



2020 年度 QI プロジェクト 結果報告

序 文

日本病院会における QI プロジェクトは、2010 年度に開始され、2020 年度で 11 年になります。

QI (Quality Indicator) とは「質を表す指標」であり、医療分野においては、患者さんの健康の度合いを直接あるいは間接的に示す数値を意味します。患者さんの健康は、身体的側面 (病気に罹るかどうか、痛みなどの自覚症状や麻痺などの他覚的徴候を有するかどうか等)・精神心理的側面 (不安感やうつ症状の有無、満足度等)・そして社会的側面 (医療費、日常生活への悪影響等) から捉えられます。また直接的に表す指標とは、例えば病院内で感染症がどのくらい起こったかという数値となります。その場合の間接的な指標とは、例えば院内感染を防ぐために職員がどのくらい手指の消毒を行ったかを示す数値ということになります。

日本病院会では、当初は 30 病院が参加して 11 項目の QI を測定・公表しましたが、2020 年度は、352 病院が参加して 41 項目の QI を測定してきました。一般病床向けには「抗 MRSA 薬投与に対する薬物血中濃度測定割合」を新たに追加し、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。

改善なくして、QI 測定・公表の意義はありません。できるだけ多くの病院が本プロジェクトに参加され、医療の質の改善が日常的に行われていることを誇りを持って示されますよう、願ってやみません。

海外では、米国や英国、オーストラリア、フランスなどのように、ほぼ義務的に全病院で QI の測定・公表が行われている国もあります。わが国でも数年前から全国展開する方向への動きがあり、さらには OECD 等による国際的な枠組みでの展開も視野に入ってきております。

なによりも自院が提供している医療の質を改善するため、そして医療の質に関してわが国あるいは世界の中の立ち位置を知るためにも、できるだけ多くの病院が QI プロジェクトに参加されることを祈念いたします。

QI 委員会・委員長 福井次矢

No.	都道府県	施設名	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	○	○	670	9.6						
2	北海道	函館中央病院	○	○	527	13						
3	北海道	函館五稜郭病院	○	○	480	11.2						
4	北海道	日鋼記念病院	○	○	387	14.5						
5	北海道	KKR斗南病院	○	○	283	8.5						
6	北海道	札幌厚生病院	○	○	519	13.2						
7	北海道	市立札幌病院	○	○	626	10.1				○	38	37.8
8	北海道	札幌東徳洲会病院	○	○	325	11.9						
9	北海道	KKR札幌医療センター	○	○	410	9.3						
10	北海道	旭川赤十字病院	○	○	480	11						
11	北海道	市立旭川病院	○	○	372	13.1				○	100	44.1
12	北海道	帯広厚生病院	○	○	651	13.9						
13	北海道	北斗病院	○	○	217	11.1						
14	北海道	帯広第一病院	○	○	230	16.4						
15	北海道	市立千歳市民病院	○	○	190	8.7						
16	北海道	NTT東日本札幌病院	○	○	301	8.2						
17	北海道	砂川市立病院	○	○	408	12.7				○	80	56.1
18	北海道	洞爺温泉病院		○	100	148.2	○	116	697.1			
19	北海道	北海道病院	○	○	358	12.8						
20	北海道	製鉄記念室蘭病院	○	○	347	11.6						
21	北海道	JR札幌病院	○	○	312	10.3						
22	青森県	八戸市立市民病院	○	○	552	13.9				○	50	67.2
23	青森県	十和田市立中央病院	○	○	315	13.2				○	50	55.1
24	青森県	青森県立中央病院	○	○	684	11.1						
25	青森県	青森市民病院	○	○	459	14.4						
26	岩手県	岩手県立中央病院	○	○	685	12.8						
27	岩手県	岩手県立大船渡病院	○	○	370	12.5				○	105	273.8
28	岩手県	岩手県立中部病院	○	○	414	9.9						
29	宮城県	KKR東北公済病院	○	○	345	7.2	○	40	74			
30	宮城県	坂総合病院	○	○	357	13						
31	宮城県	永仁会病院		○	80	8.6						
32	宮城県	仙台赤十字病院	○	○	389	13						
33	宮城県	仙台市立病院	○	○	467	10.6				○	50	28.1
34	宮城県	仙台オープン病院	○	○	330	9.3						
35	秋田県	能代厚生医療センター	○	○	456	14.6				○	60	69.1
36	山形県	済生会山形済生病院	○	○	368	15.7						
37	山形県	三友堂病院	○	○	185	14.3						
38	山形県	公立置賜総合病院	○	○	450	14						
39	山形県	山形市立病院済生館	○	○	528	11.6						
40	山形県	山形県立中央病院	○	○	594	10.7						
41	山形県	日本海総合病院	○	○	630	11.6						
42	山形県	鶴岡市立荘内病院	○	○	511	14.6						
43	福島県	大原綜合病院	○	○	353	11.8						
44	福島県	白河厚生総合病院	○	○	471	12.3						
45	福島県	太田西ノ内病院	○	○	1036	14.5						
46	福島県	寿泉堂綜合病院	○	○	305	10.6						
47	福島県	公立藤田総合病院	○	○	299	16.8						
48	福島県	星総合病院	○	○	415	12.1						
49	福島県	総合南東北病院	○	○	461	14.8						
50	茨城県	総合病院 土浦協同病院	○	○	800	11.4						
51	茨城県	JAとりで総合医療センター	○	○	414	11.8						
52	茨城県	筑波メディカルセンター病院	○	○	453	12.1						
53	茨城県	KKR水府病院		○	131	12.5						
54	茨城県	水戸済生会総合病院	○	○	472	11.9						
55	茨城県	ひたちなか総合病院	○	○	302	12.7						
56	茨城県	つくばセントラル病院	○	○	313	14						
57	栃木県	新小山市民病院	○	○	300	12.2						
58	栃木県	足利赤十字病院	○	○	431	13.4	○	69	35.1	○	40	22.7
59	栃木県	栃木県済生会宇都宮病院	○	○	644	12.6						
60	群馬県	前橋赤十字病院	○	○	527	11.4						
61	群馬県	済生会前橋病院	○	○	327	12						
62	群馬県	伊勢崎市民病院	○	○	490	12.7						
63	群馬県	美原記念病院	○	○	45	8.6	○	144	39.7			
64	群馬県	太田記念病院	○	○	386	10.3						
65	群馬県	公立藤岡総合病院	○	○	399	12.9						
66	埼玉県	さいたま市民医療センター	○	○	340	12.1						

No.	都道府県	施設名	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
67	埼玉県	済生会川口総合病院	○	○	424	11.2						
68	埼玉県	埼玉協同病院	○	○	325	10.7						
69	埼玉県	戸田中央総合病院	○	○	491	12.7						
70	埼玉県	彩の国東大宮メディカルセンター	○	○	337	15.4						
71	埼玉県	さいたま赤十字病院	○	○	638	11.2						
72	埼玉県	赤心堂病院	○	○	198	17.9						
73	埼玉県	埼玉石心会病院	○	○	390	12						
74	埼玉県	上尾中央総合病院	○	○	733	13						
75	埼玉県	伊奈病院	○	○	111	14.9	○	40	220.8			
76	埼玉県	白岡中央総合病院	○	○	143	14.6	○	53	67.9			
77	埼玉県	埼玉医科大学総合医療センター	○	○	1053	14.3						
78	埼玉県	埼玉医科大学国際医療センター	○	○	700	14						
79	埼玉県	丸山記念総合病院	○	○	241	12.8						
80	埼玉県	埼玉医科大学病院	○	○	881	13.2				○	78	80
81	埼玉県	埼玉県立循環器・呼吸器病センター	○	○	292	14						
82	千葉県	千葉中央メディカルセンター	○	○	272	15.4						
83	千葉県	東葛クリニック病院	○	○	60	15.2	○	35	507.8			
84	千葉県	船橋市立医療センター	○	○	449	10.1						
85	千葉県	板倉病院		○	91	15						
86	千葉県	柏厚生総合病院	○	○	278	12.1						
87	千葉県	小張総合病院	○	○	350	15.2						
88	千葉県	成田赤十字病院	○	○	666	12.6						
89	千葉県	総合病院 国保旭中央病院	○	○	763	13.4				○	220	55.3
90	千葉県	国保直営総合病院君津中央病院	○	○	660	11.4						
91	千葉県	亀田総合病院	○	○	865	12.5						
92	千葉県	津田沼中央総合病院	○	○	166	15.4	○	88	111.3			
93	千葉県	東京女子医科大学附属八千代医療センター	○	○	501	10.8						
94	千葉県	セコメディック病院	○	○	292	18.3						
95	千葉県	国立がん研究センター東病院	○	○	425	11.7						
96	東京都	聖路加国際病院	○	○	520	8						
97	東京都	東大和病院	○	○	284	14						
98	東京都	東京山手メディカルセンター	○	○	418	11						
99	東京都	三井記念病院	○	○	482	10						
100	東京都	国立病院機構 東京医療センター	○	○	692	10.8						
101	東京都	佼成病院	○	○	340	13.3						
102	東京都	河北総合病院	○	○	331	8.6						
103	東京都	牧田総合病院	○	○	246	12.7						
104	東京都	青梅市立総合病院	○	○	479	11.4				○	50	34
105	東京都	順天堂大学医学部附属順天堂医院	○	○	1036	10.8						
106	東京都	がん研究会有明病院	○	○	686	11.6						
107	東京都	豊島病院	○	○	406	9.9				○	32	23.1
108	東京都	KKR九段坂病院		○	231	14.5						
109	東京都	KKR虎の門病院	○	○	819	13.9						
110	東京都	KKR東京共済病院	○	○	350	16.7						
111	東京都	東京通信病院	○	○	461	11.3						
112	東京都	昭和大学病院	○	○	815	10.8						
113	東京都	武蔵野赤十字病院	○	○	586	10.1						
114	東京都	榊原記念病院	○	○	316	9.1						
115	東京都	NTT東日本関東病院	○	○	577	9.7				○	50	58.8
116	東京都	KKR三宿病院	○	○	206	17.2	○	38	26.6			
117	東京都	KKR立川病院	○	○	412	11.1				○	38	29.6
118	東京都	東京都立松沢病院								○	808	64.2
119	東京都	東京都済生会中央病院	○	○	535	13.6						
120	東京都	武蔵村山病院	○	○	144	8.3	○	156	26.8			
121	東京都	順天堂大学医学部附属練馬病院	○	○	400	10						
122	東京都	みなみ野病院					○	205	109.7			
123	東京都	東京新宿メディカルセンター	○	○	520	17.7						
124	神奈川県	川崎幸病院	○	○	326	10						
125	神奈川県	KKR虎の門病院分院	○	○	300	15.5						
126	神奈川県	菊名記念病院	○	○	218	12.8						
127	神奈川県	KKR横浜南共済病院	○	○	565	10.4						
128	神奈川県	KKR横須賀共済病院	○	○	730	9.5				○	10	31.7
129	神奈川県	総合病院 衣笠病院	○	○	251	17.4						
130	神奈川県	聖隷横浜病院	○	○	300	15.8						
131	神奈川県	神奈川県立がんセンター	○	○	415	10.6						
132	神奈川県	東名厚木病院	○	○	282	12.9						

No.	都道府県	施設名	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
133	神奈川県	国際親善総合病院	○	○	287	11						
134	神奈川県	西横浜国際総合病院	○	○	188	17.3						
135	神奈川県	湘南鎌倉総合病院	○	○	629	9.7						
136	神奈川県	KKR横浜栄共済病院	○	○	430	11.8						
137	神奈川県	湘南藤沢徳洲会病院	○	○	419	10.9						
138	神奈川県	KKR平塚共済病院	○	○	441	11.5						
139	神奈川県	済生会横浜市東部病院	○	○	468	8.6						
140	神奈川県	横須賀市立うわまち病院	○	○	417	15.2	○	100	92.8			
141	神奈川県	聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院	○	○	518	10						
142	新潟県	立川綜合病院	○	○	481	14						
143	新潟県	新潟市民病院	○	○	660	11.9						
144	新潟県	新潟県済生会三条病院	○	○	199	13.8						
145	新潟県	新潟脳外科病院		○	84	14.5	○	53	83.7			
146	富山県	富山市立富山市民病院	○	○	545	13.2						
147	富山県	真生会富山病院	○	○	99	7.9						
148	富山県	厚生連高岡病院	○	○	533	12.3						
149	石川県	KKR北陸病院	○	○	125	15.9						
150	石川県	恵寿総合病院	○	○	426	20.3						
151	福井県	市立敦賀病院	○	○	332	16.2						
152	福井県	福井赤十字病院	○	○	600	12.2						
153	福井県	林病院	○	○	206	15.1						
154	山梨県	山梨県立中央病院	○	○	644	12.6						
155	長野県	長野赤十字病院	○	○	635	11.5						
156	長野県	長野市民病院	○	○	400	11.4						
157	長野県	長野県立信州医療センター	○	○	292	18						
158	長野県	北信総合病院	○	○	337	14.6						
159	長野県	浅間南麓こもろ医療センター	○	○	246	16.4						
160	長野県	佐久総合病院	○	○	199	19.9						
161	長野県	南長野医療センター篠ノ井総合病院	○	○	433	13						
162	長野県	相澤病院	○	○	456	12.3						
163	長野県	諏訪中央病院	○	○	202	9.2						
164	長野県	諏訪赤十字病院	○	○	425	11.5				○	30	37.5
165	長野県	飯田病院	○	○	212	15.8				○	235	156.7
166	長野県	伊那中央病院	○	○	394	11.9						
167	長野県	富士見高原病院	○	○	151	18.8						
168	長野県	安曇野赤十字病院	○	○	316	15						
169	長野県	北アルプス医療センターあづみ病院	○	○	200	13.6				○	120	70.2
170	長野県	佐久総合病院 佐久医療センター	○	○	450	10.6						
171	長野県	丸子中央病院	○	○	149	15	○	50	124.9			
172	長野県	昭和伊南総合病院	○	○	300	14.5						
173	長野県	飯田市立病院	○	○	423	10.9						
174	長野県	市立大町総合病院	○	○	147	12.6	○	48	175.8			
175	岐阜県	岐阜市民病院	○	○	515	10.6				○	50	60.3
176	岐阜県	岐阜県総合医療センター	○	○	620	11.3						
177	岐阜県	松波総合病院	○	○	501	12.8						
178	岐阜県	羽島市民病院	○	○	281	21						
179	岐阜県	岐阜赤十字病院	○	○	311	11						
180	岐阜県	高山赤十字病院	○	○	472	10.6						
181	岐阜県	岐阜県立多治見病院	○	○	529	11				○	46	32.9
182	静岡県	静岡赤十字病院	○	○	465	14.4						
183	静岡県	静岡県立総合病院	○	○	662	11.4						
184	静岡県	藤枝市立総合病院	○	○	564	11.7						
185	静岡県	市立島田市民病院	○	○	433	16.3						
186	静岡県	遠州病院	○	○	340	13.1						
187	静岡県	総合病院 聖隷浜松病院	○	○	628	10.8						
188	静岡県	浜松医療センター	○	○	600	12.7						
189	静岡県	総合病院 聖隷三方原病院	○	○	810	15.2				○	104	56.5
190	静岡県	中東遠総合医療センター	○	○	500	9.7						
191	静岡県	磐田市立総合病院	○	○	500	13.1						
192	静岡県	NTT東日本伊豆病院		○	150	48				○	46	82.8
193	静岡県	静岡県立静岡がんセンター	○	○	615	10						
194	愛知県	豊橋市民病院	○	○	780	12.3						
195	愛知県	安城更生病院	○	○	749	12.2						
196	愛知県	刈谷豊田総合病院	○	○	698	11.4						
197	愛知県	KKR名城病院	○	○	279	11.6	○	47	40.3			
198	愛知県	総合上飯田第一病院	○	○	236	15.9						

No.	都道府県	施設名	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
199	愛知県	KKR東海病院		○	166	15.5						
200	愛知県	名古屋第二赤十字病院	○	○	810	9.6						
201	愛知県	豊田厚生病院	○	○	600	10.3						
202	愛知県	藤田医科大学病院	○	○	1384	15.3				○	51	34.2
203	愛知県	半田市立半田病院	○	○	499	10.9						
204	愛知県	小牧市民病院	○	○	520	11.2						
205	愛知県	春日井市民病院	○	○	558	11.6						
206	愛知県	総合大雄会病院	○	○	321	11.8						
207	愛知県	稲沢市民病院	○	○	320	10.7						
208	愛知県	岡崎市民病院	○	○	660	11.7						
209	愛知県	八千代病院	○	○	308	11.8	○	52	144.3			
210	愛知県	海南病院	○	○	540	12.4						
211	愛知県	名古屋市立大学病院	○	○	772	11.6				○	28	28.8
212	愛知県	名鉄病院	○	○	373	13						
213	愛知県	総合病院南生協病院	○	○	313	13.4						
214	愛知県	江南厚生病院	○	○	684	12.5						
215	三重県	三重北医療センターいなべ総合病院	○	○	220	20						
216	三重県	鈴鹿中央総合病院	○	○	460	13.8						
217	三重県	松阪中央総合病院	○	○	440	12.8						
218	滋賀県	市立大津市民病院	○	○	439	13.3						
219	滋賀県	近江八幡市立総合医療センター	○	○	403	9.1						
220	滋賀県	草津総合病院	○	○	366	11.9	○	250	99.6			
221	滋賀県	彦根市立病院	○	○	424	13.5						
222	滋賀県	滋賀県立総合病院	○	○	535	15.7						
223	京都府	武田病院	○	○	384	12.9						
224	京都府	武田総合病院	○	○	500	14.1						
225	京都府	京都民医連中央病院	○	○	359	13.6						
226	京都府	京都市立病院	○	○	548	10.5						
227	京都府	洛和会音羽病院	○	○	415	10						
228	京都府	宇治武田病院	○	○	177	15						
229	京都府	男山病院	○	○	199	15.5						
230	京都府	三菱京都病院	○	○	188	8.9						
231	京都府	京都桂病院	○	○	545	13						
232	京都府	千春会病院		○	60	12.8						
233	京都府	KKR舞鶴共済病院	○	○	300	12.5						
234	京都府	京都中部総合医療センター	○	○	399	13.3						
235	京都府	京都岡本記念病院	○	○	419	15.5						
236	京都府	市立福知山市民病院	○	○	354	12.8						
237	京都府	宇治徳洲会病院	○	○	475	12.2						
238	大阪府	中津病院	○	○	679	11.6						
239	大阪府	野江病院	○	○	400	10.6						
240	大阪府	森之宮病院	○	○	355	28.1						
241	大阪府	KKR大手前病院	○	○	401	13.5						
242	大阪府	大阪警察病院	○	○	527	10.9						
243	大阪府	千船病院	○	○	292	10.3						
244	大阪府	西淀病院		○	218	25.6						
245	大阪府	大阪府立急性期・総合医療センター	○	○	794	11.1				○	34	32.8
246	大阪府	南大阪病院	○	○	400	13.8						
247	大阪府	市立豊中病院	○	○	613	10.5						
248	大阪府	箕面市立病院	○	○	317	12.3						
249	大阪府	高槻病院	○	○	477	10.1						
250	大阪府	北摂総合病院	○	○	217	11.4						
251	大阪府	松下記念病院	○	○	323	12.4						
252	大阪府	萱島生野病院	○	○	140	12.6						
253	大阪府	小松病院	○	○	190	10						
254	大阪府	KKR枚方公済病院	○	○	313	12.8						
255	大阪府	佐藤病院	○	○	120	11.2						
256	大阪府	関西医科大学附属病院	○	○	751	11.4						
257	大阪府	わかばさ竜間リハビリテーション病院					○	500	164.1			
258	大阪府	若草第一病院	○	○	230	11.4						
259	大阪府	八尾市立病院	○	○	380	9.8						
260	大阪府	運動器ケアしまだ病院	○	○	88	11.6						
261	大阪府	PL病院	○	○	285	9.5	○	47	238.6			
262	大阪府	清恵会病院	○	○	241	17						
263	大阪府	馬場記念病院	○	○	300	15.5						
264	大阪府	府中病院	○	○	380	12.7						

No.	都道府県	施設名	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
265	大阪府	阪南市民病院	○	○	185	16.1						
266	大阪府	ペルランド総合病院	○	○	477	11.6						
267	大阪府	淀川キリスト教病院	○	○	581	10.5						
268	大阪府	耳原総合病院	○	○	386	13						
269	大阪府	日本生命病院	○	○	350	10.9						
270	大阪府	大阪市立十三市民病院	○	○	263	14.6						
271	大阪府	大阪医科大学附属病院	○	○	792	12.2				○	60	27.6
272	大阪府	東大阪病院	○	○	120	15.5	○	145	46.4			
273	兵庫県	神戸市立医療センター中央市民病院	○	○	750	10.8				○	8	18.3
274	兵庫県	神鋼記念病院	○	○	333	12.6						
275	兵庫県	川崎病院	○	○	278	16.3						
276	兵庫県	三菱神戸病院	○	○	188	11.4						
277	兵庫県	KKR六甲病院		○	115	32.2	○	45	369.9			
278	兵庫県	甲南医療センター	○	○	374	12.8						
279	兵庫県	明和病院	○	○	311	12.4						
280	兵庫県	西宮協立脳神経外科病院	○	○	164	12.4						
281	兵庫県	井野病院	○	○	100	17.4						
282	兵庫県	明石医療センター	○	○	382	10.1						
283	兵庫県	加古川中央市民病院	○	○	600	9.5						
284	兵庫県	西宮協立リハビリテーション病院					○	120	68.7			
285	奈良県	奈良県総合医療センター	○	○	500	11.4				○	40	70.1
286	奈良県	天理よろづ相談所病院	○	○	645	11.2						
287	奈良県	平成記念病院	○	○	180	15.4	○	120	42.8			
288	奈良県	国保中央病院	○	○	220	15.4						
289	奈良県	西奈良中央病院	○	○	166	12.6						
290	和歌山県	日本赤十字社和歌山医療センター	○	○	873	10.2						
291	島根県	松江赤十字病院	○	○	554	11.6				○	45	70.6
292	島根県	島根県立中央病院	○	○	578	13.1				○	40	64.5
293	岡山県	岡山県精神科医療センター								○	252	61.8
294	岡山県	光生病院	○	○	198	25.5						
295	岡山県	岡山旭東病院	○	○	214	12.2						
296	岡山県	倉敷中央病院	○	○	1151	11.9						
297	広島県	KKR呉共済病院志海分院		○	44	16.8						
298	広島県	KKR広島記念病院	○	○	149	12.8						
299	広島県	KKR吉島病院		○	81	14.1	○	47	152.6			
300	広島県	荒木脳神経外科病院	○	○	110	15.7						
301	広島県	マツダ病院	○	○	270	11.3						
302	広島県	KKR呉共済病院	○	○	440	14.2						
303	徳島県	徳島県立中央病院	○	○	400	10.6				○	60	35.5
304	香川県	高松市立みんなの病院	○	○	305	13.4						
305	香川県	香川県立中央病院	○	○	526	10.1						
306	香川県	回生病院	○	○	219	13						
307	香川県	坂出市立病院	○	○	194	11.2						
308	香川県	さぬき市民病院	○	○	175	17.9						
309	愛媛県	済生会松山病院	○	○	199	13.8						
310	愛媛県	市立宇和島病院	○	○	435	12.9						
311	愛媛県	済生会今治病院	○	○	191	17.2						
312	高知県	近森病院	○	○	452	13.4						
313	高知県	いずみの病院	○	○	190	30.9	○	48	645			
314	高知県	高知高須病院	○	○	63	15.7						
315	高知県	高知医療センター	○	○	548	8.7				○	44	46.4
316	福岡県	三萩野病院		○	181	19						
317	福岡県	KKR新小倉病院	○	○	259	12.1						
318	福岡県	製鉄記念八幡病院	○	○	453	17.8						
319	福岡県	九州病院	○	○	575	11.6						
320	福岡県	済生会福岡総合病院	○	○	380	10.4						
321	福岡県	KKR浜の町病院	○	○	468	9.3						
322	福岡県	福岡市民病院	○	○	204	14.7						
323	福岡県	KKR千早病院	○	○	175	14.2						
324	福岡県	福岡徳洲会病院	○	○	602	13.5						
325	福岡県	西福岡病院	○	○	145	30.6	○	45	114.3			
326	福岡県	聖マリア病院	○	○	931	12.6				○	36	209.8
327	福岡県	新古賀病院	○	○	242	11.4						
328	福岡県	嶋田病院	○	○	100	9.9						
329	福岡県	古賀病院21	○	○	160	13.8						
330	福岡県	社会保険田川病院	○	○	300	14.7	○	35	369.5			

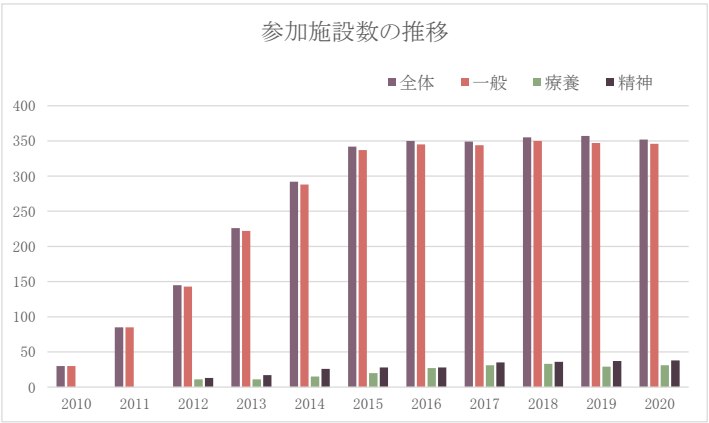
No.	都道府県	施設名	DPC	一般病床			療養病床			精神病床		
				参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数
331	福岡県	田主丸中央病院	○	○	178	21.1	○	72	73.8	○	93	299.7
332	福岡県	北九州市立医療センター	○	○	620	13.8						
333	福岡県	戸畑共立病院	○	○	218	12.3						
334	福岡県	九州がんセンター	○	○	411	14.7						
335	佐賀県	佐賀県医療センター好生館	○	○	450	9.8						
336	長崎県	佐世保中央病院	○	○	312	15						
337	長崎県	KKR佐世保共済病院	○	○	373	12.4						
338	熊本県	KKR熊本中央病院	○	○	361	9.9						
339	大分県	大分岡病院	○	○	224	12.9						
340	大分県	大分県立病院	○	○	566	12						
341	大分県	KKR新別府病院	○	○	269	16.8						
342	大分県	大分記念病院	○	○	49	20.5	○	69	37.2			
343	大分県	大分県厚生連鶴見病院	○	○	216	14.2						
344	宮崎県	戸嶋病院					○	40	98.2			
345	鹿児島県	いづろ今村病院	○	○	130	14.4						
346	鹿児島県	今村総合病院	○	○	315	15				○	48	35.9
347	沖縄県	友愛医療センター	○	○	378	9.6						
348	沖縄県	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	○	○	434	12.4						
349	沖縄県	ハートライフ病院	○	○	308	10.4						
350	沖縄県	中頭病院	○	○	355	10.4						
351	沖縄県	沖縄県立中部病院	○	○	559	11.6						
352	沖縄県	大浜第一病院	○	○	214	14.1						

都道府県別参加施設数

県番号	都道府県	参加施設数	前年比
01	北海道	21	1
02	青森県	4	0
03	岩手県	3	0
04	宮城県	6	0
05	秋田県	1	0
06	山形県	7	0
07	福島県	7	0
08	茨城県	7	0
09	栃木県	3	0
10	群馬県	6	-1
11	埼玉県	16	1
12	千葉県	14	0
13	東京都	28	-2
14	神奈川県	18	1
15	新潟県	4	-2
16	富山県	3	0
17	石川県	2	-1
18	福井県	3	1
19	山梨県	1	0
20	長野県	20	-1
21	岐阜県	7	0
22	静岡県	12	0
23	愛知県	21	1
24	三重県	3	0
25	滋賀県	5	0
26	京都府	15	-1
27	大阪府	35	-2
28	兵庫県	12	-1
29	奈良県	5	0
30	和歌山県	1	0
31	鳥取県	0	0
32	島根県	2	0
33	岡山県	4	0
34	広島県	6	0
35	山口県	0	0
36	徳島県	1	-1
37	香川県	5	-1
38	愛媛県	3	1
39	高知県	4	0
40	福岡県	19	1
41	佐賀県	1	0
42	長崎県	2	0
43	熊本県	1	0
44	大分県	5	0
45	宮崎県	1	0
46	鹿児島県	2	0
47	沖縄県	6	1
総計		352	-5

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
2019	357	347	29	37
2020	352	346	31	38

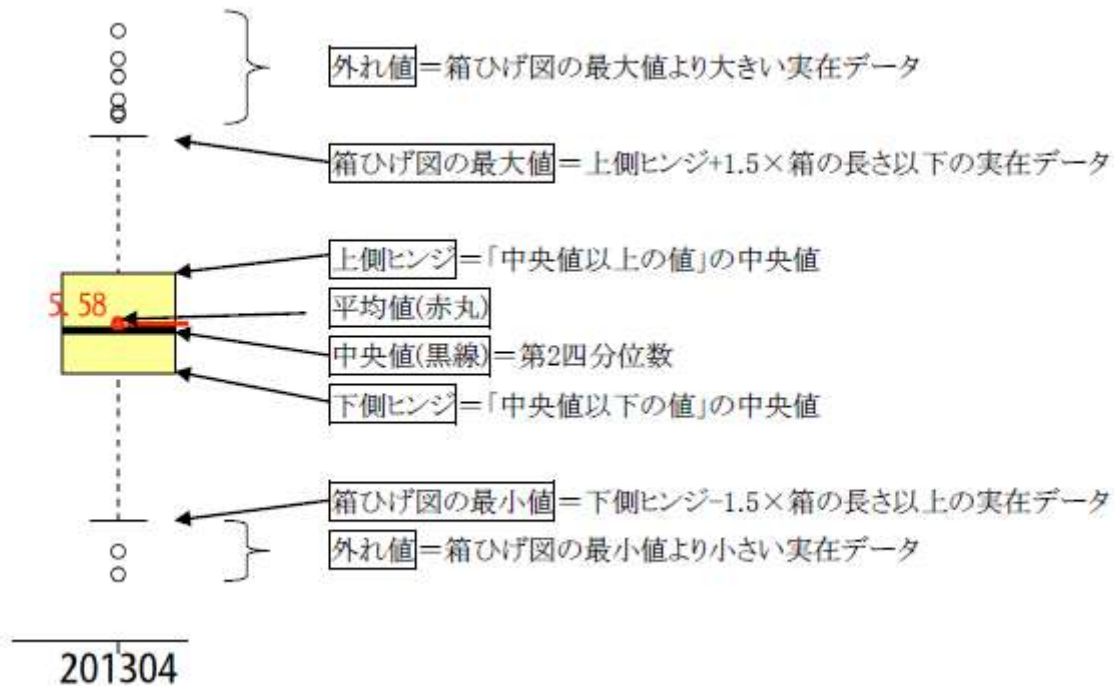


箱ひげ図の作成方式

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。

グラフの見方

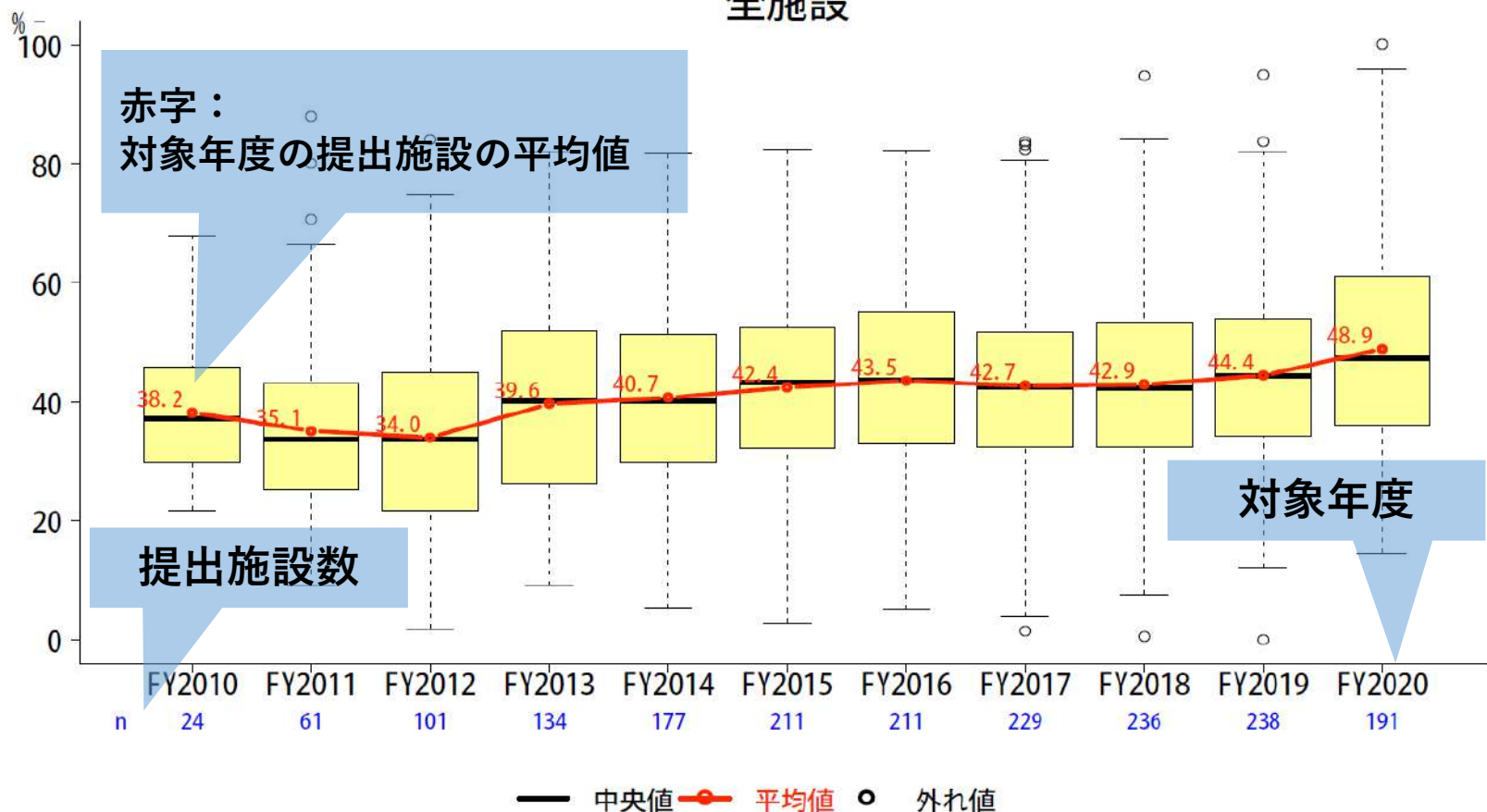
指標名および簡易定義

一般-1 患者満足度(外来患者) 満足

分子:「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

全施設



※最新年度に参加している施設を基準に作成

一般病床向けの指標

No.01 患者満足度（外来患者） a)満足 b)満足またはやや満足

No.02 患者満足度（入院患者） a)満足 b)満足またはやや満足

指標の説明・定義

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

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

<No.01 患者満足度(外来患者)>

分 子:	a) 「この病院について総合的に満足している」と回答した外来患者数 b) 「この病院について総合的に満足またはやや満足している」と回答した外来患者数
分 母:	患者満足度調査に回答した外来患者数(未記入患者を除く)
収集期間:	2 日以上(3 月までに 1 回の報告とする)(連日でなくともよい)
備 考:	調査票への追加修正が難しい場合、似た項目があれば、それを代用する。

<No.02 患者満足度(入院患者)>

分 子:	a) 「この病院について総合的に満足している」と回答した入院患者数 b) 「この病院について総合的に満足またはやや満足している」と回答した入院患者数
分 母:	患者満足度調査に回答した入院患者数(未記入患者を除く)
収集期間:	1 週間以上(3 月までに 1 回の報告とする)(連日でなくともよい)
備 考:	調査票への追加修正が難しい場合、似た項目があれば、それを代用する。

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より高い値が望ましい

考察

<No.01 患者満足度(外来患者)>

今回、提出がなかったのは 156 施設で、提出割合は 55.0% (191/347, 前年比-14.2) でした。

満足のみでは、平均値 48.9% (前年比+4.5)、中央値 47.3% (前年比+3.0)、最大値 100.0% (前年比+5.0)、最小値 14.6% (前年比+14.6)、満足またはやや満足では、平均値 84.9% (前年比+2.2)、中央値 87.5% (前年比+3.0)、

最大値 100.0% (前年比+1.6)、最小値 42.3% (前年比+42.3)という結果でした。提出割合は新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の流行に伴い、患者満足度調査の実施を取りやめた施設が多かったことが下がった要因と考えます。しかし、提出した施設では 2019 年度と比べて、平均値も中央値も改善しました。

満足のみでは、測定を開始した 2010 年度から 2012 年度まではやや低下しましたが、その後は改善し、2012 年度と比べると 14.9 ポイント改善しています。

<No.02 患者満足度(入院患者)>

今回、提出がなかったのは 147 施設で、提出割合は 57.6% (200/347, 前年比-12.0) でした。満足のみでは、平均値 62.1% (前年比+2.8)、中央値 64.3% (前年比+3.9)、最大値 98.5% (前年比+3.3)、最小値 19.3% (前年比+19.3)、満足またはやや満足では、平均値 90.7% (前年比+0.9)、中央値 92.0% (前年比+0.2)、最大値 99.4% (前年比-0.6)、最小値 65.5% (前年比+65.6)という結果でした。提出割合は外来満足度調査同様で下がりましたが、結果は 2019 年度と比べて、平均値も中央値も改善しました。

満足のみでは、外来満足度調査同様 2012 年度までは低下しましたが、その後は改善し、2012 年度と比べると 13.8 ポイント改善しています。

参考文献

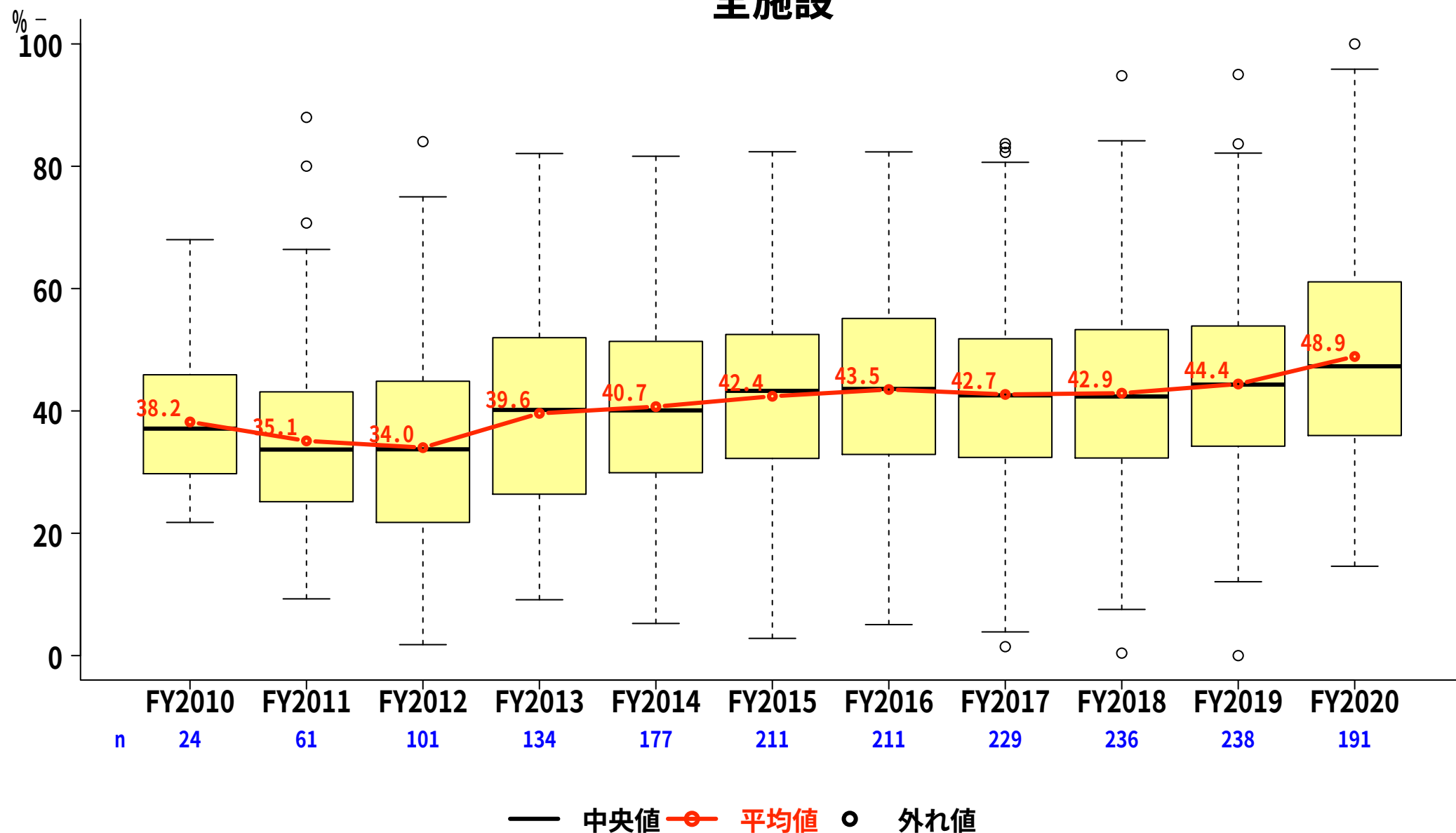
1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9

一般-1 患者満足度(外来患者) 満足

分子:「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

全施設

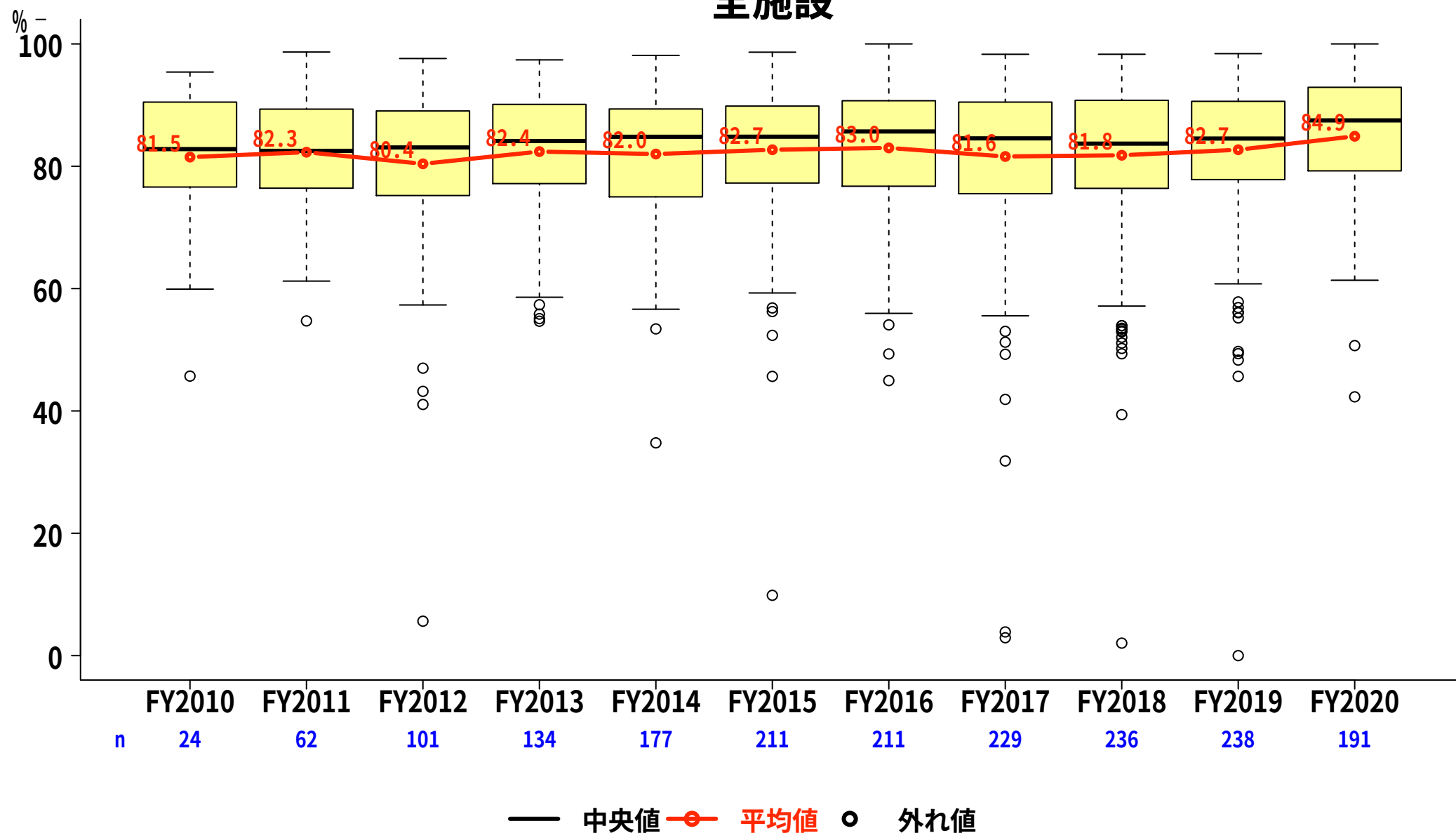


一般-2 患者満足度(外来患者) 満足またはやや満足

分子:「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

全施設

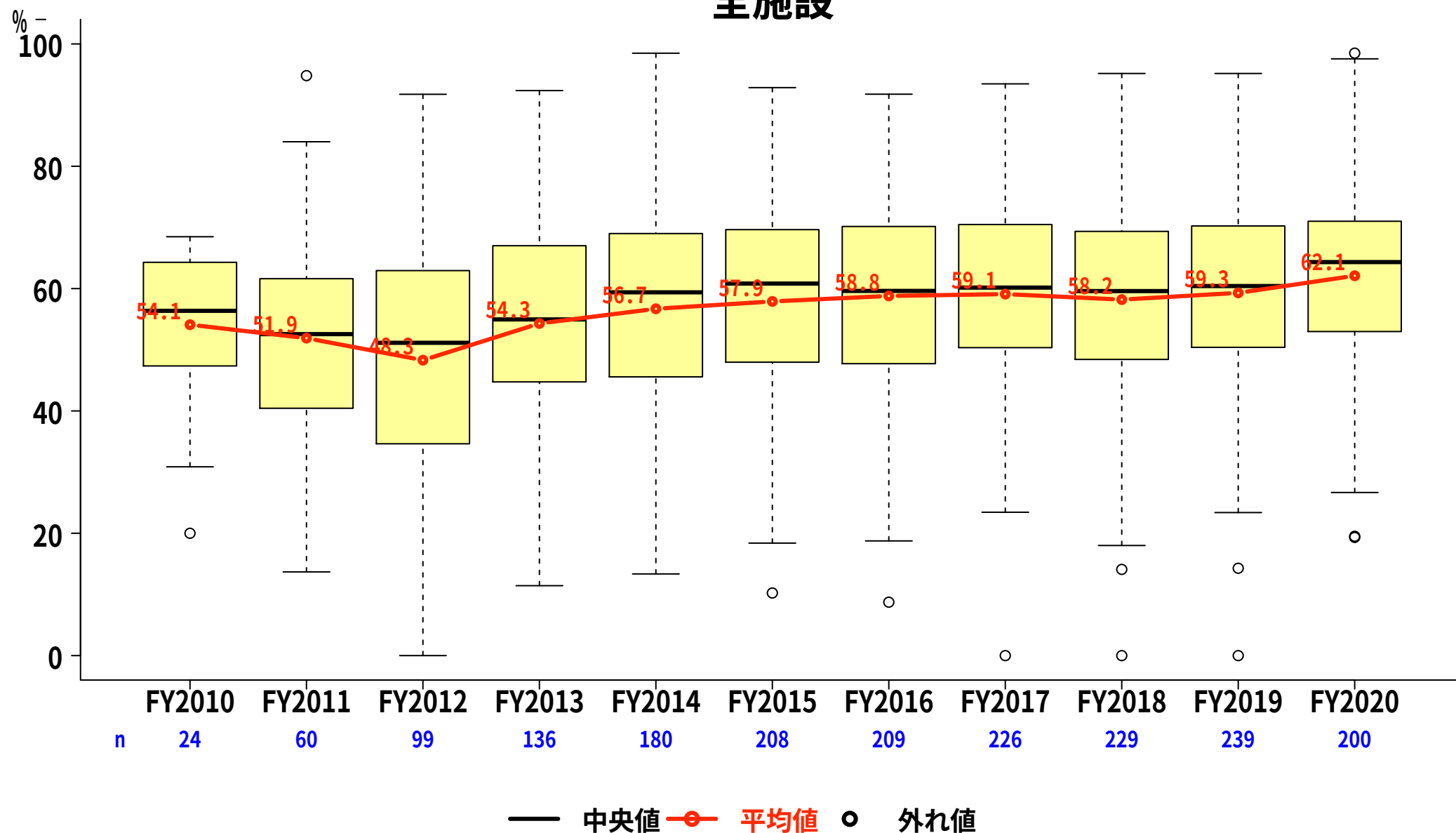


一般-3 患者満足度(入院患者) 満足

分子:「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

全施設

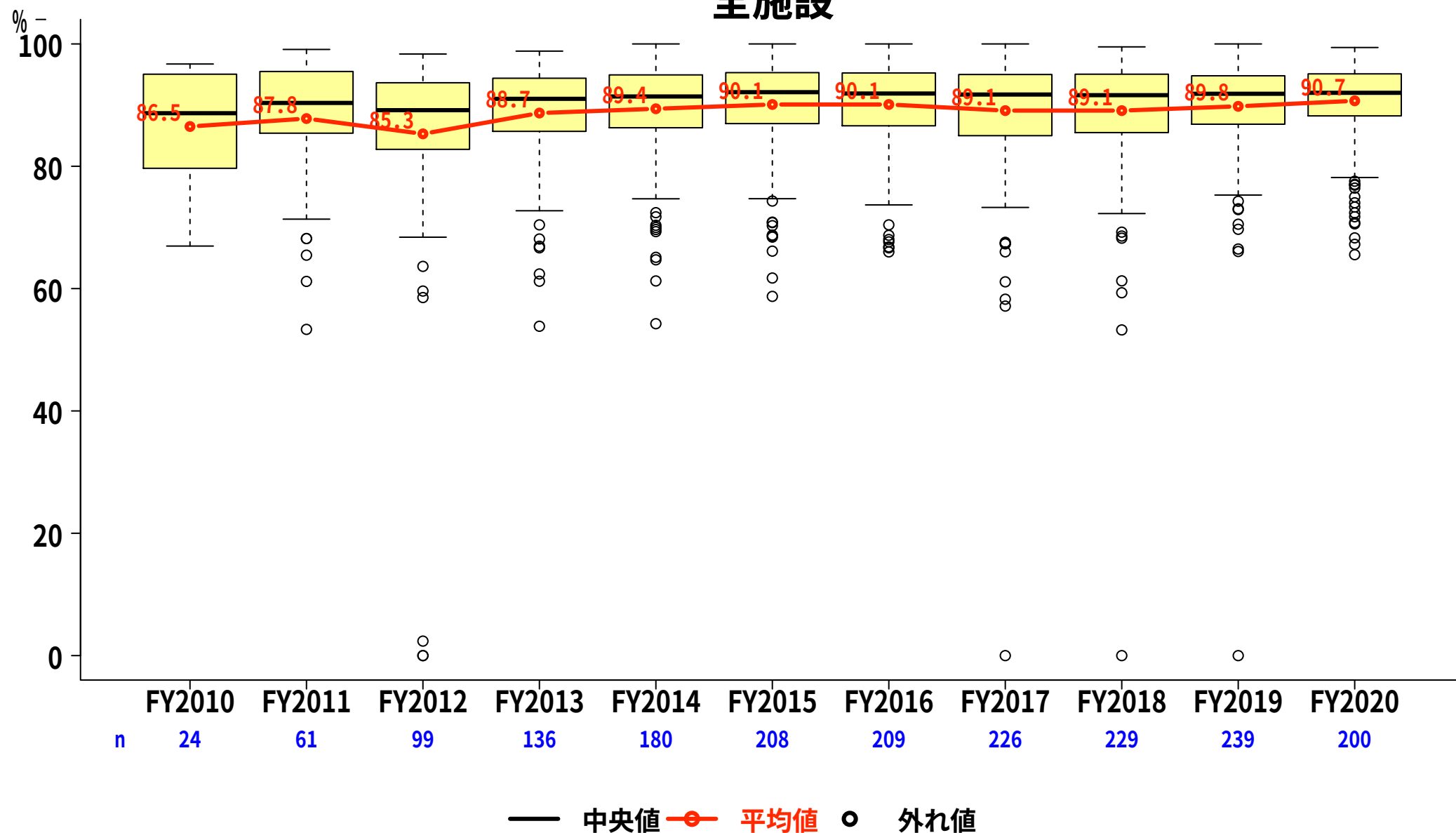


一般-4 患者満足度(入院患者) 満足またはやや満足

分子:「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

全施設



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

考察

死亡退院患者率は、2019年度より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42施設で、提出割合は87.9%（305/347、前年比-2.0）でした。

1年間の結果は、平均値3.7%（前年比+0.3）、中央値3.4%（前年比+0.2）、最大値14.7%（前年比-2.6）、最小値0.0%（前年比-0.1）で、2019年度と比べて変化はありませんでした。

経時的に見ても、測定を開始した2010年度以降、大きな変化もなく、同水準を維持しています。

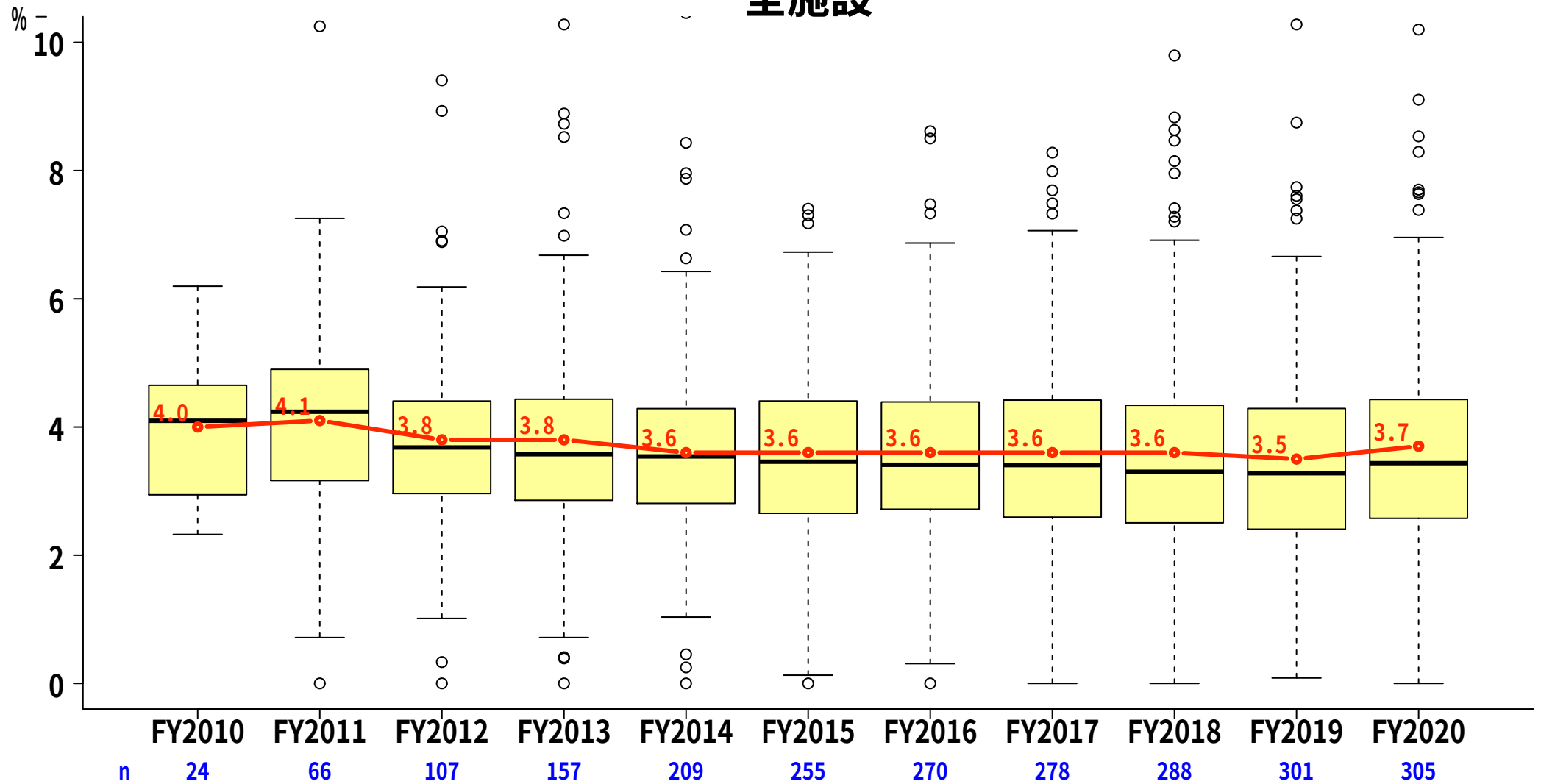
参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 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 978-4-89996-433-9
2. Miyata, H, Hashimoto H, Horiguchi H, Matsuda S, Motomura N, Takamoto S. Performance of in-hospital mortality prediction models for acute hospitalization: hospital standardized mortality ratio in Japan: BMC Health Serv Res 2008 Nov 7;8:229.
3. Miyata, H, Hashimoto H, Horiguchi H, Fushimi K, Matsuda S. Assessment of hospital performance with a case-mix standardized mortality model using an existing administrative database in Japan: BMC Health Serv Res 2010 May 19;10:130.
4. Mohammed A Mohammed, Jonathan J Deeks, Alan Girling, Gavin Rudge, Martin Carmalt, Andrew J Stevens, Richard J Lilford, Evidence of methodological bias in hospital standardised mortality ratios: retrospective database study of English hospitals: BMJ 2009;338:b780.

一般-5 死亡退院患者率

分子:死亡退院患者数
分母:退院患者数

全施設



— 中央値 —●— 平均値 ○ 外れ値

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

考察

今回、提出がなかったのは入院患者全体では 51 施設で、提出割合は 85.3% (296/347, 前年比-1.2)、65 歳以上では 90 施設で、提出割合は 74.1% (257/347, 前年比+2.6)でした。

転倒転落発生率の 1 年間の結果は、平均値 2.82‰(前年比+0.12)、中央値 2.66‰(前年比+0.18)、最大値 10.36‰(前年比+1.95)、最小値 0.00‰(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 0.77‰(前年比+0.06)、中央値 0.56‰(前年比+0.03)、最大値 10.36‰(前年比+7.37)、最小値 0.00‰(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 0.06‰(前年比+0.01)、中央値 0.05‰(前年比+0.01)、最大値 0.31‰(前年比+0.01)、最小値 0.00‰(前年比±0)でした。

65 歳以上の転倒転落発生率は、平均値 3.20‰(前年比+0.09)、中央値 2.99‰(前年比+0.06)、最大値 7.32‰(前年比+0.73)、最小値 0.00‰(前年比±0)でした。

経時的に見ると、測定を開始した 2010 年度以降上昇し、転倒転落発生率は 2010 年度と比べると 0.91 ポイント上昇しています。これは入院患者の高齢化が進み、転倒転落のリスクが高い患者が増加していることが予想されますが、1 年毎に見ると微増で抑えられていることは、各施設の改善活動の結果と考えられます。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 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 978-4-89996-433-9
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>)

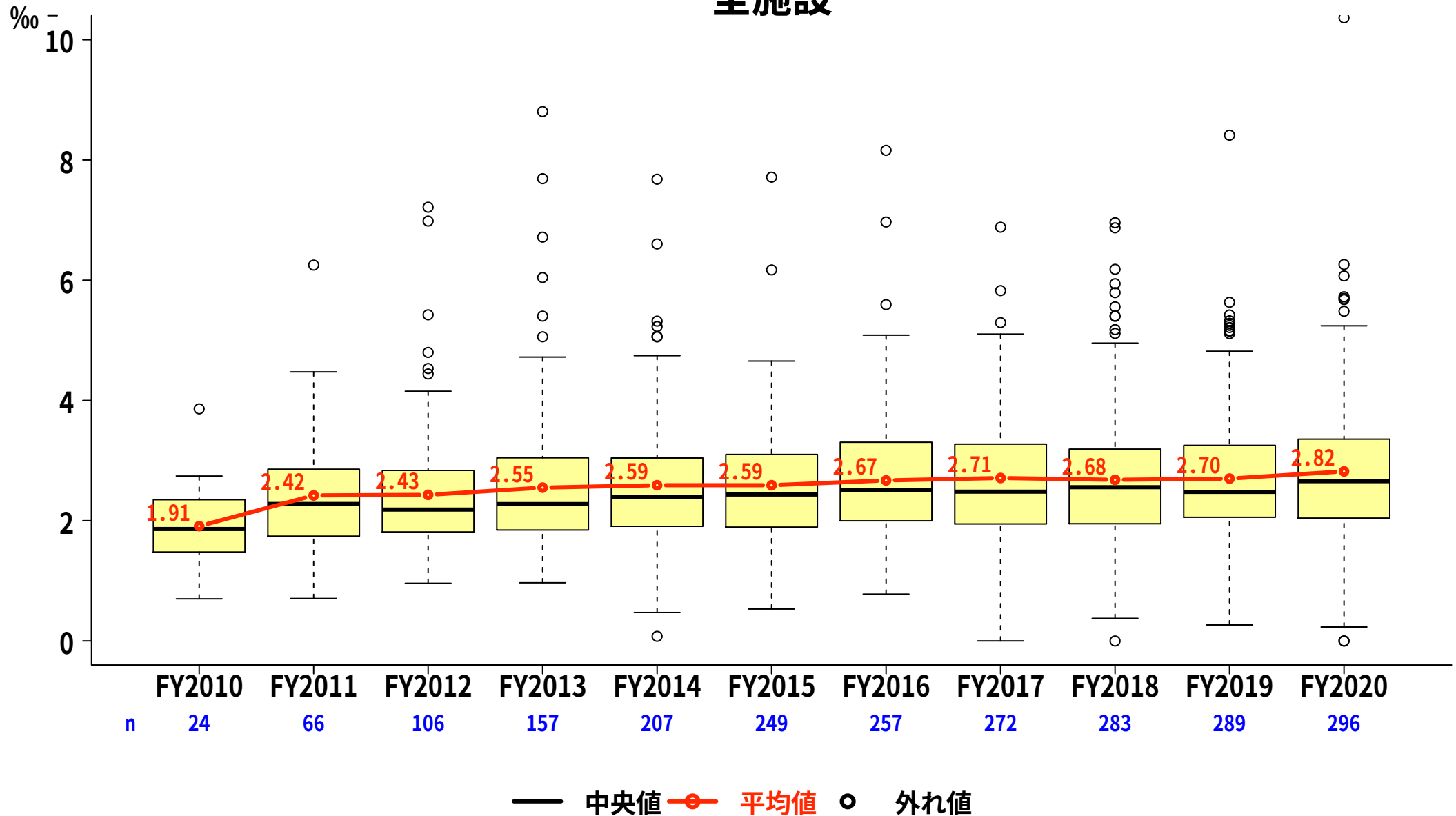
2016/10/15 available)

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.

一般-6 入院患者の転倒・転落発生率

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

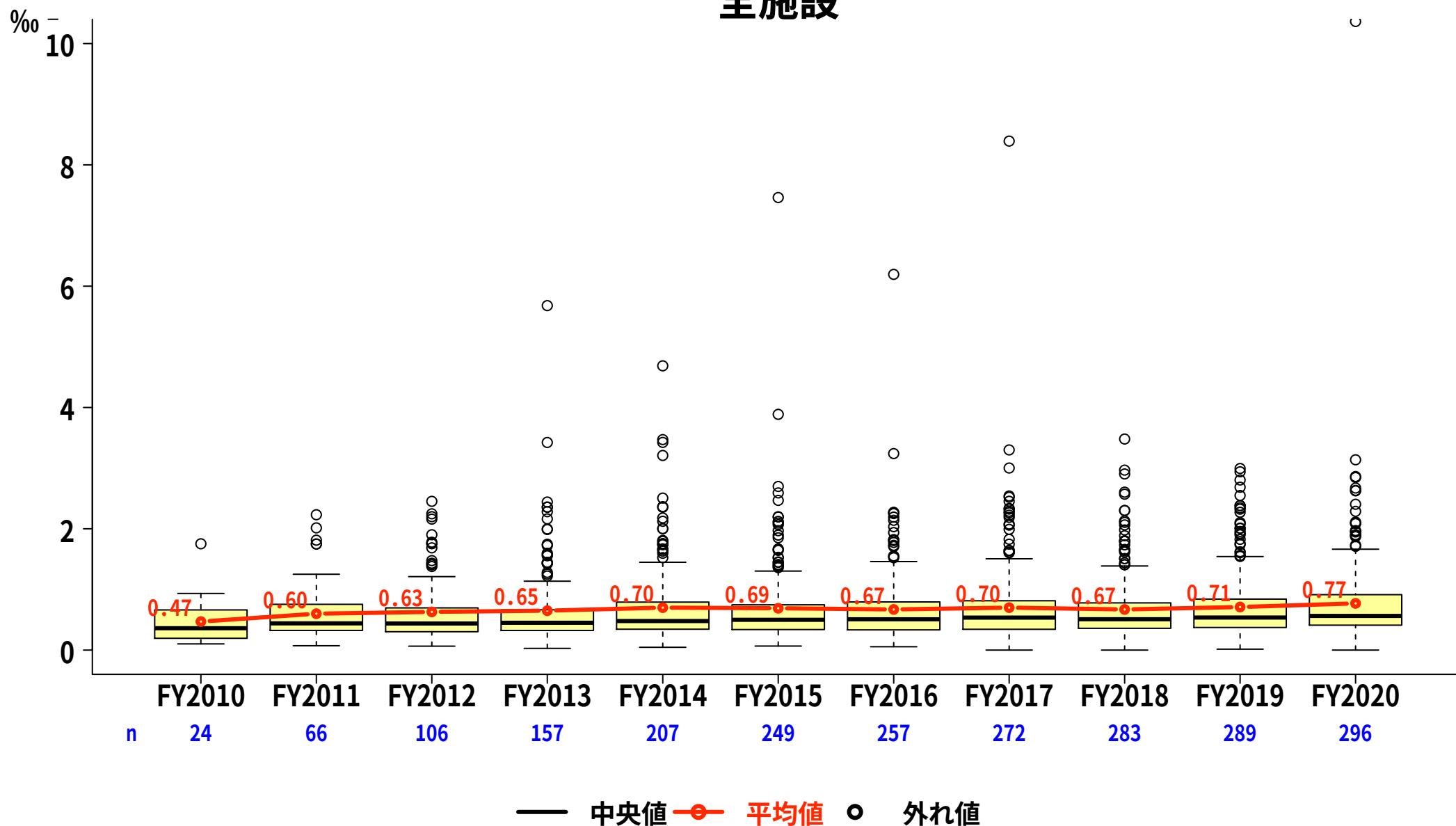
全施設



一般-7 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル2以上)

分子:医療安全管理室ヘインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうち損傷レベル2以上の件数
分母:入院延べ患者数

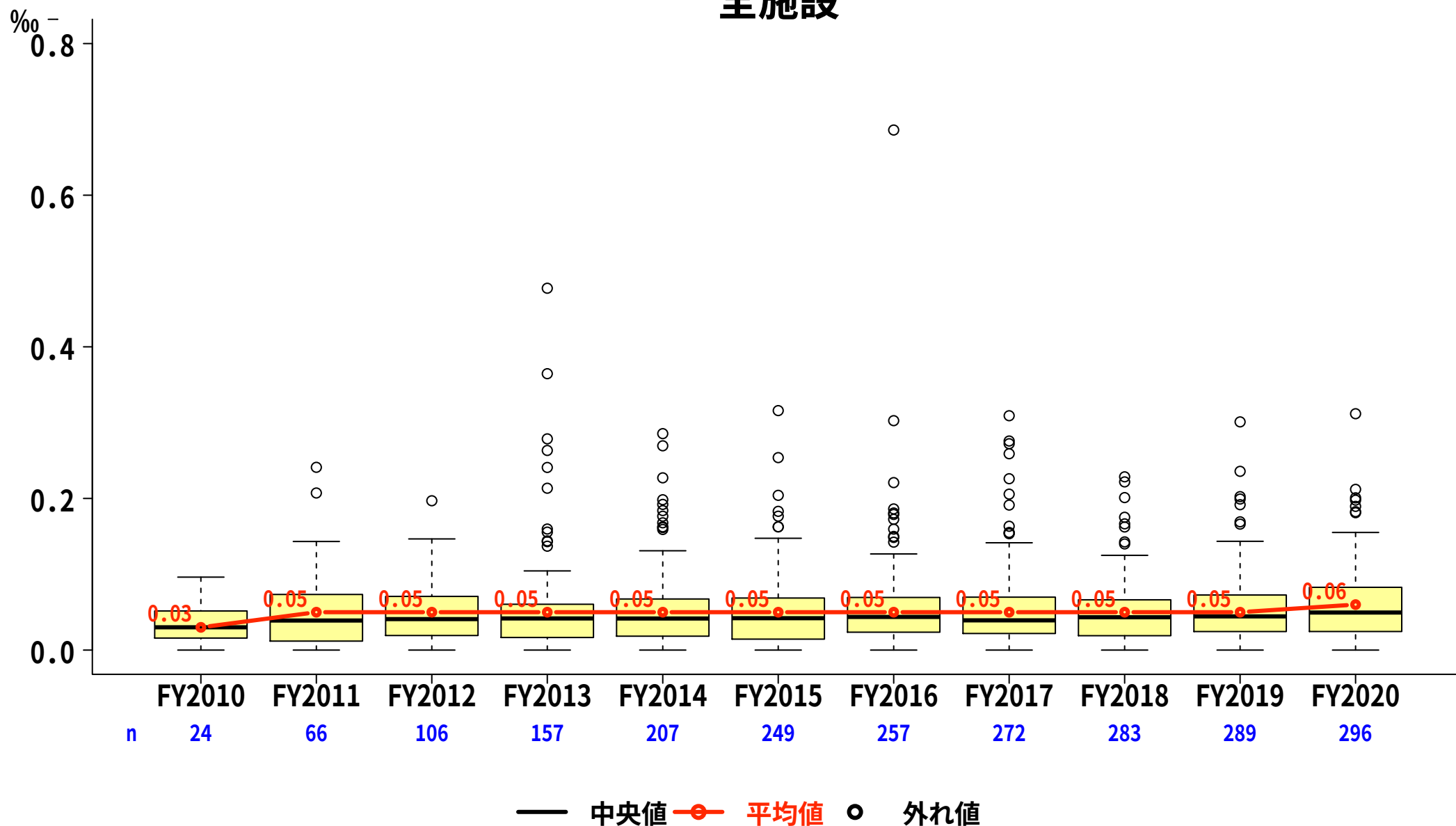
全施設



一般-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:医療安全管理室ヘインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうち損傷レベル4以上の件数
分母:入院延べ患者数

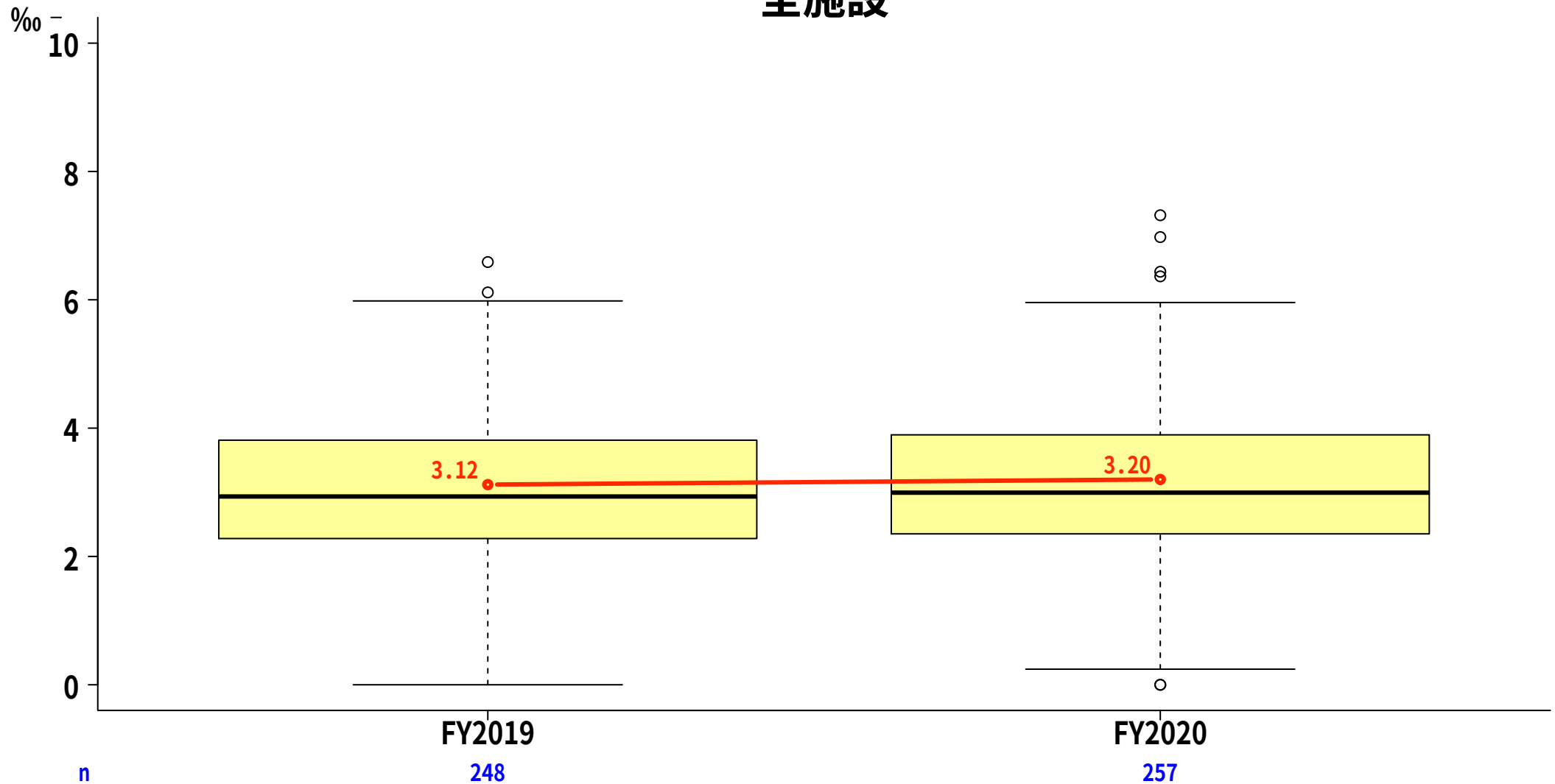
全施設



一般-55 65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率

分子:65歳以上の入院中の患者に発生した転倒・転落件数
分母:65歳以上の入院患者延べ数

全施設



— 中央値 —●— 平均値 ○ 外れ値

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

考察

今回、提出がなかったのは 72 施設で、提出割合は 80.4% (275/347, 前年比-1.1) でした。

1 年間の結果は、平均値 0.11% (前年比+0.03)、中央値 0.07% (前年比+0.01)、最大値 4.50% (前年比+3.62)、最小値 0.0% (前年比±0) で、最大値が大きく変化しています。こちらは算出の間違いであるか確認する必要があります。

経時的に見ると、測定を開始した 2010 年度以降大きな変化はありませんでした。

本指標は、算出が難しいと言われているため、今後は定義の見直しも検討していきます。

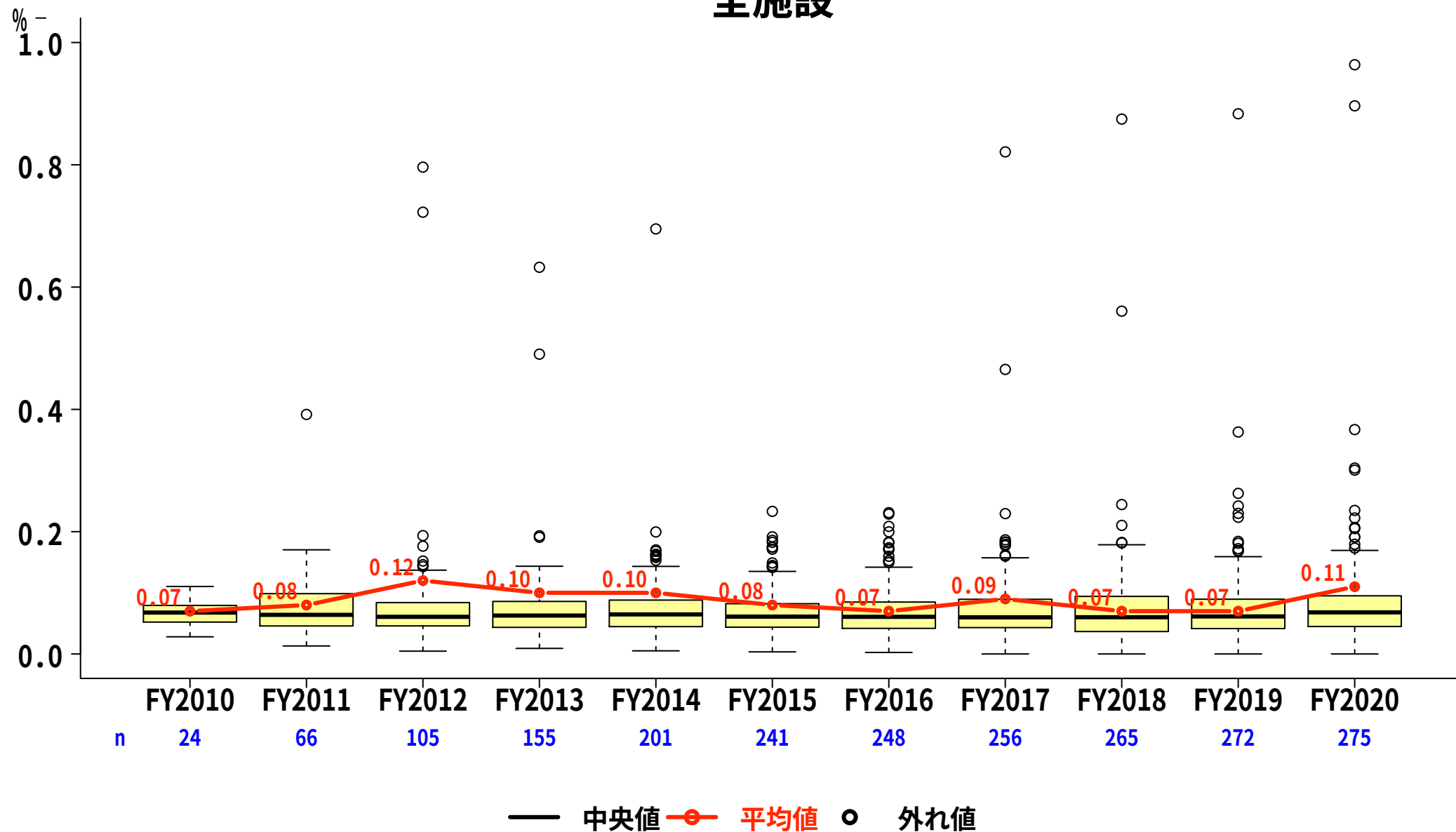
参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 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 978-4-89996-433-9
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 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 2017/06/24 available)

一般-9 褥瘡発生率

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

全施設



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、そこで必要があると判断された場合に高い機能を持つ病院を紹介受診する、そして治療を終え症状が落ち着いたら、「かかりつけ医」へ紹介し、治療を継続または経過を観察する、これを地域全体として行うことで、地域の医療連携を強化し、切れ目のない医療の提供を行います。つまり、紹介率・逆紹介率の数値は、地域の医療機関との連携の度合いを示す指標です。

分 子: No.06) 紹介初診患者数
No.07) 逆紹介患者数

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

収集期間: 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

考察

今回、提出がなかったのは紹介率が 50 施設、逆紹介率が 51 施設で、提出割合は 85.6% (297/347, 前年比 -0.6)、85.3% (296/347, 前年比 -0.9) でした。

紹介率の 1 年間の結果は、平均値 63.6% (前年比 +1.2)、中央値 70.3% (前年比 +1.4)、最大値 131.0% (前年比 -0.4)、最小値 4.9% (前年比 +0.1)、逆紹介率の 1 年間の結果は、平均値 80.1% (前年比 +4.4)、中央値 79.4% (前年比 +3.6)、最大値 316.1% (前年比 +16.2)、最小値 5.3% (前年比 -0.8) でした。

逆紹介率は 2020 年 5 月の平均値が 164.9% であり、それ以外の 11 か月の平均値 83.9% と比べると 81.0 ポイントも高い値でした。これは特定の施設が新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の流行に影響されていたことがわかっています。

経時的に見ると、測定を開始した 2013 年度以降、毎年改善している指標です。

参考文献

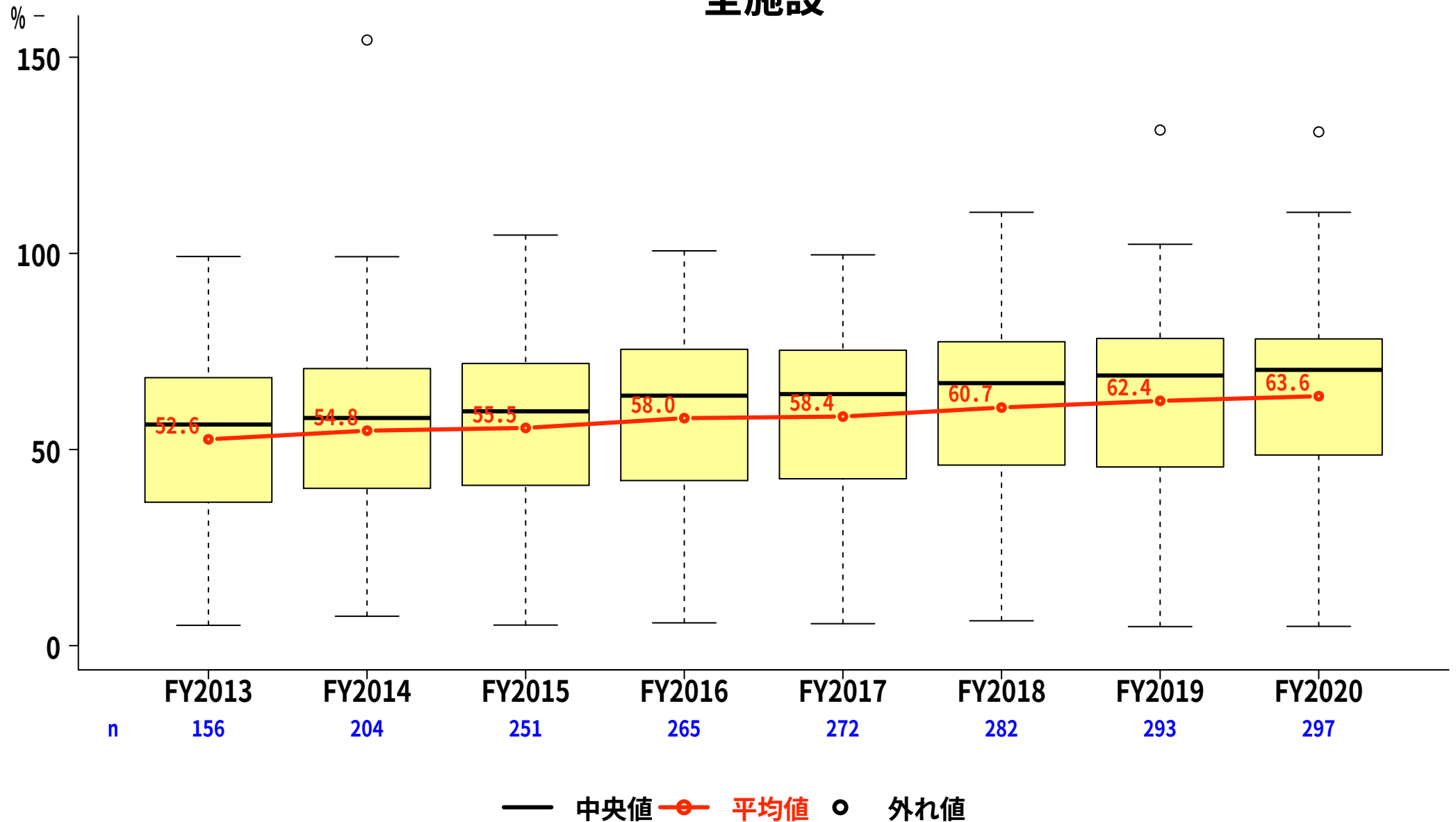
1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディア ISBN 978-4-89996-433-9

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

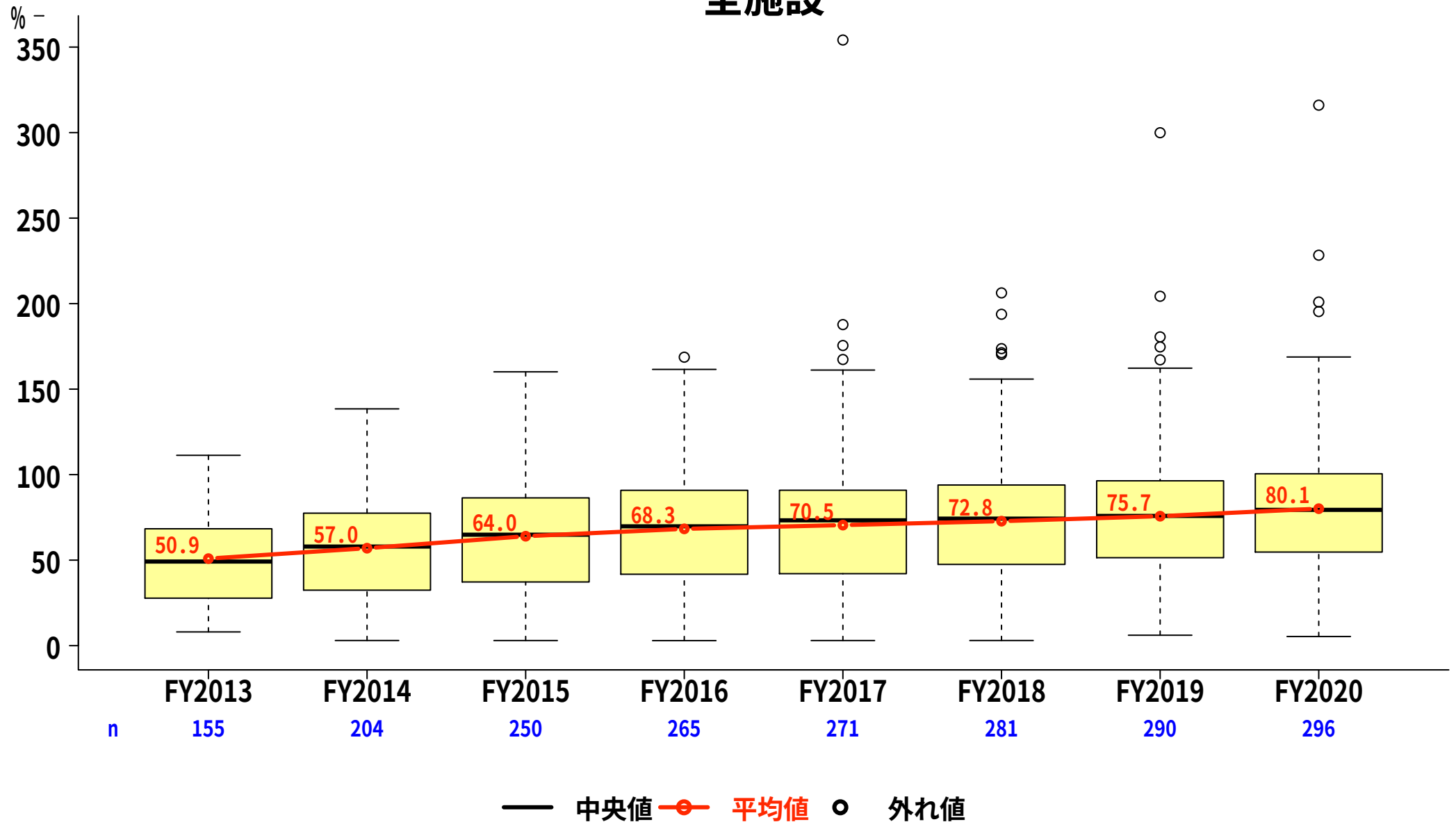


一般-11 逆紹介率

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



No.08 尿道留置カテーテル使用率

指標の説明・定義

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

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

分 子: 尿道留置カテーテルが挿入されている延べ患者数

分 母: 入院延べ患者数

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

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

収集期間: 1 ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

考察

今回、提出がなかったのは 141 施設で、提出割合は 59.4% (206/347, 前年比-3.4)でした。

1 年間の結果は、平均値 16.1% (前年比+1.3)、中央値 15.6% (前年比+1.5)、最大値 93.0% (前年比+5.8)、最小値 0.0% (前年比-0.6)でした。

経時的に見ても、測定を開始した 2013 年度以降、毎年同水準で推移しています。つまり入院患者の 14~16%に尿道留置カテーテルが使用されていることになります。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。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 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 978-4-89996-433-9

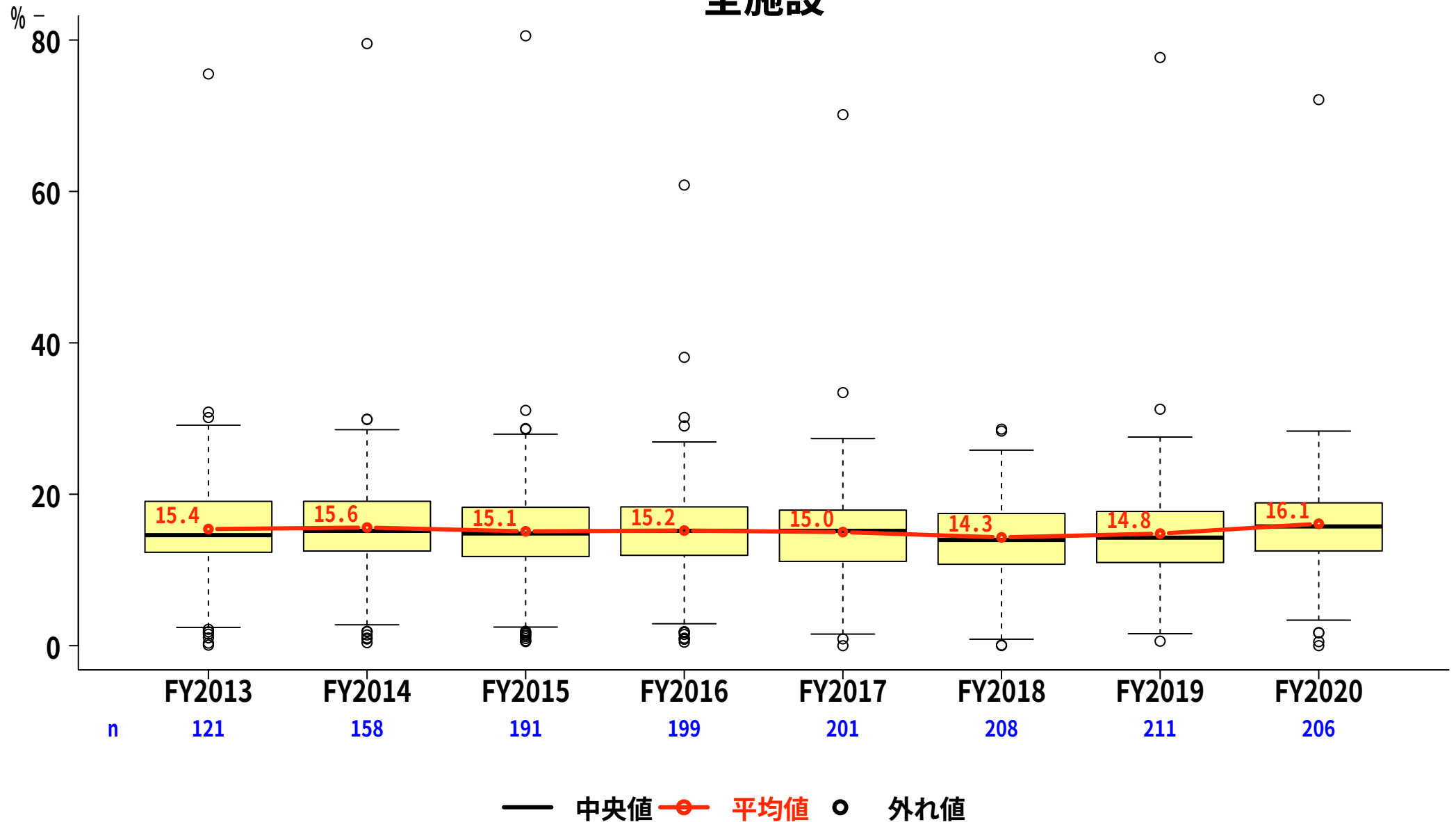
2. Centers for Disease Control and Prevention. National Healthcare Safety Network report, data summary for 2013, Device-associated Module 2016/10/15 available)
3. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009 (Internet: http://www.cdc.gov/hicpac/cauti/001_cauti.html 2016/10/15 available)
4. Warren JW. Catheter-associated urinary tract infections. *Infect Dis Clin North Am* 1997;11:609–622.
5. Umscheid CA, Mitchell MD, Doshi JA, et al. Estimating the proportion of healthcare-associated infections that are reasonably preventable and the related mortality and costs. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2011;32:101–14
6. Centers for Disease Control and Prevention. Hospital Utilization (in non-Federal short-stay hospitals) (Internet: <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/hospital.htm> 2016/10/15 available)

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



No.09 症候性尿路感染症発生率

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。

分 子： 分母のうちカテーテル関連症候性尿路感染症の定義に合致した延べ回数

分 母： 入院患者における尿道留置カテーテル挿入延べ日数

収集期間： 1 ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

考察

今回、提出がなかったのは 190 施設で、提出割合は 45.2% (157/347, 前年比-2.9)でした。

1 年間の結果は、平均値 2.1 対 1000 カテーテル使用日数(前年比-0.1)、中央値 1.5 対 1000 カテーテル使用日数(前年比+0.1)、最大値 36.9 対 1000 カテーテル使用日数(前年比-10.7)、最小値 0.0 対 1000 カテーテル使用日数(前年比±0)で、2019 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、全指標の中で最も低い提出率でした。しかし、測定を開始した 2015 年の 7.2%から 5.1 ポイント改善しており、改善が続いている結果が現れています。

参考文献

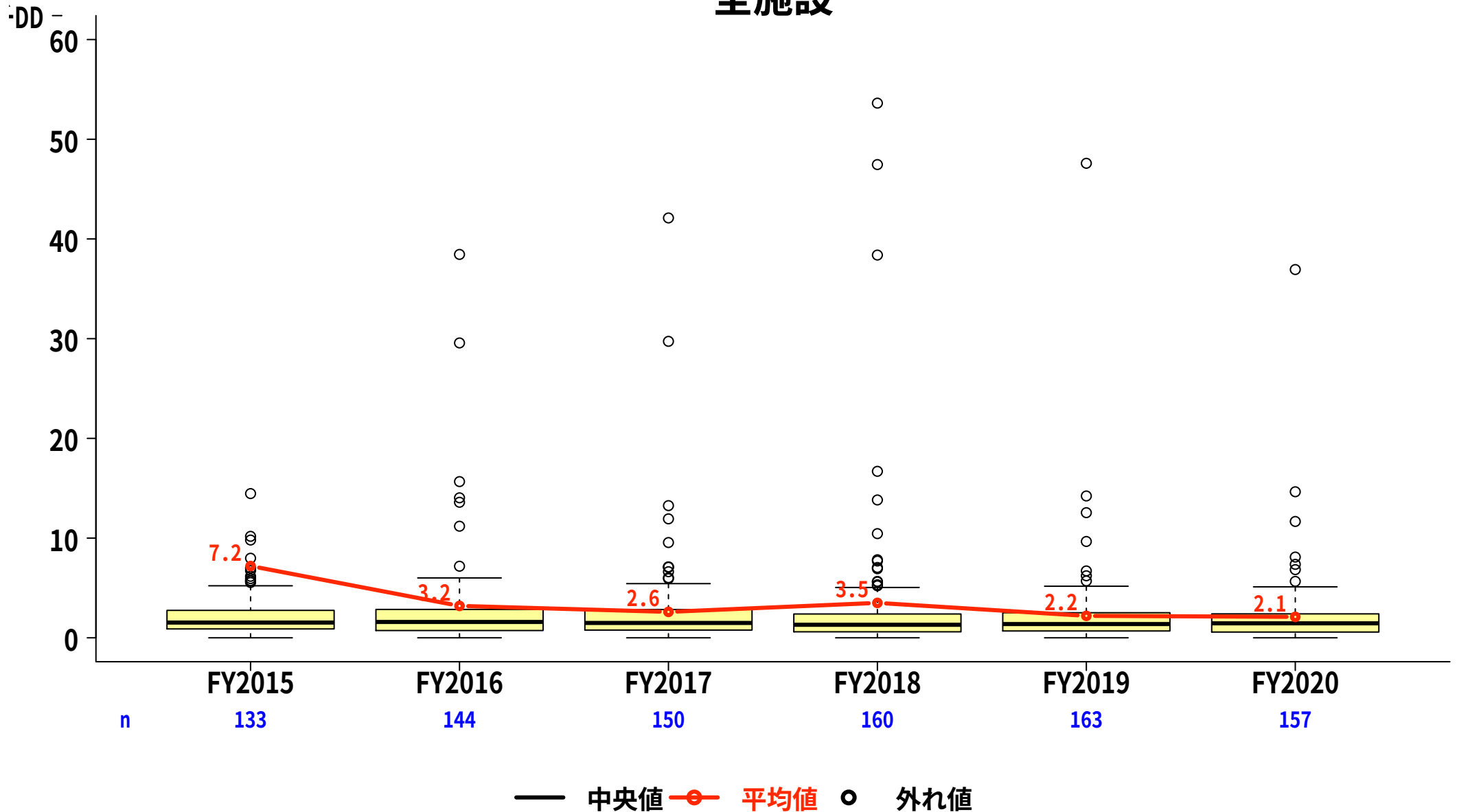
1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディア ISBN 978-4-89996-433-9
2. Centers for Disease Control and Prevention. National Healthcare Safety Network report, data summary for 2013, Device-associated Module 2016/10/15 available)
3. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009 (Internet: http://www.cdc.gov/hicpac/cauti/001_cauti.html 2016/10/15 available)

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

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



No.10 救急車・ホットライン応需率

指標の説明・定義

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

分子： 救急車で来院した患者数

分母： 救急車受け入れ要請件数

分子包含： ホットライン件数

分母除外： 他院からの搬送(転送) 件数

収集期間： 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

考察

今回、提出がなかったのは67施設で、提出割合は80.7%(280/347, 前年比-0.6)でした。

1年間の結果は、平均値84.1%(前年比-2.2)、中央値86.3%(前年比-2.2)、最大値100.0%(前年比±0)、最小値39.7%(前年比-3.8)でした。2019年度は毎月84～87%程度で推移していましたが、2020年度は4月から12月は82～87%程度で推移し、1月79.3%、2月81.8%、3月82.6%とさらに一段下がった結果となりました。これは新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の第3波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思います。



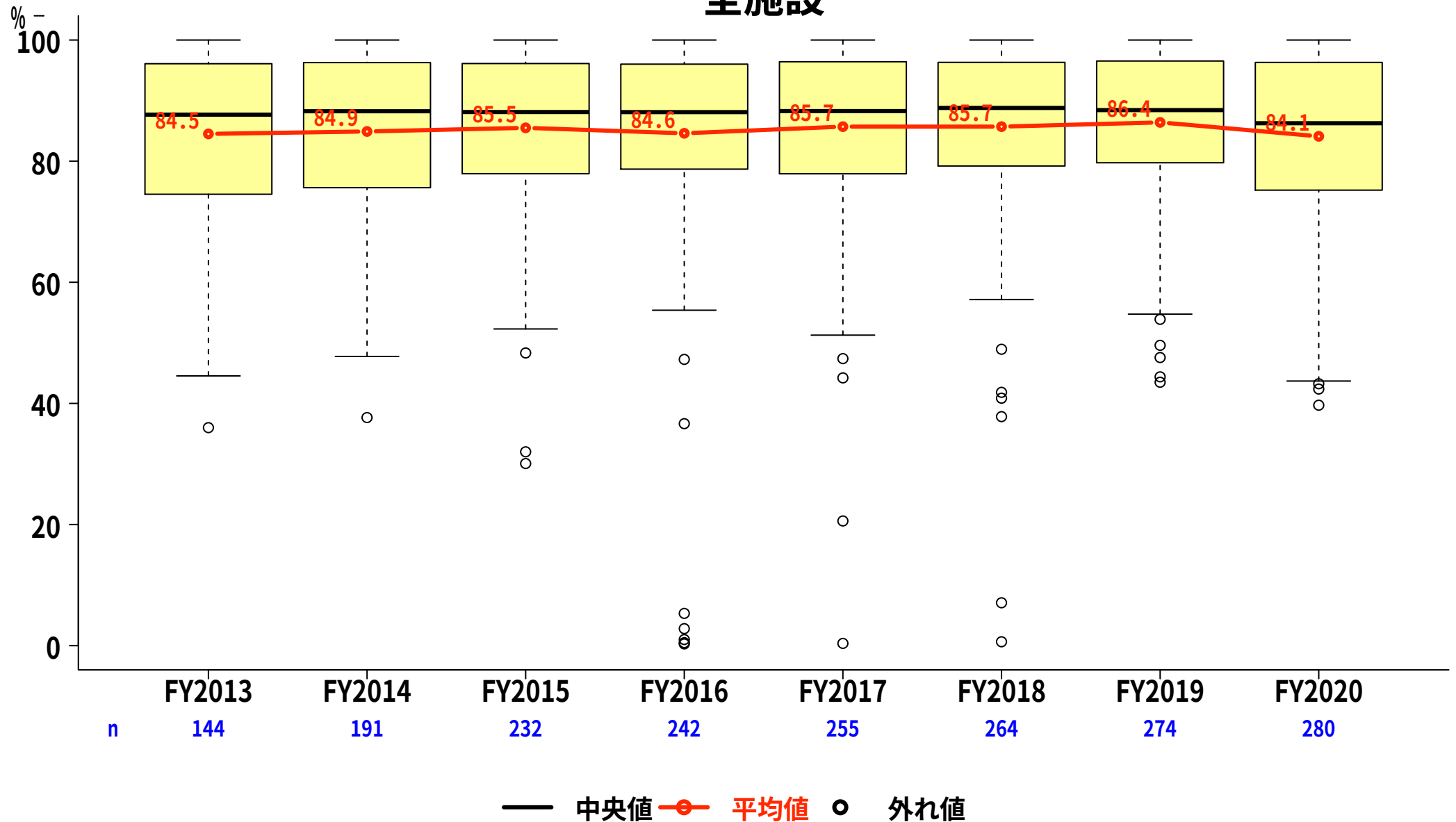
参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 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 978-4-89996-433-9

一般-13 救急車・ホットラインの応需率

分子:救急車で来院した患者数
分母:救急車受け入れ要請件数

全施設



No.11 特定術式における手術開始前 1 時間以内 の予防的抗菌薬投与率

指標の説明・定義

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

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

分 子:	手術開始前 1 時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された手術件数
分 母:	特定術式の手術件数(冠動脈バイパス手術、その他の心臓手術、股関節人工骨頭置換術、膝関節置換術、血管手術、大腸手術、子宮全摘除術)
分母除外:	入院時年齢が 18 歳未満の患者 在院日数が 120 日以上の患者 帝王切開手術施行患者 臨床試験・治験を実施している患者 術前に感染が明記されている患者 全身/脊椎/硬膜外麻酔で行われた手術・手技が、主たる術式の前後 3 日(主たる術式が冠動脈バイパス手術またはその他の心臓手術の場合は 4 日)に行われた患者(日数計算は麻酔開始日/麻酔終了日を基点とする) 手術開始日時の 24 時間前に抗菌薬を投与されている患者(大腸手術でフラジールおよびカナマイシンを投与されている場合は除外の必要なし) 外来手術施行患者
収集期間:	1 ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

考察

今回、提出がなかったのは 135 施設で、提出割合は 61.1% (212/347, 前年比-2.3) でした。

1 年間の結果は、平均値 93.8% (前年比+0.3)、中央値 98.5% (前年比+0.5)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 1.8% (前年比-0.2) で、2019 年度と比べて変化はありませんでした。

経時的に見ても、測定を開始した 2013 年度と翌 2014 年度の中央値より、2015 年度以降は改善しており、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、算出するための手順が多く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。

参考文献

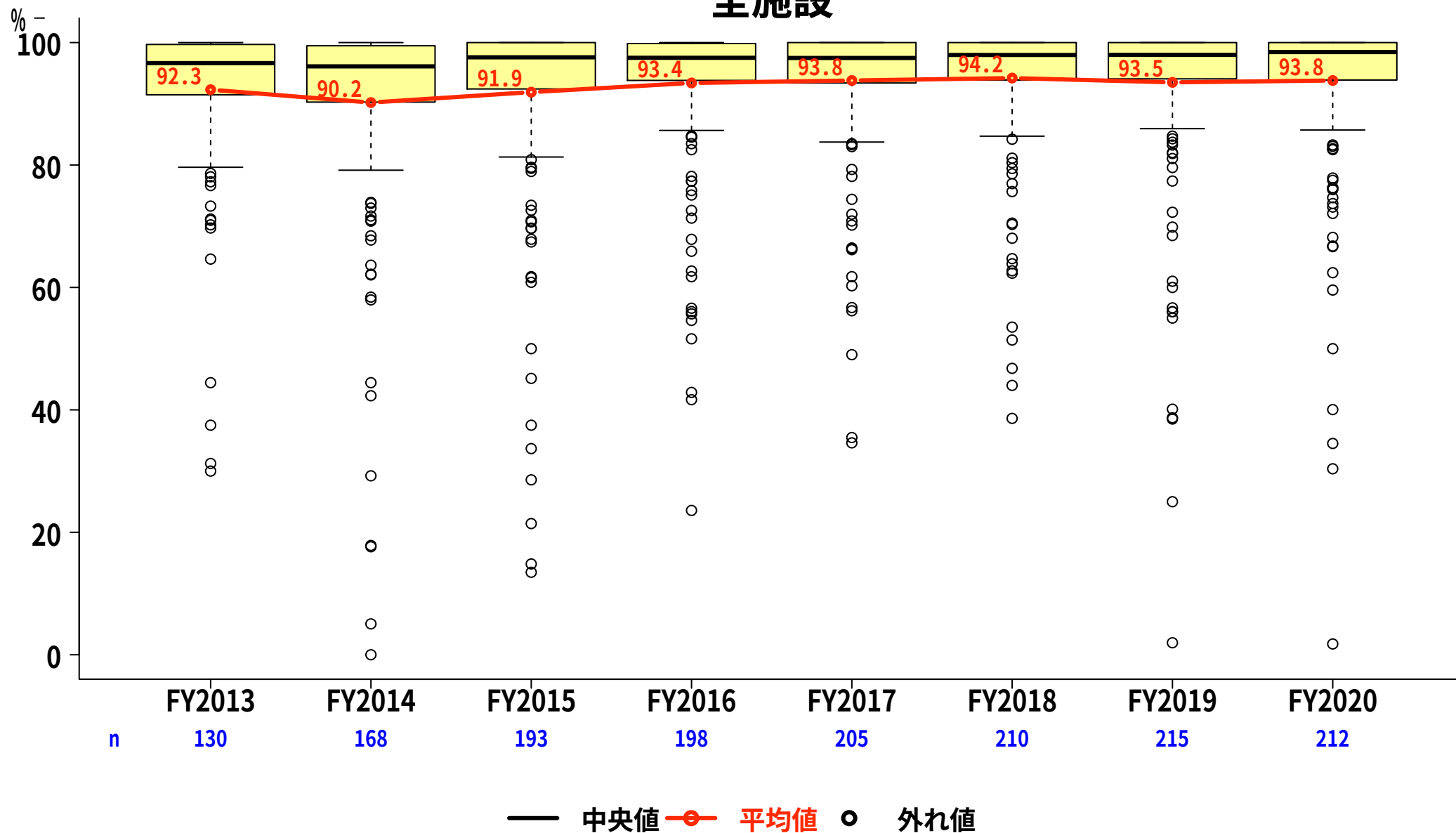
1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディア ISBN 978-4-89996-433-9
2. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3a SCIP-Inf-1 Prophylactic Antibiotic Received Within One Hour Prior to Surgical Incision (Internet: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NHQM_v4_3a_PDF_10_2_2013.zip 2016/10/15 available)
3. Kirkland KB, Briggs JP, Trivette SL, Wilkinson WE, Sexton DJ. The impact of surgical-site infections in the 1990s: attributable mortality, excess length of hospitalization, and extra costs. Infect Control Hosp Epidemiol. 1999;20:725-730.
4. CDC: Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 1999. Infect Cont Hosp Epidemiol 1999;20:247-278.

一般-15 特定術式における手術開始1時間以内の予防的抗菌薬投与率

分子:手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された手術件数

分母:特定術式の手術件数

全施設



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 年度から、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

考察

今回、提出がなかったのは 149 施設で、提出割合は 57.1% (198/347, 前年比-2.6) でした。

1 年間の結果は、平均値 49.5% (前年比+2.4)、中央値 55.5% (前年比+8.7)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) で、経時的に見ても、測定を開始した 2013 年度以降毎年改善し、2013 年度と比べると 19.2 ポイント上昇しました。これは各施設が、改善活動が続けている結果と考えます。

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、本指標も算出難易度が高い指標です。平成 29 年度の厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」では DPC データを用いて算出を行いましたので、DPC データからの算出に切り替えが可能か、各施設算出の結果と比較しながら検討していく予定です。

参考文献

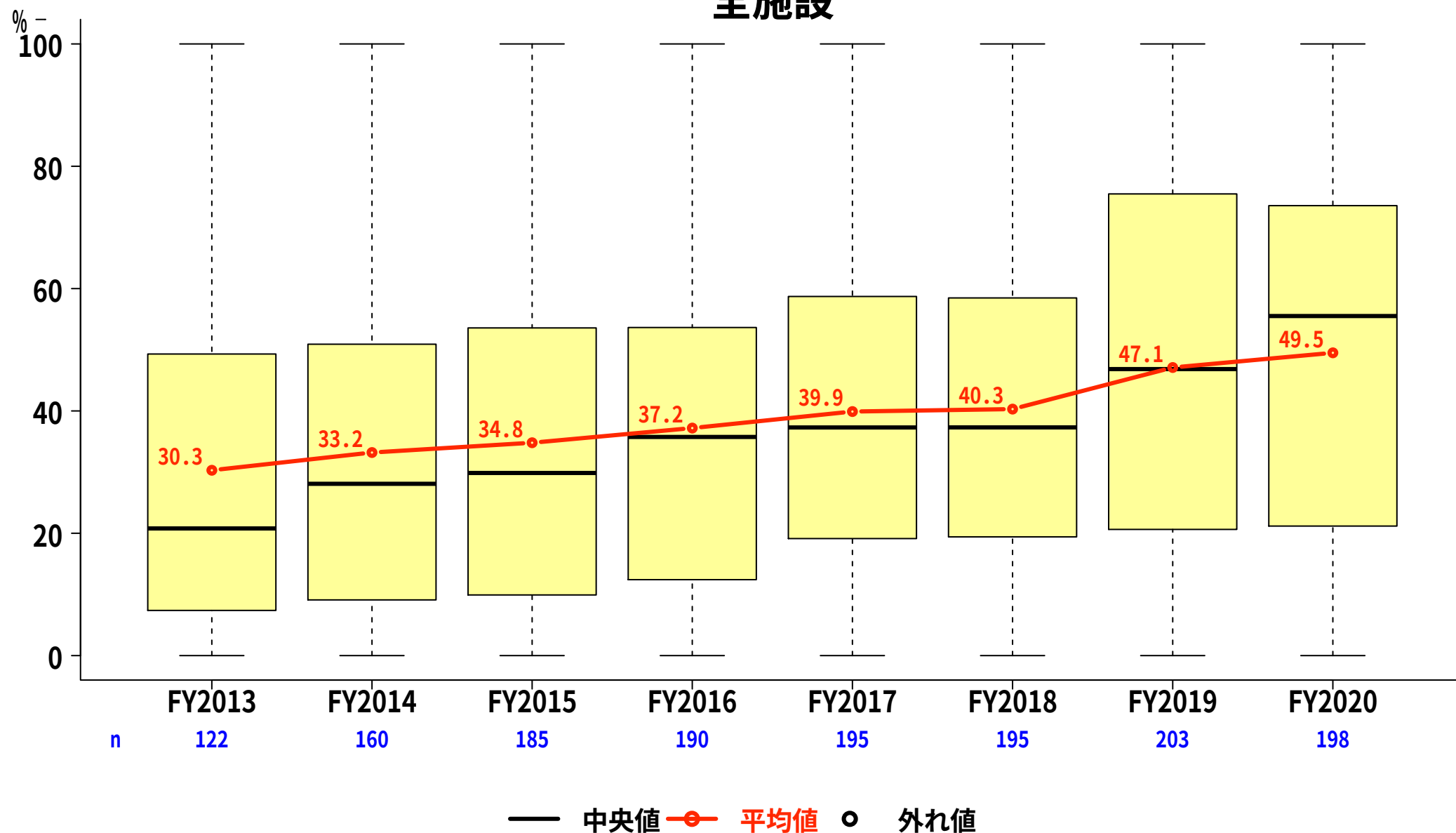
1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディア ISBN 978-4-89996-433-9
2. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3a SCIP-Inf-3 Prophylactic Antibiotic Discontinued Within 24 Hours After Surgery End Time (48 hours for CABG or Other Cardiac Surgery) (Internet:
http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NHQM_v4_3a_PDF_10_2_2013.zip 2016/10/15 available)
3. Kirkland KB, Briggs JP, Trivette SL, Wilkinson WE, Sexton DJ. The impact of surgical-site infections in the 1990s: attributable mortality, excess length of hospitalization, and extra costs. Infect Control Hosp Epidemiol. 1999;20:725-730.
4. CDC: Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 1999. Infect Cont Hosp Epidemiol 1999;20:247-278.

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

全施設



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

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

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

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

分子:	術式ごとに適切な予防的抗菌薬が選択された手術件数
分母:	特定術式の手術件数(冠動脈バイパス手術、その他の心臓手術、股関節人工骨頭置換術、膝関節置換術、血管手術、大腸手術、子宮全摘除術)
分母除外:	入院時年齢が18歳未満の患者 在院日数が120日以上 の患者 帝王切開手術施行患者 臨床試験・治験を実施している患者 術前に感染が明記されている患者 全身/脊椎/硬膜外麻酔で行われた手術・手技が、主たる術式の前後3日(主たる術式が冠動脈バイパス手術またはその他の心臓手術の場合は4日)に行われた患者(日数計算は麻酔開始日/麻酔終了日を基点とする) 手術室内または回復室内での死亡患者
収集期間:	1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

考察

今回、提出がなかったのは 158 施設で、提出割合は 54.5% (189/347, 前年比-1.1) でした。

1 年間の結果は、平均値 89.4% (前年比+6.0)、中央値 97.7% (前年比+2.3)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 30.7% (前年比+30.7) で、経時的に見ると、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 年度に下がり、2020 年度は改善しました。また、2020 年度は最小値も 30.7 ポイント改善し、全体のばらつきも少なくなってきました。

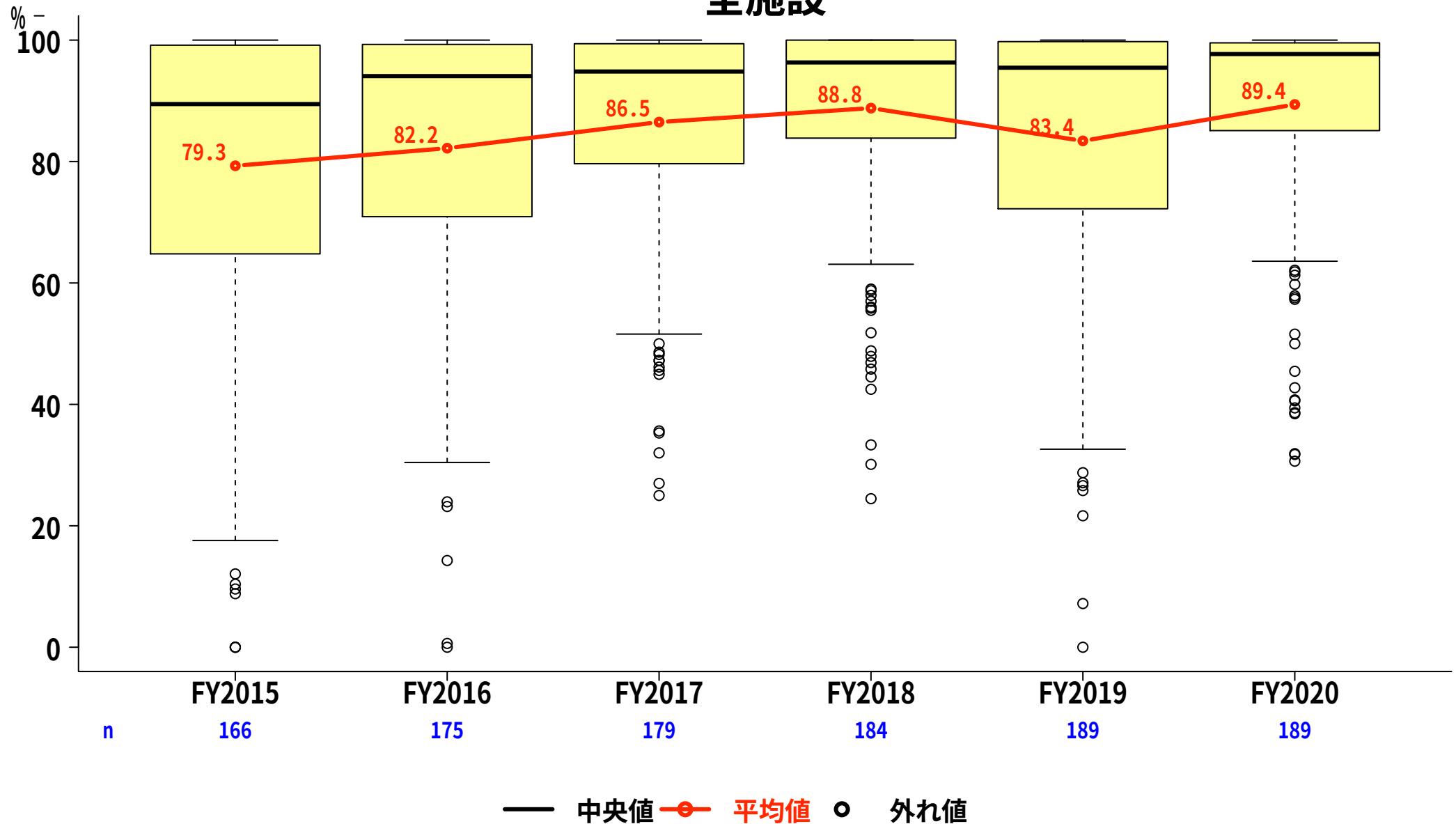
参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 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 978-4-89996-433-9
2. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3a SCIP-Inf-2 Prophylactic Antibiotic Selection for Surgical Patients (Internet:
http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NHQM_v4_3a_PDF_10_2_2013.zip 2016/10/15 available)

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



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めにコントロールした方が安全である患者など、各患者の条件に応じて目標値を変えることが真の糖尿病治療の“質”であると考えます。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。

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

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 134 施設で、提出割合は 61.4% (213/347, 前年比-1.1) でした。

1 年間の結果は、平均値 47.1% (前年比-0.6)、中央値 46.9% (前年比-0.4)、最大値 74.6% (前年比-6.7)、最小値 13.8% (前年比+2.9) で、経時的に見ると、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が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 141 施設で、提出割合は 61.4% (前年比-2.0) でした。

1 年間の結果は、平均値 77.8% (前年比+9.7)、中央値 81.4% (前年比+12.0)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 21.1% (前年比+9.3) でした。

HbA1c<7.0%の指標と比べると、平均値も中央値も大きく改善しています。65 歳以上という介入すべき対象群を明確にしたことで、質改善につながった指標といえます。

参考文献

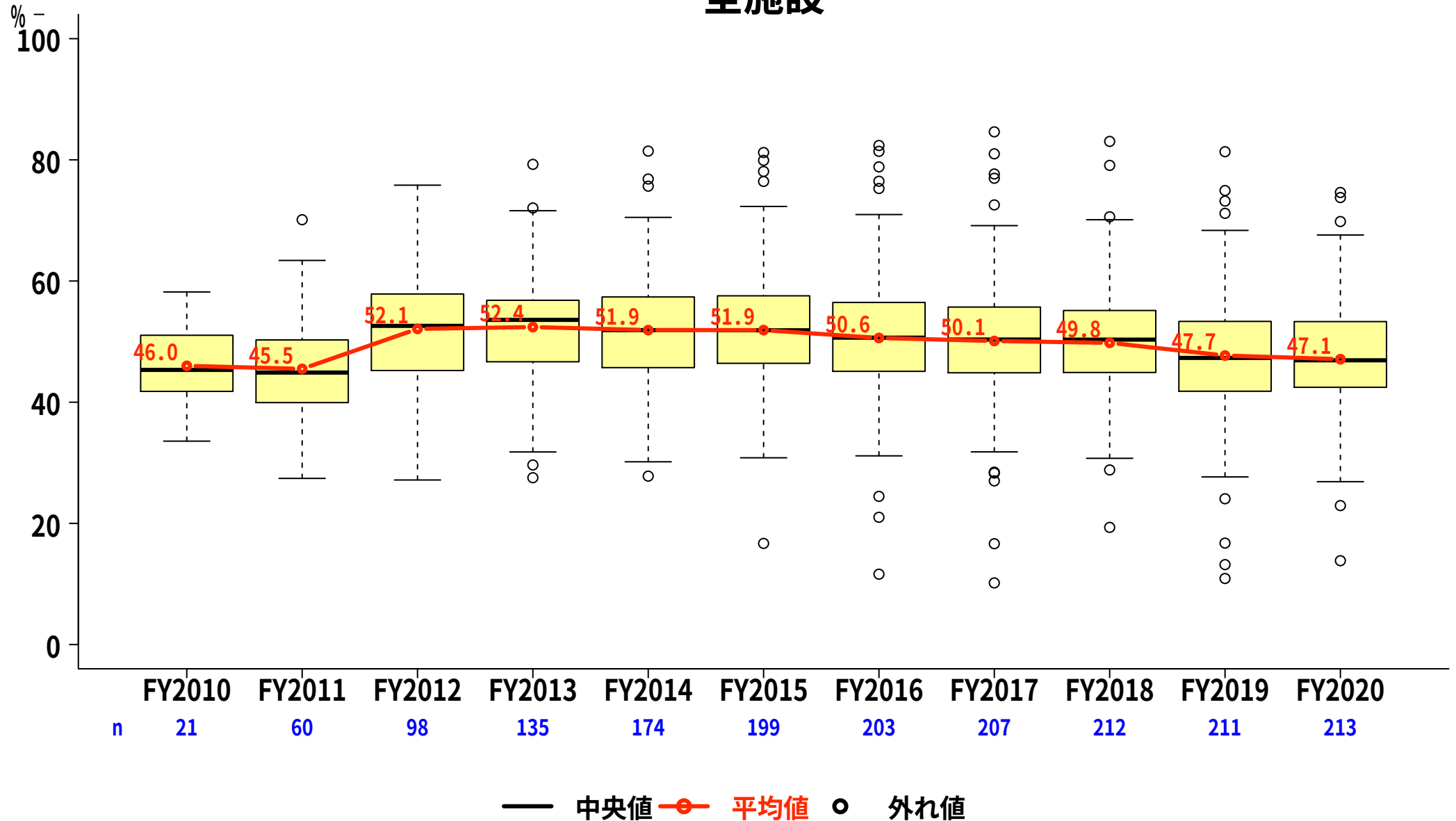
1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディア ISBN 978-4-89996-433-9
2. Perioperative Care Work Group 2; American College of Surgeons/Physician Consortium for Performance Improvement/National Committee for Quality Assurance. Perioperative Care Physician Performance Measurement 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.

