



2021 年度 QI プロジェクト 結果報告

序 文

日本病院会における QI プロジェクトは、2010 年度に開始され、2021 年度で 12 年になります。

QI (Quality Indicator) とは「質を表す指標」であり、医療分野においては、患者さんの健康の度合いを直接あるいは間接的に示す数値を意味します。患者さんの健康は、身体的側面 (病気に罹るかどうかなど、痛みなどの自覚症状や麻痺などの他覚的徴候を有するかどうか等)、精神心理的側面 (不安感やうつ症状の有無、満足度等)、そして社会的側面 (医療費、日常生活への悪影響等) から捉えられます。直接的に表す指標とは、例えば病院内で膀胱留置カテーテル関連感染症がどのくらいの頻度で起こったかという数値で、それに関連する間接的な指標とは、例えば院内での感染症の発生を防ぐために職員がどのくらい頻回に手指消毒を行ったかを示す数値ということになります。

日本病院会の QI プロジェクトでは、最初の 2010 年は 30 病院が参加して 11 項目の QI を測定・公表しました。その後大幅に参加病院が増え、2021 年度は、352 病院が参加して 71 項目の QI を測定してまいりました。一般病床向けには参加施設からの提案指標や国際比較が可能になる OECD 提案指標を新たに追加し、全病院の記述統計を背景に、各病院の数値がどこに位置するかを示した図表をフィードバックしてまいりました。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、是非行っていただきたいのですが、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数値の比較であり、時系列での QI の改善であることに変わりはありません。

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

海外では、英国やフランスなどのように、義務的に全病院で QI の測定・公表を行っている国もあれば、義務的ではないものの、米国やオーストラリアのように、70%以上の病院が QI の測定・公表を行っている国もあります。わが国でも数年前から全国展開する方向への動きがあり、さらには OECD 等による国際的な枠組みでの展開も視野に入ってきております。

自院が提供している医療の質を改善するという最終目的のためできるだけ多くの病院が QI プロジェクトに参加されることを祈念いたします。

QI 委員会・委員長 福井次矢

No.	都道府県	施設名	DPC	一般病床			療養病床			精神病床		
				参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数
1	北海道	手稲溪仁会病院	○	○	670	9.6						
2	北海道	函館中央病院	○	○	527	13						
3	北海道	函館五稜郭病院	○	○	480	11.2						
4	北海道	日鋼記念病院	○	○	387	14.5						
5	北海道	KKR斗南病院	○	○	283	8.5						
6	北海道	札幌厚生病院	○	○	519	13.2						
7	北海道	市立札幌病院	○	○	626	10.1			○	38	37.8	
8	北海道	札幌東徳洲会病院	○	○	325	11.9						
9	北海道	KKR札幌医療センター	○	○	410	9.3						
10	北海道	旭川赤十字病院	○	○	480	11						
11	北海道	市立旭川病院	○	○	372	13.1			○	100	44.1	
12	北海道	帯広厚生病院	○	○	651	13.9						
13	北海道	北斗病院	○	○	217	11.1						
14	北海道	帯広第一病院	○	○	230	16.4						
15	北海道	市立千歳市民病院	○	○	190	8.7						
16	北海道	NTT東日本札幌病院	○	○	301	8.2						
17	北海道	砂川市立病院	○	○	408	12.7			○	80	56.1	
18	北海道	洞爺温泉病院	○	○	100	148.2	○	116	697.1			
19	北海道	北海道病院	○	○	358	12.8						
20	北海道	製鉄記念室蘭病院	○	○	347	11.6						
21	北海道	JR札幌病院	○	○	312	10.3						
22	青森県	八戸市立市民病院	○	○	552	13.9			○	50	67.2	
23	青森県	十和田市立中央病院	○	○	315	13.2			○	50	55.1	
24	青森県	青森県立中央病院	○	○	684	11.1						
25	青森県	青森市民病院	○	○	459	14.4						
26	岩手県	岩手県立中央病院	○	○	685	12.8						
27	岩手県	岩手県立大船渡病院	○	○	370	12.5			○	105	273.8	
28	岩手県	岩手県立中部病院	○	○	414	9.9						
29	宮城県	KKR東北公済病院	○	○	345	7.2	○	40	74			
30	宮城県	坂総合病院	○	○	357	13						
31	宮城県	永仁会病院	○	○	80	8.6						
32	宮城県	仙台赤十字病院	○	○	389	13						
33	宮城県	仙台市立病院	○	○	467	10.6			○	50	28.1	
34	宮城県	仙台オープン病院	○	○	330	9.3						
35	秋田県	能代厚生医療センター	○	○	456	14.6			○	60	69.1	
36	山形県	済生会山形済生病院	○	○	368	15.7						
37	山形県	三友堂病院	○	○	185	14.3						
38	山形県	公立置賜総合病院	○	○	450	14						
39	山形県	山形市立病院済生館	○	○	528	11.6						
40	山形県	山形県立中央病院	○	○	594	10.7						
41	山形県	日本海総合病院	○	○	630	11.6						
42	山形県	鶴岡市立荘内病院	○	○	511	14.6						
43	福島県	大原総合病院	○	○	353	11.8						
44	福島県	白河厚生総合病院	○	○	471	12.3						
45	福島県	太田西ノ内病院	○	○	1036	14.5						
46	福島県	寿泉堂総合病院	○	○	305	10.6						
47	福島県	公立藤田総合病院	○	○	299	16.8						
48	福島県	星総合病院	○	○	415	12.1						
49	福島県	総合南東北病院	○	○	461	14.8						
50	茨城県	総合病院 土浦協同病院	○	○	800	11.4						
51	茨城県	JAとりで総合医療センター	○	○	414	11.8						
52	茨城県	筑波メディカルセンター病院	○	○	453	12.1						
53	茨城県	KKR水府病院	○	○	131	12.5						
54	茨城県	水戸済生会総合病院	○	○	472	11.9						
55	茨城県	ひたちなか総合病院	○	○	302	12.7						
56	茨城県	つくばセントラル病院	○	○	313	14						
57	栃木県	新小山市民病院	○	○	300	12.2						
58	栃木県	足利赤十字病院	○	○	431	13.4	○	69	35.1	○	40	22.7
59	栃木県	栃木県済生会宇都宮病院	○	○	644	12.6						
60	群馬県	前橋赤十字病院	○	○	527	11.4						
61	群馬県	済生会前橋病院	○	○	327	12						
62	群馬県	伊勢崎市民病院	○	○	490	12.7						
63	群馬県	美原記念病院	○	○	45	8.6	○	144	39.7			
64	群馬県	太田記念病院	○	○	386	10.3						
65	群馬県	公立藤岡総合病院	○	○	399	12.9						
66	埼玉県	さいたま市民医療センター	○	○	340	12.1						

No.	都道府県	施設名	DPC	一般病床			療養病床			精神病床		
				参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数
67	埼玉県	済生会川口総合病院	○	○	424	11.2						
68	埼玉県	埼玉協同病院	○	○	325	10.7						
69	埼玉県	戸田中央総合病院	○	○	491	12.7						
70	埼玉県	彩の国東大宮メディカルセンター	○	○	337	15.4						
71	埼玉県	さいたま赤十字病院	○	○	638	11.2						
72	埼玉県	赤心堂病院	○	○	198	17.9						
73	埼玉県	埼玉石心会病院	○	○	390	12						
74	埼玉県	上尾中央総合病院	○	○	733	13						
75	埼玉県	伊奈病院	○	○	111	14.9	○	40	220.8			
76	埼玉県	白岡中央総合病院	○	○	143	14.6	○	53	67.9			
77	埼玉県	埼玉医科大学総合医療センター	○	○	1053	14.3						
78	埼玉県	埼玉医科大学国際医療センター	○	○	700	14						
79	埼玉県	丸山記念総合病院	○	○	241	12.8						
80	埼玉県	埼玉医科大学病院	○	○	881	13.2				○	78	80
81	埼玉県	埼玉県立循環器・呼吸器病センター	○	○	292	14						
82	千葉県	千葉中央メディカルセンター	○	○	272	15.4						
83	千葉県	東葛クリニック病院	○	○	60	15.2	○	35	507.8			
84	千葉県	船橋市立医療センター	○	○	449	10.1						
85	千葉県	板倉病院	○	○	91	15						
86	千葉県	柏厚生総合病院	○	○	278	12.1						
87	千葉県	小張総合病院	○	○	350	15.2						
88	千葉県	成田赤十字病院	○	○	666	12.6						
89	千葉県	総合病院 国保旭中央病院	○	○	763	13.4				○	220	55.3
90	千葉県	国保直営総合病院君津中央病院	○	○	660	11.4						
91	千葉県	亀田総合病院	○	○	865	12.5						
92	千葉県	津田沼中央総合病院	○	○	166	15.4	○	88	111.3			
93	千葉県	東京女子医科大学附属八千代医療センター	○	○	501	10.8						
94	千葉県	セコマメディック病院	○	○	292	18.3						
95	千葉県	国立がん研究センター東病院	○	○	425	11.7						
96	東京都	聖路加国際病院	○	○	520	8						
97	東京都	東大和病院	○	○	284	14						
98	東京都	東京山手メディカルセンター	○	○	418	11						
99	東京都	三井記念病院	○	○	482	10						
100	東京都	国立病院機構 東京医療センター	○	○	692	10.8						
101	東京都	佼成病院	○	○	340	13.3						
102	東京都	河北総合病院	○	○	331	8.6						
103	東京都	牧田総合病院	○	○	246	12.7						
104	東京都	青梅市立総合病院	○	○	479	11.4				○	50	34
105	東京都	順天堂大学医学部附属順天堂医院	○	○	1036	10.8						
106	東京都	がん研究会有明病院	○	○	686	11.6						
107	東京都	豊島病院	○	○	406	9.9				○	32	23.1
108	東京都	KKR九段坂病院	○	○	231	14.5						
109	東京都	KKR虎の門病院	○	○	819	13.9						
110	東京都	KKR東京共済病院	○	○	350	16.7						
111	東京都	東京通信病院	○	○	461	11.3						
112	東京都	昭和大学病院	○	○	815	10.8						
113	東京都	武蔵野赤十字病院	○	○	586	10.1						
114	東京都	榊原記念病院	○	○	316	9.1						
115	東京都	NTT東日本関東病院	○	○	577	9.7				○	50	58.8
116	東京都	KKR三宿病院	○	○	206	17.2	○	38	26.6			
117	東京都	KKR立川病院	○	○	412	11.1				○	38	29.6
118	東京都	東京都立松沢病院								○	808	64.2
119	東京都	東京都済生会中央病院	○	○	535	13.6						
120	東京都	武蔵村山病院	○	○	144	8.3	○	156	26.8			
121	東京都	順天堂大学医学部附属練馬病院	○	○	400	10						
122	東京都	みなみ野病院					○	205	109.7			
123	東京都	東京新宿メディカルセンター	○	○	520	17.7						
124	神奈川県	川崎幸病院	○	○	326	10						
125	神奈川県	KKR虎の門病院分院	○	○	300	15.5						
126	神奈川県	菊名記念病院	○	○	218	12.8						
127	神奈川県	KKR横浜南共済病院	○	○	565	10.4						
128	神奈川県	KKR横須賀共済病院	○	○	730	9.5				○	10	31.7
129	神奈川県	総合病院 衣笠病院	○	○	251	17.4						
130	神奈川県	聖隷横浜病院	○	○	300	15.8						
131	神奈川県	神奈川県立がんセンター	○	○	415	10.6						
132	神奈川県	東名厚木病院	○	○	282	12.9						

No.	都道府県	施設名	DPC	一般病床			療養病床			精神病床		
				参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数
133	神奈川県	国際親善総合病院	○	○	287	11						
134	神奈川県	西横浜国際総合病院	○	○	188	17.3						
135	神奈川県	湘南鎌倉総合病院	○	○	629	9.7						
136	神奈川県	KKR横浜栄共済病院	○	○	430	11.8						
137	神奈川県	湘南藤沢徳洲会病院	○	○	419	10.9						
138	神奈川県	KKR平塚共済病院	○	○	441	11.5						
139	神奈川県	済生会横浜市東部病院	○	○	468	8.6						
140	神奈川県	横須賀市立うわまち病院	○	○	417	15.2	○	100	92.8			
141	神奈川県	聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院	○	○	518	10						
142	新潟県	立川総合病院	○	○	481	14						
143	新潟県	新潟市民病院	○	○	660	11.9						
144	新潟県	新潟県済生会三条病院	○	○	199	13.8						
145	新潟県	新潟脳外科病院		○	84	14.5	○	53	83.7			
146	富山県	富山市立富山市民病院	○	○	545	13.2						
147	富山県	真生会富山病院	○	○	99	7.9						
148	富山県	厚生連高岡病院	○	○	533	12.3						
149	石川県	KKR北陸病院	○	○	125	15.9						
150	石川県	恵寿総合病院	○	○	426	20.3						
151	福井県	市立敦賀病院	○	○	332	16.2						
152	福井県	福井赤十字病院	○	○	600	12.2						
153	福井県	林病院	○	○	206	15.1						
154	山梨県	山梨県立中央病院	○	○	644	12.6						
155	長野県	長野赤十字病院	○	○	635	11.5						
156	長野県	長野市民病院	○	○	400	11.4						
157	長野県	長野県立信州医療センター	○	○	292	18						
158	長野県	北信総合病院	○	○	337	14.6						
159	長野県	浅間南麓こもろ医療センター	○	○	246	16.4						
160	長野県	佐久総合病院	○	○	199	19.9						
161	長野県	南長野医療センター篠ノ井総合病院	○	○	433	13						
162	長野県	相澤病院	○	○	456	12.3						
163	長野県	諏訪中央病院	○	○	202	9.2						
164	長野県	諏訪赤十字病院	○	○	425	11.5				○	30	37.5
165	長野県	飯田病院	○	○	212	15.8				○	235	156.7
166	長野県	伊那中央病院	○	○	394	11.9						
167	長野県	富士見高原病院	○	○	151	18.8						
168	長野県	安曇野赤十字病院	○	○	316	15						
169	長野県	北アルプス医療センターあづみ病院	○	○	200	13.6				○	120	70.2
170	長野県	佐久総合病院 佐久医療センター	○	○	450	10.6						
171	長野県	丸子中央病院	○	○	149	15	○	50	124.9			
172	長野県	昭和伊南総合病院	○	○	300	14.5						
173	長野県	飯田市立病院	○	○	423	10.9						
174	長野県	市立大町総合病院	○	○	147	12.6	○	48	175.8			
175	岐阜県	岐阜市民病院	○	○	515	10.6				○	50	60.3
176	岐阜県	岐阜県総合医療センター	○	○	620	11.3						
177	岐阜県	松波総合病院	○	○	501	12.8						
178	岐阜県	羽島市民病院	○	○	281	21						
179	岐阜県	岐阜赤十字病院	○	○	311	11						
180	岐阜県	高山赤十字病院	○	○	472	10.6						
181	岐阜県	岐阜県立多治見病院	○	○	529	11				○	46	32.9
182	静岡県	静岡赤十字病院	○	○	465	14.4						
183	静岡県	静岡県立総合病院	○	○	662	11.4						
184	静岡県	藤枝市立総合病院	○	○	564	11.7						
185	静岡県	市立島田市民病院	○	○	433	16.3						
186	静岡県	遠州病院	○	○	340	13.1						
187	静岡県	総合病院 聖隷浜松病院	○	○	628	10.8						
188	静岡県	浜松医療センター	○	○	600	12.7						
189	静岡県	総合病院 聖隷三方原病院	○	○	810	15.2				○	104	56.5
190	静岡県	中東遠総合医療センター	○	○	500	9.7						
191	静岡県	磐田市立総合病院	○	○	500	13.1						
192	静岡県	NTT東日本伊豆病院		○	150	48				○	46	82.8
193	静岡県	静岡県立静岡がんセンター	○	○	615	10						
194	愛知県	豊橋市民病院	○	○	780	12.3						
195	愛知県	安城更生病院	○	○	749	12.2						
196	愛知県	刈谷豊田総合病院	○	○	698	11.4						
197	愛知県	KKR名城病院	○	○	279	11.6	○	47	40.3			
198	愛知県	総合上飯田第一病院	○	○	236	15.9						

No.	都道府県	施設名	DPC	一般病床			療養病床			精神病床		
				参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数
199	愛知県	KKR東海病院		○	166	15.5						
200	愛知県	名古屋第二赤十字病院	○	○	810	9.6						
201	愛知県	豊田厚生病院	○	○	600	10.3						
202	愛知県	藤田医科大学病院	○	○	1384	15.3				○	51	34.2
203	愛知県	半田市立半田病院	○	○	499	10.9						
204	愛知県	小牧市民病院	○	○	520	11.2						
205	愛知県	春日井市民病院	○	○	558	11.6						
206	愛知県	総合大雄会病院	○	○	321	11.8						
207	愛知県	稲沢市民病院	○	○	320	10.7						
208	愛知県	岡崎市民病院	○	○	660	11.7						
209	愛知県	八千代病院	○	○	308	11.8	○	52	144.3			
210	愛知県	海南病院	○	○	540	12.4						
211	愛知県	名古屋市立大学病院	○	○	772	11.6				○	28	28.8
212	愛知県	名鉄病院	○	○	373	13						
213	愛知県	総合病院南生協病院	○	○	313	13.4						
214	愛知県	江南厚生病院	○	○	684	12.5						
215	三重県	三重北医療センターいなば総合病院	○	○	220	20						
216	三重県	鈴鹿中央総合病院	○	○	460	13.8						
217	三重県	松阪中央総合病院	○	○	440	12.8						
218	滋賀県	市立大津市民病院	○	○	439	13.3						
219	滋賀県	近江八幡市立総合医療センター	○	○	403	9.1						
220	滋賀県	草津総合病院	○	○	366	11.9	○	250	99.6			
221	滋賀県	彦根市立病院	○	○	424	13.5						
222	滋賀県	滋賀県立総合病院	○	○	535	15.7						
223	京都府	武田病院	○	○	384	12.9						
224	京都府	武田総合病院	○	○	500	14.1						
225	京都府	京都民医連中央病院	○	○	359	13.6						
226	京都府	京都市立病院	○	○	548	10.5						
227	京都府	洛和会音羽病院	○	○	415	10						
228	京都府	宇治武田病院	○	○	177	15						
229	京都府	男山病院	○	○	199	15.5						
230	京都府	三菱京都病院	○	○	188	8.9						
231	京都府	京都桂病院	○	○	545	13						
232	京都府	千春会病院		○	60	12.8						
233	京都府	KKR舞鶴共済病院	○	○	300	12.5						
234	京都府	京都中部総合医療センター	○	○	399	13.3						
235	京都府	京都岡本記念病院	○	○	419	15.5						
236	京都府	市立福知山市民病院	○	○	354	12.8						
237	京都府	宇治徳洲会病院	○	○	475	12.2						
238	大阪府	中津病院	○	○	679	11.6						
239	大阪府	野江病院	○	○	400	10.6						
240	大阪府	森之宮病院	○	○	355	28.1						
241	大阪府	KKR大手前病院	○	○	401	13.5						
242	大阪府	大阪警察病院	○	○	527	10.9						
243	大阪府	千船病院	○	○	292	10.3						
244	大阪府	西淀病院		○	218	25.6						
245	大阪府	大阪府立急性期・総合医療センター	○	○	794	11.1				○	34	32.8
246	大阪府	南大阪病院	○	○	400	13.8						
247	大阪府	市立豊中病院	○	○	613	10.5						
248	大阪府	箕面市立病院	○	○	317	12.3						
249	大阪府	高槻病院	○	○	477	10.1						
250	大阪府	北摂総合病院	○	○	217	11.4						
251	大阪府	松下記念病院	○	○	323	12.4						
252	大阪府	萱島生野病院	○	○	140	12.6						
253	大阪府	小松病院	○	○	190	10						
254	大阪府	KKR枚方公済病院	○	○	313	12.8						
255	大阪府	佐藤病院	○	○	120	11.2						
256	大阪府	関西医科大学附属病院	○	○	751	11.4						
257	大阪府	わかべさ竜間リハビリテーション病院					○	500	164.1			
258	大阪府	若草第一病院	○	○	230	11.4						
259	大阪府	八尾市立病院	○	○	380	9.8						
260	大阪府	運動器ケアしまだ病院	○	○	88	11.6						
261	大阪府	PL病院	○	○	285	9.5	○	47	238.6			
262	大阪府	清恵会病院	○	○	241	17						
263	大阪府	馬場記念病院	○	○	300	15.5						
264	大阪府	府中病院	○	○	380	12.7						

No.	都道府県	施設名	DPC	一般病床			療養病床			精神病床		
				参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数
265	大阪府	阪南市民病院	○	○	185	16.1						
266	大阪府	ベルランド総合病院	○	○	477	11.6						
267	大阪府	淀川キリスト教病院	○	○	581	10.5						
268	大阪府	耳原総合病院	○	○	386	13						
269	大阪府	日本生命病院	○	○	350	10.9						
270	大阪府	大阪市立十三市民病院	○	○	263	14.6						
271	大阪府	大阪医科大学附属病院	○	○	792	12.2				○	60	27.6
272	大阪府	東大阪病院	○	○	120	15.5	○	145	46.4			
273	兵庫県	神戸市立医療センター中央市民病院	○	○	750	10.8				○	8	18.3
274	兵庫県	神鋼記念病院	○	○	333	12.6						
275	兵庫県	川崎病院	○	○	278	16.3						
276	兵庫県	三菱神戸病院	○	○	188	11.4						
277	兵庫県	KKR六甲病院		○	115	32.2	○	45	369.9			
278	兵庫県	甲南医療センター	○	○	374	12.8						
279	兵庫県	明和病院	○	○	311	12.4						
280	兵庫県	西宮協立脳神経外科病院	○	○	164	12.4						
281	兵庫県	井野病院	○	○	100	17.4						
282	兵庫県	明石医療センター	○	○	382	10.1						
283	兵庫県	加古川中央市民病院	○	○	600	9.5						
284	兵庫県	西宮協立リハビリテーション病院					○	120	68.7			
285	奈良県	奈良県総合医療センター	○	○	500	11.4				○	40	70.1
286	奈良県	天理よろづ相談所病院	○	○	645	11.2						
287	奈良県	平成記念病院	○	○	180	15.4	○	120	42.8			
288	奈良県	国保中央病院	○	○	220	15.4						
289	奈良県	西奈良中央病院	○	○	166	12.6						
290	和歌山県	日本赤十字社和歌山医療センター	○	○	873	10.2						
291	島根県	松江赤十字病院	○	○	554	11.6				○	45	70.6
292	島根県	島根県立中央病院	○	○	578	13.1				○	40	64.5
293	岡山県	岡山県精神科医療センター								○	252	61.8
294	岡山県	光生病院	○	○	198	25.5						
295	岡山県	岡山旭東病院	○	○	214	12.2						
296	岡山県	倉敷中央病院	○	○	1151	11.9						
297	広島県	KKR呉共済病院忠海分院		○	44	16.8						
298	広島県	KKR広島記念病院	○	○	149	12.8						
299	広島県	KKR吉島病院		○	81	14.1	○	47	152.6			
300	広島県	荒木脳神経外科病院	○	○	110	15.7						
301	広島県	マツダ病院	○	○	270	11.3						
302	広島県	KKR呉共済病院	○	○	440	14.2						
303	徳島県	徳島県立中央病院	○	○	400	10.6				○	60	35.5
304	香川県	高松市立みんなの病院	○	○	305	13.4						
305	香川県	香川県立中央病院	○	○	526	10.1						
306	香川県	回生病院	○	○	219	13						
307	香川県	坂出市立病院	○	○	194	11.2						
308	香川県	さぬき市民病院	○	○	175	17.9						
309	愛媛県	済生会松山病院	○	○	199	13.8						
310	愛媛県	市立宇和島病院	○	○	435	12.9						
311	愛媛県	済生会今治病院	○	○	191	17.2						
312	高知県	近森病院	○	○	452	13.4						
313	高知県	いずみの病院	○	○	190	30.9	○	48	645			
314	高知県	高知高須病院	○	○	63	15.7						
315	高知県	高知医療センター	○	○	548	8.7				○	44	46.4
316	福岡県	三萩野病院		○	181	19						
317	福岡県	KKR新小倉病院	○	○	259	12.1						
318	福岡県	製鉄記念八幡病院	○	○	453	17.8						
319	福岡県	九州病院	○	○	575	11.6						
320	福岡県	済生会福岡総合病院	○	○	380	10.4						
321	福岡県	KKR浜の町病院	○	○	468	9.3						
322	福岡県	福岡市民病院	○	○	204	14.7						
323	福岡県	KKR千早病院	○	○	175	14.2						
324	福岡県	福岡徳洲会病院	○	○	602	13.5						
325	福岡県	西福岡病院	○	○	145	30.6	○	45	114.3			
326	福岡県	聖マリア病院	○	○	931	12.6				○	36	209.8
327	福岡県	新古賀病院	○	○	242	11.4						
328	福岡県	嶋田病院	○	○	100	9.9						
329	福岡県	古賀病院21	○	○	160	13.8						
330	福岡県	社会保険田川病院	○	○	300	14.7	○	35	369.5			

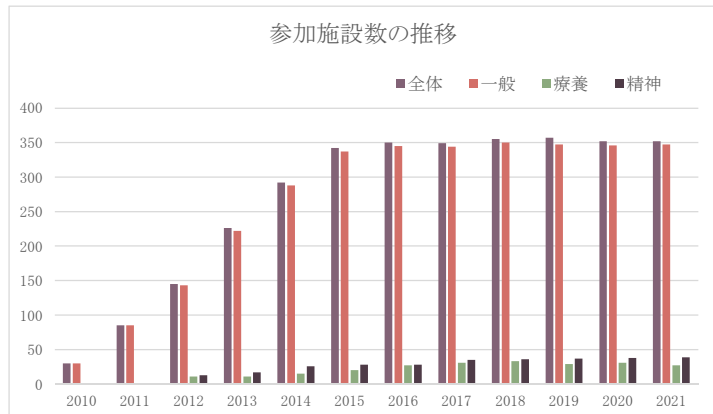
No.	都道府県	施設名	DPC	一般病床			療養病床			精神病床		
				参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数
331	福岡県	田主丸中央病院	○	○	178	21.1	○	72	73.8	○	93	299.7
332	福岡県	北九州市立医療センター	○	○	620	13.8						
333	福岡県	戸畑共立病院	○	○	218	12.3						
334	福岡県	九州がんセンター	○	○	411	14.7						
335	佐賀県	佐賀県医療センター好生館	○	○	450	9.8						
336	長崎県	佐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

都道府県別参加施設数

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

参加施設数の推移

年度	全体	一般	療養	精神
2010	30	30		
2011	85	85		
2012	145	143	11	13
2013	226	222	11	17
2014	292	288	15	26
2015	342	337	20	28
2016	350	345	27	28
2017	349	344	31	35
2018	355	350	33	36
2019	357	347	29	37
2020	352	346	31	38
2021	352	347	27	39



グラフの見方

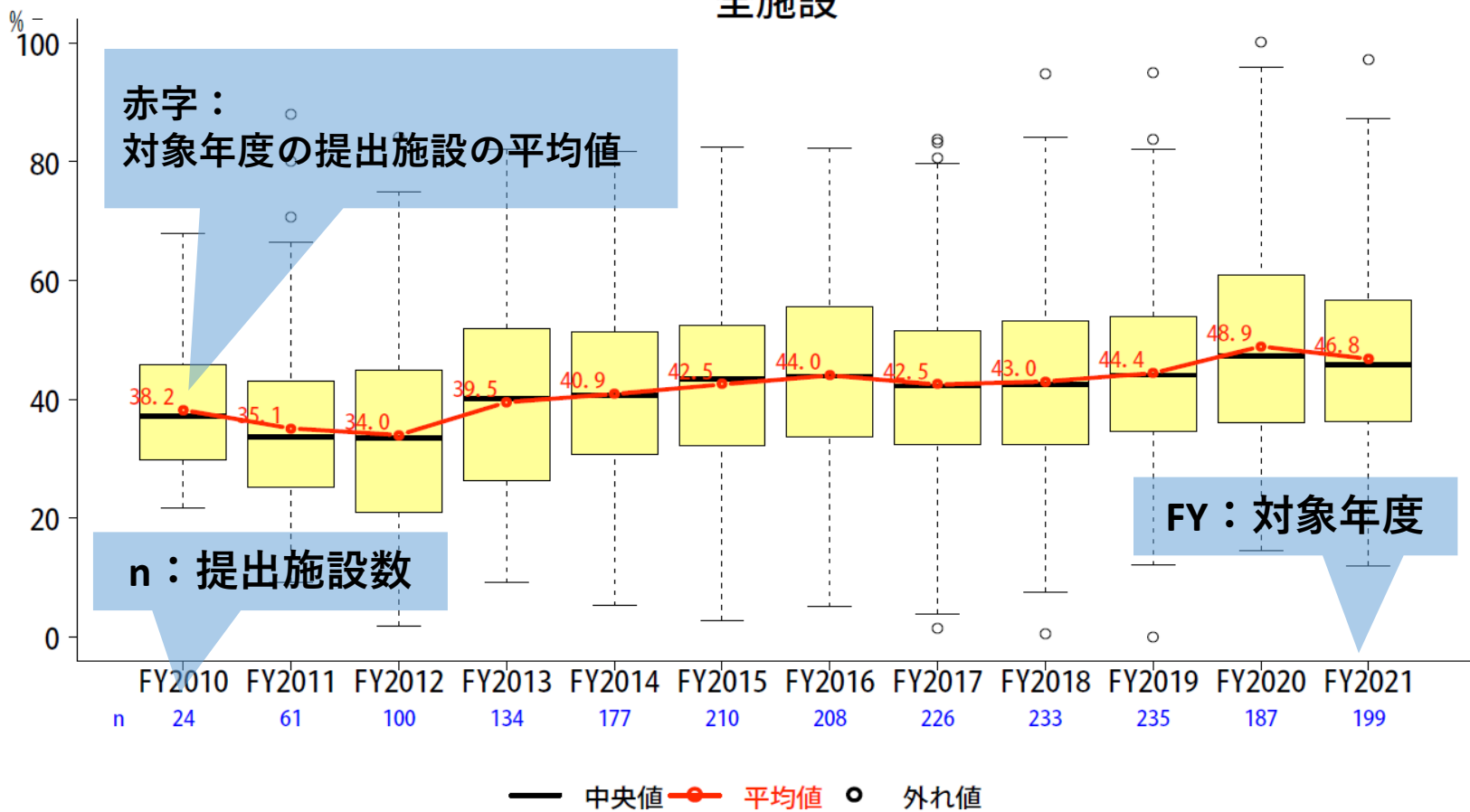
指標名および簡易定義

一般-1 患者満足度(外来患者) 満足

分子:「満足」と回答した外来患者数

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

全施設



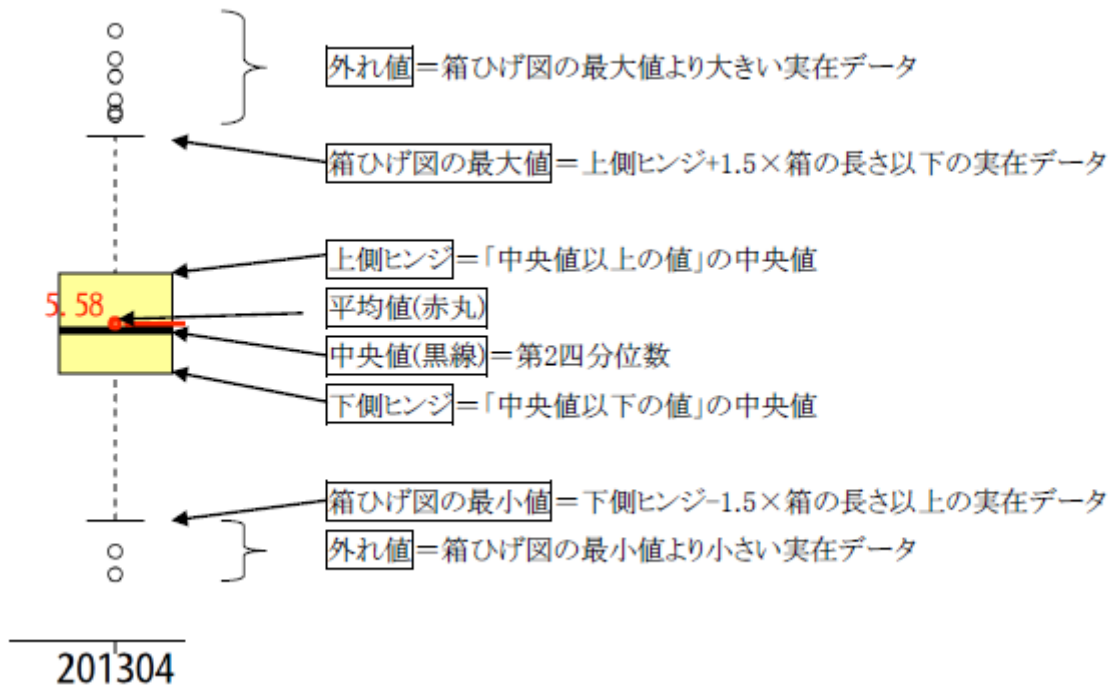
※最新年度に参加している施設を基準に作成

箱ひげ図の作成方式

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

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

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



箱ひげ図とその名称

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

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

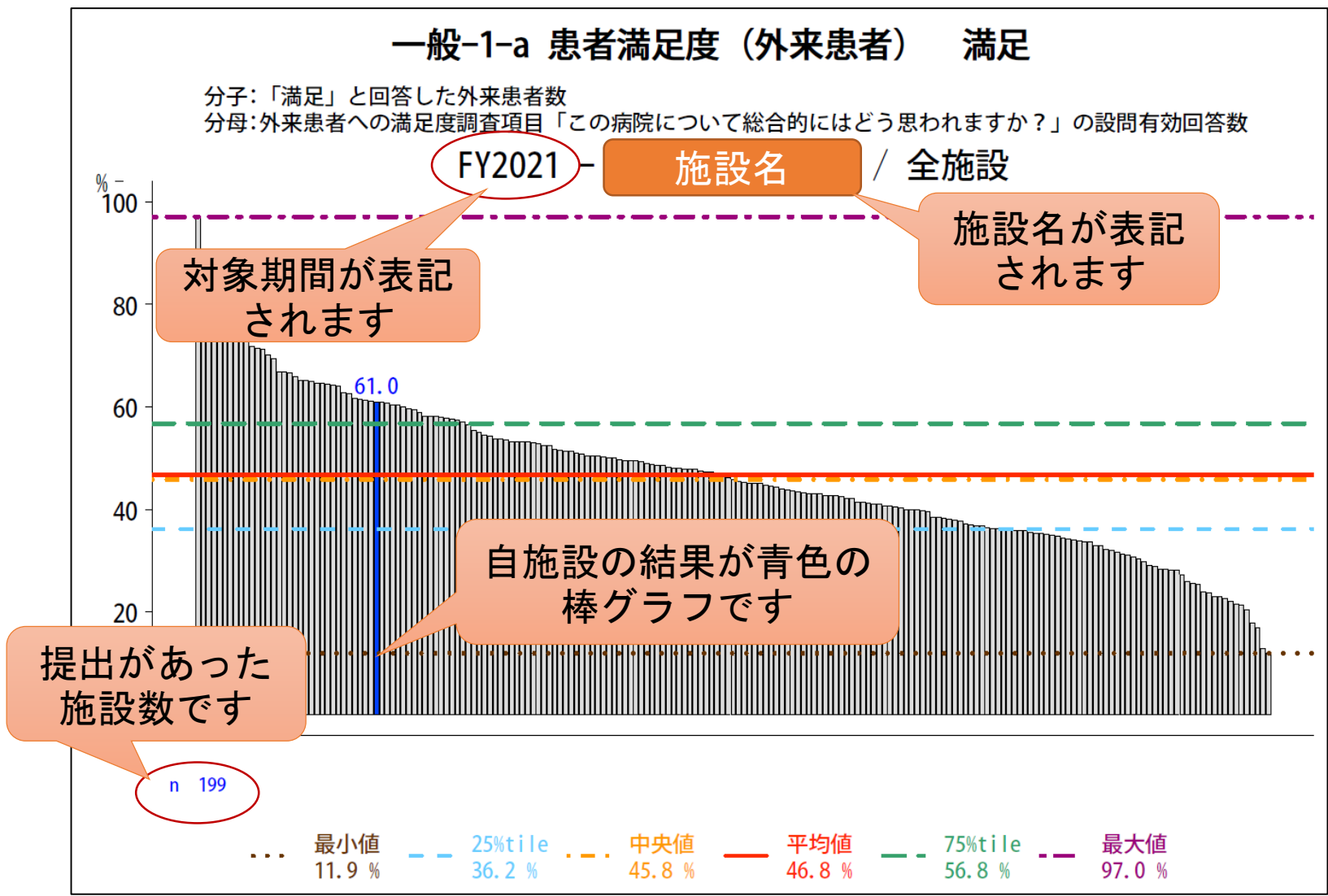
参加病院へのフィードバックグラフ

フィードバックグラフ[棒グラフ]

一般-1-a 患者満足度 (外来患者) 満足

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

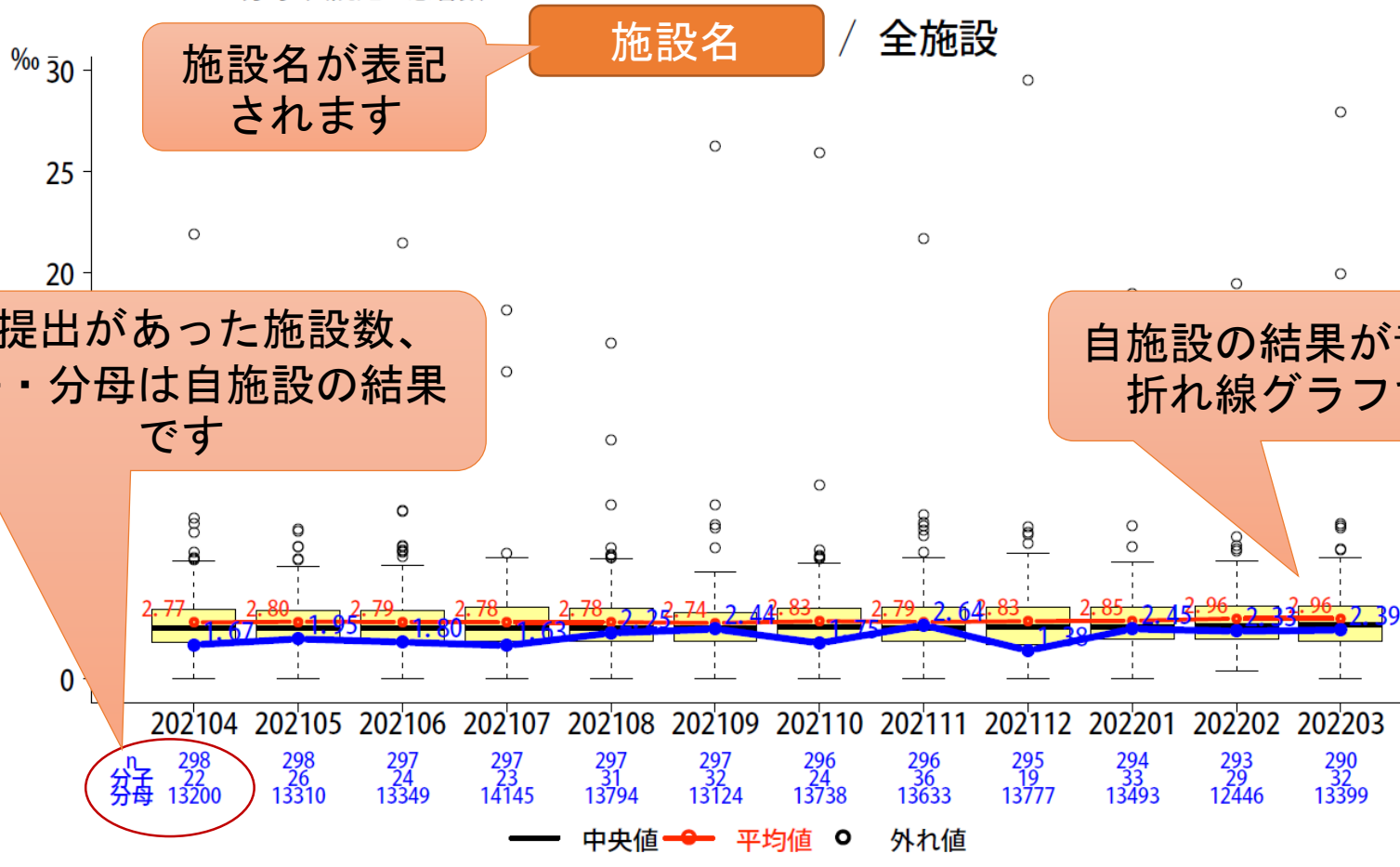
FY2021 施設名 / 全施設



フィードバックグラフ[箱ひげ図]

一般-4-a 入院患者の転倒・転落発生率

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

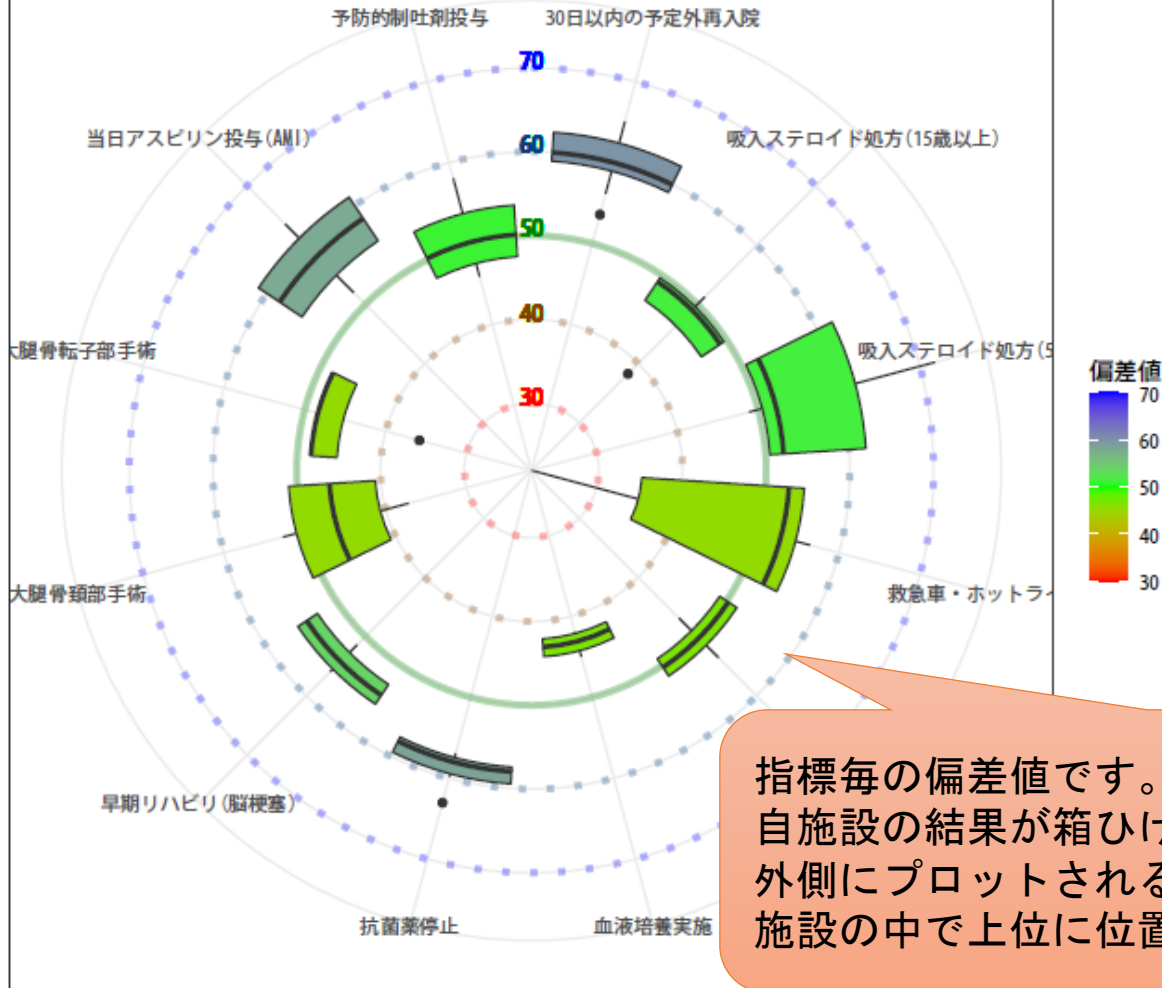


フィードバックグラフ [レーダーチャート]

施設名

施設名が表記されます

自施設がどの領域に強いか、
苦手としているかがわかります。



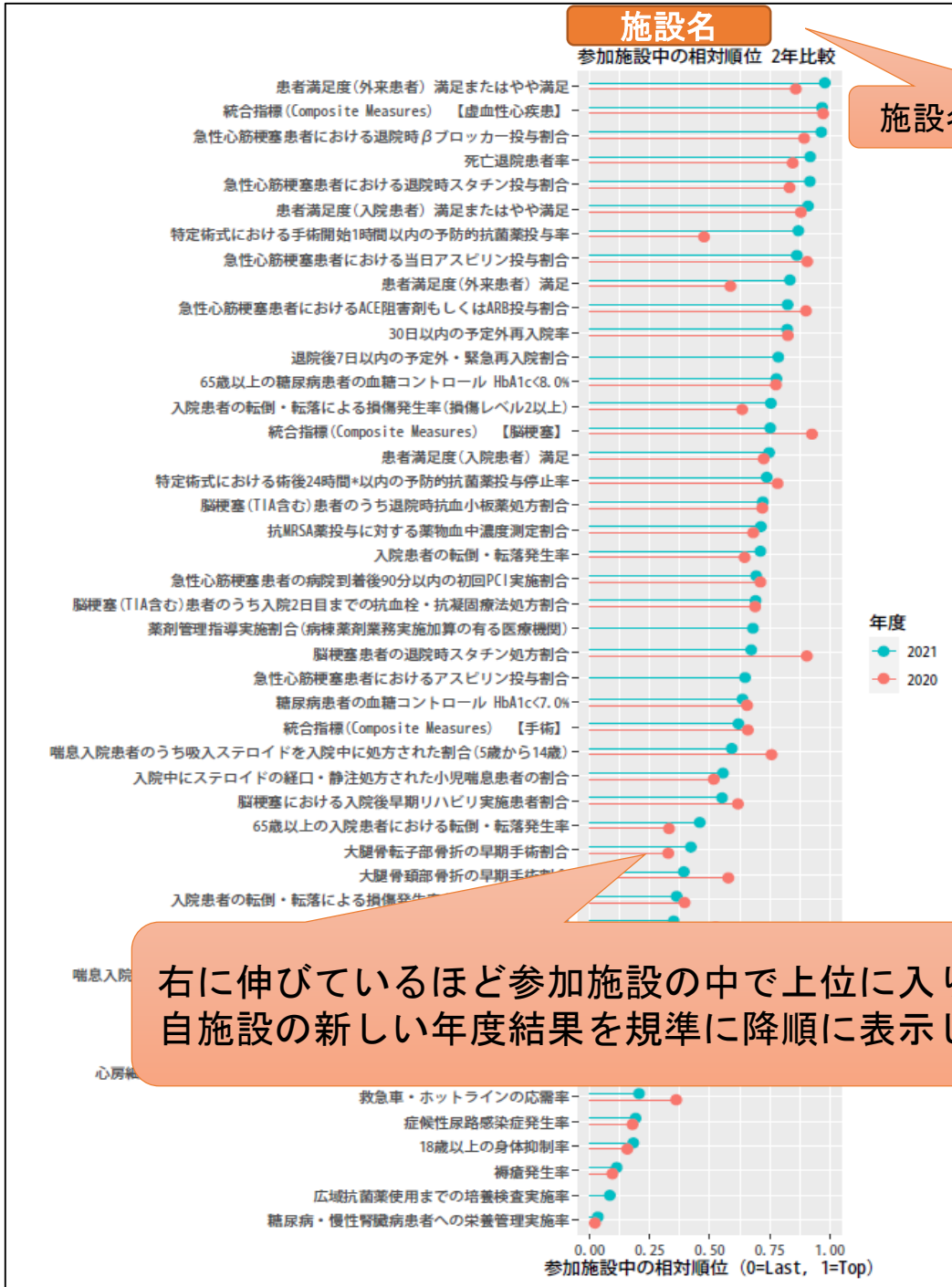
指標毎の偏差値です。
自施設の結果が箱ひげ図の形でプロットされます。
外側にプロットされるほうが偏差値が高く、参加施設の中で上位に位置付けられています。

リーダーチャートに表示する項目

表示項目は、2021年度結果でバラツキの多い指標を選定しています。

番号	表示名	正式名
1	30日以内の予定外再入院	30日以内の予定外再入院率
2	吸入ステロイド処方（15歳以上）	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（15歳以上）
3	吸入ステロイド処方（5～14歳）	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（5歳から14歳）
4	救急車・ホットライン	救急車・ホットラインの応需率
5	血液培養2セット	血液培養実施時の2セット実施率
6	血液培養実施	広域抗菌薬使用時の血液培養実施率
7	抗菌薬停止	特定術式における術後24時間（心臓手術は48時間）以内の予防的抗菌薬投与停止率
8	早期リハビリ（脳梗塞）	脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者割合
9	大腿骨頸部手術	大腿骨頸部骨折の早期手術割合
10	大腿骨転子部手術	大腿骨転子部骨折の早期手術割合
11	当日アスピリン投与（AMI）	急性心筋梗塞患者における当日アスピリン投与割合
12	予防的制吐剤投与	シスプラチンを含むがん薬物療法後の急性期予防的制吐剤投与率

フィードバックグラフ [ロリポップチャート]



ロリポップチャートは相対順位であり、単独の1位の場合にTop=1、単独の最下位の場合にLast=0となります。
同率の1位が複数施設存在する場合には、Top=1になりません。

フィードバックグラフの使い方

- 頻度

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

- 使い方

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

一般病床向けの指標

No.01 患者満足度（外来患者） a)満足 b)満足またはやや満足

No.02 患者満足度（入院患者） a)満足 b)満足またはやや満足

指標の説明・定義

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

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

<No.01 患者満足度(外来患者)>

分子： a) 「この病院について総合的に満足している」と回答した外来患者数
b) 「この病院について総合的に満足またはやや満足している」と回答した外来患者数

分母： 患者満足度調査に回答した外来患者数(未記入患者を除く)

収集期間： 2日以上(3月までに1回の報告とする)(連日でなくともよい)

備考： 調査票への追加修正が難しい場合、似た項目があれば、それを代用する。

<No.02 患者満足度(入院患者)>

分子： a) 「この病院について総合的に満足している」と回答した入院患者数
b) 「この病院について総合的に満足またはやや満足している」と回答した入院患者数

分母： 患者満足度調査に回答した入院患者数(未記入患者を除く)

収集期間： 1週間以上(3月までに1回の報告とする)(連日でなくともよい)

備考： 調査票への追加修正が難しい場合、似た項目があれば、それを代用する。

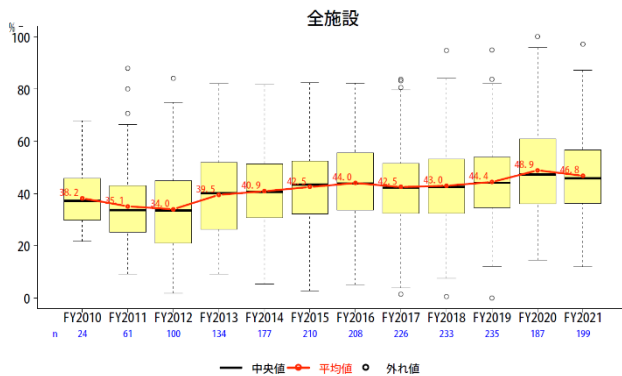
指標の種類・値の解釈

アウトカム

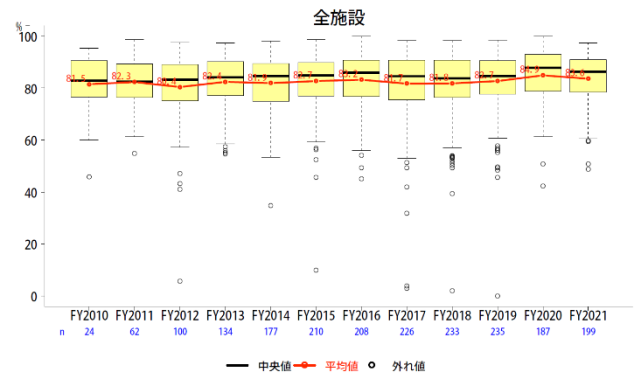
より高い値が望ましい

結果

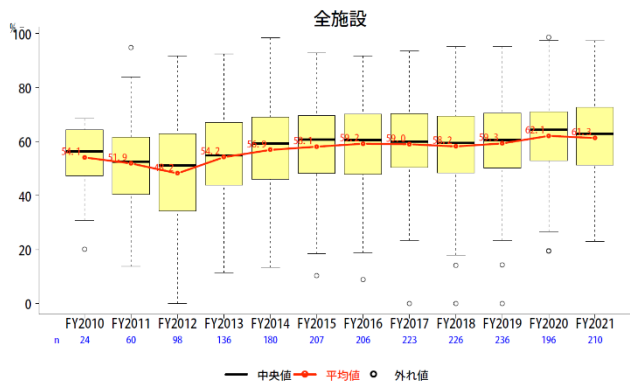
患者満足度(外来患者) 満足



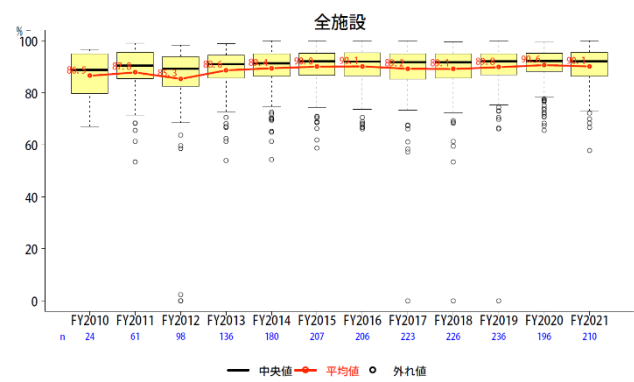
患者満足度(外来患者) 満足またはやや満足



患者満足度(入院患者) 満足



患者満足度(入院患者) 満足またはやや満足



考察

<No.01 患者満足度(外来患者)>

今回、提出がなかったのは148施設で、提出割合は57.3%(199/347, 前年比+2.3)でした。

満足のみでは、平均値46.8%(前年比-2.1)、中央値45.8%(前年比-1.5)、最大値97.1%(前年比-2.9)、最小値12.0%(前年比-2.6)、満足またはやや満足では、平均値83.6%(前年比-1.3)、中央値86.3%(前年比-1.2)、最大値97.4%(前年比-2.6)、最小値48.7%(前年比+6.4)という結果でした。提出割合は新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の流行に伴い低下した2020年度と比べると2.3ポイント向上しましたが、平均値も中央値もやや下がる結果となりました。

満足のみでは、測定を開始した2010年度から2012年度まではやや低下しましたが、30%台であった平均値が、2014年度以降は40%台前半となり、2020年度、2021年度は40%台後半となっています。

<No.02 患者満足度(入院患者)>

今回、提出がなかったのは137施設で、提出割合は60.5%(210/347, 前年比+2.9)でした。満足のみでは、平均値61.3%(前年比-0.8)、中央値63.0%(前年比-1.3)、最大値97.4%(前年比-1.1)、最小値23.0%(前年比

+3.7)、満足またはやや満足では、平均値 90.1% (前年比-0.5)、中央値 92.0% (前年比±0)、最大値 100.0% (前年比+0.6)、最小値 57.8% (前年比-7.7) という結果でした。提出割合は外来満足度調査同様で上がりましたが、結果は 2020 年度と比べて、平均値も中央値もやや下がる、または同値でした。

参考文献

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

No.03 死亡退院患者率

指標の説明・定義

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

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

分子： 死亡退院患者数

分母： 退院患者数

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

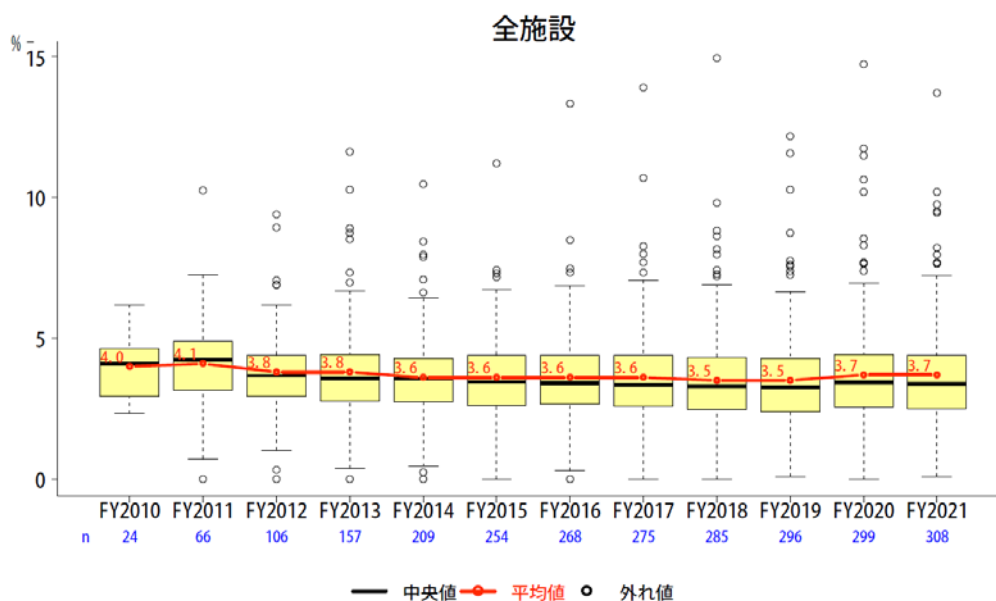
収集期間： 年1回（ただし、月1ヶ月毎）

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

結果



考察

死亡退院患者率は、2019年度より施設のプロフィール情報として位置づけし、年1回のフィードバックに変更しました。

今回、提出がなかったのは39施設で、提出割合は88.7% (308/347, 前年比+1.2)でした。

1年間の結果は、平均値3.7% (前年比±0)、中央値3.4% (前年比±0)、最大値13.7% (前年比-1.0)、最小値0.0% (前年比±0)で、2020年度と比べて変化はありませんでした。

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

本指標は、算出が容易であるために各施設算出として長年採用してきましたが、医療機関毎に特徴や患者背景も異なり、また改善活動を行うことが容易ではないため、2022年度で終了とする予定です。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディア ISBN 978-4-89996-433-9
2. 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-bc 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

No.04-d 65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率

指標の説明・定義

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

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

2013年度からは、厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」に参加していた2010年度に計測していた損傷レベル2以上を、再度項目に加えることになりました。また、転倒は入院中の高齢者に影響を与え最も一般的な有害事象であることより、2019年度から65歳以上の転倒・転落発生率を採用しました。この指標は The Australian Council on Healthcare Standards(ACHS)の Inpatient falls-patients 65 years and older に準拠した定義です。

分子: No.04-a) 入院中の患者に発生した転倒・転落件数

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

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

No.04-d) 65歳以上の入院中の患者に発生した転倒・転落件数

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

分子包含: 介助時および複数回の転倒・転落

分子除外: 学生、スタッフなど入院患者以外の転倒・転落

収集期間: 1ヶ月毎

調整方法: ‰(パーミル: 1000分の1を1とする単位)

<損傷レベル>

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

5	死亡	転倒による損傷の結果、患者が死亡した
6	UTD	記録からは判定不可能

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

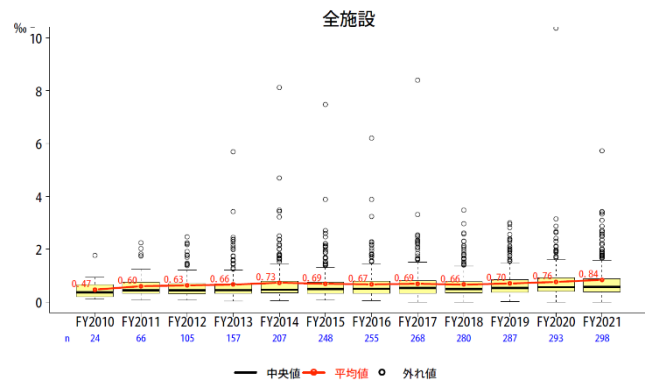
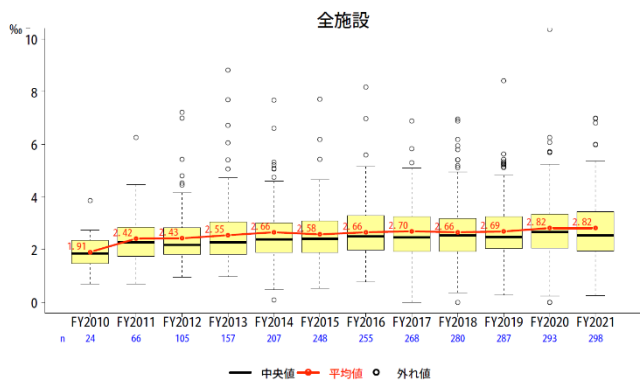
指標の種類・値の解釈

アウトカム
より低い値が望ましい

結果

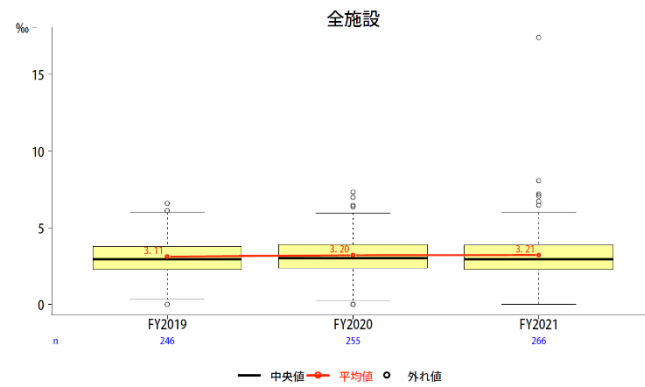
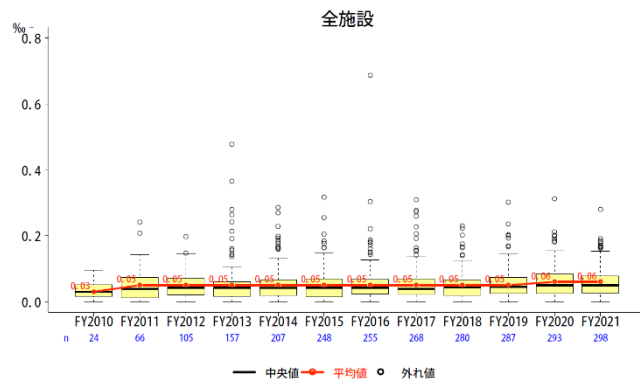
入院患者の転倒・転落発生率

入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル 2 以上)



入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル 4 以上)

65 歳以上の入院患者における転倒・転落発生率



考察

今回、提出がなかったのは入院患者全体では 49 施設で、提出割合は 85.9% (298/347, 前年比+0.6)、65 歳以上では 81 施設で、提出割合は 76.7% (266/347, 前年比+2.6) で、いずれも 2020 年度と比べると提出施設が増加しました。

転倒転落発生率の 1 年間の結果は、平均値 2.82‰ (前年比±0)、中央値 2.53‰ (前年比-0.13)、最大値 22.17‰ (前年比+11.81)、最小値 0.26‰ (前年比+0.26)、損傷発生率 (損傷レベル 2 以上) の 1 年間の結果は、平均値 0.84‰ (前年比+0.08)、中央値 0.56‰ (前年比±0)、最大値 20.96‰ (前年比+10.60)、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 0.06‰ (前年比±0)、中央値 0.05‰ (前年比±0)、最大値 1.39‰ (前年比+1.08)、最小値 0.00‰ (前年比±0) でした。

65 歳以上の転倒転落発生率は、平均値 3.21‰ (前年比+0.01)、中央値 2.94‰ (前年比-0.05)、最大値 17.38‰ (前年比+10.06)、最小値 0.00‰ (前年比±0) でした。

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

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディアカ ISBN 978-4-89996-433-9
2. The Joint Commission; The Implementation Guide for the NQF Endorsed Nursing-Sensitive Care Measure Set 2009, version 2.0. (Internet: <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NSC%20Manual.pdf> 2016/10/15 available)
3. 厚生労働科学研究費補助金事業 (医療安全・医療技術評価総合研究事業) 平成 16-18 年度「医療安全のための教材と教育方法の開発に関する研究」班研究報告書 別冊『転倒・転落対策のガイドライン』(主任研究者: 上原鳴夫)
4. Healey F, Scobie S, Glampson B, Pryce A, Joule N, Willmott M. Slips, trips and falls in hospital. London: NHS 2007;1.
5. Montalvo I. " The National Database of Nursing Quality Indicators TM (NDNQI(R)). OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing 2007;12.
6. The Australian Council on Healthcare Standards(ACHS). AUSTRALASIAN CLINICAL INDICATOR REPORT 20th Edition 2011-2018. (https://www.achsi.org/media/176362/acir_2019_-_final_-_compressed_1.pdf 2022/10/18 available)

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。

日本褥瘡学会の褥瘡状態評価スケールが改定されたことに伴い、分母の定義で確認していた褥瘡保有の記録(d1,d2,D3,D4,D5,DU)を(d1,d2,D3,D4,D5,DTI,U)に変更しました。

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

分子: d2(真皮までの損傷)以上の院内新規褥瘡発生患者数

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

分母除外: 同日入退院の患者

入院時刻から24時間以内に DESIGN-R® 2020 Depth(深さ)の d1, d2, D3, D4, D5, DTI, U のいずれかの記録がある患者

同一入院期間中の調査月間以前に院内新規褥瘡があった患者

収集期間: 1ヶ月毎

<Depth(深さ)>

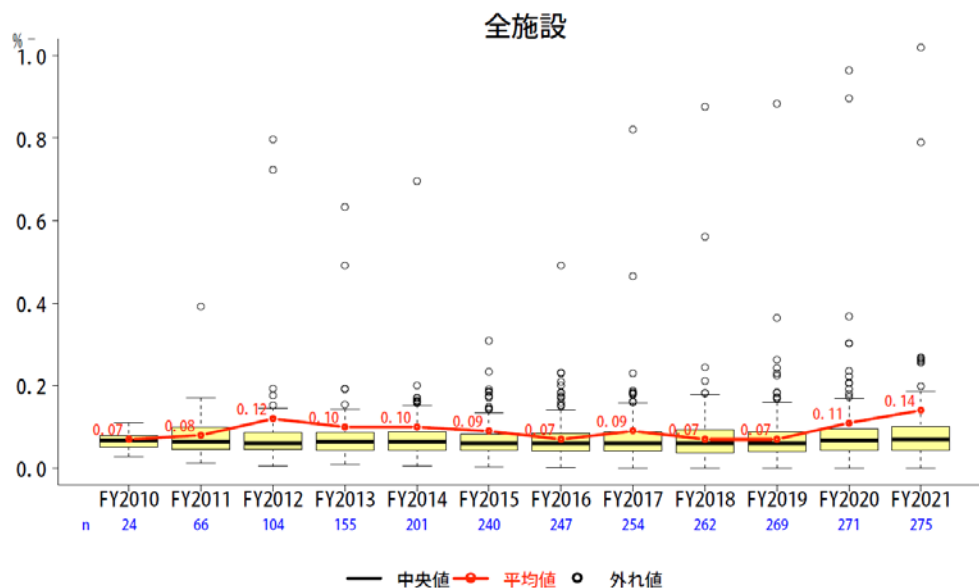
d0	皮膚損傷・発赤なし
d1	持続する発赤
d2	真皮までの損傷
D3	皮下組織までの損傷
D4	皮下組織をこえる損傷
D5	関節腔、体腔に至る損傷
DTI	深部損傷褥瘡(DTI)疑い
U	壊死組織で覆われ深さの判定が不能

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは72施設で、提出割合は80.4% (275/347, 前年比±0)でした。

1年間の結果は、平均値0.14% (前年比+0.03)、中央値0.07% (前年比±0)、最大値5.09% (前年比+0.59)、最小値0.0% (前年比±0)で、参加施設全体のばらつきは小さいものの、外れ値が多い指標です。分母の除外条件がやや複雑であり、算出の間違いの可能性もあるため、外れ値の施設には確認を取る必要があると考えています。

また、2021年度実施したアンケートでも本指標は算出が難しい指標に挙げられているため、定義を変更することが可能か、いくつかの施設に協力いただき、パイロットスタディを行いました。アンケートから、指標自体の有用性は高いため、定義を見直すことで、より改善活動に役立ててほしいと思います。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディア ISBN 978-4-89996-433-9
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)
7. 厚生労働省 平成 29 年度医療の質の評価・公表等推進事業 共通指標セット
(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000166331.html> 2021/05/18 available)
8. 編集 一般社団法人日本褥瘡学会. 褥瘡状態評価スケール 改定 DESIGN-R®2020 コンセンサス・ドキュメント. (http://www.jspu.org/jpn/member/pdf/design-r2020_doc.pdf 2021/05/19 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.06) 紹介初診患者数
No.07) 逆紹介患者数

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

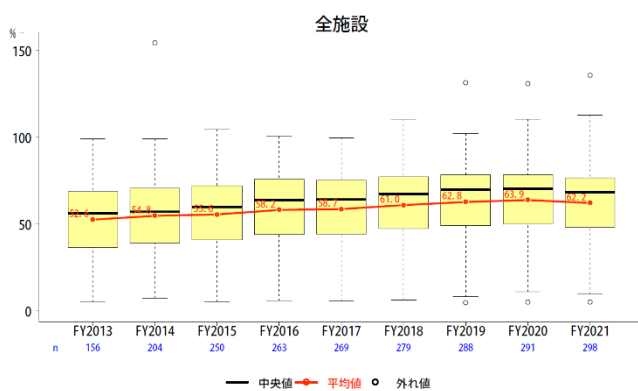
収集期間： 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

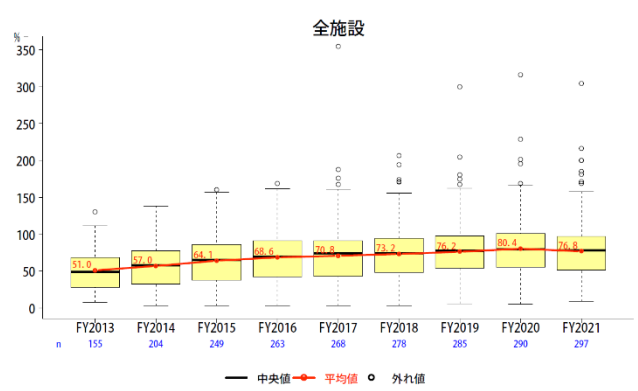
プロセス

結果

紹介率



逆紹介率



考察

今回、提出がなかったのは紹介率が 49 施設、逆紹介率が 50 施設で、提出割合は 85.9% (298/347, 前年比 +0.3)、85.6% (297/347, 前年比+0.3)でした。

紹介率の 1 年間の結果は、平均値 62.2% (前年比-1.4)、中央値 68.5% (前年比-1.8)、最大値 135.8% (前年比 +4.8)、最小値 5.1% (前年比+0.2)、逆紹介率の 1 年間の結果は、平均値 76.8% (前年比-3.3)、中央値 78.0% (前年比-1.4)、最大値 304.3% (前年比-11.8)、最小値 8.8% (前年比+3.5)でした。

2020 年度と比べると 2021 年度はやや下がりましたが、経時的に見ると、測定を開始した 2013 年度以降、改善してきている指標です。

2022 年度診療報酬改定により、紹介率・逆紹介率は名称および定義が変更となっています。そのため、本プロジェクトでも 2021 年度で本定義での算出は終了となりました。

参考文献

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

No.08 尿道留置カテーテル使用率

指標の説明・定義

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

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

分子： 尿道留置カテーテルが挿入されている延べ患者数

分母： 入院延べ患者数

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

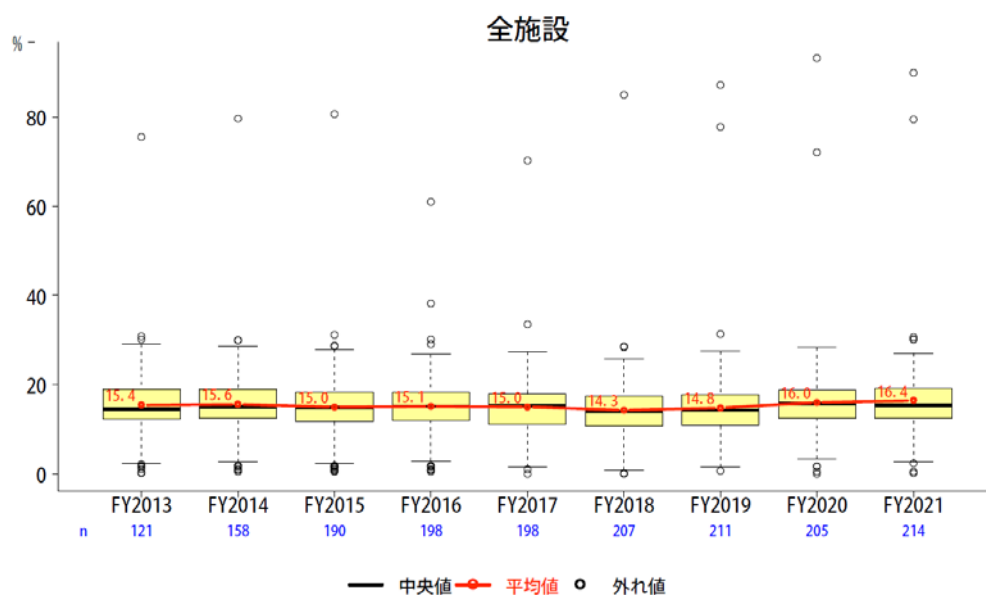
分子除外： 恥骨上膀胱留置カテーテル、コンドーム型カテーテル、間欠的な導尿目的のカテーテル挿入、洗浄目的で挿入された尿道留置カテーテル

収集期間： 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

結果



考察

今回、提出がなかったのは133施設で、提出割合は61.7% (214/347, 前年比+2.3)でした。

1年間の結果は、平均値16.4% (前年比+0.3)、中央値15.4% (前年比-0.2)、最大値89.8% (前年比-3.2)、最小値0.0% (前年比±0)でした。

経時的に見ても、測定を開始した2013年度以降、毎年同水準で推移しています。つまり入院患者の14～16%に尿道留置カテーテルが使用されていることとなります。CAUTI のリスクを減らすためにも、カテーテルの適正使用、必要のないカテーテルの抜去については、意識することが必要です。そのためにも、各施設では、急に使用率が増えていないか等をモニタリングすることは重要です。

本指標は、指標の説明・定義で前述した通り、尿路感染症発生率を算出するための事前準備指標であり、単独で比較する指標ではないため、2022年度で終了とする予定です。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディア ISBN 978-4-89996-433-9
2. 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

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

分子： 分母のうちカテーテル関連症候性尿路感染症の定義に合致した延べ回数

分母： 入院患者における尿道留置カテーテル挿入延べ日数

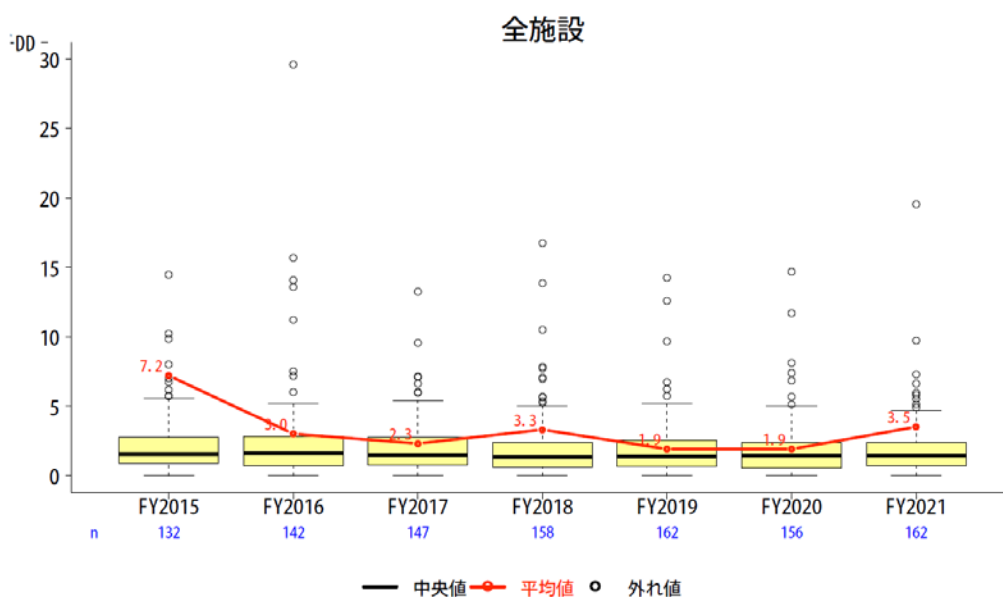
収集期間： 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは185施設で、提出割合は46.7% (162/347, 前年比+1.5)でした。

1年間の結果は、平均値3.5対1000カテーテル使用日数(前年比+1.6)、中央値1.4対1000カテーテル使用日数(前年比-0.1)、最大値260.5対1000カテーテル使用日数(前年比+223.6)、最小値0.0対1000カテーテル使用日数(前年比±0)で、2016年度以降大きな変化はありませんが、最大値に該当する施設は2021年度に初めて本指標の算出を行っており、算出の間違いの可能性もあり、確認が必要と考えています。

2021年度実施したアンケートでは本指標は算出も難しく、有用性もあまり高くない結果となりました。

この対応については、継続して検討していきたいと思います。

参考文献

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

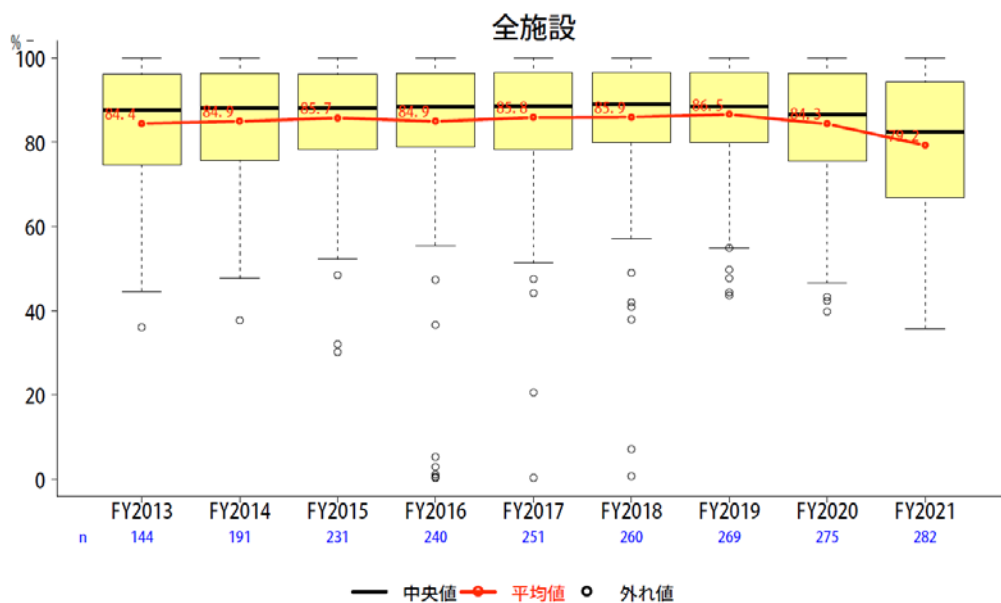
収集期間： 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果

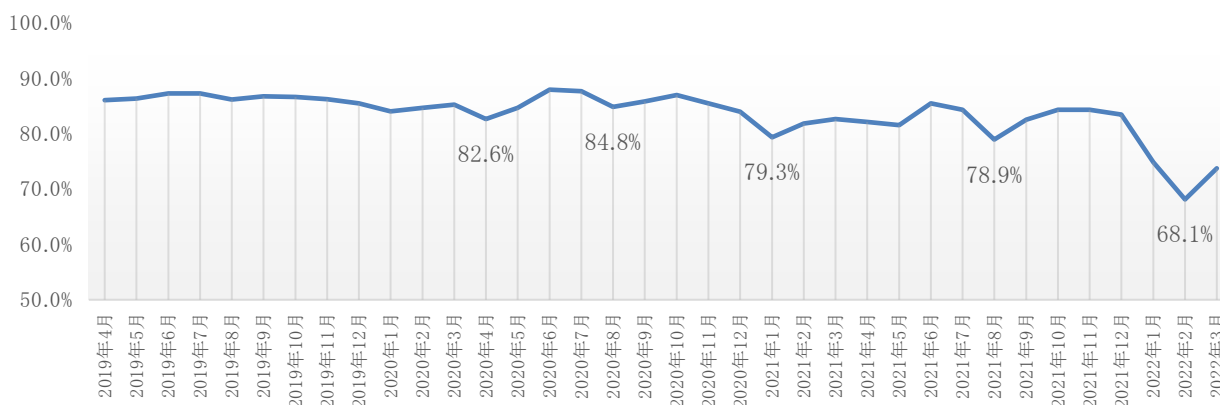


考察

今回、提出がなかったのは 65 施設で、提出割合は 81.3% (282/347, 前年比+0.6) でした。

1 年間の結果は、平均値 79.2% (前年比-5.1)、中央値 82.5% (前年比-3.8)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 35.7% (前年比-4.0) でした。

2019 年度は毎月 84~87% 程度で推移していましたが、2020 年度は 4 月から 12 月は 82~87% 程度で推移し、2021 年 1 月から 3 月は 79~82% 程度、4 月から 7 月は 81~85% 程度、8 月は 78.9% に下がりました。その後持ち直しましたが、2022 年 1 月は 74.8%、そして 2 月は 68.1% と悪化しました。2020 年度に引き続き、新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の影響により、悪化していると考えられます。



参考文献

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

No.11 特定術式における手術開始前 1 時間以内 の予防的抗菌薬投与率

指標の説明・定義

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

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

分子: 手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された手術件数

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

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

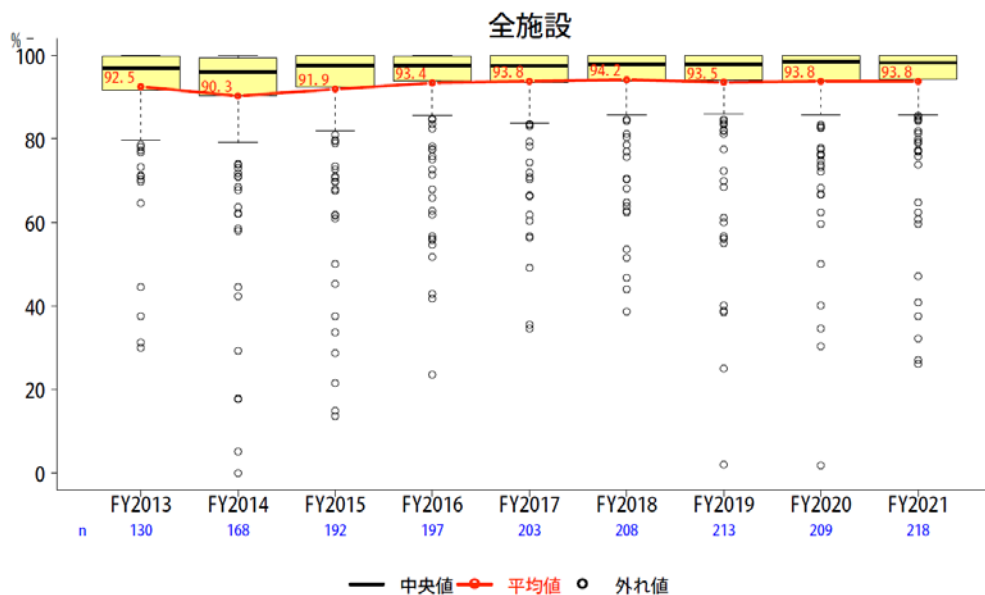
収集期間: 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは 129 施設で、提出割合は 62.8% (218/347, 前年比+1.7) でした。

1年間の結果は、平均値 93.8% (前年比±0)、中央値 98.2% (前年比-0.3)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 26.0% (前年比+24.2) でした。

経時的に見ても、大きな変化はなく、提出施設の多くはよい結果を維持するフェーズに入っていると思われます。

本指標は、算出するための手順が多く 2021 年度実施したアンケートでも算出の難易度が高いと回答されている指標ですが、提出できていない約 40%の施設は、算出が難しいから提出ができないのか、それとも対象となる特定の手術を行っていないのかは、切り分けて考える必要があります。

参考文献

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

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

指標の説明・定義

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

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

術式は国内、国外のガイドラインの推奨グレードが異なることより、2019年度から、股関節人工骨頭置換術、膝関節置換術、血管手術を除いた、冠動脈バイパス手術、その他の心臓手術、大腸手術、子宮全摘除術の4つを対象に変更しました。注射薬だけでなく内服薬も抗菌薬の対象としています。

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

分母: 特定術式の手術件数(冠動脈バイパス手術、その他の心臓手術、大腸手術、子宮全摘除術)

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

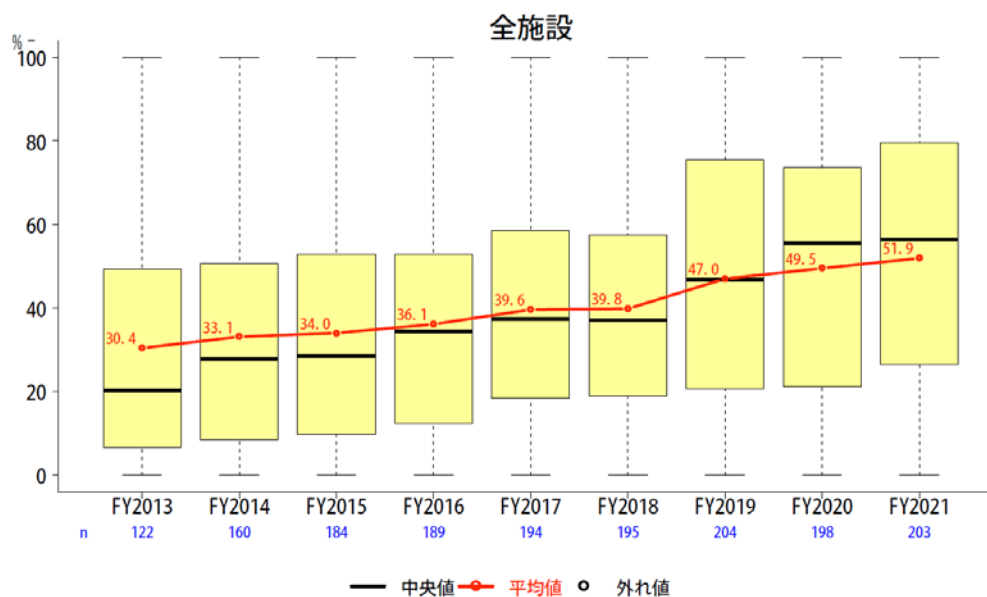
収集期間: 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは 144 施設で、提出割合は 58.5% (203/347, 前年比+1.4) でした。

1 年間の結果は、平均値 51.9% (前年比+2.4)、中央値 56.4% (前年比+0.9)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) で、経時的に見ても、測定を開始した 2013 年度以降毎年改善し、2013 年度と比べると 21.5 ポイント上昇しました。これは各施設が、改善活動を続けている結果と考えます。

特定術式における手術開始前 1 時間以内の予防的抗菌薬投与率と同様に、本指標も算出難易度が高い指標です。平成 29 年度の厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」では DPC データを用いて算出を行いました。DPC データでの算出と各施設算出の結果を比較検証したところ、DPC データでの算出は値が低くなる結果となりました。理由としては、各施設で算出する場合は、24 時間、48 時間を正確に算出できますが、DPC データでは+1 日、+2 日で算出となるためと考えます。そのため、現状をきちんと反映できていないことになり、DPC データを用いた算出には置き換えられないことで決定しました。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディアカ ISBN 978-4-89996-433-9
2. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3a SCIP-Inf-3 Prophylactic Antibiotic Discontinued Within 24 Hours After Surgery End Time (48 hours for CABG or Other Cardiac Surgery) (Internet: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NHQM_v4_3a_PDF_10_2_2013.zip 2016/10/15 available)

3. Kirkland KB, Briggs JP, Trivette SL, Wilkinson WE, Sexton DJ. The impact of surgical-site infections in the 1990s: attributable mortality, excess length of hospitalization, and extra costs. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1999;20:725-730.
4. CDC: Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 1999. *Infect Cont Hosp Epidemiol* 1999;20:247-278.

No.13 特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率

指標の説明・定義

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

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

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

分子: 術式ごとに適切な予防的抗菌薬が選択された手術件数

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

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

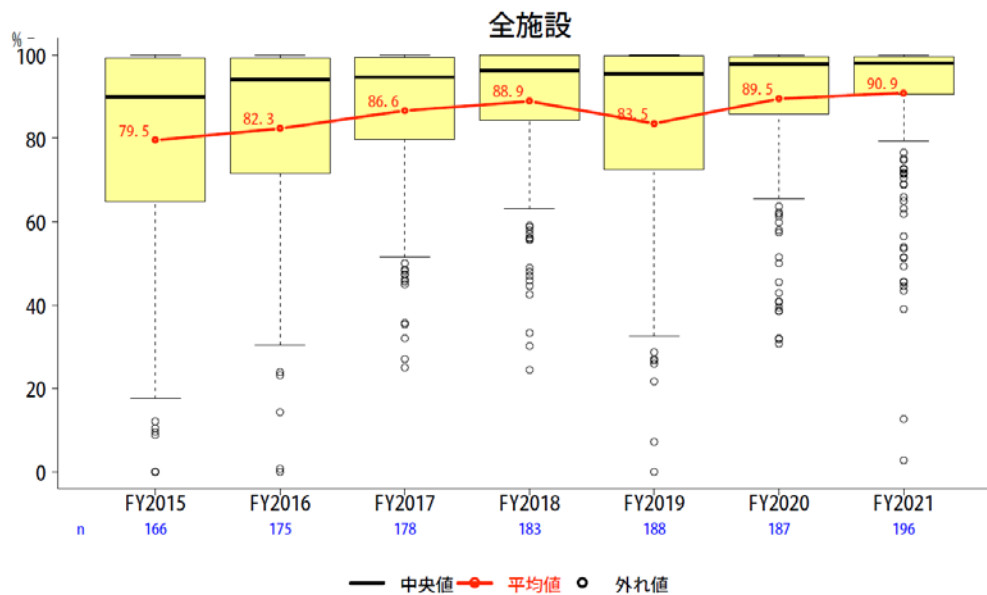
収集期間: 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは 151 施設で、提出割合は 56.5% (196/347, 前年比+2.0) でした。

1 年間の結果は、平均値 90.9% (前年比+1.4)、中央値 98.0% (前年比+0.3)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 2.6% (前年比-28.1) でした。

経時的に見ると、測定を開始した 2015 年度から 2018 年度までは年々改善していましたが、2019 年度に下がり、2020 年度、2021 年度と改善しています。2015 年度と比べると、全体のばらつきも少なくなってきました。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディアカ ISBN 978-4-89996-433-9
2. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3a SCIP-Inf-2 Prophylactic Antibiotic Selection for Surgical Patients (Internet: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NHQM_v4_3a_PDF_10_2_2013.zip 2016/10/15 available)

No.14-a 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0%

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

指標の説明・定義

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

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

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

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

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

分母: No.14-a 糖尿病の薬物治療を施行されている外来患者数

(過去1年間に該当治療薬が外来で合計90日以上処方されている患者)

No.14-b 糖尿病の薬物治療を施行されている65歳以上の外来患者数

(過去1年間に該当治療薬が外来で合計90日以上処方されている65歳以上の患者)

分母除外: 運動療法または食事療法だけの糖尿病患者

収集期間: 3ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

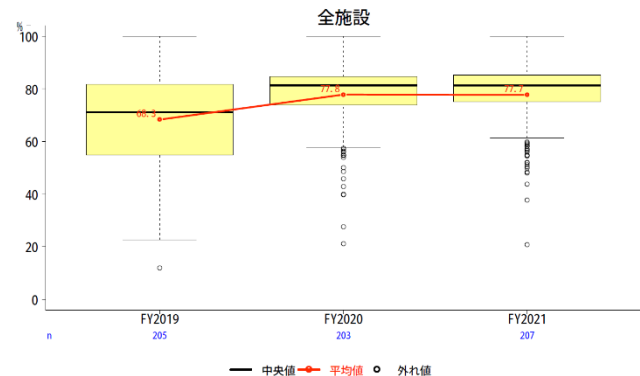
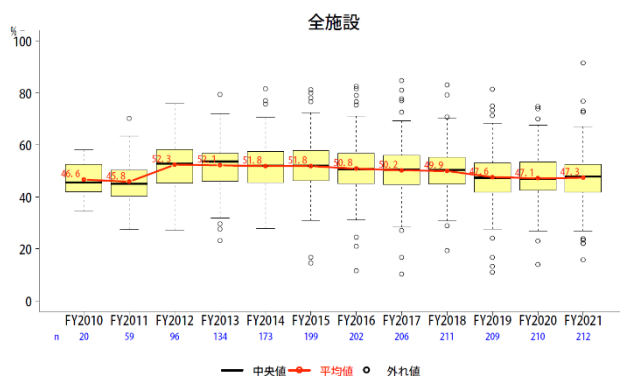
アウトカム

より高い値が望ましい

結果

糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0%

65歳以上の糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<8.0%



考察

<No.14-a 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0%>

今回、提出がなかったのは135施設で、提出割合は61.1% (212/347, 前年比-0.3)でした。

1年間の結果は、平均値47.3% (前年比+0.2)、中央値47.8% (前年比+0.9)、最大値91.5% (前年比+16.9)、最小値15.8% (前年比+2.0)で、経時的に見ると、2012年度、2013年度頃がピークで、徐々に下降しています。これは、前述したように、患者個々に合わせた治療を行っていることが影響していると考えます。

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

今回、提出がなかったのは140施設で、提出割合は59.7% (207/347, 前年比-1.7)でした。

1年間の結果は、平均値77.7% (前年比-0.1)、中央値81.3% (前年比-0.1)、最大値100.0% (前年比±0)、最小値20.8% (前年比-0.3)でした。

2020年度、2021年度は同じ水準を維持しています。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
2. Perioperative Care Work Group 2; American College of Surgeons/Physician Consortium for Performance Improvement/National Committee for Quality Assurance. Perioperative Care Physician Performance Measurement Set. (Internet <http://www.ama-assn.org/apps/listserv/x-check/qmeasure.cgi?submit=PCPI> 2016/10/15 available)
3. National Quality Measures Clearinghouse; Comprehensive diabetes care: percentage of members 18 through 64 years of age with diabetes mellitus (type 1 and type 2) whose most recent hemoglobin A1c (HbA1c) level is less than 7.0% (controlled). (Internet: <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?id=48628> 2016/10/15 available)

4. U.S. Department of Health and Human Services Agency for Healthcare Research and Quality : National Healthcare Quality & Disparities Report (Internet:
<http://nhqrnet.ahrq.gov/nhqrdr/jsp/nhqrdr.jsp#snhere#snhere> 2016/10/15 available)
5. 日本糖尿病学会編著:糖尿病診療ガイドライン 2016. 南江堂, 2016.
6. 日本糖尿病・生活習慣病ヒューマンデータ学会. 糖尿病標準診療マニュアル(第 16 版) 一般診療所・クリニック向け, 2020.
7. 日本糖尿病学会と日本老年医学会の合同委員会. 高齢者糖尿病の血糖コントロール目標 2016.

