

2017 年度
QI プロジェクト
結果報告

序 文

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

参加病院数は、2011 年度 85、2012 年度は 145、2013 年度は 226、2014 年度は 292、2015 年度は 342、2016 年度は 350、昨年 (2017 年) 度は 349 でした。このことは、QI を測定し公表することの重要性が広く認識されつつあることを示しています。膨大な診療記録の中から特定のデータを引き出す作業は、どの病院にとっても負担は大きいことと思いますが、QI 委員会としても、各病院の負担をできるだけ小さくできるよう努力しています。一方、参加病院の皆様には、測定された QI を用いて医療現場での PDCA (Plan, Do, Check, Action) サイクルを回して、皆様自身の病院の医療の質が向上してきていることを可視化し、職員に周知されるよう強くお勧め致します。医療の質向上という目的が真に達成されつつあることを見て知るだけで、データを引き出す職員の負担感はずいぶん軽減されるように思います。

2017 年度の参加病院 349 のうち、一般病床向けの項目算出に参加した病院は 344、精神病床向けの項目算出に参加した病院は 35、療養病床向けの項目算出に参加した病院は 31 でした。測定した QI の項目数は、2016 年度から変更はなく、一般病床向けが 32、精神病床および療養病床向けがそれぞれ 9 で、ほとんどの参加病院からデータを提出していただき、全病院の記述統計と各病院の数値がどこに位置するかを示した図表をフィードバックしてまいりました。数値が他の病院と著しく異なる場合、測定方法に違いがあるのか、対象患者の属性が異なるのか、あるいは医療内容が異なるのかなど、様々な要因について考察する必要があります。そのような横の比較も、医療の質向上への動機づけになりうることから、行う価値はありますが、より重要なことは、各病院で同じ測定方法を用いた年度ごとの比較であり、時系列での QI の改善であることに変わりはありません。

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

QI 委員会・委員長 福井次矢

参加病院の基本情報

No.	都道府県	施設名	一般	療養	精神	特	地	臨	評	DPC
1	北海道	手稲溪仁会病院	○				○	○	○	○
2	北海道	函館中央病院	○					○	○	○
3	北海道	函館五稜郭病院	○					○	○	○
4	北海道	市立函館病院	○					○	○	○
5	北海道	日鋼記念病院	○					○	○	○
6	北海道	KKR 斗南病院	○				○	○	○	○
7	北海道	札幌厚生病院	○					○	○	○
8	北海道	市立札幌病院	○		○		○	○	○	○
9	北海道	札幌東徳洲会病院	○					○	○	○
10	北海道	KKR 札幌医療センター	○				○	○	○	○
11	北海道	吉田病院	○						○	
12	北海道	旭川赤十字病院	○				○	○	○	○
13	北海道	市立旭川病院	○		○			○	○	○
14	北海道	帯広厚生病院	○		○			○	○	○
15	北海道	北斗病院	○				○	○	○	○
16	北海道	帯広第一病院	○					○	○	○
17	北海道	市立千歳市民病院	○					○	○	○
18	北海道	NTT 東日本札幌病院	○							○
19	北海道	砂川市立病院	○		○			○	○	○
20	北海道	洞爺温泉病院	○	○				○	○	
21	青森県	八戸市立市民病院	○		○		○	○	○	○
22	青森県	十和田市立中央病院	○		○			○	○	○
23	青森県	青森県立中央病院	○				○	○	○	○
24	岩手県	岩手県立中央病院	○				○	○	○	○
25	岩手県	岩手県立大船渡病院	○		○			○		○
26	岩手県	岩手県立中部病院	○				○	○	○	○
27	宮崎県	KKR 東北公済病院	○	○				○	○	○
28	宮崎県	坂総合病院	○				○	○	○	○
29	宮崎県	石巻赤十字病院	○				○	○	○	○
30	宮崎県	永仁会病院	○						○	
31	宮崎県	仙台赤十字病院	○					○	○	○
32	山形県	済生会山形済生病院	○					○	○	○

No.	都道府県	施設名	一般	療養	精神	特	地	臨	評	DPC
33	山形県	三友堂病院	○						○	○
34	山形県	公立置賜総合病院	○				○	○	○	○
35	山形県	山形市立病院済生館	○				○	○	○	○
36	山形県	山形県立中央病院	○				○	○	○	○
37	山形県	日本海総合病院	○				○	○	○	○
38	福島県	大原総合病院	○				○	○	○	○
39	福島県	白河厚生総合病院	○					○		○
40	福島県	太田西ノ内病院	○					○	○	○
41	福島県	寿泉堂総合病院	○				○	○	○	○
42	福島県	公立藤田総合病院	○					○	○	○
43	福島県	星総合病院	○				○	○	○	○
44	茨城県	総合病院 土浦協同病院	○					○	○	○
45	茨城県	JA とりで総合医療センター	○				○	○	○	○
46	茨城県	筑波メディカルセンター病院	○				○	○	○	○
47	茨城県	茨城県立中央病院	○				○	○	○	○
48	茨城県	KKR 水府病院	○					○		
49	茨城県	水戸済生会総合病院	○				○	○	○	○
50	茨城県	ひたちなか総合病院	○				○	○	○	○
51	栃木県	新小山市民病院	○				○		○	○
52	栃木県	足利赤十字病院	○	○	○		○	○	○	○
53	群馬県	前橋赤十字病院	○				○	○	○	○
54	群馬県	済生会前橋病院	○				○	○	○	○
55	群馬県	老年病研究所附属病院	○	○					○	○
56	群馬県	伊勢崎市民病院	○				○	○		○
57	群馬県	太田記念病院	○				○	○	○	○
58	群馬県	公立藤岡総合病院	○				○	○	○	○
59	埼玉県	さいたま市民医療センター	○				○	○	○	
60	埼玉県	済生会川口総合病院	○				○	○	○	○
61	埼玉県	埼玉協同病院	○					○	○	○
62	埼玉県	戸田中央総合病院	○					○	○	○
63	埼玉県	彩の国東大宮メディカルセンター	○					○	○	○
64	埼玉県	さいたま赤十字病院	○				○	○	○	○
65	埼玉県	赤心堂病院	○						○	○
66	埼玉県	埼玉石心会病院	○				○	○	○	○
67	埼玉県	埼玉西協同病院	○						○	
68	埼玉県	上尾中央総合病院	○					○	○	○

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

No.	都道府県	施設名	一般	療養	精神	特	地	臨	評	DPC
105	東京都	NTT 東日本関東病院	○		○			○	○	○
106	東京都	KKR 三宿病院	○	○				○		○
107	東京都	KKR 立川病院	○		○		○	○	○	○
108	東京都	稲城市立病院	○					○		○
109	東京都	東京都立松沢病院			○			○	○	
110	東京都	東京都済生会中央病院	○				○	○	○	○
111	東京都	武蔵村山病院	○	○				○	○	○
112	神奈川県	川崎幸病院	○				○	○	○	○
113	神奈川県	KKR 虎の門病院分院	○						○	○
114	神奈川県	菊名記念病院	○				○	○	○	○
115	神奈川県	高田中央病院	○						○	
116	神奈川県	KKR 横浜南共済病院	○				○	○	○	○
117	神奈川県	KKR 横須賀共済病院	○		○		○	○	○	○
118	神奈川県	総合病院 衣笠病院	○						○	○
119	神奈川県	聖隷横浜病院	○					○	○	○
120	神奈川県	神奈川県立がんセンター	○				○		○	○
121	神奈川県	東名厚木病院	○				○	○	○	○
122	神奈川県	国際親善総合病院	○					○	○	○
123	神奈川県	西横浜国際総合病院	○						○	○
124	神奈川県	湘南鎌倉総合病院	○					○	○	○
125	神奈川県	KKR 横浜栄共済病院	○				○	○		○
126	神奈川県	湘南藤沢徳洲会病院	○					○	○	○
127	神奈川県	KKR 平塚共済病院	○				○	○	○	○
128	神奈川県	伊勢原協同病院	○					○	○	○
129	神奈川県	済生会横浜市東部病院	○				○	○	○	○
130	神奈川県	横須賀市立うわまち病院	○	○			○	○	○	○
131	神奈川県	聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院	○				○	○	○	○
132	新潟県	立川総合病院	○					○	○	○
133	新潟県	新潟県立中央病院	○				○			○
134	新潟県	新潟市民病院	○				○	○	○	○
135	新潟県	新潟南病院	○						○	○
136	新潟県	新潟県済生会三条病院	○						○	○
137	新潟県	新津医療センター病院	○						○	
138	富山県	富山市立富山市民病院	○				○	○	○	○
139	富山県	北陸中央病院	○	○					○	○
140	石川県	KKR 北陸病院	○							○

No.	都道府県	施設名	一般	療養	精神	特	地	臨	評	DPC
141	石川県	恵寿総合病院	○					○	○	○
142	石川県	やわたメディカルセンター	○						○	○
143	福井県	市立敦賀病院	○					○	○	○
144	福井県	福井赤十字病院	○				○	○	○	○
145	長野県	長野赤十字病院	○				○	○	○	○
146	長野県	長野市民病院	○				○	○	○	○
147	長野県	長野県立信州医療センター	○					○	○	○
148	長野県	北信総合病院	○					○	○	○
149	長野県	浅間南麓こもろ医療センター	○					○	○	○
150	長野県	佐久総合病院	○					○	○	○
151	長野県	南長野医療センター篠ノ井総合病院	○				○	○	○	○
152	長野県	相澤病院	○				○	○	○	○
153	長野県	丸の内病院	○						○	○
154	長野県	諏訪中央病院	○					○	○	○
155	長野県	諏訪赤十字病院	○		○		○	○	○	○
156	長野県	飯田病院	○		○				○	○
157	長野県	伊那中央病院	○				○	○	○	○
158	長野県	富士見高原病院	○					○	○	○
159	長野県	安曇野赤十字病院	○					○	○	○
160	長野県	北アルプス医療センターあづみ病院	○		○			○	○	○
161	長野県	佐久総合病院 佐久医療センター	○				○	○		○
162	長野県	丸子中央病院	○	○					○	
163	長野県	昭和伊南総合病院	○					○	○	○
164	長野県	飯田市立病院	○				○	○	○	○
165	長野県	市立大町総合病院	○	○				○	○	○
166	岐阜県	岐阜市民病院	○		○		○	○	○	○
167	岐阜県	岐阜県総合医療センター	○				○	○	○	○
168	岐阜県	松波総合病院	○				○	○	○	○
169	岐阜県	羽島市民病院	○					○		○
170	岐阜県	岐阜赤十字病院	○				○	○	○	○
171	岐阜県	高山赤十字病院	○				○	○	○	○
172	岐阜県	岐阜県立多治見病院	○		○		○	○	○	○
173	静岡県	静岡赤十字病院	○				○	○		○
174	静岡県	静岡県立総合病院	○				○	○	○	○
175	静岡県	藤枝市立総合病院	○				○	○	○	○
176	静岡県	市立島田市民病院	○				○	○		○

No.	都道府県	施設名	一般	療養	精神	特	地	臨	評	DPC
177	静岡県	遠州病院	○				○	○	○	○
178	静岡県	総合病院 聖隷浜松病院	○				○	○	○	○
179	静岡県	浜松医療センター	○				○	○	○	○
180	静岡県	総合病院 聖隷三方原病院	○		○		○	○	○	○
181	静岡県	中東遠総合医療センター	○				○	○	○	○
182	静岡県	磐田市立総合病院	○				○	○	○	○
183	静岡県	NTT 東日本伊豆病院	○	○	○			○	○	
184	愛知県	豊橋市民病院	○				○	○	○	○
185	愛知県	安城更生病院	○				○	○	○	○
186	愛知県	刈谷豊田総合病院	○				○	○	○	○
187	愛知県	KKR 名城病院	○	○			○	○	○	○
188	愛知県	総合上飯田第一病院	○					○	○	○
189	愛知県	KKR 東海病院	○					○		
190	愛知県	名古屋第二赤十字病院	○				○	○	○	○
191	愛知県	豊田厚生病院	○					○	○	○
192	愛知県	藤田保健衛生大学病院	○		○	○				○
193	愛知県	半田市立半田病院	○				○	○	○	○
194	愛知県	小牧市民病院	○				○	○	○	○
195	愛知県	春日井市民病院	○				○	○	○	○
196	愛知県	総合大雄会病院	○				○	○	○	○
197	愛知県	一宮市立市民病院	○				○	○	○	○
198	愛知県	稲沢市民病院	○					○	○	○
199	愛知県	岡崎市民病院	○				○	○	○	○
200	愛知県	八千代病院	○					○	○	○
201	愛知県	海南病院	○					○	○	○
202	愛知県	名古屋市立大学病院	○		○	○				○
203	愛知県	名鉄病院	○					○		○
204	三重県	市立四日市病院	○				○	○	○	○
205	三重県	三重北医療センターいなべ総合病院	○					○	○	○
206	三重県	鈴鹿中央総合病院	○				○	○	○	○
207	三重県	松阪中央総合病院	○				○	○	○	○
208	滋賀県	市立大津市民病院	○				○	○	○	○
209	滋賀県	近江八幡市立総合医療センター	○				○	○	○	○
210	滋賀県	草津総合病院	○	○			○	○	○	○
211	滋賀県	彦根市立病院	○					○	○	○
212	滋賀県	滋賀県立総合病院	○					○	○	○

No.	都道府県	施設名	一般	療養	精神	特	地	臨	評	DPC
213	京都府	武田病院	○				○	○	○	○
214	京都府	武田総合病院	○					○	○	○
215	京都府	京都民医連中央病院	○					○	○	○
216	京都府	京都市立病院	○				○	○	○	○
217	京都府	洛和会音羽病院	○				○	○	○	○
218	京都府	宇治武田病院	○					○	○	○
219	京都府	男山病院	○						○	○
220	京都府	三菱京都病院	○					○	○	○
221	京都府	京都桂病院	○				○	○	○	○
222	京都府	千春会病院	○						○	
223	京都府	KKR 舞鶴共済病院	○				○	○	○	○
224	京都府	KKR 舞鶴こども療育センター	○			○				
225	京都府	京都中部総合医療センター	○					○	○	○
226	京都府	京都武田病院	○						○	○
227	大阪府	中津病院	○				○	○	○	○
228	大阪府	医誠会病院	○					○	○	○
229	大阪府	大阪市立総合医療センター	○				○	○	○	○
230	大阪府	中野こども病院	○					○	○	
231	大阪府	野江病院	○				○	○	○	○
232	大阪府	森之宮病院	○					○	○	
233	大阪府	KKR 大手前病院	○				○	○	○	○
234	大阪府	大阪警察病院	○				○	○	○	○
235	大阪府	千船病院	○					○	○	○
236	大阪府	西淀病院	○					○	○	
237	大阪府	大阪府立急性期・総合医療センター	○		○		○	○	○	○
238	大阪府	南大阪病院	○						○	○
239	大阪府	市立豊中病院	○				○	○	○	○
240	大阪府	箕面市立病院	○				○	○	○	○
241	大阪府	吹田病院	○				○	○	○	○
242	大阪府	第一東和会病院	○						○	○
243	大阪府	高槻病院	○				○	○	○	○
244	大阪府	北摂総合病院	○				○	○		○
245	大阪府	松下記念病院	○				○			○
246	大阪府	萱島生野病院	○					○	○	○
247	大阪府	小松病院	○						○	○
248	大阪府	KKR 枚方公済病院	○				○		○	○

No.	都道府県	施設名	一般	療養	精神	特	地	臨	評	DPC
249	大阪府	佐藤病院	○						○	○
250	大阪府	関西医科大学附属病院	○			○		○		○
251	大阪府	わかくさ竜間リハビリテーション病院		○					○	
252	大阪府	若草第一病院	○				○	○	○	○
253	大阪府	八尾市立病院	○				○	○	○	○
254	大阪府	運動器ケアしまだ病院	○	○					○	○
255	大阪府	PL病院	○	○				○	○	○
256	大阪府	清恵会病院	○					○	○	○
257	大阪府	堺市立総合医療センター	○				○	○	○	○
258	大阪府	馬場記念病院	○				○	○	○	○
259	大阪府	ベルピアノ病院		○					○	
260	大阪府	府中病院	○				○	○	○	○
261	大阪府	阪南市民病院	○					○		○
262	大阪府	ベルランド総合病院	○				○	○	○	○
263	大阪府	淀川キリスト教病院	○				○	○	○	○
264	大阪府	市立ひらかた病院	○					○	○	○
265	兵庫県	神戸市立医療センター中央市民病院	○		○		○	○	○	○
266	兵庫県	神鋼記念病院	○				○	○	○	○
267	兵庫県	神戸中央病院	○				○	○	○	○
268	兵庫県	川崎病院	○					○	○	○
269	兵庫県	三菱神戸病院	○					○	○	○
270	兵庫県	KKR 六甲病院	○	○					○	
271	兵庫県	六甲アイランド甲南病院	○					○	○	○
272	兵庫県	甲南病院	○					○	○	○
273	兵庫県	明和病院	○					○	○	○
274	兵庫県	西宮協立脳神経外科病院	○					○	○	○
275	兵庫県	井野病院	○						○	○
276	兵庫県	明石医療センター	○				○	○	○	○
277	兵庫県	加古川中央市民病院	○				○	○		○
278	奈良県	おかたに病院	○					○	○	
279	奈良県	奈良県総合医療センター	○				○	○		○
280	奈良県	天理よろづ相談所病院	○					○		○
281	奈良県	平成記念病院	○						○	○
282	奈良県	大和高田市立病院	○					○	○	○
283	奈良県	国保中央病院	○					○	○	○
284	和歌山県	日本赤十字社和歌山医療センター	○				○	○	○	○

No.	都道府県	施設名	一般	療養	精神	特	地	臨	評	DPC
285	島根県	松江赤十字病院	○		○		○	○	○	○
286	島根県	島根県立中央病院	○		○		○	○	○	○
287	岡山県	岡山県精神科医療センター			○			○		
288	岡山県	光生病院	○					○	○	○
289	岡山県	岡山旭東病院	○				○			○
290	岡山県	倉敷中央病院	○				○	○	○	○
291	広島県	広島赤十字・原爆病院	○				○	○	○	○
292	広島県	KKR 呉共済病院忠海分院	○						○	
293	広島県	KKR 広島記念病院	○				○		○	○
294	広島県	KKR 吉島病院	○	○					○	
295	広島県	荒木脳神経外科病院	○						○	○
296	広島県	マツダ病院	○					○	○	○
297	広島県	KKR 呉共済病院	○				○	○	○	○
298	山口県	山口労災病院	○				○	○	○	○
299	徳島県	博愛記念病院	○	○					○	
300	徳島県	徳島県立中央病院	○		○		○	○	○	○
301	香川県	KKR 高松病院	○					○	○	○
302	香川県	高松市民病院	○		○		○	○	○	○
303	香川県	香川県立中央病院	○				○	○		○
304	香川県	回生病院	○				○	○	○	○
305	香川県	坂出市立病院	○					○		○
306	香川県	三豊総合病院	○				○	○	○	○
307	香川県	さぬき市民病院	○					○	○	○
308	香川県	四国こどもとおとなの医療センター	○					○		○
309	愛媛県	済生会松山病院	○					○		○
310	愛媛県	市立宇和島病院	○					○	○	○
311	高知県	近森病院	○				○	○	○	○
312	高知県	いずみの病院	○	○					○	○
313	高知県	土佐市民病院	○					○		○
314	高知県	高知高須病院	○						○	○
315	高知県	高知医療センター	○		○		○	○	○	○
316	福岡県	三萩野病院	○						○	
317	福岡県	KKR 新小倉病院	○	○				○	○	○
318	福岡県	製鉄記念八幡病院	○				○	○	○	○
319	福岡県	九州病院	○				○	○	○	○
320	福岡県	済生会福岡総合病院	○				○	○		○

No.	都道府県	施設名	一般	療養	精神	特	地	臨	評	DPC
321	福岡県	KKR 浜の町病院	○				○			○
322	福岡県	福岡市民病院	○				○	○	○	○
323	福岡県	KKR 千早病院	○					○		
324	福岡県	福岡徳洲会病院	○				○	○	○	○
325	福岡県	西福岡病院	○	○				○	○	○
326	福岡県	聖マリア病院	○		○		○	○	○	○
327	福岡県	新古賀病院	○				○	○		○
328	福岡県	嶋田病院	○				○	○	○	○
329	福岡県	古賀病院21	○						○	○
330	福岡県	社会保険田川病院	○	○			○	○	○	○
331	福岡県	田主丸中央病院	○	○	○		○		○	○
332	佐賀県	佐賀県医療センター好生館	○				○	○	○	○
333	長崎県	佐世保中央病院	○				○	○	○	○
334	長崎県	KKR 佐世保共済病院	○				○	○	○	○
335	熊本県	KKR 熊本中央病院	○				○	○	○	○
336	大分県	大分岡病院	○				○	○	○	○
337	大分県	大分県立病院	○				○	○	○	○
338	大分県	KKR 新別府病院	○				○	○	○	○
339	大分県	天心堂へつぎ病院	○						○	○
340	大分県	大分記念病院	○	○					○	○
341	宮崎県	戸嶋病院		○		○				
342	鹿児島県	相良病院	○						○	○
343	鹿児島県	いづろ今村病院	○							○
344	鹿児島県	今村総合病院	○					○	○	○
345	沖縄県	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	○		○		○	○	○	○
346	沖縄県	ハートライフ病院	○				○	○	○	○
347	沖縄県	中頭病院	○				○	○	○	○
348	沖縄県	沖縄県立中部病院	○				○	○		○
349	沖縄県	南部徳洲会病院	○					○	○	○

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。

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97施設で、提出できた割合は72.0%(249/346, 前年比+1.8)でした。また、満足のみでは、平均値 42.8%(前年比+1.0)、中央値 42.7%(前年比-0.2)、最大値 83.7%(前年比+1.3)、最小値 1.5%

(前年比+1.5)、満足またはやや満足では、平均値 81.8% (前年比-0.8)、中央値 84.6% (前年比-0.9)、最大値 98.3% (前年比-1.7)、最小値 2.9% (前年比-23.4)という結果でした。提出施設は増加しましたが、平均値も中央値も、2016 年度と大きな変化はありませんでした。

<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 5 施設多く 102 施設で、提出できた割合は 70.5% (244/346, 前年比+1.5)でした。また、満足のみでは、平均値 59.2% (前年比+0.8)、中央値 60.0% (前年比+0.5)、最大値 93.5% (前年比+1.7)、最小値 0.0% (前年比-8.7)、満足またはやや満足では、平均値 89.3% (前年比-0.6)、中央値 91.8% (前年比-0.2)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比-47.1)という結果でした。提出施設は増加しましたが、毎年、外来患者と比べると入院患者の提出施設数が少ない結果です。全体的に、2016 年度より改善しました。

毎年開催しているシンポジウムでは、患者満足度の改善報告が多数行われます。多くの施設が改善のための取り組みを行っている結果だと考えます。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 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 978-4-89996-373-8

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ていますが、一度も提出していない医療機関が56施設ありました。この結果は参加施設の約16%に当たります。やや増加傾向にありますので、提出できない理由を調査する必要があるかもしれません。

1年間の結果は、平均値3.8%（前年比±0）、中央値3.5%（前年比±0）、最大値26.4%（前年比+3.0）、最小値0.0%（前年比±0）で、2016年度と比べて変化はありませんでした。

施設全体の変化を経年的に把握していくためには、簡単で扱いやすい指標であると考えられますが、医療機関の体制や患者のプロフィール、疾患の種類と重症度などが同じであるという前提が必要です。そのため、改善活

動を行うことはとても難しく、経時的に値を把握していくことに止まる指標ともいえます。
リスク調整が必要な指標であり、標準化が容易ではありません。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 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 978-4-89996-373-8
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.

No.04-a 入院患者の転倒・転落発生率

No.04-b 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

No.04-c 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

指標の説明・定義

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

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

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

分 子: No.04-a) 医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数
No.04-b) 医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうち**損傷レベル 2 以上**の転倒・転落件数
No.04-c) 医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうち**損傷レベル 4 以上**の転倒・転落件数

分 母: 入院延べ患者数

分子包含: 介助時および複数回の転倒・転落

分子除外: 学生、スタッフなど入院患者以外の転倒・転落

収集期間: 1 ヶ月毎

調整方法: ‰(パーミル: 1000 分の 1 を 1 とする単位)

<損傷レベル>

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

- ① 最初の転倒・転落報告が記載される時には、損傷の程度がまだ不明かもしれない。転倒 24 時間後の患者の状態をフォローアップする方法を決める必要がある。
- ② 患者が転倒 24 時間以内に退院する場合は、退院時の損傷レベルを判断する。
- ③ X 線、CT スキャン、またはその他の放射線学的評価により損傷の所見がなく、治療もなく、損傷の兆候及び症状もない場合は、“1_なし”を選択する。
- ④ 凝固障害のある患者で、転倒の結果血液製剤を受ける場合は、“4_重度”を選択する。

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

考察

転倒転落発生率の 1 年間の結果は、平均値 2.71‰(前年比-0.01)、中央値 2.49‰(前年比-0.09)、最大値 22.06‰(前年比+13.9)、最小値 0.00‰(前年比±0)、損傷発生率(損傷レベル 2 以上)の 1 年間の結果は、平均値 0.70‰(前年比+0.01)、中央値 0.53‰(前年比±0)、最大値 8.39‰(前年比+2.19)、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 0.05‰(前年比±0)、中央値 0.04‰(前年比±0)、最大値 0.31‰(前年比-0.38)、最小値 0.00‰(前年比±0)でした。

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

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 2017 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 978-4-89996-373-8
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> 2016/10/15 available)
3. 厚生労働科学研究費補助金事業(医療安全・医療技術評価総合研究事業)平成 16-18 年度「医療安全の

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

4. Healey F, Scobie S, Glampson B, Pryce A, Joule N, Willmott M. Slips, trips and falls in hospital. London: NHS 2007;1.
5. Montalvo I. " The National Database of Nursing Quality Indicators TM (NDNQI(R)). OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing 2007;12.

No.05 褥瘡発生率

指標の説明・定義

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

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

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

分母: 入院延べ患者数

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

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

収集期間: 1ヶ月毎

<Depth(深さ)>

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

D5	関節腔、体腔に至る損傷
DU	深さ判定が不能の場合

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

考察

1年間の結果は、平均値 0.10% (前年比+0.03)、中央値 0.06% (前年比±0)、最大値 3.97% (前年比+2.75)、最小値 0.00% (前年比±0) 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 2017 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 978-4-89996-373-8
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> 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)

No.06 紹介率

No.07 逆紹介率

指標の説明・定義

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

分子： No.01) 紹介初診患者数
No.02) 逆紹介患者数

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

収集期間： 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

考察

紹介率の1年間の結果は、平均値 57.3% (前年比+0.3)、中央値 63.6% (前年比+1.1)、最大値 100.0% (前年比-0.1)、最小値 5.6% (前年比+5.5)、逆紹介率の1年間の結果は、平均値 69.2% (前年比+2.2)、中央値 69.6% (前年比+1.0)、最大値 354.1% (前年比+185.4)、最小値 3.0% (前年比+3.0)でした。

2016年度同様、紹介率、逆紹介率ともに最小値と最大値に大きな差がありましたが、平均値、中央値をみると年々改善しています。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 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 978-4-89996-373-8

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

1年間の結果は、平均値 15.1% (前年比+0.1)、中央値 15.2% (前年比+0.2)、最大値 70.1% (前年比+9.3)、最小値 0.0% (前年比±0)でしたが、値の低さ・高さは問題ありません。本指標は、尿路感染症発生率を算出するための事前準備指標となるため、まずは、各施設が尿道留置カテーテル使用率のデータを算出できるようになることが目標です。

一度も提出していない医療機関が 126 施設ありました。2016 年度は 136 施設であったため、10 施設は算出ができるようになったこととなります。毎年行われる算出の難易度に関するアンケートでも「困難」との回答が高く、算出が難しい指標になります。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 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 978-4-89996-373-8
2. Centers for Disease Control and Prevention. National Healthcare Safety Network report, data summary for

2013, Device-associated Module 2016/10/15 available)

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

No.09 症候性尿路感染症発生率

指標の説明・定義

2015年度から採用した新しい項目です。

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

分子： 分母のうちカテーテル関連症候性尿路感染症の定義に合致した延べ回数

分母： 入院患者における尿道留置カテーテル挿入延べ日数

収集期間： 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

考察

一度も提出していない医療機関が182施設あり、参加施設の半数は提出できませんでした。毎年行われる算出の難易度に関するアンケートでも「困難」との回答が高く、算出が難しいことが原因です。算出できる施設が少しでも増えるために、提出できていない施設への対応を検討中です。

1年間の結果は、平均値2.5対1000カテーテル使用日数(前年比-0.6)、中央値1.4対1000カテーテル使用日数(前年比-0.2)、最大値42.1対1000カテーテル使用日数(前年比+33.9)、最小値0.0対1000カテーテル使用日数(前年比±0)でした。値の高い施設は、算出に誤りがあるのか、状況を確認する必要があると考えます。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 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 978-4-89996-373-8
2. Centers for Disease Control and Prevention. National Healthcare Safety Network report, data summary for 2013, Device-associated Module (2016/10/15 available)
3. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009 (Internet: http://www.cdc.gov/hicpac/cauti/001_cauti.html 2016/10/15 available)

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

No.10 救急車・ホットライン応需率

指標の説明・定義

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

分子： 救急車で来院した患者数

分母： 救急車受け入れ要請件数

分子包含： ホットライン件数

分母除外： 他院からの搬送(転送)件数

収集期間： 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

考察

1年間の結果は、平均値 84.8% (前年比+0.8)、中央値 87.3% (前年比+0.4)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.4% (前年比+0.1) でした。

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

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 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 978-4-89996-373-8

No.11 特定術式における手術開始前 1 時間以内 の予防的抗菌薬投与率

指標の説明・定義

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

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

分子: 手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された手術件数

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

分母除外: 入院時年齢が18歳未満の患者
在院日数が120日以上患者
帝王切開手術施行患者
臨床試験・治験を実施している患者
術前に感染が明記されている患者
全身/脊椎/硬膜外麻酔で行われた手術・手技が、主たる術式の前後3日(主たる術式が冠動脈バイパス手術またはその他の心臓手術の場合は4日)に行われた患者(日数計算は麻酔開始日/麻酔終了日を基点とする)
手術開始日時の24時間前に抗菌薬を投与されている患者(大腸手術でフラジールおよびカナマイシンを投与されている場合は除外の必要なし)
外来手術施行患者

収集期間: 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

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。

一度も提出していない医療機関が 119 施設ありました。2016 年度は 126 施設であったため、7 施設は算出ができるようになったこととなります。

1 年間の結果は、平均値 93.6% (前年比+1.1)、中央値 97.5% (前年比±0)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。

2016 年度同様、最小値が 0.0% であり、低い値の施設はどのようにしたら改善できるか、達成率の高い施設の取り組みを聞き、改善に向けた活動をバックアップしていきたいと考えます。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 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 978-4-89996-373-8
2. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3a SCIP-Inf-1 Prophylactic Antibiotic Received Within One Hour Prior to Surgical Incision (Internet: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NHQM_v4_3a_PDF_10_2_2013.zip 2016/10/15 available)
3. Kirkland KB, Briggs JP, Trivette SL, Wilkinson WE, Sexton DJ. The impact of surgical-site infections in the 1990s: attributable mortality, excess length of hospitalization, and extra costs. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1999;20:725-730.
4. CDC: Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 1999. *Infect Cont Hosp Epidemiol* 1999;20:247-278.

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

指標の説明・定義

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

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

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

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

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

分母除外: 入院時年齢が18歳未満の患者
在院日数が120日以上患者
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

一度も提出していない医療機関が 129 施設ありました。2016 年度は 136 施設であったため、7 施設は算出が
できるようになったこととなります。

1 年間の結果は、平均値 39.7% (前年比+3.0)、中央値 37.3% (前年比+2.6)、最大値 100.0% (前年比±0)、最
小値 0.0% (前年比±0) でした。

100%を維持している施設もありますが、まだ全体のばらつきが大きい指標ですが、2016 年度に比べると、平均値
も中央値も改善しました。本指標は、多くの施設で改善ができると考えます。値の高い施設の取り組みを共有する
ことで、質の向上につながります。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 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 978-4-89996-373-8
2. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3a
SCIP-Inf-3 Prophylactic Antibiotic Discontinued Within 24 Hours After Surgery End Time (48 hours for
CABG or Other Cardiac Surgery) (Internet:
http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NHQM_v4_3a_PDF_10_2_2013.zip 2016/10/15 available)
3. Kirkland KB, Briggs JP, Trivette SL, Wilkinson WE, Sexton DJ. The impact of surgical-site infections in the
1990s: attributable mortality, excess length of hospitalization, and extra costs. Infect Control Hosp
Epidemiol. 1999;20:725-730.
4. CDC: Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 1999. Infect Cont Hosp Epidemiol
1999;20:247-278.

No.13 特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率

指標の説明・定義

2015 年度から採用した新しい項目です。

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

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

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

分子: 術式ごとに適切な予防的抗菌薬が選択された手術件数

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

分母除外: 入院時年齢が18歳未満の患者

在院日数が120日以上

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

一度も提出していない医療機関が 145 施設ありました。2016 年度は 149 施設であったため、4 施設は算出ができるようになったこととなります。しかし、予防的抗菌薬の他の指標より、提出できない施設が多いため、どこに問題があるのか、確認する必要があります。

1 年間の結果は、平均値 86.2% (前年比+4.1)、中央値 95.2% (前年比+0.7)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。

2015 年度から開始した新しい指標のため、まだ全体のばらつきは大きいですが、平均値も中央値も 2016 年度より上がっており、提出ができている施設は改善していると考えられます。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 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 978-4-89996-373-8
2. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3a SCIP-Inf-2 Prophylactic Antibiotic Selection for Surgical Patients (Internet:
http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NHQM_v4_3a_PDF_10_2_2013.zip 2016/10/15 available)

No.14 糖尿病患者の血糖コントロール

HbA1c (NGSP) <7.0%

指標の説明・定義

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

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

分子： HbA1c(NGSP)の最終値が 7.0%未満の外来患者数

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

分母除外： 運動療法または食事療法だけの糖尿病患者

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

1年間の結果は、平均値 50.5% (前年比-0.9)、中央値 50.3% (前年比-0.5)、最大値 88.7% (前年比+6.3)、最小値 10.2% (前年比-1.4)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。

また、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います。また、厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」では平成 29 年度より共通指標の測定を開始しており、その中では「HbA1c<8.0%」としています。今後は、HbA1c の値よりも実用的で妥当性の高い指標（糖尿病合併症スクリーニング順守率など）も検討し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 2017 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 978-4-89996-373-8
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.

No.15 退院後 6 週間以内の救急医療入院率

指標の説明・定義

患者の中には、退院後 6 週間以内に予定外の再入院をすることがあります。その背景としては、初回入院時の治療が不十分であったこと、回復が不完全な状態で患者に早期退院を強いたこと、などの要因が考えられます。分母は様式 1 の「退院年月日」が調査期間に該当する一般入院症例数、分子は入院日の 42 日前以降に様式 1 の「前回退院年月日」が該当する救急医療入院症例数としました。

分 子: 前回の退院日が 42 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

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、1 年間の結果は、平均値 2.66% (前年比+0.15)、中央値 2.53% (前年比+0.28)、最大値 7.87% (前年比-0.32)、最小値 0.00% (前年比±0) でした。月毎の推移には大きな変化はありませんが、病床区分別に見ると、199 床以下の小規模施設はやや低い値で推移しています。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディアカ ISBN 978-4-89996-373-8

No.16 急性心筋梗塞患者における入院後 早期アスピリン投与割合

指標の説明・定義

急性心筋梗塞において、血小板による血管閉塞および心筋との需要供給関係の破綻、心筋のリモデリングが問題であり、過去の報告から抗血小板薬およびβ-遮断薬の投与が必須であることはいうまでもありません。

過去の欧米のガイドラインにおいても、急性期におけるアスピリンおよびβ-遮断薬の処方は、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。

本指標は、アレルギーなどの適用外の患者も含まれるため、値が低く算出される可能性があります。

分子： 分母のうち入院後二日以内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

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、平均値85.2% (前年比+3.5)、中央値92.5% (前年比+1.6)、最大値100.0% (前年比±0)、最小値0.0% (前年比±0)という結果でした。

施設によっては心筋梗塞の患者を日常的に扱っていない施設が存在し、分母の少ない施設については単純な比較は意味がありません。ただし、患者数に関係なく、高いアスピリン投与率を維持、向上していくことが重要と考えます。

参考文献

1. Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, Hochman JS, Krumholz HM, Kushner FG, Lamas GA, Mullany CJ, Ornato JP, Pearle DL, Sloan MA, Smith SC Jr. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction. A report of the Am Coll of Cardiol/Am Heart Assoc Task Force on Practice Guidelines (Committee to revise the 1999 guidelines). Bethesda (MD): American College of Cardiology, American Heart Association; 2004. 211 p. [1398 references]

2. Krumholz HM, Anderson JL, Bachelder BL, Fesmire FM, Fihn SD, Foody JM, Ho PM, Kosiborod MN, Masoudi FA, Nallamothu BK, American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures, American Academy of Family Physicians, American College of Emergency Physicians, American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Hospital Medicine. ACC/AHA 2008 performance measures for adults with ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarction [trunc]. J Am Coll Cardiol 2008 Dec 9;52(24):2046-99.
3. Krumholz HM, Radford MJ, Wang Y, Chen J, Heiat A, Marciniak TA. National use and effectiveness of beta-blockers for the treatment of elderly patients after acute myocardial infarction: National Cooperative Cardiovascular Project. JAMA 1998 Aug 19;280(7):623-9.
4. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 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 978-4-89996-373-8
5. 循環器病の診断と治療に関するガイドライン. (2006). Guidelines for Secondary Prevention of Myocardial Infarction (JCS 2006). Prevention, (Jcs), 1-52.
6. 循環器病の診断と治療に関するガイドライン. (2008). Guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction (JCS 2008). Circulation Journal, 72, 1347-1442.

No.17 急性心筋梗塞患者における退院時 アスピリン投与割合

指標の説明・定義

急性心筋梗塞は通常発症後2～3ヶ月以内に安定化し、大多数の患者は安定狭心症または安定した無症候性冠動脈疾患の経過を辿ります。心筋梗塞発症後の長期予後を改善する目的で、抗血小板薬、 β -遮断薬、ACE阻害薬あるいはアンジオテンシンII受容体拮抗薬(ARB)、スタチンなどの投与が推奨されています(日本循環器学会ガイドライン <http://www.j-circ.or.jp>)。ガイドラインでは「禁忌がない場合のアスピリン(81-162mg)の永続的投与」となっていますが、ここでは便宜的に心筋梗塞で入院した患者の退院時アスピリンの処方率をみています。この処方率は海外の医療の質の評価指標としても採用されており、広く認識された指標であるといえます。本指標は、アレルギーなどの適用外の患者も含まれるため、値が低く算出される可能性があります。

分子： 分母のうち、退院時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

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、平均値83.7%(前年比-4.5)、中央値87.0%(前年比-5.3)、最大値100.0%(前年比±0)、最小値0.0%(前年比±0)という結果でした。

施設によっては心筋梗塞の患者を日常的に扱っていない施設が存在し、分母の少ない施設については単純な比較は意味がありません。ただし、患者数に関係なく、高いアスピリン投与率を維持、向上していくことが重要と考えます。また、2016年度同様、0%の施設も存在します。達成できない理由を調査する必要があるかもしれません。

参考文献

1. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3b AMI-2 Aspirin Prescribed at Discharge(Internet:

http://www.jointcommission.org/assets/1/6/HIQR_Jan2014_v4_3b.zip 2016/10/15 available)

2. Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, Hochman JS, Krumholz HM, Kushner FG, Lamas GA, Mullany CJ, Ornato JP, Pearle DL, Sloan MA, Smith SC Jr. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction. A report of the Am Coll of Cardiol/Am Heart Assoc Task Force on Practice Guidelines (Committee to revise the 1999 guidelines). Bethesda (MD): American College of Cardiology, American Heart Association; 2004. 211 p. [1398 references]
3. Krumholz HM, Anderson JL, Bachelder BL, Fesmire FM, Fihn SD, Foody JM, Ho PM, Kosiborod MN, Masoudi FA, Nallamothu BK, American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures, American Academy of Family Physicians, American College of Emergency Physicians, American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Hospital Medicine. ACC/AHA 2008 performance measures for adults with ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarction [trunc]. J Am Coll Cardiol 2008 Dec 9;52(24):2046-99.
4. Krumholz HM, Radford MJ, Wang Y, Chen J, Heiat A, Marciniak TA. National use and effectiveness of beta-blockers for the treatment of elderly patients after acute myocardial infarction: National Cooperative Cardiovascular Project. JAMA 1998 Aug 19;280(7):623-9.
5. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 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 978-4-89996-373-8
6. 循環器病の診断と治療に関するガイドライン. (2006). Guidelines for Secondary Prevention of Myocardial Infarction (JCS 2006). Prevention, (Jcs), 1-52.
7. 循環器病の診断と治療に関するガイドライン. (2008). Guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction (JCS 2008). Circulation Journal, 72, 1347-1442.

No.18 急性心筋梗塞患者における退院時 βブロッカー投与割合

指標の説明・定義

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

この処方率は海外の医療の質の評価指標としても採用されており、広く認識された指標であるといえます。本指標は、アレルギーなどの適用外の患者も含まれるため、値が低く算出される可能性があります。

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

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、平均値62.7%(前年比+2.9)、中央値66.4%(前年比+1.9)、最大値100.0%(前年比±0)、最小値0.0%(前年比±0))という結果でした。

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

経時的にみると、2010年度より年々改善し、2017年度は+1.9ポイントでした。

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/Am Heart Assoc Task Force on Practice Guidelines (Committee to revise the 1999 guidelines). Bethesda (MD): American College of Cardiology, American Heart Association; 2004. 211 p. [1398 references]

3. Krumholz HM, Anderson JL, Bachelder BL, Fesmire FM, Fihn SD, Foody JM, Ho PM, Kosiborod MN, Masoudi FA, Nallamothu BK, American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures, American Academy of Family Physicians, American College of Emergency Physicians, American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Hospital Medicine. ACC/AHA 2008 performance measures for adults with ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarction [trunc]. J Am Coll Cardiol 2008 Dec 9;52(24):2046-99.
4. Krumholz HM, Radford MJ, Wang Y, Chen J, Heiat A, Marciniak TA. National use and effectiveness of beta-blockers for the treatment of elderly patients after acute myocardial infarction: National Cooperative Cardiovascular Project. JAMA 1998 Aug 19;280(7):623-9.
5. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディアカ ISBN 978-4-89996-373-8
6. 循環器病の診断と治療に関するガイドライン. (2006). Guidelines for Secondary Prevention of Myocardial Infarction (JCS 2006). Prevention, (Jcs), 1-52.
7. 循環器病の診断と治療に関するガイドライン. (2008). Guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction (JCS 2008). Circulation Journal, 72, 1347-1442.

No.19 急性心筋梗塞患者における退院時 スタチン投与割合

指標の説明・定義

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

この処方率は海外の医療の質の評価指標としても採用されており、広く認識された指標であるといえます。本指標は、アレルギーなどの適用外の患者も含まれるため、値が低く算出される可能性があります。

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

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、平均値81.7%(前年比+5.2)、中央値87.0%(前年比+3.3)、最大値100.0%(前年比±0)、最小値0.0%(前年比±0)という結果でした。

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

経時的にみると、2010年度と比べて年々改善し、2017年度は+9.4ポイントでした。これは各施設が改善に努めた結果と考えられます。

参考文献

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

2. Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, Hochman JS, Krumholz HM, Kushner FG, Lamas GA, Mullany CJ, Ornato JP, Pearle DL, Sloan MA, Smith SC Jr. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction. A report of the Am Coll of Cardiol/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 2017 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディアカ ISBN 978-4-89996-373-8
6. 循環器病の診断と治療に関するガイドライン. (2006). Guidelines for Secondary Prevention of Myocardial Infarction (JCS 2006). Prevention, (Jcs), 1-52.
7. 循環器病の診断と治療に関するガイドライン. (2008). Guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction (JCS 2008). Circulation Journal, 72, 1347-1442.

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

指標の説明・定義

急性心筋梗塞は通常発症後 2～3 ヶ月以内に安定化し、大多数の患者は安定狭心症または安定した無症候性冠動脈疾患の経過を辿ります。心筋梗塞発症後の長期予後を改善する目的で、抗血小板薬、 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。本指標は、アレルギーなどの適用外の患者も含まれるため、値が低く算出される可能性があります。

分子: 分母のうち、退院時に ACE 阻害剤もしくはアンジオテンシン II 受容体阻害剤が投与された患者数

分母: 急性心筋梗塞で入院した患者数

収集期間: 4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

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、平均値 66.7% (前年比+3.4)、中央値 70.3% (前年比+0.7)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) という結果でした。

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

しかし、経時的にみると、2010 年度から横ばいです。改善のための方策を、意見を出し合いながら検討していきたいと考えます。

参考文献

1. Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, Hochman JS, Krumholz HM, Kushner FG, Lamas GA, Mullany CJ, Ornato JP, Pearle DL, Sloan MA, Smith SC Jr. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction. A report of the Am Coll of Cardiol/Am

Heart Assoc Task Force on Practice Guidelines (Committee to revise the 1999 guidelines). Bethesda (MD): American College of Cardiology, American Heart Association; 2004. 211 p. [1398 references]

2. Krumholz HM, Anderson JL, Bachelder BL, Fesmire FM, Fihn SD, Foody JM, Ho PM, Kosiborod MN, Masoudi FA, Nallamothu BK, American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures, American Academy of Family Physicians, American College of Emergency Physicians, American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Hospital Medicine. ACC/AHA 2008 performance measures for adults with ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarction [trunc]. J Am Coll Cardiol 2008 Dec 9;52(24):2046-99.
3. Krumholz HM, Radford MJ, Wang Y, Chen J, Heiat A, Marciniak TA. National use and effectiveness of beta-blockers for the treatment of elderly patients after acute myocardial infarction: National Cooperative Cardiovascular Project. JAMA 1998 Aug 19;280(7):623-9.
4. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 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 978-4-89996-373-8
5. 循環器病の診断と治療に関するガイドライン. (2006). Guidelines for Secondary Prevention of Myocardial Infarction (JCS 2006). Prevention, (Jcs), 1-52.
6. 循環器病の診断と治療に関するガイドライン. (2008). Guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction (JCS 2008). Circulation Journal, 72, 1347-1442.

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

指標の説明・定義

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

この処方率は海外の医療の質の評価指標としても採用されており、広く認識された指標であるといえます。本指標は、アレルギーなどの適用外の患者も含まれるため、値が低く算出される可能性があります。

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

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、平均値 71.2% (前年比+5.0)、中央値 75.0% (前年比+1.4)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) という結果でした。

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

経時的にみると、改善・悪化を繰り返していましたが、2014 年度からは年々改善しています。2014 年度と比べると、2017 年度は+7.6 ポイントでした。

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 2017 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 978-4-89996-373-8
5. 循環器病の診断と治療に関するガイドライン. (2006). Guidelines for Secondary Prevention of Myocardial Infarction (JCS 2006). Prevention, (Jcs), 1-52.
6. 循環器病の診断と治療に関するガイドライン. (2008). Guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction (JCS 2008). Circulation Journal, 72, 1347-1442.

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

指標の説明・定義

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、本項目の算定を「90 分以内の実施」としてカウントします。

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

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、平均値60.2% (前年比-0.7)、中央値62.7% (前年比-0.9)、最大値100.0% (前年比±0)、最小値0.0% (前年比±0)という結果でした。

経時的にみると、年々悪化しています。しかし中には大きく改善している施設もあります。その施設の取り組みを共有することで、全体の底上げが期待できます。

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 2017 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 978-4-89996-373-8

No.23 脳卒中患者のうち第2病日までに抗血栓療法を受けた患者の割合

指標の説明・定義

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

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

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

分子: 分母のうち、第 2 病日までに抗血栓療法を施行された患者数

分母: 脳梗塞か TIA と診断された 18 歳以上の入院患者数

収集期間: 4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

考察

DPC データを用いた指標であり、平均値 63.2% (前年比+2.2)、中央値 66.0% (前年比+0.9)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) という結果でした。

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

経時的にみると、2010 年度と比べて年々改善し、2017 年度は+4.4 ポイントでした。

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.

No.24 脳卒中患者のうち退院時抗血小板薬処方割合

指標の説明・定義

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

分子: 分母のうち、退院時に抗血小板薬を処方された患者数

分母: 脳梗塞か TIA と診断された 18 歳以上の入院患者数

収集期間: 4~6 月分、7~9 月分、10~12 月分、1~3 月分

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

考察

DPC データを用いた指標であり、平均値 70.3% (前年比+2.2)、中央値 74.2% (前年比+1.7)、最大値 100.0% (前年比+8.7)、最小値 0.0% (前年比±0) という結果でした。

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

経時的にみると、2010 年度から 2017 年度まで横ばいです。中には改善している施設もあるため、どのような活動を行ったのか、皆で共有することで、全体の底上げができるのではないかと考えます。

参考文献

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

performance measurement set. Chicago (IL): American Medical Association (AMA), National Committee for Quality Assurance (NCQA); 2009 Feb. 20 p.

4. Sacco RL, et al. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke [trunc]. Stroke 2006 Feb;37(2):577-617.
5. Anticoagulants and antiplatelet agents in acute ischemic stroke: report of the Joint Stroke Guideline Development Committee of the American Academy of Neurology and the American Stroke Association (a division of the American Heart Association).
6. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke. A guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups.
7. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack.
8. Update to the AHA/ASA recommendations for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack.
9. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディアカ ISBN 978-4-89996-373-8

No.25 脳卒中患者の退院時スタチン処方割合

指標の説明・定義

脳梗塞再発予防には、抗血栓療法と内科的リスク管理が重要です。

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

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

本指標は、アレルギーなどの適用外の患者も含まれるため、値が低く算出される可能性があります。

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

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、平均値 30.5% (前年比+0.6)、中央値 29.4% (前年比+0.4)、最大値 78.0% (前年比-22.0)、最小値 0.0% (前年比±0) という結果でした。

約 80% 処方されている施設もあれば、平均値・中央値が 30% 前後であり、まだまだ改善の余地があります。また、2010 年度から 2017 年度まで、改善も微増であるため、皆で改善のための方策を考え、共有していきたいと考えます。

参考文献

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

performance measurement set. Chicago (IL): American Medical Association (AMA), National Committee for Quality Assurance (NCQA); 2009 Feb. 20 p.

4. Sacco RL, et al. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke [trunc]. Stroke 2006 Feb;37(2):577-617.
5. Anticoagulants and antiplatelet agents in acute ischemic stroke: report of the Joint Stroke Guideline Development Committee of the American Academy of Neurology and the American Stroke Association (a division of the American Heart Association).
6. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke. A guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups.
7. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack.
8. Update to the AHA/ASA recommendations for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack.
9. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディアカ ISBN 978-4-89996-373-8

No.26 心房細動を伴う脳卒中患者への退院時抗凝固薬処方割合

指標の説明・定義

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

分子: 分母のうち、退院時に抗凝固薬を処方された患者数

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

収集期間: 4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

考察

DPC データを用いた指標であり、平均値 73.2% (前年比-0.7)、中央値 76.7% (前年比-0.2)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) という結果でした。

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

2010 年度から 2014 年度までは年々改善しましたが、2016 年度、2017 年度と下降傾向にあります。その要因を分析する必要があると考えます。

参考文献

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

4. American College of Cardiology, American Heart Association, European Society of 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 2017 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディアカ ISBN 978-4-89996-373-8

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、入院後早期に脳血管リハビリテーションが行われた症例数

分母: 脳梗塞で入院した症例数

収集期間: 4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

考察

DPCデータを用いた指標であり、平均値70.3%(前年比+1.5)、中央値76.2%(前年比+2.5)、最大値100.0%(前年比±0)、最小値0.0%(前年比±.0)という結果でした。

経時的にみると、2010年度から年々改善し、2017年度は+10.7ポイントでした。

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

参考文献

1. 「脳卒中治療ガイドライン 2015」日本脳卒中学会
2. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3a STK-10 Assessed for Rehabilitation (Internet:
http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NHQM_v4_3a_PDF_10_2_2013.zip 2016/10/15 available)
3. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 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 978-4-89996-373-8

No.28 喘息入院患者のうち吸入ステロイドを入院中に処方された割合

指標の説明・定義

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

分子： 分母のうち、入院中に吸入抗炎症剤の処方を受けた患者数

分母： 5歳以上の喘息患者のうち、喘息に関連した原因で入院した患者数

収集期間： 4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分

指標の種類・値の解釈

プロセス

考察

DPCデータを用いた指標であり、平均値65.8%（前年比+2.9）、中央値66.7%（前年比+2.5）、最大値100.0%（前年比±0）、最小値0.0%（前年比±0）という結果でした。

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

参考文献

1. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Diagnosis and management of asthma. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2010 Jun. 64 p
2. Diagnosis and management of asthma: percentage of hospitalized patients with asthma who are discharged on an inhaled anti-inflammatory medication. 2010 Jun. NQMC:006175
3. Use of appropriate medications for people with asthma: percentage of members 5 to 64 years of age during the measurement year who were identified as having persistent asthma and who were appropriately prescribed medication during the measurement year. National Committee for Quality Assurance (NCQA). HEDIS 2012: Healthcare Effectiveness Data and Information Set. Vol. 1, narrative. Washington (DC): National Committee for Quality Assurance (NCQA); 2011.
4. Performance Trending Report 2012. Office of Medical Assistance Programs, Pennsylvania Department of Public Welfare. February 6,

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

No.29 入院中にステロイドの経口・静注処方された小児喘息患者の割合

指標の説明・定義

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

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

本指標では、全身ステロイド薬を投与しない医学的理由がある場合、分母から除いています。

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

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

収集期間： 4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

考察

DPC データを用いた指標であり、平均値 88.6%（前年比+3.3）、中央値 94.1%（前年比+2.1）、最大値 100.0%（前年比±0）、最小値 6.25%（前年比+6.25）という結果でした。

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

参考文献

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

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

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

No.30 統合指標 (Composite Measures)

【手術】

指標の説明・定義

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 73.7% (前年比+2.7)、中央値 73.4% (前年比+3.4)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 23.9% (前年比+23.9)でした。

まだ全体のばらつきは大きいですが、年々改善しています。最小値が 2016 年度は 0%であったのに対し、2017 年度は 23.9%でした。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 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 978-4-89996-373-8

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

DPC データを用いた指標であり、1年間の結果は、平均値 72.6% (前年比+3.1)、中央値 75.7% (前年比+0.2)、最大値 96.5% (前年比-3.5)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。

各施設が算出する指標ではなく、DPC データを用いた集計であるため、各施設での検証を除いて、負担は増えていないと考えます。

経時的にみると、まだ横ばいであり、皆で改善のための方策を出し合い、全体の底上げができればと考えます。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 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 978-4-89996-373-8

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

DPC データを用いた指標であり、1年間の結果は、平均値 60.3% (前年比+2.4)、中央値 63.4% (前年比+1.7)、最大値 80.9% (前年比-2.7)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。

各施設が算出する指標ではなく、DPC データを用いた集計であるため、各施設での検証を除いて、負担は増えていないと考えます。

経時的にみると、年々改善してきています。より改善できるよう皆で改善のための方策を出し合い、全体の底上げができればと考えます。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 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 978-4-89996-373-8

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

紹介率の1年間の結果は、平均値 60.8% (前年比+3.1)、中央値 60.5% (前年比+5.6)、最大値 93.7% (前年比+0.7)、最小値 26.7% (前年比+26.7)、逆紹介率の1年間の平均は、平均値 126.2% (前年比+19.1)、中央値 91.9% (前年比+1.6)、最大値 647.2% (前年比+383.4)、最小値 36.0% (前年比+3.8) でした。

紹介率、逆紹介率ともに最小値と最大値に大きな差があるため、算出の間違いなのか、施設の特徴なのか、明らかに外れ値の施設へは調査を行う予定です。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 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 978-4-89996-373-8

No.03-a 入院患者の転倒・転落発生率

No.03-b 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

No.03-c 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

指標の説明・定義

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

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

2013 年度より、損傷レベル 2 以上を項目に加えることにしました。

分 子: No.03-a) 医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数
No.03-b) 医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうち**損傷レベル 2 以上**の転倒・転落件数
No.03-c) 医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうち**損傷レベル 4 以上**の転倒・転落件数

分 母: 入院延べ患者数

分子包含: 介助時および複数回の転倒・転落

分子除外: 学生、スタッフなど入院患者以外の転倒・転落

収集期間: 1 ヶ月毎

調整方法: ‰(パーミル: 1000 分の 1 を 1 とする単位)

<損傷レベル>

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

- ① 最初の転倒・転落報告が記載される時には、損傷の程度がまだ不明かもしれない。転倒 24 時間後の患者の状態をフォローアップする方法を決める必要がある。
- ② 患者が転倒 24 時間以内に退院する場合は、退院時の損傷レベルを判断する。
- ③ X 線、CT スキャン、またはその他の放射線学的評価により損傷の所見がなく、治療もなく、損傷の兆候及び症状もない場合は、“1_なし”を選択する。
- ④ 凝固障害のある患者で、転倒の結果血液製剤を受ける場合は、“4_重度”を選択する。

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

考察

転倒転落発生率の 1 年間の結果は、平均値 3.40‰(前年比+0.07)、中央値 3.62‰(前年比+0.55)、最大値 7.25‰(前年比-2.59)、最小値 0.48‰(前年比+0.09)、損傷発生率(レベル 2 以上)の 1 年間の結果は、平均値 1.17‰(前年比+0.26)、中央値 0.85‰(前年比+0.07)、最大値 5.07‰(前年比+0.97)、最小値 0.00‰(前年比±0)、損傷発生率(レベル 4 以上)の 1 年間の結果は、平均値 0.04‰(前年比-0.09)、中央値 0.00‰(前年比-0.10)、最大値 0.22‰(前年比-0.54)、最小値 0.00‰(前年比±0)でした。

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

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

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 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 978-4-89996-373-8
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> 2016/10/15 available)
3. 厚生労働科学研究費補助金事業(医療安全・医療技術評価総合研究事業)平成 16-18 年度「医療安全のための教材と教育方法の開発に関する研究」班研究報告書 別冊『転倒・転落対策のガイドライン』(主任研究者:上原鳴夫)
4. Healey F, Scobie S, Glampson B, Pryce A, Joule N, Willmott M. Slips, trips and falls in hospital. London: NHS 2007;1.
5. Montalvo I. " The National Database of Nursing Quality Indicators TM (NDNQI(R)). OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing 2007;12.

No.04 身体抑制率

指標の説明・定義

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

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

分母： 病床入院のべ患者日数(patient days)

収集期間： 1ヶ月毎

下記項目のうち1～9の項目に準拠する項目を物理的身体抑制と定義する。

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

指標の種類・値の解釈

プロセス

より低い値が望ましい

考察

1年間の結果は、平均値 17.4% (前年比+3.2)、中央値 11.4% (前年比-0.8)、最大値 88.6% (前年比+43.1)、最小値 0.1% (前年比+0.1) でした。

最大値が 88.6% であり、算出の間違いであるのか、施設の特徴なのか、調査する必要があるかもしれません。

2012 年度より算出を開始し 5 年経過しましたが、施設によってばらつきもあるため、今後も継続して値をみていく必要があると考えます。

参考文献

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

No.05 在宅復帰率

指標の説明・定義

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

本指標は、精神病床を対象に、在宅復帰となった患者の割合をみています。

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

1年間の結果は、平均値 83.1%(前年比+1.8)、中央値 86.8%(前年比+0.6)、最大値 100.0%(前年比±0)、最小値 57.5%(前年比+8.2)でした。

2015年度の最小値は0%でしたが、2016年度は49.3%、さらに2017年度は57.5%に改善しました。改善活動としてどのようなことを実施したか、調査することで、その他の施設の参考になるかもしれません。

施設によってばらつきもあるため、今後も継続して値をみていく必要があると考えます。

参考文献

No.06 褥瘡発生率

指標の説明・定義

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

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

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

分母: 入院延べ患者数

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

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

収集期間: 1ヶ月毎

<Depth(深さ)>

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

D5	関節腔、体腔に至る損傷
DU	深さ判定が不能の場合

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

考察

1年間の結果は、平均値 0.04% (前年比+0.01)、中央値 0.02% (前年比-0.01)、最大値 0.17% (前年比+0.06)、最小値 0.00% (前年比±0) でした。

経時的にみると、平均値は 0.02% から 0.04% を行ったり来たりしています。参加施設が多くはないため、各々の経時的な変化を重視していきたいと考えます。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 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 978-4-89996-373-8
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> 2016/10/15 available)
5. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel; Pressure Ulcer Prevention: Quick Reference Guide.(Internet: <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/prevention-and-treatment-of-pressure-ulcers-clinical-practice-guideline/> 2016/10/15 available)
6. 日本褥瘡学会編; 褥瘡予防・管理ガイドライン.(Internet: http://minds.jcqh.or.jp/stc/0036/1/0036_G0000181_GL.html 2016/10/15 available)

No.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

1年間の結果は、平均値 83.7% (前年比+0.1)、中央値 87.1% (前年比+2.9)、最大値 100.0% (前年比+4.3)、最小値 50.9% (前年比-17.2) でした。

測定開始から2年目になりましたが、平均値も中央値も2016年度より改善しています。

参考文献

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

No.08 再入院率

指標の説明・定義

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

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

➤ 今回入院日－前回退院日 \leq 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

1年間の結果は、平均値12.9%(前年比+2.2)、中央値10.7%(前年比+1.7)、最大値45.0%(前年比+14.4)、最小値0.0%(前年比±0)でした。

測定開始2年目になりましたが、2016年度より高い値でした。各々の施設でどのような再入院患者が増加したのか、調査しながら改善に努めたいと考えます。

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)

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

1 年間の結果は、平均値 71.0 日（前年比-1.1）、中央値 48.6 日（前年比-1.7）、最大値 321.9 日（前年比-30.2）、最小値 15.9 日（前年比-26.4）でした。

測定開始 2 年目になりますが、全体ではやや短くなりました。また、平均在院日数の長い施設は、重度の患者を数多く診ている施設なのか、調査が必要です。

参考文献

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

紹介率の1年間の結果は、平均値 60.3% (前年比-10.8)、中央値 59.8% (前年比-19.7)、最大値 100.0% (前年比-50.0)、最小値 0.0% (前年比-11.4)、逆紹介率の1年間の結果は、平均値 98.2% (前年比+30.2)、中央値 44.1% (前年比+17.0)、最大値 300.0% (前年比-114.3)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。

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

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディアカ ISBN 978-4-89996-373-8

No.03-a 入院患者の転倒・転落発生率

No.03-b 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

No.03-c 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

指標の説明・定義

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

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

2013 年度より、損傷レベル 2 以上を項目に加えることにしました。

分 子: No.03-a) 医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数
No.03-b) 医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうち**損傷レベル 2 以上**の転倒・転落件数
No.03-c) 医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうち**損傷レベル 4 以上**の転倒・転落件数

分 母: 入院延べ患者数

分子包含: 介助時および複数回の転倒・転落

分子除外: 学生、スタッフなど入院患者以外の転倒・転落

収集期間: 1ヶ月毎

調整方法: ‰(パーミル: 1000 分の 1 を 1 とする単位)

<損傷レベル>

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

- ① 最初の転倒・転落報告が記載される時には、損傷の程度がまだ不明かもしれない。転倒 24 時間後の患者の状態をフォローアップする方法を決める必要がある。
- ② 患者が転倒 24 時間以内に退院する場合は、退院時の損傷レベルを判断する。
- ③ X 線、CT スキャン、またはその他の放射線学的評価により損傷の所見がなく、治療もなく、損傷の兆候及び症状もない場合は、“1_なし”を選択する。
- ④ 凝固障害のある患者で、転倒の結果血液製剤を受ける場合は、“4_重度”を選択する。

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

考察

転倒転落発生率の 1 年間の結果は、平均値 2.20‰(前年比-0.14)、中央値 2.18‰(前年比+0.02)、最大値 5.54‰(前年比-0.45)、最小値 0.19‰(前年比+0.13)、損傷発生率(レベル 2 以上)の 1 年間の結果は、平均値 0.47‰(前年比-0.14)、中央値 0.39‰(前年比-0.08)、最大値 1.42‰(前年比-0.69)、最小値 0.05‰(前年比+0.05)、損傷発生率(レベル 4 以上)の 1 年間の結果は、平均値 0.05‰(前年比±0)、中央値 0.02‰(前年比+0.02)、最大値 0.22‰(前年比-0.08)、最小値 0.00‰(前年比±0)でした。

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

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

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 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 978-4-89996-373-8
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> 2016/10/15 available)
3. 厚生労働科学研究費補助金事業(医療安全・医療技術評価総合研究事業)平成 16-18 年度「医療安全のための教材と教育方法の開発に関する研究」班研究報告書 別冊『転倒・転落対策のガイドライン』(主任研究者:上原鳴夫)
4. Healey F, Scobie S, Glampson B, Pryce A, Joule N, Willmott M. Slips, trips and falls in hospital. London: NHS 2007;1.
5. Montalvo I. " The National Database of Nursing Quality Indicators TM (NDNQI(R)). OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing 2007;12.

No.04 身体抑制率

指標の説明・定義

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

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

分母： 病床入院のべ患者日数(patient days)

収集期間： 1ヶ月毎

下記項目のうち1～9の項目に準拠する項目を物理的身体抑制と定義する。

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

指標の種類・値の解釈

プロセス

より低い値が望ましい

考察

1年間の結果は、平均値 17.9% (前年比-1.0)、中央値 13.6% (前年比-2.9)、最大値 52.4% (前年比+11.0)、最小値 0.0% (前年比-3.5) でした。

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

参考文献

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

No.05 在宅復帰率

指標の説明・定義

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

本指標は、療養病床を対象に、在宅復帰となった患者の割合をみています。

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

2013年度は、分母より、在宅退院を希望しない患者も除くことにしました。

分子： 在宅退院患者数

分母： 全退院患者数

分子包含： 在宅医療機関へ転院等した患者数

分母除外： 死亡退院患者数、在宅退院希望ではない患者数

収集期間： 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

考察

1年間の結果は、平均値 69.3% (前年比-3.5)、中央値 77.3% (前年比+1.4)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 13.8% (前年比-5.3) でした。

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

参考文献

No.06 褥瘡発生率

指標の説明・定義

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

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

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

分母: 入院延べ患者数

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

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

収集期間: 1ヶ月毎

<Depth(深さ)>

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

D5	関節腔、体腔に至る損傷
DU	深さ判定が不能の場合

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

考察

1年間の結果は、平均値 0.06% (前年比-0.13)、中央値 0.05% (前年比±0)、最大値 0.19% (前年比-2.88)、最小値 0.00% (前年比±0) でした。

2016年度が高い値だった施設が、大きく改善しました。まだ参加施設が多くないため、継続して見ていく予定です。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディアカ ISBN 978-4-89996-373-8
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> 2016/10/15 available)
5. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel; Pressure Ulcer Prevention: Quick Reference Guide.(Internet: <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/prevention-and-treatment-of-pressure-ulcers-clinical-practice-guideline/> 2016/10/15 available)
6. 日本褥瘡学会編; 褥瘡予防・管理ガイドライン.(Internet: http://minds.jcqh.or.jp/stc/0036/1/0036_G0000181_GL.html 2016/10/15 available)

No.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%未満としていますが、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みの糖尿病患者

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

1 年間の結果は、平均値 64.8% (前年比-4.6)、中央値 65.8% (前年比-9.5)、最大値 98.3% (前年比+0.03)、最小値 28.3% (前年比+3.5) でした。平均値も中央値も、2016 年度より悪化しましたが、最小値が改善しており、改善してきている施設もあります。まだ全体のばらつきは大きいため、今後も継続してまいります。

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. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 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 2017 ISBN 978-4-89996-373-8

No.8 療養病床における 降圧薬服用患者の血圧コントロール

指標の説明・定義

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

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

分子: 血圧の最終値が 150/90mmHg 未満の入院患者数

分母: 入院で降圧薬を 30 日以上服用している入院患者数

分母除外: 透析患者

収集期間: 3ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より高い値が望ましい

考察

1年間の結果は、平均値88.6%(前年比-2.1)、中央値89.7%(前年比-1.6)、最大値95.6%(前年比+0.7)、最小値77.4%(前年比-4.9)でした。2016年度に比べて、やや悪化しましたが、測定開始2年目であるため、今後も継続してみています。

参考文献

1. Thom T, Haase N, Rosamond W, Howard VJ, et al.; American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics--2006 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*. 2006 Feb 14;113(6):e85-151. Epub 2006 Jan 11. Erratum in: *Circulation*. 2006 Dec 5;114(23):e630. *Circulation*. 2006 Apr 11;113(14):e696. PubMed PMID: 16407573.
2. Psaty, B. M., Manolio, T. a, Smith, N. L., Heckbert, S. R., Gottdiener, J. S., Burke, G. L., et al. (2002).

Time trends in high blood pressure control and the use of antihypertensive medications in older adults: the Cardiovascular Health Study. Archives of internal medicine, 162(20), 2325-32. PubMed PMID: 12418946.

3. 福井次矢監修; Quality Indicator 2017 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 2017 ISBN 978-4-89996-373-8
4. 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会編:高血圧治療ガイドライン 2014. 日本高血圧学会, 2014.

No.9 急変時や終末期における インフォームドコンセント実施率

指標の説明・定義

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

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

分母： 全入院患者数

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

収集期間： 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

1年間の結果は、平均値 34.4%（前年比+18.6）、中央値 28.8%（前年比+28.8）、最大値 100.0%（前年比±0）、最小値 0.0%（前年比±0）という結果でした。

計測開始2年目になりますが、1年目に比べて大きく改善しました。まだまだ改善の余地があるため、今後も継続してまいります。

参考文献

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

結果

箱ひげ図の作成方式

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

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

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

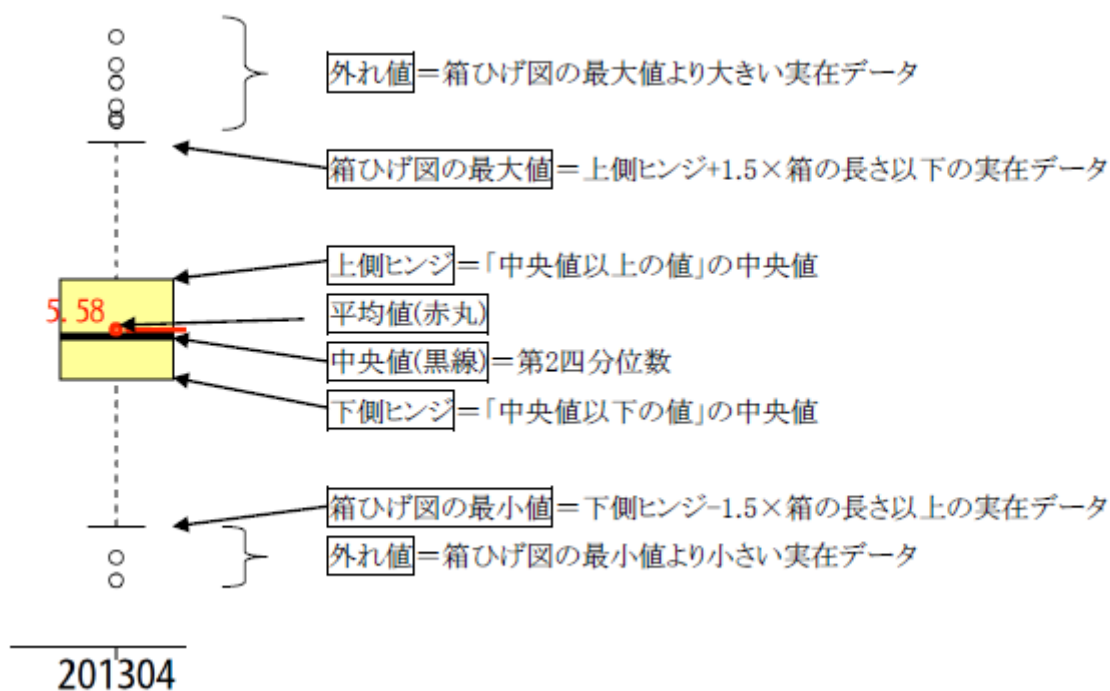


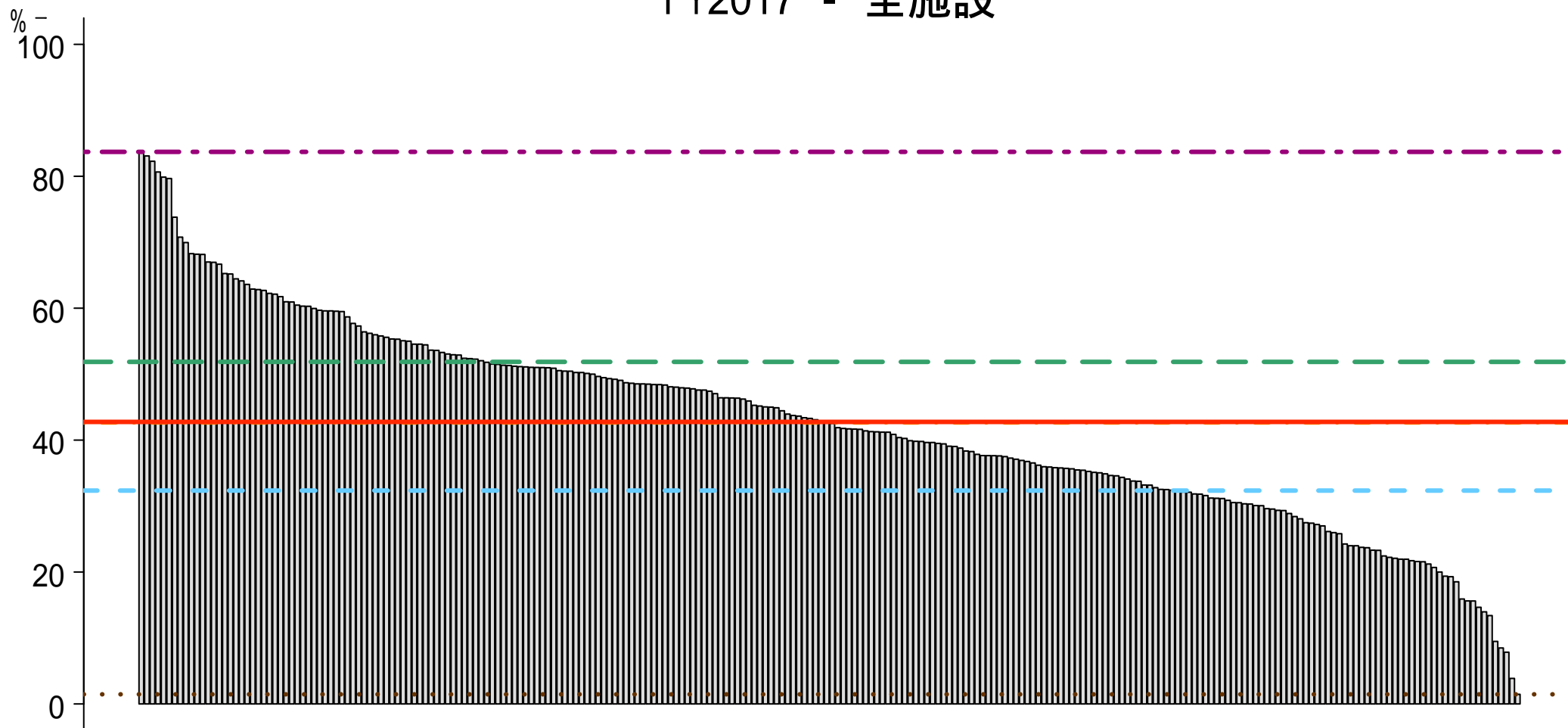
図1. 箱ひげ図その名称

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

一般-1-a 患者満足度（外来患者） 満足

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

FY2017 - 全施設



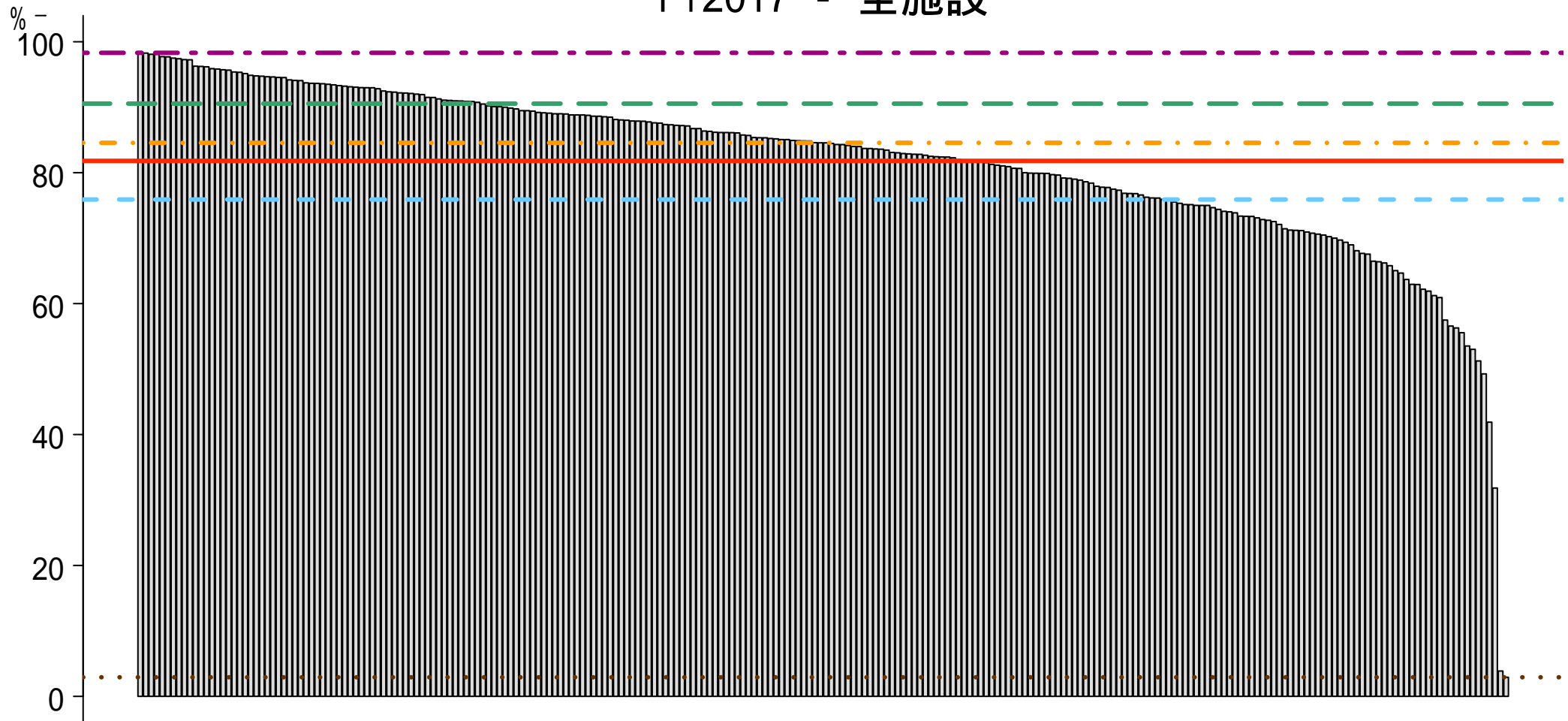
n 248

... 最小値 1.46 % - - 25%tile 32.35 % . - . 中央値 42.68 % — 平均値 42.76 % - - 75%tile 51.86 % - . - 最大値 83.70 %

一般-1-b 患者満足度（外来患者） 満足またはやや満足

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

FY2017 - 全施設



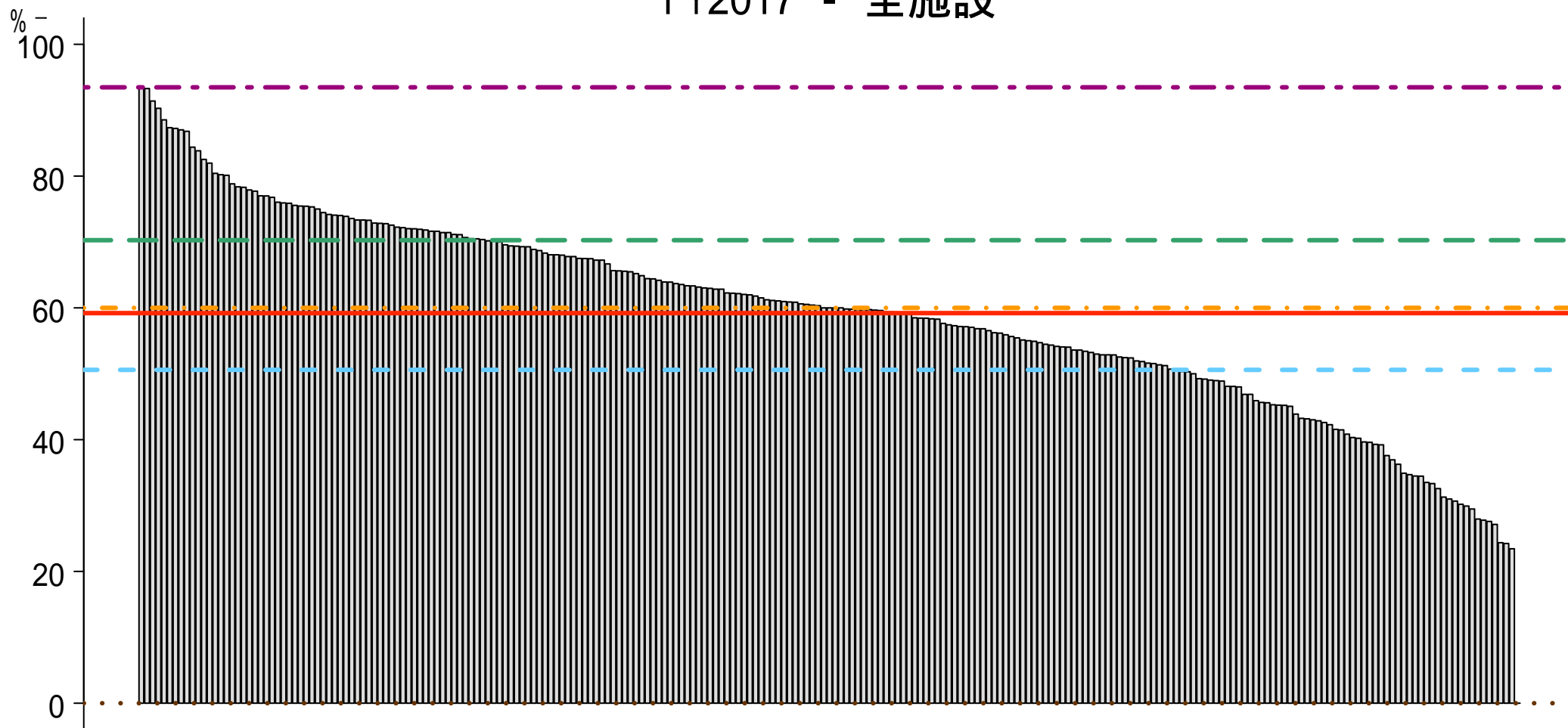
n 248

... 最小値 2.92 % - - 25%tile 75.90 % . - . 中央値 84.56 % — 平均値 81.80 % - - 75%tile 90.55 % - - 最大値 98.31 %

一般-2-a 患者満足度（入院患者） 満足

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

FY2017 - 全施設



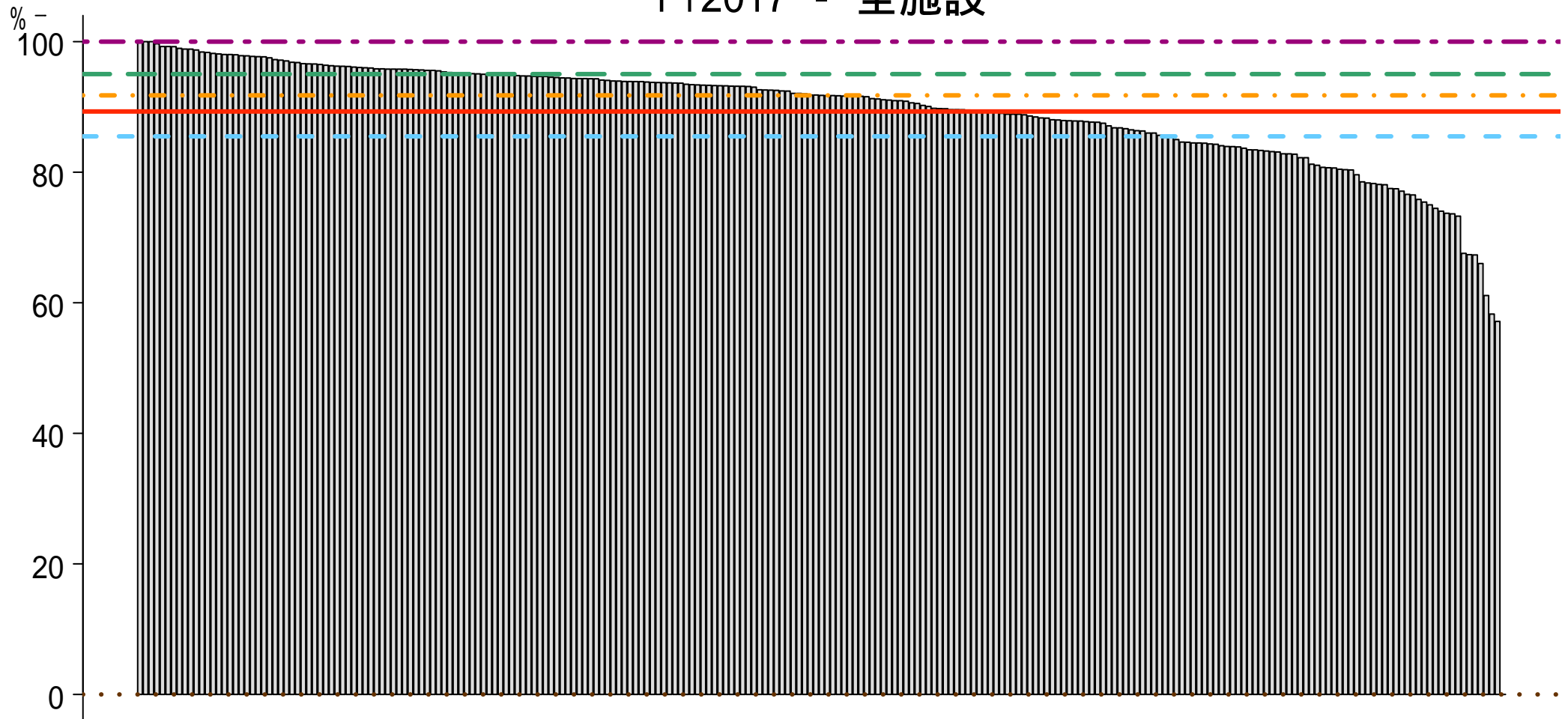
n 243

... 最小値 0.0 % - - 25%tile 50.6 % . - . 中央値 60.0 % — 平均値 59.2 % - - 75%tile 70.3 % - - 最大値 93.5 %

一般-2-b 患者満足度（入院患者） 満足またはやや満足

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

FY2017 - 全施設



n 243

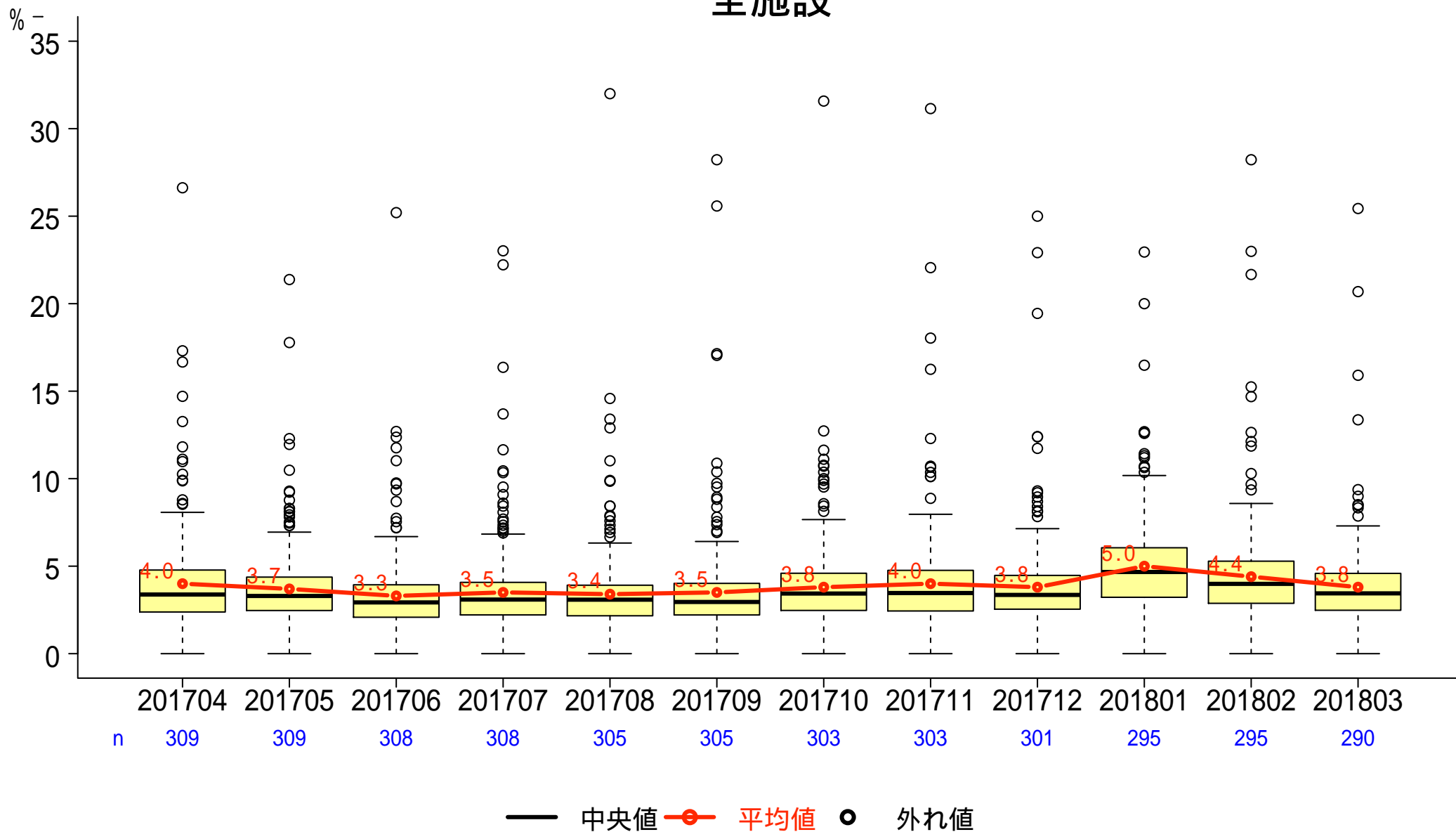
... 最小値 0.0 % - - 25%tile 85.5 % . - . 中央値 91.8 % — 平均値 89.3 % - - 75%tile 95.0 % - - 最大値 100.0 %

一般-3 死亡退院患者率

分子:死亡退院患者数

分母:退院患者数

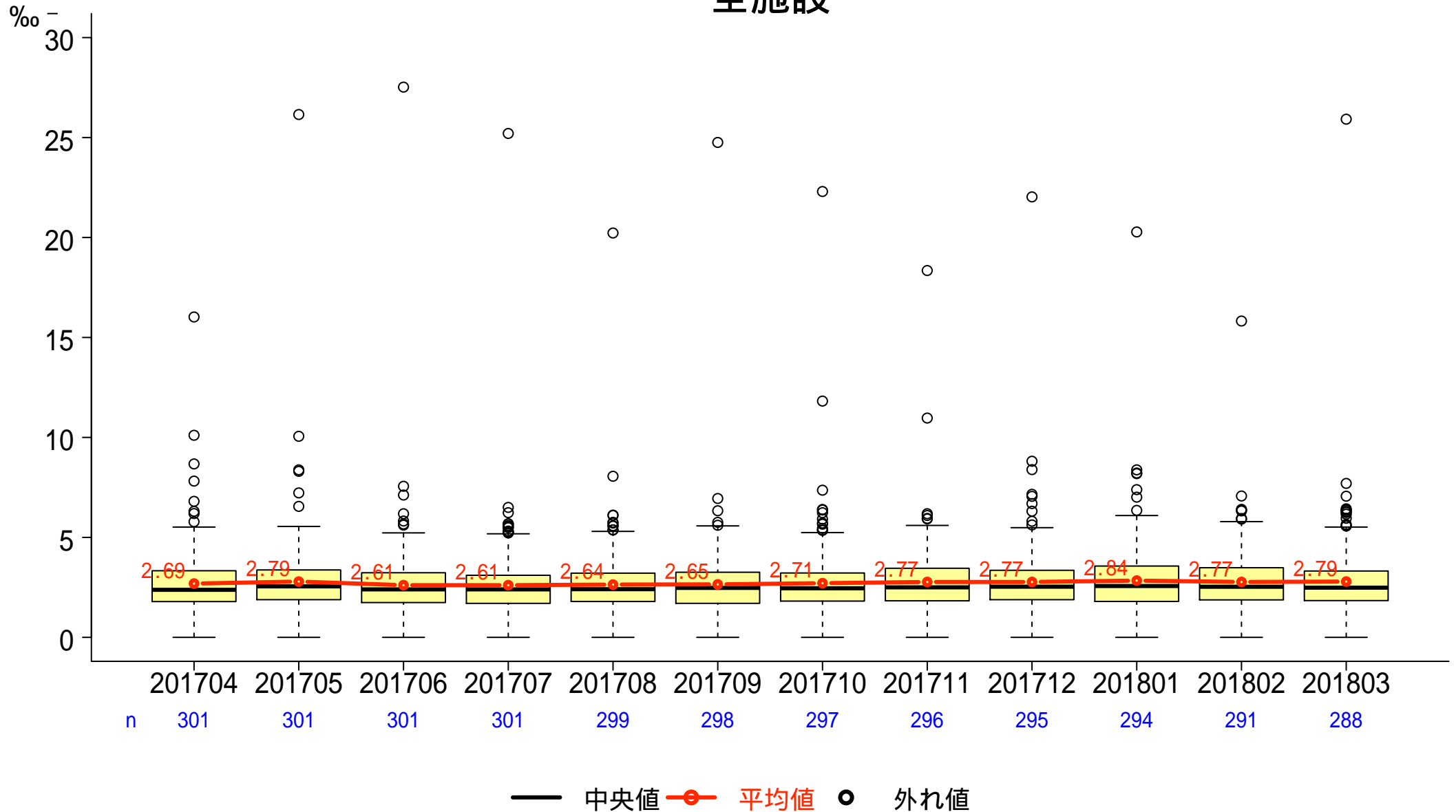
全施設



一般-4-a 入院患者の転倒・転落発生率

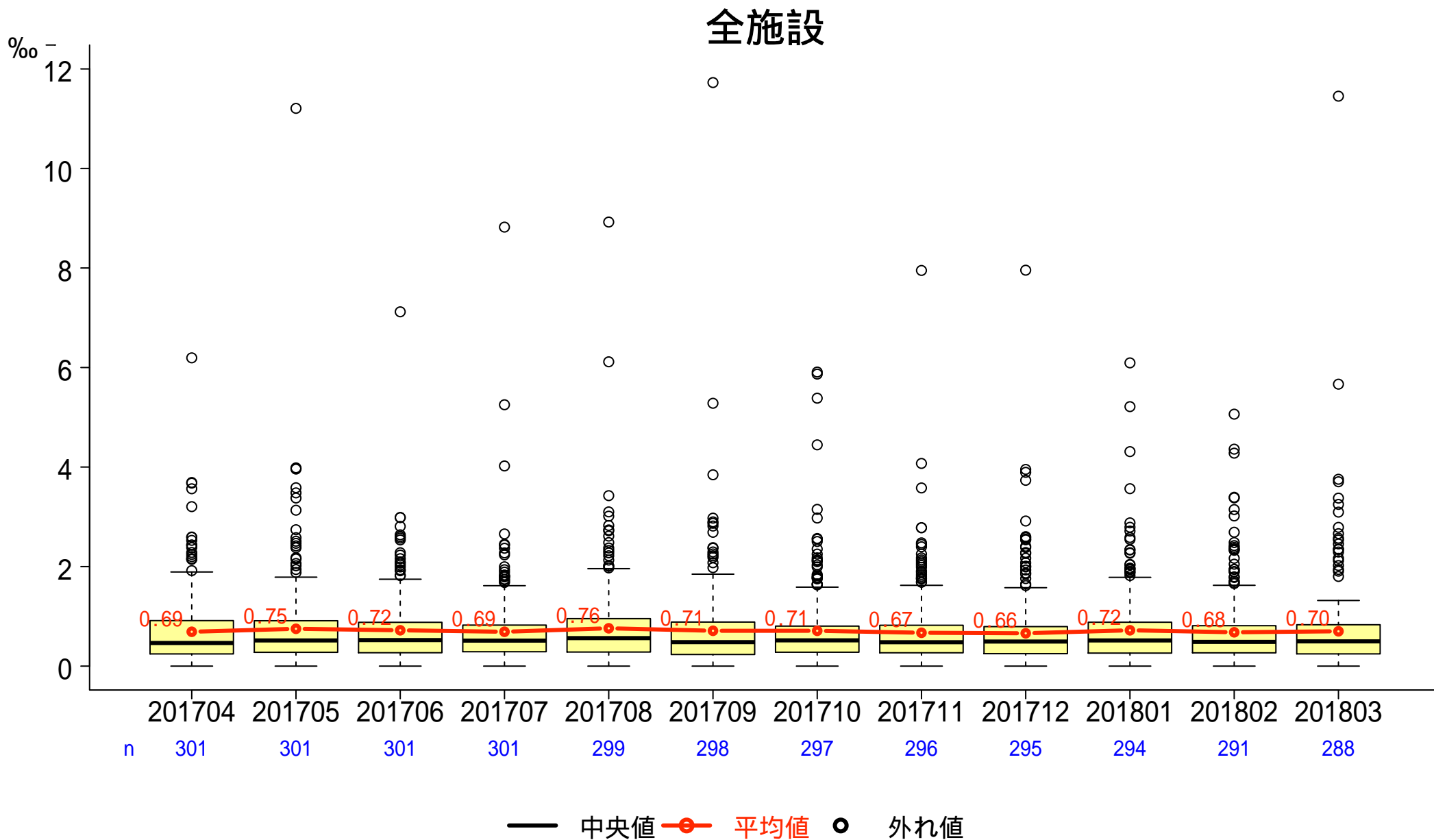
分子:医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数
分母:入院延べ患者数