一般-17 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0%

分子:HbA1c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

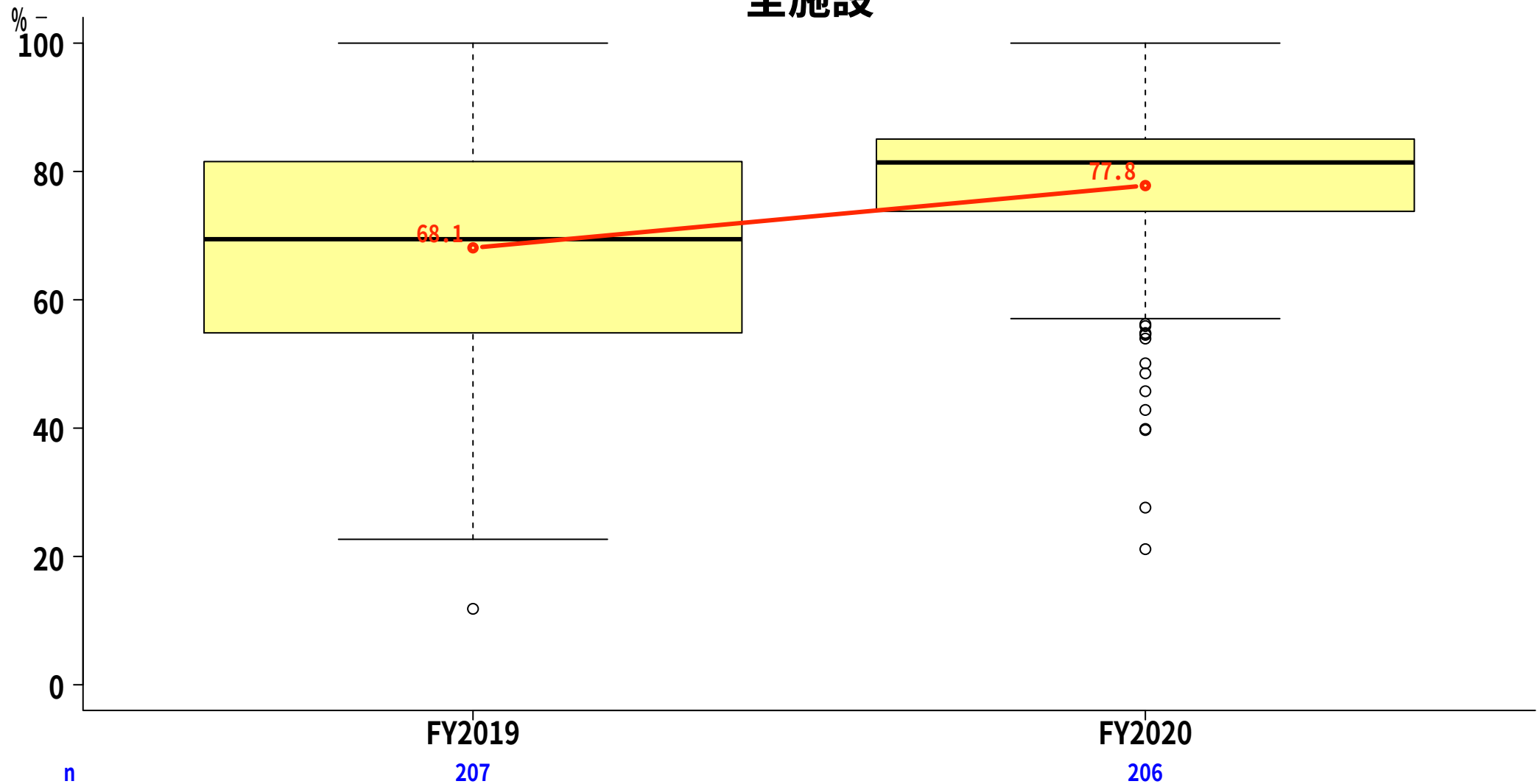


一般-54 65歳以上の糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<8.0%

分子:HbA1cの最終値が8.0%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



— 中央値 —●— 平均値 ○ 外れ値

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。

2019 年度以降、退院後 6 週間以内から退院後 30 日以内に変更し測定しています。

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

考察

1 年間の結果は、平均値 2.2% (前年比±0)、中央値 2.1% (前年比±0)、最大値 6.0% (前年比-0.3)、最小値 0.00% (±0) で、2019 年度と比べて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平均値 2.0% 未満で、200 床以上の施設は平均値 2.2～2.6% 程度であり、規模によって再入院の状況が異なることがうかがえます。どのような患者が再入院しているかは、各施設が確認し、改善に努めていけるとよいと考えます。

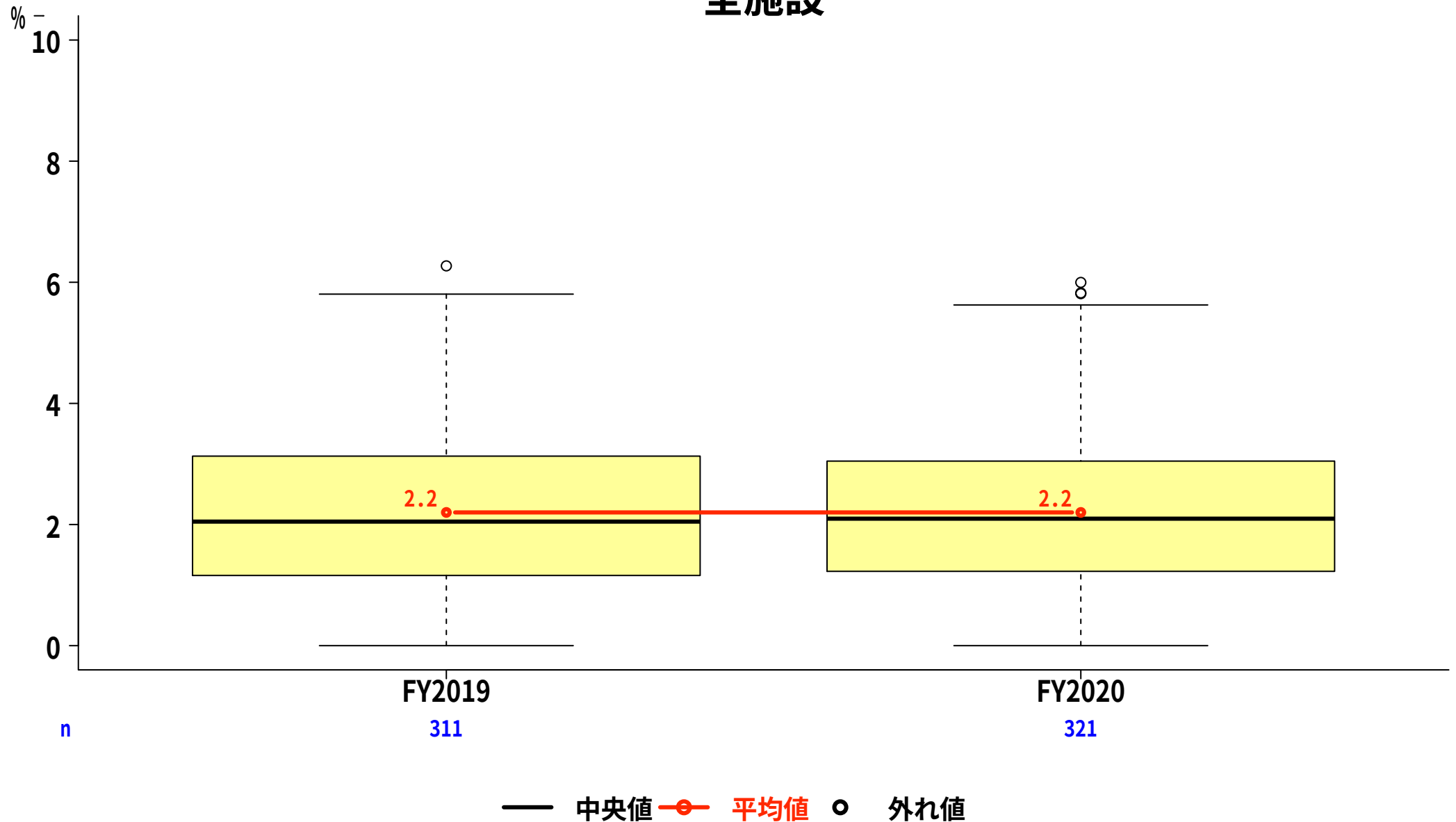
参考文献

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

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



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。

ガイドラインでの投与は、入院後早期(10分以内)を推奨しているため、2019年度から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

考察

1年間の結果は、平均値 65.4%(前年比-2.0)、中央値 70.8%(前年比-1.5)、最大値 100.0%(前年比±0)、最小値 0.0%(前年比±0)でした。

2019年度から定義を変更して測定を開始したため、まだ2年分の経過です。どのように変化するかはもう少し長期で見えていく必要があります。

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

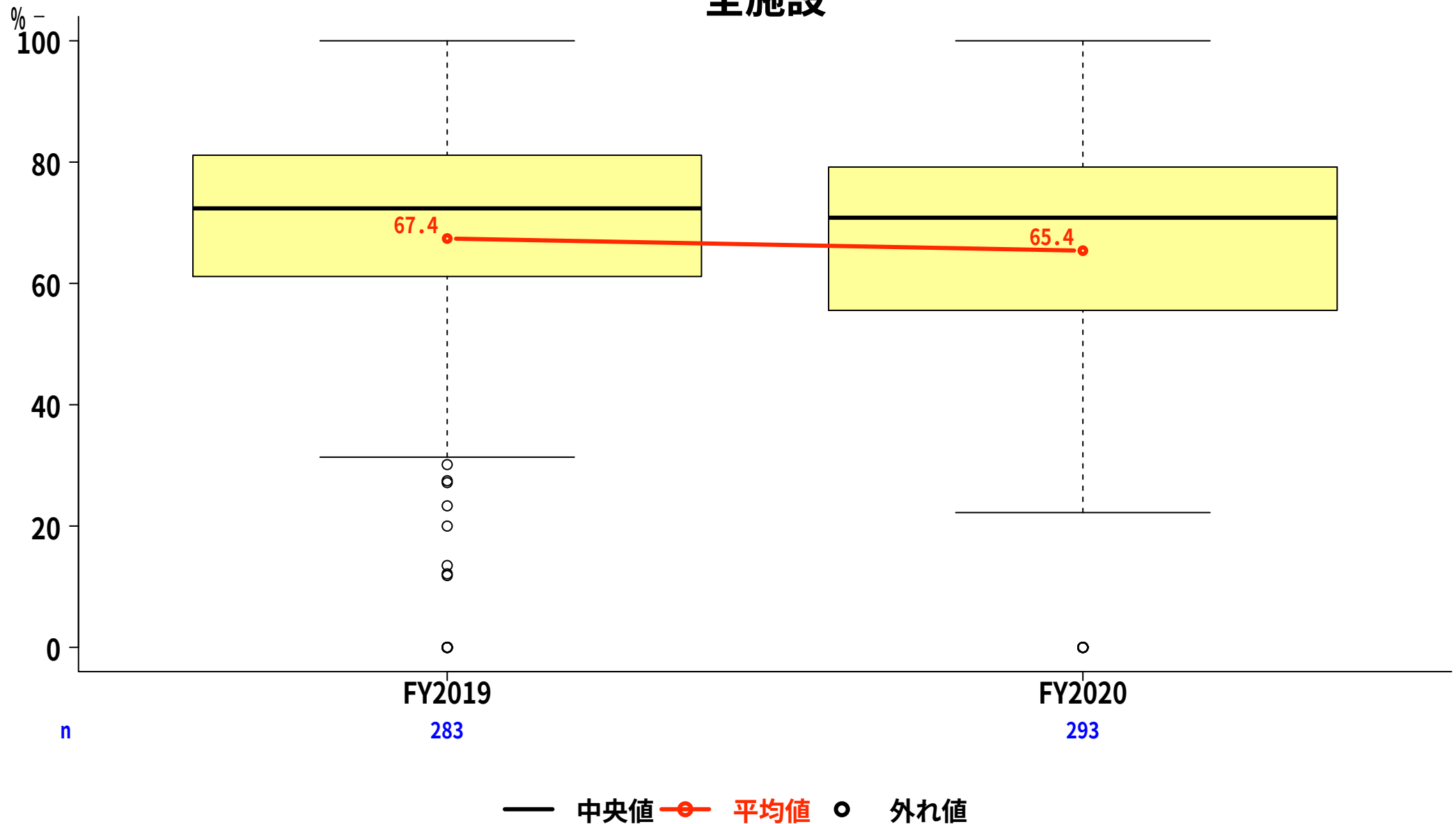
management of patients with ST-elevation myocardial infarction. A report of the Am Coll of Cardiol/American Heart Assoc Task Force on Practice Guidelines (Committee to revise the 1999 guidelines). Bethesda (MD): American College of Cardiology, American Heart Association; 2004. 211 p. [1398 references]

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 2020 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 978-4-89996-433-9
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/>

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



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

考察

1 年間の結果は、平均値 92.7% (前年比+0.3)、中央値 94.4% (前年比-0.3)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) で、測定を開始した 2018 年度から大きな変化はありませんでした。

参考文献

1. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3b AMI-2 Aspirin Prescribed at Discharge(Internet:
http://www.jointcommission.org/assets/1/6/HIQR_Jan2014_v4_3b.zip 2016/10/15 available)
2. Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, Hochman JS, Krumholz HM, Kushner FG, Lamas GA, Mullany CJ, Ornato JP, Pearle DL, Sloan MA, Smith SC Jr. ACC/AHA guidelines for the

management of patients with ST-elevation myocardial infarction. A report of the Am Coll of Cardiol/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]

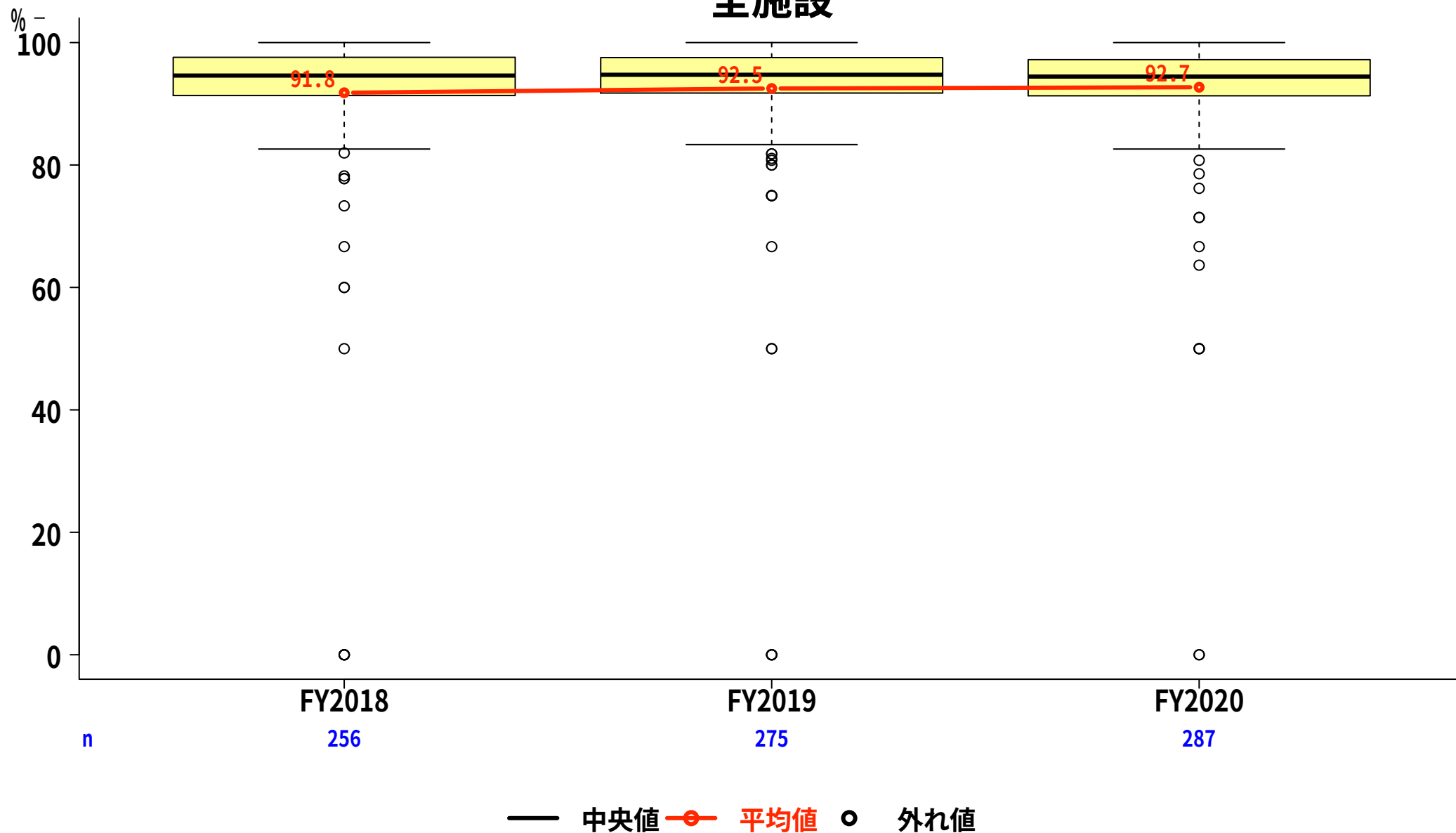
3. Krumholz HM, Anderson JL, Bachelder BL, Fesmire FM, Fihn SD, Foody JM, Ho PM, Kosiborod MN, Masoudi FA, Nallamothu BK, American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures, American Academy of Family Physicians, American College of Emergency Physicians, American 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 2020 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 978-4-89996-433-9
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/>

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



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

考察

1 年間の結果は、平均値 64.9% (前年比+0.7)、中央値 68.8% (前年比-0.5)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) で、測定を開始した 2013 年度から 2014 年度には 13.1 ポイント減少しましたが、その後は毎年改善し、2014 年度と比べて 11.4 ポイント上昇しました。

参考文献

1. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3b AMI-5 Beta-Blocker Prescribed at Discharge(Internet:
http://www.jointcommission.org/assets/1/6/HIQR_Jan2014_v4_3b.zip 2016/10/15 available)
2. Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, Hochman JS, Krumholz HM, Kushner

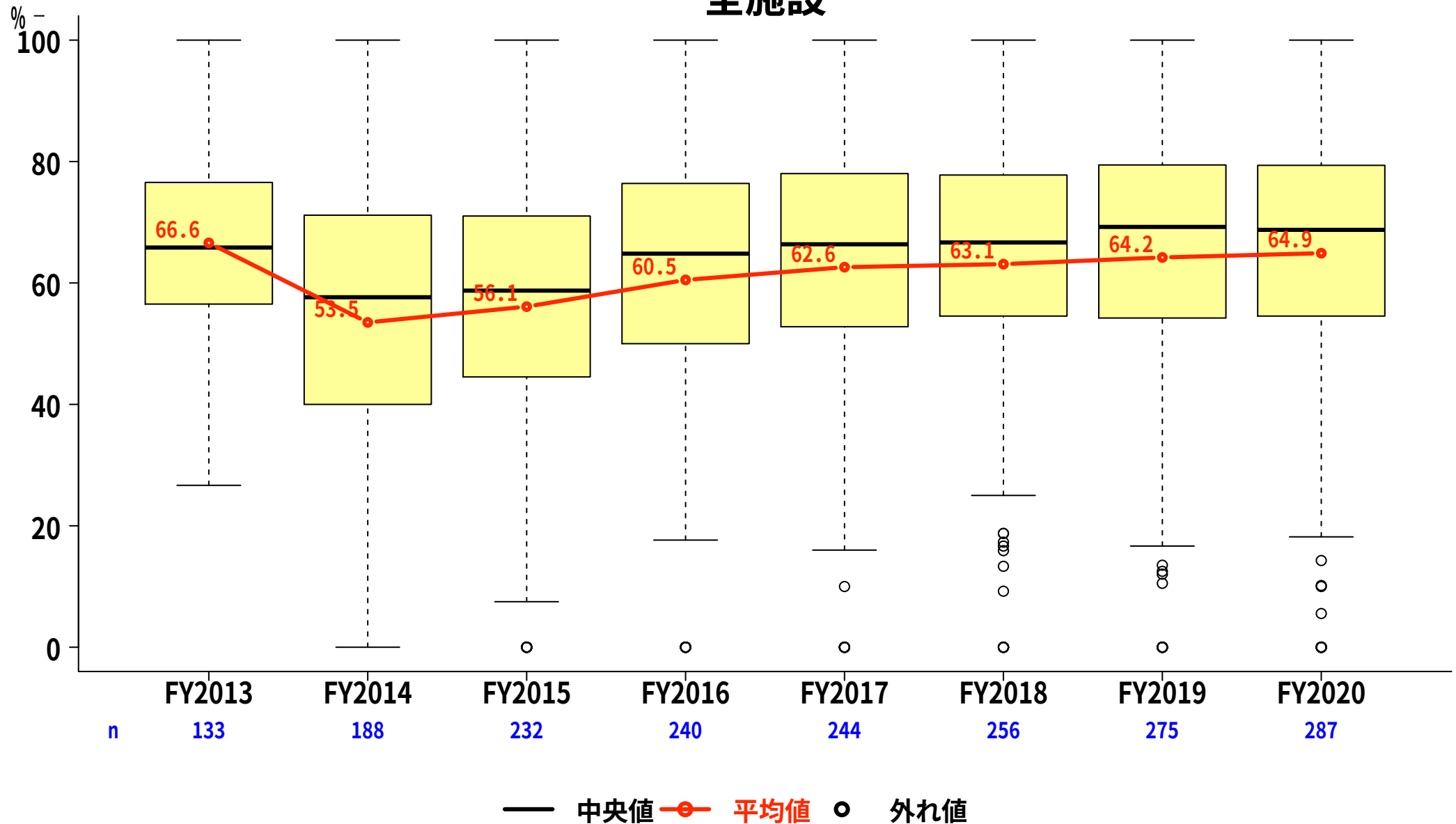
FG, Lamas GA, Mullany CJ, Ornato JP, Pearle DL, Sloan MA, Smith SC Jr. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction. A report of the Am Coll of Cardiol/American Heart Assoc Task Force on Practice Guidelines (Committee to revise the 1999 guidelines). Bethesda (MD): American College of Cardiology, American Heart Association; 2004. 211 p. [1398 references]

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 2020 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 978-4-89996-433-9
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/>

一般-22 急性心筋梗塞患者における退院時βブロッカー投与割合

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

全施設



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

考察

1 年間の結果は、平均値 84.4% (前年比+1.8)、中央値 88.9% (前年比+0.7)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) で、経時的に見ると、測定を開始した 2013 年度から 2015 年度にかけて下がっていましたが、その後は改善し、2015 年度と比べて 13 ポイント上昇しました。

参考文献

1. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3b AMI-10 Statin Prescribed at Discharge(Internet:
http://www.jointcommission.org/assets/1/6/HIQR_Jan2014_v4_3b.zip 2016/10/15 available)
2. Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, Hochman JS, Krumholz HM, Kushner

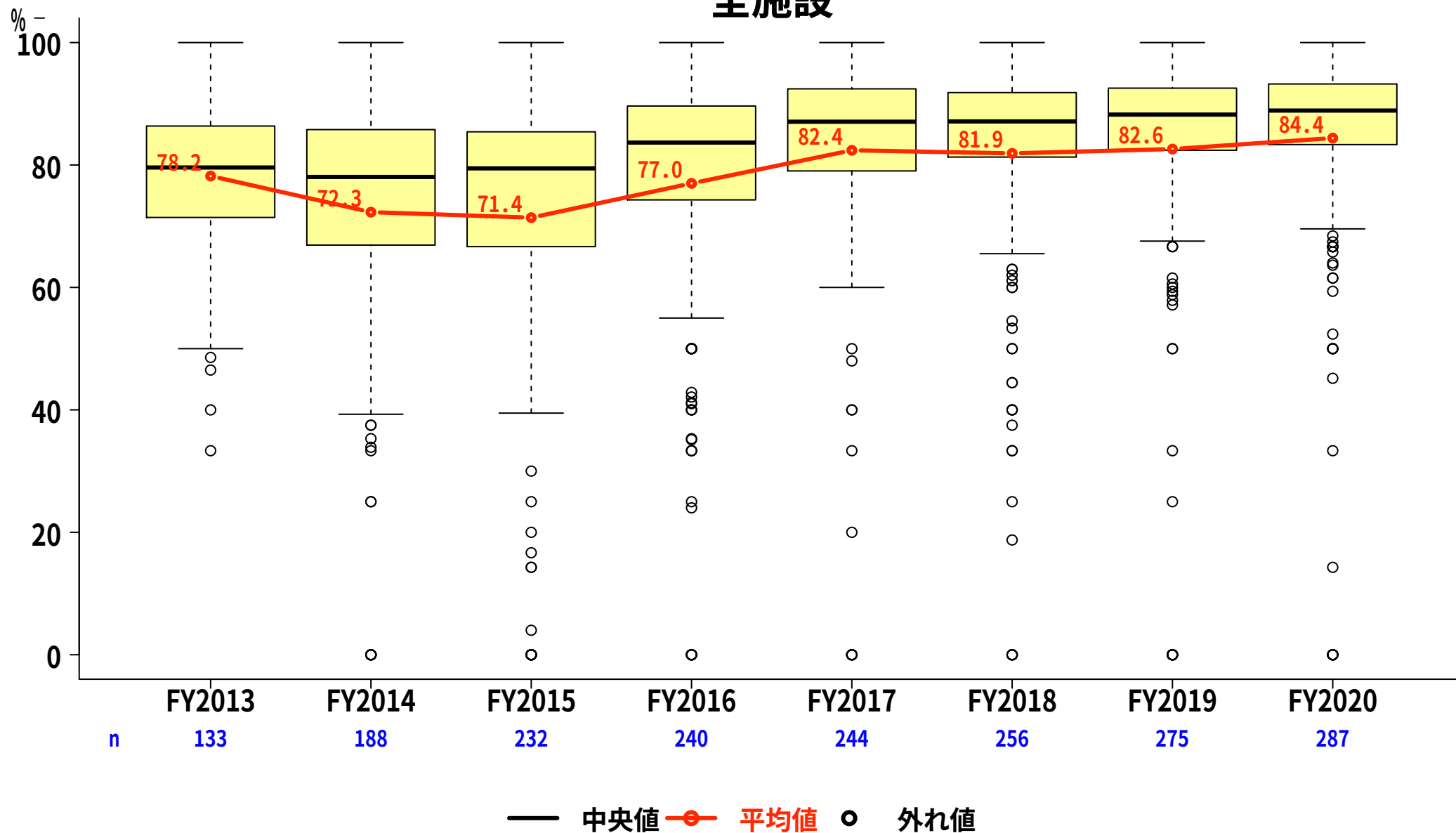
FG, Lamas GA, Mullany CJ, Ornato JP, Pearle DL, Sloan MA, Smith SC Jr. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction. A report of the Am Coll of Cardiol/American Heart Assoc Task Force on Practice Guidelines (Committee to revise the 1999 guidelines). Bethesda (MD): American College of Cardiology, American Heart Association; 2004. 211 p. [1398 references]

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 2020 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 978-4-89996-433-9
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/>

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



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

指標の説明・定義

急性心筋梗塞は通常発症後 2～3 ヶ月以内に安定化し、大多数の患者は安定狭心症または安定した無症候性冠動脈疾患の経過を辿ります。心筋梗塞発症後の長期予後を改善する目的で、抗血小板薬、 β -遮断薬、ACE 阻害薬あるいはアンギオテンシン II 受容体拮抗薬 (ARB)、スタチンなどの投与が推奨されています (日本循環器学会ガイドライン <http://www.j-circ.or.jp>)。

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

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

考察

1 年間の結果は、平均値 66.9% (前年比+1.6)、中央値 71.9% (前年比-1.9)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) で、測定を開始した 2013 年度から 2015 年度にかけて下がっていますが、その後 2016 年度以降は横ばいです。

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]

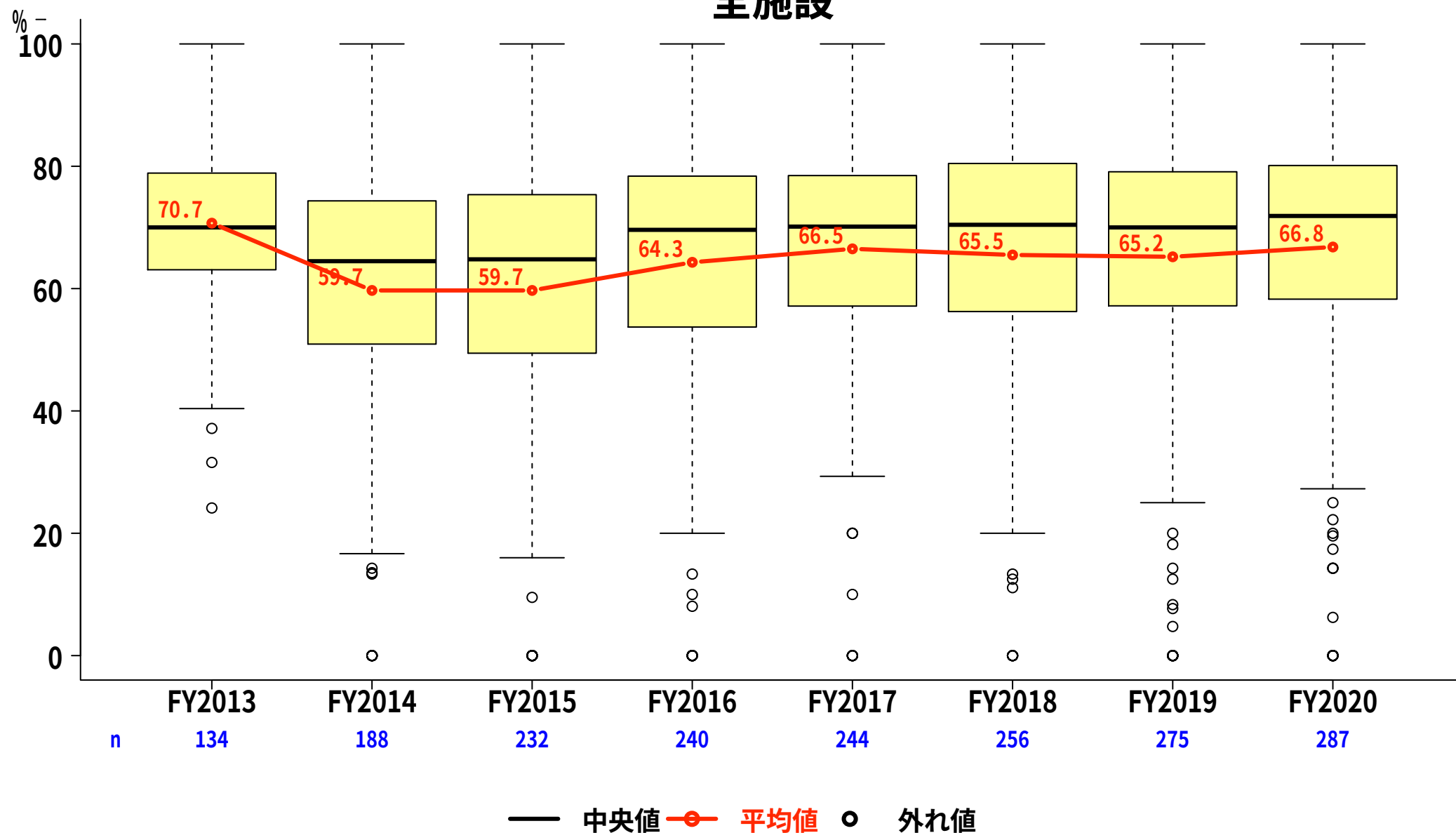
2. Krumholz HM, Anderson JL, Bachelder BL, Fesmire FM, Fihn SD, Foody JM, Ho PM, Kosiborod MN, Masoudi FA, Nallamothu BK, American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures, American Academy of Family Physicians, American College of Emergency Physicians, American 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 2020 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 978-4-89996-433-9
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/>

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



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

考察

1 年間の結果は、平均値 71.8% (前年比+3.2)、中央値 76.3% (前年比+1.7)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) で、測定を開始した 2013 年度から 2014 年度は下がっていますが、その後は改善し、2015 年度と比べて 6.8 ポイント上昇しています。

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]

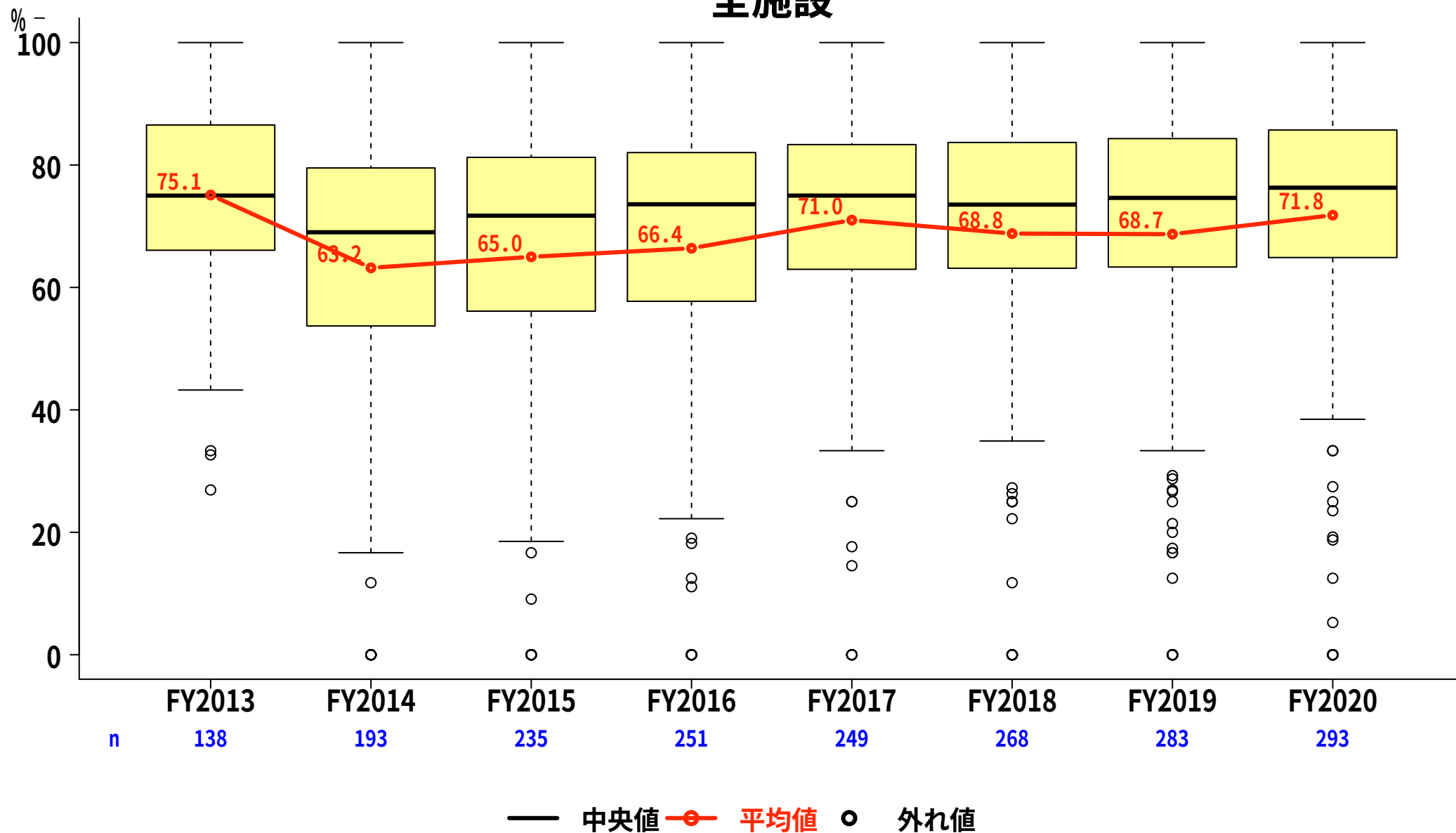
2. Krumholz HM, Anderson JL, Bachelder BL, Fesmire FM, Fihn SD, Foody JM, Ho PM, Kosiborod MN, Masoudi FA, Nallamothu BK, American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures, American Academy of Family Physicians, American College of Emergency Physicians, American 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 2020 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 978-4-89996-433-9
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/>

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



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

考察

1 年間の結果は、平均値 60.7% (前年比-0.7)、中央値 62.6% (前年比-2.7)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) で、測定を開始した 2015 年度から大きな変化はありませんでした。

参考文献

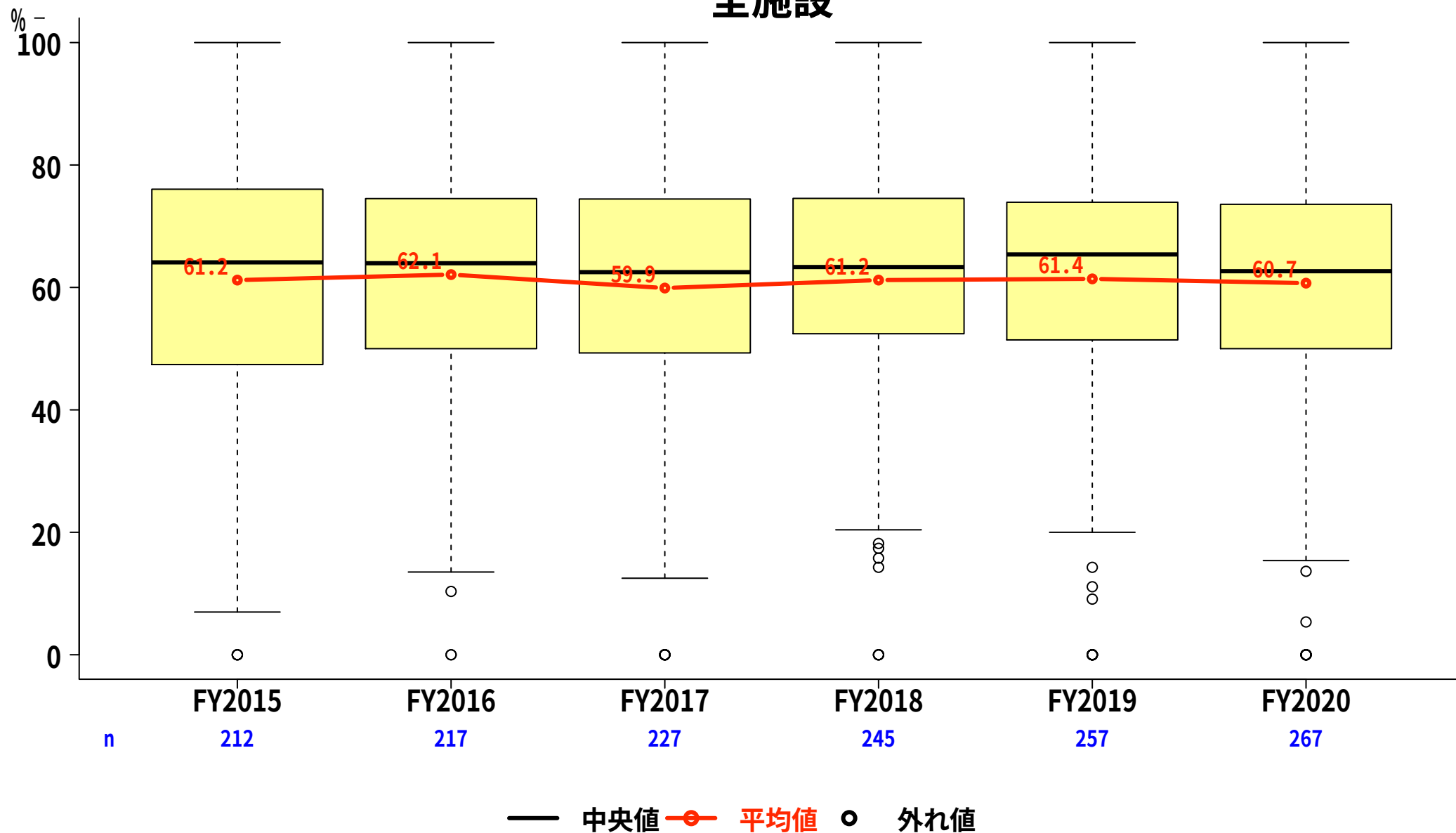
1. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3b AMI-8a Primary PCI Received Within 90 Minutes of Hospital Arrival (Internet:
http://www.jointcommission.org/assets/1/6/HIQR_Jan2014_v4_3b.zip 2016/10/15 available)
2. Antman EM, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction. Circulation. 2004;110:82-292
3. Flynn A et al. Trends in door-to-balloon time and mortality in patients with STEMI undergoing PPCI. Arch Intern Med. 2010;170:1842-1849
4. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 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 978-4-89996-433-9
5. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://qi.med.kyoto-u.ac.jp/>

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



No.23 脳梗塞(TIA 含む)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、アルテプラザー投与後 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

考察

1 年間の結果は、平均値 67.9% (前年比+3.6)、中央値 71.8% (前年比+4.2)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) で、経時的に見ると、測定を開始した 2013 年度から年々改善をしており、2013 年度と比べると 31.7 ポイントと大きな改善が見られました。

参考文献

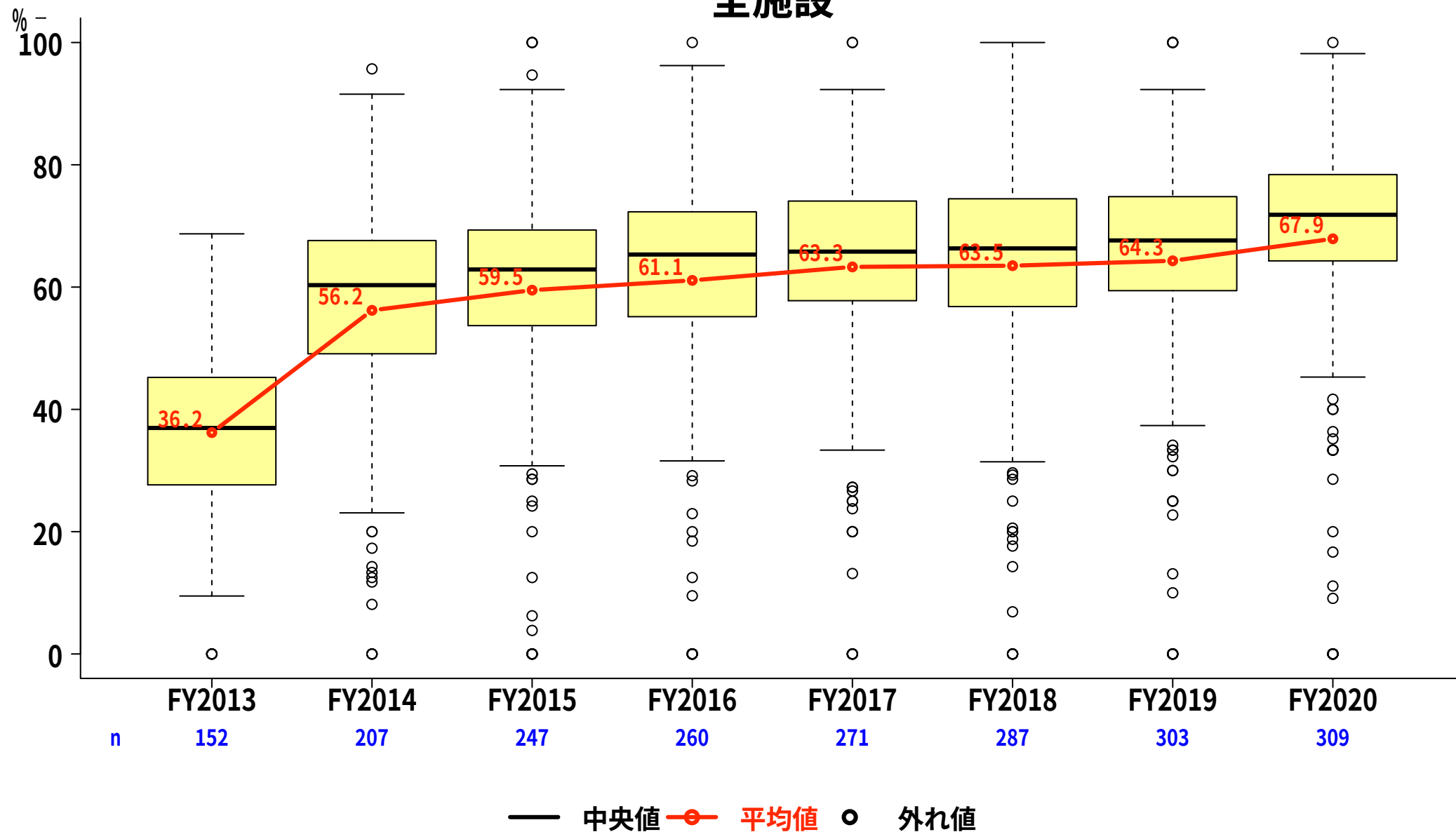
1. Anticoagulants and antiplatelet agents in acute ischemic stroke: report of the Joint Stroke Guideline Development Committee of the American Academy of Neurology and the American Stroke Association (a division of the American Heart Association).
2. Guidelines for the early management of adults with 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/>

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



No.24 脳梗塞(TIA 含む)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

考察

1 年間の結果は、平均値 72.5%(前年比+1.1)、中央値 76.9%(前年比+1.4)、最大値 100.0%(前年比±0)、最小値 0.0%(前年比±0)で、測定を開始した 2013 年度から大きな変化はありませんでした。

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.

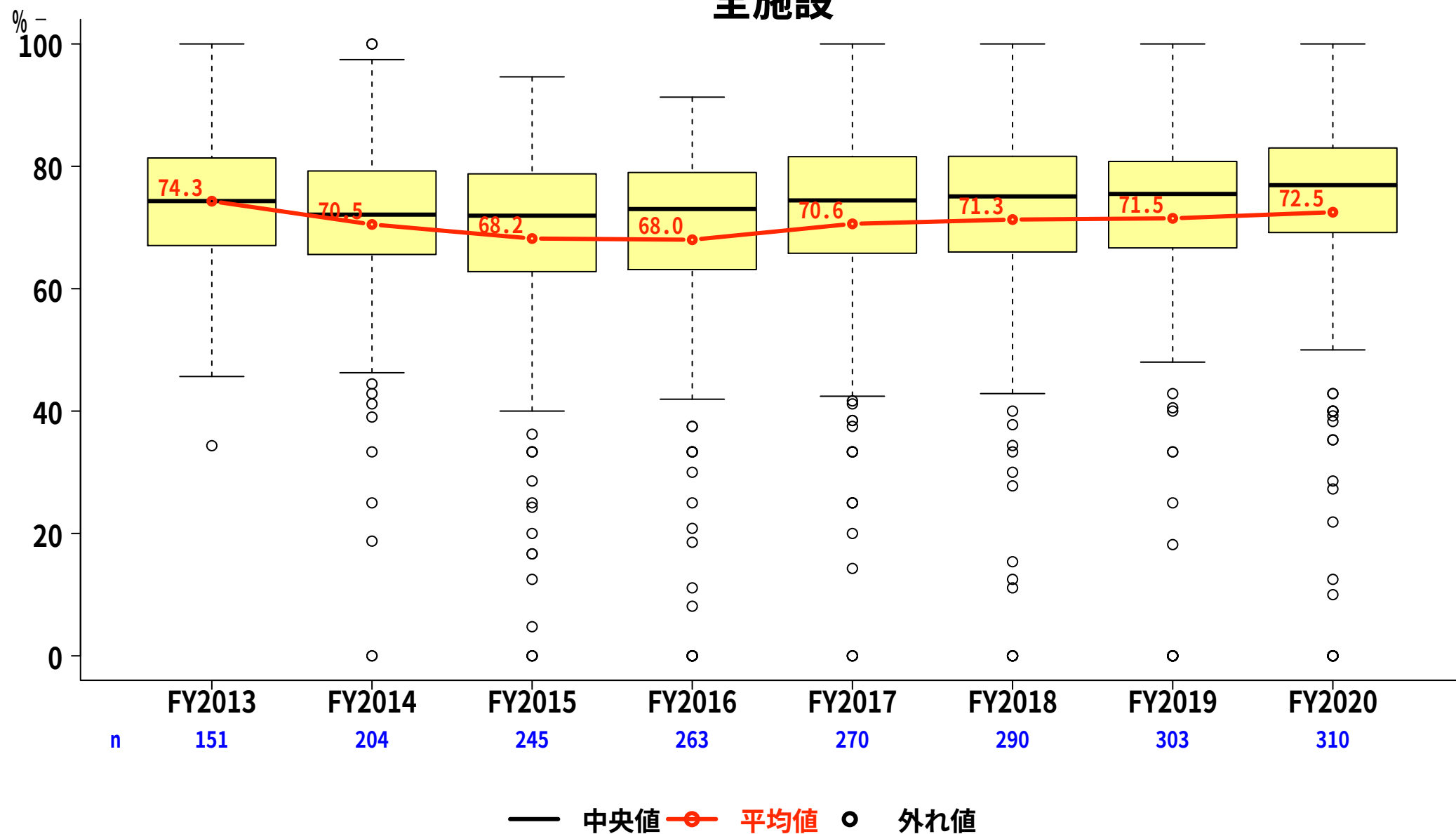
5. Anticoagulants and antiplatelet agents in acute ischemic stroke: report of the Joint Stroke Guideline Development Committee of the American Academy of Neurology and the American Stroke Association (a division of the American Heart Association).
6. Guidelines for the early management of adults with 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 2020 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 978-4-89996-433-9
10. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://qi.med.kyoto-u.ac.jp/>

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



No.25 脳梗塞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

考察

1 年間の結果は、平均値 37.7%(前年比+3.7)、中央値 37.6%(前年比+4.3)、最大値 100.0%(前年比+26.0)、最小値 0.0%(前年比±0)で、経時的に見ると、測定を開始した 2015 年度から年々改善をしており、2015 年度と比べると 15.3 ポイントと大きな改善が見られました。

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.

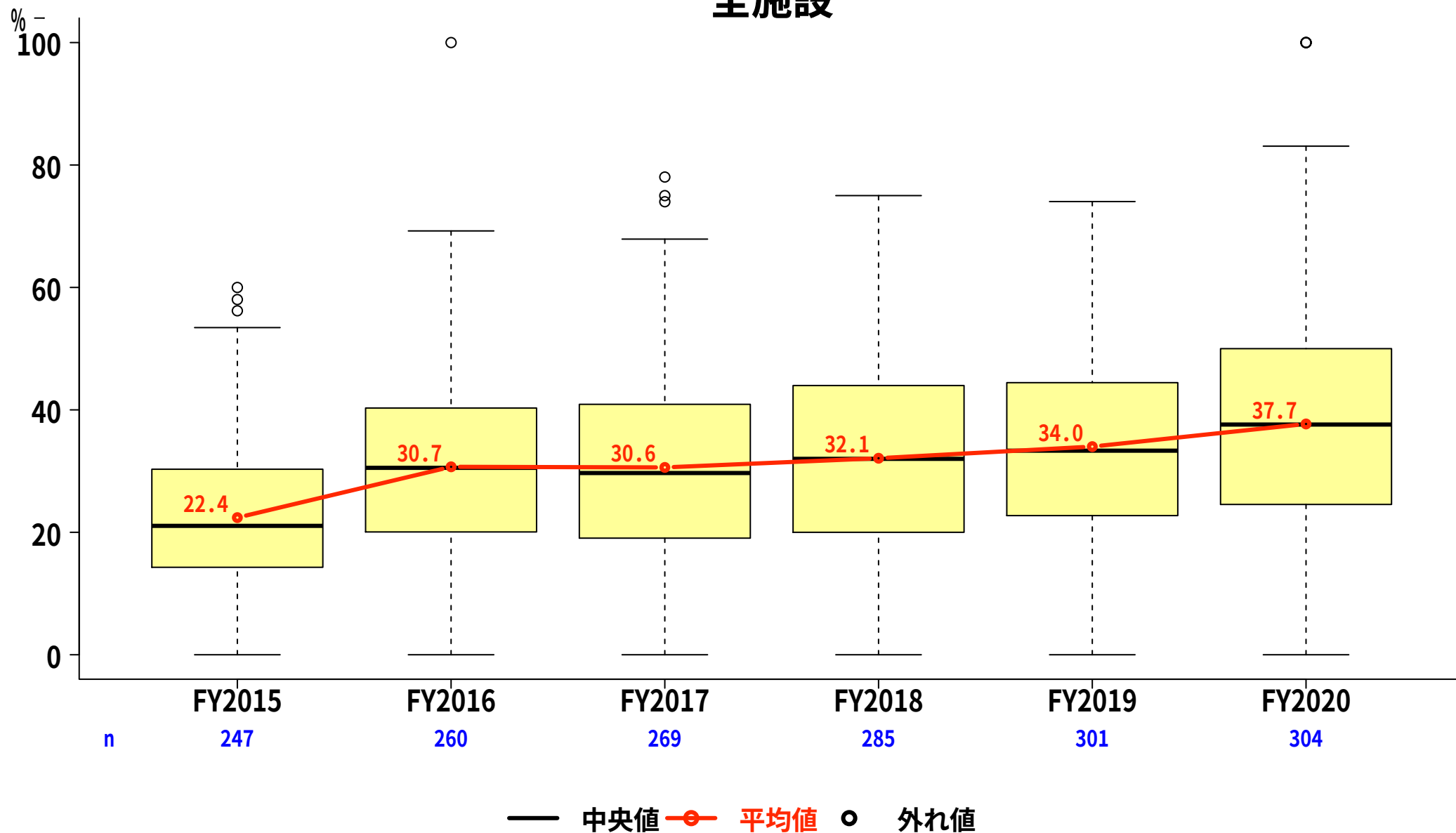
4. Sacco RL, et al. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke [trunc]. Stroke 2006 Feb;37(2):577-617.
5. Anticoagulants and 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 2020 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 978-4-89996-433-9
10. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://qi.med.kyoto-u.ac.jp/>

一般-30 脳梗塞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



No.26 心房細動を伴う脳梗塞(TIA 含む) 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

考察

1 年間の結果は、平均値 74.8%(前年比+1.5)、中央値 76.0%(前年比-0.5)、最大値 100.0%(前年比±0)、最小値 0.0%(前年比±0)で、測定を開始した 2013 年度から大きな変化はありませんでした。

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.

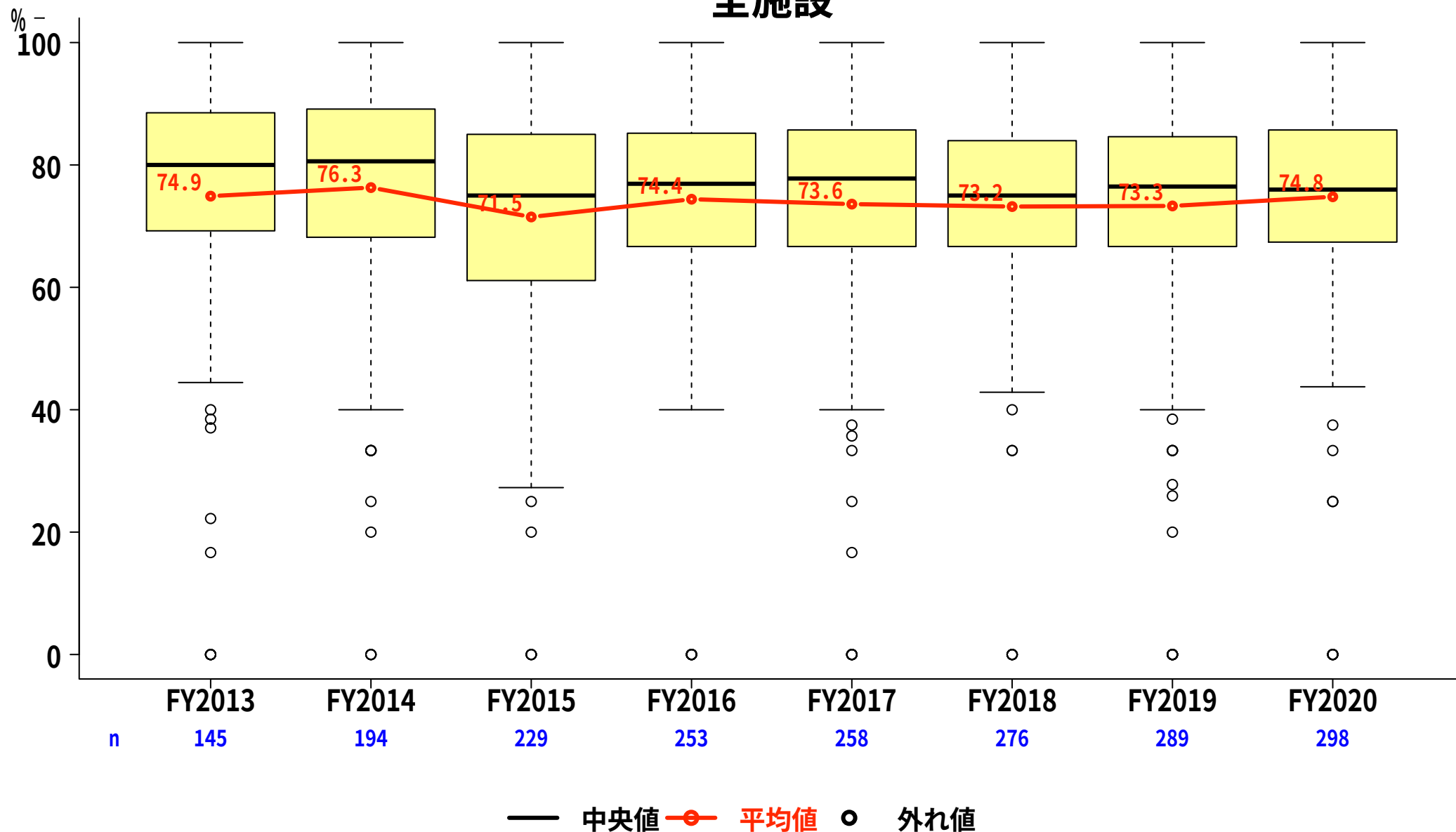
5. Sacco RL, Adams R, Albers G, Alberts MJ, Benavente O, Furie K, Goldstein LB, Gorelick P, Halperin J, Harbaugh R, Johnston SC, Katzan I, Kelly-Hayes M, Kenton EJ, Marks M, Schwamm LH, Tomsick T. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack: a statement 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 2020 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 978-4-89996-433-9
7. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://qi.med.kyoto-u.ac.jp/>

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



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

考察

1年間の結果は、平均値 75.8%(前年比+2.6)、中央値 83.5%(前年比+3.8)、最大値 100.0%(前年比±0)、最小値 0.0%(前年比±0)で、経時的に見ると、測定を開始した 2013 年度から年々改善をしており、2013 年度と比べると 11.7 ポイントと大きな改善が見られました。

参考文献

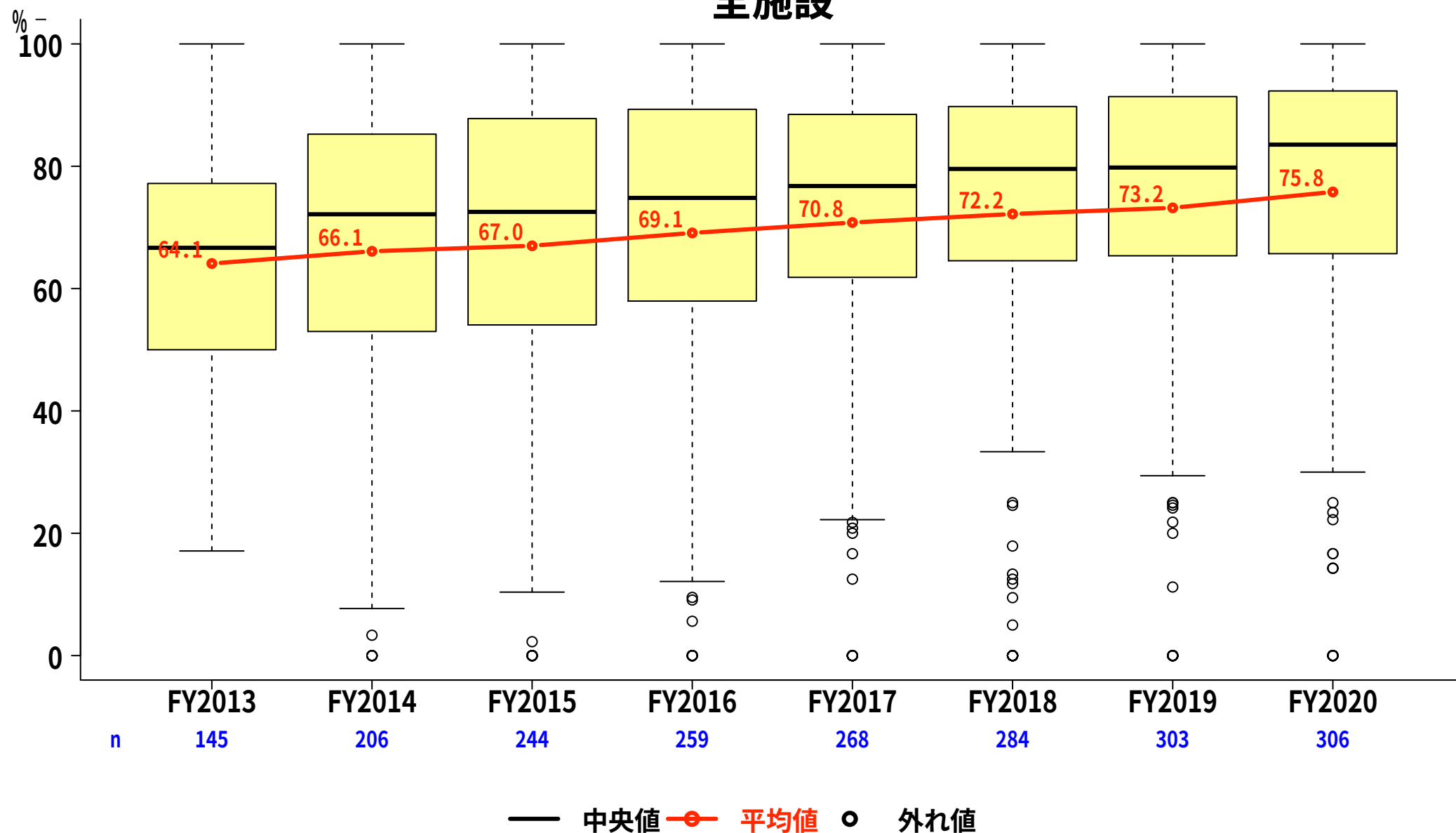
1. 「脳卒中治療ガイドライン 2015」日本脳卒中学会
2. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3a
STK-10 Assessed for Rehabilitation (Internet:
http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NHQM_v4_3a_PDF_10_2_2013.zip 2016/10/15 available)
3. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 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 978-4-89996-433-9
4. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://qi.med.kyoto-u.ac.jp/>

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



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。

2019 年度までは分母を「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」としていましたが、2020 年度は、「喘息を原因とする 15 歳以上の入院患者数」「喘息を原因とする 5 歳から 14 歳の入院患者数」に変更しました。

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: No.28-a) 喘息を原因とする 15 歳以上の入院患者数
No.28-b) 喘息を原因とする 5 歳から 14 歳の入院患者数

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

考察

1 年間の結果は、15 歳以上は平均値 79.5%、中央値 83.3%、最大値 100.0%、最小値 0.0%、5 歳から 14 歳は平均値 36.7%、中央値 33.3%、最大値 100.0%、最小値 0.0%でした。

細分化しての測定は今年度からとなるため、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. 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

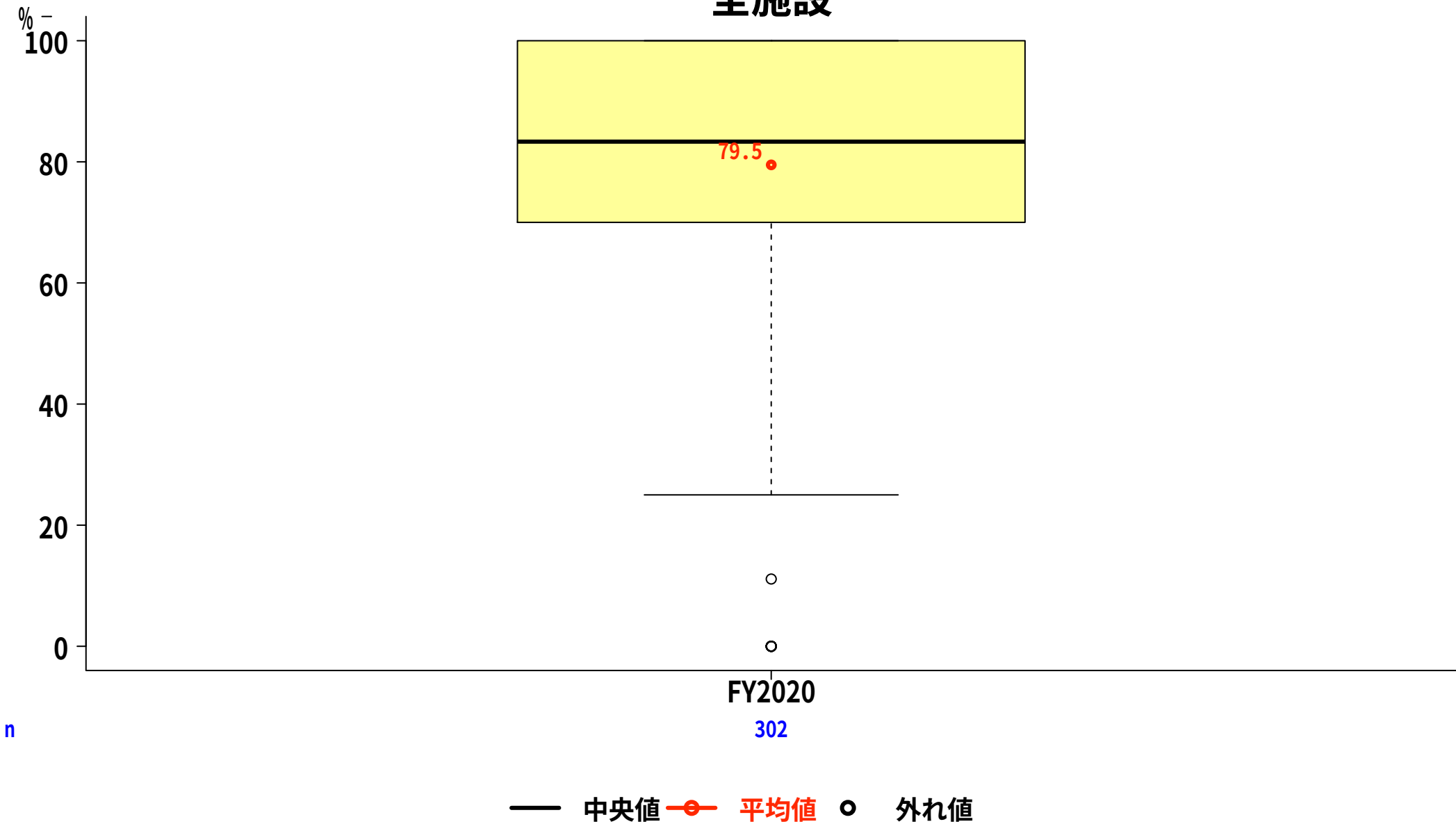
prescribed medication during the measurement year. National Committee for Quality Assurance (NCQA). HEDIS 2012: Healthcare Effectiveness Data and Information Set. Vol. 1, narrative. Washington (DC): National Committee for Quality Assurance (NCQA); 2011.

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

一般-58 喘息患者のうち吸入ステロイドを入院中に処方された割合(15歳以上)

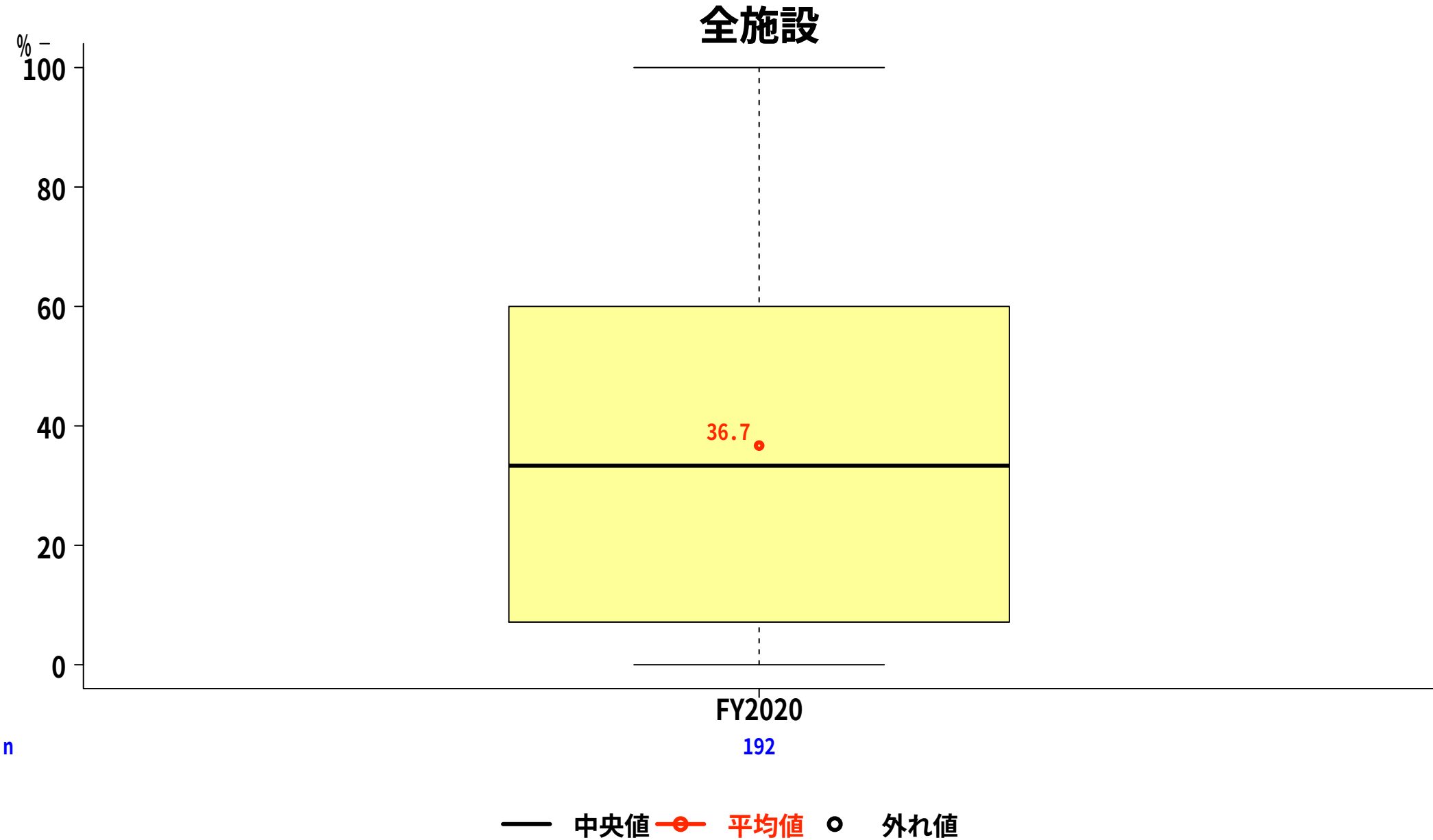
分子:入院中に吸入ステロイド薬の処方を受けた患者数
分母:喘息を原因とする15歳以上の入院患者数

全施設



一般-59 喘息患者のうち吸入ステロイドを入院中に処方された割合(5歳から14歳)

分子:入院中に吸入ステロイド薬の処方を受けた患者数
分母:喘息を原因とする5歳から14歳の入院患者数



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

考察

1 年間の結果は、平均値 87.5%(前年比-1.6)、中央値 95.0%(前年比+0.3)、最大値 100.0%(前年比±0)、最小値 0.0%(前年比±0)で、測定を開始した 2013 年度から大きな変化はありませんでした。

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.

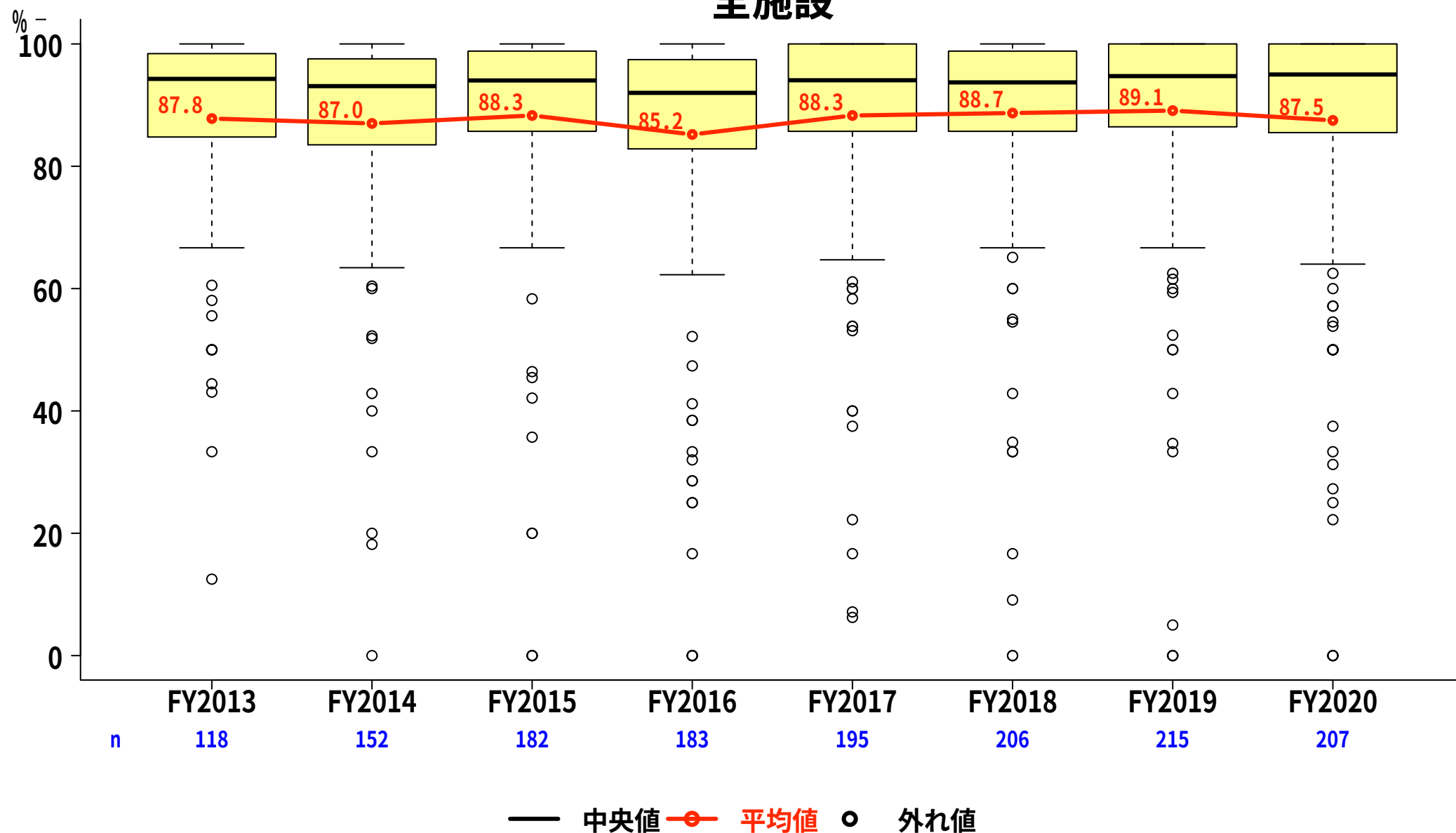
5. Specifications manual for national hospital inpatient quality measures, version 3.1a. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), The Joint Commission; 2010 Apr 1. various p.
6. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://qi.med.kyoto-u.ac.jp/>

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



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

考察

1 年間の結果は、平均値 81.5% (前年比+3.1)、中央値 84.8% (前年比+4.2)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 2.6% (前年比-3.0) で、経時的に見ると、測定を開始した 2015 年度から年々改善をしており、2015 年度と比べると 12.2 ポイントと大きな改善が見られました。

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。

参考文献

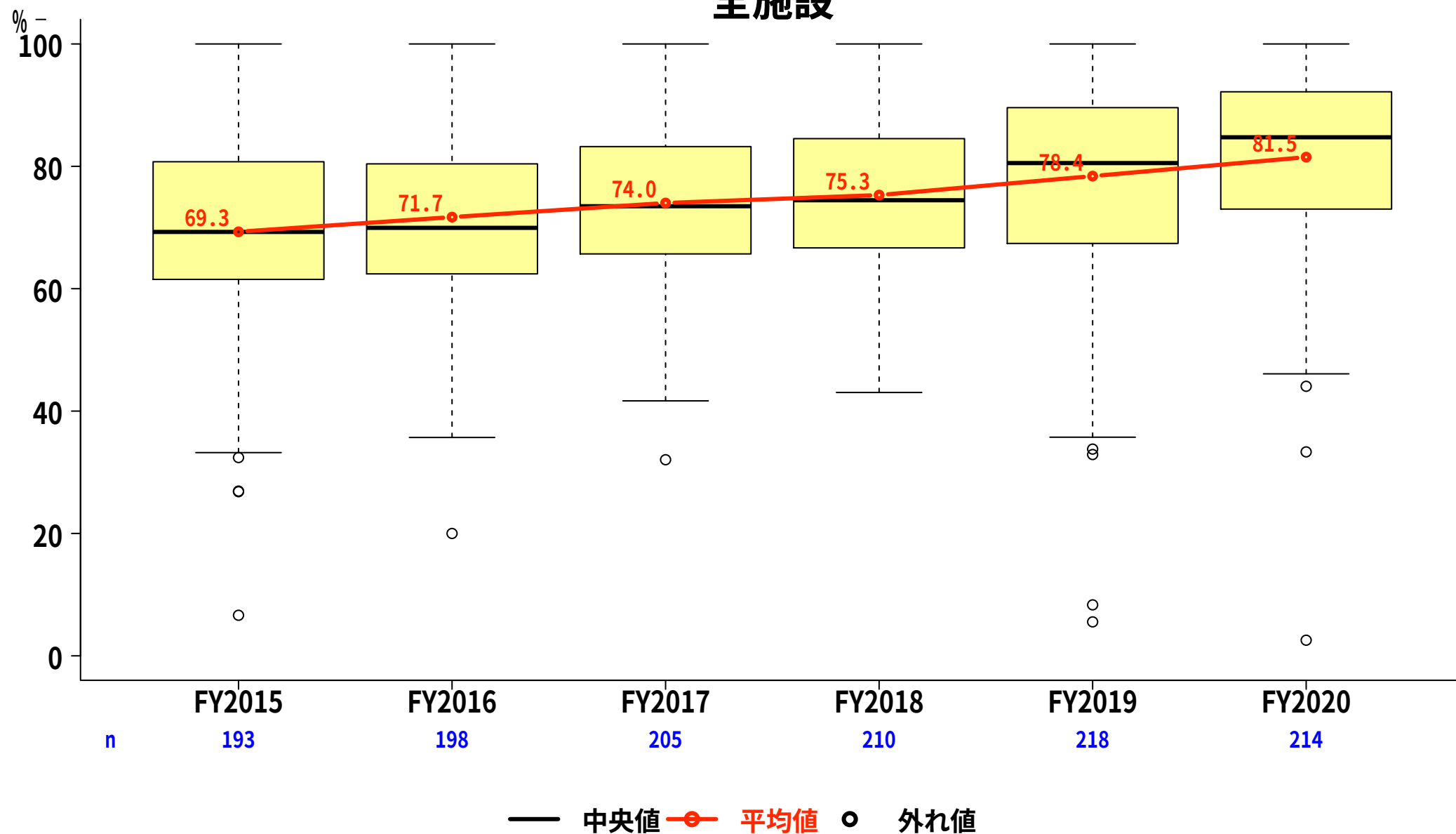
1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディア ISBN 978-4-89996-433-9

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



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

考察

1 年間の結果は、平均値 71.4% (前年比+1.0)、中央値 74.9% (前年比+0.4)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) で、経時的に見ると、測定を開始した 2015 年度から 2018 年度までは改善していましたが、その後一段下がっているように見えます。

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。

参考文献

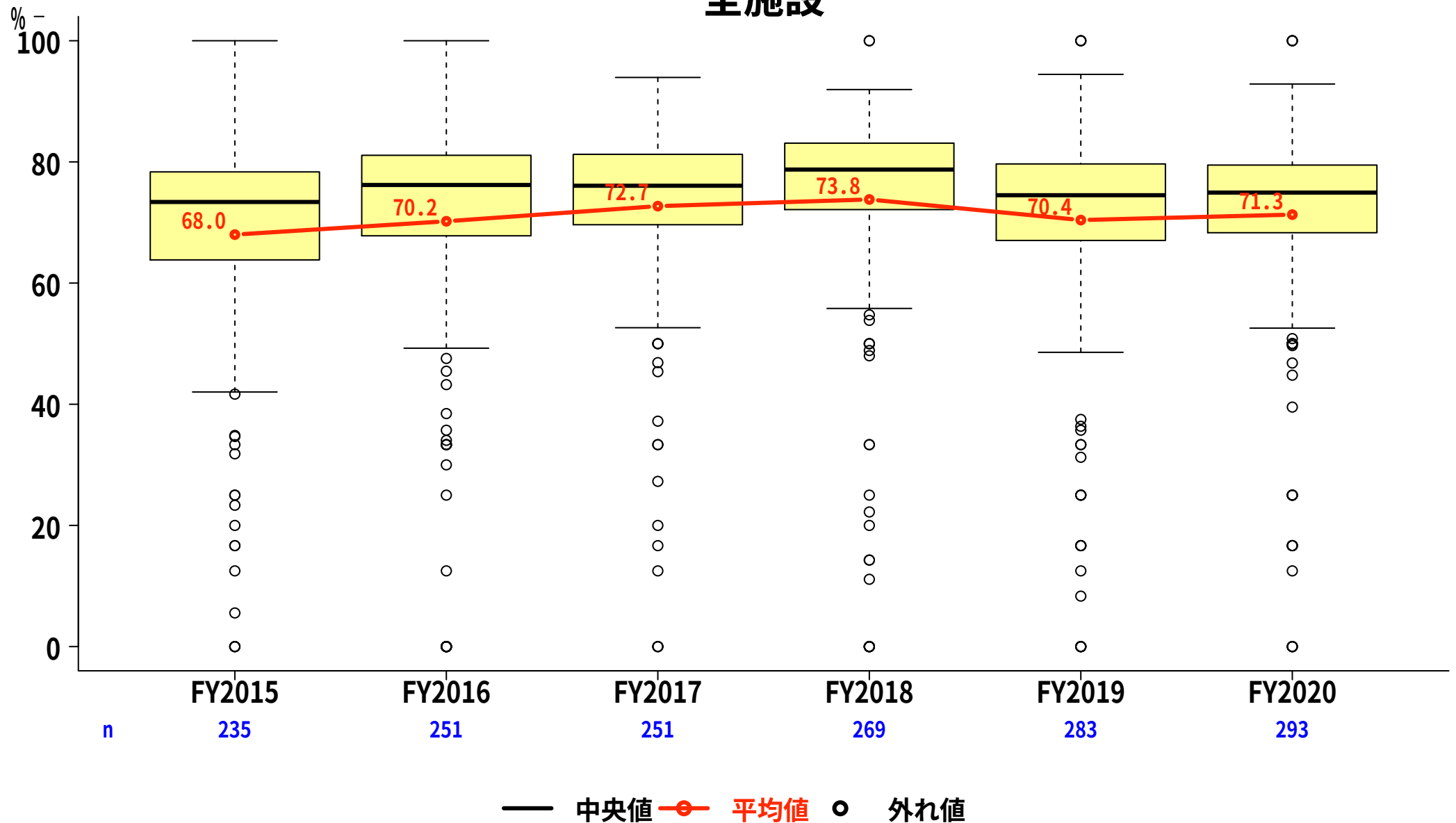
1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディア ISBN 978-4-89996-433-9

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



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

考察

1 年間の結果は、平均値 64.6% (前年比+3.0)、中央値 68.8% (前年比+3.4)、最大値 100.0% (前年比+18.1)、最小値 0.0% (前年比±0) で、経時的に見ると、測定を開始した 2015 年度から年々改善をしており、2015 年度と比べると 12.5 ポイントと大きな改善が見られました。

統合指標のため、「脳梗塞(TIA 含む)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」「脳梗塞(TIA 含む)患者のうち退院時抗血小板薬処方割合」「脳梗塞患者の退院時スタチン処方割合」「心房細動を伴う脳梗塞(TIA 含む)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。

参考文献

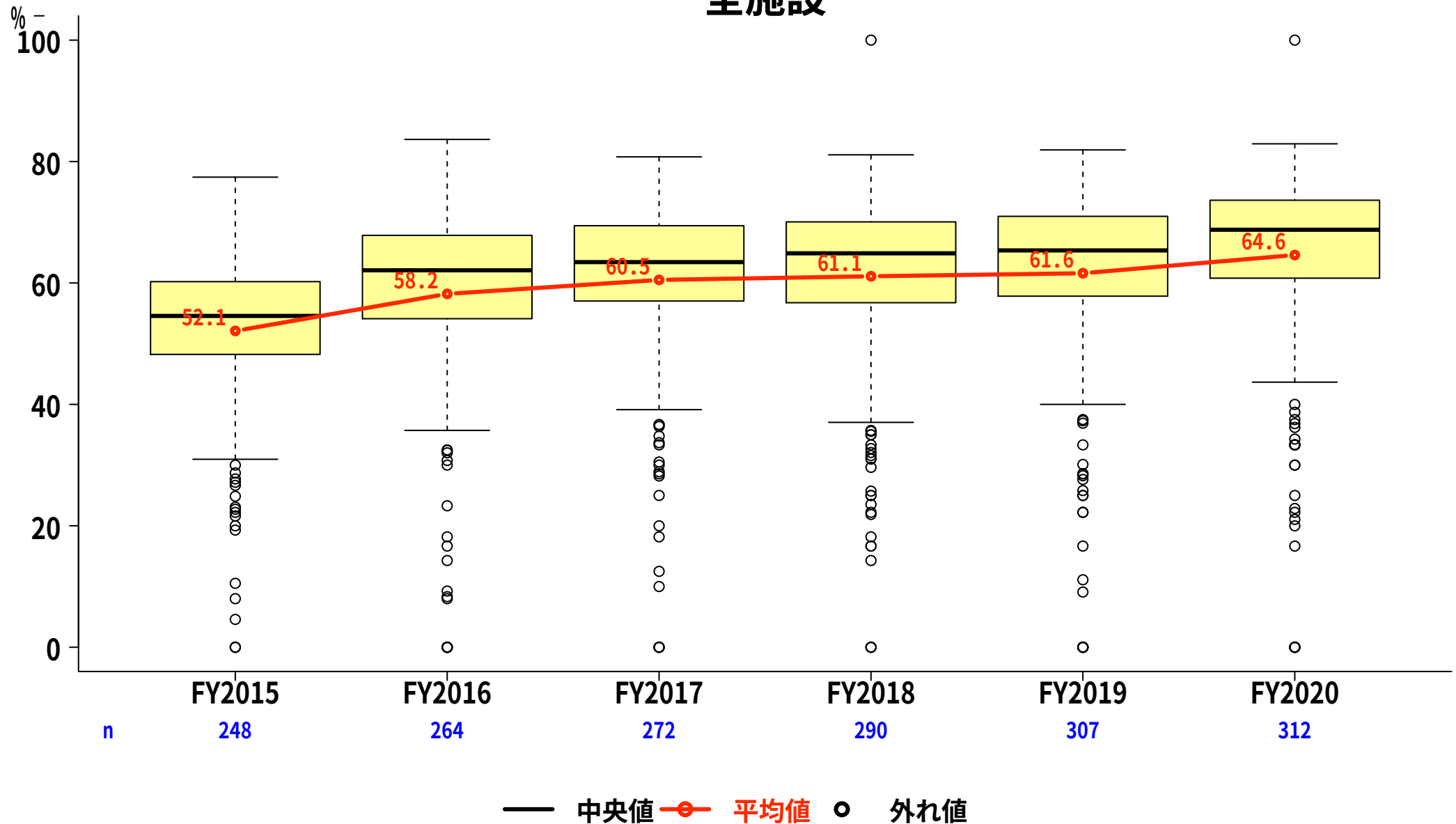
1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディア ISBN 978-4-89996-433-9

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



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にあります。

<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

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 75 施設で、提出割合は 78.4% (272/347, 前年比-0.9) でした。

1 年間の結果は、平均値 41.5 件(前年比-2.9)、中央値 36.5 件(前年比-1.9)、最大値 158.4 件(前年比-99.6)、最小値 0.4 件(前年比 0.2)で、測定を開始した 2018 年度からやや下降してはいますが、ばらつきが少なくなっており、正確にデータ提出ができるようになってきた可能性があります。

<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 82 施設で、提出割合は 76.4% (265/347, 前年比-1.7) でした。

1 年間の結果は、平均値 3.8% (前年比-0.1)、中央値 2.6% (前年比-0.3)、最大値 55.2% (前年比+3.4)、最小値 0.0% (前年比±0) で、測定を開始した 2018 年度以降大きな変化はありませんでした。

参考文献

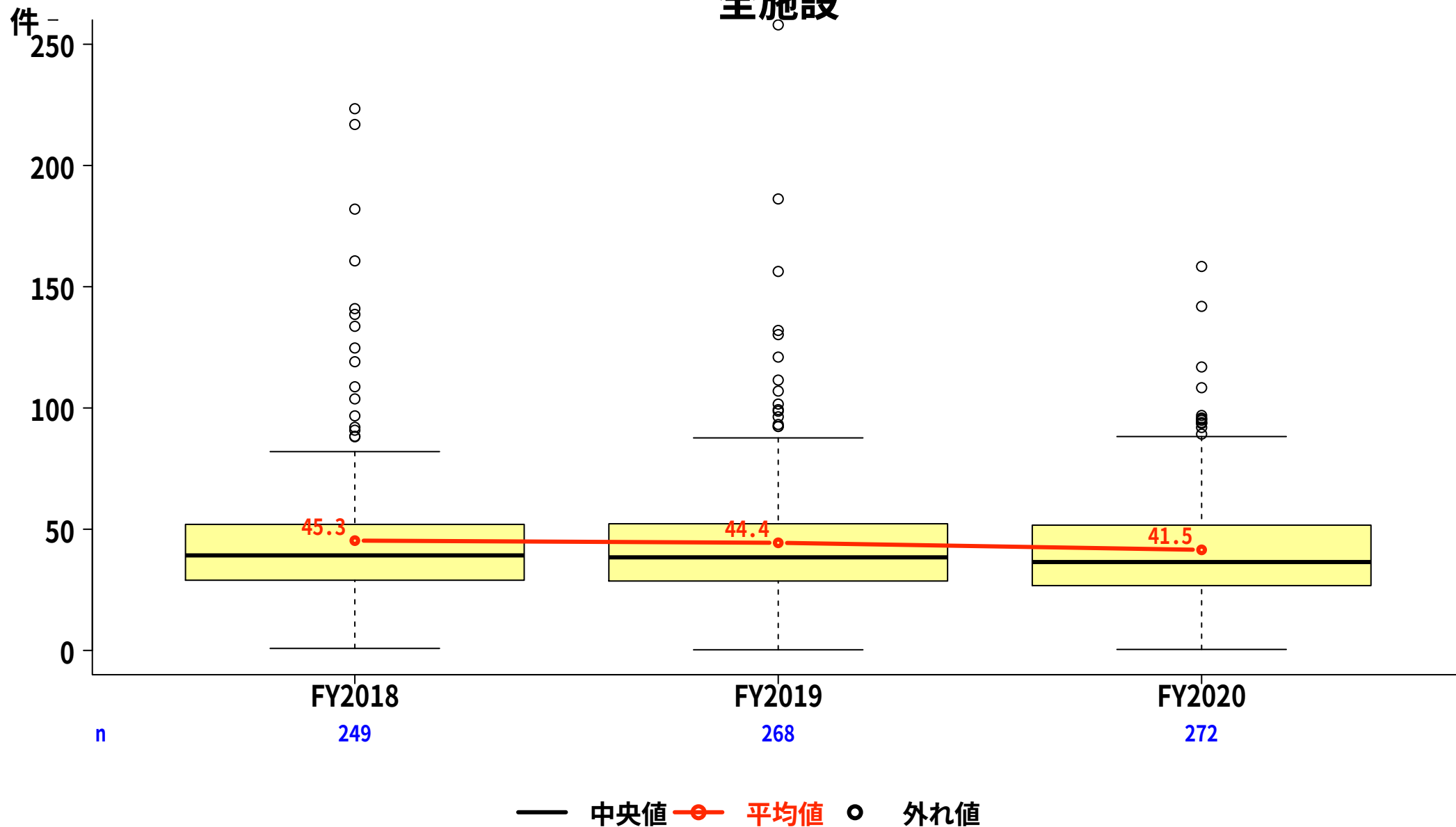
1. 国立大学附属病院長会議常置委員会 医療安全管理体制担当校. 国立大学附属病院における医療上の事故等の公表に関する指針(改訂版)平成 24 年 6 月.

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

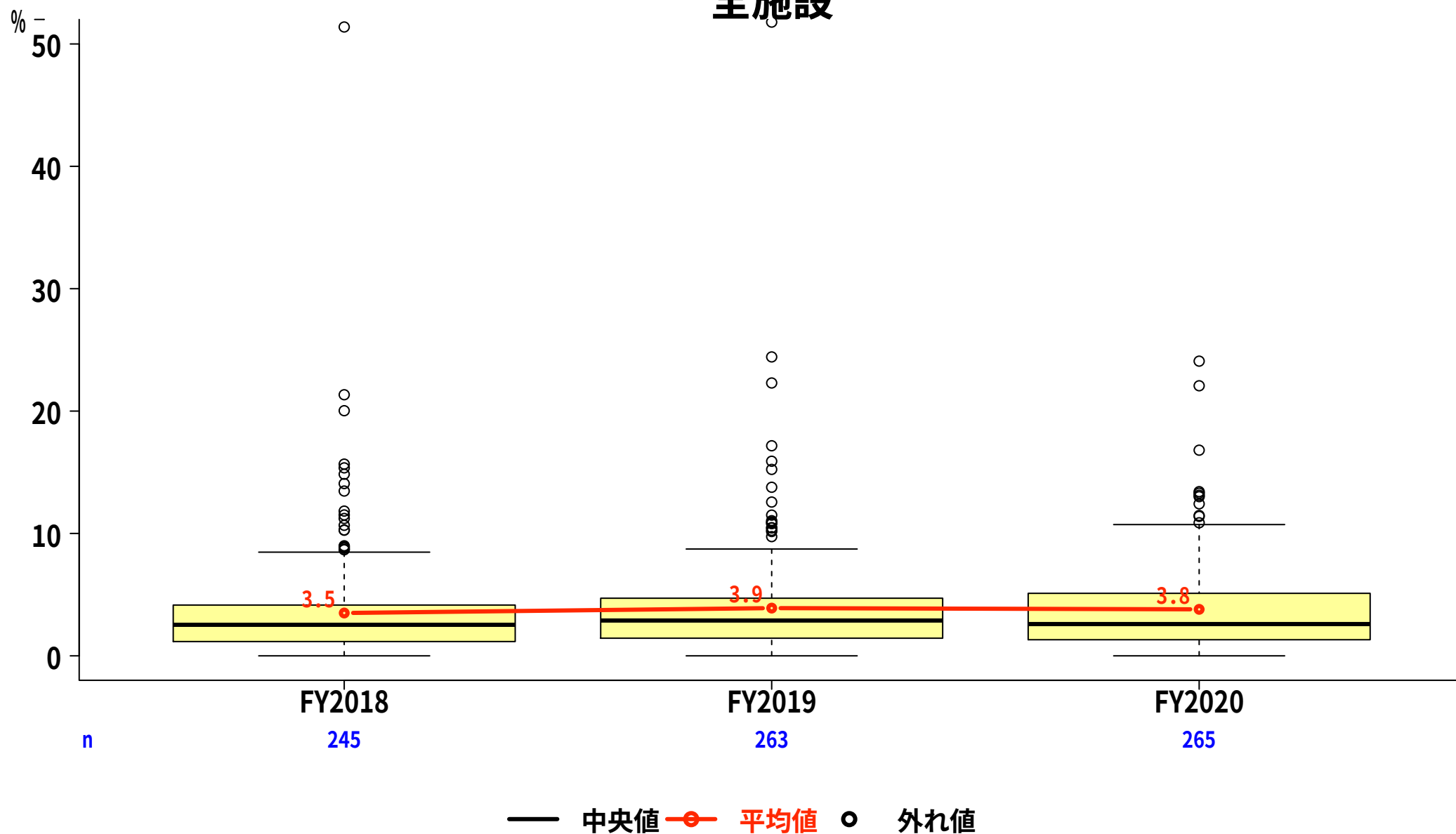


一般-51 全報告中医師による報告の占める割合

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



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

考察

今回、提出がなかったのは118施設で、提出割合は66.0%(229/347, 前年比-3.5)でした。

1年間の結果は、平均値94.7%(前年比+0.9)、中央値95.7%(前年比+0.9)、最大値100.0%(前年比±0)、最小値78.5%(前年比+17.8)で、測定を開始した2018年度以降大きな変化はないものの、最小値が17.8ポイント改善しています。新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の流行により、その他の予防接種も重要性が増した結果と言えます。

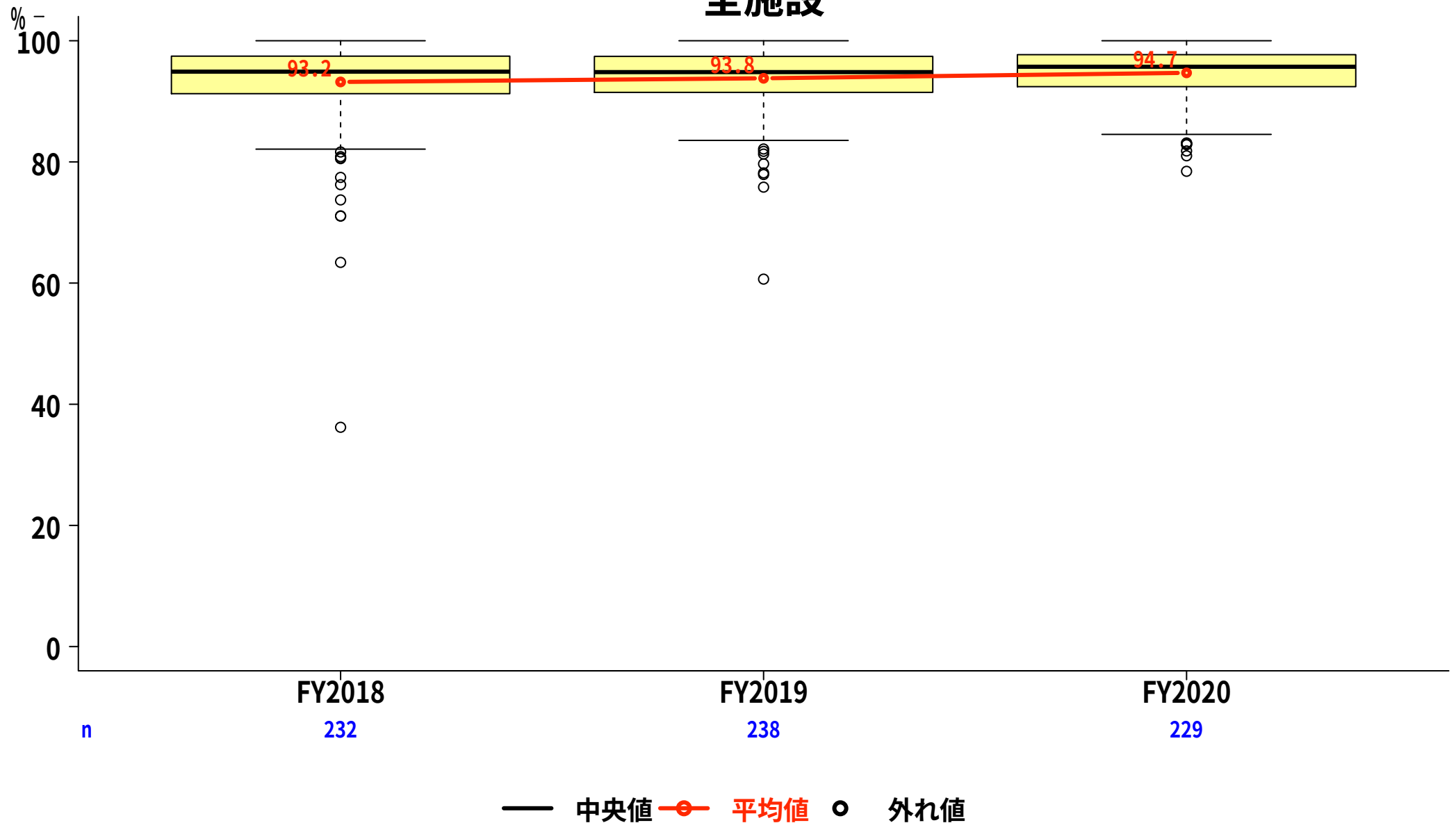
参考文献

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>

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

全施設



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

考察

1年間の結果は、平均値84.4%（前年比-0.1）、中央値84.6%（前年比-0.7）、最大値98.7%（前年比-0.4）、最小値39.1%（前年比+5.8）でした。

測定を開始した2018年度から2019年度は大きく改善しているように見えますが、2019年度に定義を見直し、レコード数から算定回数に変更したことが影響していると考えます。

次年度は、途中で定義が変更になったものは見せ方を考慮していく予定です。

参考文献

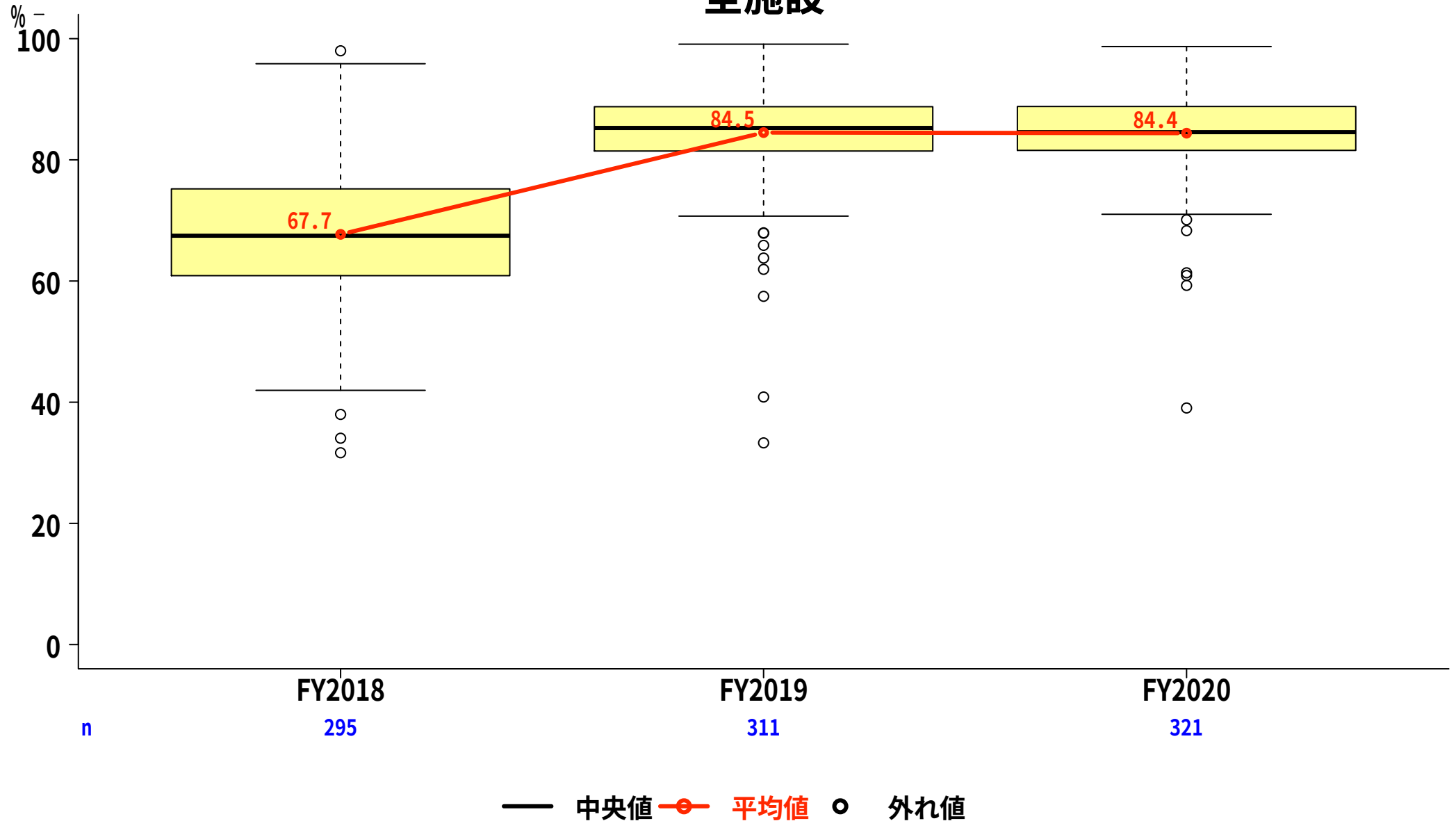
1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://qi.med.kyoto-u.ac.jp/>

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



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

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36.7%(前年比+0.8)、中央値38.6%(前年比+1.5)、最大値63.8%(前年比+1.6)、最小値0.0%(前年比±0)で、測定を開始した2018年度以降大きな変化はありませんでした。

<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70.7%(前年比+3.9)、中央値79.9%(前年比+5.5)、最大値98.2%(前年比-1.8)、最小値0.0%(前年比-0.4)で、測定を開始した2018年度と比べると、10.3ポイント改善しました。

参考文献

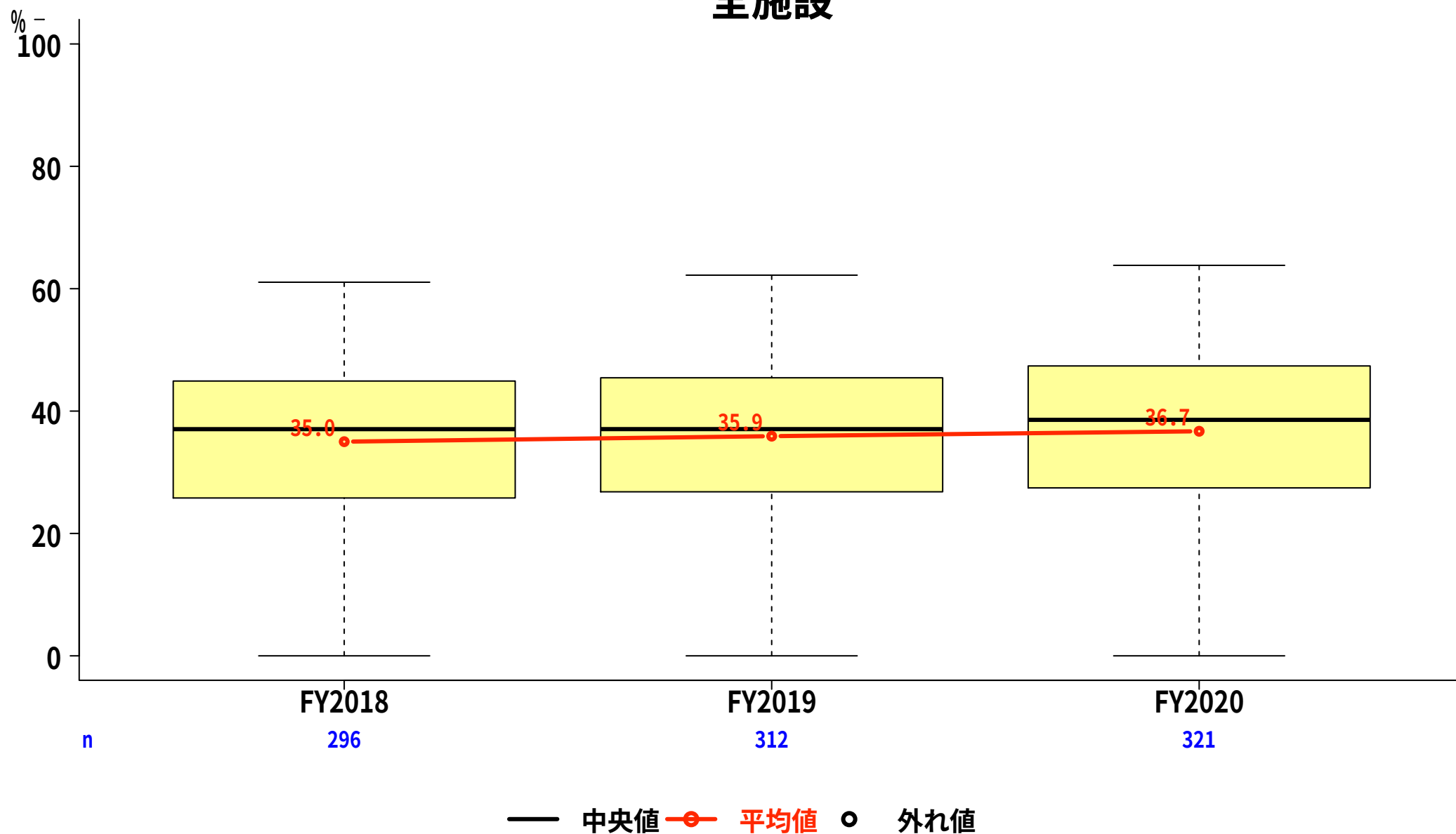
1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://qi.med.kyoto-u.ac.jp/>

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

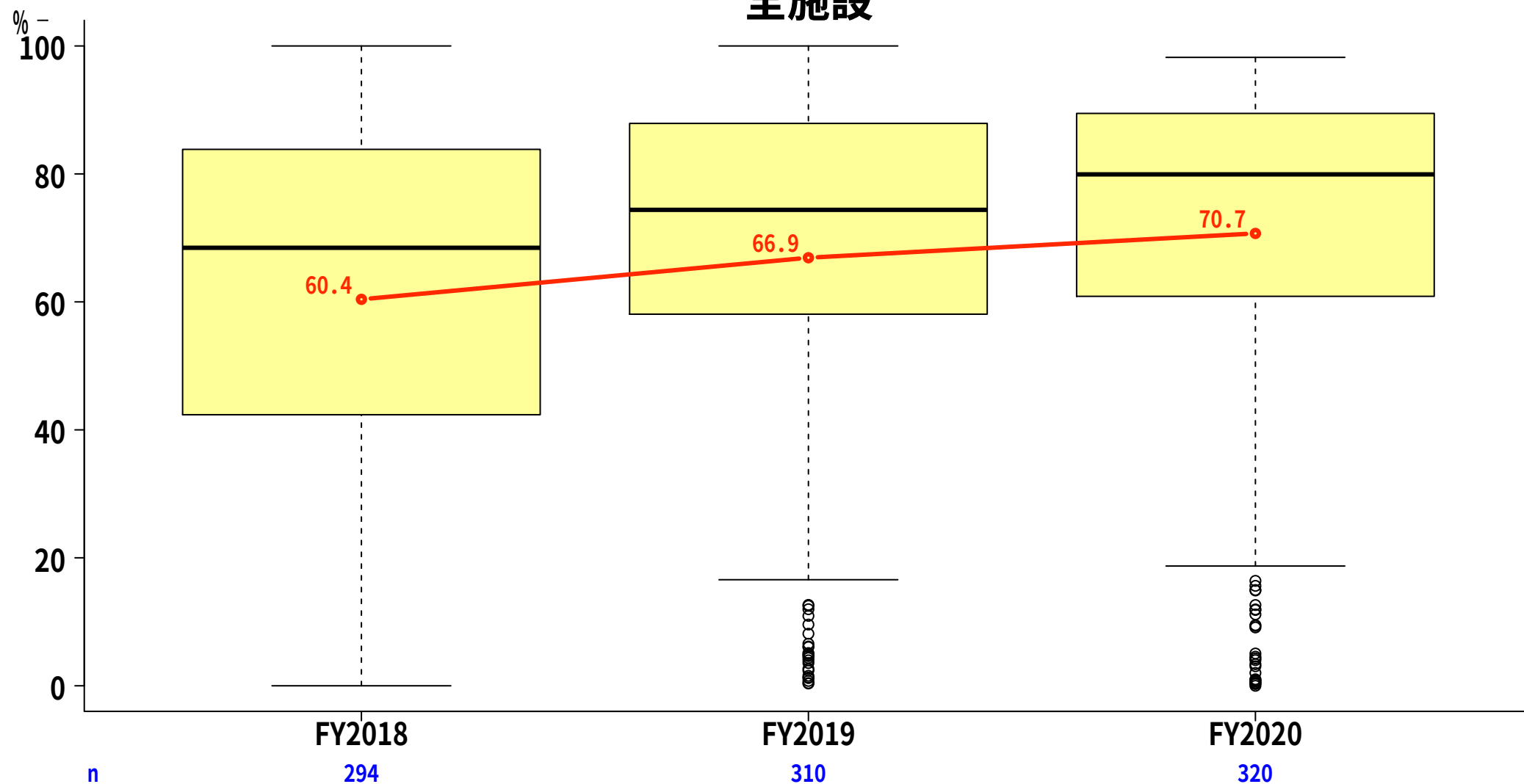


一般-42 血液培養実施時の2セット実施率

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



— 中央値 —●— 平均値 ○ 外れ値

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

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 10.9% (前年比+0.1)、中央値 1.2% (前年比-1.6)、最大値 53.3% (前年比+0.1)、最小値 0.0% (前年比±0) で、測定を開始した 2018 年度と比べて、大きな変化はありませんでした。

<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 20.4% (前年比-1.1)、中央値 0.0% (前年比-3.9)、最大値 86.6% (前年比-3.0)、最小値 0.0% (前年比±0) で、脳卒中患者に対する地域連携パス使用率同様、測定を開始した 2018 年度と比べて、大きな変化はありませんでした。

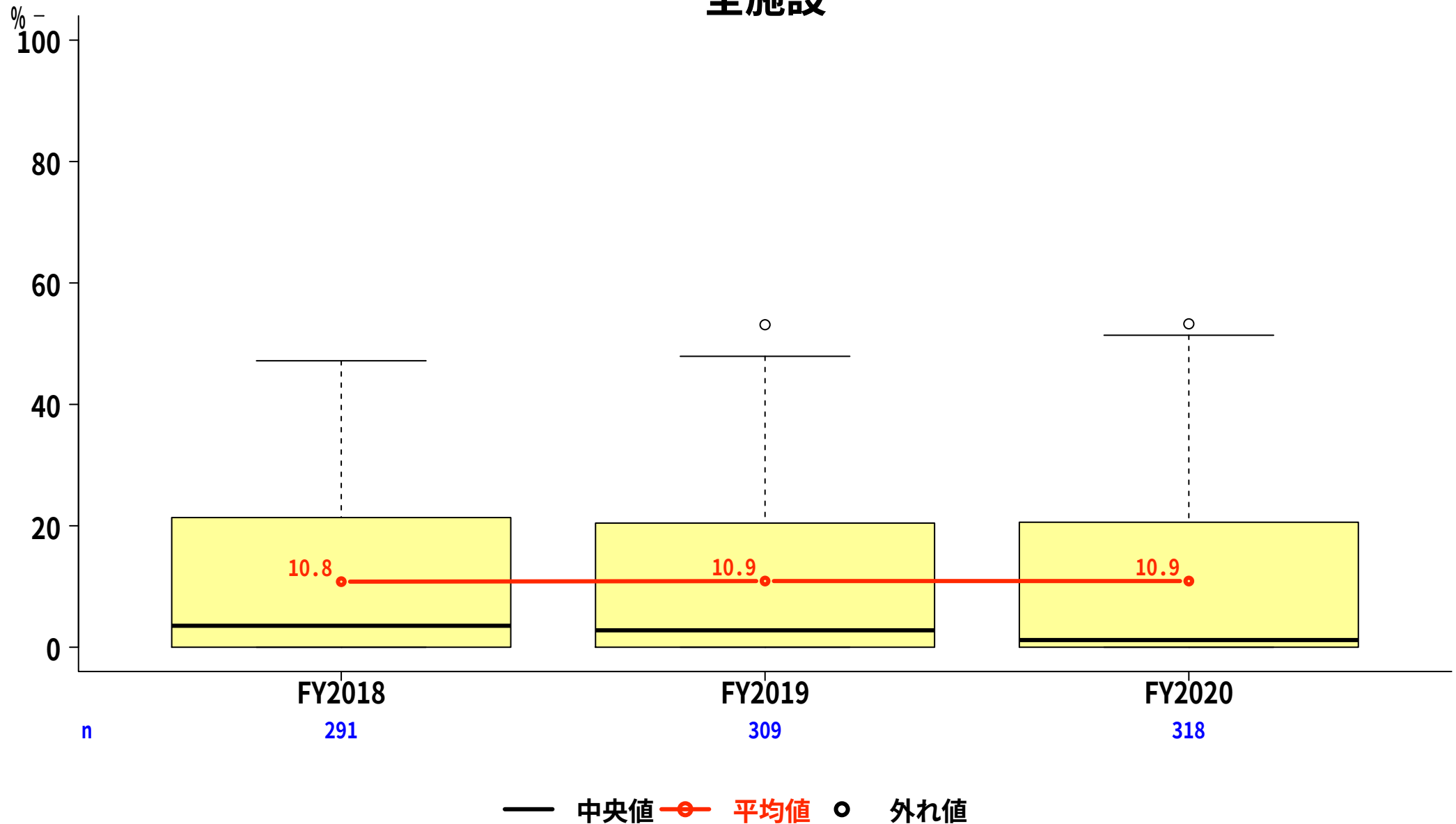
参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://qi.med.kyoto-u.ac.jp/>
2. 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
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

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

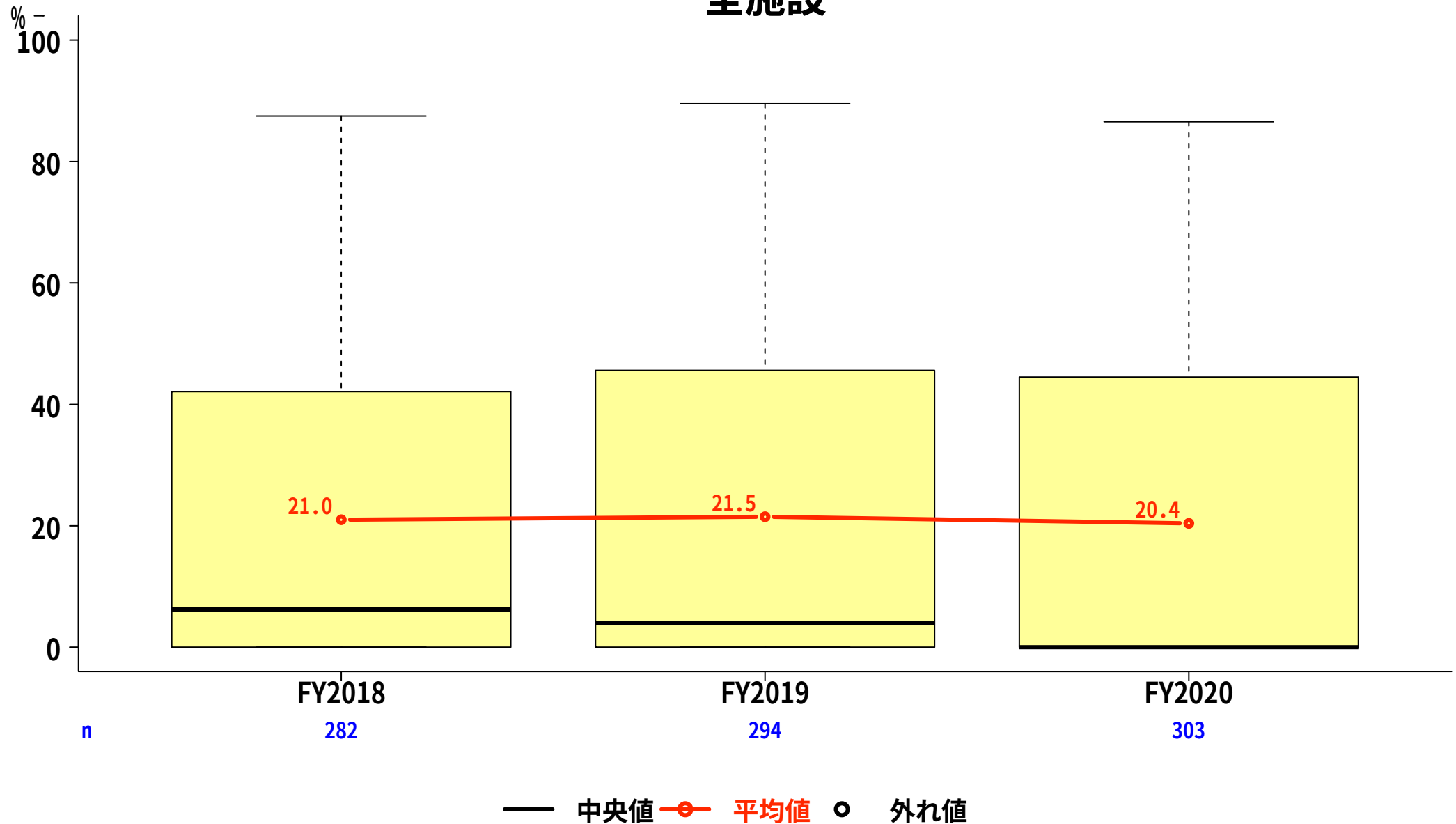


一般-44 大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携パスの使用率

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



No.38 18 歳以上の身体抑制率

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、立ち上がったたりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。
- 7) 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子を使用する。
- 8) 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せる。
- 9) 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
- 10) 行動を落ち着かせるために、向神経薬を過剰に服用させる。
- 11) 自分の意志であけることの出来ない居室等に隔離する。

指標の種類・値の解釈

プロセス

より低い値が望ましい

考察

今回、提出がなかったのは 181 施設で、提出割合は 47.8% (166/347, 前年比+2.6) でした。

1 年間の結果は、平均値 11.6% (前年比+1.3)、中央値 9.9% (前年比+1.1)、最大値 65.8% (前年比+23.8)、最小

値 0.0% (前年比±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。

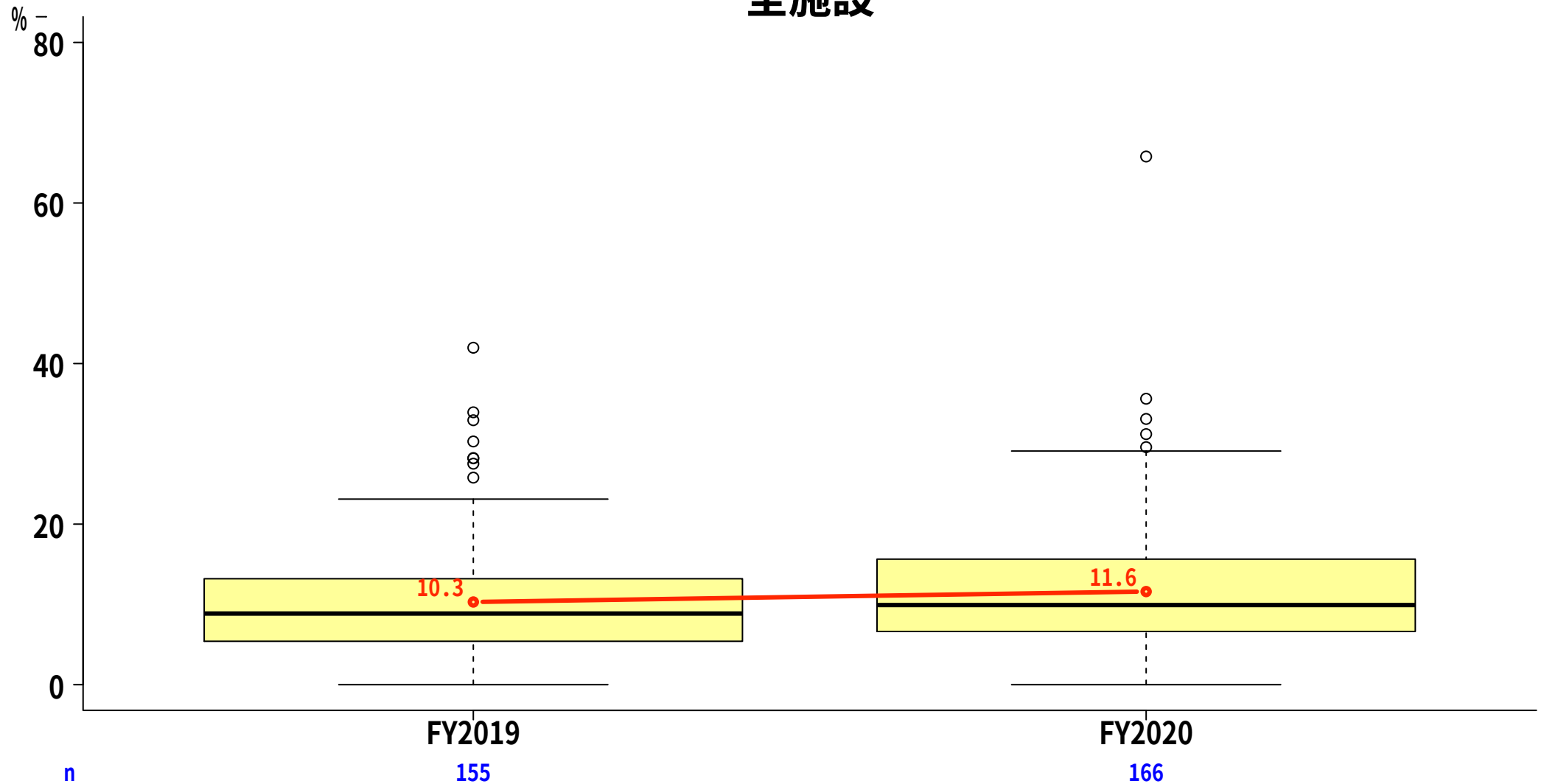
参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 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 978-4-89996-433-9
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」

一般-56 18歳以上の身体抑制率

分子:(物理的)身体抑制を実施した患者延べ数
分母:18歳以上の入院患者延べ数

全施設



— 中央値 —●— 平均値 ○ 外れ値

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

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

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 26.9%(前年比+1.3)、中央値 25.0%(前年比+5.5)、最大値 92.0%(前年比-0.6)、最小値 0.0%(前年比±0)でした。

2019年度から新しく採用した項目のため、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。

<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 38.1% (前年比+1.5)、中央値 34.4% (前年比+2.2)、最大値 100.0% (前年比+1.9)、最小値 0.0% (前年比±0)でした。

「大腿骨頸部骨折の早期手術割合」同様、2019年度から新しく採用した項目のため、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

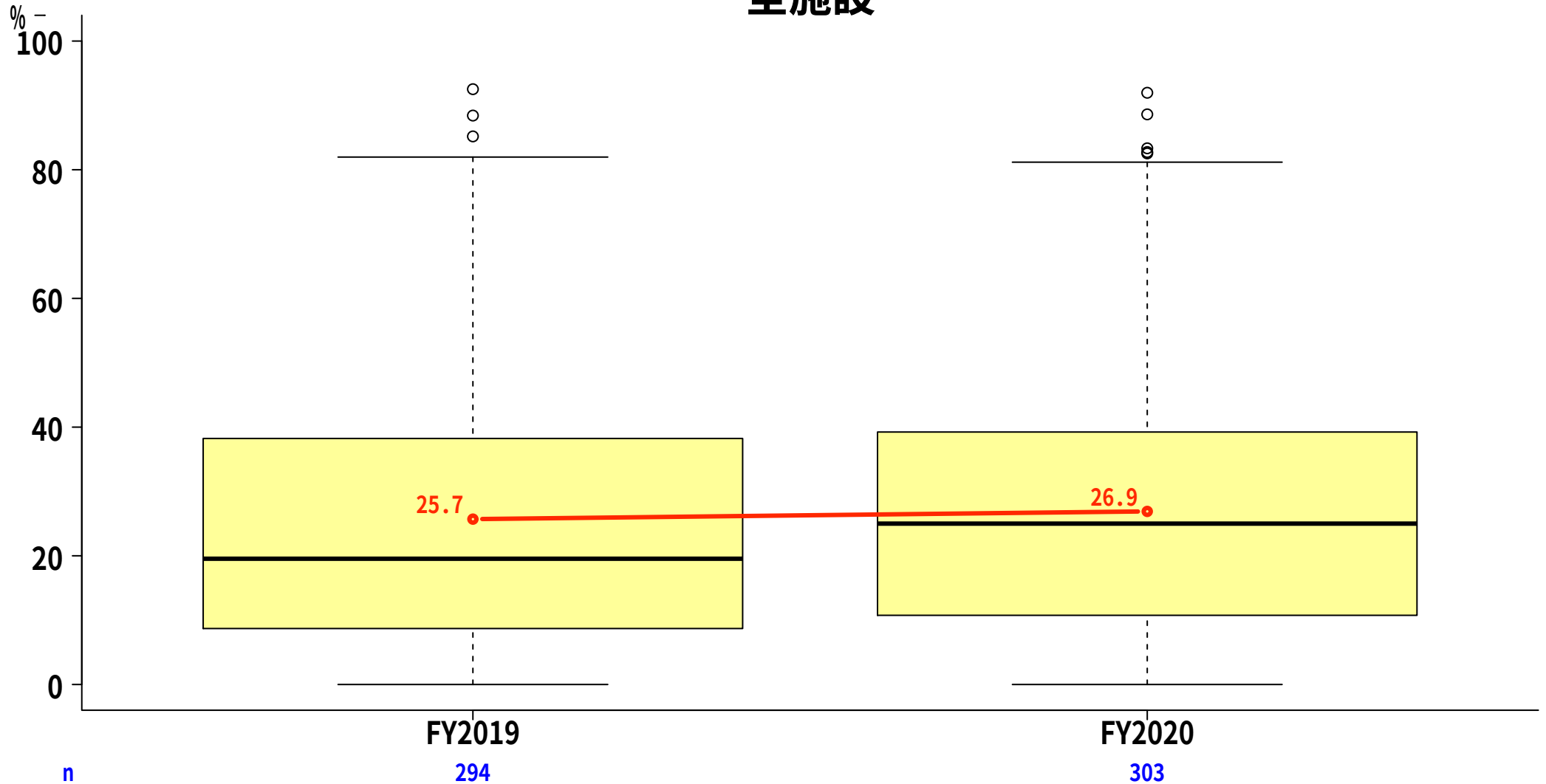
1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://qi.med.kyoto-u.ac.jp/>
2. 「大腿骨頸部/転子部骨折診療ガイドライン 改訂第2版」日本整形外科学会・日本骨折治療学会