No.15 30日以内の予定外再入院率

指標の説明・定義

患者の中には、退院後に予定外の再入院をすることがあります。その要因は一概には言えませんが、例えば入院時の治療が不十分であった、早期退院を強いた、予想外に症状の悪化が進んだ、前回の入院とは関連のない傷病・事故などが考えられます。避けられる要因、避けられない要因ともに様々考えられますが、本指標ではそれらを総じて、概況します。

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

分子: 前回の退院日が30日以内の救急医療入院患者数(様式1の「前回退院年月日」および再入院調査項目を利用)

分母: 退院患者数(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)

収集期間: 4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分

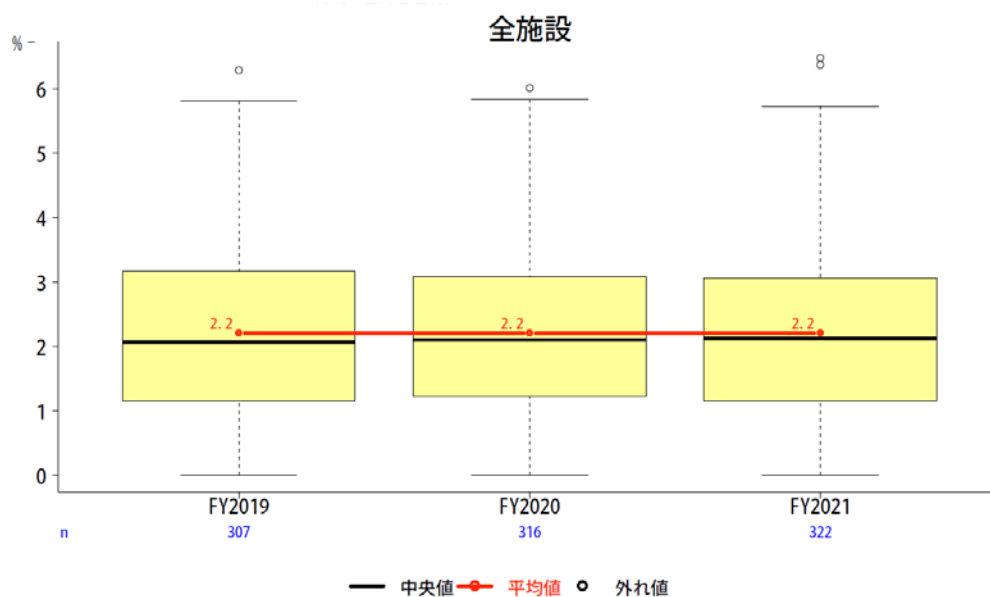
使用データ DPC 様式1

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

結果



考察

1年間の結果は、平均値 2.2% (前年比±0)、中央値 2.1% (前年比±0)、最大値 6.5% (前年比+0.5)、最小値 0.00% (±0) で、2019 年度以降、大きな変化はありませんでした。

しかし、病床区別に見ると、199 床以下の小規模施設は平均値 1.7～1.8%、200 床以上は平均値 2.2～2.6% 程度であり、規模によって再入院の状況が異なることがうかがえます。どのような患者が再入院しているかは、各施設が確認し、改善に努めていけるとよいと考えます。

参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>

No.16 退院後 7 日以内の予定外・緊急再入院割合

指標の説明・定義

2021 年度から採用した新しい項目です。

患者の中には、退院後に予定外の再入院をすることがあります。その要因は一概には言えませんが、例えば入院時の治療が不十分であった、早期退院を強いた、予想外に症状の悪化が進んだ、前回の入院とは関連のない傷病・事故などが考えられます。避けられる要因、避けられない要因ともに様々考えられますが、本指標ではそれらを総じて、概況します。

分子: 前回退院から 7 以内に計画外で再入院した症例(様式 1 の「前回退院年月日」および再入院調査項目を利用)

分母: 退院患者数

収集期間: 4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

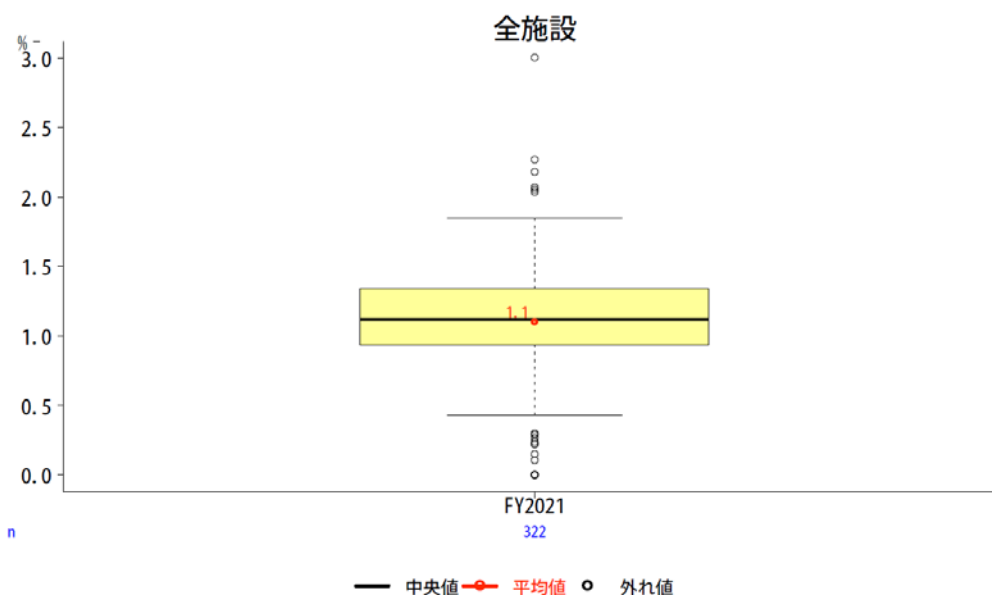
使用データ DPC 様式 1

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

結果



考察

1年間の結果は、平均値 1.1%、中央値 1.1%、最大値 3.0%、最小値 0.0%でした。

病床区分別に見ると、199 床以下の小規模施設は平均値 0.9%、200 床以上 400 床未満の平均値は 1.1%、400 床以上 500 床未満の平均値は 1.1%、500 床以上の平均値は 1.2%であり、「30 日以内の予定外再入院率」同様、やや小規模施設が低い結果となりました。

2021 年度は測定開始年であり、2022 年度も継続してみたい予定です。

参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>

No.17 急性心筋梗塞患者における当日アスピリン投与割合

指標の説明・定義

急性心筋梗塞において、血小板による血管閉塞および心筋との需要供給関係の破綻、心筋のリモデリングが問題であり、過去の報告から抗血小板薬およびβ-遮断薬の投与推奨されており(日本循環器学会ガイドライン <http://www.j-circ.or.jp>)、過去の欧米のガイドラインにおいても、急性期におけるアスピリンおよびβ-遮断薬の処方、Class I となっています。これらは心筋梗塞量の減少やイベント抑制にかかわっているため、医療の質を示すには適した指標と考えられます。

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

ガイドラインでの投与は、入院後早期(10分以内)を推奨しているため、2019年度からは早期投与として当日の投与の有無を計測しています。

分子: 分母のうち入院当日にアスピリンが投与された患者数

分母: 急性心筋梗塞で入院した患者数

収集期間: 4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分

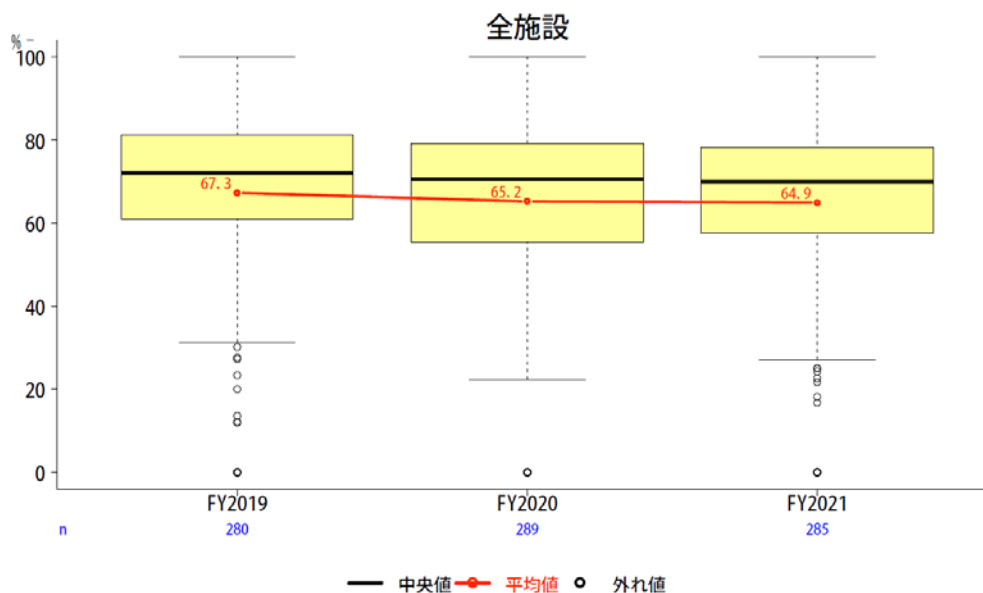
使用データ DPC 様式 1、F ファイル、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

1年間の結果は、平均値 64.9% (前年比-0.3)、中央値 70.0% (前年比-0.8)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。

当日アスピリン投与割合以外にも、急性心筋梗塞に関する項目は、長期に渡って測定を続けてきましたので、2022年度は取り下げる予定です。

参考文献

1. Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, Hochman JS, Krumholz HM, Kushner FG, Lamas GA, Mullany CJ, Ornato JP, Pearle DL, Sloan MA, Smith SC Jr. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction. A report of the Am Coll of Cardiol/American Heart Assoc Task Force on Practice Guidelines (Committee to revise the 1999 guidelines). Bethesda (MD): American College of Cardiology, American Heart Association; 2004. 211 p. [1398 references]
2. Krumholz HM, Anderson JL, Bachelder BL, Fesmire FM, Fihn SD, Foody JM, Ho PM, Kosiborod MN, Masoudi FA, Nallamothu BK, American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures, American Academy of Family Physicians, American College of Emergency Physicians, American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Hospital Medicine. ACC/AHA 2008 performance measures for adults with ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarction [trunc]. J Am Coll Cardiol 2008 Dec 9;52(24):2046-99.

3. Krumholz HM, Radford MJ, Wang Y, Chen J, Heiat A, Marciniak TA. National use and effectiveness of beta-blockers for the treatment of elderly patients after acute myocardial infarction: National Cooperative Cardiovascular Project. JAMA 1998 Aug 19;280(7):623-9.
4. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディアカ ISBN 978-4-89996-433-9
5. 循環器病の診断と治療に関するガイドライン. (2006). Guidelines for Secondary Prevention of Myocardial Infarction (JCS 2006). Prevention, (Jcs), 1-52.
6. 循環器病の診断と治療に関するガイドライン. (2008). Guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction (JCS 2008). Circulation Journal, 72, 1347-1442.
7. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>

No.18 急性心筋梗塞患者におけるアスピリン投与割合

指標の説明・定義

2021年度から採用した新しい項目です。

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

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

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

分子: 分母のうち、アスピリンが投与された患者数

分母: 急性心筋梗塞で入院した患者数

収集期間: 4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分

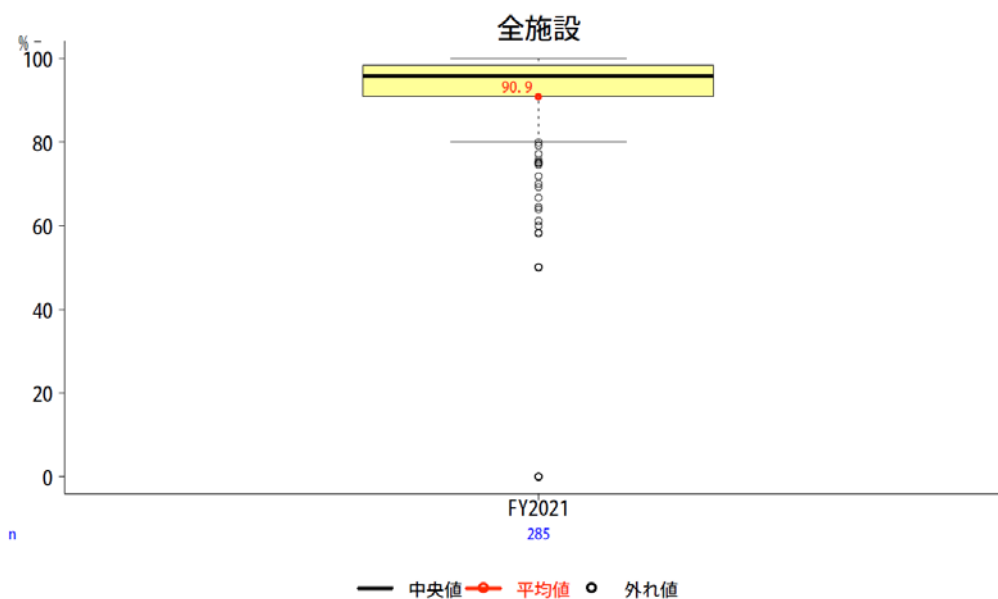
使用データ DPC 様式1、Fファイル、EFファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

1年間の結果は、平均値 90.9%、中央値 95.7%、最大値 100.0%、最小値 0.0%でした。

2020年度までは、退院時の投与割合として算出していましたが、当初、欧米の定義を参考にしていたことで、欧米と日本との社会情勢がやや異なることや、緊急入院の場合、持参薬や他院処方がある場合は処方されないケースがあることがわかりましたので、退院時に限定しない投与割合として新たな項目として採用しました。しかし、値が良いこともあり、他の急性心筋梗塞に関する項目を2022年度に取り下げることから、本指標も停止する予定です。

参考文献

1. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3b AMI-2 Aspirin Prescribed at Discharge(Internet:
http://www.jointcommission.org/assets/1/6/HIQR_Jan2014_v4_3b.zip 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 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディアカ ISBN 978-4-89996-433-9
6. 循環器病の診断と治療に関するガイドライン. (2006). Guidelines for Secondary Prevention of Myocardial Infarction (JCS 2006). Prevention, (Jcs), 1-52.
7. 循環器病の診断と治療に関するガイドライン. (2008). Guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction (JCS 2008). Circulation Journal, 72, 1347-1442.
8. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>

No.19 急性心筋梗塞患者におけるβブロッカー投与割合

指標の説明・定義

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

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

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

分子: 分母のうち、βブロッカーが投与された患者数

分母: 急性心筋梗塞で入院した患者数

収集期間: 4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分

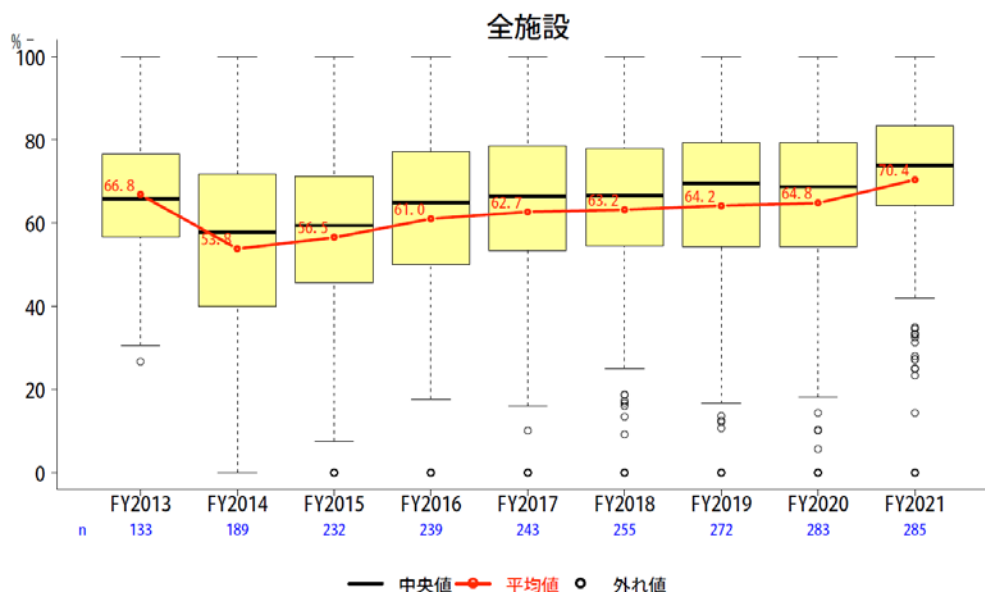
使用データ DPC 様式1、Fファイル、EFファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

1年間の結果は、平均値 70.4% (前年比+5.6)、中央値 73.8% (前年比+5.0)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。

β ブロッカー投与割合以外にも、急性心筋梗塞に関する項目は、長期に渡って測定を続けてきましたので、2022年度は取り下げる予定です。

参考文献

1. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3b AMI-5 Beta-Blocker Prescribed at Discharge(Internet:
http://www.jointcommission.org/assets/1/6/HIQR_Jan2014_v4_3b.zip 2016/10/15 available)
2. Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, Hochman JS, Krumholz HM, Kushner FG, Lamas GA, Mullany CJ, Ornato JP, Pearle DL, Sloan MA, Smith SC Jr. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction. A report of the Am Coll of Cardiol/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 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
6. 循環器病の診断と治療に関するガイドライン. (2006). Guidelines for Secondary Prevention of Myocardial Infarction (JCS 2006). Prevention, (Jcs), 1-52.
7. 循環器病の診断と治療に関するガイドライン. (2008). Guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction (JCS 2008). Circulation Journal, 72, 1347-1442.
8. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>

No.20 急性心筋梗塞患者におけるスタチン投与割合

指標の説明・定義

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

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

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

分子: 分母のうち、スタチンが投与された患者数

分母: 急性心筋梗塞で入院した患者数

収集期間: 4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分

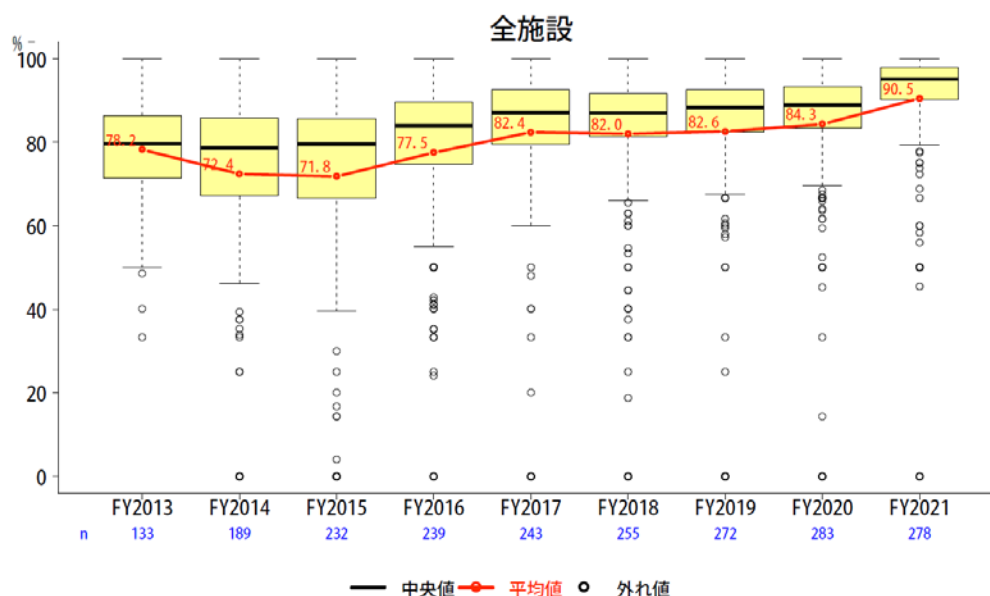
使用データ DPC 様式1、Fファイル、EFファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

1年間の結果は、平均値 90.5% (前年比+6.1)、中央値 95.1% (前年比+6.2)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。

スタチン投与割合以外にも、急性心筋梗塞に関する項目は、長期に渡って測定を続けてきましたので、2022年度は取り下げる予定です。

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 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディアカ ISBN 978-4-89996-433-9
6. 循環器病の診断と治療に関するガイドライン. (2006). Guidelines for Secondary Prevention of Myocardial Infarction (JCS 2006). Prevention, (Jcs), 1-52.
7. 循環器病の診断と治療に関するガイドライン. (2008). Guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction (JCS 2008). Circulation Journal, 72, 1347-1442.
8. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>

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

指標の説明・定義

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

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

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

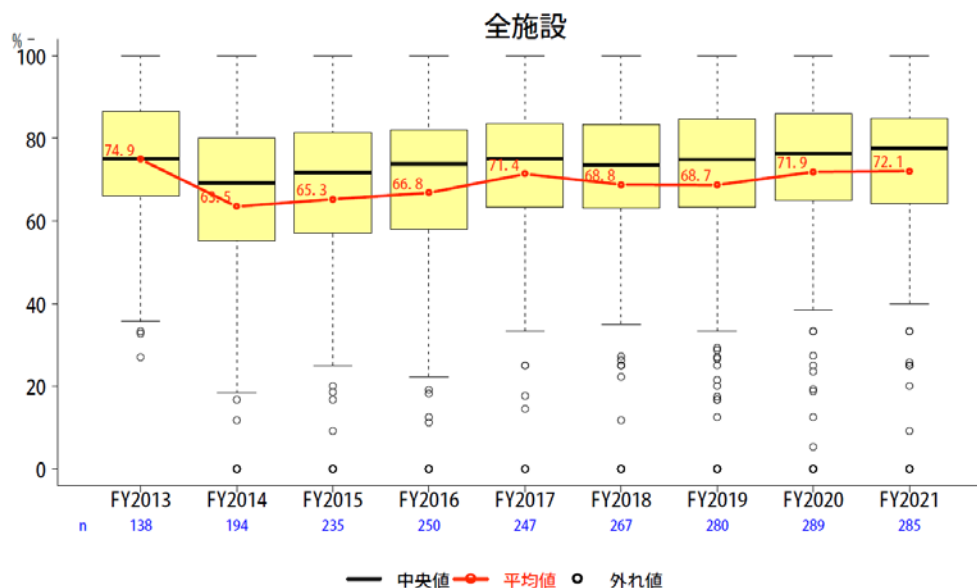
分子:	分母のうち、ACE 阻害剤もしくはアンギオテンシン II 受容体阻害剤が投与された患者数
分母:	急性心筋梗塞で入院した患者数
収集期間:	4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分
使用データ	DPC 様式 1、F ファイル、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

1年間の結果は、平均値 72.1% (前年比+0.2)、中央値 77.7% (前年比+1.4)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) で、測定を開始した 2013 年度から 2014 年度は下がっていますが、その後は改善し、65～72% 程度を推移しています。

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以外にも、急性心筋梗塞に関する項目は、長期に渡って測定を続けてきましたので、2022 年度は取り下げる予定です。

参考文献

1. Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, Hochman JS, Krumholz HM, Kushner FG, Lamas GA, Mullany CJ, Ornato JP, Pearle DL, Sloan MA, Smith SC Jr. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction. A report of the Am Coll of Cardiol/Am Heart Assoc Task Force on Practice Guidelines (Committee to revise the 1999 guidelines). Bethesda (MD): American College of Cardiology, American Heart Association; 2004. 211 p. [1398 references]
2. Krumholz HM, Anderson JL, Bachelder BL, Fesmire FM, Fihn SD, Foody JM, Ho PM, Kosiborod MN, Masoudi FA, Nallamothu BK, American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures, American Academy of Family Physicians, American College of Emergency Physicians, American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Hospital Medicine. ACC/AHA 2008 performance measures for adults with ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarction [trunc]. J Am Coll Cardiol 2008 Dec

9;52(24):2046-99.

3. Krumholz HM, Radford MJ, Wang Y, Chen J, Heiat A, Marciniak TA. National use and effectiveness of beta-blockers for the treatment of elderly patients after acute myocardial infarction: National Cooperative Cardiovascular Project. JAMA 1998 Aug 19;280(7):623-9.
4. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
5. 循環器病の診断と治療に関するガイドライン. (2006). Guidelines for Secondary Prevention of Myocardial Infarction (JCS 2006). Prevention, (Jcs), 1-52.
6. 循環器病の診断と治療に関するガイドライン. (2008). Guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction (JCS 2008). Circulation Journal, 72, 1347-1442.
7. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>

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

指標の説明・定義

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

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

本指標では、「経皮的冠動脈形成術 (K546\$) または経皮的冠動脈ステント留置術 (K549\$) 施行例のうち、入院日もしくは翌日に (K6451) または (K5491) が算定された割合」として算出を行います。すなわち、(K6451) または (K5491) のうち、「1.急性心筋梗塞に対するもの」の算定条件には「症状発現後 12 時間以内に来院し、来院からバルーンカテーテルによる責任病変の再開通までの時間 (door to balloon time) が 90 分以内であること」の記載がありますので、このことを本項目の算定「90 分以内の実施」とみなして計測しています。

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

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

分子： 分母のうち、来院後 90 分以内に手技を受けた患者数

分母： 18 歳以上の急性心筋梗塞で PCI を受けた患者数

収集期間： 4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

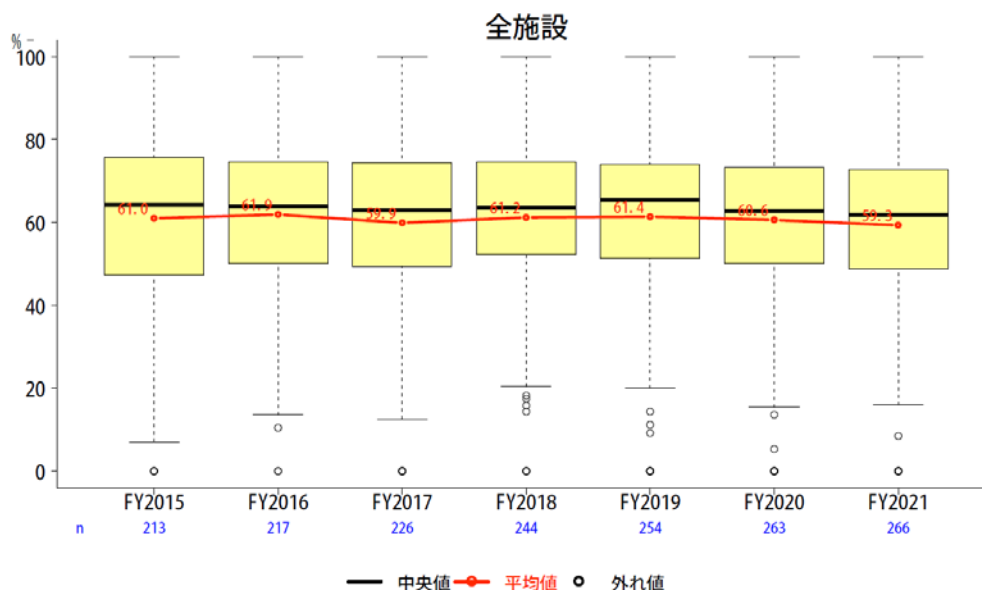
使用データ DPC 様式 1、F ファイル、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

1年間の結果は、平均値 59.3% (前年比-1.3)、中央値 61.9% (前年比-0.7)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) で、測定を開始した 2015 年度から大きな変化はありませんでした。

本来指標化すべき分母対象は「ST 上昇型心筋梗塞患者」となることは指標の説明・定義で前述した通りですが、DPC データを用いた算出には限界もあり、実態と異なるという意見が多数発生したことを踏まえ、2022 年度からは取り下げることになりました。

参考文献

1. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3b AMI-8a Primary PCI Received Within 90 Minutes of Hospital Arrival (Internet: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/HIQR_Jan2014_v4_3b.zip 2016/10/15 available)
2. Antman EM, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction. *Circulation*. 2004;110:82-292
3. Flynn A et al. Trends in door-to-balloon time and mortality in patients with STEMI undergoing PPCI. *Arch Intern Med*. 2010;170:1842-1849
4. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディアカ ISBN 978-4-89996-433-9
5. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>

No.23 脳梗塞(TIA 含む)患者のうち入院 2 日目までに抗血小板療法もしくは抗凝固療法を受けた患者の割合

指標の説明・定義

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

したがって、適応のある患者には入院 2 日目までに抗血小板療法もしくは抗凝固療法の投与が開始されていることが望まれます。

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

分子: 分母のうち、入院 2 日目までに抗血小板療法もしくは抗凝固療法を施行された患者数

分母: 脳梗塞か TIA と診断された 18 歳以上の入院患者数

収集期間: 4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

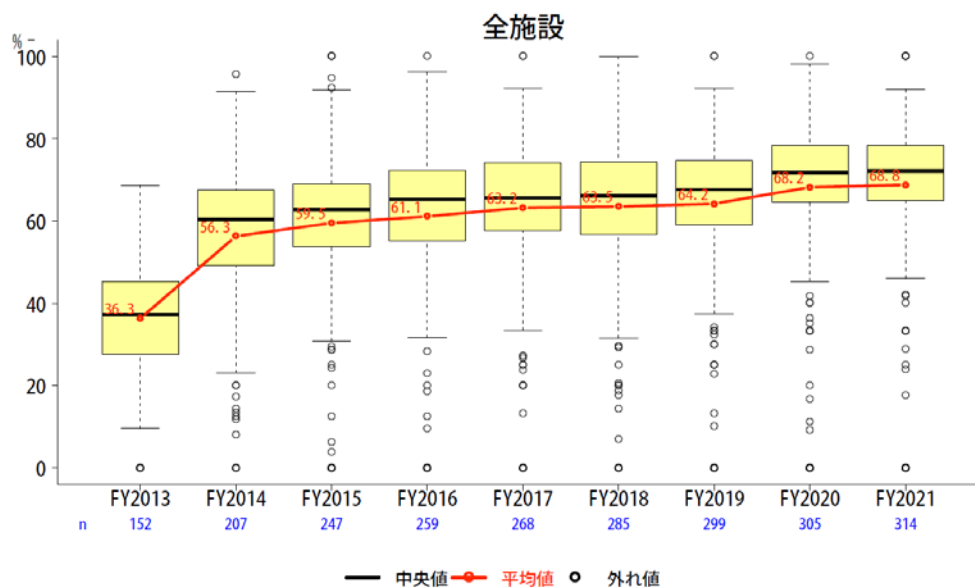
使用データ DPC 様式 1、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

1年間の結果は、平均値 68.8% (前年比+0.6)、中央値 72.2% (前年比+0.4)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) で、経時的に見ると、測定を開始した 2013 年度から年々改善をしており、2013 年度と比べると 32.5 ポイントと大きな改善が見られました。

参考文献

1. Anticoagulants and antiplatelet agents in acute ischemic stroke: report of the Joint Stroke Guideline Development Committee of the American Academy of Neurology and the American Stroke Association (a division of the American Heart Association).
2. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke. A guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups.
3. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack.
4. Update to the AHA/ASA recommendations for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack.
5. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>

No.24 脳梗塞(TIA 含む)患者における 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、抗血小板薬を処方された患者数

分母: 脳梗塞か TIA と診断された 18 歳以上の入院患者数

収集期間: 4~6 月分、7~9 月分、10~12 月分、1~3 月分

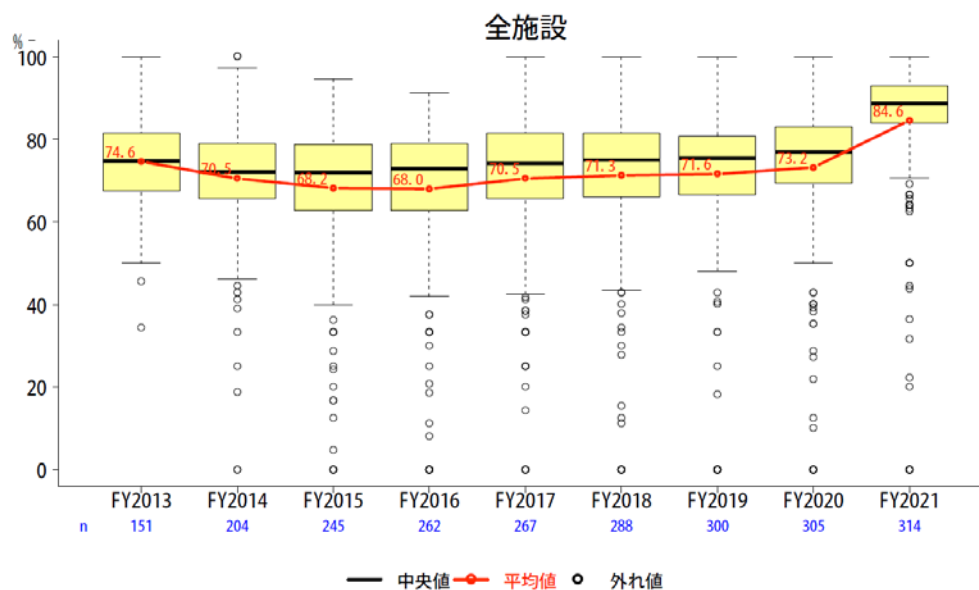
使用データ DPC 様式 1、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

1年間の結果は、平均値 84.6% (前年比+11.4)、中央値 88.8% (前年比+11.9)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0)でした。

2020年度までは、退院時の処方割合として算出していましたが、急性心筋梗塞の指標同様、退院時に限定しない処方割合として定義を修正しました。

参考文献

1. 「脳卒中治療ガイドライン 2015」日本脳卒中学会
2. Albers GW, et al. Antithrombotic and thrombolytic therapy for ischemic stroke. *Chest* 2001 Jan;119(1 Suppl):300S-20S.
3. American Academy of Neurology, American College of Radiology, Physician Consortium for Performance Improvement®, National Committee for Quality Assurance. Stroke and stroke rehabilitation physician performance measurement set. Chicago (IL): American Medical Association (AMA), National Committee for Quality Assurance (NCQA); 2009 Feb. 20 p.
4. Sacco RL, et al. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke [trunc]. *Stroke* 2006 Feb;37(2):577-617.
5. Anticoagulants and antiplatelet agents in acute ischemic stroke: report of the Joint Stroke Guideline Development Committee of the American Academy of Neurology and the American Stroke Association (a division of the American Heart Association).
6. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke. A guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups.
7. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack.
8. Update to the AHA/ASA recommendations for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack.
9. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディアカ ISBN 978-4-89996-433-9
10. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>

No.25 脳梗塞患者におけるスタチン処方割合

指標の説明・定義

脳梗塞再発予防には、抗血栓療法と内科的リスク管理が重要です。

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

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

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

分子: 分母のうち、スタチンが処方された患者数

分母: 脳梗塞で入院した患者数

収集期間: 4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分

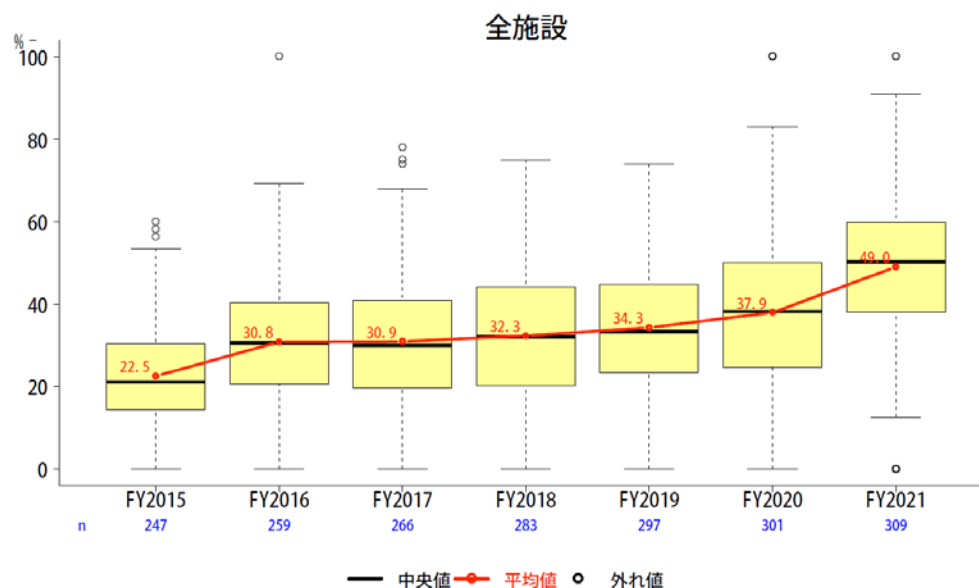
使用データ DPC 様式 1、F ファイル、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

1年間の結果は、平均値 49.0% (前年比+11.1)、中央値 50.2% (前年比+12.6)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) で、経時的に見ると、測定を開始した 2015 年度から年々改善をしており、2015 年度と比べると 26.5 ポイントと大きな改善が見られました。

2020 年度までは、退院時の処方割合として算出していましたが、急性心筋梗塞の指標同様、退院時に限定しない処方割合として定義を修正しました。

参考文献

1. 「脳卒中治療ガイドライン 2015」日本脳卒中学会
2. Albers GW, et al. Antithrombotic and thrombolytic therapy for ischemic stroke. Chest 2001 Jan;119(1 Suppl):300S-20S.
3. American Academy of Neurology, American College of Radiology, Physician Consortium for Performance Improvement®, National Committee for Quality Assurance. Stroke and stroke rehabilitation physician performance measurement set. Chicago (IL): American Medical Association (AMA), National Committee for Quality Assurance (NCQA); 2009 Feb. 20 p.
4. Sacco RL, et al. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke [trunc]. Stroke 2006 Feb;37(2):577-617.
5. Anticoagulants and antiplatelet agents in acute ischemic stroke: report of the Joint Stroke Guideline Development Committee of the American Academy of Neurology and the American Stroke Association (a division of the American Heart Association).
6. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke. A guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups.
7. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack.
8. Update to the AHA/ASA recommendations for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack.
9. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディアカ ISBN 978-4-89996-433-9
10. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>

No.26 心房細動を伴う脳梗塞(TIA 含む) 患者への抗凝固薬処方割合

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(2009、2015、2021)では、「心原性脳塞栓症の再発予防は通常、抗血小板薬ではなく抗凝固薬が第一選択薬である(グレードA)」とされ、適応のある患者には抗凝固薬の投与が開始されていることが望まれます。「出血性合併症はINR 2.6を超えると急増する(グレードB)」ことも知られており、ワルファリン投与時のモニタリングは重要であり、本指標にはワルファリン以外にも推奨される抗凝固薬も分母に含めています。

分子: 分母のうち、抗凝固薬を処方された患者数

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

収集期間: 4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分

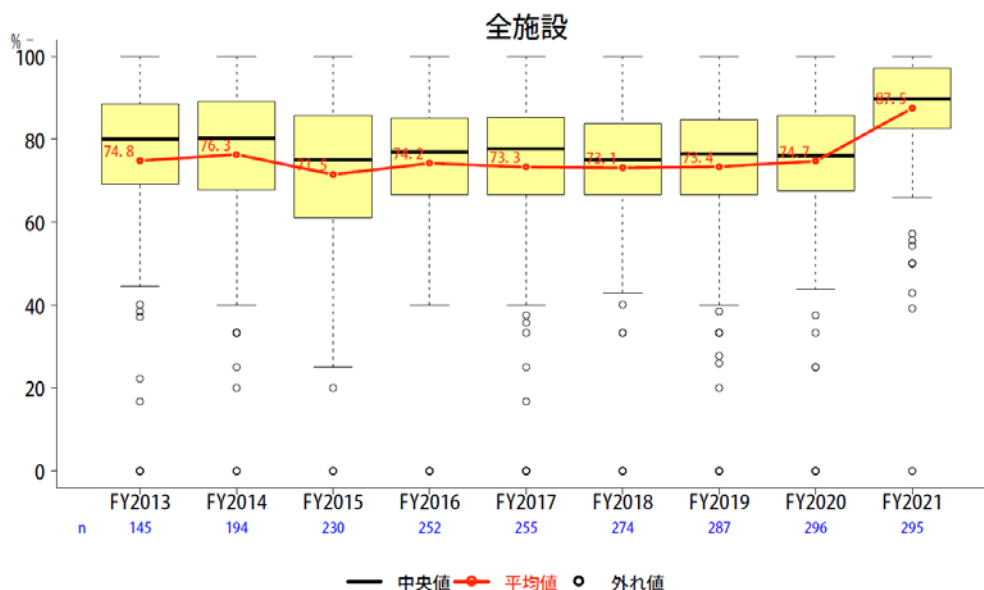
使用データ DPC様式1、Fファイル、EFファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

1年間の結果は、平均値 87.5% (前年比+12.8)、中央値 89.7% (前年比+12.1)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0)でした。

2020年度までは、退院時の処方割合として算出していましたが、急性心筋梗塞の指標同様、退院時に限定しない処方割合として定義を修正しました。

参考文献

1. 「脳卒中治療ガイドライン」日本脳卒中学会(2009、2015、2021)
2. Albers GW, Amarenco P, Easton JD, Sacco RL, Teal P. Antithrombotic and thrombolytic therapy for ischemic stroke. *Chest* 2001 Jan;119(1 Suppl):300S-20S.
3. American Academy of Neurology, American College of Radiology, Physician Consortium for Performance Improvement®, National Committee for Quality Assurance. Stroke and stroke rehabilitation physician performance measurement set. Chicago (IL): American Medical Association (AMA); 2010 Sep. 26 p.
4. American College of Cardiology, American Heart Association, European Society of Cardiology. ACC/AHA/ESC guidelines for the management of patients with atrial fibrillation. *J Am Coll Cardiol* 2001 Oct;38:1266i-lxx.
5. Sacco RL, Adams R, Albers G, Alberts MJ, Benavente O, Furie K, Goldstein LB, Gorelick P, Halperin J, Harbaugh R, Johnston SC, Katzan I, Kelly-Hayes M, Kenton EJ, Marks M, Schwamm LH, Tomsick T. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke [trunc]. *Stroke* 2006 Feb;37(2):577-617.
6. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディアカ ISBN 978-4-89996-433-9
7. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>

No.27 脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者の割合

指標の説明・定義

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

分子： 分母のうち、入院後早期(3日以内)に脳血管リハビリテーションが行われた症例数

分母： 脳梗塞で入院した症例数

収集期間： 4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分

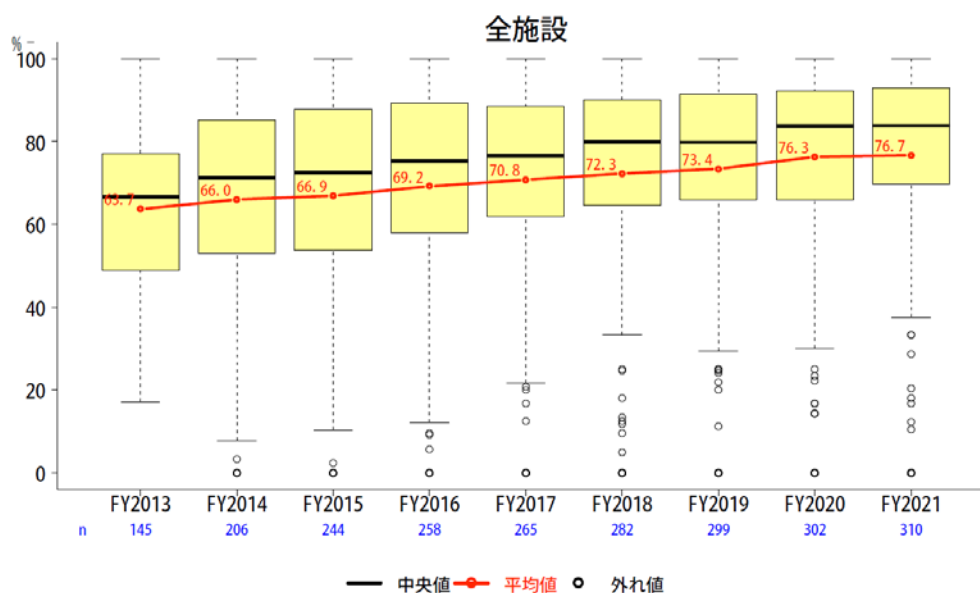
使用データ DPC 様式 1、F ファイル、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

1年間の結果は、平均値 76.7% (前年比+0.4)、中央値 83.8% (前年比+0.3)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) で、経時的に見ると、測定を開始した 2013 年度から年々改善をしており、2013 年度と比べると 13.0 ポイントと大きな改善が見られました。

参考文献

1. 「脳卒中治療ガイドライン 2015」日本脳卒中学会
2. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3a STK-10 Assessed for Rehabilitation (Internet:
http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NHQM_v4_3a_PDF_10_2_2013.zip 2016/10/15 available)
3. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
4. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>

No.28 喘息入院患者のうち吸入ステロイドを入院中に処方された割合

指標の説明・定義

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

2019年度までは分母を「5歳以上の喘息患者のうち、喘息に関連した原因で入院した患者数」としていましたが、2020年度からは、「喘息を原因とする15歳以上の入院患者数」「喘息を原因とする5歳から14歳の入院患者数」に分ける測定に変更しました。

分 子: 分母のうち、入院中に吸入抗炎症剤の処方を受けた患者数

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

収集期間: 4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分

使用データ DPC 様式1、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

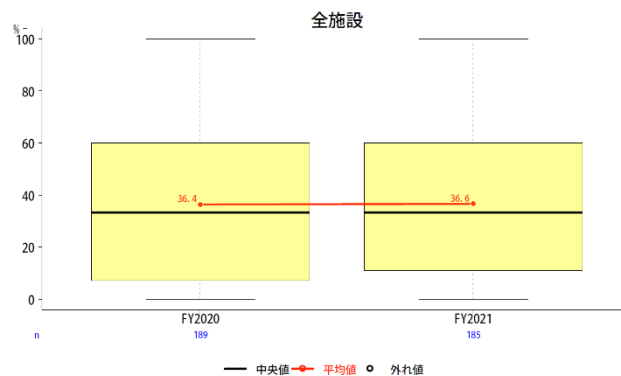
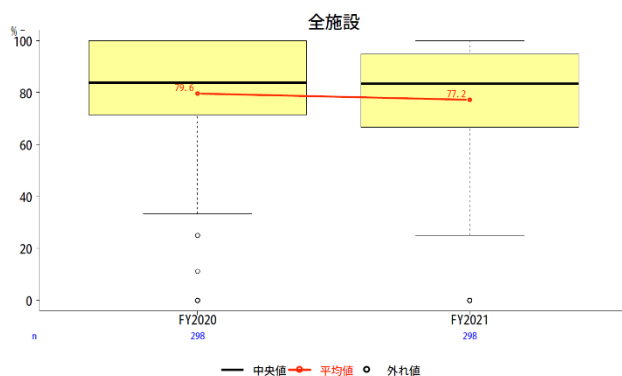
プロセス

より高い値が望ましい

結果

(15歳以上)

(5歳から14歳)



考察

1年間の結果は、15歳以上は平均値 77.2(前年比-2.4)、中央値 83.3%(前年比±0)、最大値 100.0%(前年比±0)、最小値 0.0%(前年比±0)、5歳から14歳は平均値 36.6%(前年比+0.2)、中央値 33.3%(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。

本指標については、DPCデータを用いての算出であり、診療実態をうまく反映できていないというご意見も発生していることより、2022年度は取り下げる予定です。

参考文献

1. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Diagnosis and management of asthma. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2010 Jun. 64 p
2. Diagnosis and management of asthma: percentage of hospitalized patients with asthma who are discharged on an inhaled anti-inflammatory medication. 2010 Jun. NQMC:006175
3. Use of appropriate medications for people with asthma: percentage of members 5 to 64 years of age during the measurement year who were identified as having persistent asthma and who were appropriately prescribed medication during the measurement year. National Committee for Quality Assurance (NCQA). HEDIS 2012: Healthcare Effectiveness Data and Information Set. Vol. 1, narrative. Washington (DC): National Committee for Quality Assurance (NCQA); 2011.
4. Performance Trending Report 2012. Office of Medical Assistance Programs, Pennsylvania Department of Public Welfare. February 6, 2013.(http://www.dpw.state.pa.us/ucmprd/groups/public/documents/communication/s_002193.pdf)
5. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>

No.29 入院中にステロイドの経口・静注処方された小児喘息患者の割合

指標の説明・定義

小児気管支喘息治療・管理ガイドライン2012および2017において、喘息発作の強度に応じた薬物療法が基本となります。本指標は入院症例を急性増悪(発作)時ととらえ、全身性ステロイド薬の投与の有無をみています。薬物療法は、早期に十分な効果が得られたのちに良好な状態を維持できる必要最少量まで徐々に減量するほうが、患児の生活の質(QOL)の向上のためには好ましいと考えられています。

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

分母: 2歳から15歳の喘息患者のうち、喘息に関連した原因で入院した患者数

収集期間: 4~6月分、7~9月分、10~12月分、1~3月分

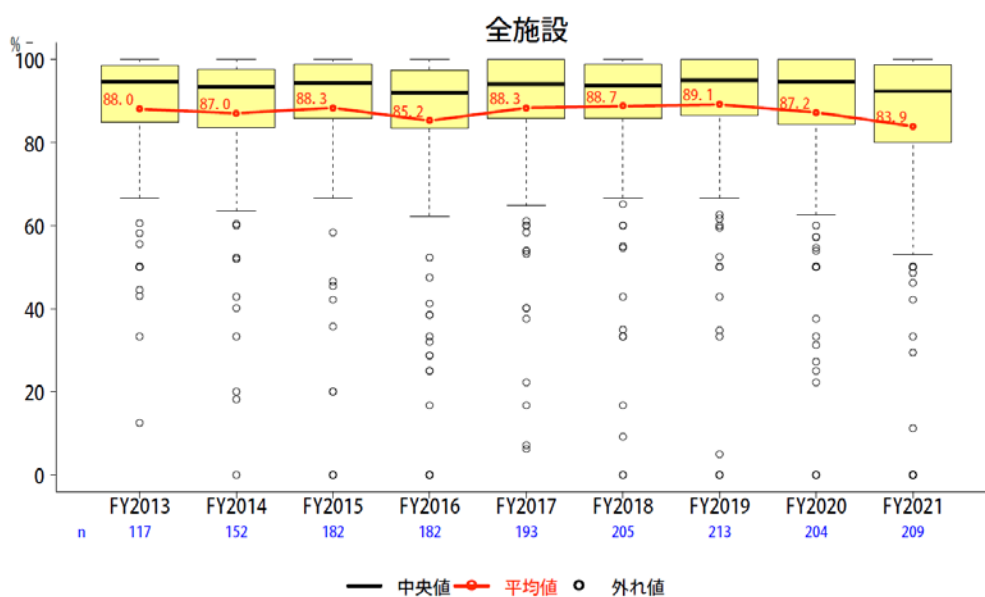
使用データ DPC 様式1、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

1年間の結果は、平均値 83.9% (前年比-3.3)、中央値 92.3% (前年比-2.7)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) で、測定を開始した 2013 年度から大きな変化はありませんでした。

本指標については、DPC データを用いての算出であり、診療実態をうまく反映できていないというご意見も発生していることより、2022 年度は取り下げる予定です。

参考文献

1. Adams RJ, Fuhlbrigge A, Finkelstein JA, Lozano P, Livingston JM, Weiss KB, Weiss ST. Use of inhaled anti-inflammatory medication in children with asthma in managed care settings. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001 Apr;155(4):501-7.
2. Crain EF, Weiss KB, Fagan MJ. Pediatric asthma care in US emergency departments. Current practice in the context of the National Institutes of Health guidelines. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995 Aug;149(8):893-901.
3. McCormick MC, Kass B, Elixhauser A, Thompson J, Simpson L. Annual report on access to and utilization of health care for children and youth in the United States--1999. *Pediatrics* 2000 Jan;105(1 Pt 3):219-30.
4. Silber JH, Rosenbaum PR, Even-Shoshan O, Shabbout M, Zhang X, Bradlow ET, Marsh RR. Length of stay, conditional length of stay, and prolonged stay in pediatric asthma. *Health Serv Res* 2003 Jun;38(3):867-86.
5. Specifications manual for national hospital inpatient quality measures, version 3.1a. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), The Joint Commission; 2010 Apr 1. various p.
6. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>

No.30 統合指標 (Composite Measures)

【手術】

指標の説明・定義

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

分子: 指標 No.11,12,13 の分子の合計

分母: 指標 No.11,12,13 の分母の合計

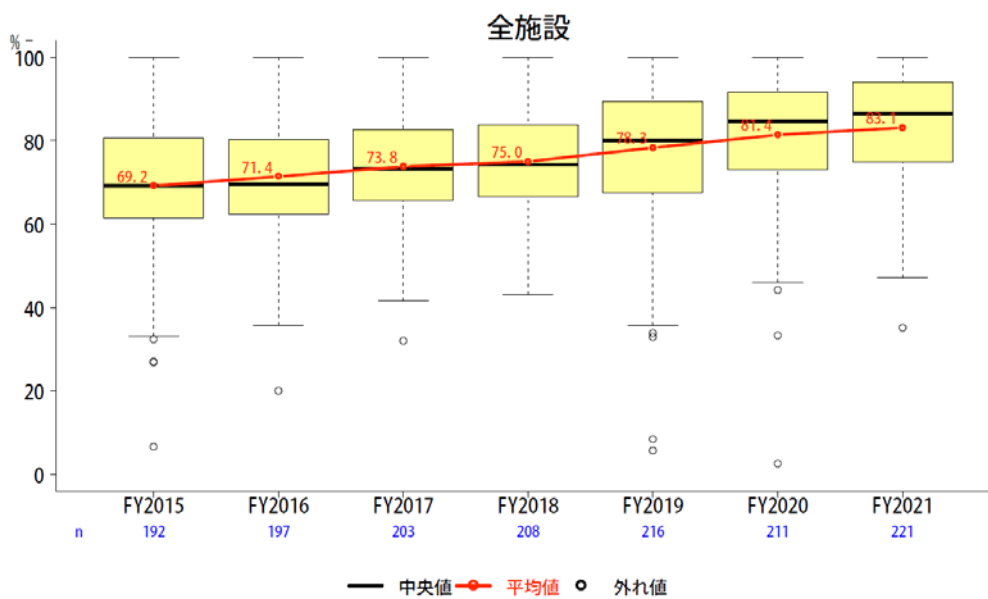
収集期間: 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

1年間の結果は、平均値 83.1% (前年比+1.7)、中央値 86.5% (前年比+2.3)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 3.5% (前年比+0.9) で、経時的に見ると、測定を開始した 2015 年度から年々改善をしており、2015 年度と比べると 13.9 ポイントと大きな改善が見られました。

統合指標のため、「特定術式における手術開始 1 時間以内の予防的抗菌薬投与率」「特定術式における術後 24 時間以内 (心臓手術は 48 時間) の予防的抗菌薬投与停止率」「特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率」が改善すると比例して改善する指標です。

参考文献

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

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ができます。

分子: 指標 No.17,18,19,20,21,22 の分子の合計

分母: 指標 No.17,18,19,20,21,22 の分母の合計

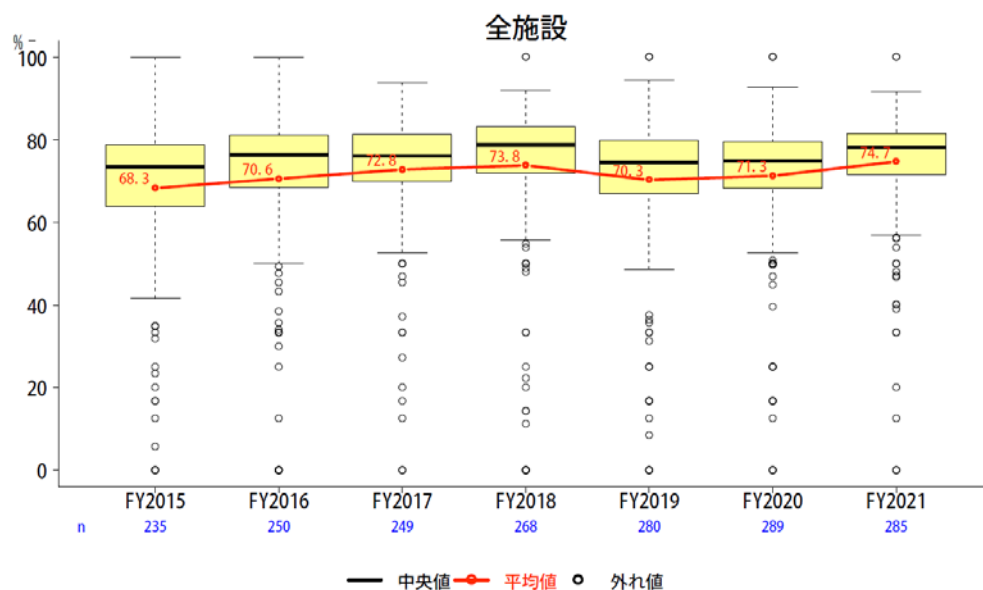
収集期間: 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

1年間の結果は、平均値 74.7% (前年比+3.4)、中央値 78.1% (前年比+3.2)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) で、経時的に見ると、測定を開始した 2015 年度以降、最もよい結果となりました。

統合指標のため、「急性心筋梗塞患者における当日アスピリン投与割合」「急性心筋梗塞患者におけるアスピリン投与割合」「急性心筋梗塞患者におけるβブロッカー投与割合」「急性心筋梗塞患者におけるスタチン投与割合」「急性心筋梗塞患者における ACE 阻害剤もしくはアンギオテンシン II 受容体阻害剤の投与割合」「急性心筋梗塞患者の病院到着後 90 分以内の PCI 実施割合」の 6 指標の改善または悪化に関する指標です。

急性心筋梗塞に関する項目は、長期に渡って測定を続けてきましたので、2022 年度は取り下げる予定です。そのため、この統合指標も終了となります。

参考文献

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

No.32 統合指標 (Composite Measures)

【脳梗塞】

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ができます。

分子: 指標 No.23,24,25,26,27 の分子の合計

分母: 指標 No.23,24,25,26,27 の分母の合計

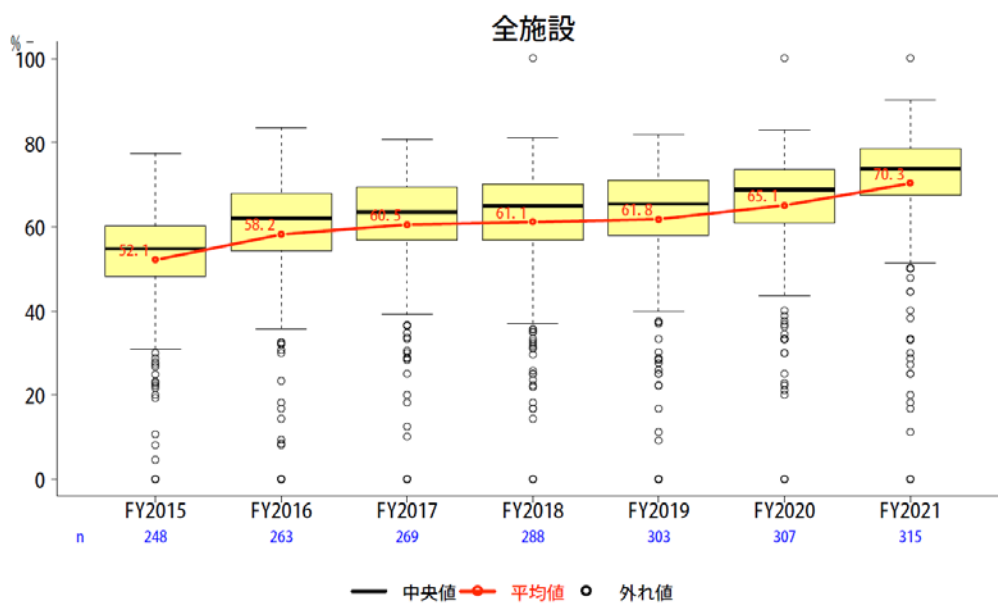
収集期間: 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

1年間の結果は、平均値 65.1% (前年比+5.2)、中央値 73.9% (前年比+5.1)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) で、経時的に見ると、測定を開始した 2015 年度から年々改善をしており、2015 年度と比べると 18.2 ポイントと大きな改善が見られました。

統合指標のため、「脳梗塞 (TIA 含む) 患者のうち第 2 病日までに抗血小板療法もしくは抗凝固療法を受けた患者の割合」「脳梗塞 (TIA 含む) 患者における抗血小板薬処方割合」「脳梗塞患者におけるスタチン処方割合」「心房細動を伴う脳梗塞 (TIA 含む) 患者への抗凝固薬処方割合」「脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者割合」が改善すると比例して改善する指標です。

参考文献

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

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

No.33-b 全報告中医師による報告の占める割合

指標の説明・定義

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

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

<No.33-a>

分 子: 調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント発生件数×100

分 母: 許可病床数

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

収集期間: 1ヶ月毎

<No.33-b>

分 子: 分母のうち医師が提出したインシデント・アクシデント報告総件数

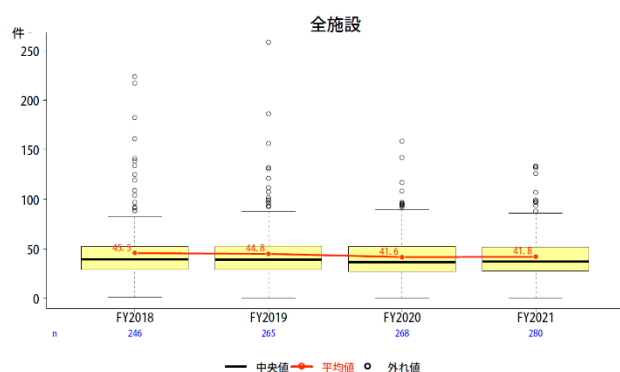
分 母: 調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告総件数

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

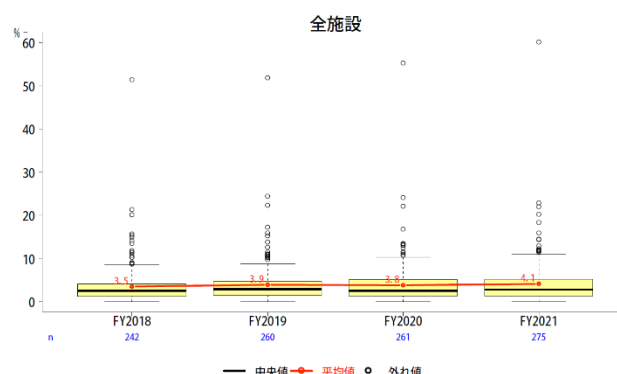
収集期間: 1ヶ月毎

結果

インシデント・アクシデント発生件数



医師による報告の占める割合



考察

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

今回、提出がなかったのは 67 施設で、提出割合は 80.7% (280/347, 前年比+2.3) でした。

1 年間の結果は、平均値 41.8 件 (前年比+0.2)、中央値 37.0 件 (前年比+0.5)、最大値 133.4 件 (前年比-25.0)、最小値 0.4 件 (前年比±0) で、測定を開始した 2018 年度からやや下降してはいますが、ばらつきが少なくなっており、正確にデータ提出ができるようになってきた可能性があります。

<No.33-b 全報告中医師による報告の占める割合>

今回、提出がなかったのは 72 施設で、提出割合は 79.3% (275/347, 前年比+2.9) でした。

1 年間の結果は、平均値 4.1% (前年比+0.3)、中央値 2.8% (前年比+0.2)、最大値 60.1% (前年比+4.9)、最小値 0.0% (前年比±0) で、測定を開始した 2018 年度以降大きな変化はありませんでした。

「インシデント・アクシデント発生件数」においては、報告されている件数をカウントしているため、2022 年度より、「インシデント・アクシデント報告件数」に変更する予定です。

参考文献

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

No.34 職員におけるインフルエンザワクチン予防接種率

指標の説明・定義

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

分子: インフルエンザワクチンを予防接種した職員数

分母: 職員数

備考: 職員:各施設の就業規則で規定される範囲とする。

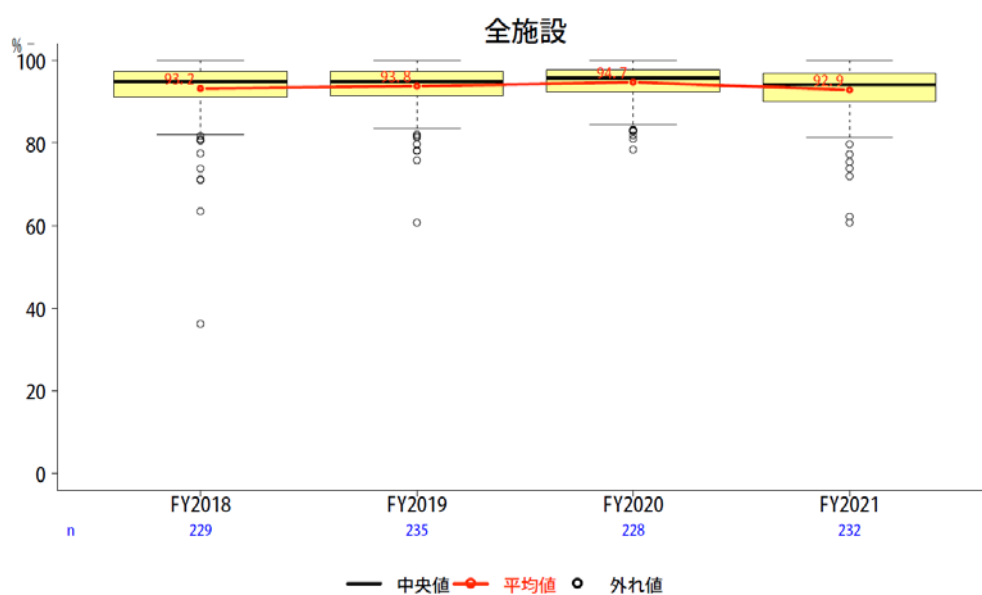
収集期間: 年1回

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは 115 施設で、提出割合は 66.9% (232/347, 前年比+0.9) でした。

1 年間の結果は、平均値 92.9% (前年比-1.8)、中央値 94.1% (前年比-1.6)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 60.8% (前年比-17.7) で、測定を開始した 2018 年度以降大きな変化はありませんでした。

参考文献

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

No.35 糖尿病・慢性腎臓病患者への栄養管理実施率

指標の説明・定義

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

積極的に栄養管理の介入を行うことも、医療の質の向上につながります。

分子： 分母のうち特別食加算の算定回数

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

収集期間： 4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分

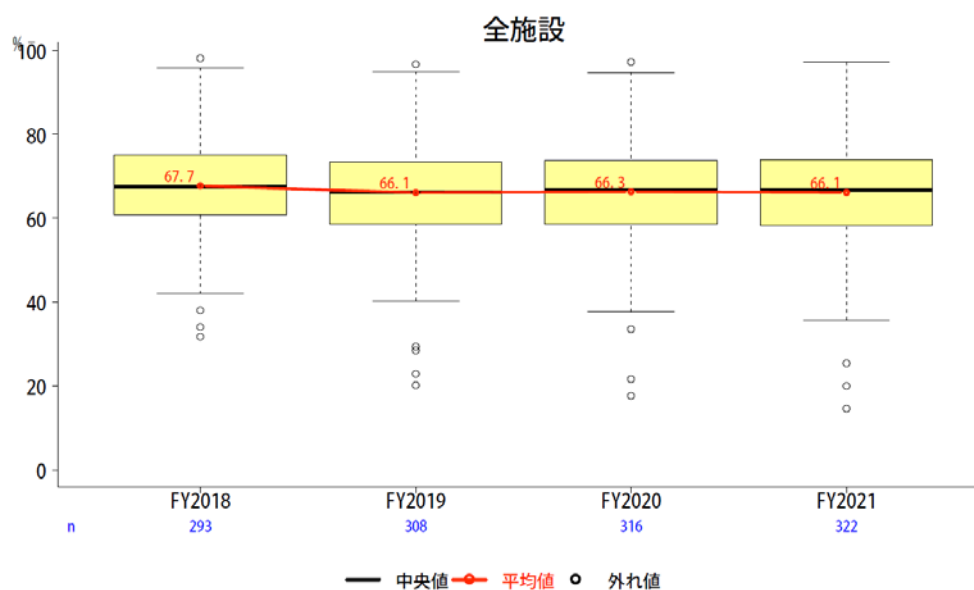
使用データ DPC 様式 1、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

1年間の結果は、平均値66.1%(前年比-0.2)、中央値66.7%(前年比-0.1)、最大値97.2%(前年比-1.5)、最小値14.6%(前年比-24.5)でした。

測定を開始した2018年度以降、大きな変化はありませんが、まだばらつきの大きい指標の一つです。

参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>

No.36-a 広域抗菌薬使用時の血液培養実施率

No.36-b 広域抗菌薬使用までの培養検査実施率

No.36-c 血液培養実施時の2セット実施率

指標の説明・定義

広域抗菌薬は、使用前までの最近培養検査、投与開始時の血液培養検査は、望ましいプラクティスとなります。また、血液培養は1セットのみの場合の偽陽性による過剰治療を防ぐため、2セット以上行うことが推奨されています。「広域抗菌薬使用までの培養検査実施率」は2021年度から採用した新しい項目です。

<No.36-a>

分子: 分母のうち投与開始初日に血液培養検査を実施した数

分母: 広域抗菌薬投与を開始した入院患者数

収集期間: 4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分

使用データ EFファイル

<No.36-b>

分子: 分母のうち投与開始初日までに培養検査を実施した数

分母: 広域抗菌薬投与を開始した入院患者数

収集期間: 4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分

使用データ Fファイル、EFファイル

<No.36-c>

分子: 血液培養オーダーが1日に2件以上ある日数(人日)

分母: 血液培養オーダー日数(人日)

収集期間: 4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分

使用データ Fファイル、EFファイル

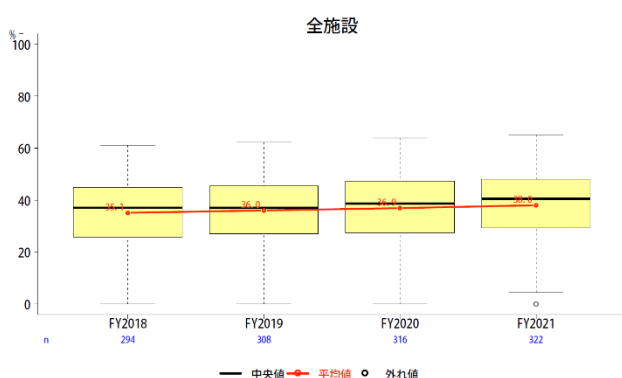
指標の種類・値の解釈

プロセス

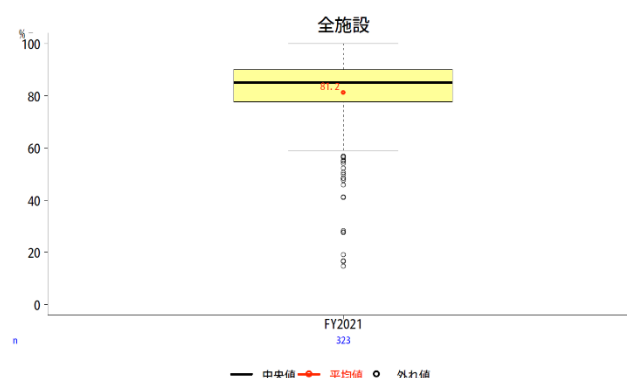
より高い値が望ましい

結果

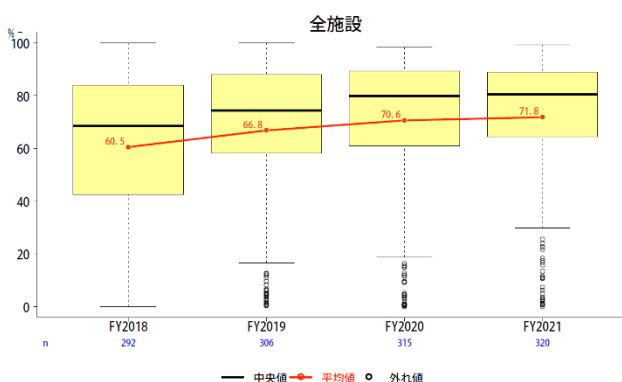
a) 血液培養実施率



b) 培養検査実施率



c) 2セット実施率



考察

<No.36-a 広域抗菌薬使用時の血液培養実施率>

1年間の結果は、平均値 38.0% (前年比+1.1)、中央値 40.5% (前年比+1.9)、最大値 65.2% (前年比+1.4)、最小値 0.0% (前年比±0) で、測定を開始した 2018 年度以降大きな変化はありませんでした。

<No.36-b 広域抗菌薬使用までの培養検査実施率>

1年間の結果は、平均値 81.2%、中央値 85.0%、最大値 100.0%、最小値 14.7% (前年比+14.7) でした。測定開始年であり、どのように変化していくか継続してみたいです。

<No.36-b 血液培養実施時の 2 セット実施率>

1年間の結果は、平均値 71.8% (前年比+1.2)、中央値 80.4% (前年比+0.5)、最大値 99.3% (前年比+1.1)、最小値 0.0% (前年比±0) で、測定を開始した 2018 年度から徐々に改善し、2018 年度と比べると 11.3 ポイント改善しました。

参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>

No.37-a 脳卒中患者に対する地域連携の実施割合

No.37-b 大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携の実施割合

指標の説明・定義

2021年度から採用した新しい項目です。

脳卒中や大腿骨頸部骨折の治療は、急性期の治療後も継続的な医学的管理とリハビリテーションが重要です。これらの患者に対する地域連携パスの使用等、地域連携に関連した実施率を見ることは、地域医療に関する医療体制を評価することにつながります。

<No.37-a>

分 子: 分母のうち地域連に関する算定のある患者数

分 母: 脳卒中で入院した患者数

収集期間: 4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分

使用データ DPC 様式 1、EF ファイル

<No.37-b>

分 子: 分母のうち地域連に関する算定のある患者数

分 母: 大腿骨頸部骨折で入院し、大腿骨頸部の手術を受けた患者数

収集期間: 4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分

使用データ DPC 様式 1、EF ファイル

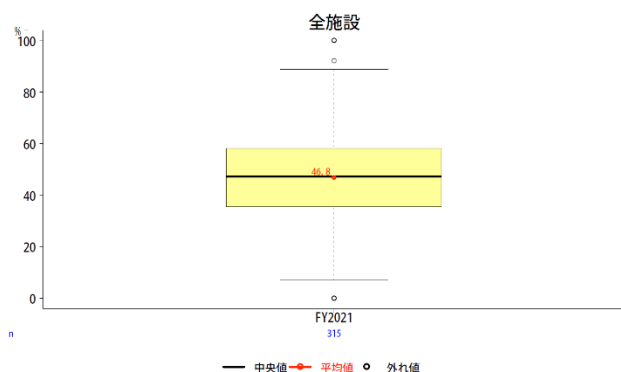
指標の種類・値の解釈

プロセス

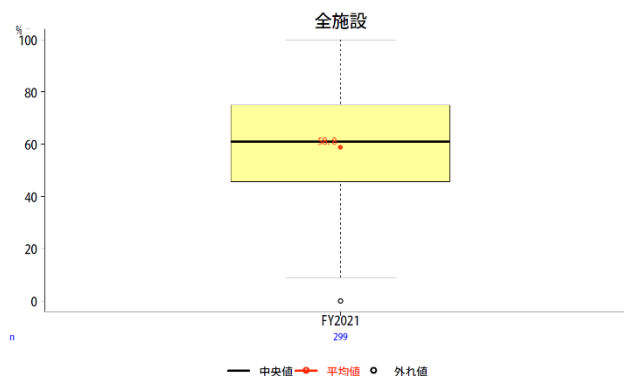
より高い値が望ましい

結果

a) 脳卒中患者



b) 大腿骨頸部骨折患者



考察

<No.37-a 脳卒中患者に対する地域連携の実施割合>

1年間の結果は、平均値 46.8%、中央値 47.2%、最大値 100.0%、最小値 0.0%でした。

<No.37-b 大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携の実施割合>

1年間の結果は、平均値 58.8%、中央値 61.0%、最大値 100.0%、最小値 0.0%でした。

2020年度までは、脳卒中患者および大腿骨頸部骨折患者の地域連携パスの使用率を算出していましたが、施設からのご意見を踏まえ、地域連携に関する算定がされた患者に変更しました。

参考文献

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

No.38 18歳以上の身体抑制率

指標の説明・定義

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

分子： 分母のうち(物理的)身体抑制を実施した患者延べ数(device days)

分母： 18歳以上の入院患者延べ数(patient days)

収集期間： 1ヶ月毎

下記項目のうち1～9の項目に準拠する項目を物理的身体抑制と定義する。

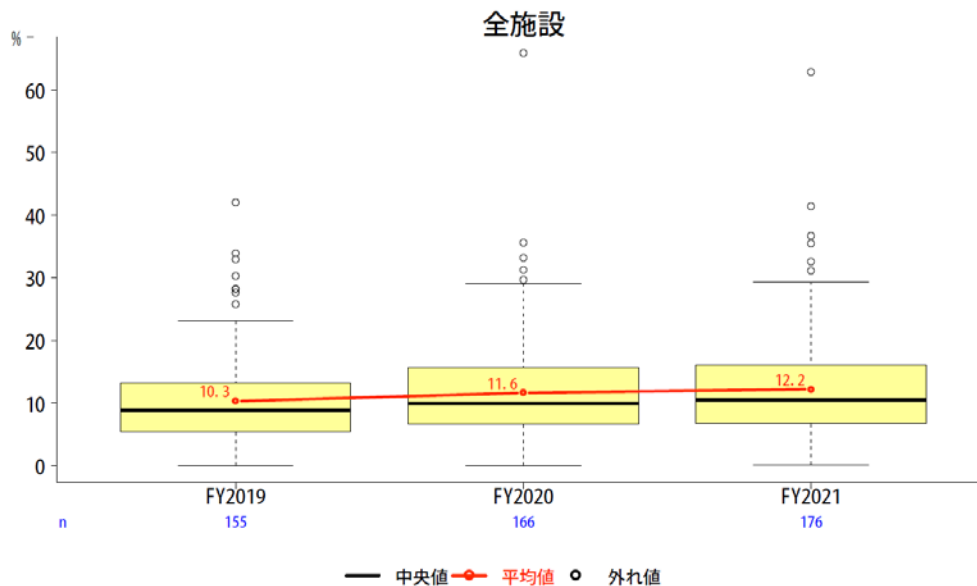
- 1) 徘徊しないように、車椅子や椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- 2) 転落しないように、ベッドに体幹四肢をひも等で縛る。
- 3) 自分で降りられないように、ベッドを柵(サイドレール)で囲む。
- 4) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- 5) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
- 6) 車椅子からずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。
- 7) 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子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

指標の種類・値の解釈

プロセス

より低い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは 171 施設で、提出割合は 50.7% (176/347, 前年比+2.9) でした。

1年間の結果は、平均値 12.2% (前年比+0.6)、中央値 10.6% (前年比+0.7)、最大値 62.8% (前年比-3.0)、最小値 0.1% (前年比+0.1) でした。

2019 年度から新しく採用した項目のため、まだ半数の施設が提出できていませんが、少しずつは増えてきています。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
2. 文献 HBIPS-2 Hours of physical restraint use. Joint Commission National Quality Core Measures
3. 厚生労働省 身体拘束ゼロ作戦推進会議 「身体拘束ゼロへの手引き」

No.39-a 大腿骨頸部骨折の早期手術割合

No.39-b 大腿骨転子部骨折の早期手術割合

指標の説明・定義

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

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

<No.39-a>

分子: 分母のうち、入院2日以内に手術を受けた患者数

分母: 大腿骨頸部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた患者数

収集期間: 4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分

使用データ DPC 様式1

<No.39-b>

分子: 分母のうち、入院2日以内に手術を受けた患者数

分母: 大腿骨転子部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた患者数

収集期間: 4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分

使用データ DPC 様式1

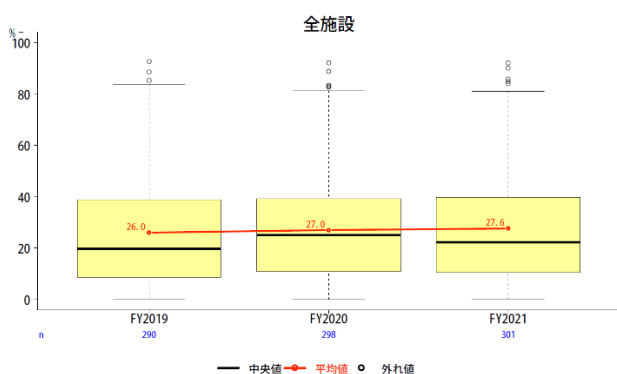
指標の種類・値の解釈

プロセス

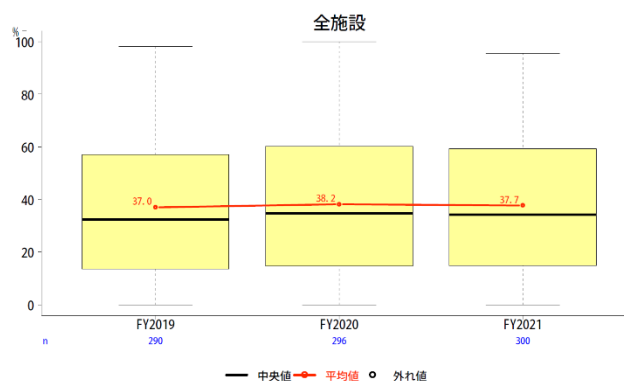
より高い値が望ましい

結果

a) 大腿骨頸部骨折



b) 大腿骨転子部骨折



考察

<No.39-a 大腿骨頸部骨折の早期手術割合>

1年間の結果は、平均値 27.6% (前年比+0.6)、中央値 22.2% (前年比-2.8)、最大値 92.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。

2019年度から新しく採用した項目で、大きな変化はなく、26~27%程度を推移しています。

<No.39-b 大腿骨転子部骨折の早期手術割合>

1年間の結果は、平均値 37.7% (前年比-0.5)、中央値 34.3% (前年比-0.1)、最大値 95.6% (前年比-4.4)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。

「大腿骨頸部骨折の早期手術割合」同様、2019年度から新しく採用した項目で、大腿骨頸部骨折よりはやや高く、37~38%程度を推移しています。

参考文献

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

No.40 シスプラチンを含むがん薬物療法後の急性期予防的制吐剤投与率

指標の説明・定義

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

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

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

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

収集期間: 4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

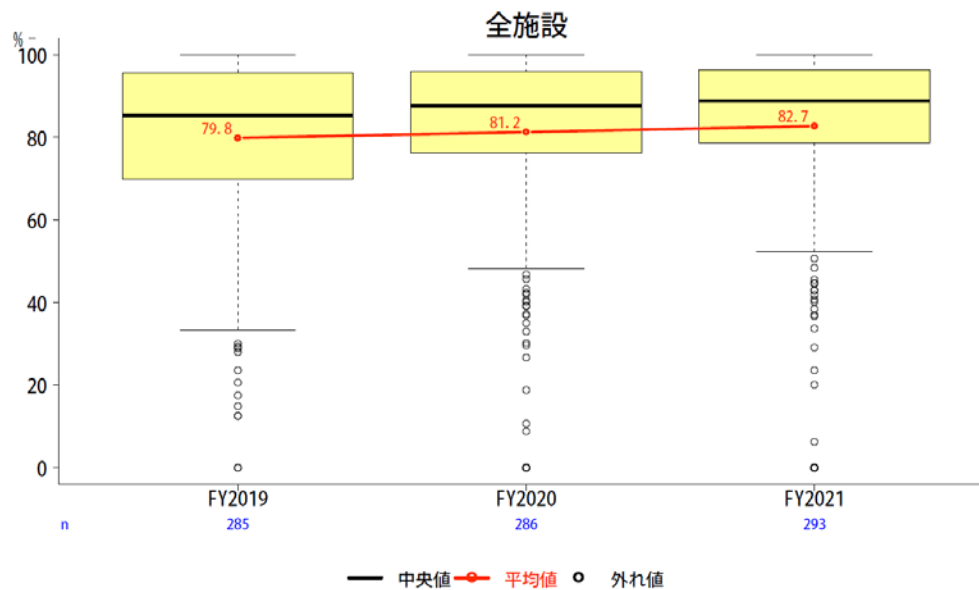
使用データ DPC 様式 1、F ファイル、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

1年間の結果は、平均値 82.7% (前年比+1.5)、中央値 88.8% (前年比+1.1)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。

2019年度から新しく採用した項目ですが、2019年度と比べると、2.9ポイント改善し、ばらつきも少なくなってきました。

参考文献

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

No.41 抗 MRSA 薬投与に対する薬物血中濃度測定割合

指標の説明・定義

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

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

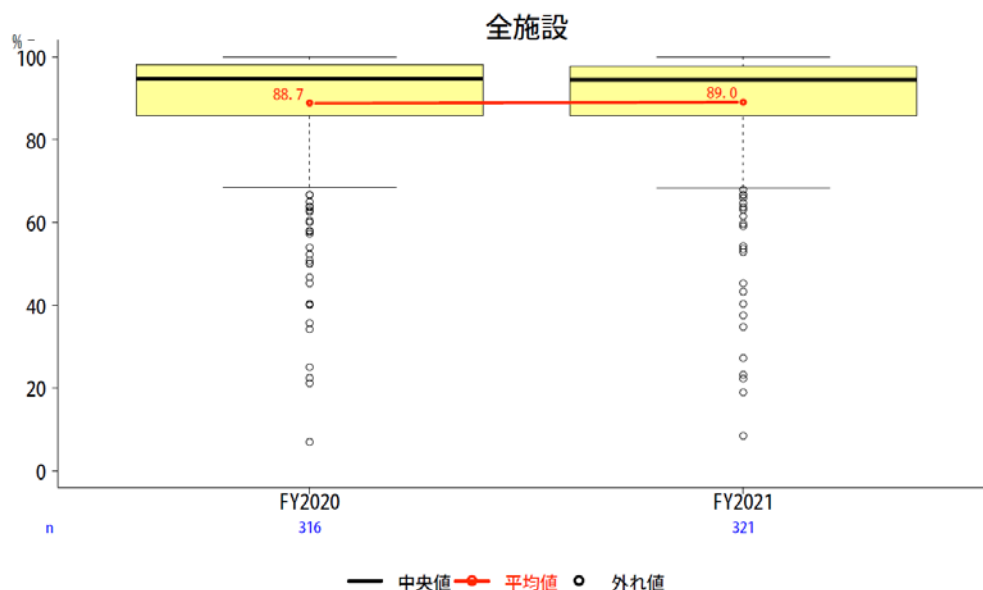
分子:	分母のうち、薬物血中濃度を測定された症例数
分母:	TDM を行うべき抗 MRSA 薬を投与された症例数
収集期間:	4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分
使用データ	DPC 様式 1、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

1年間の結果は、平均値 89.0% (前年比+0.3)、中央値 94.4% (前年比-0.2)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 8.3% (前年比+1.3) でした。

参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>

No.52-a 薬剤管理指導実施割合(病棟薬剤業務実施加算の有る医療機関)

No.52-b 薬剤管理指導実施割合(病棟薬剤業務実施加算の無い医療機関)

指標の説明・定義

厚生労働省の医療の質の評価・公表等推進事業における共通指標にも採用され、2019年度まで測定していた指標の改訂版です。本プロジェクト参加施設からの希望により、薬剤師の病棟薬剤業務の有無により病院を分けた指標として再定義しました。

薬剤師の薬学的管理指導は、医療改善につながります。また、服薬指導により薬物療法に対する安全性や有用性を患者が認識すれば、アドヒアランスの向上(患者が積極的に治療方針の決定に参加し、その決定にそって治療を受けること)に繋がると期待されています。

分子: 分母のうち、薬剤管理指導を受けた患者数

分母: 入院患者数

収集期間: 4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分

使用データ DPC 様式 1、EF ファイル

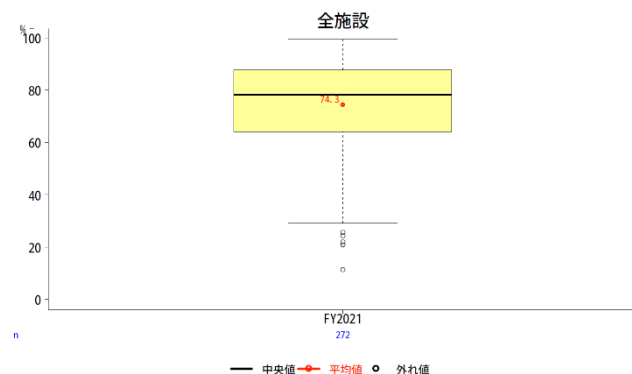
指標の種類・値の解釈

プロセス

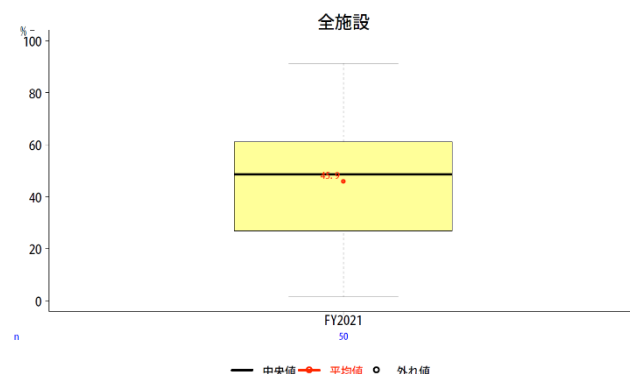
より高い値が望ましい

結果

a) 病棟薬剤業務実施加算の有る



b) 病棟薬剤業務実施加算の無い



考察

<No.52-a 薬剤管理指導実施割合(病棟薬剤業務実施加算の有る医療機関)>

1年間の結果は、平均値 74.3%、中央値 78.2%、最大値 99.5%、最小値 11.4%でした。

<No.52-b 薬剤管理指導実施割合(病棟薬剤業務実施加算の無い医療機関)>

1年間の結果は、平均値 45.9%、中央値 48.7%、最大値 91.3%、最小値 1.4%でした。

2021年度から新しく採用した項目のため、今後どのように変化していくか継続してみたい予定です。

参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>

脳梗塞・脳出血・心不全退院後 365 日以内の救急再入院/死亡

心不全症例 30 日以内の死亡

指標の説明・定義

2021 年度に採用した新しい項目です。

OECD の Integrated Care チームによって提案された国際比較が可能になる指標です。

脳梗塞患者および脳出血患者の退院後 1 年以内の再入院・死亡は、脳梗塞・脳出血後の二次予防的介入の評価をすることができます。二次予防的介入には、禁煙、食事療法のカウンセリング、身体活動の支援、薬理的療法、頸動脈内膜剥離術などのライフスタイル要因に影響を与える介入も含まれます。