全施設



一般-4-b 入院患者の転倒・転落による損傷発生率（損傷レベル2以上）

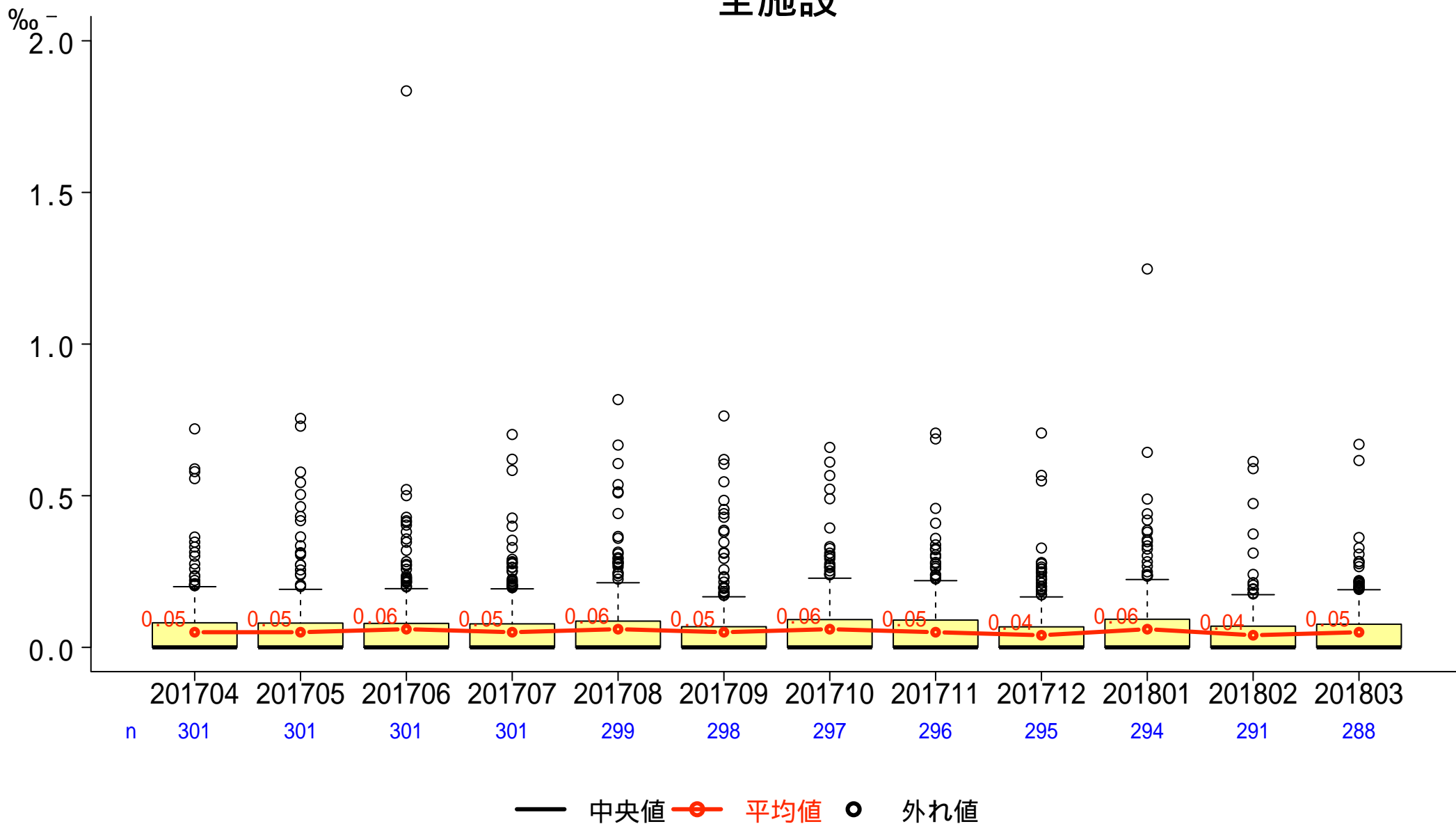
分子: 医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうち損傷レベル2以上の件数
分母: 入院延べ患者数



一般-4-c 入院患者の転倒・転落による損傷発生率（損傷レベル4以上）

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

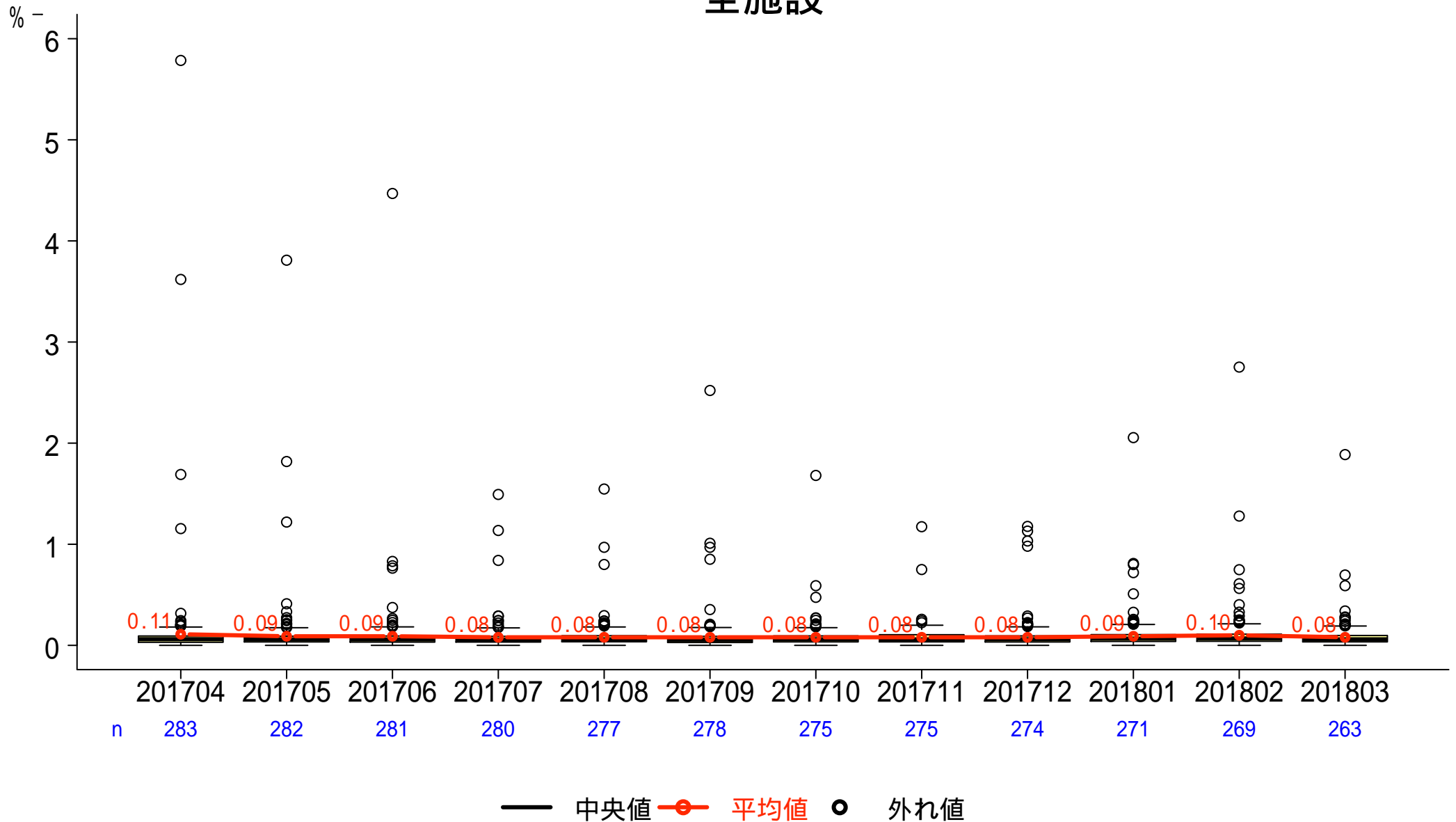
全施設



一般-5 褥瘡発生率

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

全施設

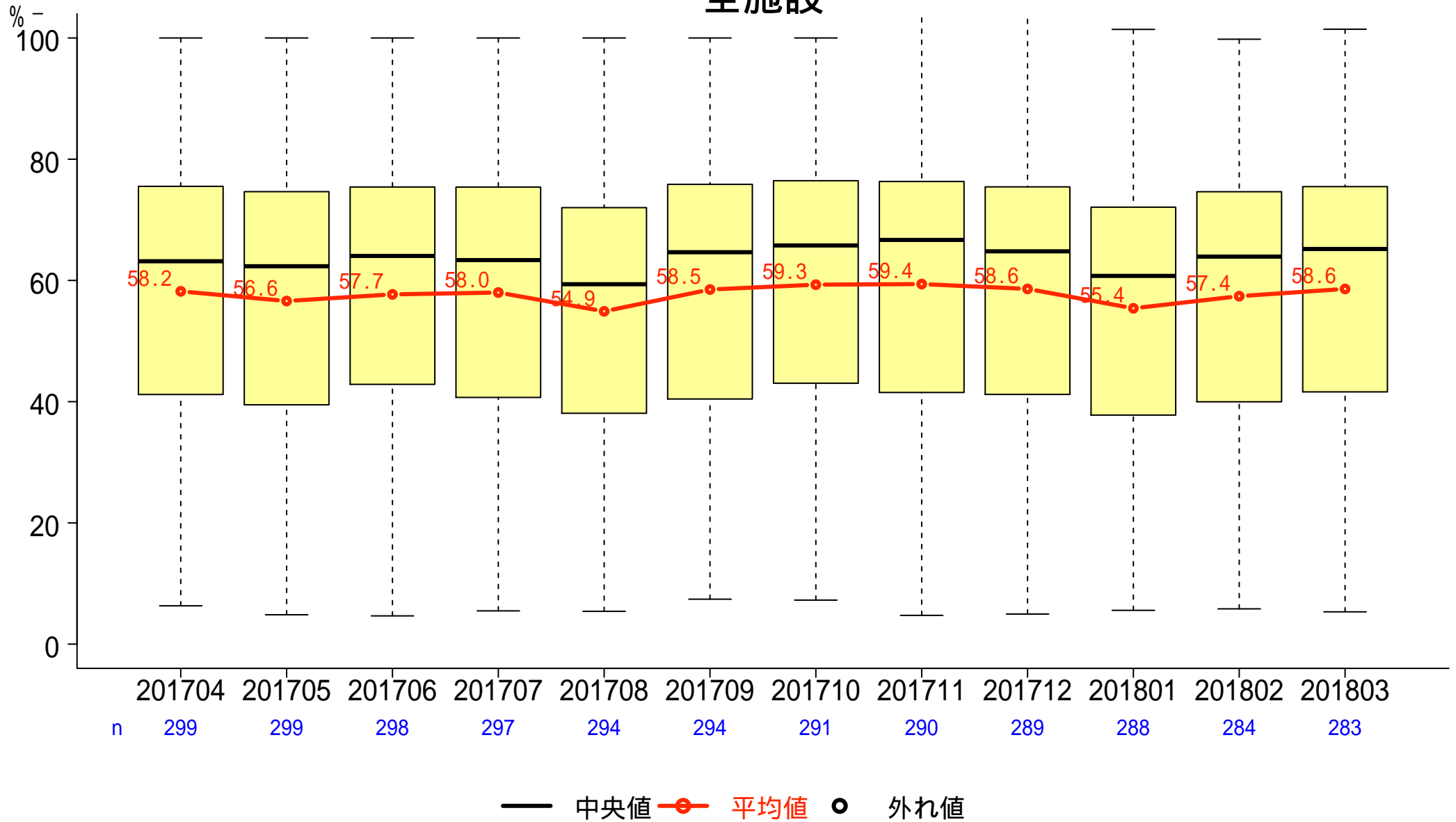


一般-6 紹介率

分子: 紹介初診患者数

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

全施設

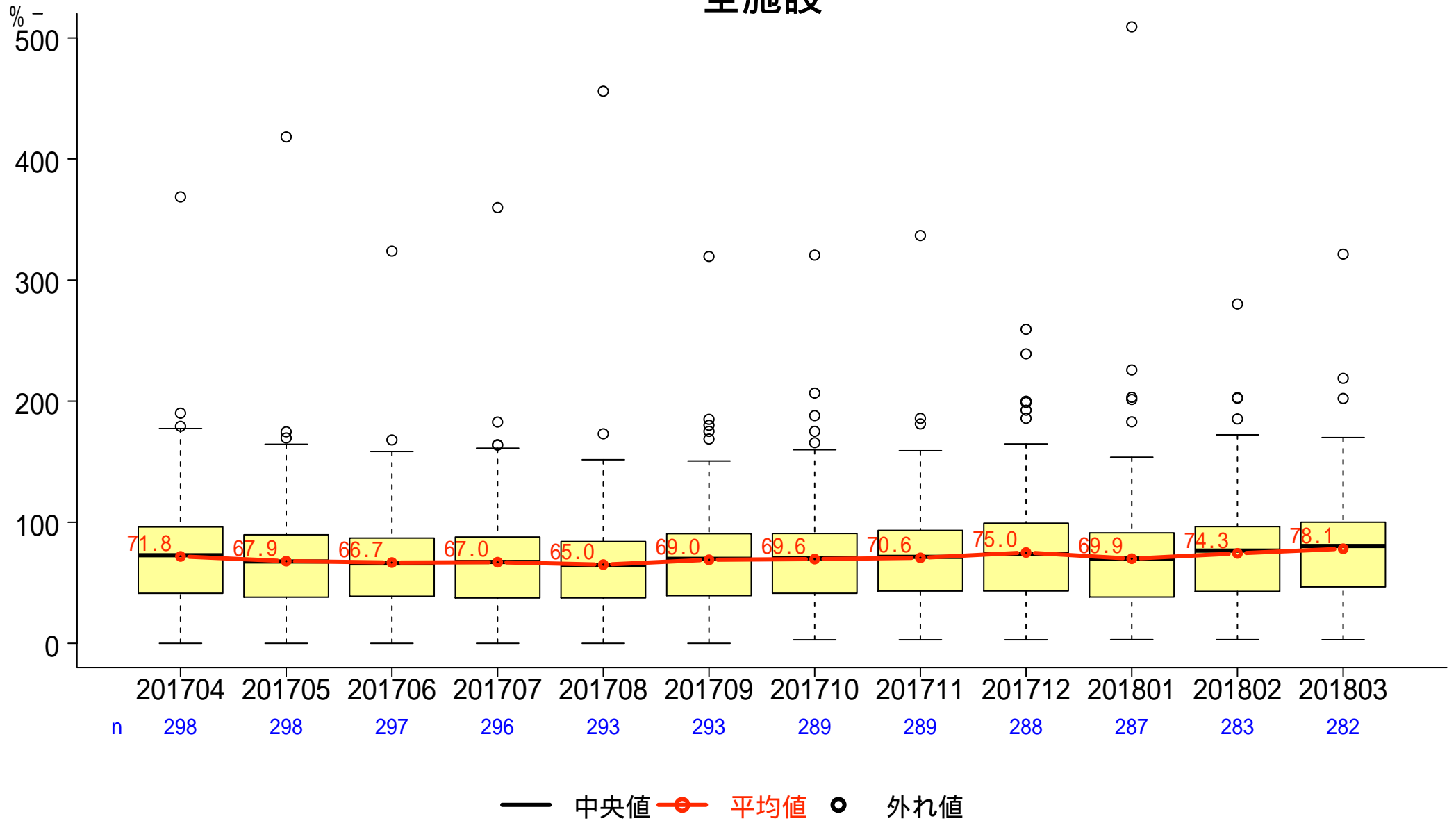


一般-7 逆紹介率

分子:逆紹介患者数

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

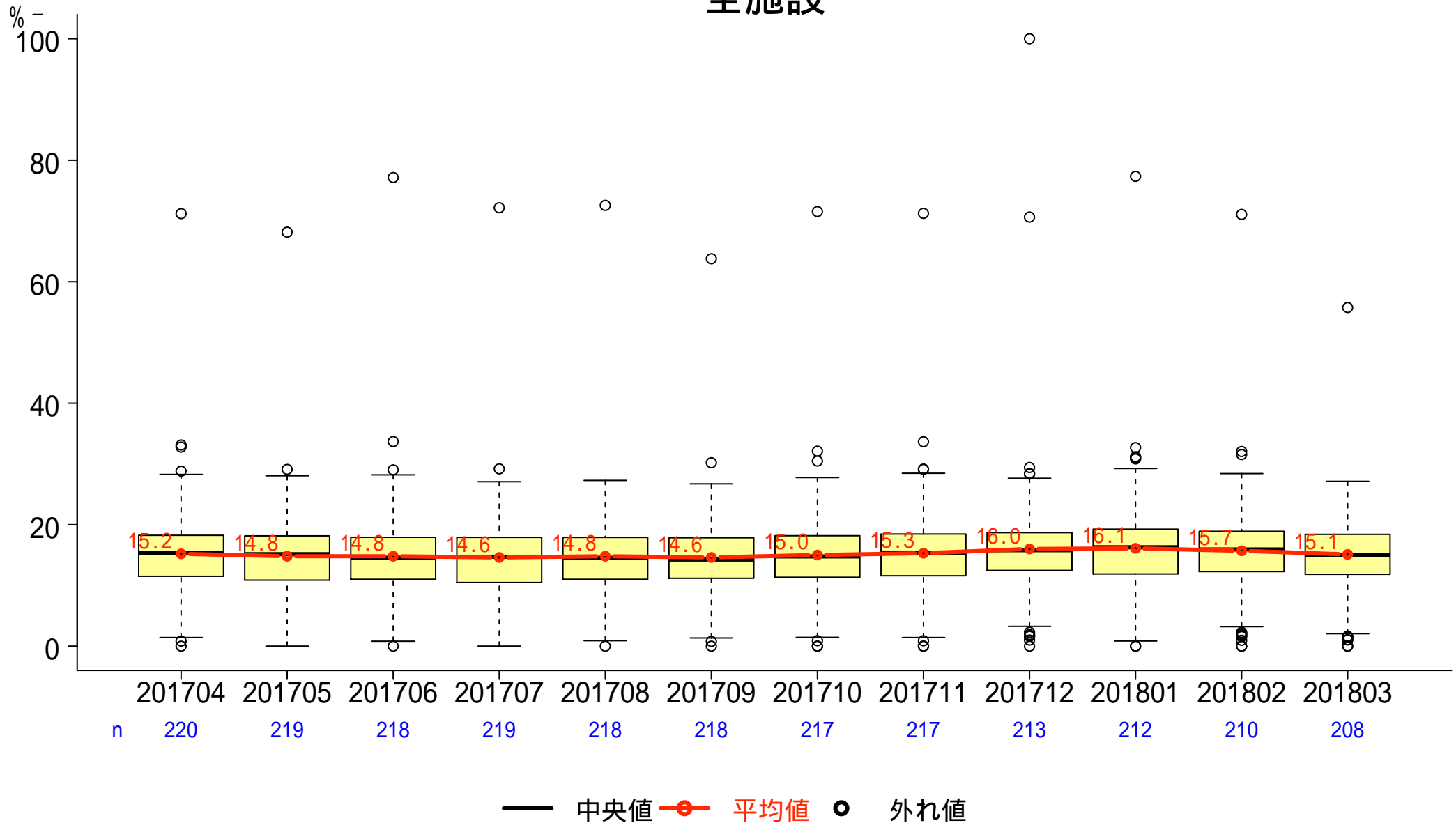
全施設



一般-8 尿道留置カテーテル使用率

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

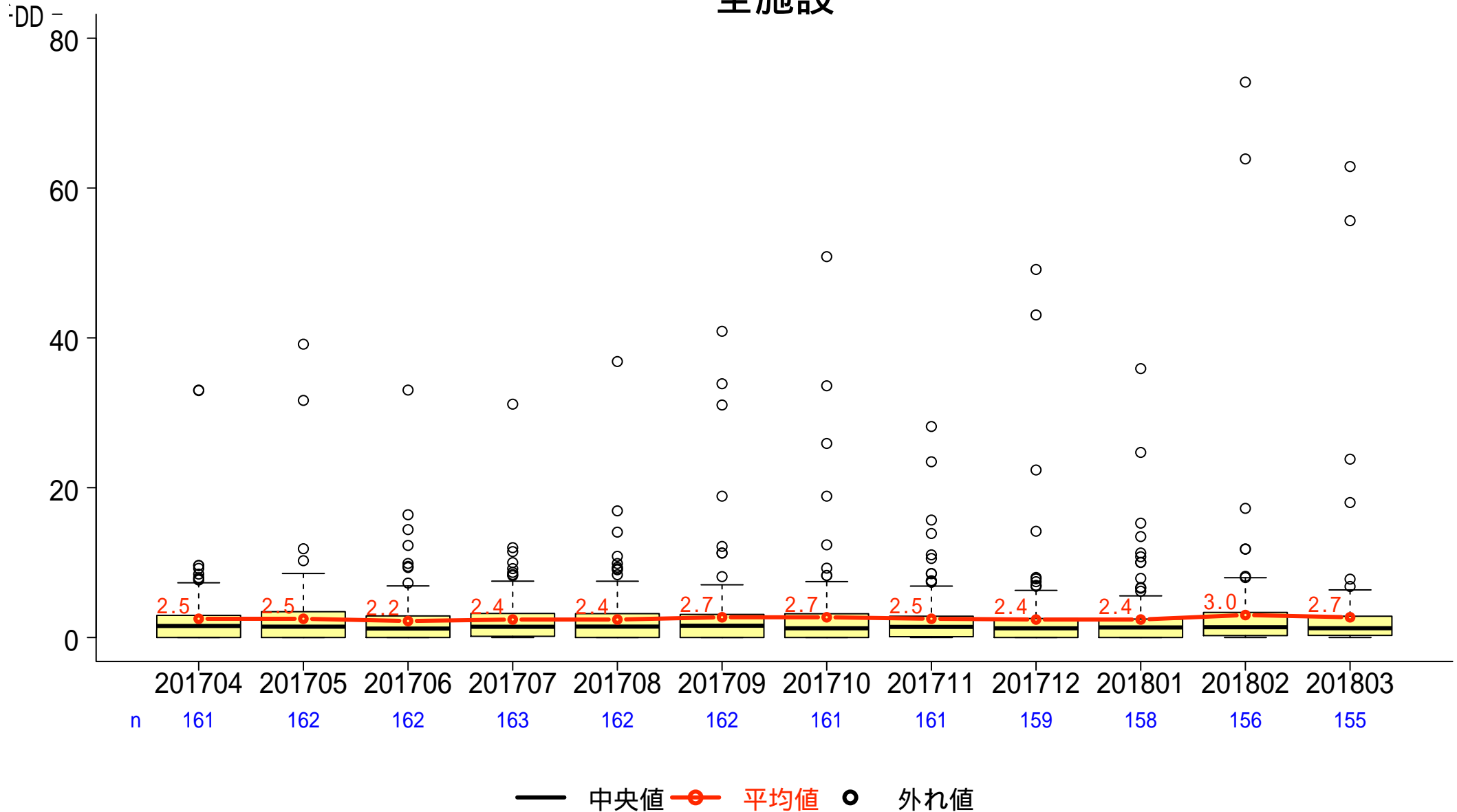
全施設



一般-9 症候性尿路感染症発生率

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

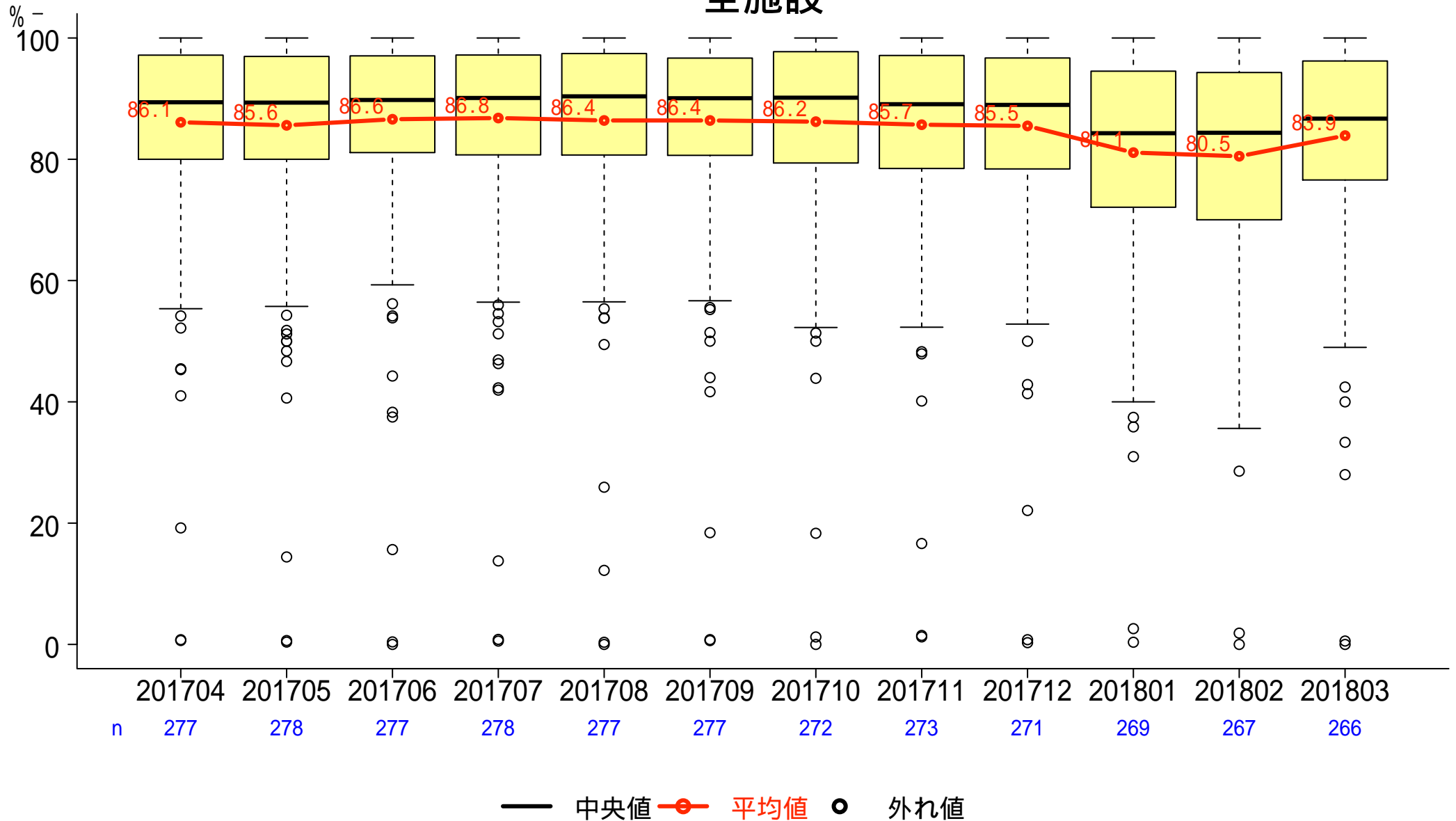
全施設



一般-10 救急車・ホットラインの応需率

分子:救急車で来院した患者数
分母:救急車受け入れ要請件数

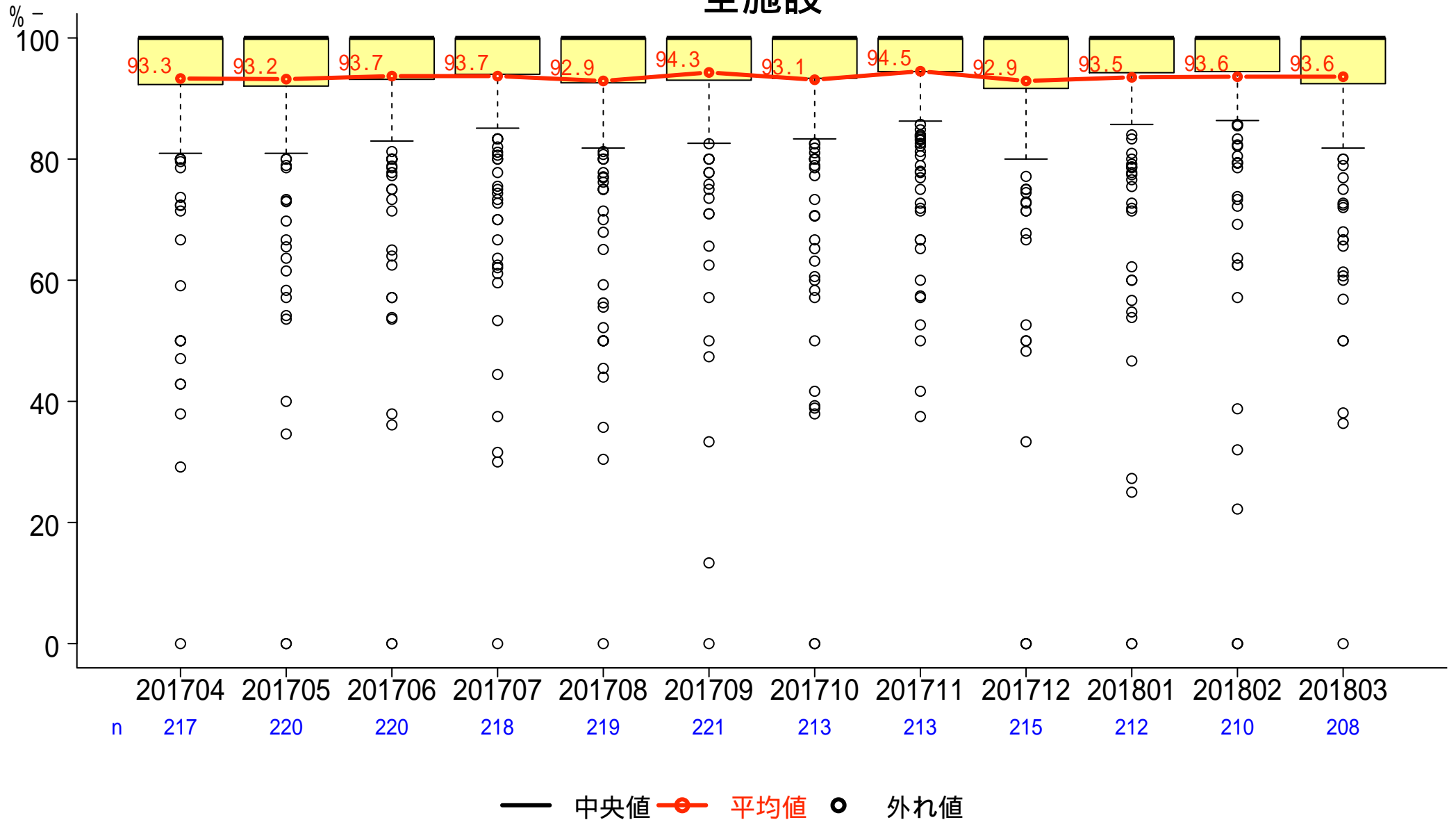
全施設



一般-11 特定術式における手術開始1時間以内の予防的抗菌薬投与率

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

全施設

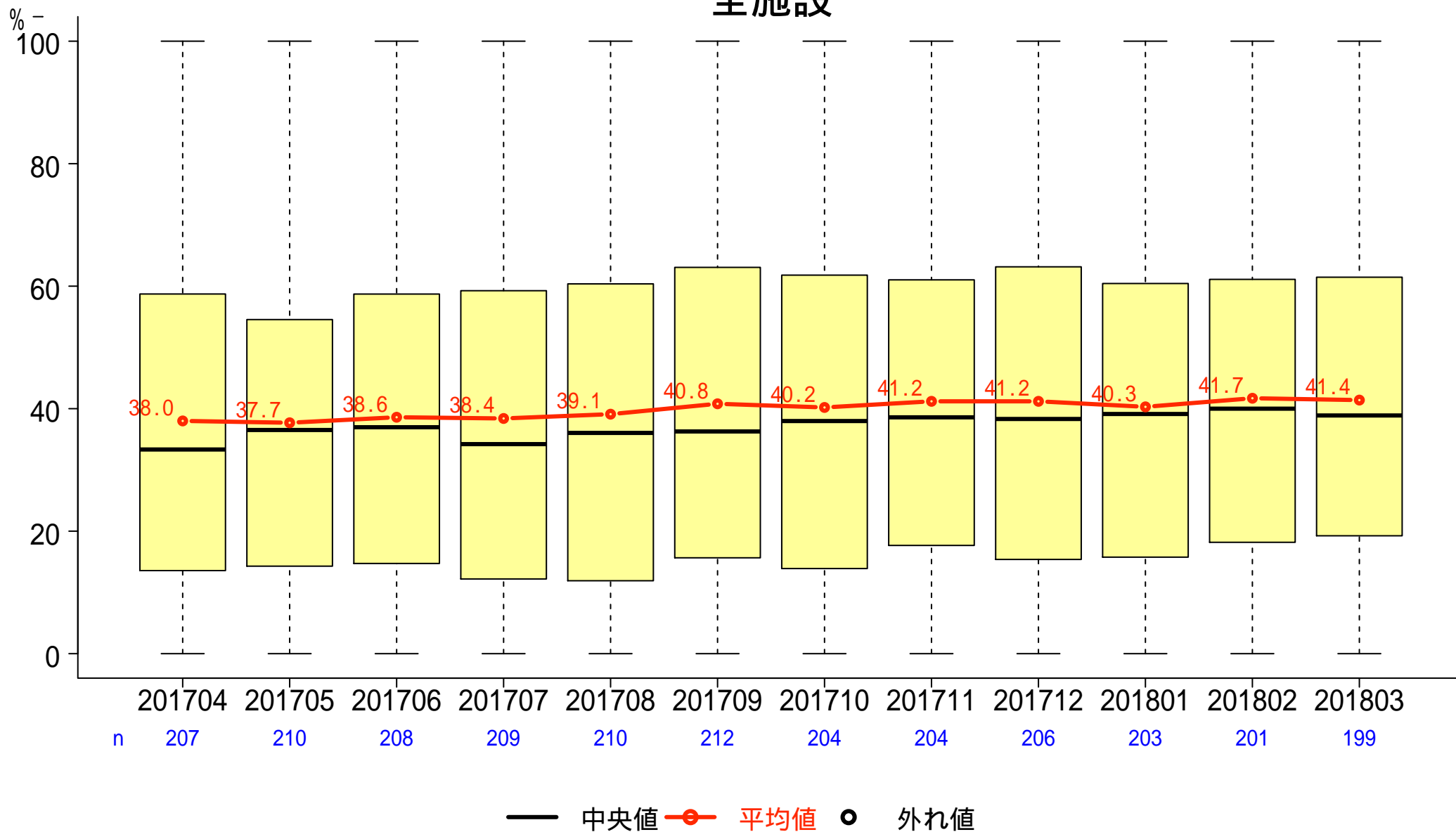


一般-12 特定術式における術後24時間*以内の予防的抗菌薬投与停止率

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

分母: 特定術式の手術件数

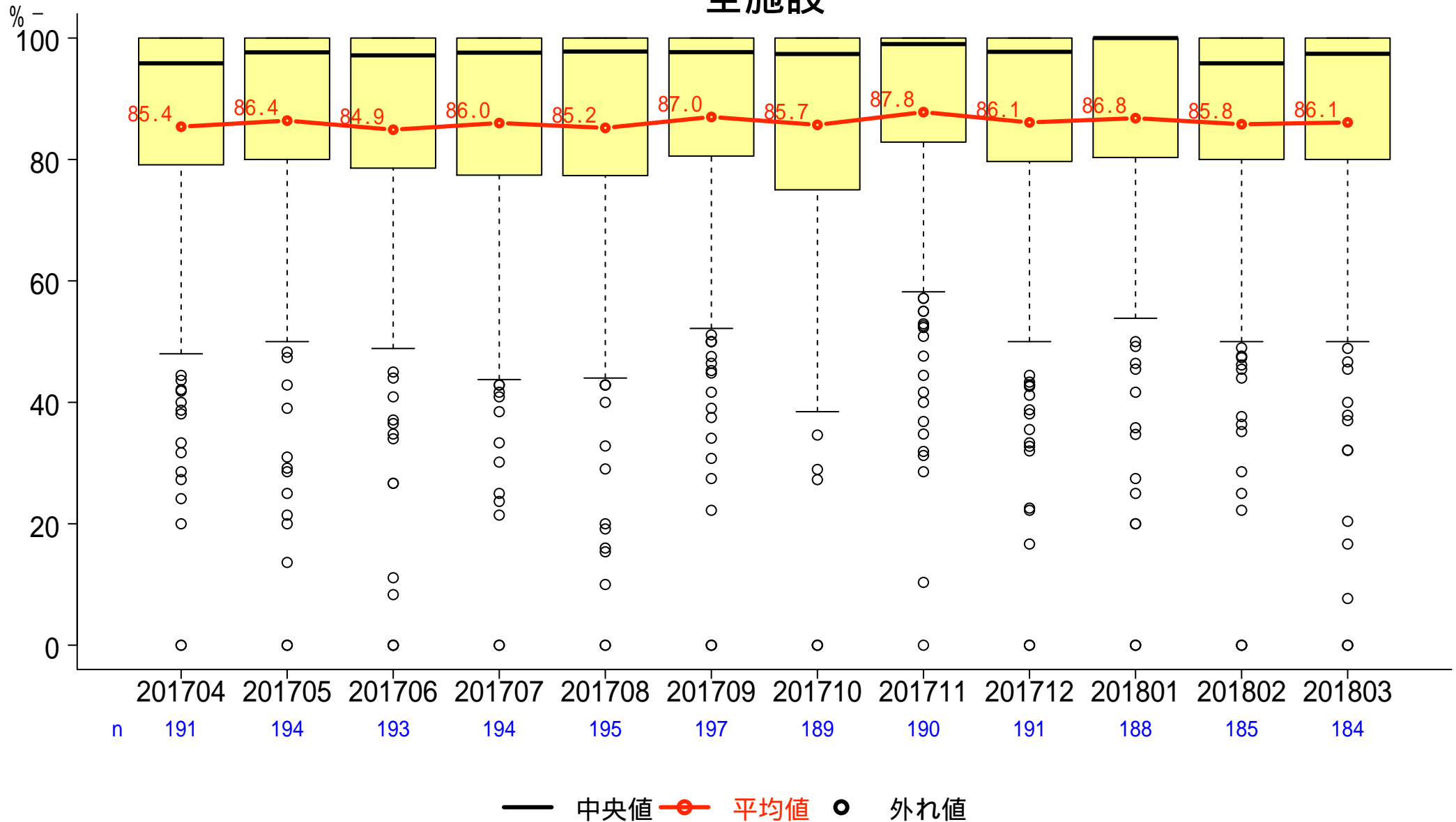
全施設



一般-13 特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率

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

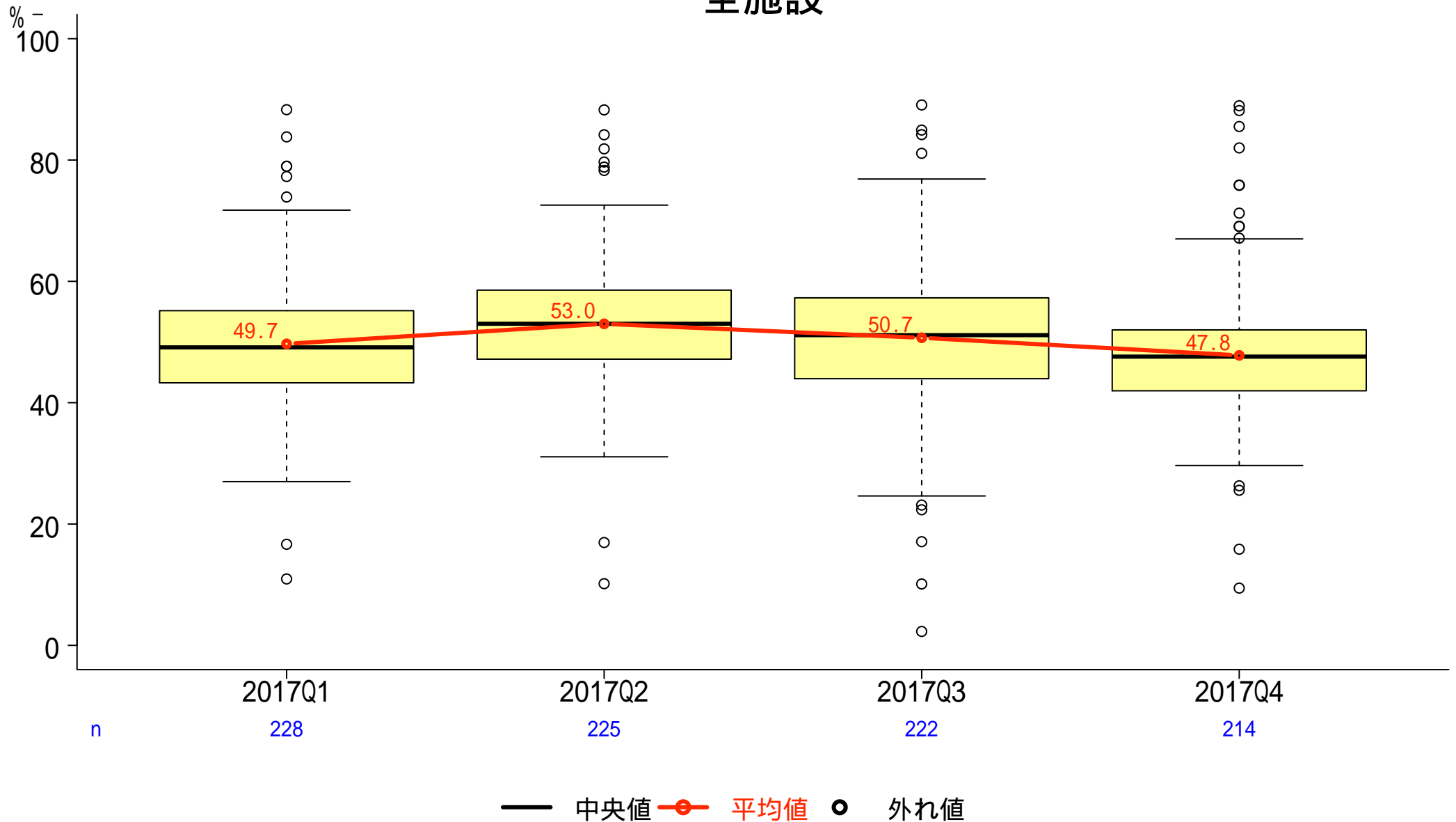
全施設



一般-14 糖尿病患者の血糖コントロール

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

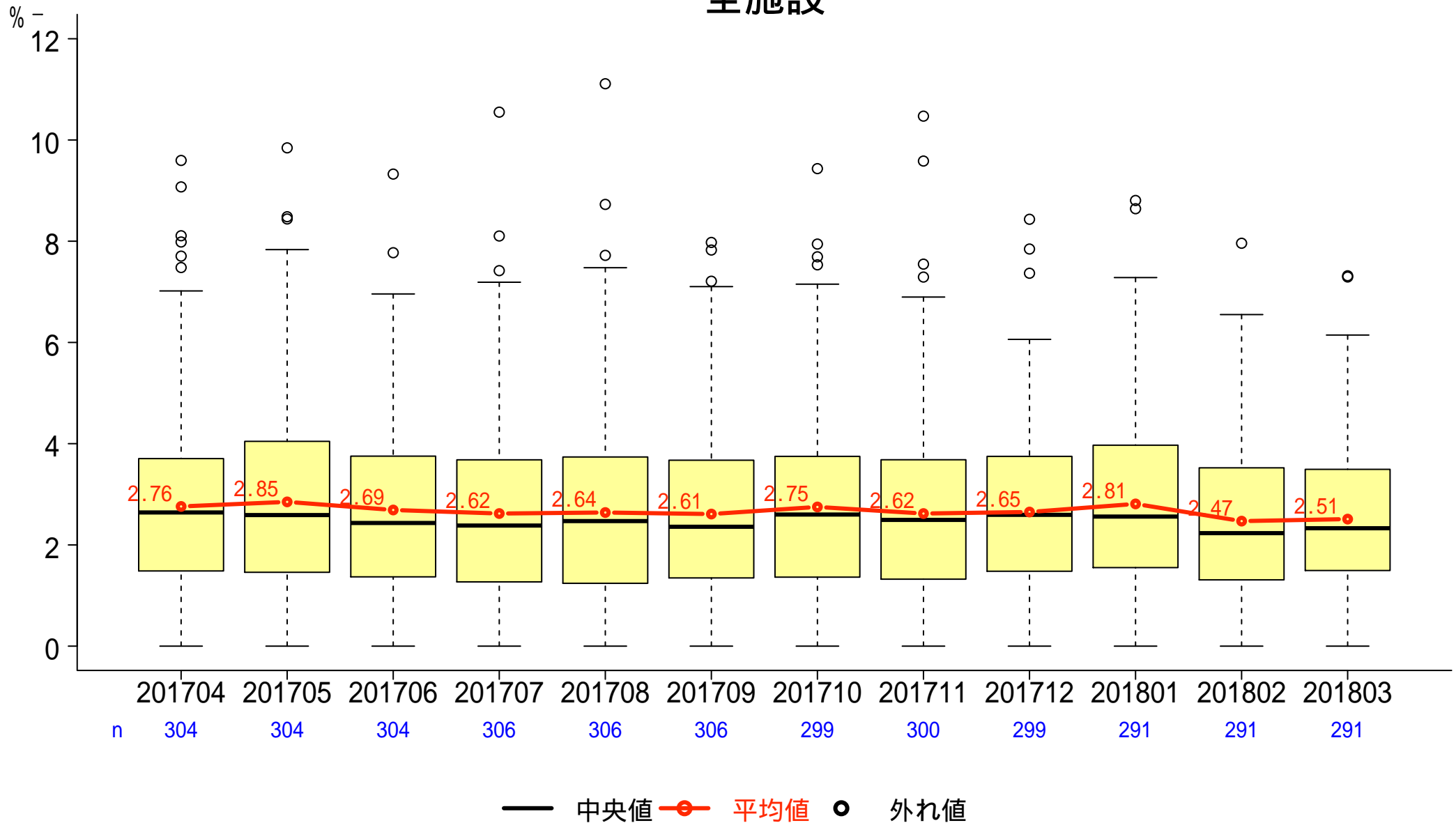
全施設



一般-15 退院後6週間以内の救急医療入院率

分子:前回の退院日が42日以内の救急医療入院患者数
分母:退院患者数

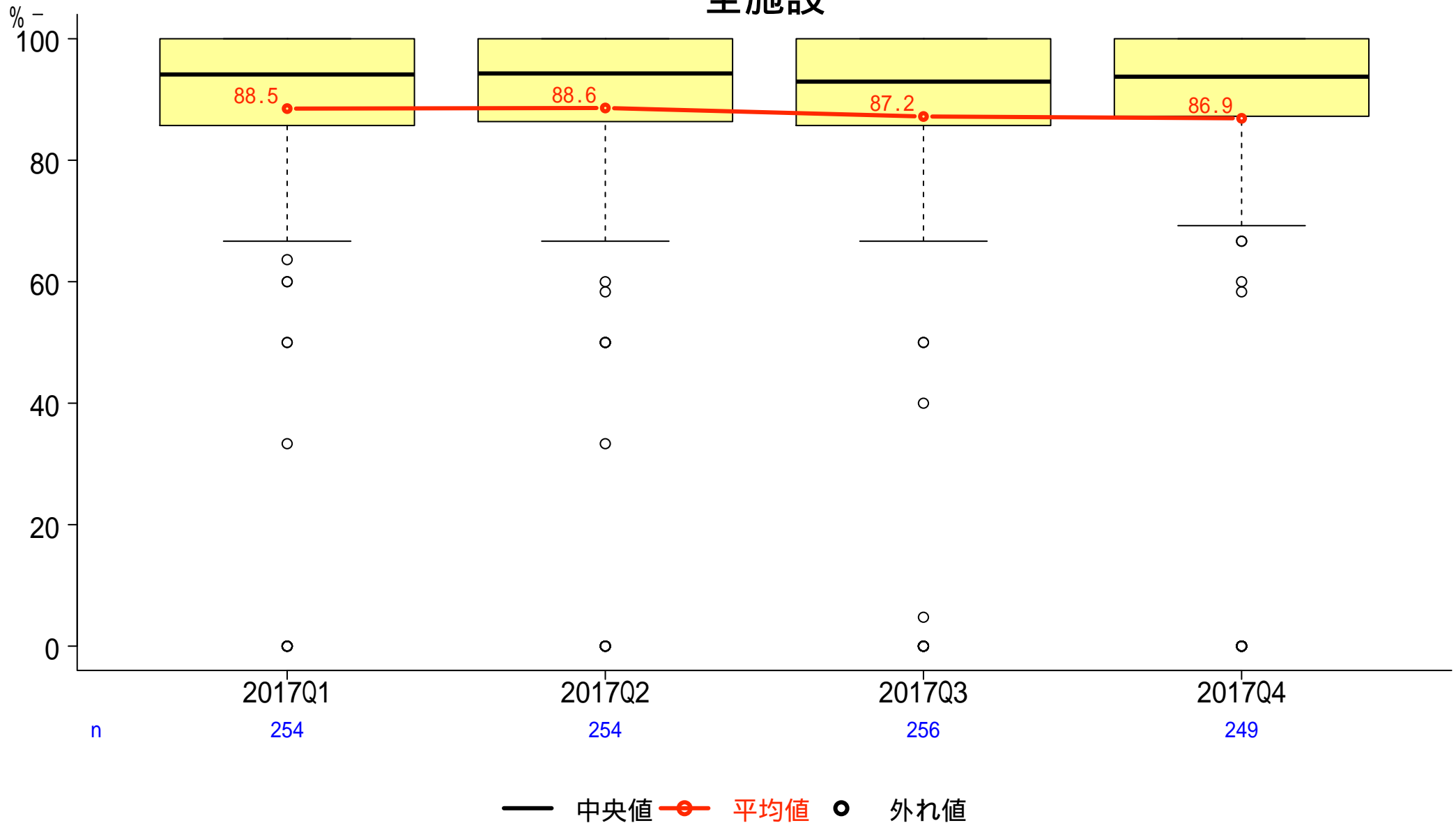
全施設



一般-16 急性心筋梗塞患者における入院時早期アスピリン投与割合

分子:入院後2日以内にアスピリンが投与された患者数
分母:急性心筋梗塞で入院した患者数

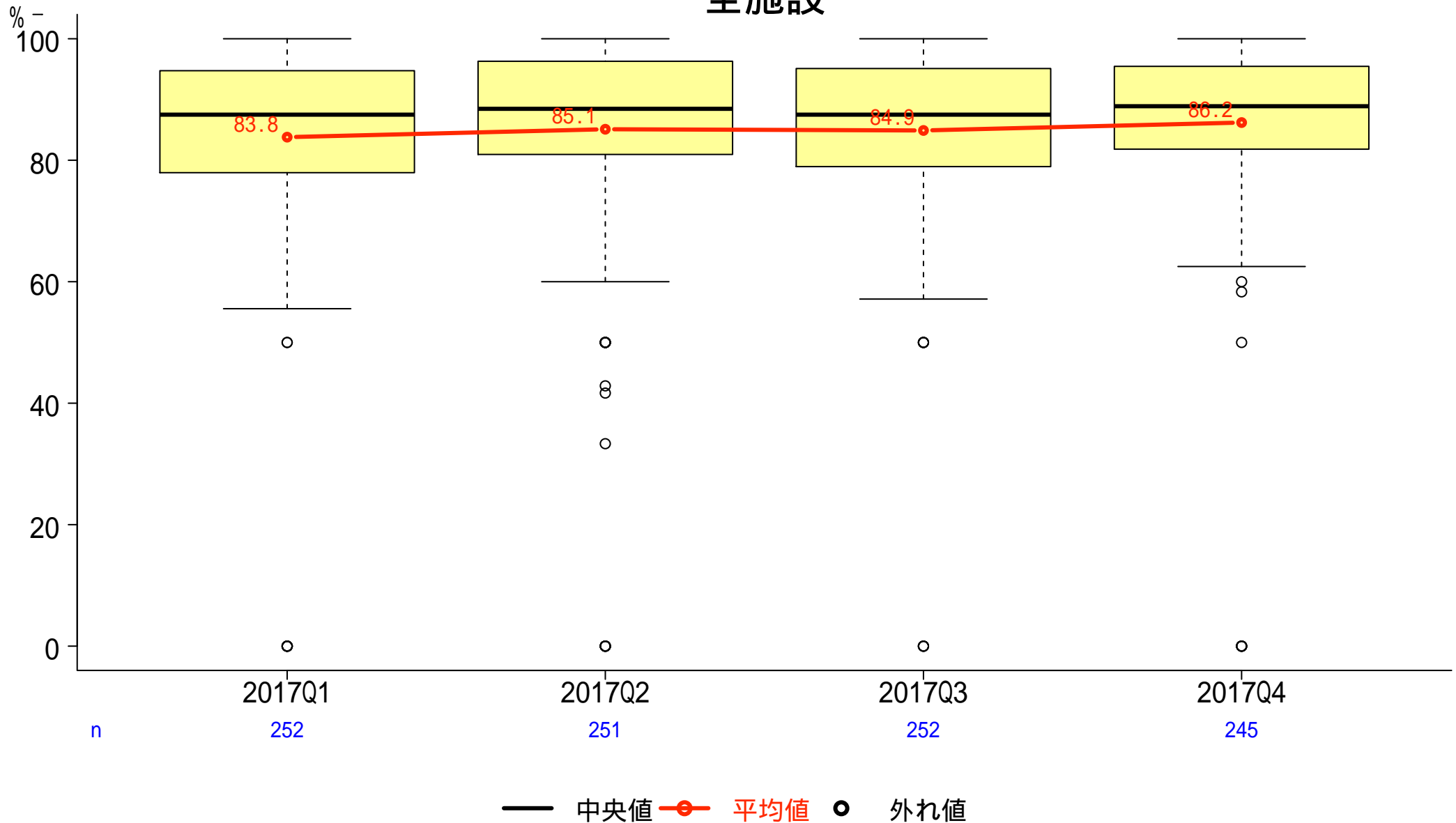
全施設



一般-17 急性心筋梗塞患者における退院時アスピリン投与割合

分子:退院時にアスピリンが投与された患者数
分母:急性心筋梗塞で入院した患者数

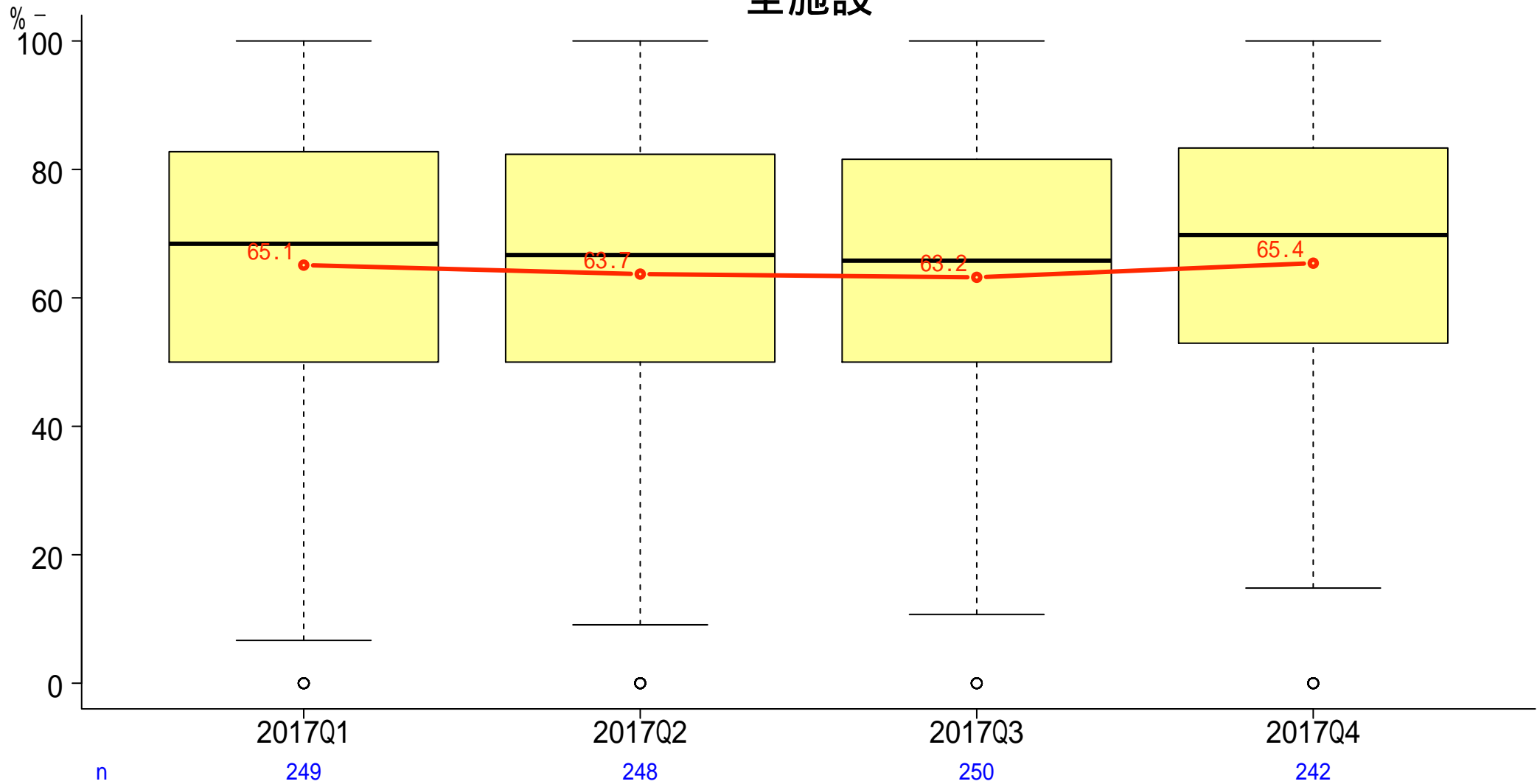
全施設



一般-18 急性心筋梗塞患者における退院時 ブロッカー投与割合

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

全施設

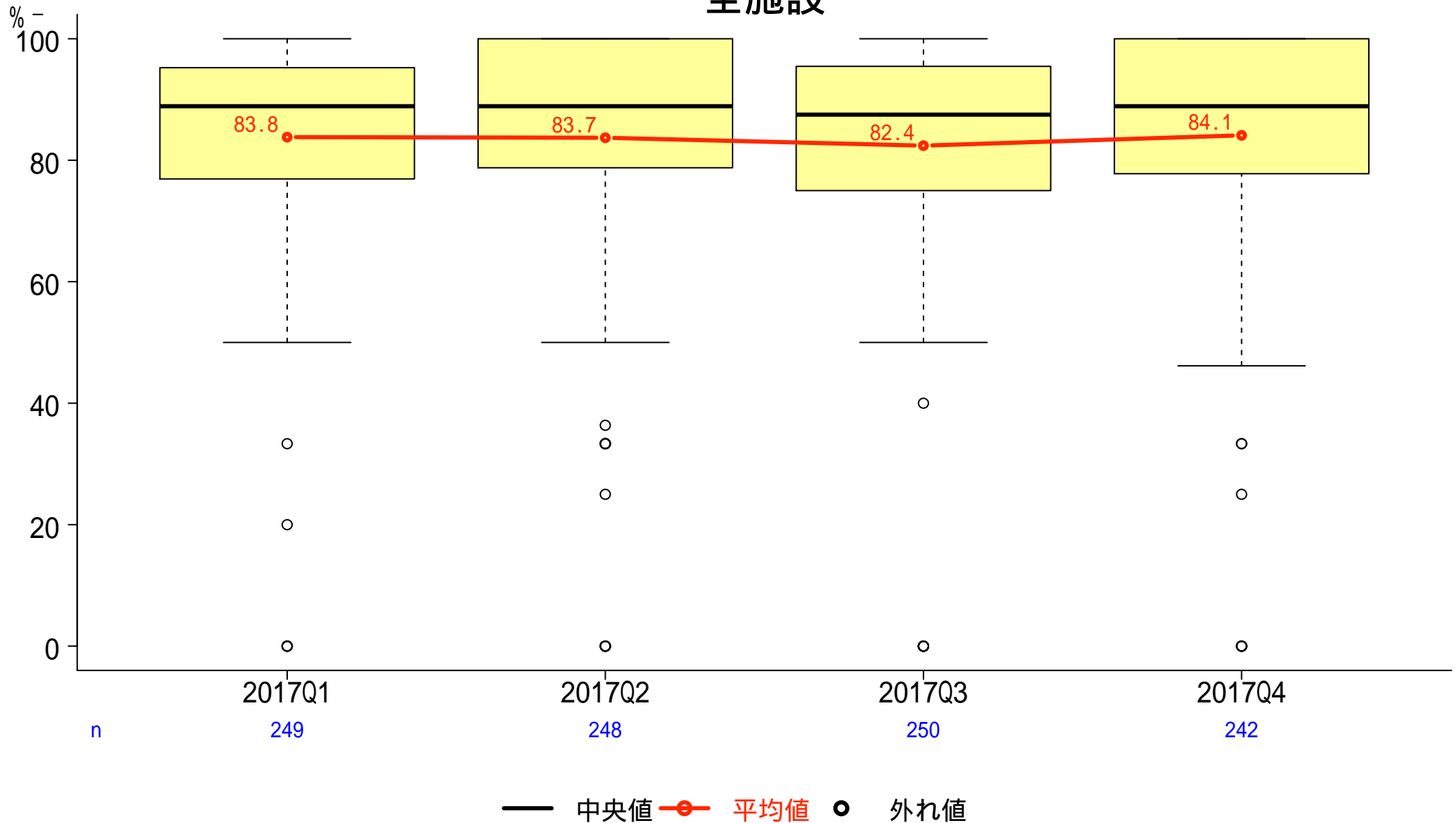


— 中央値 —●— 平均値 ○ 外れ値

一般-19 急性心筋梗塞患者における退院時スタチン投与割合

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

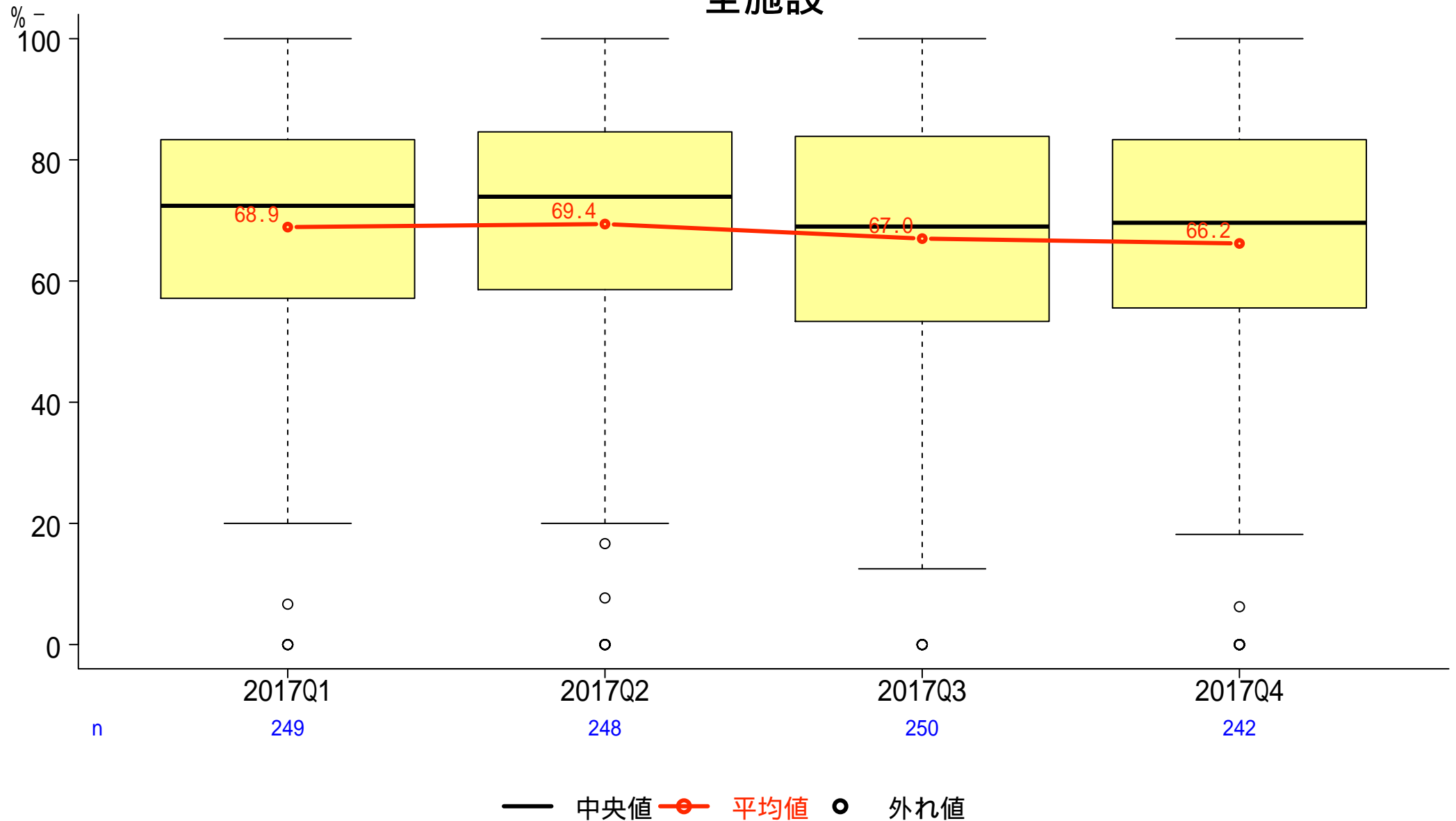
全施設



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

分子:退院時にACE阻害剤もしくはARBが投与された患者数
分母:急性心筋梗塞で入院した患者数

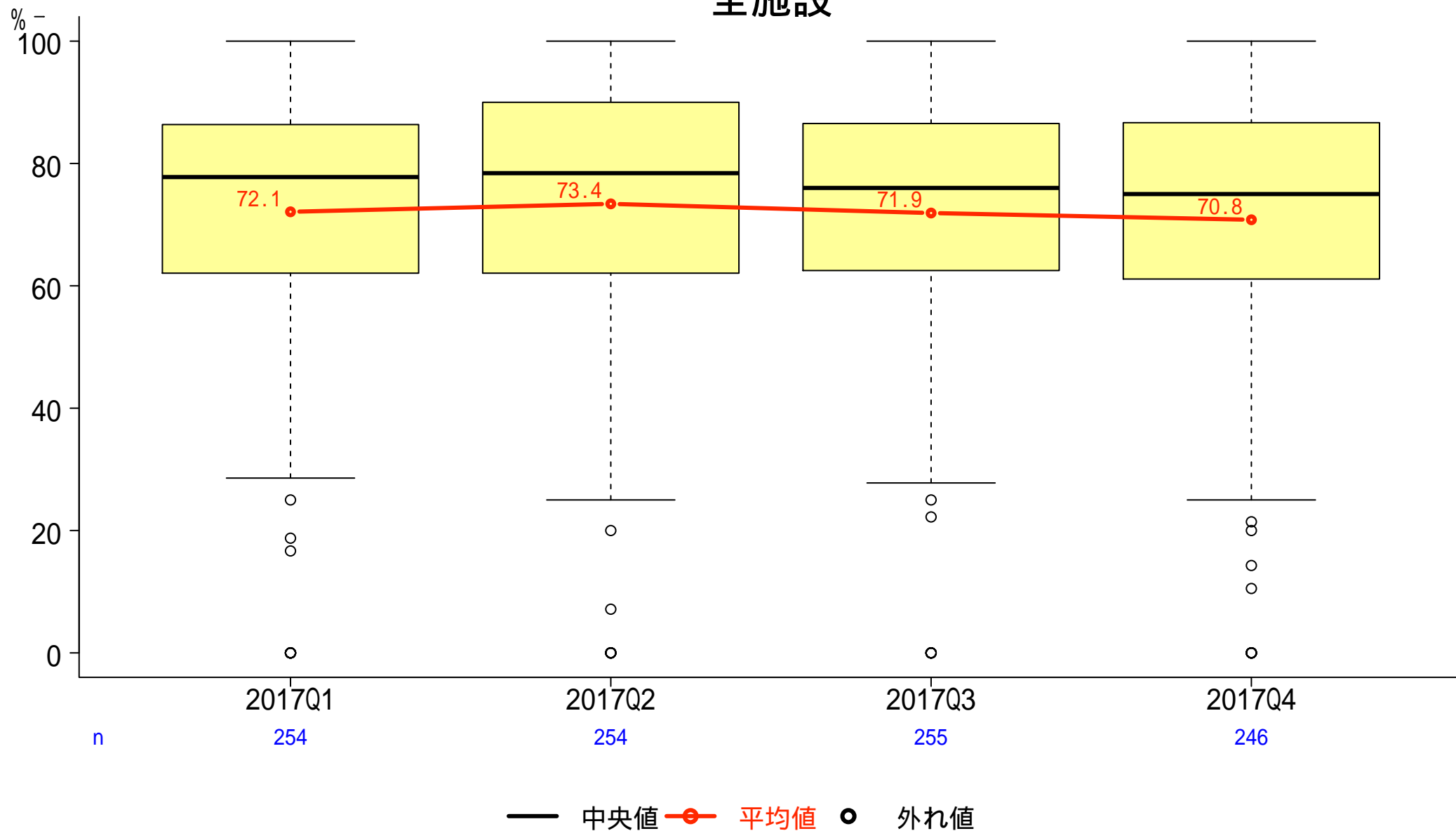
全施設



一般-21 急性心筋梗塞患者におけるACE阻害剤もしくはARB投与割合

分子: ACE阻害剤もしくはARBが投与された患者数
分母: 急性心筋梗塞で入院した患者数

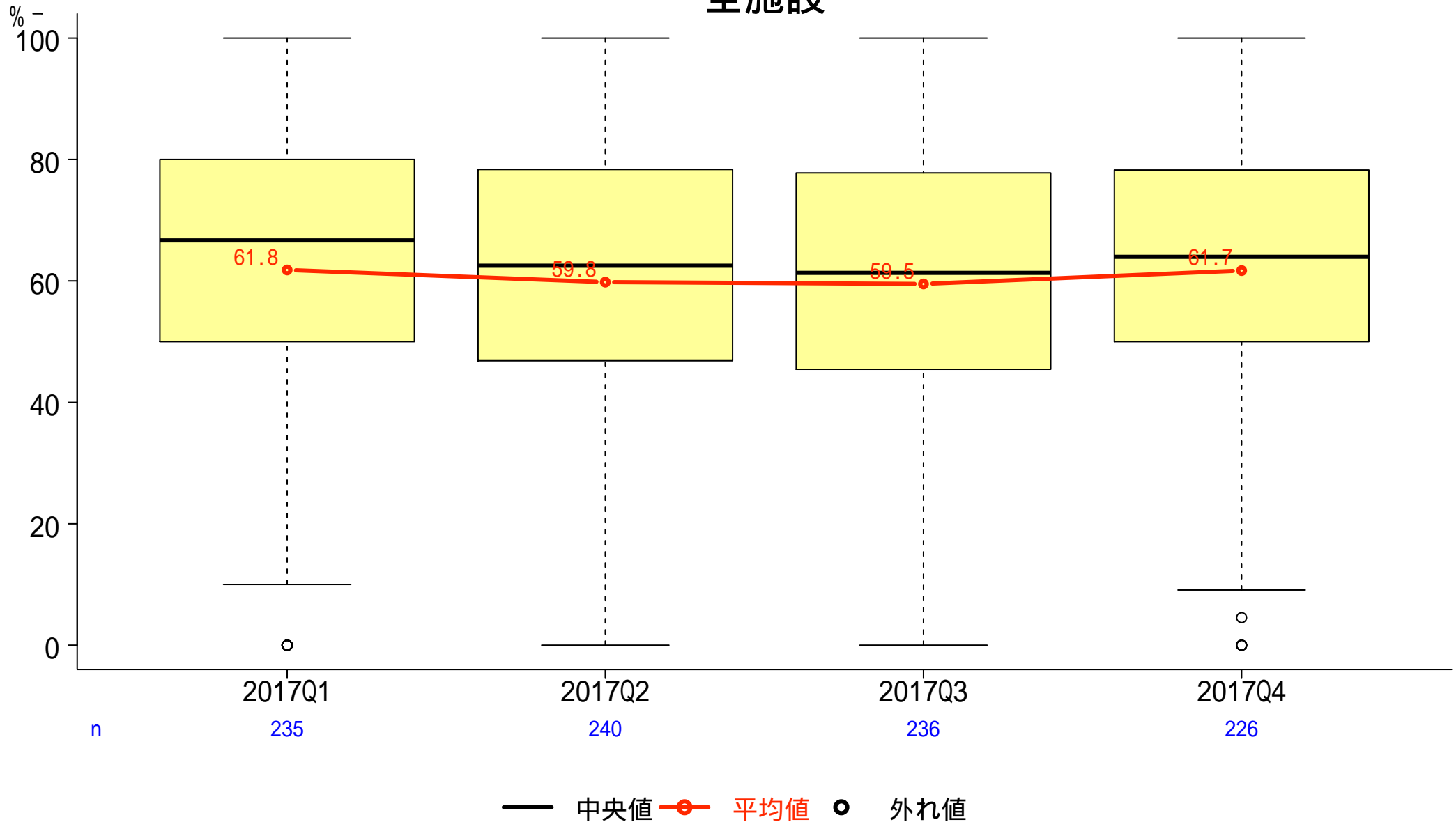
全施設



一般-22 急性心筋梗塞患者の病院到着後90分以内の初回PCI実施割合

分子: 来院後90分以内に手技を受けた患者数
分母: 18歳以上の急性心筋梗塞でPCIを受けた患者数

全施設

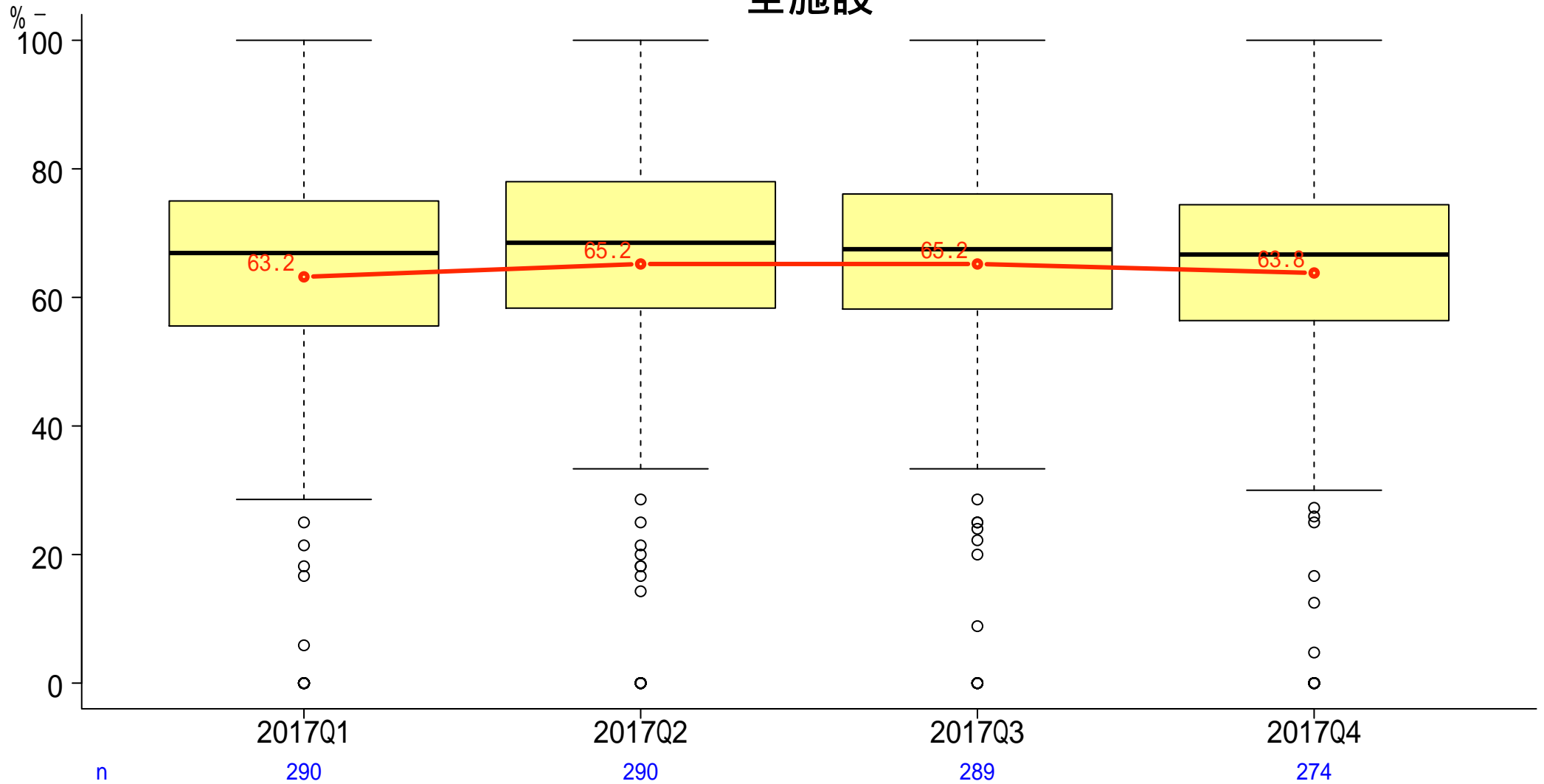


一般-23 脳卒中患者のうち第2病日までに抗血栓療法を受けた患者の割合

分子: 第2病日までに抗血栓療法を受けた患者数

分母: 脳梗塞かTIAと診断された18歳以上の入院患者数

全施設



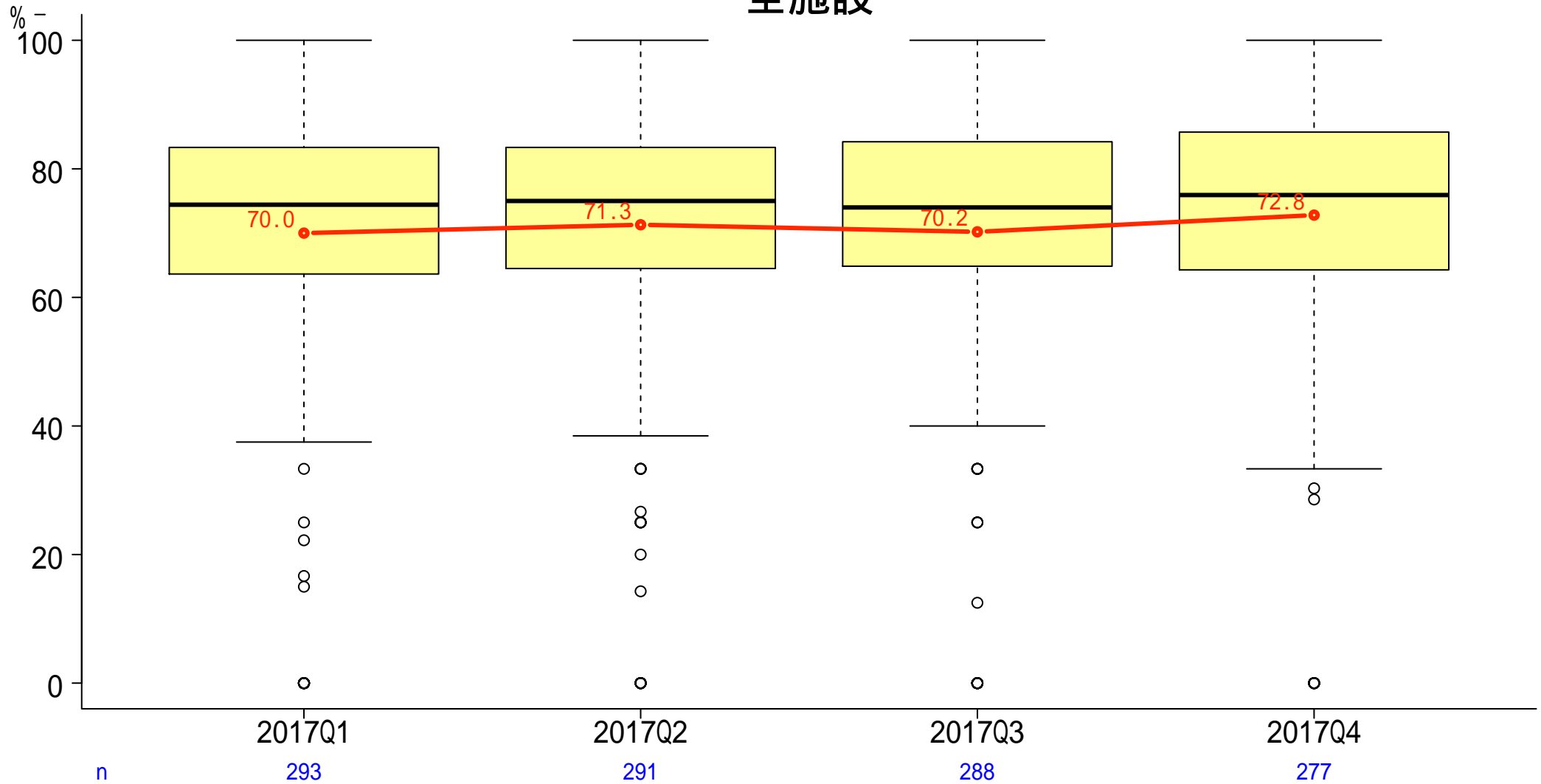
— 中央値 —●— 平均値 ● 外れ値

一般-24 脳卒中患者のうち退院時抗血小板薬処方割合

分子:退院時に抗血小板薬を処方された患者数

分母:脳梗塞かTIAと診断された18歳以上の入院患者数

全施設

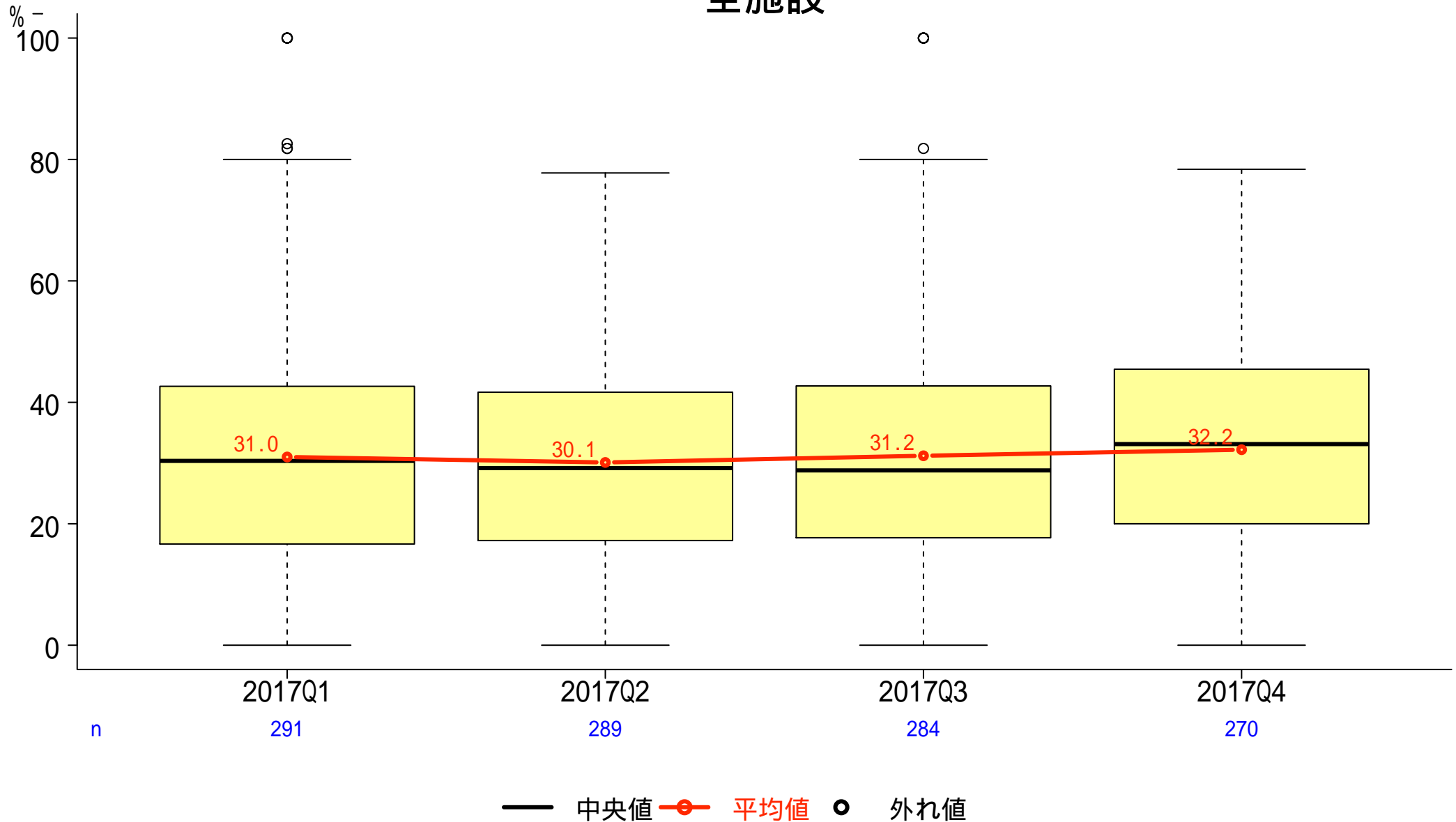


— 中央値 —●— 平均値 ● 外れ値

一般-25 脳卒中患者の退院時スタチン処方割合

分子:退院時にスタチンが処方された患者数
分母:脳梗塞で入院した患者数

全施設

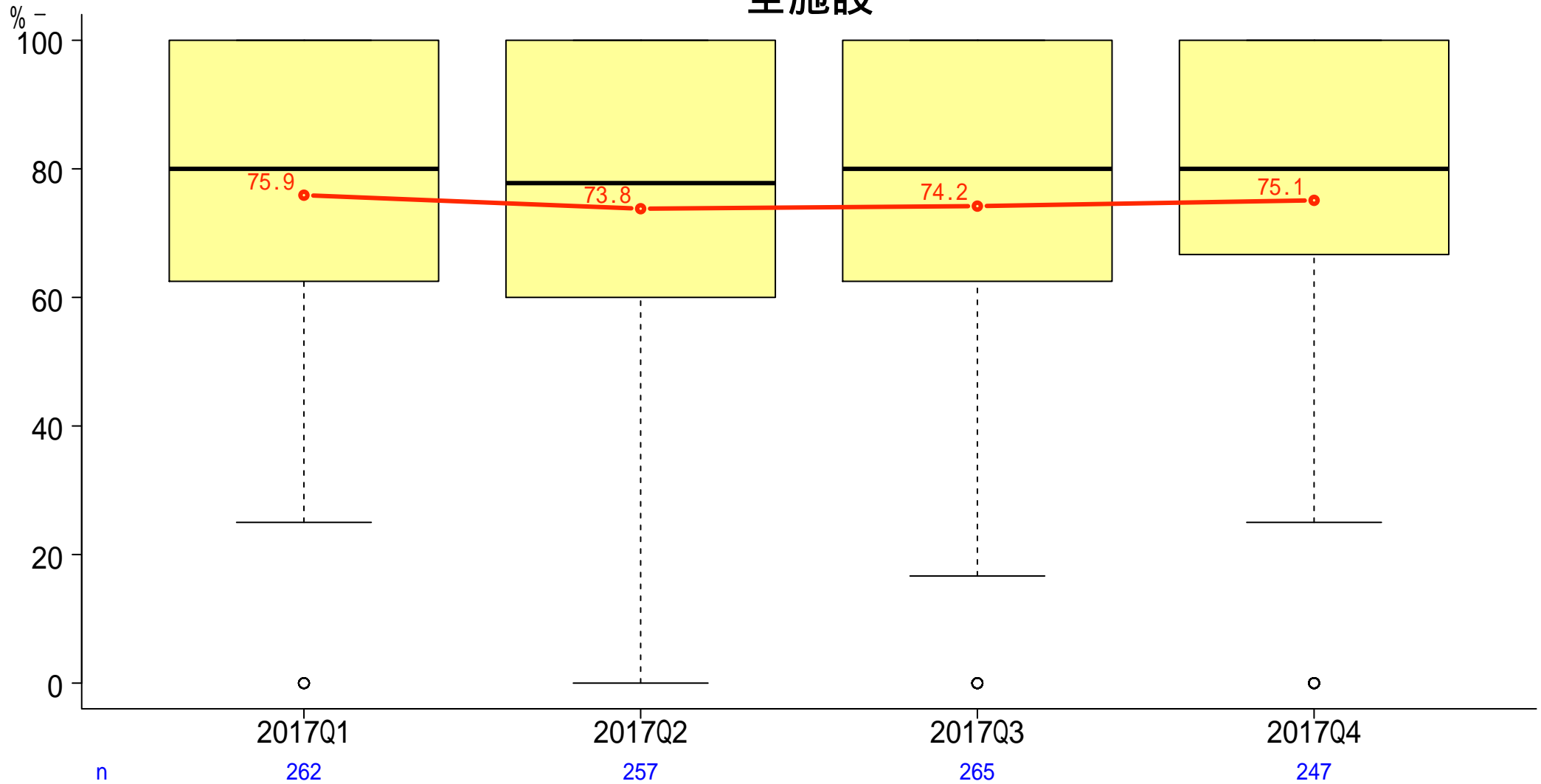


一般-26 心房細動を伴う脳卒中患者への退院時抗凝固薬処方割合

分子:退院時に抗凝固薬を処方された患者数

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

全施設



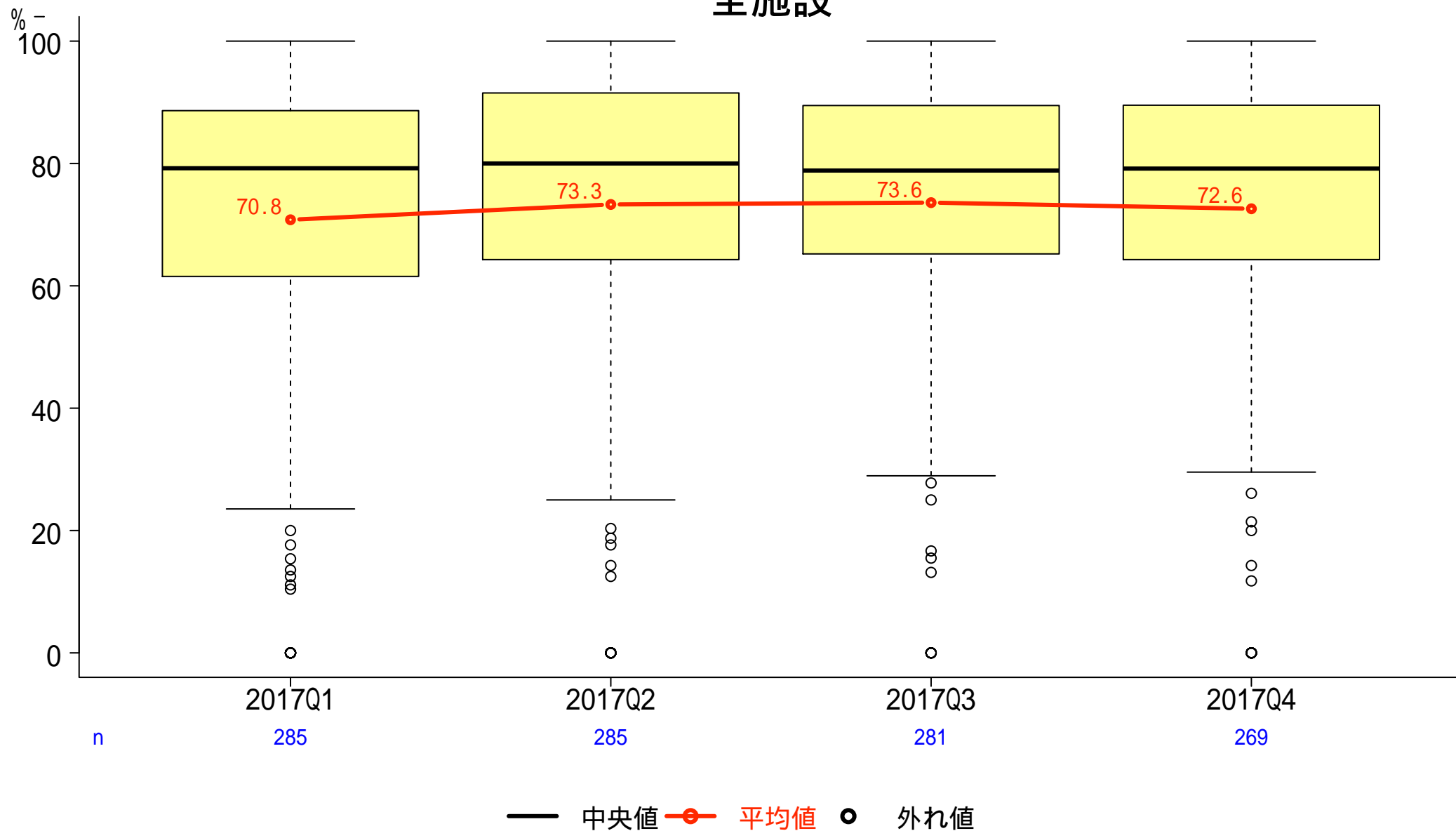
— 中央値 —●— 平均値 ○ 外れ値

一般-27 脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者割合

分子:入院後早期に脳血管リハビリテーションが行われた患者数

分母:脳梗塞で入院した患者数

全施設

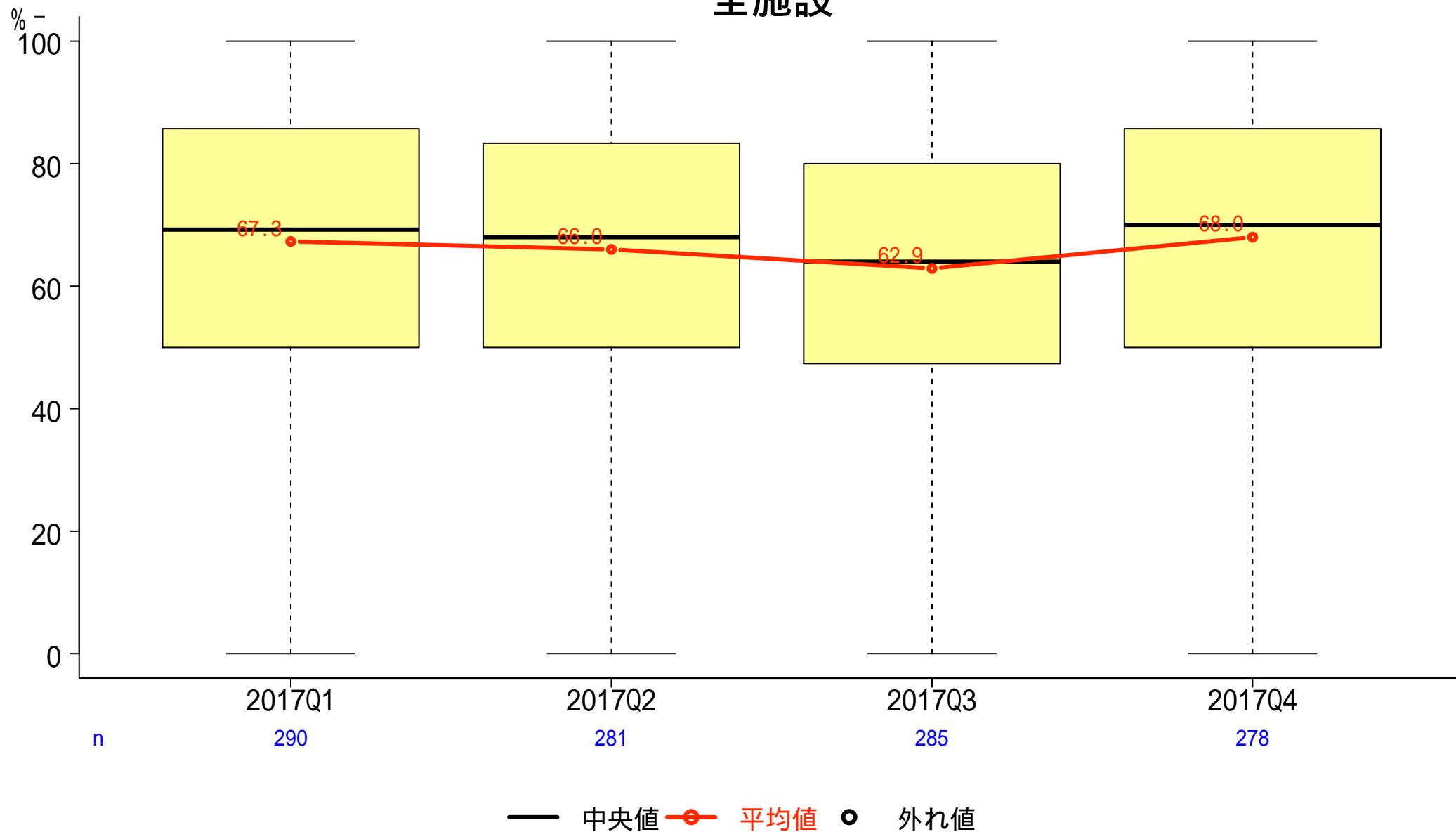


一般-28 喘息入院患者のうち吸入ステロイドを入院中に処方された割合

分子:入院中に吸入抗炎症剤の処方を受けた患者数

分母:5歳以上の喘息患者のうち、喘息に関連した原因で入院した患者数

全施設

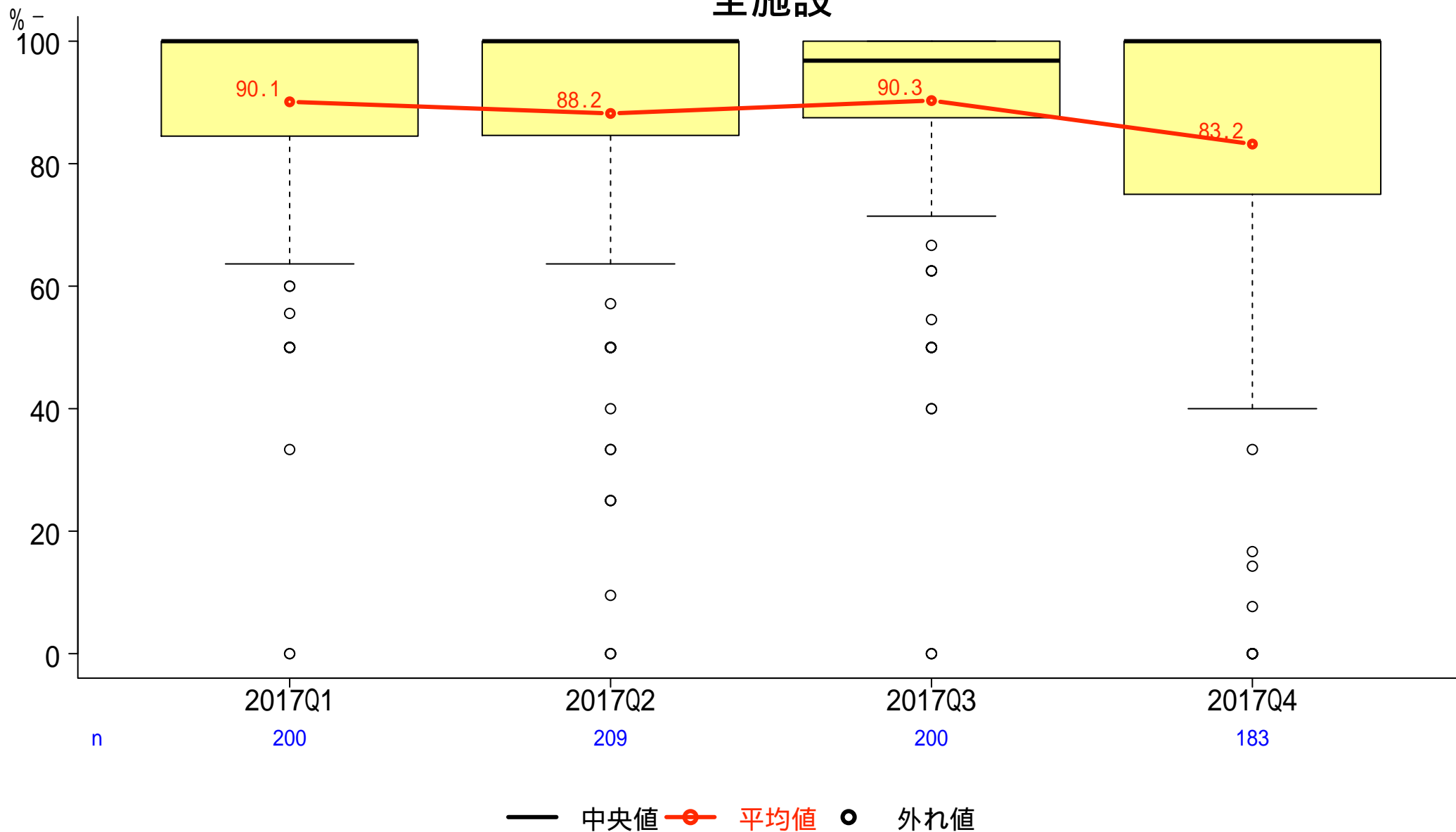


一般-29 入院中にステロイドの経口・静注処方された小児喘息患者の割合

分子:入院中にステロイドの全身投与(静注・経口)を受けた患者数

分母:2歳~15歳の喘息患者のうち、喘息に関連した原因で入院した患者数

全施設

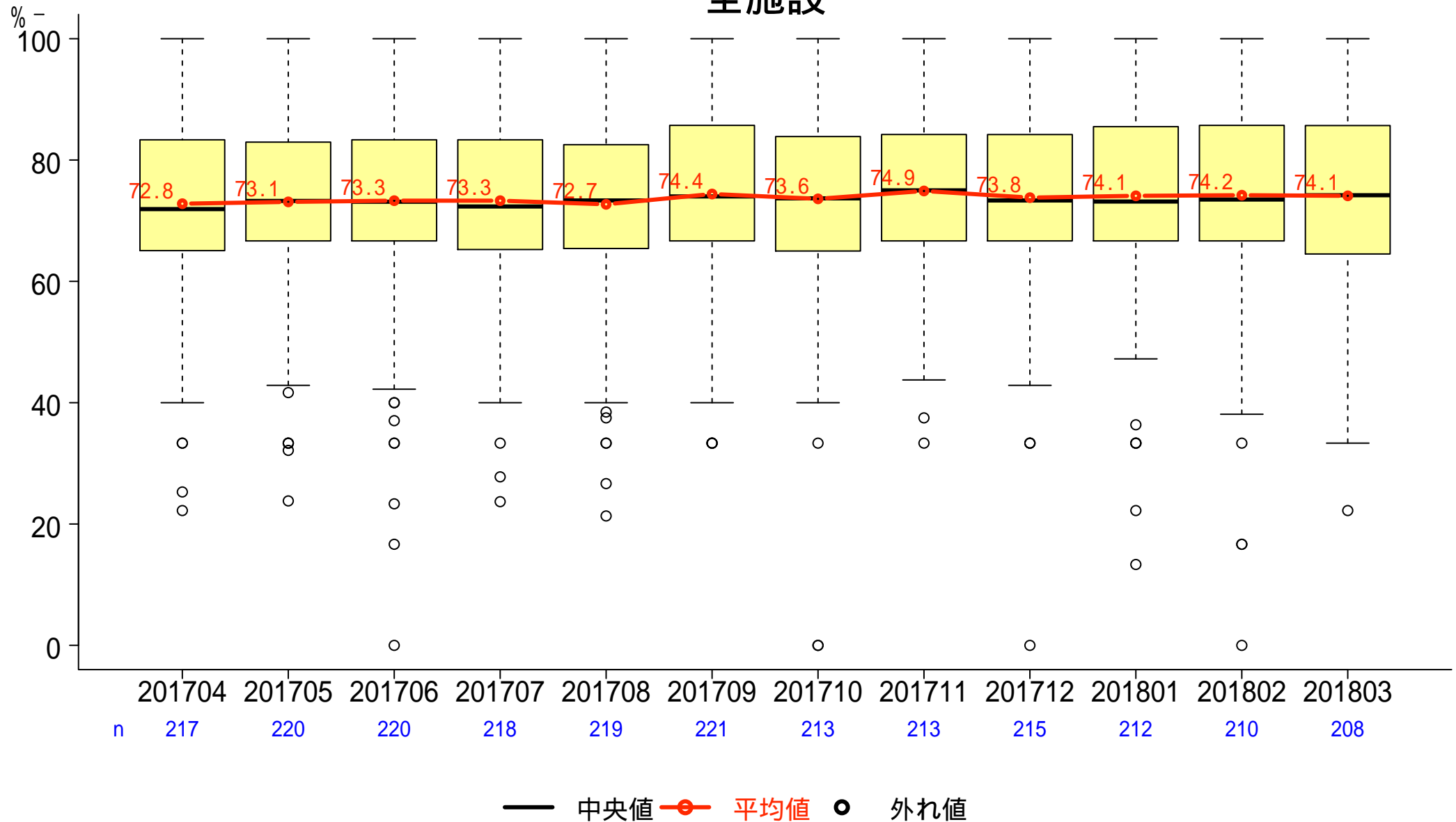


一般-30 統合指標(Composite Measures)

