

# 2012 年度 QI プロジェクト (QI 推進事業) 結果報告



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

---

# 序 文

---

日本病院会の QI プロジェクトは、医療の質を表す指標 (Quality Indicator: QI) を測定し公表することにより、会員病院で提供している医療の質を向上させることを目的に実施しています。2010 年度の厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」の委託協力 3 団体の一つに日本病院会が指定され、30 の会員病院による 1 年間の事業終了後、日本病院会独自の事業として継続しているものです。

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

2012 年度の参加病院 145 のうち、一般病床を有する病院は 143、精神病床を有する病院は 13、療養病床を有する病院は 11 でした。測定 QI は、一般病床向け 11 種類、精神病床および療養病床向けの指標はともに 8 種類で、ほとんどの参加病院からデータを提出していただき、全病院の数値を統計的にまとめるとともに、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きました。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、医療の質向上にある程度は役立ちますので、お願いしたいとは思いますが、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。

参加病院の間で、QI を改善された病院での経験を共有する機会を、何らかの方法でもっと頻繁に持ちたいと思っています。参加病院での医療の質改善に繋がらない QI の測定・公表は何の意味もありません。会員病院で提供される医療の質向上に向けて、より多くの病院が参加されますようお願い致します。

QI 委員会・委員長 福井次矢

# 参加病院の基本情報

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

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

No.	都道府県	施設名	一般	療養	精神	病床数	特	地	臨	評	DPC
69	岡山県	岡山旭東病院	○			162		○		○	○
70	岡山県	岡山県精神科医療センター			○	252			○	○	
71	広島県	広島市立広島市民病院	○			743		○	○	○	○
72	広島県	済生会広島病院	○			330			○		
73	広島県	広島共立病院	○			199			○	○	○
74	山口県	山口労災病院	○			313		○	○	○	○
75	山口県	総合病院 山口赤十字病院	○			475			○	○	○
76	徳島県	博愛記念病院	○	○		210				○	
77	香川県	高松市民病院	○			417			○		○
78	香川県	総合病院 回生病院	○			402		○	○	○	○
79	愛媛県	市立宇和島病院	○			435			○	○	○
80	愛媛県	済生会松山病院	○			170			○		○
81	高知県	土佐市立土佐市民病院	○			150			○	○	○
82	高知県	高知医療センター	○		○	632		○	○	○	○
83	福岡県	聖マリア病院	○	○	○	1354		○	○	○	○
84	沖縄県	中頭病院	○			326		○	○	○	○
85	沖縄県	沖縄協同病院	○			280			○	○	○
86	青森県	黒石病院	○			290			○		
87	宮城県	東北厚生年金病院	○		○	466		○	○	○	○
89	山形県	三友堂病院	○			190				○	○
90	福島県	公立藤田総合病院	○			311			○	○	○
91	茨城県	水戸済生会総合病院	○			500		○	○	○	○
92	茨城県	つくばセントラル病院	○			313			○	○	○
93	栃木県	上都賀総合病院	○			403			○	○	○
94	群馬県	群馬県済生会前橋病院	○			327		○	○	○	○
95	群馬県	太田記念病院	○			445			○		○
96	埼玉県	赤心堂病院	○			198				○	○
97	埼玉県	東大宮総合病院	○			317			○	○	○
98	千葉県	船橋市立医療センター	○			446		○	○	○	○
99	千葉県	小張総合病院	○			350			○	○	○
100	東京都	東大和病院	○			284			○	○	○
101	東京都	野村病院	○	○		117				○	
102	東京都	立川相互病院	○			355			○	○	○
103	東京都	三井記念病院	○			482			○	○	○
104	神奈川県	神奈川県立がんセンター	○			415				○	○
105	新潟県	新潟医療センター病院	○			174				○	

No.	都道府県	施設名	一般	療養	精神	病床数	特	地	臨	評	DPC
106	長野県	長野県厚生連 安曇総合病院	○		○	312			○	○	○
107	長野県	長野市民病院	○			400		○	○	○	○
108	岐阜県	岐阜赤十字病院	○			311		○	○	○	○
109	静岡県	市立島田市民病院	○			536		○	○	○	○
110	静岡県	三島社会保険病院	○			163			○	○	○
111	静岡県	総合病院聖隷三方原病院	○		○	934		○	○	○	○
112	愛知県	名古屋掖済会病院	○			662		○	○	○	○
113	愛知県	藤田保健衛生大学病院	○		○	1489	○				○
114	三重県	市立四日市病院	○			568			○	○	○
115	三重県	桑名西医療センター	○			234			○	○	○
116	京都府	京都民医連中央病院	○	○		411			○	○	○
117	京都府	男山病院	○			199					
118	京都府	宇治武田病院	○			177			○	○	○
119	大阪府	八尾市立病院	○			380			○	○	○
120	大阪府	大阪府済生会吹田病院	○			500		○	○	○	○
121	大阪府	星ヶ丘厚生年金病院	○			580		○	○	○	○
122	大阪府	佐藤病院	○			120				○	○
123	大阪府	森之宮病院	○			351			○	○	
124	大阪府	高槻病院	○			477		○	○	○	○
125	大阪府	千船病院	○			292			○	○	○
126	兵庫県	西宮協立脳神経外科病院	○			164			○	○	○
127	兵庫県	兵庫県立尼崎病院	○			500		○	○	○	○
128	兵庫県	加古川東市民病院	○			198			○		○
129	兵庫県	明石医療センター	○			247		○	○	○	○
130	和歌山県	和歌山医療センター	○			873		○	○	○	○
131	島根県	松江赤十字病院	○		○	660		○	○		○
132	岡山県	津山中央病院	○			525		○	○	○	○
133	岡山県	倉敷中央病院	○			1151		○	○	○	○
134	広島県	荒木脳神経外科病院	○			110				○	○
135	広島県	マツダ病院	○			270			○	○	○
136	香川県	香川県立中央病院	○			631		○	○	○	○
137	香川県	三豊総合病院	○			482		○	○	○	○
138	高知県	高知高須病院	○			63				○	○
139	福岡県	済生会福岡総合病院	○			380		○	○	○	○
140	大分県	大分県立病院	○			578		○	○	○	○
141	沖縄県	ハートライフ病院	○			300		○	○	○	○

No.	都道府県	施設名	一般	療養	精神	病床数	特	地	臨	評	DPC
142	佐賀県	佐賀県立病院好生館	○			453		○	○	○	○
143	山形県	済生会山形済生病院	○			468			○	○	○
144	東京都	東京通信病院	○			514			○	○	○
145	大阪府	清恵会病院	○			276			○	○	○
146	神奈川県	海老名メディカルサポートセンター		○		117			○		

特： 医療法に規定する特定機能病院

地： 医療法に規定する地域医療支援病院

臨： 医師法に規定する臨床研修指定病院

評： 財団法人日本医療機能評価機構による病院機能評価の認定を受けた病院

一般病床向けの指標

No.01 患者満足度（外来患者） a)大変満足 b)大変満足または満足

No.02 患者満足度（入院患者） a)大変満足 b)大変満足または満足

### 指標の説明・定義

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

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

#### <No.01 患者満足度(外来患者)>

分子: a) 「この病院での診療に大変満足している」と回答した外来患者数  
b) 「この病院での診療に大変満足または満足している」と回答した外来患者数

分母: 患者満足度調査に回答した外来患者数(未記入患者を除く)

収集期間: 2日以上(3月までに1回の報告とする)

備考: 調査票への追加修正が難しい場合、似た項目があれば、それを代用する。

#### <No.02 患者満足度(入院患者)>

分子: a) 「この病院での診療に大変満足している」と回答した入院患者数  
b) 「この病院での診療に大変満足または満足している」と回答した入院患者数

分母: 患者満足度調査に回答した入院患者数(未記入患者を除く)

収集期間: 1週間以上(3月までに1回の報告とする)

備考: 調査票への追加修正が難しい場合、似た項目があれば、それを代用する。

### 指標の種類・値の解釈

アウトカム

より高い値が望ましい

### 考察

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

になり、取り組みを参考にできれば、すべての施設で改善できる指標と思われま

#### <No.01 患者満足度(外来患者)>

今回、提出がなかったのは20施設(病院移転のため実施しなかった1施設を含む)で、提出できた割合は86.1%(124/144)でした。また、大変満足のみでは、平均値32.4%、中央値33.0%、最大値84.0%、最小値0.0%、大変満足または満足では、平均値79.7%、中央値82.4%、最大値97.6%、最小値4.6%という結果でした。さらに、2011年度と2012年度両方の提出があった施設をみると、大変満足のみについては71施設中31施設、大変満足または満足については72施設中33施設に改善がみられました。

#### <No.02 患者満足度(入院患者)>

今回、提出しなかったのは外来患者調査より2施設多く22施設(病院移転のため実施しなかった1施設を含む)で、提出できた割合は84.7%(122/144)でした。また、大変満足のみでは、平均値46.6%、中央値50.0%、最大値91.8%、最小値0.0%、大変満足または満足では、平均値85.6%、中央値89.5%、最大値98.4%、最小値0.0%という結果でした。さらに、2011年度と2012年度の両方の提出があった施設をみると、大変満足のみについては71施設中36施設、大変満足または満足については72施設中35施設について改善がみられました。

外来満足度(大変満足または満足)と入院満足度(大変満足または満足)の両方を調査した121施設で比較すると、外来満足度のほうが高い施設が19施設、入院満足度のほうが高い施設が102施設であり、入院患者の満足度が高い結果となりました。これは2011年度の調査と同様の結果です。

ただし、外来満足度も入院満足度も0%である施設があり、どこに問題があるのか調査が必要と考えます。

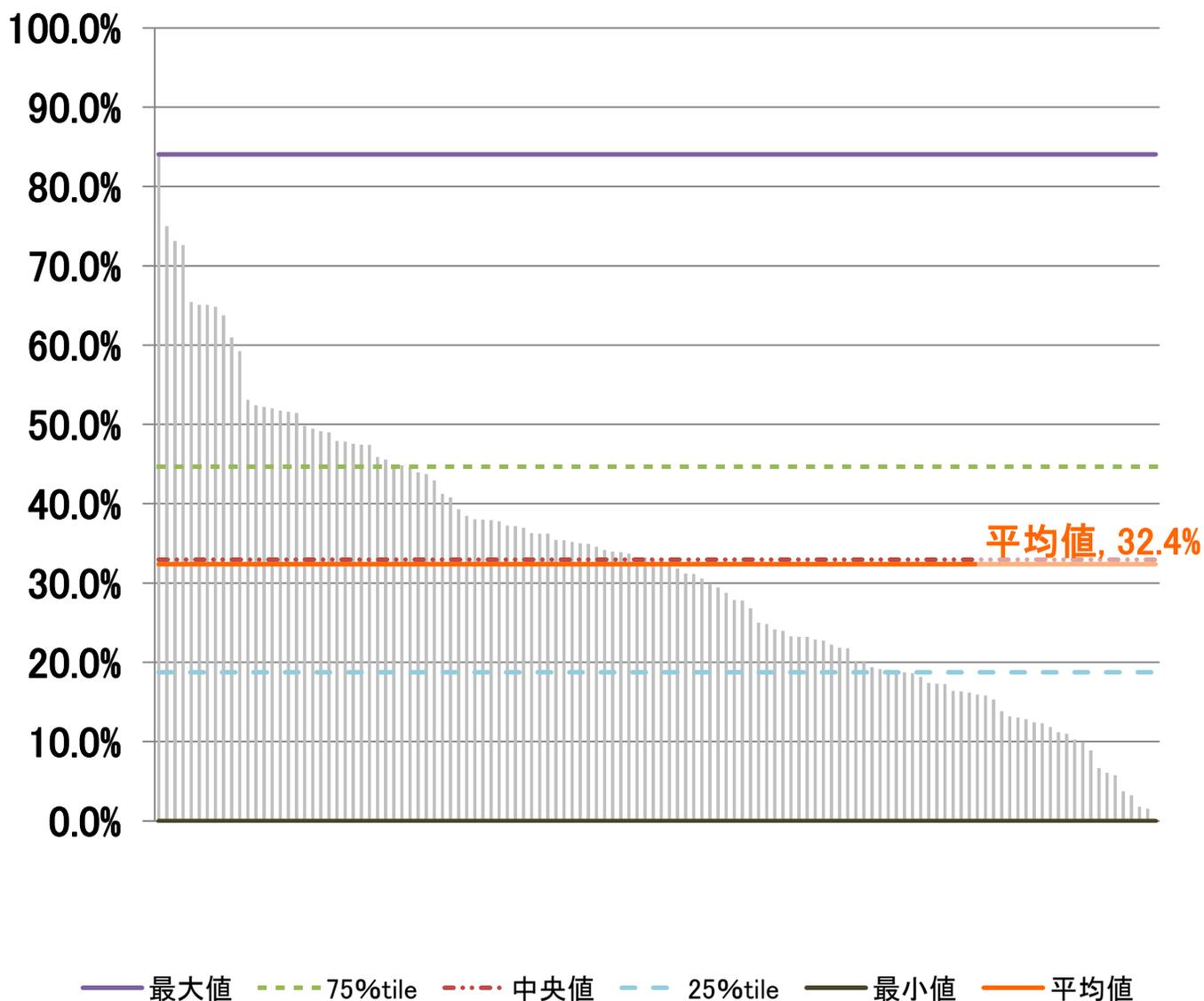
## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2012 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 2012 ISBN 978-4-89996-302-8

# 一般:No1-a 患者満足度(外来患者) 大変満足

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

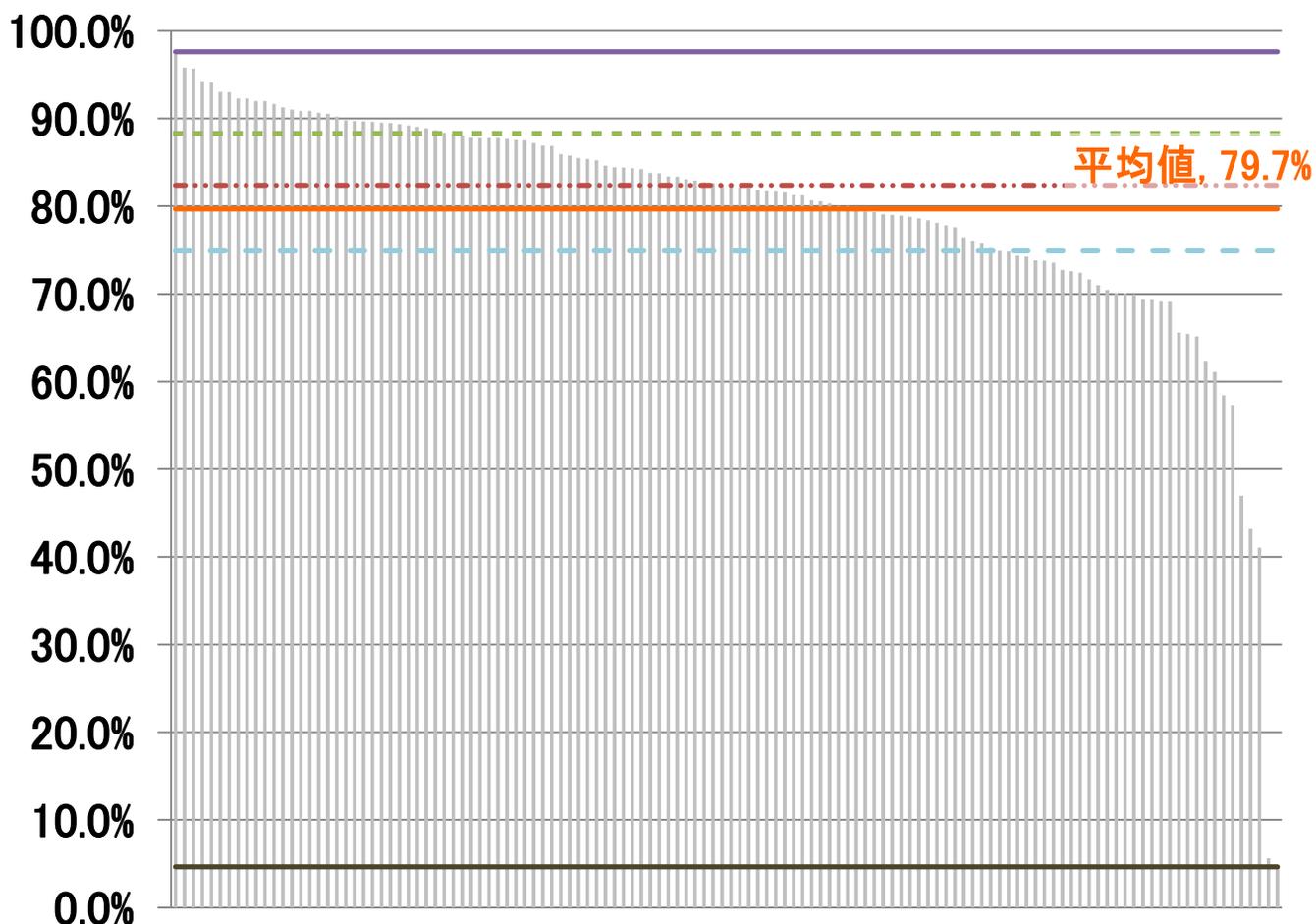
## 2012年度 全施設



# 一般:No1-b 患者満足度(外来患者) 大変満足または満足

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

## 2012年度 全施設

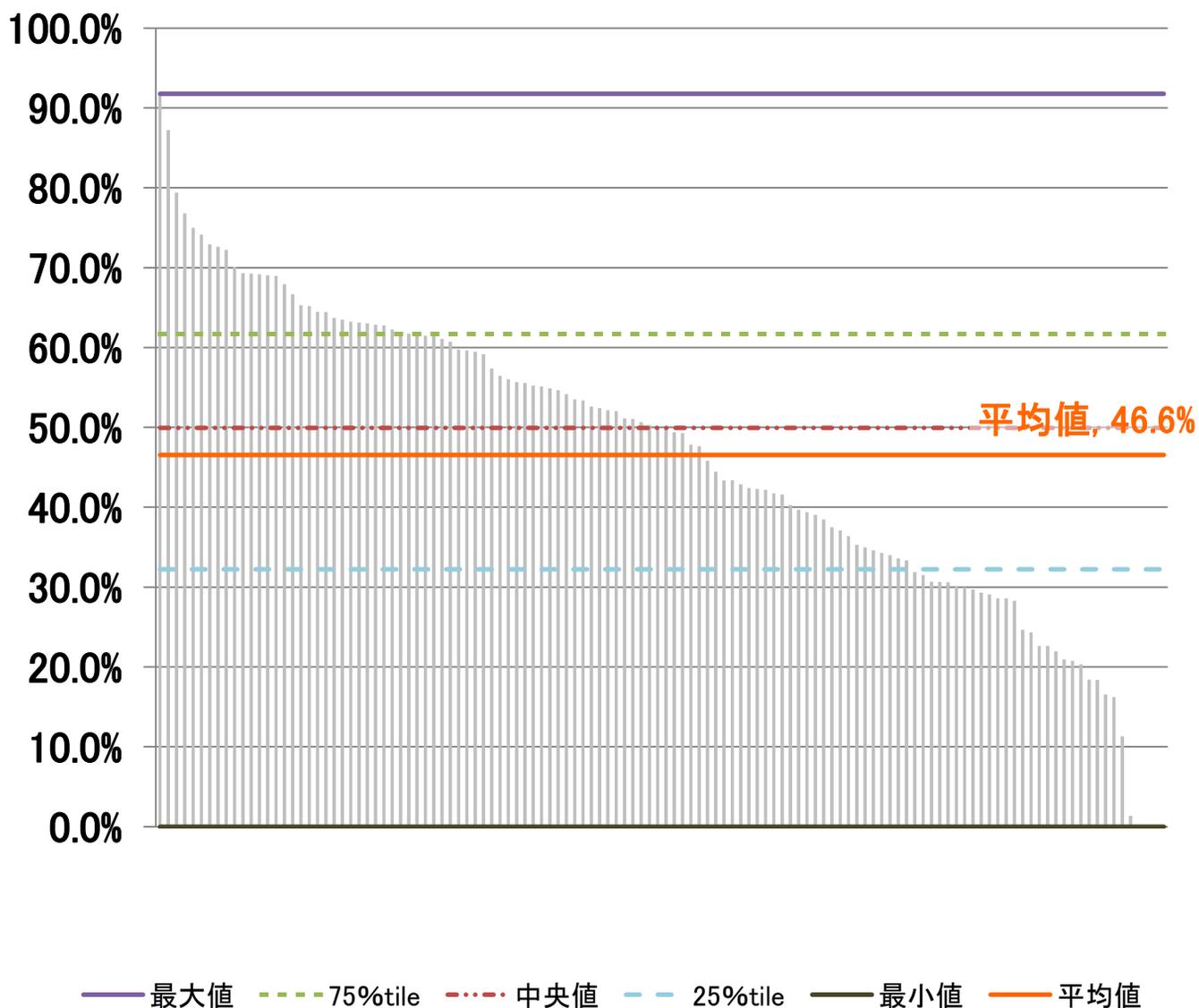


— 最大値    - - - 75%tile    ····· 中央値    - - - 25%tile    — 最小値    — 平均値

# 一般:No2-a 患者満足度(入院患者) 大変満足

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

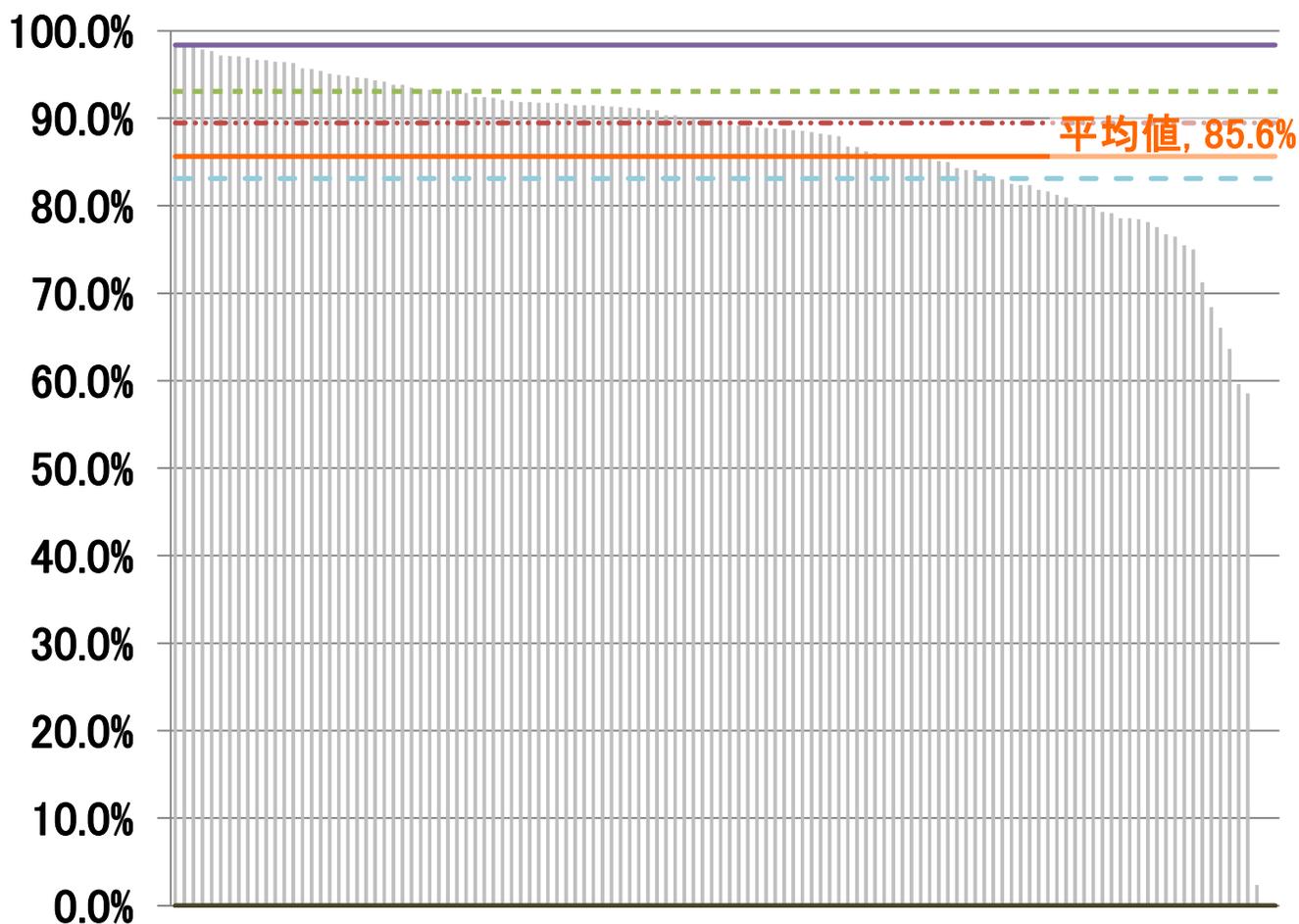
## 2012年度 全施設



# 一般:No2-b 患者満足度(入院患者) 大変満足または満足

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

## 2012年度 全施設



— 最大値 — 75%tile - - - 中央値 - - - 25%tile — 最小値 — 平均値

# No.03 死亡退院患者率

## 指標の説明・定義

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

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

分子： 死亡退院患者数

分母： 退院患者数

除外： 緩和ケア等（診療報酬の算定を認可されて病棟のみでなく、同様の病棟を設置している場合も含む）退院患者  
DPCで様式1に含まれる「救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合で、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保することとされている専用病床に入院したものとみなされるもの（死亡時の1日分の入院料等を算定するもの）。」

収集期間： 1ヶ月毎

## 指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

## 考察

ほぼ負担なく提出できる指標としてこの死亡退院患者率を採用しましたが、一度も提出していない医療機関が7施設ありました（一般病床がない1施設を除く）。調査開始の2012年4月から調査終了の2013年3月まで、一般病床がない1施設を除き、すべてのデータを提出できた割合は86.7%（1488/1716）でした。また1年間の平均は、平均値4.1%、中央値3.6%、最大値36.6%、最小値0.0%という結果でした。

多くの施設で死亡率の平均が10%以下でしたが、1施設だけ平均が30%を超えていました。この施設は、介護・リハビリテーションにも重点を置き、長期療養生活にも対応できるよう環境を整えており、また関連病院から重症患者を受け入れる体制を取っているため、値が高いと考えられます。

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

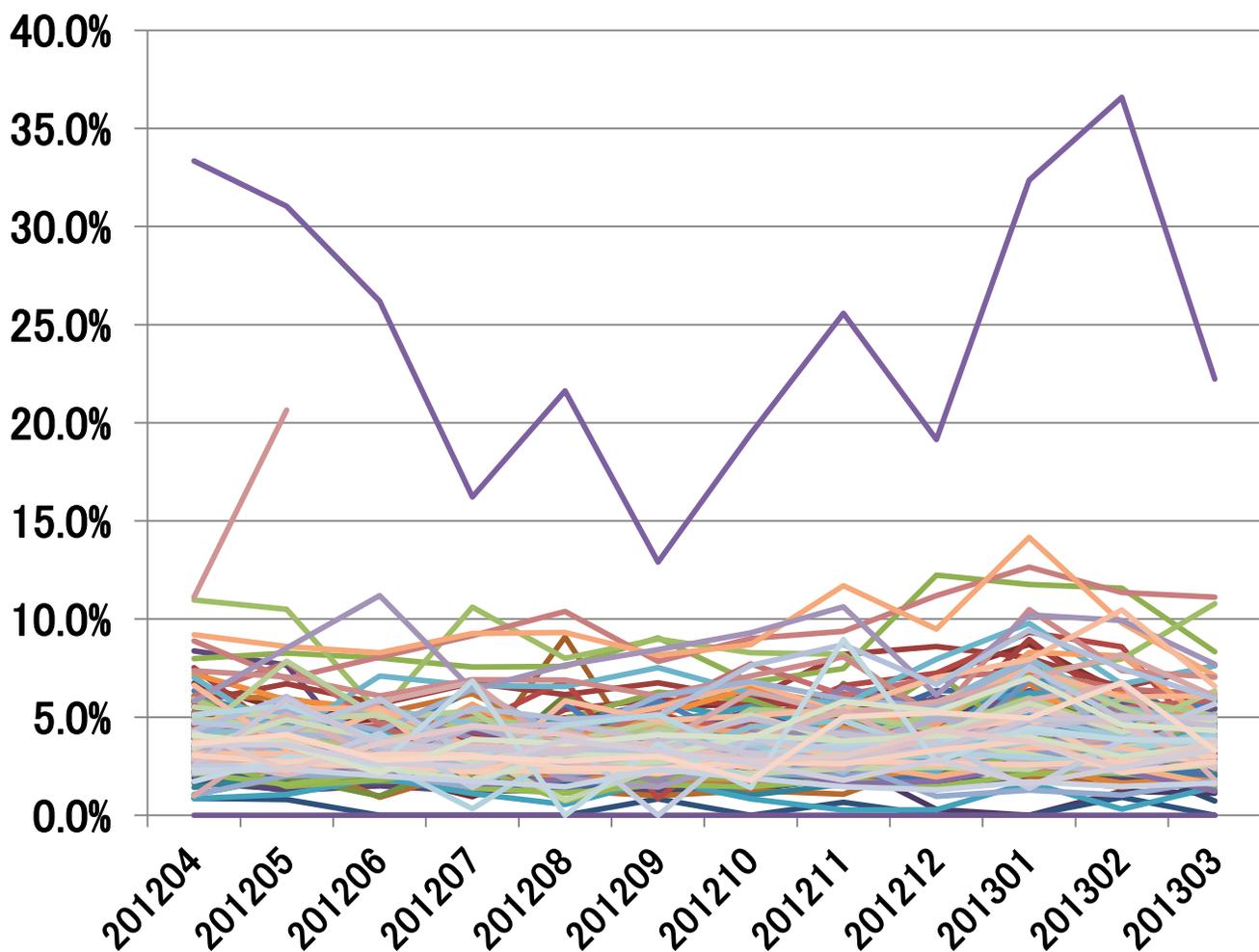
## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2012 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 2012 ISBN 978-4-89996-302-8
2. Miyata, H, Hashimoto H, Horiguchi H, Matsuda S, Motomura N, Takamoto S. Performance of in-hospital mortality prediction models for acute hospitalization: hospital standardized mortality ratio in Japan: BMC Health Serv Res 2008 Nov 7;8:229.
3. Miyata, H, Hashimoto H, Horiguchi H, Fushimi K, Matsuda S. Assessment of hospital performance with a case-mix standardized mortality model using an existing administrative database in Japan: BMC Health Serv Res 2010 May 19;10:130.
4. Mohammed A Mohammed, Jonathan J Deeks, Alan Girling, Gavin Rudge, Martin Carmalt, Andrew J Stevens, Richard J Lilford, Evidence of methodological bias in hospital standardised mortality ratios: retrospective database study of English hospitals: BMJ 2009;338:b780.