心不全患者の指標は、プライマリケアと専門外来の両方で心不全患者のケアの質を反映することを目的としています。病院への再入院・死亡の原因には、例えば、早期退院、不十分な薬理的治療、疾患に関する患者への不十分な情報、および次のケアにおけるフォローアップの欠如が含まれる可能性があります。

<脳梗塞患者>

分 子: No.42-a) 分母のうち、退院後 365 日以内の救急再入院患者数(傷病問わず)
No.42-b) 分母のうち、退院後 365 日以内の救急再入院患者数(傷病限定)
No.43) 分母のうち、退院後 365 日以内の死亡患者数(傷病問わず)
No.44-a) 分母のうち、退院後 365 日以内の死亡あるいは救急再入院患者数(傷病問わず)
No.44-b) 分母のうち、退院後 365 日以内の死亡あるいは救急再入院患者数(傷病限定)

分 母: 15 歳以上の脳梗塞入院患者数

使用データ DPC 様式 1

<脳出血患者>

分 子: No.45-a) 分母のうち、退院後 365 日以内の救急再入院患者数(傷病問わず)
No.45-b) 分母のうち、退院後 365 日以内の救急再入院患者数(傷病限定)
No.46) 分母のうち、退院後 365 日以内の死亡患者数(傷病問わず)
No.47-a) 分母のうち、退院後 365 日以内の死亡あるいは救急再入院患者数(傷病問わず)
No.47-b) 分母のうち、退院後 365 日以内の死亡あるいは救急再入院患者数(傷病限定)

分 母: 15 歳以上の脳出血入院患者数

使用データ DPC 様式 1

<心不全患者>

分 子: No.48-a) 分母のうち、退院後 365 日以内の救急再入院患者数(傷病問わず)
No.48-b) 分母のうち、退院後 365 日以内の救急再入院患者数(傷病限定)
No.49) 分母のうち、退院後 365 日以内の死亡患者数(傷病問わず)
No.50-a) 分母のうち、退院後 365 日以内の死亡あるいは救急再入院患者数(傷病問わず)
No.50-b) 分母のうち、退院後 365 日以内の死亡あるいは救急再入院患者数(傷病限定)
No.51) 分母のうち、30 日以内の死亡患者数

分 母: 15 歳以上の心不全入院患者数

使用データ DPC 様式 1

指標の種類・値の解釈

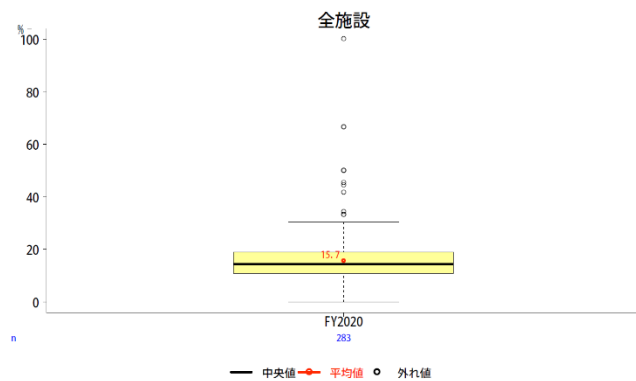
アウトカム

低い方が望ましい

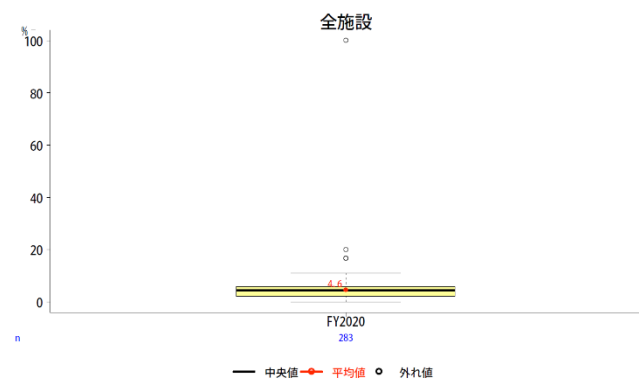
結果

脳梗塞患者

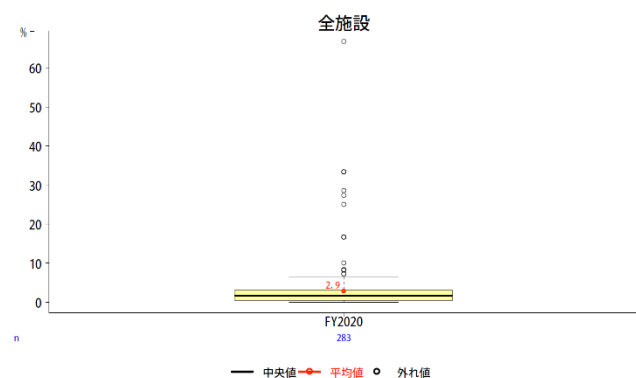
救急再入院(傷病問わず)



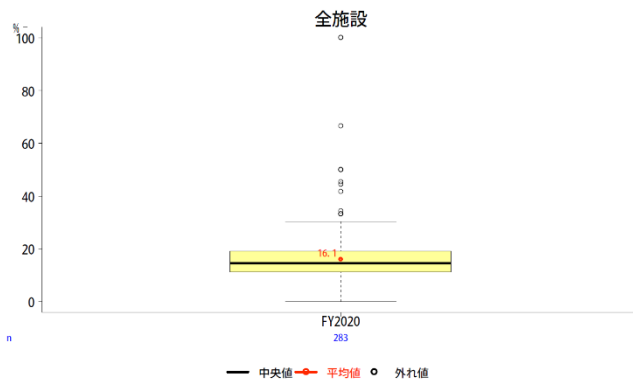
救急再入院(傷病限定)



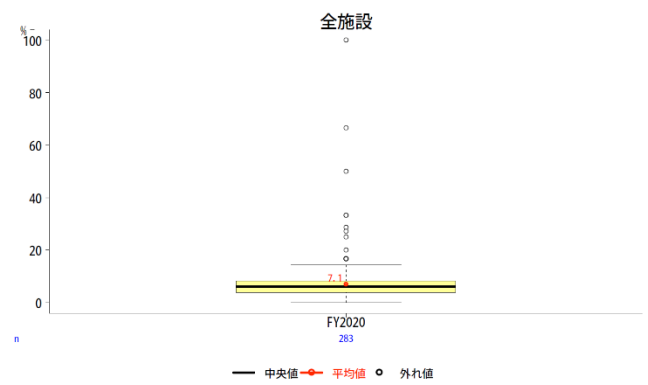
死亡(傷病問わず)



死亡あるいは救急再入院(傷病問わず)

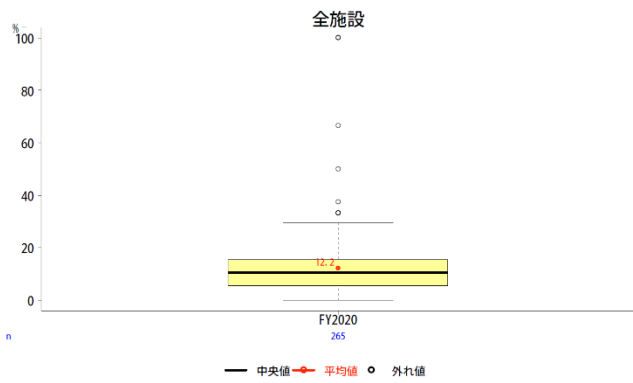


死亡あるいは救急再入院(傷病限定)

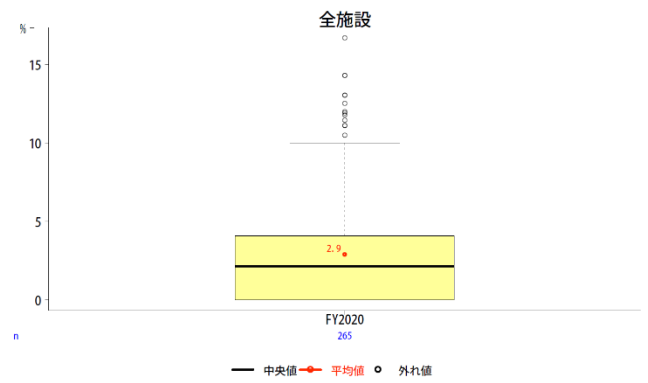


脳出血患者

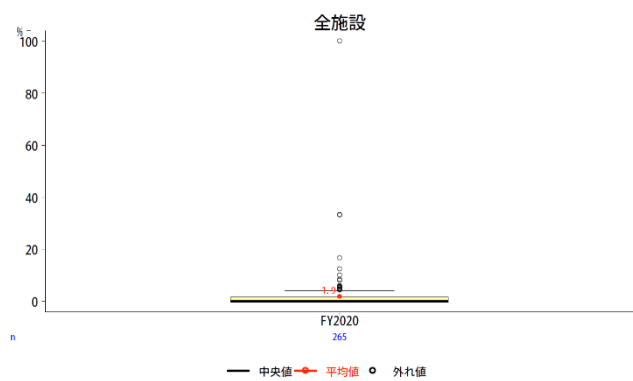
救急再入院(傷病問わず)



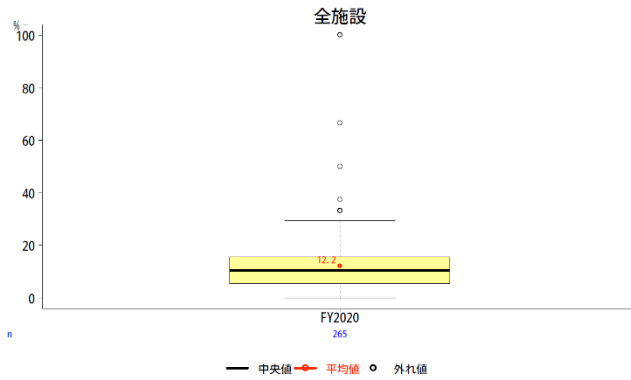
救急再入院(傷病限定)



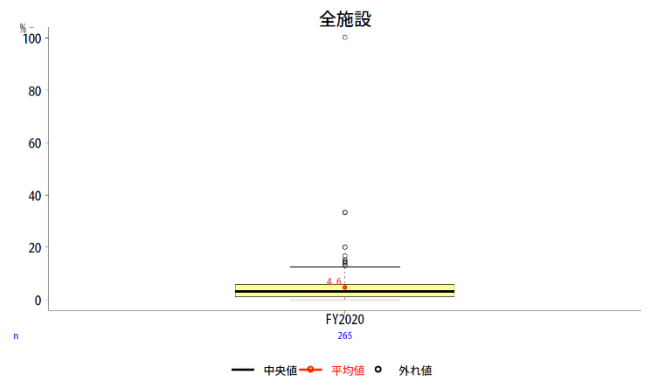
死亡(傷病問わず)



死亡あるいは救急再入院(傷病問わず)

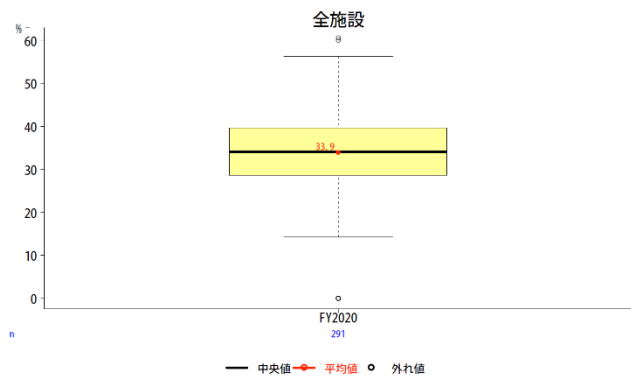


死亡あるいは救急再入院(傷病限定)

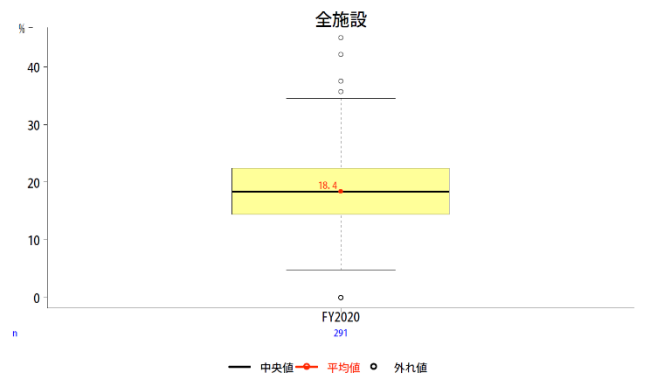


心不全患者

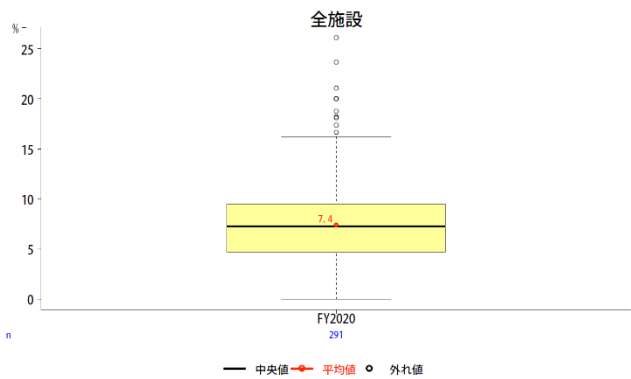
救急再入院(傷病問わず)



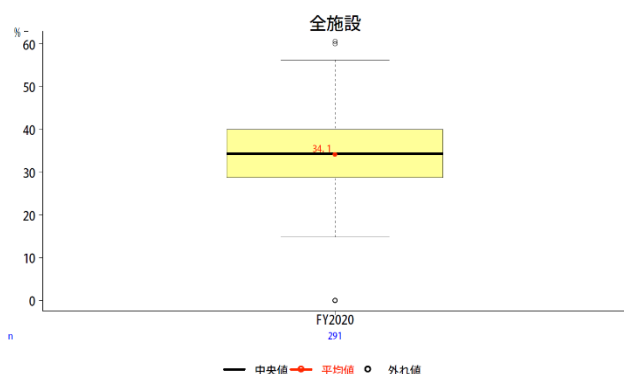
救急再入院(傷病限定)



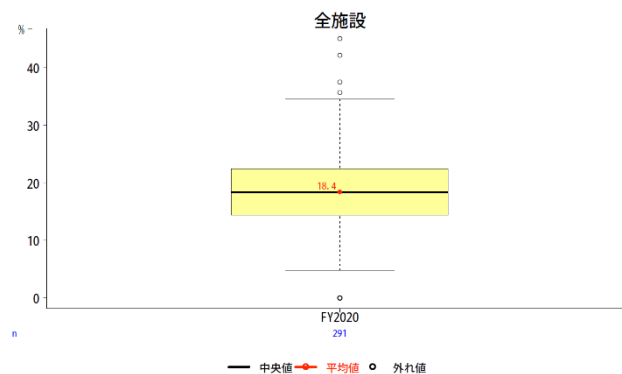
死亡(傷病問わず)



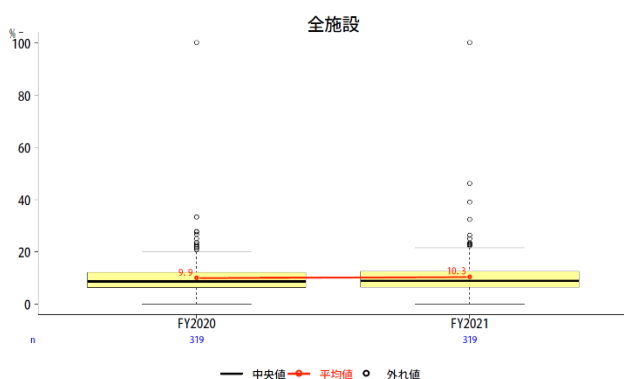
死亡あるいは救急再入院(傷病問わず)



死亡あるいは救急再入院(傷病限定)



30日以内の死亡



考察

<脳梗塞患者>

救急再入院(傷病問わず)は平均値 15.7%、中央値 14.3%、最大値 100.0%、最小値 0.0%、救急再入院(傷病限定)は平均値 4.6%、中央値 4.4%、最大値 100.0%、最小値 0.0%でした。つまり脳卒中に関連しない再入院が約 10 ポイント程度存在することがわかります。

死亡(傷病問わず)は平均値 2.9%、中央値 1.7%、最大値 66.7%、最小値 0.0%で、死亡あるいは救急再入院とすると、(傷病問わず)は平均値 16.1%、中央値 14.6%、最大値 100.0%、最小値 0.0%、(傷病限定)は平均値 7.1%、中央値 6.1%、最大値 100.0%、最小値 0.0%でした。

<脳出血患者>

救急再入院(傷病問わず)は平均値 12.2%、中央値 10.5%、最大値 100.0%、最小値 0.0%、救急再入院(傷病限定)は平均値 2.9%、中央値 2.2%、最大値 16.7%、最小値 0.0%でした。脳梗塞同様、脳卒中に関連しない再入院が約 10 ポイント程度存在することがわかります。

死亡(傷病問わず)は平均値 1.9%、中央値 0.0%、最大値 100.0%、最小値 0.0%で、死亡あるいは救急再入院とすると、(傷病問わず)は平均値 12.2%、中央値 10.5%、最大値 100.0%、最小値 0.0%、(傷病限定)は平均値 4.6%、中央値 3.2%、最大値 100.0%、最小値 0.0%でした。脳梗塞と比べると、全体的にやや値が低いことがわかります。

<心不全患者>

救急再入院(傷病問わず)は平均値 33.9%、中央値 34.1%、最大値 60.5%、最小値 0.0%、救急再入院(傷病限定)は平均値 18.4%、中央値 18.3%、最大値 45.0%、最小値 0.0%でした。脳梗塞・脳出血と比べると、約 20 ポイント程度高くなります。

死亡(傷病問わず)は平均値 7.4%、中央値 7.3%、最大値 26.1%、最小値 0.0%で、死亡あるいは救急再入院とすると、(傷病問わず)は平均値 34.2%、中央値 34.3%、最大値 60.5%、最小値 0.0%、(傷病限定)は平均値 18.4%、中央値 18.3%、最大値 45.0%、最小値 0.0%でした。

30 日以内の死亡では、平均値 10.3%(前年比+0.4)、中央値 8.9%(前年比+0.2)、最大値 100.0%(前年比±0)、最小値 0.0%(前年比±0)でした。

元となる OECD の定義では、他施設での死亡や再入院も含むものとされています。しかし、わが国においては、施設をまたいで一人の患者の受診状況を取得することができません。そのため、諸外国と比べて、値が低い結果が示されています¹。

1 年間、これらの指標を測定してきましたが、諸外国との医療の差が大きく、また、施設毎では活用が難しい指標であり、2022 年度より停止する予定です。

参考文献

1. Health at a Glance 2021 OECD Indicators (<https://www.oecd-ilibrary.org/sites/d6e80df4-en/index.html?itemId=/content/component/d6e80df4-en> 2022/10/23 available)

精神病床向けの指標

No.01 紹介率

No.02 逆紹介率

指標の説明・定義

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

分子: No.01) 紹介患者数
No.02) 逆紹介患者数

分母: 初診患者数

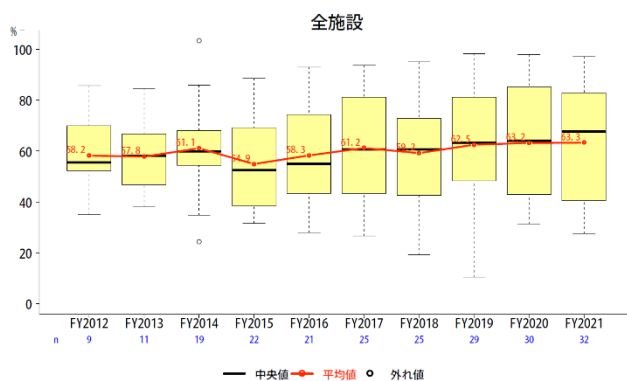
収集期間: 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

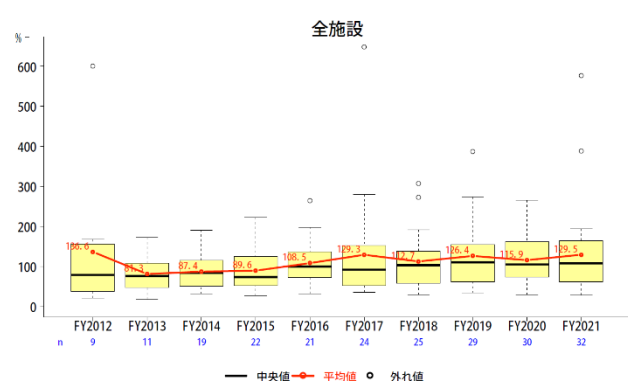
プロセス

結果

紹介率



逆紹介率



考察

<No.01 紹介率>

今回、提出がなかったのは7施設で、提出割合は82.1%(32/39, 前年比+0.5)でした。

1年間の結果は、平均値63.2%(前年比+0.1)、中央値67.7%(前年比+3.4)、最大値97.2%(前年比-0.3)、最小値27.6%(前年比-3.8)で、測定を開始した2012年度以降徐々に値が上がってきていますが、ばらつきも大きくなっています。

<No.02 逆紹介率>

今回、提出がなかったのは7施設で、提出割合は82.1%(32/39, 前年比+0.5)でした。

1年間の結果は、平均値129.5%(前年比+13.6)、中央値108.3%(前年比+8.8)、最大値576.6%(前年比+311.6)、最小値29.1%(前年比-0.4)でした。

外れ値の施設においては、算出の間違いであるか、今一度確認が必要と考えています。

参考文献

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

No.03-a 入院患者の転倒・転落発生率

No.03-b 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

No.03-c 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

No.03-d 65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率

指標の説明・定義

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

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

2013年度より、損傷レベル2以上を項目に加えることにしました。また、2019年度から65歳以上の転倒・転落発生率を採用しました。この指標は The Australian Council on Healthcare Standards(ACHS)の Inpatient falls-patients 65 years and older に準拠した定義です。

分 子: No.03-a) 入院中の患者に発生した転倒・転落件数

No.03-b) 入院中の患者に発生した**損傷レベル2以上**の転倒・転落件数

No.03-c) 入院中の患者に発生した**損傷レベル4以上**の転倒・転落件数

No.03-d) 65歳以上の入院中の患者に発生した転倒・転落件数

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

分子包含: 介助時および複数回の転倒・転落

分子除外: 学生、スタッフなど入院患者以外の転倒・転落

収集期間: 1ヶ月毎

調整方法: ‰(パーミル: 1000分の1を1とする単位)

<損傷レベル>

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

必要となった

5 死亡 転倒による損傷の結果、患者が死亡した

6 UTD 記録からは判定不可能

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

指標の種類・値の解釈

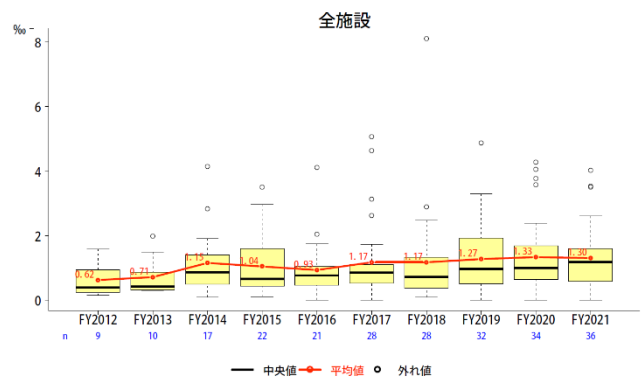
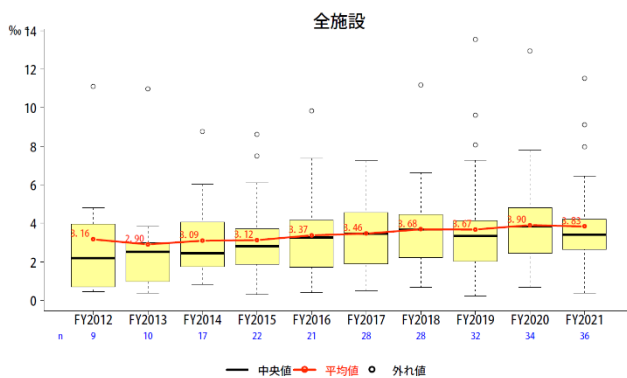
アウトカム

より低い値が望ましい

結果

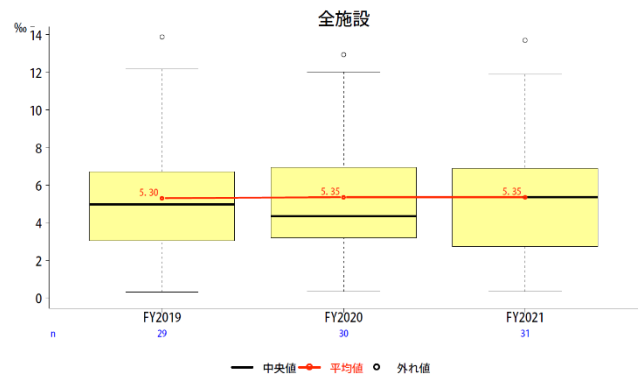
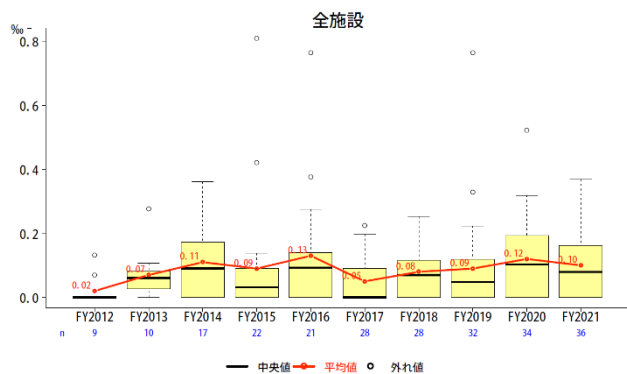
入院患者の転倒・転落発生率

入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル 2 以上)



入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル 4 以上)

65 歳以上の入院患者における転倒・転落発生率



考察

今回、提出がなかったのは入院患者全体では3施設で、提出割合は92.3% (36/39, 前年比+0.2)、65歳以上では8施設で、提出割合は79.5% (31/39, 前年比-2.1)でした。

転倒転落発生率の1年間の結果は、平均値 3.83‰ (前年比-0.07)、中央値 3.42‰ (前年比-0.31)、最大値 11.53‰ (前年比-3.52)、最小値 0.38‰ (前年比-0.29)、損傷発生率(損傷レベル 2 以上)の1年間の結果は、平均値 1.30‰ (前年比-0.03)、中央値 1.18‰ (前年比+0.14)、最大値 4.02‰ (前年比-0.25)、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 0.10‰ (前年比-0.02)、中央値 0.08‰ (前年比-0.04)、最大値 0.37‰ (前年比-0.15)、最小値 0.00‰ (前年比±0)でした。

65歳以上の転倒転落発生率は、平均値 5.35‰ (前年比±0)、中央値 5.36‰ (前年比+0.96)、最大値 13.71‰ (前年比+0.78)、最小値 0.33‰ (前年比±0)でした。

一般と比べると参加施設が多くないためばらつきは見られますが、転倒転落発生率は2012年度と比べると徐々に値が上がっています。これは入院患者の高齢化が進み、転倒転落のリスクが高い患者が増加していることが予想されます。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディアカ ISBN 978-4-89996-433-9
2. The Joint Commission; The Implementation Guide for the NQF Endorsed Nursing-Sensitive Care Measure Set 2009, version 2.0. (Internet: <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NSC%20Manual.pdf> 2016/10/15 available)
3. 厚生労働科学研究費補助金事業(医療安全・医療技術評価総合研究事業)平成16-18年度「医療安全のための教材と教育方法の開発に関する研究」班研究報告書 別冊『転倒・転落対策のガイドライン』(主任研究者:上原鳴夫)
4. Healey F, Scobie S, Glampson B, Pryce A, Joule N, Willmott M. Slips, trips and falls in hospital. London: NHS 2007;1.
5. Montalvo I. " The National Database of Nursing Quality Indicators TM (NDNQI(R)). OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing 2007;12.

No.04 身体抑制率

指標の説明・定義

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

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

分母： 病床入院のべ患者日数(patient days)

収集期間： 1ヶ月毎

下記項目のうち1～9の項目に準拠する項目を物理的身体抑制と定義する。

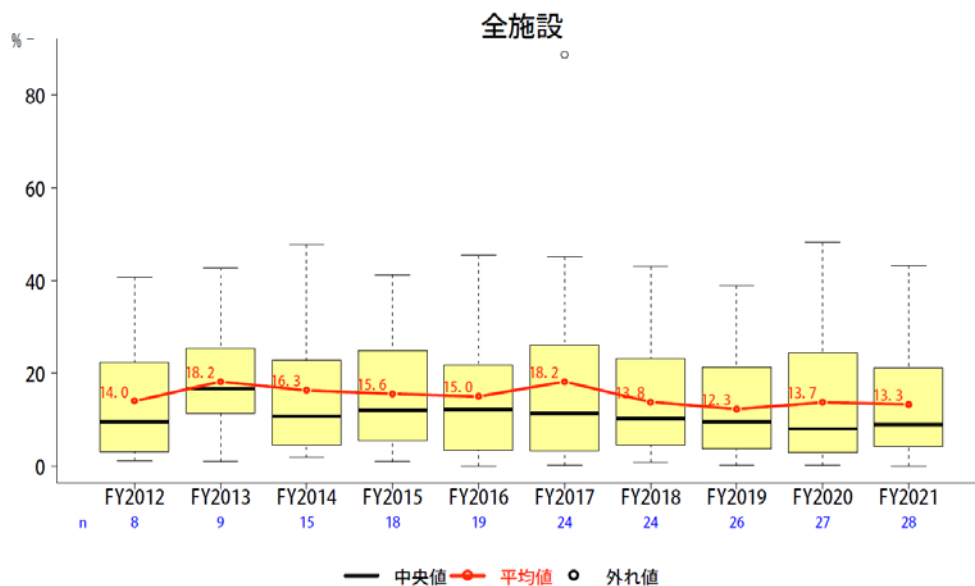
- 1) 徘徊しないように、車椅子や椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- 2) 転落しないように、ベッドに体幹四肢をひも等で縛る。
- 3) 自分で降りられないように、ベッドを柵(サイドレール)で囲む。
- 4) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- 5) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
- 6) 車椅子からずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。
- 7) 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子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

指標の種類・値の解釈

プロセス

より低い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは 11 施設で、提出割合は 71.8% (28/39, 前年比-1.9) でした。

1 年間の結果は、平均値 13.3% (前年比+0.4)、中央値 9.0% (前年比+2.6)、最大値 43.3% (前年比-4.9)、最小値 0.0% (前年比-0.2) で、測定を開始した 2012 年度以降、12~18% で推移しています。

参考文献

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

No.05 在宅復帰率

指標の説明・定義

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

本指標は、精神病床を対象に、在宅復帰となった患者の割合をみています。

分子： 在宅退院患者数

分母： 全退院患者数

分子包含： 在宅医療機関へ転院等した患者数

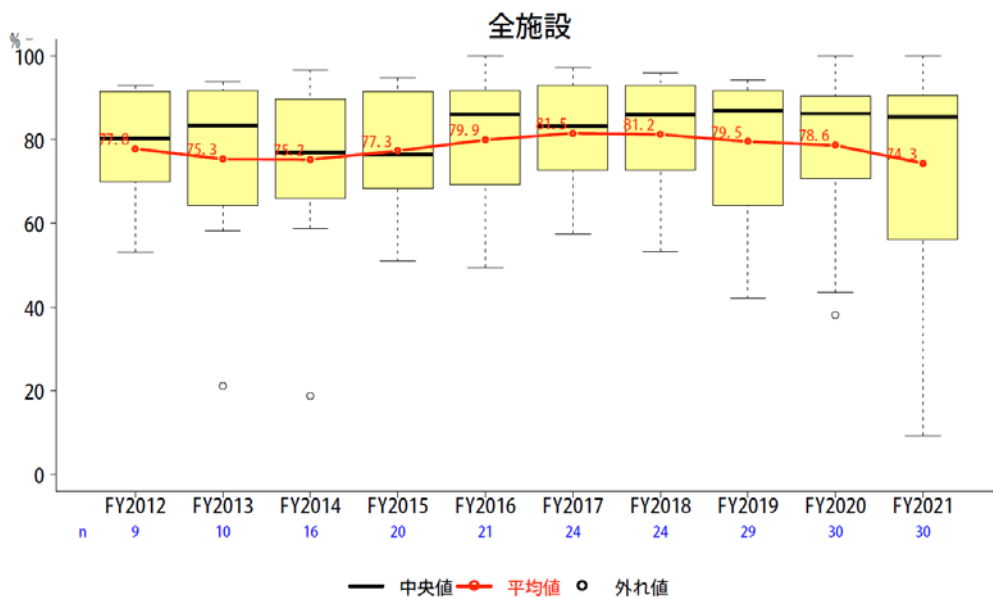
分母除外： 死亡退院患者数、在宅退院希望ではない患者数

収集期間： 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

結果



考察

今回、提出がなかったのは9施設で、提出割合は76.9%(30/39, 前年比-4.7)でした。

1年間の結果は、平均値74.3%(前年比-4.3)、中央値85.4%(前年比-1.4)、最大値100.0%(前年比±0)、最小値9.2%(前年比-28.8)で、測定を開始した2012年度以降、最も低い値でした。またばらつきも大きく、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の流行に伴い、施設等の入居が難しいケースが増加したと考えられます。

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。

日本褥瘡学会の褥瘡状態評価スケールが改定されたことに伴い、分母の定義で確認していた褥瘡保有の記録(d1,d2,D3,D4,D5,DU)を(d1,d2,D3,D4,D5,DTI,U)に変更しました。

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

分子: d2(真皮までの損傷)以上の院内新規褥瘡発生患者数

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

分母除外: 同日入退院の患者

入院時刻から24時間以内に DESIGN-R® 2020 Depth(深さ)の d1, d2, D3, D4, D5, DTI, U のいずれかの記録がある患者

同一入院期間中の調査月間以前に院内新規褥瘡があった患者

収集期間: 1ヶ月毎

<Depth(深さ)>

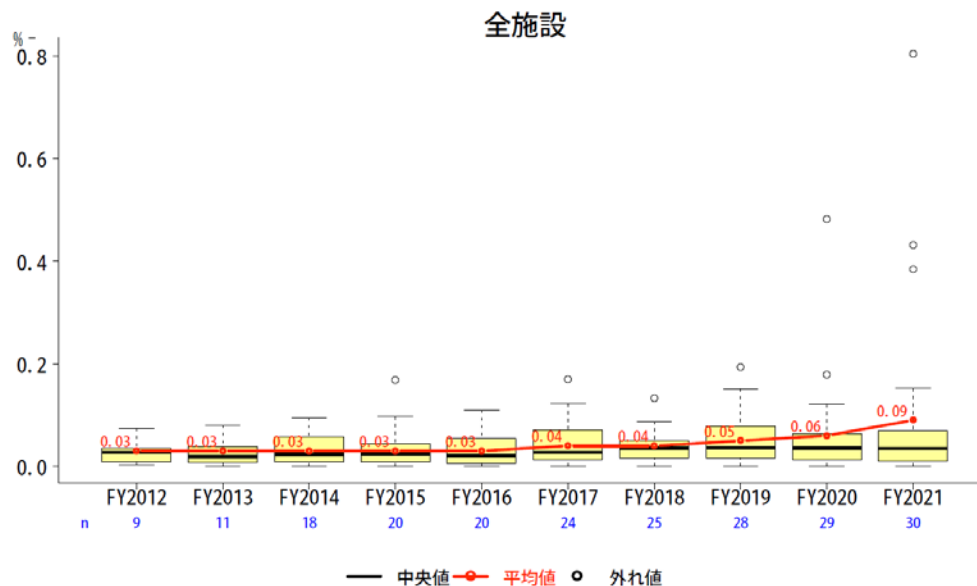
d0	皮膚損傷・発赤なし
d1	持続する発赤
d2	真皮までの損傷
D3	皮下組織までの損傷
D4	皮下組織をこえる損傷
D5	関節腔、体腔に至る損傷
DTI	深部損傷褥瘡(DTI)疑い
U	壊死組織で覆われ深さの判定が不能

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは9施設で、提出割合は76.9% (30/39, 前年比-2.0)でした。

1年間の結果は、平均値0.09% (前年比+0.03)、中央値0.03% (前年比±0)、最大値0.80% (前年比+0.32)、最小値0.00% (前年比±0)でした。平均値を見るとやや悪化しているように見えますが、外れ値も増加しているため、外れ値の施設には、算出の間違いではないか、確認の必要があると考えています。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
2. 「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)

7. 厚生労働省 平成 29 年度医療の質の評価・公表等推進事業 共通指標セット
(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000166331.html> 2021/05/18 available)
8. 編集 一般社団法人日本褥瘡学会. 褥瘡状態評価スケール 改定 DESIGN-R®2020 コンセンサス・ドキュメント. (http://www.jspu.org/jpn/member/pdf/design-r2020_doc.pdf 2021/05/19 available)

No.07 90日以内の退院患者率

指標の説明・定義

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

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

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

分母: 調査期間の精神科退院患者数

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

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

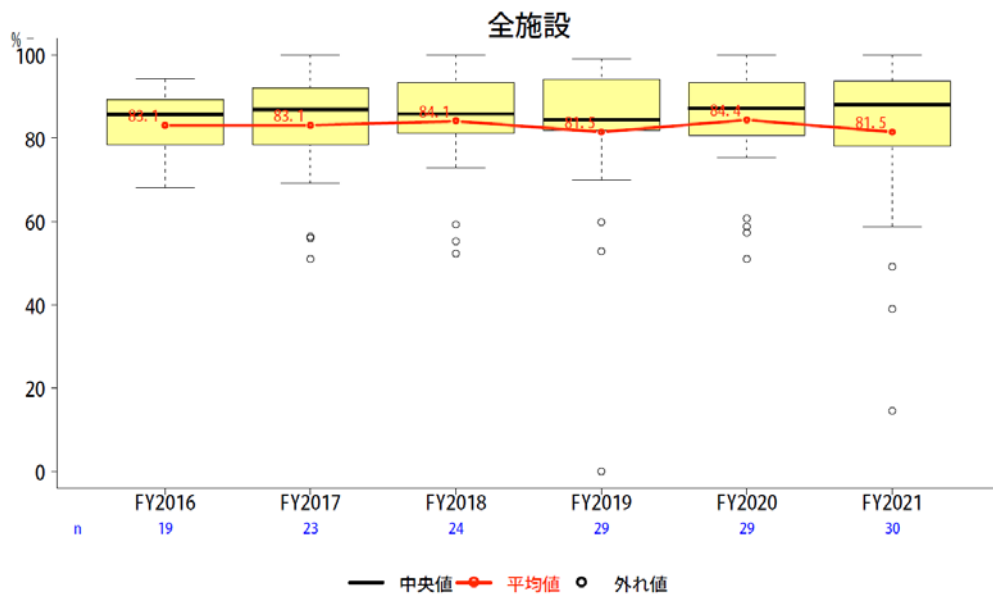
収集期間: 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より高い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは9施設で、提出割合は76.9% (30/39, 前年比-2.0)でした。

1年間の結果は、平均値81.5% (前年比-2.9)、中央値88.0% (前年比+1.0)、最大値100.0% (前年比±0)、最小値14.4% (前年比-36.6)で、2016年度以降大きな変化はないように見えますが、2021年度はやや外れ値が増加しています。

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)

No.08 再入院率

指標の説明・定義

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

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

➤ 今回入院日－前回退院日 ≤ 90日

分母： 調査期間の病院全体の新入院患者数

分母補足： 他診療科から精神科への転科もカウントする

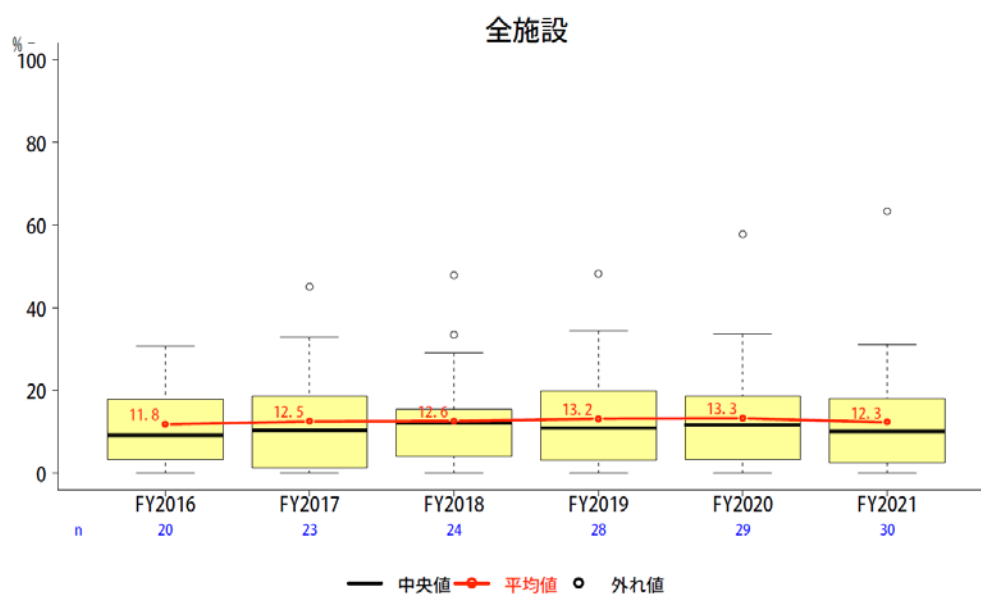
収集期間： 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは9施設で、提出割合は76.9%(30/39, 前年比-2.0)でした。

1年間の結果は、平均値12.3%(前年比-1.0)、中央値10.1%(前年比-1.1)、最大値63.3%(前年比+5.5)、最小値0.0%(前年比±0)で、測定を開始した2016年度以降、11~13%で推移しています。

参考文献

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

No.09 平均在院日数（医療観察法病棟を除く）

指標の説明・定義

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

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

分子： 1か月間の在院患者延べ日数

分母： (1か月間の新入棟患者数+1か月間の新退棟患者数)/2

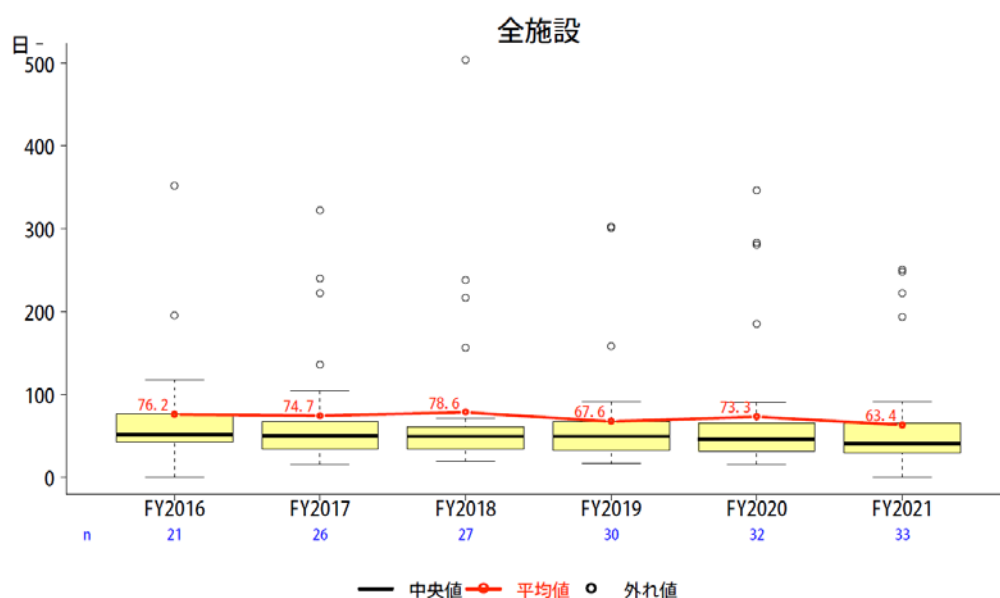
収集期間： 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは6施設で、提出割合は84.6%(33/39, 前年比-2.2)でした。

1年間の結果は、平均値63.4日(前年比-9.9)、中央値40.4日(前年比-6.3)、最大値250.8日(前年比-95.1)、最小値0.0日(前年比-15.6)で、測定を開始した2016年度以降、最も短い日数でした。

参考文献

- No.10-a 外来:この病院について総合的にはどう思われますか？（満足）
- No.10-b 外来:この病院について総合的にはどう思われますか？（満足・やや満足）
- No.10-c 外来:診断や治療方針について医師の説明は十分でしたか？
- No.10-d 外来:診断や治療方針について疑問や意見は医師に伝えられましたか？

指標の説明・定義

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

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

「この病院について総合的にはどう思われますか？」の設問で「満足、やや満足、どちらともいえない、やや不満、不満」の5段階評価としています。

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

<この病院について総合的にはどう思われますか？>

分 子:	No.10-a)分母のうち「満足」と回答した外来患者数 No.10-b)分母のうち「満足」または「やや満足」と回答した外来患者数
分 母:	外来患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか？」の設問有効回答数
収集期間:	年1回

<No.10-c 診断や治療方針について医師の説明は十分でしたか？>

分 子:	分母のうち「十分だった」または「まあまあ十分だった」と回答した外来患者数
分 母:	外来患者への満足度調査項目「診断や治療方針について、今日までに医師から受けた説明は十分でしたか？」の設問有効回答数
収集期間:	年1回

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

分 子:	分母のうち「十分に伝えられた」または「まあまあ伝えられた」と回答した外来患者数
分 母:	外来患者への満足度調査項目「診断や治療方針について、医師の説明を受けた際の疑問や意見は、医師に伝えられましたか？」の設問有効回答数
収集期間:	年1回

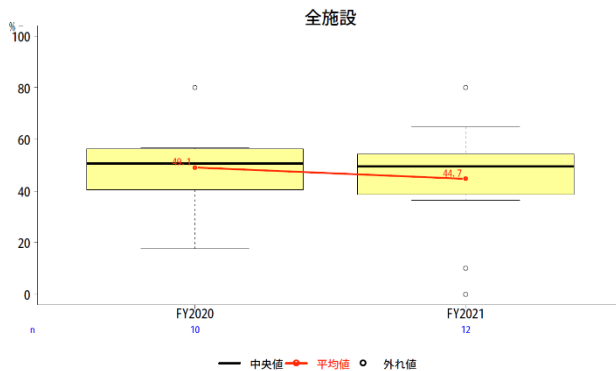
指標の種類・値の解釈

アウトカム

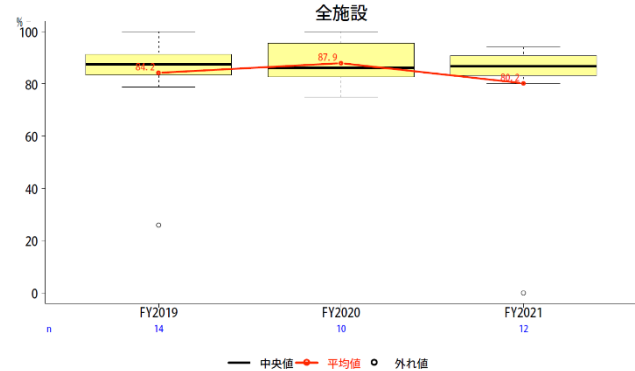
より高い値が望ましい

結果

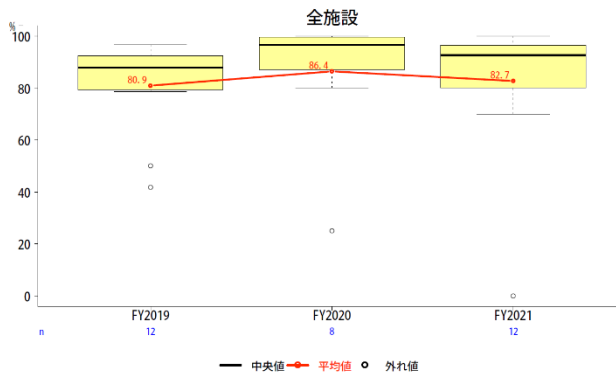
a) 総合評価(満足)



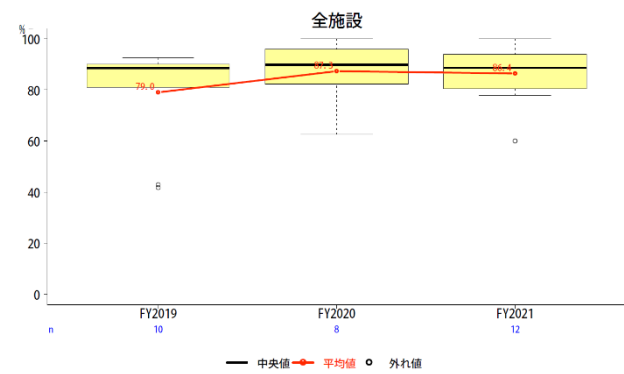
b) 総合評価(満足・やや満足)



c) 医師からの説明



d) 医師への意見



考察

<No.10-a, b この病院について総合的にはどう思われますか？>

今回、提出がなかったのは 27 施設で、提出割合は 30.8% (12/39, 前年比+4.5) でした。

満足のための 1 年間の結果は、平均値 44.7% (前年比-4.4)、中央値 49.5% (前年比-1.1)、最大値 80.0% (前年比±0)、最小値 0% (前年比±0)、満足またはやや満足の 1 年間の結果は、平均値 80.2% (前年比-7.7)、中央値 86.8% (前年比+36.2)、最大値 94.1% (前年比+14.1)、最小値 0% (前年比±0) でした。

<No.10-c 診断や治療方針について医師の説明は十分でしたか？>

今回、提出がなかったのは 27 施設で、提出割合は 30.8% (12/39, 前年比-9.7) でした。

1 年間の結果は、平均値 82.7% (前年比-3.7)、中央値 92.8% (前年比+36.6)、最大値 100.0% (前年比+15.1)、

最小値 0.0% (前年比±0) でした。

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

今回、提出がなかったのは 27 施設で、提出割合は 30.8% (12/39, 前年比-9.7) でした。

1 年間の結果は、平均値 86.4% (前年比-0.9)、中央値 88.6% (前年比+40.3)、最大値 100.0% (前年比+21.4)、最小値 60.0% (前年比+42.3) でした。

外来満足度については半数以上の施設が提出できていません。本プロジェクト全体としてどのように変化していくかは、継続して測定していくことで見えてくると思います。

参考文献

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

- No.11-a 入院:この病院について総合的にはどう思われますか？（満足）
- No.11-b 入院:この病院について総合的にはどう思われますか？（満足・やや満足）
- No.11-c 入院:入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について説明は十分でしたか？
- No.11-d 入院:入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について疑問や意見は医師に伝えられましたか？

指標の説明・定義

受けた治療の結果、入院期間、安全な治療に対する患者の満足度をみることは、医療の質を測るうえで直接的な評価指標の重要な一つです。2017年度の厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」で出された共通 QI セットの項目で、2019年度から採用した項目です。

「この病院について総合的にはどう思われますか？」の設問で「満足、やや満足、どちらともいえない、やや不満、不満」の5段階評価としています。

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

<この病院について総合的にはどう思われますか？>

分 子:	No.11-a)分母のうち「満足」と回答した入院患者数 No.11-b)分母のうち「満足」または「やや満足」と回答した入院患者数
分 母:	入院患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか？」の設問有効回答数
収集期間:	年1回

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

分 子:	分母のうち「十分だった」または「まあまあ十分だった」と回答した入院患者数
分 母:	入院患者への満足度調査項目「入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について、医師から受けた説明は十分でしたか？」の設問有効回答数
収集期間:	年1回

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

分 子:	分母のうち「十分に伝えられた」または「まあまあ伝えられた」と回答した入院患者数
分 母:	入院患者への満足度調査項目「入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針につ

いて、医師の説明を受けた際の疑問や意見は、医師に伝えられましたか？」の設問有効回答数

収集期間： 年 1 回

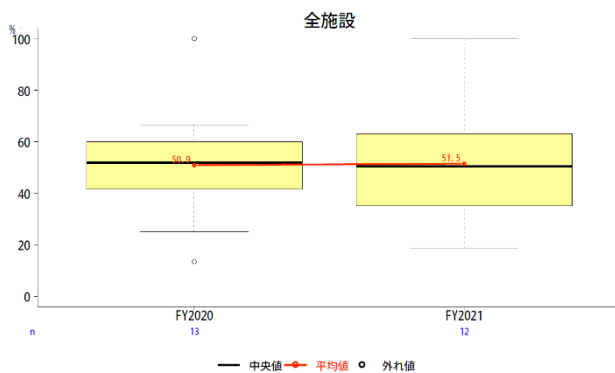
指標の種類・値の解釈

アウトカム

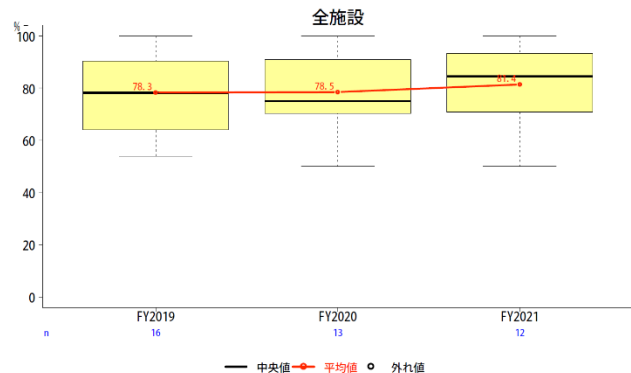
より高い値が望ましい

結果

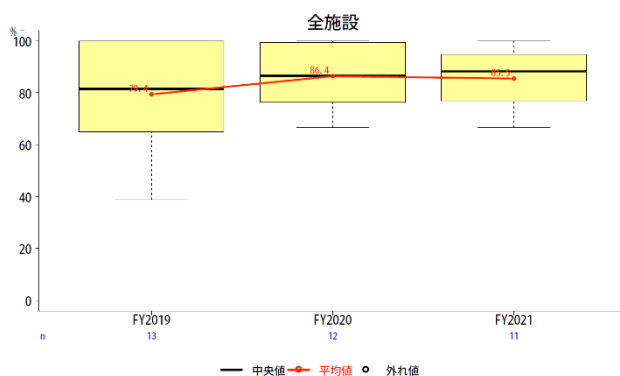
a) 総合評価(満足)



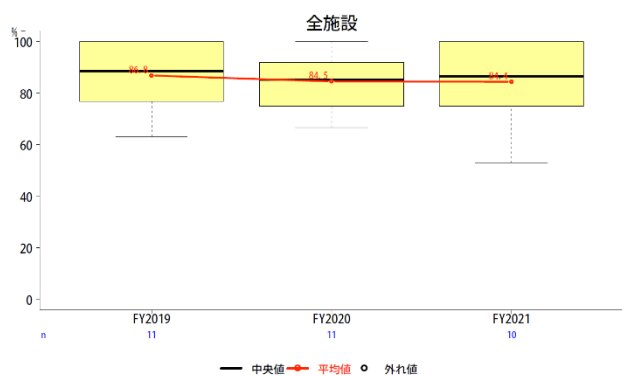
b) 総合評価(満足・やや満足)



c) 医師からの説明



d) 医師への意見



考察

<No.11-a, b この病院について総合的にはどう思われますか？>

今回、提出がなかったのは 27 施設で、提出割合は 30.8% (12/39, 前年比-3.4) でした。

満足のみ の 1 年間の結果は、平均値 51.5% (前年比-0.6)、中央値 50.5% (前年比-1.4)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 18.8% (前年比+6.6)、満足またはやや満足 の 1 年間の結果は、平均値 81.4% (前年比+2.9)、中央値 84.5% (前年比+32.6)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 50.0% (前年比+36.7) でした。

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

今回、提出がなかったのは 28 施設で、提出割合は 28.2% (11/39, 前年比-3.4) でした。

1 年間の結果は、平均値 85.5% (前年比-0.9)、中央値 88.2% (前年比+43.8)、最大値 100.0% (前年比+25.5)、最小値 66.7% (前年比+66.7) でした。

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

今回、提出がなかったのは 29 施設で、提出割合は 25.6% (10/39, 前年比-3.3) でした。

1 年間の結果は、平均値 84.4% (前年比-0.1)、中央値 86.5% (前年比+49.5)、最大値 100.0% (前年比+37.5)、最小値 52.9% (前年比+52.9) でした。

入院満足度については半数以上の施設が提出できていません。本プロジェクト全体としてどのように変化していくかは、継続して測定していくことで見えてくると思います。

参考文献

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

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

No.12-b 全報告中医師による報告の占める割合

指標の説明・定義

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

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

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

<No.12-a>

分 子: 調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント発生件数×100

分 母: 許可病床数

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

収集期間: 1ヶ月毎

<No.12-b>

分 子: 分母のうち医師が提出したインシデント・アクシデント報告総件数

分 母: 調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告総件数

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

収集期間: 1ヶ月毎

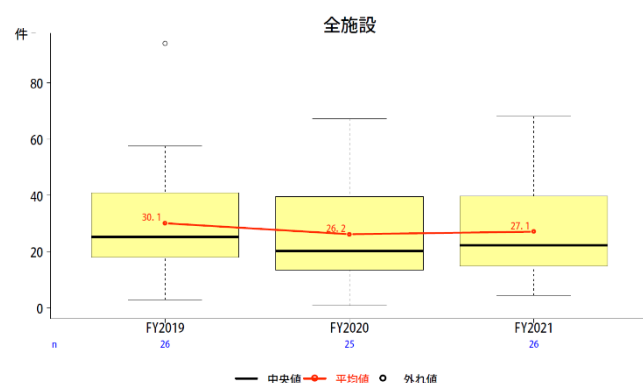
指標の種類・値の解釈

アウトカム

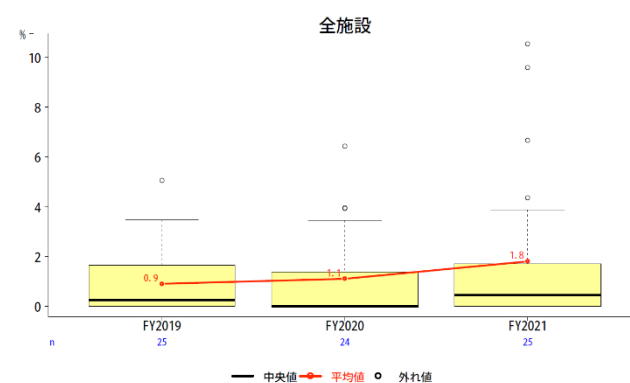
より高い値が望ましい

結果

インシデント・アクシデント発生件数



医師による報告の占める割合



考察

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

今回、提出がなかったのは 13 施設で、提出割合は 66.7% (26/38, 前年比-1.7) でした。

1 年間の結果は、平均値 27.1 件 (前年比+0.9)、中央値 22.3 件 (前年比+2.4)、最大値 68.0 件 (前年比+0.8)、最小値 4.4 件 (前年比+3.5) でした。

<No.12-b 全報告中医師による報告の占める割合>

今回、提出がなかったのは 14 施設で、提出割合は 64.1% (25/39, 前年比-1.7) でした。

1 年間の結果は、平均値 1.8% (前年比+0.7)、中央値 0.4% (前年比+0.4)、最大値 10.5% (前年比+4.1)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。

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

「インシデント・アクシデント発生件数」においては、報告されている件数をカウントしているため、2022 年度より、「インシデント・アクシデント報告件数」に変更する予定です。

参考文献

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

療養病床向けの指標

No.01 紹介率

No.02 逆紹介率

指標の説明・定義

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

分子: No.01) 紹介患者数
No.02) 逆紹介患者数

分母: 初診患者数

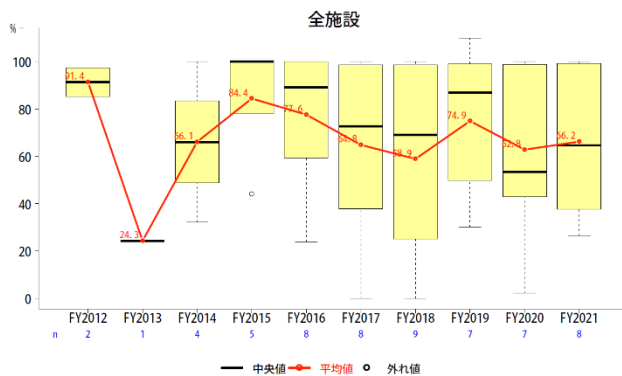
収集期間: 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

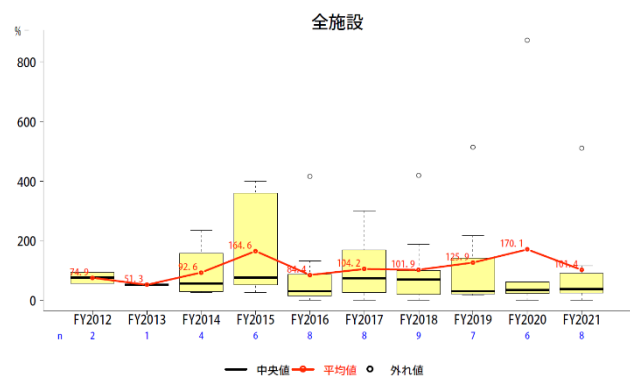
プロセス

結果

紹介率



逆紹介率



考察

<No.01 紹介率>

今回、提出がなかったのは19施設で、提出割合は29.6%(8/27, 前年比+3.8)でした。

1年間の結果は、平均値66.2%(前年比+3.4)、中央値64.7%(前年比+11.8)、最大値100.0%(前年比±0)、最小値26.6%(前年比+24.4)でした。

<No.02 逆紹介率>

今回、提出がなかったのは19施設で、提出割合は29.6%(8/27, 前年比+7.0)でした。

1年間の結果は、平均値101.4%(前年比-68.7)、中央値37.3%(前年比+5.2)、最大値509.4%(前年比-362.0)、最小値0.0%(前年比±0)でした。

参考文献

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

No.03-a 入院患者の転倒・転落発生率

No.03-b 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

No.03-c 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

No.03-d 65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率

指標の説明・定義

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

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

2013年度より、損傷レベル2以上を項目に加えることにしました。また、2019年度から65歳以上の転倒・転落発生率を採用しました。この指標は The Australian Council on Healthcare Standards(ACHS)の Inpatient falls-patients 65 years and older に準拠した定義です。

分 子: No.04-a) 入院中の患者に発生した転倒・転落件数

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

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

No.04-d) 65歳以上の入院中の患者に発生した転倒・転落件数

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

分子包含: 介助時および複数回の転倒・転落

分子除外: 学生、スタッフなど入院患者以外の転倒・転落

収集期間: 1ヶ月毎

調整方法: ‰(パーミル: 1000分の1を1とする単位)

<損傷レベル>

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

必要となった

5	死亡	転倒による損傷の結果、患者が死亡した
6	UTD	記録からは判定不可能

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

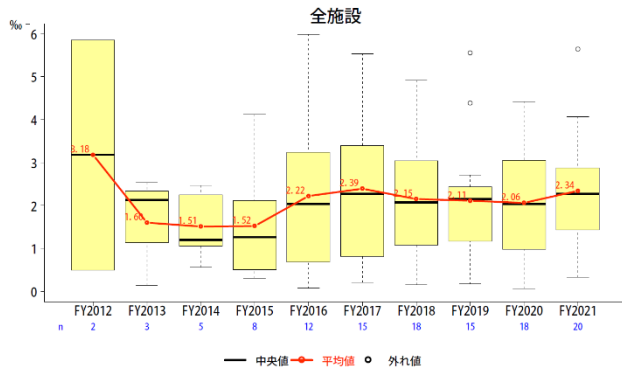
指標の種類・値の解釈

アウトカム

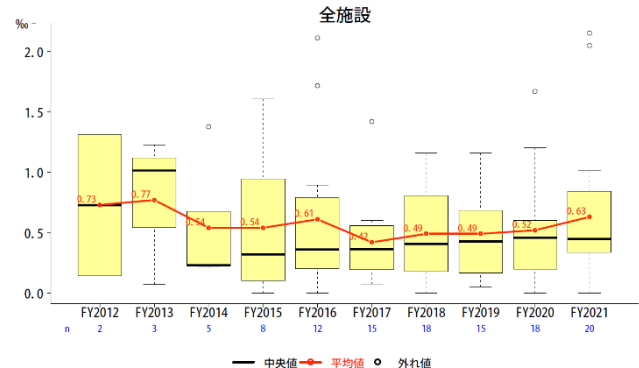
より低い値が望ましい

結果

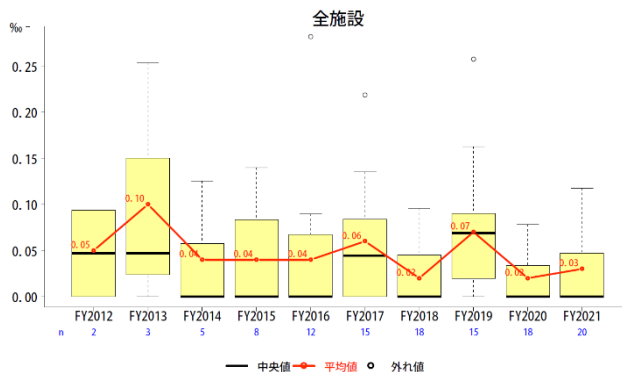
入院患者の転倒・転落発生率



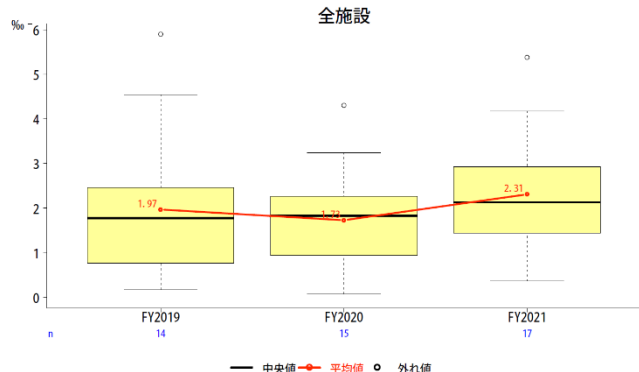
入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル 2 以上)



入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル 4 以上)



65 歳以上の入院患者における転倒・転落発生率



考察

今回、提出がなかったのは入院患者全体では7施設で、提出割合は74.1% (20/27, 前年比+6.4)、65歳以上では10施設で、提出割合は63.0% (17/27, 前年比+4.9)でした。

転倒転落発生率の1年間の結果は、平均値 2.34‰ (前年比+0.28)、中央値 2.27‰ (前年比+0.31)、最大値 5.63‰ (前年比+1.21)、最小値 0.33‰ (前年比+0.26)、損傷発生率(損傷レベル2以上)の1年間の結果は、平均値 0.63‰ (前年比+0.11)、中央値 0.45‰ (前年比-0.01)、最大値 2.15‰ (前年比+0.48)、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 0.03‰ (前年比+0.01)、中央値 0.00‰ (前年比±0)、最大値 0.12‰ (前年比-0.04)、最小値 0.00‰ (前年比±0)でした。

65歳以上の転倒転落発生率は、平均値 2.31‰ (前年比+0.58)、中央値 2.13‰ (前年比+0.34)、最大値 5.37‰ (前年比+1.07)、最小値 0.36‰ (前年比+0.29)でした。

一般と比べると参加施設が多くないためばらつきは見られますが、10施設以上が提出している2016年度以降、転倒転落発生率は2.0～2.3‰を推移し、損傷レベル2以上は0.4～0.6‰を推移しています。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディア ISBN 978-4-89996-433-9
2. The Joint Commission; The Implementation Guide for the NQF Endorsed Nursing-Sensitive Care Measure Set 2009, version 2.0. (Internet: <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NSC%20Manual.pdf> 2016/10/15 available)
3. 厚生労働科学研究費補助金事業(医療安全・医療技術評価総合研究事業)平成16-18年度「医療安全のための教材と教育方法の開発に関する研究」班研究報告書 別冊『転倒・転落対策のガイドライン』(主任研究者:上原鳴夫)
4. Healey F, Scobie S, Glampson B, Pryce A, Joule N, Willmott M. Slips, trips and falls in hospital. London: NHS 2007;1.
5. Montalvo I. " The National Database of Nursing Quality Indicators TM (NDNQI(R)). OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing 2007;12.

No.04 身体抑制率

指標の説明・定義

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

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

分母： 病床入院のべ患者日数(patient days)

収集期間： 1ヶ月毎

下記項目のうち1～9の項目に準拠する項目を物理的身体抑制と定義する。

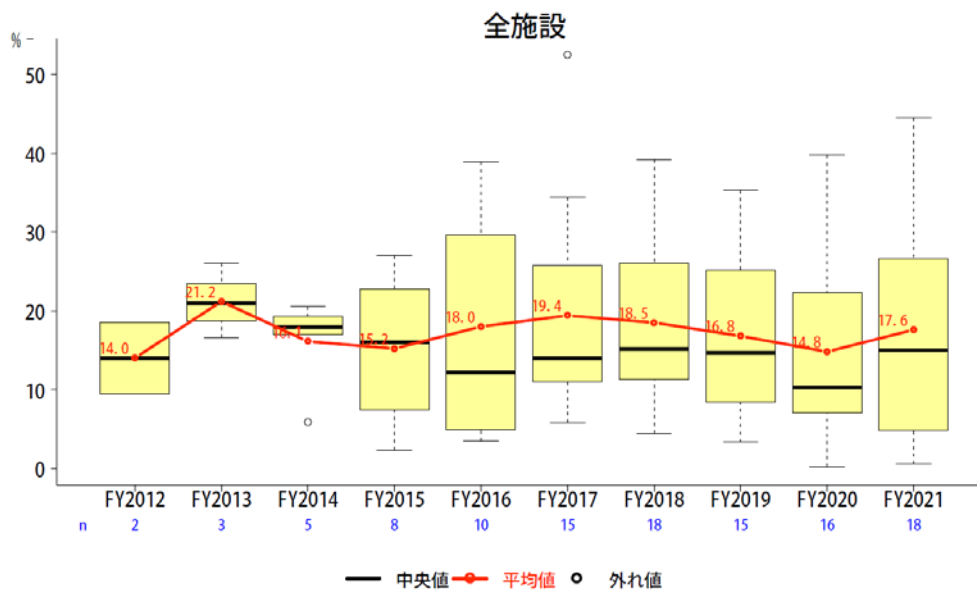
- 1) 徘徊しないように、車椅子や椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- 2) 転落しないように、ベッドに体幹四肢をひも等で縛る。
- 3) 自分で降りられないように、ベッドを柵(サイドレール)で囲む。
- 4) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- 5) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
- 6) 車椅子からずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。
- 7) 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子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

指標の種類・値の解釈

プロセス

より低い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは9施設で、提出割合は66.7% (18/27, 前年比+8.6)でした。

1年間の結果は、平均値17.6% (前年比+2.8)、中央値15.0% (前年比+4.3)、最大値44.5% (前年比+4.7)、最小値0.5% (前年比+0.3)で、経時的に見ると、2017年度以降、徐々に改善していましたが、2020年度と比べるとやや悪化しました。

参考文献

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

No.05 在宅復帰率

指標の説明・定義

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

本指標は、療養病床を対象に、在宅復帰となった患者の割合をみています。

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

分子： 在宅退院患者数

分母： 全退院患者数

分子包含： 在宅医療機関へ転院等した患者数

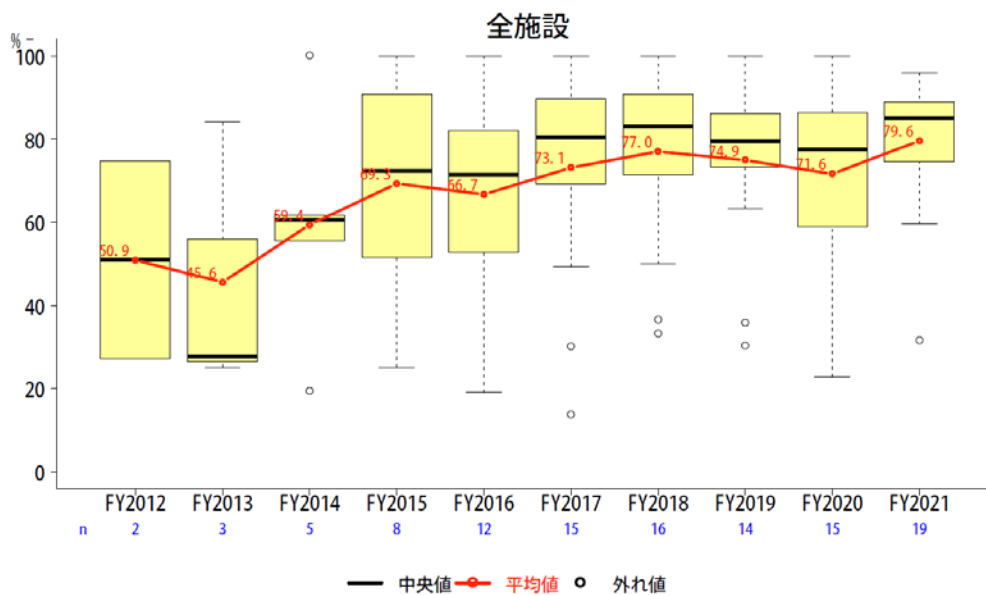
分母除外： 死亡退院患者数、在宅退院希望ではない患者数

収集期間： 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

結果



考察

今回、提出がなかったのは8施設で、提出割合は70.4% (19/27, 前年比+22.3)でした。

1年間の結果は、平均値79.6% (前年比+8.0)、中央値85.1% (前年比+8.9)、最大値96.0% (前年比-4.0)、最小値31.7% (前年比+12.9)でした。

経時的に見ると、徐々に値が上がり、2021年度は一番高い値でした。

参考文献

No.06 褥瘡発生率

指標の説明・定義

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

日本褥瘡学会の褥瘡状態評価スケールが改定されたことに伴い、分母の定義で確認していた褥瘡保有の記録(d1,d2,D3,D4,D5,DU)を(d1,d2,D3,D4,D5,DTI,U)に変更しました。

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

分子: d2(真皮までの損傷)以上の院内新規褥瘡発生患者数

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

分母除外: 同日入退院の患者

入院時刻から24時間以内に DESIGN-R® 2020 Depth(深さ)の d1, d2, D3, D4, D5, DTI, U のいずれかの記録がある患者

同一入院期間中の調査月間以前に院内新規褥瘡があった患者

収集期間: 1ヶ月毎

<Depth(深さ)>

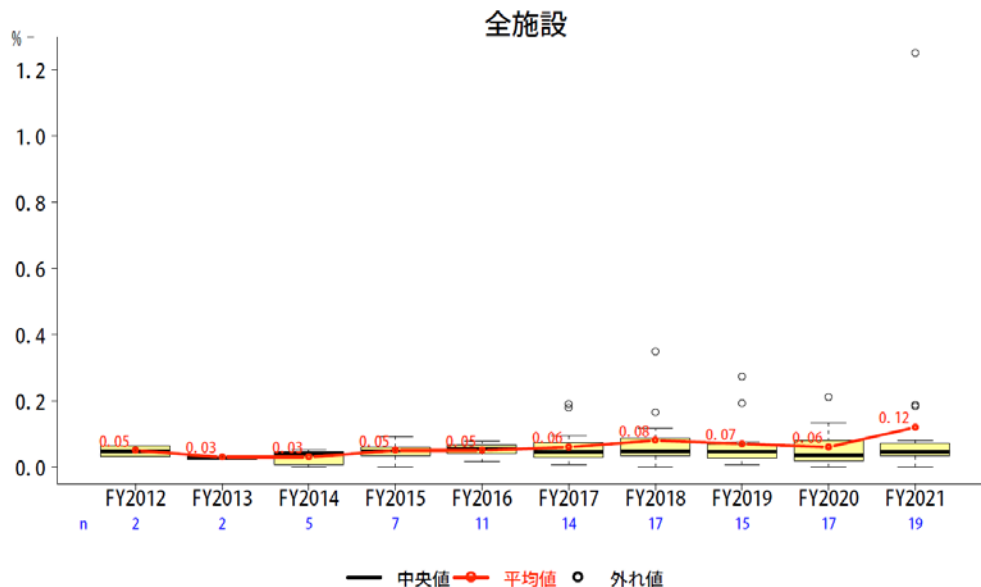
d0	皮膚損傷・発赤なし
d1	持続する発赤
d2	真皮までの損傷
D3	皮下組織までの損傷
D4	皮下組織をこえる損傷
D5	関節腔、体腔に至る損傷
DTI	深部損傷褥瘡(DTI)疑い
U	壊死組織で覆われ深さの判定が不能

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは8施設で、提出割合は70.4% (19/27, 前年比+5.9)でした。

1年間の結果は、平均値0.12% (前年比+0.06)、中央値0.04% (前年比±0)、最大値1.24% (前年比+1.03)、最小値0.00% (前年比±0)で、平均値を見るとやや悪化しているように見えますが、高い外れ値があるため、外れ値の施設には、算出の間違いではないか、確認の必要があると考えています。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
2. 「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)

7. 厚生労働省 平成 29 年度医療の質の評価・公表等推進事業 共通指標セット
(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000166331.html> 2021/05/18 available)
8. 編集 一般社団法人日本褥瘡学会. 褥瘡状態評価スケール 改定 DESIGN-R®2020 コンセンサス・ドキュメント. (http://www.jspu.org/jpn/member/pdf/design-r2020_doc.pdf 2021/05/19 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のための糖尿病患者

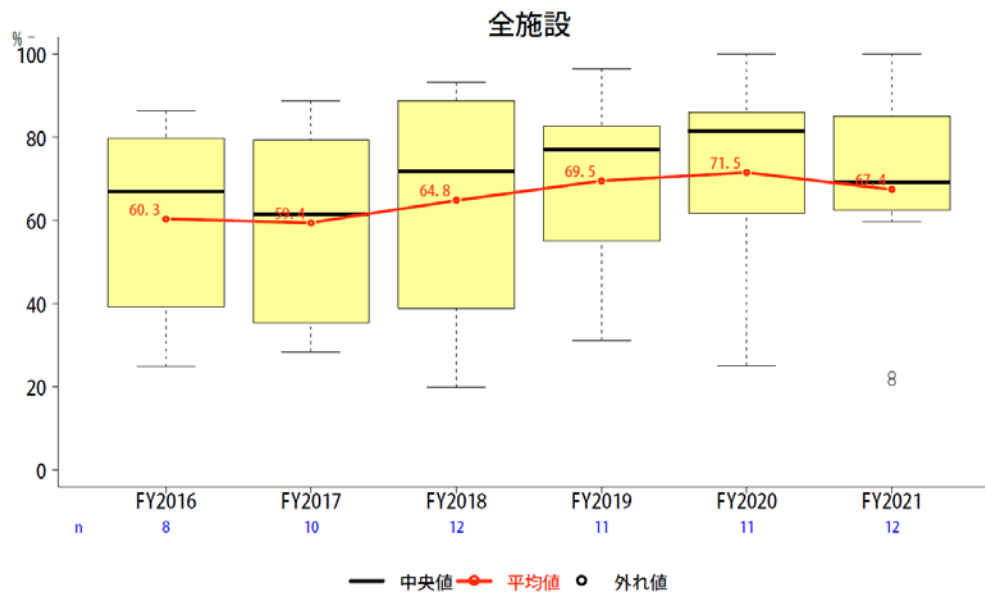
収集期間： 3ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より高い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは 15 施設で、提出割合は 44.4% (12/27, 前年比+8.9) でした。

1 年間の結果は、平均値 67.4% (前年比-4.1)、中央値 69.2% (前年比-12.3)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 21.2% (前年比-3.8) で、2017 年度以降改善していましたが、2021 年度はやや悪化しました。

参考文献

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

No.8 療養病床における 降圧薬服用患者の血圧コントロール

指標の説明・定義

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

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

分子： 血圧の最終値が 150/90mmHg 未満の入院患者数

分母： 入院で降圧薬を 30 日以上服用している入院患者数

分母除外： 透析患者

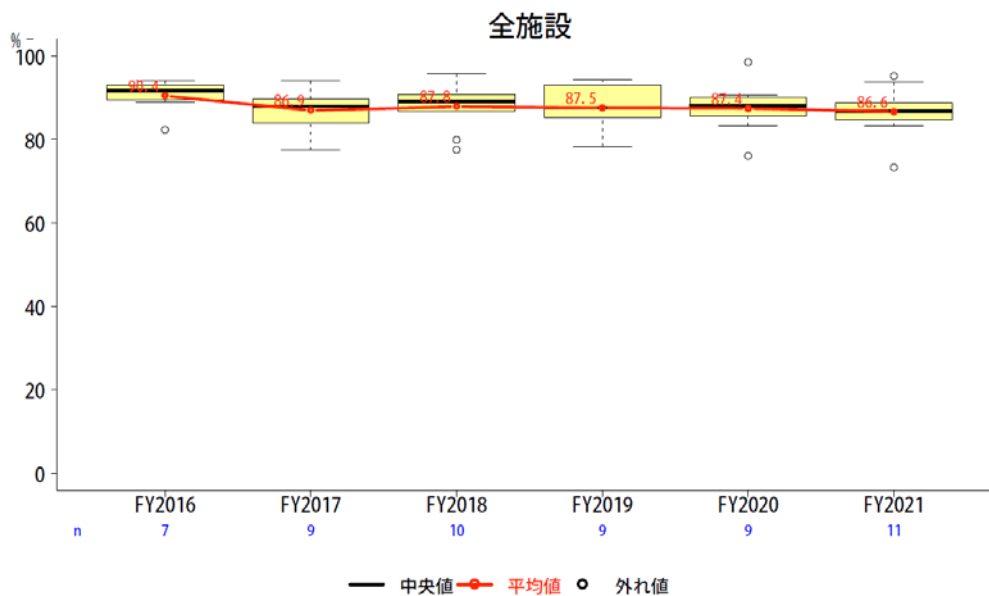
収集期間： 3ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より高い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは 16 施設で、提出割合は 40.7% (11/27, 前年比+11.7) でした。

1年間の結果は、平均値 86.6% (前年比-0.8)、中央値 86.7% (前年比-1.3)、最大値 95.2% (前年比-3.2)、最小値 73.1% (前年比-2.9) で、測定を開始した 2016 年度以降大きな変化はありませんでした。

参考文献

1. Thom T, Haase N, Rosamond W, Howard VJ, et al.; American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics--2006 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*. 2006 Feb 14;113(6):e85-151. Epub 2006 Jan 11. Erratum in: *Circulation*. 2006 Dec 5;114(23):e630. *Circulation*. 2006 Apr 11;113(14):e696. PubMed PMID: 16407573.
2. Psaty, B. M., Manolio, T. a, Smith, N. L., Heckbert, S. R., Gottdiener, J. S., Burke, G. L., et al. (2002). Time trends in high blood pressure control and the use of antihypertensive medications in older adults: the Cardiovascular Health Study. *Archives of internal medicine*, 162(20), 2325-32. PubMed PMID: 12418946.
3. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディアカ ISBN 978-4-89996-433-9
4. 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会編:高血圧治療ガイドライン 2014. 日本高血圧学会, 2014.

