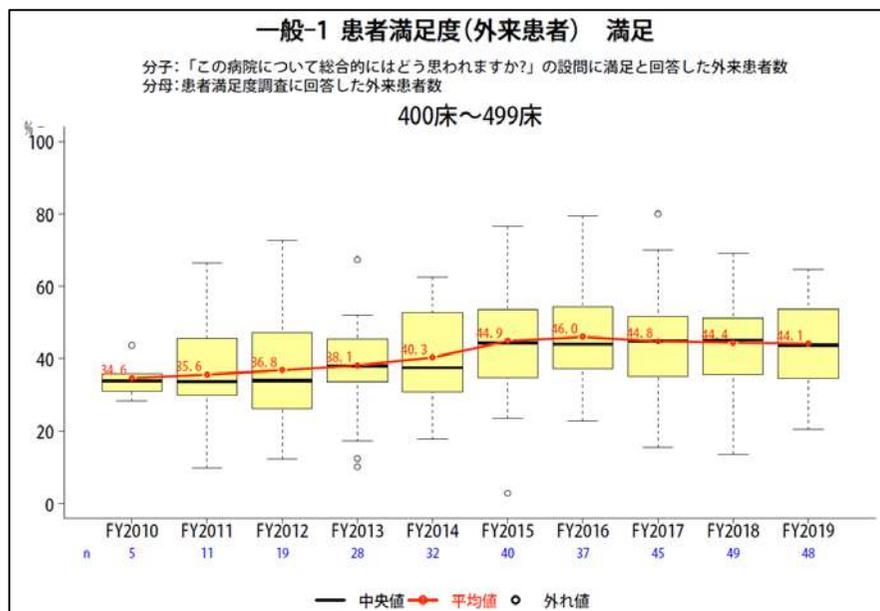
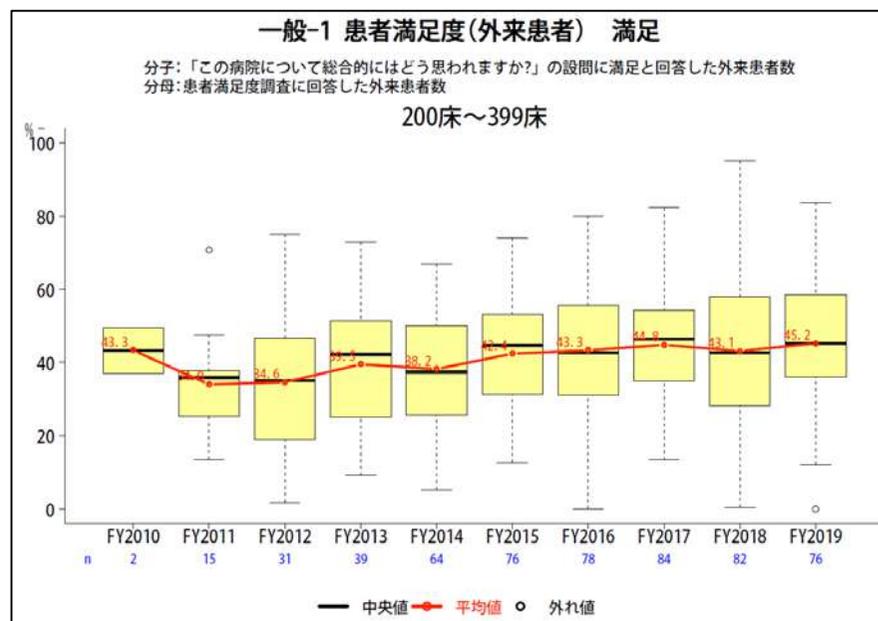
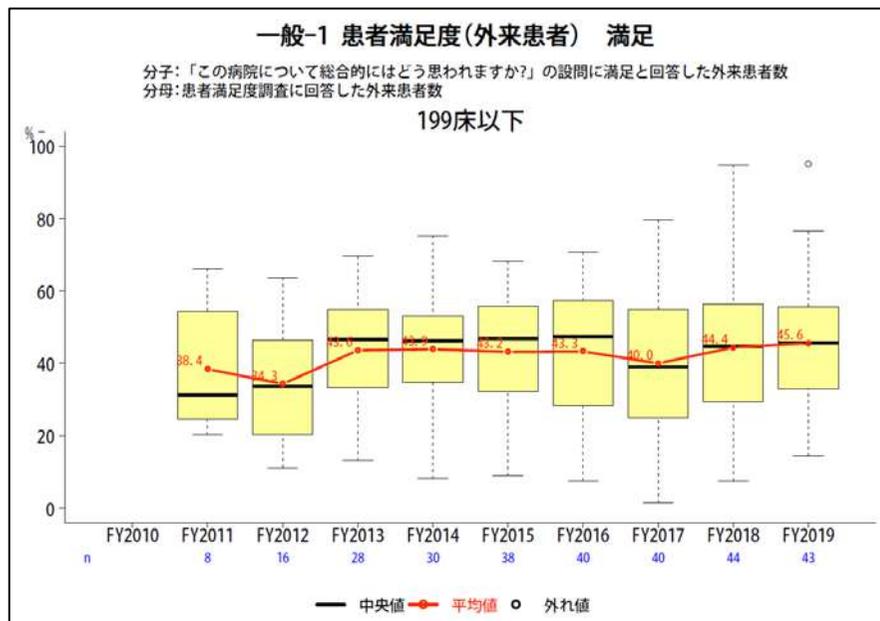
病床区分別の図表をフィードバックすることで、全体でのフィードバックからでは見えてこない要因を見つけ出し、医療の質改善への一歩につなげてもらいたいと考えています。

経年変化は、2019年度に参加した施設を対象に作成しています。

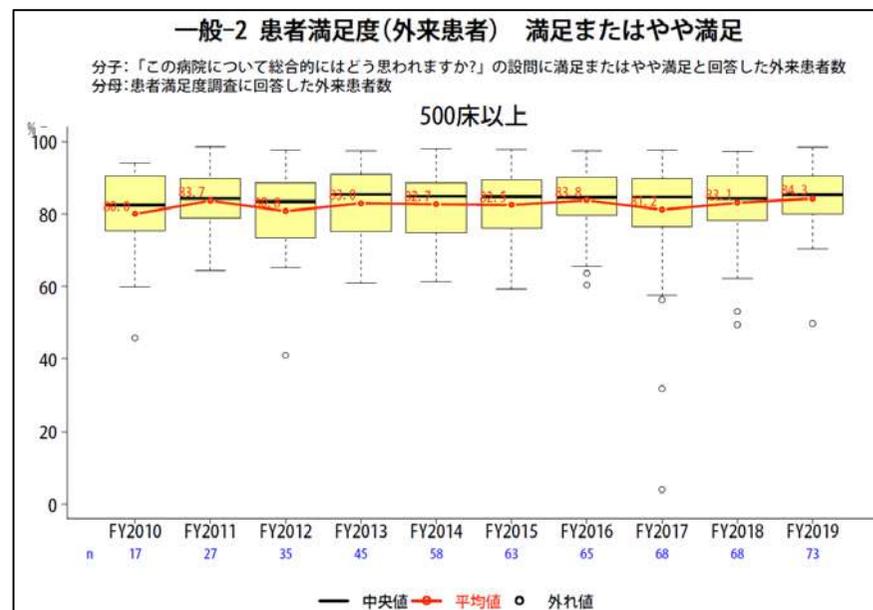
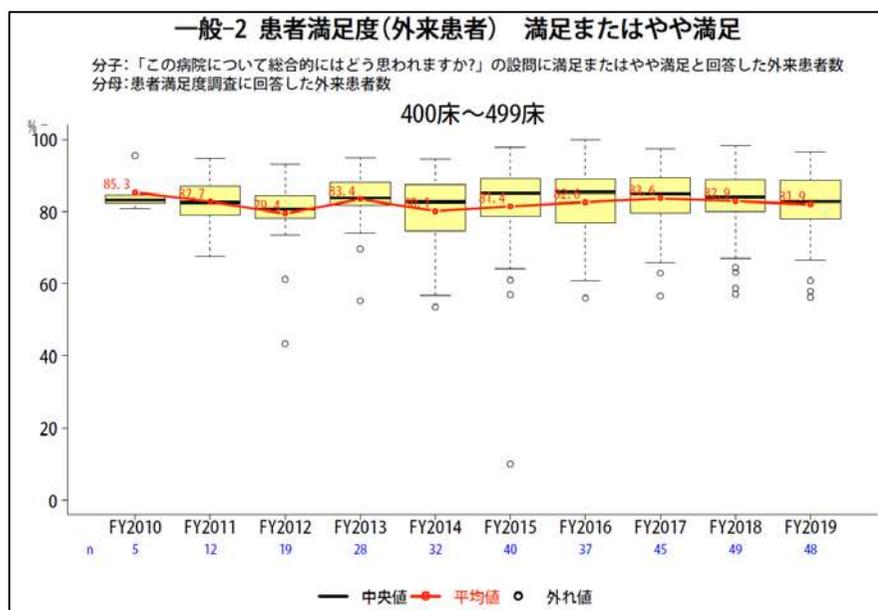
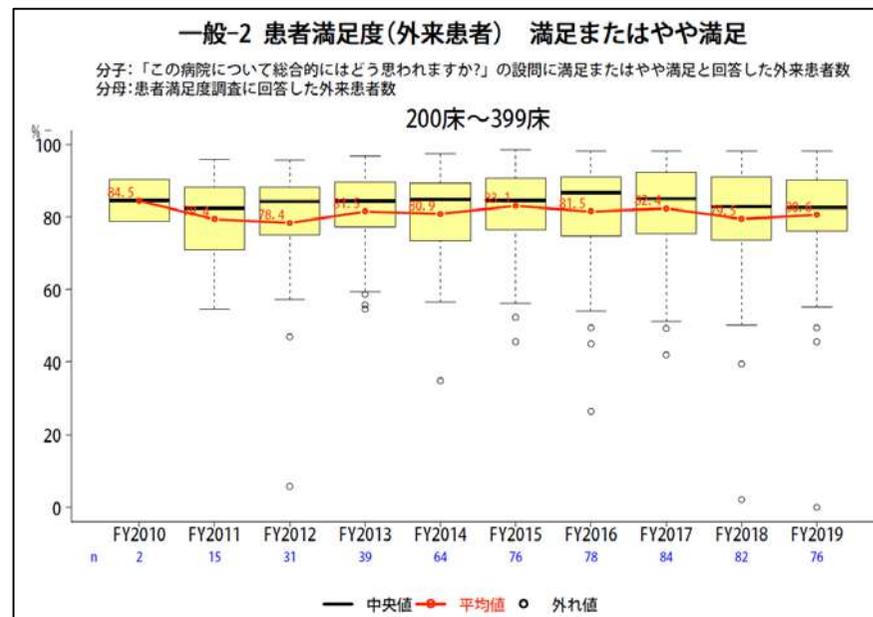
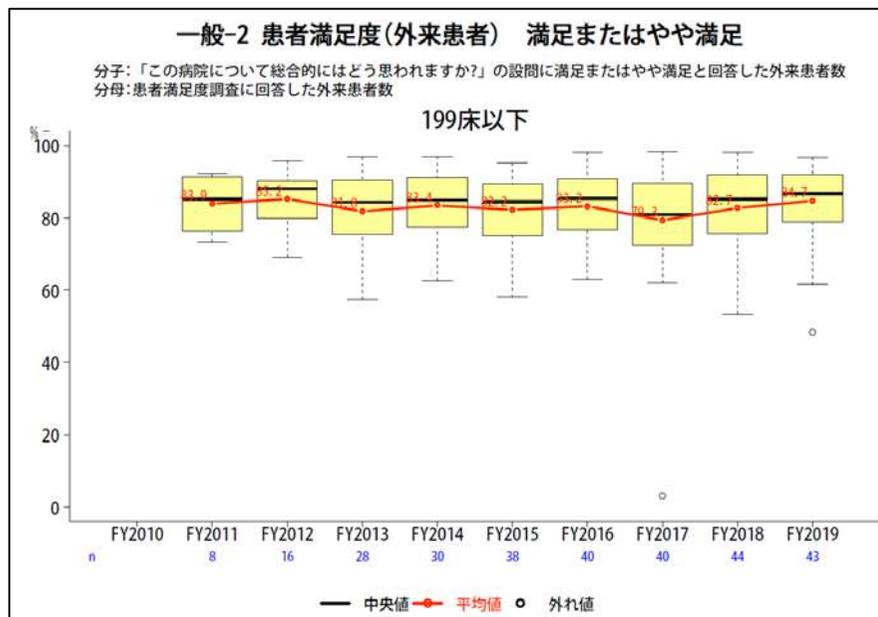
本プロジェクトは、2010年度より開始しました。経年変化をみることで、どのくらい改善できているかをみることができます。

**病床区分別結果**

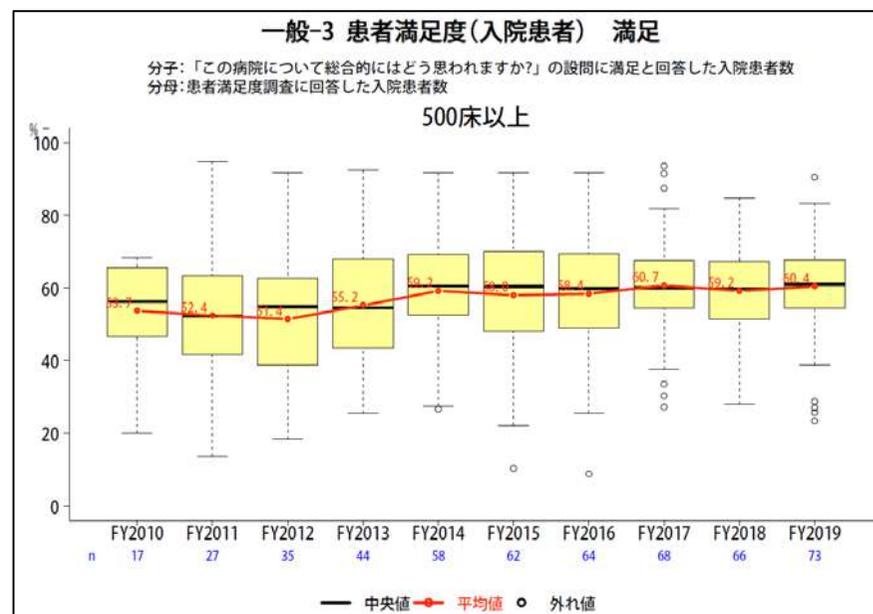
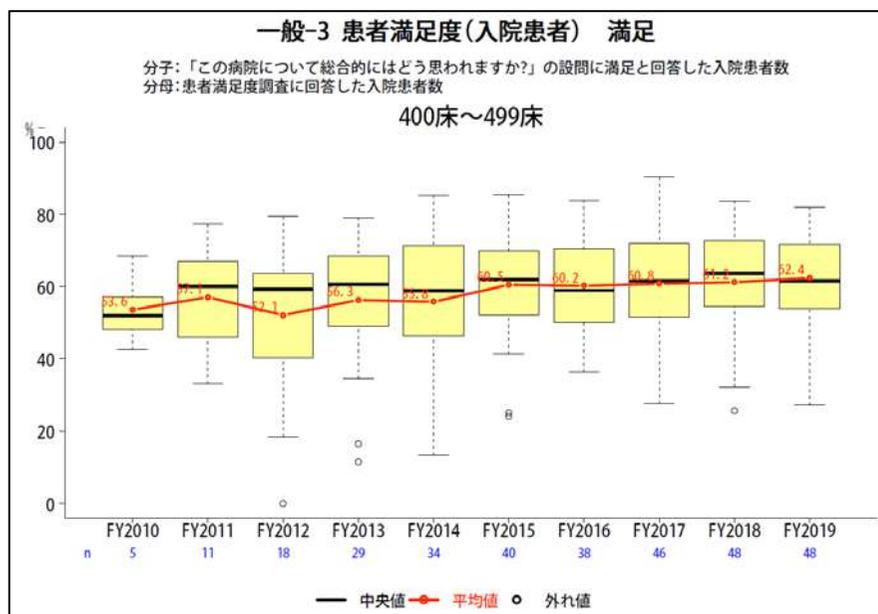
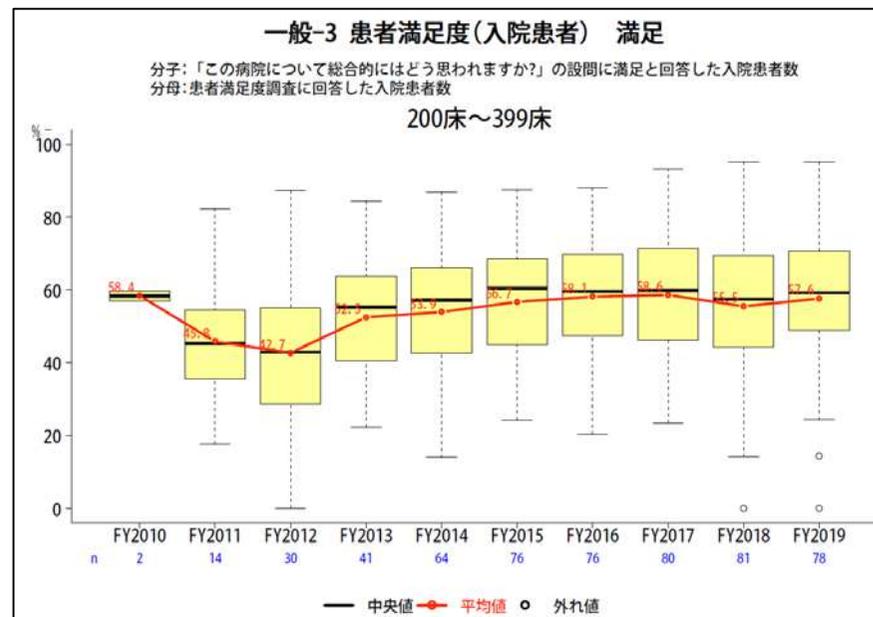
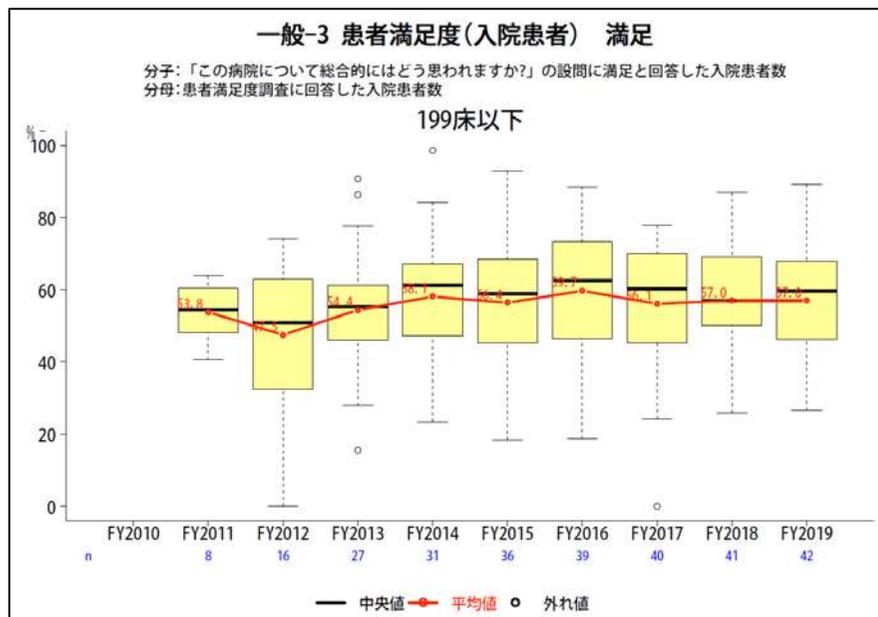
# 患者満足度(外来患者) 満足



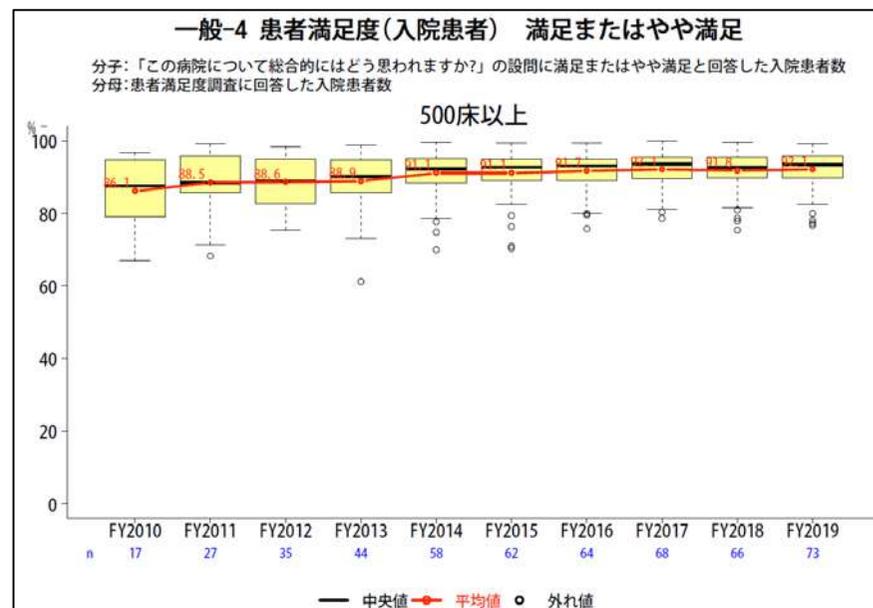
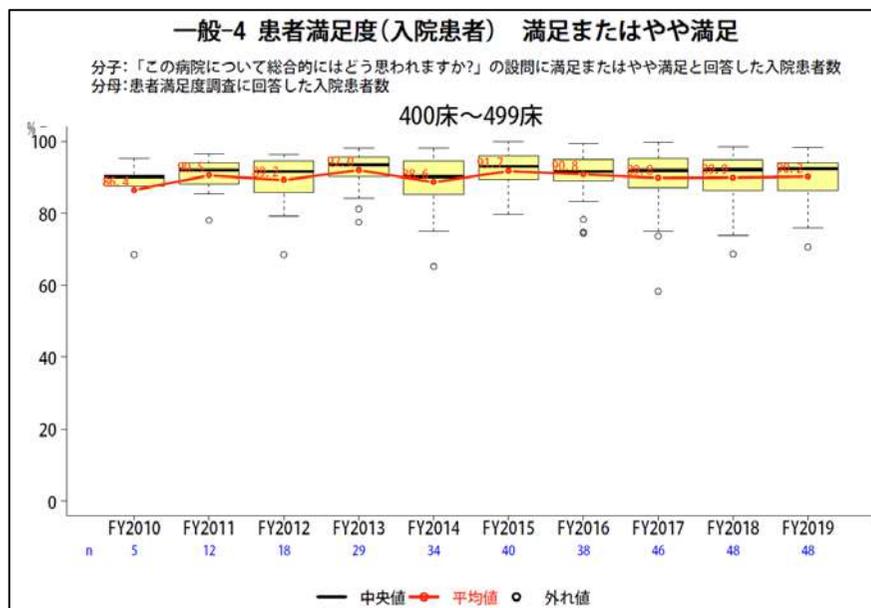
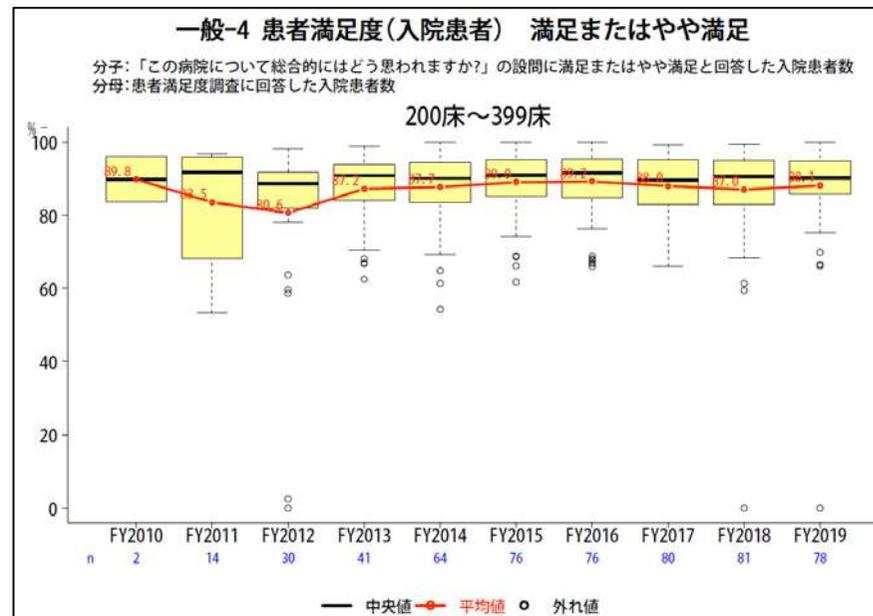
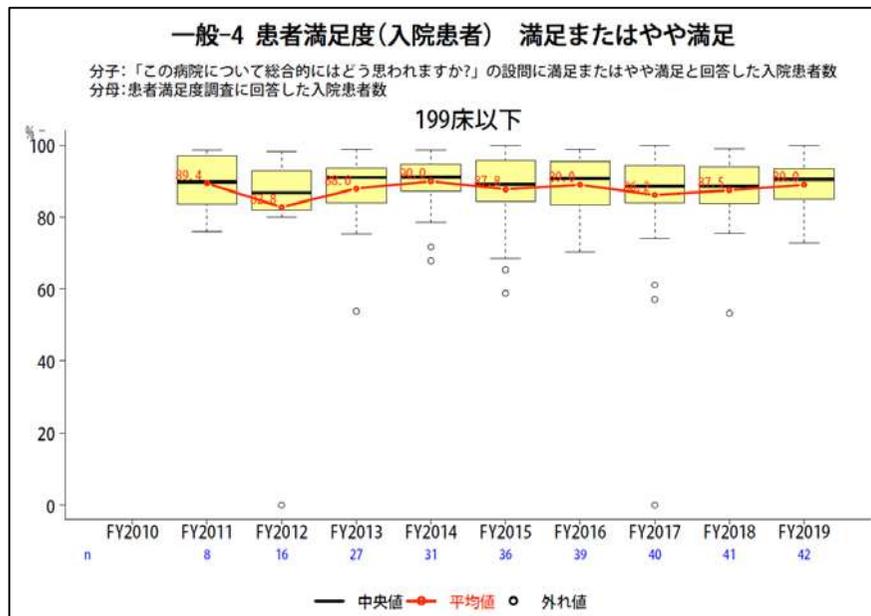
## 患者満足度(外来患者) 満足またはやや満足



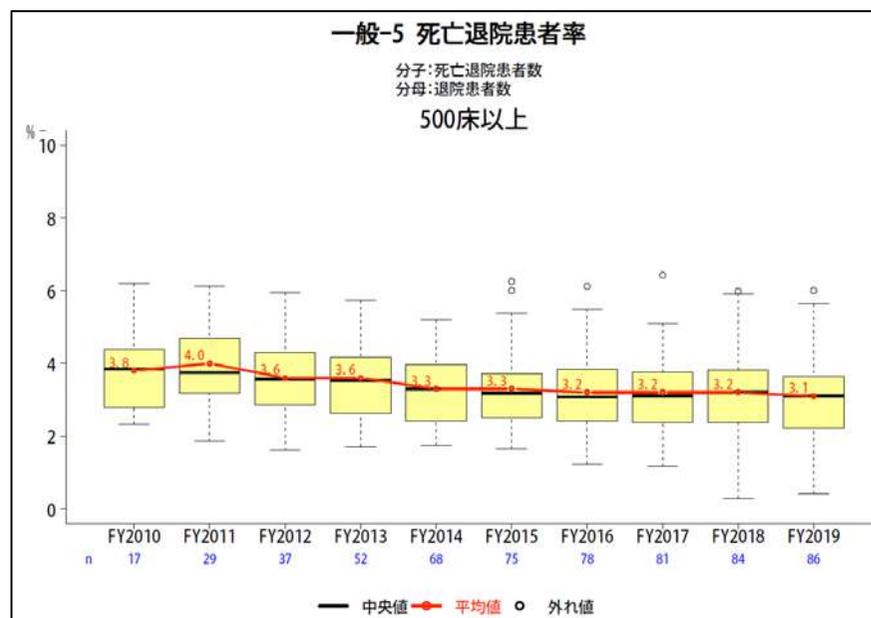
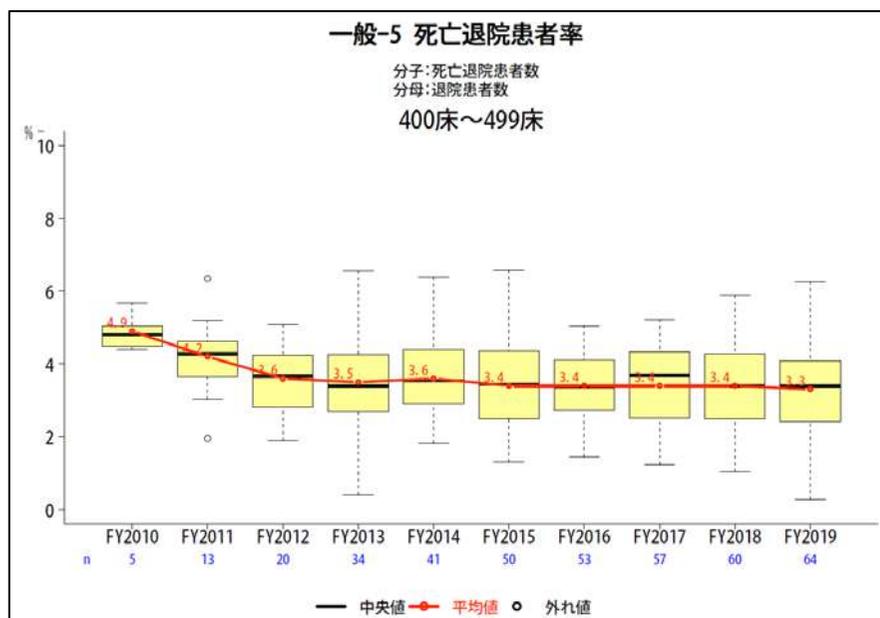
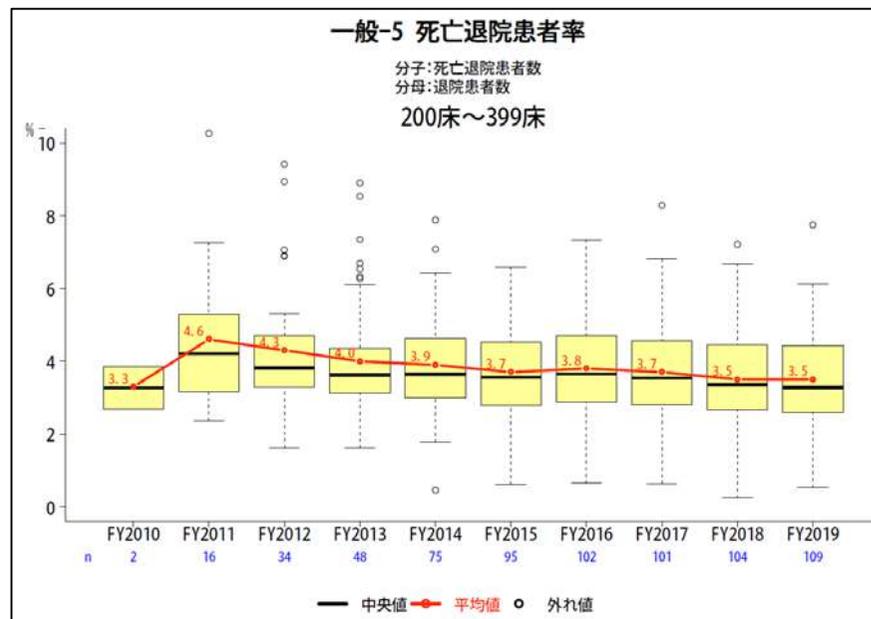
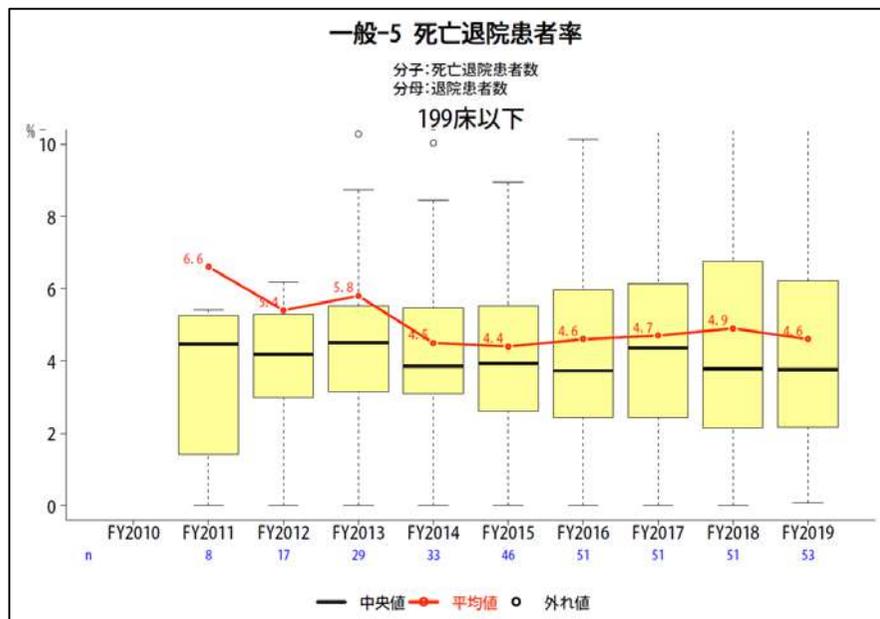
# 患者満足度(入院患者) 満足



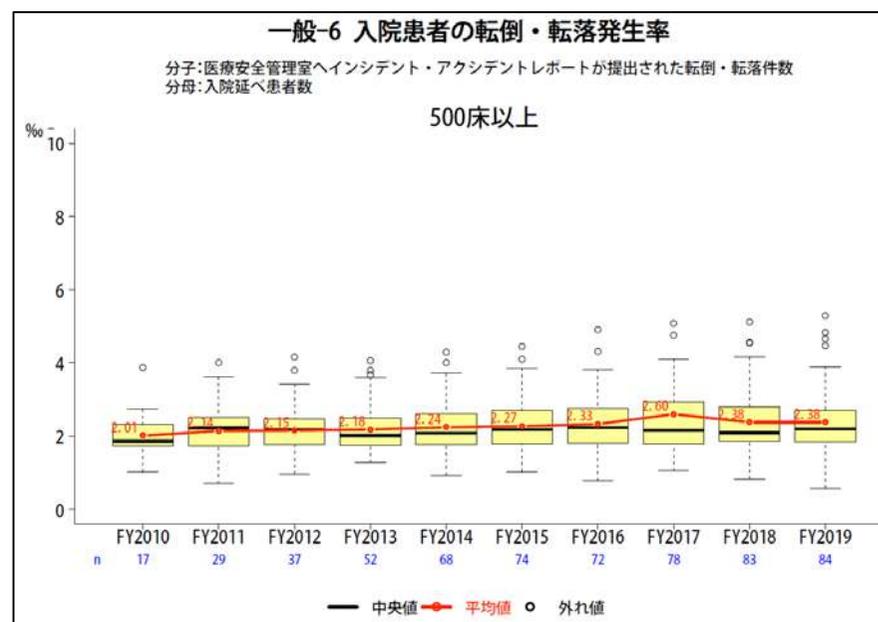
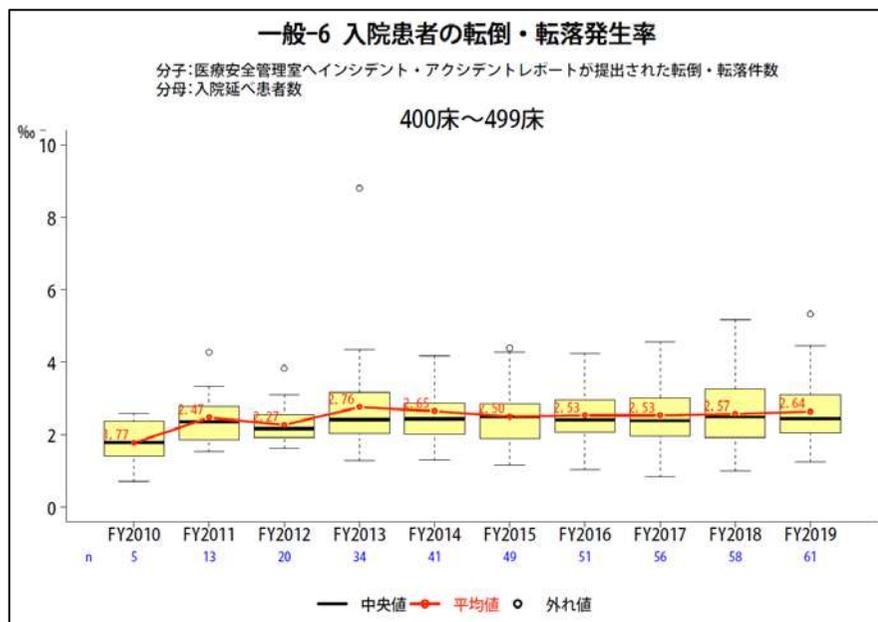
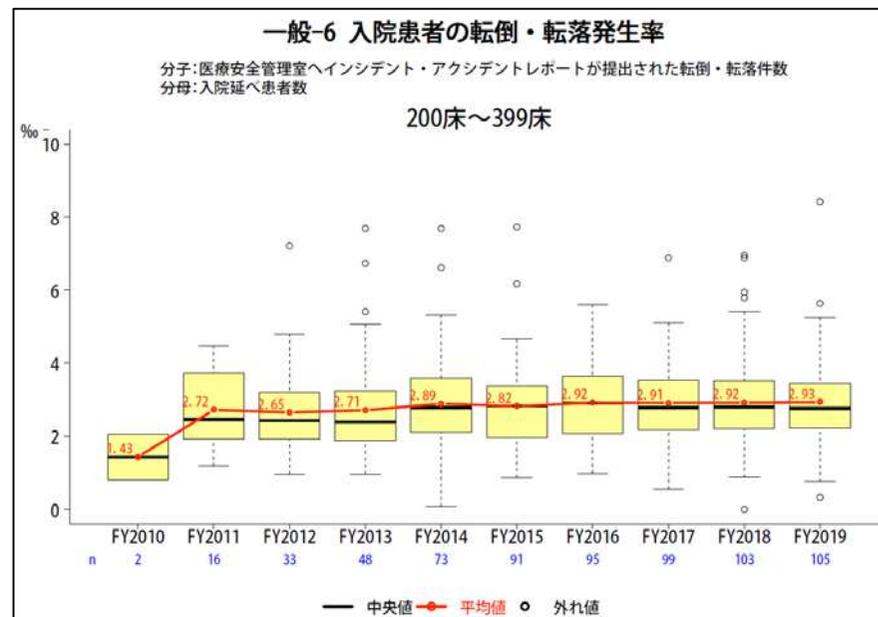
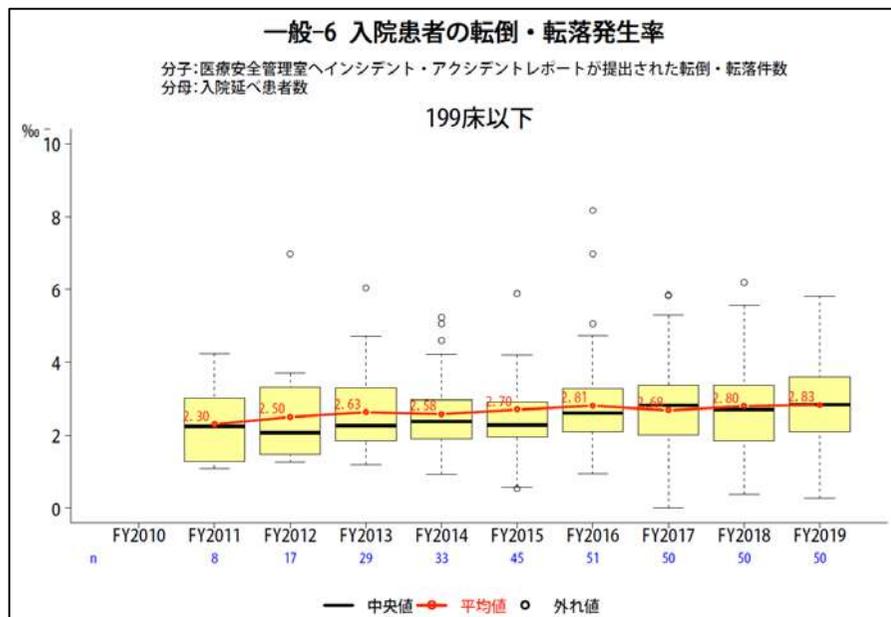
# 患者満足度(入院患者) 満足またはやや満足



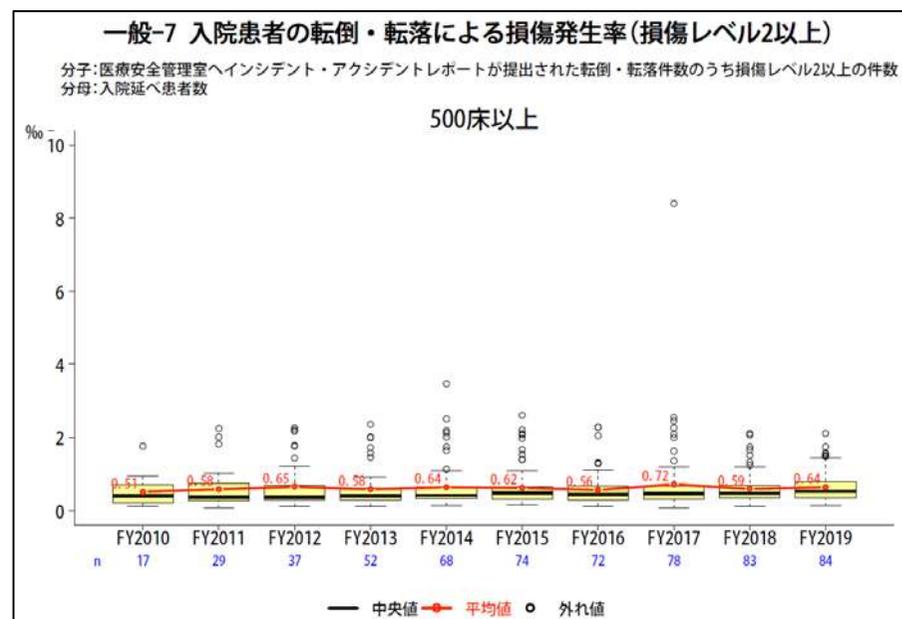
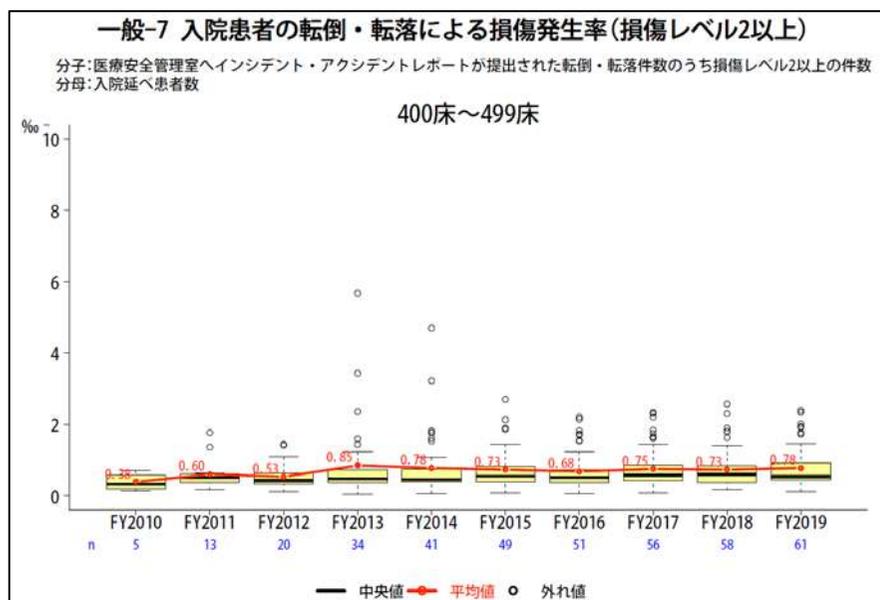
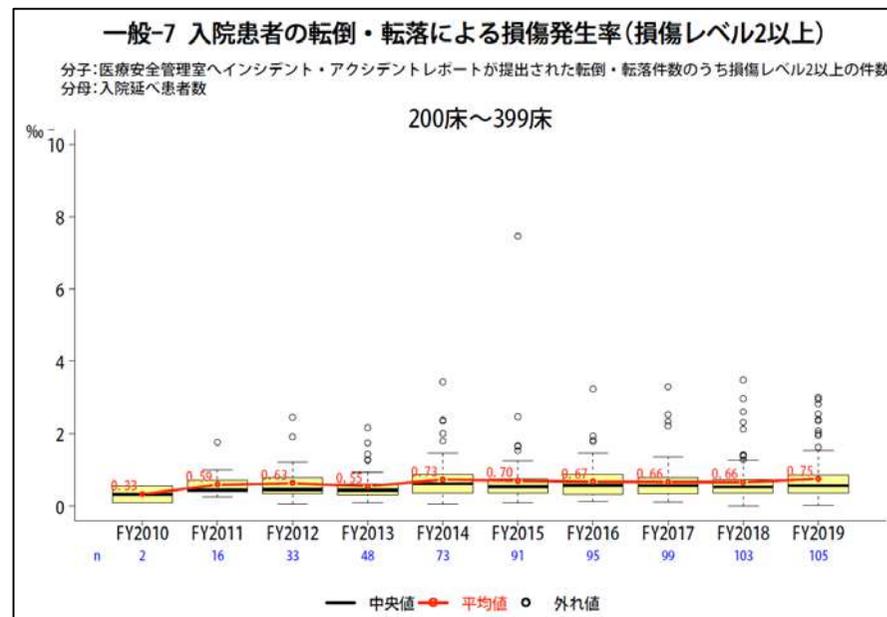
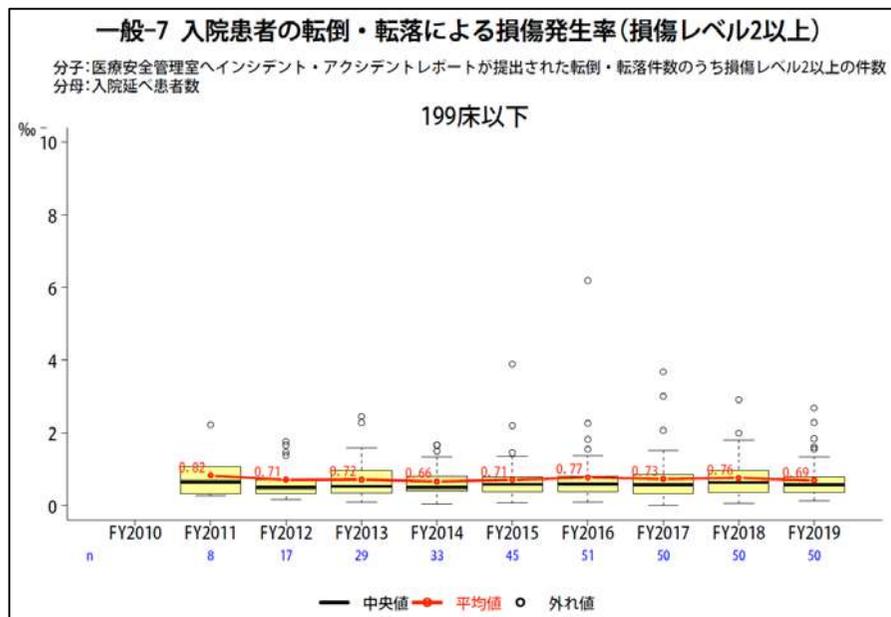
# 死亡退院患者率



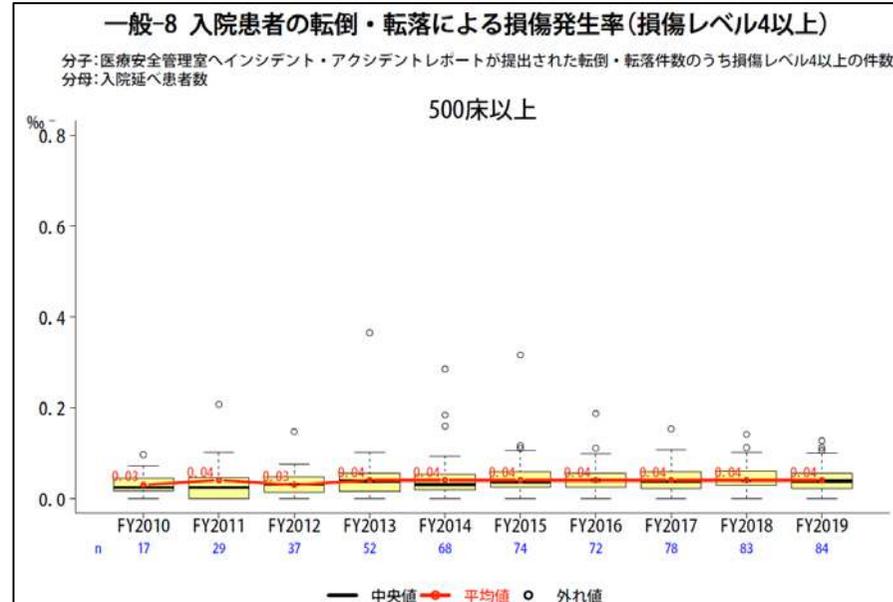
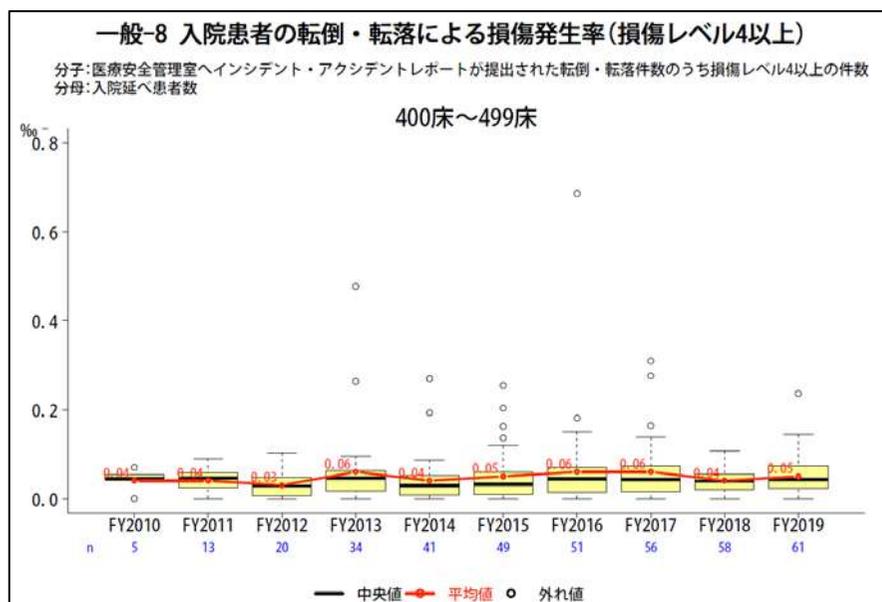
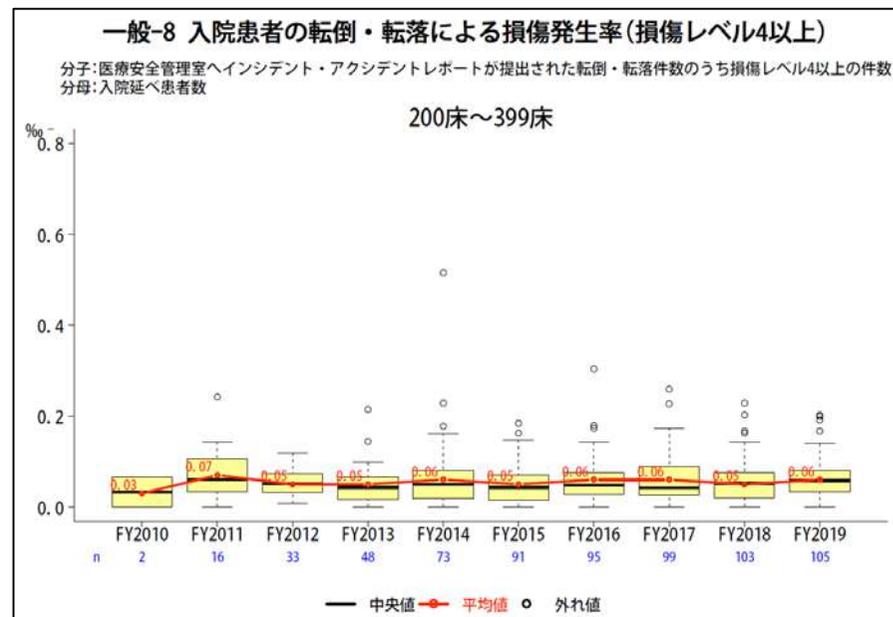
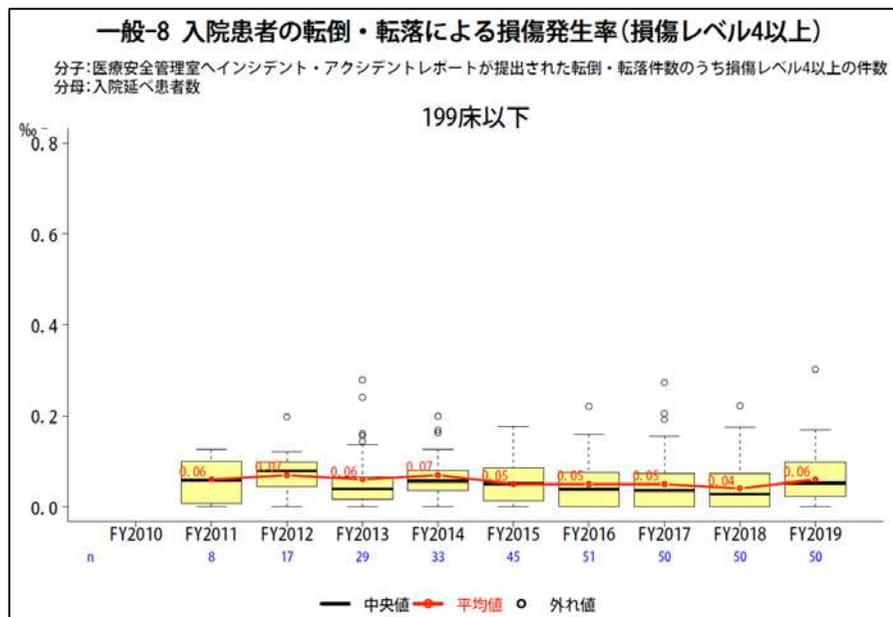
# 入院患者の転倒・転落発生率



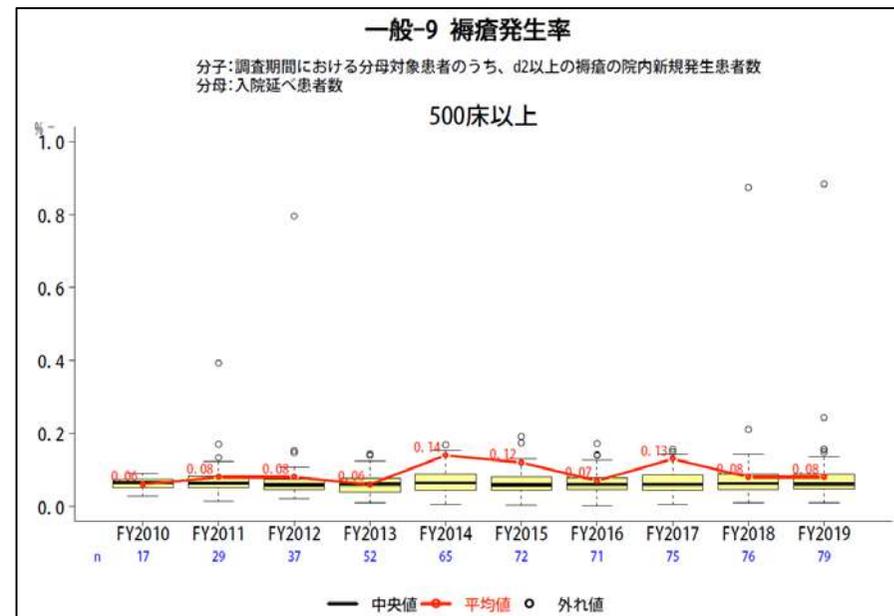
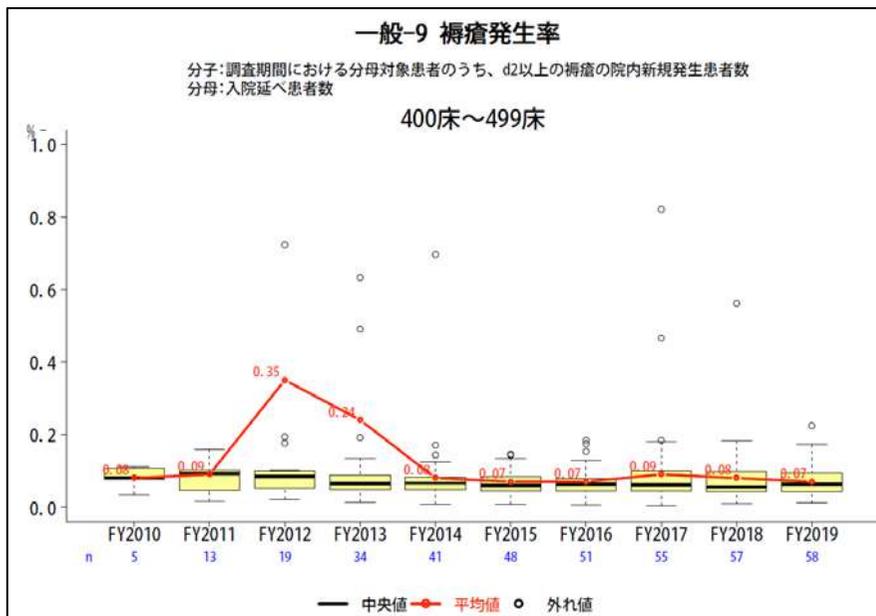
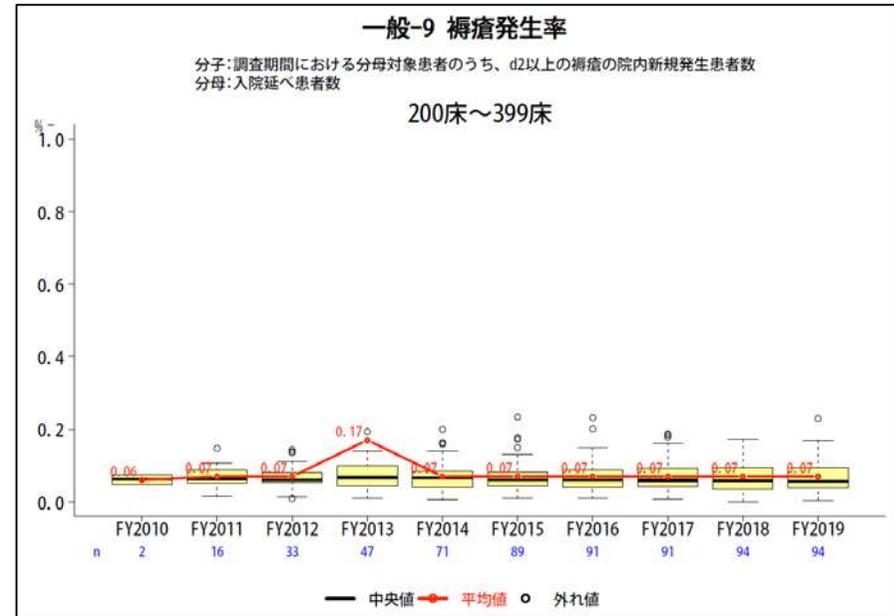
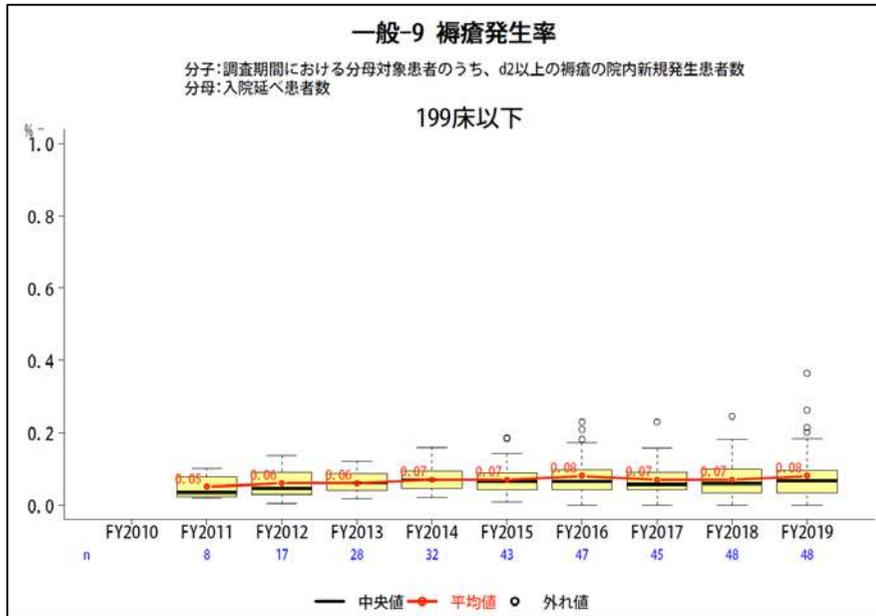
## 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル2以上)



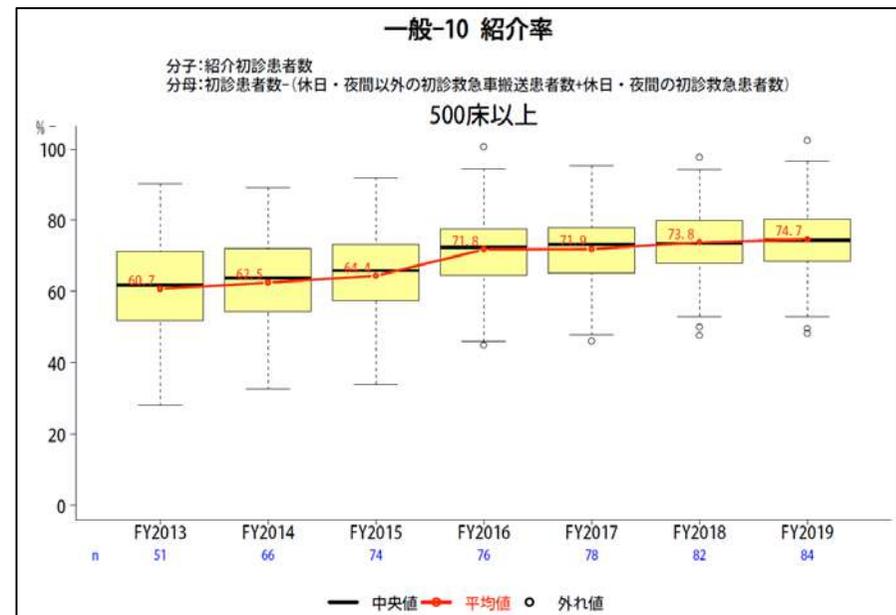
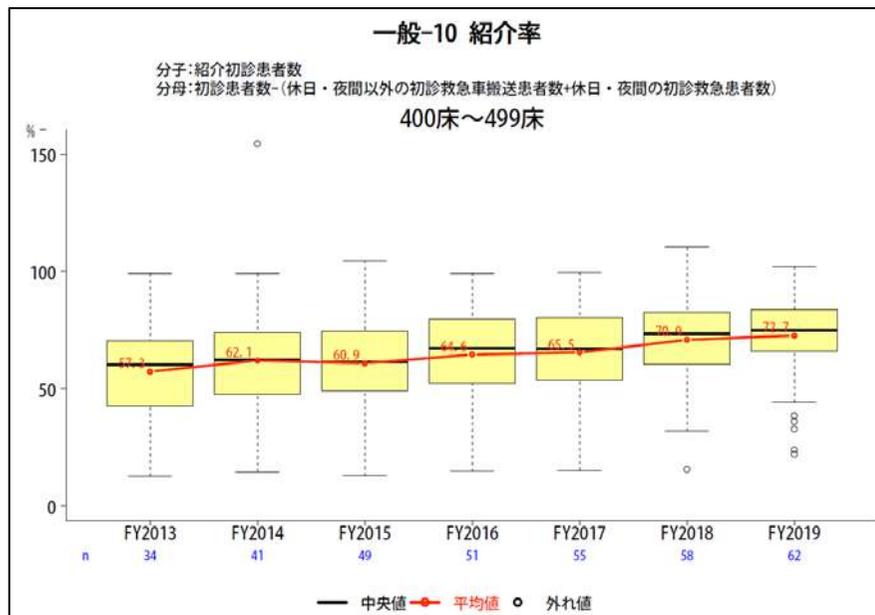
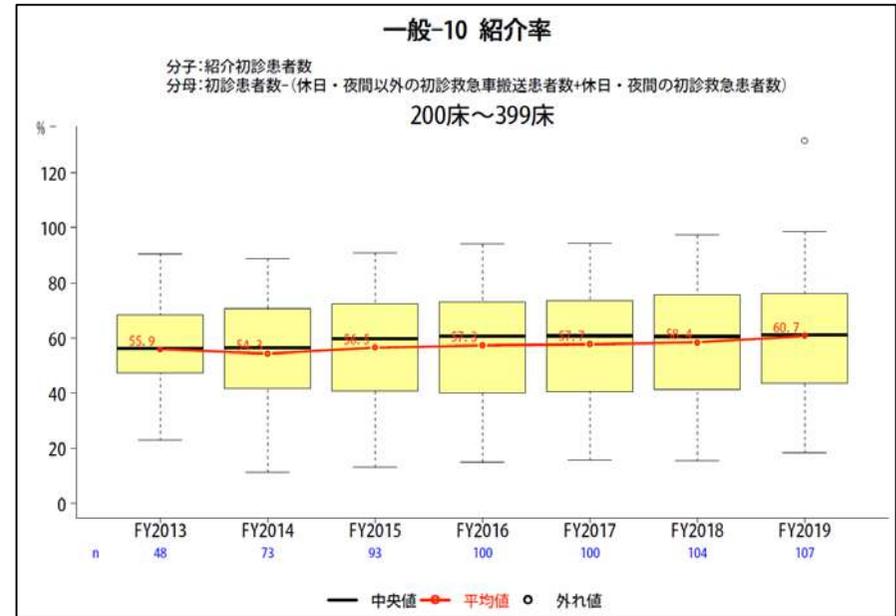
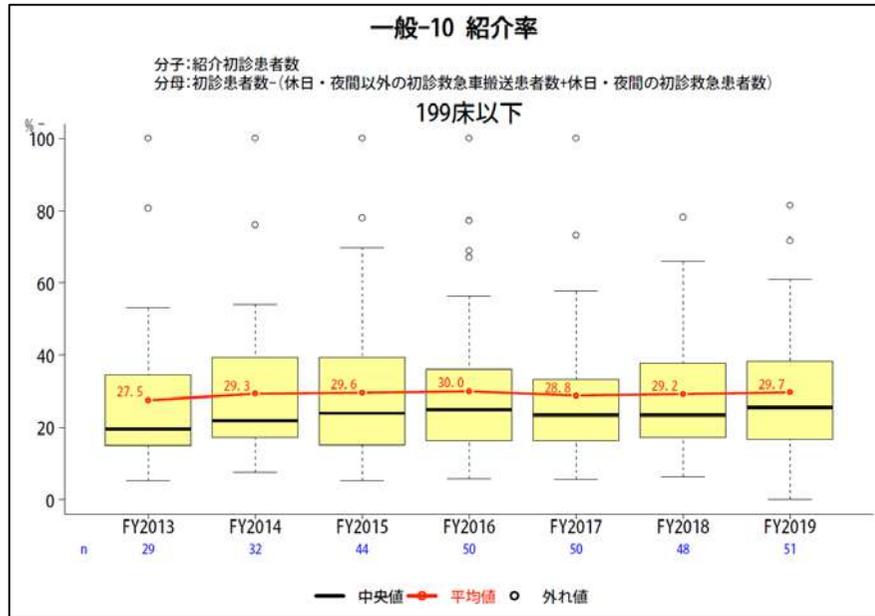
## 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル4以上)



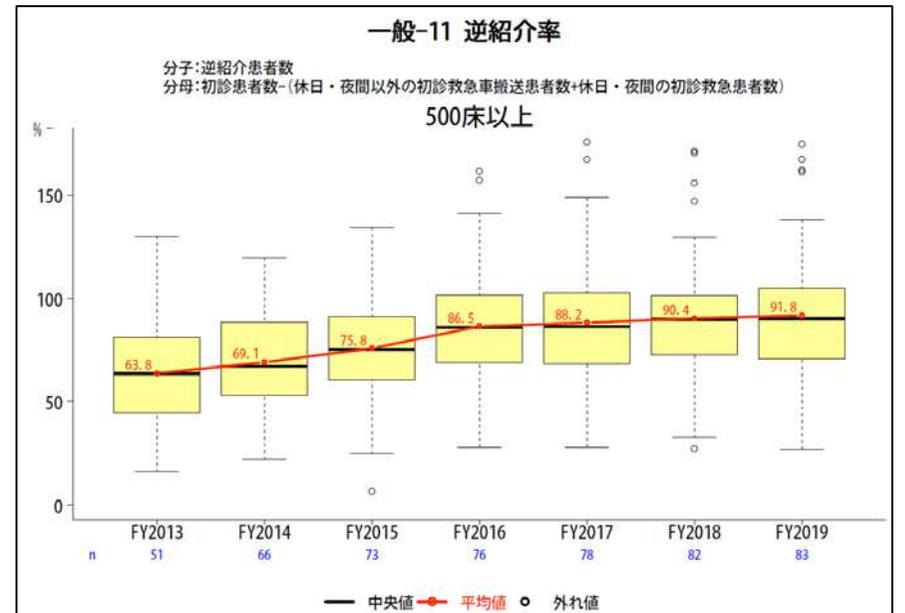
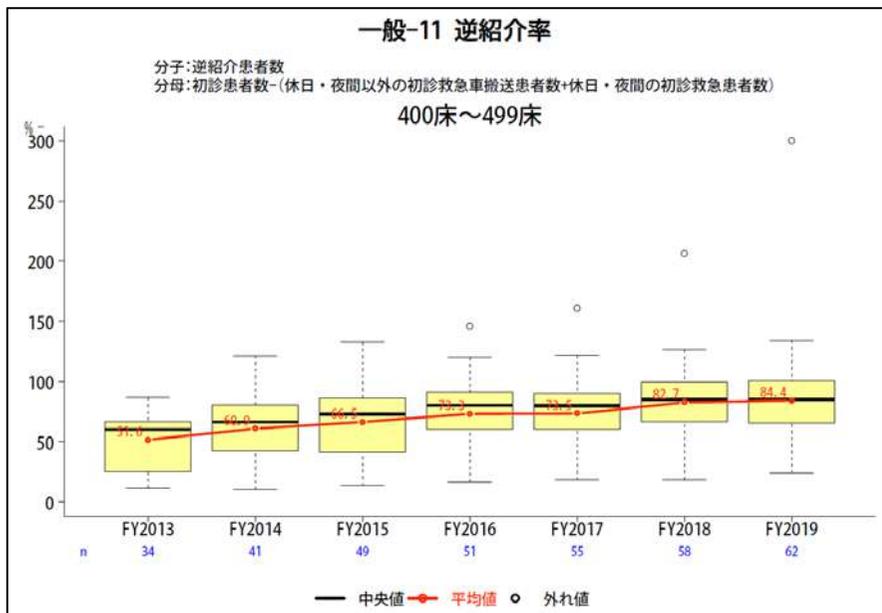
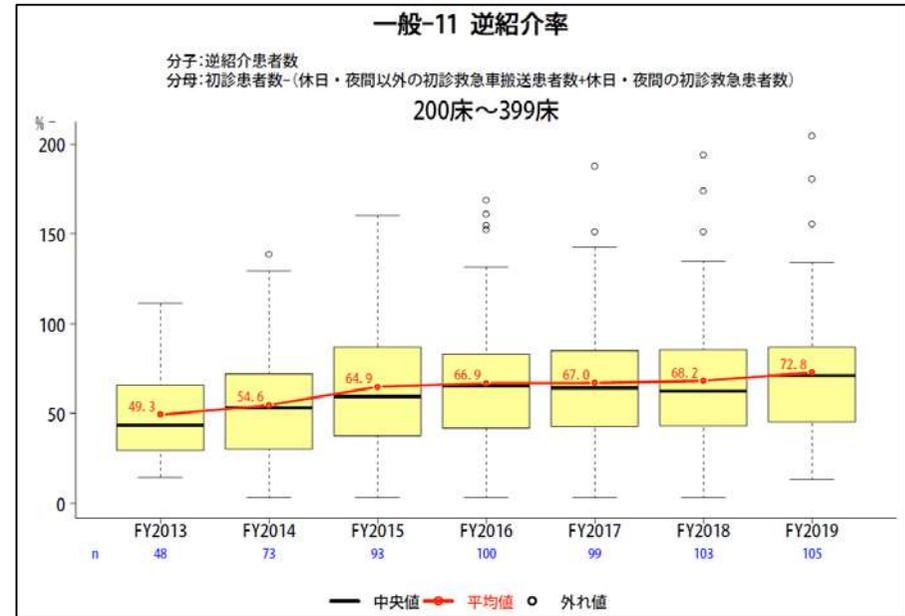
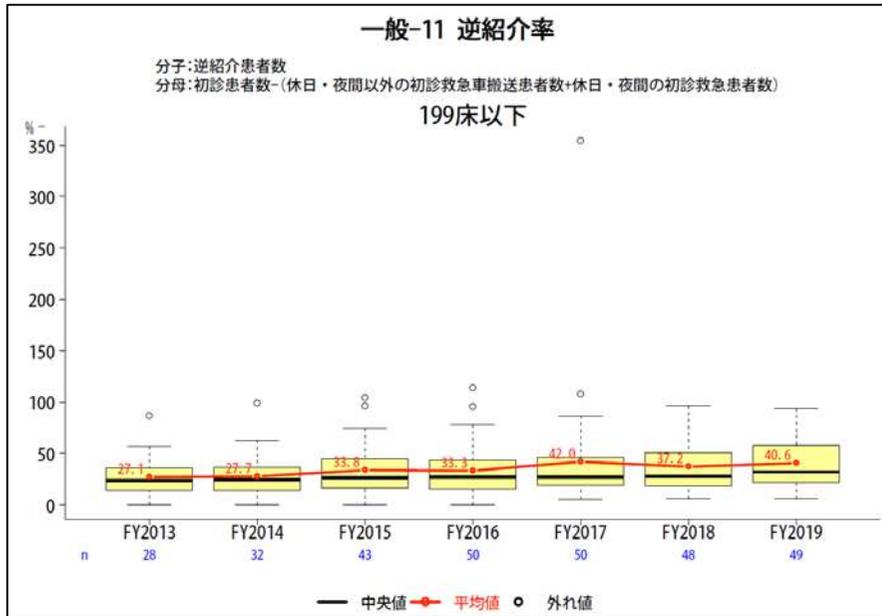
# 褥瘡発生率



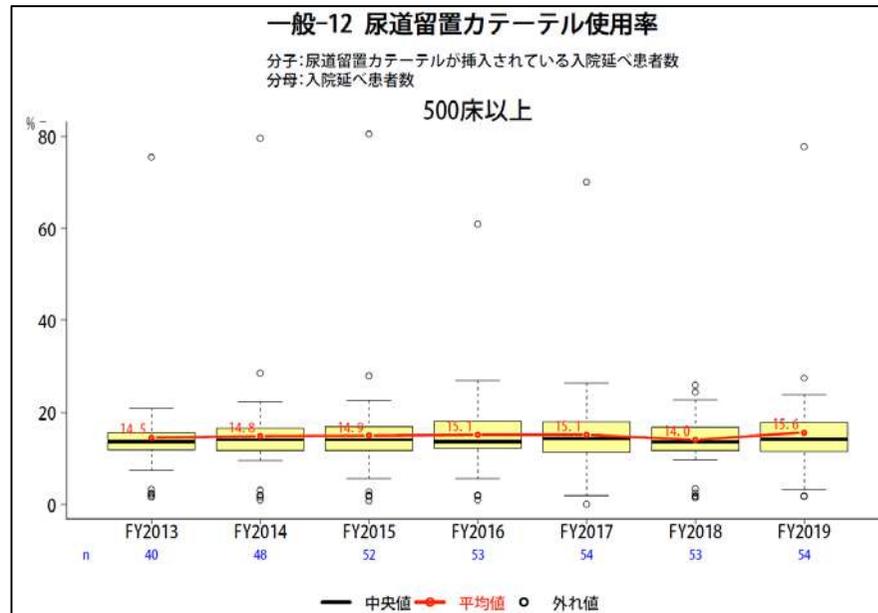
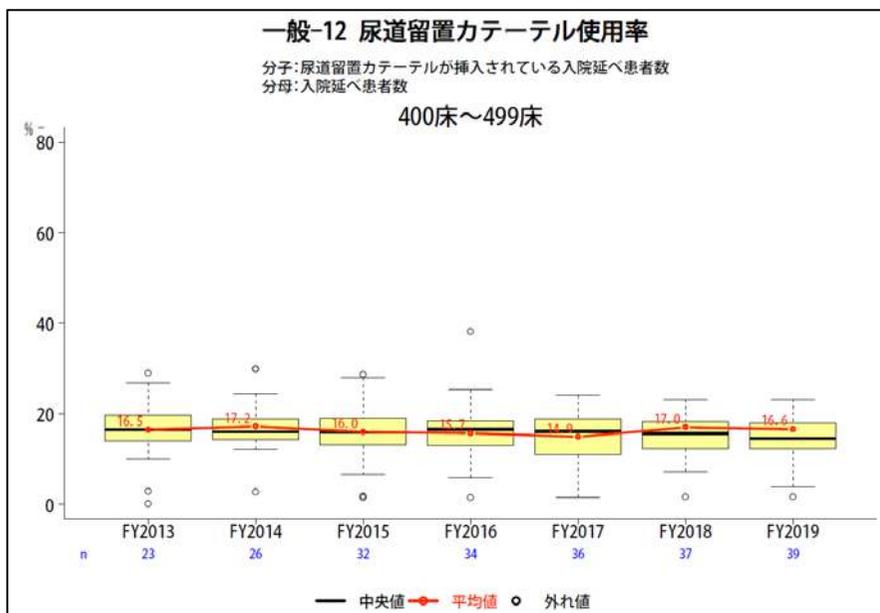
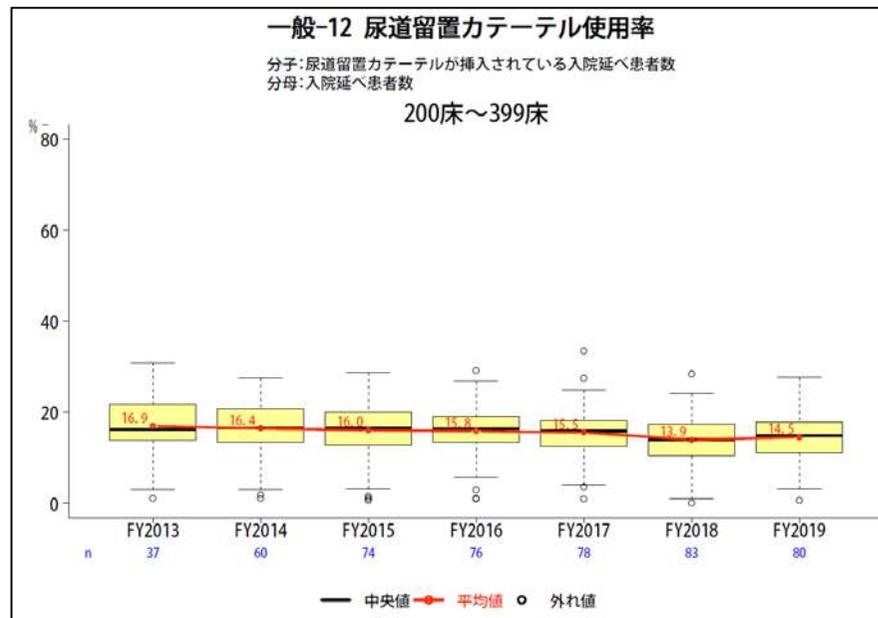
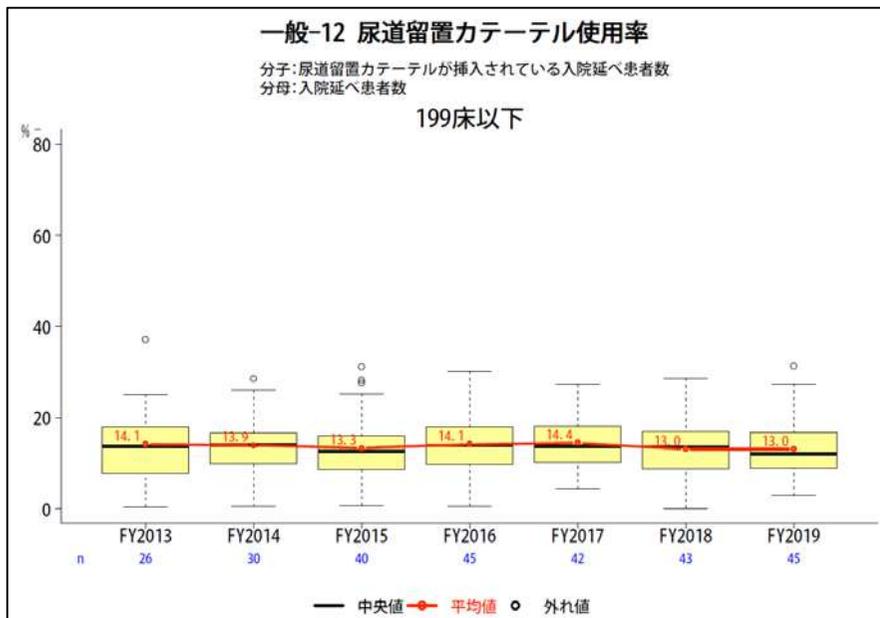
# 紹介率



# 逆紹介率

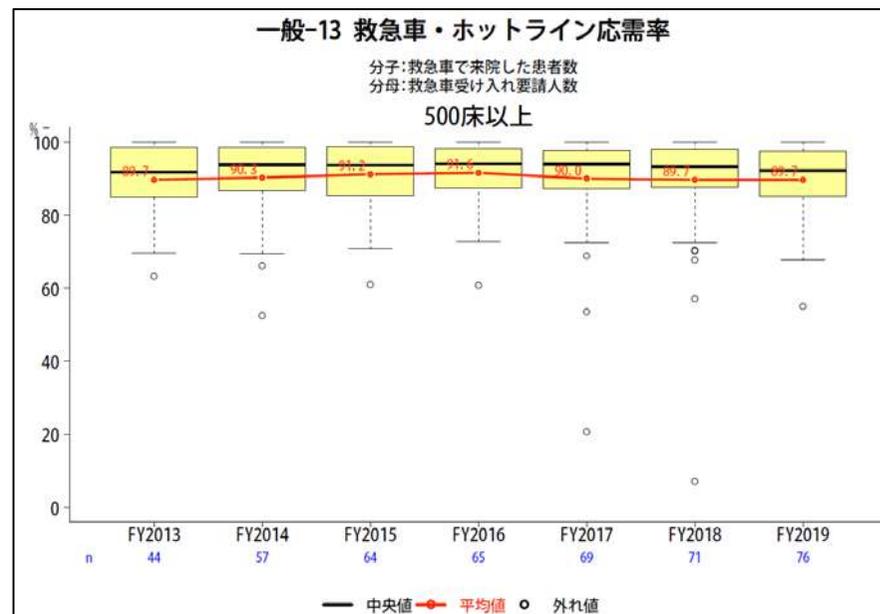
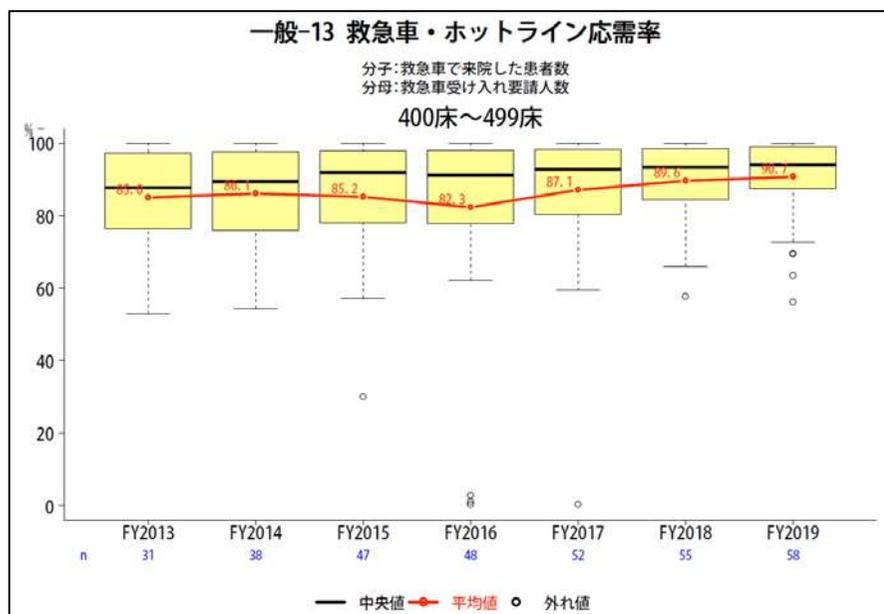
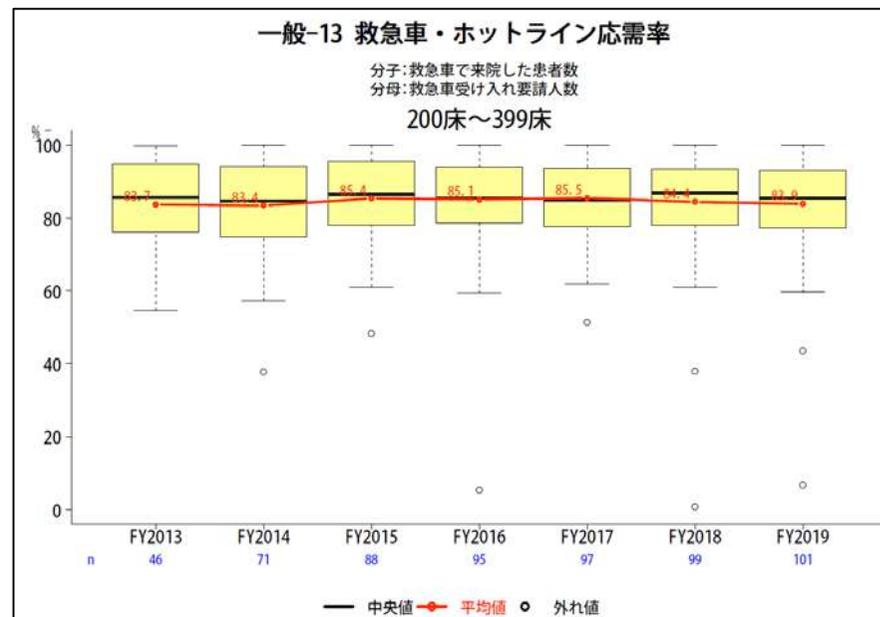
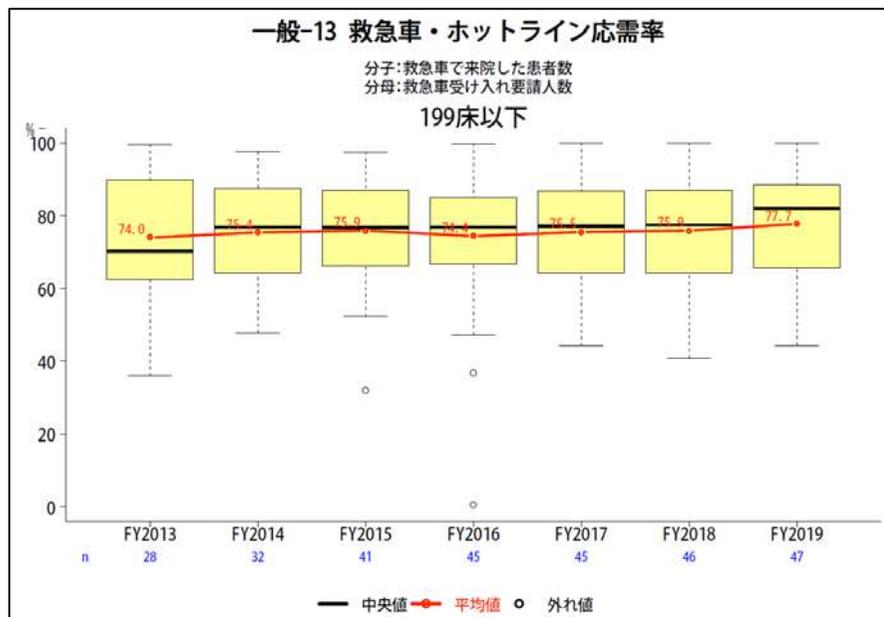


# 尿道留置カテーテル使用率

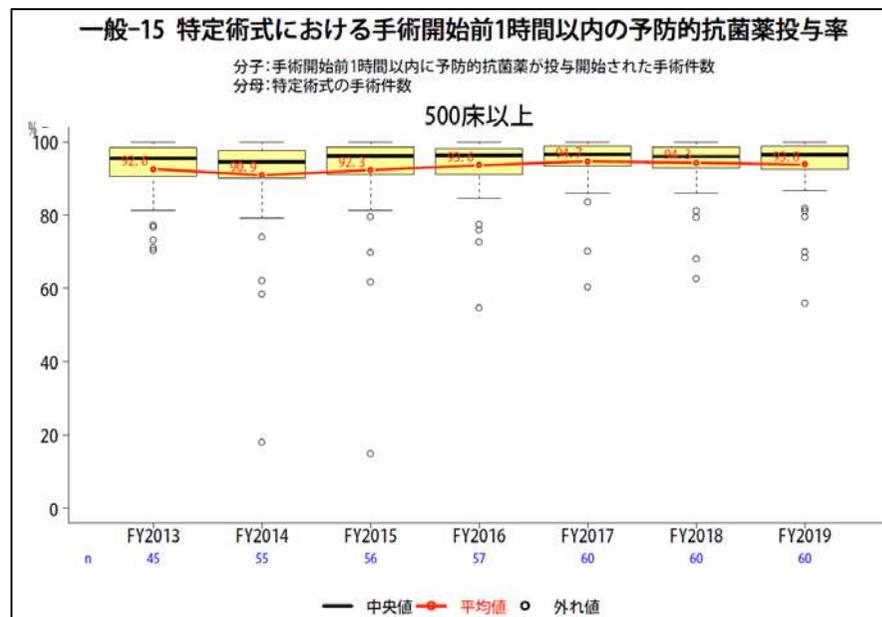
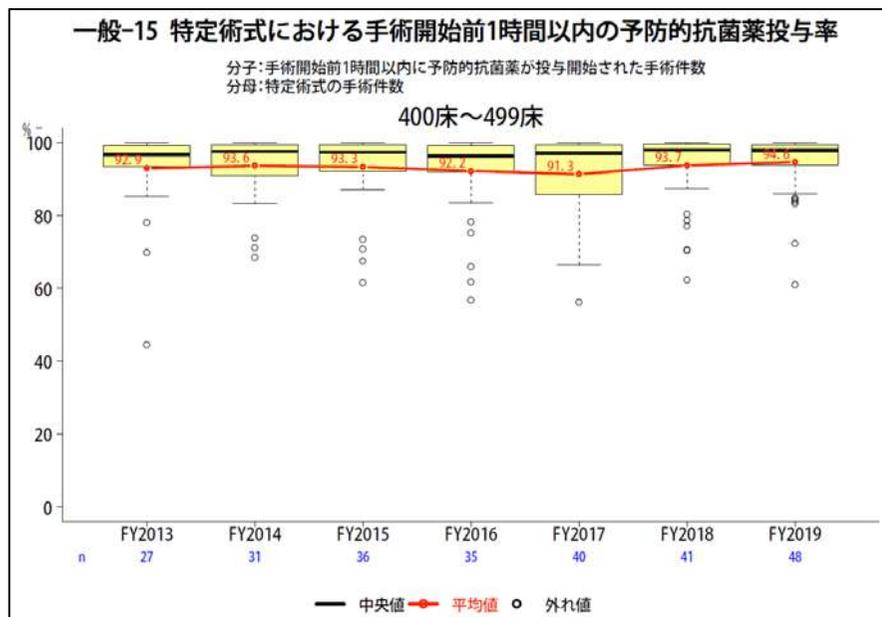
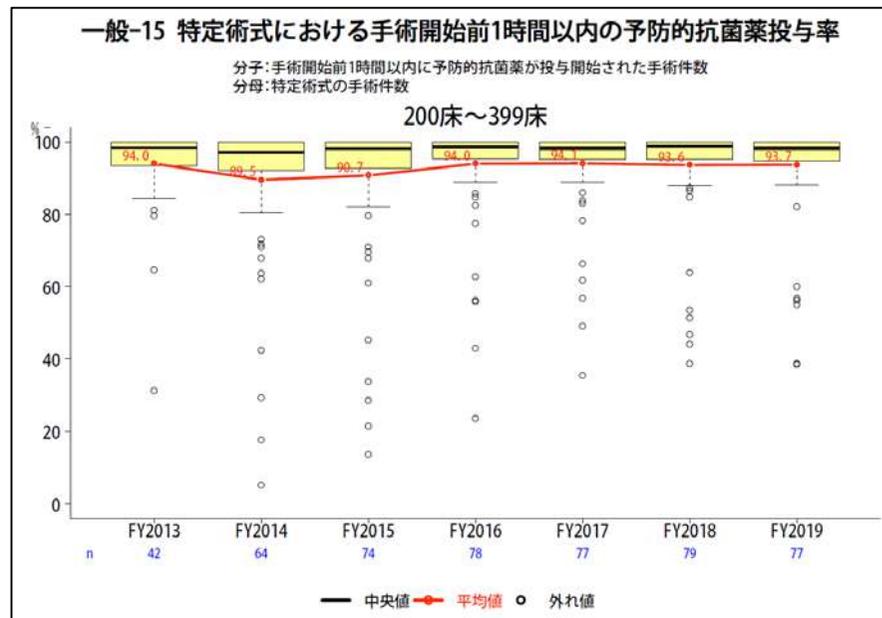
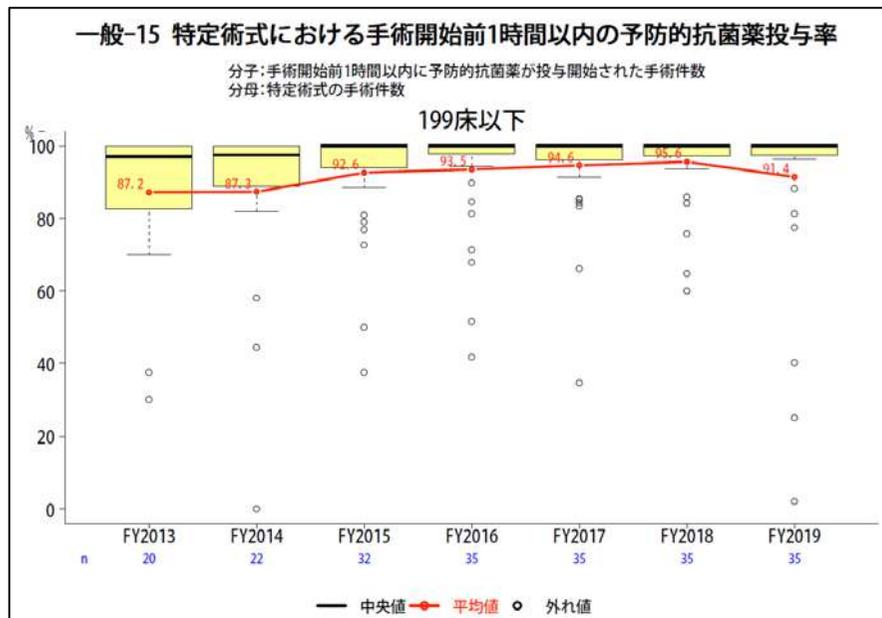