# 一般:No3 死亡退院患者率

分子	死亡退院患者数
分母	退院患者数

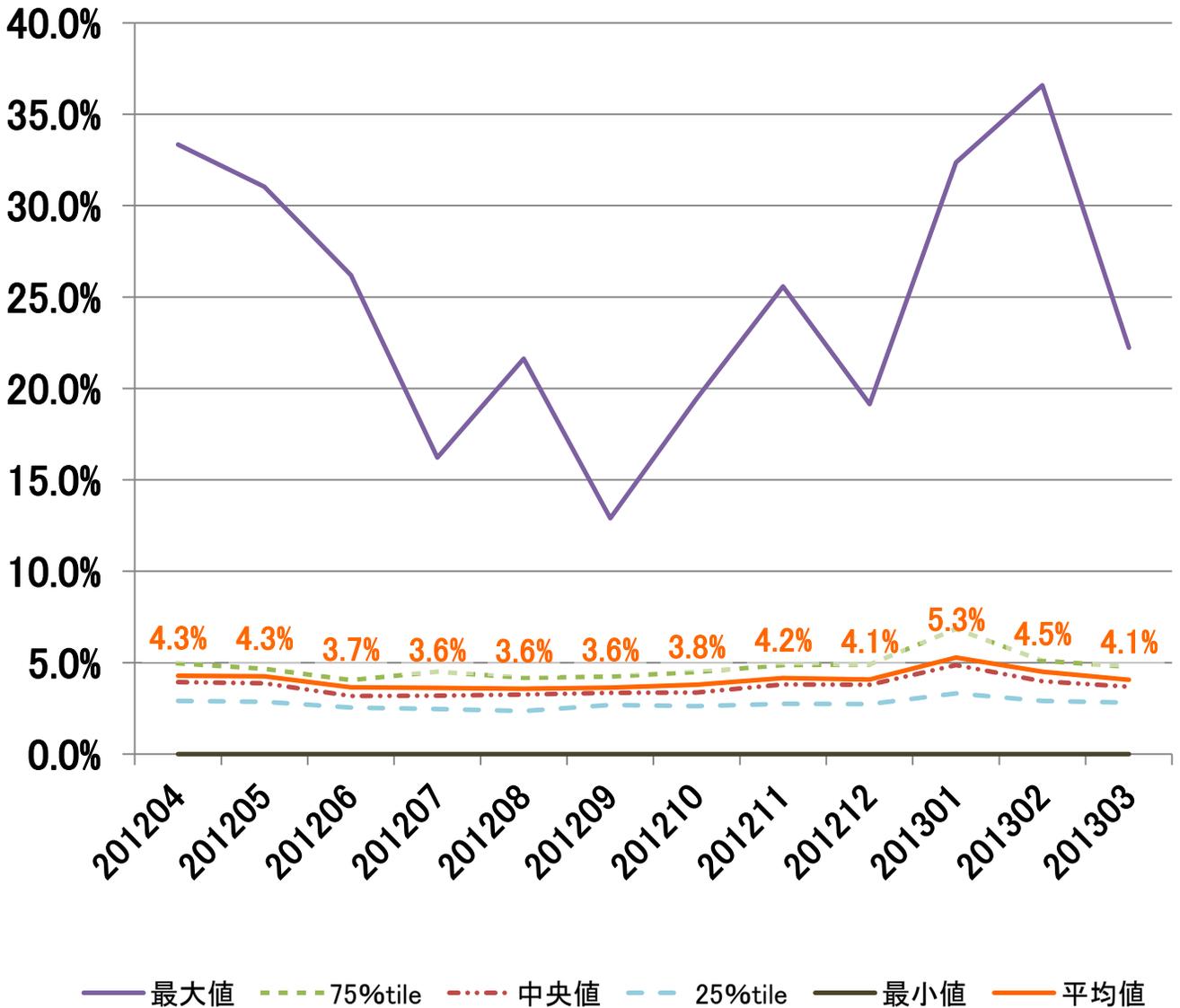
## 全施設



# 一般:No3 死亡退院患者率

分子	死亡退院患者数
分母	退院患者数

## 全施設



## No.04-a 入院患者の転倒・転落発生率

## No.04-b 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

### 指標の説明・定義

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

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

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

**分母:** 入院延べ患者数

**分子包含:** 介助時および複数回の転倒・転落

**分子除外:** 学生、スタッフなど入院患者以外の転倒・転落

**収集期間:** 1ヶ月毎

**調整方法:** ‰(パーミル: 1000 分の 1 を 1 とする単位)

### <損傷レベル>

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

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

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

## 指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

## 考察

調査開始の2012年4月から調査終了の2013年3月まで、一般病床がない1施設を除き、すべてのデータを提出できた割合は88.1%(1512/1716)でした。また、転倒転落発生率の1年間の平均は、平均値2.52‰、中央値2.26‰、最大値17.44‰、最小値0.00‰、損傷発生率の1年間の平均は、平均値0.05‰、中央値0.00‰、最大値1.23‰、最小値0.00‰という結果でした。

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

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

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

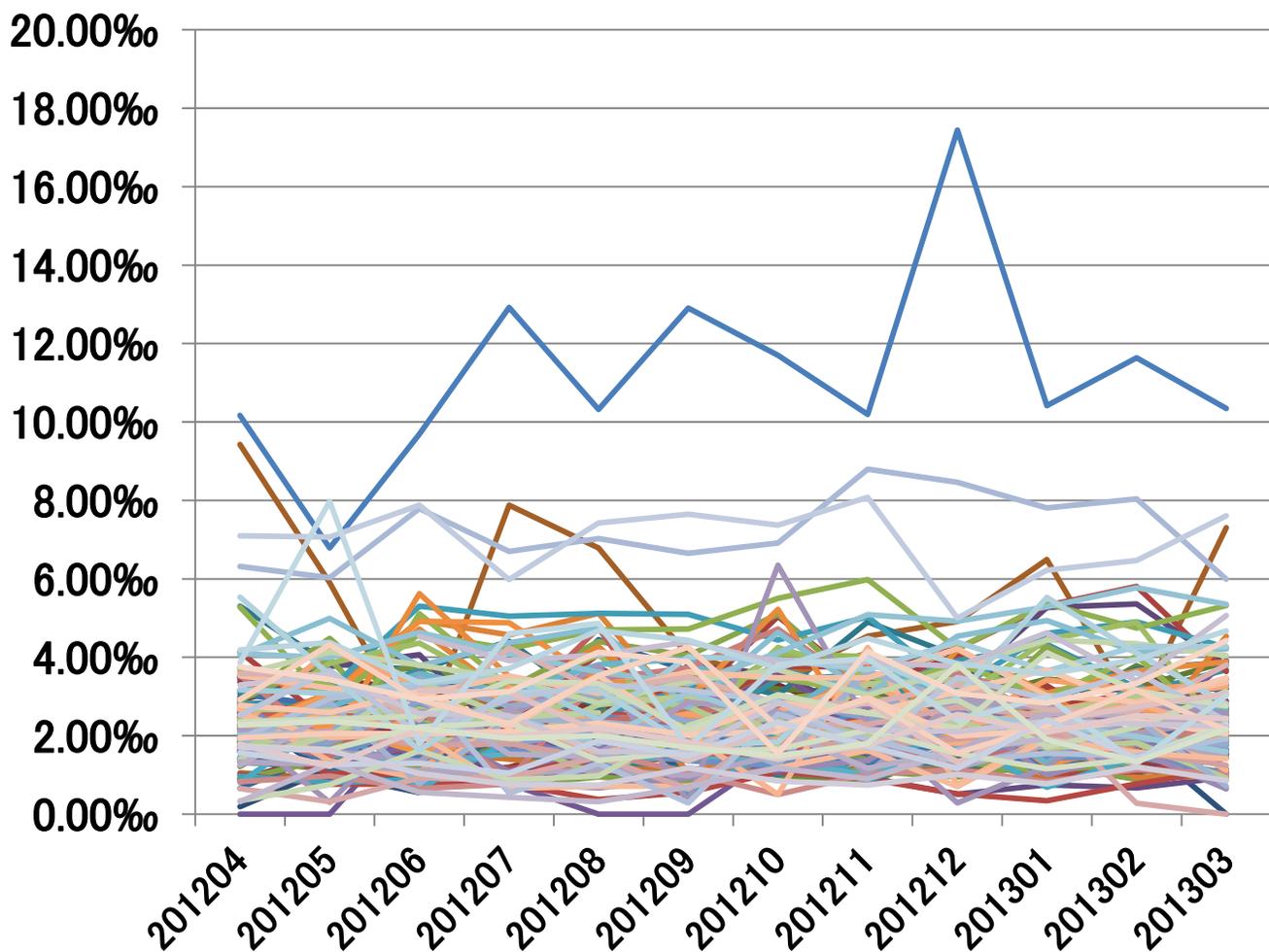
## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2012 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 2012 ISBN 978-4-89996-302-8
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> 2013/07/02 available)
3. 厚生労働科学研究費補助金事業(医療安全・医療技術評価総合研究事業)平成16-18年度「医療安全のための教材と教育方法の開発に関する研究」班研究報告書 別冊『転倒・転落対策のガイドライン』(主任研究者:上原鳴夫)
4. Healey F, Scobie S, Glampson B, Pryce A, Joule N, Willmott M. Slips, trips and falls in hospital. London: NHS 2007;1.
5. Montalvo I. " The National Database of Nursing Quality Indicators TM (NDNQI(R)). OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing 2007;12.

# 一般:No4-a 入院患者の転倒・転落発生率

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

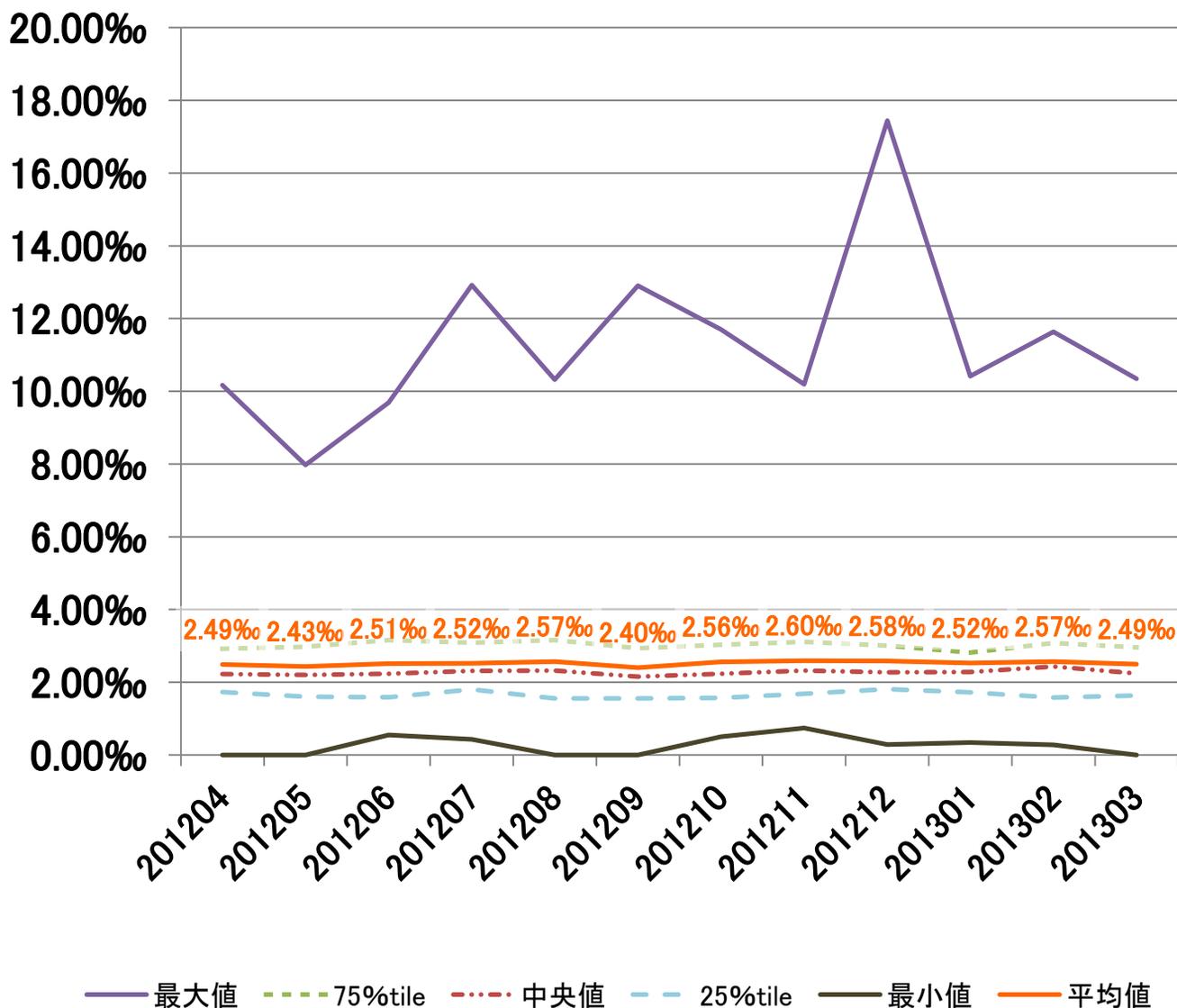
## 全施設



# 一般:No4-a 入院患者の転倒・転落発生率

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

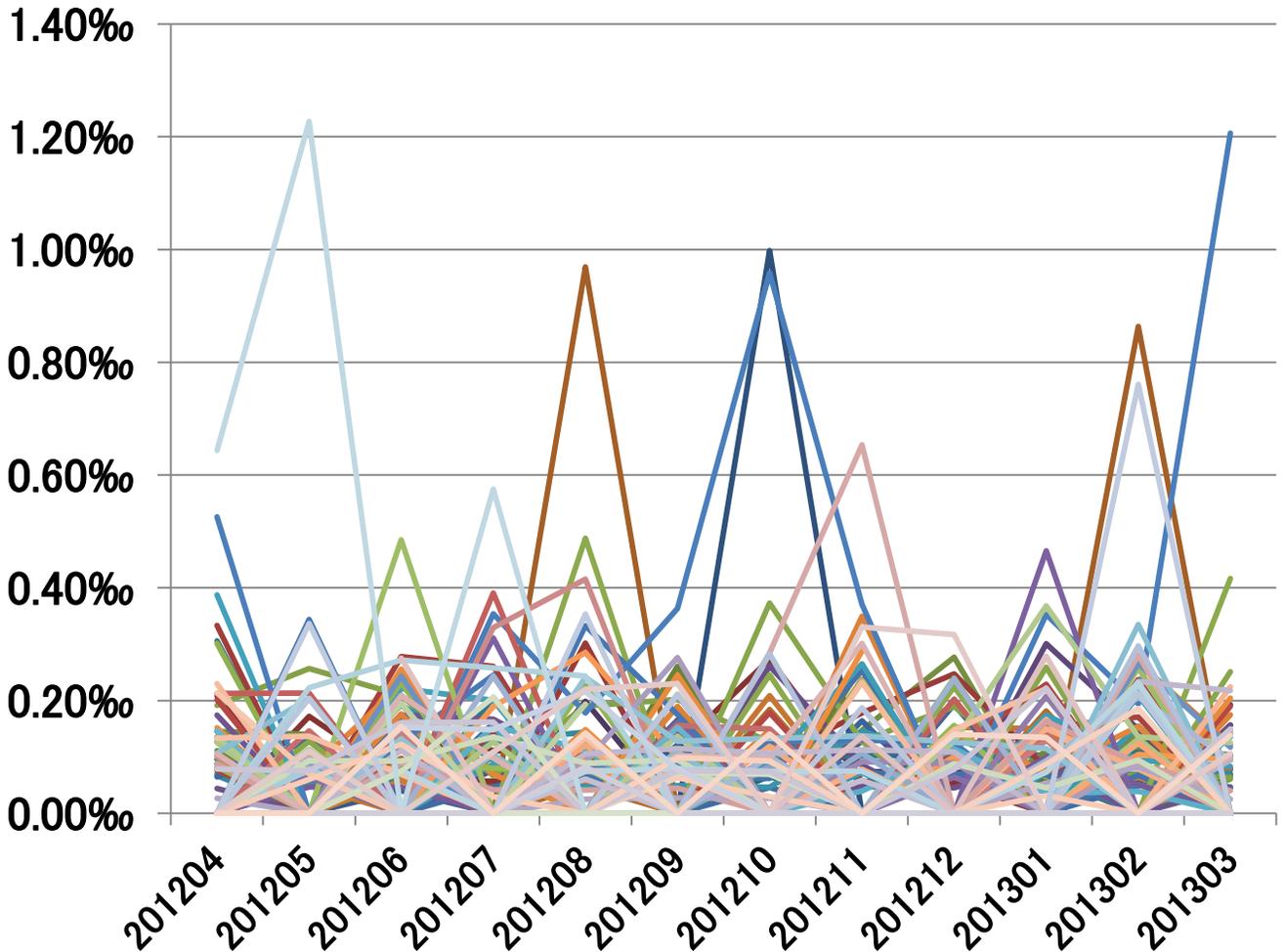
## 全施設



# 一般:No4-b 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

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

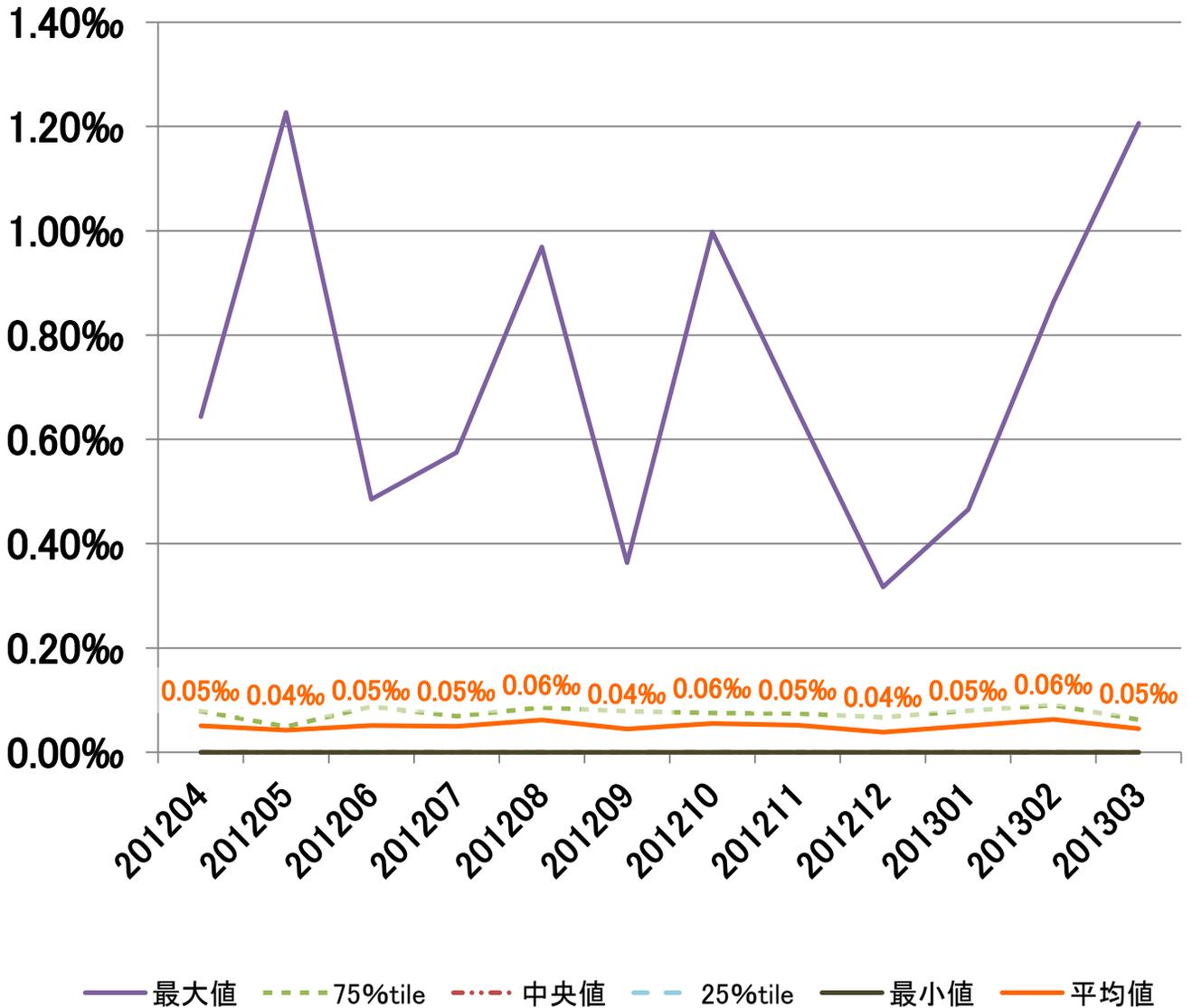
## 全施設



# 一般:No4-b 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

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

## 全施設



# No.05 褥瘡発生率

## 指標の説明・定義

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

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

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

**分母:** 入院延べ患者数

**分子包含:** 院内で新規発生の褥瘡(入院時刻より24時間経過後の褥瘡の発見または記録)  
深さd2以上の褥瘡・深さ判定不能な褥瘡(DU)・深部組織損傷疑い

**分母除外:** 日帰り入院患者の入院日数(同日入退院患者も含む)  
入院時すでに褥瘡保有が記録(d1,d2,D3,D4,D5,DU)されていた患者の入院日数(ただし、院内での新規発生に限定)  
調査期間より前に褥瘡の院内発生(d1,d2,D3,D4,D5,DU)が確認され、継続して入院している患者の入院日数(ただし、すでに褥瘡が発生している患者群を除き、調査期間内に院内新規発生の可能性がある患者に限定)

**収集期間:** 1ヶ月毎

### <Depth(深さ)>

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

D5	関節腔、体腔に至る損傷
DU	深さ判定が不能の場合

## 指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

## 考察

調査開始の2012年4月から調査終了の2013年3月まで、一般病床がない1施設を除き、すべてのデータを提出できた割合は83.2%(1428/1716)でした。また、1年間の平均は、平均値0.11%、中央値0.06%、最大値10.00%、最小値0.00%という結果でした。

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

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

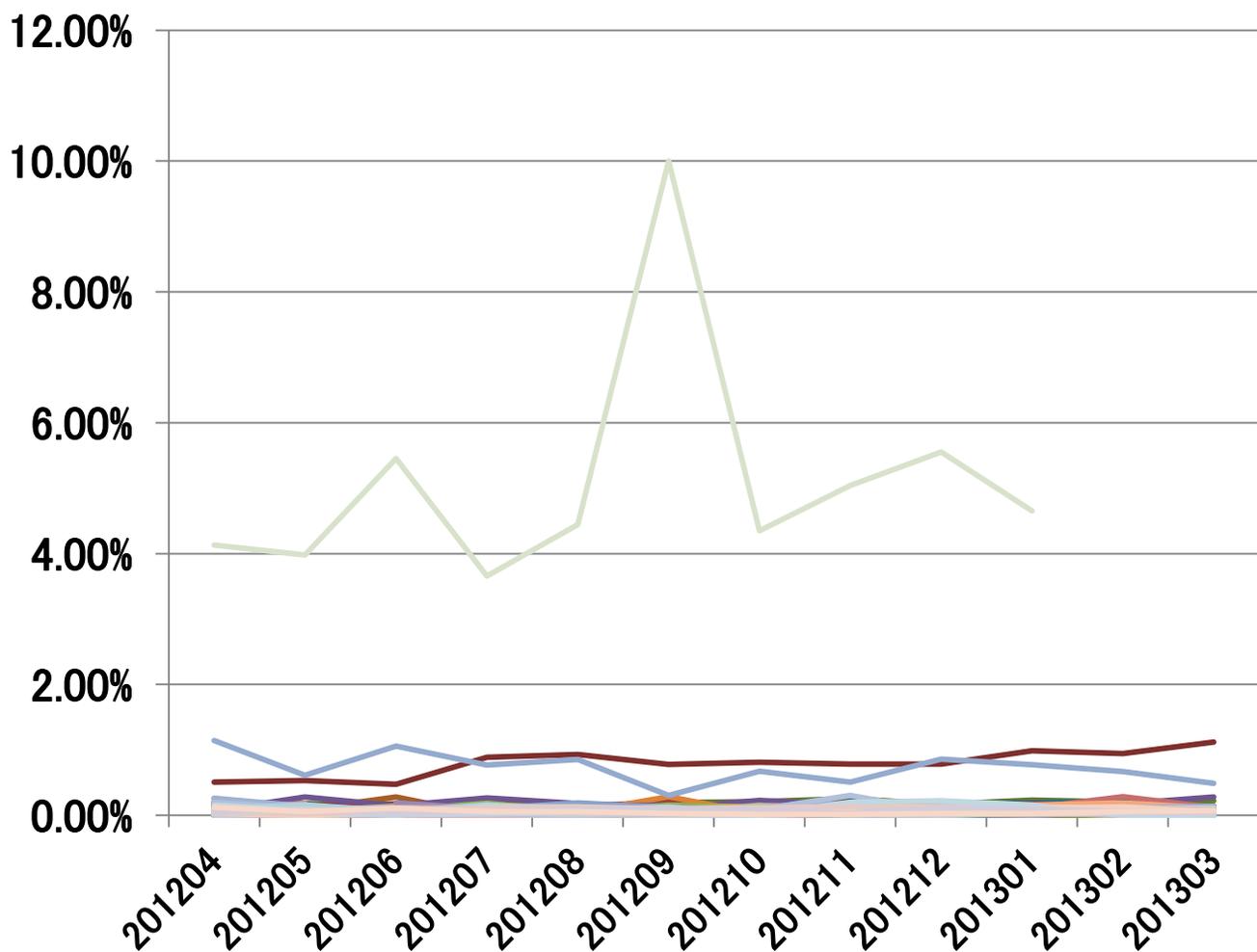
## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2012 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 2012 ISBN 978-4-89996-302-8
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> 2013/07/02 available)
5. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel; Pressure Ulcer Prevention: Quick Reference Guide.(Internet: [http://www.npuap.org/Final\\_Quick\\_Prevention\\_for\\_web\\_2010.pdf](http://www.npuap.org/Final_Quick_Prevention_for_web_2010.pdf) 2013/07/02 available)
6. 日本褥瘡学会編; 褥瘡予防・管理ガイドライン.(Internet: [http://minds.jcqh.or.jp/stc/0036/1/0036\\_G0000181\\_GL.html](http://minds.jcqh.or.jp/stc/0036/1/0036_G0000181_GL.html) 2013/07/02 available)

# 一般:No5 褥瘡発生率

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

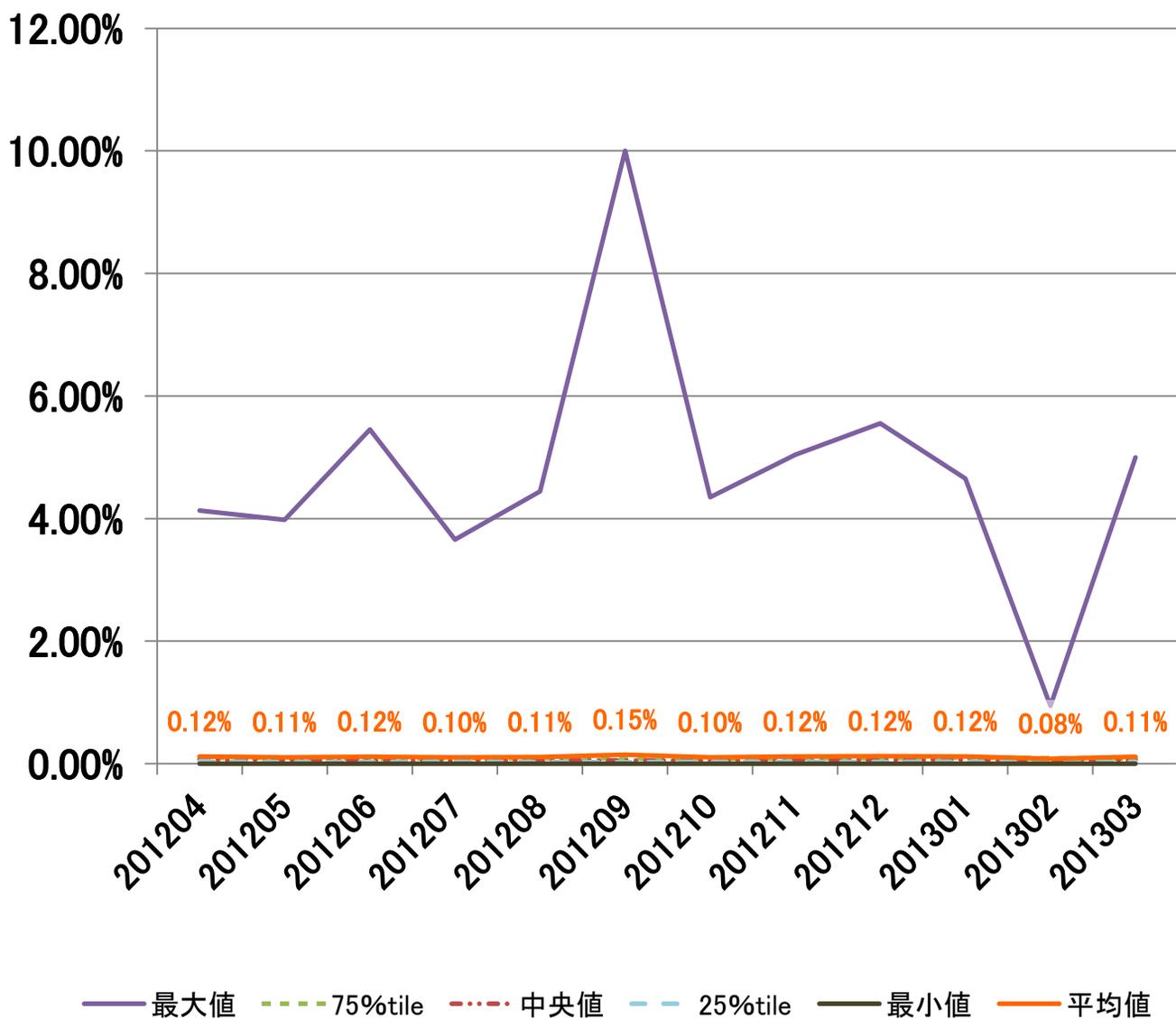
## 全施設



# 一般:No5 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 手術開始前 1 時間以内の予防的抗菌薬投与率

### 指標の説明・定義

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

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

**分 子:** 手術開始前 1 時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された退院患者数

**分 母:** 入院手術を受けた退院患者数

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

**収集期間:** 1 ヶ月毎

### 指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

### 考察

予防的抗菌薬投与はガイドラインに準拠した指標となっており、医療の質をよくあらわしているプロセス指標といえ海外でも広く採用されている指標です。調査開始の 2012 年 4 月から調査終了の 2013 年 3 月まで、一般病床がない 1 施設を除き、すべてのデータを提出できた割合は 81.1% (1392/1716) でした。また、1 年間の平均は、平均値 91.4%、中央値 96.2%、最大値 100.0%、最小値 0.0%という結果でした。

達成率が平均 90%を超える 93 施設では天井効果が認められ、十分質の高い医療を提供していると考えられま

すが、平均が60%を下回る4施設では、その値に経時的に大きな変化がないことから数値改善のための取り組みについて今後調査が必要です。

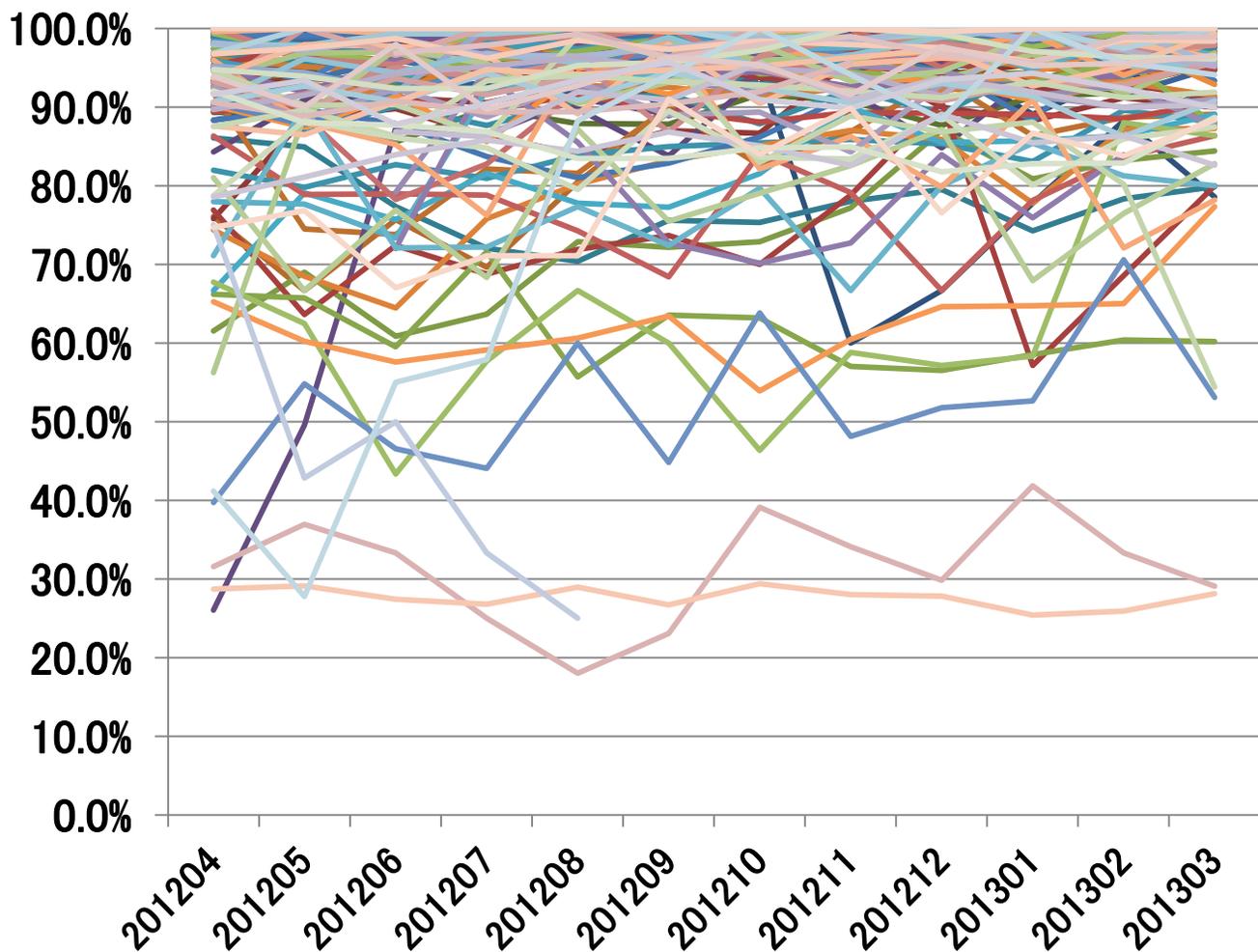
## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2012 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディアカ 2012 ISBN 978-4-89996-302-8
2. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.2 SCIP-Inf-1 Prophylactic Antibiotic Received Within One Hour Prior to Surgical Incision (Internet: [http://www.jointcommission.org/assets/1/6/HIQR\\_SpecsManual\\_1.1.13\\_v.4.2.1\\_EXE.zip](http://www.jointcommission.org/assets/1/6/HIQR_SpecsManual_1.1.13_v.4.2.1_EXE.zip) 2013/07/02 available)
3. The National Quality Forum; NQF: Measure Details. Prophylactic antibiotic received within 1 hour prior to surgical incision SCIP-Inf-1 (Internet: <http://www.qualityforum.org/MeasureDetails.aspx?SubmissionId=1154> 2013/07/02 available)
4. Kirkland KB, Briggs JP, Trivette SL, Wilkinson WE, Sexton DJ. The impact of surgical-site infections in the 1990s: attributable mortality, excess length of hospitalization, and extra costs. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1999;20:725-730.
5. CDC: Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 1999. *Infect Cont Hosp Epidemiol* 1999;20:247-278.