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・療養についての気付きや、自分が大切にしてきた価値観を、患者・家族と医療者が共有し、ケアを計画する包括的なプロセスとしての「Advance Care Plan」が実施されているかをみています。

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

分母： 全入院患者数

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

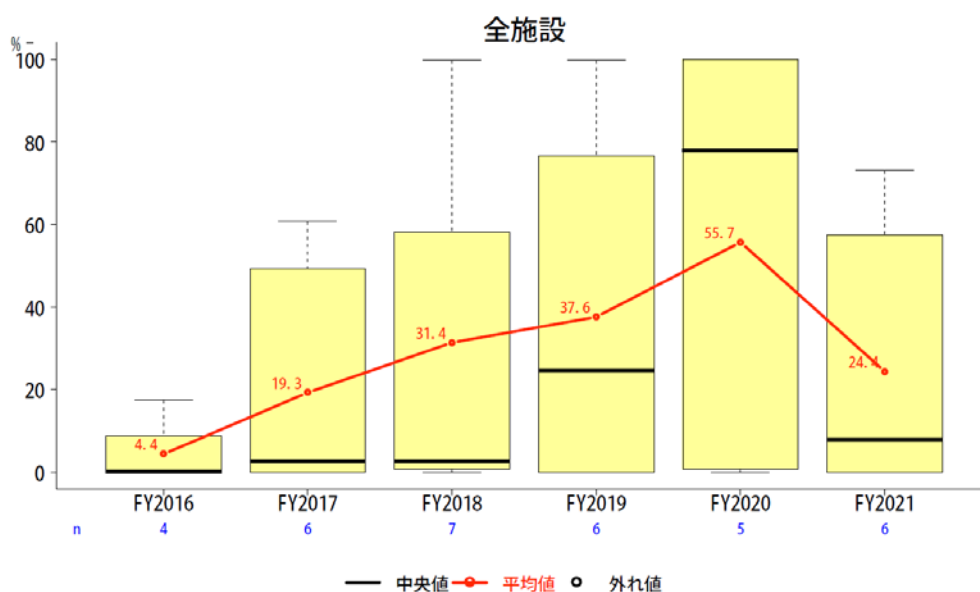
収集期間： 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より高い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは 21 施設で、提出割合は 22.2% (6/27, 前年比+2.8) でした。

1 年間の結果は、平均値 24.4% (前年比-31.3)、中央値 7.9% (前年比-33.5)、最大値 73.1% (前年比-26.9)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。

提出施設数が少ない指標のため、提出できない理由を調査する必要があると考えています。

参考文献

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

- No.10-a 外来:この病院について総合的にはどう思われますか？（満足）
- No.10-b 外来:この病院について総合的にはどう思われますか？（満足・やや満足）
- No.10-c 外来:診断や治療方針について医師の説明は十分でしたか？
- No.10-d 外来:診断や治療方針について疑問や意見は医師に伝えられましたか？

指標の説明・定義

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

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

「この病院について総合的にはどう思われますか？」の設問で「満足、やや満足、どちらともいえない、やや不満、不満」の5段階評価としています。

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

<No.10 この病院について総合的にはどう思われますか？>

分 子:	No.10-a)分母のうち「満足」と回答した外来患者数 No.10-b)分母のうち「満足」または「やや満足」と回答した外来患者数
分 母:	外来患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか？」の設問有効回答数
収集期間:	年1回

<No.10-c 診断や治療方針について医師の説明は十分でしたか？>

分 子:	分母のうち「十分だった」または「まあまあ十分だった」と回答した外来患者数
分 母:	外来患者への満足度調査項目「診断や治療方針について、今日までに医師から受けた説明は十分でしたか？」の設問有効回答数
収集期間:	年1回

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

分 子:	分母のうち「十分に伝えられた」または「まあまあ伝えられた」と回答した外来患者数
分 母:	外来患者への満足度調査項目「診断や治療方針について、医師の説明を受けた際の疑問や意見は、医師に伝えられましたか？」の設問有効回答数
収集期間:	年1回

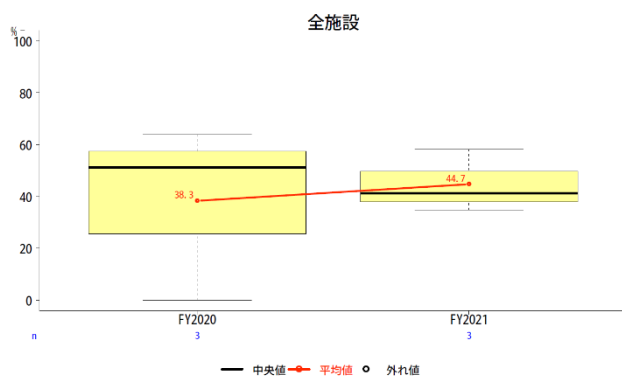
指標の種類・値の解釈

アウトカム

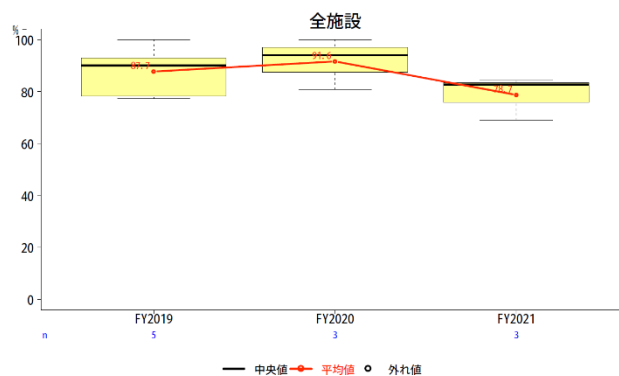
より高い値が望ましい

結果

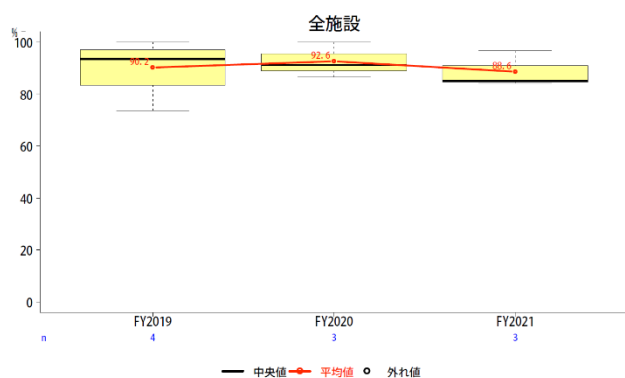
a) 総合評価(満足)



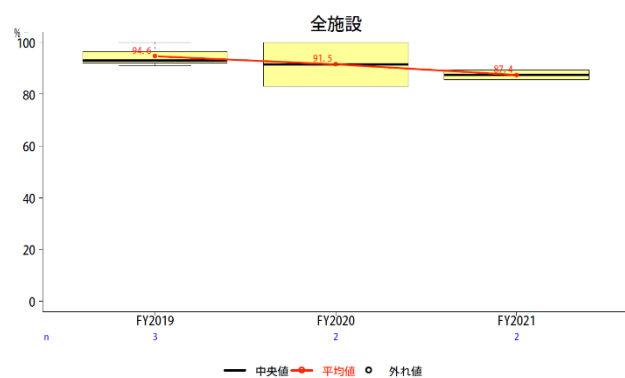
b) 総合評価(満足・やや満足)



c) 医師からの説明



d) 医師への意見



考察

<No.10- a, b この病院について総合的にはどう思われますか？>

今回、提出がなかったのは24施設で、提出割合は11.1%(3/27, 前年比+1.4)でした。

満足のための1年間の結果は、平均値44.7%(前年比+6.4)、中央値41.2%(前年比-10.0)、最大値58.2%(前年比-5.6)、最小値42.7%(前年比+42.7)、満足またはやや満足の1年間の結果は、平均値78.7%(前年比-12.9)、中央値82.6%(前年比+31.4)、最大値84.3%(前年比+20.5)、最小値69.1%(前年比+69.1)でした。

<No.10-c 診断や治療方針について医師の説明は十分でしたか？>

今回、提出がなかったのは24施設で、提出割合は11.1%(3/27, 前年比+1.4)でした。

1年間の結果は、平均値88.6%(前年比-4.0)、中央値85.2%(前年比+39.7)、最大値96.6%(前年比+39.6)、

最小値 84.2% (前年比+84.2) でした。

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

今回、提出がなかったのは 25 施設で、提出割合は 7.4% (2/27, 前年比+0.9) でした。

1 年間の結果は、平均値 87.4% (前年比-4.1)、中央値 87.4% (前年比+62.8)、最大値 89.2% (前年比+40.0)、最小値 85.6% (前値日+85.6) でした。

2019 年度から採用した項目で、まだ 2~3 施設しか提出できていません。本プロジェクト全体としてどのように変化していくかは、継続して測定していくことで見えてくると思います。

参考文献

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

- No.11-a 入院:この病院について総合的にはどう思われますか？（満足）
- No.11-b 入院:この病院について総合的にはどう思われますか？（満足・やや満足）
- No.11-c 入院:入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について説明は十分でしたか？
- No.11-d 入院:入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について疑問や意見は医師に伝えられましたか？

指標の説明・定義

受けた治療の結果、入院期間、安全な治療に対する患者の満足度をみることは、医療の質を測るうえで直接的な評価指標の重要な一つです。2017年度の厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」で出された共通 QI セットの項目で、2019年度から採用した項目です。

「この病院について総合的にはどう思われますか？」の設問で「満足、やや満足、どちらともいえない、やや不満、不満」の5段階評価としています。

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

<No.11 この病院について総合的にはどう思われますか？>

分 子:	No.11-a)分母のうち「満足」と回答した入院患者数 No.11-b)分母のうち「満足」または「やや満足」と回答した入院患者数
分 母:	入院患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか？」の設問有効回答数
収集期間:	年1回

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

分 子:	分母のうち「十分だった」または「まあまあ十分だった」と回答した入院患者数
分 母:	入院患者への満足度調査項目「入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について、医師から受けた説明は十分でしたか？」の設問有効回答数
収集期間:	年1回

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

分 子:	分母のうち「十分に伝えられた」または「まあまあ伝えられた」と回答した入院患者数
分 母:	入院患者への満足度調査項目「入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針につ

いて、医師の説明を受けた際の疑問や意見は、医師に伝えられましたか？」の設問有効回答数

収集期間： 年 1 回

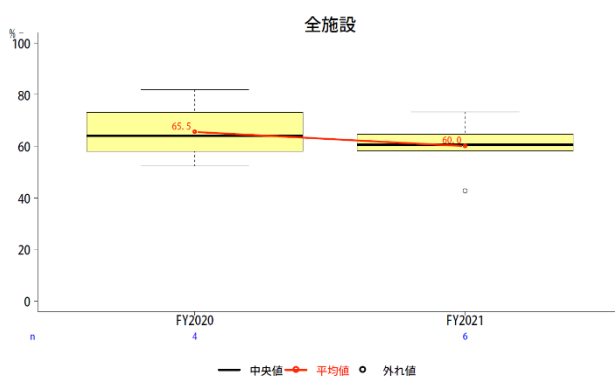
指標の種類・値の解釈

アウトカム

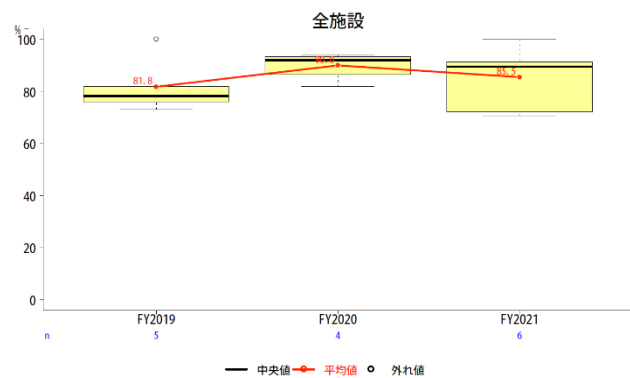
より高い値が望ましい

結果

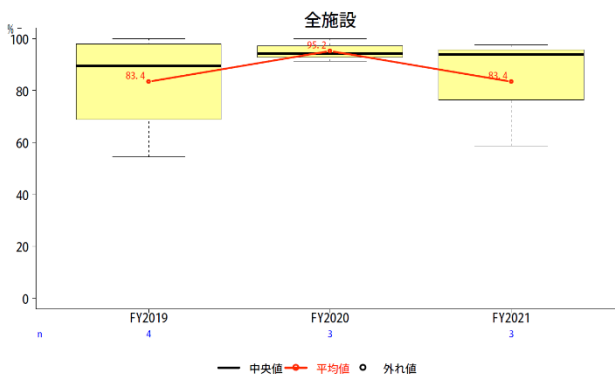
a) 総合評価(満足)



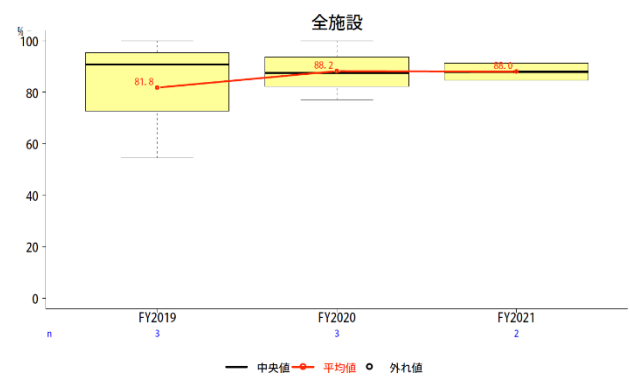
b) 総合評価(満足・やや満足)



c) 医師からの説明



d) 医師への意見



考察

<No.11- a, b この病院について総合的にはどう思われますか？>

今回、提出がなかったのは 21 施設で、提出割合は 22.2% (6/27, 前年比+9.3) でした。

満足のみ の 1 年間の結果は、平均値 60.0% (前年比-5.5)、中央値 60.6% (前年比-3.4)、最大値 73.2% (前年比-8.6)、最小値 42.7% (前年比-9.5)、満足またはやや満足 の 1 年間の結果は、平均値 85.5% (前年比-4.5)、中央値 89.6% (前年比+25.6)、最大値 100.0% (前年比+18.2)、最小値 70.7% (前年比+18.5) でした。

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

今回、提出がなかったのは 24 施設で、提出割合は 11.1% (3/27, 前年比+1.4) でした。

1 年間の結果は、平均値 83.4% (前年比-11.8)、中央値 93.9% (前年比+36.9)、最大値 97.5% (前年比+27.5)、最小値 58.8% (前年比+20.3) でした。

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

今回、提出がなかったのは 25 施設で、提出割合は 7.4% (2/27, 前年比-2.3) でした。

1 年間の結果は、平均値 88.0% (前年比-0.2)、中央値 88.0% (前年比+35.3)、最大値 91.2% (前年比+36.3)、最小値 84.7% (前年比+46.2) でした。

2019 年度から採用した項目で、まだ 2~6 施設しか提出できていません。本プロジェクト全体としてどのように変化していくかは、継続して測定していくことで見えてくると思います。

参考文献

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

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

No.12-b 全報告中医師による報告の占める割合

指標の説明・定義

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

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

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

<No.12-a>

分 子: 調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント発生件数×100

分 母: 許可病床数

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

収集期間: 1ヶ月毎

<No.12-b>

分 子: 分母のうち医師が提出したインシデント・アクシデント報告総件数

分 母: 調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告総件数

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

収集期間: 1ヶ月毎

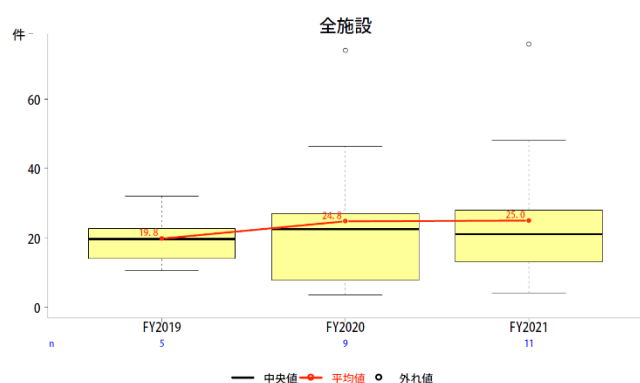
指標の種類・値の解釈

アウトカム

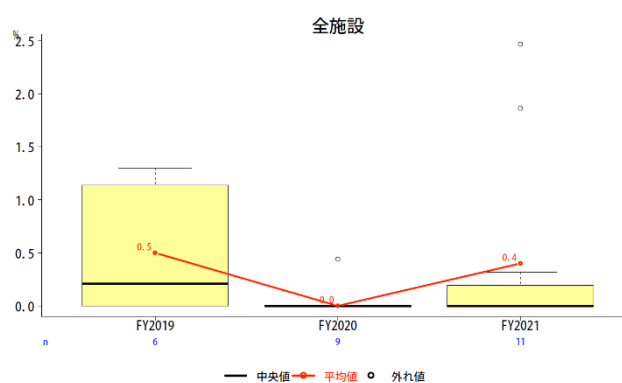
より高い値が望ましい

結果

インシデント・アクシデント発生件数



医師による報告の占める割合



考察

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

今回、提出がなかったのは 16 施設で、提出割合は 40.7% (11/27, 前年比+5.2) でした。

1 年間の結果は、平均値 25.0 件 (前年比+0.2)、中央値 21.1 件 (前年比+9.7)、最大値 75.8 件 (前年比+1.8)、最小値 4.2 件 (前年比+0.7) でした。

<No.12-b 全報告中医師による報告の占める割合>

今回、提出がなかったのは 16 施設で、提出割合は 40.7% (11/27, 前年比+8.4) でした。

1 年間の結果は、平均値 0.4% (前年比+0.4)、中央値 0.0% (前年比±0)、最大値 2.5% (前年比+0.3)、最小値 0.0% (±0) でした。

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

「インシデント・アクシデント発生件数」においては、報告されている件数をカウントしているため、2022 年度より、「インシデント・アクシデント報告件数」に変更する予定です。

参考文献

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

No.13 麻薬処方患者における痛みの程度の記載率

指標の説明・定義

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

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

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

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

分母: 当該施設において麻薬が処方された患者数

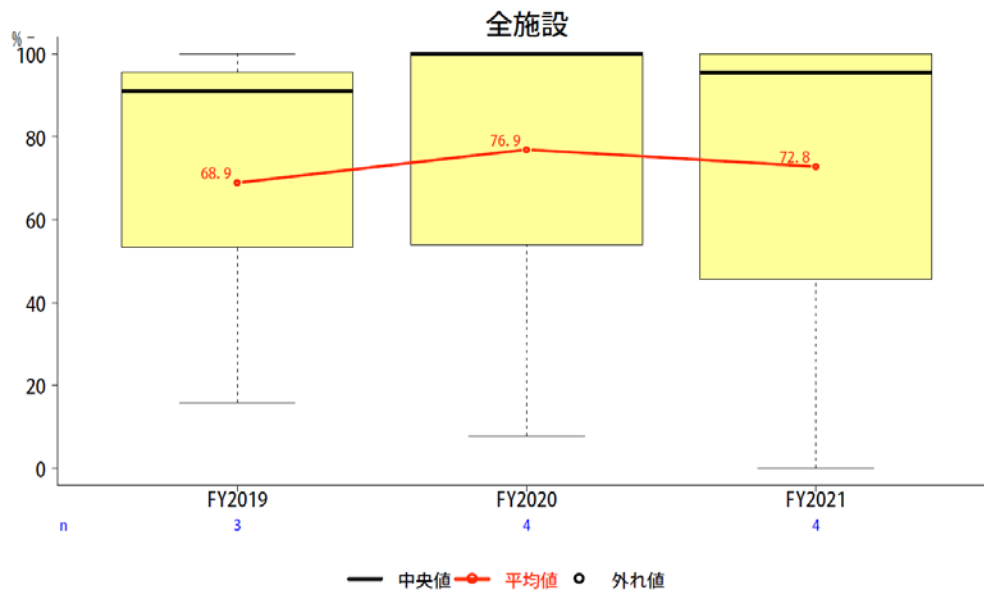
収集期間: 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは 23 施設で、提出割合は 14.8% (4/27, 前年比+1.9) でした。

1 年間の結果は、平均値 72.8% (前年比-4.1)、中央値 95.6% (前年比-4.4)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比-7.7) でした。

2019 年度から採用した項目で、まだ 3~4 施設しか提出できていません。本プロジェクト全体としてどのように変化していくかは、継続して測定していくことで見えてくると思います。

参考文献

No.14 療養病棟入院中の抗不安薬・睡眠薬処方割合（高齢者）

指標の説明・定義

2021年度から採用した新しい項目です。

向精神薬の使用はリスクが伴います。特に高齢者については転倒、それによる骨折などのリスクが考えられ（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015）、抗不安薬・睡眠薬の利用が少ないほうが、より安全と考えて策定した指標です。本指標では非ベンゾジアゼピン系薬剤でも転倒・骨折のリスクが報告されているため、対象薬剤含めています。

分子： 分母のうち、療養病棟入院中、抗不安薬・睡眠薬の処方のあった患者数

分母： 60歳以上の療養病棟へ入院した患者数

収集期間： 4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分

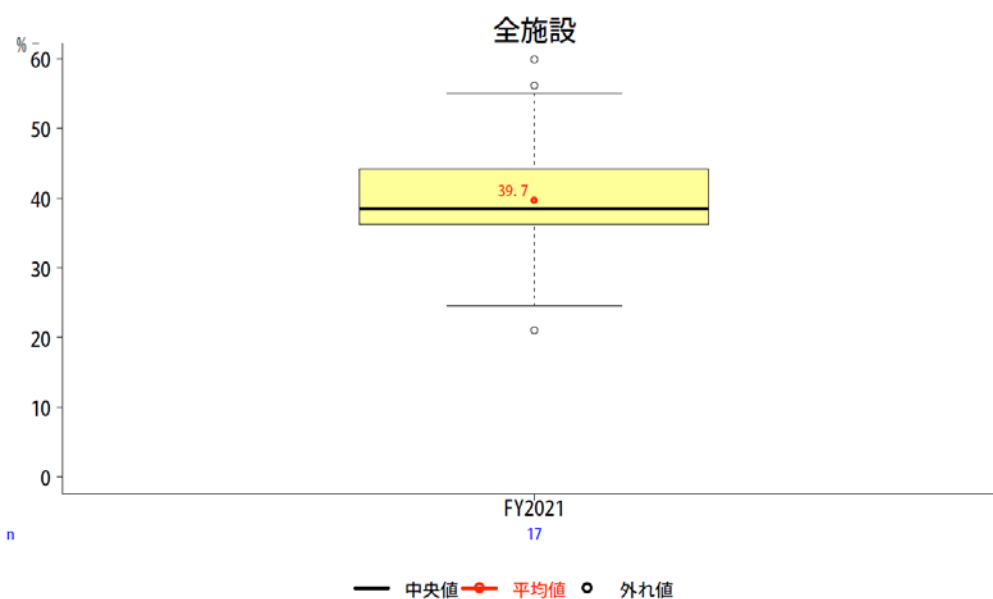
使用データ DPC 様式 1、F ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

低い方が望ましい

結果



考察

1年間の結果は、平均値 39.7%、中央値 38.5%、最大値 59.8%、最小値 21.1%でした。

本指標は、一般と療養に参加していて、かつ DPC データを提出している施設が対象となります。

2021年度から採用した項目で、本プロジェクト全体としてどのように変化していくかは、継続して測定していくことで見えてくると思います。

参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>
2. 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015

No.15 療養病棟入院中のベンゾジアゼピン系抗不安薬・睡眠薬処方割合（高齢者）

指標の説明・定義

2021年度から採用した新しい項目です。

向精神薬の使用はリスクが伴います。特に高齢者については転倒、それによる骨折などのリスクが考えられ（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015）、特にベンゾジアゼピン系抗不安薬・睡眠薬の利用が少ないほうが、より安全と考えて策定した指標です。

分子： 分母のうち、療養病棟入院中、ベンゾジアゼピン系抗不安薬・睡眠薬の処方があった患者数

分母： 60歳以上の療養病棟へ入院した患者数

収集期間： 4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分

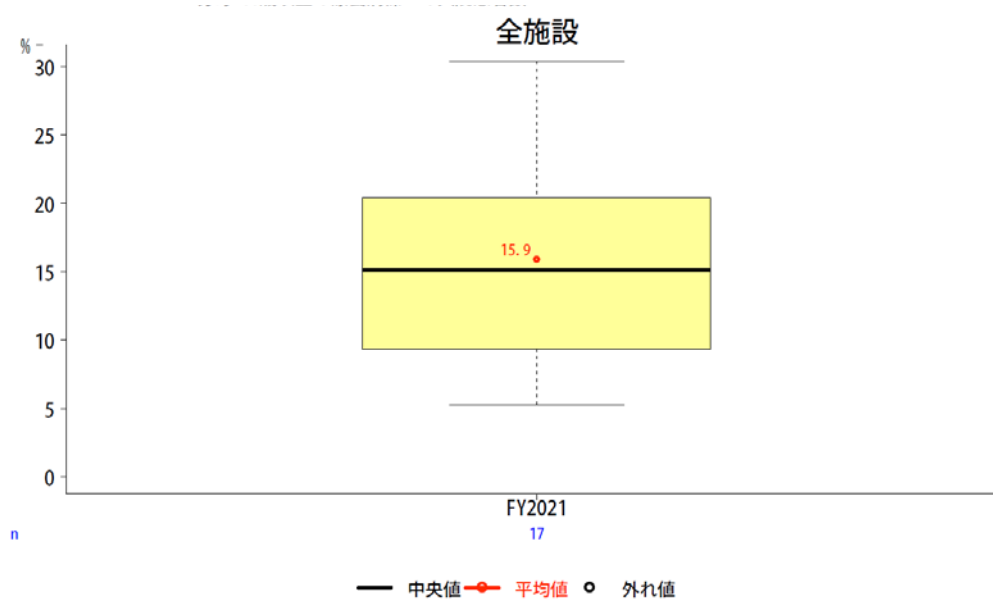
使用データ DPC 様式 1、F ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

低い方が望ましい

結果



考察

1年間の結果は、平均値 15.9%、中央値 15.1%、最大値 30.4%、最小値 5.3%でした。

本指標は、一般と療養に参加していて、かつ DPC データを提出している施設が対象となります。

2021 年度から採用した項目で、本プロジェクト全体としてどのように変化していくかは、継続して測定していくこと
で見えてくると思います。

参考文献

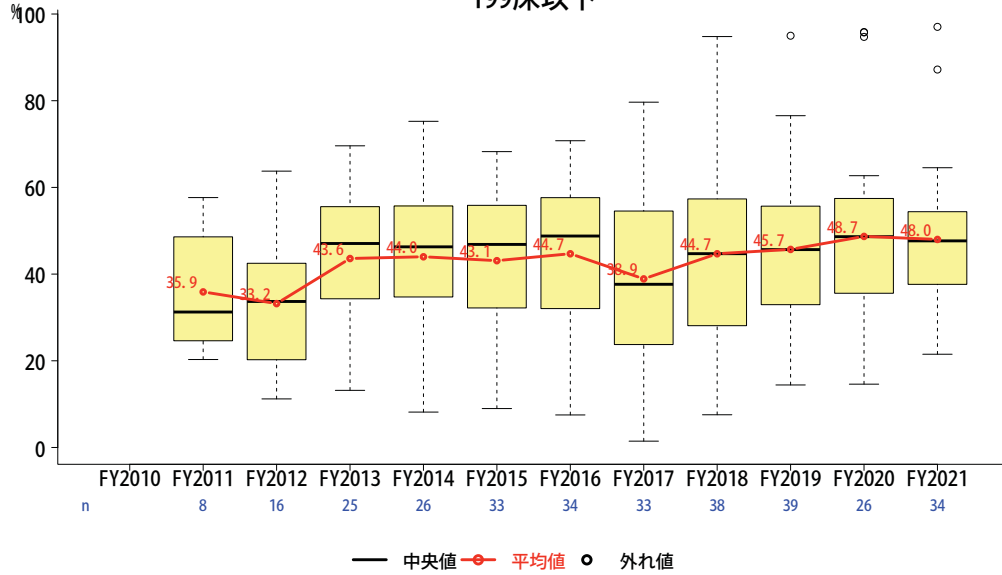
1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>
2. 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015

病床区分別結果

一般-1 患者満足度(外来患者) 満足

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

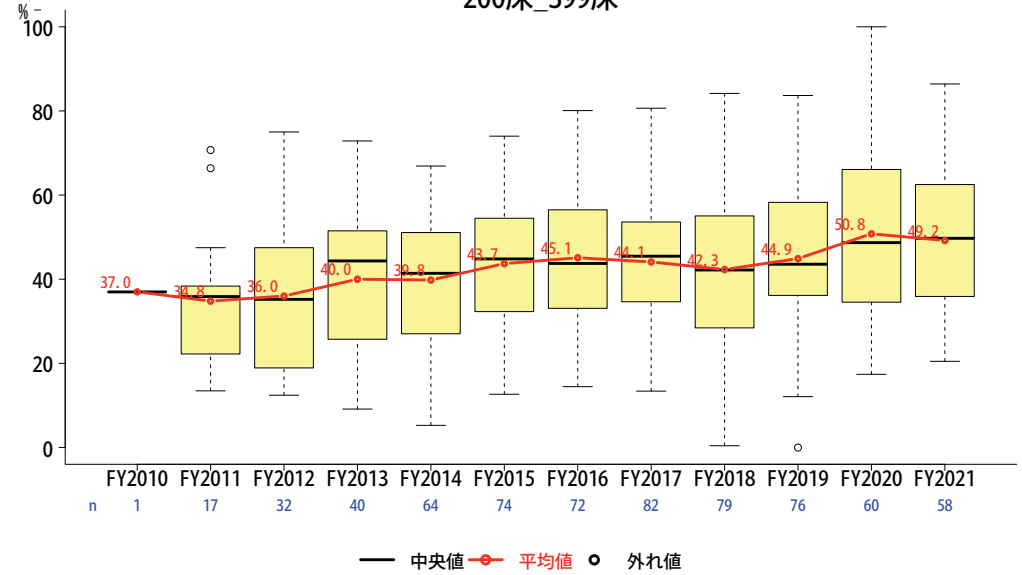
199床以下



一般-1 患者満足度(外来患者) 満足

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

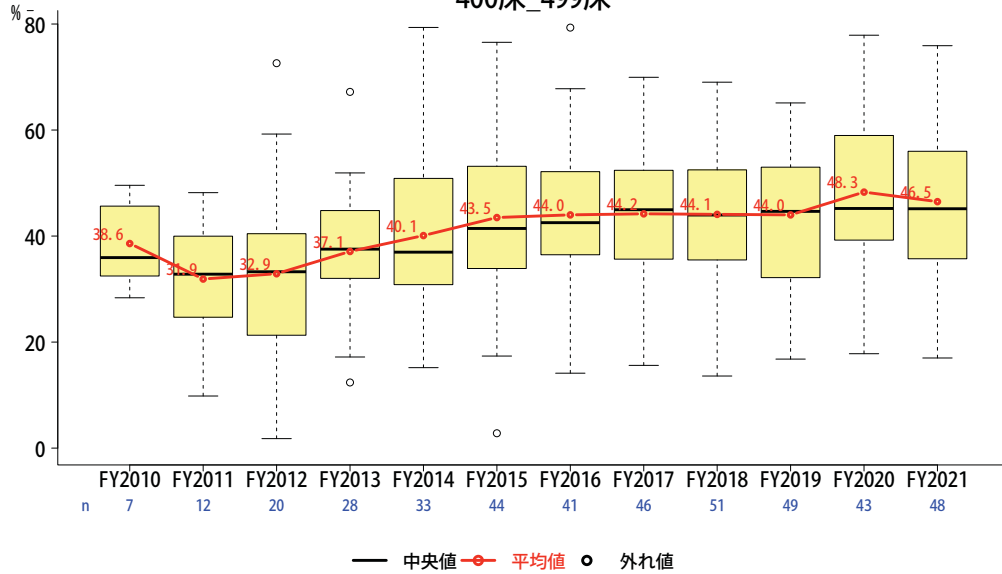
200床_399床



一般-1 患者満足度(外来患者) 満足

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

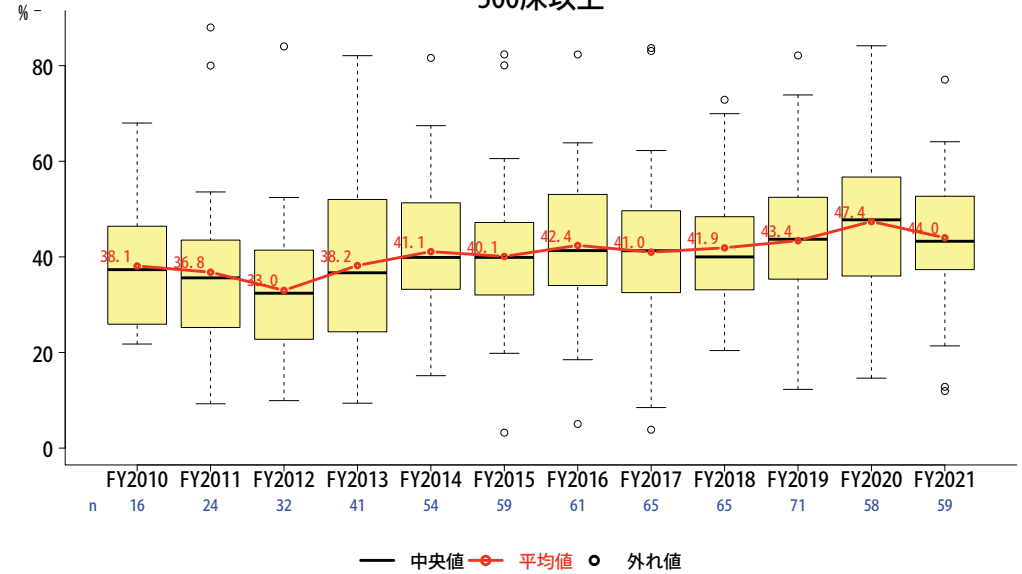
400床_499床



一般-1 患者満足度(外来患者) 満足

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

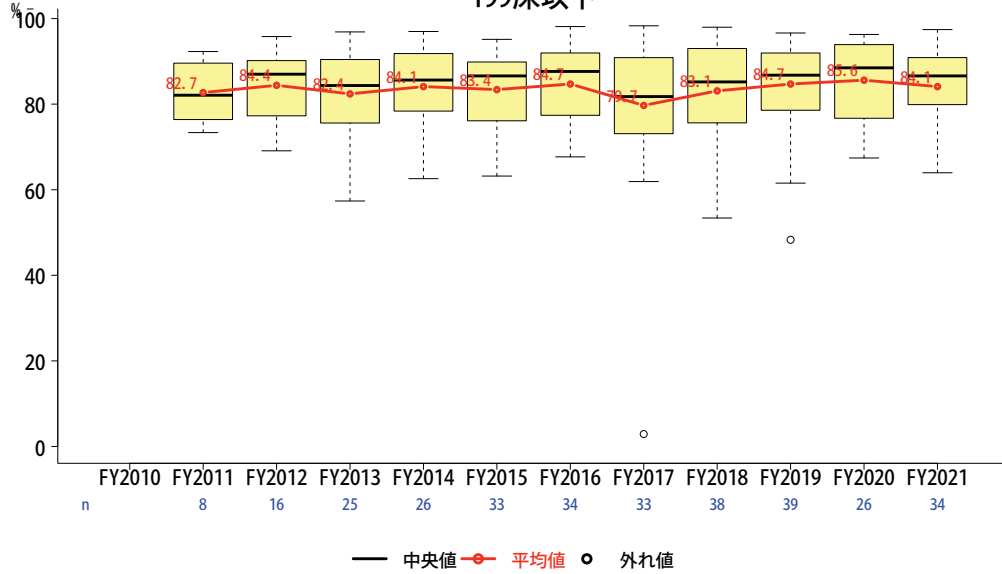
500床以上



一般-2 患者満足度(外来患者) 満足またはやや満足

分子:「満足」または「やや満足」と回答した外来患者数
 分母:外来患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問有効回答数

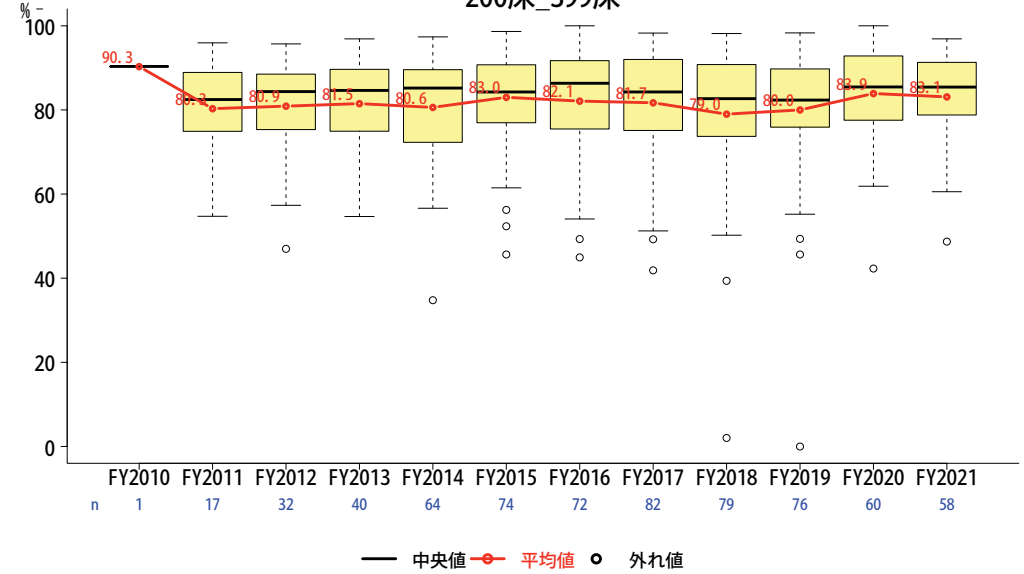
199床以下



一般-2 患者満足度(外来患者) 満足またはやや満足

分子:「満足」または「やや満足」と回答した外来患者数
 分母:外来患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問有効回答数

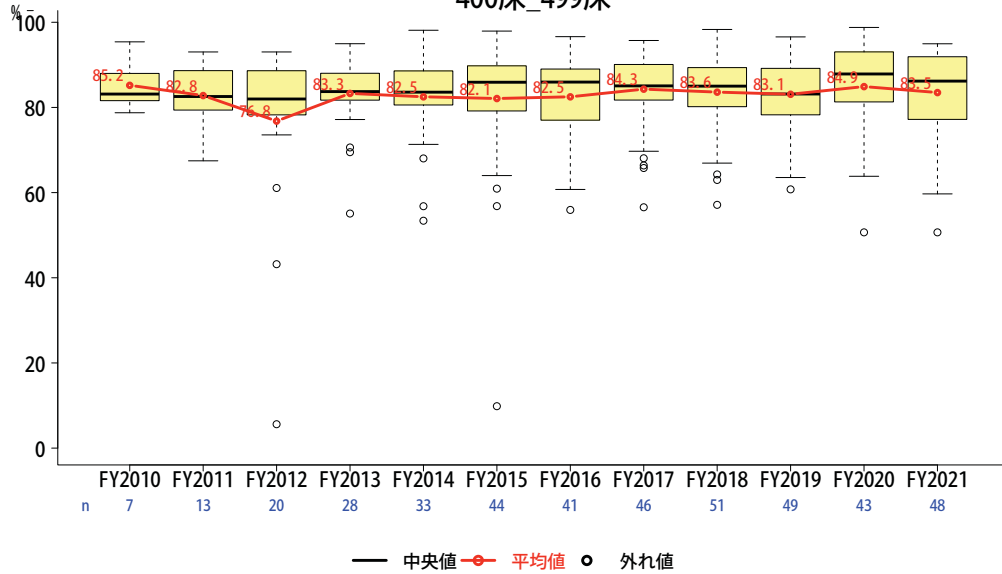
200床_399床



一般-2 患者満足度(外来患者) 満足またはやや満足

分子:「満足」または「やや満足」と回答した外来患者数
 分母:外来患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問有効回答数

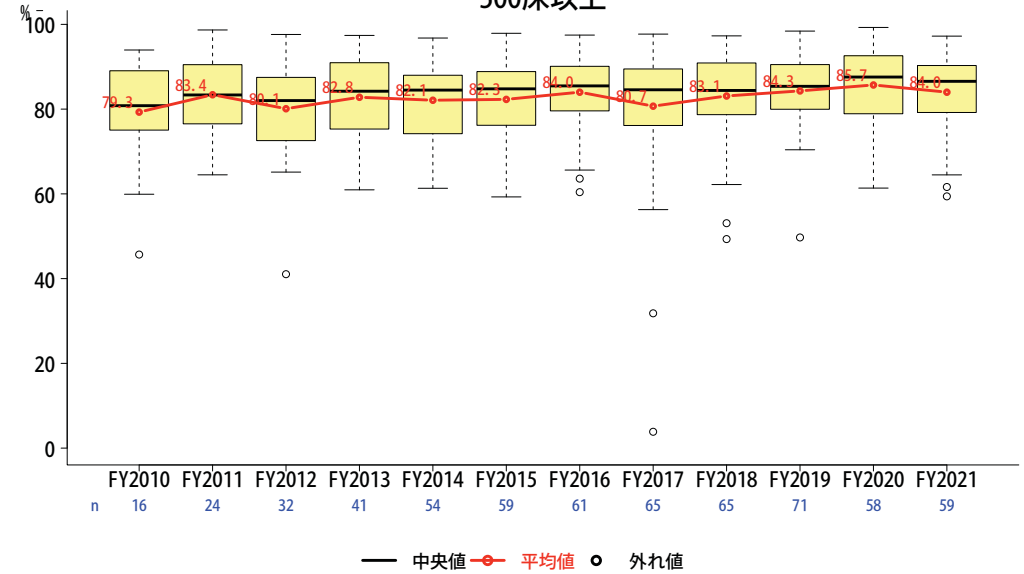
400床_499床



一般-2 患者満足度(外来患者) 満足またはやや満足

分子:「満足」または「やや満足」と回答した外来患者数
 分母:外来患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問有効回答数

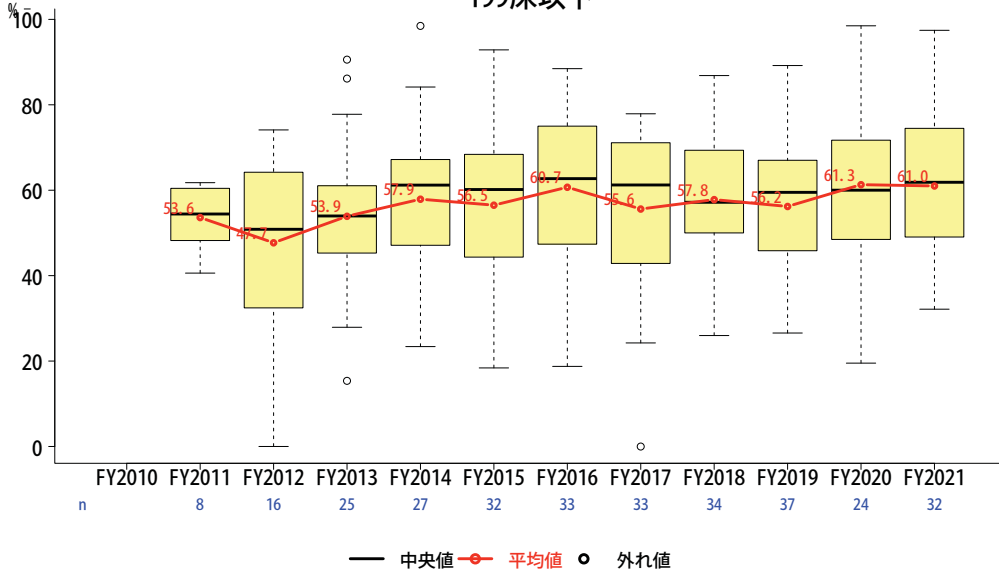
500床以上



一般-3 患者満足度(入院患者) 満足

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

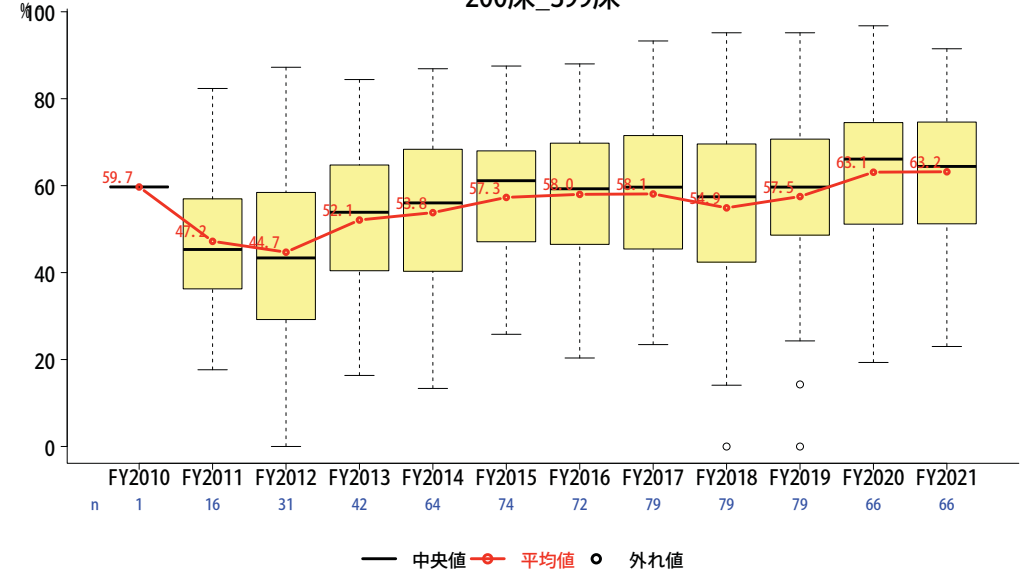
199床以下



一般-3 患者満足度(入院患者) 満足

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

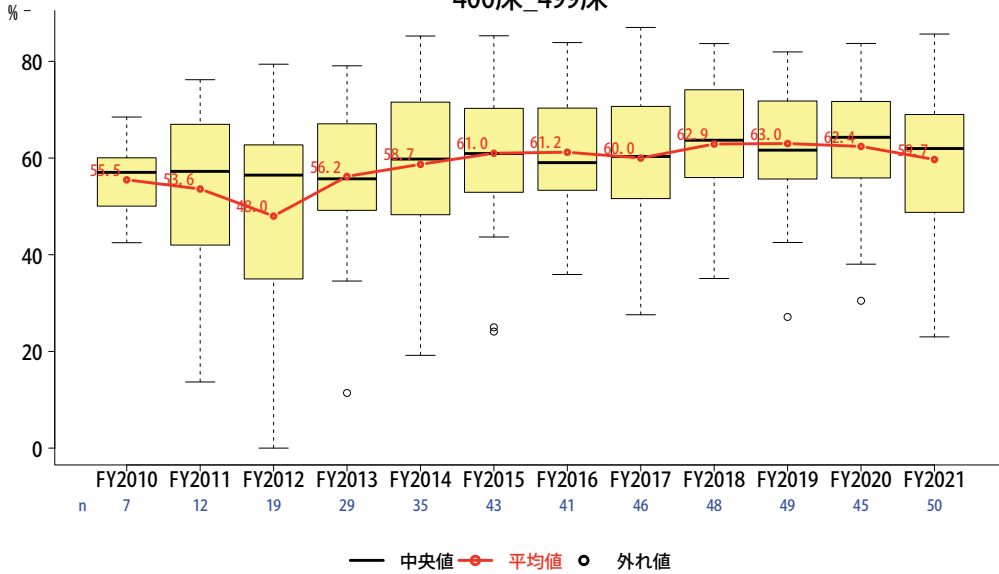
200床_399床



一般-3 患者満足度(入院患者) 満足

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

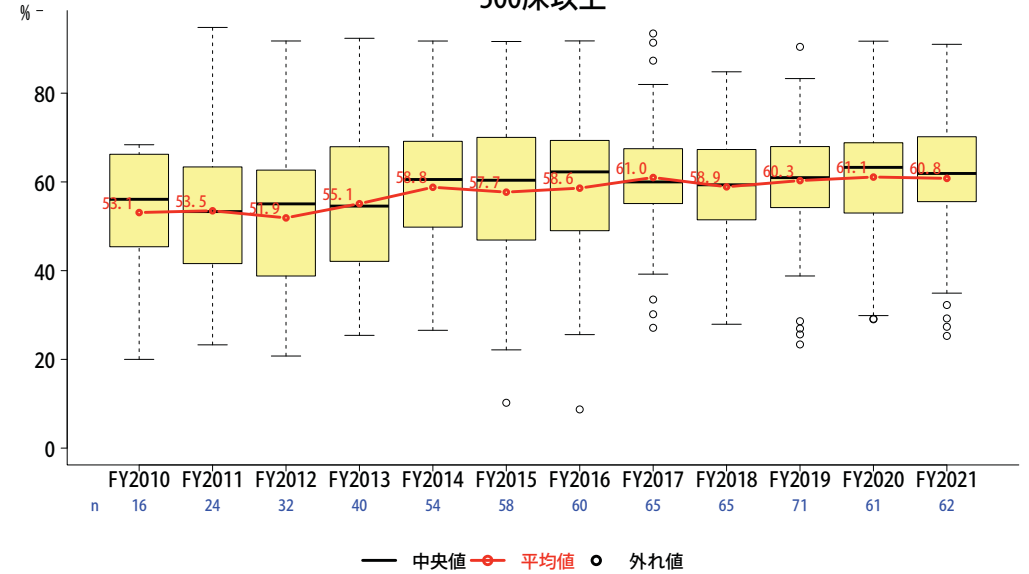
400床_499床



一般-3 患者満足度(入院患者) 満足

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

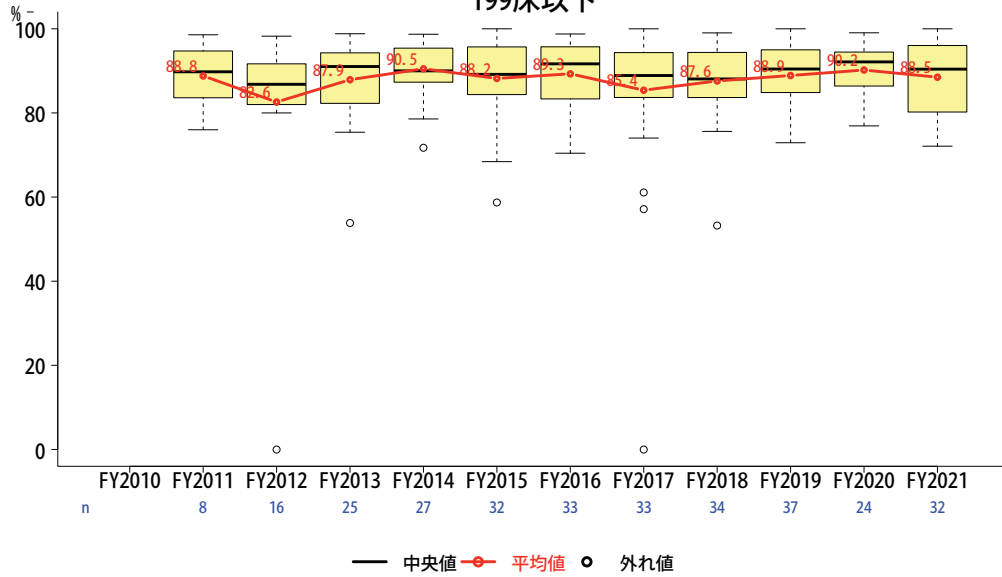
500床以上



一般-4 患者満足度(入院患者) 満足またはやや満足

分子:「満足」または「やや満足」と回答した入院患者数
 分母:入院患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問有効回答数

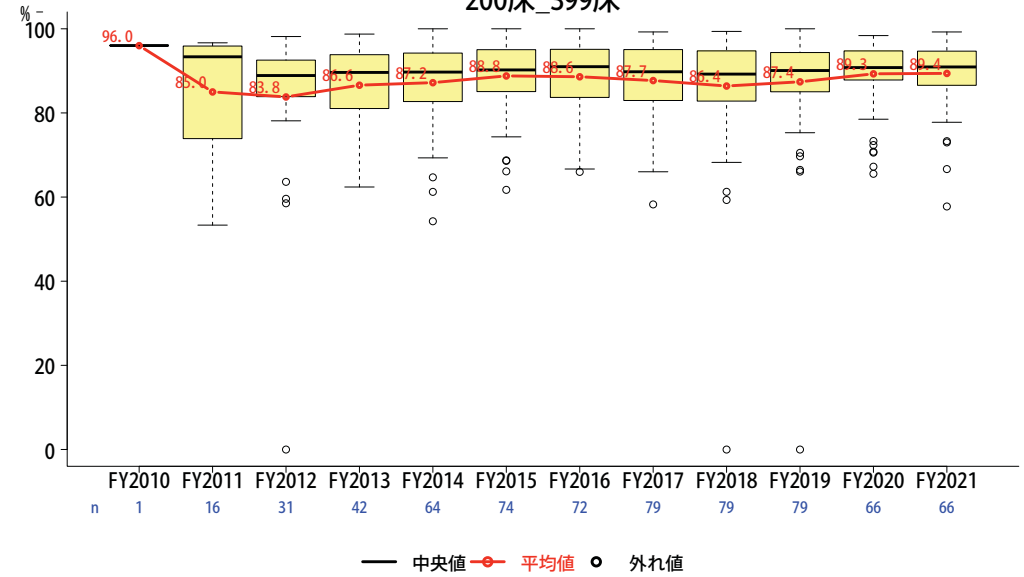
199床以下



一般-4 患者満足度(入院患者) 満足またはやや満足

分子:「満足」または「やや満足」と回答した入院患者数
 分母:入院患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問有効回答数

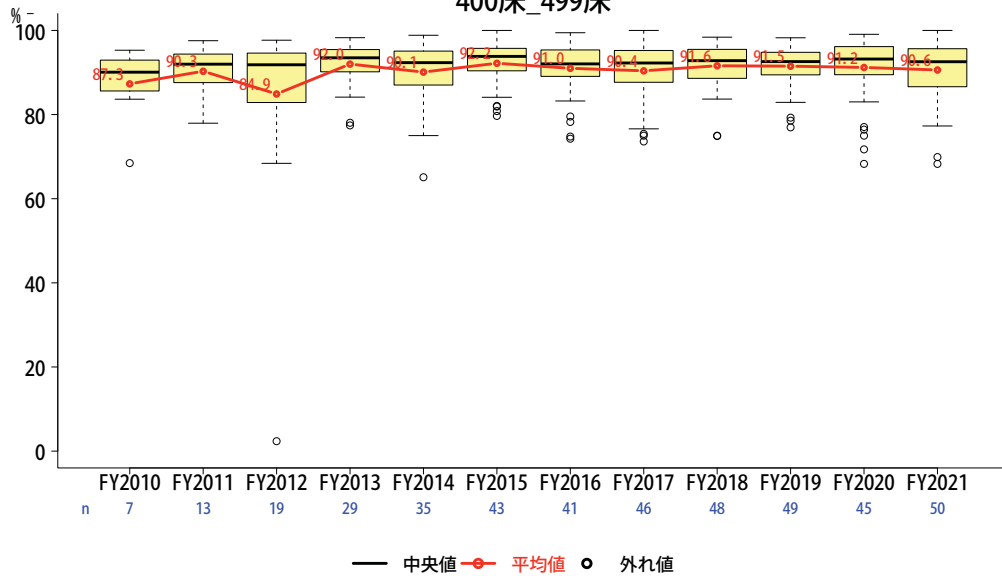
200床_399床



一般-4 患者満足度(入院患者) 満足またはやや満足

分子:「満足」または「やや満足」と回答した入院患者数
 分母:入院患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問有効回答数

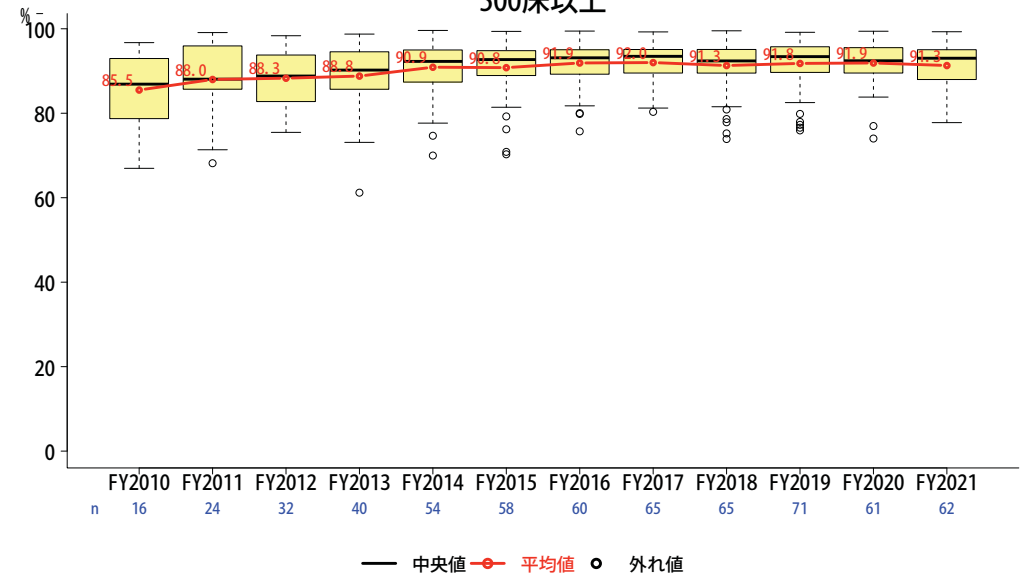
400床_499床



一般-4 患者満足度(入院患者) 満足またはやや満足

分子:「満足」または「やや満足」と回答した入院患者数
 分母:入院患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問有効回答数

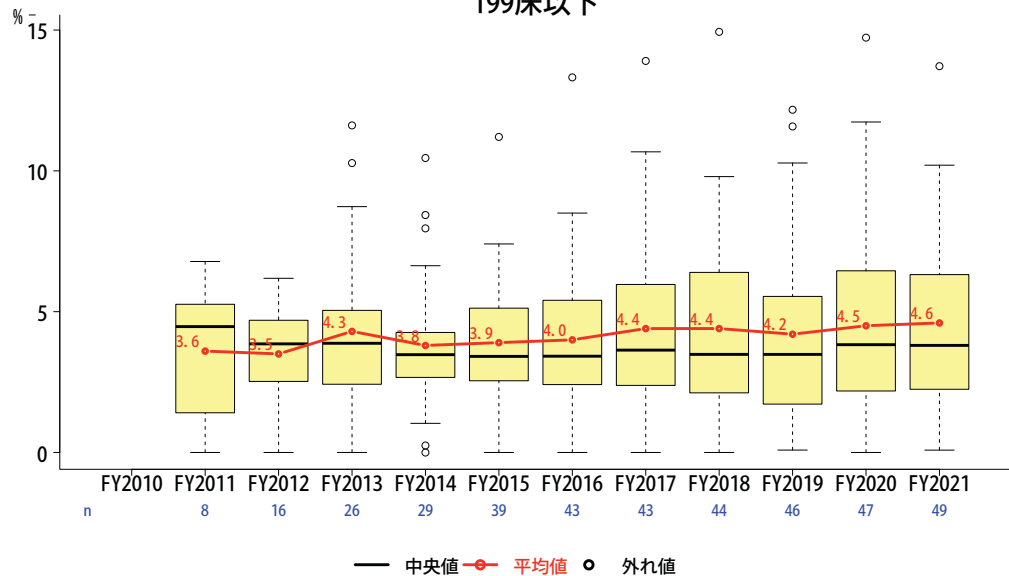
500床以上



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

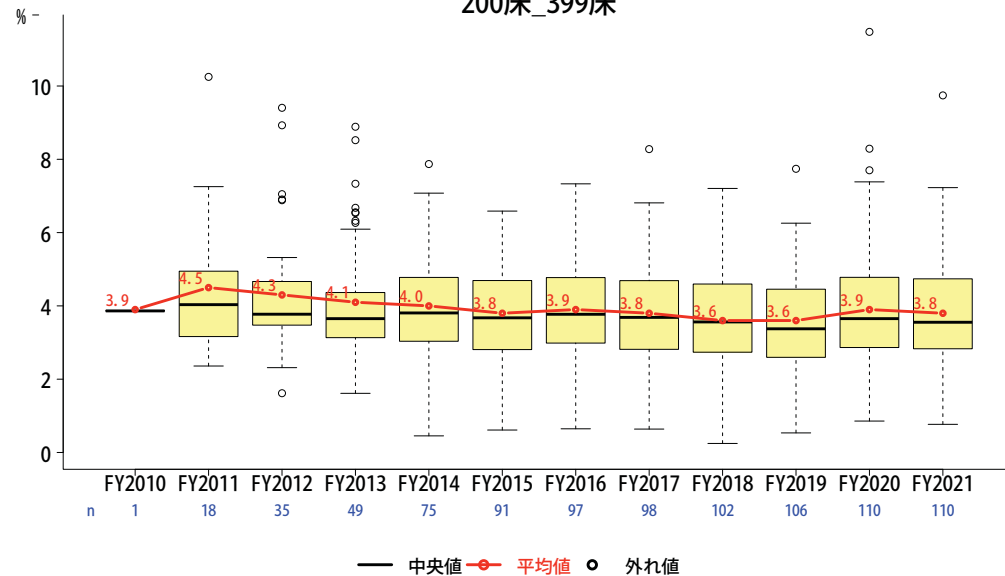
199床以下



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

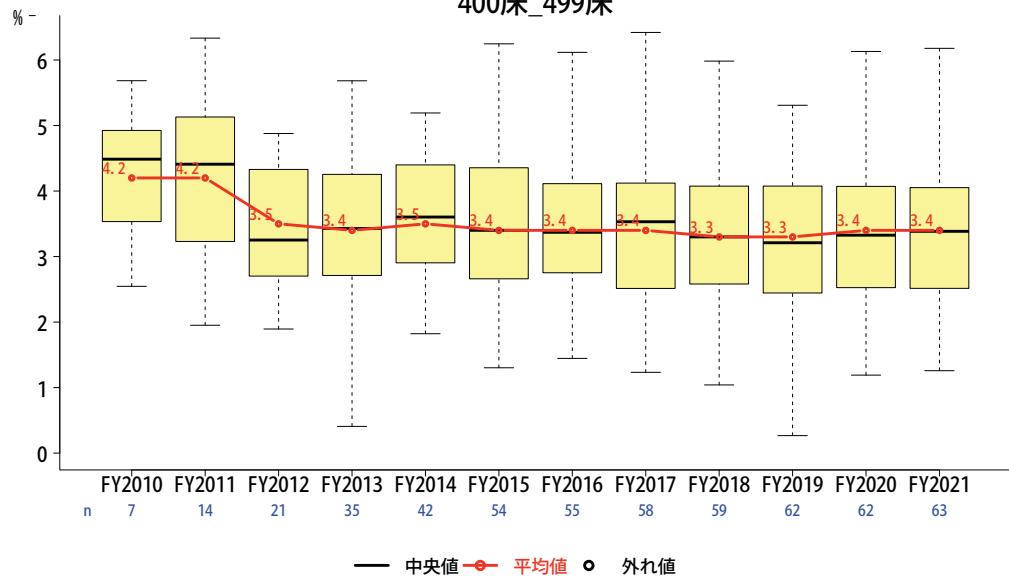
200床_399床



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

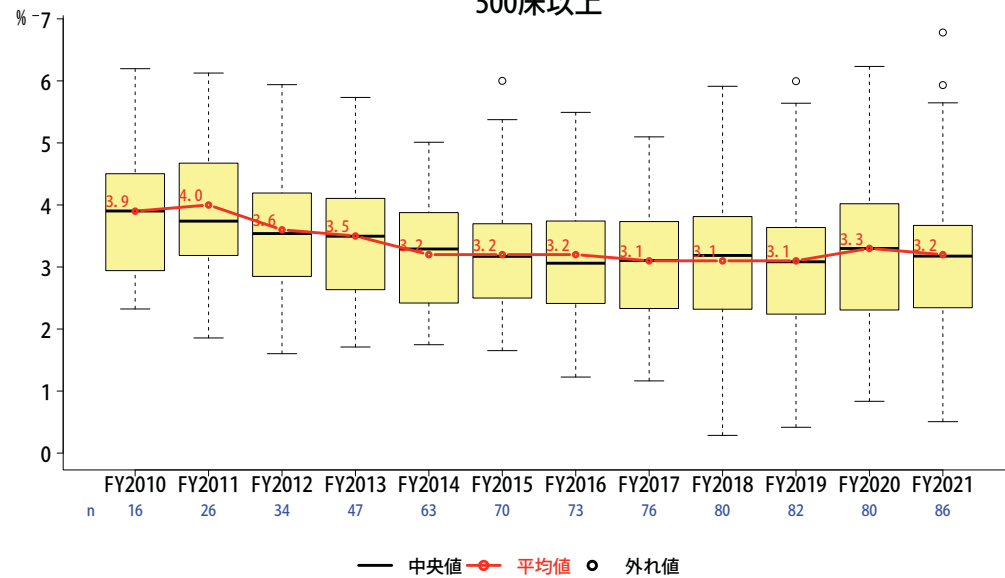
400床_499床



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

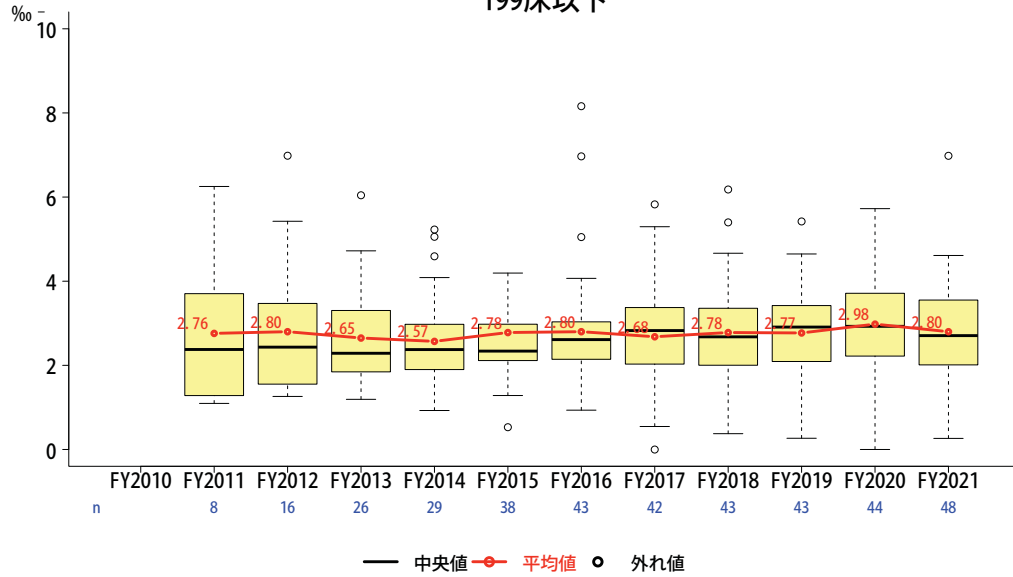
500床以上



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

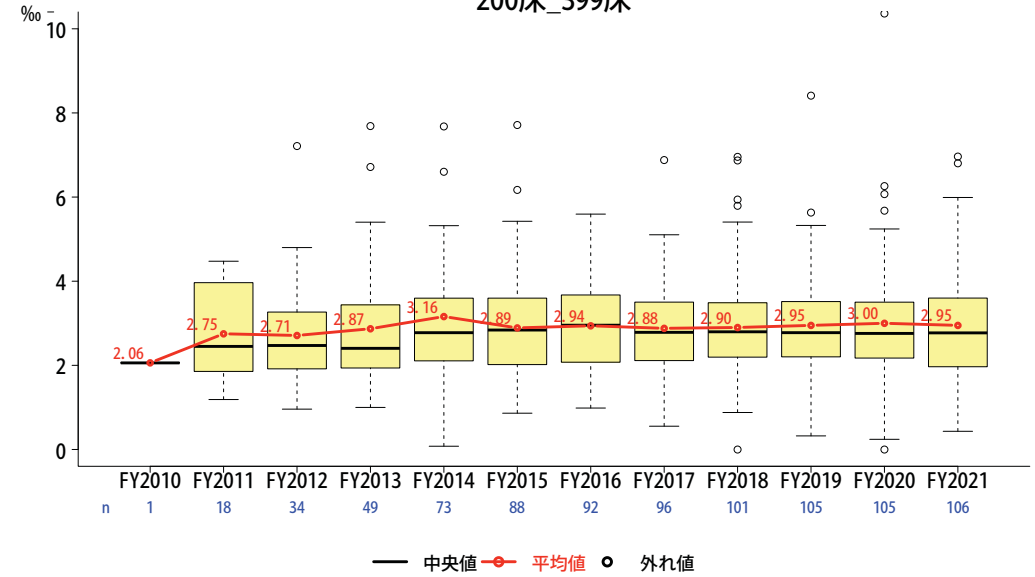
199床以下



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

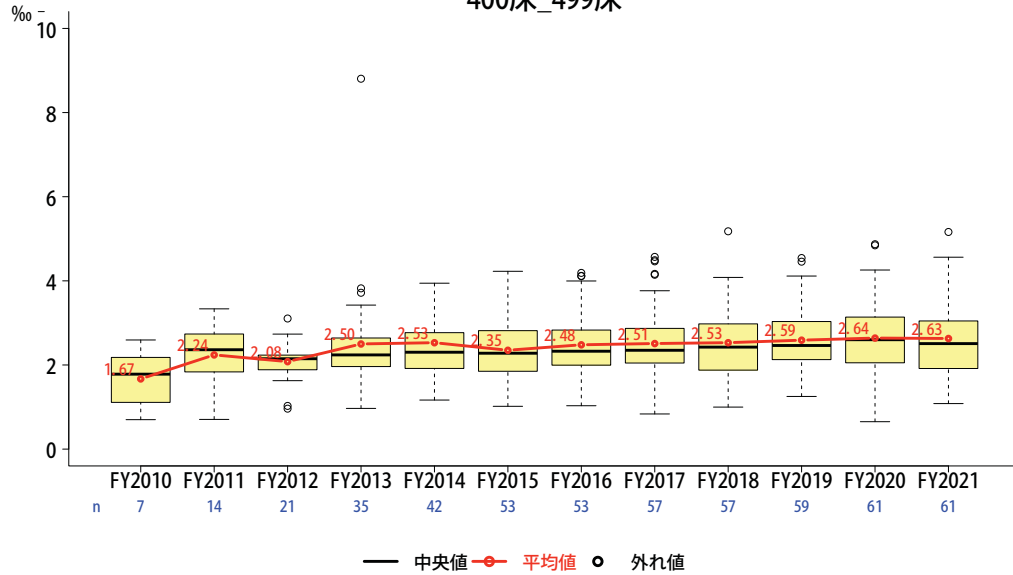
200床_399床



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

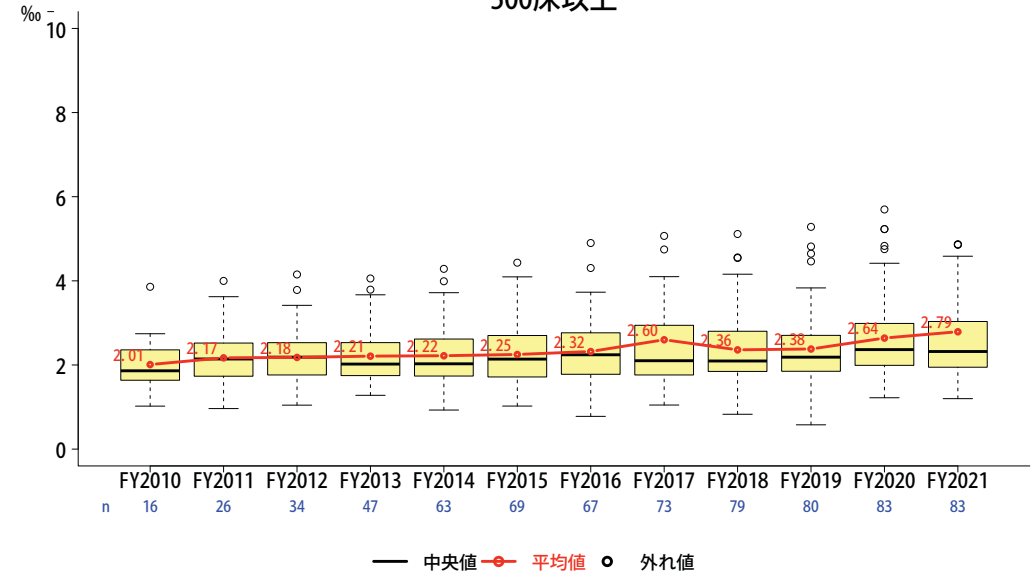
400床_499床



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

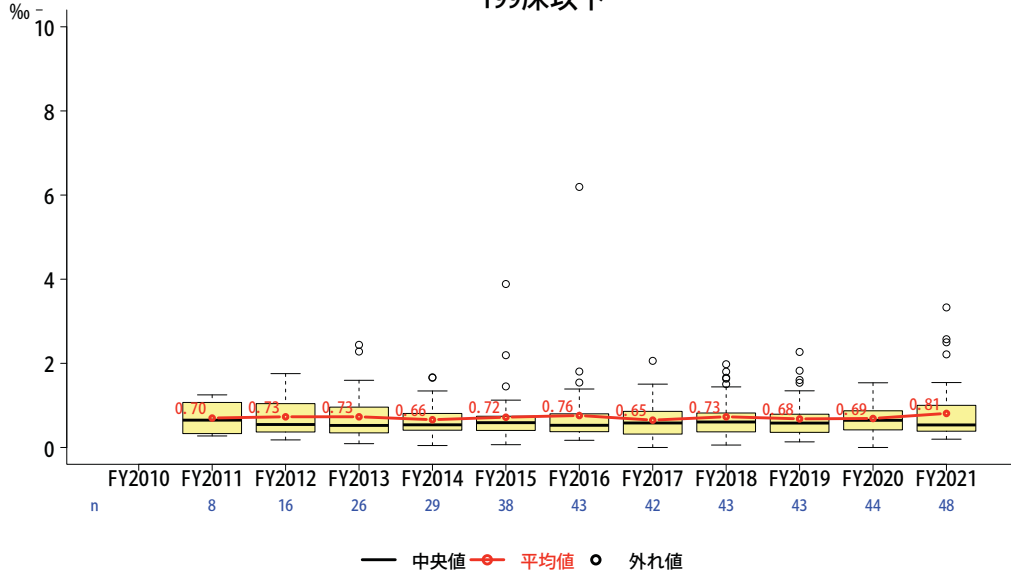
500床以上



一般-7 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル2以上)

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

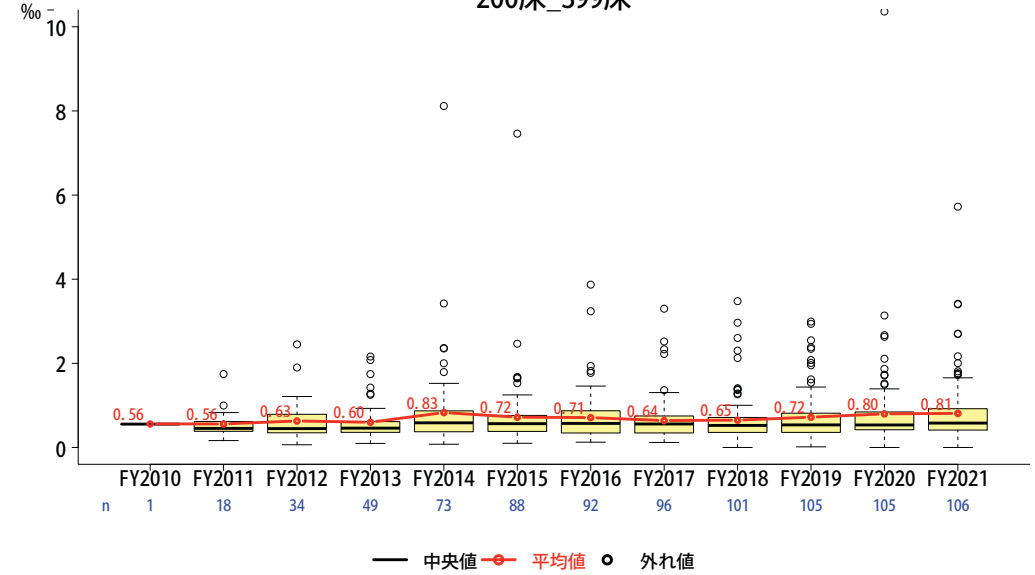
199床以下



一般-7 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル2以上)

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

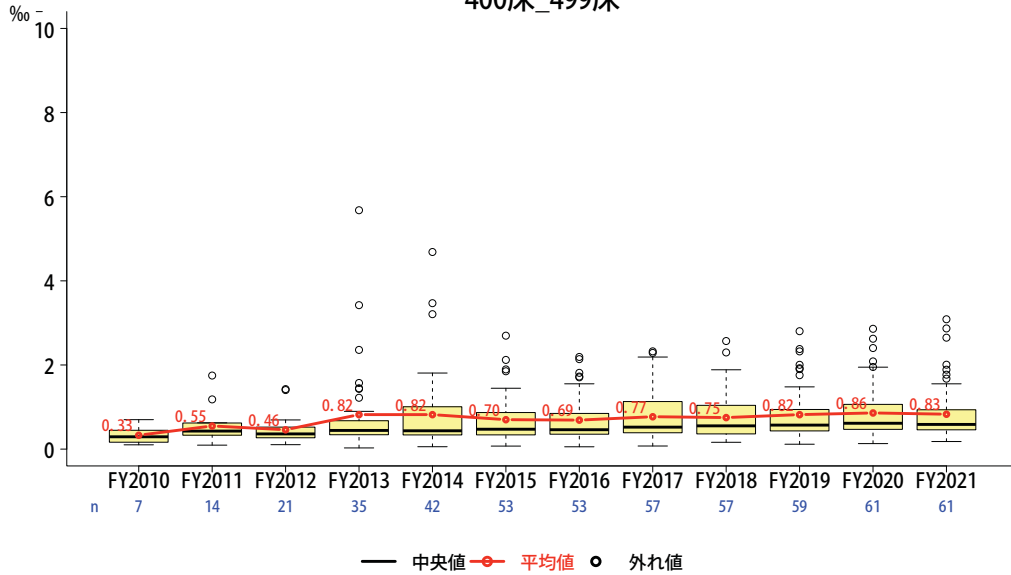
200床_399床



一般-7 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル2以上)

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

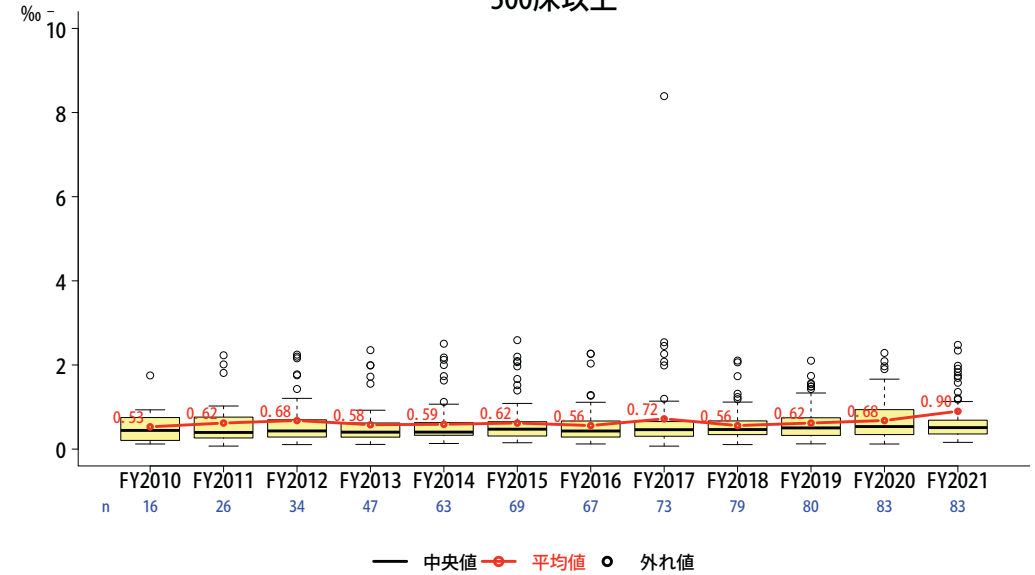
400床_499床



一般-7 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル2以上)

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

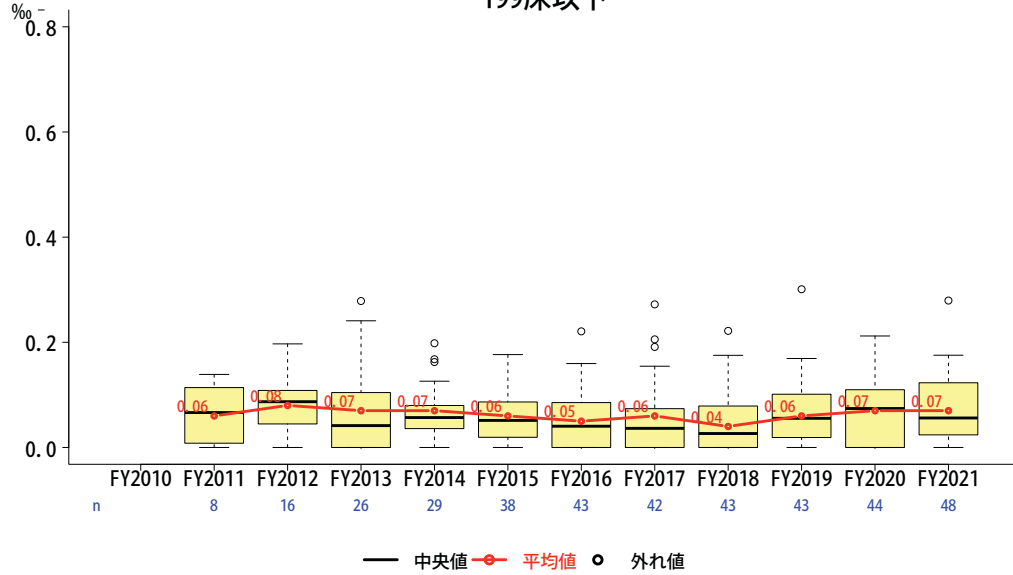
500床以上



一般-8 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル4以上)

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

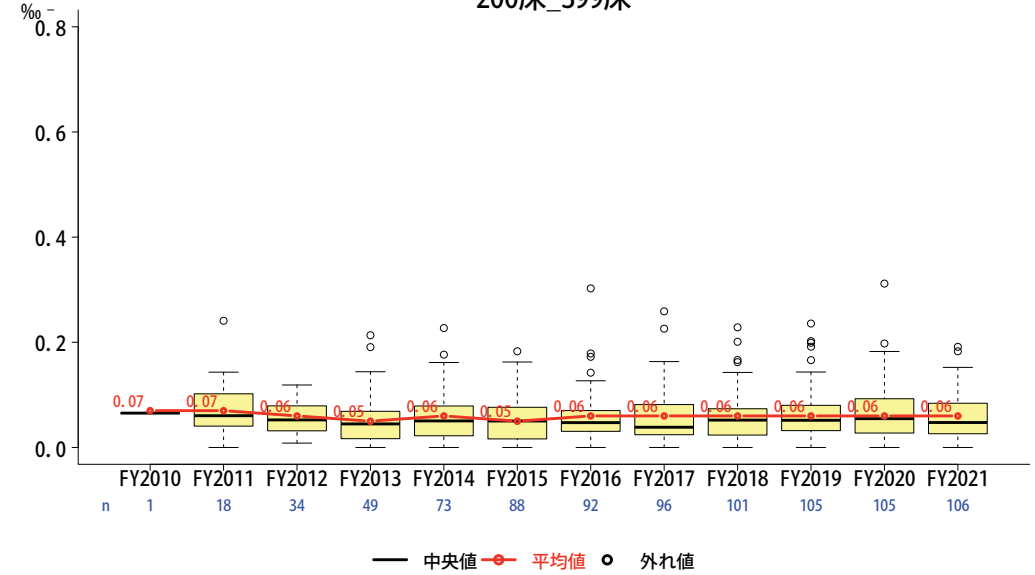
199床以下



一般-8 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル4以上)

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

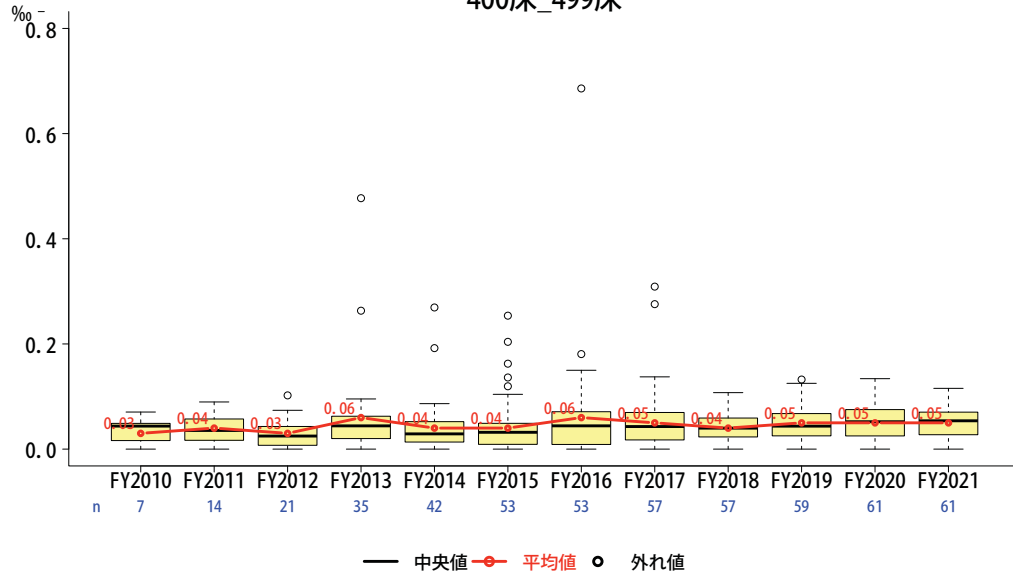
200床_399床



一般-8 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル4以上)

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

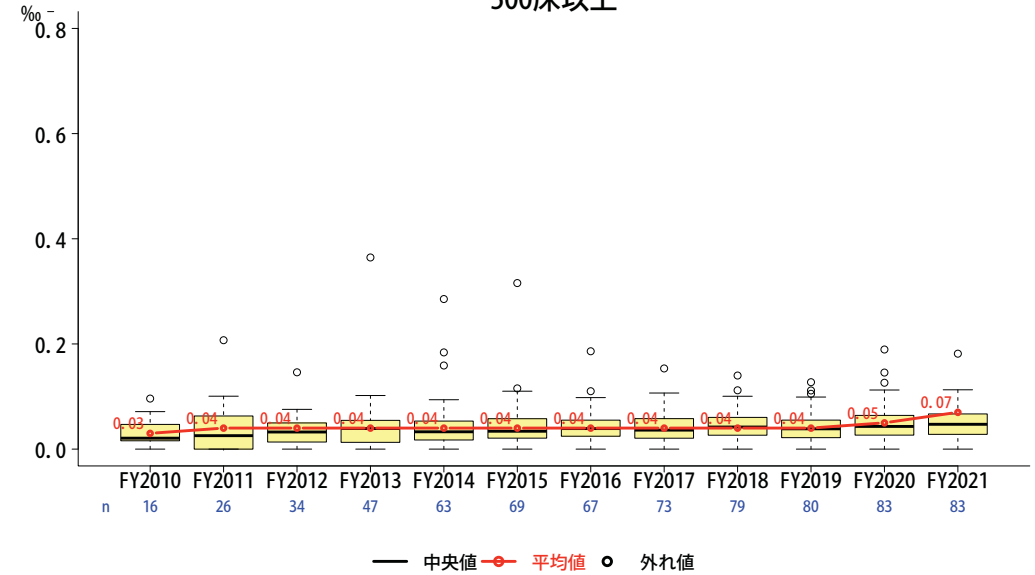
400床_499床



一般-8 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル4以上)

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

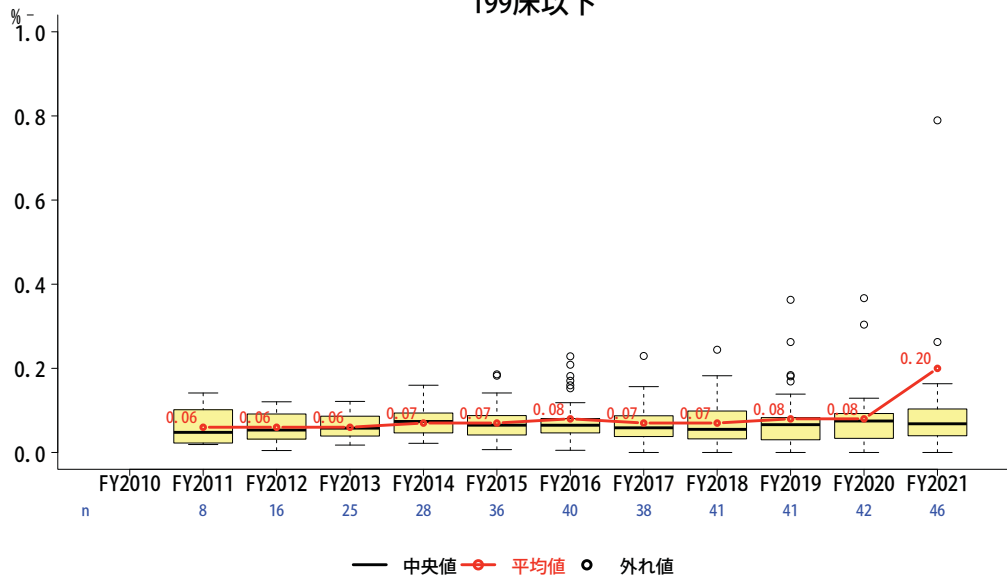
500床以上



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

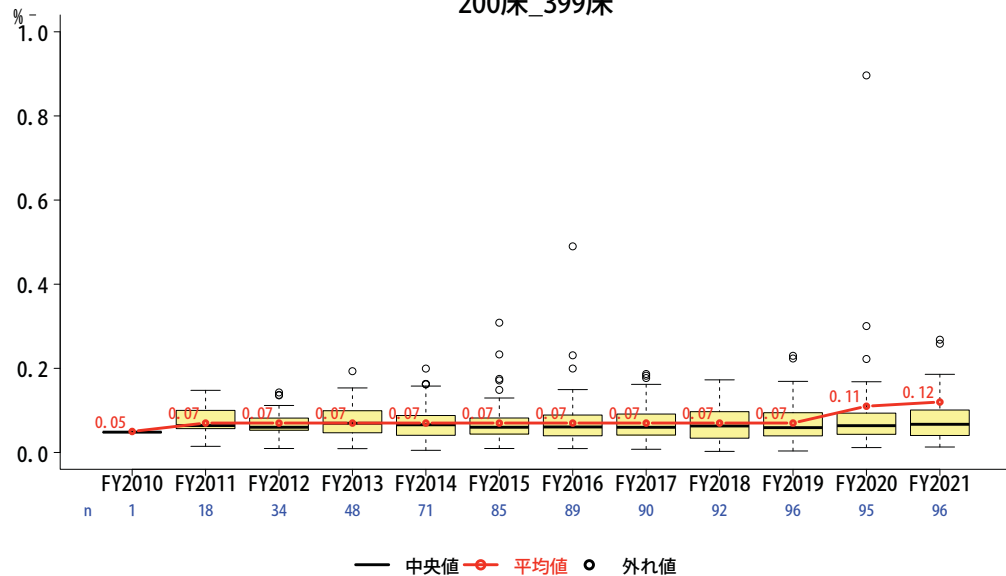
199床以下



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

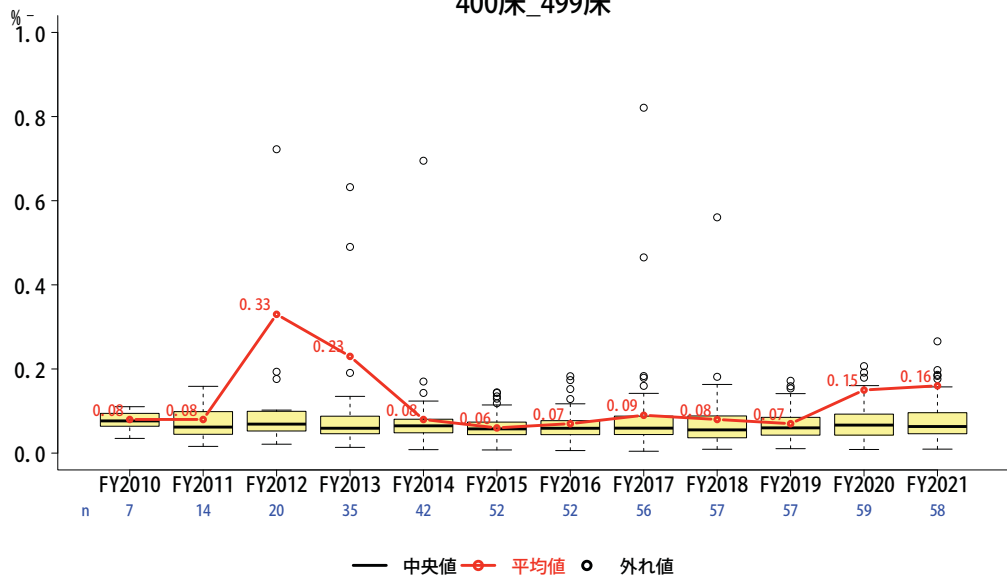
200床_399床



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

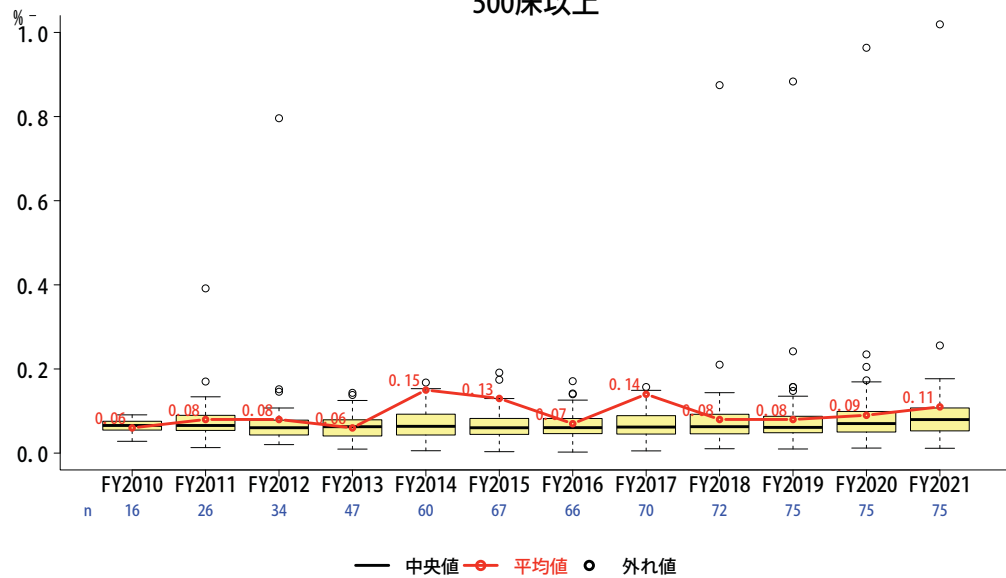
400床_499床



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

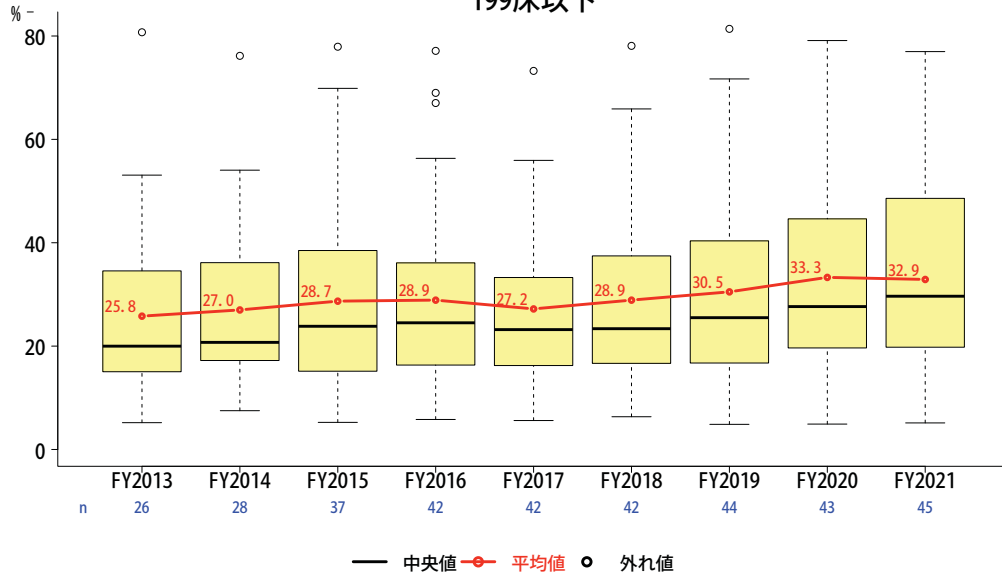
500床以上



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)

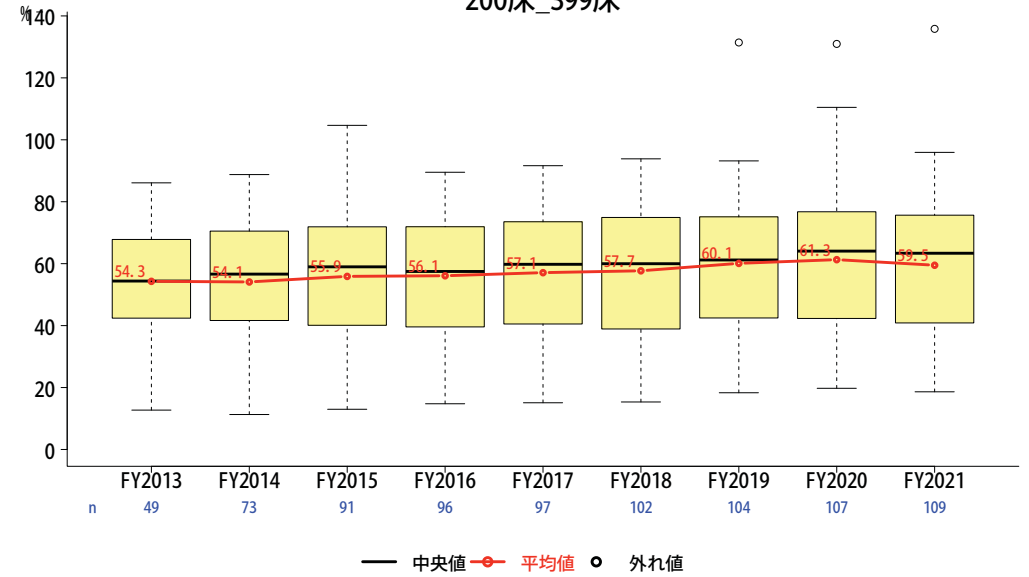
199床以下



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)

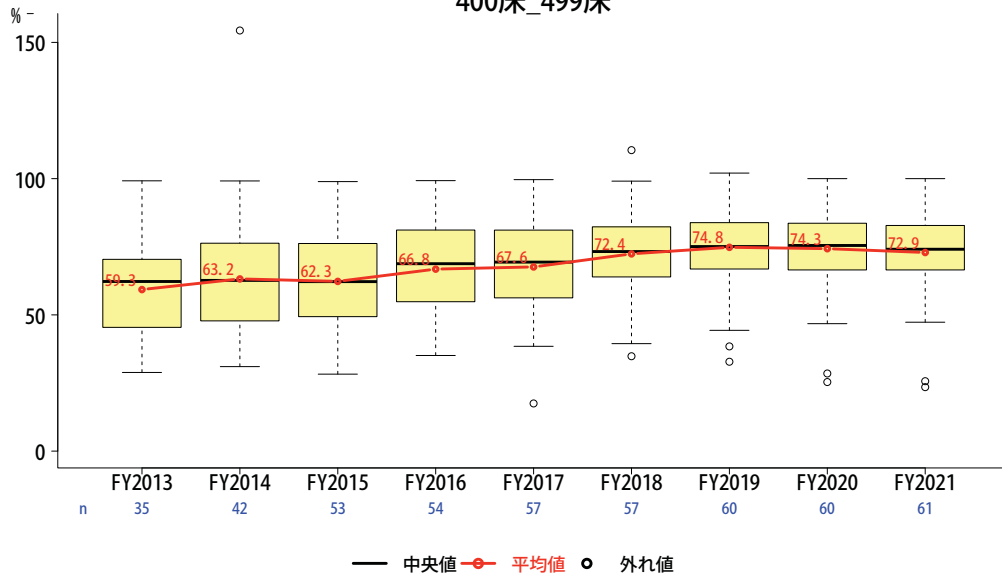
200床_399床



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)