【手術】

分子: 指標No. 11, 12, 13の分子の合計
分母: 指標No. 11, 12, 13の分母の合計

全施設

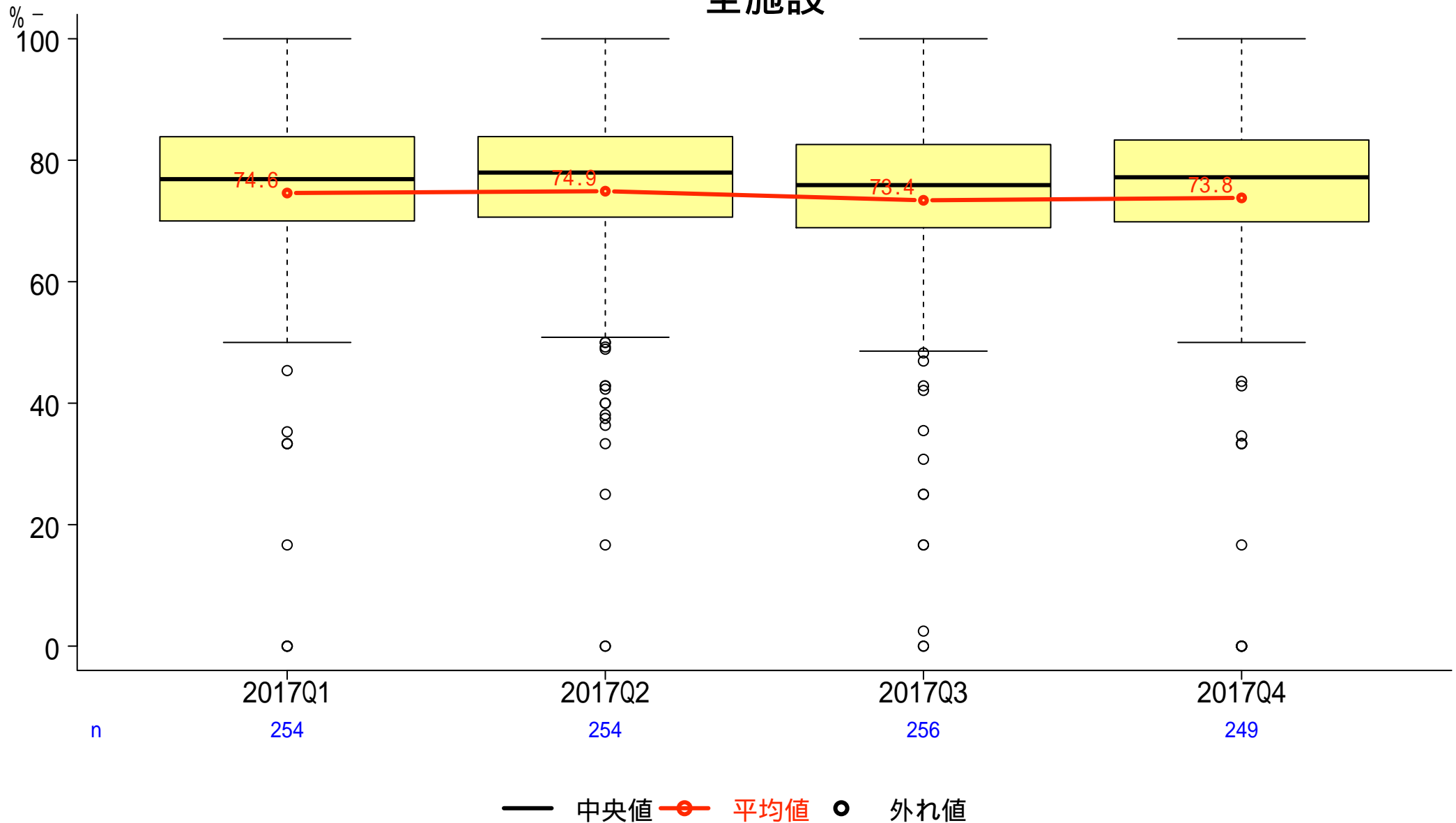


一般-31 統合指標(Composite Measures)

【虚血性心疾患】

分子: 指標No. 16, 17, 18, 19, 20, 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

全施設

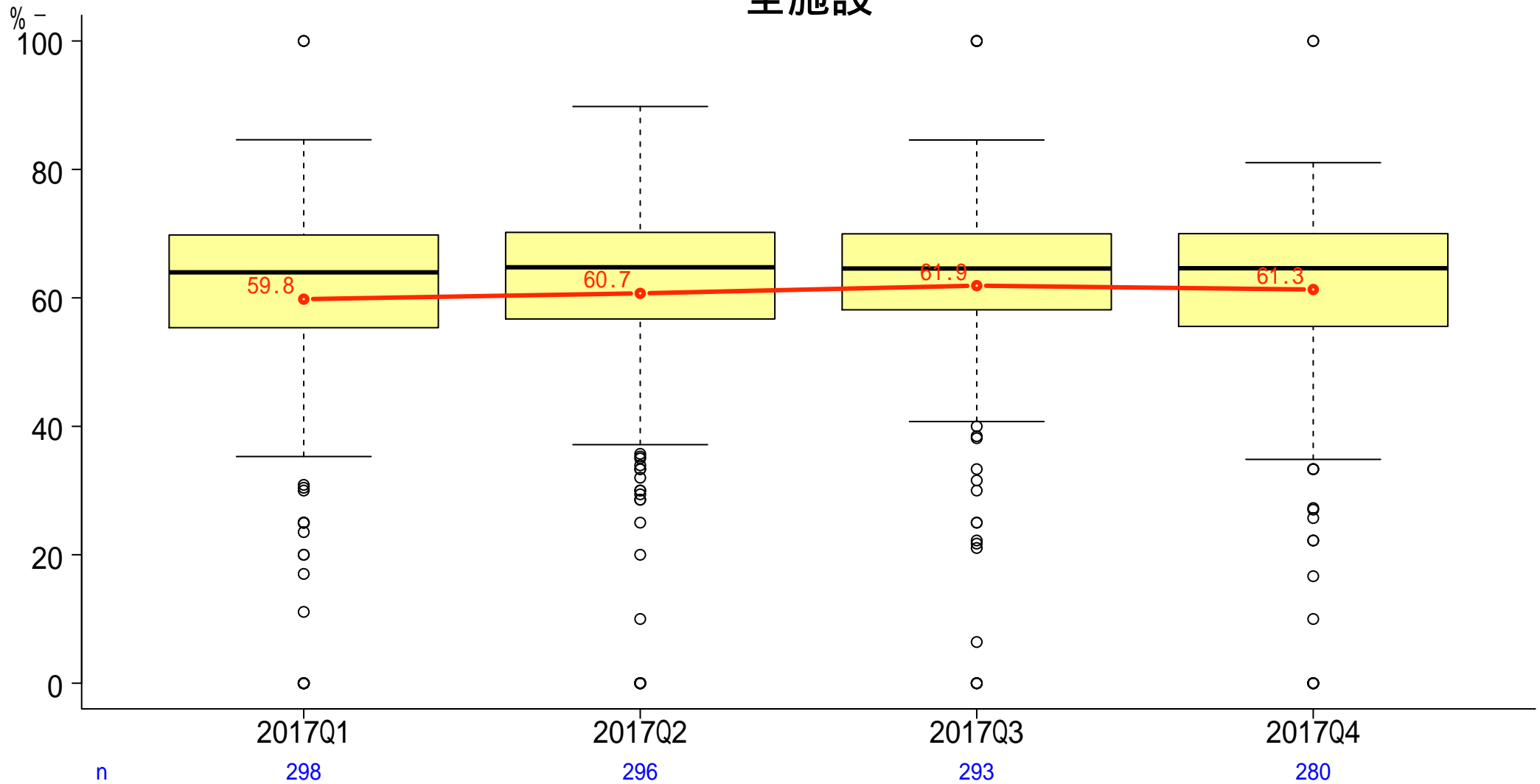


一般-32 統合指標(Composite Measures)

【脳卒中】

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

全施設

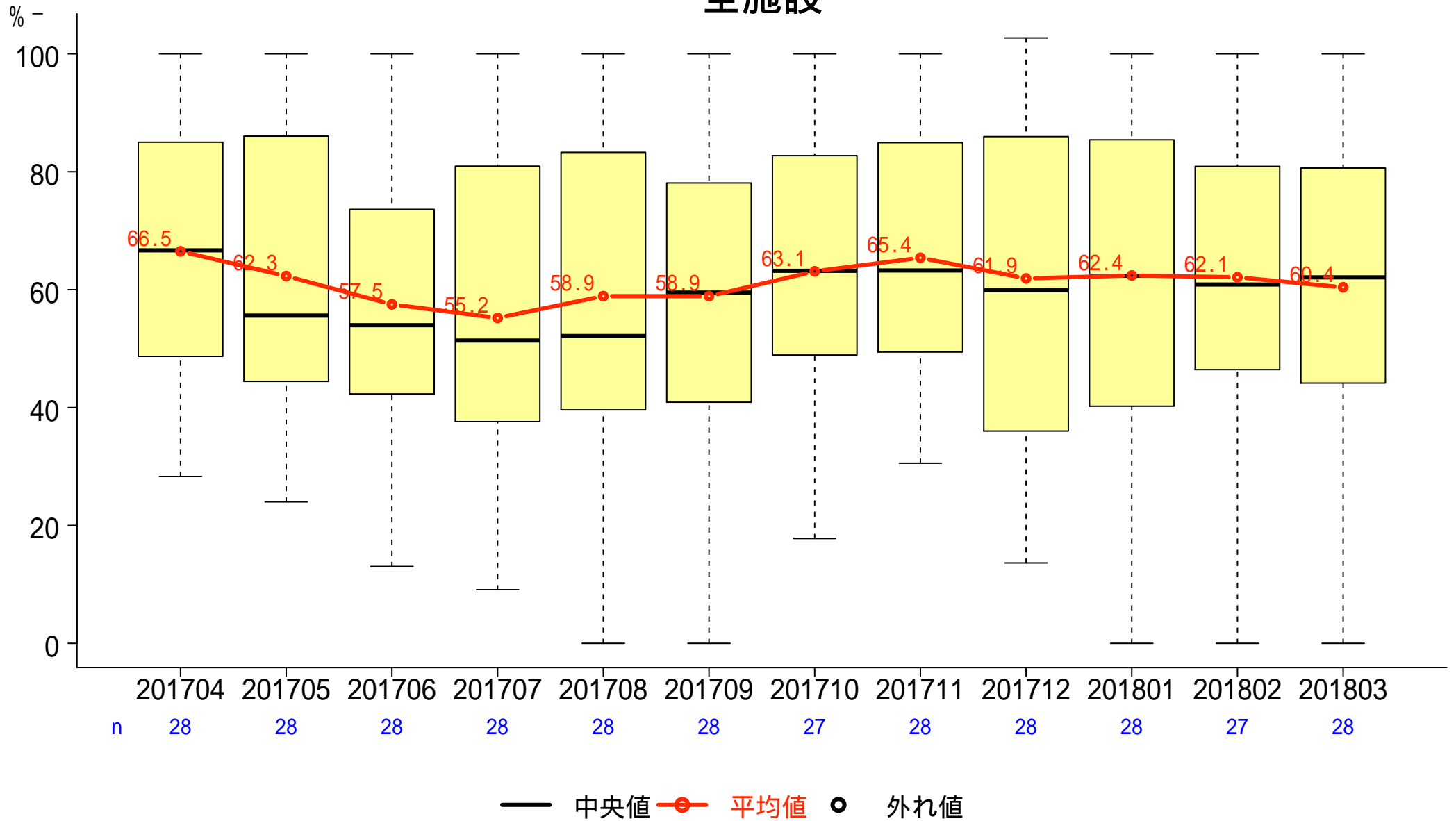


— 中央値 —●— 平均値 ● 外れ値

精神-1 紹介率

分子:紹介患者数
分母:初診患者数

全施設

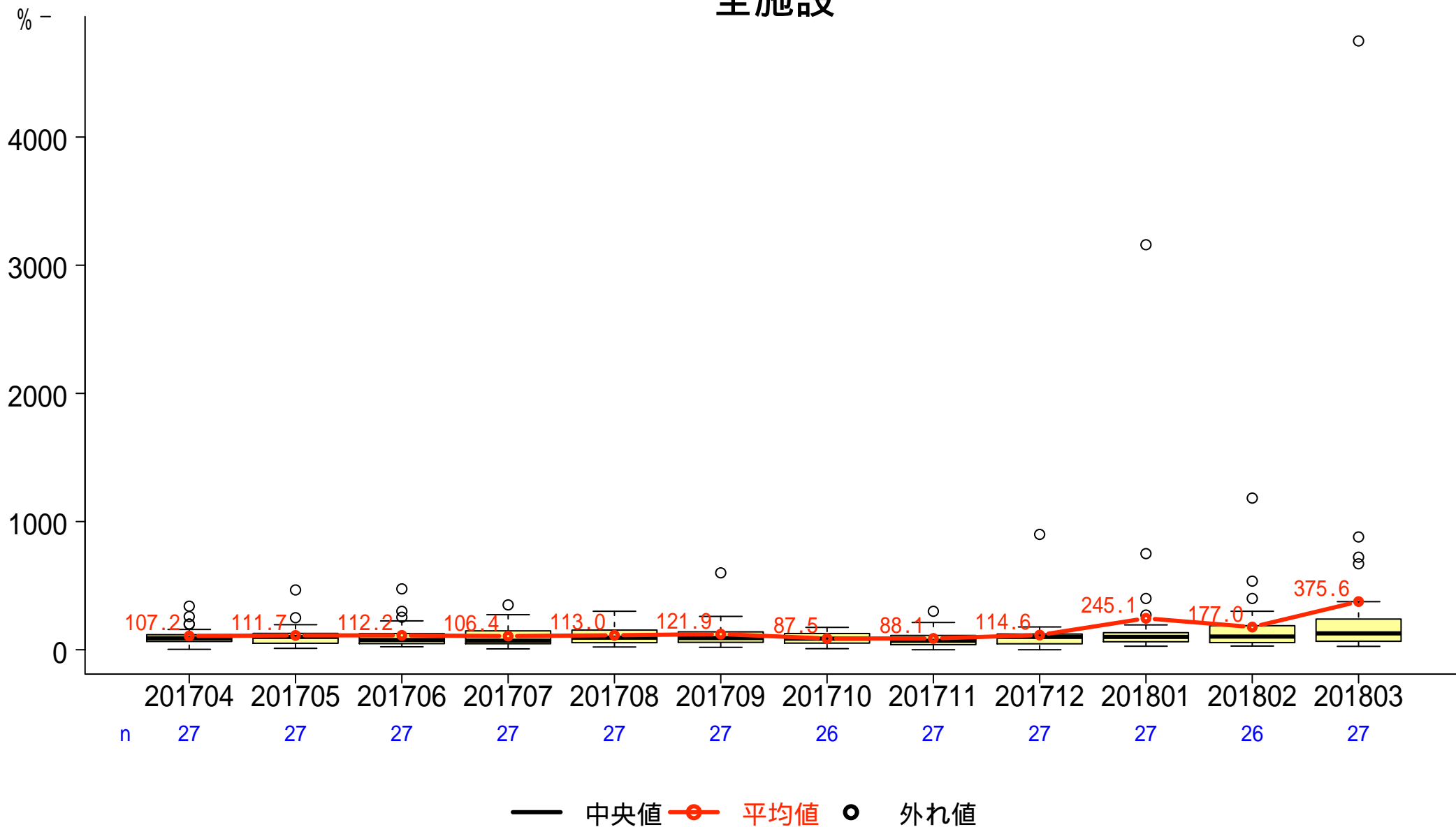


精神-2 逆紹介率

分子:逆紹介患者数

分母:初診患者数

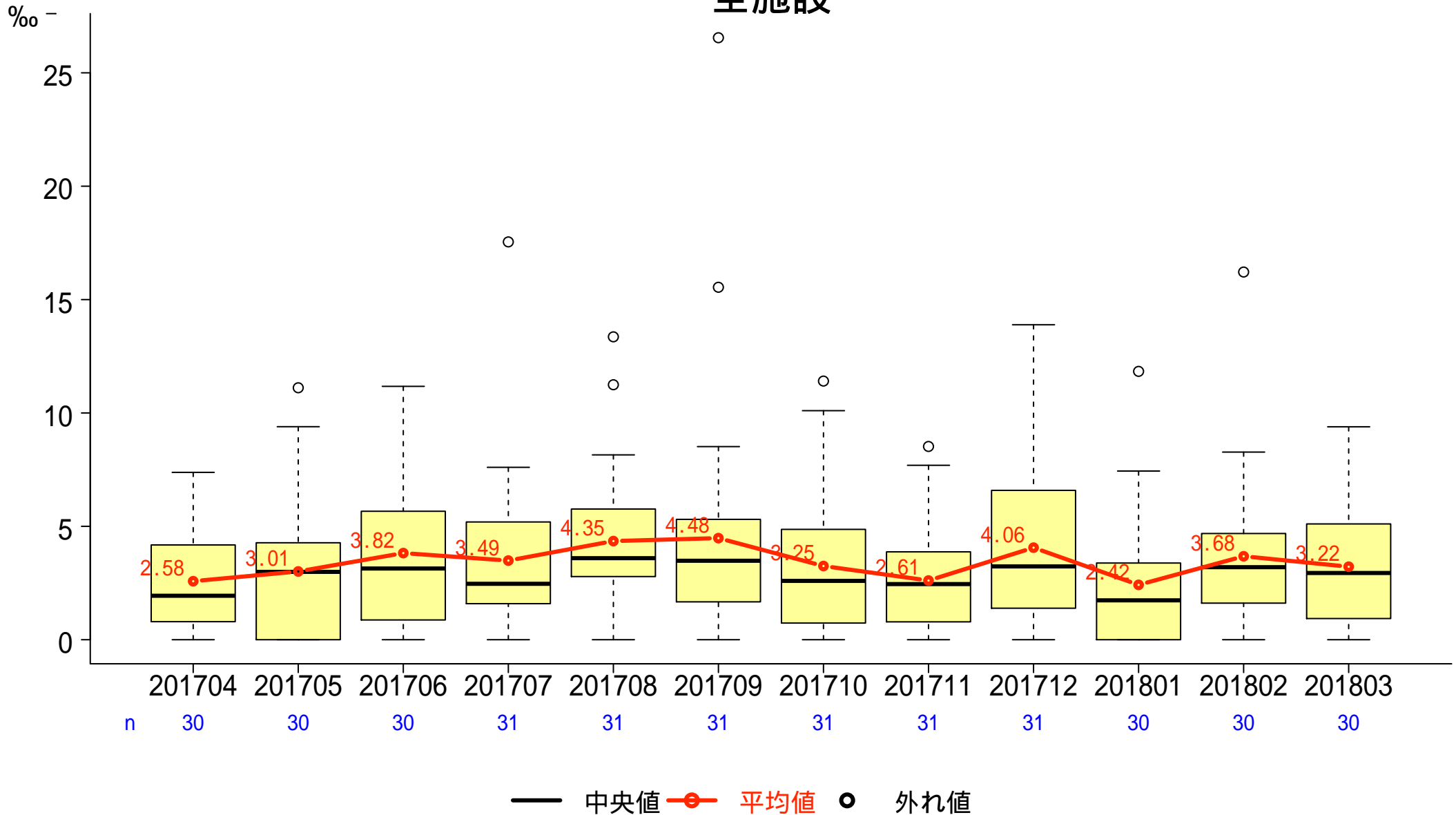
全施設



精神-3-a 入院患者の転倒・転落発生率

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

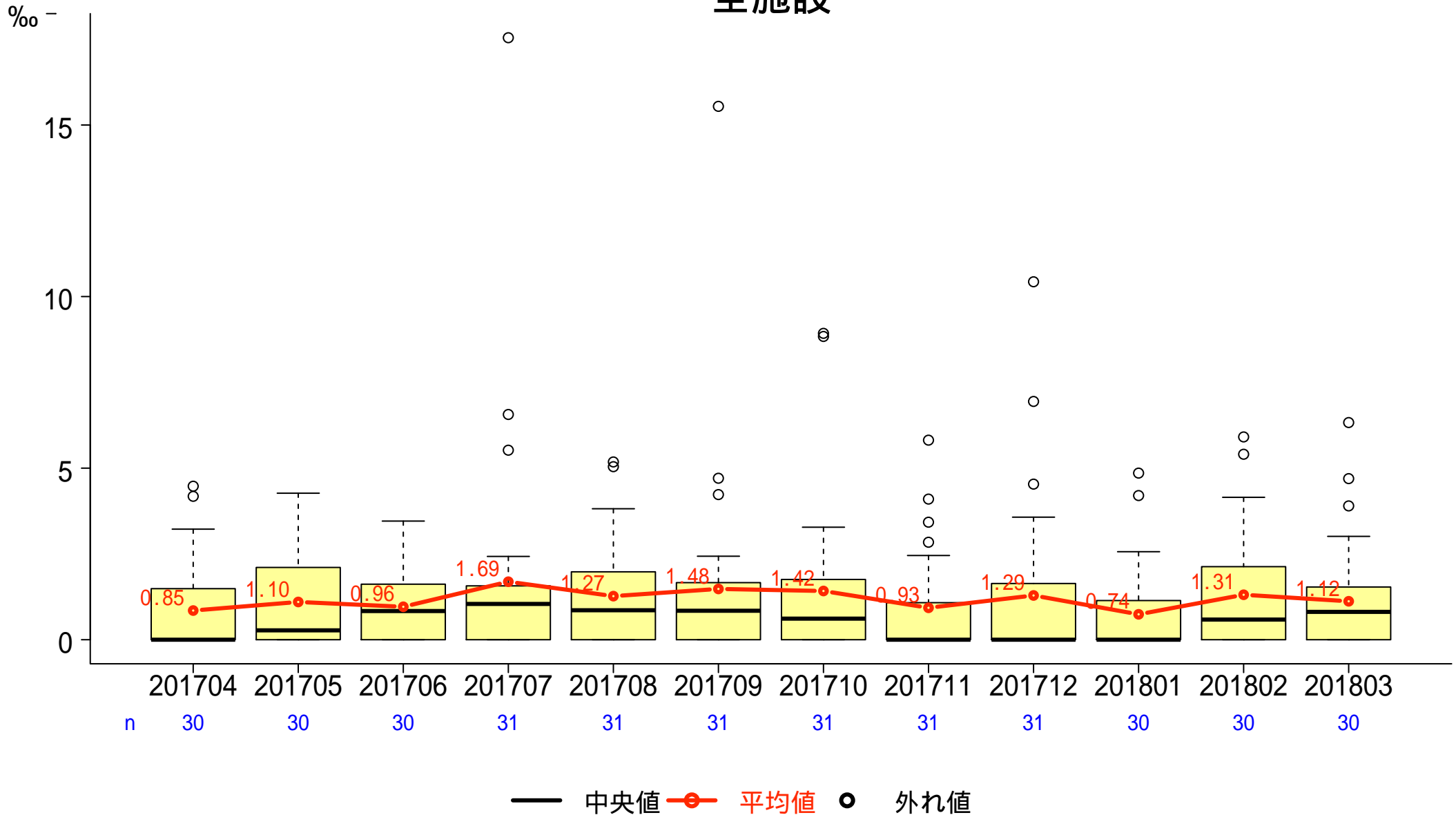
全施設



精神-3-b 入院患者の転倒・転落発生率（損傷レベル2以上）

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

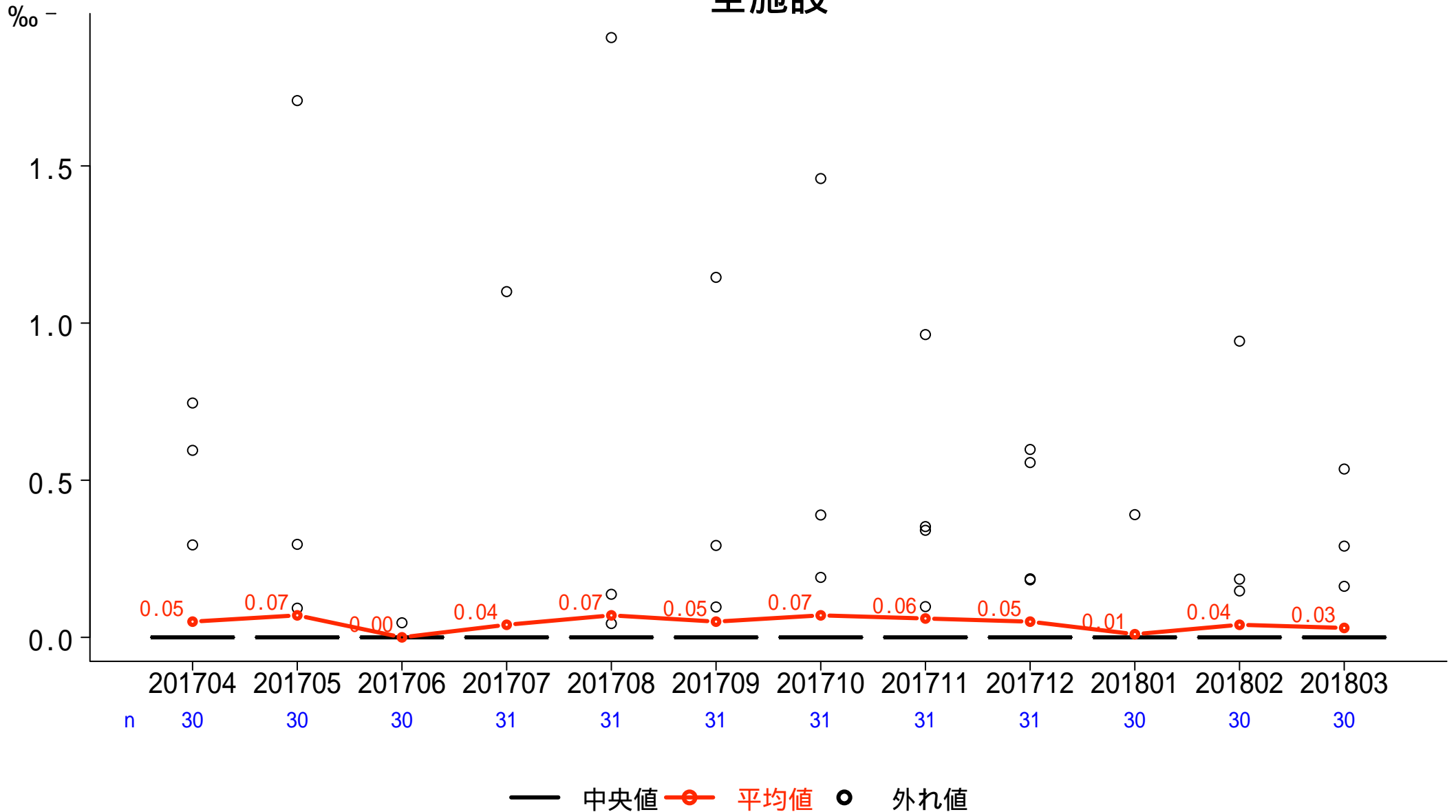
全施設



精神-3-c 入院患者の転倒・転落発生率（損傷レベル4以上）

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

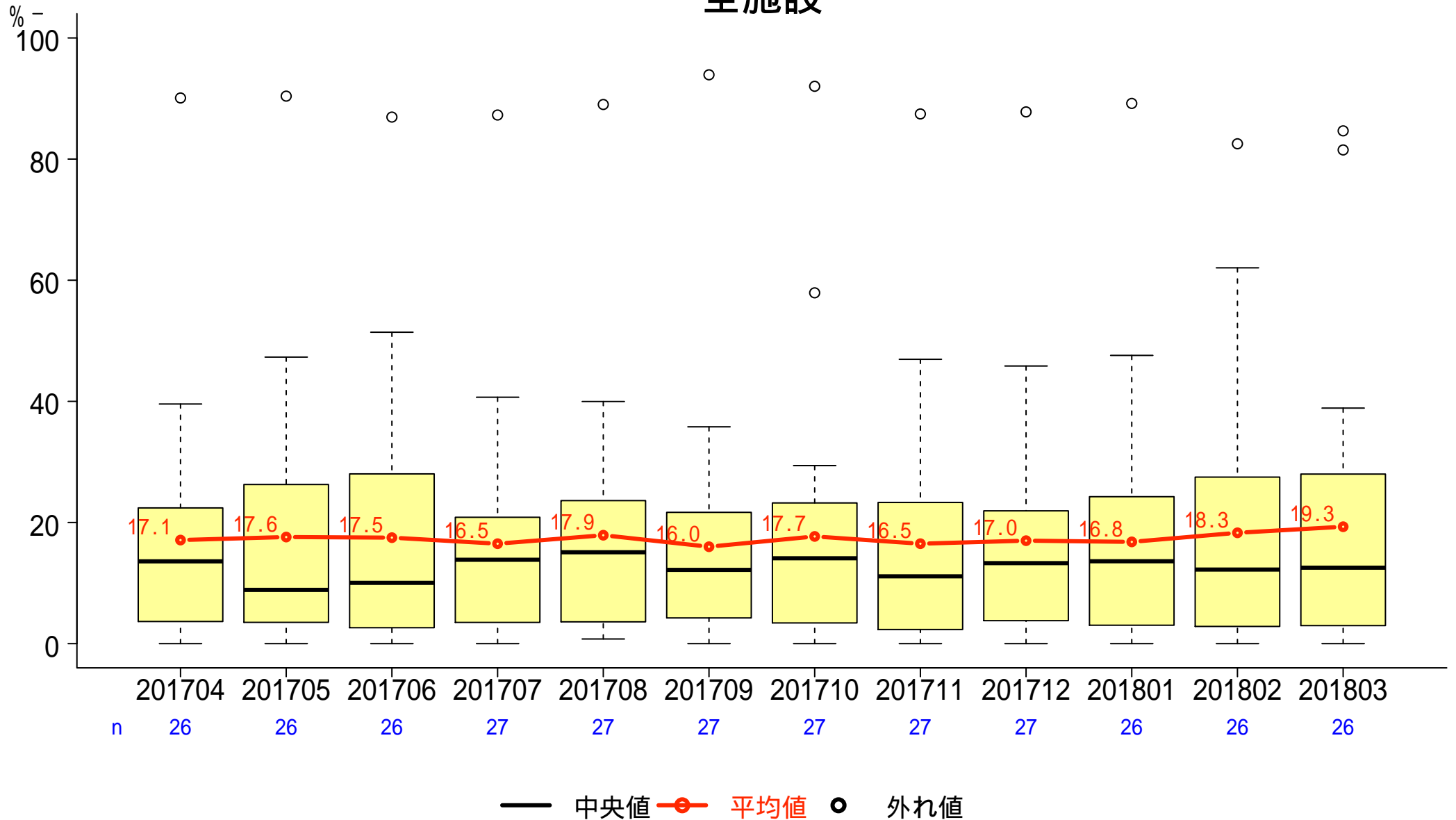
全施設



精神-4 身体抑制率

分子:(物理的)身体抑制を実施した入院延べ患者数
分母:入院延べ患者数

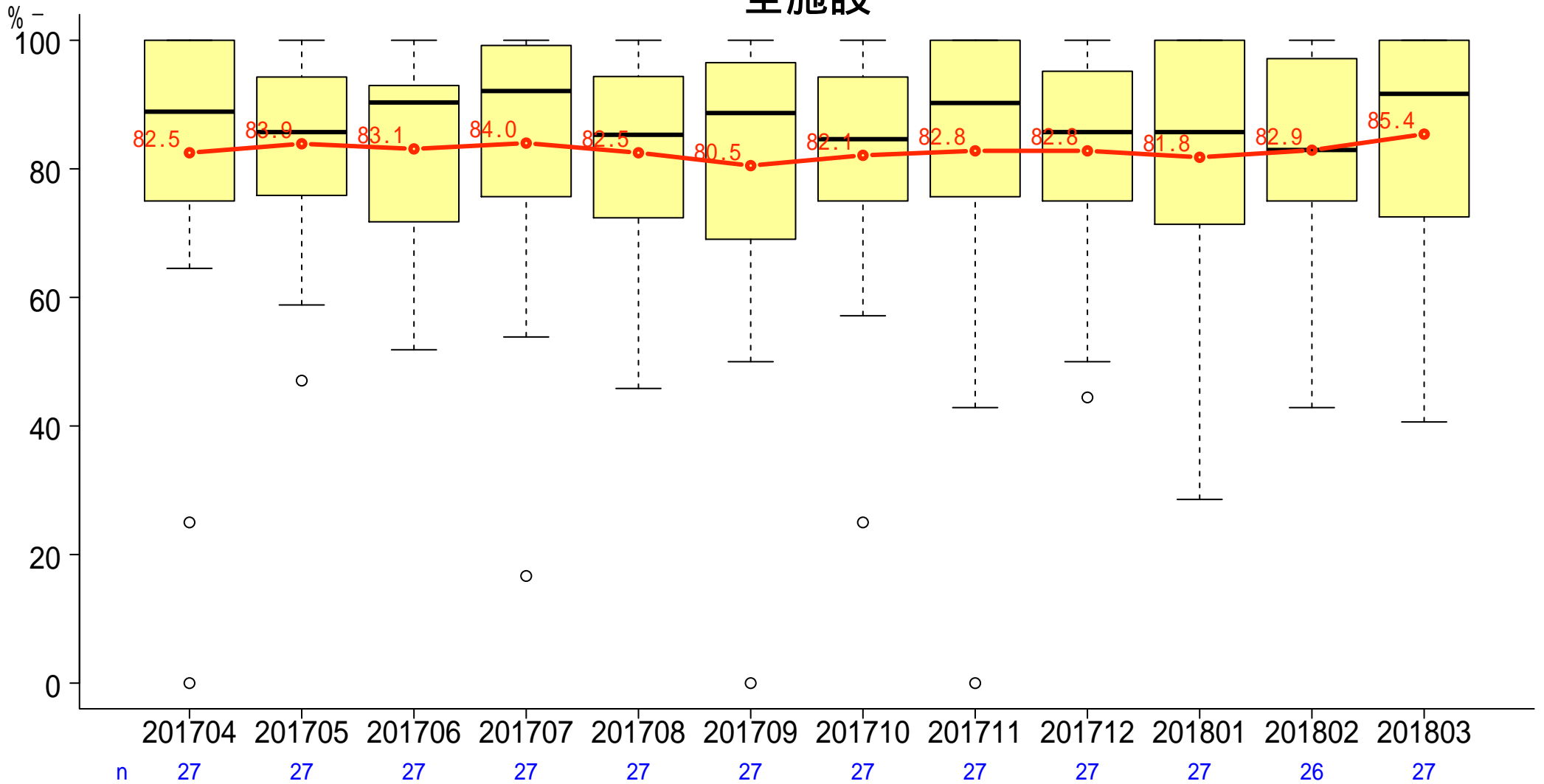
全施設



精神-5 在宅復帰率

分子:在宅退院患者数
分母:退院患者数

全施設

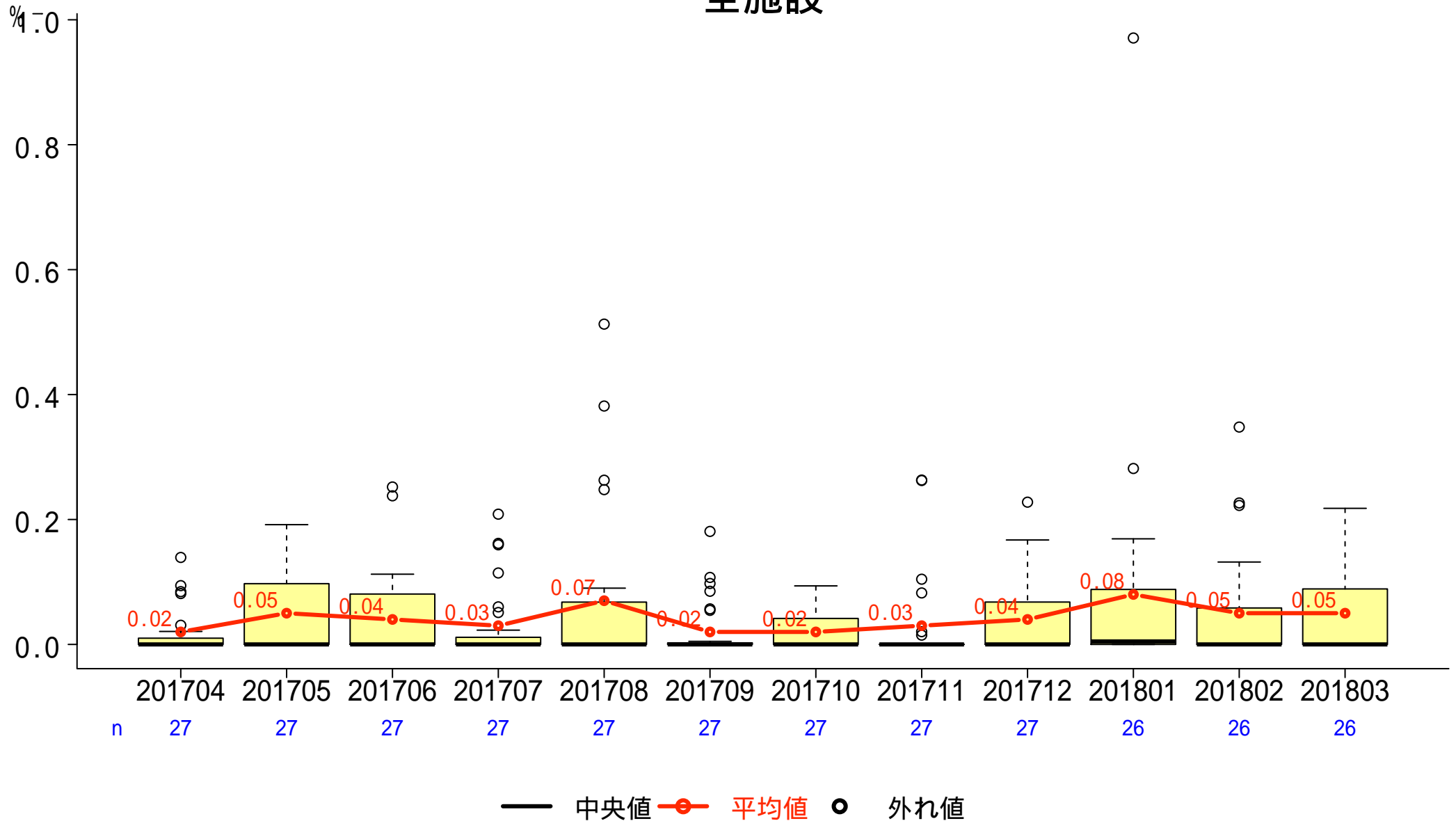


— 中央値 ● 平均值 ○ 外れ値

精神-6 褥瘡発生率

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

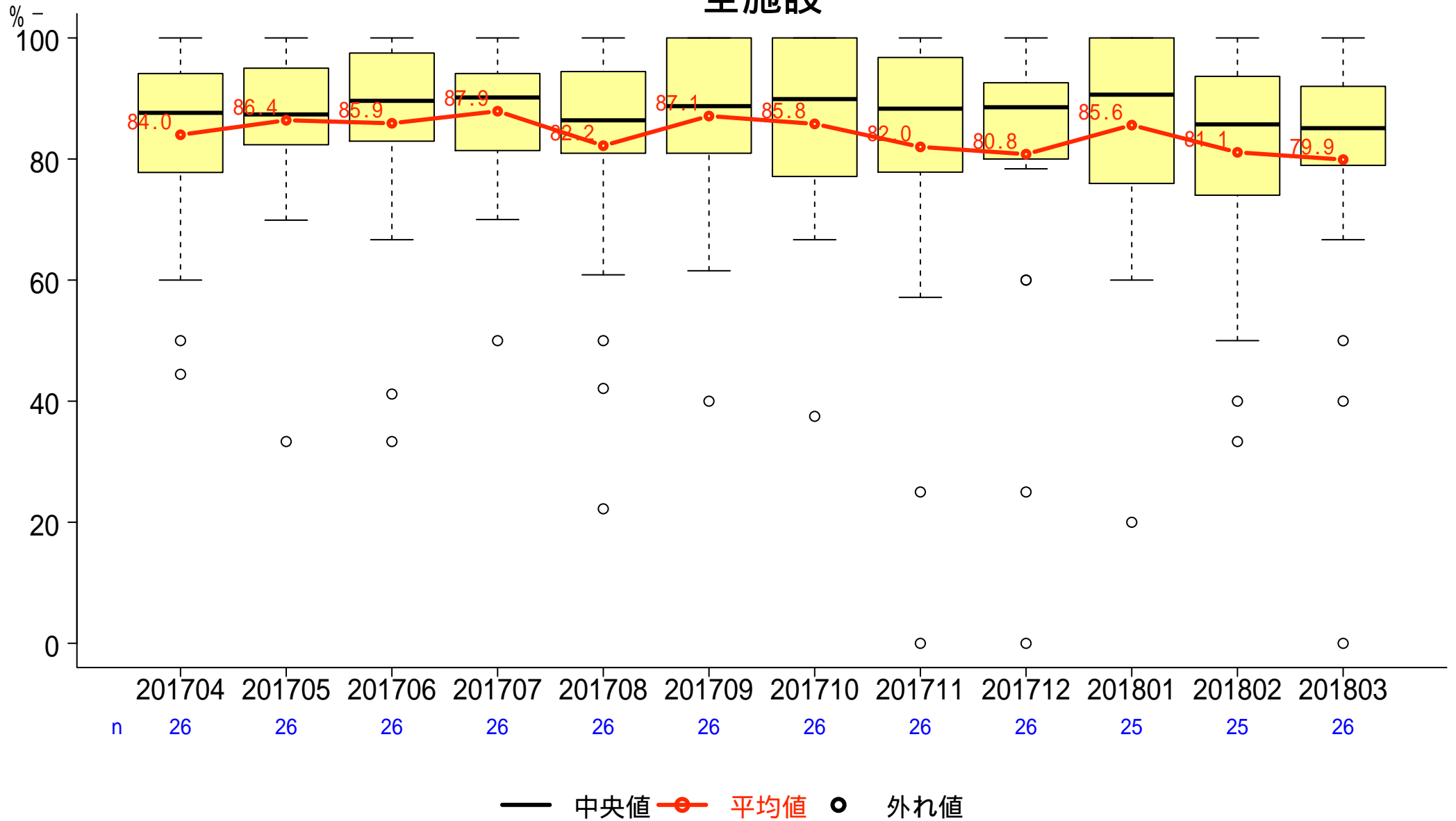
全施設



精神-7 90日以内の退院患者率

分子:90日以内に退院した患者数
分母:退院患者数

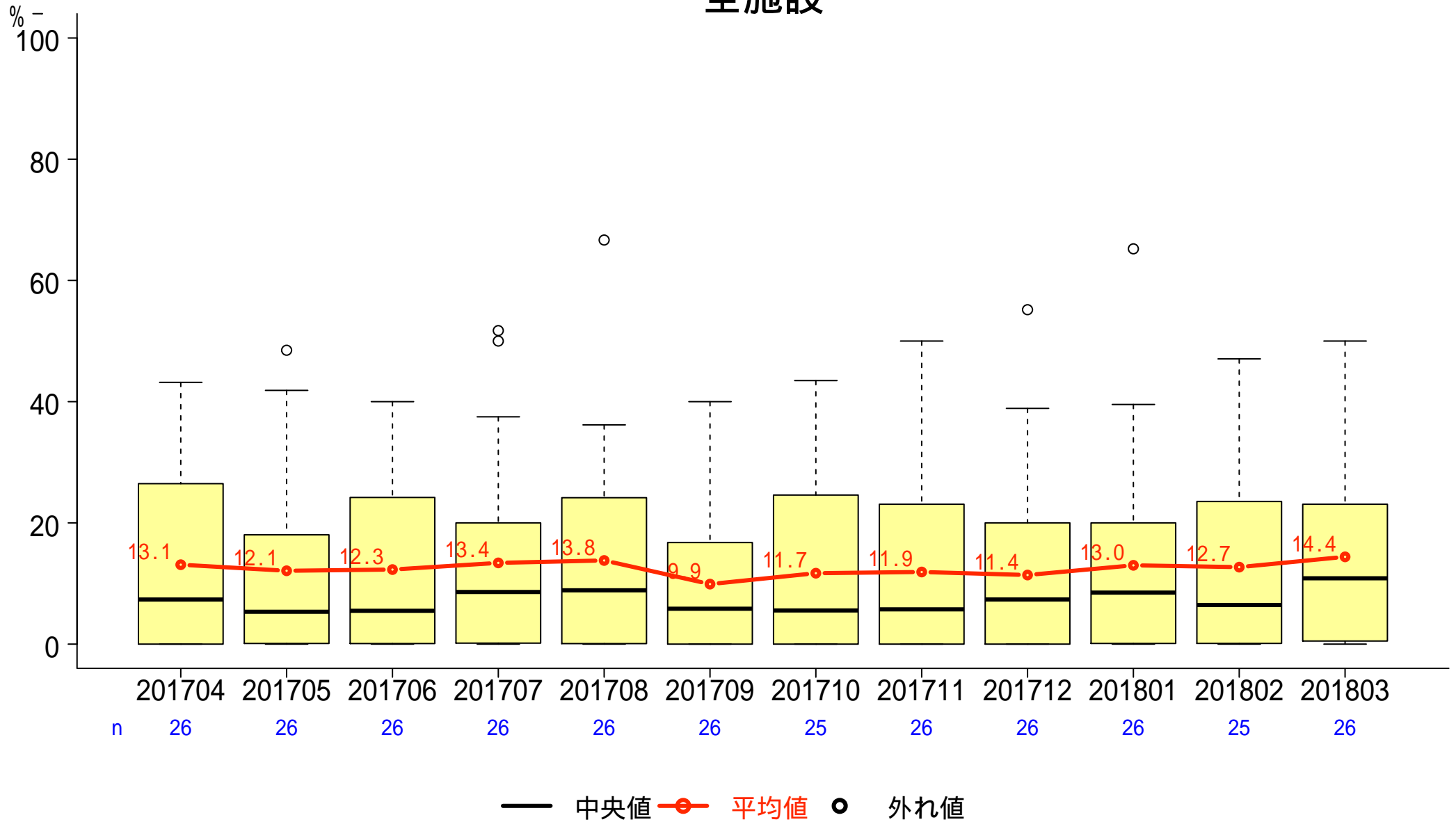
全施設



精神-8 再入院率

分子: 自院退院後90日以内の再入院患者数
分母: 新入院患者数

全施設

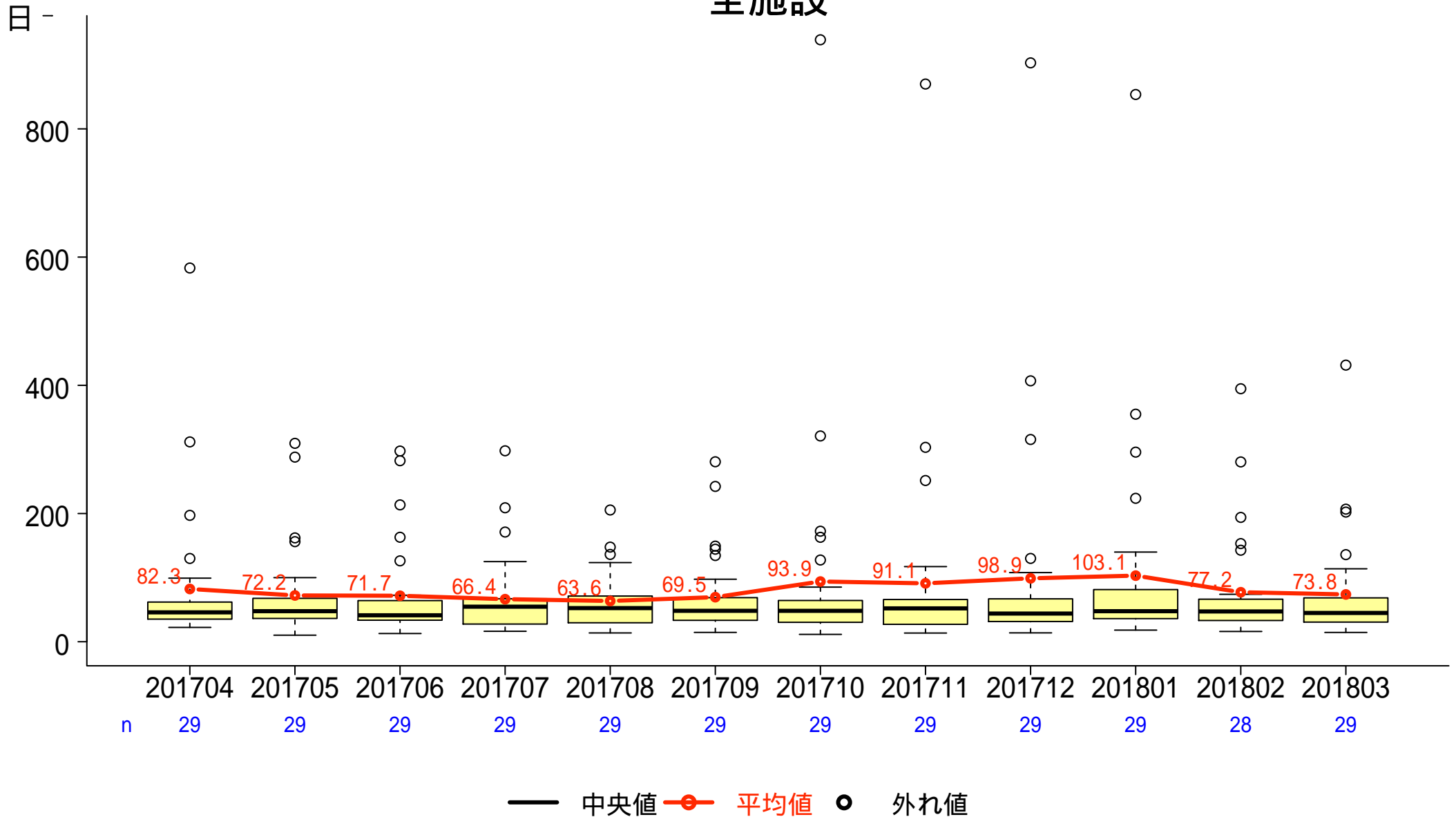


精神-9 平均在院日数(医療観察法病棟を除く)

分子:1か月間の在院患者延べ日数

分母:(1か月間の新入棟患者数+1か月間の新退棟患者数)/2

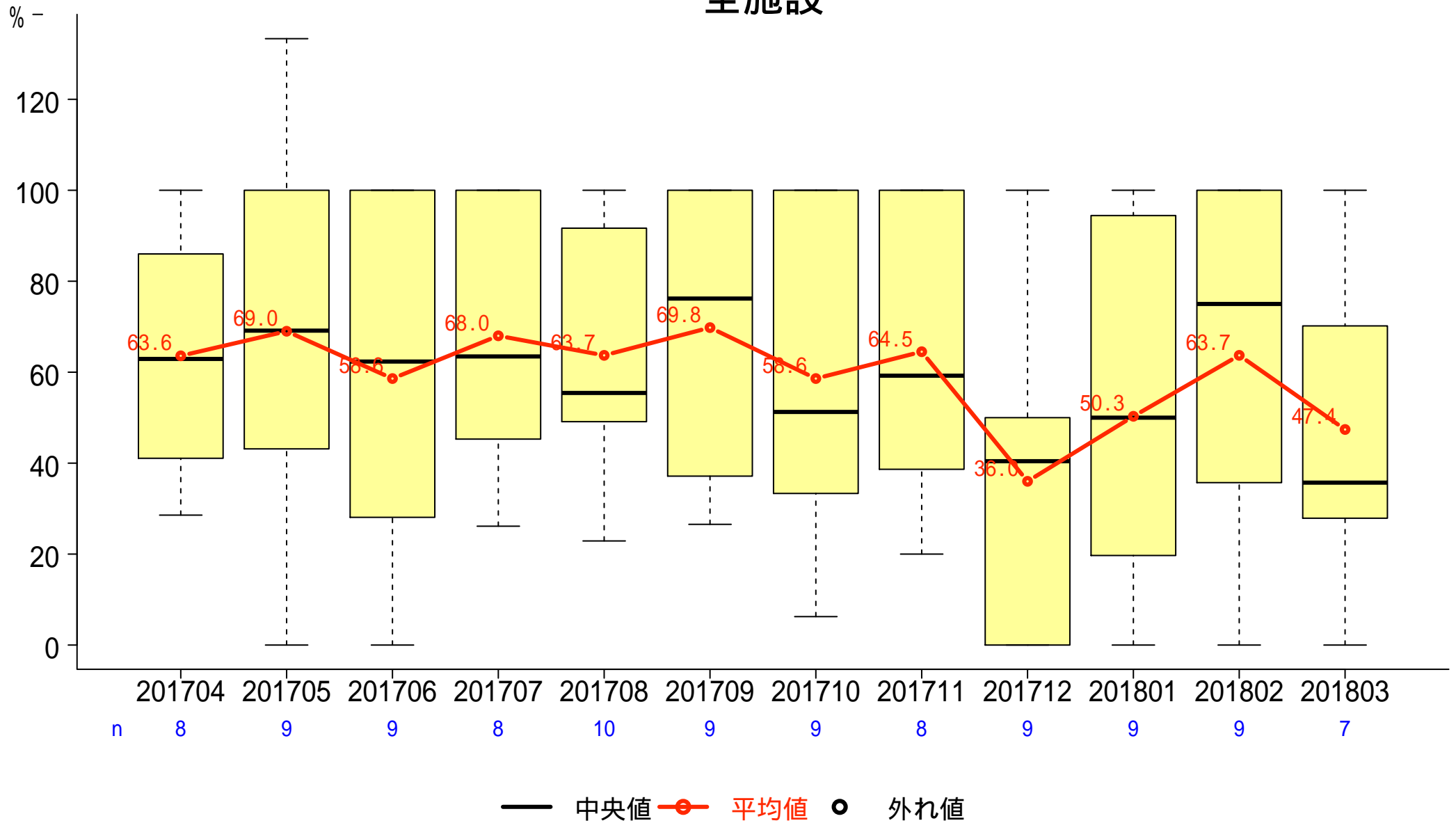
全施設



療養-1 紹介率

分子: 紹介患者数
分母: 初診患者数

全施設

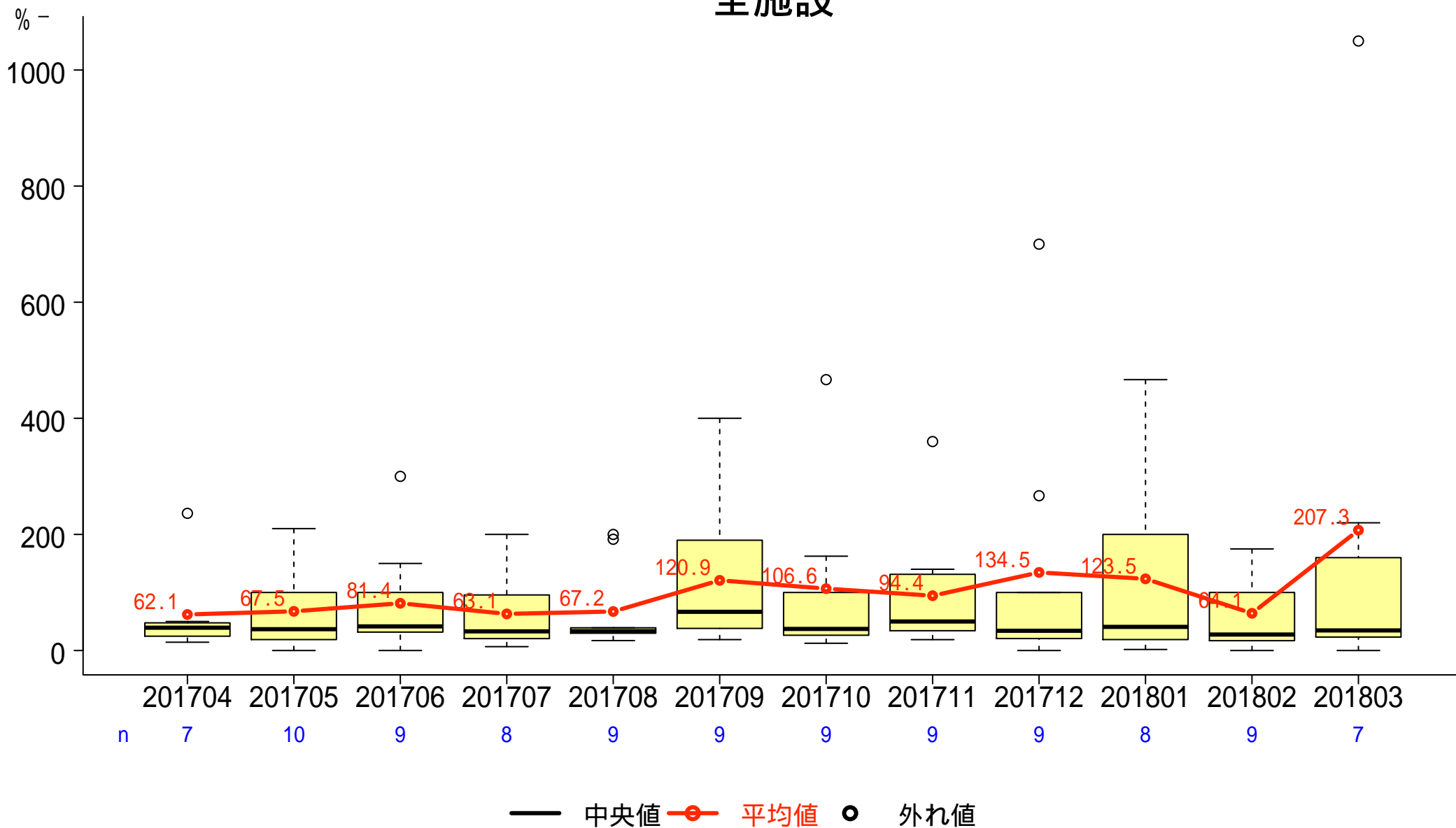


療養-2 逆紹介率

分子:逆紹介患者数

分母:初診患者数

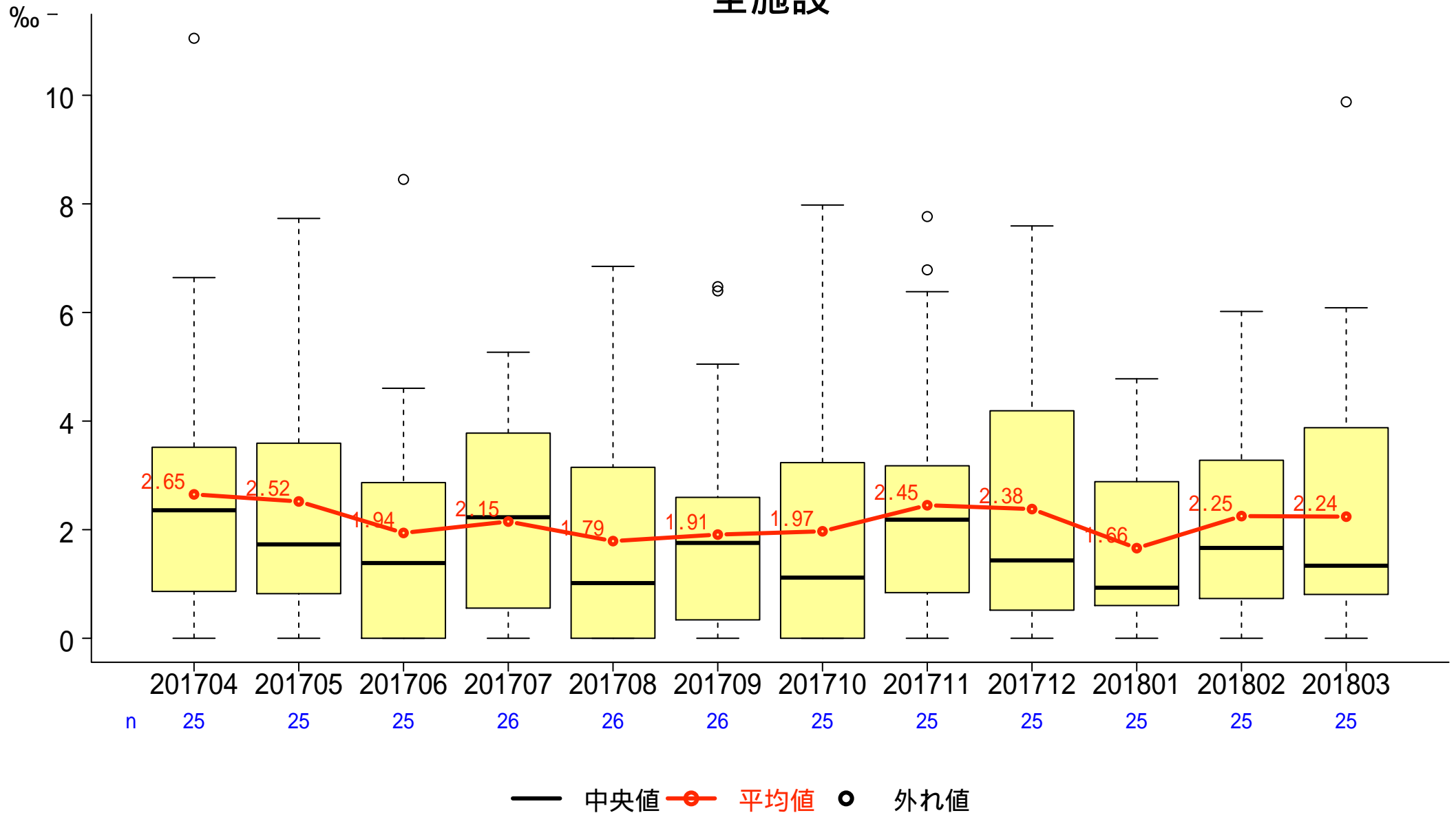
全施設



療養-3-a 入院患者の転倒・転落発生率

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

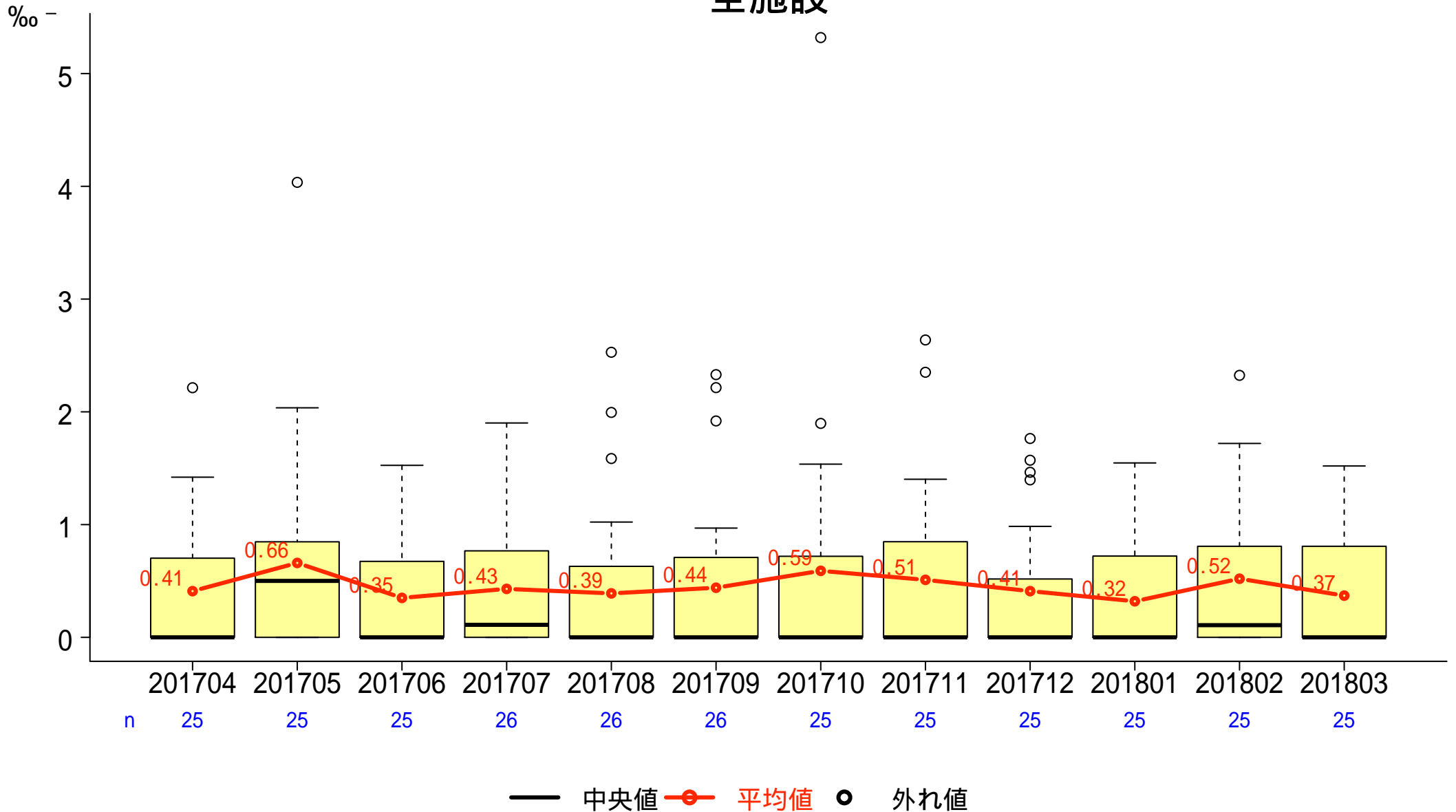
全施設



療養-3-b 入院患者の転倒・転落発生率（損傷レベル2以上）

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

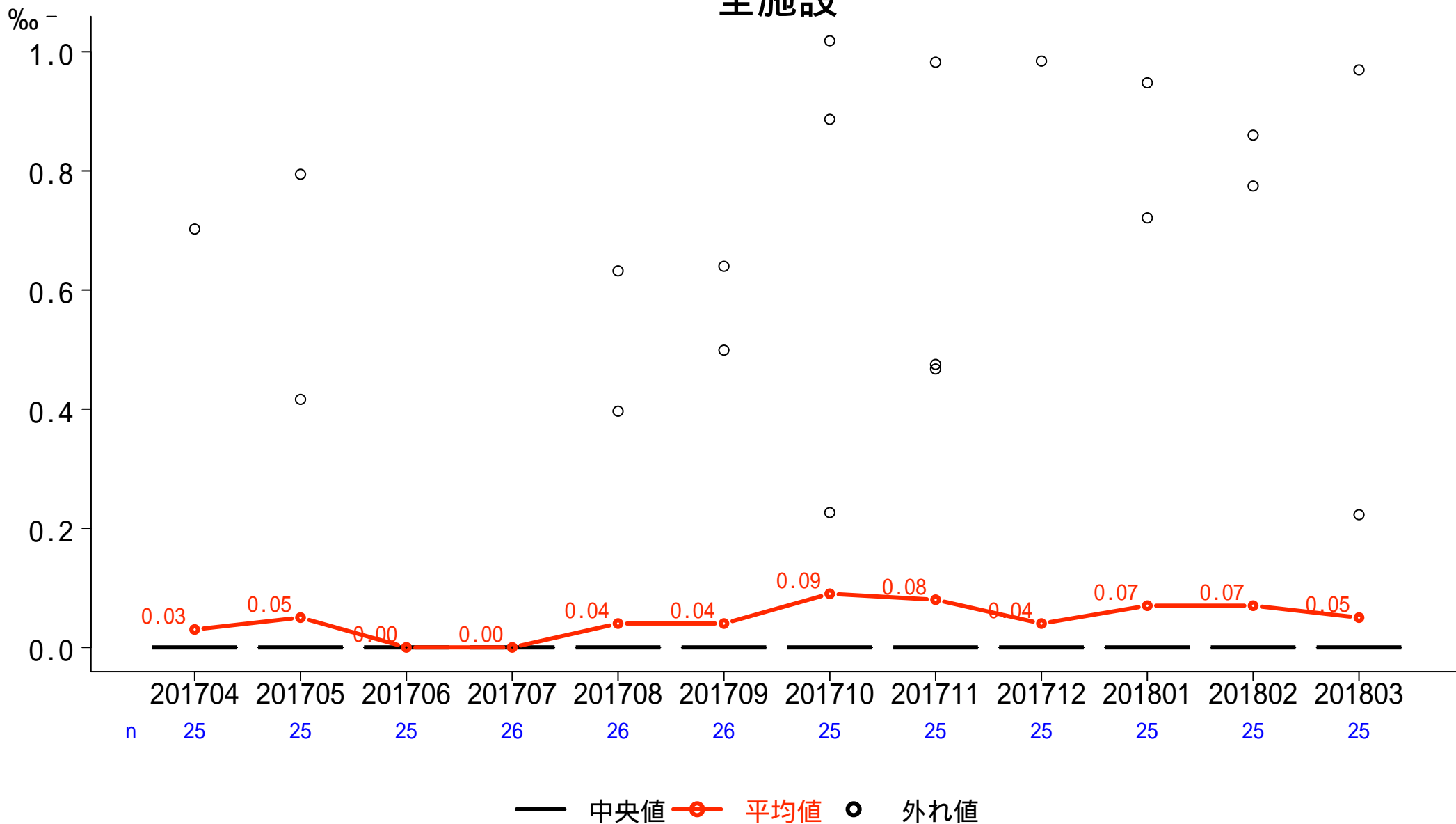
全施設



療養-3-c 入院患者の転倒・転落発生率（損傷レベル4以上）

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

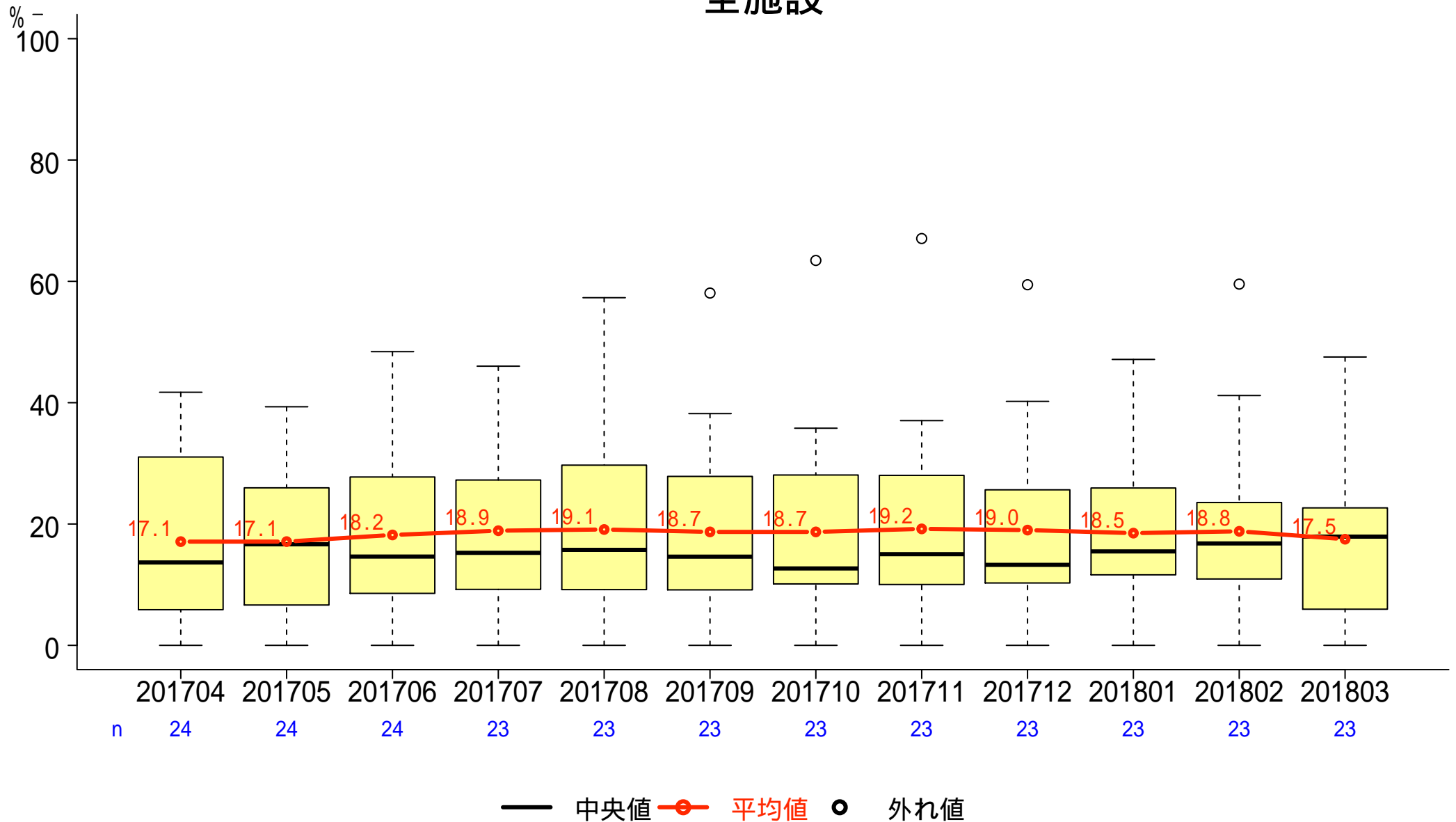
全施設



療養-4 身体抑制率

分子:(物理的)身体抑制を実施した入院延べ患者数
分母:入院延べ患者数

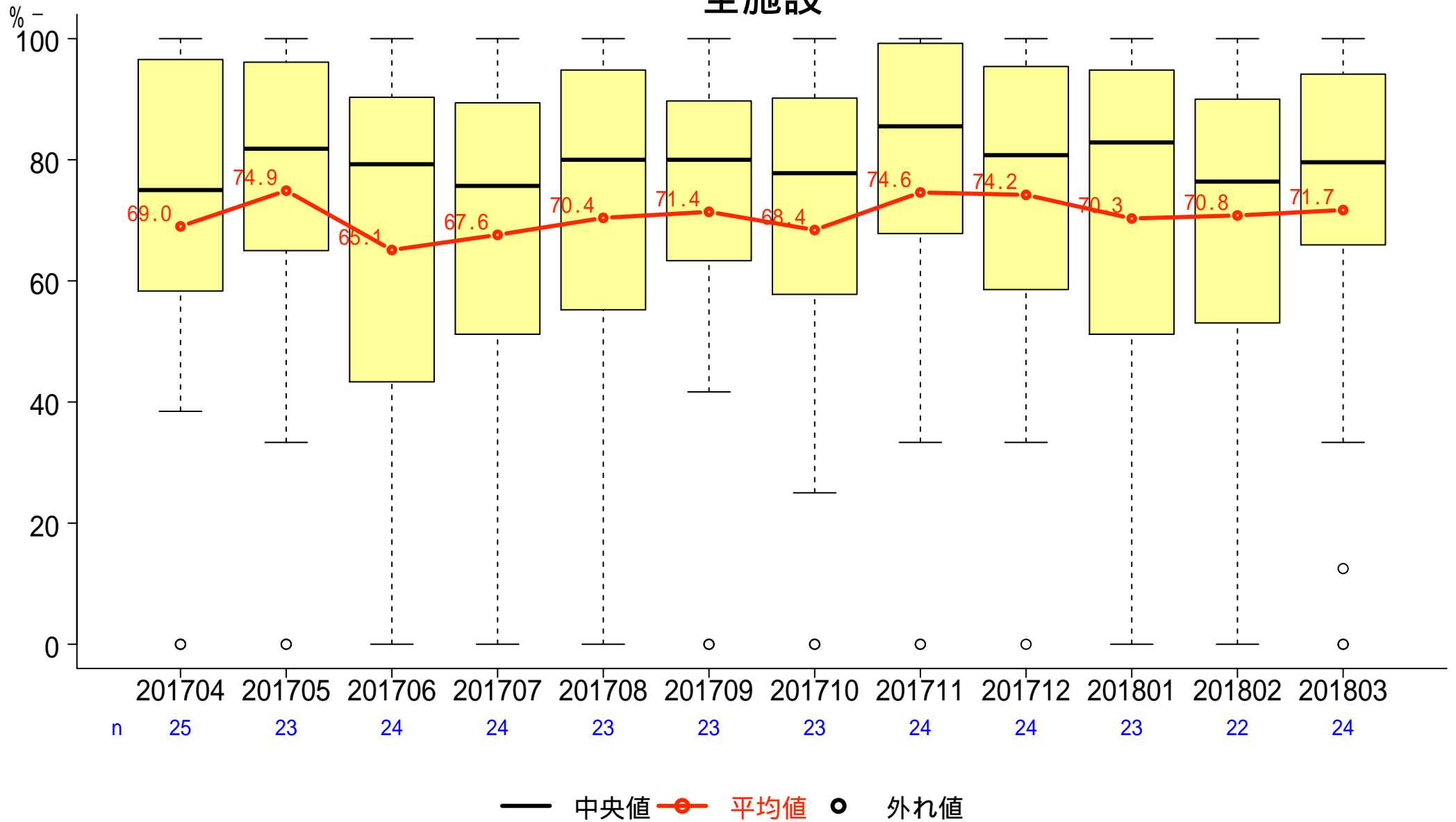
全施設



療養-5 在宅復帰率

分子:在宅退院患者数
分母:退院患者数

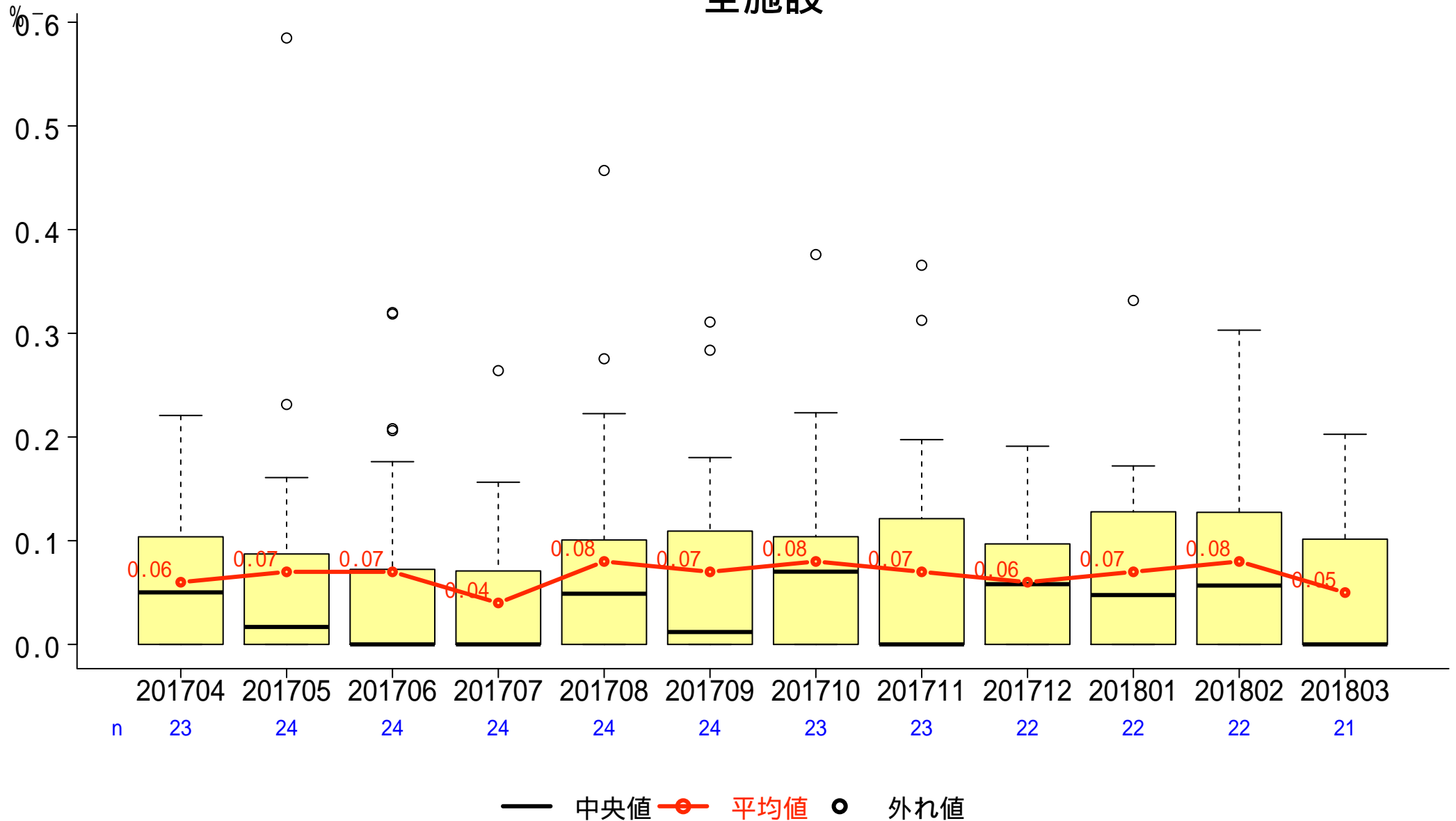
全施設



療養-6 褥瘡発生率

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

全施設

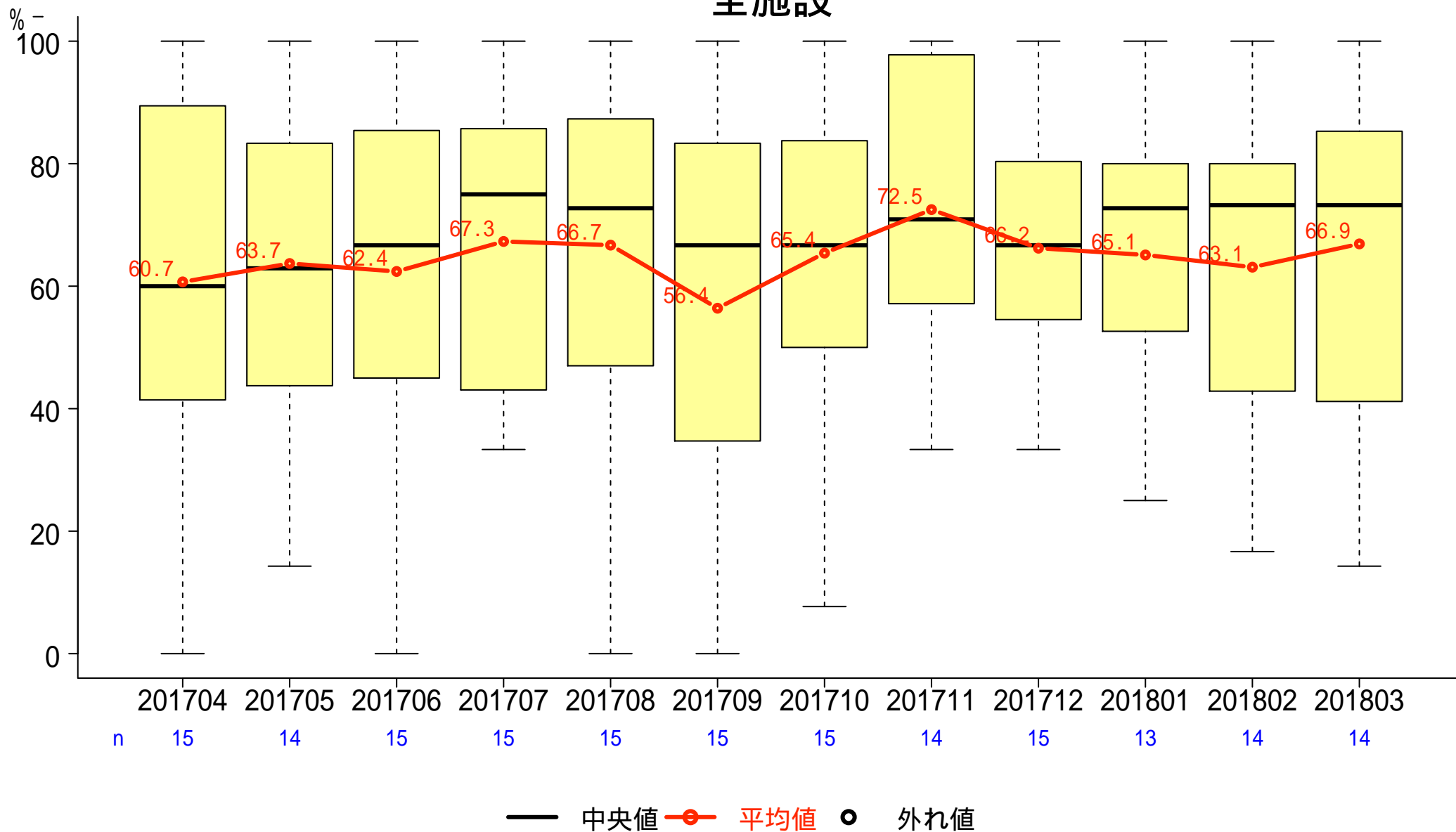


療養-7 療養病床における糖尿病患者の血糖コントロール

分子:HbA1c(NGSP)の最終値が8.0%未満の入院患者数

分母:糖尿病の薬物治療を入院で30日以上投与されている入院患者数

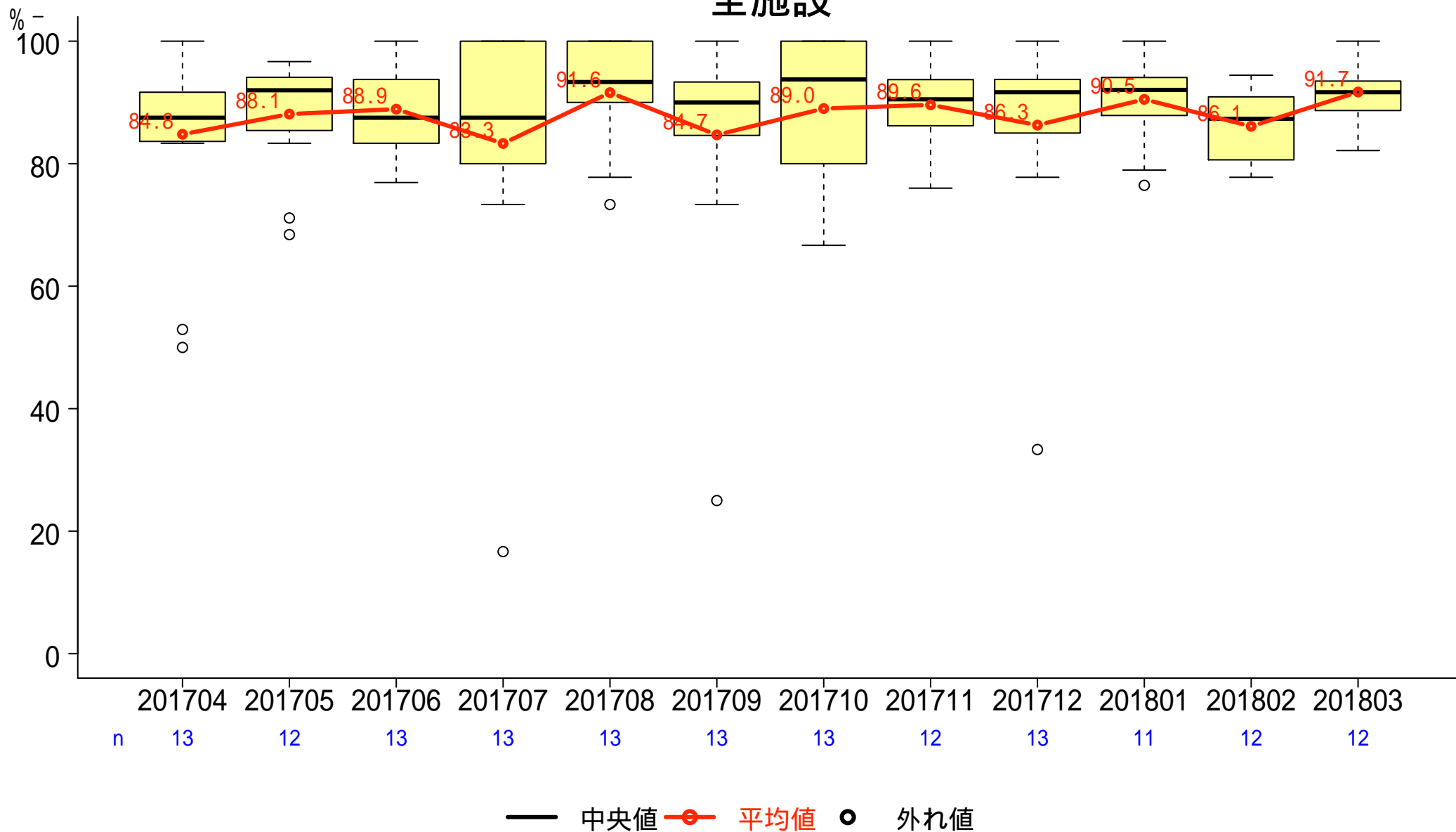
全施設



療養-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

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

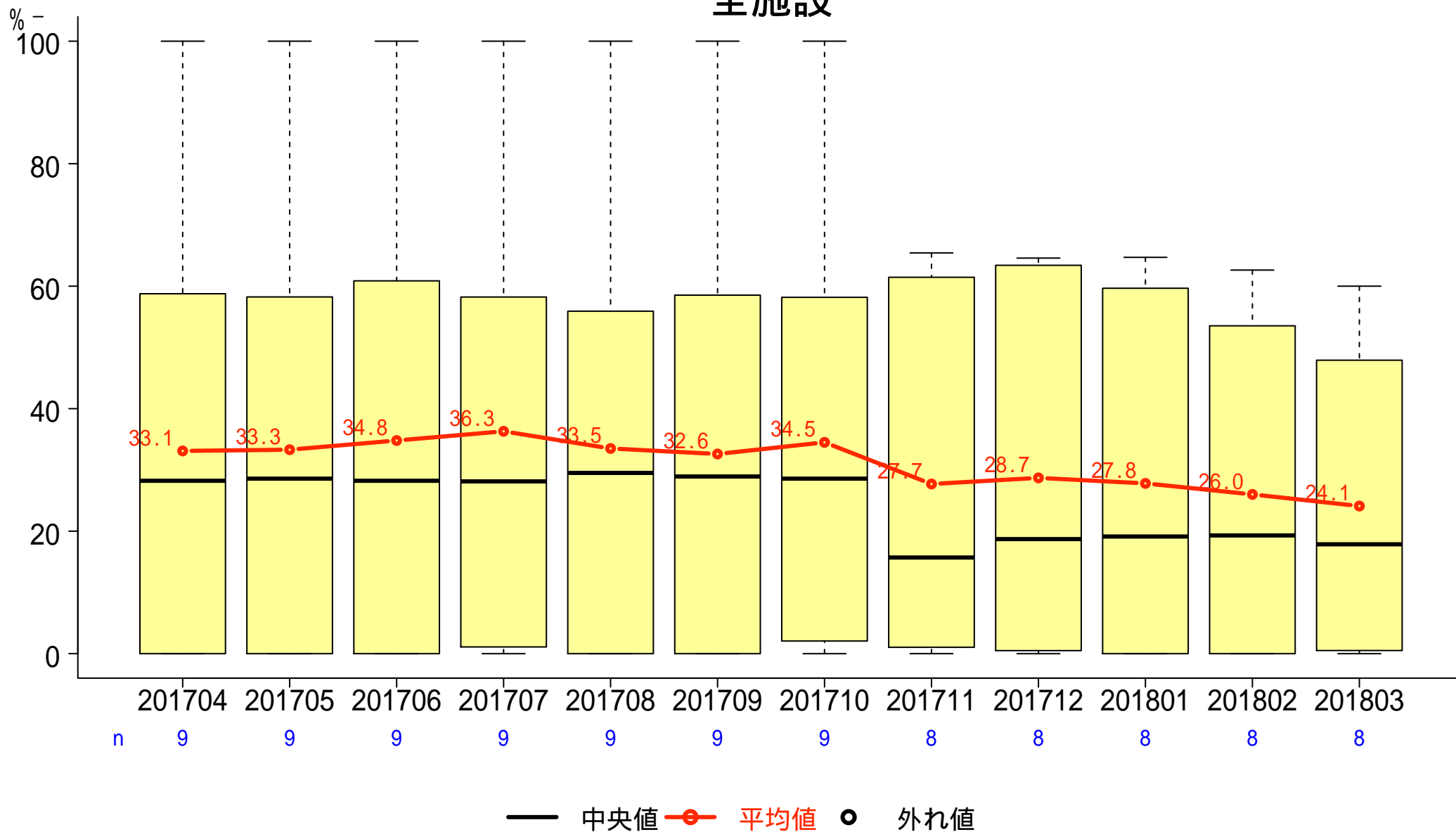
全施設



療養-9 インフォームド・コンセント実施率

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

全施設



病床区分別結果

病床区分別

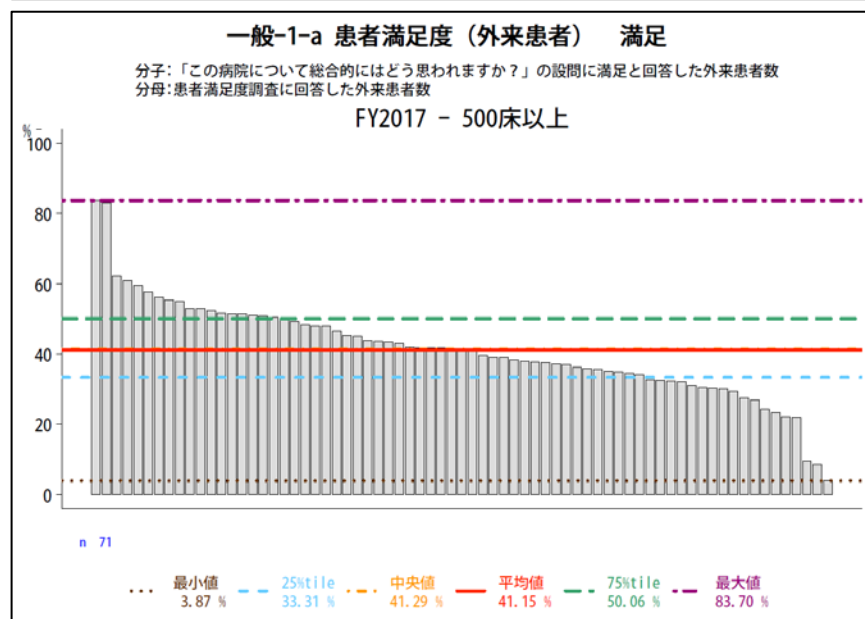
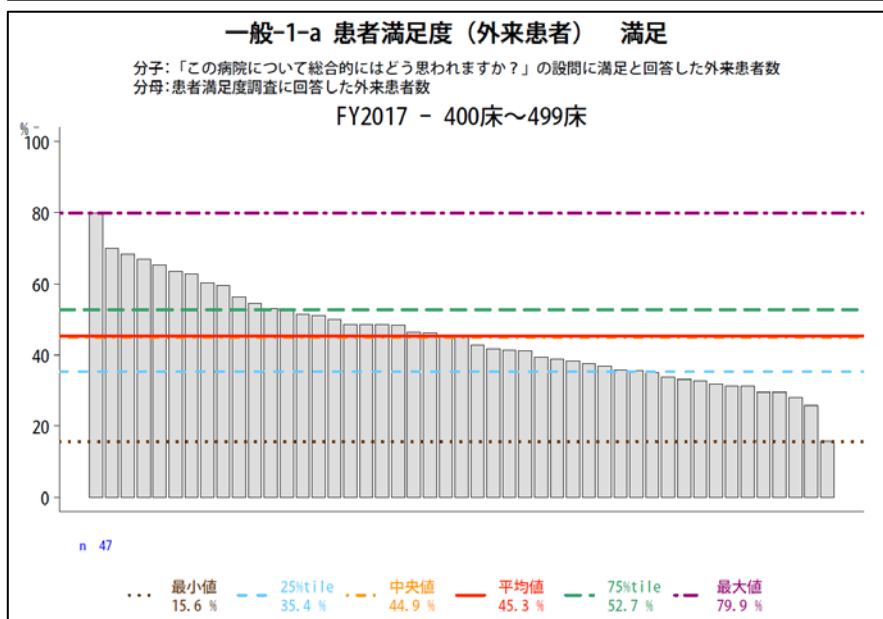
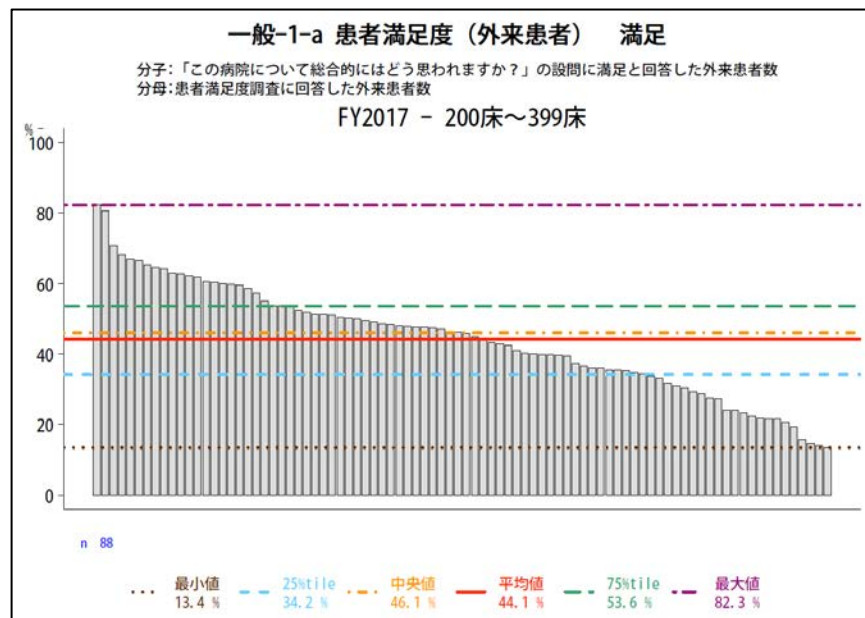
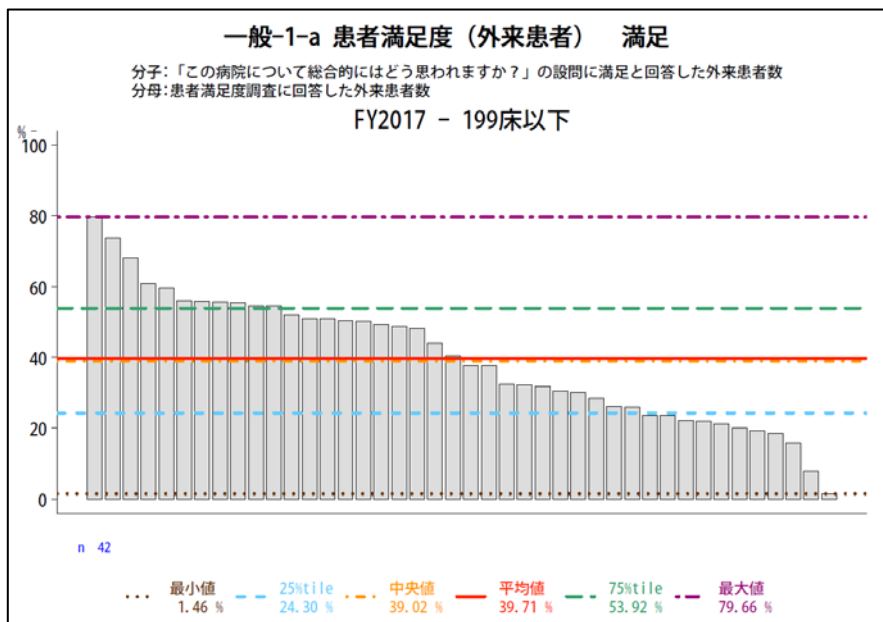
本プロジェクトでは、参加施設からの要望もあり、2017年度第2四半期より病床区分別の図表もフィードバックしています。