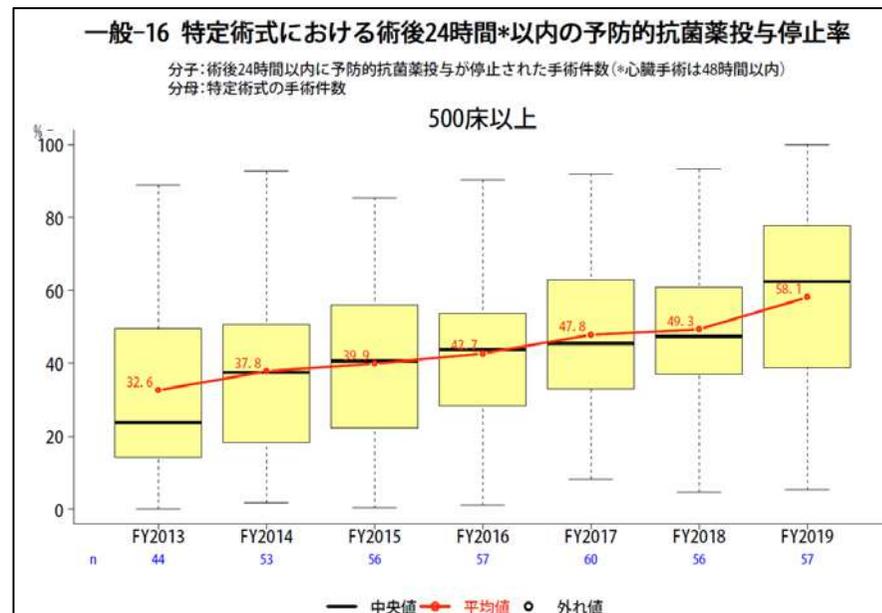
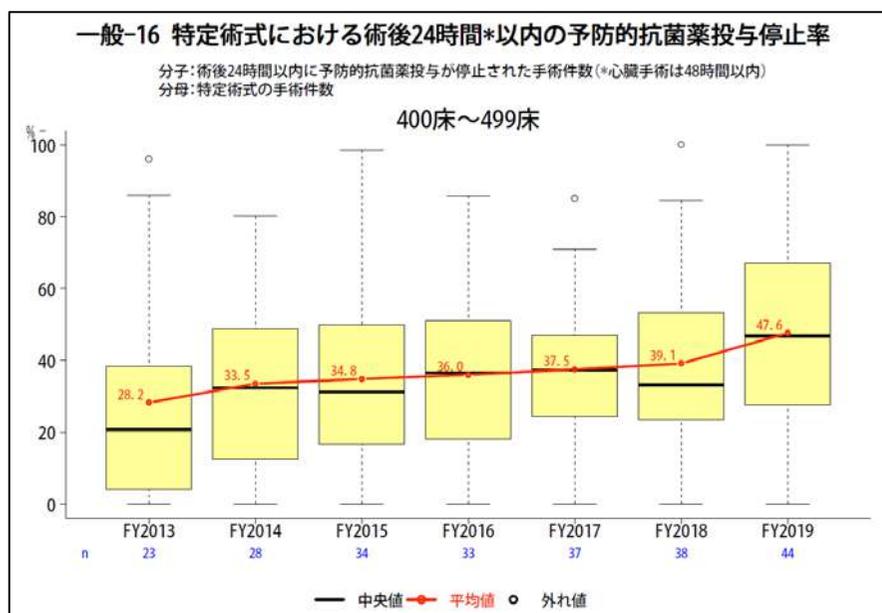
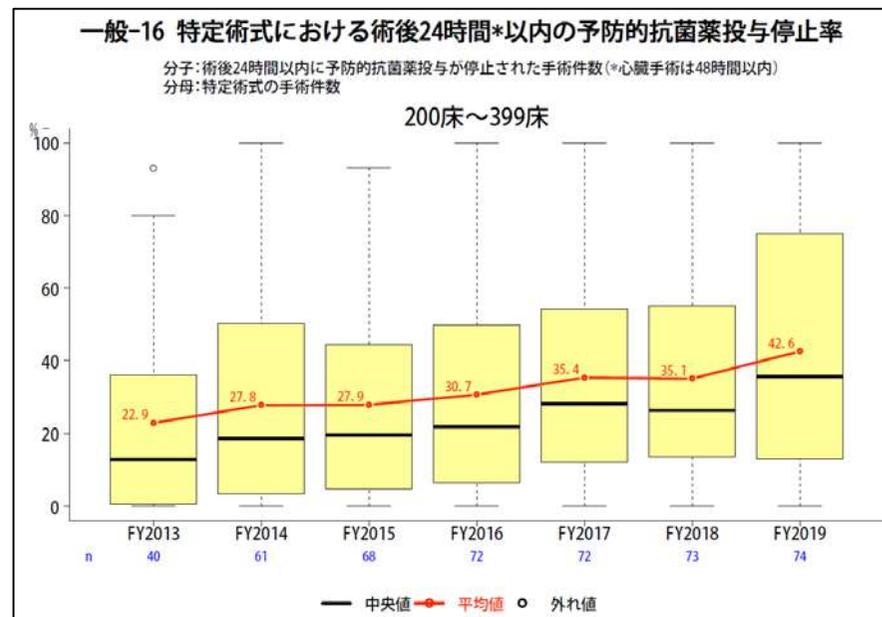
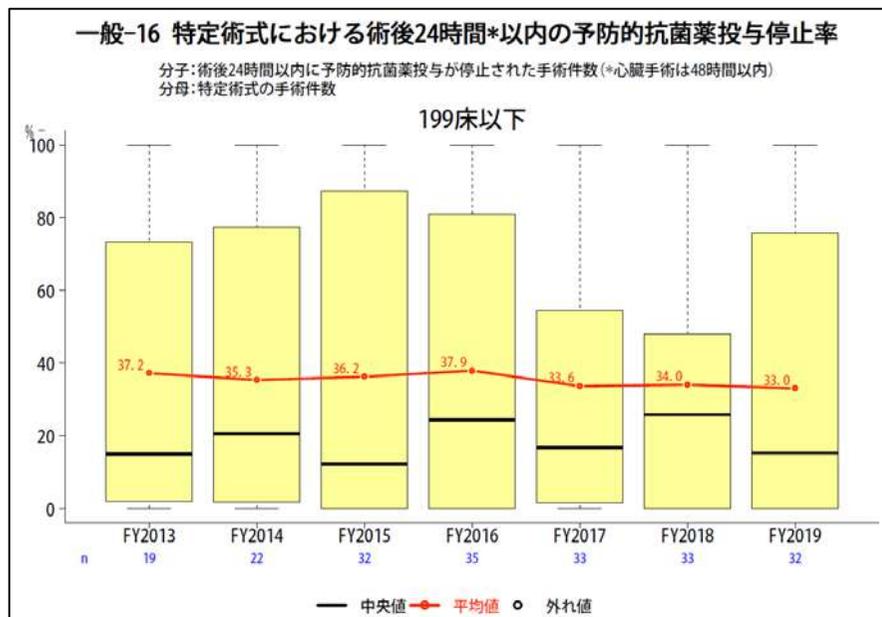
# 救急車・ホットラインの応需率



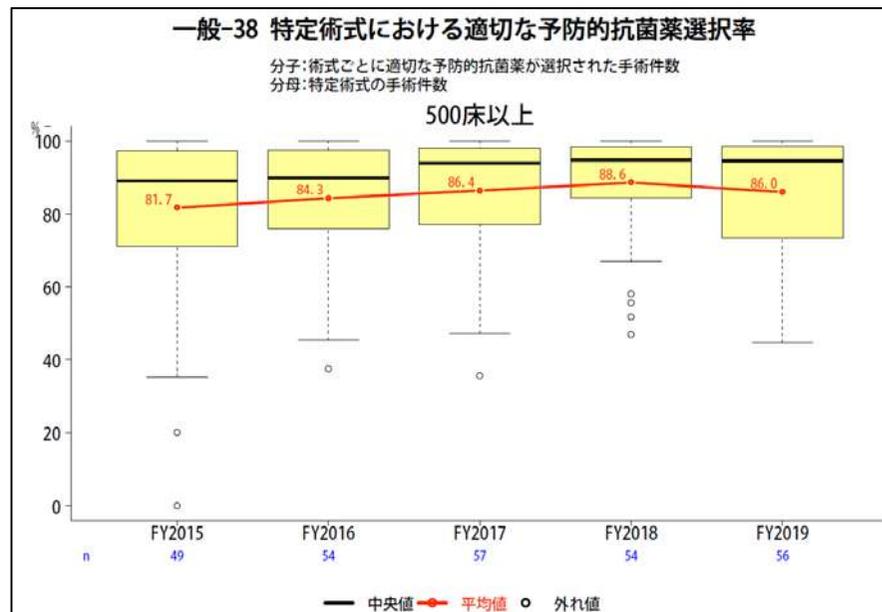
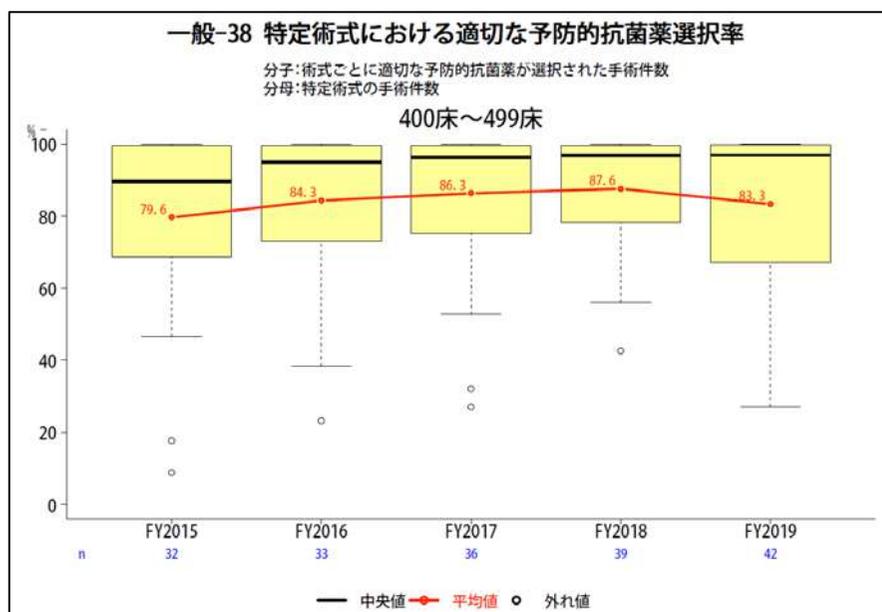
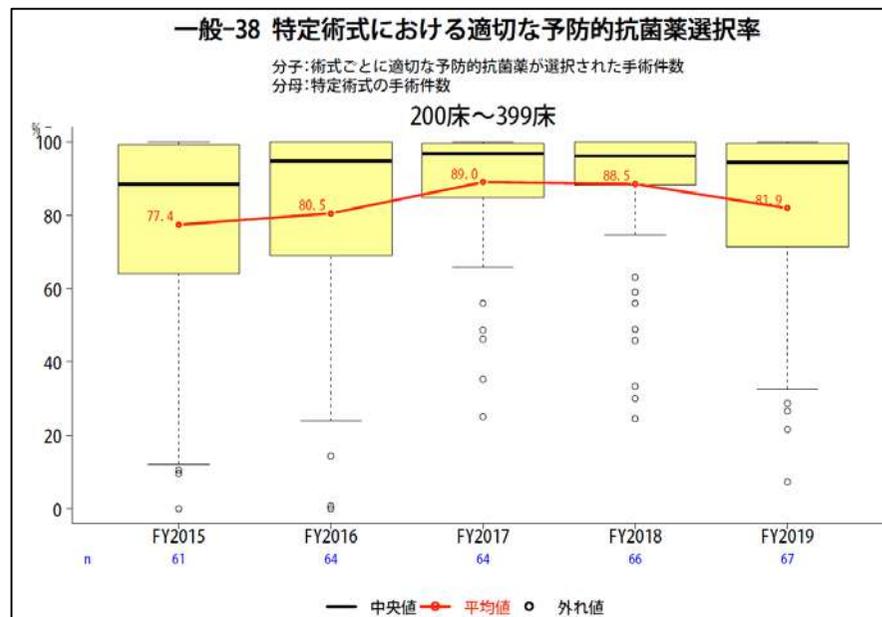
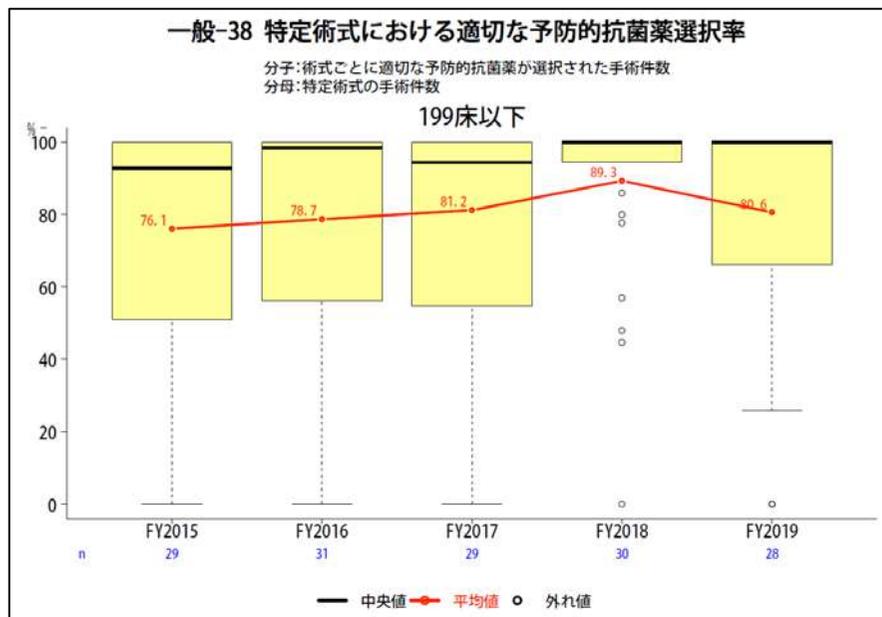
# 特定術式における手術開始1時間以内の予防的抗菌薬投与率



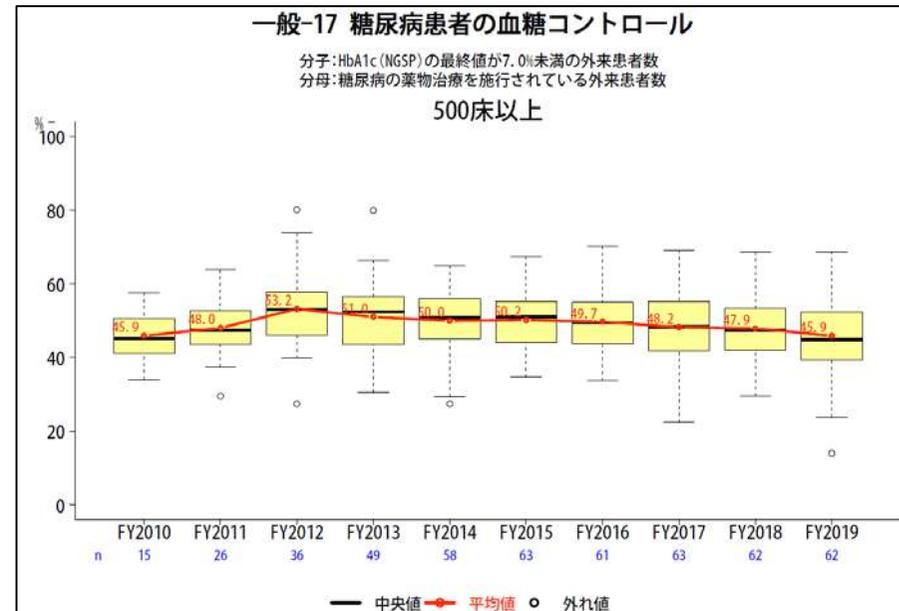
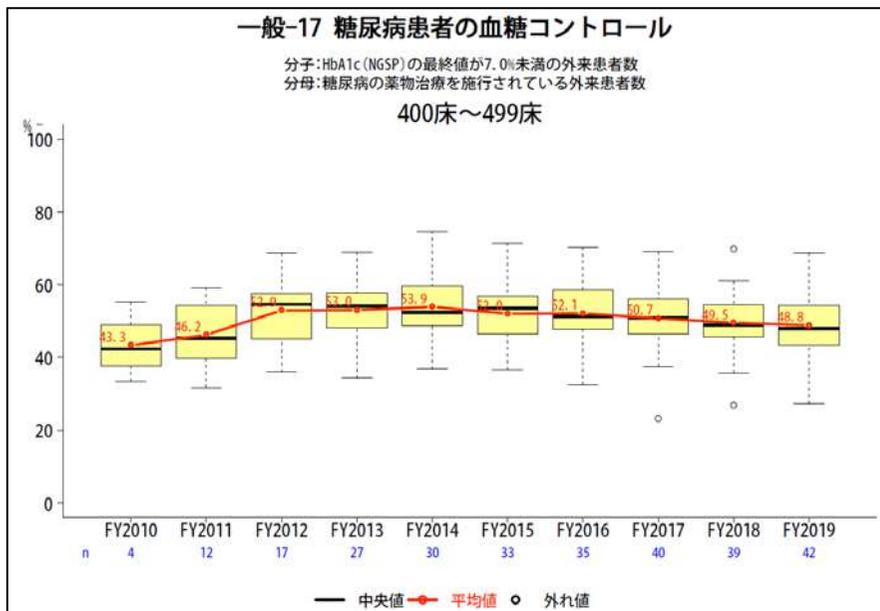
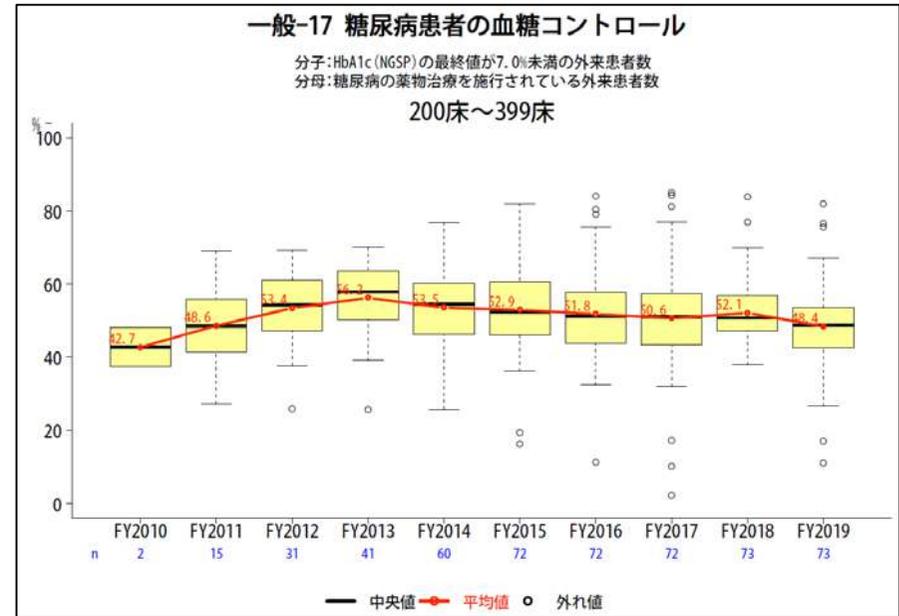
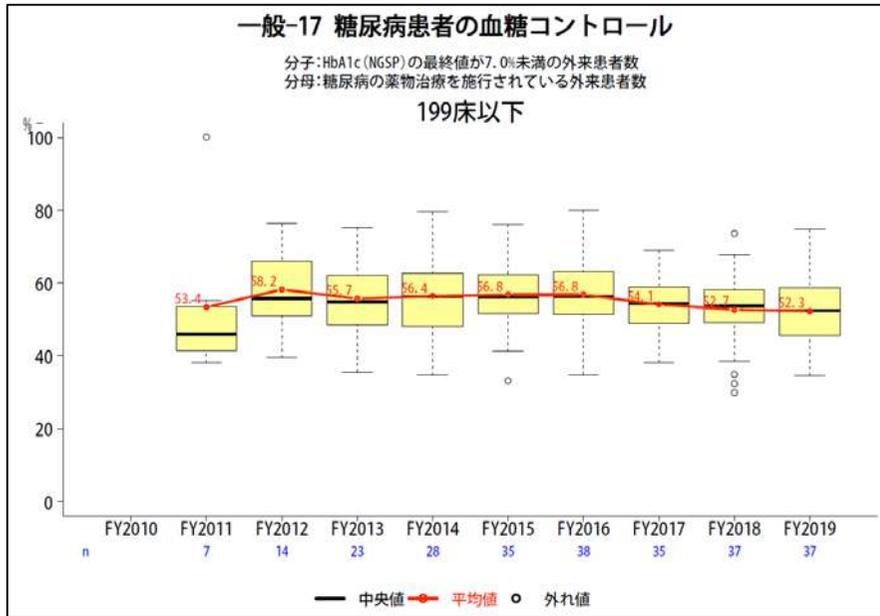
# 特定術式における術後24時間\*以内の予防的抗菌薬投与停止率



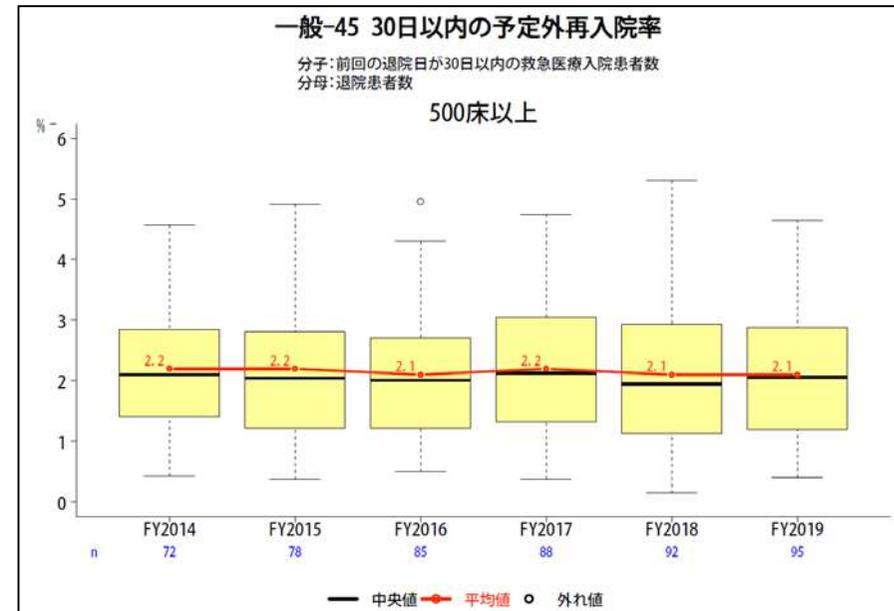
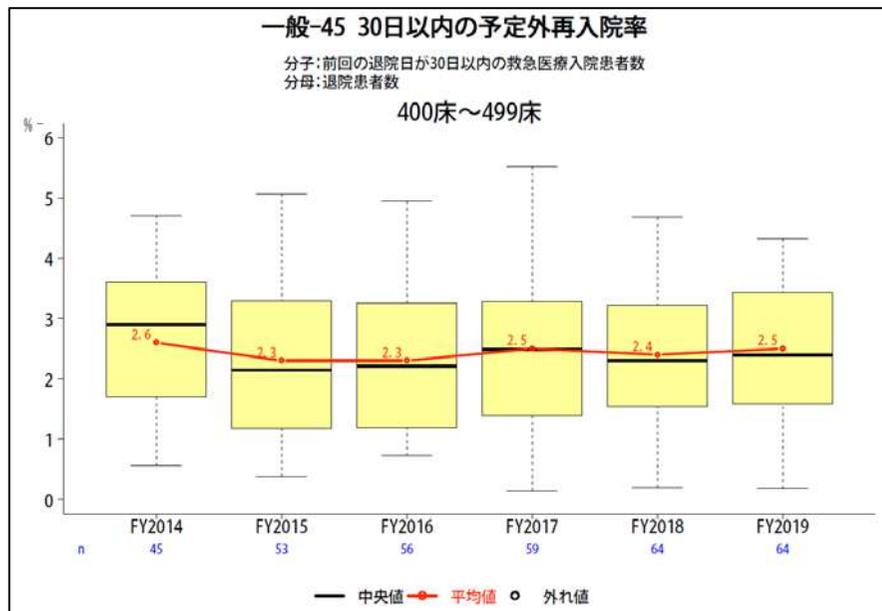
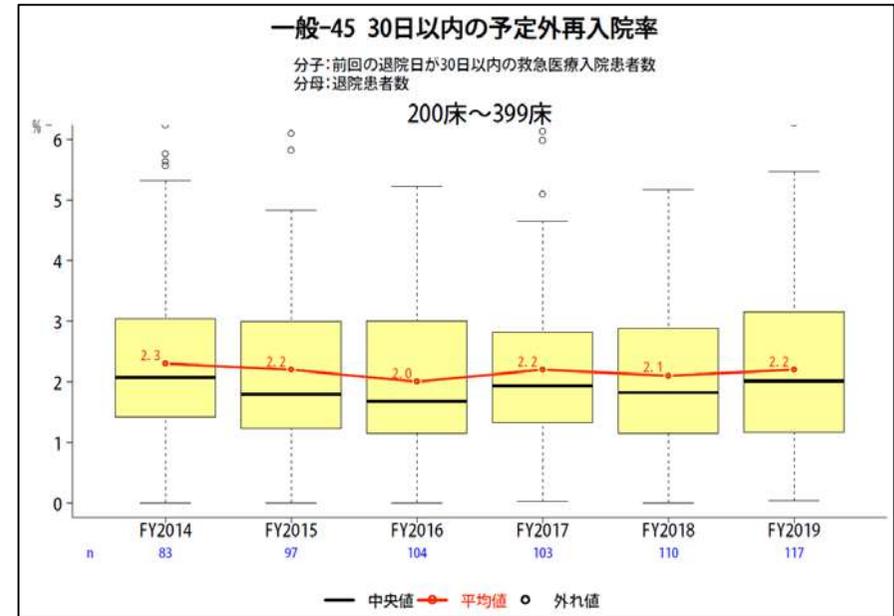
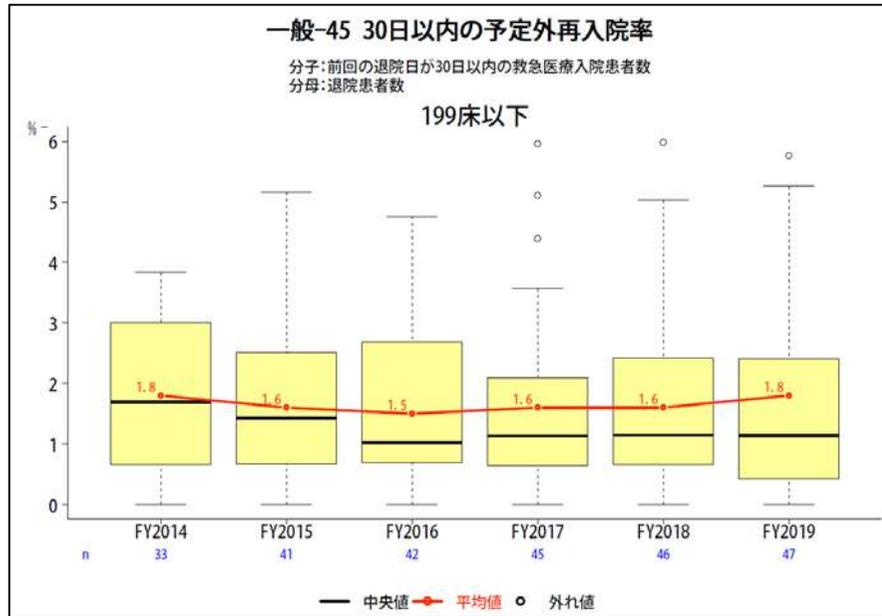
# 特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率



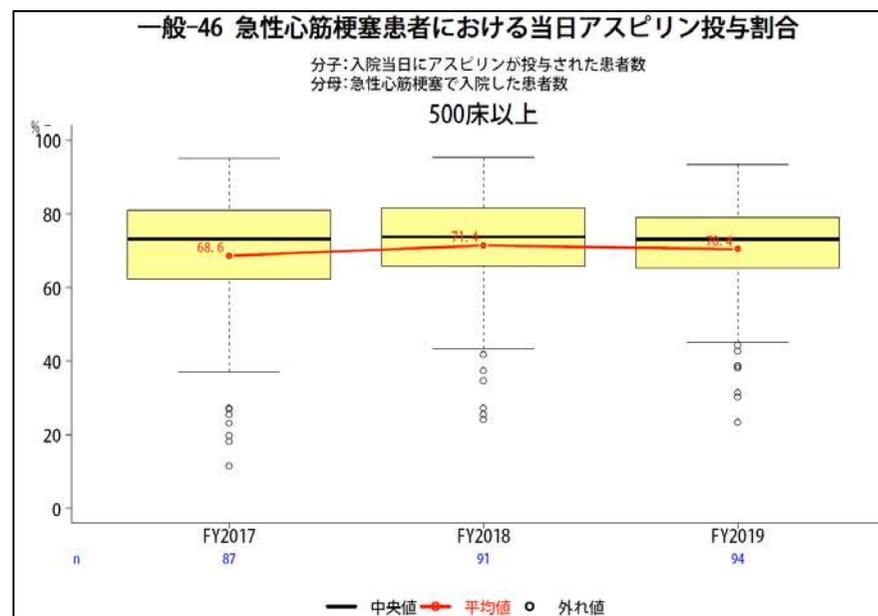
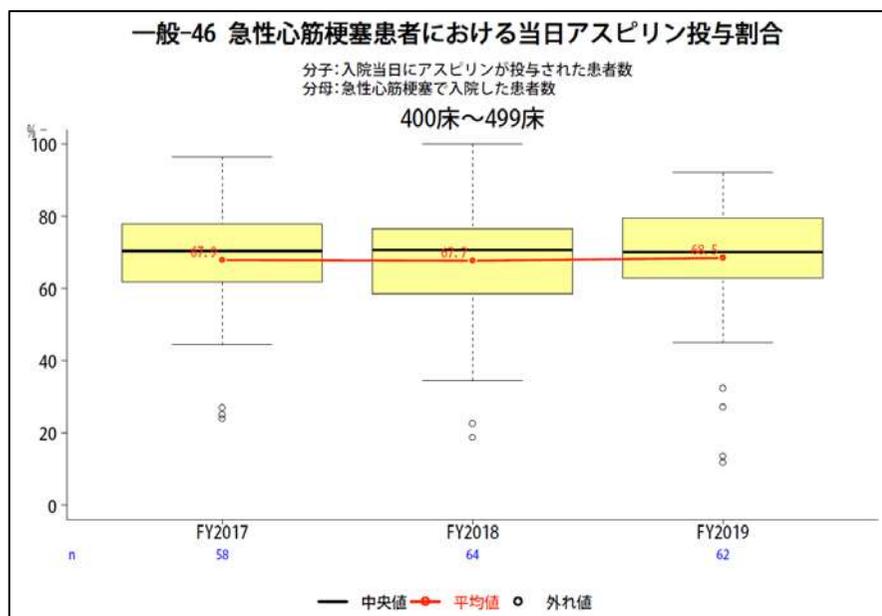
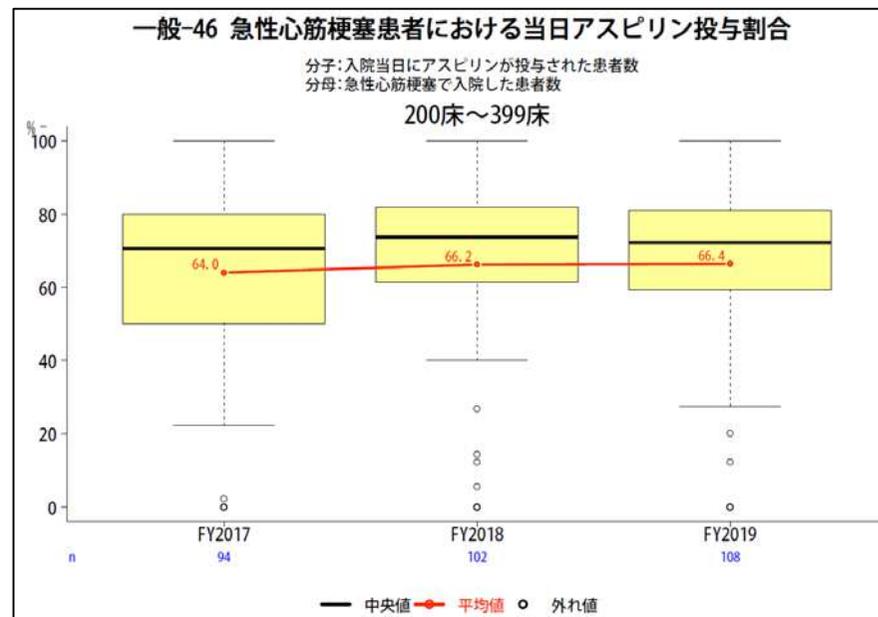
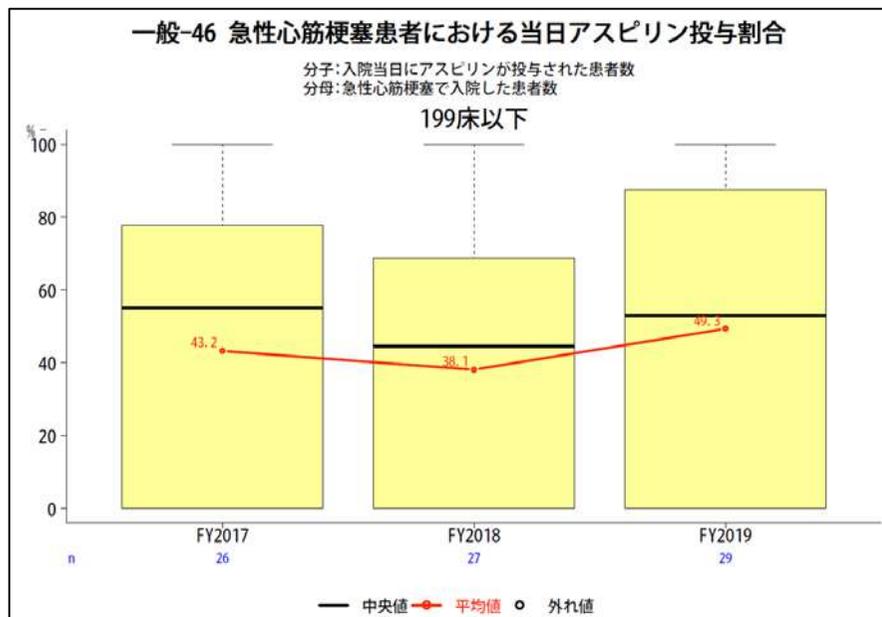
# 糖尿病患者の血糖コントロール



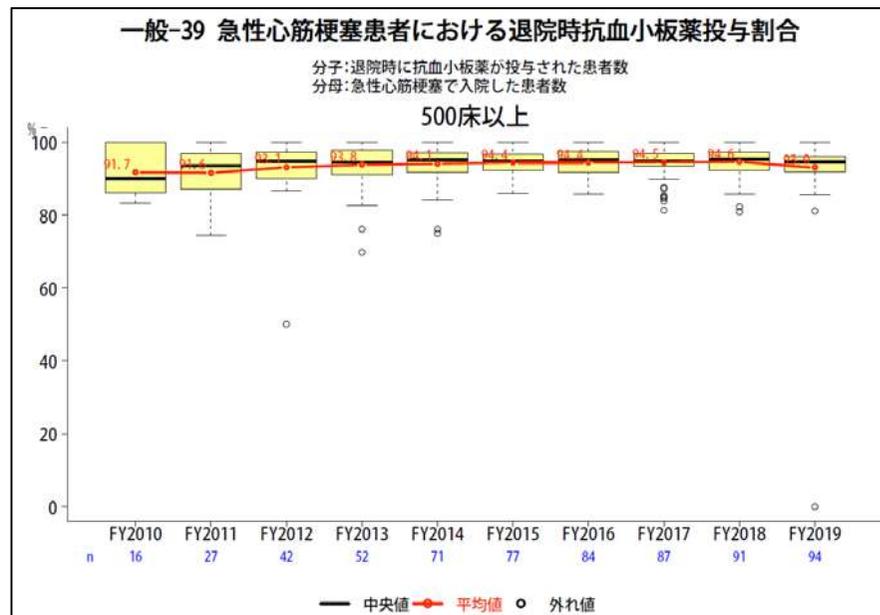
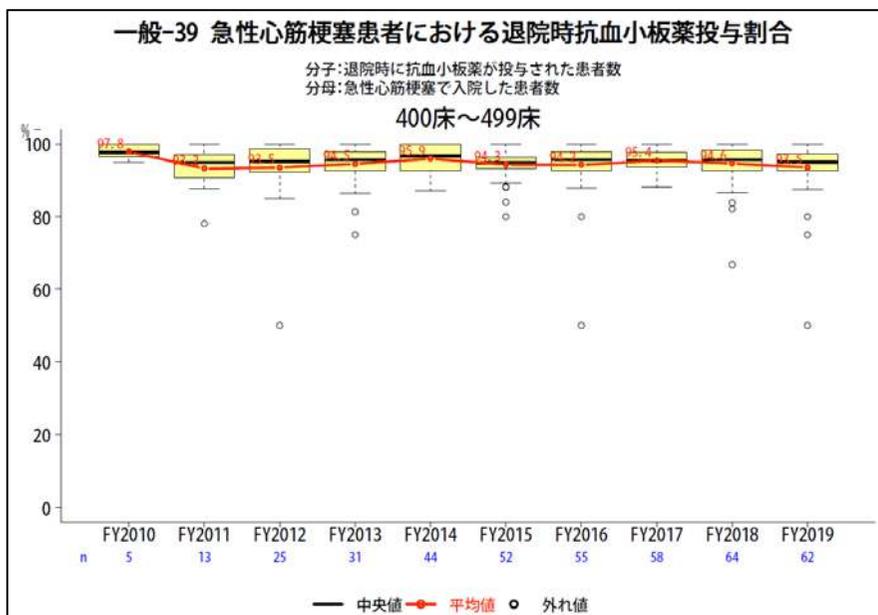
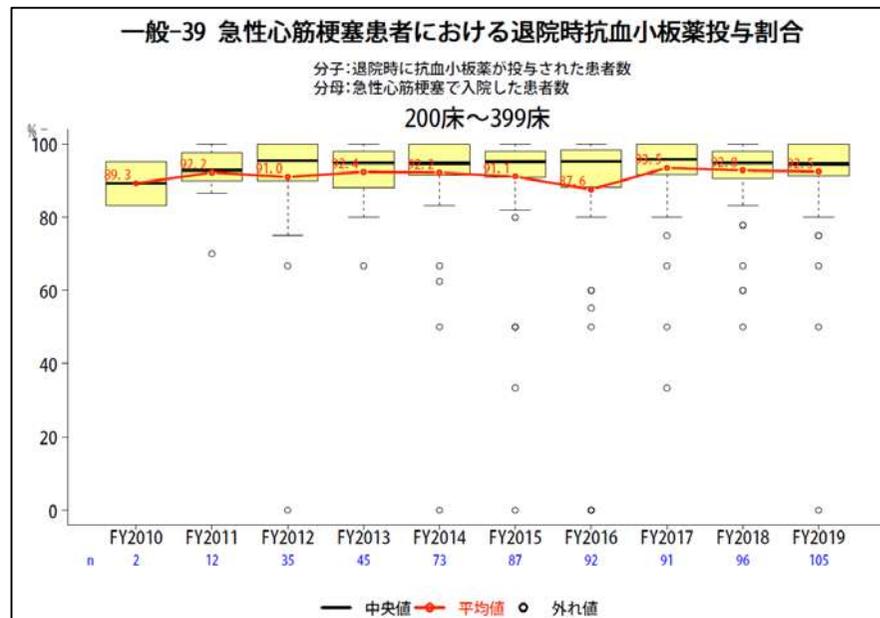
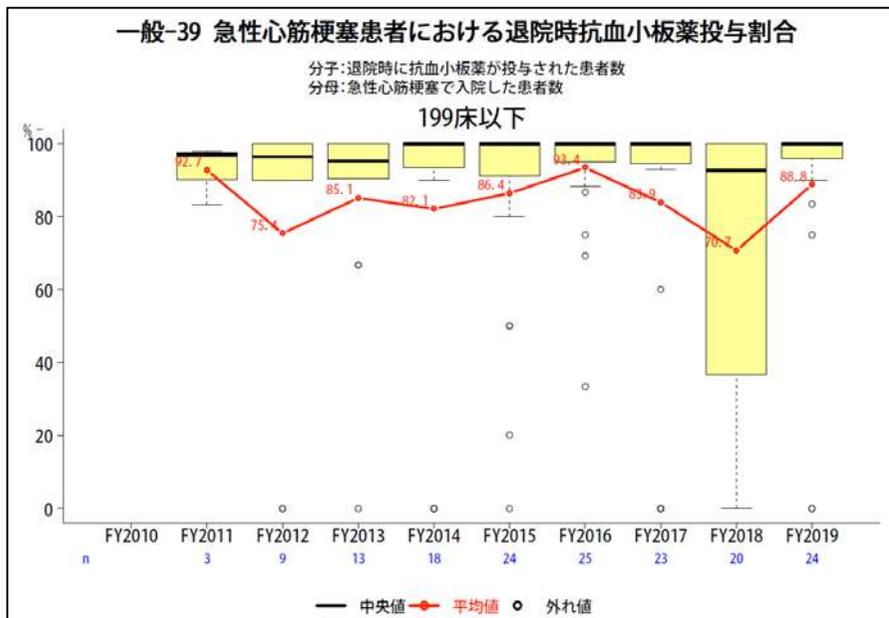
# 30日以内の予定外再入院率



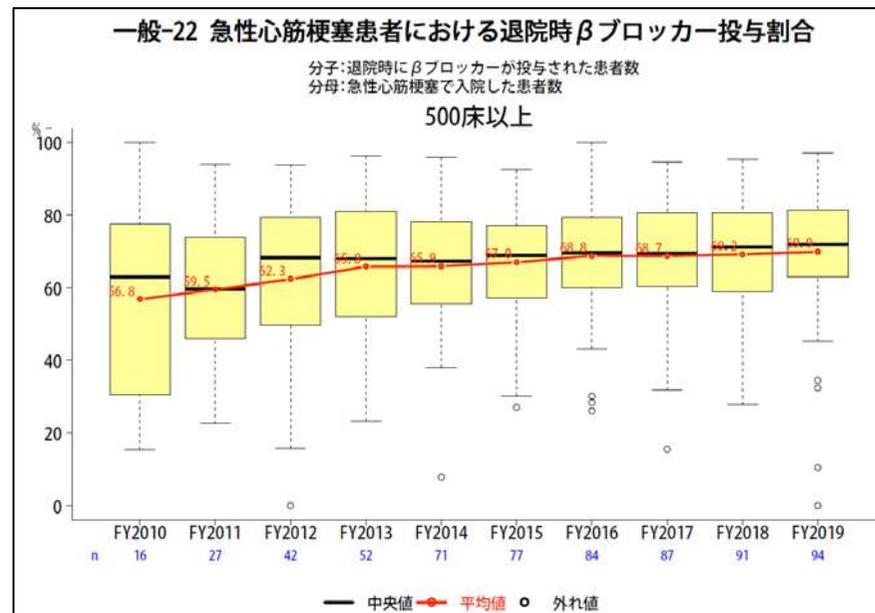
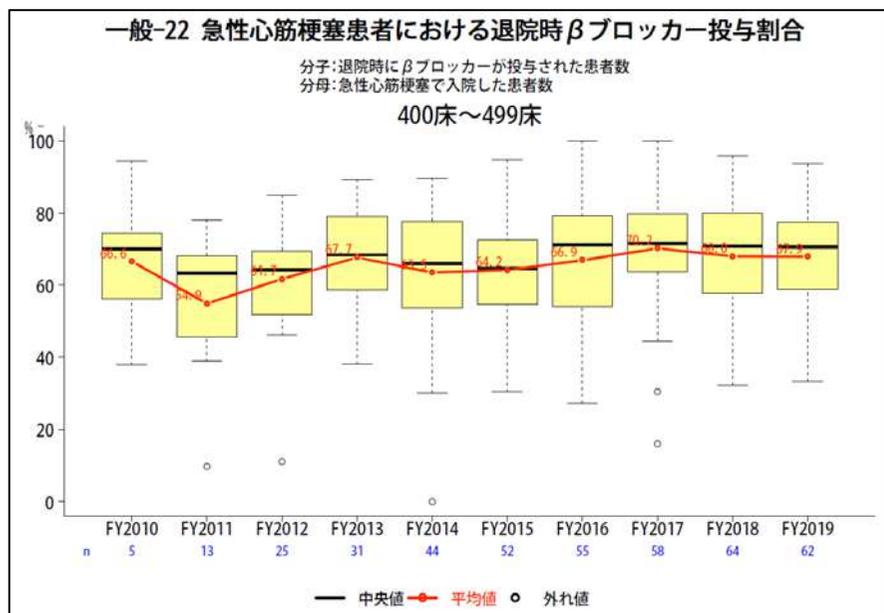
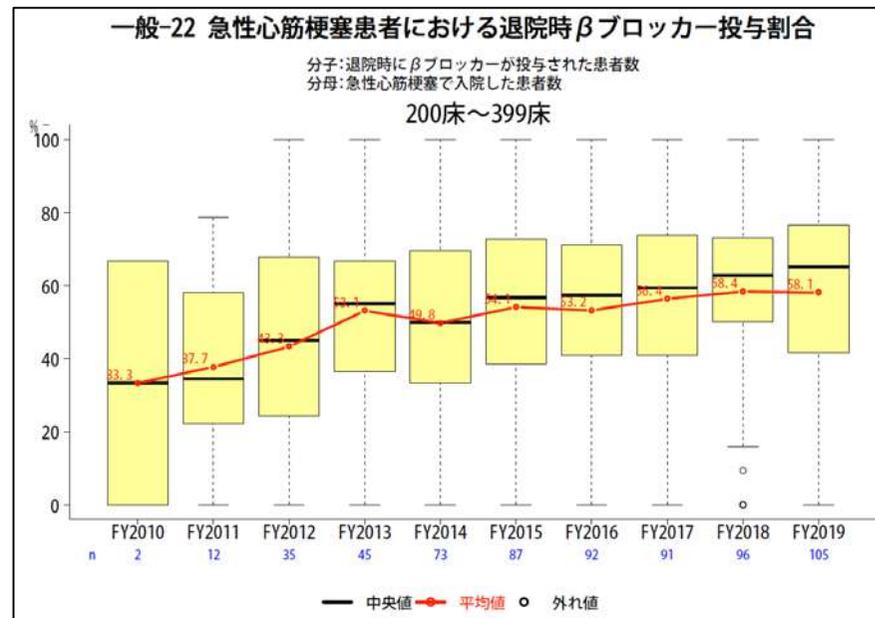
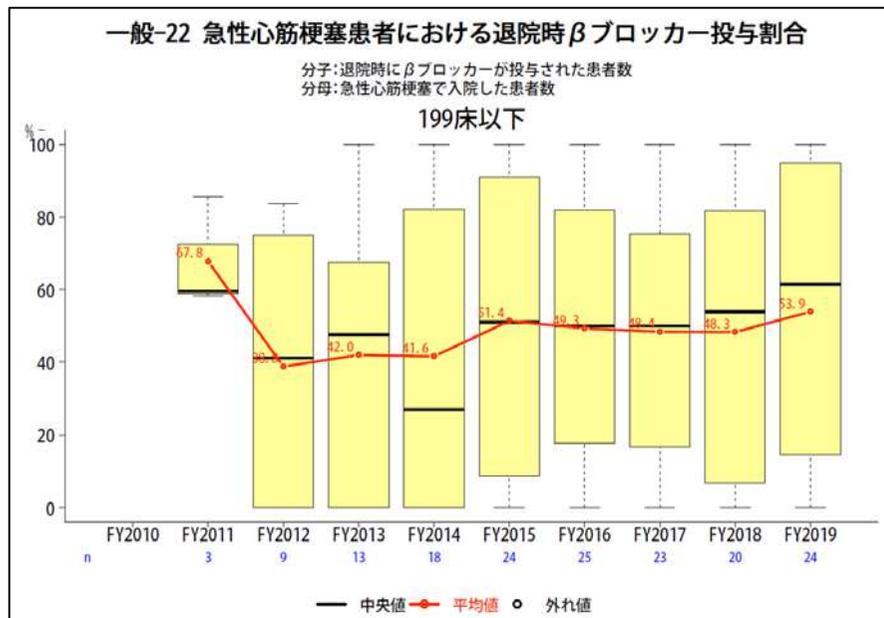
# 急性心筋梗塞患者における当日アスピリン投与割合



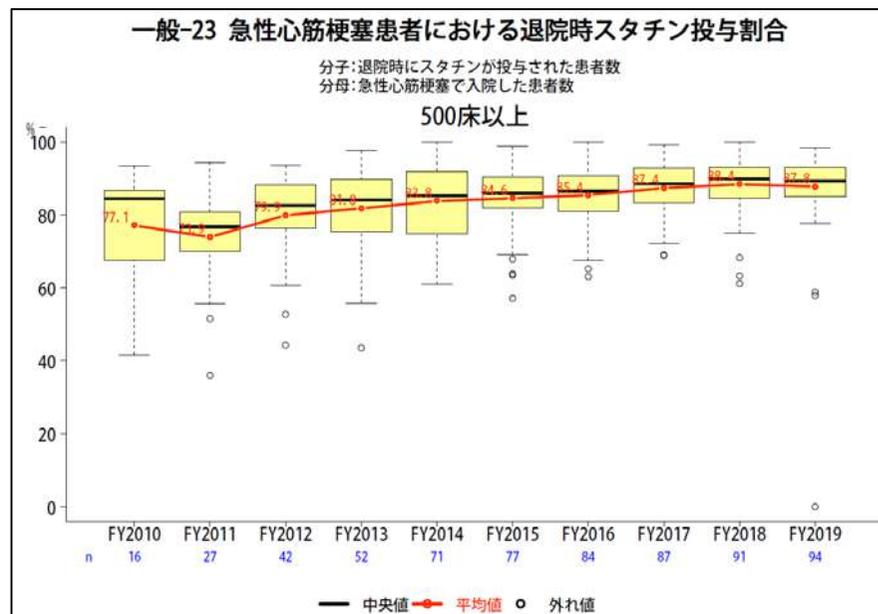
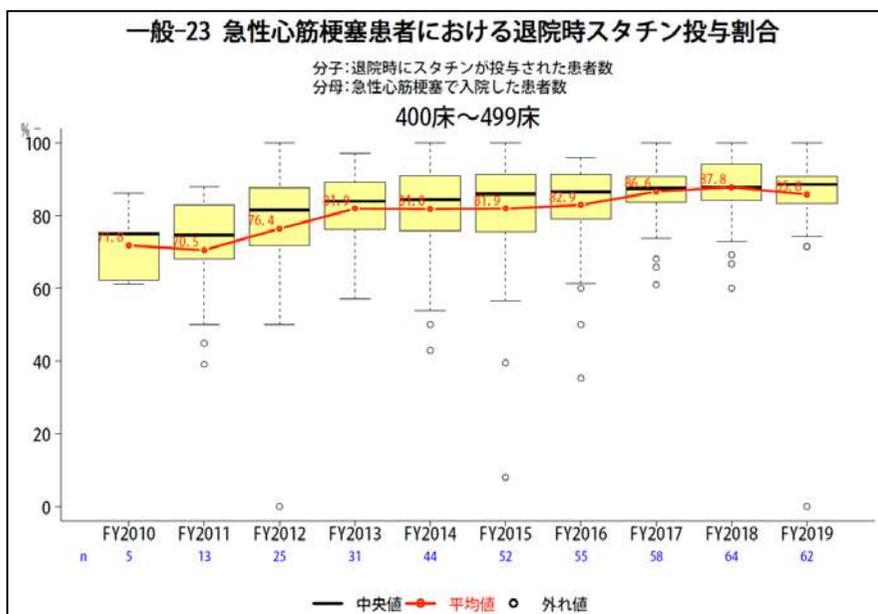
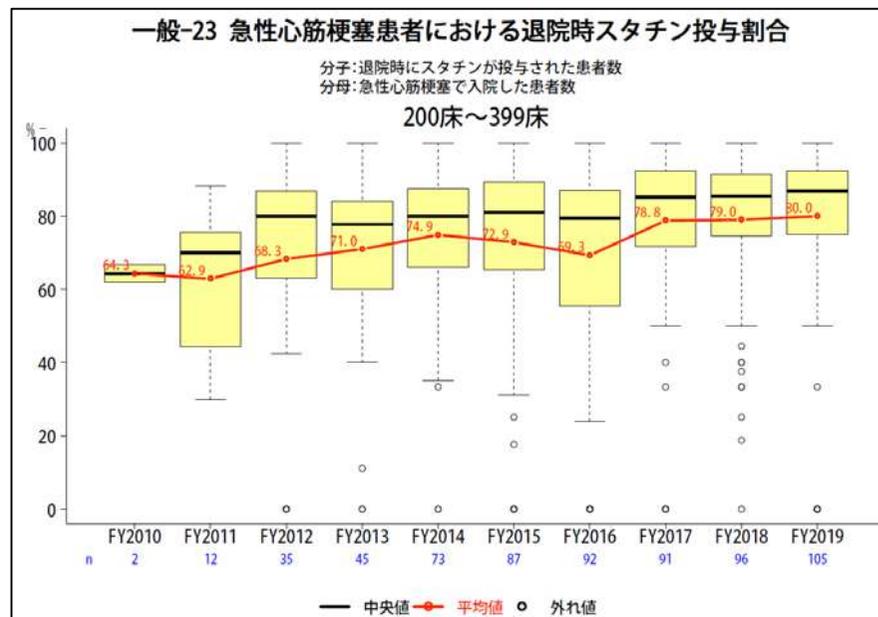
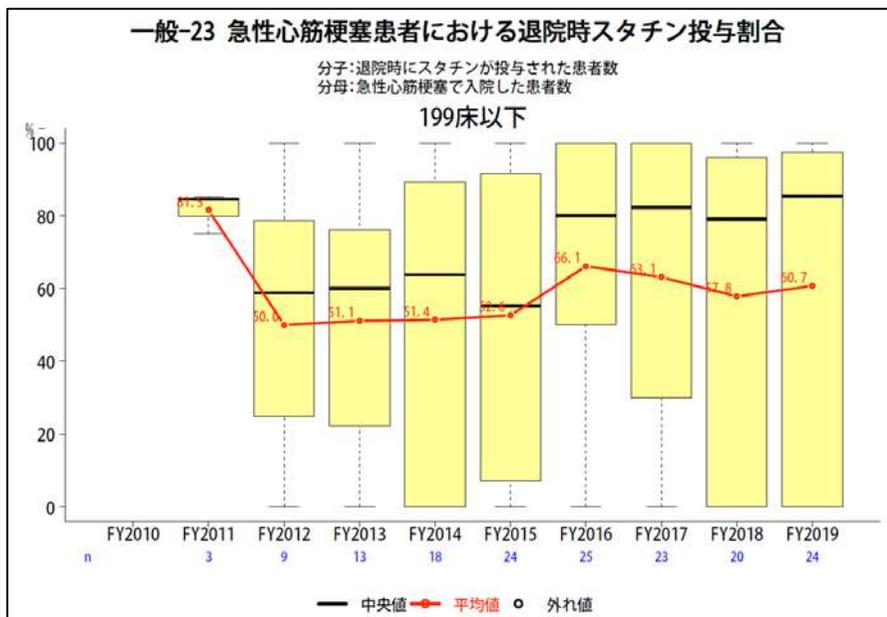
# 急性心筋梗塞患者における退院時抗血小板薬投与割合



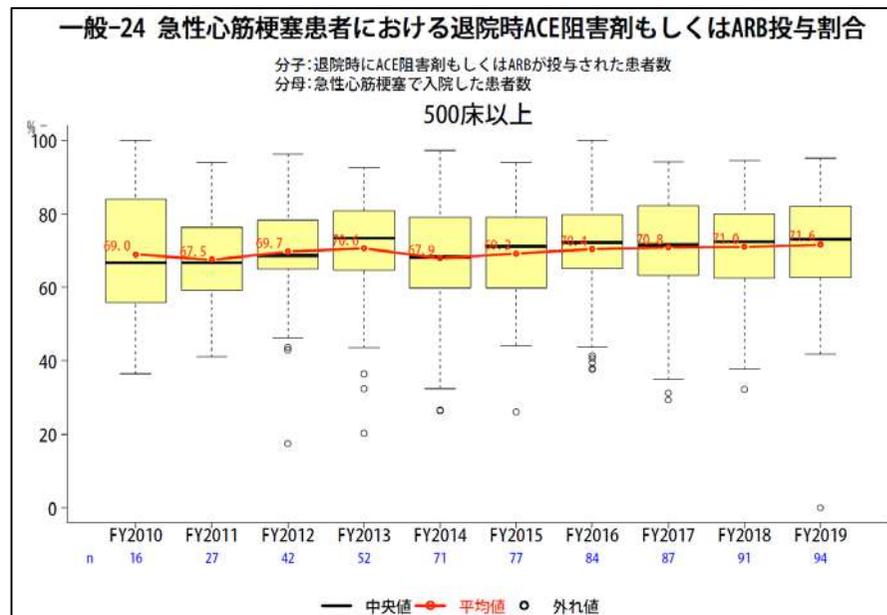
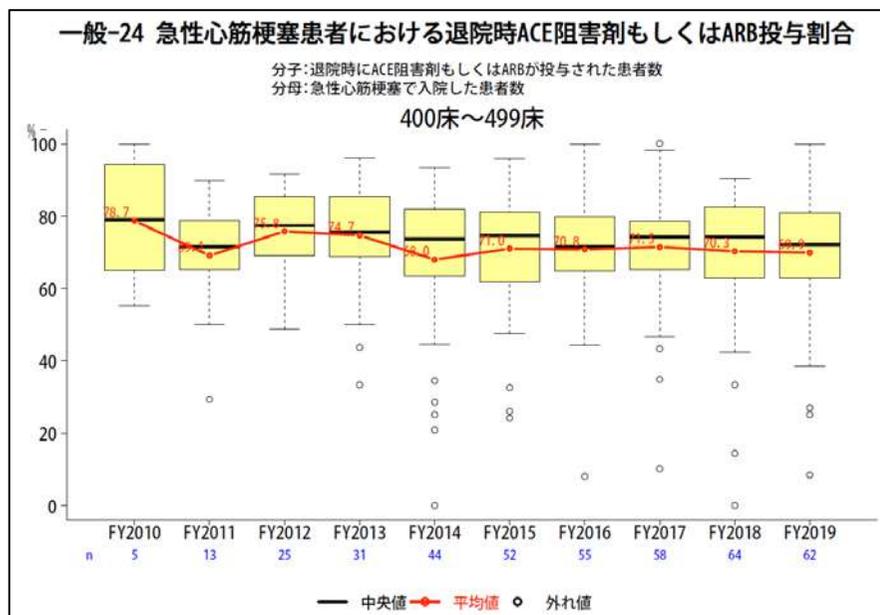
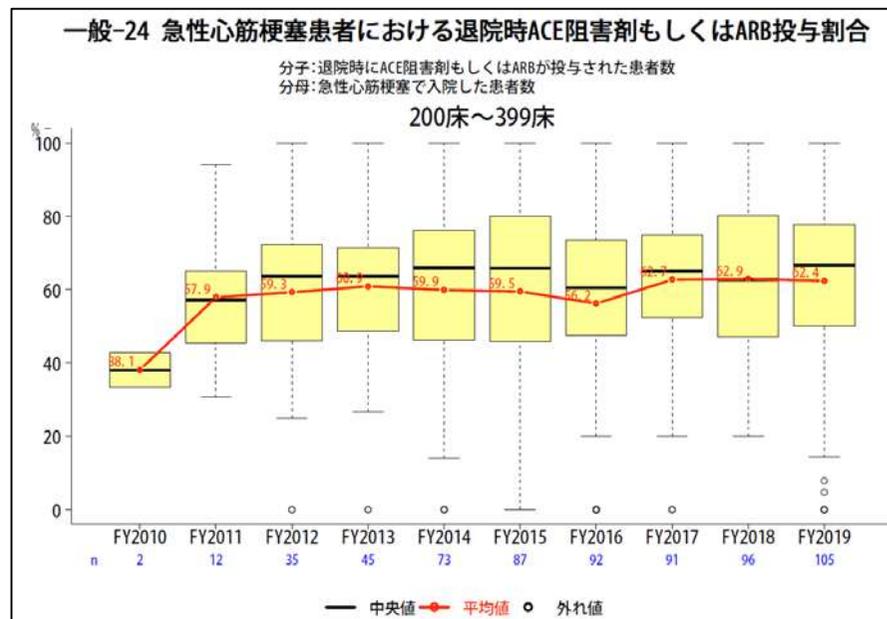
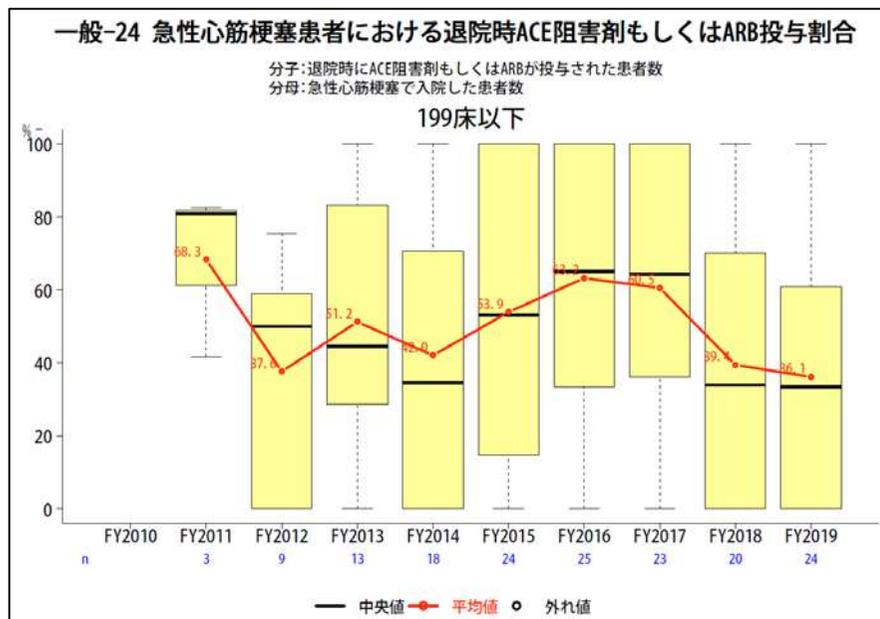
# 急性心筋梗塞患者における退院時βブロッカー投与割合



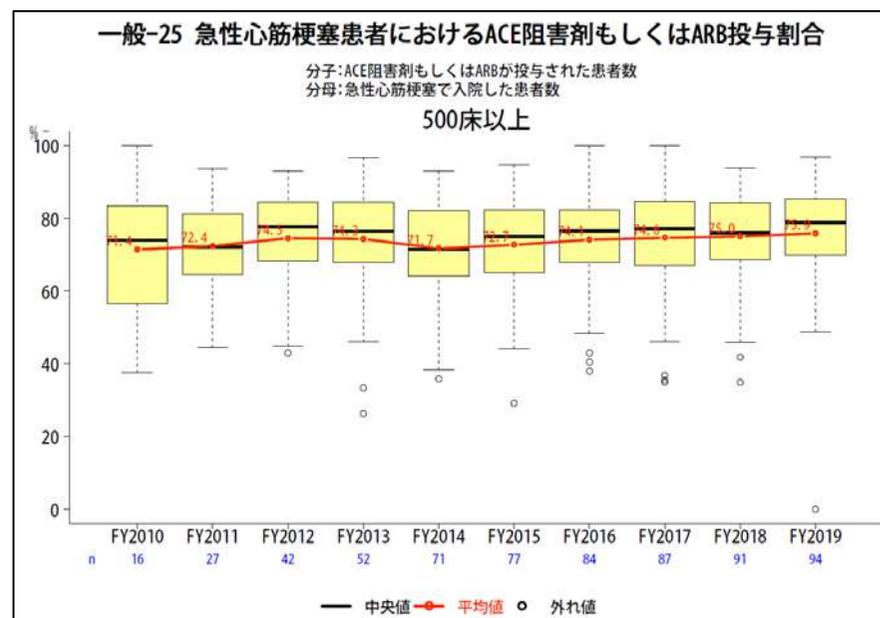
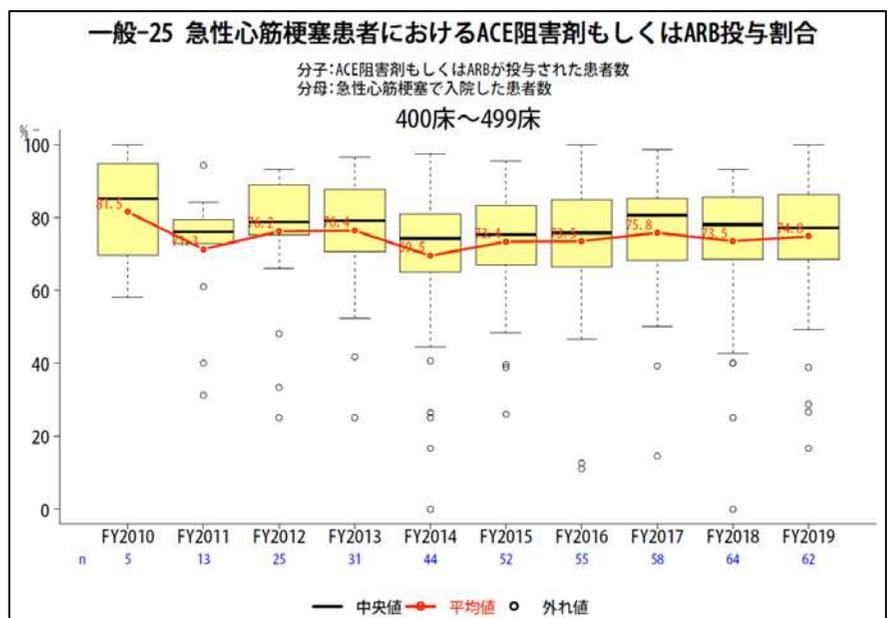
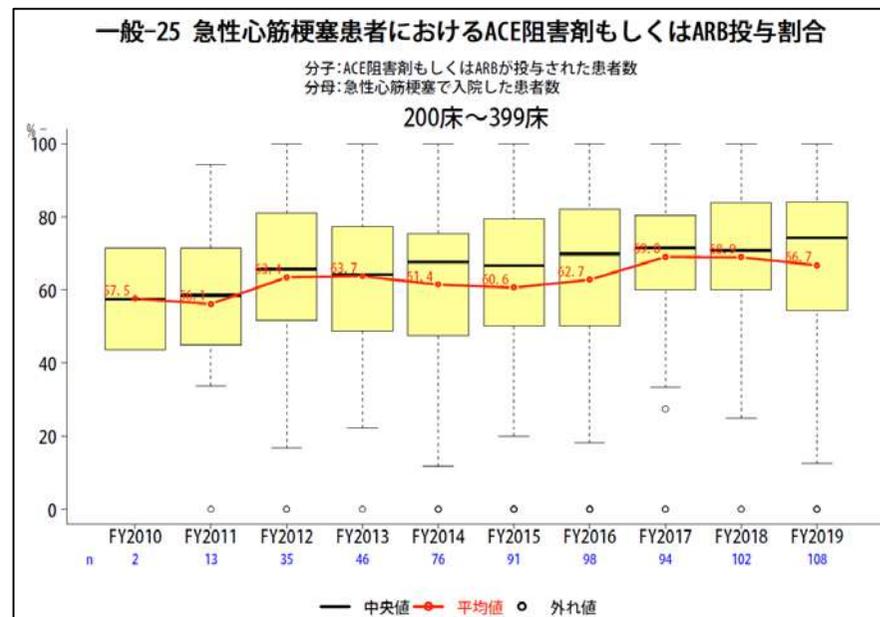
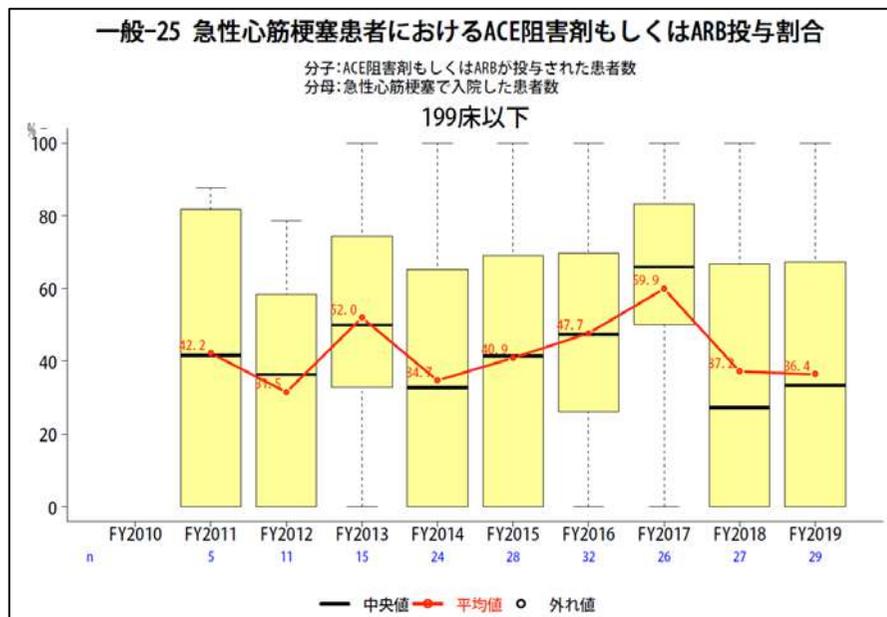
# 急性心筋梗塞患者における退院時スタチン投与割合



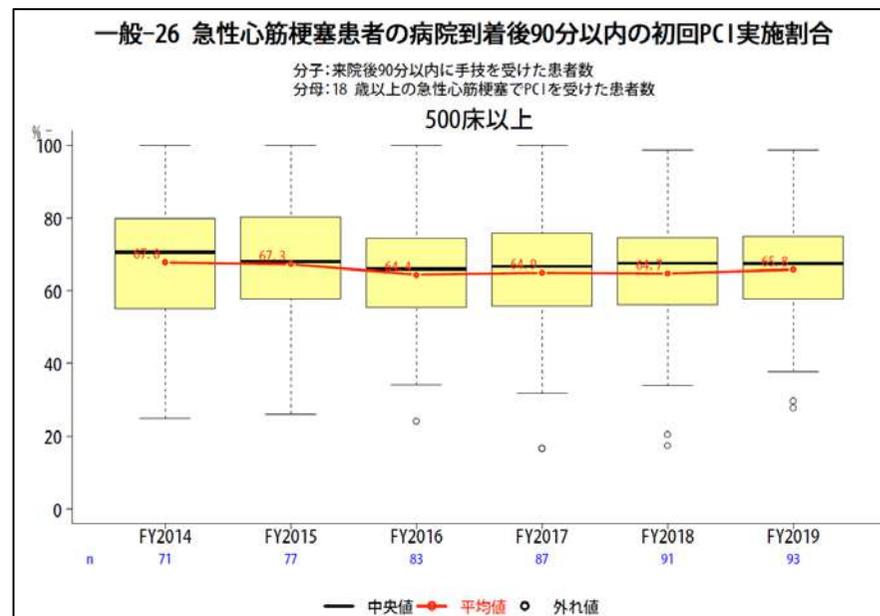
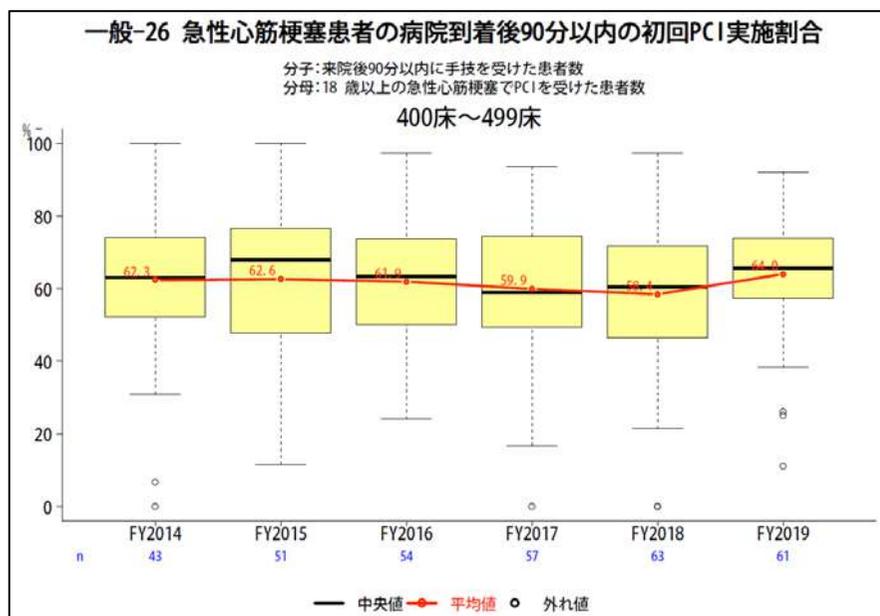
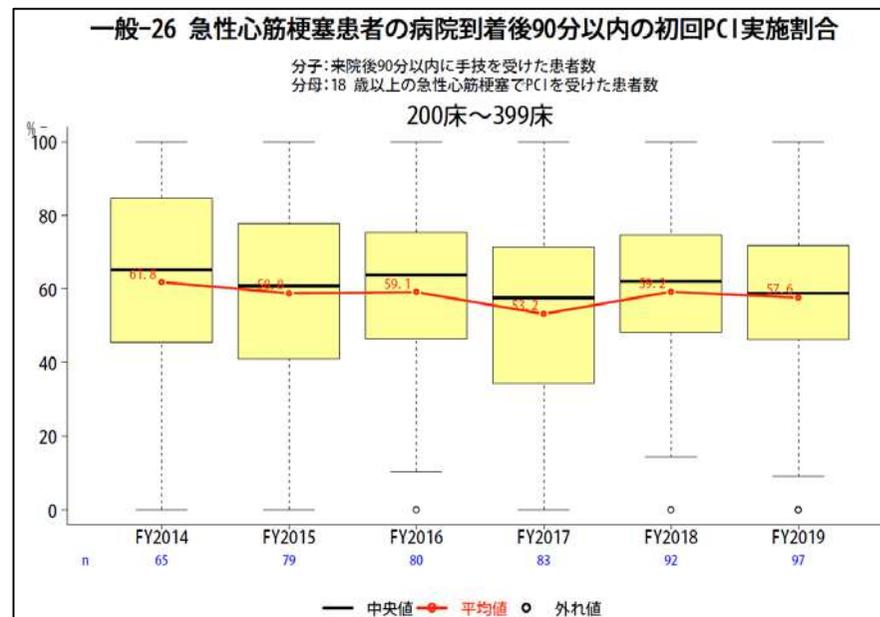
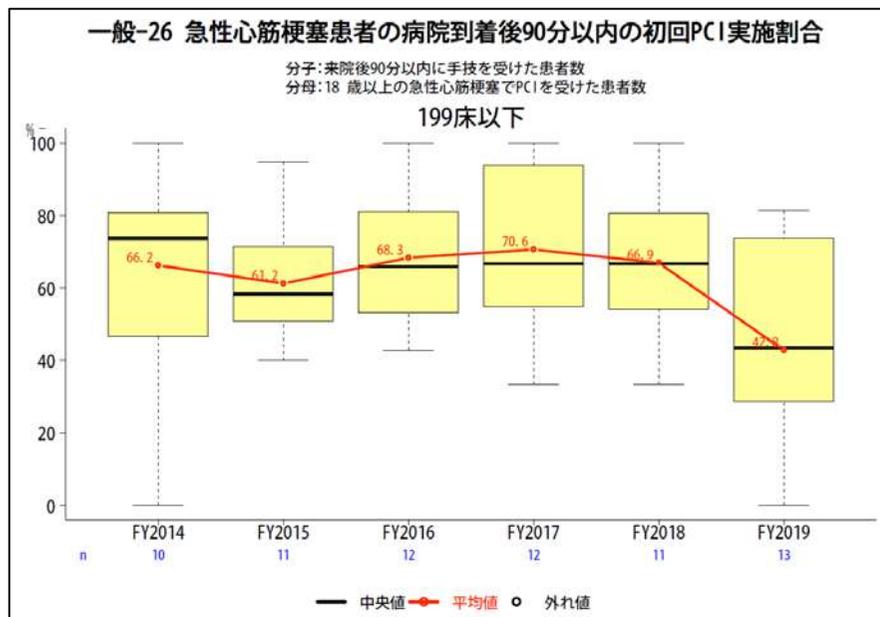
# 急性心筋梗塞患者における退院時ACE阻害剤もしくはARB投与割合



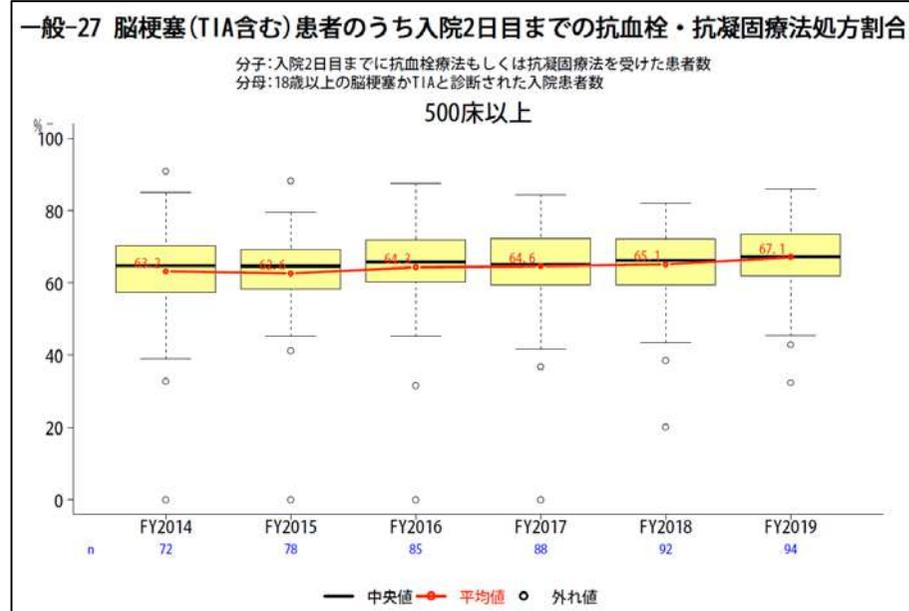
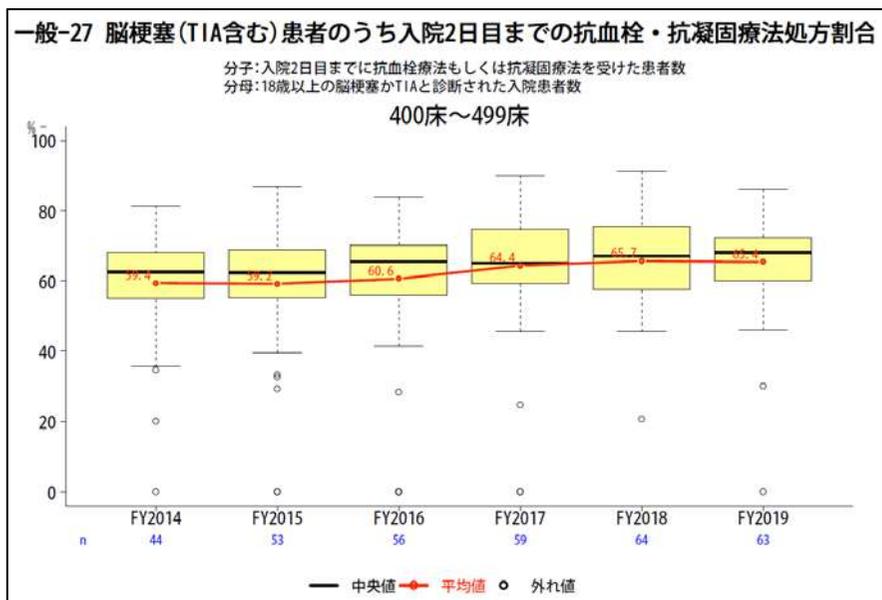
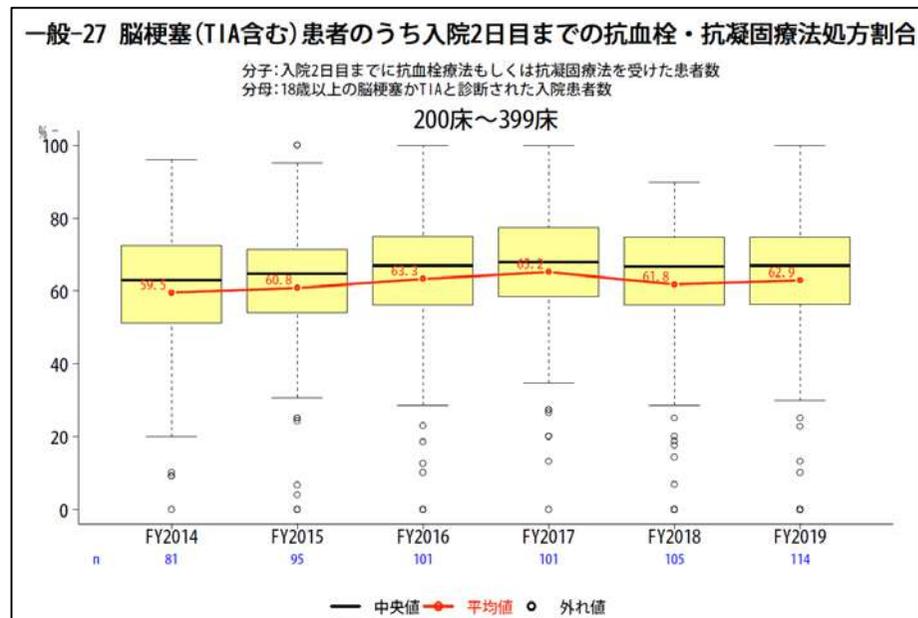
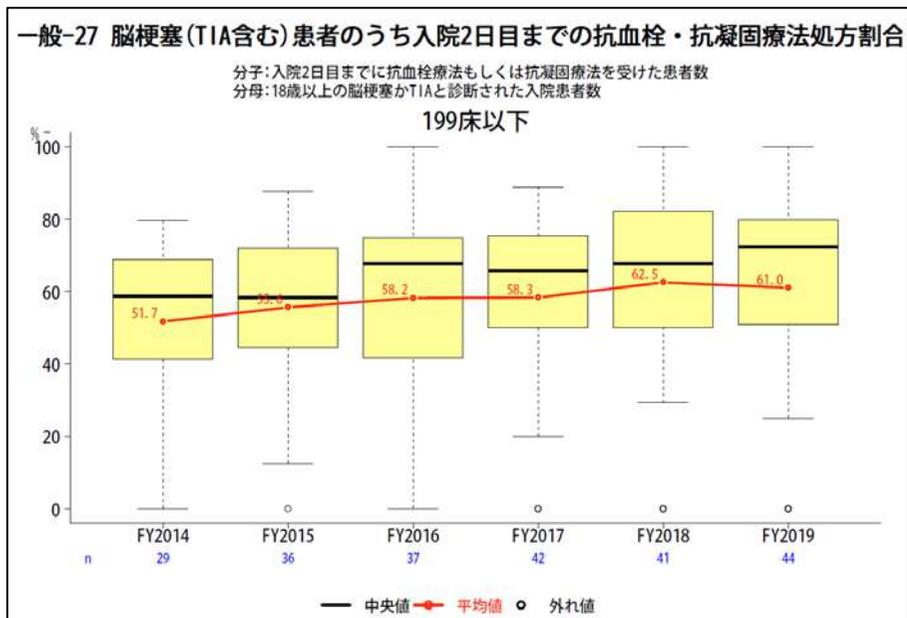
# 急性心筋梗塞患者におけるACE阻害剤もしくはARB投与割合



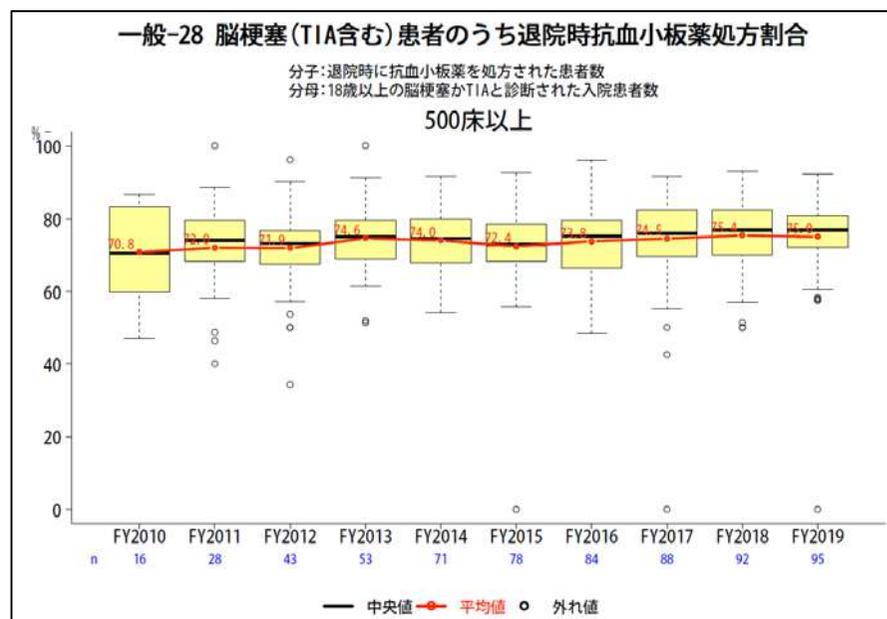
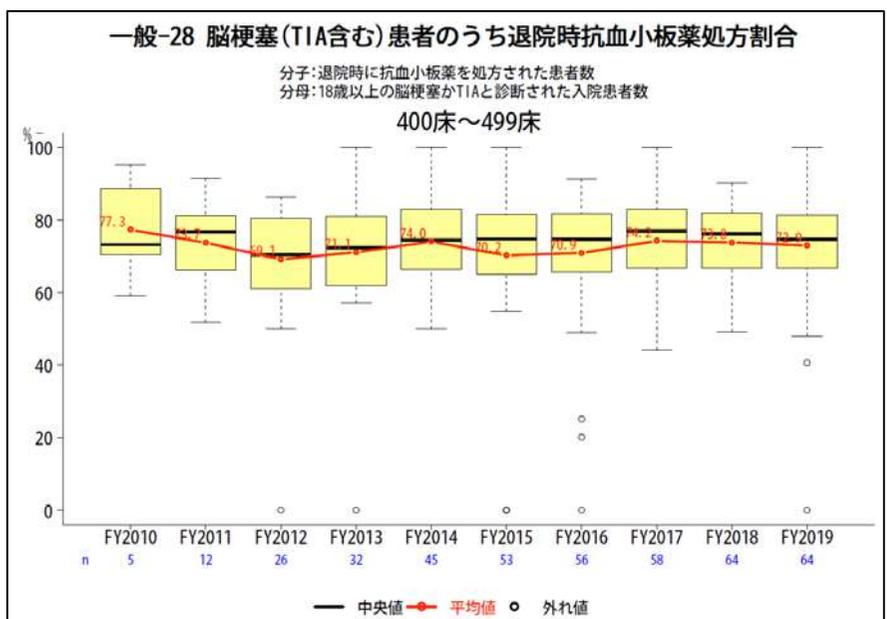
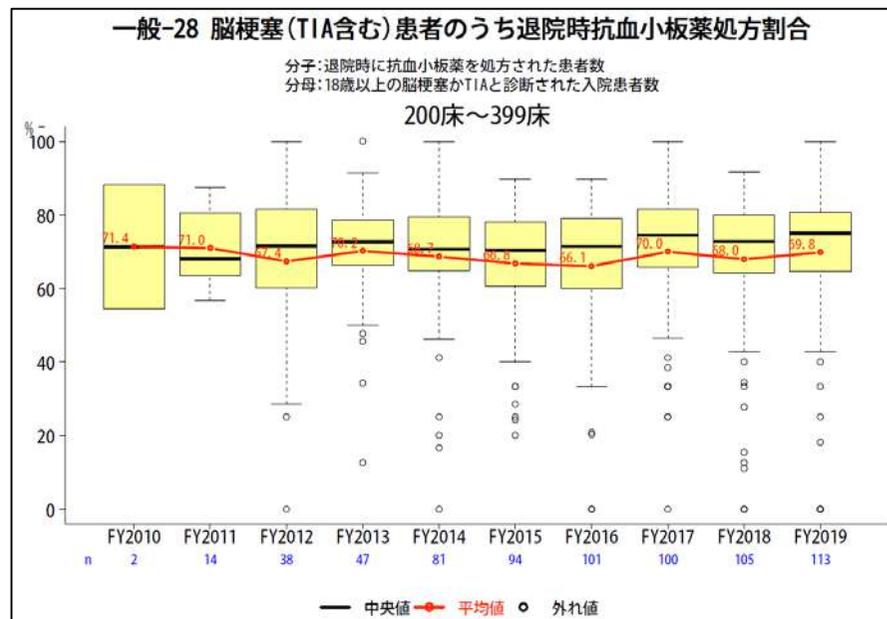
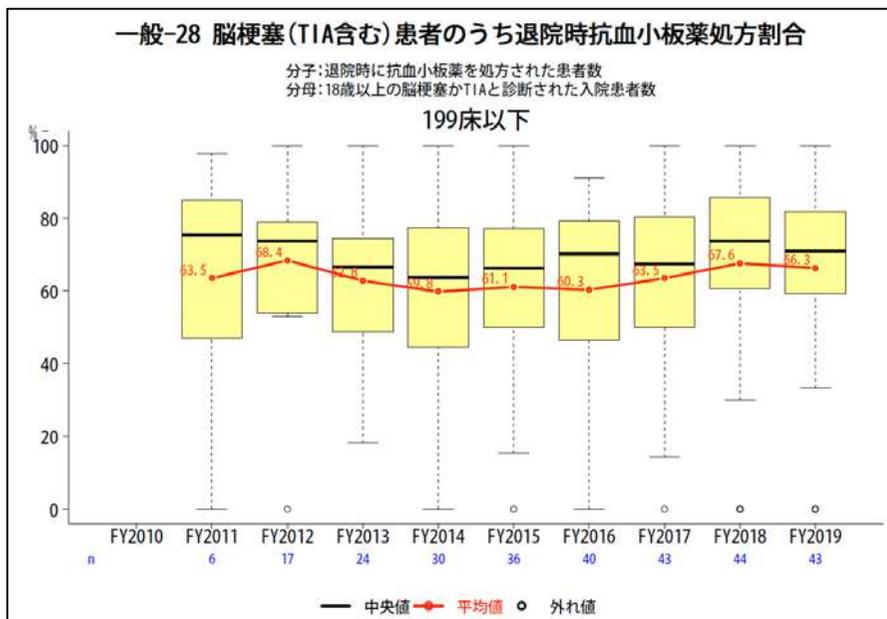
# 急性心筋梗塞患者の病院到着後 90 分以内の初回 PCI 実施割合