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



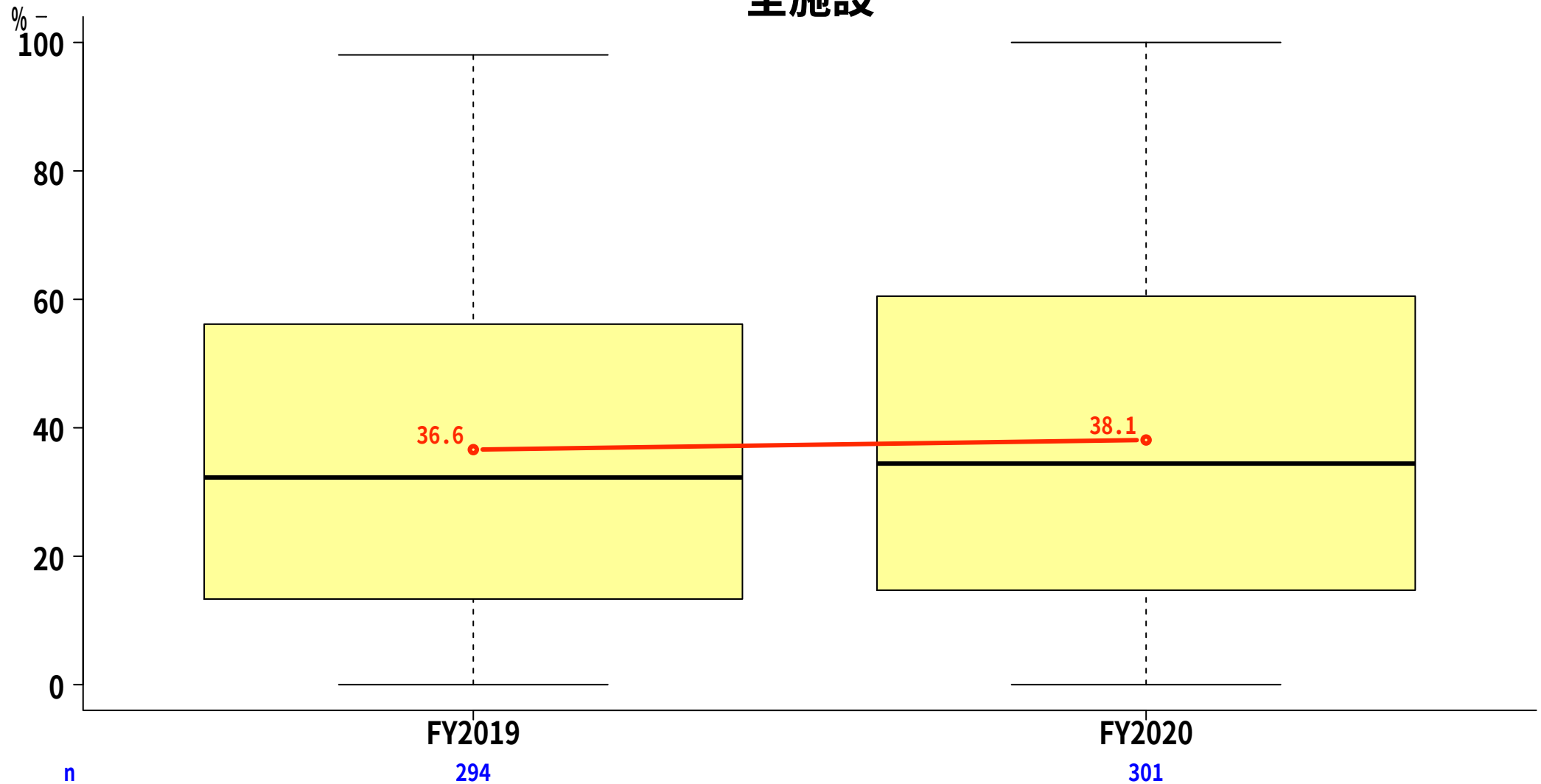
— 中央値 —●— 平均値 ○ 外れ値

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



— 中央値 —●— 平均値 ○ 外れ値

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

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

考察

1 年間の結果は、平均値 81.1%（前年比+1.2）、中央値 87.7%（前年比+2.0）、最大値 100.0%（前年比±0）、最小値 0.0%（前年比±0）でした。

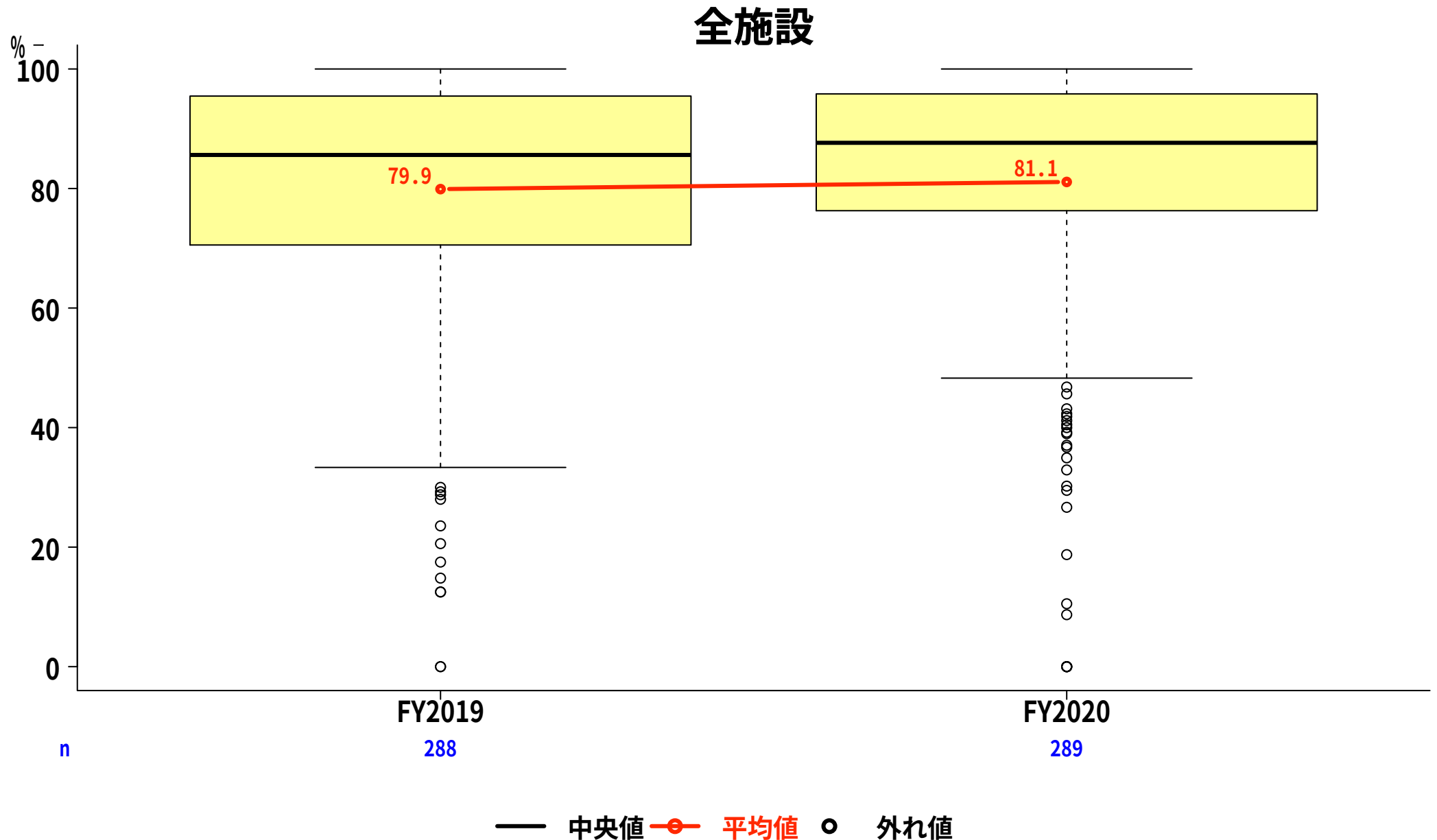
2019 年度から新しく採用した項目のため、本プロジェクト全体としてどのように変化していくかは、継続して測定していくことで見えてくると思います。

参考文献

1. 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

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



No.41 抗 MRSA 薬投与に対する薬物血中濃度測定割合

指標の説明・定義

有効血中濃度の維持および副作用の抑制に、治療薬物モニタリング (TDM) が重要となる抗 MRSA 薬の使用に際した、TDM の実施を測定する指標です。

バンコマイシンのほか、テイコプラニン、アルベカシンについて 4 日以上投与のある症例を TDM の実施が必要あるいは望ましい症例として設定しました。

分 子:	分母のうち、薬物血中濃度を測定された症例数
分 母:	TDM を行うべき抗 MRSA 薬を投与された症例数
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、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

考察

1 年間の結果は、平均値 88.7%、中央値 94.6%、最大値 100.0%、最小値 7.0%でした。

今年度から新しく採用した指標であるため、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

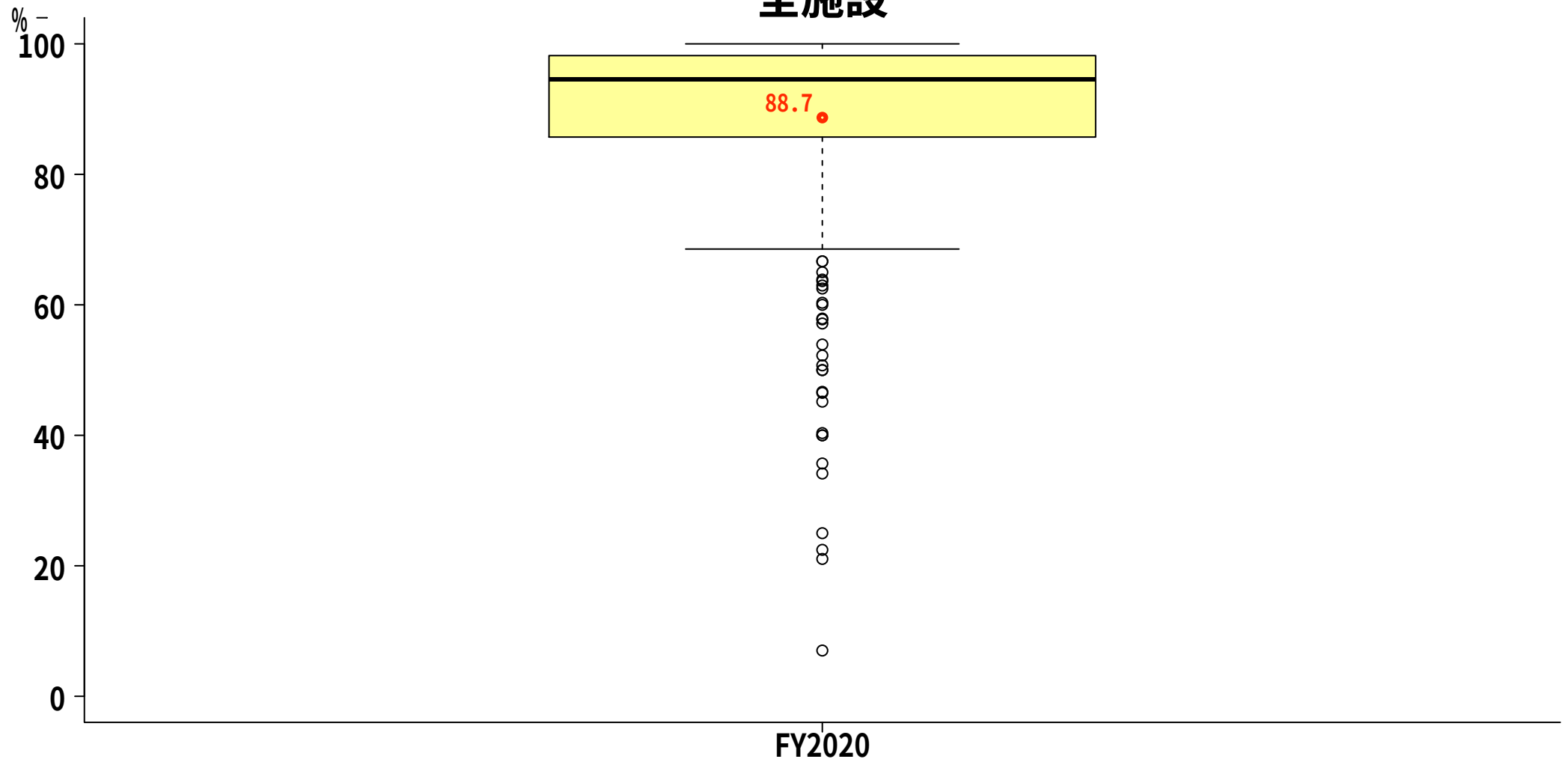
1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://qi.med.kyoto-u.ac.jp/>

一般-57 抗MRSA薬投与に対する薬物血中濃度測定割合

分子:薬物血中濃度を測定された患者数

分母:TDMを行うべき抗MRSA薬を投与された患者数

全施設



FY2020

n

320

— 中央値 —●— 平均値 ○ 外れ値

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

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81.6%(31/38, 前年比+0.5)でした。

1年間の結果は、平均値63.3%(前年比+0.5)、中央値64.3%(前年比+0.1)、最大値97.9%(前年比-0.5)、最小値31.4%(前年比+21.0)で、測定を開始した2012年度以降最もよい値でした。

<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81.6%(31/38, 前年比+0.5)でした。

1年間の結果は、平均値114.8%(前年比-9.8)、中央値99.5%(前年比-1.3)、最大値265.0%(前年比-122.2)、最小値29.5%(前年比-4.5)でした。

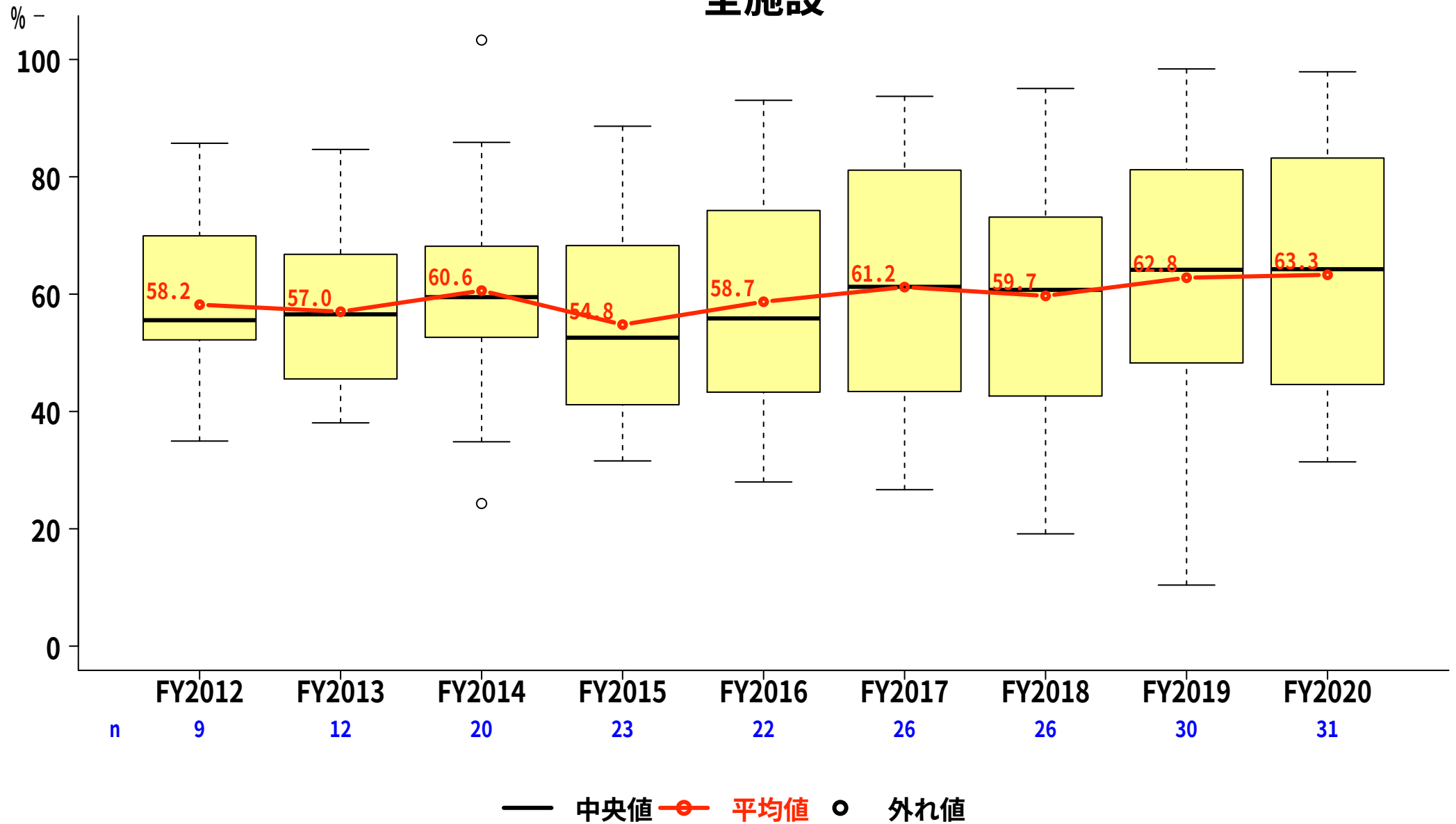
参考文献

福井次矢監修; Quality Indicator 2020 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 978-4-89996-433-9

精神-1 紹介率

分子:紹介患者数
分母:初診患者数

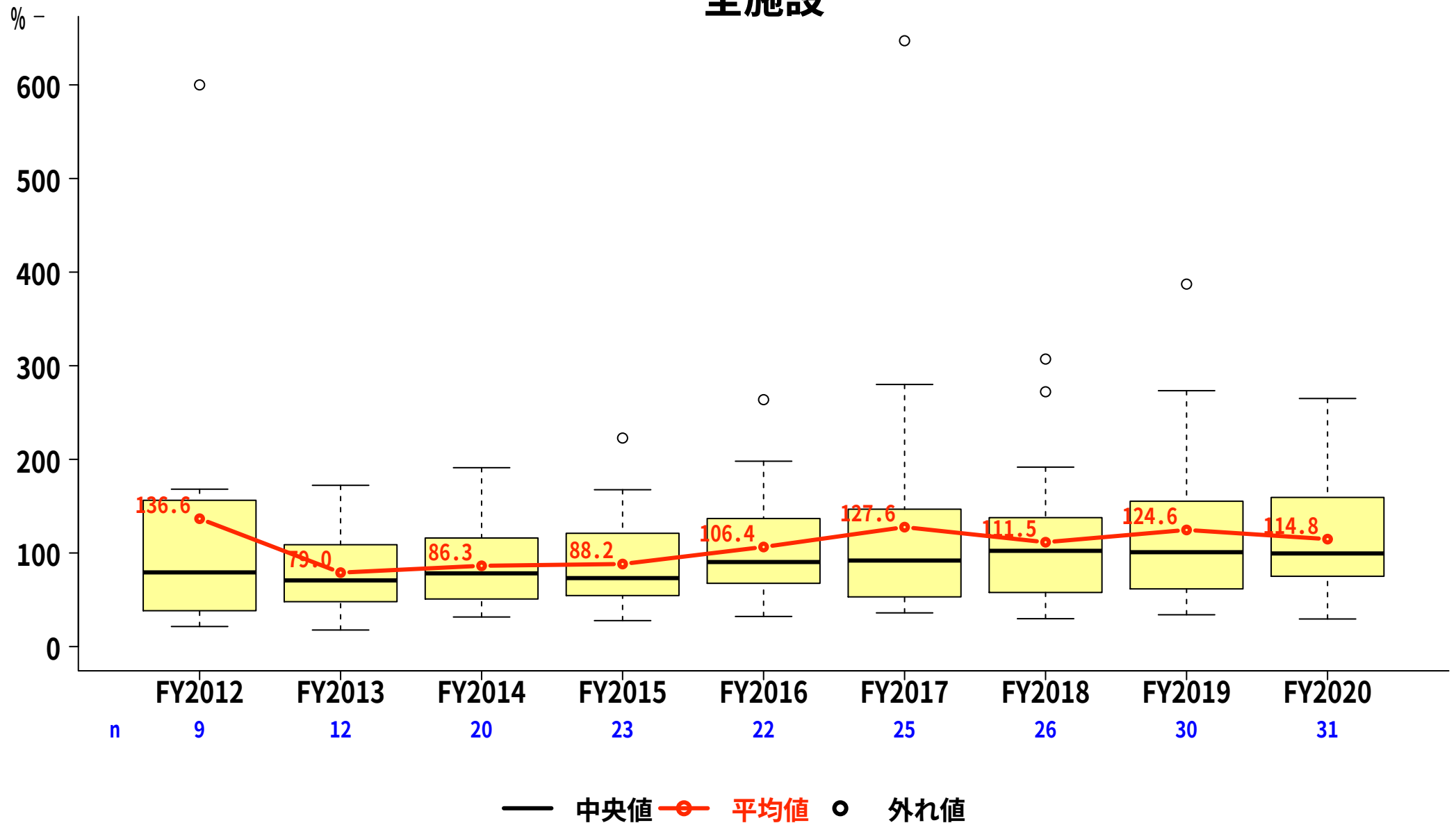
全施設



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



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.03-a) 入院中の患者に発生した転倒・転落件数

No.03-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.03-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.03-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

考察

今回、提出がなかったのは入院患者全体では 3 施設で、提出割合は 92.1% (35/38, 前年比+2.9)、65 歳以上では 7 施設で、提出割合は 81.6% (31/38, 前年比+0.5)でした。

転倒転落発生率の 1 年間の結果は、平均値 3.87‰(前年比+0.27)、中央値 3.73‰(前年比+0.44)、最大値 12.95‰(前年比-0.57)、最小値 0.067‰(前年比+0.46)、損傷発生率(損傷レベル 2 以上)の 1 年間の結果は、平均値 1.33‰(前年比+0.07)、中央値 1.04‰(前年比+0.08)、最大値 4.27‰(前年比-0.59)、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 0.12‰(前年比+0.03)、中央値 0.12‰(前年比+0.07)、最大値 0.52‰(前年比-0.24)、最小値 0.00‰(前年比±0)でした。

65 歳以上の転倒転落発生率は、平均値 5.33‰(前年比+0.12)、中央値 4.40‰(前年比-0.54)、最大値 12.93‰(前年比-0.93)、最小値 0.33‰(前年比+0.02)でした。

一般と比べると参加施設が多くないためばらつきは見られますが、転倒転落発生率は 2012 年度と比べると 3.87 ポイント、損傷レベル 2 以上は 0.71 ポイント、損傷レベル 4 以上は 0.10 ポイント上昇しています。これは入院患者の高齢化が進み、転倒転落のリスクが高い患者が増加していることが予想されます。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 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 978-4-89996-433-9
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

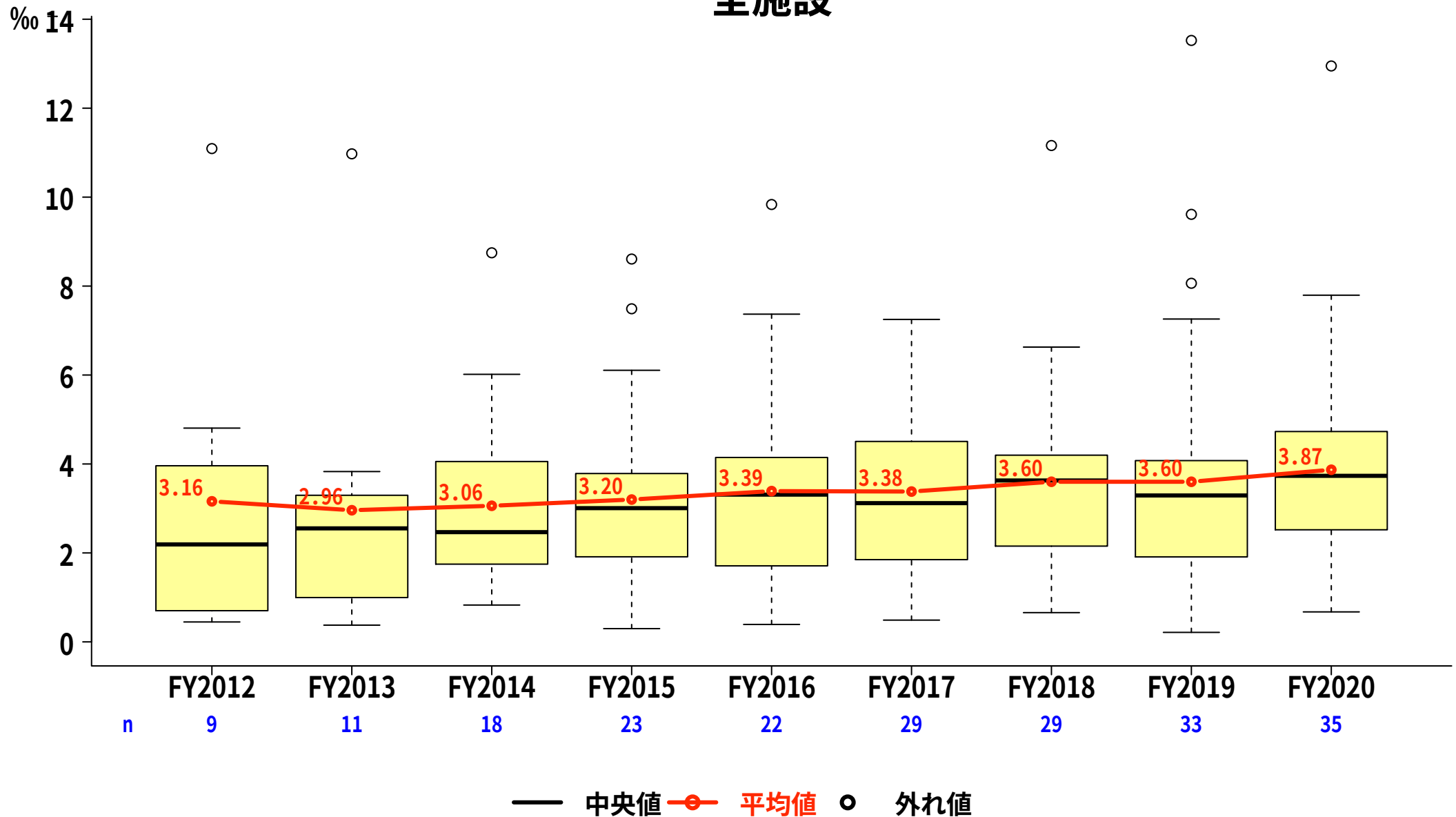
ための教材と教育方法の開発に関する研究」班研究報告書 別冊『転倒・転落対策のガイドライン』(主任研究者:上原鳴夫)

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.

精神-3-a 入院患者の転倒・転落発生率

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

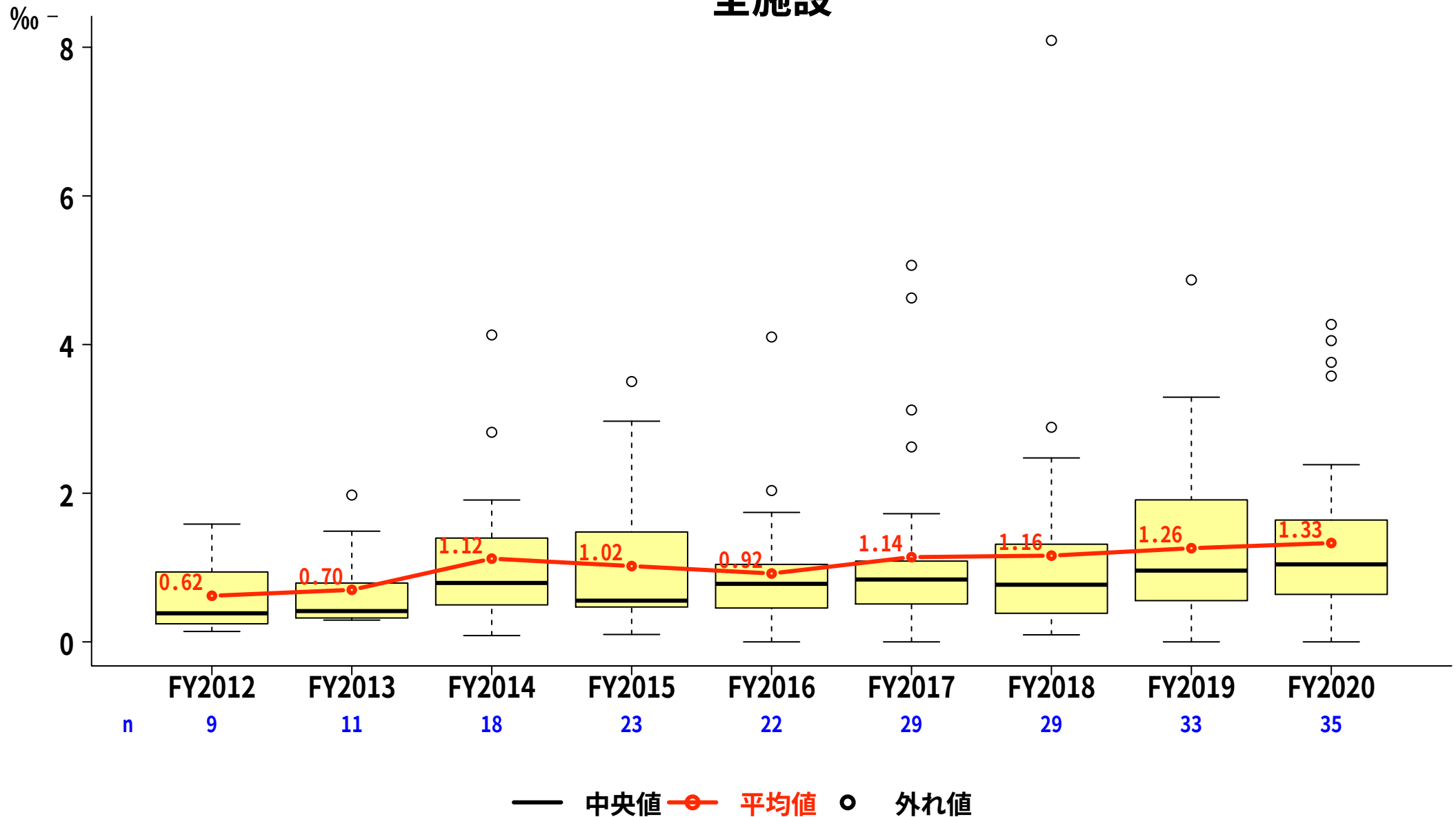
全施設



精神-3-b 入院患者の転倒・転落発生率（損傷レベル2以上）

分子:医療安全管理室ヘインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうち損傷レベル2以上の件数
分母:入院延べ患者数

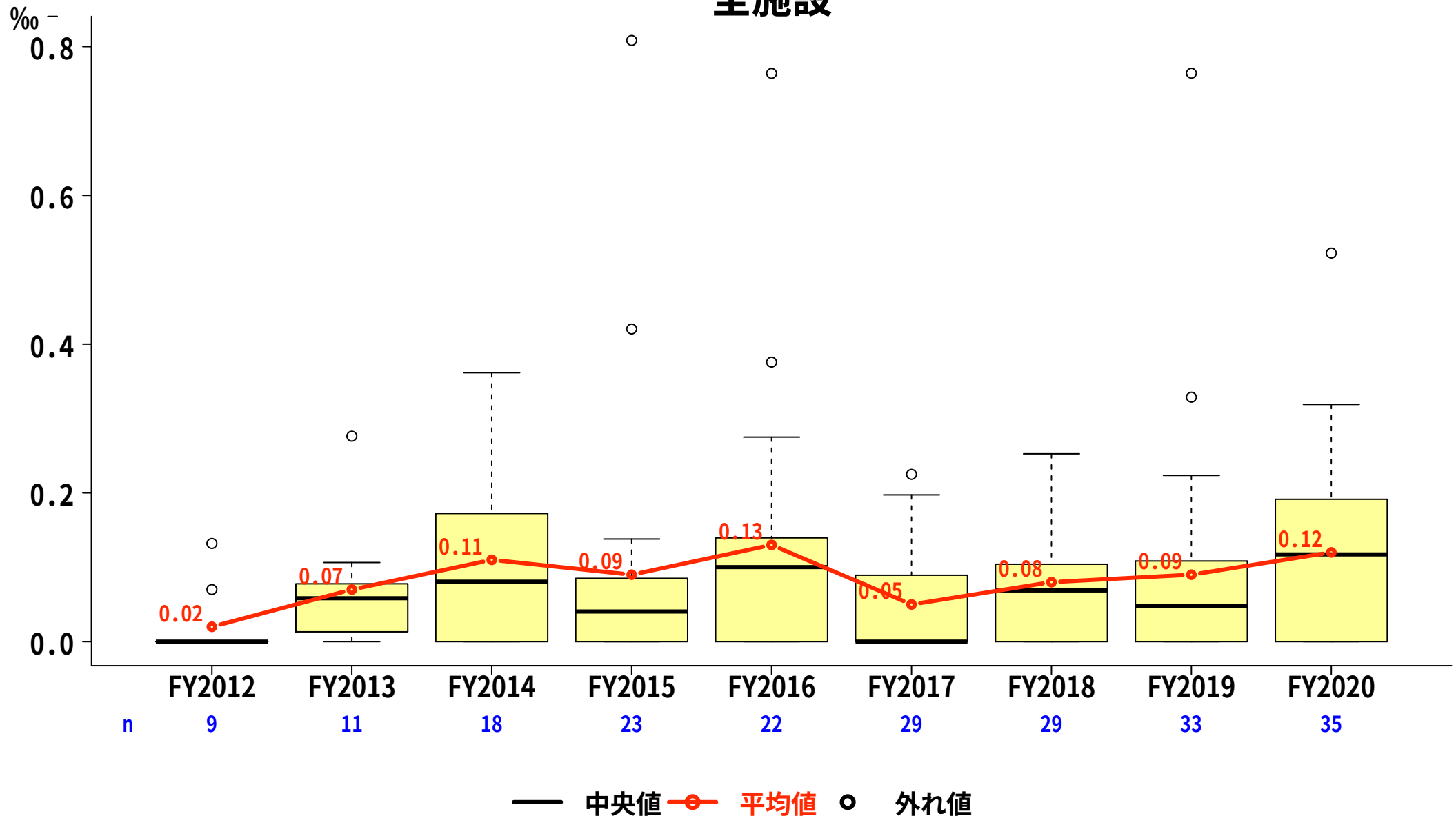
全施設



精神-3-c 入院患者の転倒・転落発生率（損傷レベル4以上）

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

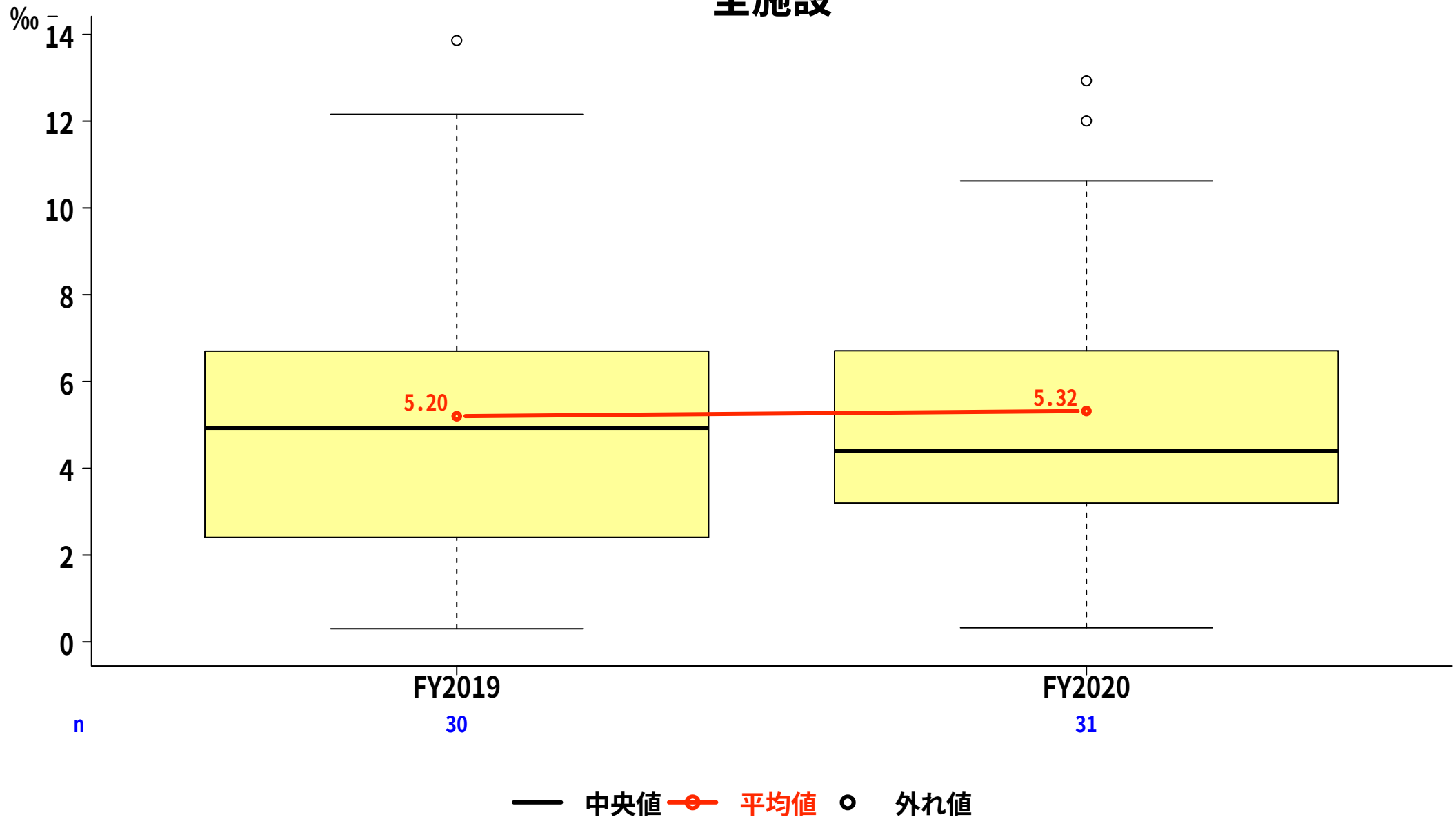
全施設



精神-3-d 65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率

分子:65歳以上の入院中の患者に発生した転倒・転落件数
分母:65歳以上の入院患者延べ数

全施設



No.04 身体抑制率

指標の説明・定義

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

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

分 母： 病床入院のべ患者日数(patient days)

収集期間： 1ヶ月毎

下記項目のうち1～9の項目に準拠する項目を物理的身体抑制と定義する。

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

指標の種類・値の解釈

プロセス

より低い値が望ましい

考察

今回、提出がなかったのは10施設で、提出割合は73.7%(28/38, 前年比+0.7)でした。

1 年間の結果は、平均値 13.4% (前年比+1.4)、中央値 7.6% (前年比-1.9)、最大値 48.2% (前年比+9.3)、最小値 0.2% (前年比±0) で、測定を開始した 2012 年度以降、12～17% で推移しています。

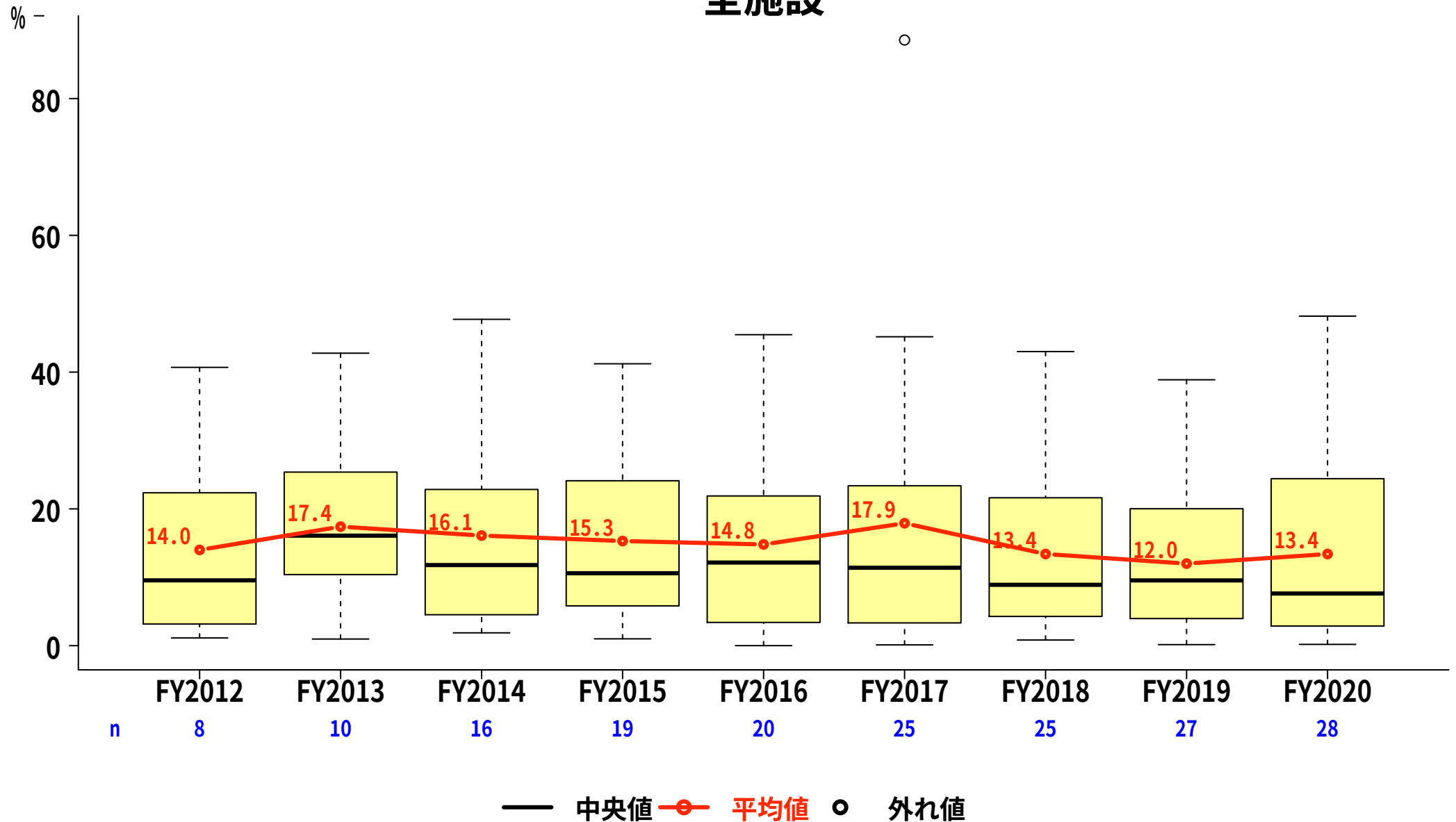
参考文献

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

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



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

考察

今回、提出がなかったのは7施設で、提出割合は81.6%(31/38, 前年比+0.5)でした。

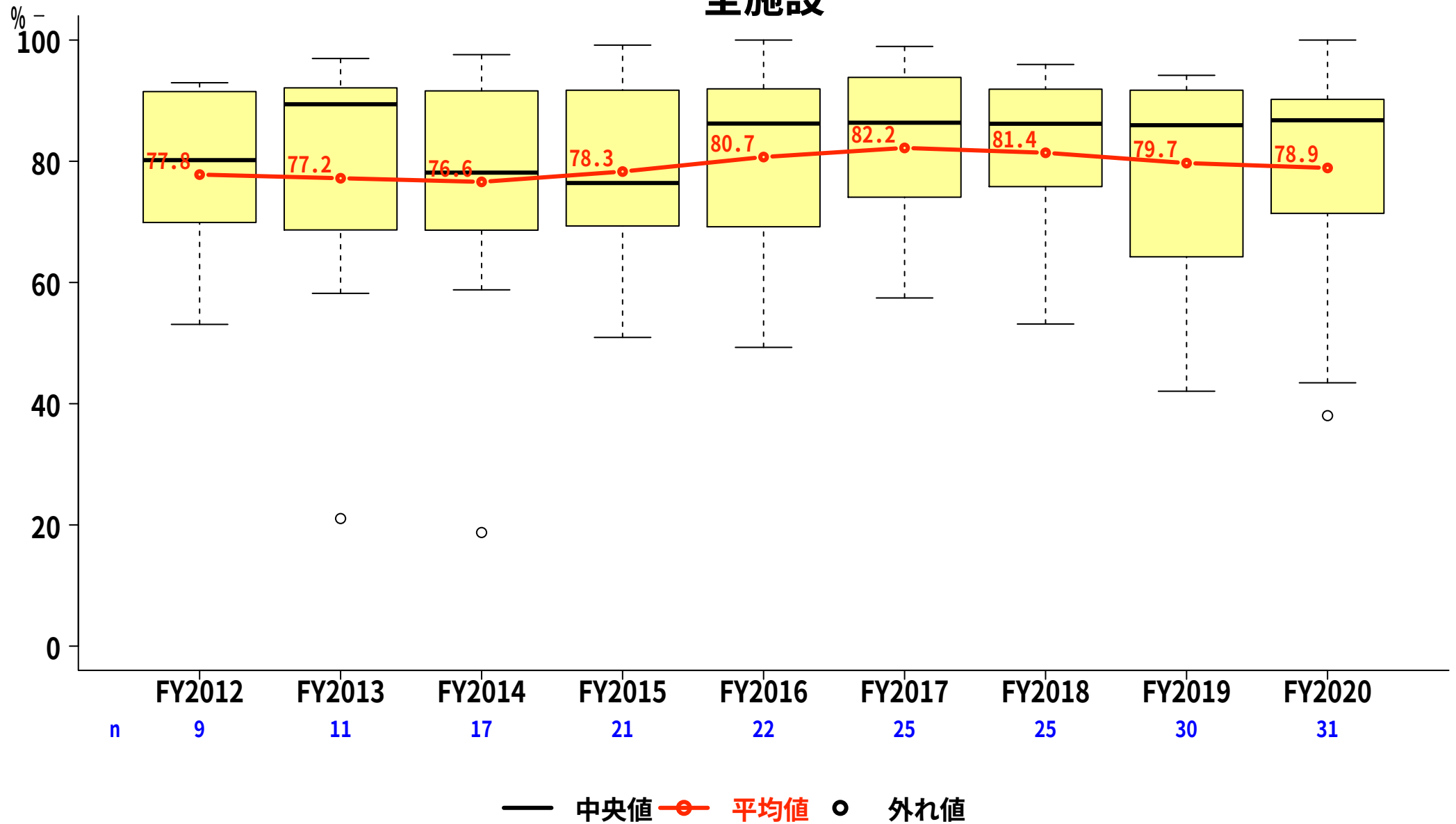
1年間の結果は、平均値78.9%(前年比-0.8)、中央値86.8%(前年比+0.8)、最大値100.0%(前年比+5.8)、最小値38.0%(前年比-4.0)で、測定を開始した2012年度以降、76～82%で推移しています。

参考文献

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



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

考察

今回、提出がなかったのは8施設で、提出割合は78.9%(30/38, 前年比+0.6)でした。

1年間の結果は、平均値0.05%(前年比±0)、中央値0.03%(前年比±0)、最大値0.48%(前年比+0.29)、最小値0.00%(前年比±0)で、2019年度と比べて変化はありませんでした。

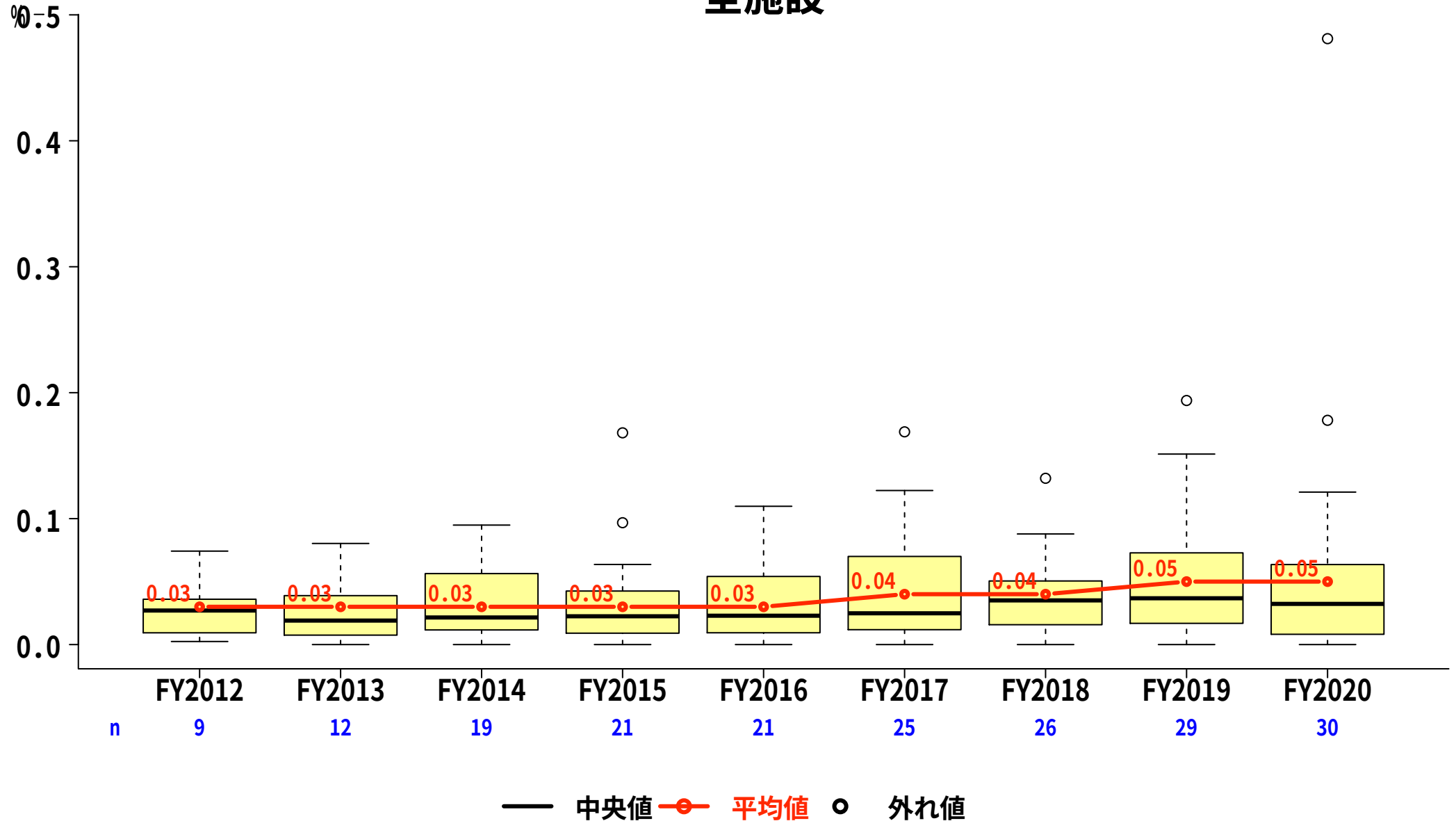
参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 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 978-4-89996-433-9
2. 「看護ケアの質の評価基準に関する研究」:1993 年文部科学研究、主任研究者片田範子
3. American Nurses Credentialing Center: Magnet Recognition Program,2005
4. The Joint Commission; The Implementation Guide for the NQF Endorsed Nursing-Sensitive Care Measure Set 2009, version 2.0. (Internet: <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NSC%20Manual.pdf> 2016/10/15 available)
5. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel; Pressure Ulcer Prevention: Quick Reference Guide.(Internet: <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/prevention-and-treatment-of-pressure-ulcers-clinical-practice-guideline/> 2016/10/15 available)
6. 日本褥瘡学会編; 褥瘡予防・管理ガイドライン.(Internet: http://minds.jcqh.or.jp/stc/0036/1/0036_G0000181_GL.html 2016/10/15 available)

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



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： 退院日が調査期間に含まれる患者で、退院日-入院日 ≤ 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

考察

今回、提出がなかったのは 8 施設で、提出割合は 78.9% (30/38, 前年比-2.1) でした。

1 年間の結果は、平均値 84.2% (前年比+2.9)、中央値 87.0% (前年比+2.6)、最大値 100.0% (前年比+0.9)、最小値 51.0% (前年比+51.1) で、2019 年度と比べると 2.9 ポイント上昇していますが、2016 年度から経時的にみると大きな変化はありませんでした。

参考文献

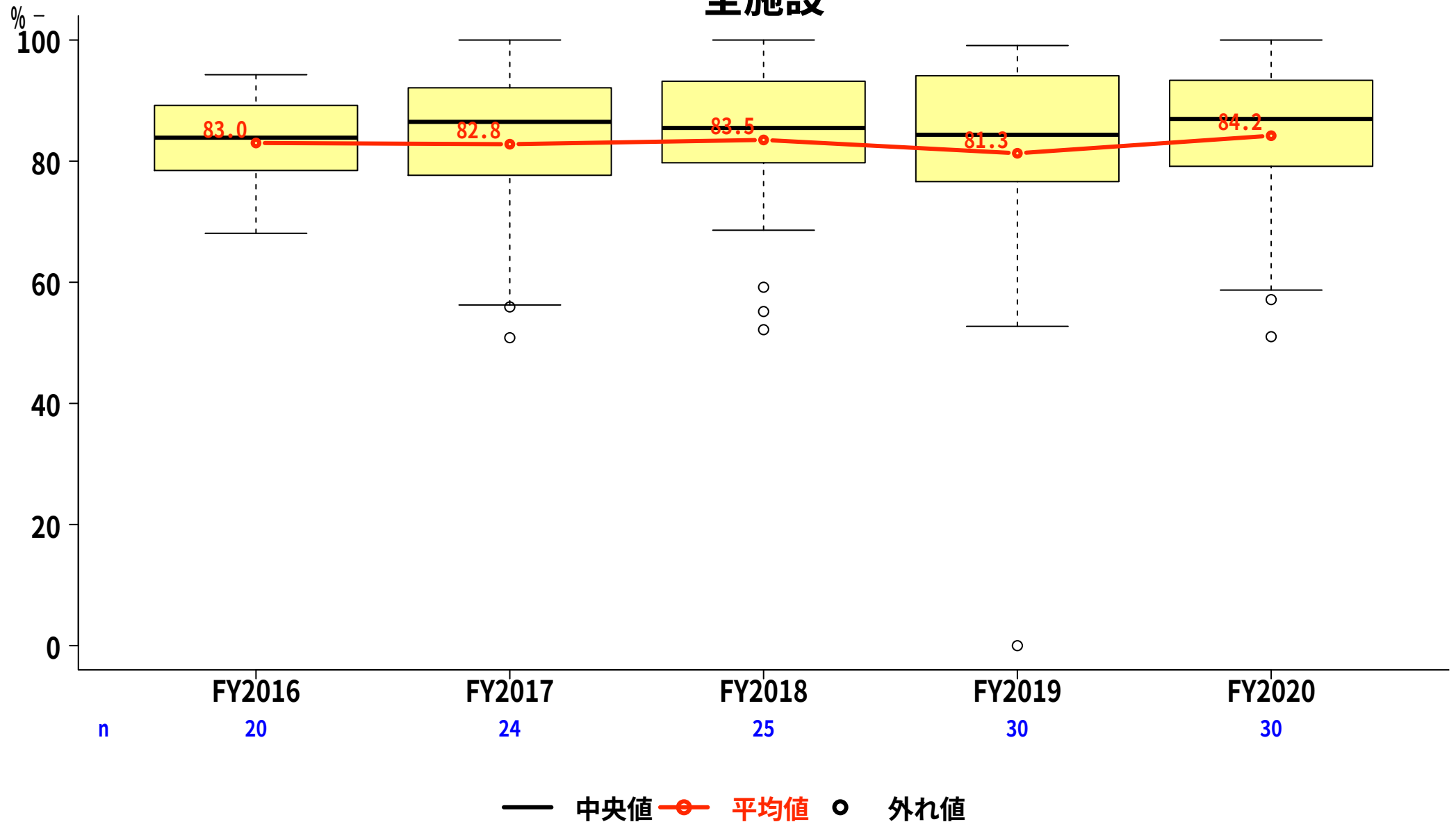
1. 公益社団法人 全国自治体病院協議会 医療の質の評価・公表等推進事業(Internet:
<https://www.jmha.or.jp/jmha/contents/info/83> 2017/12/05 available)

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



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、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

考察

今回、提出がなかったのは 8 施設で、提出割合は 78.9% (30/38, 前年比+0.6) でした。

1 年間の結果は、平均値 13.2% (前年比+0.2)、中央値 11.2% (前年比+1.7)、最大値 57.8% (前年比+9.6)、最小値 0.0% (前年比±0) で、測定を開始した 2016 年度以降、11～13% で推移しています。

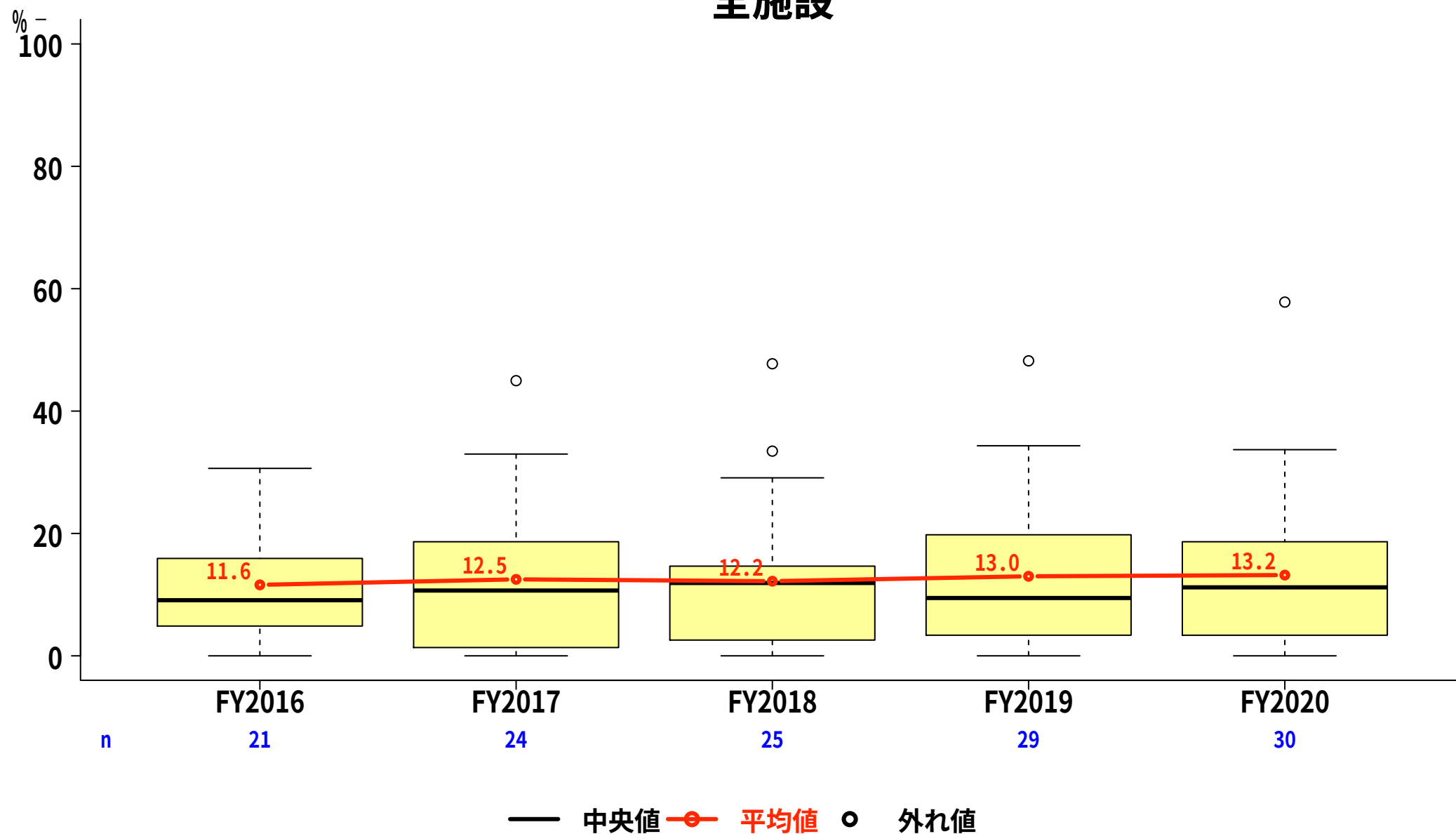
参考文献

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)

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



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

考察

今回、提出がなかったのは5施設で、提出割合は86.8% (33/38, 前年比+3.1) でした。

1年間の結果は、平均値 72.7 日 (前年比+5.2)、中央値 46.7 日 (前年比-3.2)、最大値 345.9 日 (前年比+43.2)、最小値 15.6 日 (前年比-0.6) で、測定を開始した 2016 年度以降、67～77 日で推移しています。

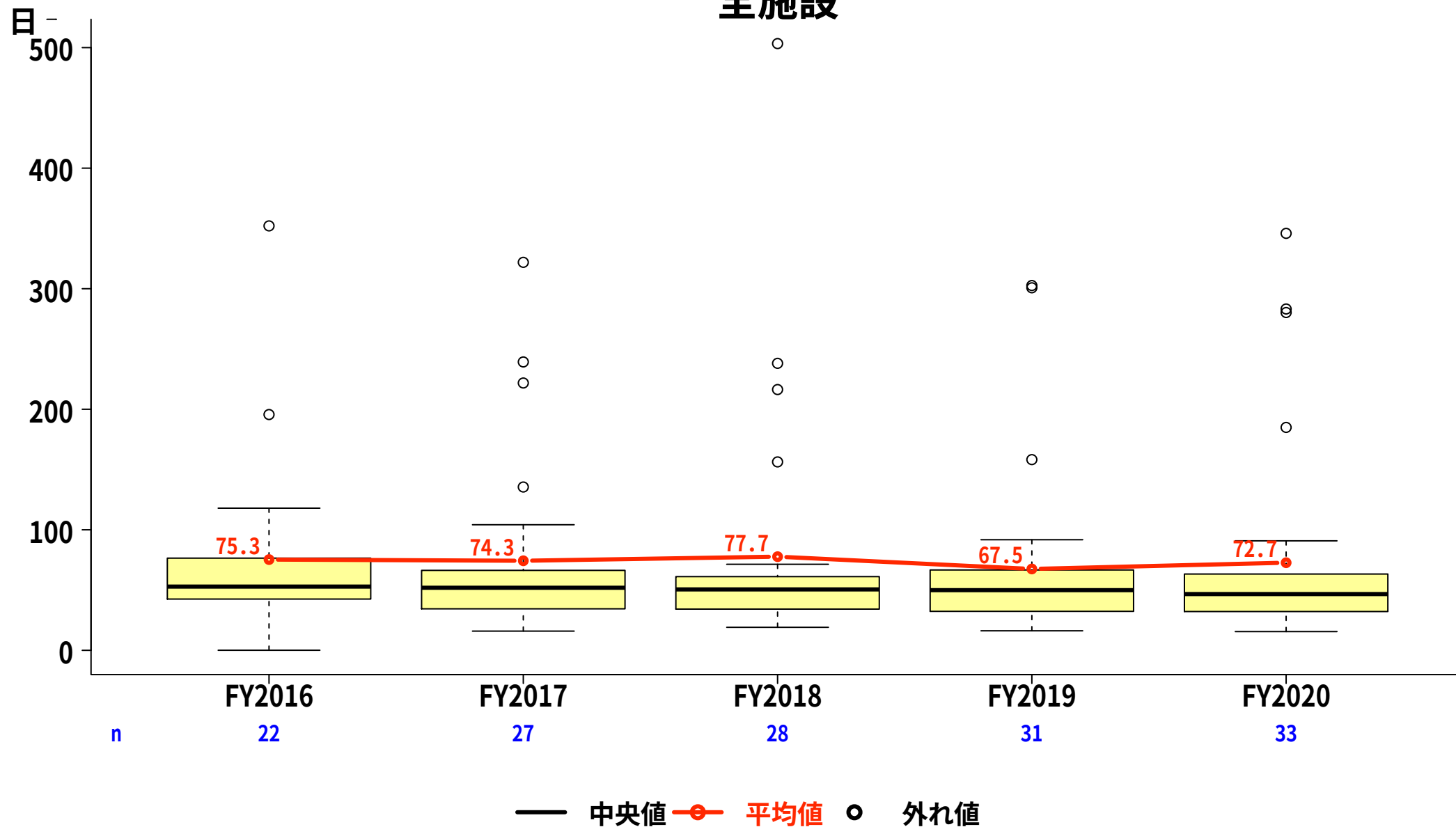
参考文献

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



- 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？（満足）
 No.10-b 外来:この病院について総合的にはどう思われますか？（満足・やや満足）
 No.10-c 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-d 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。

<この病院について総合的にはどう思われますか？>

分 子:	No.10-a) 分母のうち「満足」と回答した外来患者数 No.10-b) 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-c 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-d 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

考察

＜No.10-a, b 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 28 施設で、提出割合は 26.3% (10/38, 前年比-11.5) でした。

満足のための 1 年間の結果は、平均値 49.1% (前年比+1.8)、中央値 50.6% (前年比+2.7)、最大値 80.0% (前年比-10.0)、最小値 17.7% (前年比+17.7)、満足またはやや満足の 1 年間の結果は、平均値 49.1% (前年比+4.5)、中央値 50.6% (前年比+2.7)、最大値 80.0% (前年比+3.1)、最小値 17.7% (前年比+17.7) でした。

＜No.10-c 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 30 施設で、提出割合は 21.1% (8/38, 前年比-6.0) でした。

1 年間の結果は、平均値 49.3% (前年比+7.5)、中央値 56.2% (前年比+10.2)、最大値 84.9% (前年比+8.0)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。

＜No.10-d 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 30 施設で、提出割合は 21.1% (8/38, 前年比+21.1) でした。

1 年間の結果は、平均値 47.1%、中央値 48.3%、最大値 78.6%、最小値 17.7% で、2019 年度は提出施設が 0 でしたが、今年度は 8 施設から提出がありました。

2019 年度から新しく採用した項目で、まだ半数以上の施設が提出できていません。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てくると思います。

参考文献

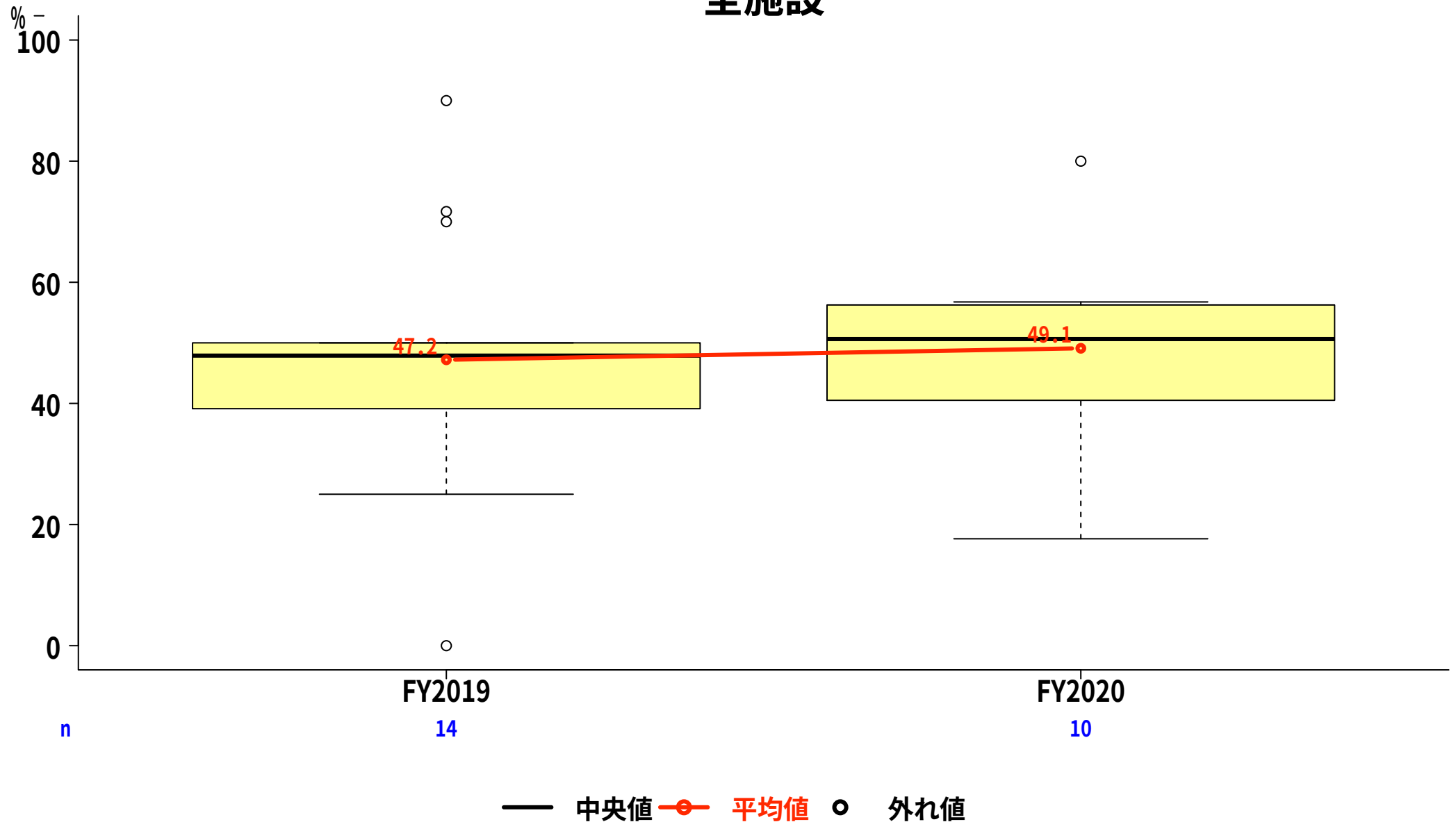
1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディア ISBN 978-4-89996-433-9

精神-11-a 外来満足度（総合評価） 満足

分子:「満足」と回答した外来患者数

分母:満足度調査「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

全施設

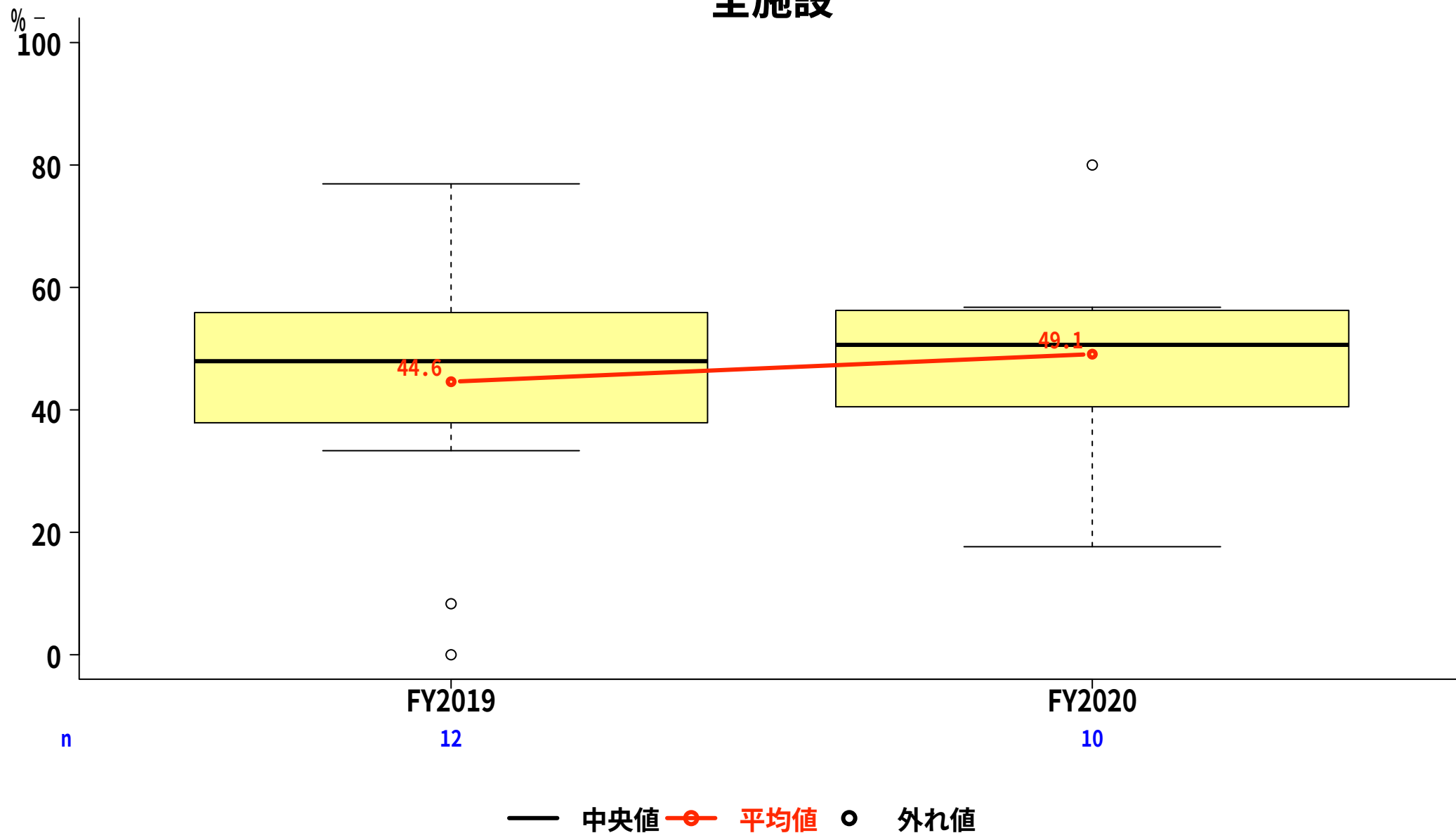


精神-11-b 外来満足度（総合評価） 満足またはやや満足

分子:「満足」または「やや満足」と回答した外来患者数

分母:満足度調査「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

全施設

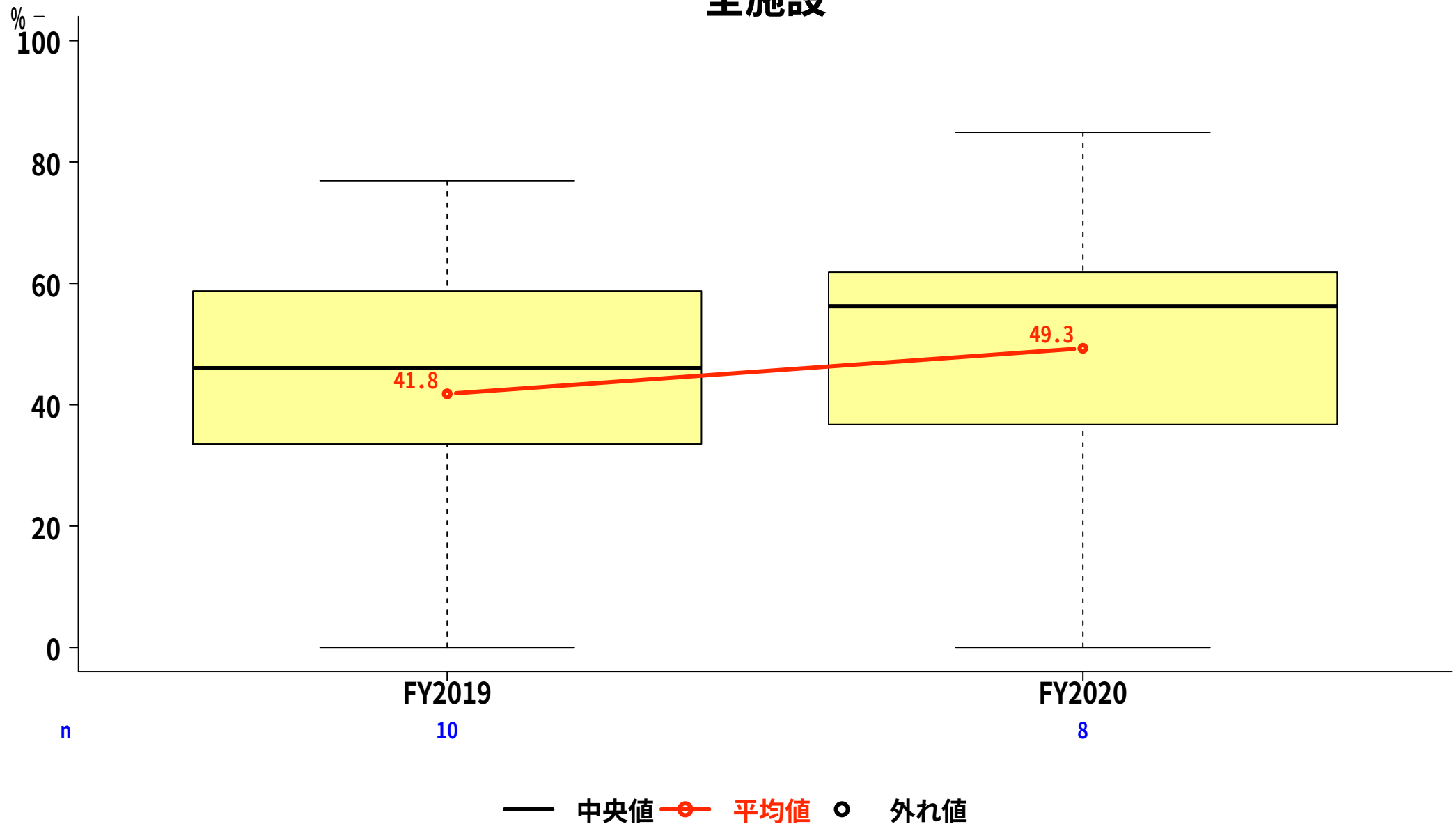


精神-11-c 外来満足度（医師からの説明）

分子：「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：満足度調査「診断や治療方針について説明は十分でしたか？」の設問有効回答数

全施設

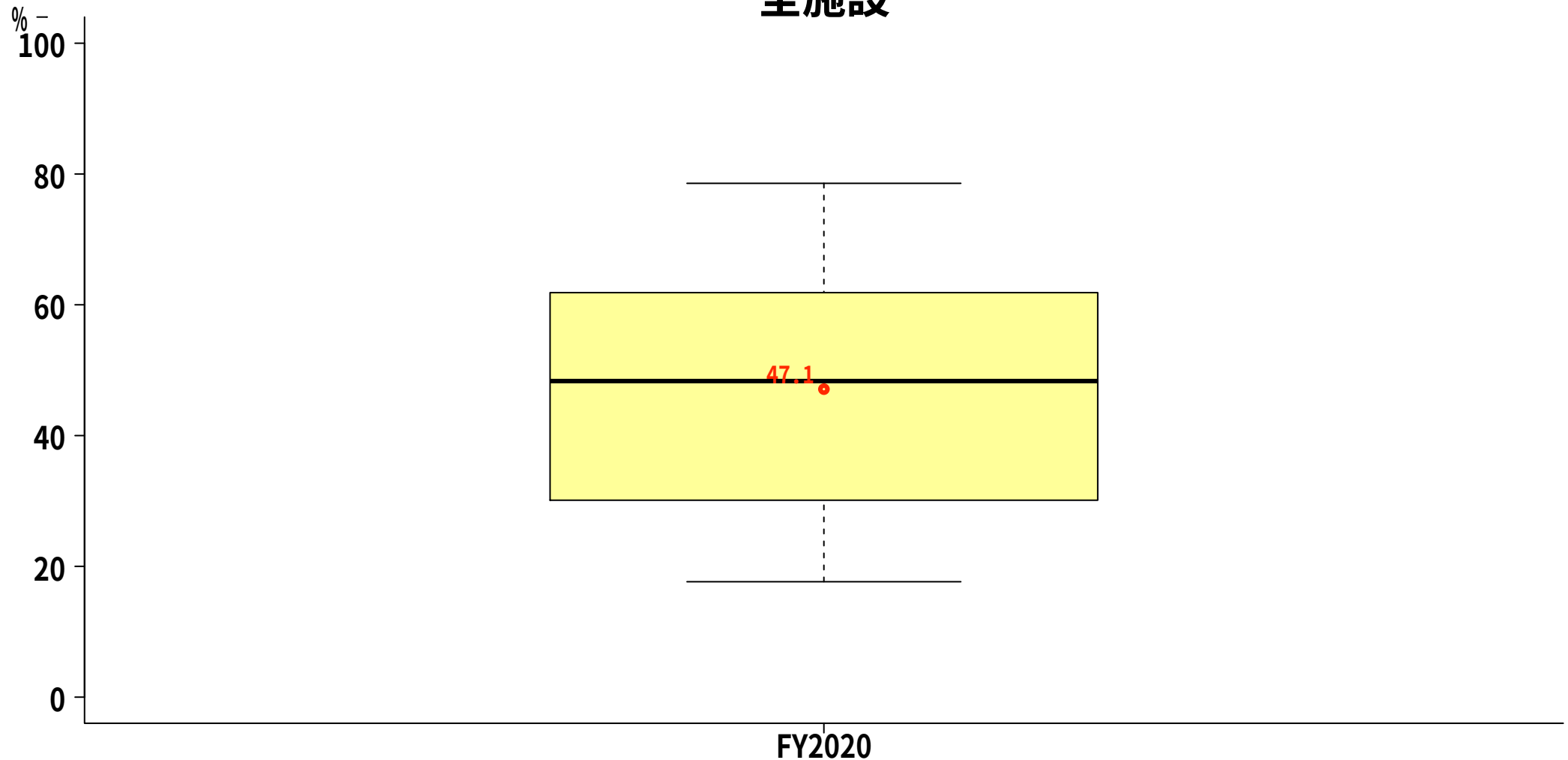


精神-11-d 外来満足度（医師への意見）

分子：「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：満足度調査「診断や治療方針について説明を受けた際の疑問等は伝えられましたか？」の設問有効回答数

全施設



n

8

— 中央値 —●— 平均値 ○ 外れ値

- 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？（満足）
- No.11-b 入院:この病院について総合的にはどう思われますか？（満足・やや満足）
- 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説明は十分でしたか？
- No.11-d 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。

<この病院について総合的にはどう思われますか？>

分 子:	No.11-a) 分母のうち「満足」と回答した入院患者数 No.11-b) 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-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-d 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

考察

<No.11-a, b 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 25 施設で、提出割合は 34.2% (13/38, 前年比-9.0) でした。

満足のための 1 年間の結果は、平均値 50.9% (前年比-3.2)、中央値 51.9% (前年比-0.9)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 13.3% (前年比±0)、満足またはやや満足の 1 年間の結果は、平均値 50.9% (前年比+3.2)、中央値 51.9% (前年比+3.7)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 13.3% (前年比±0) 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説明は十分でしたか？>

今回、提出がなかったのは 26 施設で、提出割合は 31.6% (12/38, 前年比-0.9) でした。

1 年間の結果は、平均値 41.8% (前年比-5.4)、中央値 44.4% (前年比-3.7)、最大値 74.5% (前年比-5.5)、最小値 0.0% (前年比-7.1) でした。

<No.11-d 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 27 施設で、提出割合は 28.9% (11/38, 前年比+28.9) でした。

1 年間の結果は、平均値 39.8%、中央値 37.0%、最大値 62.5%、最小値 0.0% で、2019 年度は提出施設が 0 でしたが、今年度は 11 施設から提出がありました。

2019 年度から新しく採用した項目で、まだ半数以上の施設が提出できていません。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

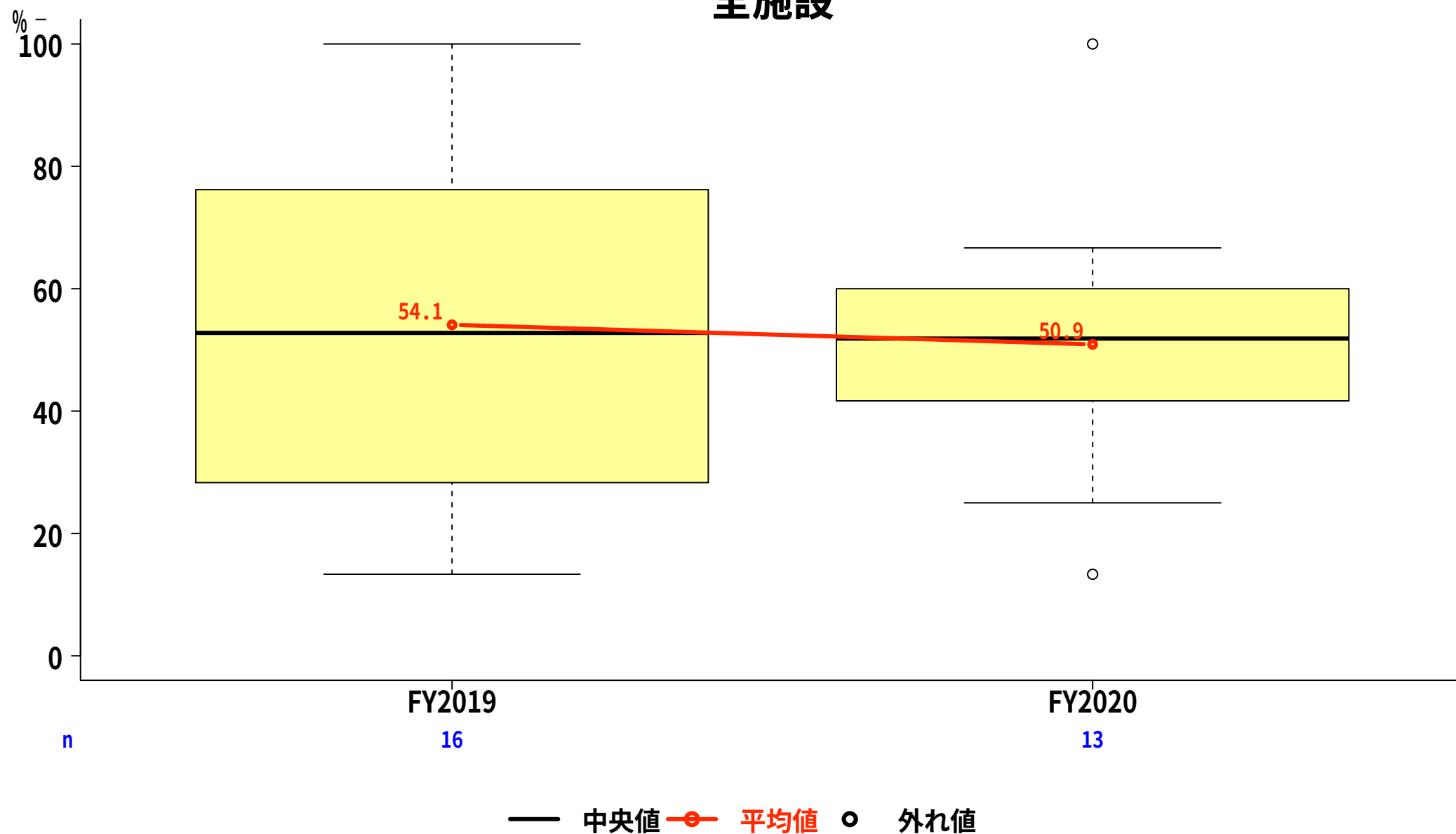
1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディア ISBN 978-4-89996-433-9

精神-12-a 入院満足度（総合評価） 満足

分子:「満足」と回答した入院患者数

分母:満足度調査「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

全施設

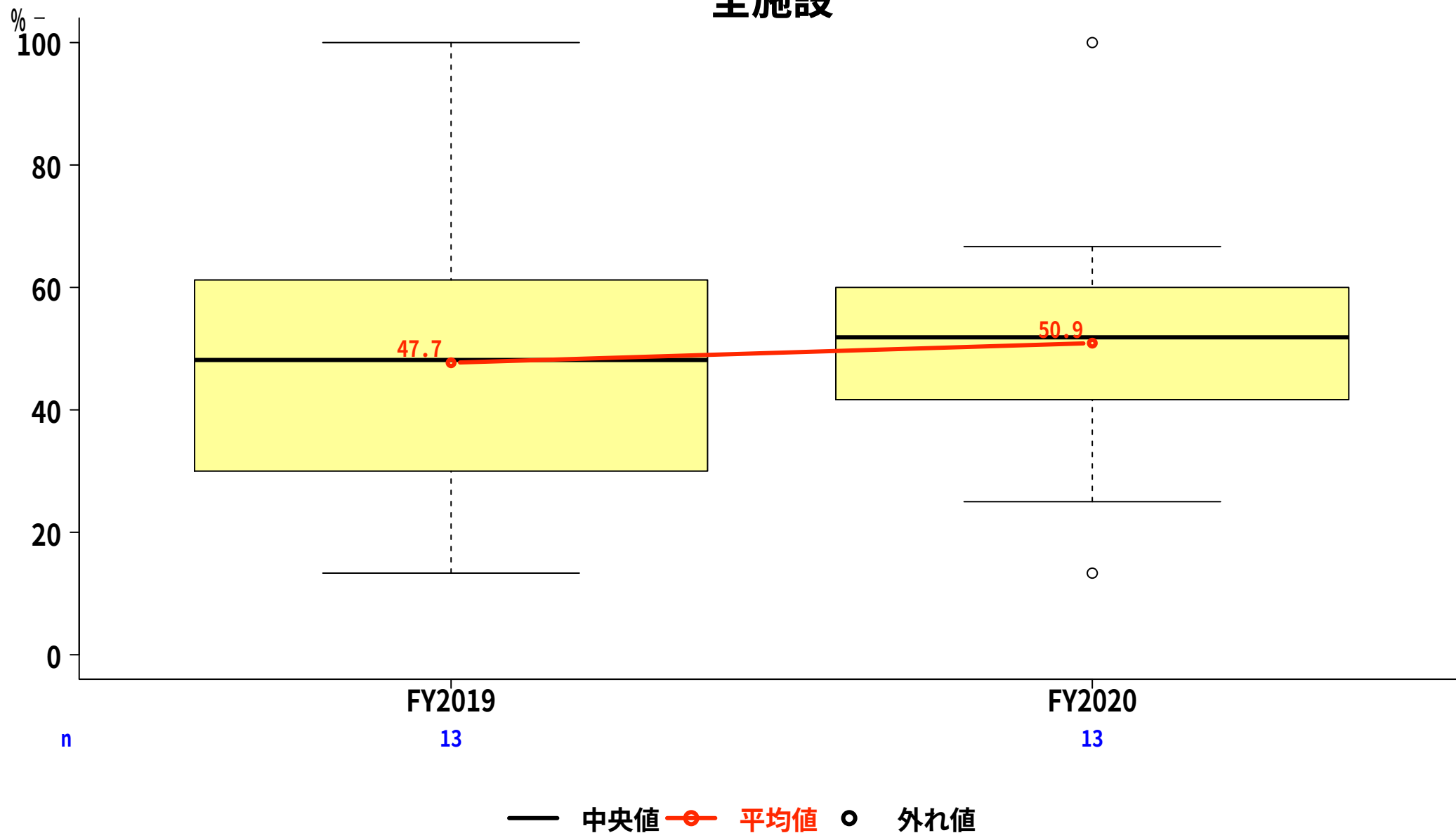


精神-12-b 入院満足度（総合評価） 満足またはやや満足

分子:「満足」または「やや満足」と回答した入院患者数

分母:満足度調査「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

全施設

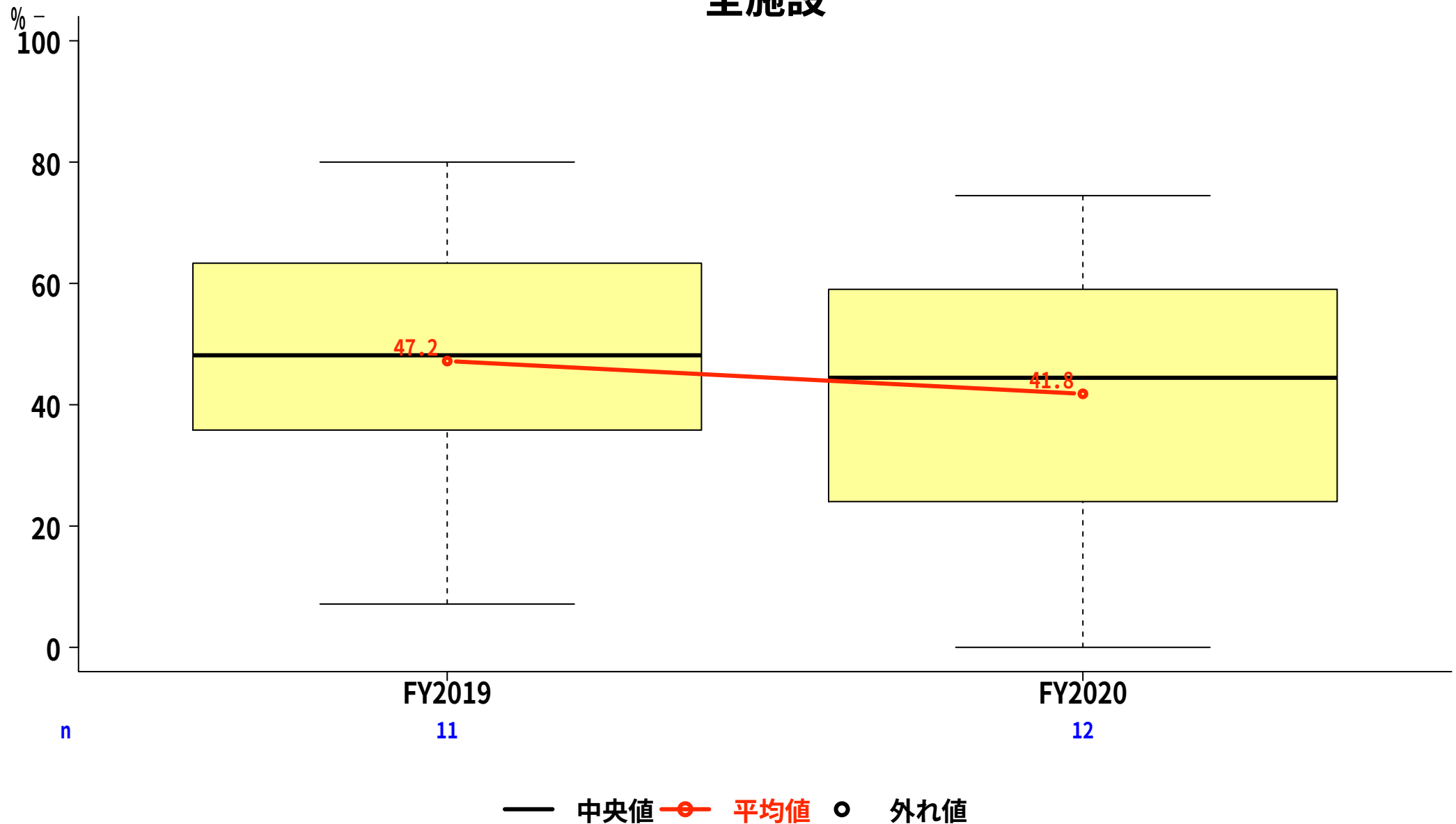


精神-12-c 入院満足度（医師からの説明）

分子：「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：満足度調査「入院の原因となった病気に対する治療方針について説明は十分でしたか？」の設問有効回答数

全施設

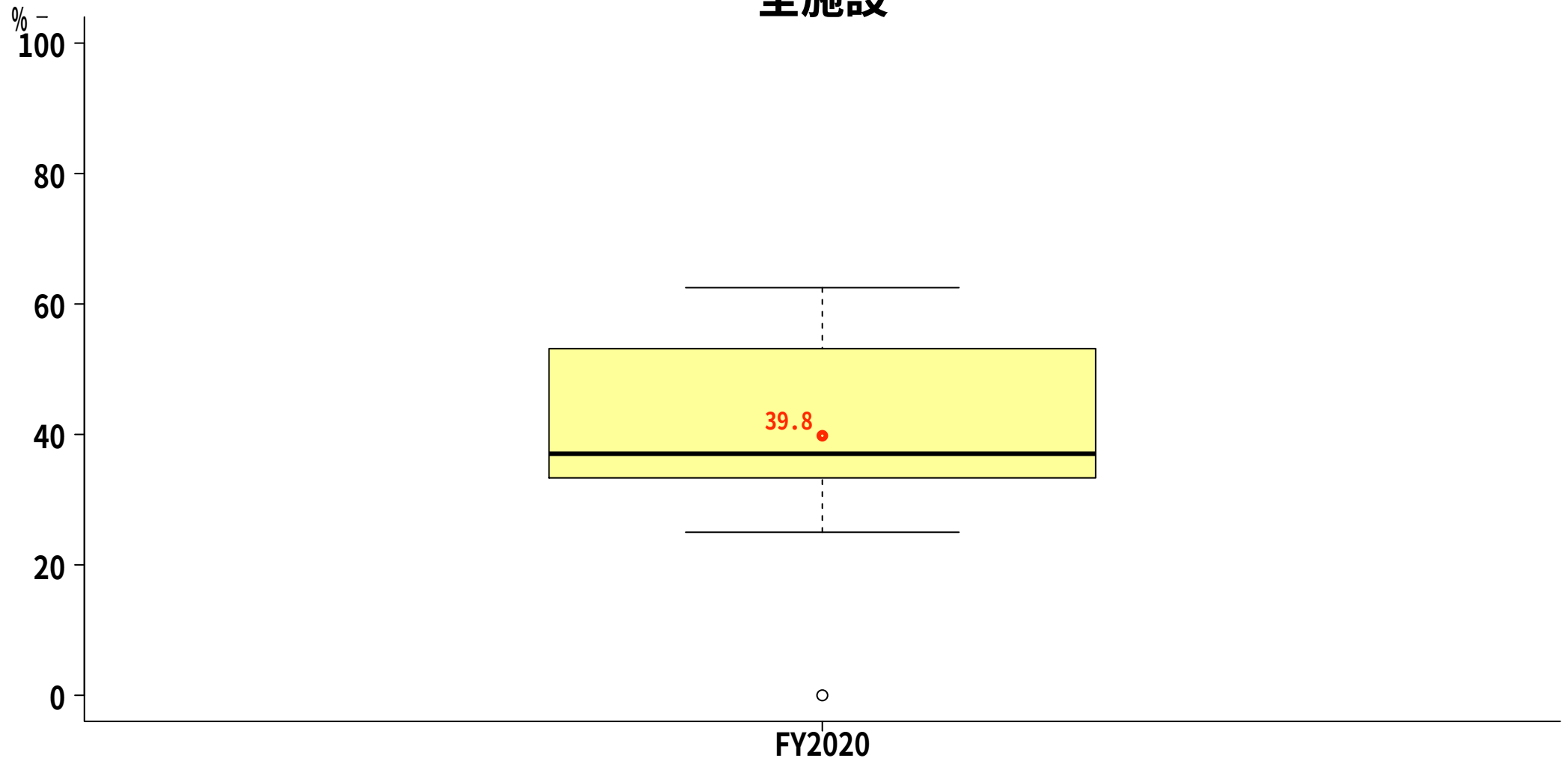


精神-12-d 入院満足度（医師への意見）

分子：「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：満足度調査「治療方針について説明を受けた際の疑問等は伝えられましたか？」の設問有効回答数

全施設



n

11

— 中央値 —●— 平均値 ○ 外れ値

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にあります。

<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

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 12 施設で、提出割合は 68.4% (26/38, 前年比-4.6) でした。

1 年間の結果は、平均値 25.7 件(前年比-3.7)、中央値 19.9 件(前年比-3.1)、最大値 67.2 件(前年比-26.7)、最小値 0.9 件(前年比-2.1)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 13 施設で、提出割合は 65.8% (25/38, 前年比-4.5) でした。

1 年間の結果は、平均値 1.2% (前年比+0.2)、中央値 0.0% (前年比-0.3)、最大値 6.4% (前年比+1.4)、最小値 0.0% (前年比±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

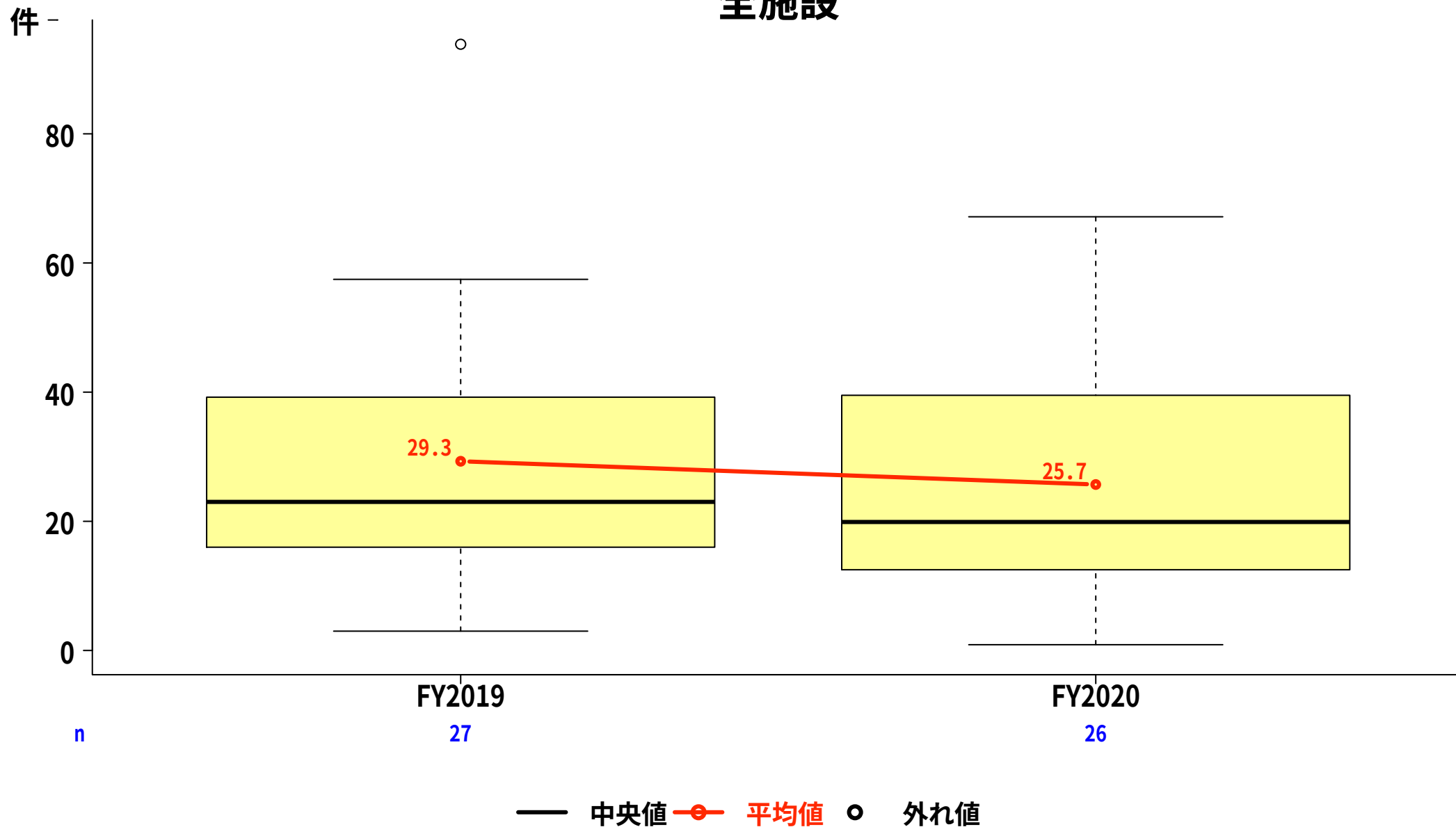
1. 国立大学附属病院長会議常置委員会 医療安全管理体制担当校. 国立大学附属病院における医療上の事故等の公表に関する指針(改訂版)平成 24 年 6 月.

精神-13-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

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

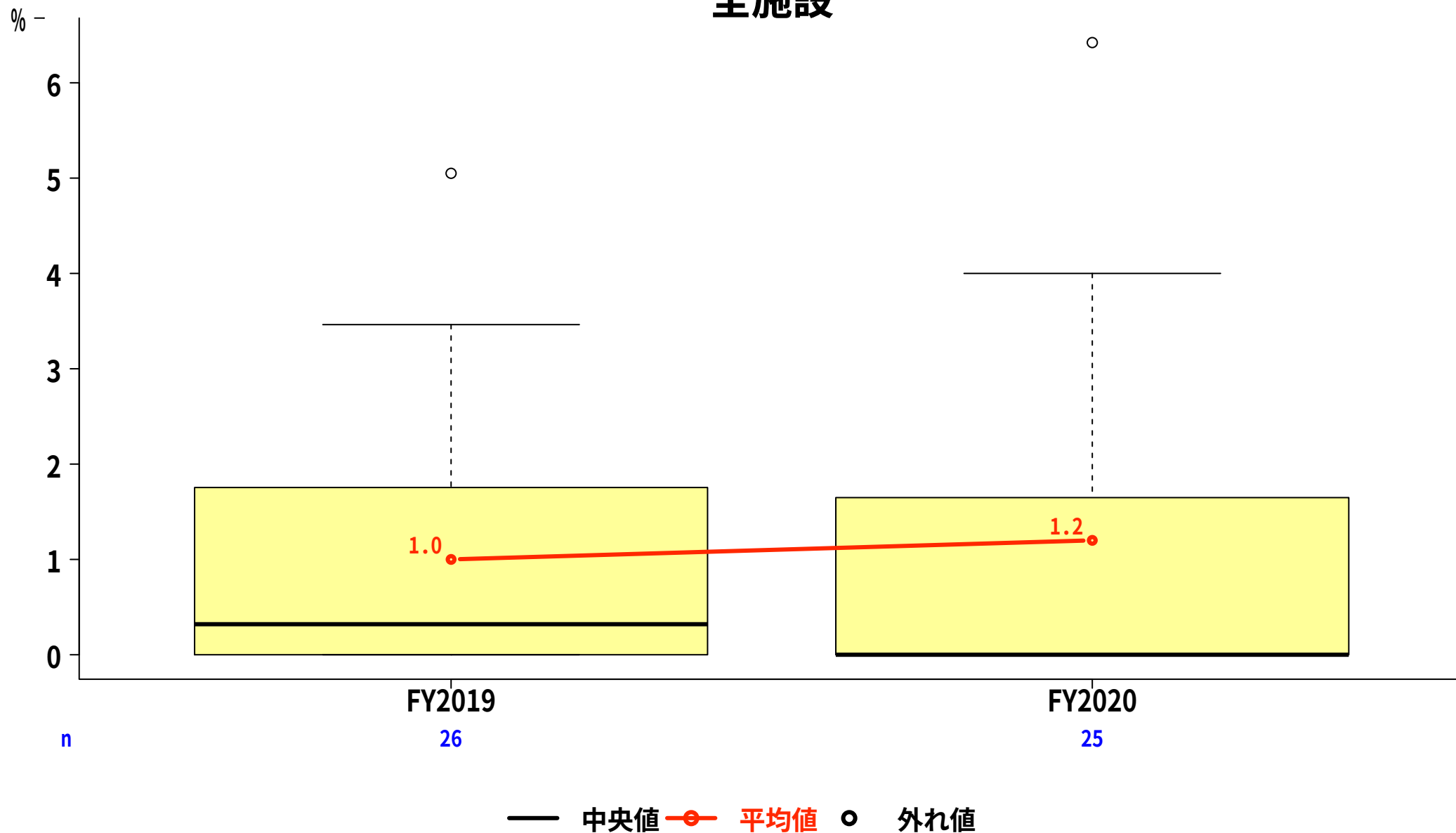


精神-13-b 全報告中医師による報告の占める割合

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



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、切れ目のない医療の提供を行います。つまり、紹介率・逆紹介率の数値は、地域の医療機関との連携の度合いを示す指標です。

分 子: No.01) 紹介患者数
No.02) 逆紹介患者数

分 母: 初診患者数

収集期間: 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

考察

<No.01 紹介率>

今回、提出がなかったのは 23 施設で、提出割合は 25.8% (8/31, 前年比-5.2) でした。

1 年間の結果は、平均値 59.6% (前年比-4.0)、中央値 52.9% (前年比+3.1)、最大値 100.0% (前年比-10.0)、最小値 2.2% (前年比-7.9) で、2019 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 24 施設で、提出割合は 22.6% (7/31, 前年比-8.5) でした。

1 年間の結果は、平均値 149.6% (前年比+48.6)、中央値 32.1% (前年比+10.4)、最大値 871.4% (前年比+358.2)、最小値 0.0% (前年比-12.5) で、紹介率同様に 2019 年度と比べて、提出できた施設が減少しました。

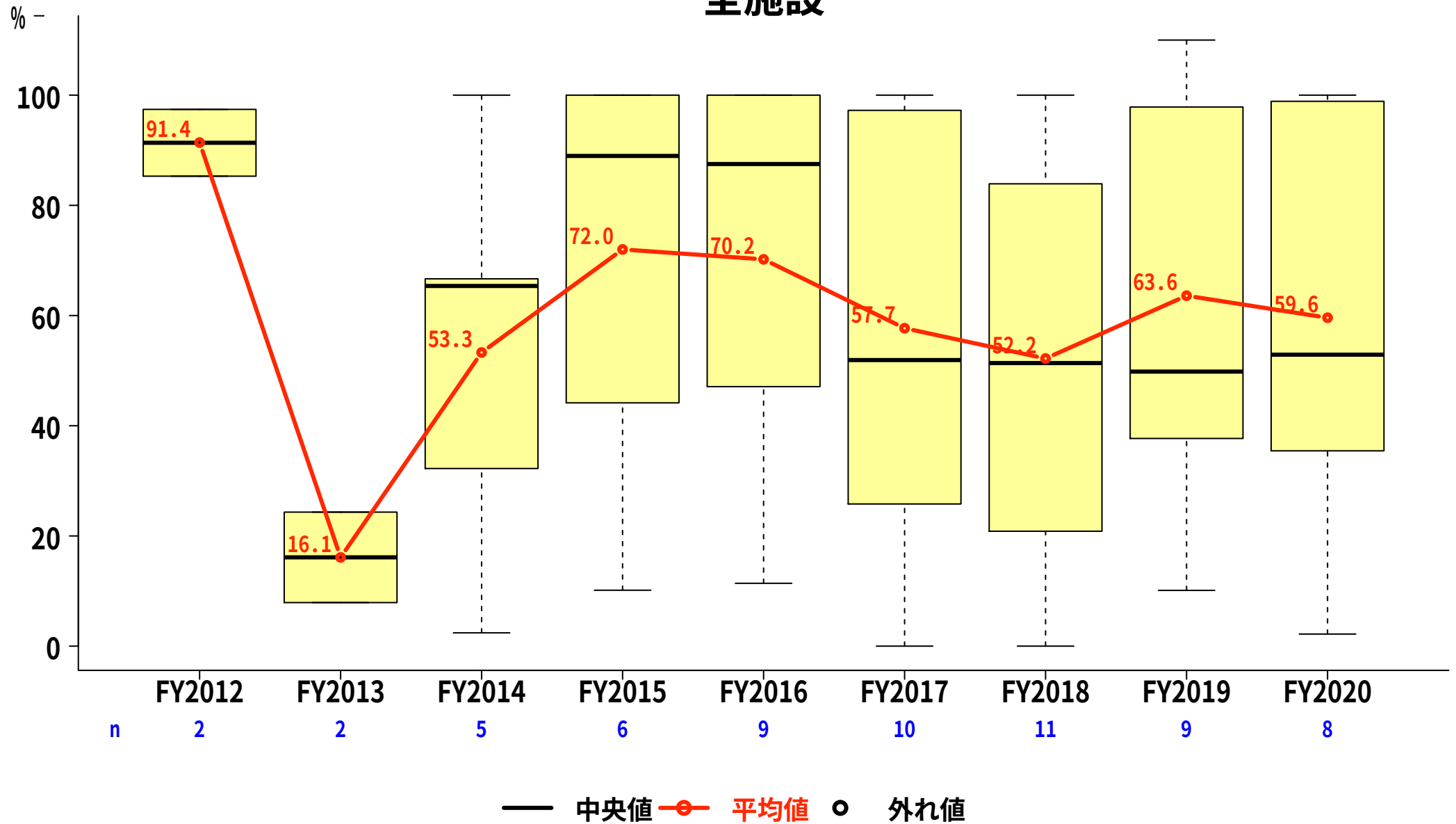
参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 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 978-4-89996-433-9

療養-1 紹介率

分子:紹介患者数
分母:初診患者数

全施設

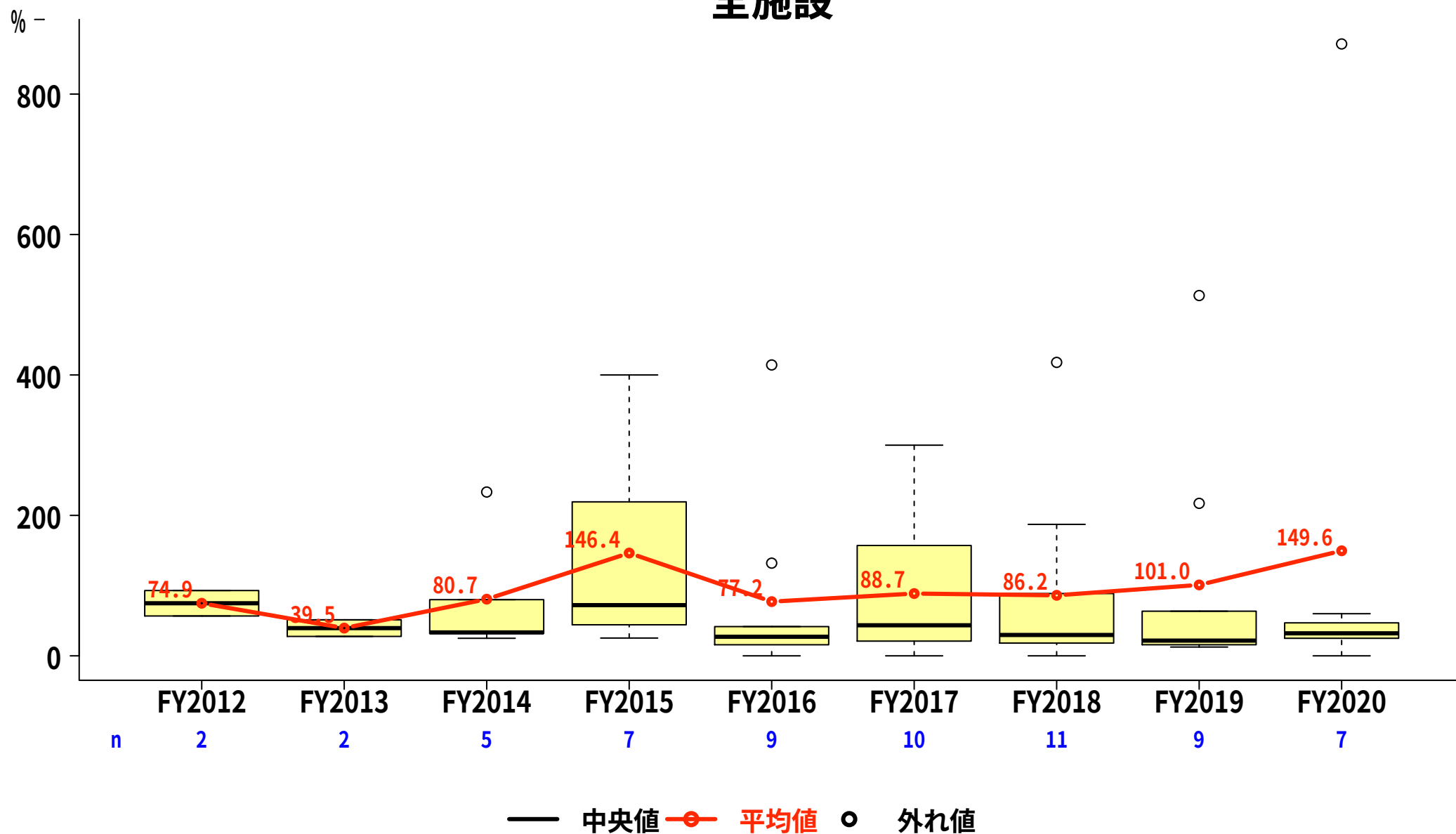


療養-2 逆紹介率

分子:逆紹介患者数

分母:初診患者数

全施設



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

考察

今回、提出がなかったのは入院患者全体では 10 施設で、提出割合は 67.7% (21/31, 前年比-1.2)、65 歳以上では 13 施設で、提出割合は 58.1% (18/31, 前年比-4.0) でした。

転倒転落発生率の 1 年間の結果は、平均値 1.95‰ (前年比+0.01)、中央値 1.96‰ (前年比-0.07)、最大値 4.42‰ (前年比-1.14)、最小値 0.07‰ (前年比-0.10)、損傷発生率(損傷レベル 2 以上)の 1 年間の結果は、平均値 0.05‰ (前年比-0.01)、中央値 0.46‰ (前年比-0.01)、最大値 1.67‰ (前年比+0.51)、最小値 0.00‰ (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 0.01‰ (前年比-0.06)、中央値 0.00‰ (前年比-0.07)、最大値 0.08‰ (前年比-0.18)、最小値 0.00‰ (前年比±0) でした。

65 歳以上の転倒転落発生率は、平均値 1.68‰ (前年比-0.02)、中央値 1.79‰ (前年比+0.35)、最大値 4.30‰ (前年比-1.59)、最小値 0.07‰ (前年比+0.07) でした。

一般と比べると参加施設が多くないためばらつきは見られますが、20 施設以上が提出している 2017 年度以降、転倒転落発生率は 1.9～2.1‰ を推移し、損傷レベル 2 以上は 0.4～0.5‰ を推移しています。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 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 978-4-89996-433-9
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

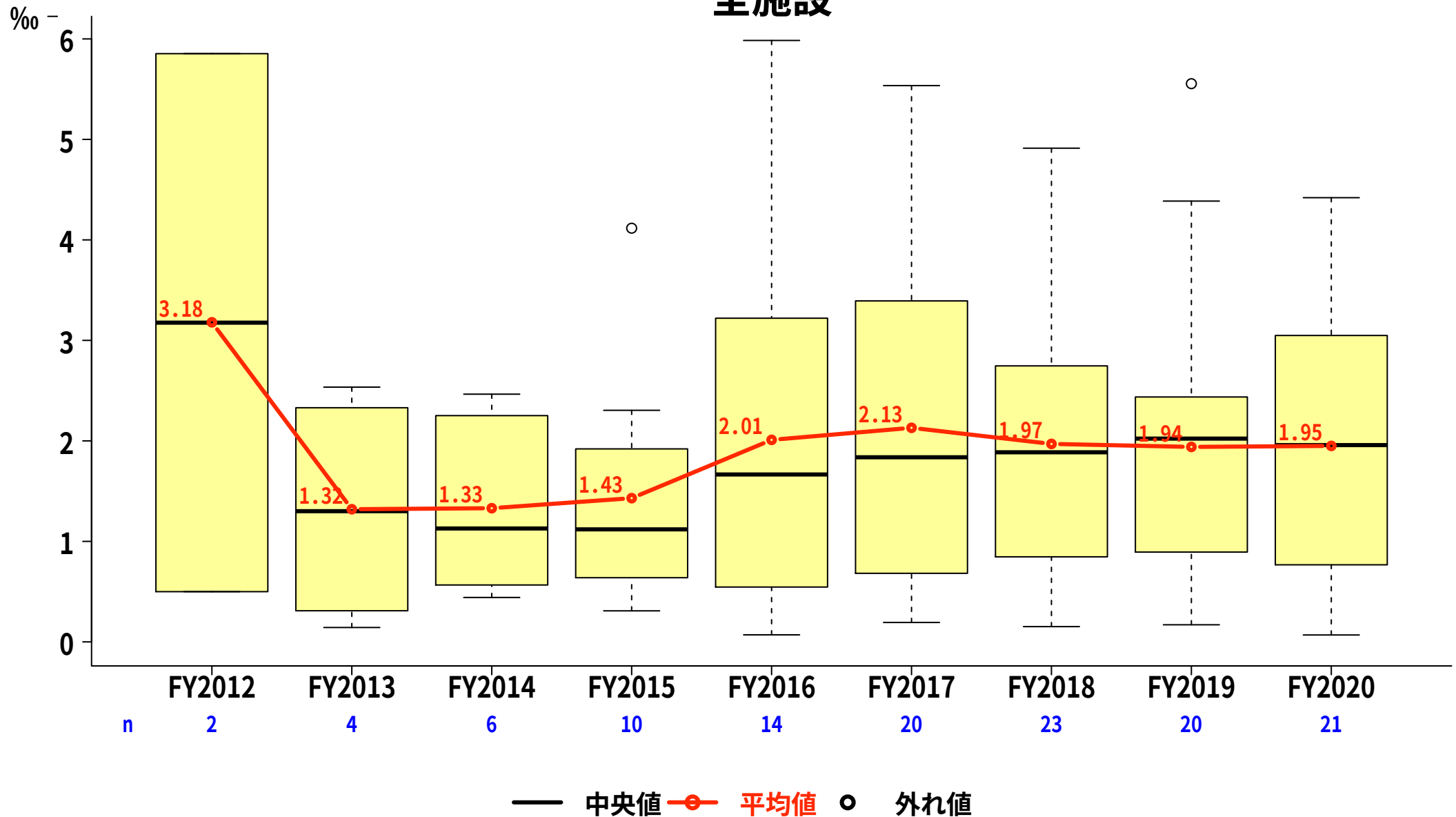
ための教材と教育方法の開発に関する研究」班研究報告書 別冊『転倒・転落対策のガイドライン』(主任研究者:上原鳴夫)

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.