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

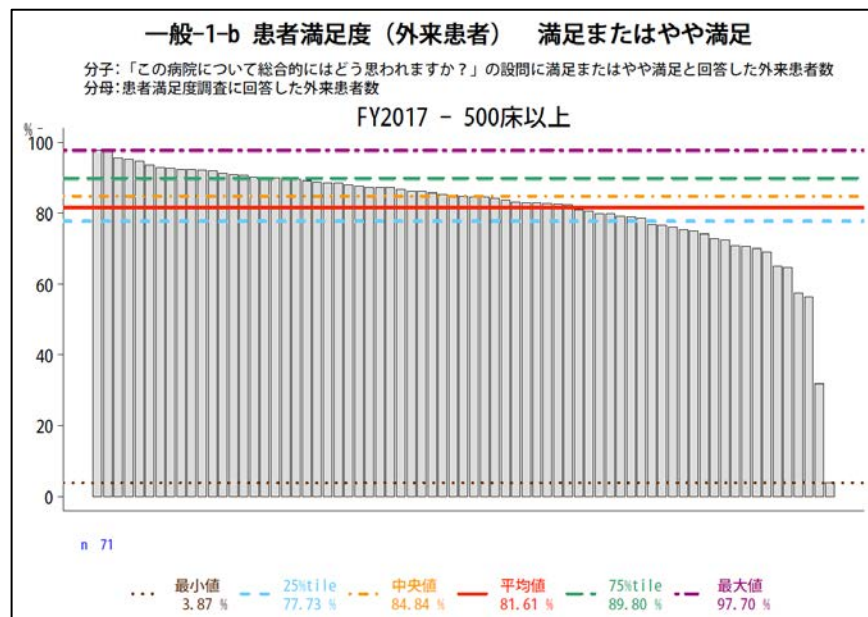
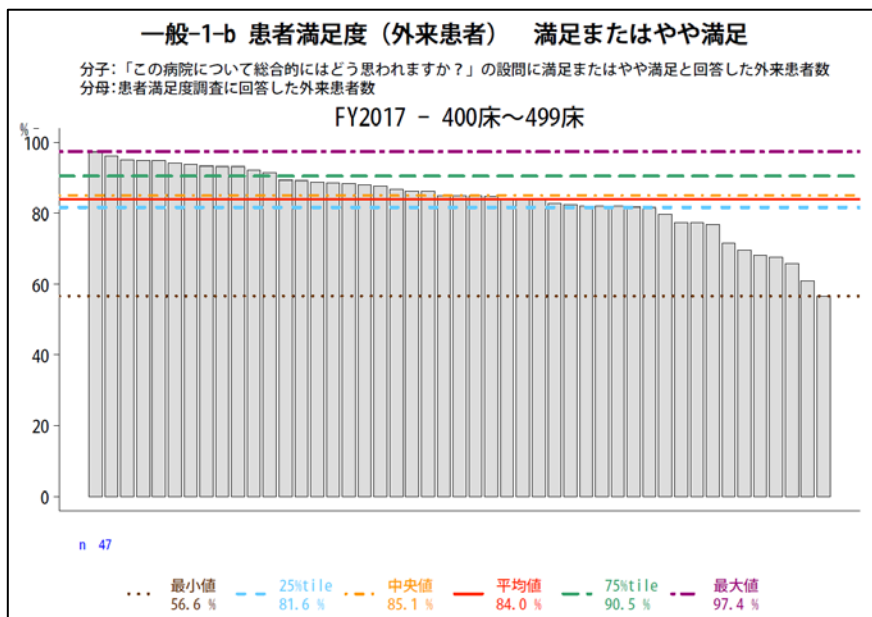
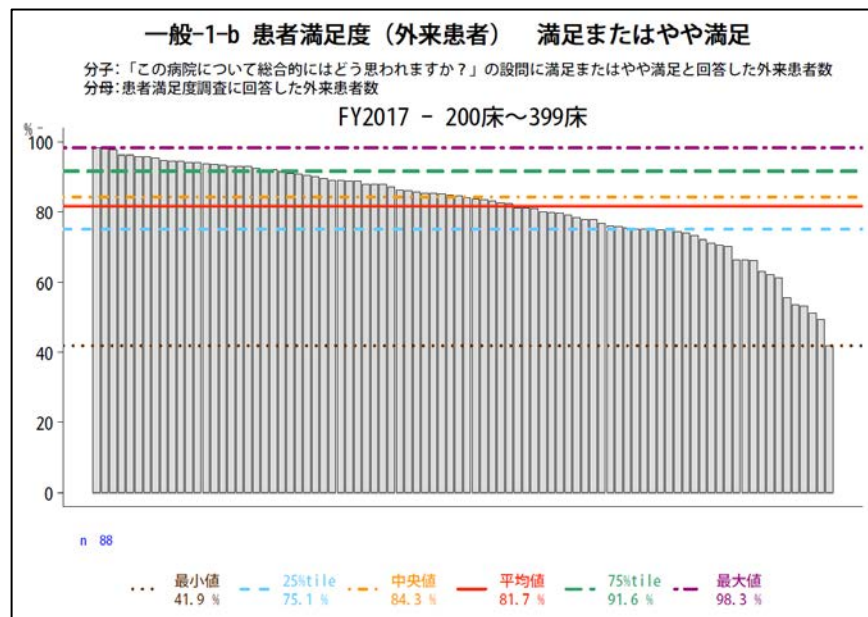
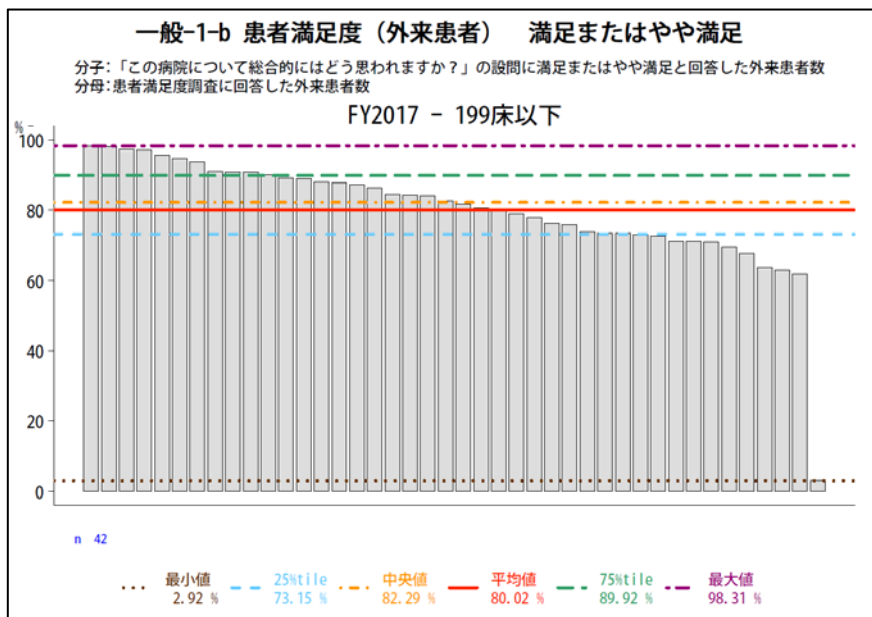
区分は、199床以下、200床以上399床以下、400床以上499床以下、500床以上の4区分になります。

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

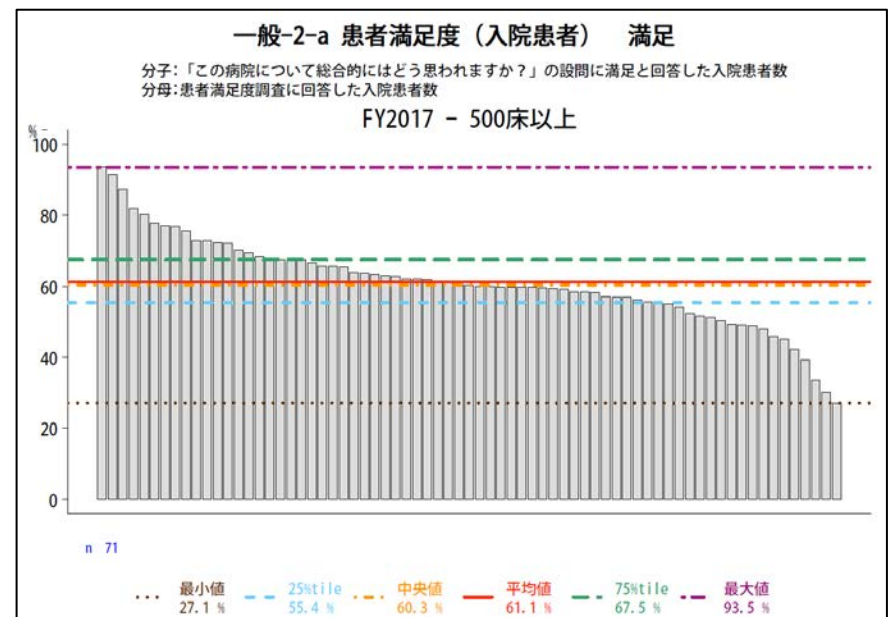
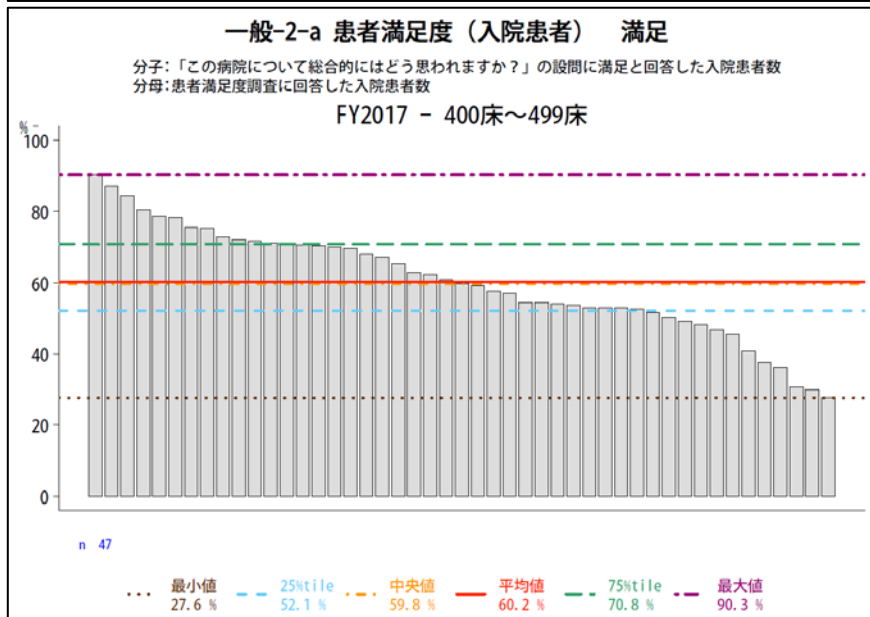
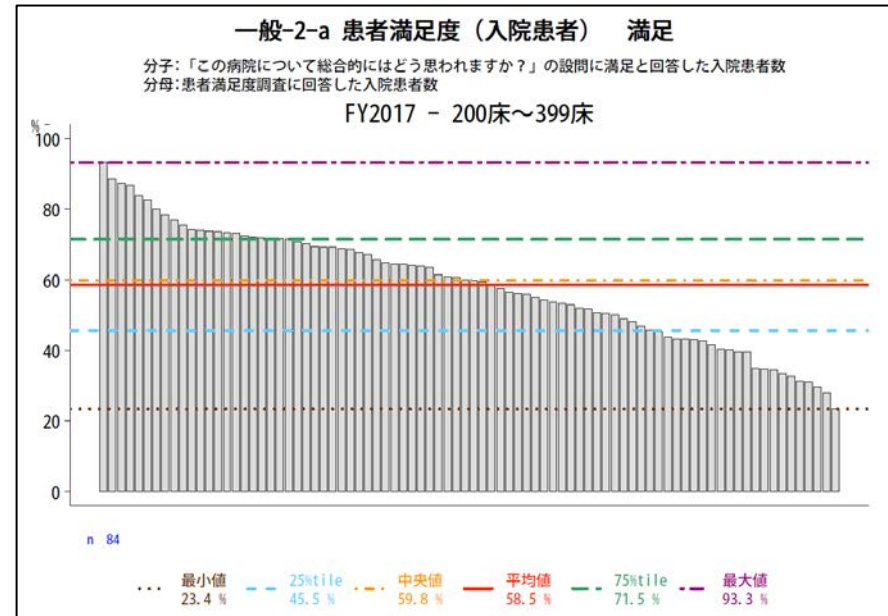
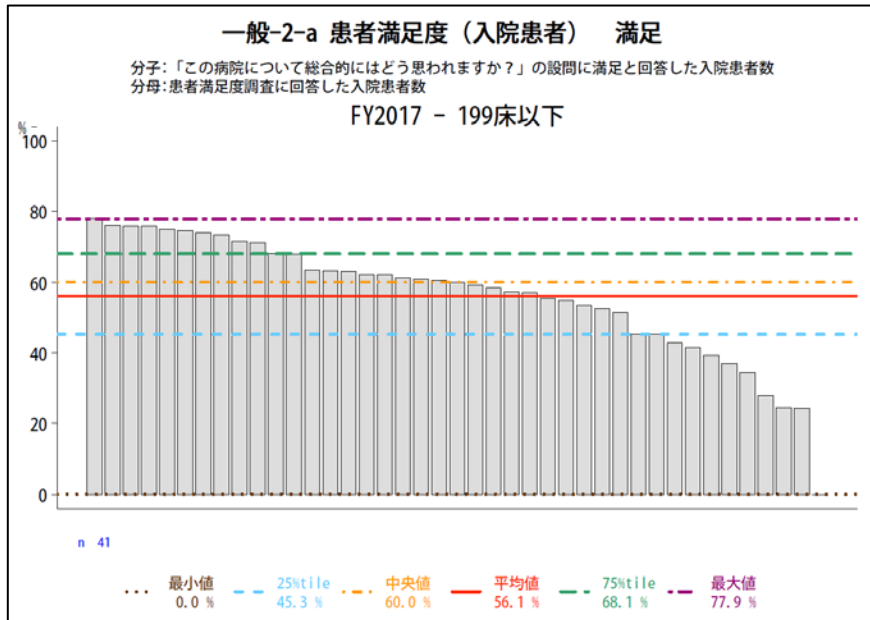
1-a 患者満足度(外来患者) 満足



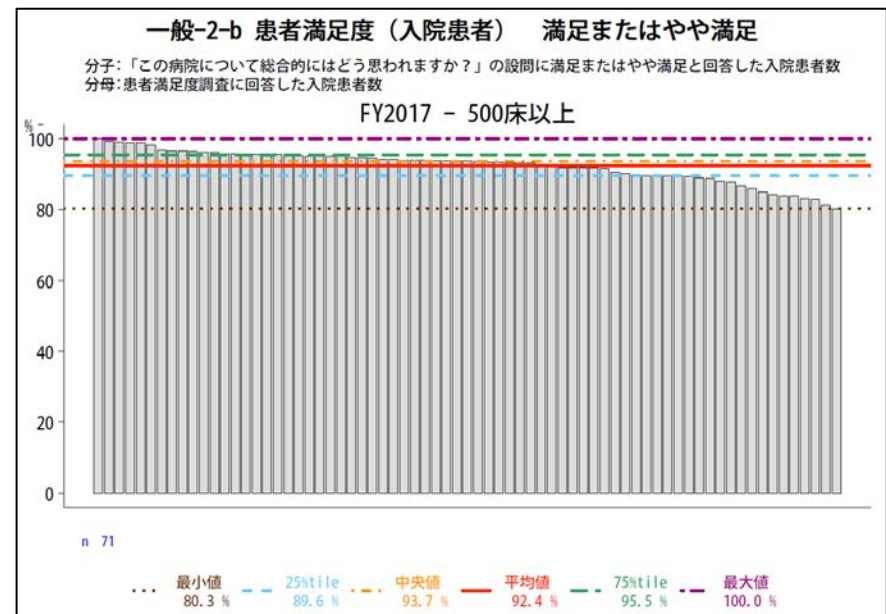
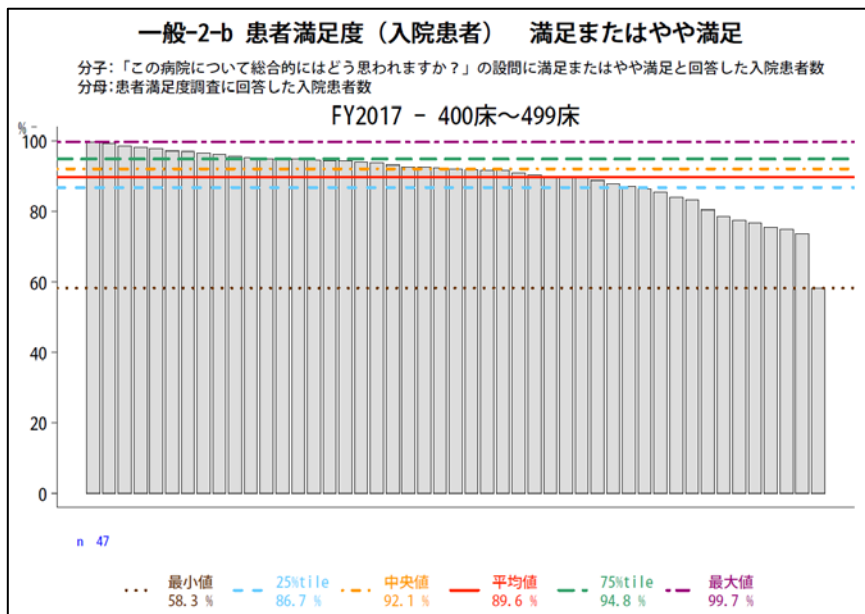
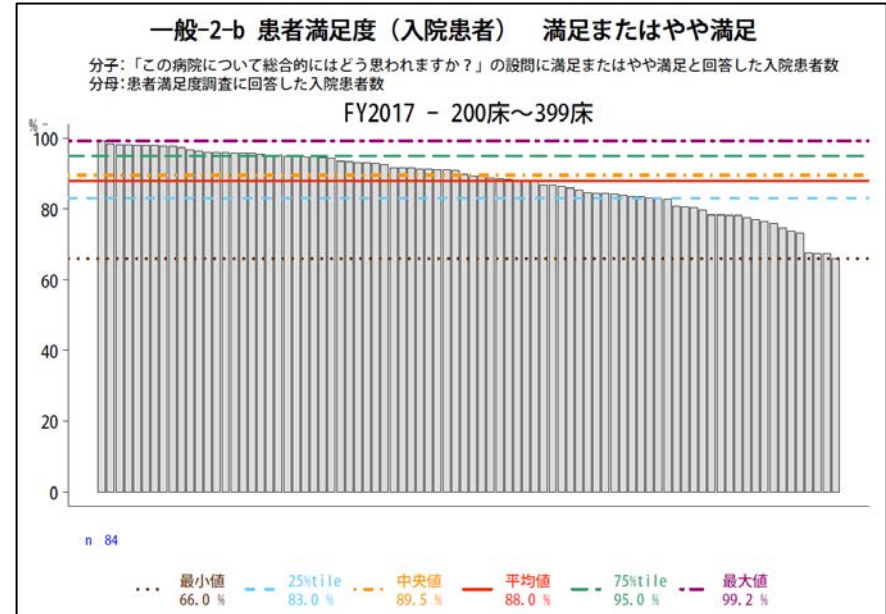
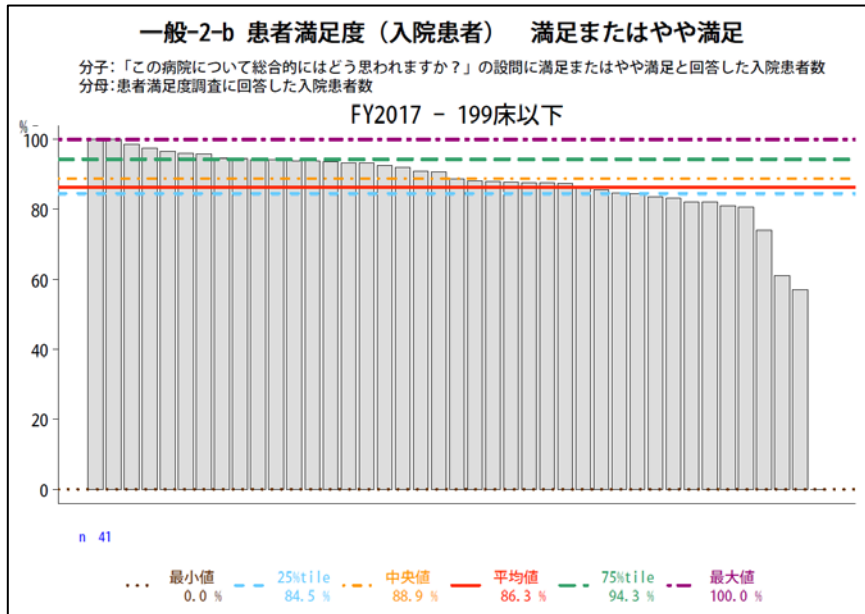
1-b 患者満足度(外来患者) 満足またはやや満足



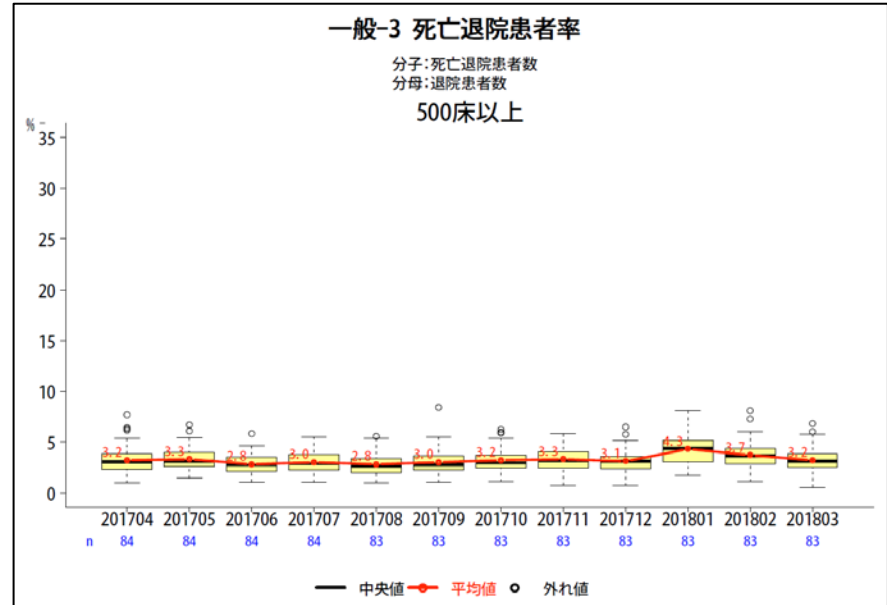
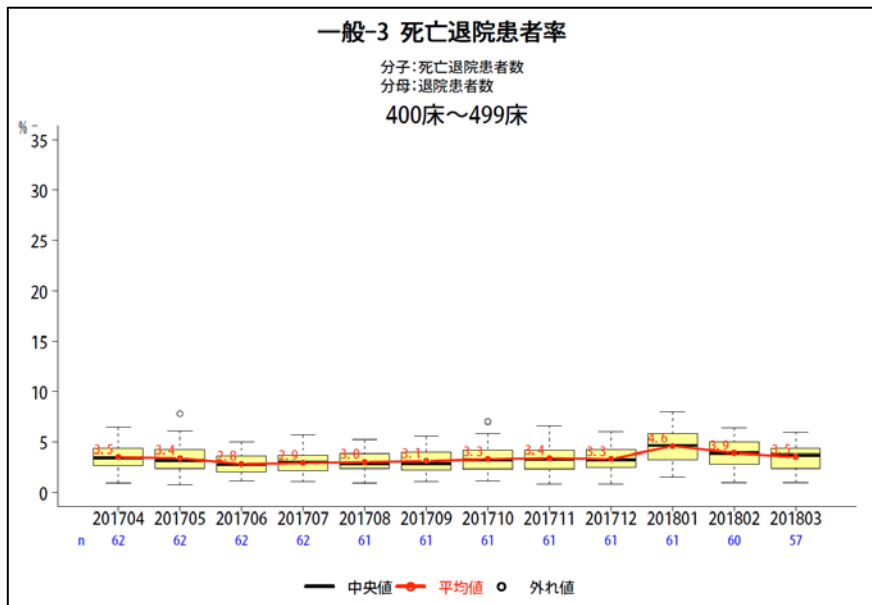
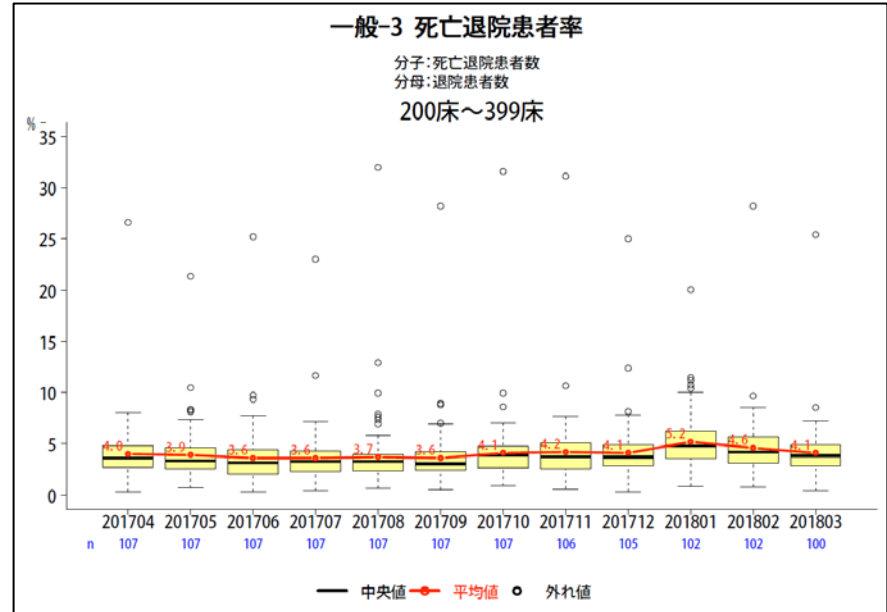
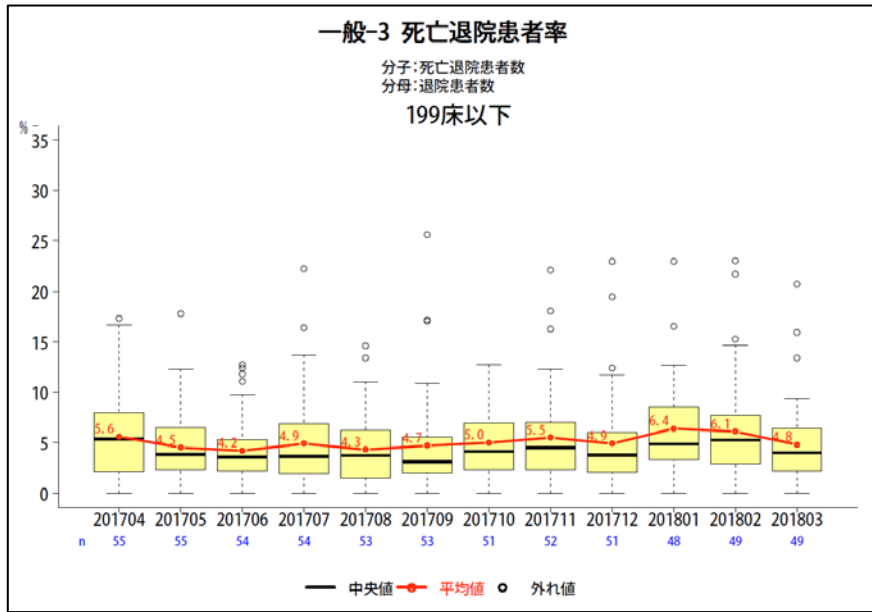
2-a 患者満足度(入院患者) 満足



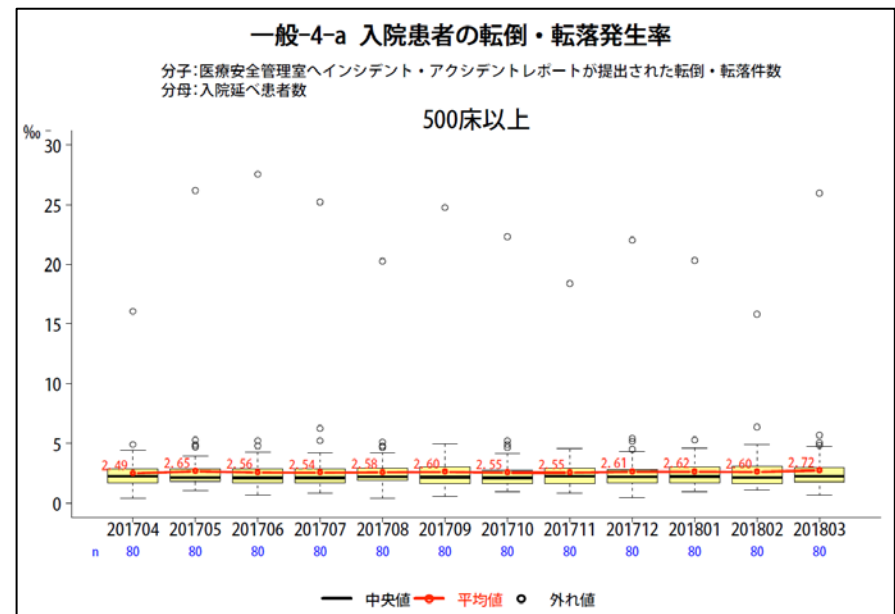
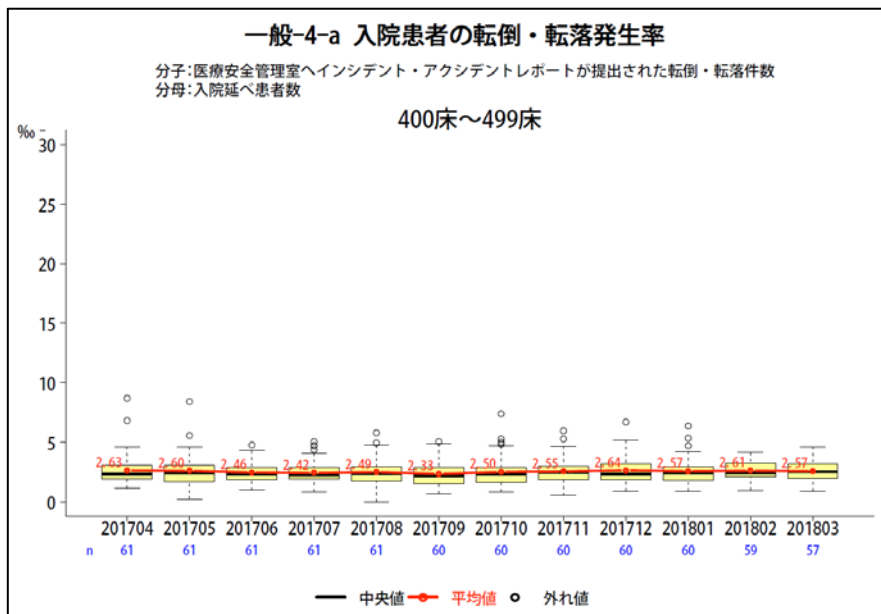
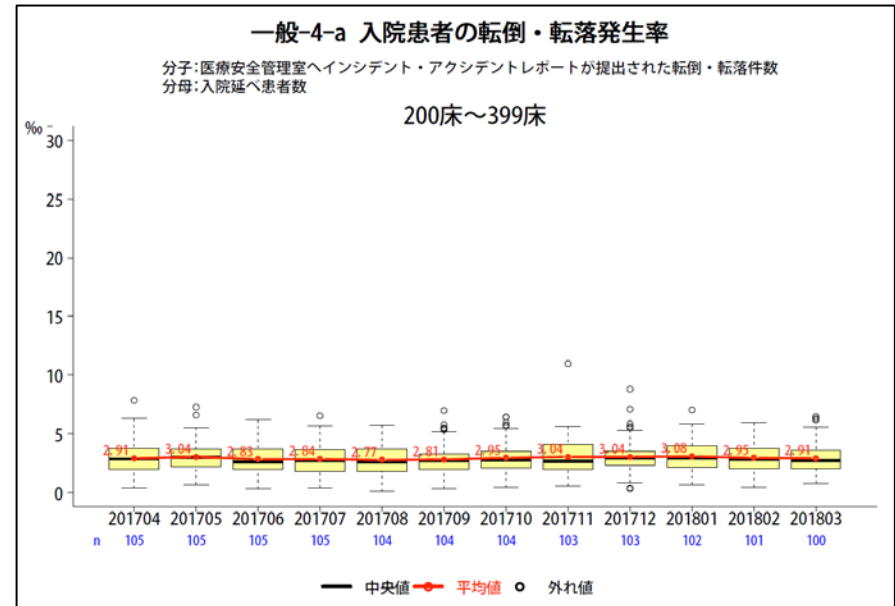
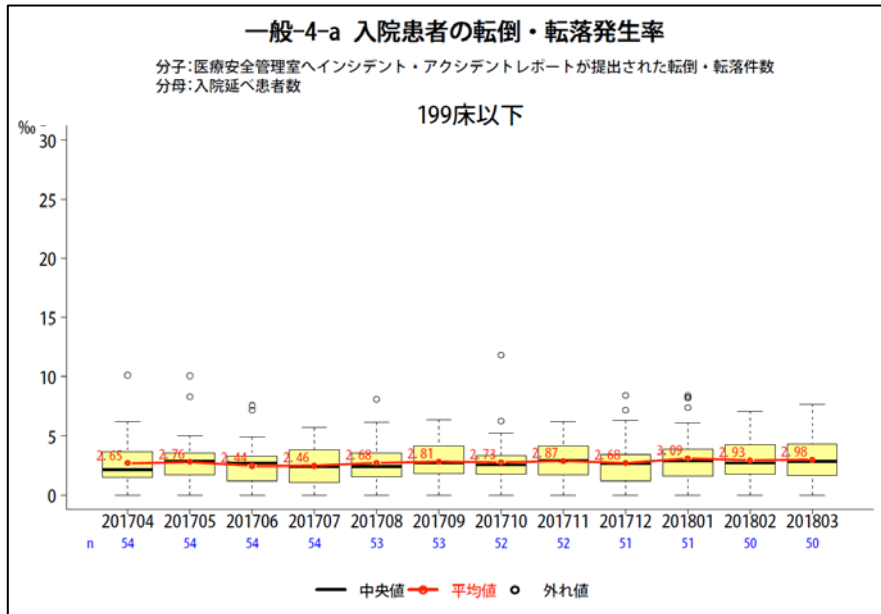
2-b 患者満足度(入院患者) 満足またはやや満足



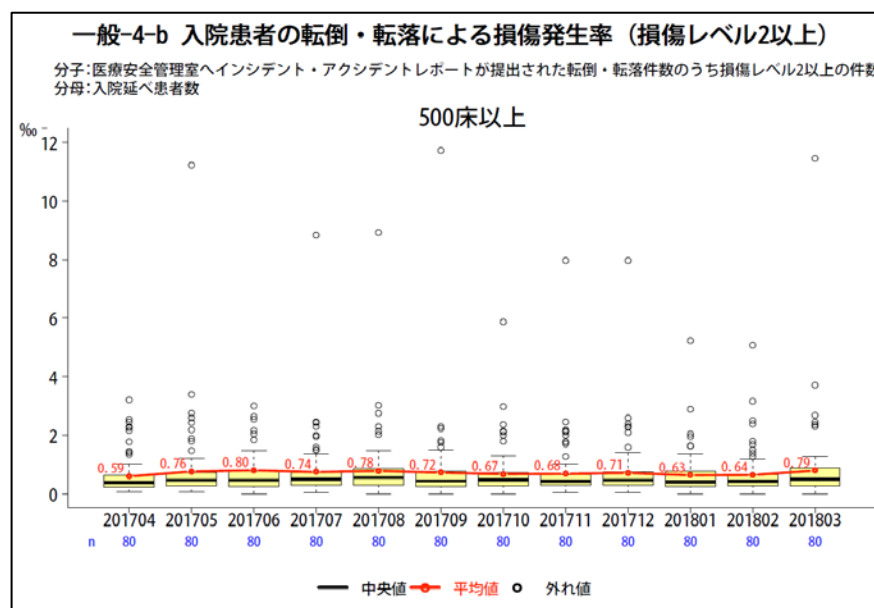
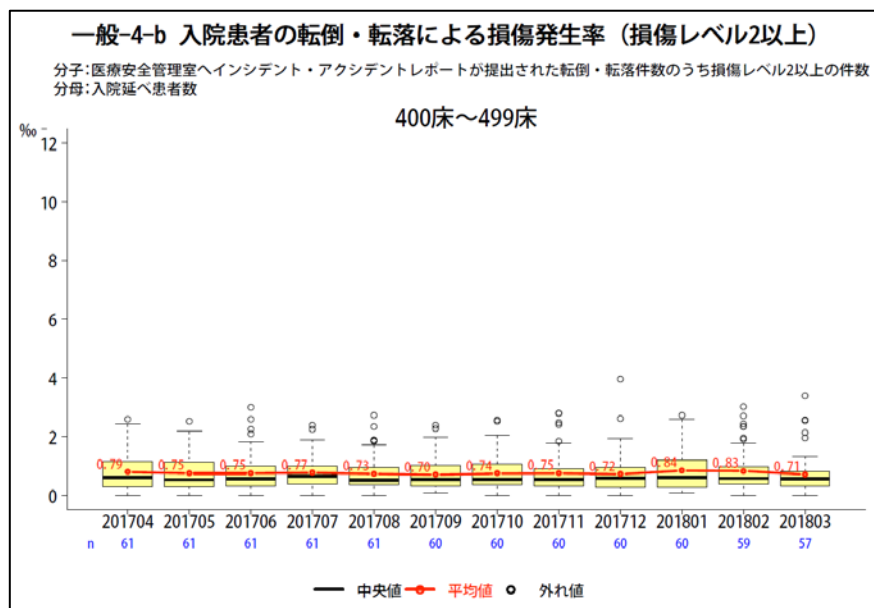
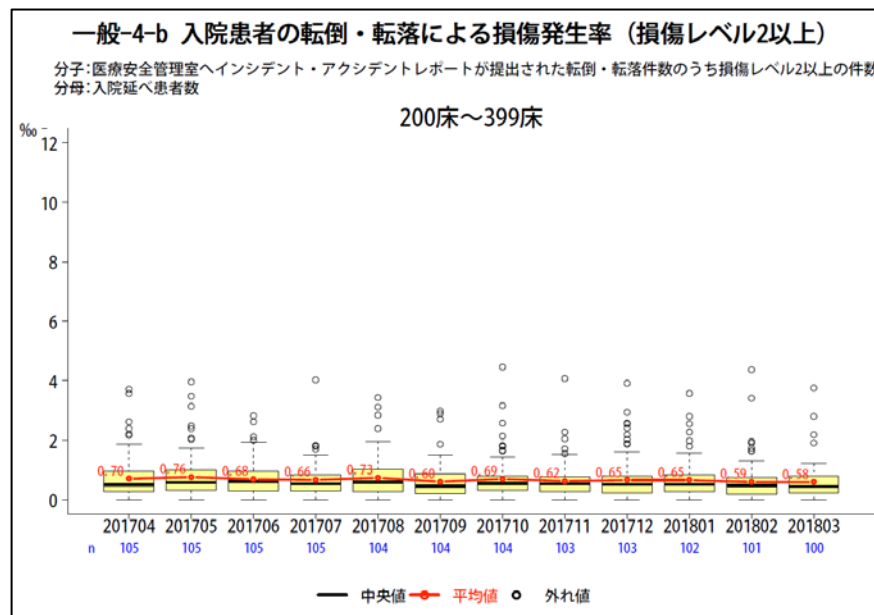
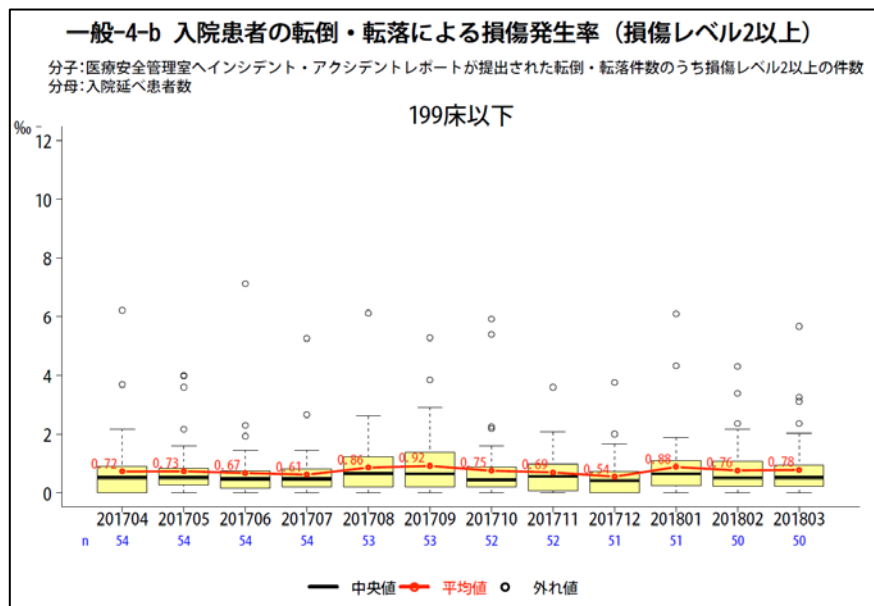
3 死亡退院患者率



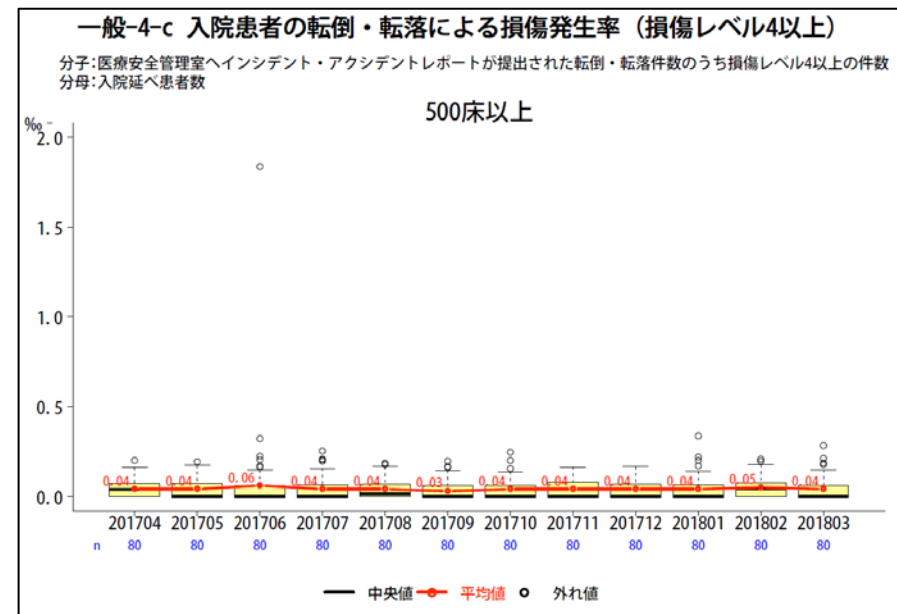
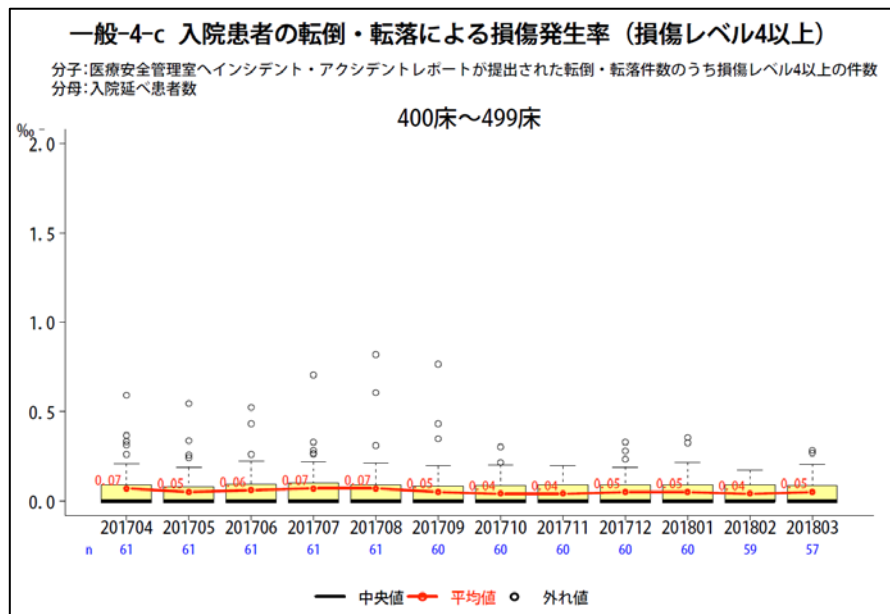
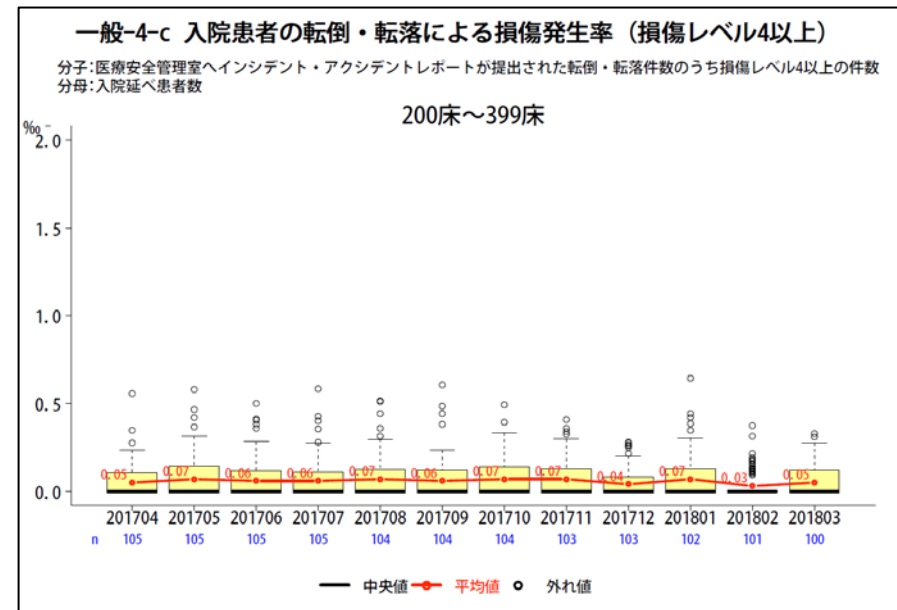
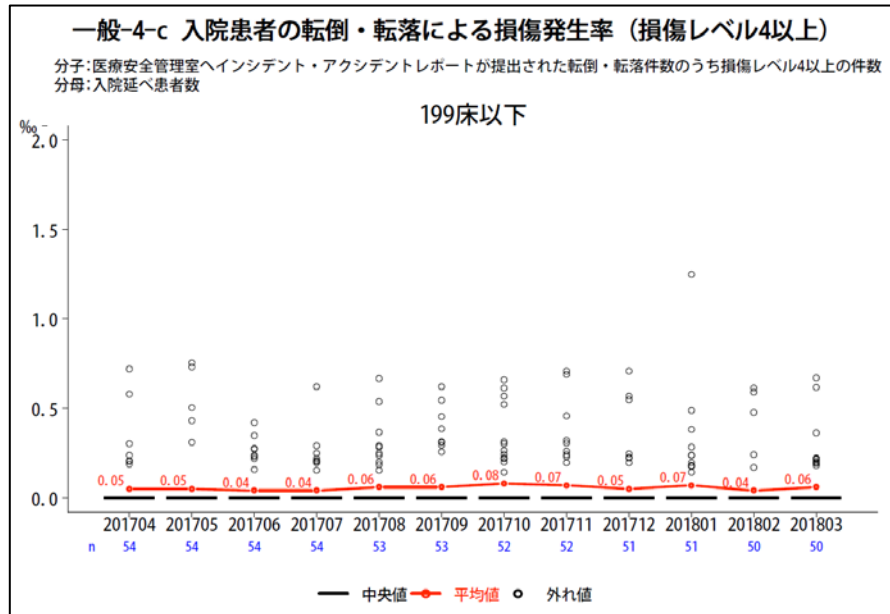
4-a 入院患者の転倒・転落発生率



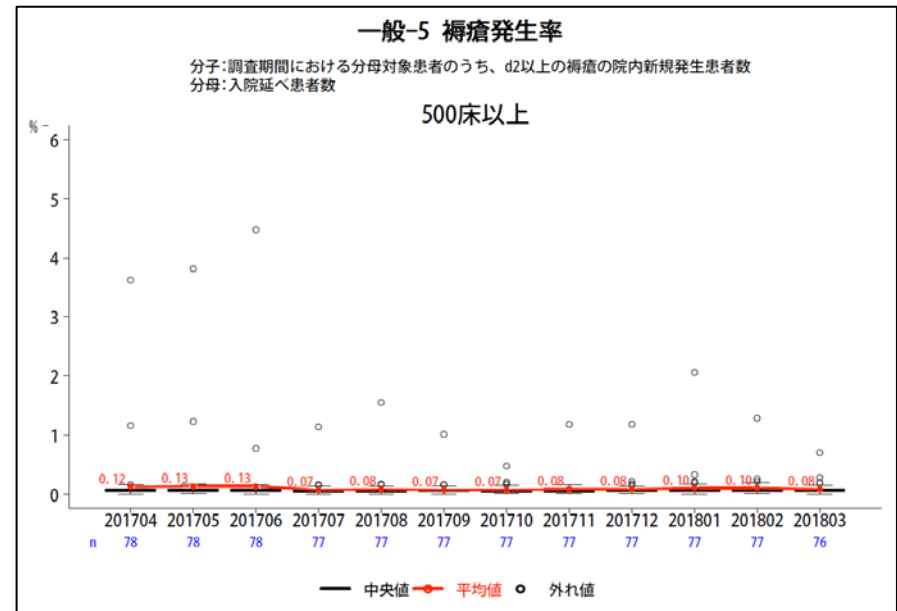
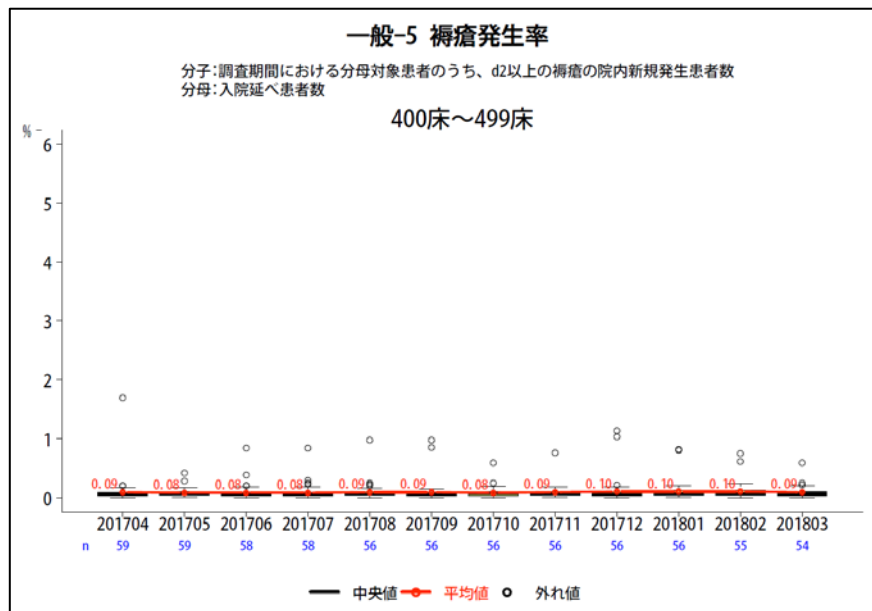
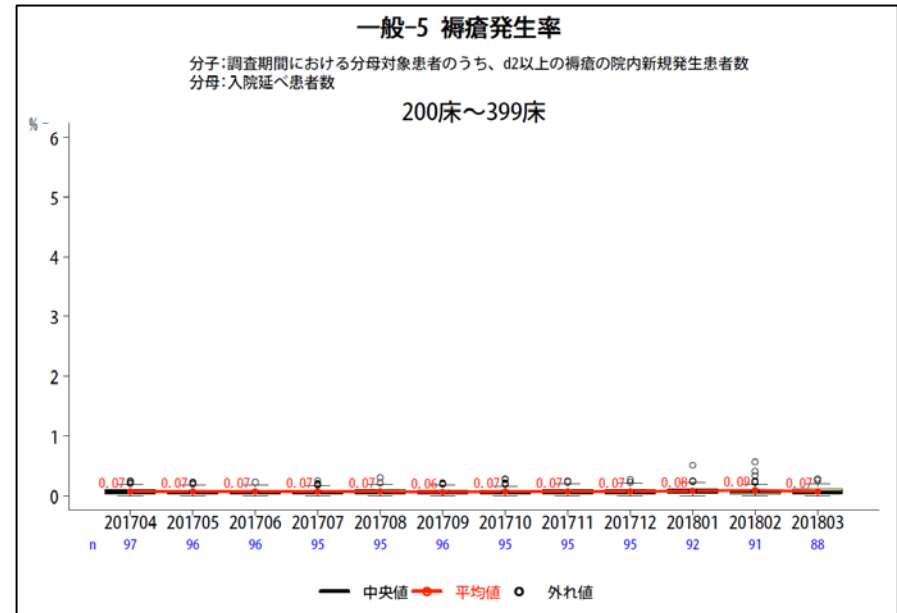
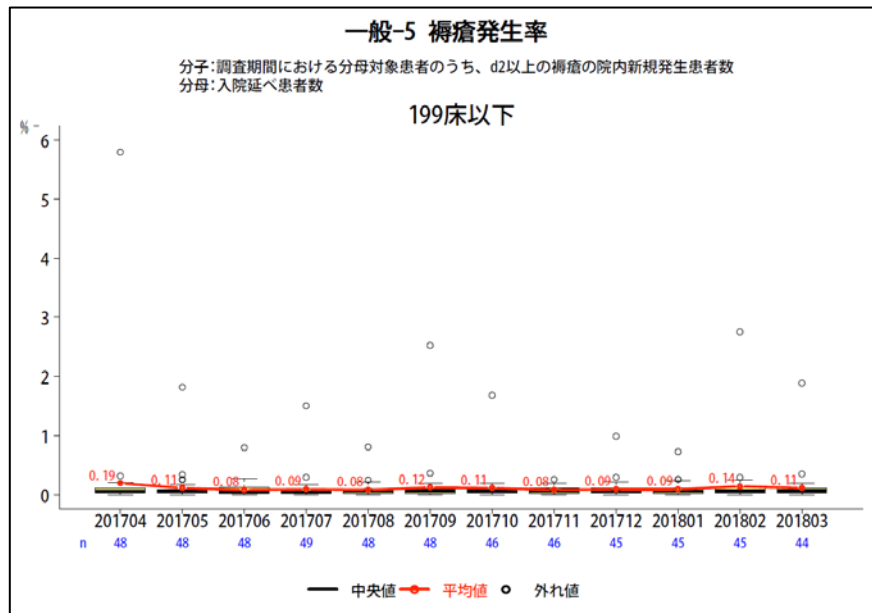
4-b 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル2以上)



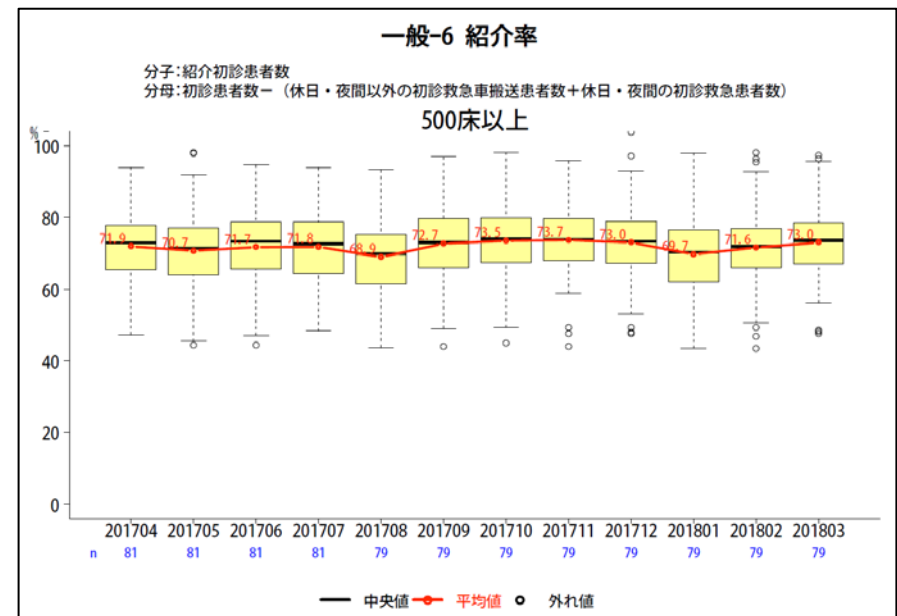
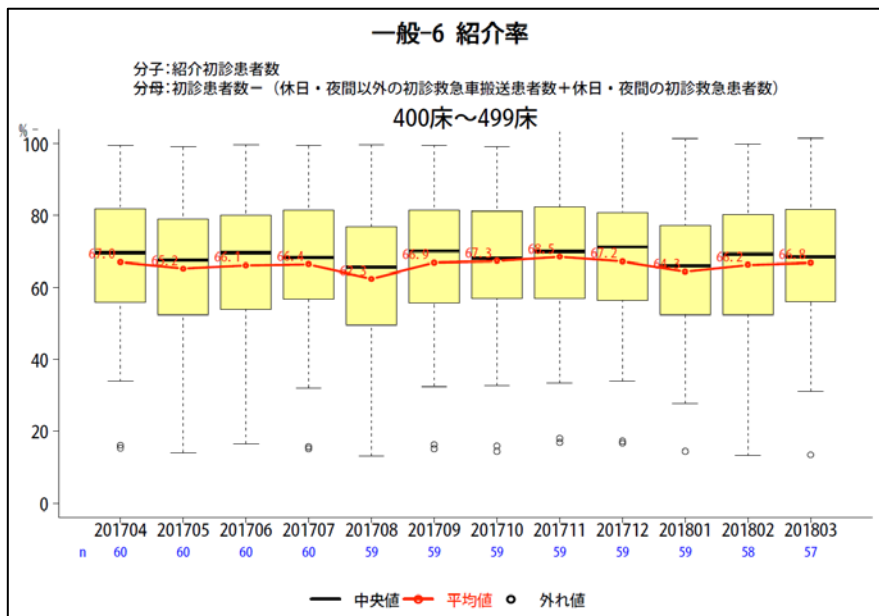
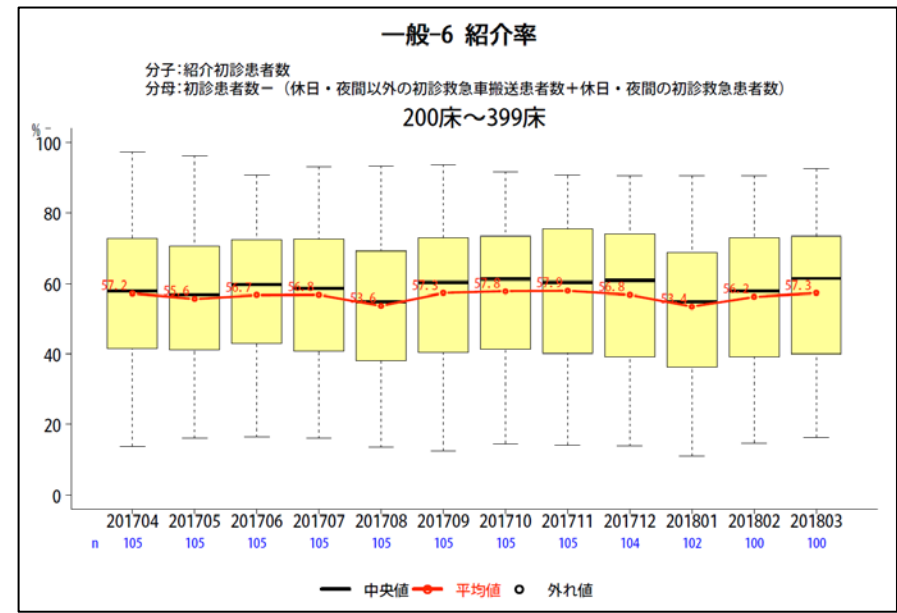
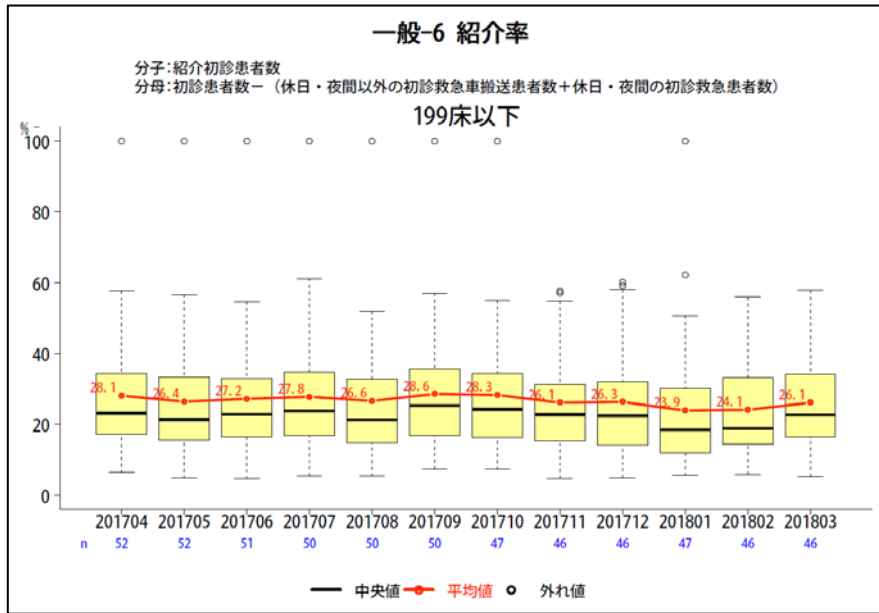
4-c 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル4以上)



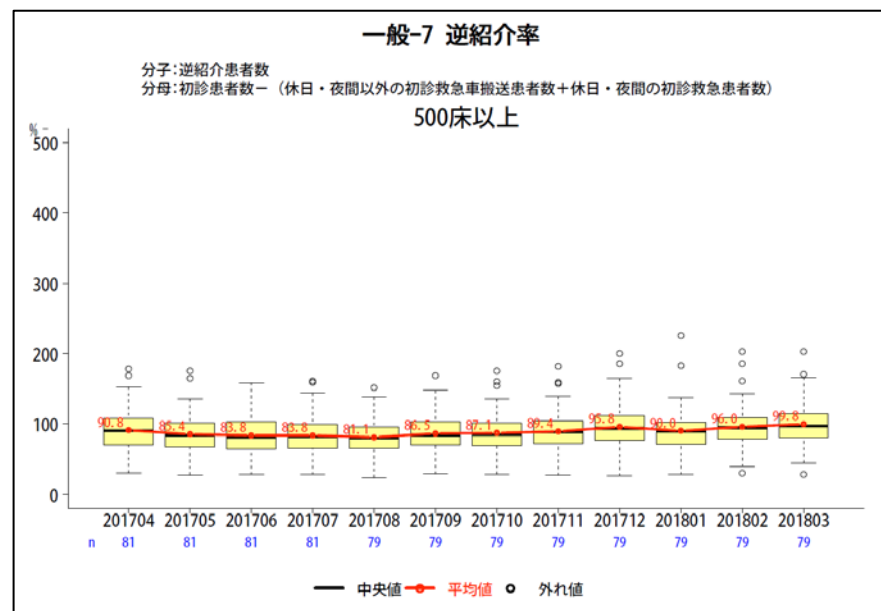
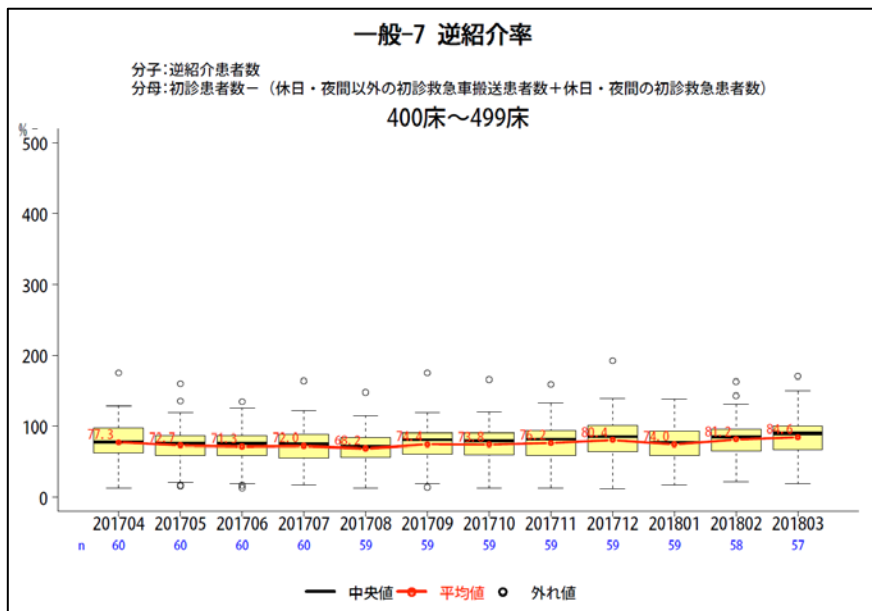
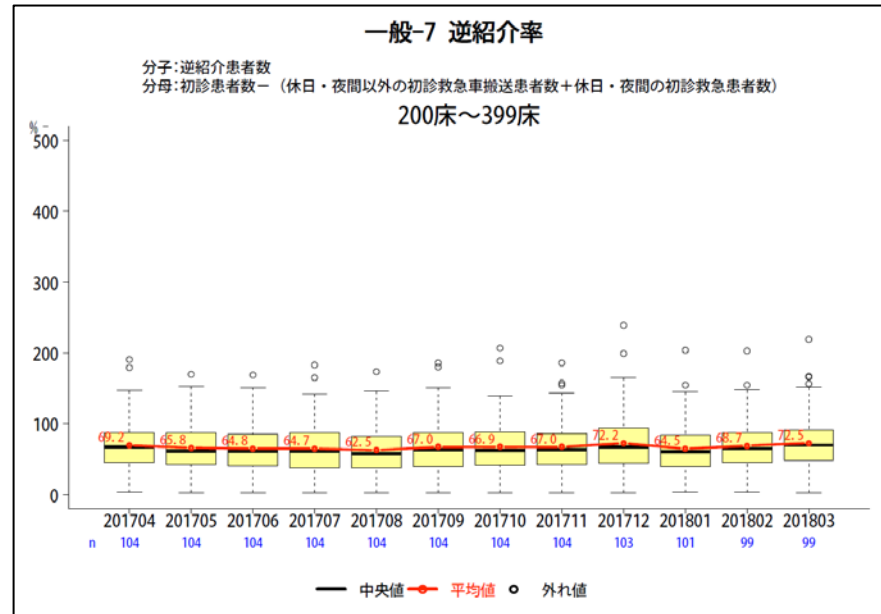
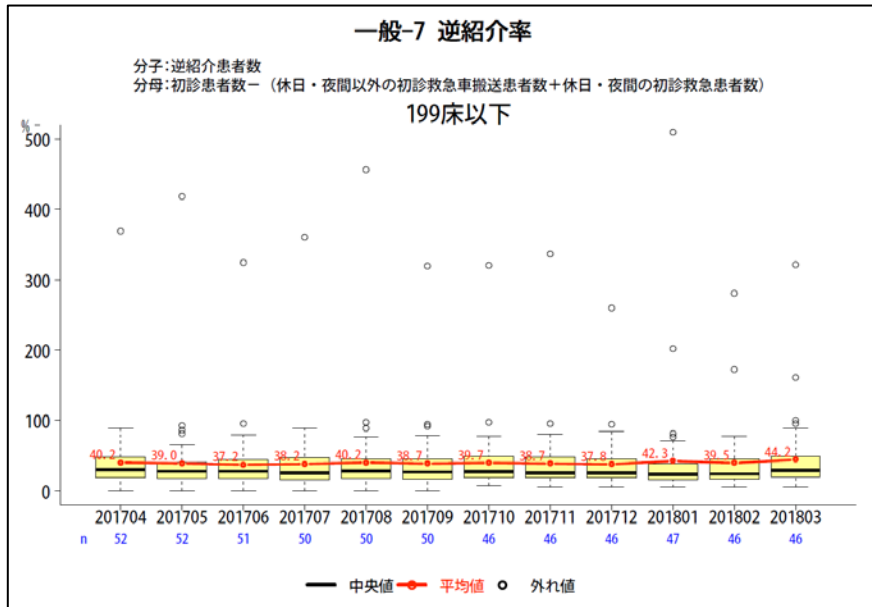
5 褥瘡発生率



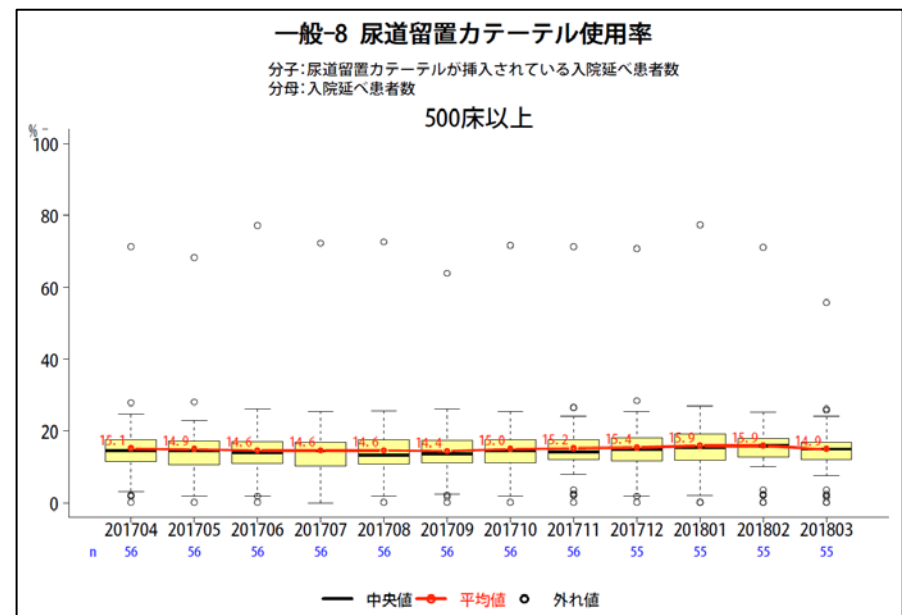
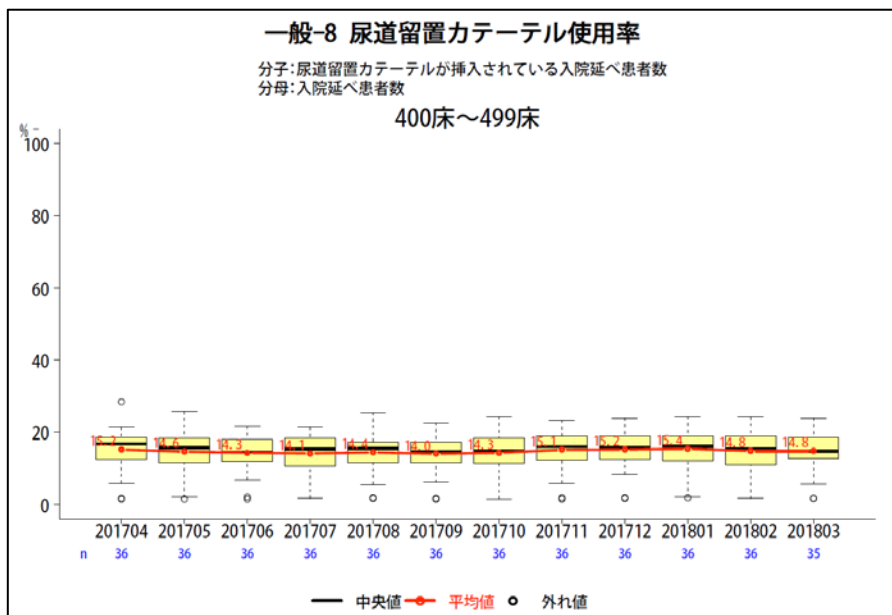
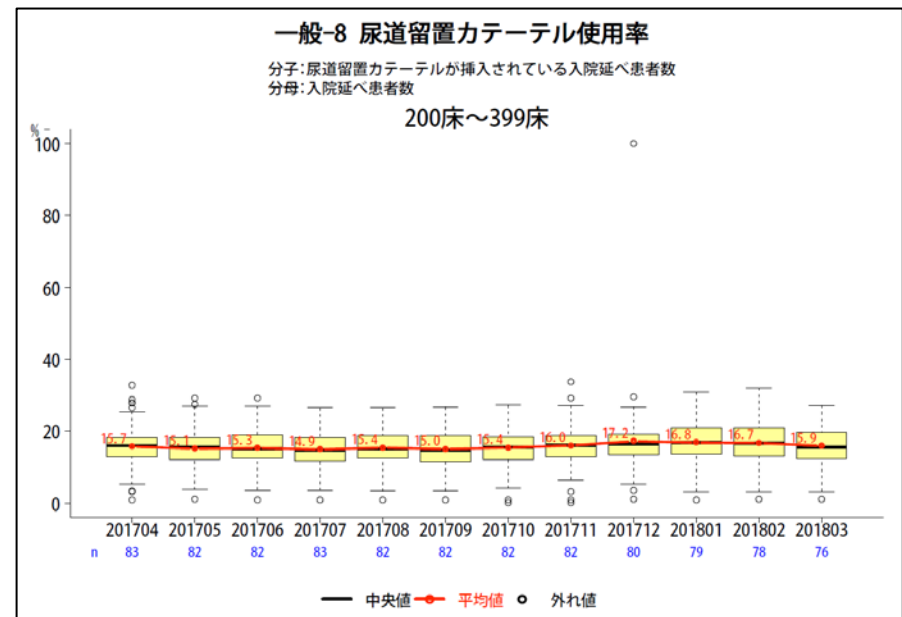
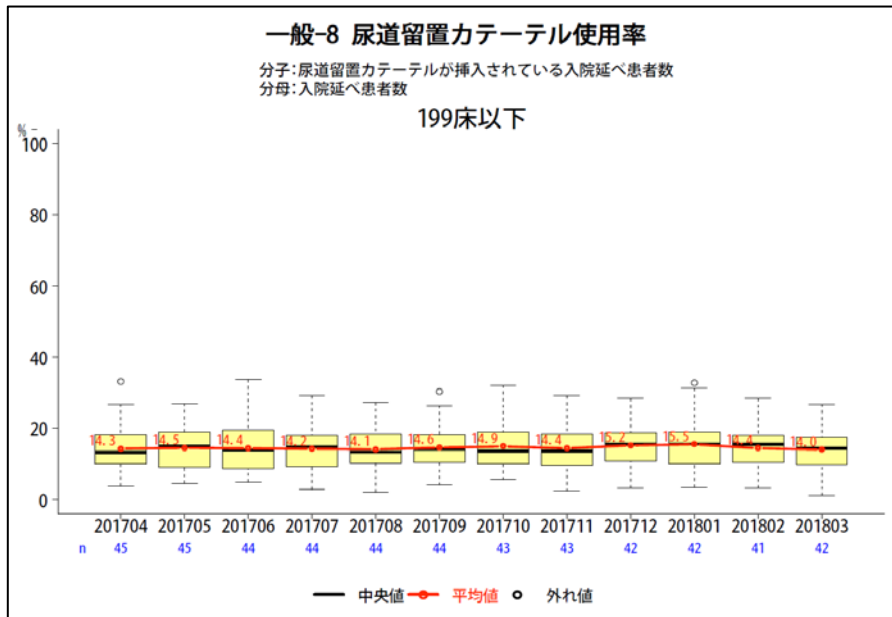
6 紹介率



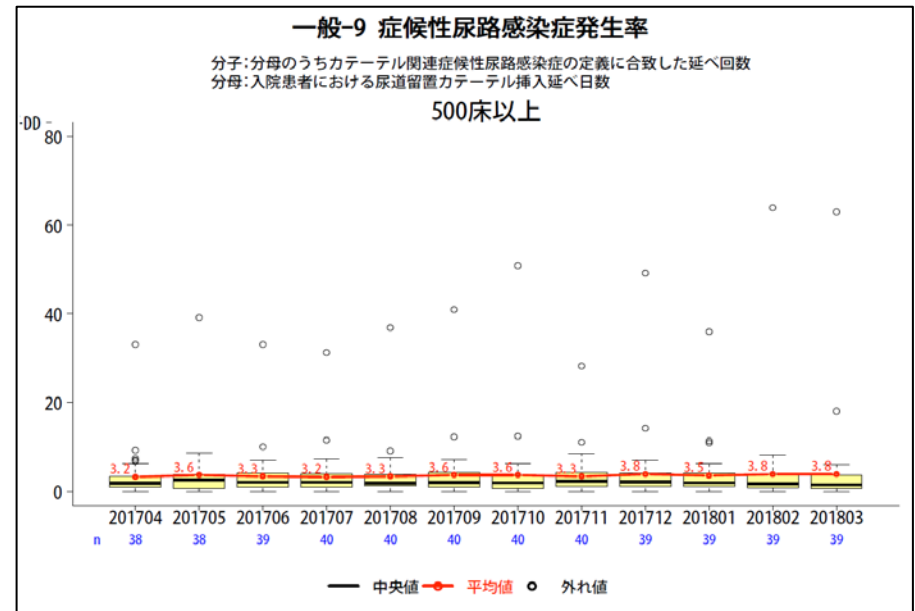
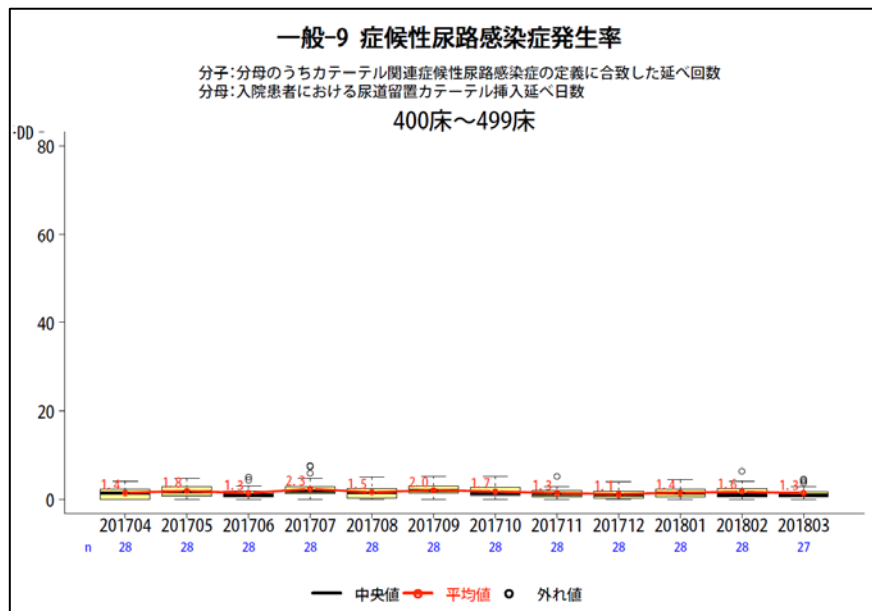
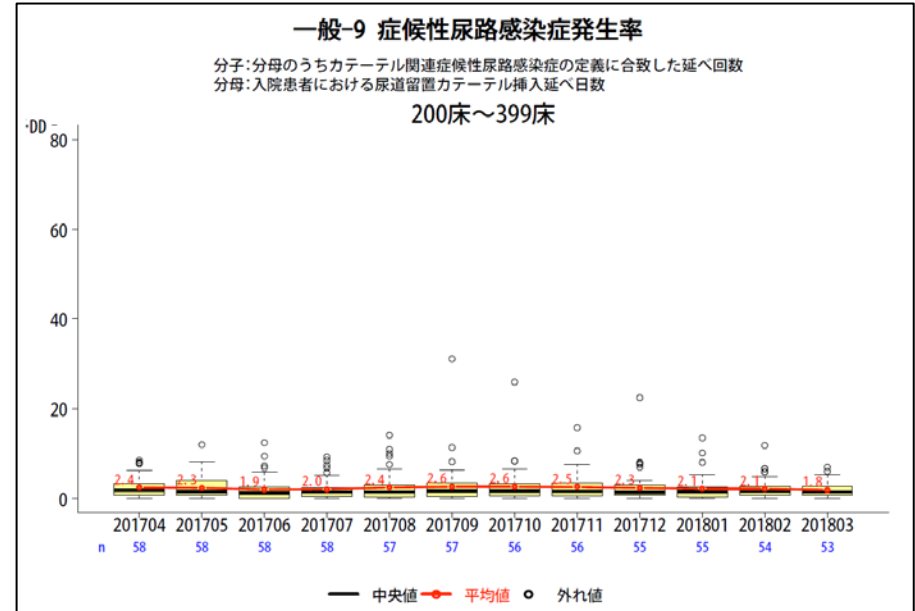
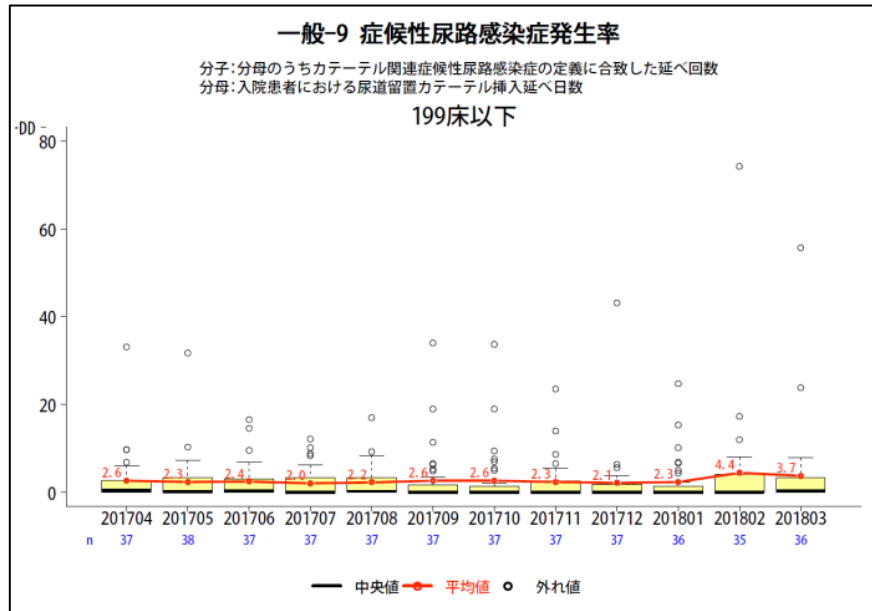
7 逆紹介率



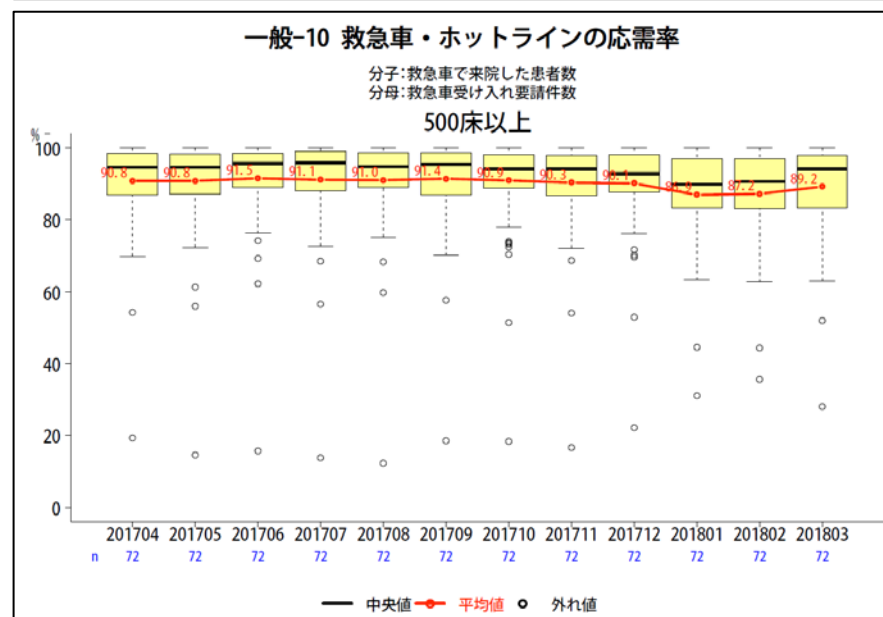
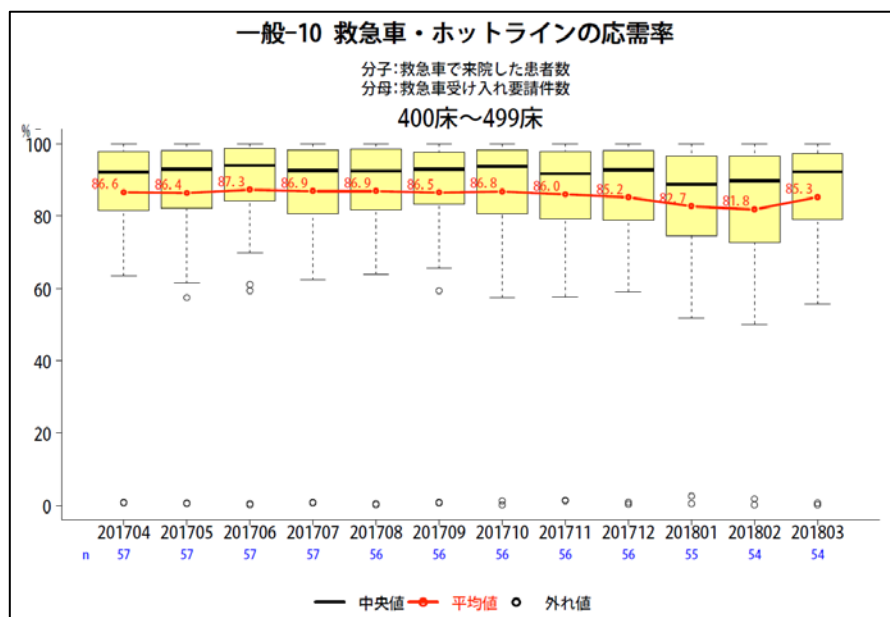
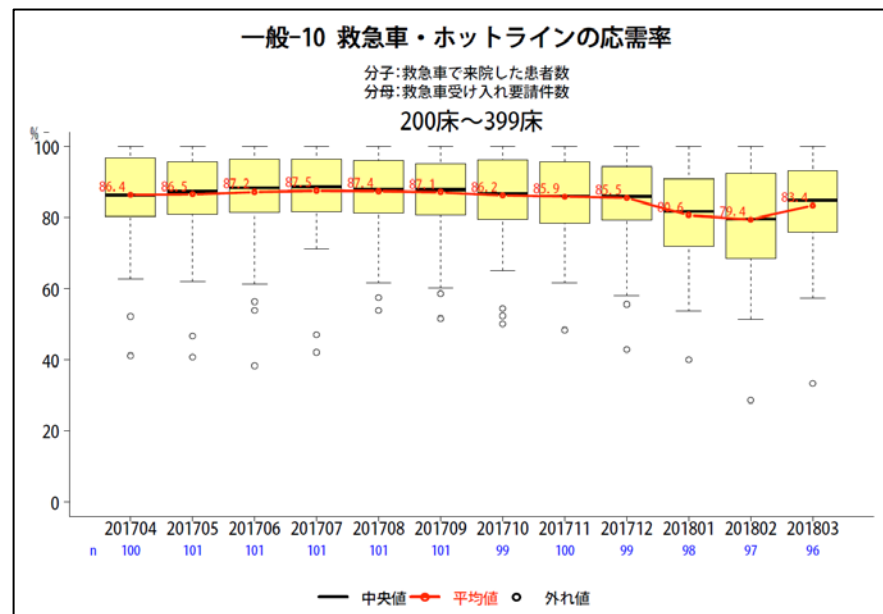
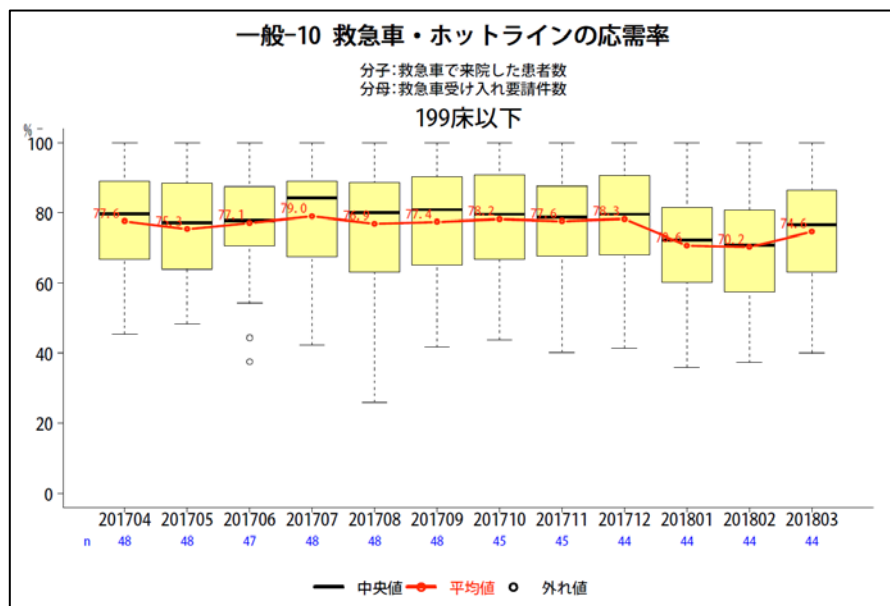
8 尿道留置カテーテル使用率