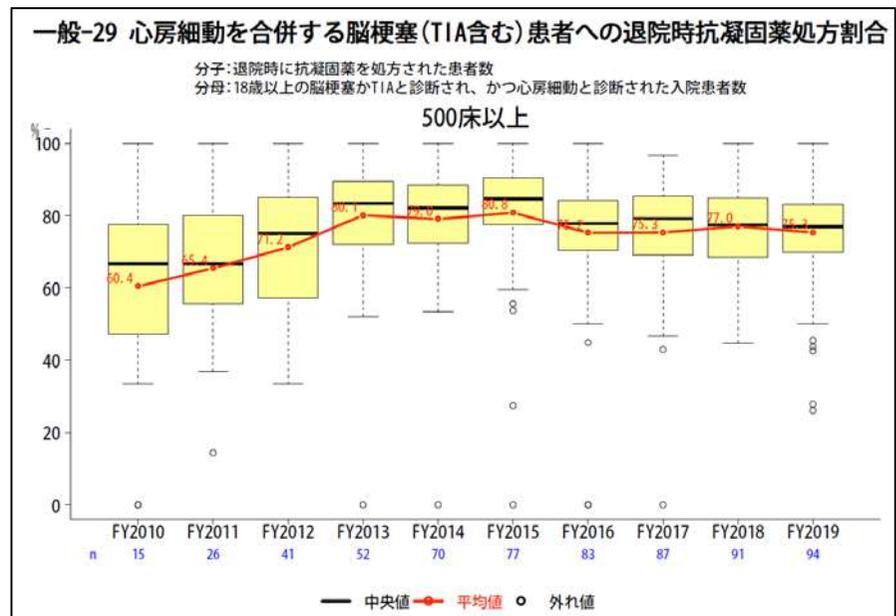
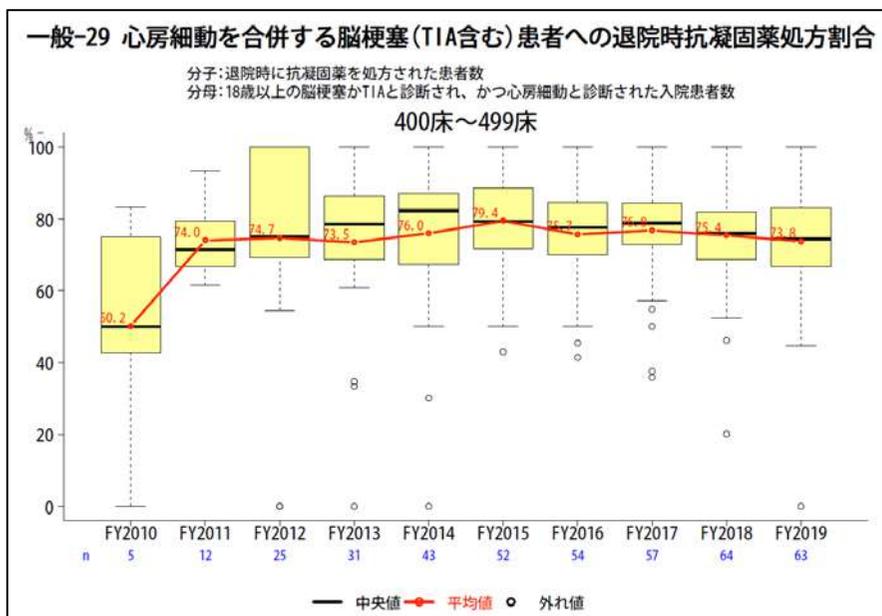
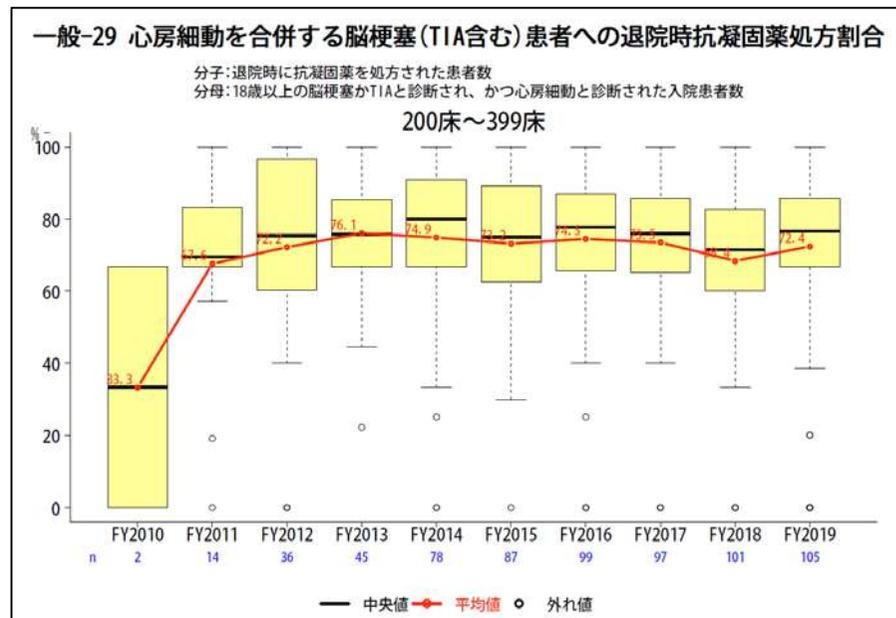
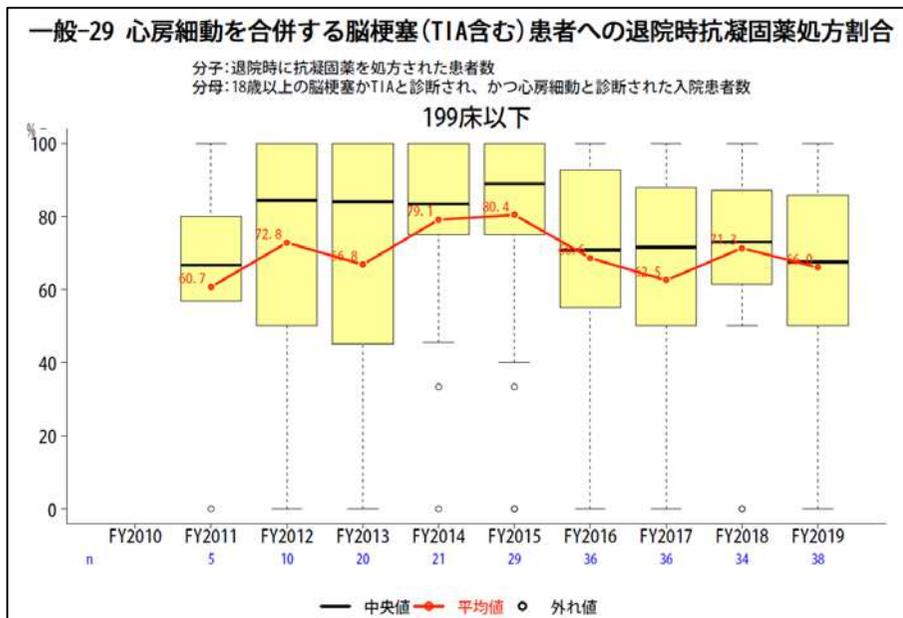
# 脳梗塞(TIA含む)患者のうち入院2日目までの抗血栓・抗凝固療法処方割合



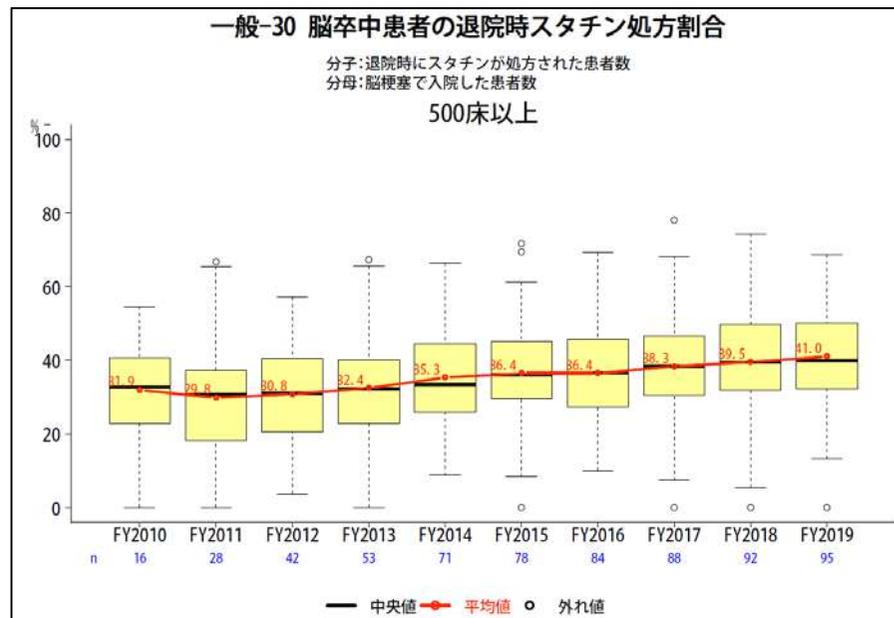
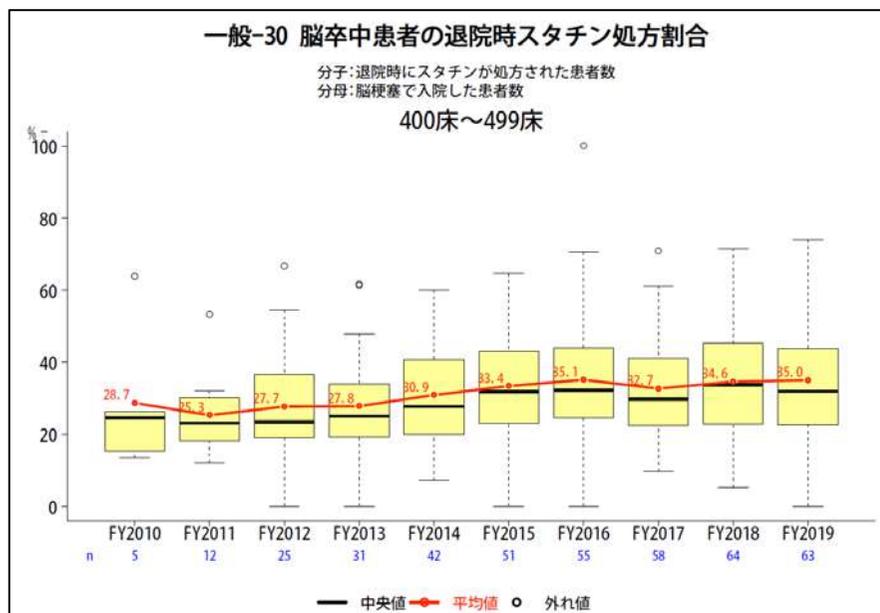
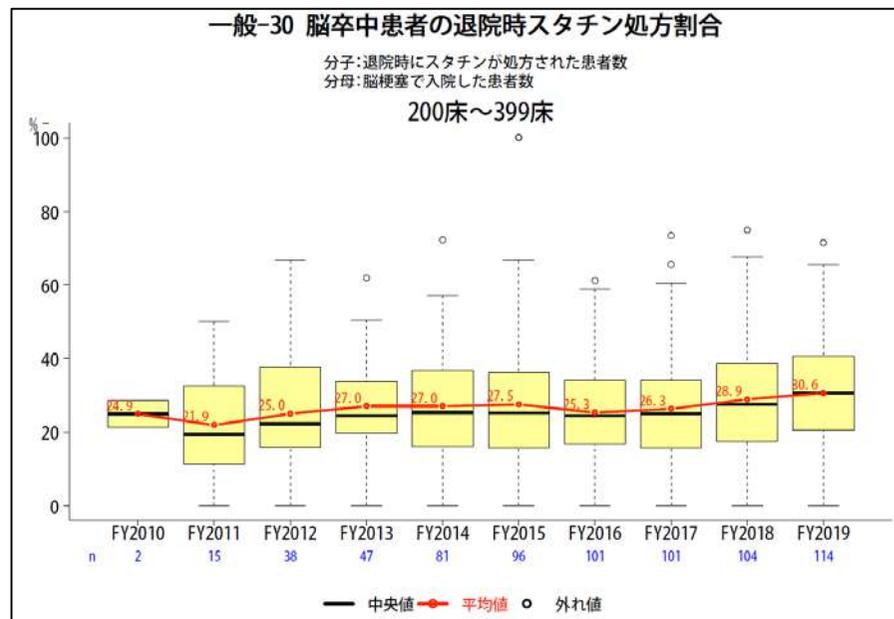
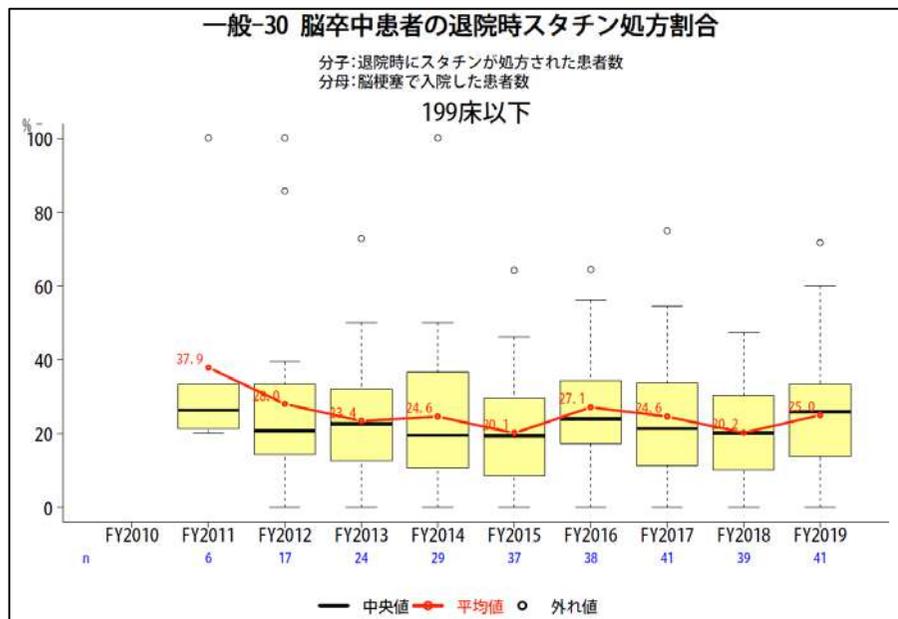
# 脳梗塞(TIA含む)患者のうち退院時抗血小板薬処方割合



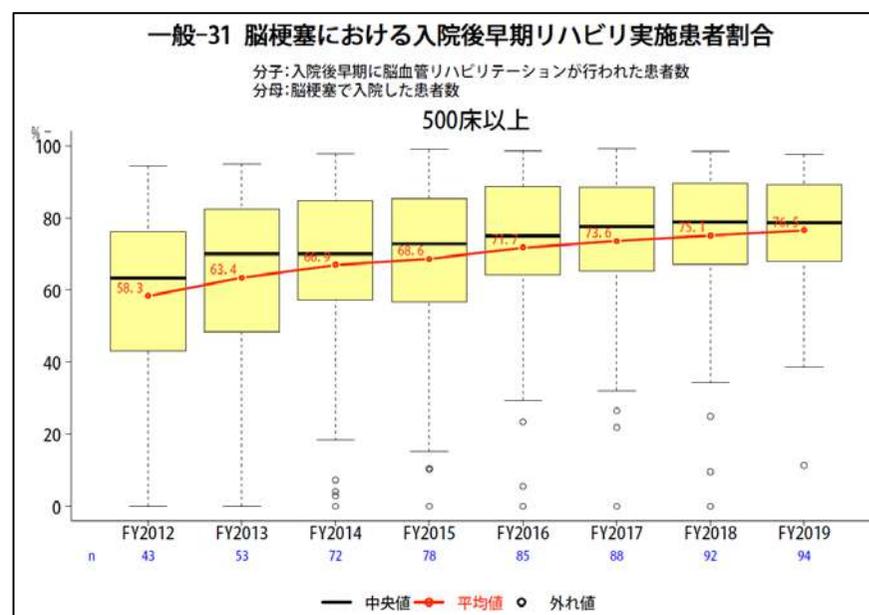
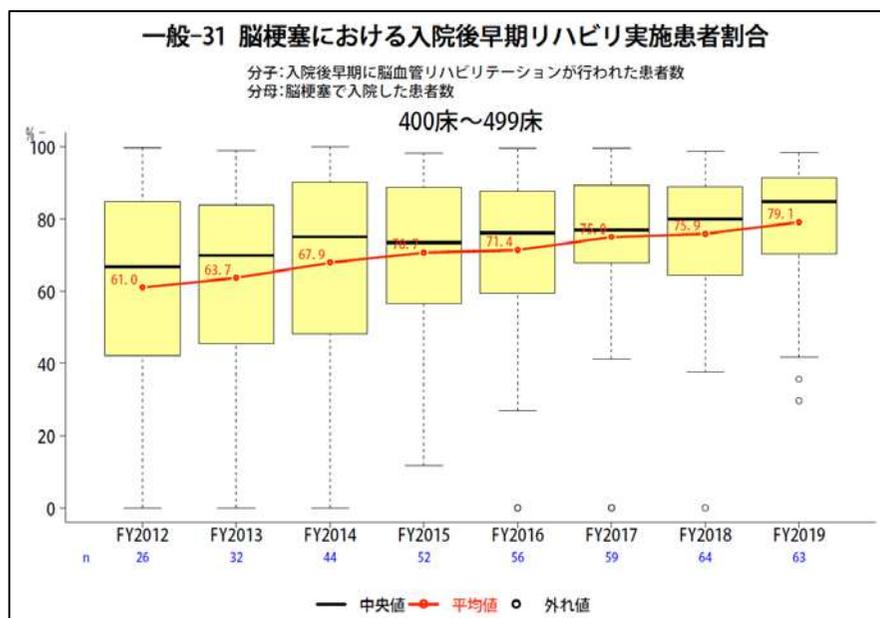
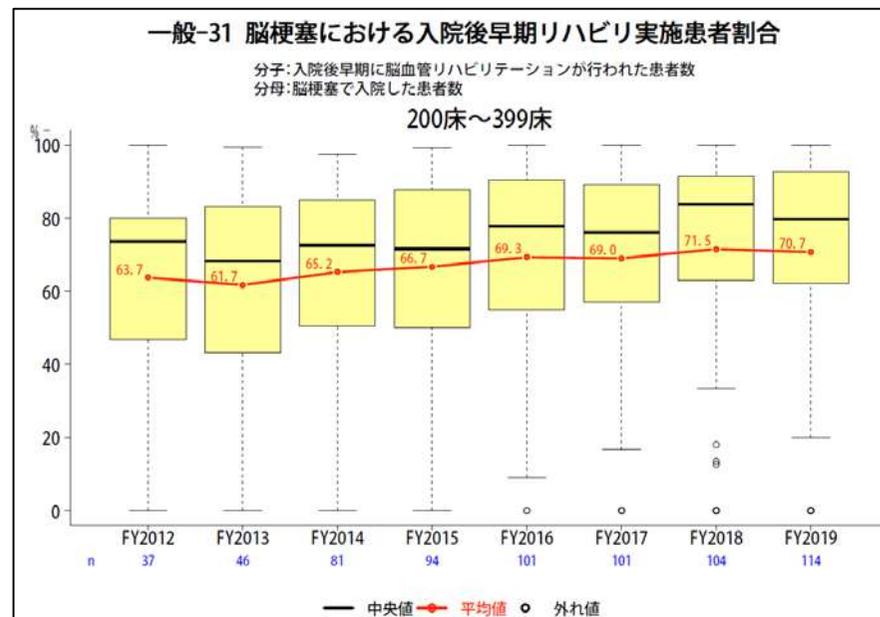
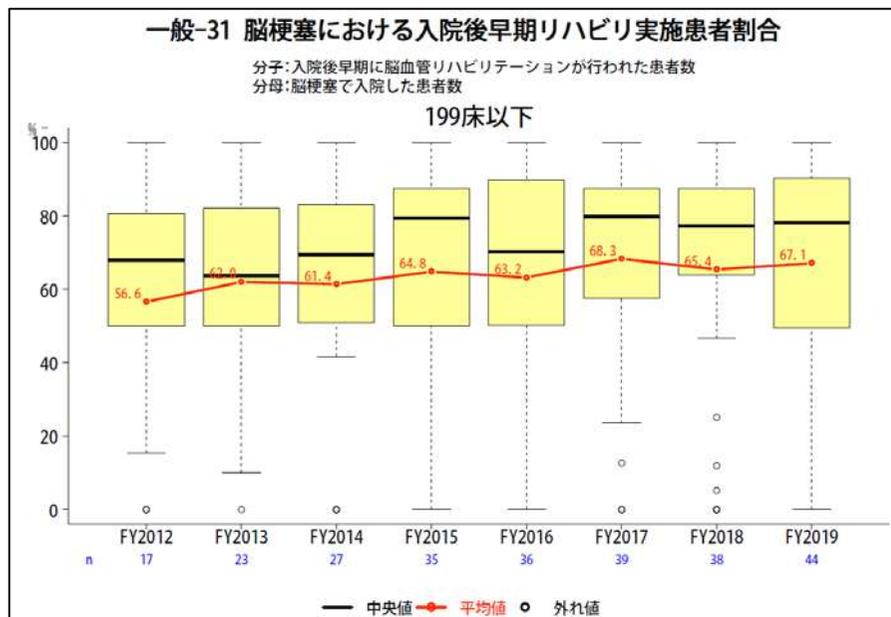
# 心房細動を合併する脳梗塞(TIA含む)患者への退院時抗凝固薬処方割合



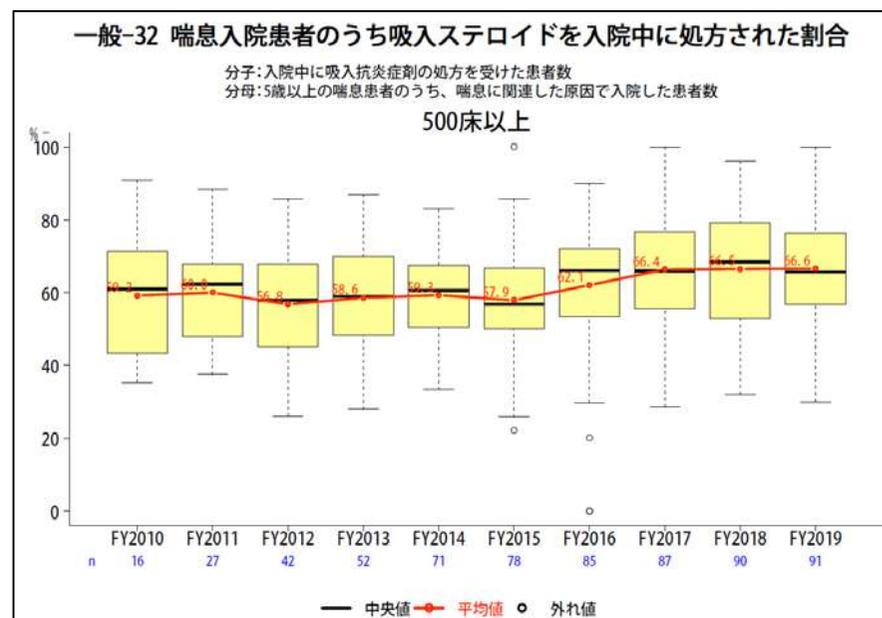
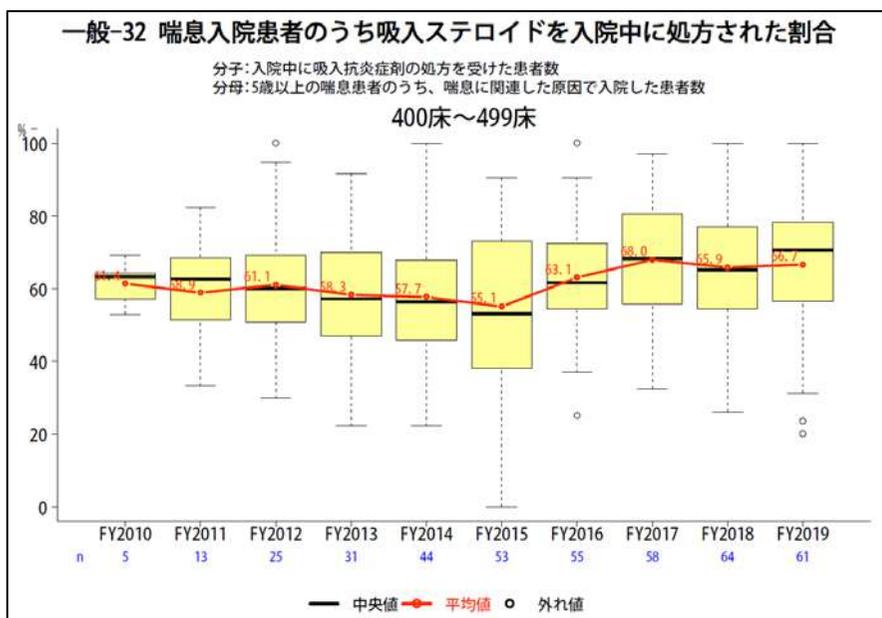
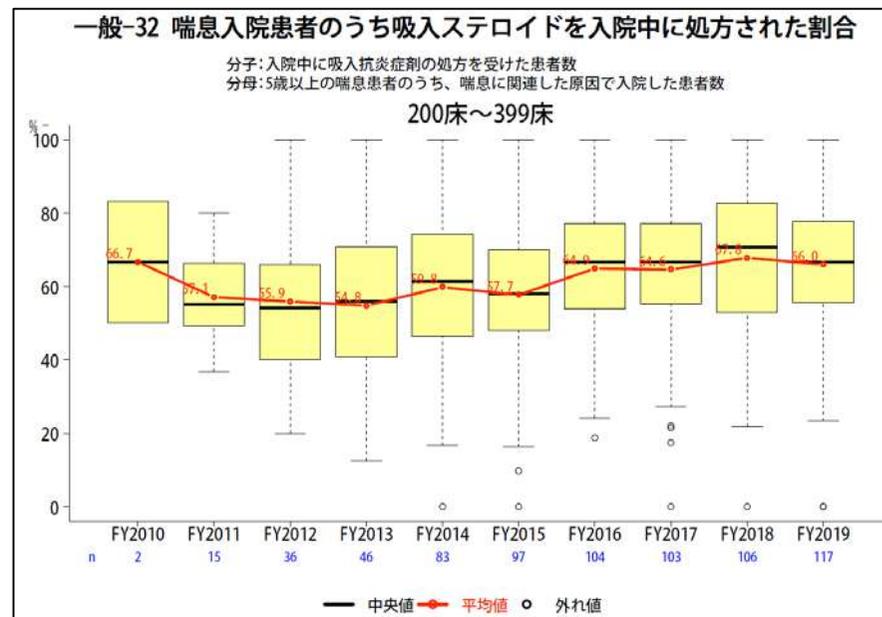
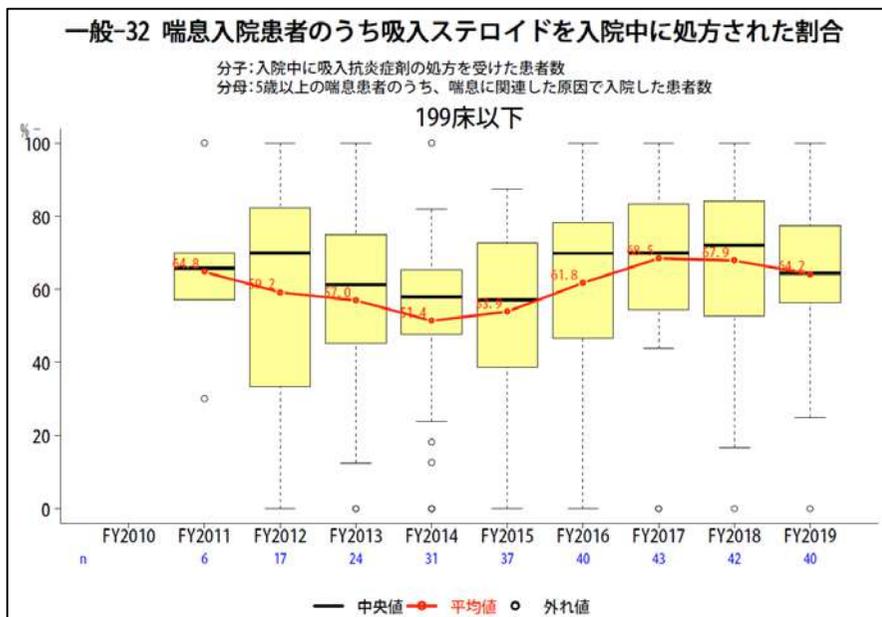
# 脳卒中患者の退院時スタチン処方割合



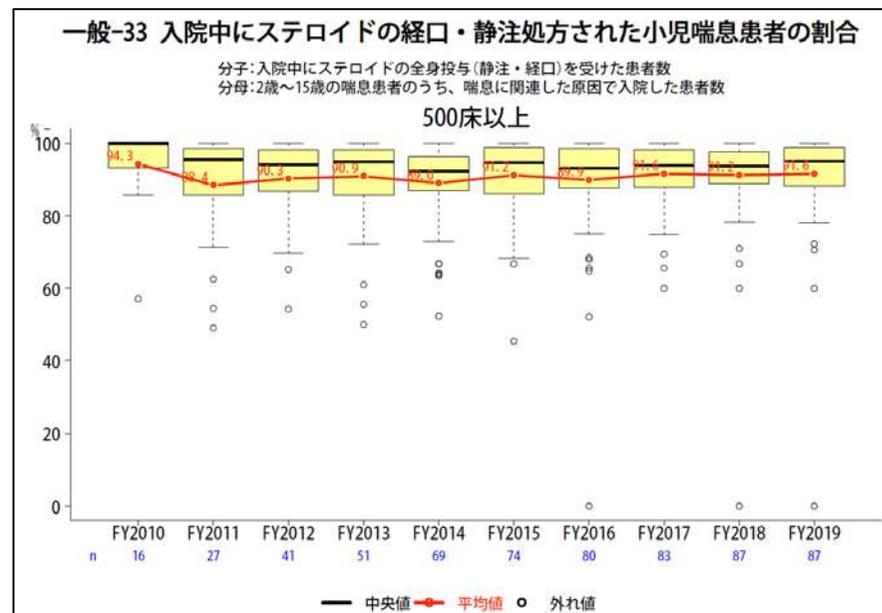
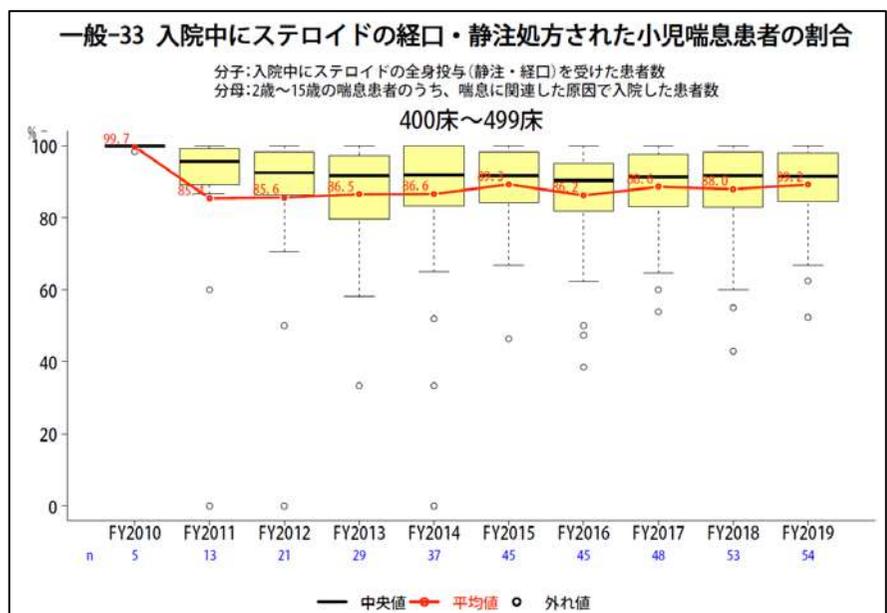
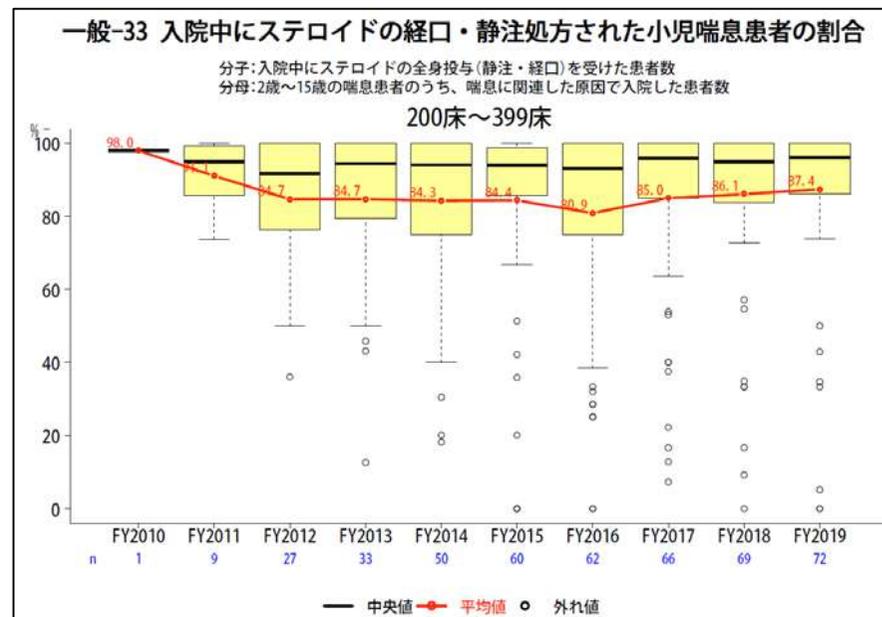
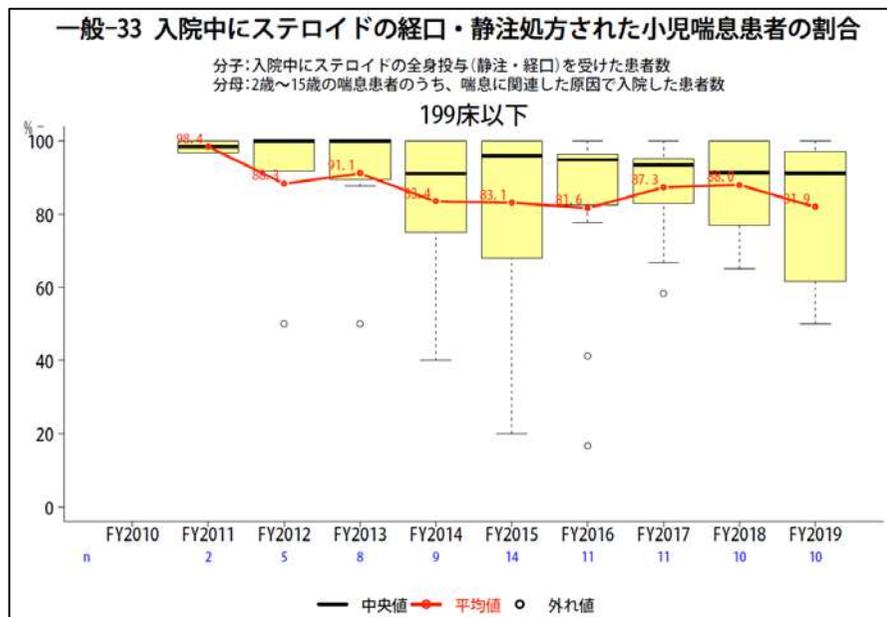
# 脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者割合



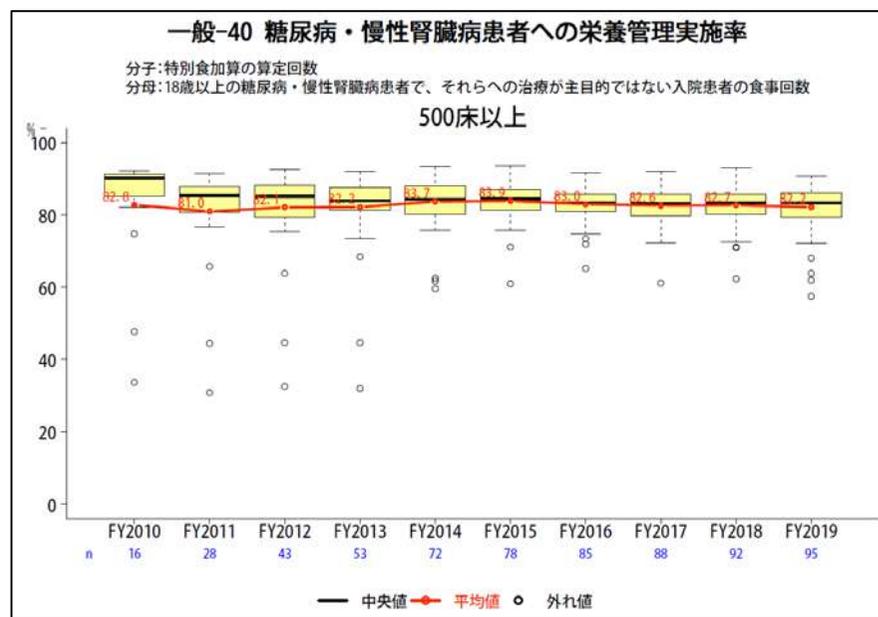
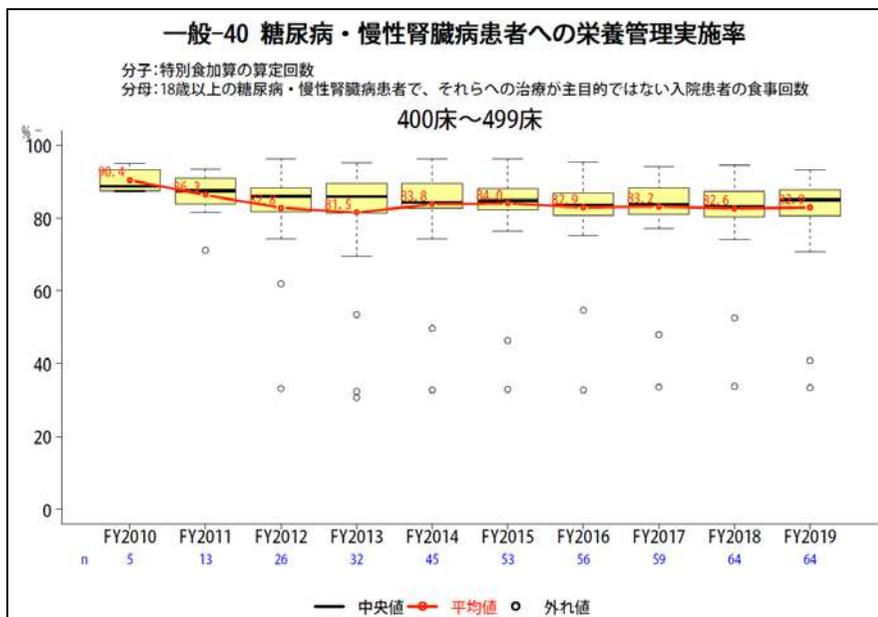
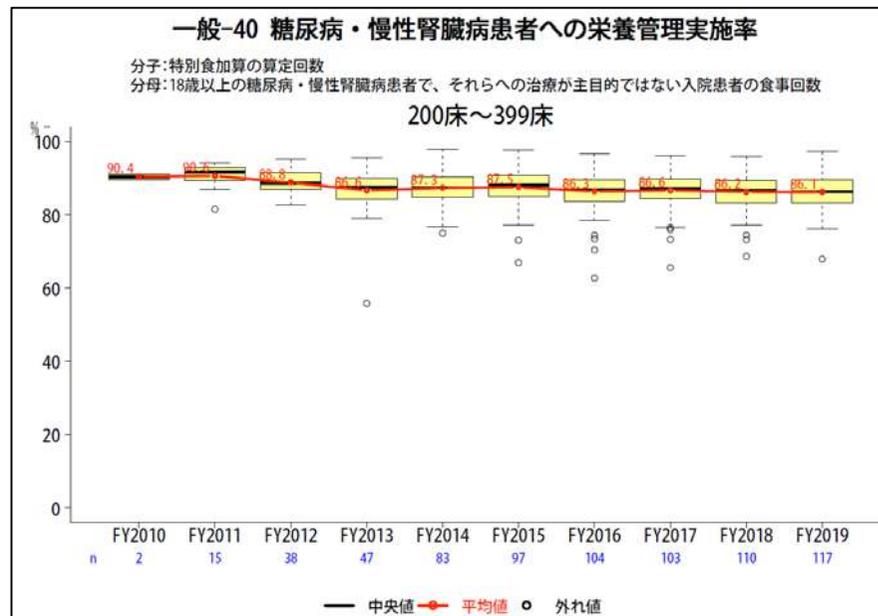
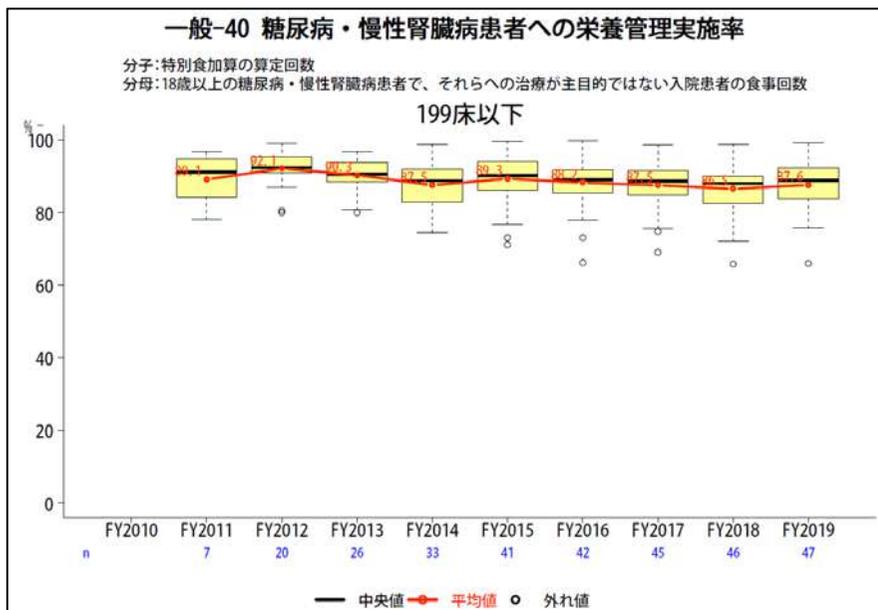
# 喘息入院患者のうち吸入ステロイドを入院中に処方された割合



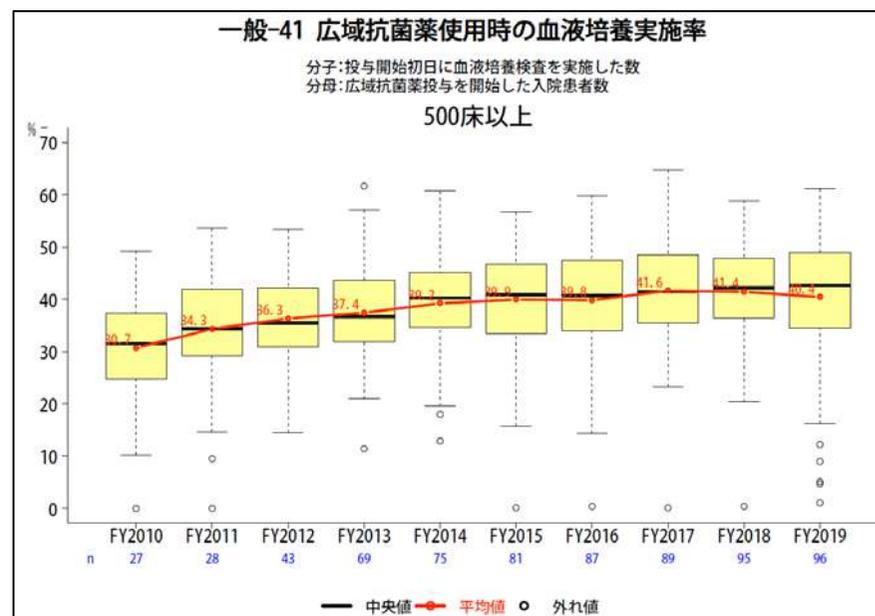
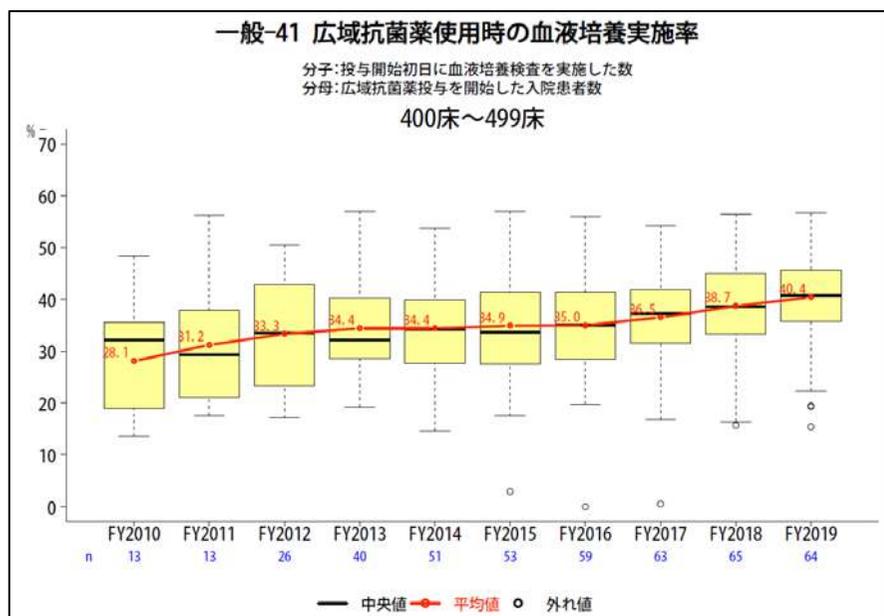
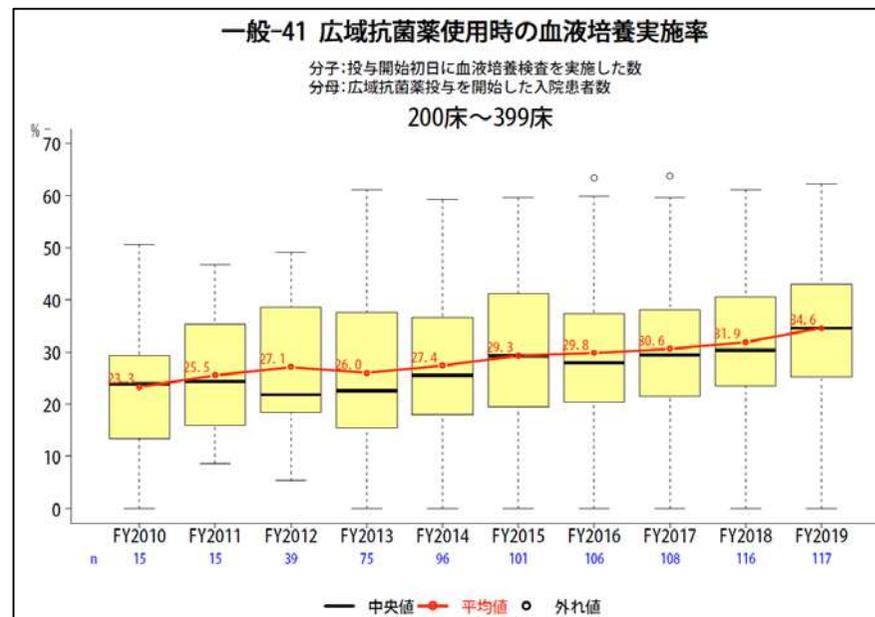
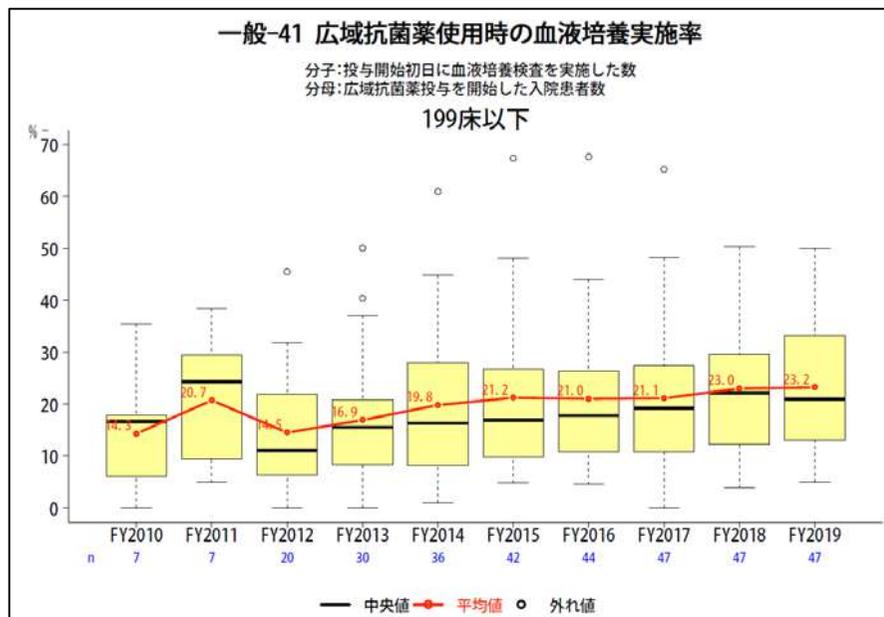
# 入院中にステロイドの経口・静注処方された小児喘息患者の割合



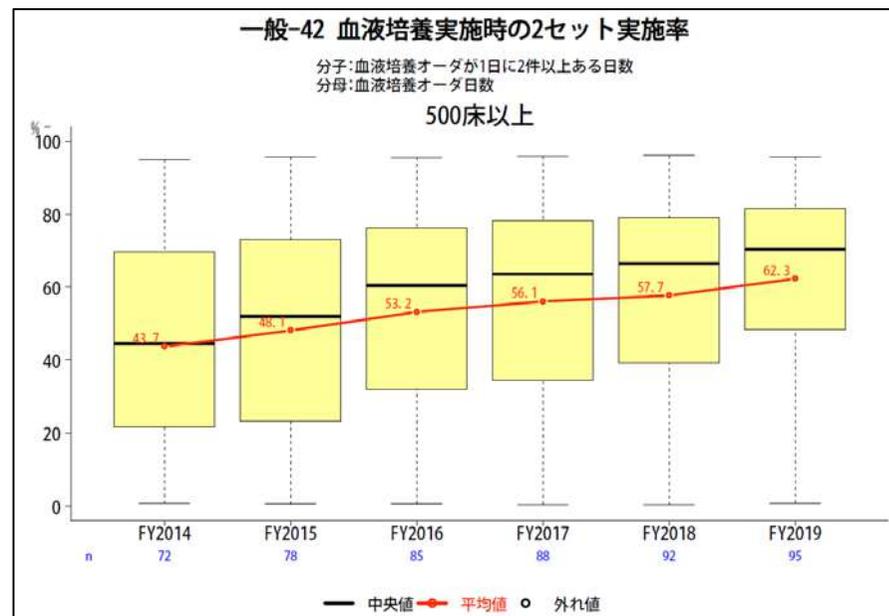
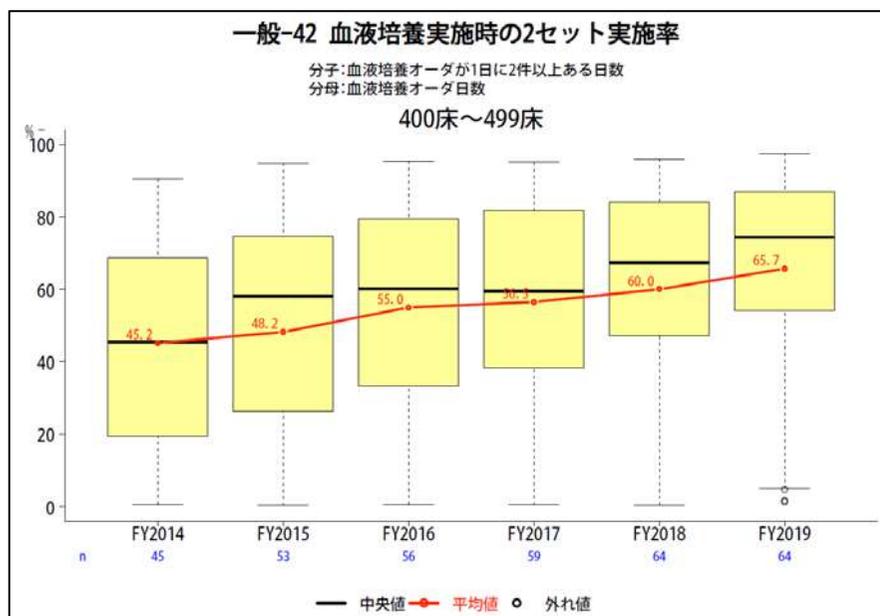
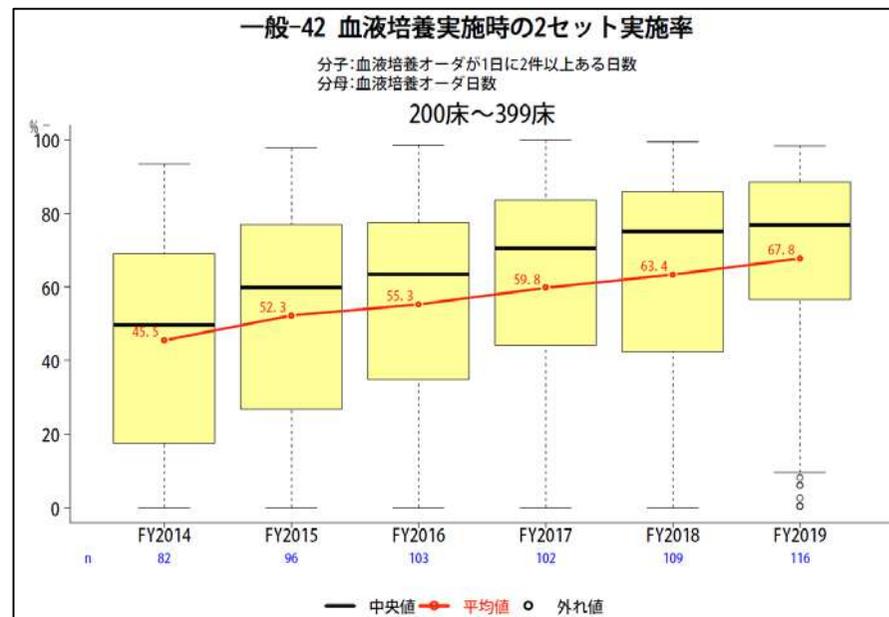
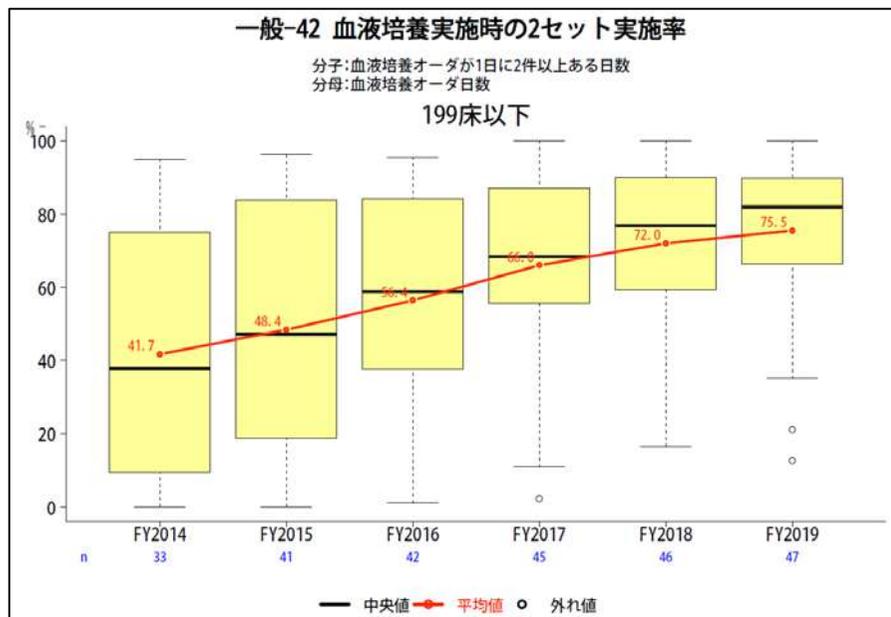
# 糖尿病・慢性腎臓病患者への栄養管理実施率



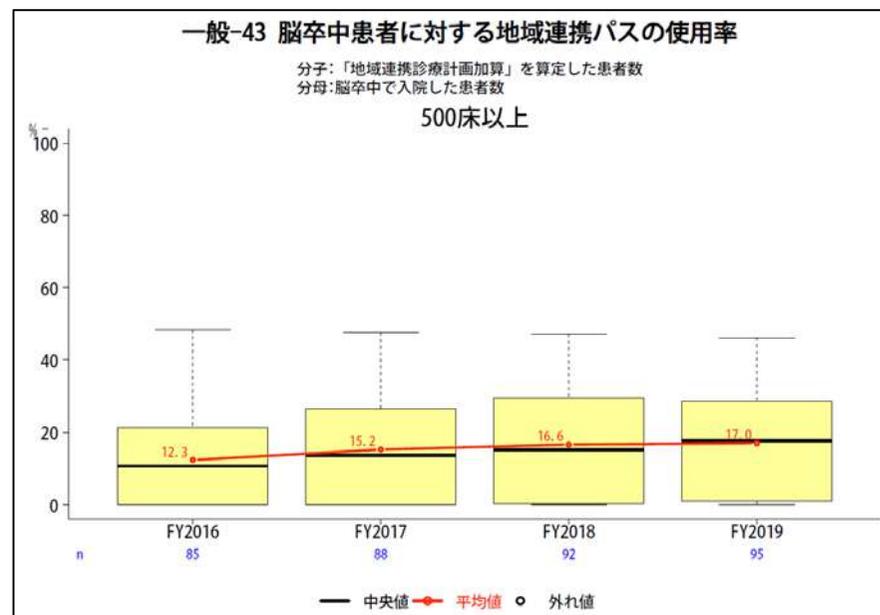
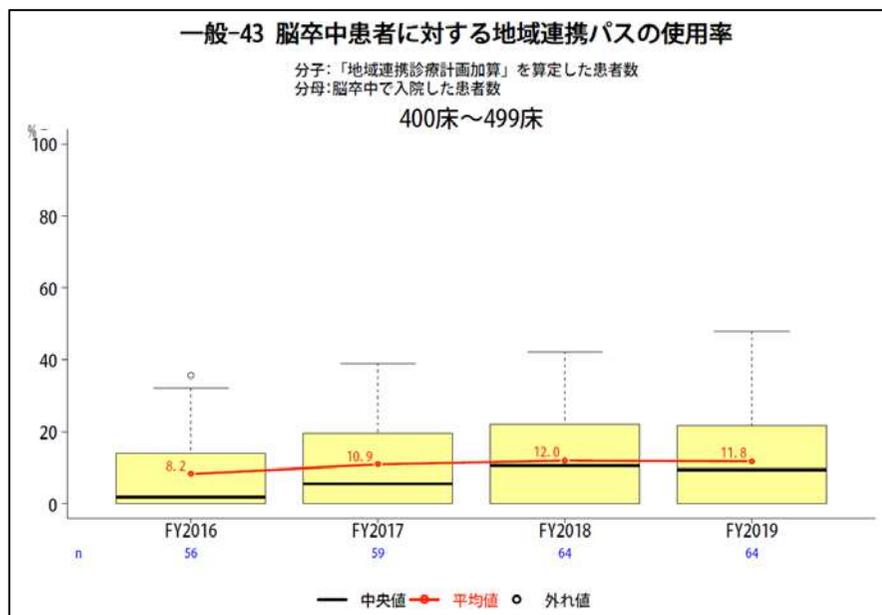
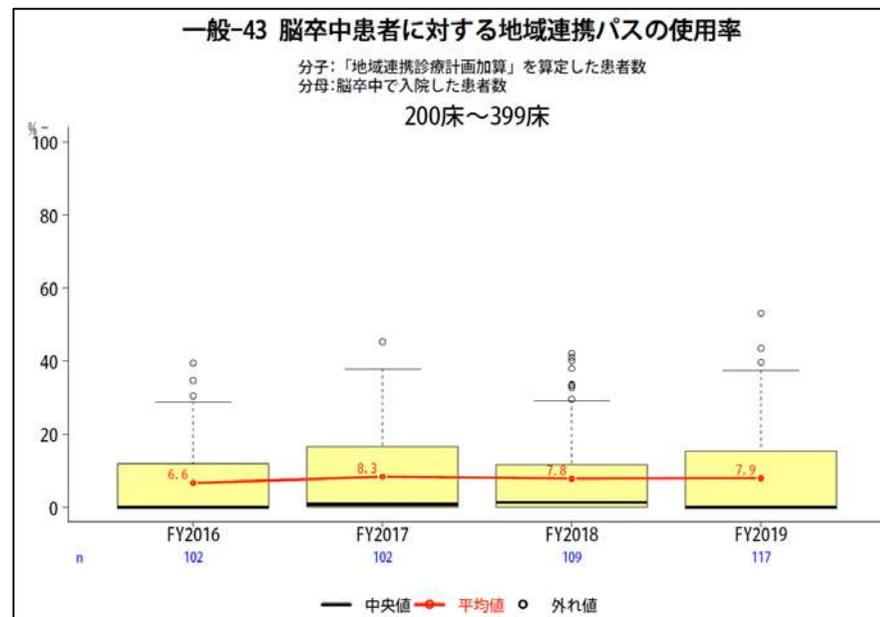
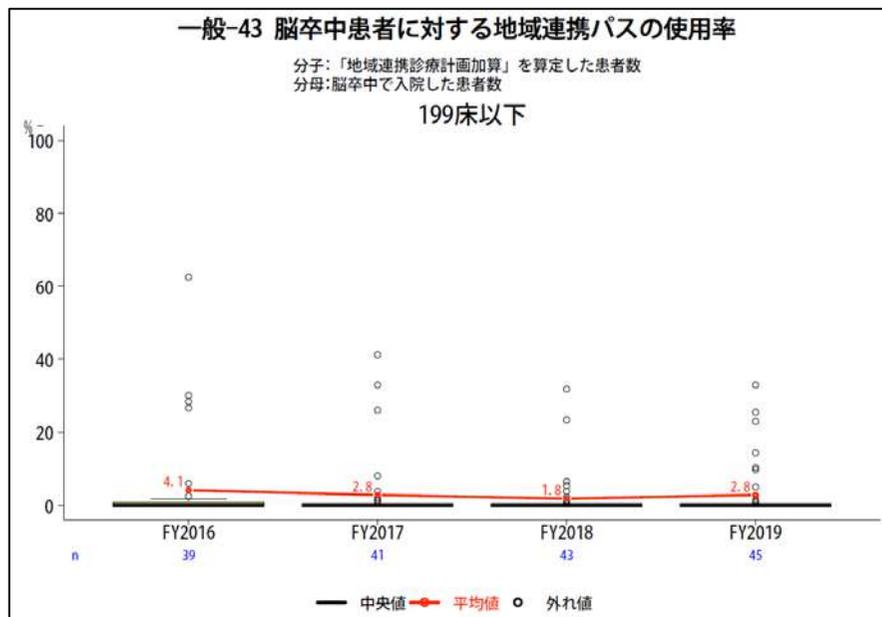
# 広域抗菌薬使用時の血液培養実施率



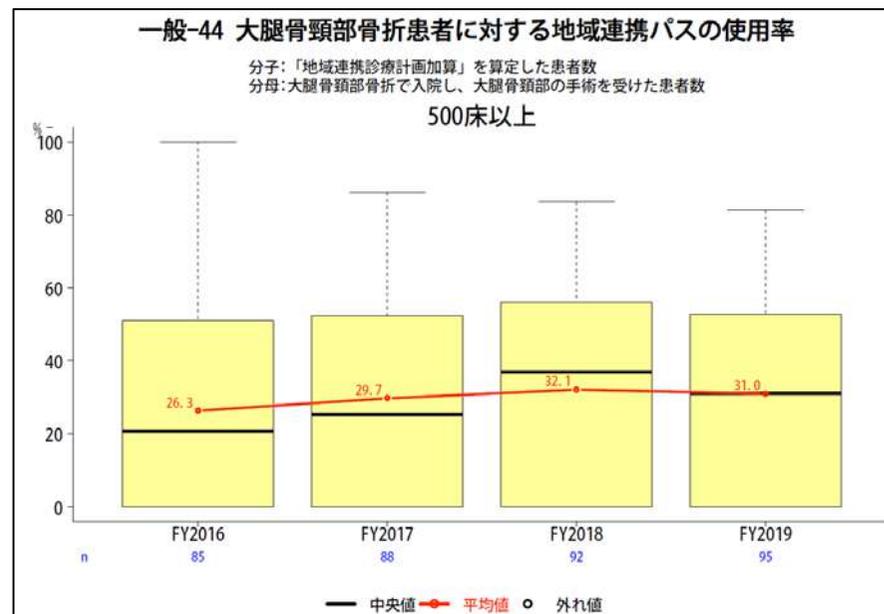
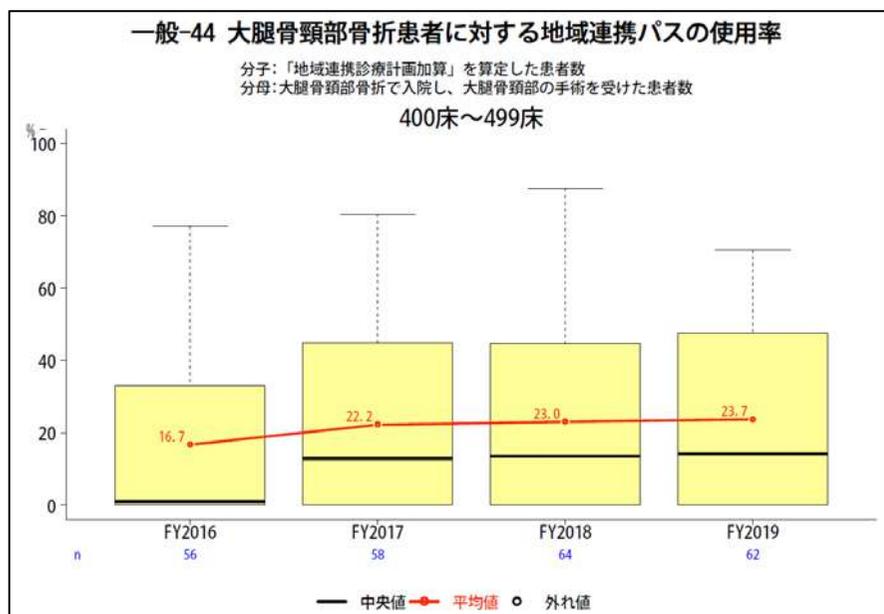
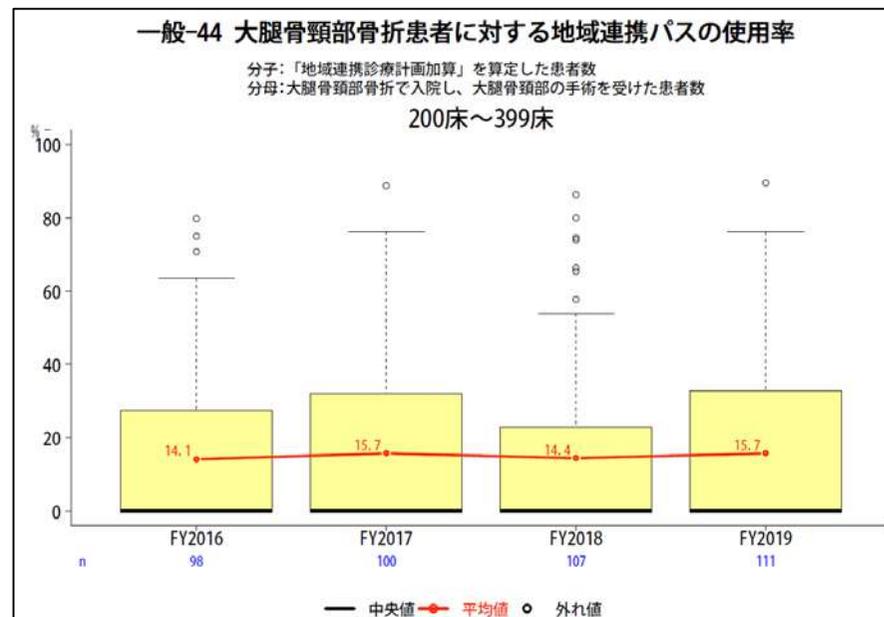
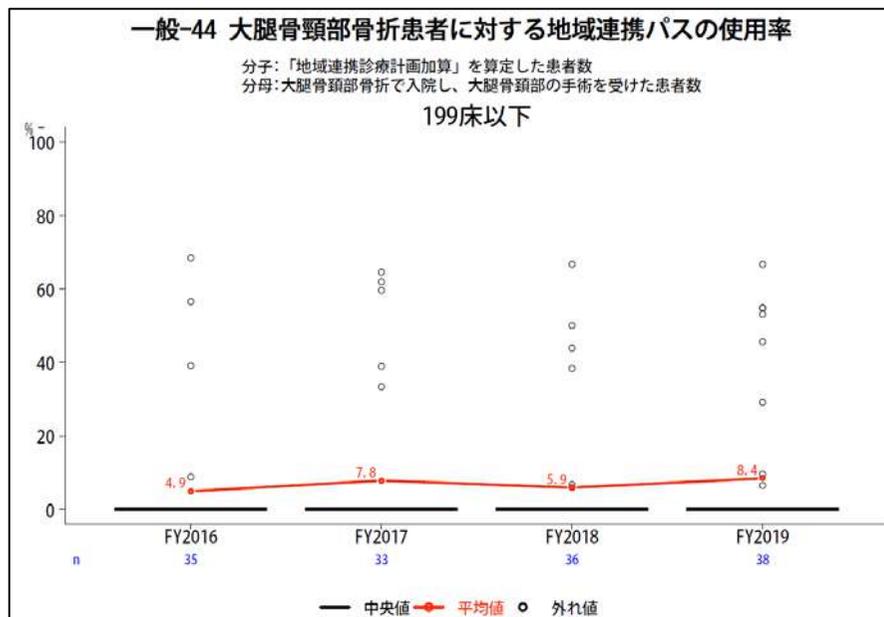
# 血液培養実施時の2セット実施率



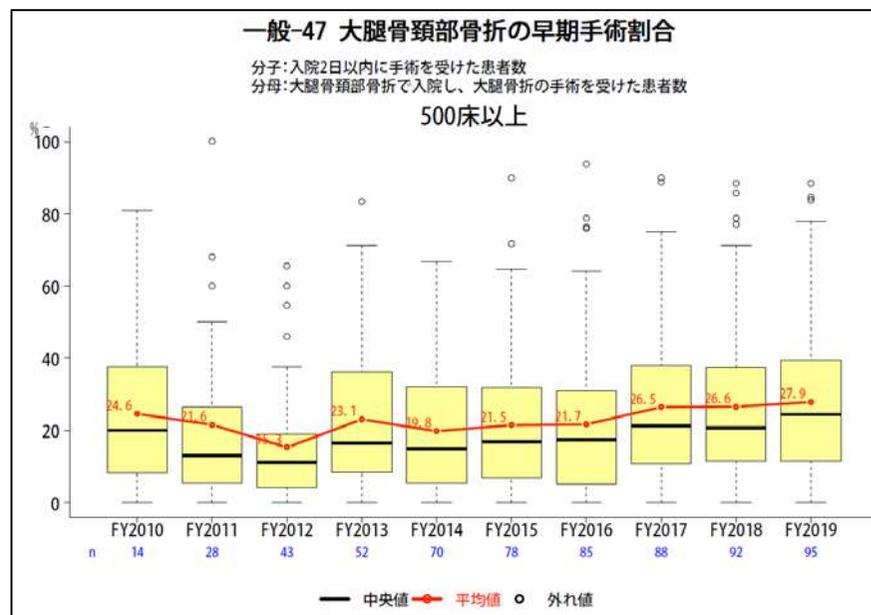
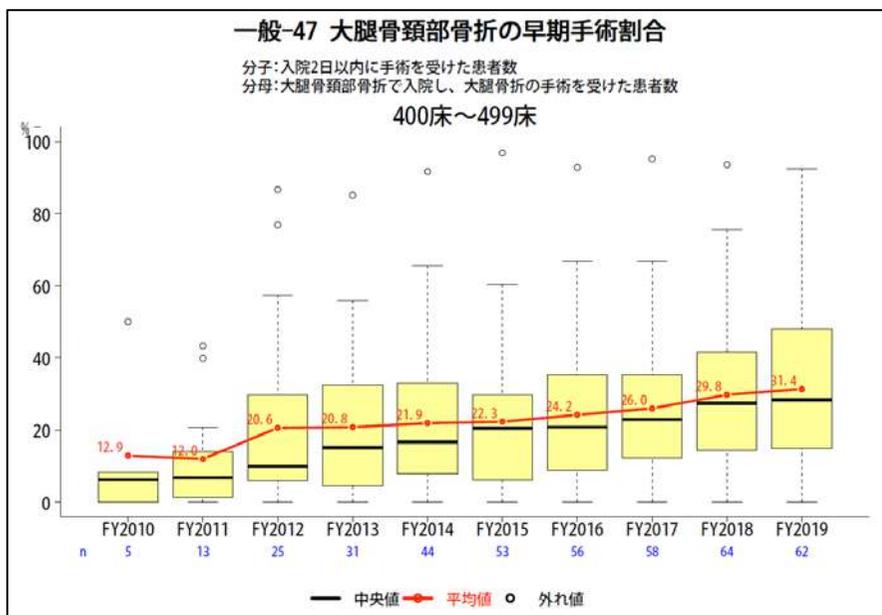
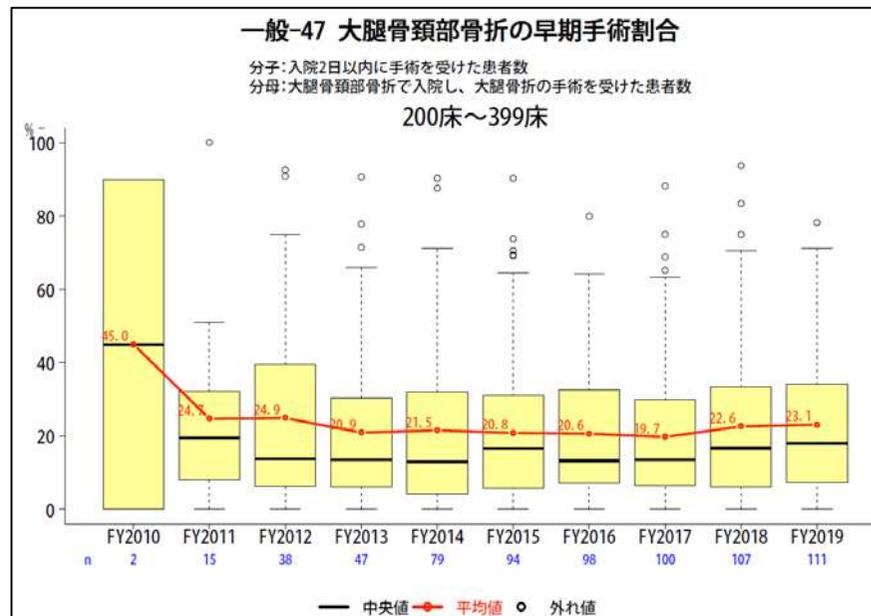
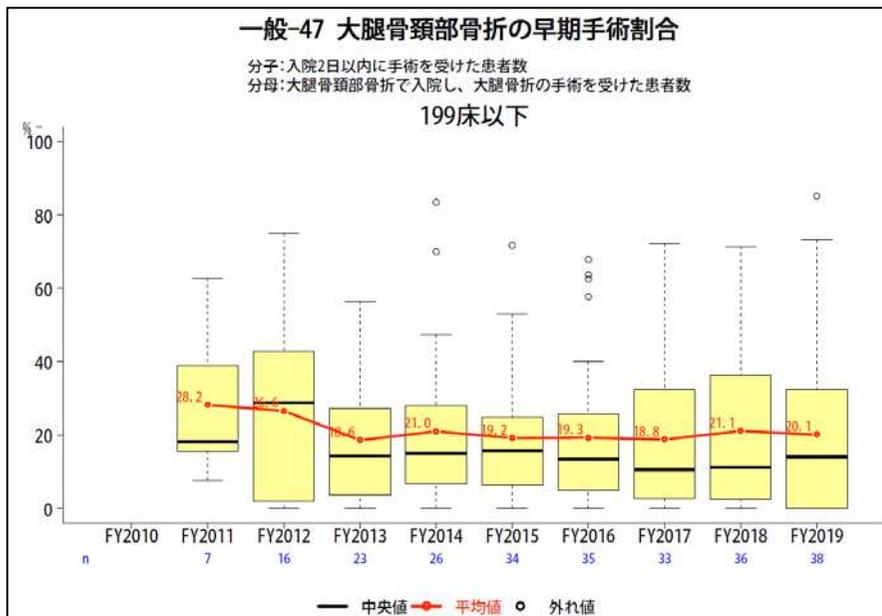
# 脳卒中患者に対する地域連携パスの使用率



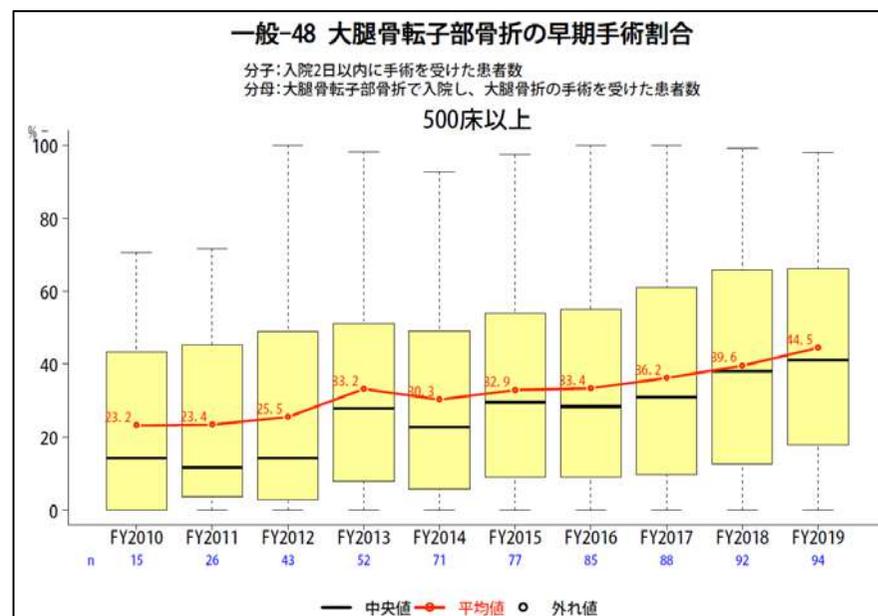
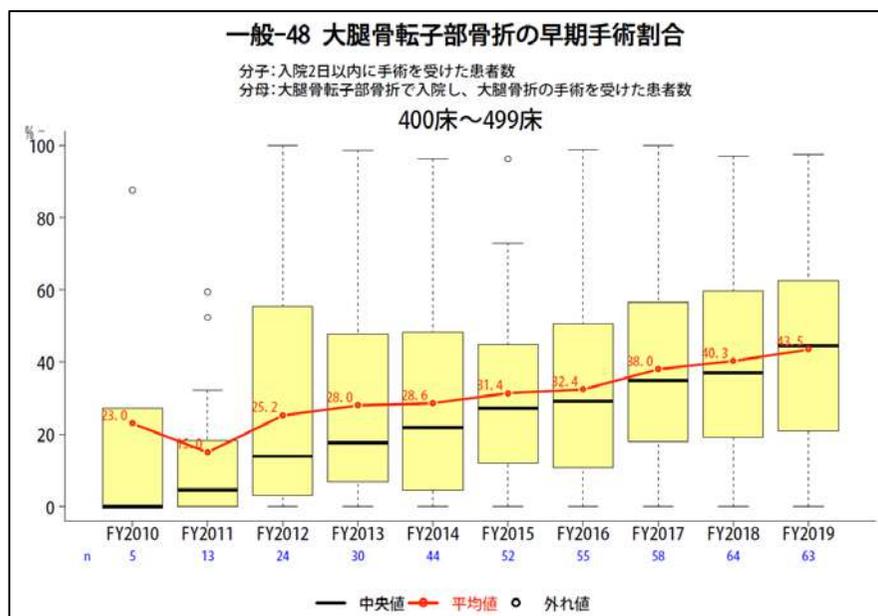
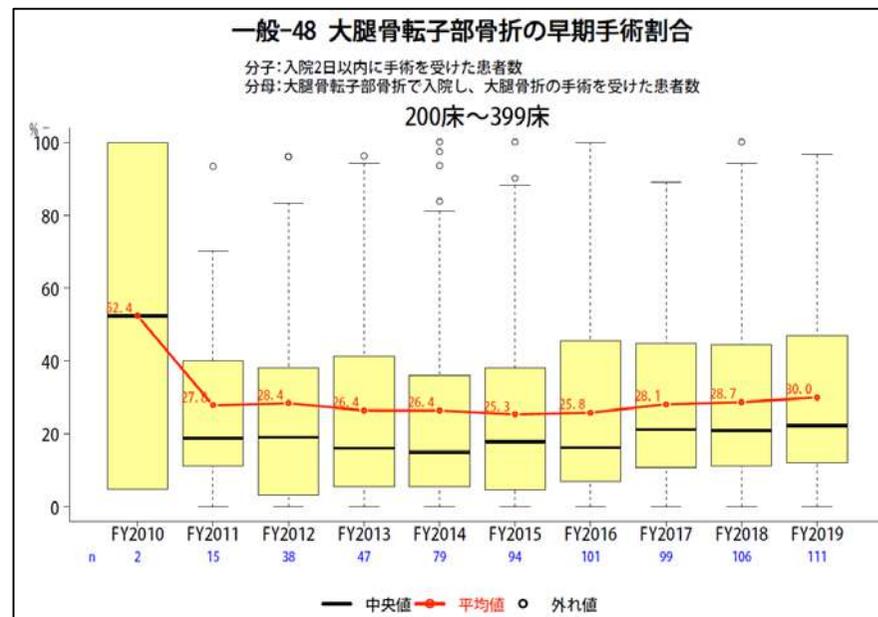
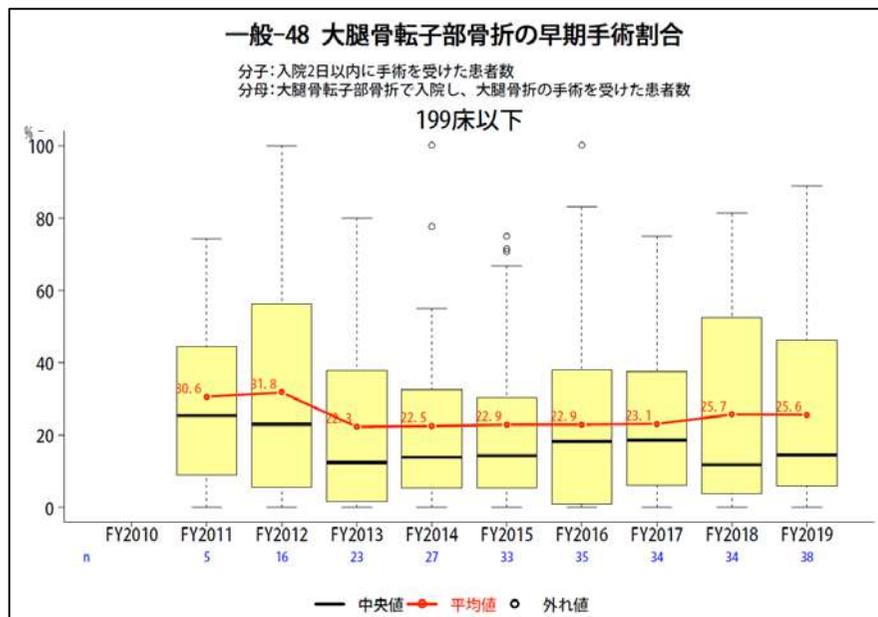
# 大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携パスの使用率



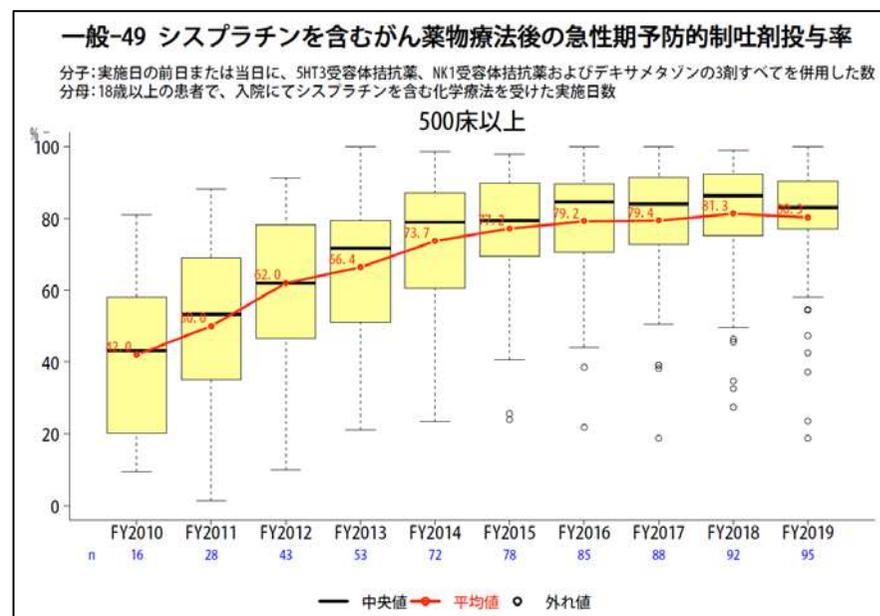
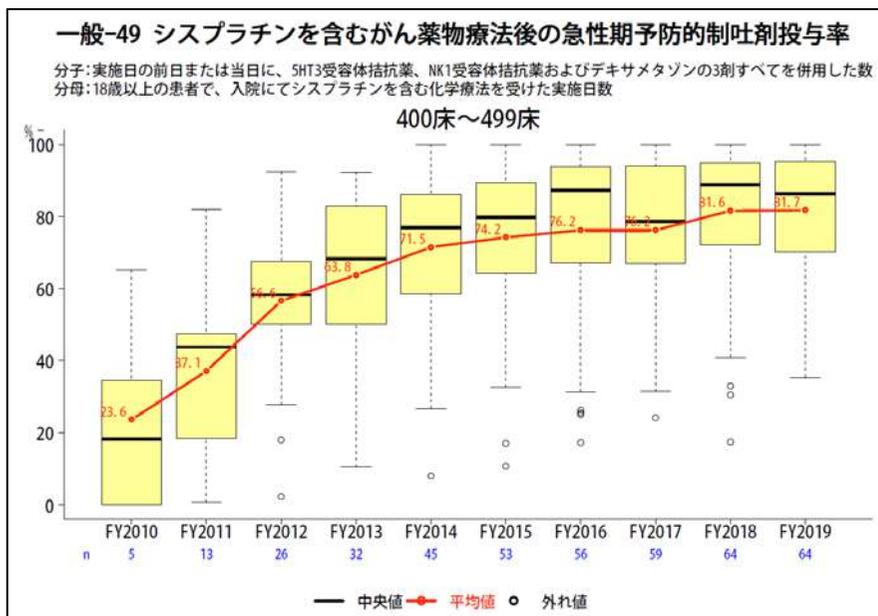
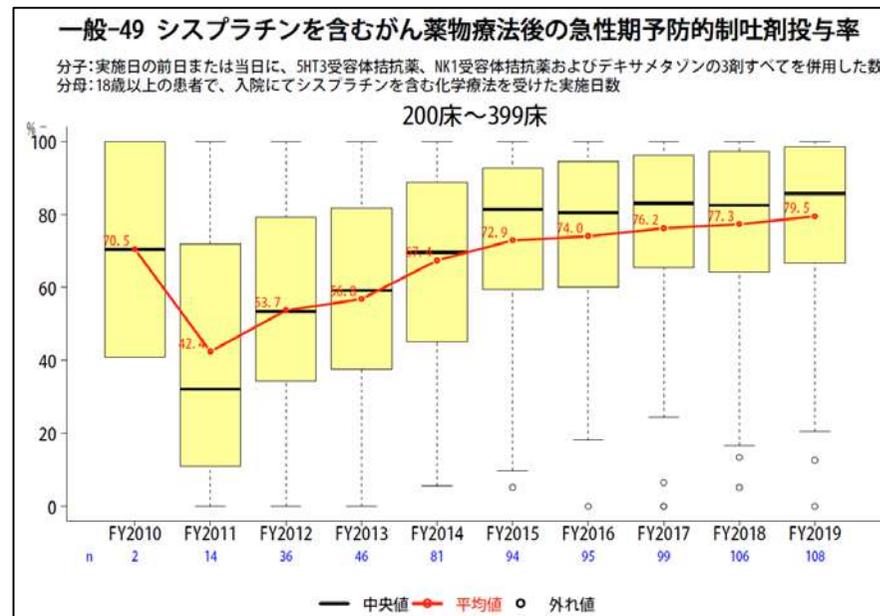
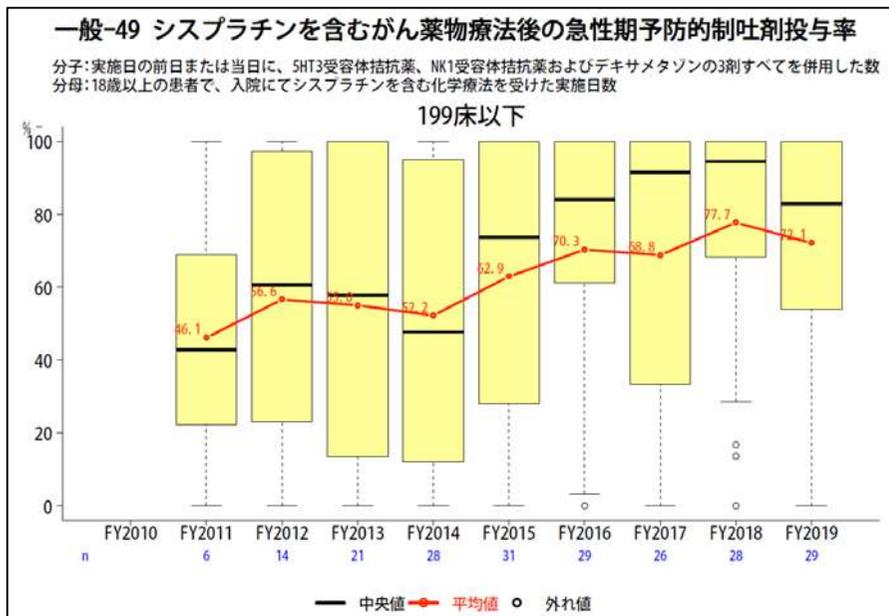
# 大腿骨頸部骨折の早期手術割合



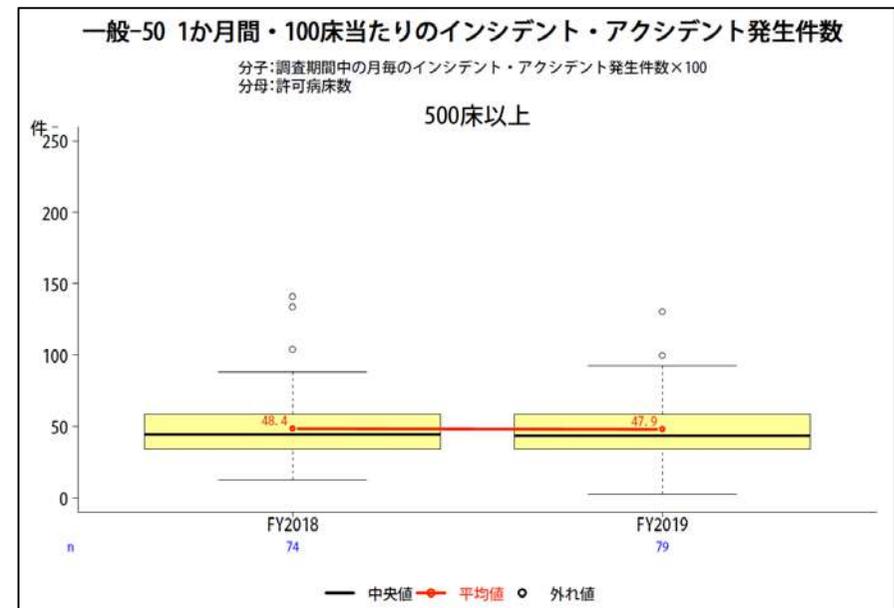
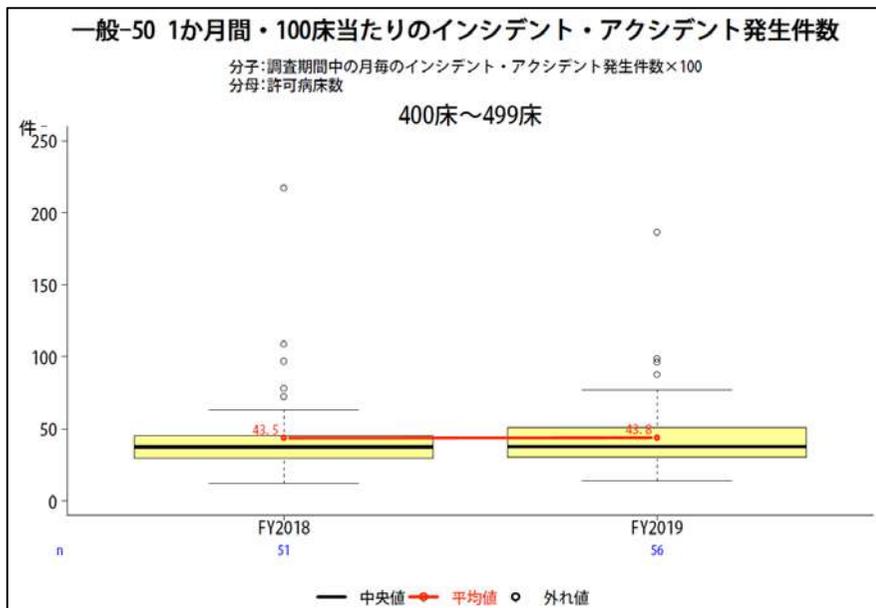
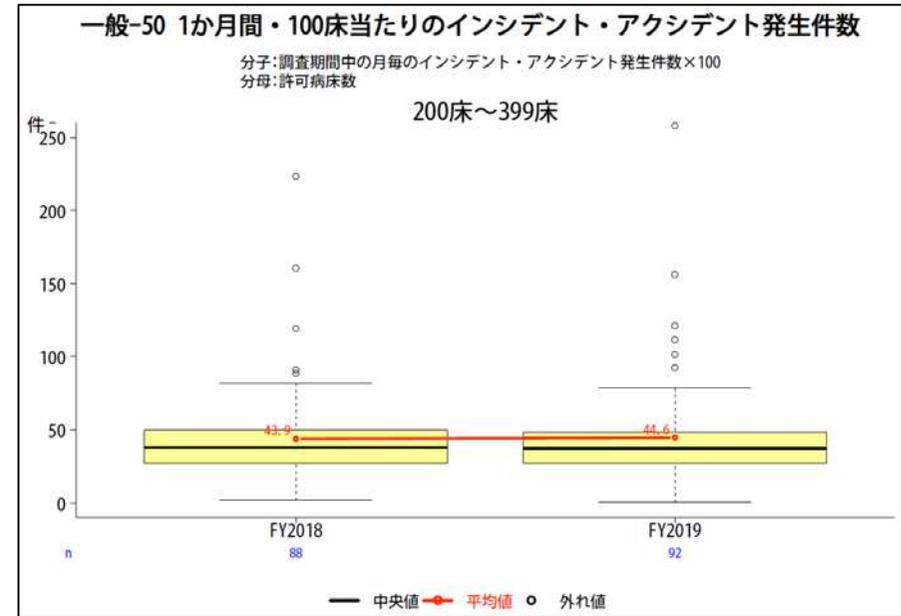
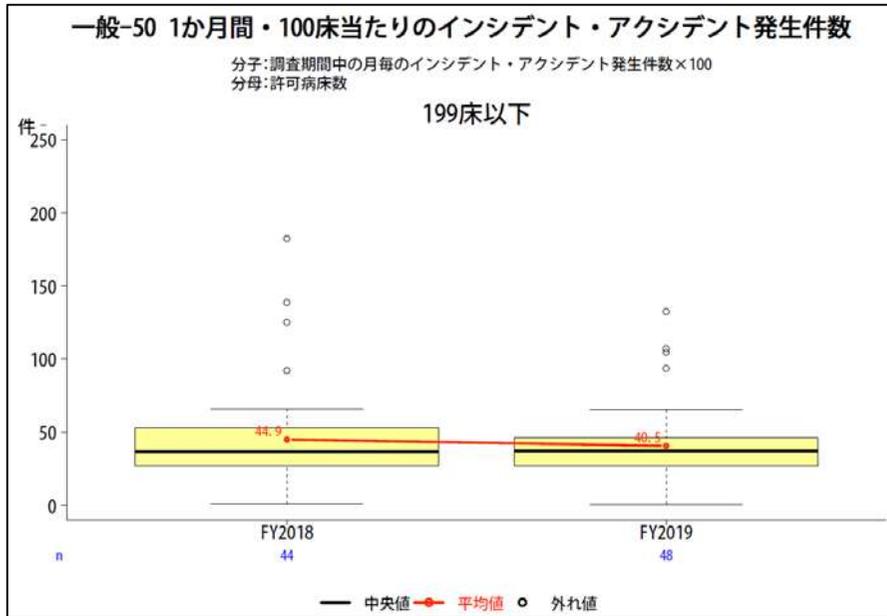
# 大腿骨転子部骨折の早期手術割合