療養-3-a 入院患者の転倒・転落発生率

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

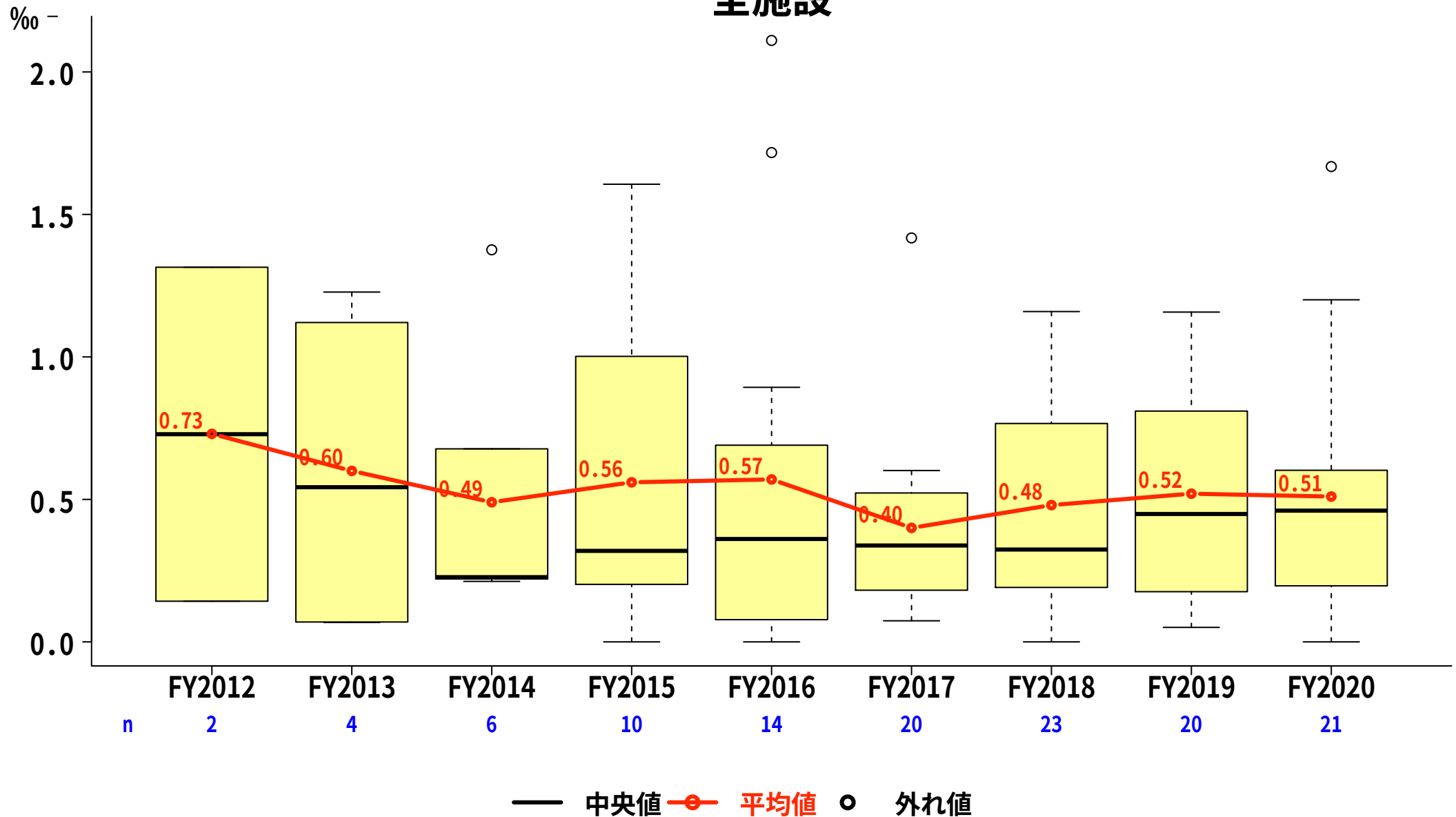
全施設



療養-3-b 入院患者の転倒・転落発生率（損傷レベル2以上）

分子:医療安全管理室ヘインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうち損傷レベル2以上の件数
分母:入院延べ患者数

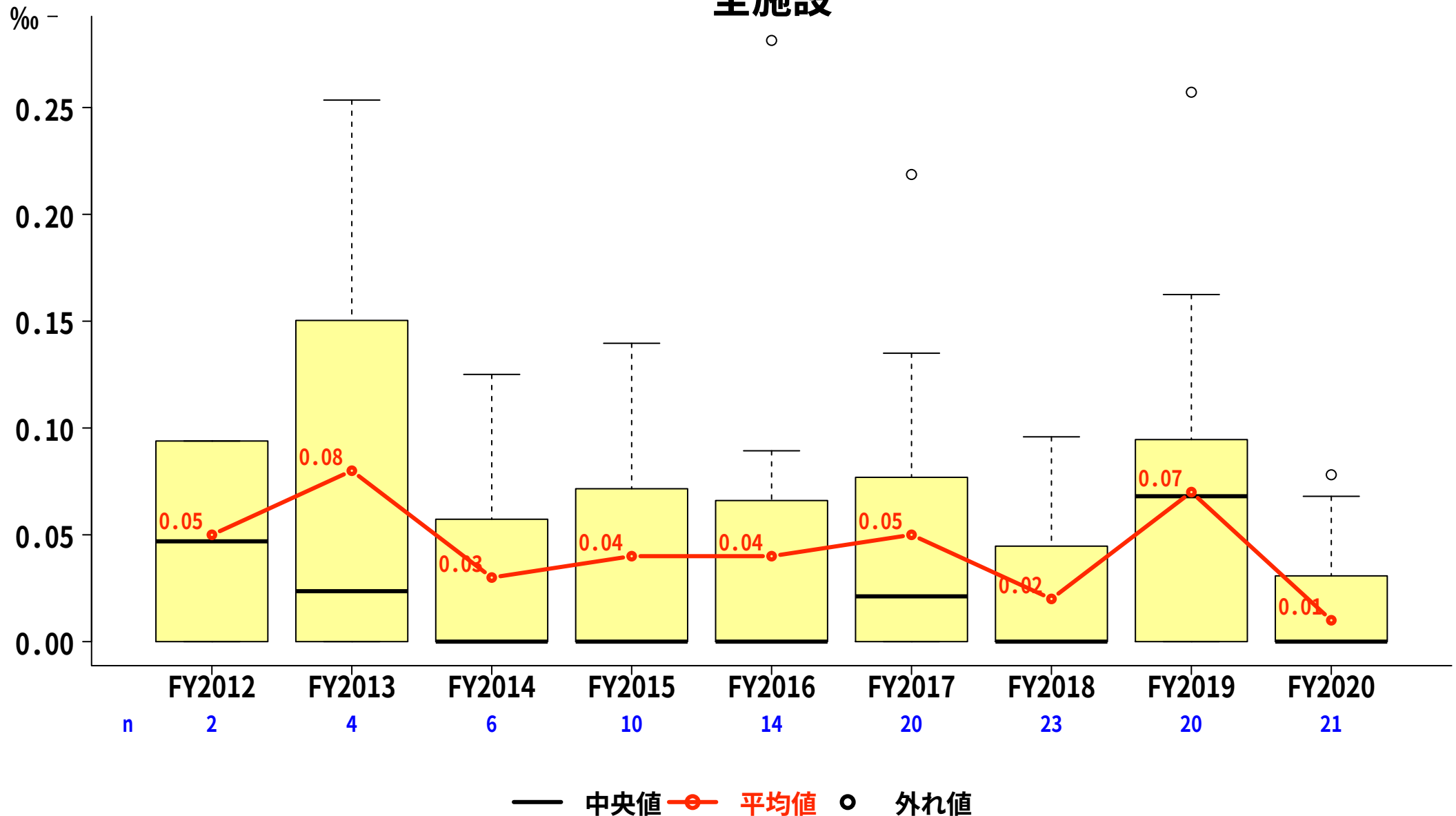
全施設



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

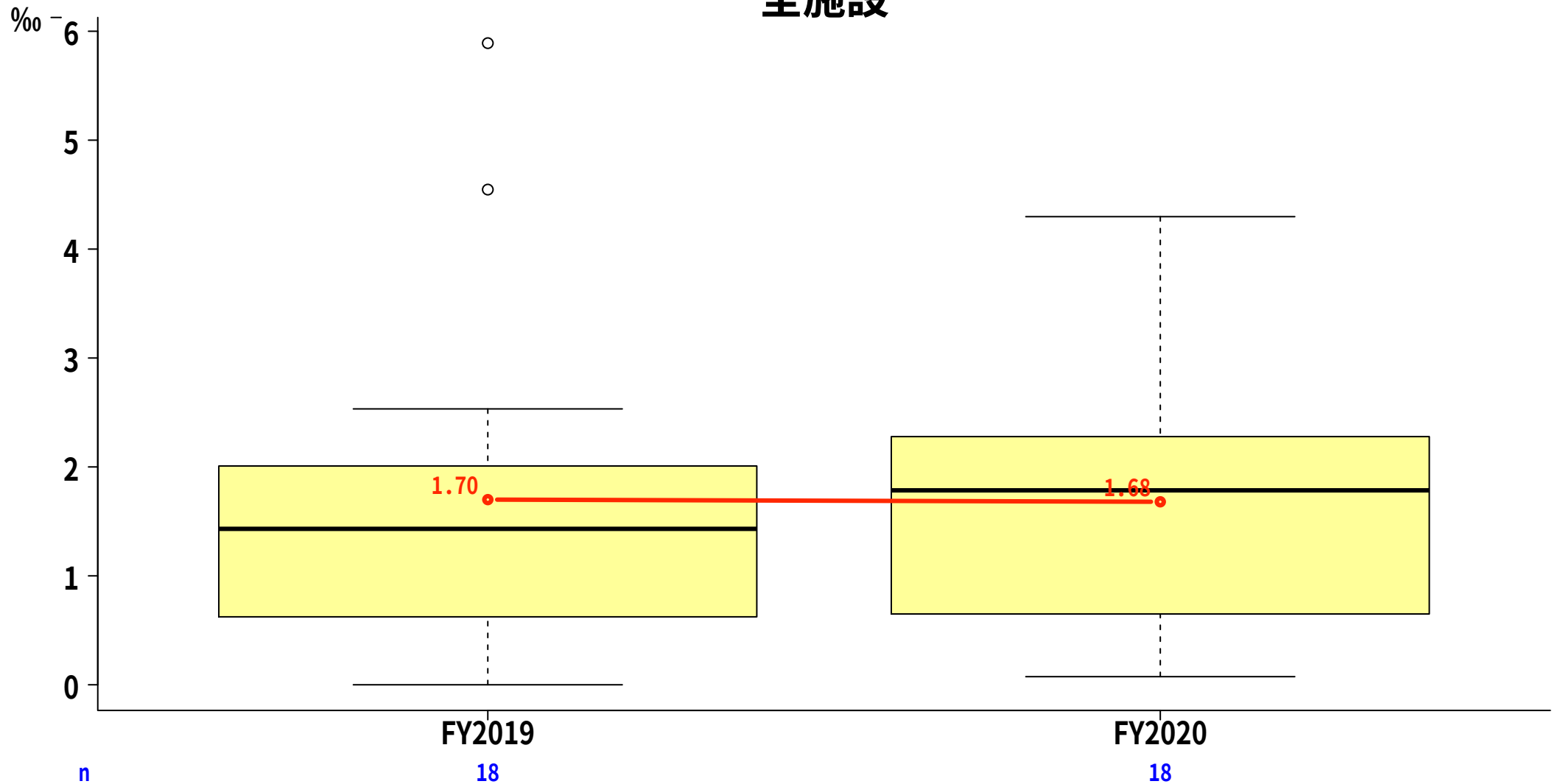
全施設



療養-3-d 65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率

分子:65歳以上の入院中の患者に発生した転倒・転落件数
分母:65歳以上の入院患者延べ数

全施設



— 中央値 —●— 平均値 ○ 外れ値

No.04 身体抑制率

指標の説明・定義

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

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

分母： 病床入院のべ患者日数(patient days)

収集期間： 1ヶ月毎

下記項目のうち1～9の項目に準拠する項目を物理的身体抑制と定義する。

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

指標の種類・値の解釈

プロセス

より低い値が望ましい

考察

今回、提出がなかったのは13施設で、提出割合は58.1%(18/31, 前年比-4.0)でした。

1年間の結果は、平均値14.7%（前年比-2.4）、中央値10.7%（前年比-3.8）、最大値39.8%（前年比+4.5）、最小値0.2%（前年比-3.2）で、経時的に見ると、10施設以上提出している2015年度から一番高かった2016年度と比べると、2020年度は4.6ポイント改善しています。

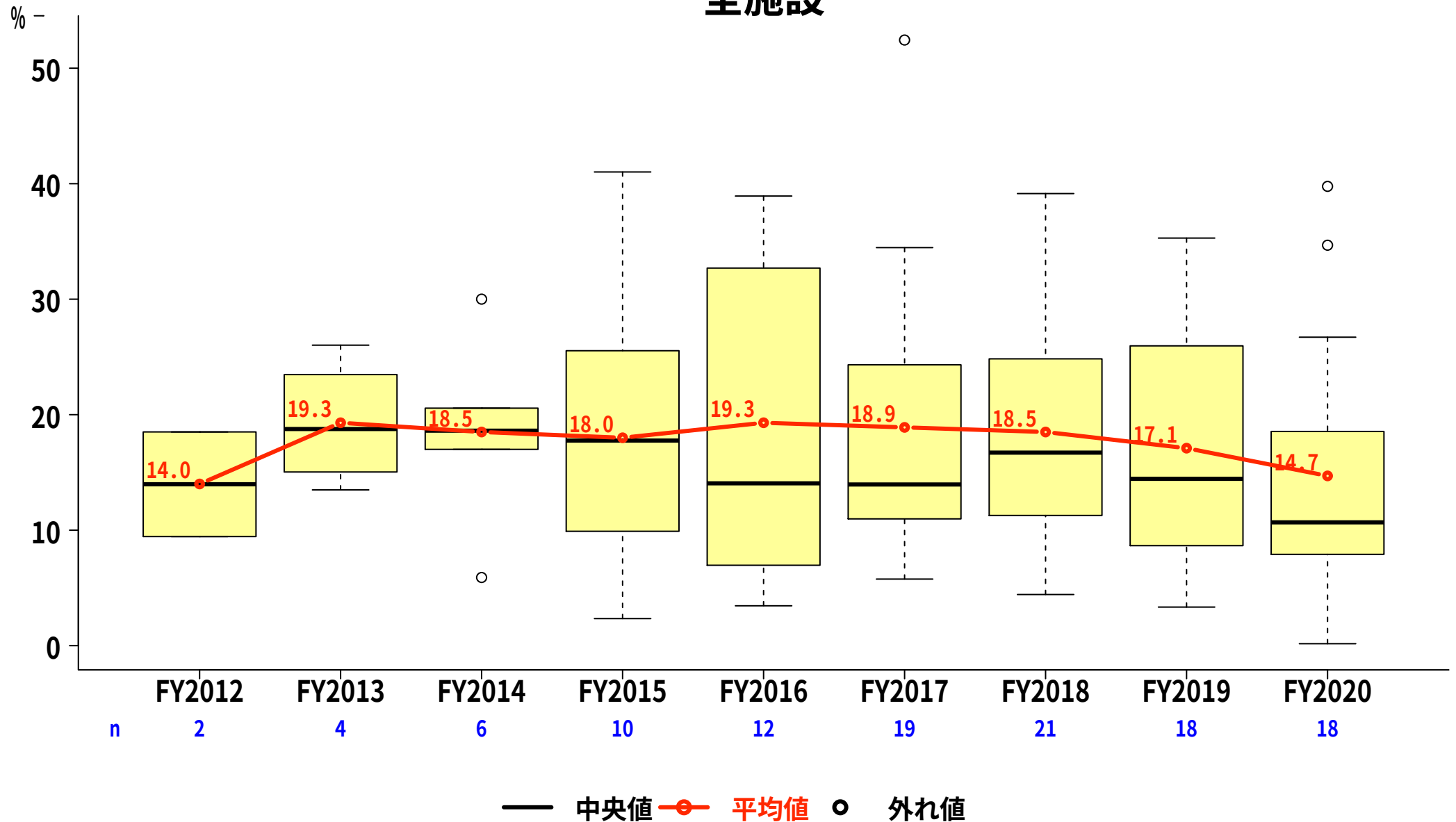
参考文献

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

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



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

考察

今回、提出がなかったのは13施設で、提出割合は58.1%(18/31, 前年比-4.0)でした。

1年間の結果は、平均値69.8%(前年比-2.2)、中央値76.2%(前年比-3.4)、最大値100.0%(前年比±0)、最小値18.8%(前年比-11.6)でした。

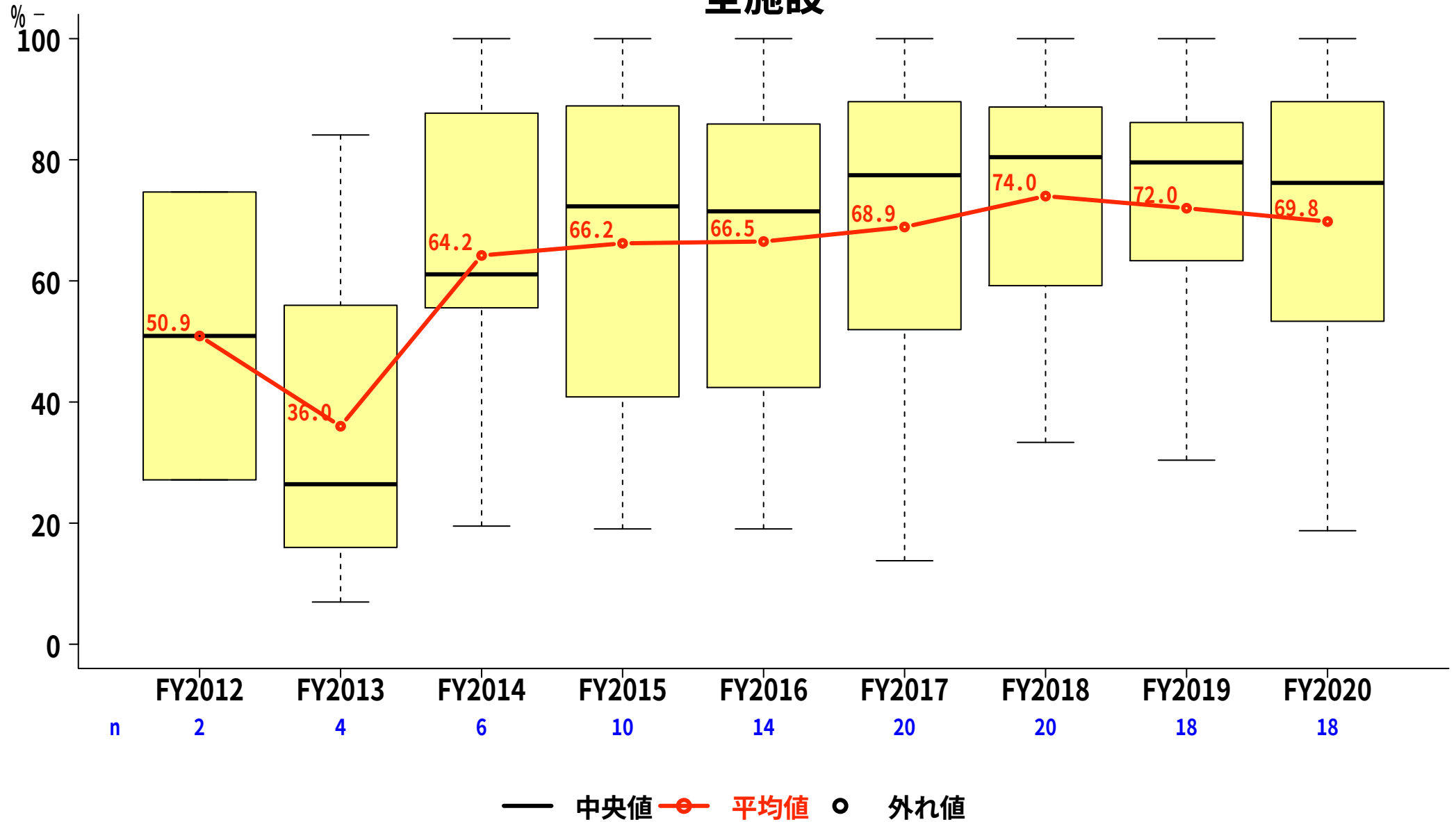
経時的に見ると、2014年度から2018年度は毎年改善していましたが、徐々に下がってきています。

参考文献

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



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

考察

今回、提出がなかったのは 11 施設で、提出割合は 64.5% (20/31, 前年比-1.0) 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-0.02)、最大値 0.21% (前年比-0.06)、最小値 0.00% (前年比-0.01) で、経時的に見ると、2013 年度に高い施設がありますが、それ以外は横ばいです。

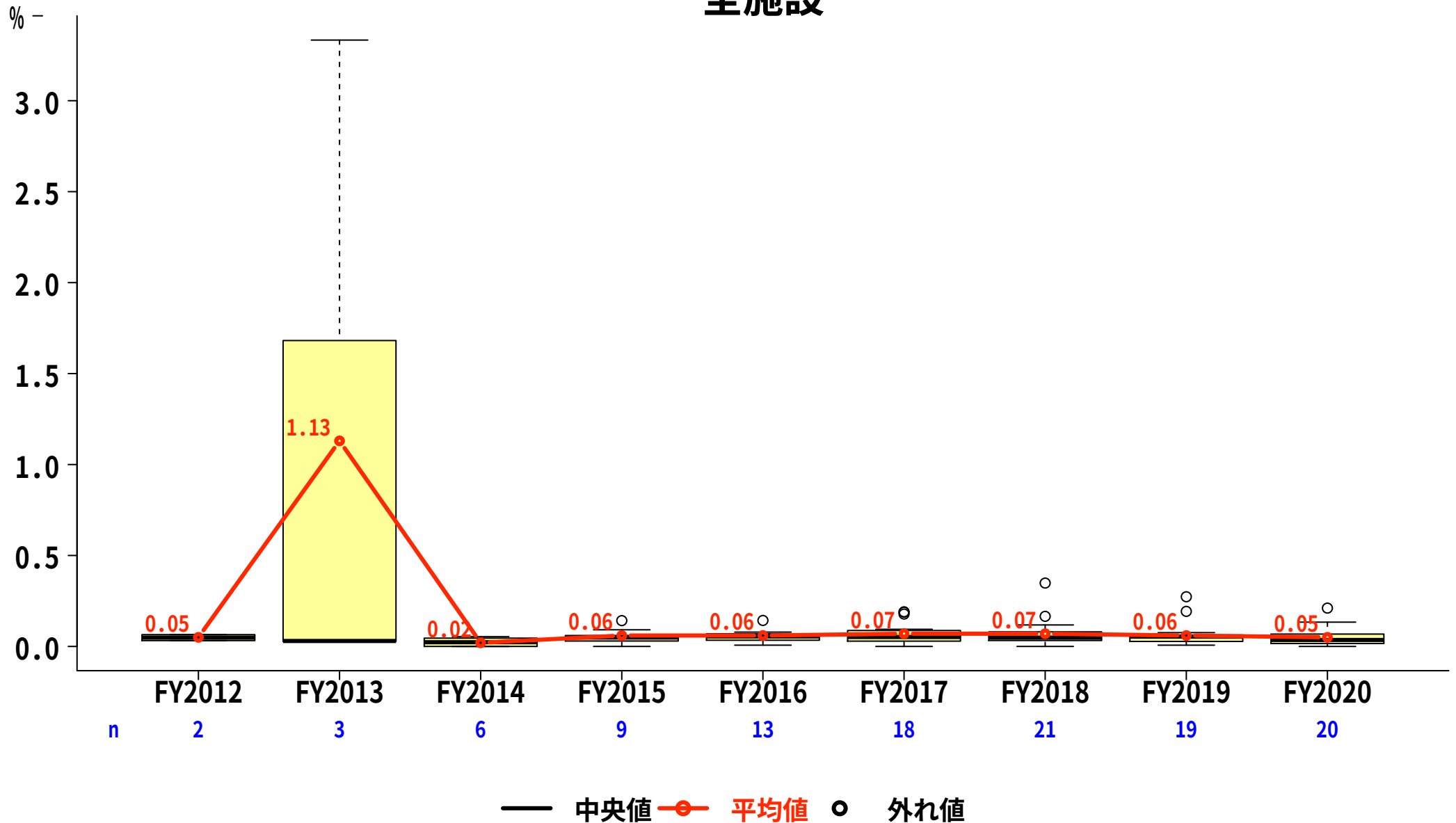
参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 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 978-4-89996-433-9
2. 「看護ケアの質の評価基準に関する研究」:1993 年文部科学研究、主任研究者片田範子
3. American Nurses Credentialing Center: Magnet Recognition Program,2005
4. The Joint Commission; The Implementation Guide for the NQF Endorsed Nursing-Sensitive Care Measure Set 2009, version 2.0. (Internet: <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NSC%20Manual.pdf> 2016/10/15 available)
5. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel; Pressure Ulcer Prevention: Quick Reference Guide.(Internet: <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/prevention-and-treatment-of-pressure-ulcers-clinical-practice-guideline/> 2016/10/15 available)
6. 日本褥瘡学会編; 褥瘡予防・管理ガイドライン.(Internet: http://minds.jcqh.or.jp/stc/0036/1/0036_G0000181_GL.html 2016/10/15 available)

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



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ための糖尿病患者

収集期間： 3 ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より高い値が望ましい

考察

今回、提出がなかったのは 20 施設で、提出割合は 35.5% (11/31, 前年比-5.9)でした。

1 年間の結果は、平均値 71.5% (前年比+1.8)、中央値 81.5% (前年比+5.8)、最大値 100.0% (前年比+3.5)、最小値 25.0% (前年比-6.1)で、2017 年度以降改善し、10.7 ポイント上昇しています。

参考文献

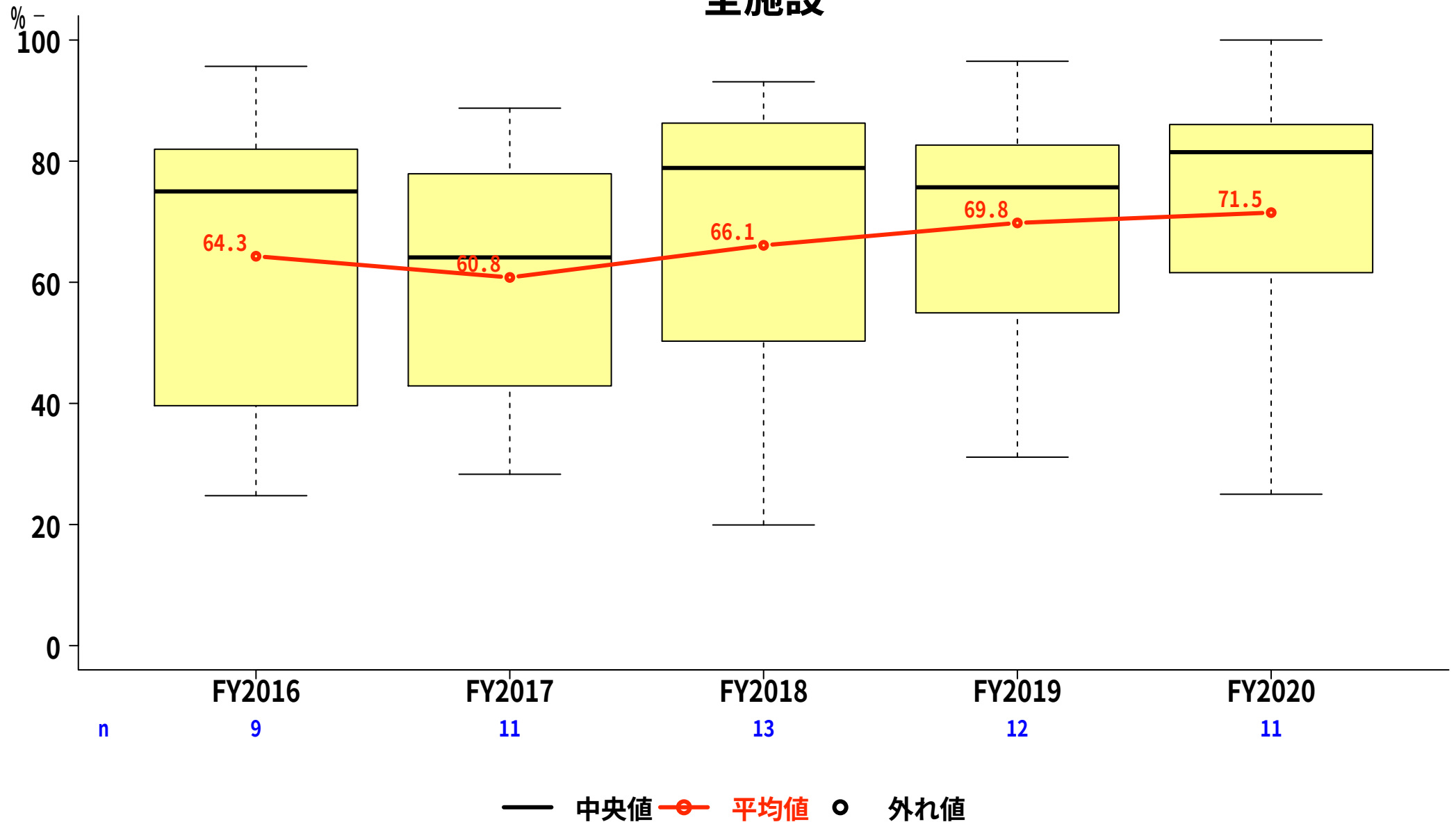
1. 日本糖尿病学会編著:糖尿病診療ガイドライン 2016. 南江堂, 2016.
2. 日本糖尿病学会. 日本老年医学会の合同委員会 高齢者糖尿病の血糖コントロール目標 2016.
3. 日本糖尿病・生活習慣病ヒューマンデータ学会. 糖尿病標準診療マニュアル(第 16 版) 一般診療所・クリニック向け, 2020.
4. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディア ISBN 978-4-89996-433-9

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



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、高血圧に対しての加療(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

考察

今回、提出がなかったのは 22 施設で、提出割合は 29.0% (9/31, 前年比-5.5) でした。

1 年間の結果は、平均値 87.4% (前年比+0.1)、中央値 88.0% (前年比+1.2)、最大値 98.4% (前年比+4.1)、最小値 76.0% (前年比-2.2) で、測定を開始した 2016 年度以降大きな変化はありませんでした。

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.

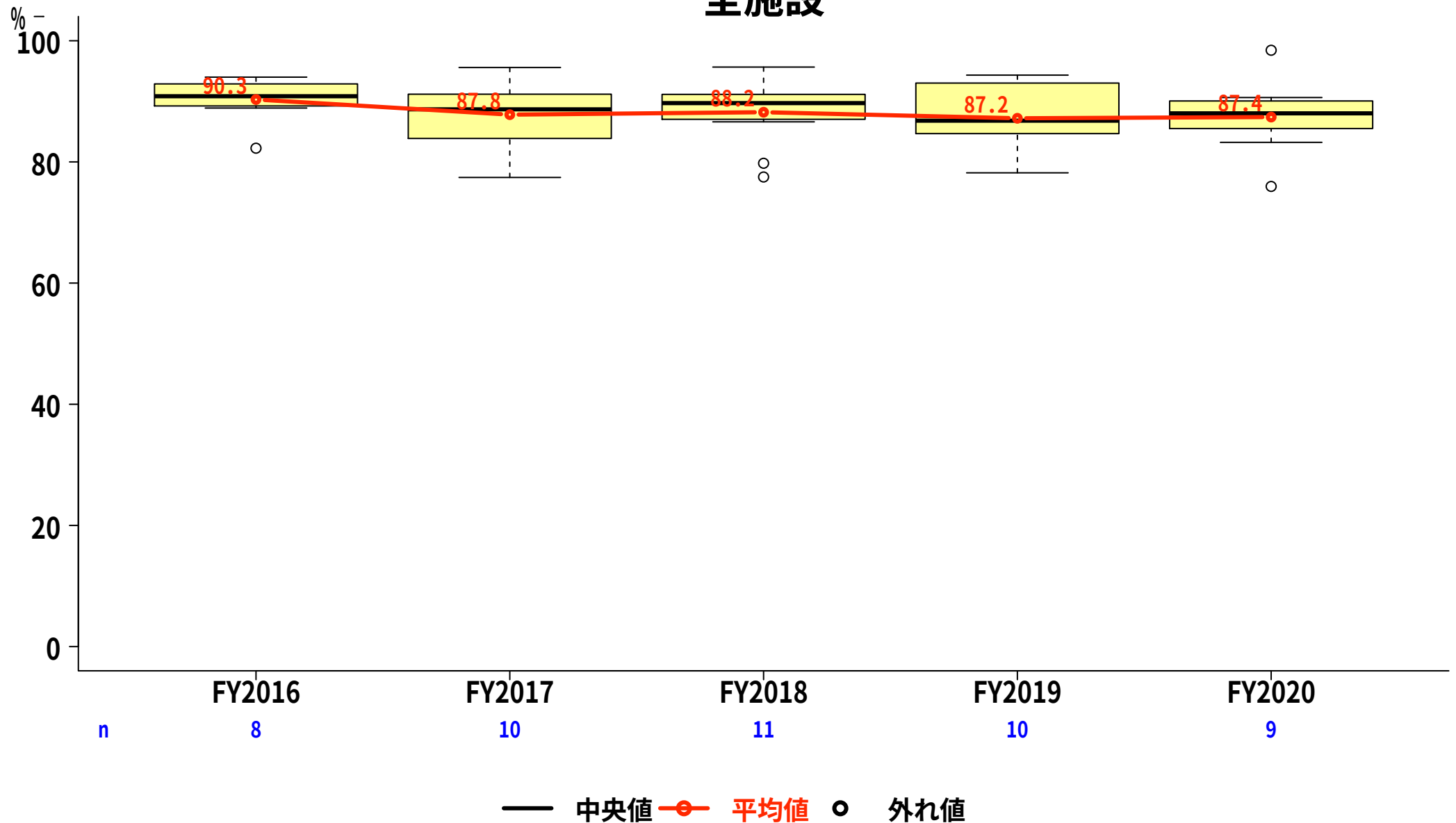
3. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
4. 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会編:高血圧治療ガイドライン 2014. 日本高血圧学会, 2014.

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



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

考察

今回、提出がなかったのは25施設で、提出割合は19.4%（6/31、前年比-8.2）でした。

1年間の結果は、平均値47.2%（前年比+11.9）、中央値41.4%（前年比+16.0）、最大値100.0%（前年比+0.3）、最小値0.0%（前年比±0）で、提出施設数はまだ少ないですが、測定を開始した2016年度以降徐々に改善し、2016年度と比べると23.6ポイント改善しています。

参考文献

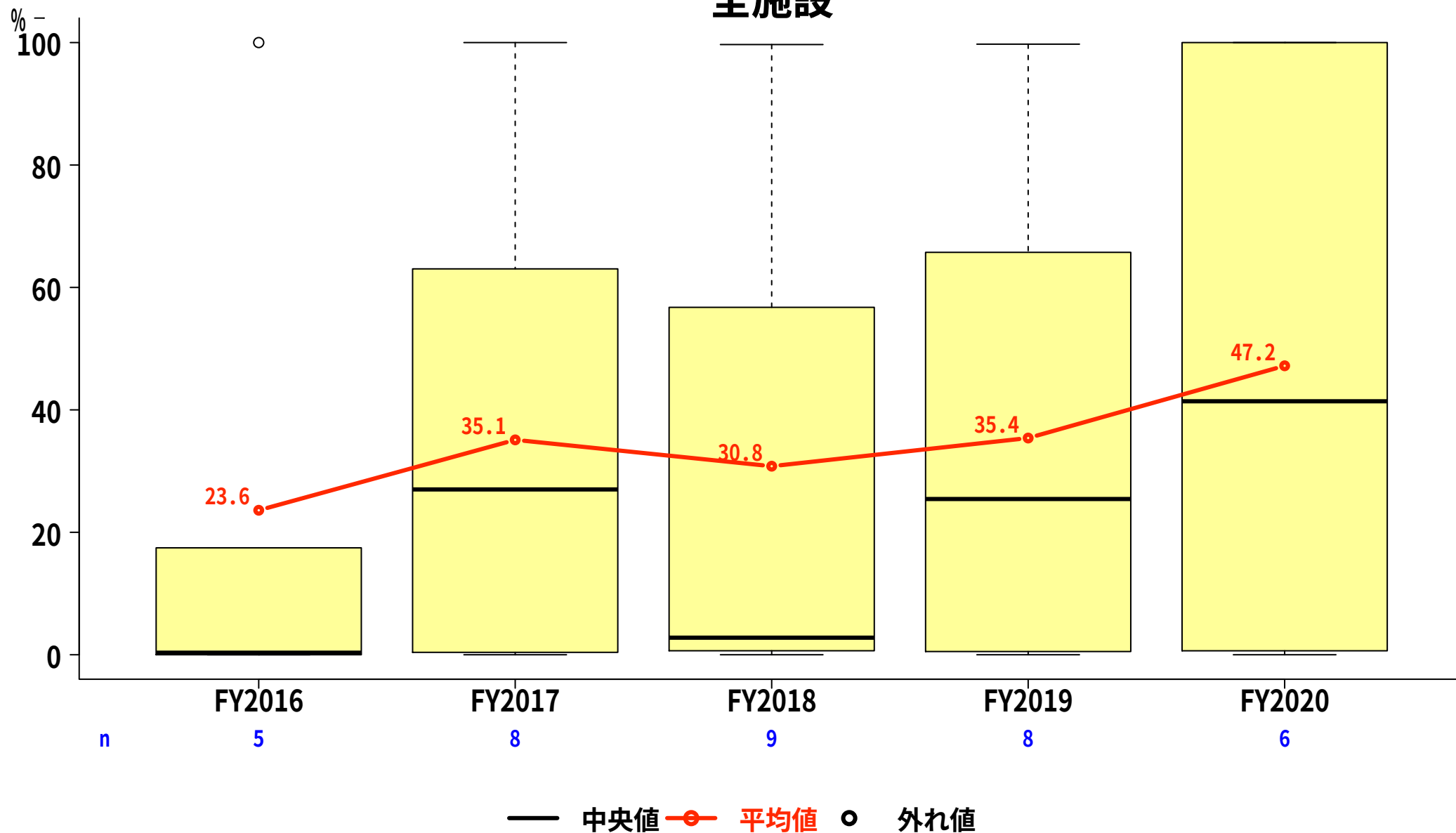
1. National Committee for Quality Assurance; Advance Care Plan (<https://www.qualityforum.org/QPS/0326> 2017/12/06 available)
2. アドバンス・ディレクティブとリビング・ウィル（総論）；日本老年医学会雑誌 52 巻 3 号（2015:7）207-210 (https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/publications/other/pdf/clinical_practice_52_3_207.pdf 2017/12/06 available)

療養-10 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

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

全施設



- 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？（満足）
- No.10-b 外来:この病院について総合的にはどう思われますか？（満足・やや満足）
- No.10-c 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-d 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 この病院について総合的にはどう思われますか？>

分 子:	No.10-a) 分母のうち「満足」と回答した外来患者数 No.10-b) 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-c 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-d 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

考察

＜No.10- a, b 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 28 施設で、提出割合は 9.7% (3/31, 前年比-11.0) でした。

満足のための 1 年間の結果は、平均値 38.3% (前年比-13.1)、中央値 51.2% (前年比+6.2)、最大値 63.8% (前年比-36.2)、最小値 0.0% (前年比-25.2)、満足またはやや満足の 1 年間の結果は、平均値 38.3% (前年比-14.9)、中央値 51.2% (前年比+1.2)、最大値 63.8% (前年比-6.2)、最小値 0.0% (前年比-34.0) でした。

＜No.10-c 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 28 施設で、提出割合は 9.7% (3/31, 前年比-4.1) でした。

1 年間の結果は、平均値 34.2% (前年比-14.8)、中央値 45.5% (前年比-1.0)、最大値 57.0% (前年比-5.8)、最小値 0.0% (前年比-40.0) でした。

＜No.10-d 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 29 施設で、提出割合は 6.5% (2/31, 前年比+6.5) でした。

1 年間の結果は、平均値 24.6%、中央値 24.6%、最大値 49.2%、最小値 0.0% で、2019 年度は提出施設が 0 でしたが、今年度は 2 施設から提出がありました。

2019 年度から新しく採用した項目で、まだ半数以上の施設が提出できていません。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

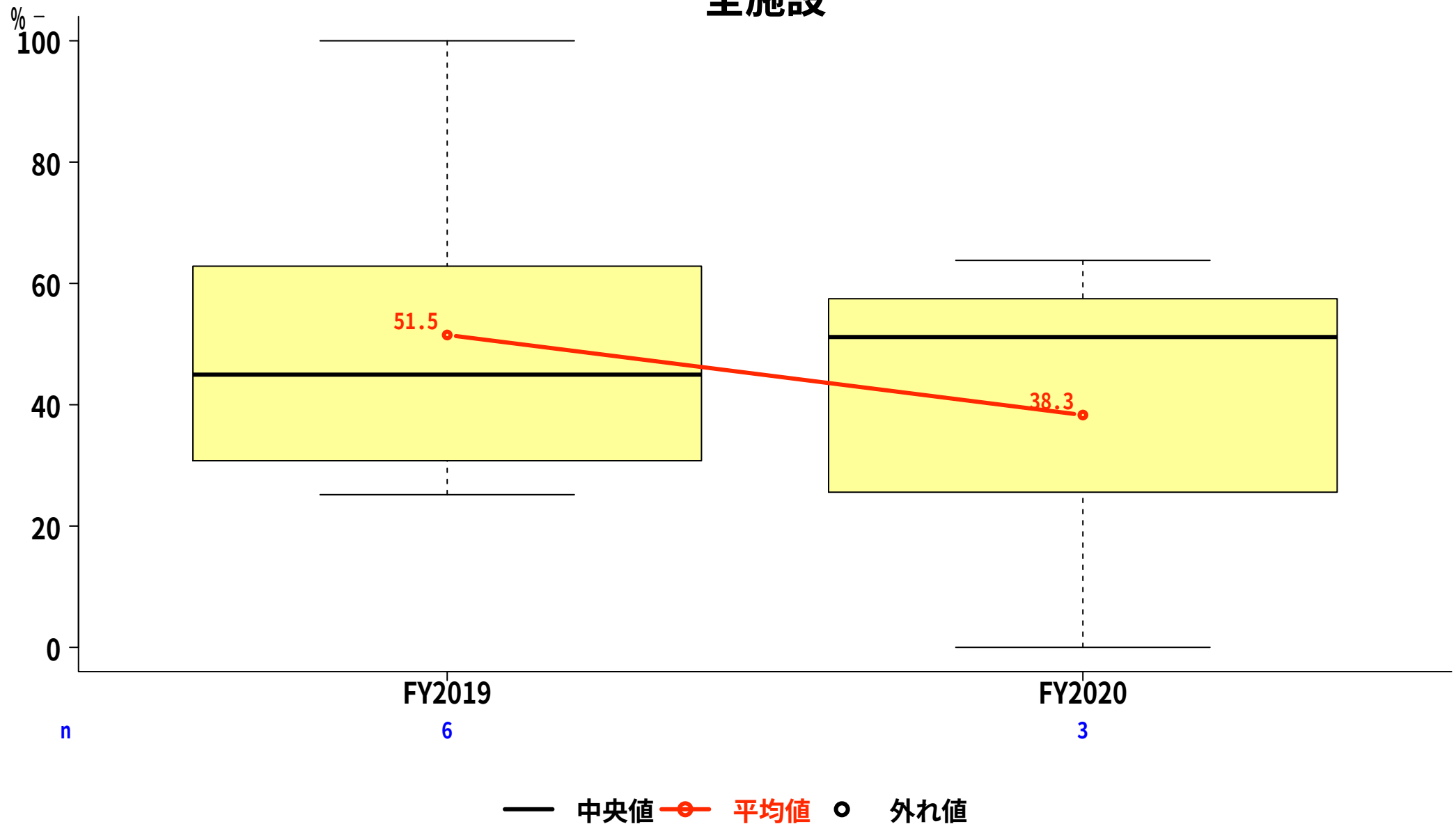
1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディア ISBN 978-4-89996-433-9

療養-11-a 外来満足度（総合評価） 満足

分子:「満足」と回答した外来患者数

分母:満足度調査「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

全施設

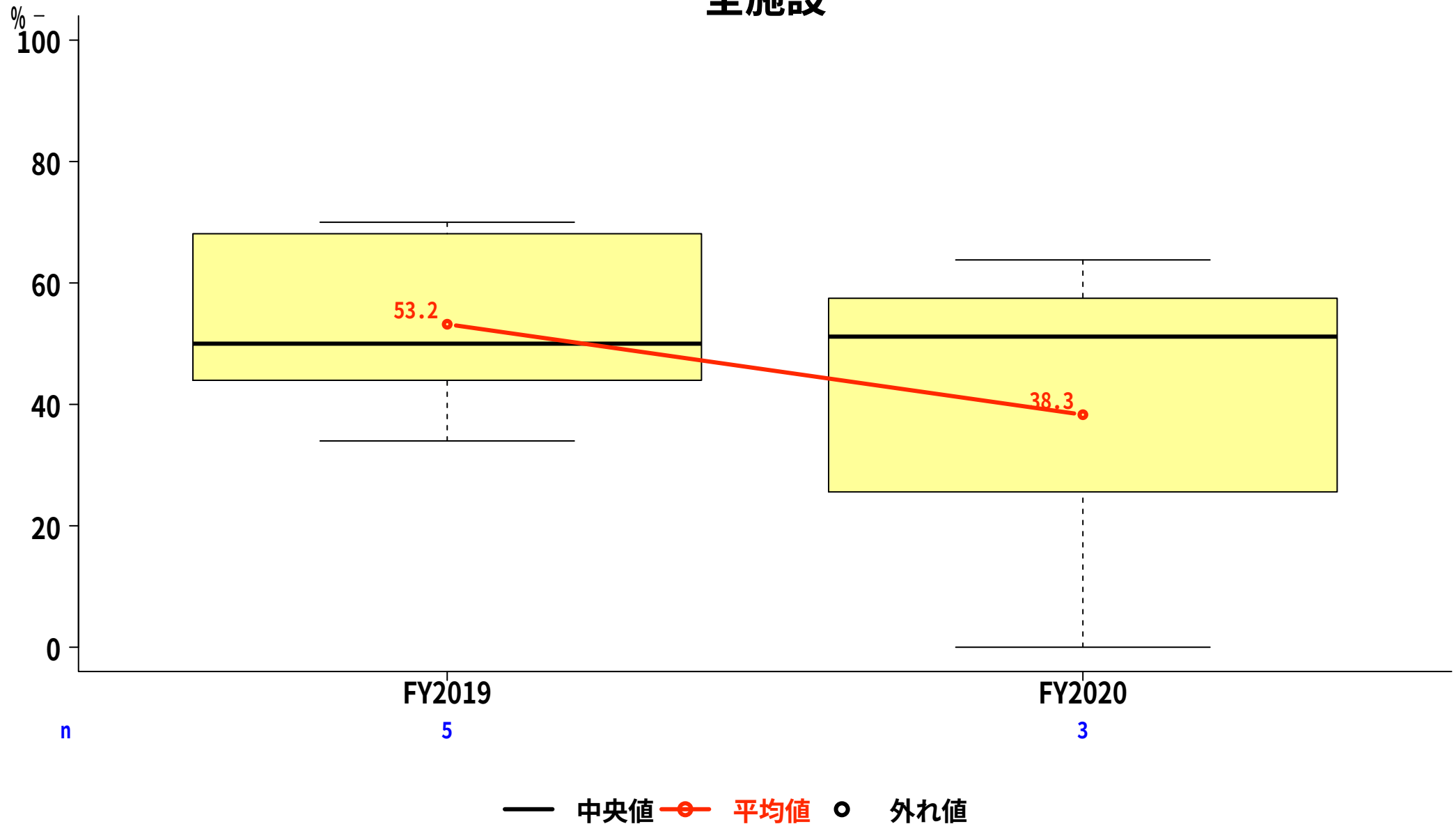


療養-11-b 外来満足度（総合評価） 満足またはやや満足

分子:「満足」または「やや満足」と回答した外来患者数

分母:満足度調査「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

全施設

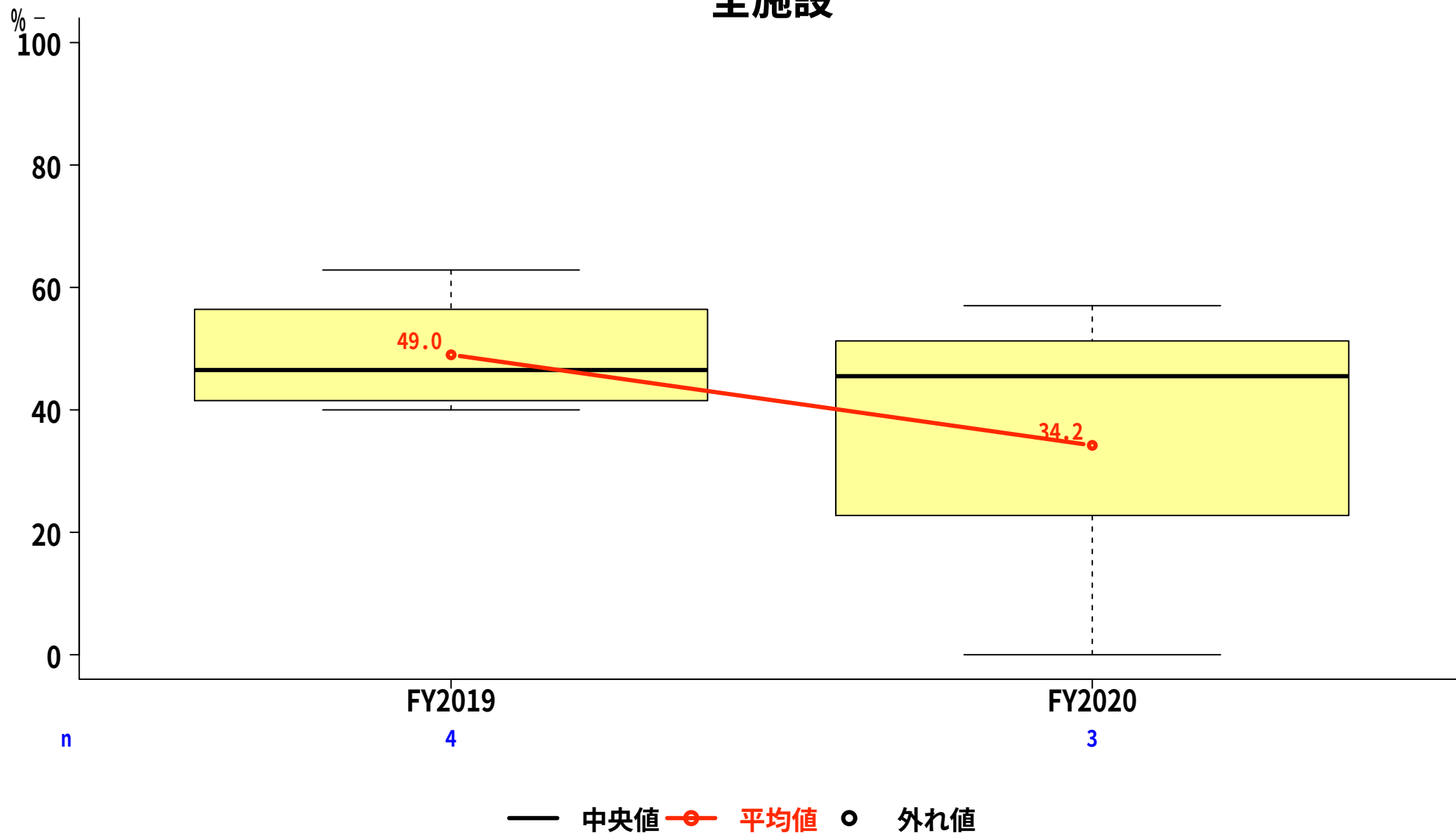


療養-11-c 外来満足度（医師からの説明）

分子：「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：満足度調査「診断や治療方針について説明は十分でしたか？」の設問有効回答数

全施設

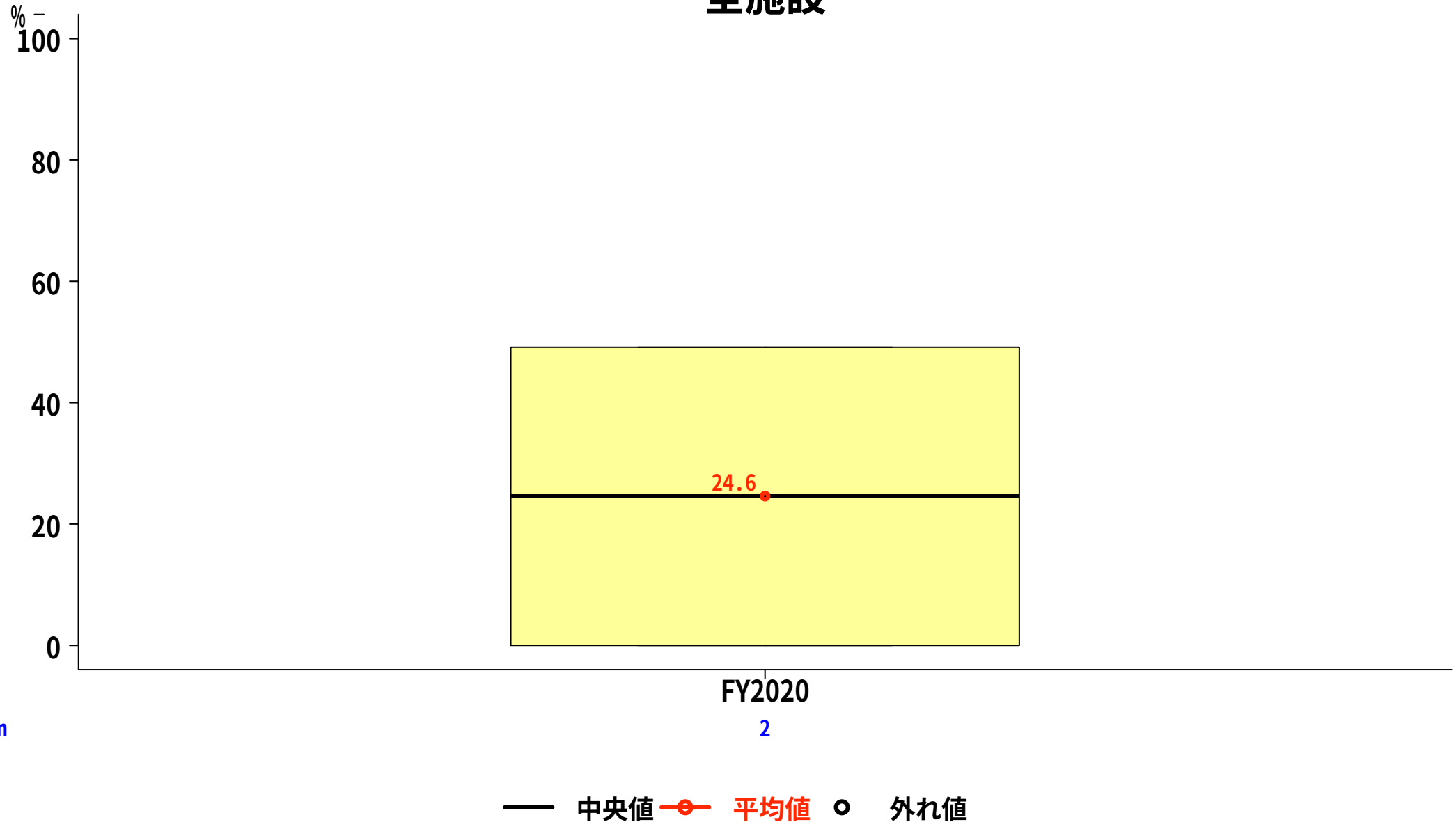


療養-11-d 外来満足度（医師への意見）

分子：「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：満足度調査「診断や治療方針について説明を受けた際の疑問等は伝えられましたか？」の設問有効回答数

全施設



- 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？（満足）
- No.11-b 入院:この病院について総合的にはどう思われますか？（満足・やや満足）
- 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説明は十分でしたか？
- No.11-d 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 この病院について総合的にはどう思われますか？>

分 子:	No.11-a) 分母のうち「満足」と回答した入院患者数 No.11-b) 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-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-d 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

考察

<No.11- a, b 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 27 施設で、提出割合は 12.9% (4/31, 前年比-7.8) でした。

満足のための 1 年間の結果は、平均値 65.5% (前年比+10.6)、中央値 64.0% (前年比+12.0)、最大値 81.8% (前年比-18.2)、最小値 52.2% (前年比+21.4)、満足またはやや満足の 1 年間の結果は、平均値 65.5% (前年比+4.8)、中央値 64.0% (前年比+1.2)、最大値 81.8% (前年比-18.2)、最小値 52.2% (前年比+15.8) 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説明は十分でしたか？>

今回、提出がなかったのは 28 施設で、提出割合は 9.7% (3/31, 前年比-4.1) でした。

1 年間の結果は、平均値 55.2% (前年比-2.0)、中央値 57.0% (前年比+1.0)、最大値 70.0% (前年比-10.0)、最小値 38.5% (前年比+2.1) でした。

<No.11-d 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 28 施設で、提出割合は 9.7% (3/31, 前年比+9.7) でした。

1 年間の結果は、平均値 48.7%、中央値 52.7%、最大値 54.9%、最小値 38.5% で、2019 年度は提出施設が 0 でしたが、今年度は 3 施設から提出がありました。

2019 年度から新しく採用した項目で、まだ半数以上の施設が提出できていません。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

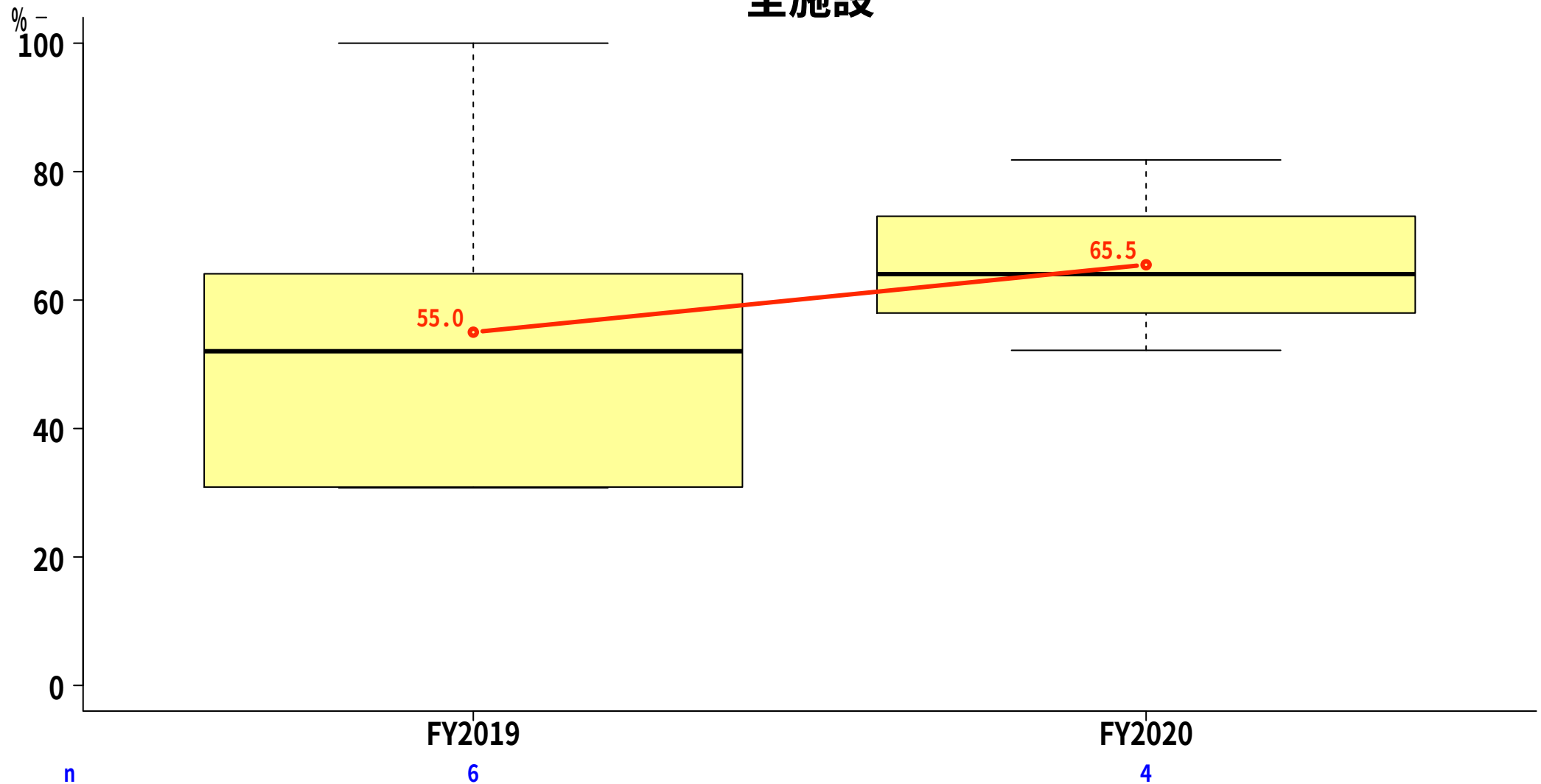
1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディア ISBN 978-4-89996-433-9

療養-12-a 入院満足度（総合評価） 満足

分子：「満足」と回答した入院患者数

分母：満足度調査「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

全施設



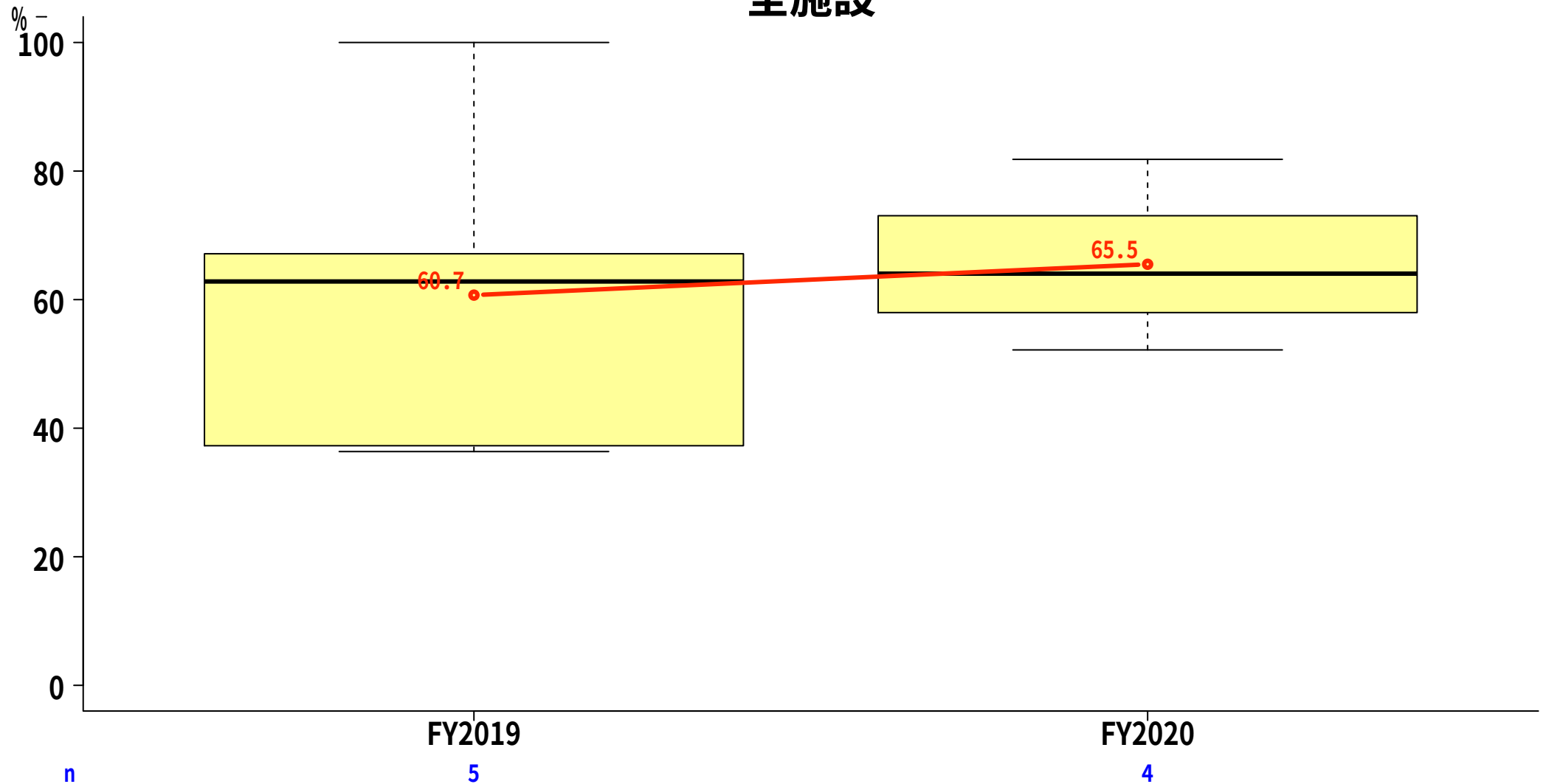
— 中央値 —●— 平均値 ○ 外れ値

療養-12-b 入院満足度（総合評価） 満足またはやや満足

分子:「満足」または「やや満足」と回答した入院患者数

分母:満足度調査「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

全施設



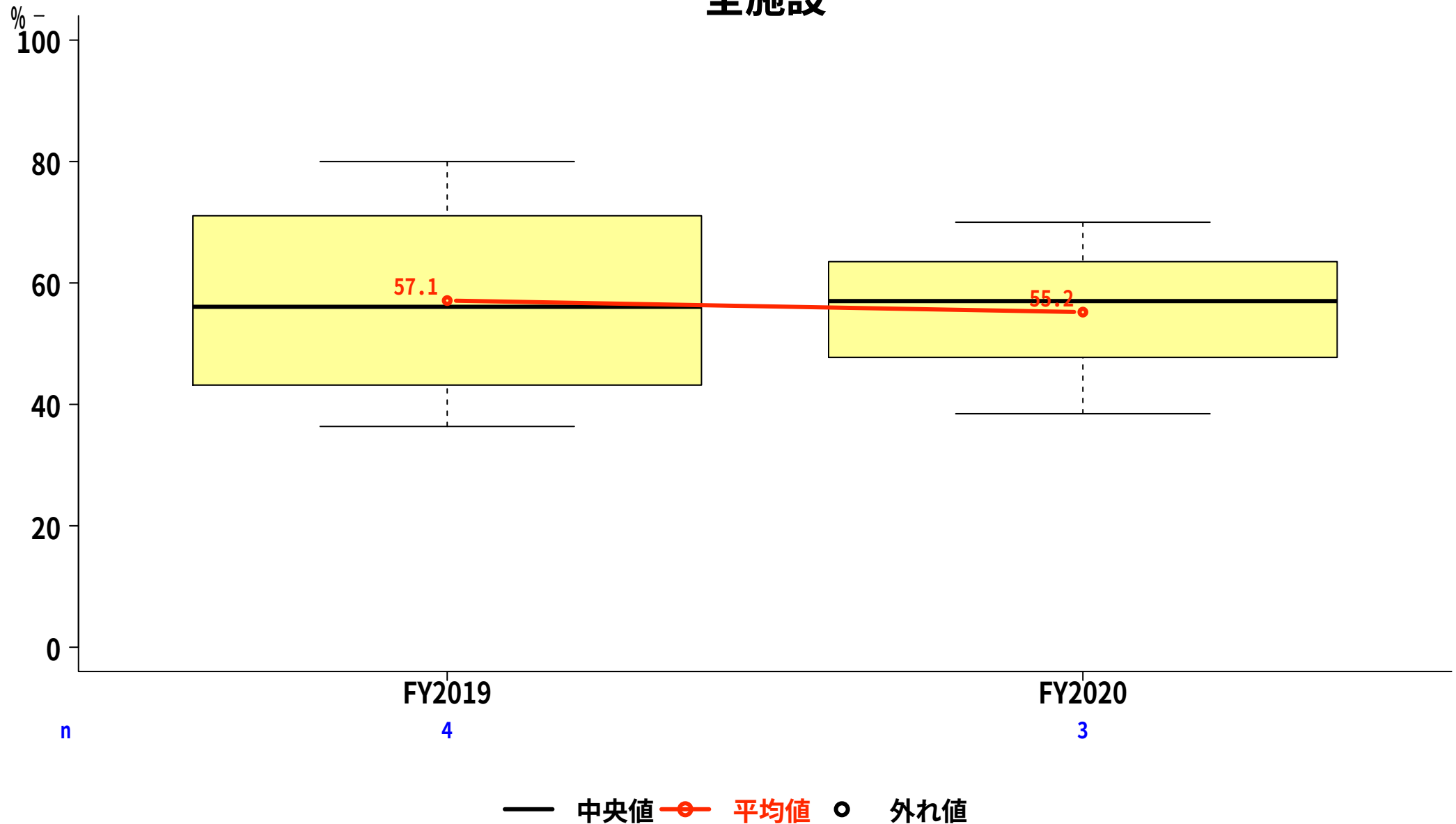
— 中央値 —○— 平均値 ○ 外れ値

療養-12-c 入院満足度（医師からの説明）

分子：「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：満足度調査「入院の原因となった病気に対する治療方針について説明は十分でしたか？」の設問有効回答数

全施設

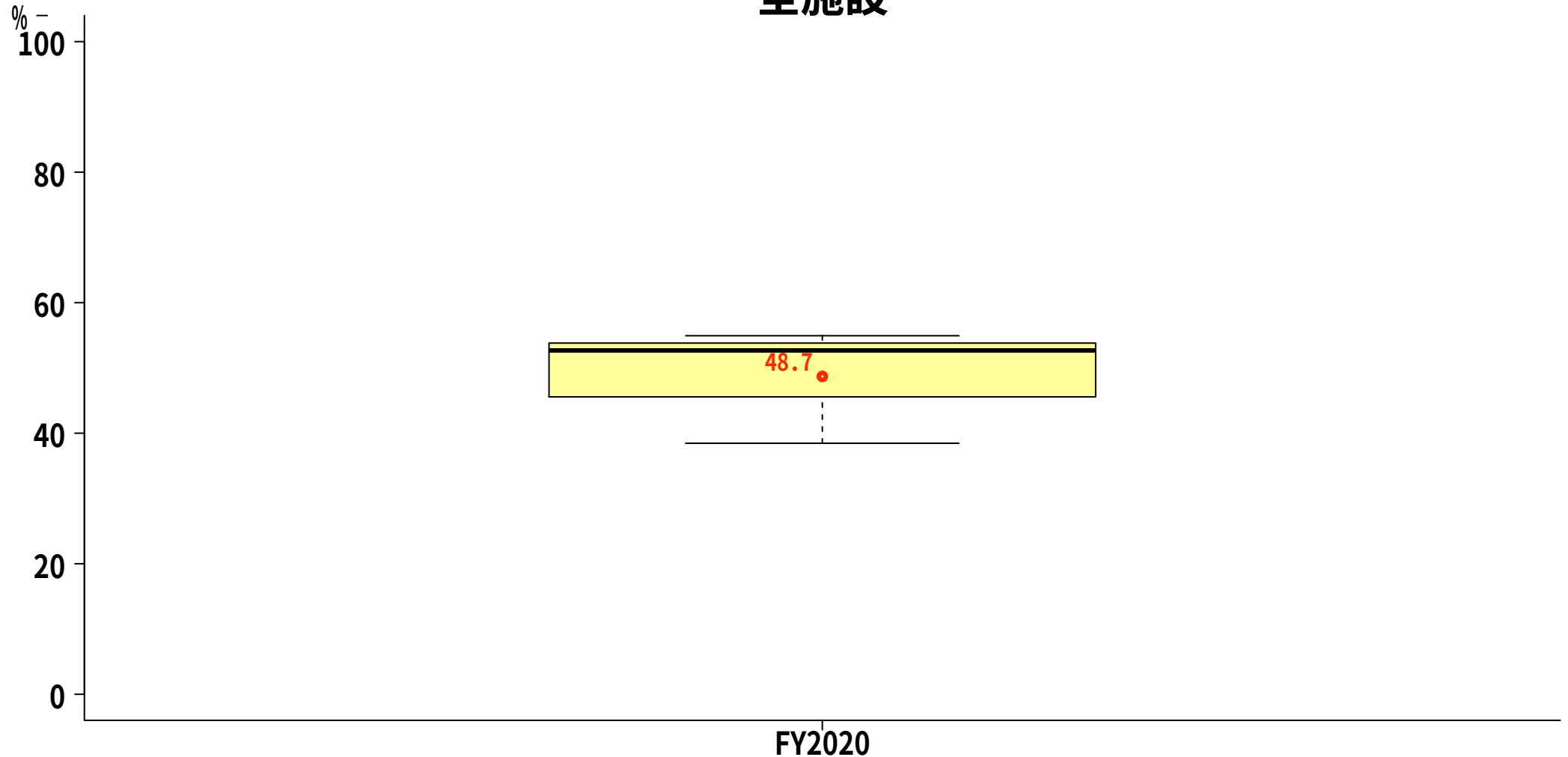


療養-12-d 入院満足度（医師への意見）

分子：「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：満足度調査「治療方針について説明を受けた際の疑問等は伝えられましたか？」の設問有効回答数

全施設



n

3

— 中央値 —●— 平均値 ○ 外れ値

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

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 20 施設で、提出割合は 35.5% (11/31, 前年比+7.9) でした。

1 年間の結果は、平均値 21.2 件(前年比+2.4)、中央値 11.4 件(前年比-8.7)、最大値 74.0 件(前年比+41.9)、最小値 1.5 件(前年比-5.5)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 21 施設で、提出割合は 32.3% (10/31, 前年比+4.7) でした。

1 年間の結果は、平均値 0.3% (前年比-0.3)、中央値 0.0% (前年比-0.2)、最大値 2.2% (前年比+0.8)、最小値 0.0% (±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

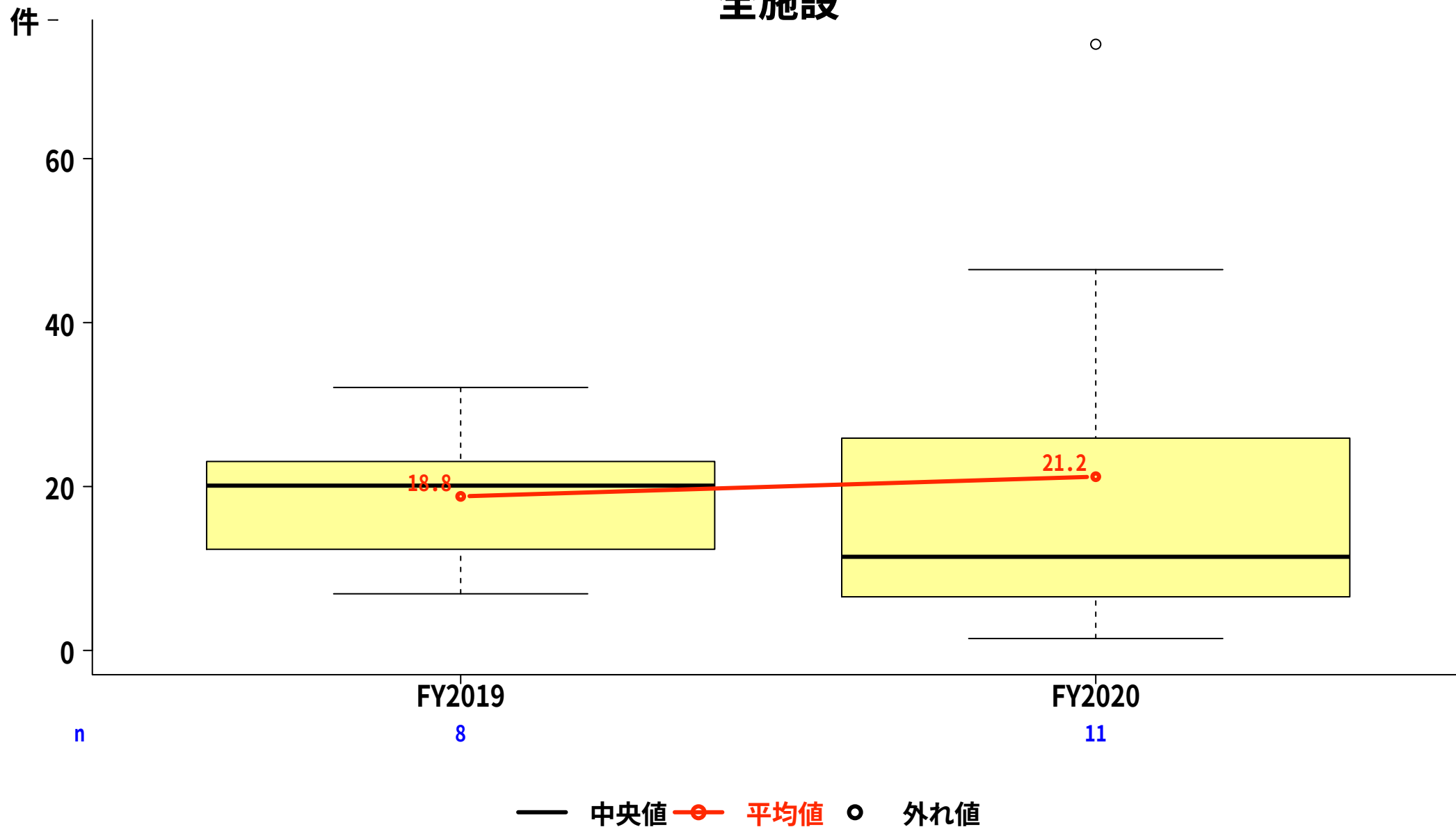
1. 国立大学附属病院長会議常置委員会 医療安全管理体制担当校. 国立大学附属病院における医療上の事故等の公表に関する指針(改訂版)平成 24 年 6 月.

療養-13-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

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

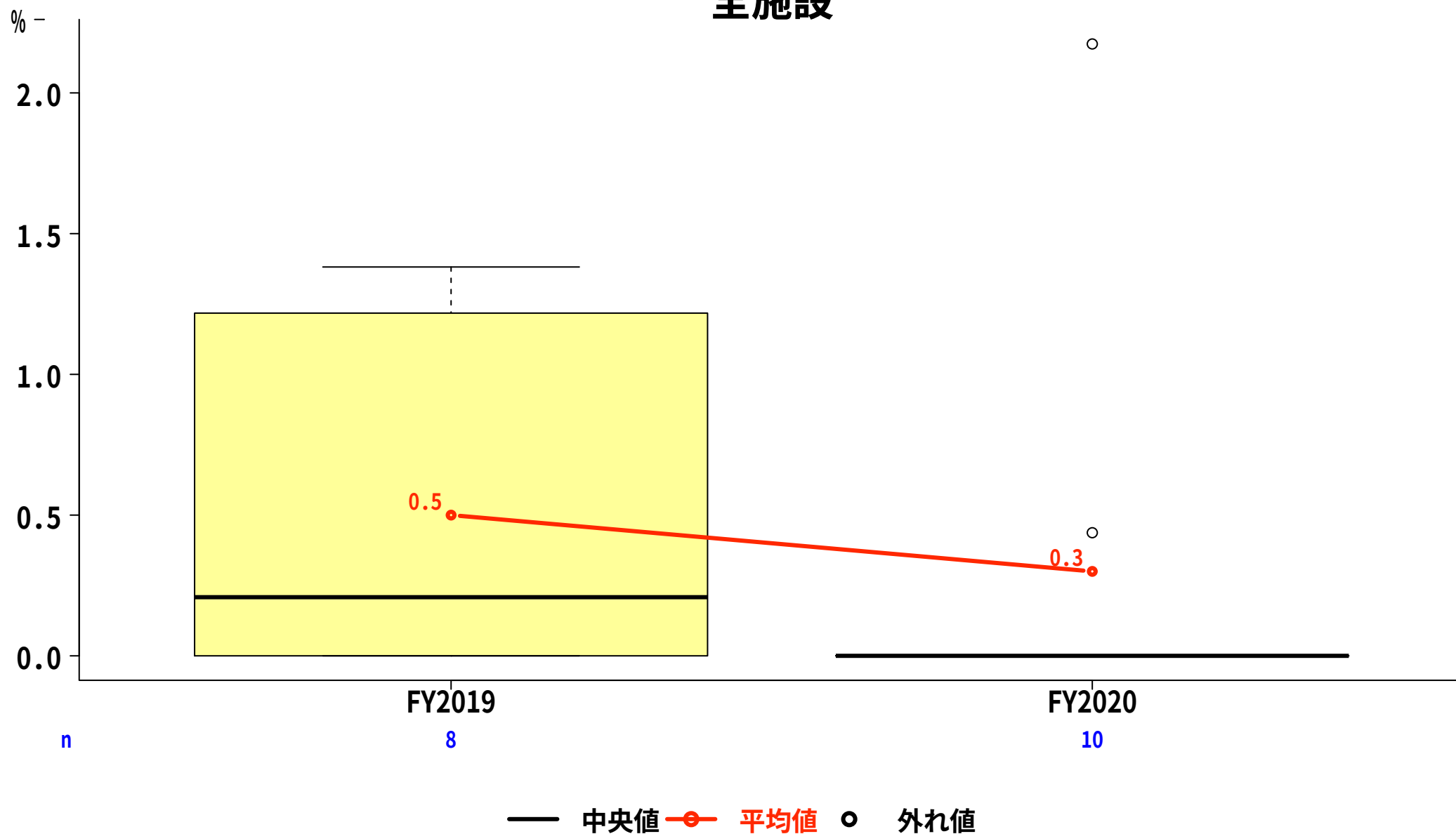


療養-13-b 全報告中医師による報告の占める割合

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



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

考察

今回、提出がなかったのは 27 施設で、提出割合は 12.9% (4/31, 前年比-0.9) でした。

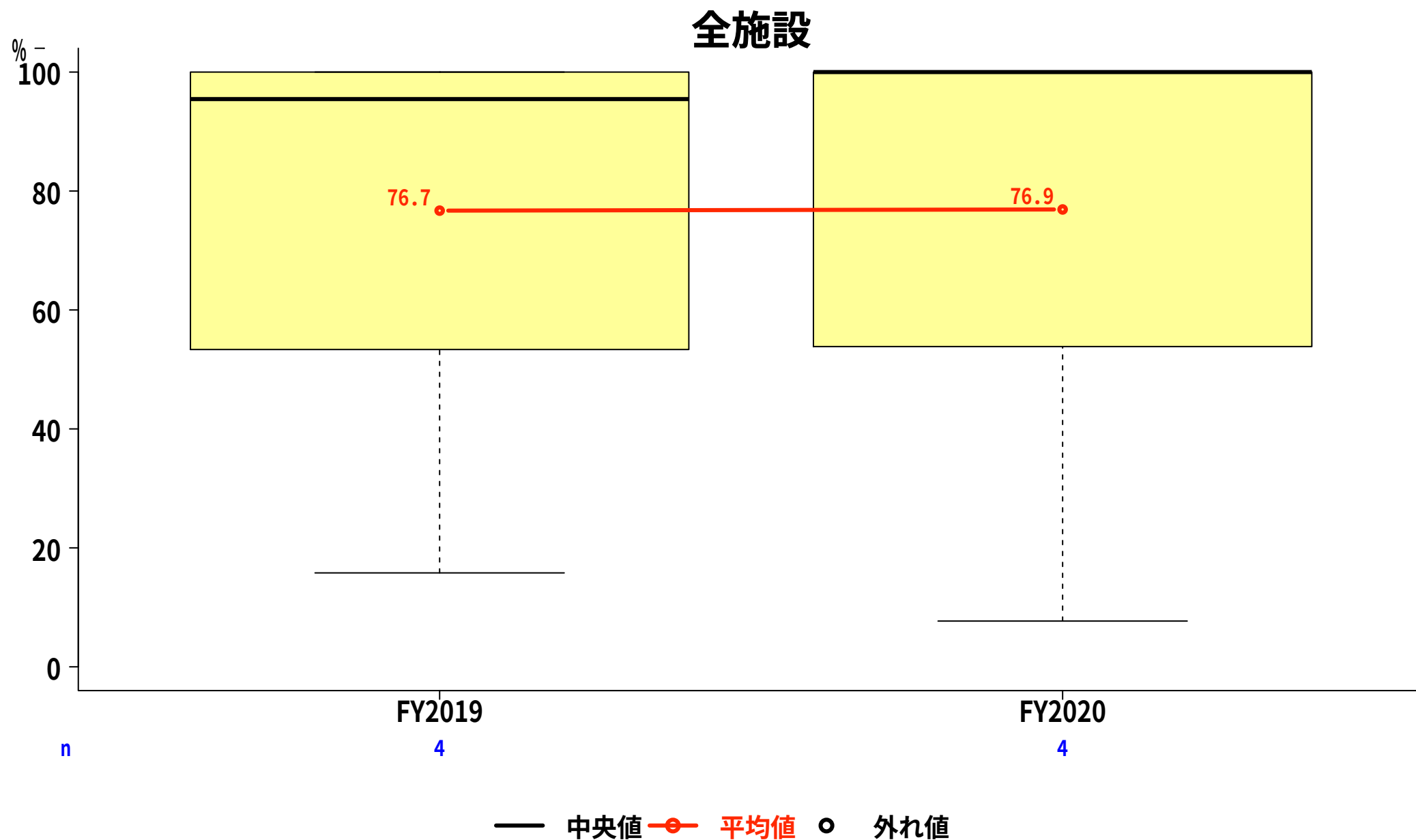
1 年間の結果は、平均値 76.9% (前年比+0.2)、中央値 100.0% (前年比+4.6)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 7.7% (前年比-8.1) でした。

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

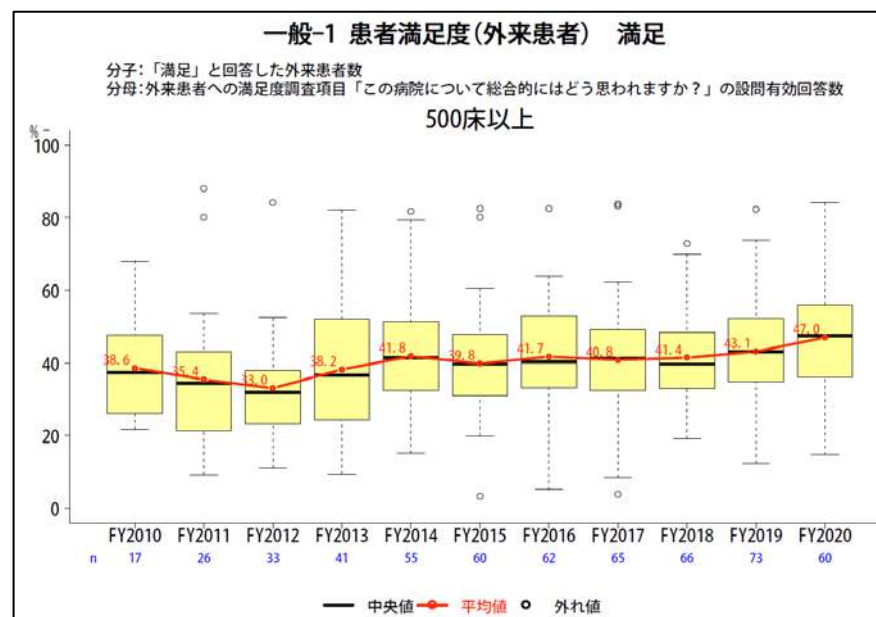
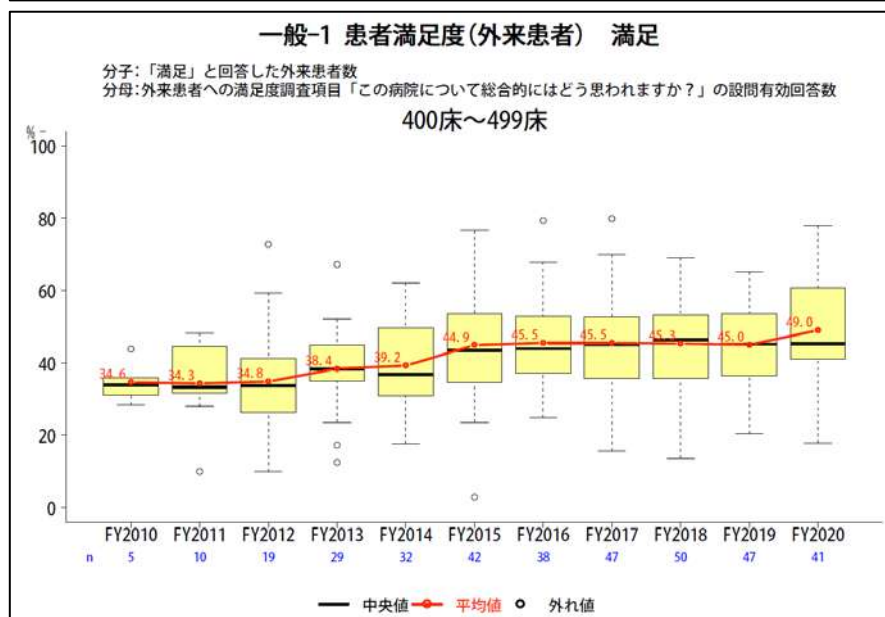
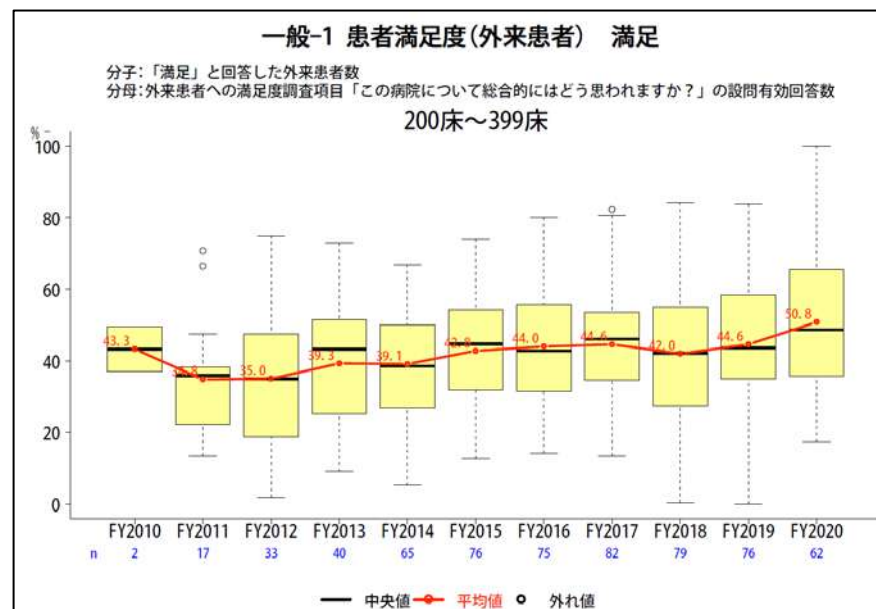
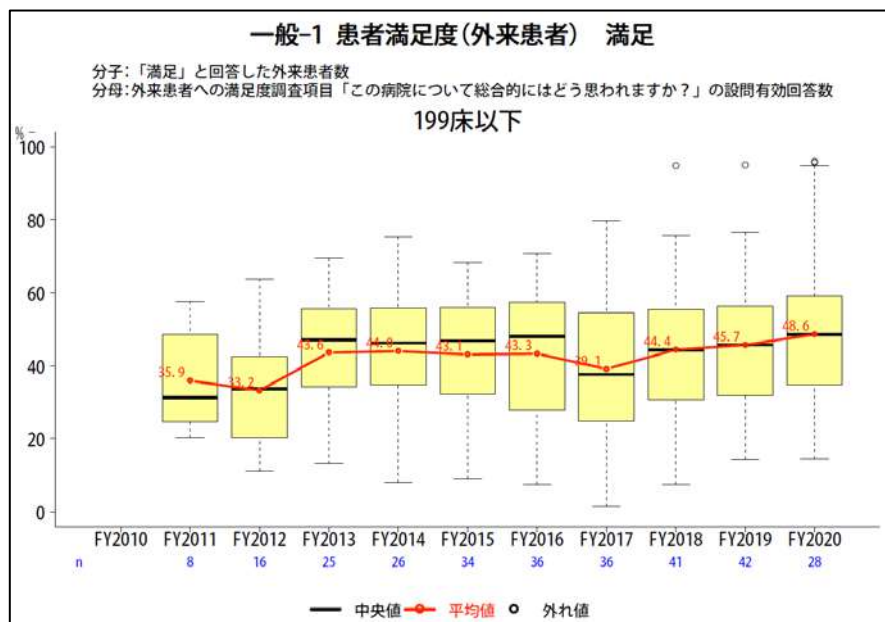
療養-14 麻薬処方患者における痛みの程度の記載率

分子: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:麻薬が処方された患者数

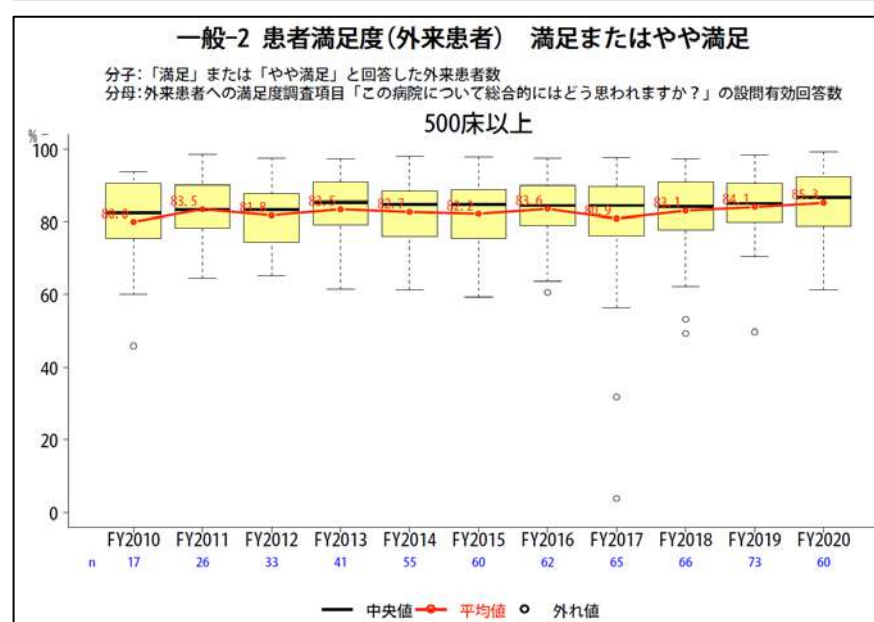
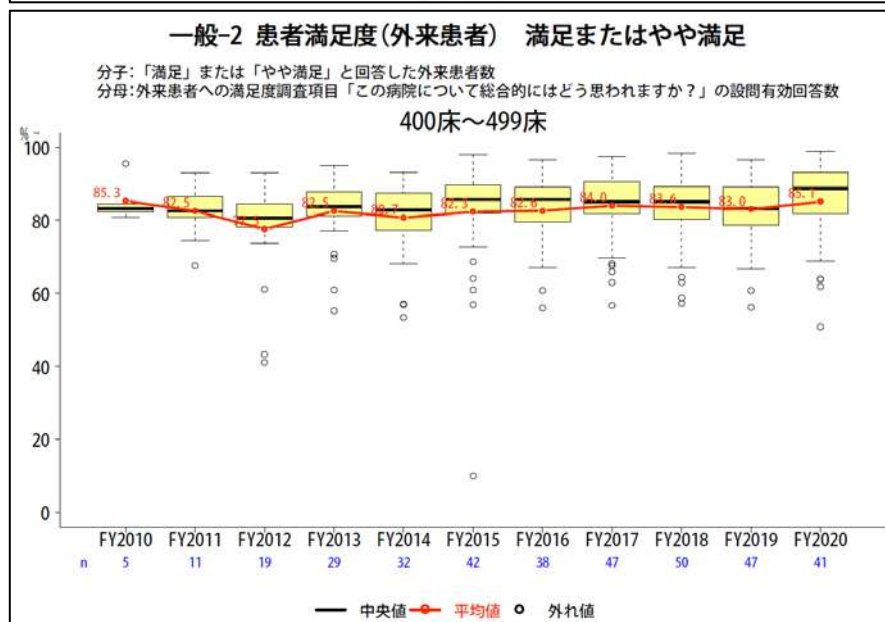
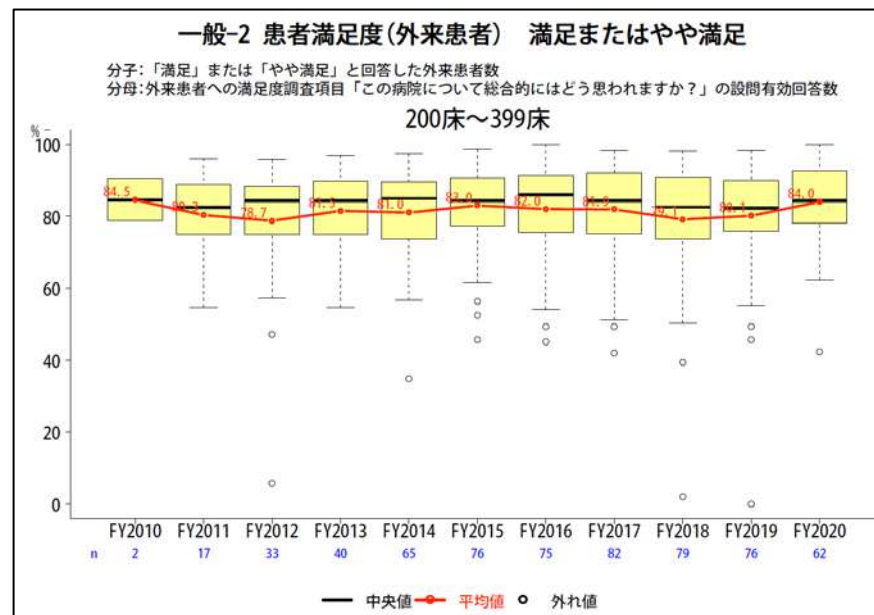
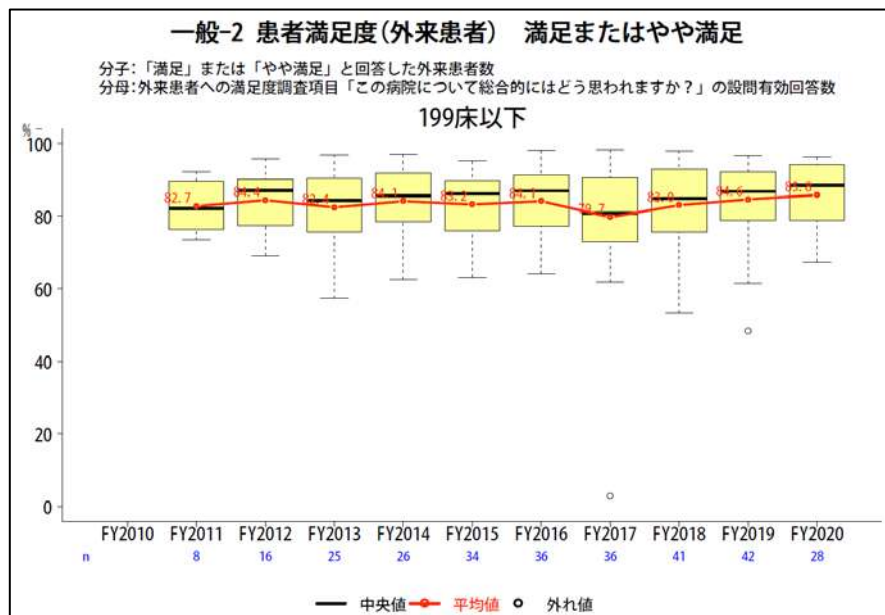


病床区分別結果

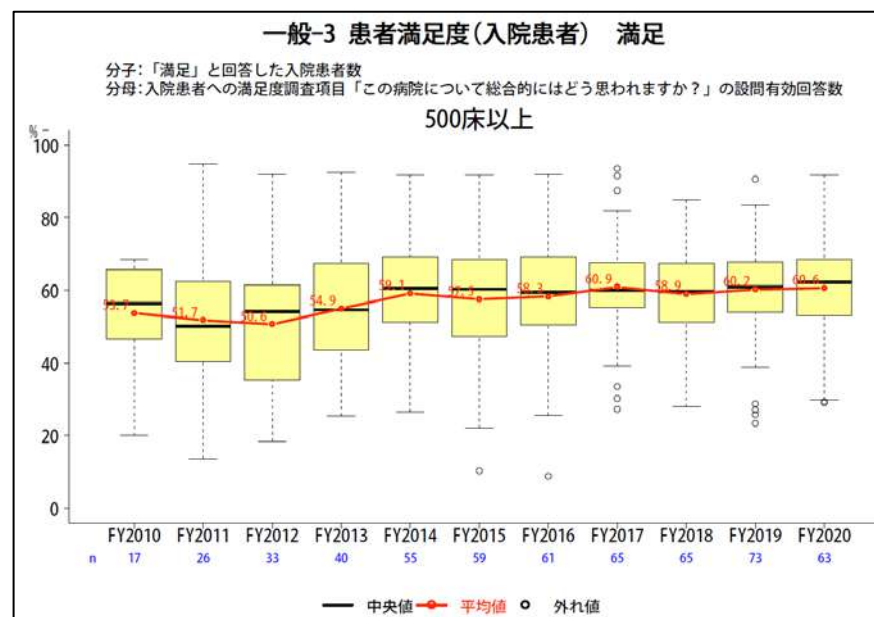
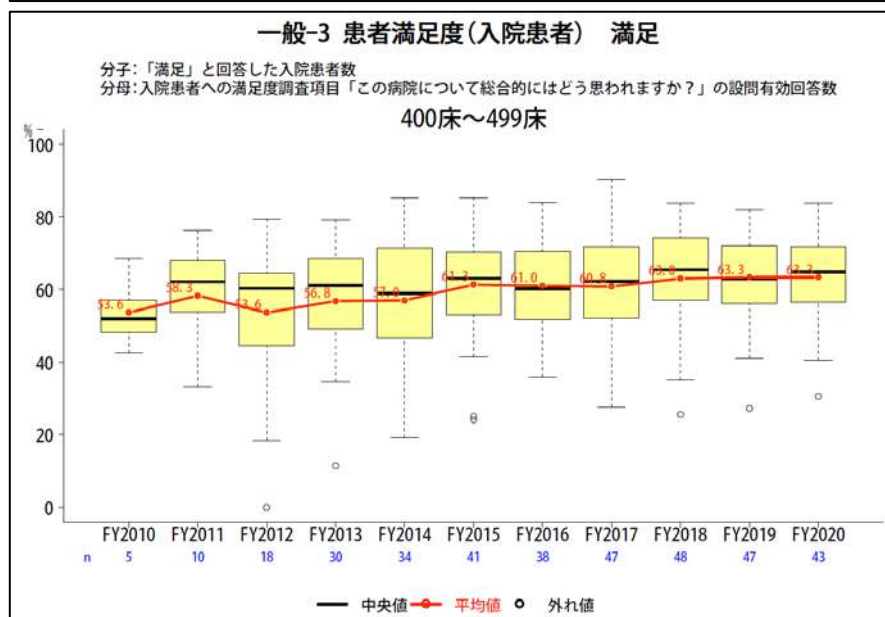
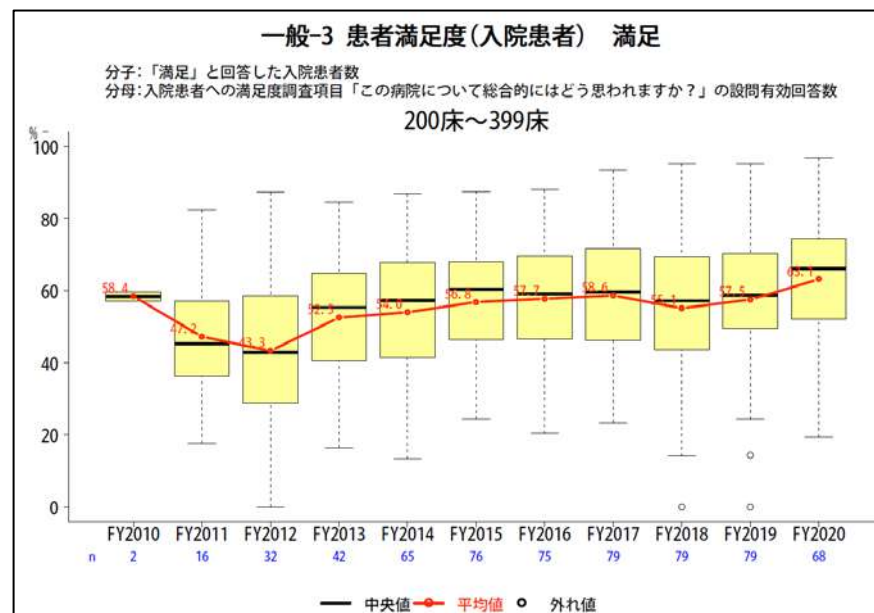
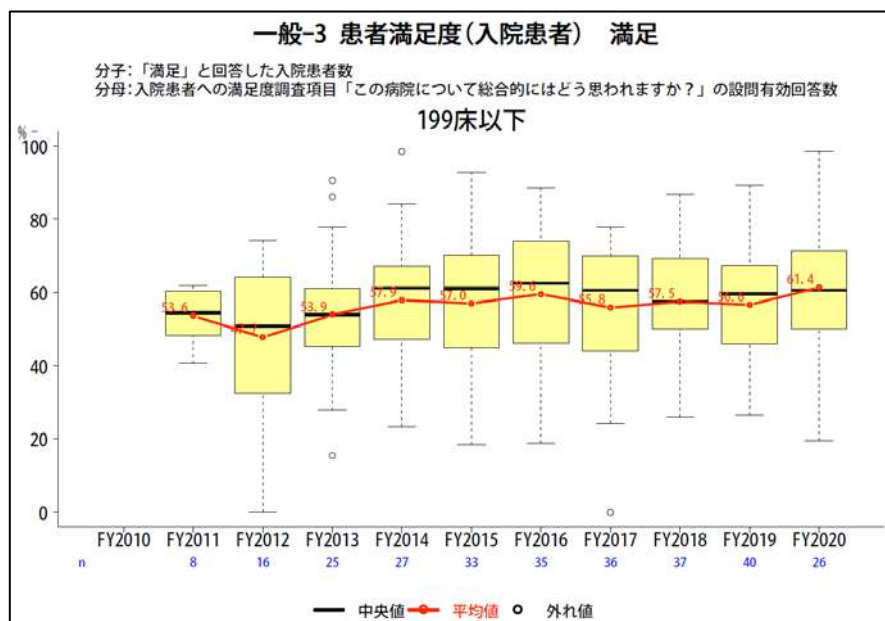
患者満足度(外来患者) 満足



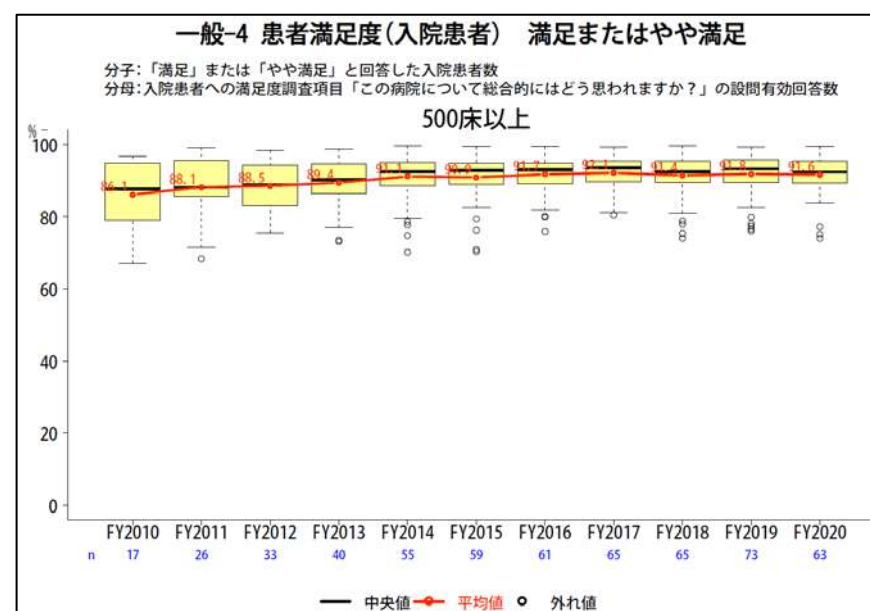
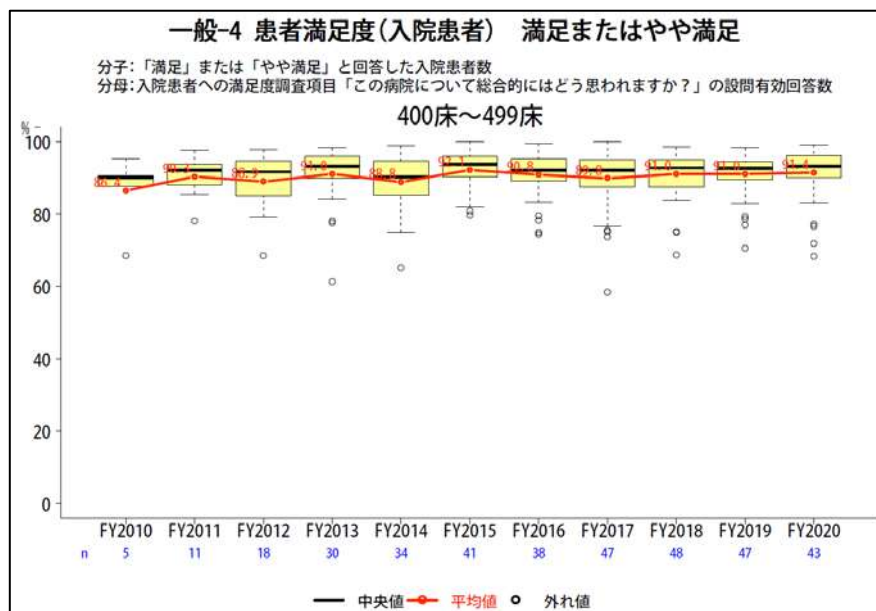
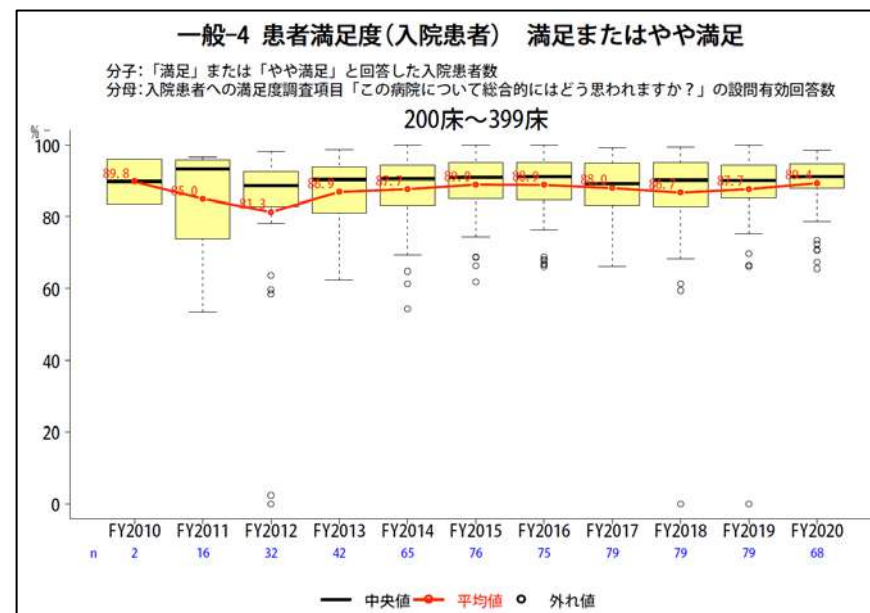
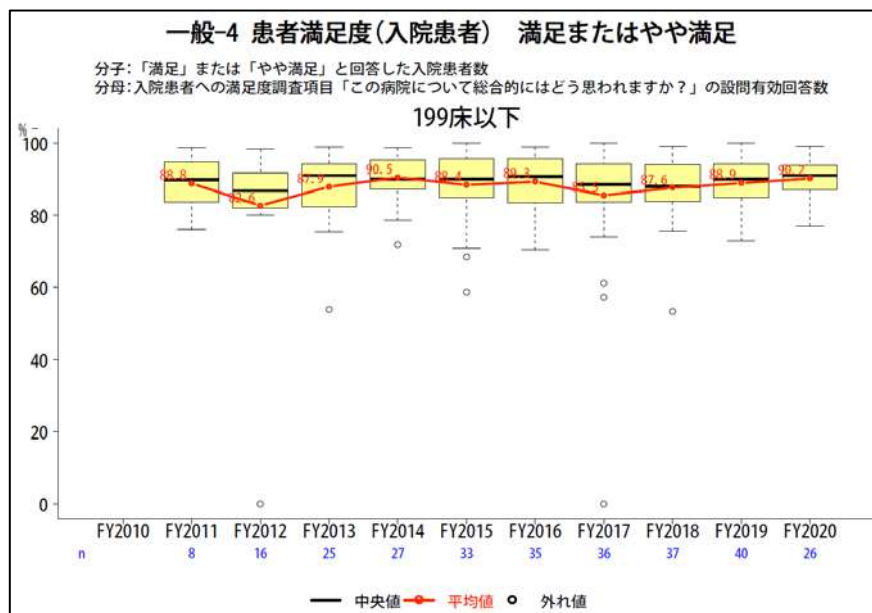
患者満足度(外来患者) 満足またはやや満足



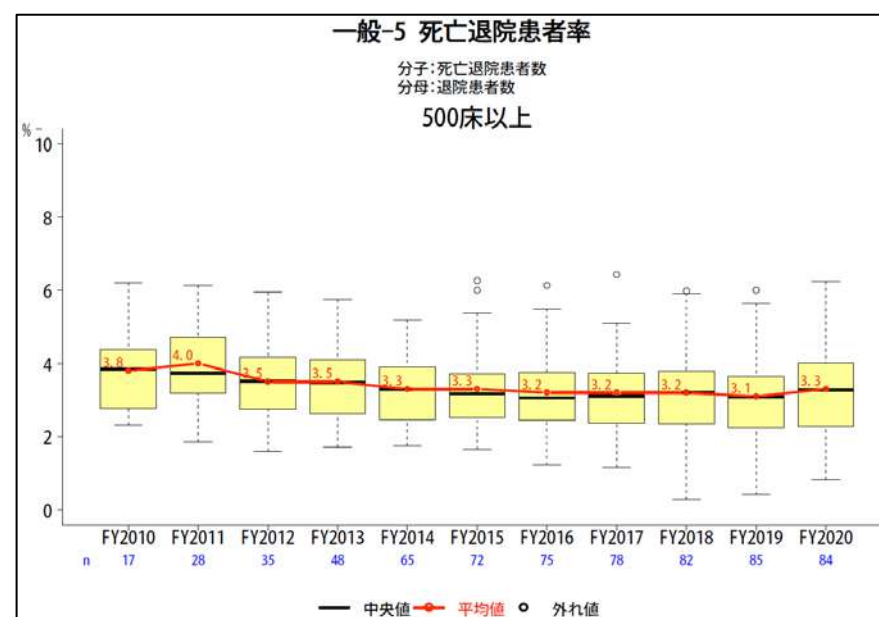
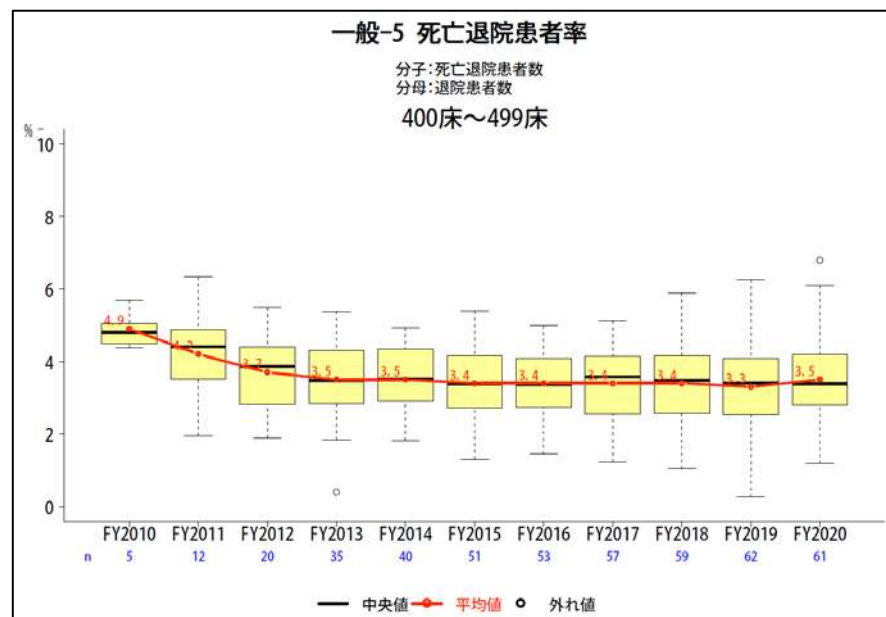
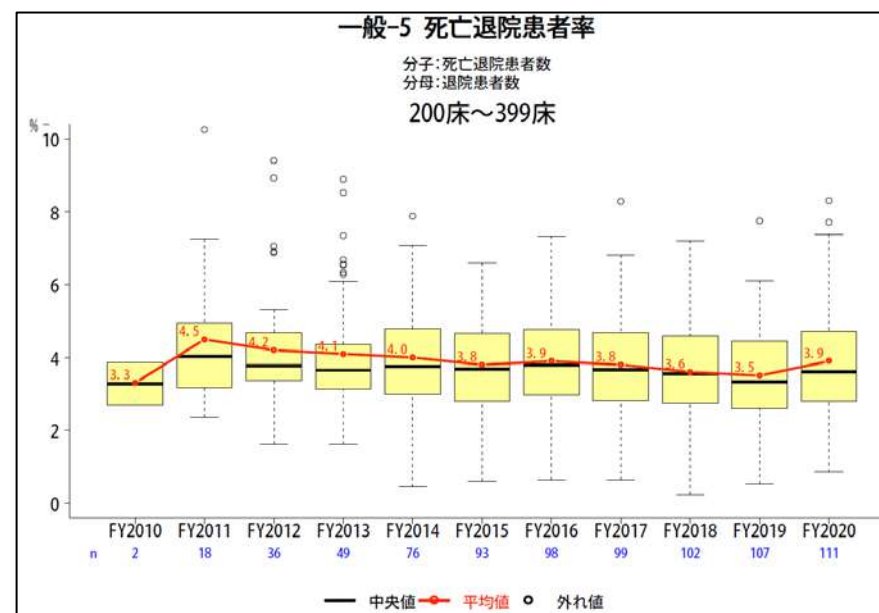
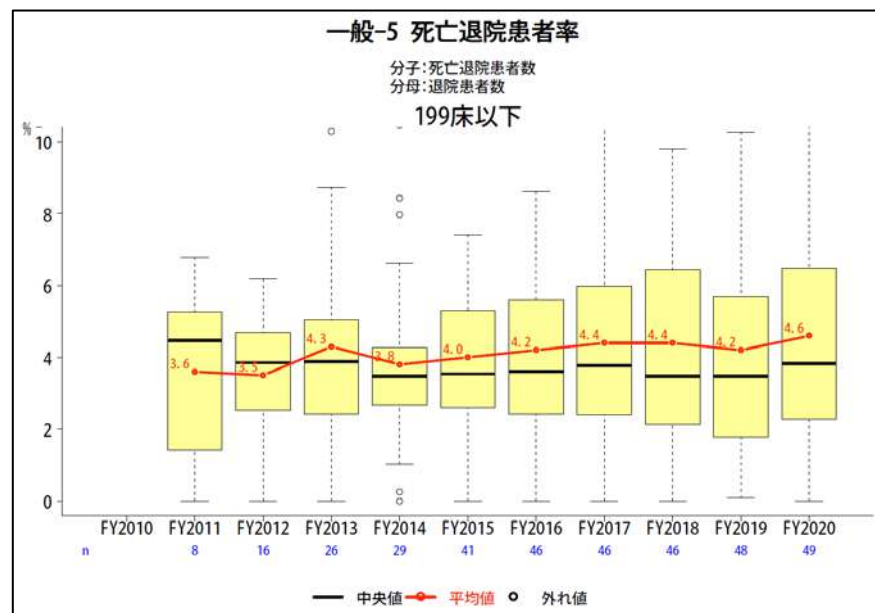
患者満足度(入院患者) 満足



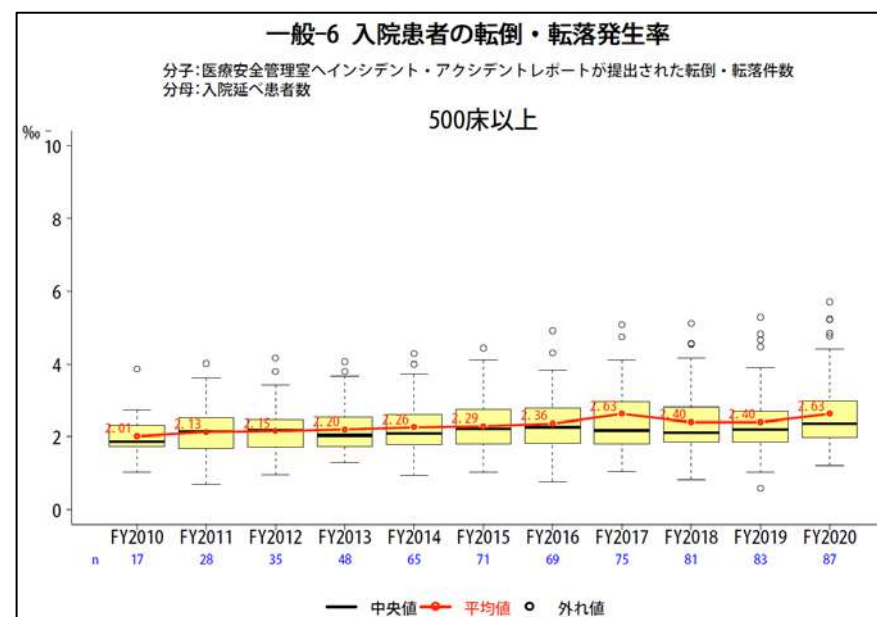
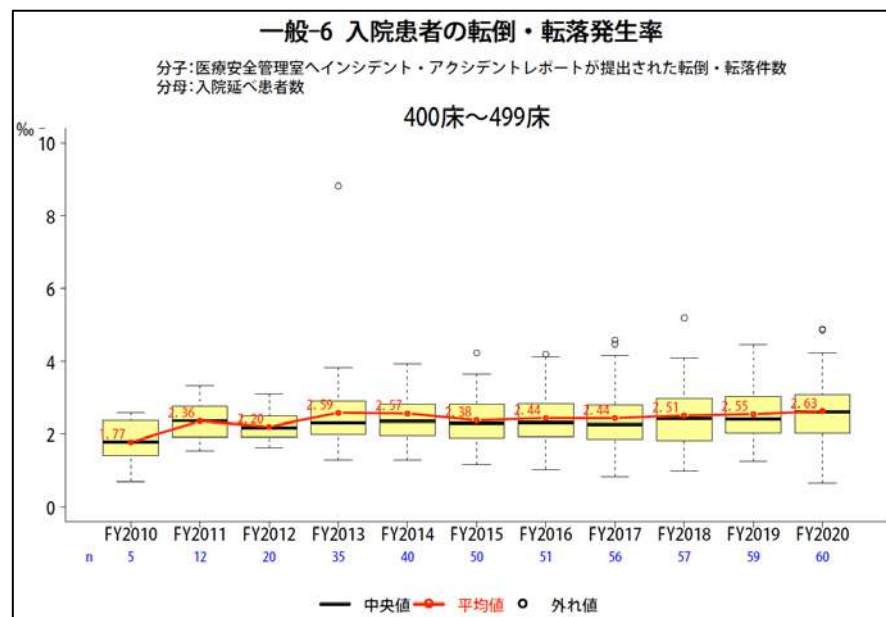
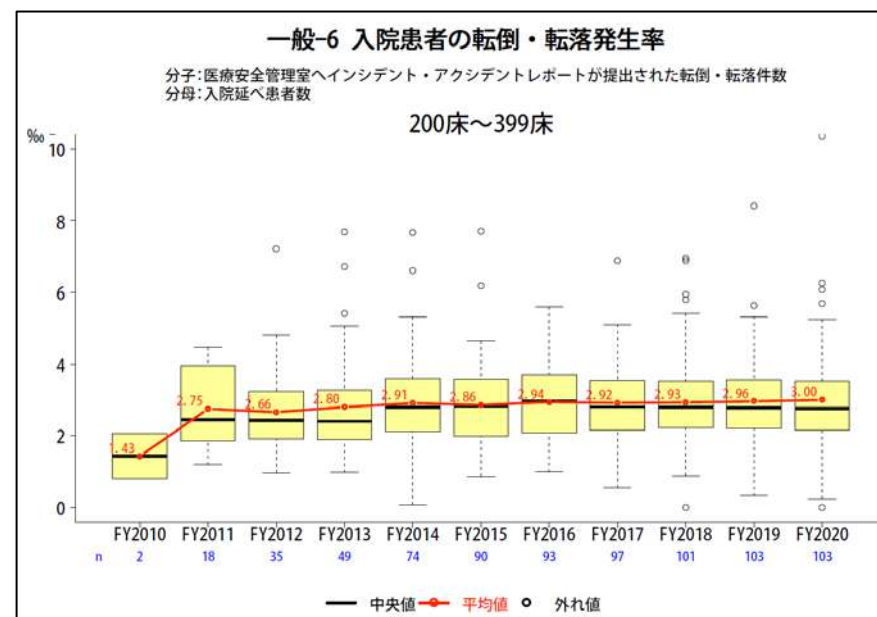
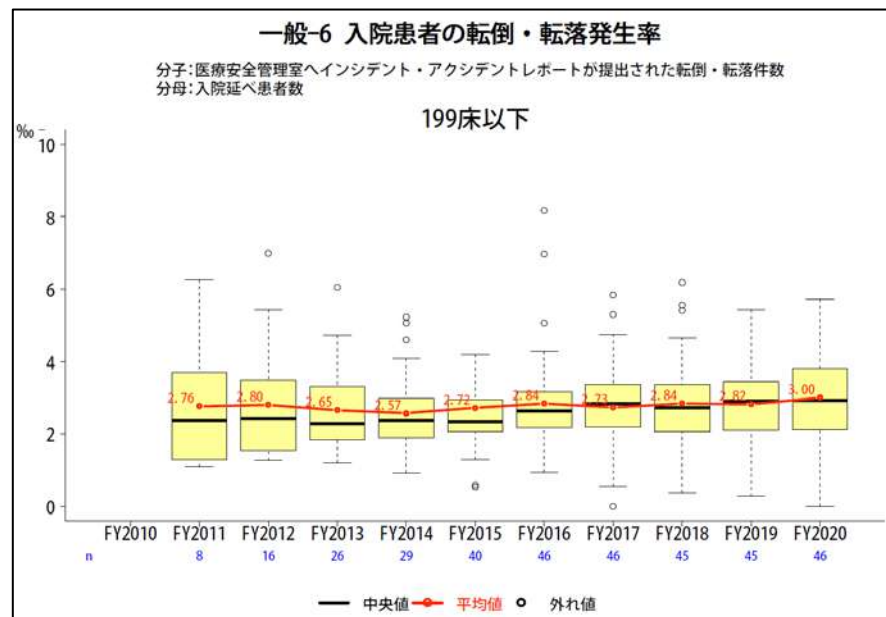
患者満足度(入院患者) 満足またはやや満足



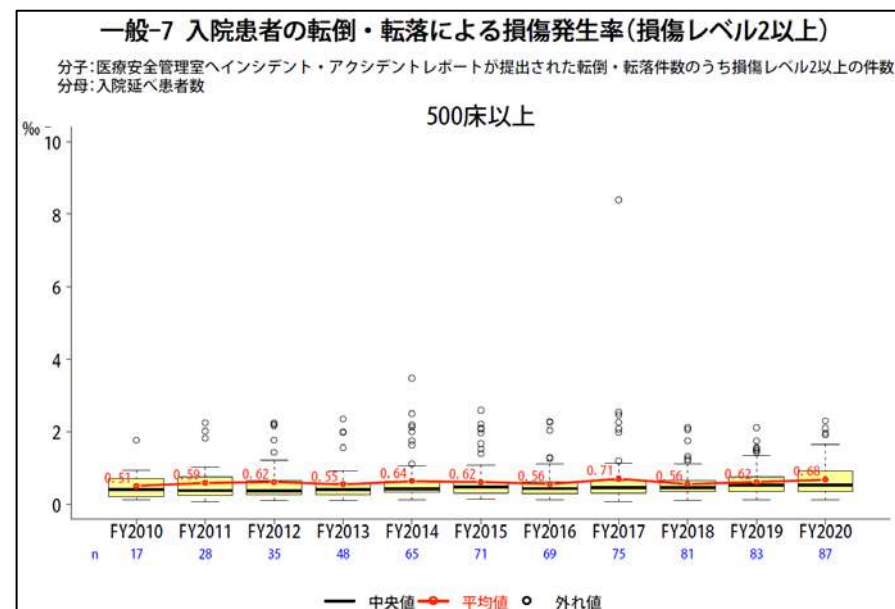
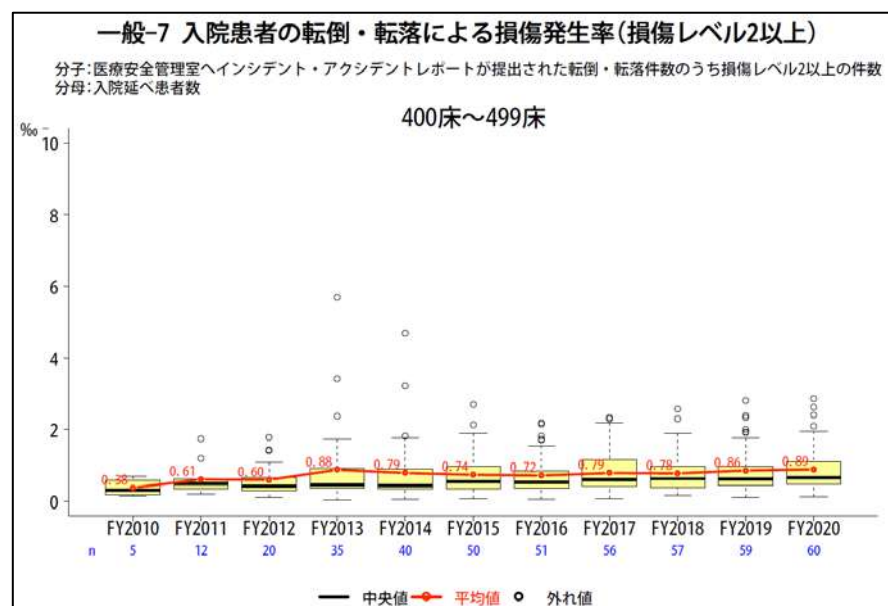
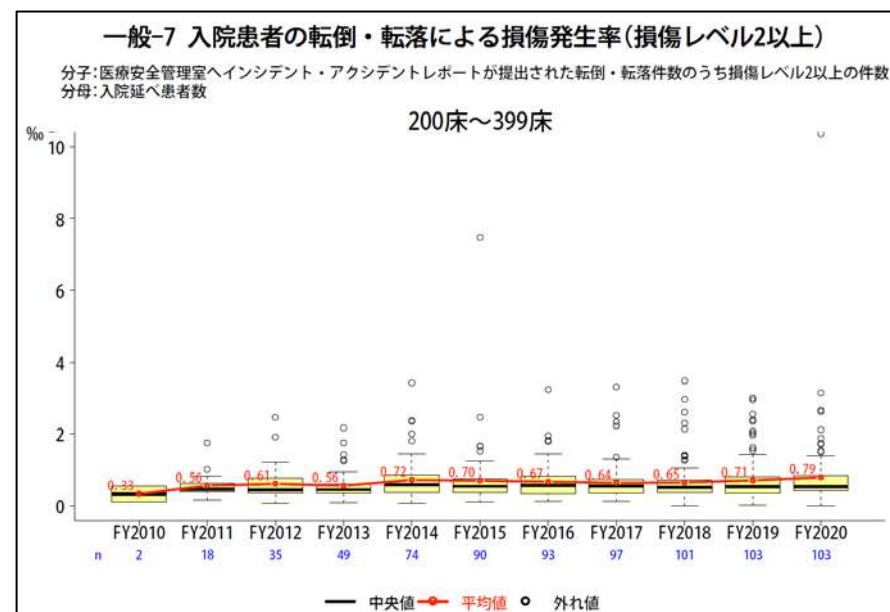
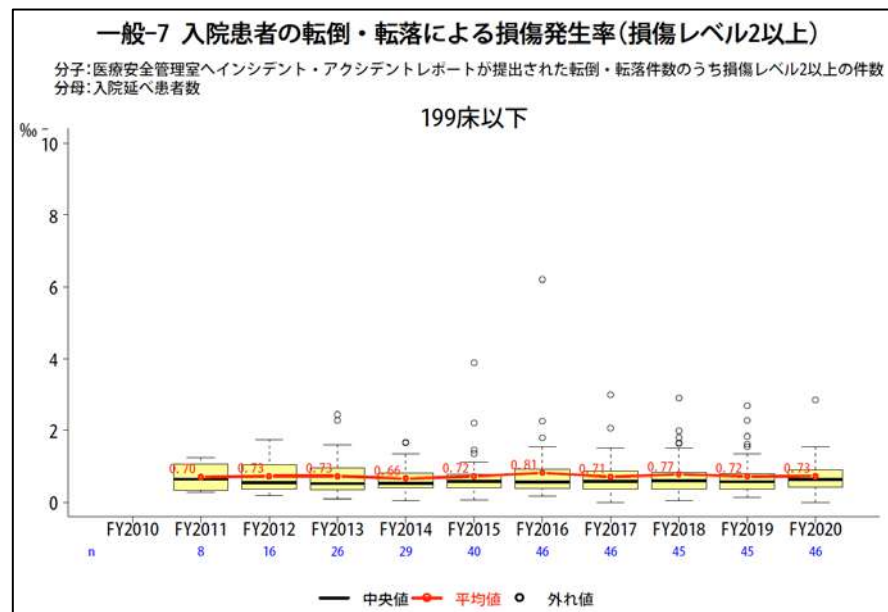
死亡退院患者率