# 一般:No6 手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率

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

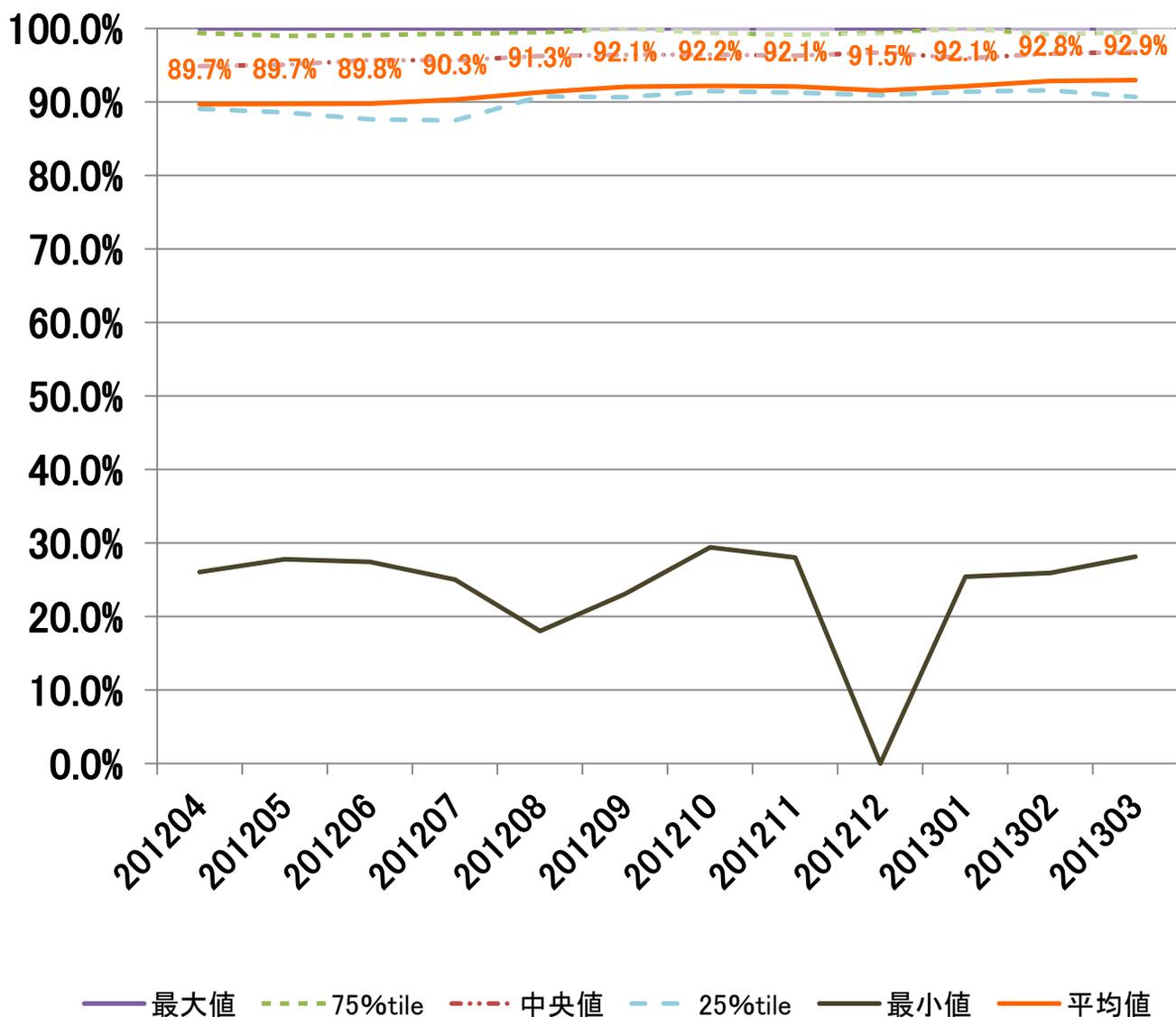
## 全施設



# 一般:No6 手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率

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

## 全施設



# No.07 糖尿病患者の血糖コントロール

## HbA1c (NGSP) <7.0%

### 指標の説明・定義

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

HbA1c は、過去 2～3 か月間の血糖値のコントロール状態を示す指標です。各種大規模スタディの結果から糖尿病合併症、特に細血管合併症の頻度は HbA1c に比例しており、合併症を予防するためには、HbA1c を 7.0%以下に維持することが推奨されています。したがって、HbA1c が 7.0%以下にコントロールされている患者の割合を調べることは、糖尿病診療の質を判断する指標の 1 つであると考えられます。ただし、インスリンが必要でもインスリンを打てない高齢者、認知症があり食事したことを記憶できない患者、低血糖を感知できない糖尿病自律神経症を合併している患者、狭心症があり血糖を高めにコントロールした方が安全である患者など、各患者の条件に応じて目標値を変えることが真の糖尿病治療の“質”であり、専門医があえて HbA1c を高めに維持している患者もいます。したがって、すべての患者で、厳格なコントロールを求めることが正しいとは限らないことも忘れてはなりません。

また、過去 2～3 ヶ月間の血糖値のコントロール状態を示す指標であり、前年度に算出が困難との意見が多かったため、対象を外来患者に絞り、3 か月毎の調査としました。

分子: HbA1c(NGSP)の最終値が 7.0%未満の外来患者数

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

分母除外: 運動療法または食事療法だけの糖尿病患者

収集期間: 3 ヶ月毎

### 指標の種類・値の解釈

アウトカム

より高い値が望ましい

### 考察

対象患者が多いことや処方箋毎に処方日数を計算する必要があること、さらに検体検査の結果が必要であることより算出困難であった医療機関が 1 施設ありました。その施設と一般病床がない 1 施設を除くと、4 回すべてのデ

ータを提出できた割合は 79.6% (452/568) で、すべての指標の中で一番提出率の低い結果となりました。また、4 回の提出の平均は、平均値 51.8%、中央値 51.6%、最大値 80.5%、最小値 22.8%という結果でした。

施設毎の分母のサイズとコントロール率は相関がみられず、必ずしも症例数が多い施設でコントロール率が高い結果とはなっていません。さらに、1 回目 (2011 年 7 月～2012 年 6 月) と 3 回目 (2012 年 1 月～12 月) の両方を調査した 115 施設で見ると、1 回目の値のほうが 3 回目の値より良かった施設が 29 施設あり、季節的な要因の可能性が考えられます。

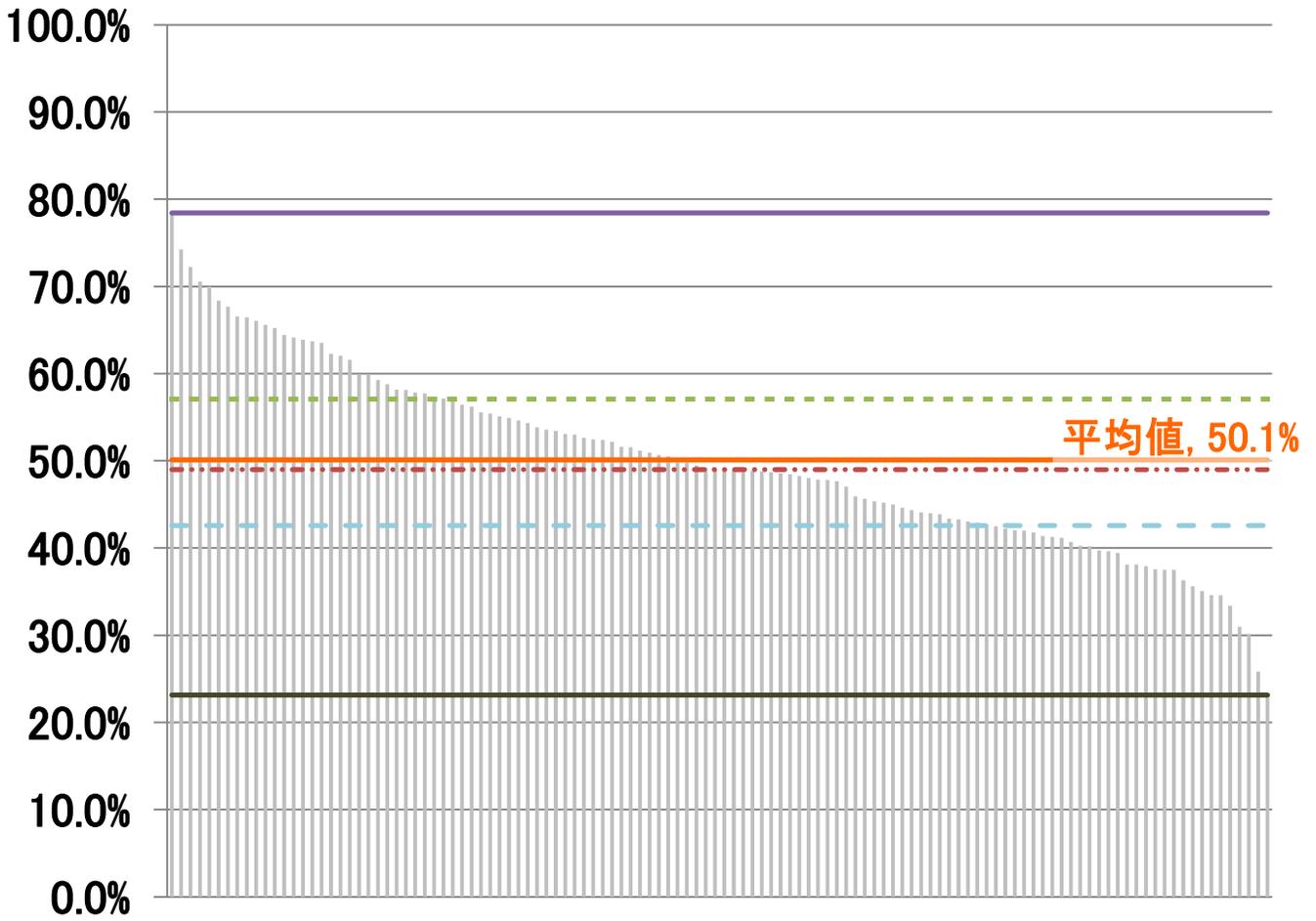
## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2012 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 2012 ISBN 978-4-89996-302-8
2. American Medical Association; PCPI Performance Measures. Physician Consortium for Performance Improvement? (PCPI) Performance Measure Status Report(Internet: <http://www.ama-assn.org/resources/doc/cqi/measures.pdf> 2013/07/02 available)
3. Perioperative Care Work Group 2; American College of Surgeons/Physician Consortium for Performance Improvement/National Committee for Quality Assurance. Perioperative Care Physician Performance Measurement Set. (Internet <http://www.ama-assn.org/apps/listserv/x-check/qmeasure.cgi?submit=PCPI> 2013/07/02 available)
4. National Quality Measures Clearinghouse; Comprehensive diabetes care: percentage of members 18 through 64 years of age with diabetes mellitus (type 1 and type 2) whose most recent hemoglobin A1c (HbA1c) level is less than 7.0% (controlled). (Internet: <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?id=23973> 2013/07/02 available)
5. U.S. Department of Health and Human Services Agency for Healthcare Research and Quality : National Healthcare Quality & Disparities Report (Internet: <http://nhqrnet.ahrq.gov/nhqrdr/jsp/nhqrdr.jsp#snhere#snhere> 2013/07/02 available)

# 一般:No7 糖尿病患者の血糖コントロール

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

201107-201206 全施設

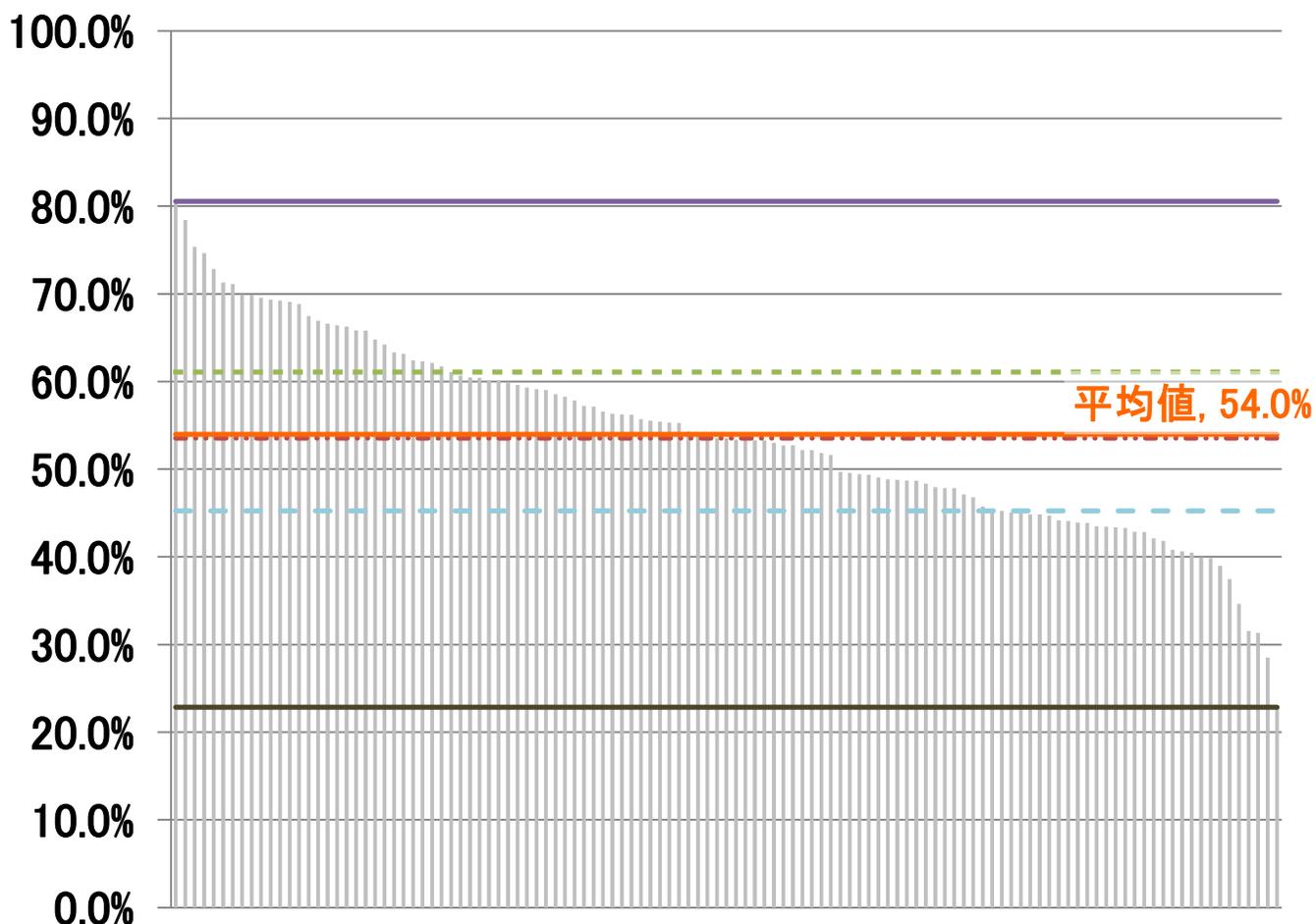


— 最大値    - - - 75%tile    - · - · 中央値    - - - 25%tile    — 最小値    — 平均値

# 一般:No7 糖尿病患者の血糖コントロール

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

## 201110-201209 全施設

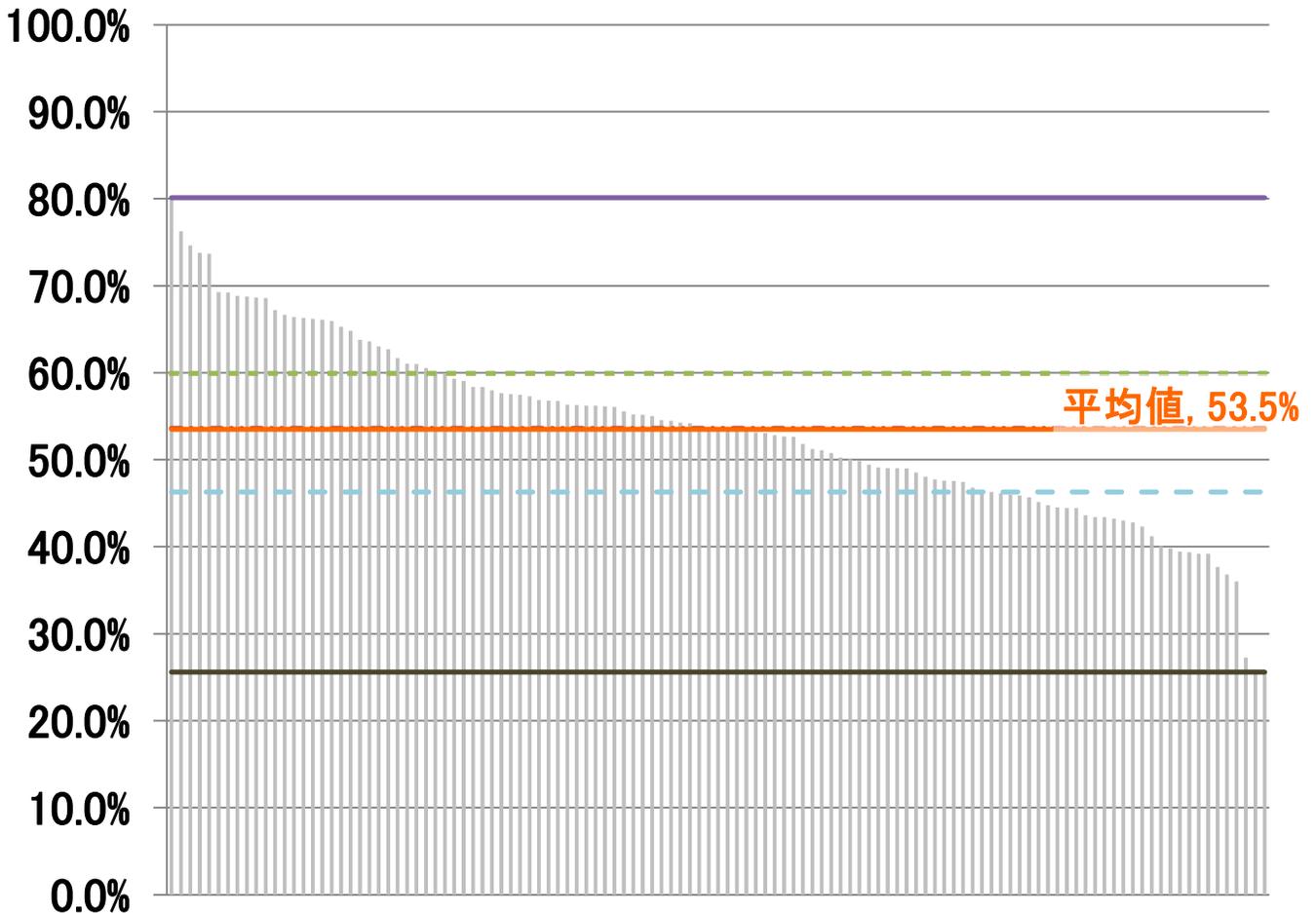


— 最大値    - - - 75%tile    ··· 中央値    - - - 25%tile    — 最小値    — 平均値

# 一般:No7 糖尿病患者の血糖コントロール

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

## 201201-201212 全施設

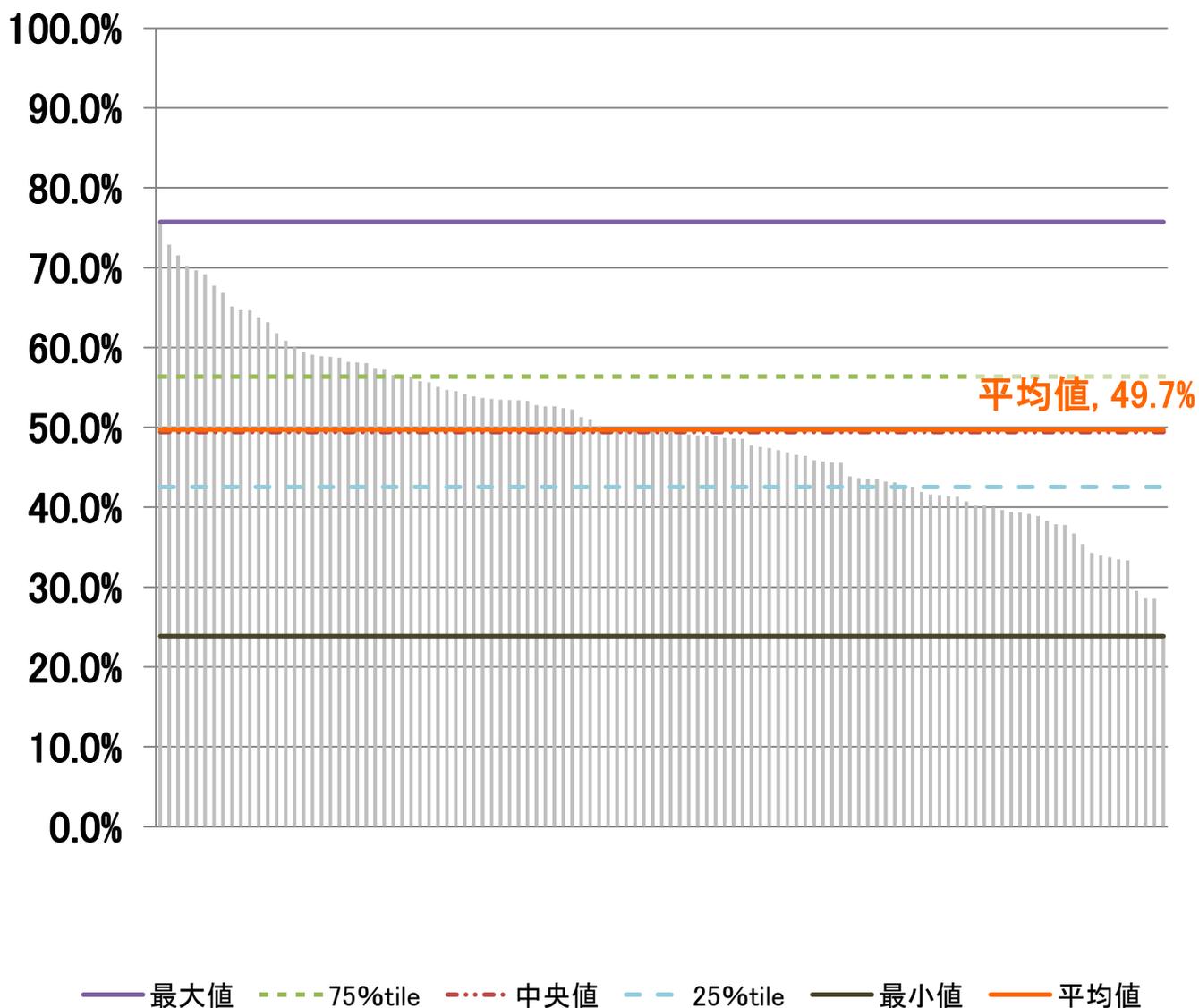


— 最大値    - - - 75%tile    ····· 中央値    - - - 25%tile    — 最小値    — 平均値

# 一般:No7 糖尿病患者の血糖コントロール

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

## 201204-201303 全施設



## No.08 手術ありの患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率（リスクレベルが中リスク以上）

### 指標の説明・定義

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

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

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

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

**収集期間:** 4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分

### 指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

### 考察

DPC データを用いた指標であり、DPC 対象外の 11 施設を除くと、調査開始の 2012 年 4 月から調査終了の 2013 年 3 月まで、すべてのデータを提出できた割合は 80.0% (1296/1620) でした。また、1 年間の平均は、平均値 93.3%、中央値 95.8%、最大値 100.0%、最小値 57.7% という結果でした。「手術ありの患者の肺血栓塞栓症の発生率(リスクレベルが中リスク以上)」と同様に、値が算出できなかった施設は、分母に該当する肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を行っていないのか、調査が必要かもしれません。

また、値のよい月、悪い月の変動が激しい施設は、たまたまであるのか、きちんとした運用がなされていないのか、調査が必要です。

本指標はプロセス指標であり、肺血栓塞栓症の発症率を下げることに繋がると考えられるため、正に医療の質を反映する指標といえます。

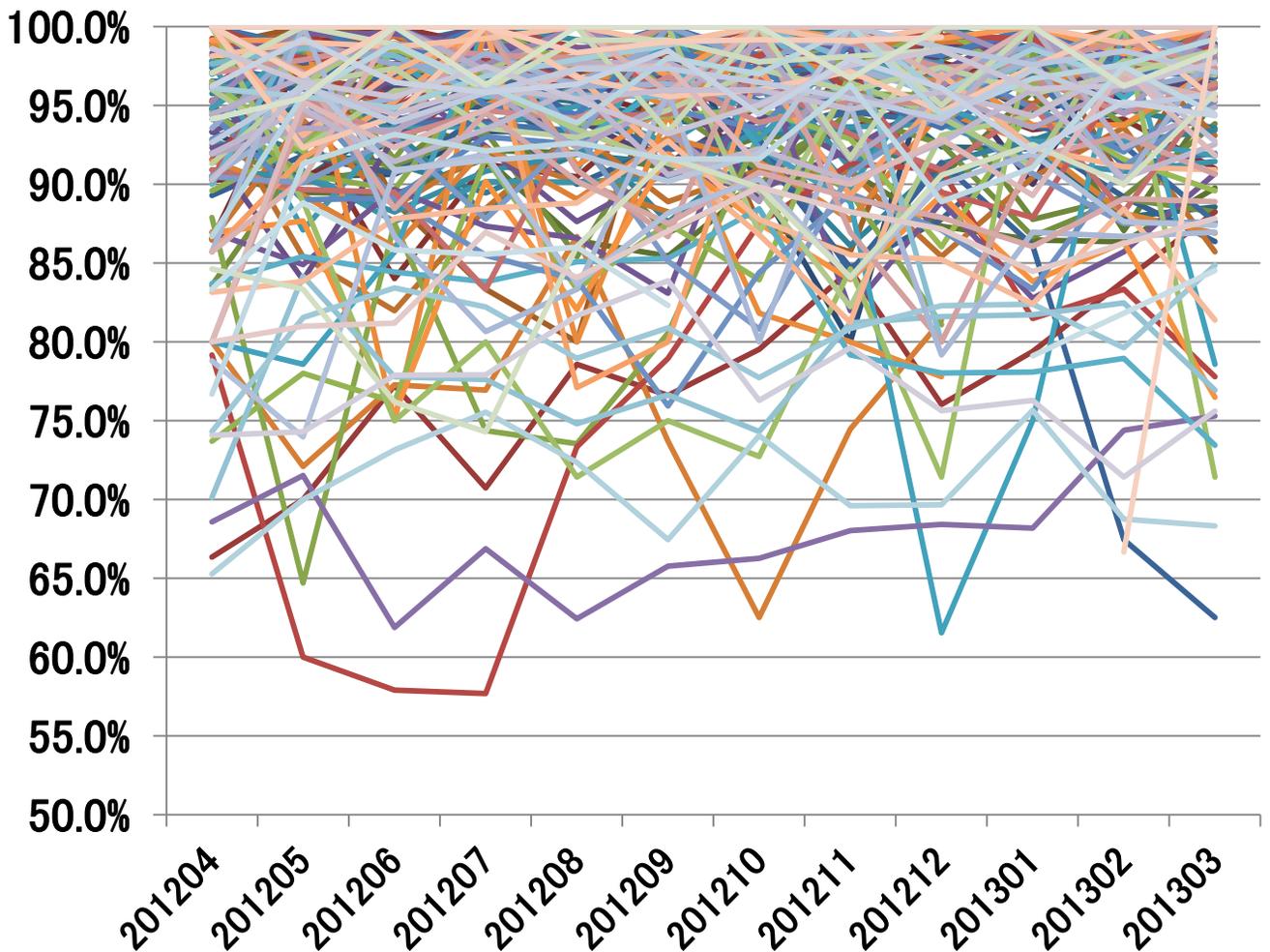
## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2012 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 2012 ISBN 978-4-89996-302-8
2. The National Quality Forum; National Voluntary Consensus Standards for Prevention and Care of Venous Thromboembolism:Additional Performance Measures A Consensus report. (Internet: <http://www.qualityforum.org/WorkArea/linkit.aspx?LinkIdentifier=id&ItemID=17724> 2011/03/24 available)
3. Sakuma M, Nakamura M, Yamada N, et al. Venous thromboembolism-Deep vein thrombosis with pulmonary embolism, deep vein thrombosis alone, pulmonary embolism alone. *Circ J* 2009; 73: 305-309.
4. Nakamura M, Fujioka H, Yamada N, et al. Clinical characteristics of acute pulmonary thromboembolism in Japan: results of a multicenter registry in the Japanese Society of Pulmonary Embolism Research. *Clin Cardiol* 2001; 24:132-138.
5. 肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症(静脈血栓塞栓症) 予防ガイドライン作成委員会. 肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症( 静脈血栓塞栓症) 予防ガイドライン. Medical Front International Limited, 東京 2004.
6. 古家 仁, 瀬尾憲正, 北口勝康, 他. 社団法人日本麻酔科学会周術期肺塞栓症調査 2005 年結果(短報) *Therapeutic research* 2008; 29: 659-661.
7. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.2 SCIP-VTE-2 Surgery Patients Who Received Appropriate Venous Thromboembolism Prophylaxis Within 24 Hours Prior to Surgery to 24 Hours After Surgery(Internet: [http://www.jointcommission.org/assets/1/6/HIQR\\_SpecsManual\\_1.1.13\\_v.4.2.1\\_EXE.zip](http://www.jointcommission.org/assets/1/6/HIQR_SpecsManual_1.1.13_v.4.2.1_EXE.zip) 2013/07/02 available)