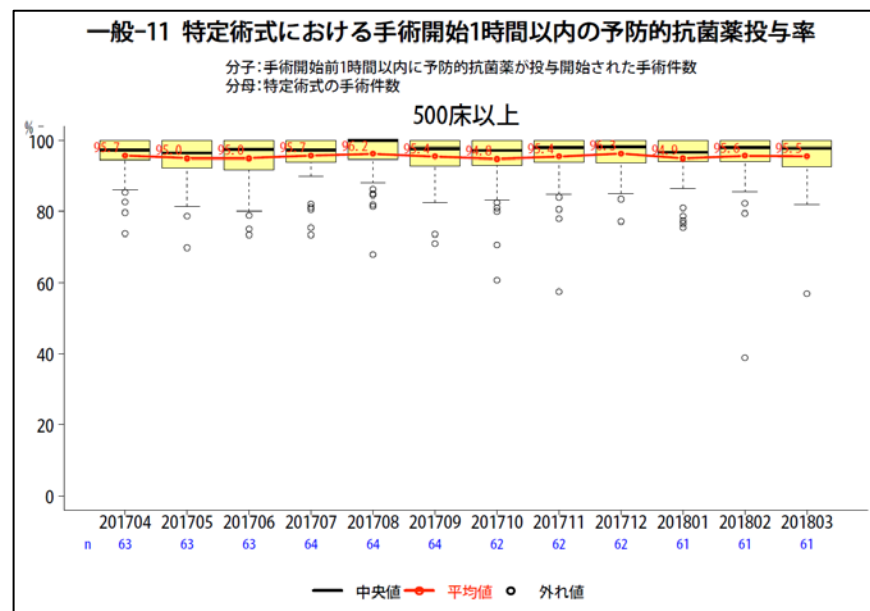
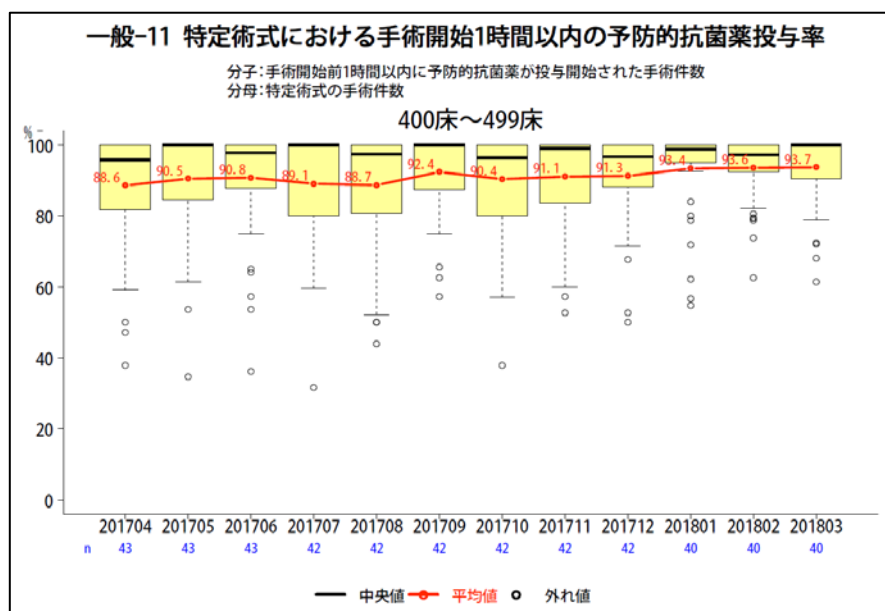
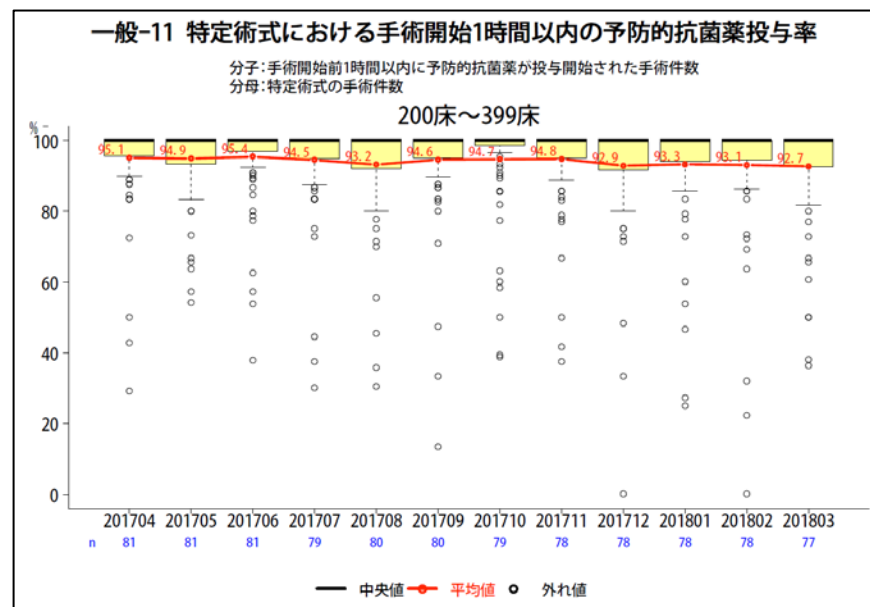
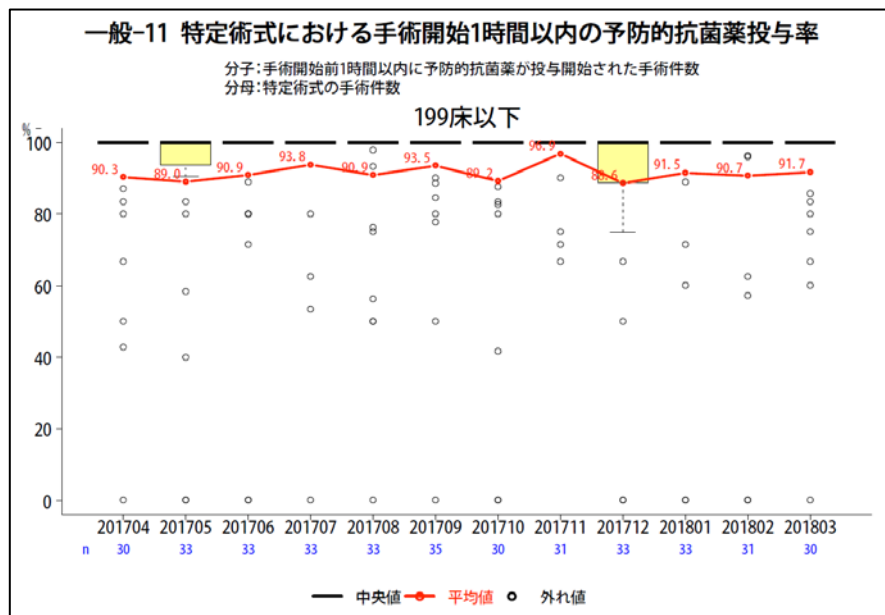
9 症候性尿路感染症発生率



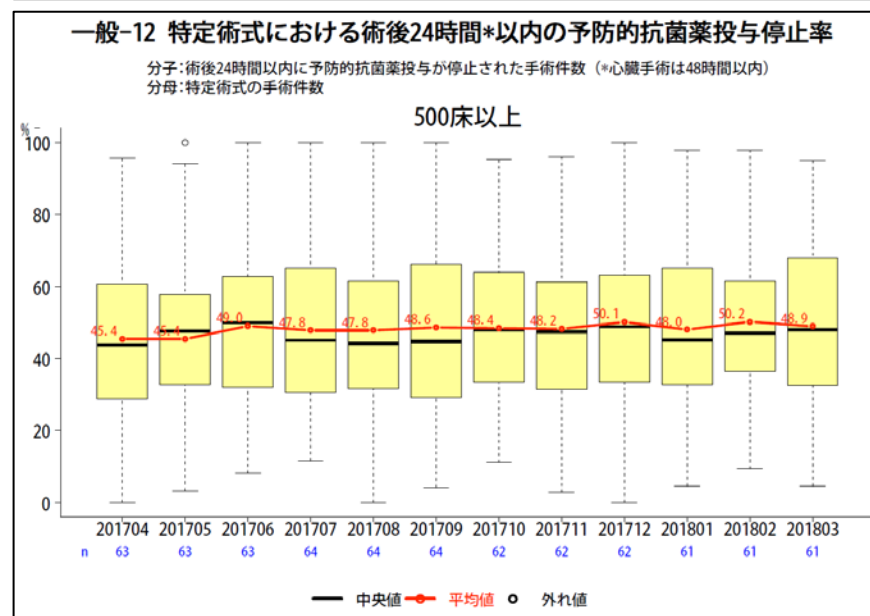
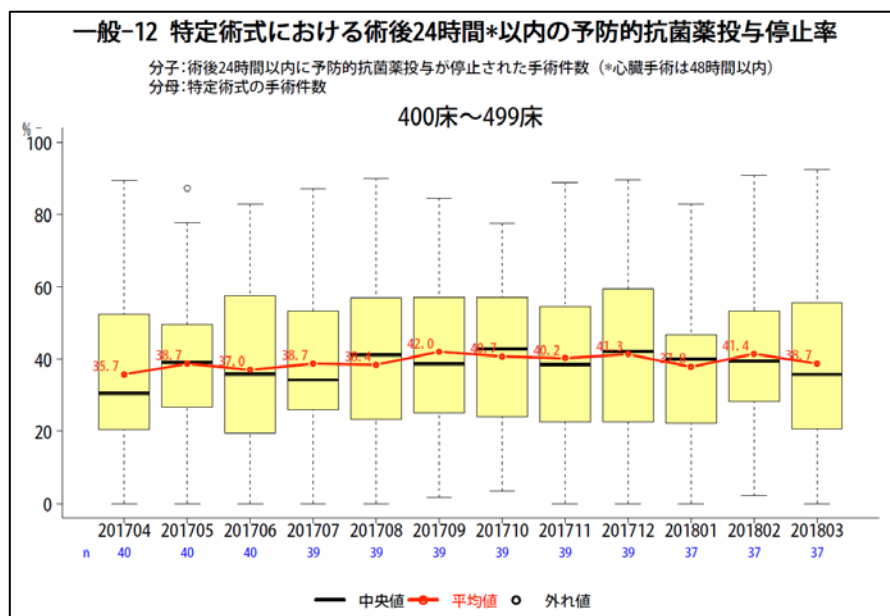
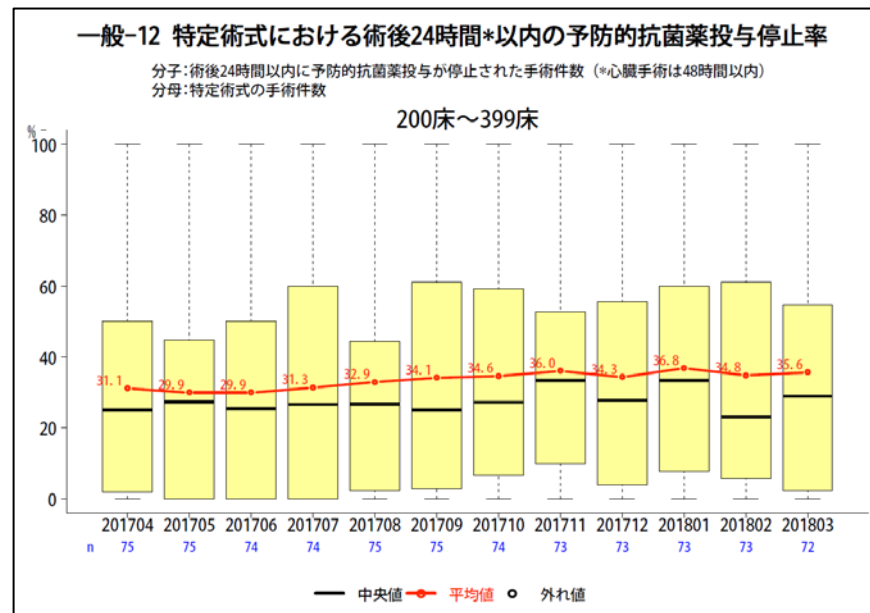
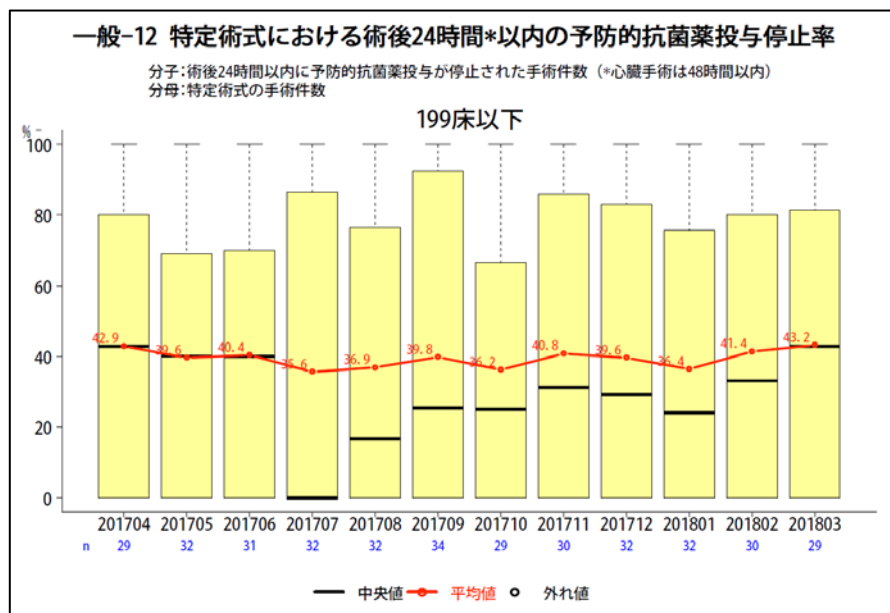
10 救急車・ホットラインの応需率



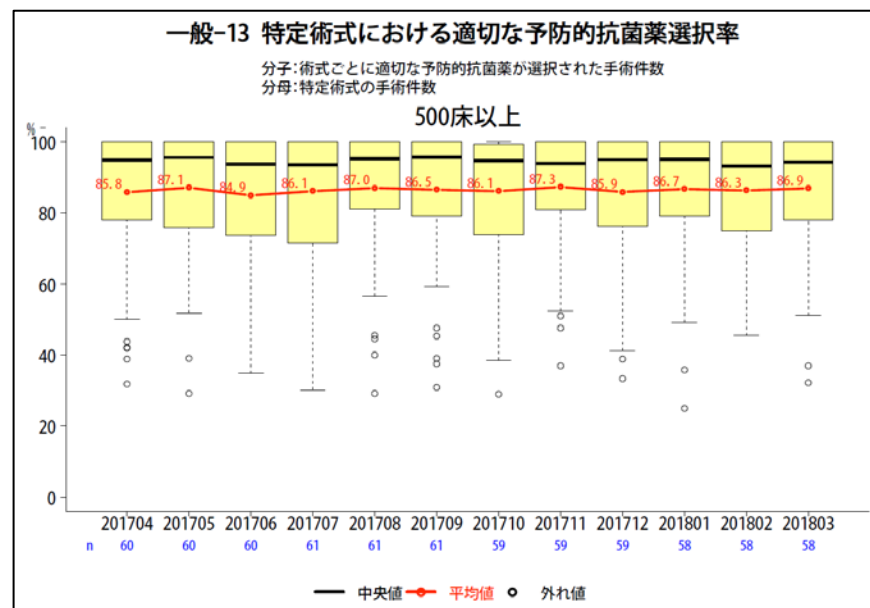
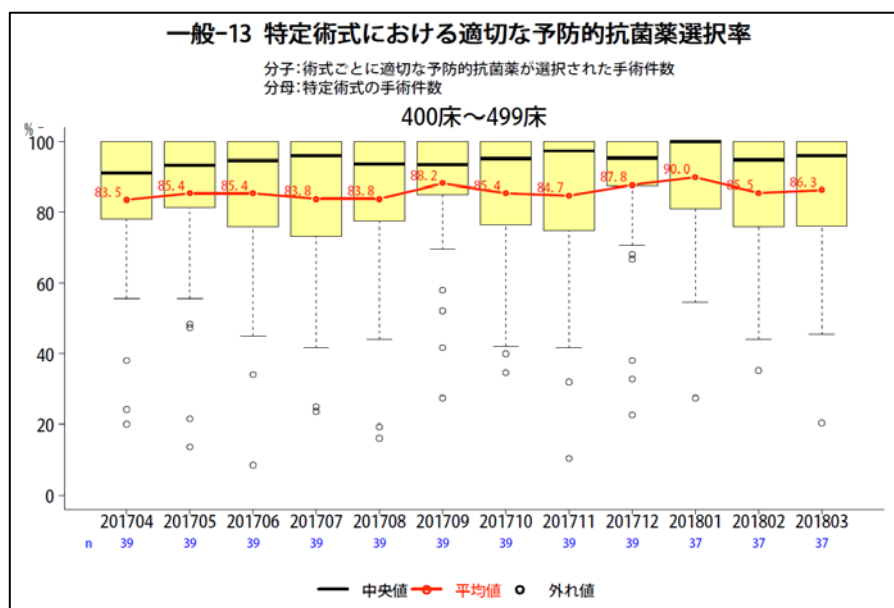
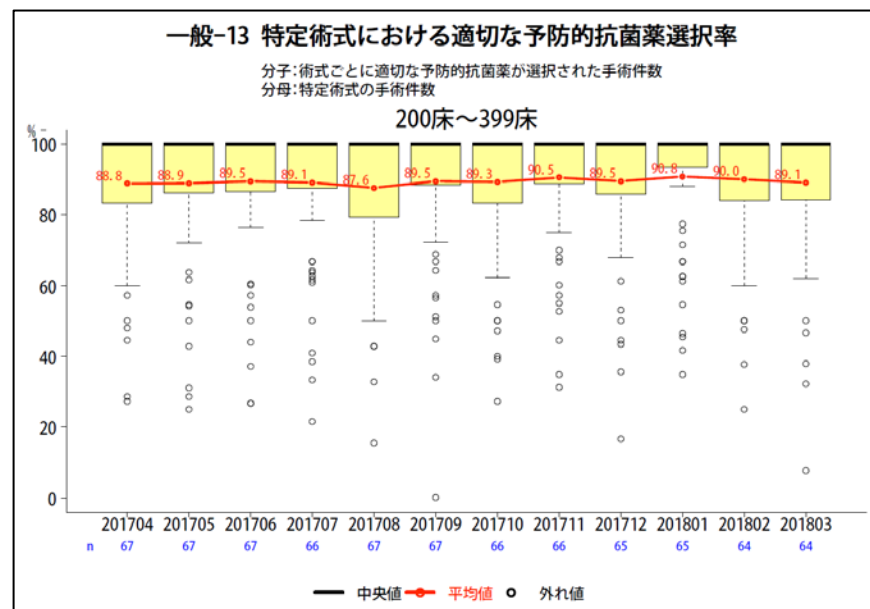
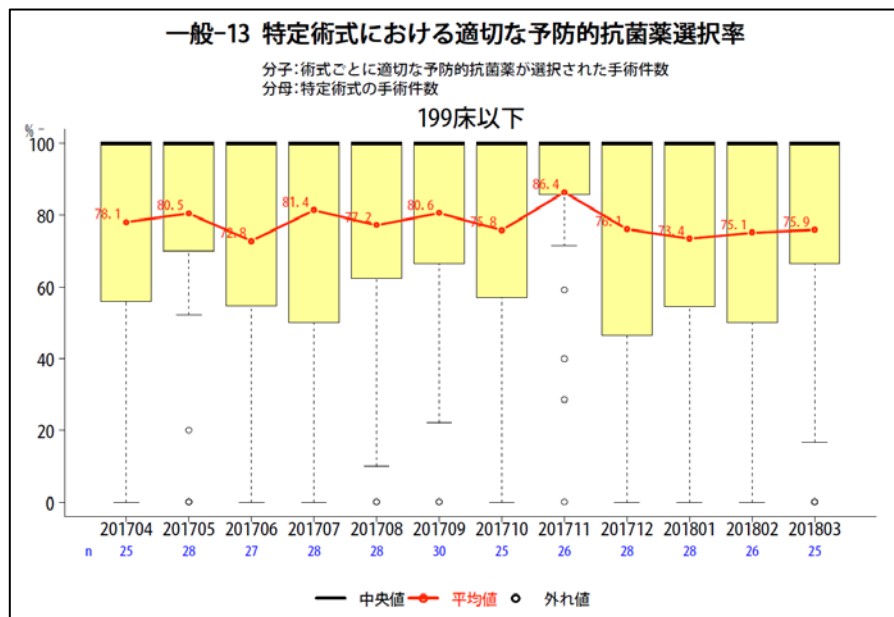
11 特定術式における手術開始1時間以内の予防的抗菌薬投与率



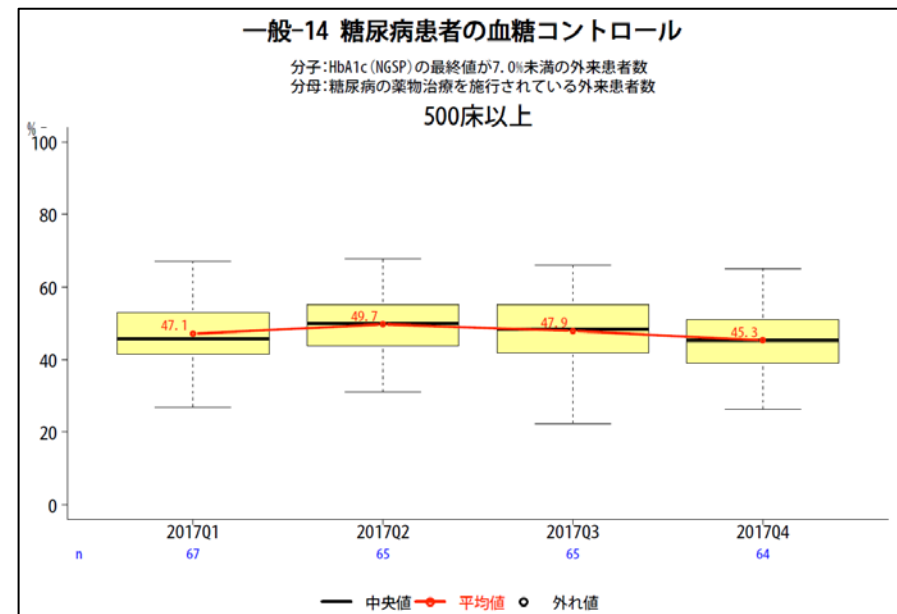
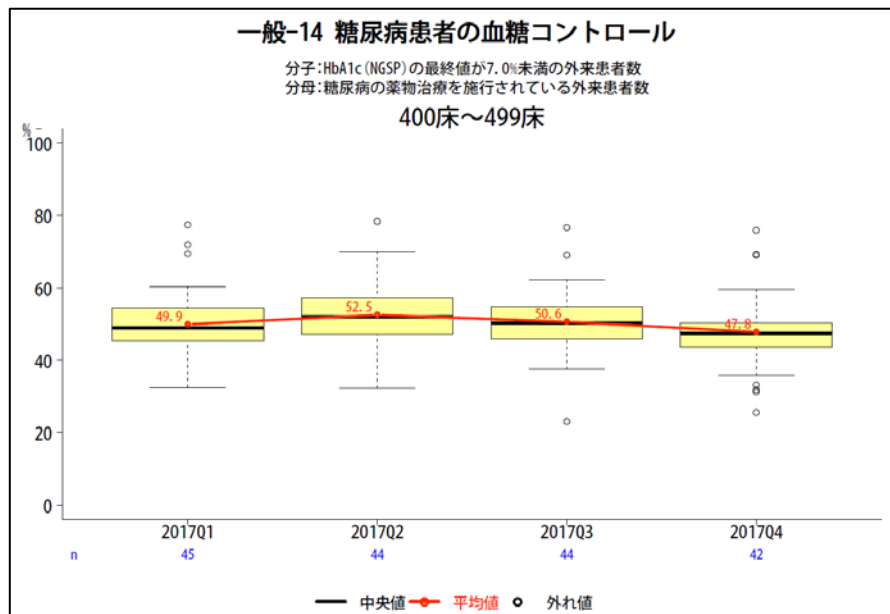
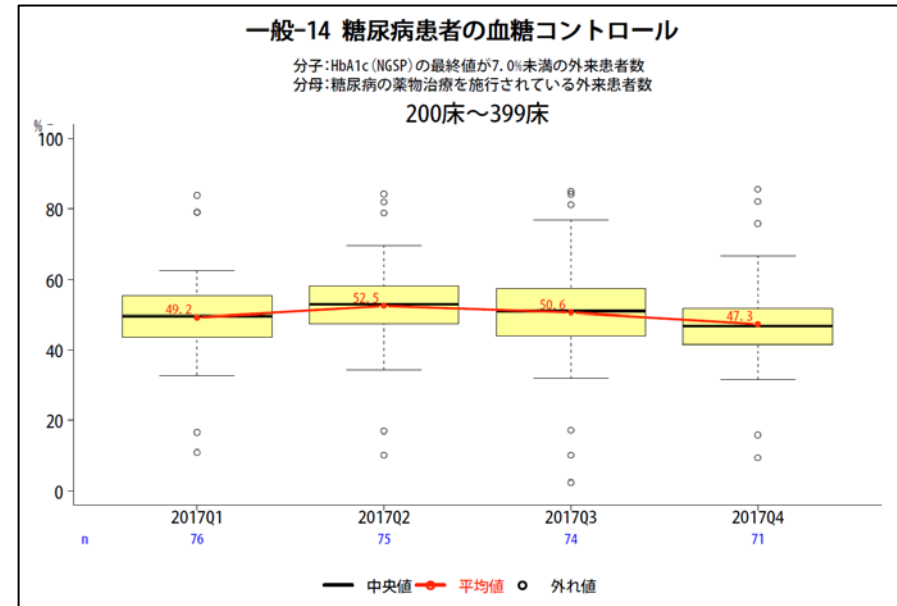
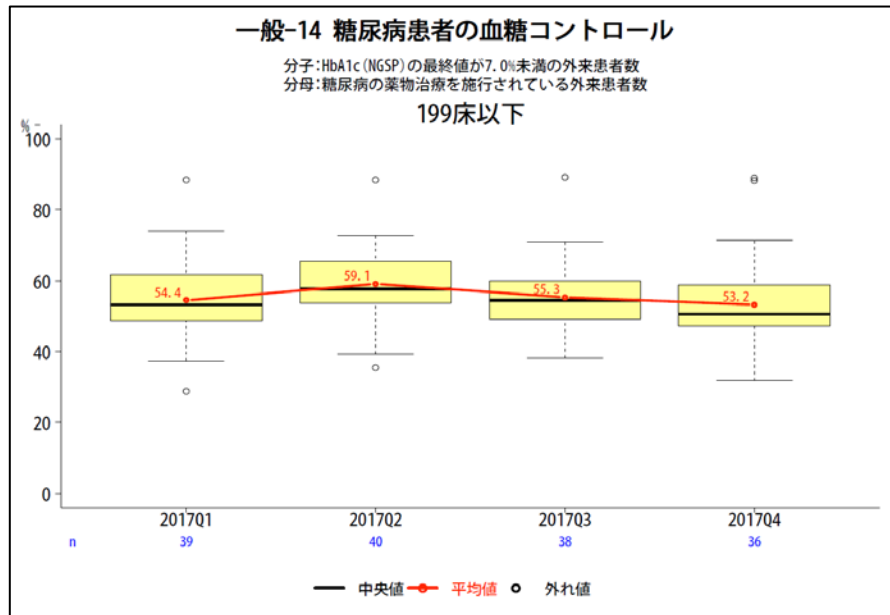
12 特定術式における術後24時間*以内の予防的抗菌薬投与停止率



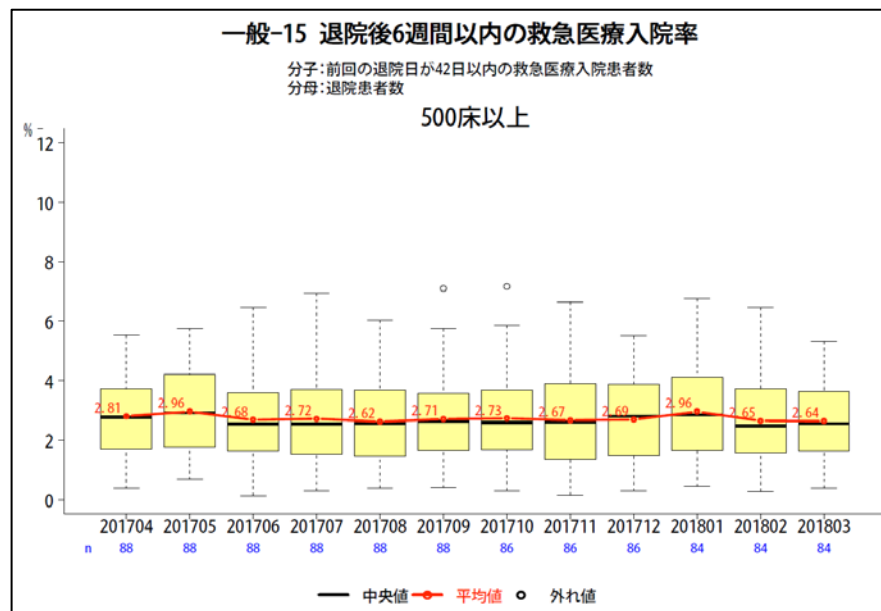
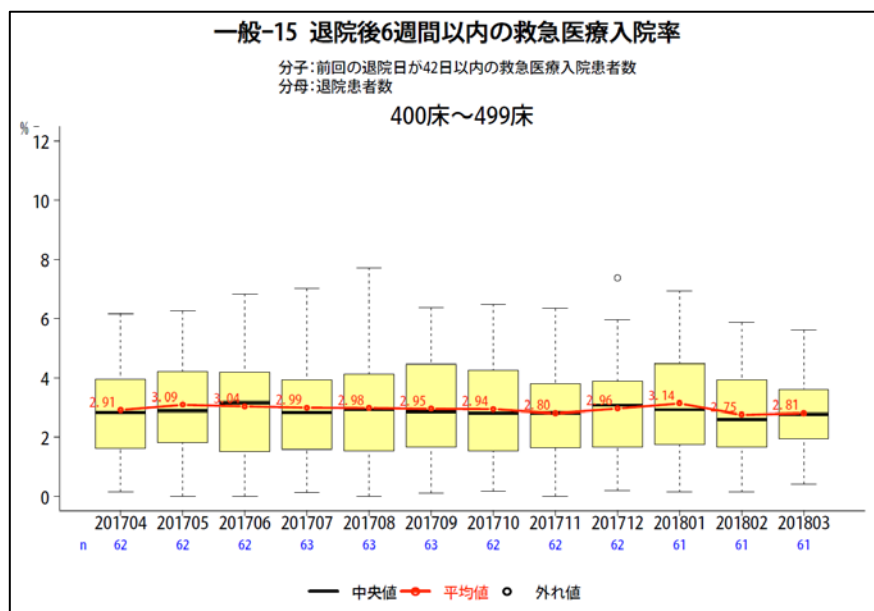
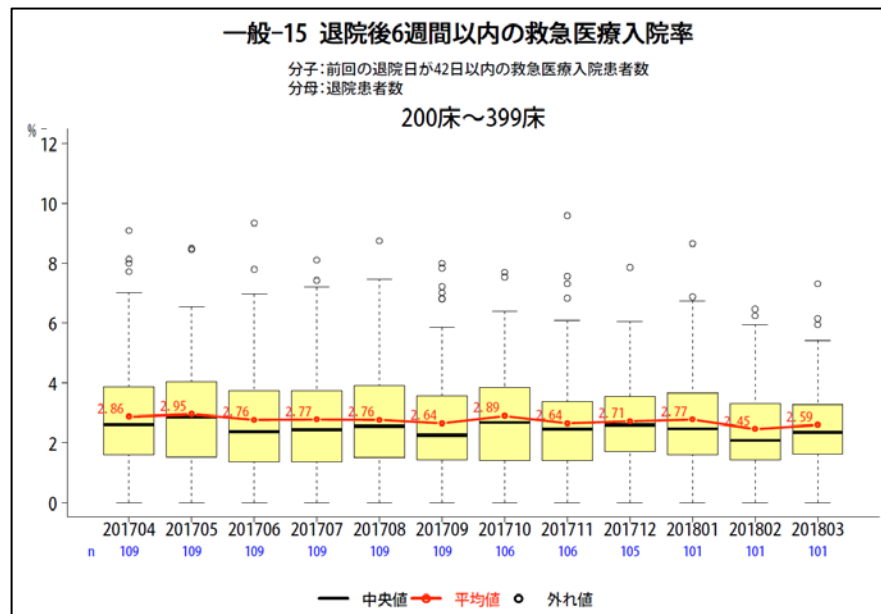
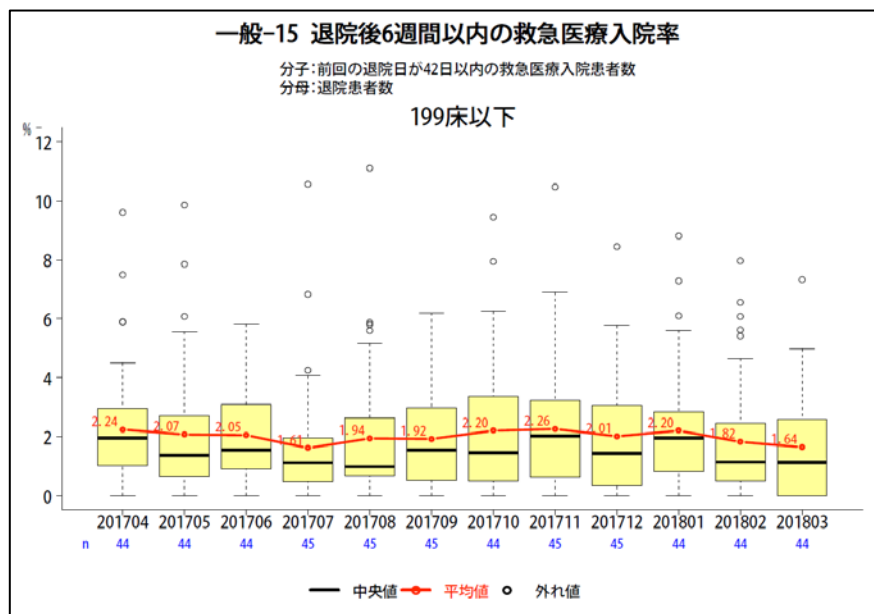
13 特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率



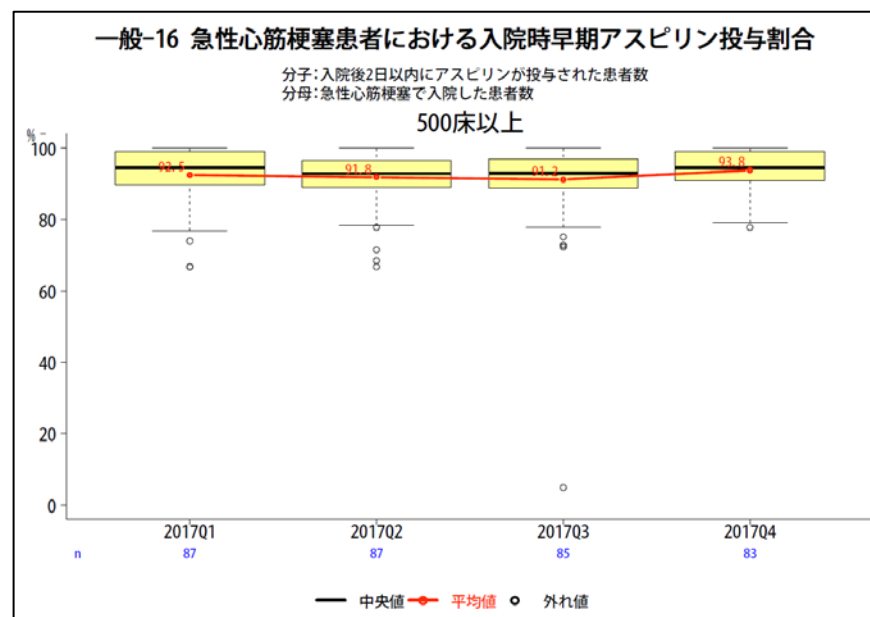
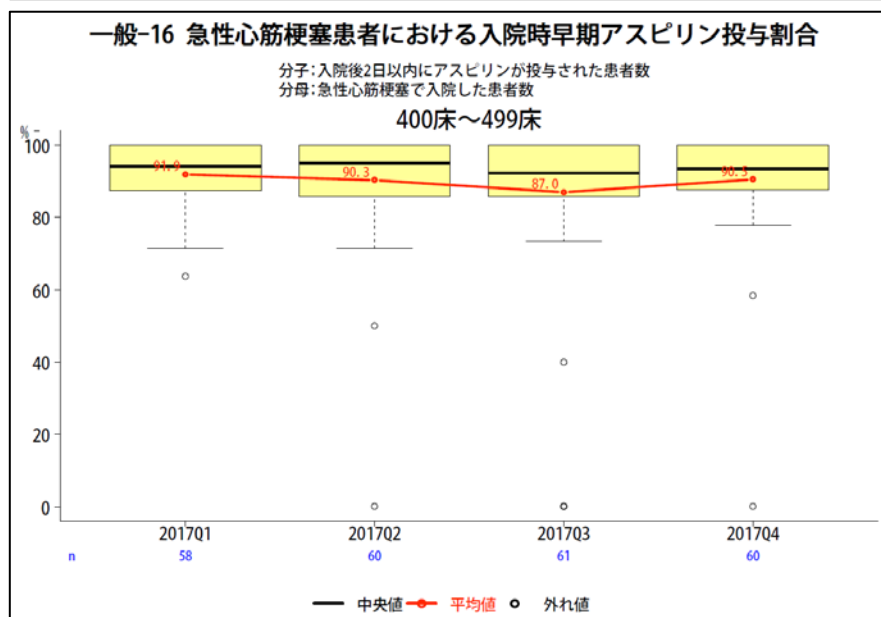
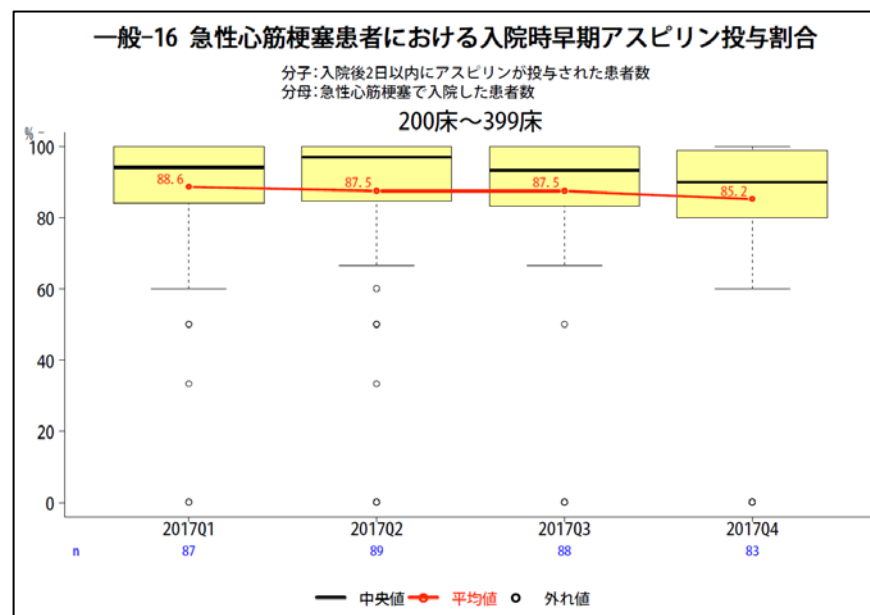
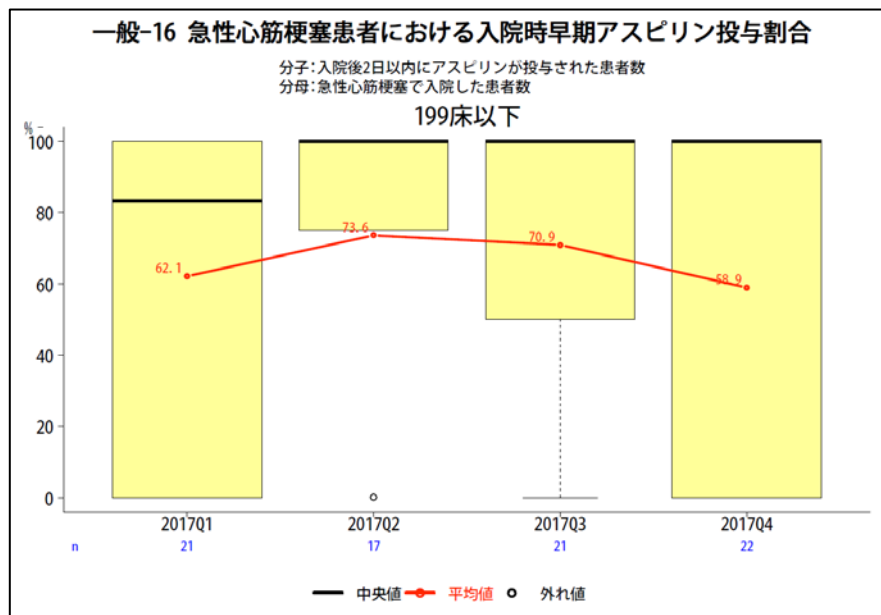
14 糖尿病患者の血糖コントロール



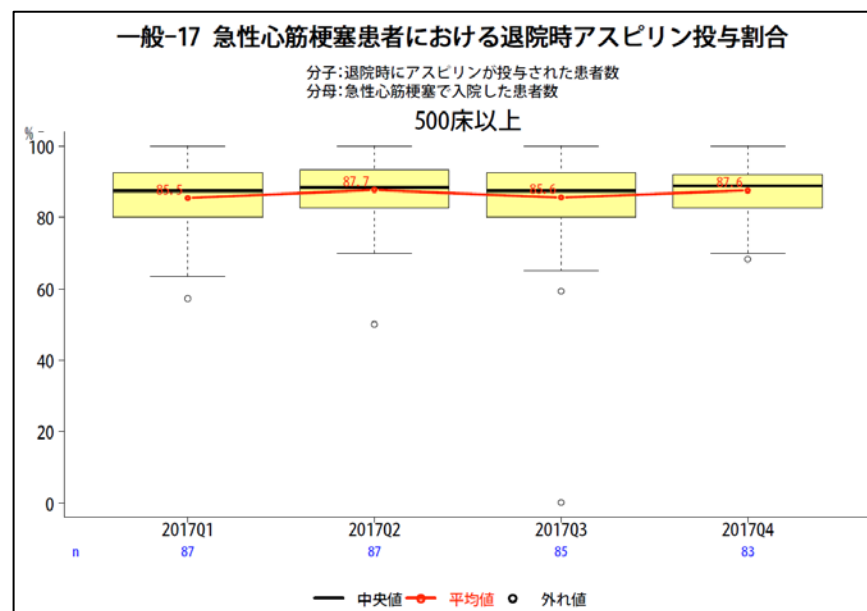
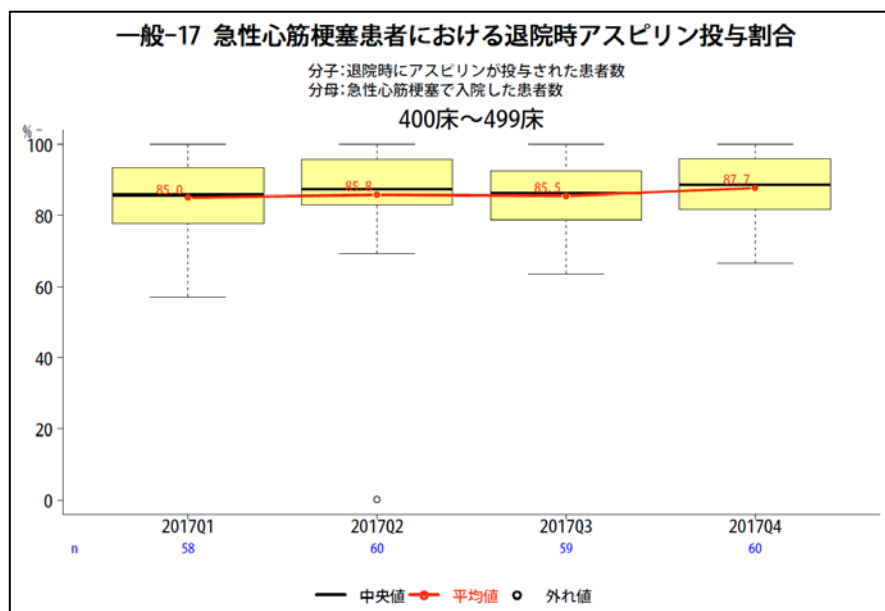
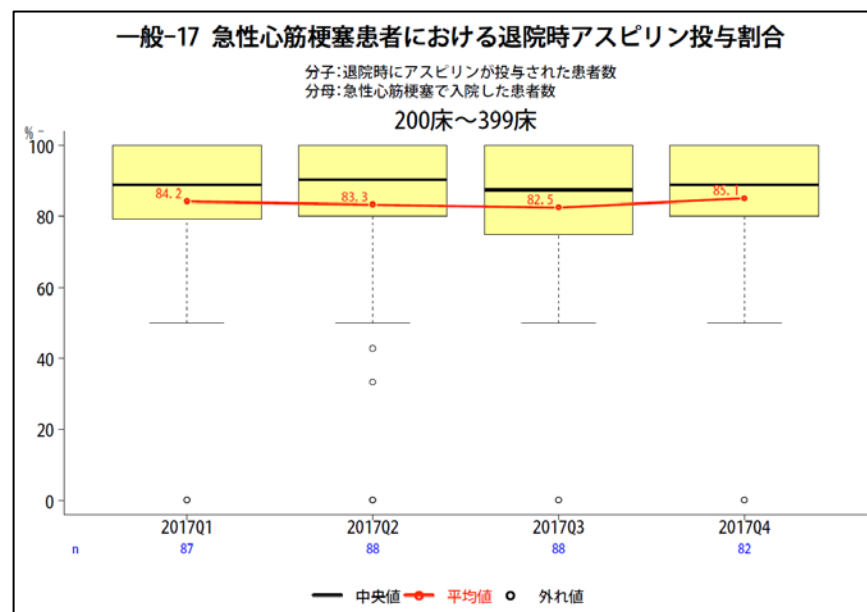
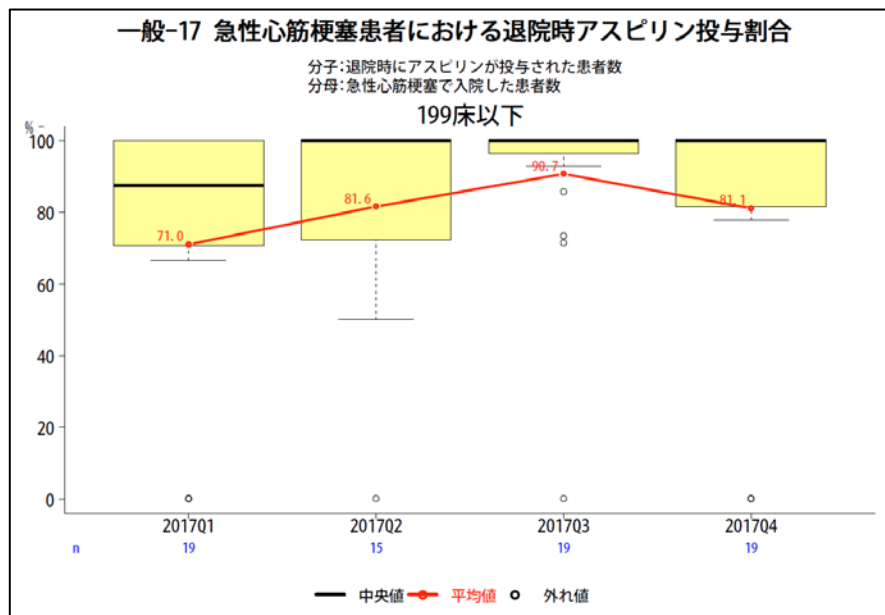
15 退院後 6 週間以内の救急医療入院率



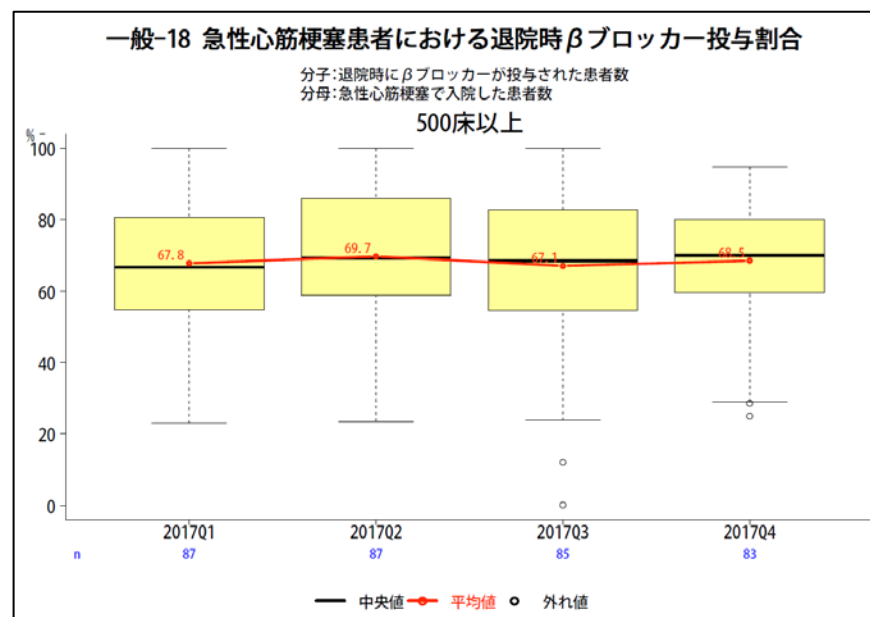
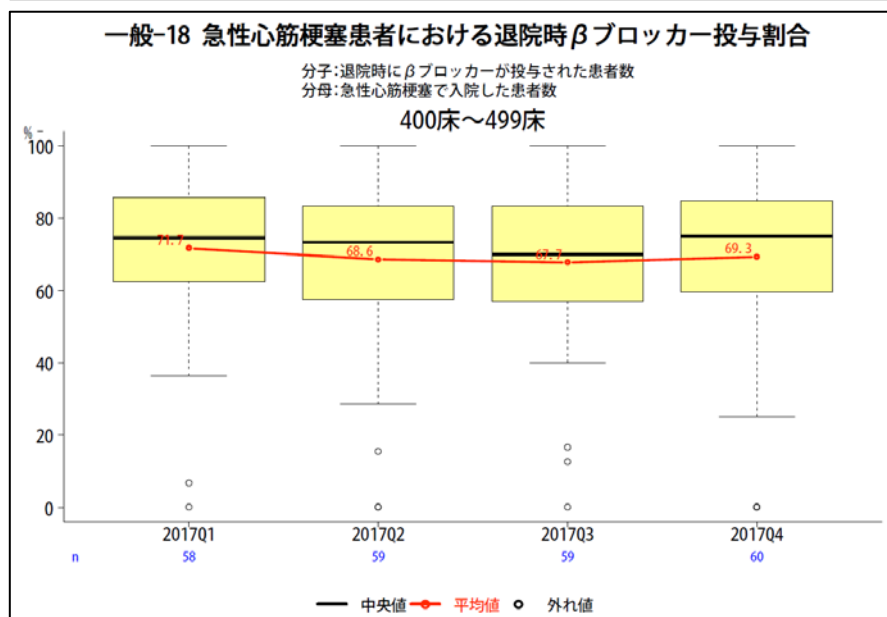
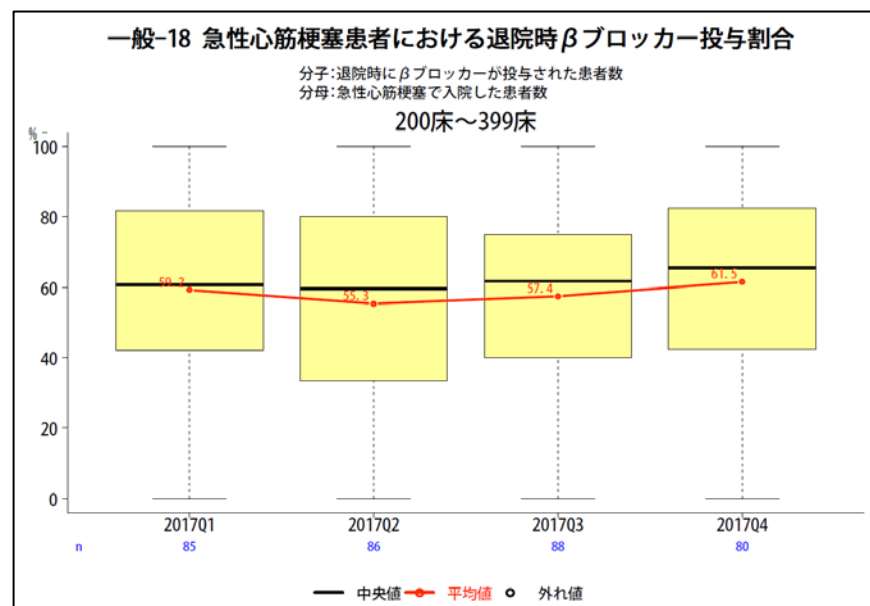
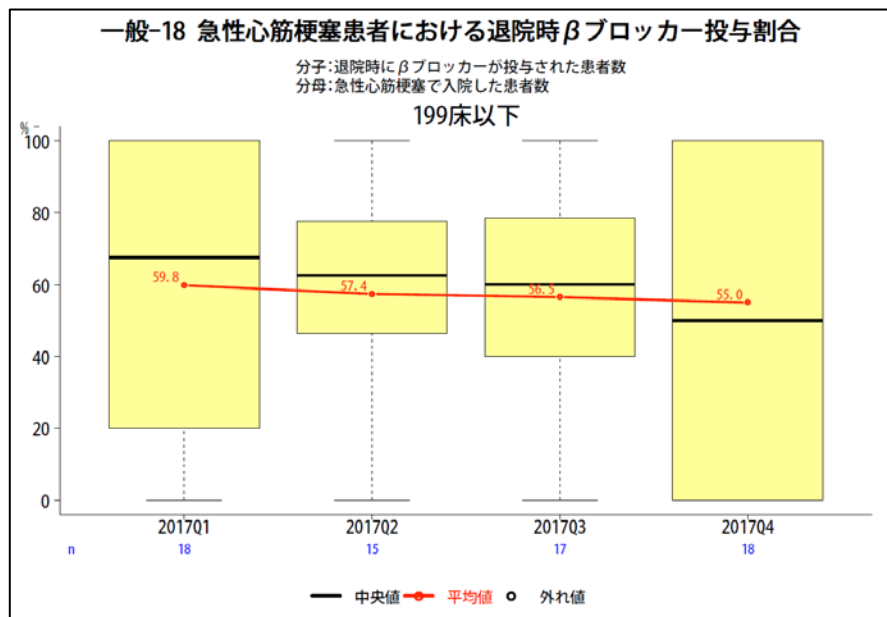
16 急性心筋梗塞患者における入院時早期アスピリン投与割合



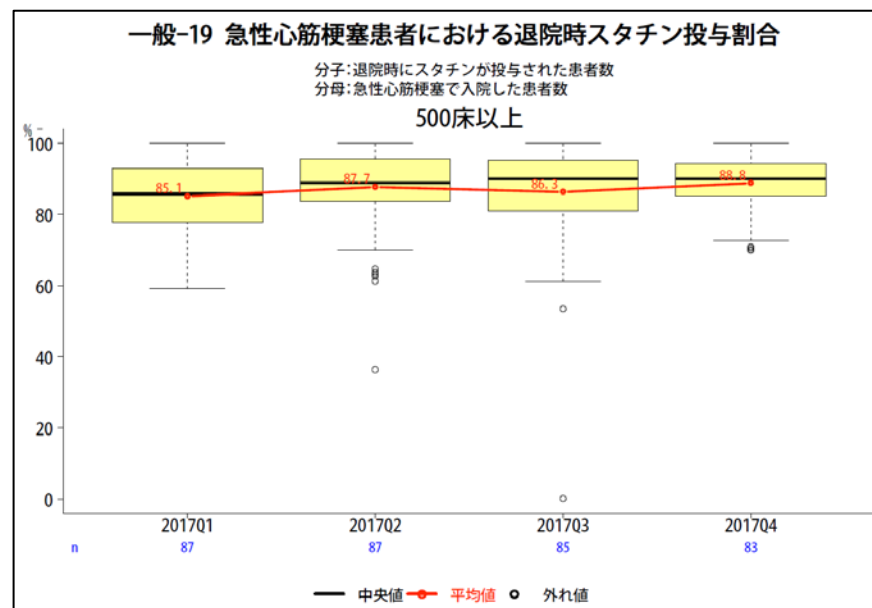
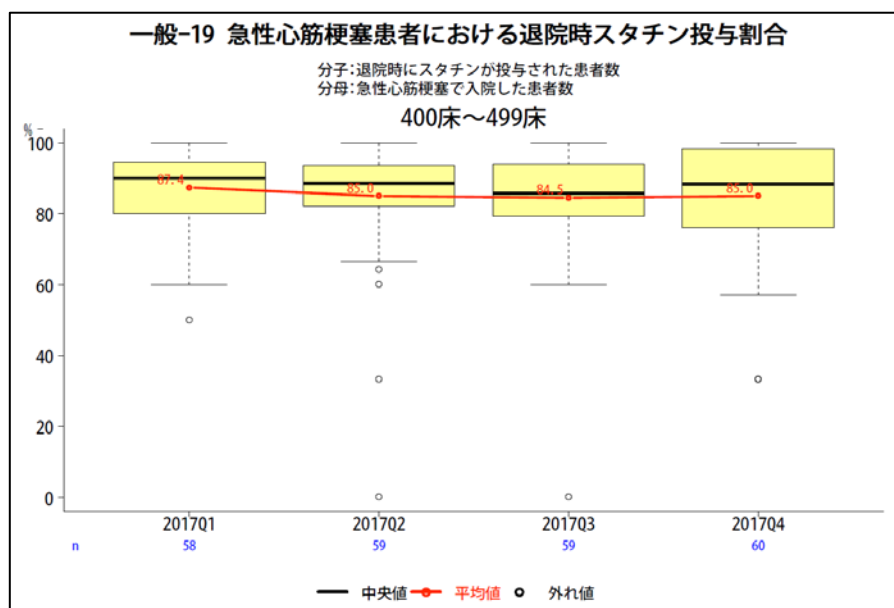
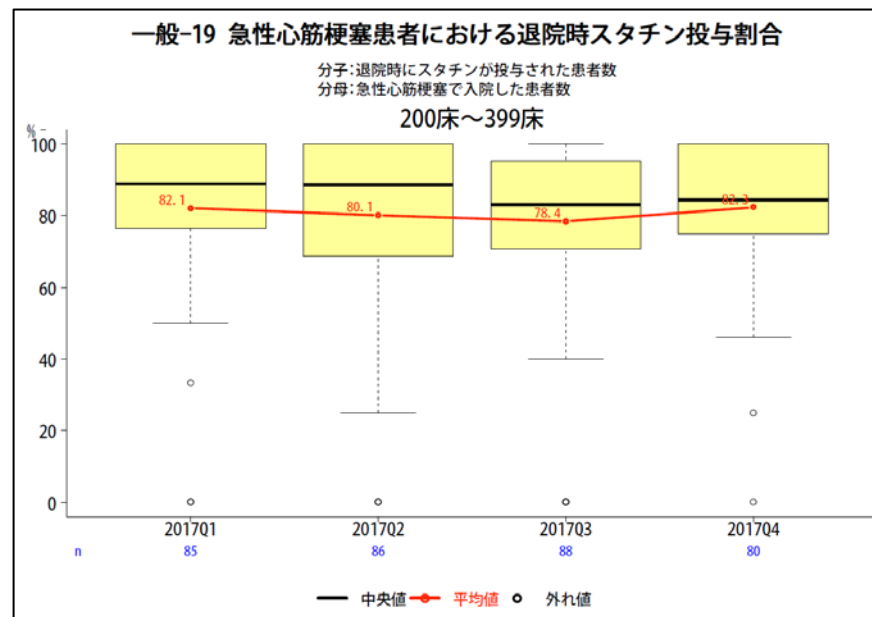
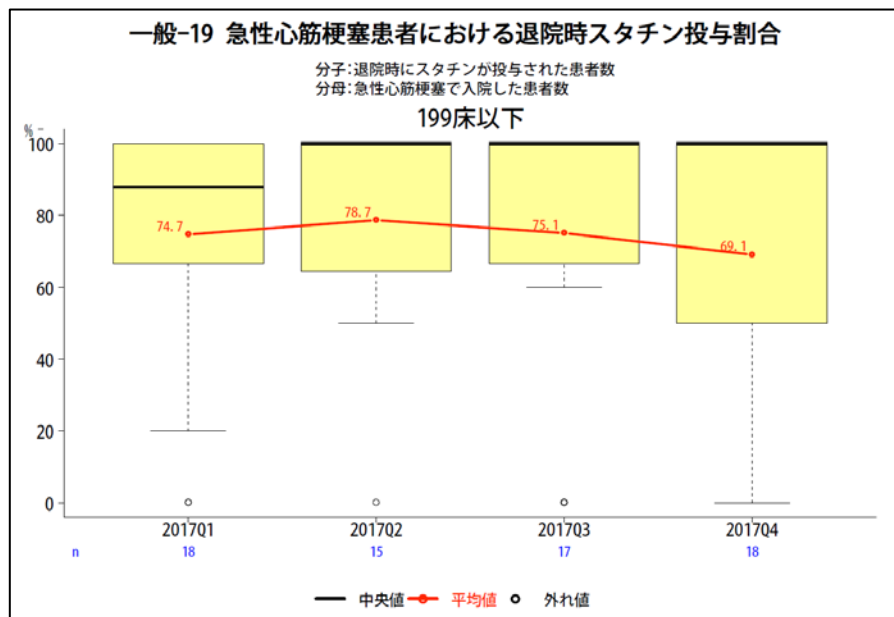
17 急性心筋梗塞患者における退院時アスピリン投与割合



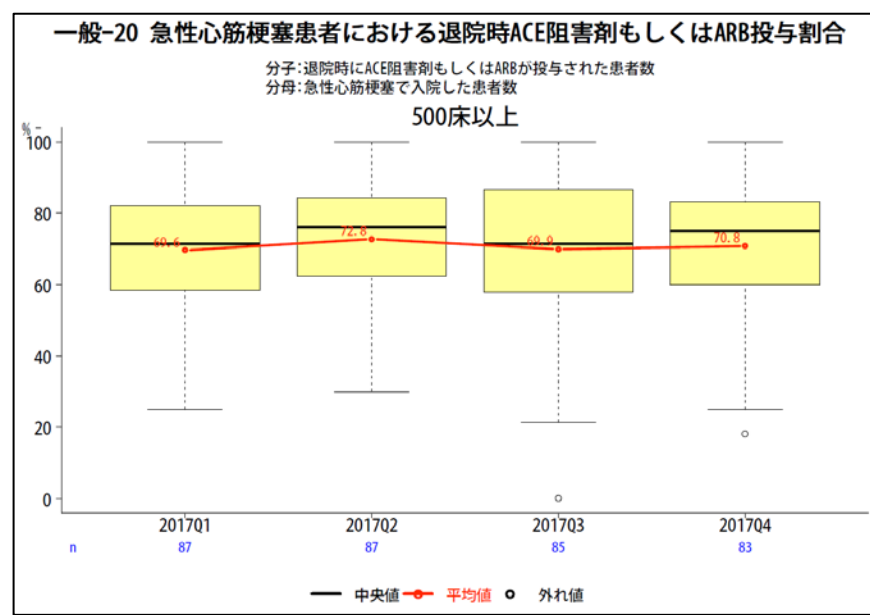
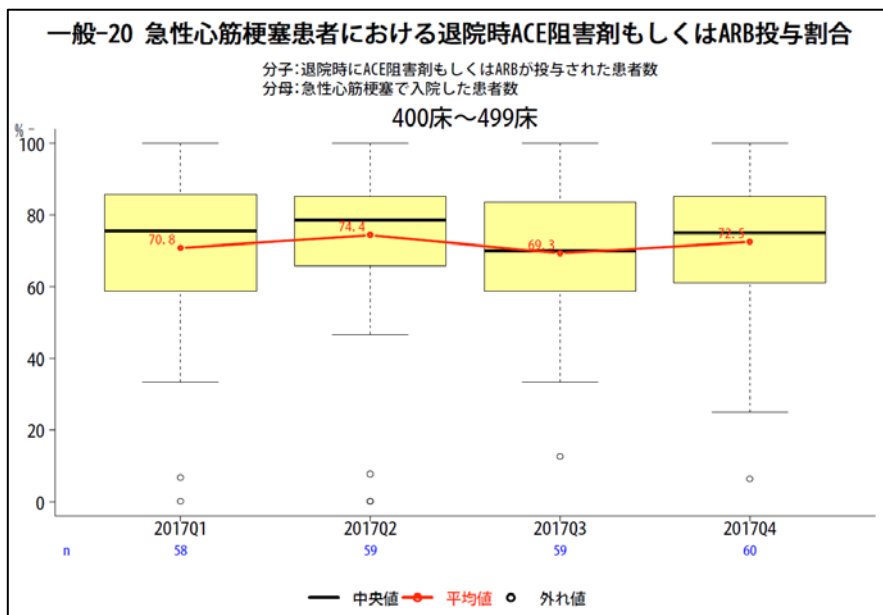
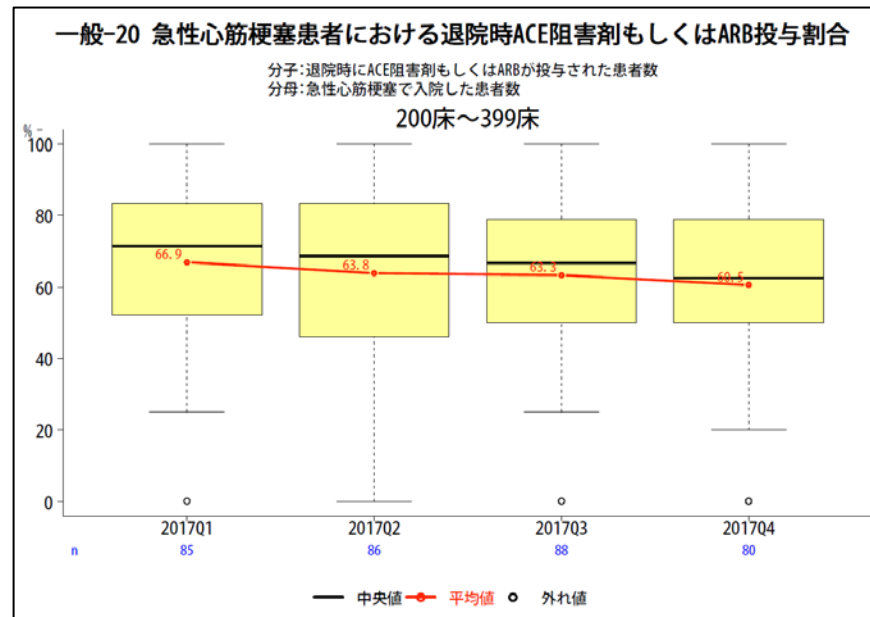
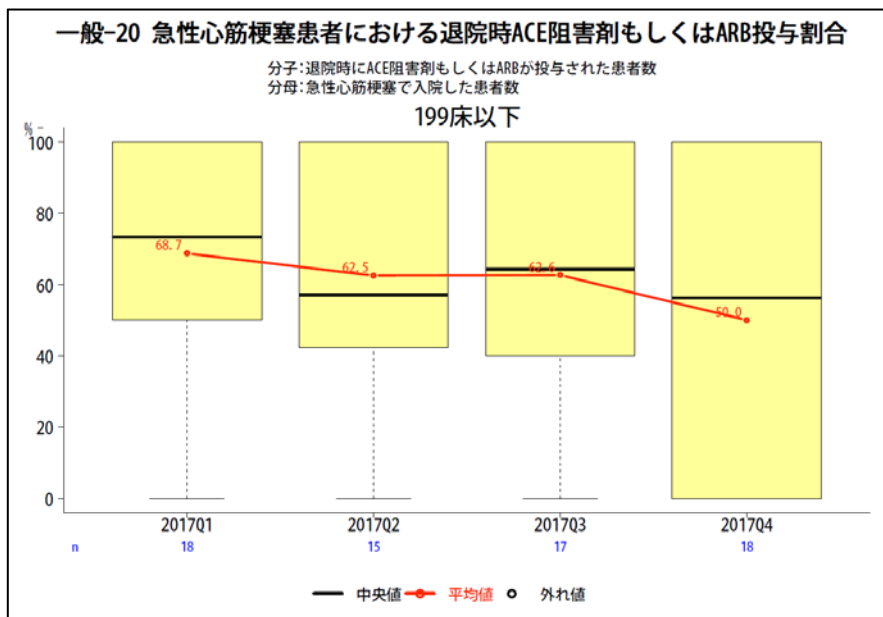
18 急性心筋梗塞患者における退院時βブロッカー投与割合



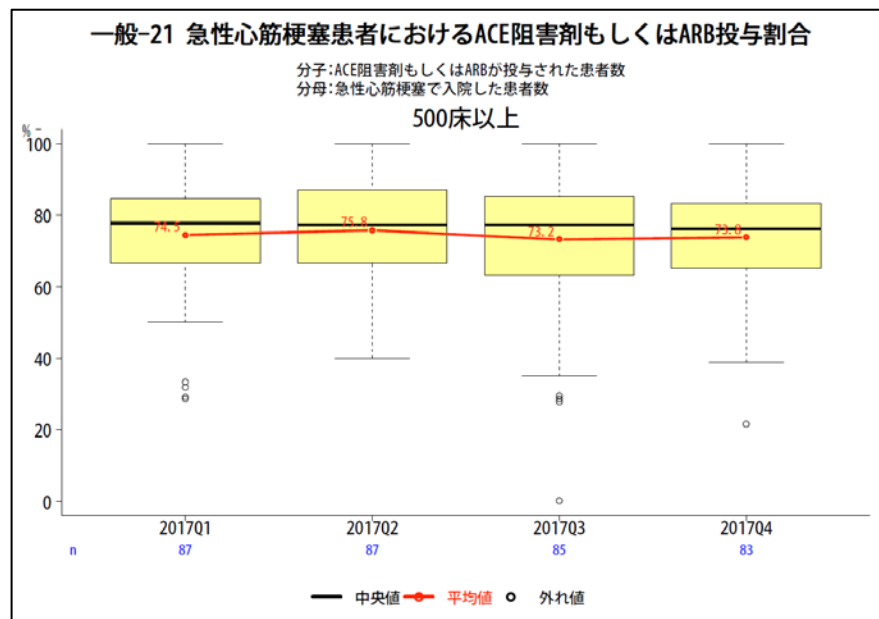
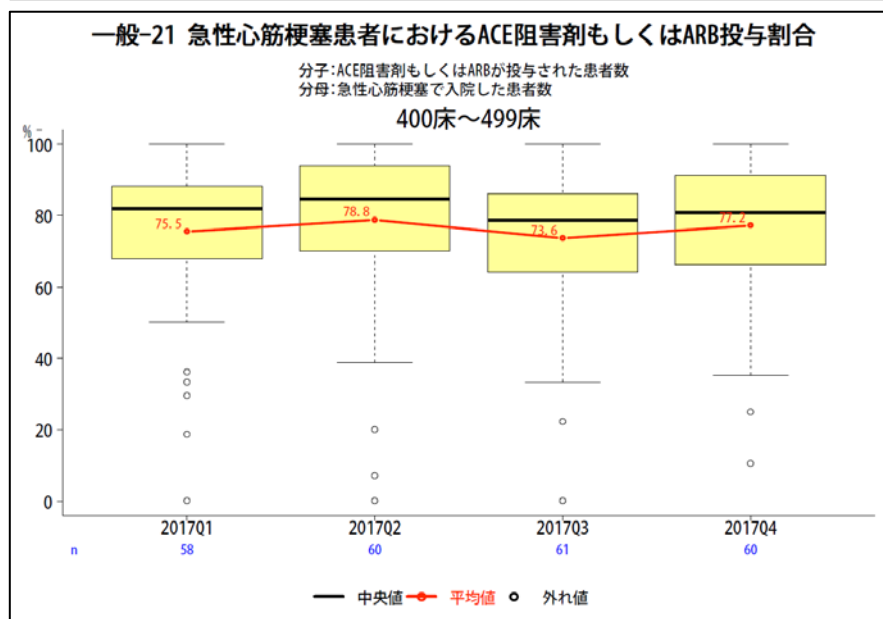
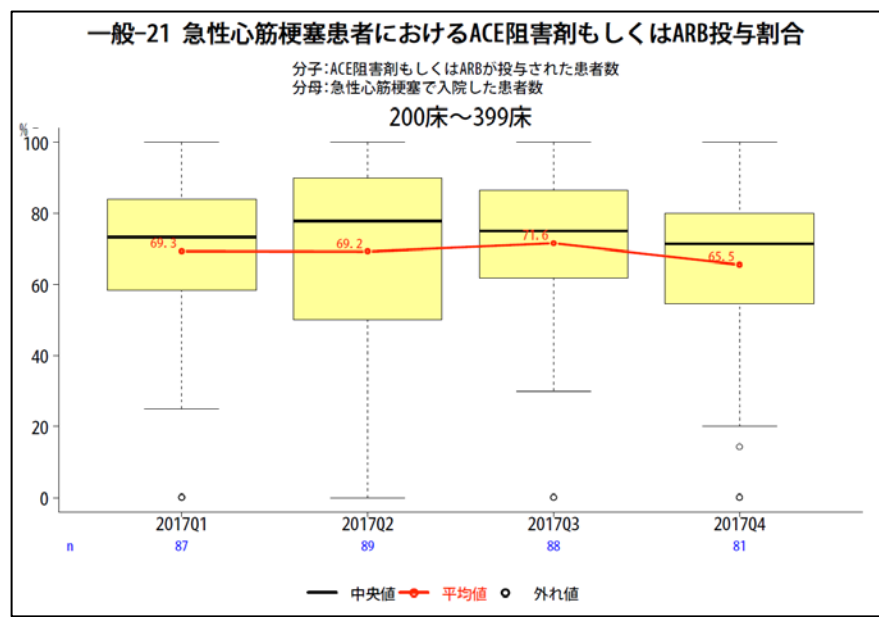
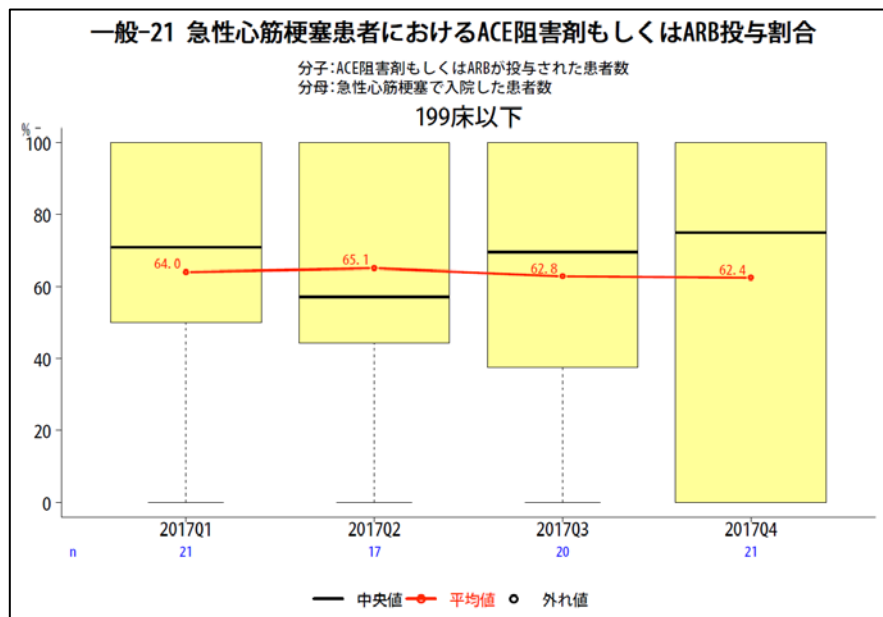
19 急性心筋梗塞患者における退院時スタチン投与割合



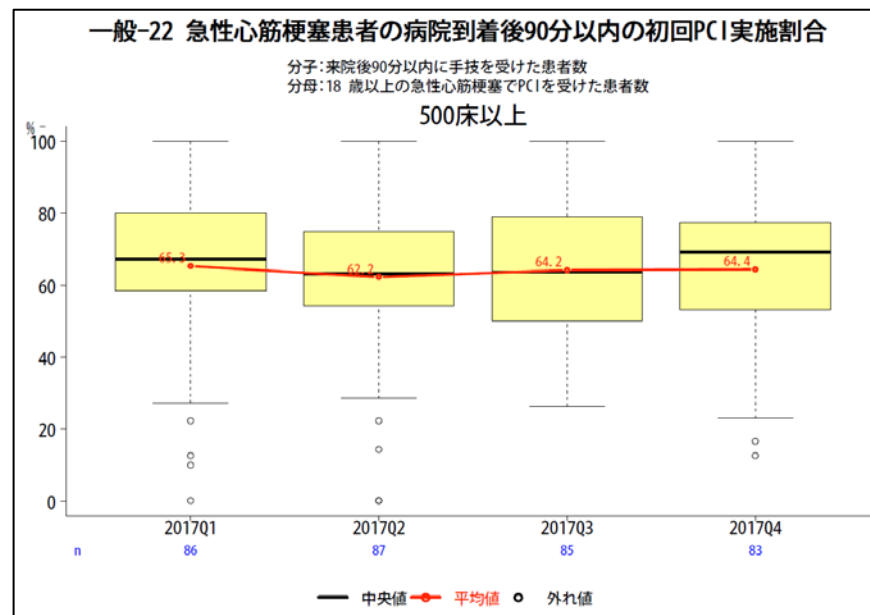
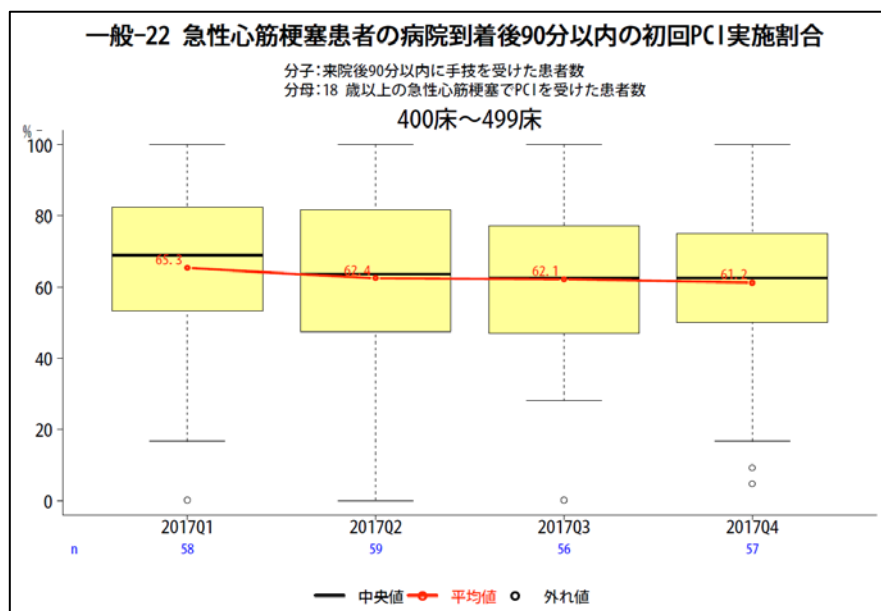
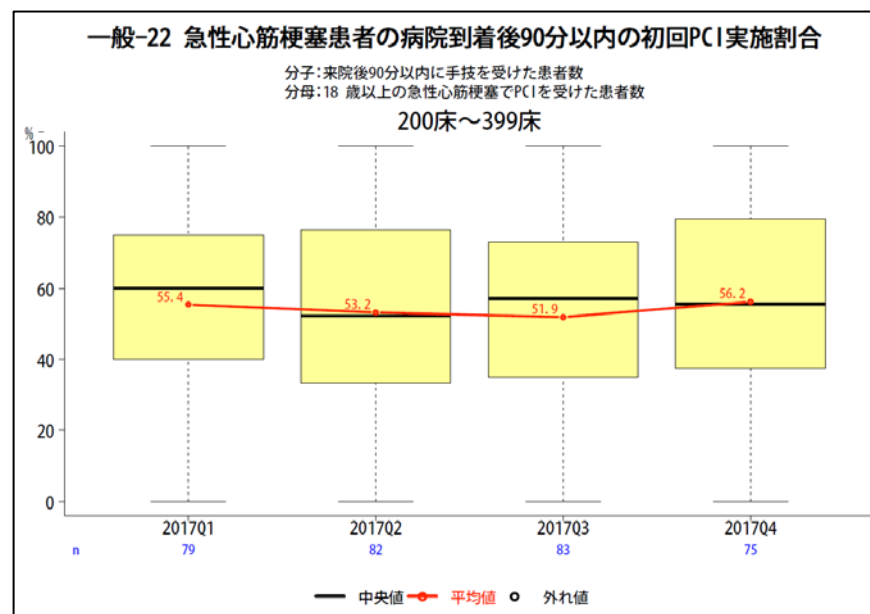
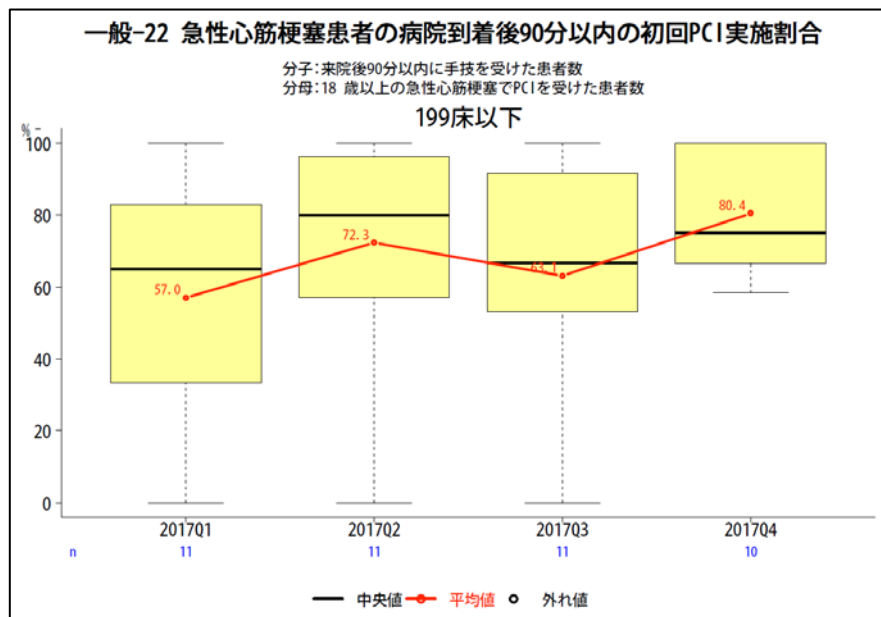
20 急性心筋梗塞患者における退院時 ACE 阻害剤もしくは ARB 投与割合



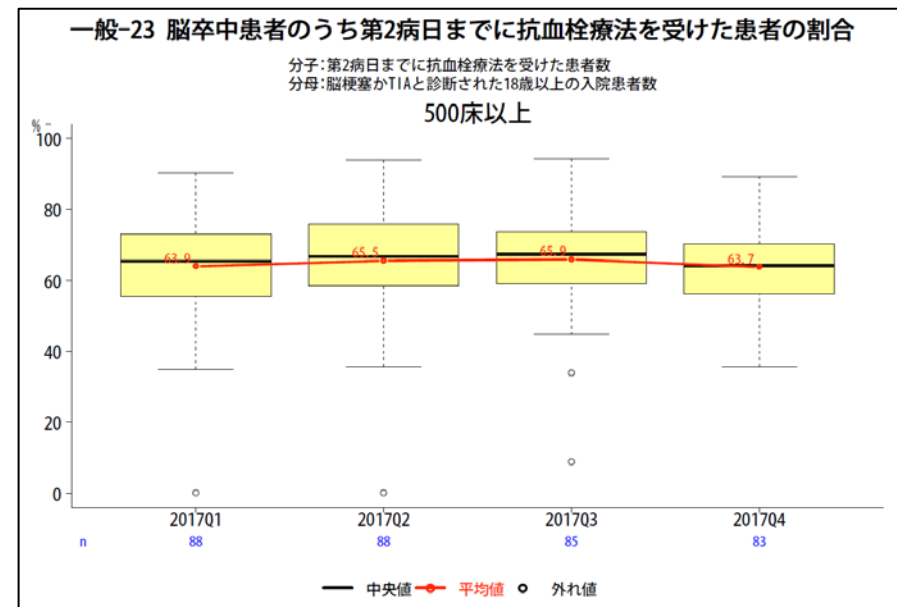
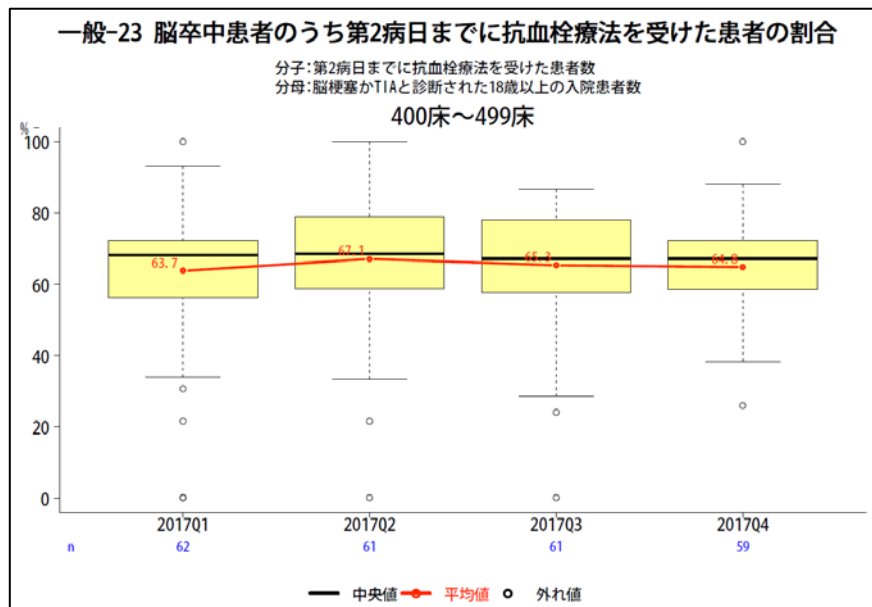
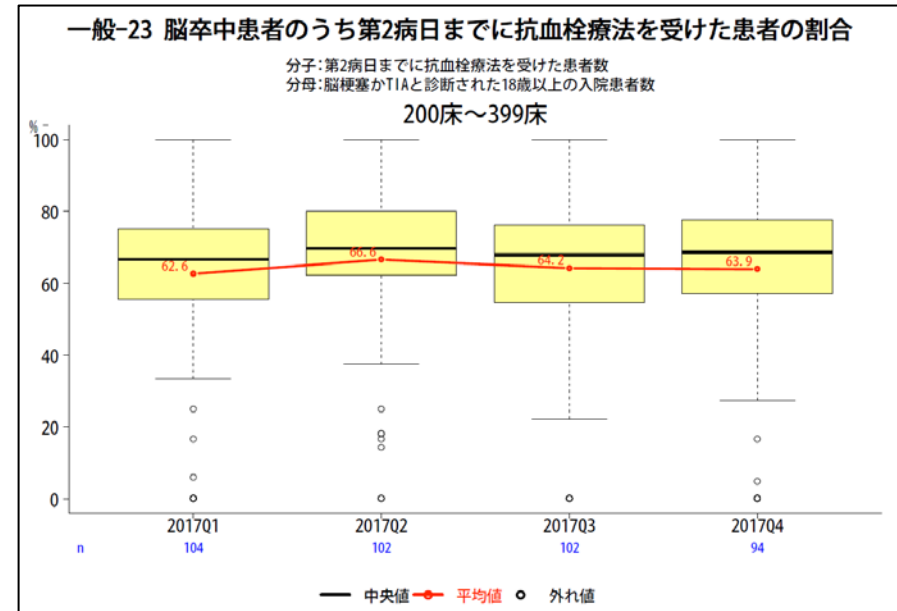
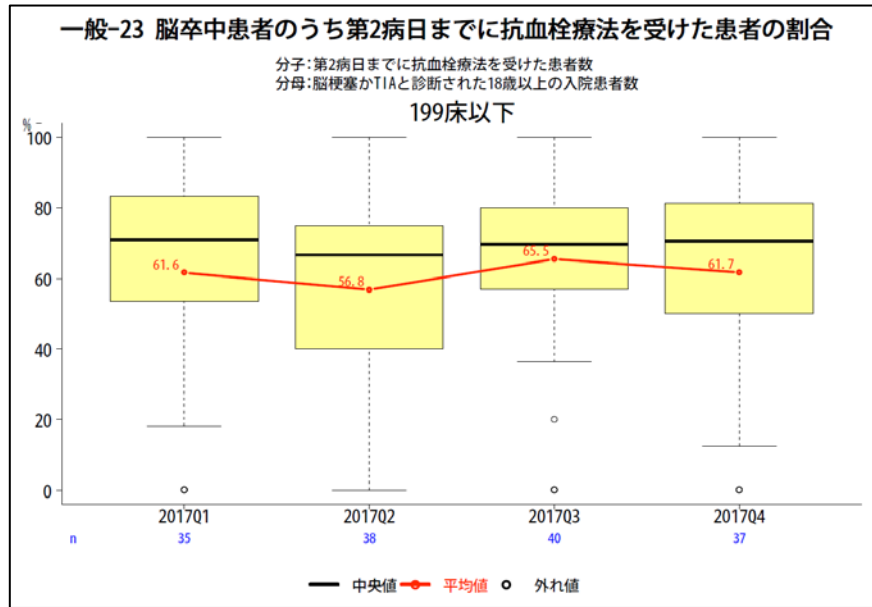
21 急性心筋梗塞患者におけるACE阻害剤もしくはARB投与割合



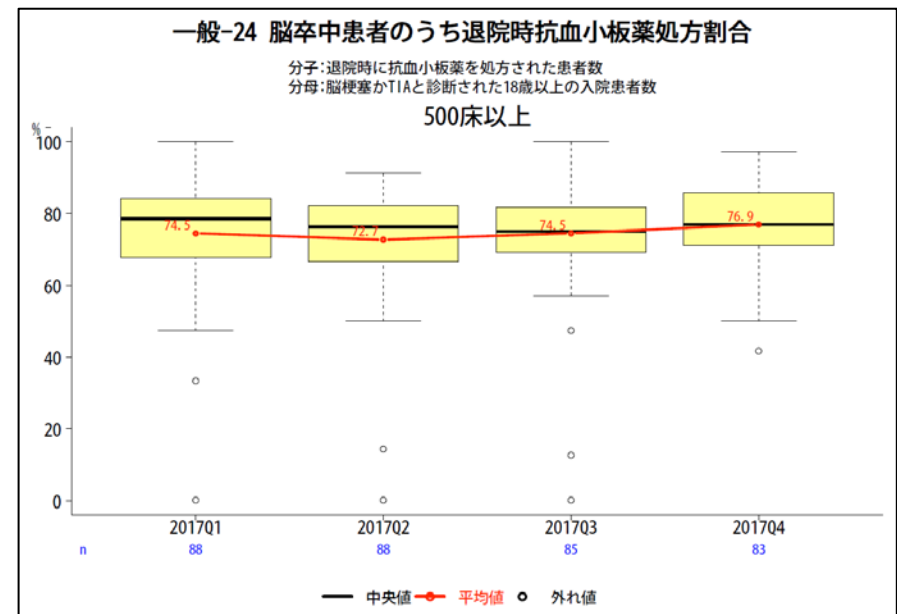
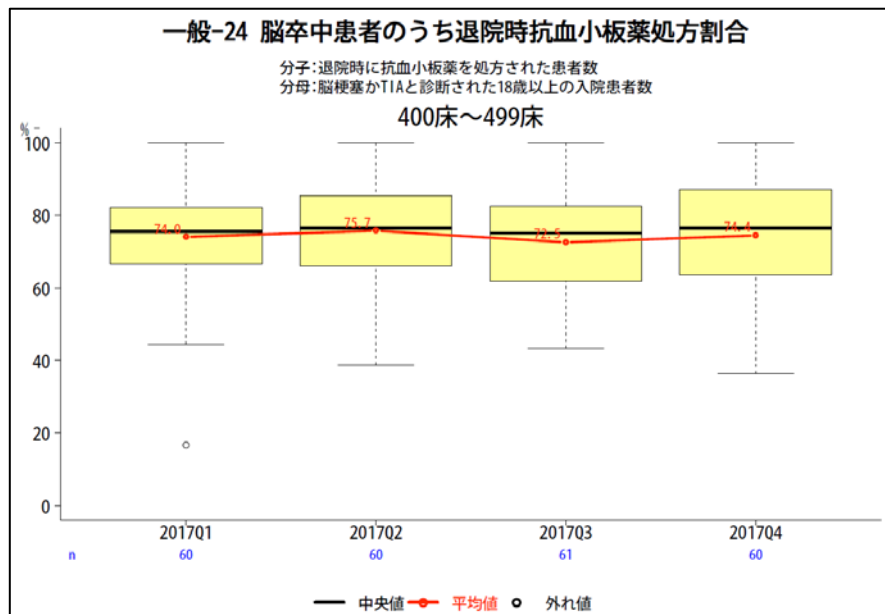
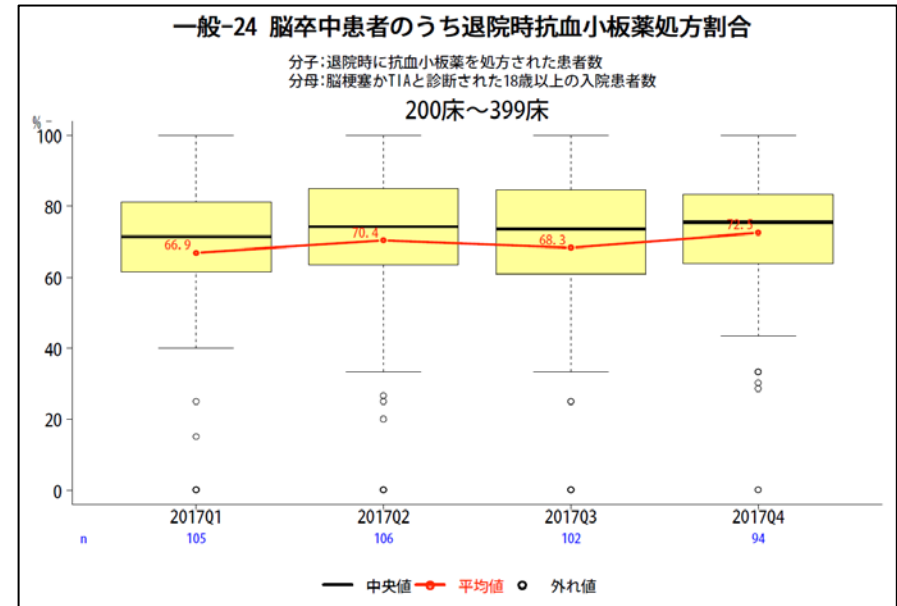
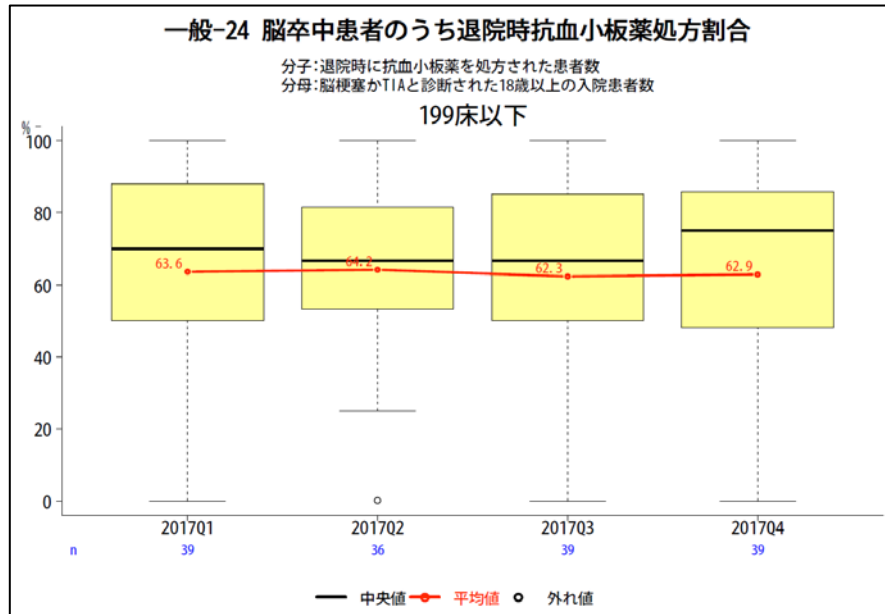
22 急性心筋梗塞患者の病院到着後90分以内の初回PCI実施割合