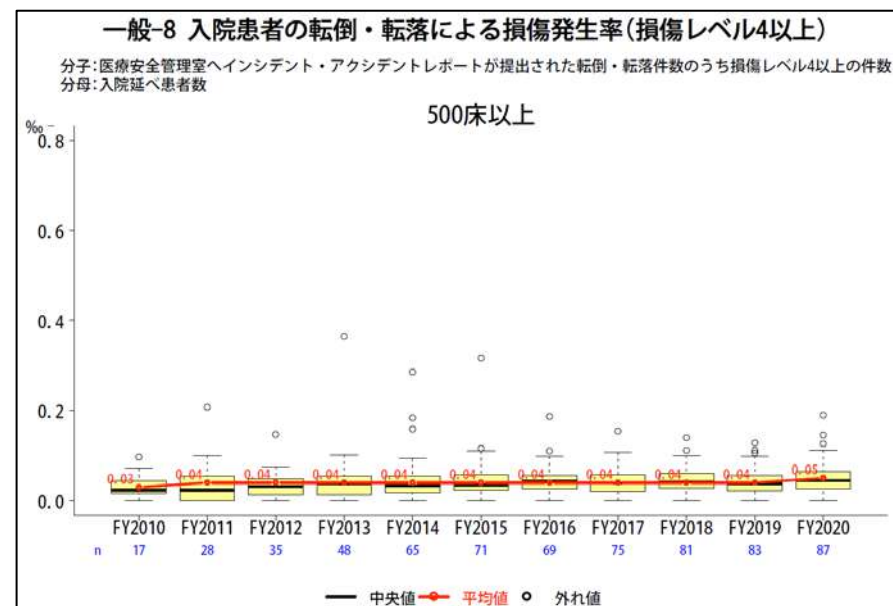
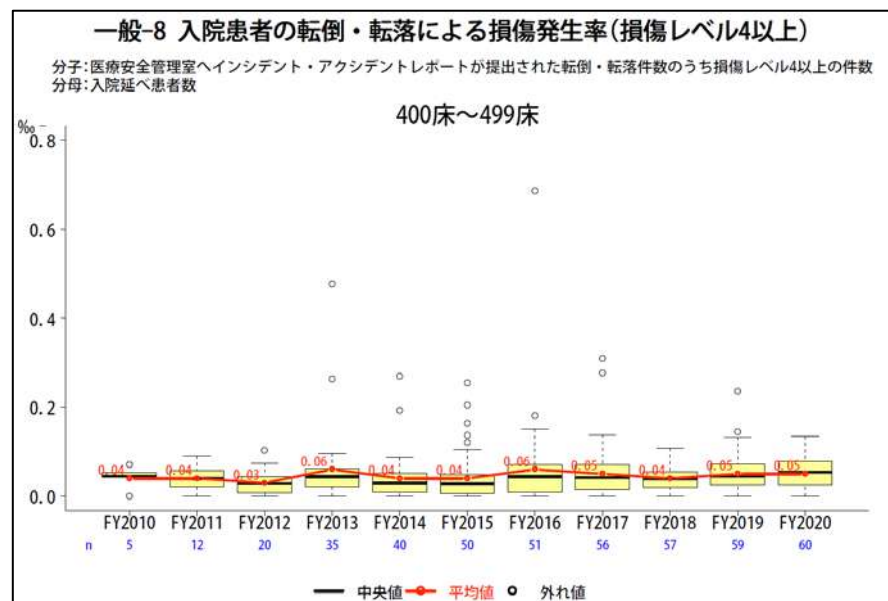
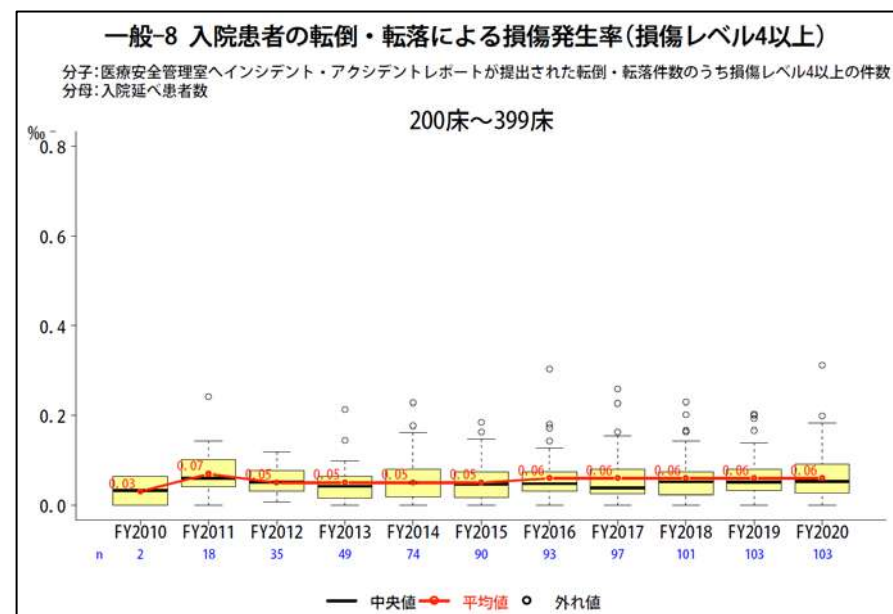
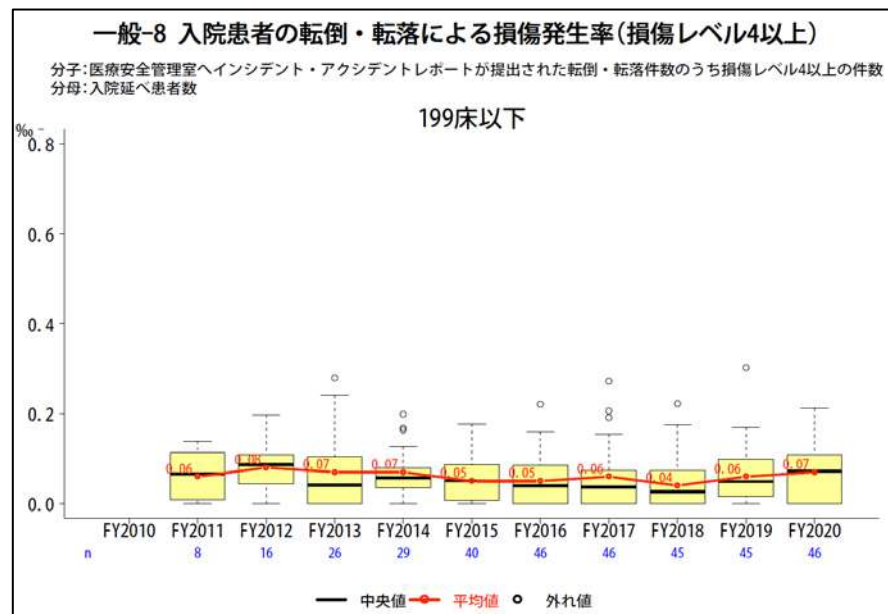
入院患者の転倒・転落発生率



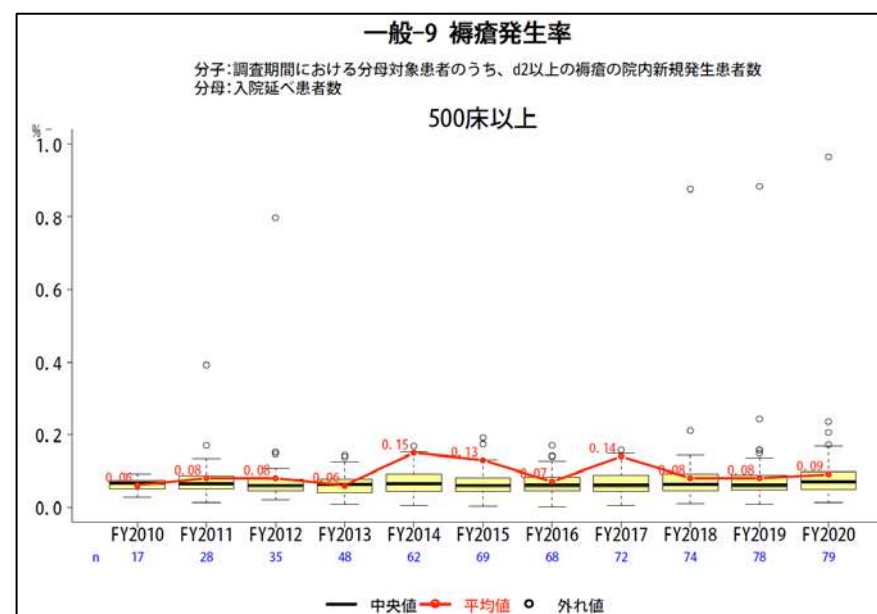
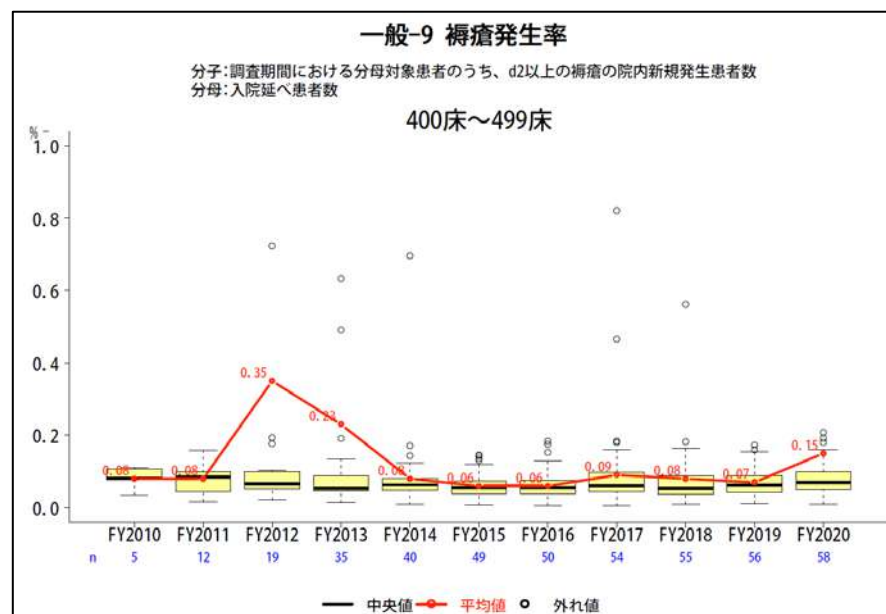
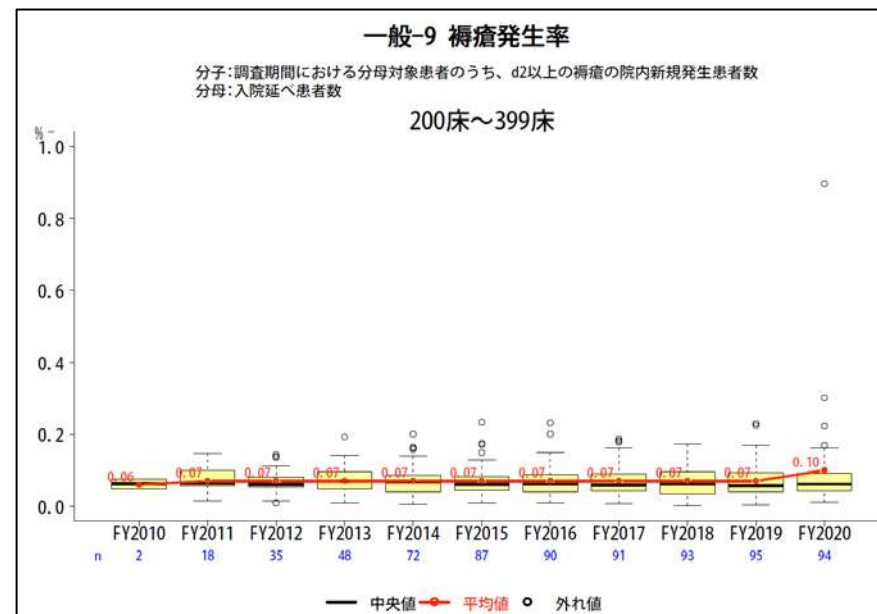
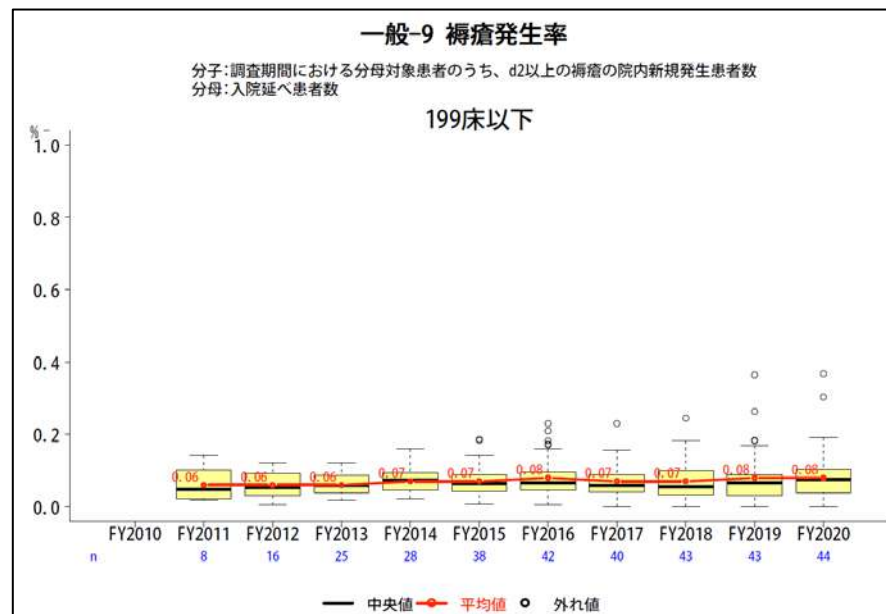
入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル2以上)



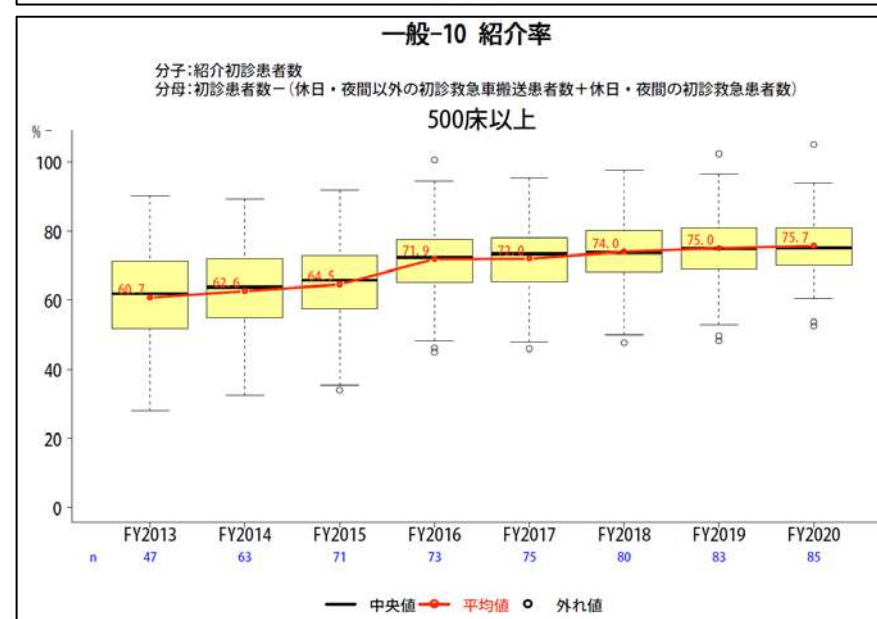
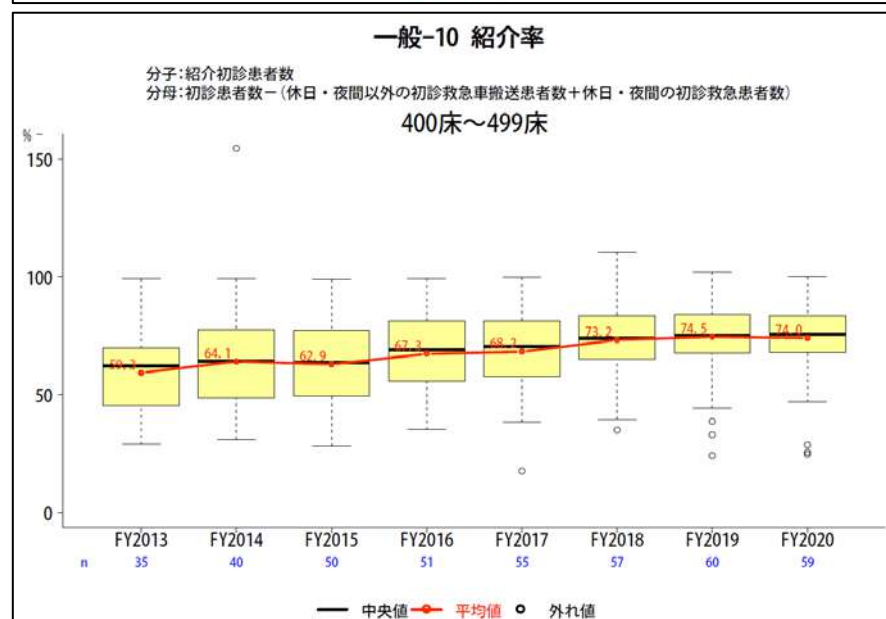
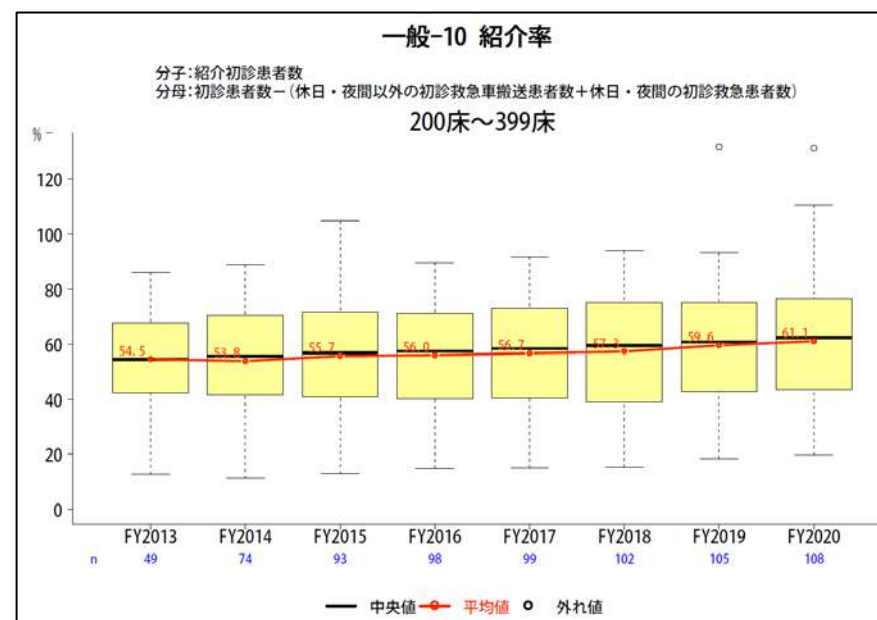
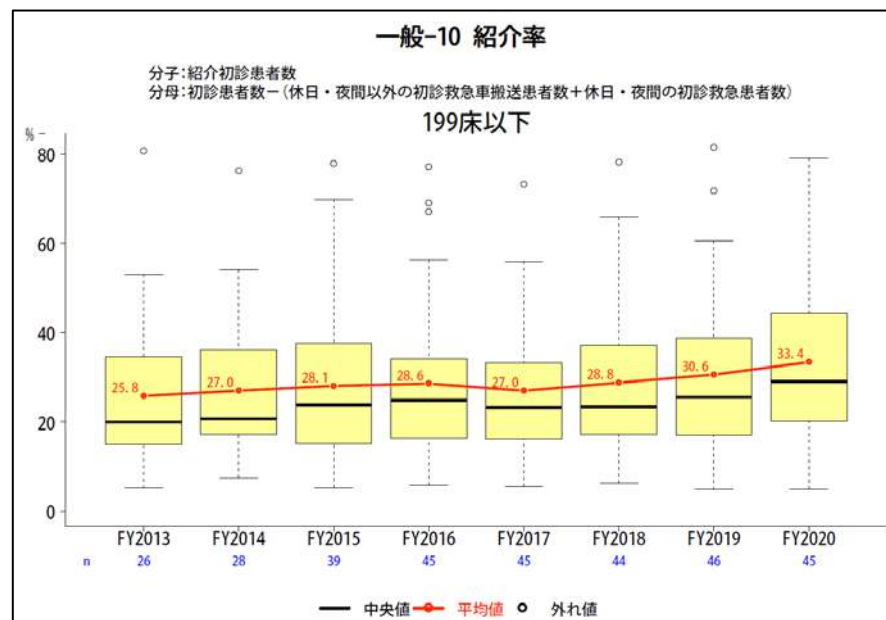
入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル4以上)



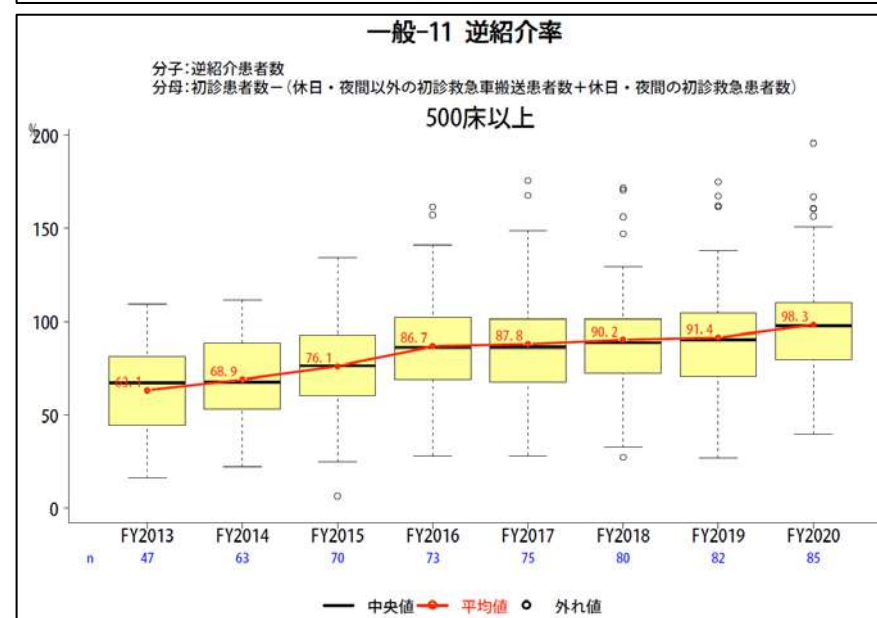
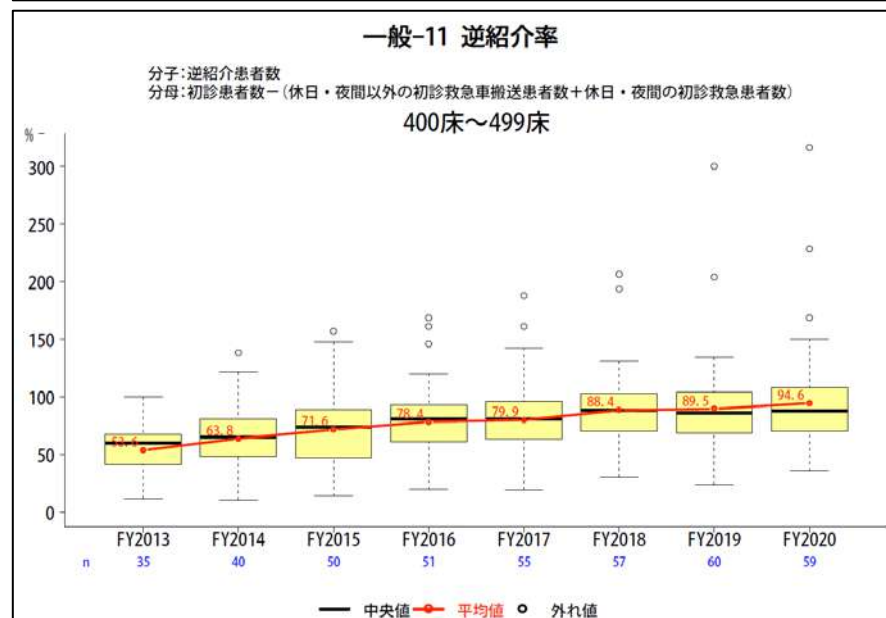
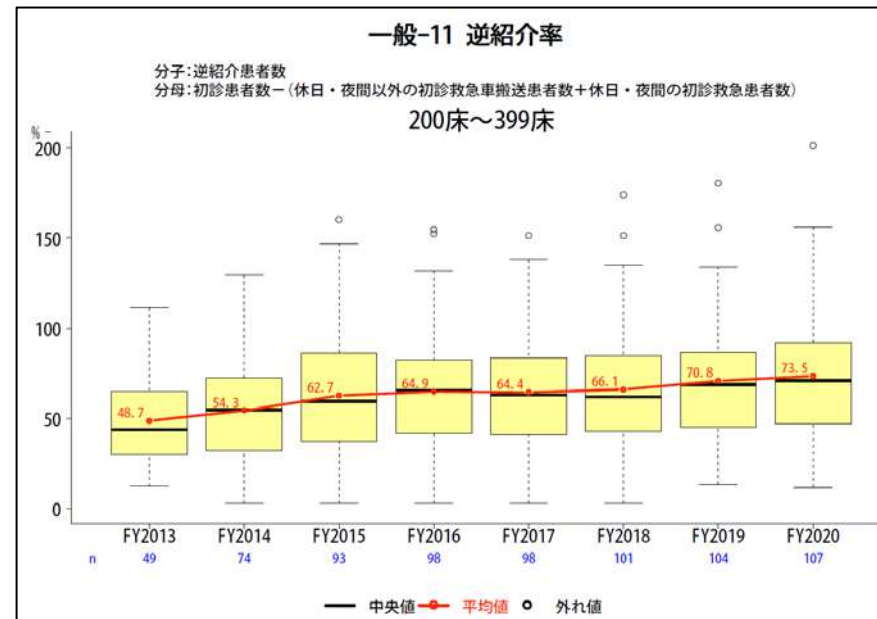
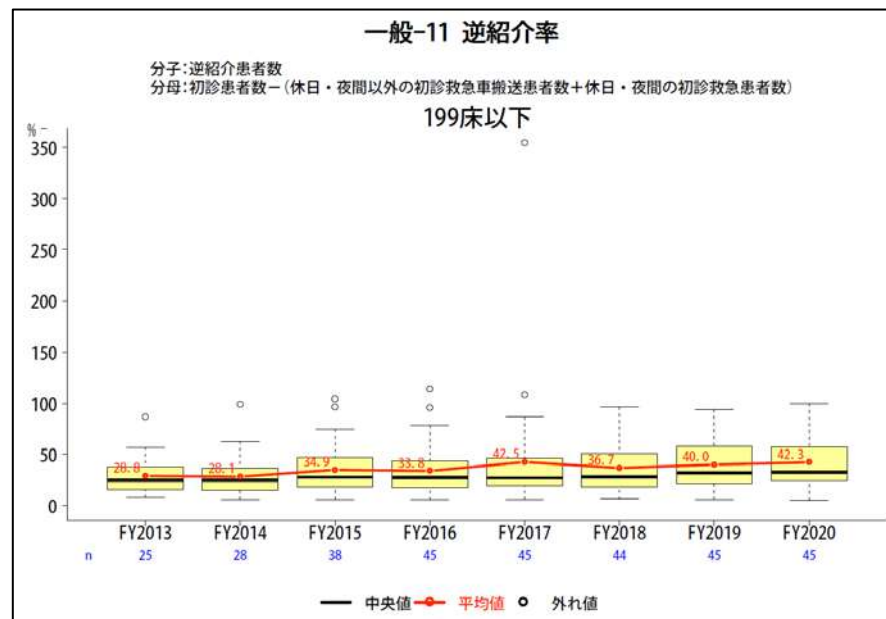
褥瘡発生率



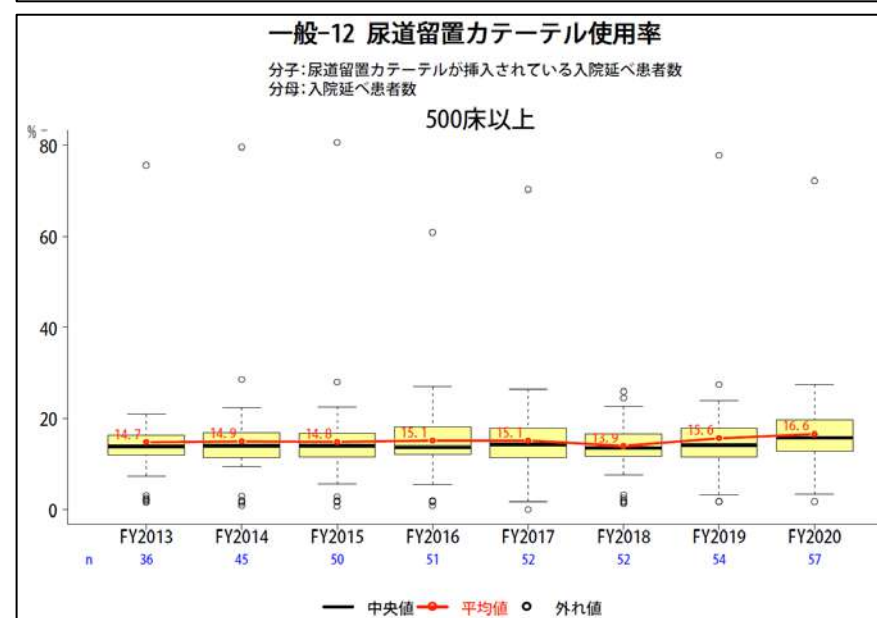
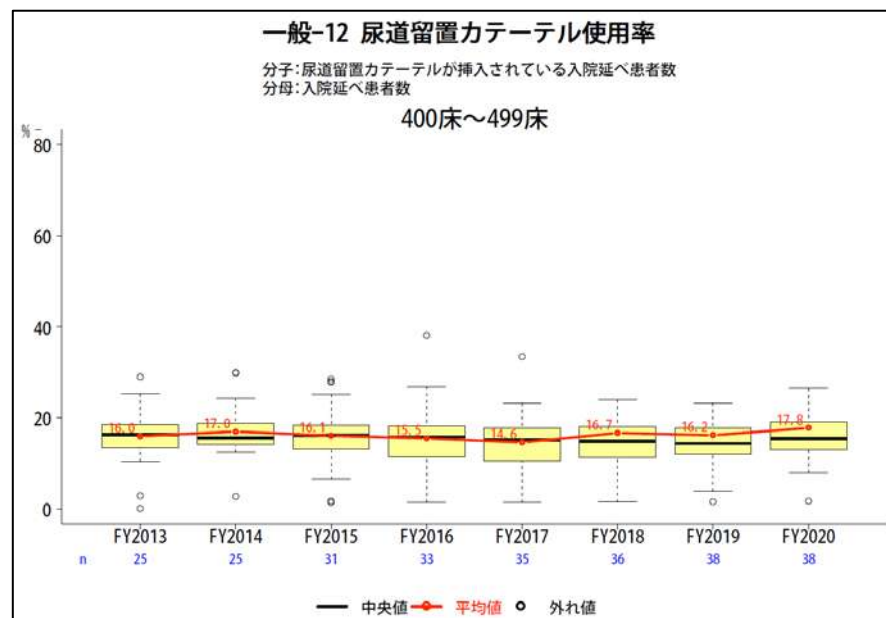
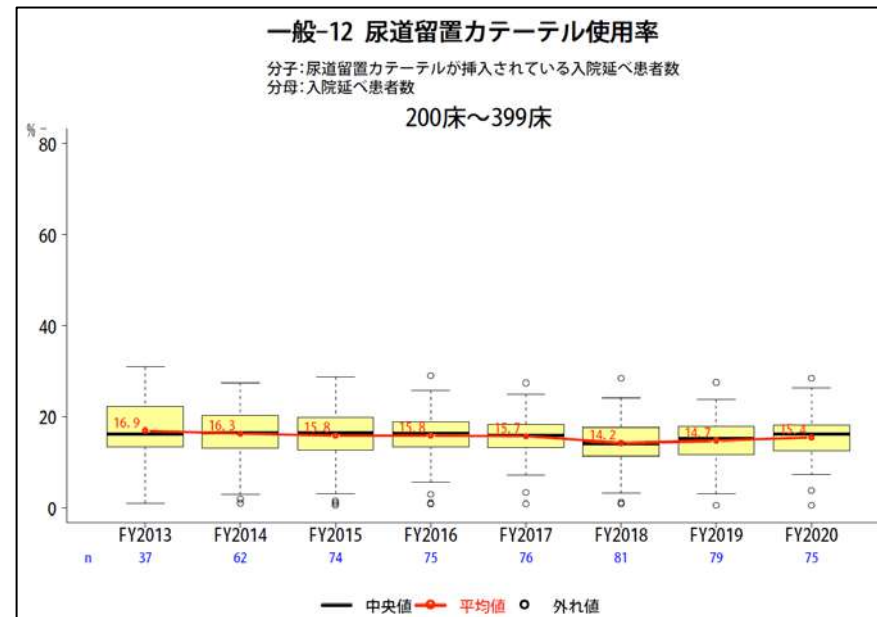
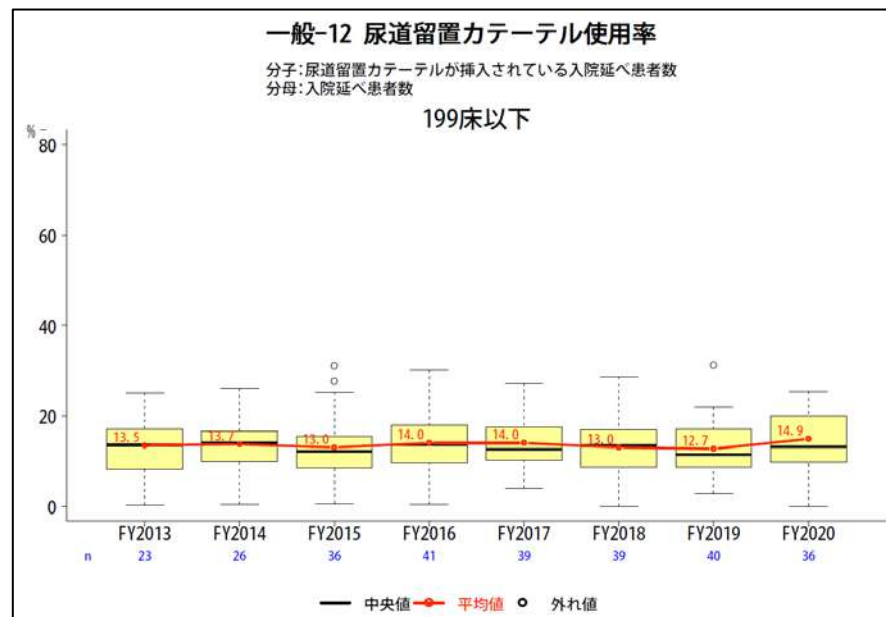
紹介率



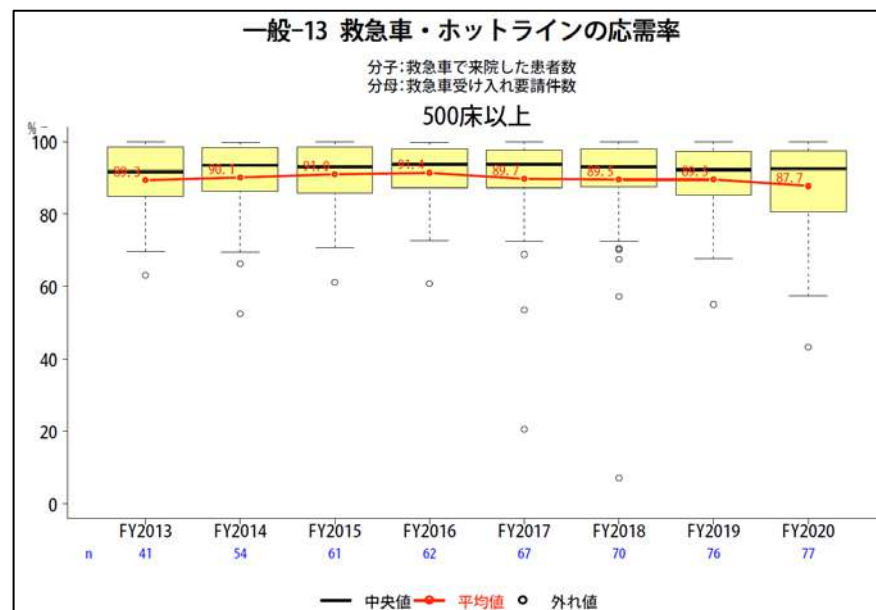
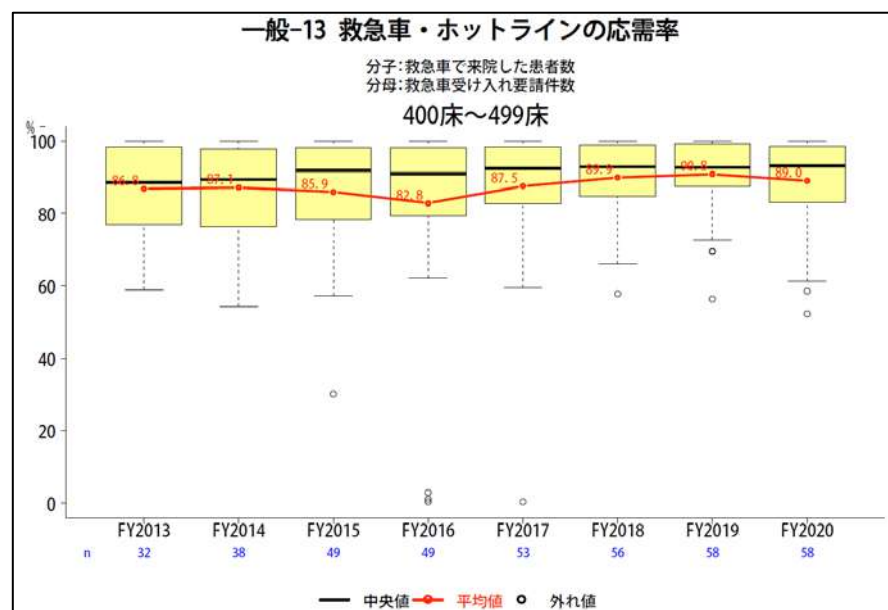
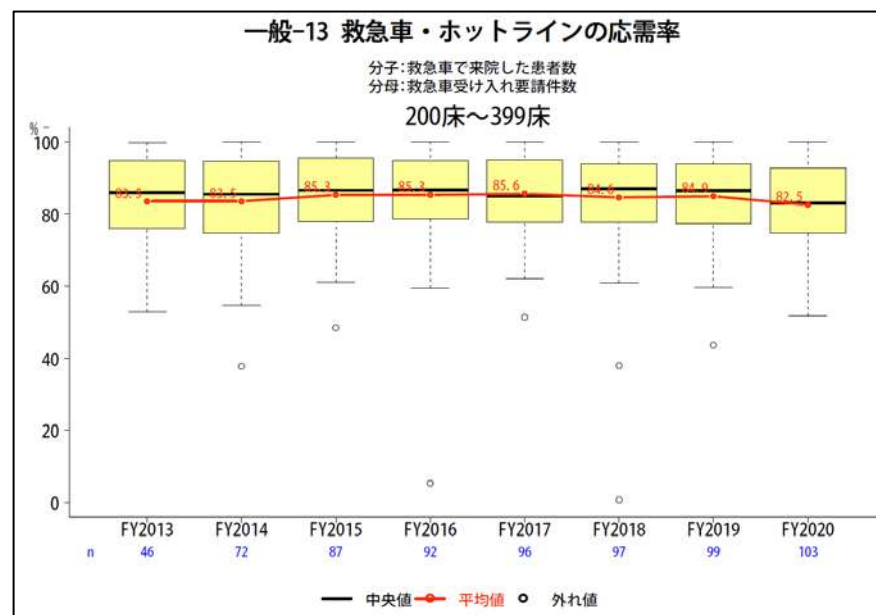
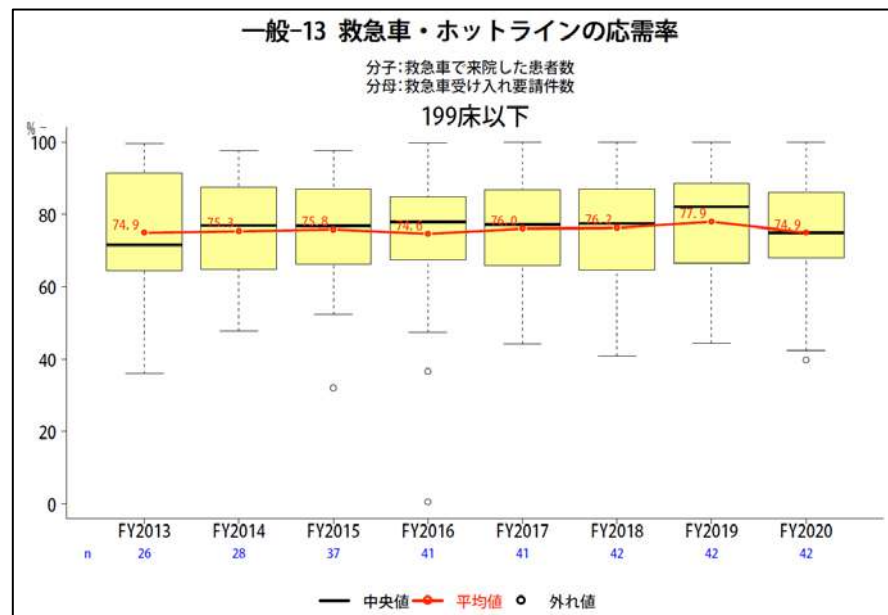
逆紹介率



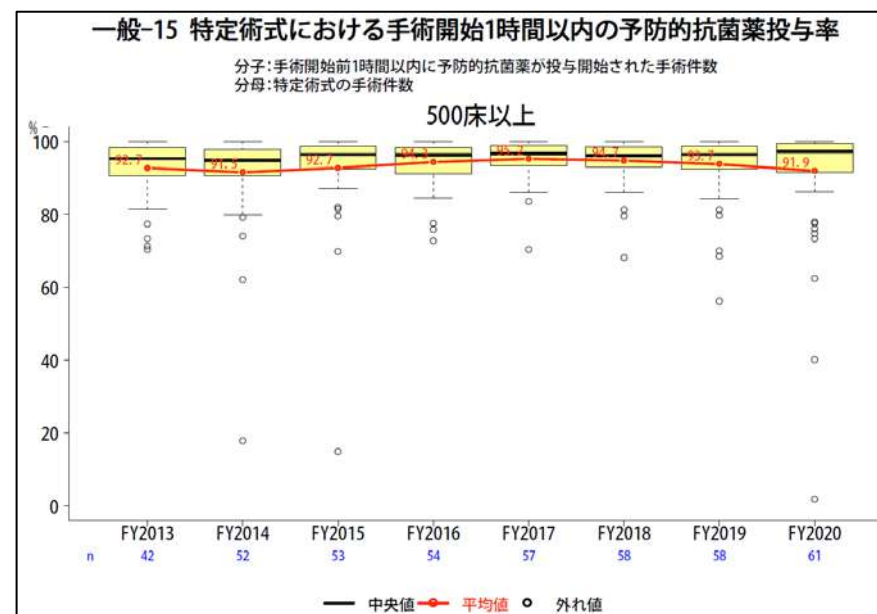
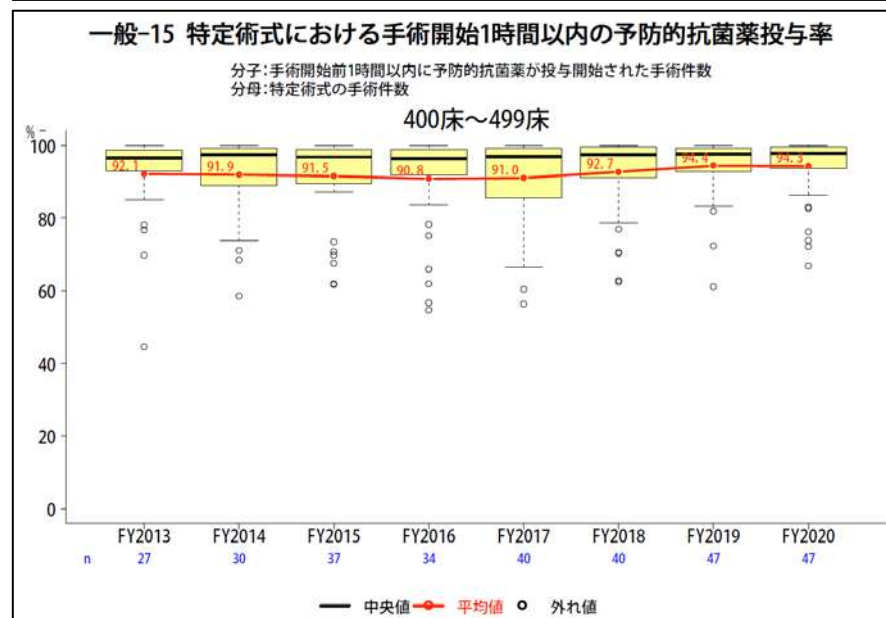
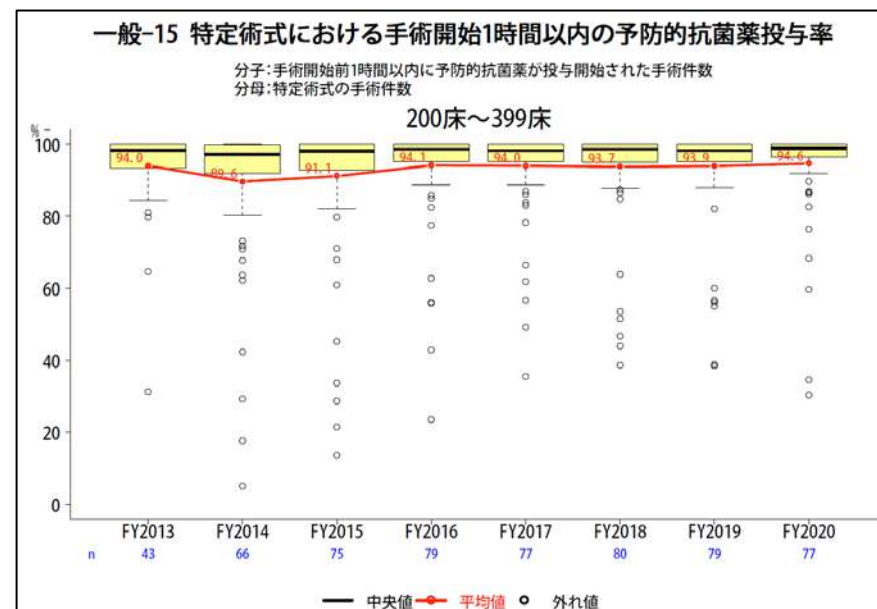
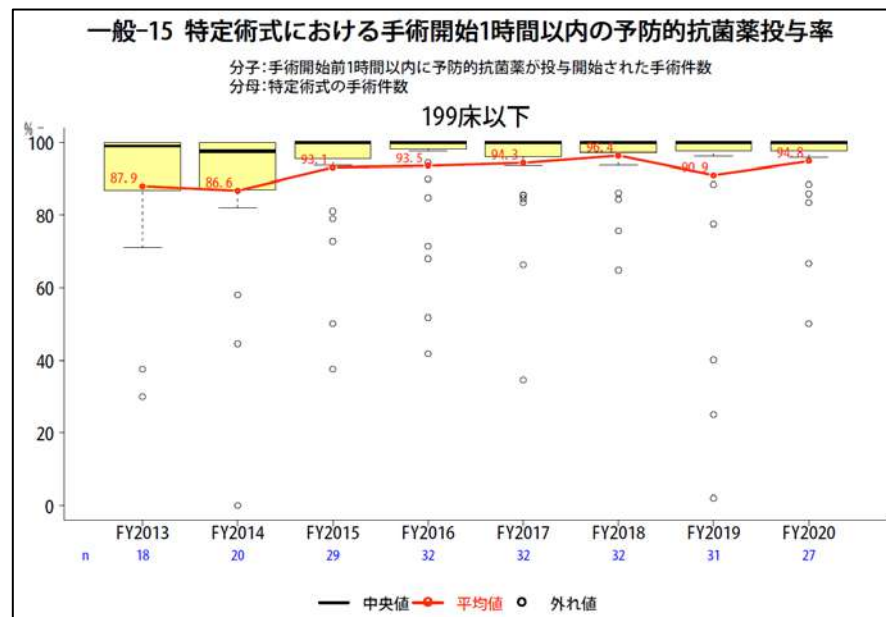
尿道留置カテーテル使用率



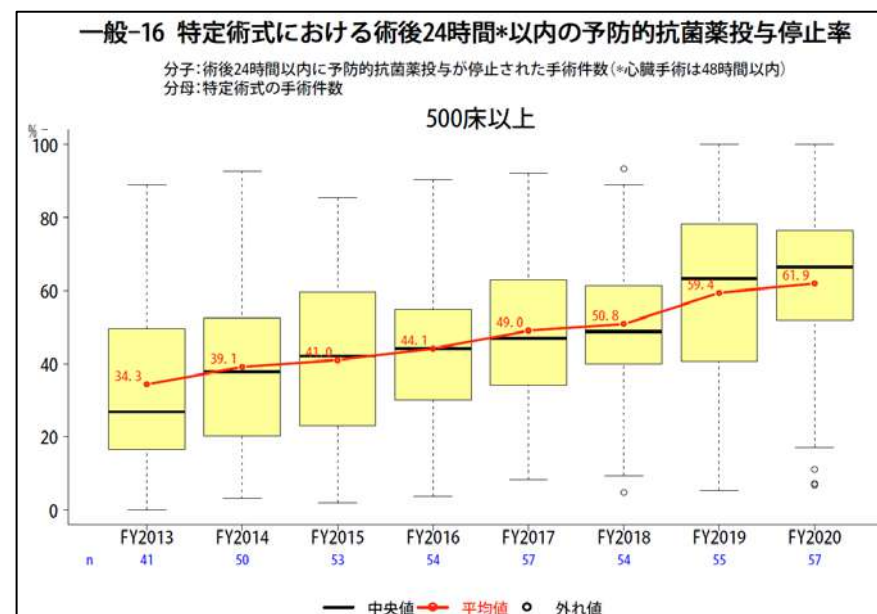
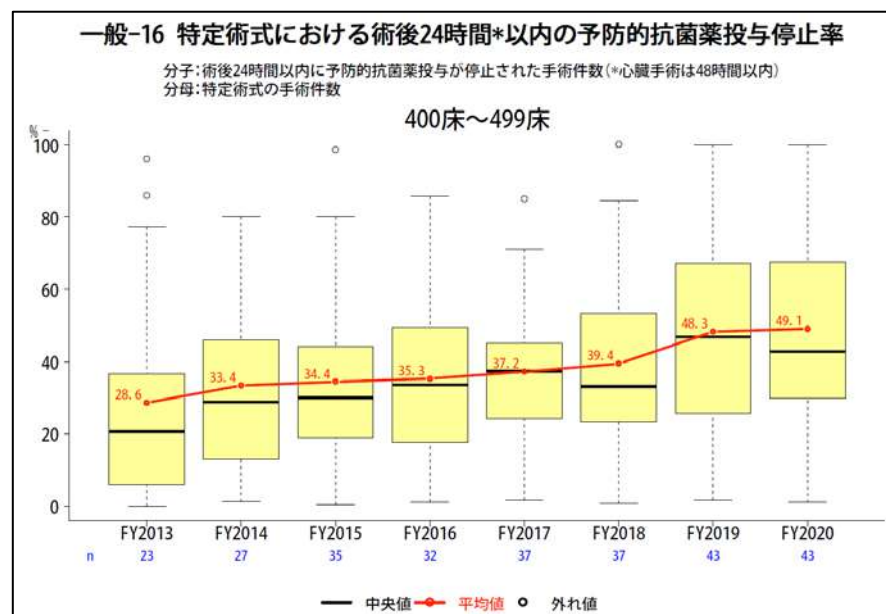
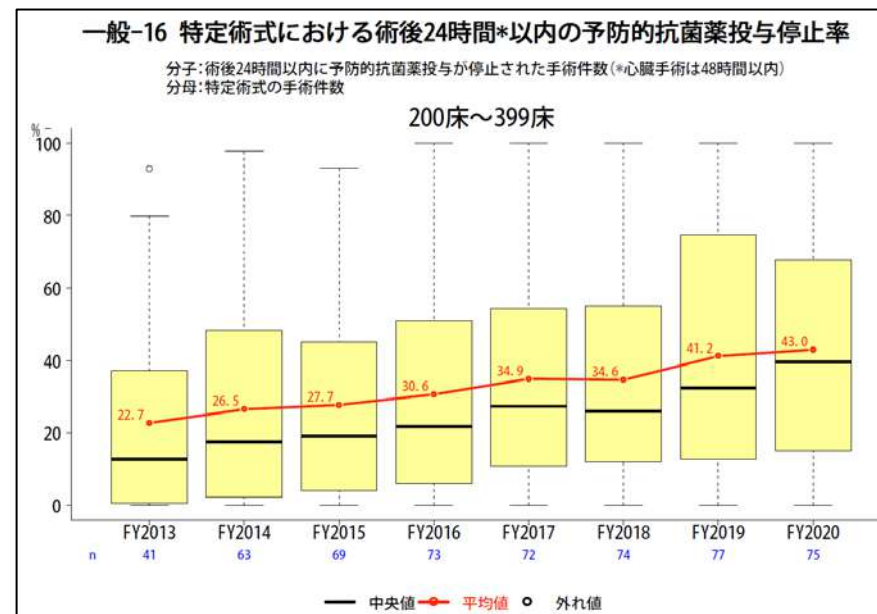
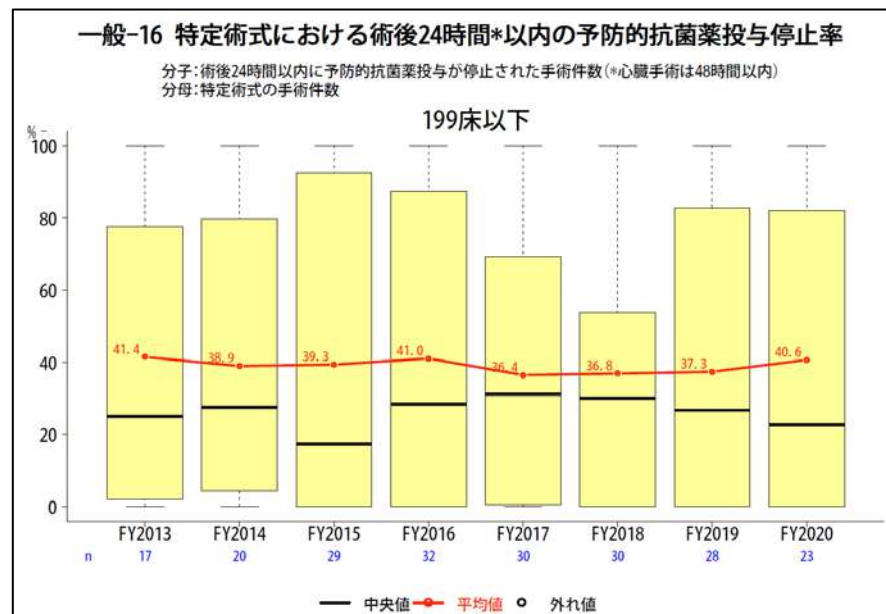
救急車・ホットラインの応需率



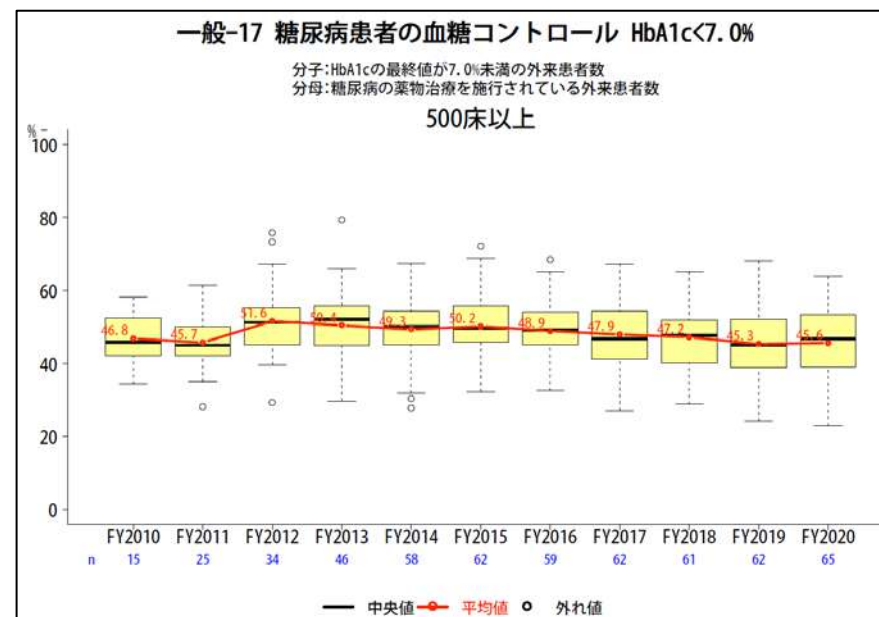
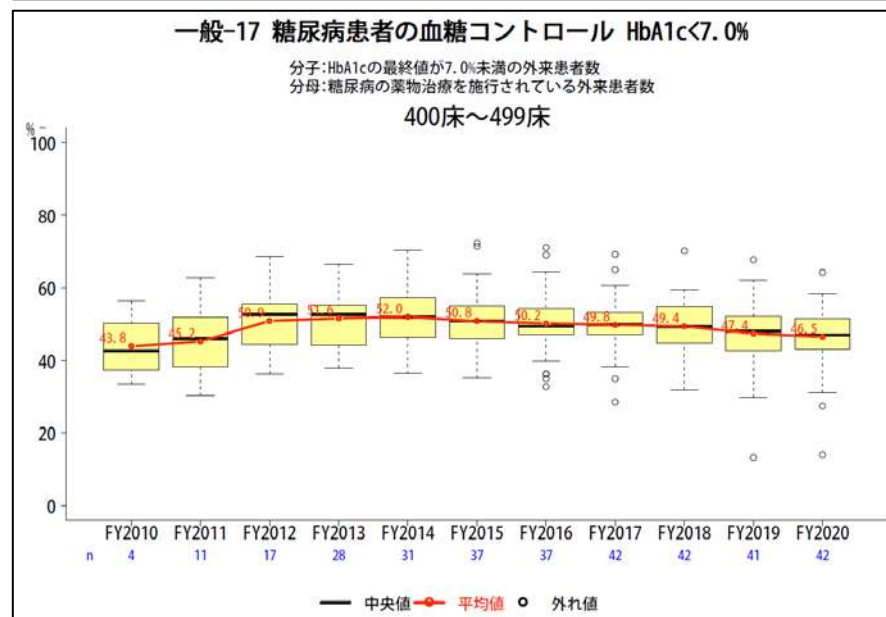
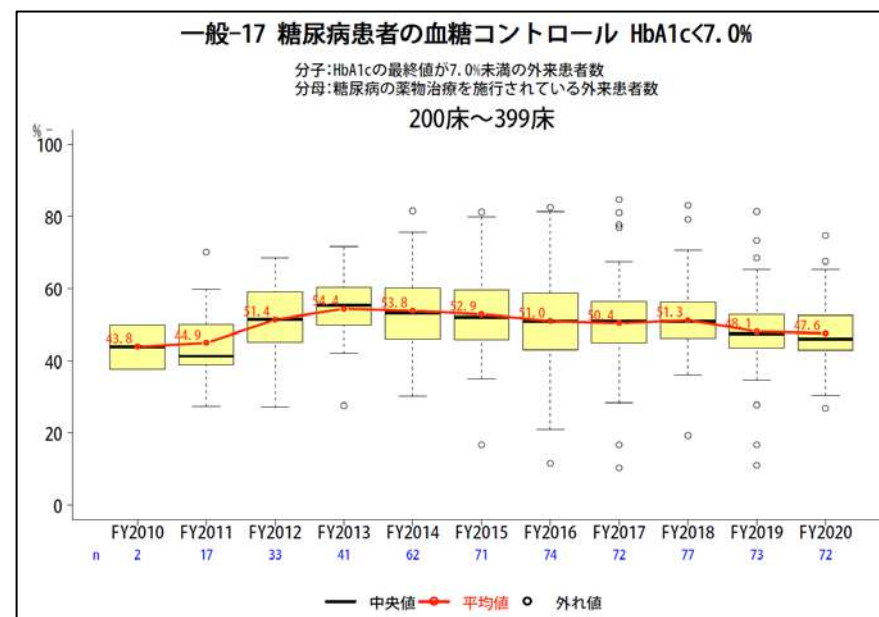
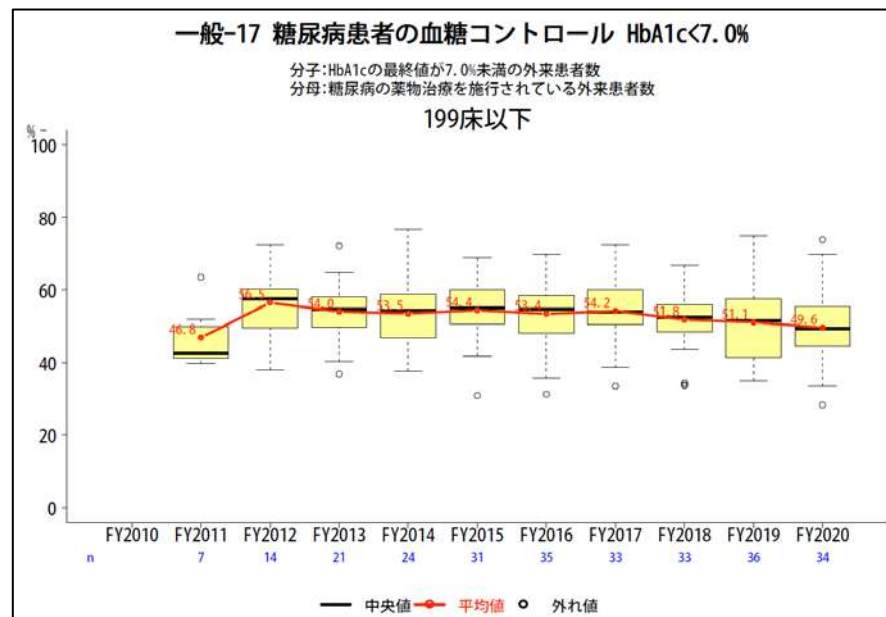
特定術式における手術開始1時間以内の予防的抗菌薬投与率



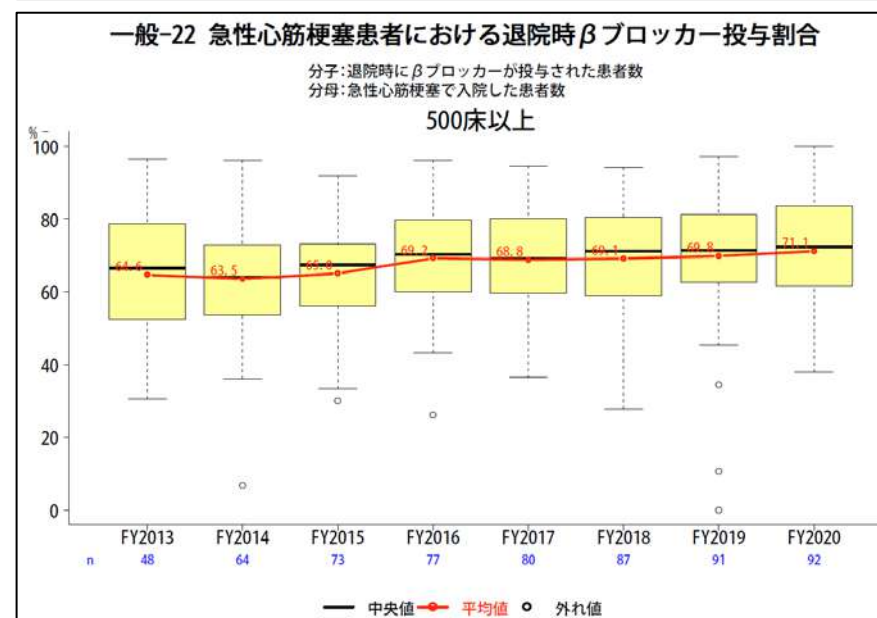
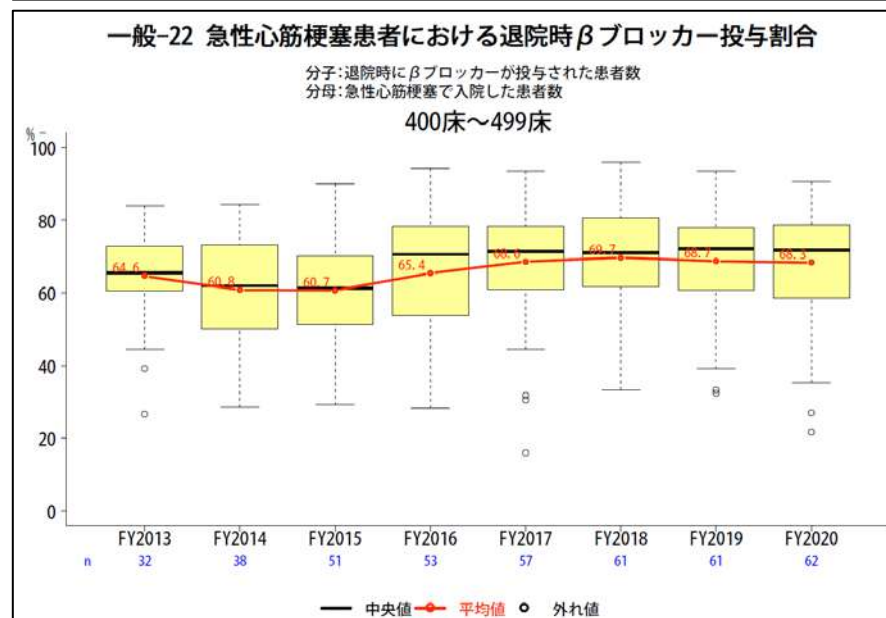
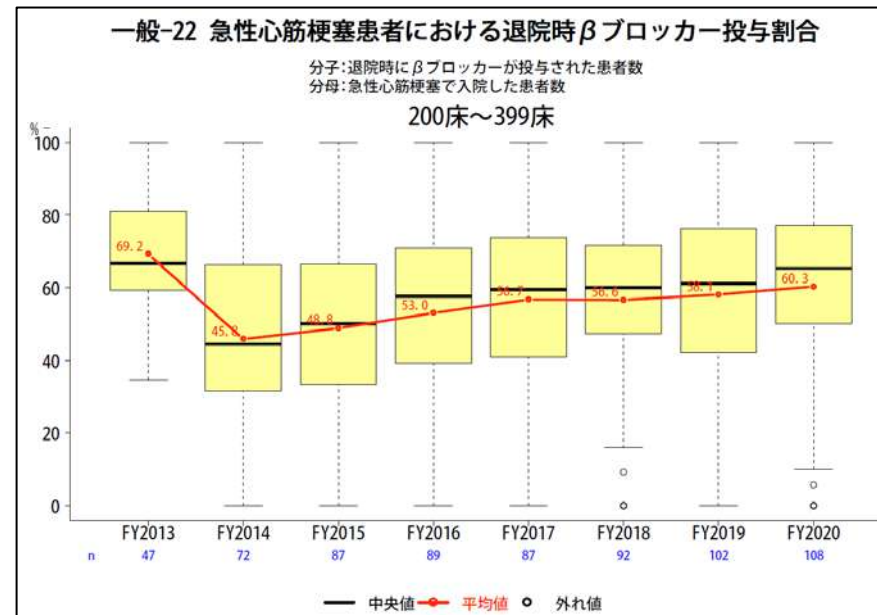
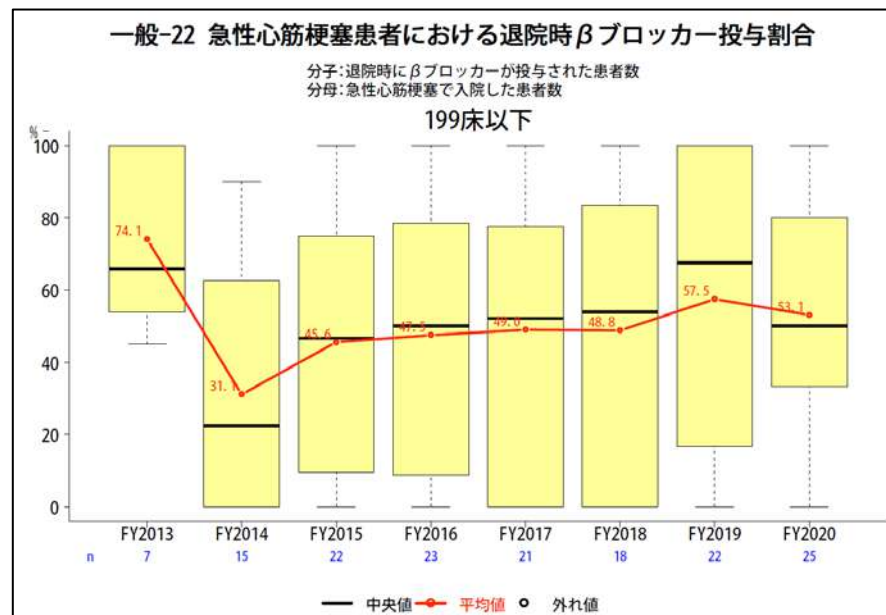
特定術式における術後24時間以内の予防的抗菌薬投与停止率



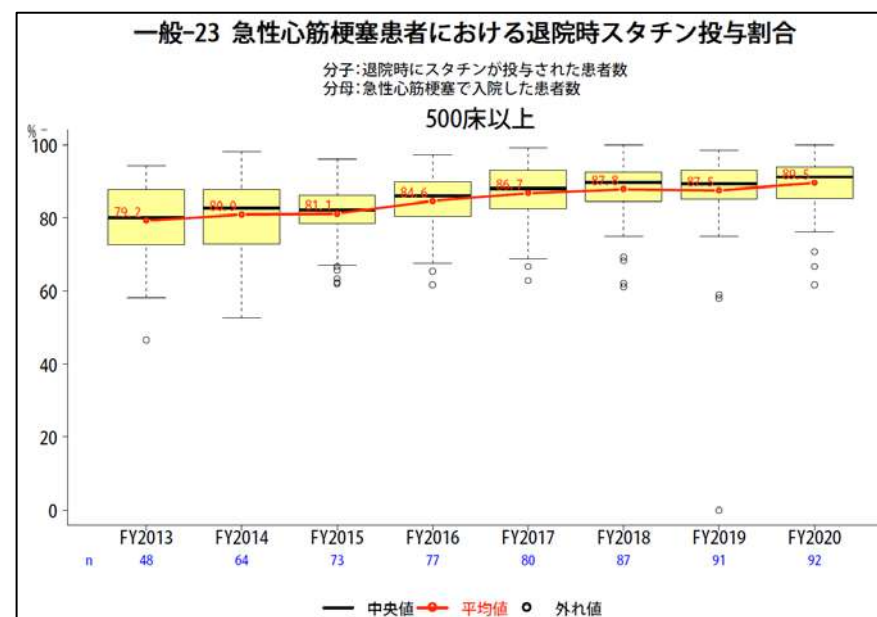
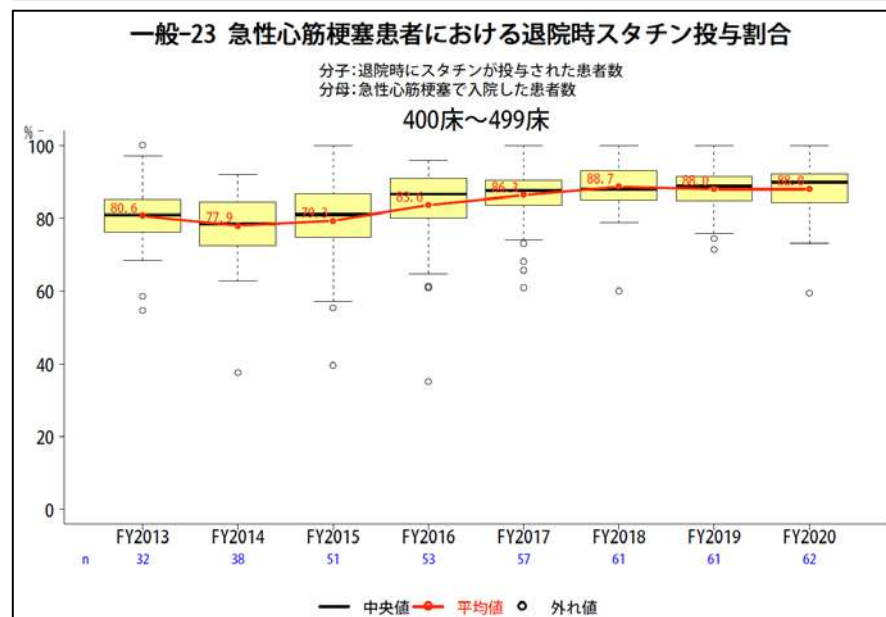
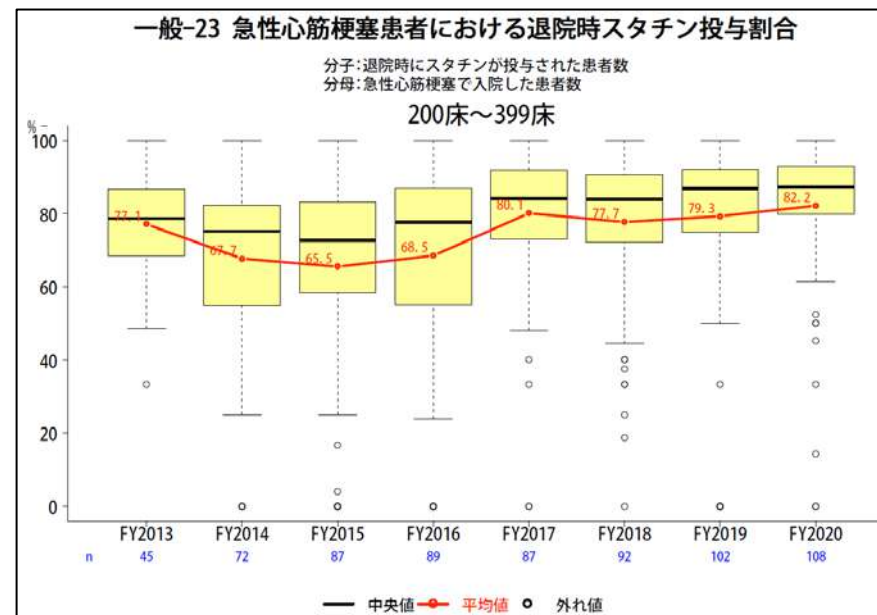
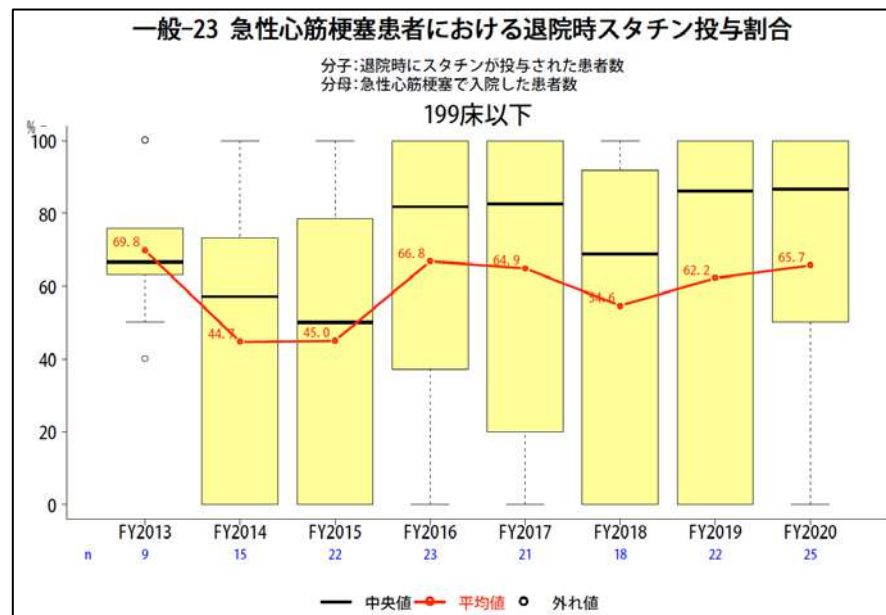
糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0%



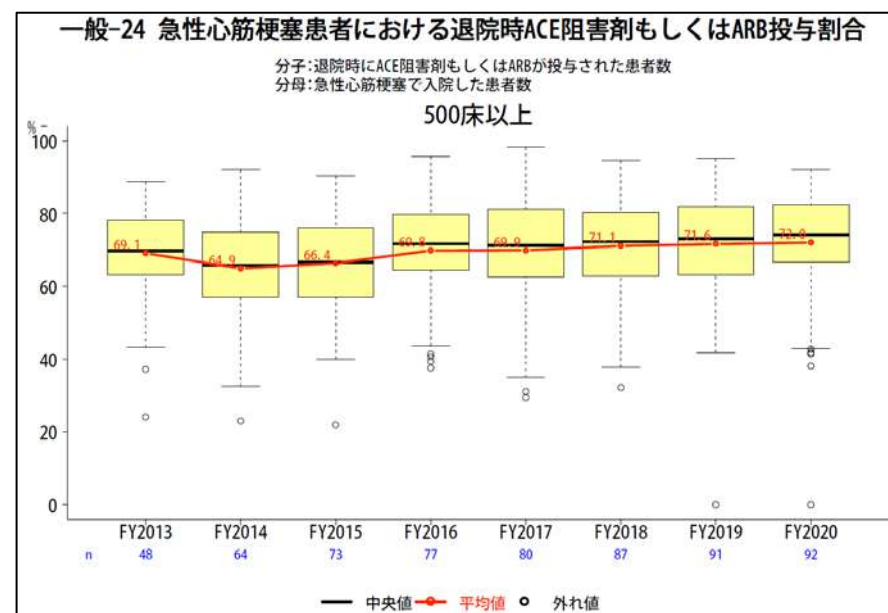
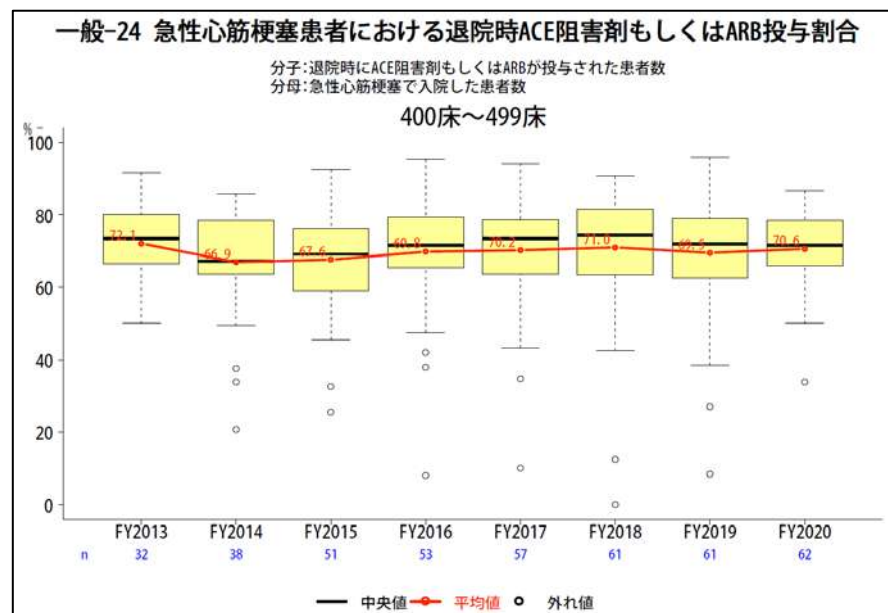
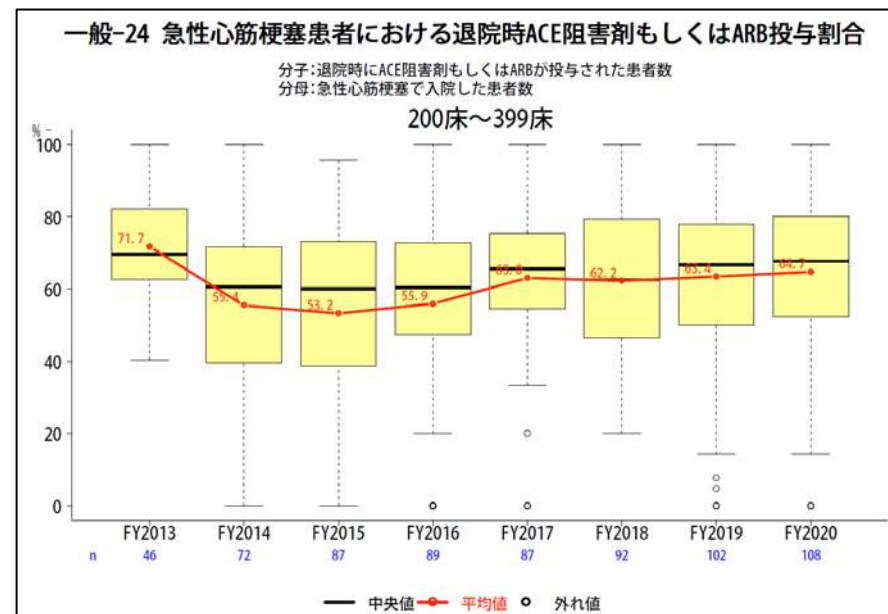
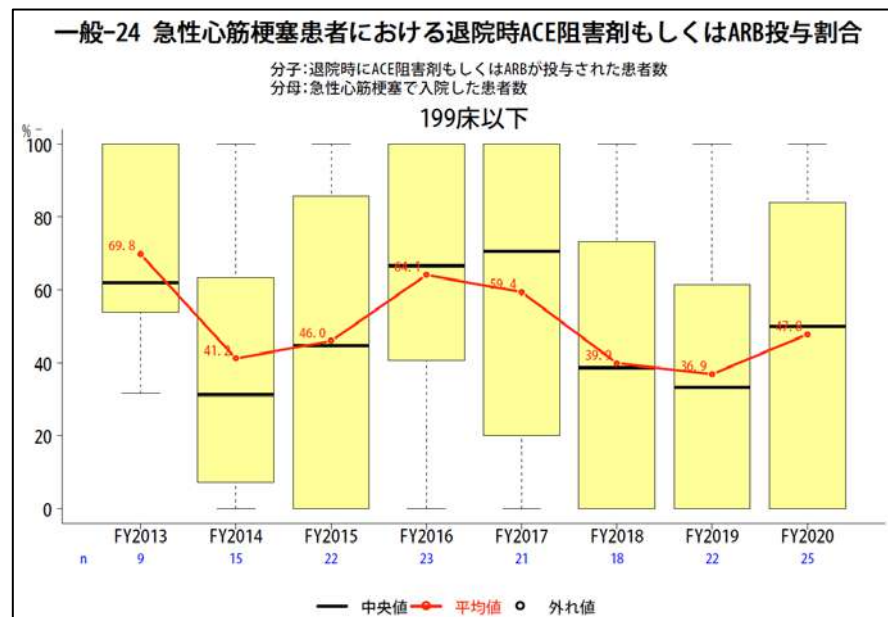
急性心筋梗塞患者におけるβブロッカー投与割合



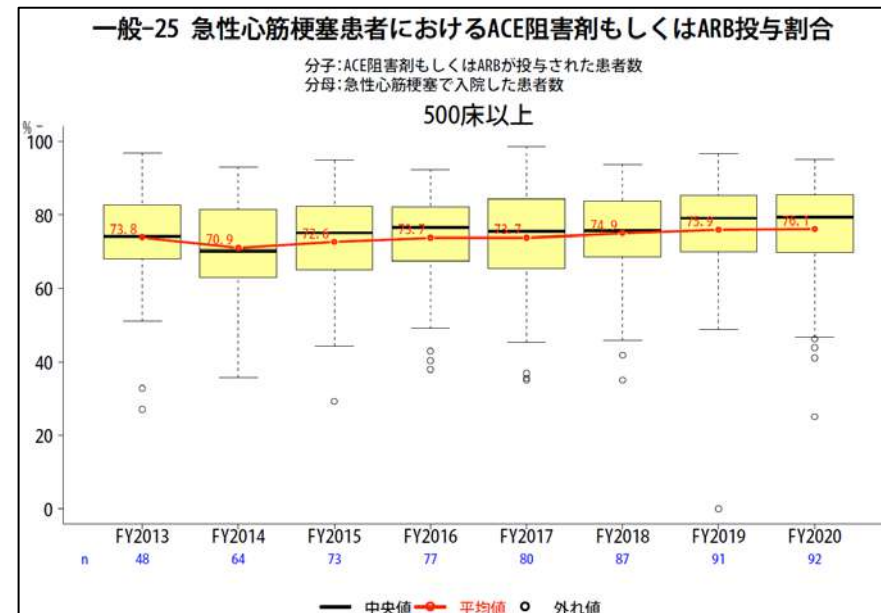
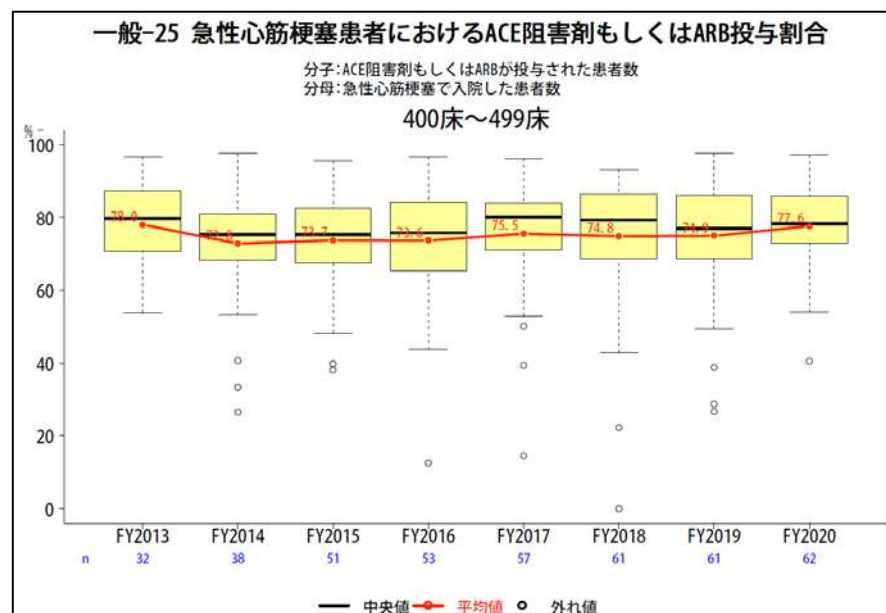
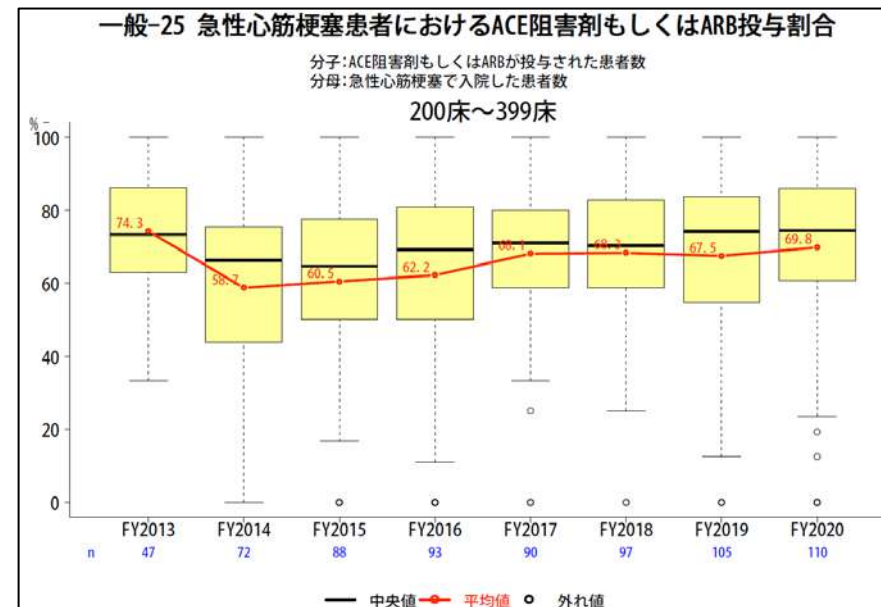
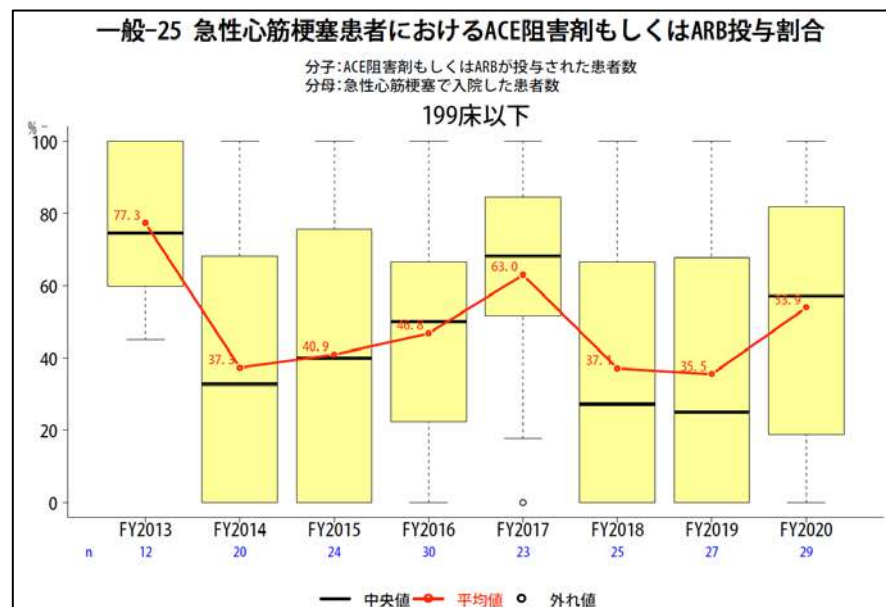
急性心筋梗塞患者における退院時スタチン投与割合



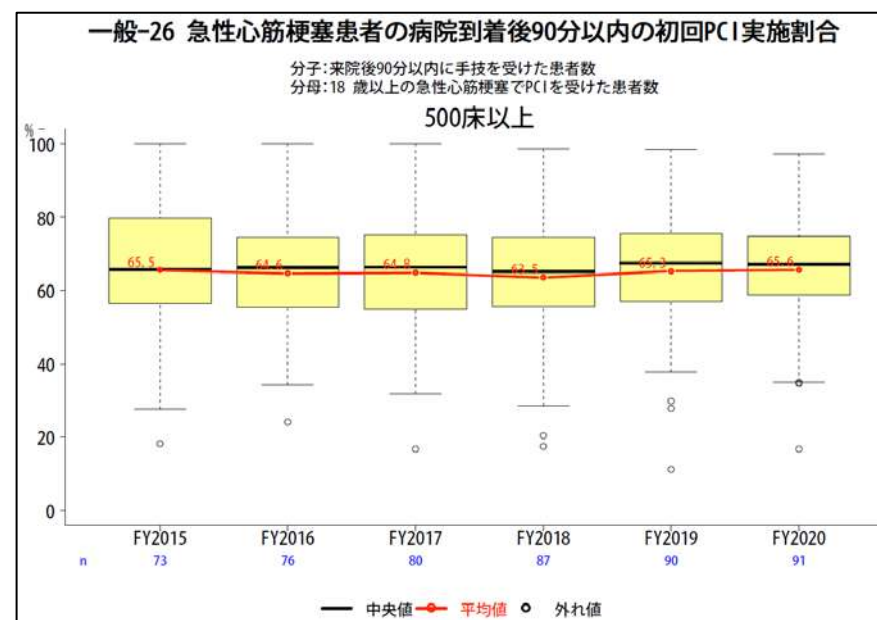
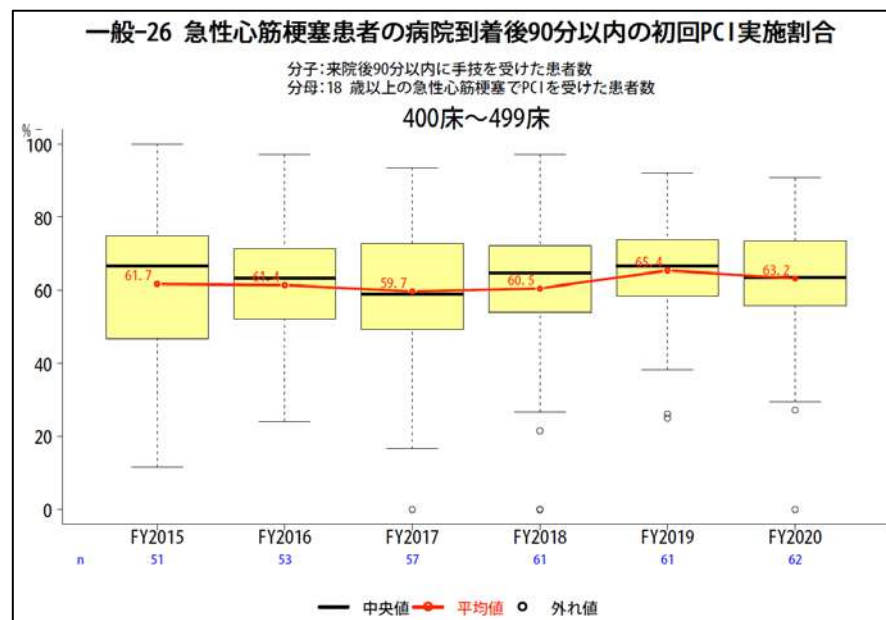
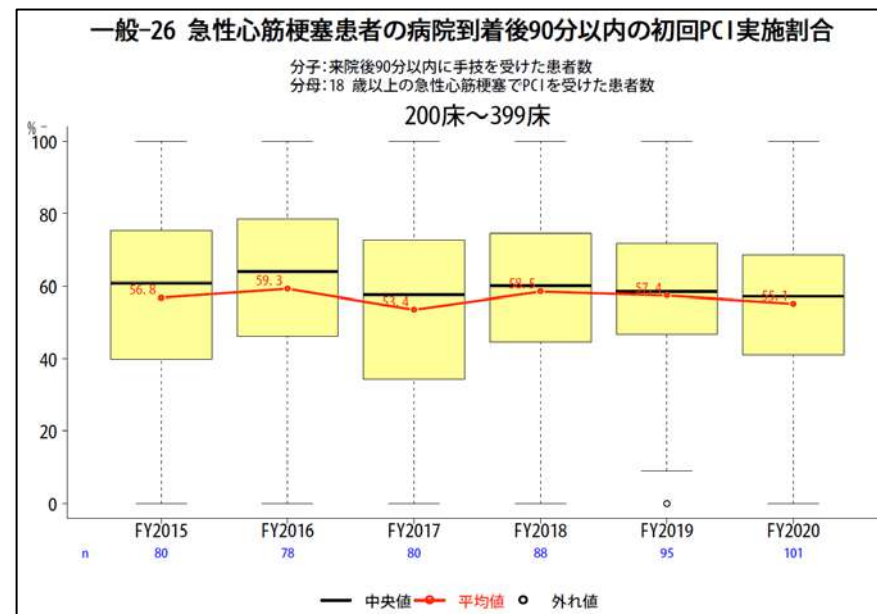
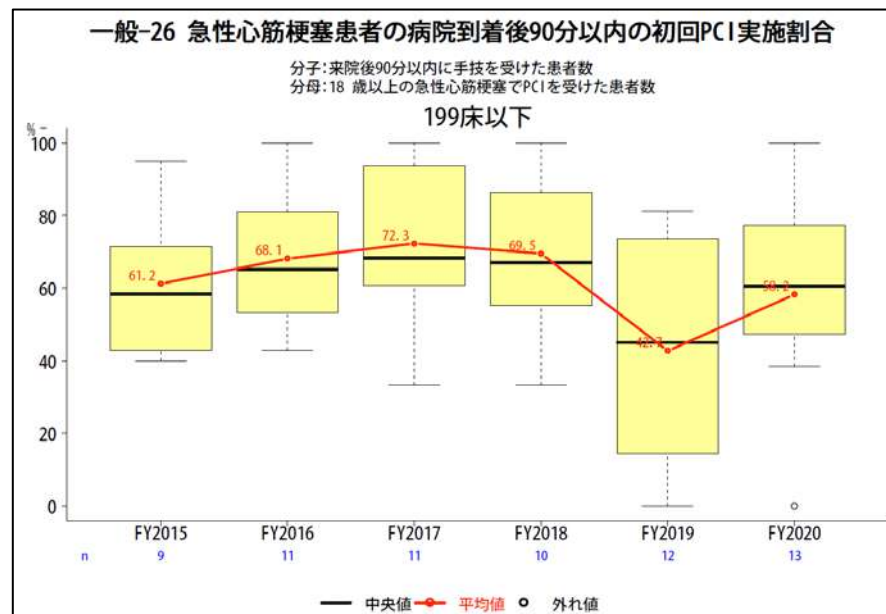
急性心筋梗塞患者における退院時 ACE 阻害剤もしくは ARB 投与割合



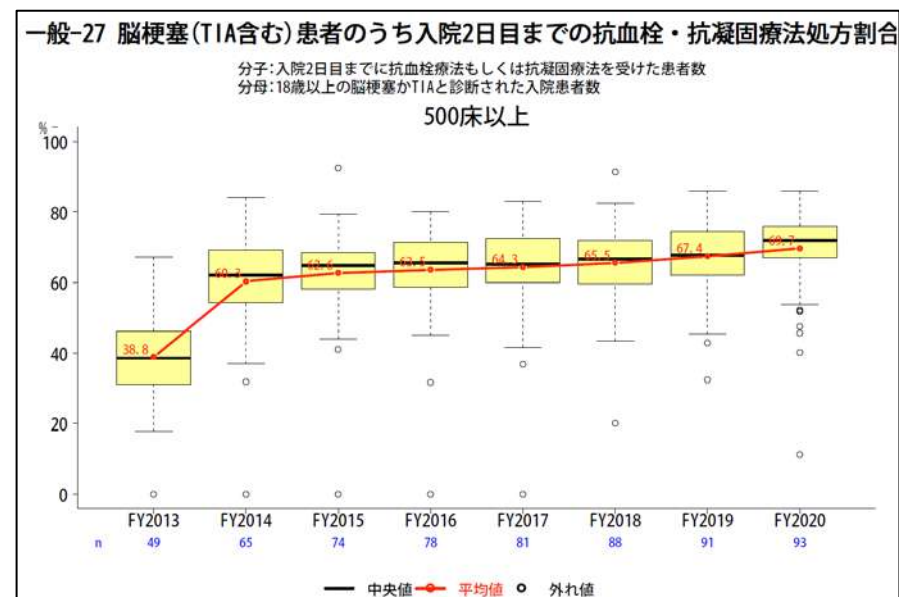
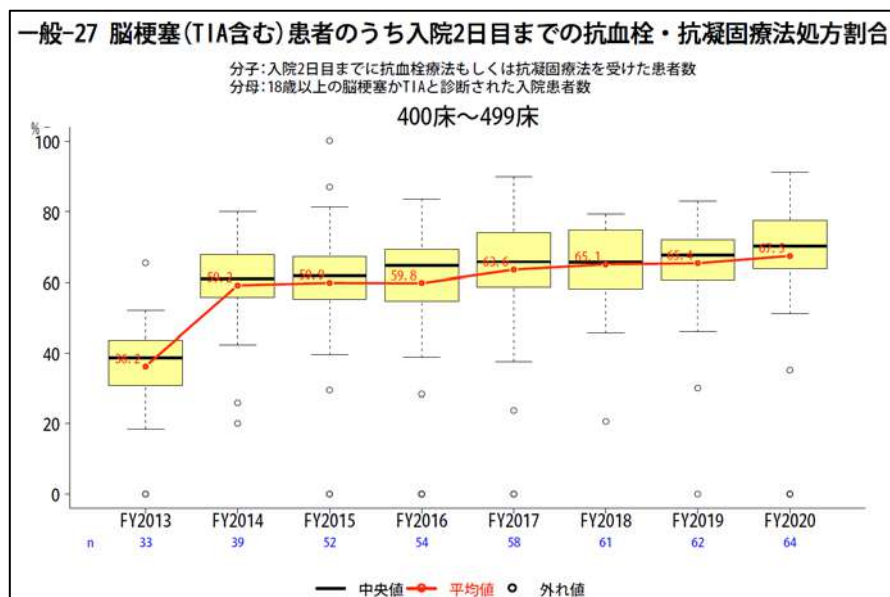
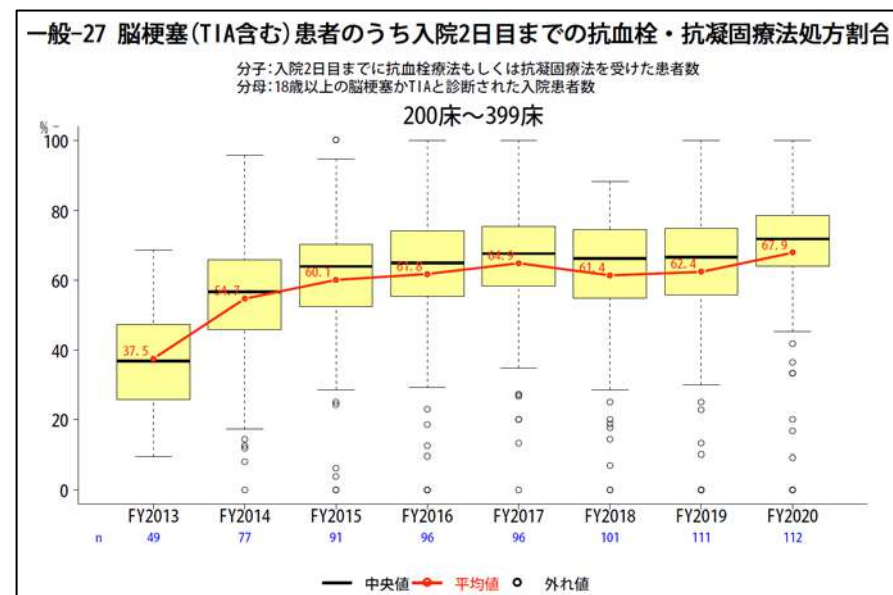
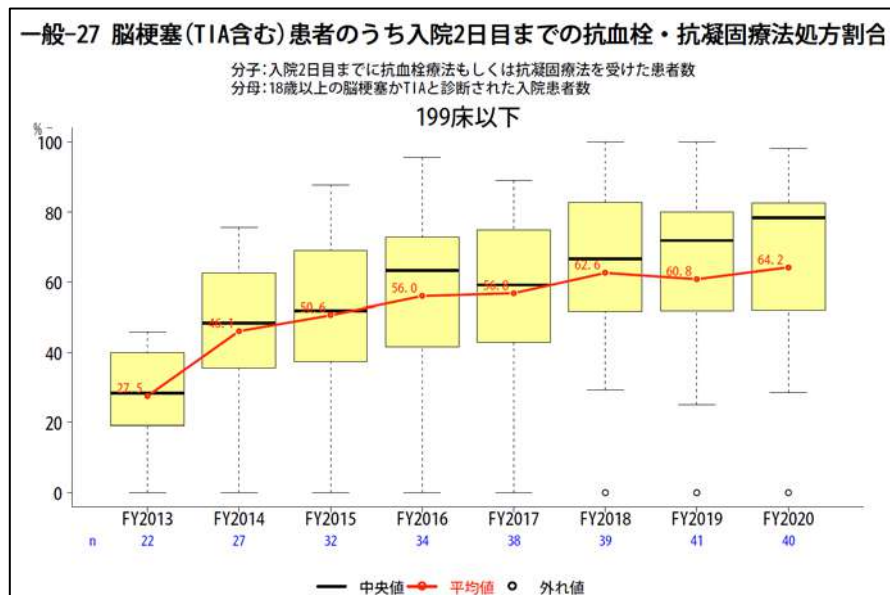
急性心筋梗塞患者におけるACE阻害剤もしくはARB投与割合



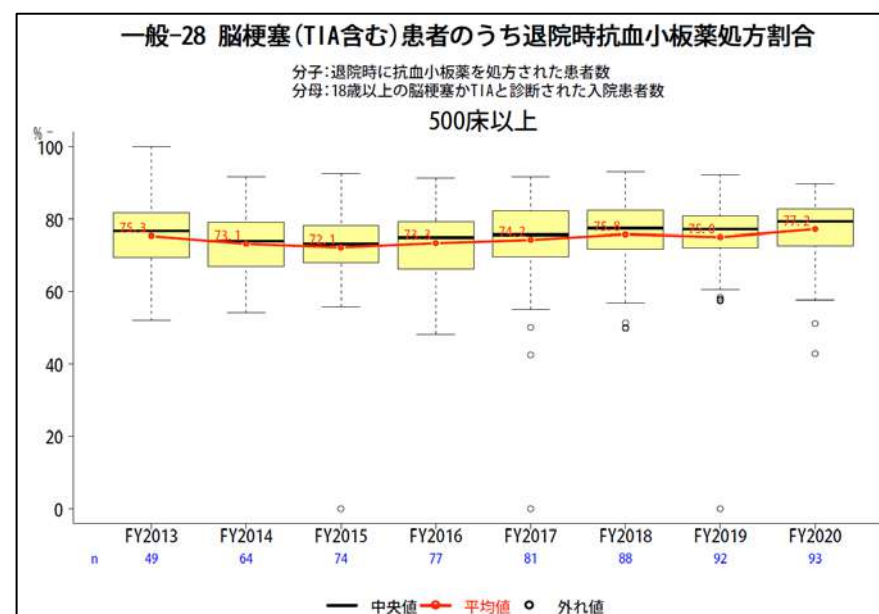
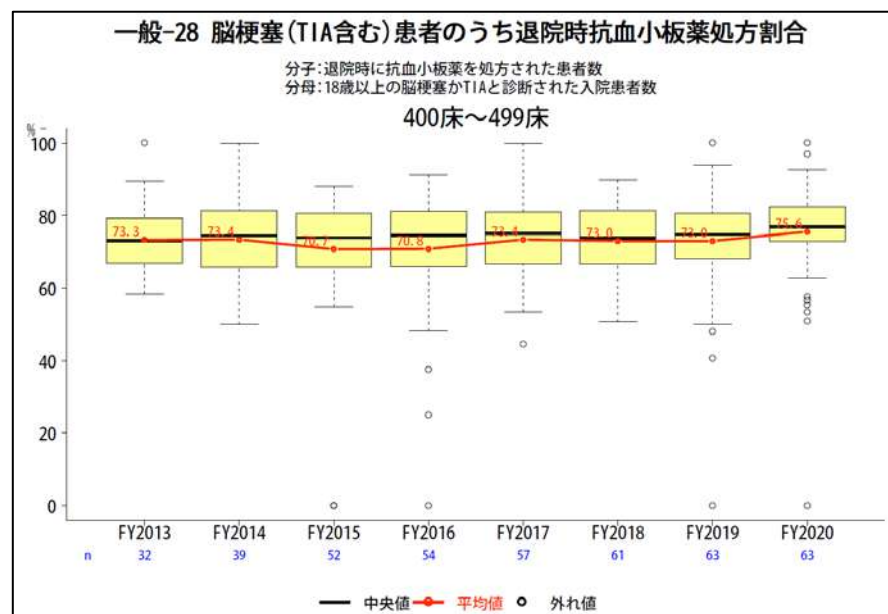
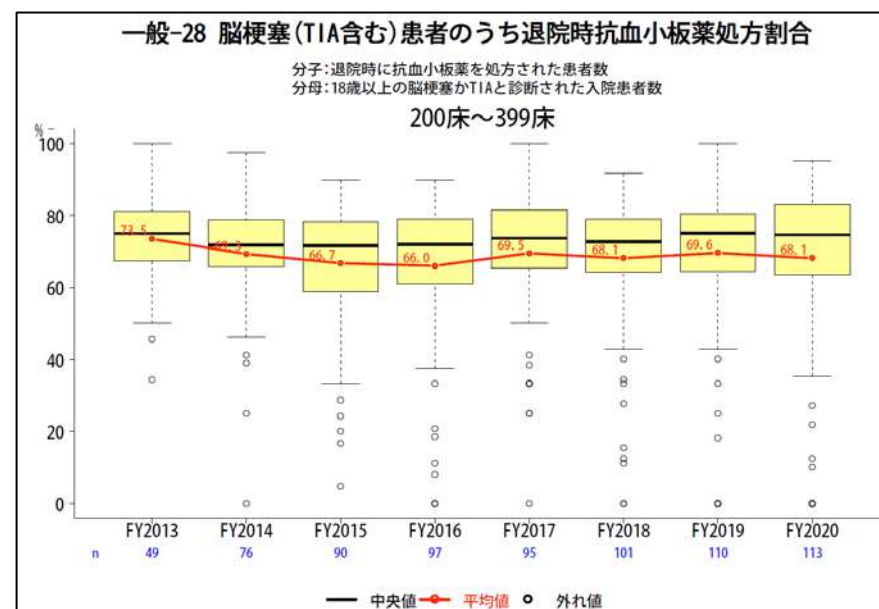
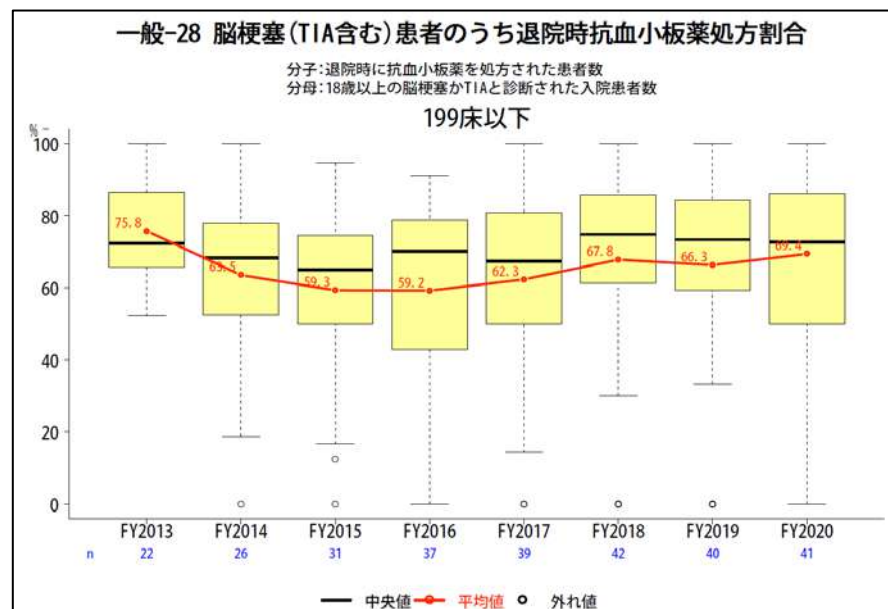
急性心筋梗塞患者の病院到着後 90 分以内の初回 PCI 実施割合



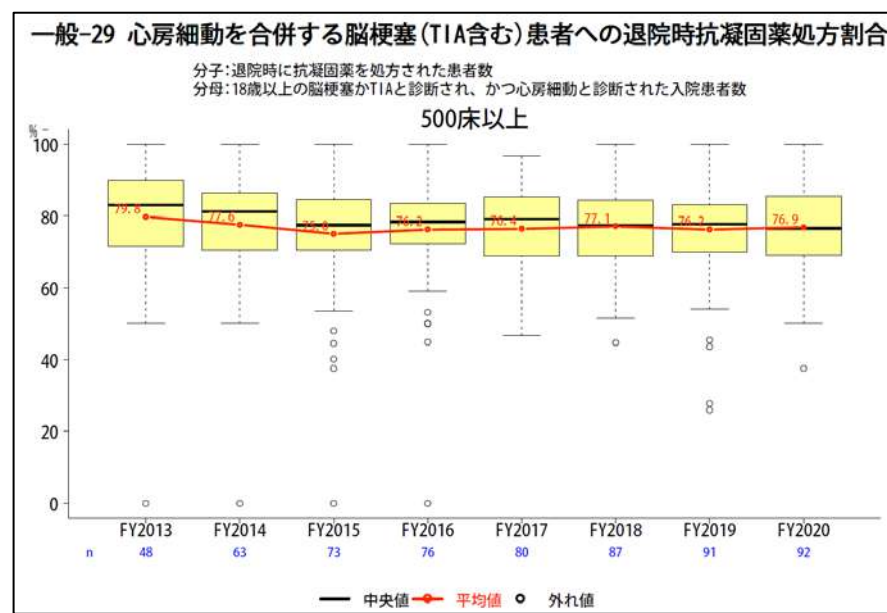
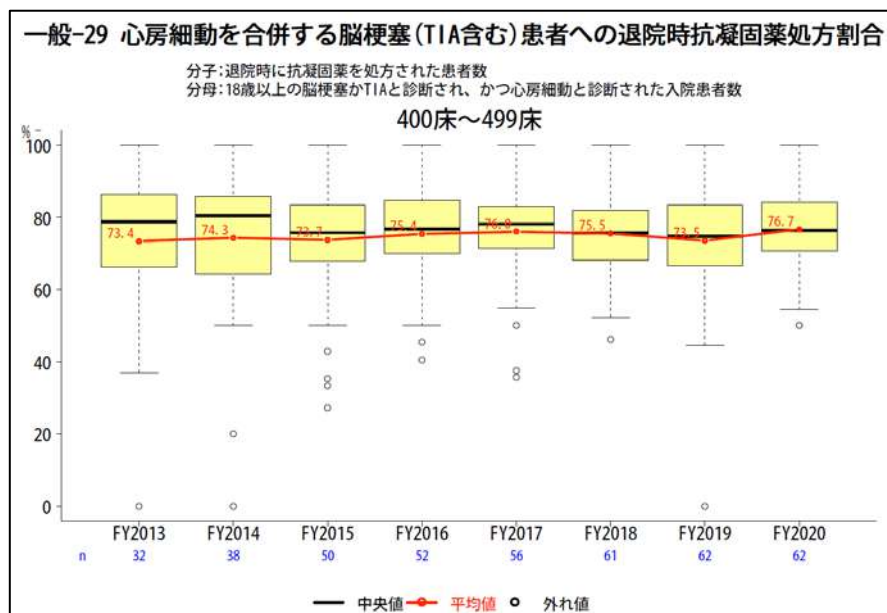
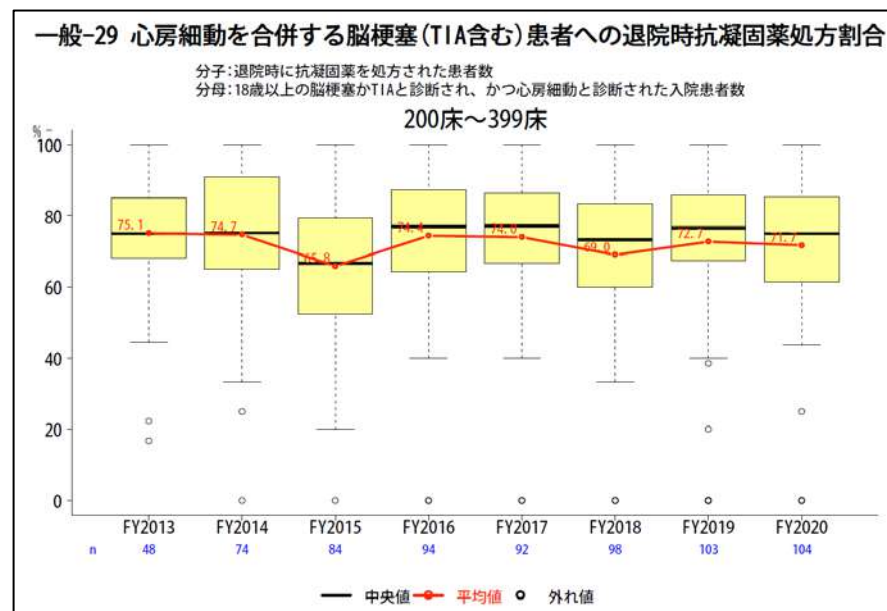
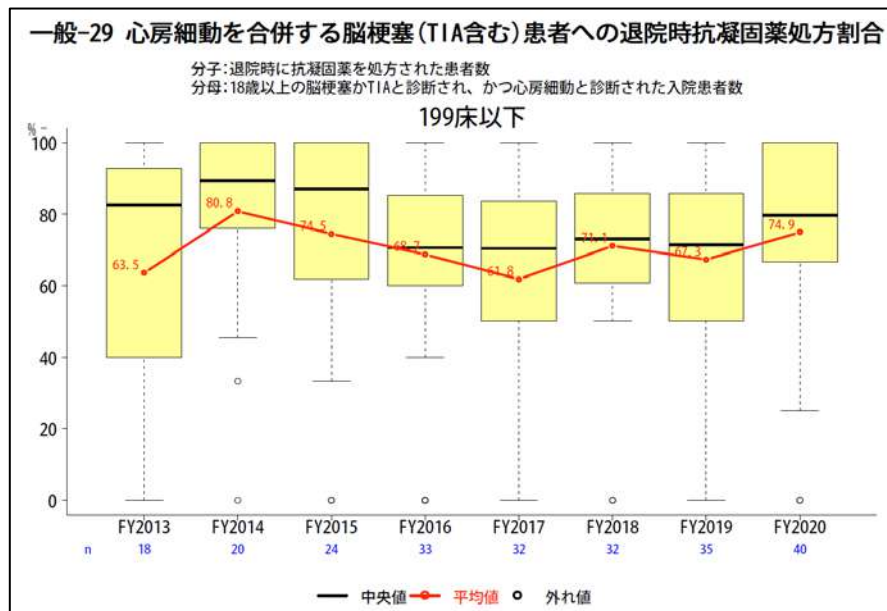
脳梗塞(TIA含む)患者のうち入院2日目までの抗血栓・抗凝固療法処方割合



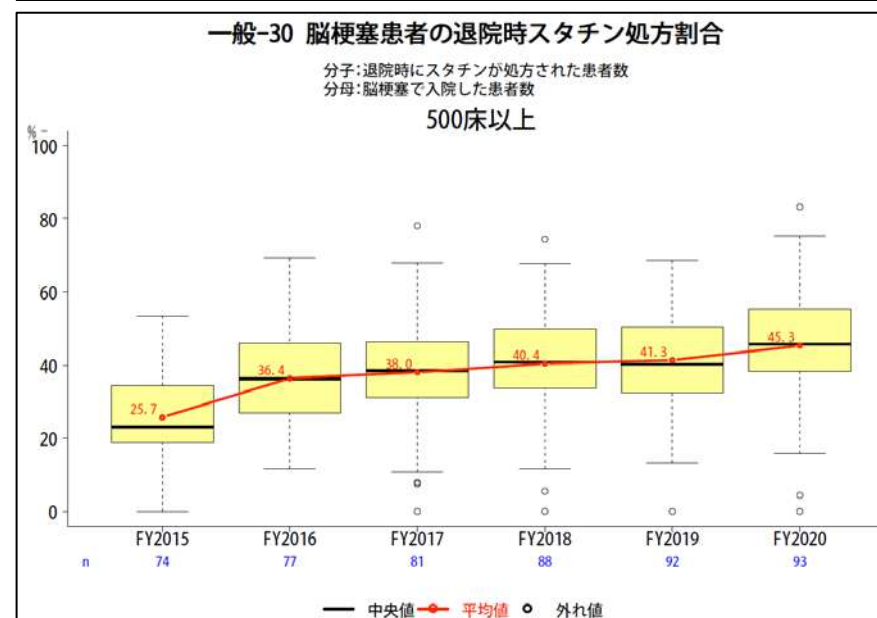
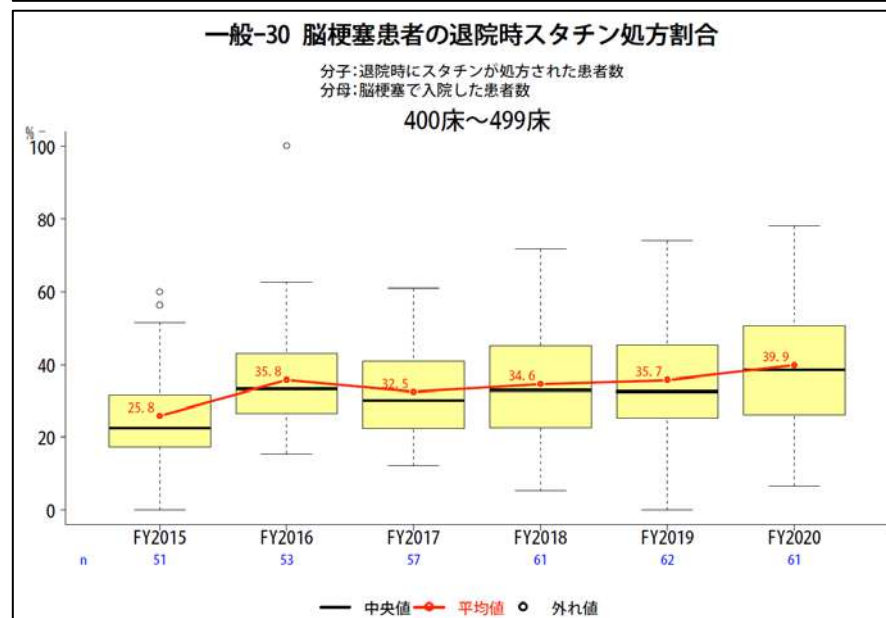
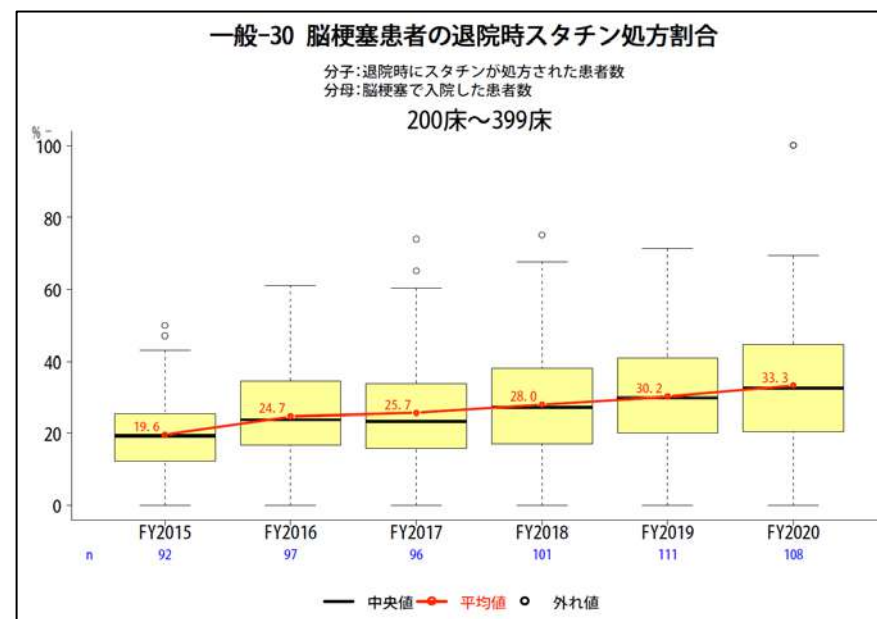
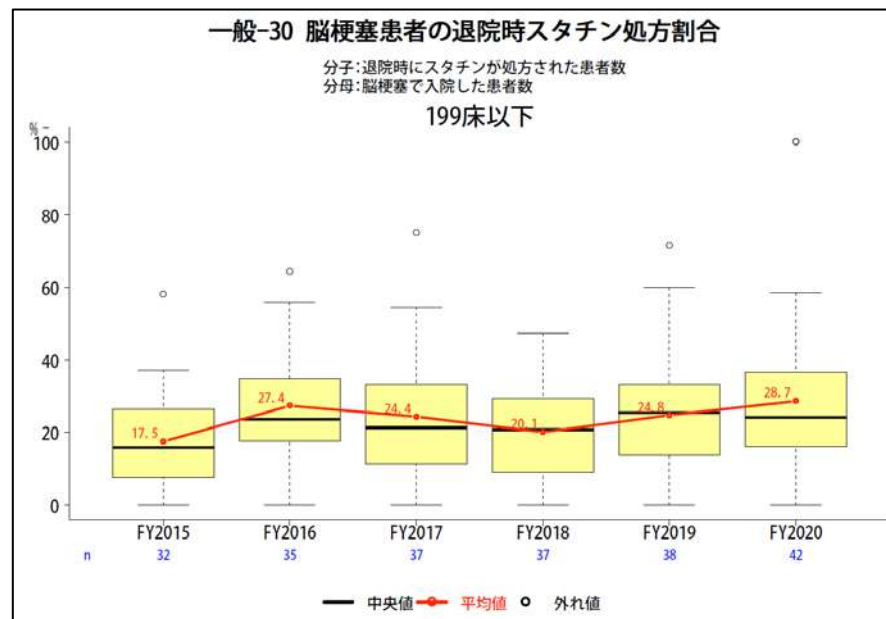
脳梗塞(TIA含む)患者のうち退院時抗血小板薬処方割合



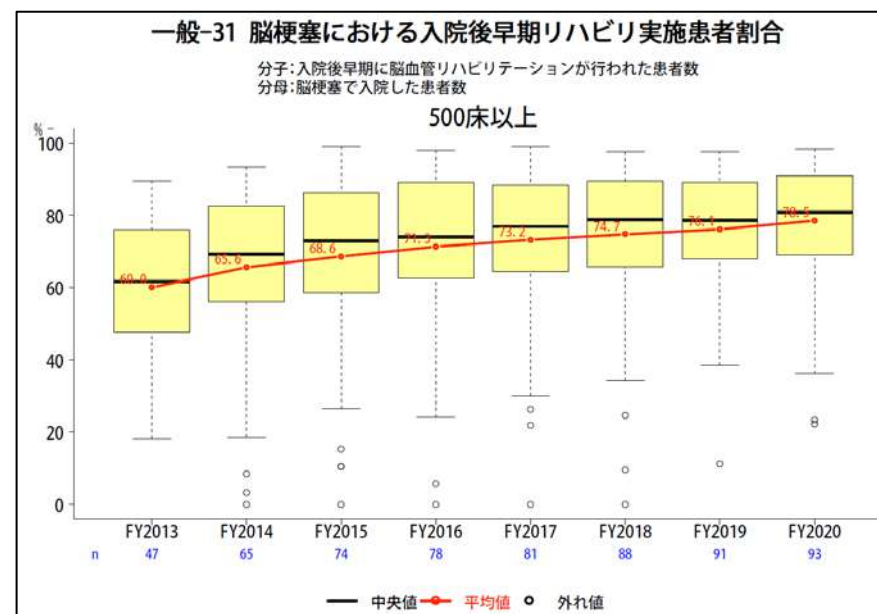
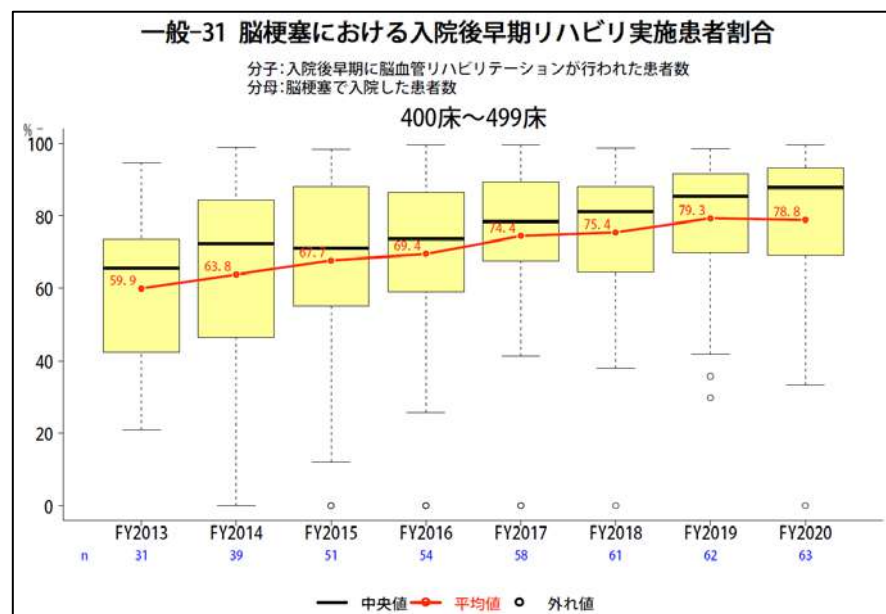
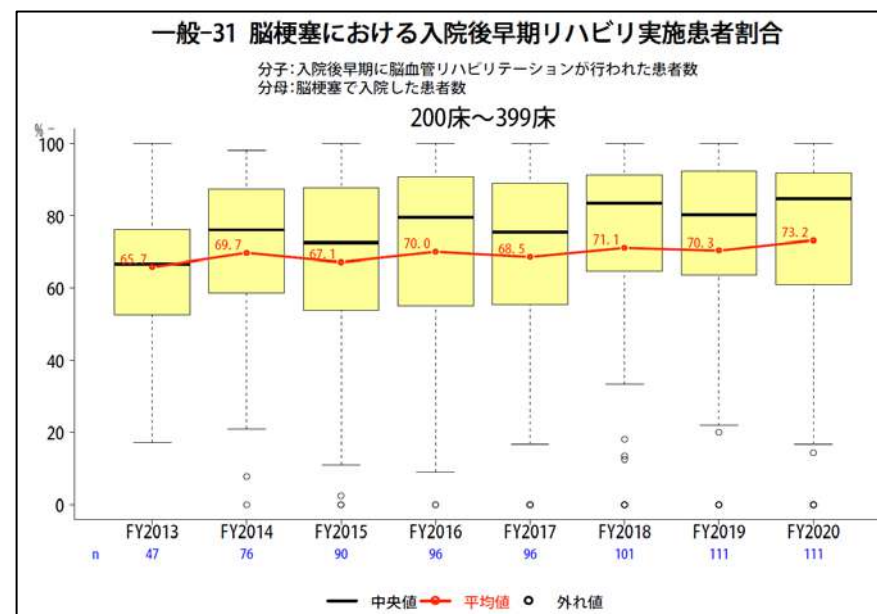
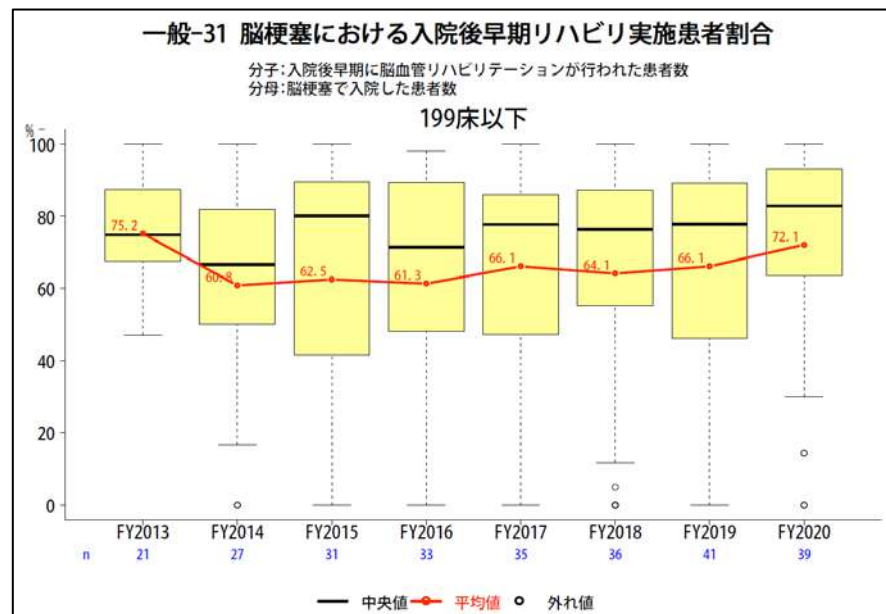
心房細動を合併する脳梗塞(TIA含む)患者への退院時抗凝固薬処方割合