# 一般:No8 手術ありの患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率

分子	肺血栓塞栓症予防管理料が算定されている、あるいは抗凝固薬が処方された患者数
分母	肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院患者数

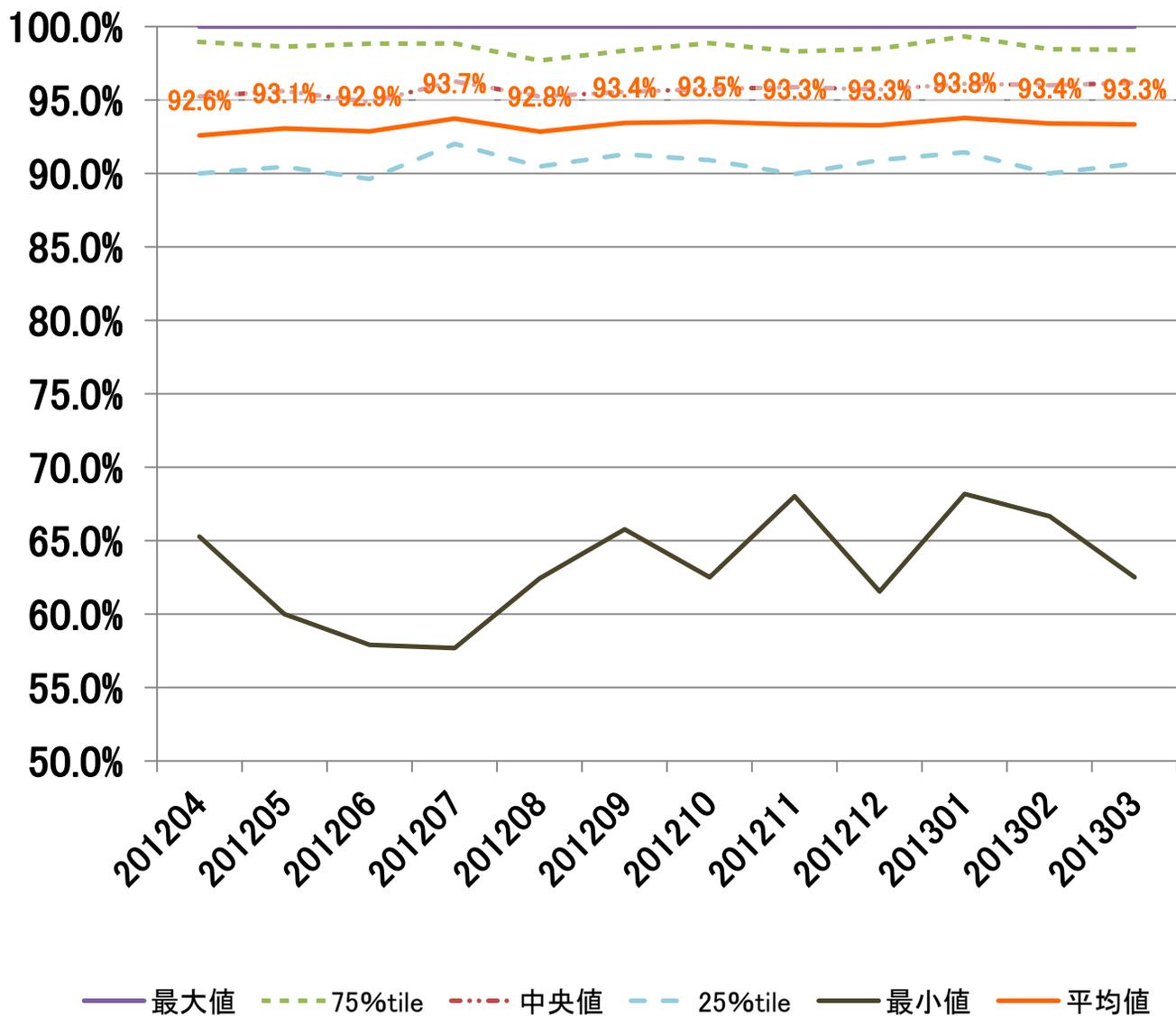
## 全施設



# 一般:No8 手術ありの患者の肺血栓塞栓症の予防対策の実施率

分子	肺血栓塞栓症予防管理料が算定されている、あるいは抗凝固薬が処方された患者数
分母	肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院患者数

## 全施設



# No.09 手術ありの患者の肺血栓塞栓症の発生率（リスクレベルが中リスク以上）

## 指標の説明・定義

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

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

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

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

収集期間： 4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分

## 指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

## 考察

DPCデータを用いた指標であり、DPC対象外の11施設を除くと、調査開始の2012年4月から調査終了の2013年3月まで、すべてのデータを提出できた割合は80.0%（1296/1620）でした。また、1年間の平均は、平均値0.12%、中央値0.00%、最大値7.14%、最小値0.00%という結果でした。値が算出できなかった施設は、分母に該当する肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を行っていないのか、調査が必要かもしれません。

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

一昨年度、DPCデータを用いて「予防可能であった可能性のある静脈血栓塞栓症の発生率」「手術患者における入院中の静脈血栓塞栓症発生率」を算出し、各施設に診療録のレビューをお願いしたところ、DPCデータから算出した結果と診療録をレビューした結果は必ずしも一致せず、数値の乖離も大きいことがわかりました。そのため、一概に数値が高いことが質の低い医療を提供していることにはつながらないと考えられます。

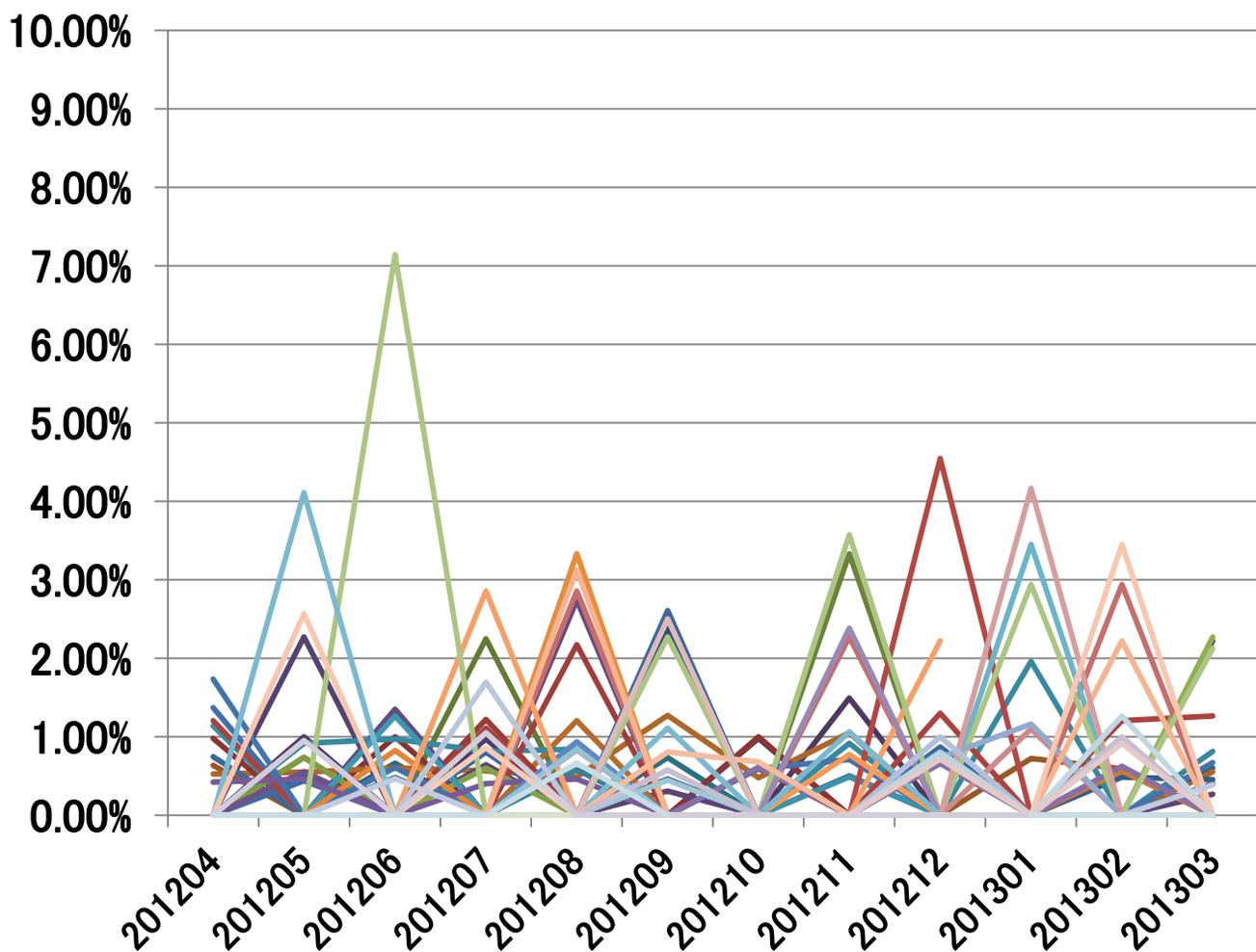
## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2012 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディアカ 2012 ISBN 978-4-89996-302-8
2. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures', version 4.2 (Internet: [http://www.jointcommission.org/assets/1/6/HIQR\\_SpecsManual\\_1.1.13\\_v.4.2.1\\_EXE.zip](http://www.jointcommission.org/assets/1/6/HIQR_SpecsManual_1.1.13_v.4.2.1_EXE.zip) 2013/07/02 available)
3. Sakuma M, Nakamura M, Yamada N, et al. Venous thromboembolism-Deep vein thrombosis with pulmonary embolism, deep vein thrombosis alone, pulmonary embolism alone. *Circ J* 2009; 73: 305-309.
4. Nakamura M, Fujioka H, Yamada N, et al. Clinical characteristics of acute pulmonary thromboembolism in Japan: results of a multicenter registry in the Japanese Society of Pulmonary Embolism Research. *Clin Cardiol* 2001; 24:132-138.
5. 肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症(静脈血栓塞栓症) 予防ガイドライン作成委員会. 肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症(静脈血栓塞栓症) 予防ガイドライン. Medical Front International Limited, 東京 2004.

# 一般:No9 手術ありの患者の肺血栓塞栓症の発生率

分子	入院後発症疾患名に「肺塞栓症」が記載されている患者数 (疑い含む)
分母	肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院患者数

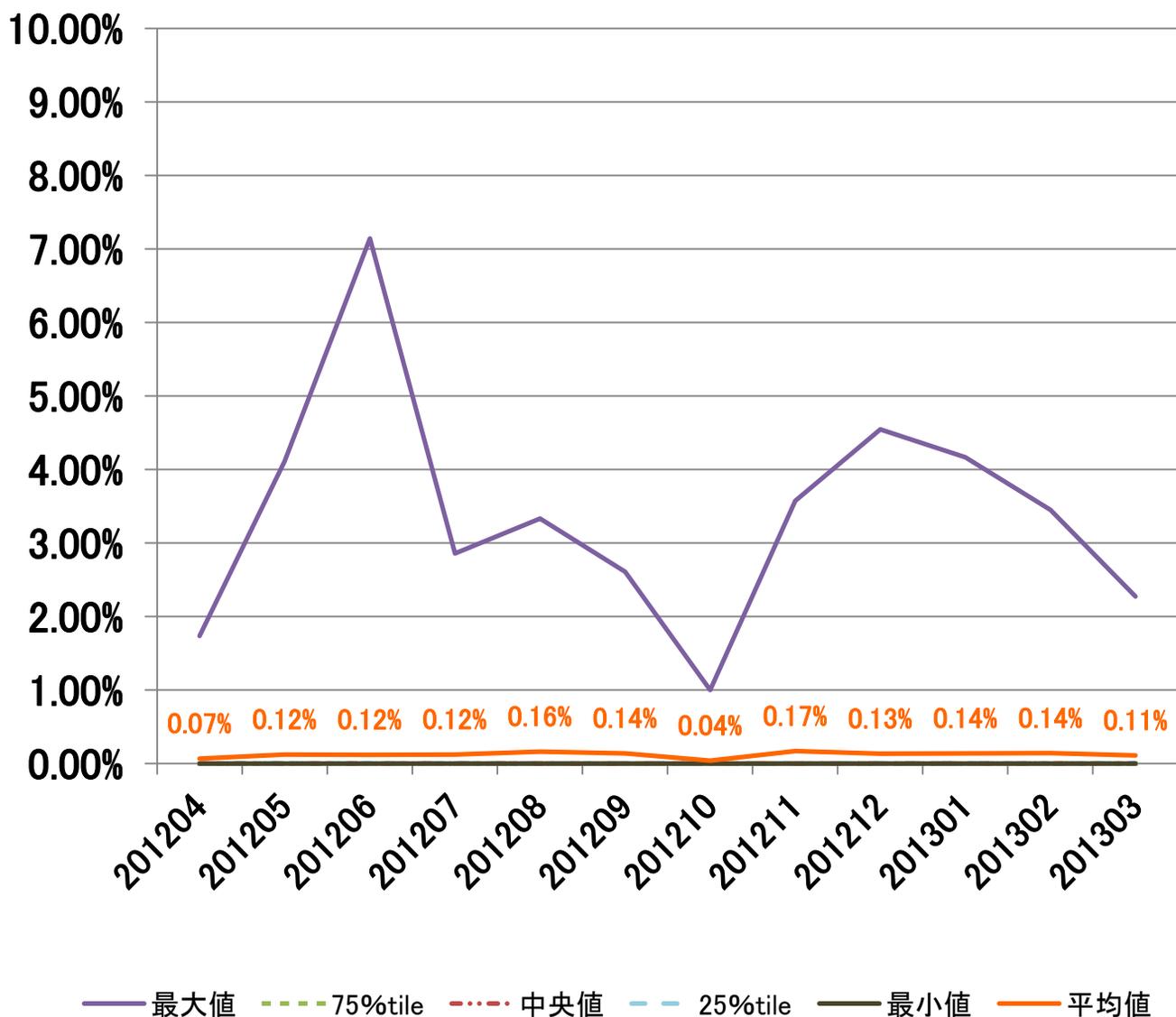
## 全施設



# 一般:No9 手術ありの患者の肺血栓塞栓症の発生率

分子	入院後発症疾患名に「肺塞栓症」が記載されている患者数 (疑い含む)
分母	肺血栓塞栓症発症のリスクレベルが「中」以上の手術を施行した退院患者数

## 全施設



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

## 指標の説明・定義

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

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

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

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

**分母除外:** 退院時転帰が死亡であった患者

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

Killip 分類が「Class4」であった患者

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

## 指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

## 考察

DPC データを用いた指標であり、DPC 対象外の 11 施設を除くと、調査開始の 2012 年 4 月から調査終了の 2013 年 3 月の合計で値が算出できた割合は 87.4% (118/135) でした。また、平均値 88.9%、中央値 95.2%、最大値 100.0%、最小値 0.0% という結果でした。

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

## 参考文献

1. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.2 AMI-2 Aspirin Prescribed at Discharge(Internet:  
[http://www.jointcommission.org/assets/1/6/HIQR\\_SpecsManual\\_1.1.13\\_v.4.2.1\\_EXE.zip](http://www.jointcommission.org/assets/1/6/HIQR_SpecsManual_1.1.13_v.4.2.1_EXE.zip) 2013/07/02 available)
2. American Medical Association; PCPI Performance Measures. Physician Consortium for Performance Improvement? (PCPI) Performance Measure Status Report(Internet:  
<http://www.ama-assn.org/resources/doc/cqi/measures.pdf> 2013/07/02 available)
3. Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, Hochman JS, Krumholz HM, Kushner FG, Lamas GA, Mullany CJ, Ornato JP, Pearle DL, Sloan MA, Smith SC Jr. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction. A report of the Am Coll of Cardiol/American Heart Assoc Task Force on Practice Guidelines (Committee to revise the 1999 guidelines). Bethesda (MD): American College of Cardiology, American Heart Association; 2004. 211 p. [1398 references]
4. Krumholz HM, Anderson JL, Bachelder BL, Fesmire FM, Fihn SD, Foody JM, Ho PM, Kosiborod MN, Masoudi FA, Nallamothu BK, American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures, American Academy of Family Physicians, American College of Emergency Physicians, American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Hospital Medicine. ACC/AHA 2008 performance measures for adults with ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarction [trunc]. J Am Coll Cardiol 2008 Dec 9;52(24):2046-99.
5. Krumholz HM, Radford MJ, Wang Y, Chen J, Heiat A, Marciniak TA. National use and effectiveness of beta-blockers for the treatment of elderly patients after acute myocardial infarction: National Cooperative Cardiovascular Project. JAMA 1998 Aug 19;280(7):623-9.
6. 福井次矢監修; Quality Indicator 2012 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディアカ 2012 ISBN 978-4-89996-302-8
7. 循環器病の診断と治療に関するガイドライン. (2006). Guidelines for Secondary Prevention of Myocardial Infarction (JCS 2006). Prevention, (Jcs), 1-52.
8. 循環器病の診断と治療に関するガイドライン. (2008). Guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction (JCS 2008). Circulation Journal, 72, 1347-1442.

# 一般:No10 急性心筋梗塞患者に対する退院時アスピリン処方率

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

## 201204-201303 全施設



— 最大値    - - - 75%tile    - · - · 中央値    - - - 25%tile    — 最小値    — 平均値

# No.11 退院後 6 週間以内の救急医療入院率

## 指標の説明・定義

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

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

前年度は、「救急医療入院」のみを分子対象としていましたが、2012 年度は「救急医療入院以外の予定外入院」も対象としているため、経年比較はできません。

分 子: 退院後 6 週間以内の救急入院患者数

分 母: 退院患者数

収集期間: 4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

## 指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

## 考察

DPC データを用いた指標であり、DPC 対象外の 11 施設を除くと、調査開始の 2012 年 4 月から調査終了の 2013 年 3 月まで、すべてのデータを提出できた割合は 81.5% (1320/1620) でした。また、1 年間の平均は、平均値 5.24%、中央値 5.09%、最大値 14.79%、最小値 0.00%という結果でした。

最大値 14.79%だった施設は、全体的に高い値であり、他施設よりも救急入院の患者を多く受け入れていると考えられます。

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

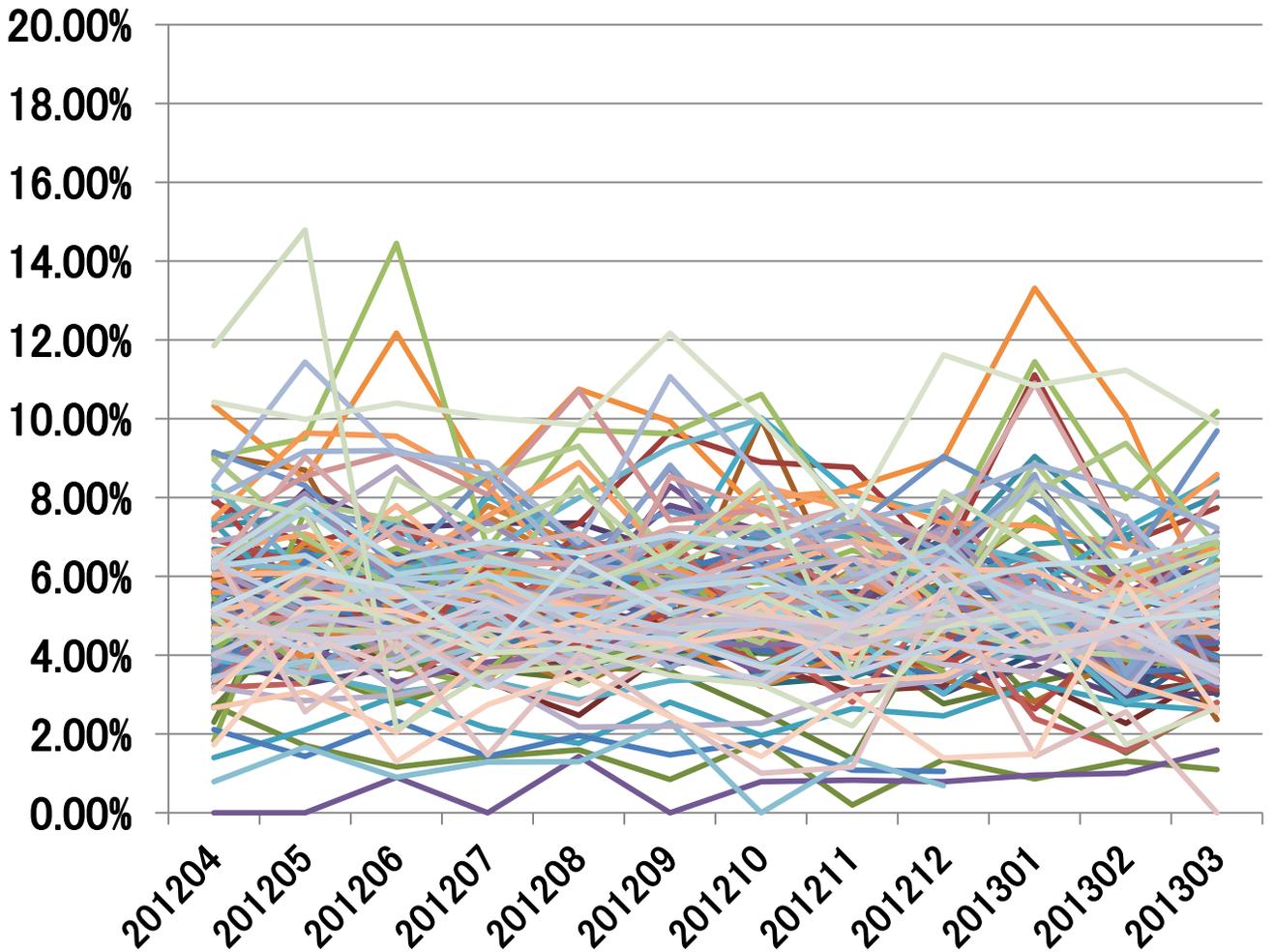
## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2012 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 2012 ISBN 978-4-89996-302-8

# 一般:No11 退院後6週間以内の救急医療入院率

分子	退院後6週間以内の救急入院患者数
分母	退院患者数

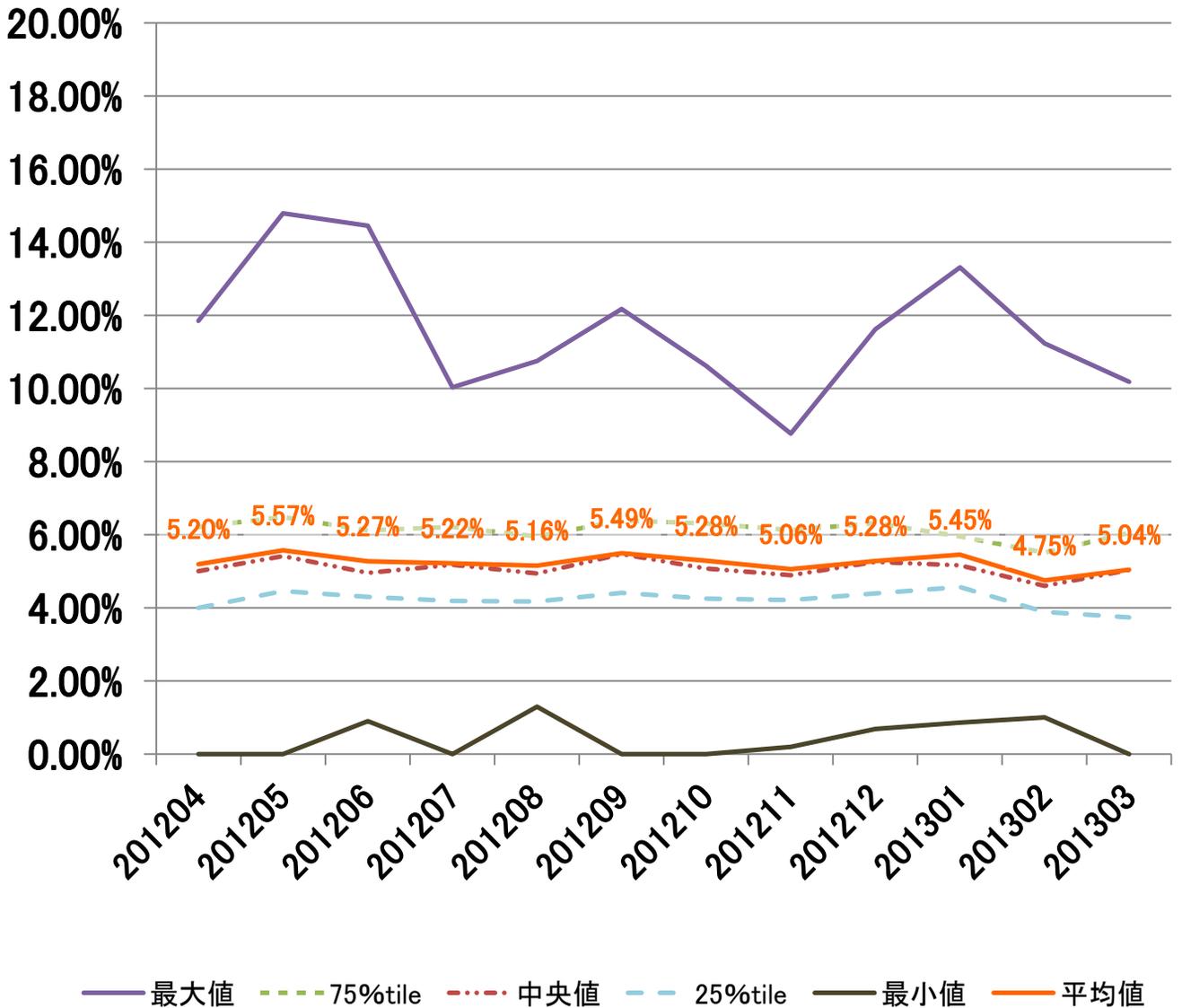
## 全施設



# 一般:No11 退院後6週間以内の救急医療入院率

分子	退院後6週間以内の救急入院患者数
分母	退院患者数

## 全施設



# 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

調査開始の2012年4月から調査終了の2013年3月まで、紹介率も逆紹介率もすべてのデータを提出できた割合は61.5% (96/156) でした。また、紹介率の1年間の平均は、平均値57.9%、中央値56.5%、最大値100.0%、最小値14.3%、逆紹介率の1年間の平均は、平均値119.9%、中央値72.2%、最大値1200.0%、最小値0.00%という結果でした。

2011年度までは一般病床向けの指標のみでしたが、2012年度より、精神病床を有する施設向けの指標と療養病床を有する施設向けの指標を選定し、算出を開始しました。まだ開始の年でもあり、施設によってばらつきもあるため、継続して値をみることが第一段階と考えます。

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

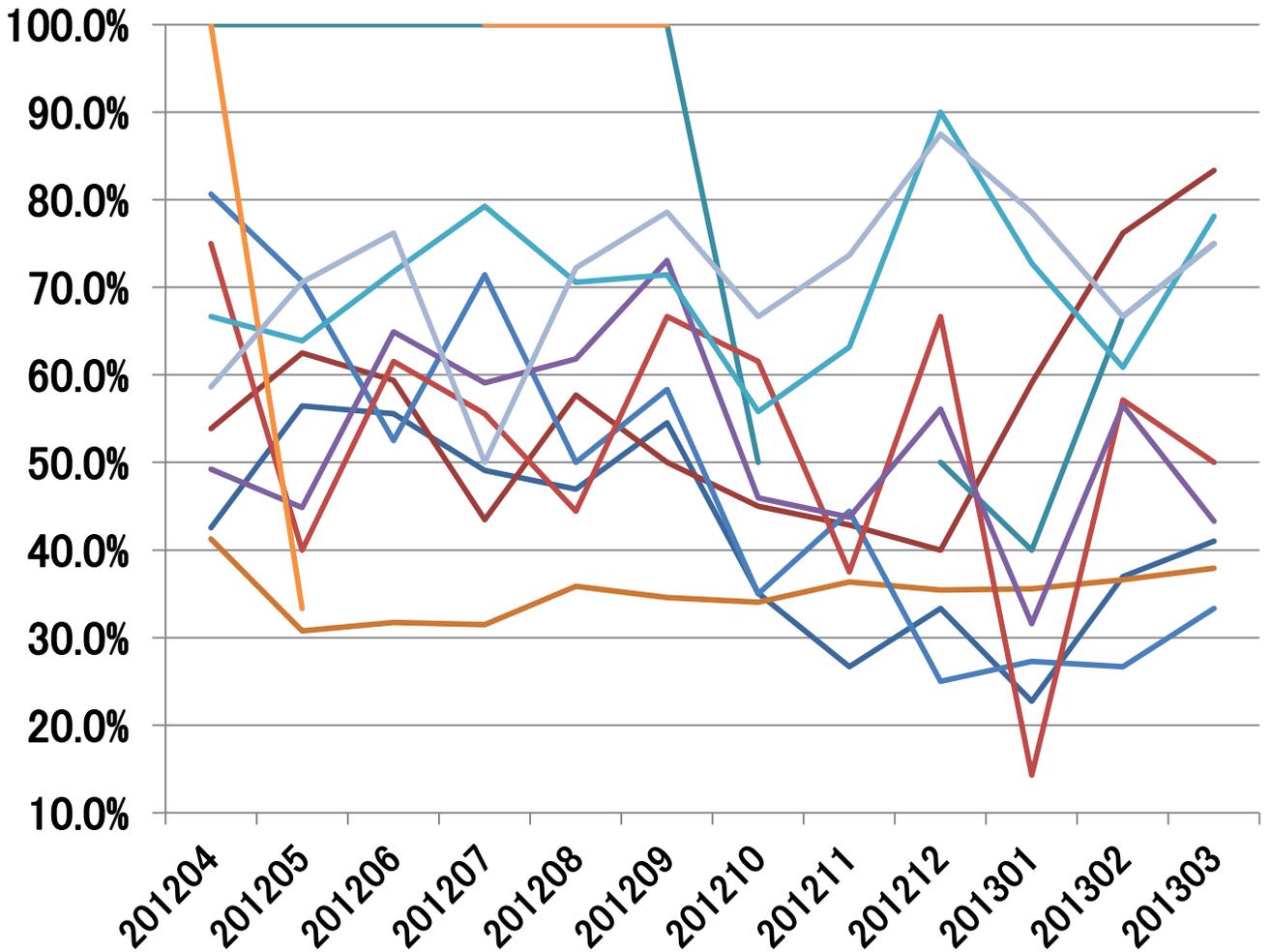
## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2012 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 2012 ISBN 978-4-89996-302-8