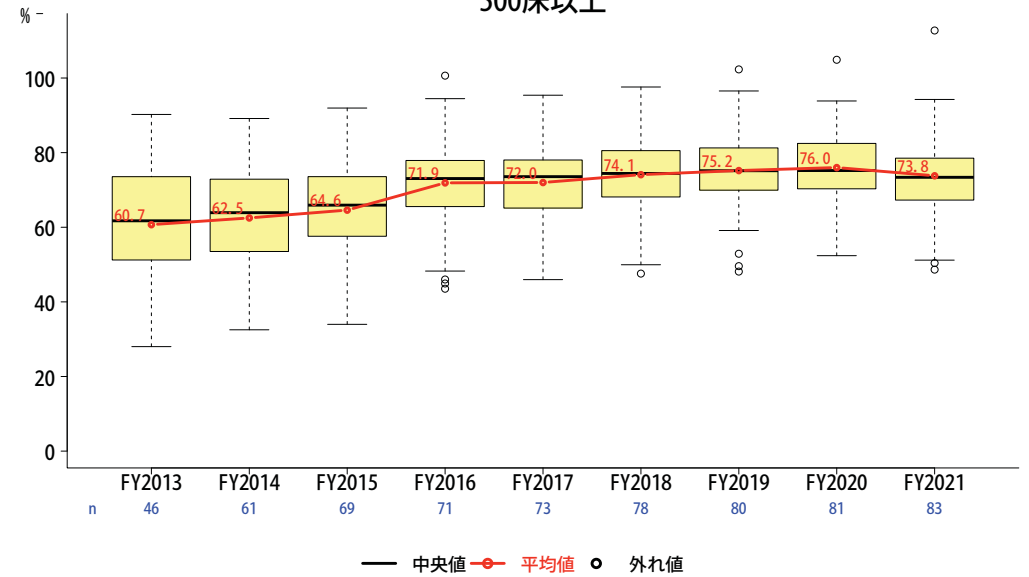
400床_499床



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)

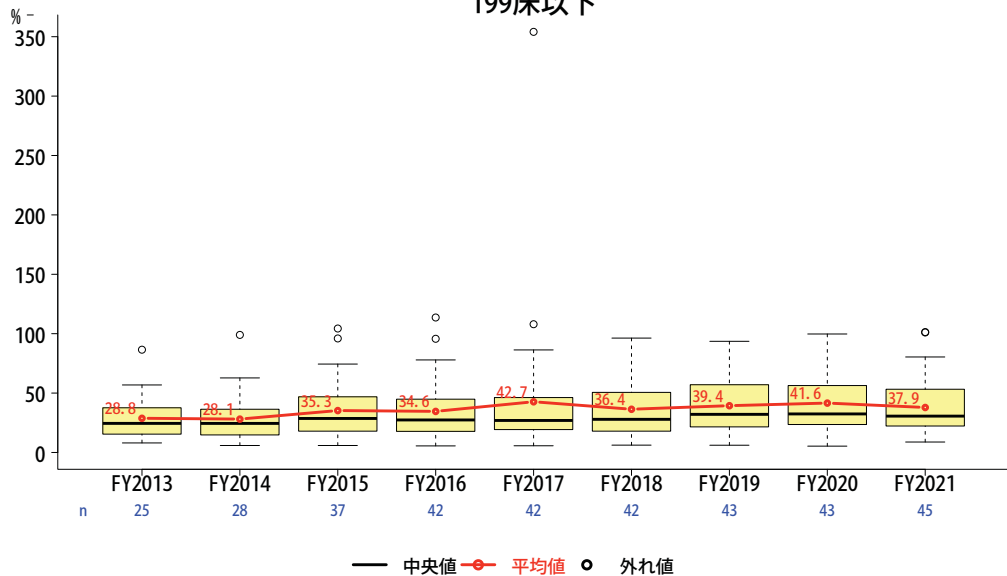
500床以上



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)

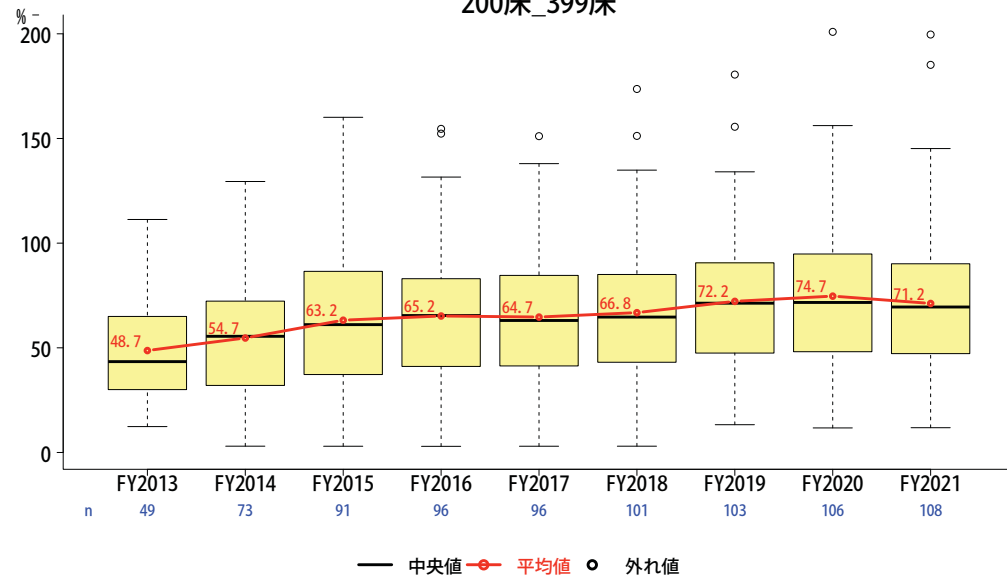
199床以下



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)

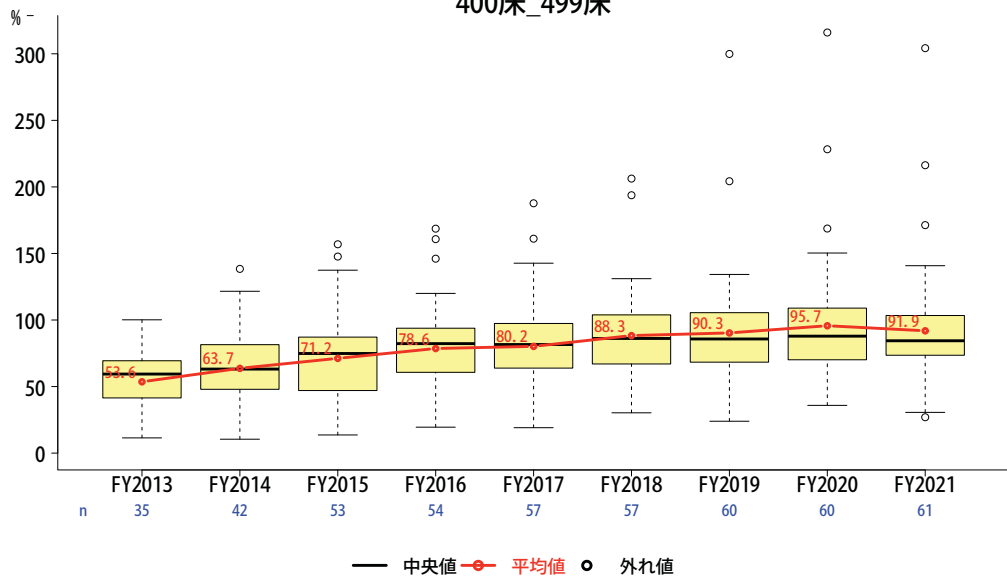
200床_399床



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)

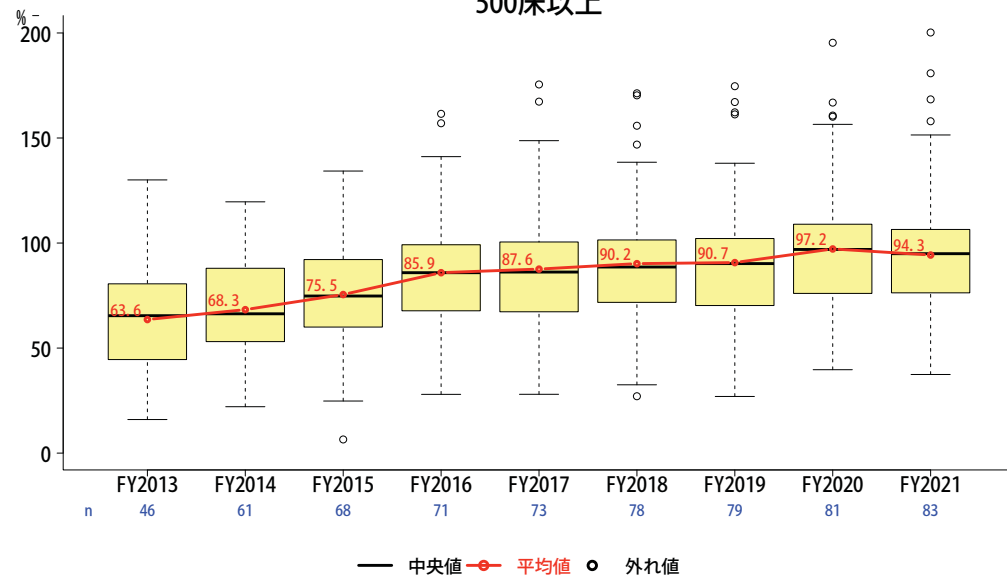
400床_499床



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)