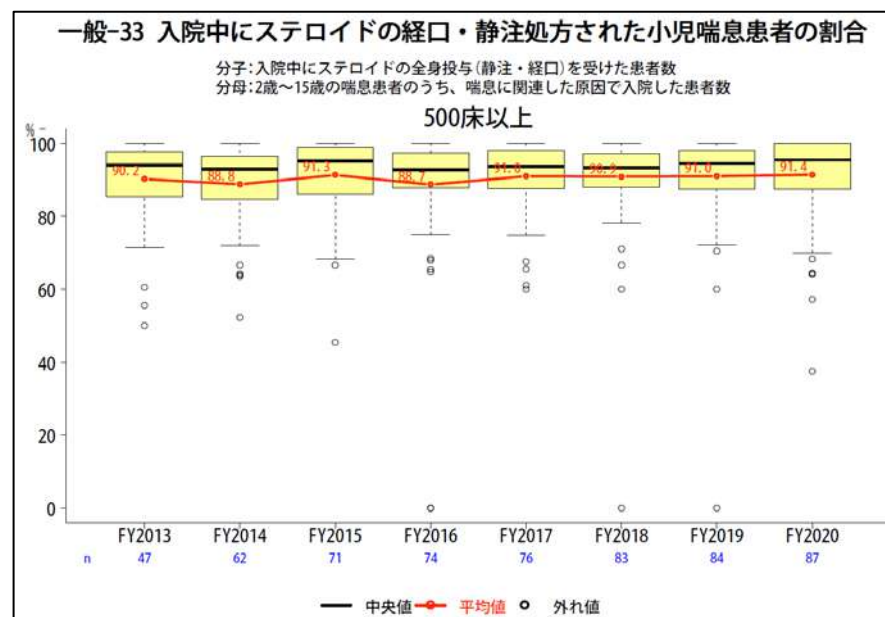
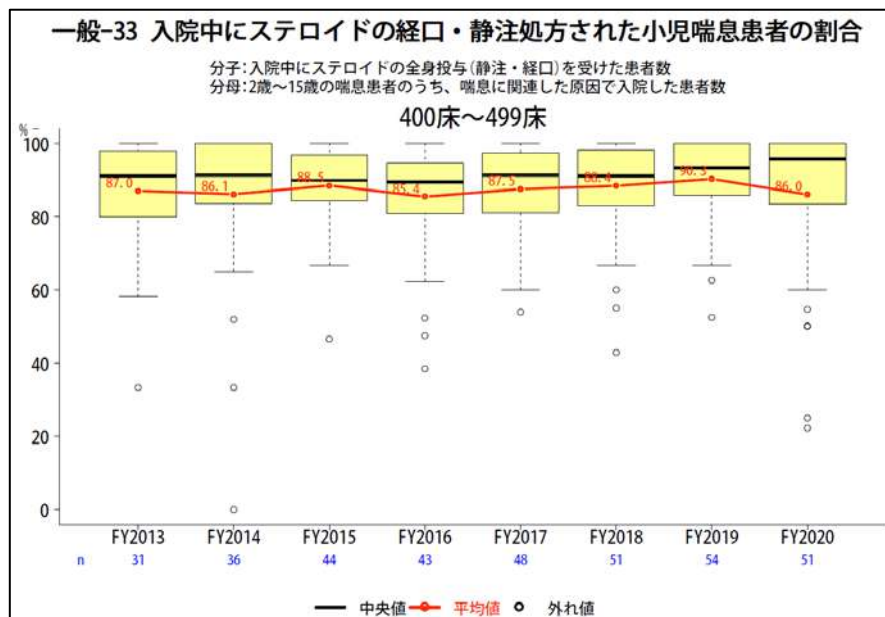
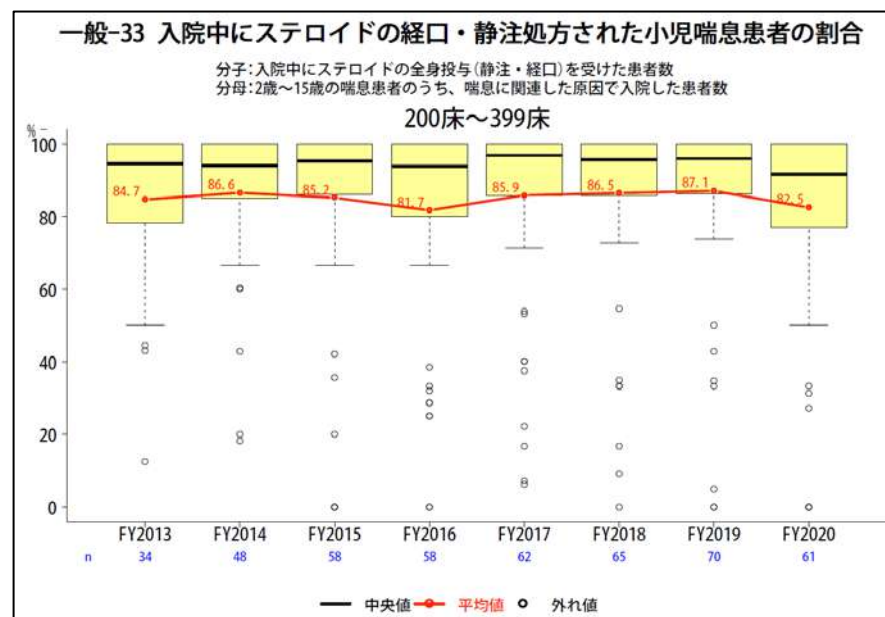
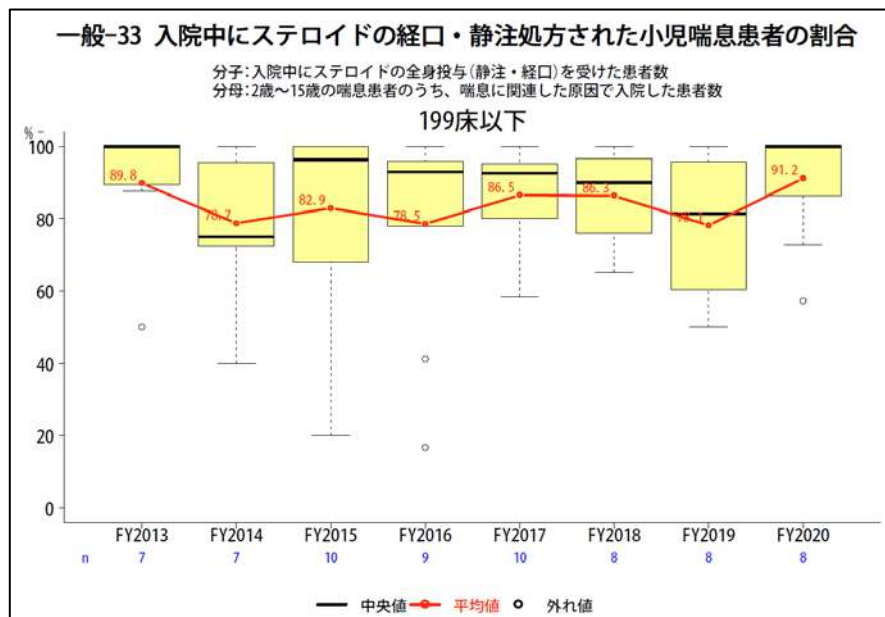
脳梗塞患者の退院時スタチン処方割合



脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者割合



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

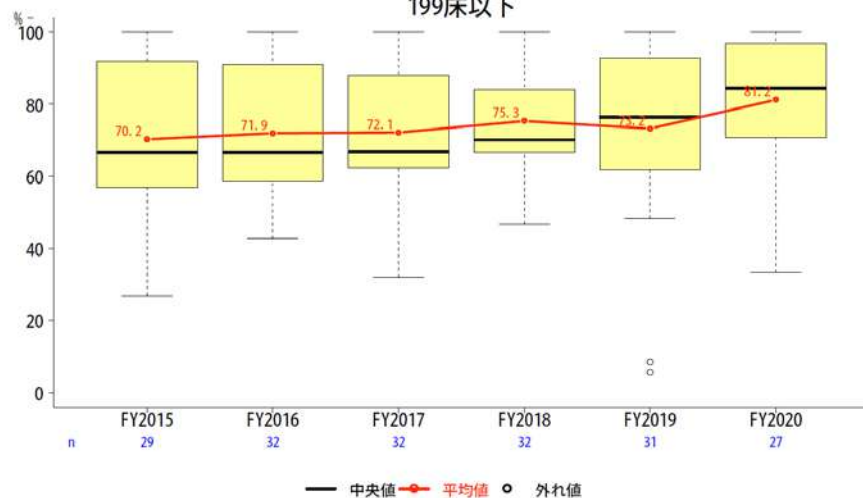


統合指標(Composite Measures)【手術】

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

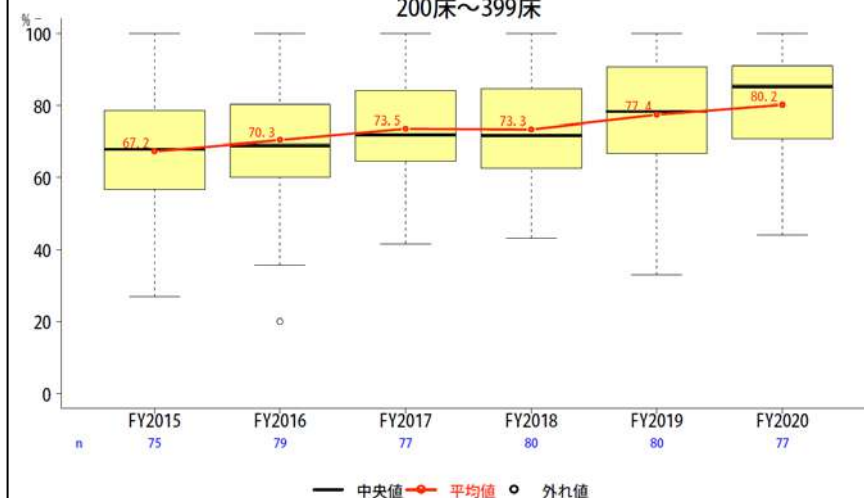
199床以下



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

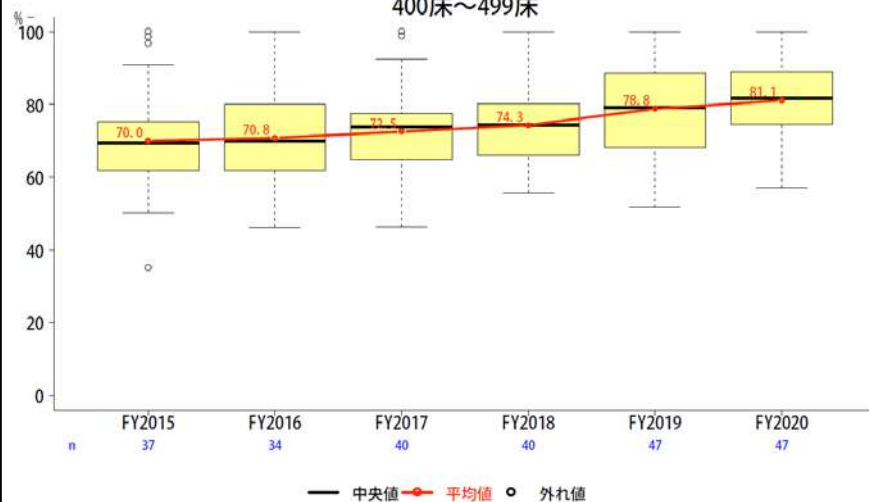
200床～399床



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

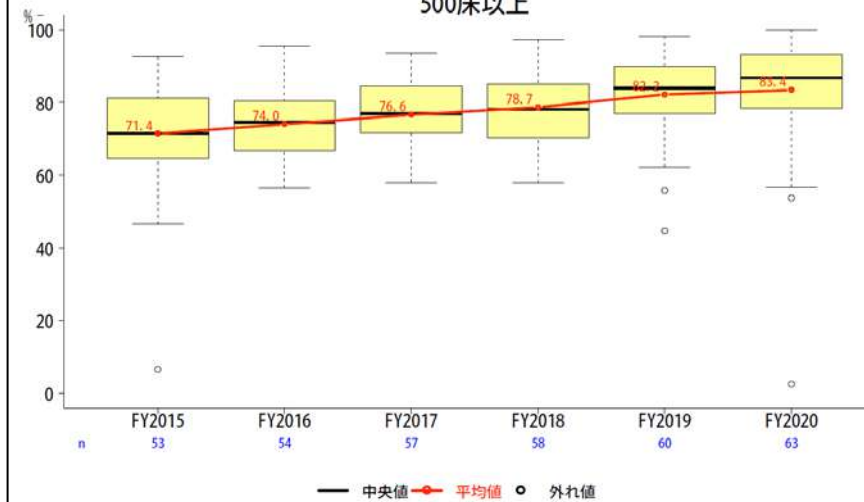
400床～499床



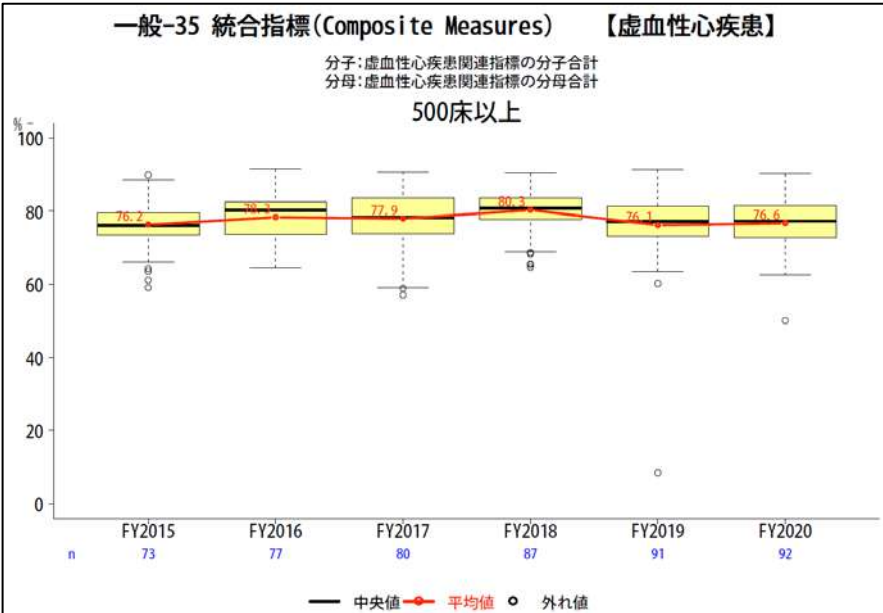
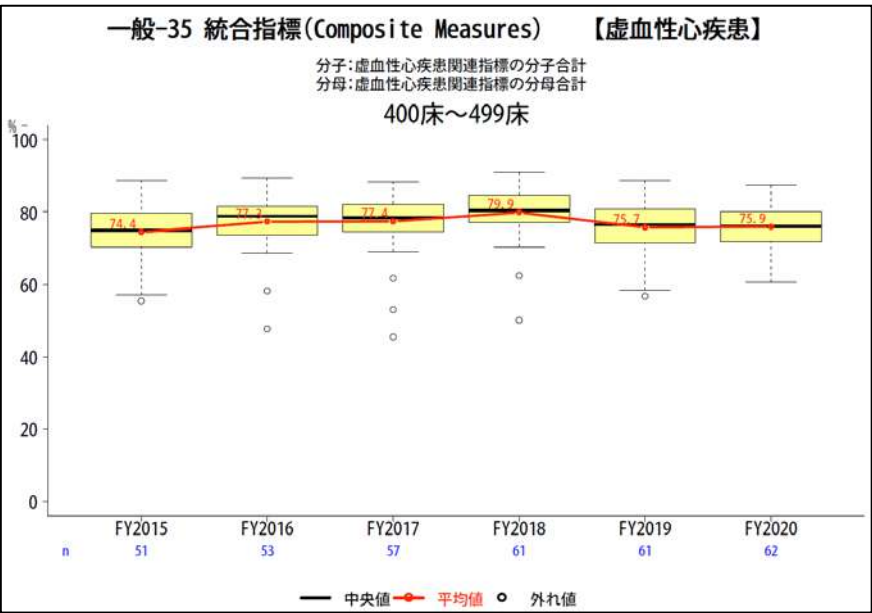
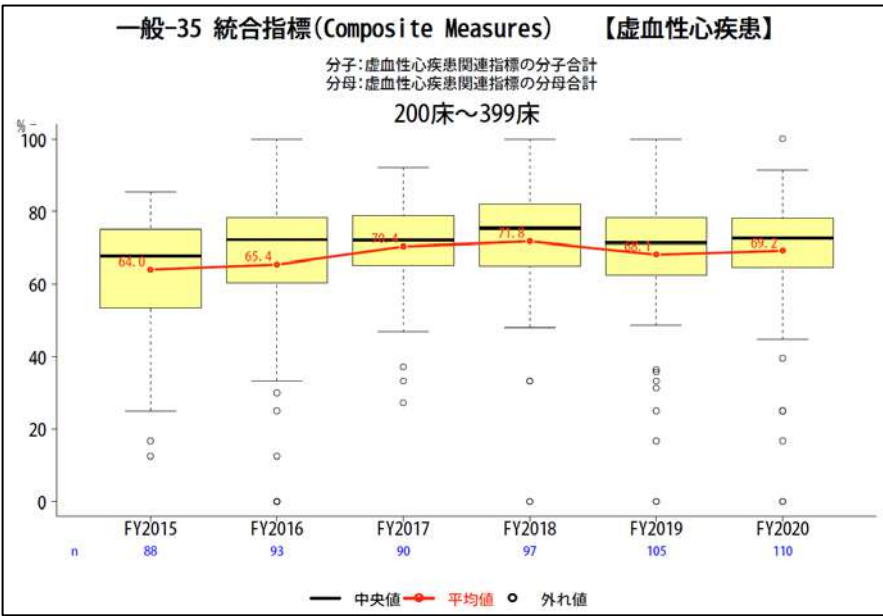
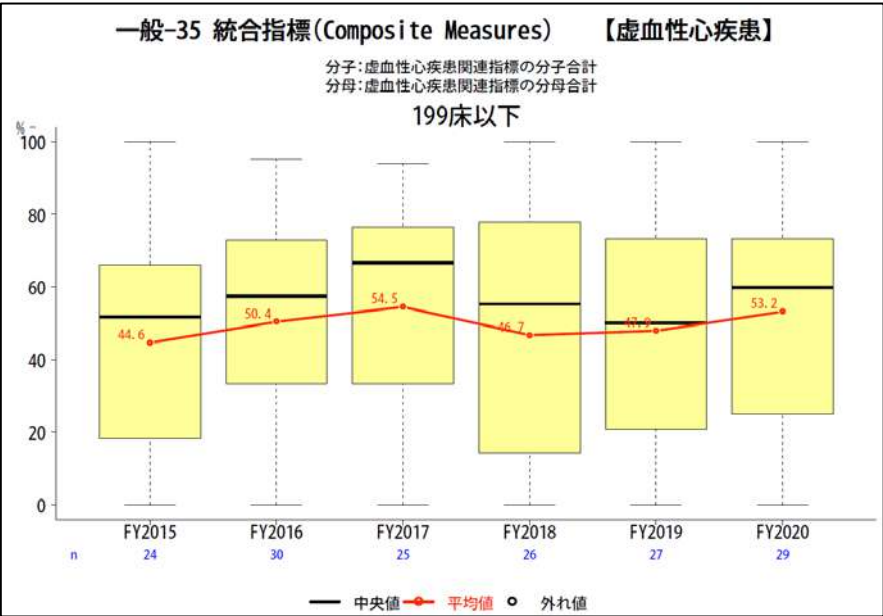
一般-34 統合指標(Composite Measures) 【手術】

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

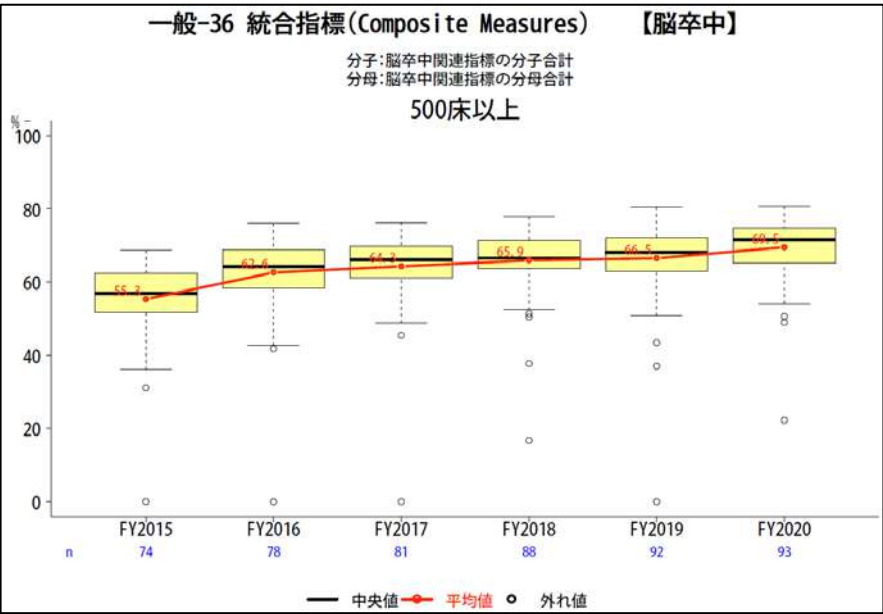
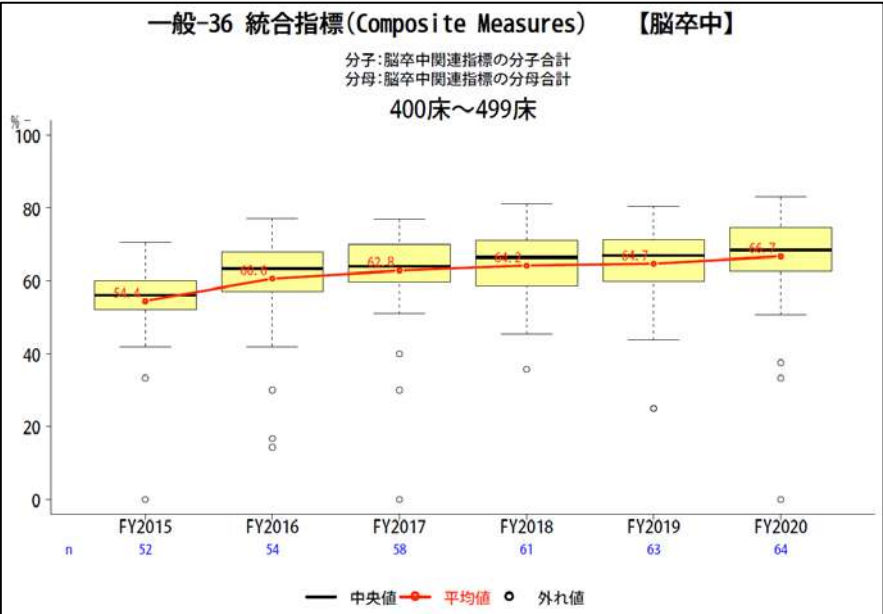
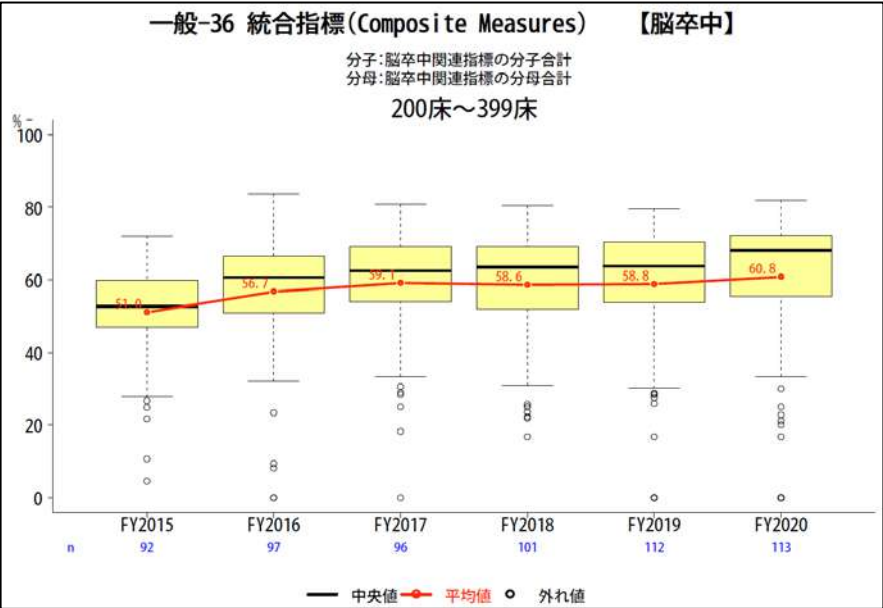
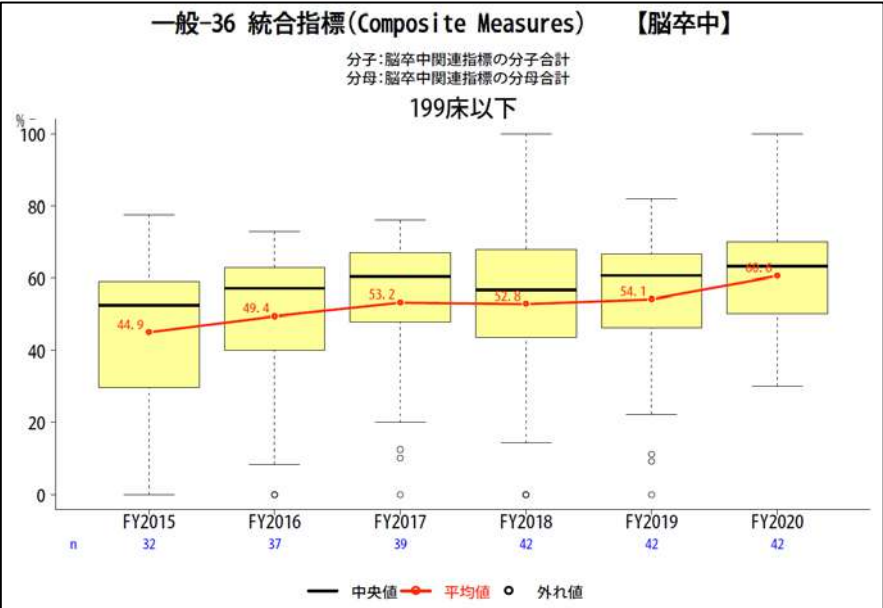
500床以上



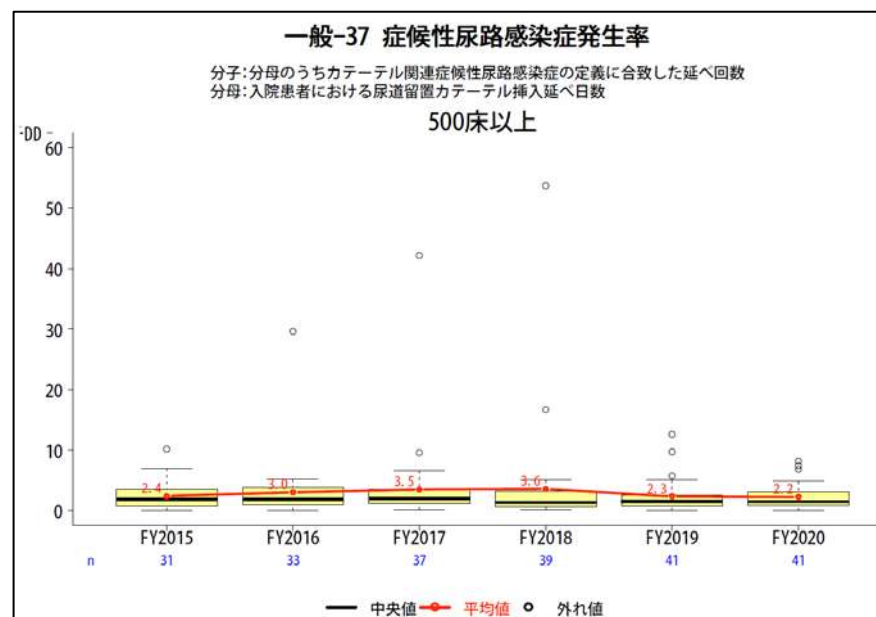
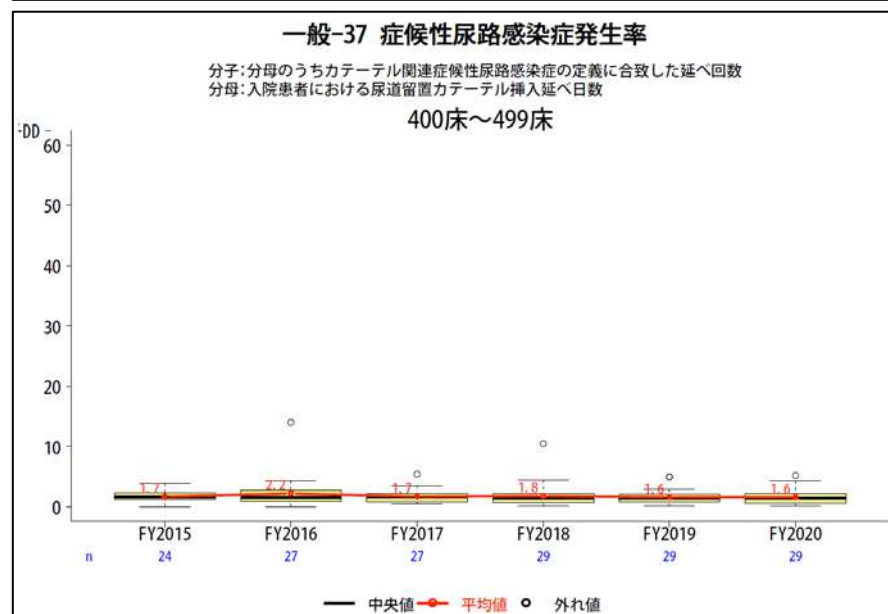
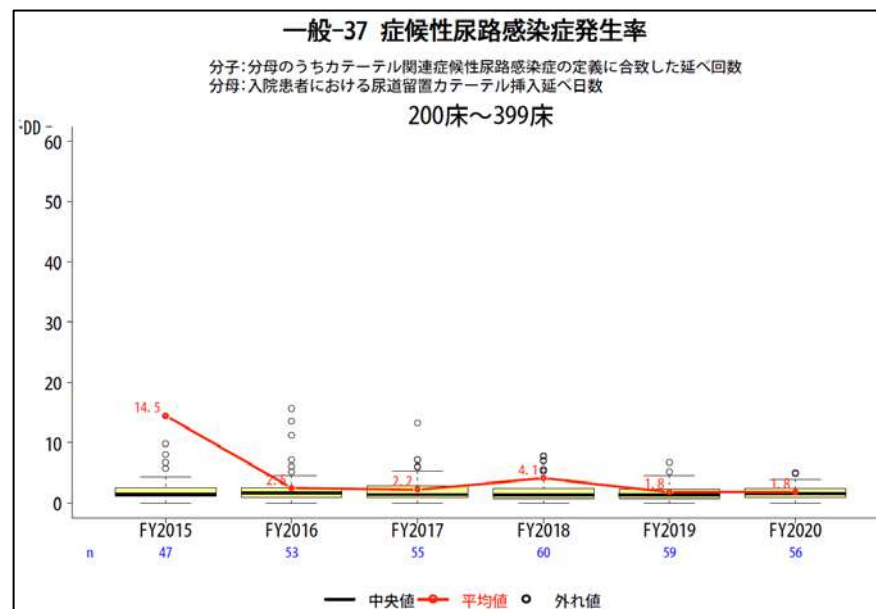
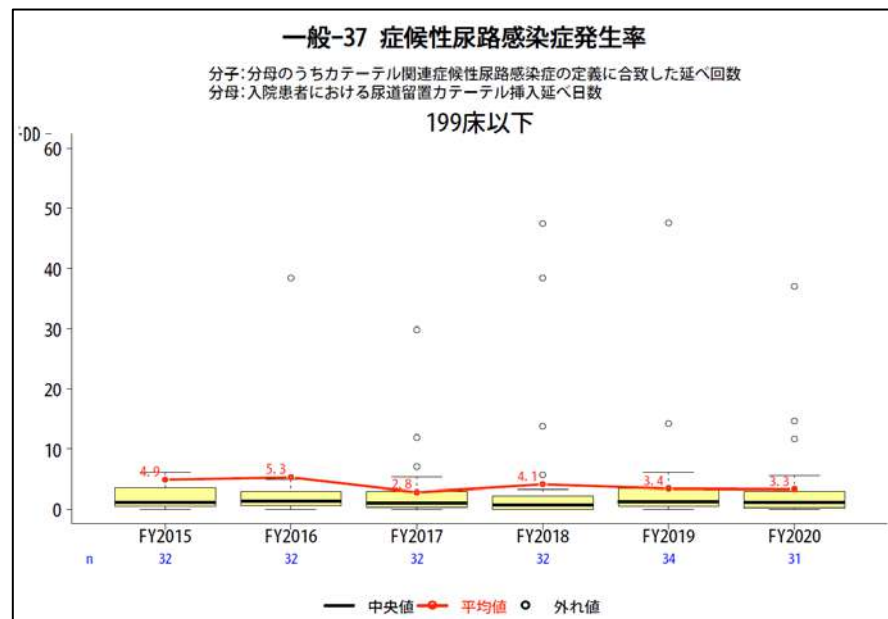
統合指標(Composite Measures)【虚血性心疾患】



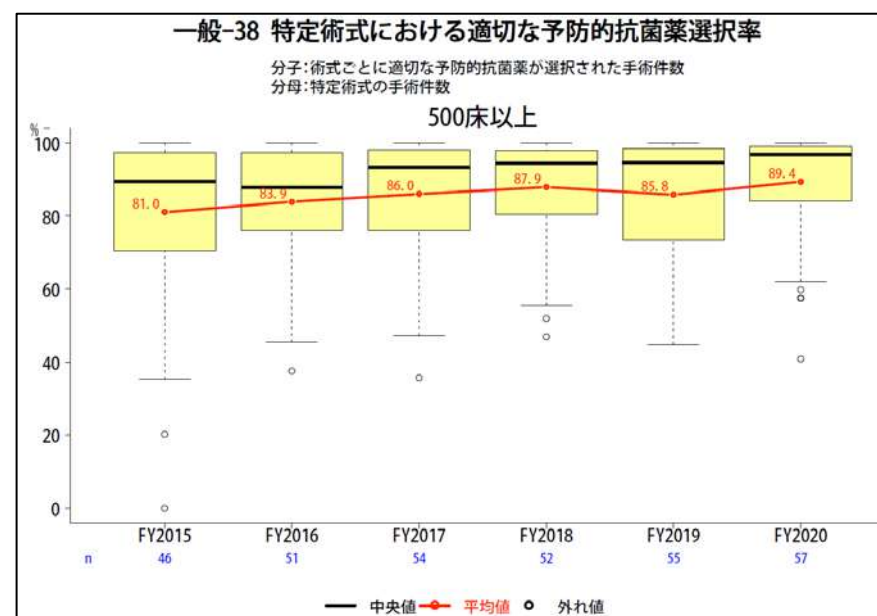
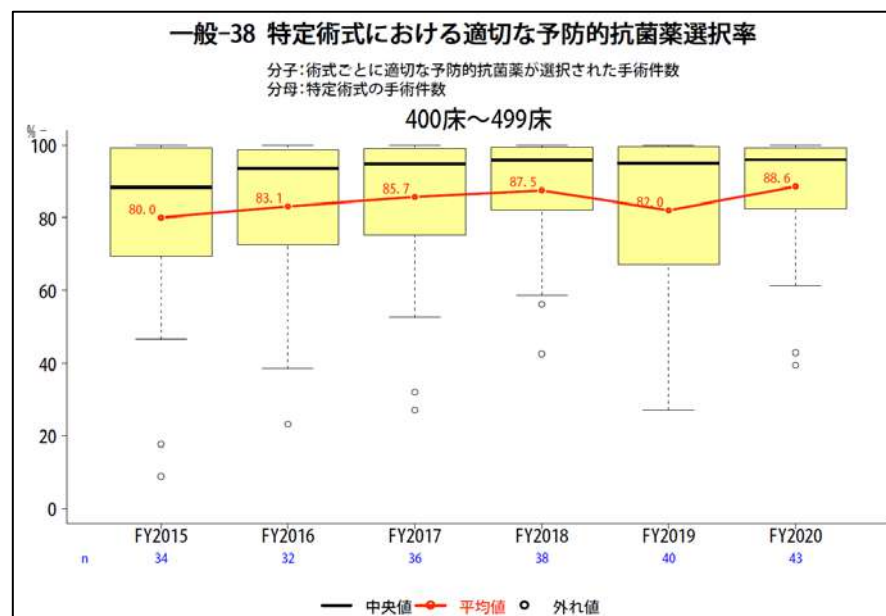
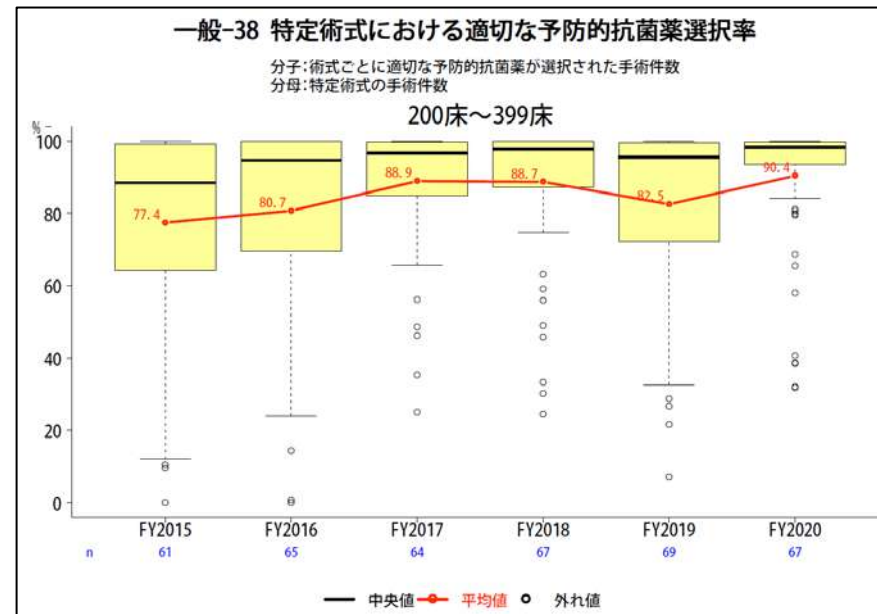
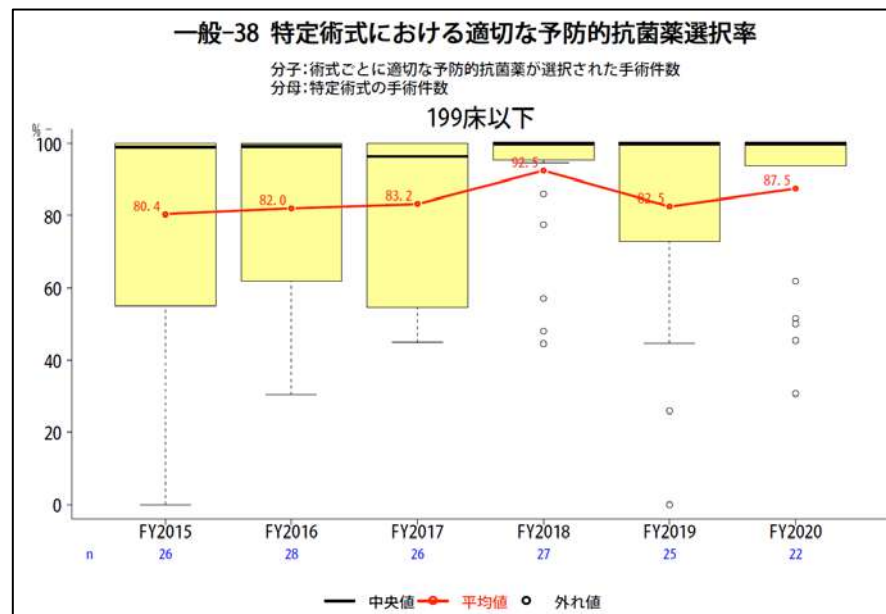
統合指標(Composite Measures)【脳卒中】



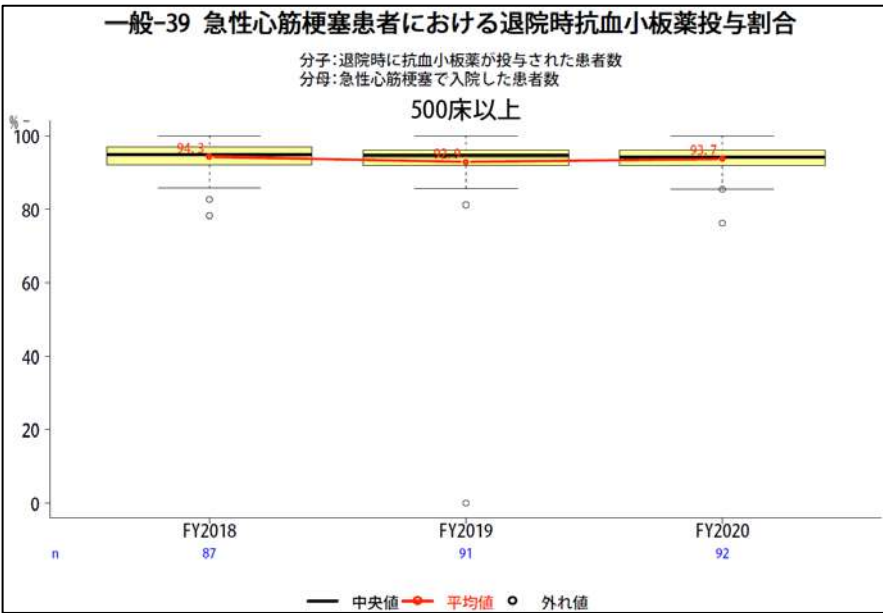
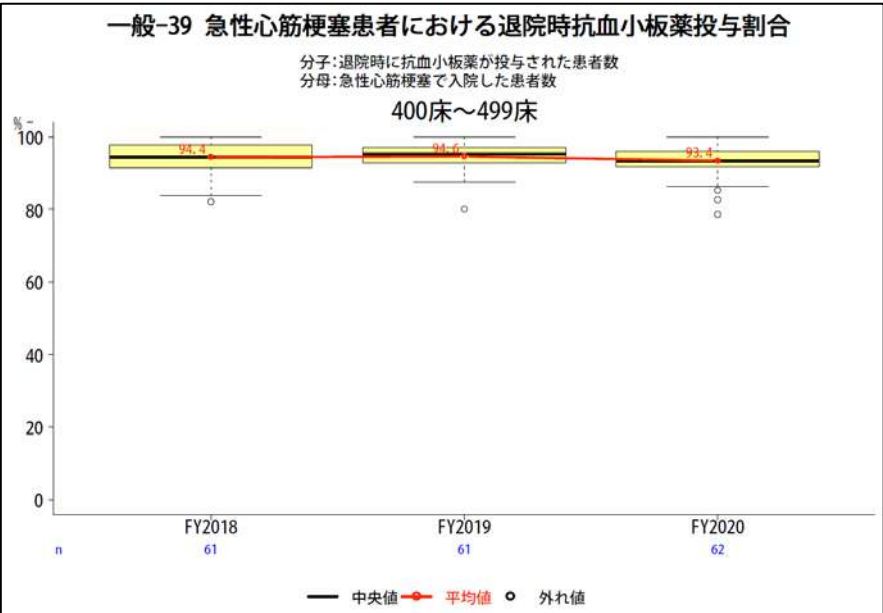
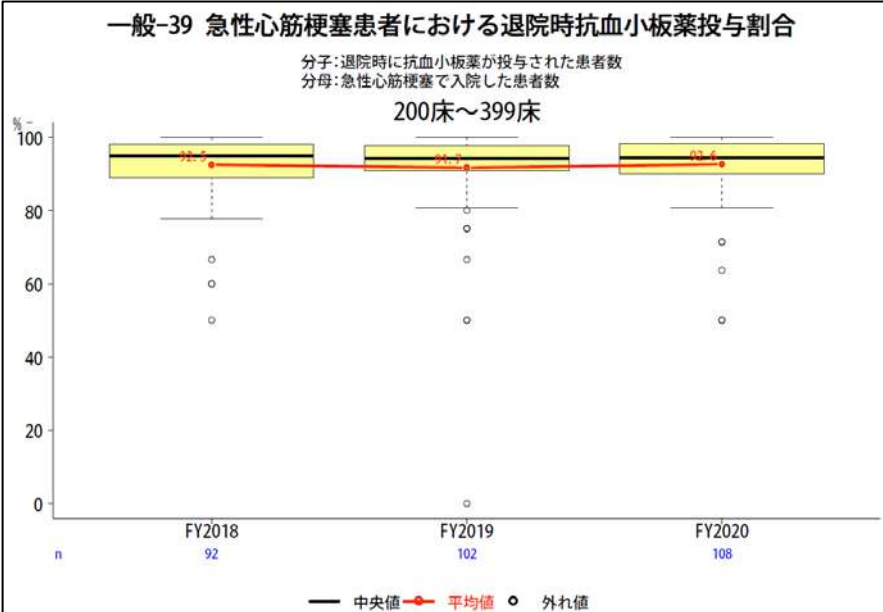
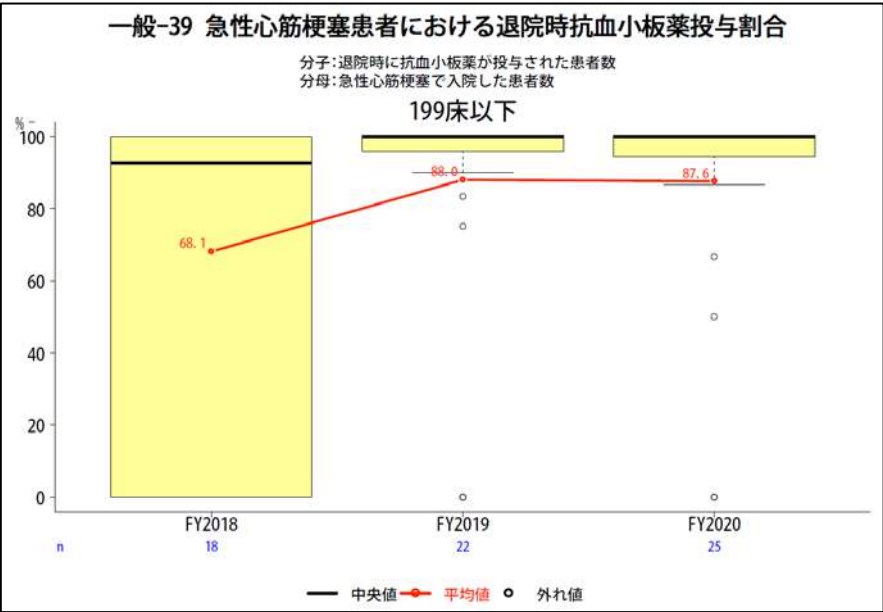
症候性尿路感染症発生率



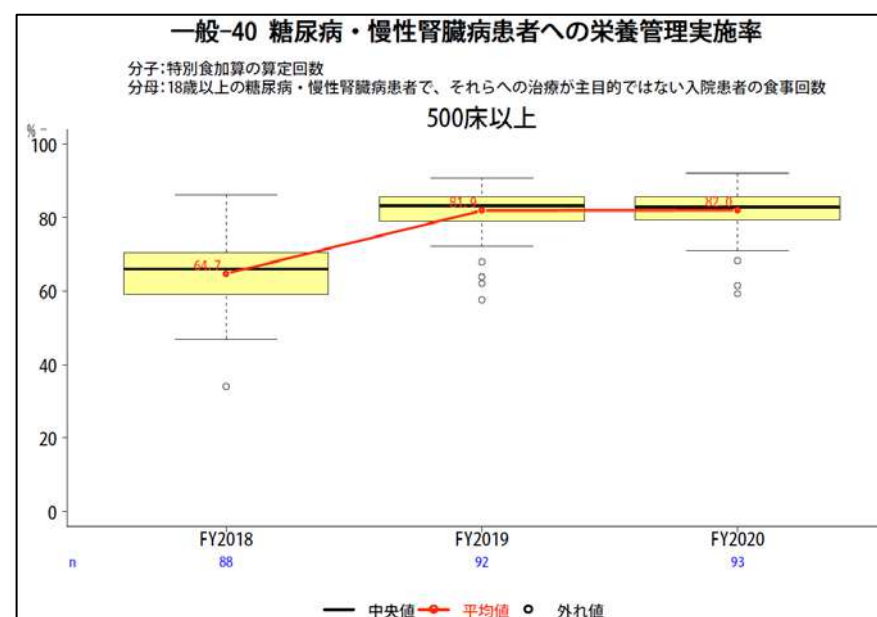
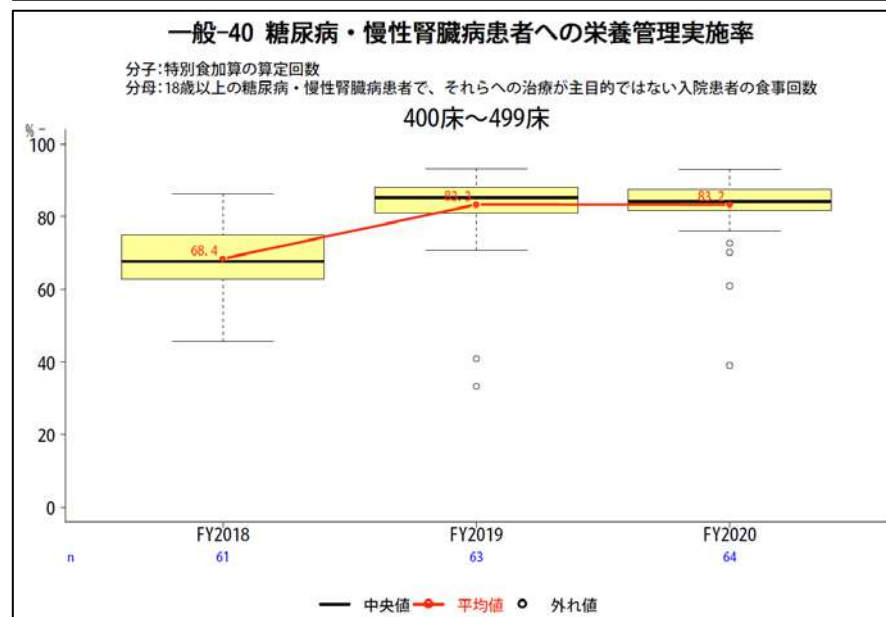
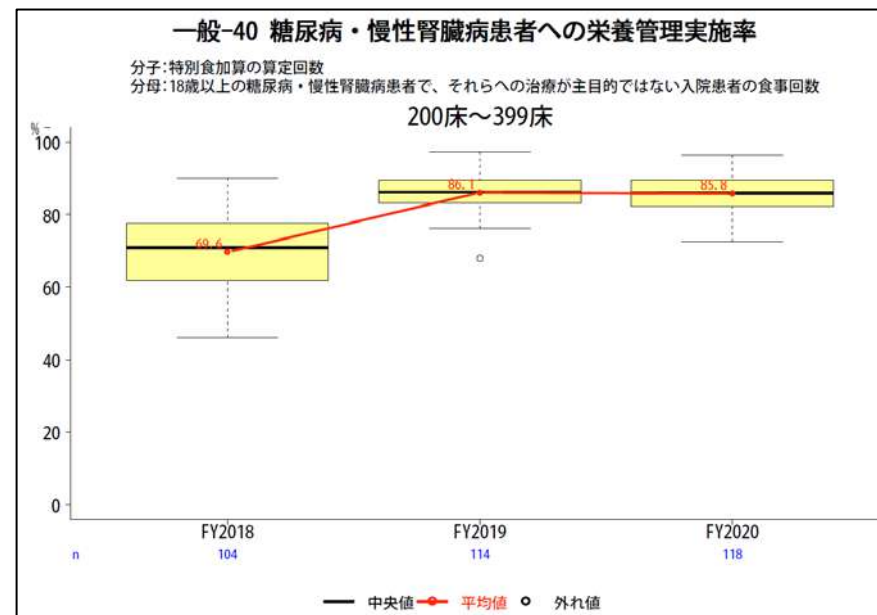
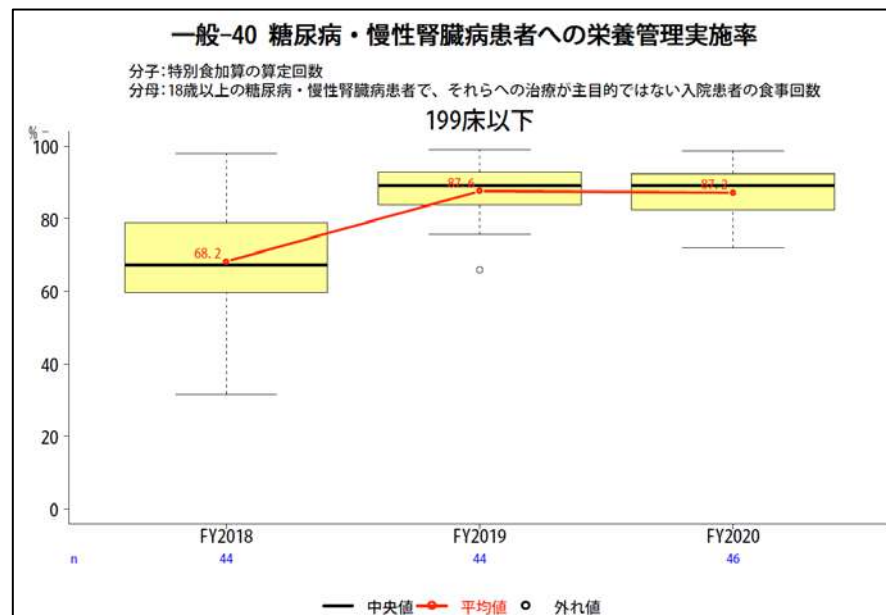
特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率



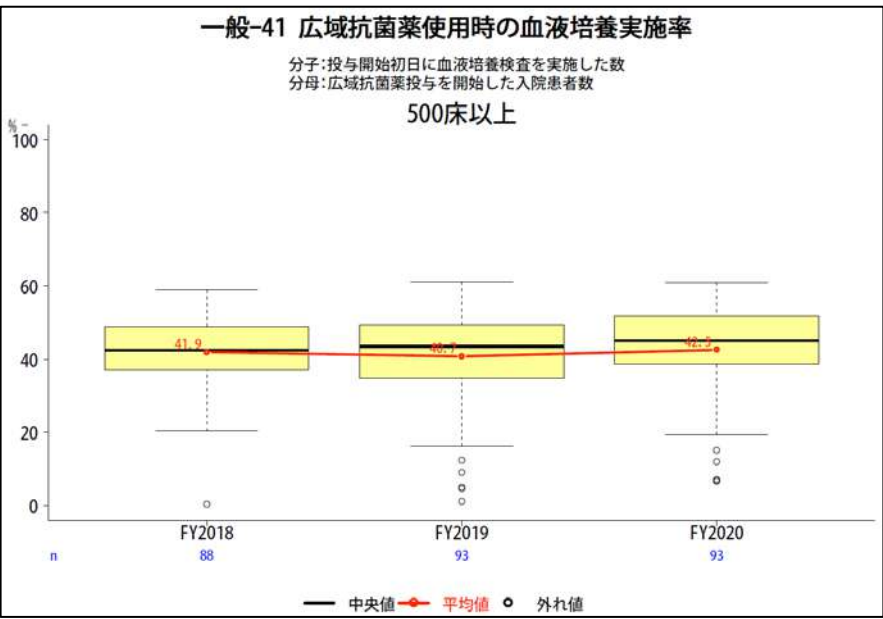
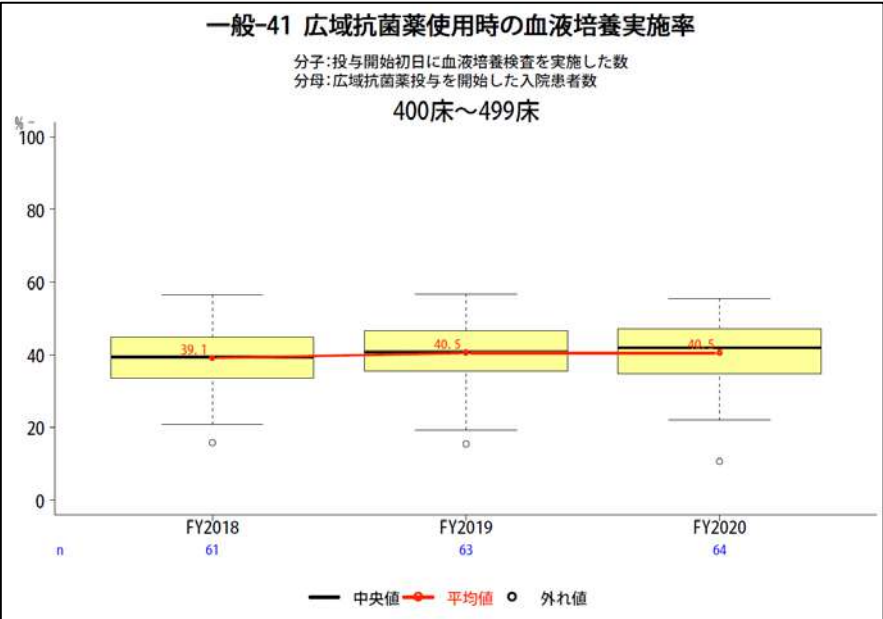
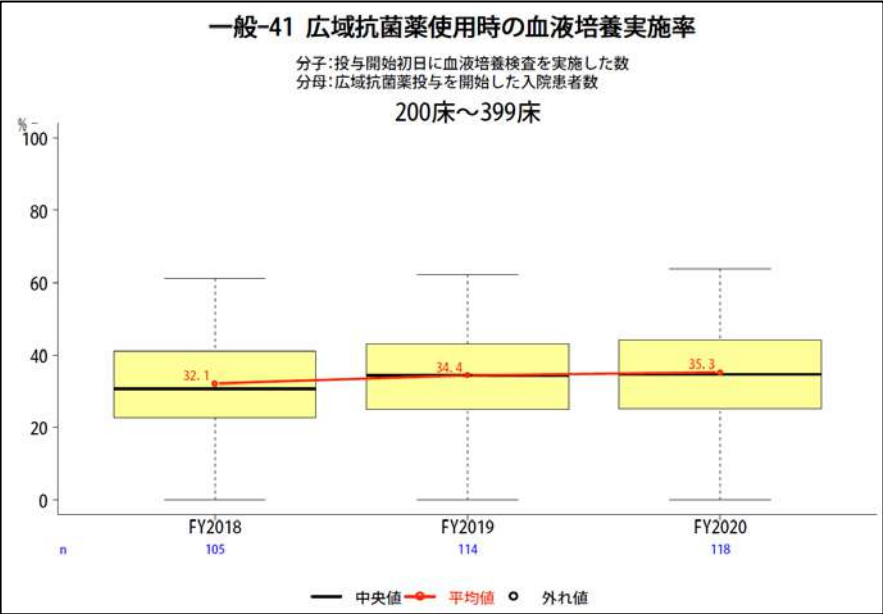
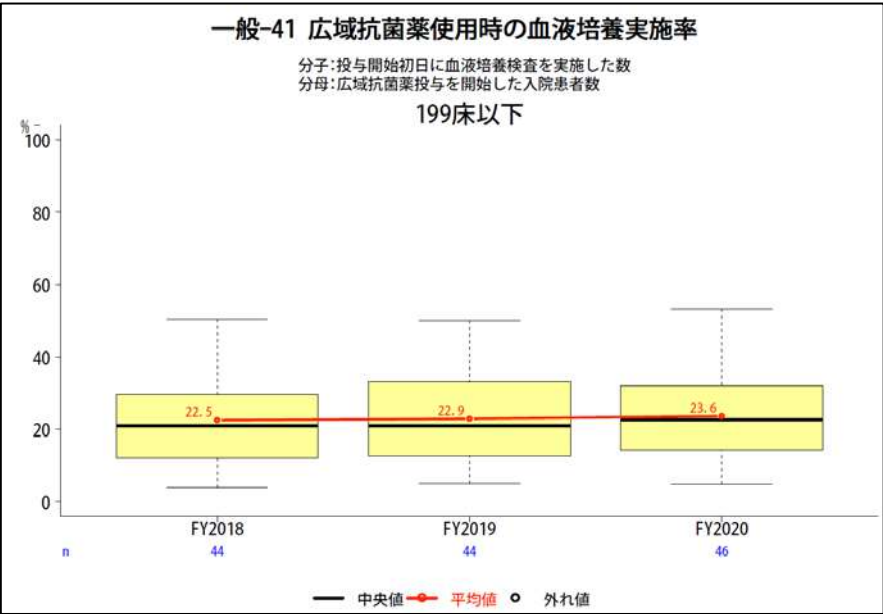
急性心筋梗塞患者における退院時抗血小板薬投与割合



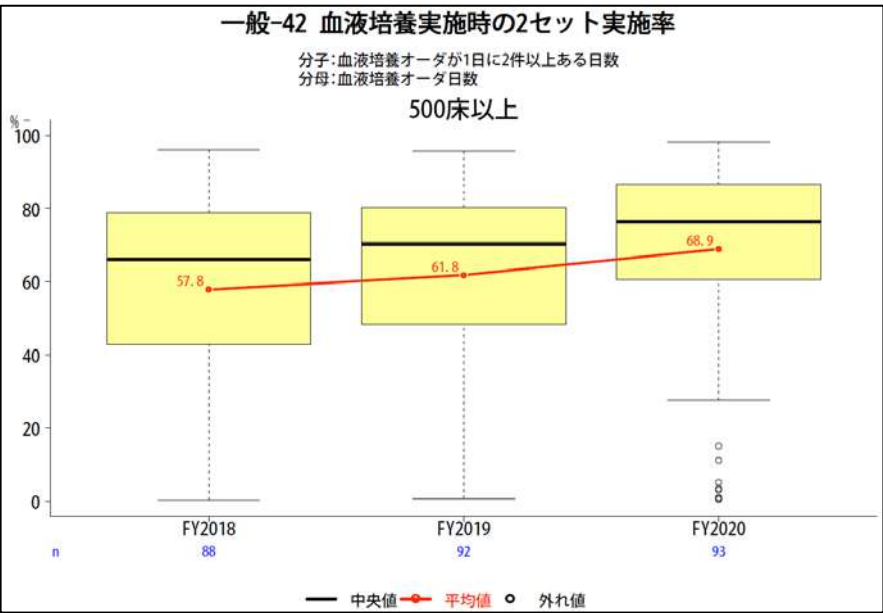
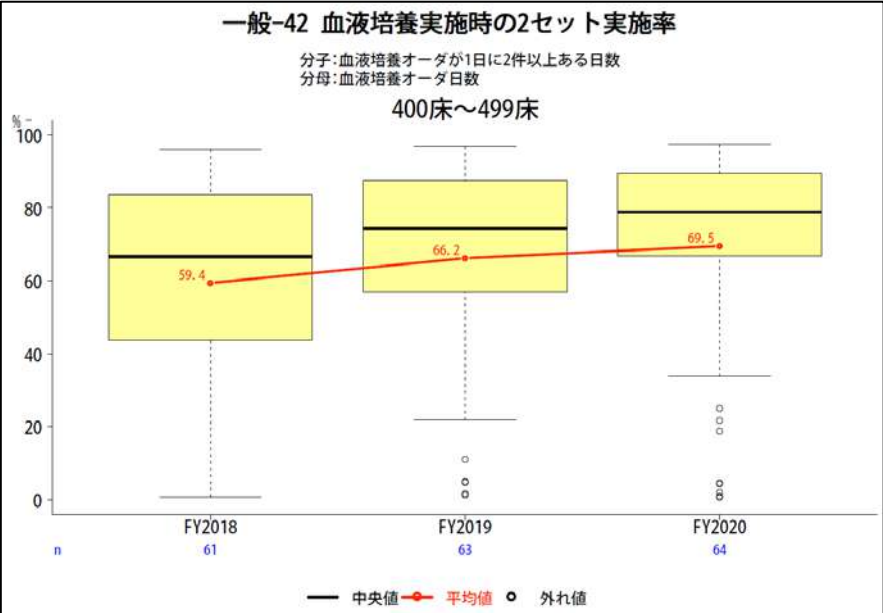
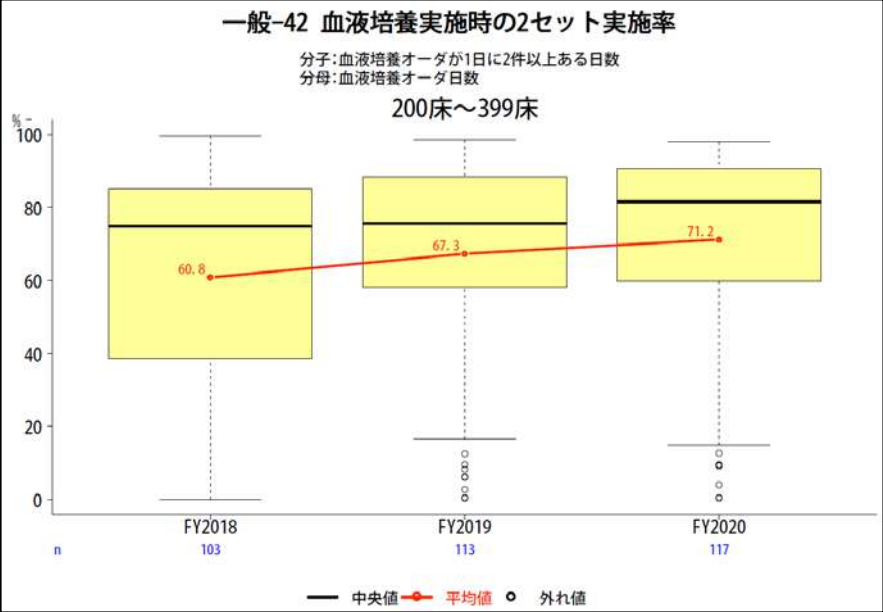
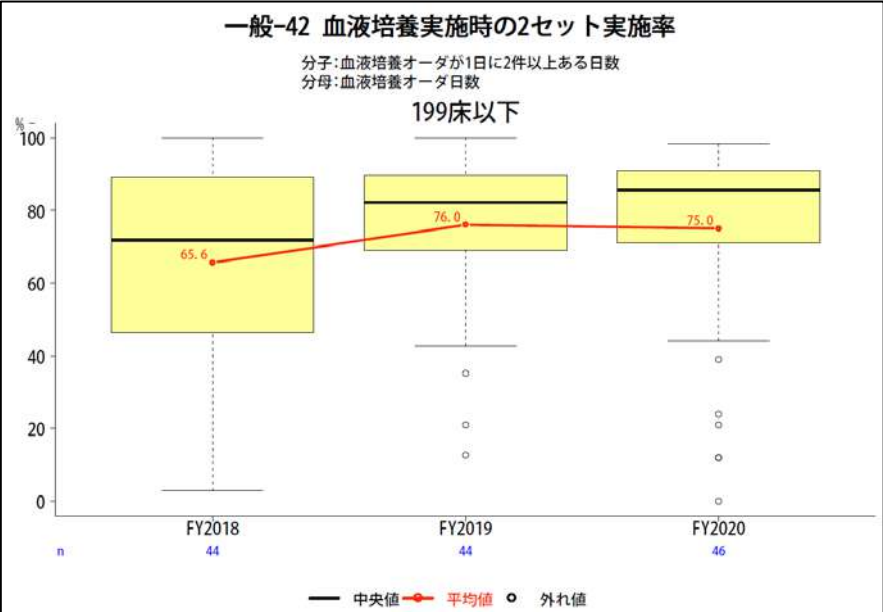
糖尿病・慢性腎臓病患者への栄養管理実施率



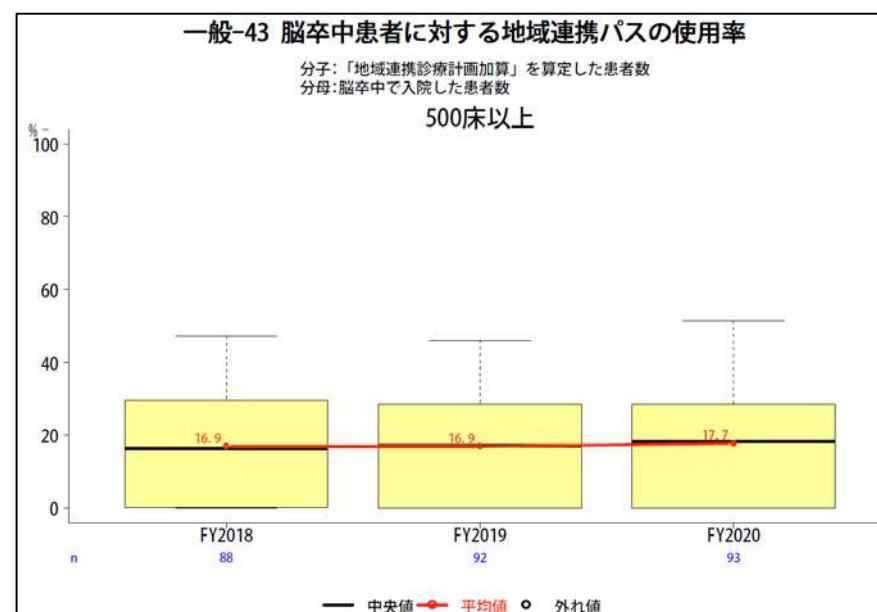
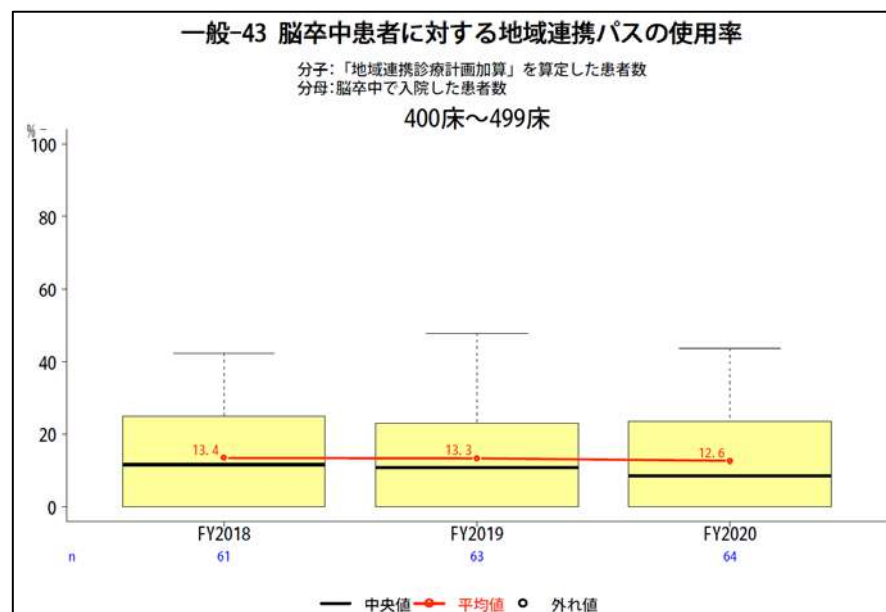
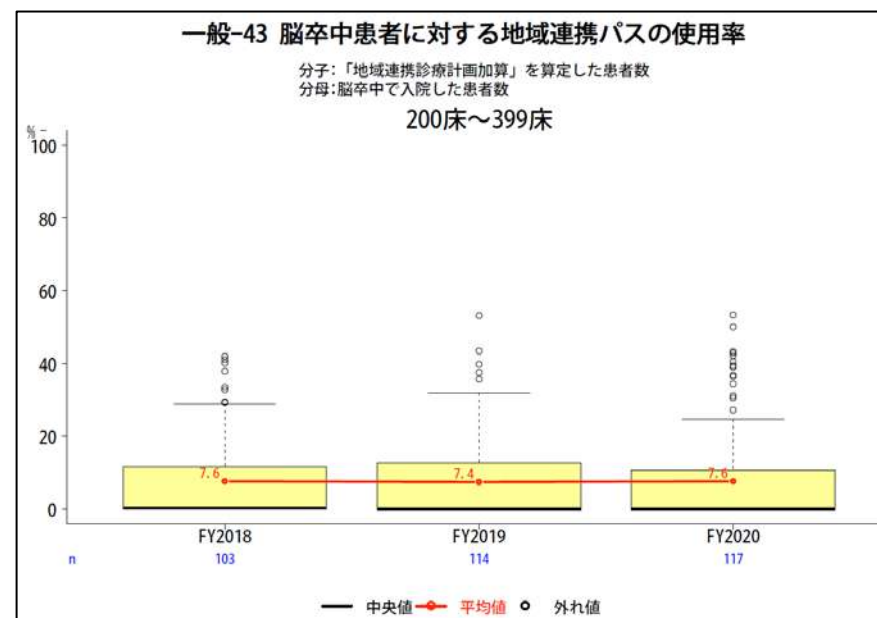
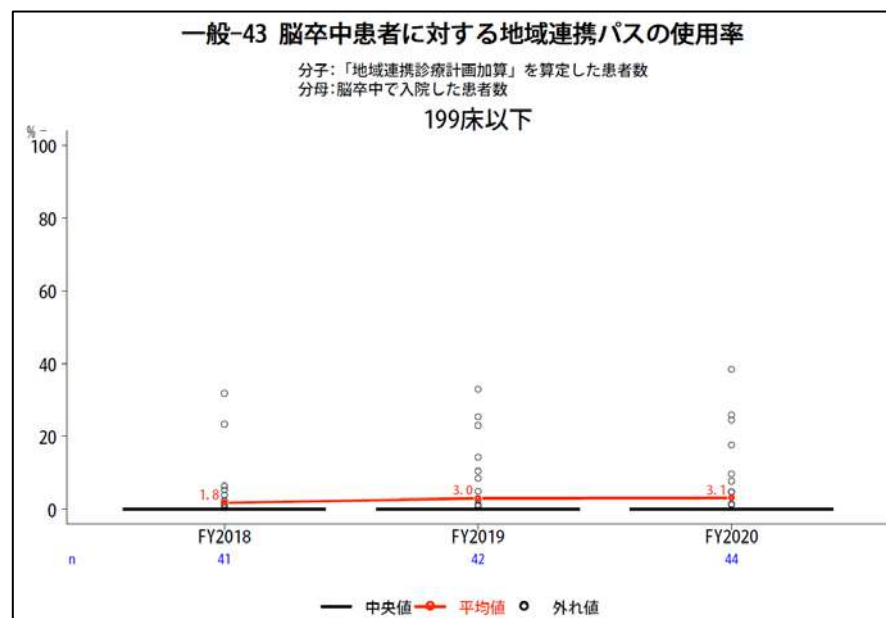
広域抗菌薬使用時の血液培養実施率



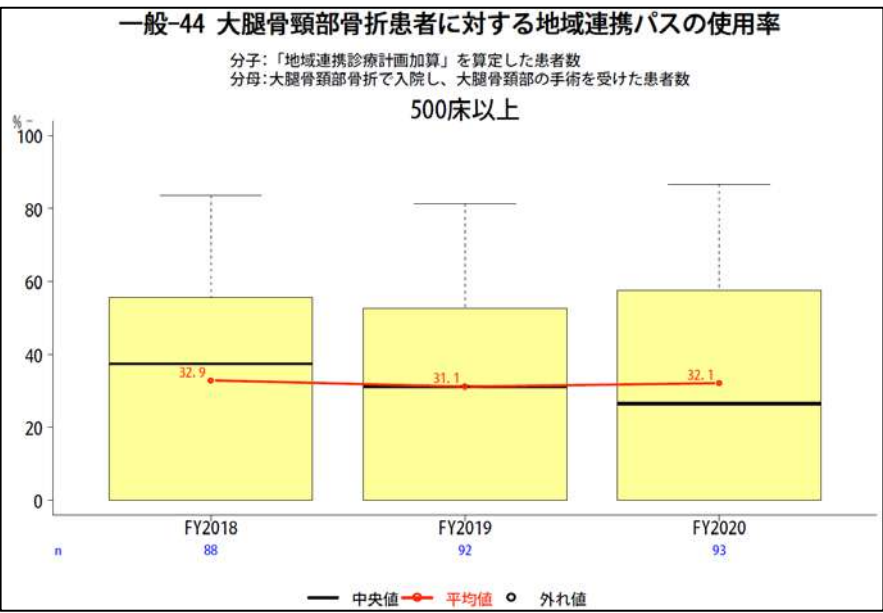
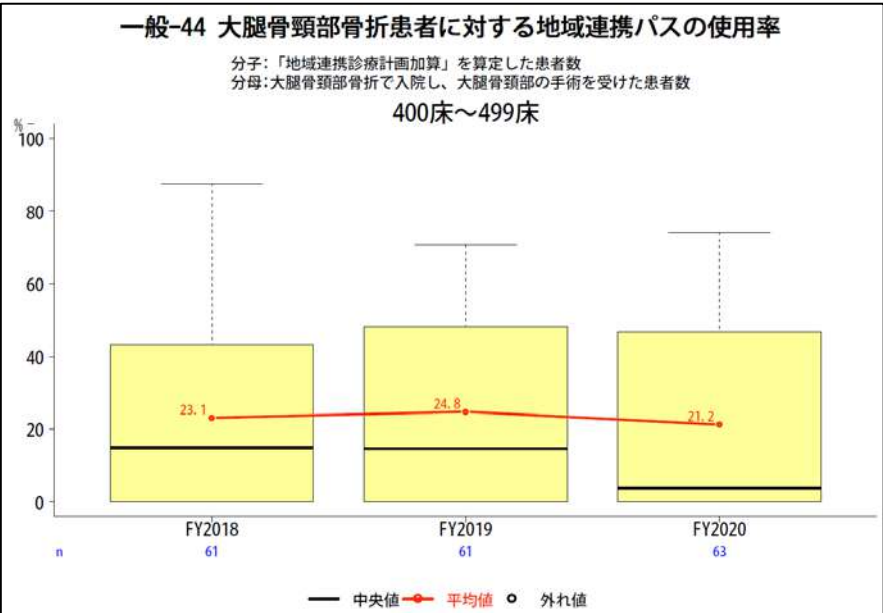
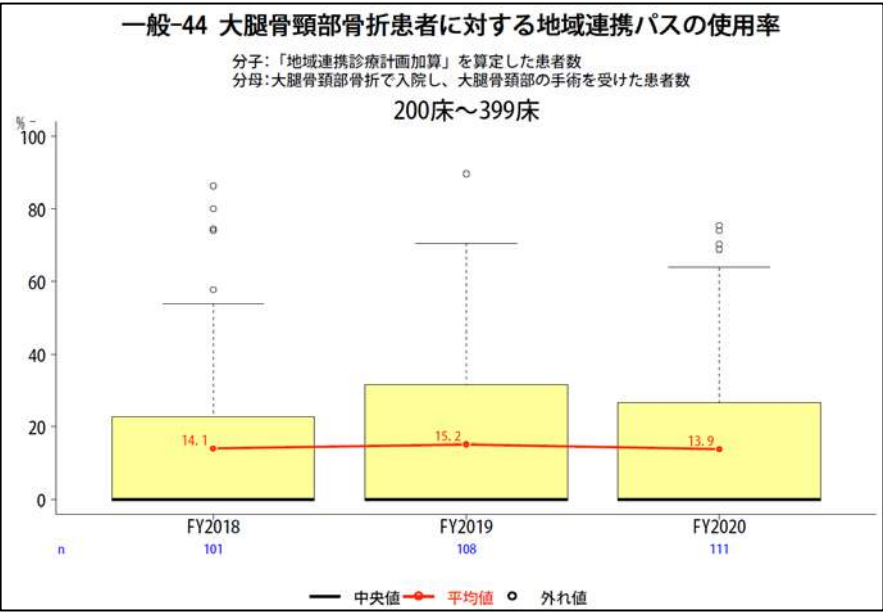
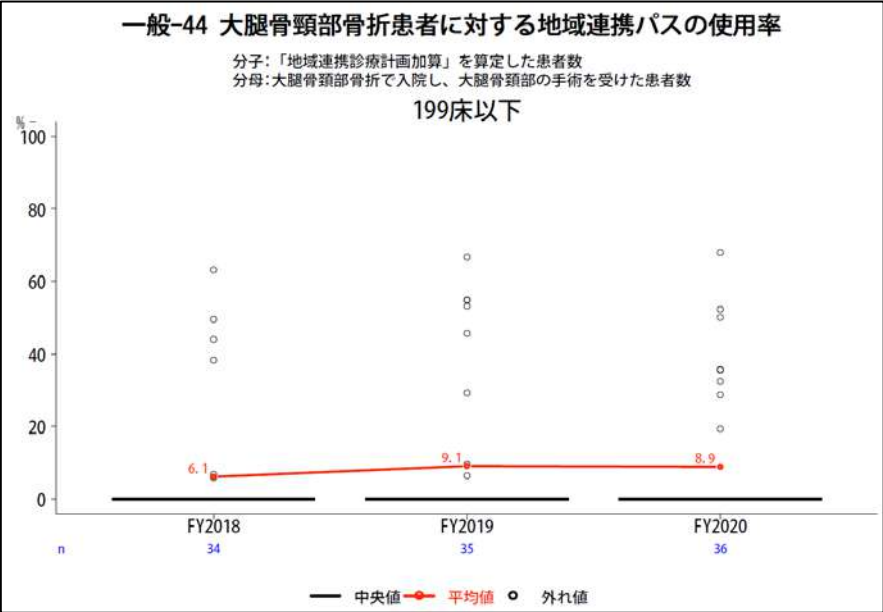
血液培養実施時の2セット実施率



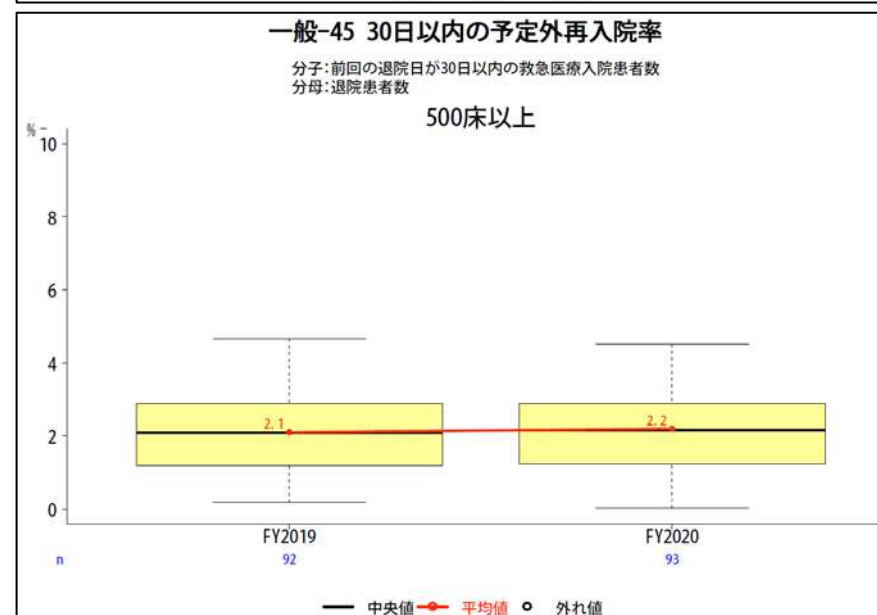
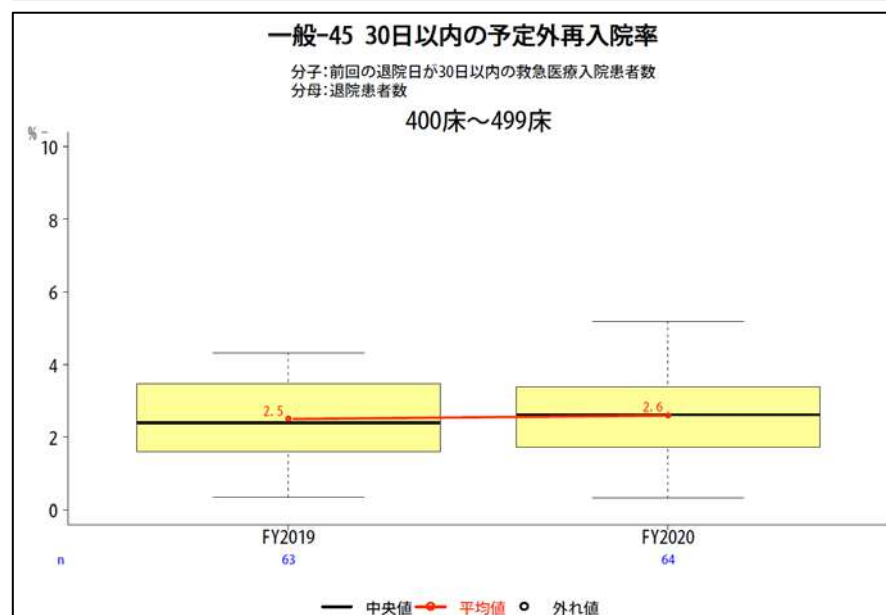
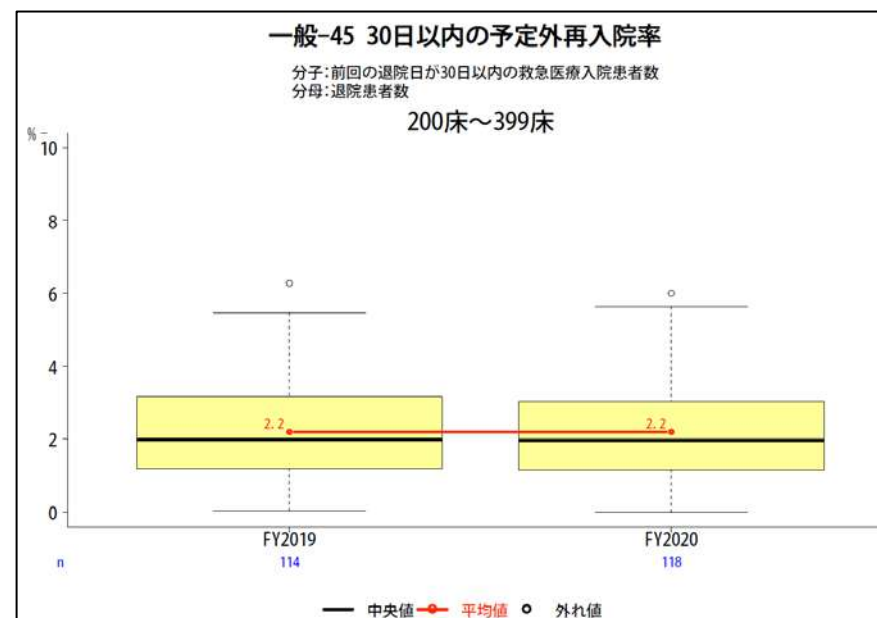
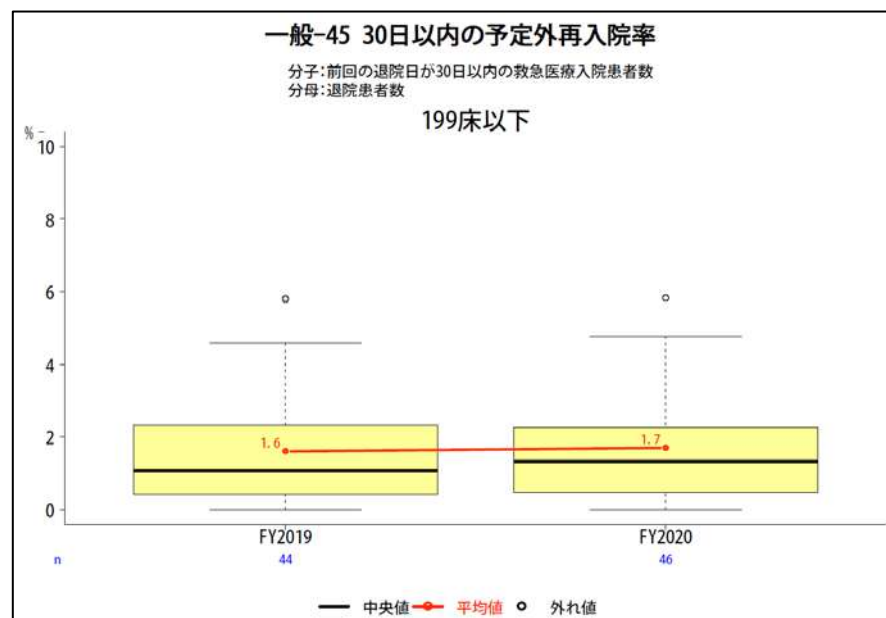
脳卒中患者に対する地域連携パスの使用率



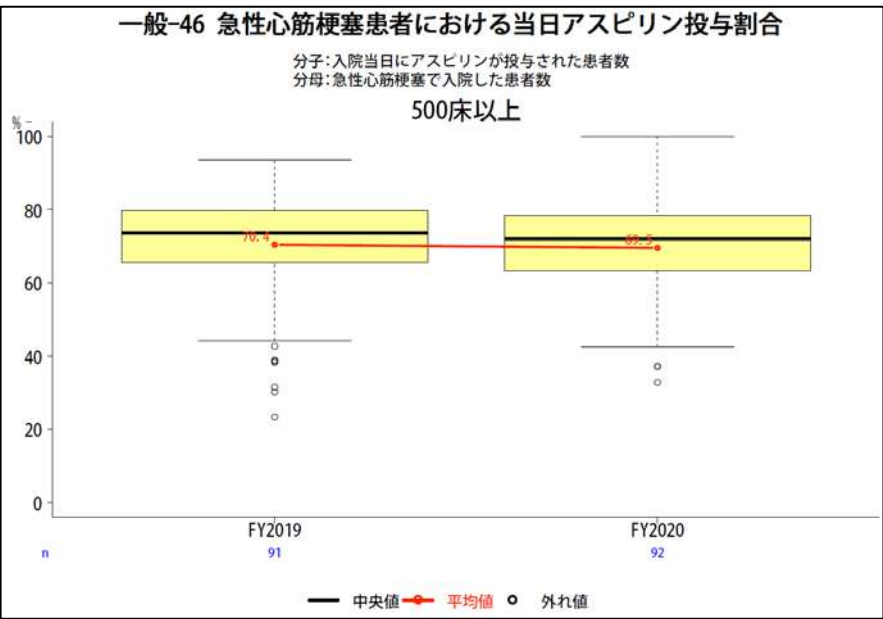
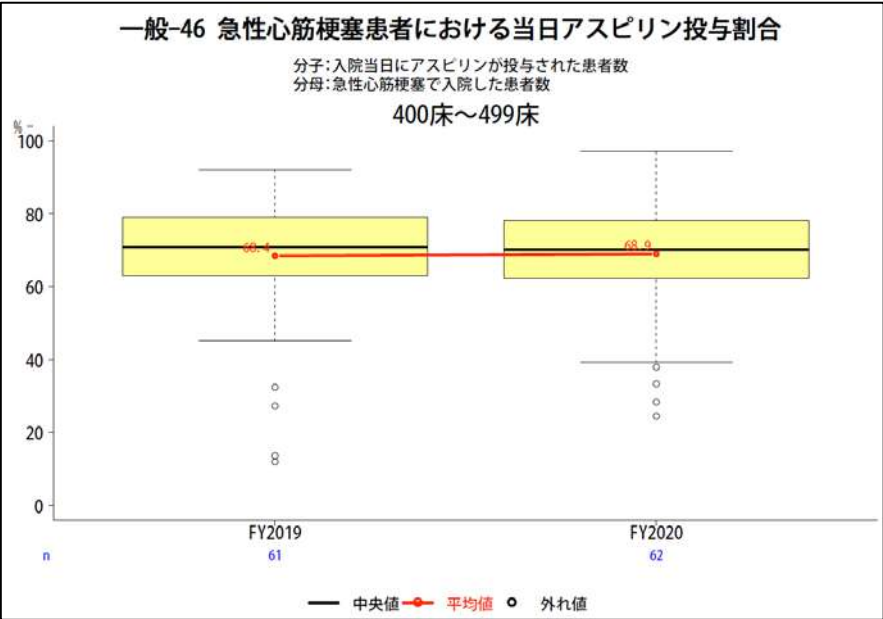
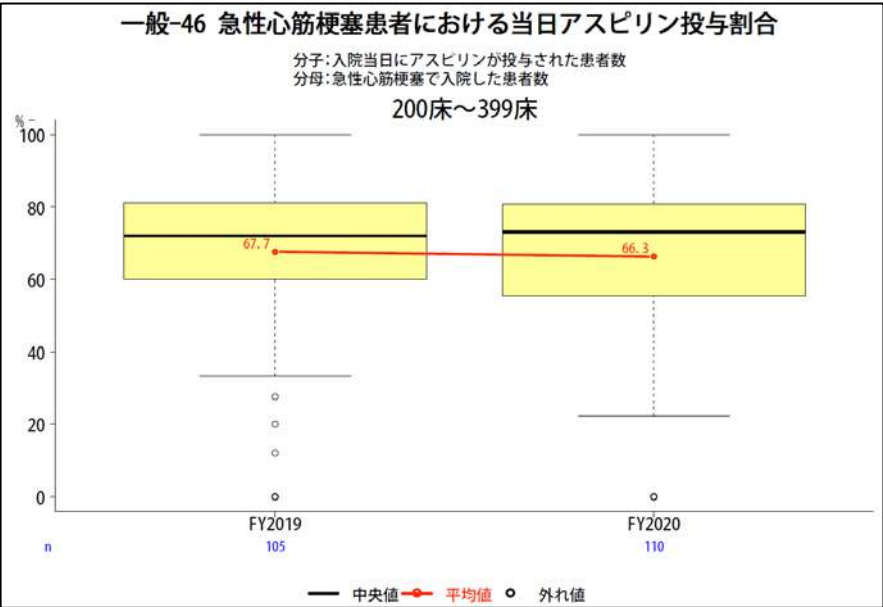
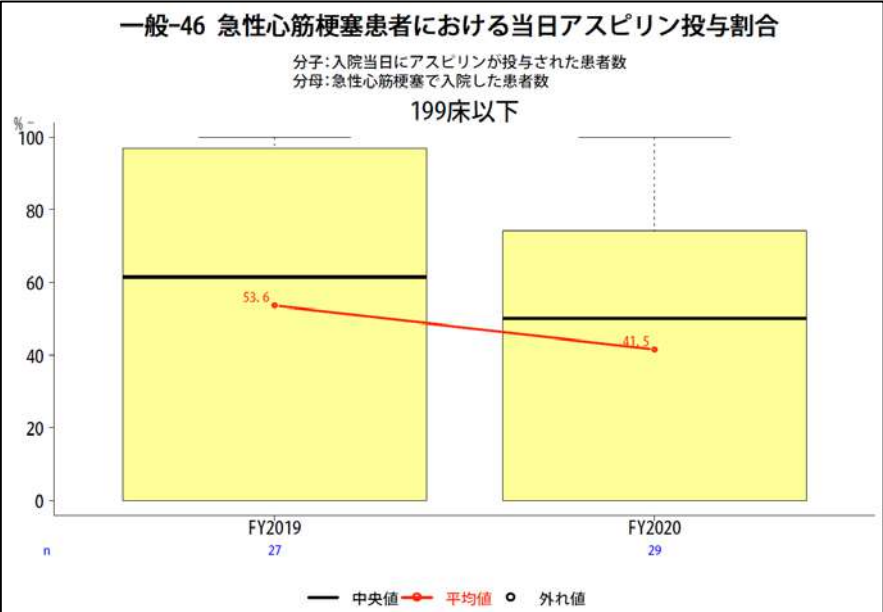
大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携パスの使用率



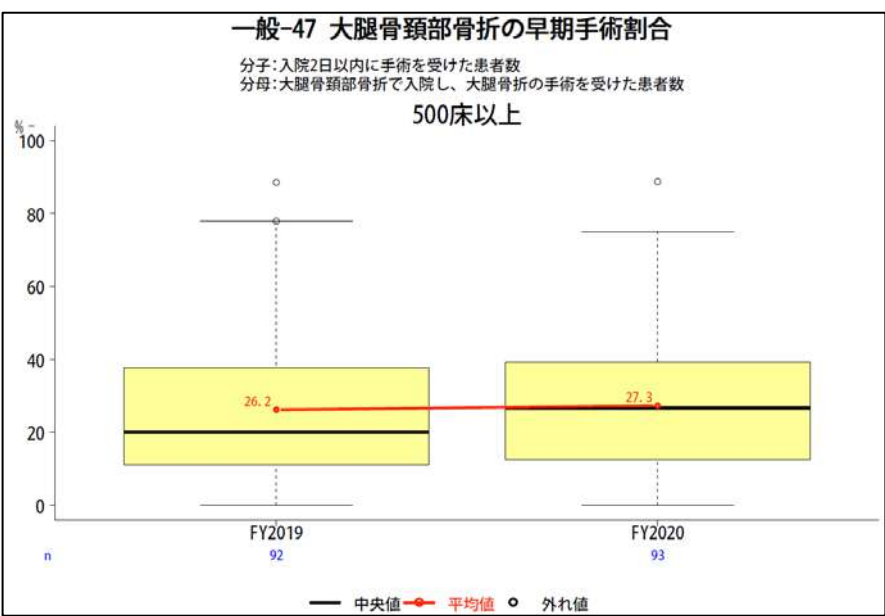
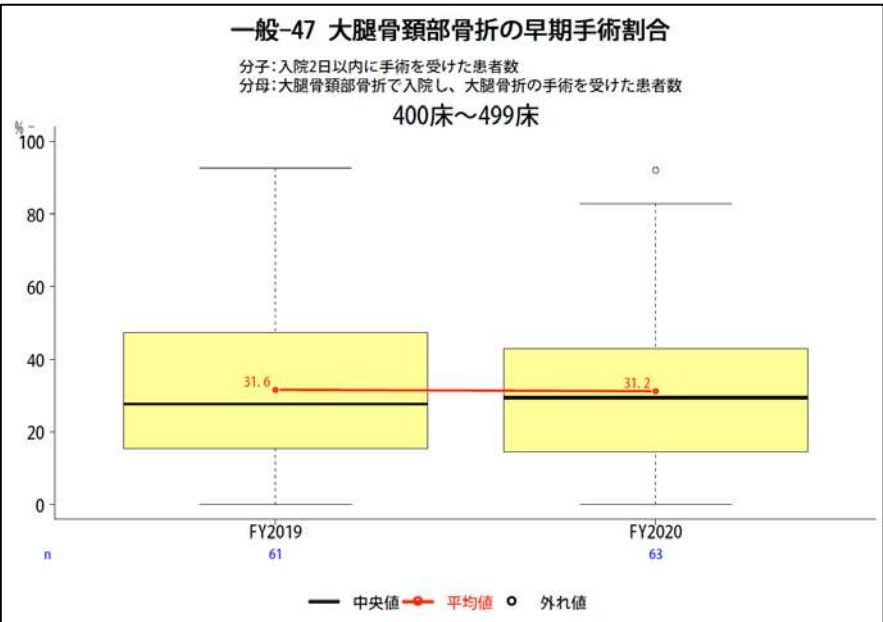
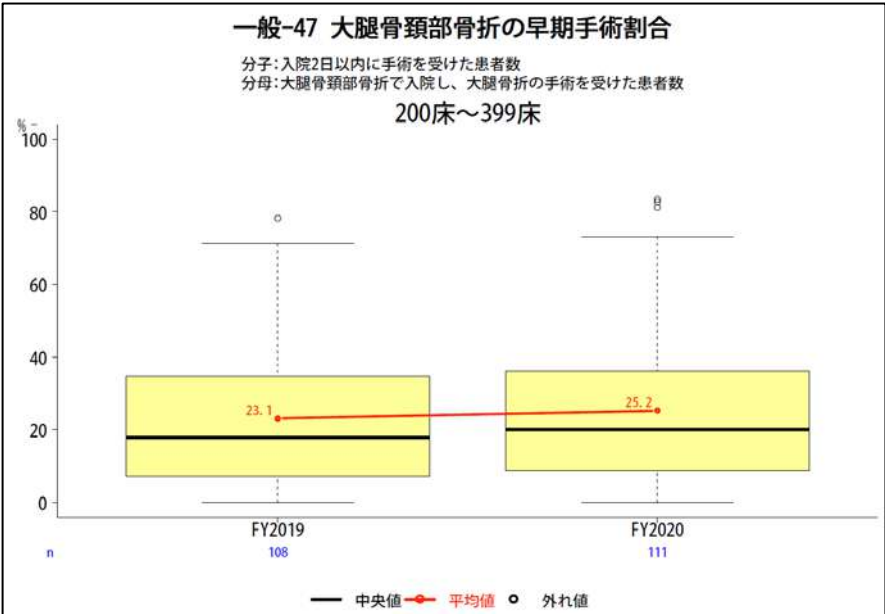
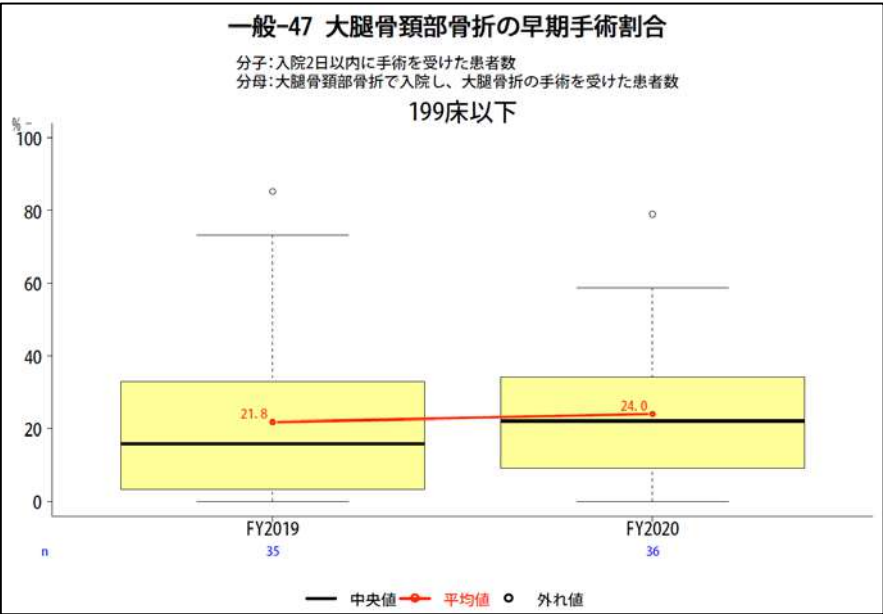
30日以内の予定外再入院率



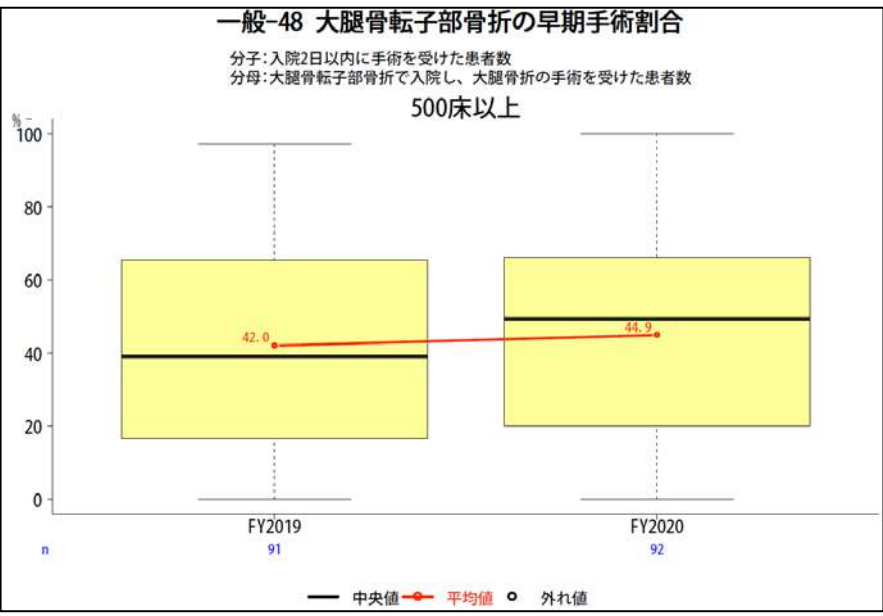
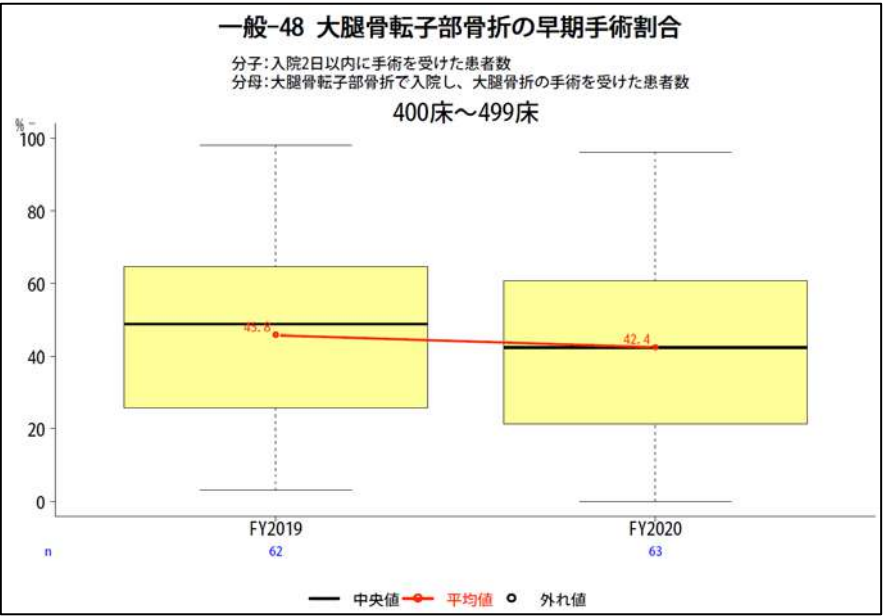
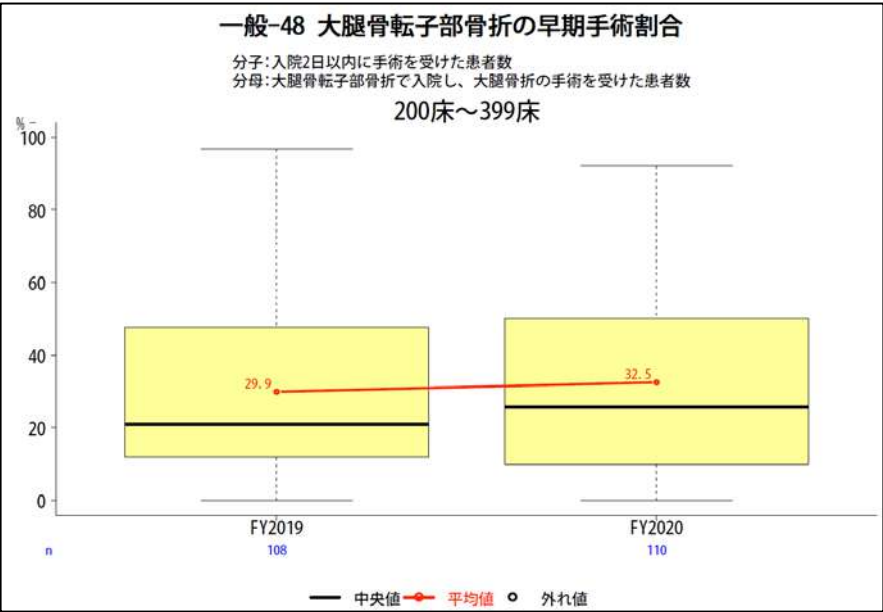
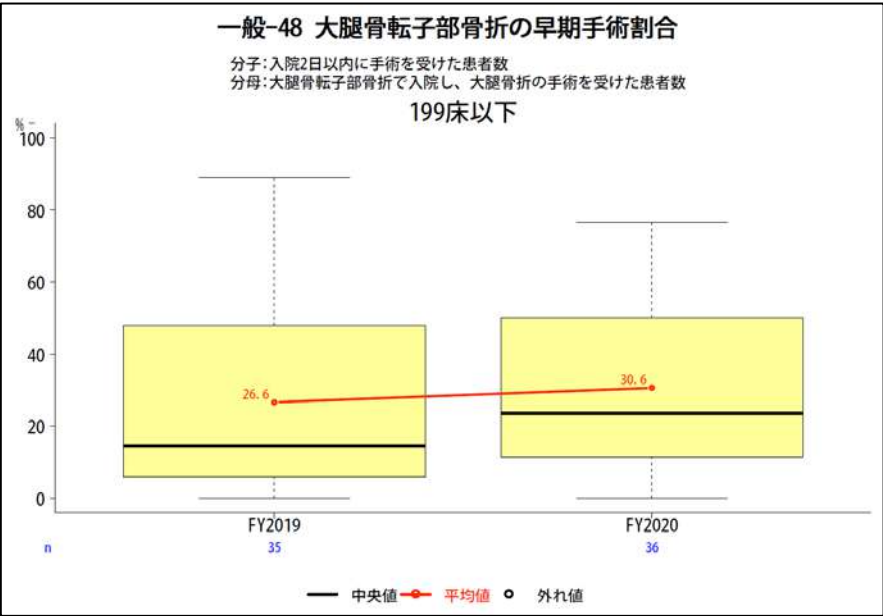
急性心筋梗塞患者における当日アスピリン投与割合



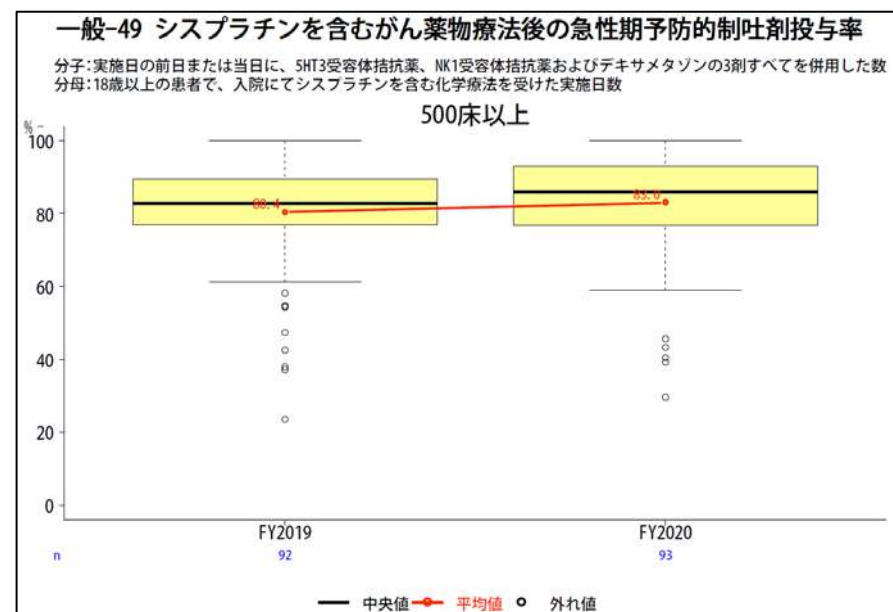
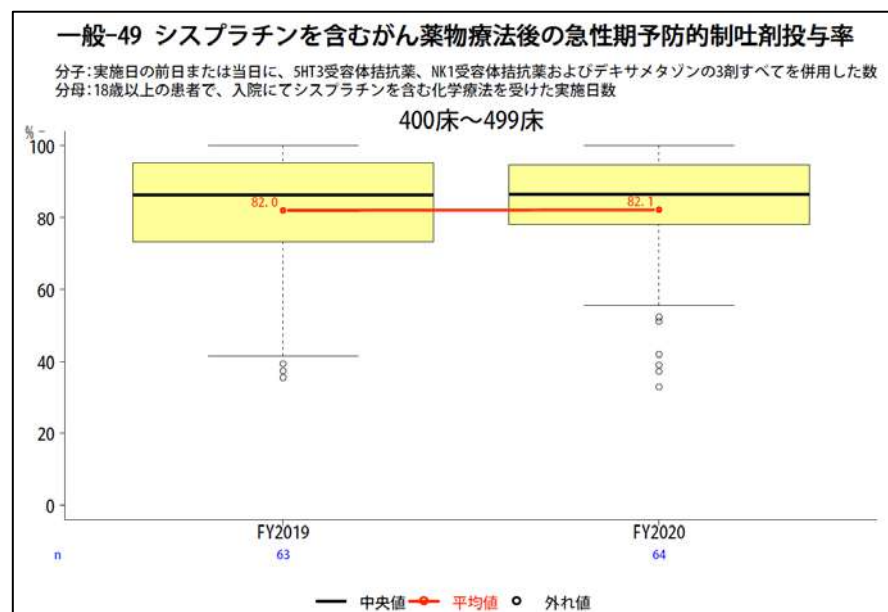
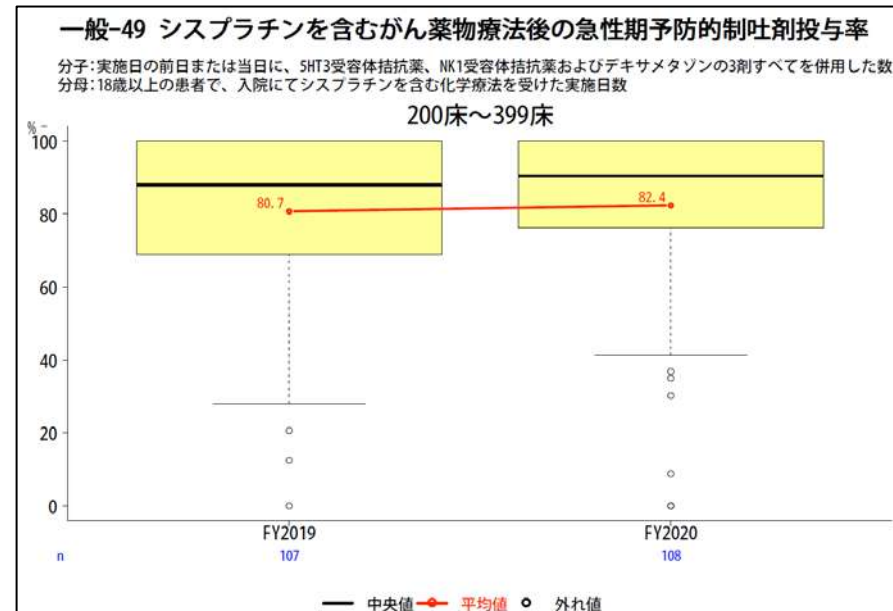
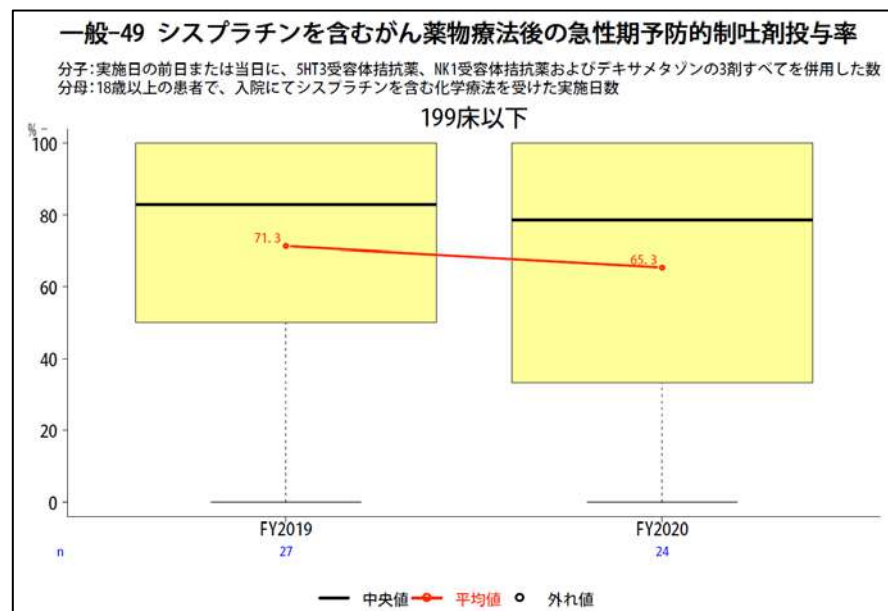
大腿骨頸部骨折の早期手術割合



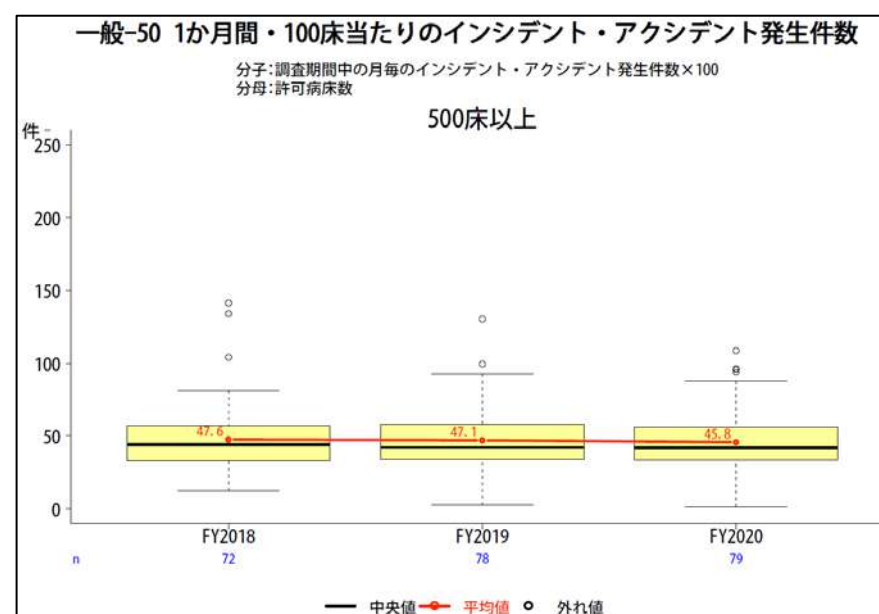
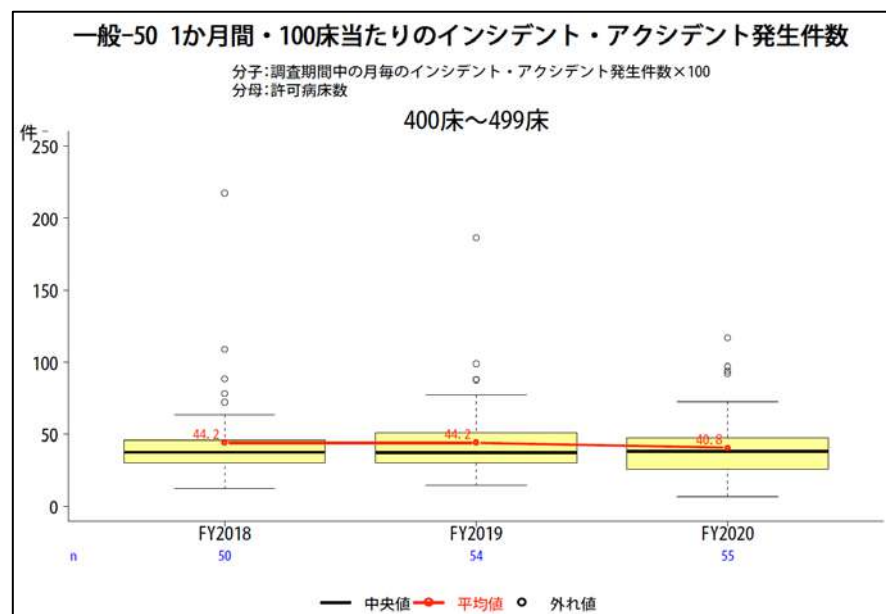
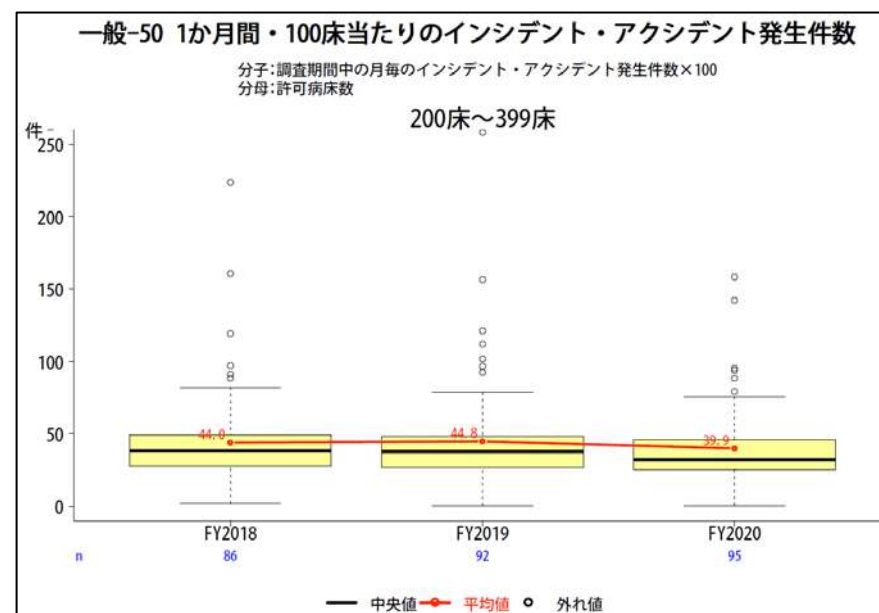
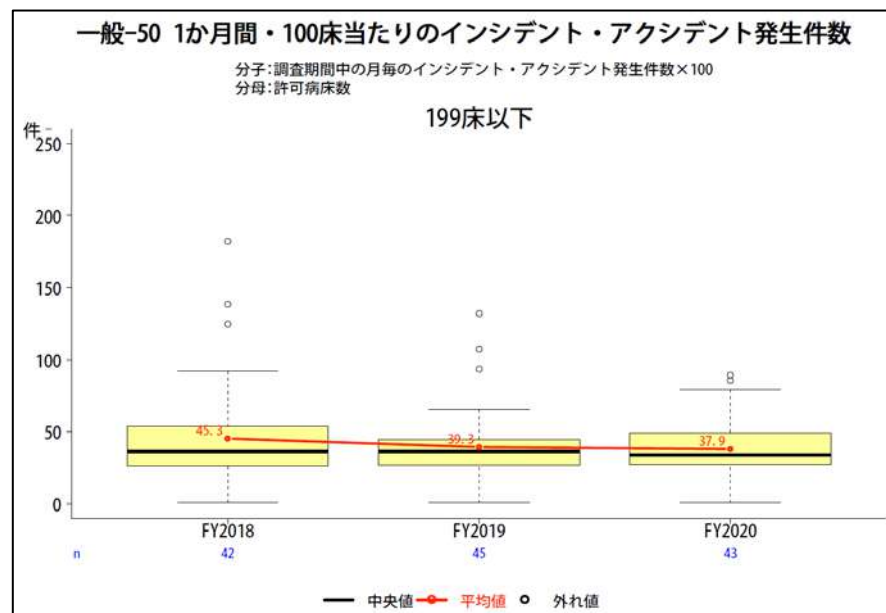
大腿骨転子部骨折の早期手術割合