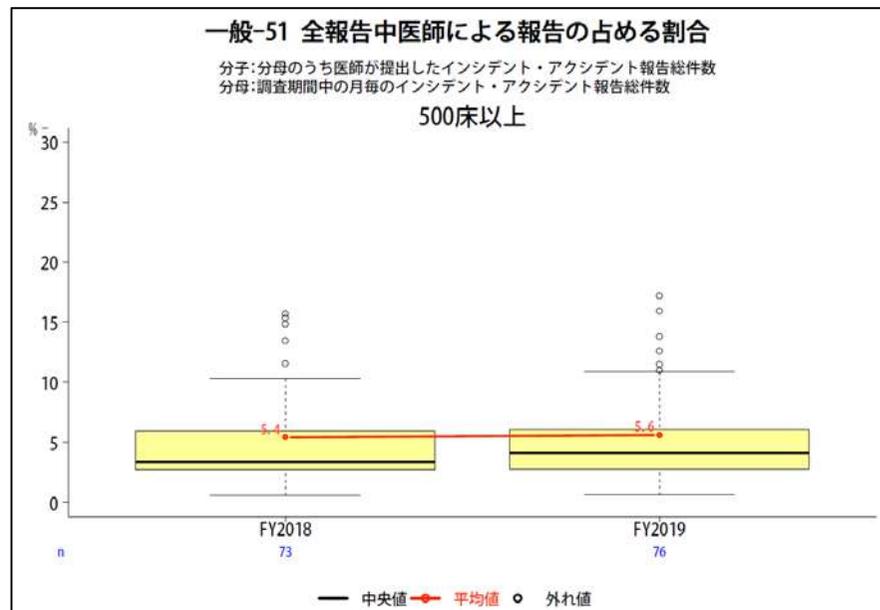
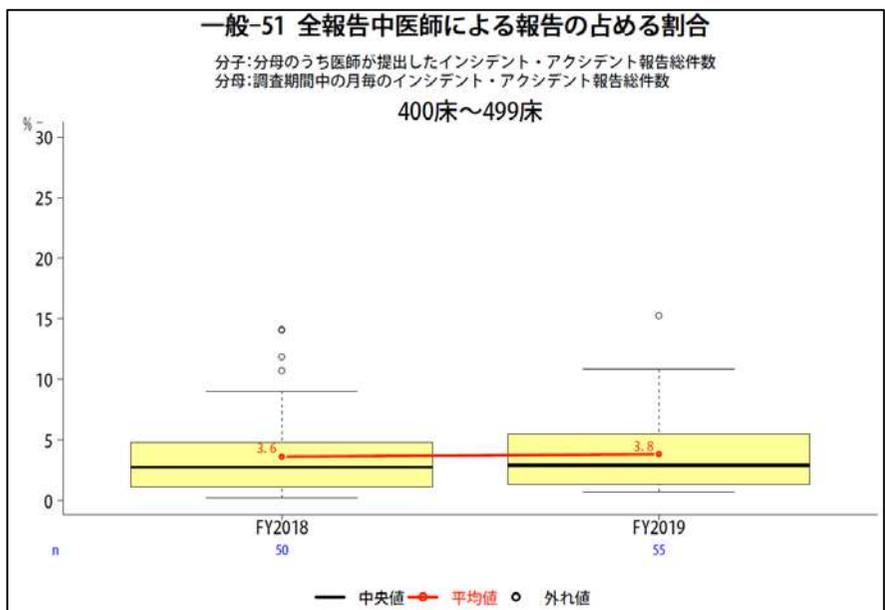
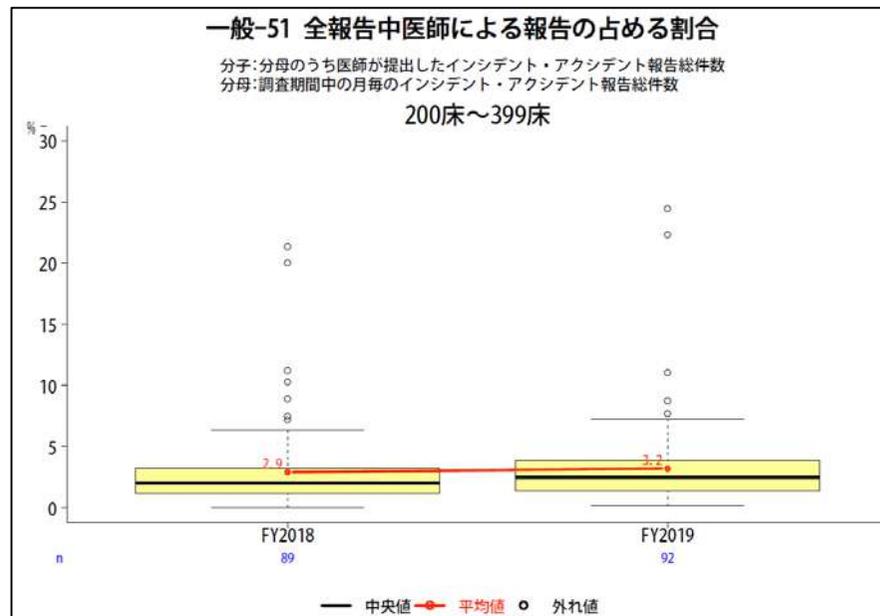
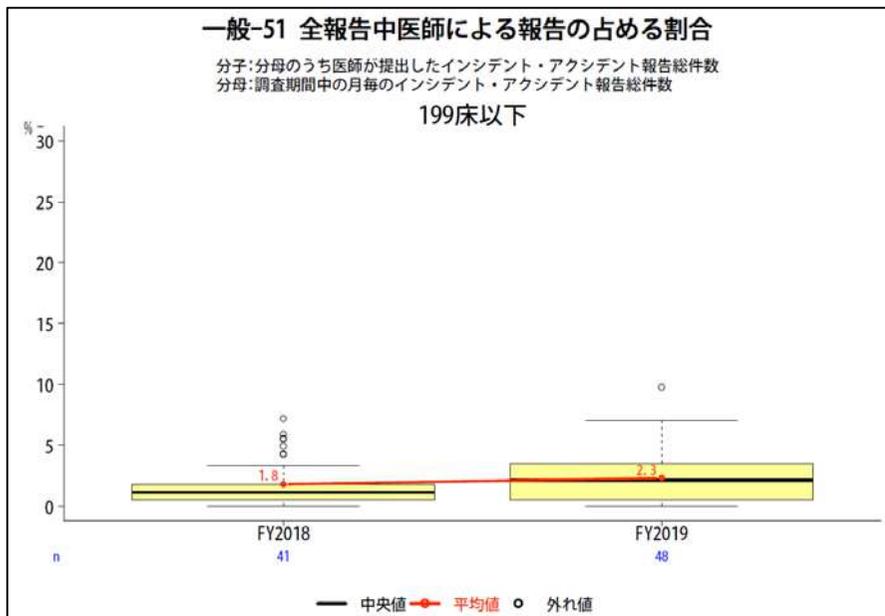
# シスプラチンを含むがん薬物療法後の急性期予防的制吐剤投与率



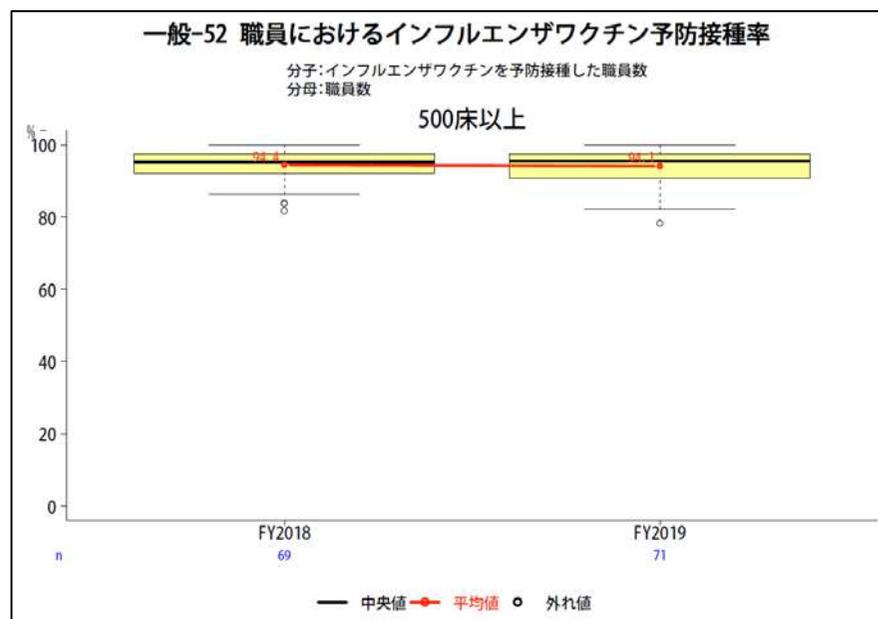
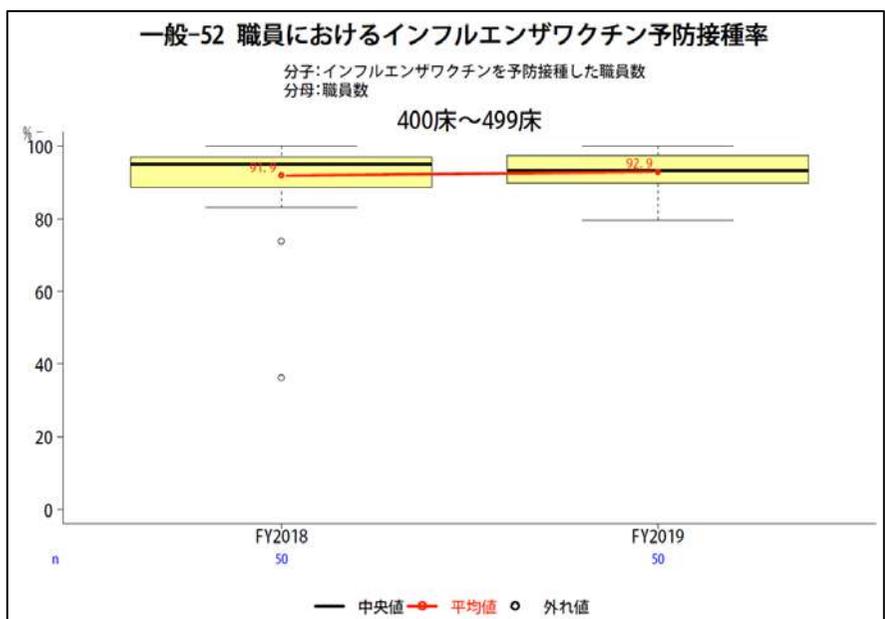
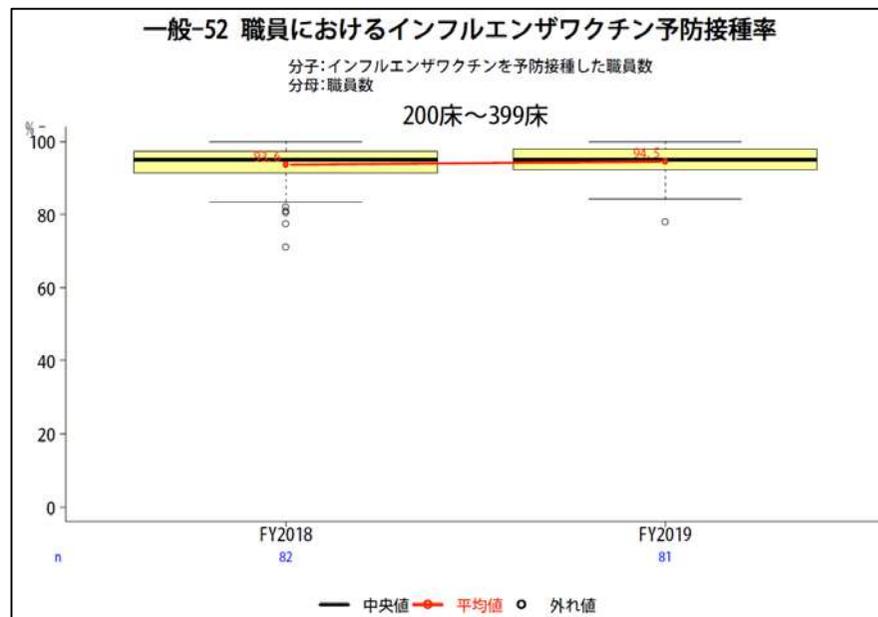
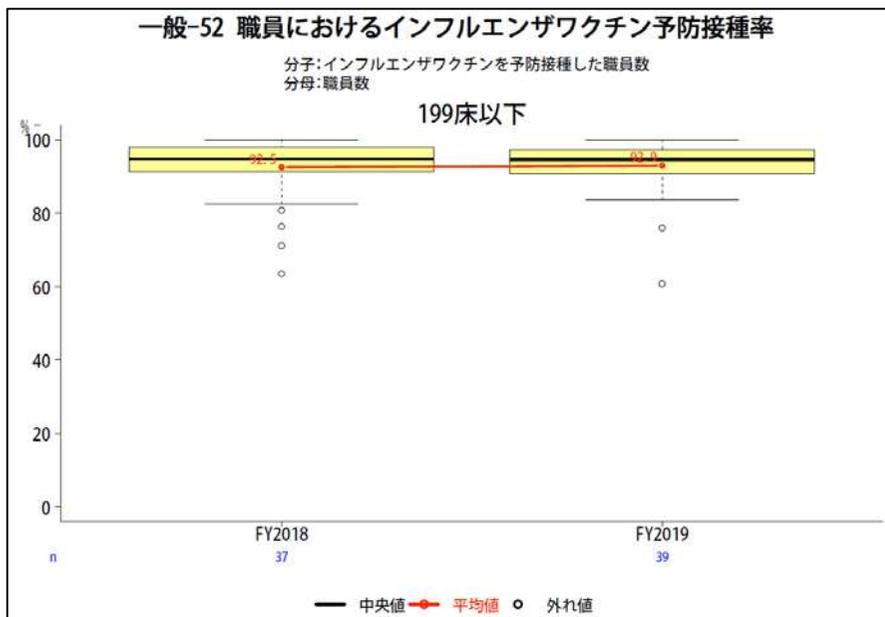
# 1か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント発生件数



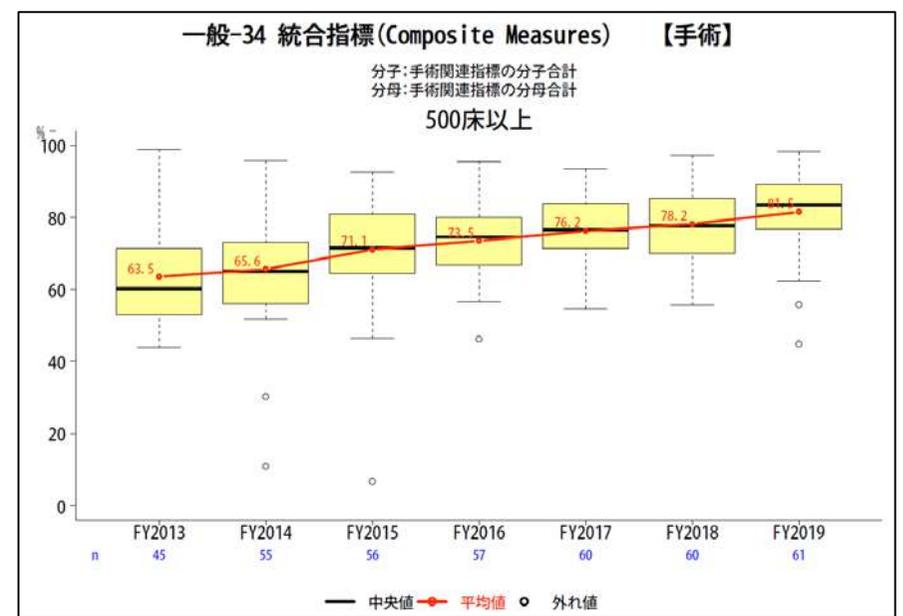
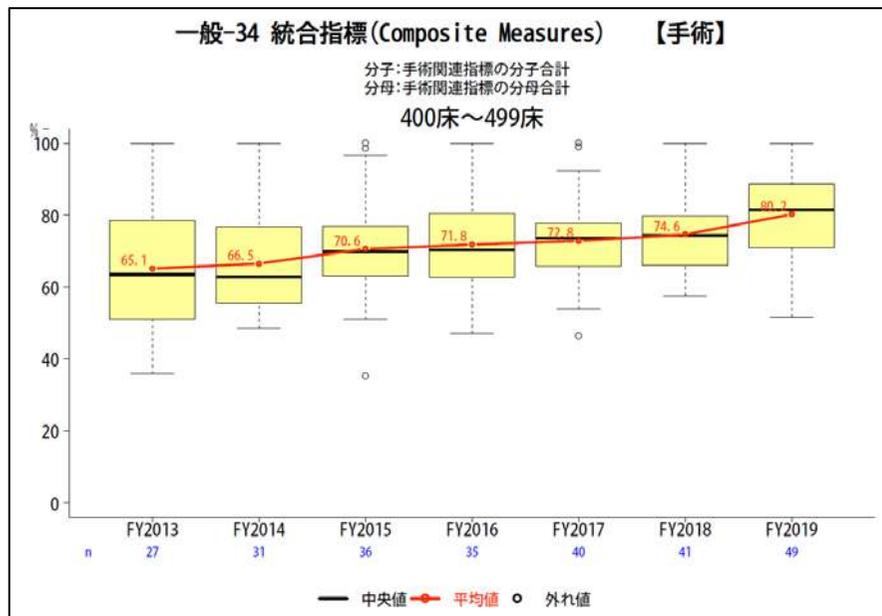
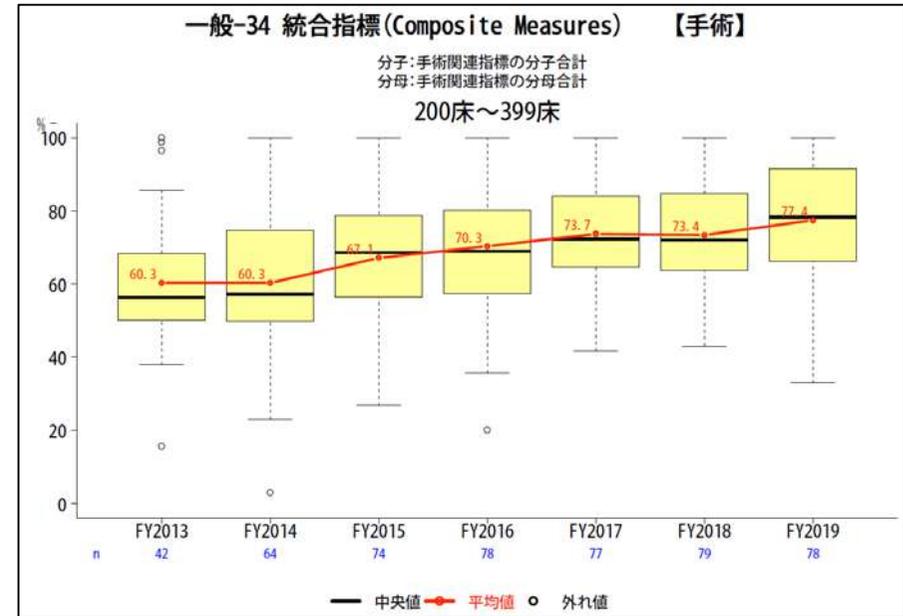
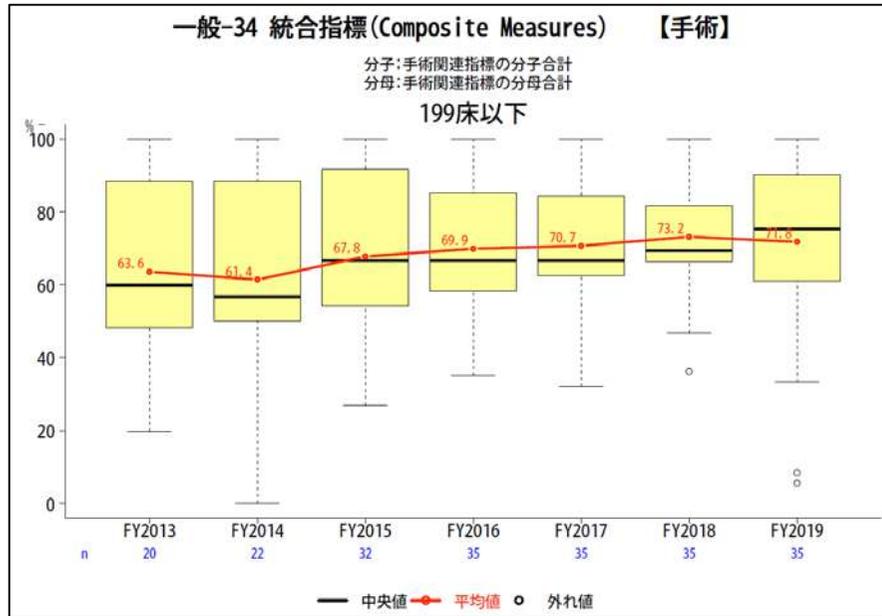
# 全報告中医師による報告の占める割合



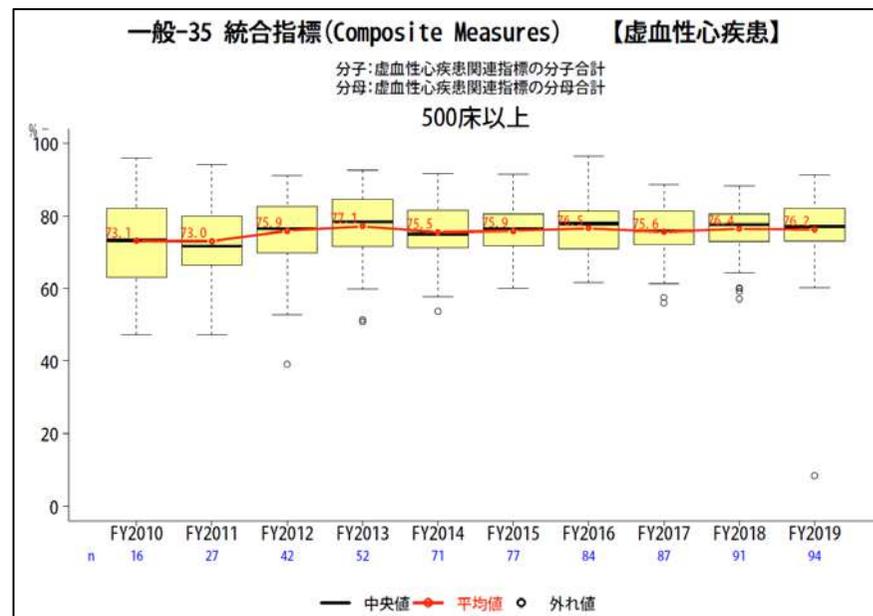
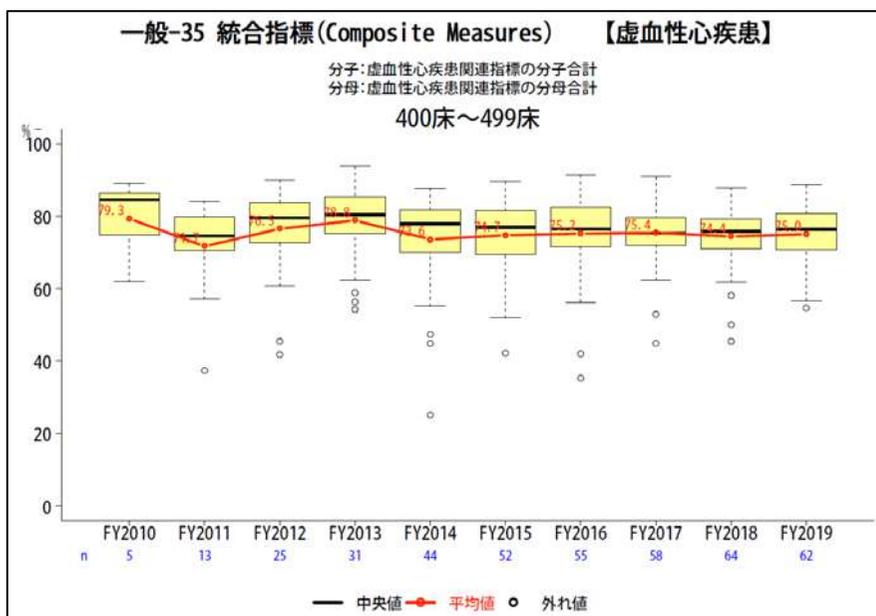
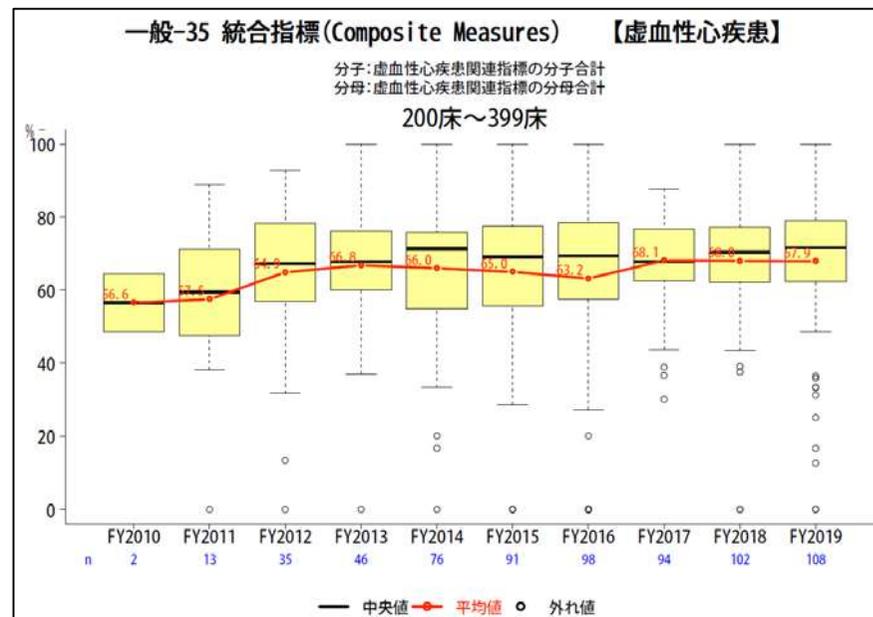
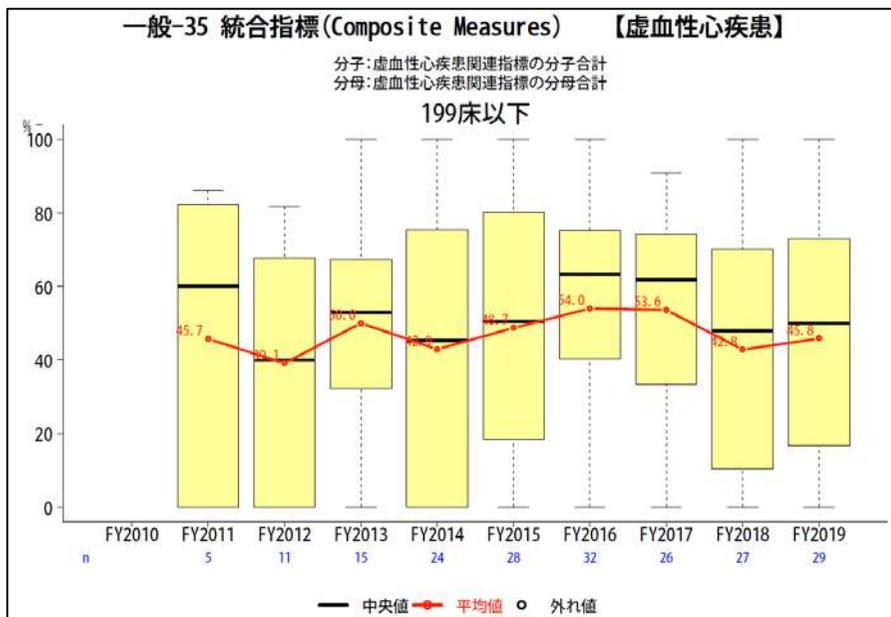
# 職員におけるインフルエンザワクチン予防接種率



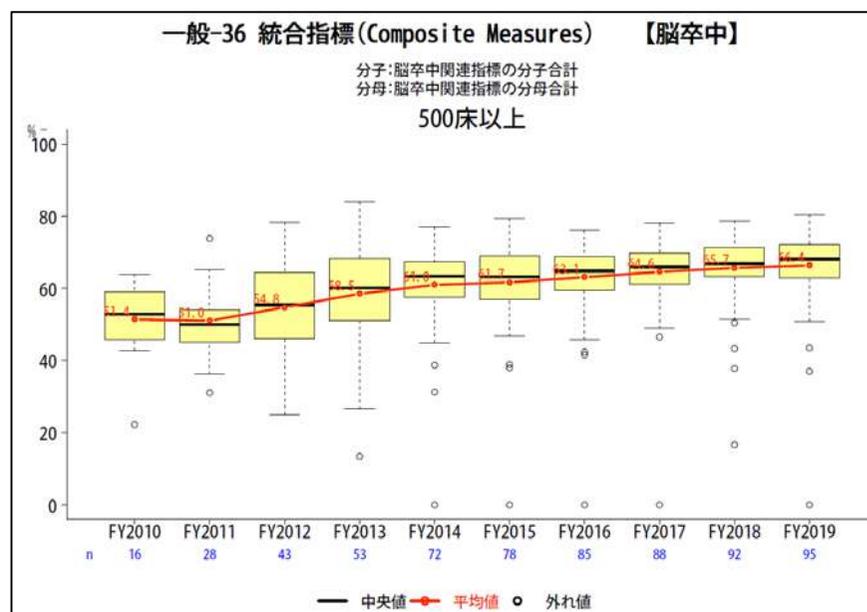
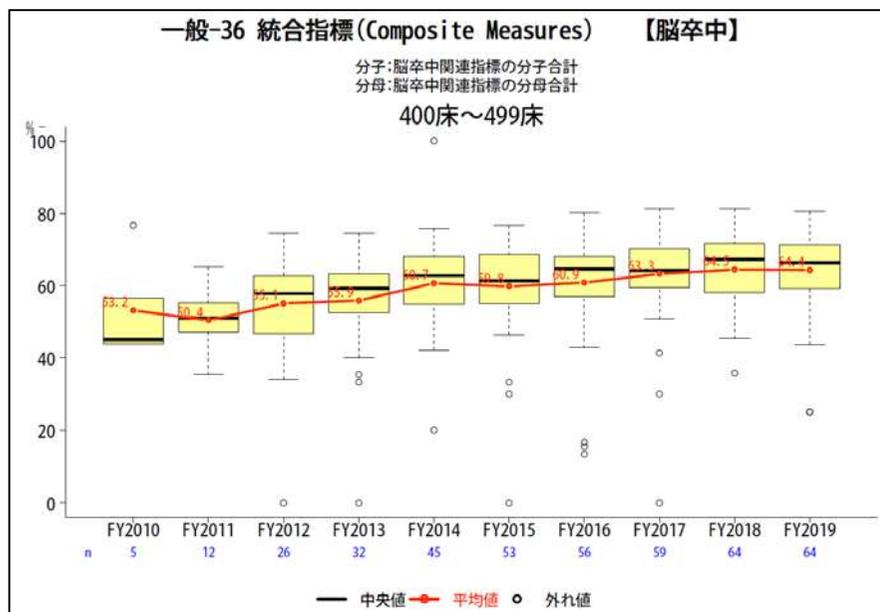
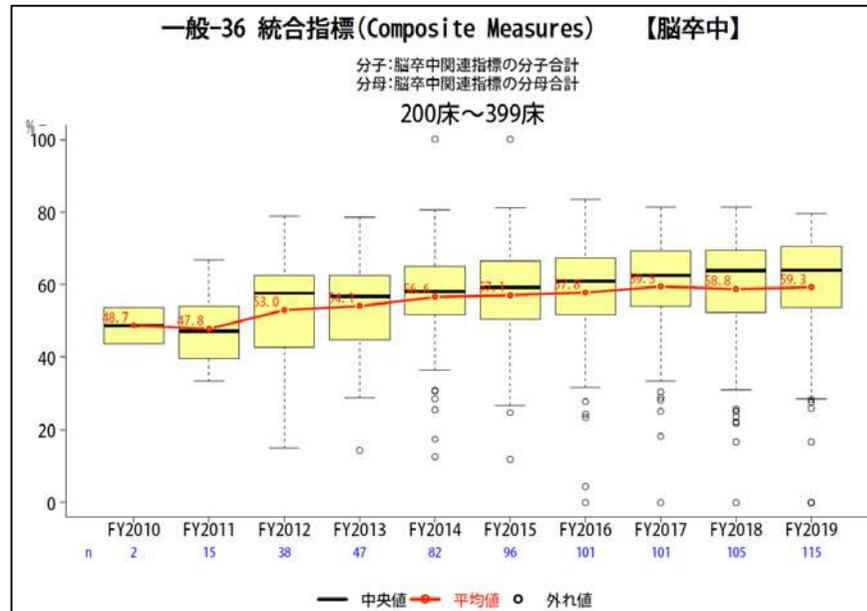
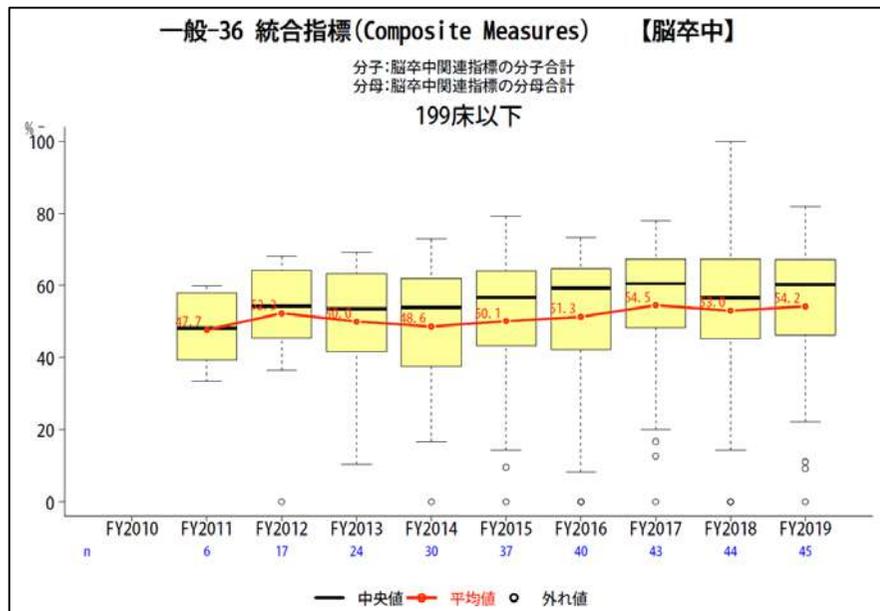
# 統合指標(Composite Measures)【手術】



# 統合指標 (Composite Measures) 【虚血性心疾患】



# 統合指標(Composite Measures)【脳卒中】



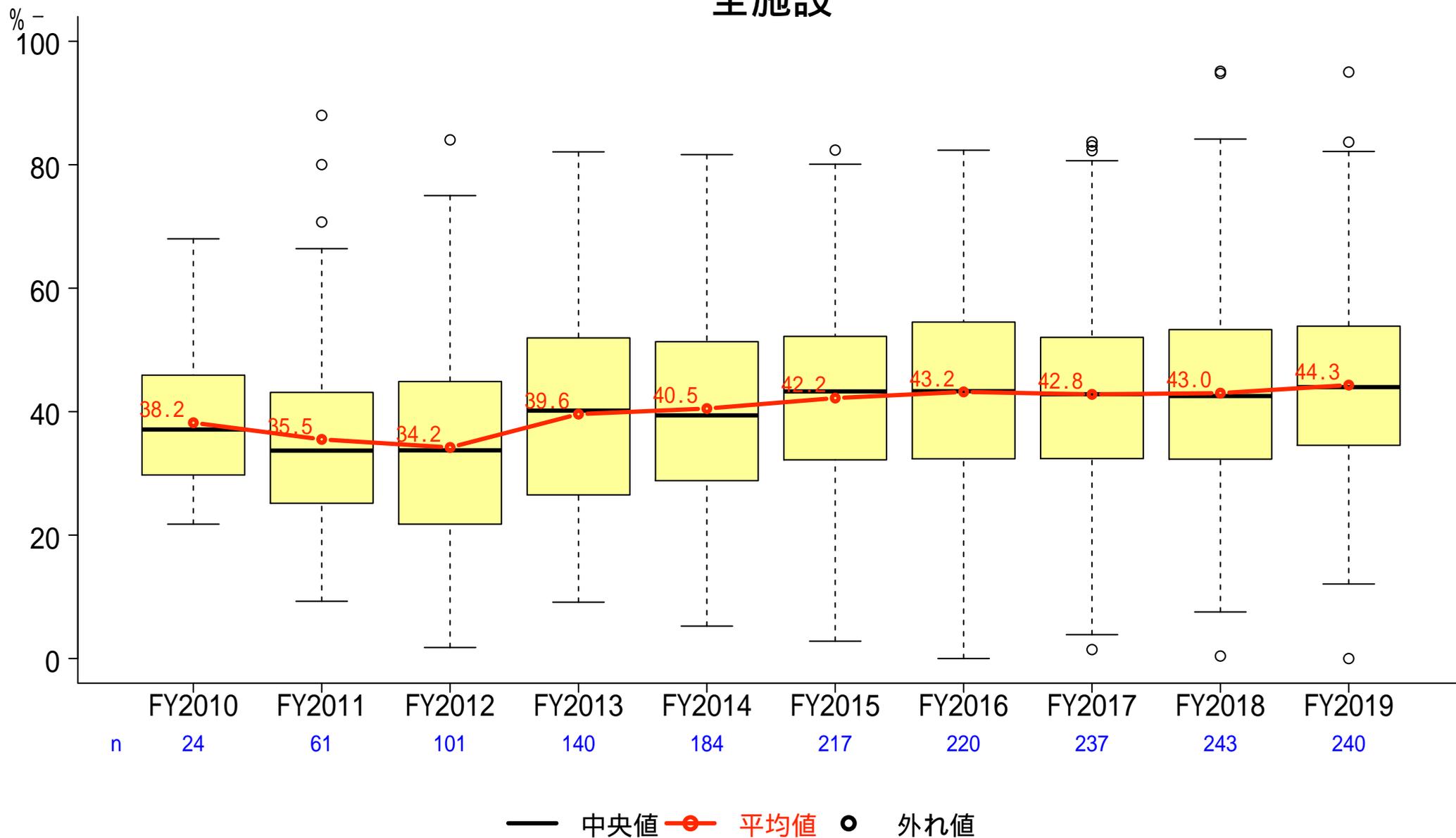
**経年変化**

# 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

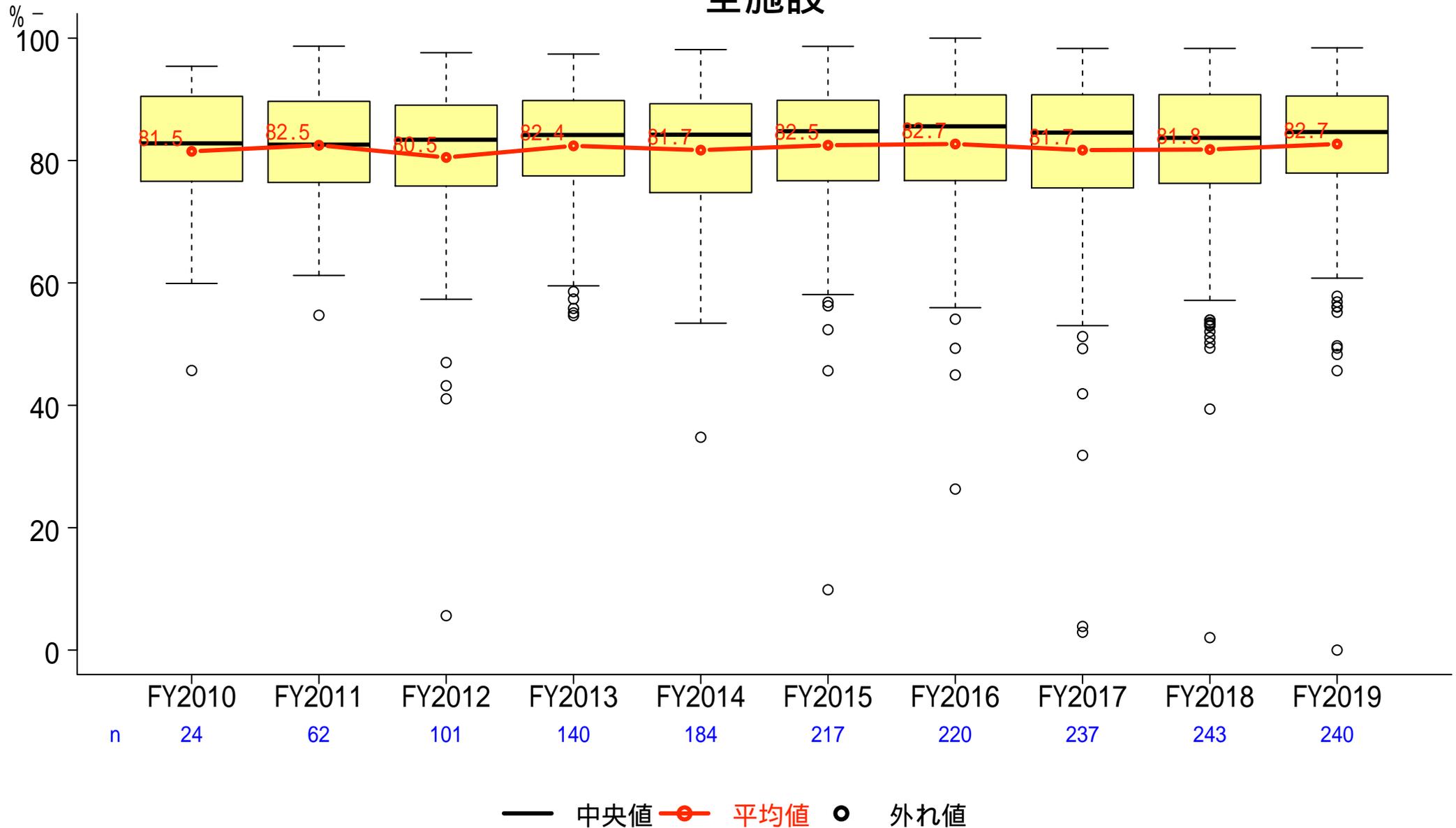
## 全施設



# 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

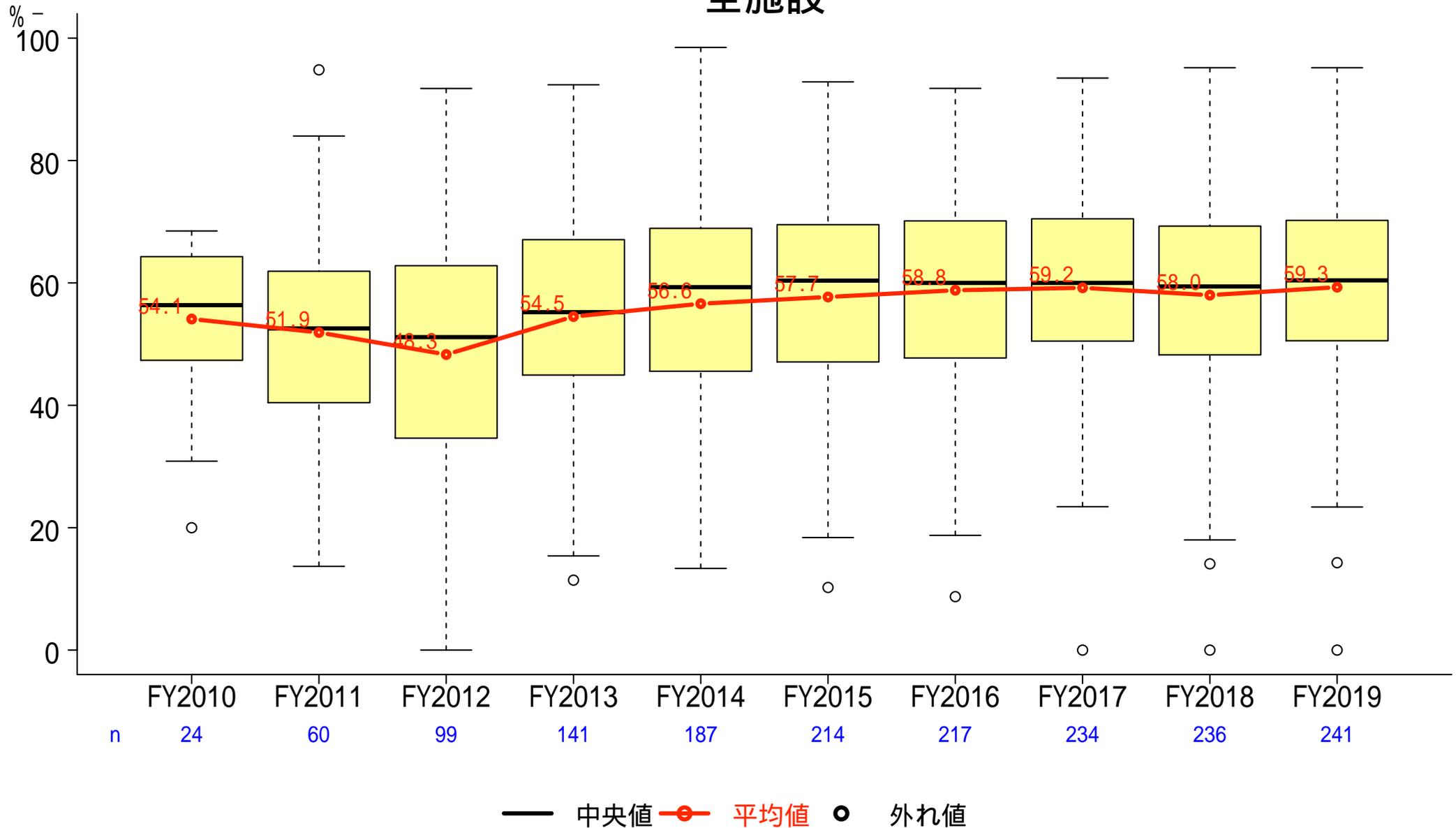
## 全施設



# 一般-3 患者満足度(入院患者) 満足

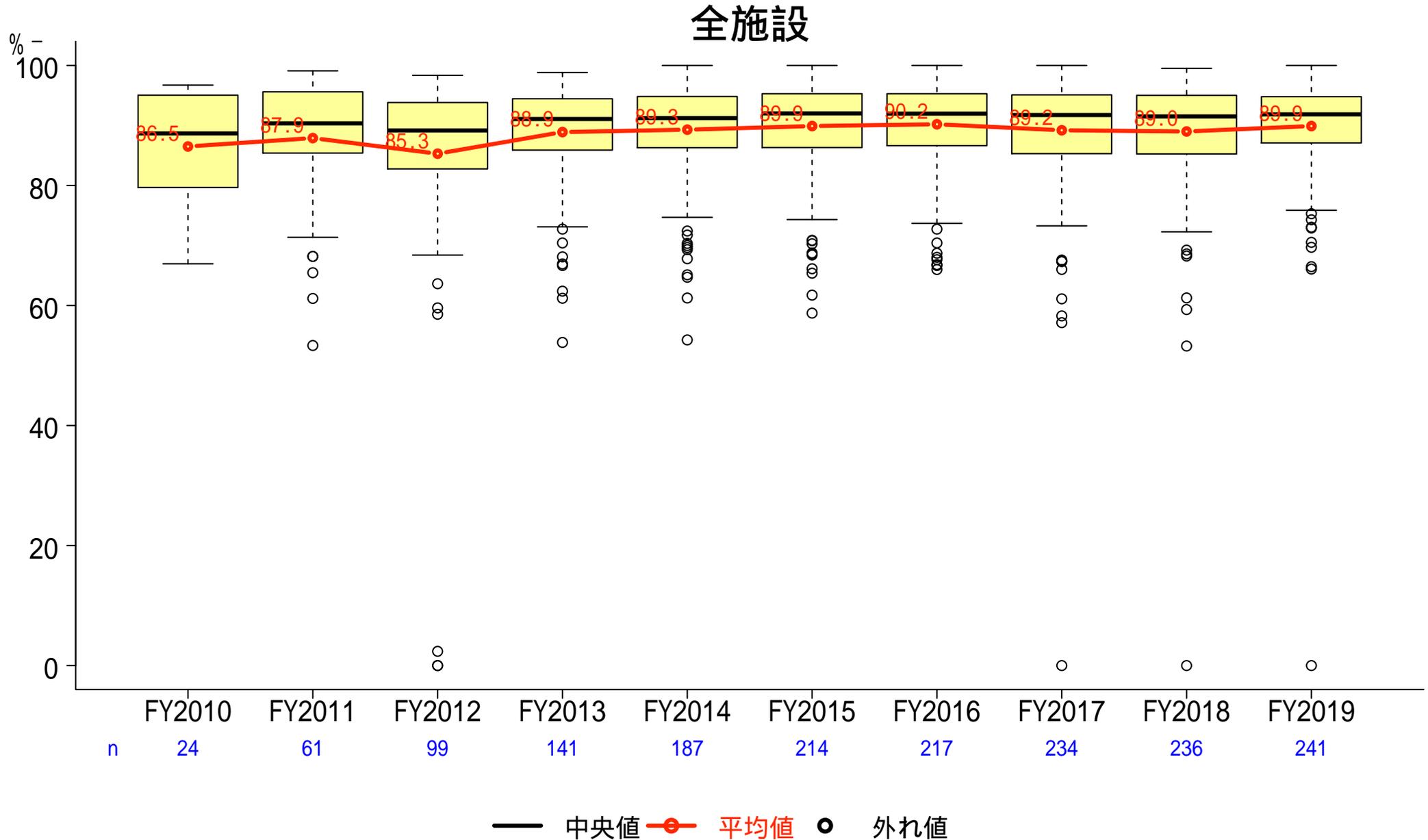
分子:「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問に満足と回答した入院患者数  
分母:患者満足度調査に回答した入院患者数

## 全施設



# 一般-4 患者満足度(入院患者) 満足またはやや満足

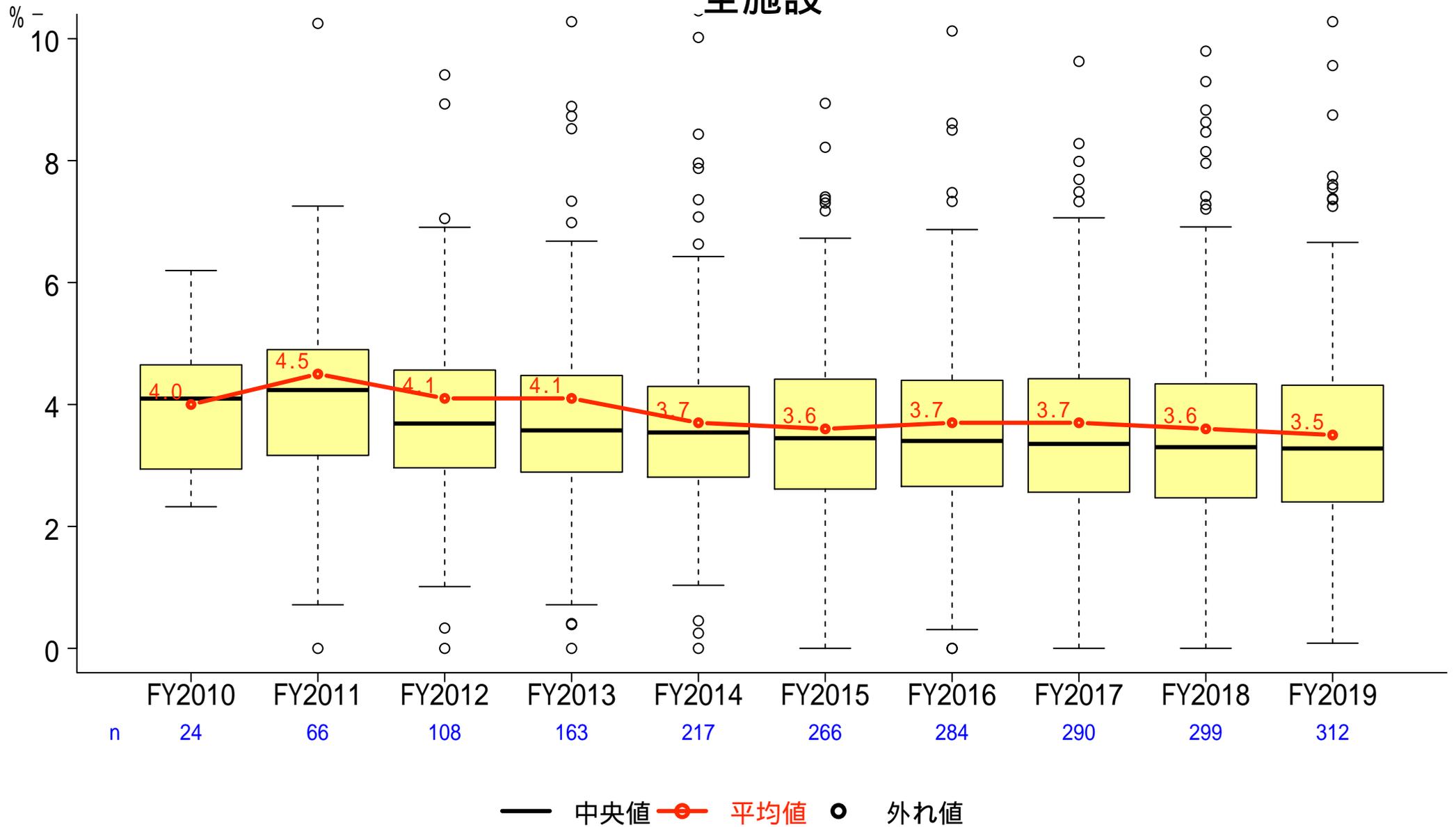
分子:「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問に満足またはやや満足と回答した入院患者数  
分母:患者満足度調査に回答した入院患者数



# 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

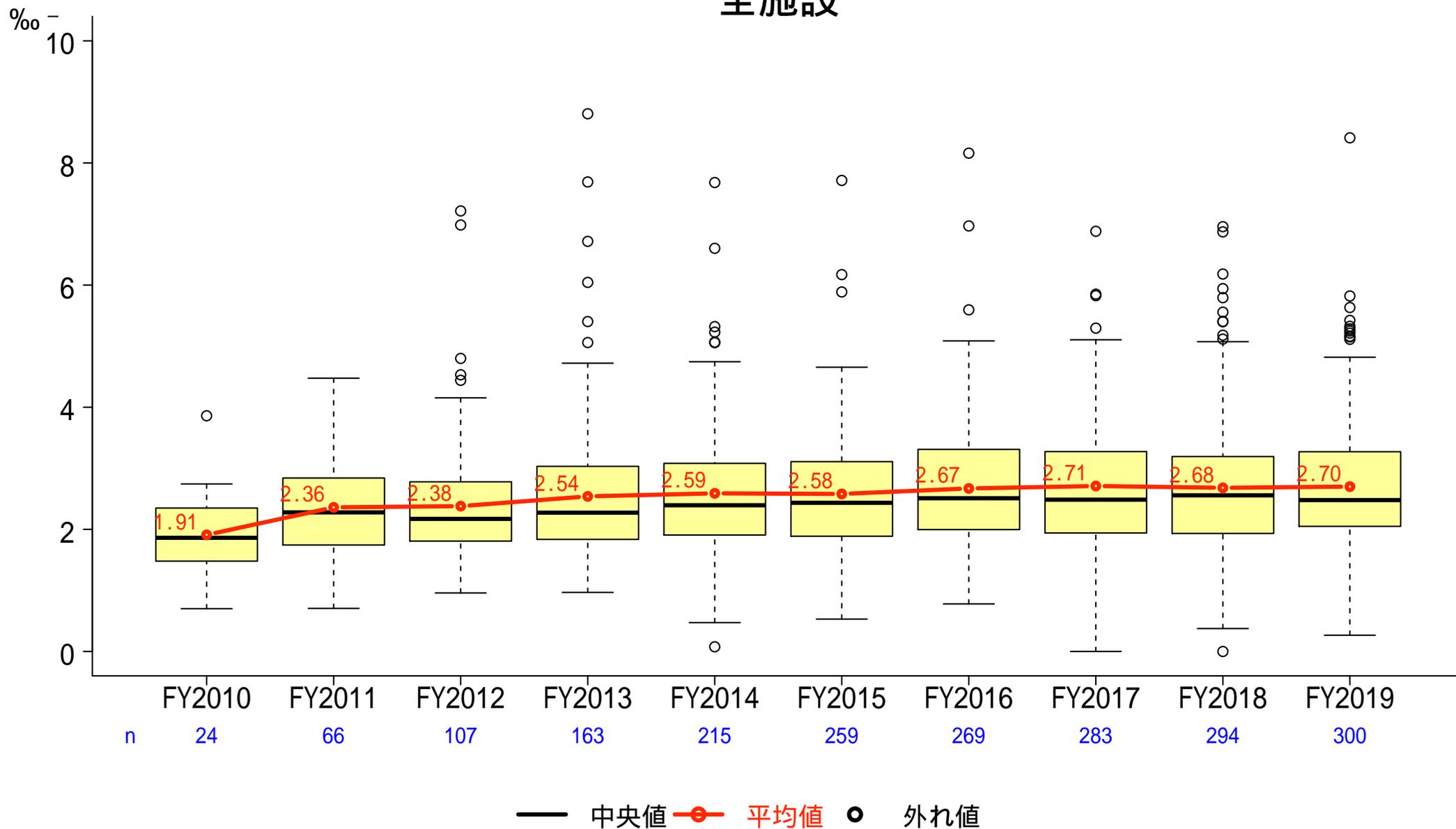
## 全施設



# 一般-6 入院患者の転倒・転落発生率

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

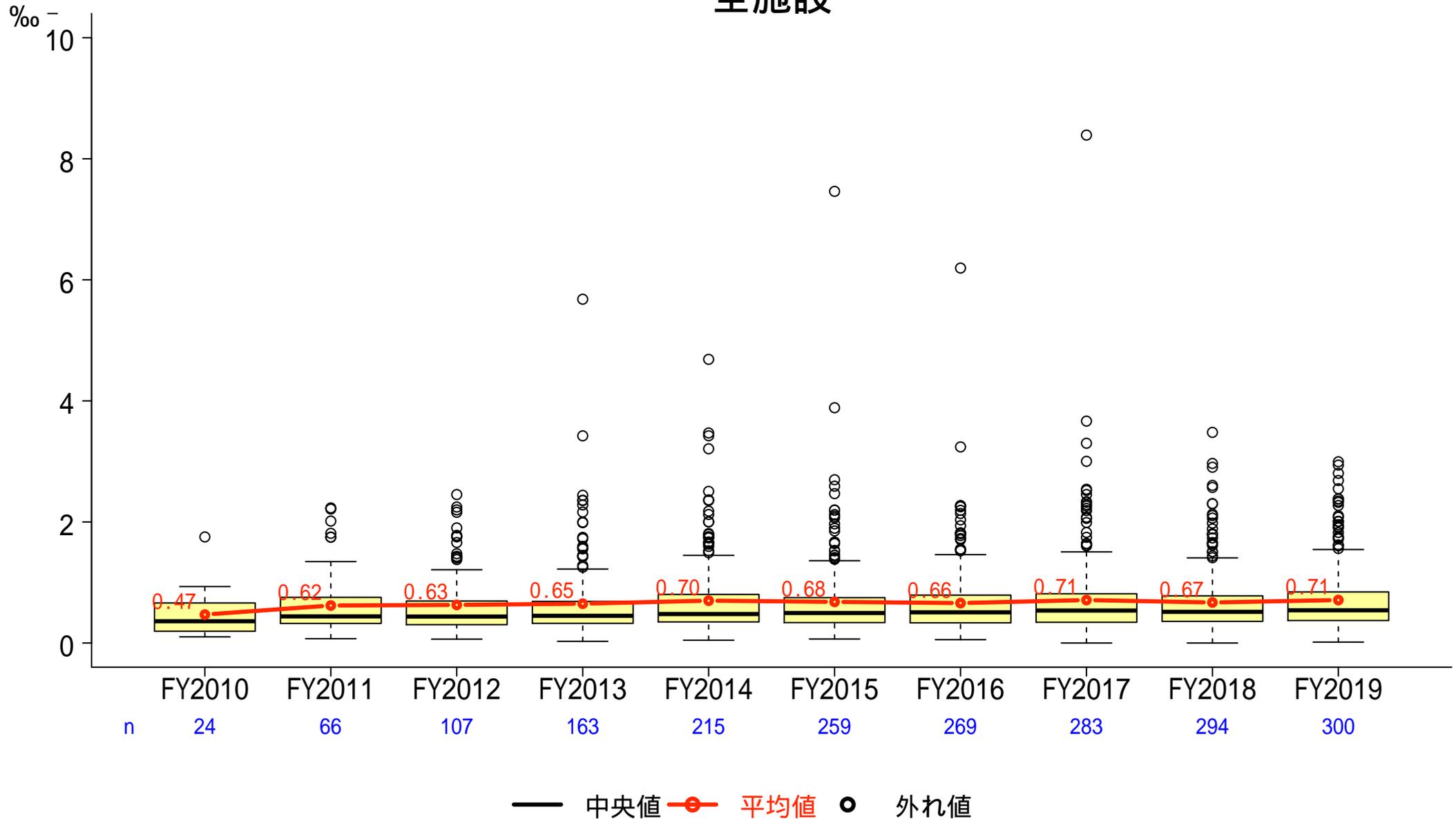
## 全施設



# 一般-7 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル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

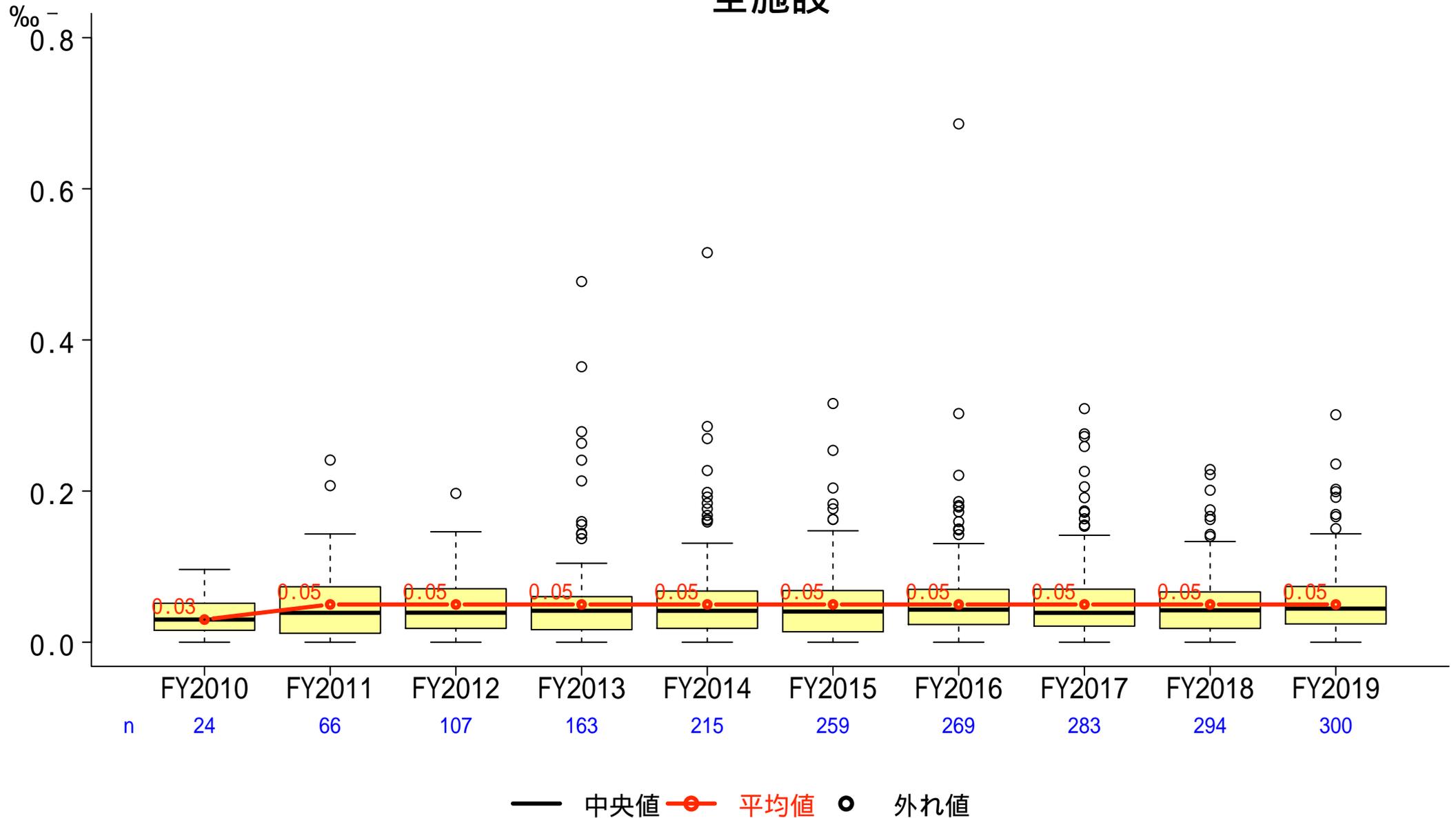
## 全施設



# 一般-8 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル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



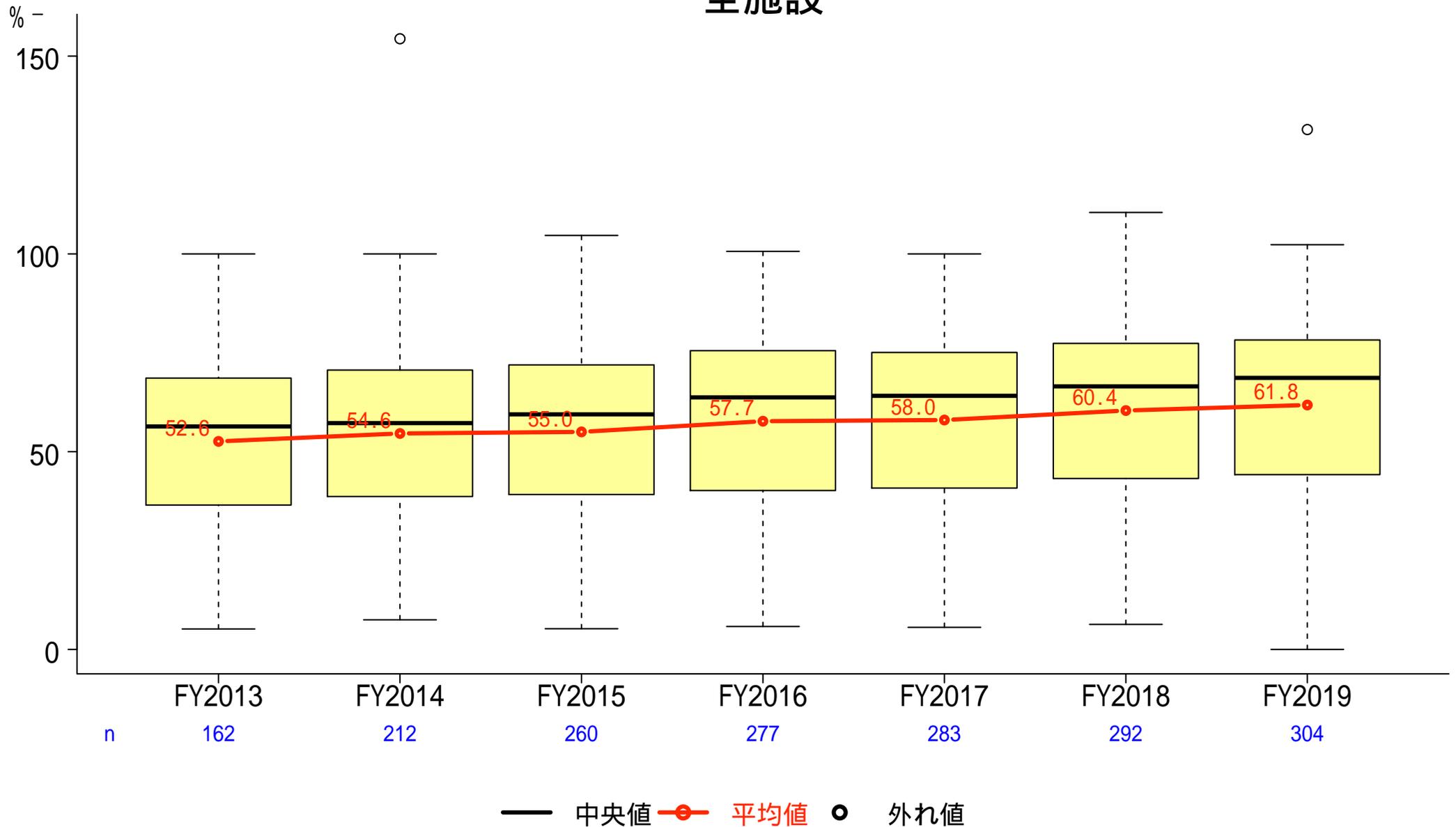


# 一般-10 紹介率

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

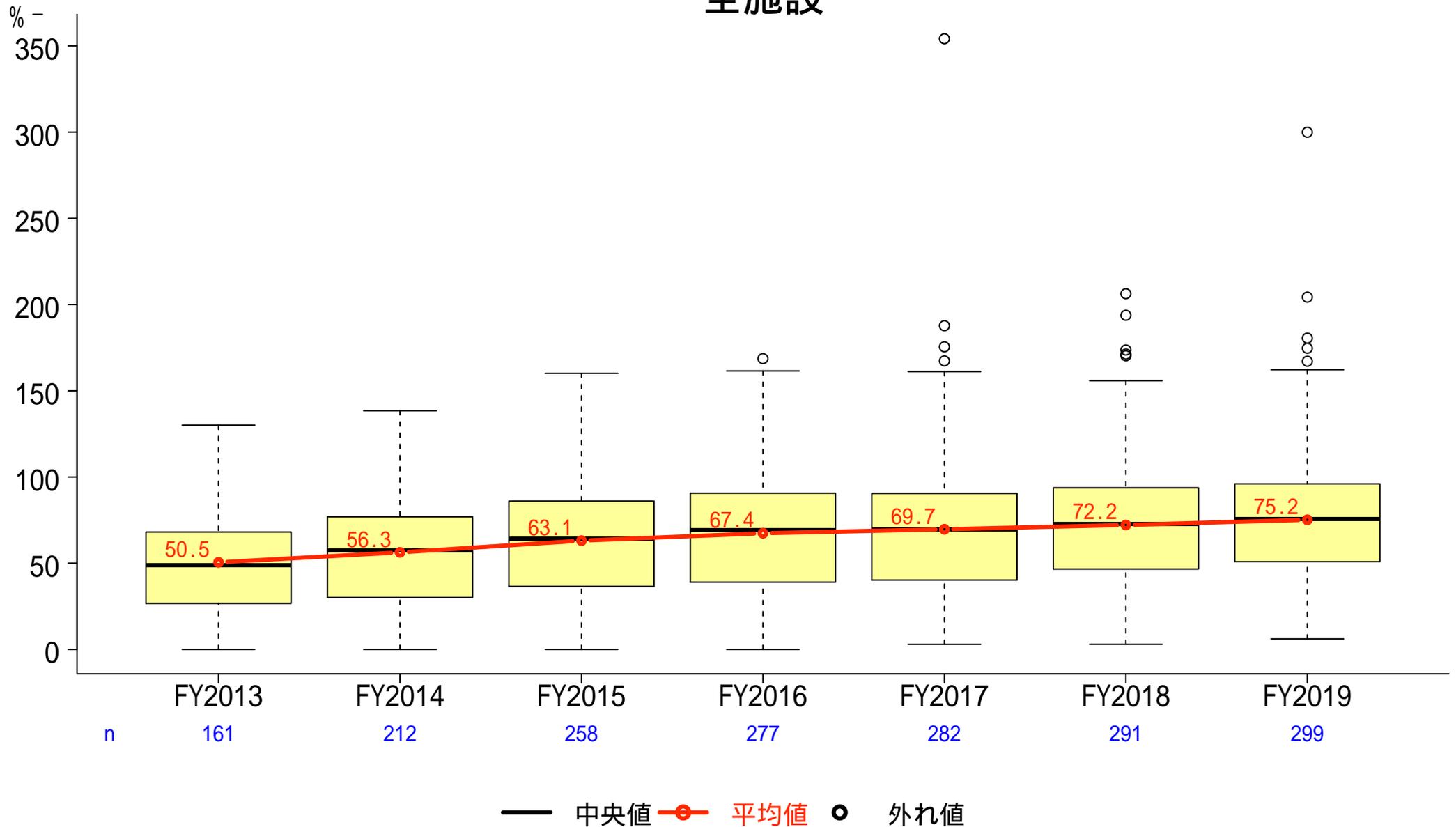


# 一般-11 逆紹介率

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)

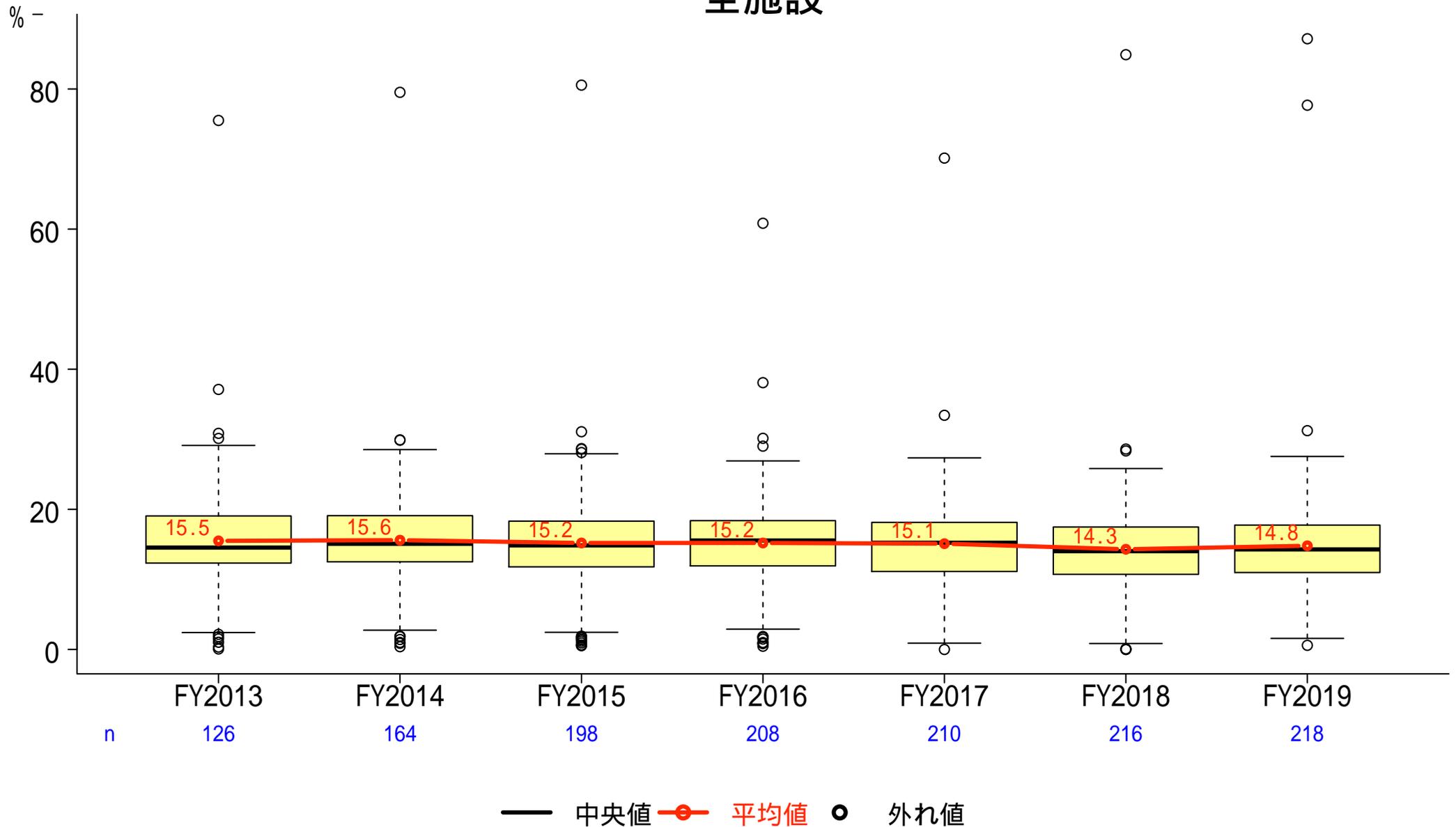
## 全施設



# 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

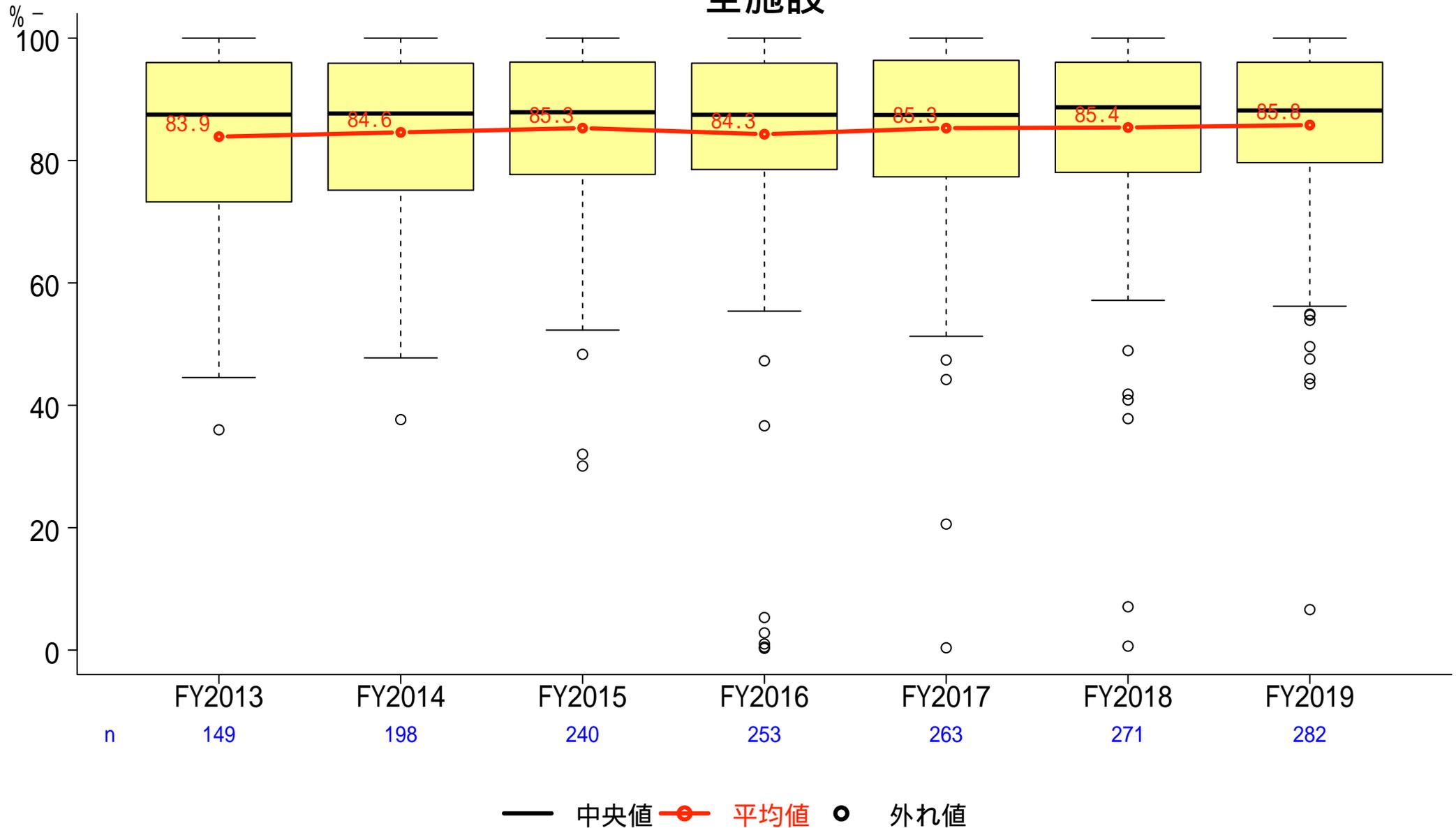
## 全施設



# 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

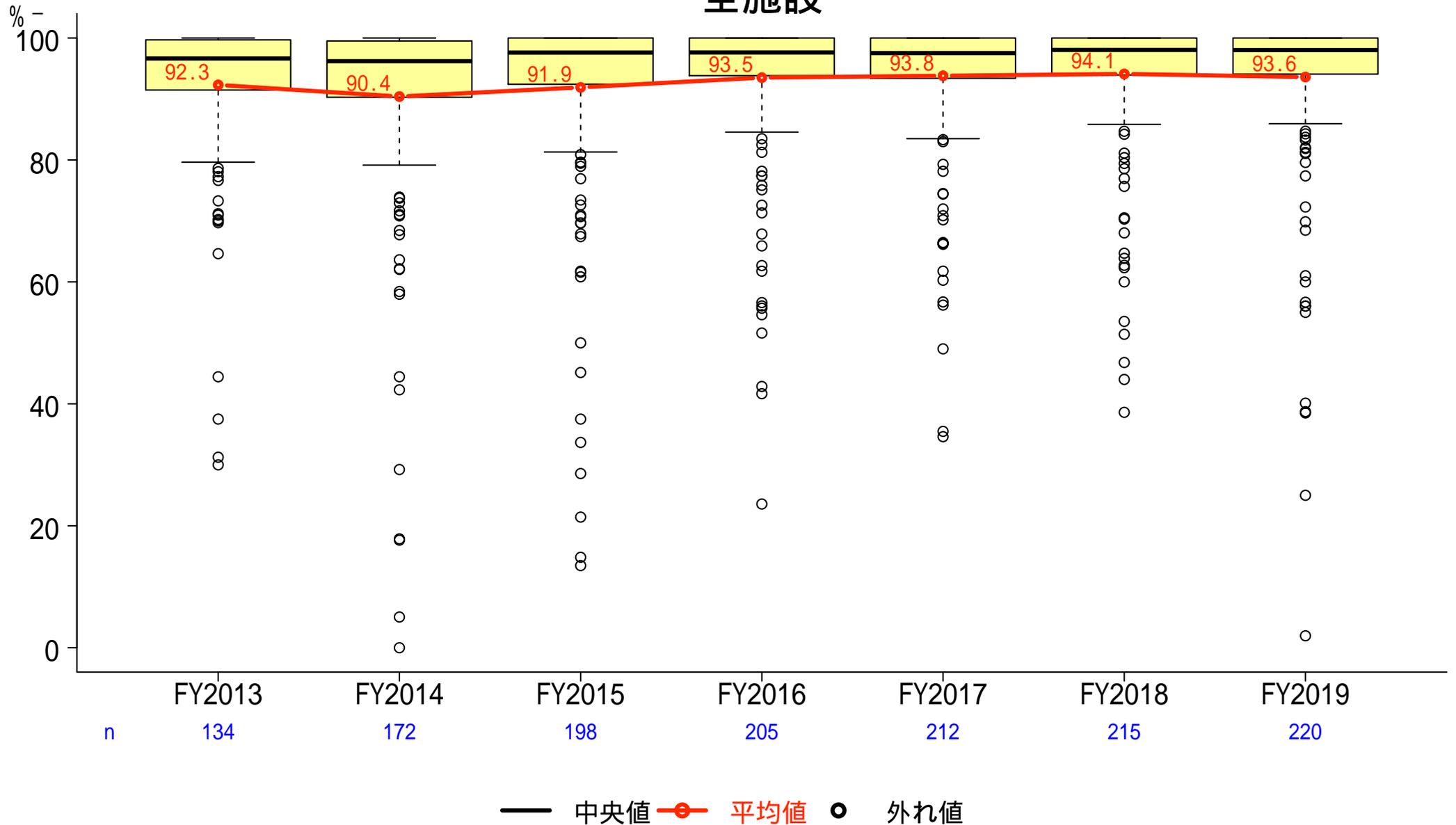
## 全施設



# 一般-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

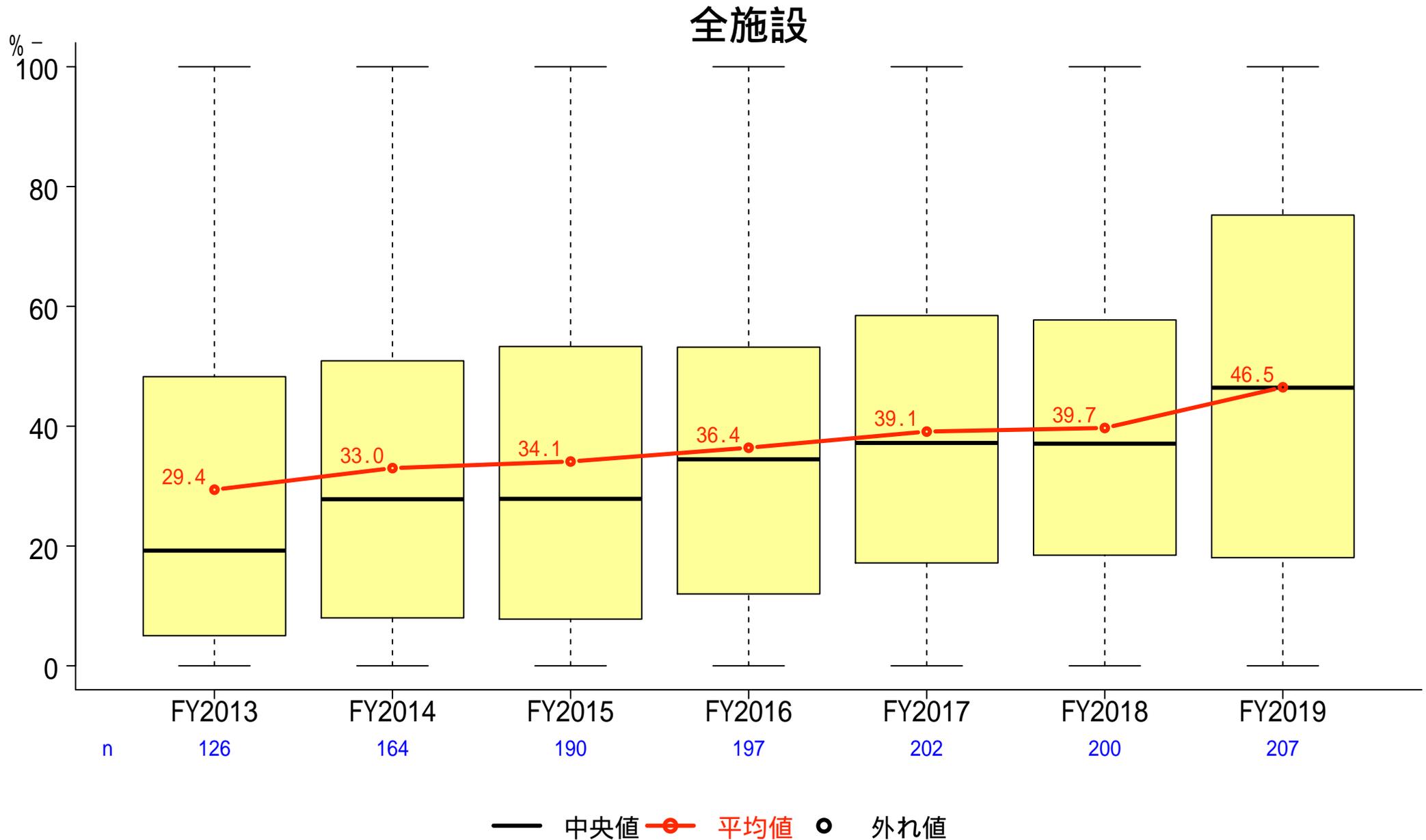
分子:手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された手術件数  
分母:特定術式の手術件数

## 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

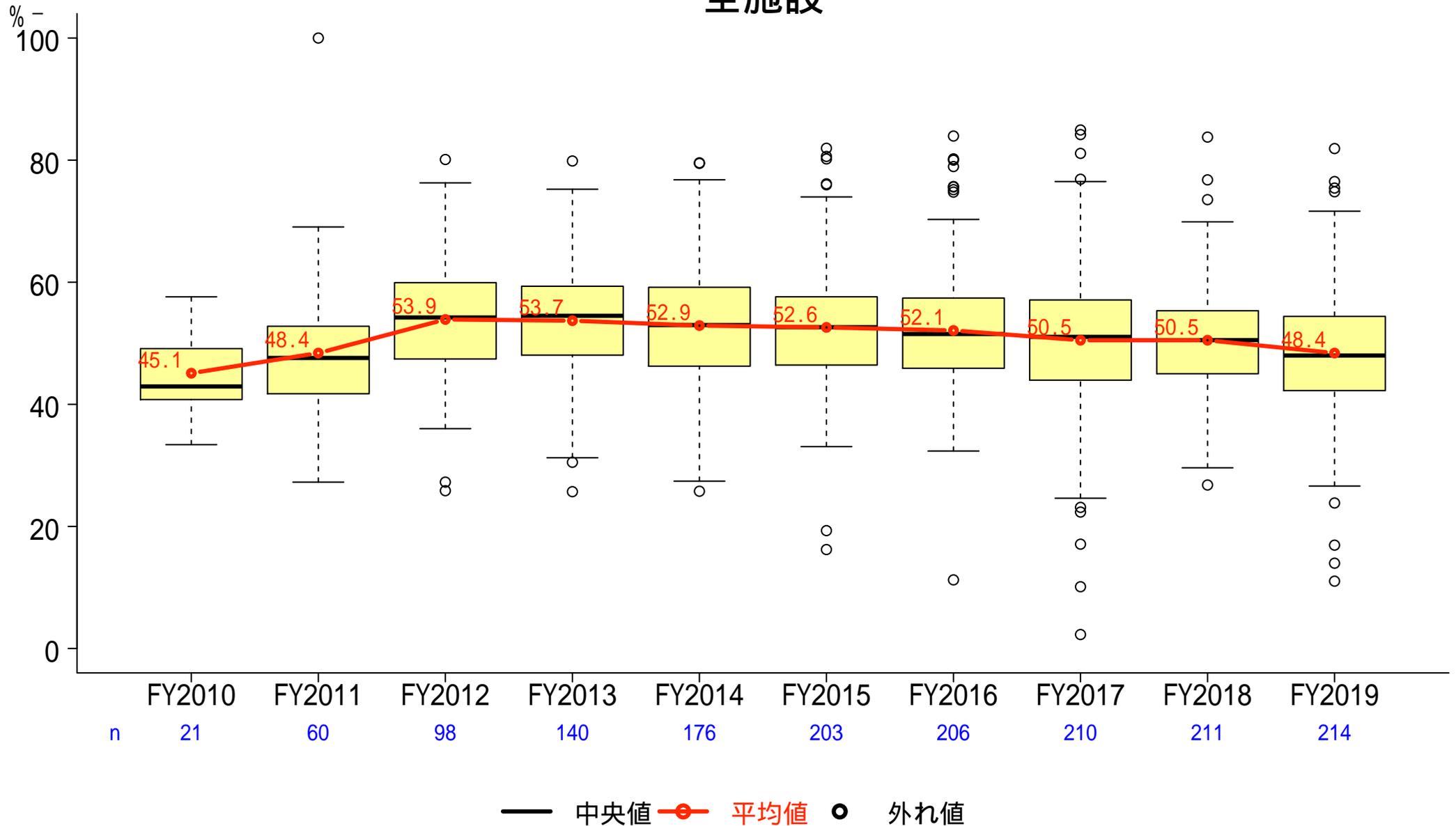
分子: 術後24時間以内に予防的抗菌薬投与が停止された手術件数 (\*心臓手術は48時間以内)  
分母: 特定術式の手術件数