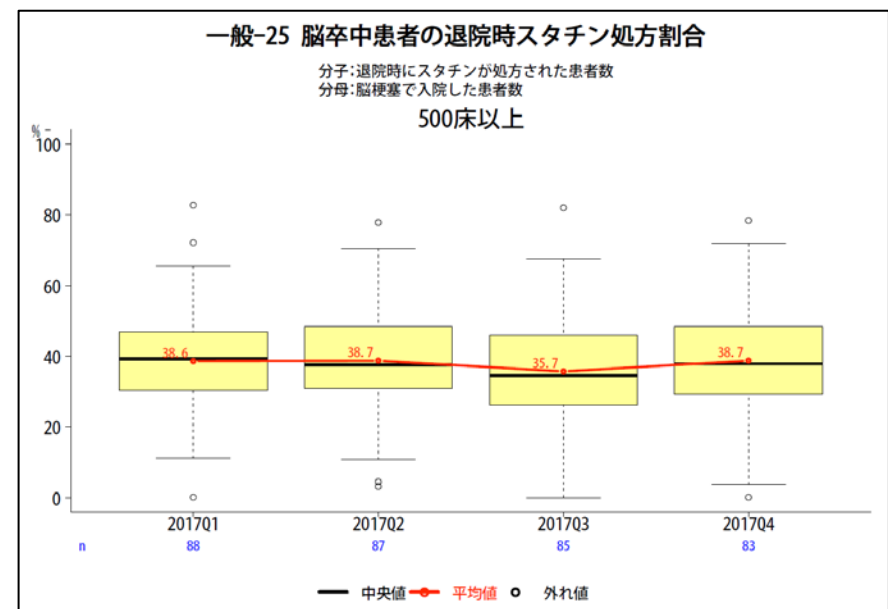
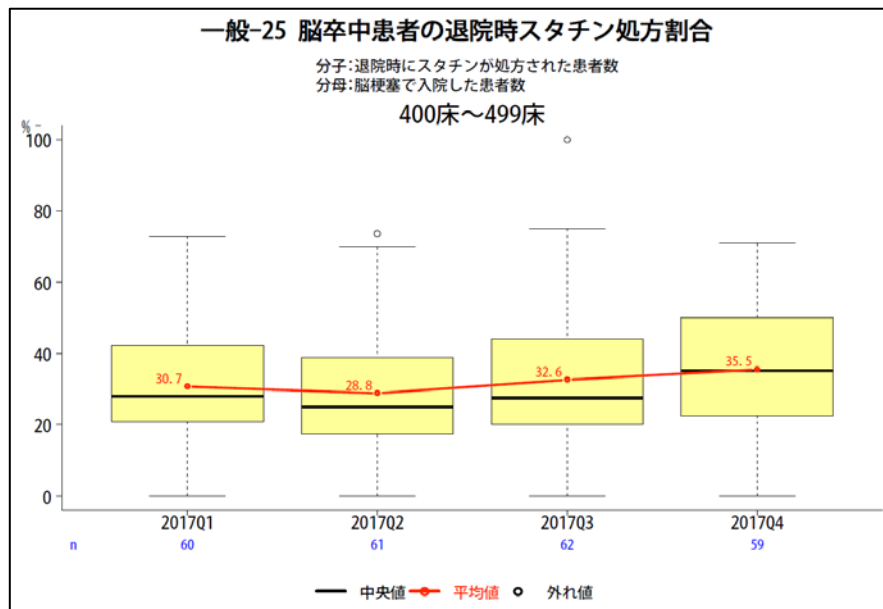
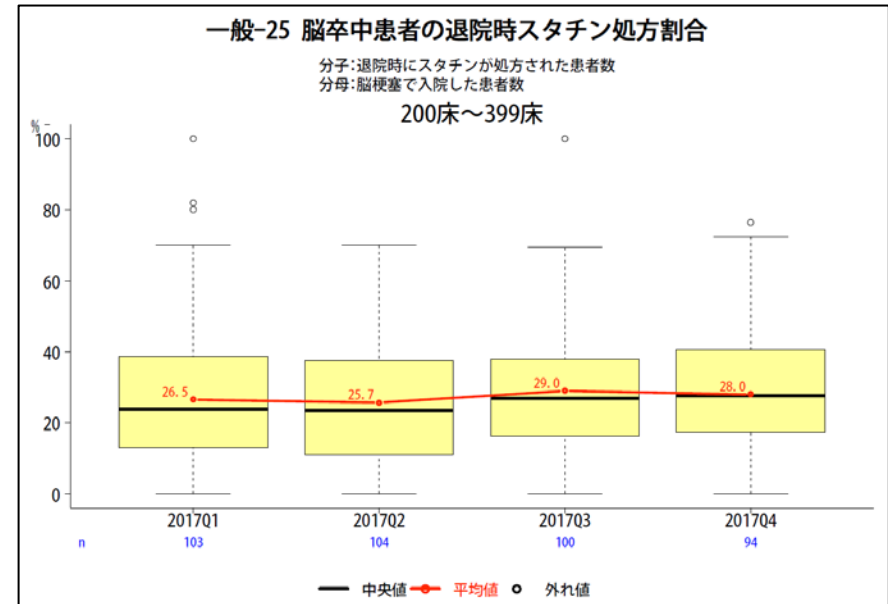
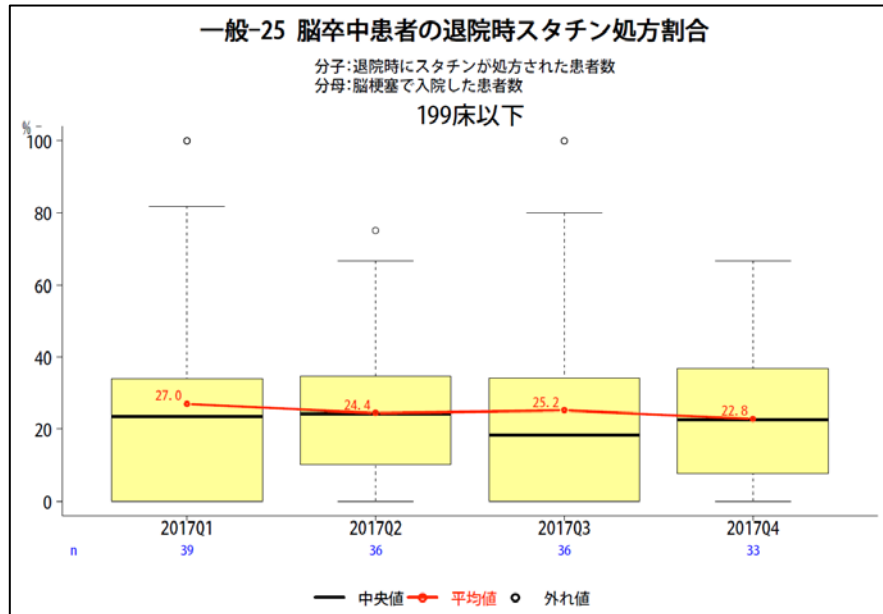
23 脳卒中患者のうち第2病日までに抗血栓療法を受けた患者の割合



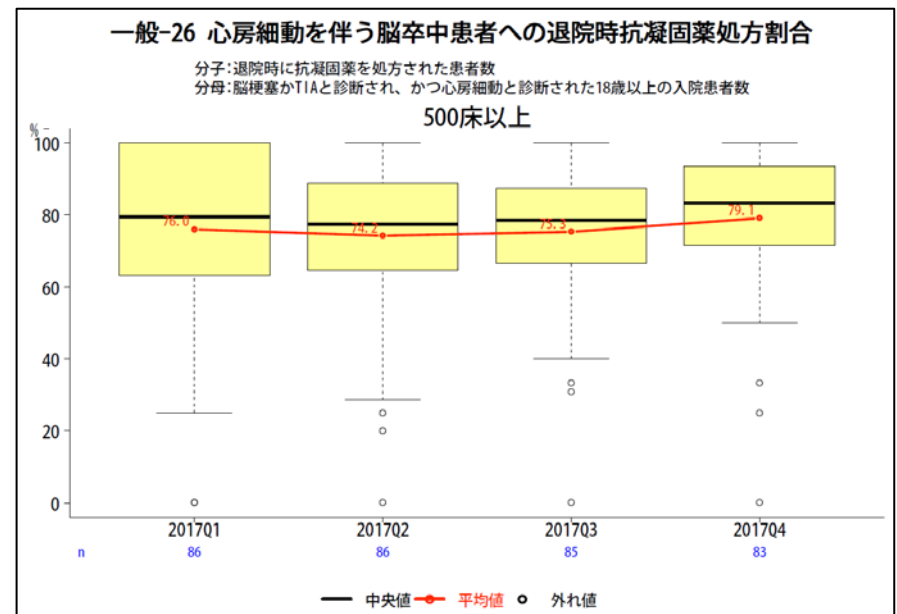
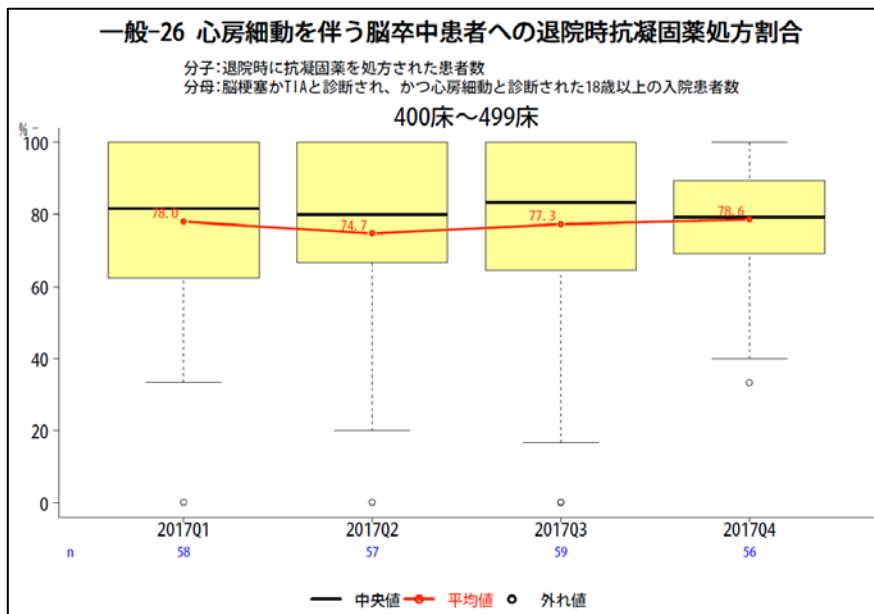
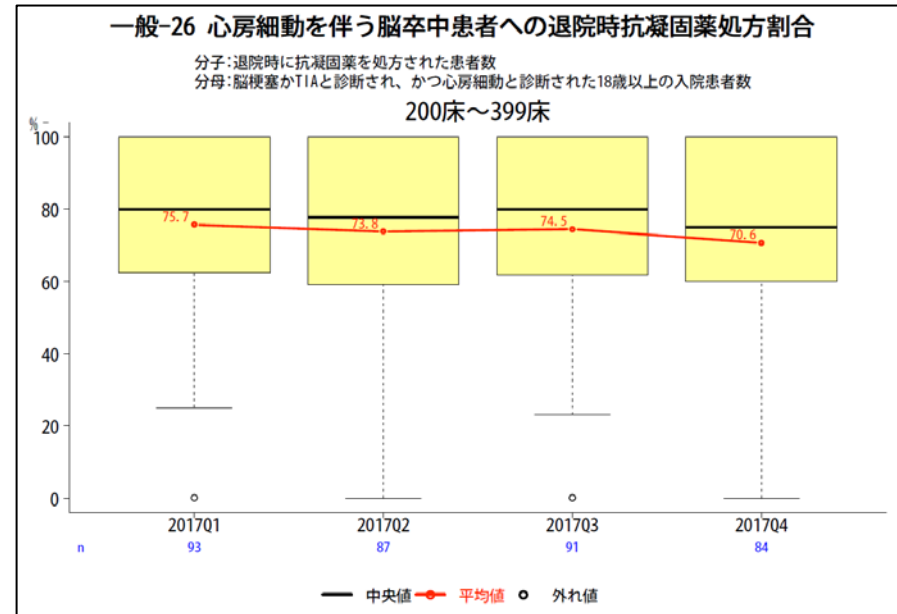
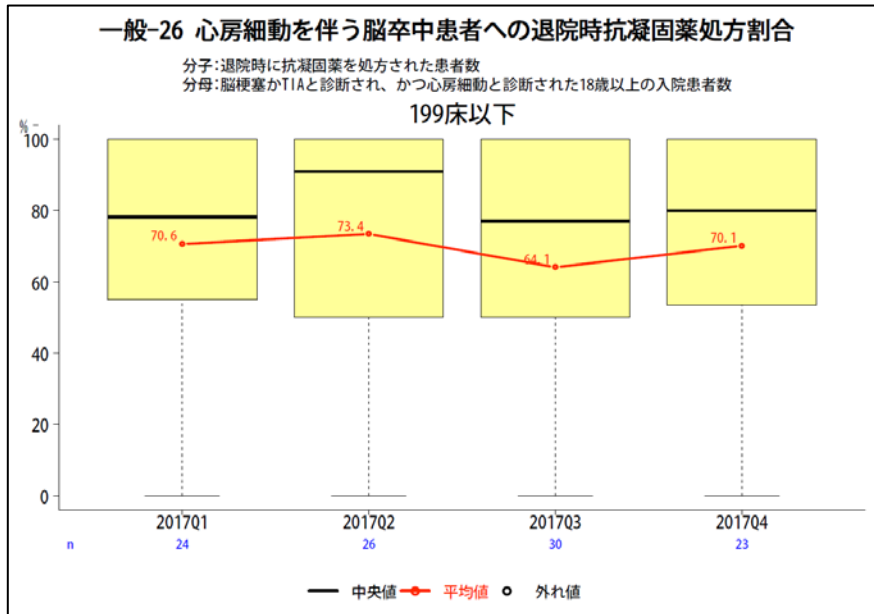
24 脳卒中患者のうち退院時抗血小板薬処方割合



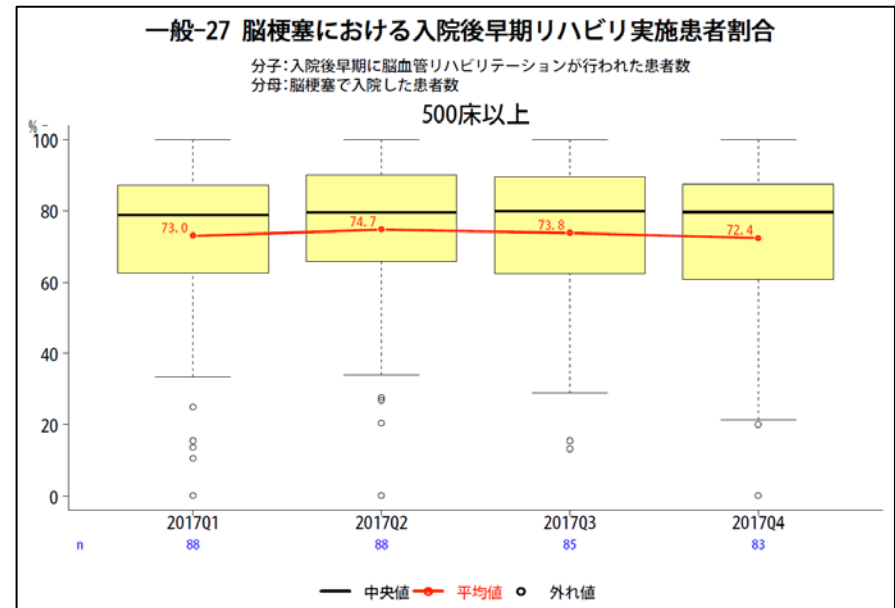
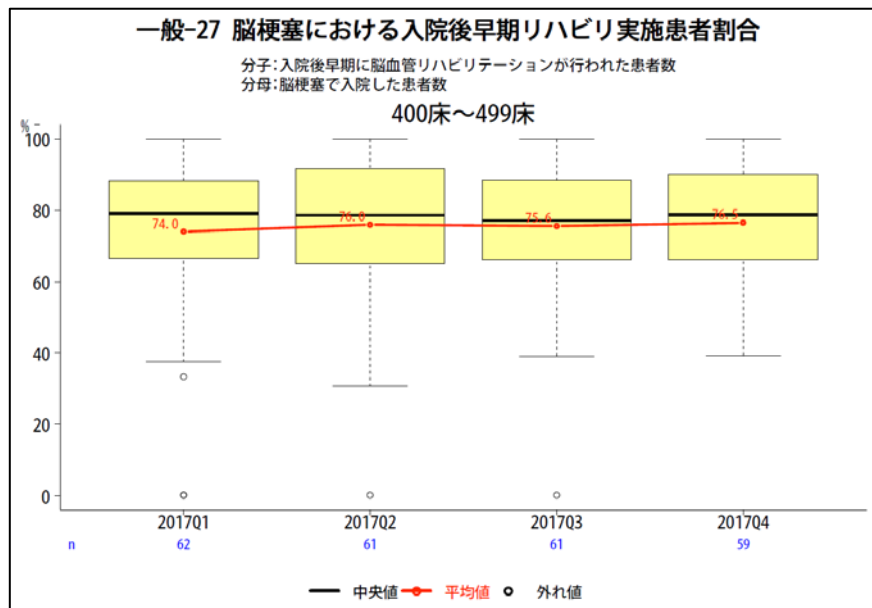
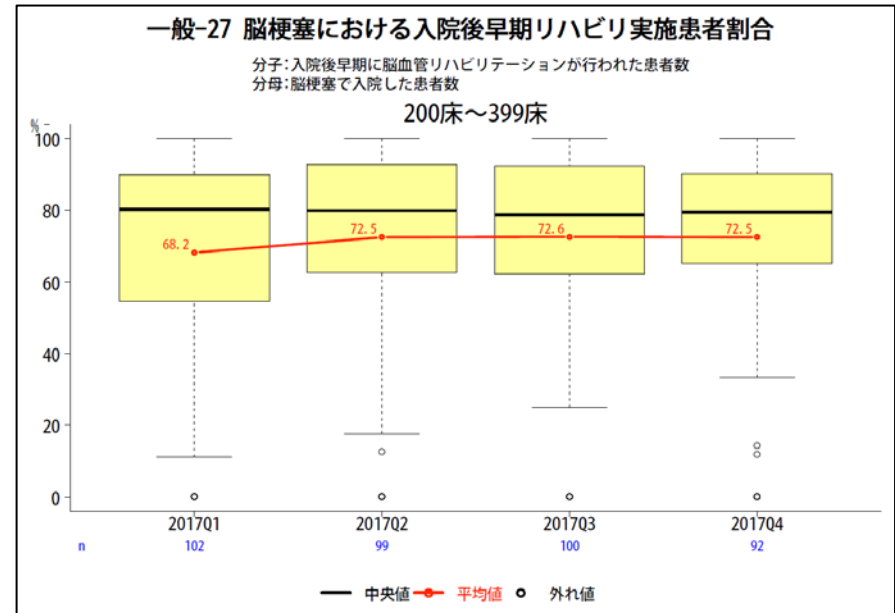
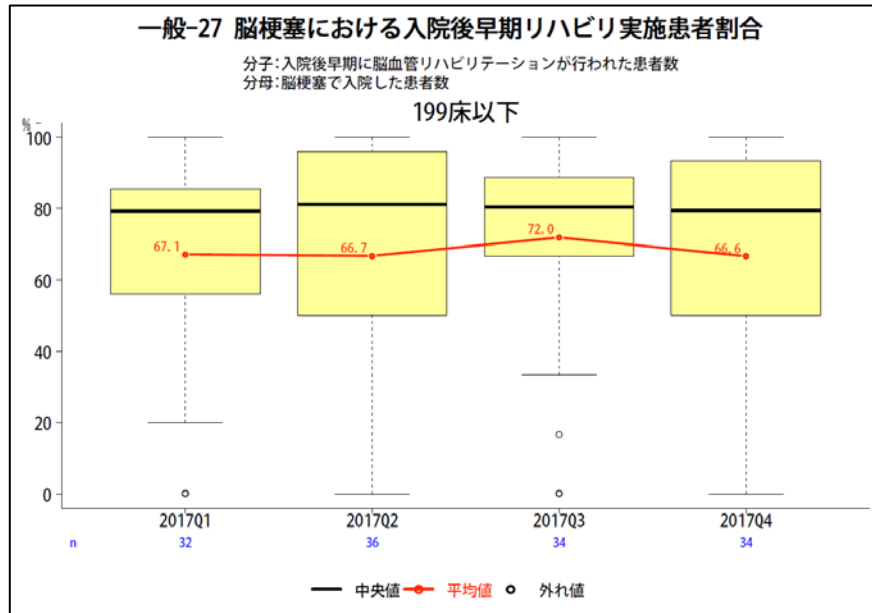
25 脳卒中患者の退院時スタチン処方割合



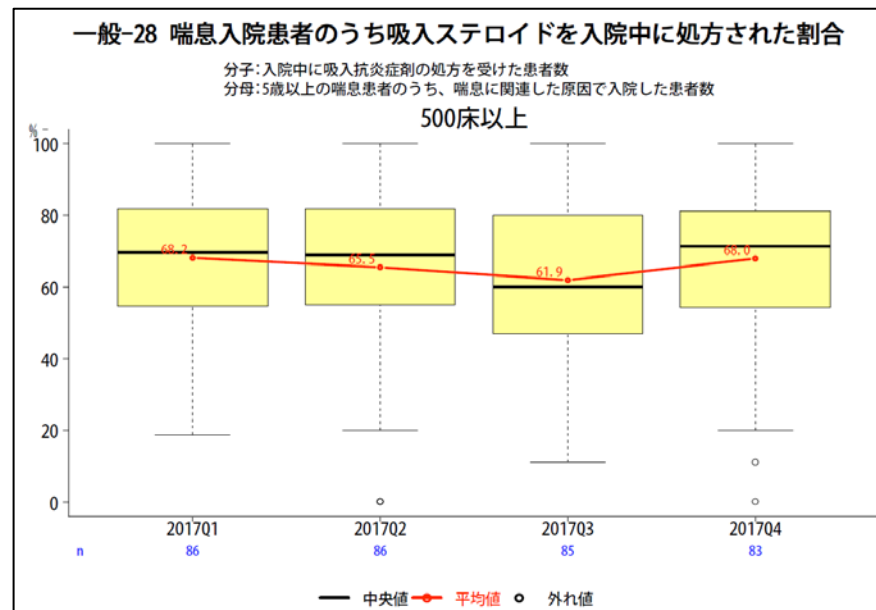
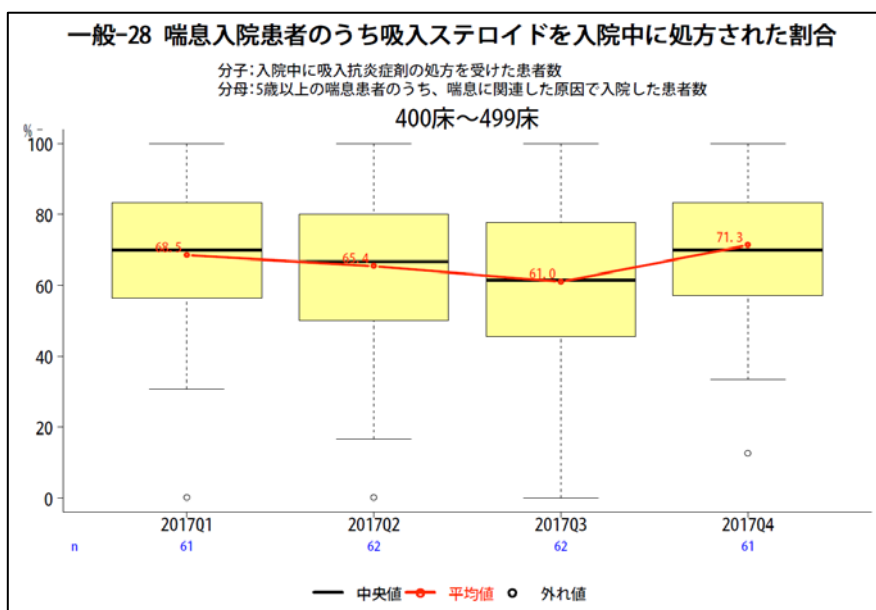
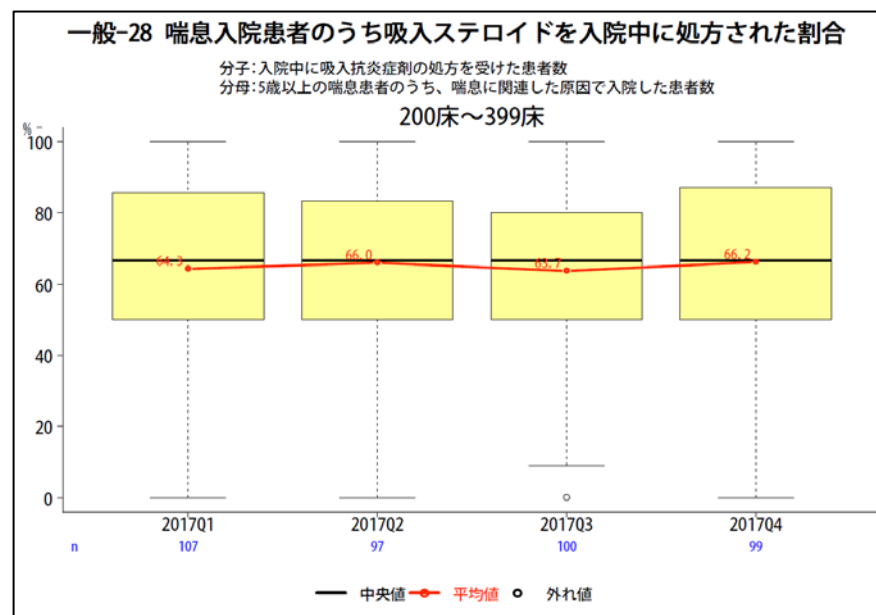
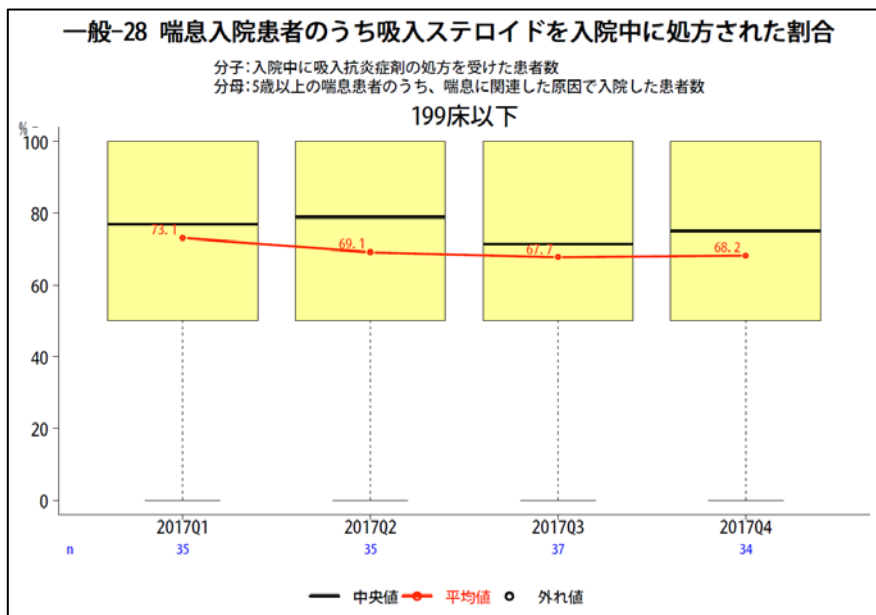
26 心房細動を伴う脳卒中患者への退院時抗凝固薬処方割合



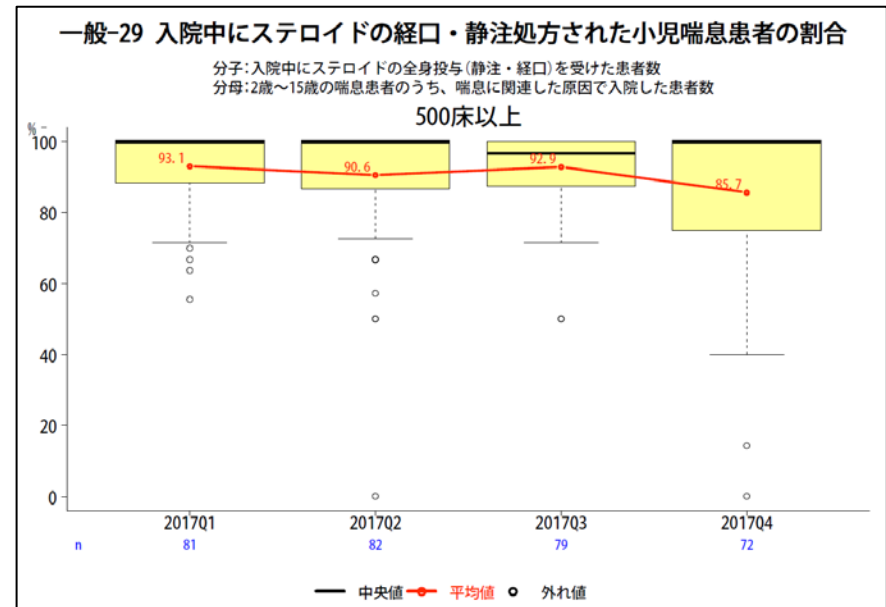
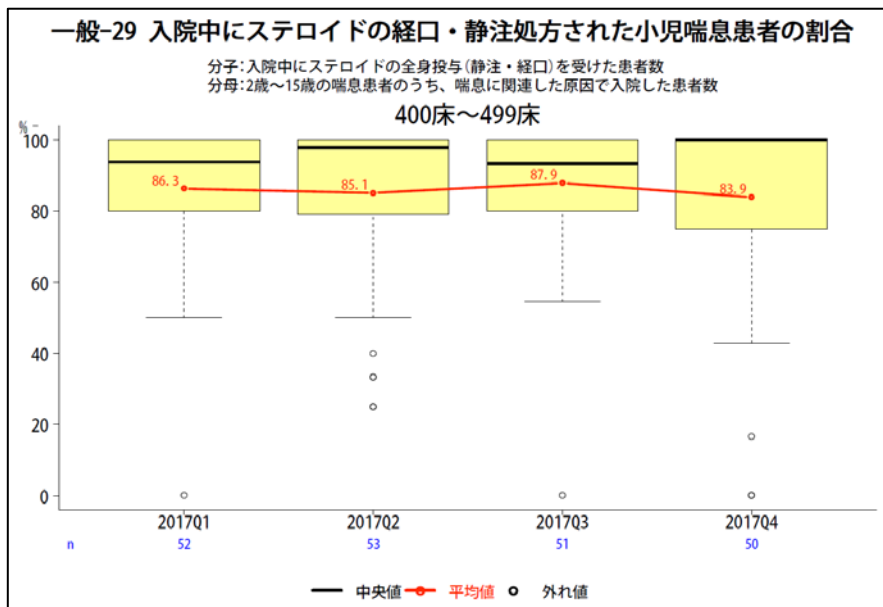
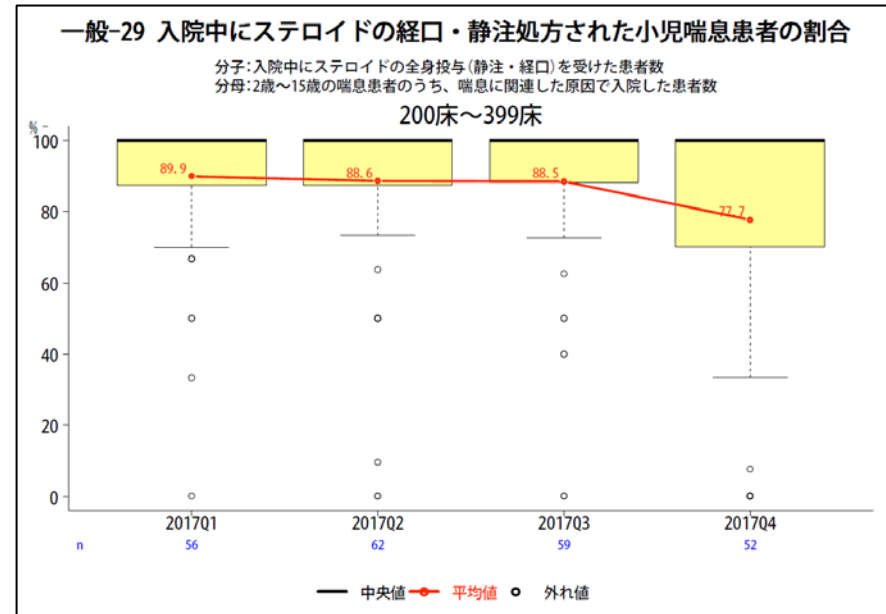
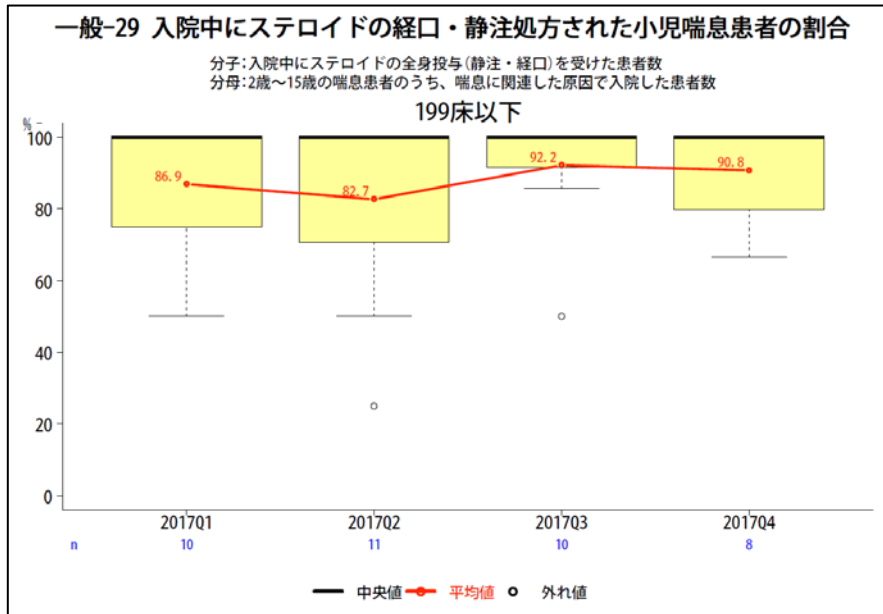
27 脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者割合



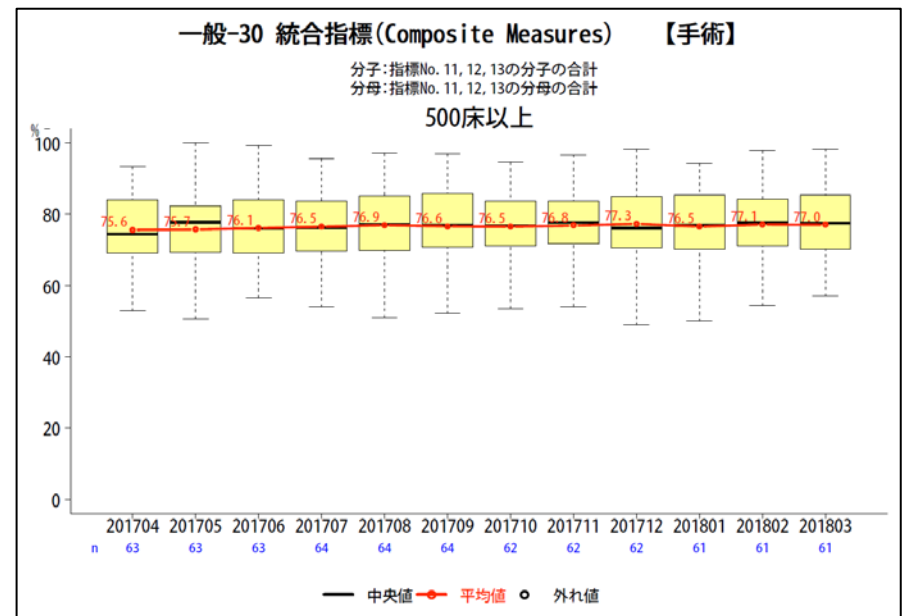
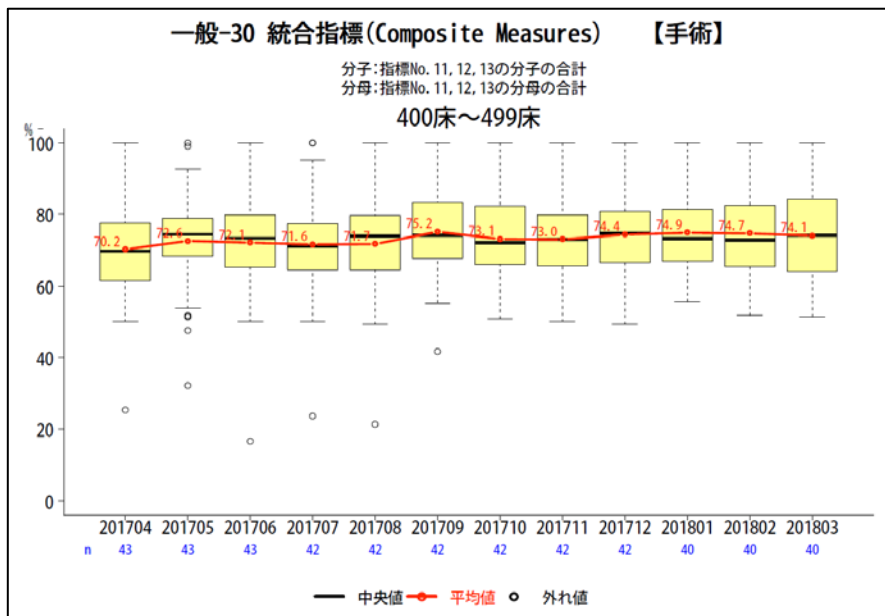
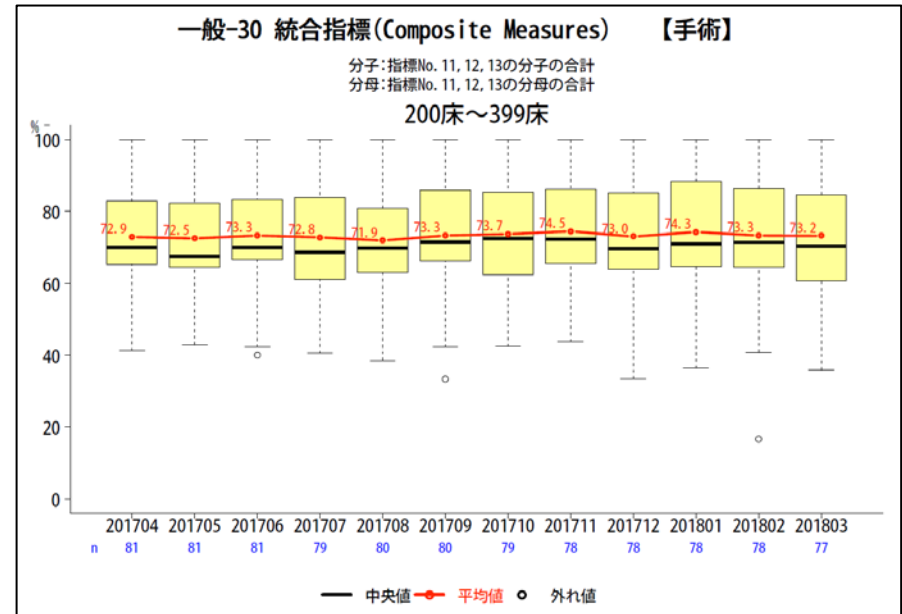
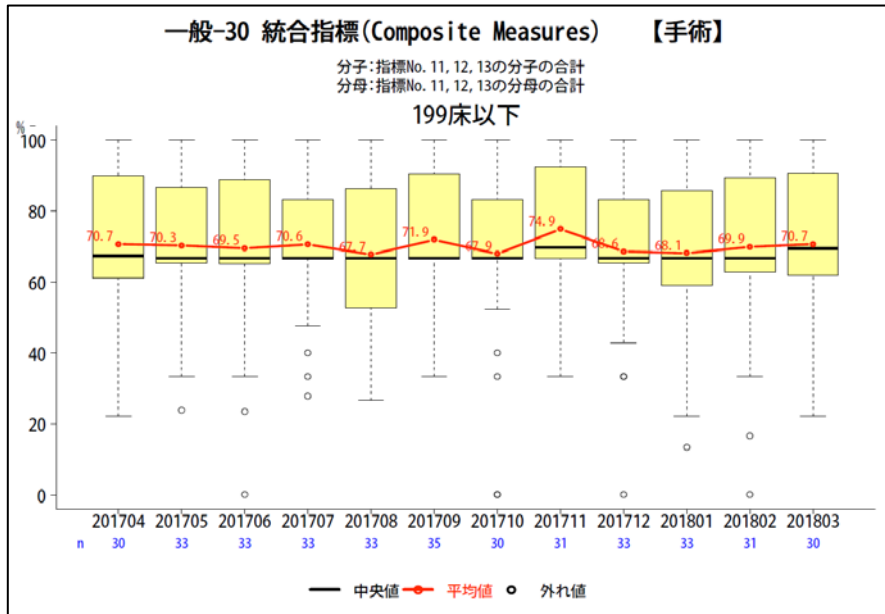
28 喘息入院患者のうち吸入ステロイドを入院中に処方された割合



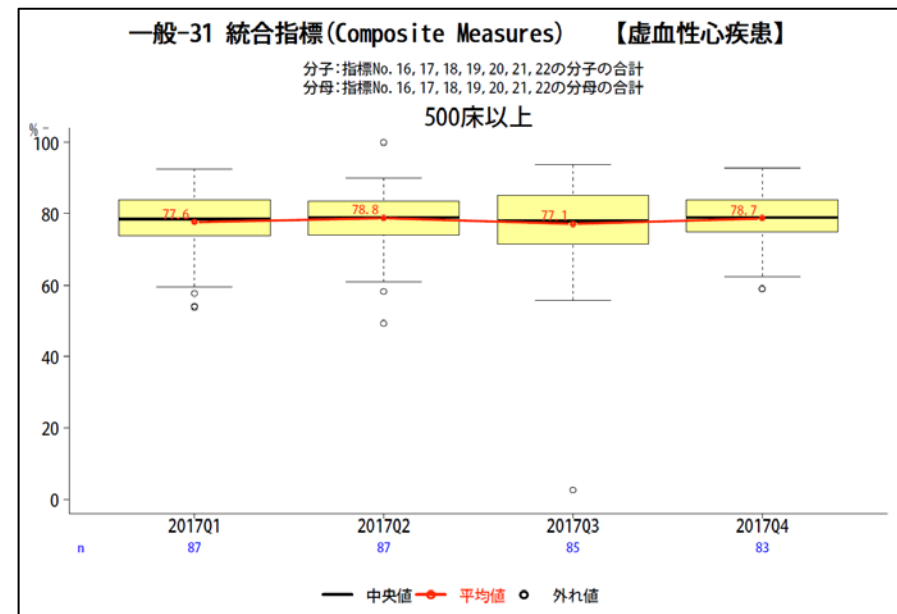
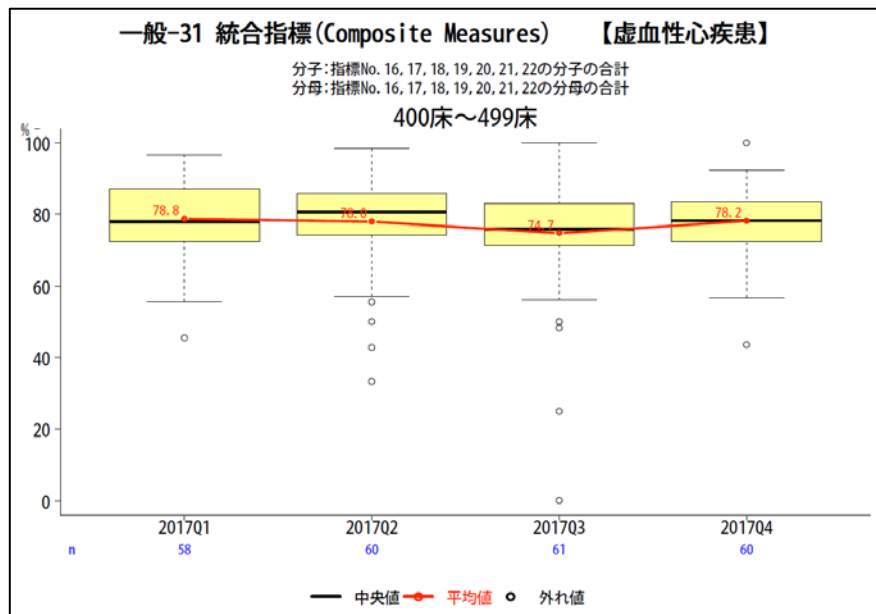
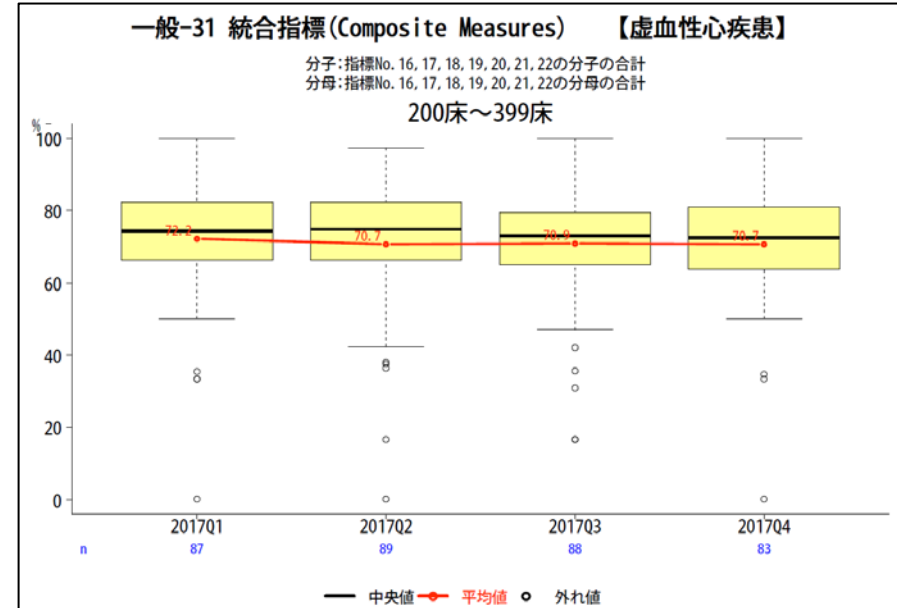
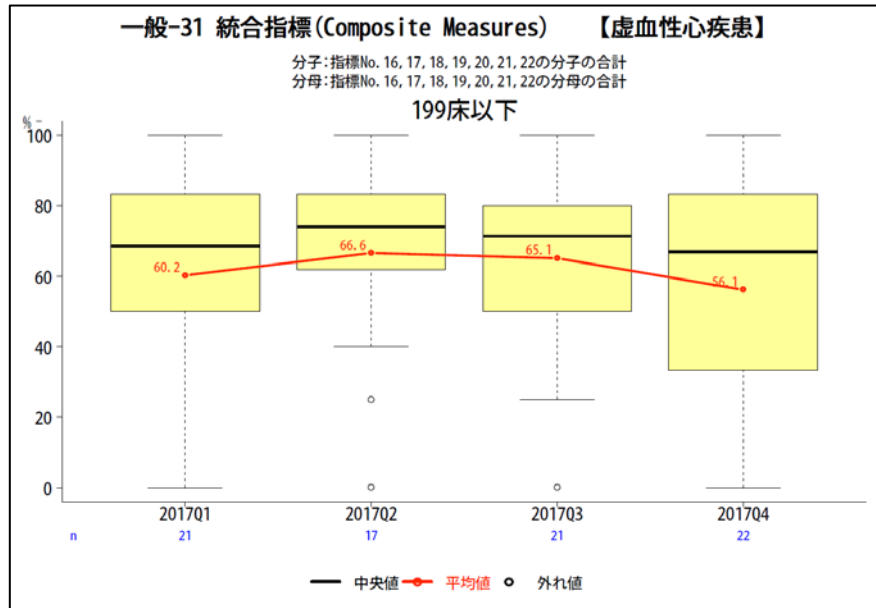
29 入院中にステロイドの経口・静注処方された小児喘息患者の割合



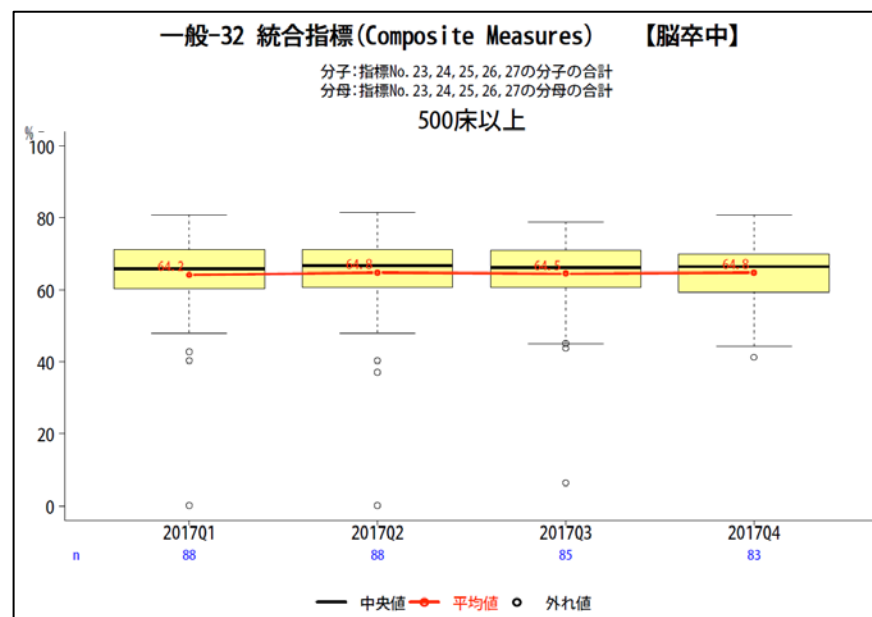
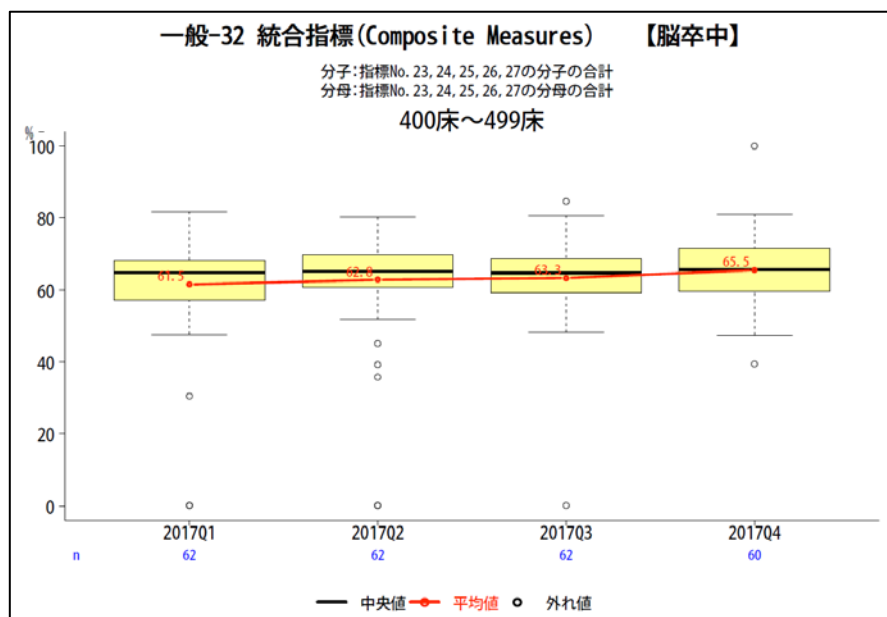
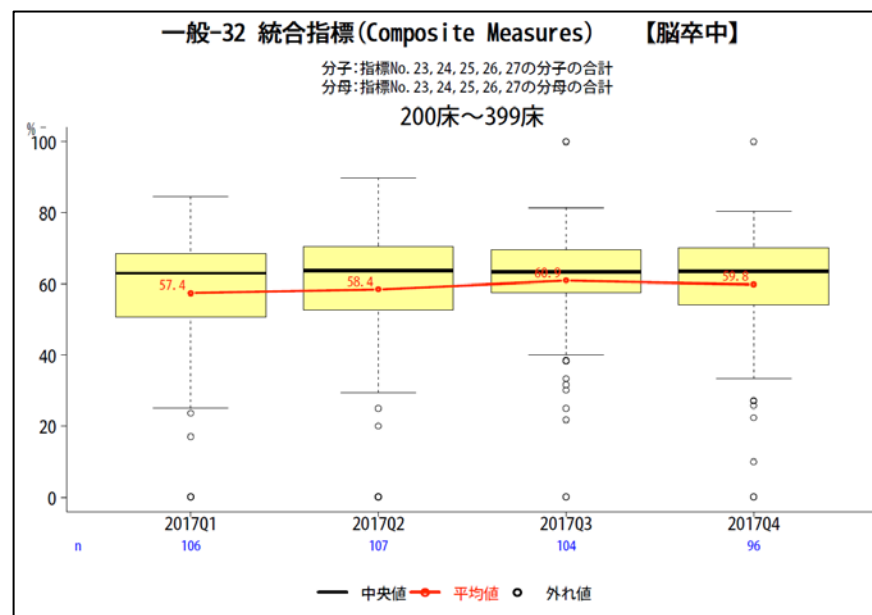
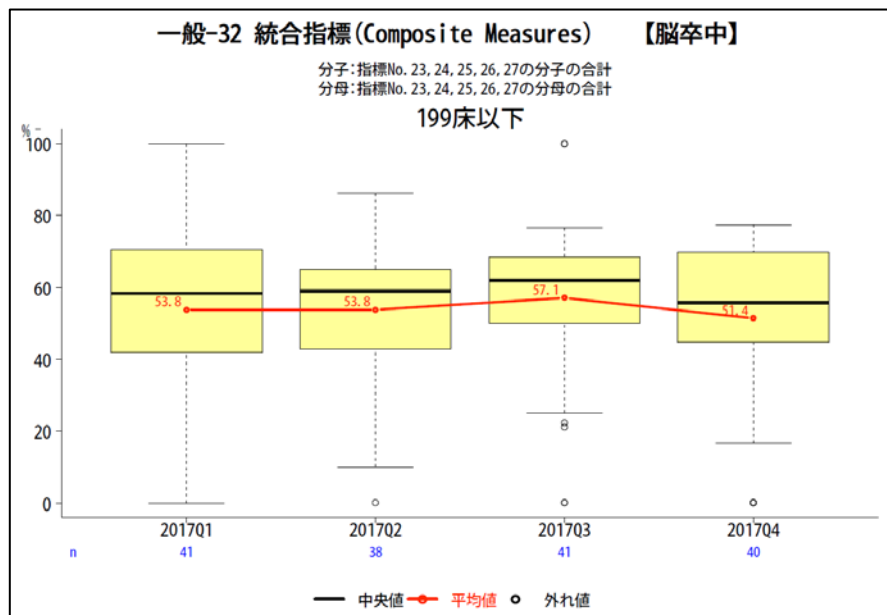
30 統合指標 (Composite Measures)【手術】



31 統合指標 (Composite Measures)【虚血性心疾患】



32 統合指標 (Composite Measures)【脳卒中】



経年変化

経年変化

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

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

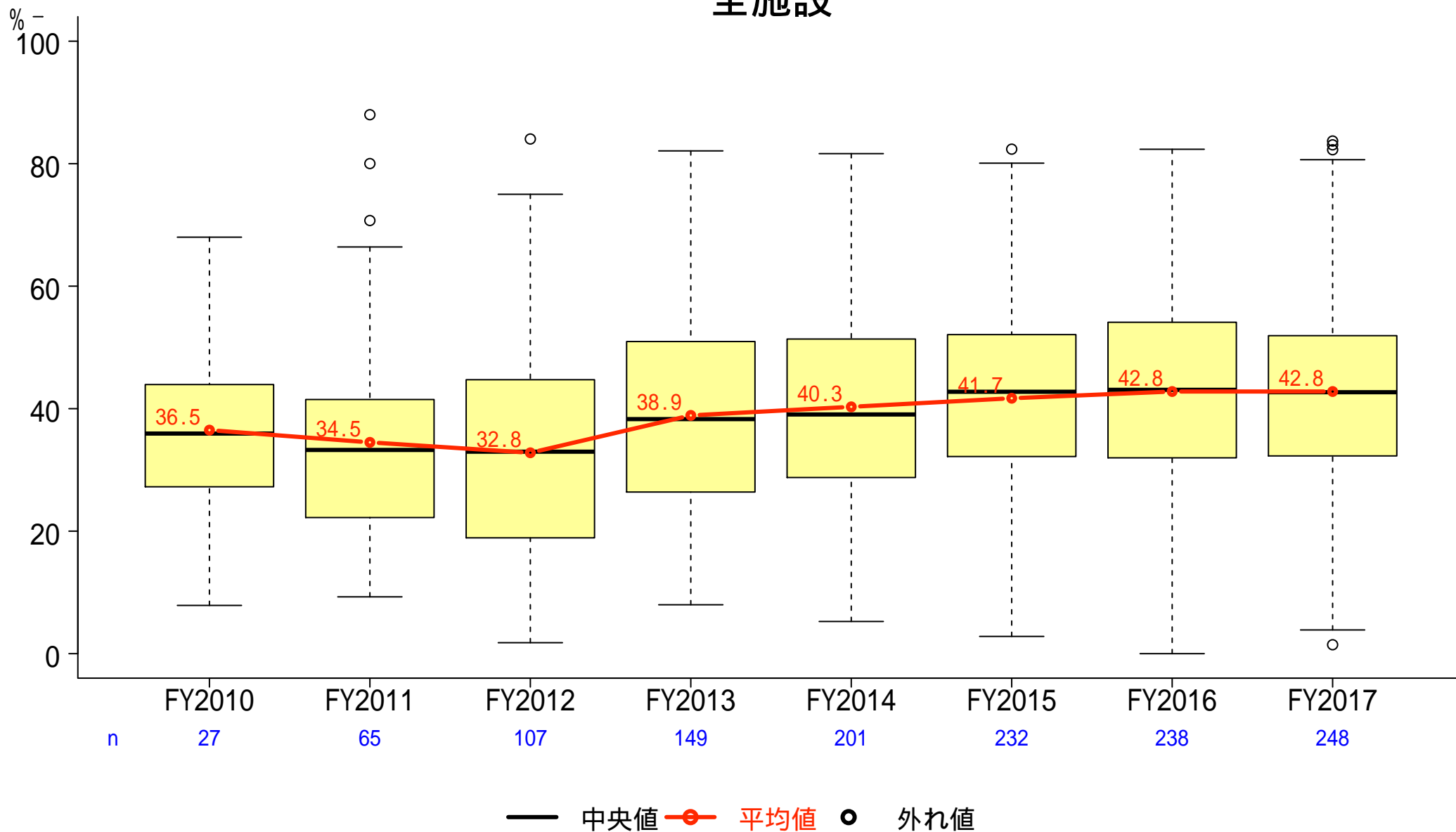
年度ごとの図表をフィードバックすることで、月ごと、四半期ごとのフィードバックだけからでは見えてこない要因を見つけ出し、医療の質改善への一歩につなげてもらいたいと考えています。

一般-1 患者満足度(外来患者) 満足

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

分母:患者満足度調査に回答した外来患者数

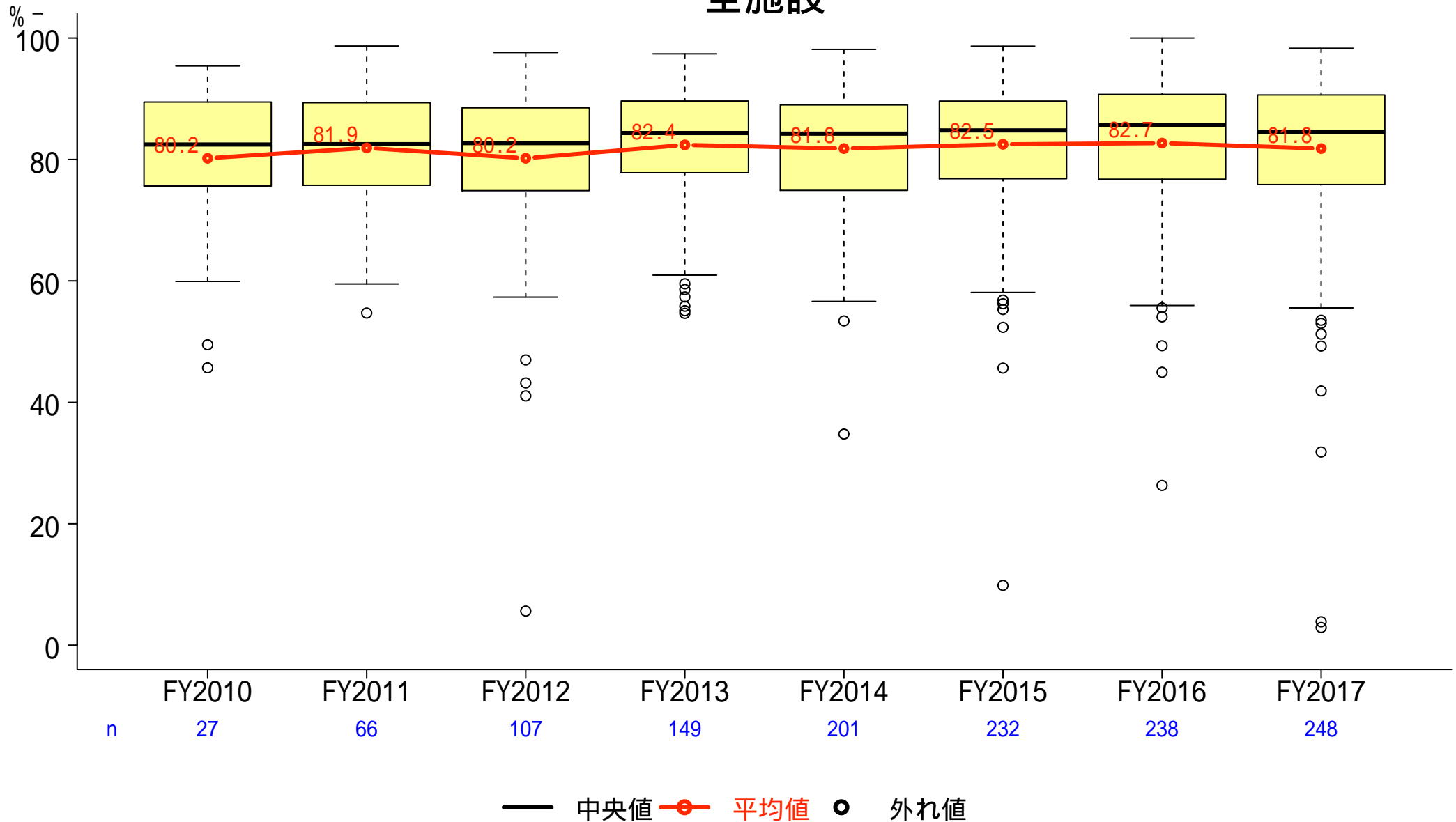
全施設



一般-2 患者満足度(外来患者) 満足またはやや満足

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

全施設

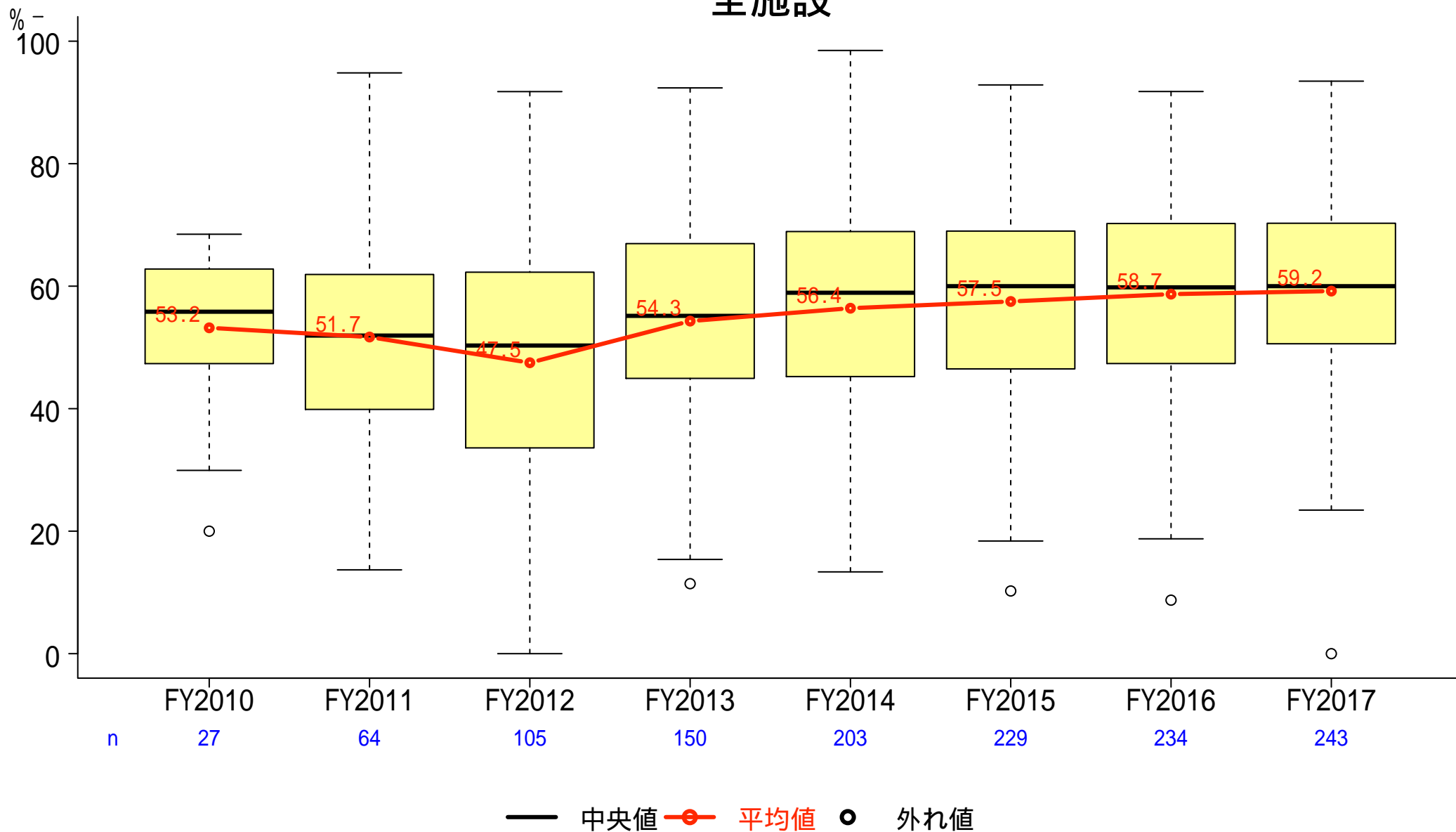


一般-3 患者満足度(入院患者) 満足

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

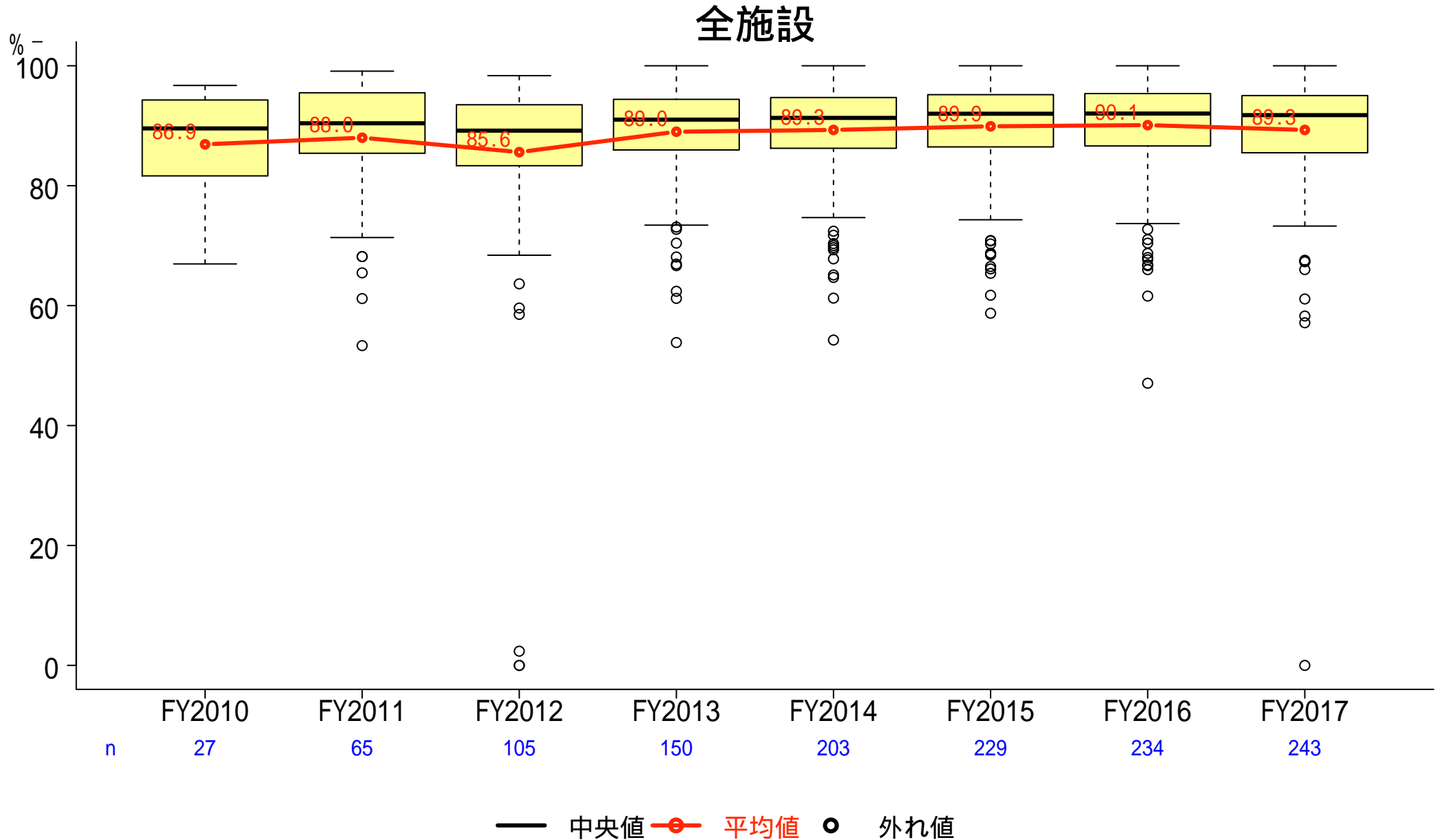
分母:患者満足度調査に回答した入院患者数

全施設



一般-4 患者満足度(入院患者) 満足またはやや満足

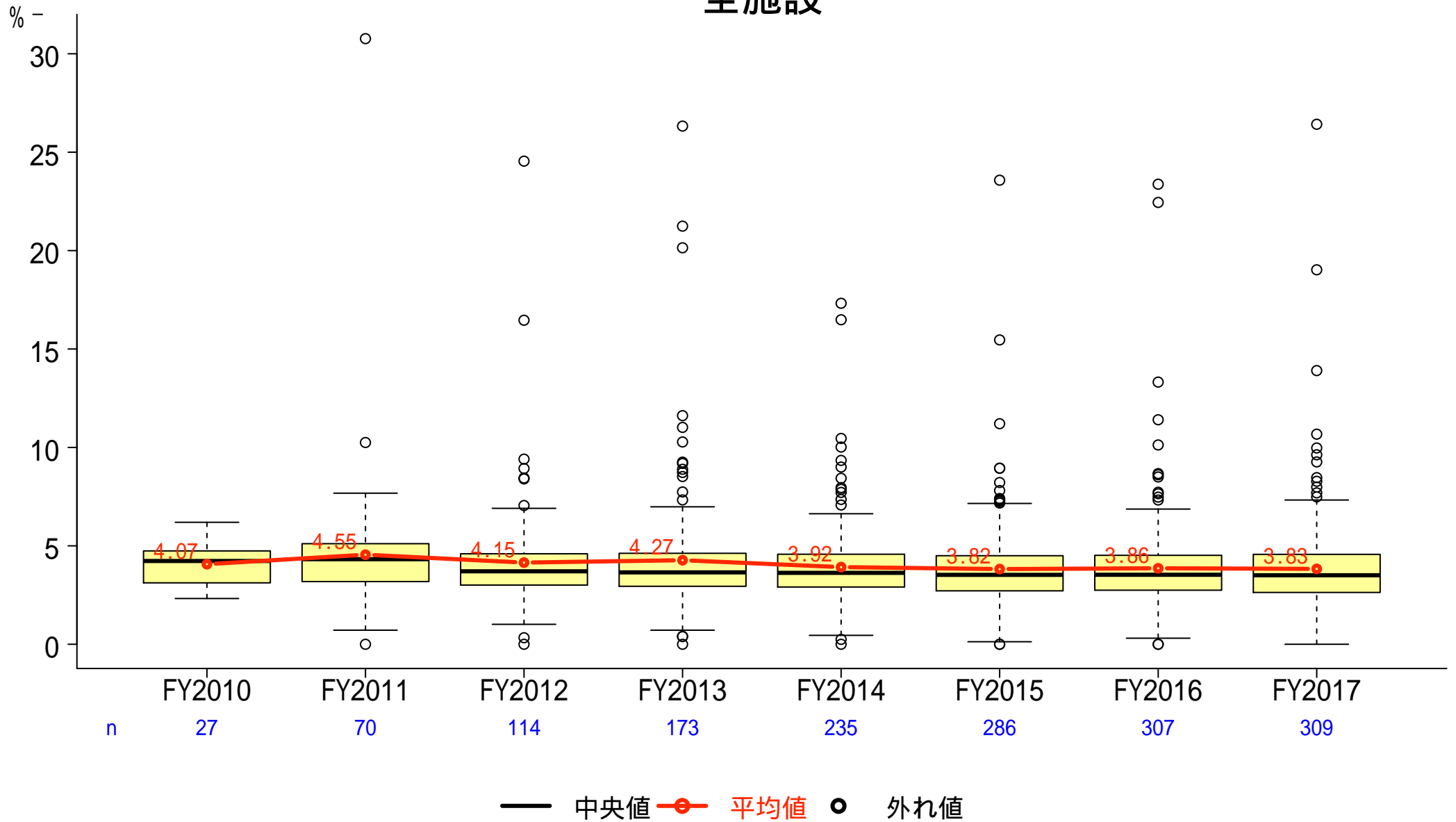
分子:「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問に満足またはやや満足と回答した入院患者数
分母:患者満足度調査に回答した入院患者数



一般-5 死亡退院患者率

分子:死亡退院患者数
分母:退院患者数

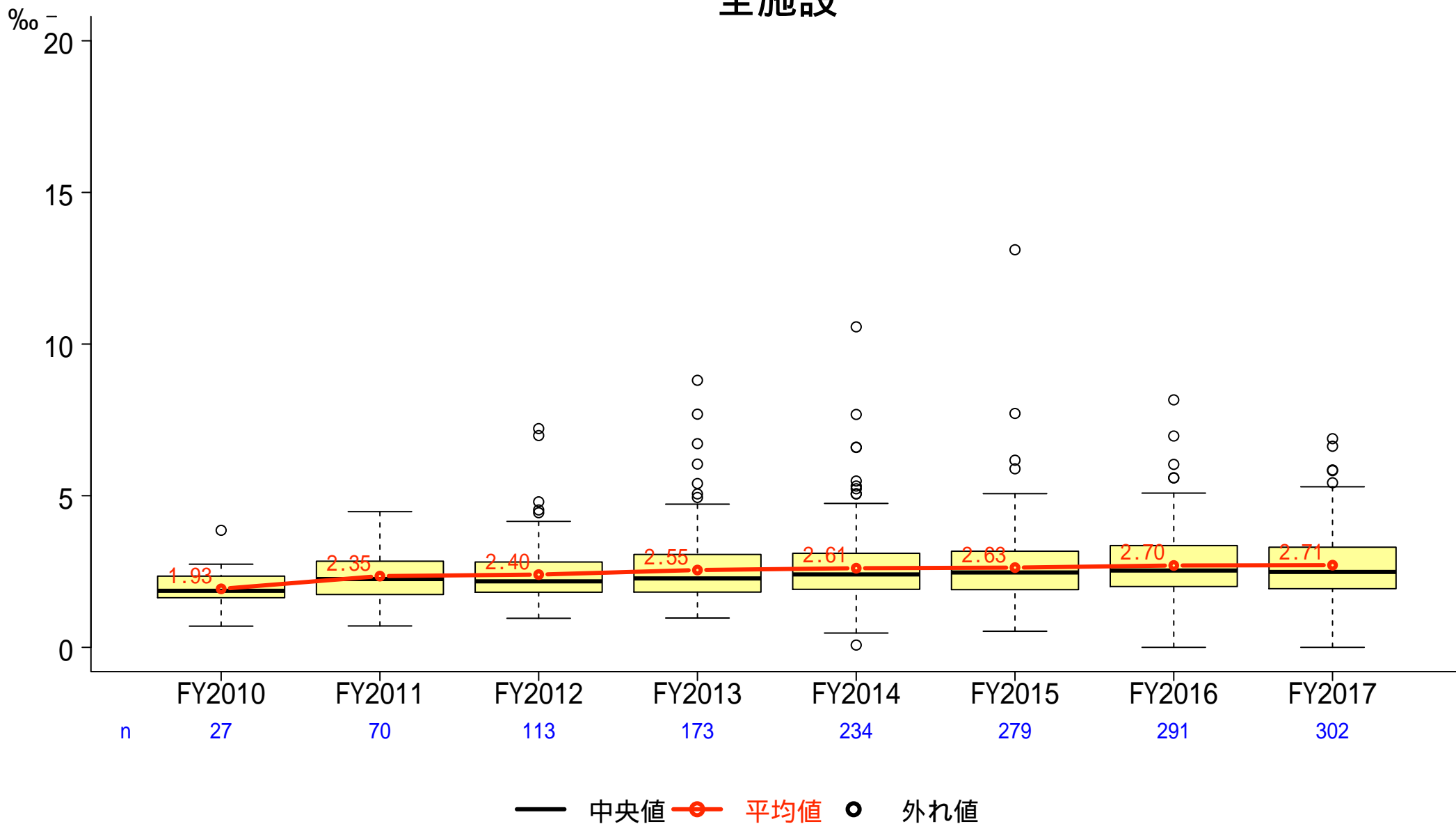
全施設



一般-6 入院患者の転倒・転落発生率

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

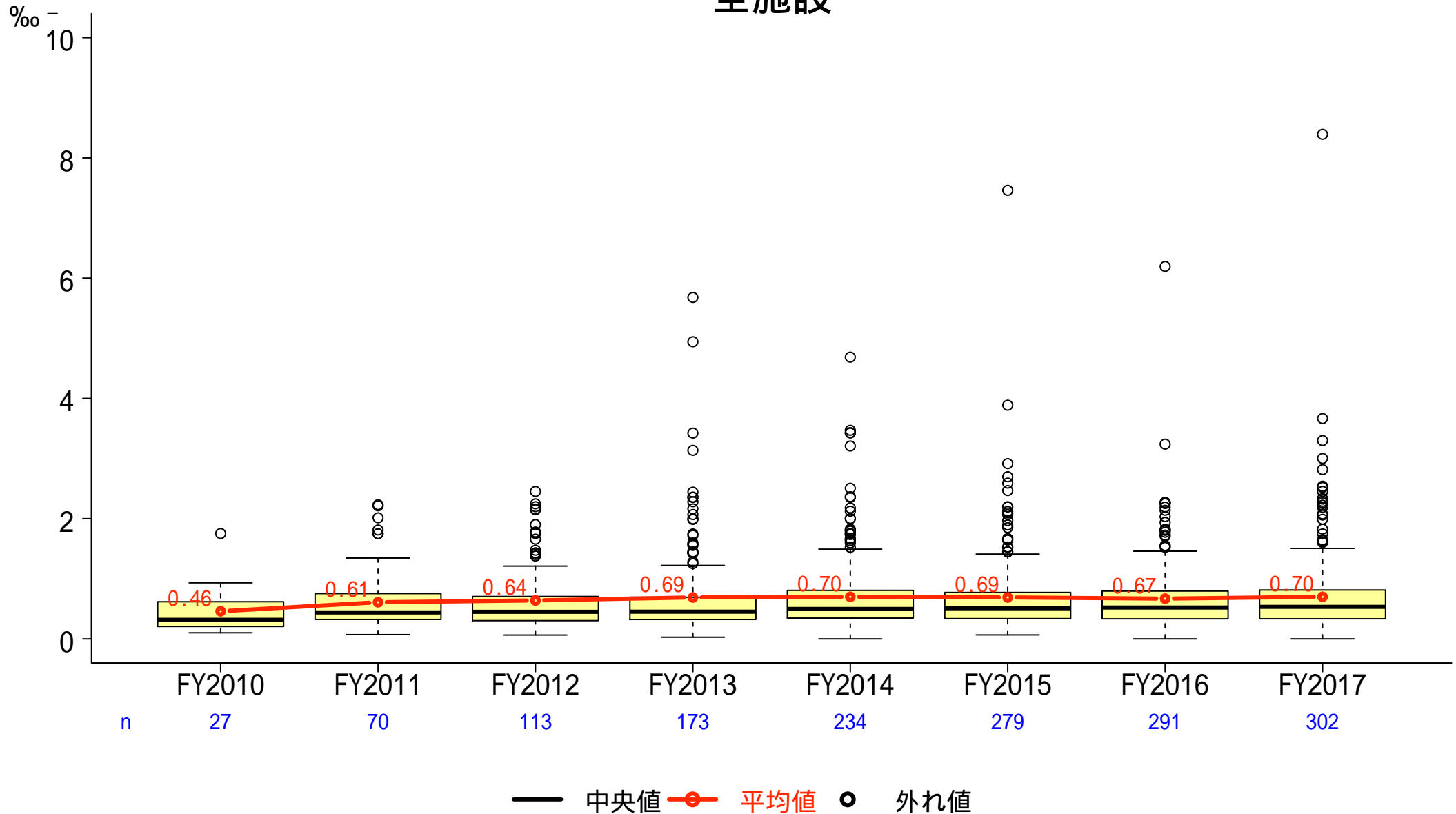
全施設



一般-7 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル2以上)

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

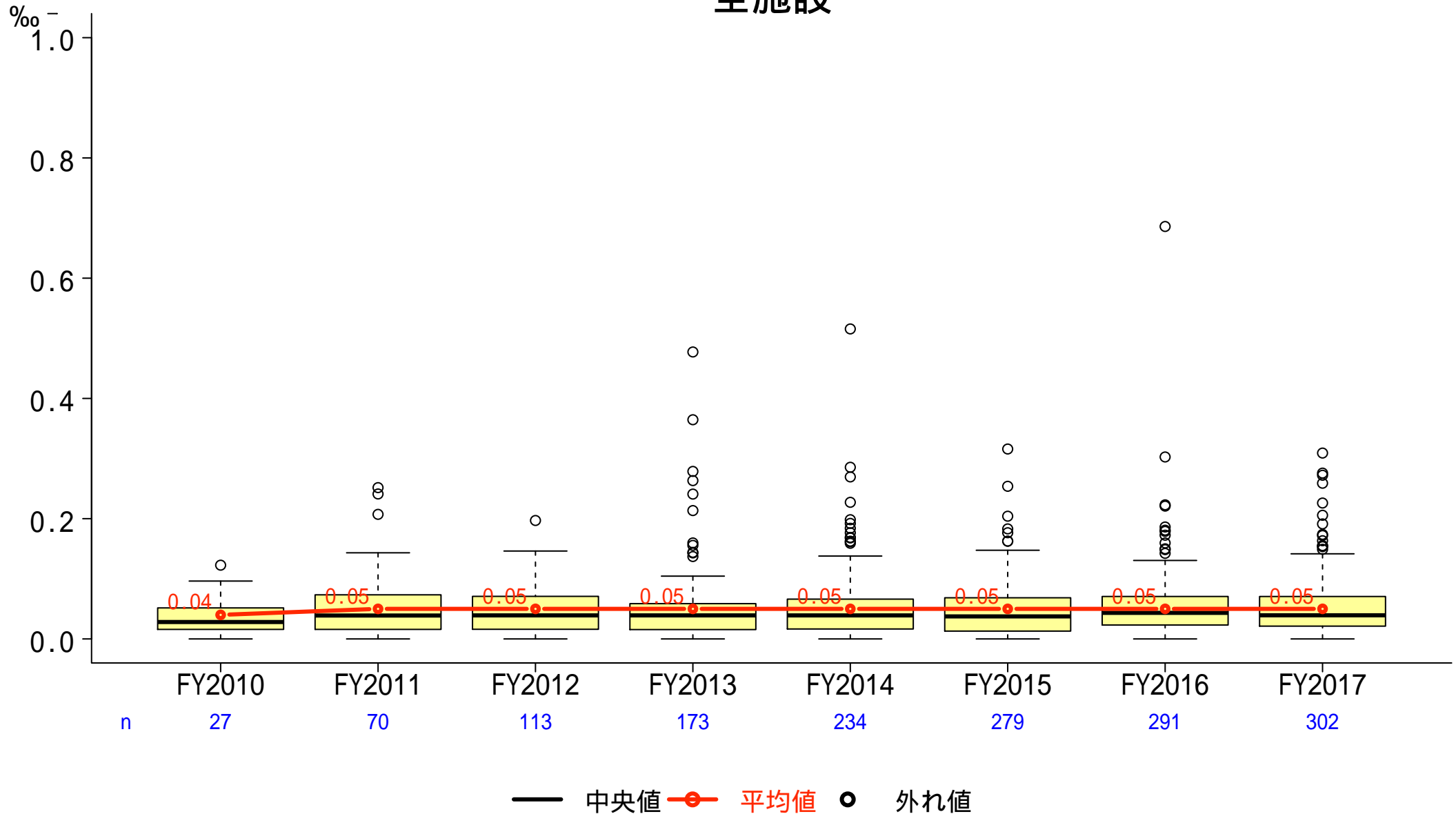
全施設



一般-8 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル4以上)