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

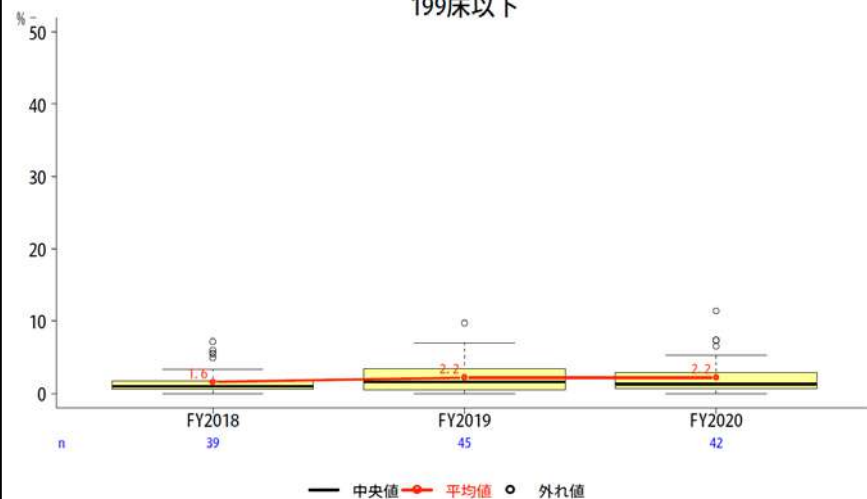


全報告中医師による報告の占める割合

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

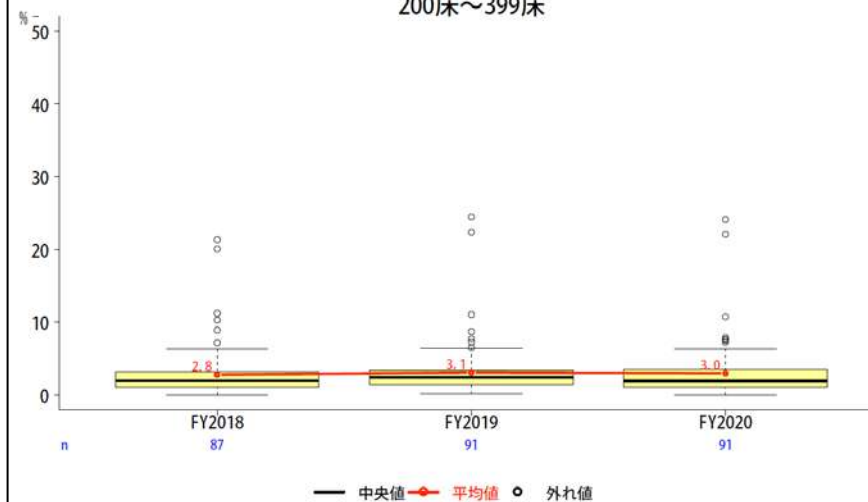
199床以下



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

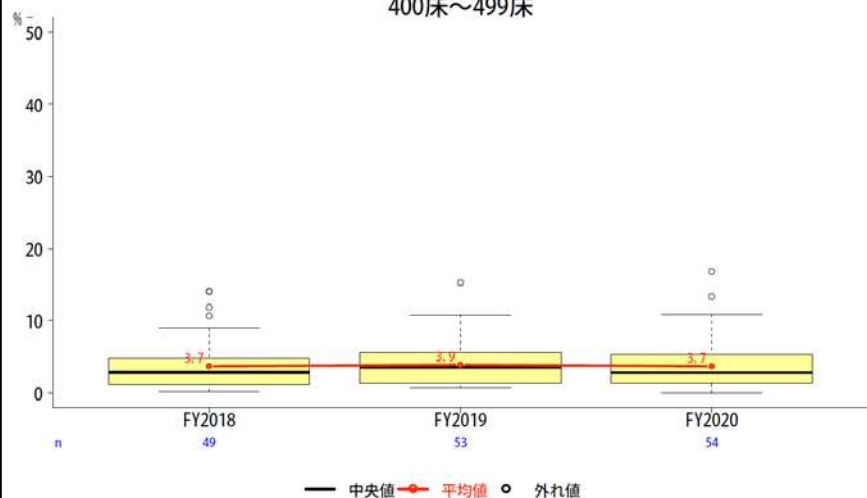
200床～399床



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

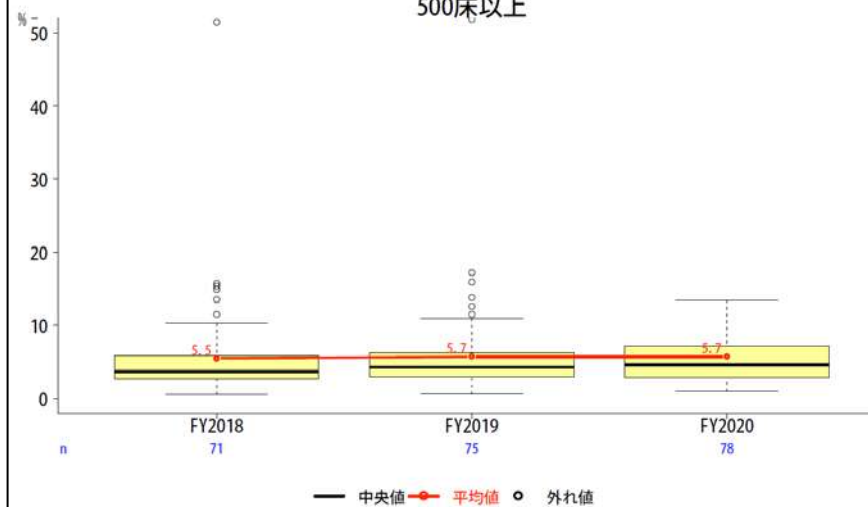
400床～499床



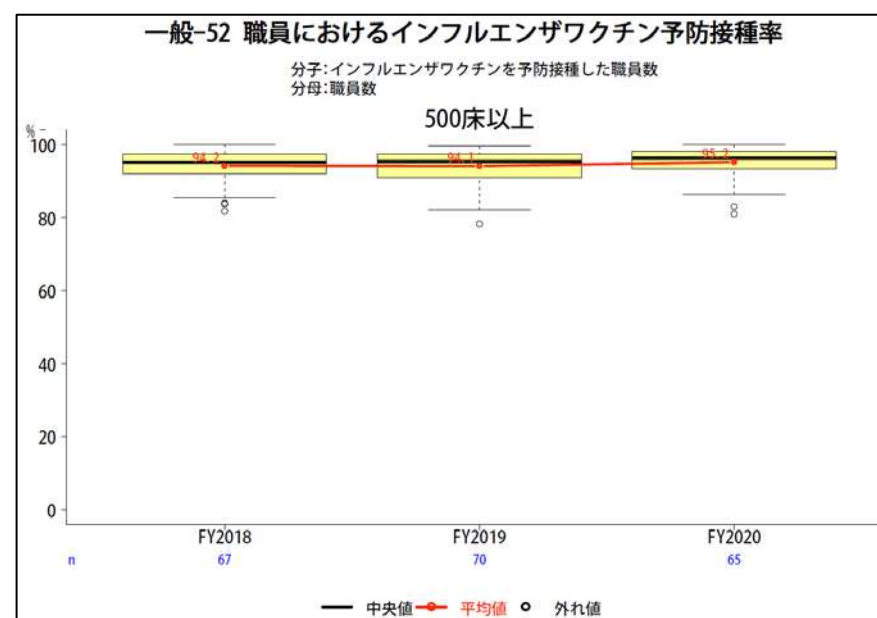
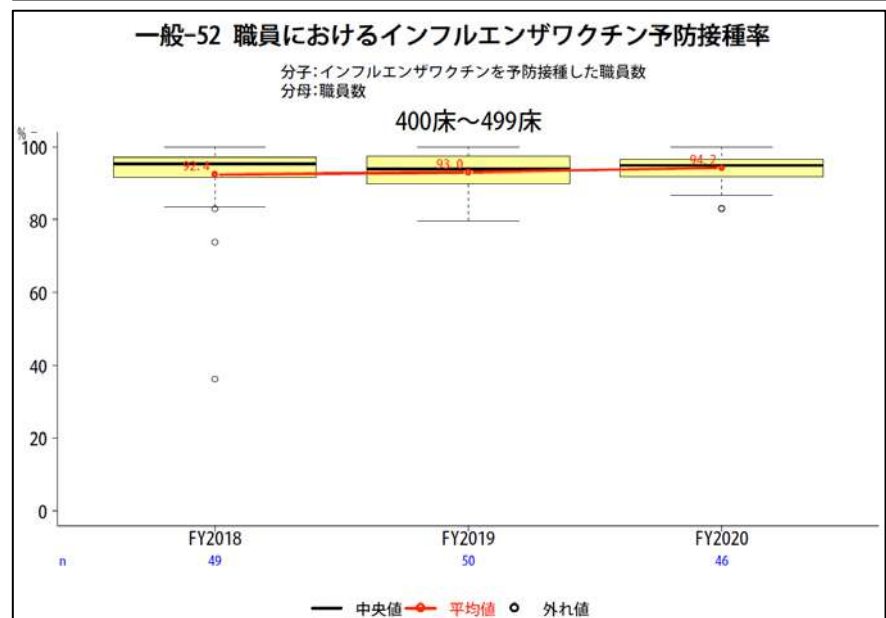
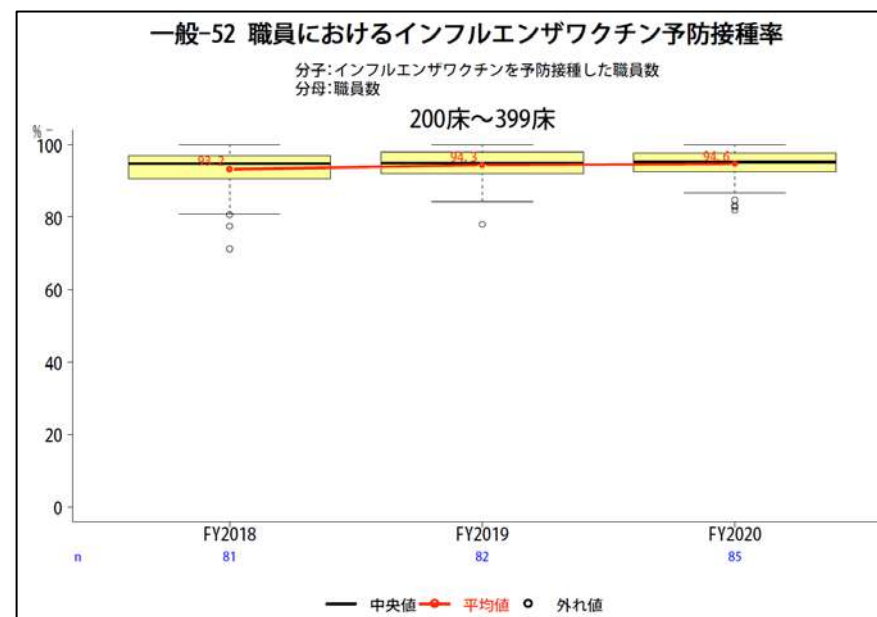
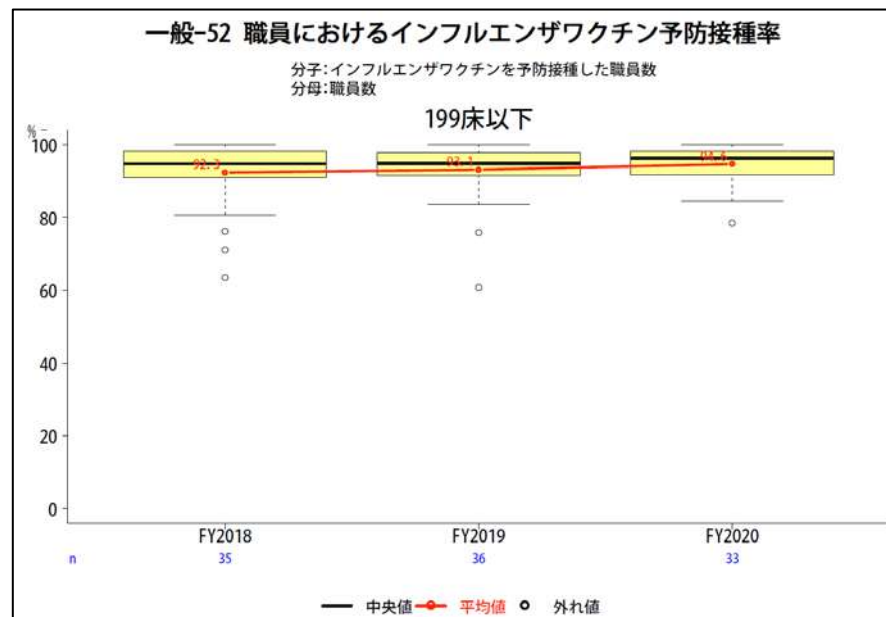
一般-51 全報告中医師による報告の占める割合

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

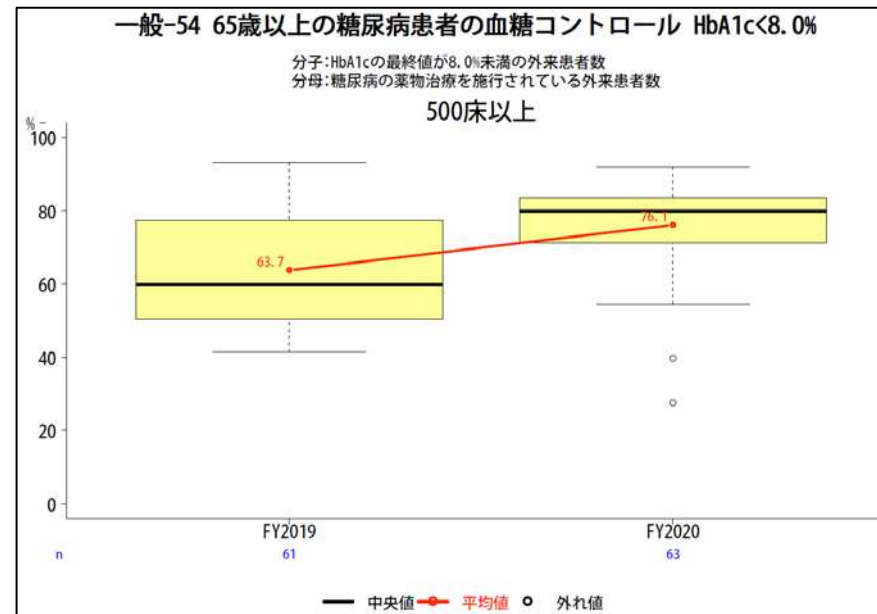
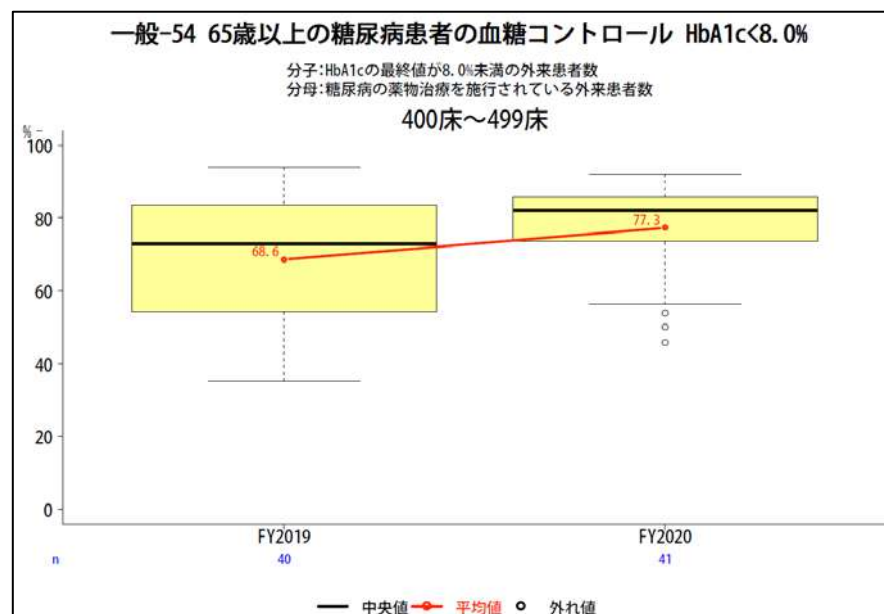
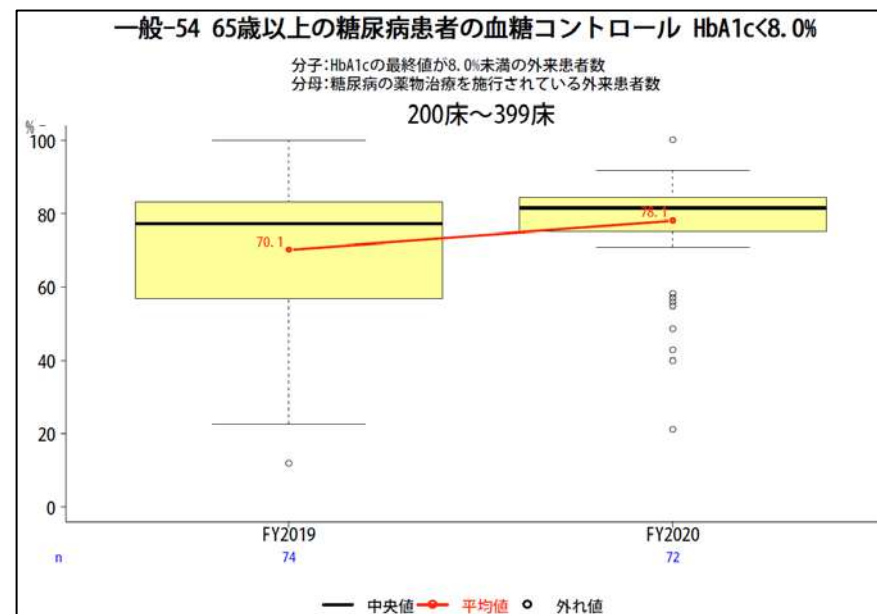
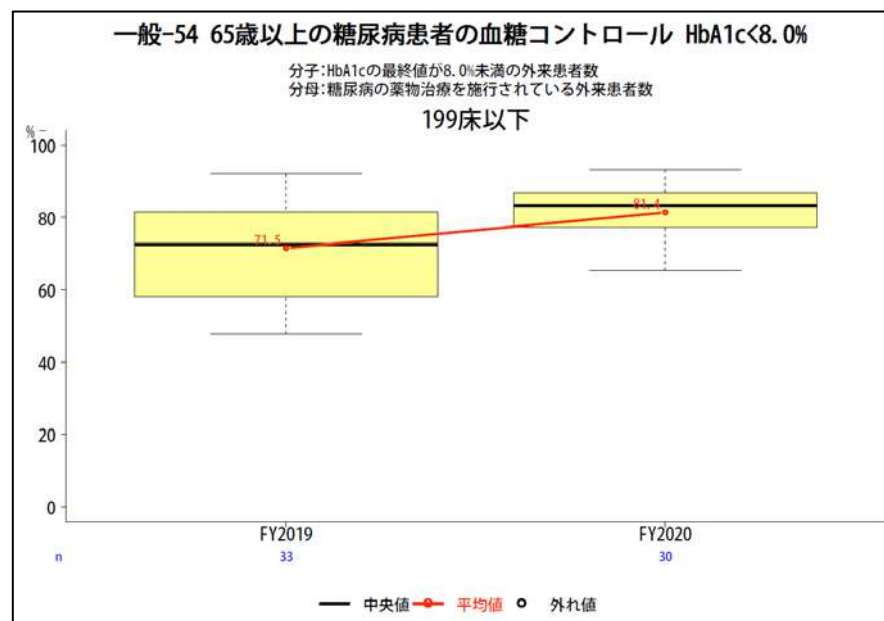
500床以上



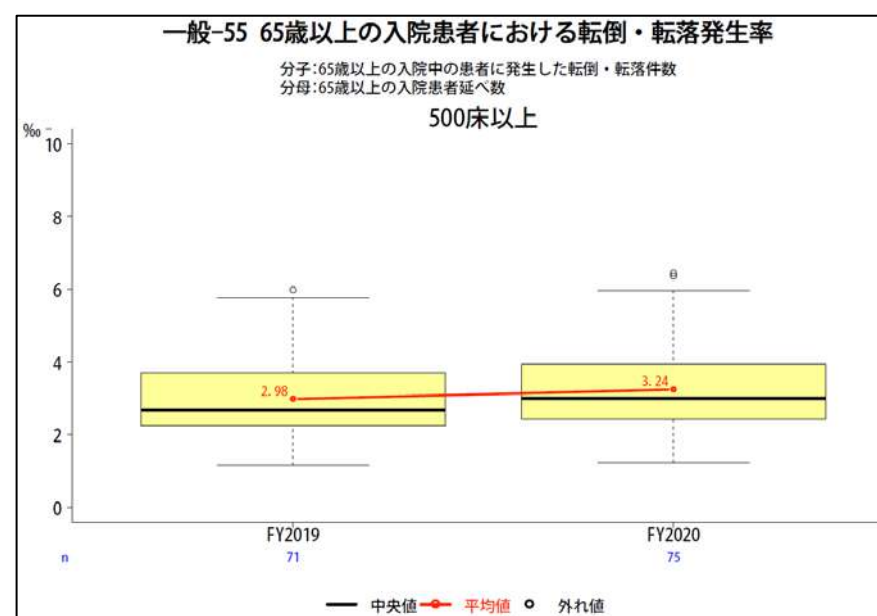
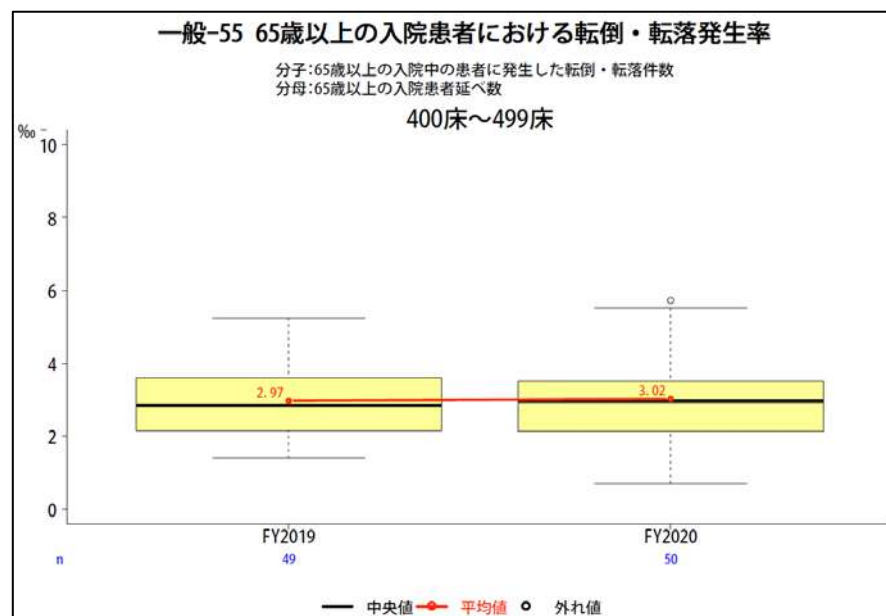
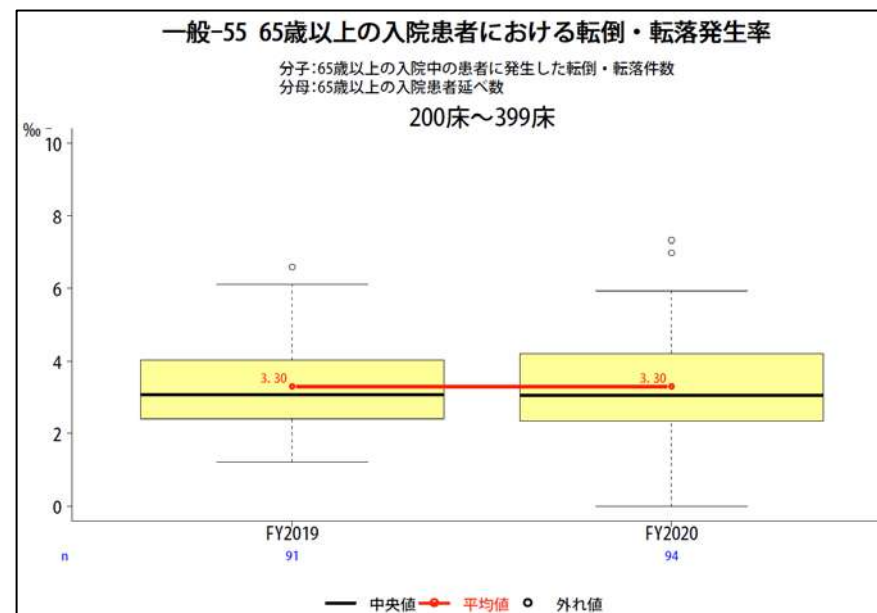
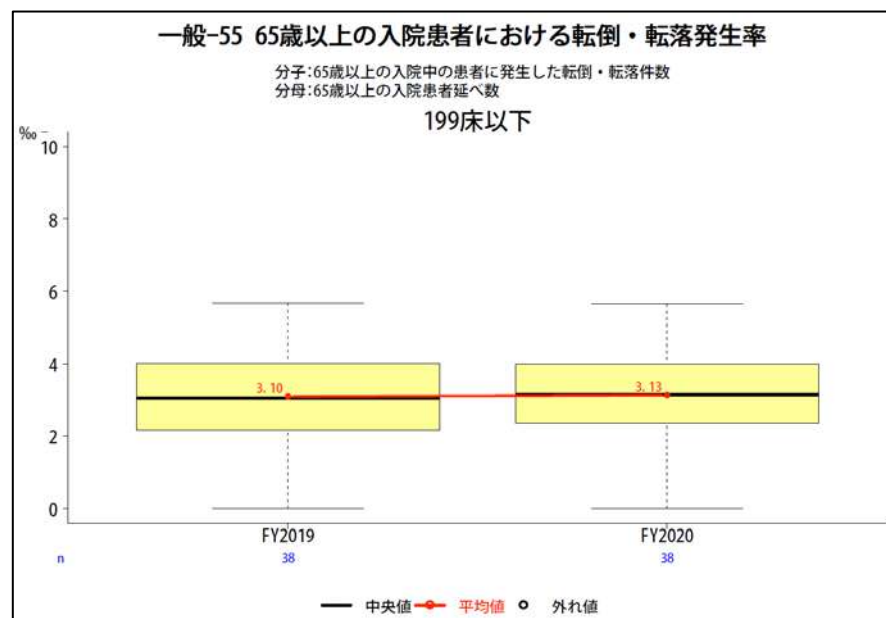
職員におけるインフルエンザワクチン予防接種率



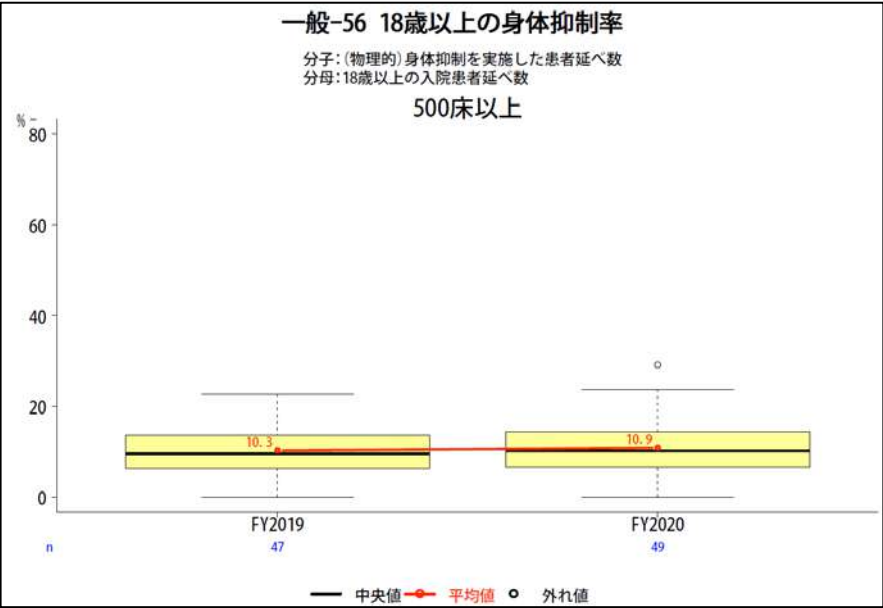
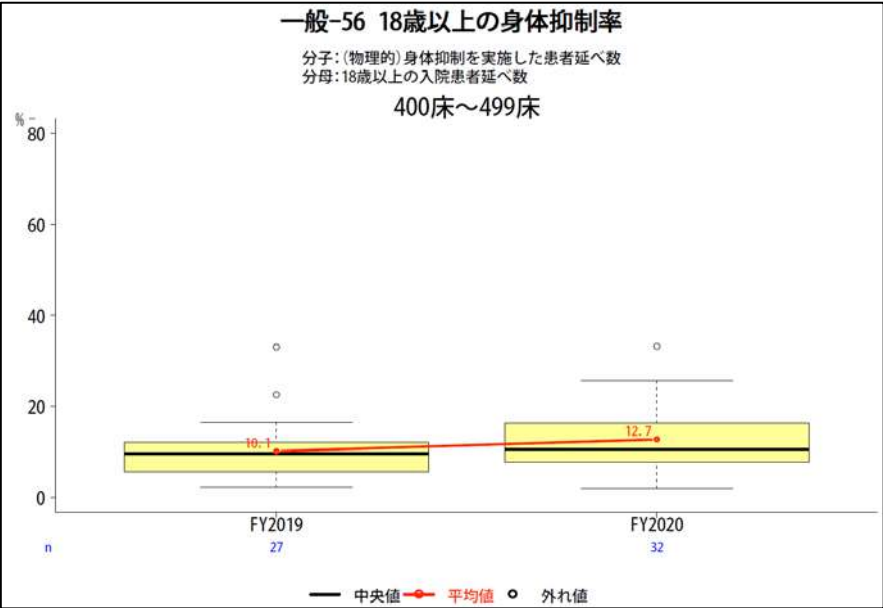
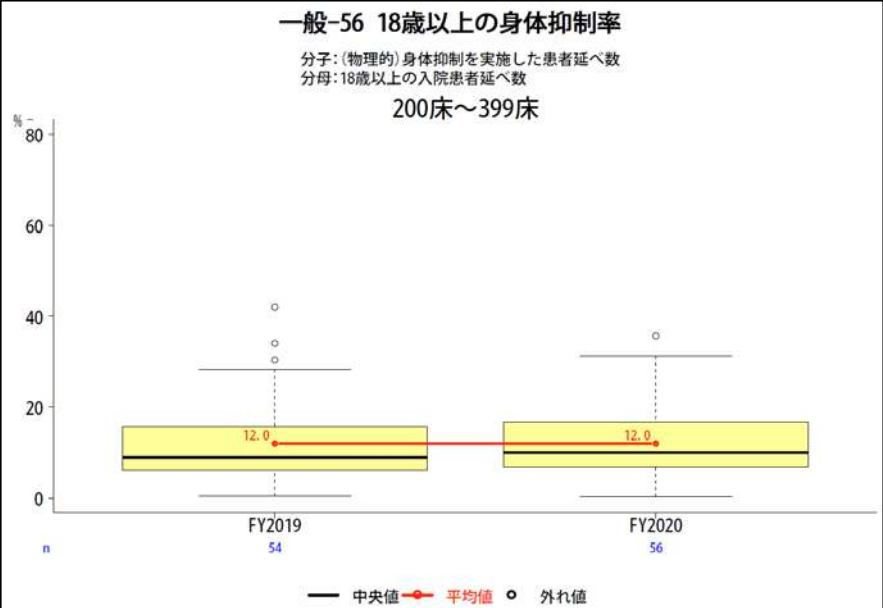
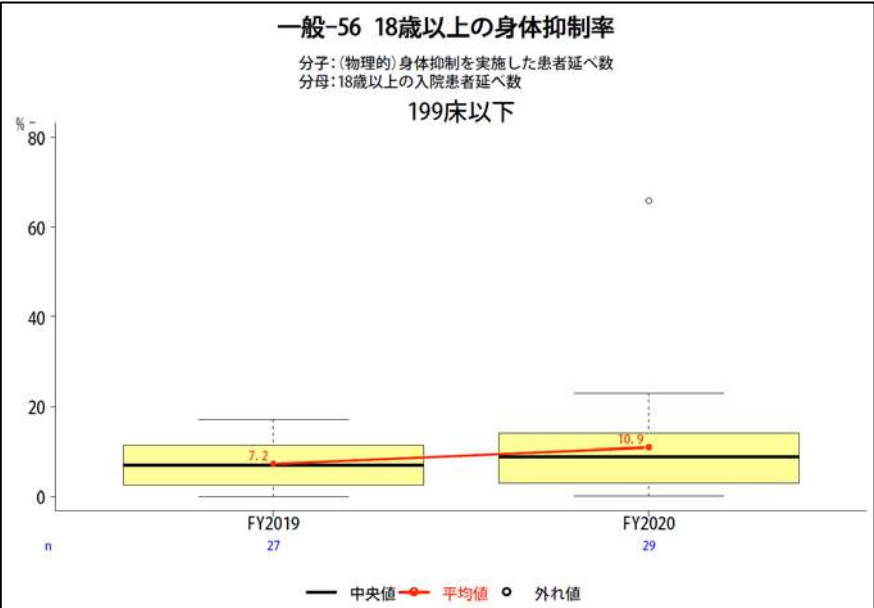
65歳以上の糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<8.0%



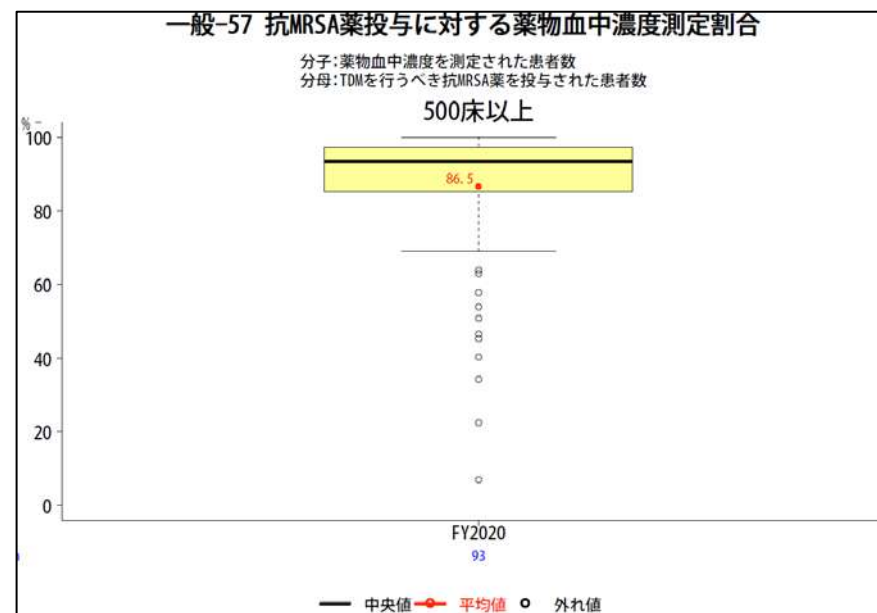
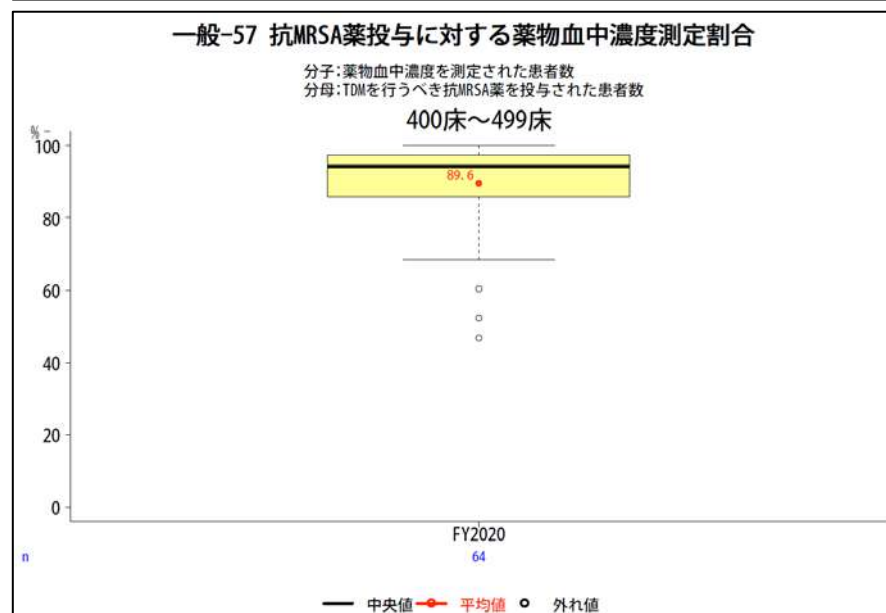
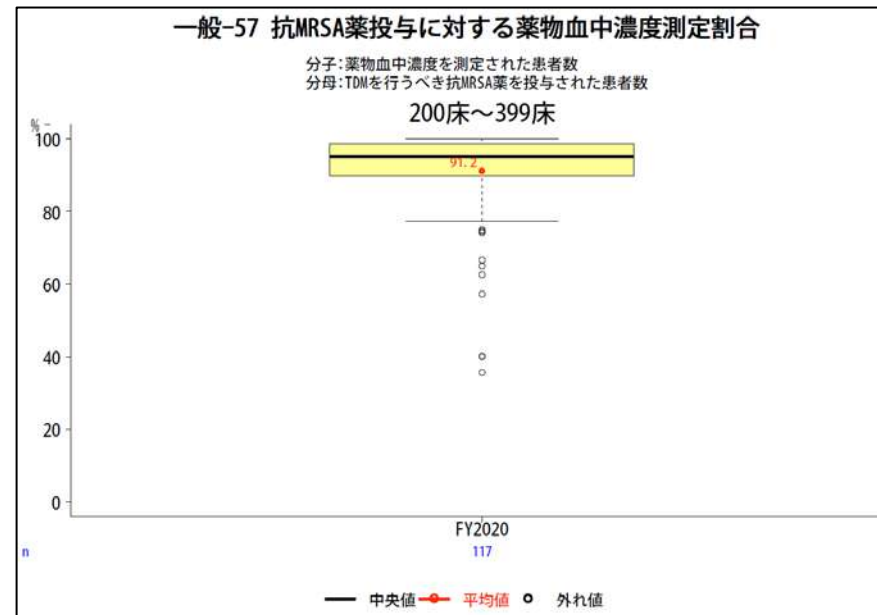
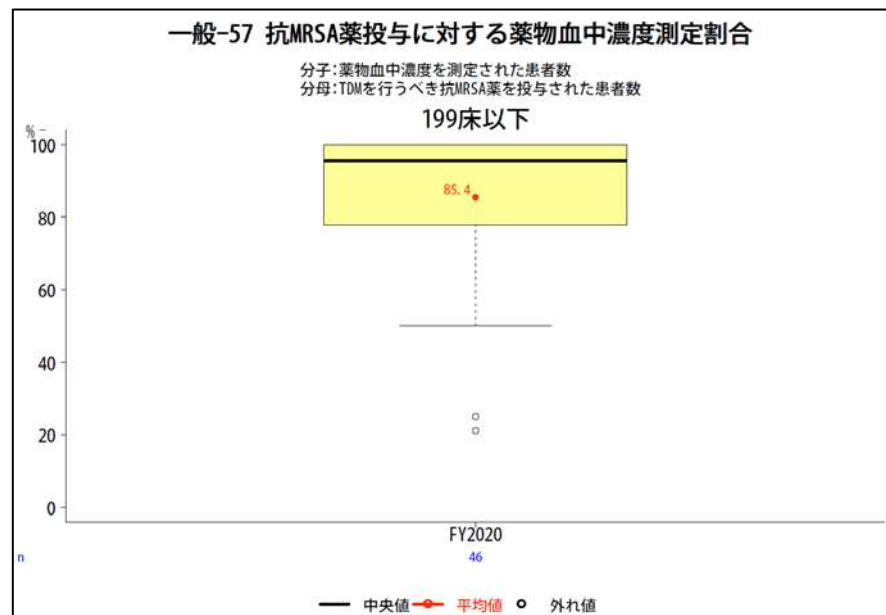
65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率



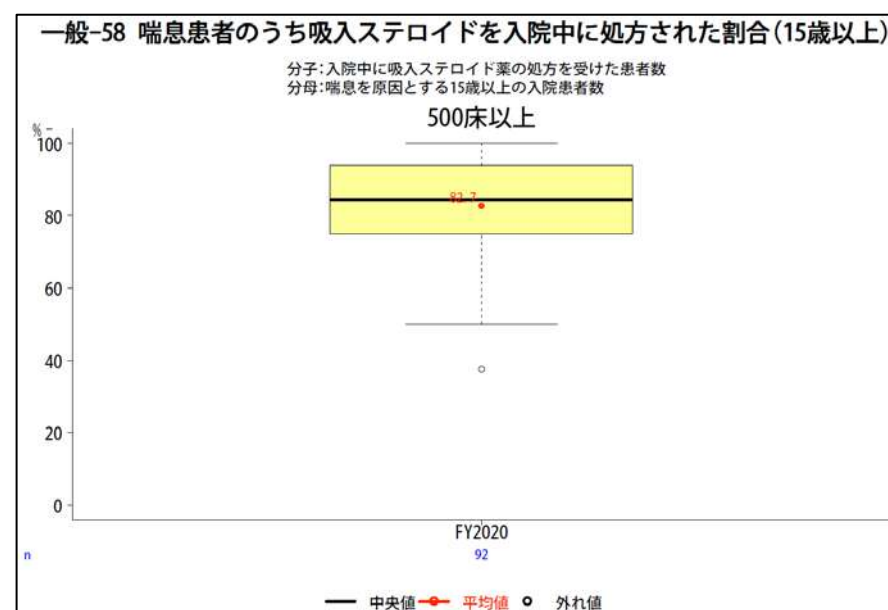
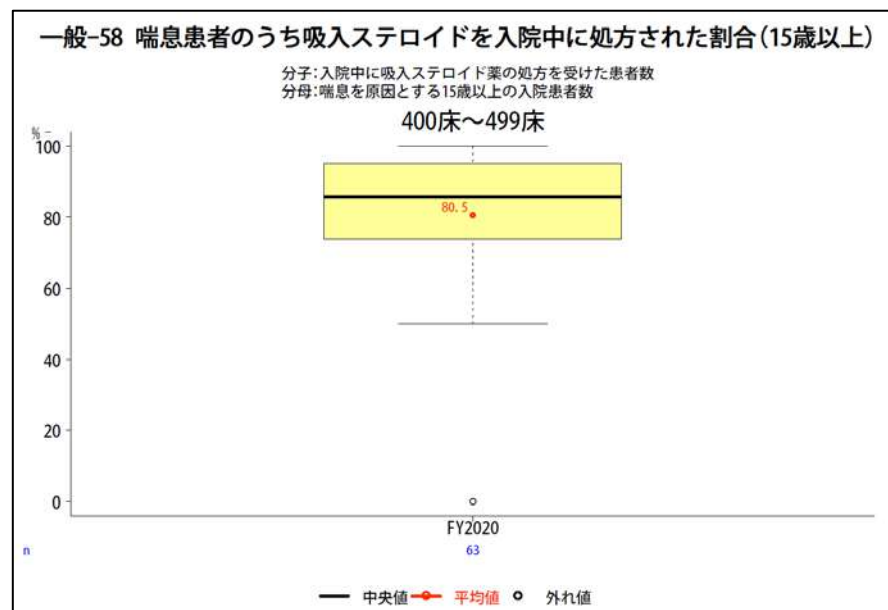
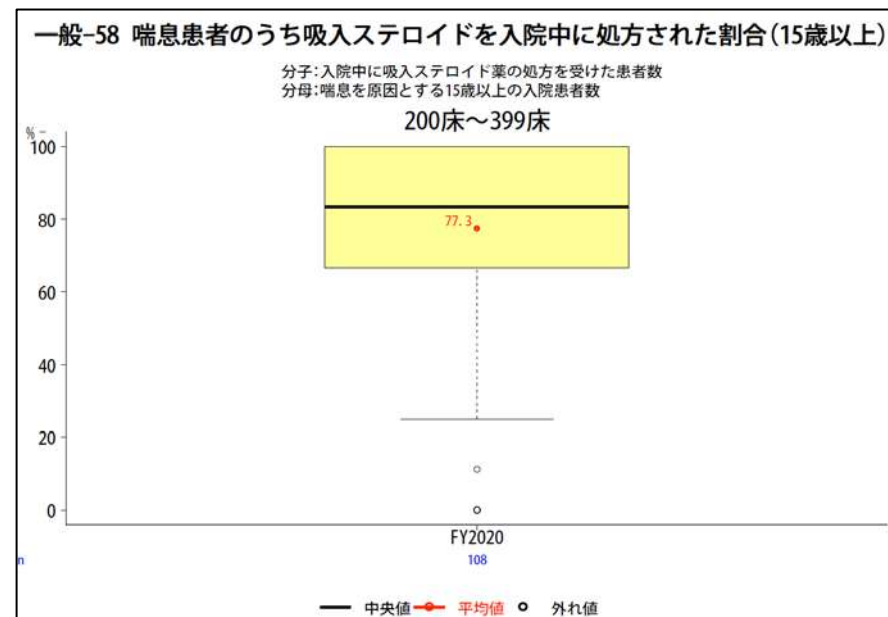
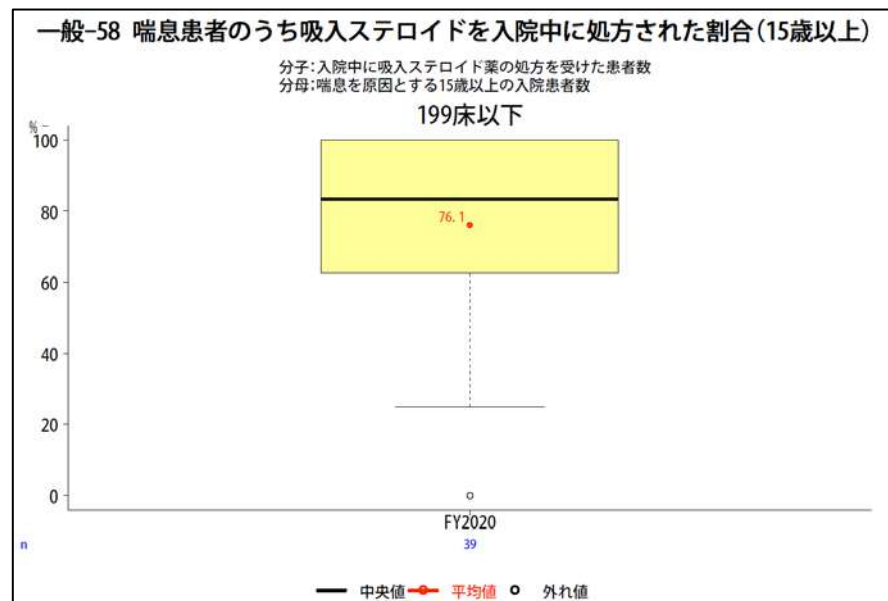
18 歳以上の身体抑制率



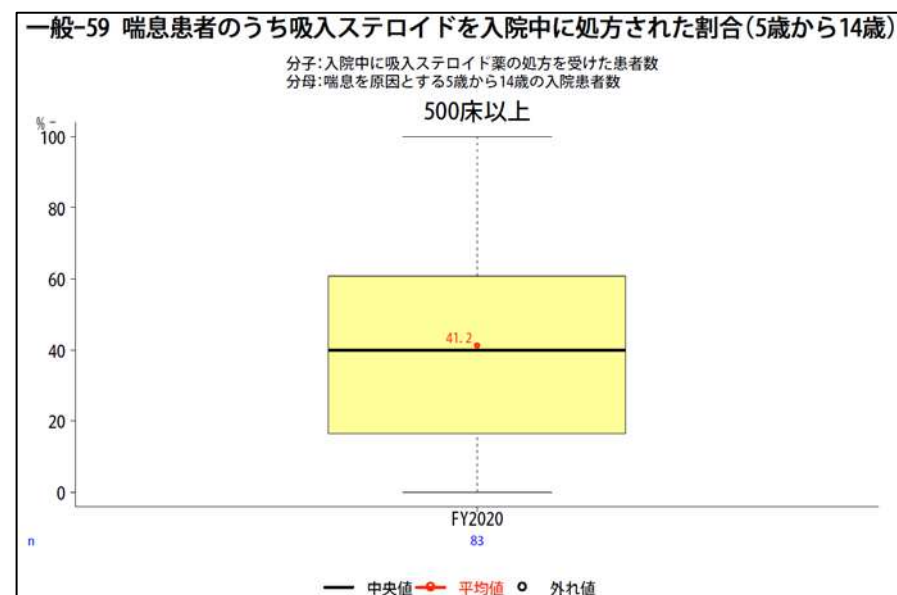
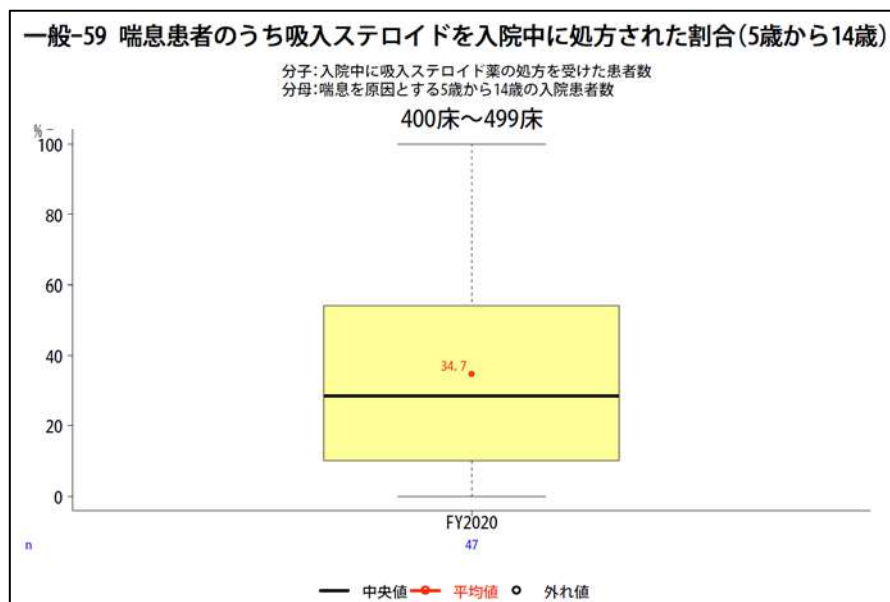
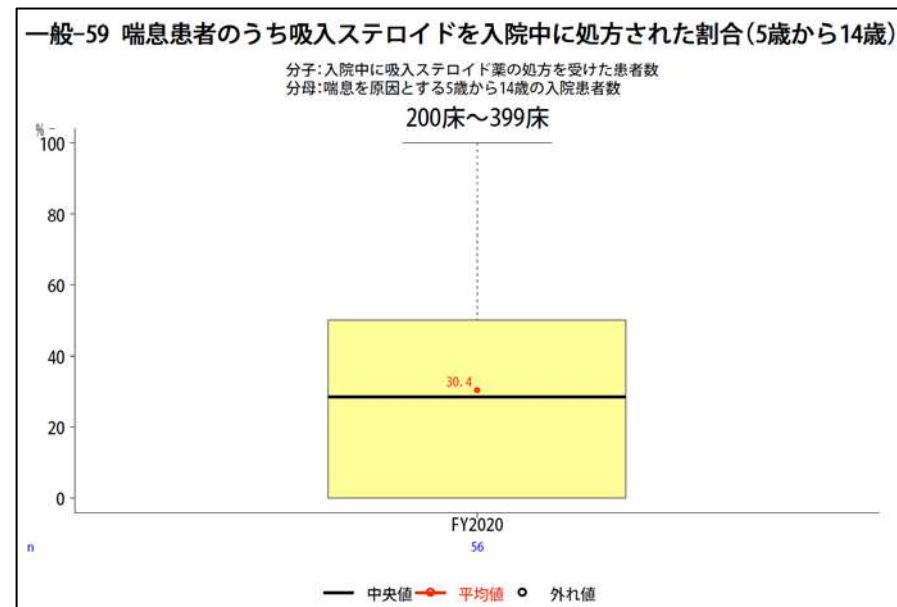
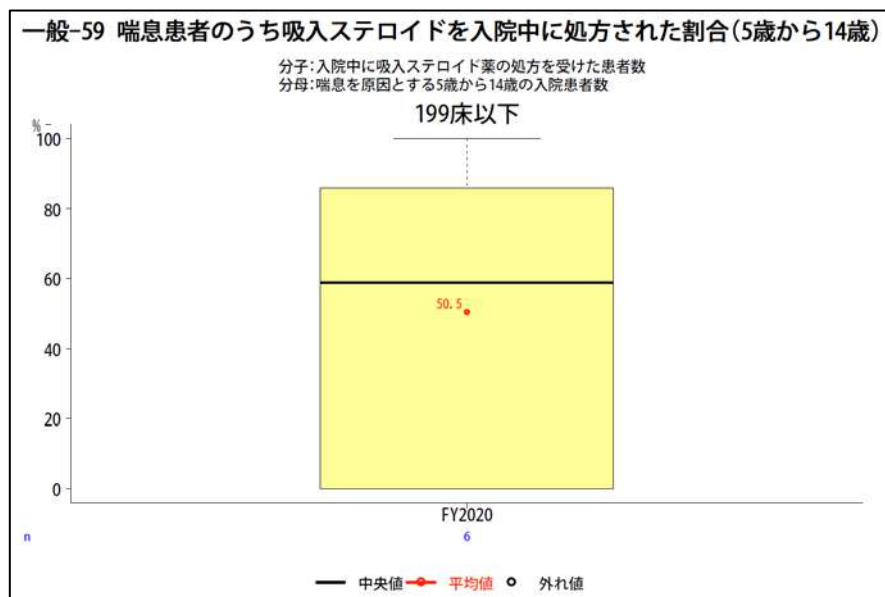
抗MRSA薬投与に対する薬物血中濃度測定割合



喘息患者のうち吸入ステロイドを入院中に処方された割合(15歳以上)



喘息患者のうち吸入ステロイドを入院中に処方された割合(5歳から14歳)



QIプロジェクト2020 アンケート集計

2021.03.09時点

一般病床

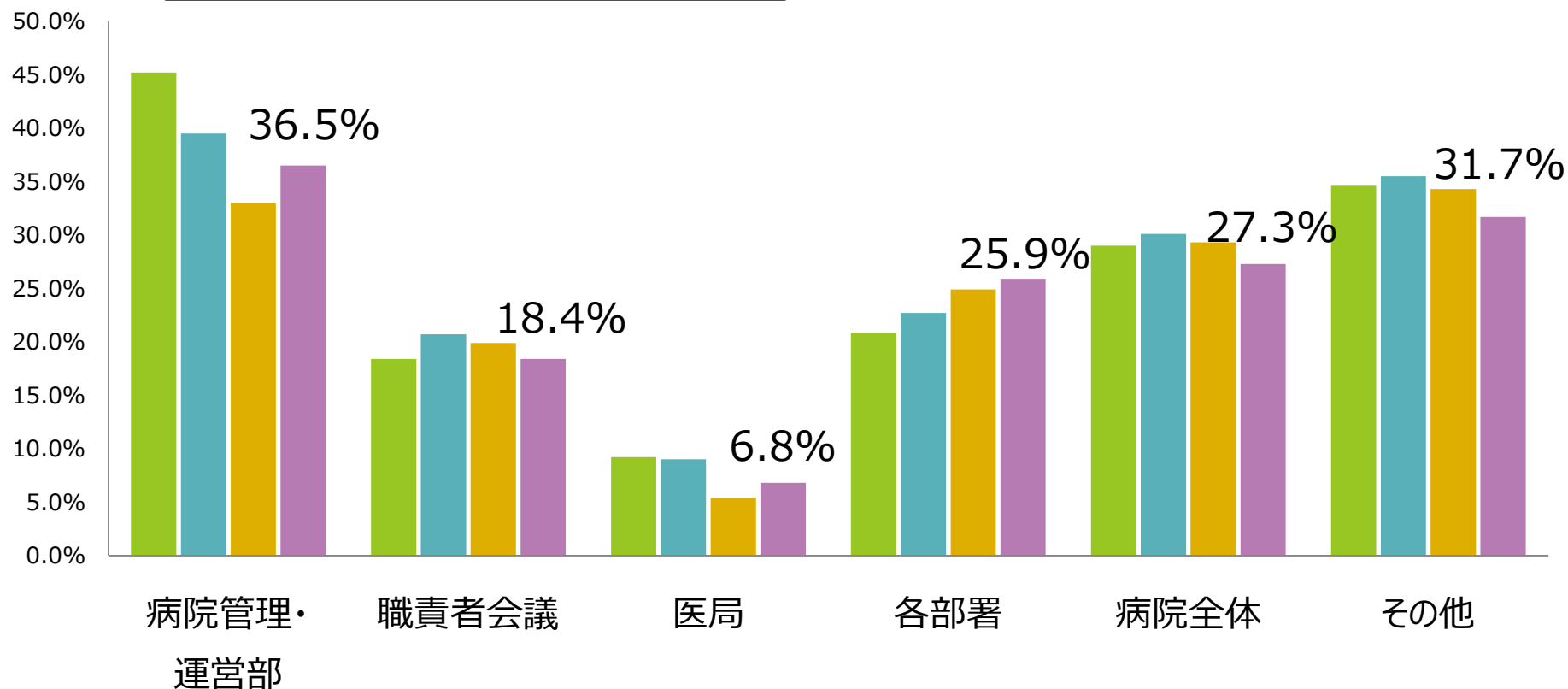
回答率=84.7% (294/347施設)

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

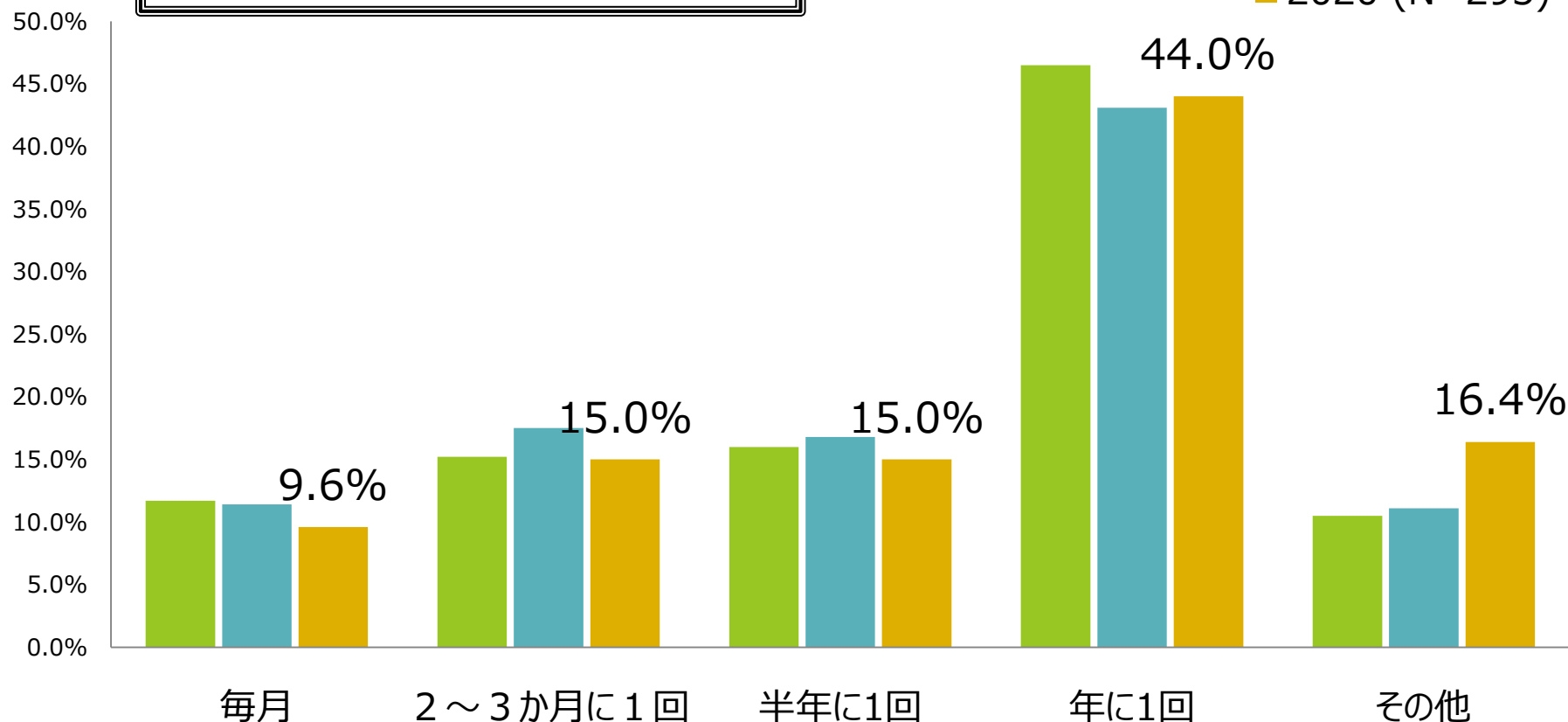
■ 2017 (N=283) ■ 2018 (N=258)
■ 2019 (N=297) ■ 2020 (N=294)



QIプロジェクトにおける全体像

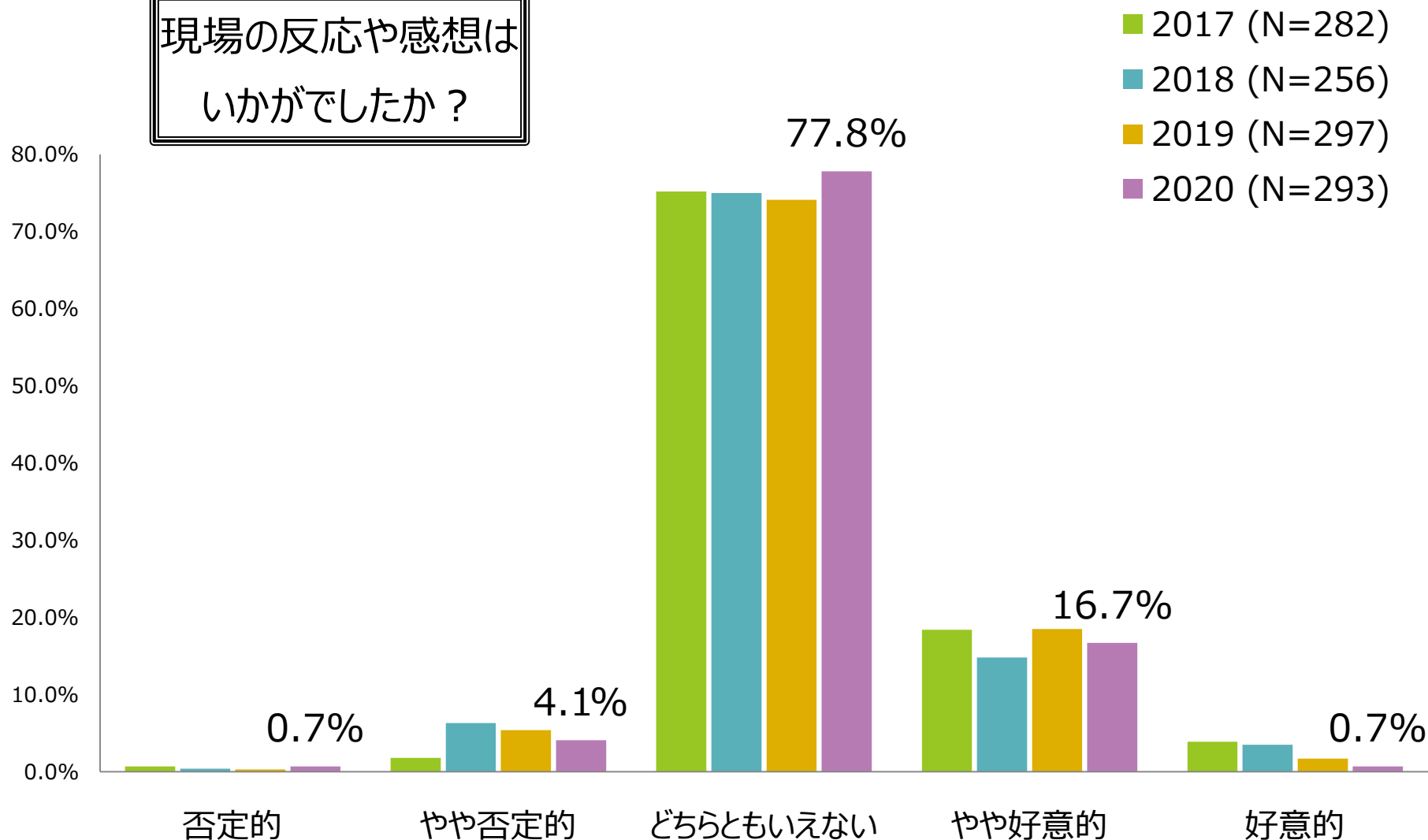
測定結果の報告は
どのくらいの頻度で行っていますか？

■ 2018 (N=256)
■ 2019 (N=297)
■ 2020 (N=293)



QIプロジェクトにおける全体像

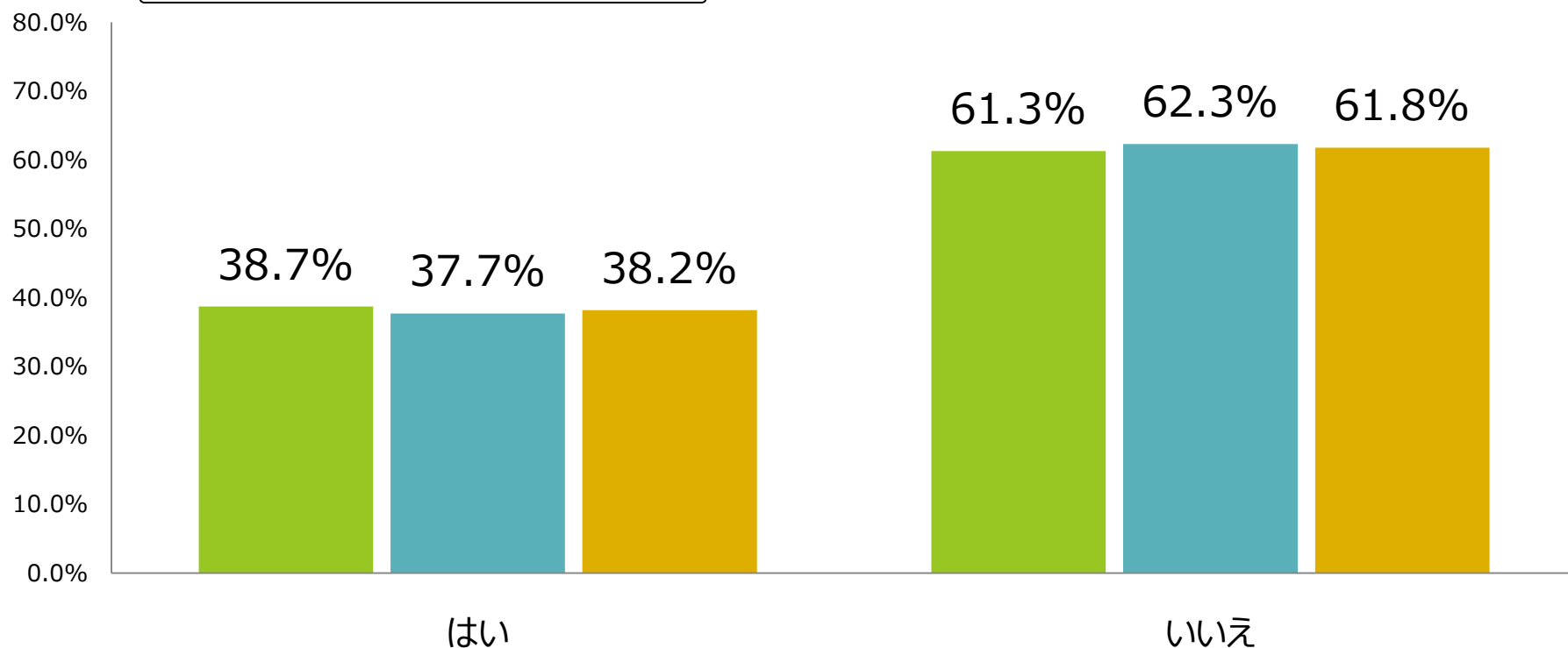
現場の反応や感想は
いかがでしたか？



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)
■ 2020 (N=293)

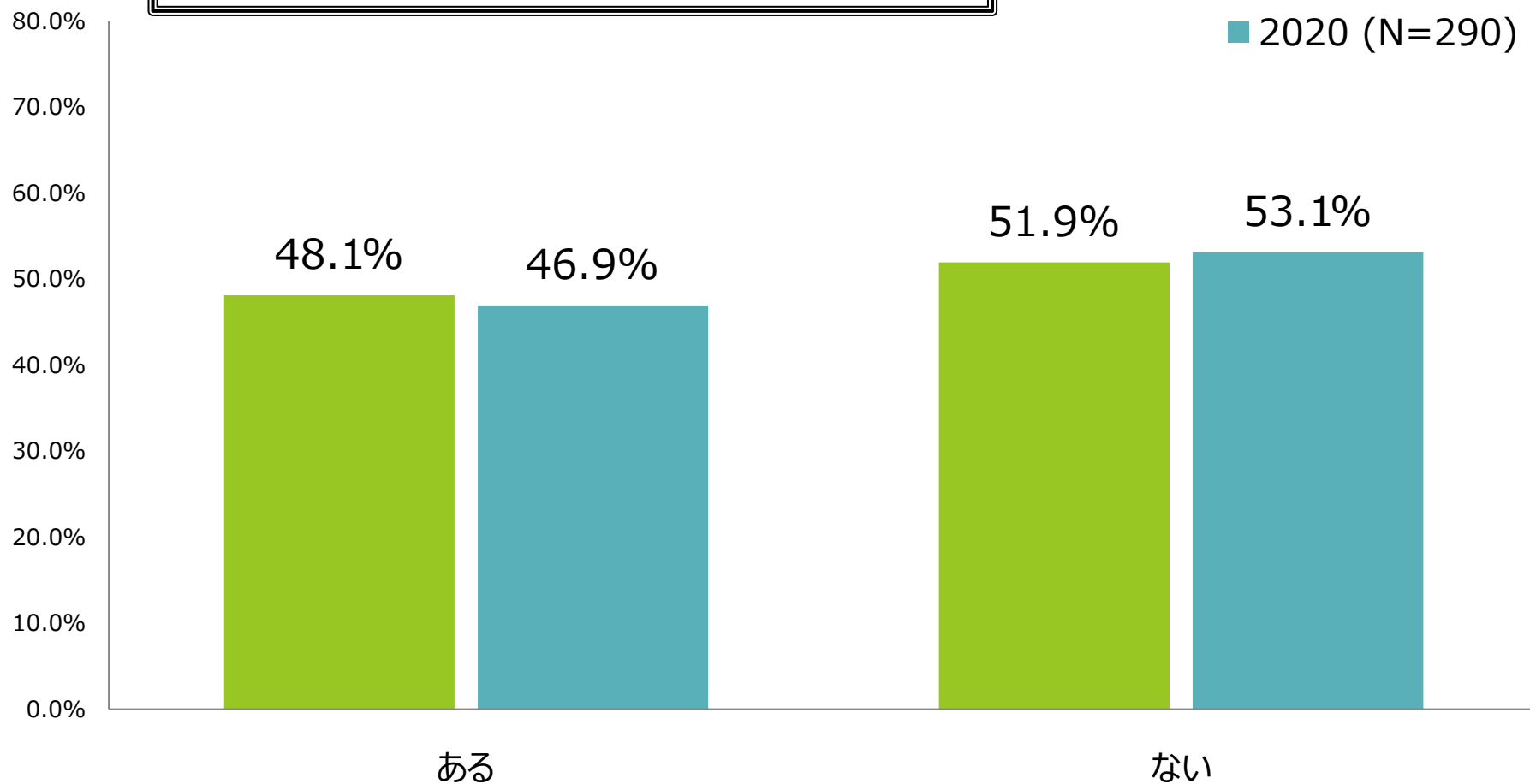


QIプロジェクトにおける組織体制

指標の改善活動に係る委員会がありますか？

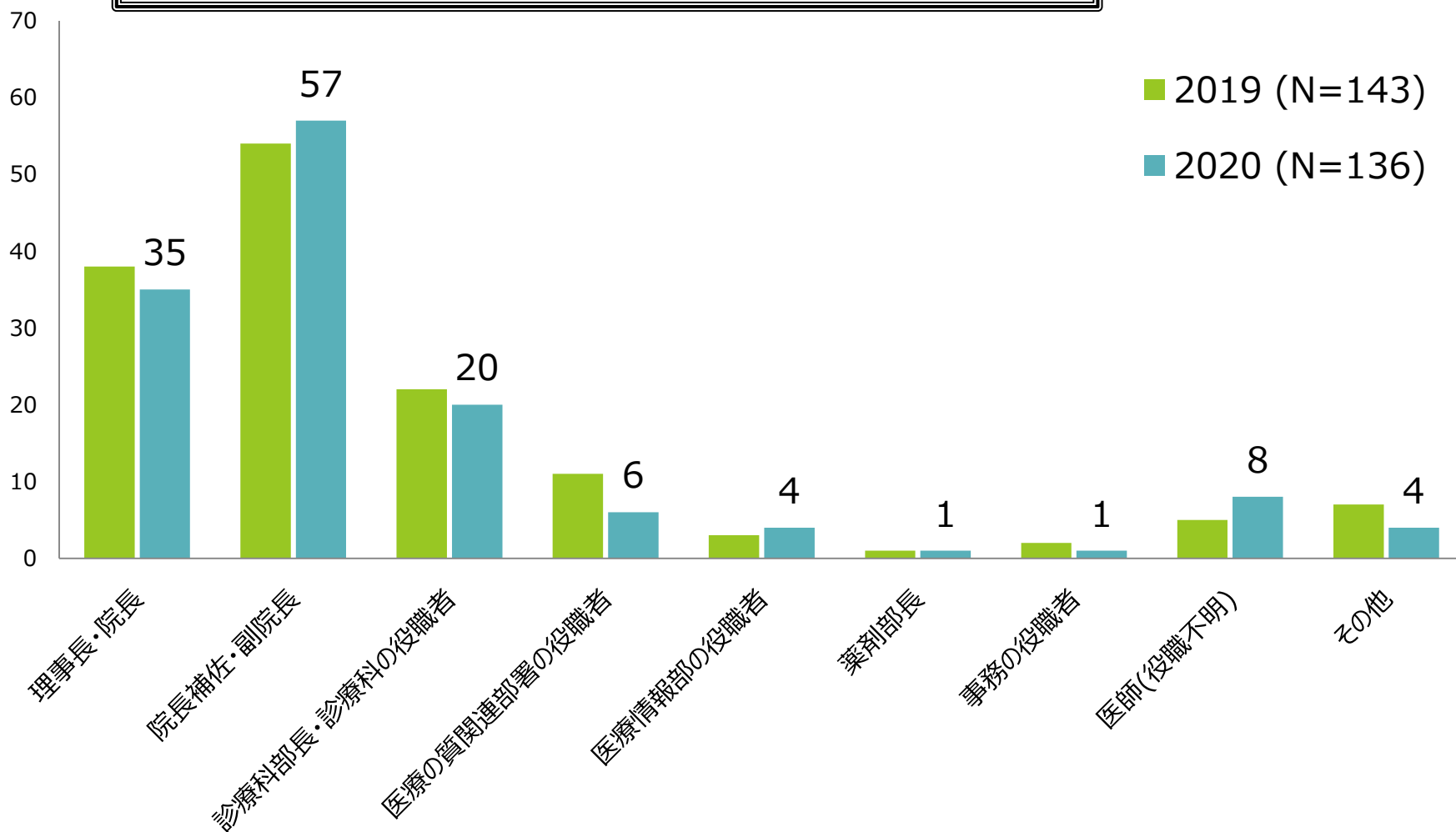
■ 2019 (N=297)

■ 2020 (N=290)

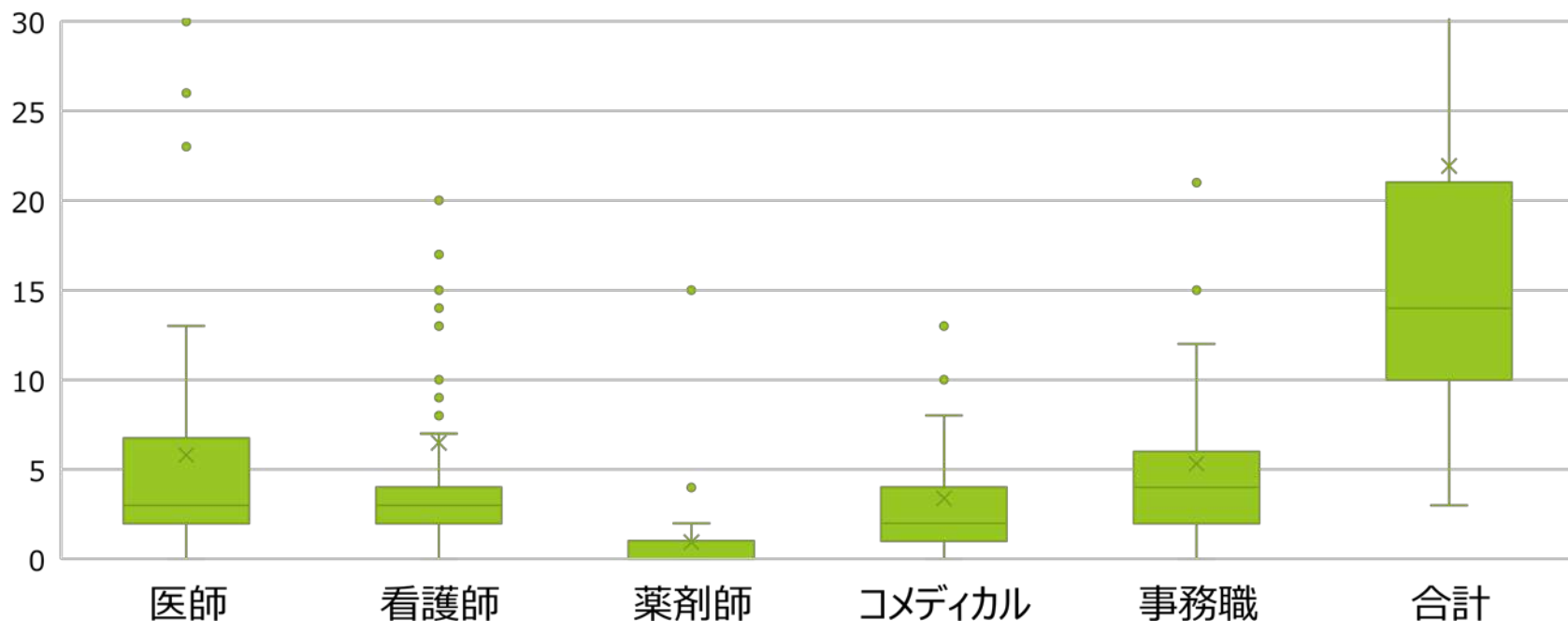


QIプロジェクトにおける組織体制

委員会の委員長はどなたですか？ (フリー記載より分類)



QIプロジェクトにおける組織体制



平均値	5.8人	6.5人	0.9人	3.4人	5.3人	22.0人
最小値	0人	0人	0人	0人	0人	3人
中央値	3人	3人	1人	2人	4人	14人
最頻値	3人	2人	1人	1人	3人	11人
最大値	74人	376人	15人	101人	72人	638人

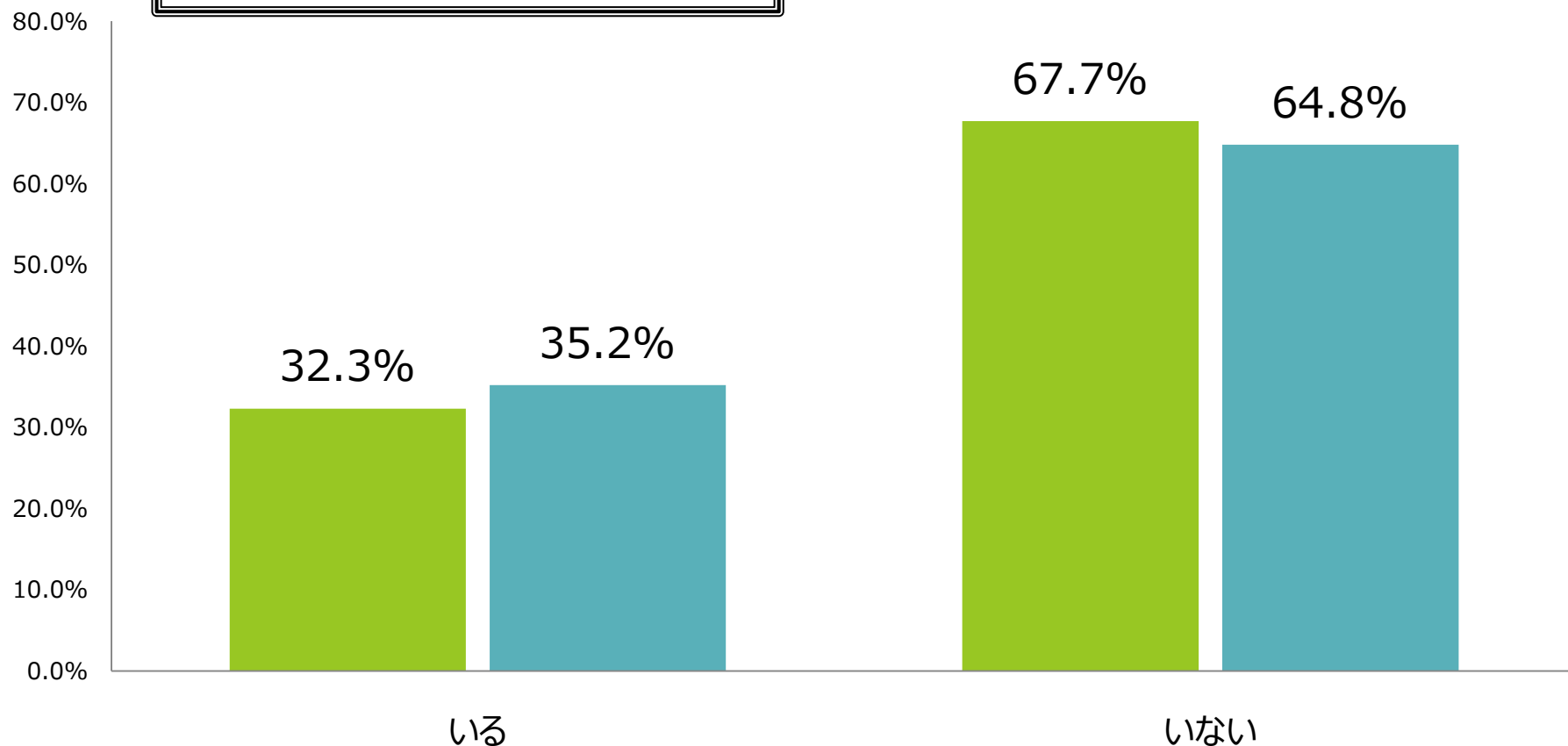
委員の職種別人数をお答えください。(N=136)

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？

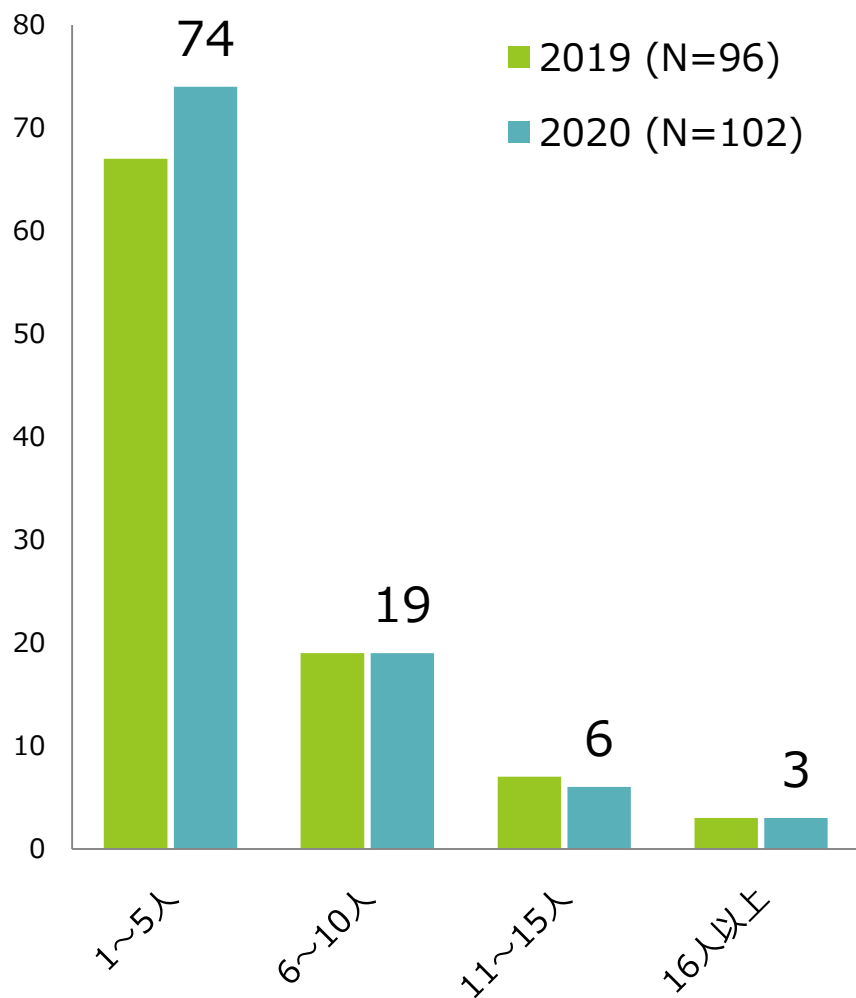
■ 2019 (N=297)

■ 2020 (N=290)

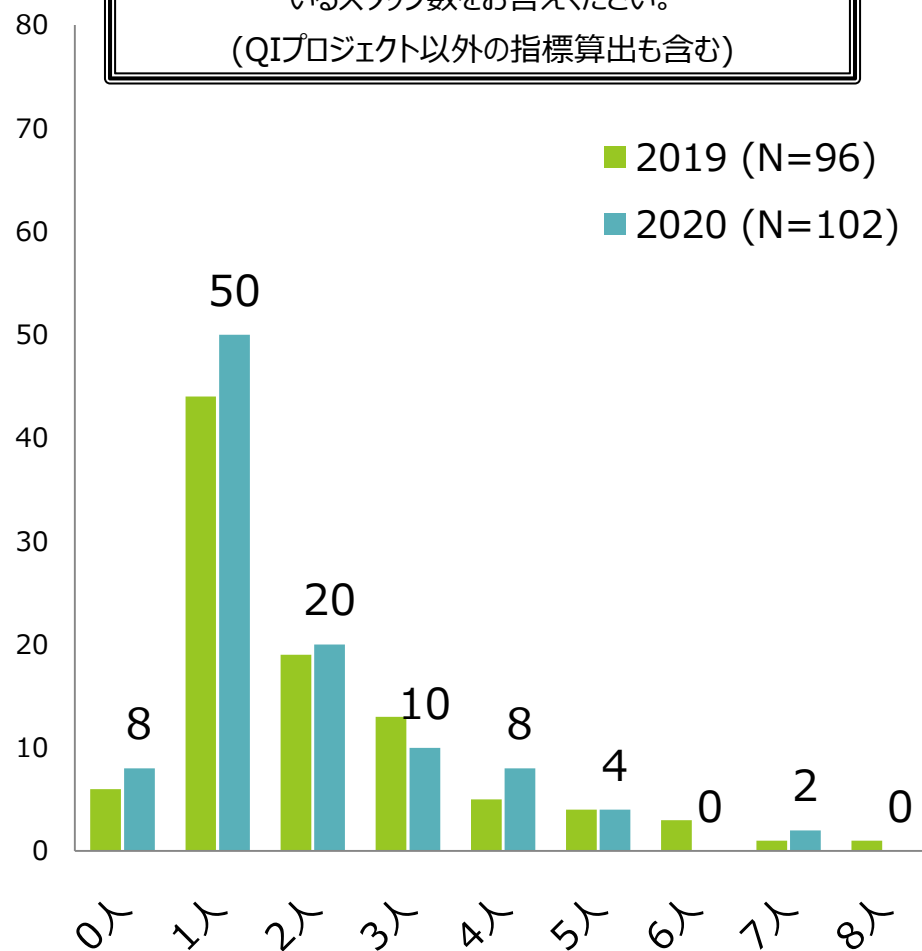


QIプロジェクトにおける組織体制

医療情報を専従で扱うスタッフ数をお答えください。

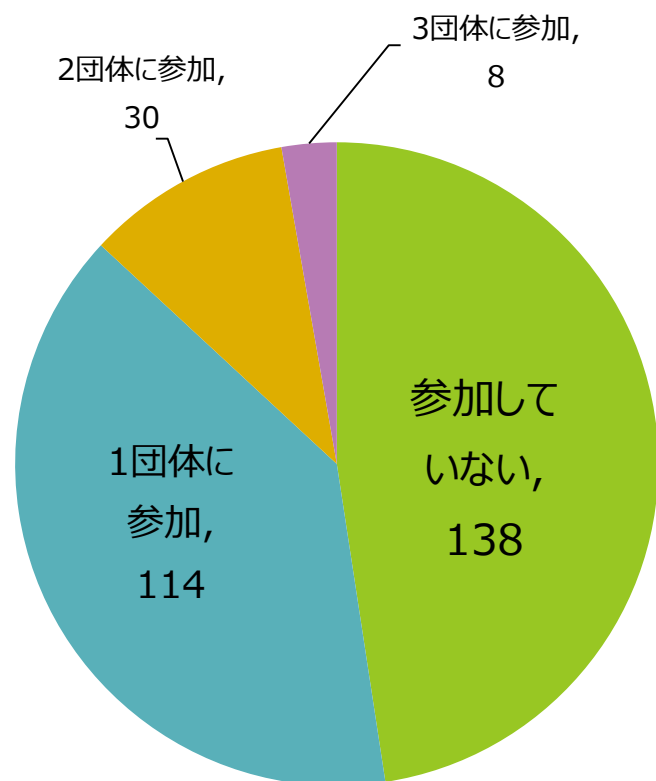


医療情報を専従で扱うスタッフのうち、指標の算出を行っているスタッフ数をお答えください。
(QIプロジェクト以外の指標算出も含む)



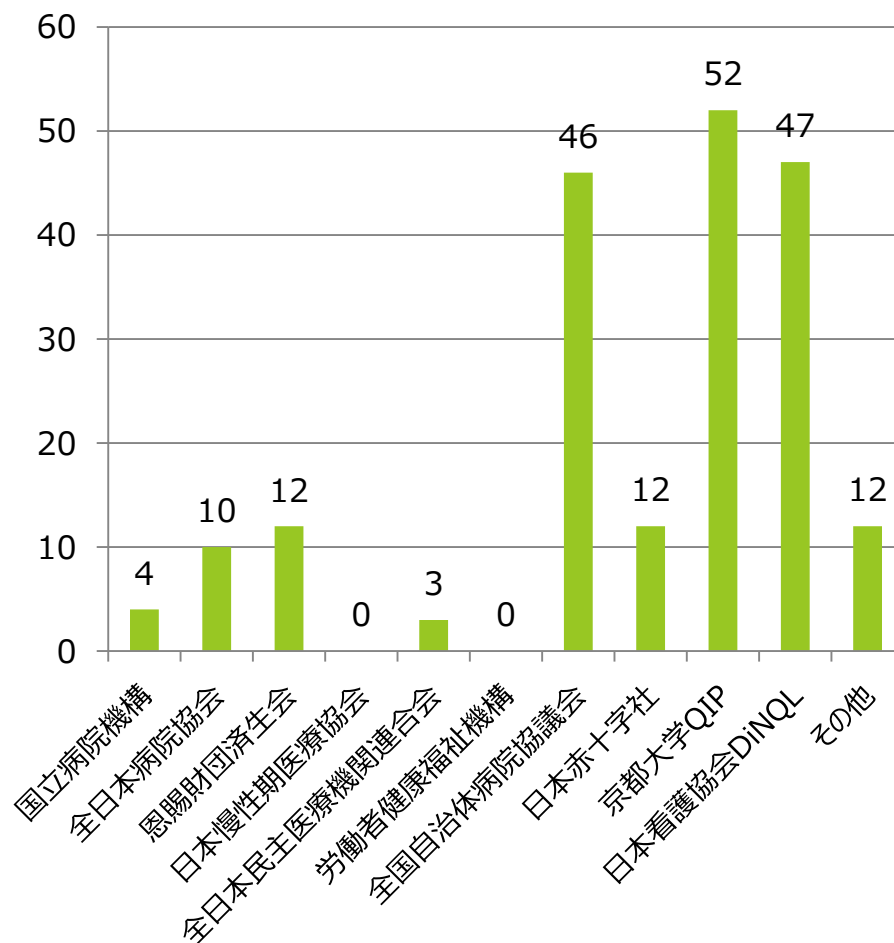
QIプロジェクトにおける組織体制

日本病院会QIプロジェクト**以外**に、
測定・公表プログラムに参加されていますか？



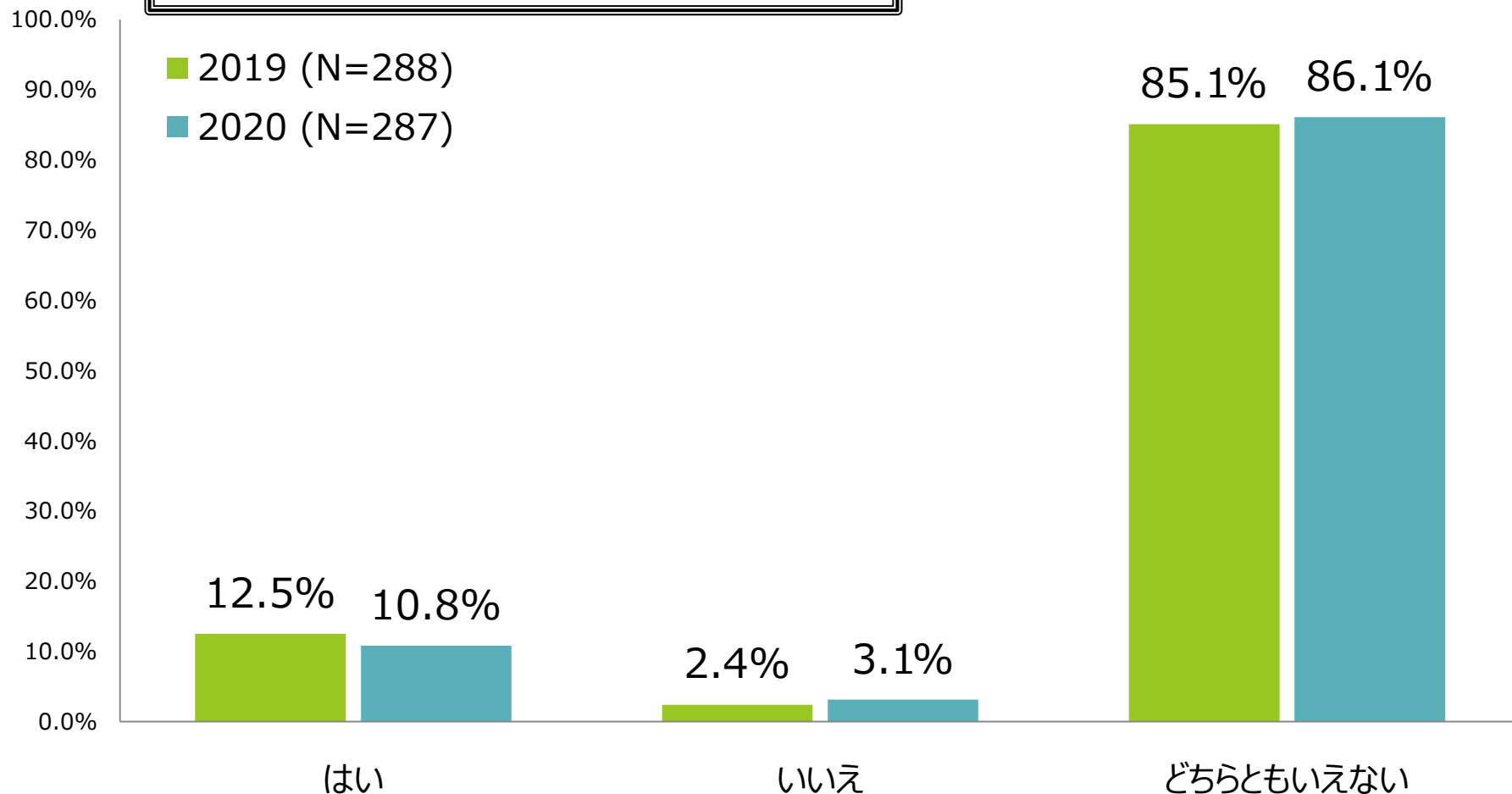
N=290

参加している団体(複数回答可)



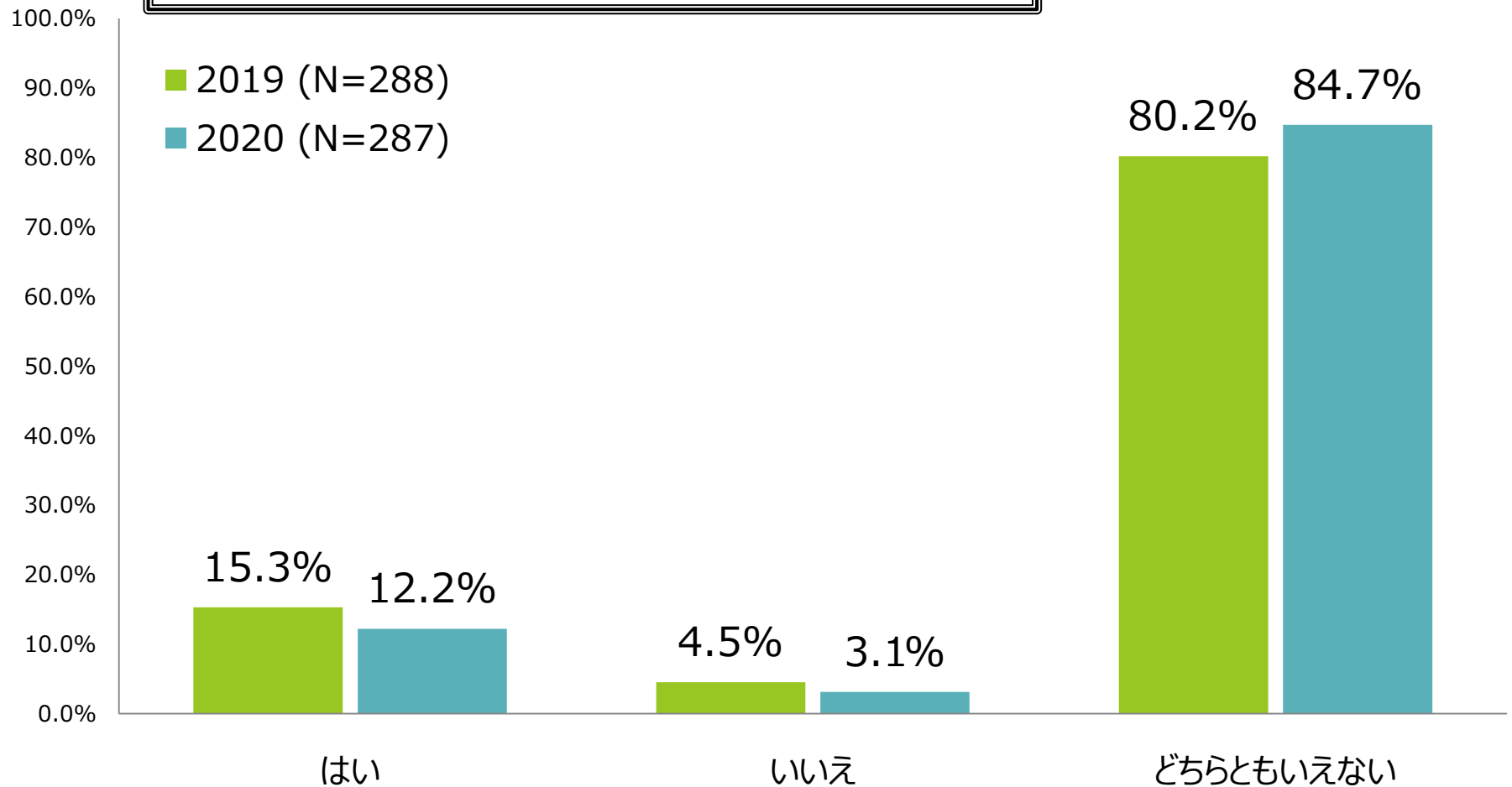
QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

施設全体の医療の質が向上しましたか？



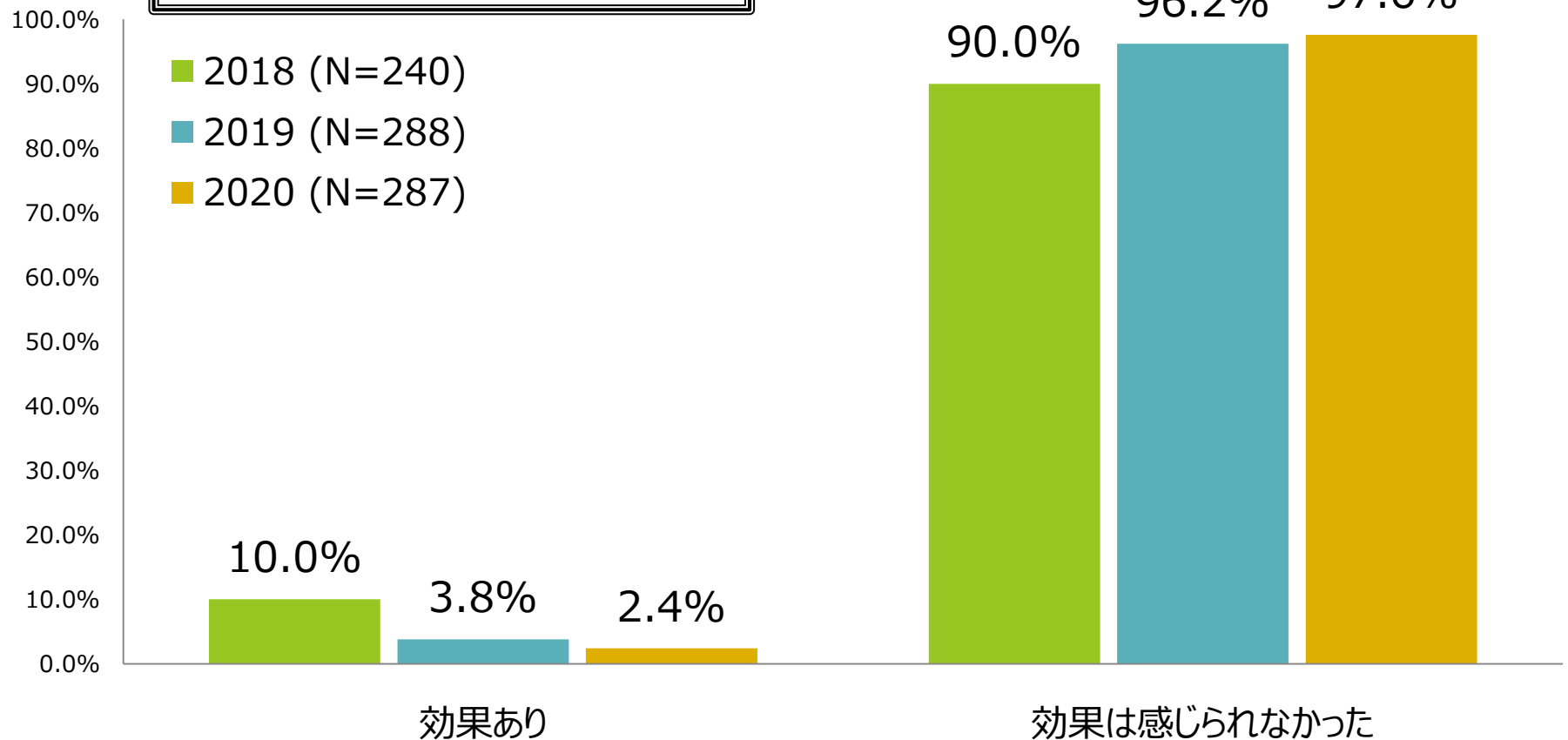
QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

医療の質に関して職員の意識が向上しましたか？



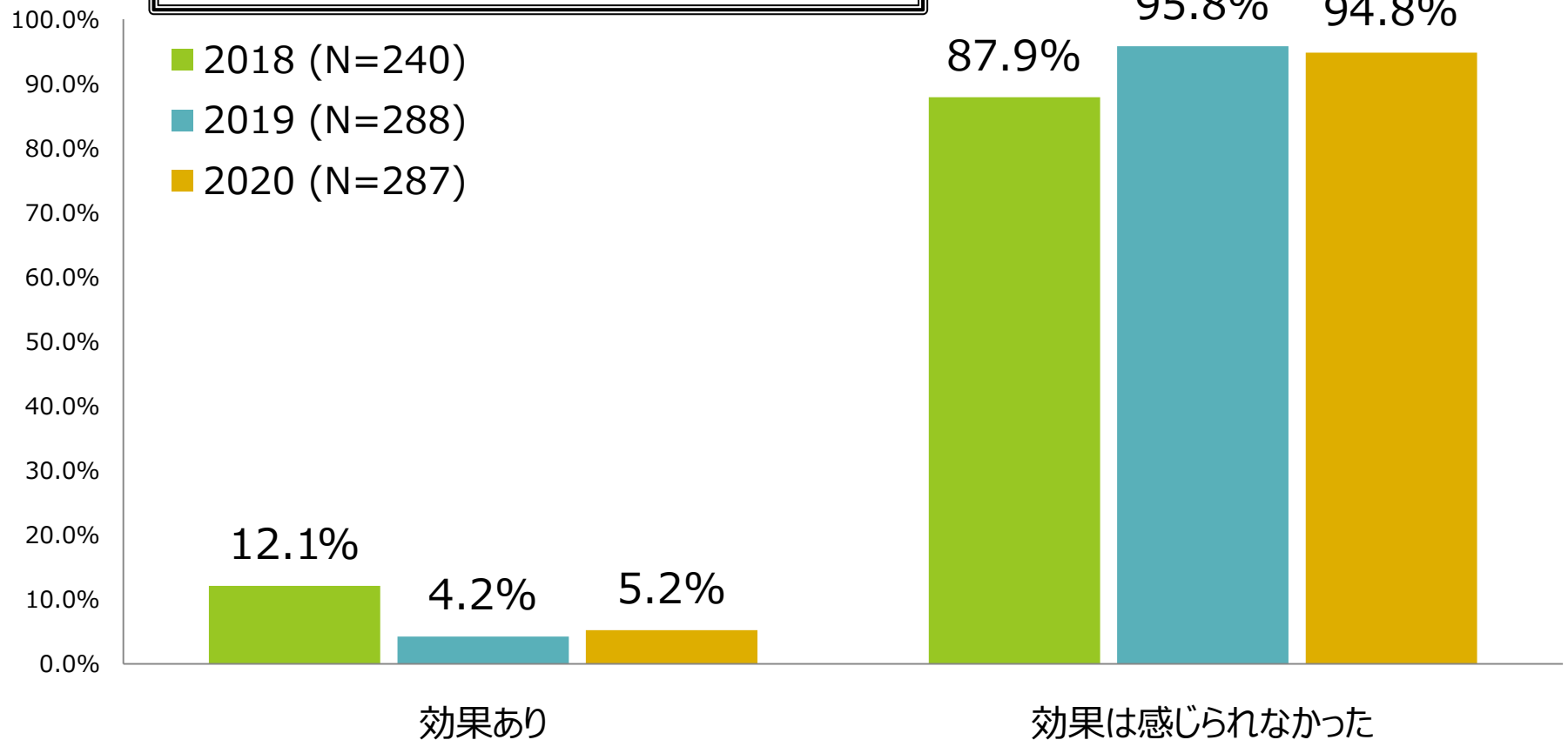
QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

外部(患者等)の反応について、
効果やありましたか？



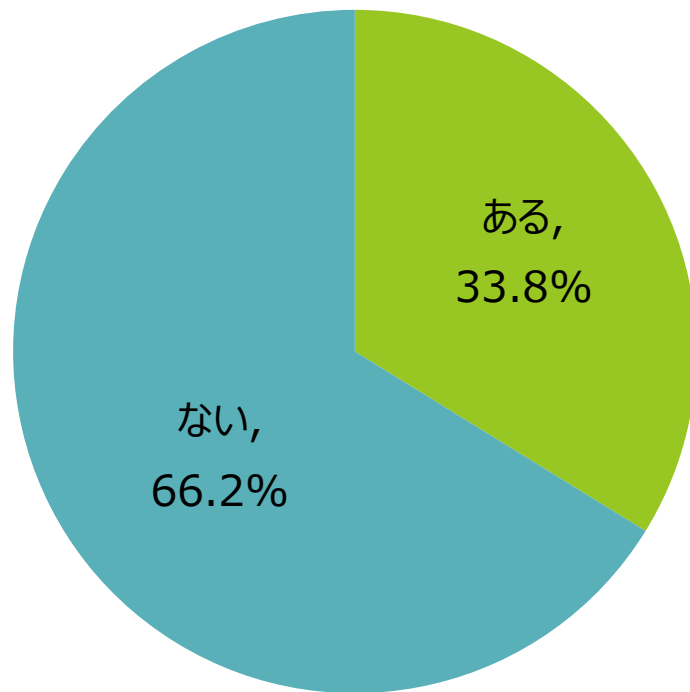
QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

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？



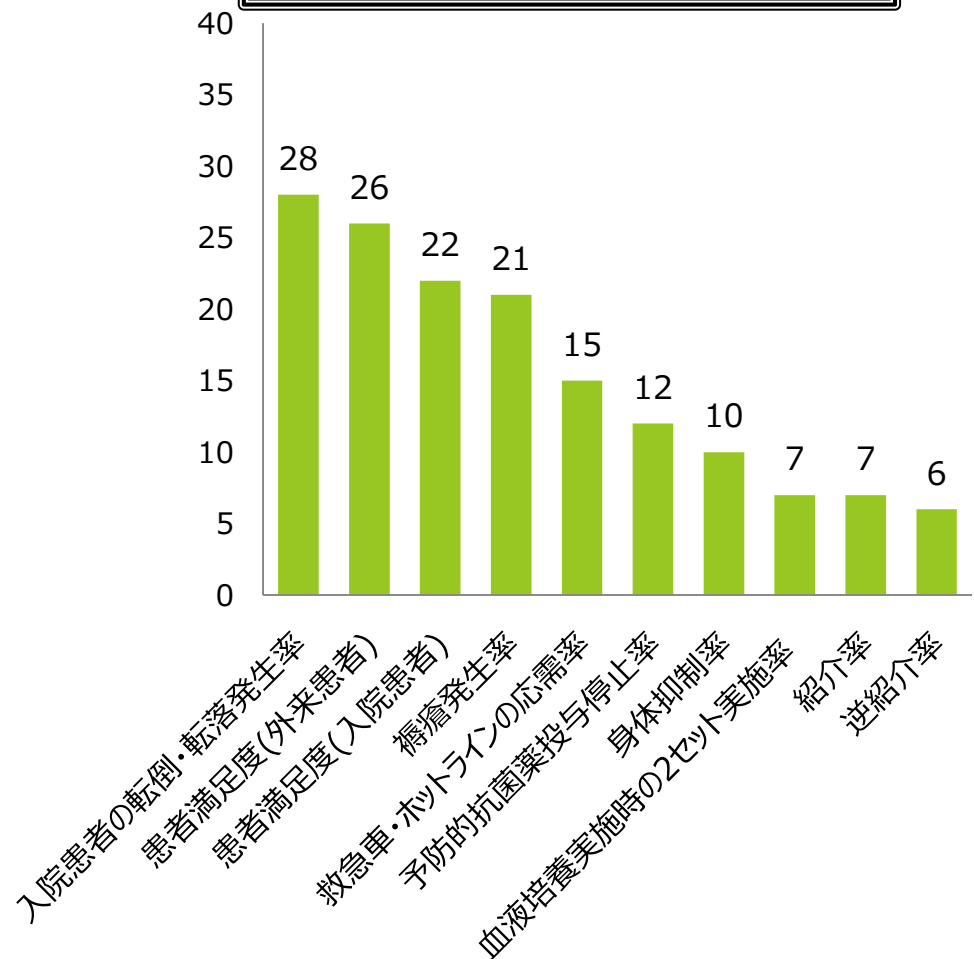
QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

今年度、改善活動を行った
指標はありますか？



N=287

改善活動を行った上位10項目



1.入院患者の転倒・転落発生率

【フィードバック、情報共有】

- ・ 院内情報共有や数値のフィードバックし、転倒転落発生状況の見える化。
- ・ 医療者の情報共有（ピクトグラム表示・カルテの表記・カンファレンス等）の強化。
- ・ 医療安全として院内全体に転倒・転落発生件数の増加傾向にあることへの注意喚起として、毎月ポスターを発行。
- ・ 前月の転倒転落のインシデント報告件数を集計し、配布。3a以上の事例の内容を共有。

【評価およびラウンド】

- ・ 正しくリスクアセスメントされているか、療養環境が適切に整備されているか毎月2病棟のラウンドチェックを開始。
- ・ 患者リスク評価に基づくハード面とソフト面の対策の徹底。
- ・ 施設の改修、備品の変更など転倒リスクの再確認を行った。
- ・ 入院時に全患者にアセスメントし、危険度2以上の場合は、転倒・転落予防の看護計画を立案する。
- ・ 少なくとも週1回、転倒・転倒発生時、状態変化やその他必要と判断した場合は随時評価を行う。
- ・ 転棟転落に対する安全対策をラウンドで確認、指導している。
- ・ 多職種で転倒転落対策チームを編成し、2020年10月から病棟ラウンドを行い、ラウンド結果をフィードバックしている。

【詳細分析、その他】

- ・ 事例を振り返り、対策・経過報告書の提出。
- ・ 要因を分析し事象減少に向けたアドバイス。
- ・ 各病棟で対応策を策定し、その内容をチェックし、改善していった。
- ・ 転倒転落リスクアセスメント方法（評価項目等）を変更した。
- ・ 転倒転落患者の発生をなくす。発生した場合はその原因を追究し、対策を講じる。
- ・ 転倒転落アセスメントスコアの内容を過去のインシデントレポートの分析結果を踏まえ見直しを行った。
- ・ 転倒転落防止アルゴリズムを用いた患者の転倒リスク評価、およびそのリスクに応じた対策を講じることで転倒防止に取り組んでいる。2019年度は、医療事故調査・支援センターからの「医療事故の再発防止に向けた提言 第9号」を受け、頭部打撲時の頭部CT撮影のフローチャート作成、ベンゾジアゼピン系の薬剤使用による転倒リスクを考えた不眠時指示の変更などの検討を重ね、マニュアルの改訂に向け取り組んでいる。

2.患者満足度

【待ち時間】

- ・ 会計待ち時間対応（現在のおおよその待ち時間を表示）。
- ・ 外来の待ち時間を減らすために予定枠の見直しをした。診療時間の短縮に努めた。
- ・ 待ち時間の有効性を伴う電光掲示板の設置。

【施設・設備・機器の見直し】

- ・ 駐車場混雑の改善
- ・ 会計場所の変更
- ・ AI問診、オンライン診療（一部診療科）
- ・ 患者が迷わず目的地（診察室、検査室等）に行くために誘導する、院内表示の変更及び、新しい案内板を設置した。
- ・ 病棟へのICカード入退室システム導入
- ・ トイレ清掃（点検回数を増やし、汚れていた場合に即座に清掃）、改修。

【接遇】

- ・ 外来正面玄関の職員配置変更
- ・ 患者総合支援センターの活用推進
- ・ 定期的に患者サービス向上のための取り組みについて議論し、その結果を実現できるよう関係部署に働きかけている。
- ・ 職員の患者への対応の改善のため勉強会を行った。

【調査方法・調査項目、その他】

- ・ 調査期間を通年とした。
- ・ 入院患者に科別に満足度調査を定期的に実施した。
- ・ 「患者満足度・職員やりがい度活用支援」の患者満足度調査方式を導入し、標準的な調査方式に統一した。
- ・ PR用の小冊子を作製。病院をより良く利用（理解）してもらうようにしている。
- ・ 院内設置の医療サービス向上委員会にて検討材料とした。
- ・ 院内外への結果の広報。対策の立案と実施。

3.褥瘡発生率

【フィードバック、情報共有】

- ・ 看護部の褥瘡対策委員会で、毎月発生件数を算出し検討している。
- ・ クオリティマネージャーによる分析とフィードバック。
- ・ 褥瘡対策委員会での報告。
- ・ 院内情報共有や数値のフィードバック。
- ・ 全病棟を対象に予防ケア実施状況調査施行。報告書を所属長、褥瘡リンクナースに配布し病棟会で周知。
- ・ 毎月の院内発生報告（褥瘡ハイレスクラウンドの結果も報告）。

【施設・設備・機器の見直し】

- ・ ベッドマットレスやエアマットの有効活用（購入や選定も含めて）につなげた。
- ・ 褥瘡発生率を抑えるため、新たなマットレスの導入や、褥瘡回診など行い結果と比較している。
- ・ ベットマットレスのエアーマット台数の増加とラウンド評価を実施。
- ・ エアーマットに標準設定方法を表示。

【勉強会・研修会の開催、その他】

- ・ 認定看護師による、院内・院外（他医療機関向け）勉強会を開催し質の向上につなげた。
- ・ 新入職者対象に褥瘡予防ケアについて講義を実施。例年実施されている新入職者・中途採用者の実技演習などが行えず褥瘡予防ケア、観察のポイントが周知されていなかったため、褥瘡予防ケアハンドアウトを全病棟の可動式パソコンに設置。
- ・ 新規褥瘡をd1の状態で見えるように褥瘡対策リンクナース会で勉強会を行い、スタッフの知識・技術の普及に努めている。
- ・ 褥瘡発生患者の発生部位、深さ、発生経緯から原因の分析を行った。
- ・ 褥瘡管理の専従看護師（皮膚、排泄ケア認定看護師）による、入院時・入院中の褥瘡スクリーニングを徹底しており、皮膚科常勤医師も配属されていたこともあり、褥瘡リスクの範囲や観察方法etcの質も向上した。特にこれまで見落としがちであった足指の褥瘡の発見等にもつながった。
- ・ ポジショニングの実技とポジショニング大会。
- ・ 弾性ストッキングの履かせ方や観察ポイントの学習とマニュアル作成。
- ・ DESIGN-Rのつけ方と予防のアセスメント学習、褥瘡リスクアセスメントの学習。
- ・ 看護ケアをどのように行っているか、専従看護師がラウンドして確認、教育を行った。

4.救急車・ホットラインの応需率

【組織・体制の変更】

- お断り内容を調査し、“断らないための組織作り”を模索。
- 責任者の変更および体制の充実。土日は、応需率の高い大学病院の救急科の非常勤による当直とした。
- 時間外における救急専用病床の事前確保。
- 断らない救急を確立するためにオンコール体制を実施。
- 救急車・ホットラインは原則として医師が対応（不応需ケースはすべて運営会議で報告）。
- モービルCCUの運用を拡大し、多職種で対応できる協力体制を構築した。

【フィードバック、情報共有】

- 救急断り事例の病院全体での全例共有。
- 各消防署への訪問・情報提供。
- 受け入れ率向上に向けた問題提起、当院の実状の把握に活用。
- 毎朝の朝礼で救急車の応需不応需の理由を報告。

【詳細分析、その他】

- 6号基準（消防法第35条の5第2項第6号）による受入率に関する調査。
- 救急お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。
- 不応需理由の記録と分析。
- 院内設置の救急センター運営委員会にて検討材料とした。

5. 予防的抗菌薬投与停止率

【業務プロセスの見直し】

- 改善可能な術式について、クリニカルパスの見直しを実施。
- 術後24時間以上の抗菌薬投与がクリニカルパスに設定されていたため、24時間以内停止となるようにパスを変更を行った。
- 予防的抗菌薬初回投与場所の変更を行った。
- 周術期におけるクリニカルパス内の抗菌薬投与時間の見直し。

【フィードバック、情報共有、その他】

- 担当診療科長に結果を報告。
- 指標のNGとなる項目を抽出し、対象診療科にデータを提供した。
- ヒアリング等で各診療科に周知を行った。
- 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。

6.18歳以上の身体抑制率

【フィードバック、情報共有】

- 身体拘束を行った記載を徹底するよう周知した。
- 病棟別の結果を毎月フィードバックした。
- 委員会で結果を共有した。
- 看護部にて、身体抑制率の月ごとの結果確認から始め、状況を把握する等改善に向けて検討に入った。
- 看護記録から身体拘束をしない看護の提供、早期解除に向けた対応に対してチームよりフィードバックを行うなど

【評価およびラウンド】

- サーベイランス入力項目の見直しなど
- 委員の病棟内のラウンド等
- せん妄アセスメントシートを導入するとともに、せん妄ハイリスク患者には入院前にパンフレットを配布し注意喚起を行い、入院時よりせん妄予防のケアを導入し医師、薬剤師と情報共有することでせん妄予防に努めた。
- DSTラウンド、カンファレンスを実施し、指導した内容等について看護部の会議で周知し抑制率の低減に努めた。
- リアリティオリエンテーション、ユマニチュードについて各病棟にパンフレット配布し知識の習得について強化した。
- 多職種でラウンドを行った。

【詳細分析、その他】

- 身体拘束の内容を確認し、何の内容が多いかを確認した。
- 身体抑制について、実際のカルテ記載内容などの記載方法に統一性がない点を現場に示し協議を行った。
- 転倒転落の医療安全の面と認知症ケアの面で重複している身体抑制について、統一した見解でカルテ記載される方向でのマニュアル化が看護部で検討されている。
- 身体拘束についての学習会（Web研修 安全委員会との企画）
- チームラウンドでの身体拘束解除に向けた計画の立案サポート

7.血液培養実施時の2セット実施率

【フィードバック、情報共有】

- 感染防止対策委員会等を通じての啓発。
- 院内の感染対策部、感染対策委員会において、各診療科に対し、随時、2セット採取を促すチラシを配布している。
- 同日2セット以上率を科別に定期的に部長会議等で公表している。
- AST・ICTの研修会で2セット実施の取り組みについて取り上げ、職員へ周知する活動を継続して実施している。

【詳細分析、その他】

- 昨年度より実施を継続して行った（データの検証作業を実施し、原因を分析し、該当部署へ情報提供した）。
- 日本病院会でのDPCデータからの統計結果と院内独自システムでの結果が乖離しており、原因の追究を行った。
- 当院のフィードバックデータが低い原因を調査し、マスタの変更を行った。
- 1セットのみ提出された際には細菌検査室でその理由の検証を行い、採取困難など明確な理由がない場合は担当部署・依頼医師へ連絡を行うなど、2セット実施率向上に取り組んでいる。

8. 紹介率・逆紹介率

【業務プロセスの見直し、組織・体制の変更】

- 自施設における紹介率を改めて正確に算出・把握するよう、指標の条件に則り関係部署と協力し、取りかかっている。
- 地域医療支援病院取得にむけて院内で取り組みを行った、その結果紹介率が向上した。
- かかりつけ医相談窓口を医療連携室内に設置。かかりつけ医相談、他病院の予約を行っている。
- 糖尿病代謝内分泌内科、眼科、耳鼻咽喉科において、かかりつけ医マップを外来待合に掲示、近隣の医療機関の医療機能で検索できる「医療機能早見表」、かかりつけ医マップと連動し医療機関の詳細情報をファイルした「見つかるくん」を作成。スムーズな逆紹介ができるよう診療科の特性や、患者さんのニーズに合わせ診療科毎に逆紹介支援の資料を用意している。

【患者への働きかけ、かかりつけ医との連携】

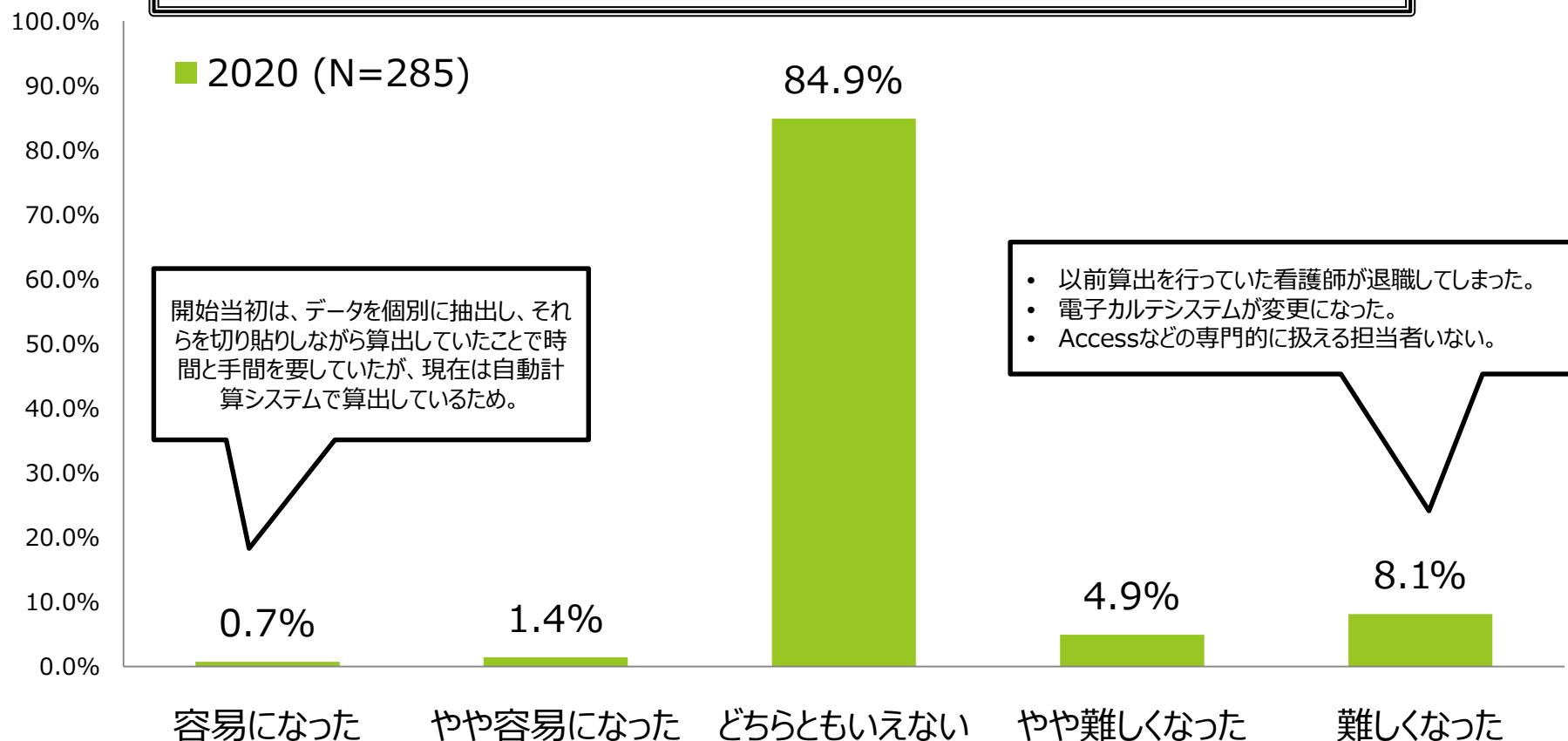
- 近隣の医療施設に訪問。
- かかりつけ医に今後の診療について継続をお願いしている。
- 紹介元である開業医への訪問・情報提供。
- 日々の渉外活動を強化し自院のPRを積極的に行っていく。

【フィードバック、情報共有、その他】

- 紹介率向上を目指し、地域連携室を中心に他施設との連携をさらに強めるための1つの参考資料として、データのフィードバック報告を行っている。
- 逆紹介率向上のため、科別に診療情報提供書作成率を定期的に出し会議等で公表している。
- 経営会議などで報告を行った。