# 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

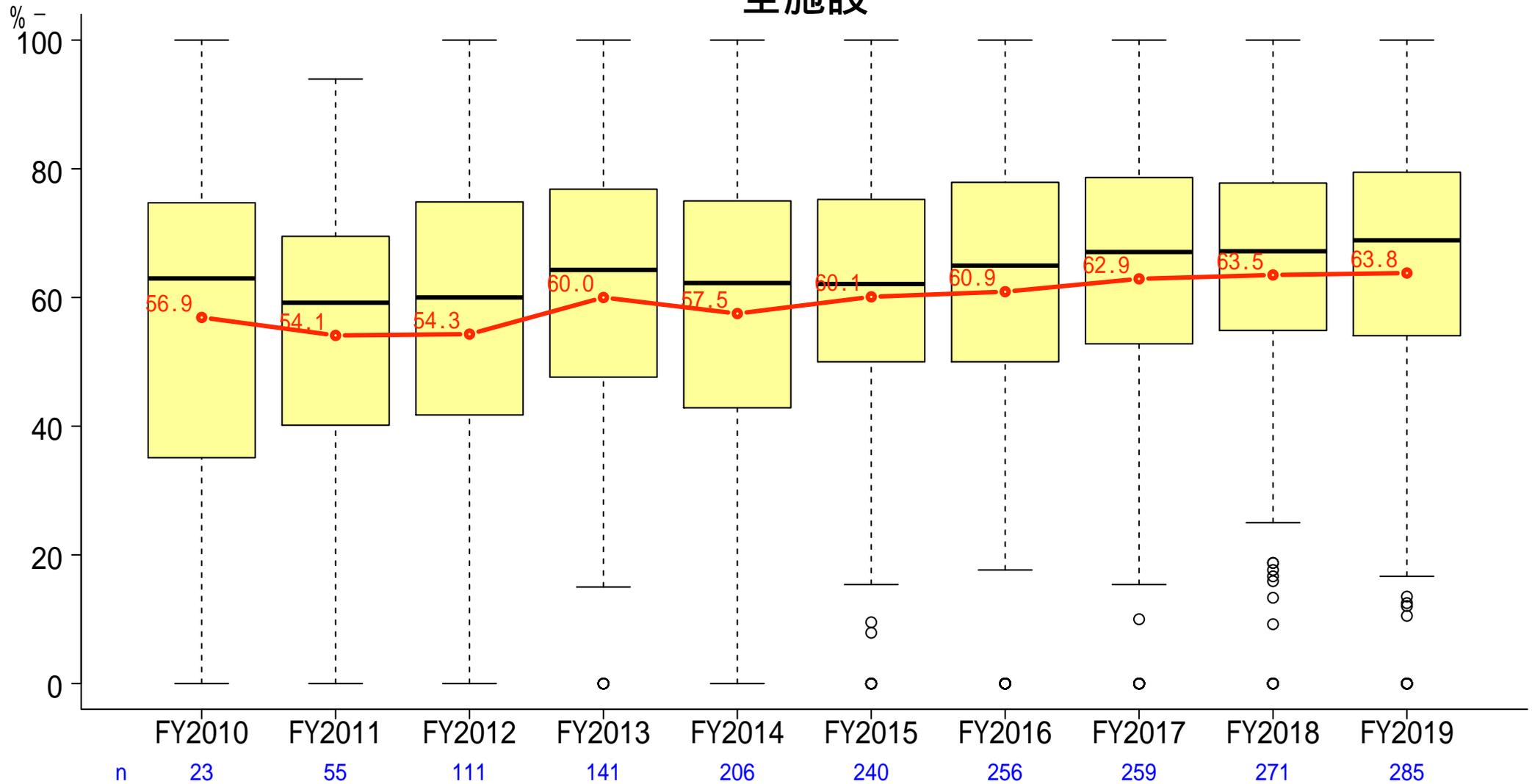
## 全施設



# 一般-22 急性心筋梗塞患者における退院時 ブロッカー投与割合

分子:退院時に 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

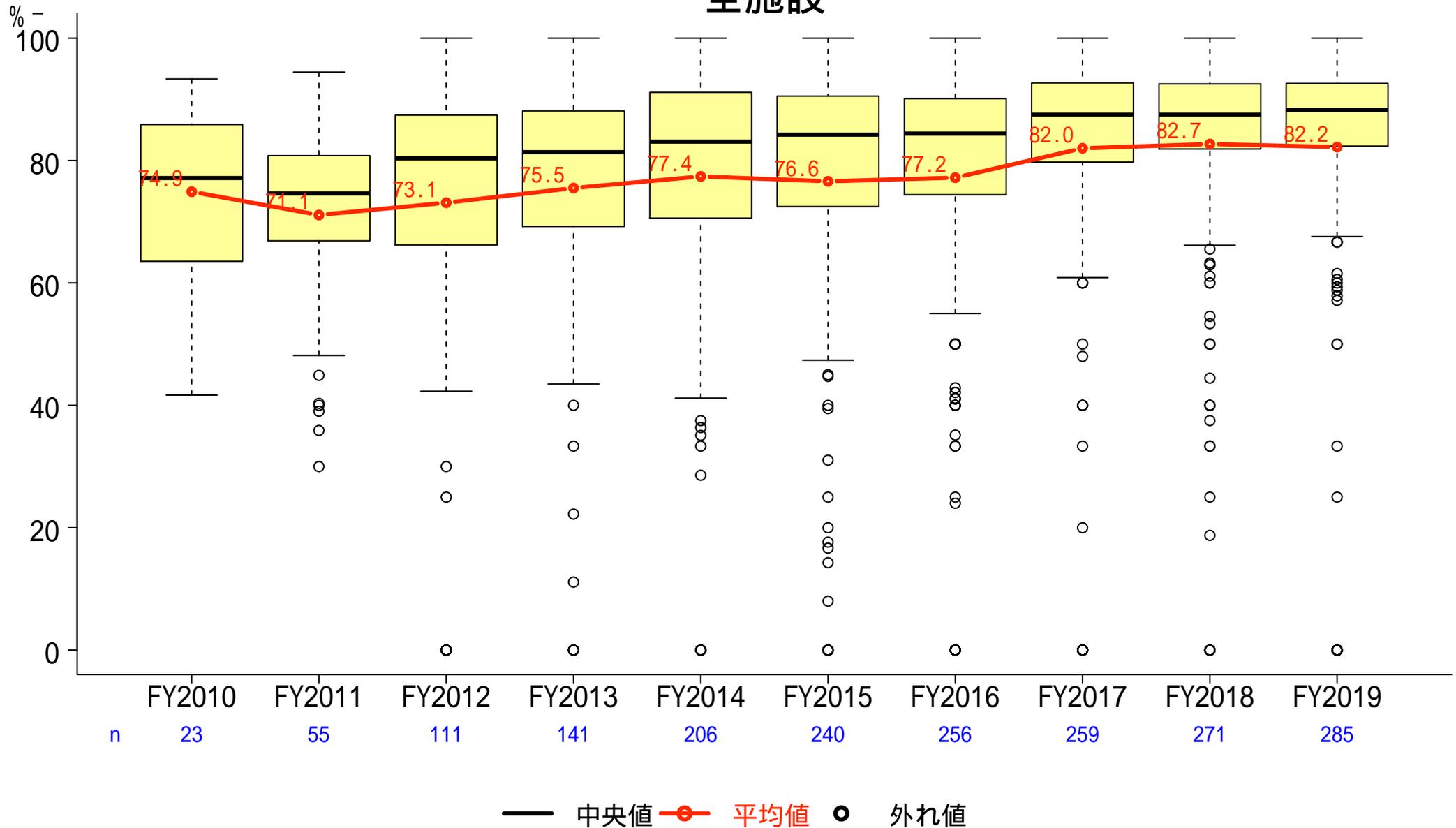


— 中央値 —●— 平均値 ● 外れ値

# 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

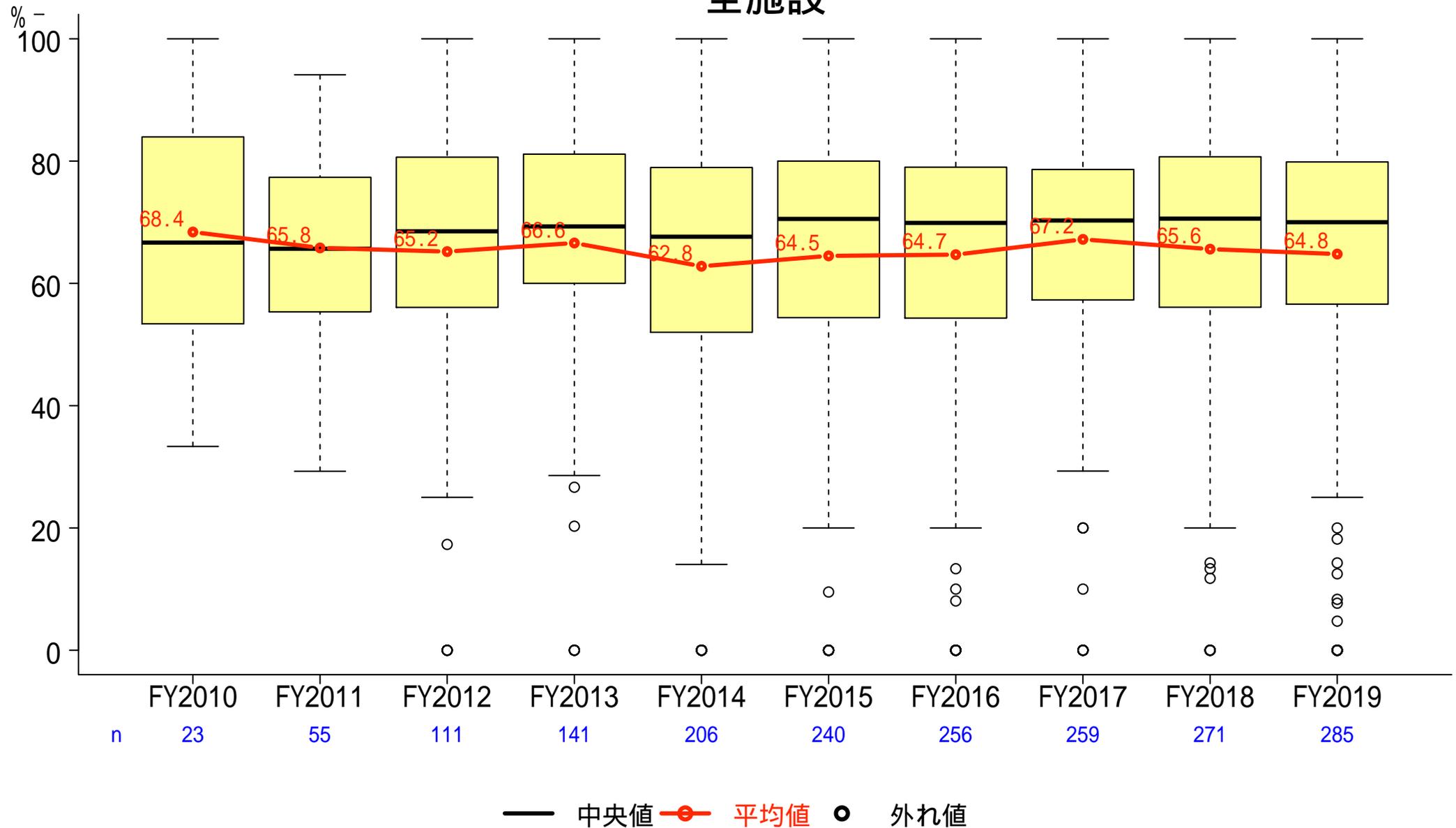
## 全施設



# 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

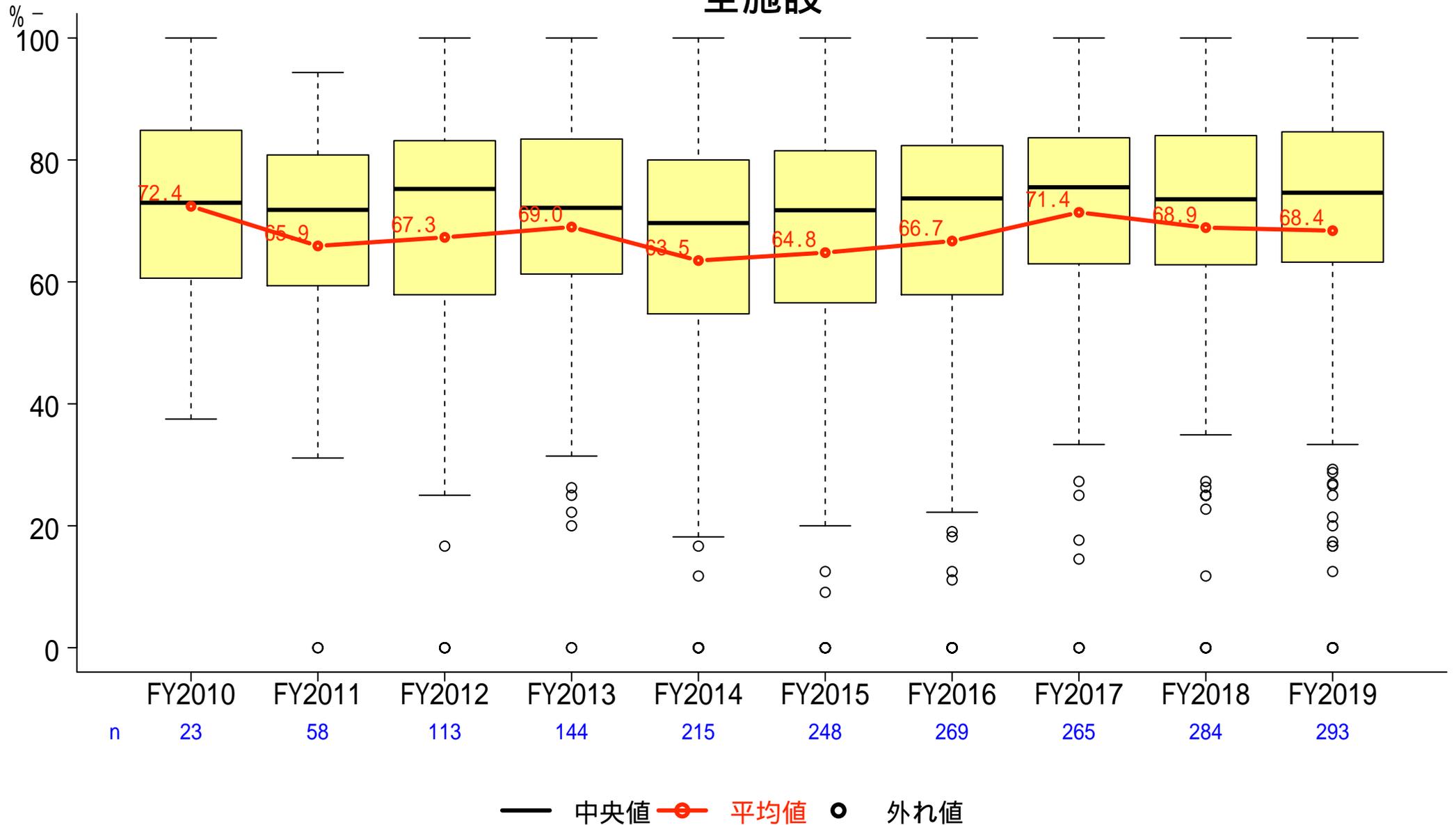
## 全施設



# 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

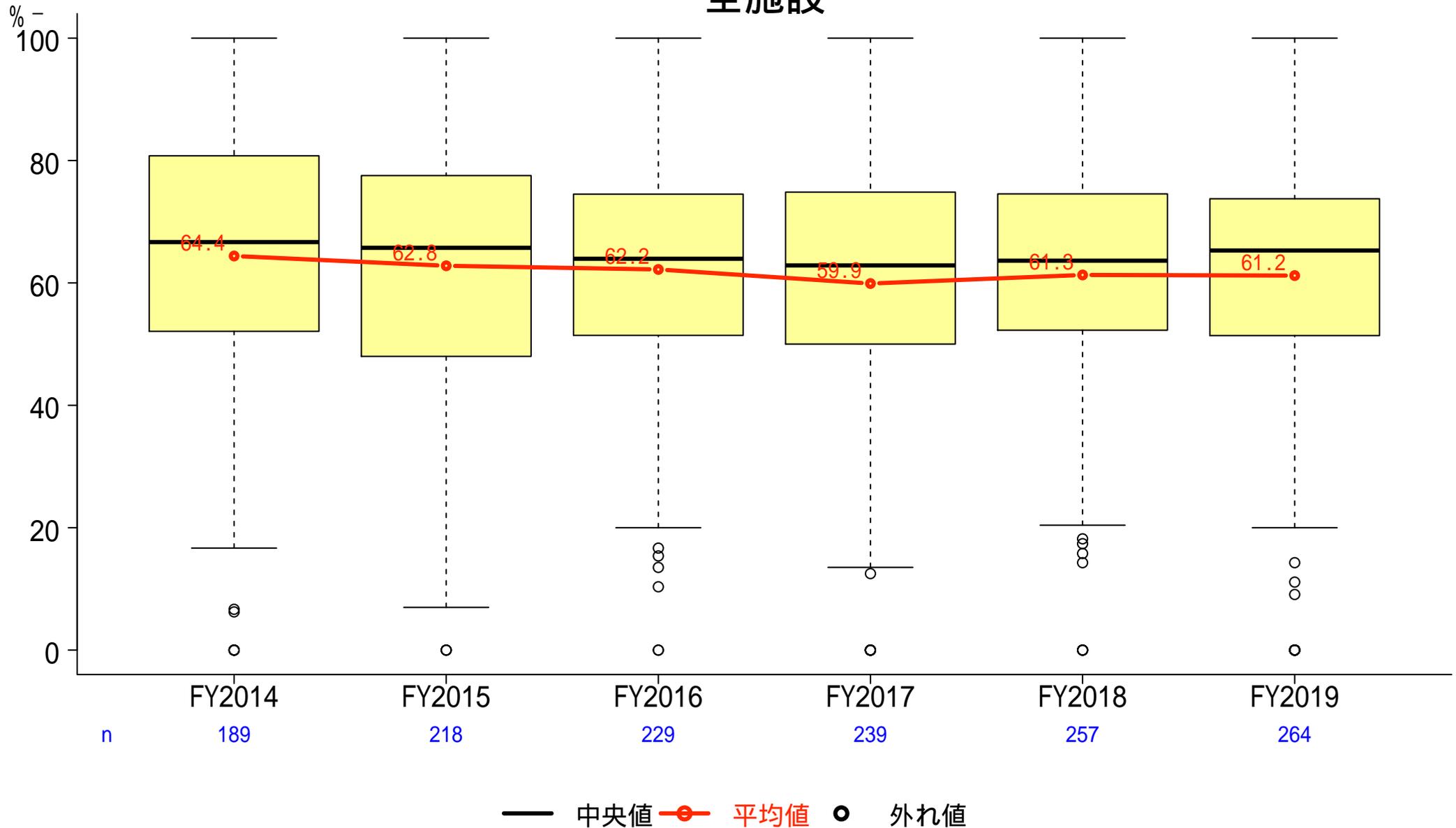
## 全施設



# 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

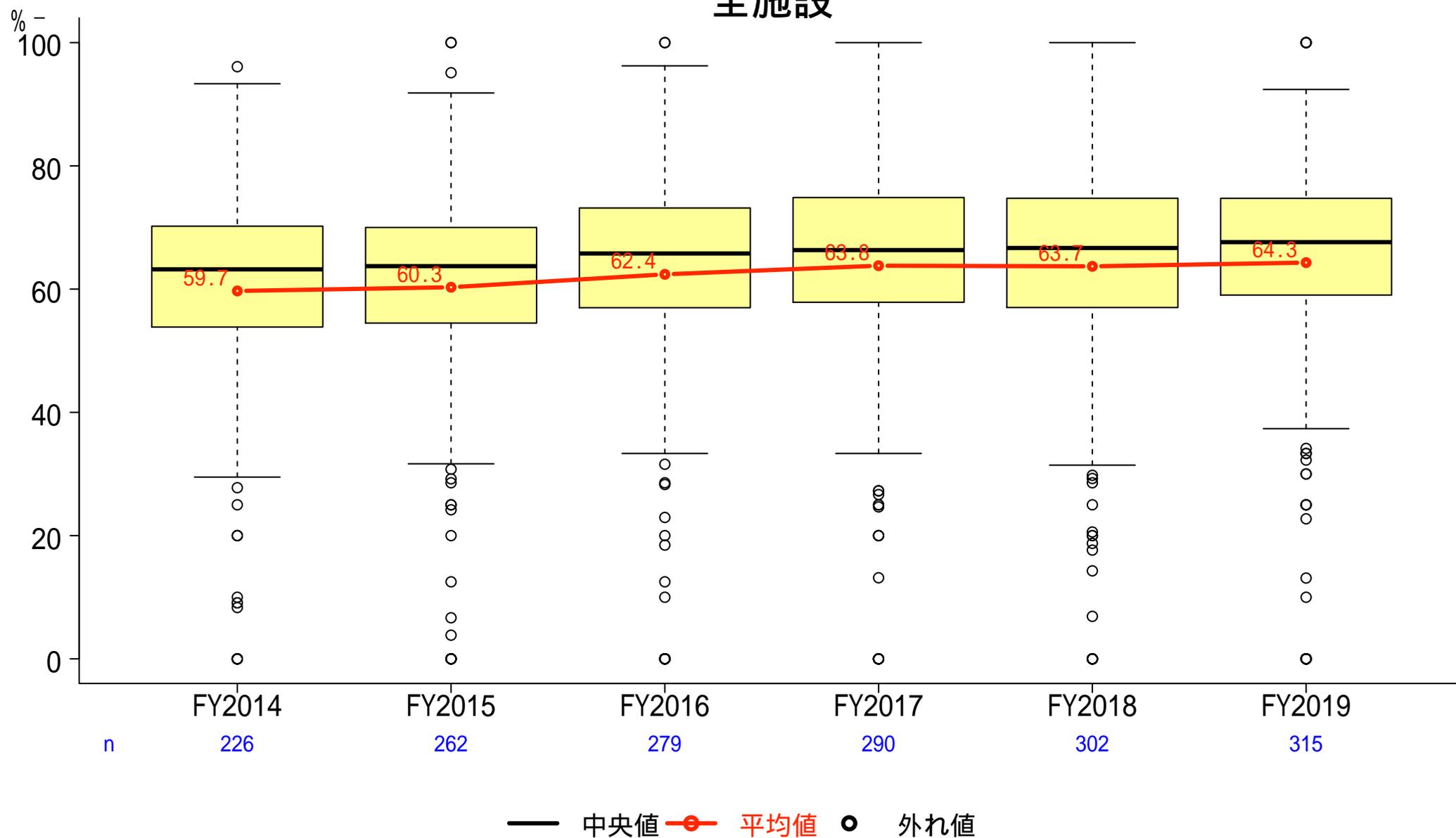
## 全施設



# 一般-27 脳梗塞(TIA含む)患者のうち入院2日目までの抗血栓・抗凝固療法処方割合

分子:入院2日目までに抗血栓療法もしくは抗凝固療法を受けた患者数  
分母:18歳以上の脳梗塞かTIAと診断された入院患者数

## 全施設

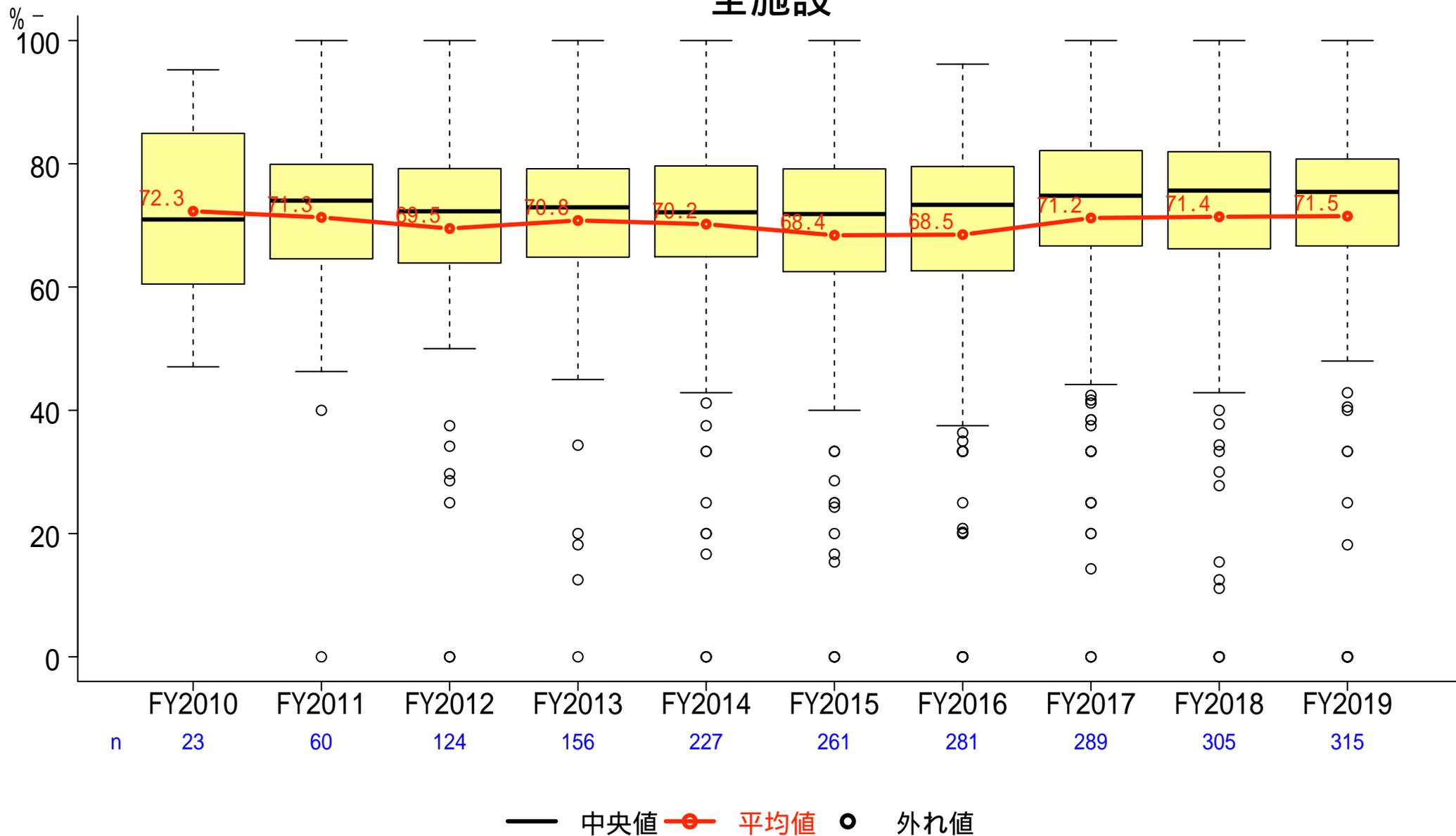


# 一般-28 脳梗塞(TIA含む)患者のうち退院時抗血小板薬処方割合

分子:退院時に抗血小板薬を処方された患者数

分母:18歳以上の脳梗塞かTIAと診断された入院患者数

## 全施設

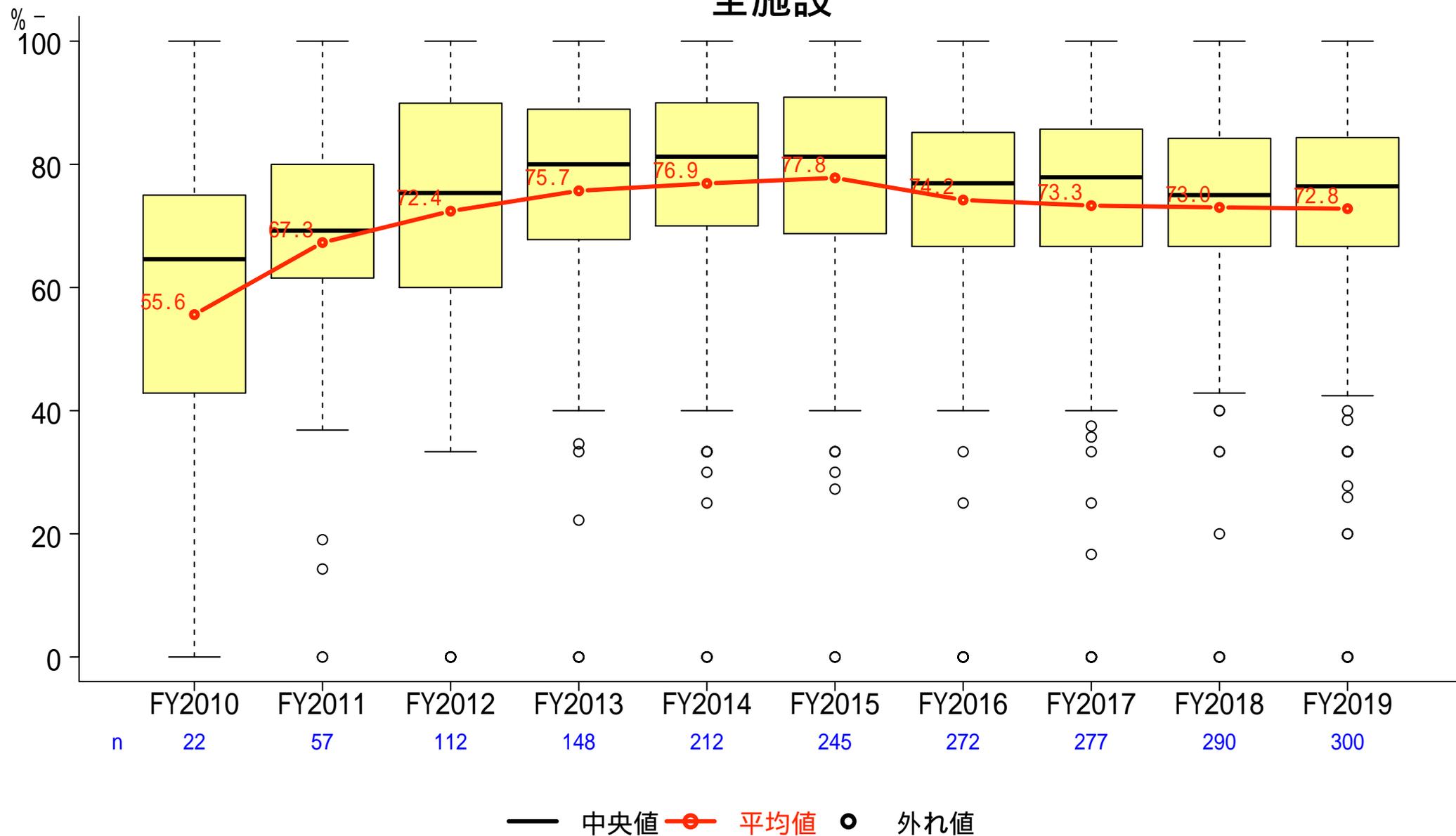


# 一般-29 心房細動を合併する脳梗塞(TIA含む)患者への退院時抗凝固薬処方割合

分子:退院時に抗凝固薬を処方された患者数

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

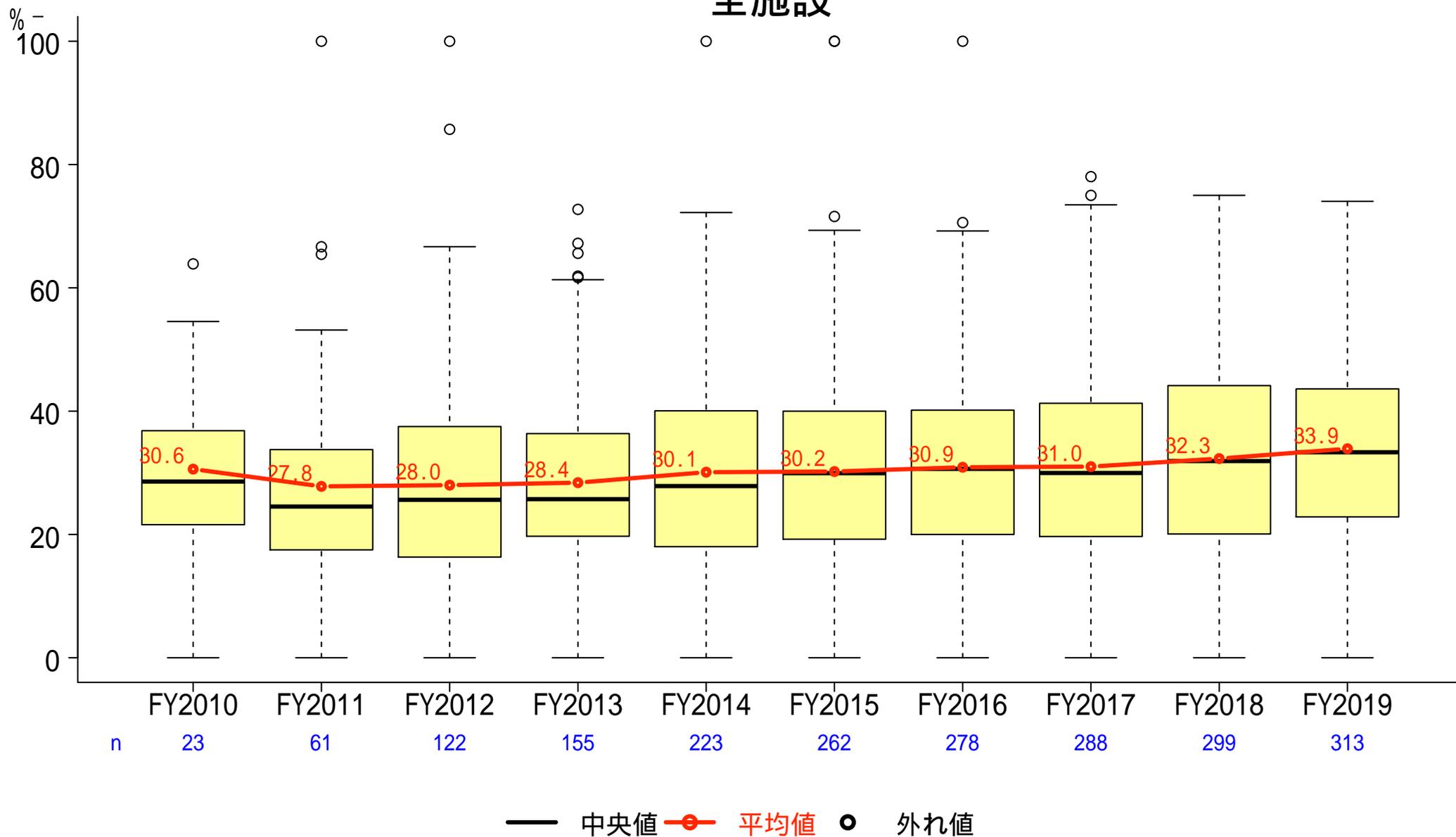
## 全施設



# 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

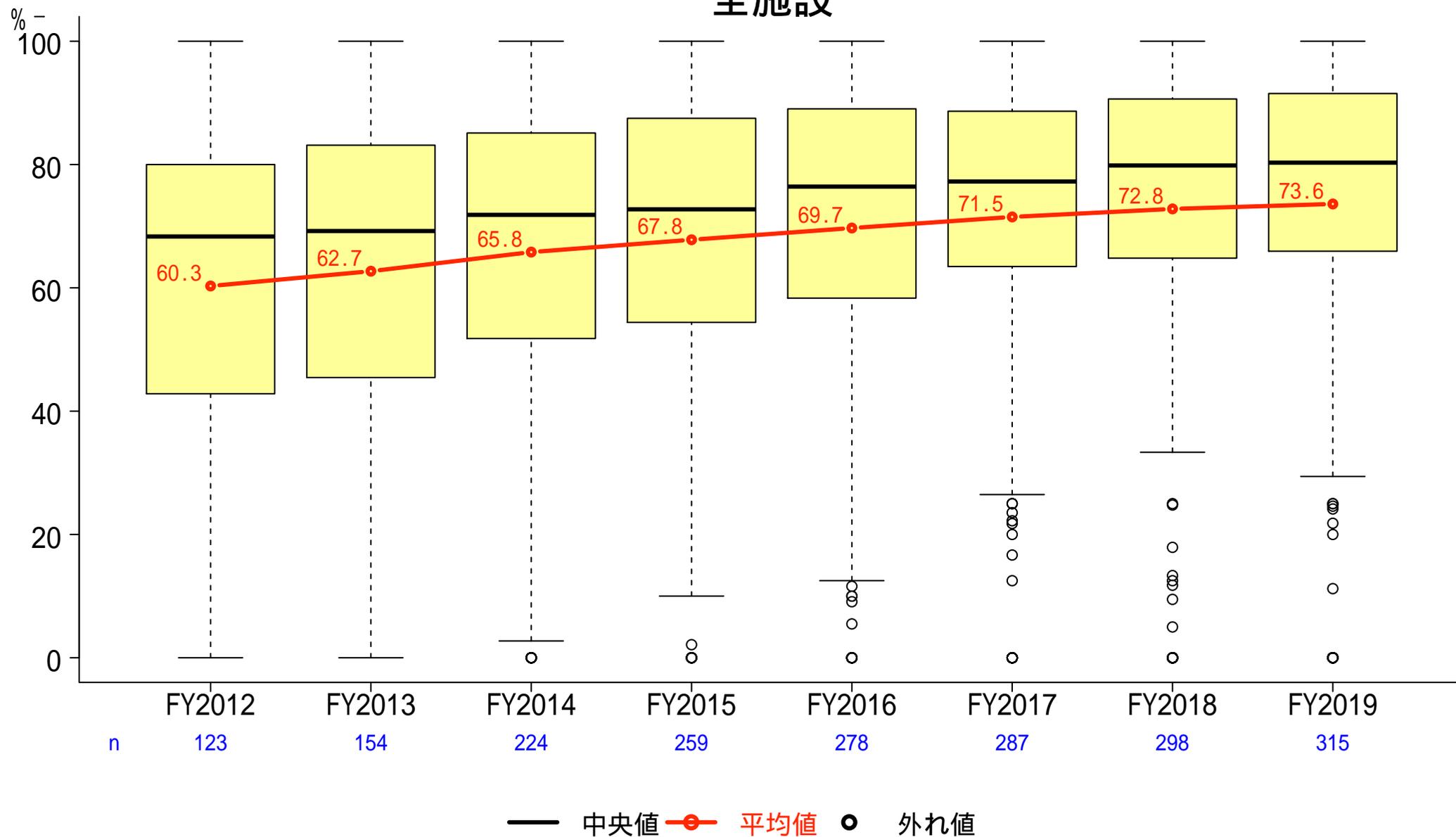
## 全施設



# 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

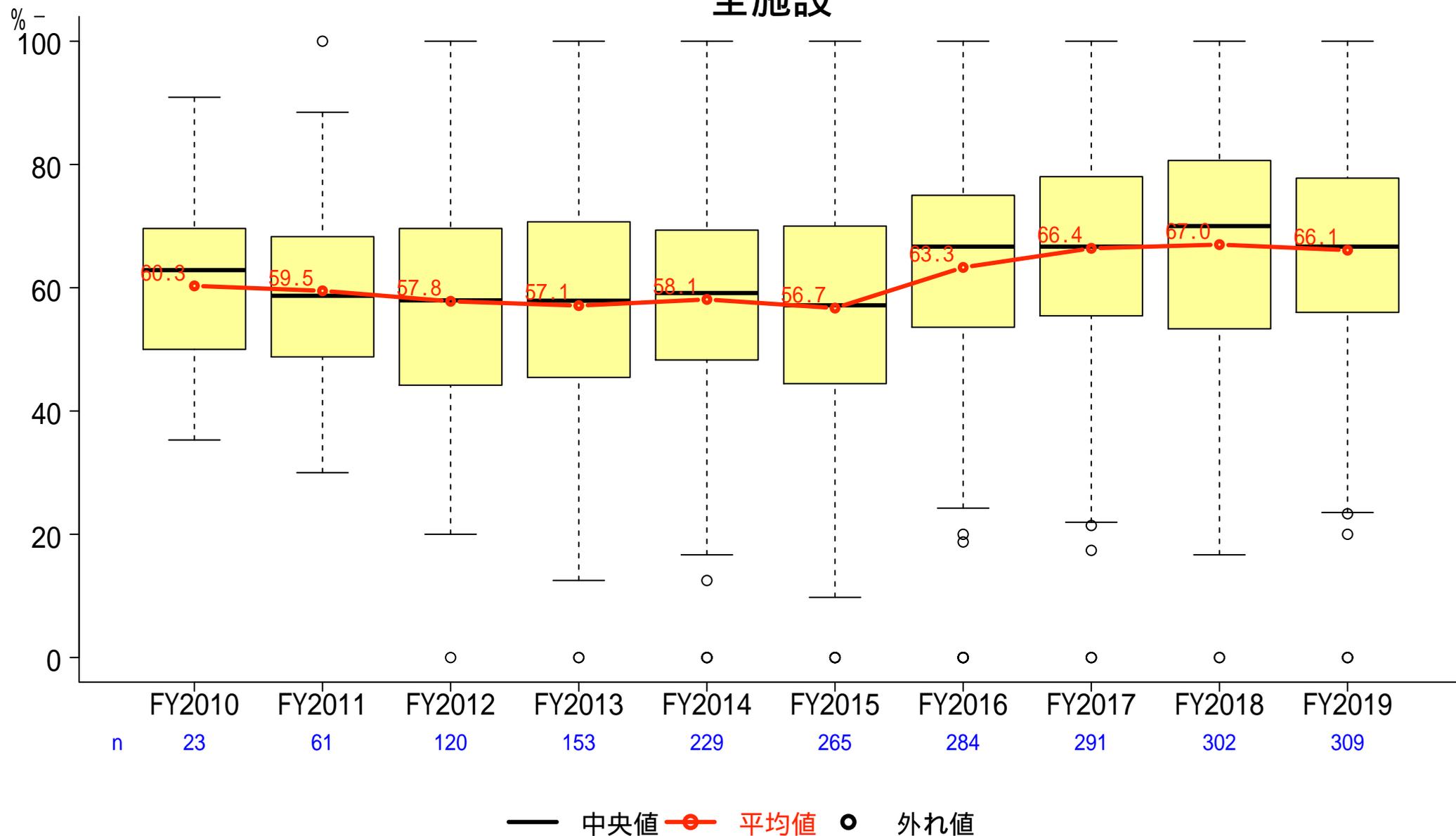


# 一般-32 喘息入院患者のうち吸入ステロイドを入院中に処方された割合

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

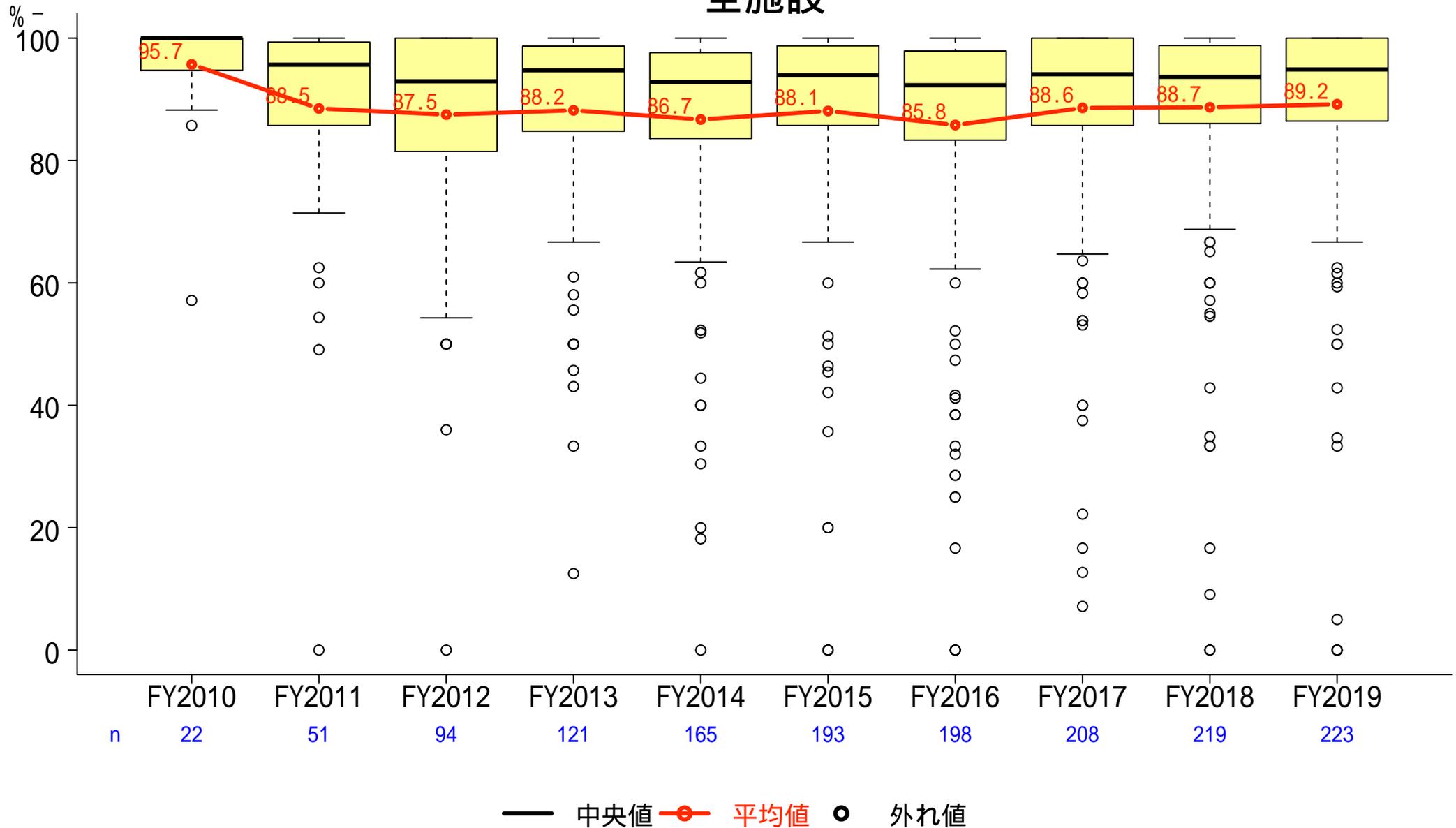


# 一般-33 入院中にステロイドの経口・静注処方された小児喘息患者の割合

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

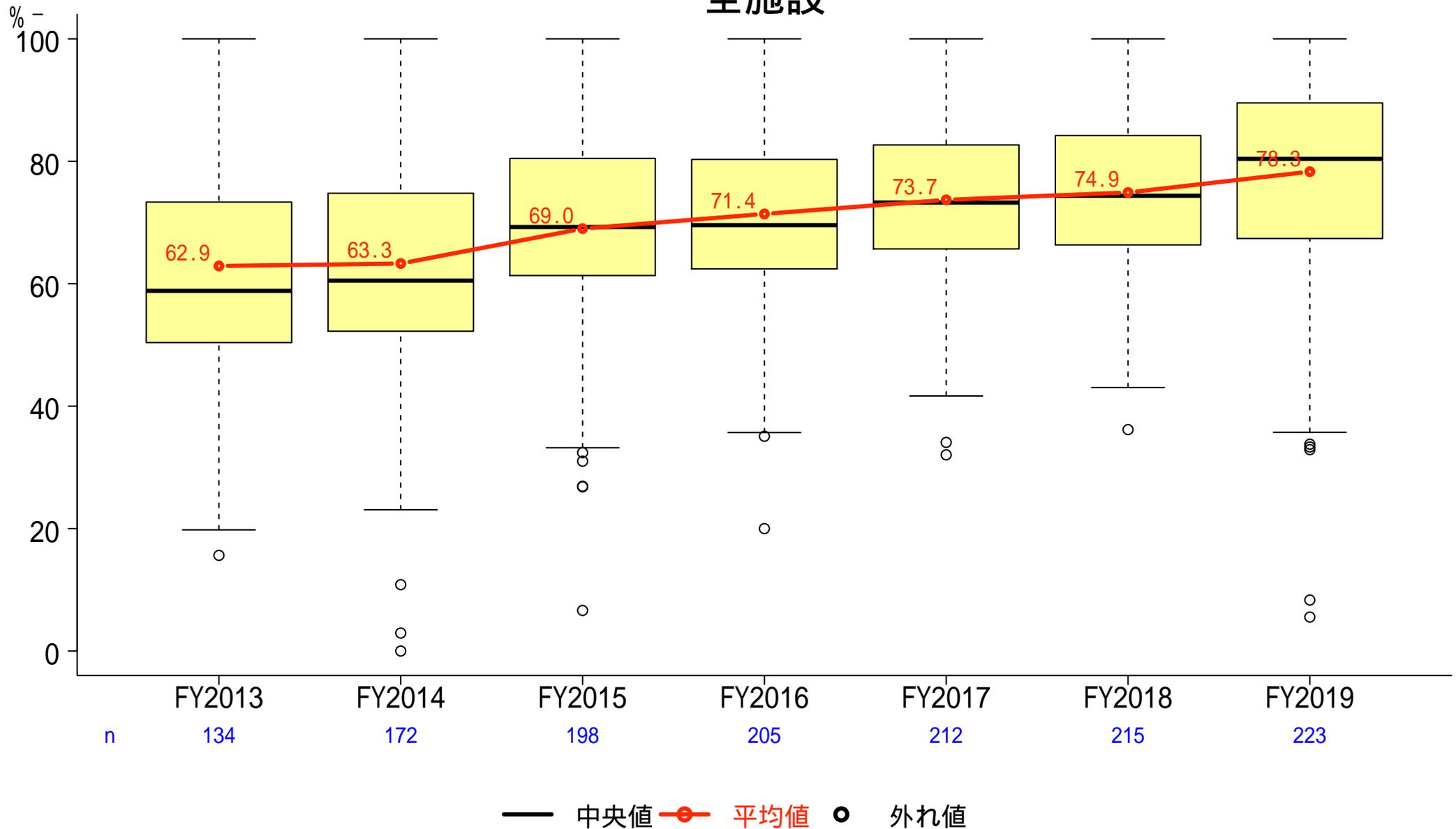


# 一般-34 統合指標(Composite Measures)

【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

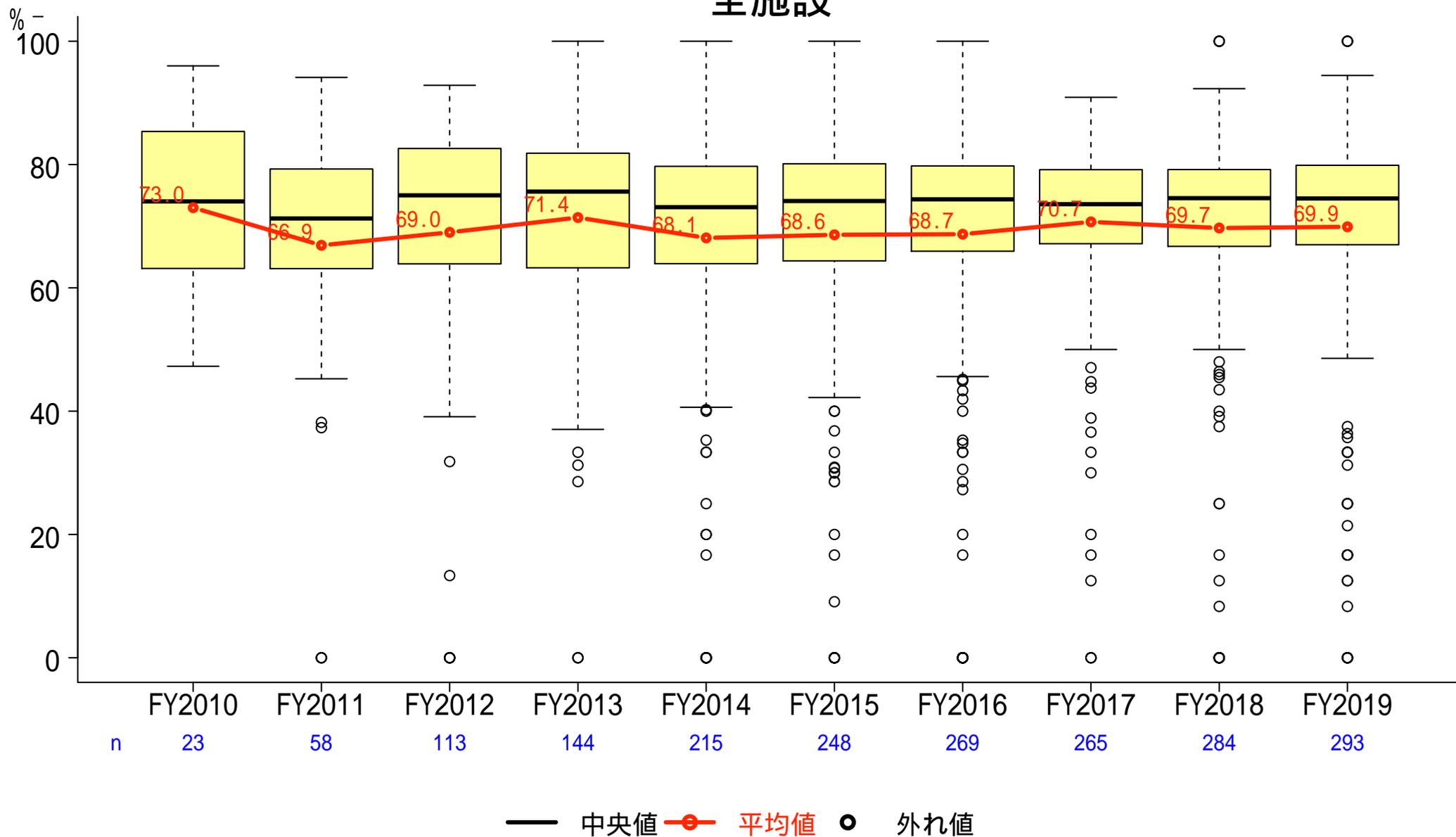


# 一般-35 統合指標(Composite Measures)

## 【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

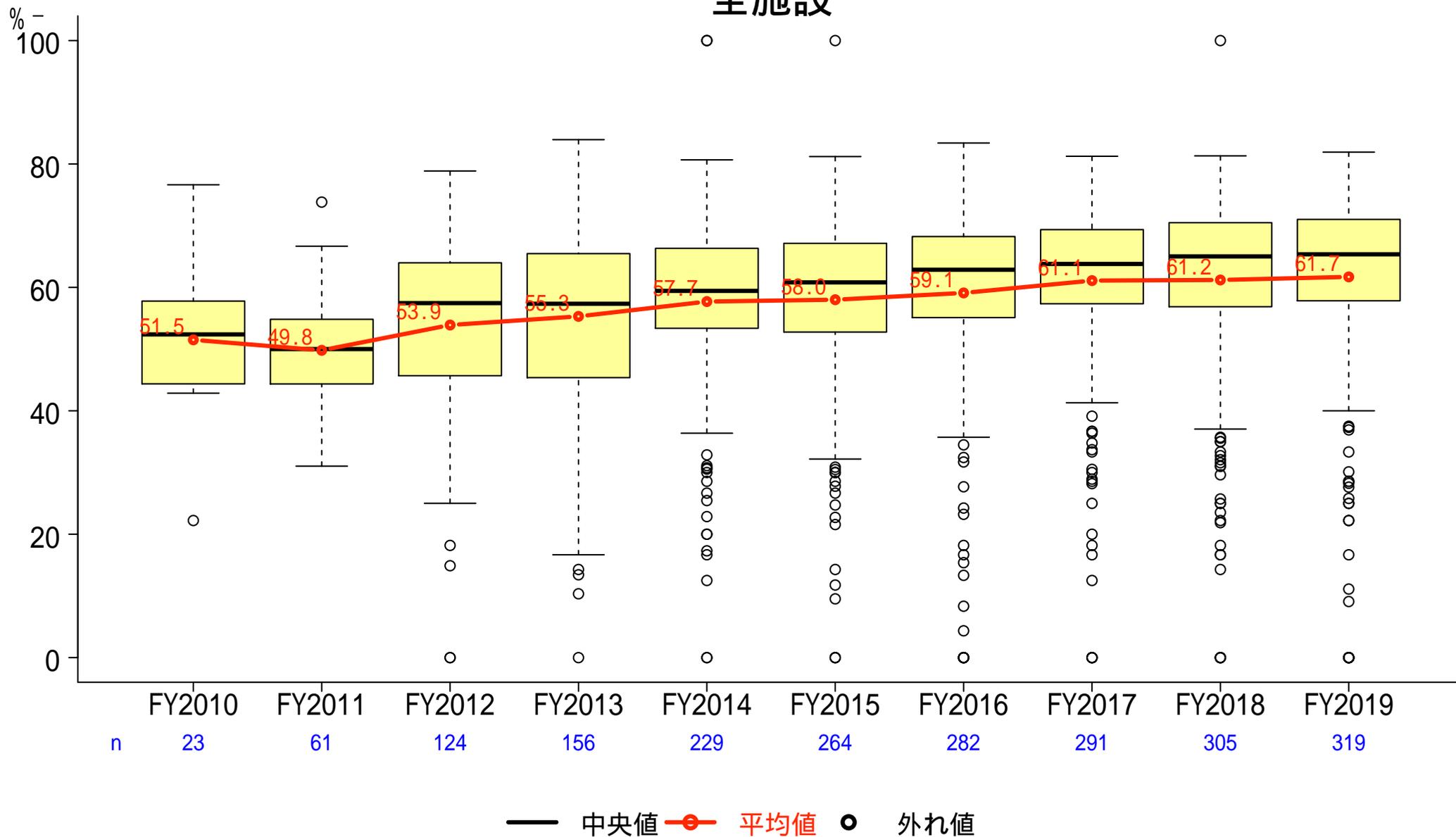


# 一般-36 統合指標(Composite Measures)

## 【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

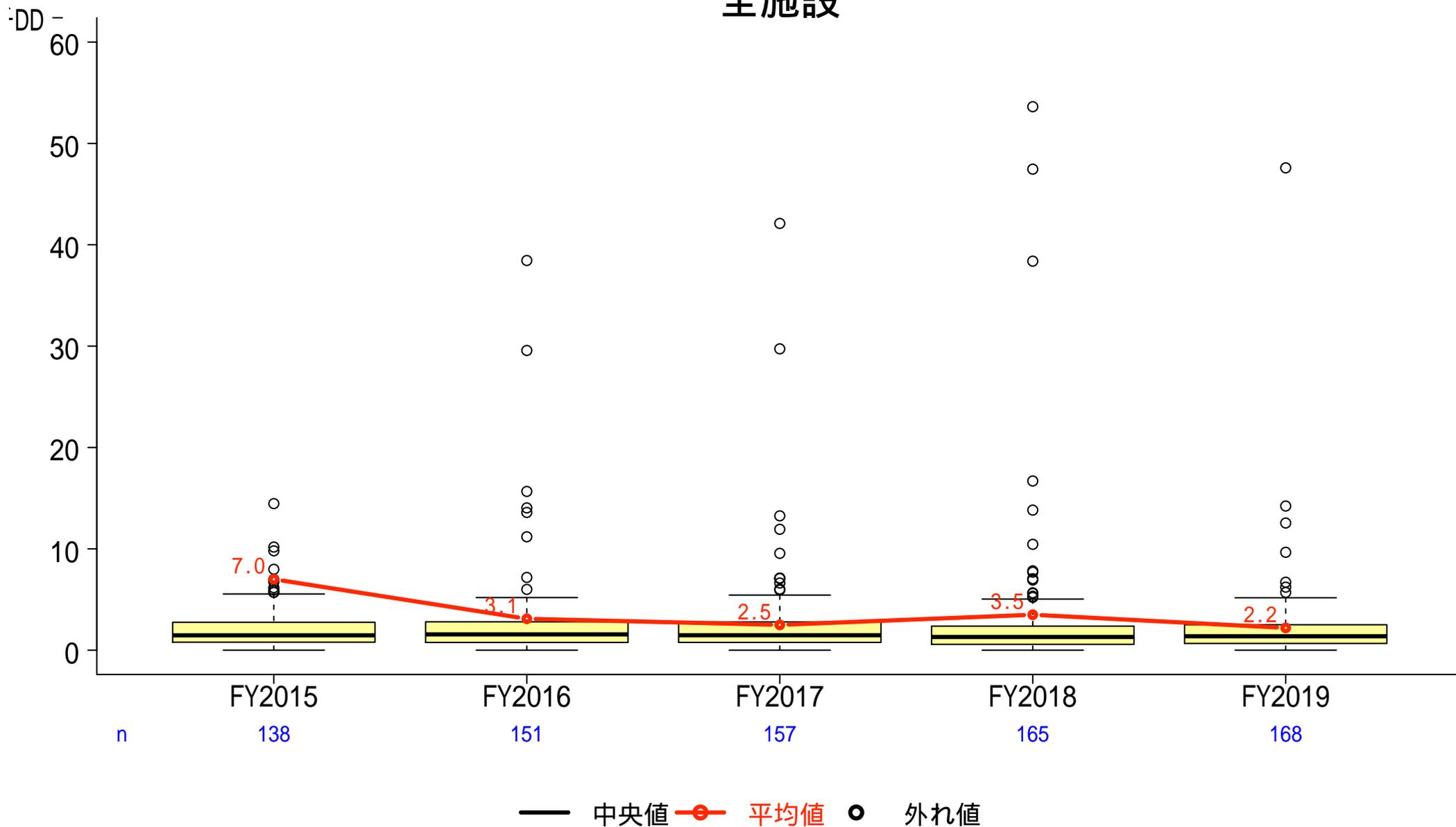
### 全施設



# 一般-37 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

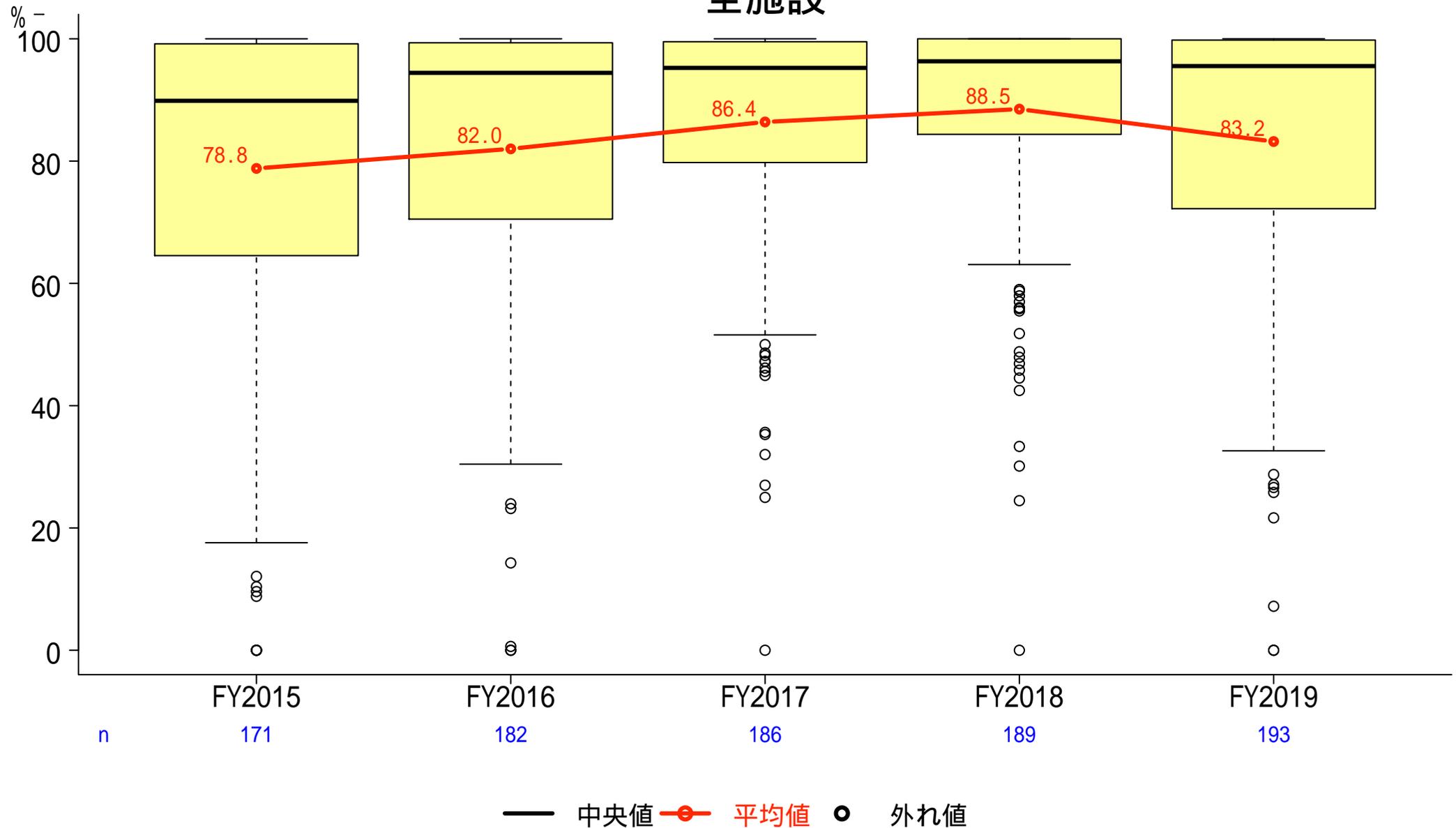
## 全施設



# 一般-38 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

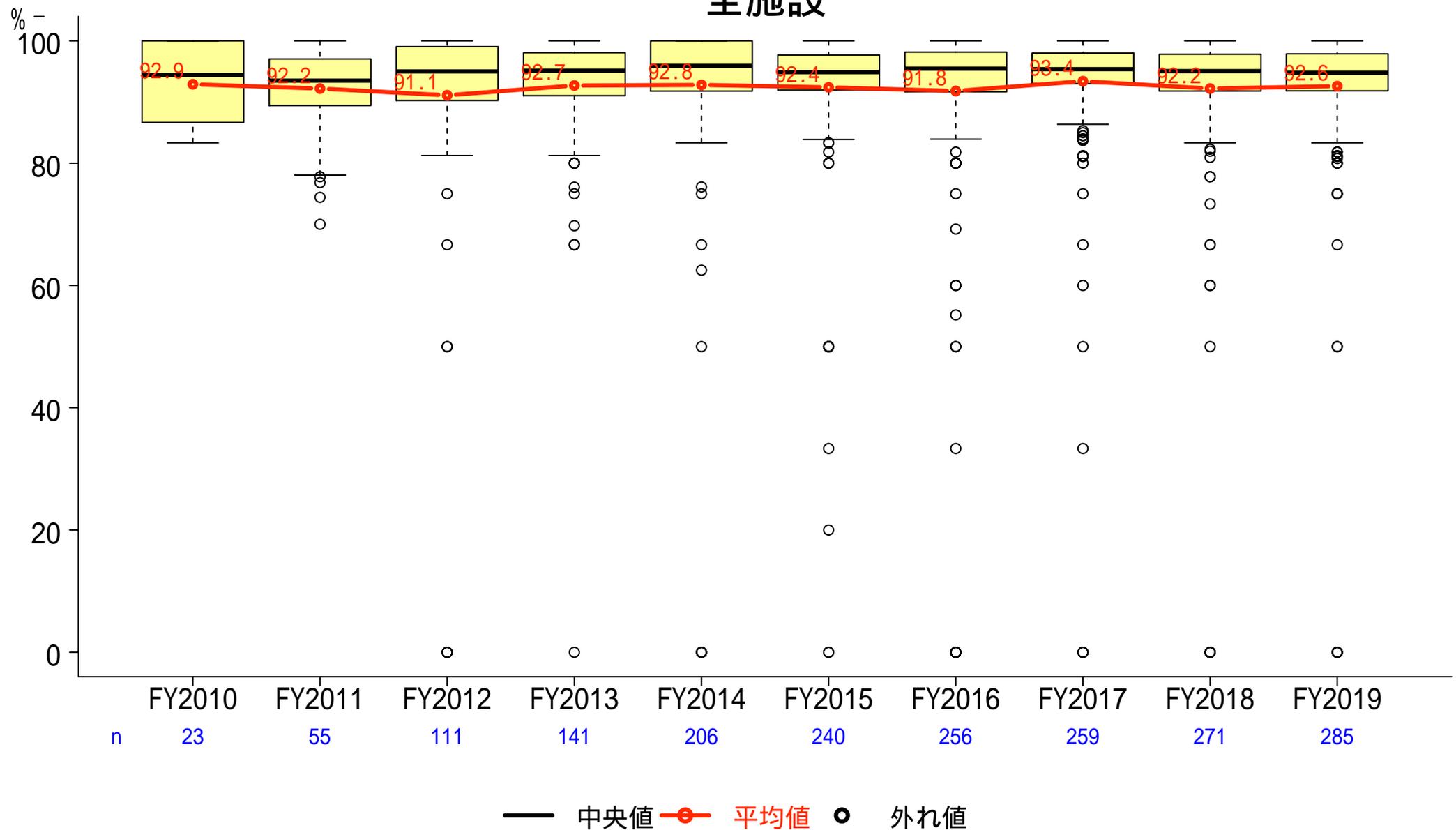
## 全施設



# 一般-39 急性心筋梗塞患者における退院時抗血小板薬投与割合

分子:退院時に抗血小板薬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

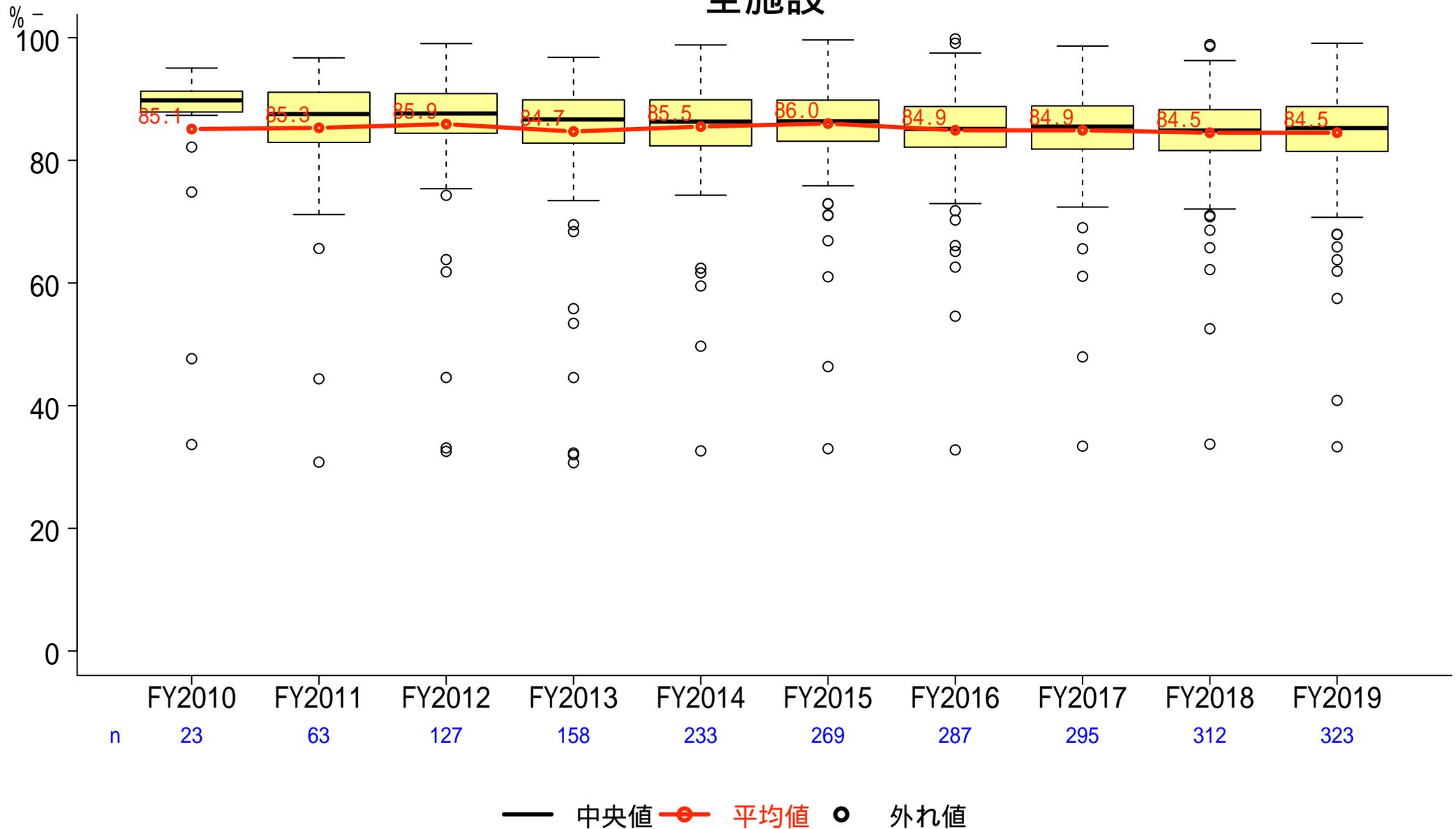


# 一般-40 糖尿病・慢性腎臓病患者への栄養管理実施率

分子: 特別食加算の算定回数

分母: 18歳以上の糖尿病・慢性腎臓病患者で、それらへの治療が主目的ではない入院患者の食事回数

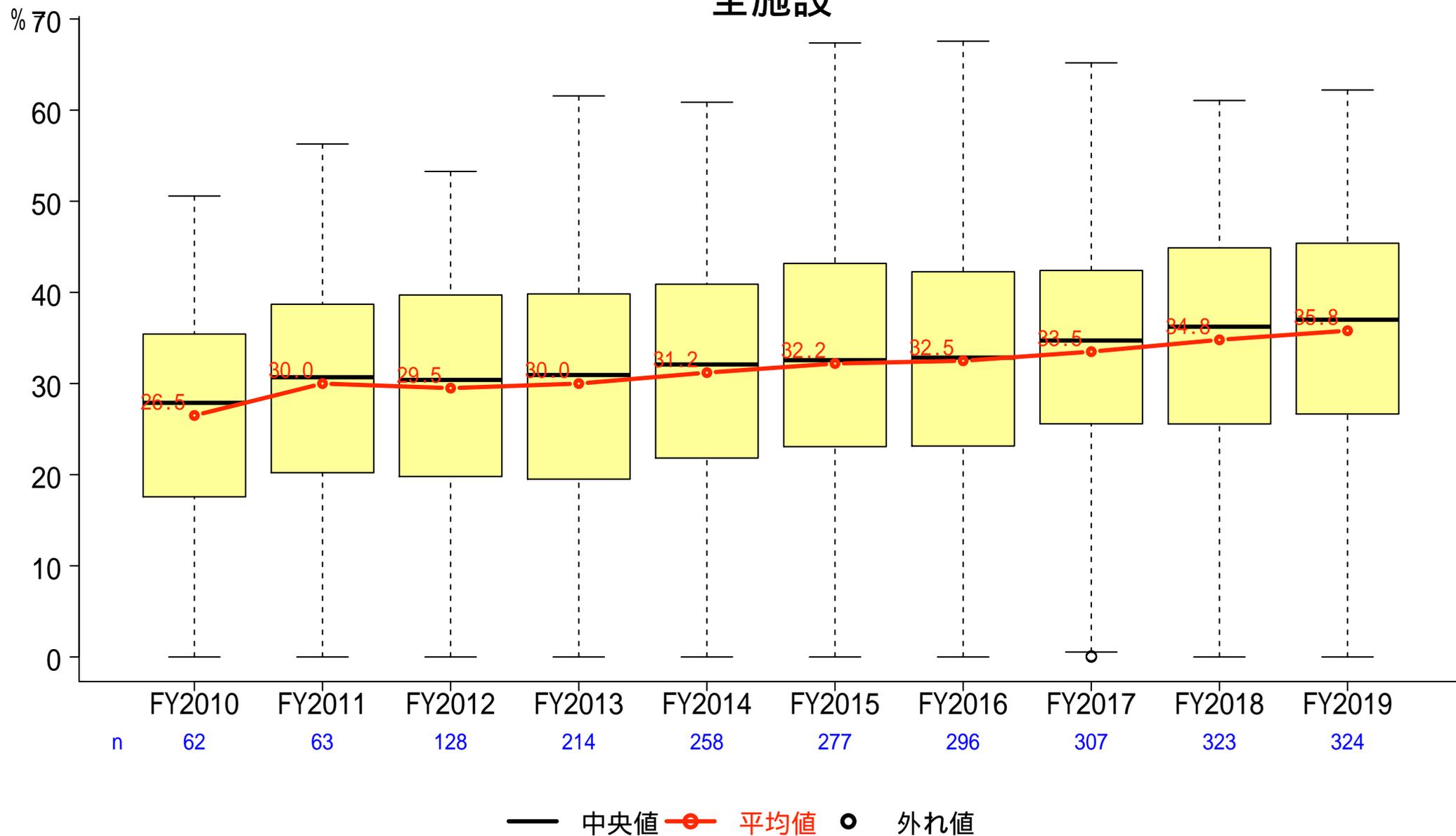
## 全施設



# 一般-41 広域抗菌薬使用時の血液培養実施率

分子: 投与開始初日に血液培養検査を実施した数  
分母: 広域抗菌薬投与を開始した入院患者数

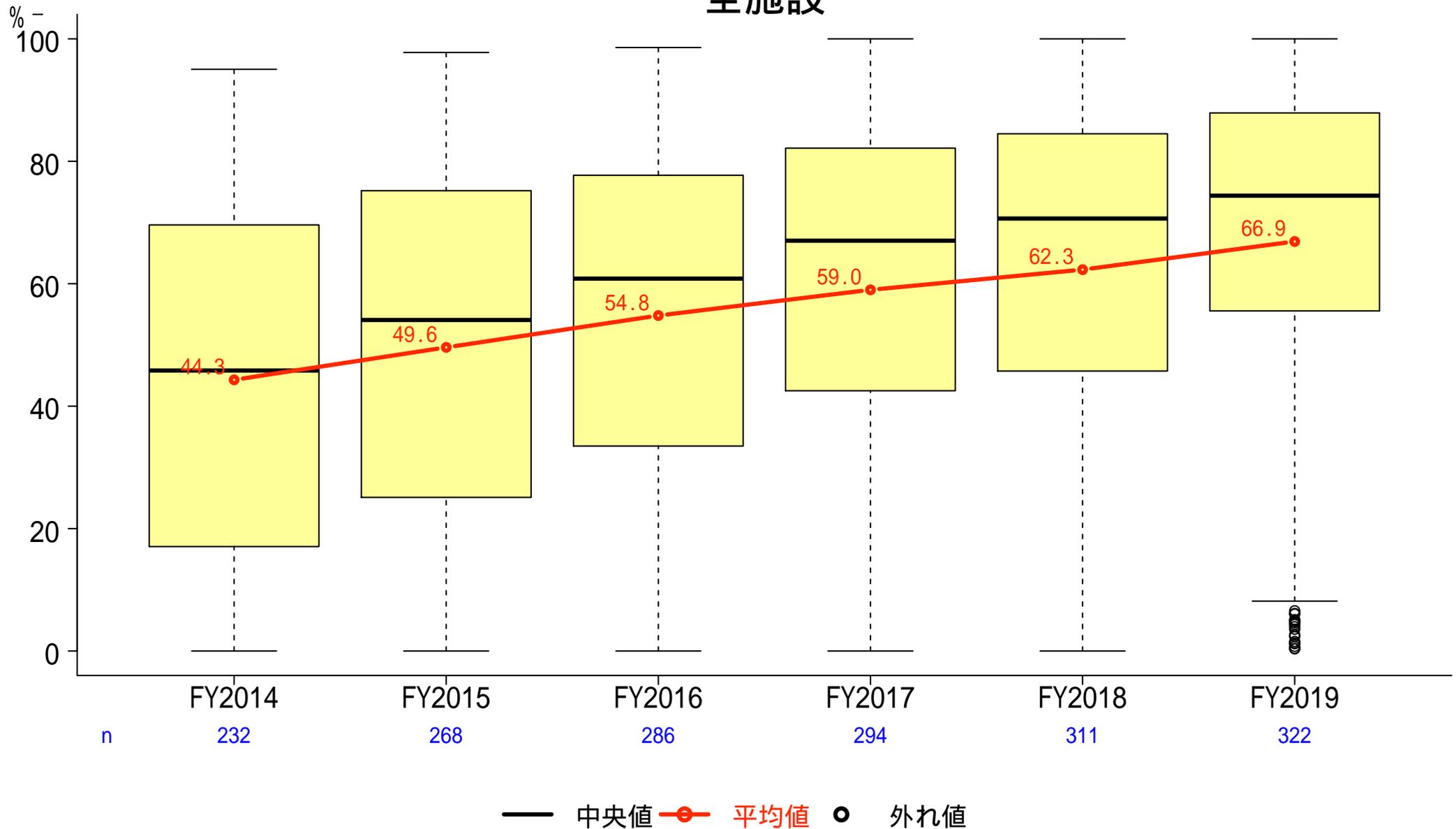
## 全施設



# 一般-42 血液培養実施時の2セット実施率

分子:血液培養オーダーが1日に2件以上ある日数  
分母:血液培養オーダー日数

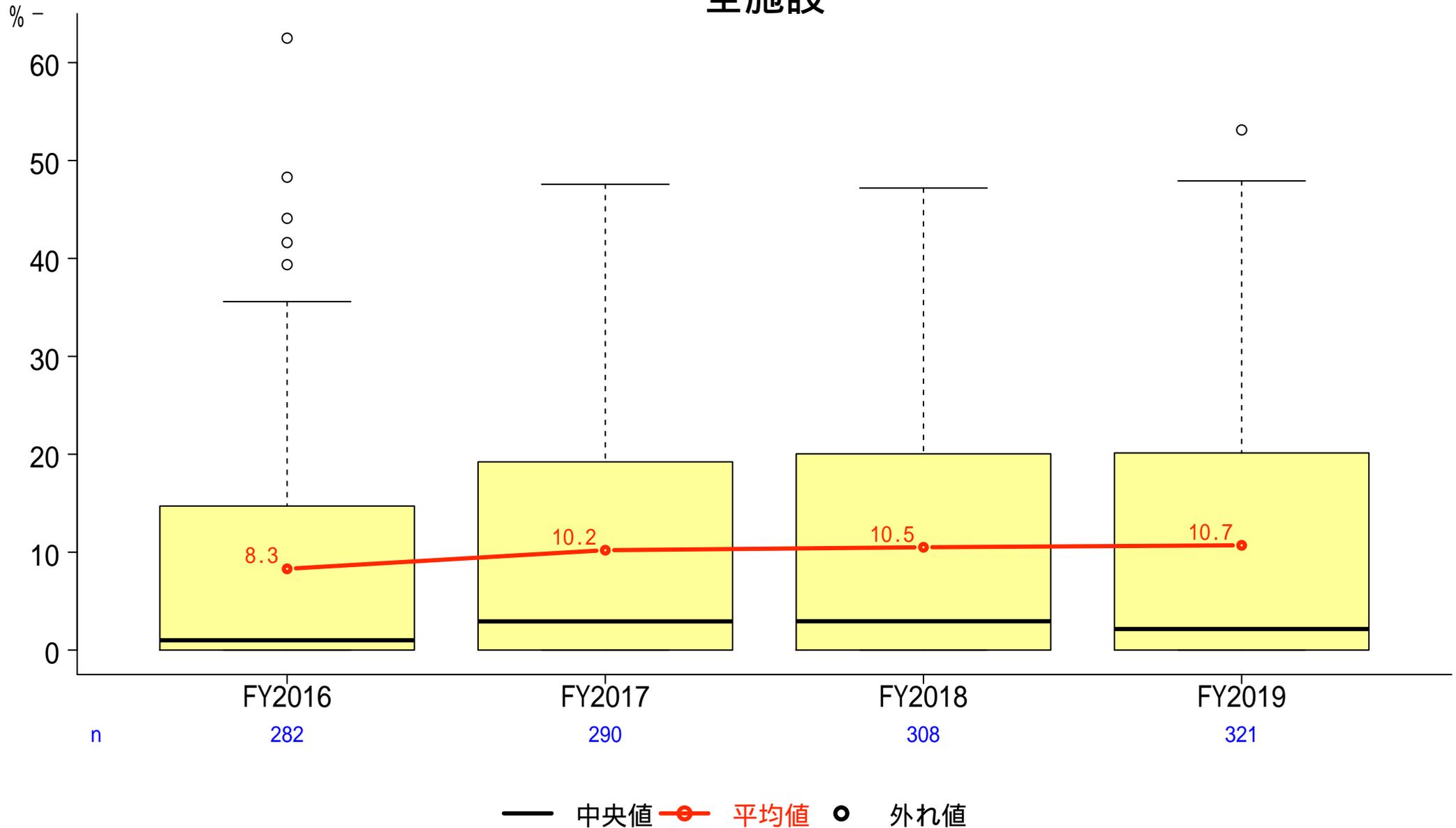
## 全施設



# 一般-43 脳卒中患者に対する地域連携パスの使用率

分子: 「地域連携診療計画加算」を算定した患者数  
分母: 脳卒中で入院した患者数

## 全施設

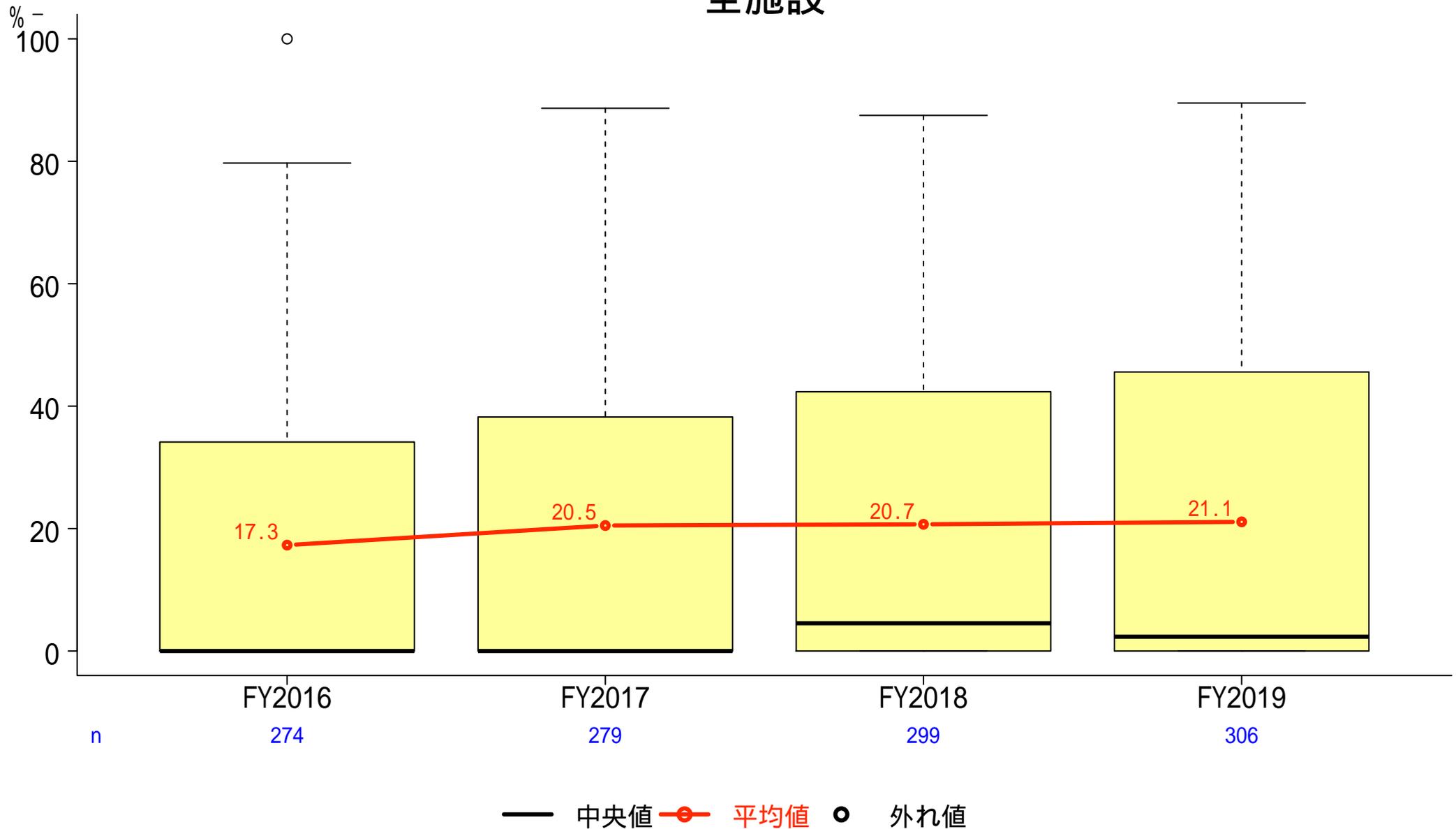


# 一般-44 大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携パスの使用率

分子: 「地域連携診療計画加算」を算定した患者数

分母: 大腿骨頸部骨折で入院し、大腿骨頸部の手術を受けた患者数

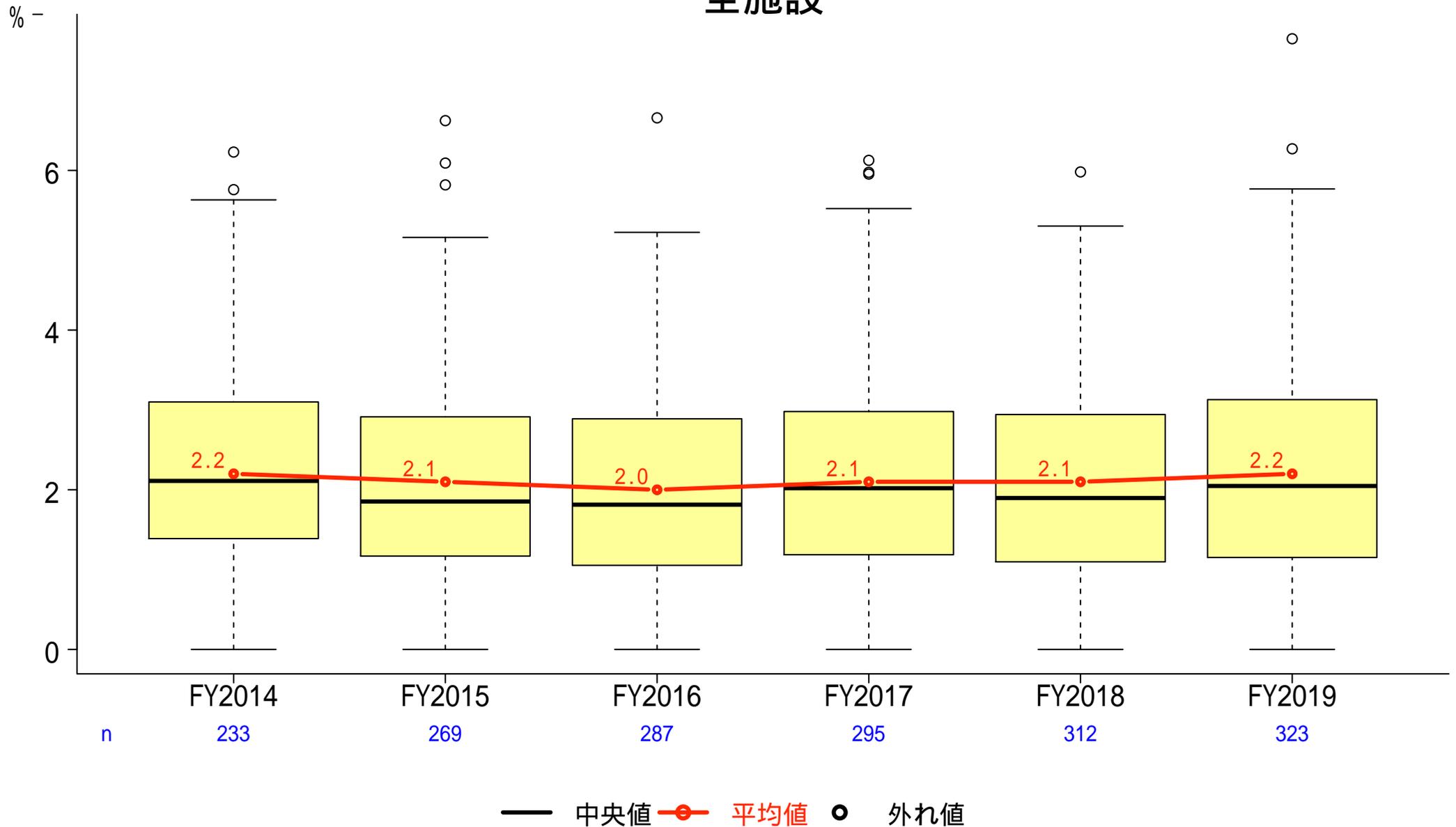
## 全施設



# 一般-45 30日以内の予定外再入院率

分子:前回の退院日が30日以内の救急医療入院患者数  
分母:退院患者数

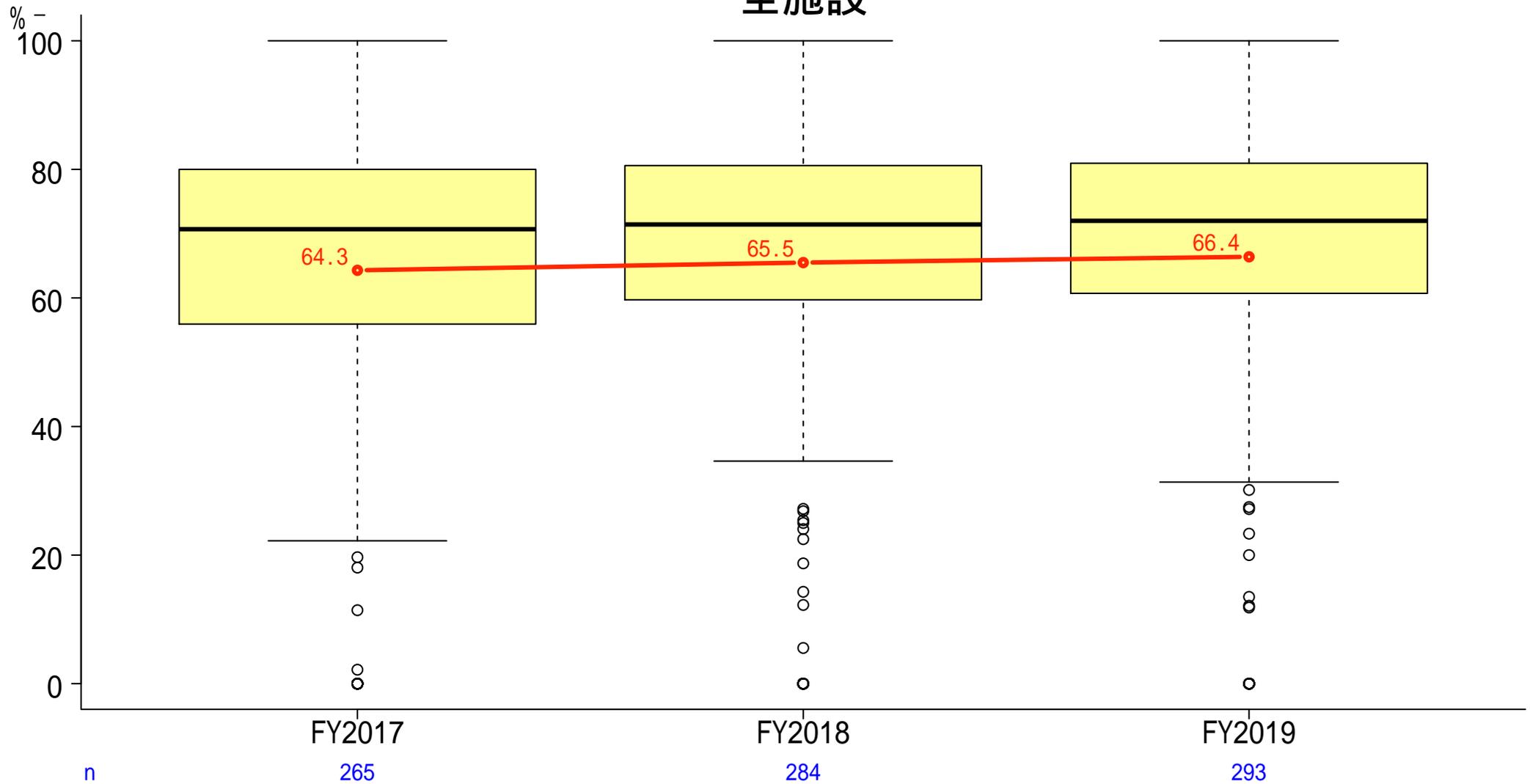
## 全施設



# 一般-46 急性心筋梗塞患者における当日アスピリン投与割合

分子:入院当日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



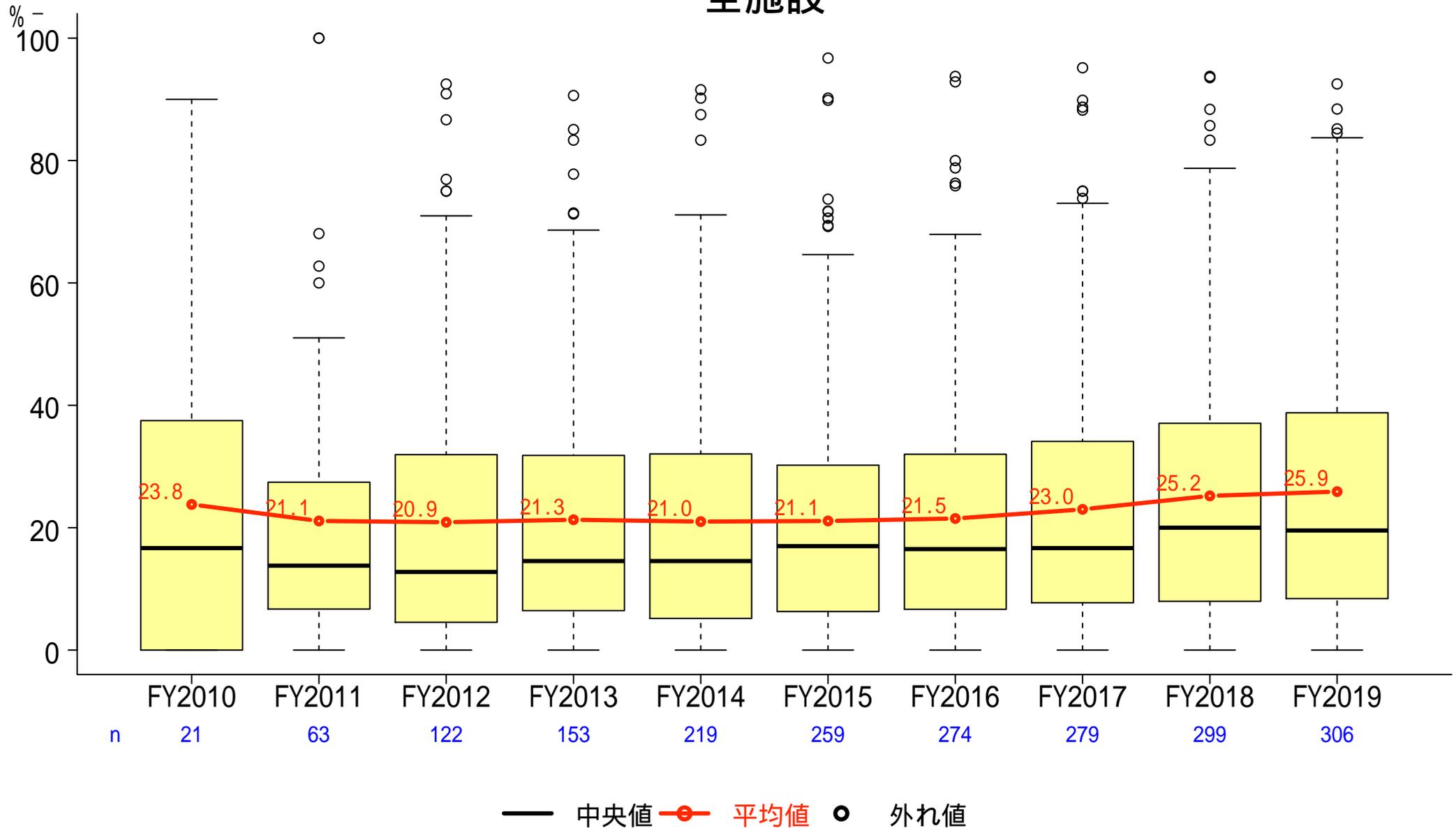
— 中央値 —●— 平均値 ● 外れ値

# 一般-47 大腿骨頸部骨折の早期手術割合

分子:入院2日以内に手術を受けた患者数

分母:大腿骨頸部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた患者数

## 全施設

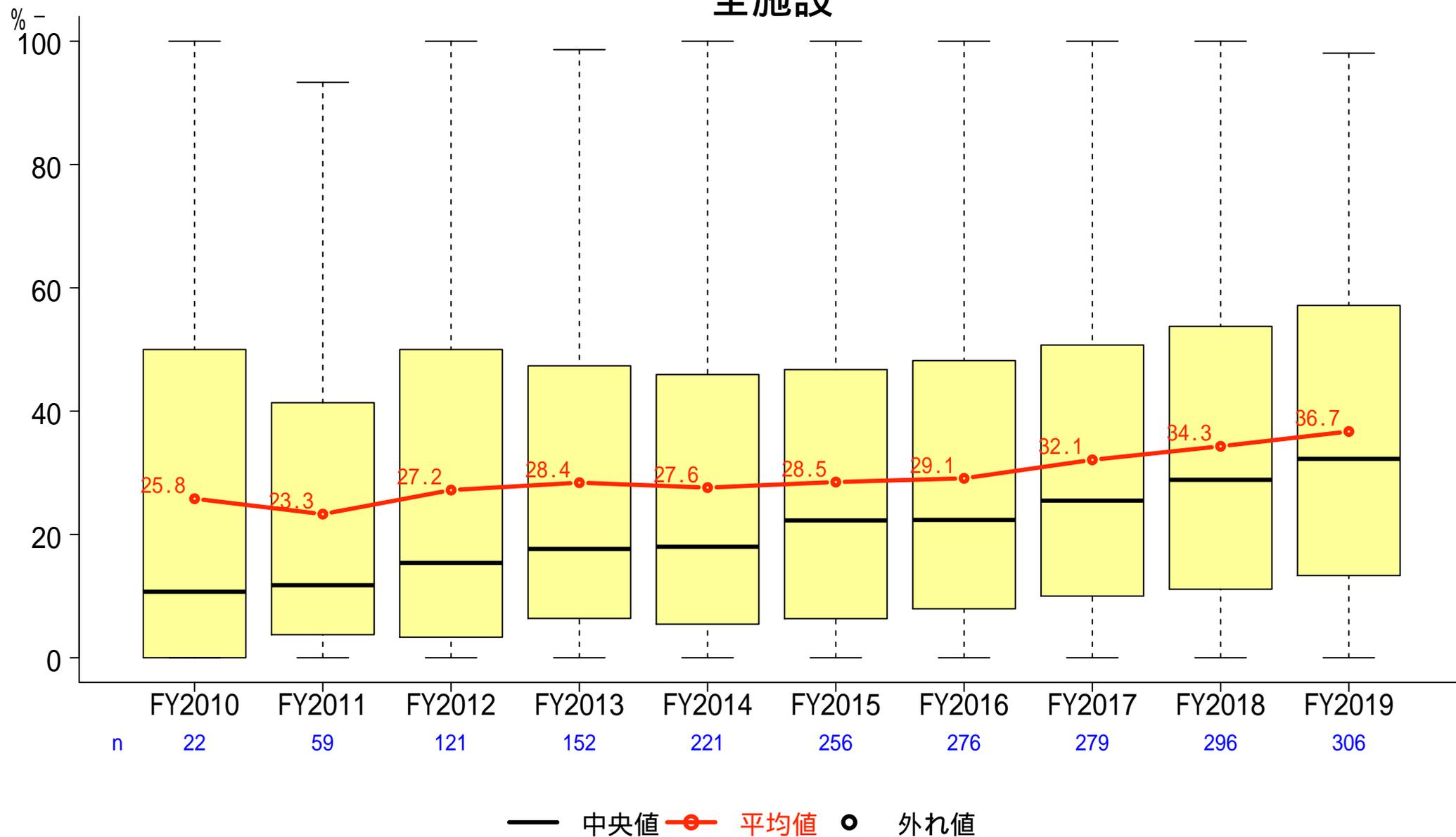


# 一般-48 大腿骨転子部骨折の早期手術割合

分子:入院2日以内に手術を受けた患者数

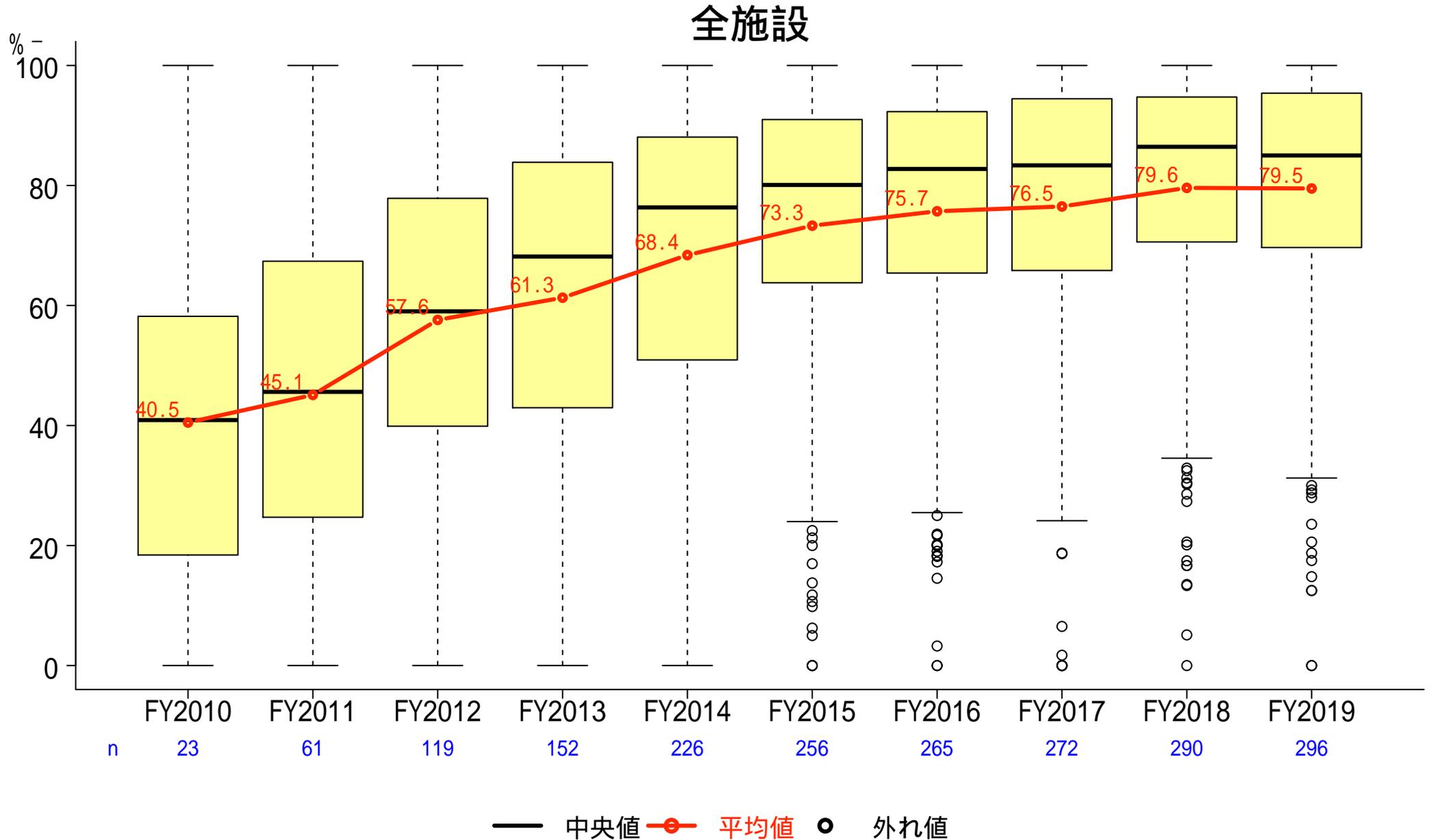
分母:大腿骨転子部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた患者数