# 精神:No1 紹介率

分子	紹介患者数
分母	初診患者数

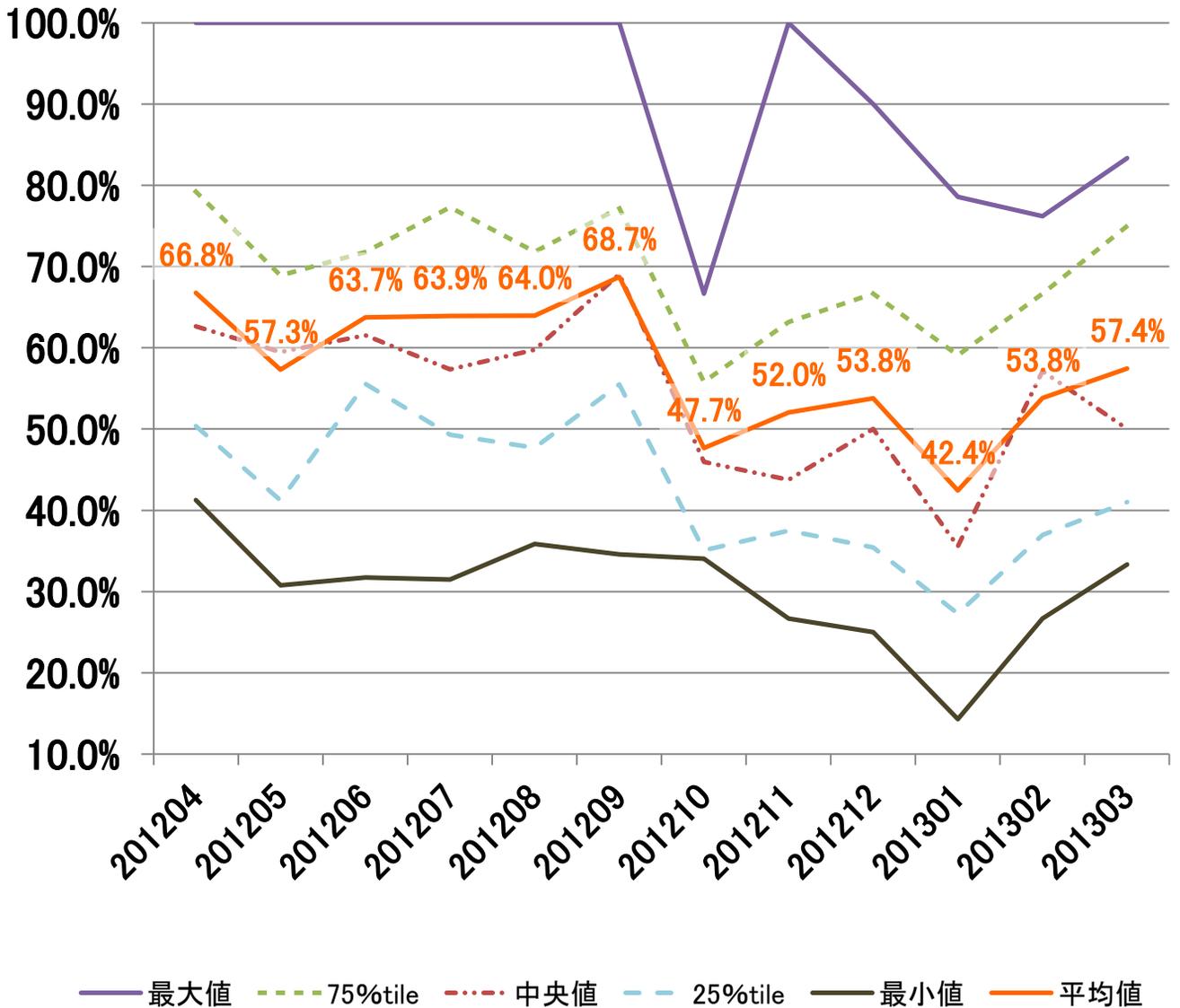
## 全施設



# 精神:No1 紹介率

分子	紹介患者数
分母	初診患者数

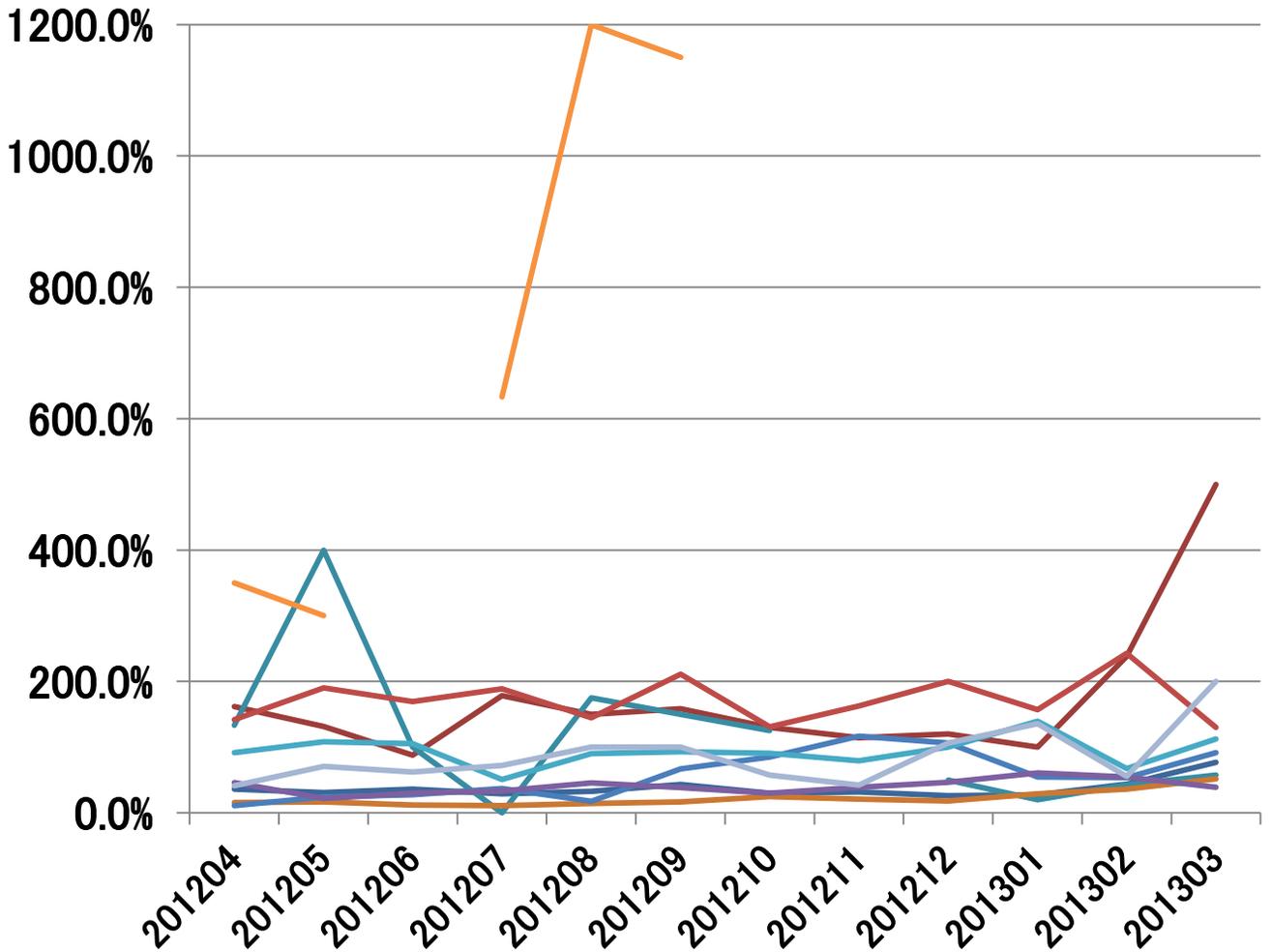
## 全施設



# 精神:No2 逆紹介率

分子	逆紹介患者数
分母	初診患者数

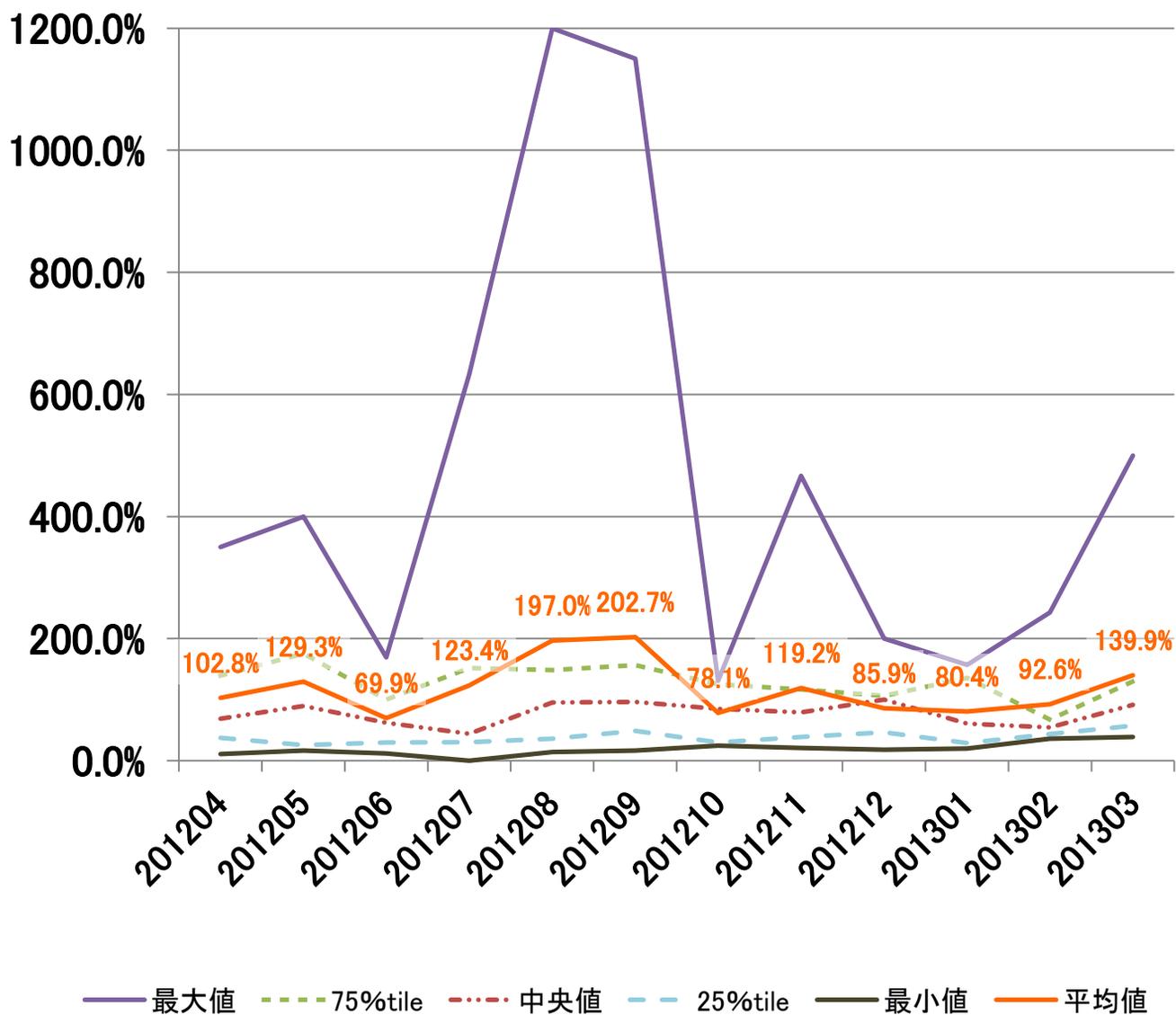
## 全施設



# 精神:No2 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

### 指標の説明・定義

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

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

**分子:** No.03-a) 医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数  
No.03-b) 医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうち損傷レベル 4 以上の転倒・転落件数

**分母:** 入院延べ患者数

**分子包含:** 介助時および複数回の転倒・転落

**分子除外:** 学生、スタッフなど入院患者以外の転倒・転落

**収集期間:** 1ヶ月毎

**調整方法:** ‰(パーミル: 1000 分の 1 を 1 とする単位)

### <損傷レベル>

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

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

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

## 指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

## 考察

調査開始の2012年4月から調査終了の2013年3月まで、すべてのデータを提出できた割合は69.2% (108/156) でした。また、転倒転落発生率の1年間の平均は、平均値 3.49‰、中央値 1.57‰、最大値 32.97‰、最小値 0.00‰、損傷発生率の1年間の平均は、平均値 0.03‰、中央値 0.00‰、最大値 0.81‰、最小値 0.00‰という結果でした。

2011年度までは一般病床向けの指標として扱っていましたが、2012年度より、精神病床を有する施設と療養病床を有する施設も同指標を算出することにしました。精神病床を有する施設であっても、一般病床の結果とそう変わりはありませんでした。まだ開始の年であるため、継続して値をみていく必要があると考えます。

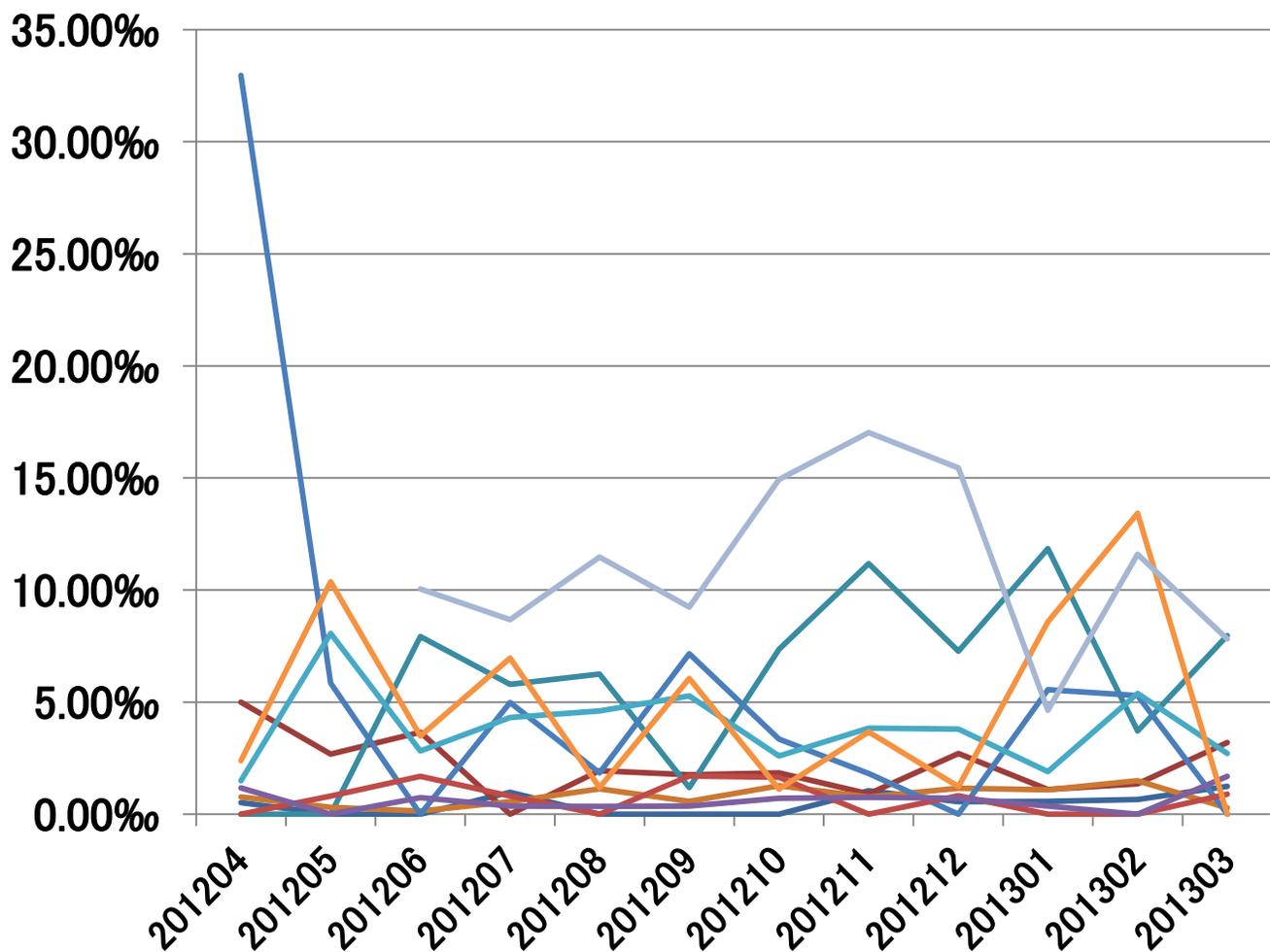
## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2012 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 2012 ISBN 978-4-89996-302-8
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> 2013/07/02 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:No3-a 入院患者の転倒・転落発生率

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

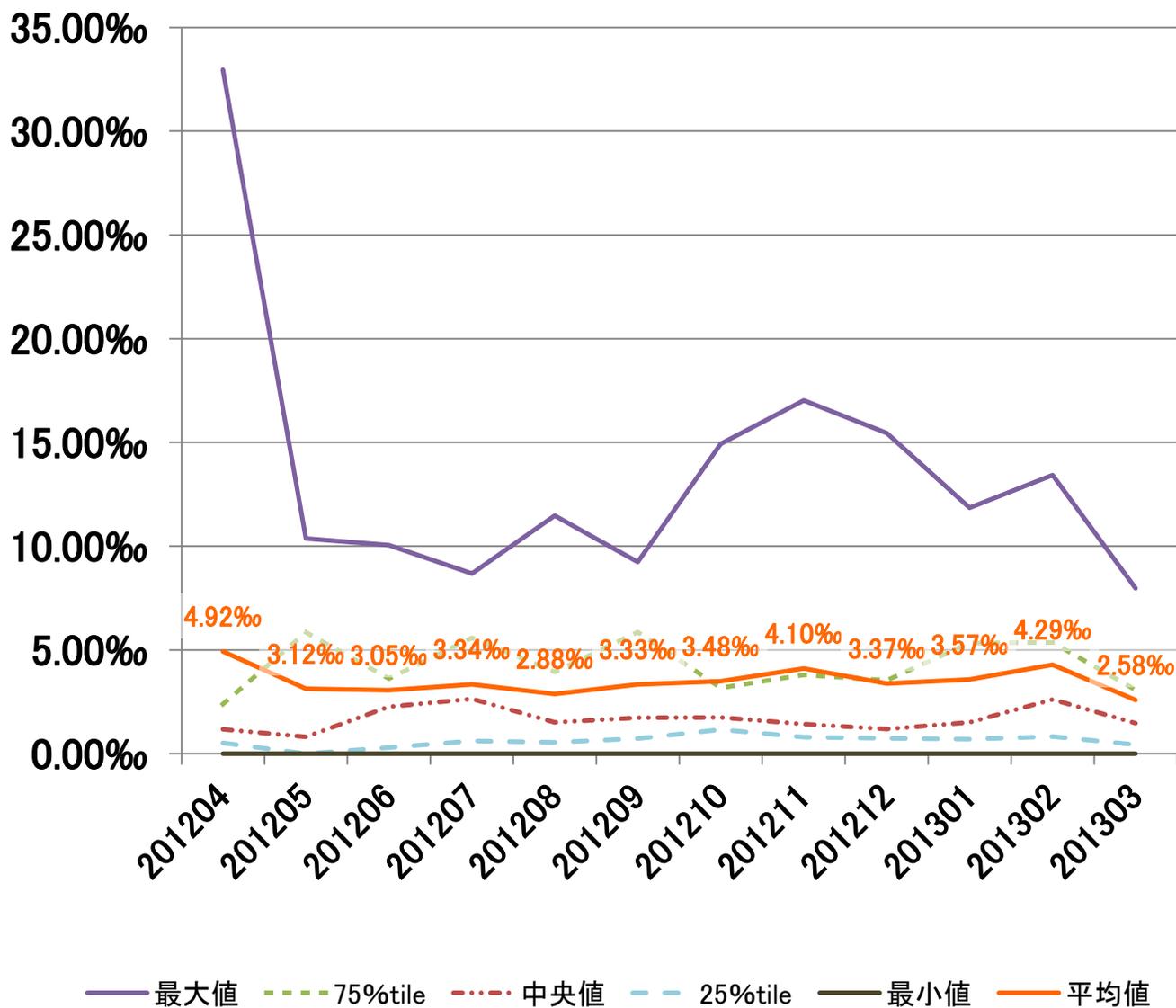
## 全施設



## 精神:No3-a 入院患者の転倒・転落発生率

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

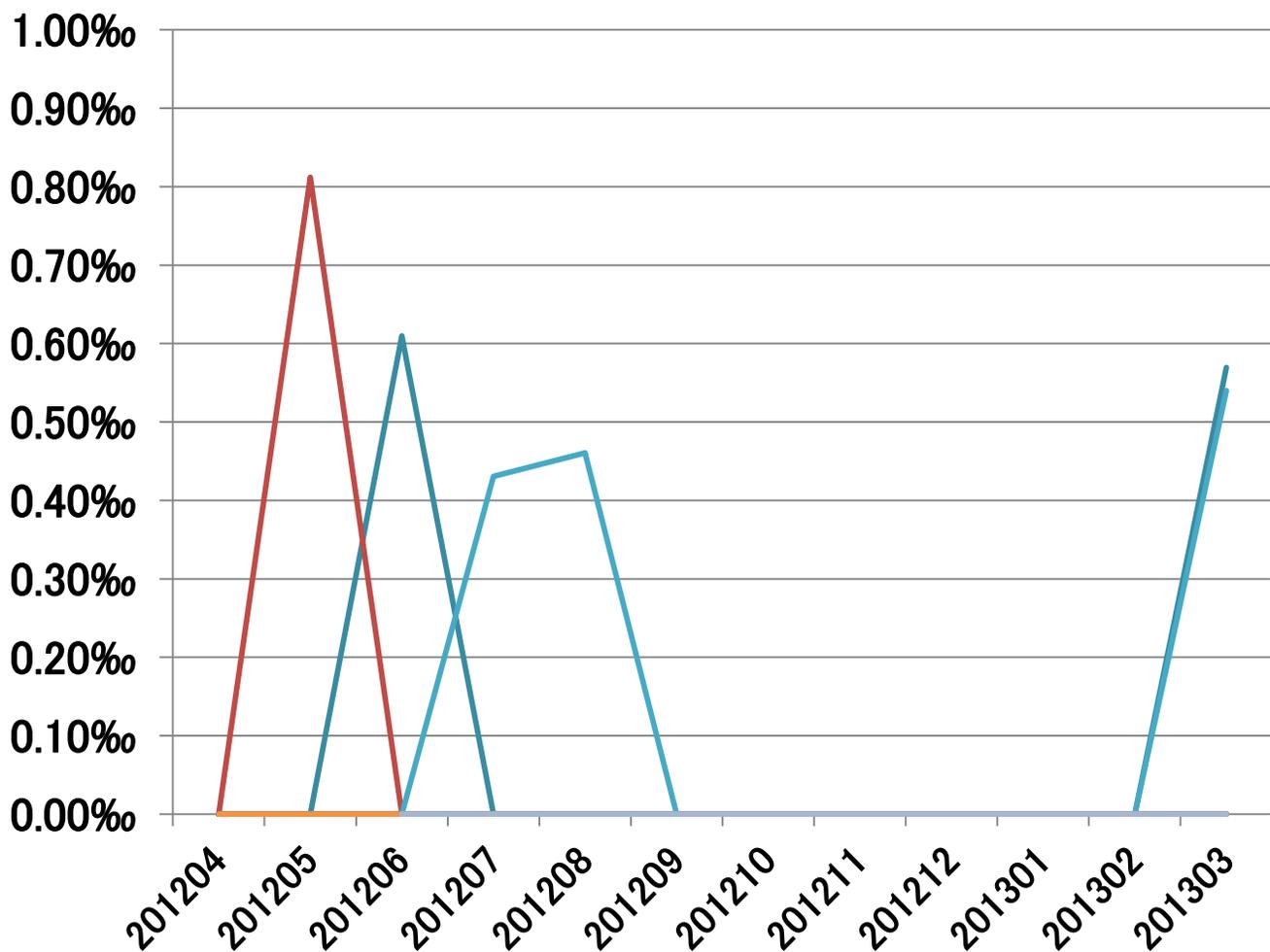
### 全施設



# 精神:No3-b 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

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

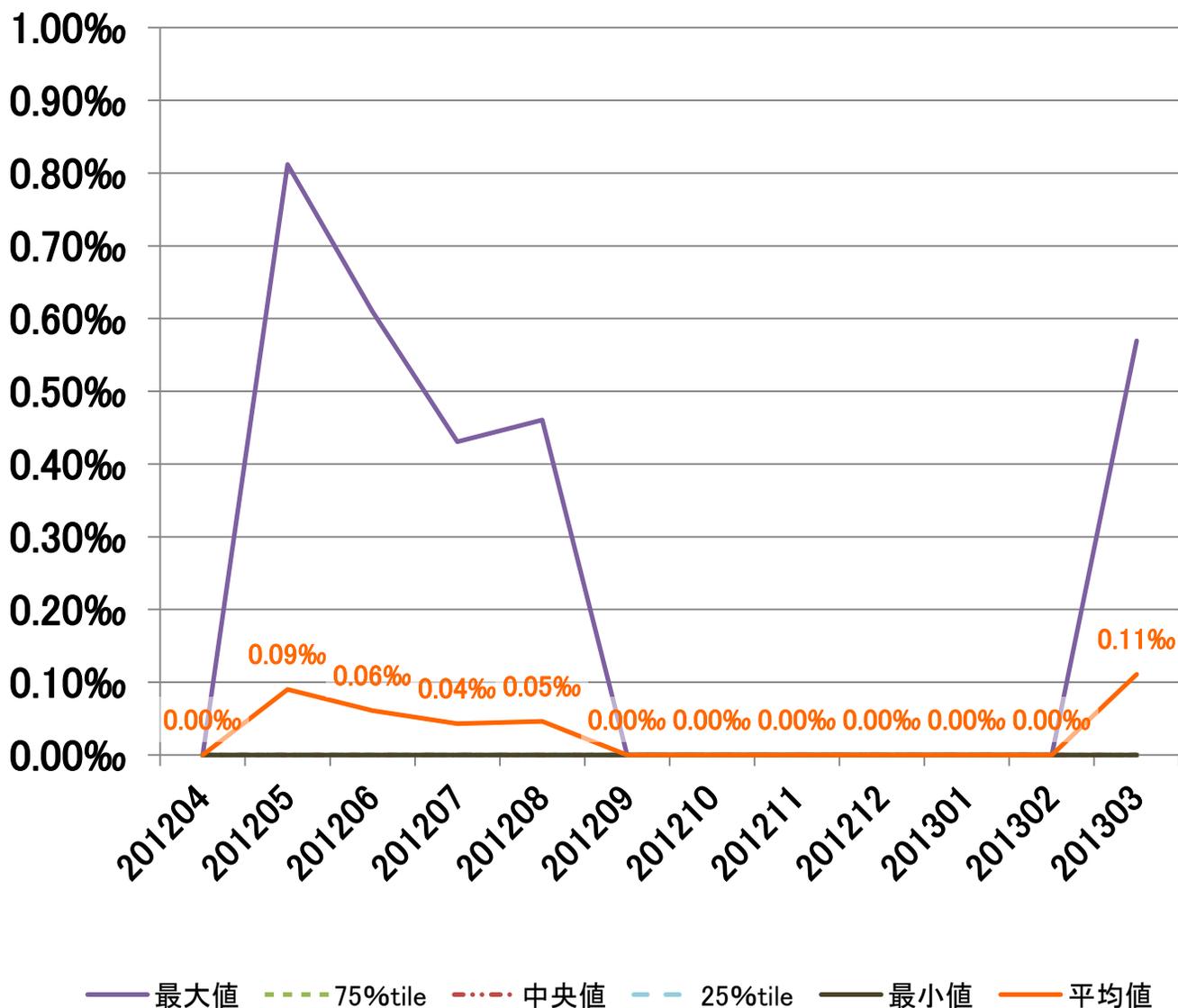
## 全施設



# 精神:No3-b 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

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

## 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

調査開始の2012年4月から調査終了の2013年3月まで、すべてのデータを提出できた割合は61.5% (96/156) でした。また1年間の平均は、平均値 13.2%、中央値 9.1%、最大値 48.2%、最小値 0.0%という結果でした。2011年度までは一般病床向けの指標のみでしたが、2012年度より、精神病床を有する施設向けの指標と療養病床を有する施設向けの指標を選定し、算出を開始しました。まだ開始の年でもあり、施設によってばらつきもあるため、継続して値をみるのが第一段階と考えます。