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

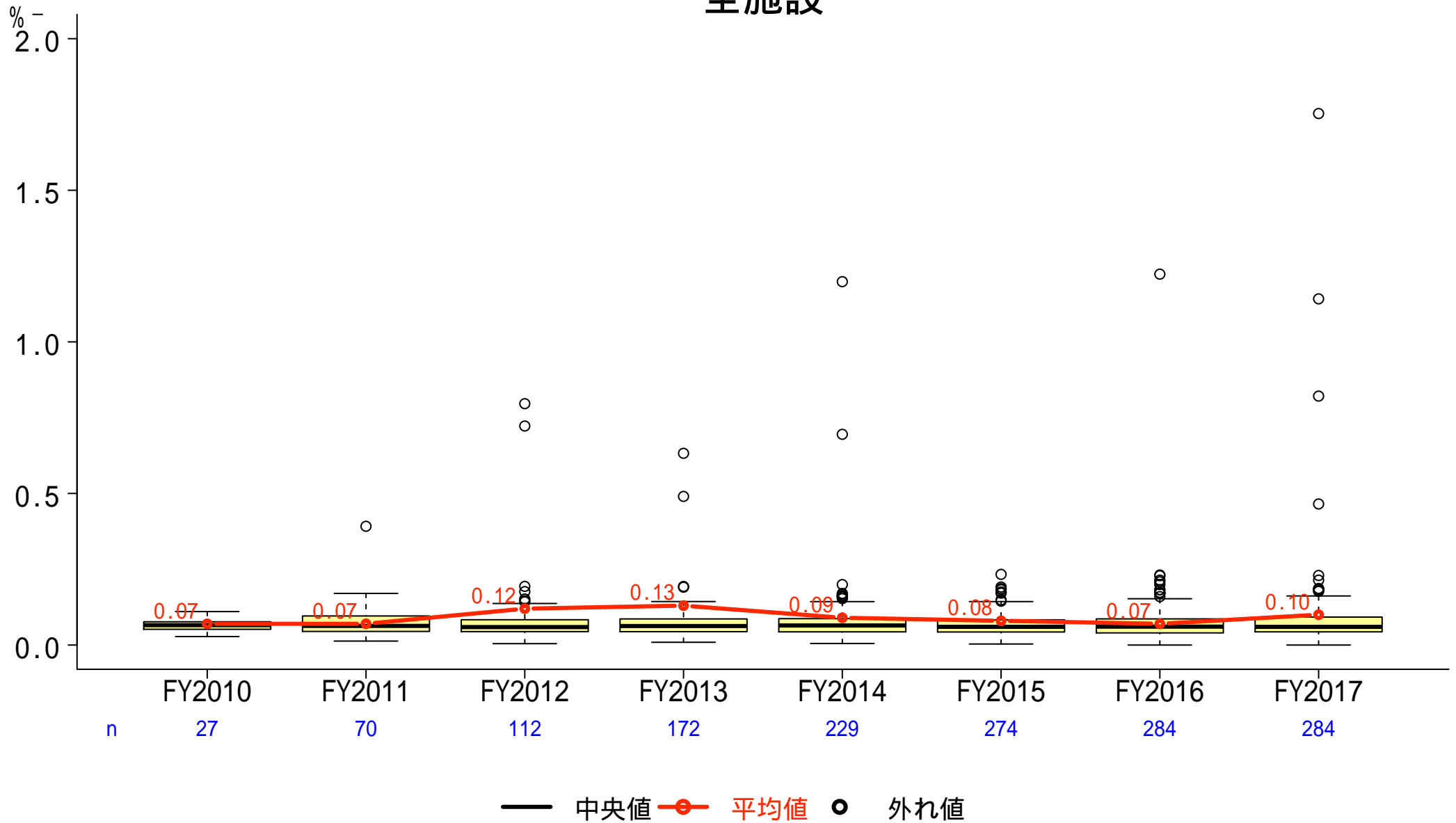
全施設



一般-9 褥瘡発生率

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

全施設

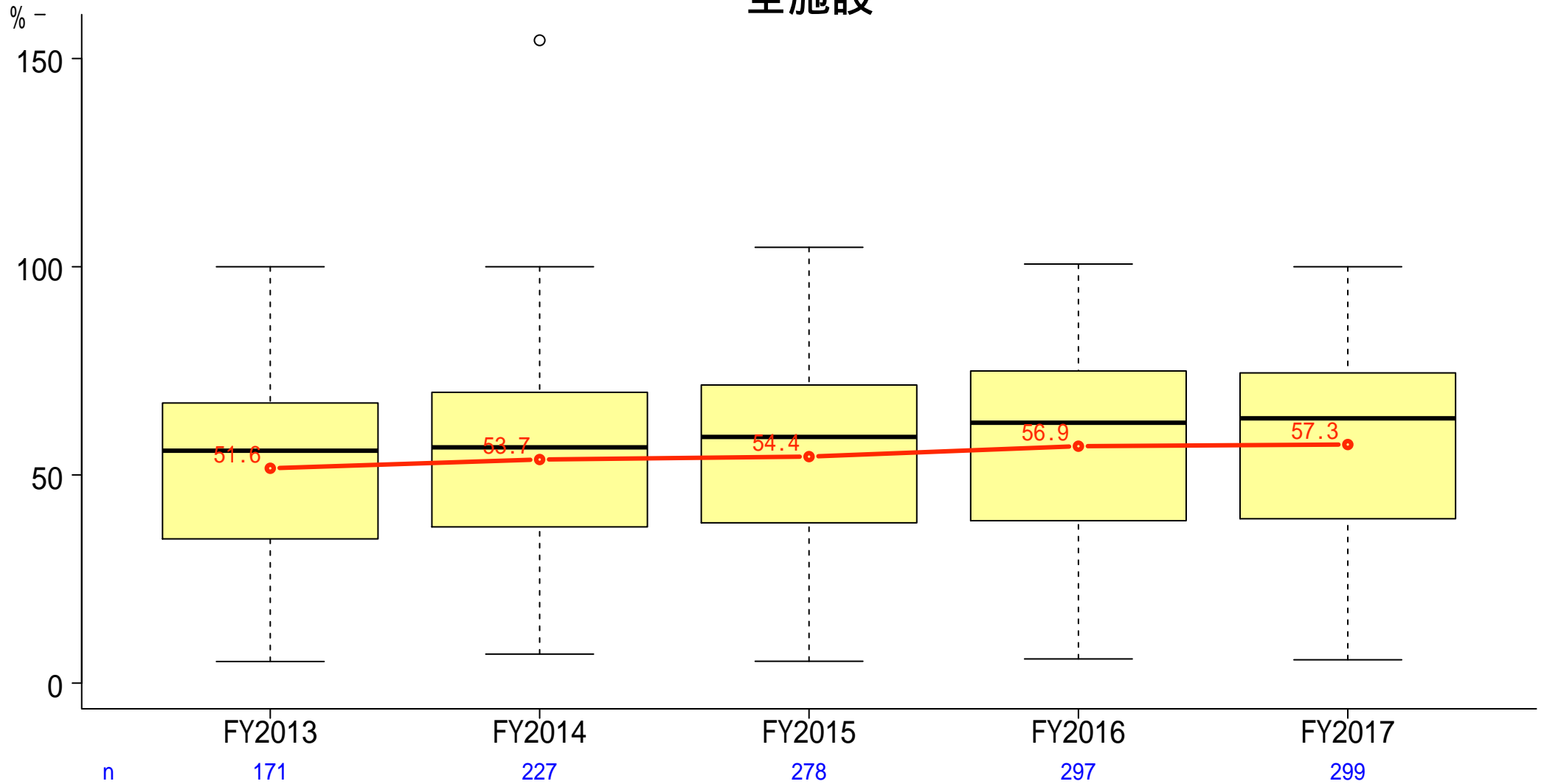


一般-10 紹介率

分子:紹介初診患者数

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

全施設



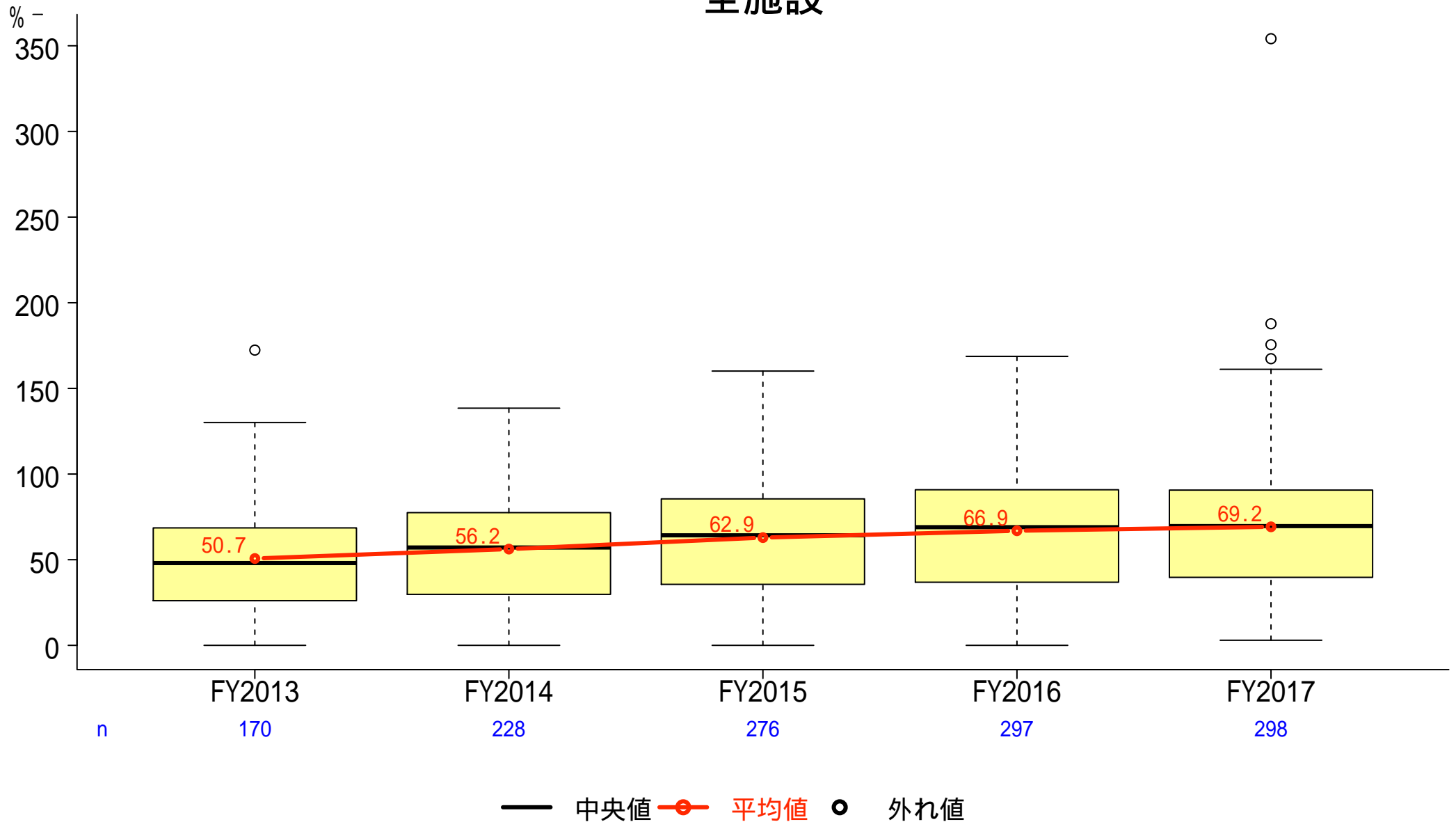
— 中央値 —●— 平均値 ○ 外れ値

一般-11 逆紹介率

分子:逆紹介患者数

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

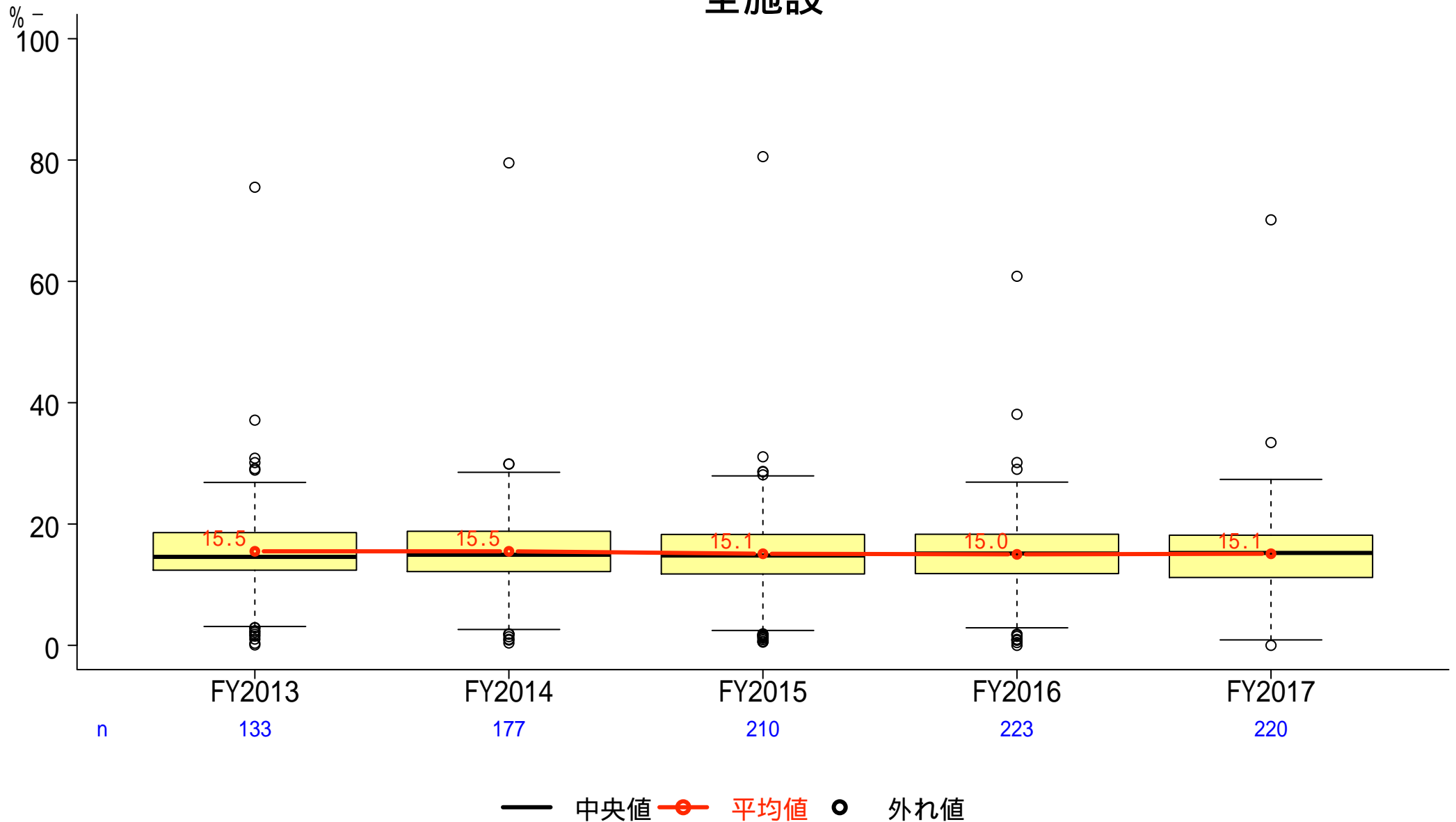
全施設



一般-12 尿道留置カテーテル使用率

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

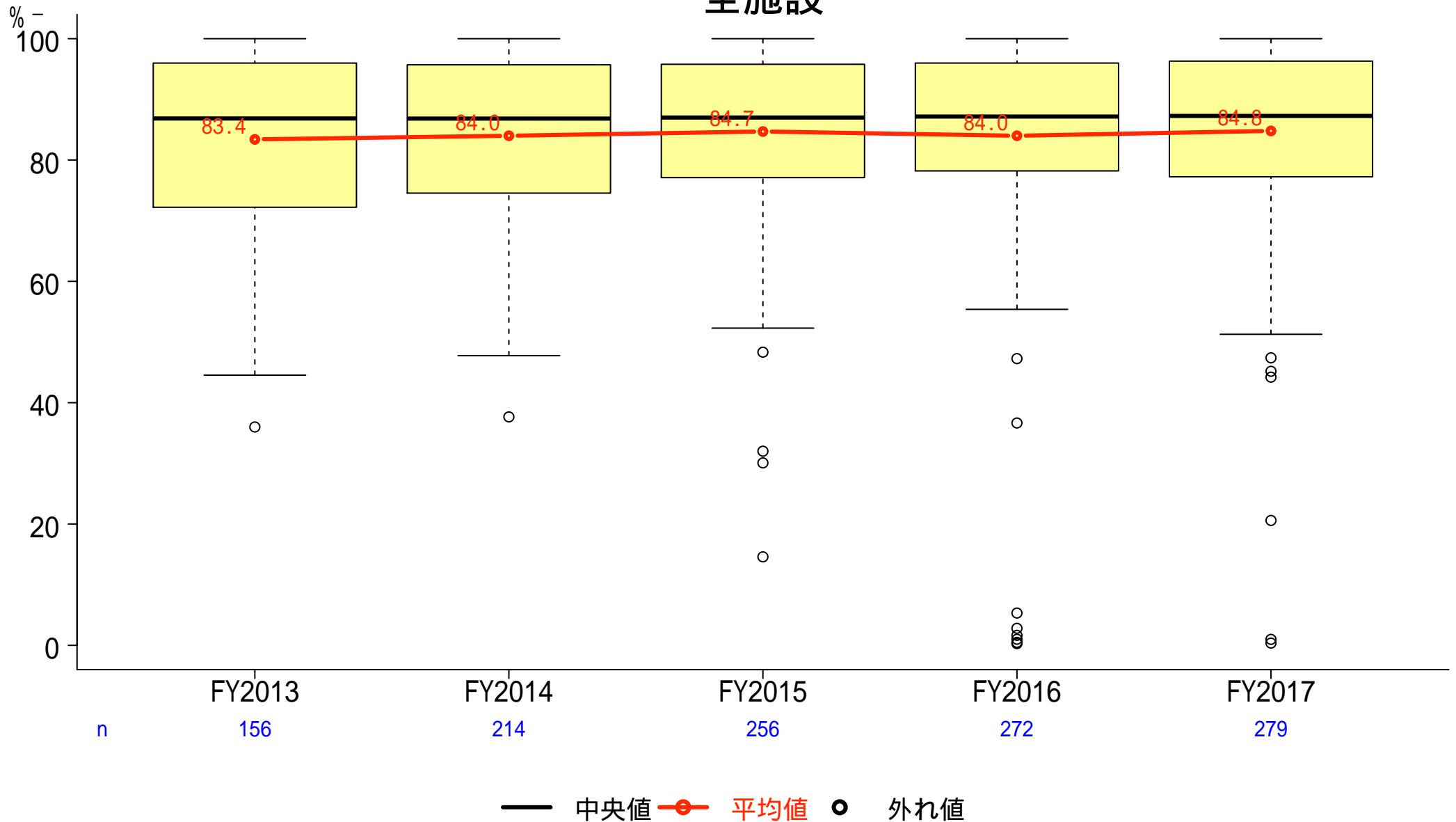
全施設



一般-13 救急車・ホットライン応需率

分子: 救急車で来院した患者数
分母: 救急車受け入れ要請人数

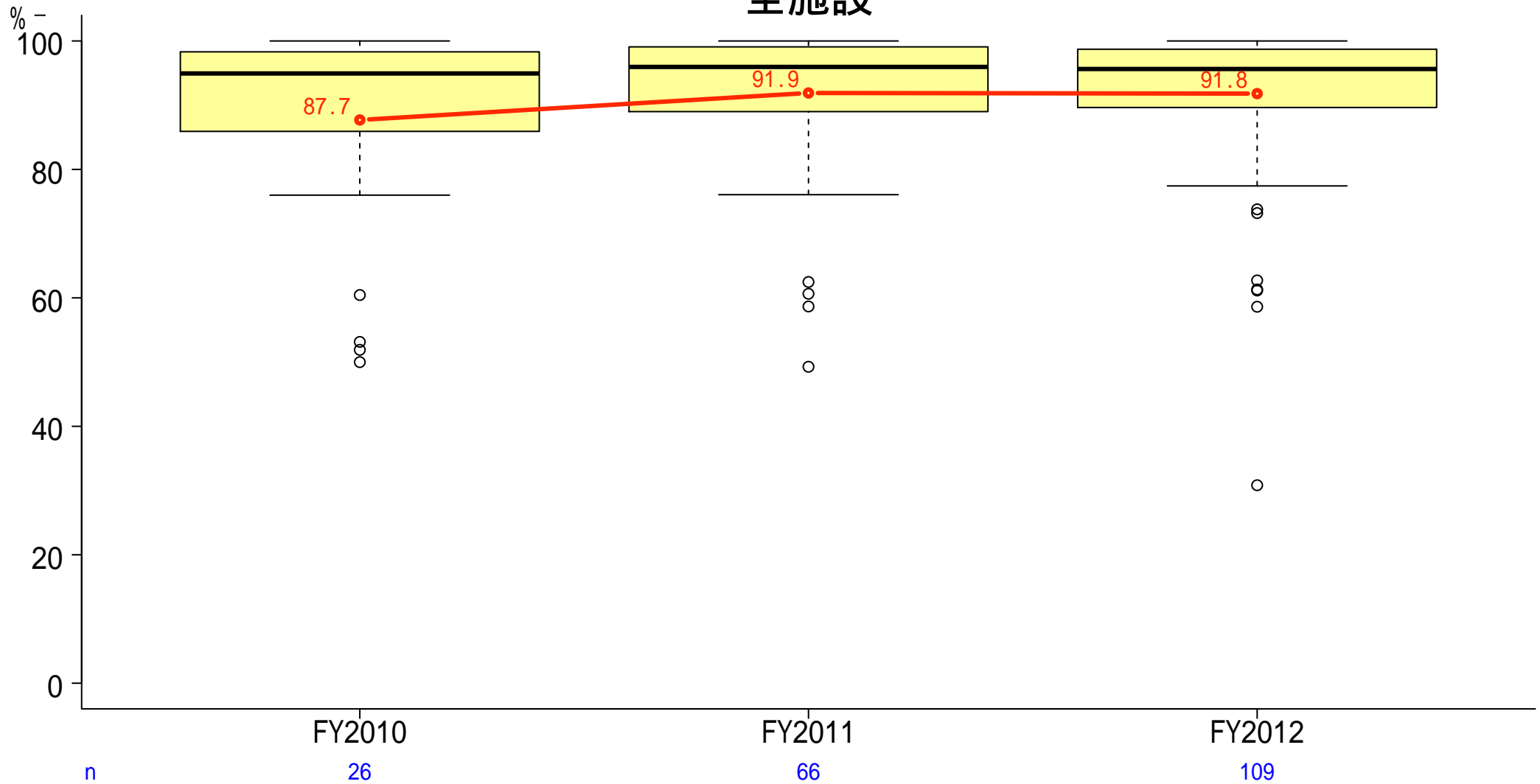
全施設



一般-14 手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率

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

全施設

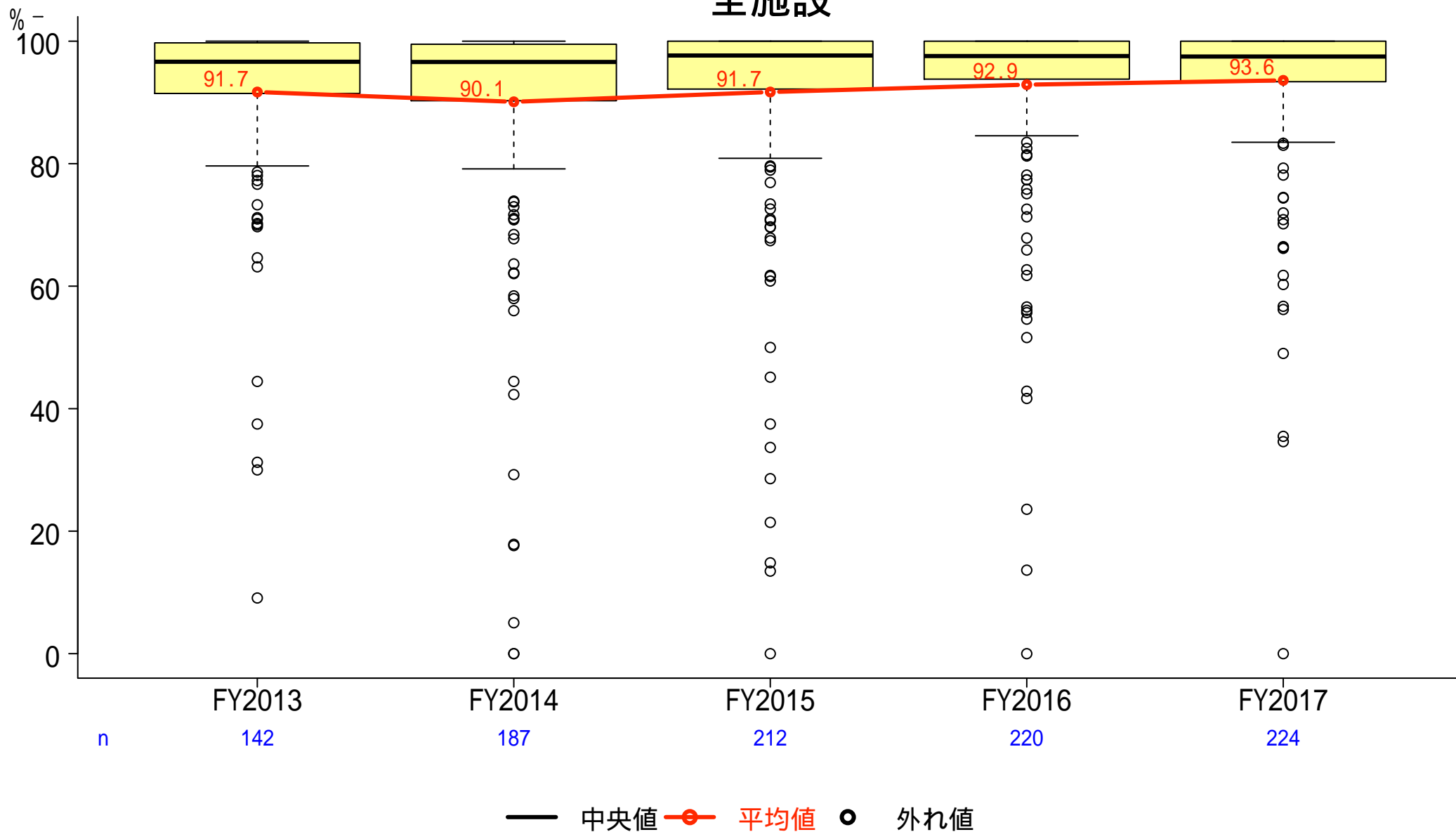


— 中央値 —●— 平均値 ○ 外れ値

一般-15 特定術式における手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率

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

全施設

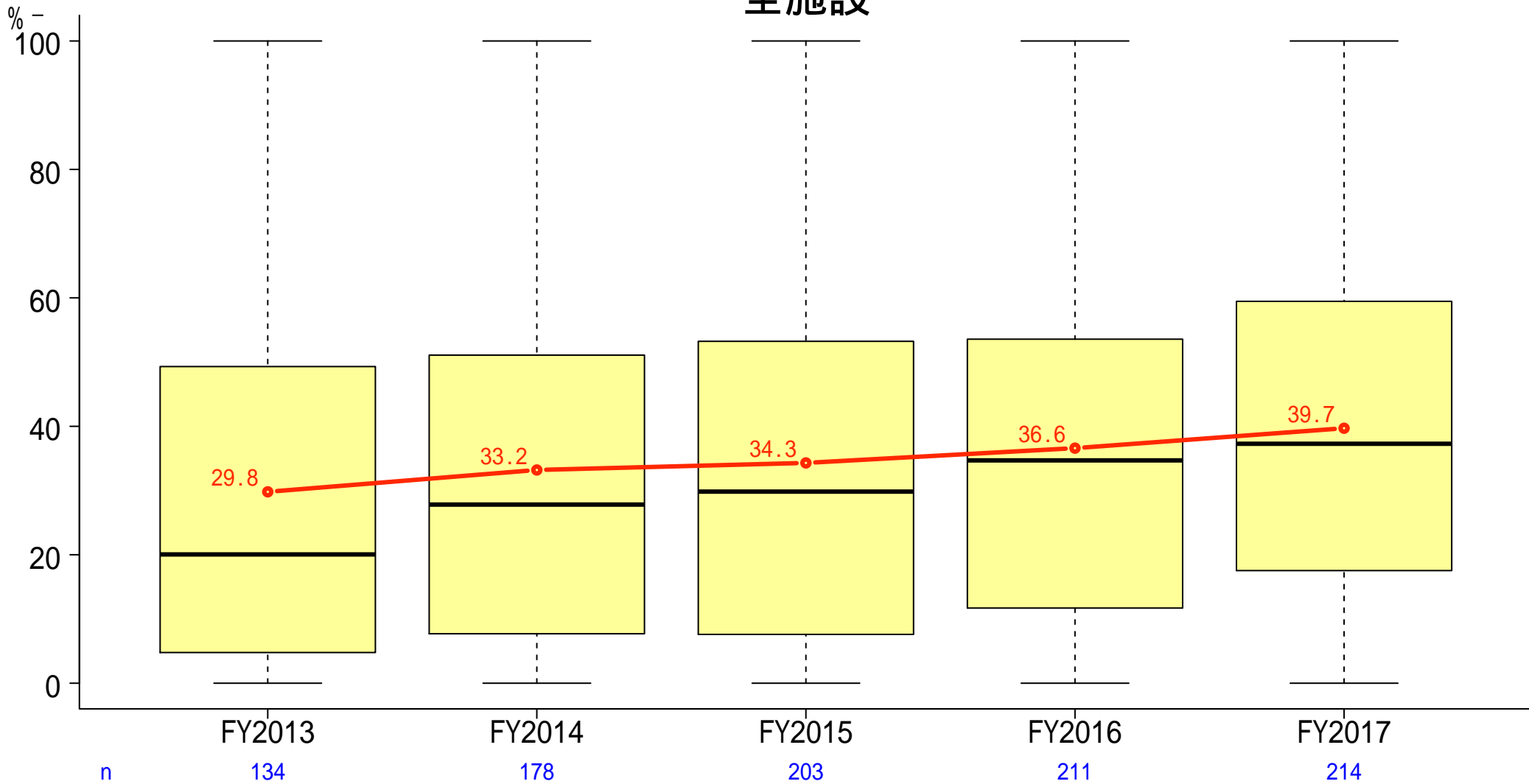


一般-16 特定術式における術後24時間*以内の予防的抗菌薬投与停止率

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

分母: 特定術式の手術件数

全施設

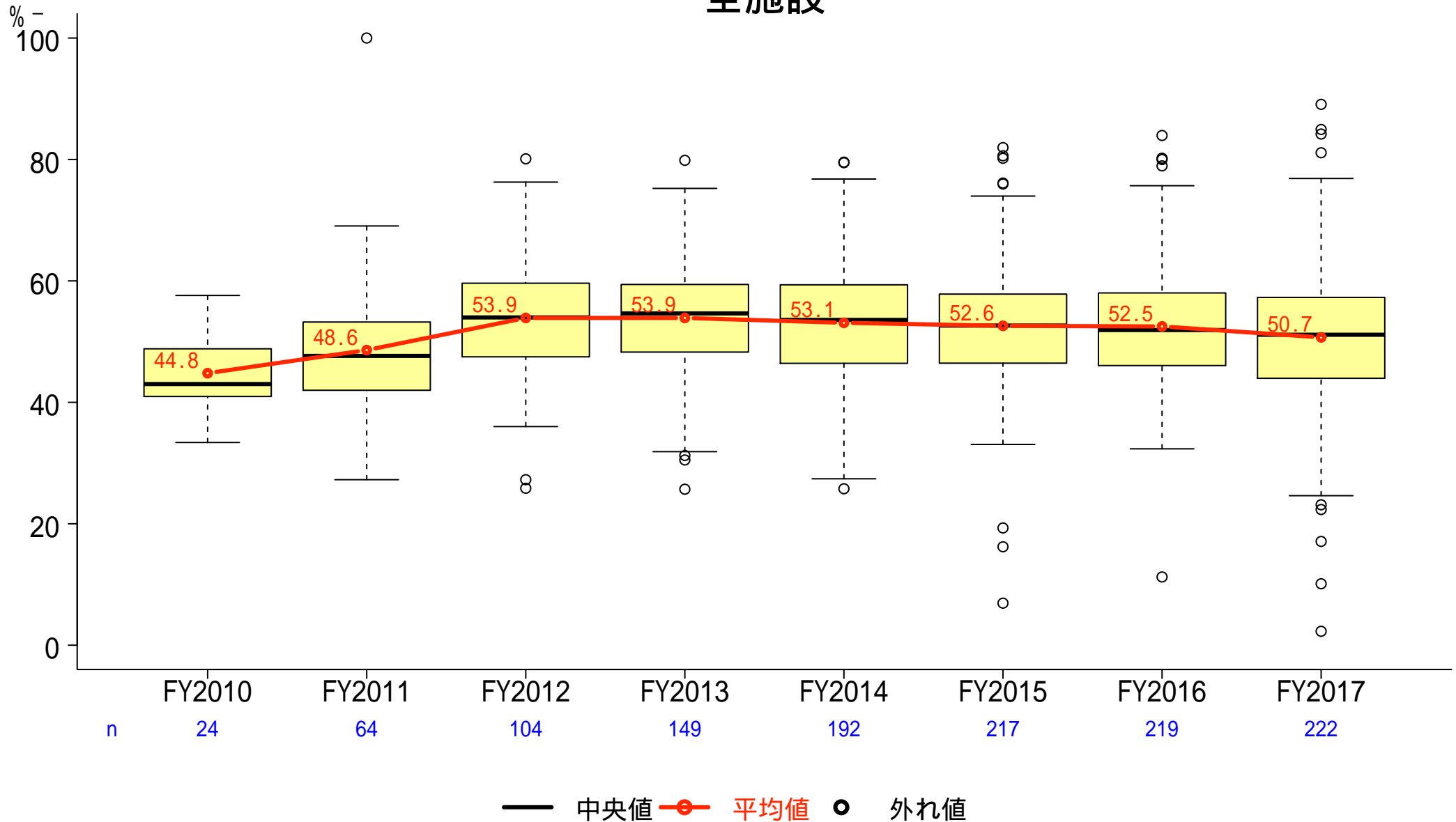


— 中央値 ● 平均値 ○ 外れ値

一般-17 糖尿病患者の血糖コントロール

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

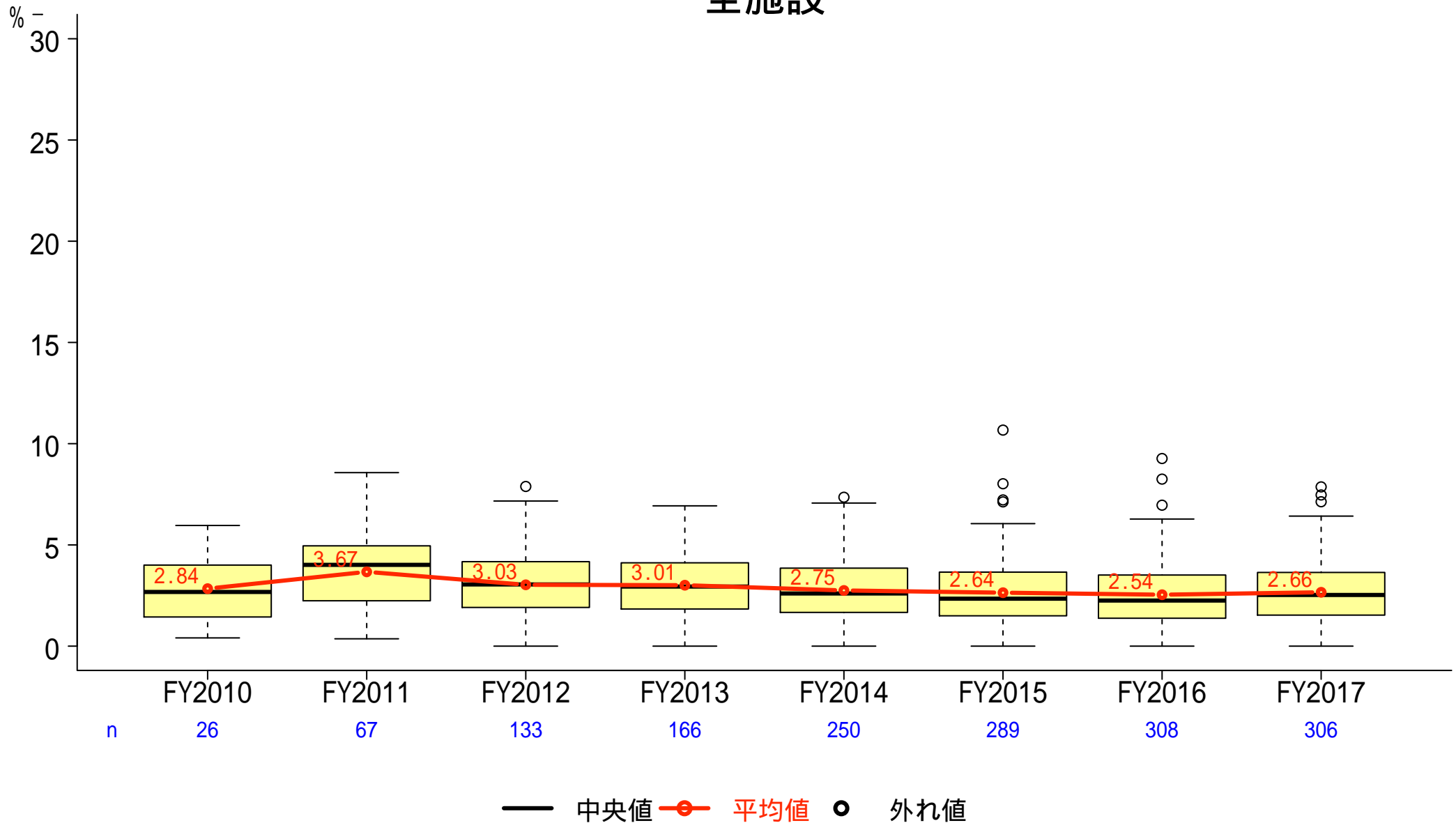
全施設



一般-18 退院後6週間以内の救急医療入院率

分子:前回の退院日が42日以内の救急医療入院患者数
分母:退院患者数

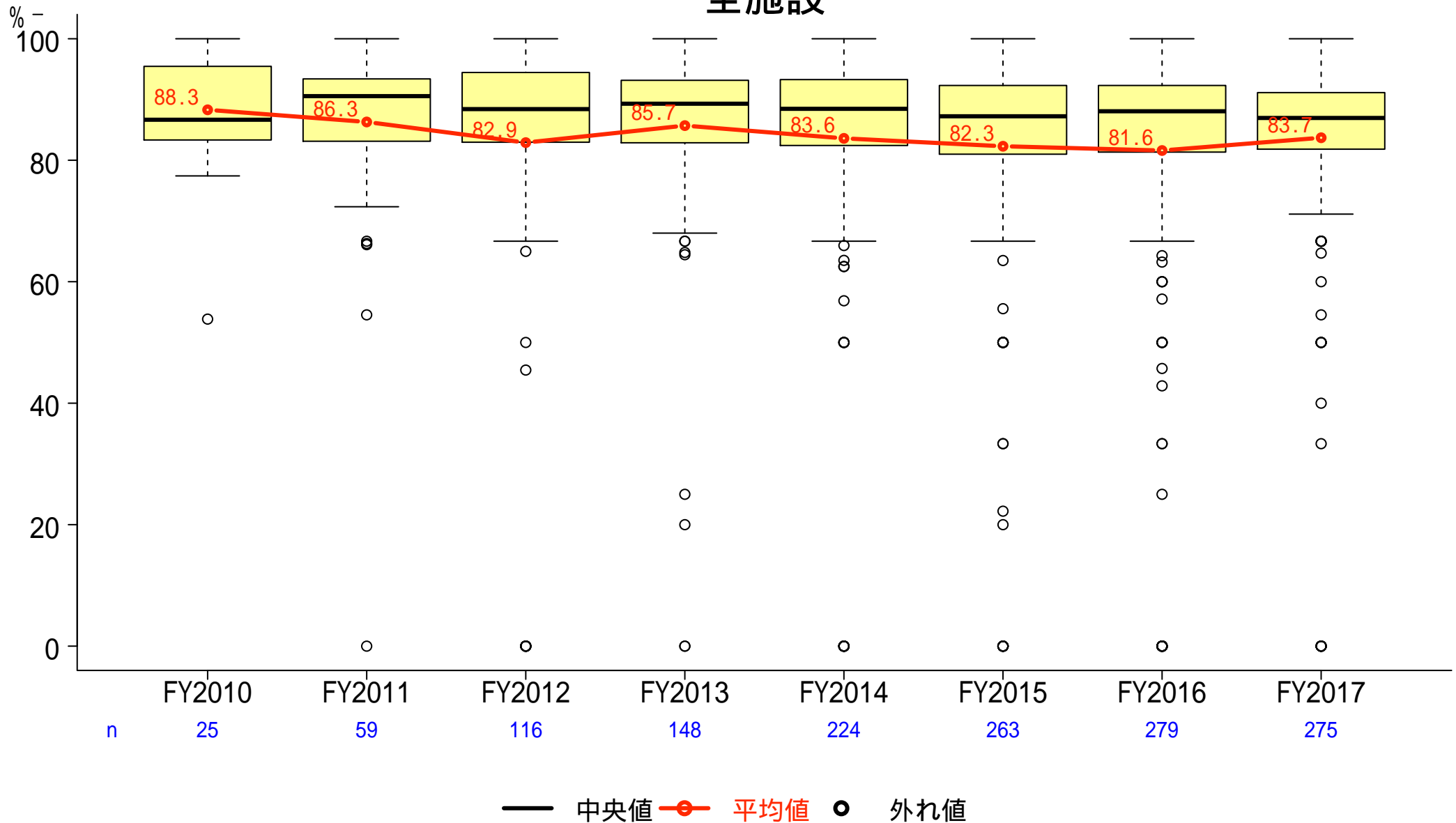
全施設



一般-20 急性心筋梗塞患者における退院時アスピリン投与割合

分子:退院時にアスピリンが投与された患者数
分母:急性心筋梗塞で入院した患者数

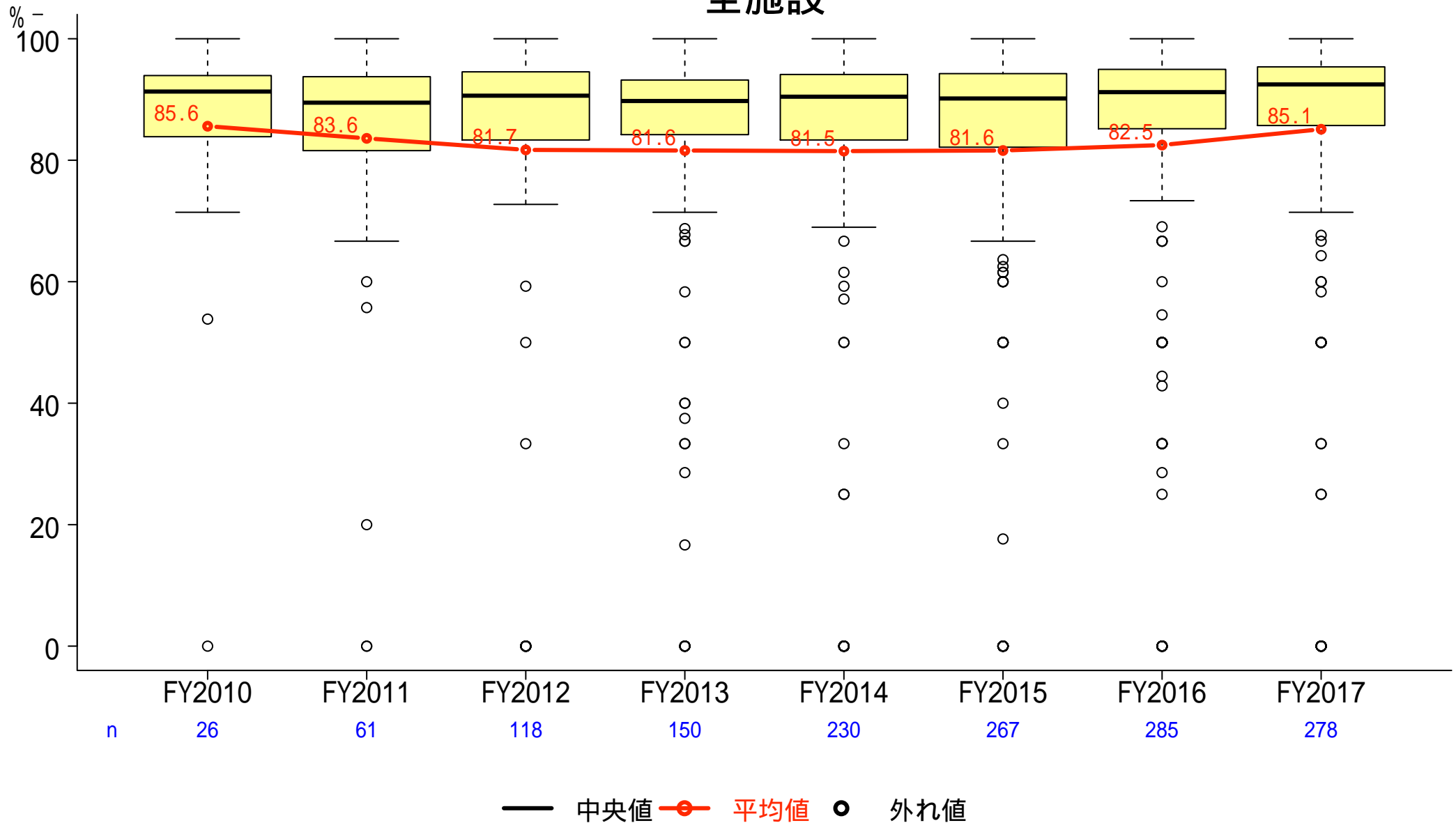
全施設



一般-21 急性心筋梗塞患者における入院時早期アスピリン投与割合

分子:入院後2日以内にアスピリンが投与された患者数
分母:急性心筋梗塞で入院した患者数

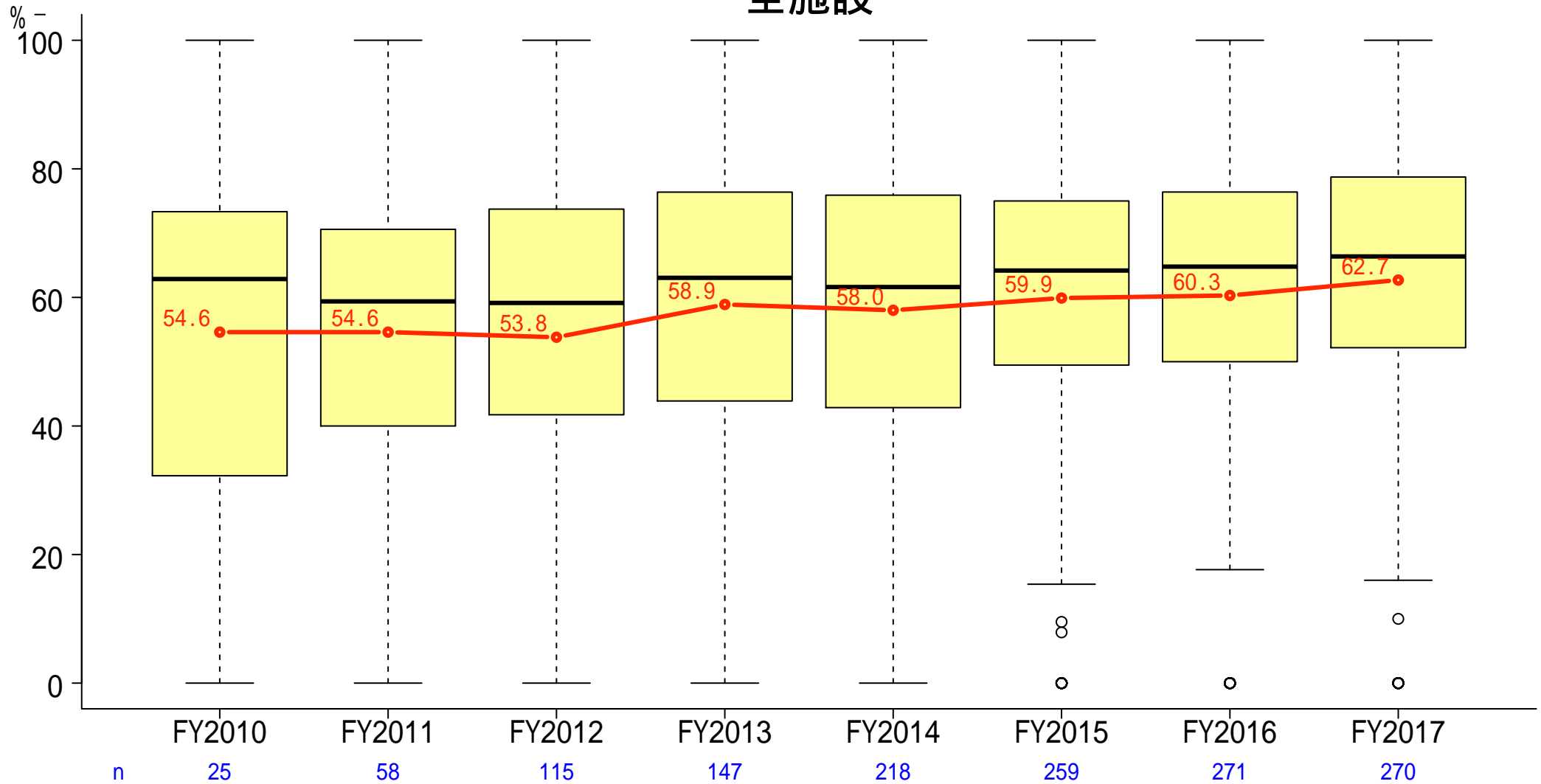
全施設



一般-22 急性心筋梗塞患者における退院時 ブロッカー投与割合

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

全施設

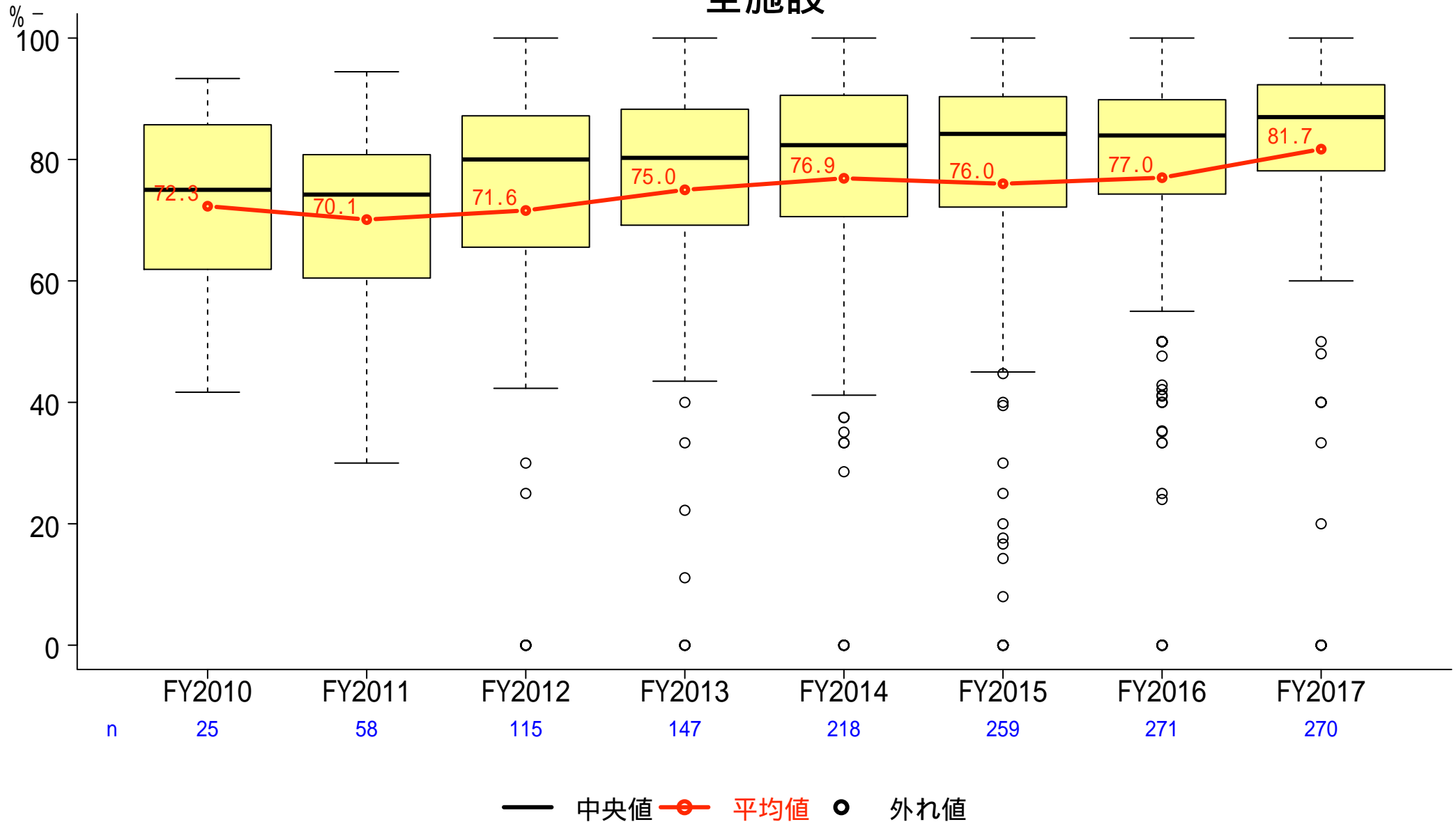


— 中央値 —●— 平均値 ○ 外れ値

一般-23 急性心筋梗塞患者における退院時スタチン投与割合

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

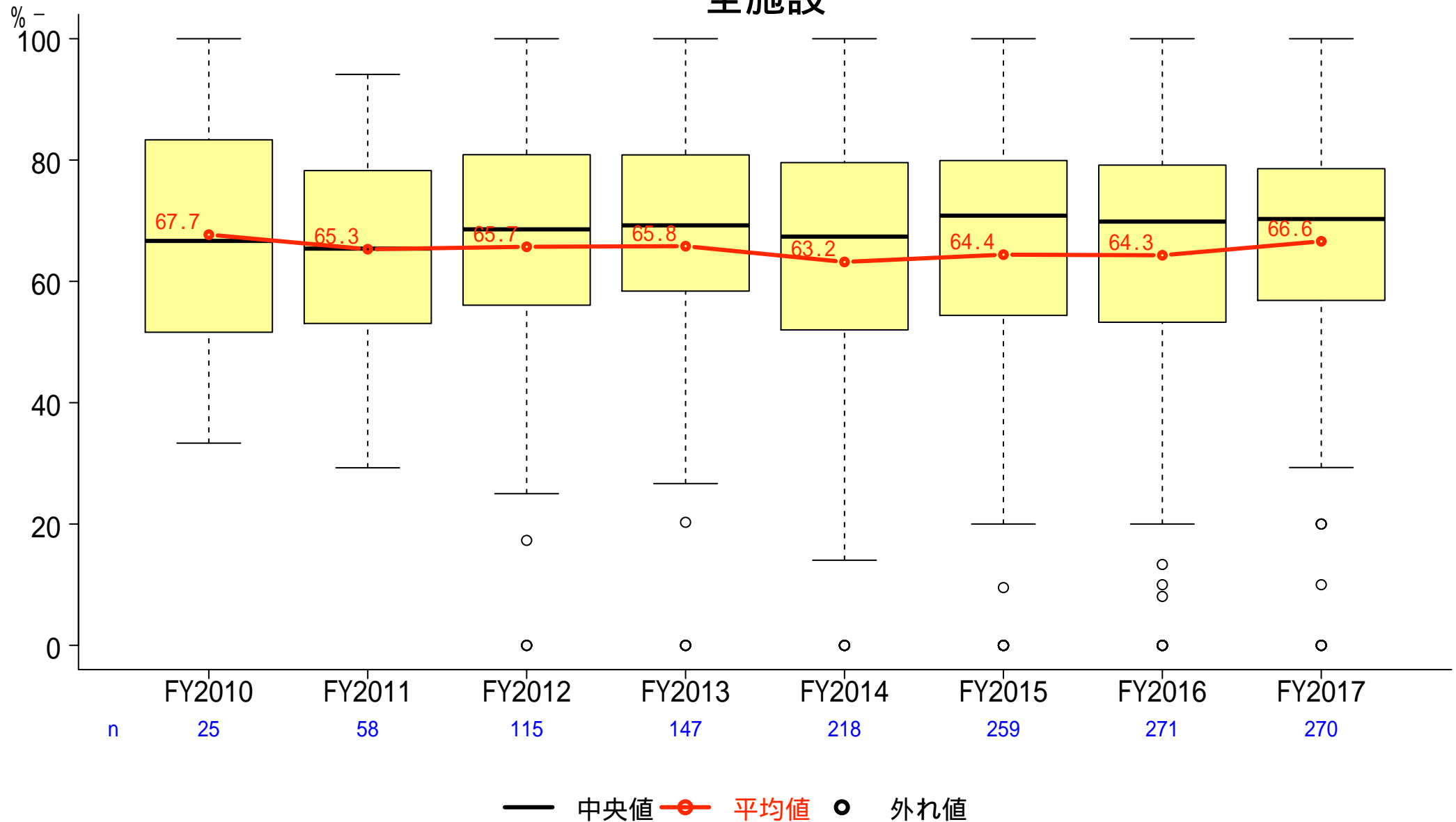
全施設



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

分子:退院時にACE阻害剤もしくはARBが投与された患者数
分母:急性心筋梗塞で入院した患者数

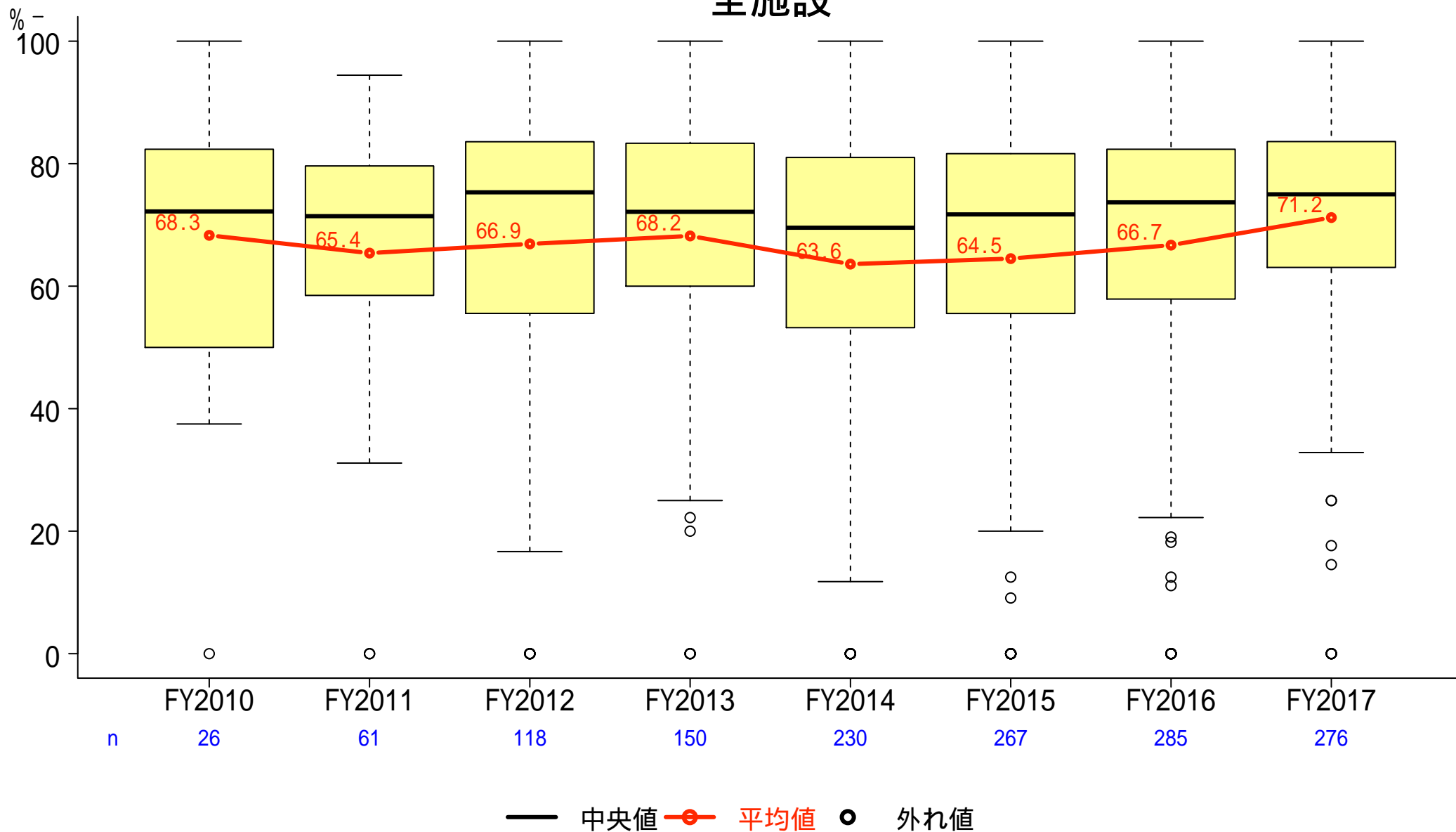
全施設



一般-25 急性心筋梗塞患者におけるACE阻害剤もしくはARB投与割合

分子: ACE阻害剤もしくはARBが投与された患者数
分母: 急性心筋梗塞で入院した患者数

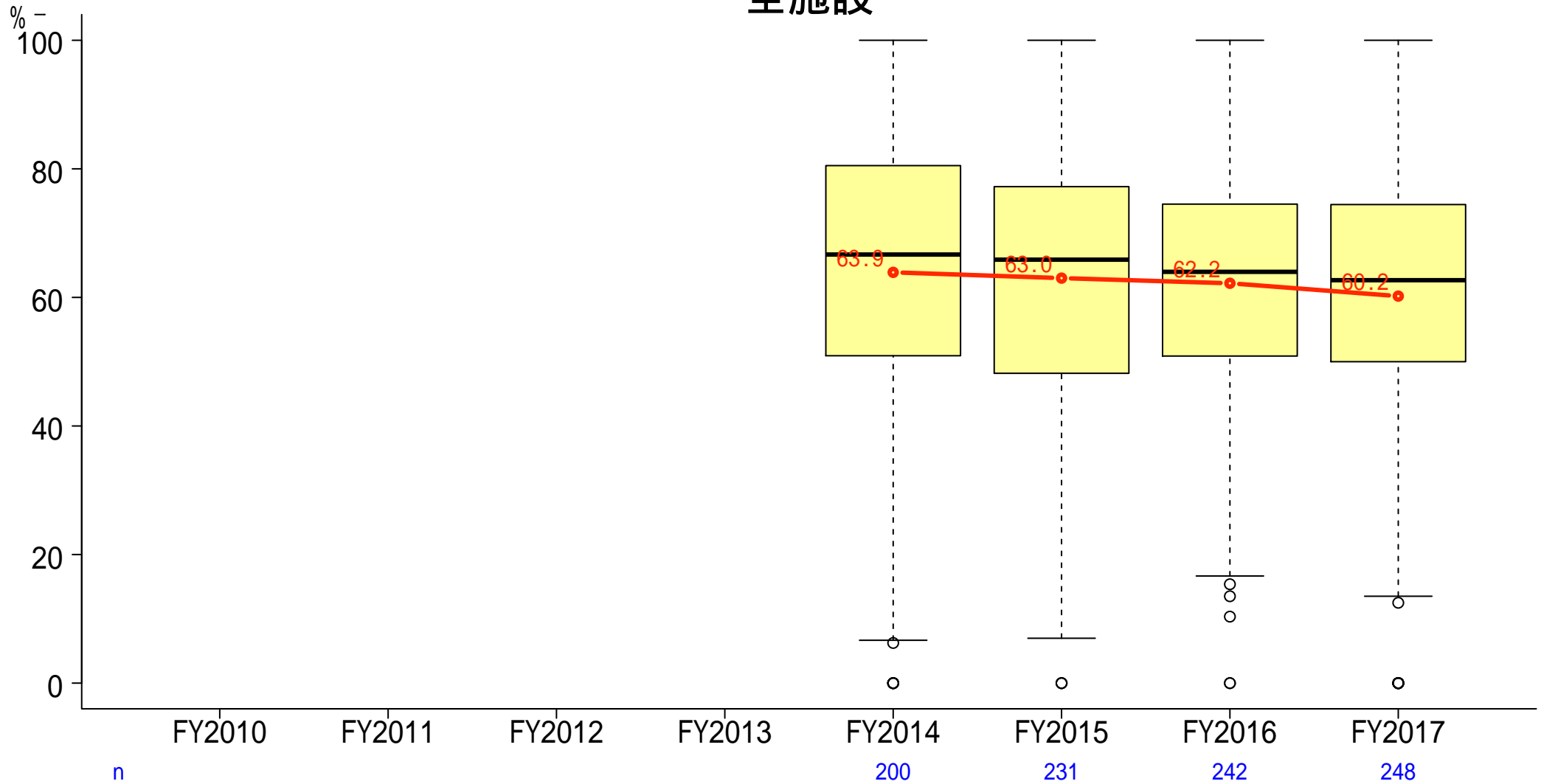
全施設



一般-26 急性心筋梗塞患者の病院到着後90分以内の初回PCI実施割合

分子: 来院後90分以内に手技を受けた患者数
分母: 18歳以上の急性心筋梗塞でPCIを受けた患者数

全施設

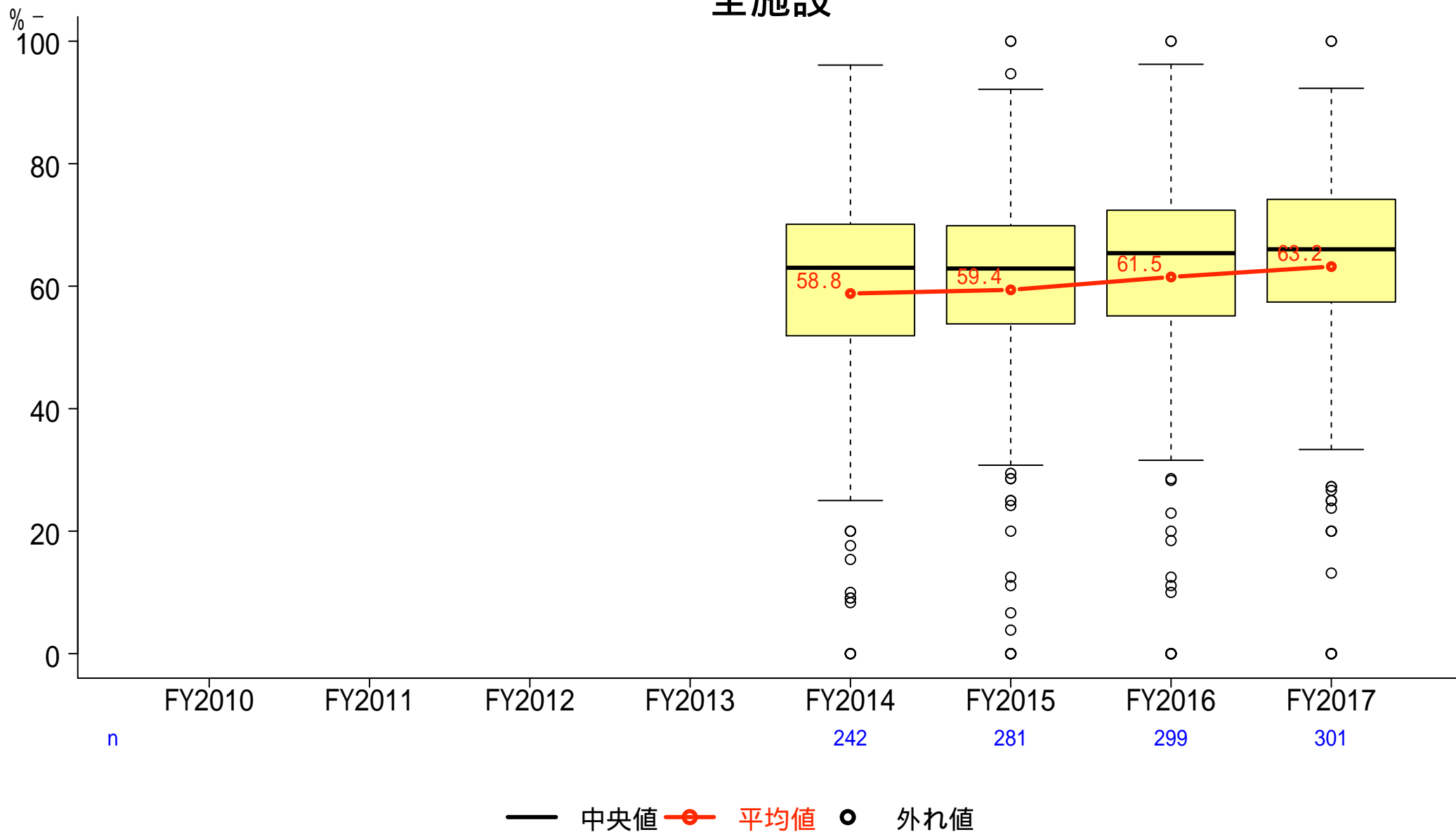


— 中央値 —●— 平均値 ● 外れ値

一般-27 脳卒中患者のうち第2病日までに抗血小板療法を受けた患者の割合

分子: 第2病日までに抗血小板療法を受けた患者数
分母: 脳梗塞かTIAと診断された18歳以上の入院患者数

全施設

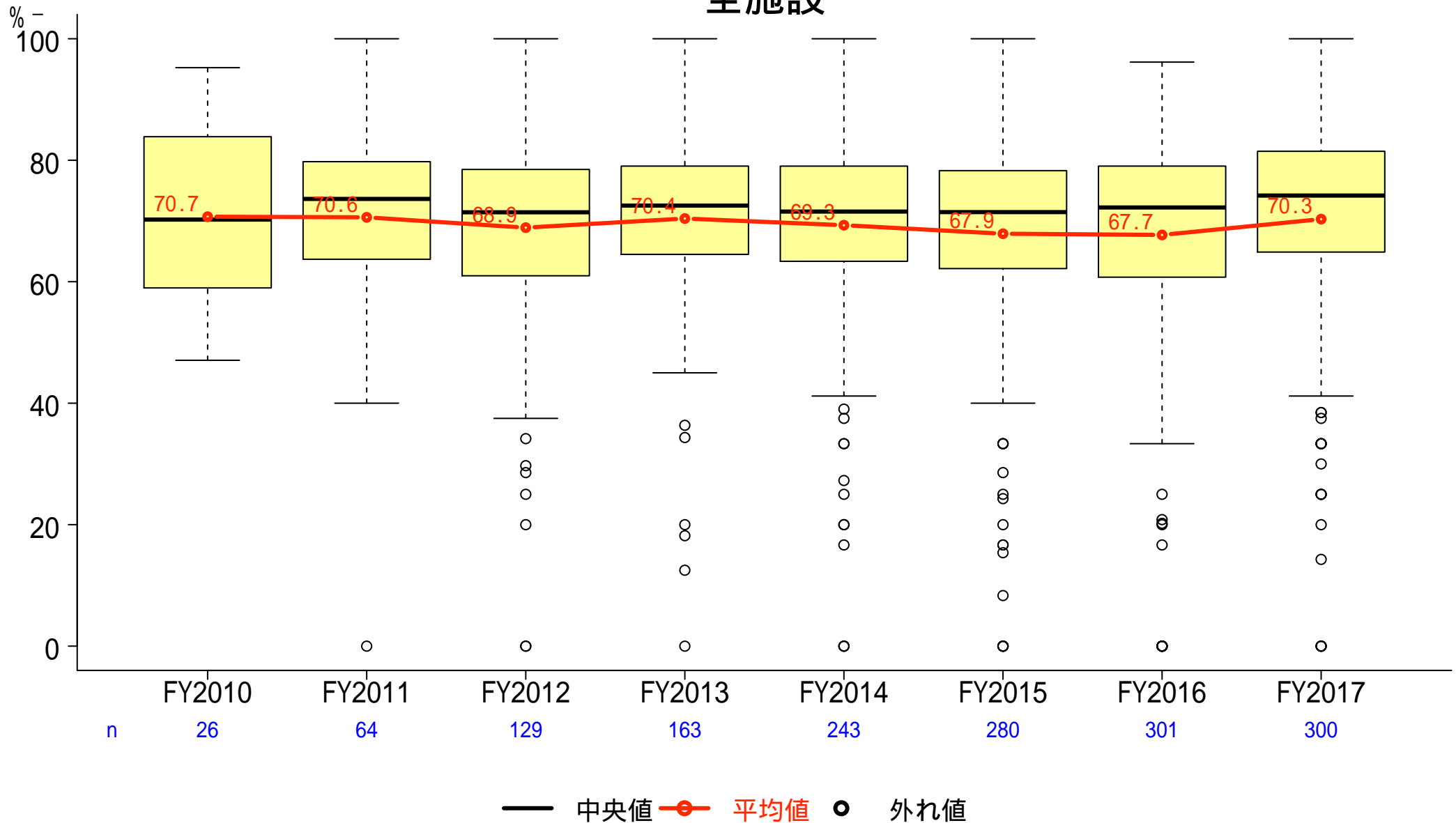


一般-28 脳卒中患者のうち退院時抗血小板薬処方割合

分子:退院時に抗血小板薬を処方された患者数

分母:脳梗塞かTIAと診断された18歳以上の入院患者数

全施設

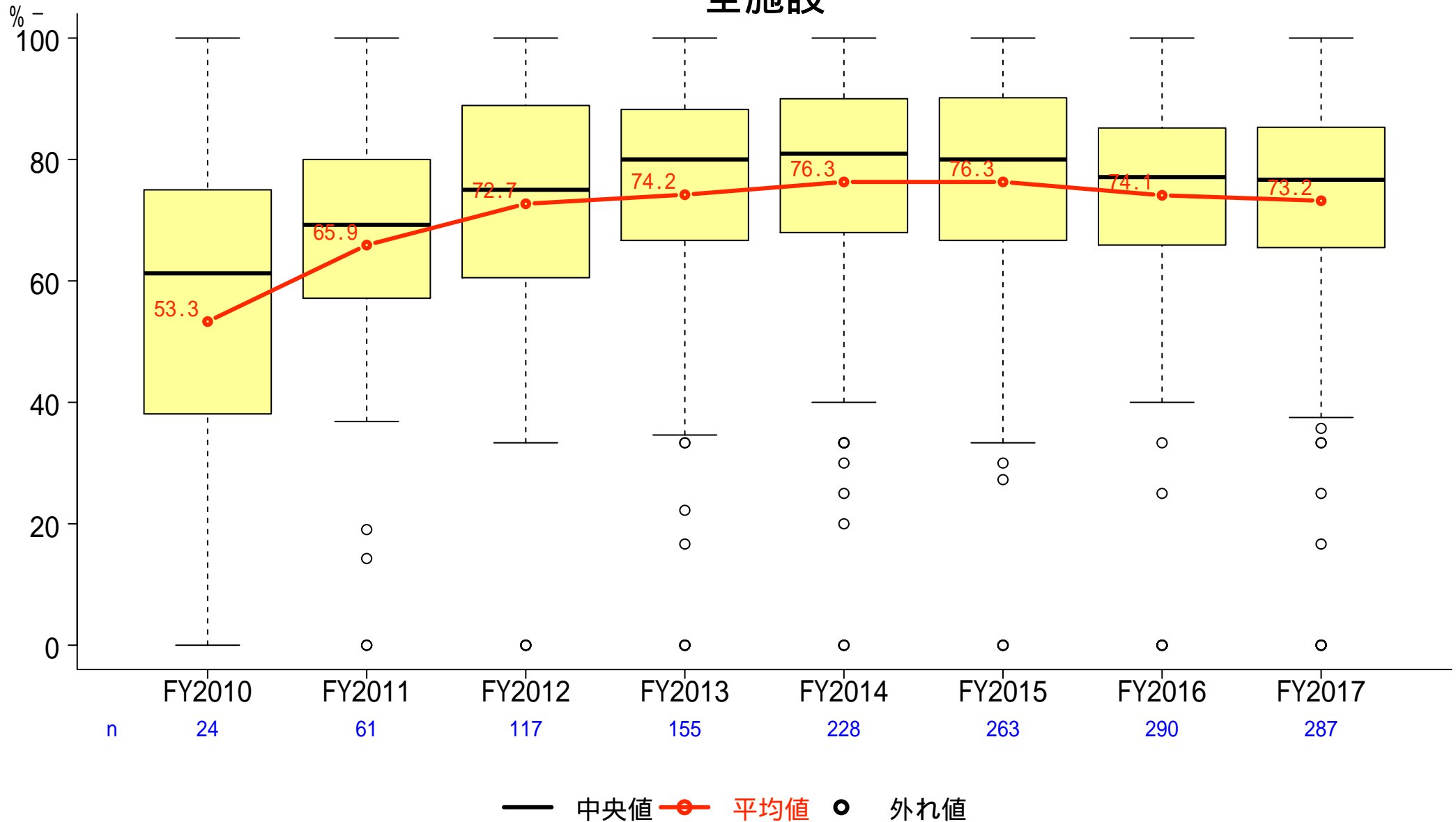


一般-29 心房細動を伴う脳卒中患者への退院時抗凝固薬処方割合

分子:退院時に抗凝固薬を処方された患者数

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

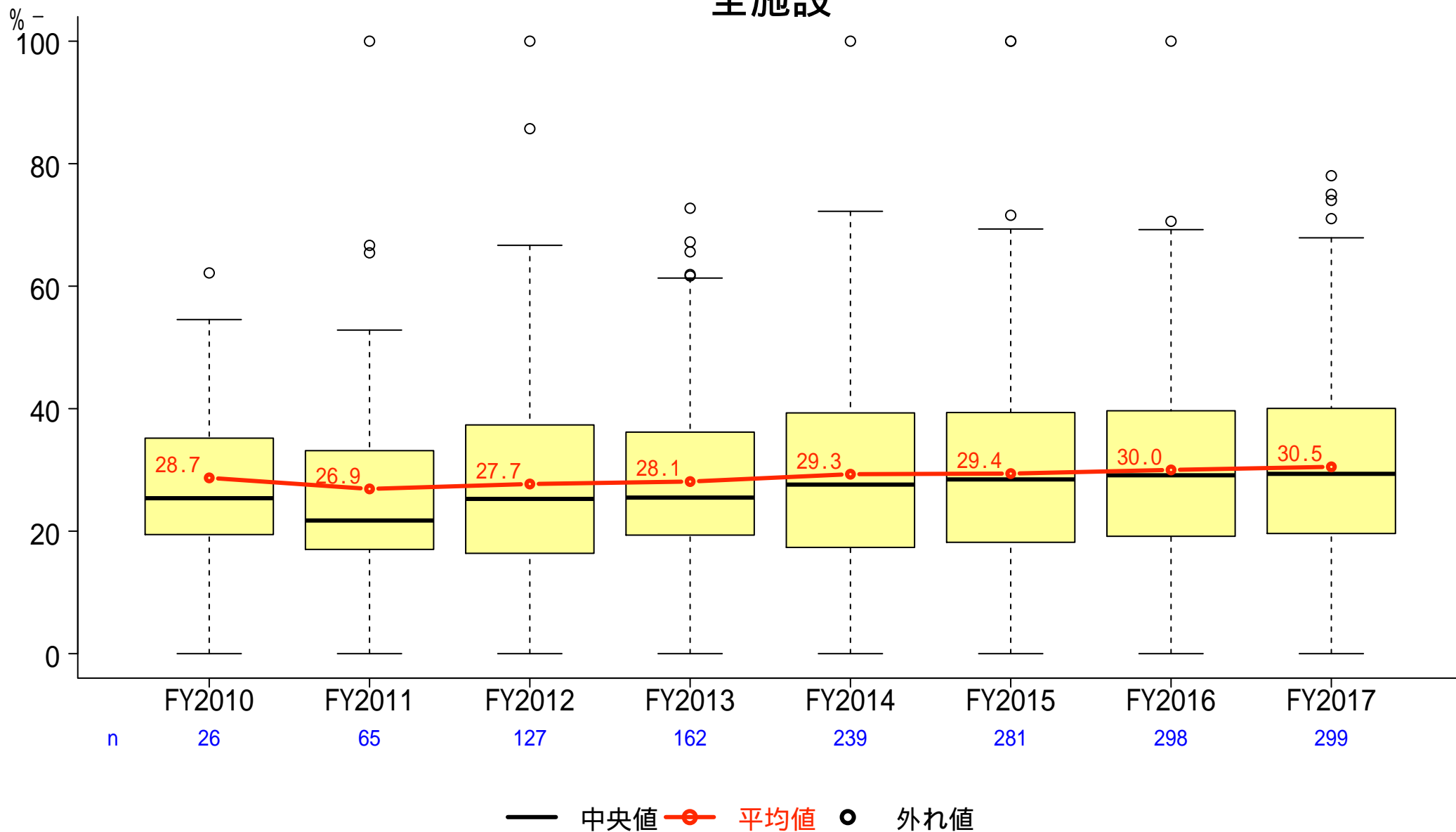
全施設



一般-30 脳卒中患者の退院時スタチン処方割合

分子:退院時にスタチンが処方された患者数
分母:脳梗塞で入院した患者数

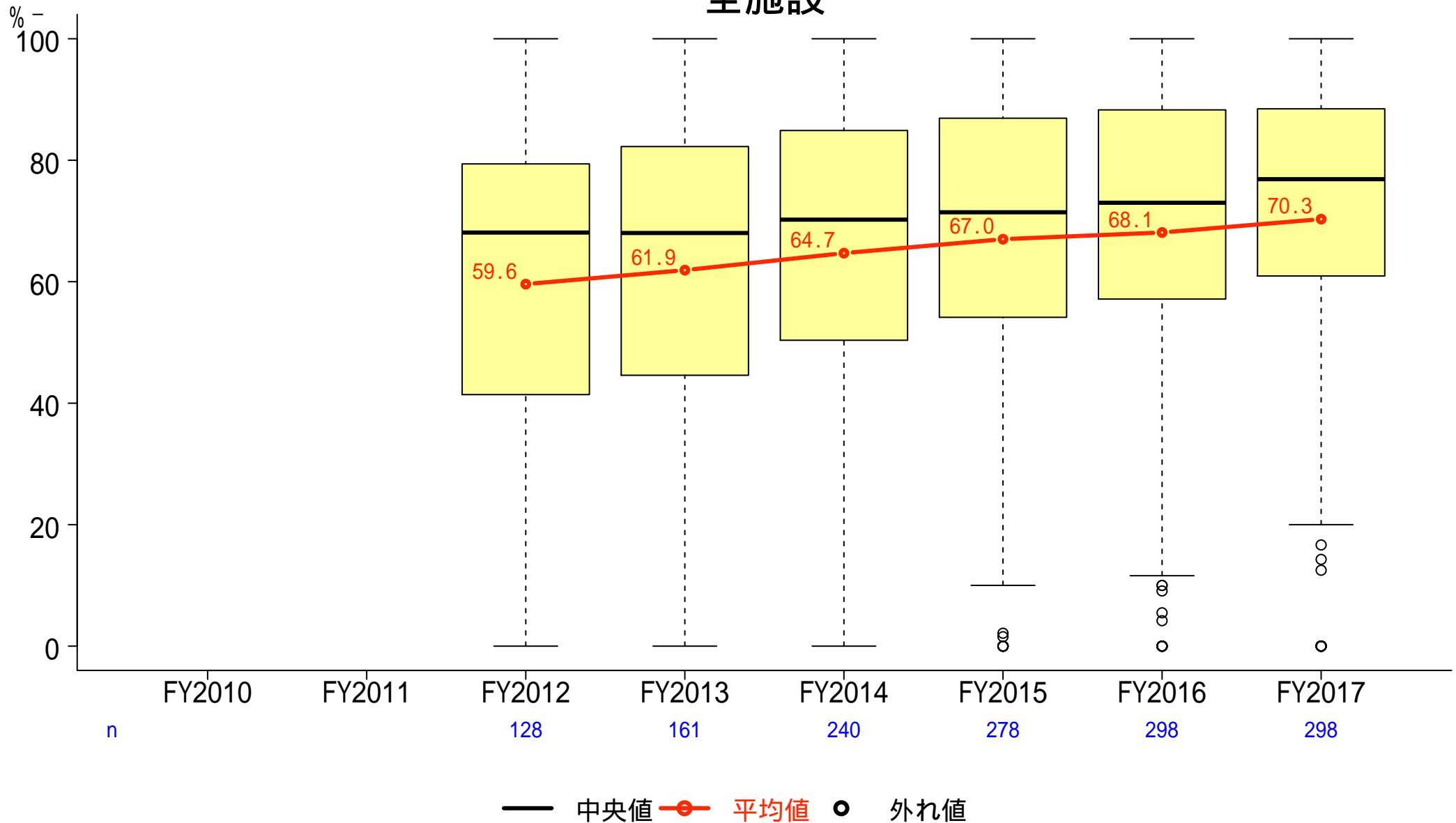
全施設



一般-31 脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者割合

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

全施設

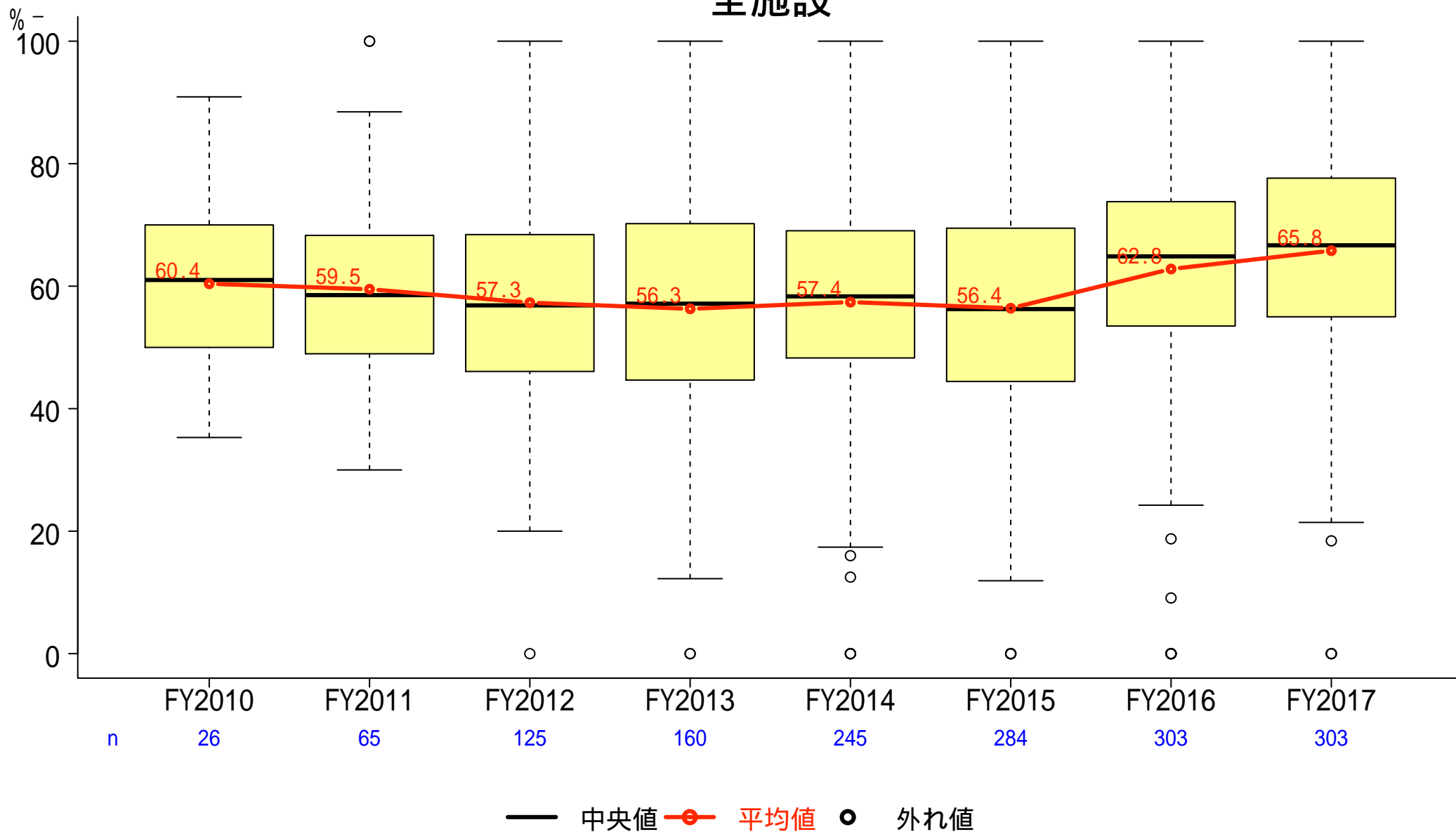


一般-32 喘息入院患者のうち吸入ステロイドを入院中に処方された割合

分子:入院中に吸入抗炎症剤の処方を受けた患者数

分母:5歳以上の喘息患者のうち、喘息に関連した原因で入院した患者数

全施設

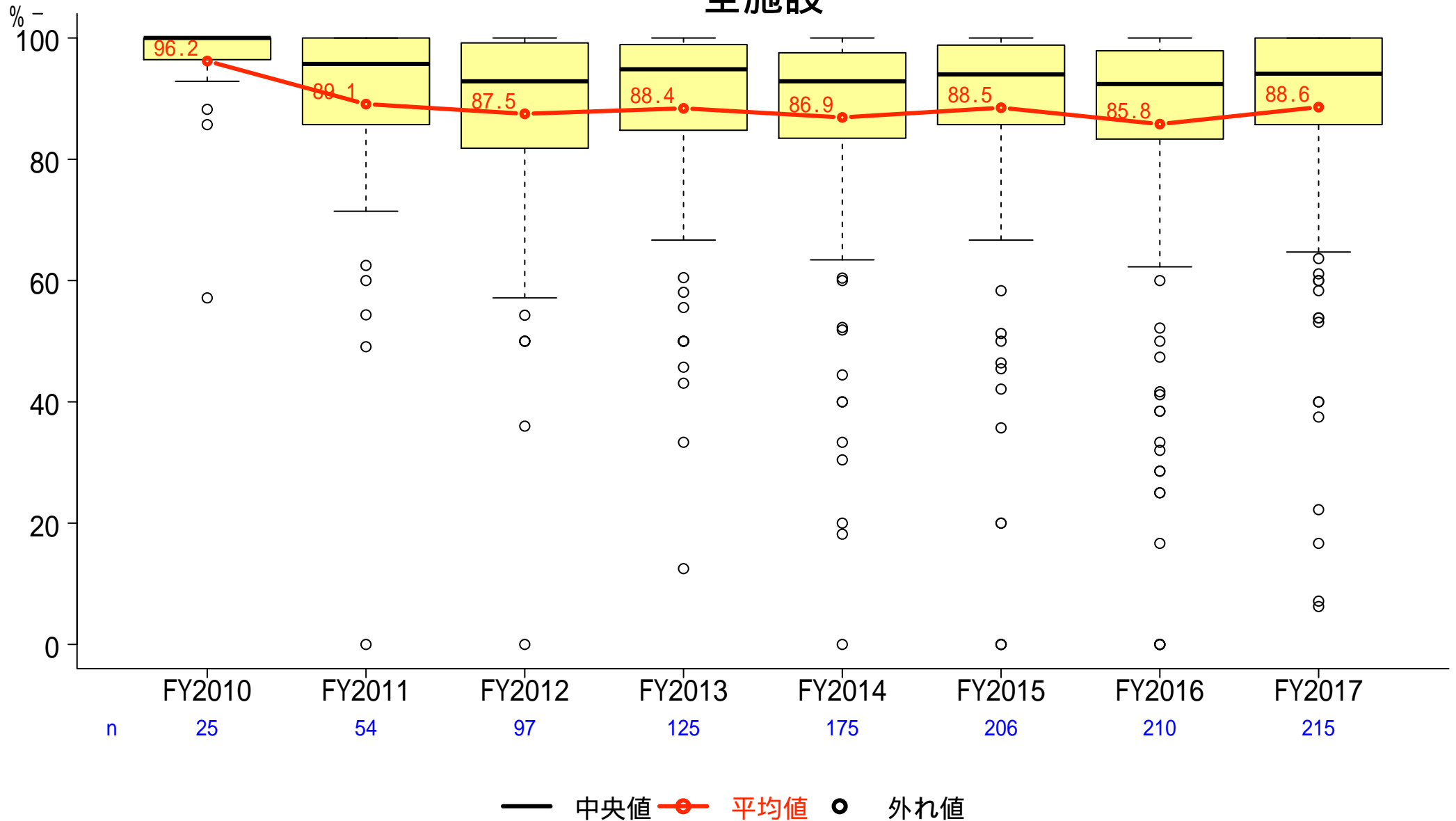


一般-33 入院中にステロイドの経口・静注処方された小児喘息患者の割合

分子:入院中にステロイドの全身投与(静注・経口)を受けた患者数

分母:2歳~15歳の喘息患者のうち、喘息に関連した原因で入院した患者数

全施設

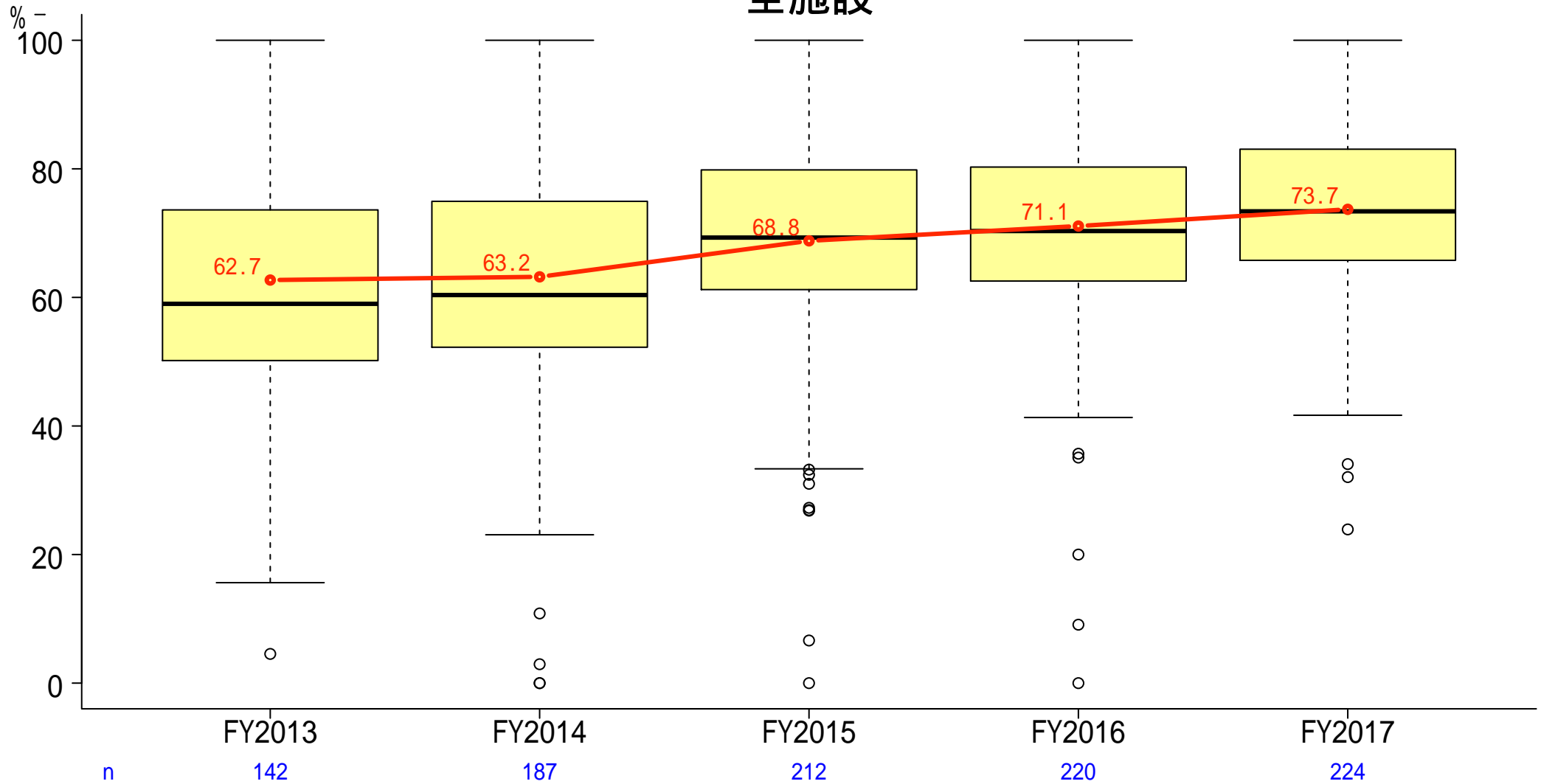


一般-34 統合指標(Composite Measures)

【手術】

分子:手術関連指標の分子合計
分母:手術関連指標の分母合計

全施設



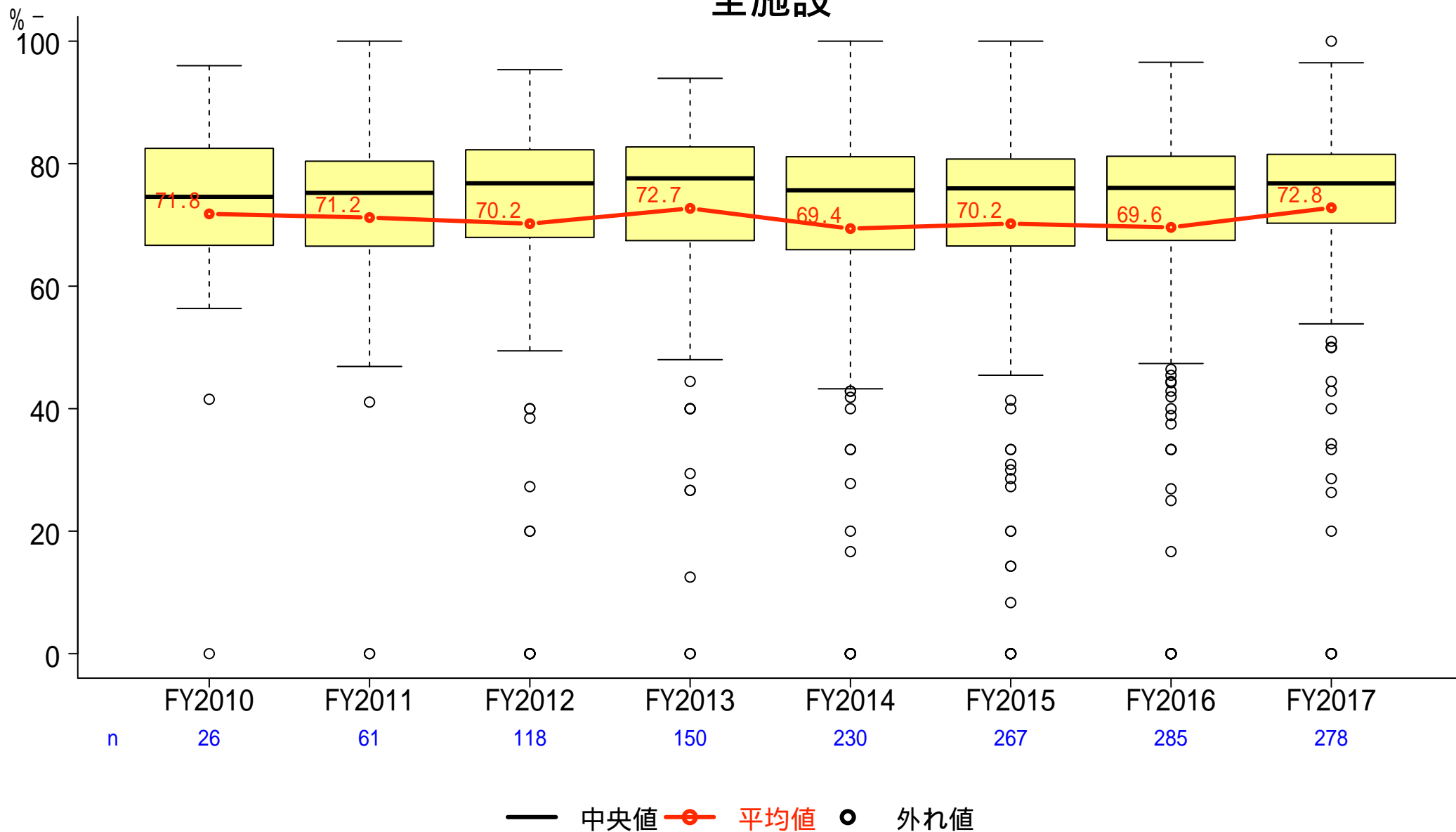
— 中央値 —●— 平均値 ● 外れ値

一般-35 統合指標(Composite Measures)

【虚血性心疾患】

分子:虚血性心疾患関連指標の分子合計
分母:虚血性心疾患関連指標の分母合計

全施設

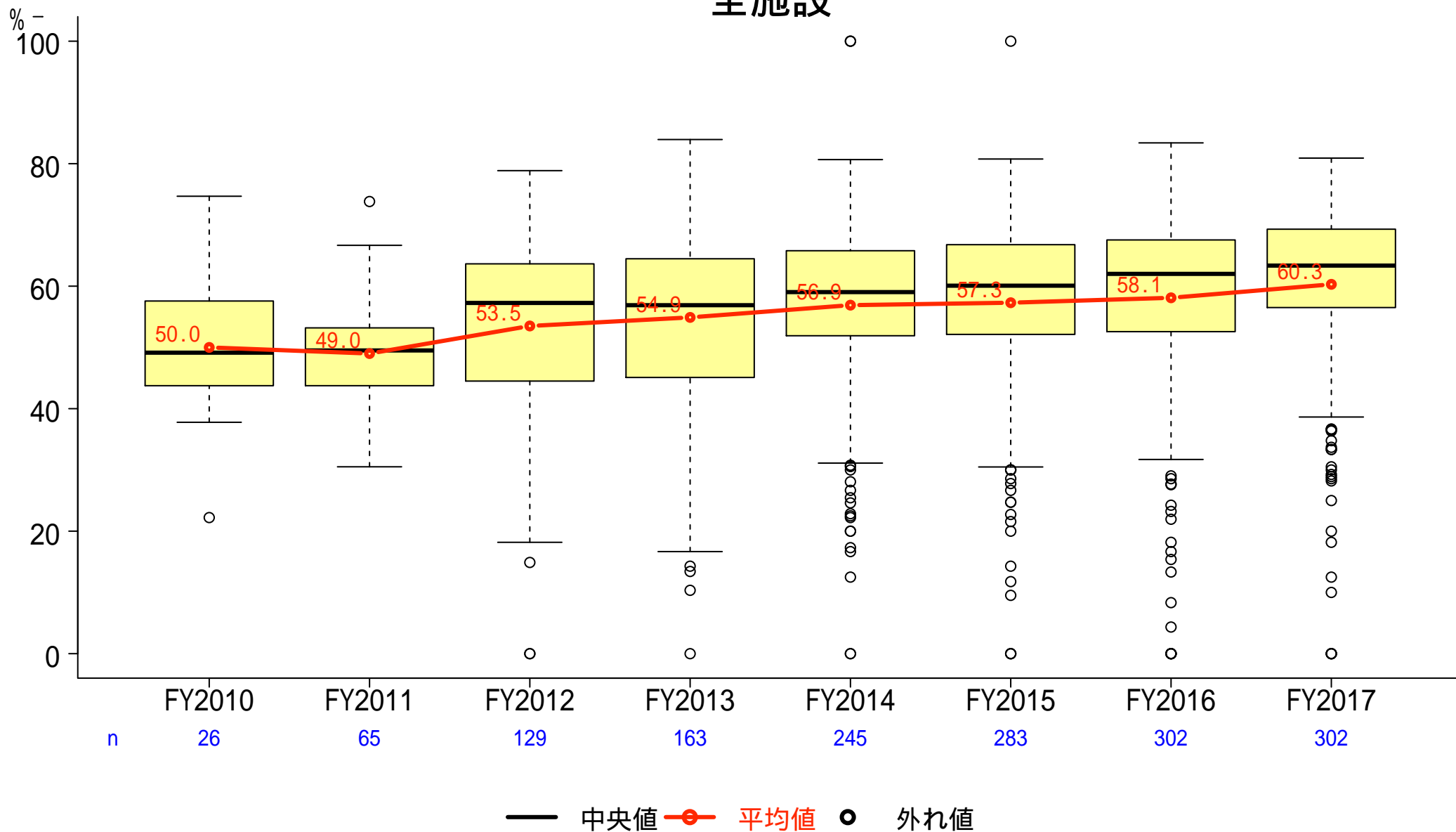


一般-36 統合指標(Composite Measures)

【脳卒中】

分子:脳卒中関連指標の分子合計
分母:脳卒中関連指標の分母合計

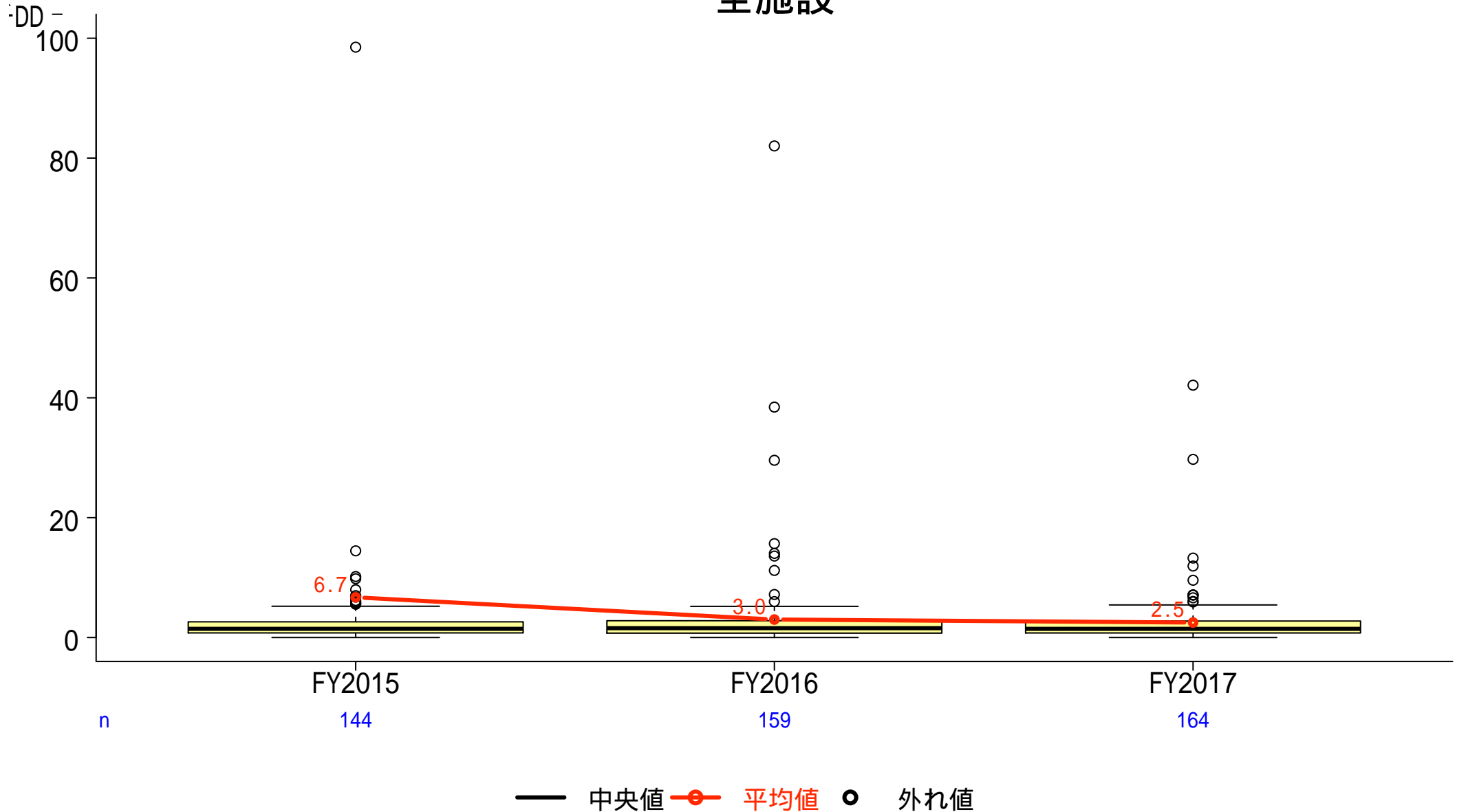
全施設



一般-37 症候性尿路感染症発生率

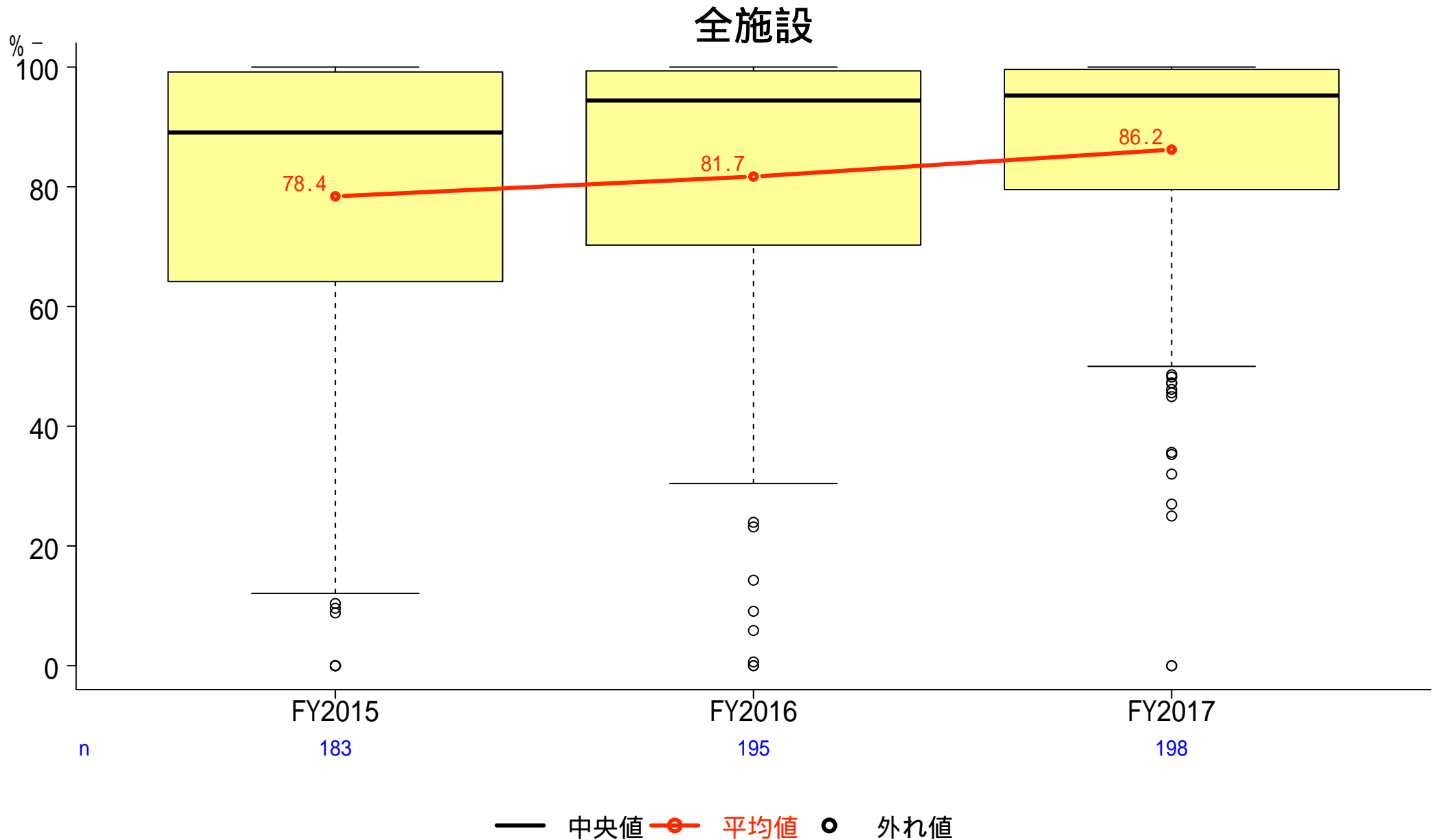
分子:分母のうちカテーテル関連症候性尿路感染症の定義に合致した延べ回数
分母:入院患者における尿道留置カテーテル挿入延べ日数