## 全施設



# 一般-49 シスプラチンを含むがん薬物療法後の急性期予防的制吐剤投与率

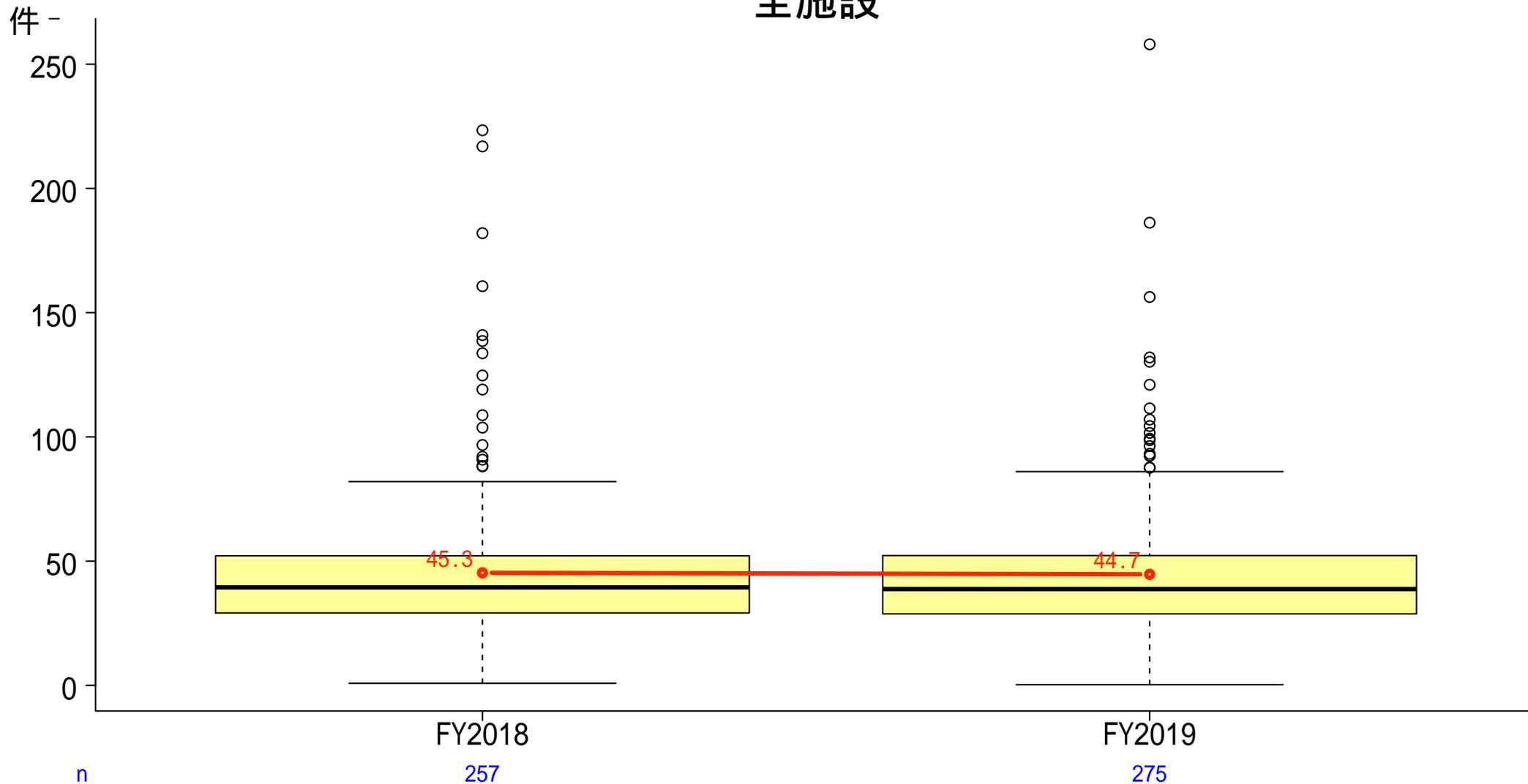
分子:実施日の前日または当日に、5HT3受容体拮抗薬、NK1受容体拮抗薬およびデキサメタゾンの3剤すべてを併用した数  
分母:18歳以上の患者で、入院にてシスプラチンを含む化学療法を受けた実施日数



# 一般-50 1か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント発生件数

分子: 調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント発生件数 × 100  
分母: 許可病床数

## 全施設

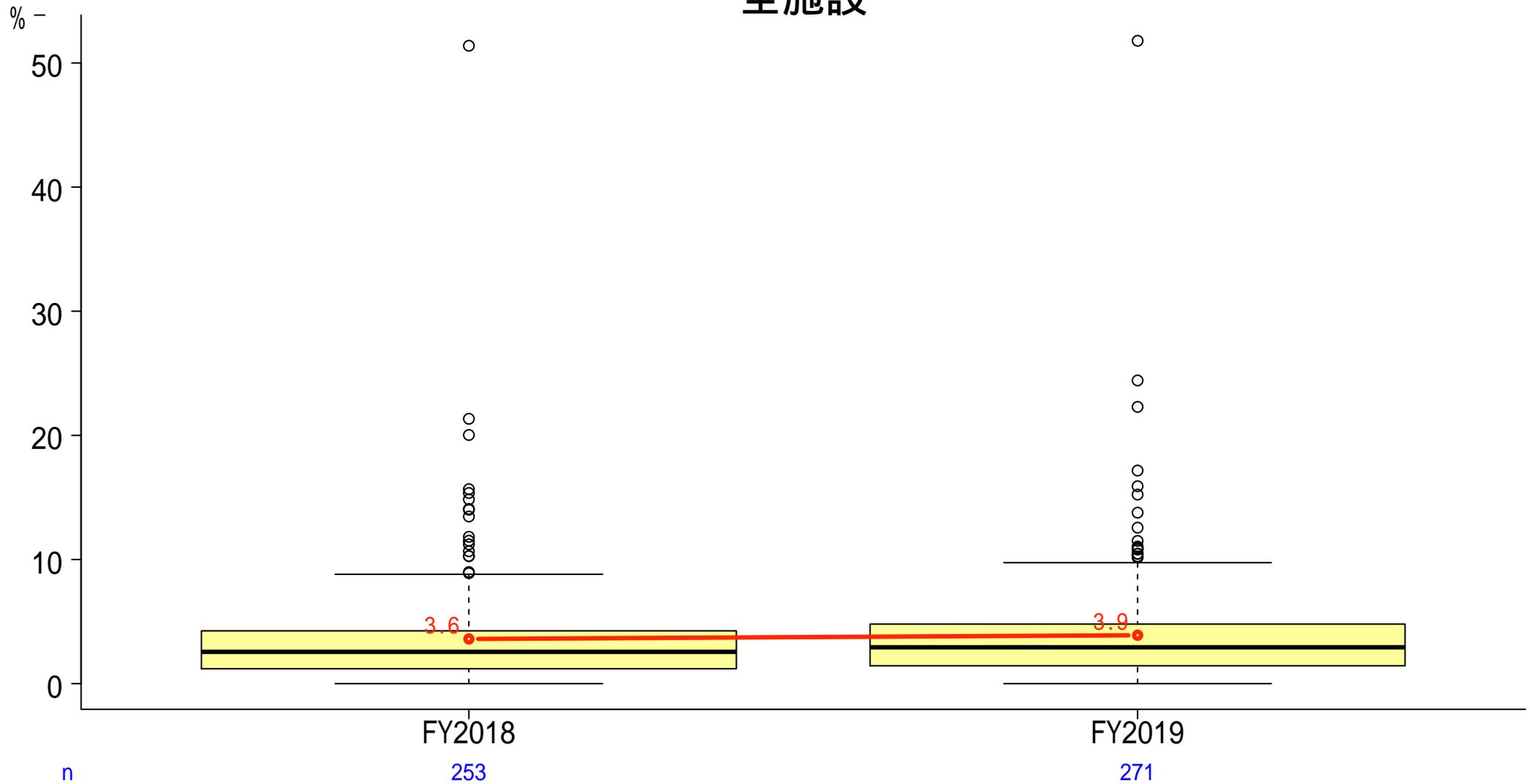


— 中央値 —●— 平均値 ○ 外れ値

# 一般-51 全報告中医師による報告の占める割合

分子:分母のうち医師が提出したインシデント・アクシデント報告総件数  
分母:調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告総件数

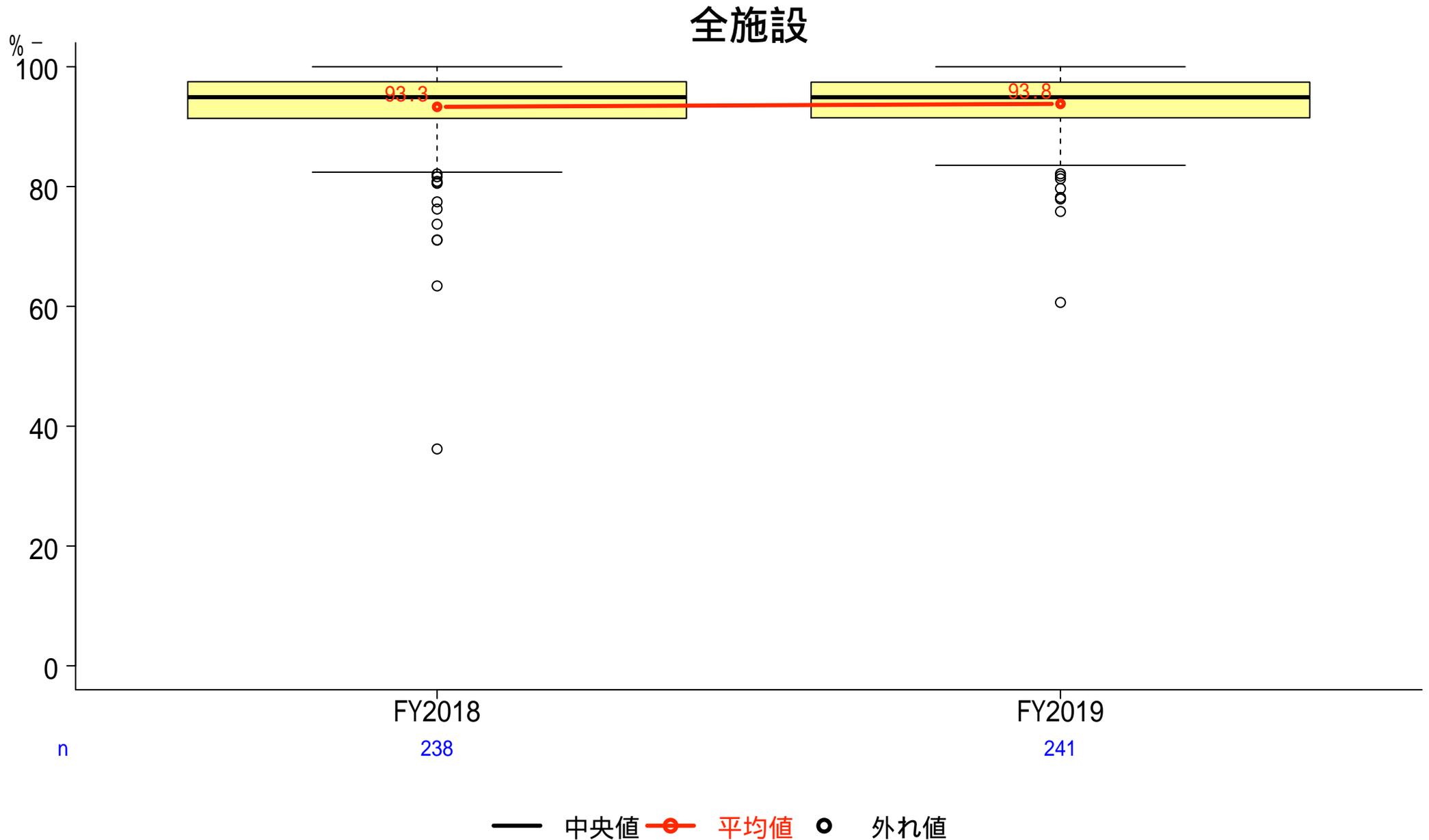
## 全施設



— 中央値 —●— 平均値 ○ 外れ値

# 一般-52 職員におけるインフルエンザワクチン予防接種率

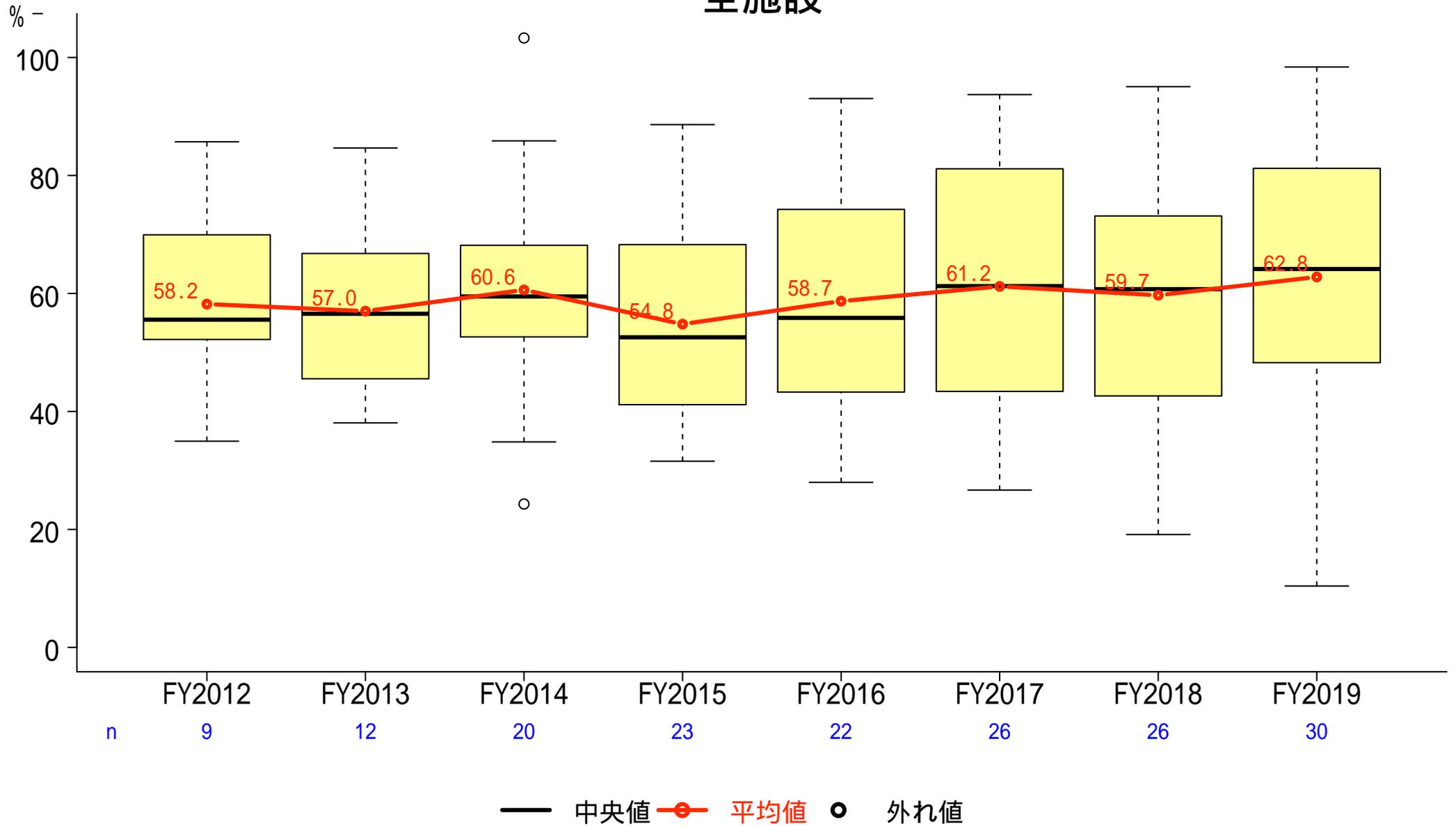
分子: インフルエンザワクチンを予防接種した職員数  
分母: 職員数



# 精神-1 紹介率

分子: 紹介患者数  
分母: 初診患者数

## 全施設

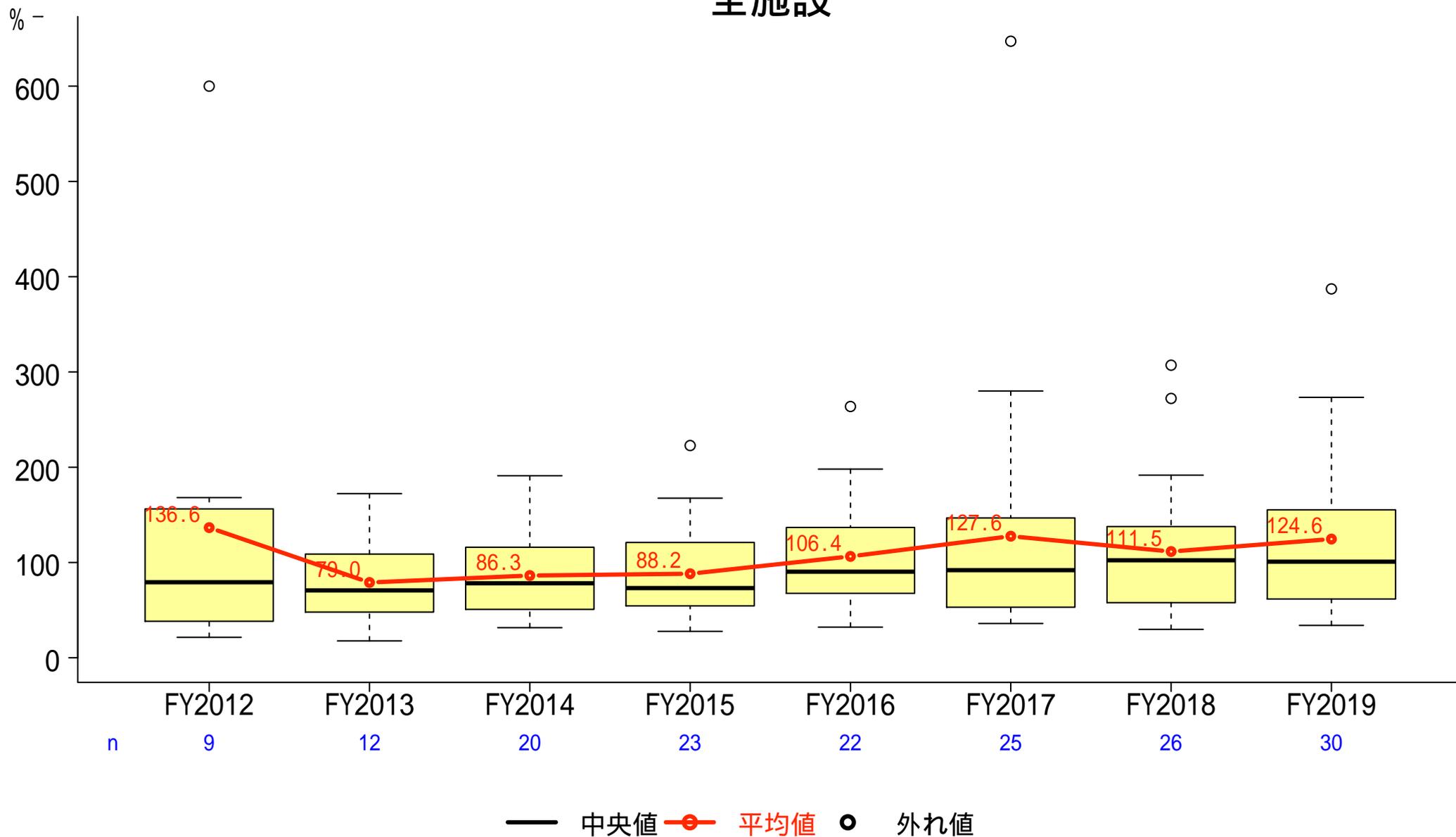


# 精神-2 逆紹介率

分子:逆紹介患者数

分母:初診患者数

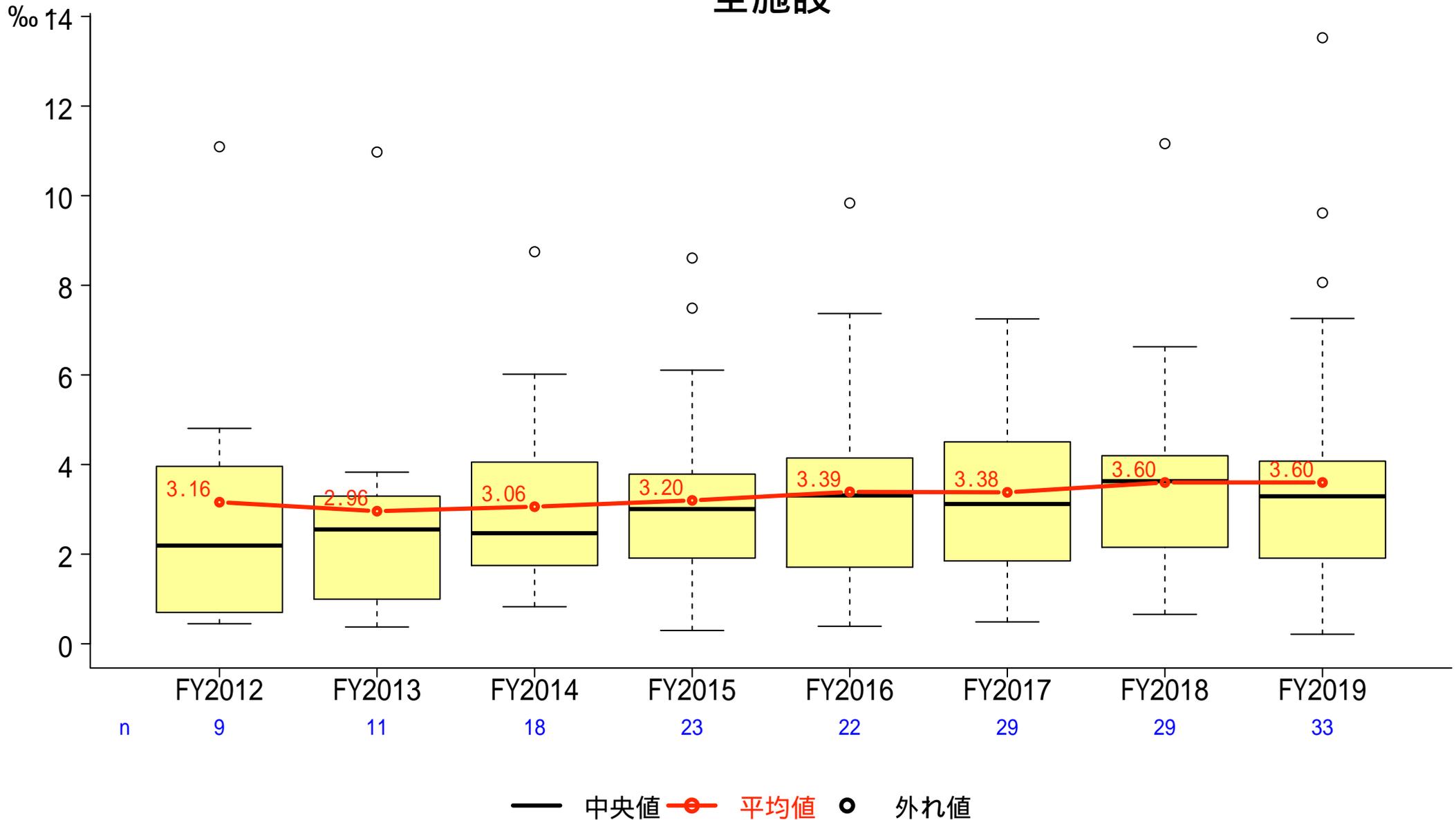
## 全施設



# 精神-3-a 入院患者の転倒・転落発生率

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

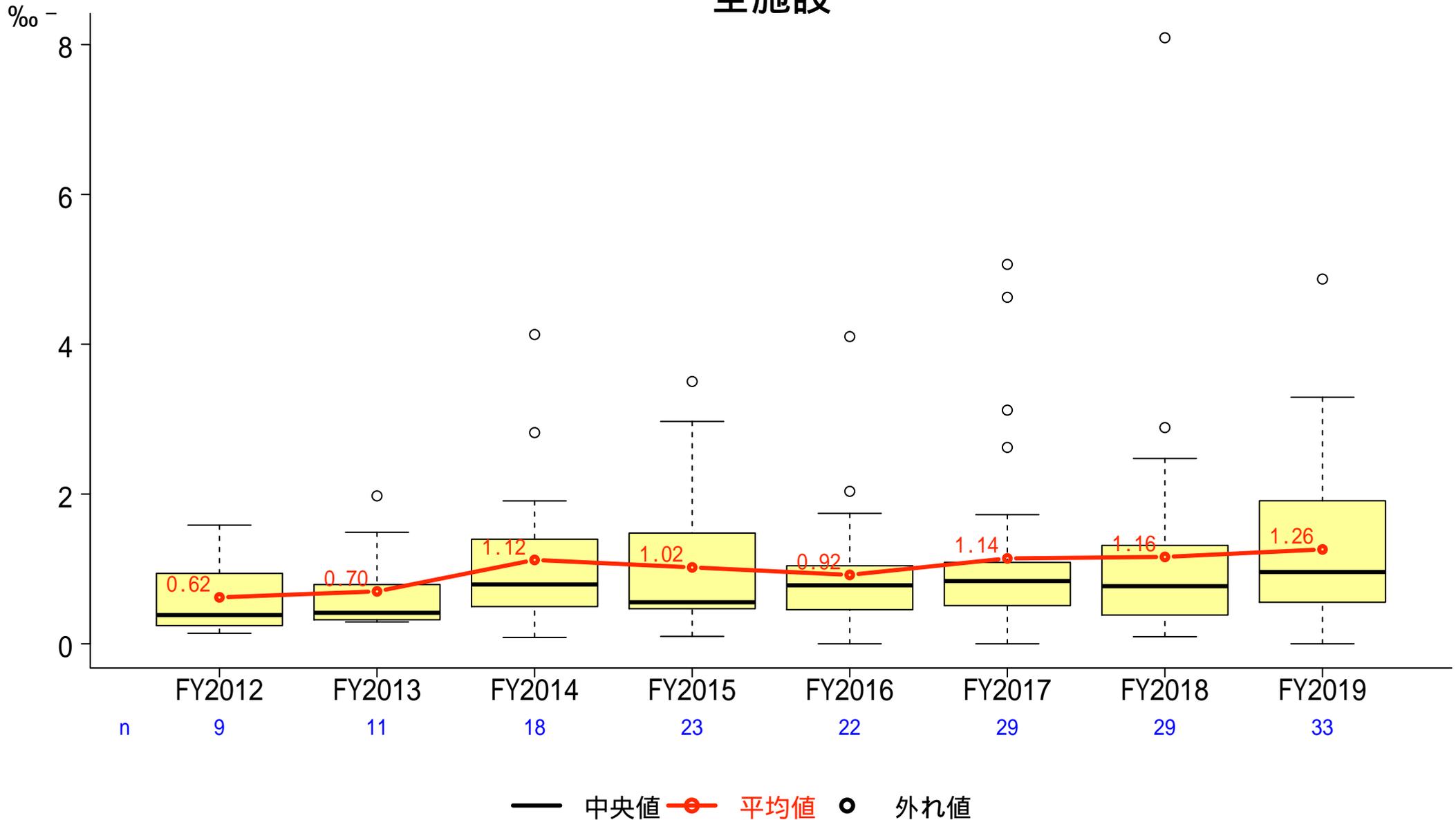
## 全施設



# 精神-3-b 入院患者の転倒・転落発生率（損傷レベル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

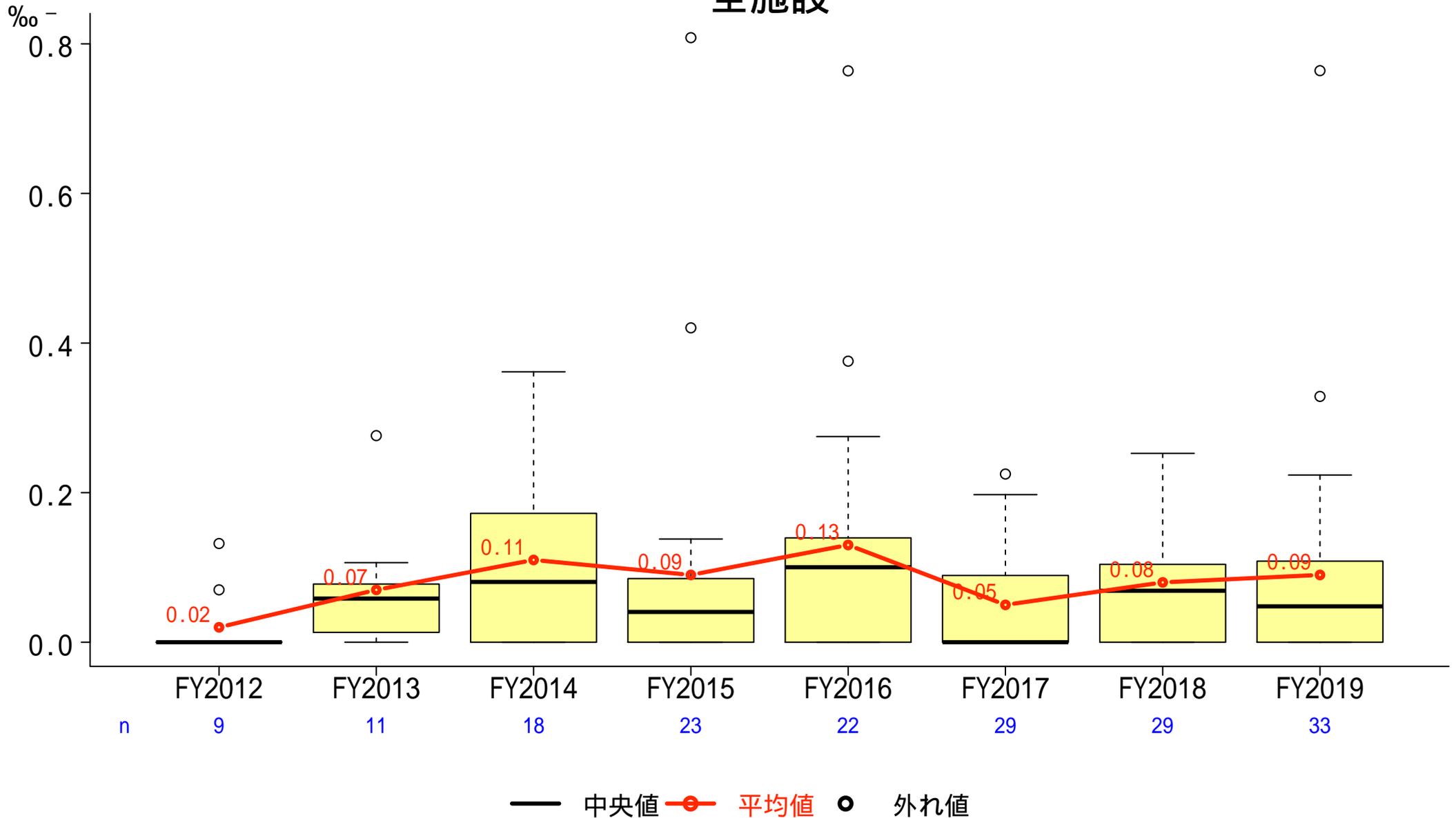
## 全施設



# 精神-3-c 入院患者の転倒・転落発生率（損傷レベル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

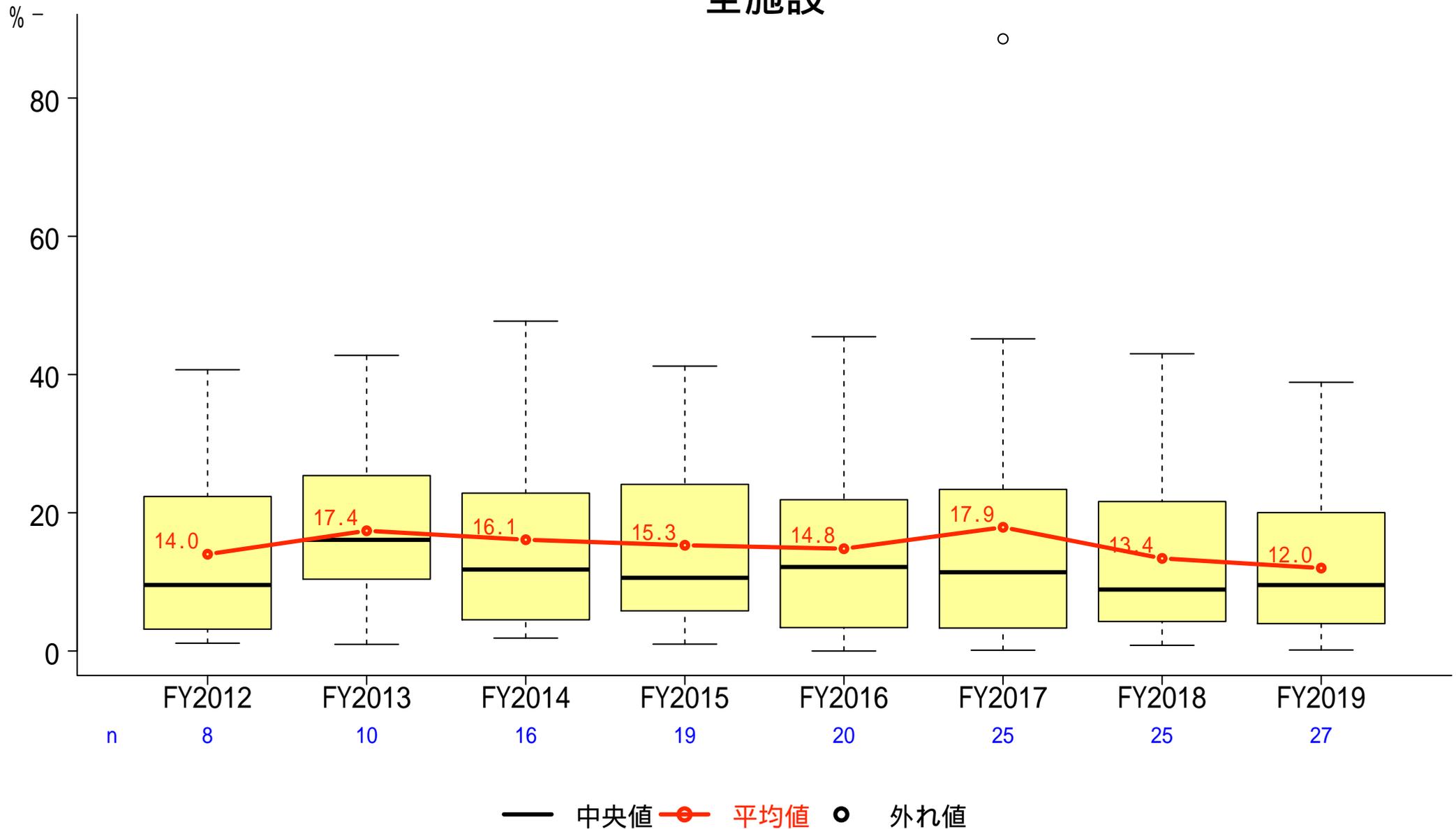
## 全施設



# 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

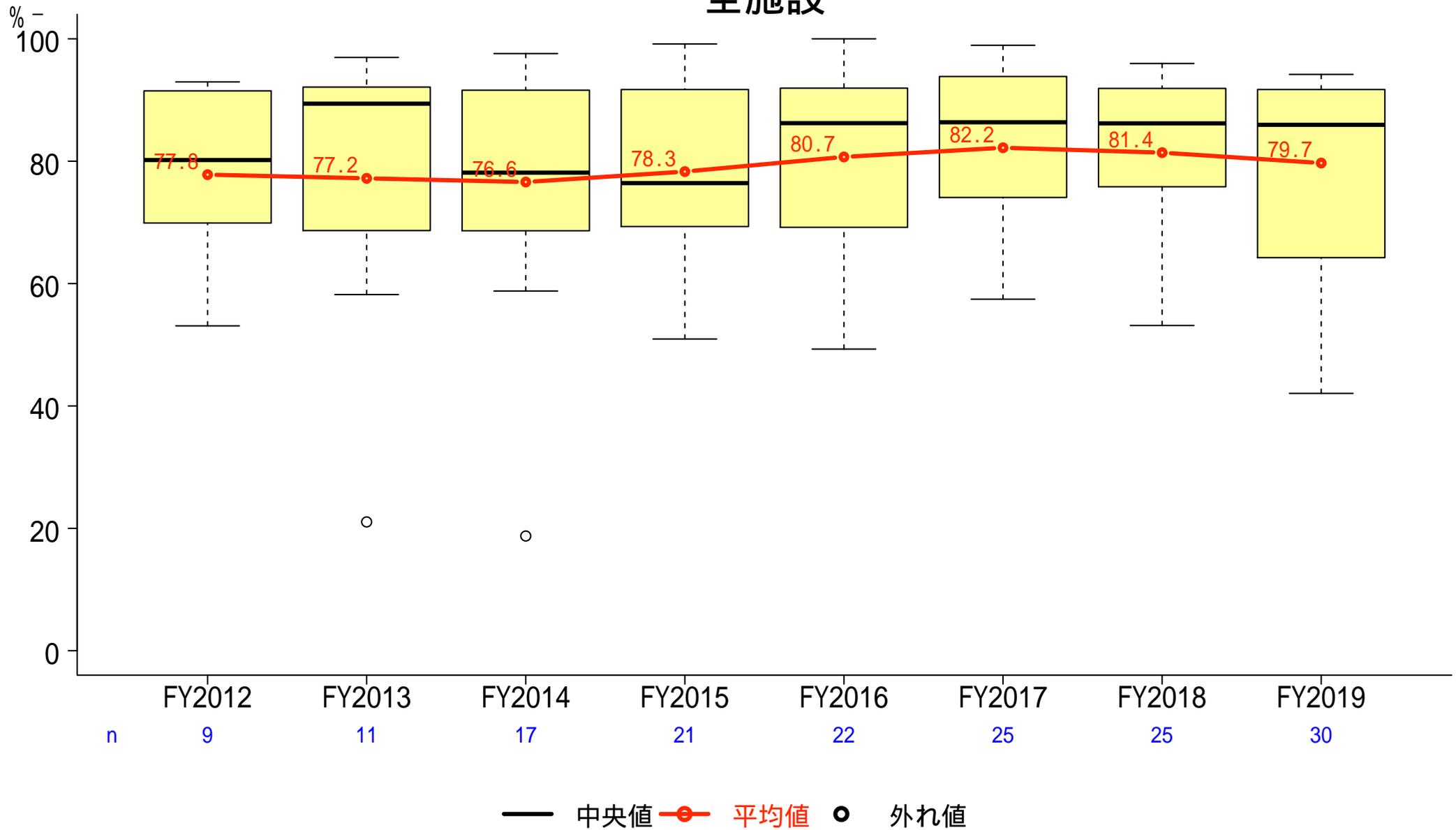
## 全施設



# 精神-5 在宅復帰率

分子:在宅退院患者数  
分母:退院患者数

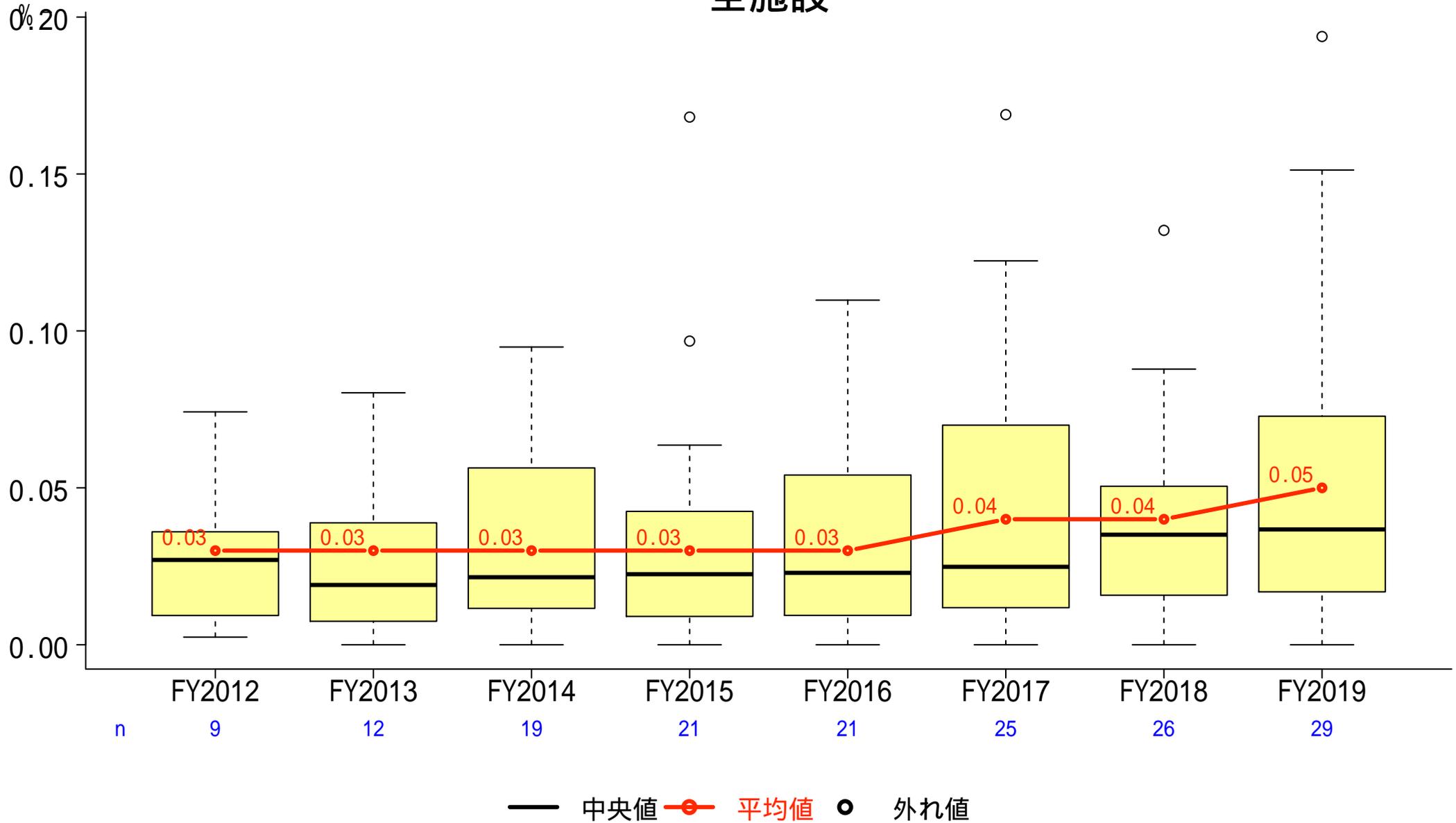
## 全施設



# 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

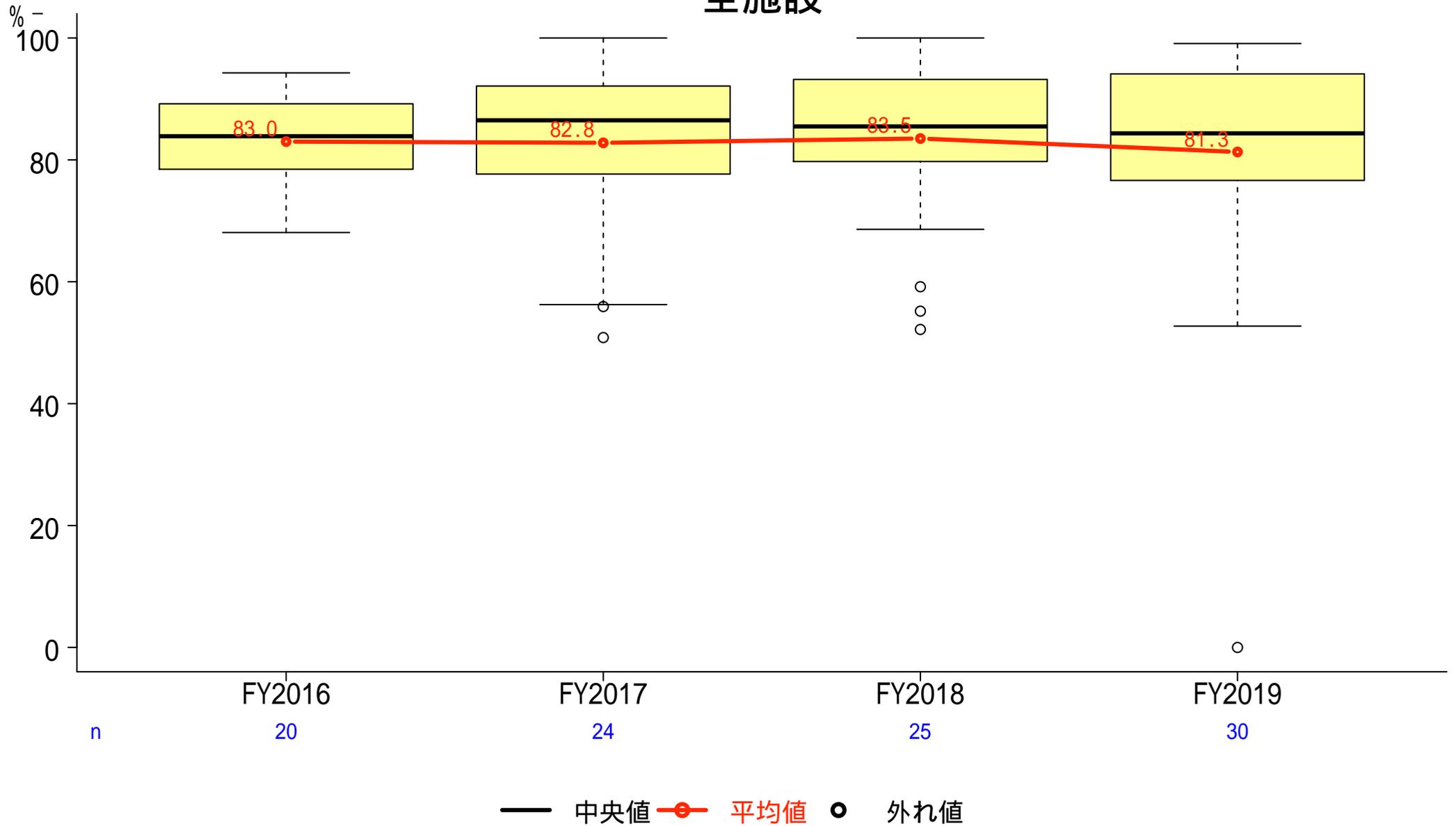
## 全施設



# 精神-8 90日以内の退院患者率

分子:90日以内に退院した患者数  
分母:退院患者数

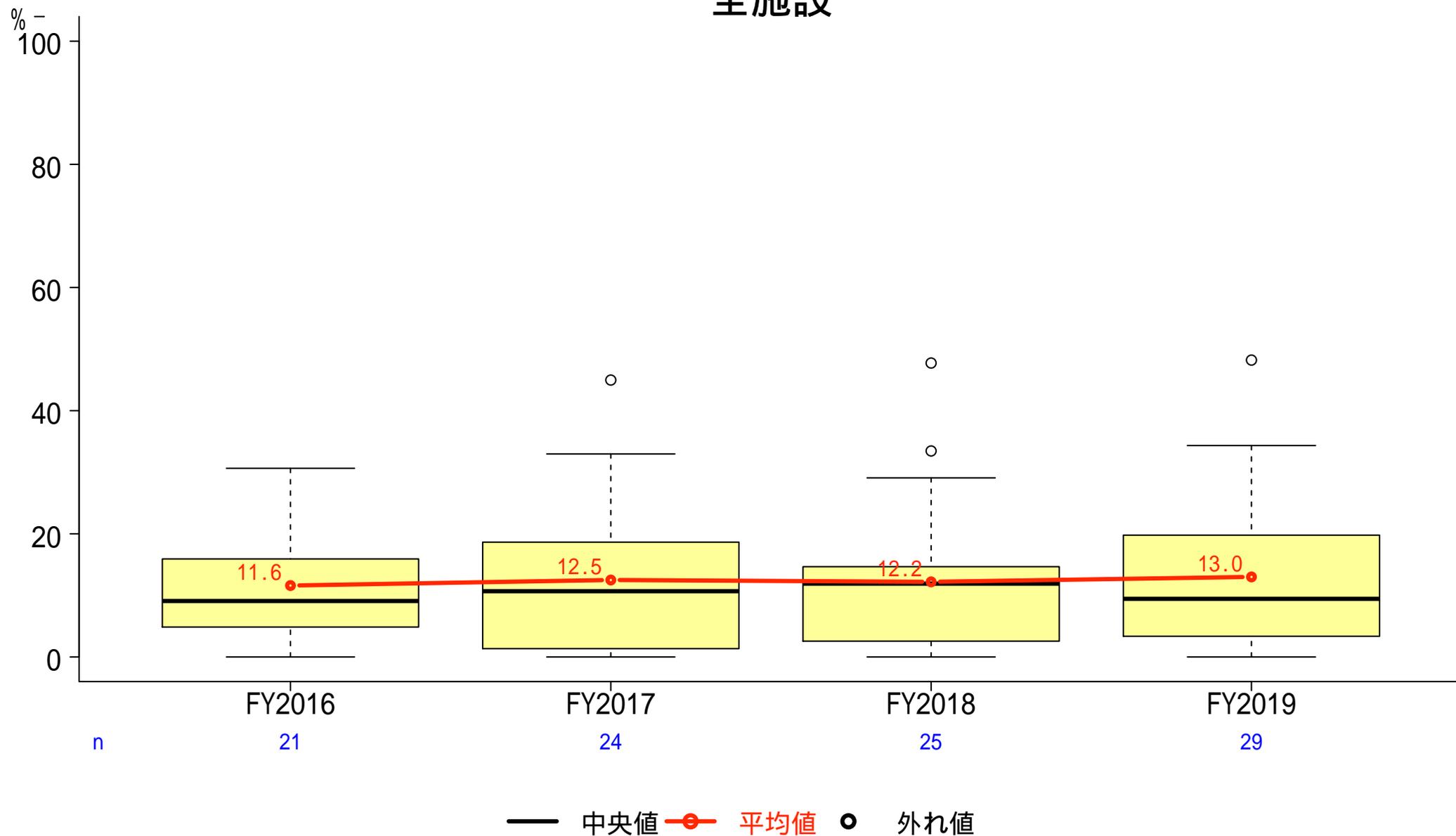
## 全施設



# 精神-9 再入院率

分子: 自院退院後90日以内の再入院患者数  
分母: 新入院患者数

## 全施設

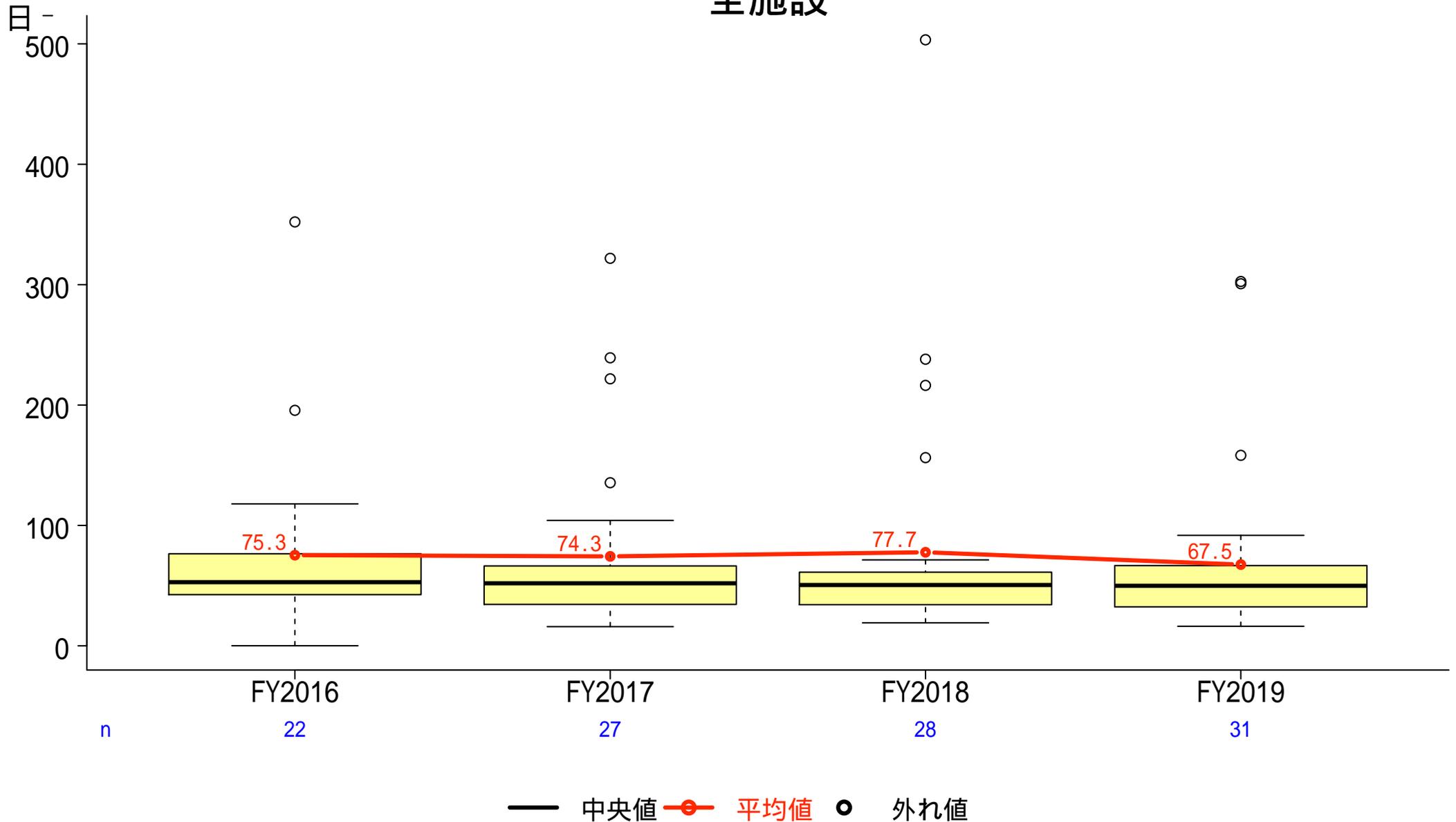


# 精神-10 平均在院日数(医療観察法病棟を除く)

分子:1か月間の在院患者延べ日数

分母:(1か月間の新入棟患者数+1か月間の新退棟患者数)/2

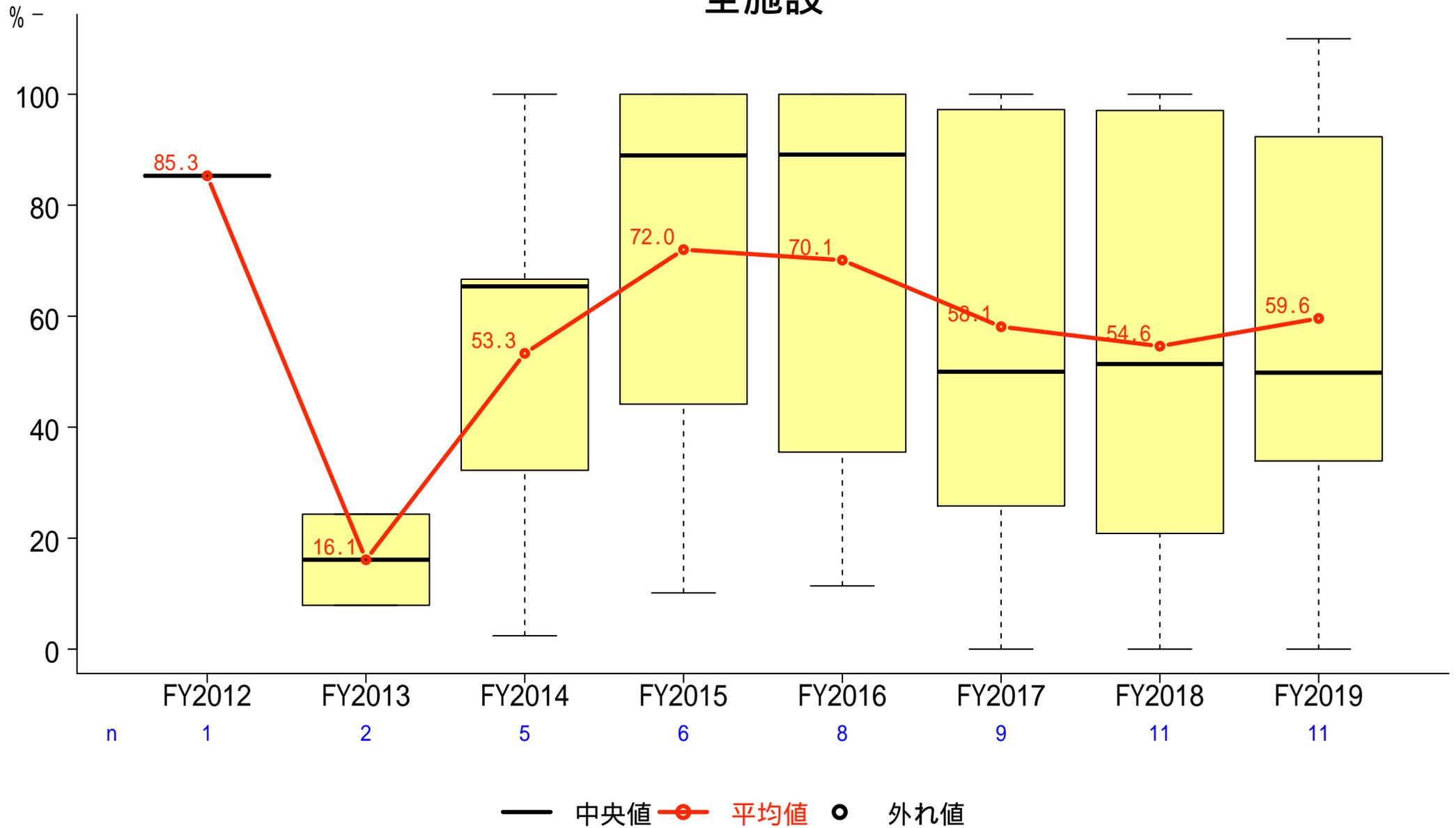
## 全施設



# 療養-1 紹介率

分子: 紹介患者数  
分母: 初診患者数

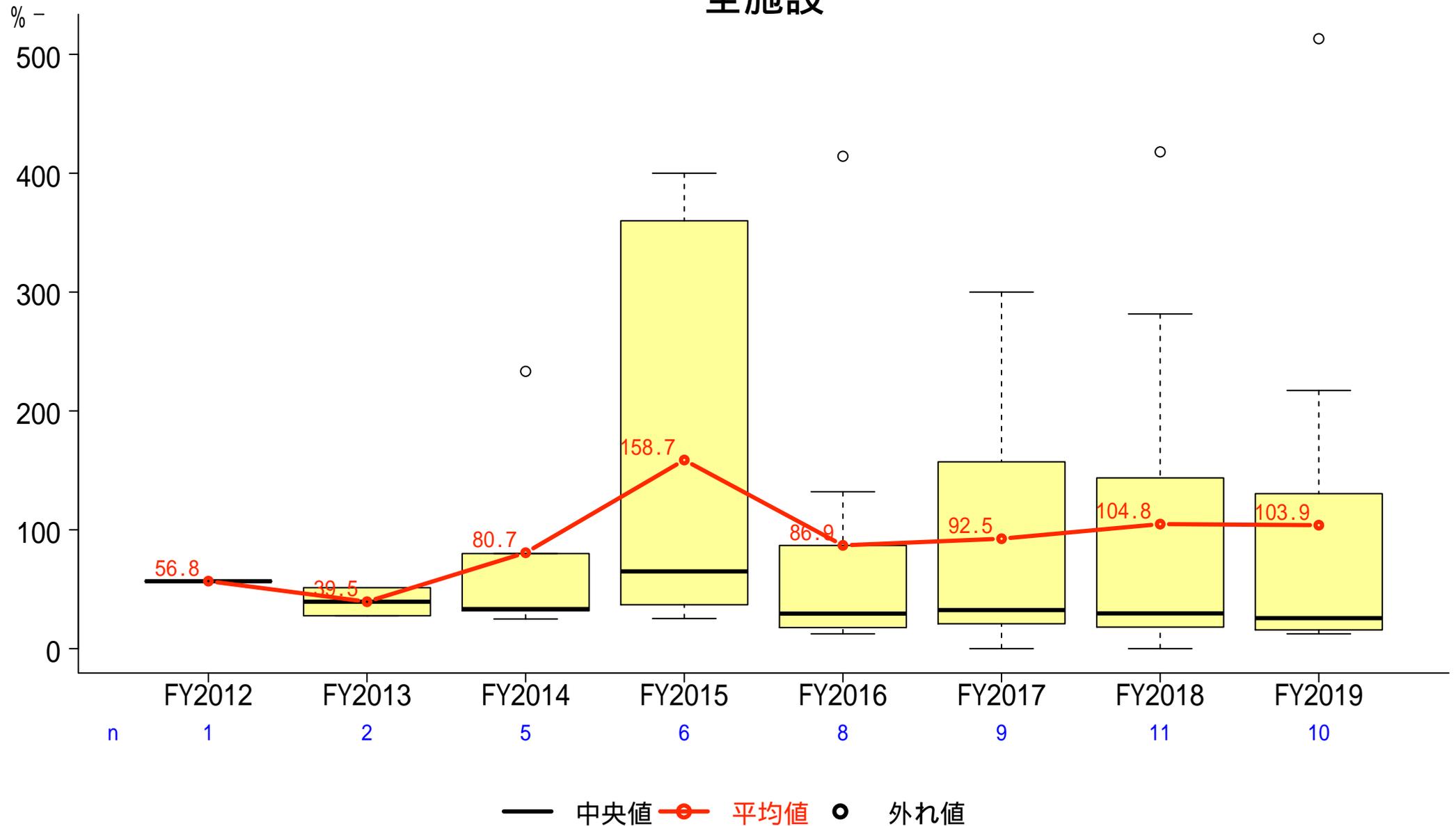
## 全施設



# 療養-2 逆紹介率

分子:逆紹介患者数  
分母:初診患者数

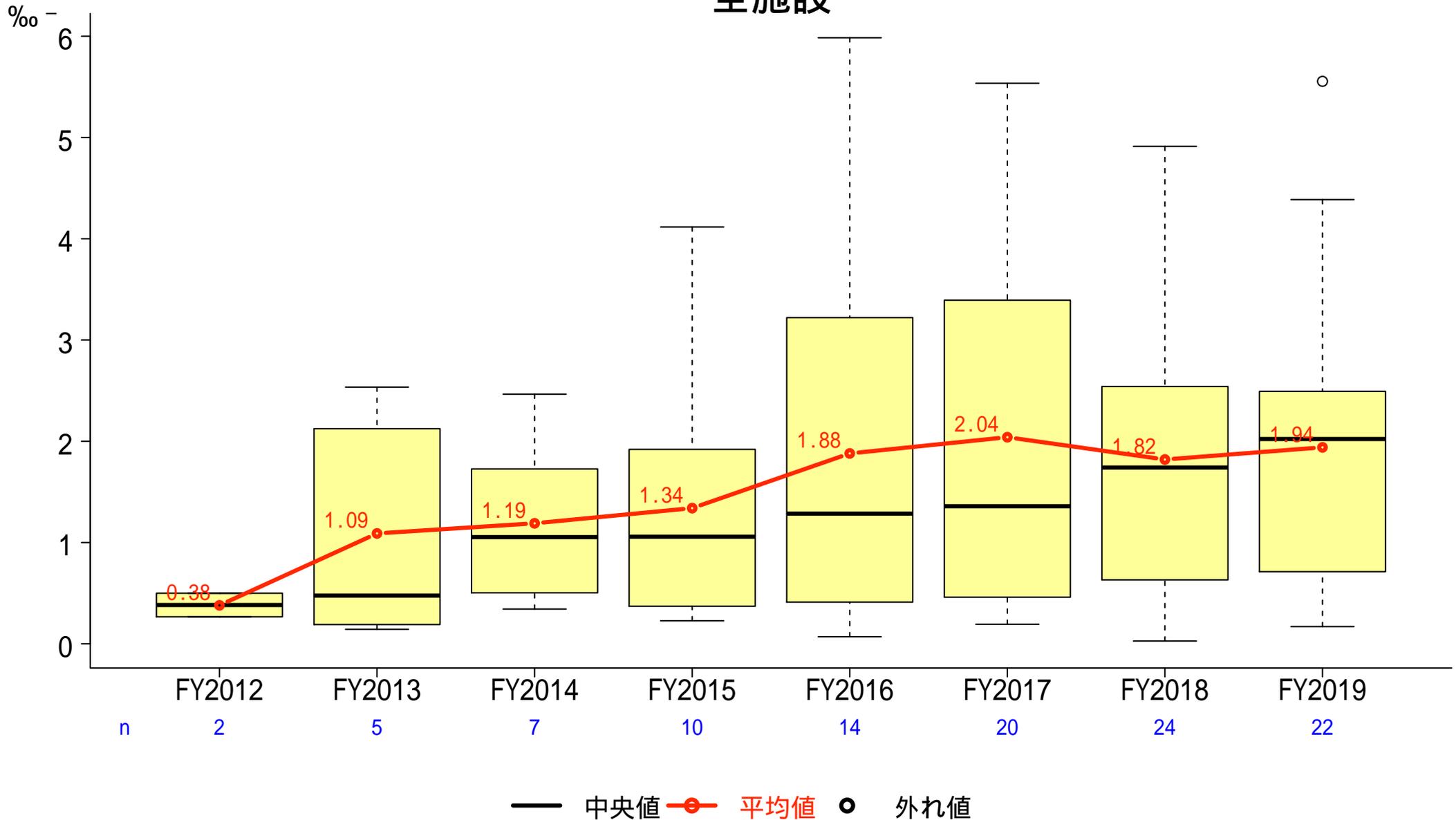
## 全施設



# 療養-3-a 入院患者の転倒・転落発生率

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

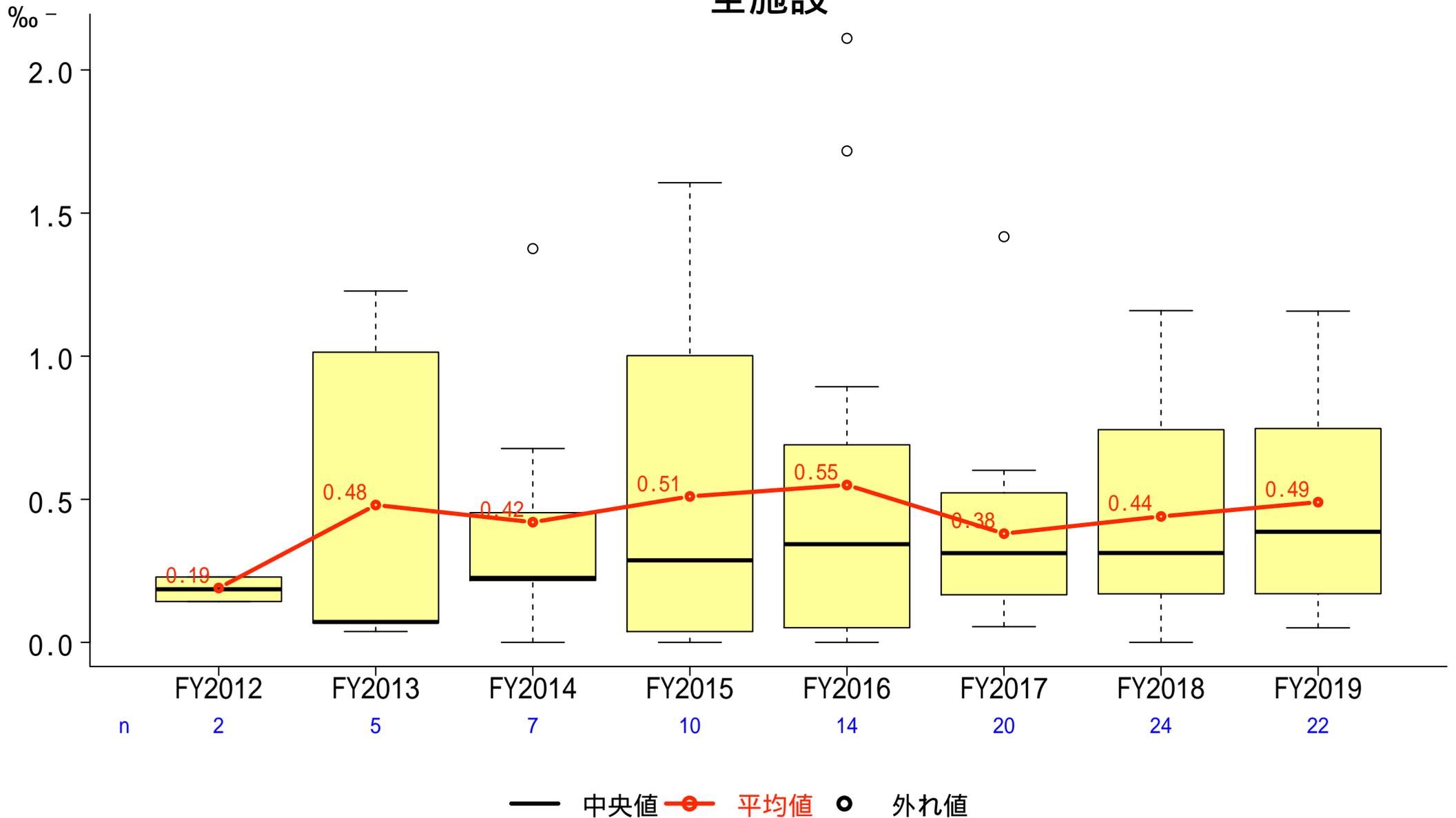
## 全施設



# 療養-3-b 入院患者の転倒・転落発生率（損傷レベル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

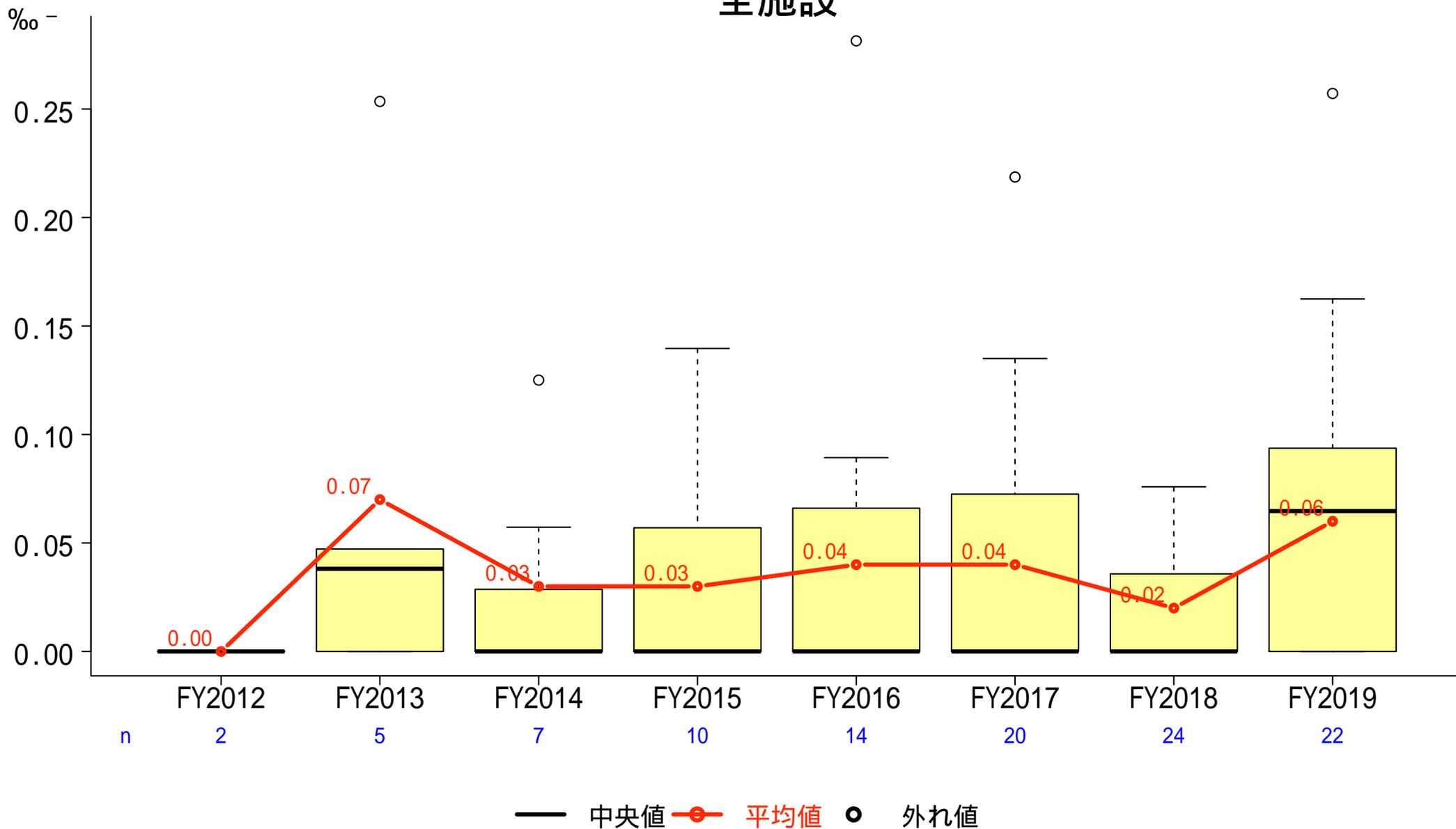
## 全施設



# 療養-3-c 入院患者の転倒・転落発生率（損傷レベル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

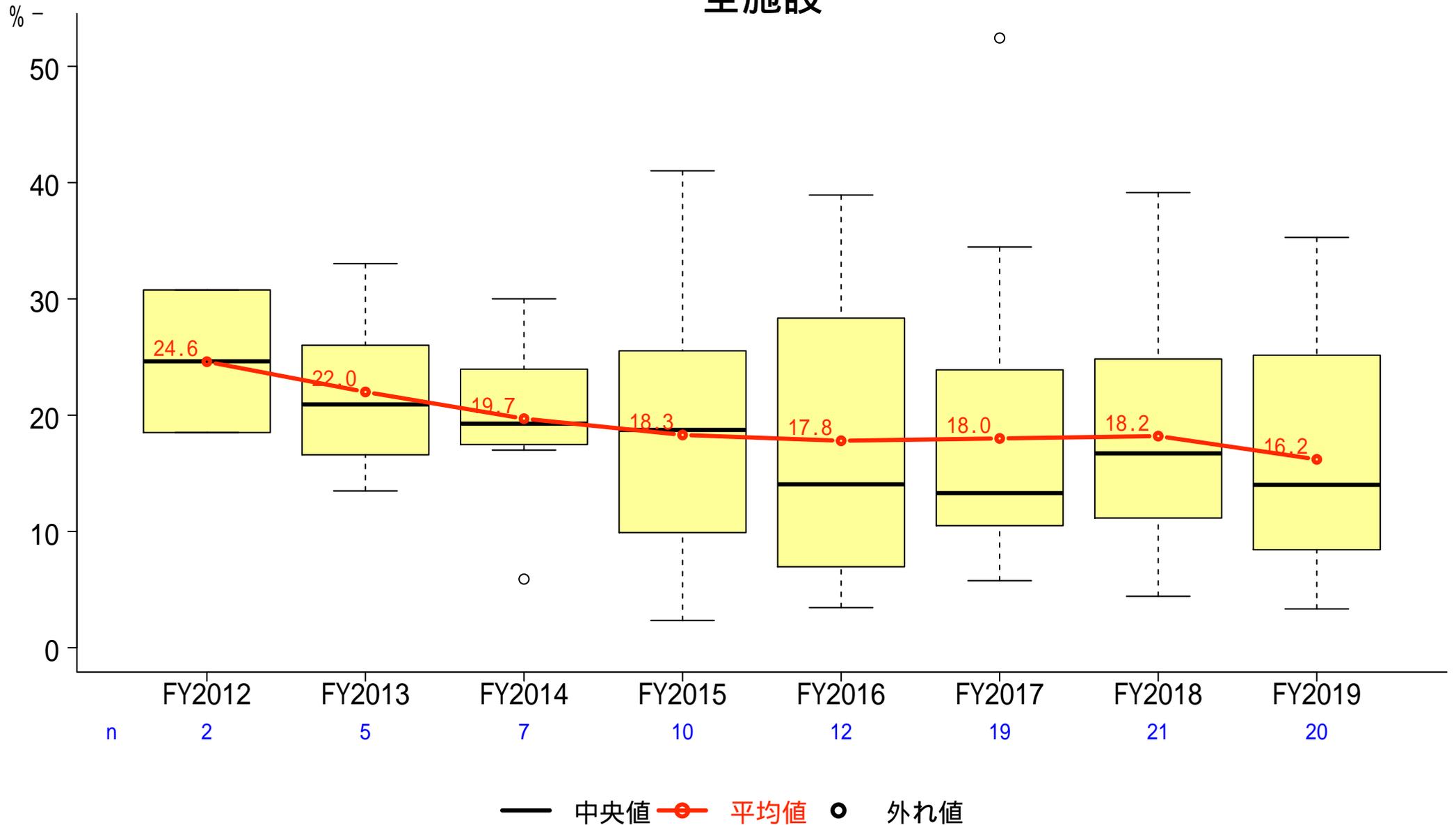
## 全施設



# 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

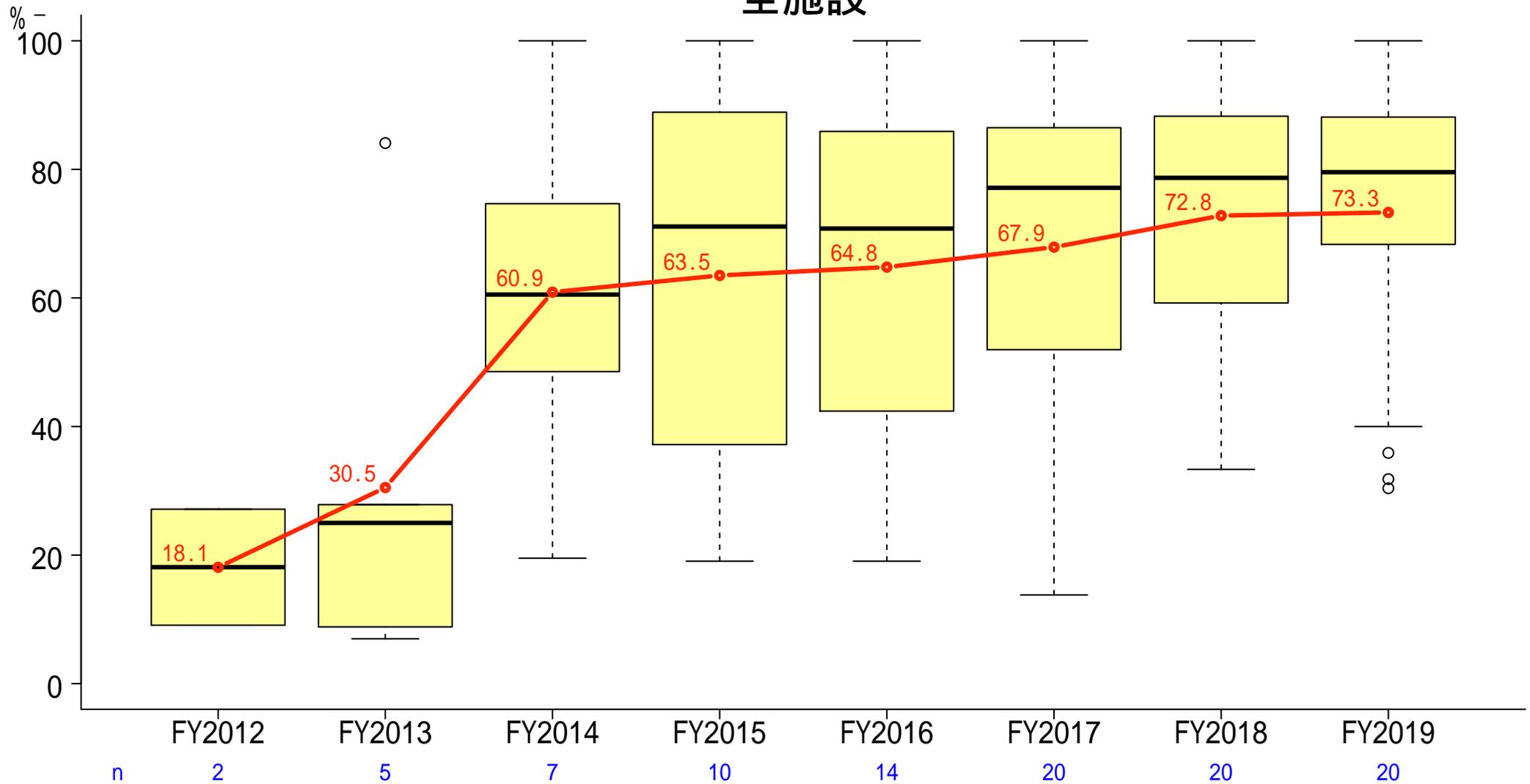
## 全施設



# 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

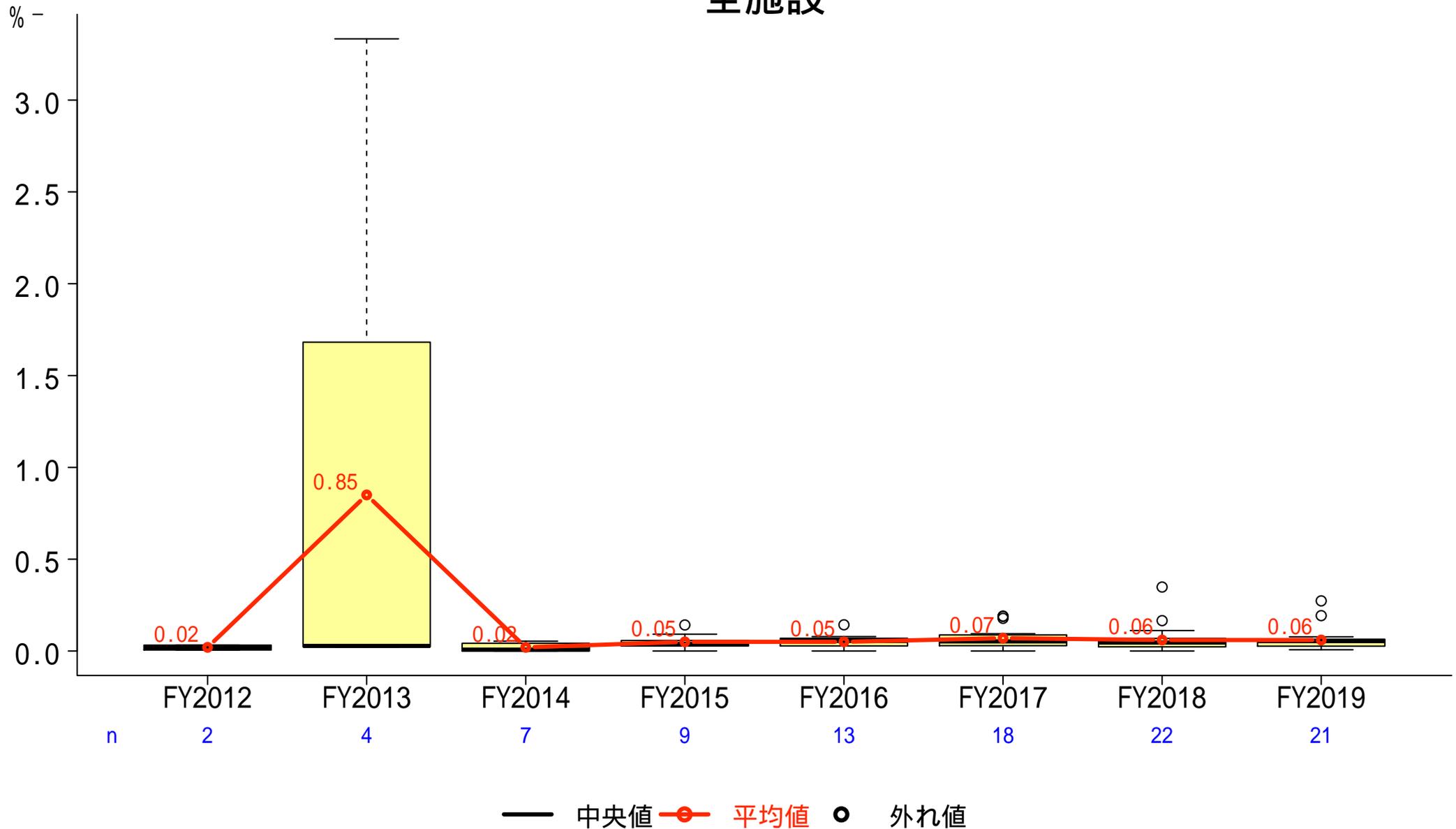


— 中央値 —●— 平均値 ● 外れ値

# 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

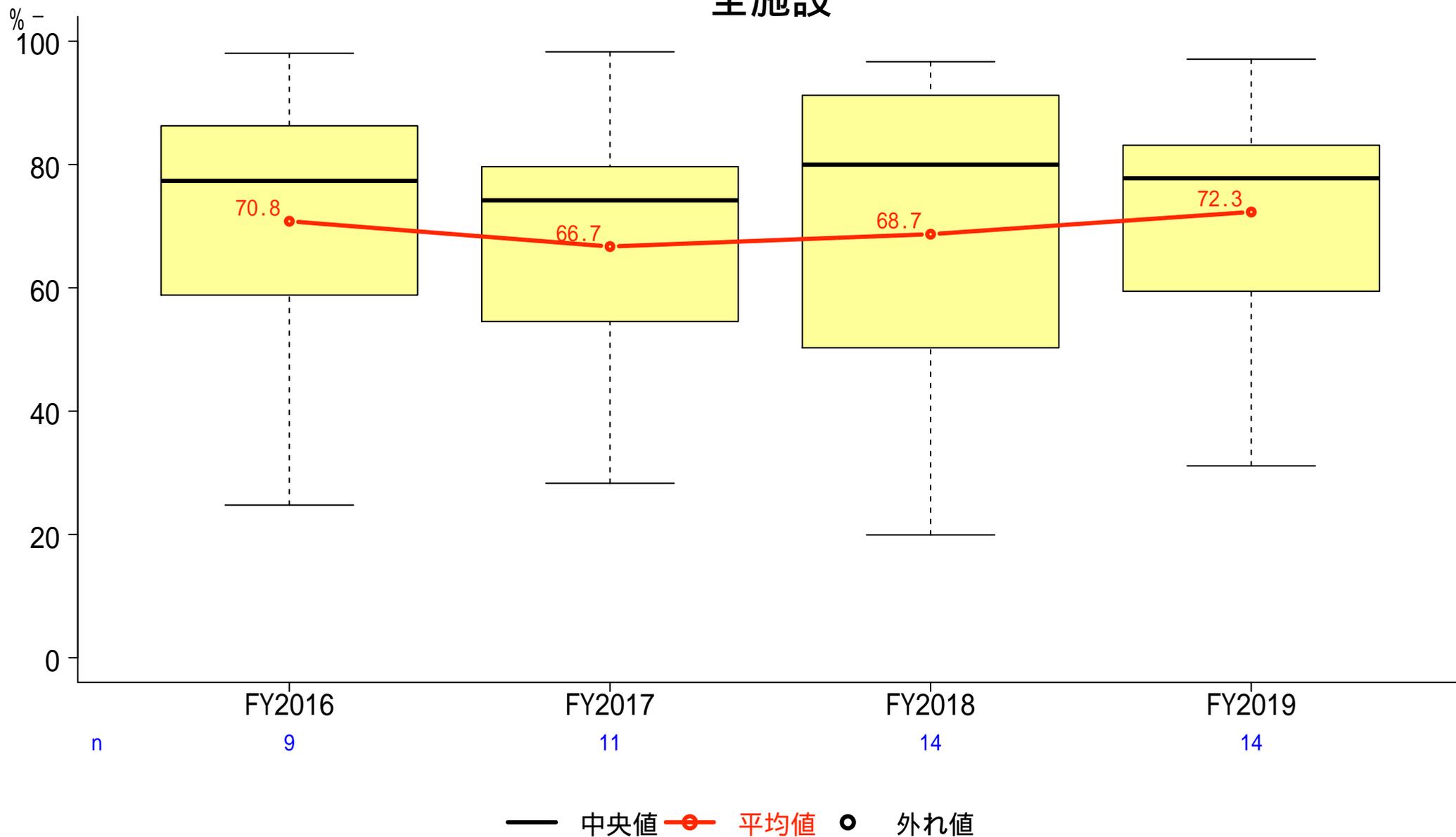


# 療養-8 療養病床における糖尿病患者の血糖コントロール

分子:HbA1c(NGSP)の最終値が8.0%未満の入院患者数

分母:糖尿病の薬物治療を入院で30日以上投与されている入院患者数

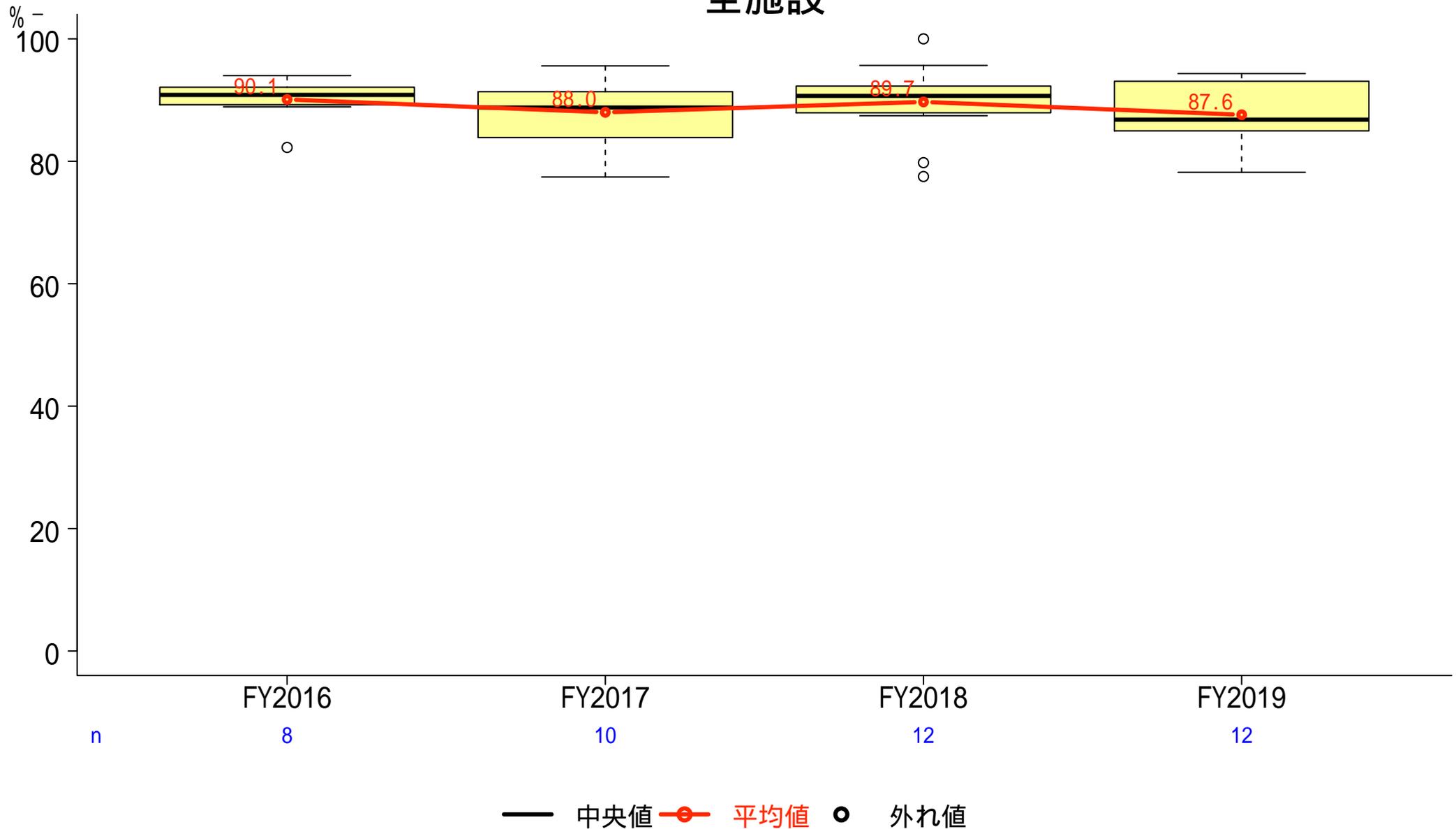
## 全施設



# 療養-9 療養病床における降圧薬服用患者の血圧コントロール

分子: 血圧の最終値が150/90mmHg未満の入院患者数  
分母: 入院で降圧薬を30日以上服用している入院患者数

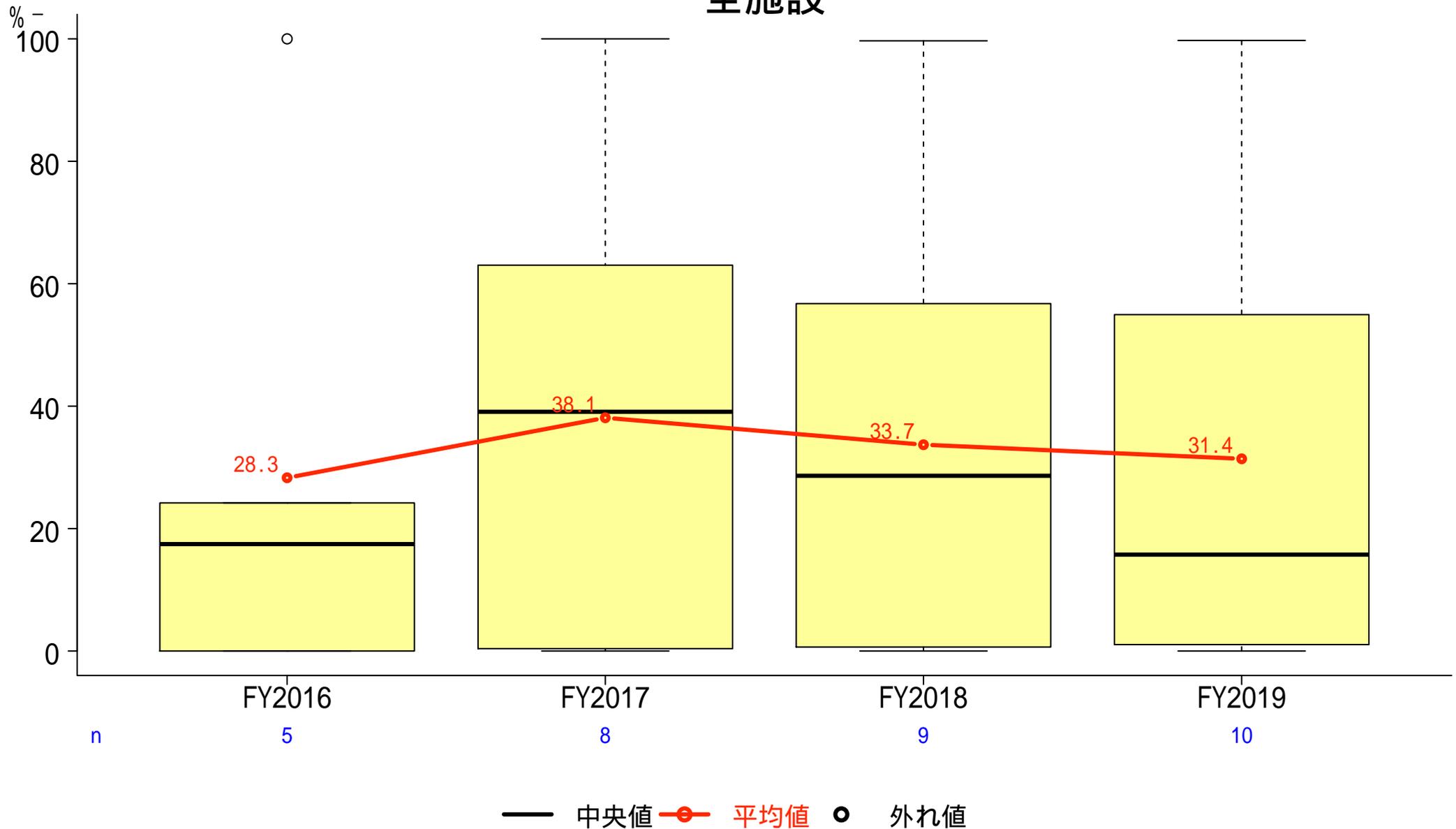
## 全施設



# 療養-10 インフォームド・コンセント実施率

分子: 終末期医療におけるインフォームドコンセントを実施した記録がされている患者数  
分母: 全入院患者数

## 全施設



# QIプロジェクト2019 アンケート集計

2020.03.25時点

一般病床

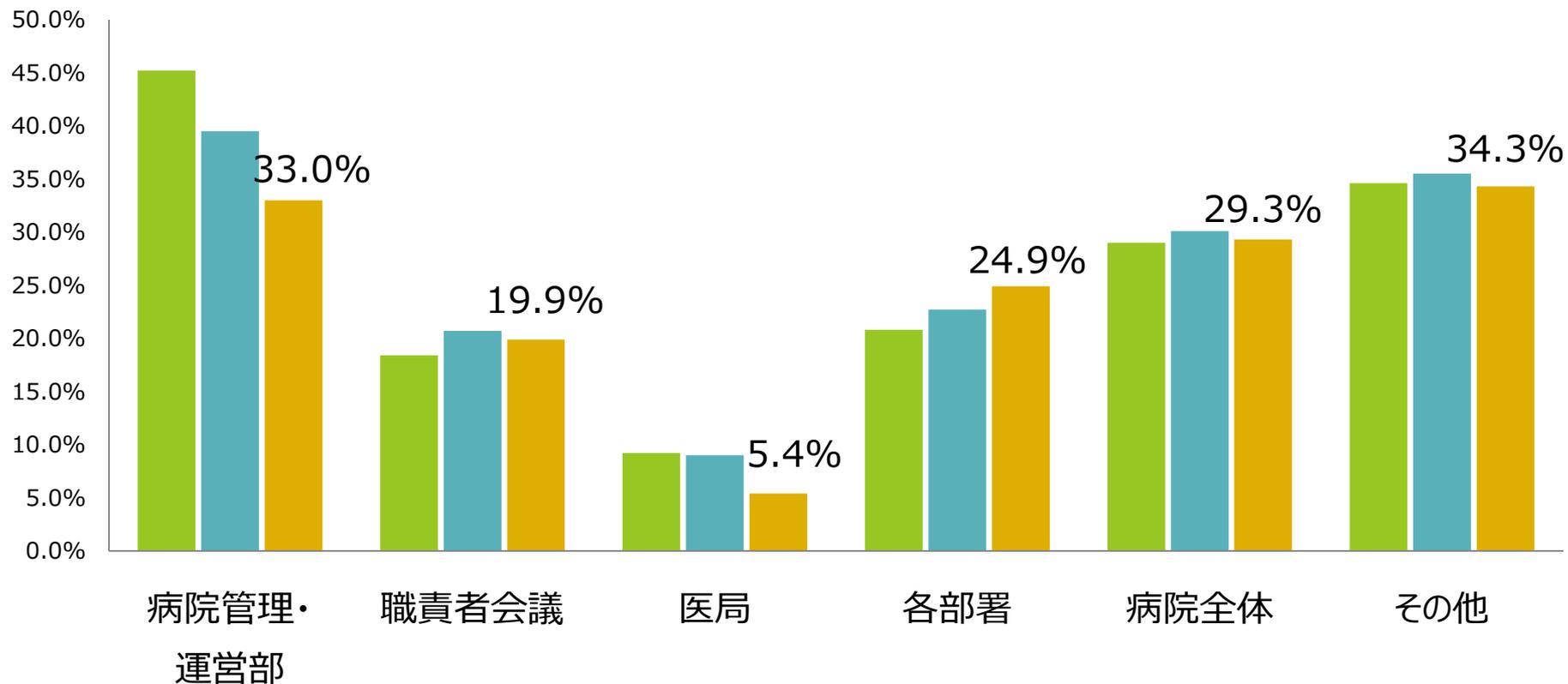
回答率=84.4% (297/352施設)