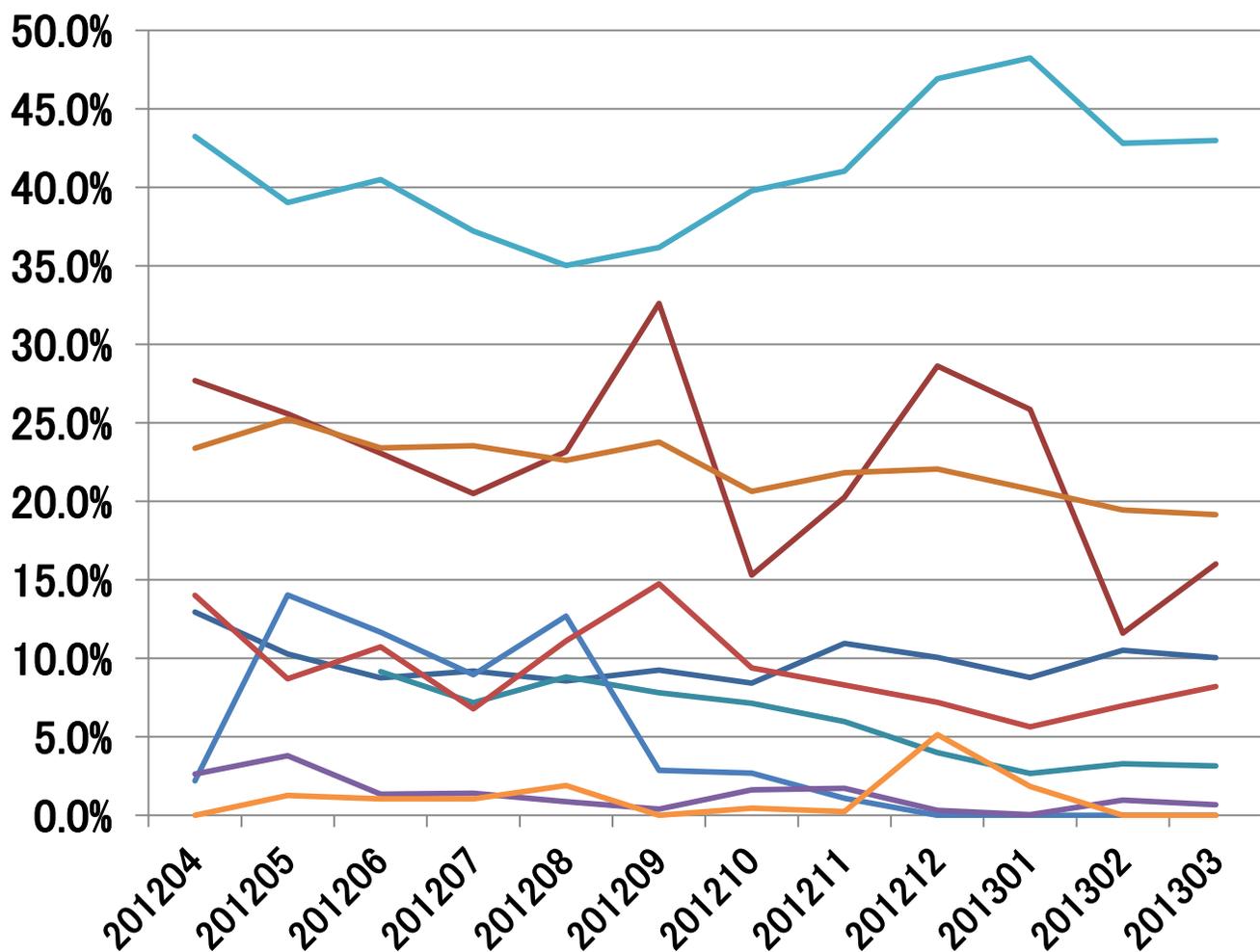
## 参考文献

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

## 精神:No4 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	精神病床入院延べ患者数

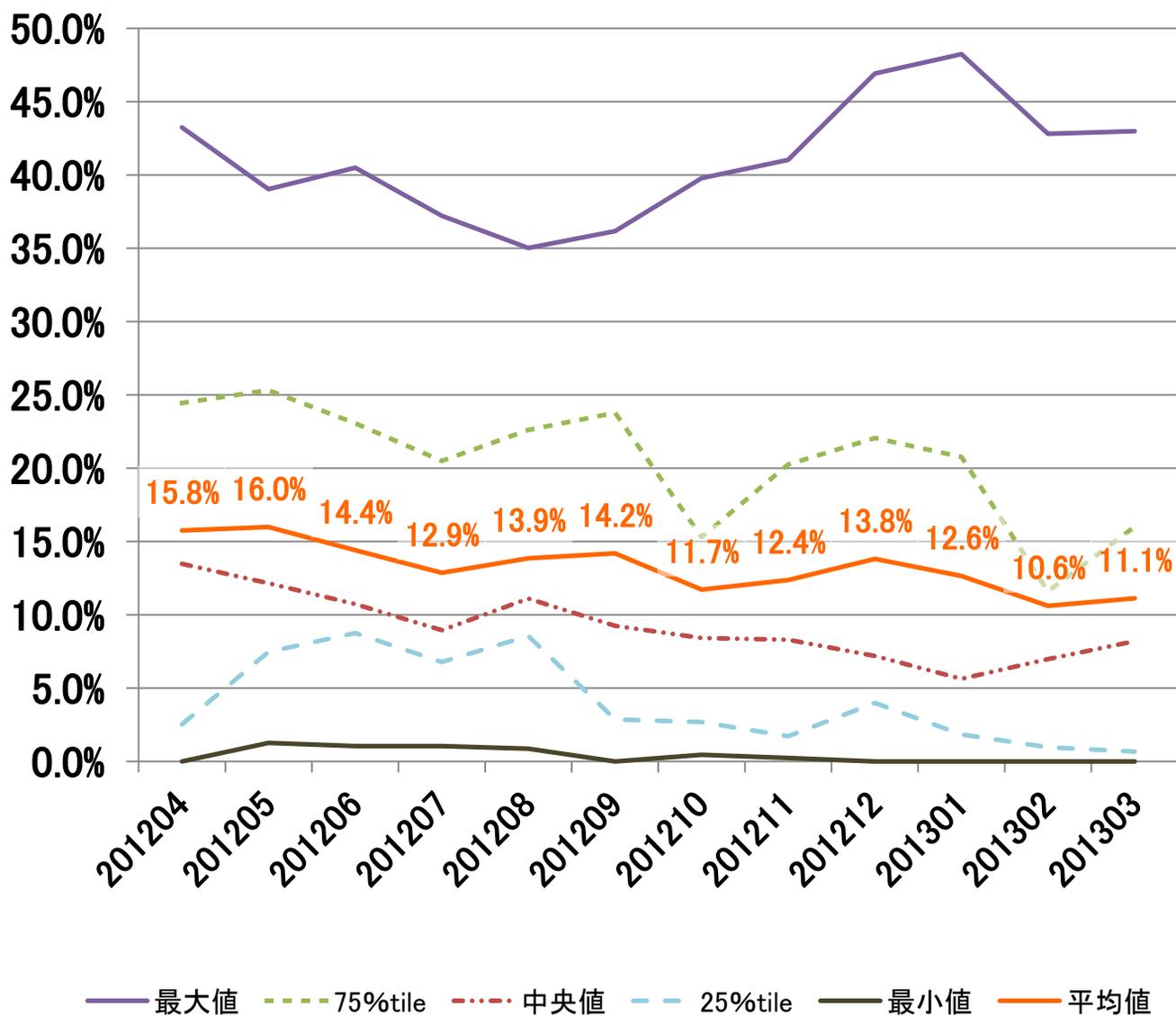
### 全施設



## 精神:No4 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	精神病床入院延べ患者数

### 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

分母除外： 死亡退院患者数

収集期間： 1ヶ月毎

## 指標の種類・値の解釈

アウトカム

## 考察

調査開始の2012年4月から調査終了の2013年3月まで、すべてのデータを提出できた割合は69.2%(108/156)でした。また1年間の平均は、平均値74.7%、中央値79.4%、最大値100.0%、最小値0.0%という結果でした。2011年度までは一般病床向けの指標のみでしたが、2012年度より、精神病床を有する施設向けの指標と療養病床を有する施設向けの指標を選定し、算出を開始しました。まだ開始の年でもあり、施設によってばらつきもあるため、継続して値をみるのが第一段階と考えます。

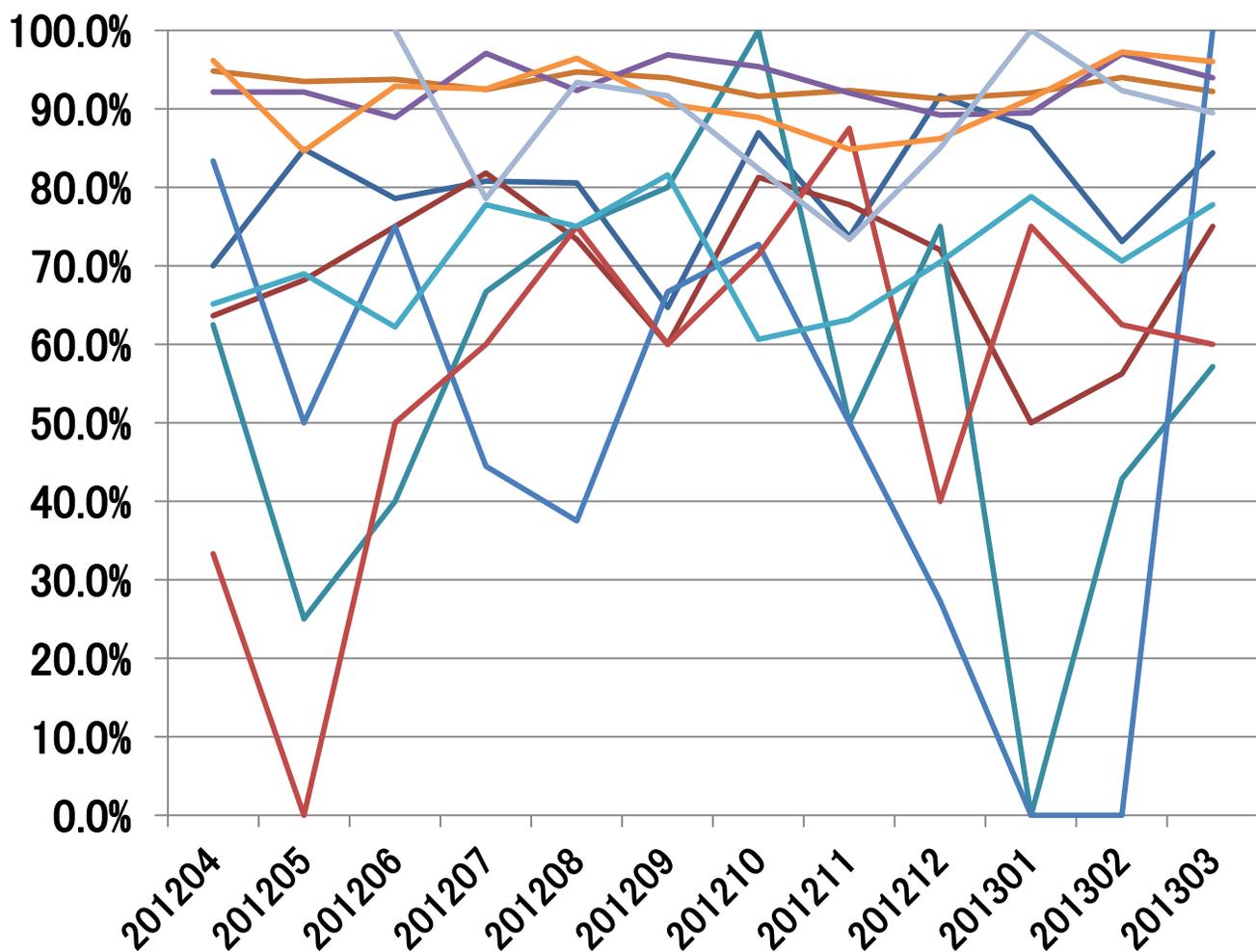
しかし、分母には在宅退院希望ではない患者が含まれているため、定義を見直す必要があります。

## 参考文献

## 精神:No5 在宅復帰率

分子	在宅退院患者数
分母	精神病床退院患者数(死亡退院を除く)

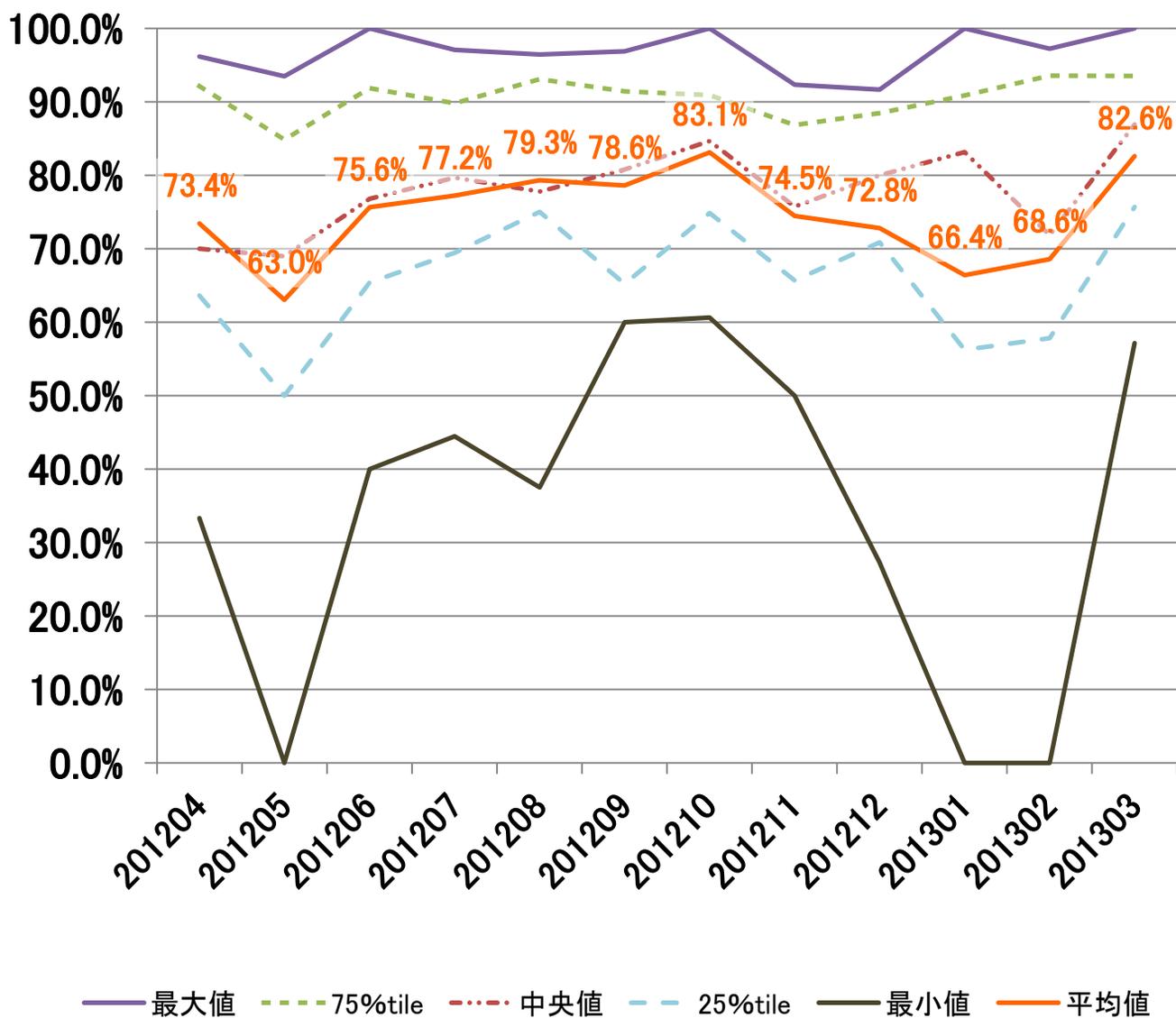
### 全施設



# 精神:No5 在宅復帰率

分子	在宅退院患者数
分母	精神病床退院患者数(死亡退院を除く)

## 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。

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

**分母:** 入院延べ患者数

**分子包含:** 院内で新規発生の褥瘡(入院時刻より24時間経過後の褥瘡の発見または記録)  
深さd2以上の褥瘡・深さ判定不能な褥瘡(DU)・深部組織損傷疑い

**分母除外:** 日帰り入院患者の入院日数(同日入退院患者も含む)  
入院時すでに褥瘡保有が記録(d1,d2,D3,D4,D5,DU)されていた患者の入院日数(ただし、院内での新規発生に限定)  
調査期間より前に褥瘡の院内発生(d1,d2,D3,D4,D5,DU)が確認され、継続して入院している患者の入院日数(ただし、すでに褥瘡が発生している患者群を除き、調査期間内に院内新規発生の可能性がある患者に限定)

**収集期間:** 1ヶ月毎

### <Depth(深さ)>

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

D5	関節腔、体腔に至る損傷
DU	深さ判定が不能の場合

## 指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

## 考察

調査開始の2012年4月から調査終了の2013年3月まで、すべてのデータを提出できた割合は69.2% (108/156) でした。また、1年間の平均は、平均値0.03%、中央値0.00%、最大値0.25%、最小値0.00%という結果でした。2011年度までは一般病床向けの指標として扱っていましたが、2012年度より、精神病床を有する施設と療養病床を有する施設も同指標を算出することにしました。精神病床を有する施設は一般病床の結果より低い値となっています。

まだ開始の年であるため、継続して値をみていく必要があると考えます。

## 参考文献

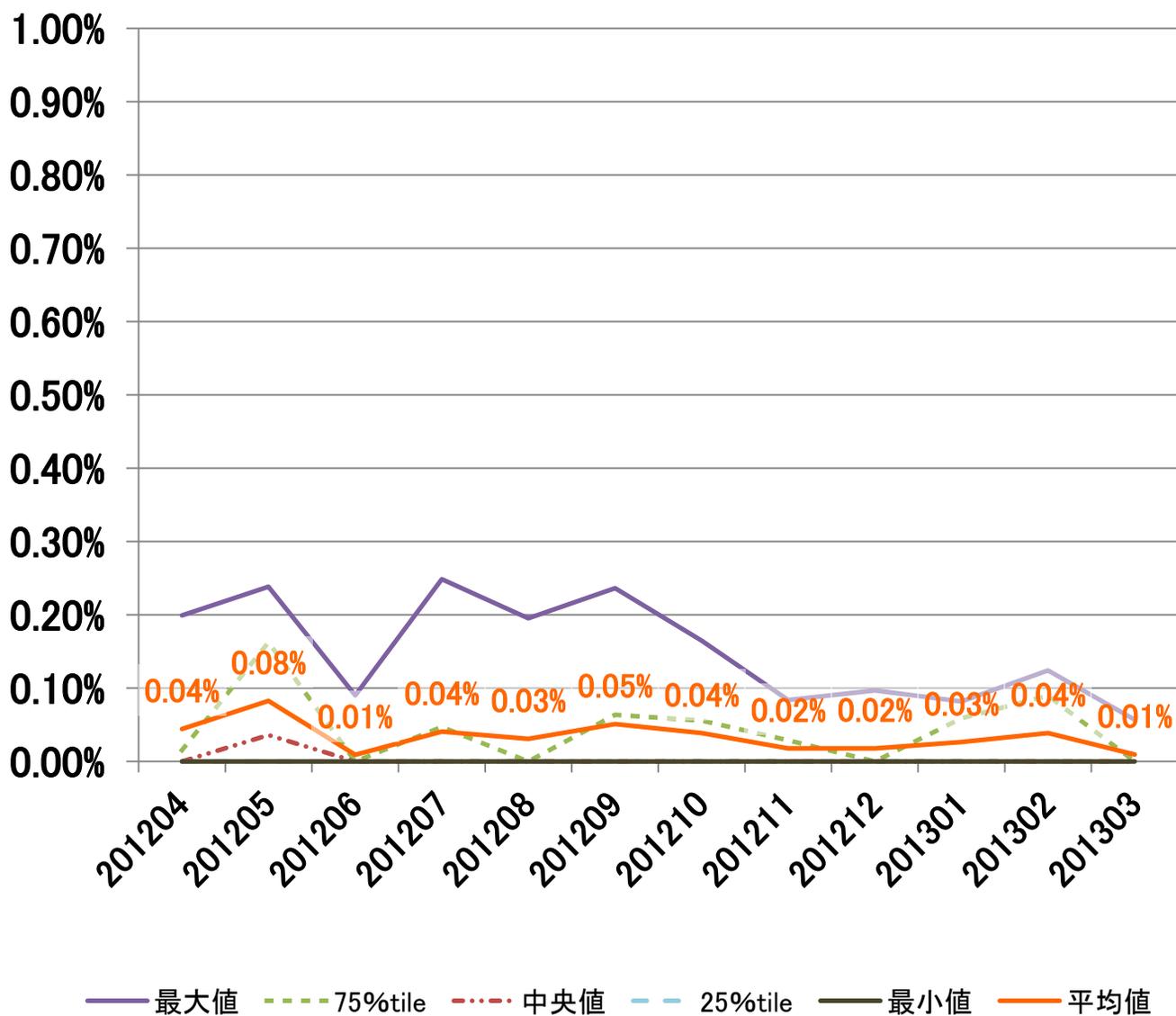
1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2012 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディア 2012 ISBN 978-4-89996-302-8
2. 「看護ケアの質の評価基準に関する研究」:1993年文部科学研究、主任研究者片田範子
3. American Nurses Credentialing Center: Magnet Recognition Program,2005
4. The Joint Commission; The Implementation Guide for the NQF Endorsed Nursing-Sensitive Care Measure Set 2009, version 2.0. (Internet: <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NSC%20Manual.pdf> 2013/07/02 available)
5. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel; Pressure Ulcer Prevention: Quick Reference Guide.(Internet: [http://www.npuap.org/Final\\_Quick\\_Prevention\\_for\\_web\\_2010.pdf](http://www.npuap.org/Final_Quick_Prevention_for_web_2010.pdf) 2013/07/02 available)
6. 日本褥瘡学会編; 褥瘡予防・管理ガイドライン.(Internet: [http://minds.jcqh.or.jp/stc/0036/1/0036\\_G0000181\\_GL.html](http://minds.jcqh.or.jp/stc/0036/1/0036_G0000181_GL.html) 2013/07/02 available)



## 精神:No6 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	精神病床入院延べ患者数

### 全施設



# No.07 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前段階指標となり、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： 在分母のうち尿道留置カテーテルが挿入されている患者日数 (device days)

分母： 入院のべ患者日数 (patient days)

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

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

収集期間： 1ヶ月毎

## 指標の種類・値の解釈

プロセス

## 考察

調査開始の 2012 年 4 月から調査終了の 2013 年 3 月まで、すべてのデータを提出できた割合は 69.2% (108/156) でした。また 1 年間の平均は、平均値 3.9%、中央値 1.8%、最大値 22.9%、最小値 0.0%という結果でした。

2011 年度までは一般病床向けの指標のみでしたが、2012 年度より、精神病床を有する施設向けの指標と療養病床を有する施設向けの指標を選定し、算出を開始しました。まだ開始の年でもあり、施設によってばらつきもあるため、継続して値をみるのが第一段階と考えます。

また本指標は、尿路感染症発生率を算出するための前段階指標となるため、まずは、各施設が尿道留置カテーテル使用率のデータを算出できるようになることが目標です。

## 参考文献

- 1) Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for prevention of catheter-associated urinary tract

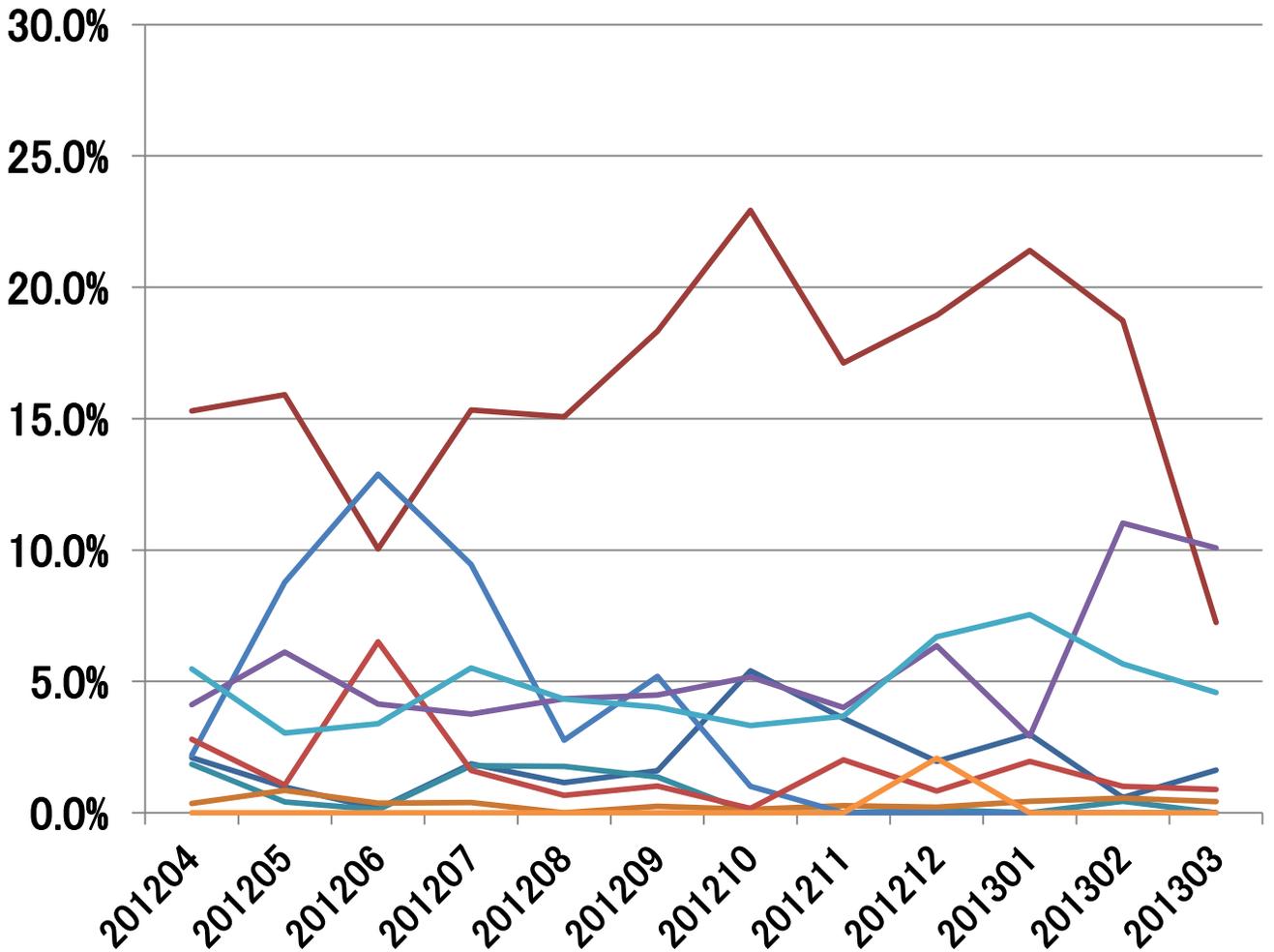
infections 2009, [http://www.cdc.gov/hicpac/cauti/001\\_cauti.html](http://www.cdc.gov/hicpac/cauti/001_cauti.html)

- 2) Warren JW. Catheter-associated urinary tract infections. *Infect Dis Clin North Am* 1997;11:609-622.
- 3) 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

# 精神:No7 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	精神病床入院延べ患者数

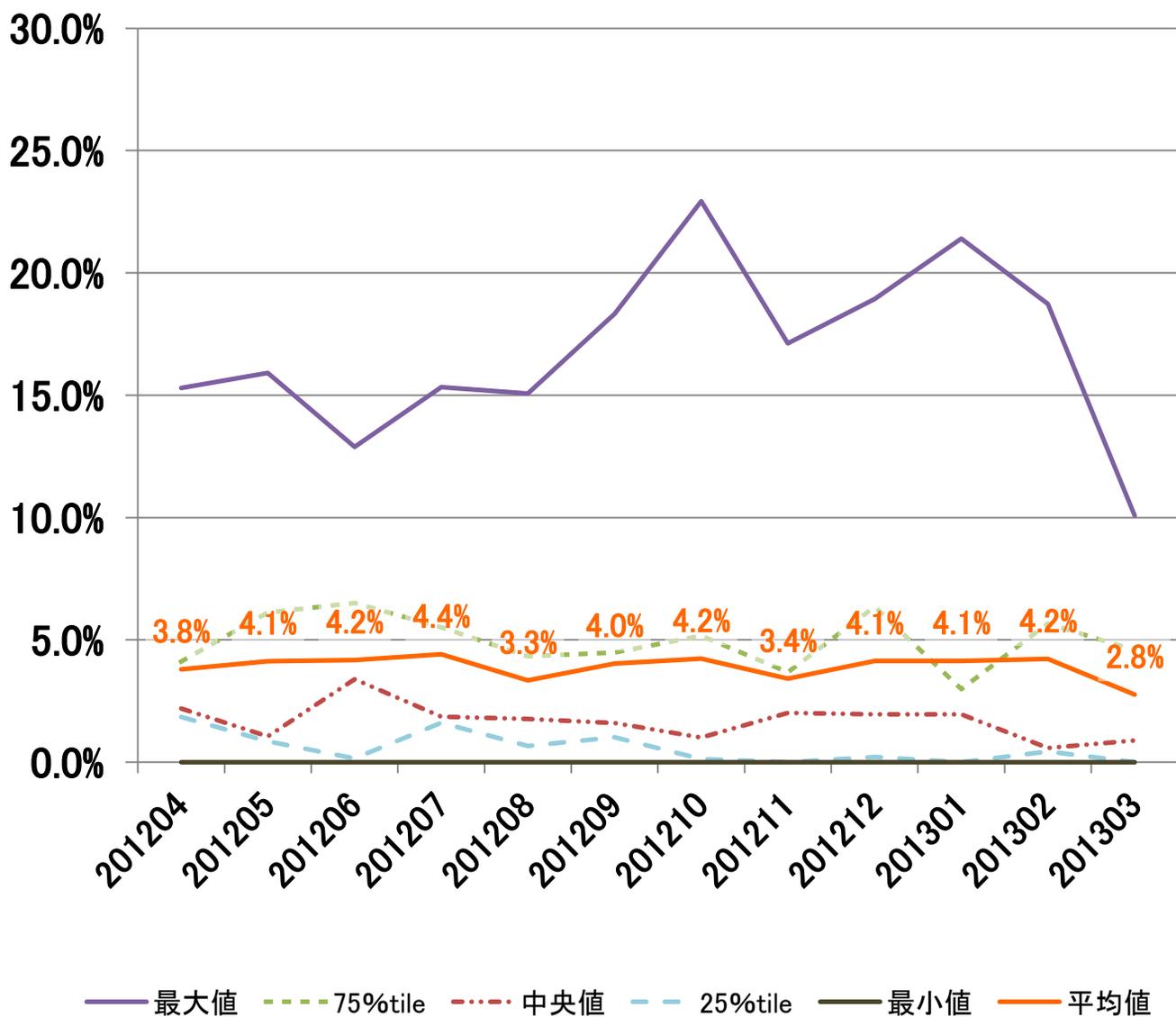
## 全施設



# 精神:No7 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	精神病床入院延べ患者数

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

分子： No.01) 紹介患者数  
No.02) 逆紹介患者数

分母： 初診患者数

収集期間： 1ヶ月毎

## 指標の種類・値の解釈

プロセス

## 考察

調査開始の2012年4月から調査終了の2013年3月まで、紹介率のすべてのデータを提出できた割合は18.2% (24/132)、逆紹介率のすべてのデータを提出できた割合は27.3% (36/132)でした。また、紹介率の1年間の平均は、平均値79.3%、中央値100.0%、最大値100.0%、最小値0.0%、逆紹介率の1年間の平均は、平均値66.3%、中央値66.7%、最大値200.0%、最小値0.00%という結果でした。

2011年度までは一般病床向けの指標のみでしたが、2012年度より、精神病床を有する施設向けの指標と療養病床を有する施設向けの指標を選定し、算出を開始しました。まだ開始の年でもあり、施設によってばらつきもあるため、継続して値をみるのが第一段階と考えます。

しかし、提出率も30%以下であるため、療養病床を有する施設に適している指標なのかも検討する必要があります。

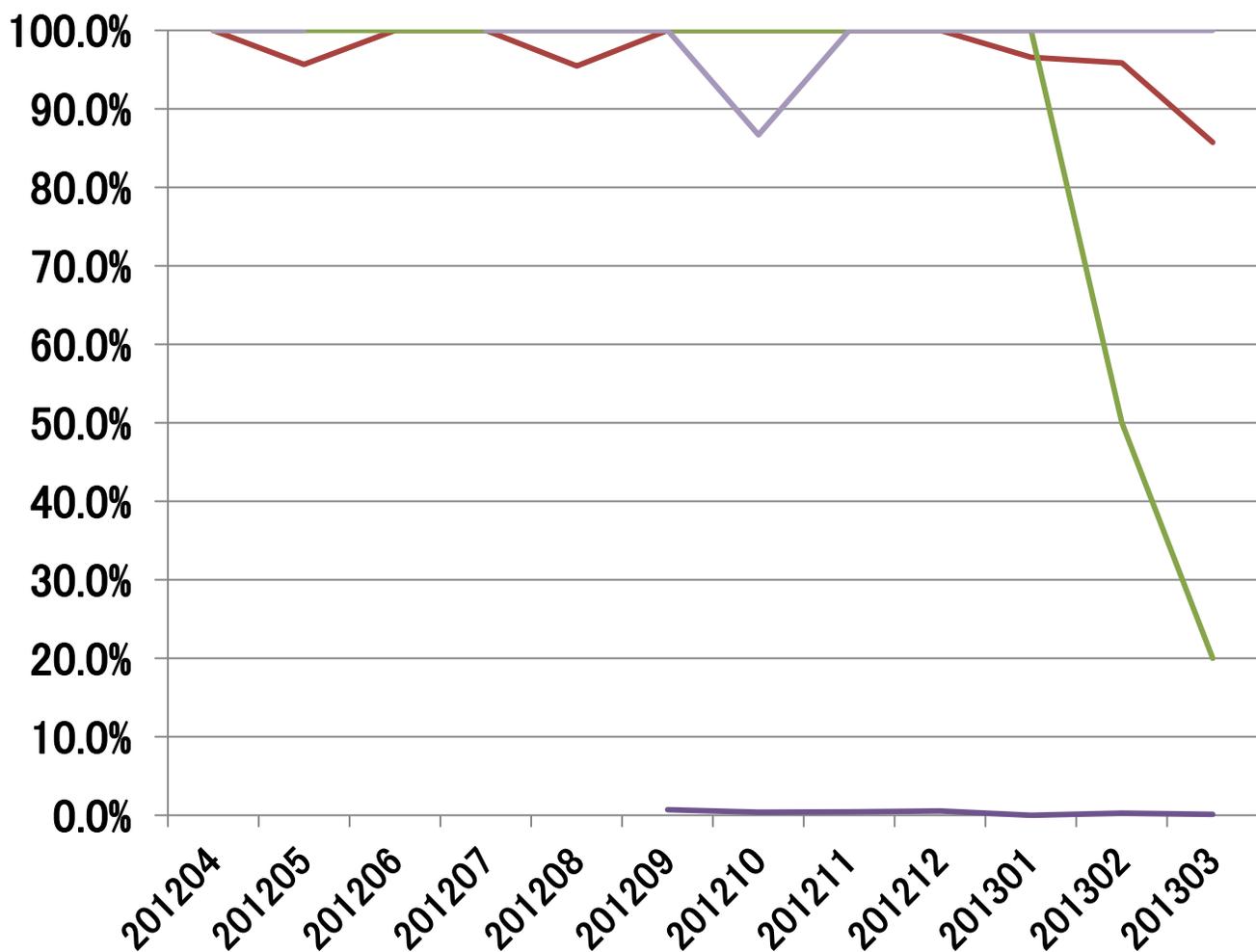
## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2012 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 2012 ISBN 978-4-89996-302-8