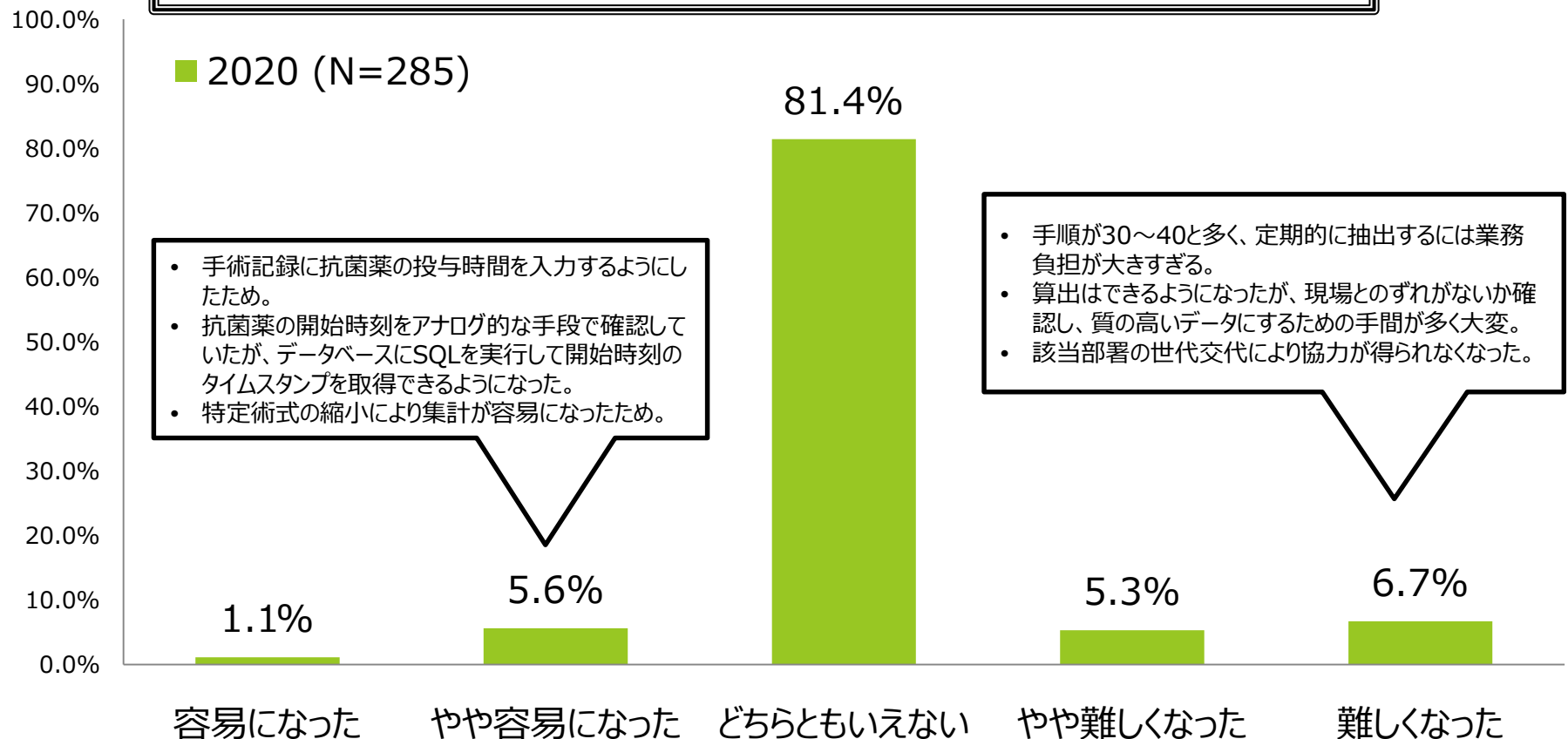
現在使用している指標について

「症候性尿路感染症発生率」について、開始した当初と現在を比較して、算出に対しての難易度は変わりましたか？



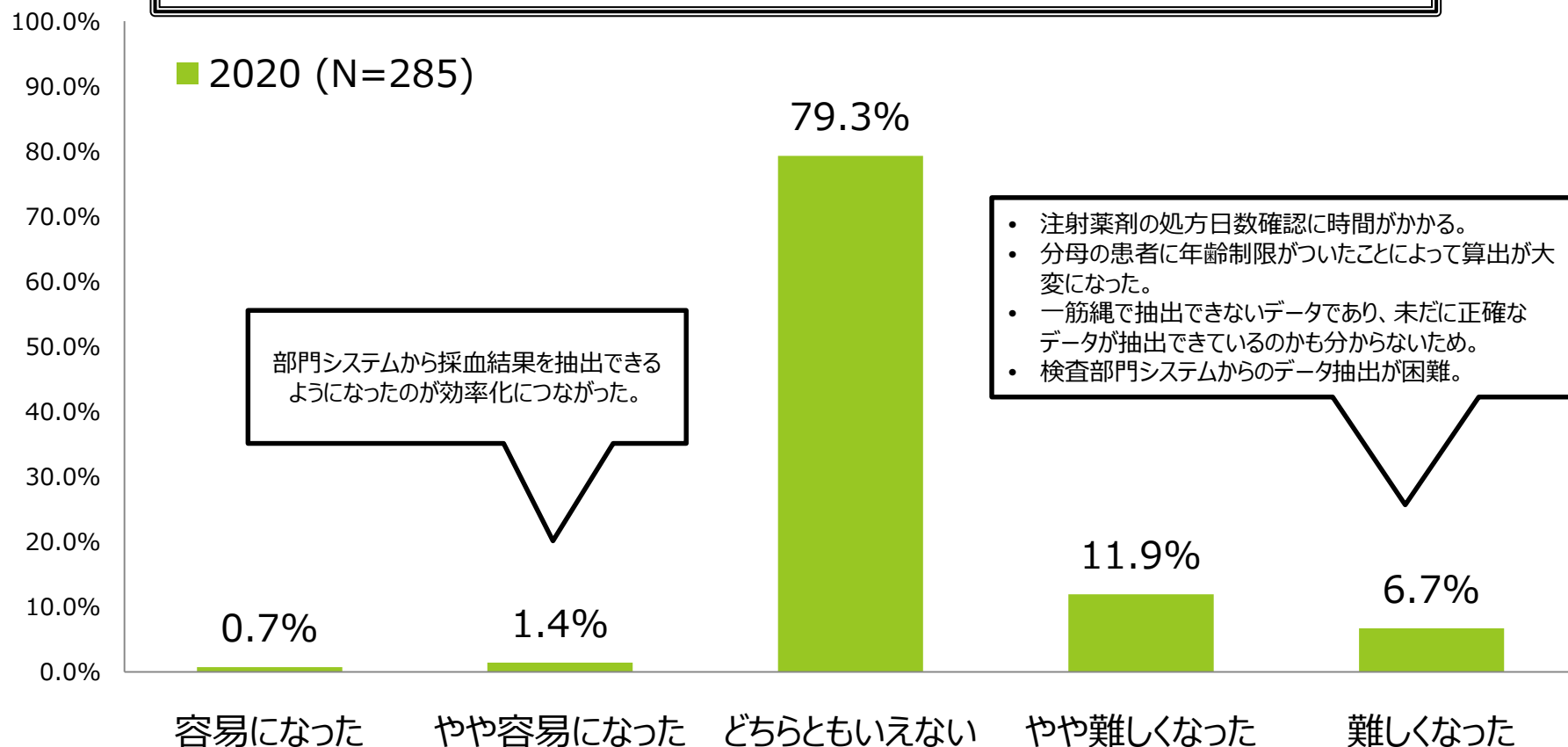
現在使用している指標について

「予防的抗菌薬(3指標)」について、開始した当初と現在を比較して、算出に対しての難易度は変わりましたか？



現在使用している指標について

「糖尿病患者の血糖コントロール」について、開始した当初と現在を比較して、算出に対しての難易度は変わりましたか？



精神病床

回答率=71.1% (27/38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？

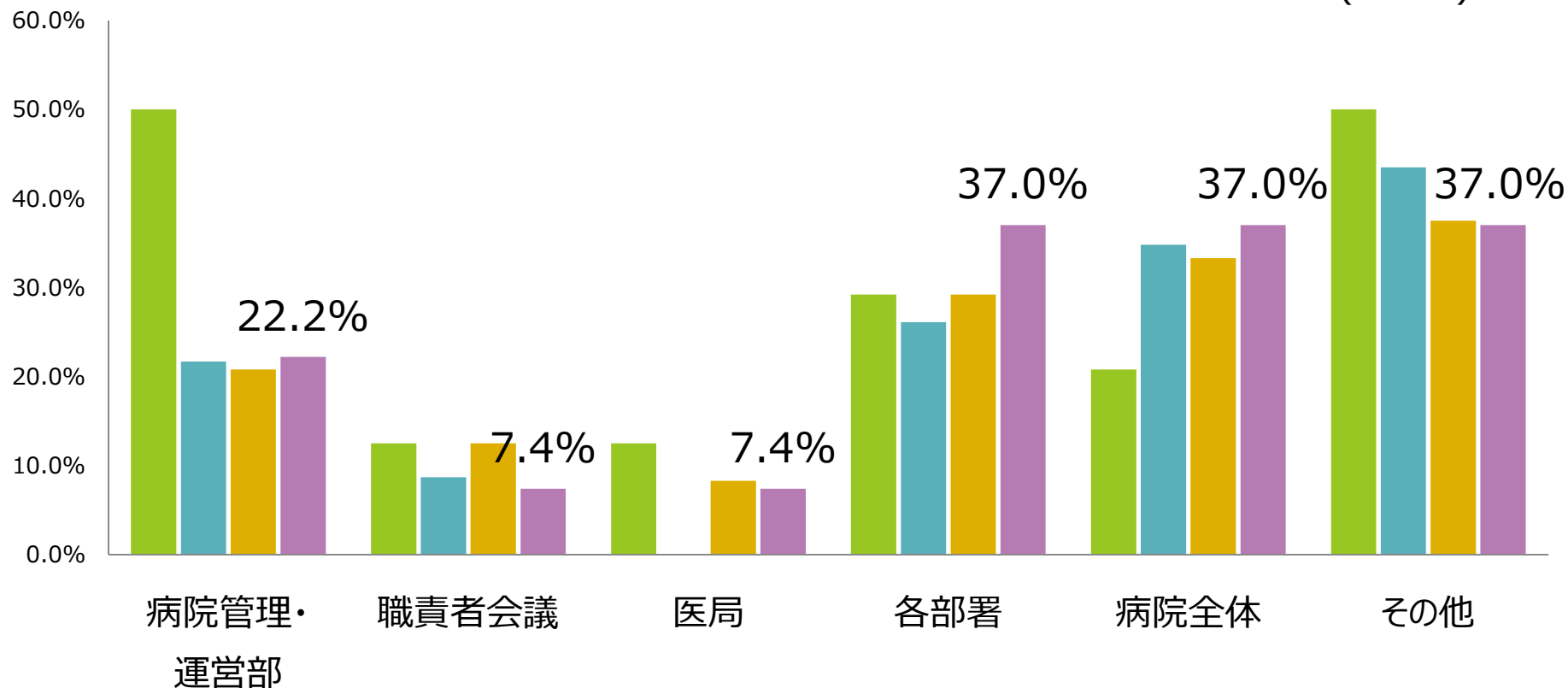
※複数選択可

■ 2017 (N=24)

■ 2018 (N=23)

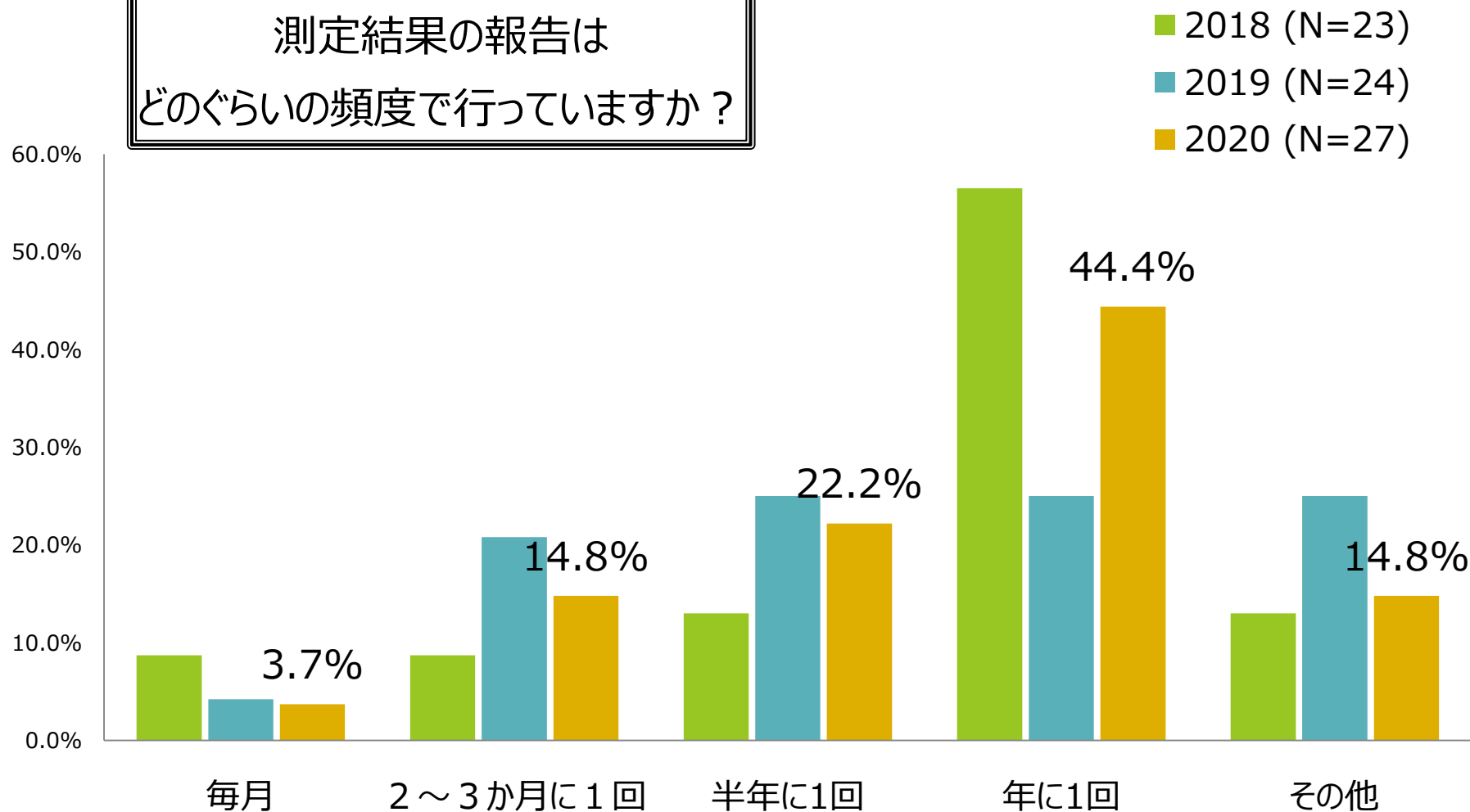
■ 2019 (N=24)

■ 2020 (N=38)



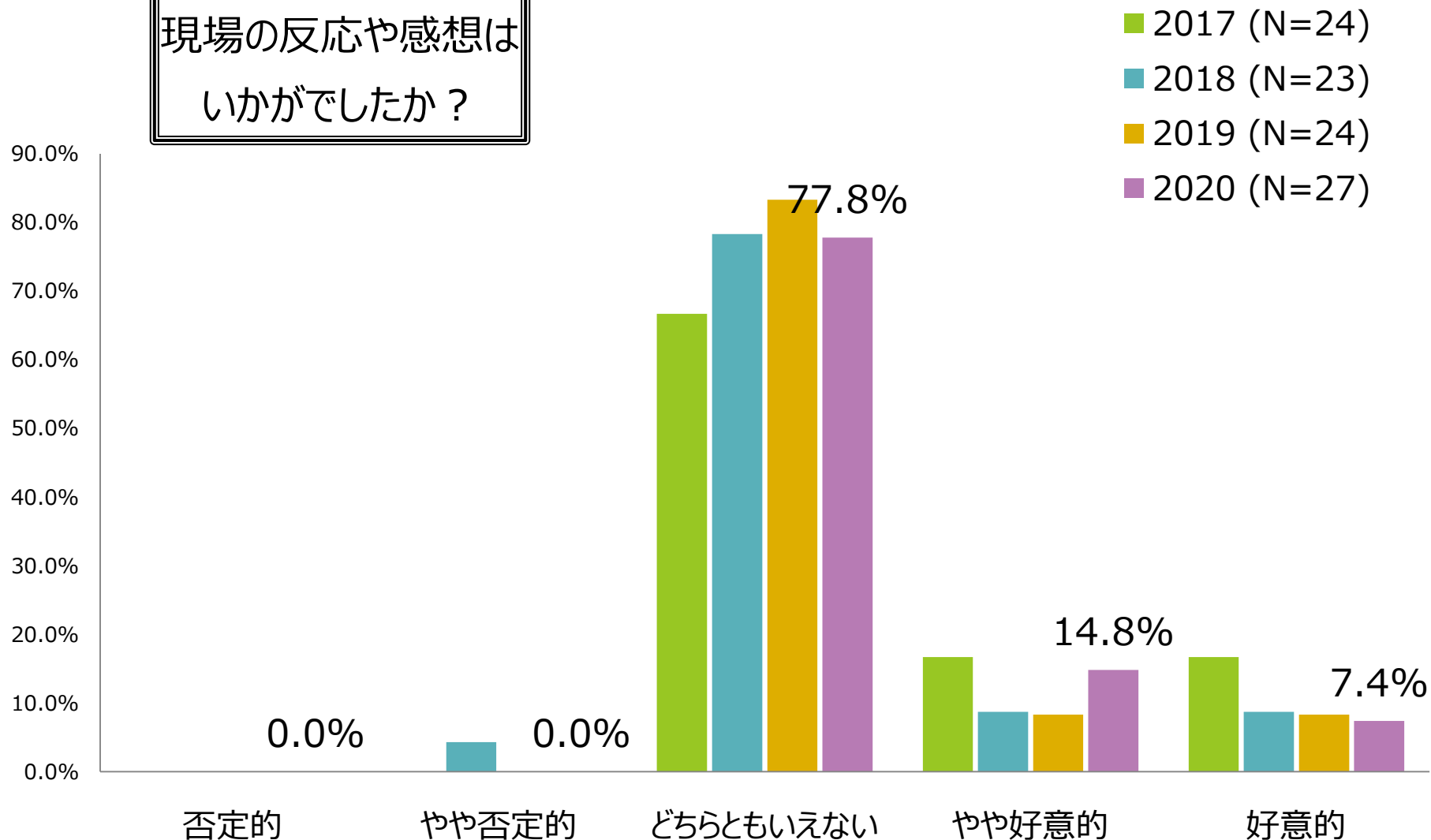
QIプロジェクトにおける全体像

測定結果の報告は
どのくらいの頻度で行っていますか？



QIプロジェクトにおける全体像

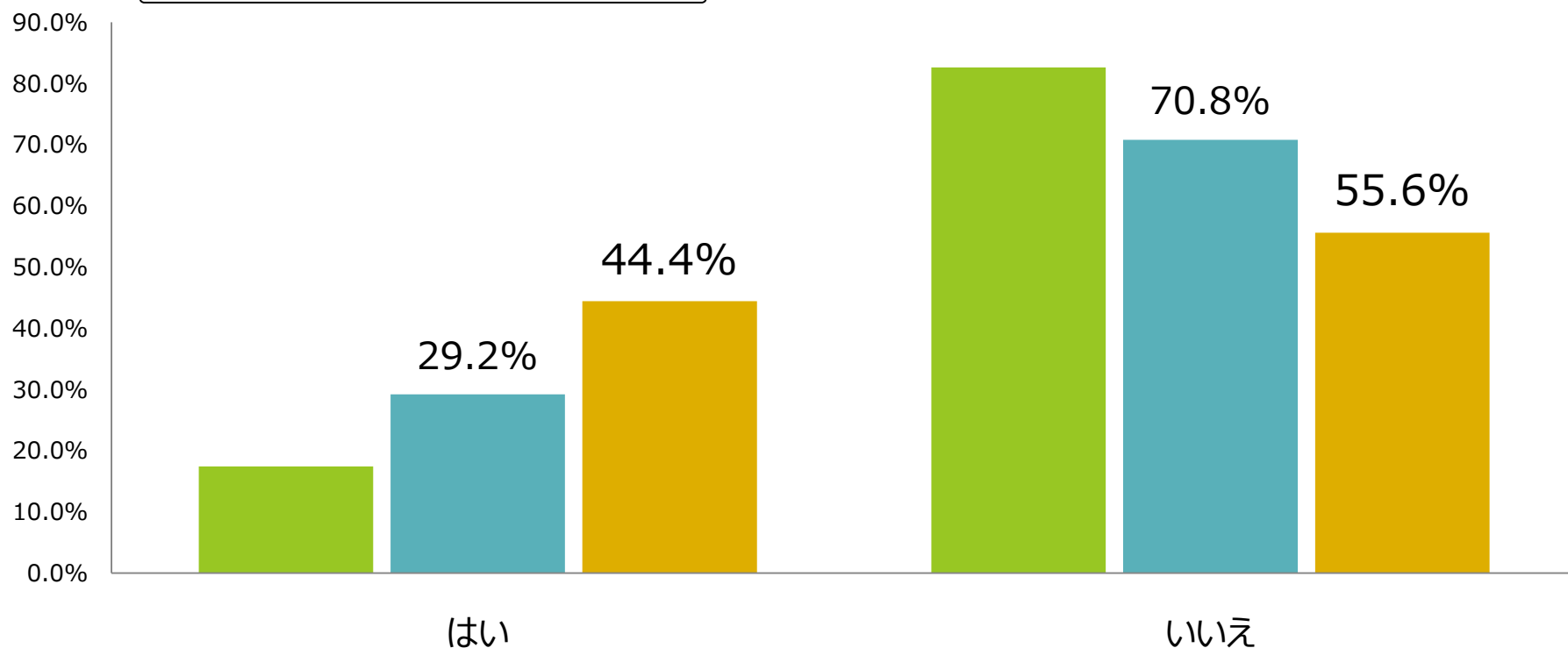
現場の反応や感想は
いかがでしたか？



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)
■ 2020 (N=27)

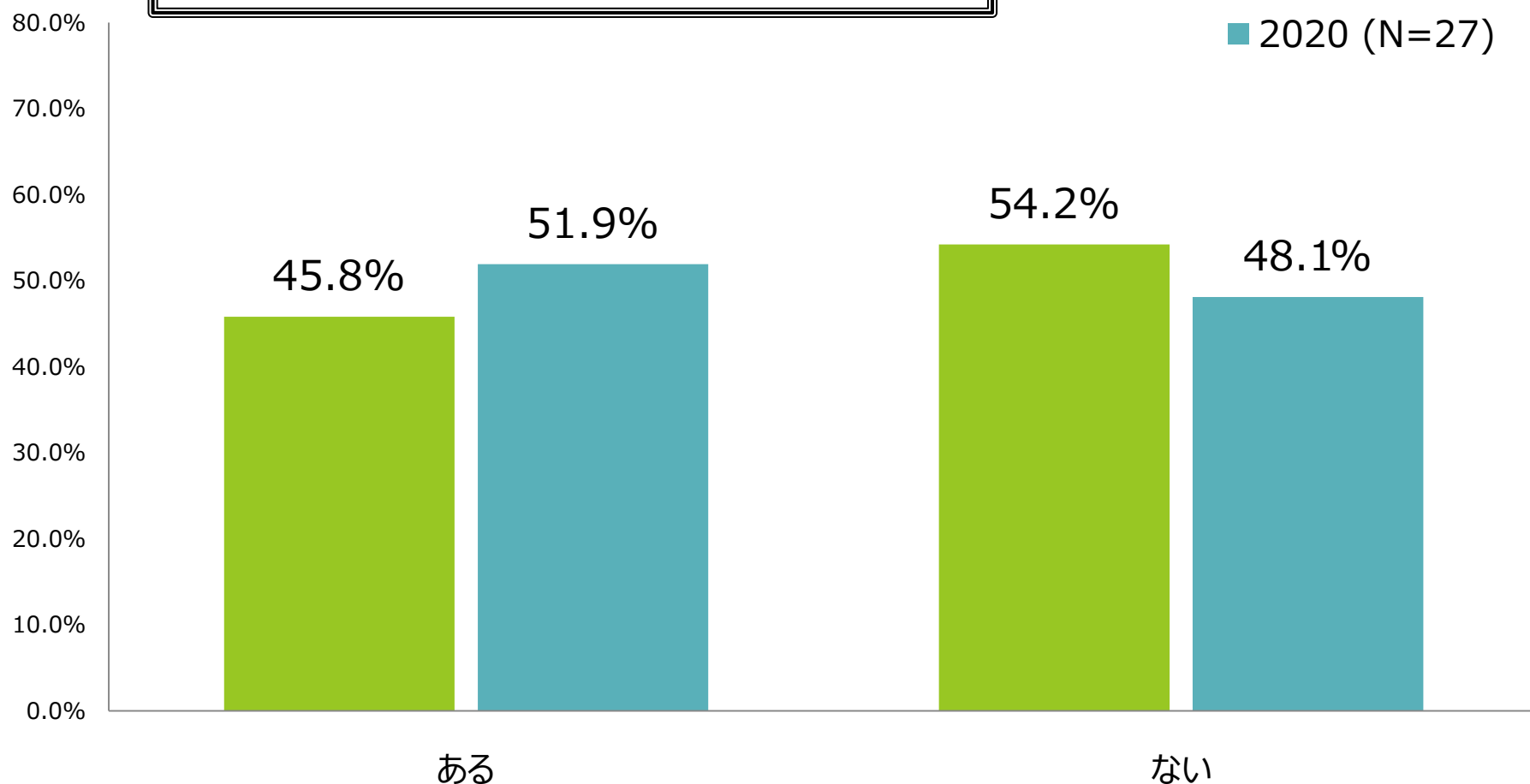


QIプロジェクトにおける組織体制

指標の改善活動に係る委員会がありますか？

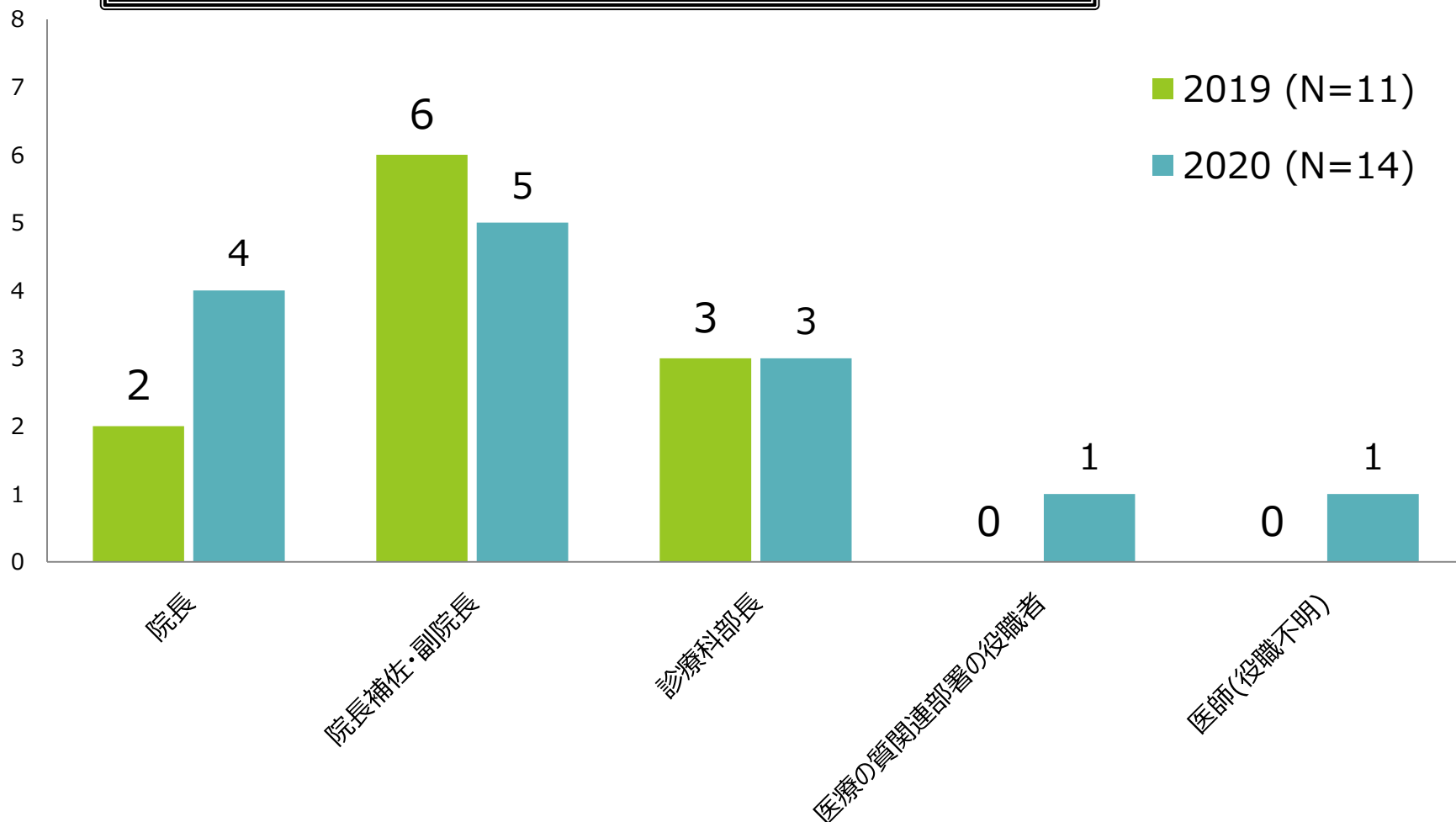
■ 2019 (N=24)

■ 2020 (N=27)



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)



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=14)

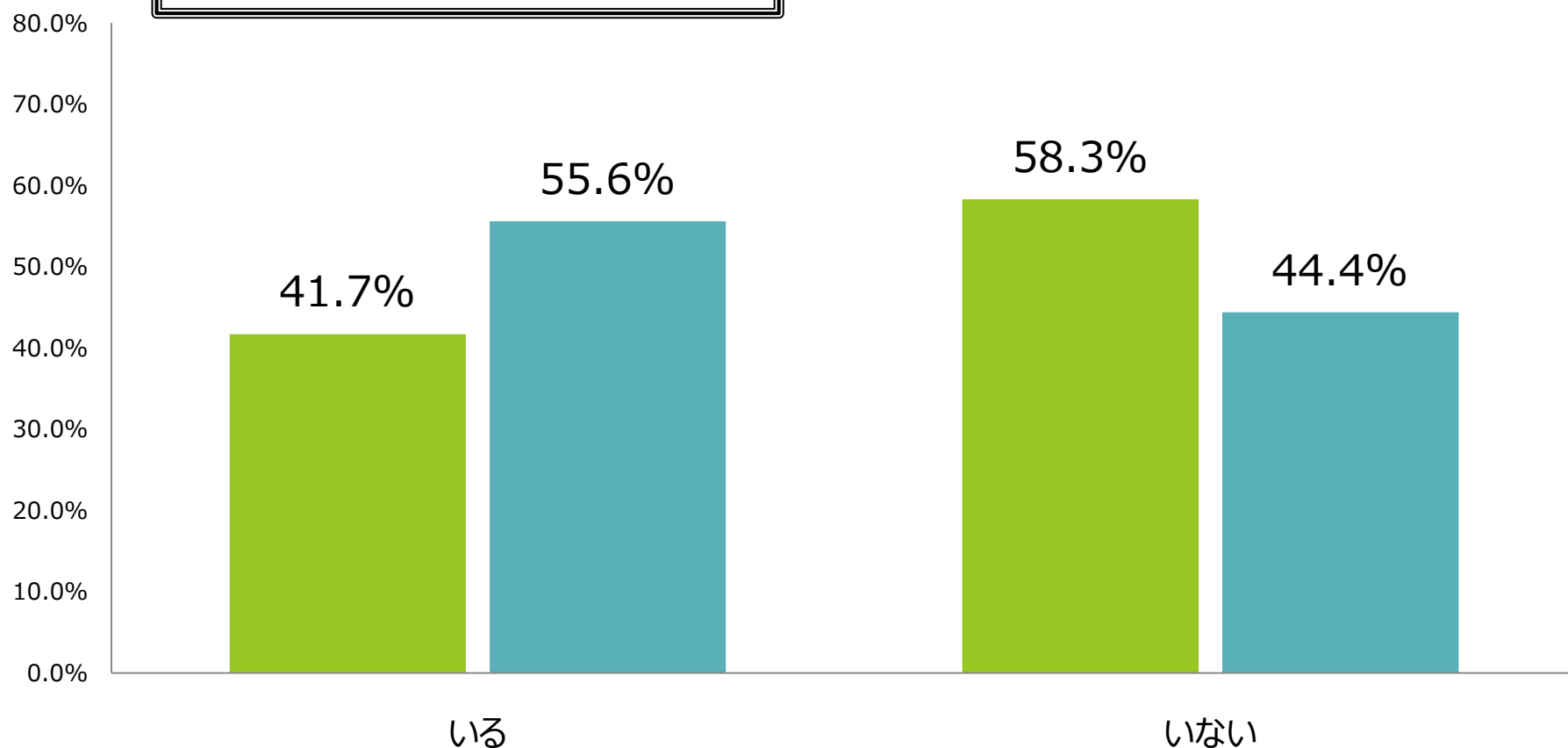
	医師	看護師	薬剤師	コメディカル	事務職	合計
平均値	8.9人	2.8人	0.9人	2.4人	4.8人	19.7人
最小値	1人	0人	0人	0人	1人	8人
中央値	5人	2.5人	1人	2.5人	4.5人	17人
最頻値	5人	2人	1人	3人	5人	10人
最大値	38人	5人	2人	7人	10人	60人

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？

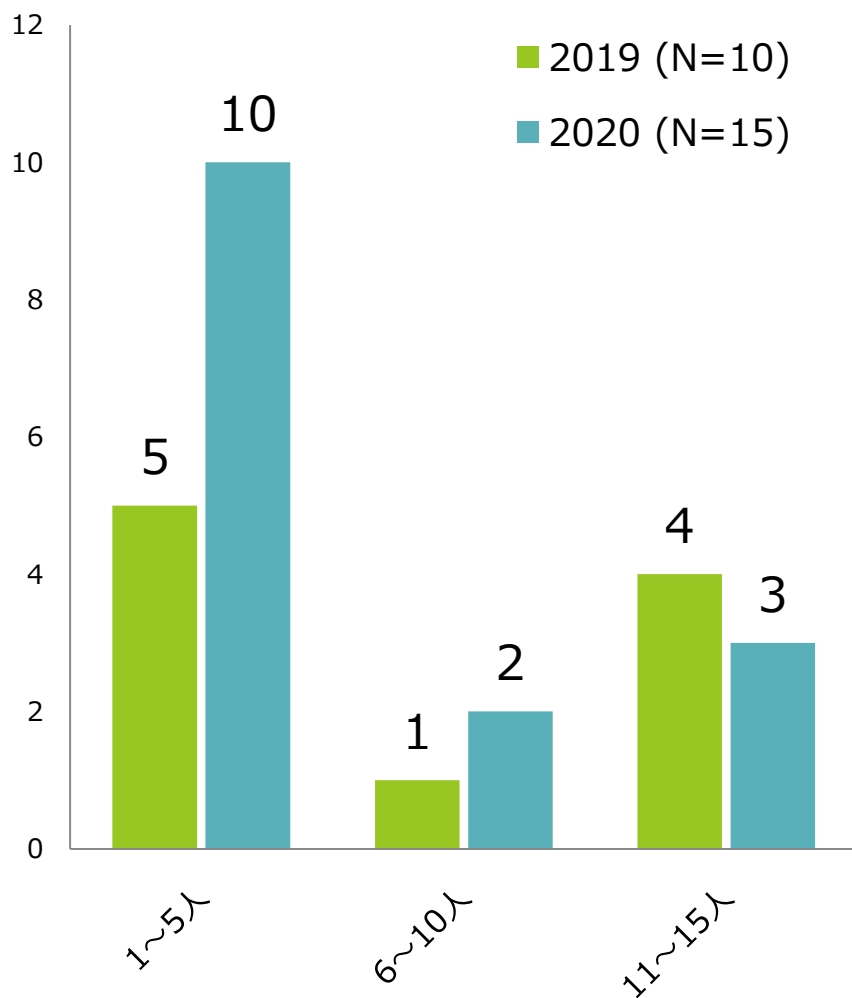
■ 2019 (N=24)

■ 2020 (N=27)

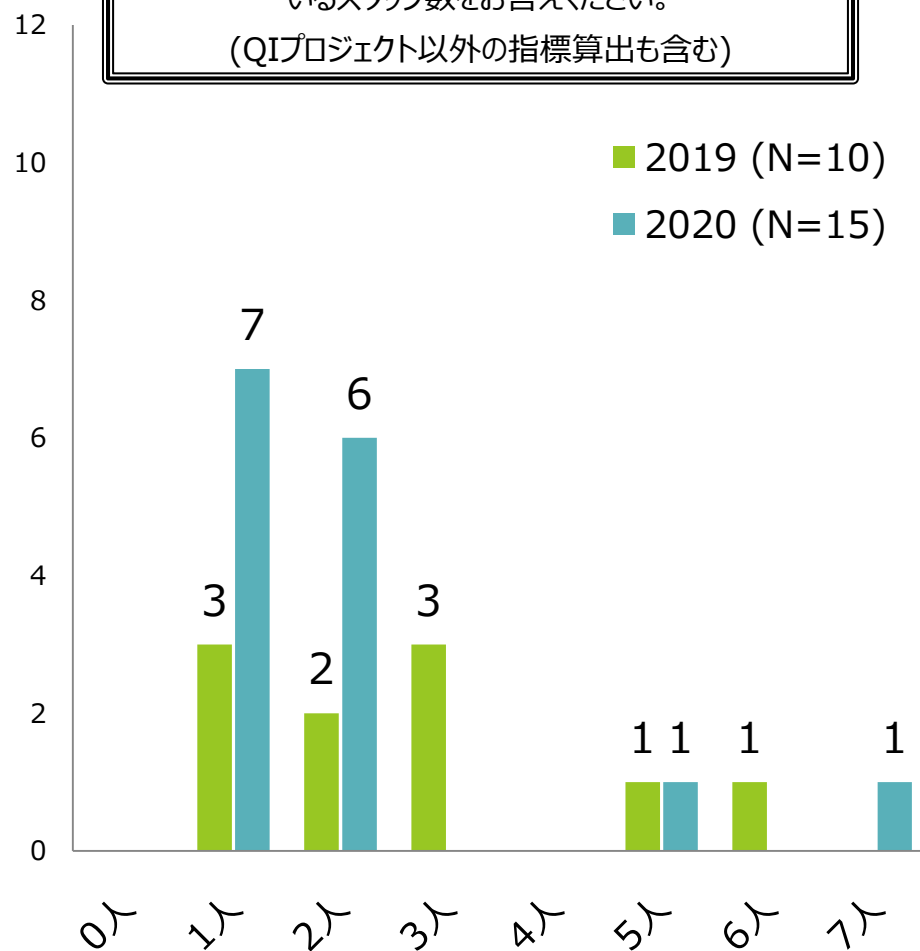


QIプロジェクトにおける組織体制

医療情報を専従で扱うスタッフ数をお答えください。

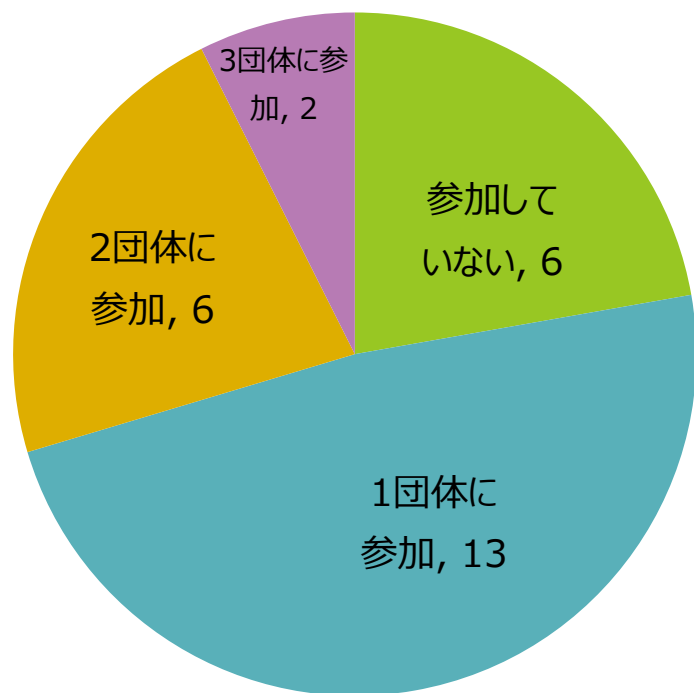


医療情報を専従で扱うスタッフのうち、指標の算出を行っているスタッフ数をお答えください。
(QIプロジェクト以外の指標算出も含む)



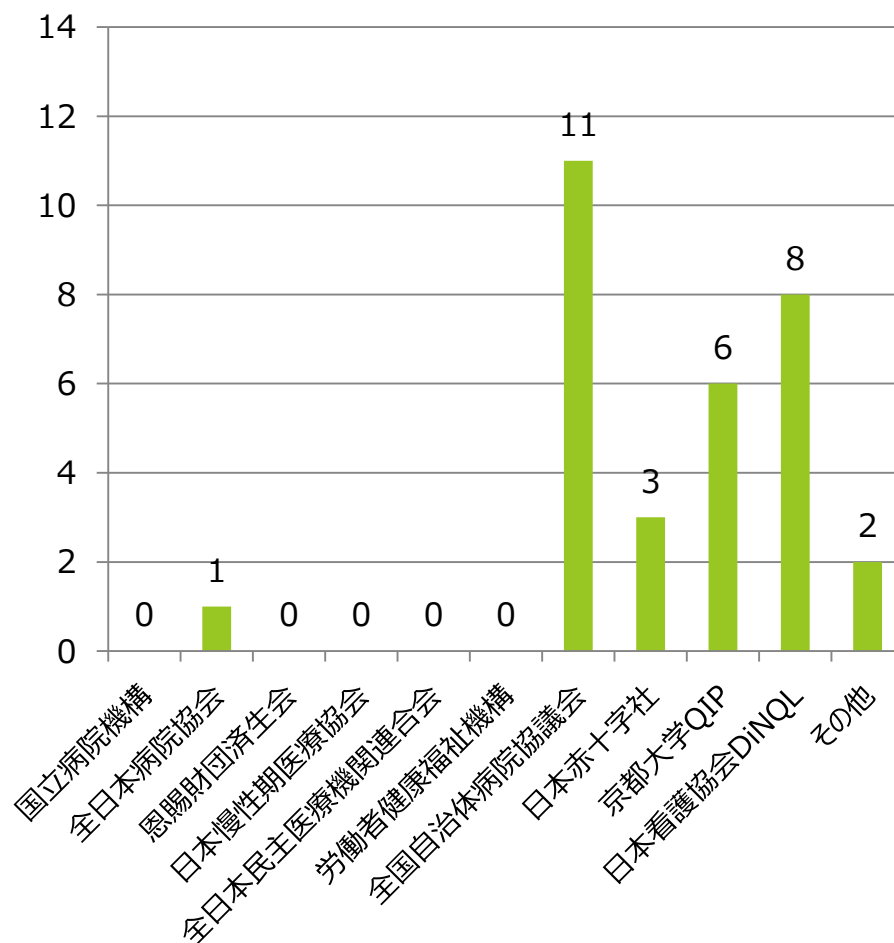
QIプロジェクトにおける組織体制

日本病院会QIプロジェクト**以外**に、
測定・公表プログラムに参加されていますか？



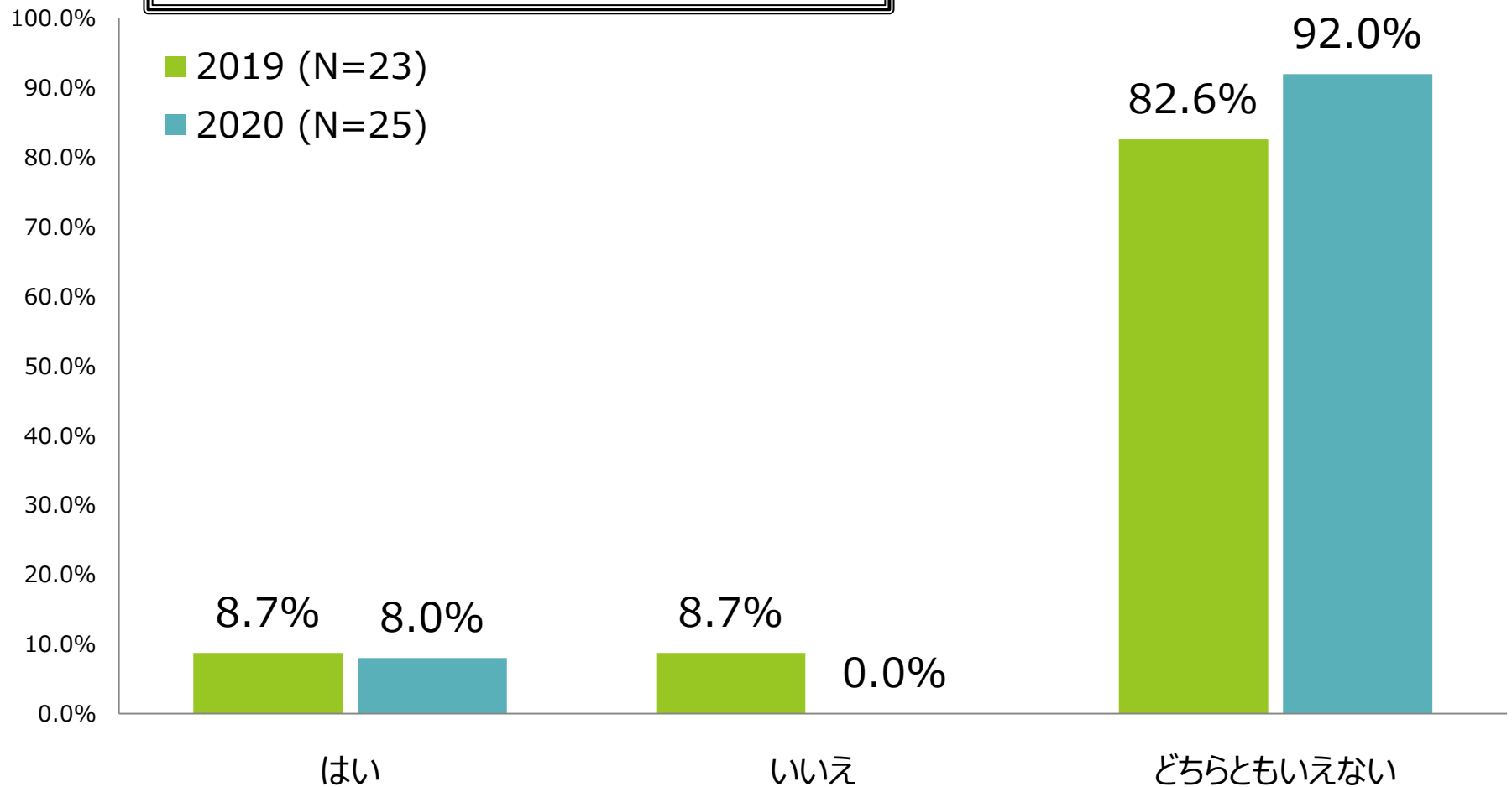
N=27

参加している団体(複数回答可)



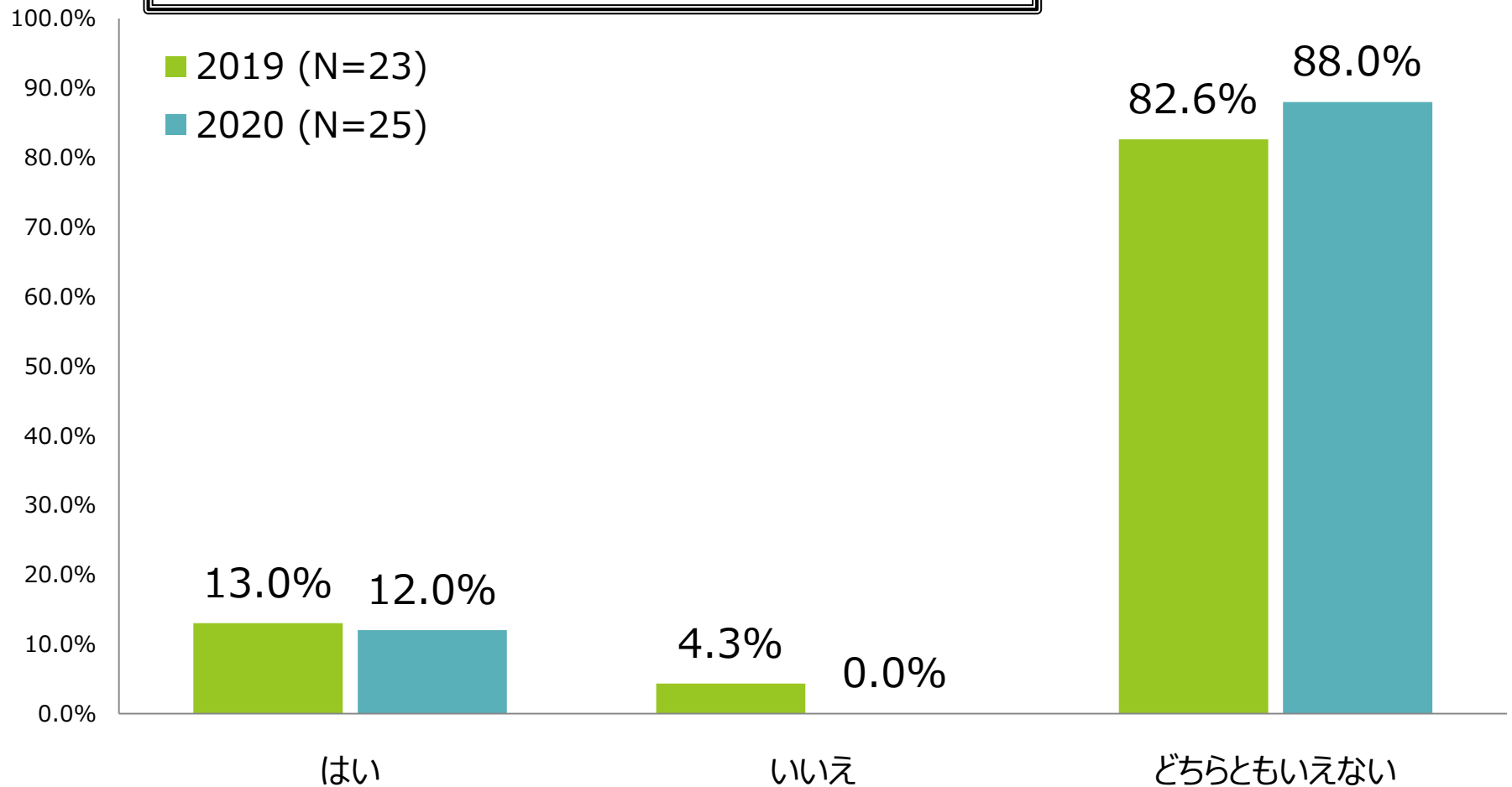
QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

施設全体の医療の質が向上しましたか？



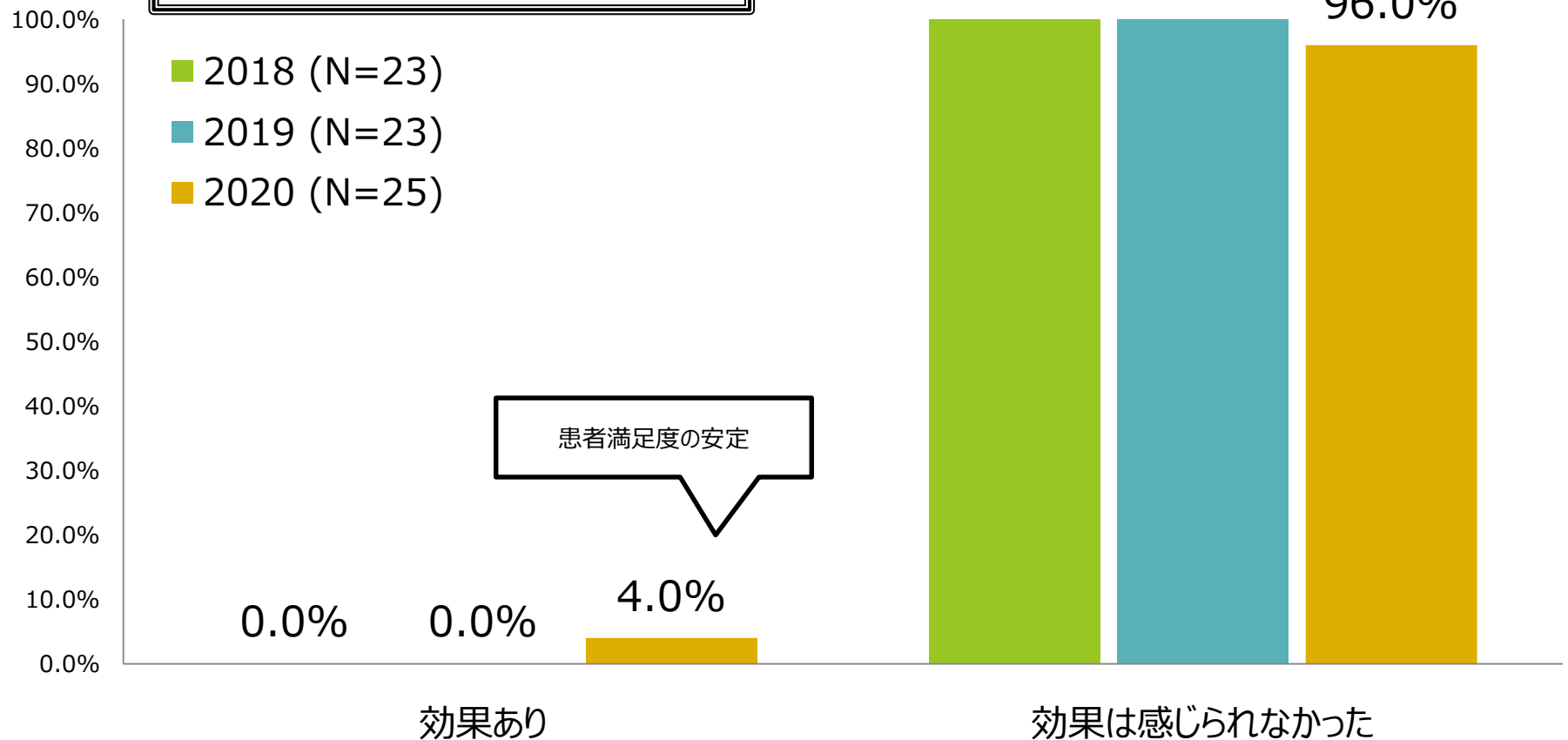
QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

医療の質に関して職員の意識が向上しましたか？

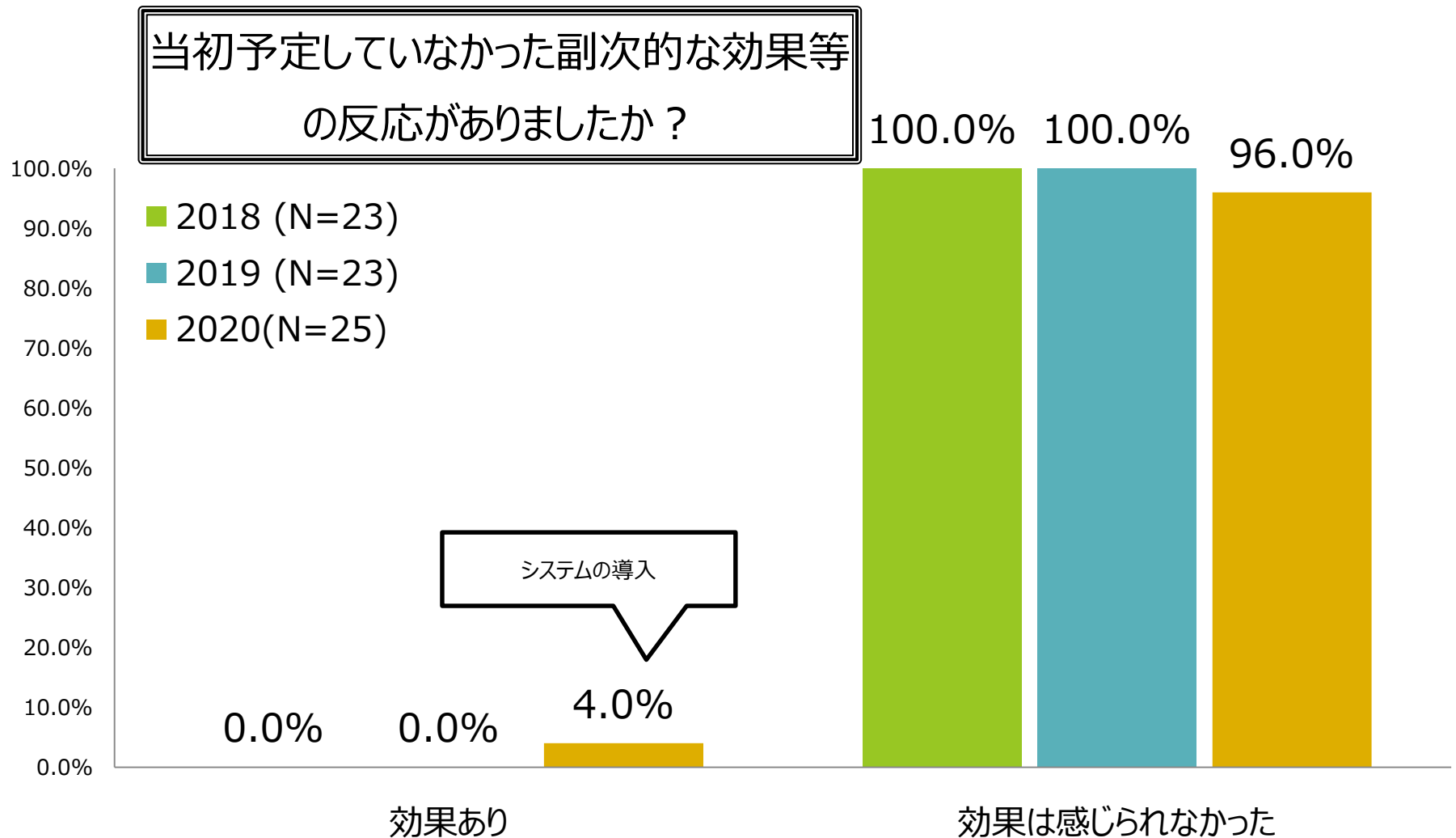


QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

外部(患者等)の反応について、
効果やありましたか？

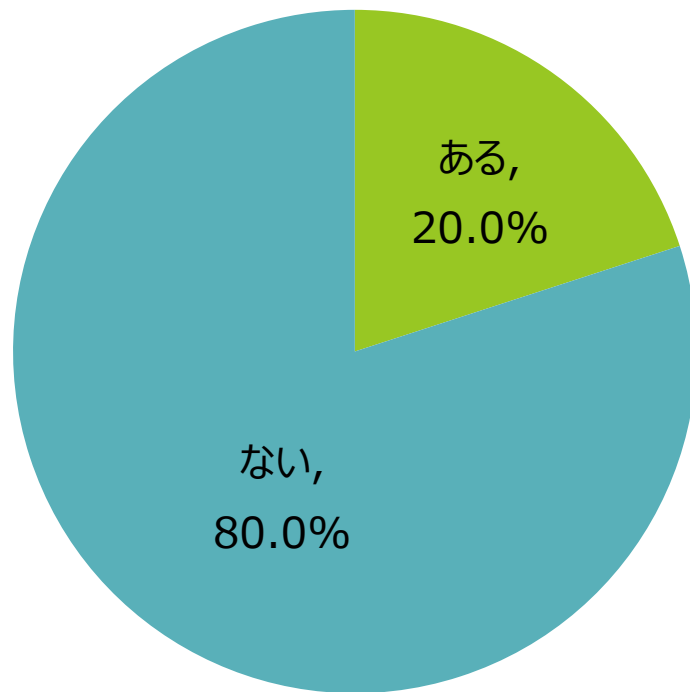


QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動



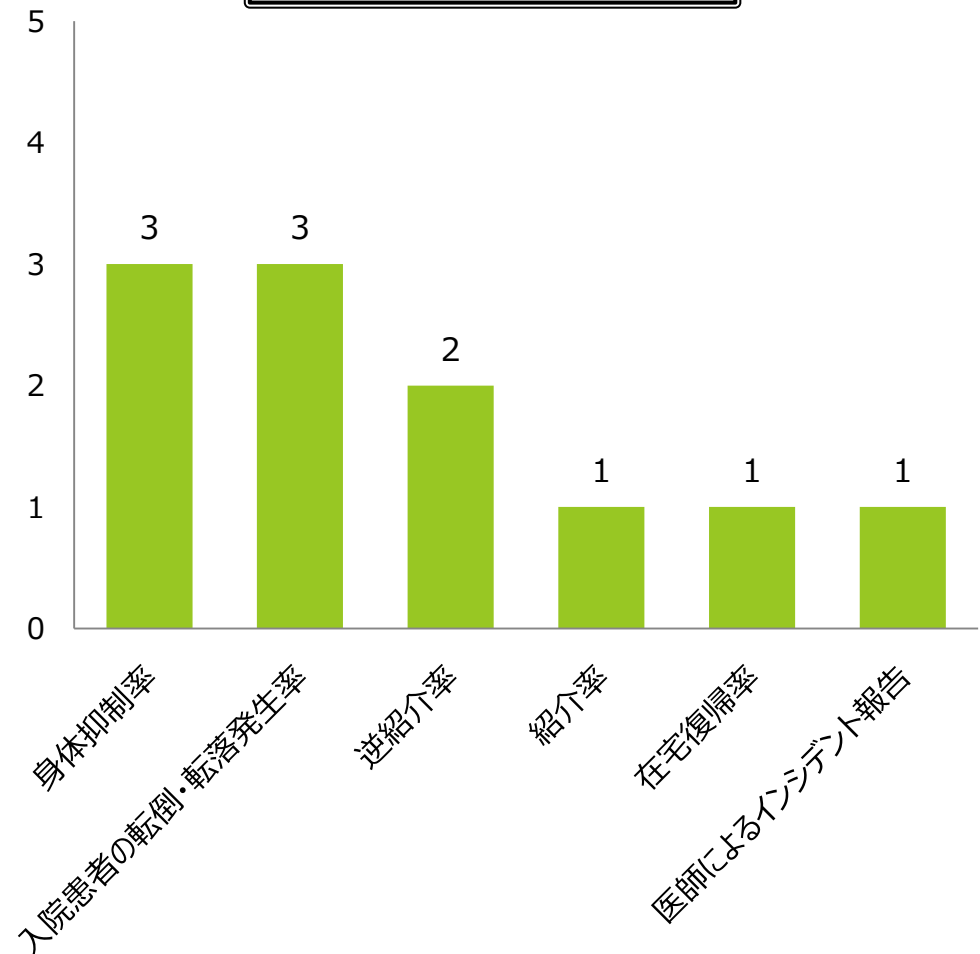
QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

今年度、改善活動を行った
指標はありますか？



N=25

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	週 1 回医師とカンファレンスを実施した。 委員会で情報共有した。 行動制限最小化委員会で毎月身体拘束が適正に行われているかをチェックしており、これまで不適切な拘束はなかった。また、1か月以上の身体拘束は、事例検討を行っている。
入院患者の転倒・転落発生率	防止対策。 発生した事象については医療安全委員会で共有、協議し、防止策、対応策の検討を行っている。 転倒・転落防止に関する医療改善委員会は、平成22年から活動を開始し、転倒転落防止アルゴリズムを用いた患者の転倒リスク評価、およびそのリスクに応じた対策を講じることで転倒防止に取り組んでいる。
紹介率・逆紹介率	かかりつけ医相談窓口を医療連携室内に設置。かかりつけ医相談、他病院の予約を行っている。 糖尿病代謝内分泌内科、眼科、耳鼻咽喉科において、かかりつけ医マップを外来待合に掲示、近隣の医療機関の医療機能で検索できる「医療機能早見表」、かかりつけ医マップと連動し医療機関の詳細情報をファイルした「見つかるくん」を作成。スムーズな逆紹介ができるよう診療科の特性や、患者さんのニーズに合わせ診療科毎に逆紹介支援の資料を用意している。
在宅復帰率	週 1 回医師とカンファレンスを実施した。
全報告中医師による報告の占める割合	診療科、センター、部門の各リスクマネージャーに対し、医療総管理ラウンドやリスクマネージャー会議などでの啓発活動を継続している。また、研修医に対しては、医療安全調査委員会の出席を通して、インシデント報告の重要性についての理解が深まるよう働き掛けを行っている。さらに患者影響度分類レベル 0 の報告を含め、ヒヤリハットやクレームトラブル事例などより多くの報告を求めている。

療養病床

回答率=51.6% (16/31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？

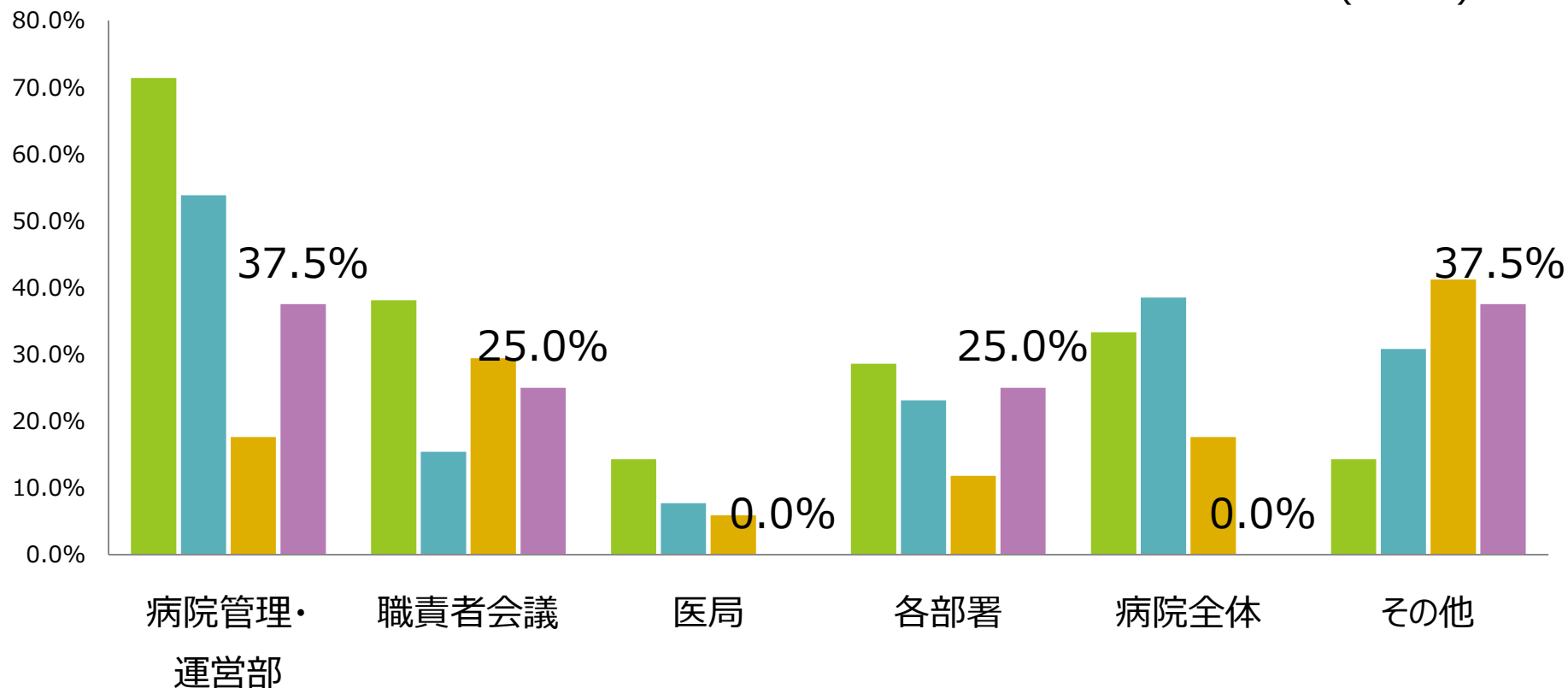
※複数選択可

■ 2017 (N=21)

■ 2018 (N=14)

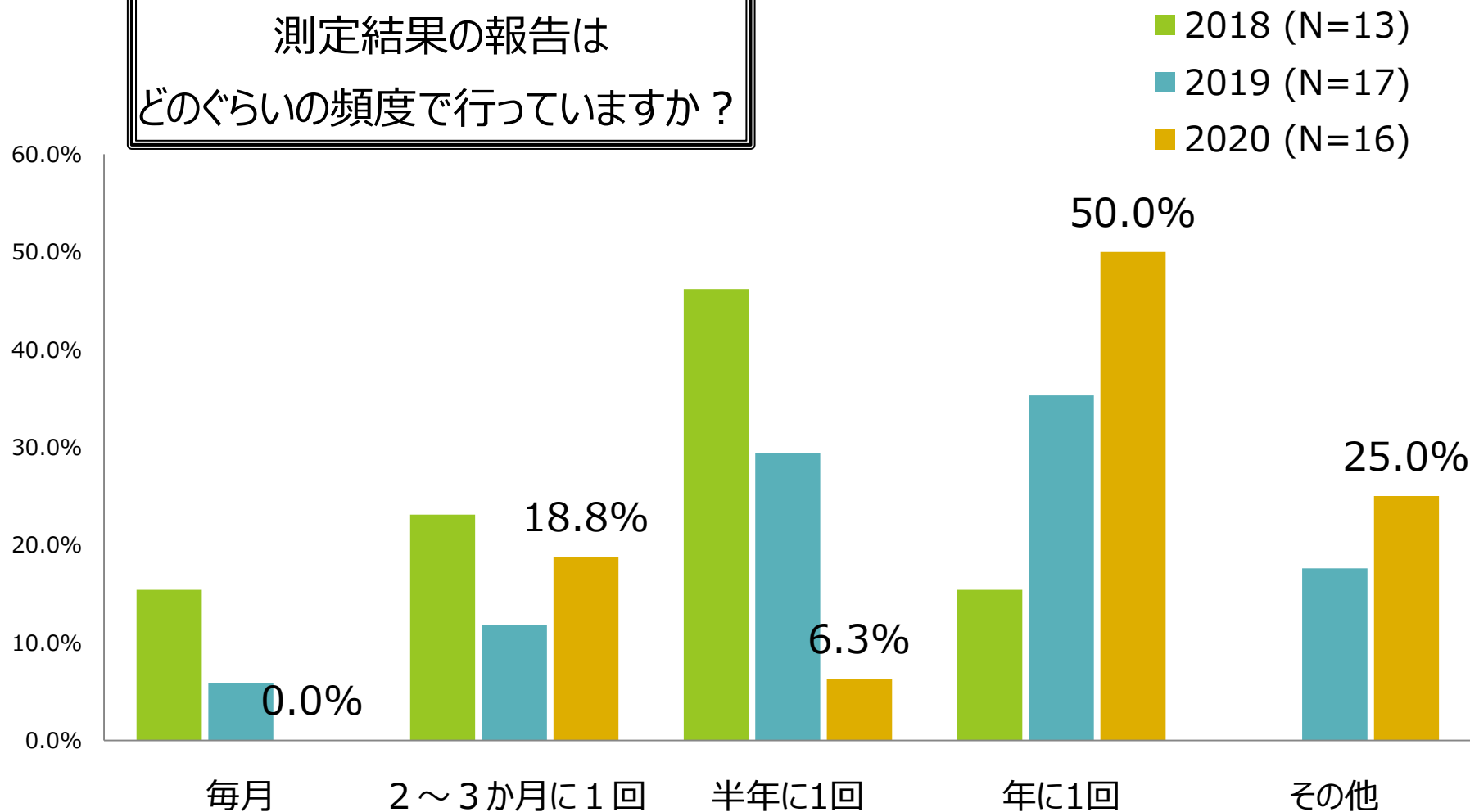
■ 2019 (N=21)

■ 2020 (N=16)



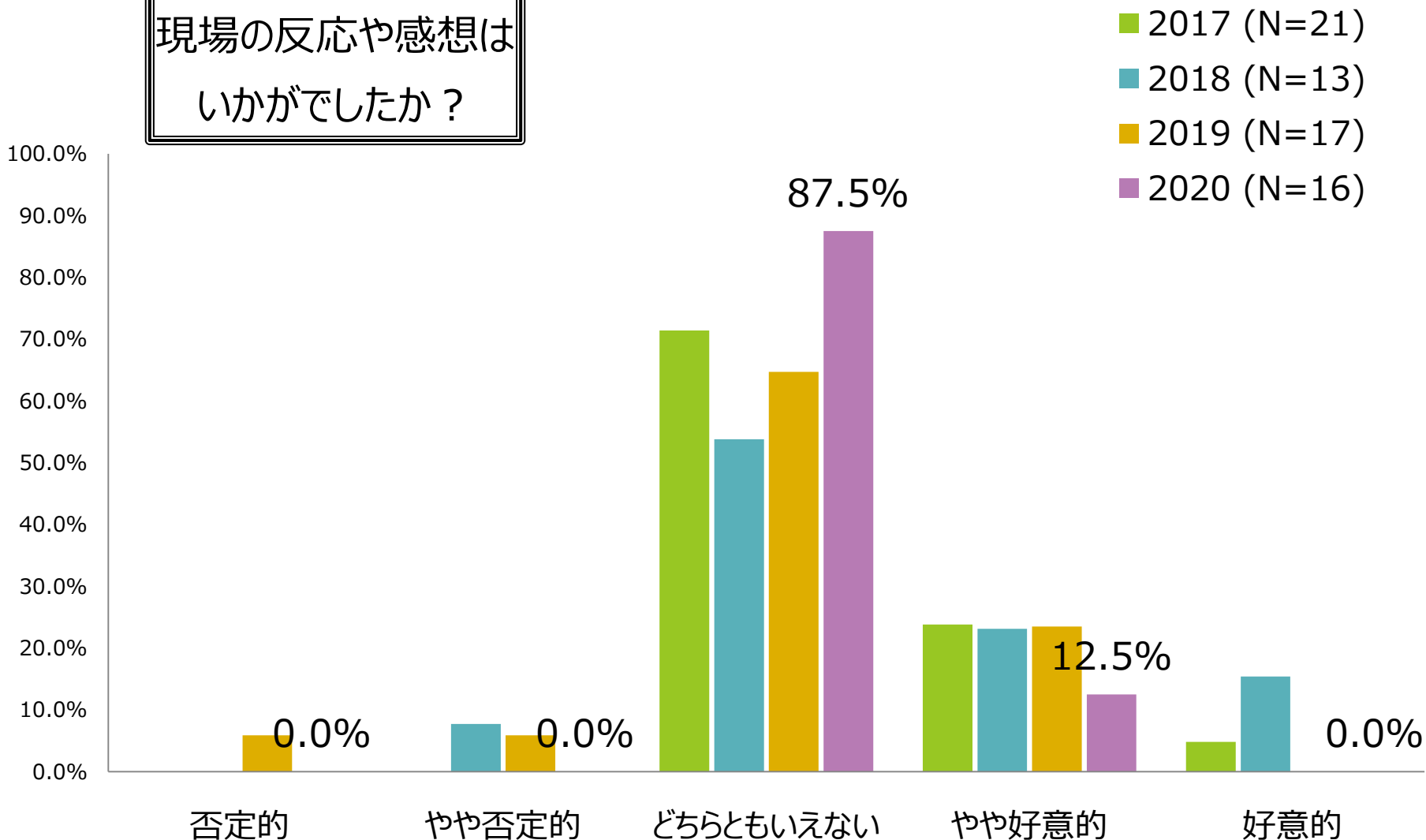
QIプロジェクトにおける全体像

測定結果の報告は
どのくらいの頻度で行っていますか？



QIプロジェクトにおける全体像

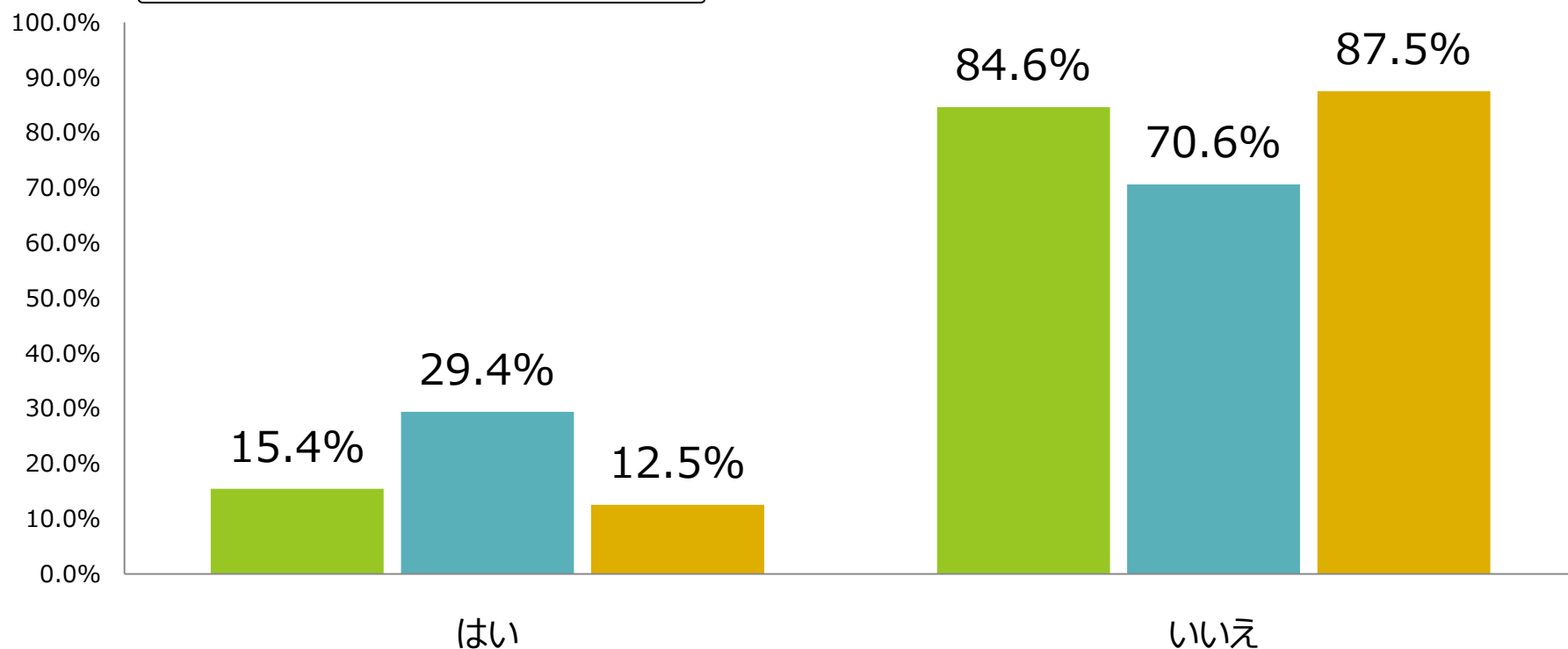
現場の反応や感想は
いかがでしたか？



QIプロジェクトにおける全体像

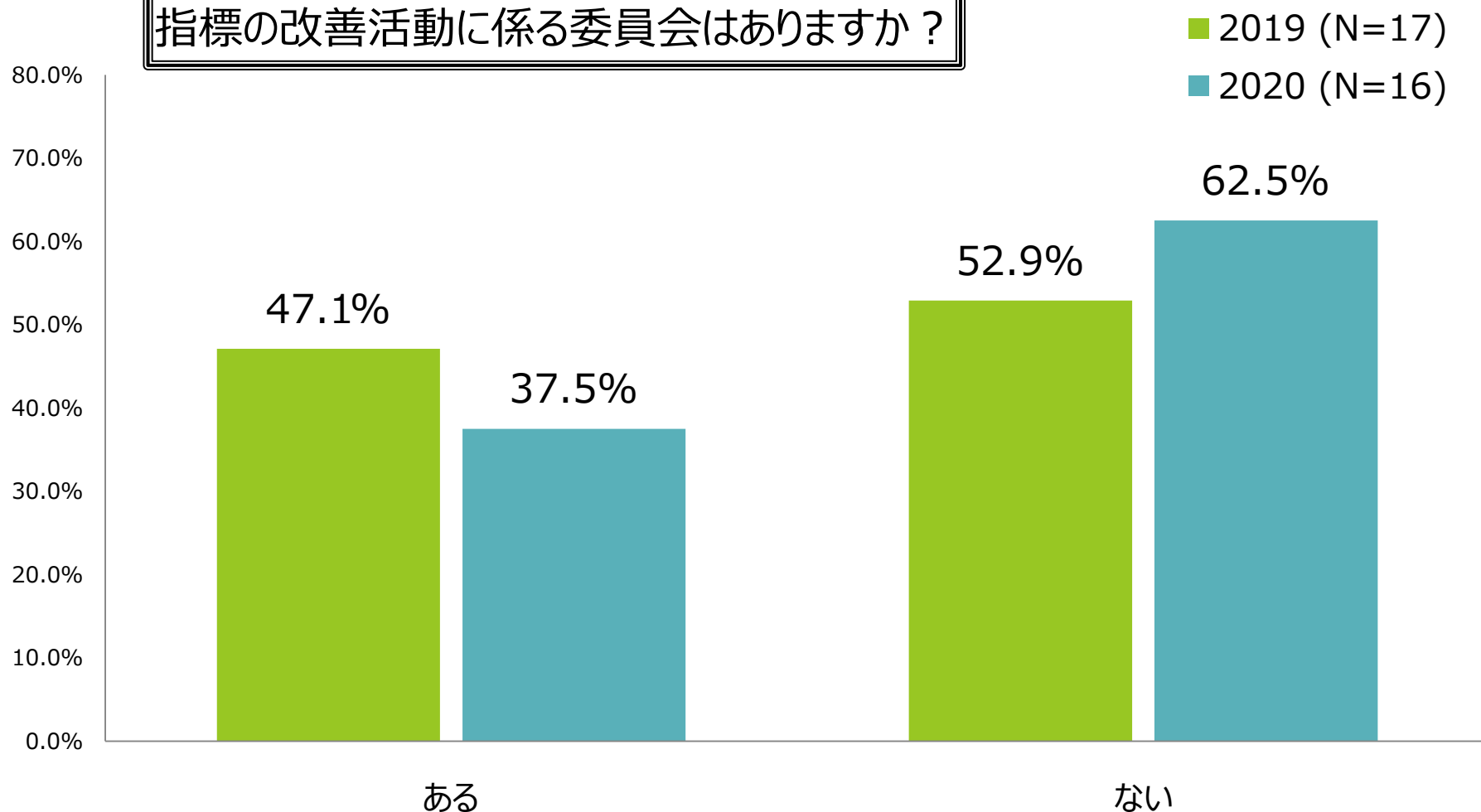
当プロジェクトに関する内容
(指標やフィードバック結果等)
を外部に公表していますか？

■ 2018 (N=13)
■ 2019 (N=17)
■ 2020 (N=16)



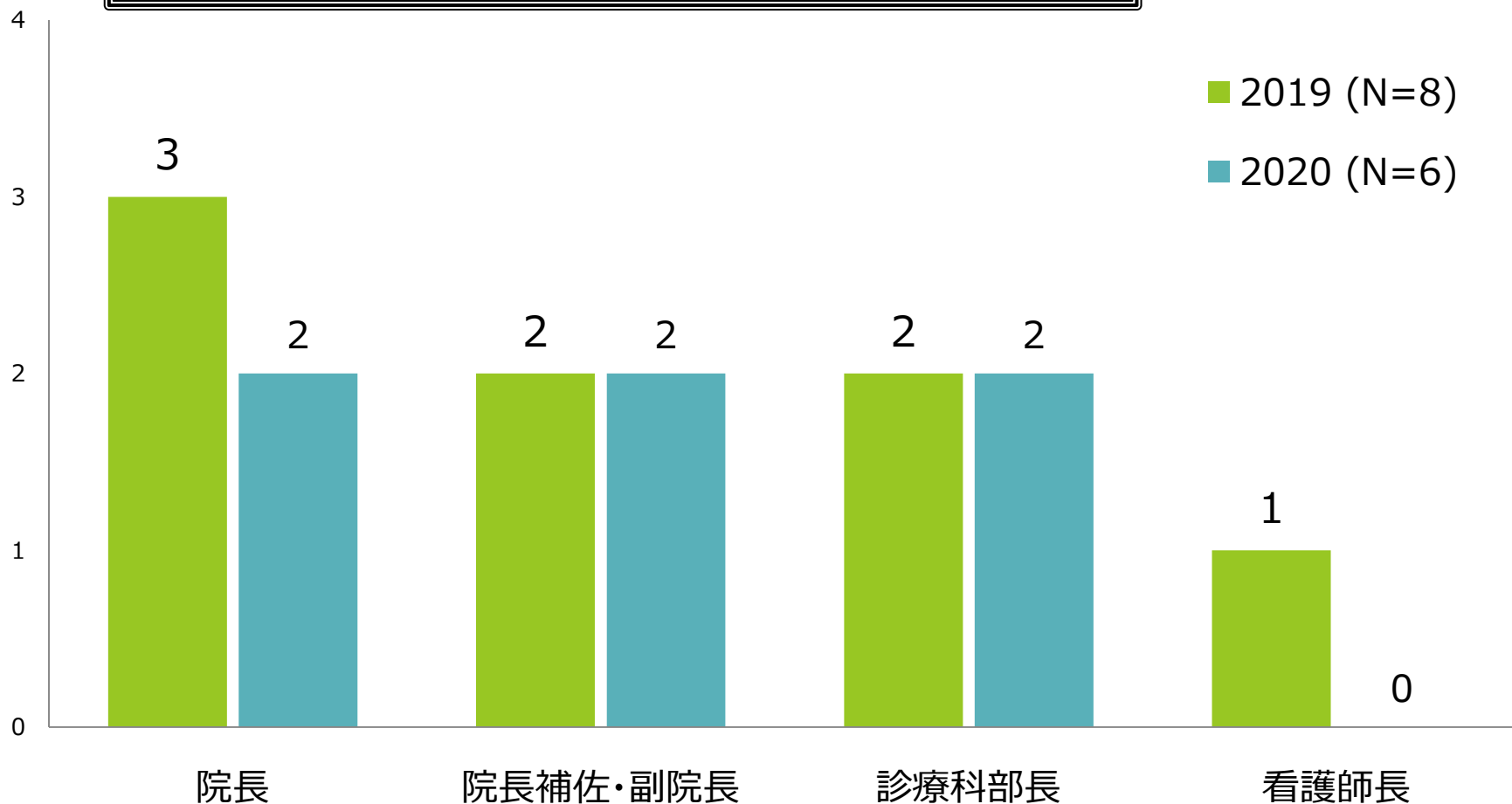
QIプロジェクトにおける組織体制

指標の改善活動に係る委員会がありますか？



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)



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=6)

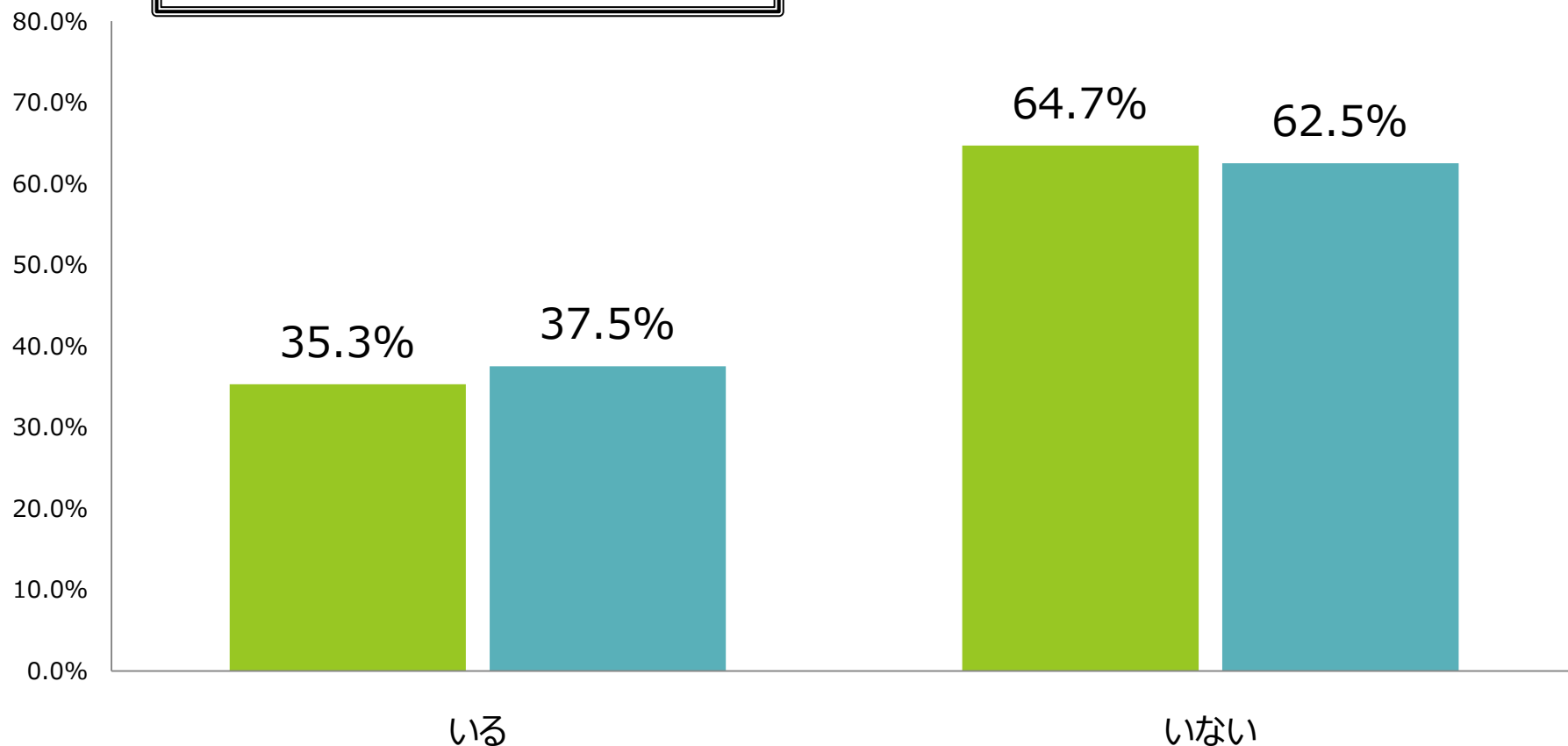
	医師	看護師	薬剤師	コメディカル	事務職	合計
平均値	2.3人	4.8人	0.7人	2.8人	5人	15.7人
最小値	1人	0人	0人	0人	0人	3人
中央値	2人	3.5人	1人	2.5人	4.5人	15人
最頻値	1人	NA	1人	NA	NA	23人
最大値	5人	13人	1人	6人	11人	31人

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？

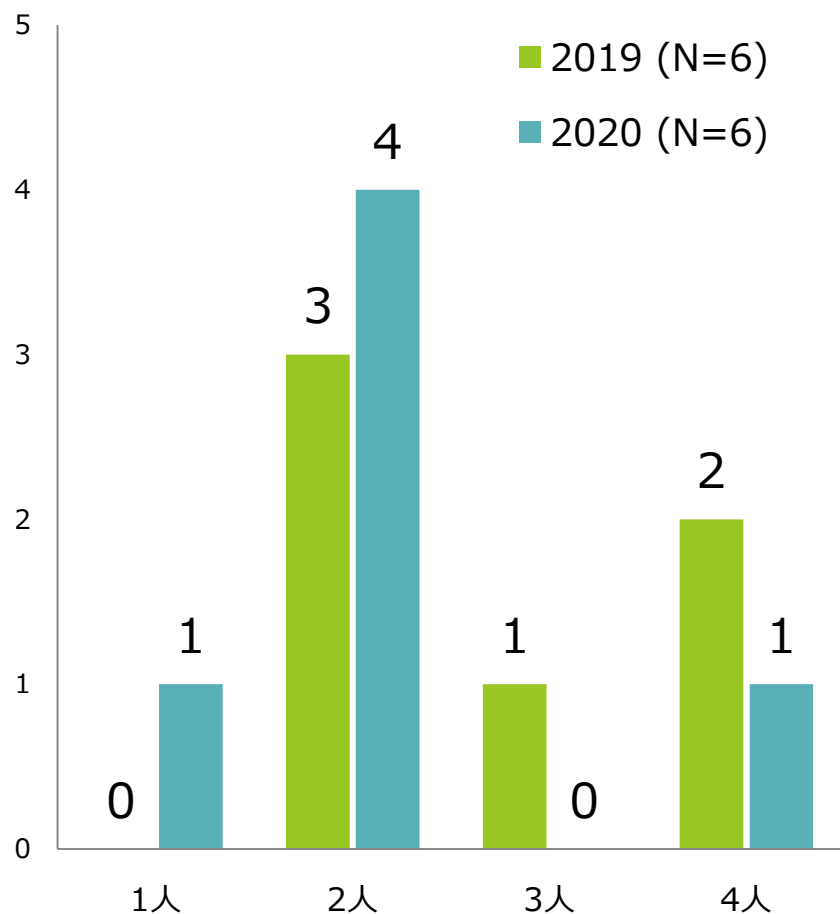
■ 2019 (N=17)

■ 2020 (N=16)

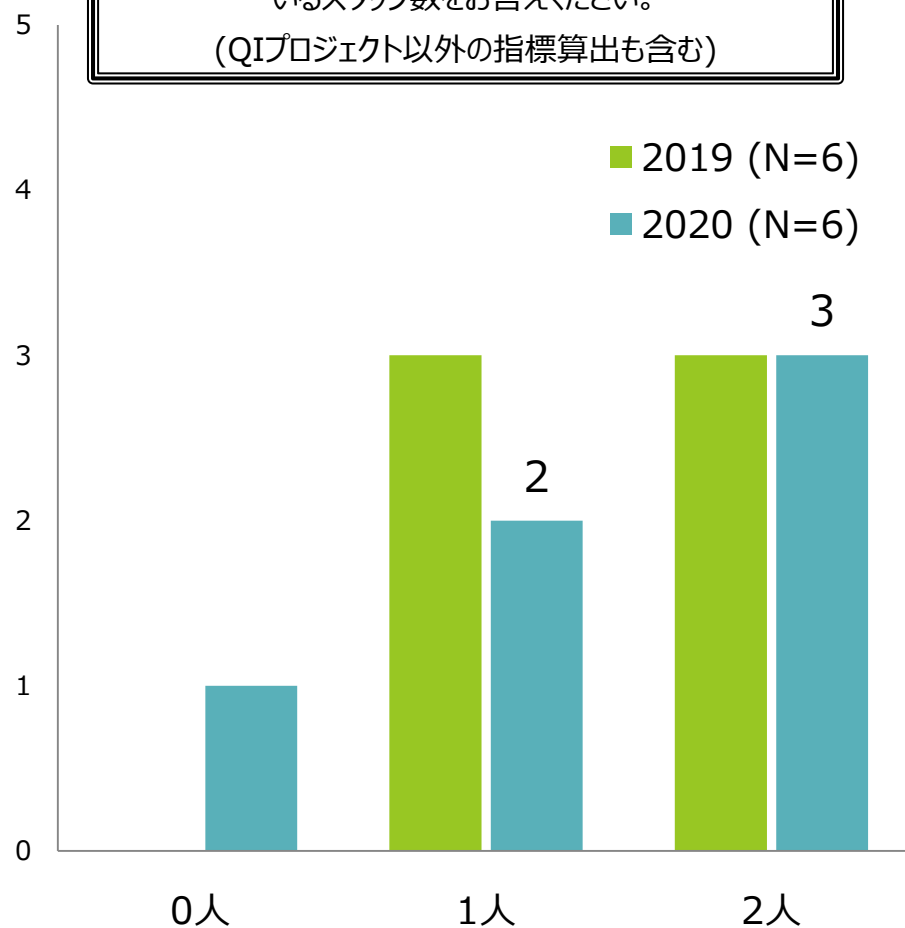


QIプロジェクトにおける組織体制

医療情報を専従で扱うスタッフ数をお答えください。

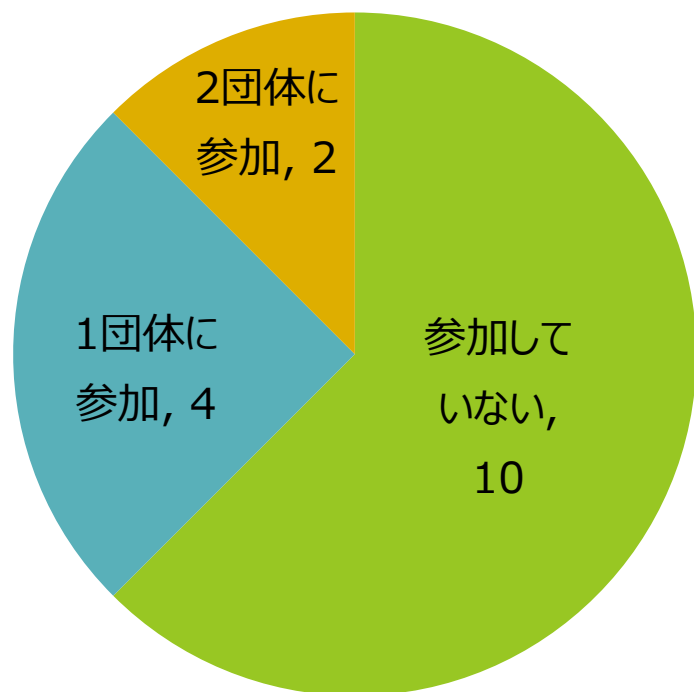


医療情報を専従で扱うスタッフのうち、指標の算出を行っているスタッフ数をお答えください。
(QIプロジェクト以外の指標算出も含む)



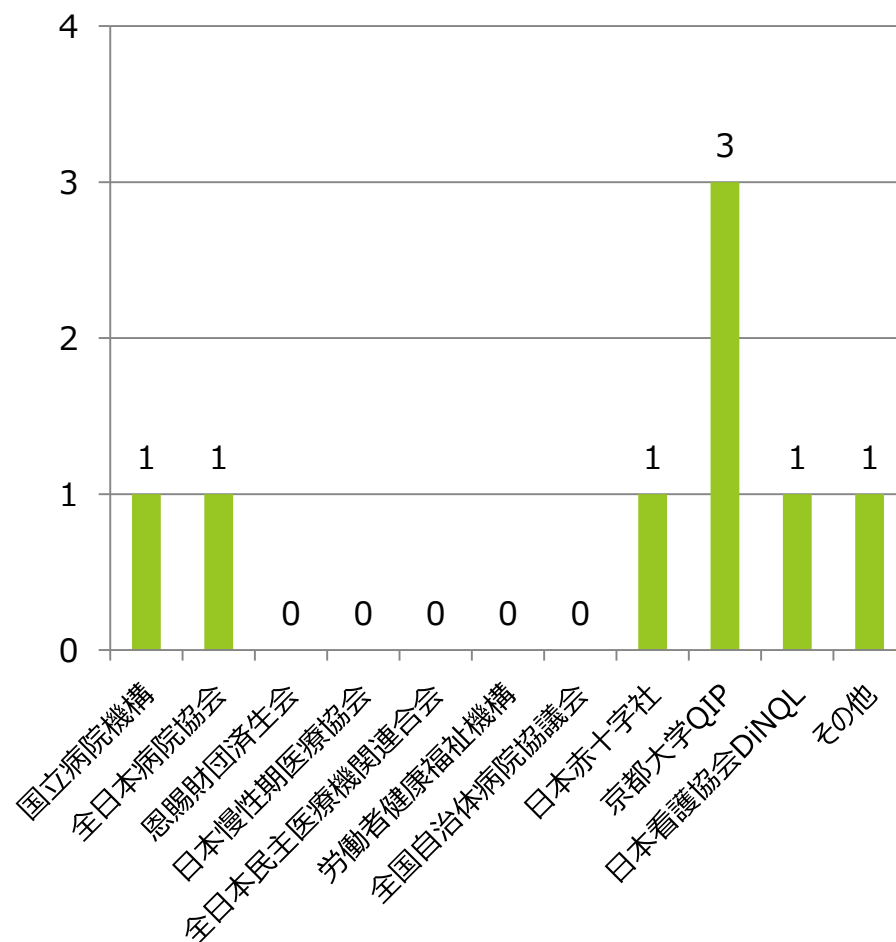
QIプロジェクトにおける組織体制

日本病院会QIプロジェクト**以外**に、
測定・公表プログラムに参加されていますか？



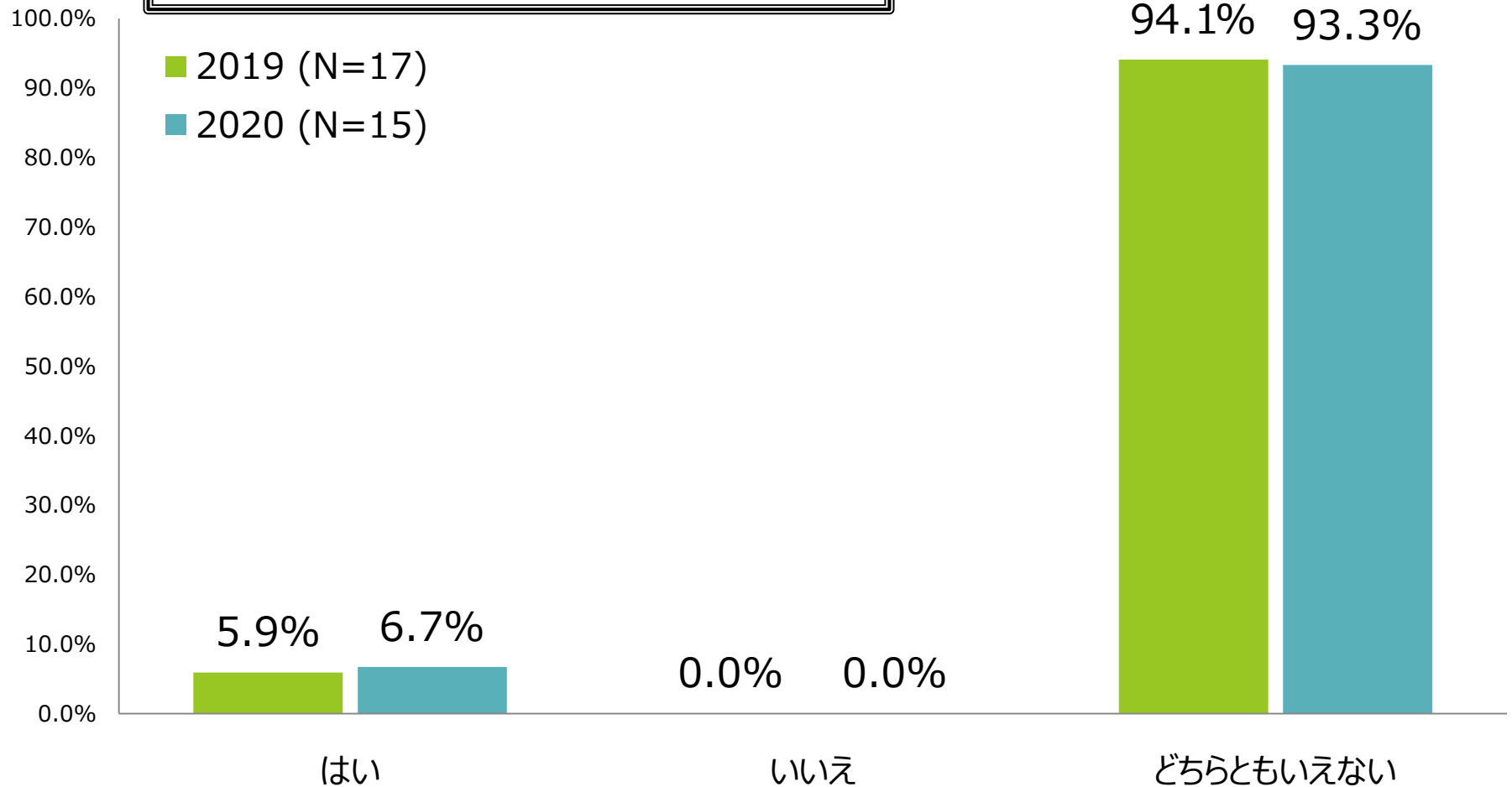
N=16

参加している団体(複数回答可)



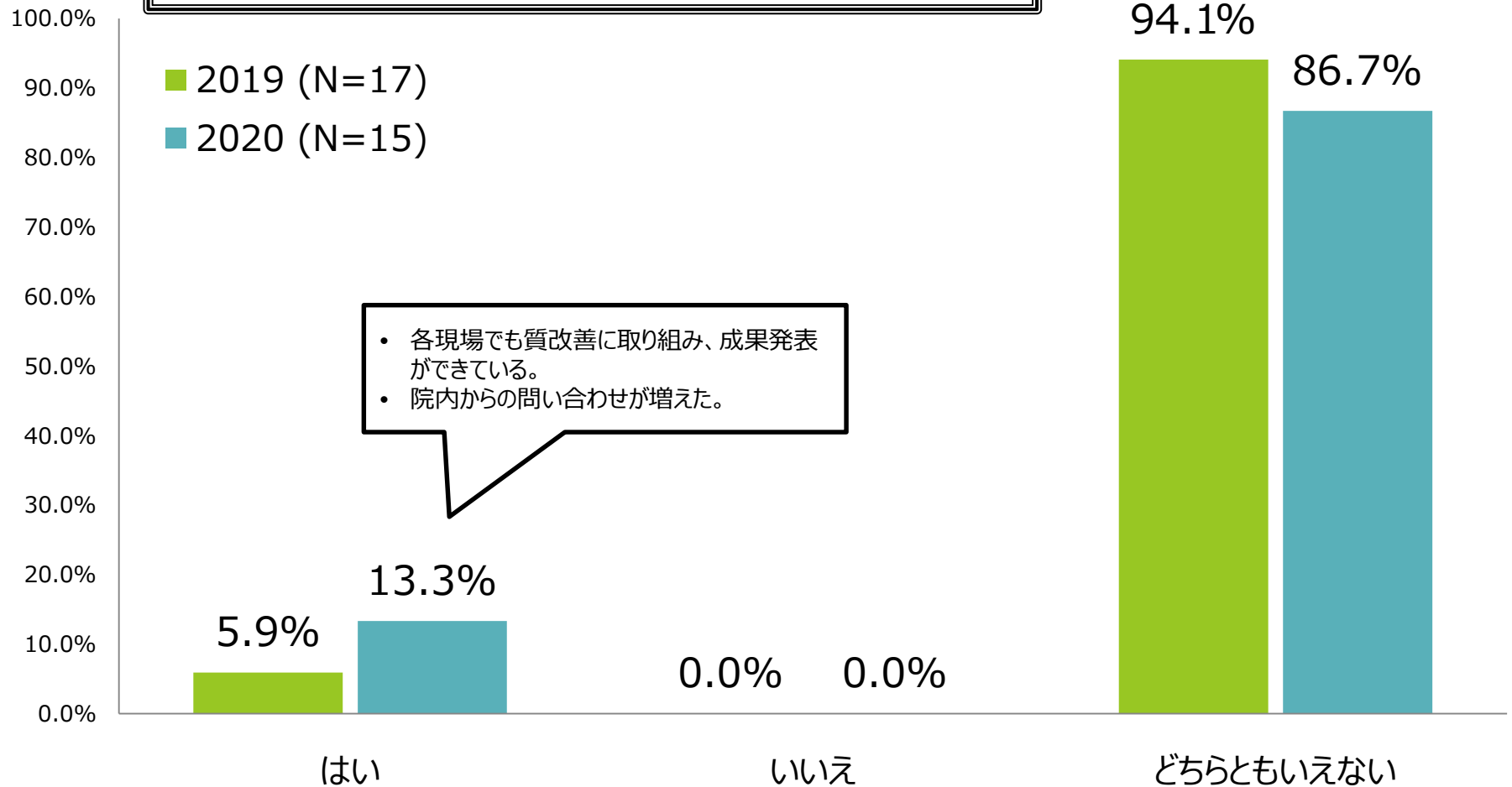
QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

施設全体の医療の質が向上しましたか？



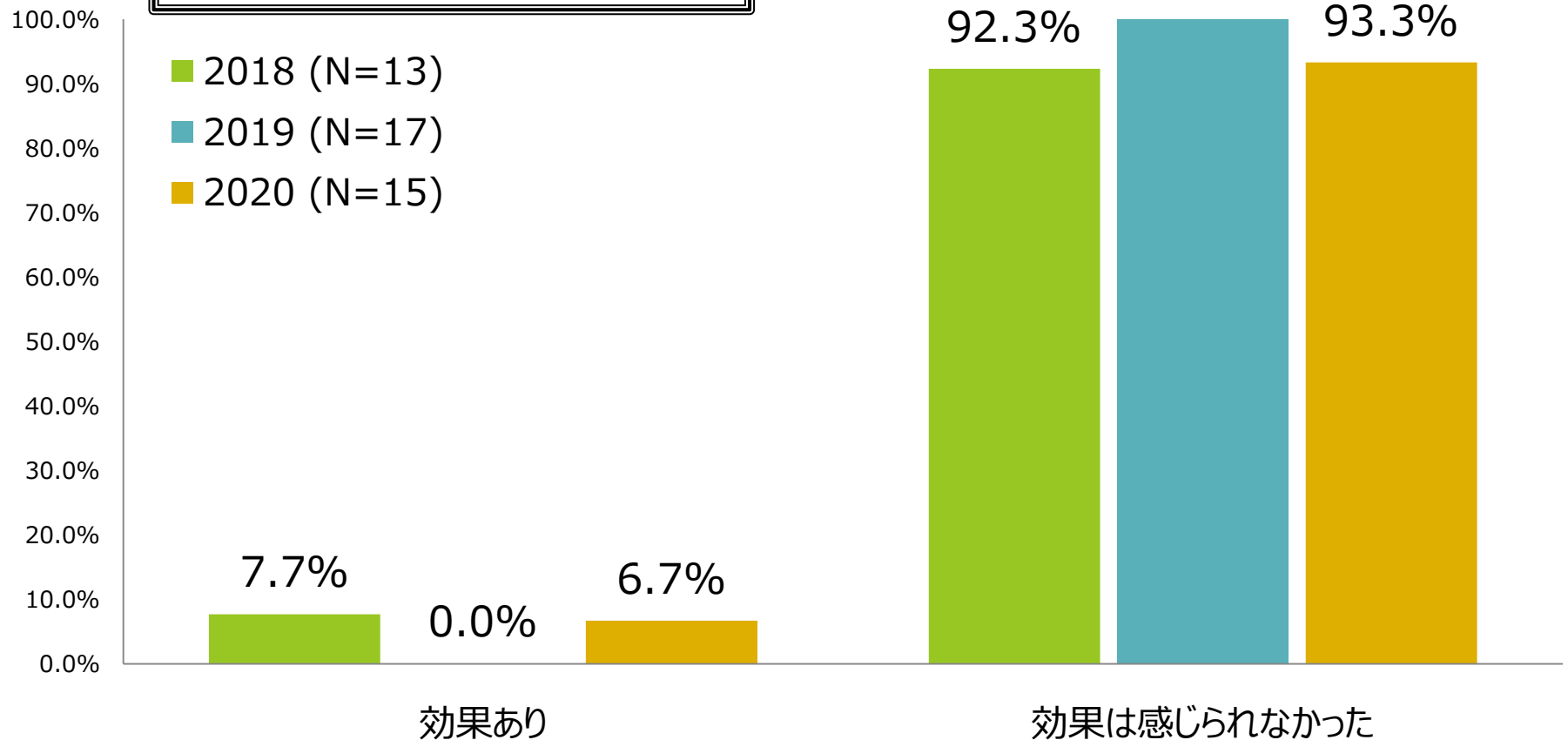
QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

医療の質に関して職員の意識が向上しましたか？



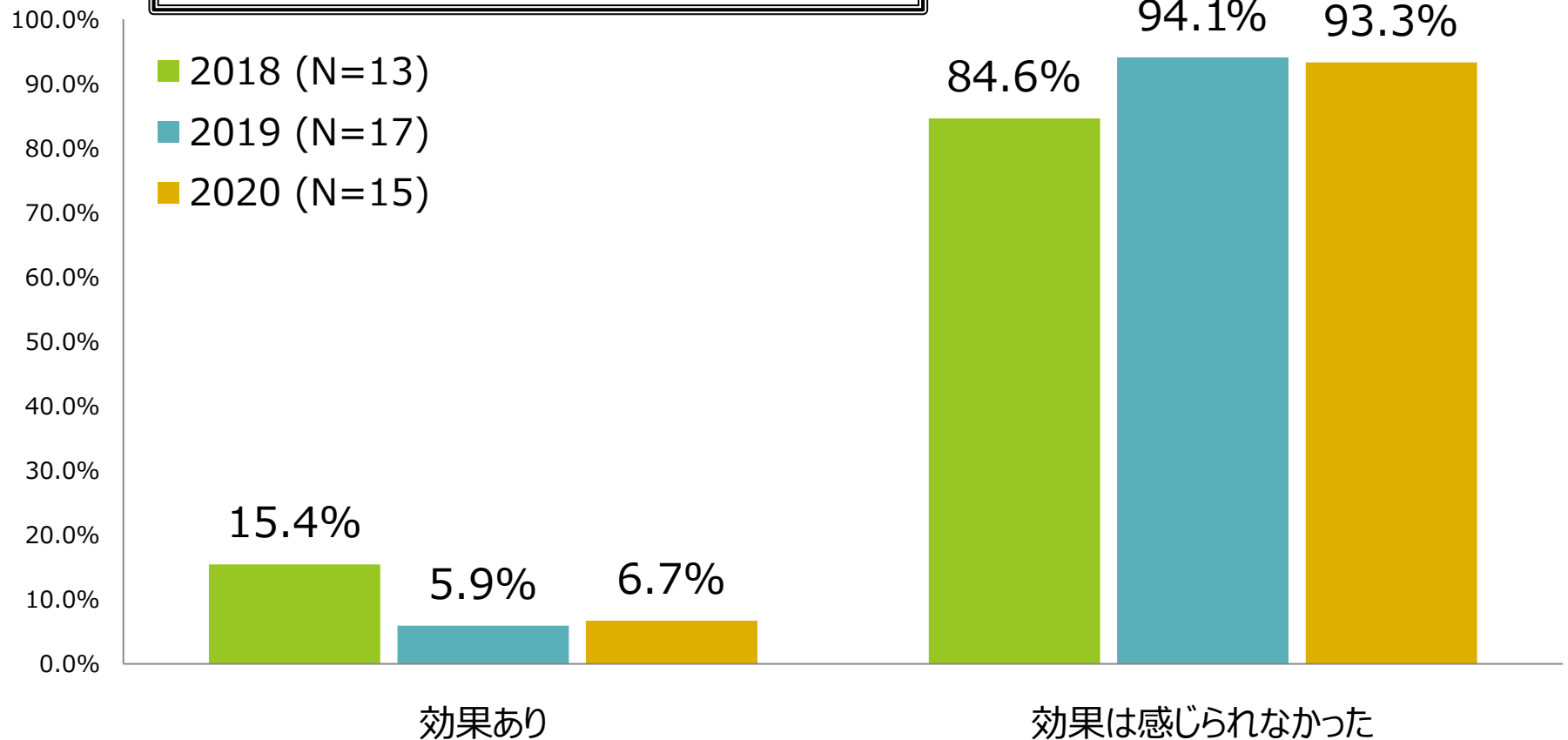
QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

外部(患者等)の反応について、
効果やありましたか？



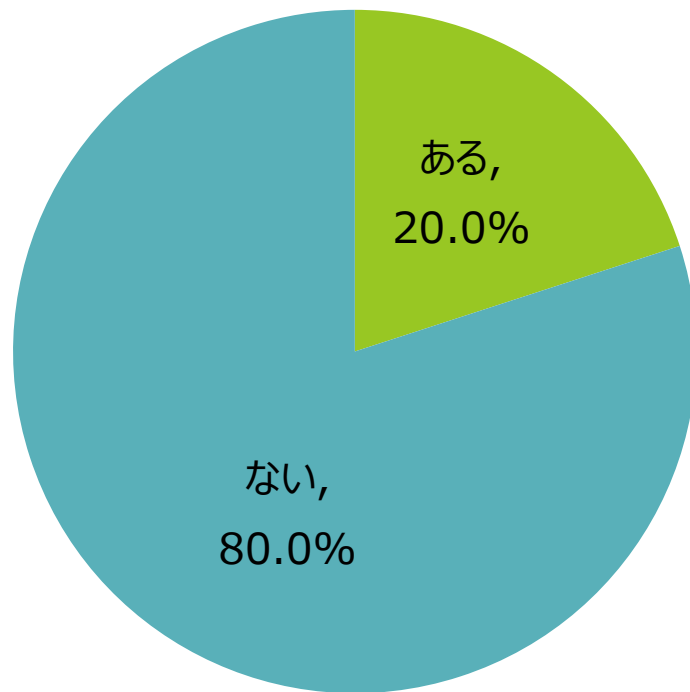
QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

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？



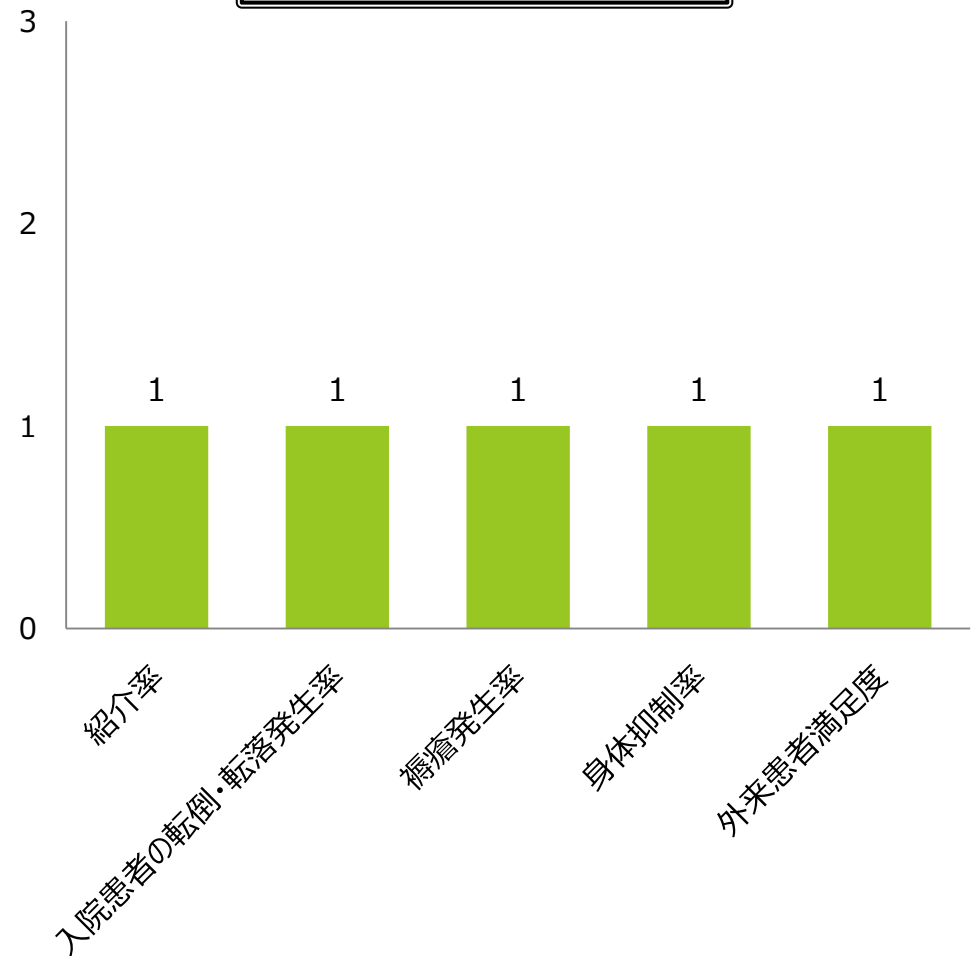
QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

今年度、改善活動を行った
指標はありますか？



N=15

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
紹介率	紹介率上昇
入院患者の転倒・転落発生率	転倒転落予防、危険予知
褥瘡発生率	褥瘡防止対策
身体抑制率	委員会で情報共有した
外来患者満足度	回答率アップ

フィードバックグラフについて

2021/09/30

日本病院会QIプロジェクト

フィードバックグラフ[棒グラフ]

一般-1-a 患者満足度（外来患者） 満足

分子:「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

FY2020

施設名

/ 全施設

施設名が表記
されます

対象期間が表記
されます

自施設の結果が青色の
棒グラフです

提出があった
施設数です

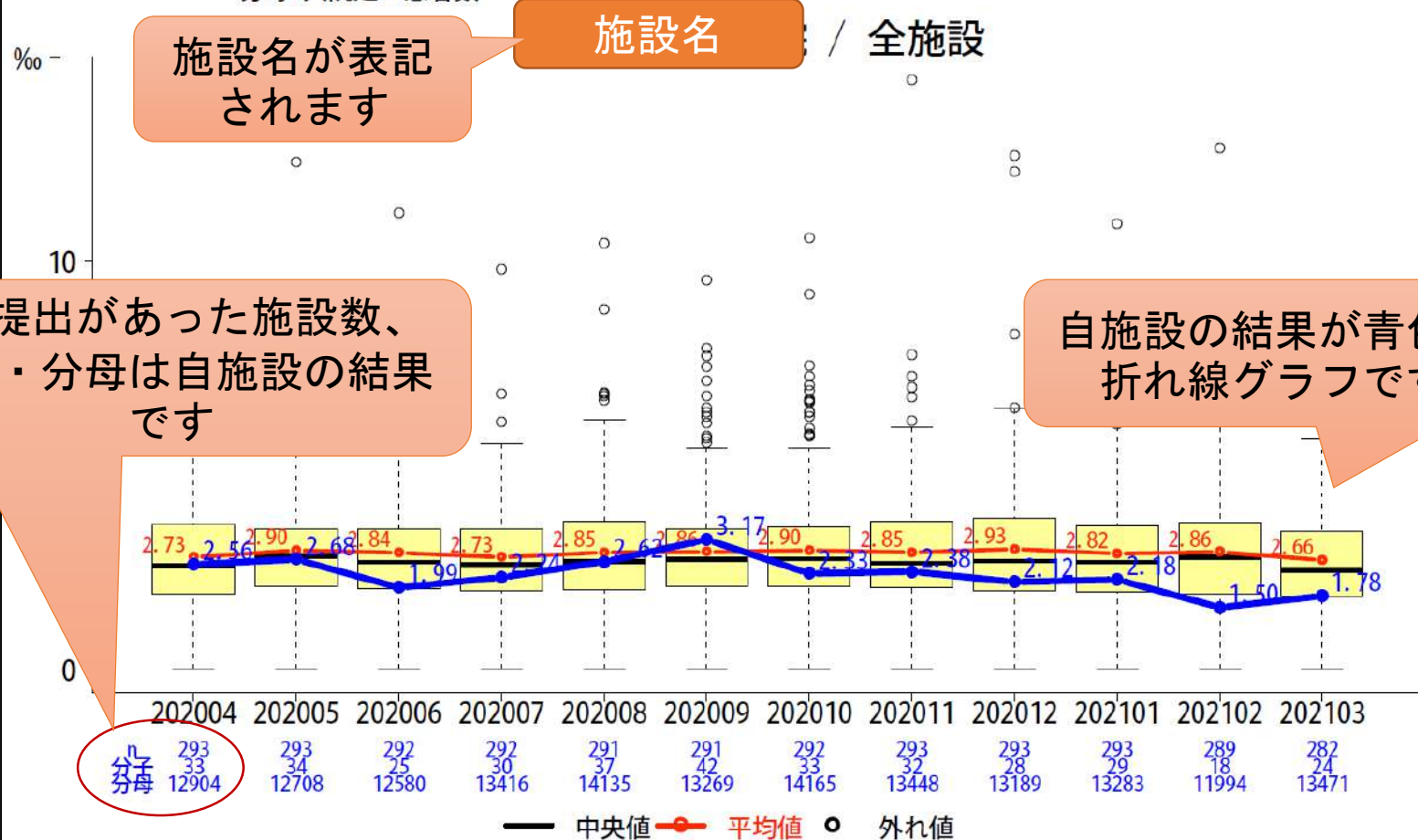
n 191

... 最小値 14.6 % 25%tile 36.0 % 中央値 47.3 % 平均値 48.9 % 75%tile 61.1 % 最大値 100.0 %

フィードバックグラフ[箱ひげ図]

一般-4-a 入院患者の転倒・転落発生率

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



NEW

フィードバックグラフ [レーダーチャート]

施設名

施設名が表記されます

自施設がどの領域に強いか、
苦手としているかがわかり
ます。



指標毎の偏差値です。
自施設の結果が箱ひげ図の形でプロットされます。
外側にプロットされるほうが偏差値が高く、参加
施設の中で上位に位置付けられています。

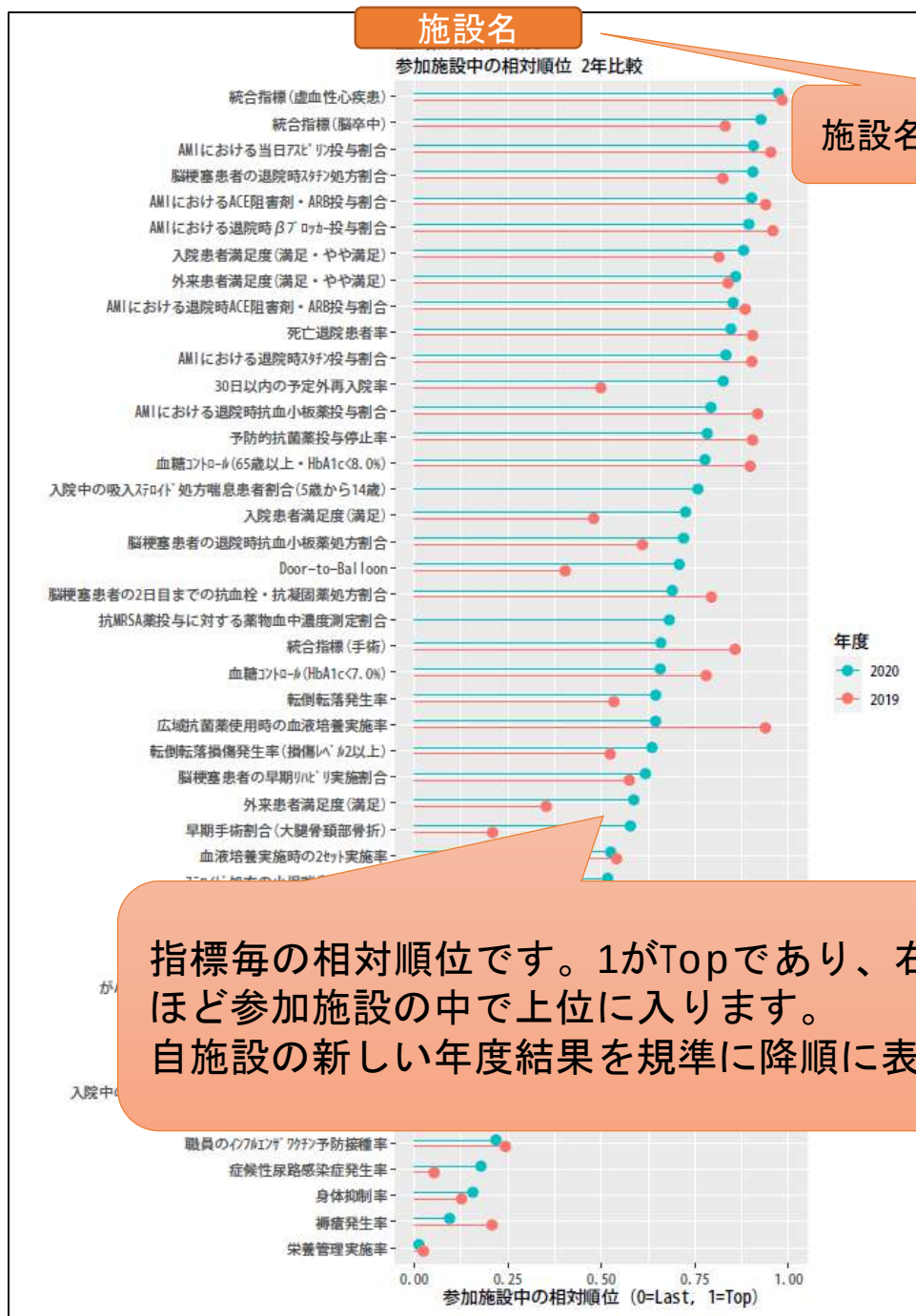
リーダーチャートに表示する項目

表示項目は、2020年度結果でバラツキの多い指標を選定しています。

番号	表示名	正式名
1	薬物血中濃度	抗MRSA薬投与に対する薬物血中濃度測定割合
2	スタチン処方（脳梗塞）	脳梗塞患者の退院時スタチン処方割合
3	救急車・ホットライン	救急車・ホットラインの応需率
4	血液培養2セット	血液培養実施時の2セット実施率
5	抗菌薬選択	特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率
6	抗菌薬停止	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
7	抗血小板薬（脳梗塞）	脳梗塞（TIA含む）患者のうち退院時抗血小板薬処方割合
8	抗血栓・抗凝固薬（脳梗塞）	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
9	早期リハビリ（脳梗塞）	脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者割合
10	大腿骨頸部手術	大腿骨頸部骨折の早期手術割合
11	大腿骨転子部手術	大腿骨転子部骨折の早期手術割合
12	総合指標（手術）	統合指標（Composite Measures）【手術】

NEW

フィードバックグラフ [ロリポップチャート]



ロリポップチャートは相対順位のため、A病院の結果が95%、残りすべての病院の結果が100%であった場合、A病院の相対順位はLastになります。

フィードバックグラフの使い方

- 頻度

- レーダーチャート、ロリポップチャートは年度値を用いて集計していますので、最終結果として年1回のフィードバックです。

- 使い方

- 最初にレーダーチャート、ロリポップチャートで自施設の立ち位置や弱みを確認し、次に棒グラフ、箱ひげ図の結果を確認することで、経時的な変化を見つつ、改善すべき項目が何かを見つけることに役立ちます。

一般社団法人 日本病院会 2020 年度 QI 委員会

(50 音順)

(2020 年度時点)

委員長 福井次矢(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(聖路加国際病院 医療情報課)

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 竹内幸大(一般社団法人 日本病院会 政策部 学術研修課 課長)

事務局 保科幸子(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 2020 年 8 月 21 日(11 名)

第2回 QI 委員会 2020 年 10 月 27 日(10 名)

第3回 QI 委員会 2021 年 3 月 16 日(11 名)

【実務担当者説明会】

新型コロナウイルス感染症蔓延の影響により、例年のような会場での開催が困難となったため、前年度からの変更点については書面での周知とし、昨年度の実務担当者説明会の動画を配信した。

【フィードバック説明会】

新型コロナウイルス感染症蔓延の影響を受け、会場、オンラインともに開催ができなくなったため、次年度に実務担当者説明会と合同開催するとした。

初版

2021 年 12 月 2 日