# QIプロジェクトにおける全体像

QI の測定結果を院内の  
どのような場で報告していますか？

※複数選択可

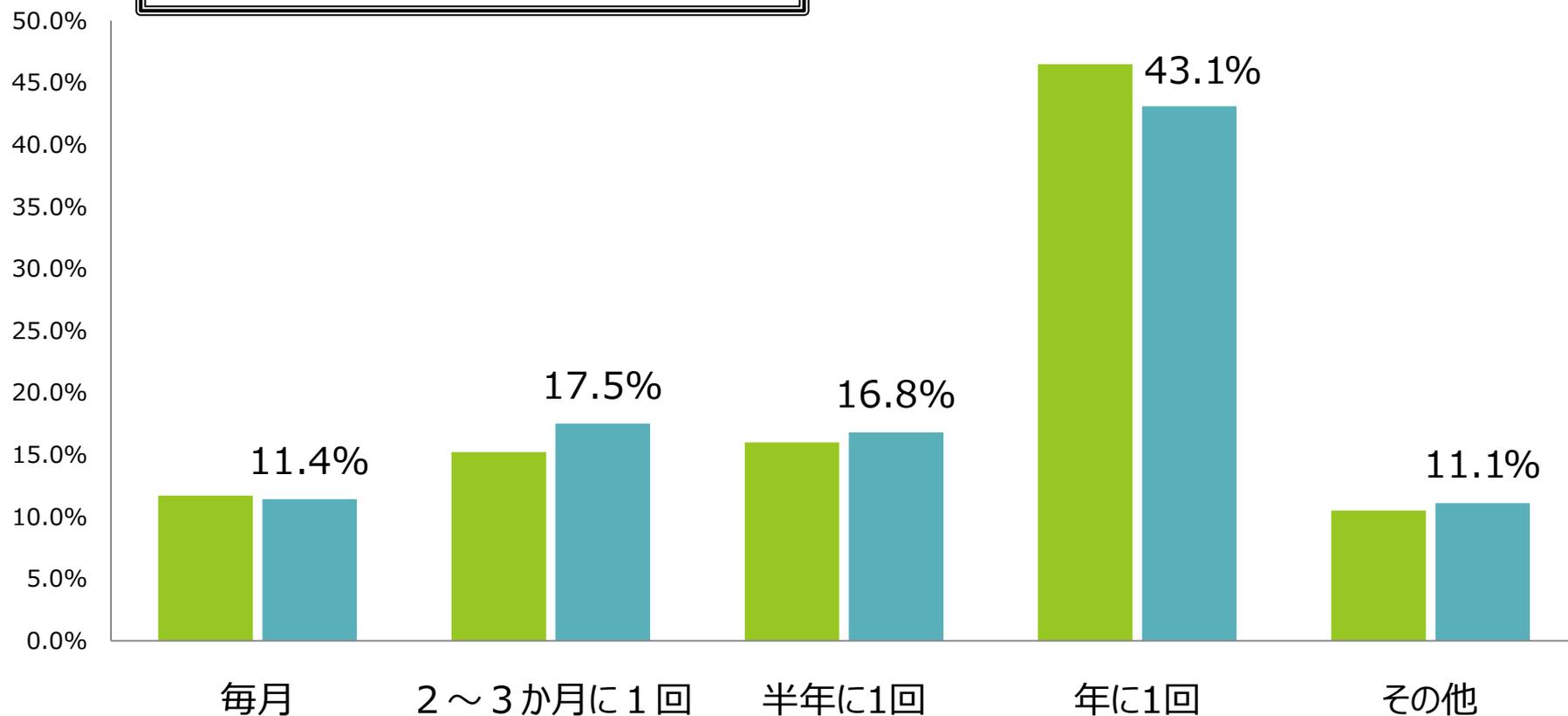
■ 2017 (N=283)  
■ 2018 (N=258)  
■ 2019 (N=297)



# QIプロジェクトにおける全体像

測定結果の報告は  
どのぐらいの頻度で行っていますか？

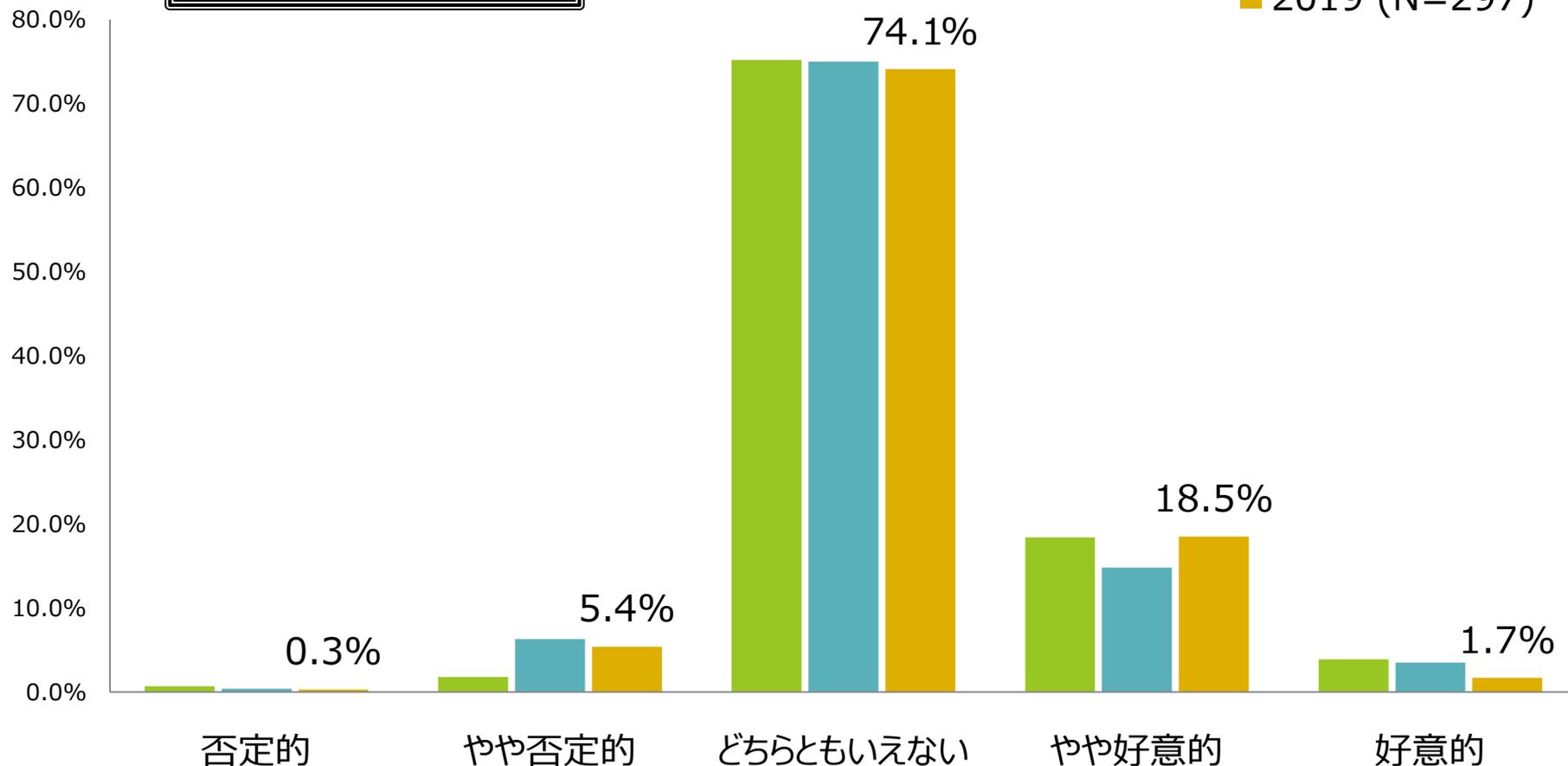
■ 2018 (N=256)  
■ 2019 (N=297)



# QIプロジェクトにおける全体像

現場の反応や感想は  
いかがでしたか？

■ 2017 (N=282)  
■ 2018 (N=256)  
■ 2019 (N=297)

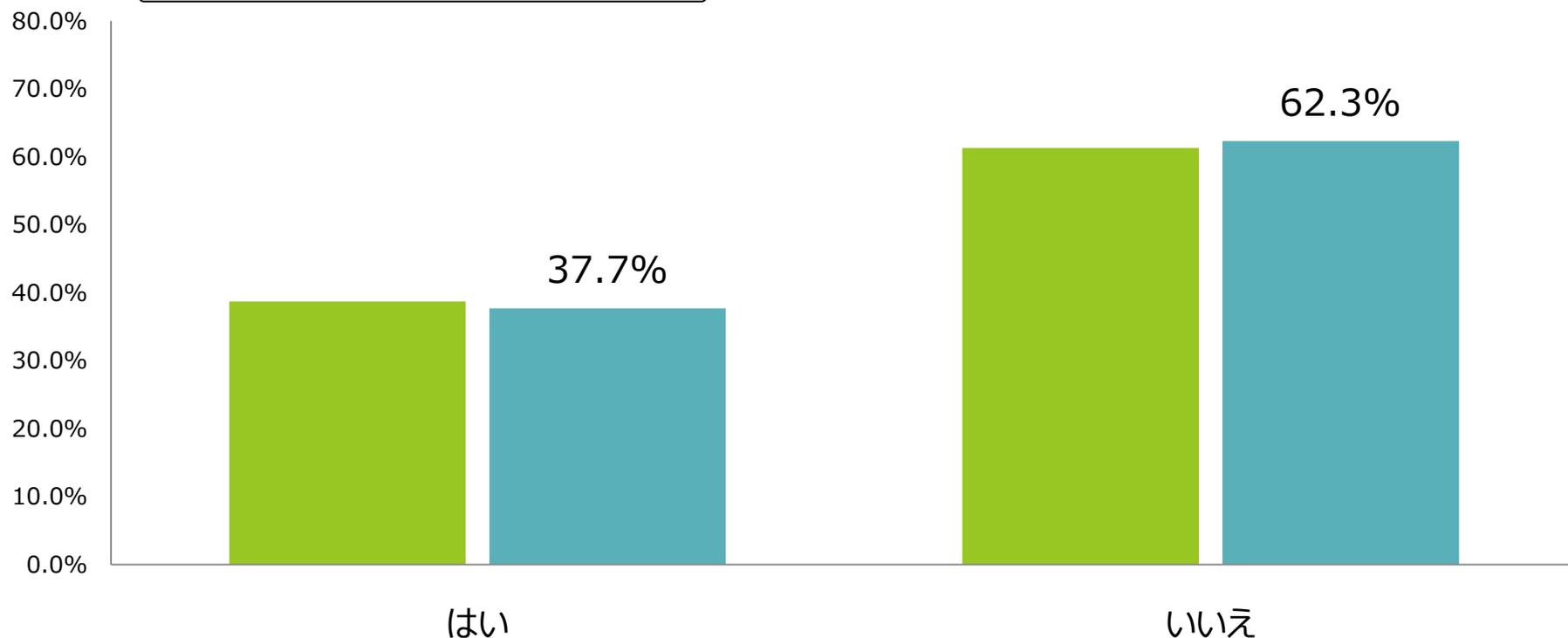


# QIプロジェクトにおける全体像

当プロジェクトに関する内容  
(指標やフィードバック結果等)  
を外部に公表していますか？

■ 2018 (N=256)

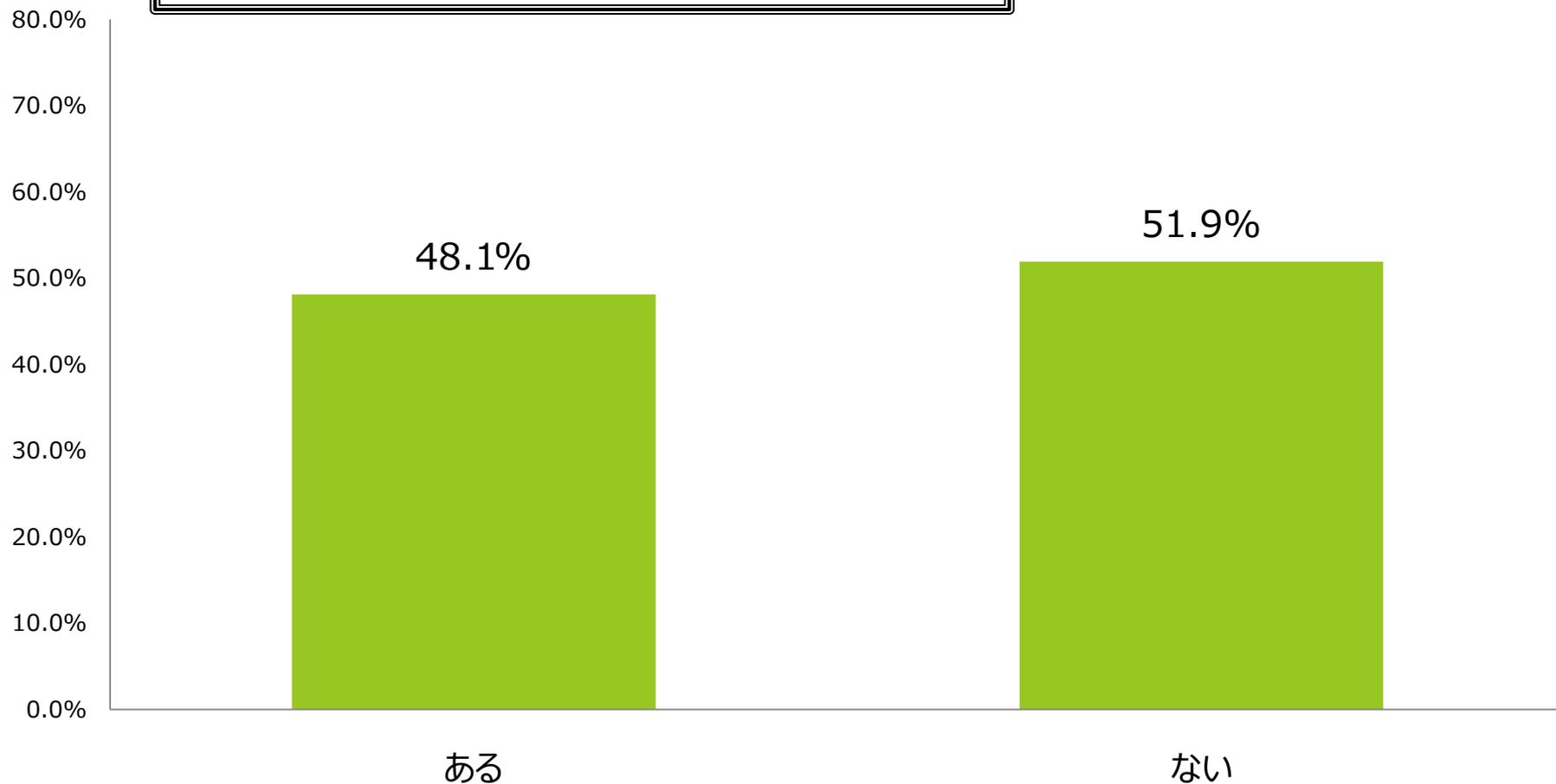
■ 2019 (N=297)



# QIプロジェクトにおける組織体制

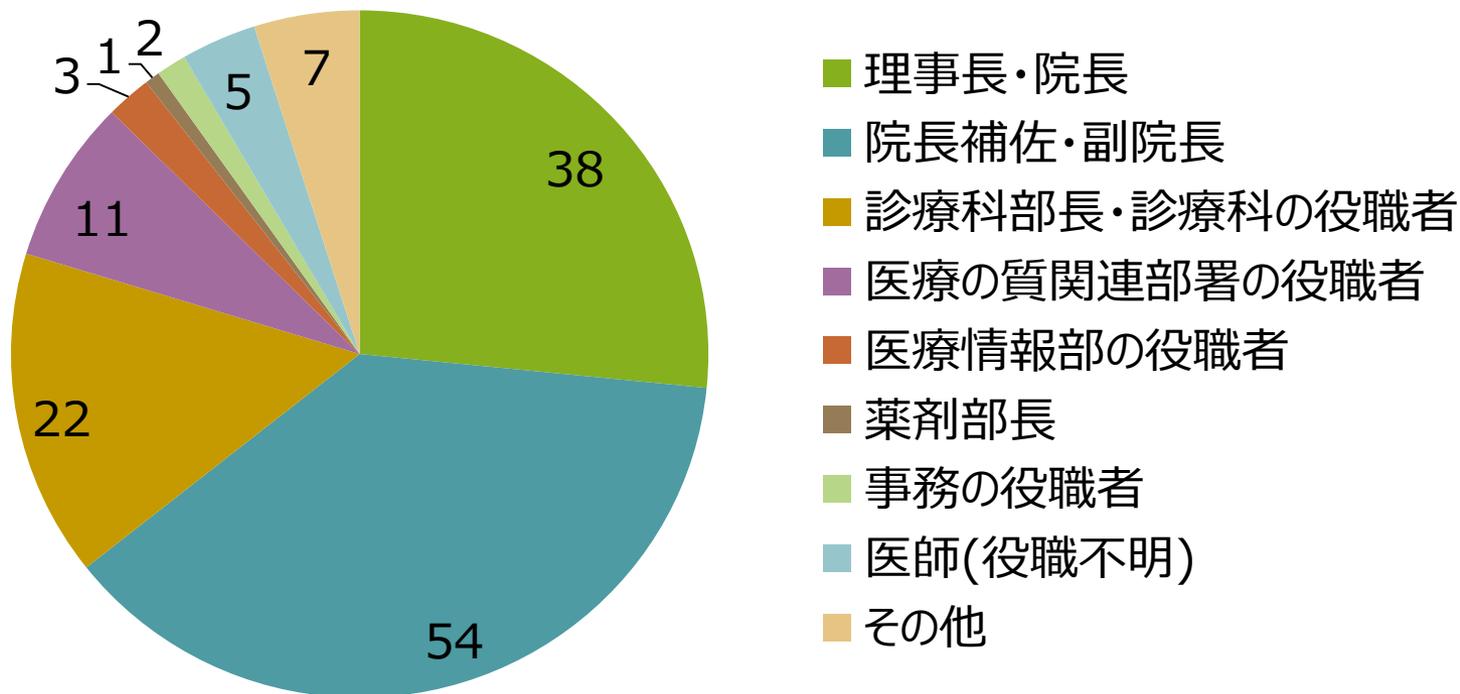
指標の改善活動に係る委員会がありますか？

■ 2019 (N=297)

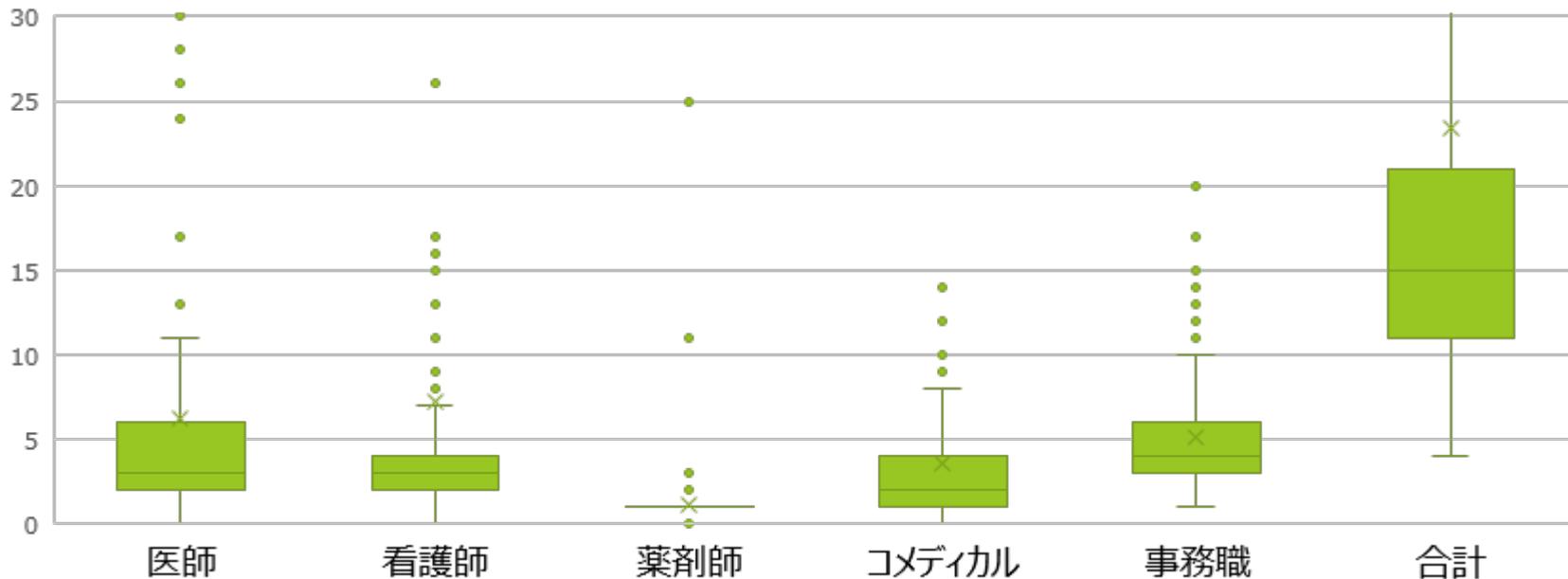


# QIプロジェクトにおける組織体制

委員会の委員長はどなたですか？(フリー記載より分類) (N=143)



# QIプロジェクトにおける組織体制



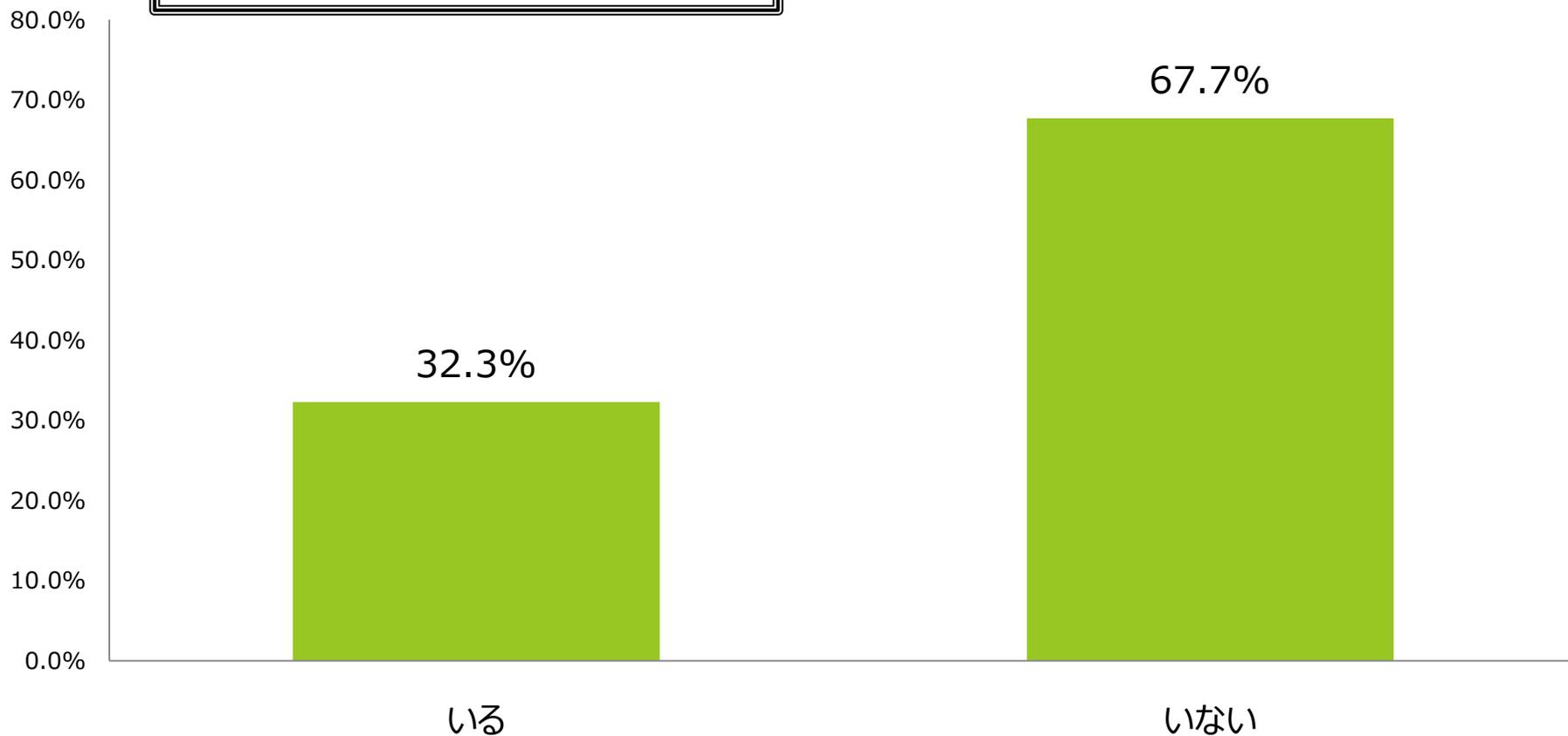
平均値	6.2人	7.2人	1.2人	3.6人	5.1人	23.4人
最小値	0人	0人	0人	0人	1人	4人
中央値	3人	3人	1人	2人	4人	15人
最頻値	1人	3人	1人	1人	4人	13人
最大値	127人	476人	25人	118人	31人	777人

委員の職種別人数をお答えください。(N=143)

# QIプロジェクトにおける組織体制

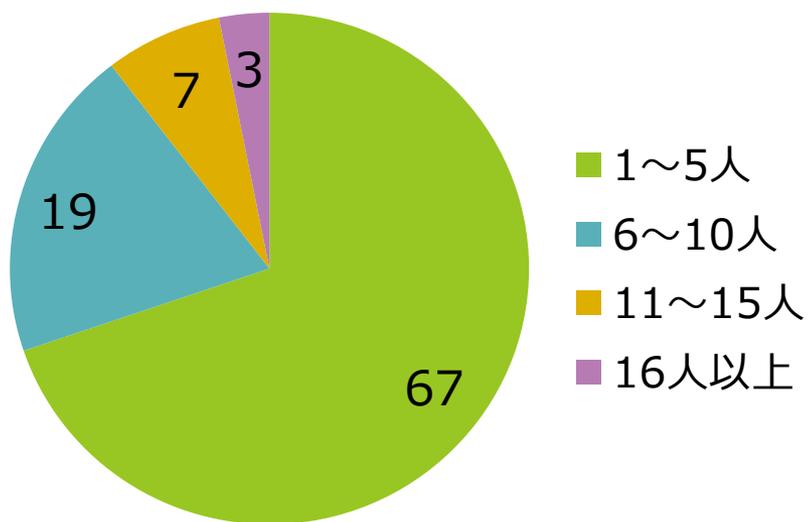
医療情報を専従(常勤に限る)で扱うスタッフはいますか？

■ 2019 (N=297)

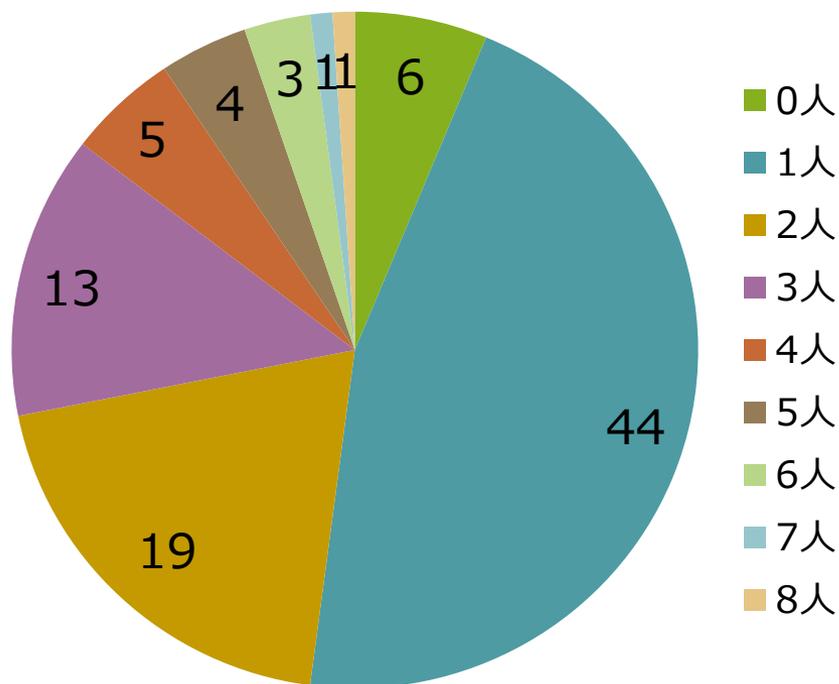


# QIプロジェクトにおける組織体制

医療情報を専従で扱うスタッフ数をお答えください。



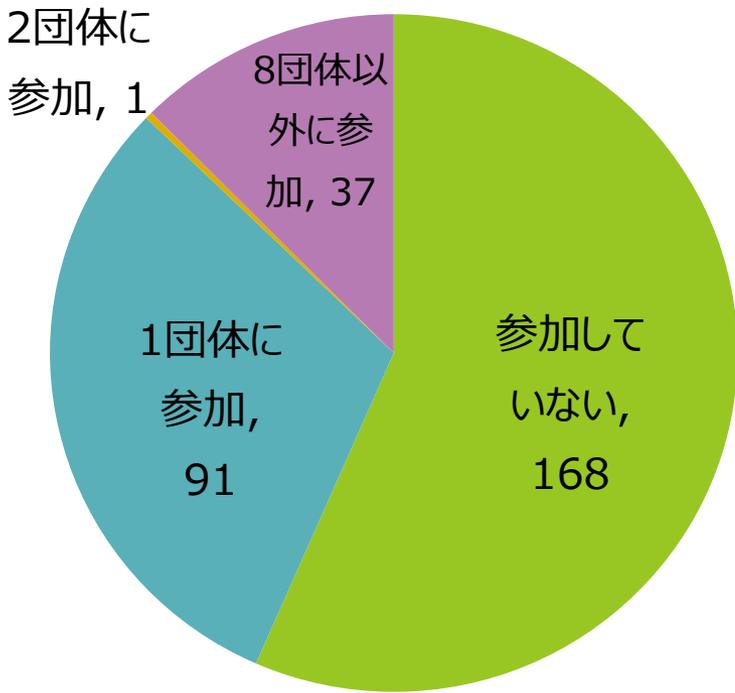
医療情報を専従で扱うスタッフのうち、指標の算出を行っているスタッフ数をお答えください。  
(QIプロジェクト以外の指標算出も含む)



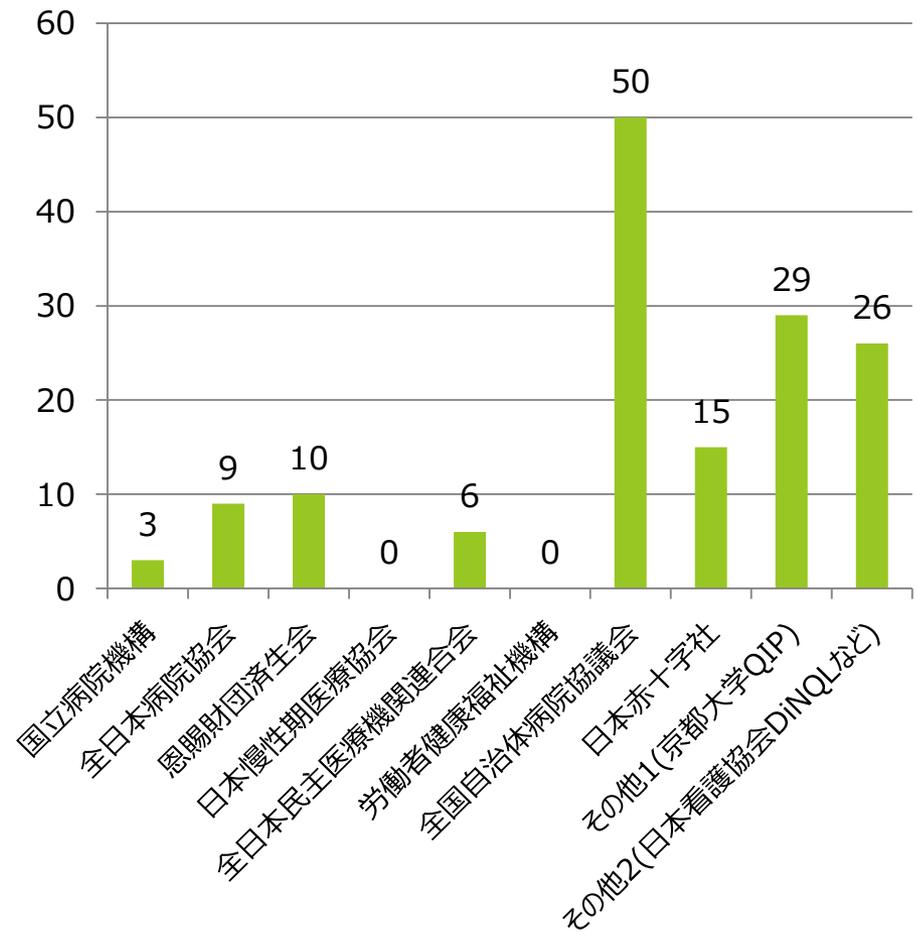
N=96

# QIプロジェクトにおける組織体制

日本病院会QIプロジェクトの他に、他団体が実施している測定・公表プログラムに参加されていますか？

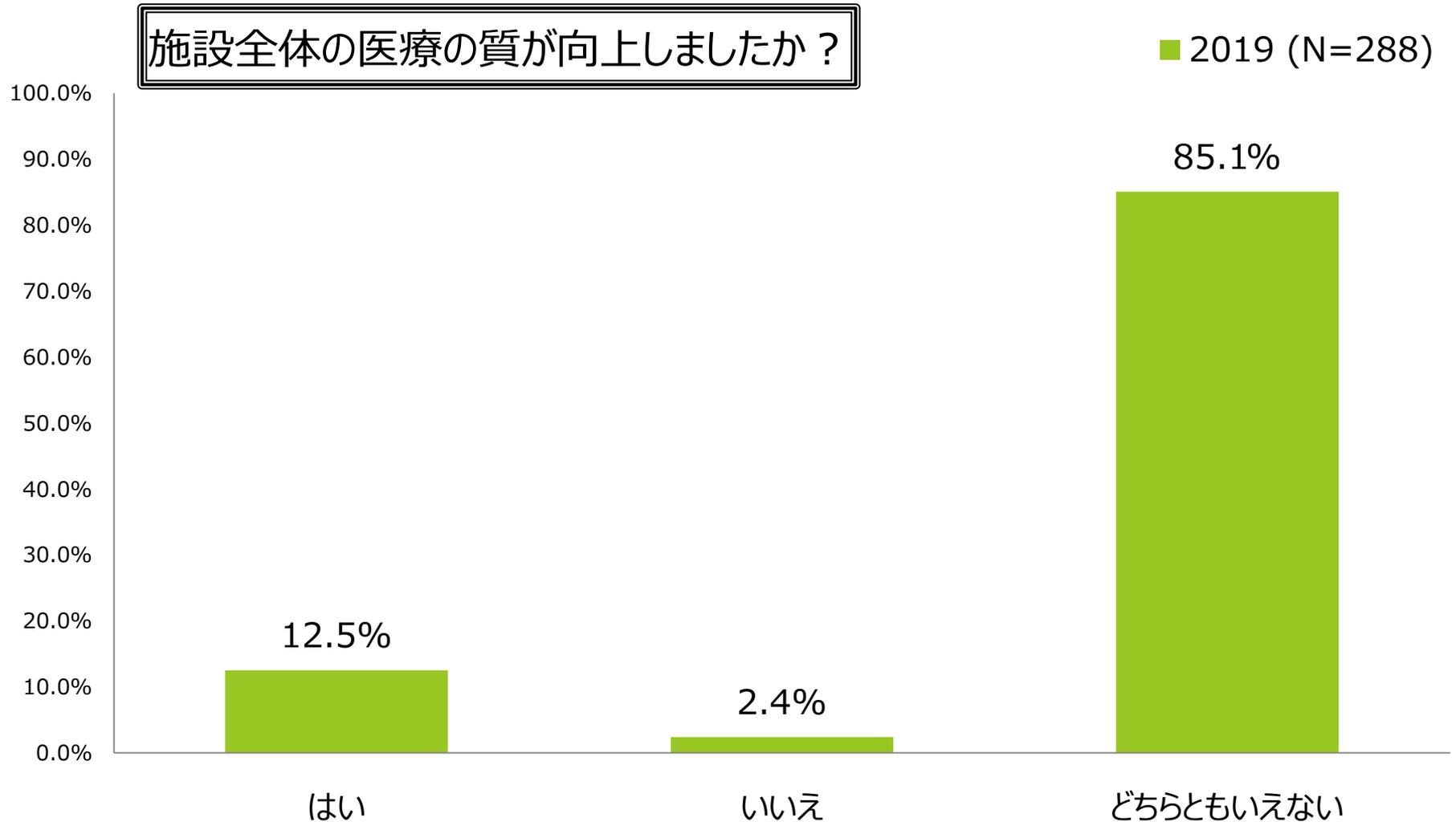


参加している団体(複数回答可)



N=297

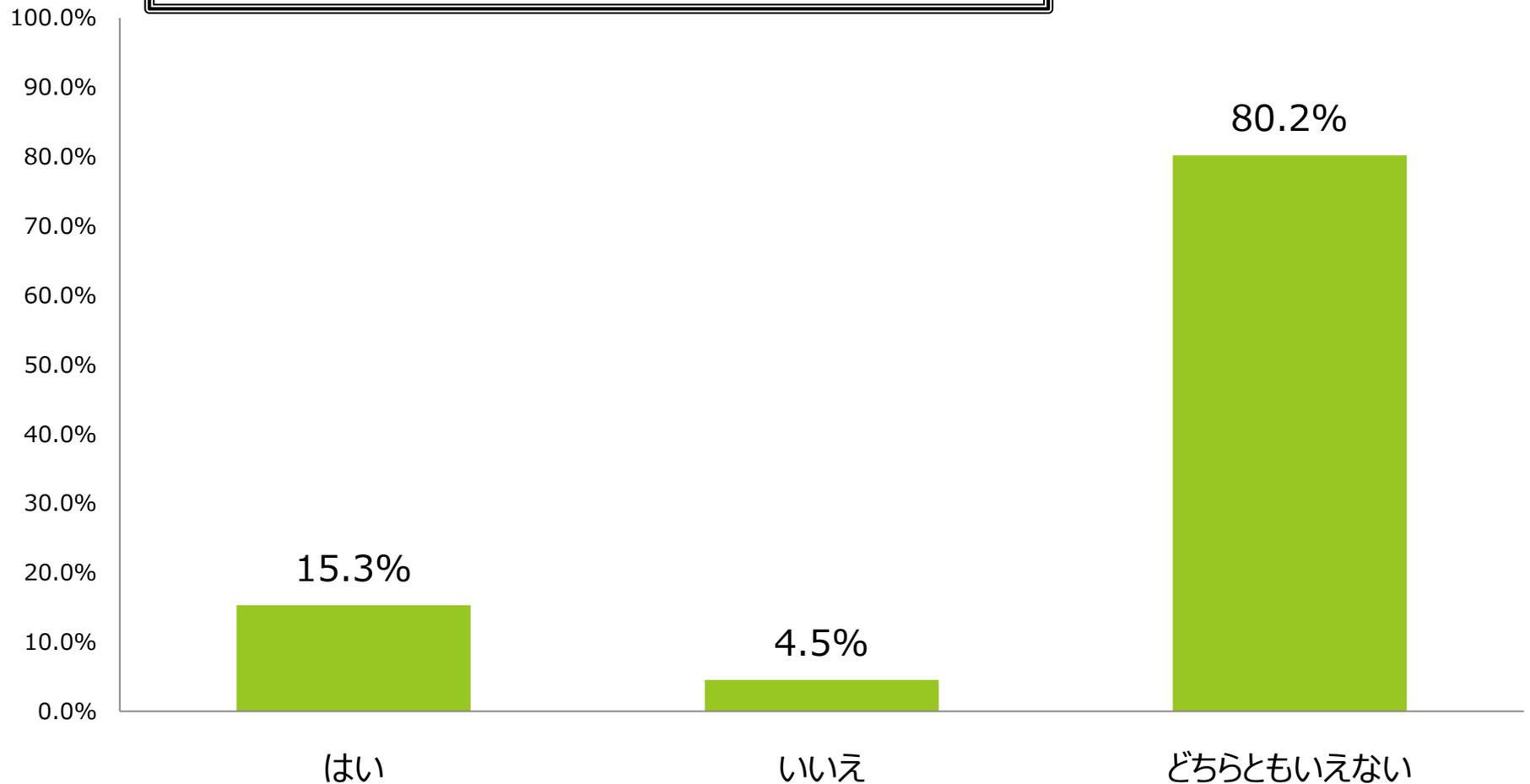
# QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動



# QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

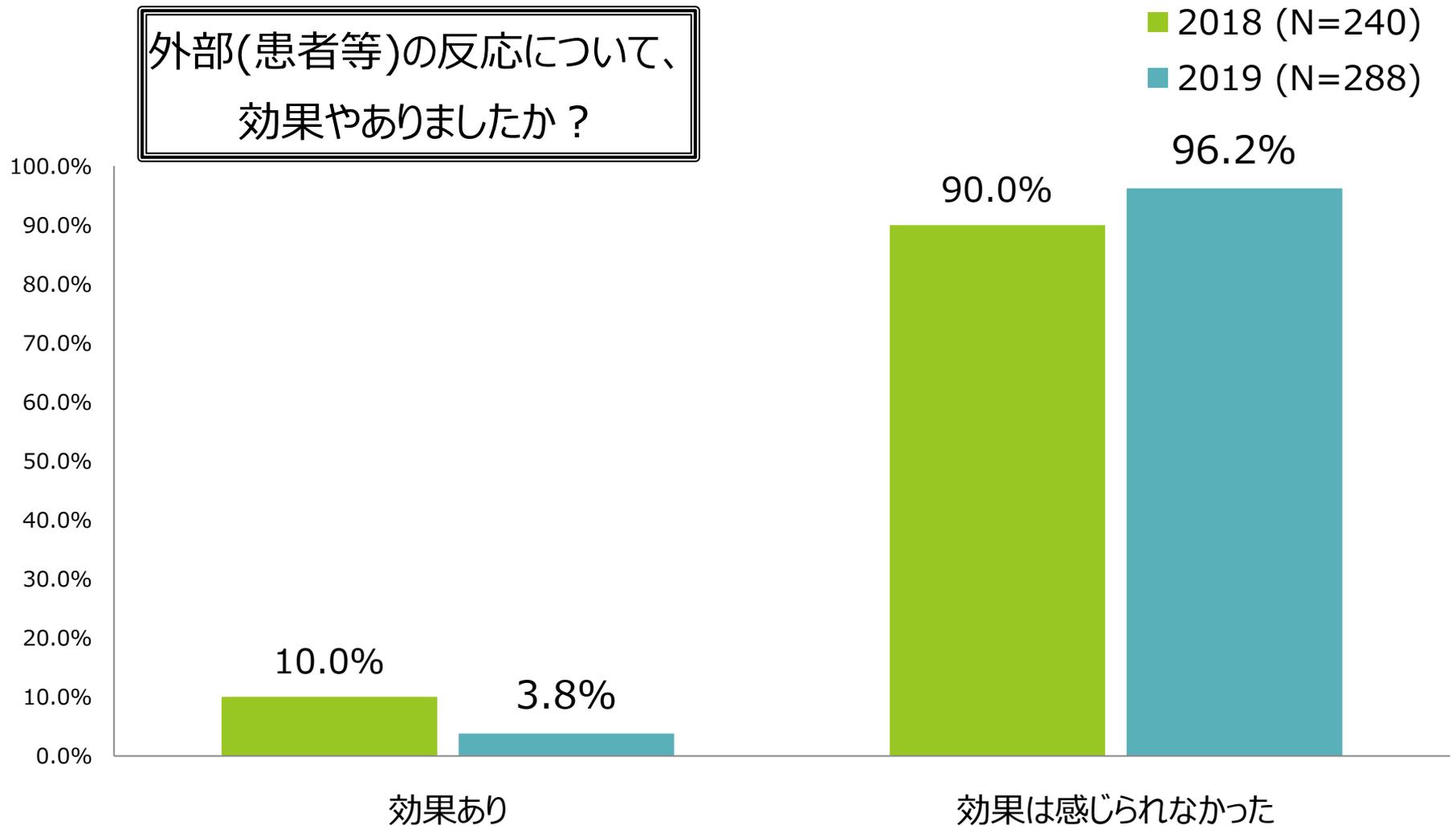
医療の質に関して職員の意識が向上しましたか？

■ 2019 (N=288)



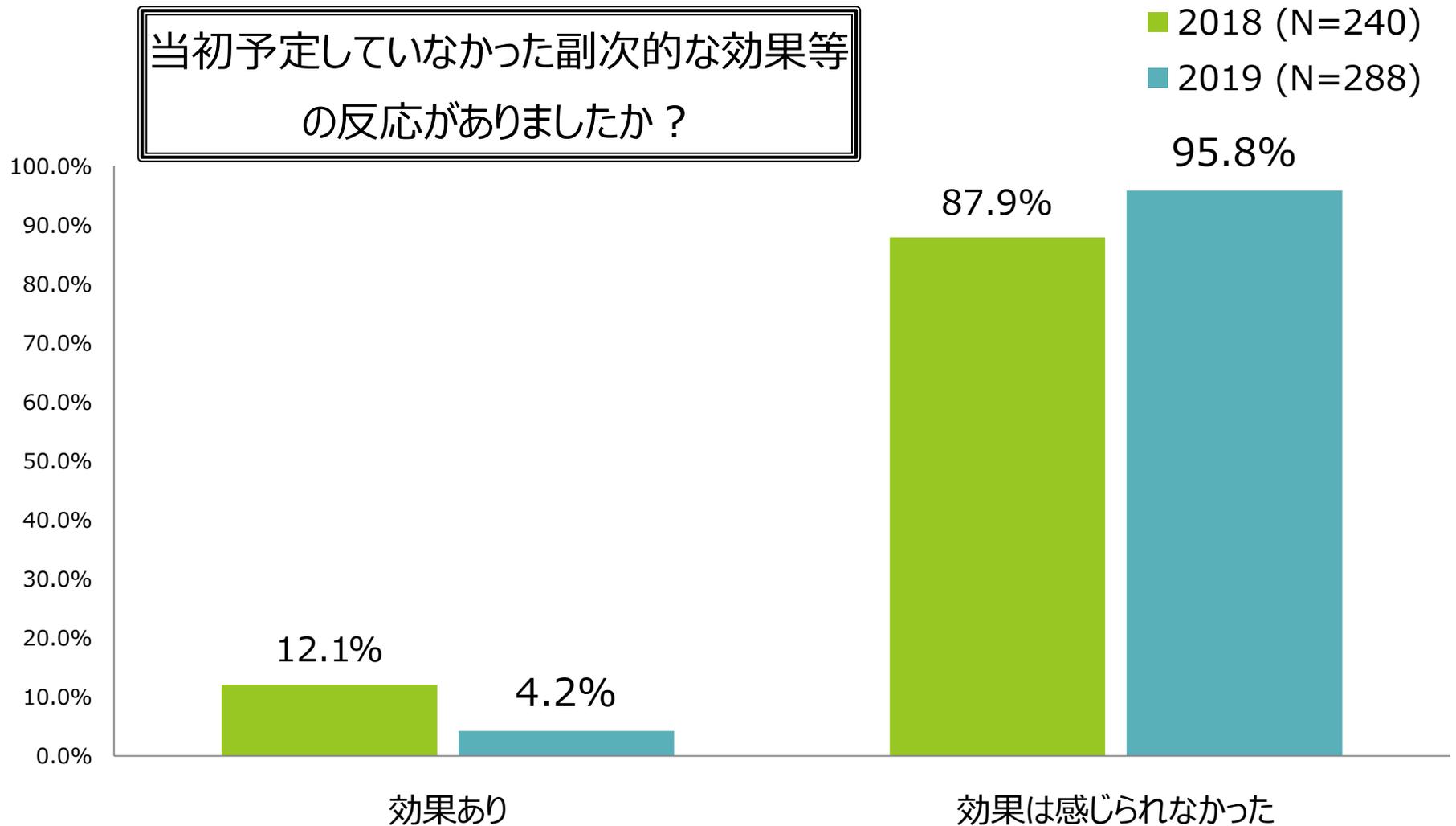
# QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

外部(患者等)の反応について、  
効果やありましたか？



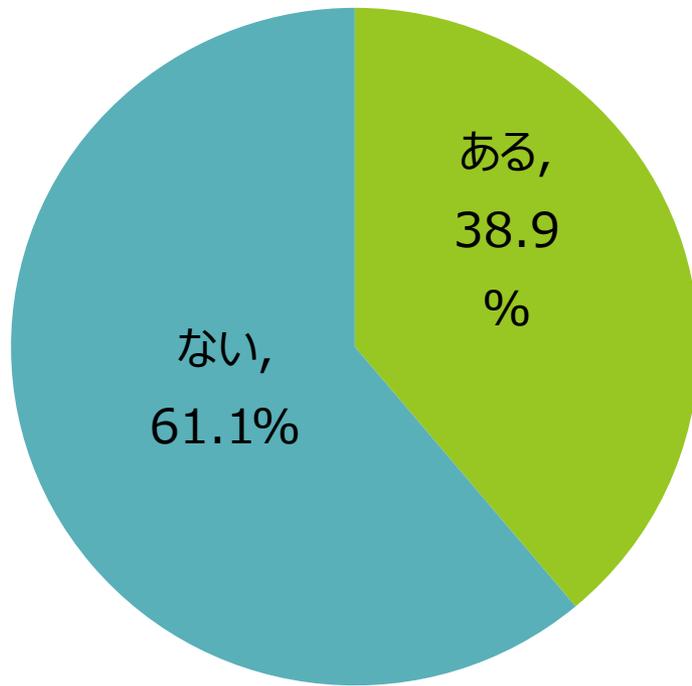
# QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

当初予定していなかった副次的な効果等の反応がありましたか？



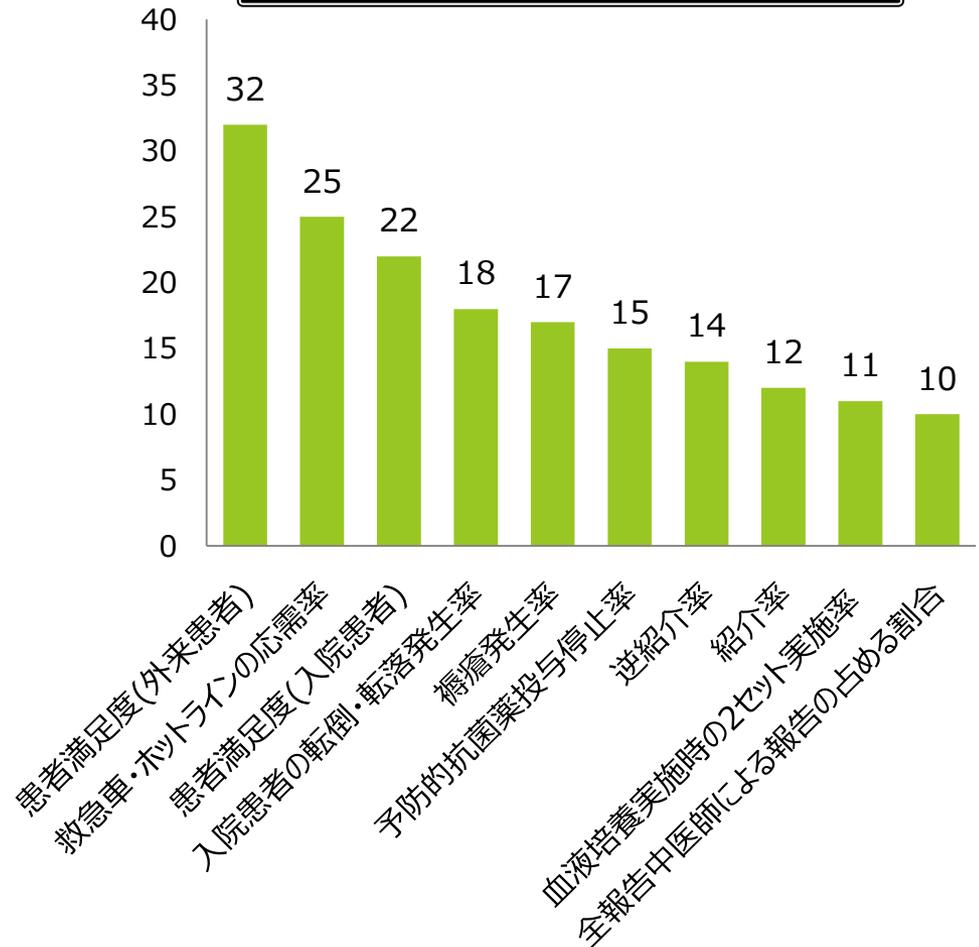
# QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

今年度、改善活動を行った  
指標はありますか？



N=288

改善活動を行った上位10項目



# 1.患者満足度

### 【待ち時間】

- 再来機導入、待ち時間のわかる電光掲示板の導入
- 満足度調査の総合評価と当院独自項目を複合的に分析した結果、「待ち時間」の評価が低かったため、改善プロジェクトにて対策を検討した
- モバイル呼び出しシステムの導入
- 自動精算機の導入

### 【接遇】

- 接遇において対応が素敵な職員がいたら報告するシステムを導入。職員同士を褒め合い職員名を公表することで、褒められた本人のモチベーションUPへ繋げることや他の職員が模範とする職員を知ることができる
- 患者アンケートや患者さまの声(投書)をもとに接遇委員会で対策を検討
- 接遇研修やグッドスマイルプロジェクトを実施
- 患者接遇面の改善

### 【その他】

- ガイドライン、ルール、業務プロセスの見直しや変更、院内表示の変更
- 指摘された事項や満足度の低い項目について委員会で検討し、できるところから改善
- 新たな取り組みとし「患者満足度職員やりがい度活用支援」に参加し、他院とのベンチマークを行った
- 医療機能評価機構の提案するシステムにより、参加他施設とのベンチマークが可視化できるようになった
- 病院全体でのCS/ES活動
- 毎月、患者からの意見を現場へフィードバックし、各所属長が対策の立案・実施を行っている
- 毎月、患者サービス向上委員会を開催し、サービスやクレーム対応等の向上を図っている
- 患者満足度調査の結果、特にフリー記載された項目について、改善活動を行った(接遇、備品等の更新 他)
- 患者満足度の調査様式と調査方法について再検討を行い、改善を図った
- アンケート調査を行い、要望事項等の改善を行っている
- 職員の働き方改革および待ち時間対策として「AI問診」の導入
- 患者さんへ情報を還元するためPHRの導入など
- 食事内容の見直し、Free Wi-Fiの設置

## 2.救急車・ホットラインの応需率

### 【組織・体制の変更】

- 断らない診療体制の検討会を行った
- 救急での応需率増加・断らないことを徹底
- 日勤帯の救急受け入れ体制の見直し
- 当院にベッドの空きがなくても、地域の医療機関とも連携して入院できるよう地域連携を強化し、救急応需をできる限り行えるような体制を構築した
- 当直体制の整備。救急応需の著しく低い医師の当直回数の変更、外当直から中当直（ICU）へ変更など。

### 【フィードバック、情報共有】

- 他施設と比較し応需率が低いことがわかった。経営層が定期的に応需率データを確認することで意識が高まり、応需率が上昇した
- 応需状況の定期的な確認、救急科の設置
- 救急強化日の設定等改善活動を実施
- 救急応需に関連する委員会および現場医師にアンケート等を取り、問題点の選出、改善方法を模索し現場へ提案を行った
- 各消防署への訪問・情報提供
- 救急室運営委員会（医師・看護師・事務）を中心にお断り事例の対応可否を客観的に検証し、診療部会などでフィードバックをしている。専門外の診療科であっても、初期治療ができるようガイドラインを作成し、お断り事例を減らす取り組みをしている。
- 経営会議で毎月の応需率を確認している。
- 近隣の医療機関との提携強化・拡大、症例検討会等で転院先確保し、院内のベッドコントロールを図り応需率改善につなげる。
- 断らない救急を目指し、毎月委員会で不応需件数について話し合いを行っている。
- 「断らない」をモットーに消防と協力し、改善をしている。

### 【詳細分析、その他】

- 救急断り理由の実態調査。救急受付から入院までの経過時間の調査。詳細を分析検討中。
- 不応需理由の記録と分析
- 病院目標としての救急部門の「断らない救急」の継続
- 当直日誌の電子化
- 搬入依頼断り件数減少に向けた医局会議等での依頼
- お断りリスト作成・統計・分析

# 3.入院患者の転倒・転落発生率

## 【フィードバック、情報共有】

- 転倒・転落データを医療安全管理室にフィードバックし、病棟看護師やリハビリ技師、薬剤師が参加する会議で改善対策を検討している。
- 医療安全管理委員会で重要取組事案とし、下部組織も含め毎月事象の確認を行っている。
- 院内情報共有や数値のフィードバックを行った。
- 結果値をもとに転倒予防策の実施率の向上を図った。
- 委員会内で報告。リスクマネジャーが改善策を検討、周知。
- 医療安全管理室にてデータ分析を行い、分析結果を各現場へフィードバックしている。
- ベンチマークを利用した医療の質向上のための取り組み

## 【勉強会・研修会の開催】

- 委員活動の強化、勉強会の実施
- リスクマネジャーメンバーにて、転倒・転落チームでのワーキンググループを施行。
- 転倒・転落発生を予防するため、医療安全推進室と情報を共有したうえで、多職種（医師・看護師・リハビリテーション・薬剤師）による研修会の開催、MRMラウンドにて環境チェックなど改善活動を行っている。

## 【詳細分析、その他】

- 転倒転落アセスメントシートの見直しを行い、改定をした。改定後の分析を行い、改善策を検討する。
- 転倒・転落は、病院・施設において報告されるインシデント・アクシデントレポートの中でも最も多い事故の一つであり、手術や長期の入院など患者の身体的、精神的負担だけでなく、医療費の増加など、転倒・転落対策は重要な課題といえます。当院のインシデント・アクシデントレポートの分析から、転倒・転落の要因を確認し、具体的対策について、医療安全チームにて年3回協議している。
- 医療安全管理委員会の中で対策を協議し、改善活動中
- 転倒・転落に対する安全対策をラウンドで確認、指導している。
- ポリファーマシー対策チームの介入推進

# 4.褥瘡発生率

## 【フィードバック、情報共有】

- 推移を確認し、状況を把握
- 褥瘡を発生させないケアを徹底するため、予防ケアの質向上にとりくんでいます。その一例として、褥瘡発生リスクアセスメントツールであるブレードンスケールの活用として、褥瘡発生ハイリスク患者のスクリーニングとともに具体的ケアの検討を実施。看護計画立案→看護ケア→評価の実践をしています。
- 褥瘡委員会で発生状況を確認したり、予防策を検討している。
- 委員会にて毎月発生率を提示している。発生患者の発生要因の分析を実施し、発生数減少の取り組みを継続して行っている。
- 全入院患者について、入院時に看護師ならびに管理栄養士がSGA等の褥瘡発生リスクのスクリーニングを行い、リスクの高い患者については、専任医師とのカンファレンスに基づいて対策を講じている。対象となる患者については、日々観察記録を共有し、注意喚起を行っている。
- 他病院の数値を参考に、職員に対し注意喚起を行った。
- 褥瘡発生を予防するため医療安全推進室と情報を共有したうえで、専門看護師を配置し、委員会を中心に改善活動を行っている。
- 週1回の褥瘡カンファレンスの業務をこなしながら、QI実務担当者と皮膚排泄ケア認定看護師との間で、毎月、褥瘡の持ち込みや院内発生患者、入院日、部位深さの情報を共有し、月毎の発生率を確認し、増減の把握や対策に活用している。
- 褥瘡・創傷治療に関する医師、看護師、薬剤師、栄養士等で褥瘡対策チームを組織して褥瘡予防・治療を行っており、チームで連携して院内の褥瘡発生予防、発症後早期からの適切な処置を含めた対策を、毎月1回対策委員会のなかで行っております。

## 【施設・設備・機器の見直し】

- 委員会で問題点を明確にし、新たな道具の購入等を実施した。
- エアマットの台数を増やし、必要な患者に対しいつでも使用できるようにした。

## 【勉強会・研修会の開催、その他】

- 皮膚排泄認定看護師を中心に予防対策、YouTubeを利用した動画による職員教育の実施をした。
- 褥瘡院内認定看護師を育成し、部署での褥瘡予防を積極的に行っている。
- 褥瘡対策の講習会開催
- 直腸エコー実施による便性判断を行い適正な緩下剤の処方につなぎ皮膚トラブル防止を行っている。
- 手術中褥瘡予防対策の確立
- 褥瘡ラウンド・予防ケア・寝具やクッション整備・在宅支援・教育（院内研修、チーム内スキルアップ学習会等）
- MPRPU(医療関連機器)による褥瘡苦に伴う対策強化した。

# 5. 予防的抗菌薬投与停止率

## 【業務プロセスの見直し】

- 抗菌薬使用期間の見直し（クリカルパスの見直し）
- 病院全体の多職種で予防的抗菌薬の適正使用プロジェクトチームを立ち上げ、予防的抗菌薬を術後24時間以降も継続投与している診療科を特定し、原因を調査したところ、一部の診療科の医師は、術後抗菌薬を一律セットオーダーしていただけであった。この早期の投与停止の重要性の共有・指導とセットオーダーの事務的変更作業依頼をクオリティマネジメントセンターと上記プロジェクトチームで行い、結果値の改善につなげた。
- クリカルパスを見直し、術後24時間（心臓手術は48時間）を超えて抗菌薬を投与する場合は、明確な理由を電子カルテに記載するようにした。
- クリカルパスの抗菌薬の投与数を制限した
- 指標が低い原因を分析した結果、クリカルパスの改定を行うのが良いのではないかと考え、感染管理部門、クリカルパス委員会、QI委員会で協議を行い改善活動を進めた。パスの改定とそれに伴い医局会でも説明等を行い改善につながった。
- 医師、感染対策室の看護師、クリカルパスワーキンググループと連携し、クリカルパスの見直しを行った。
- 標準診療計画でもあるクリカルパス関連委員会と協力し、点滴スケジュールなどの調製をおこなった。
- 術後管理については、パスで運用されている症例が多いことから、診療部や看護部の協力体制の下、術後の抗菌薬投与時間の調整を可能な限り行っている。
- 術後24時間以上の抗菌薬投与がクリカルパスに設定されていたため、診療科へ問題提示を行った。
- クリカルパスの改定
- 整形・大腸関連の手術においてクリカルパスの変更を医師に依頼し、変更していただいた

## 【フィードバック、情報共有、その他】

- 院内の感染対策室と情報を共有し、医師への周知を行っている。
- 医師への啓発
- 薬剤投与の適正化
- ベンチマークを利用した医療の質向上のための取り組み

## 6. 紹介率・逆紹介率

### 【業務プロセスの見直し、組織・体制の変更】

- 初診料算定の見直し、紹介状の管理の明確化
- 紹介率について今まで曖昧だったが、きちんと取るようになった。
- 事務職員による各診療科へ説明
- 病院の全体会議の中で、医師に対し、逆紹介がどのようにカウントされるのかなど、しくみやポイントを説明。併せて逆紹介の協力をお願いした。
- 高度な医療を必要とする地域住民の方々が一層速やかに治療を受けることができるよう、地域の医師が当院医師に直接緊急診療要請できる仕組みの構築と地域医療連携室に看護職員を配置し、迅速に緊急診療要請に対応できる体制にした。
- 地域医療連携室の強化
- 地域医療連携をより推進するため、外来運営会議等で、具体的にデータを各医師へ提示し宇流しを行っている。
- 地域医療サポートセンターを院内に設置し近隣医療機関の情報を配信する場を設け、患者に対し急性期病院の役割を理解してもらうと共に逆紹介の案内を積極的に勧めている。

### 【患者への働きかけ、かかりつけ医との連携】

- 患者にかかりつけ医を持つように啓蒙活動を行った。
- かかりつけ医に今後の診療について継続をお願いしている。
- 紹介元である開業医への訪問・情報提供
- 医療機関、施設等への挨拶まわりを行った。
- 近隣医療機関へ定期的に訪問し当院に対しての意見や要望を聞いて、委員会で報告し問題点の改善を行っている。

### 【勉強会・研修会の開催、その他】

- 多職種による意見交換会を開催し、連携にかかる問題点について課題抽出
- 地域医療連携課よりデータを作成。管理会議や医局会などで毎月結果を報告、当院の重要指標の1つとしてモニタリングしている。
- 紹介率・逆紹介率について地域医療支援チーム会の開催。
- 地域の医療従事者を招いて研修会を開催した。
- 近隣の他施設と連携し、退院前合同カンファレンスを定期的（2/月）に実施。|
- 医師へ小まめな診療情報提供書の記載を促し、紹介元との情報共有を図る。

# 7.血液培養実施時の2セット実施率

## 【業務プロセスの見直し】

- 血液培養については2セット行っているはずだったが、DPCデータに正しく反映されていなかったため、数値がかなり低かった。正しくデータに反映されるようシステム的に設定変更した。
- 算定漏れの改善
- 血培2セット実施率が低い原因について精査した。原因として原則2セット実施していたが、医事データに反映させていなくデータ上1セットとなってしまうていた。医事データへの反映を必須とすると共に、改めて血培2セット実施を周知した。
- データの検証を行い、コスト漏れが発覚した。医事課へ情報提供し改善依頼を行った。
- 算定内容の確認を行った。
- 血液培養実施時の2セット徹底

## 【詳細分析、その他】

- 血液培養2セットを実施しているが、DPCデータに反映されていないことが判明した
- 定義の詳細な調査
- 感染チームで強化している。
- 感染症治療の適正化を目的として血液培養2セット実施率向上に対する取り組みを行った。活動内容は、血培実施率を改善するため、異常時オーダーの整備、勉強会開催、リンクNsからの展開などを実施した。また、細菌検査室の取り組みとしては、血液培養依頼を常時確認し提出漏れを防ぐとともに1セットのみの提出の際は担当部署へ確認を実施した。ICTの取り組みとしては、ASTと協力し研修会等を実施した。血液培養のサーベイランスデータを現場へフィードバック、血液培養の採取手順を導入教育に組み込み、適正な採取手順の周知を行った。
- 院内の感染対策部・感染対策委員会において、各科に対し、随時、2セット採取を促すチラシを配付している。

# 8. 全報告中医師による報告の占める割合

## 【医療従事者への教育】

- 医師（研修医）のインシデント報告義務付け
- 事例発生時における医師への提出啓発
- 基本的には報告者の自主性に任せているが、影響度の強いケースは提出を促すこともある。報告の仕方の説明や、一緒にレポートを作成する支援も行っている。

## 【フィードバック、情報共有、その他】

- 毎月の医局会で、診療科別のインシデントアクシデント報告数、影響度内容等を報告し、ヒヤリハット、合併症のすべてが報告対象であることを繰り返し強調し、協力を依頼し続けている。
- PDCAで、改善目標とし、実行している。
- 医師のインシデント報告件数を増やすために改善計画、指導、実施している。
- 合同会議等での周知や、各診療科ヘラウンドにおいて報告の徹底を促しています。
- 報告書の作成を従来のインシデントレポートシステムから入力する方法から、電子カルテの患者画面に印刷アイコンを追加し用紙にマルをつけて提出する方式に簡略化した。

精神病床

回答率=64.9% (24/37施設)

# QIプロジェクトにおける全体像

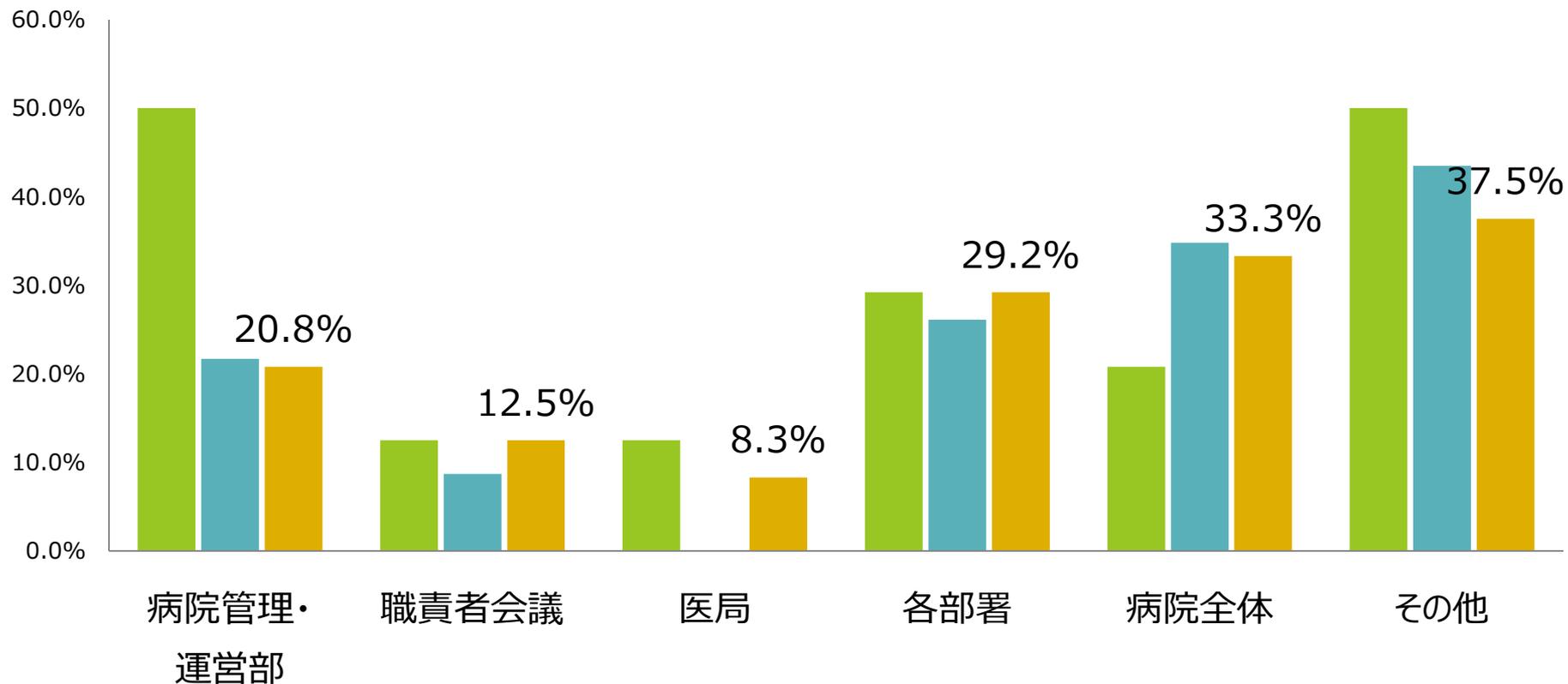
QI の測定結果を院内の  
どのような場で報告していますか？

※複数選択可

■ 2017 (N=24)

■ 2018 (N=23)

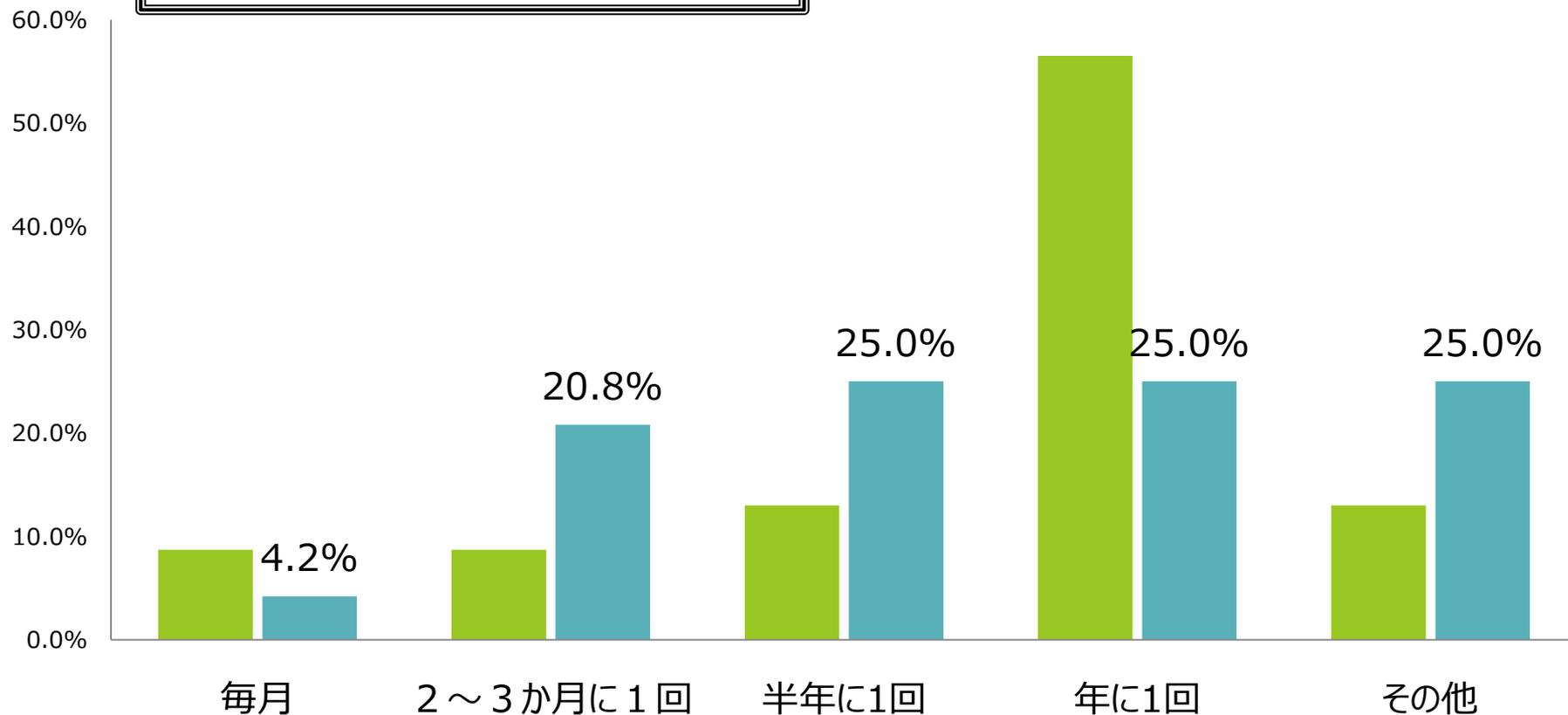
■ 2019 (N=24)



# QIプロジェクトにおける全体像

測定結果の報告は  
どのぐらいの頻度で行っていますか？

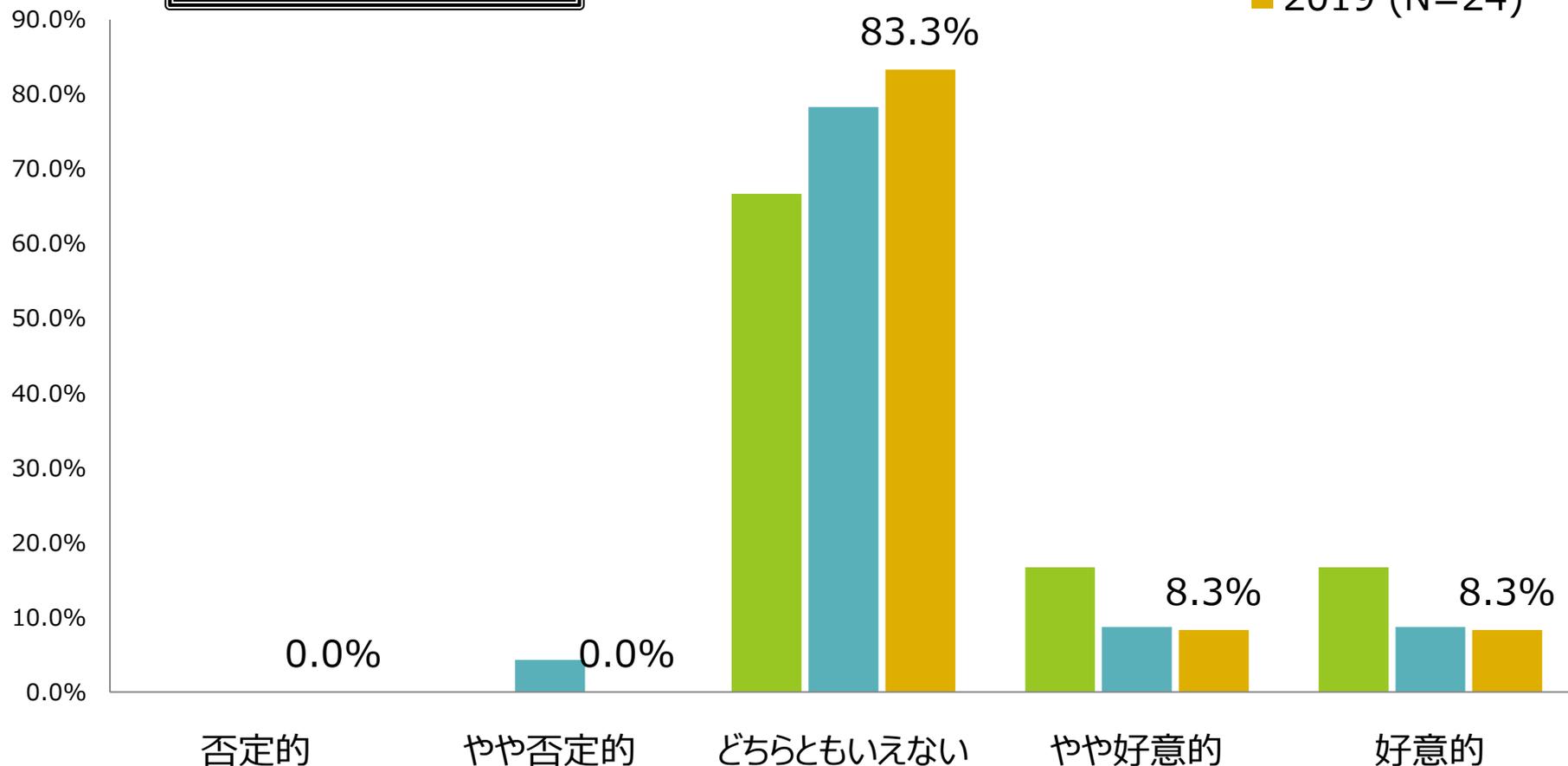
■ 2018 (N=23)  
■ 2019 (N=24)



# QIプロジェクトにおける全体像

現場の反応や感想は  
いかがでしたか？

■ 2017 (N=24)  
■ 2018 (N=23)  
■ 2019 (N=24)

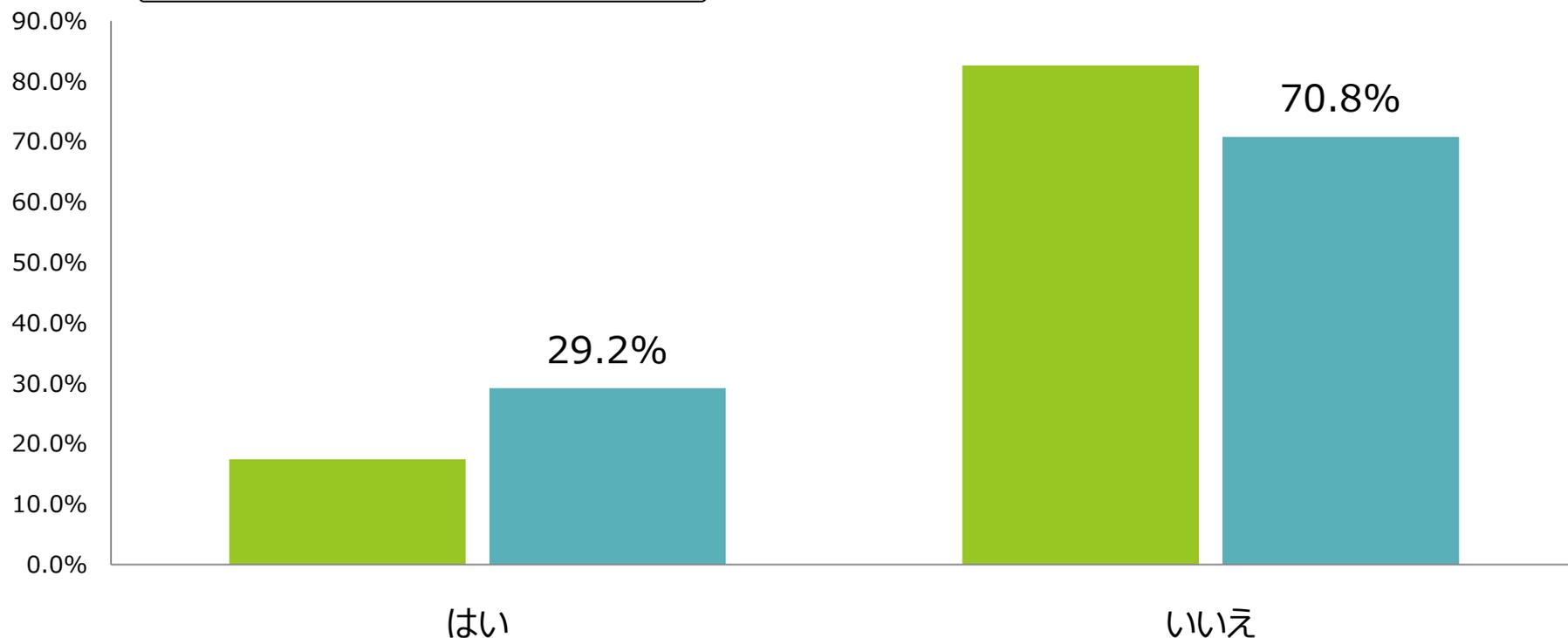


# QIプロジェクトにおける全体像

当プロジェクトに関する内容  
(指標やフィードバック結果等)  
を外部に公表していますか？

■ 2018 (N=23)