# 療養:No1 紹介率

分子	紹介患者数
分母	初診患者数

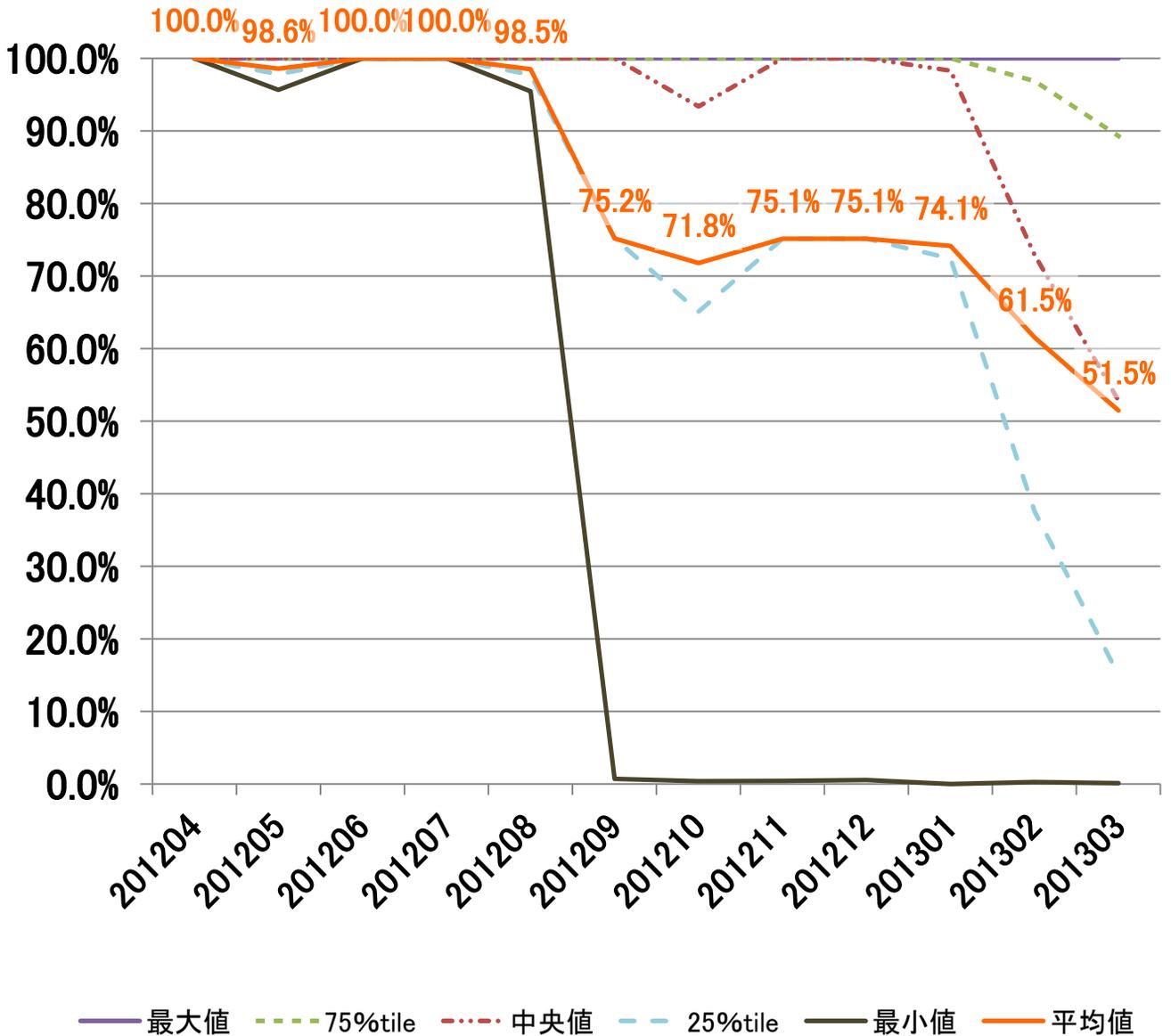
## 全施設



# 療養:No1 紹介率

分子	紹介患者数
分母	初診患者数

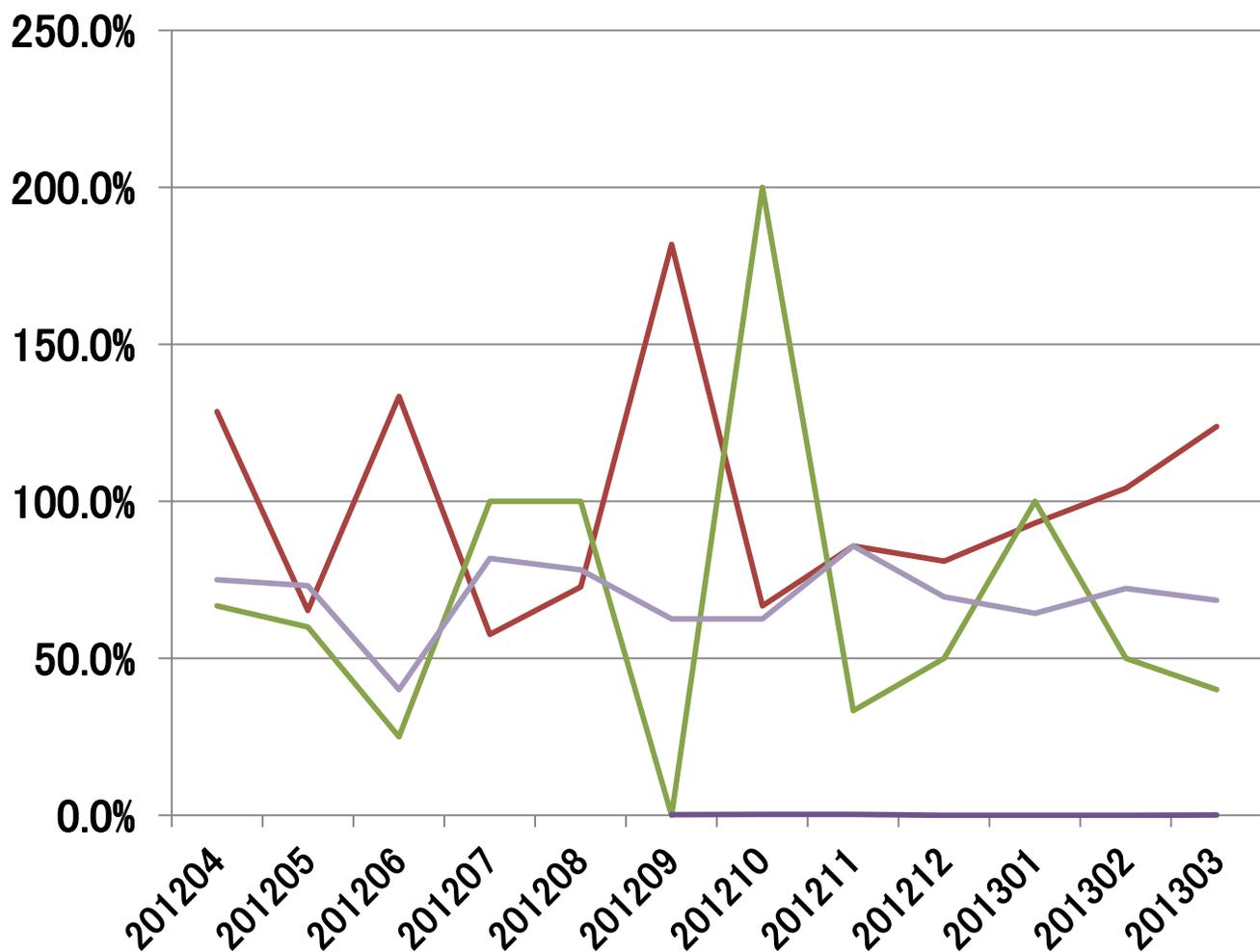
## 全施設



# 療養:No2 逆紹介率

分子	逆紹介患者数
分母	初診患者数

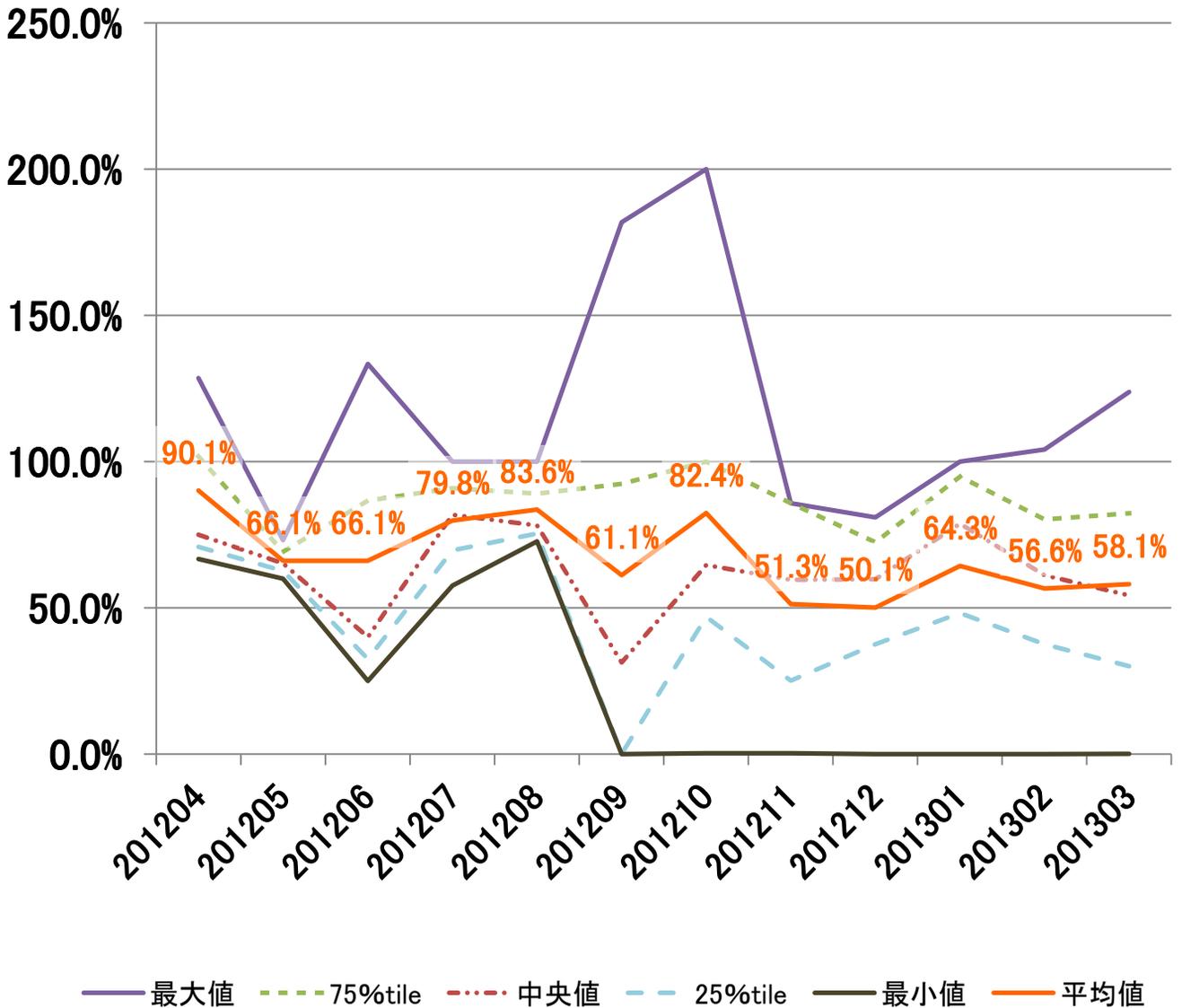
## 全施設



# 療養:No2 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

### 指標の説明・定義

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

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

**分子:** No.03-a) 医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数  
No.03-b) 医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうち損傷レベル 4 以上の転倒・転落件数

**分母:** 入院延べ患者数

**分子包含:** 介助時および複数回の転倒・転落

**分子除外:** 学生、スタッフなど入院患者以外の転倒・転落

**収集期間:** 1ヶ月毎

**調整方法:** ‰(パーミル: 1000 分の 1 を 1 とする単位)

### <損傷レベル>

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

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

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

## 指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

## 考察

調査開始の2012年4月から調査終了の2013年3月まで、すべてのデータを提出できた割合は54.5% (72/132) でした。また、転倒転落発生率の1年間の平均は、平均値 2.45‰、中央値 1.46‰、最大値 12.86‰、最小値 0.00‰、損傷発生率の1年間の平均は、平均値 0.05‰、中央値 0.00‰、最大値 0.74‰、最小値 0.00‰という結果でした。

2011年度までは一般病床向けの指標として扱っていましたが、2012年度より、精神病床を有する施設と療養病床を有する施設も同指標を算出することにしました。療養病床を有する施設であっても、一般病床、精神病床の結果とそう変わりはありませんでした。まだ開始の年であるため、継続して値をみていく必要があると考えます。

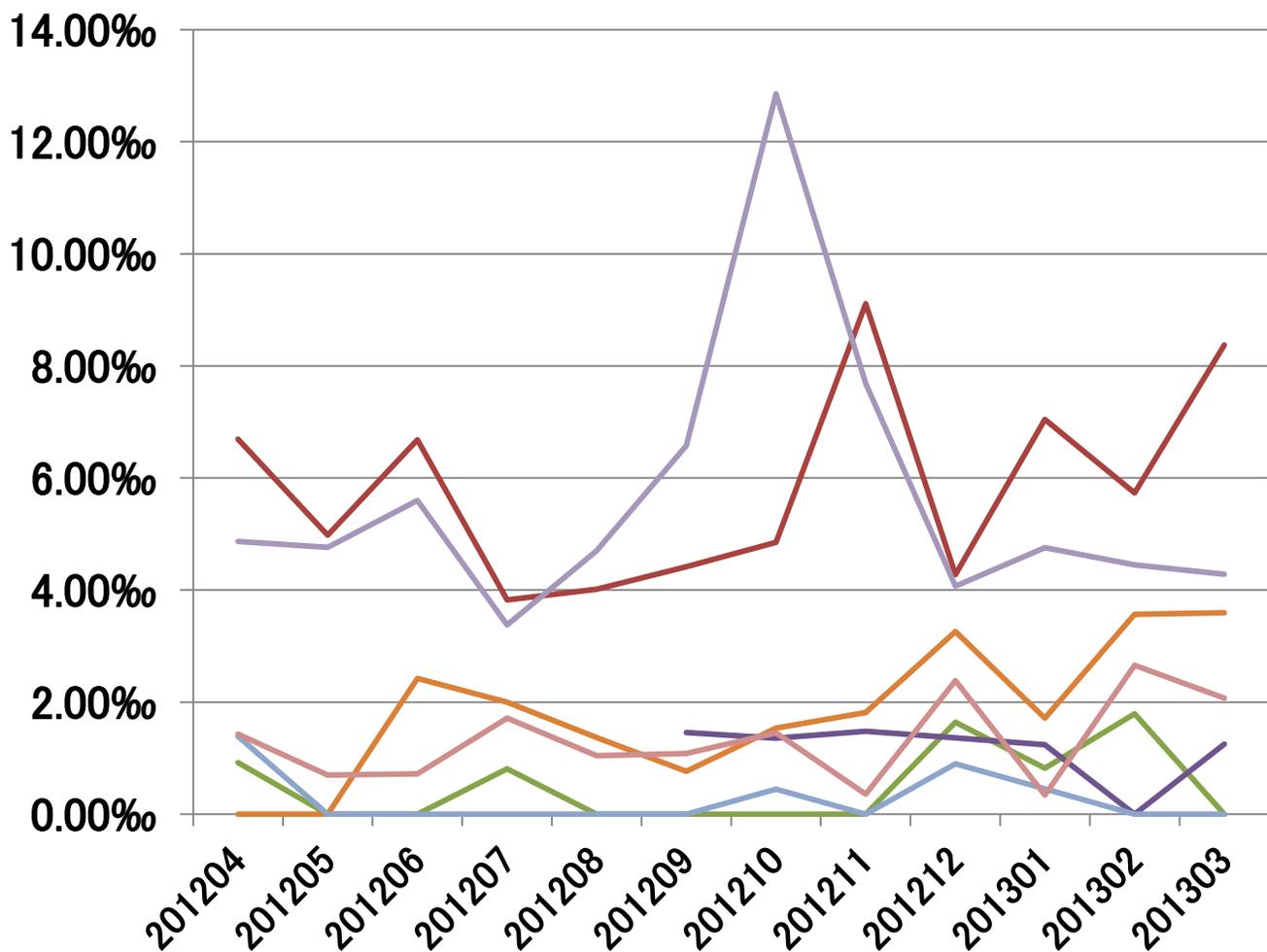
## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2012 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 2012 ISBN 978-4-89996-302-8
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> 2013/07/02 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:No3-a 入院患者の転倒・転落発生率

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

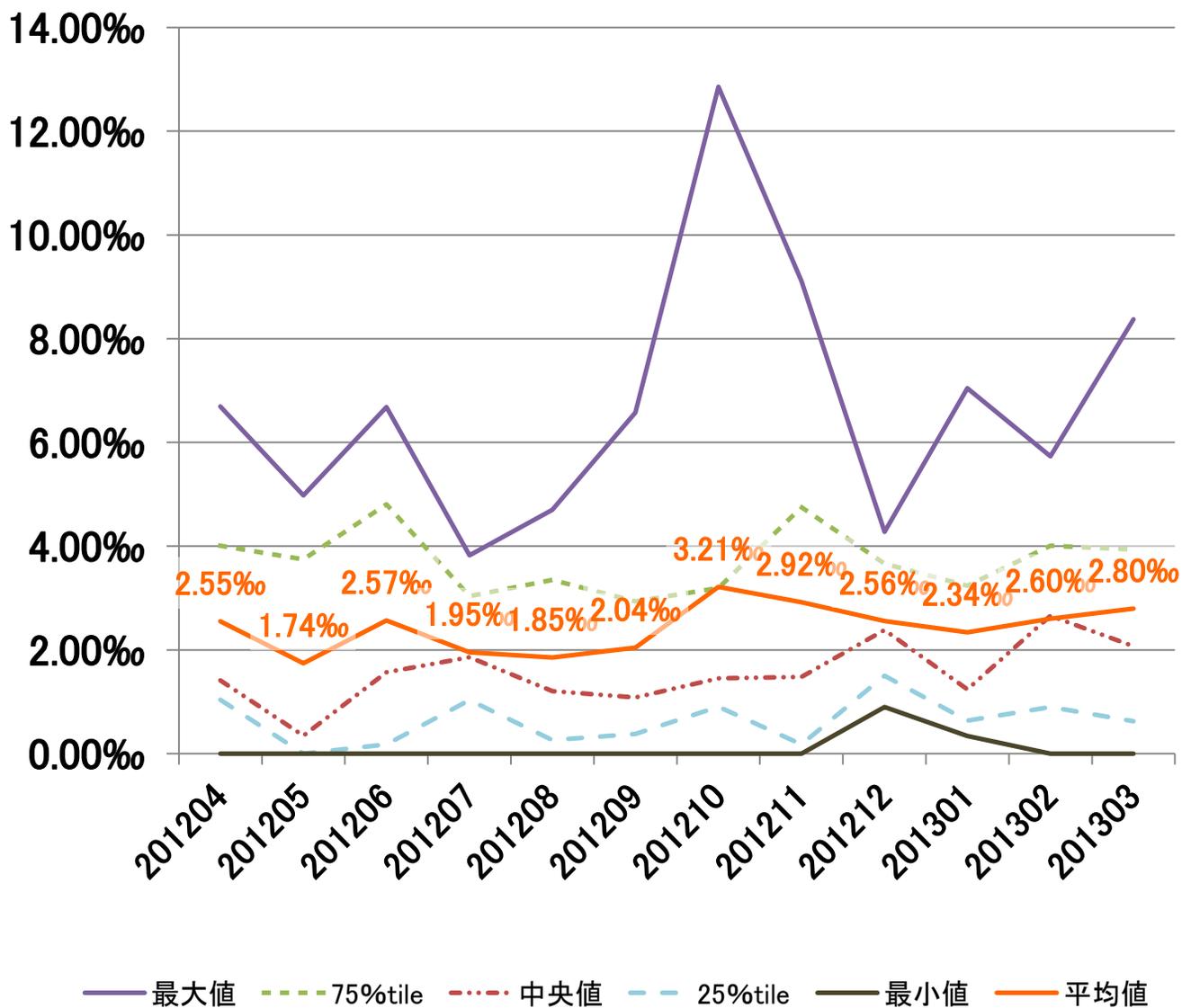
### 全施設



## 療養:No3-a 入院患者の転倒・転落発生率

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

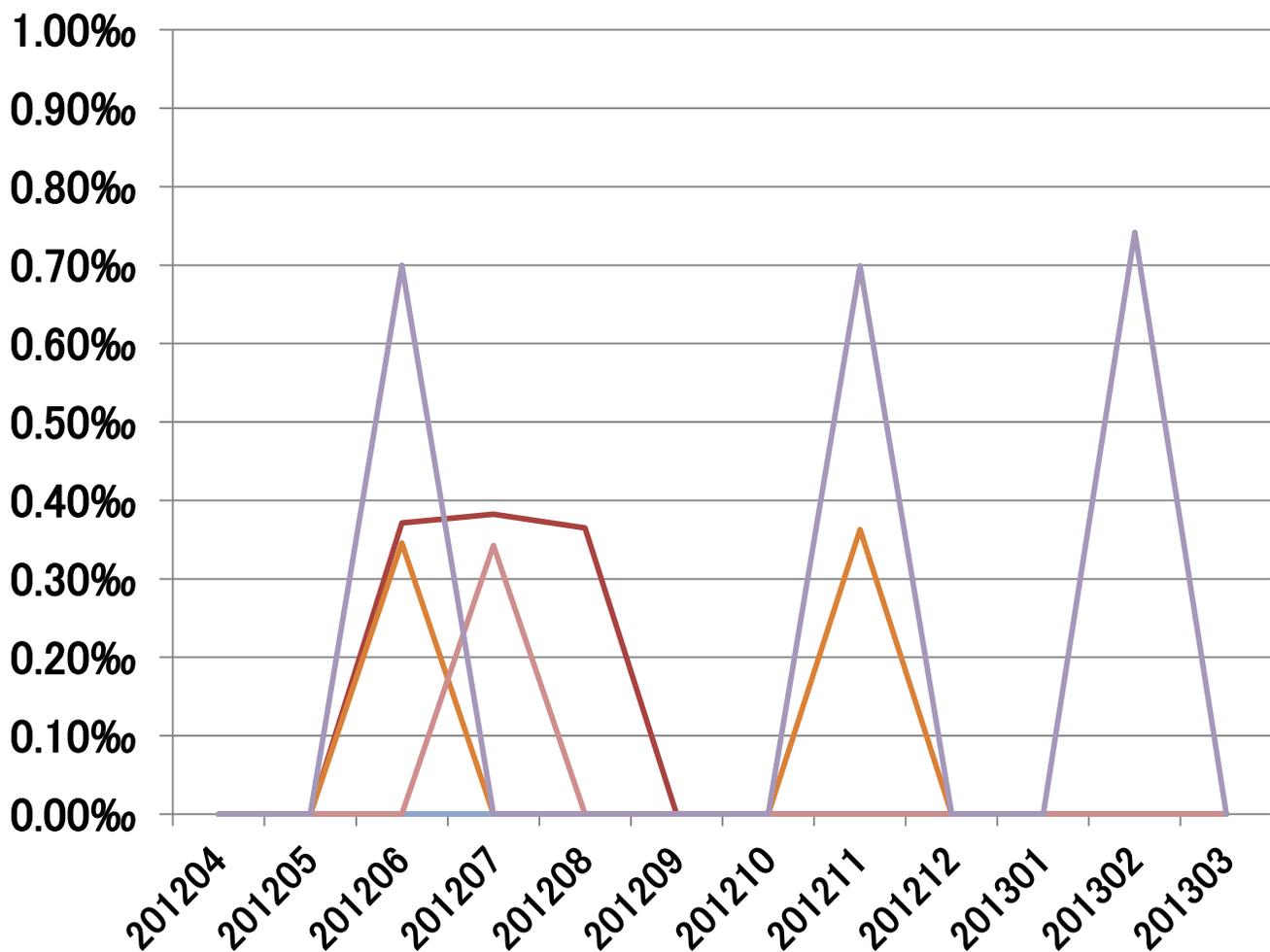
### 全施設



# 療養:No3-b 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

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

## 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

調査開始の2012年4月から調査終了の2013年3月まで、すべてのデータを提出できた割合は45.5% (60/132) でした。また1年間の平均は、平均値 26.4%、中央値 27.5%、最大値 88.0%、最小値 0.1%という結果でした。2011年度までは一般病床向けの指標のみでしたが、2012年度より、精神病床を有する施設向けの指標と療養病床を有する施設向けの指標を選定し、算出を開始しました。まだ開始の年でもあり、施設によってばらつきもあるため、継続して値をみることが第一段階と考えます。

ただし、1施設だけ平均が75%を超えていました。生命または身体を保護するため、緊急ややむを得ない場合を除き、身体拘束や行動を制限する行為を行ってはなりません。この1施設については、算出の間違いなのか、身体抑制が必要な患者が多いのか、調査する必要があると考えます。

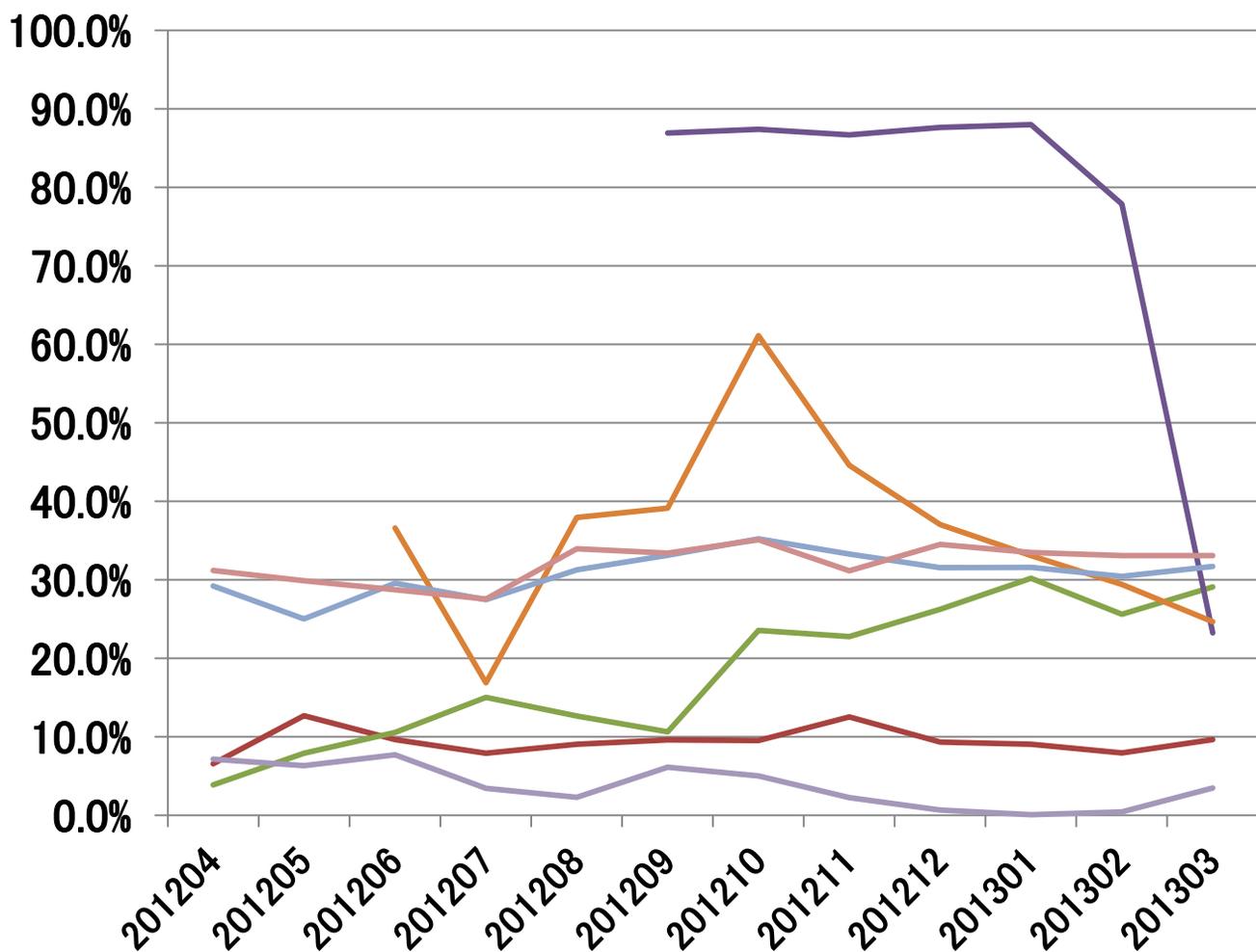
## 参考文献

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

## 療養:No4 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	療養病床入院延べ患者数

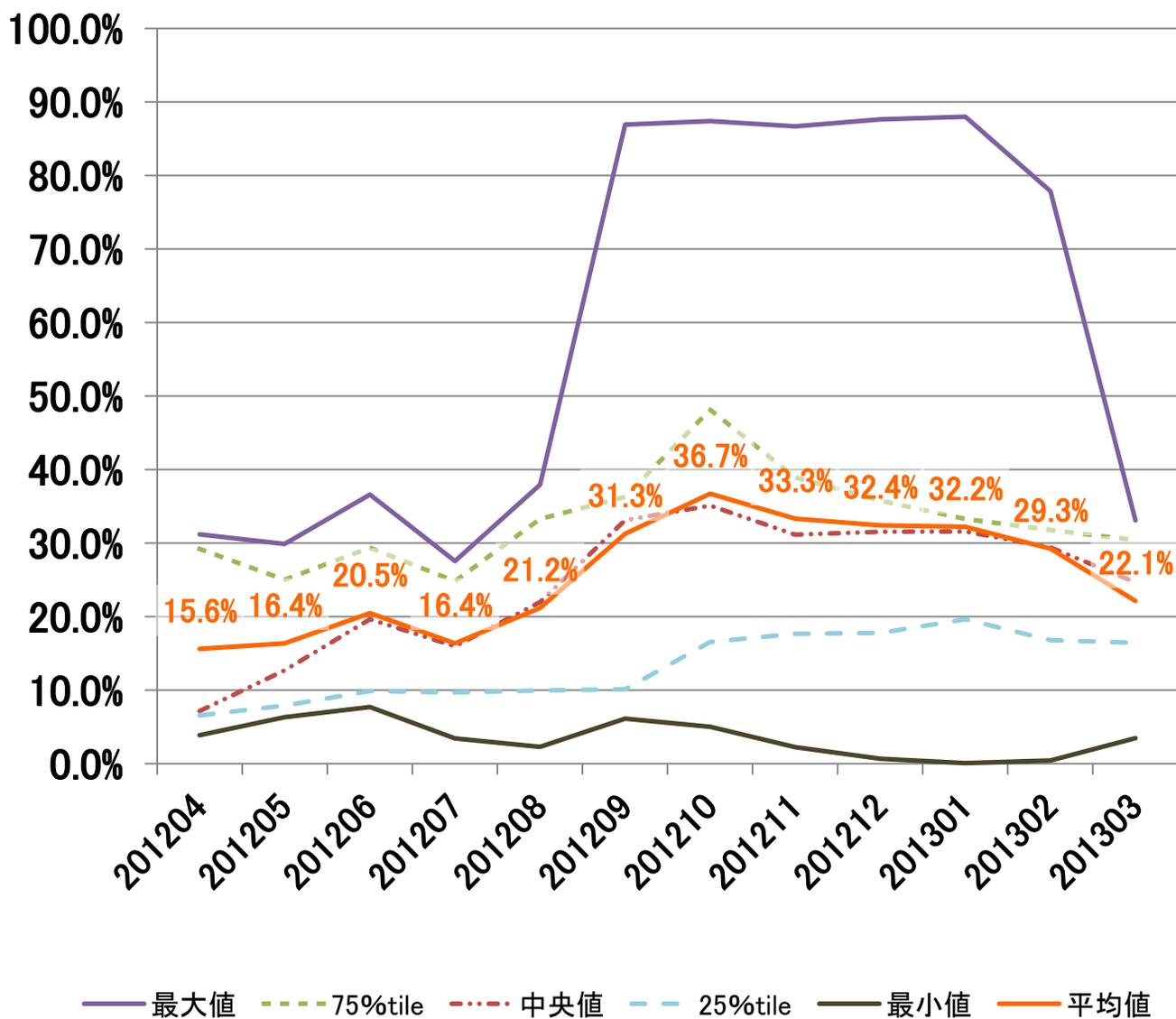
### 全施設



## 療養:No4 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	療養病床入院延べ患者数

### 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

分母除外： 死亡退院患者数

収集期間： 1ヶ月毎

## 指標の種類・値の解釈

アウトカム

## 考察

調査開始の2012年4月から調査終了の2013年3月まで、すべてのデータを提出できた割合は45.5% (60/132) でした。また1年間の平均は、平均値 42.8%、中央値 50.0%、最大値 83.3%、最小値 0.0%という結果でした。2011年度までは一般病床向けの指標のみでしたが、2012年度より、精神病床を有する施設向けの指標と療養病床を有する施設向けの指標を選定し、算出を開始しました。まだ開始の年でもあり、施設によってばらつきもあるため、継続して値をみるのが第一段階と考えます。