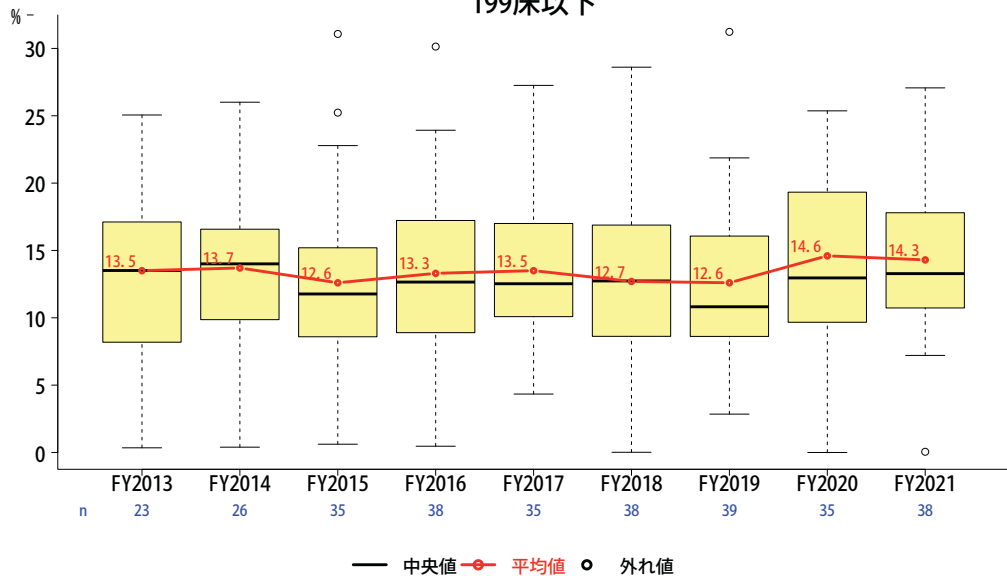
500床以上



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

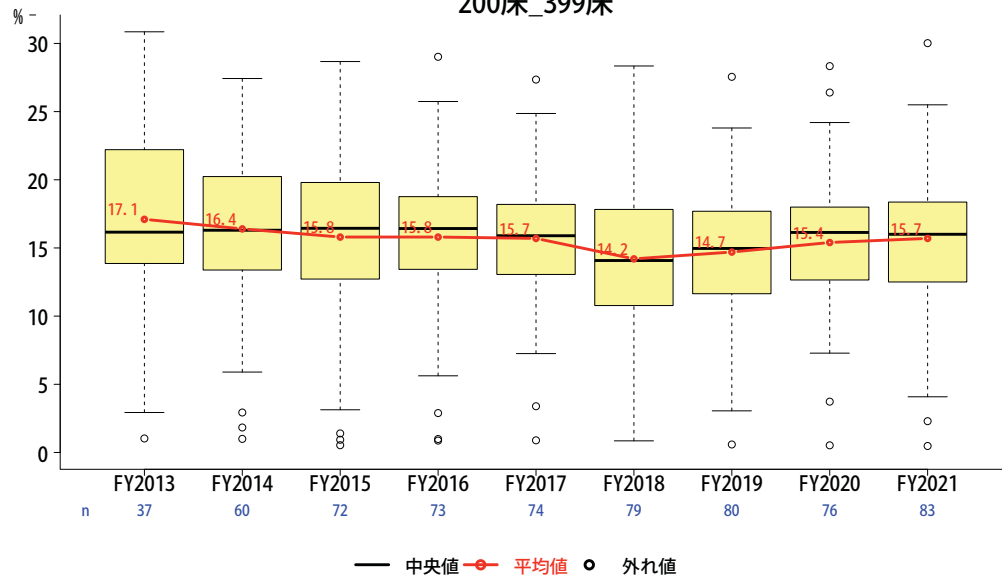
199床以下



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

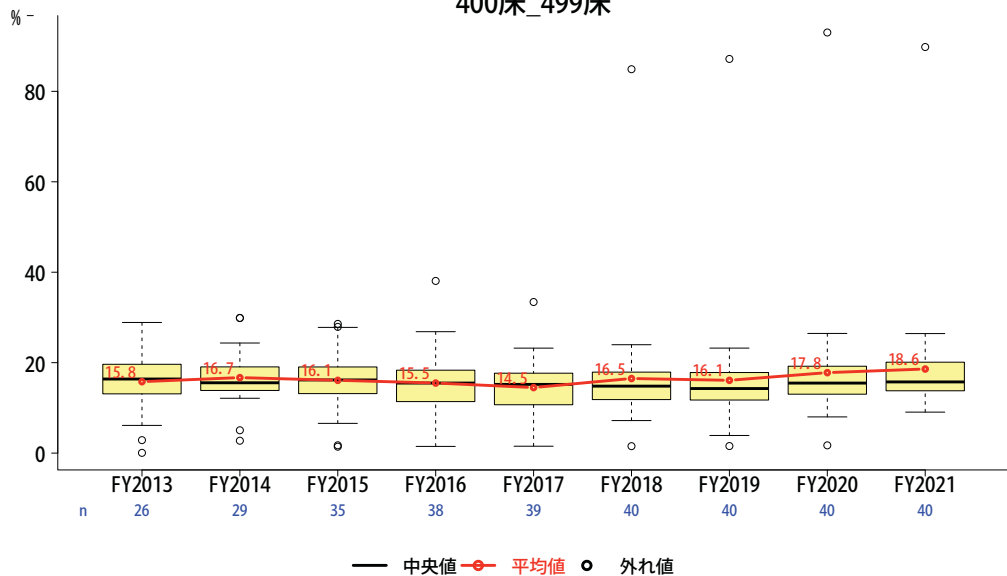
200床_399床



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

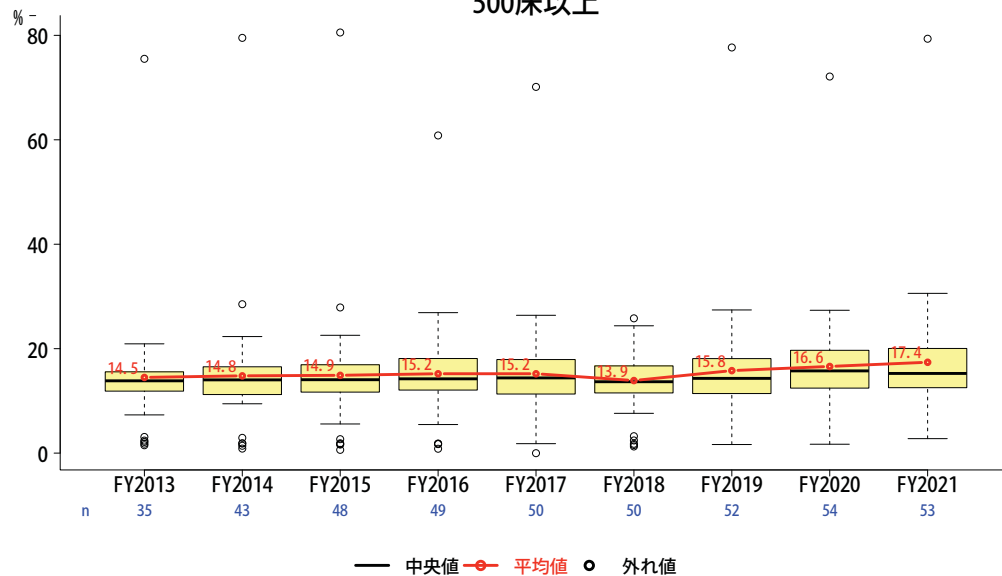
400床_499床



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

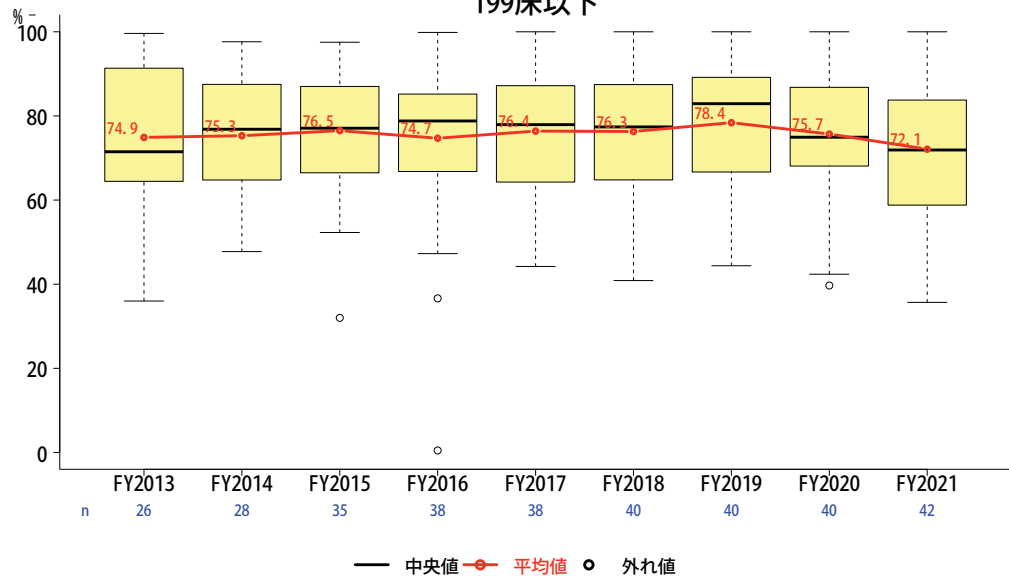
500床以上



一般-13 救急車・ホットラインの応需率

分子:救急車で来院した患者数
分母:救急車受け入れ要請件数

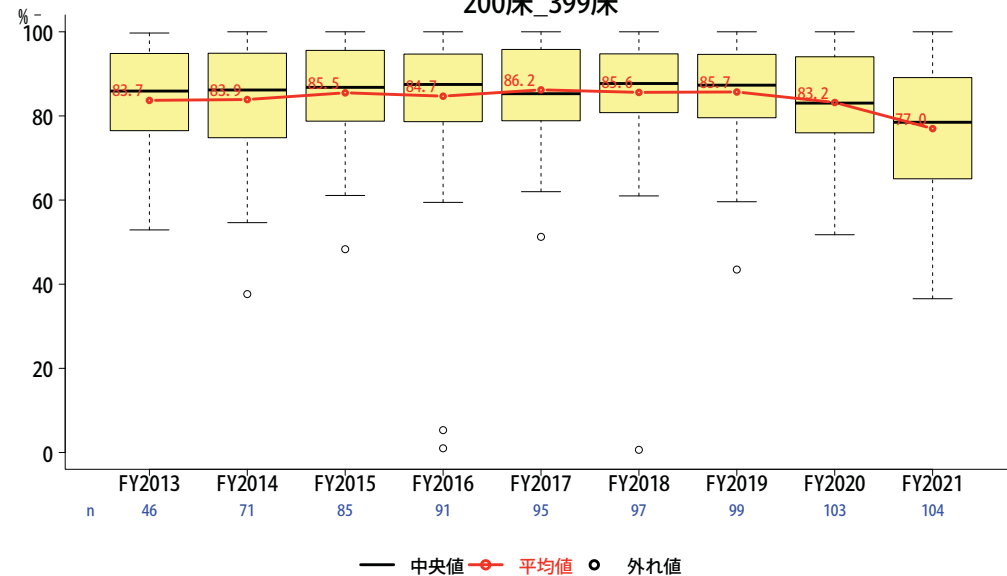
199床以下



一般-13 救急車・ホットラインの応需率

分子:救急車で来院した患者数
分母:救急車受け入れ要請件数

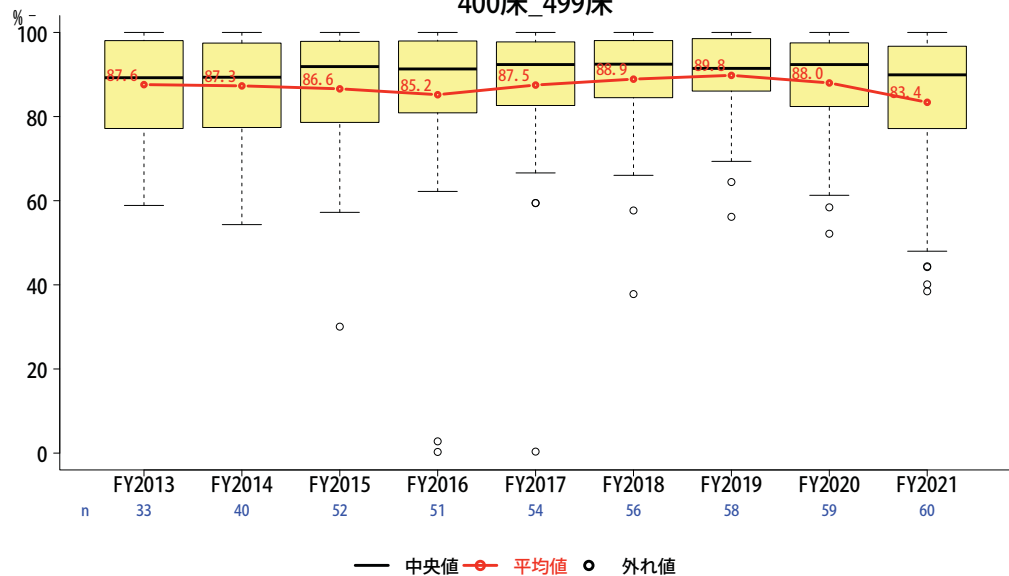
200床_399床



一般-13 救急車・ホットラインの応需率

分子:救急車で来院した患者数
分母:救急車受け入れ要請件数

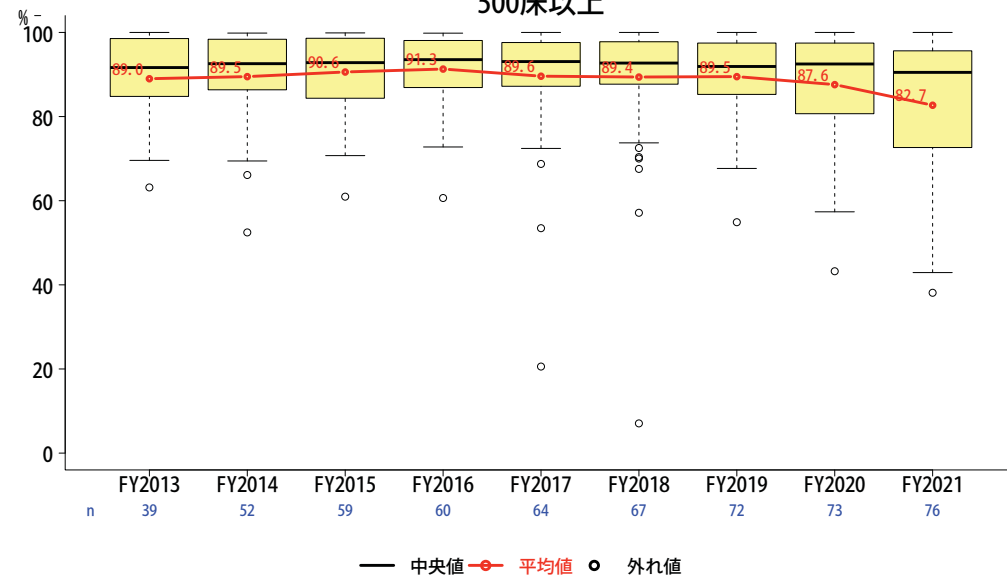
400床_499床



一般-13 救急車・ホットラインの応需率

分子:救急車で来院した患者数
分母:救急車受け入れ要請件数

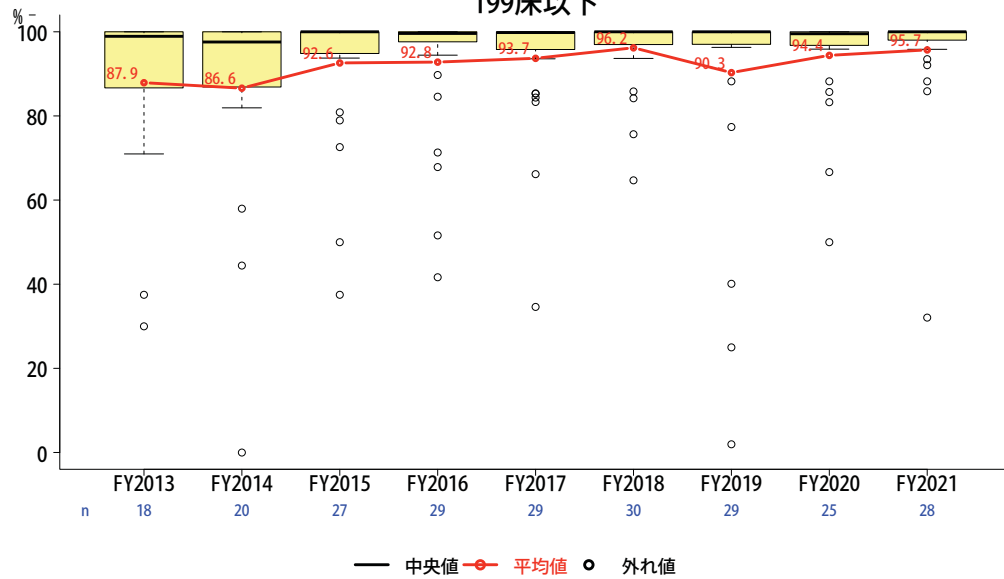
500床以上



一般-15 特定術式における手術開始1時間以内の予防的抗菌薬投与率

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

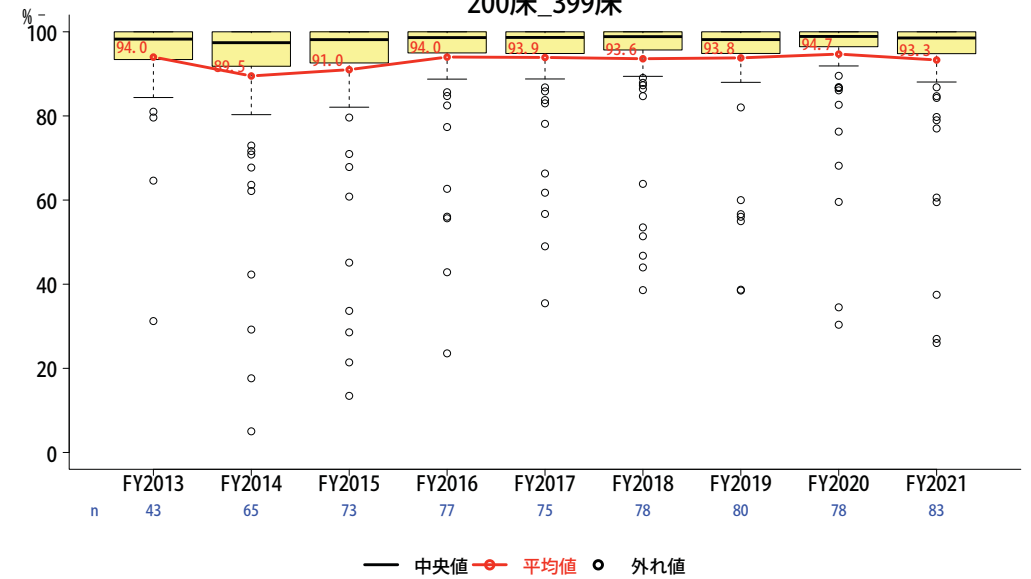
199床以下



一般-15 特定術式における手術開始1時間以内の予防的抗菌薬投与率

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

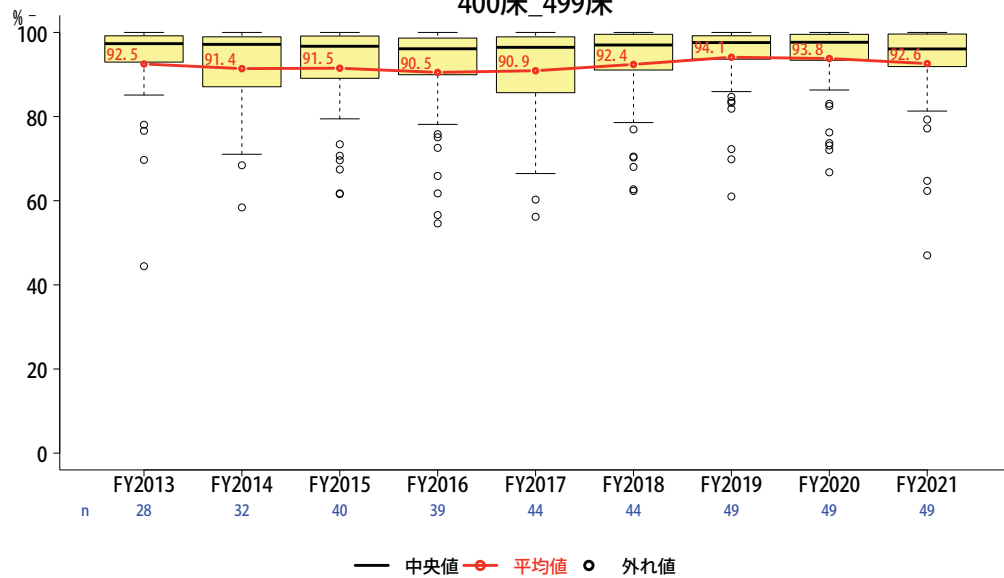
200床_399床



一般-15 特定術式における手術開始1時間以内の予防的抗菌薬投与率

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

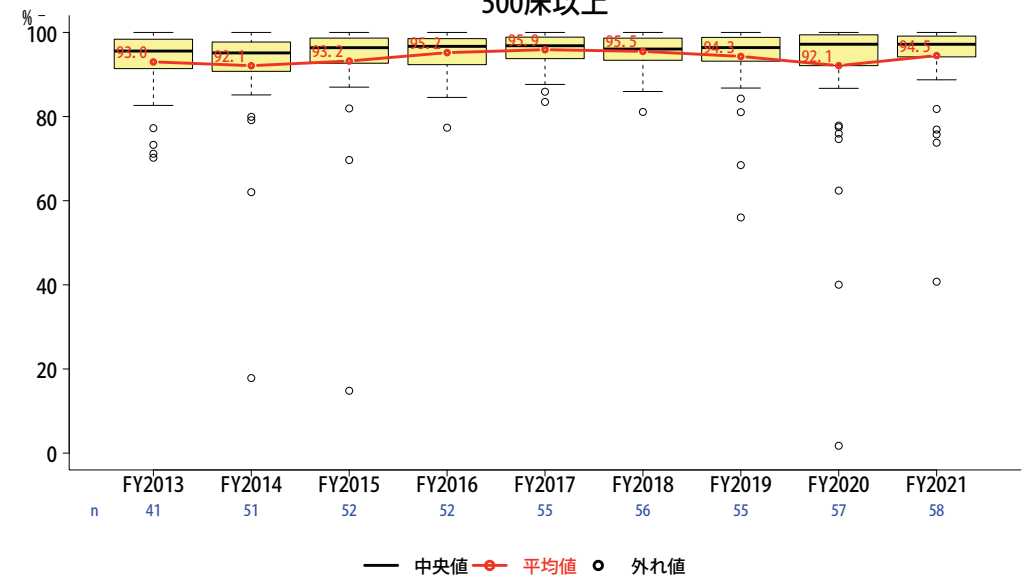
400床_499床



一般-15 特定術式における手術開始1時間以内の予防的抗菌薬投与率

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

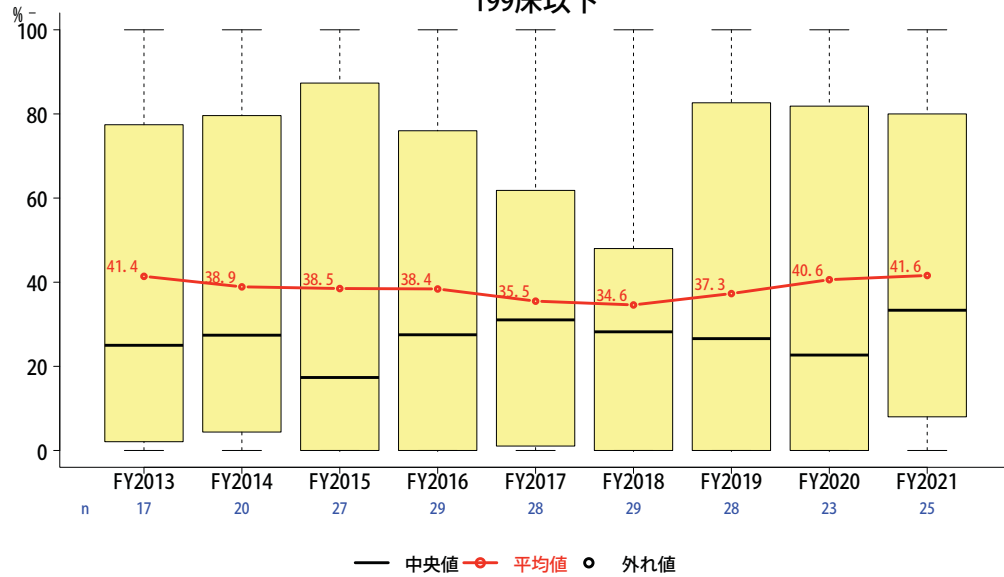
500床以上



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

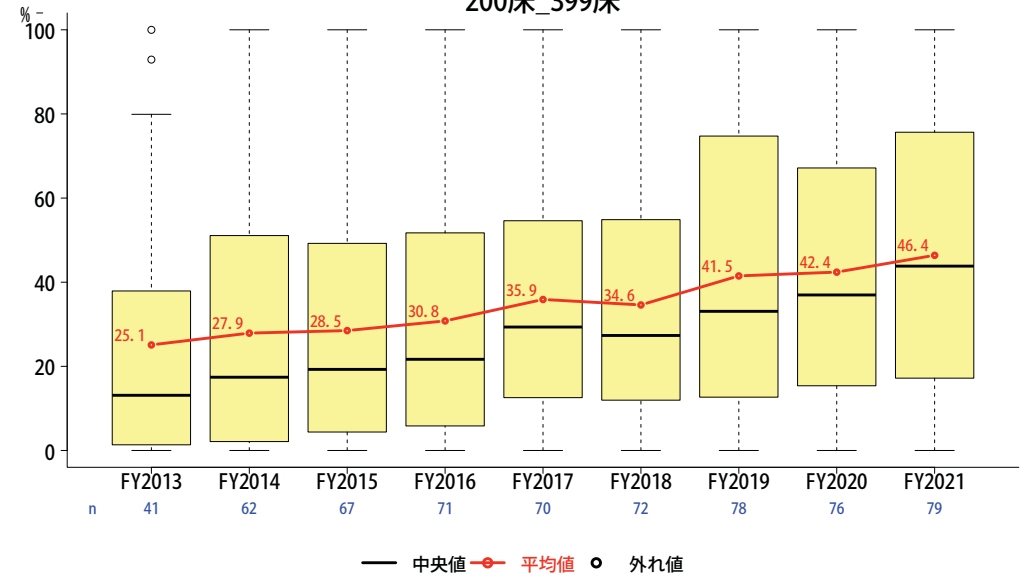
199床以下



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

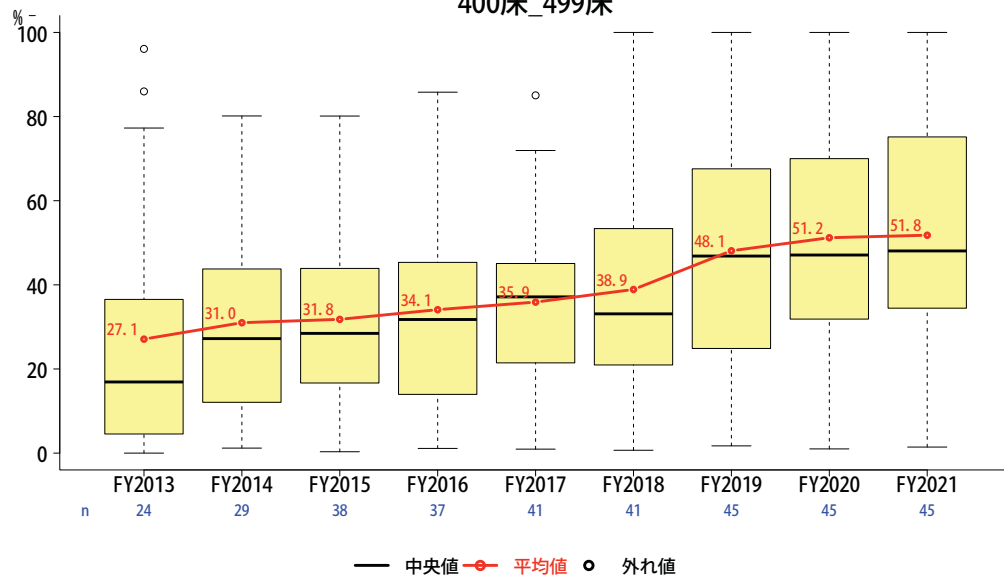
200床_399床



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

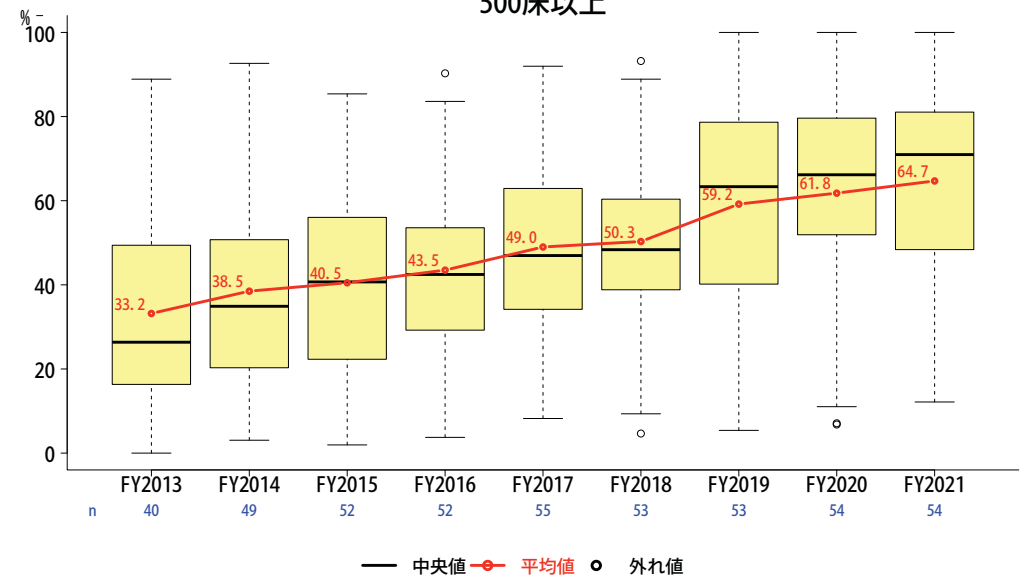
400床_499床



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

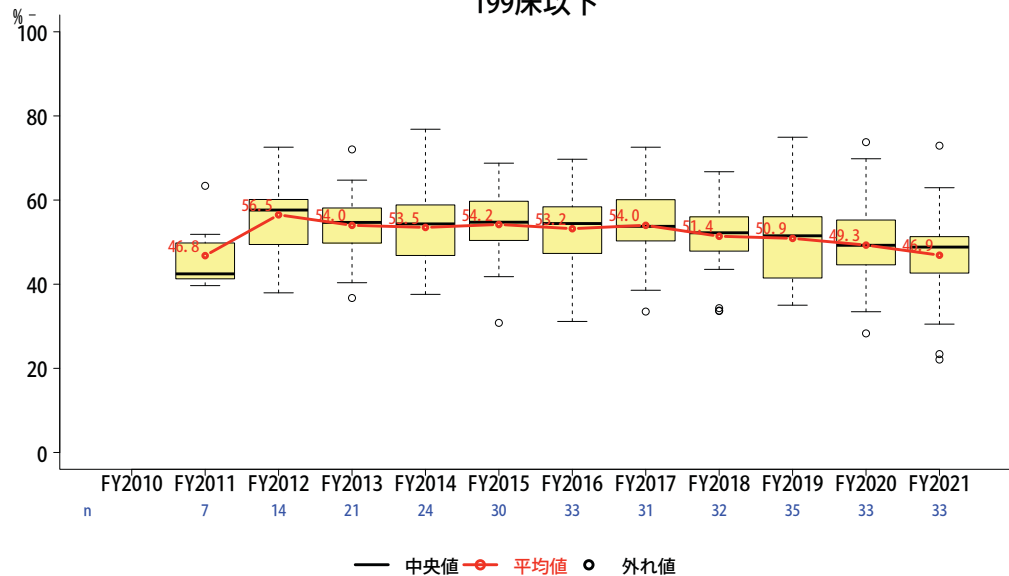
500床以上



一般-17 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0%

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

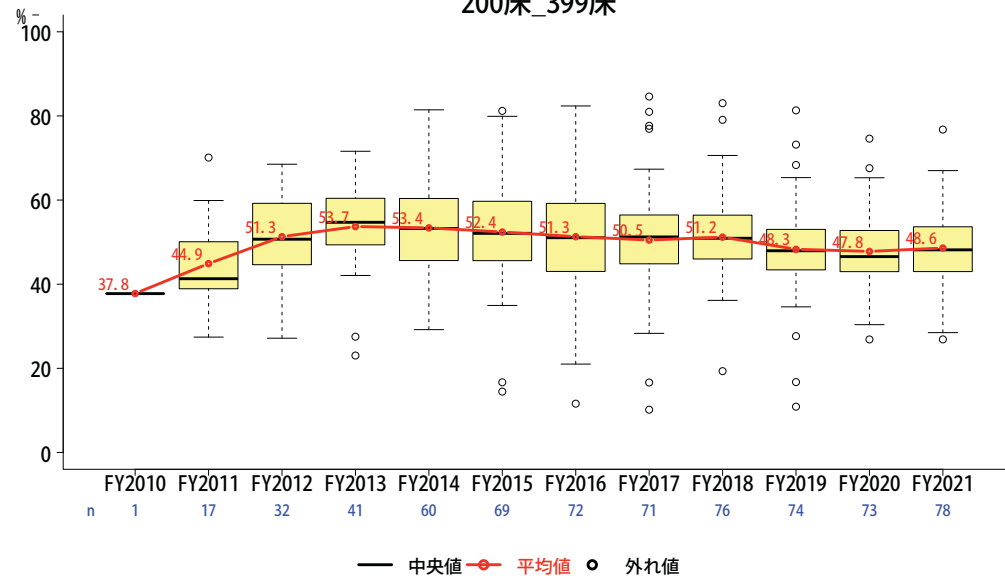
199床以下



一般-17 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0%

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

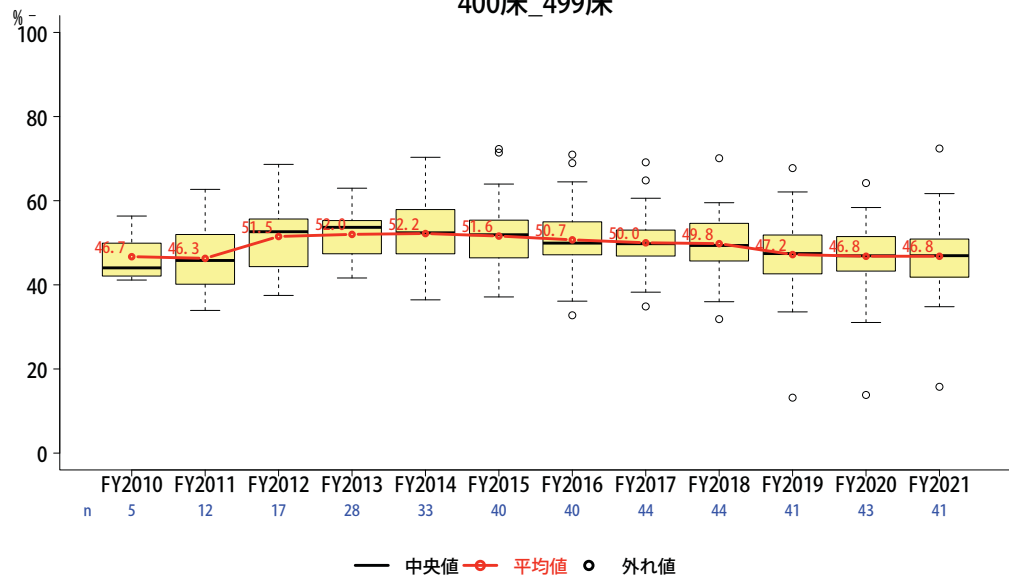
200床_399床



一般-17 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0%

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

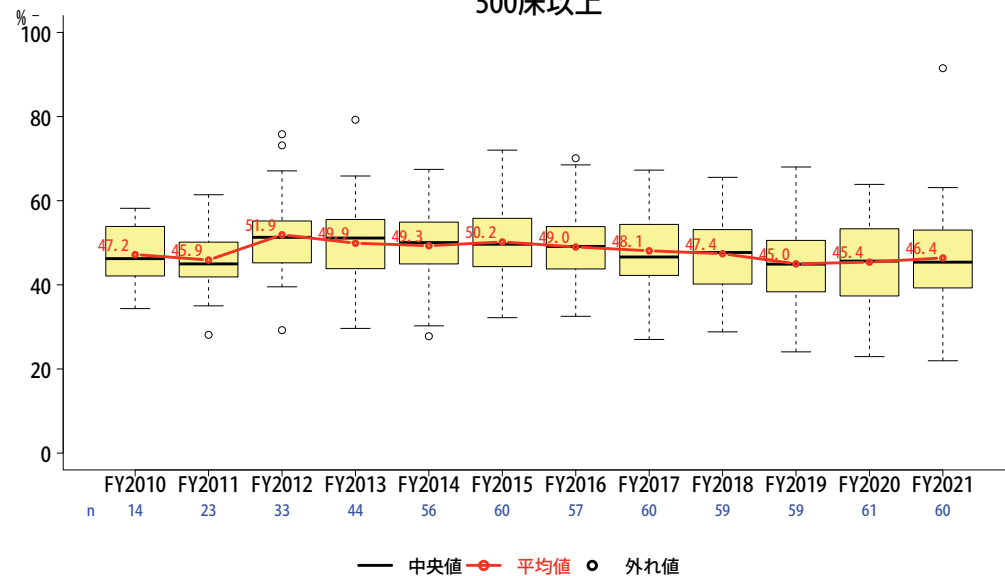
400床_499床



一般-17 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0%

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

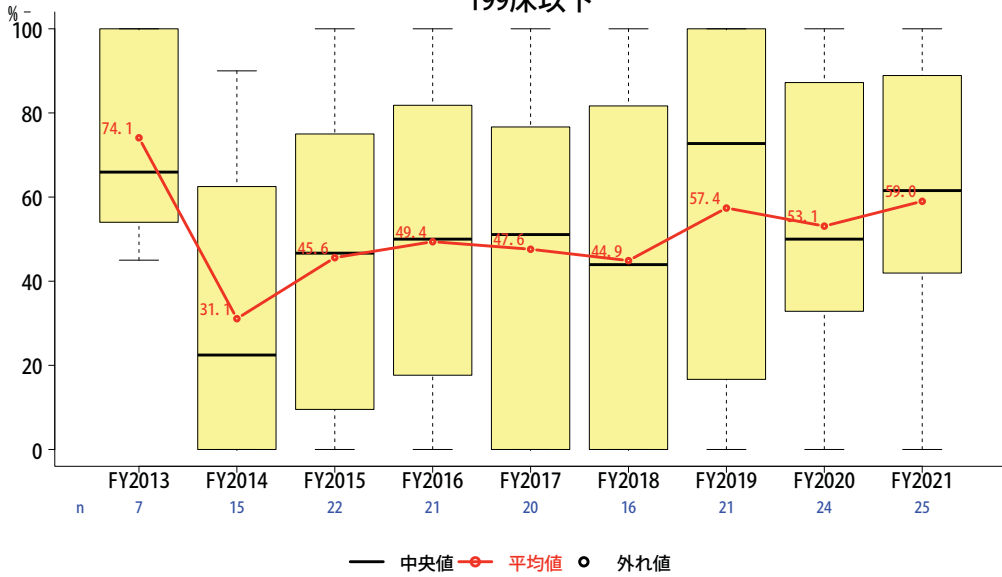
500床以上



一般-22 急性心筋梗塞患者における退院時βブロッカー投与割合

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

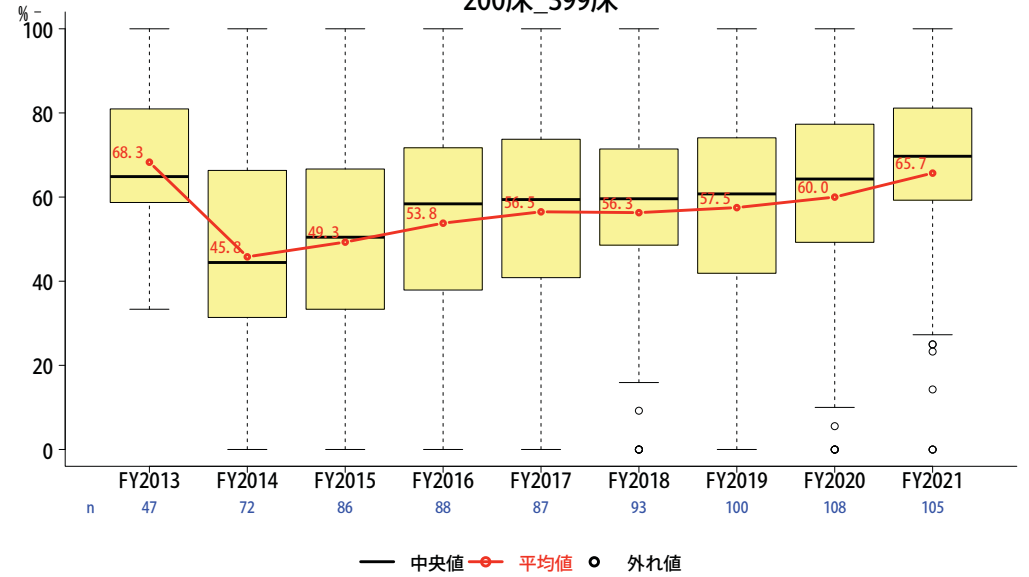
199床以下



一般-22 急性心筋梗塞患者における退院時βブロッカー投与割合

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

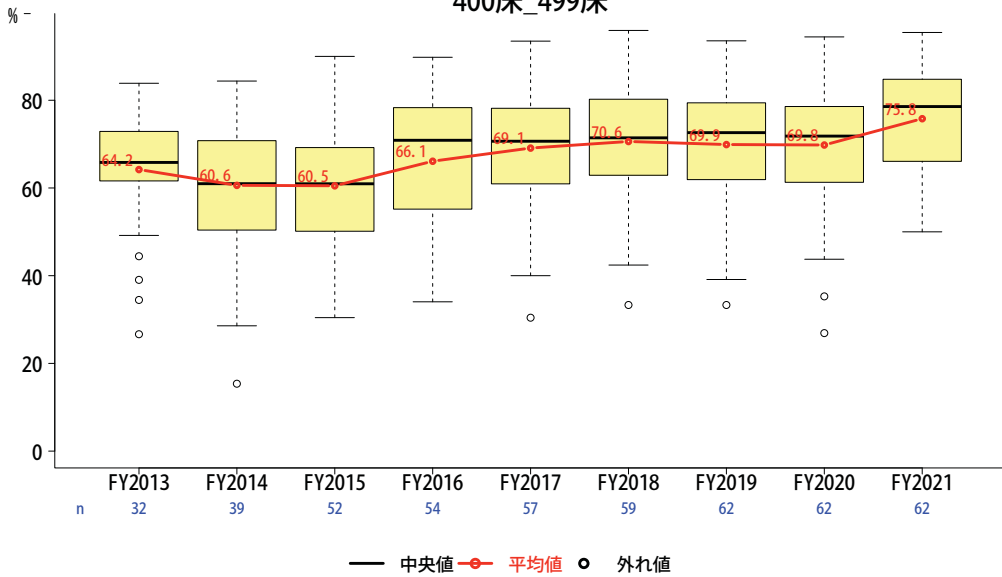
200床_399床



一般-22 急性心筋梗塞患者における退院時βブロッカー投与割合

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

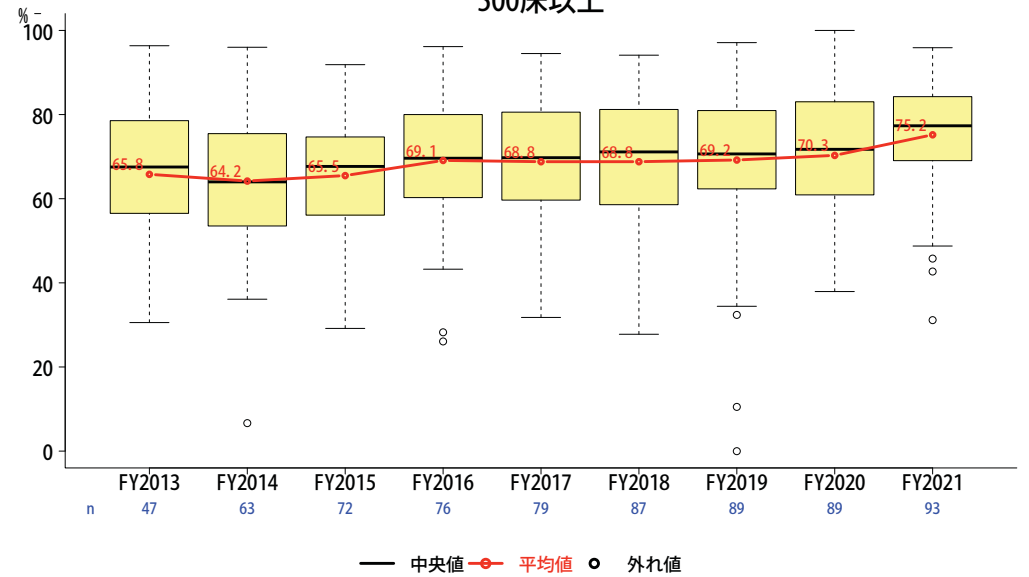
400床_499床



一般-22 急性心筋梗塞患者における退院時βブロッカー投与割合

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

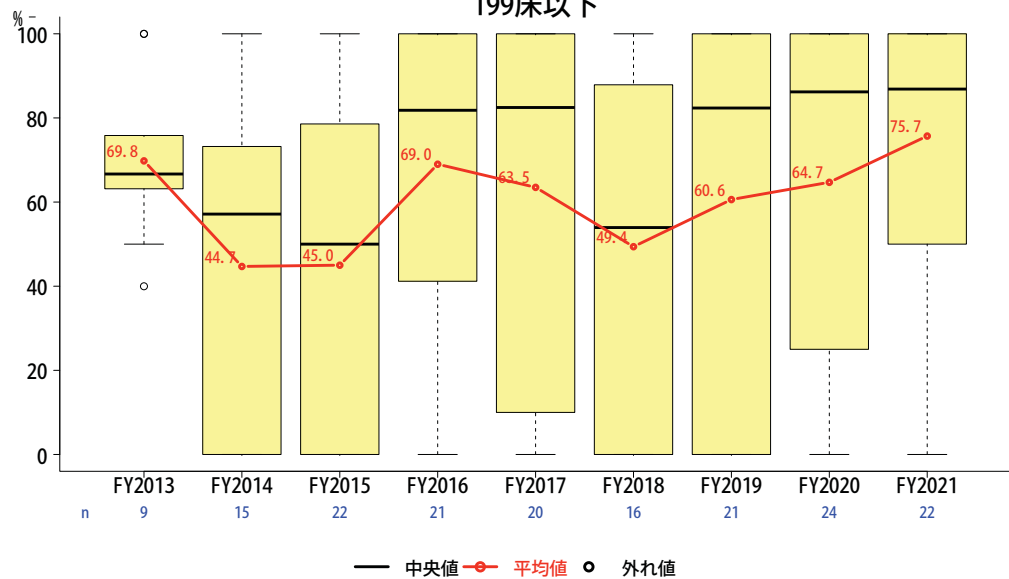
500床以上



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

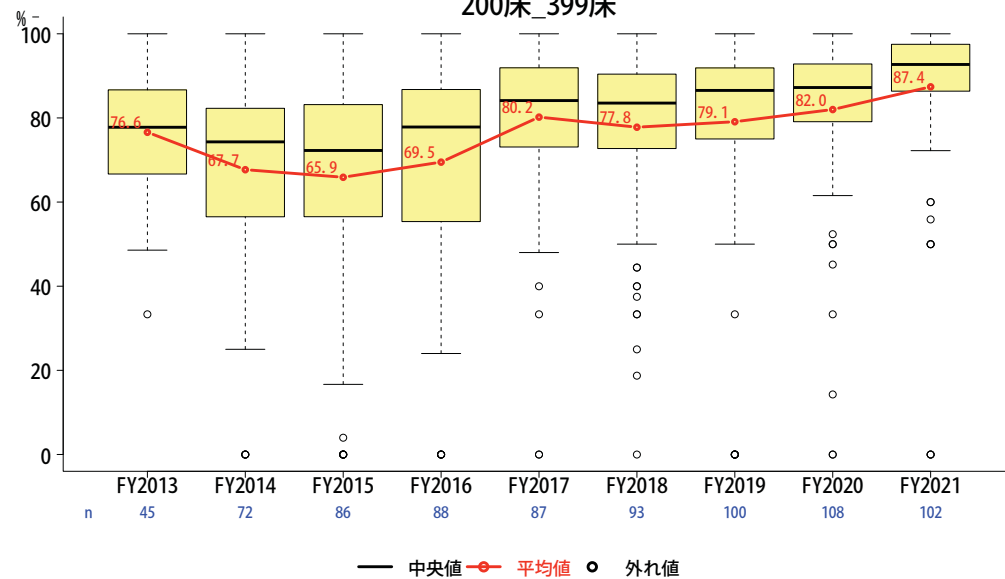
199床以下



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

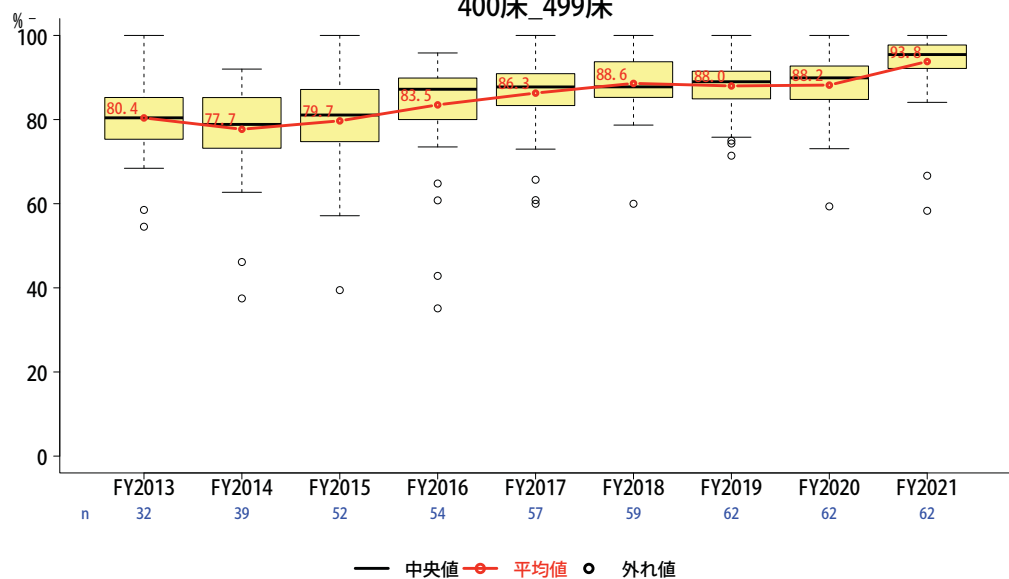
200床_399床



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

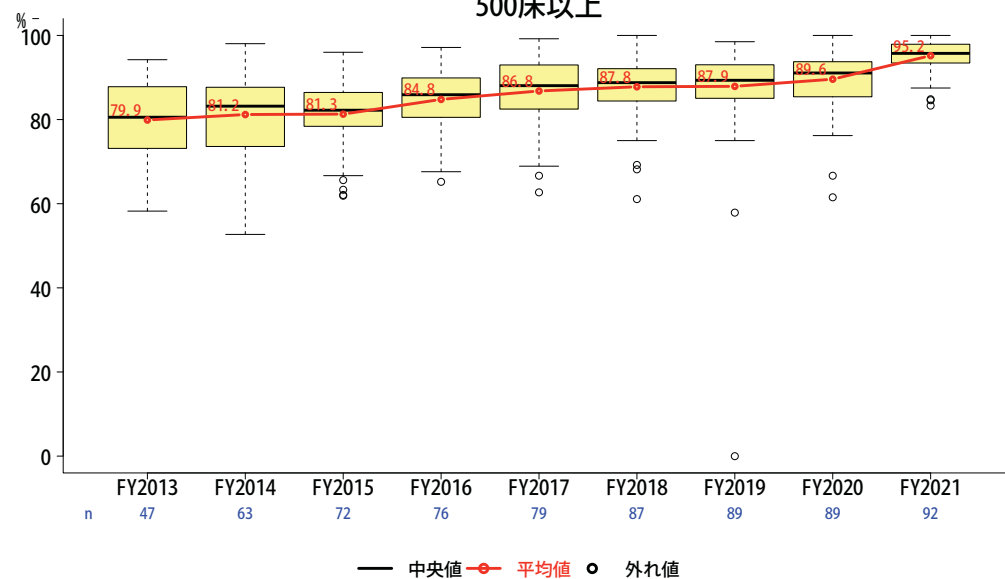
400床_499床



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

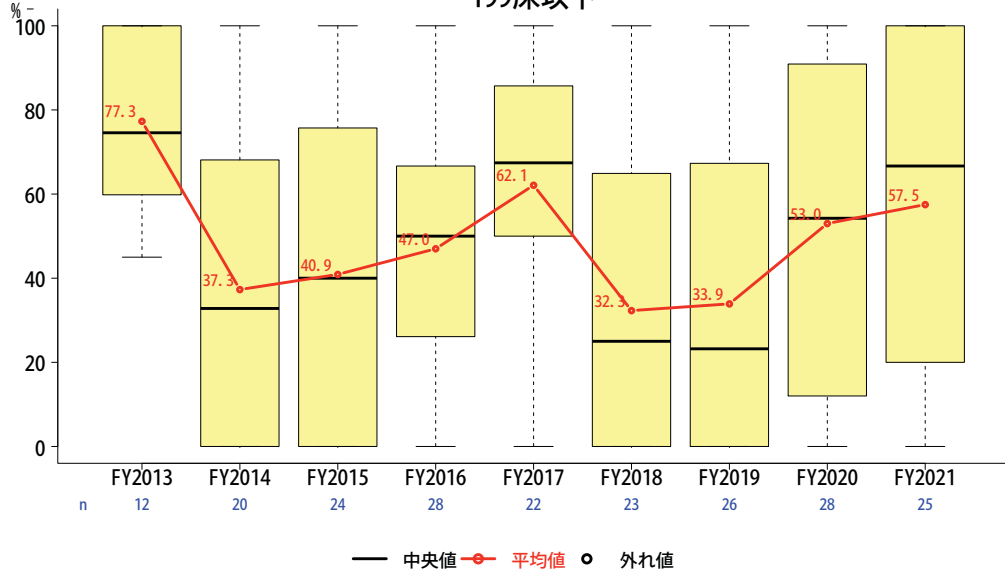
500床以上



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

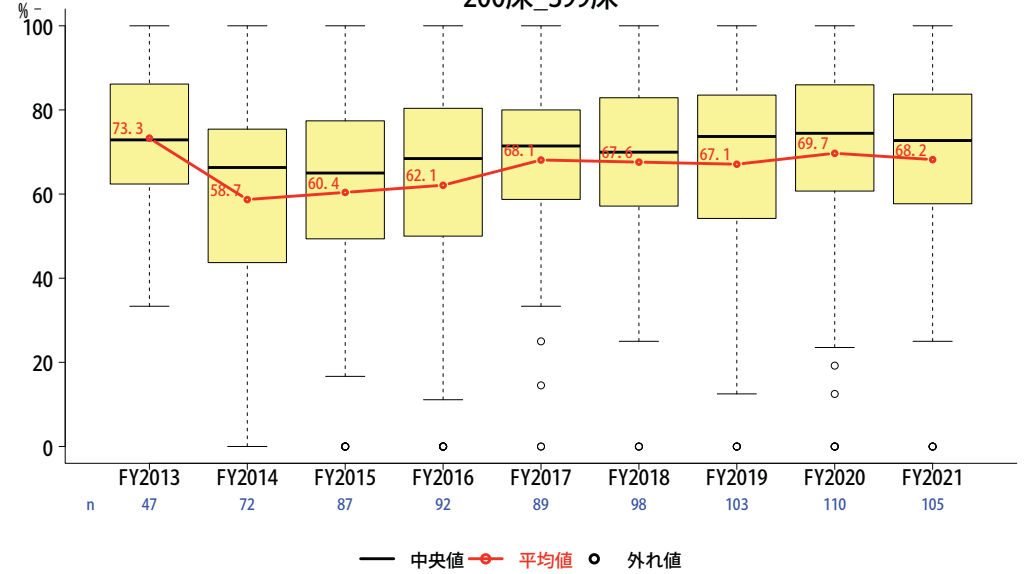
199床以下



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

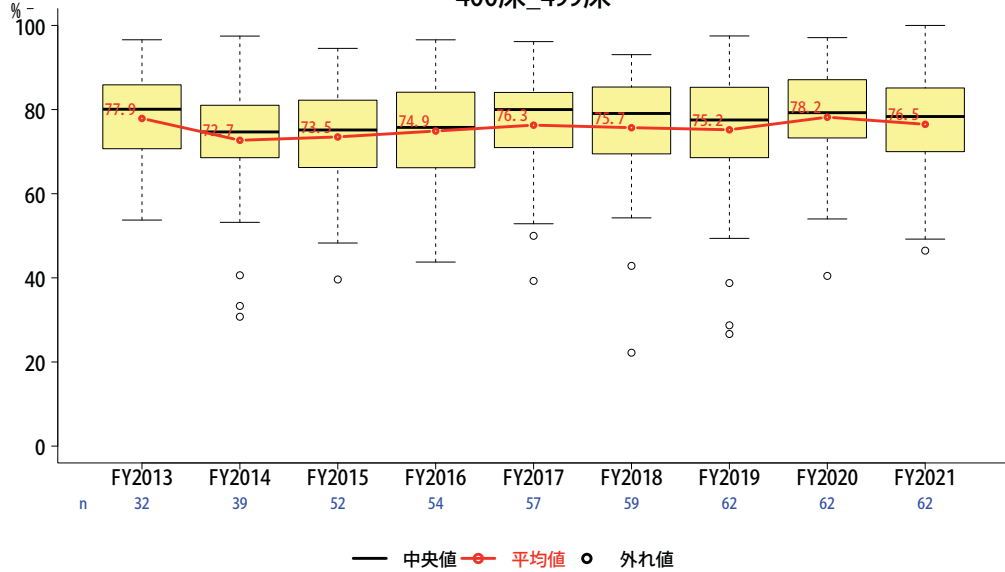
200床_399床



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

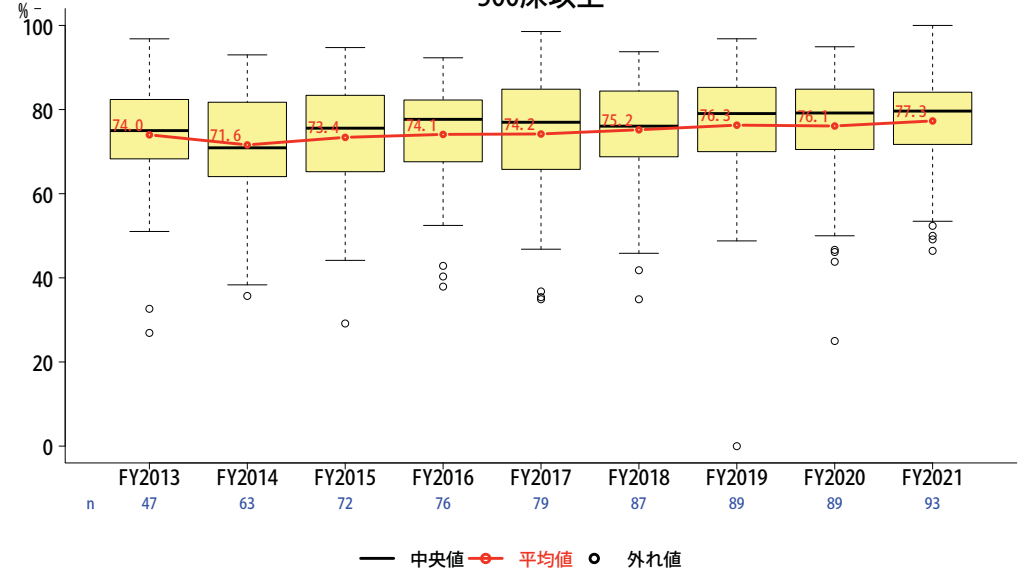
400床_499床



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

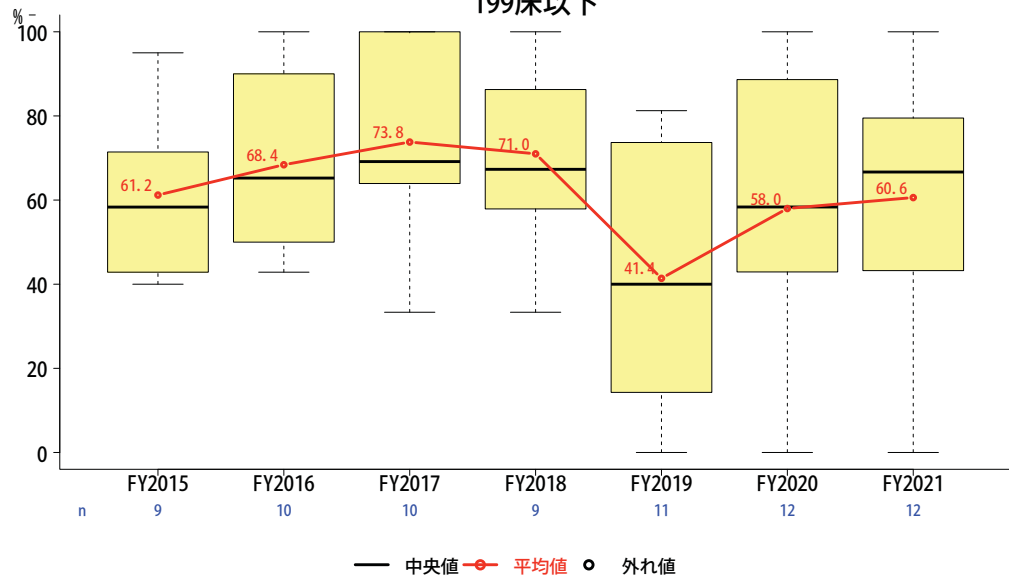
500床以上



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

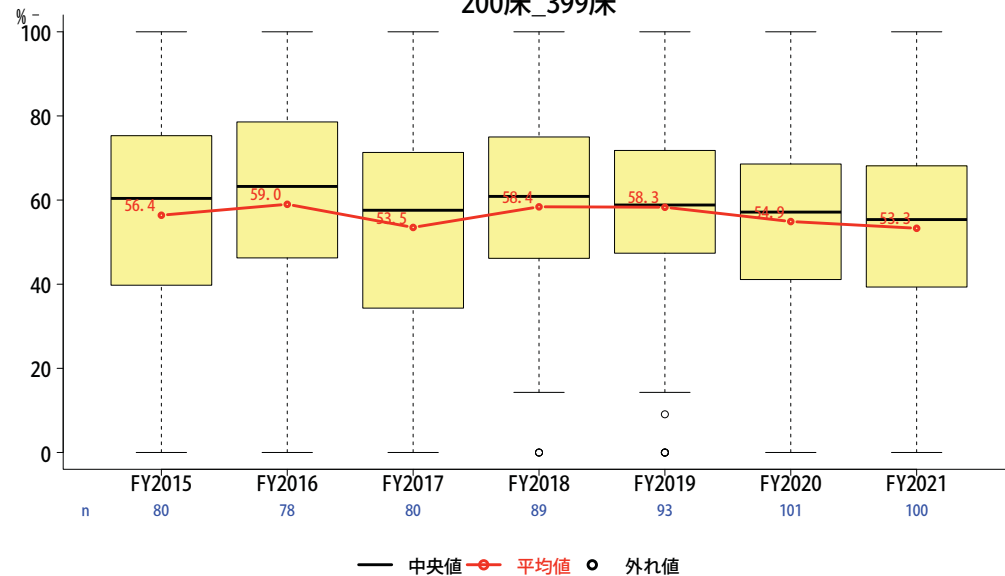
199床以下



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

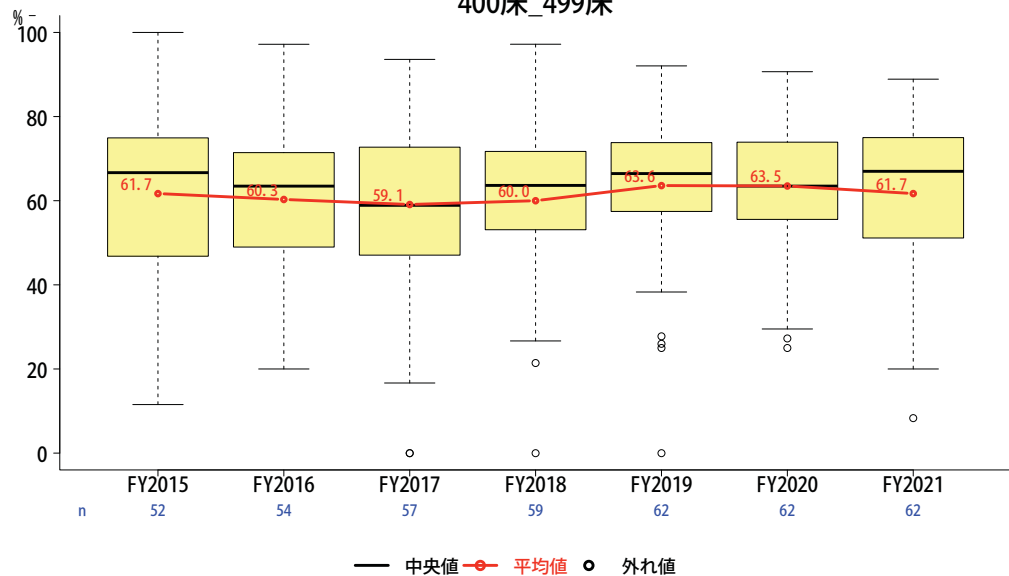
200床_399床



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

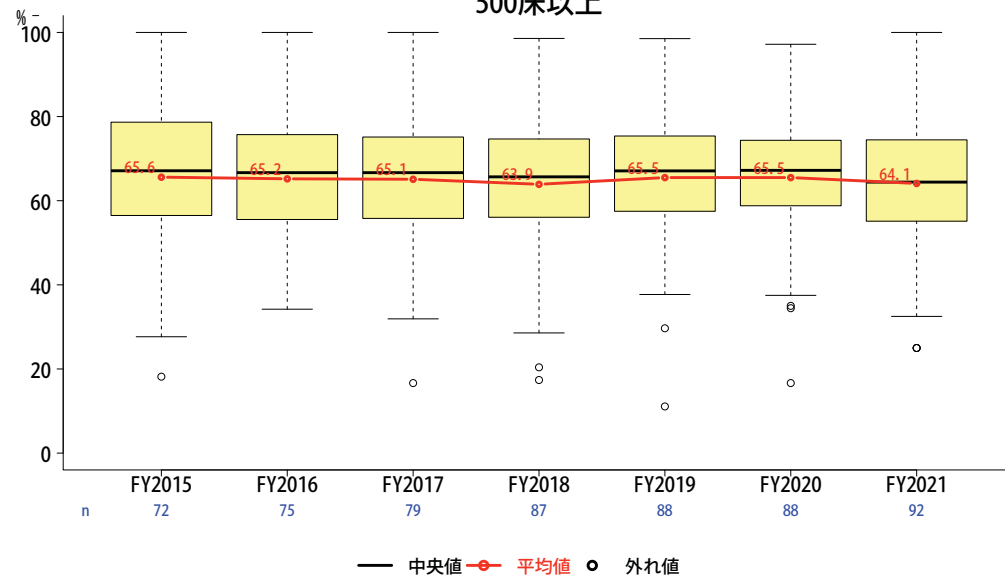
400床_499床



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

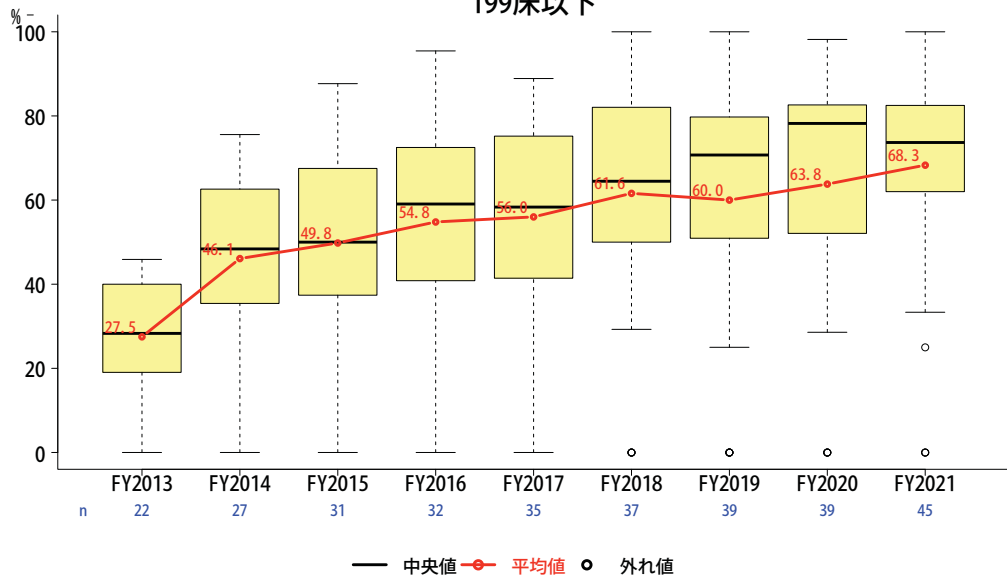
500床以上



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

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

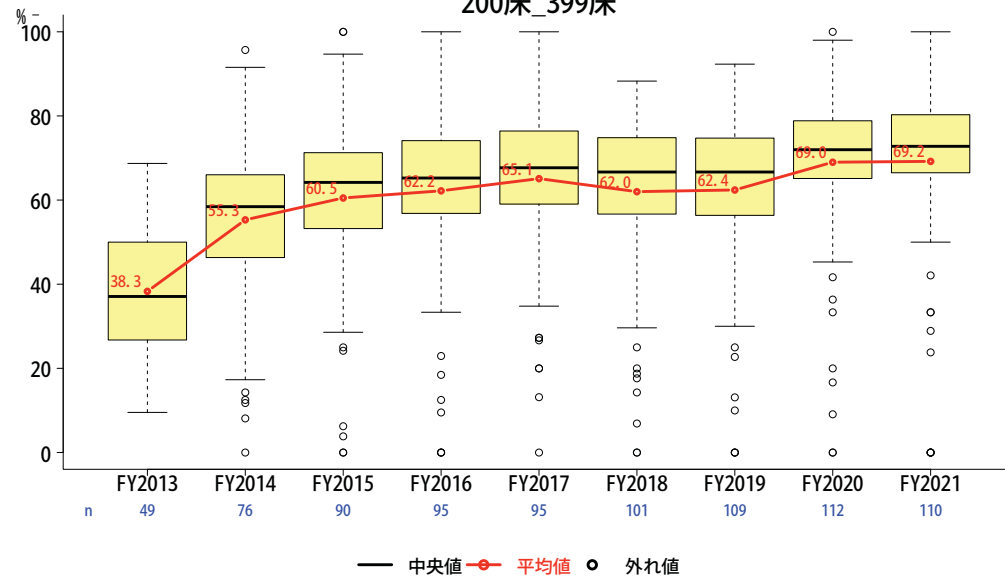
199床以下



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

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

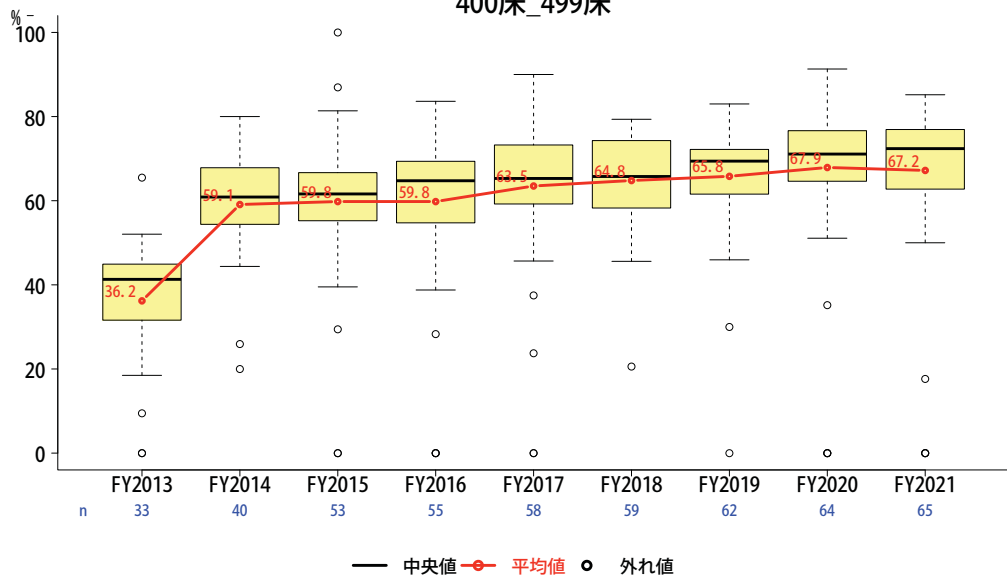
200床_399床



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

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

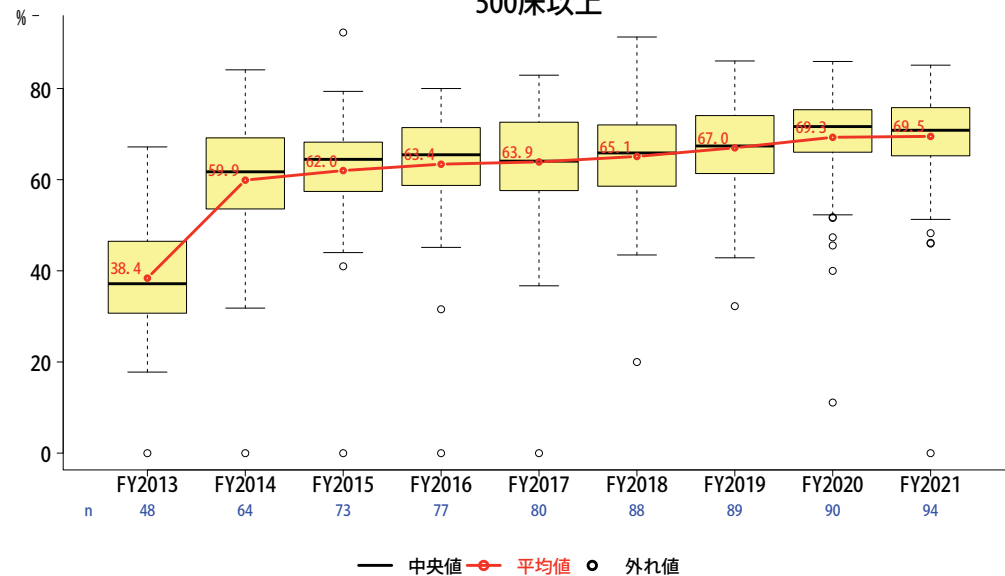
400床_499床



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

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

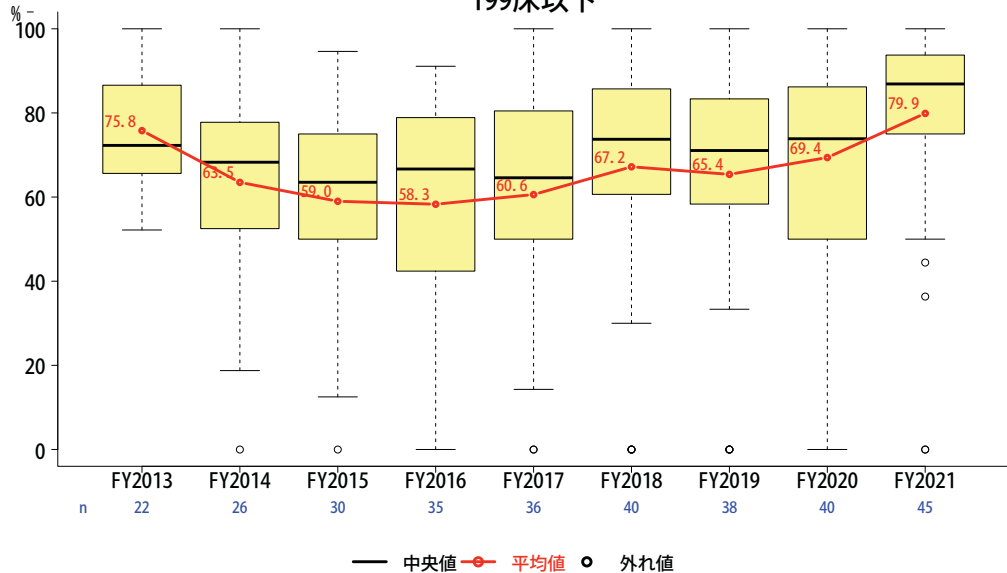
500床以上



一般-28 脳梗塞(TIA含む)患者のうち退院時抗血小板薬処方割合

分子:退院時に抗血小板薬を処方された患者数
分母:18歳以上の脳梗塞かTIAと診断された入院患者数

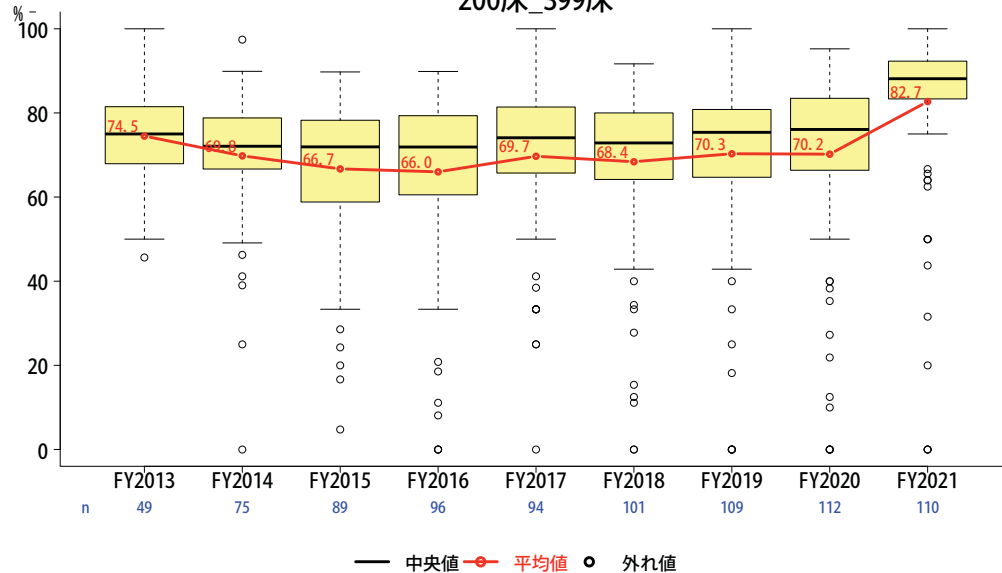
199床以下



一般-28 脳梗塞(TIA含む)患者のうち退院時抗血小板薬処方割合

分子:退院時に抗血小板薬を処方された患者数
分母:18歳以上の脳梗塞かTIAと診断された入院患者数

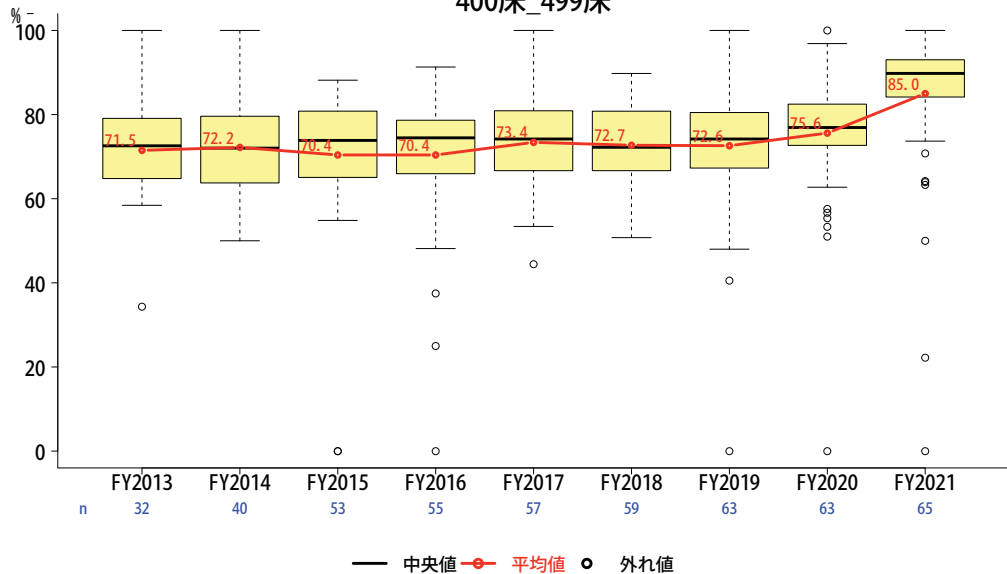
200床_399床



一般-28 脳梗塞(TIA含む)患者のうち退院時抗血小板薬処方割合

分子:退院時に抗血小板薬を処方された患者数
分母:18歳以上の脳梗塞かTIAと診断された入院患者数

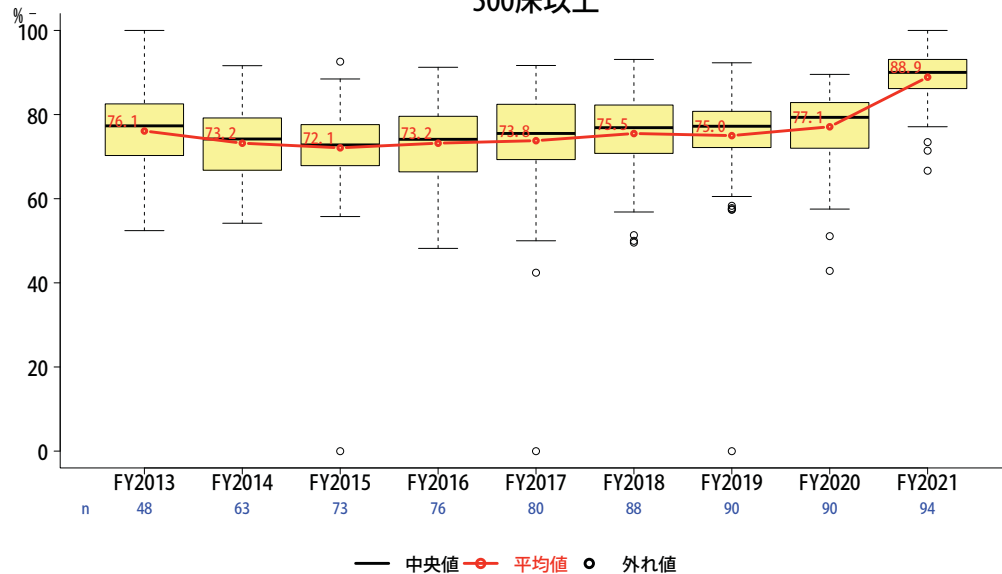
400床_499床



一般-28 脳梗塞(TIA含む)患者のうち退院時抗血小板薬処方割合

分子:退院時に抗血小板薬を処方された患者数
分母:18歳以上の脳梗塞かTIAと診断された入院患者数

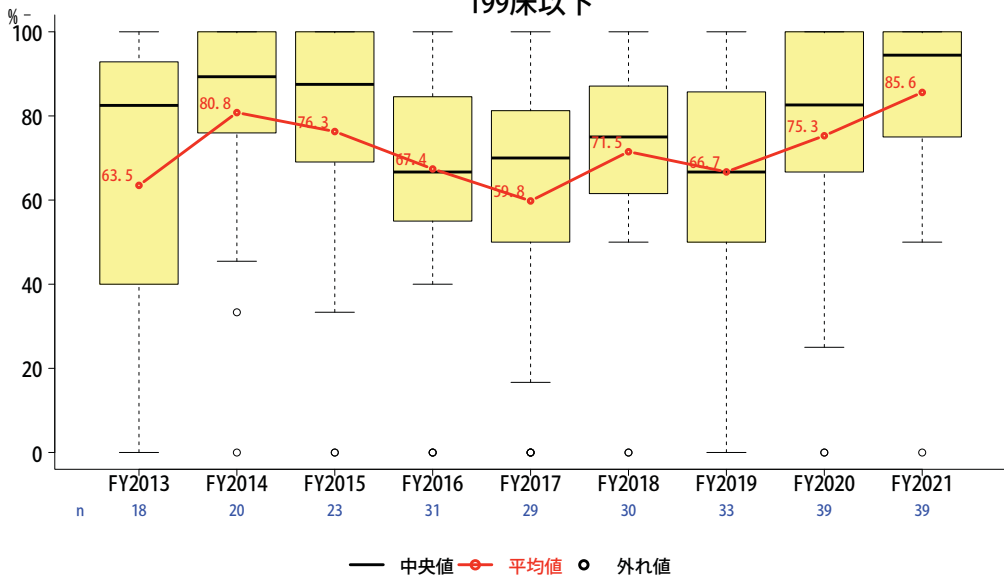
500床以上



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

分子:退院時に抗凝固薬を処方された患者数
分母:18歳以上の脳梗塞かTIAと診断され、かつ心房細動と診断された入院患者数

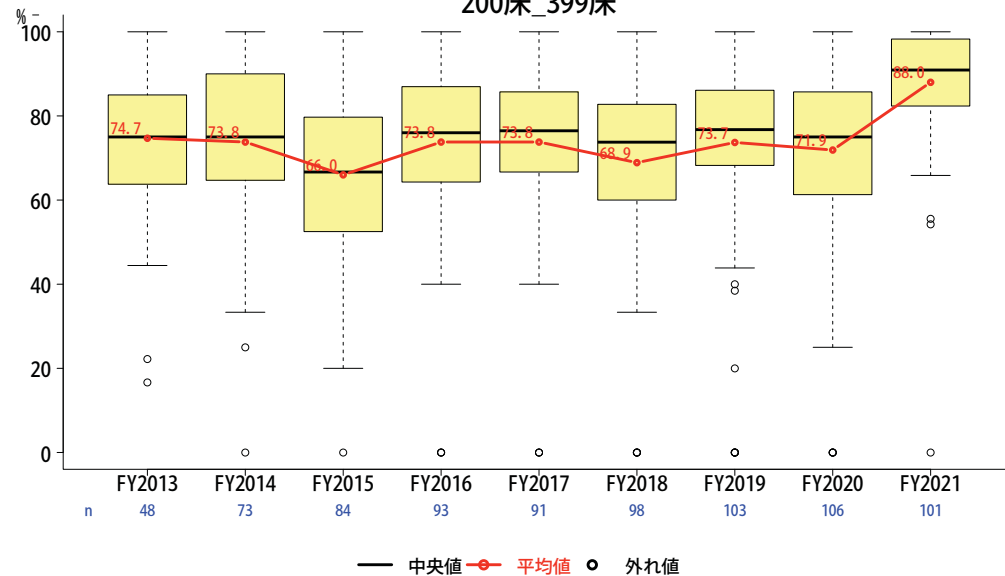
199床以下



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

分子:退院時に抗凝固薬を処方された患者数
分母:18歳以上の脳梗塞かTIAと診断され、かつ心房細動と診断された入院患者数

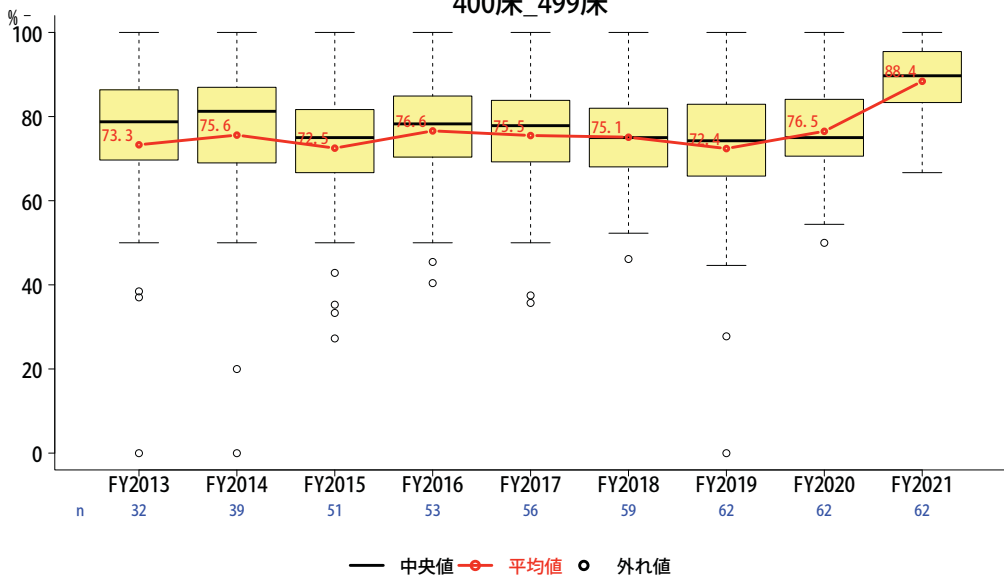
200床_399床



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

分子:退院時に抗凝固薬を処方された患者数
分母:18歳以上の脳梗塞かTIAと診断され、かつ心房細動と診断された入院患者数

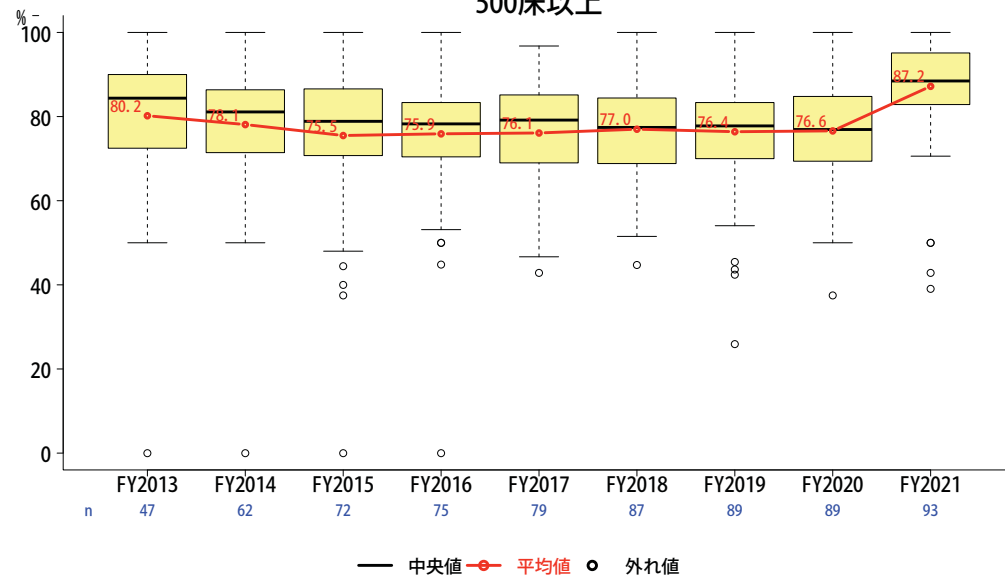
400床_499床



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

分子:退院時に抗凝固薬を処方された患者数
分母:18歳以上の脳梗塞かTIAと診断され、かつ心房細動と診断された入院患者数

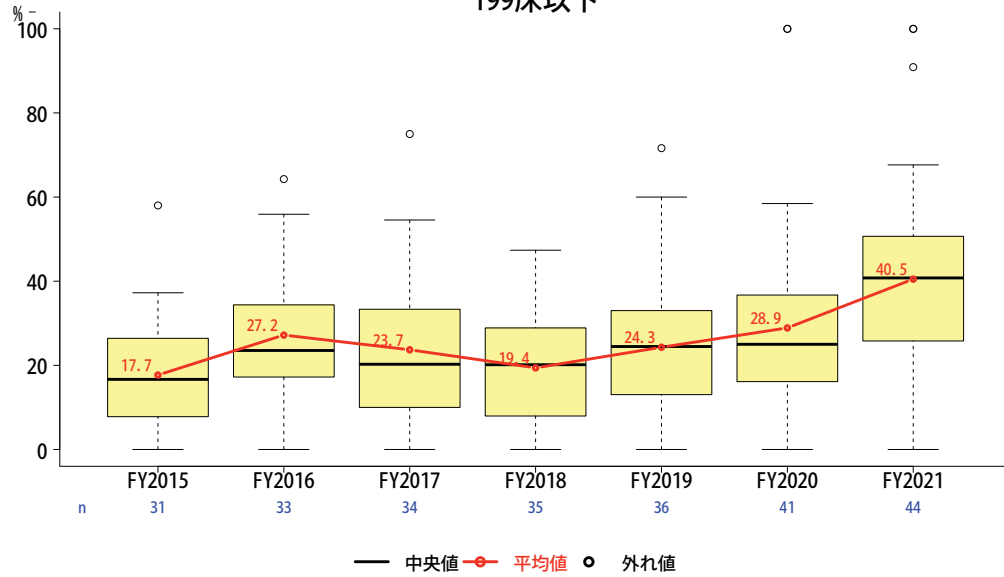
500床以上



一般-30 脳梗塞患者の退院時スタチン処方割合

分子:退院時にスタチンが処方された患者数
分母:脳梗塞で入院した患者数

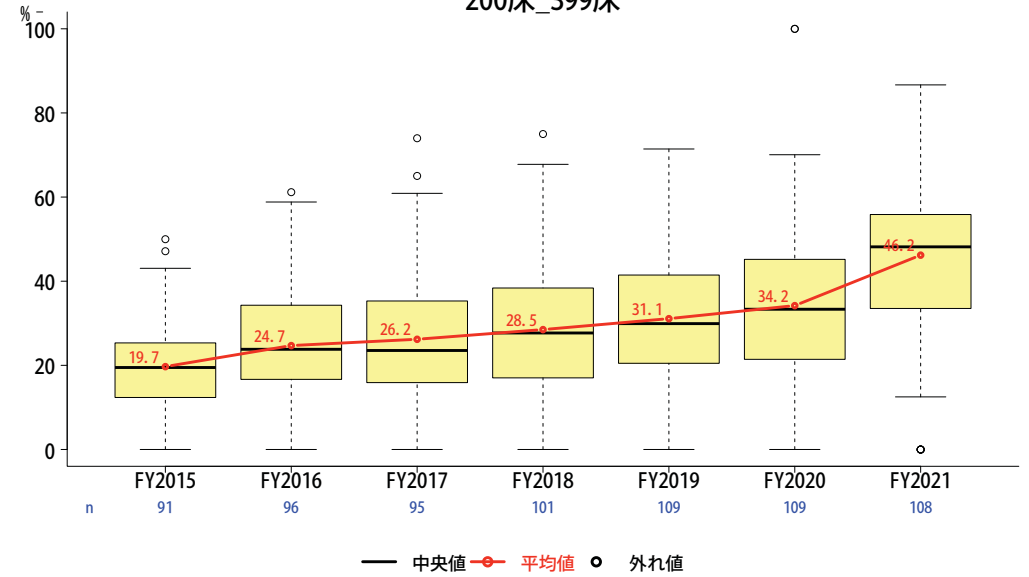
199床以下



一般-30 脳梗塞患者の退院時スタチン処方割合

分子:退院時にスタチンが処方された患者数
分母:脳梗塞で入院した患者数

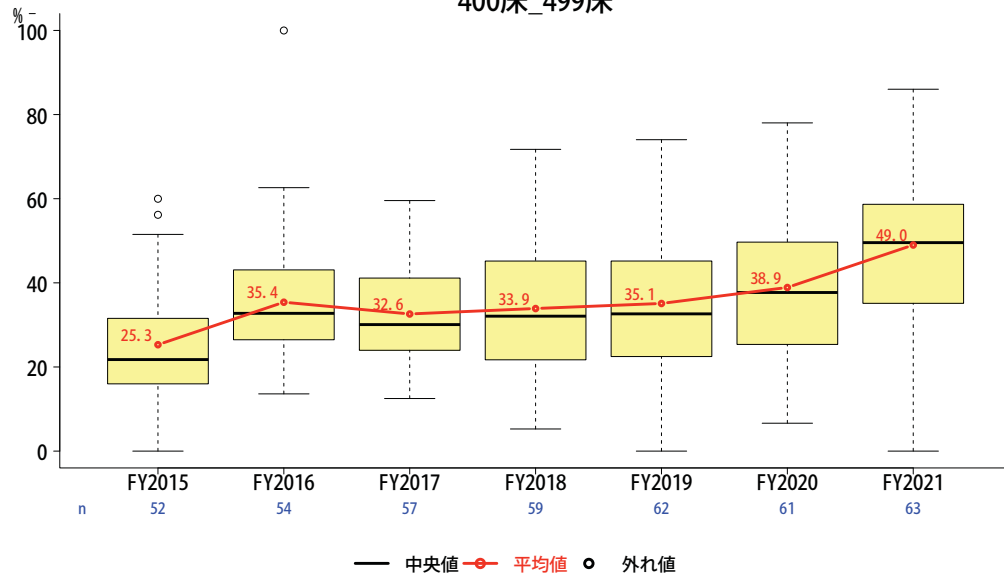
200床_399床



一般-30 脳梗塞患者の退院時スタチン処方割合

分子:退院時にスタチンが処方された患者数
分母:脳梗塞で入院した患者数

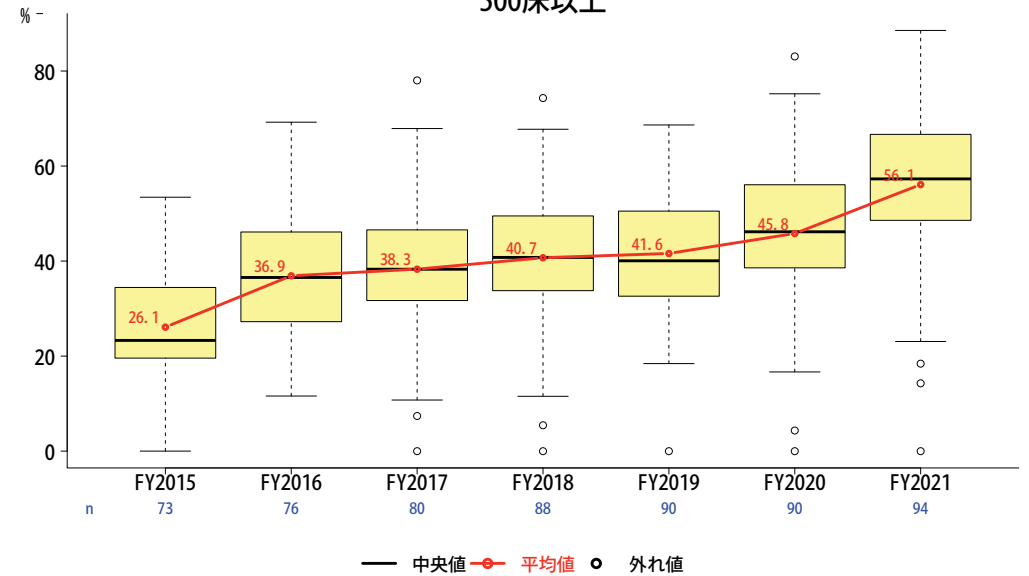
400床_499床



一般-30 脳梗塞患者の退院時スタチン処方割合

分子:退院時にスタチンが処方された患者数
分母:脳梗塞で入院した患者数

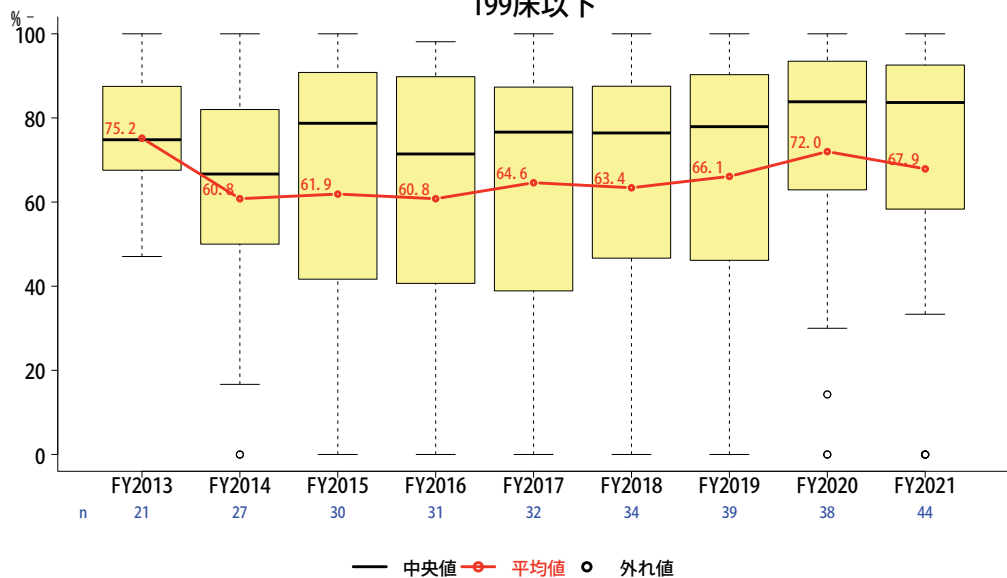
500床以上



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

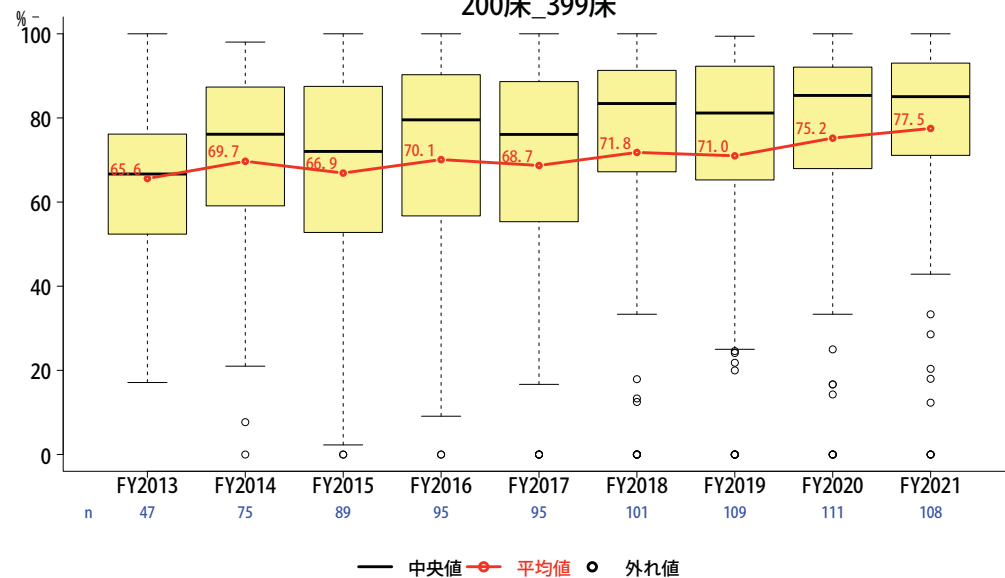