全施設



一般-38 特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率

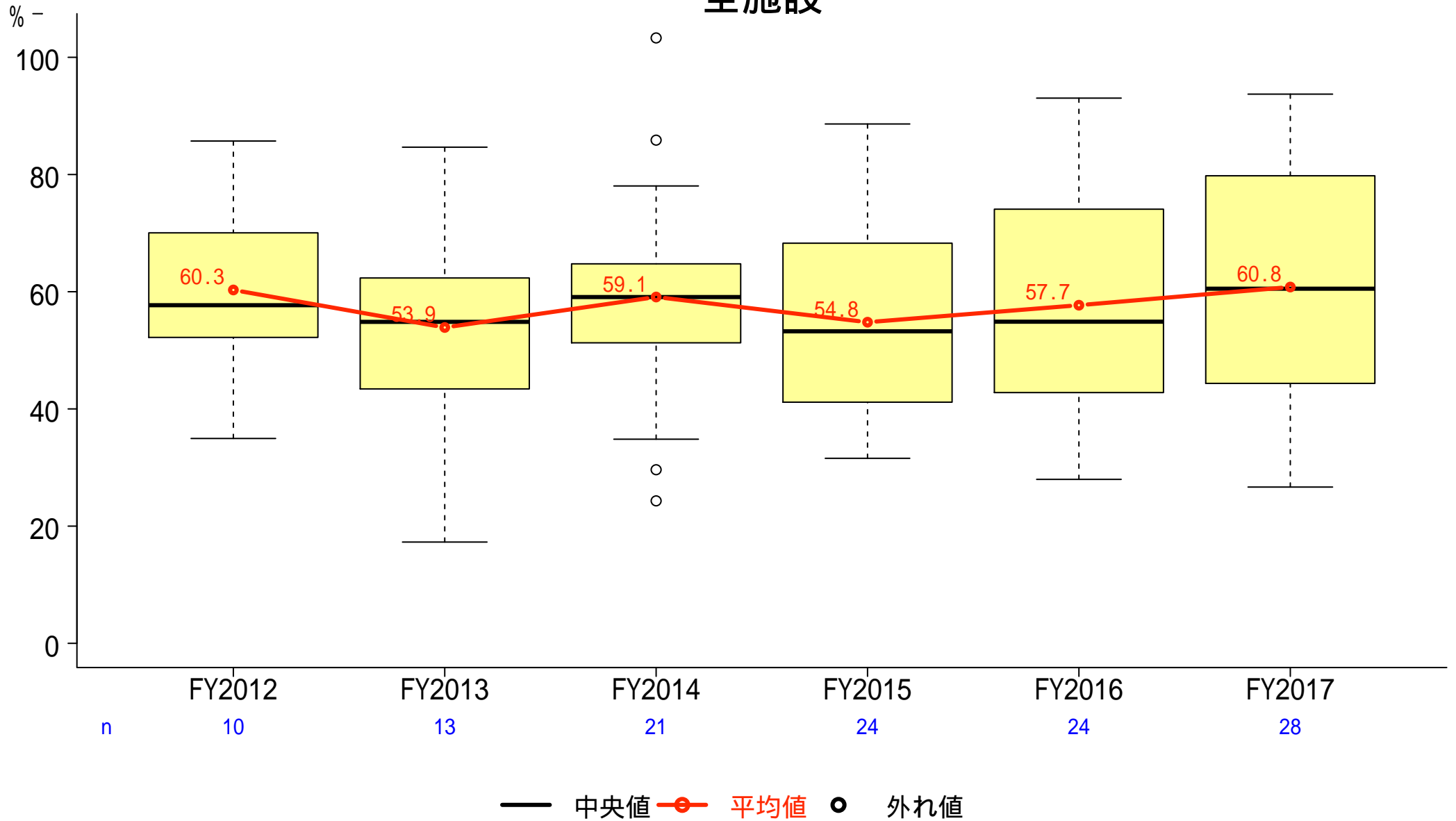
分子: 術式ごとに適切な予防的抗菌薬が選択された手術件数
分母: 特定術式の手術件数



精神-1 紹介率

分子: 紹介患者数
分母: 初診患者数

全施設

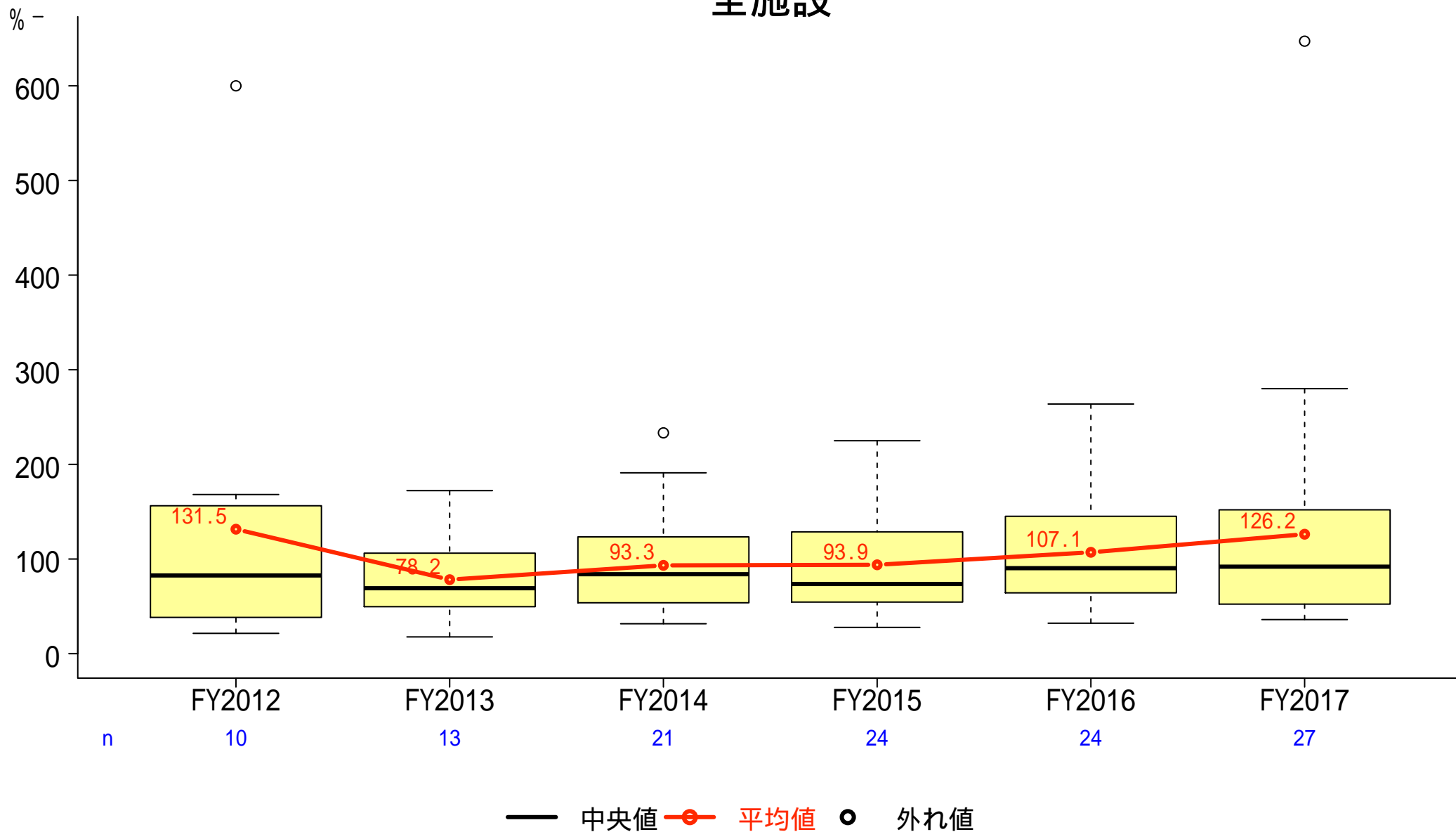


精神-2 逆紹介率

分子:逆紹介患者数

分母:初診患者数

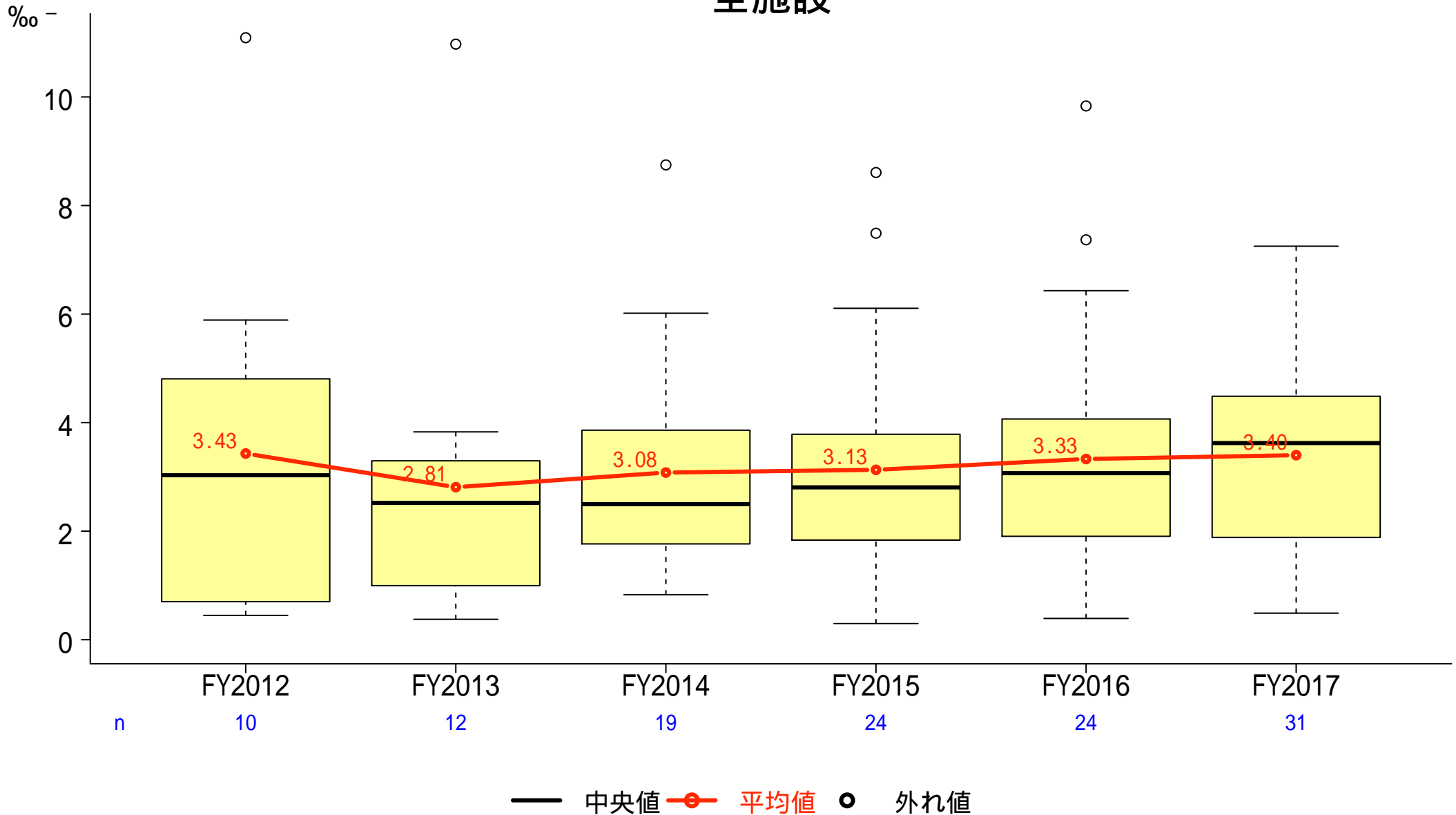
全施設



精神-3-a 入院患者の転倒・転落発生率

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

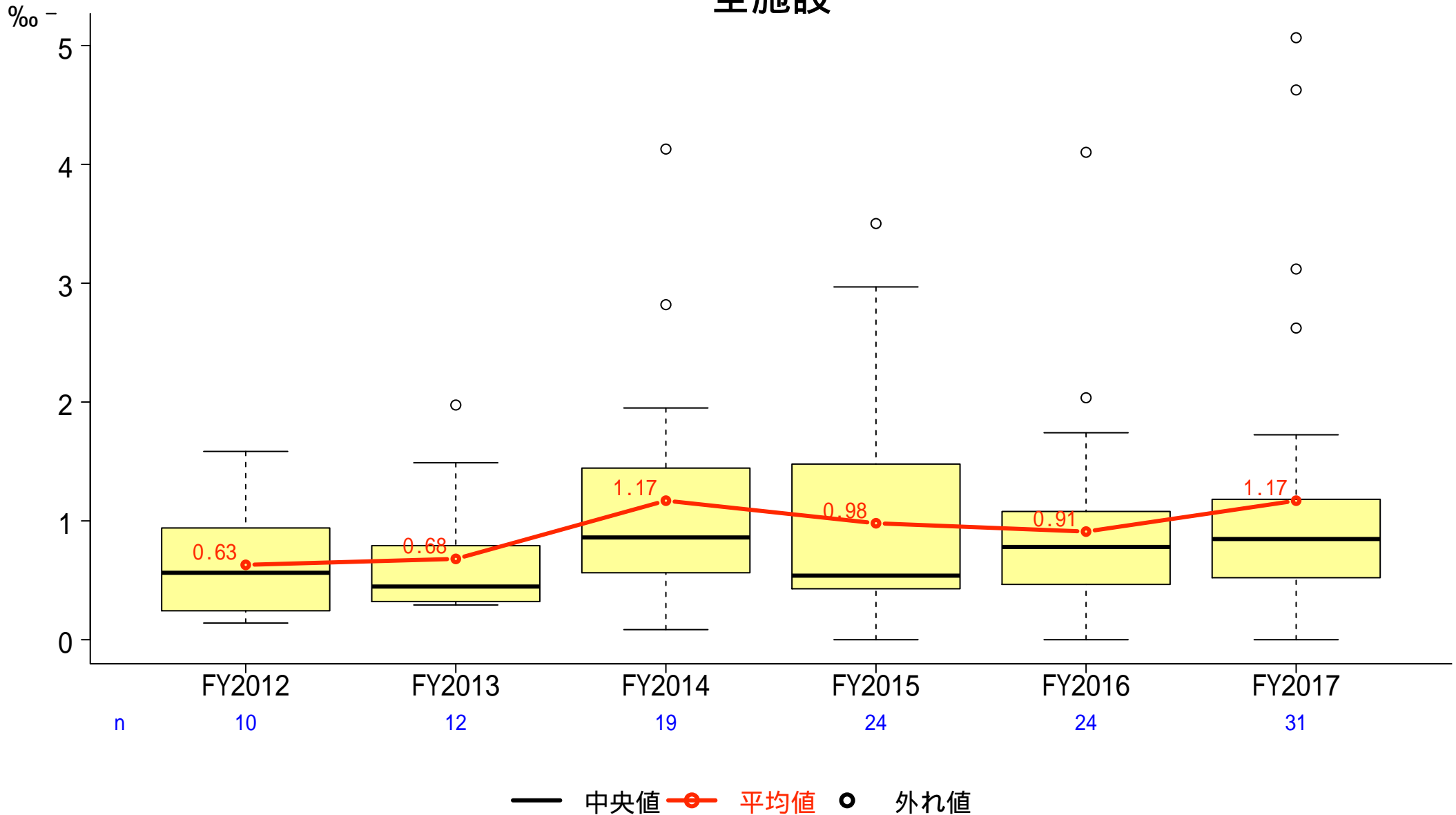
全施設



精神-3-b 入院患者の転倒・転落発生率（損傷レベル2以上）

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

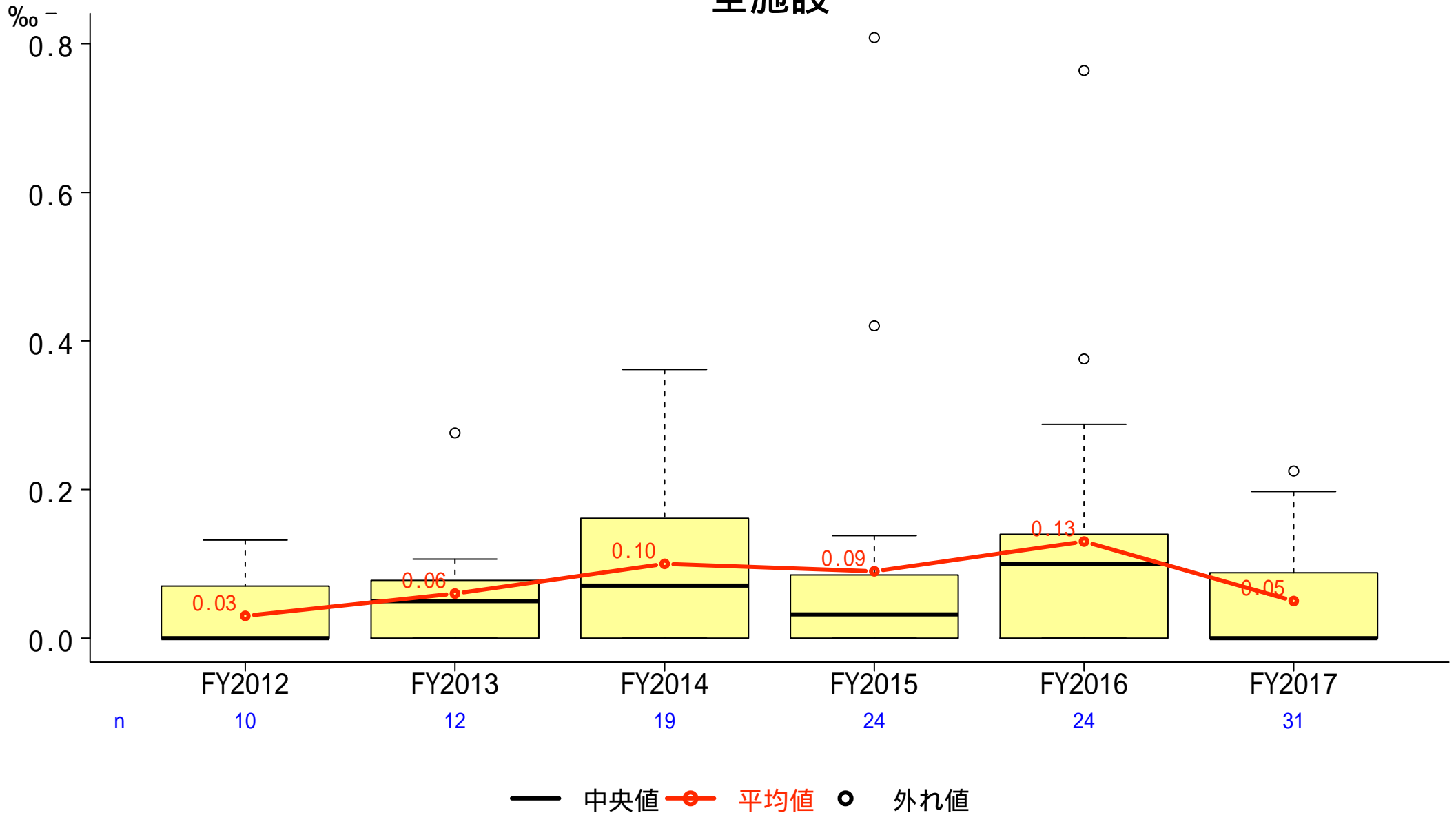
全施設



精神-3-c 入院患者の転倒・転落発生率（損傷レベル4以上）

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

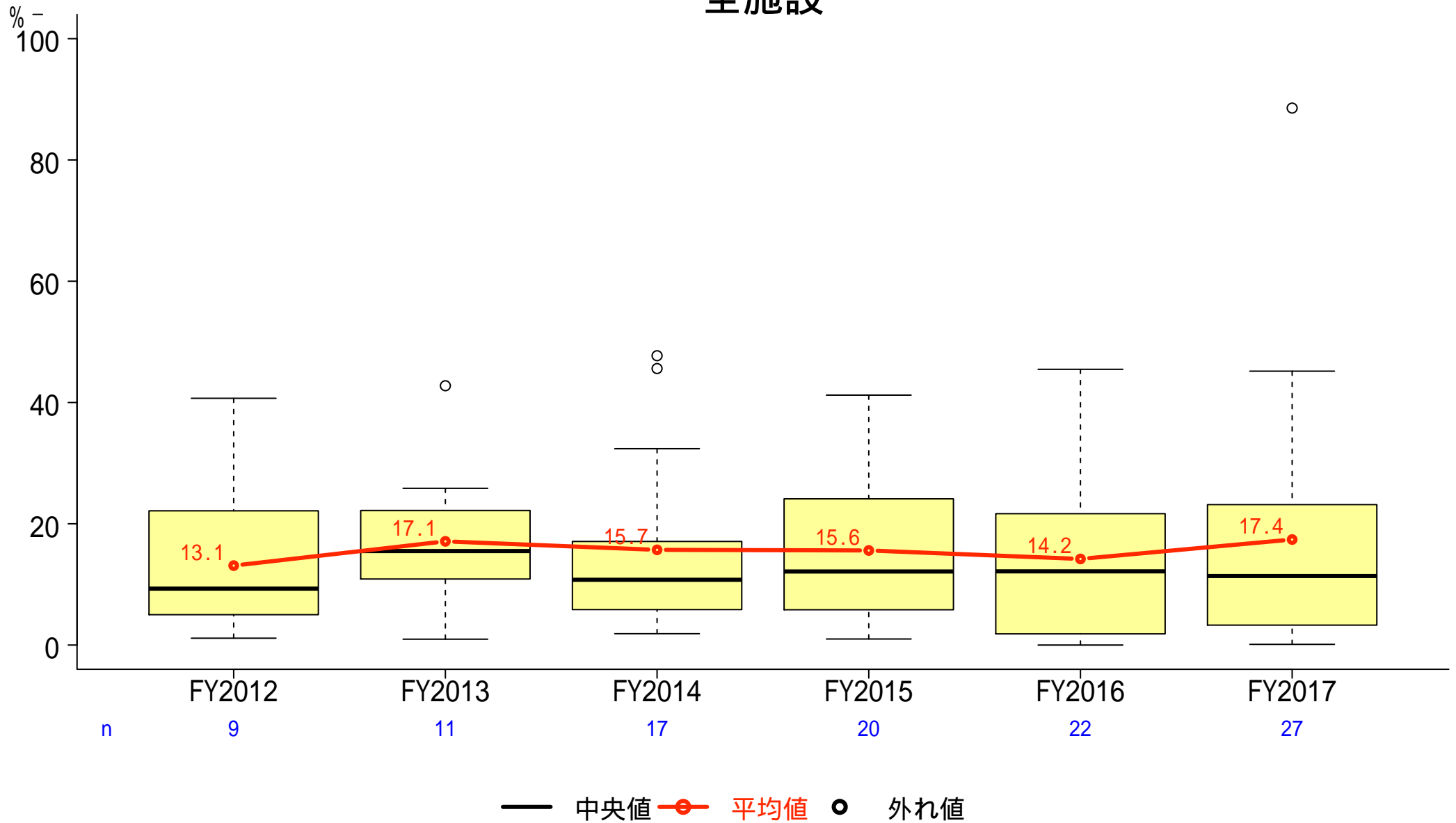
全施設



精神-4 身体抑制率

分子:(物理的)身体抑制を実施した入院延べ患者数
分母:入院延べ患者数

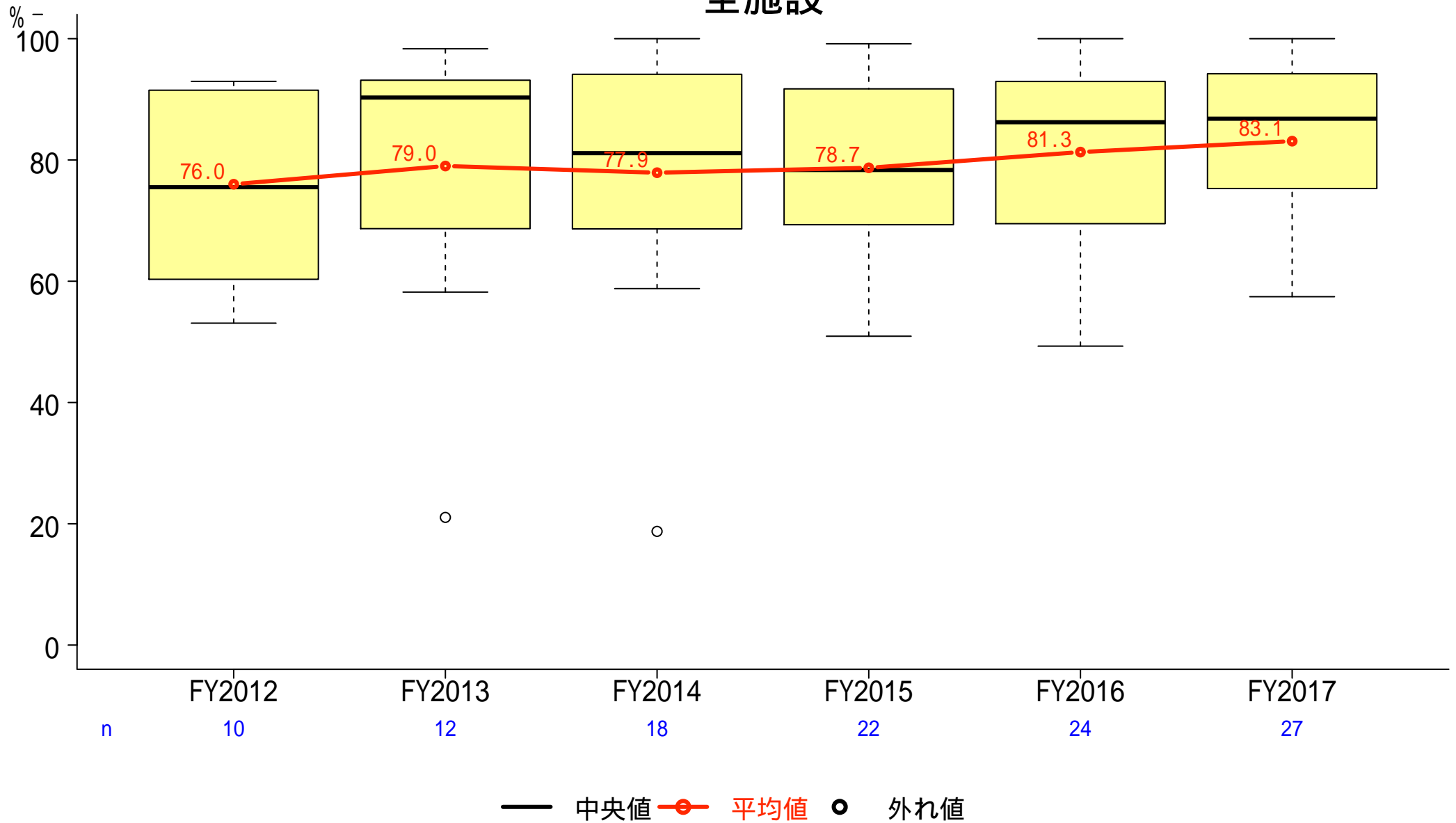
全施設



精神-5 在宅復帰率

分子:在宅退院患者数
分母:退院患者数

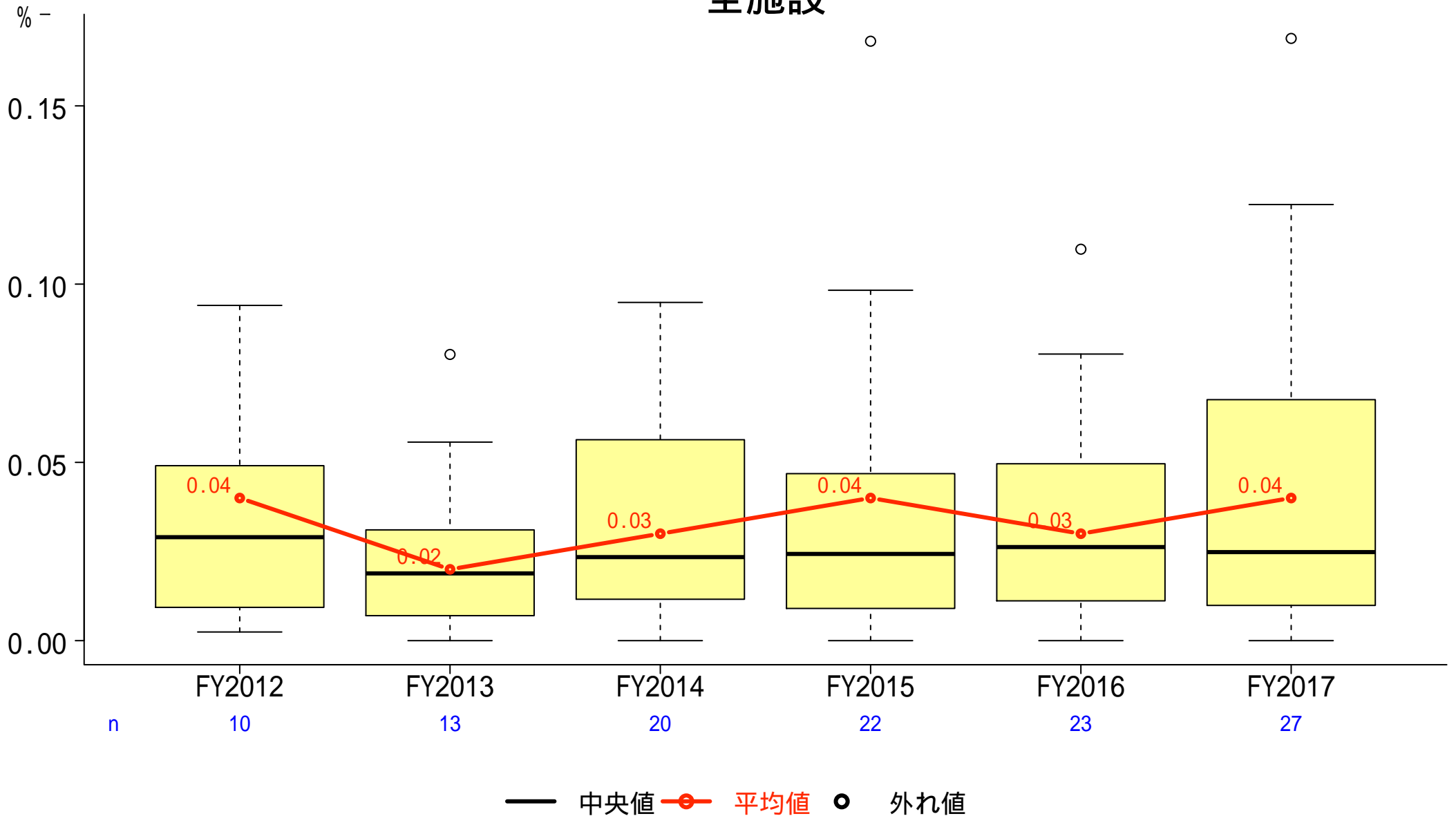
全施設



精神-6 褥瘡発生率

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

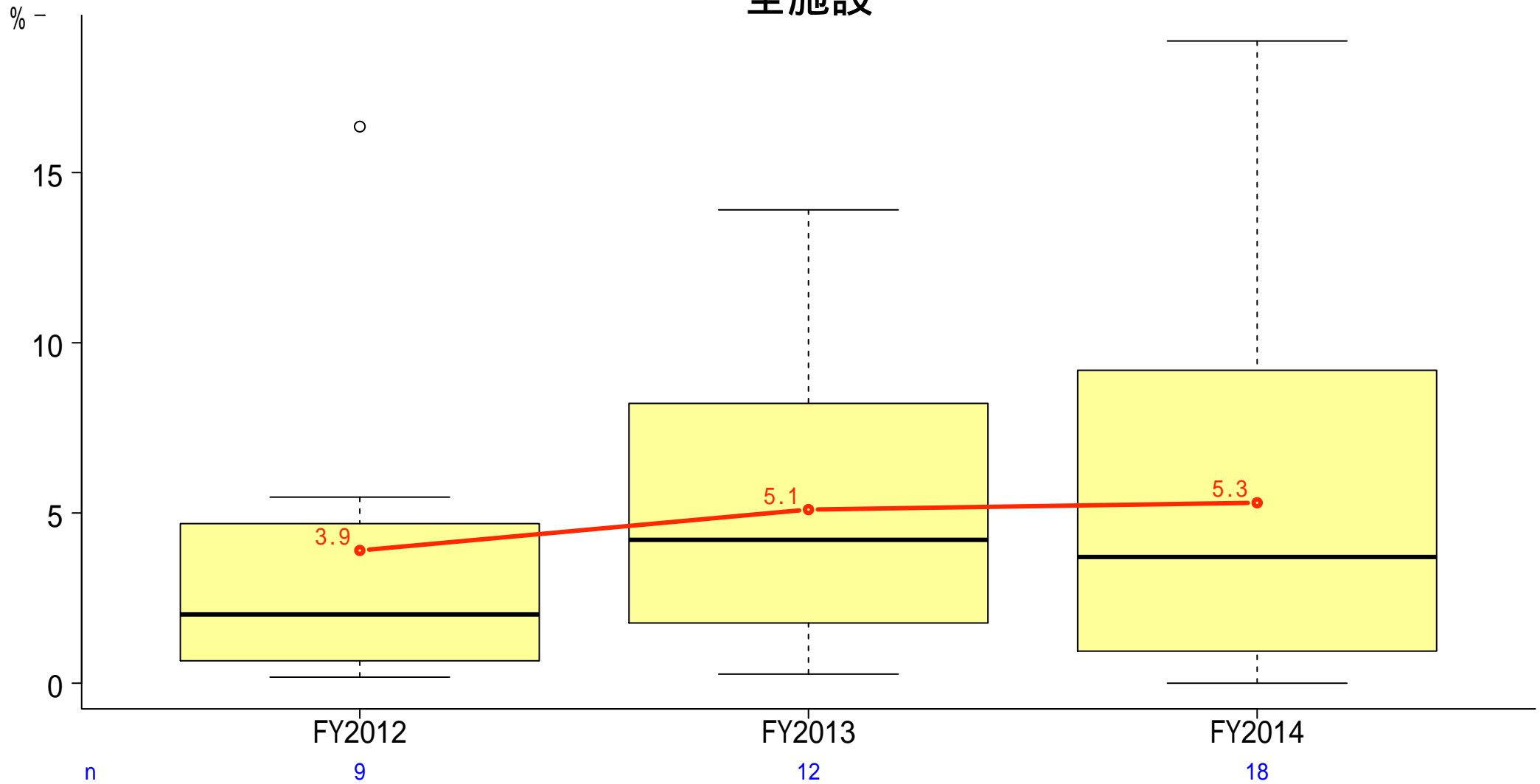
全施設



精神-7 尿道留置カテーテル使用率

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

全施設

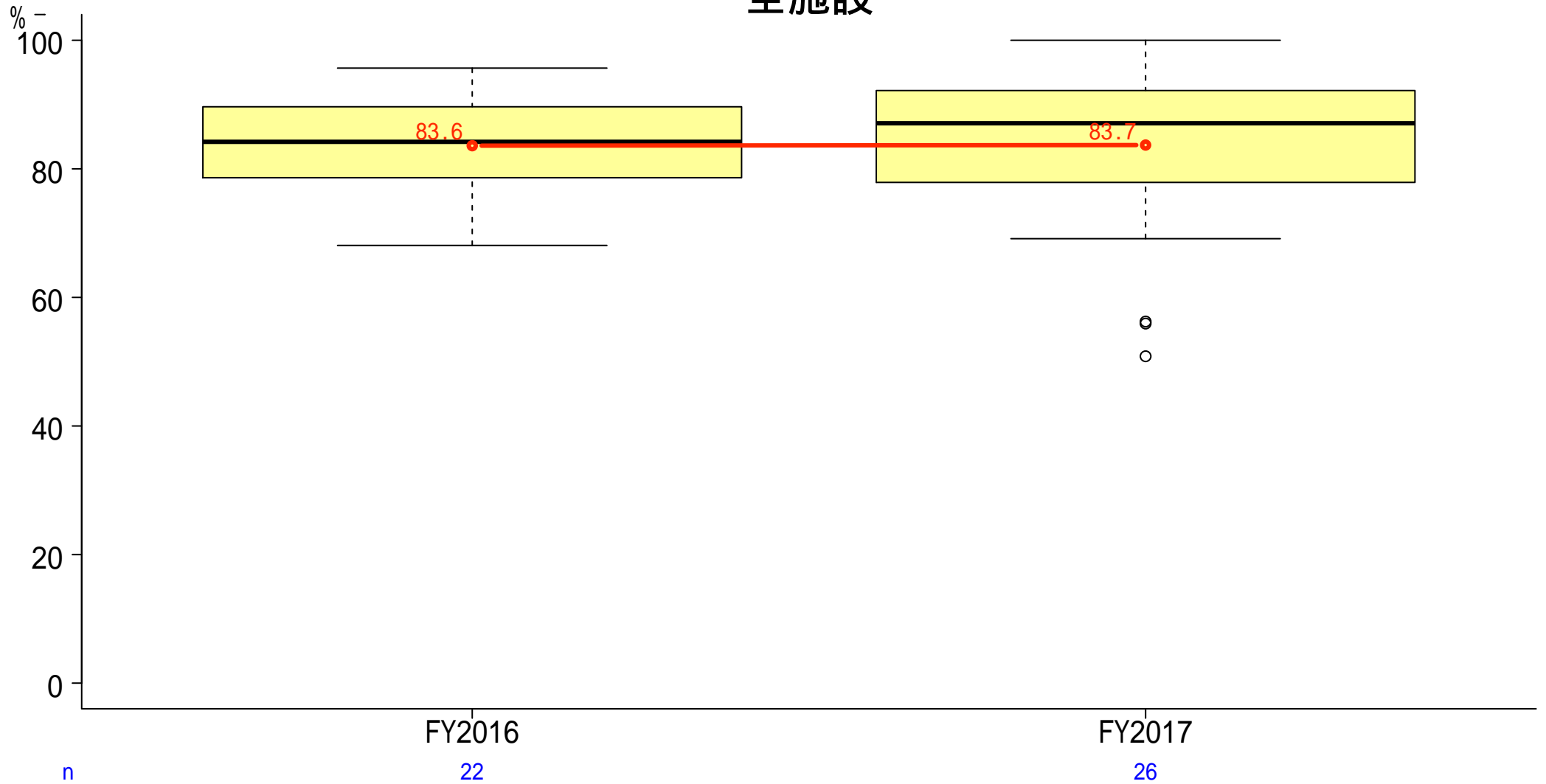


— 中央値 —●— 平均値 ● 外れ値

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

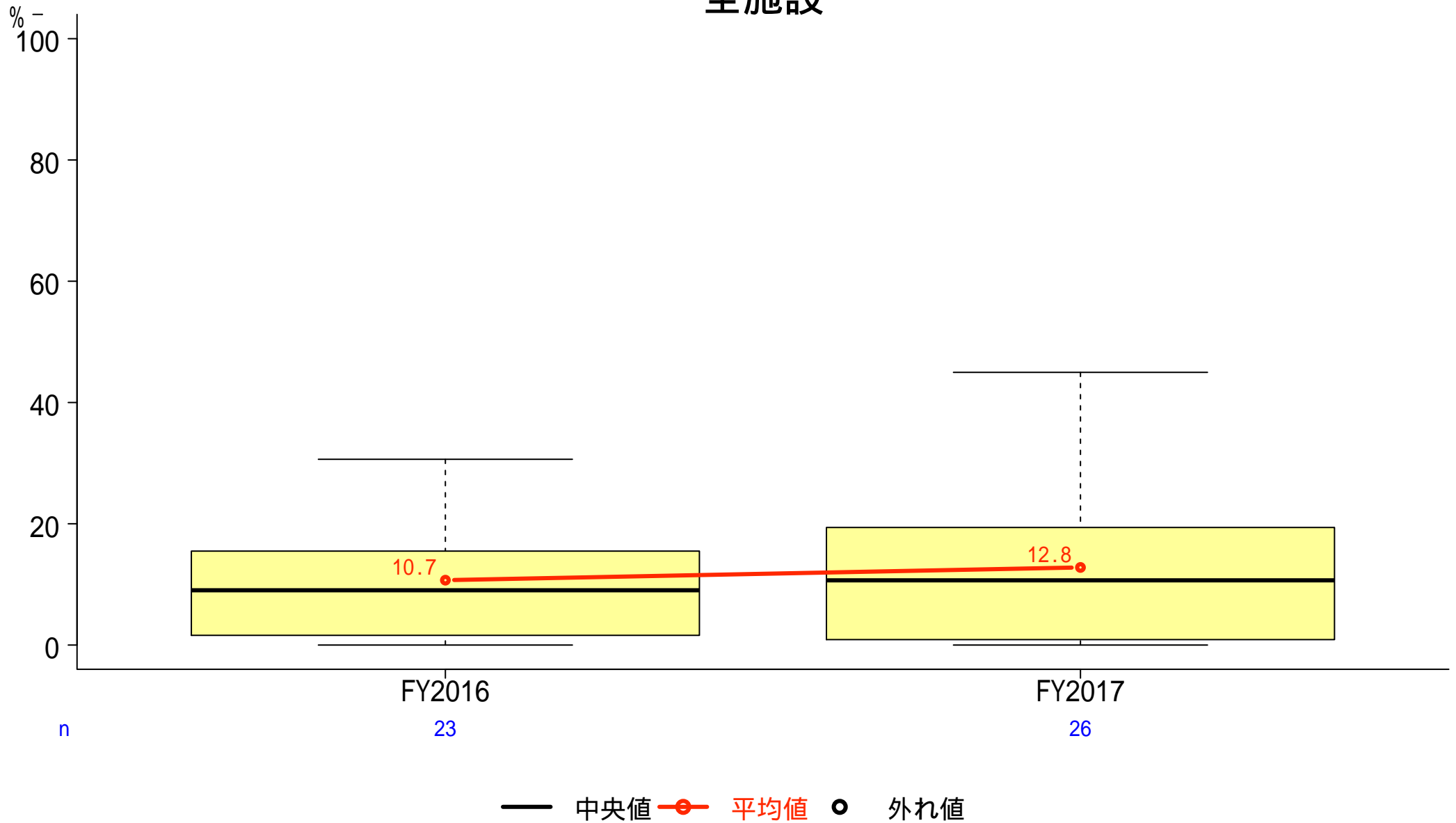


— 中央値 —●— 平均値 ○ 外れ値

精神-9 再入院率

分子: 自院退院後90日以内の再入院患者数
分母: 新入院患者数

全施設

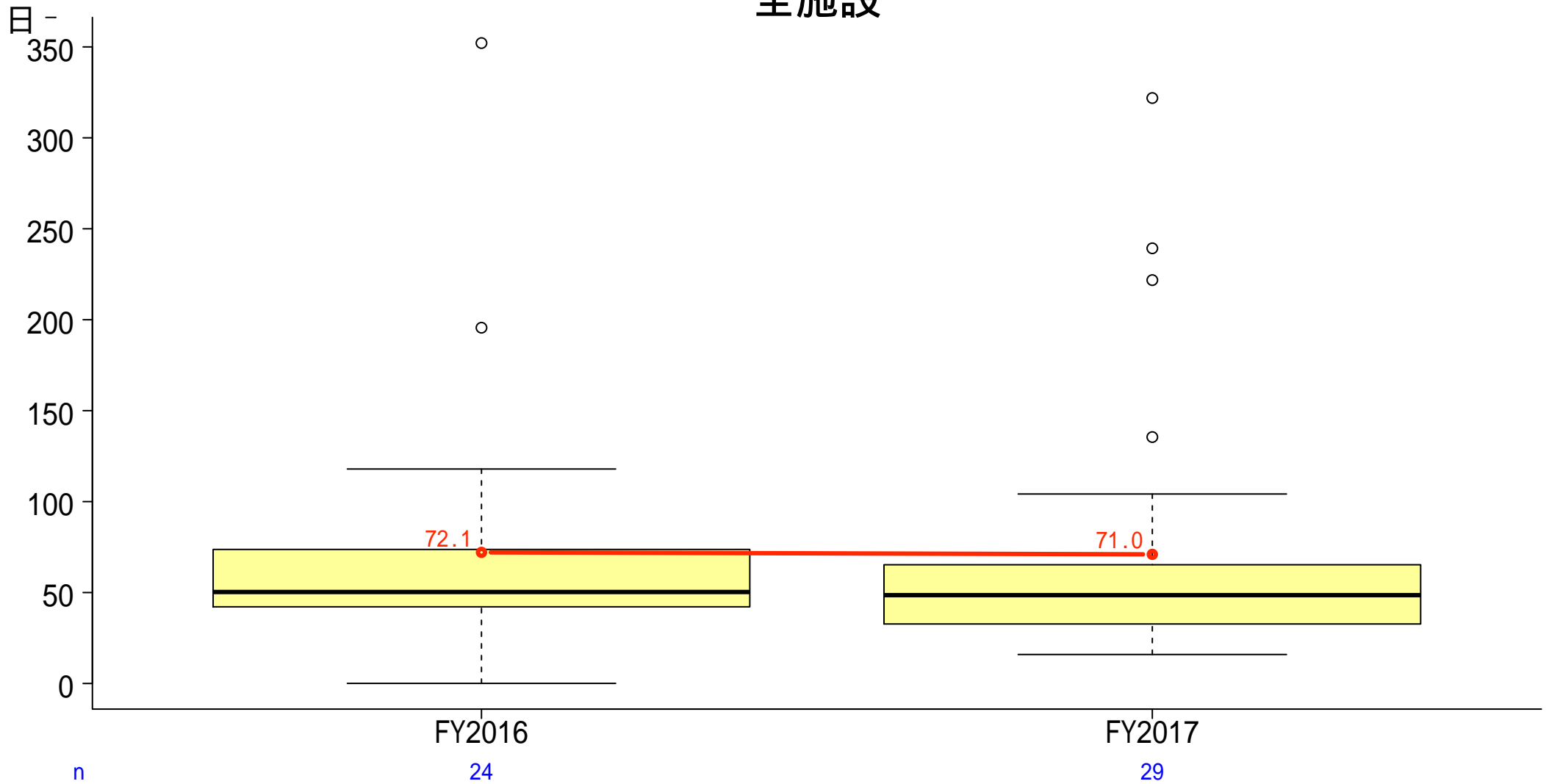


精神-10 平均在院日数(医療観察法病棟を除く)

分子:1か月間の在院患者延べ日数

分母:(1か月間の新入棟患者数+1か月間の新退棟患者数)/2

全施設

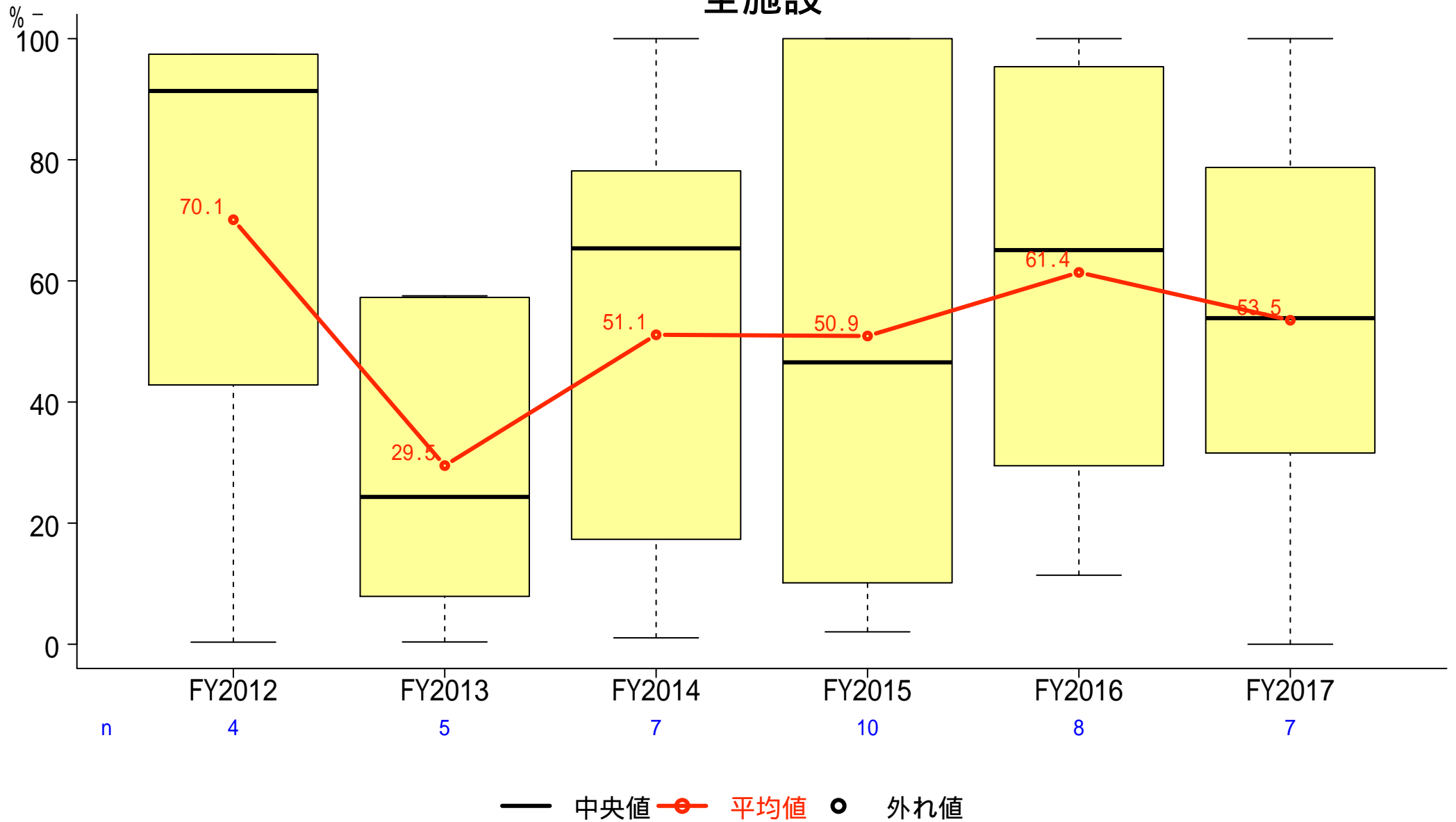


— 中央値 —●— 平均値 ○ 外れ値

療養-1 紹介率

分子: 紹介患者数
分母: 初診患者数

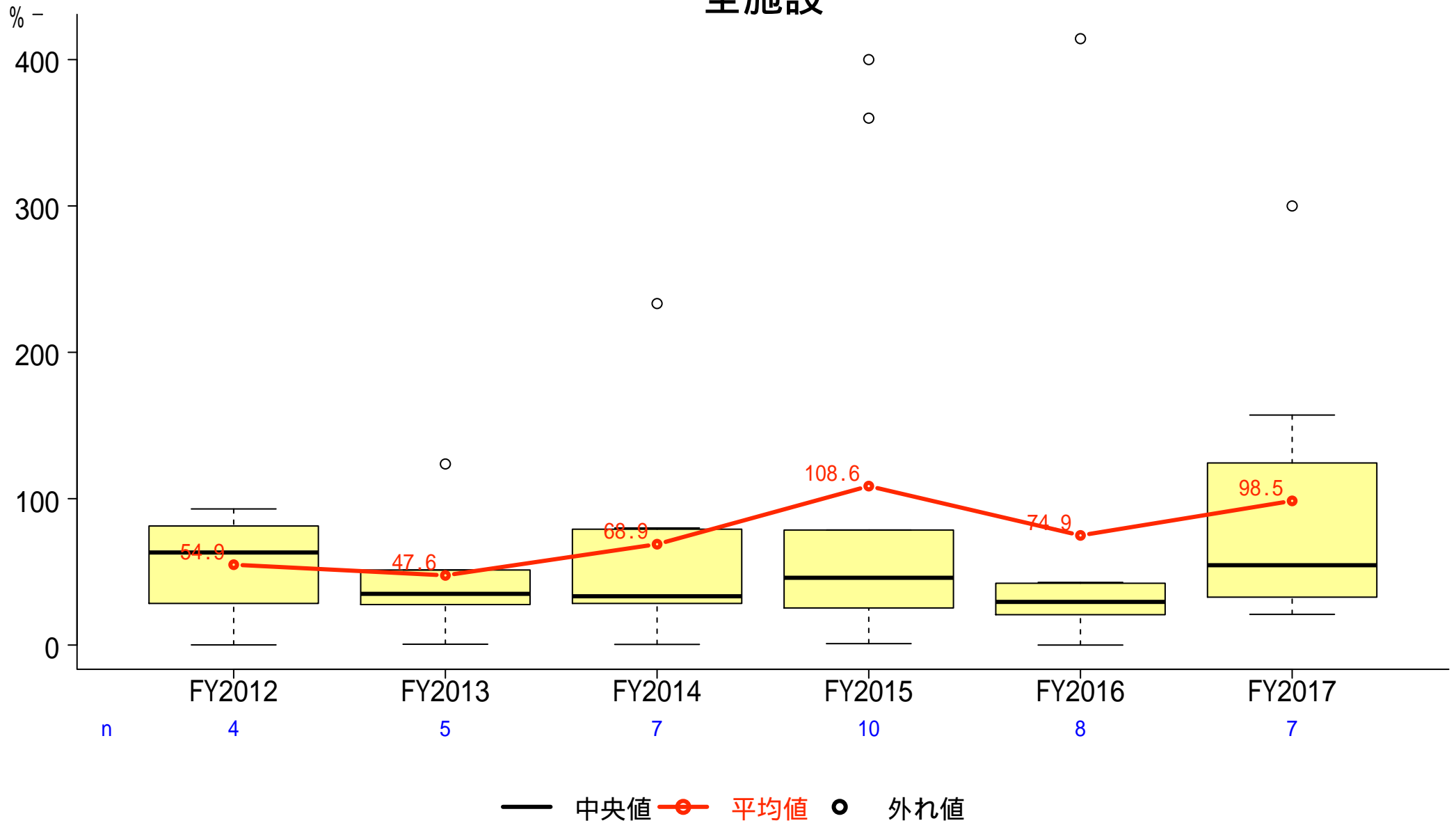
全施設



療養-2 逆紹介率

分子:逆紹介患者数
分母:初診患者数

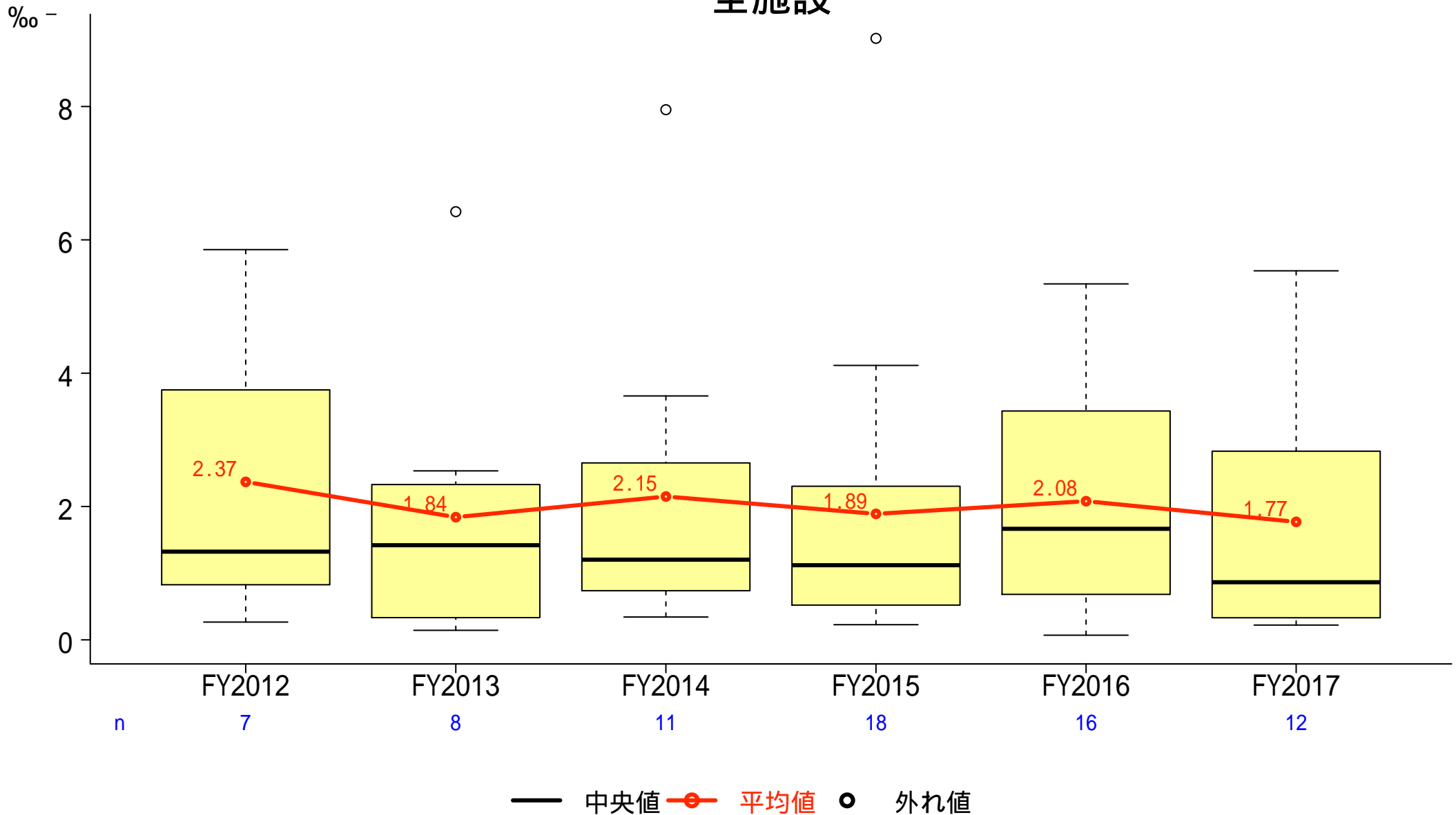
全施設



療養-3-a 入院患者の転倒・転落発生率

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

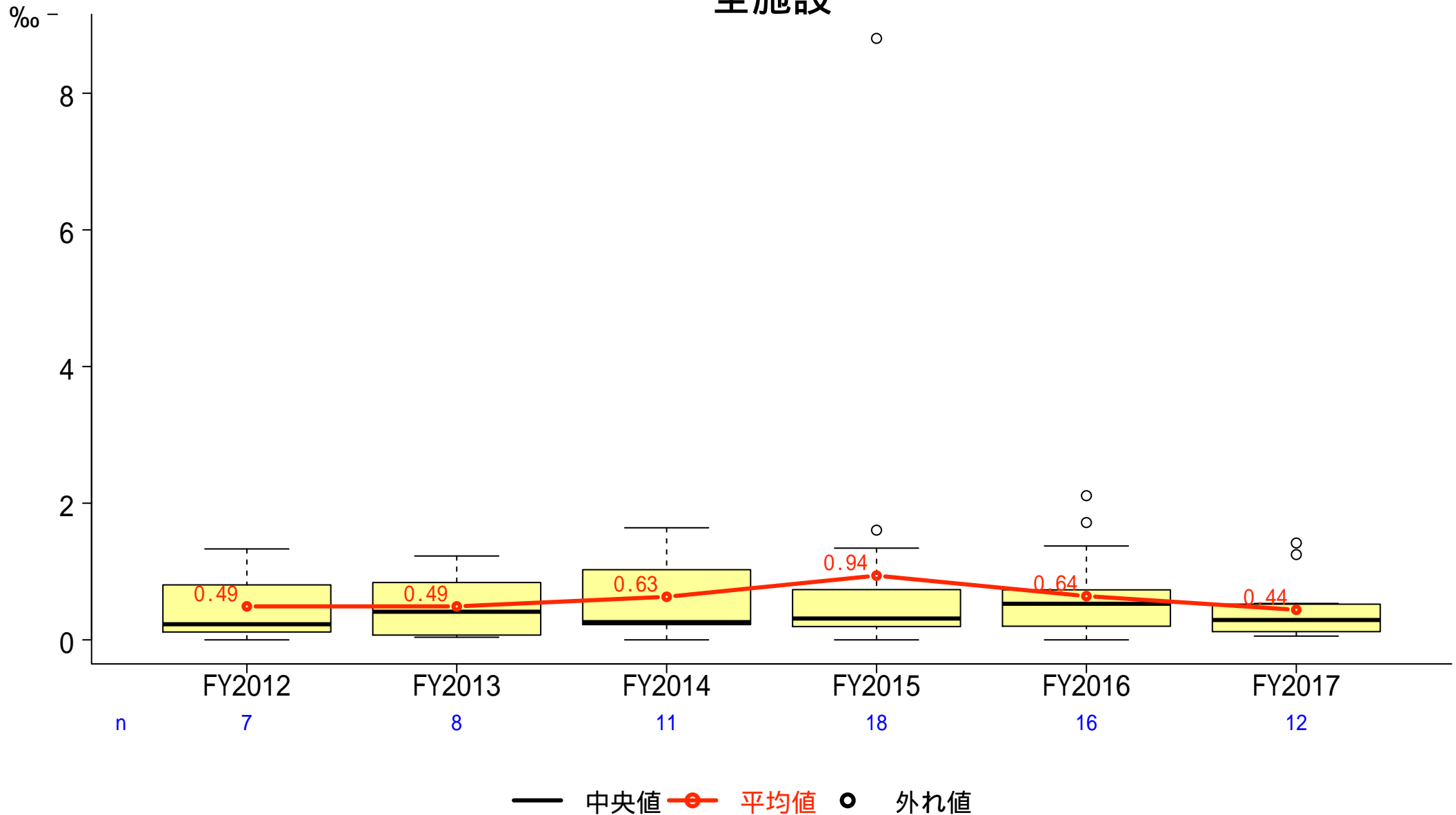
全施設



療養-3-b 入院患者の転倒・転落発生率（損傷レベル2以上）

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

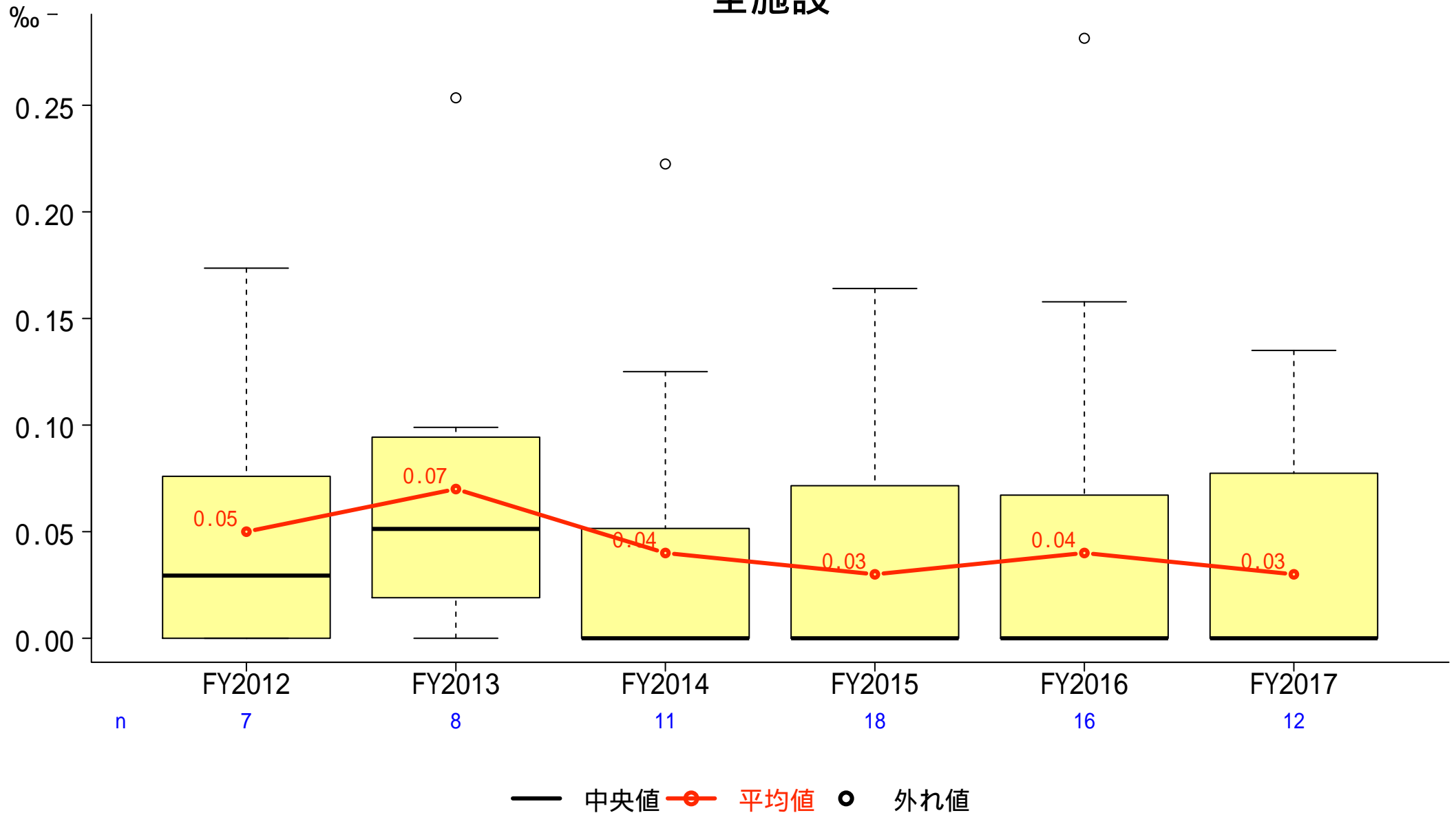
全施設



療養-3-c 入院患者の転倒・転落発生率（損傷レベル4以上）

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

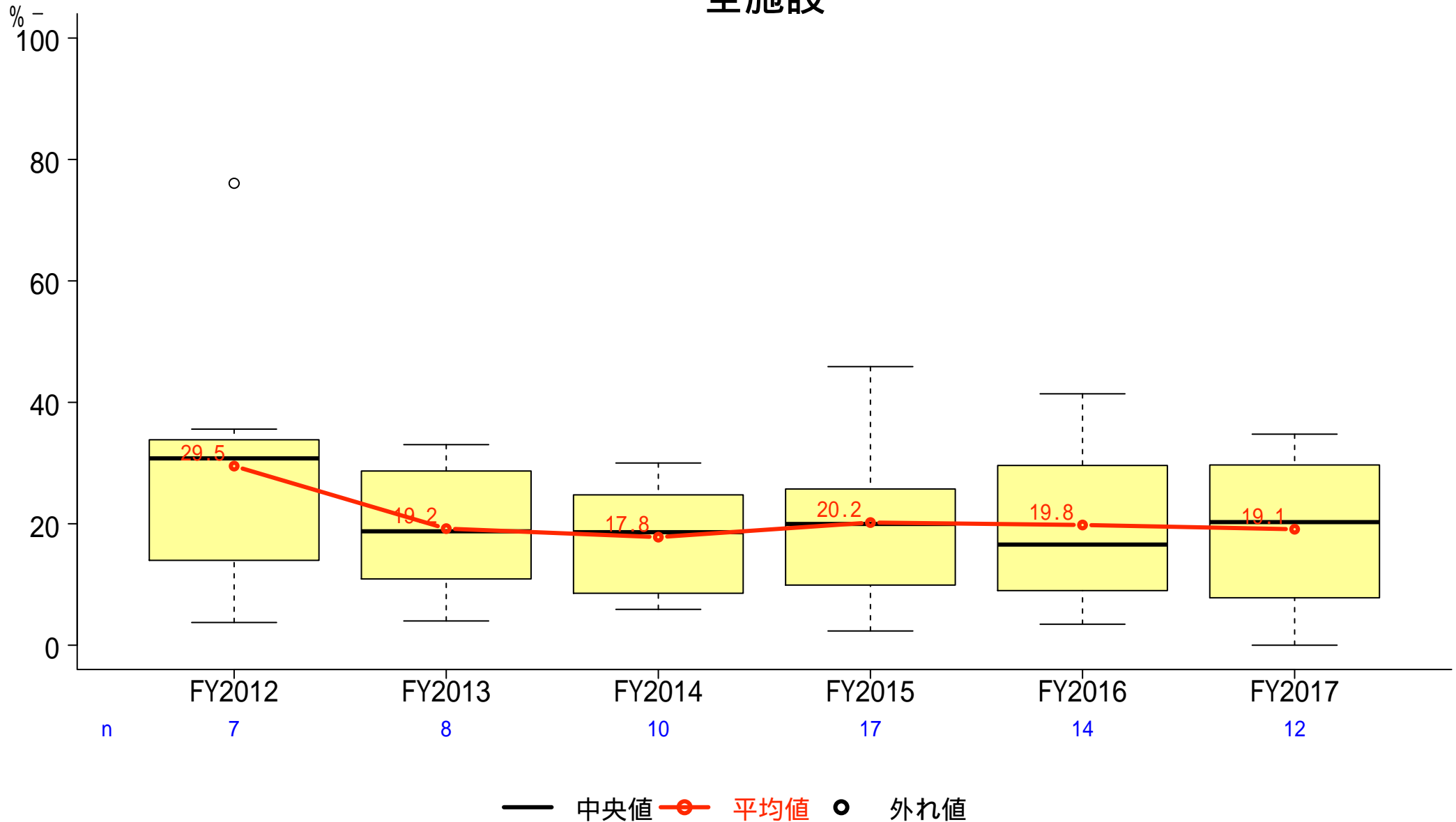
全施設



療養-4 身体抑制率

分子:(物理的)身体抑制を実施した入院延べ患者数
分母:入院延べ患者数

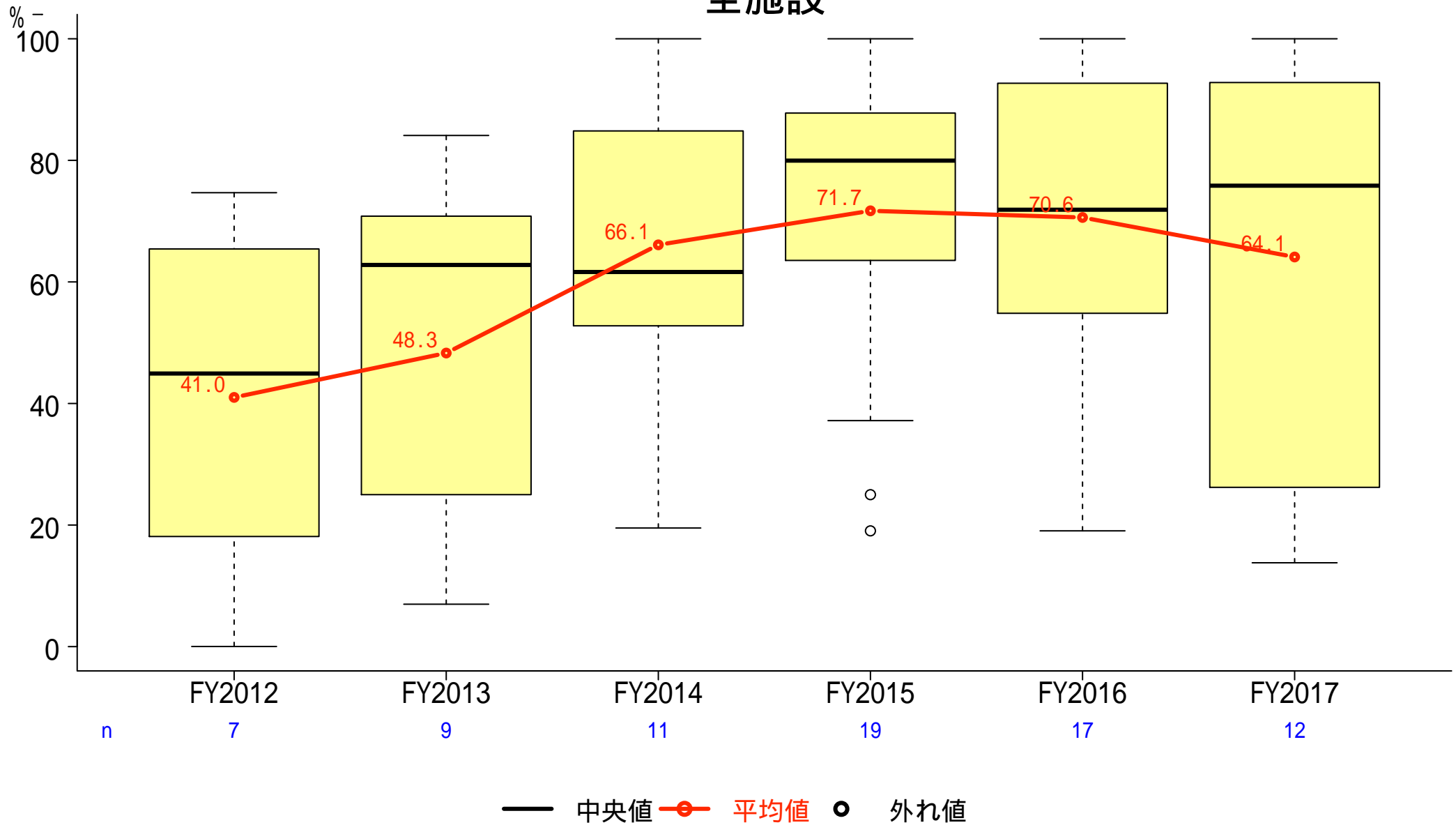
全施設



療養-5 在宅復帰率

分子:在宅退院患者数
分母:退院患者数

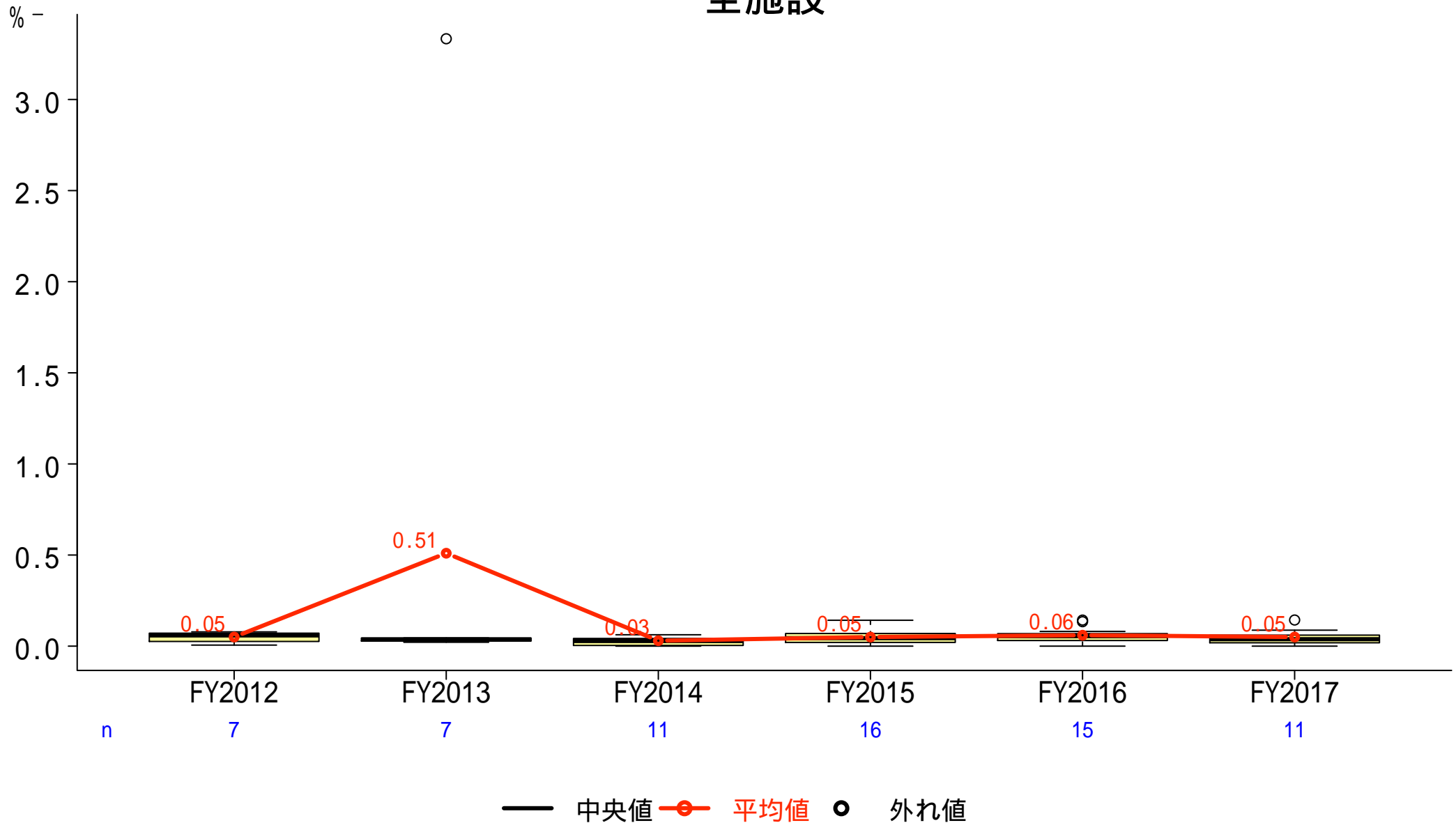
全施設



療養-6 褥瘡発生率

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

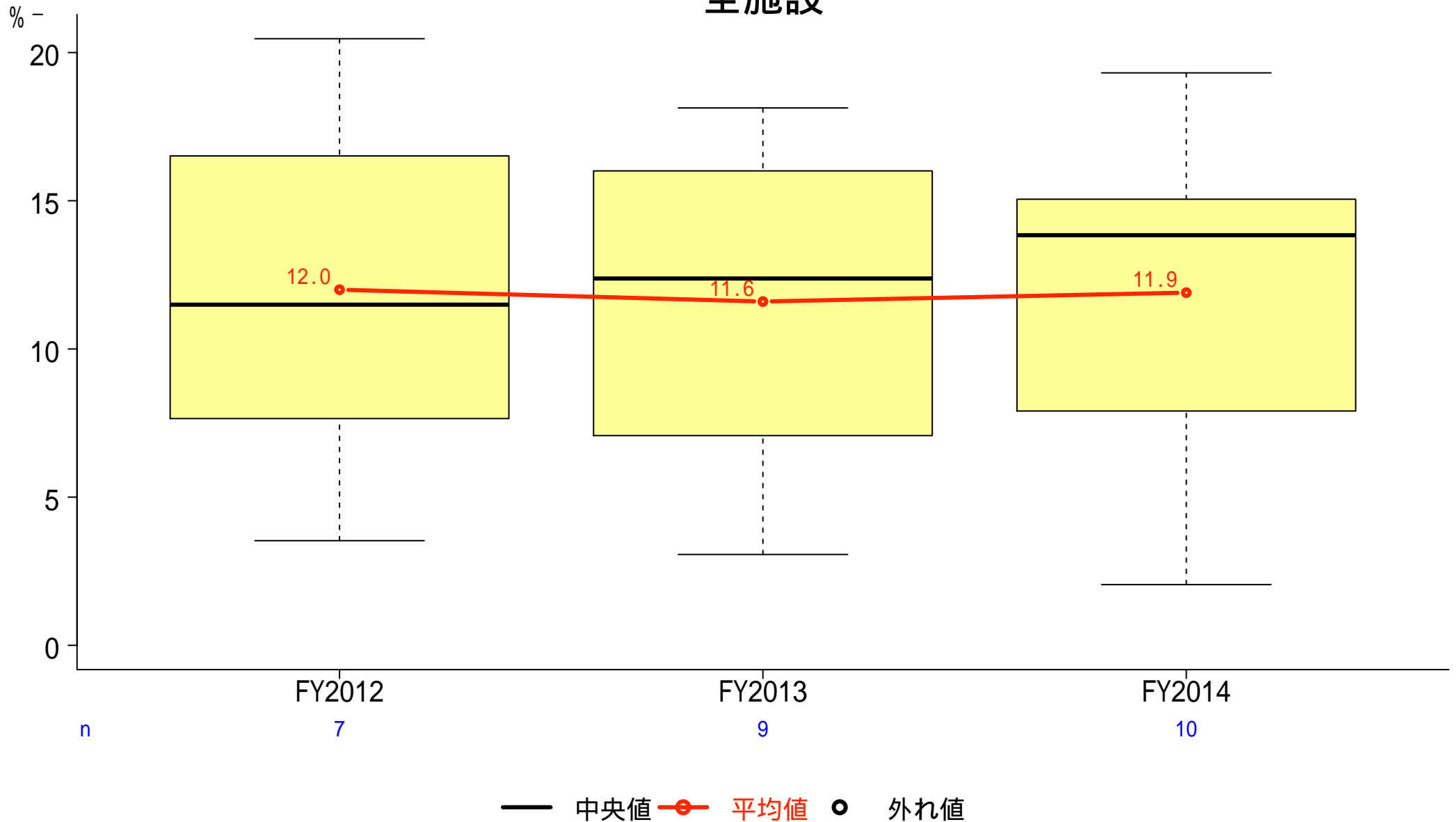
全施設



療養-7 尿道留置カテーテル使用率

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

全施設

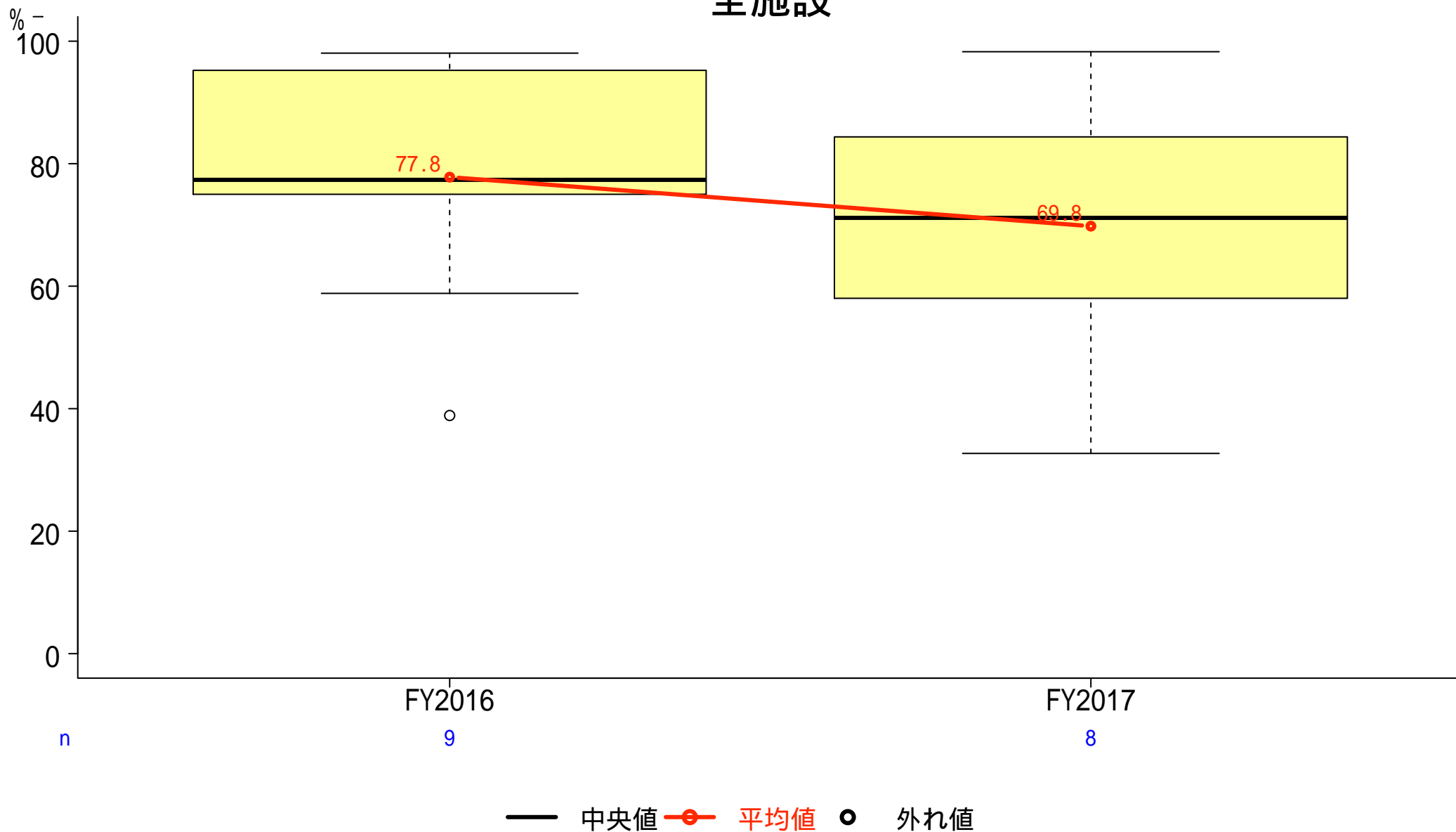


療養-8 療養病床における糖尿病患者の血糖コントロール

分子:HbA1c(NGSP)の最終値が8.0%未満の入院患者数

分母:糖尿病の薬物治療を入院で30日以上投与されている入院患者数

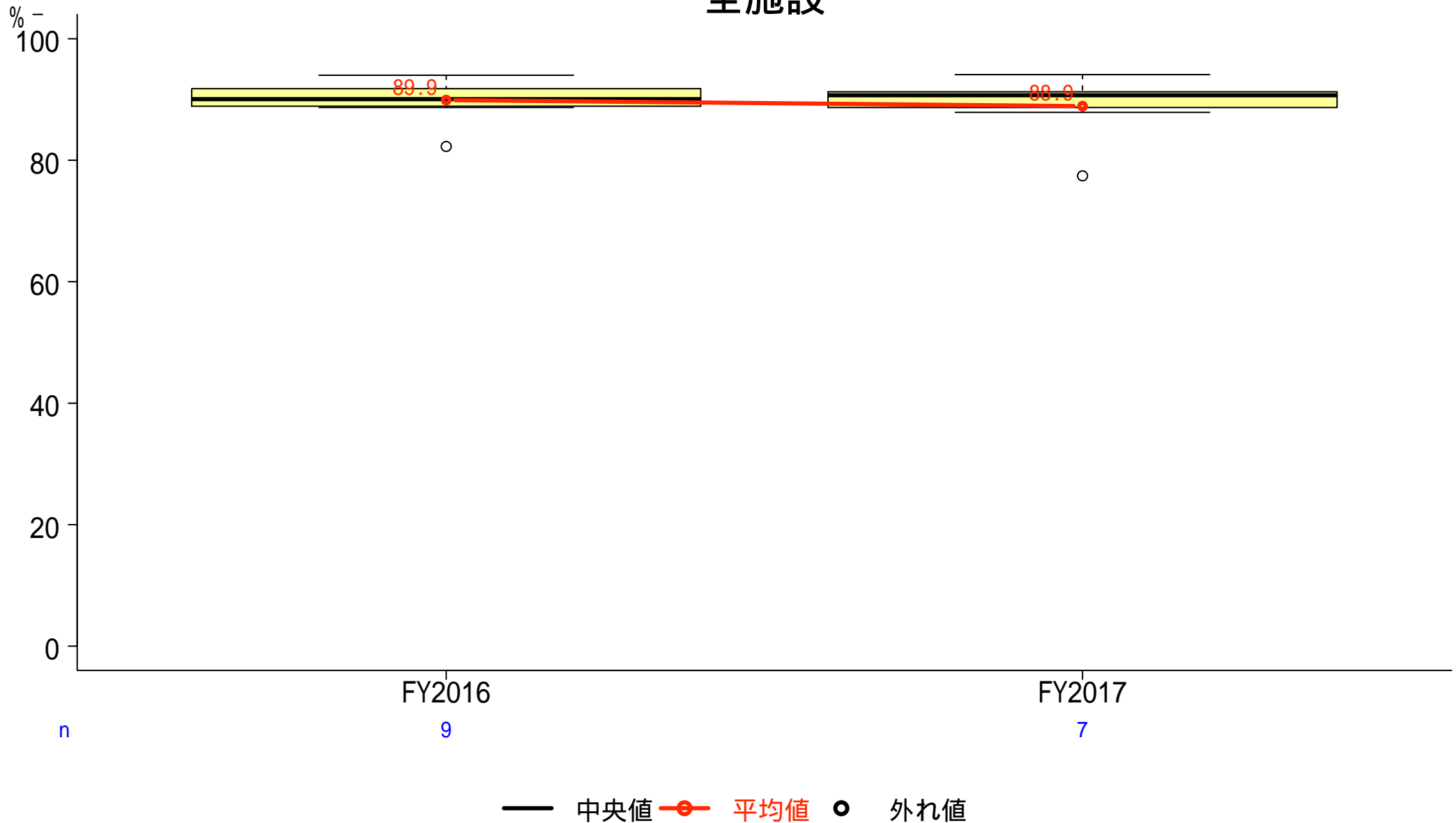
全施設



療養-9 療養病床における降圧薬服用患者の血圧コントロール

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

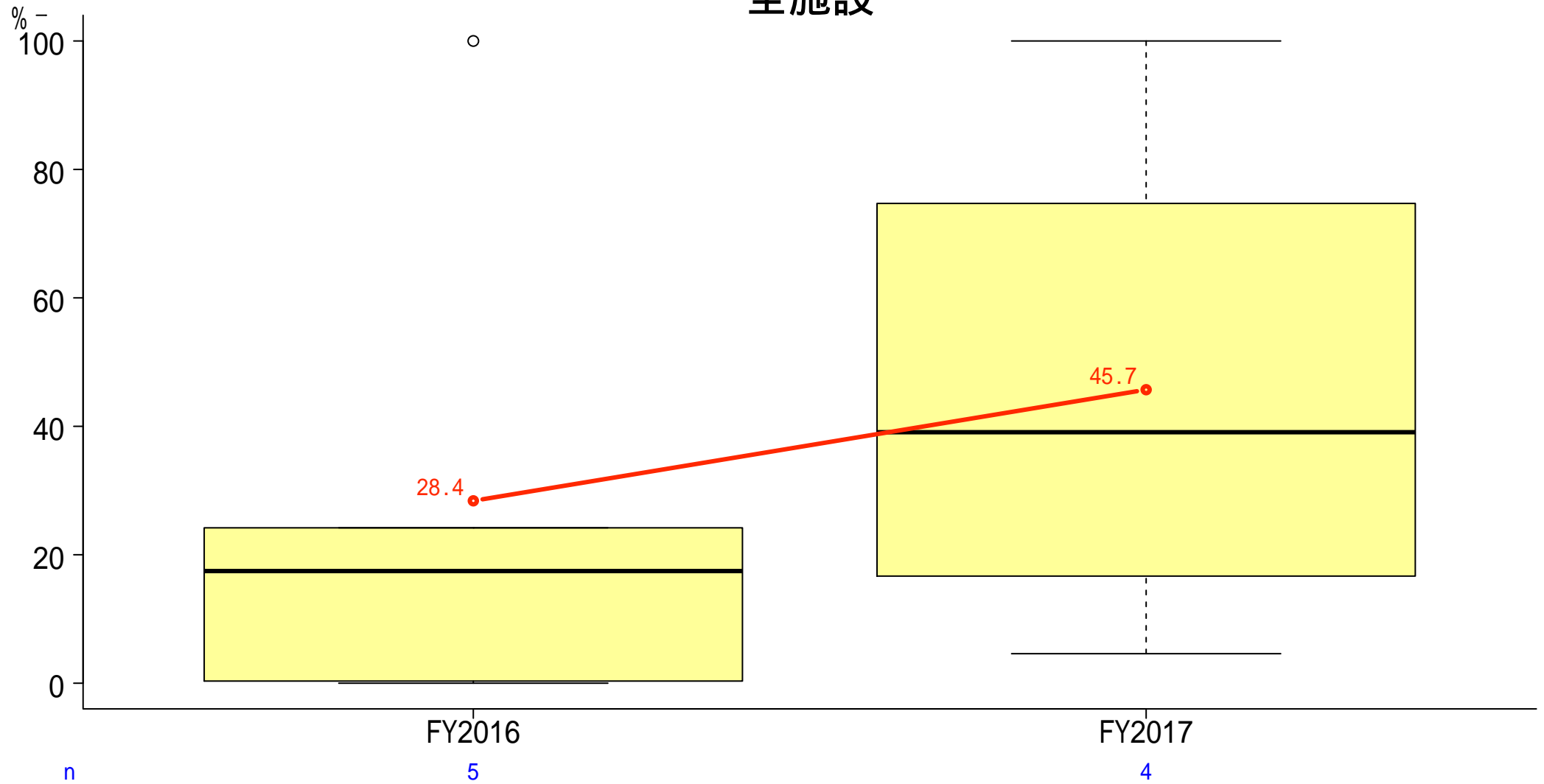
全施設



療養-10 インフォームド・コンセント実施率

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

全施設



— 中央値 —●— 平均値 ○ 外れ値

一般社団法人 日本病院会 2017年度 QI 委員会

(50音順)

- 委員長 福井次矢(学校法人聖路加国際大学 学長/聖路加国際病院 院長)
- 委員 今中雄一(京都大学 大学院医学研究科 社会健康医学系専攻 医療経済学分野 教授)
- 委員 岩崎榮(NPO 法人卒後臨床研修評価機構 専務理事)
- 委員 岩渕勝好(山形市立病院済生館 呼吸器内科長)
- 委員 國澤進(京都大学 大学院医学研究科 社会健康医学系専攻 医療経済学分野 講師)
- 委員 嶋田元(聖路加国際大学 CIO / 情報システムセンター センター長/
聖路加国際病院 消化器・一般外科医長 / ヘルニアセンター センター長)
- 委員 深田順一(三愛病院 院長)
- 委員 山本貴道(聖隷浜松病院 副院長)

副会長 末永裕之(小牧市民病院 病院事業管理者)

WG委員 堀川知香(聖路加国際大学 情報システムセンター 情報室)

精神・療養病床 WG委員 松本隆利(社会医療法人財団新和会八千代病院 理事長)

精神・療養病床 WG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)

事務局 片岡克美(一般社団法人 日本病院会 学術部 学術研修課 課長代理)

事務局 佐藤美華(一般社団法人 日本病院会 学術部 学術研修課)

事務局 佐藤美幸(一般社団法人 日本病院会 学術部 学術研修課)

<開催報告>

第1回 QI委員会 2017年4月11日(11名)

QIプロジェクト 実務者説明会 2017年4月18日(143病院 314名)

第2回 QI委員会 2017年8月1日(9名)

第3回 QI委員会 2017年12月18日(9名)

QIプロジェクト シンポジウム 2018年3月1日(95病院 130名)

初版

2018年 11月 8日