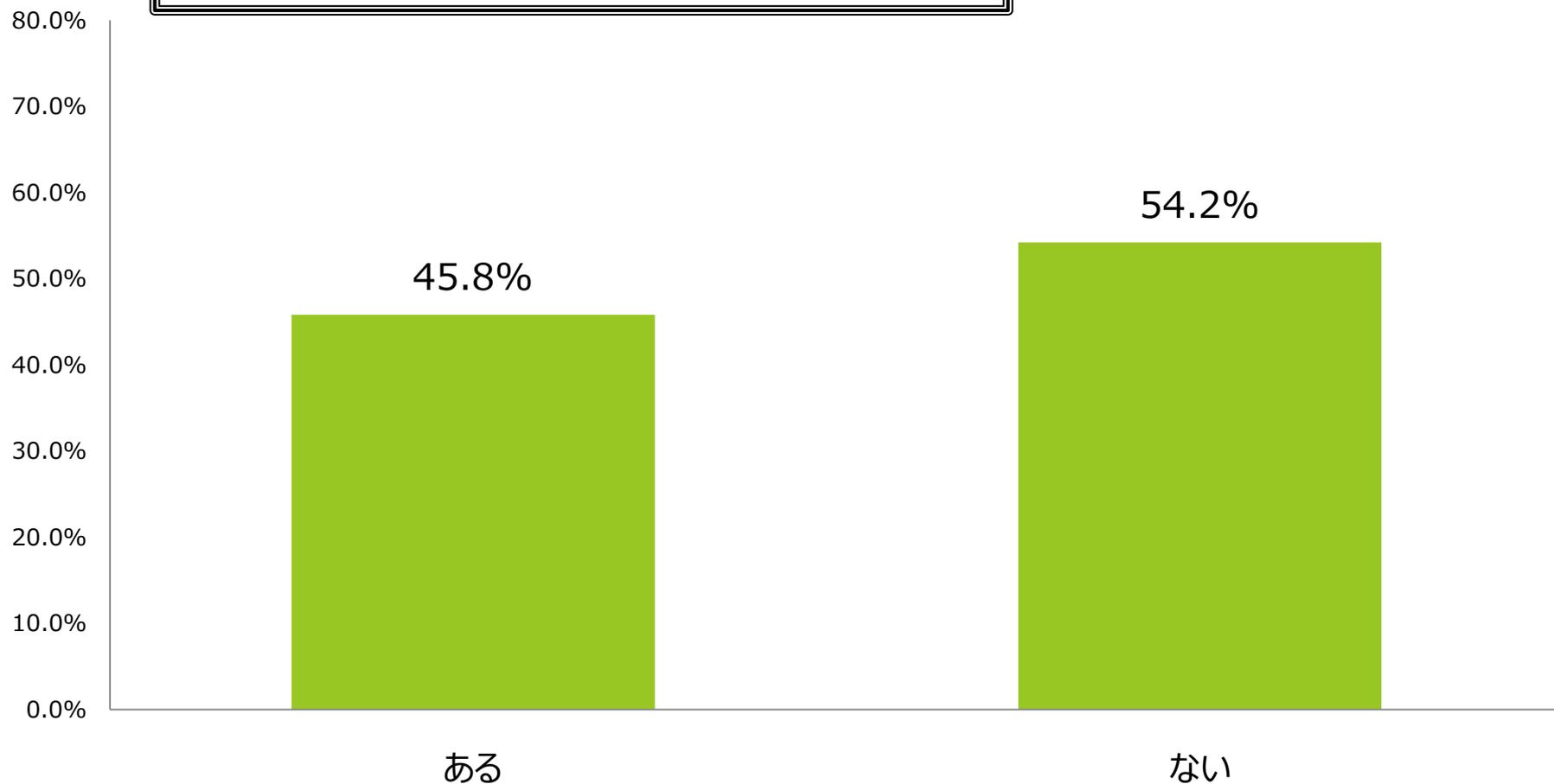
■ 2019 (N=24)



# QIプロジェクトにおける組織体制

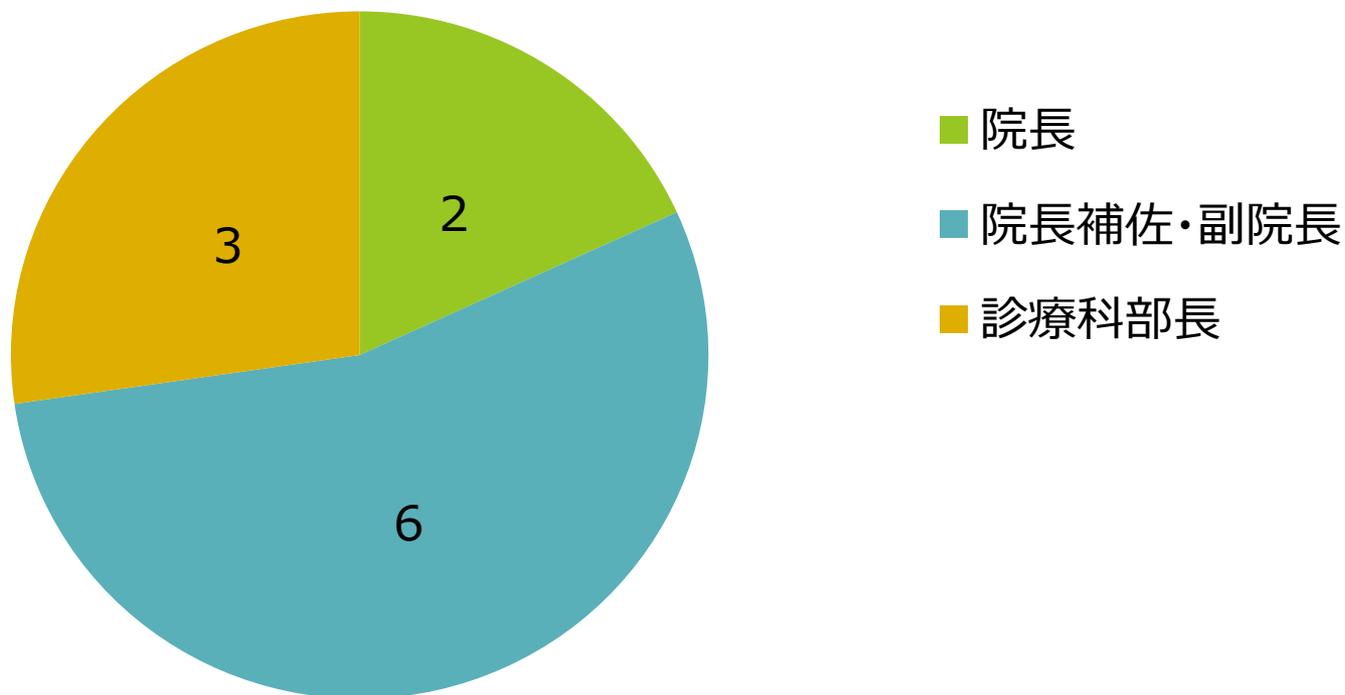
指標の改善活動に係る委員会がありますか？

■ 2019 (N=24)



# QIプロジェクトにおける組織体制

委員会の委員長はどなたですか？(フリー記載より分類) (N=11)



# QIプロジェクトにおける組織体制

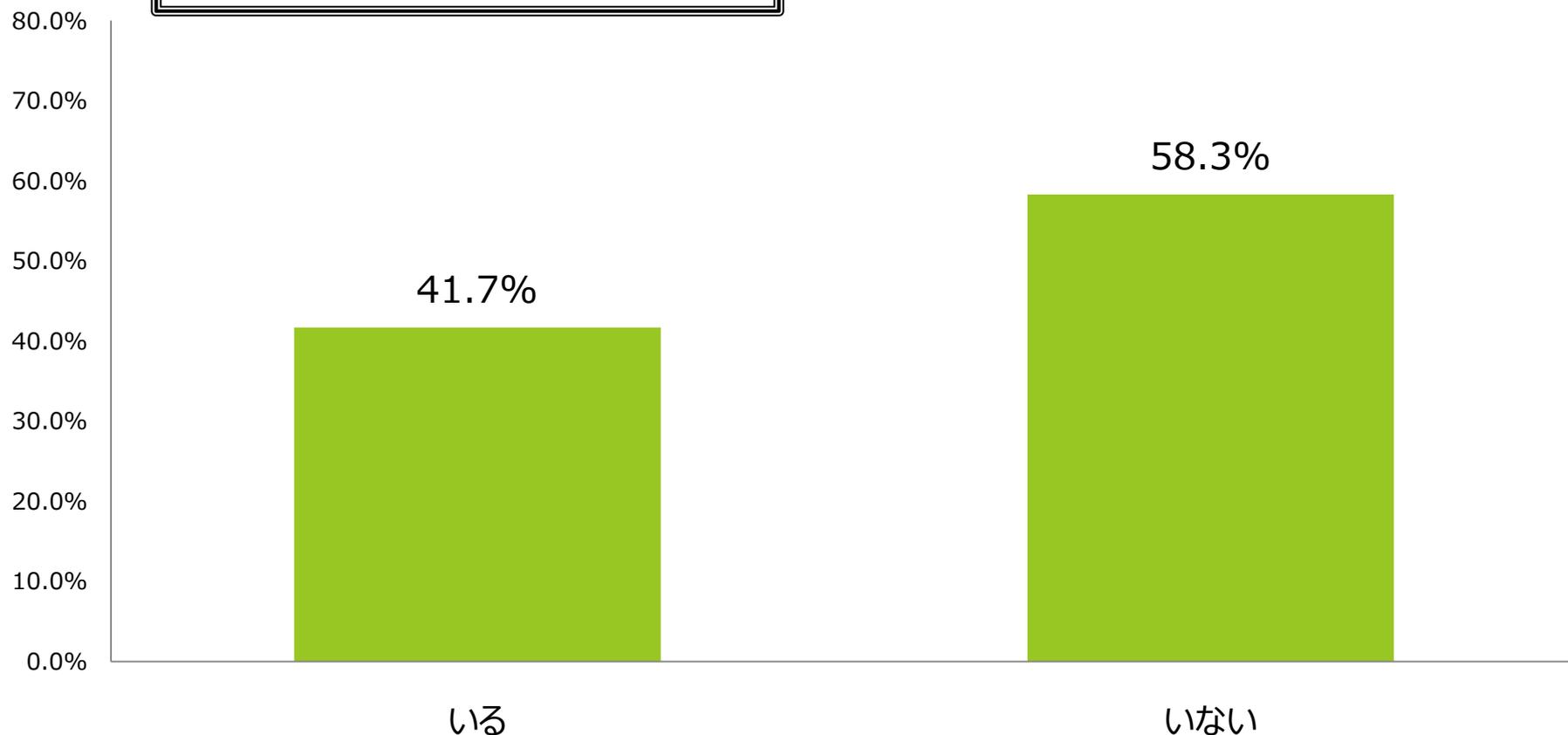
委員の職種別人数をお答えください。(N=11)

	医師	看護師	薬剤師	コメディカル	事務職	合計
平均値	7.4人	3.3人	0.9人	3.5人	4.4人	19.5人
最小値	1人	2人	0人	0人	2人	8人
中央値	6人	3人	1人	4人	4人	18人
最頻値	3人	2人	1人	4人	6人	20人
最大値	24人	5人	2人	12人	6人	34人

# QIプロジェクトにおける組織体制

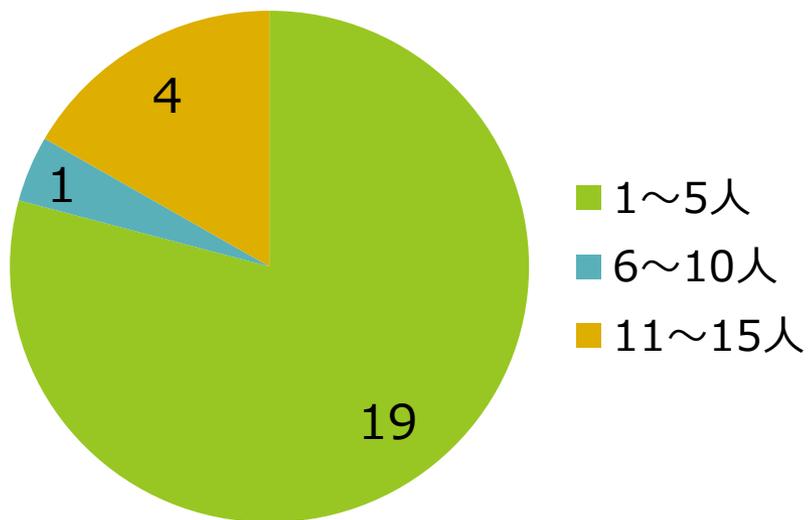
医療情報を専従(常勤に限る)で  
扱うスタッフはいますか？

■ 2019 (N=24)

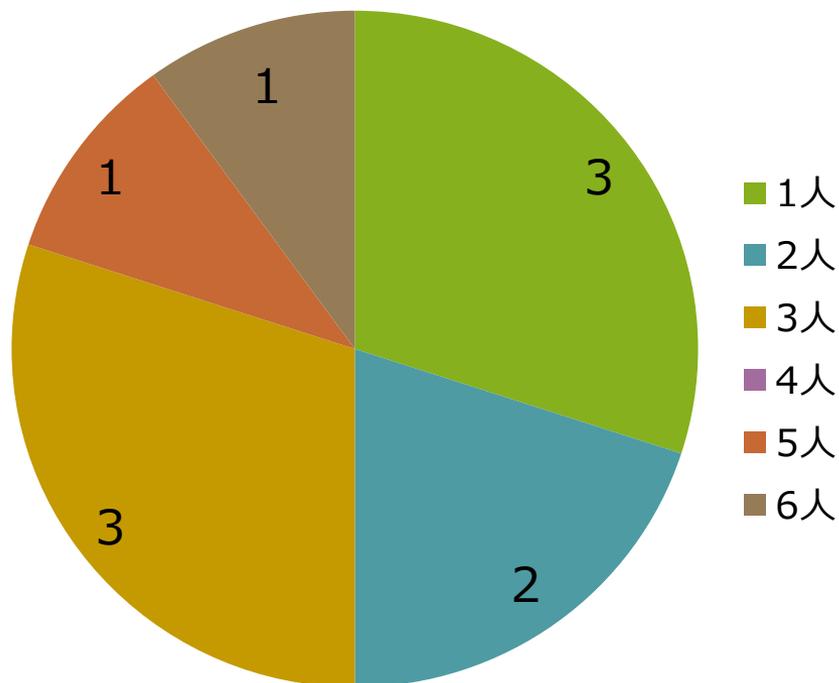


# QIプロジェクトにおける組織体制

医療情報を専従で扱うスタッフ数をお答えください。



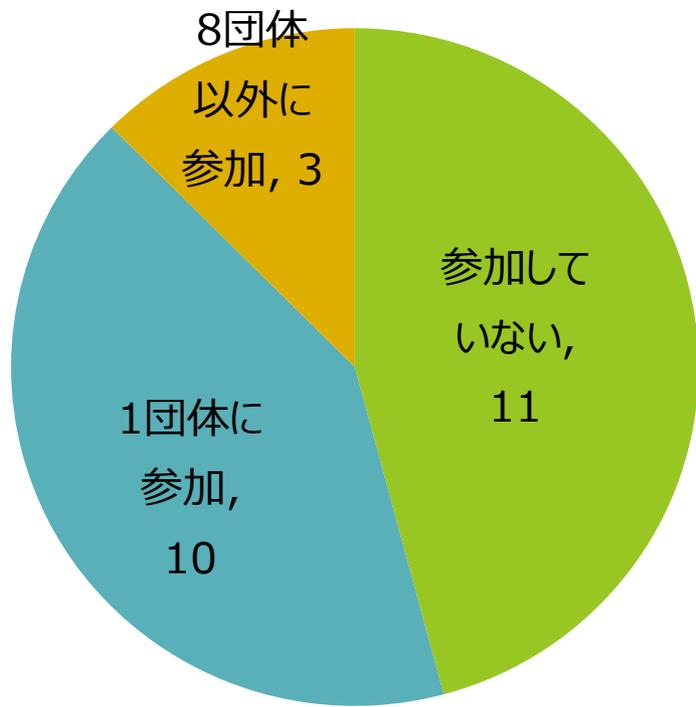
医療情報を専従で扱うスタッフのうち、指標の算出を行っているスタッフ数をお答えください。  
(QIプロジェクト以外の指標算出も含む)



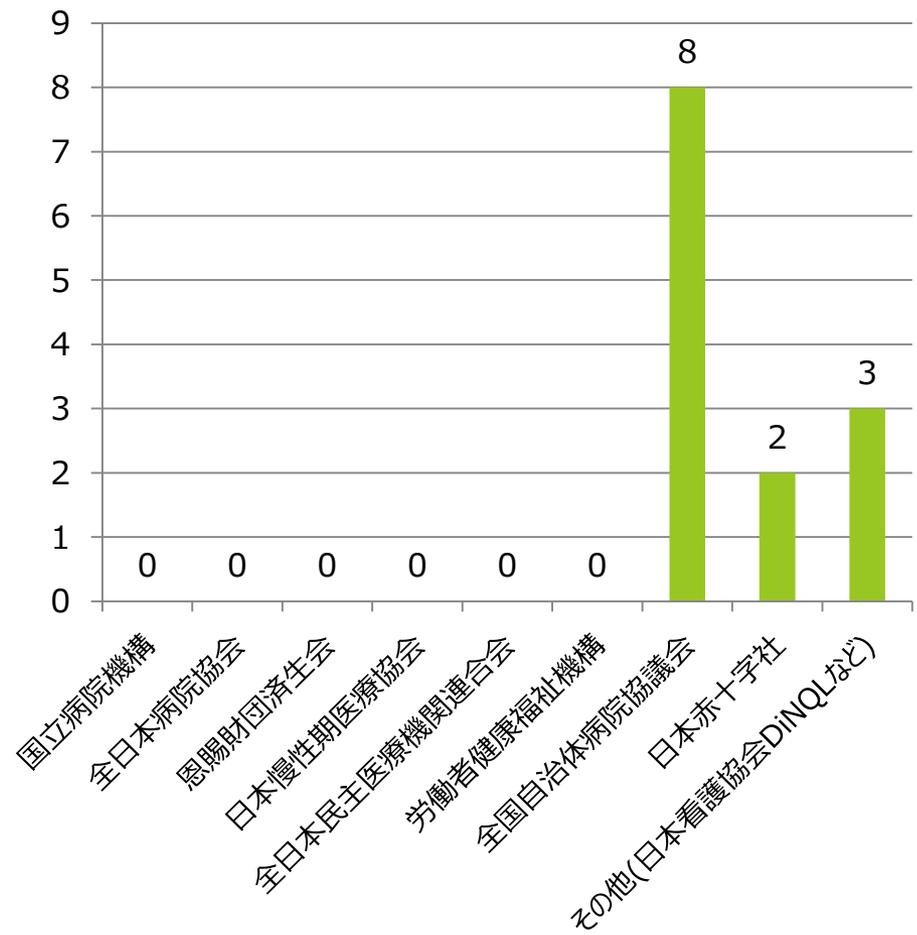
N=10

# QIプロジェクトにおける組織体制

日本病院会QIプロジェクトの他に、他団体が実施している測定・公表プログラムに参加されていますか？

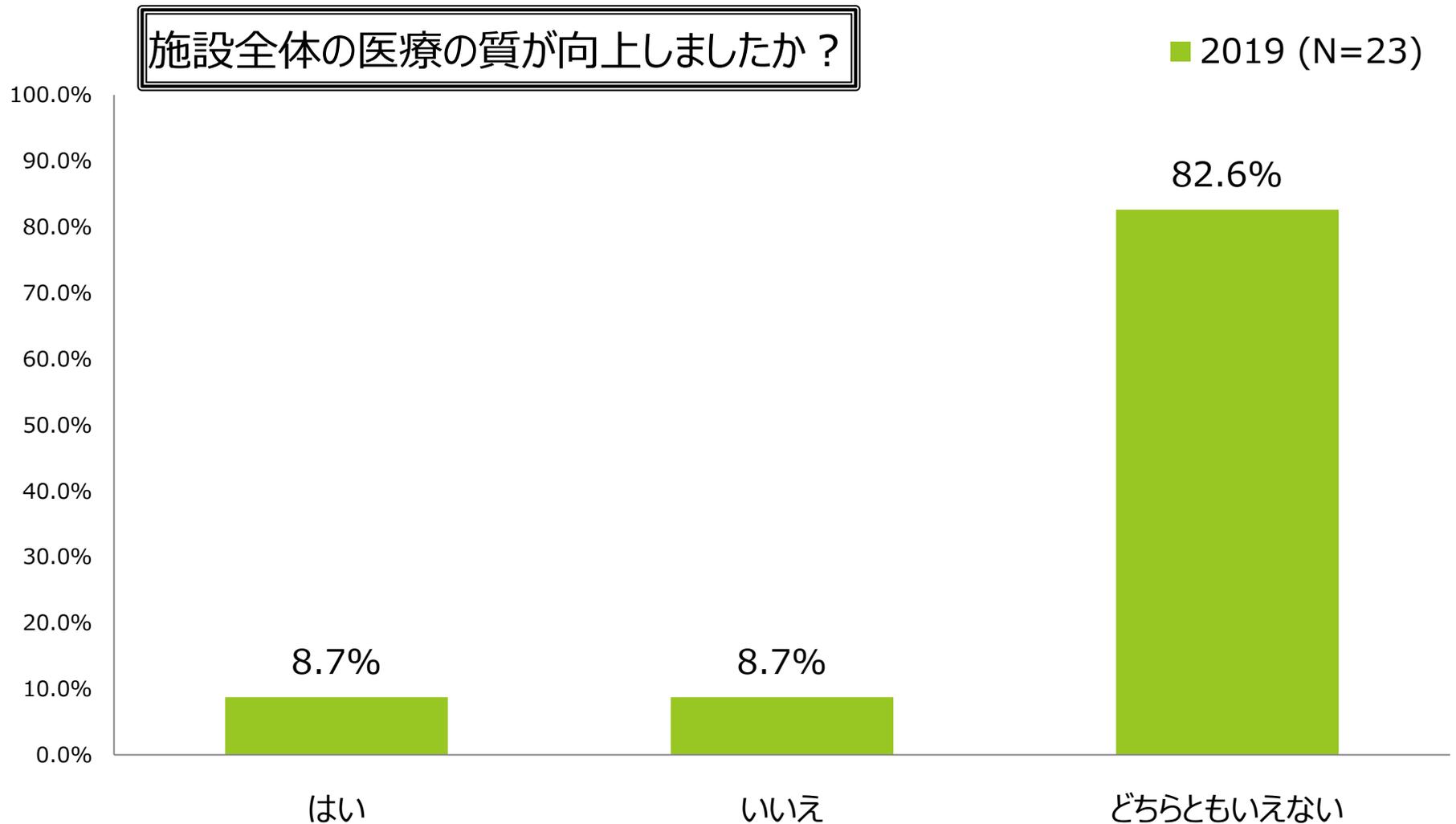


参加している団体(複数回答可)



N=24

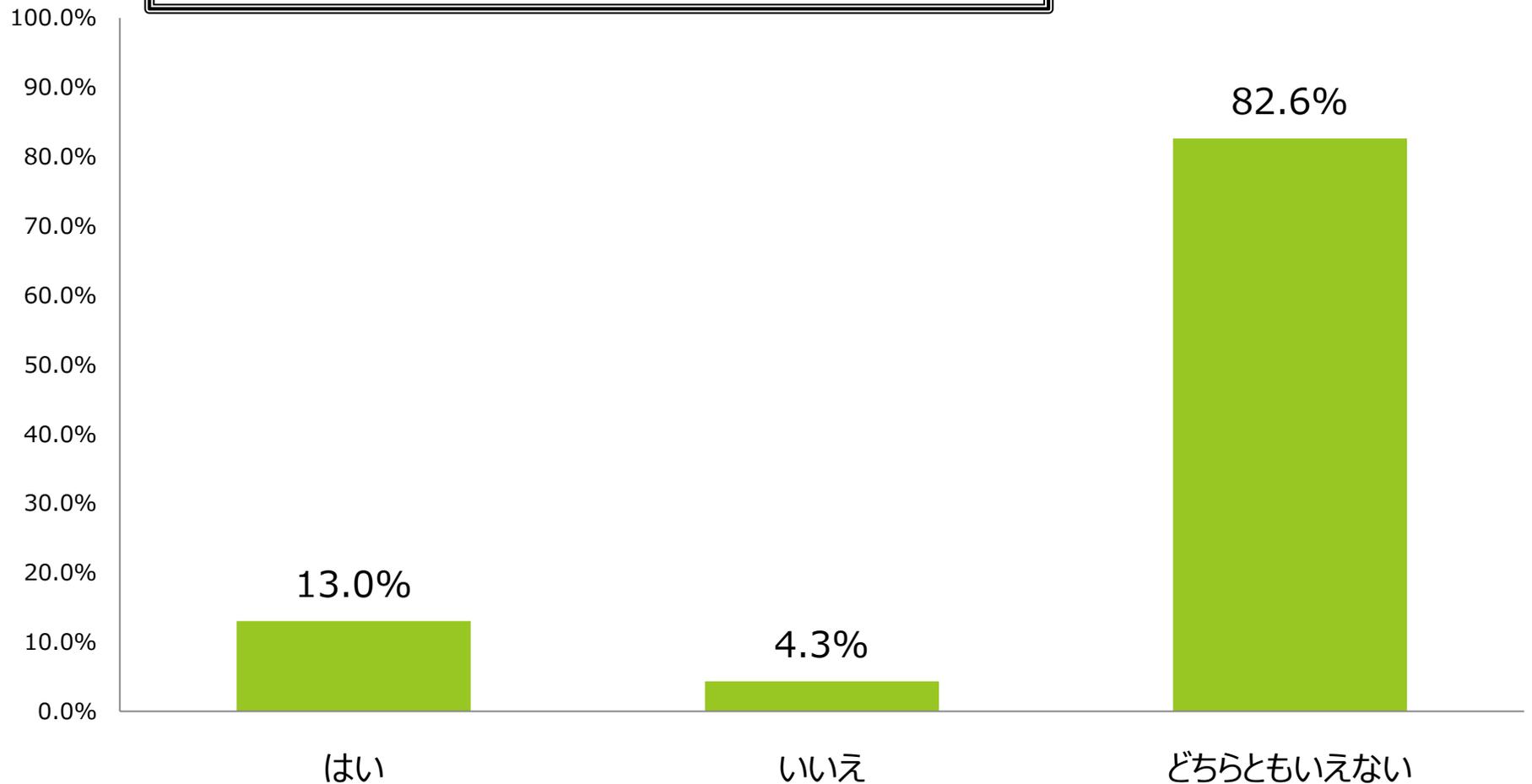
# QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動



# QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

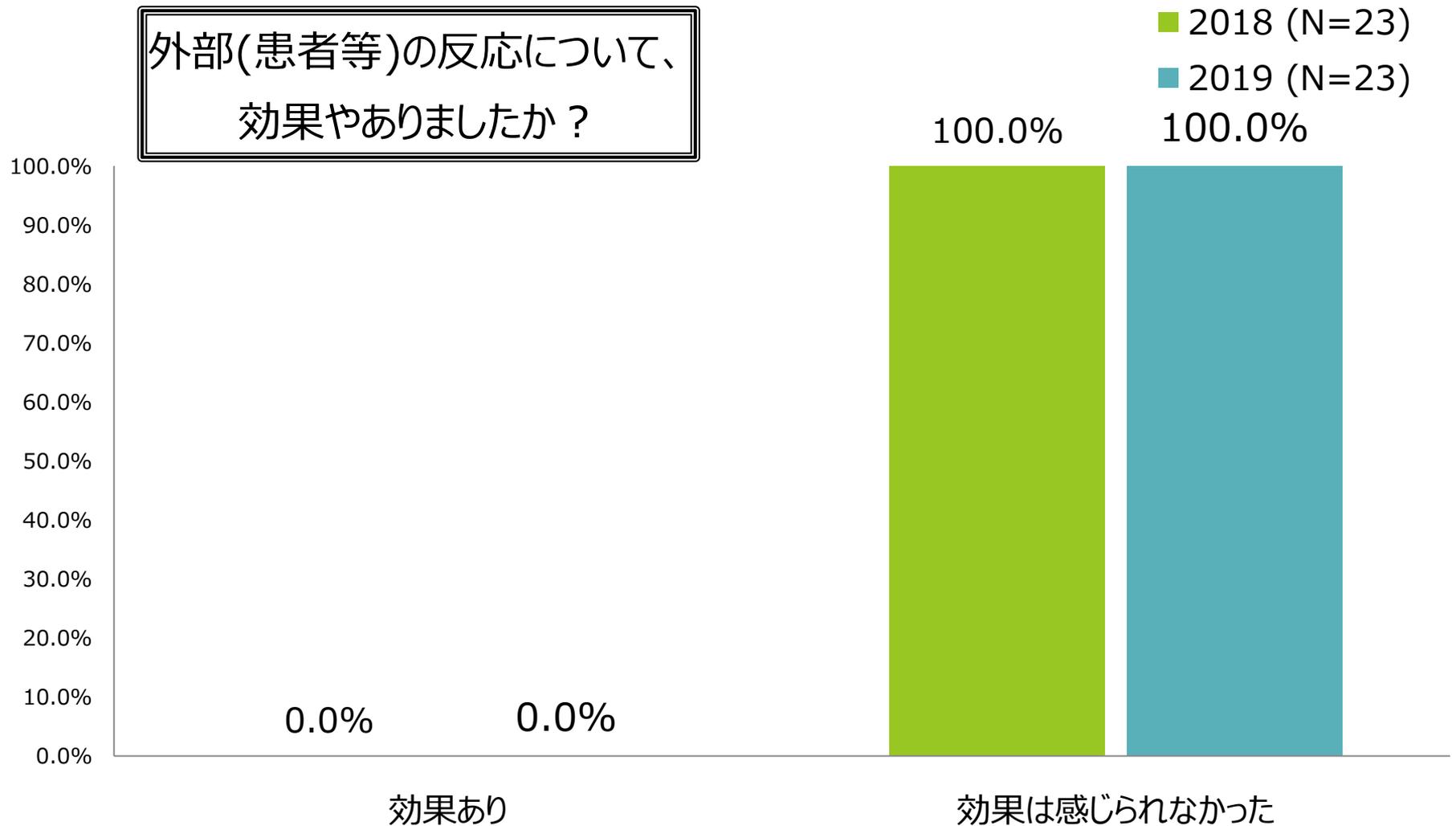
医療の質に関して職員の意識が向上しましたか？

■ 2019 (N=23)



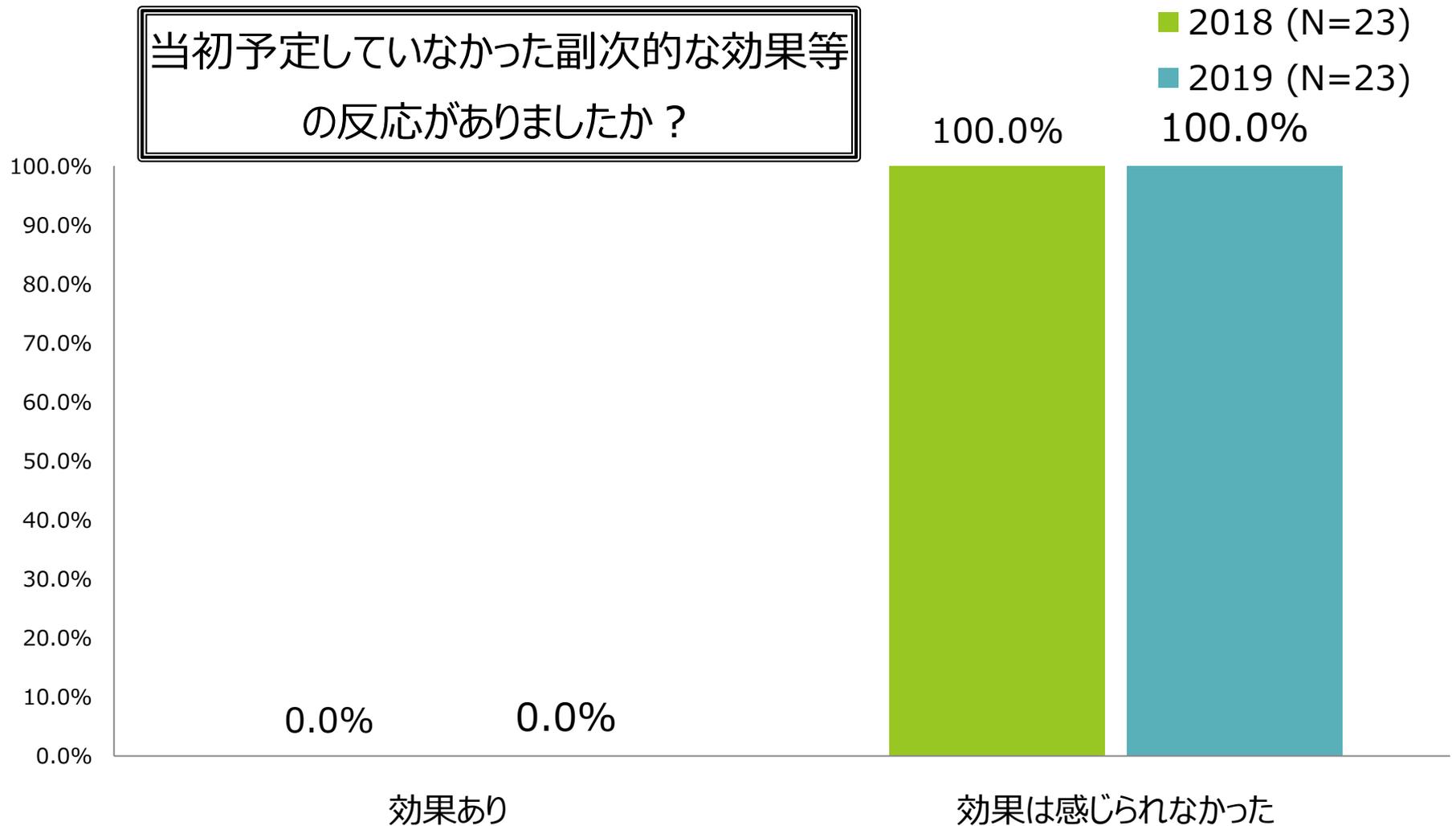
# QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

外部(患者等)の反応について、  
効果やありましたか？



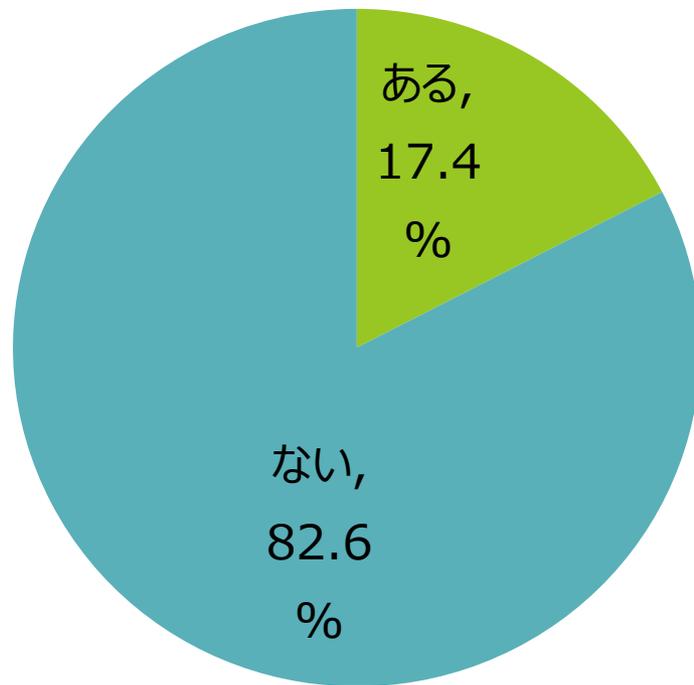
# QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

当初予定していなかった副次的な効果等の反応がありましたか？



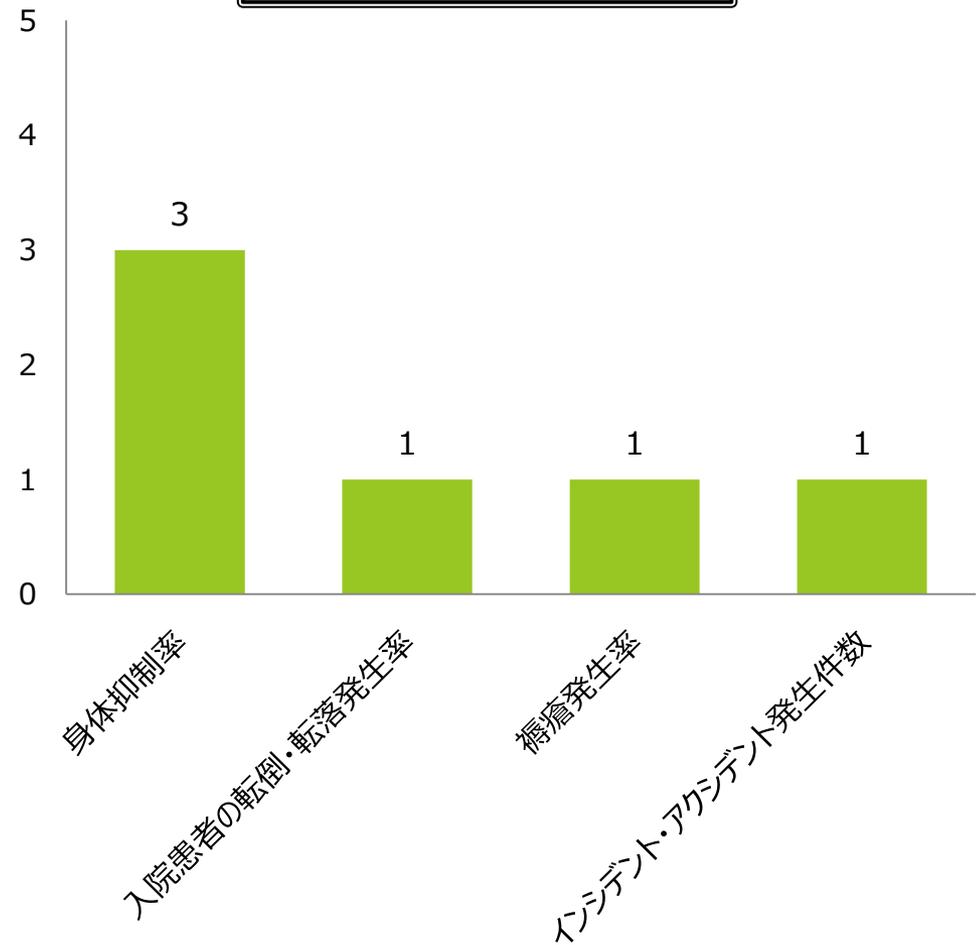
# QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

今年度、改善活動を行った  
指標はありますか？



N=23

改善活動を行った項目



# 指標毎の改善活動

指標名	活動内容
身体抑制率	カンファレンス（身体抑制が本当に必要かの検討、行動制限を最小限にとどめるために看護の中でできることがあるかの検討）、データを可視化し意識していく
身体抑制率	毎月、台帳から拘束理由を確認し、拘束が長引いていないか確認をしている。また、データを元にして拘束が続いている患者について、拘束無しで治療を行う方法はないか、医局と協議し検討をしている。
身体抑制率	拘束カンファレンスで使用する院内共通の記録用フォーマットを作成、患者個人のアセスメントを、より高い精度で全員が行えるようにした。
入院患者の転倒・転落発生率	転倒した患者すべてにおいて現行の転倒転落スコアの評価・分析を行い、転倒転落リスクアセスメントシートを変更。病院全体に転倒転落予防の標語を募り、認定病院患者安全推進協議会へ応募。多職種で転倒転落予防活動の意識が向上した。
褥瘡発生率	褥瘡を発生させないケアを徹底するため、予防ケアの質向上に取り組んでいます。その一例として、褥瘡発生リスクアセスメントツールであるブレデンスケールの活用として、褥瘡発生ハイリスク患者のスクリーニングとともに具体的ケアの検討を実施。看護計画立案→看護ケア→評価の実践をしています。
1か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント発生件数	インシデントレベル0からの報告を積極的に行うよう周知しており、医療安全の意識の向上に努めている。

療養病床

回答率=57.7% (17/30施設)

# QIプロジェクトにおける全体像

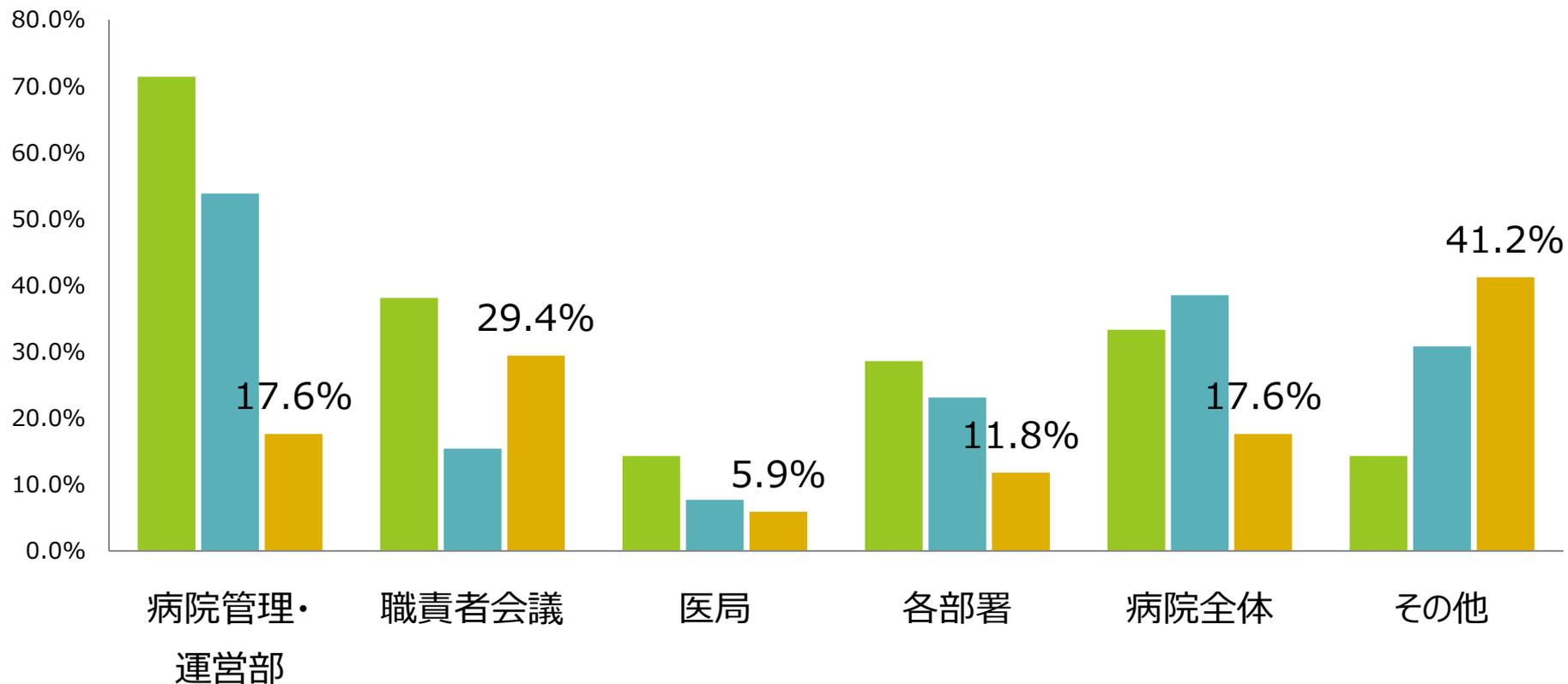
QI の測定結果を院内の  
どのような場で報告していますか？

※複数選択可

■ 2017 (N=21)

■ 2018 (N=14)

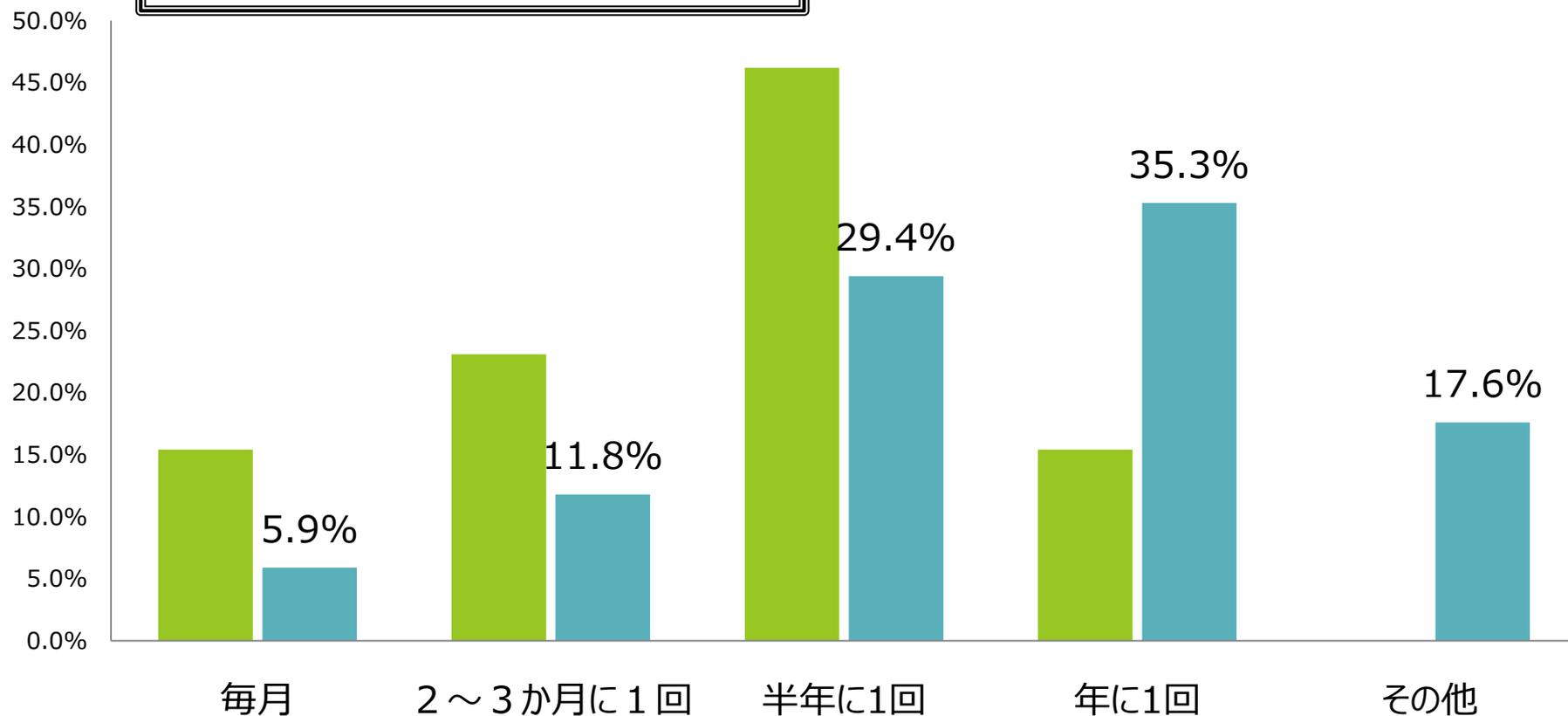
■ 2019 (N=21)



# QIプロジェクトにおける全体像

測定結果の報告は  
どのぐらいの頻度で行っていますか？

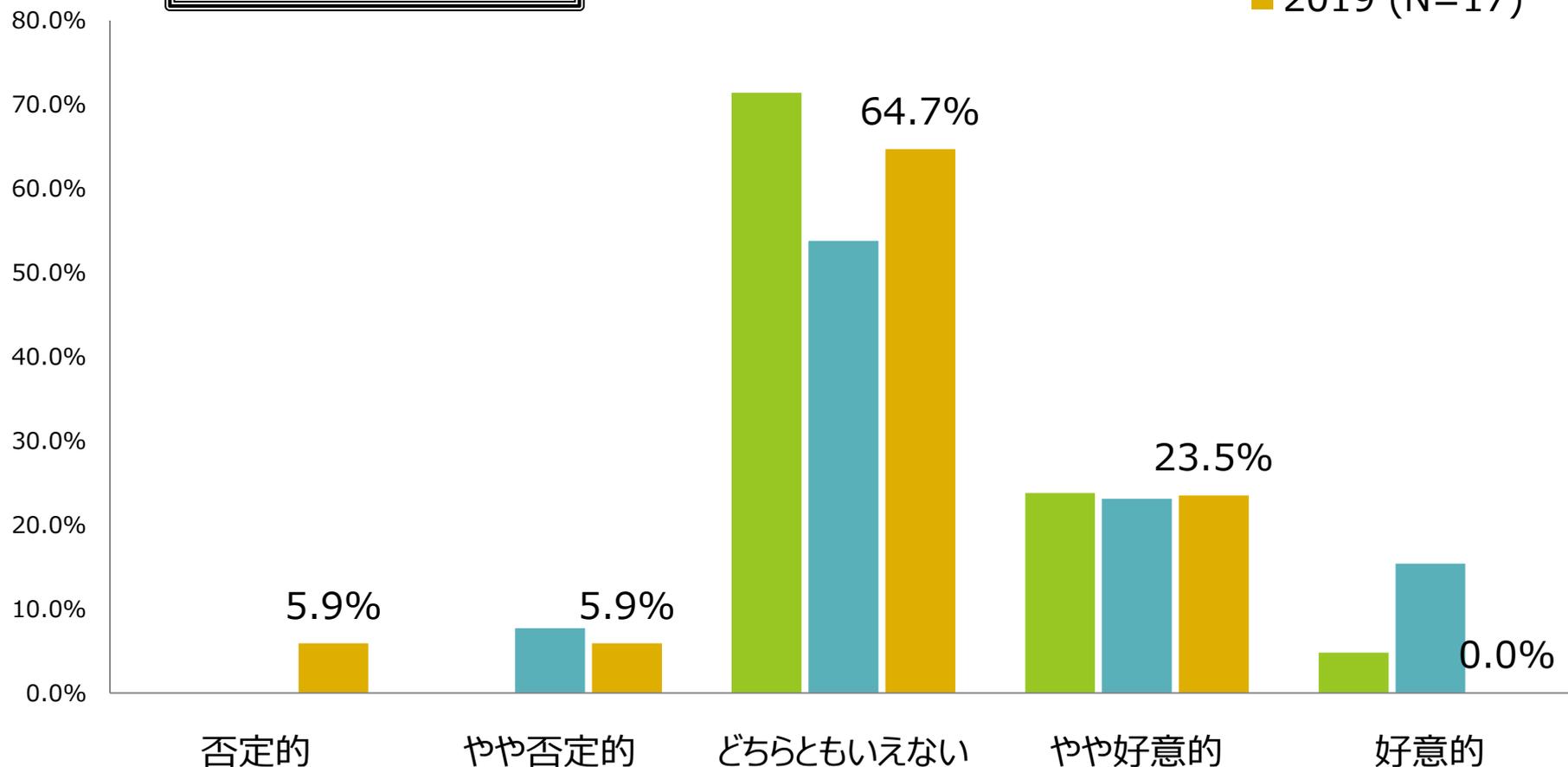
■ 2018 (N=13)  
■ 2019 (N=17)



# QIプロジェクトにおける全体像

現場の反応や感想は  
いかがでしたか？

■ 2017 (N=21)  
■ 2018 (N=13)  
■ 2019 (N=17)

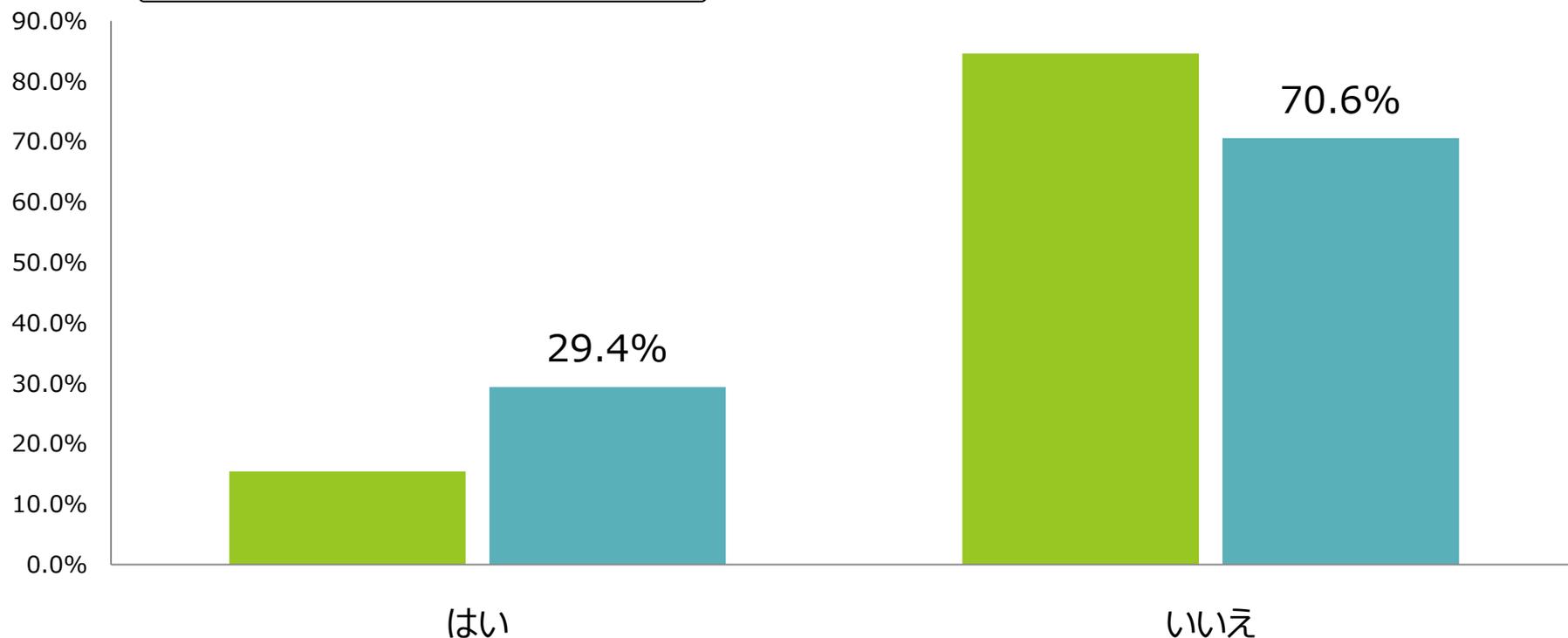


# QIプロジェクトにおける全体像

当プロジェクトに関する内容  
(指標やフィードバック結果等)  
を外部に公表していますか？

■ 2018 (N=13)

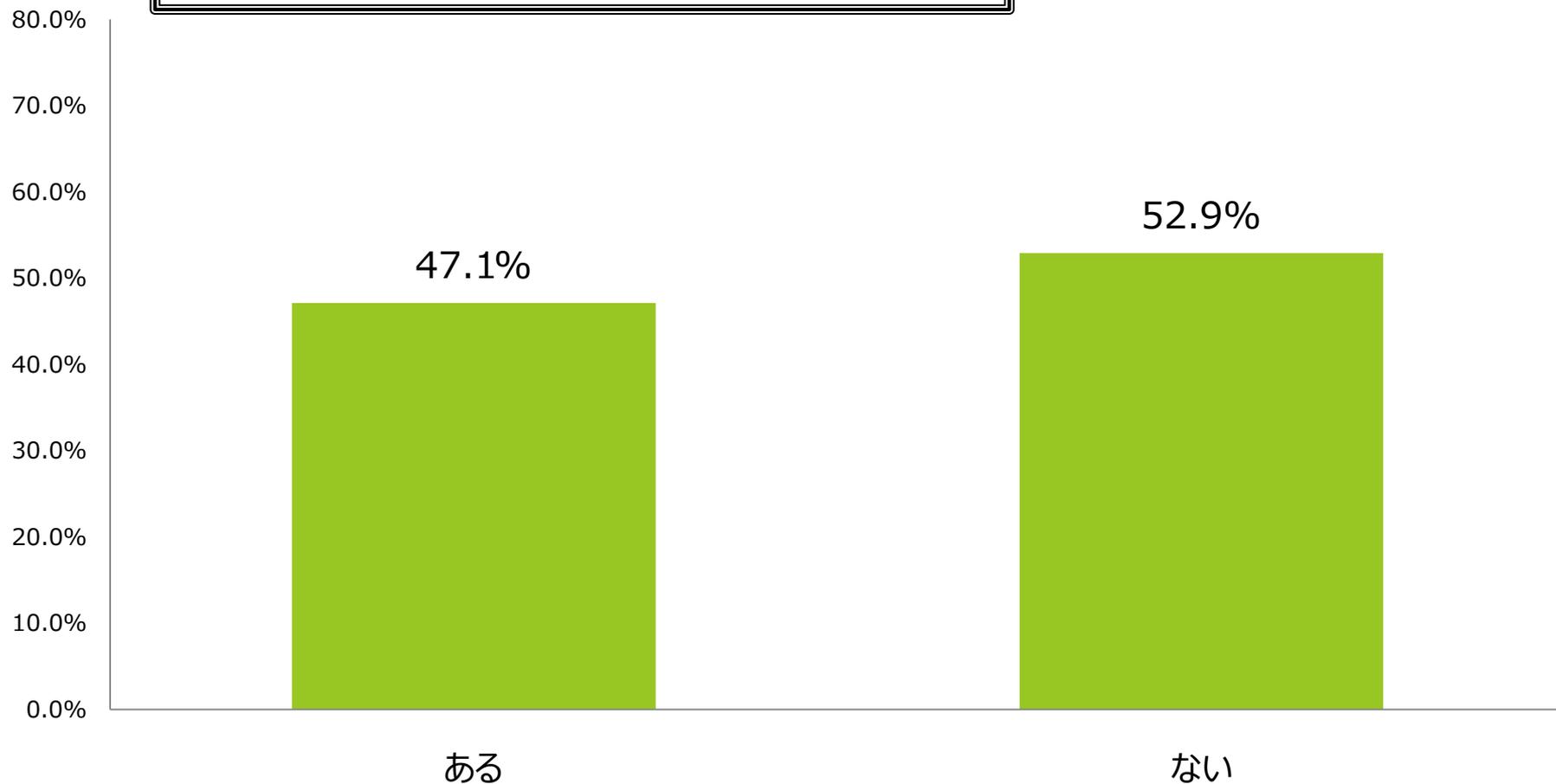
■ 2019 (N=17)



# QIプロジェクトにおける組織体制

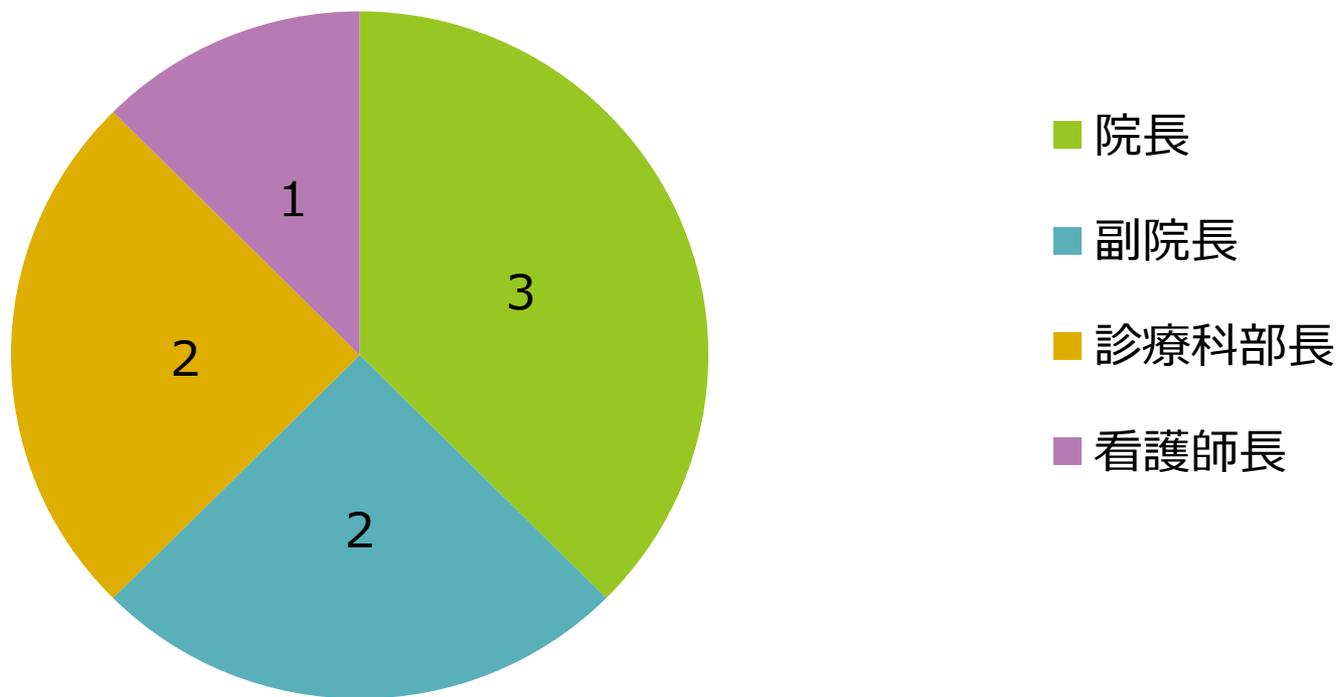
指標の改善活動に係る委員会がありますか？

■ 2019 (N=17)



# QIプロジェクトにおける組織体制

委員会の委員長はどなたですか？(フリー記載より分類) (N=8)



# QIプロジェクトにおける組織体制

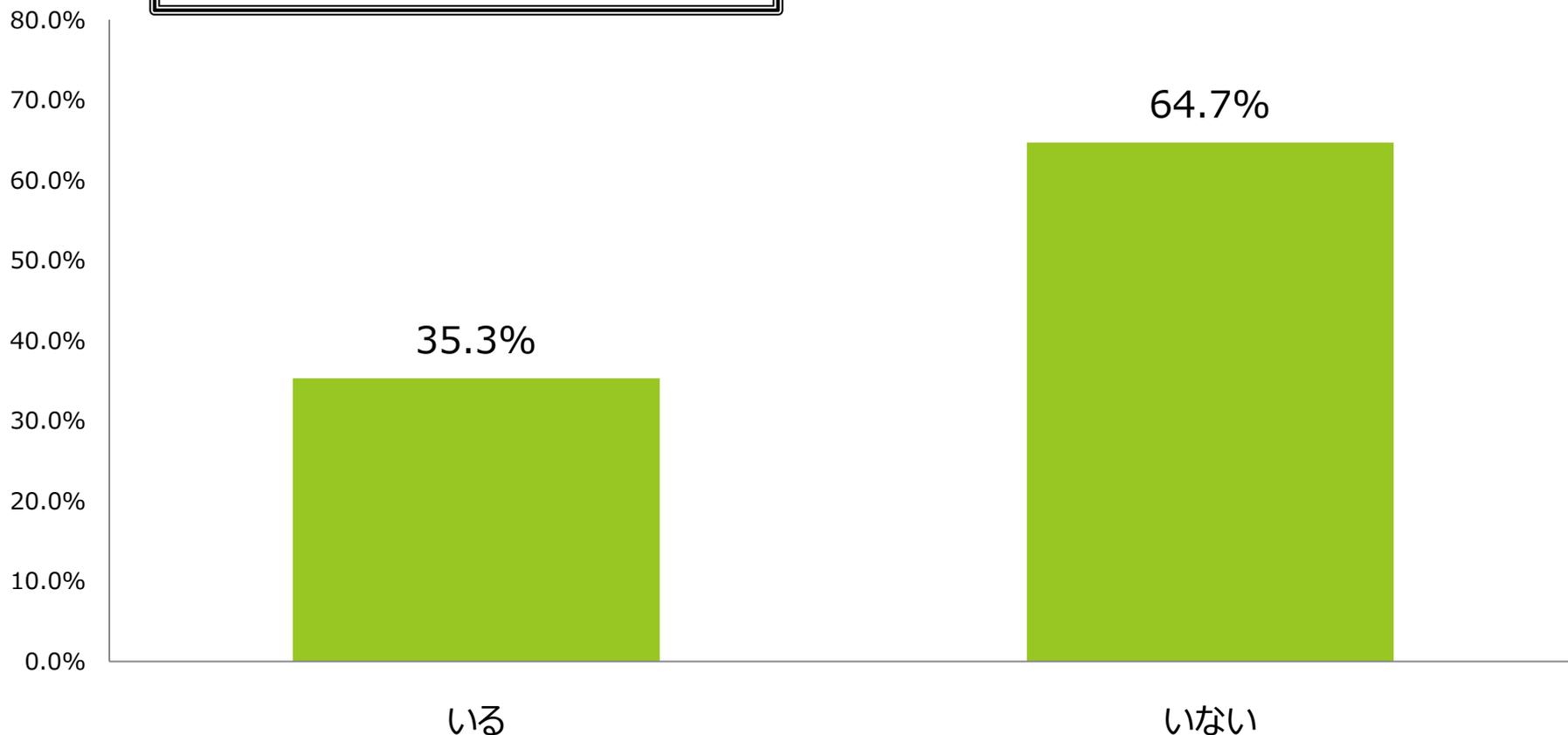
委員の職種別人数をお答えください。(N=8)

	医師	看護師	薬剤師	コメディカル	事務職	合計
平均値	8.0人	37.9人	3.4人	8.6人	8.8人	73.0人
最小値	1人	1人	0人	0人	1人	3人
中央値	2人	3人	1人	3人	4人	13.5人
最頻値	1人	1人	0人	6人	2人	—
最大値	50人	270人	12人	50人	40人	584人

# QIプロジェクトにおける組織体制

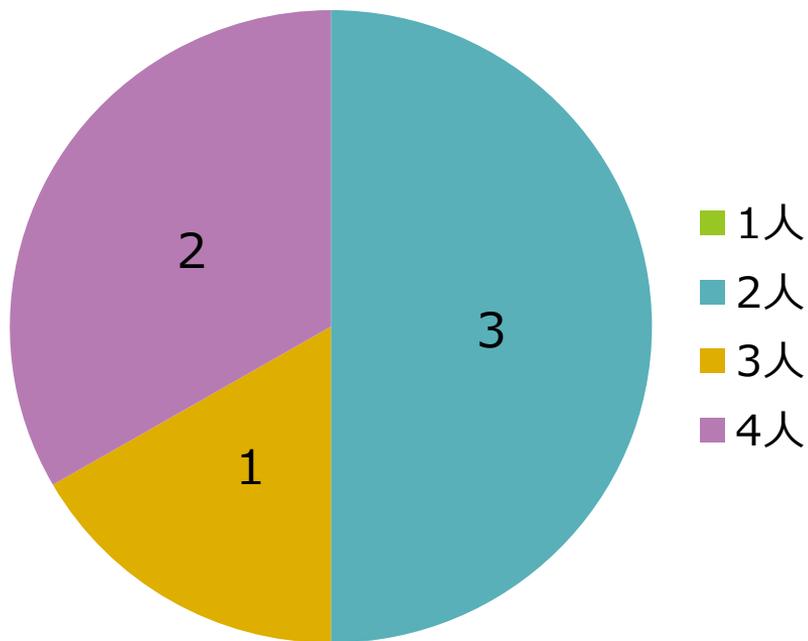
医療情報を専従(常勤に限る)で  
扱うスタッフはいますか？

■ 2019 (N=17)

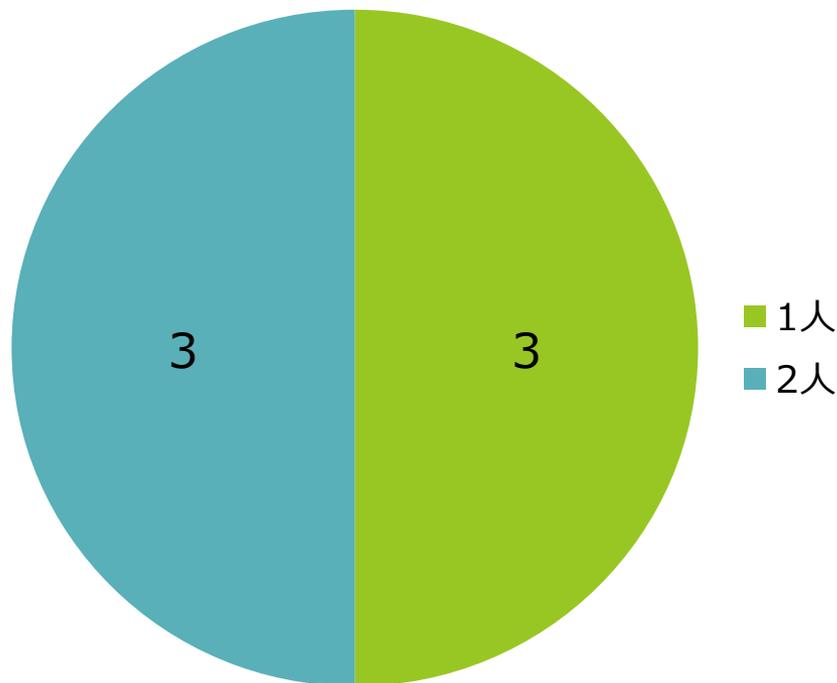


# QIプロジェクトにおける組織体制

医療情報を専従で扱うスタッフ数をお答えください。



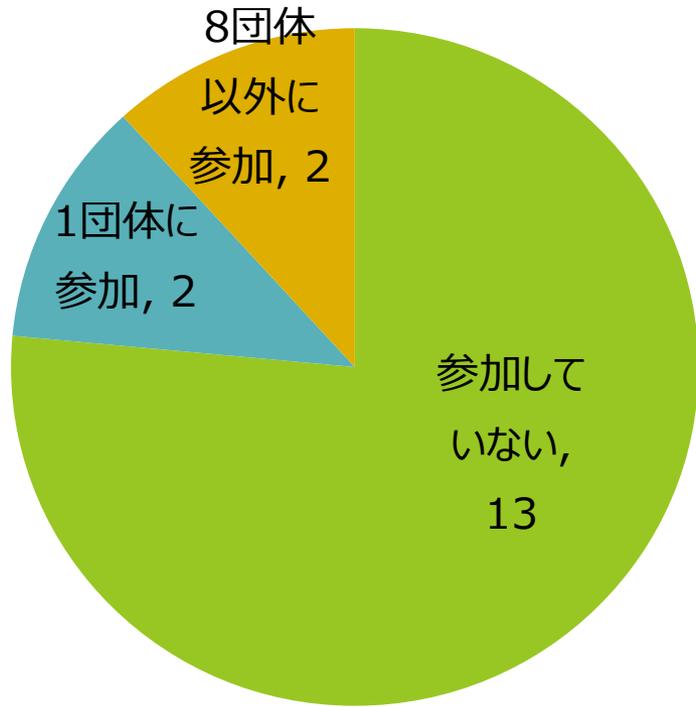
医療情報を専従で扱うスタッフのうち、指標の算出を行っているスタッフ数をお答えください。  
(QIプロジェクト以外の指標算出も含む)



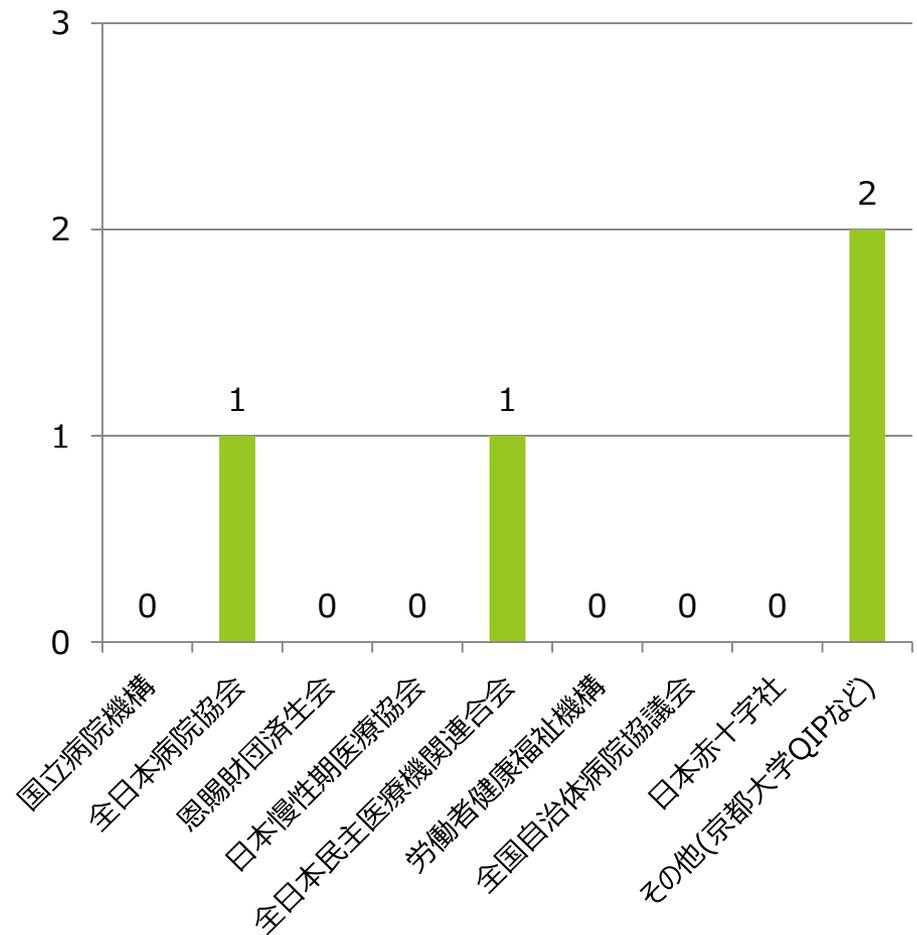
N=6

# QIプロジェクトにおける組織体制

日本病院会QIプロジェクトの他に、他団体が実施している測定・公表プログラムに参加されていますか？



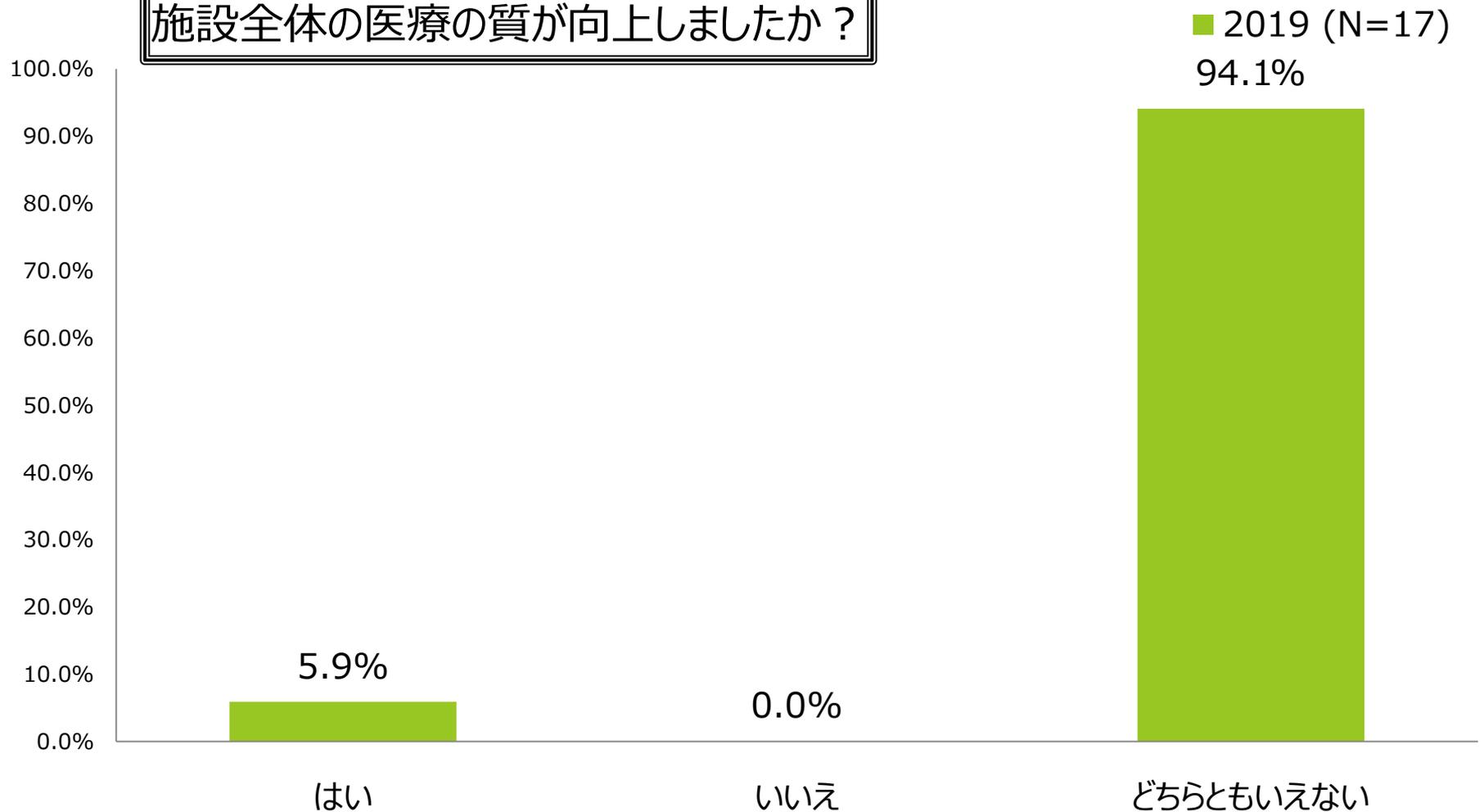
参加している団体(複数回答可)



N=17

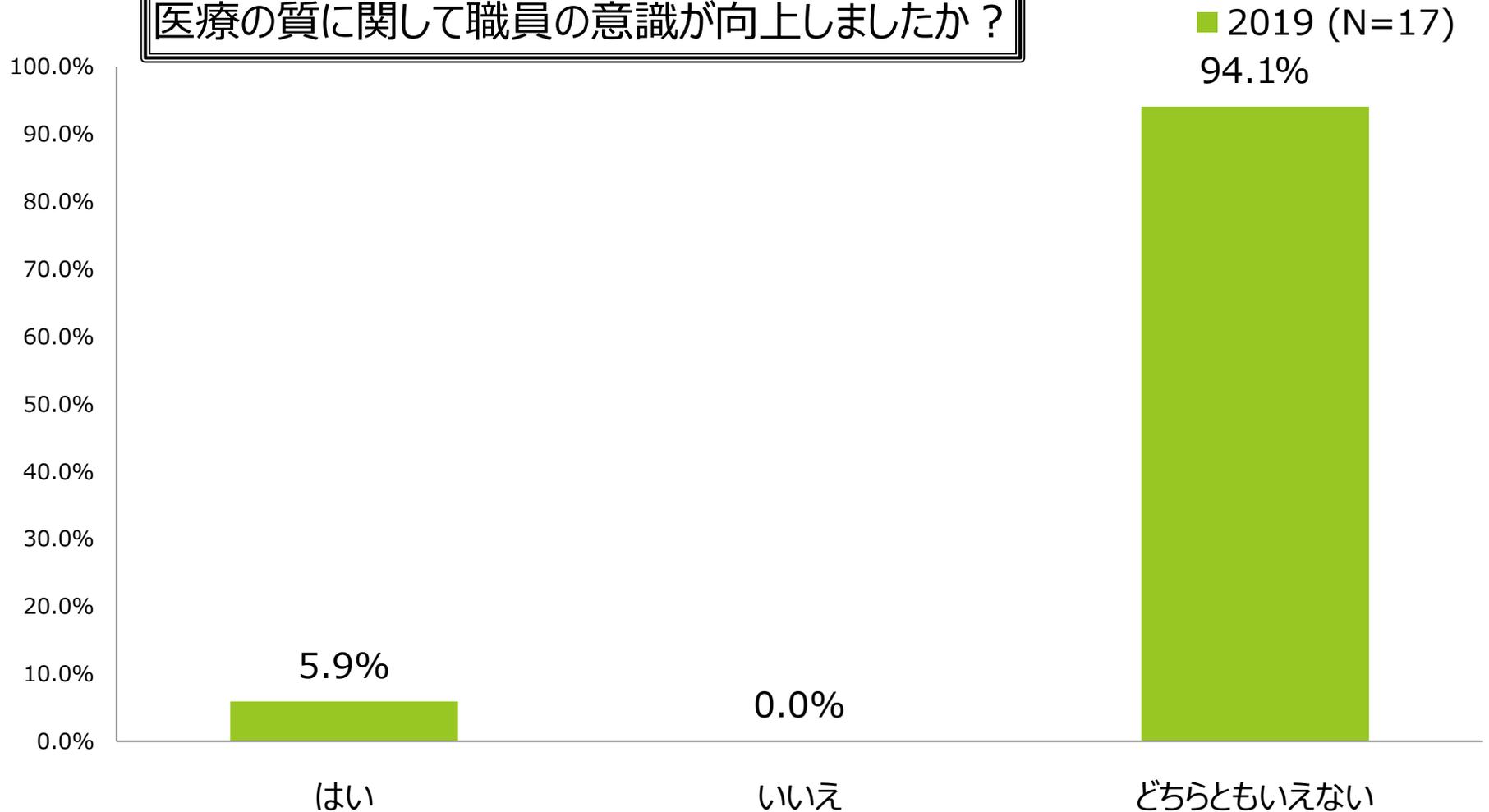
# QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

施設全体の医療の質が向上しましたか？



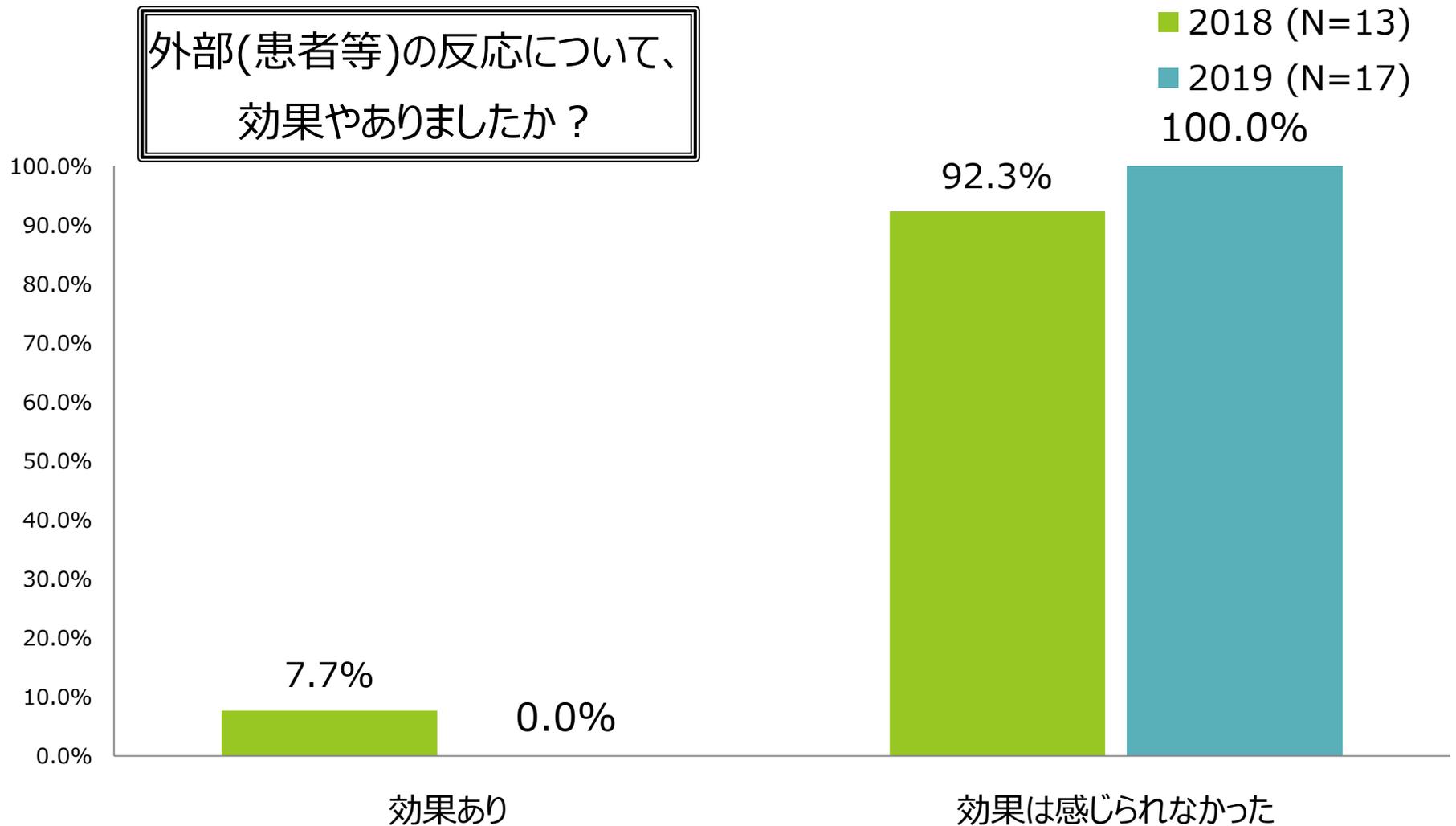
# QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

医療の質に関して職員の意識が向上しましたか？



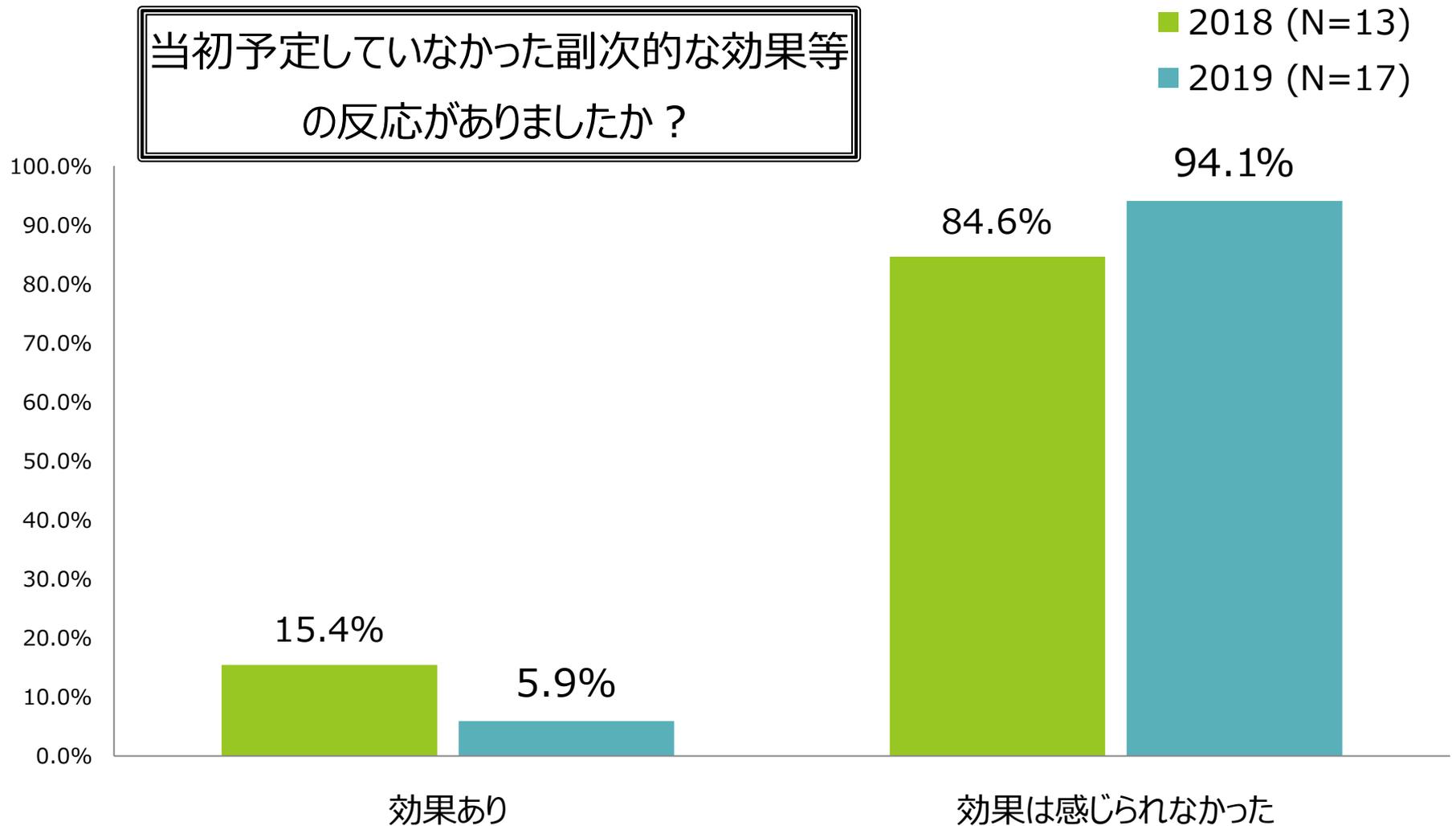
# QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

外部(患者等)の反応について、  
効果やありましたか？



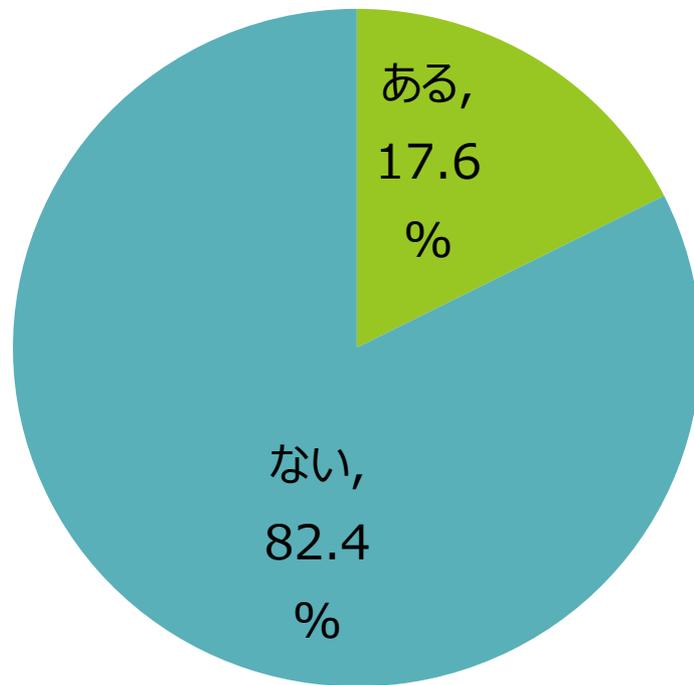
# QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

当初予定していなかった副次的な効果等の反応がありましたか？



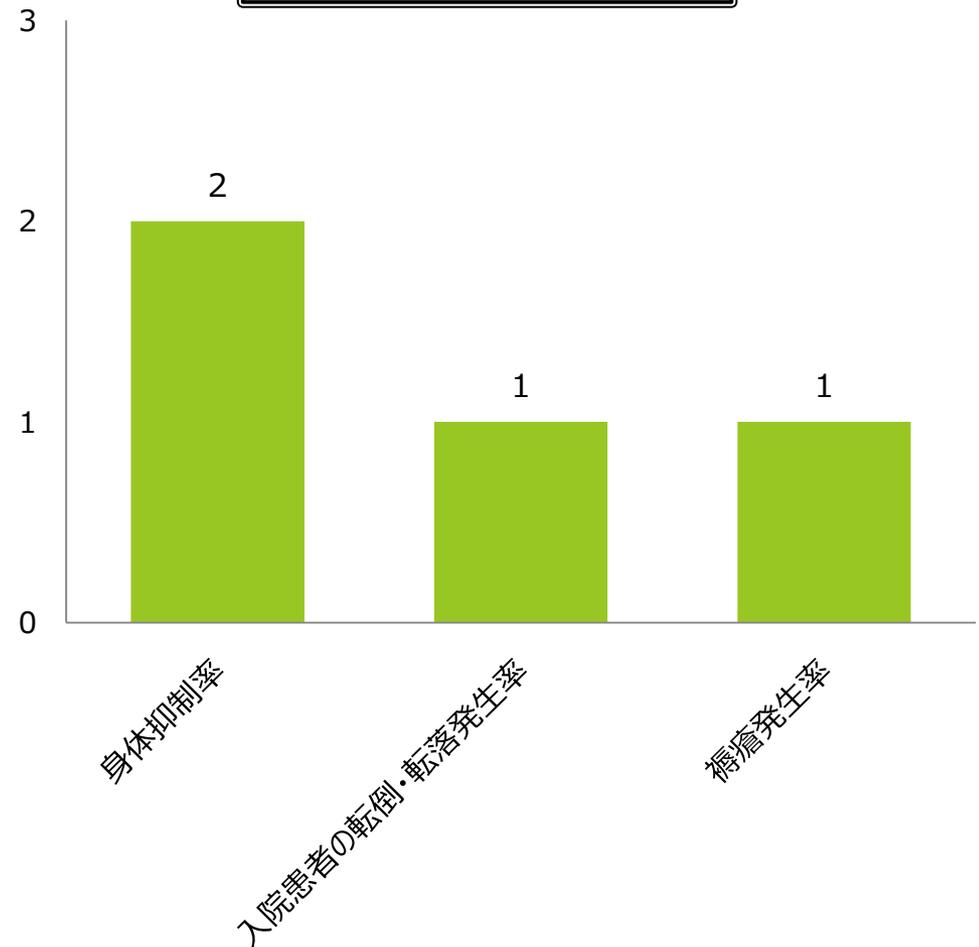
# QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

今年度、改善活動を行った  
指標はありますか？



N=17

改善活動を行った項目



# 指標毎の改善活動

指標名	活動内容
身体抑制率	身体抑制に関する基準の見直しを実施した。 身体抑制についての記録や数値をしっかりとるようになった。
身体抑制率	定期的に抑制解除に向けた評価や対策を実施するようになった。
65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率	院内ルールの再確認
褥瘡発生率	直腸エコー実施による便性判断を行い、適正な緩下剤の処方につなぎ皮膚トラブル防止を行っている。 皮膚排泄認定看護師を中心に予防対策、YouTubeを利用した動画による職員教育を実施した。

---

# 一般社団法人 日本病院会 2019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 准教授)
- 委員 嶋田元(聖路加国際大学 CIO / 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・一般外科医長 / ヘルニアセンター センター長)
- 委員 深田順一(細木病院 院長)
- 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)
- 委員 松本隆利(社会医療法人財団新和会八千代病院 名誉院長)
- 委員 森川公彦(地方独立行政法人岡山県精神科医療センター診療情報管理室室長)
- 委員 山本貴道(聖隷浜松病院 副院長)

副会長 仙賀裕(茅ヶ崎市立病院 名誉院長)

事務局 片岡克美(一般社団法人 日本病院会 政策部 学術研修課 課長)

事務局 佐藤美幸(一般社団法人 日本病院会 政策部 学術研修課)

<開催報告>

## 【委員会】

第1回 QI 委員会 2019年 7月 16日(10名)

第2回 QI 委員会 2019年 11月 18日(11名)

第3回 QI 委員会 2020年 3月 17日(11名)

## 【実務担当者説明会】

2019年 4月 25日(参加施設 60施設 参加者数 82名)

## 【フィードバック説明会】

2020年 3月に予定していたが、新型コロナウイルス感染症蔓延防止の観点より中止とした。

初版	2020年 12月 1日
第2版	2020年 12月 3日
第3版	2020年 12月 10日