199床以下



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

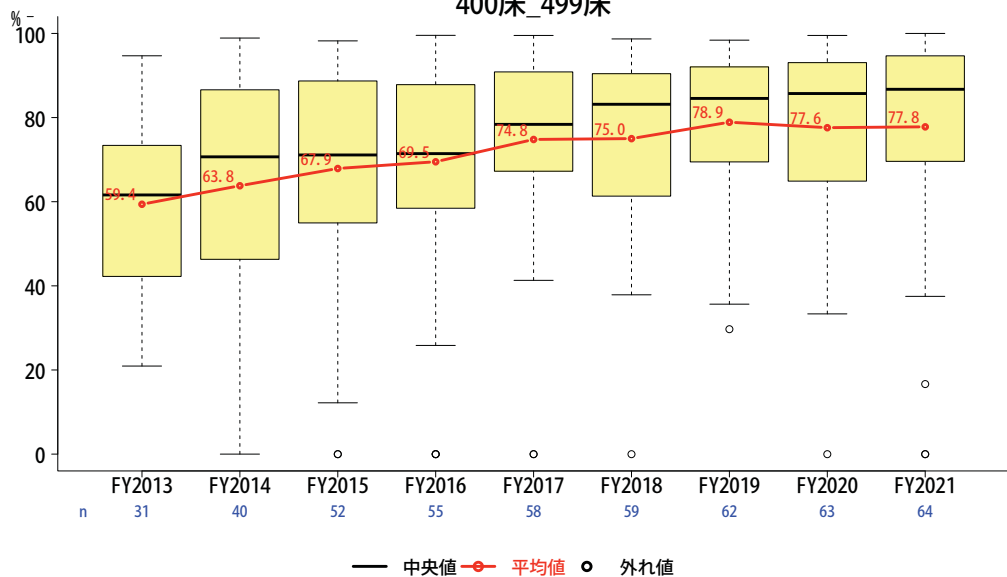
200床_399床



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

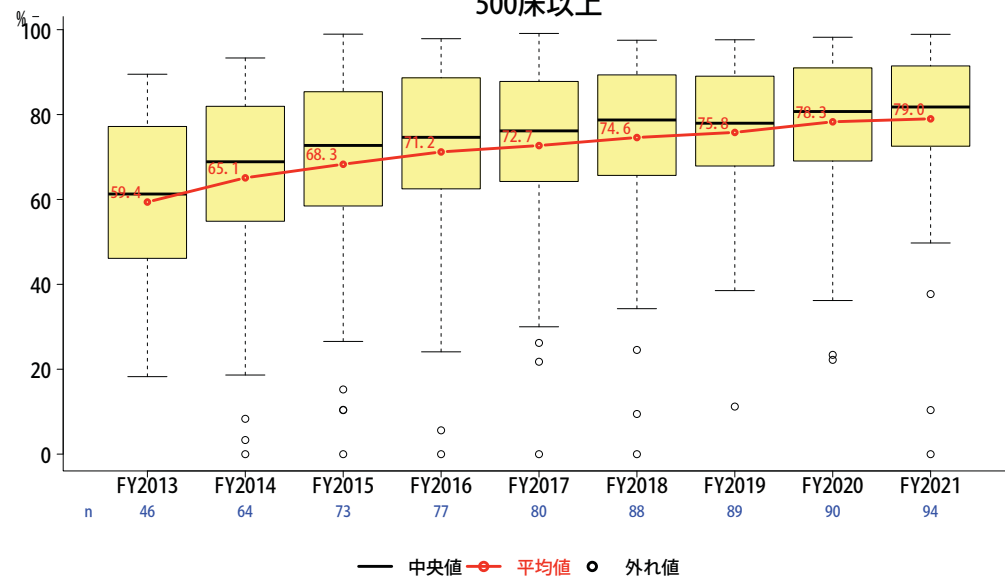
400床_499床



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

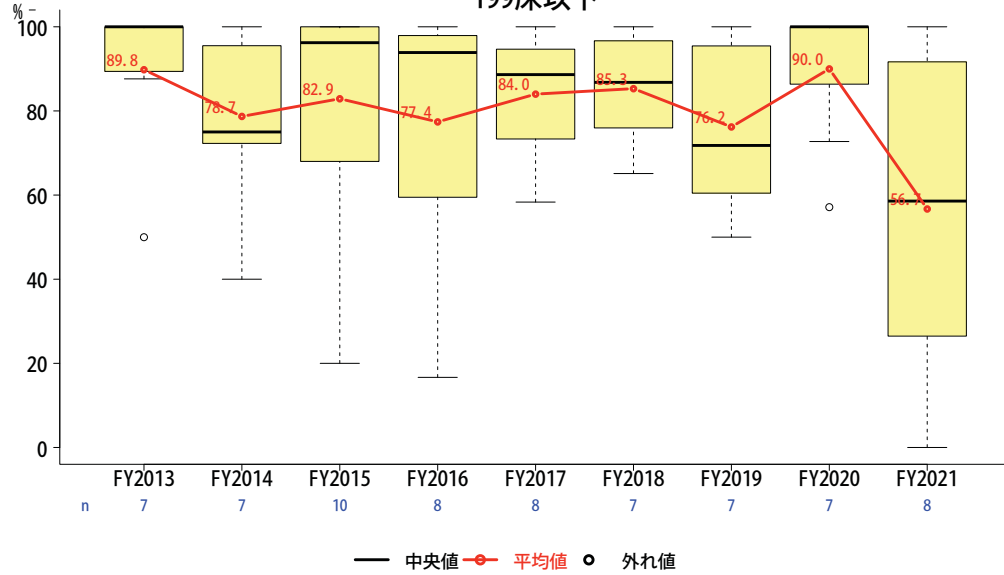
500床以上



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

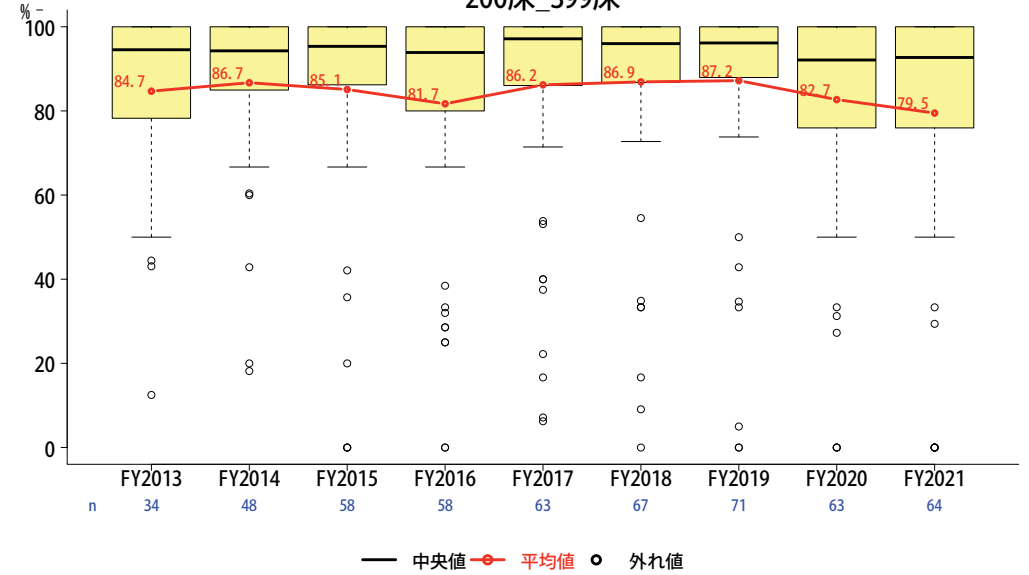
199床以下



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

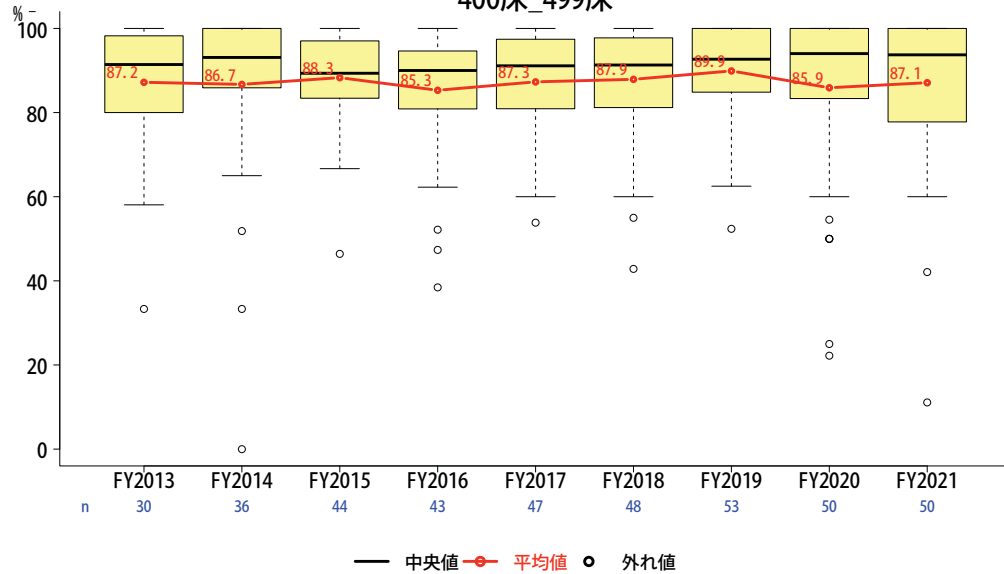
200床_399床



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

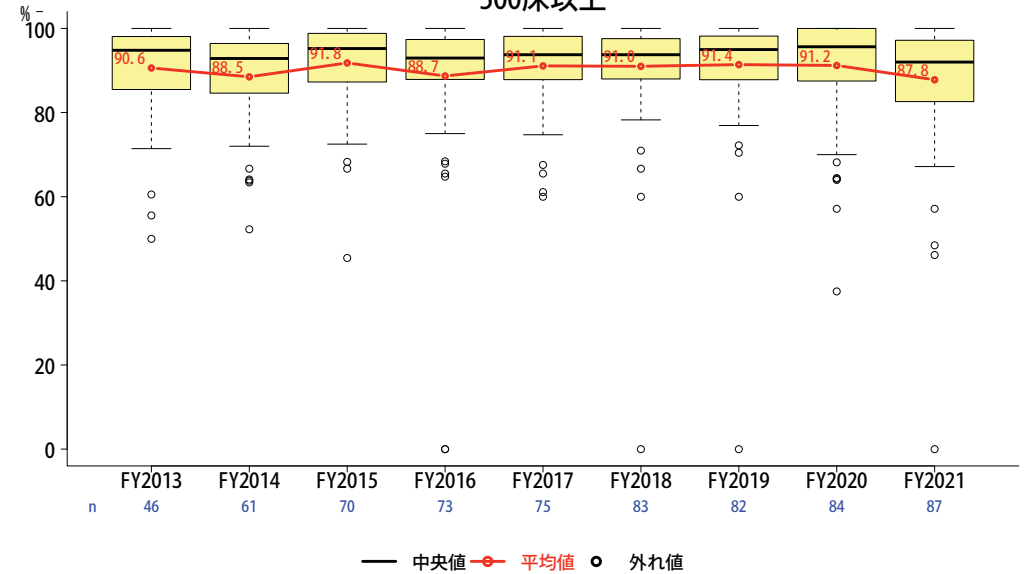
400床_499床



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

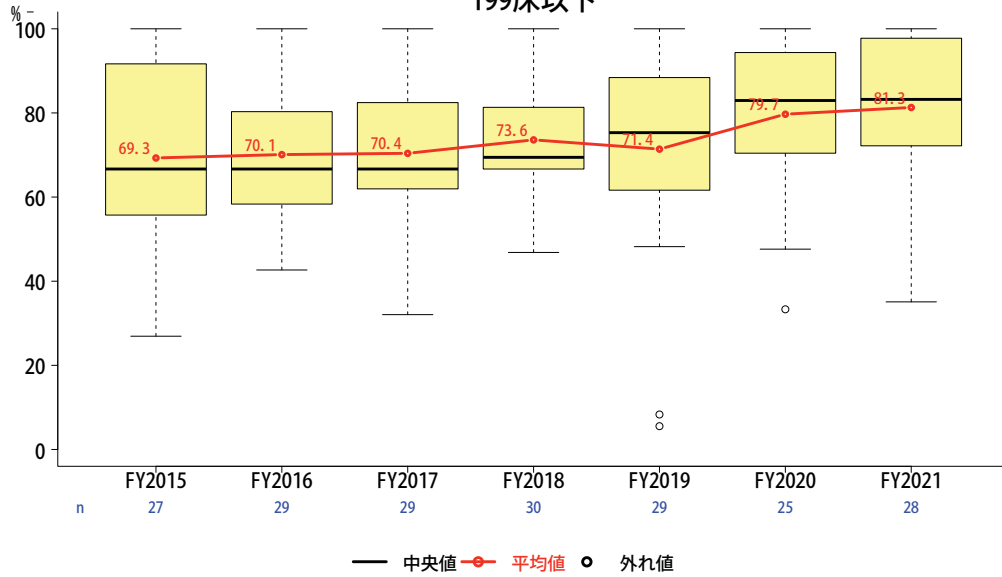
500床以上



一般-34 統合指標(Composite Measures) 【手術】

分子:手術関連指標の分子合計
分母:手術関連指標の分母合計

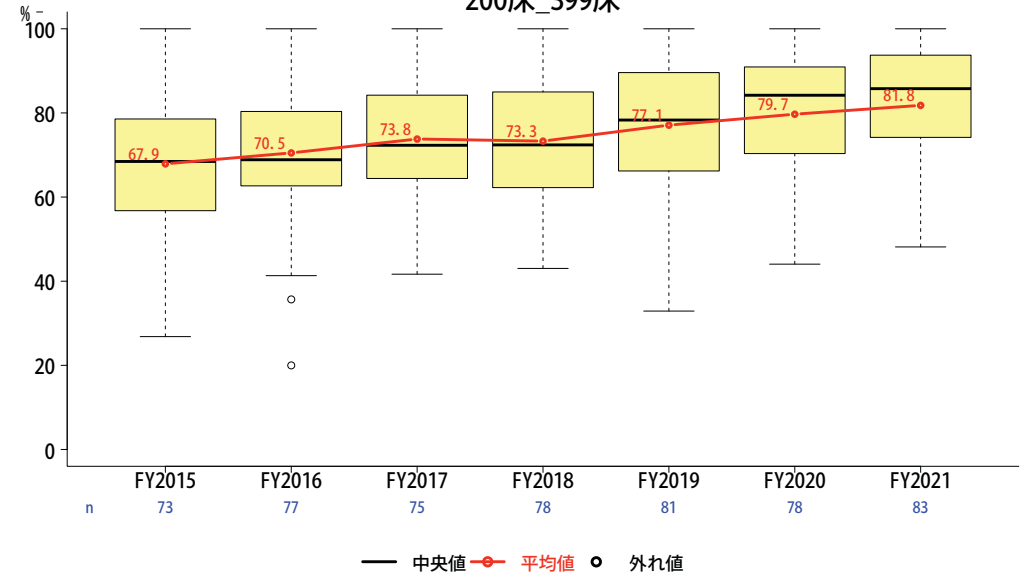
199床以下



一般-34 統合指標(Composite Measures) 【手術】

分子:手術関連指標の分子合計
分母:手術関連指標の分母合計

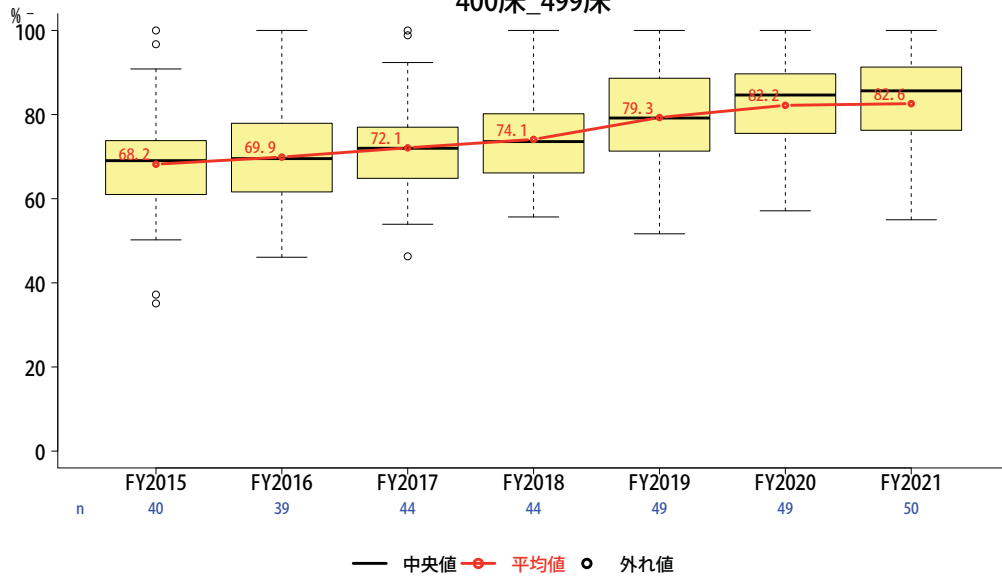
200床_399床



一般-34 統合指標(Composite Measures) 【手術】

分子:手術関連指標の分子合計
分母:手術関連指標の分母合計

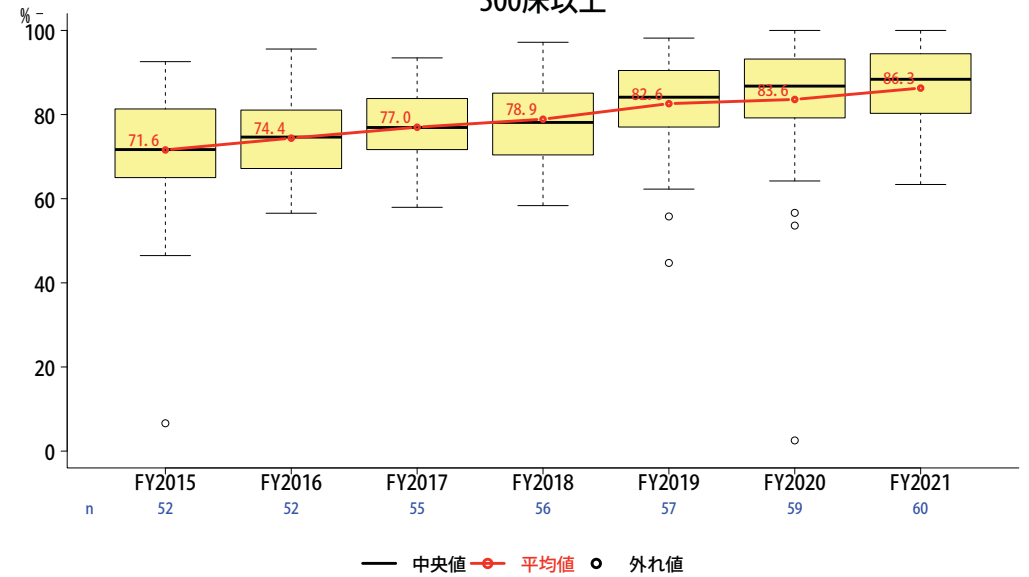
400床_499床



一般-34 統合指標(Composite Measures) 【手術】

分子:手術関連指標の分子合計
分母:手術関連指標の分母合計

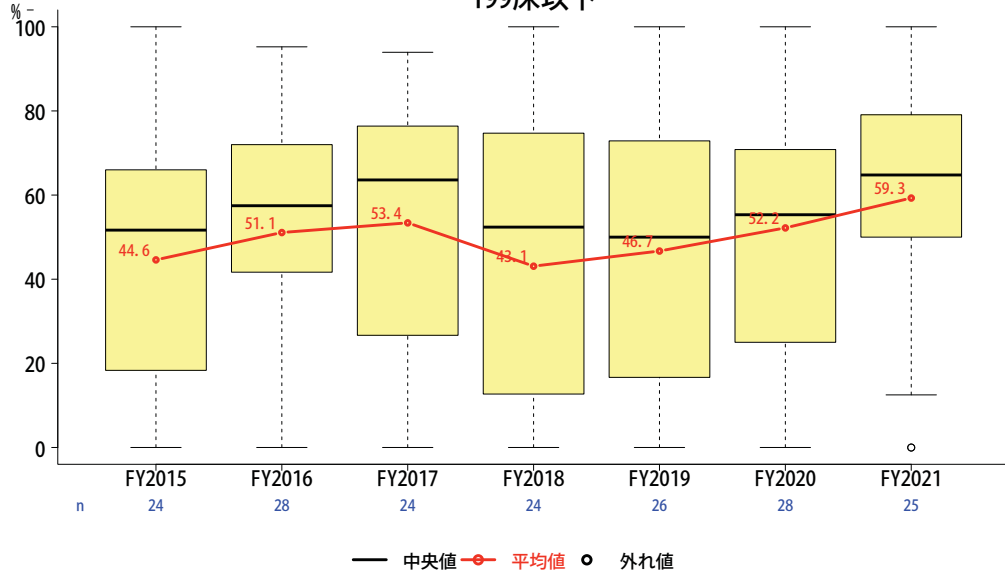
500床以上



一般-35 総合指標(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

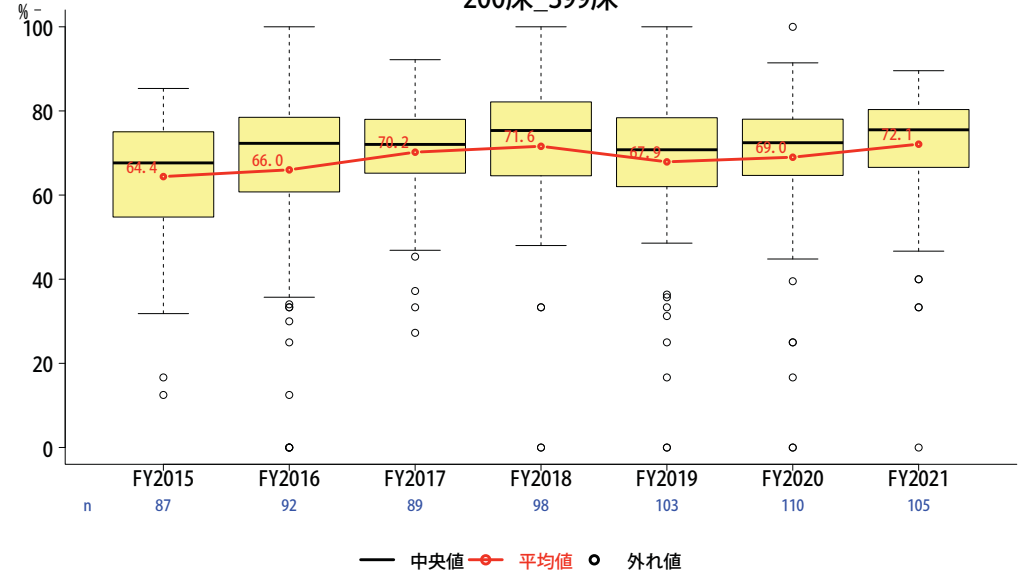
199床以下



一般-35 総合指標(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

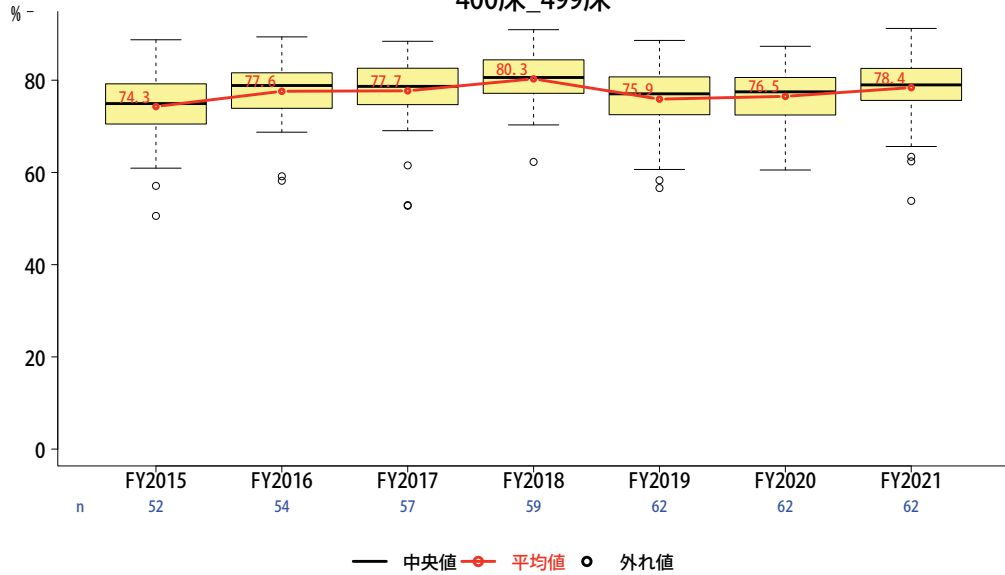
200床_399床



一般-35 総合指標(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

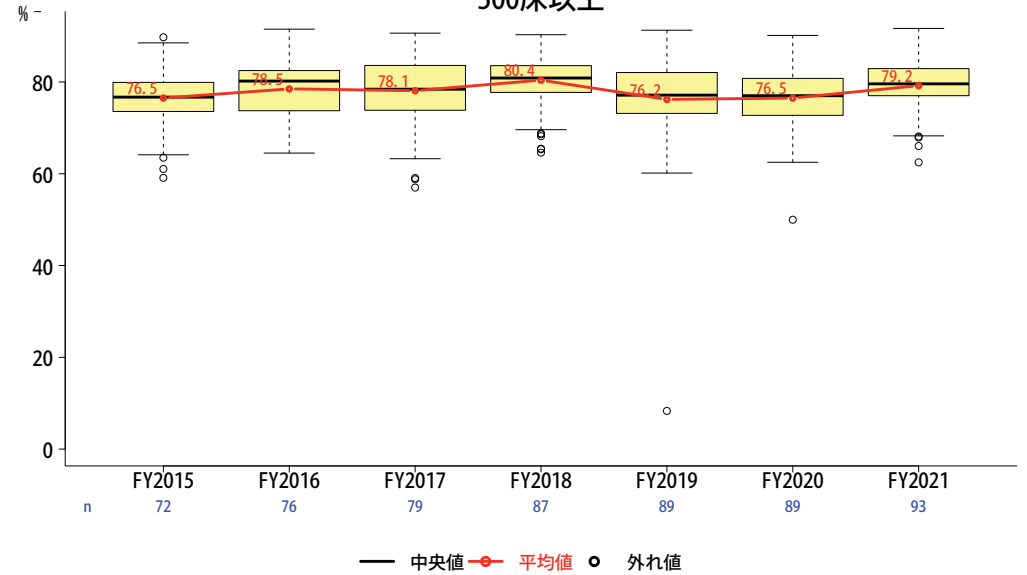
400床_499床



一般-35 総合指標(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

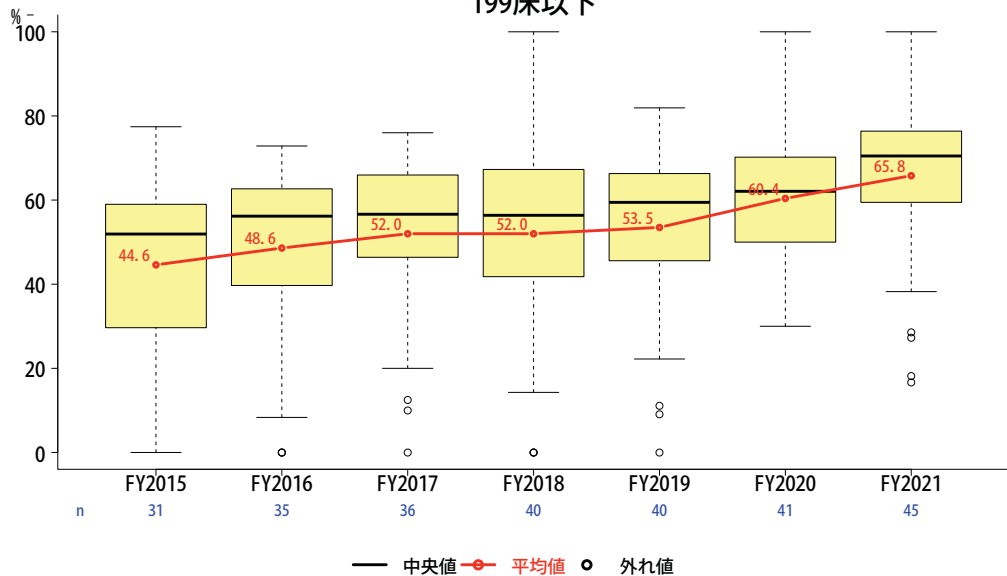
500床以上



一般-36 統合指標(Composite Measures) 【脳梗塞】

分子:脳梗塞関連指標の分子合計
分母:脳梗塞関連指標の分母合計

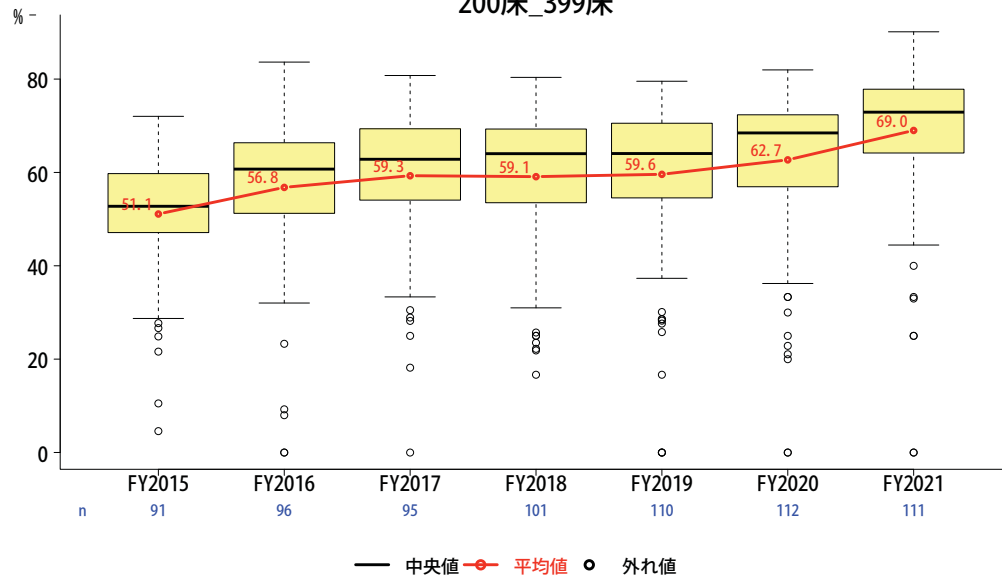
199床以下



一般-36 統合指標(Composite Measures) 【脳梗塞】

分子:脳梗塞関連指標の分子合計
分母:脳梗塞関連指標の分母合計

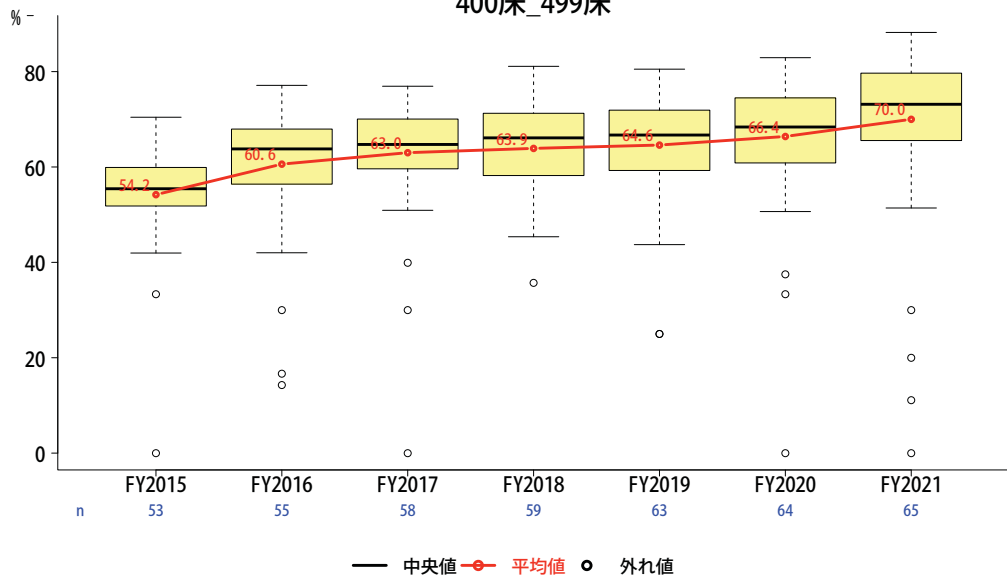
200床_399床



一般-36 統合指標(Composite Measures) 【脳梗塞】

分子:脳梗塞関連指標の分子合計
分母:脳梗塞関連指標の分母合計

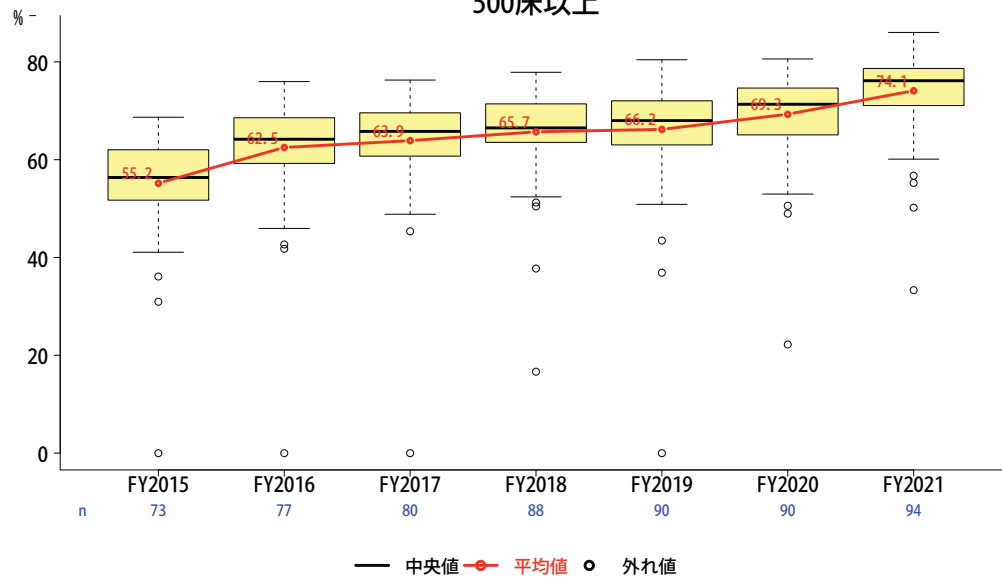
400床_499床



一般-36 統合指標(Composite Measures) 【脳梗塞】

分子:脳梗塞関連指標の分子合計
分母:脳梗塞関連指標の分母合計

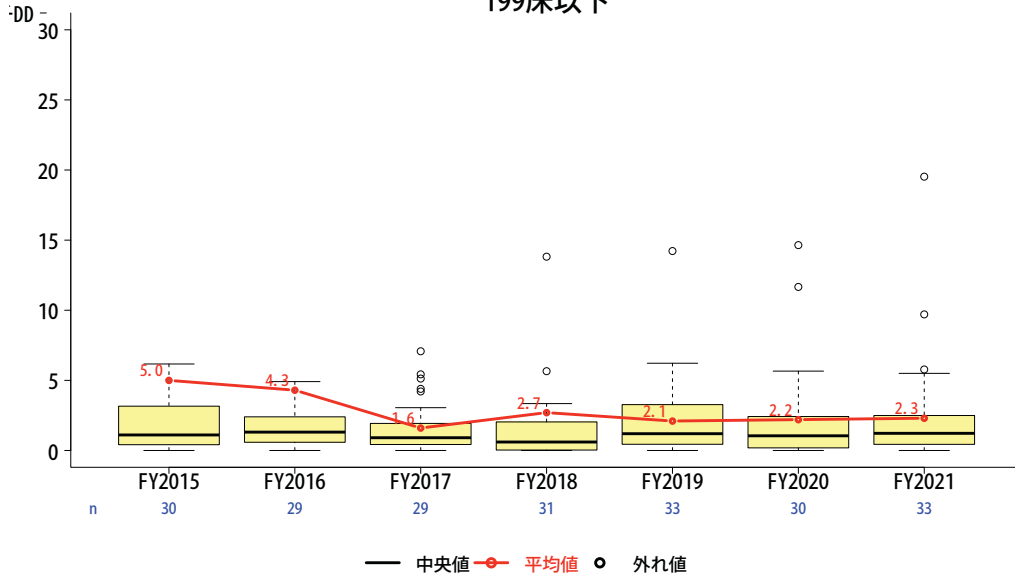
500床以上



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

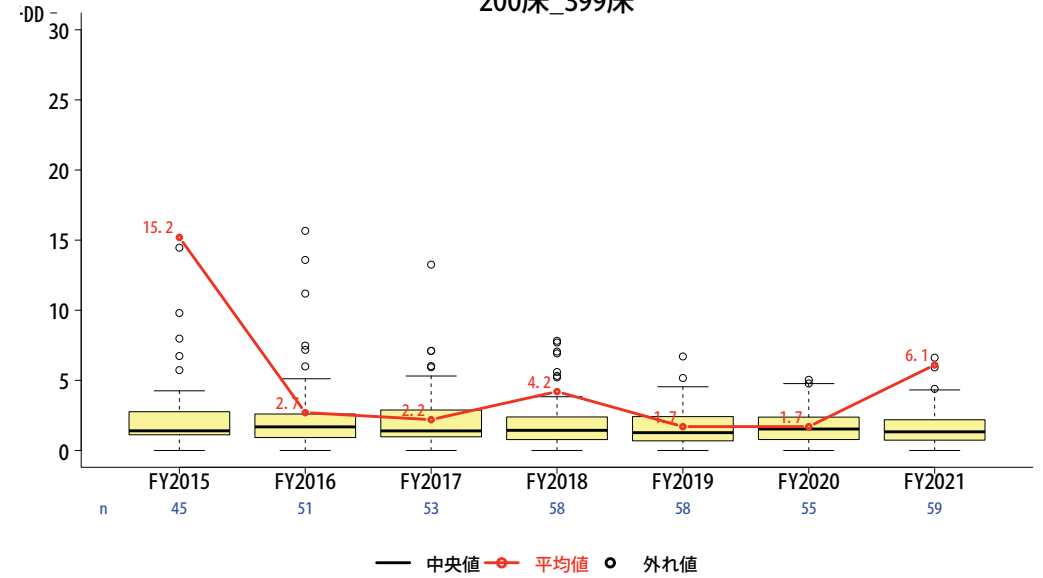
199床以下



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

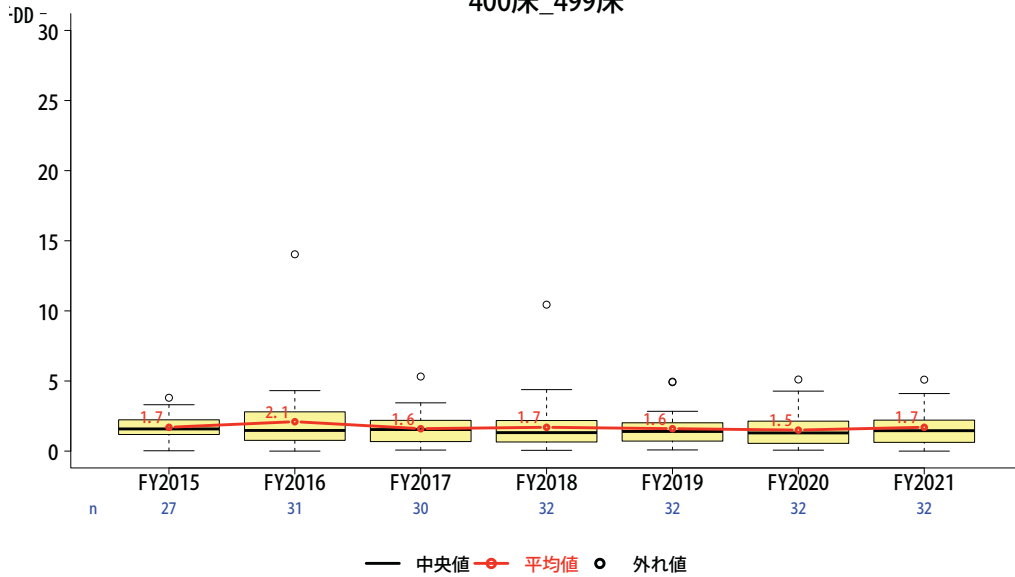
200床_399床



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

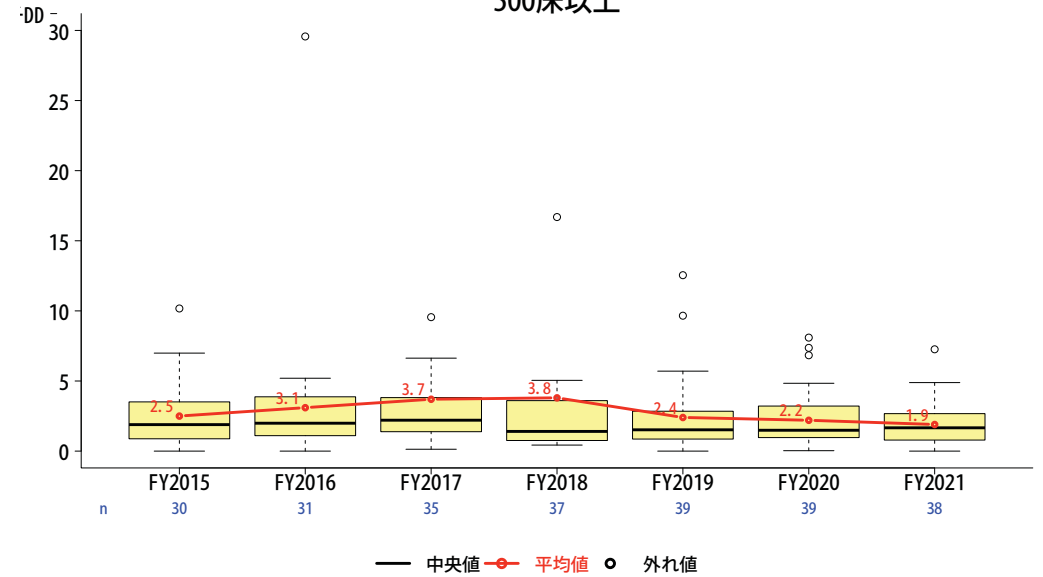
400床_499床



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

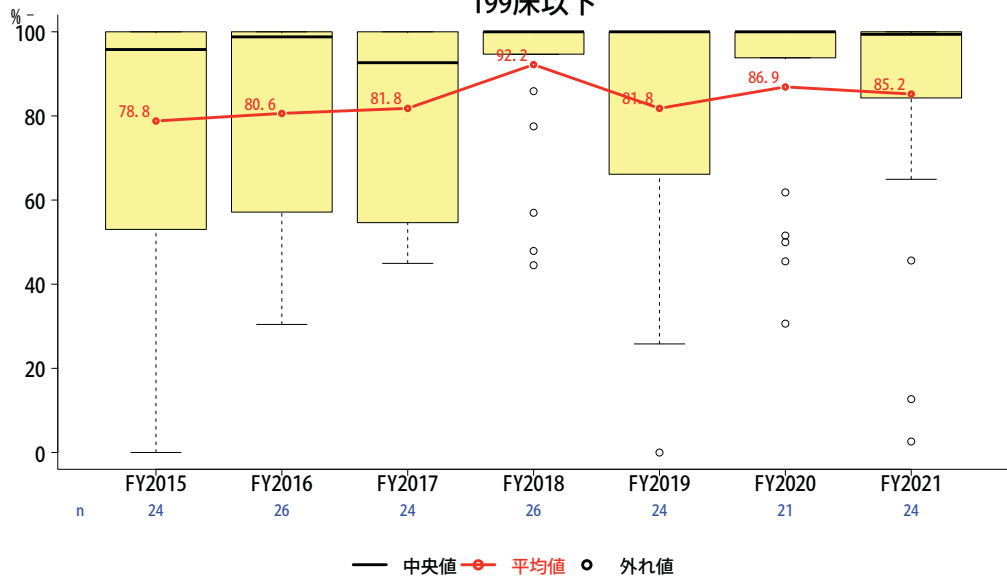
500床以上



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

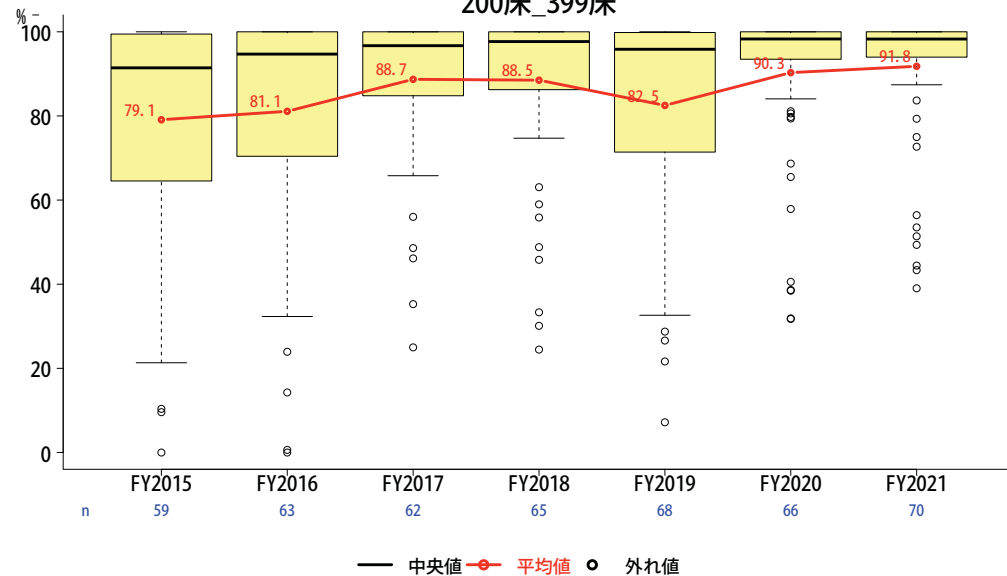
199床以下



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

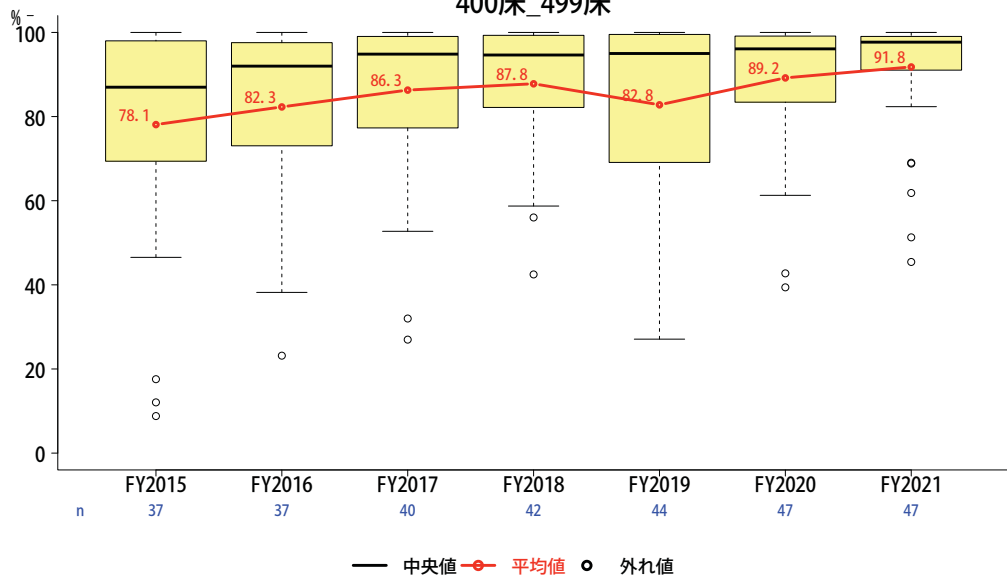
200床_399床



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

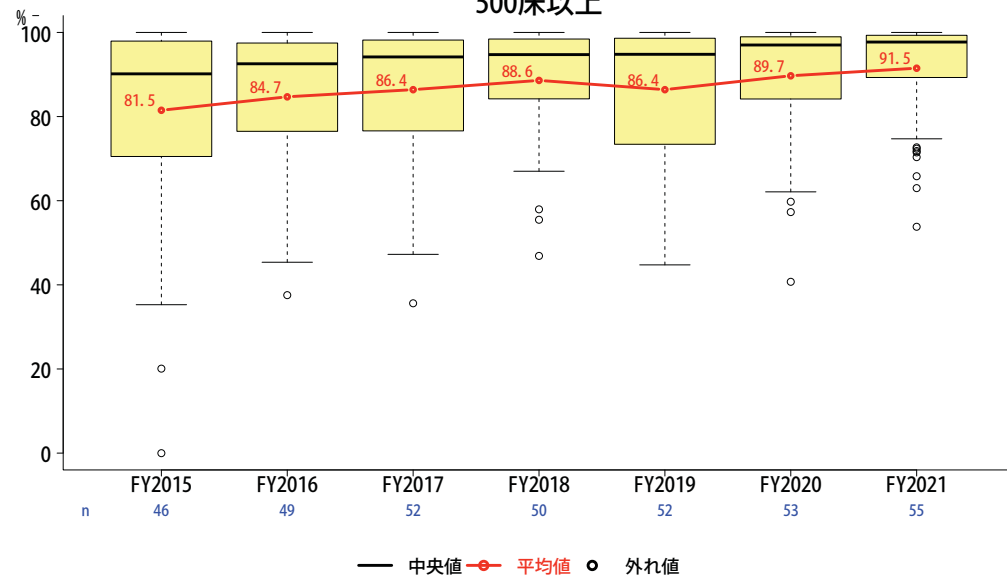
400床_499床



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

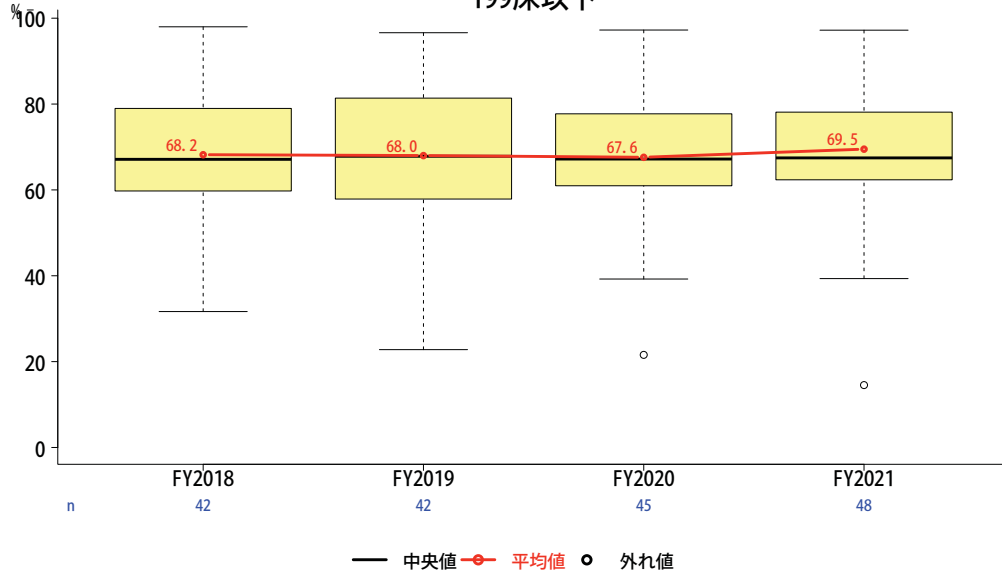
500床以上



一般-40 糖尿病・慢性腎臓病患者への栄養管理実施率

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

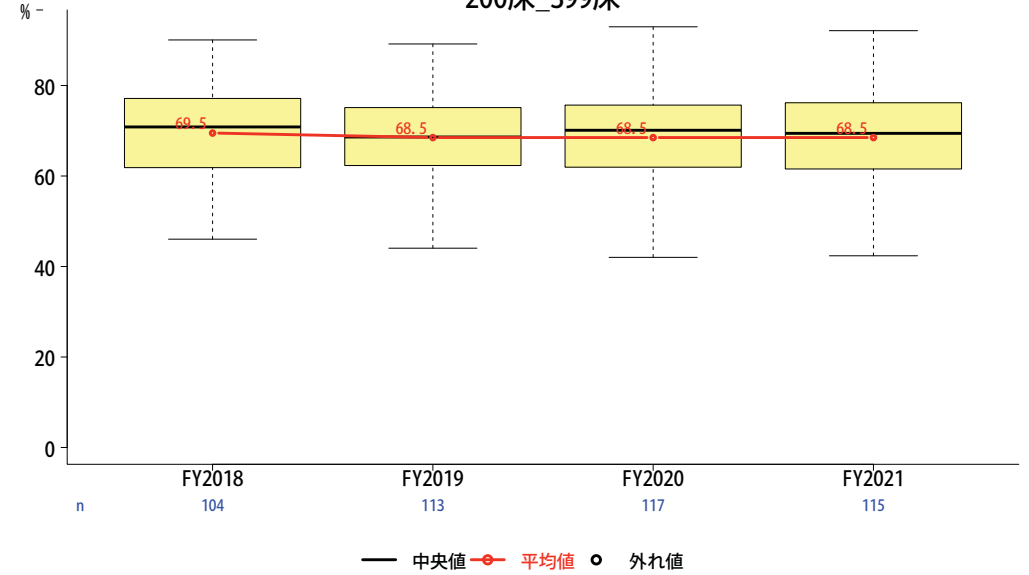
199床以下



一般-40 糖尿病・慢性腎臓病患者への栄養管理実施率

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

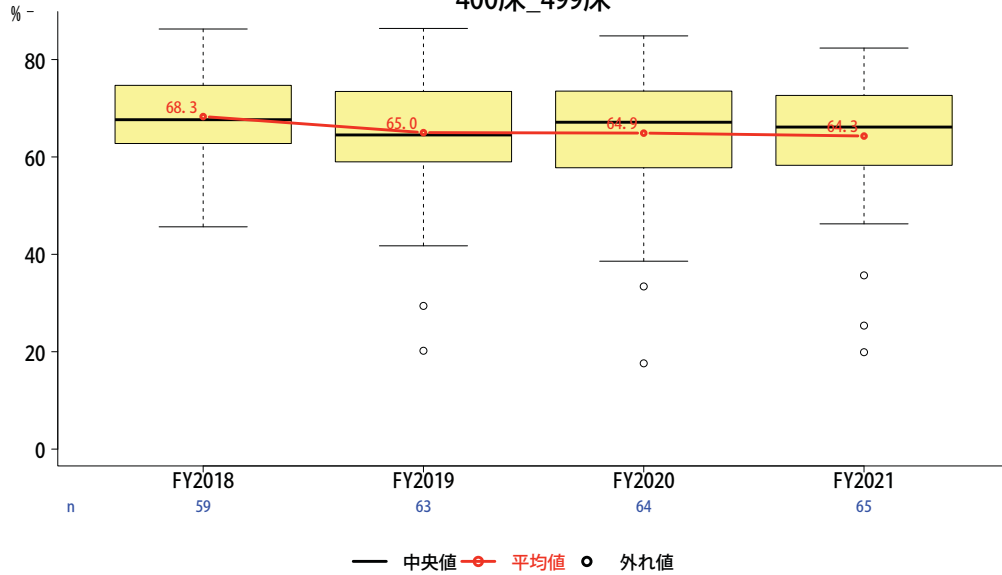
200床_399床



一般-40 糖尿病・慢性腎臓病患者への栄養管理実施率

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

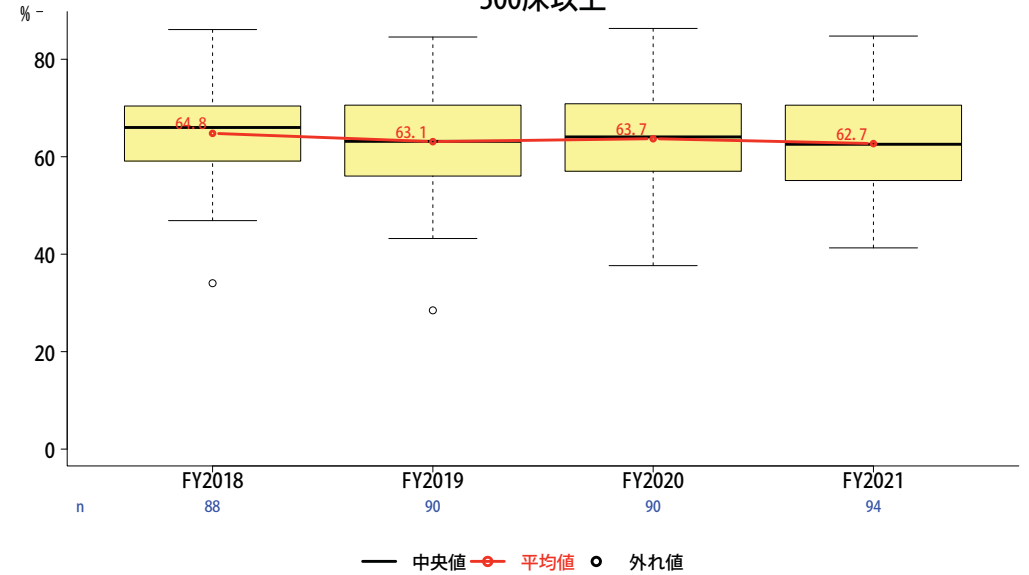
400床_499床



一般-40 糖尿病・慢性腎臓病患者への栄養管理実施率

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

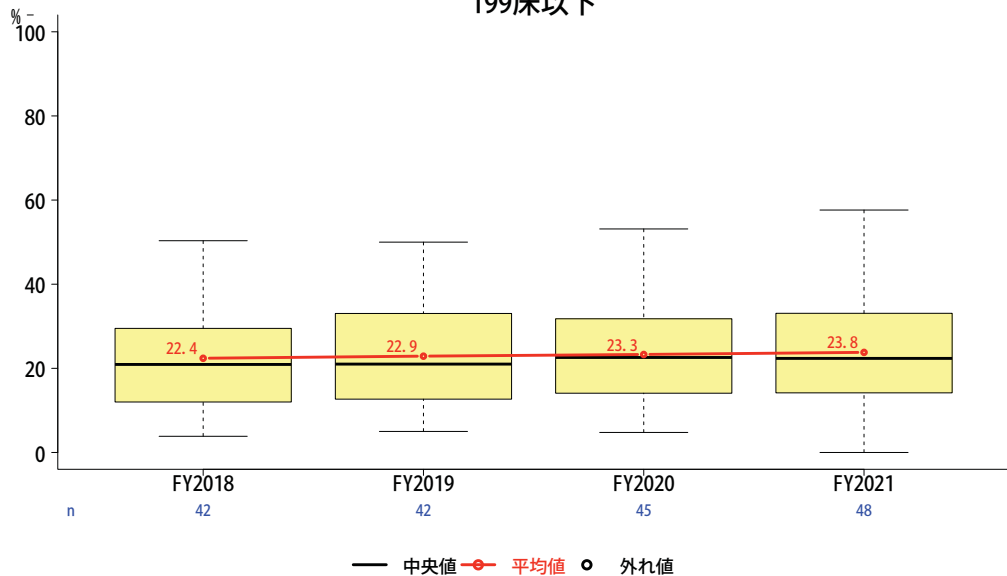
500床以上



一般-41 広域抗菌薬使用時の血液培養実施率

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

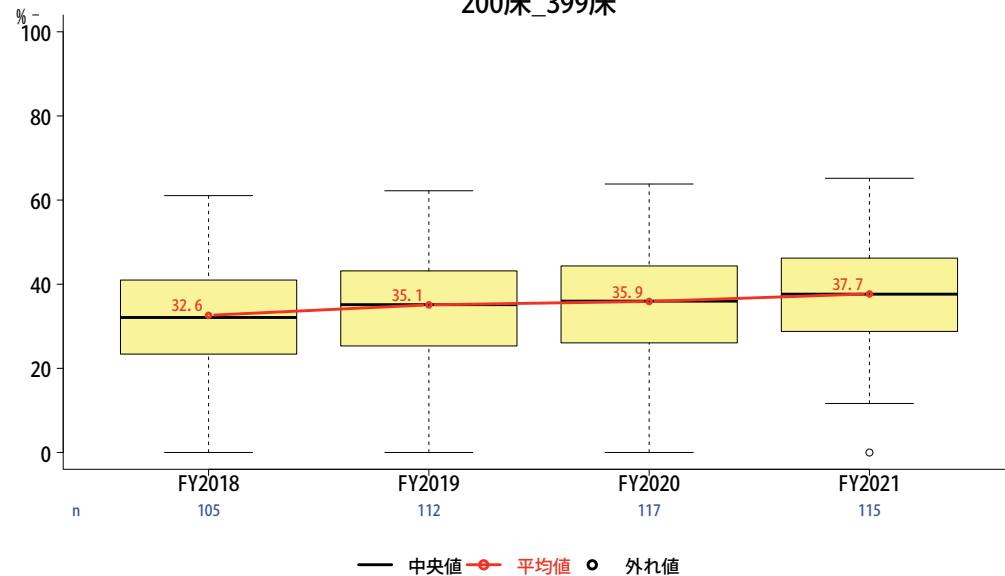
199床以下



一般-41 広域抗菌薬使用時の血液培養実施率

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

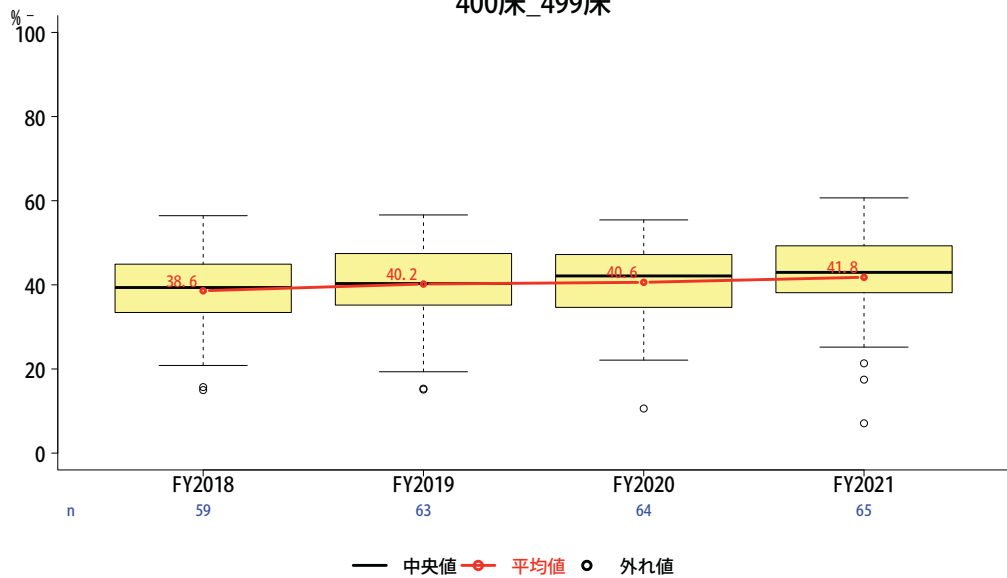
200床_399床



一般-41 広域抗菌薬使用時の血液培養実施率

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

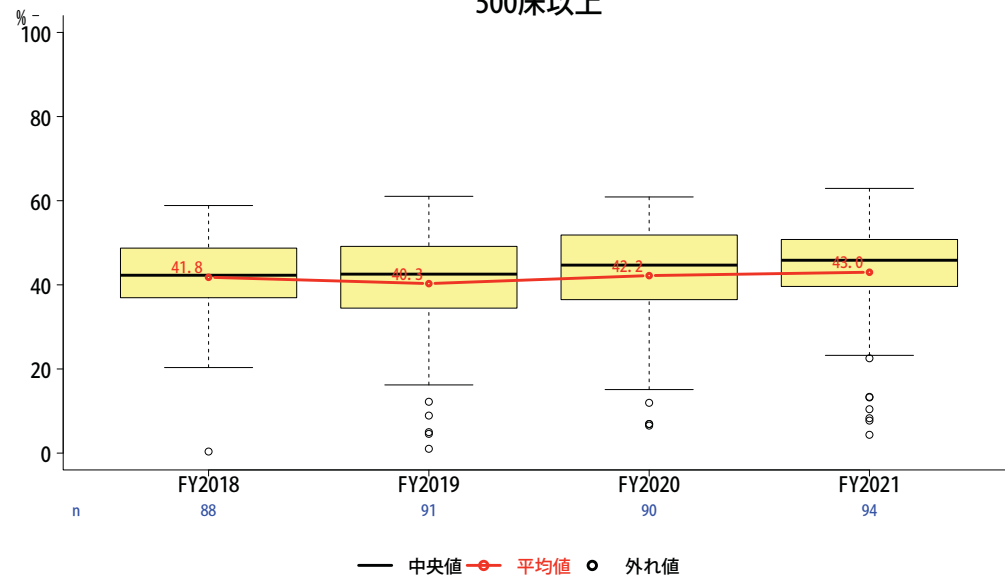
400床_499床



一般-41 広域抗菌薬使用時の血液培養実施率

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

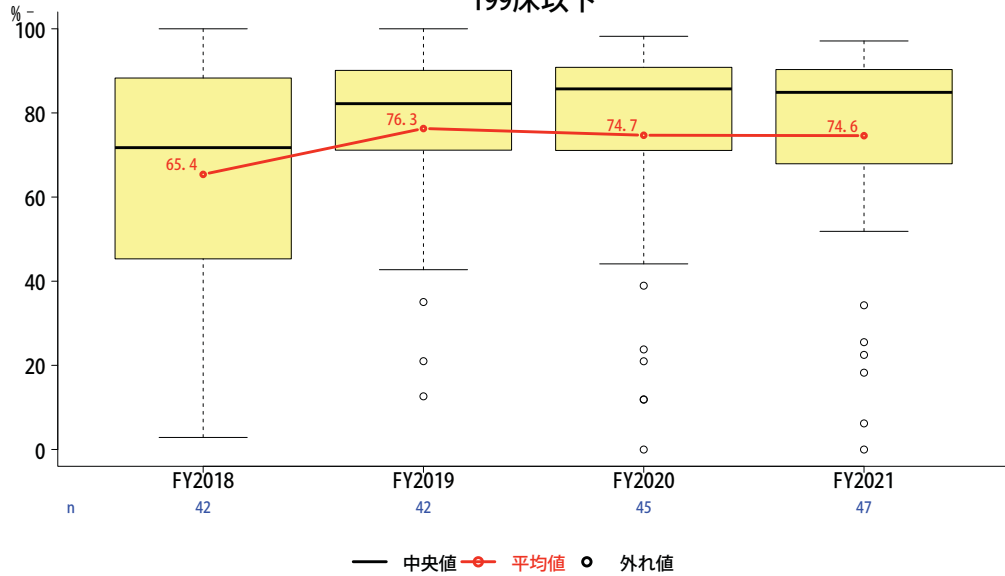
500床以上



一般-42 血液培養実施時の2セット実施率

分子:血液培養オーダーが1日に2件以上ある日数
分母:血液培養オーダー日数

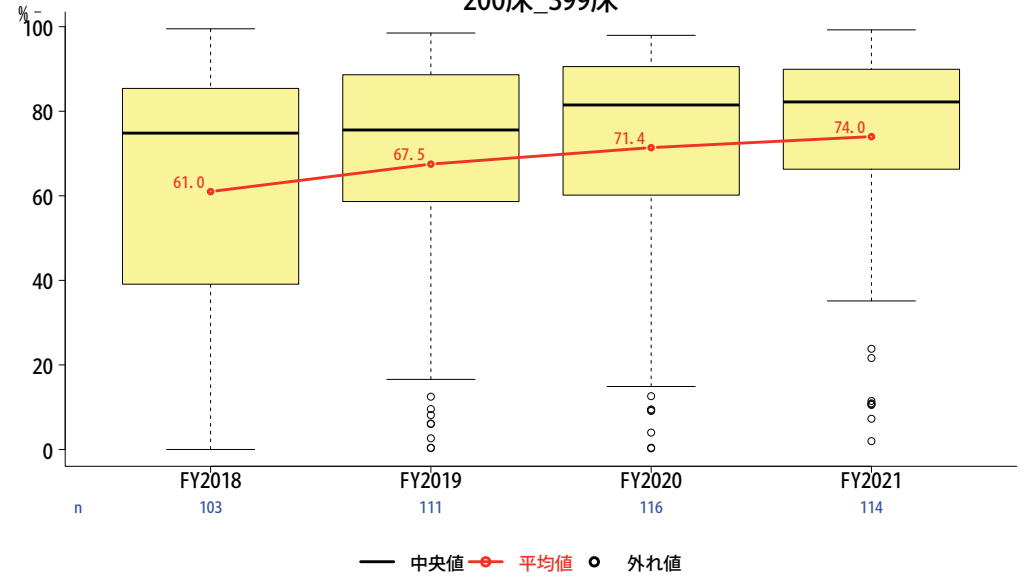
199床以下



一般-42 血液培養実施時の2セット実施率

分子:血液培養オーダーが1日に2件以上ある日数
分母:血液培養オーダー日数

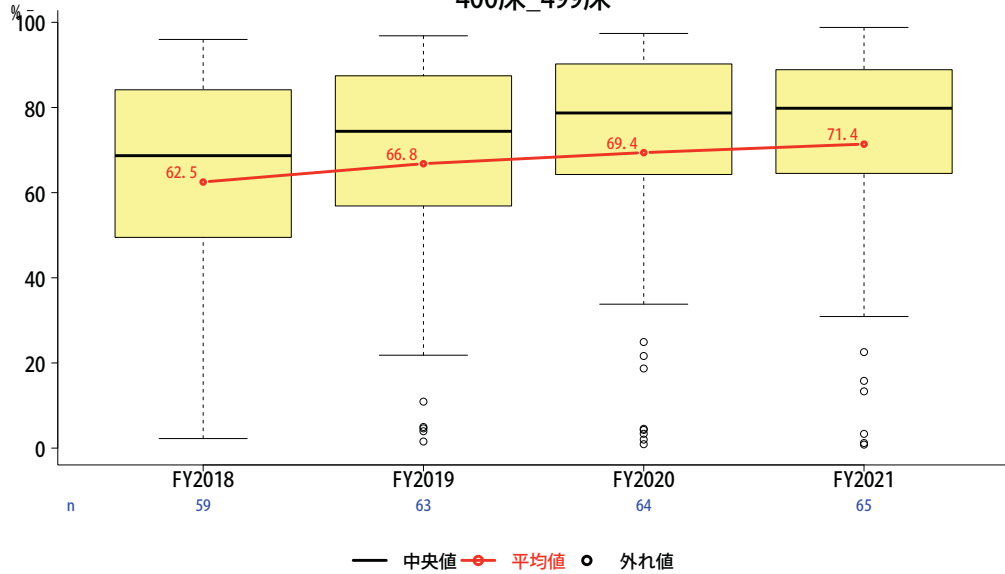
200床_399床



一般-42 血液培養実施時の2セット実施率

分子:血液培養オーダーが1日に2件以上ある日数
分母:血液培養オーダー日数

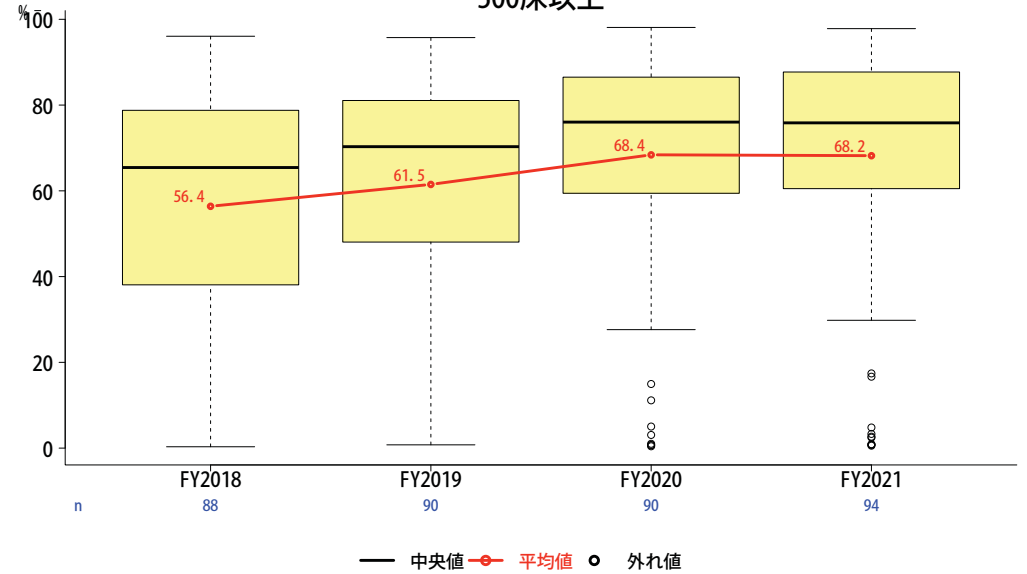
400床_499床



一般-42 血液培養実施時の2セット実施率

分子:血液培養オーダーが1日に2件以上ある日数
分母:血液培養オーダー日数

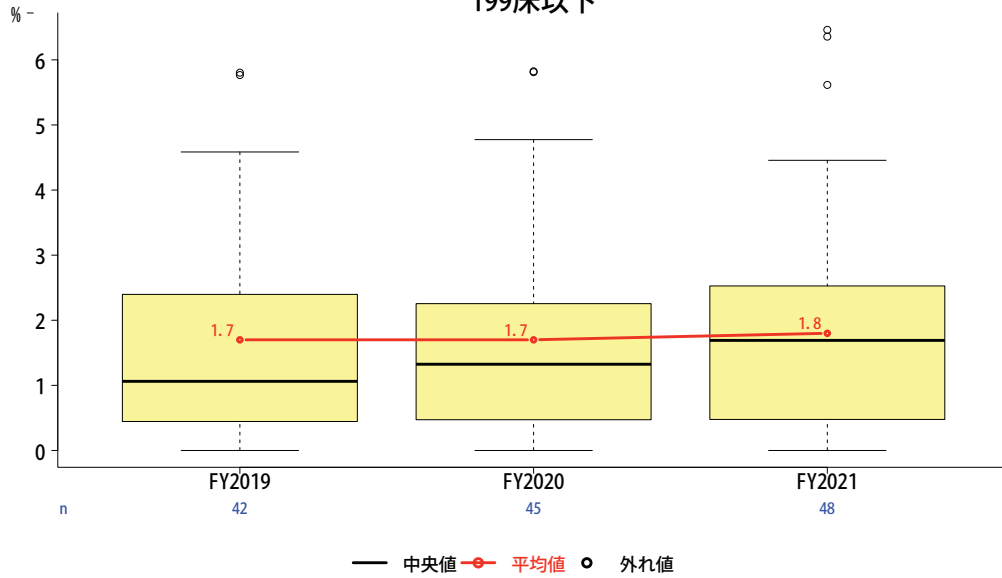
500床以上



一般-45 30日以内の予定外再入院率

分子: 前回の退院日が30日以内の救急医療入院患者数
分母: 退院患者数

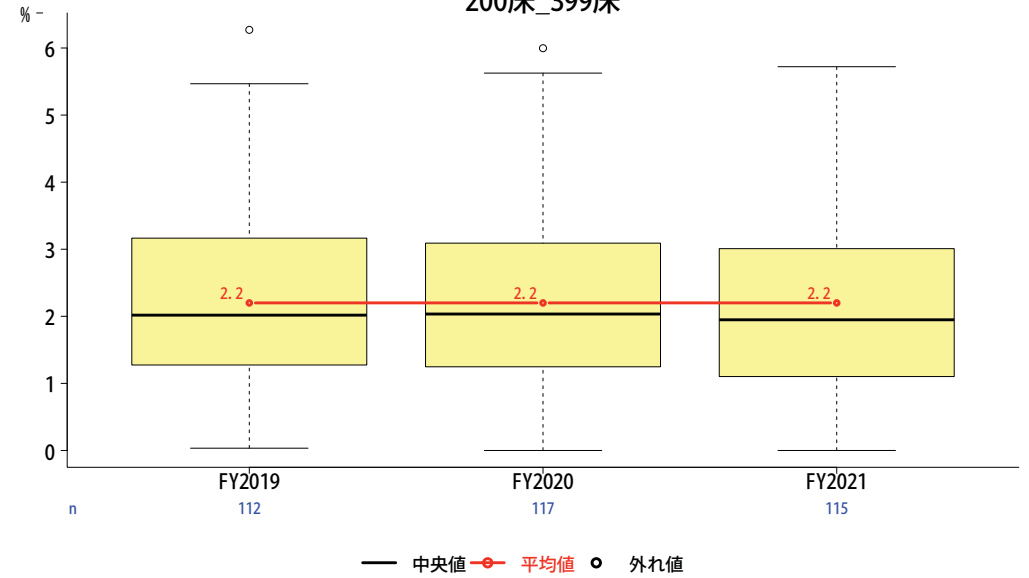
199床以下



一般-45 30日以内の予定外再入院率

分子: 前回の退院日が30日以内の救急医療入院患者数
分母: 退院患者数

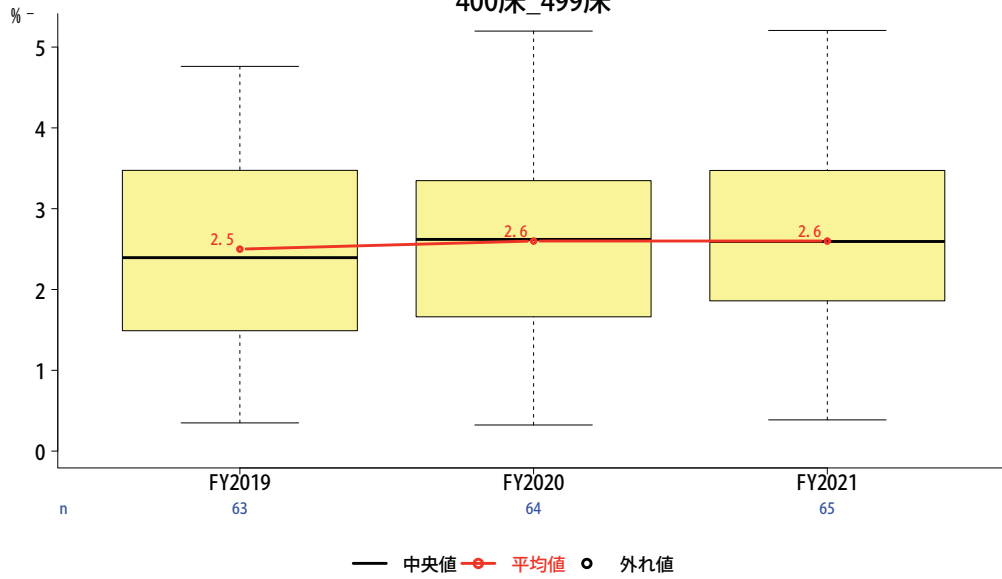
200床_399床



一般-45 30日以内の予定外再入院率

分子: 前回の退院日が30日以内の救急医療入院患者数
分母: 退院患者数

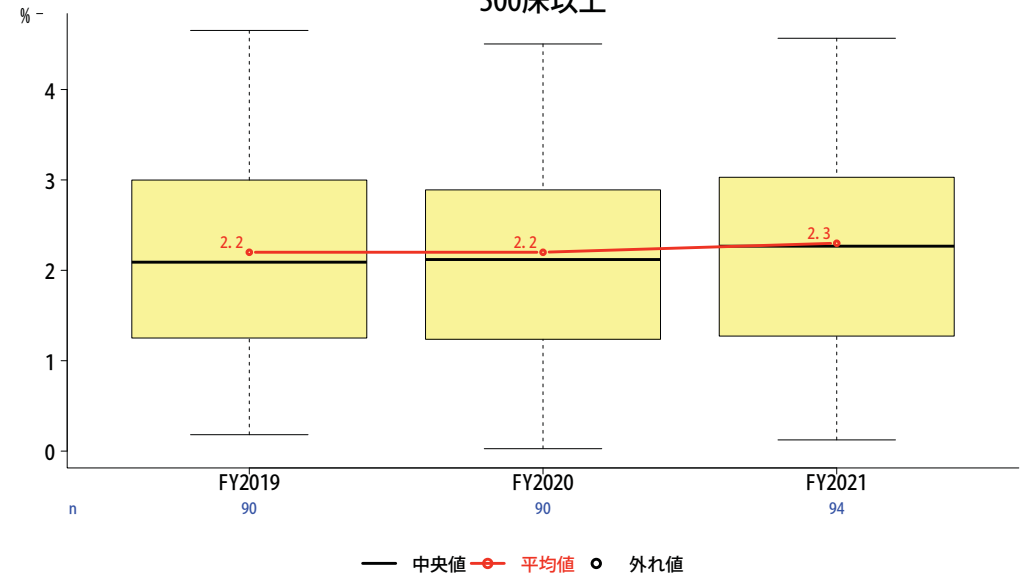
400床_499床



一般-45 30日以内の予定外再入院率

分子: 前回の退院日が30日以内の救急医療入院患者数
分母: 退院患者数

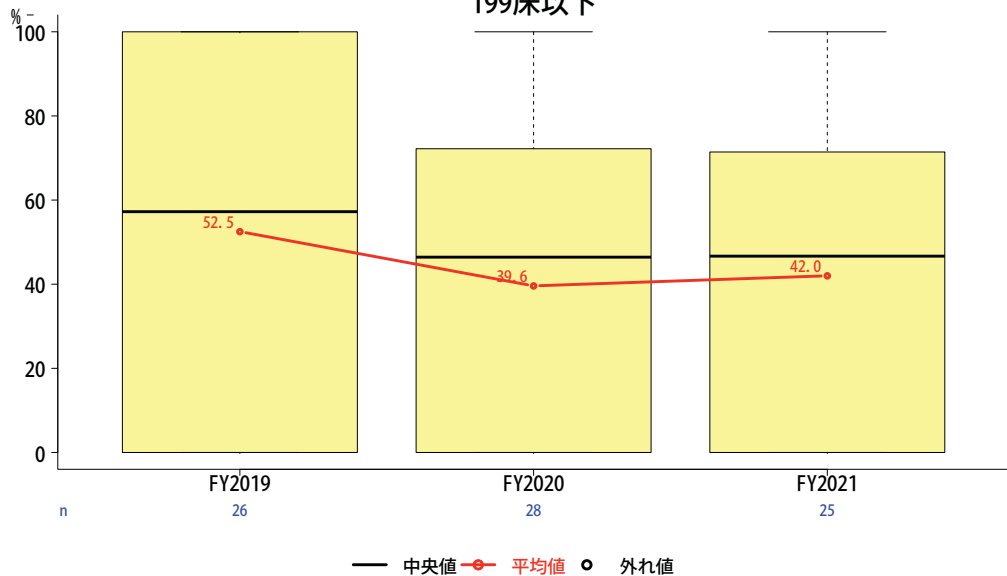
500床以上



一般-46 急性心筋梗塞患者における当日アスピリン投与割合

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

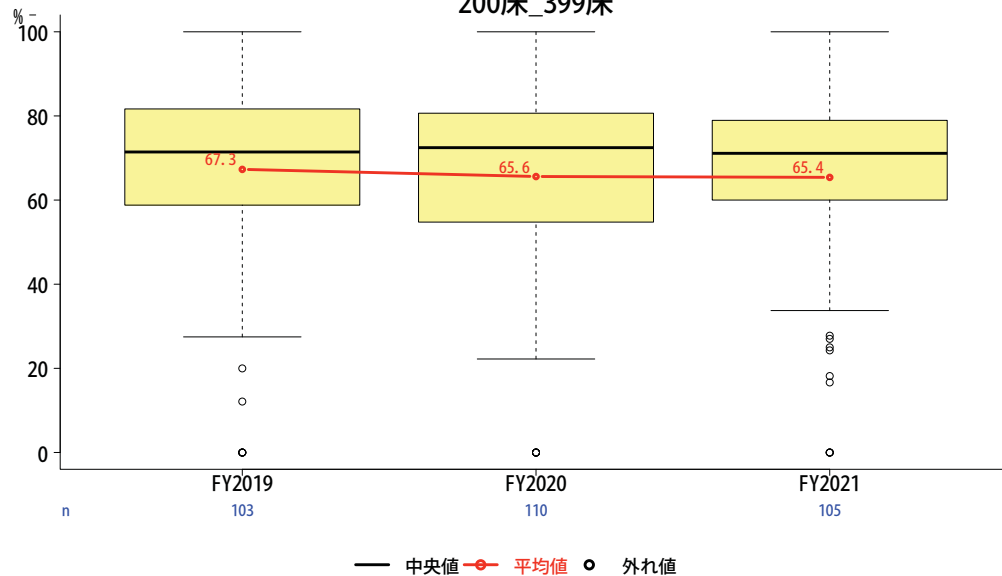
199床以下



一般-46 急性心筋梗塞患者における当日アスピリン投与割合

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

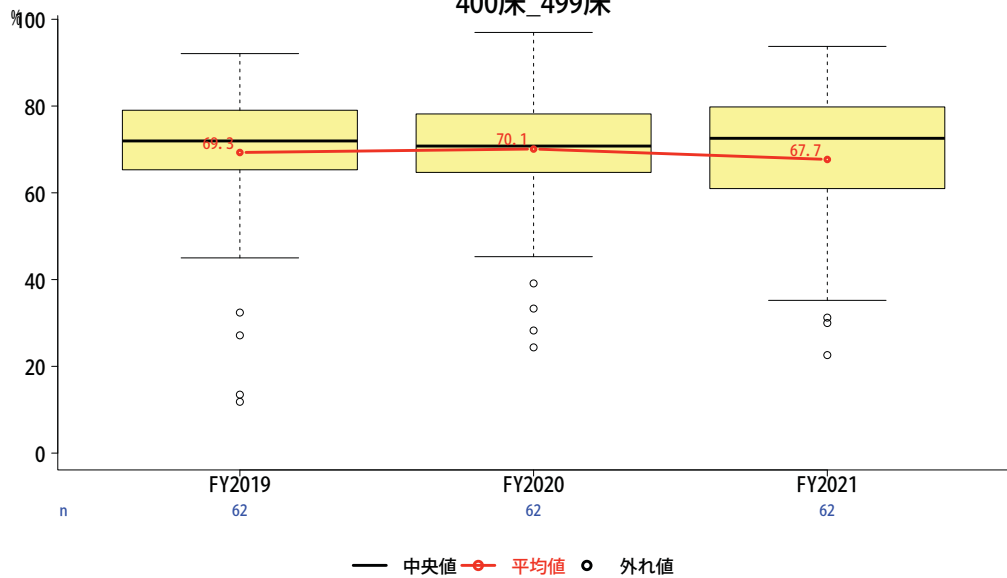
200床_399床



一般-46 急性心筋梗塞患者における当日アスピリン投与割合

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

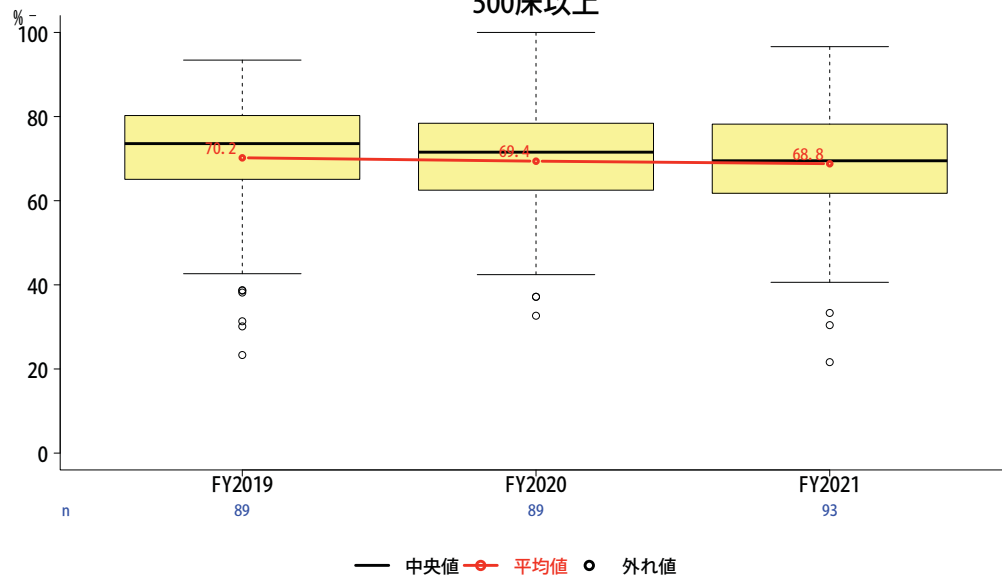
400床_499床



一般-46 急性心筋梗塞患者における当日アスピリン投与割合

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

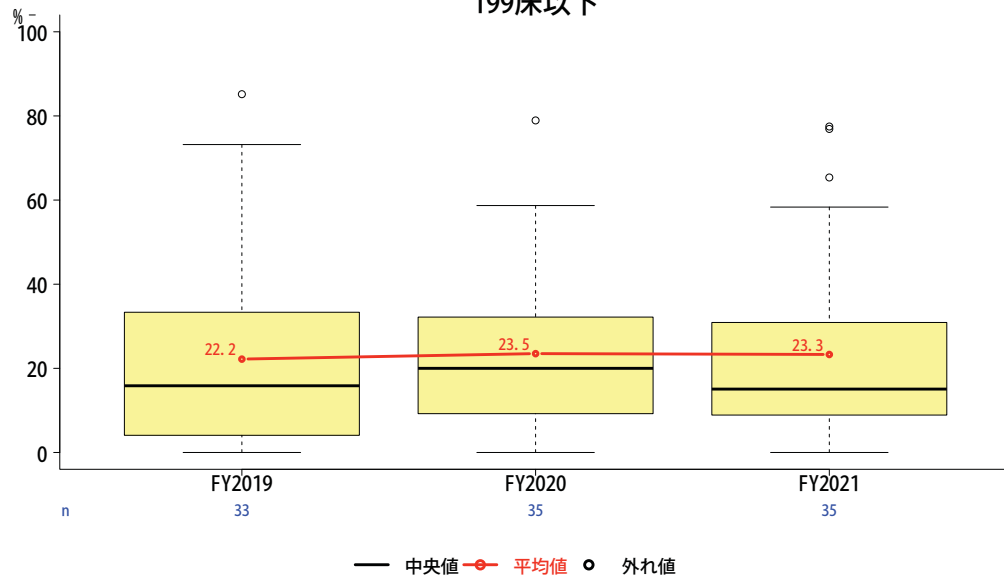
500床以上



一般-47 大腿骨頸部骨折の早期手術割合

分子:入院2日以内に手術を受けた患者数
分母:大腿骨頸部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた患者数

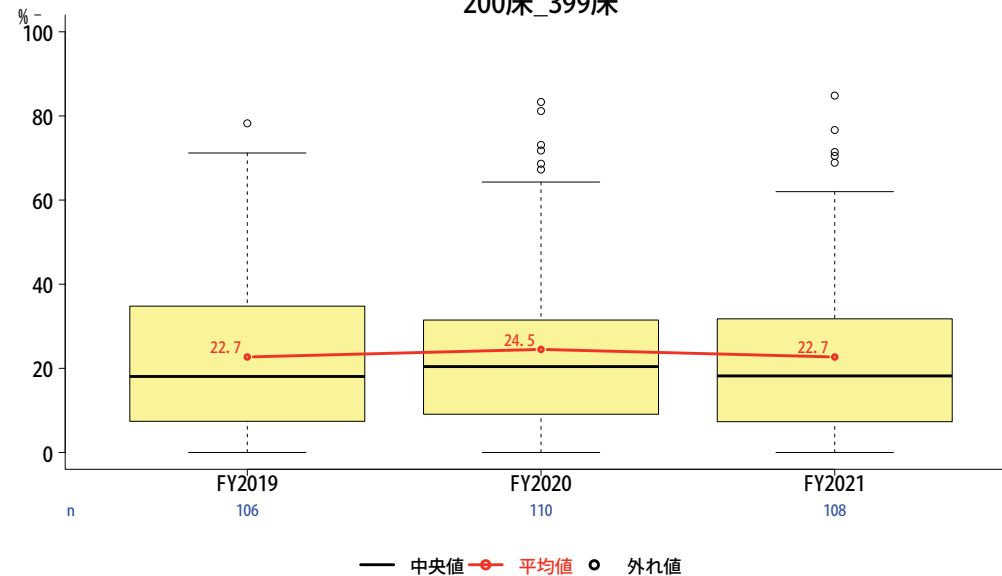
199床以下



一般-47 大腿骨頸部骨折の早期手術割合

分子:入院2日以内に手術を受けた患者数
分母:大腿骨頸部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた患者数

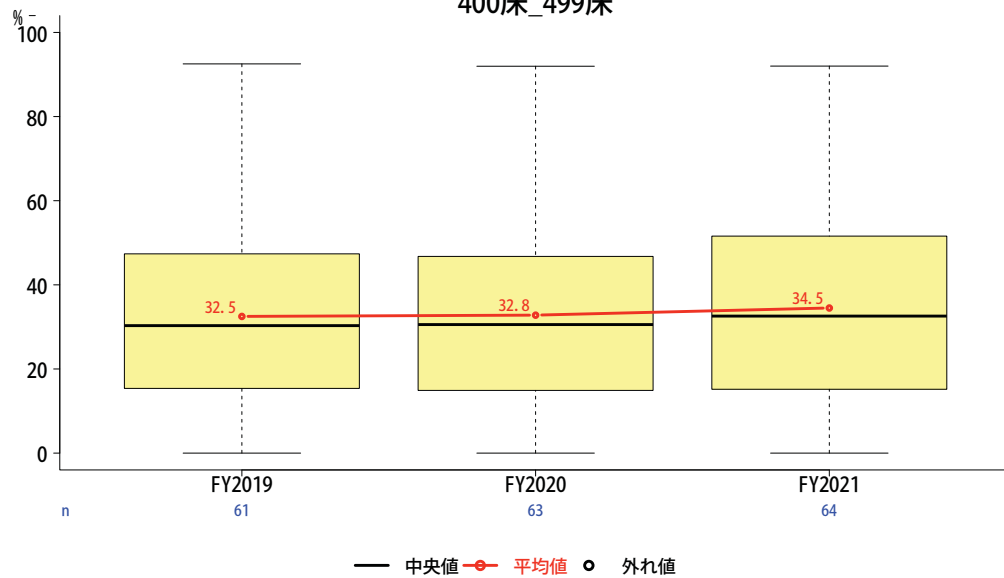
200床_399床



一般-47 大腿骨頸部骨折の早期手術割合

分子:入院2日以内に手術を受けた患者数
分母:大腿骨頸部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた患者数

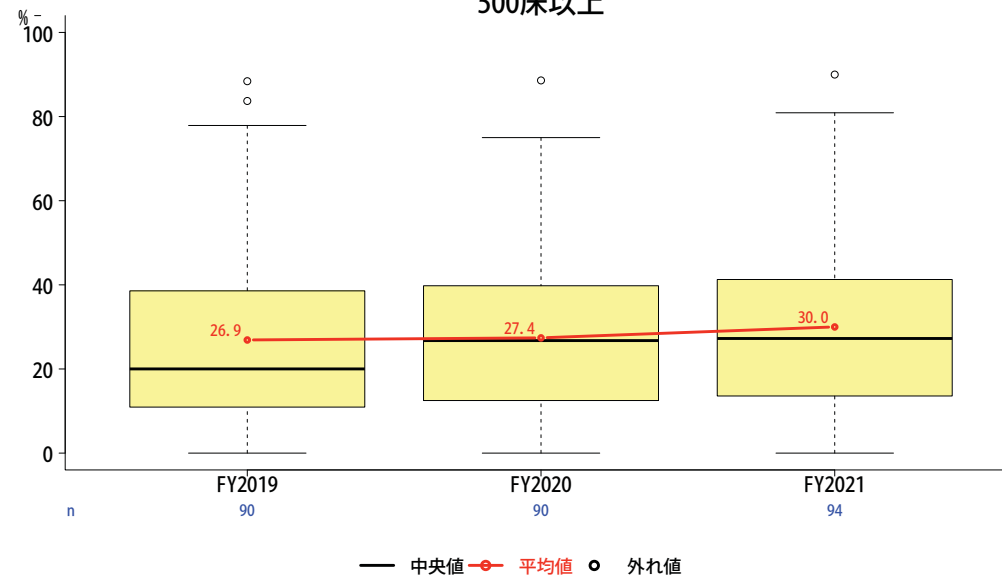
400床_499床



一般-47 大腿骨頸部骨折の早期手術割合

分子:入院2日以内に手術を受けた患者数
分母:大腿骨頸部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた患者数

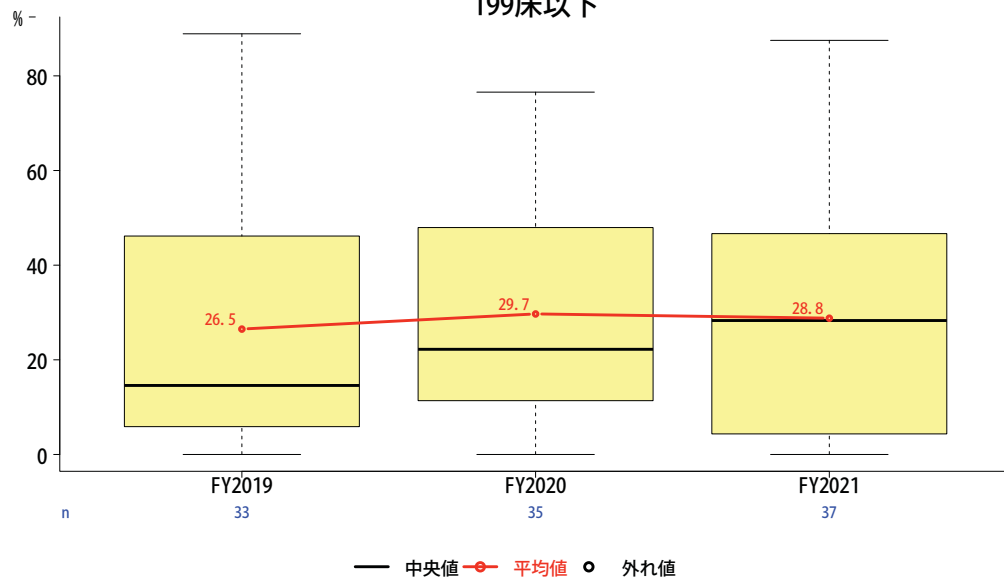
500床以上



一般-48 大腿骨転子部骨折の早期手術割合

分子:入院2日以内に手術を受けた患者数
分母:大腿骨転子部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた患者数

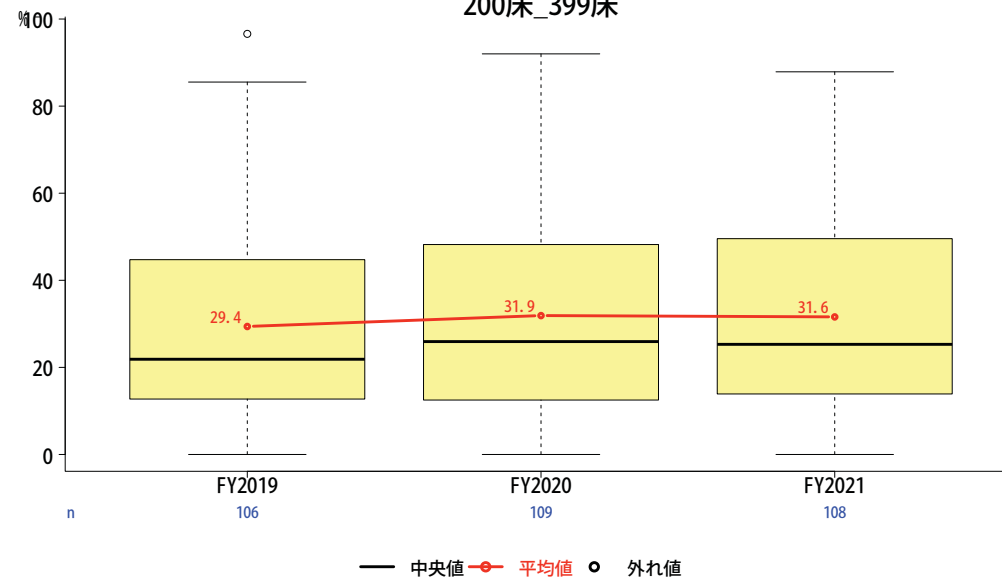
199床以下



一般-48 大腿骨転子部骨折の早期手術割合

分子:入院2日以内に手術を受けた患者数
分母:大腿骨転子部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた患者数

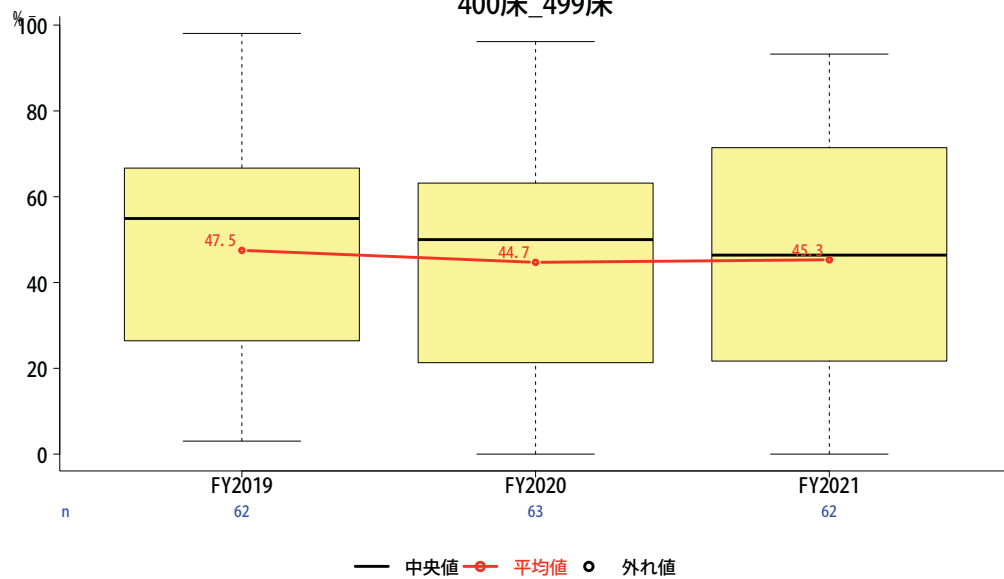
200床_399床



一般-48 大腿骨転子部骨折の早期手術割合

分子:入院2日以内に手術を受けた患者数
分母:大腿骨転子部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた患者数

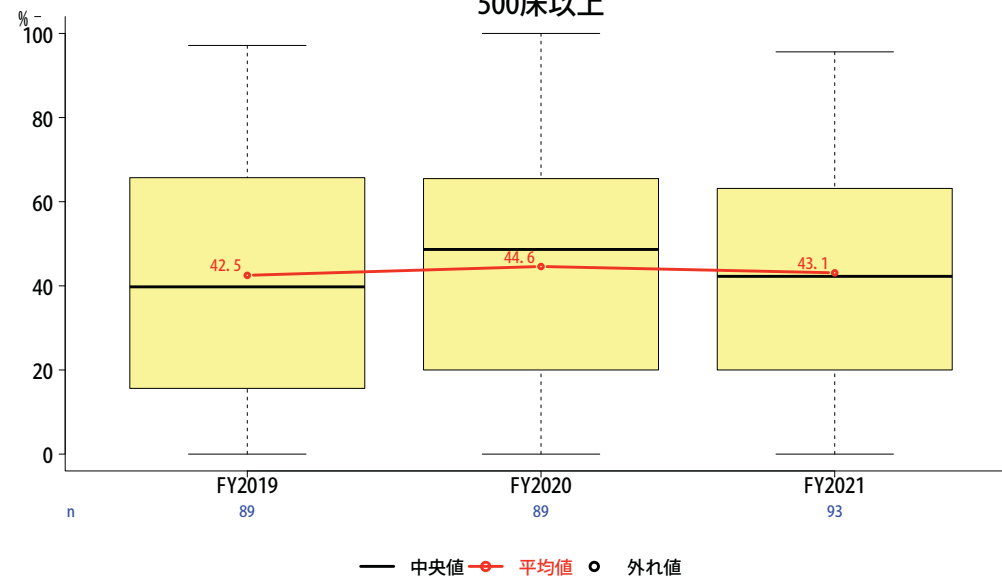
400床_499床



一般-48 大腿骨転子部骨折の早期手術割合

分子:入院2日以内に手術を受けた患者数
分母:大腿骨転子部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた患者数