しかし、分母には在宅退院希望ではない患者が含まれているため、定義を見直す必要があります。

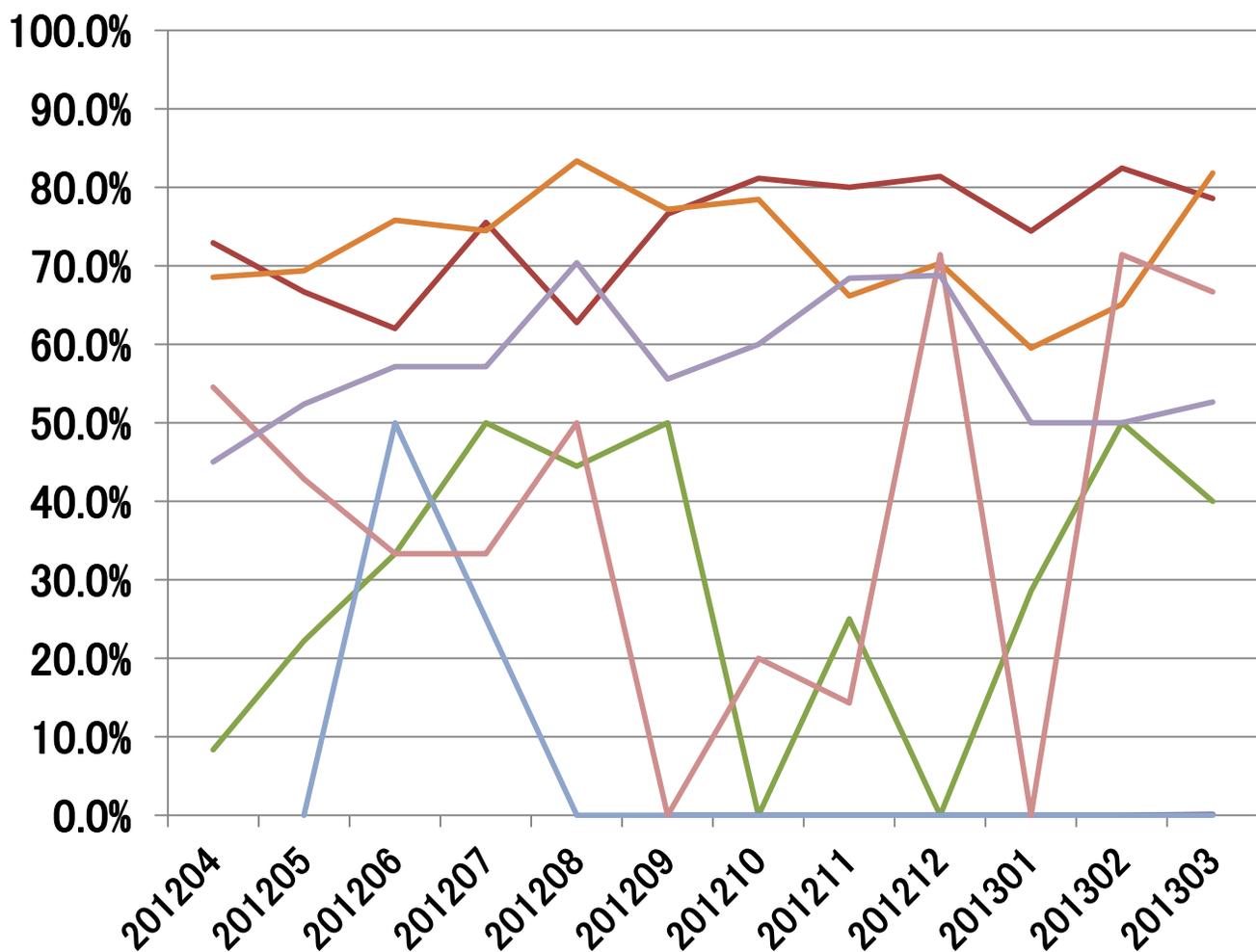
今回の結果では、精神病床を有する施設と比較すると、平均値の差が30ポイントありました。病床の違いによるものなのか、算出の間違いなのか、調査する必要があるかもしれません。

## 参考文献

## 療養:No5 在宅復帰率

分子	在宅退院患者数
分母	療養病床退院患者数(死亡退院を除く)

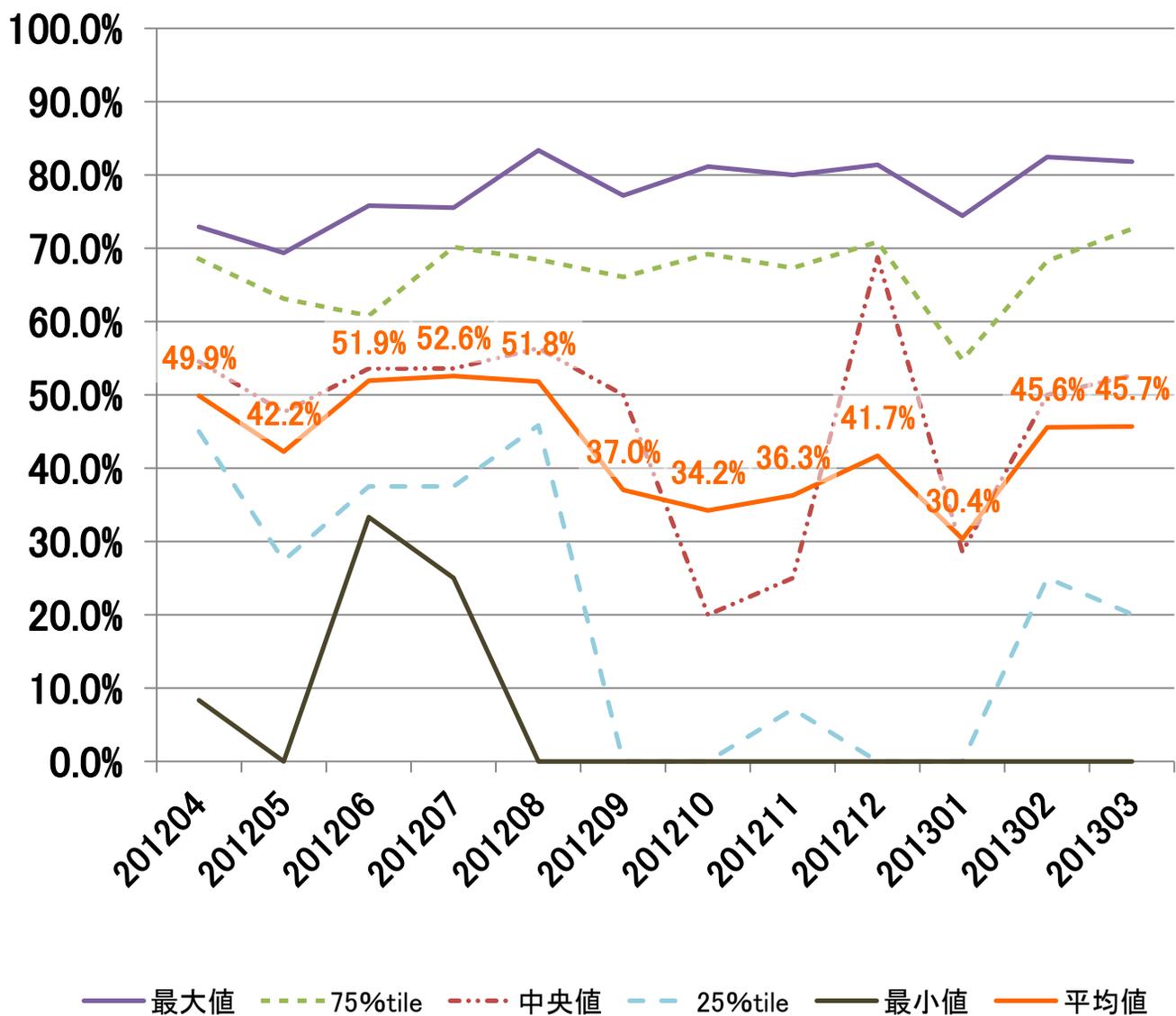
### 全施設



# 療養:No5 在宅復帰率

分子	在宅退院患者数
分母	療養病床退院患者数(死亡退院を除く)

## 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。

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

**分母:** 入院延べ患者数

**分子包含:** 院内で新規発生の褥瘡(入院時刻より24時間経過後の褥瘡の発見または記録)  
深さd2以上の褥瘡・深さ判定不能な褥瘡(DU)・深部組織損傷疑い

**分母除外:** 日帰り入院患者の入院日数(同日入退院患者も含む)  
入院時すでに褥瘡保有が記録(d1,d2,D3,D4,D5,DU)されていた患者の入院日数(ただし、院内での新規発生に限定)  
調査期間より前に褥瘡の院内発生(d1,d2,D3,D4,D5,DU)が確認され、継続して入院している患者の入院日数(ただし、すでに褥瘡が発生している患者群を除き、調査期間内に院内新規発生の可能性がある患者に限定)

**収集期間:** 1ヶ月毎

### <Depth(深さ)>

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

D5	関節腔、体腔に至る損傷
DU	深さ判定が不能の場合

## 指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

## 考察

調査開始の2012年4月から調査終了の2013年3月まで、すべてのデータを提出できた割合は45.5% (60/132) でした。また、1年間の平均は、平均値0.05%、中央値0.03%、最大値0.29%、最小値0.00%という結果でした。2011年度までは一般病床向けの指標として扱っていましたが、2012年度より、精神病床を有する施設と療養病床を有する施設も同指標を算出することにしました。療養病床を有する施設は精神病床を有する施設と同様に、一般病床の結果より低い値となっています。

まだ開始の年であるため、継続して値をみていく必要があると考えます。

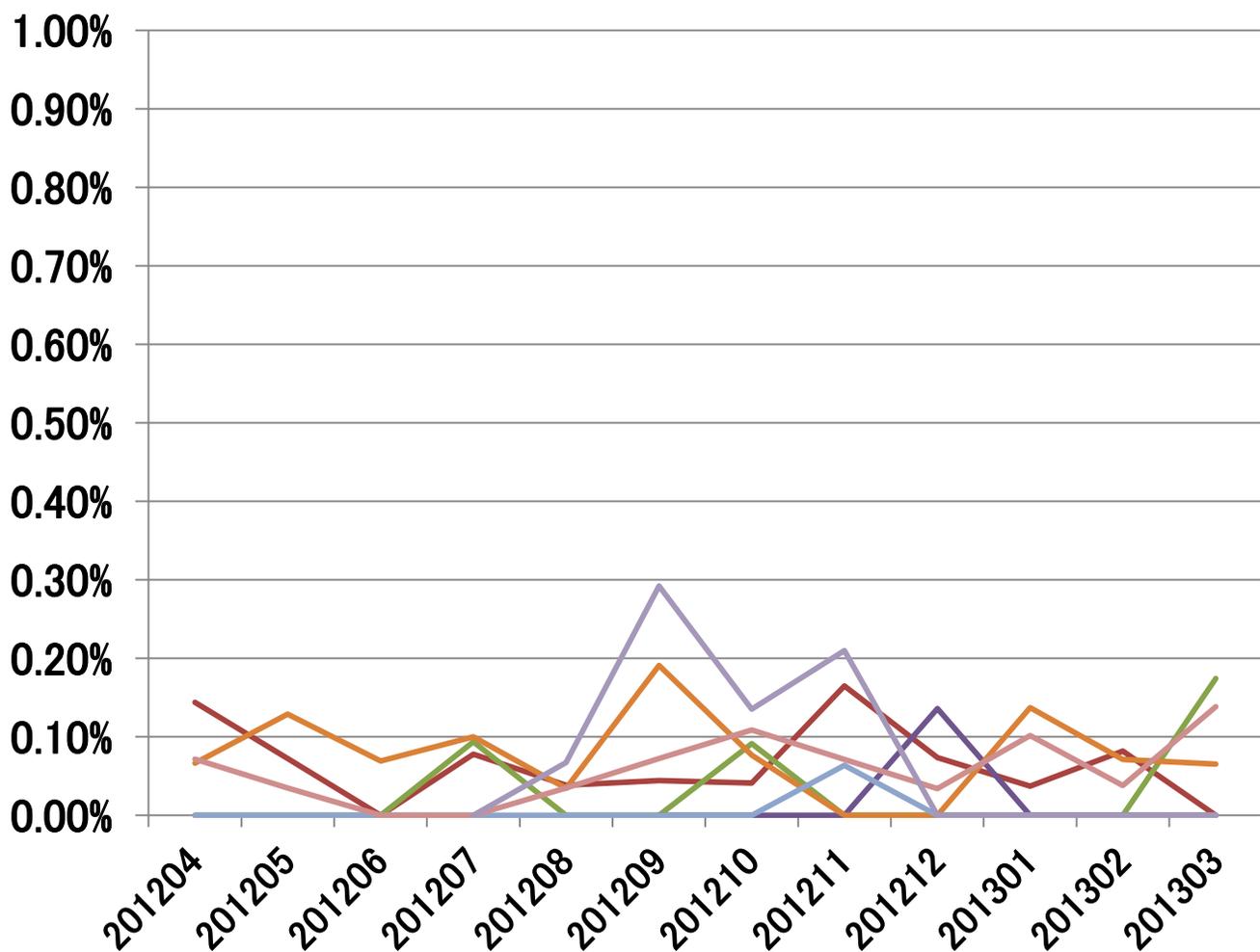
## 参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2012 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 2012 ISBN 978-4-89996-302-8
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> 2013/07/02 available)
5. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel; Pressure Ulcer Prevention: Quick Reference Guide.(Internet: [http://www.npuap.org/Final\\_Quick\\_Prevention\\_for\\_web\\_2010.pdf](http://www.npuap.org/Final_Quick_Prevention_for_web_2010.pdf) 2013/07/02 available)
6. 日本褥瘡学会編; 褥瘡予防・管理ガイドライン.(Internet: [http://minds.jcqh.or.jp/stc/0036/1/0036\\_G0000181\\_GL.html](http://minds.jcqh.or.jp/stc/0036/1/0036_G0000181_GL.html) 2013/07/02 available)

## 療養:No6 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	療養病床入院延べ患者数

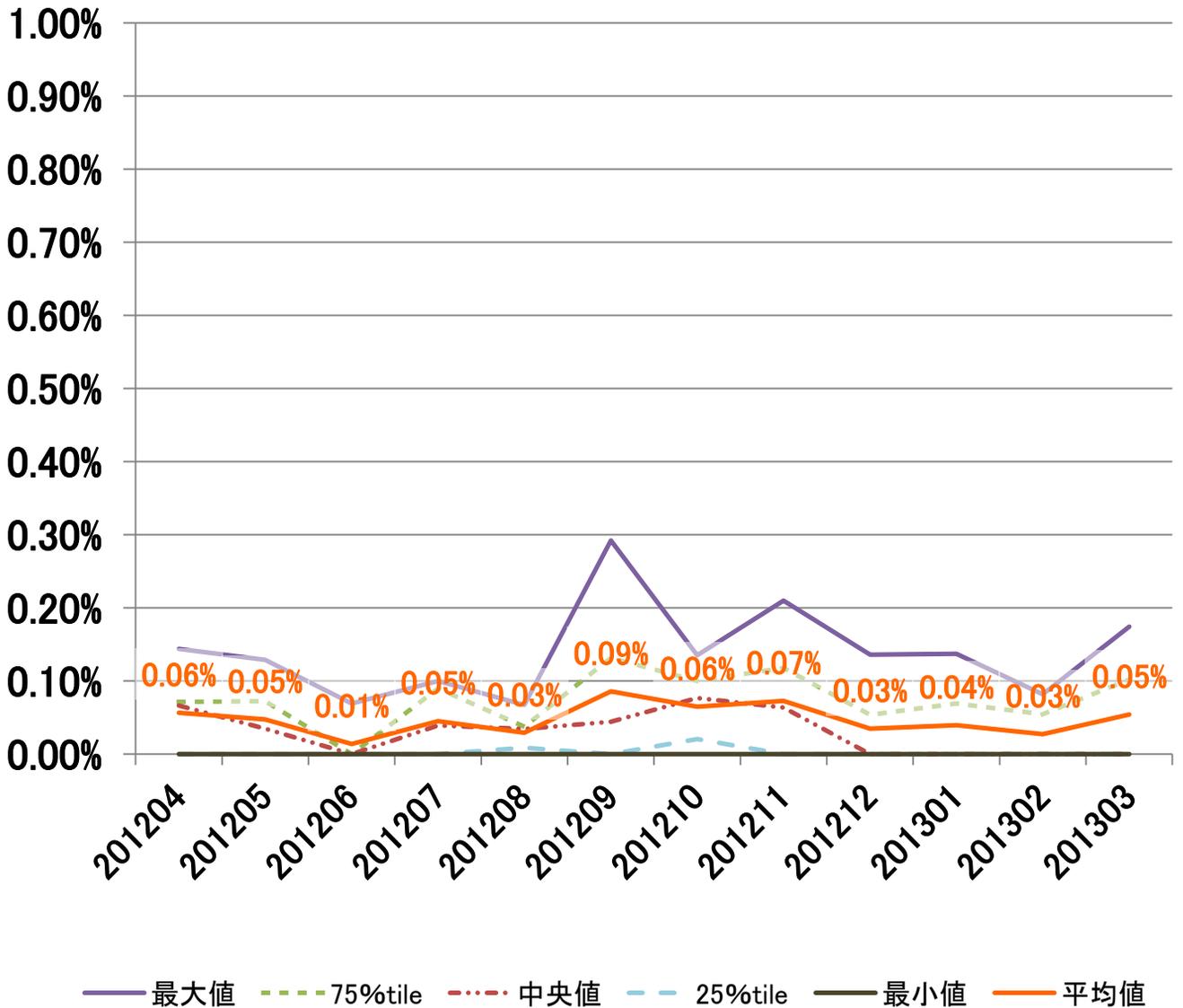
### 全施設



# 療養:No6 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	療養病床入院延べ患者数

## 全施設



# No.07 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前段階指標となり、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： 在分母のうち尿道留置カテーテルが挿入されている患者日数 (device days)

分母： 入院のべ患者日数 (patient days)

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

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

収集期間： 1ヶ月毎

## 指標の種類・値の解釈

プロセス

## 考察

調査開始の 2012 年 4 月から調査終了の 2013 年 3 月まで、すべてのデータを提出できた割合は 54.5% (72/132) でした。また 1 年間の平均は、平均値 11.9%、中央値 9.6%、最大値 29.0%、最小値 1.7%という結果でした。2011 年度までは一般病床向けの指標のみでしたが、2012 年度より、精神病床を有する施設向けの指標と療養病床を有する施設向けの指標を選定し、算出を開始しました。まだ開始の年でもあり、施設によってばらつきもあるため、継続して値をみるのが第一段階と考えます。

また本指標は、尿路感染症発生率を算出するための前段階指標となるため、まずは、各施設が尿道留置カテーテル使用率のデータを算出できるようになることが目標です。

## 参考文献

- 1) Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for prevention of catheter-associated urinary tract

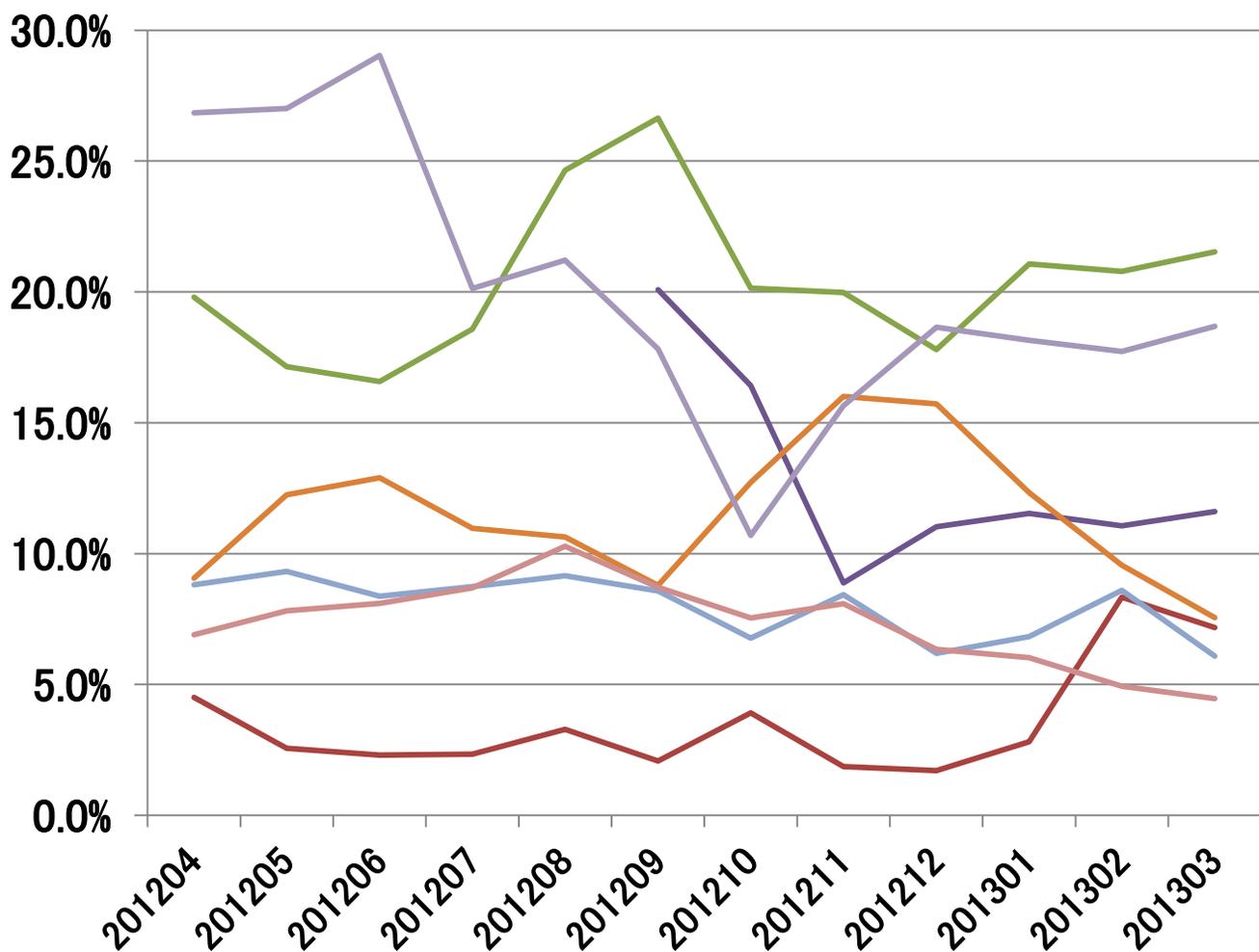
infections 2009, [http://www.cdc.gov/hicpac/cauti/001\\_cauti.html](http://www.cdc.gov/hicpac/cauti/001_cauti.html)

- 2) Warren JW. Catheter-associated urinary tract infections. *Infect Dis Clin North Am* 1997;11:609-622.
- 3) 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

## 療養:No7 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	療養病床入院延べ患者数

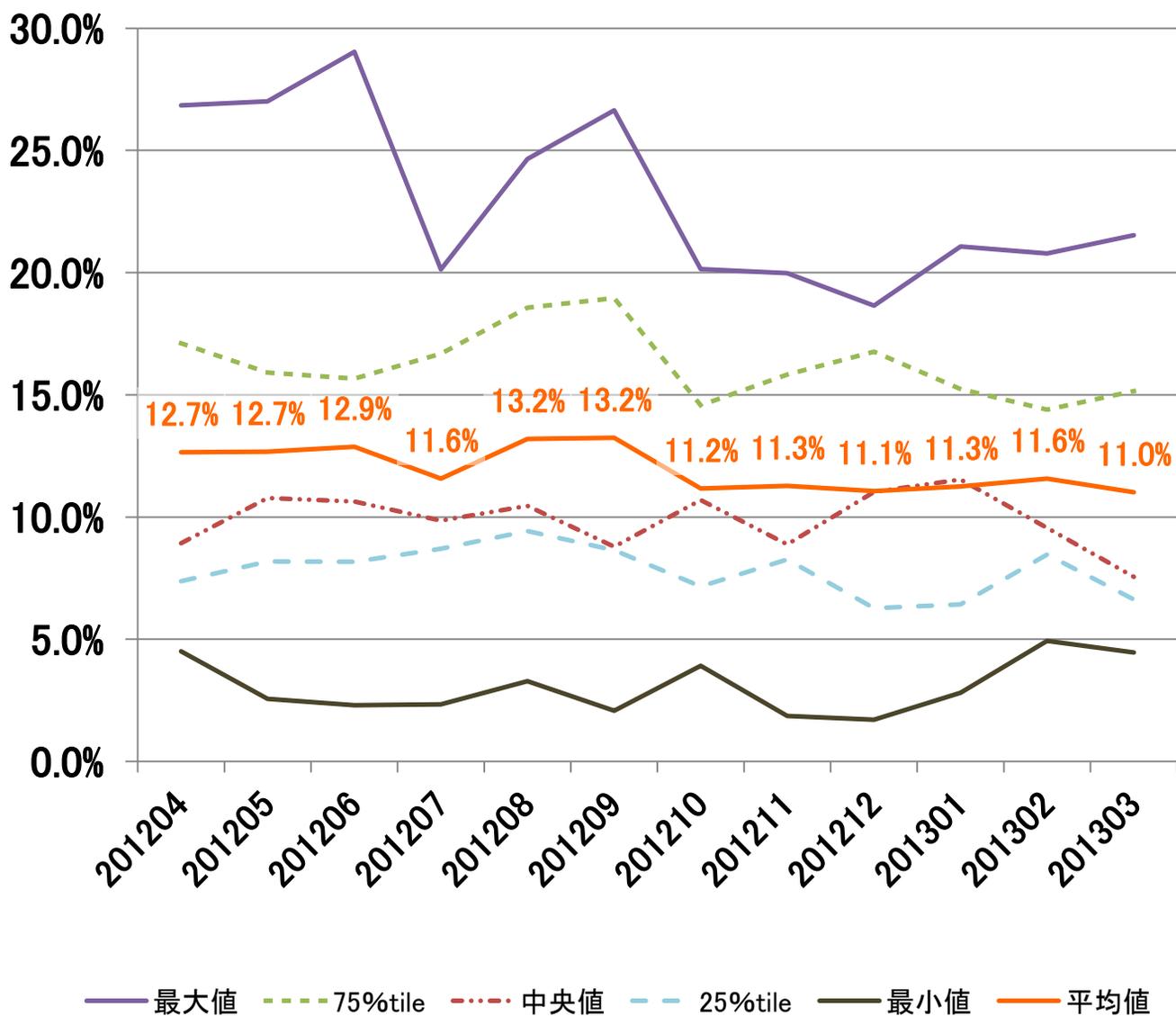
### 全施設



# 療養:No7 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	療養病床入院延べ患者数

## 全施設



---

# 一般社団法人 日本病院会 2012 年度 QI 委員会

---

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

副会長 末永裕之(小牧市民病院 院長)

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

事務局 大内全(一般社団法人 日本病院会 学術部 学術研修課 課長)  
事務局 富岡孝(一般社団法人 日本病院会 学術部 学術研修課)  
事務局 伊東佳恵(一般社団法人 日本病院会 学術部 学術研修課)

## <開催報告>

QIプロジェクト 実務者説明会 2012年5月17日(32病院 54名)  
QIプロジェクト 実務者説明会 2012年5月22日(6病院 9名) \*精神・療養病床を有する施設を対象  
QIプロジェクト 実務者説明会 2012年5月23日(28病院 49名)  
第1回 QI委員会 2012年7月3日(15名)  
第2回 QI委員会 2012年11月13日(10名)  
QIプロジェクト フィードバック説明会および意見交換会(シンポジウム) 2012年12月3日(100病院 147名)  
第3回 QI委員会 2013年3月7日(10名)

初版 2013年 9月 17日

改版 (1) 2013年 10月 1日

---

# 一般社団法人 日本病院会 2012 年度 QI 委員会

---

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

副会長 末永裕之(小牧市民病院 院長)

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

事務局 大内全(一般社団法人 日本病院会 学術部 学術研修課 課長)  
事務局 富岡孝(一般社団法人 日本病院会 学術部 学術研修課)  
事務局 伊東佳恵(一般社団法人 日本病院会 学術部 学術研修課)

## <開催報告>

QIプロジェクト 実務者説明会 2012年5月17日(32病院 54名)  
QIプロジェクト 実務者説明会 2012年5月22日(6病院 9名) \*精神・療養病床を有する施設を対象  
QIプロジェクト 実務者説明会 2012年5月23日(28病院 49名)  
第1回 QI委員会 2012年7月3日(15名)  
第2回 QI委員会 2012年11月13日(10名)  
QIプロジェクト フィードバック説明会および意見交換会(シンポジウム) 2012年12月3日(100病院 147名)  
第3回 QI委員会 2013年3月7日(10名)