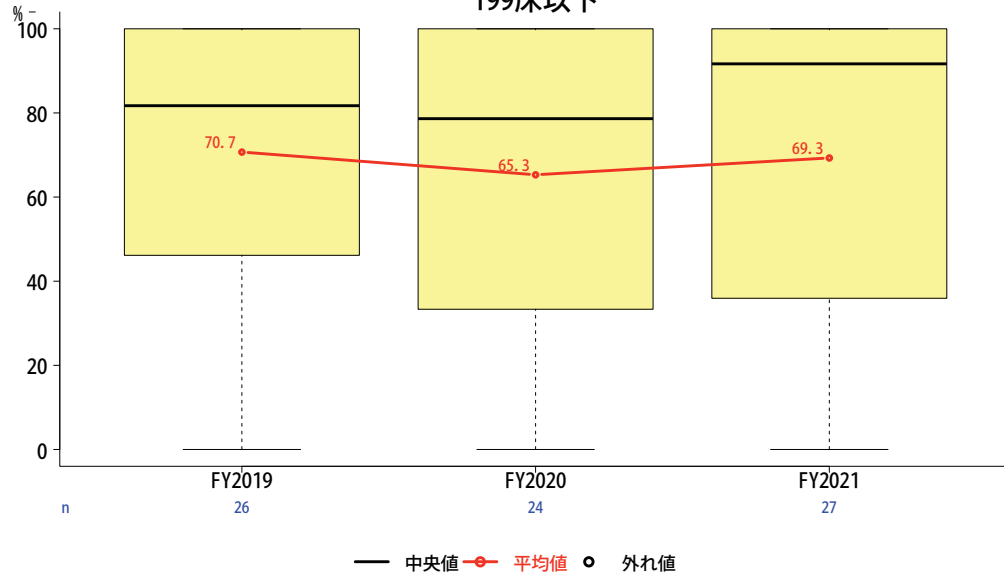
500床以上



一般-49 シスプラチンを含むがん薬物療法後の急性期予防的制吐剤投与率

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

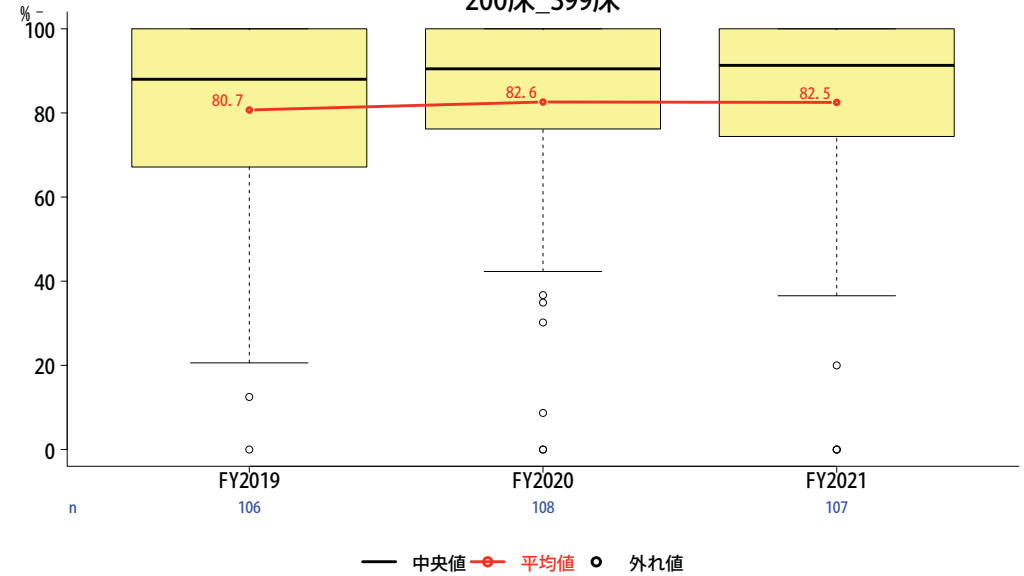
199床以下



一般-49 シスプラチンを含むがん薬物療法後の急性期予防的制吐剤投与率

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

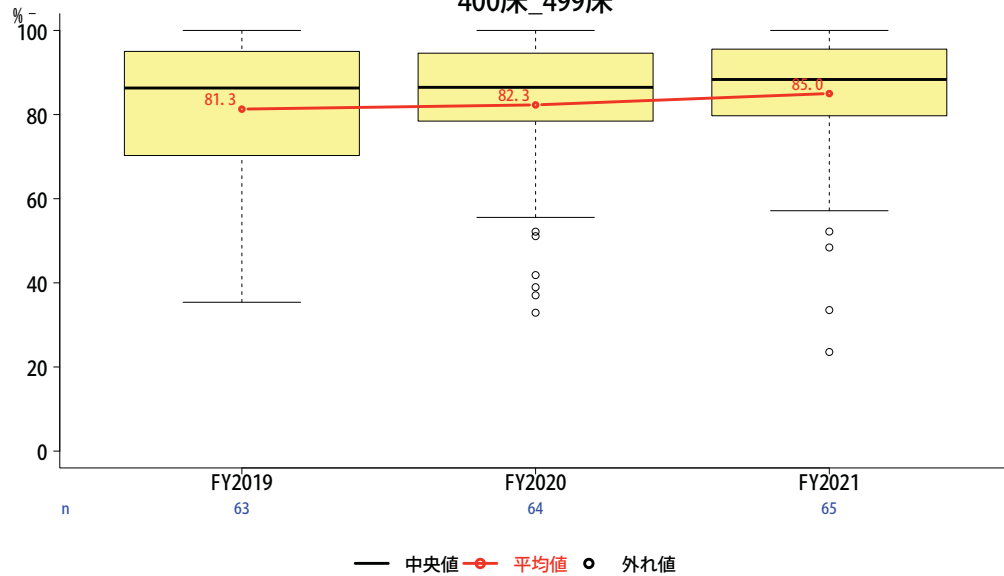
200床_399床



一般-49 シスプラチンを含むがん薬物療法後の急性期予防的制吐剤投与率

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

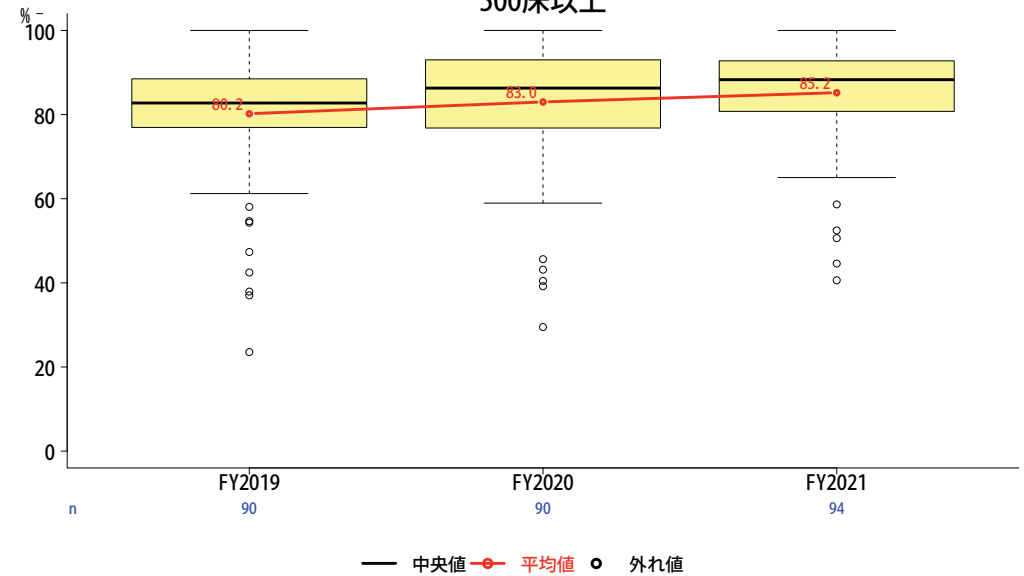
400床_499床



一般-49 シスプラチンを含むがん薬物療法後の急性期予防的制吐剤投与率

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

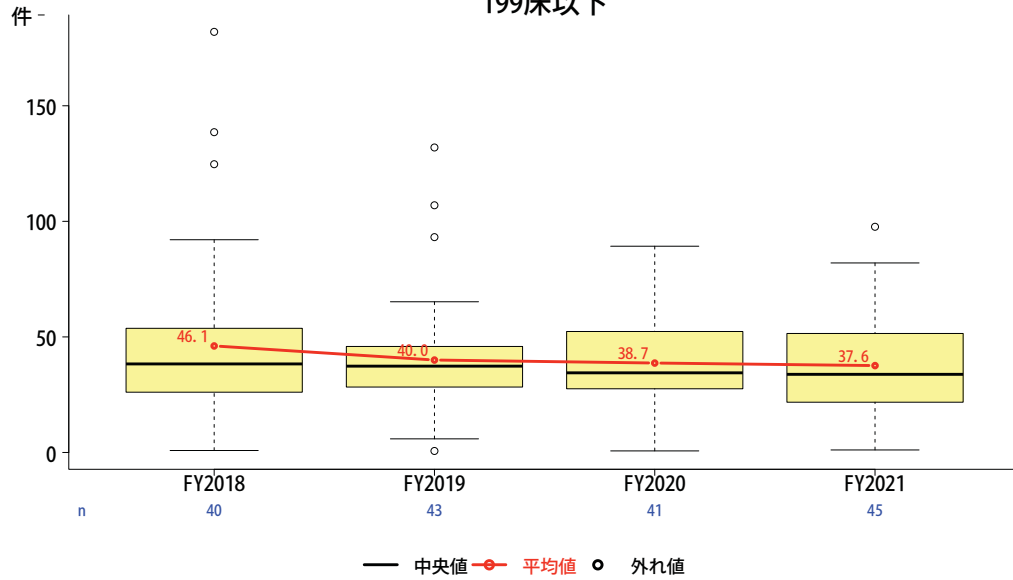
500床以上



一般-50 1か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント発生件数

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

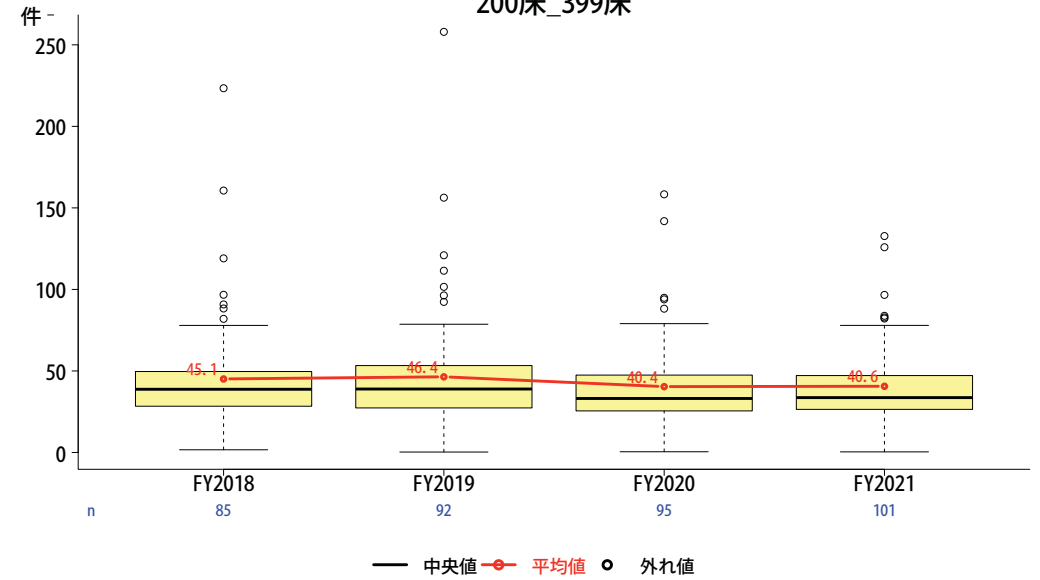
199床以下



一般-50 1か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント発生件数

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

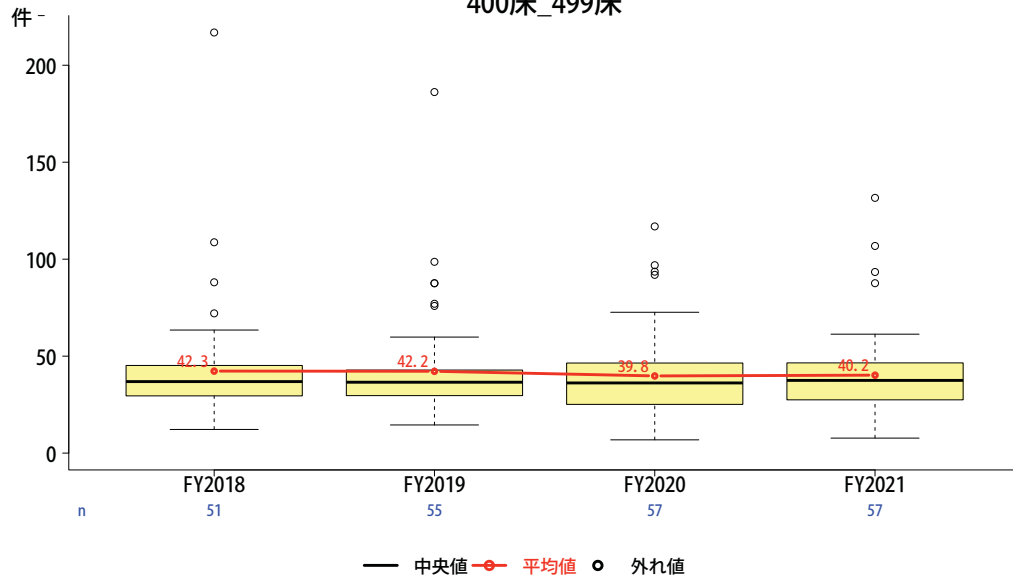
200床_399床



一般-50 1か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント発生件数

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

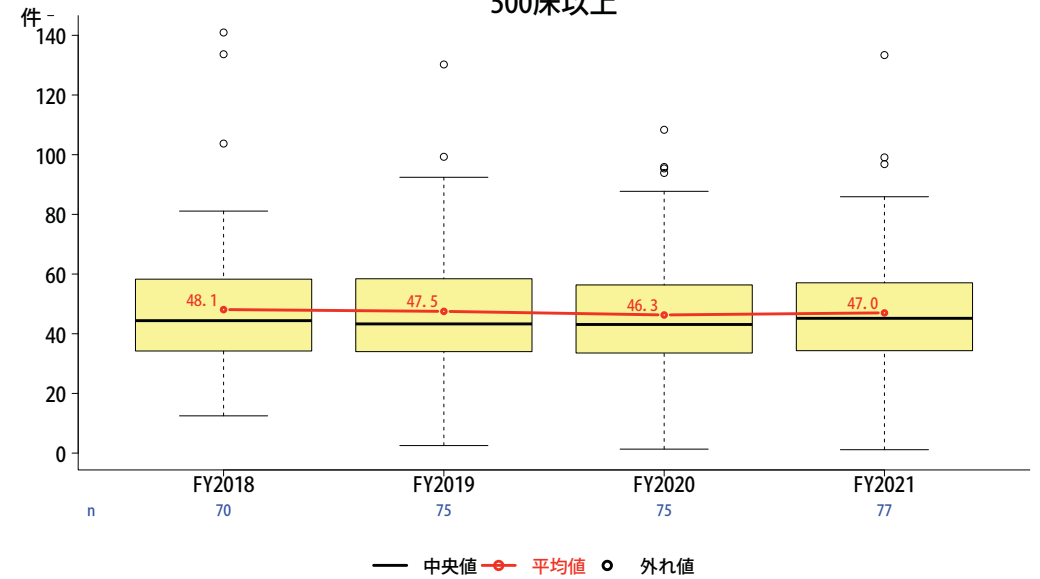
400床_499床



一般-50 1か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント発生件数

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

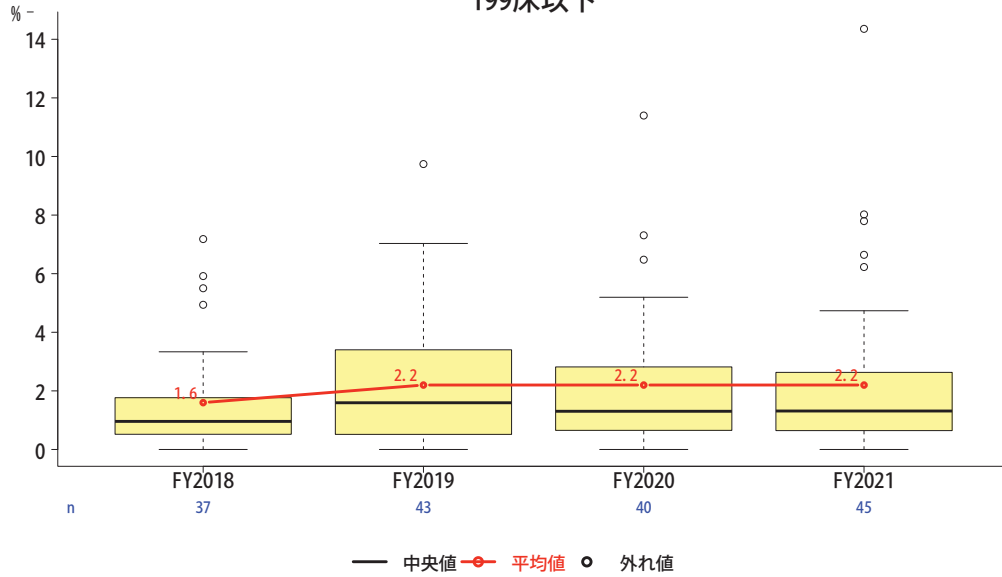
500床以上



一般-51 全報告中医師による報告の占める割合

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

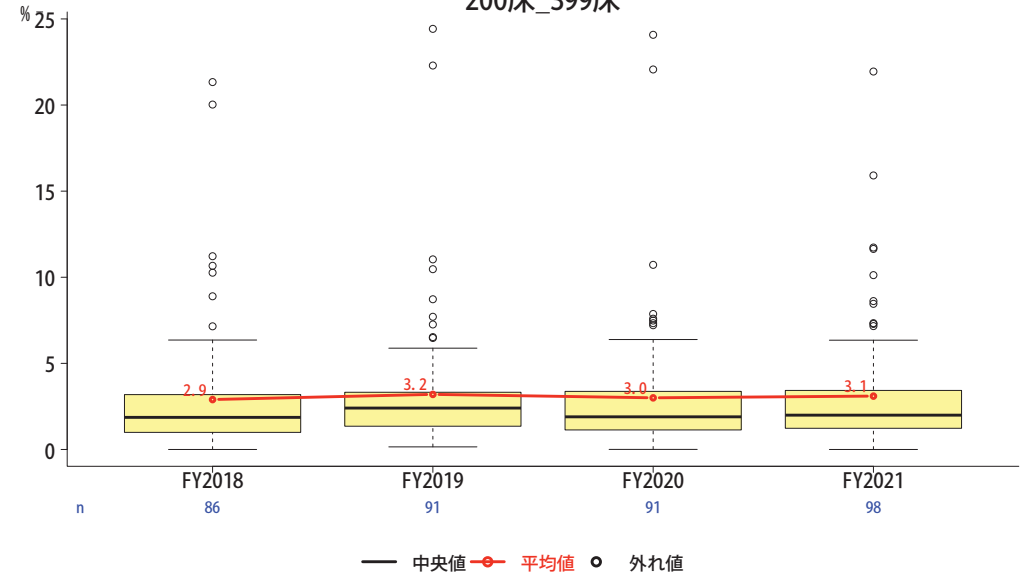
199床以下



一般-51 全報告中医師による報告の占める割合

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

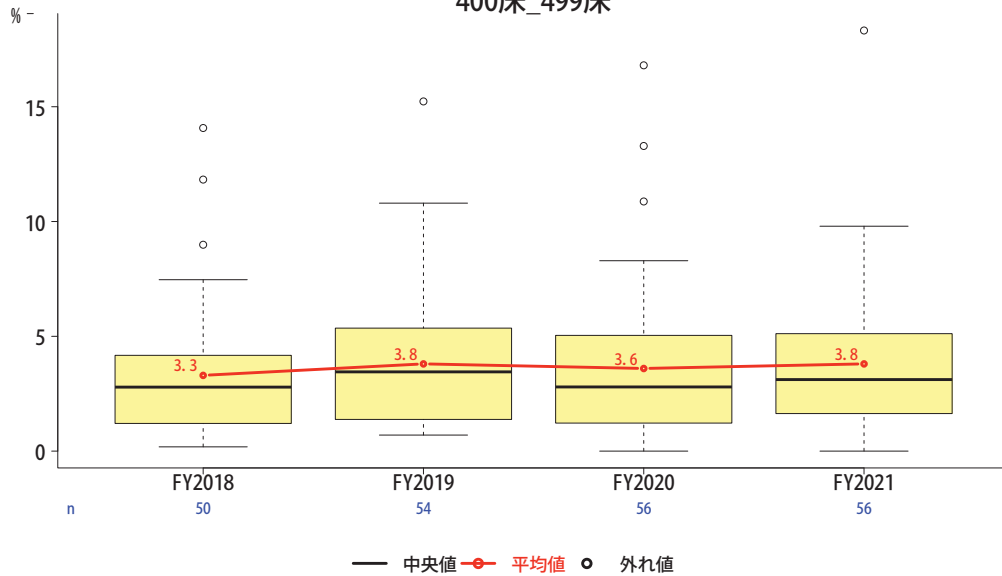
200床_399床



一般-51 全報告中医師による報告の占める割合

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

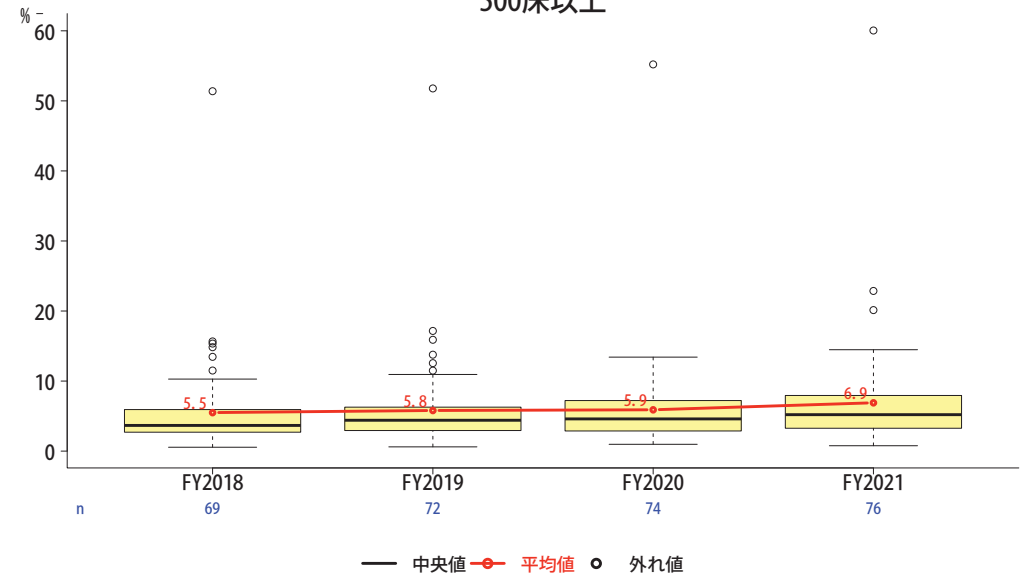
400床_499床



一般-51 全報告中医師による報告の占める割合

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

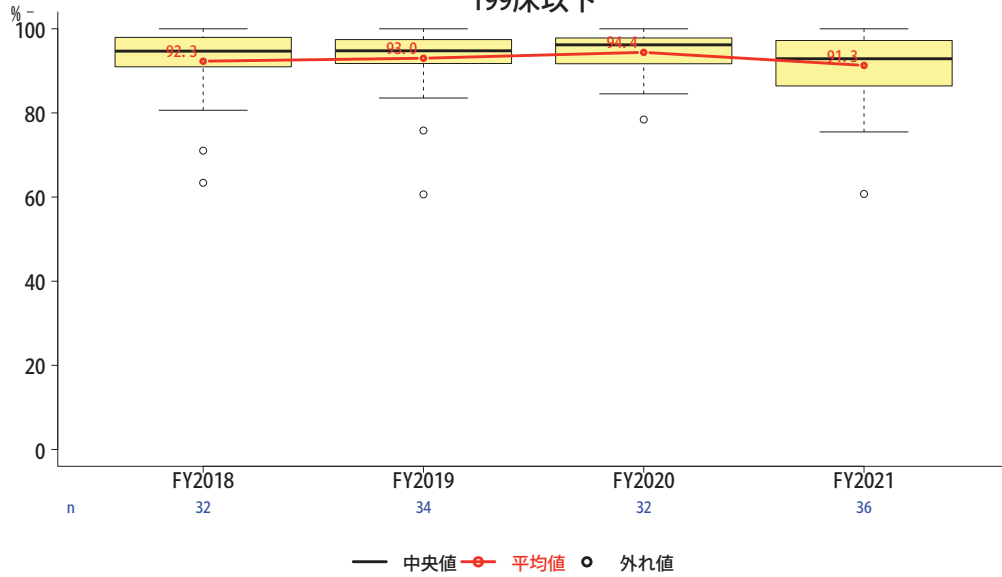
500床以上



一般-52 職員におけるインフルエンザワクチン予防接種率

分子:インフルエンザワクチンを予防接種した職員数
分母:職員数

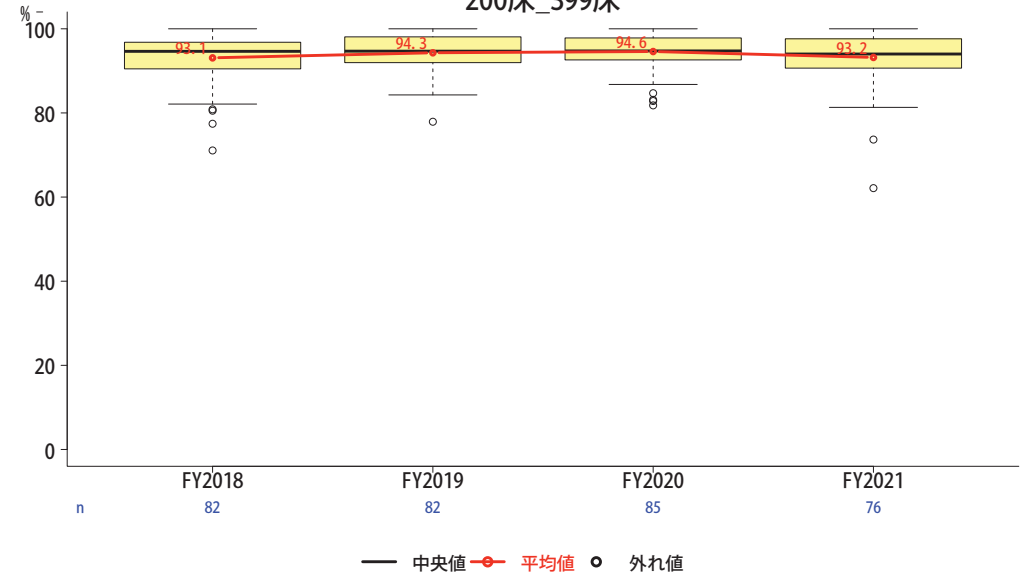
199床以下



一般-52 職員におけるインフルエンザワクチン予防接種率

分子:インフルエンザワクチンを予防接種した職員数
分母:職員数

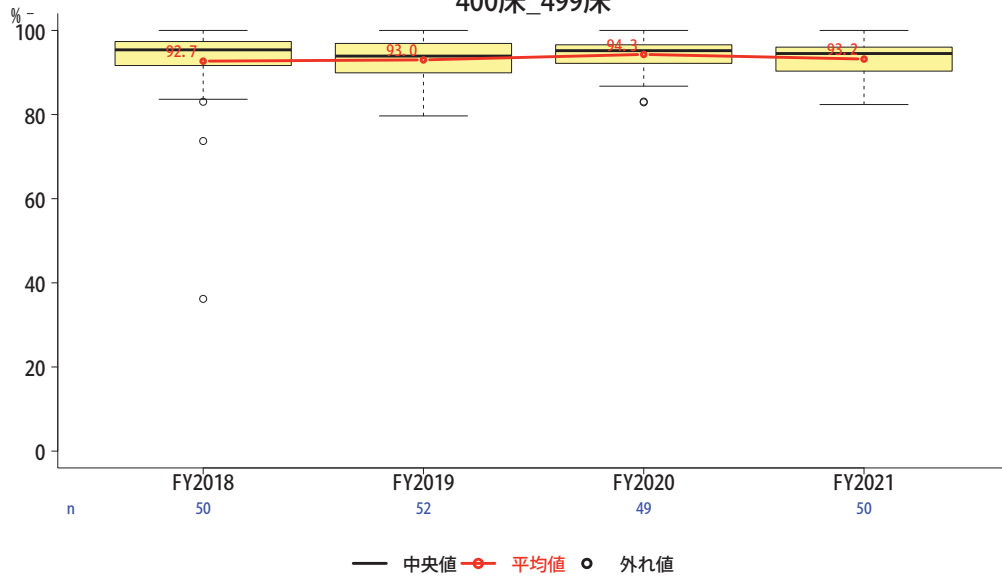
200床_399床



一般-52 職員におけるインフルエンザワクチン予防接種率

分子:インフルエンザワクチンを予防接種した職員数
分母:職員数

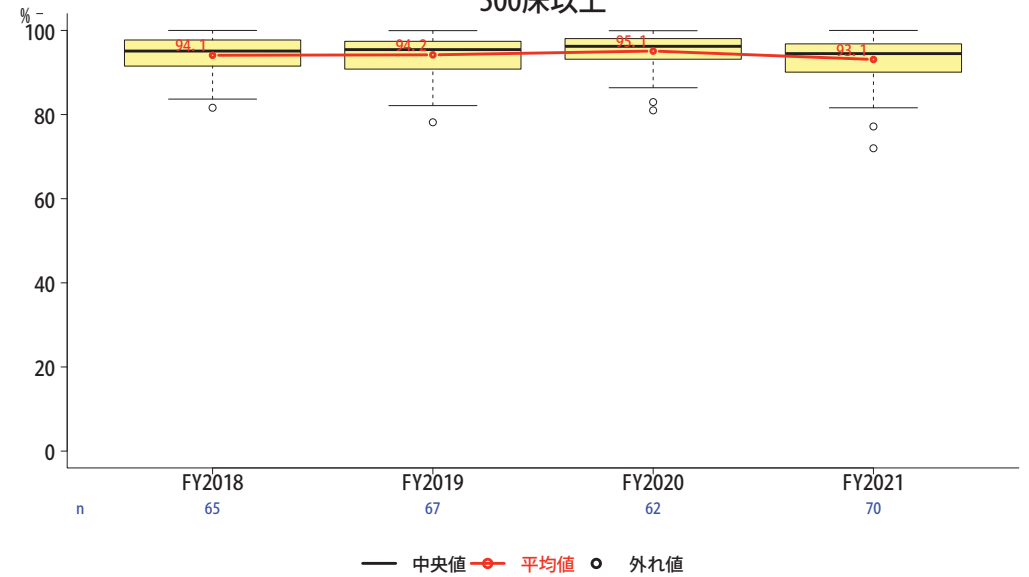
400床_499床



一般-52 職員におけるインフルエンザワクチン予防接種率

分子:インフルエンザワクチンを予防接種した職員数
分母:職員数

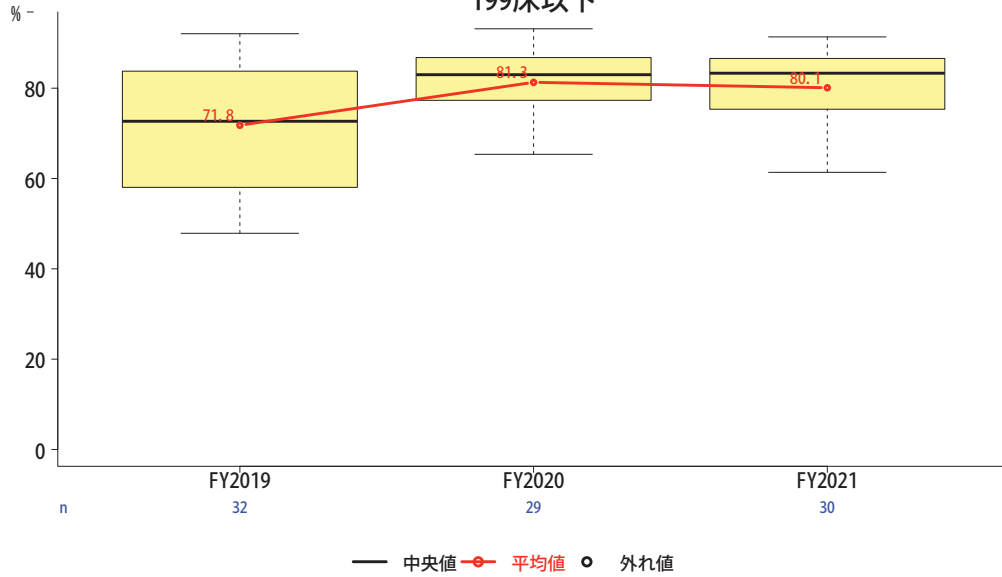
500床以上



一般-54 65歳以上の糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<8.0%

分子:HbA1cの最終値が8.0%未満の外来患者数
分母:糖尿病の薬物治療を施行されている外来患者数

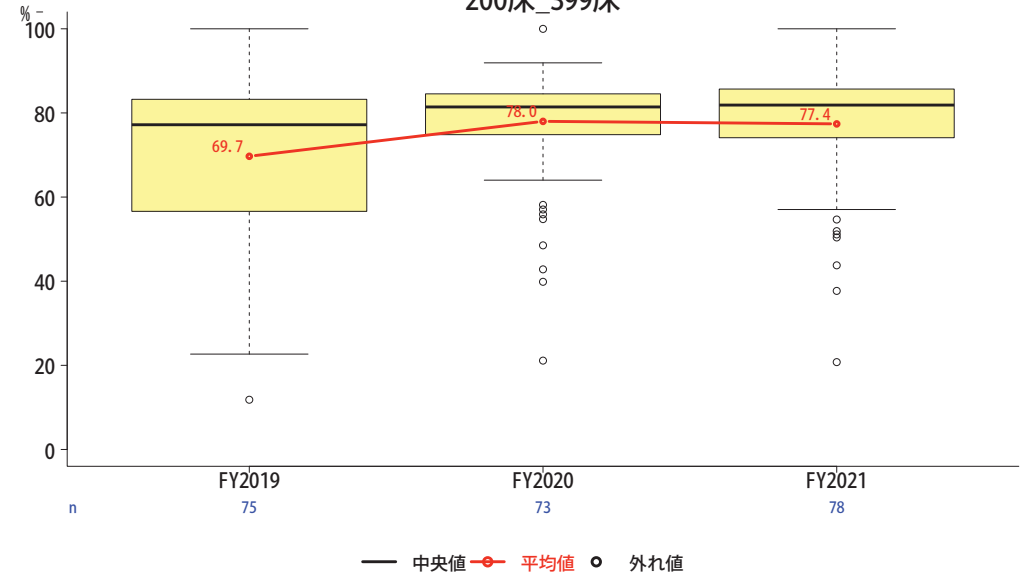
199床以下



一般-54 65歳以上の糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<8.0%

分子:HbA1cの最終値が8.0%未満の外来患者数
分母:糖尿病の薬物治療を施行されている外来患者数

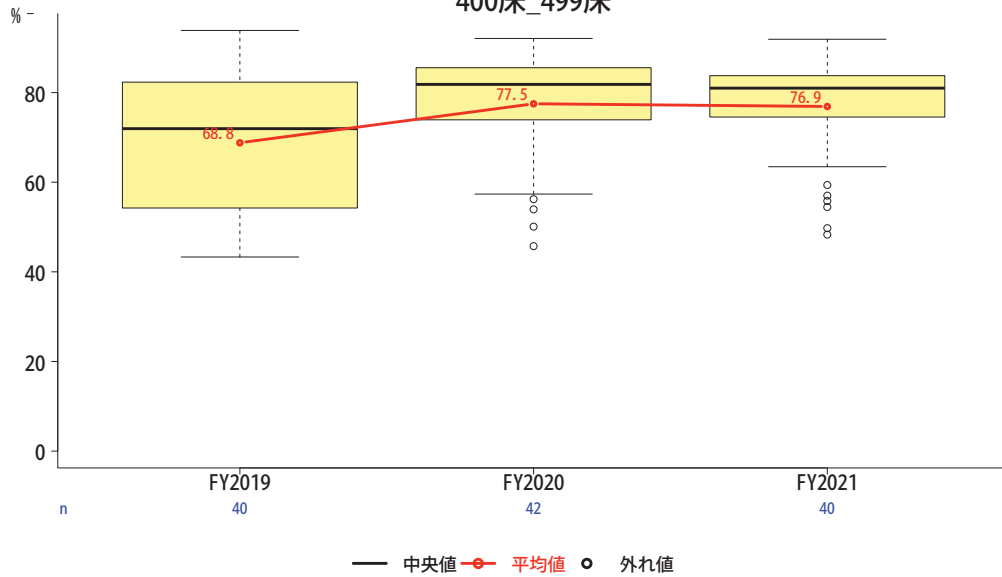
200床_399床



一般-54 65歳以上の糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<8.0%

分子:HbA1cの最終値が8.0%未満の外来患者数
分母:糖尿病の薬物治療を施行されている外来患者数

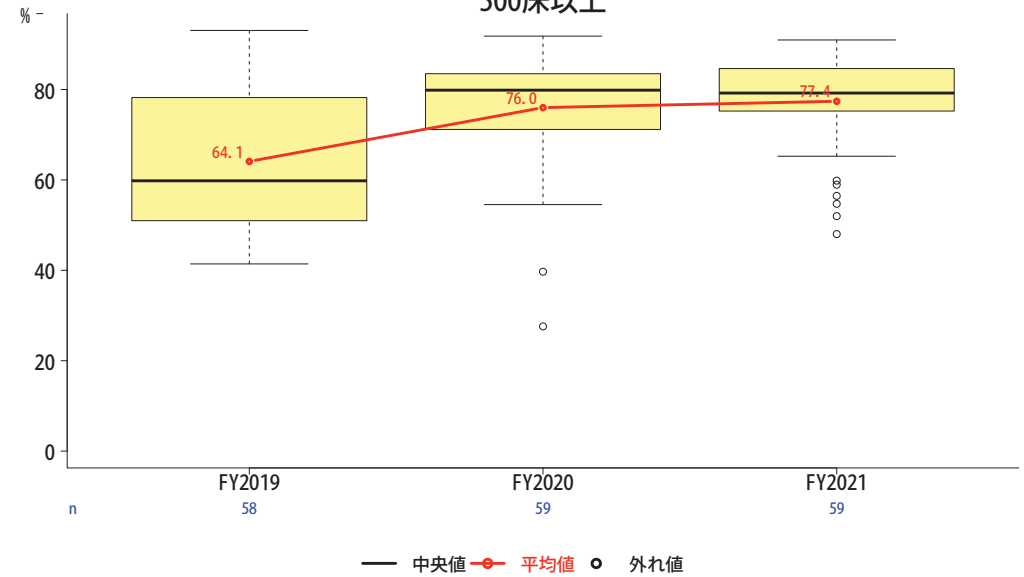
400床_499床



一般-54 65歳以上の糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<8.0%

分子:HbA1cの最終値が8.0%未満の外来患者数
分母:糖尿病の薬物治療を施行されている外来患者数

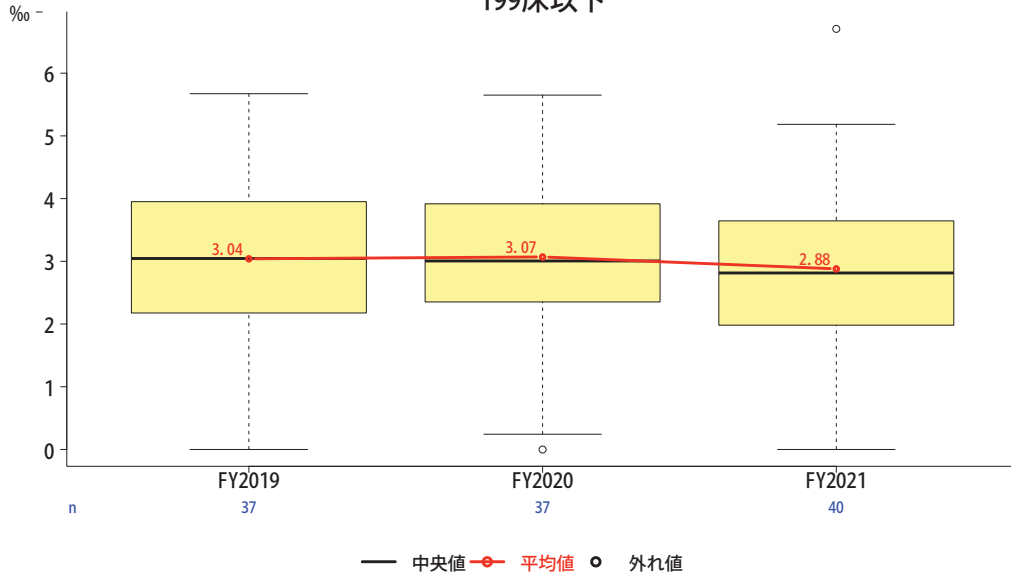
500床以上



一般-55 65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率

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

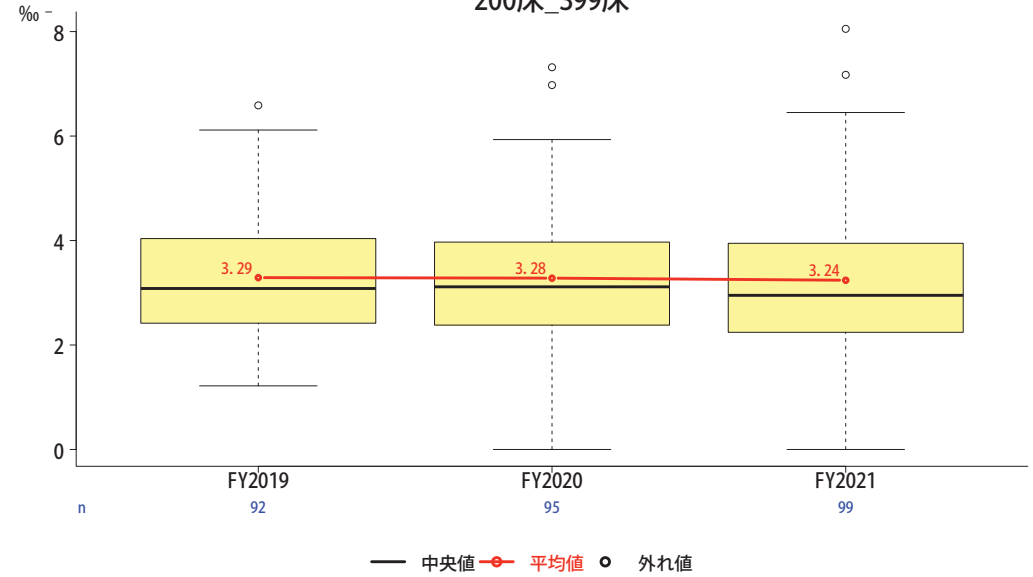
199床以下



一般-55 65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率

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

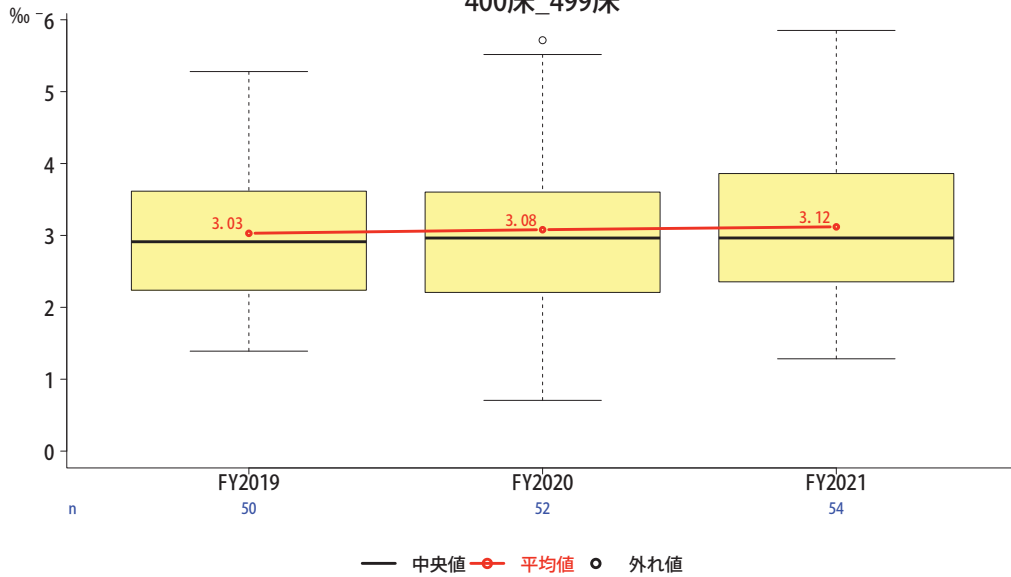
200床_399床



一般-55 65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率

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

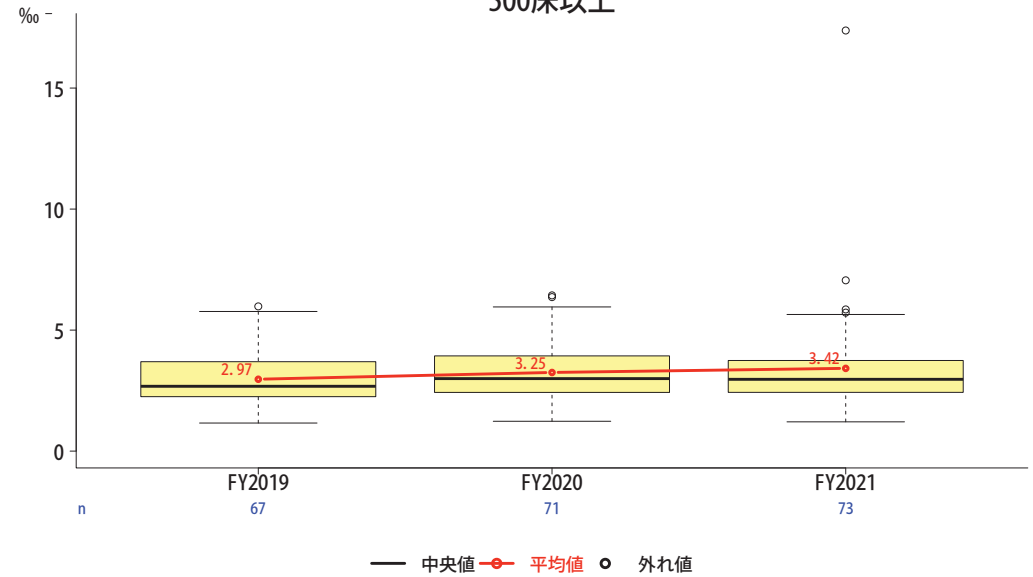
400床_499床



一般-55 65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率

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

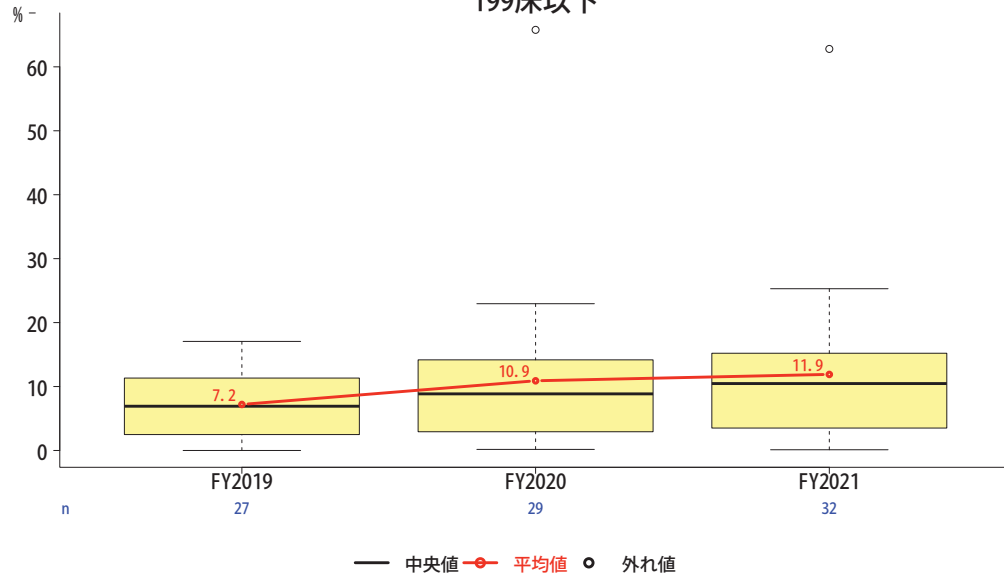
500床以上



一般-56 18歳以上の身体抑制率

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

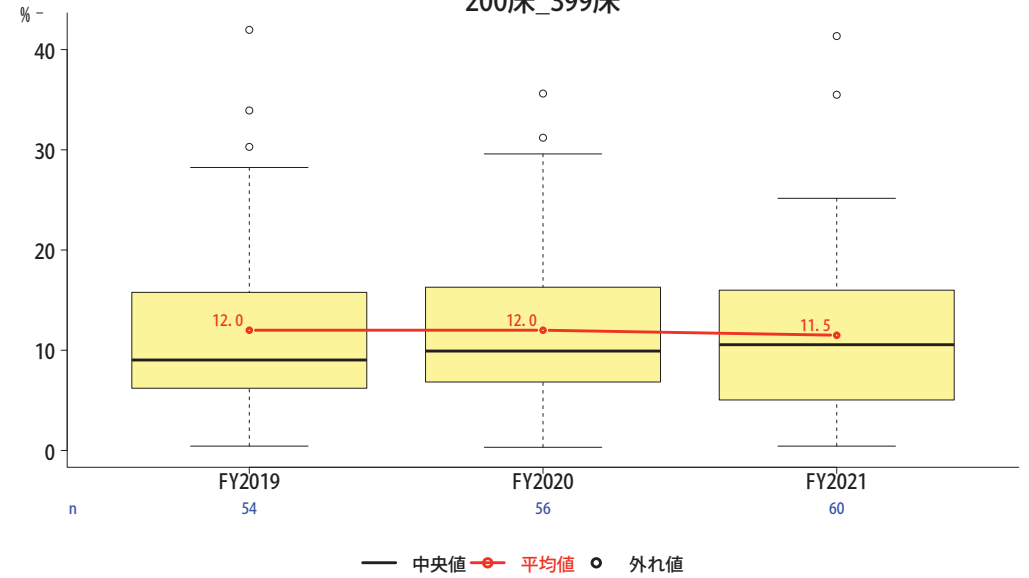
199床以下



一般-56 18歳以上の身体抑制率

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

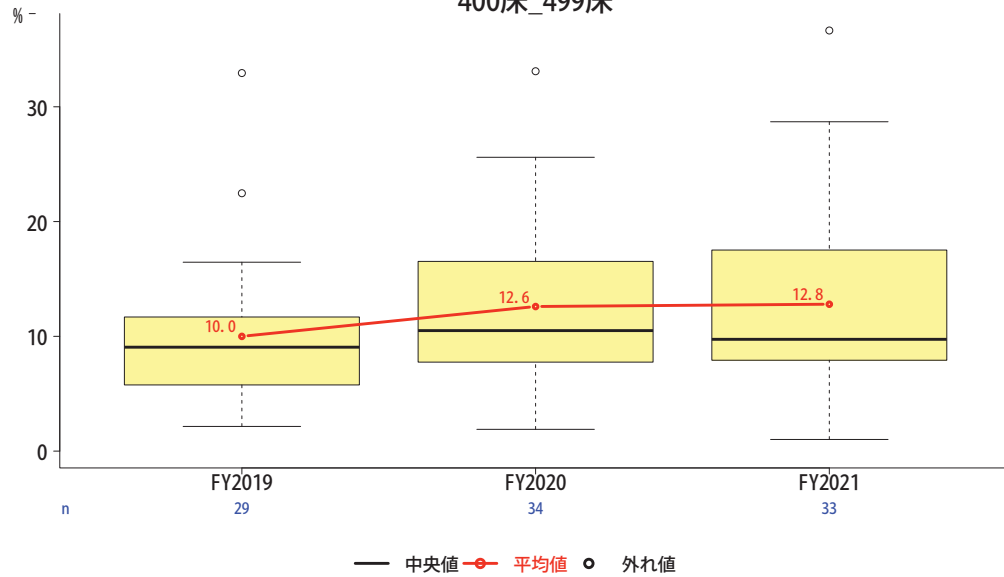
200床_399床



一般-56 18歳以上の身体抑制率

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

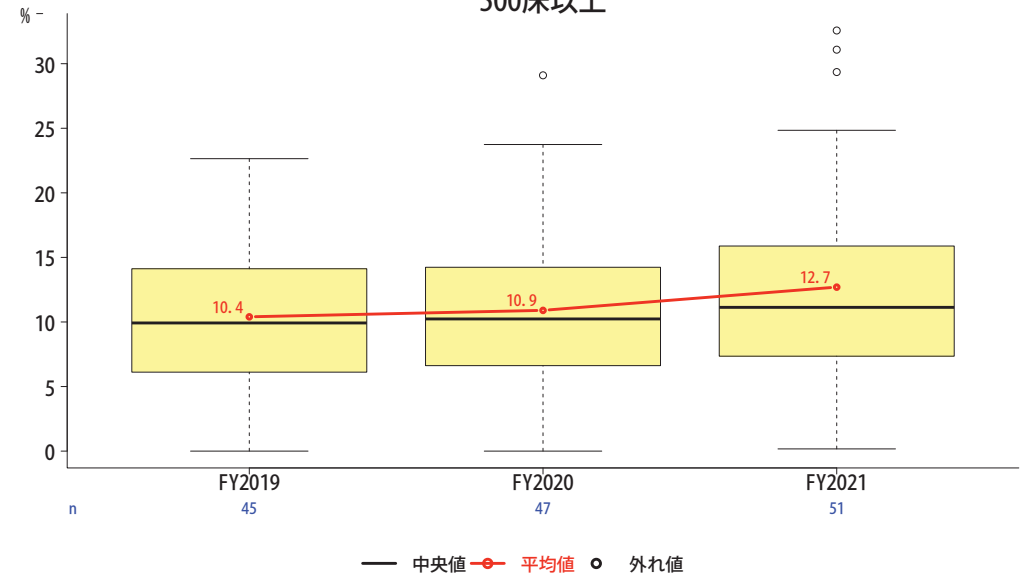
400床_499床



一般-56 18歳以上の身体抑制率

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

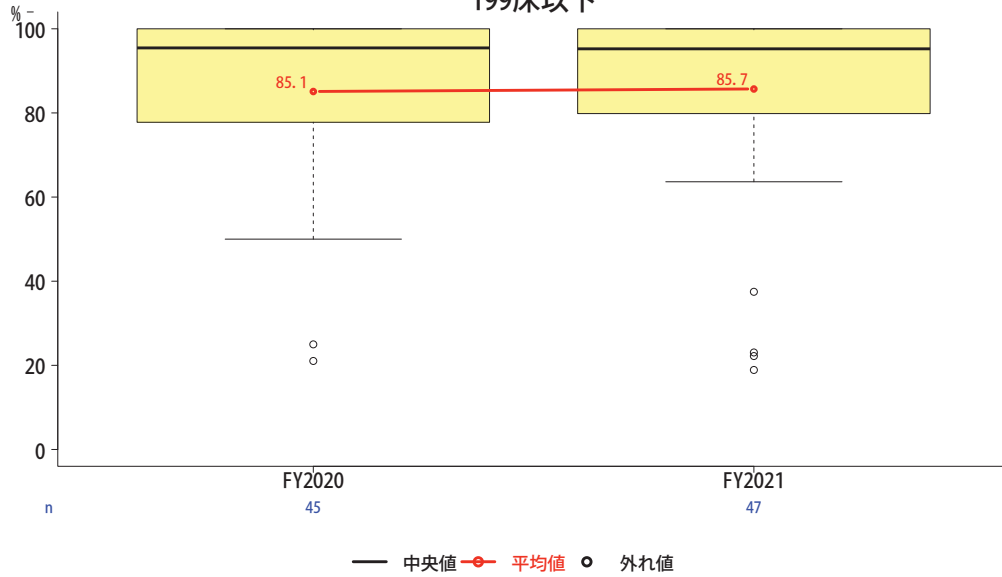
500床以上



一般-57 抗MRSA薬投与に対する薬物血中濃度測定割合

分子:薬物血中濃度を測定された患者数
分母:TDMを行うべき抗MRSA薬を投与された患者数

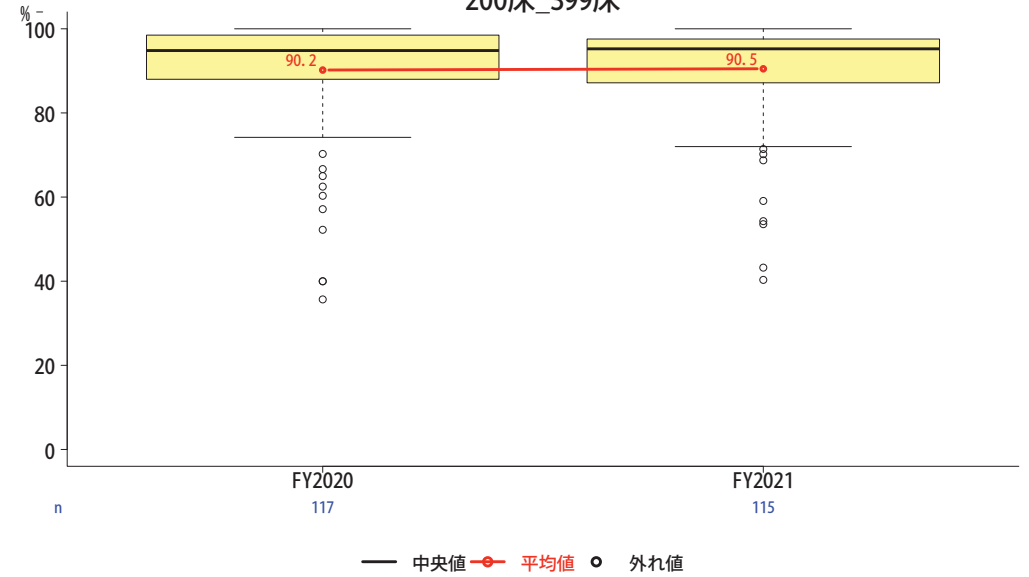
199床以下



一般-57 抗MRSA薬投与に対する薬物血中濃度測定割合

分子:薬物血中濃度を測定された患者数
分母:TDMを行うべき抗MRSA薬を投与された患者数

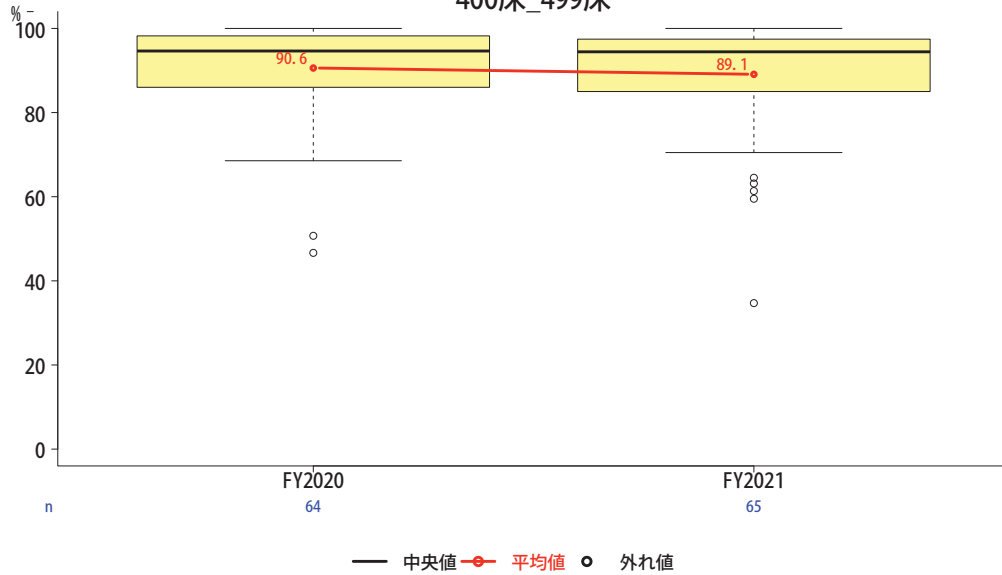
200床_399床



一般-57 抗MRSA薬投与に対する薬物血中濃度測定割合

分子:薬物血中濃度を測定された患者数
分母:TDMを行うべき抗MRSA薬を投与された患者数

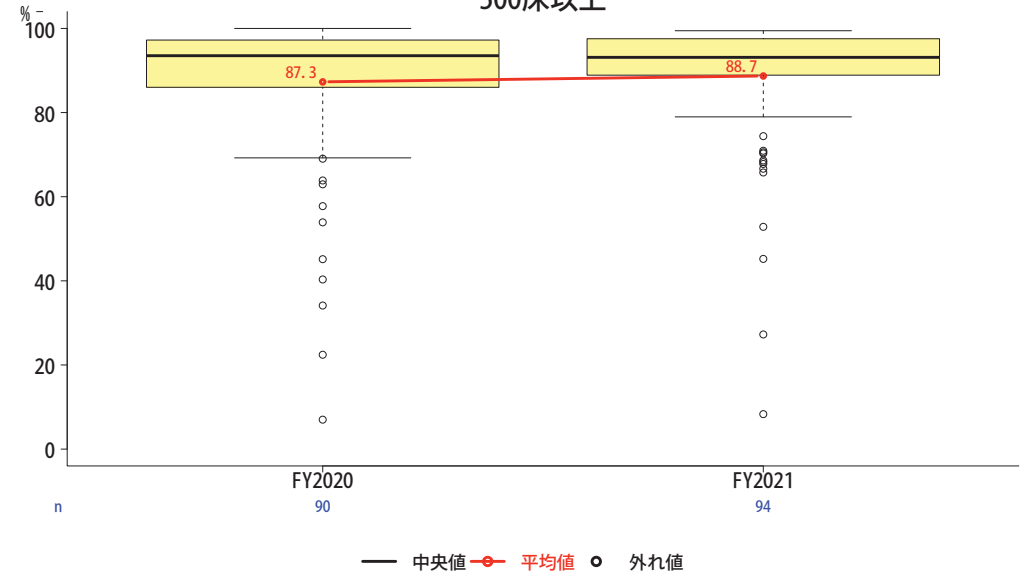
400床_499床



一般-57 抗MRSA薬投与に対する薬物血中濃度測定割合

分子:薬物血中濃度を測定された患者数
分母:TDMを行うべき抗MRSA薬を投与された患者数

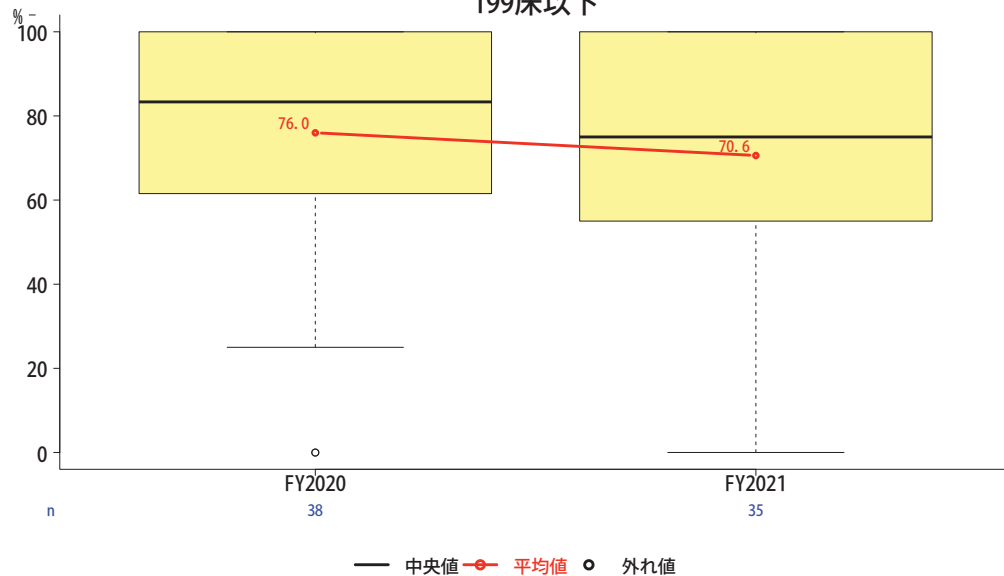
500床以上



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

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

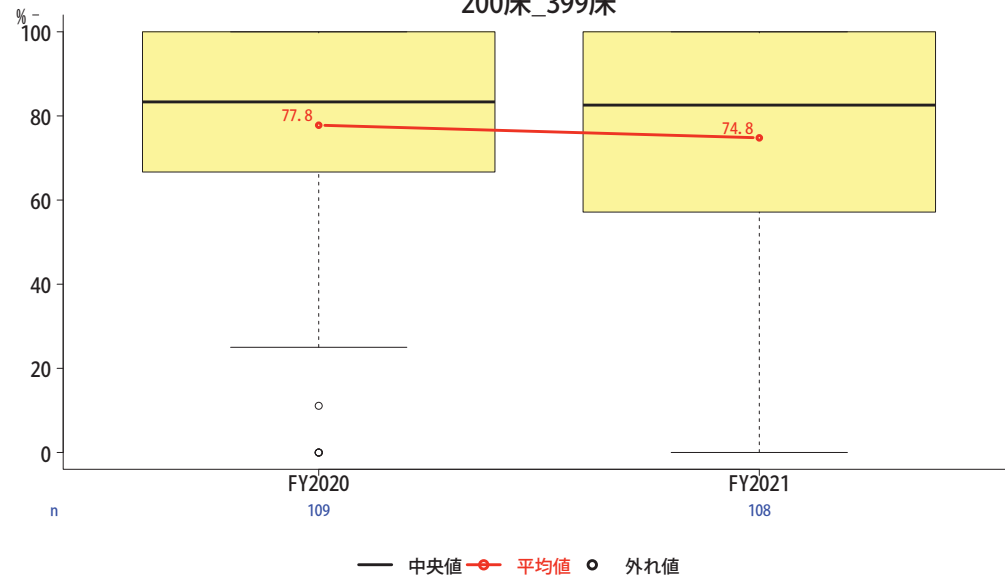
199床以下



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

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

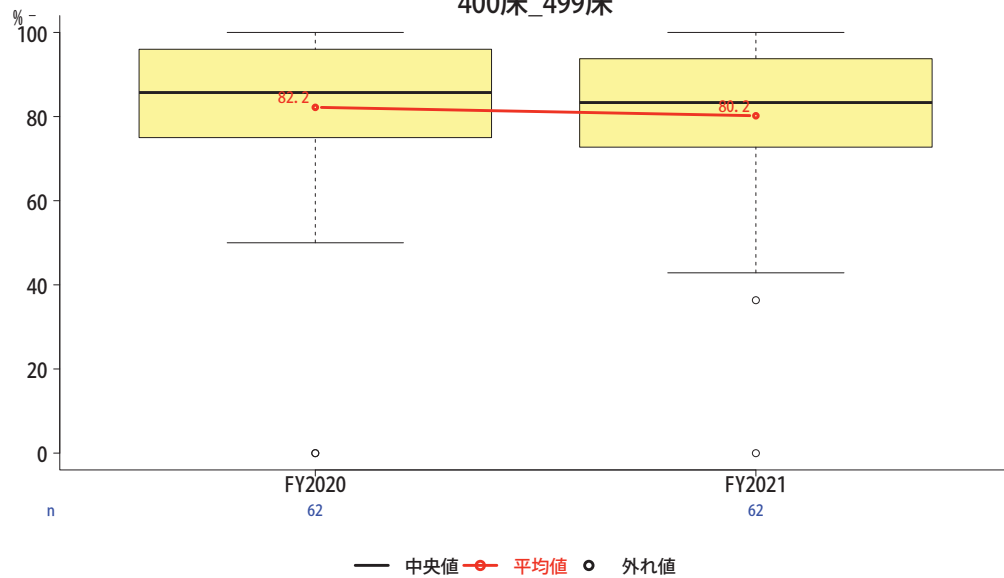
200床_399床



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

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

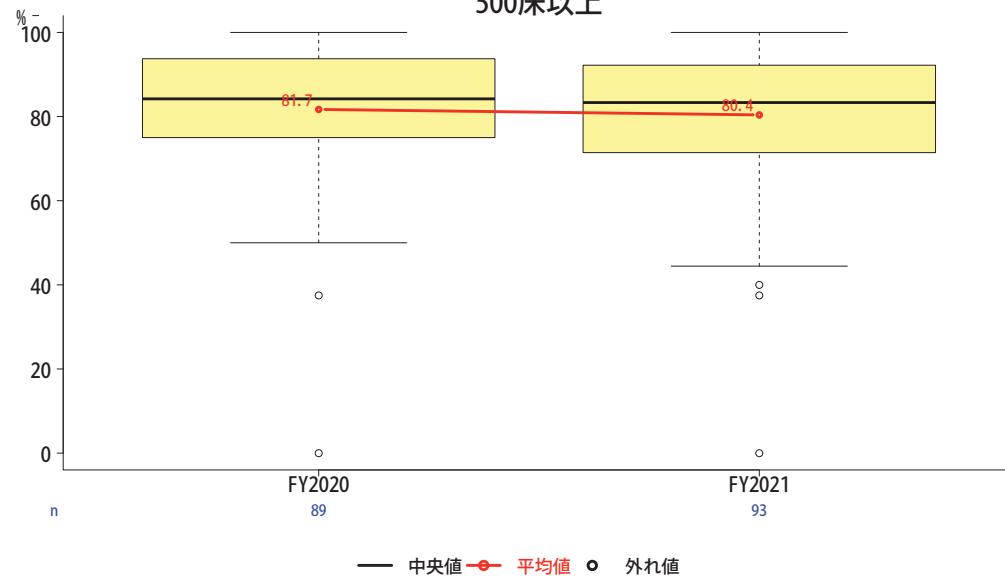
400床_499床



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

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

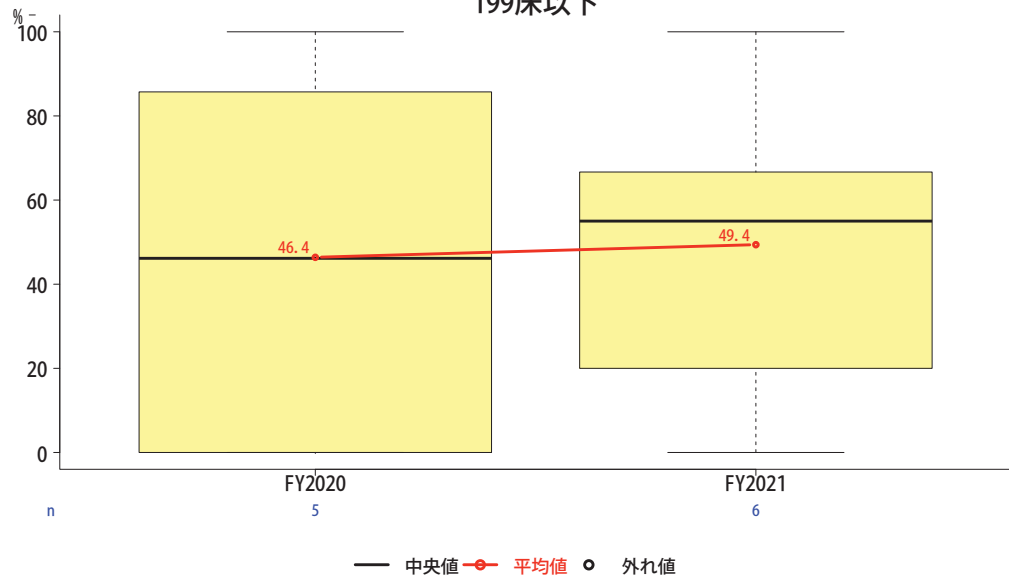
500床以上



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

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

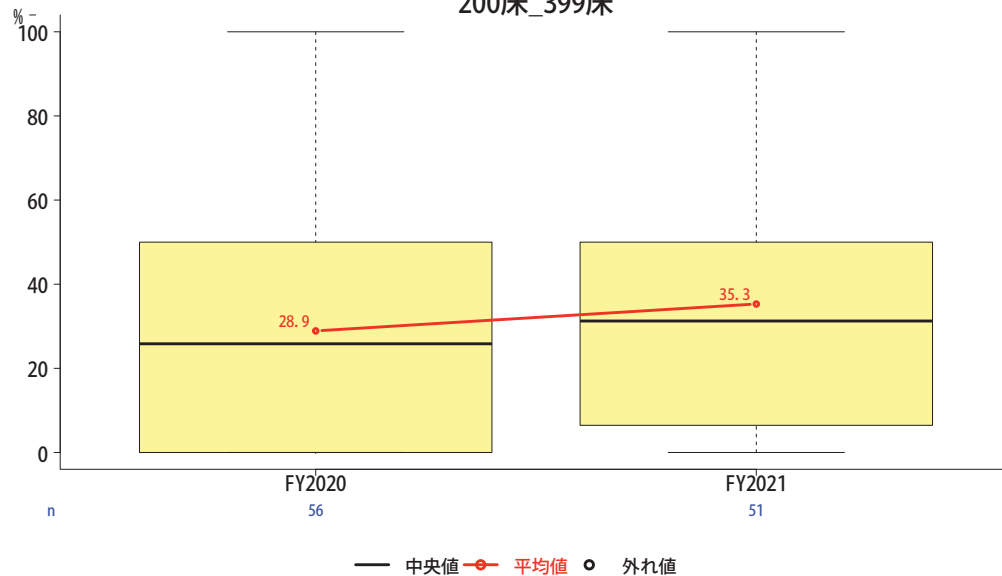
199床以下



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

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

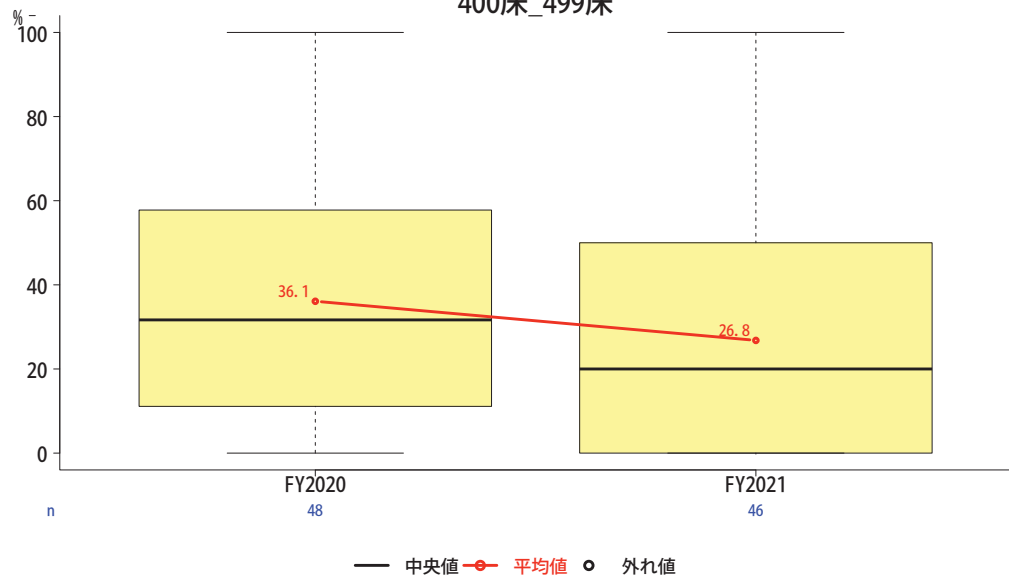
200床_399床



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

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

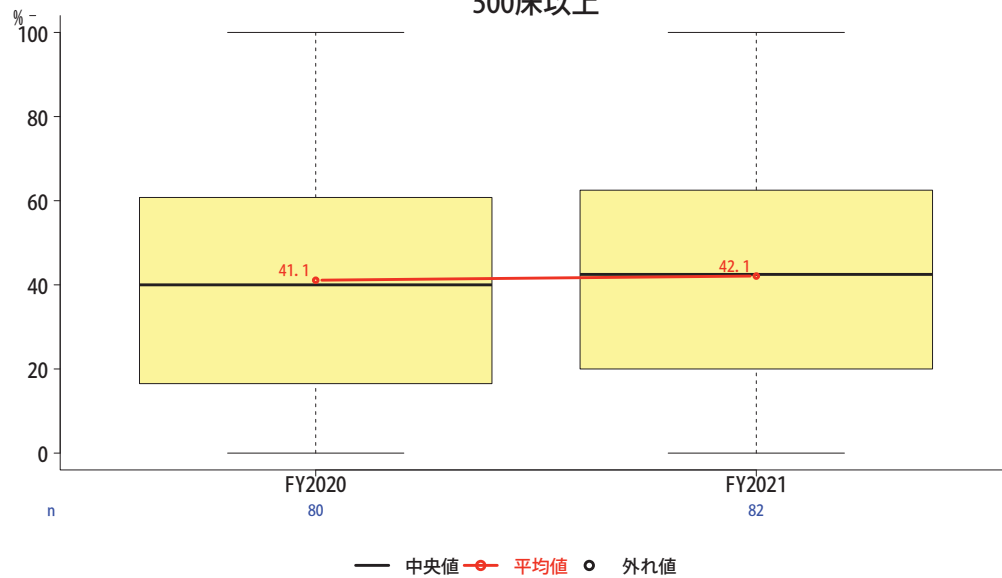
400床_499床



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

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

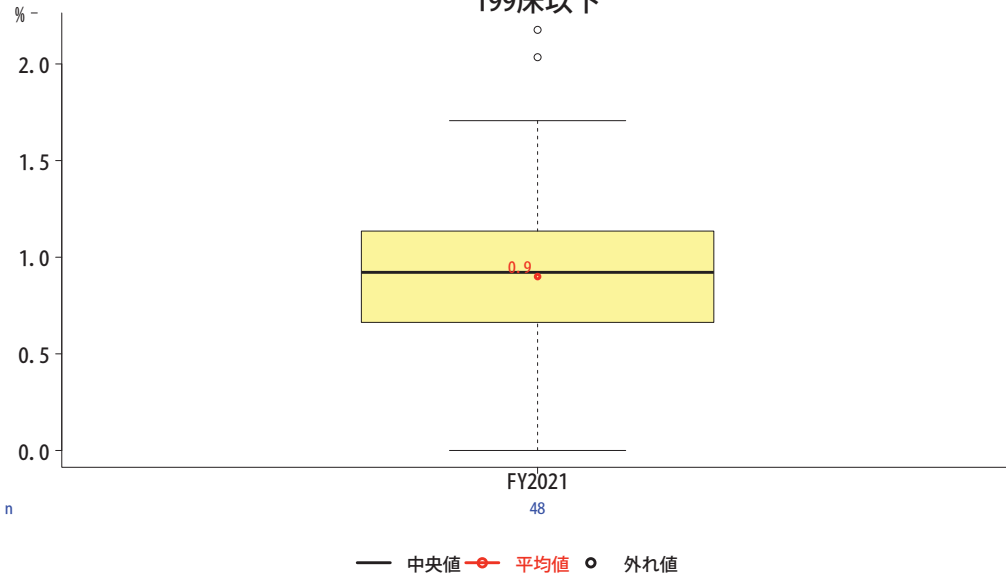
500床以上



一般-60 退院後7日以内の予定外・緊急再入院割合

分子: 前回退院から7日以内に計画外で再入院した患者数
分母: 退院患者数

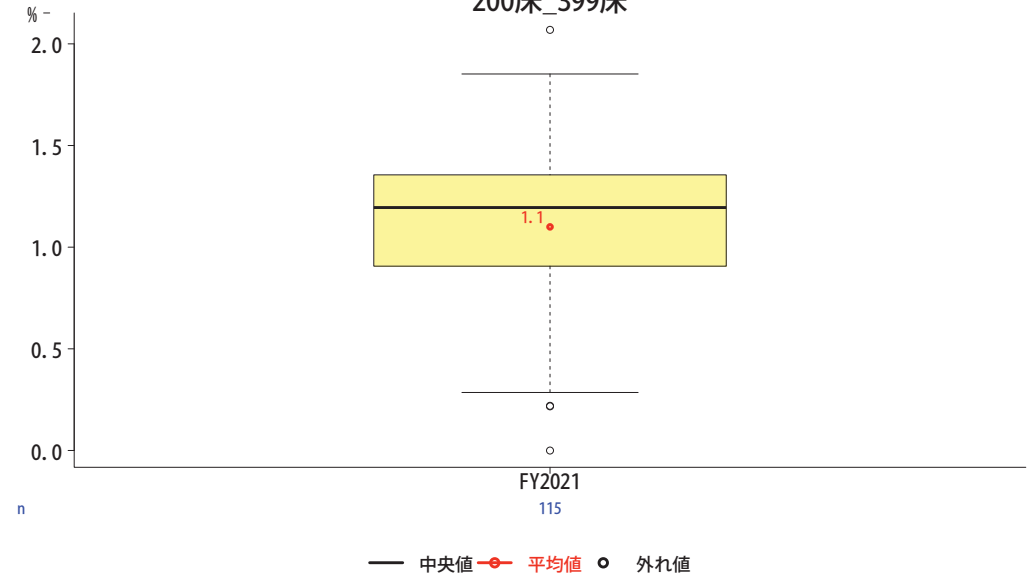
199床以下



一般-60 退院後7日以内の予定外・緊急再入院割合

分子: 前回退院から7日以内に計画外で再入院した患者数
分母: 退院患者数

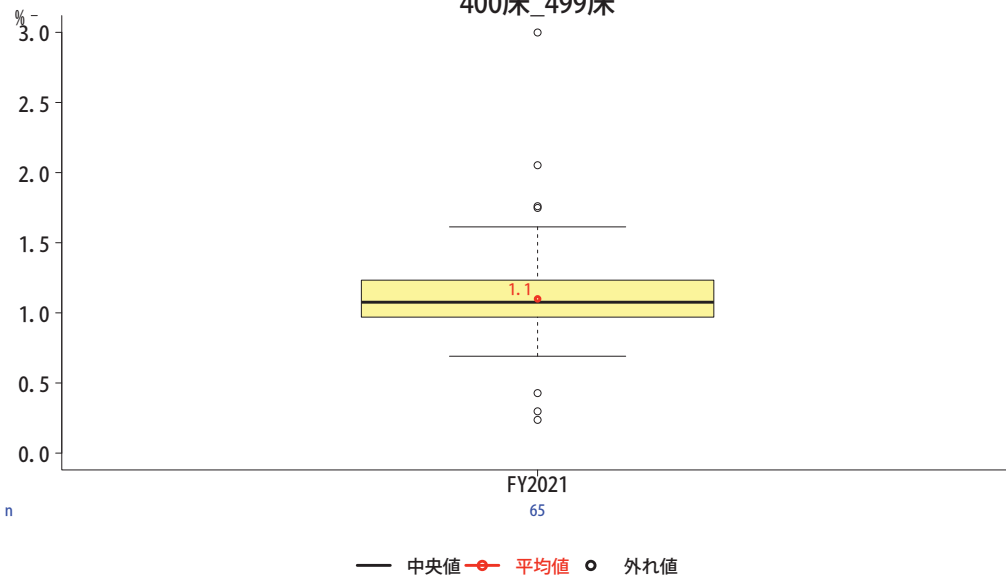
200床_399床



一般-60 退院後7日以内の予定外・緊急再入院割合

分子: 前回退院から7日以内に計画外で再入院した患者数
分母: 退院患者数

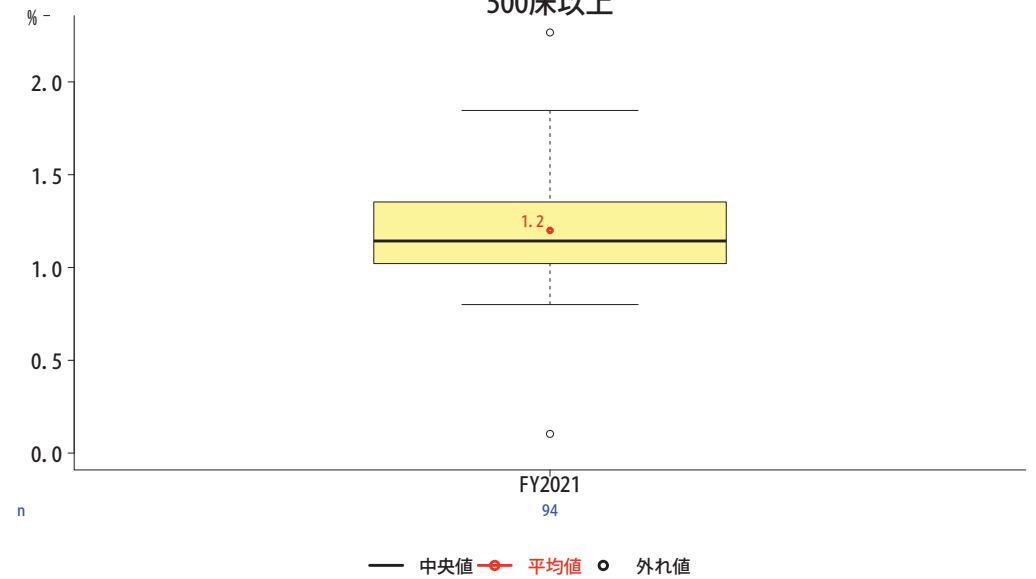
400床_499床



一般-60 退院後7日以内の予定外・緊急再入院割合

分子: 前回退院から7日以内に計画外で再入院した患者数
分母: 退院患者数

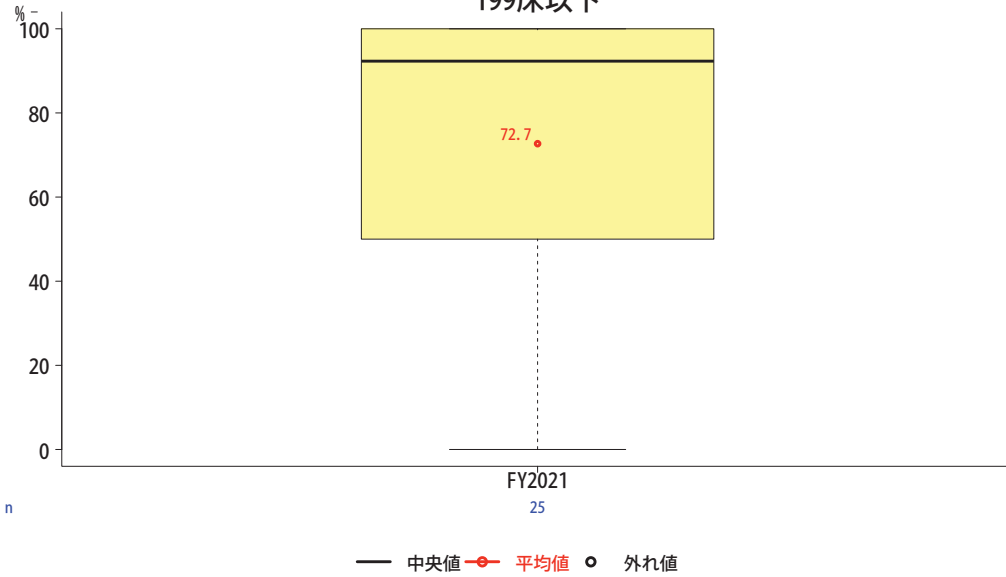
500床以上



一般-61 急性心筋梗塞患者におけるアスピリン投与割合

分子: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

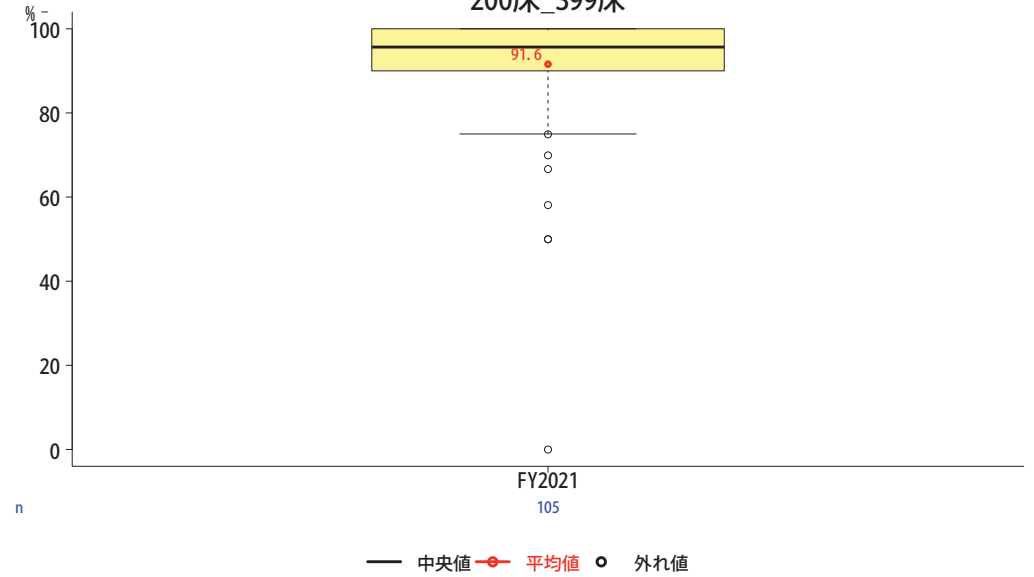
199床以下



一般-61 急性心筋梗塞患者におけるアスピリン投与割合

分子: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

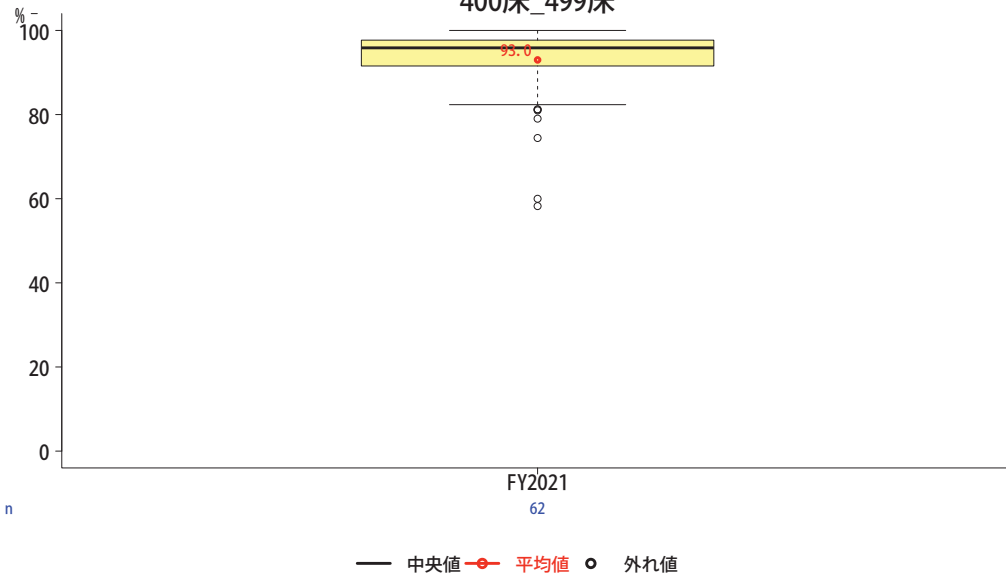
200床_399床



一般-61 急性心筋梗塞患者におけるアスピリン投与割合

分子: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

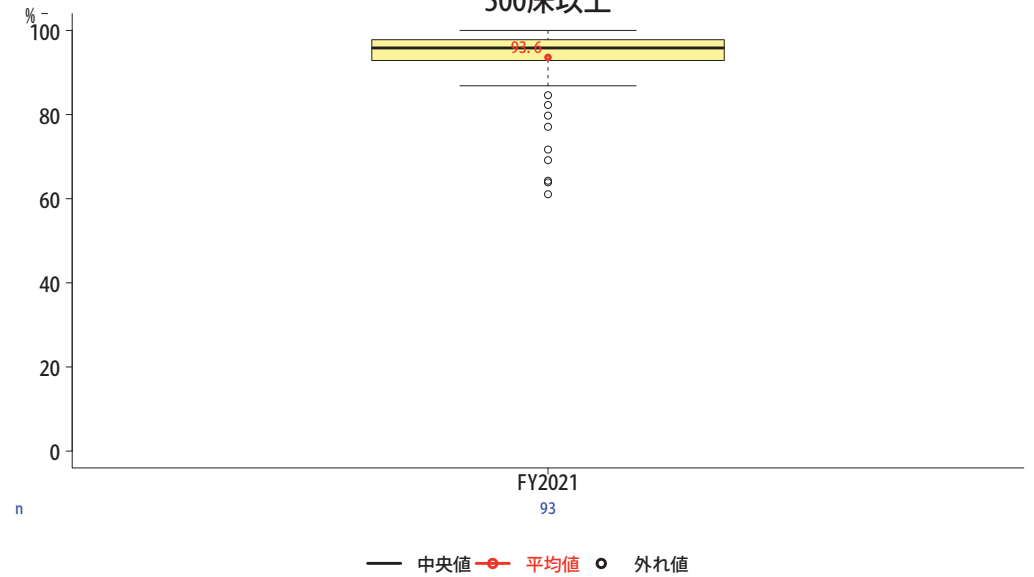
400床_499床



一般-61 急性心筋梗塞患者におけるアスピリン投与割合

分子: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

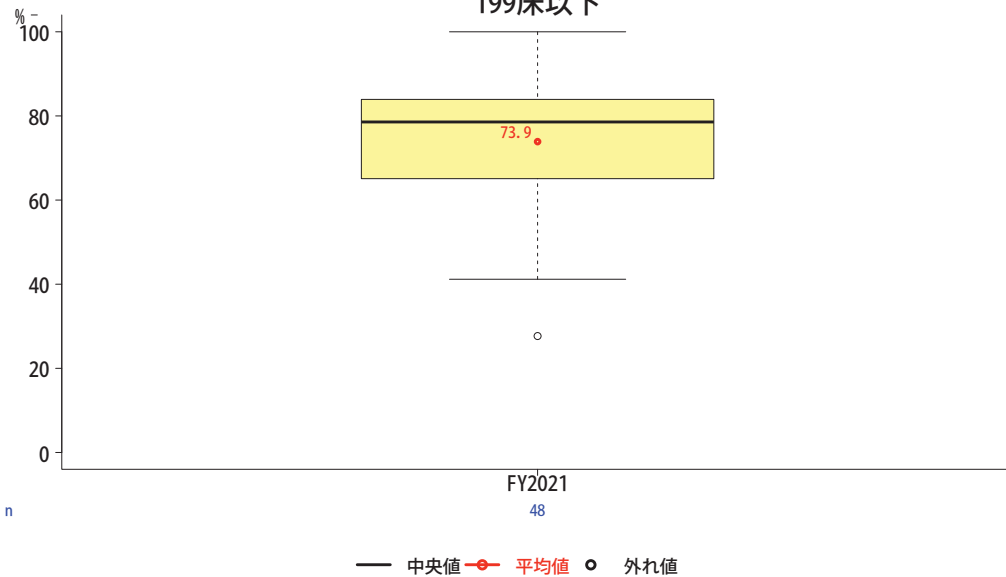
500床以上



一般-62 広域抗菌薬使用までの培養検査実施率

分子:投与開始初日までに培養検査を実施した数
分母:広域抗菌薬投与を開始した入院患者数

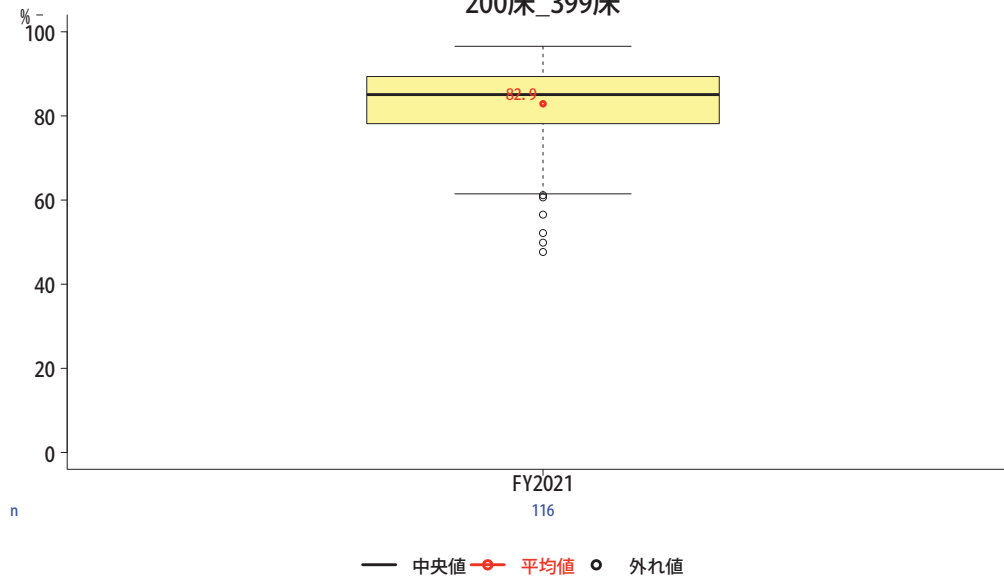
199床以下



一般-62 広域抗菌薬使用までの培養検査実施率

分子:投与開始初日までに培養検査を実施した数
分母:広域抗菌薬投与を開始した入院患者数

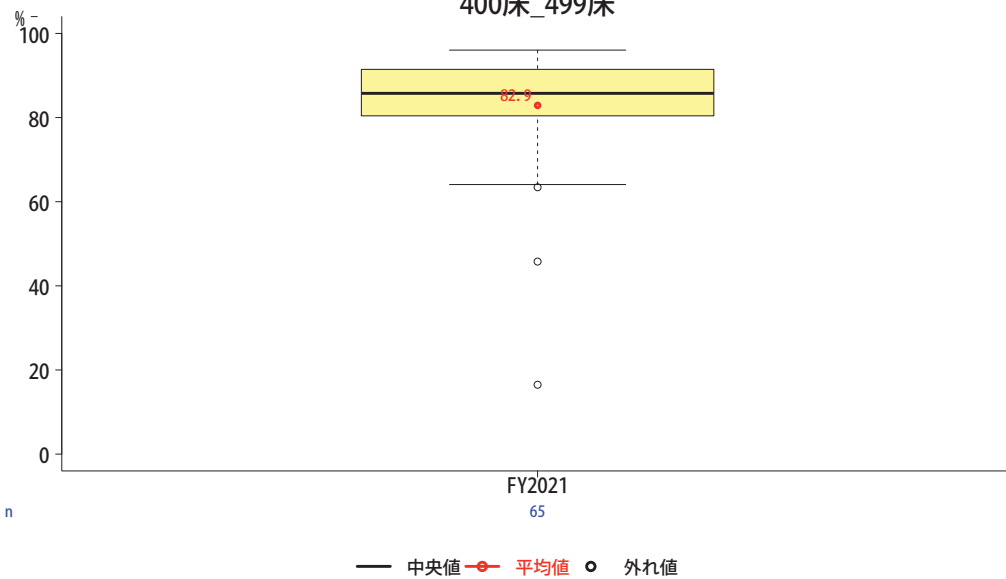
200床_399床



一般-62 広域抗菌薬使用までの培養検査実施率

分子:投与開始初日までに培養検査を実施した数
分母:広域抗菌薬投与を開始した入院患者数

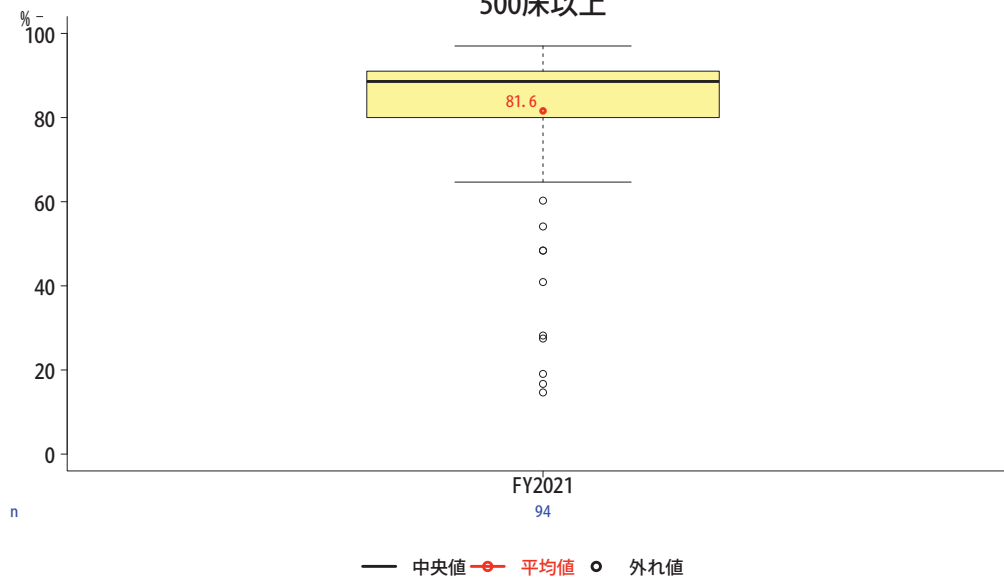
400床_499床



一般-62 広域抗菌薬使用までの培養検査実施率

分子:投与開始初日までに培養検査を実施した数
分母:広域抗菌薬投与を開始した入院患者数

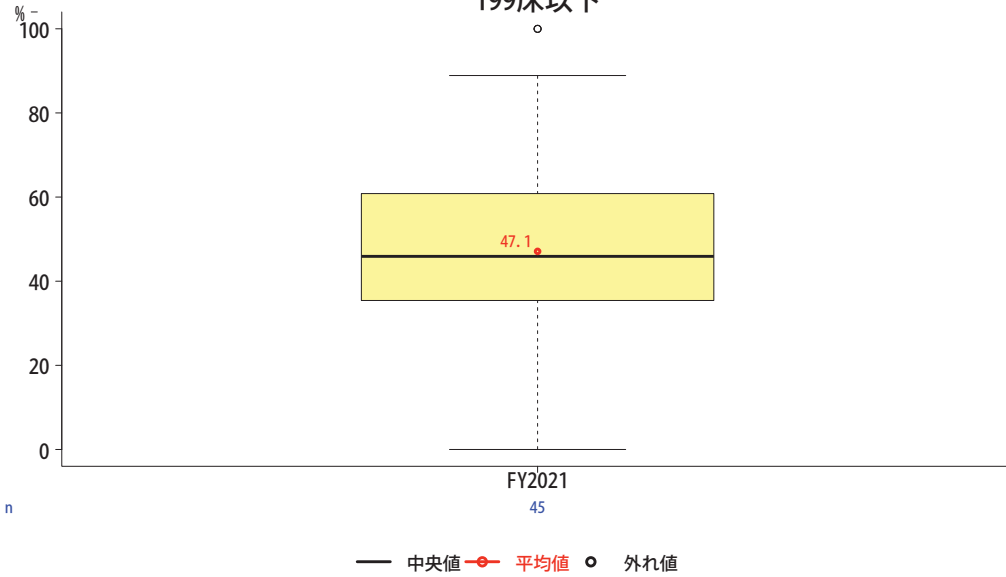
500床以上



一般-63 脳卒中患者に対する地域連携の実施割合

分子：地域連携に関する算定のある患者数
分母：脳卒中中で入院した患者数

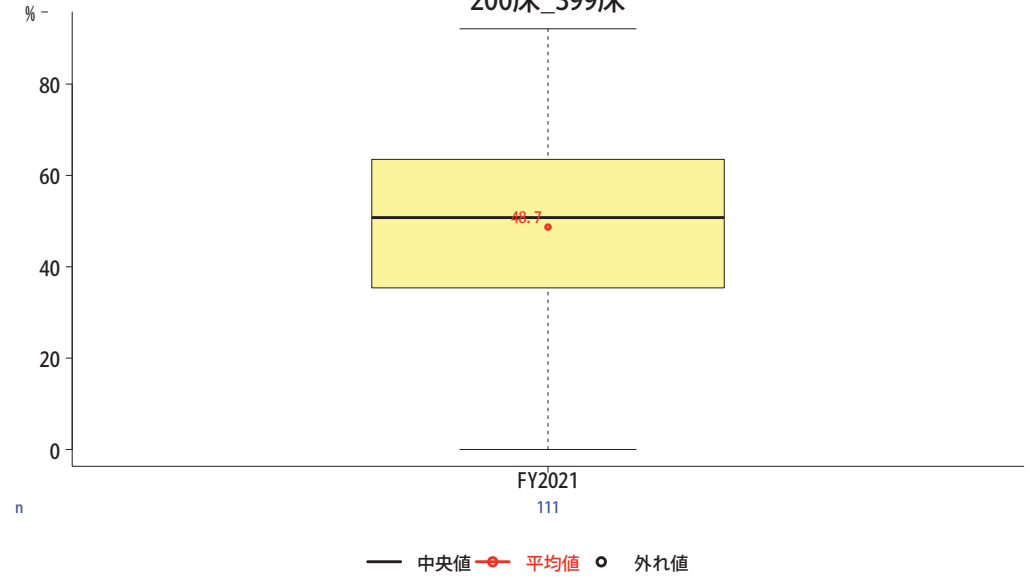
199床以下



一般-63 脳卒中患者に対する地域連携の実施割合

分子：地域連携に関する算定のある患者数
分母：脳卒中中で入院した患者数

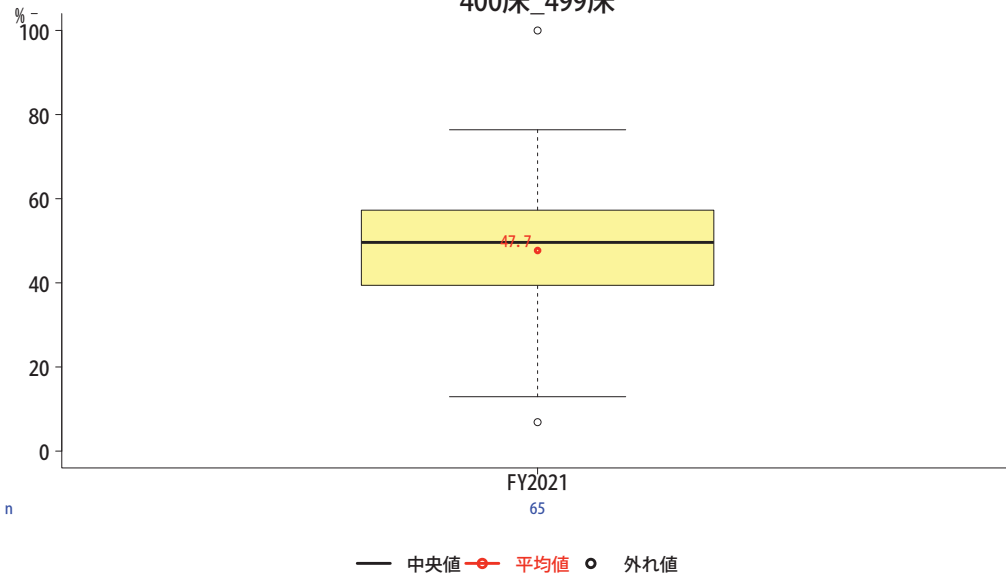
200床_399床



一般-63 脳卒中患者に対する地域連携の実施割合

分子：地域連携に関する算定のある患者数
分母：脳卒中中で入院した患者数

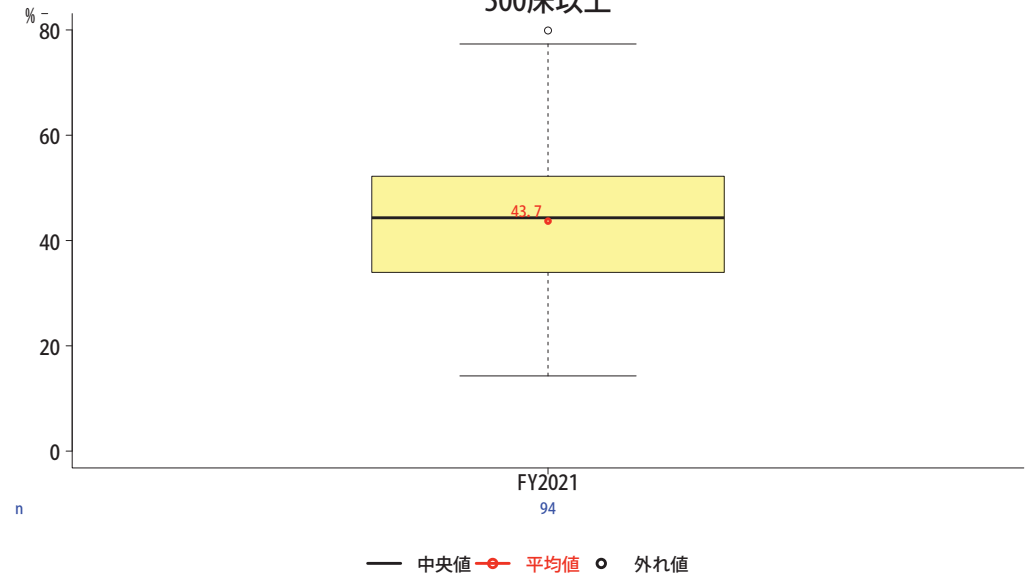
400床_499床



一般-63 脳卒中患者に対する地域連携の実施割合

分子：地域連携に関する算定のある患者数
分母：脳卒中中で入院した患者数

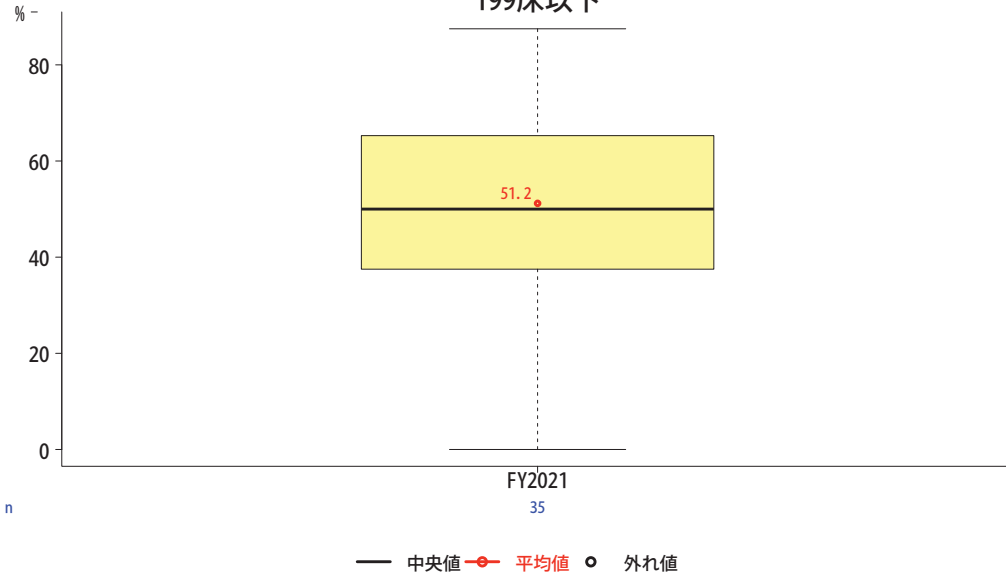
500床以上



一般-64 大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携の実施割合

分子:地域連携に関する算定のある患者数
分母:大腿骨頸部骨折で入院し、大腿骨頸部の手術を受けた患者数

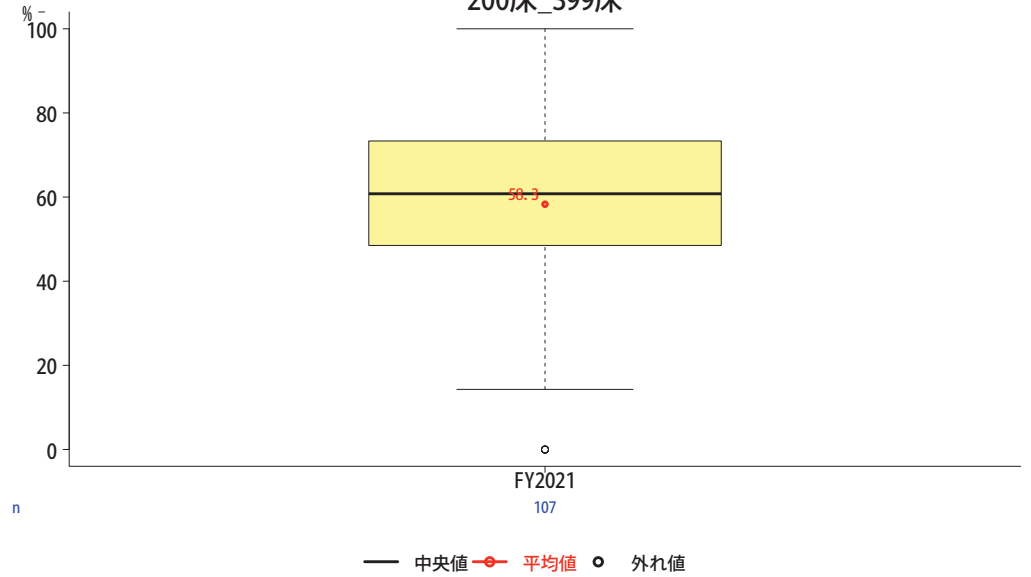
199床以下



一般-64 大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携の実施割合

分子:地域連携に関する算定のある患者数
分母:大腿骨頸部骨折で入院し、大腿骨頸部の手術を受けた患者数

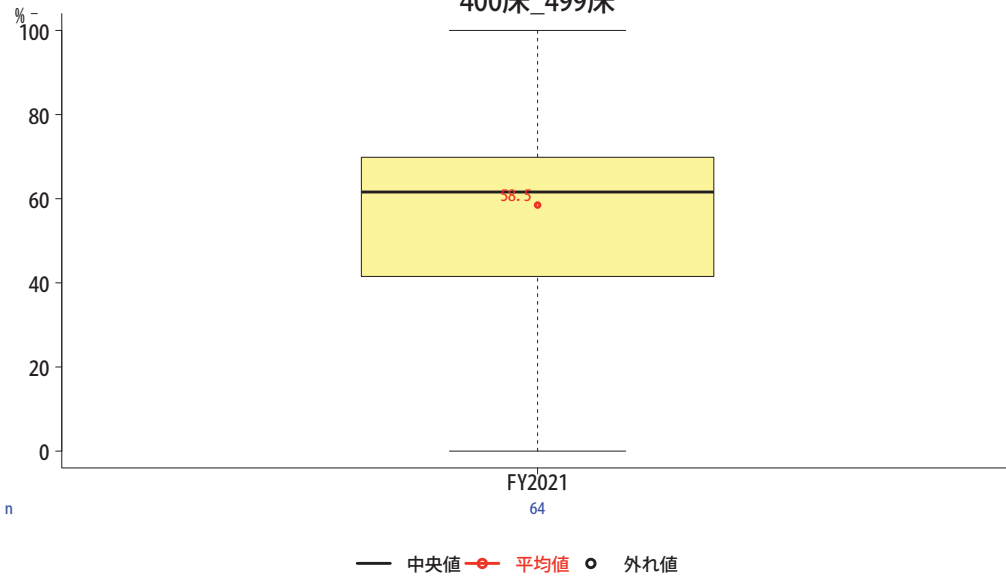
200床_399床



一般-64 大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携の実施割合

分子:地域連携に関する算定のある患者数
分母:大腿骨頸部骨折で入院し、大腿骨頸部の手術を受けた患者数

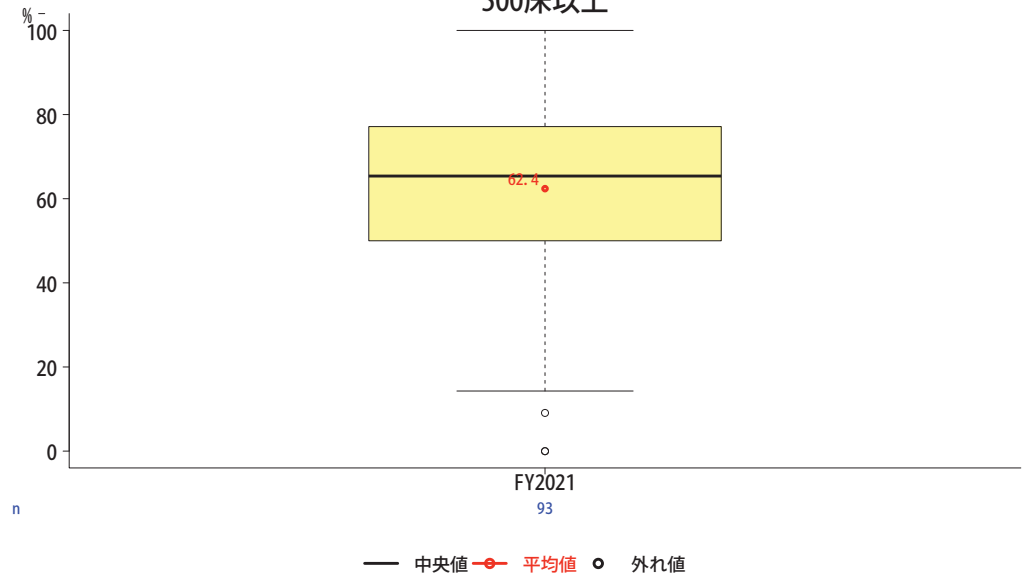
400床_499床



一般-64 大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携の実施割合

分子:地域連携に関する算定のある患者数
分母:大腿骨頸部骨折で入院し、大腿骨頸部の手術を受けた患者数

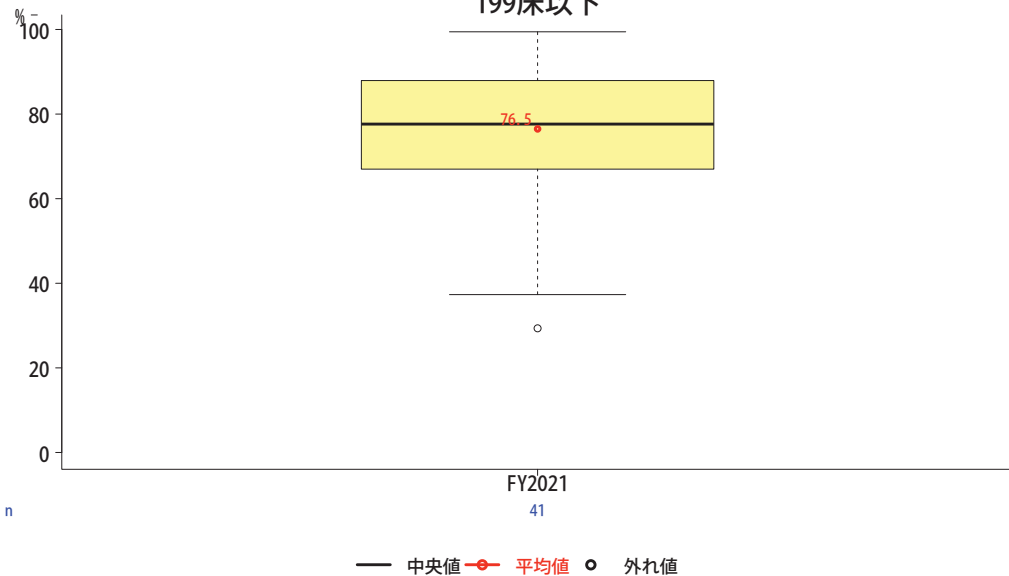
500床以上



一般-65 薬剤管理指導実施割合(病棟薬剤業務実施加算の有る医療機関)

分子:薬剤管理指導を受けた患者数
分母:入院患者数

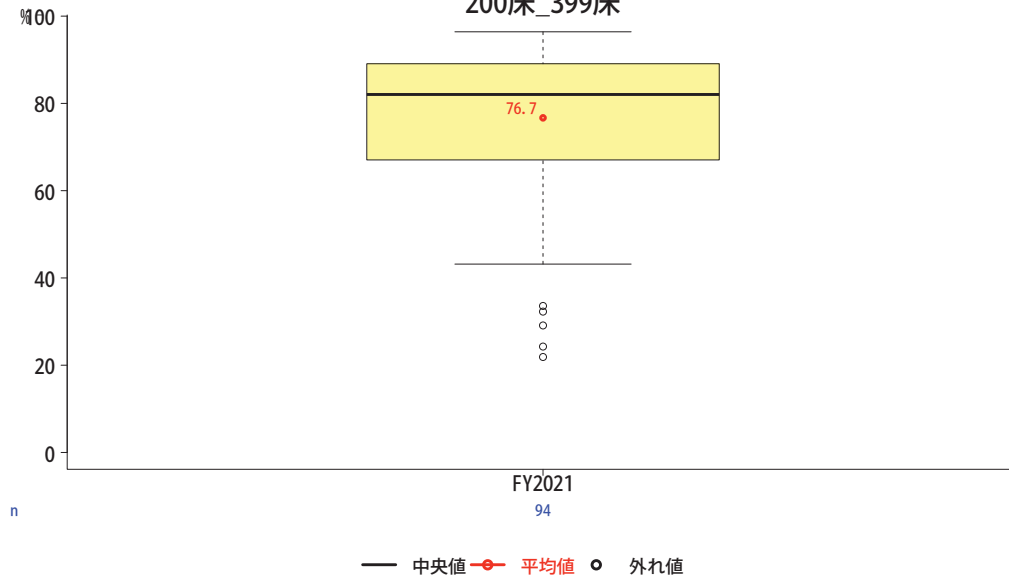
199床以下



一般-65 薬剤管理指導実施割合(病棟薬剤業務実施加算の有る医療機関)

分子:薬剤管理指導を受けた患者数
分母:入院患者数

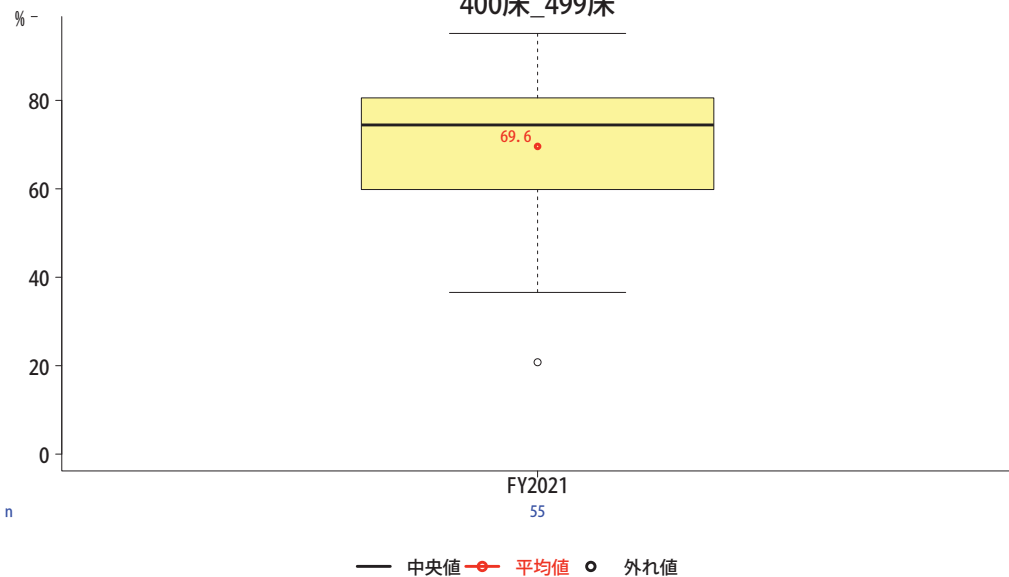
200床_399床



一般-65 薬剤管理指導実施割合(病棟薬剤業務実施加算の有る医療機関)

分子:薬剤管理指導を受けた患者数
分母:入院患者数

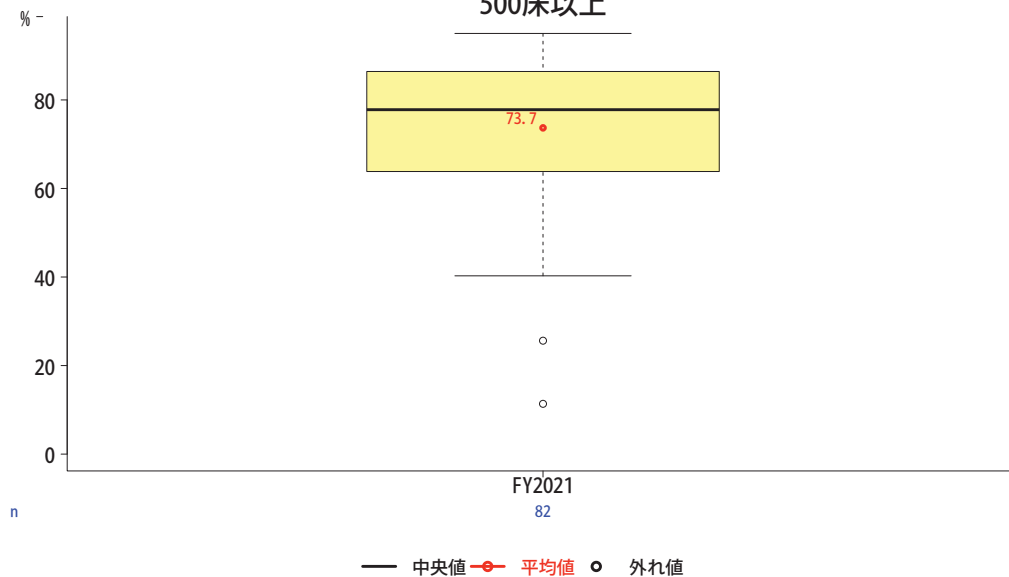
400床_499床



一般-65 薬剤管理指導実施割合(病棟薬剤業務実施加算の有る医療機関)

分子:薬剤管理指導を受けた患者数
分母:入院患者数

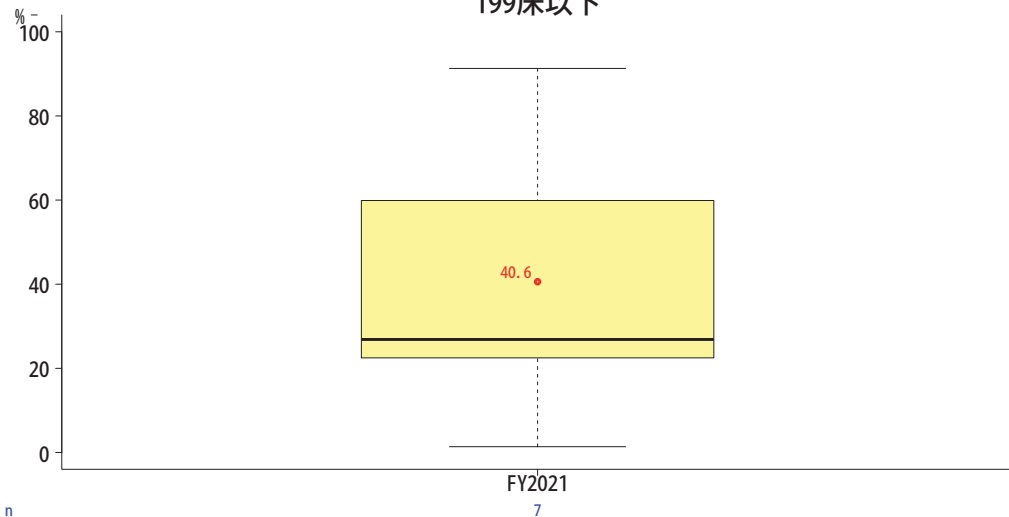
500床以上



一般-66 薬剤管理指導実施割合(病棟薬剤業務実施加算の無い医療機関)

分子:薬剤管理指導を受けた患者数
分母:入院患者数

199床以下

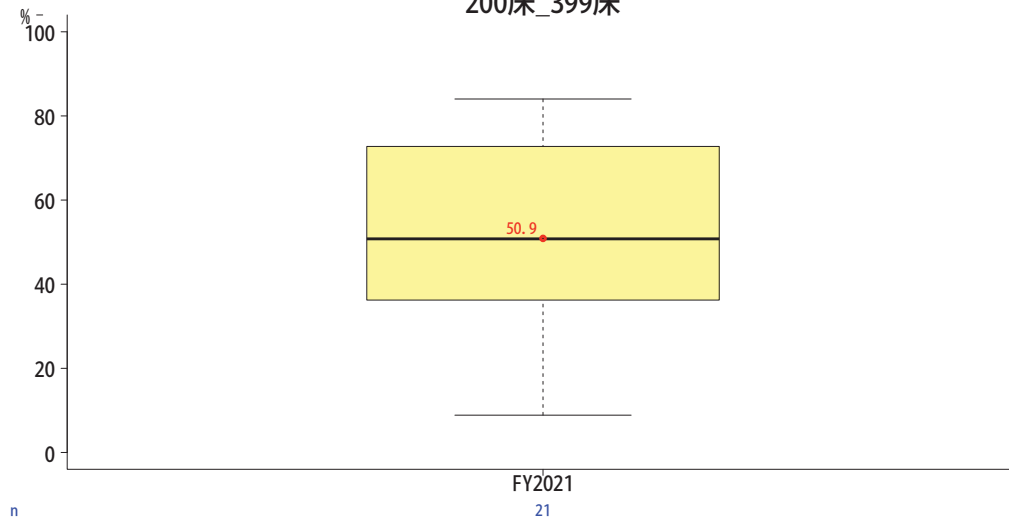


— 中央値 —●— 平均値 ○ 外れ値

一般-66 薬剤管理指導実施割合(病棟薬剤業務実施加算の無い医療機関)

分子:薬剤管理指導を受けた患者数
分母:入院患者数

200床_399床

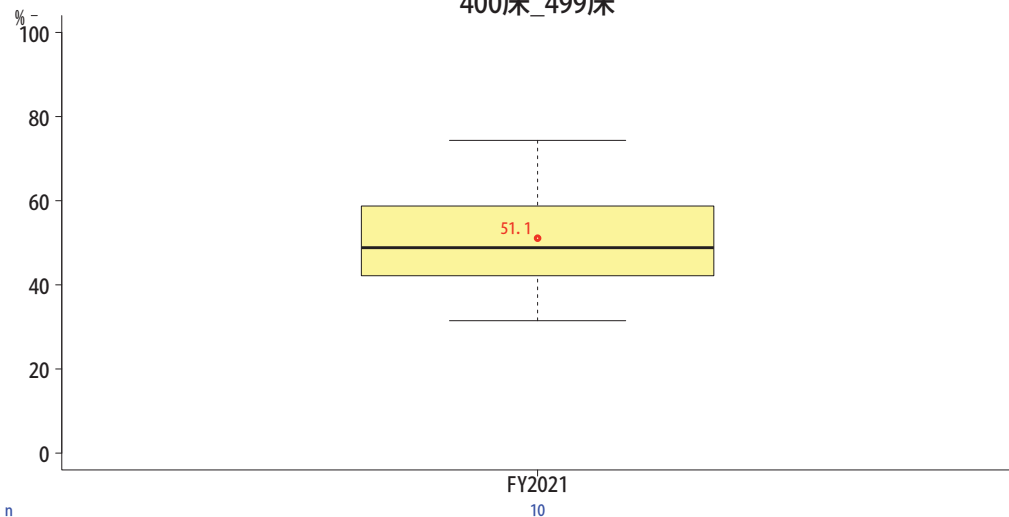


— 中央値 —●— 平均値 ○ 外れ値

一般-66 薬剤管理指導実施割合(病棟薬剤業務実施加算の無い医療機関)

分子:薬剤管理指導を受けた患者数
分母:入院患者数

400床_499床

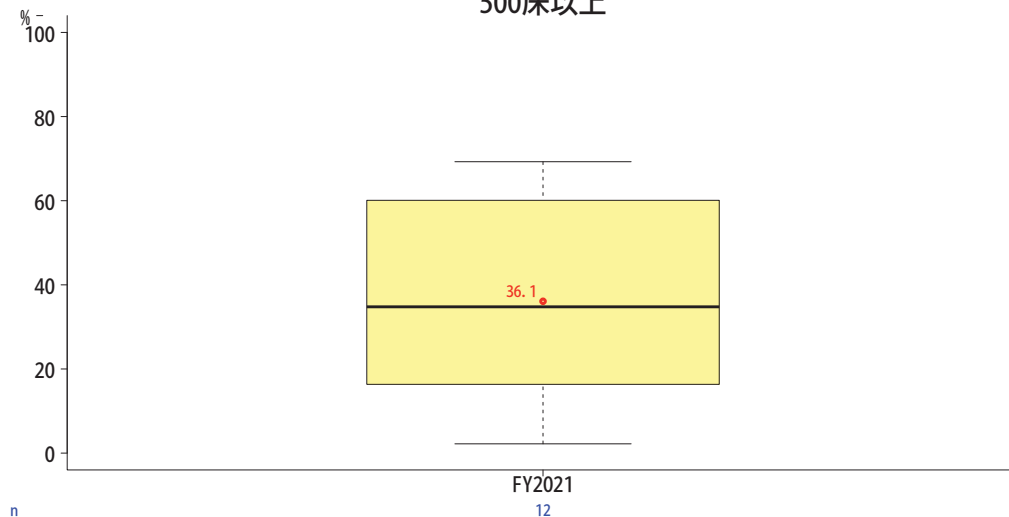


— 中央値 —●— 平均値 ○ 外れ値

一般-66 薬剤管理指導実施割合(病棟薬剤業務実施加算の無い医療機関)

分子:薬剤管理指導を受けた患者数
分母:入院患者数

500床以上



— 中央値 —●— 平均値 ○ 外れ値

QIプロジェクト2021 アンケート集計

2022.02.23時点

一般病床

回答率=85.0% (295/347施設)

2020年度より0.3ポイントアップ

QIプロジェクトにおける全体像

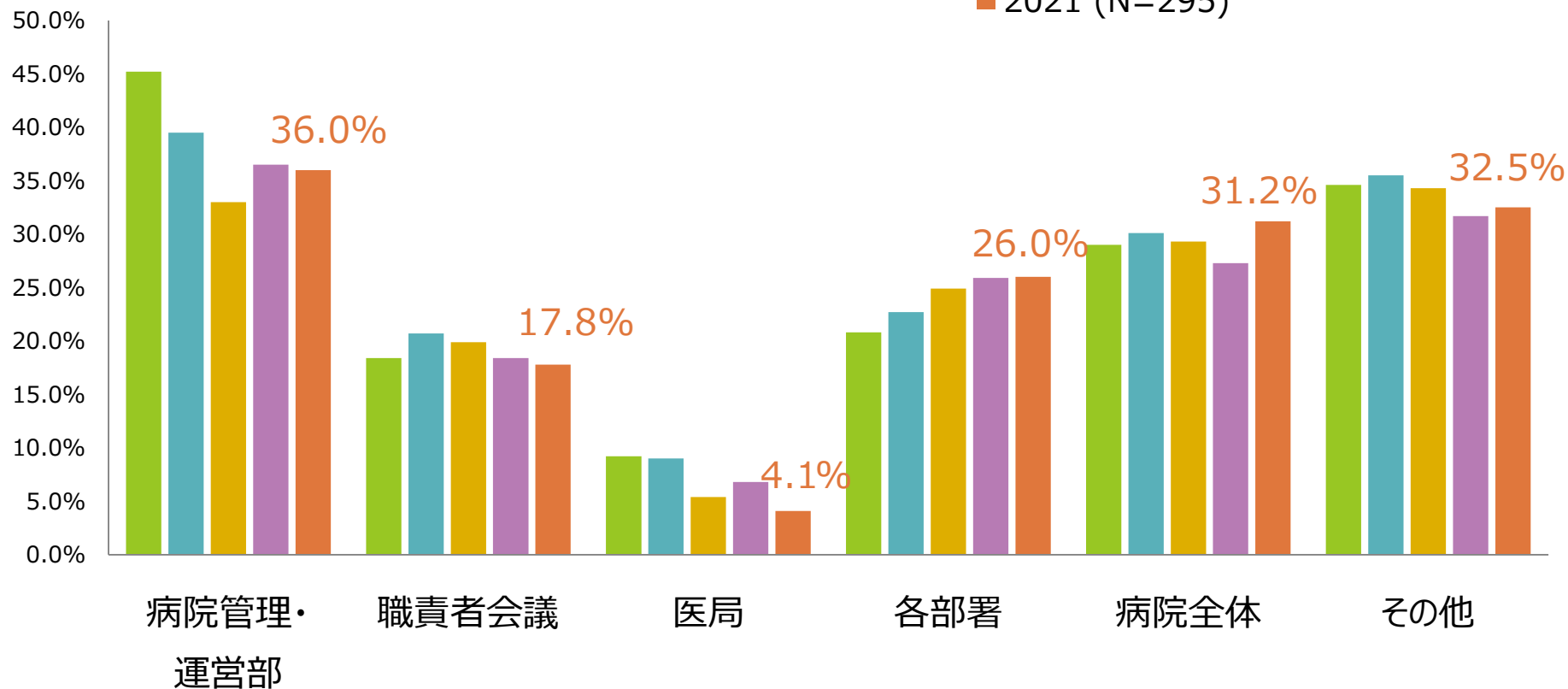
QI の測定結果を院内の
どのような場で報告していますか？

※複数選択可

■ 2017 (N=283) ■ 2018 (N=258)

■ 2019 (N=297) ■ 2020 (N=294)

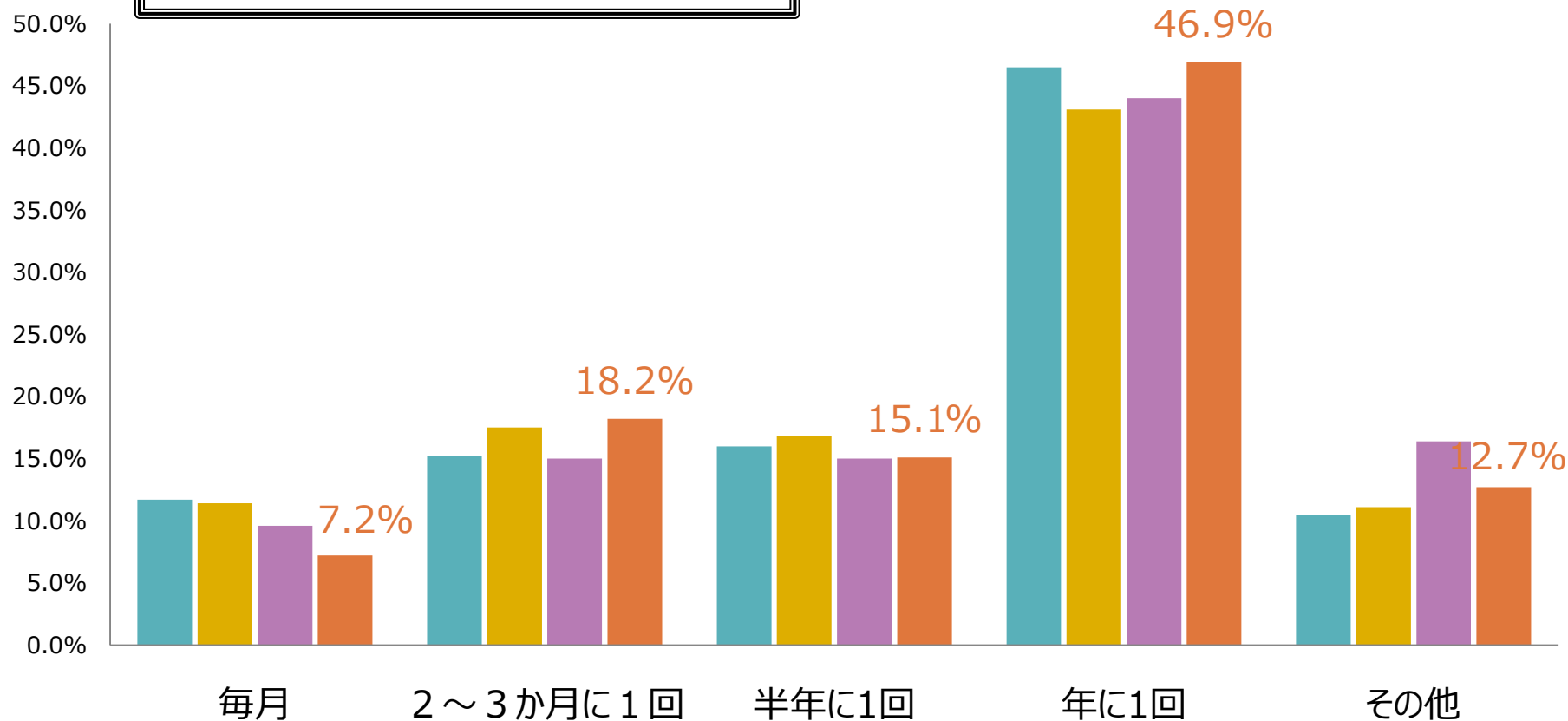
■ 2021 (N=295)



QIプロジェクトにおける全体像

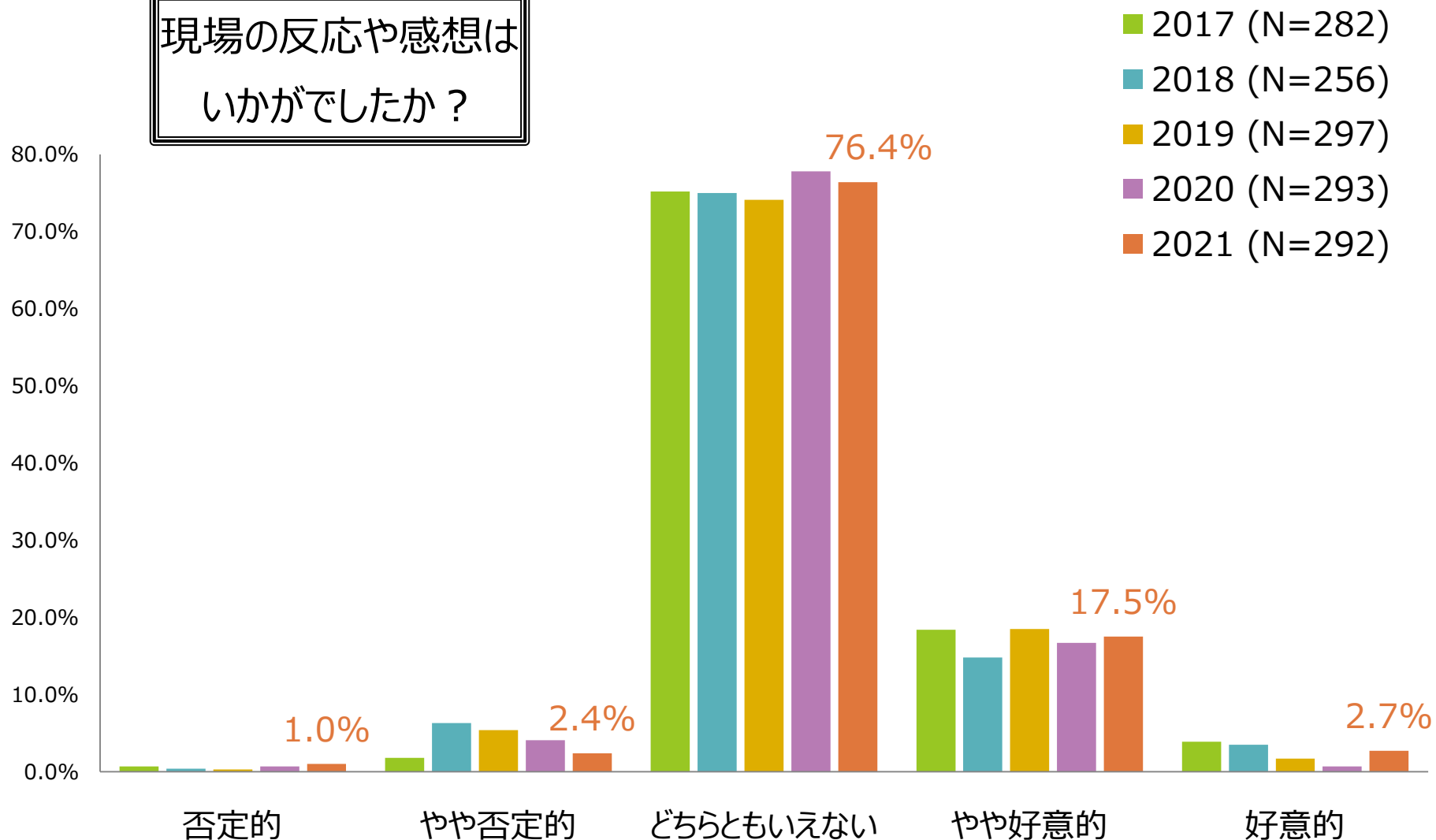
測定結果の報告は
どのくらいの頻度で行っていますか？

■ 2018 (N=256) ■ 2019 (N=297)
■ 2020 (N=293) ■ 2021 (N=292)



QIプロジェクトにおける全体像

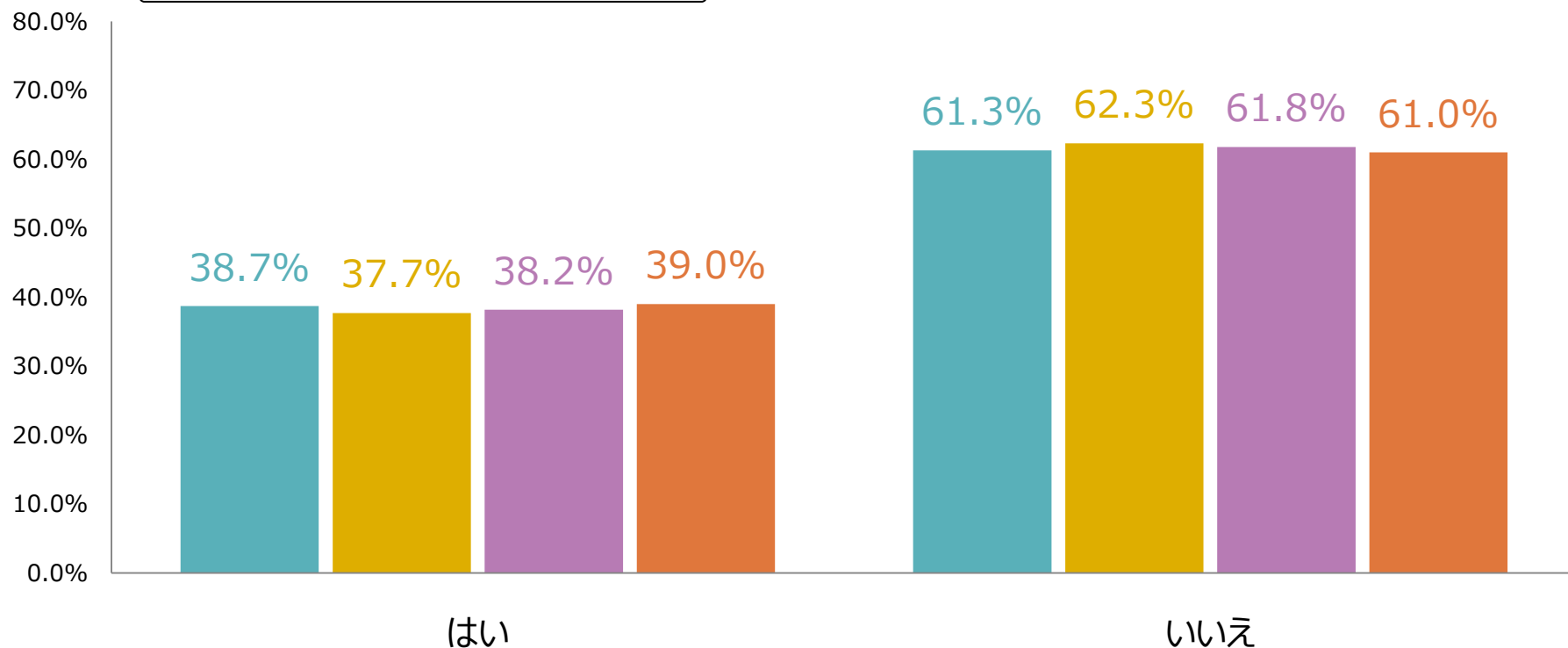
現場の反応や感想は
いかがでしたか？



QIプロジェクトにおける全体像

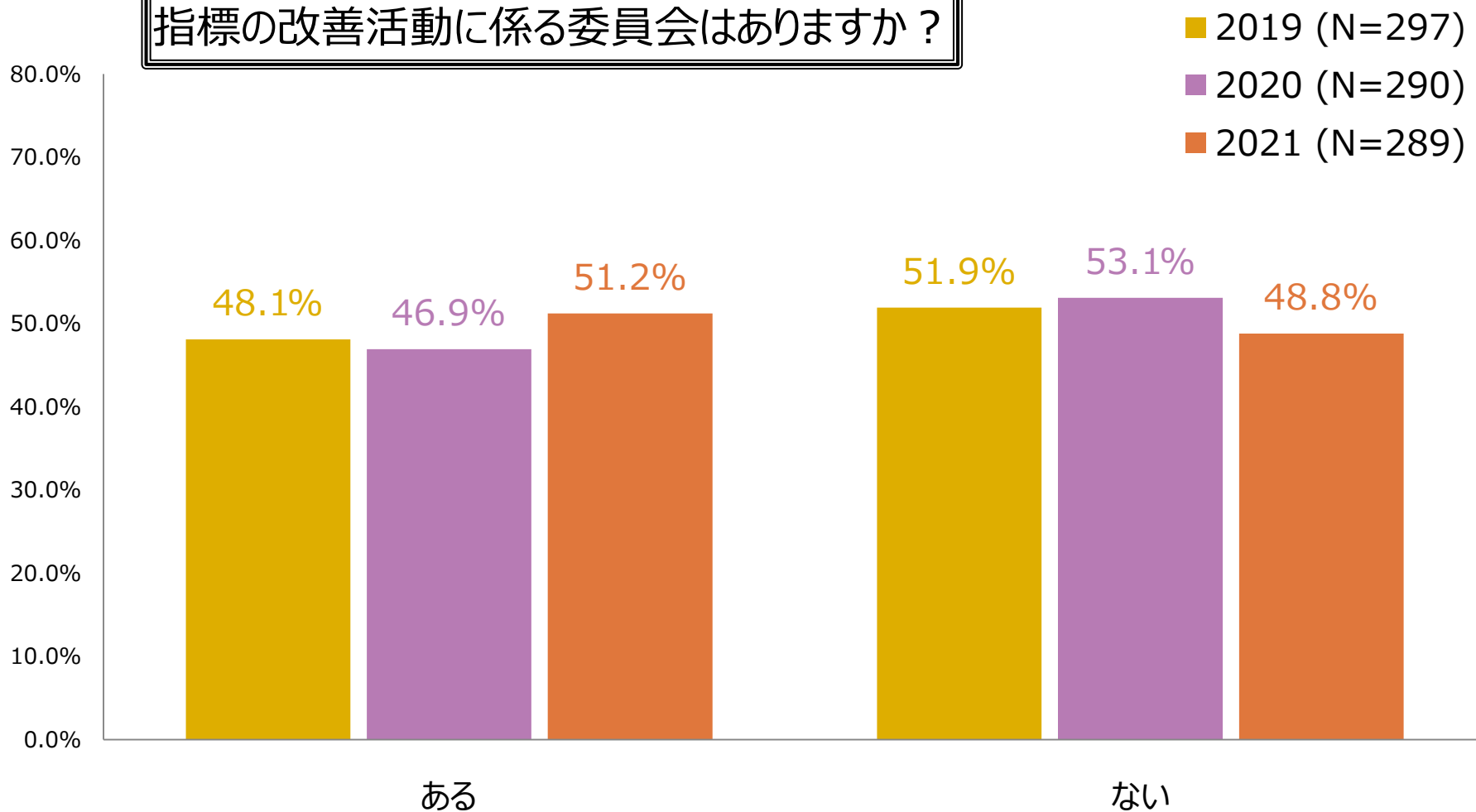
当プロジェクトに関する内容
(指標やフィードバック結果等)
を外部に公表していますか？

■ 2018 (N=256)
■ 2019 (N=297)
■ 2020 (N=293)
■ 2021 (N=292)



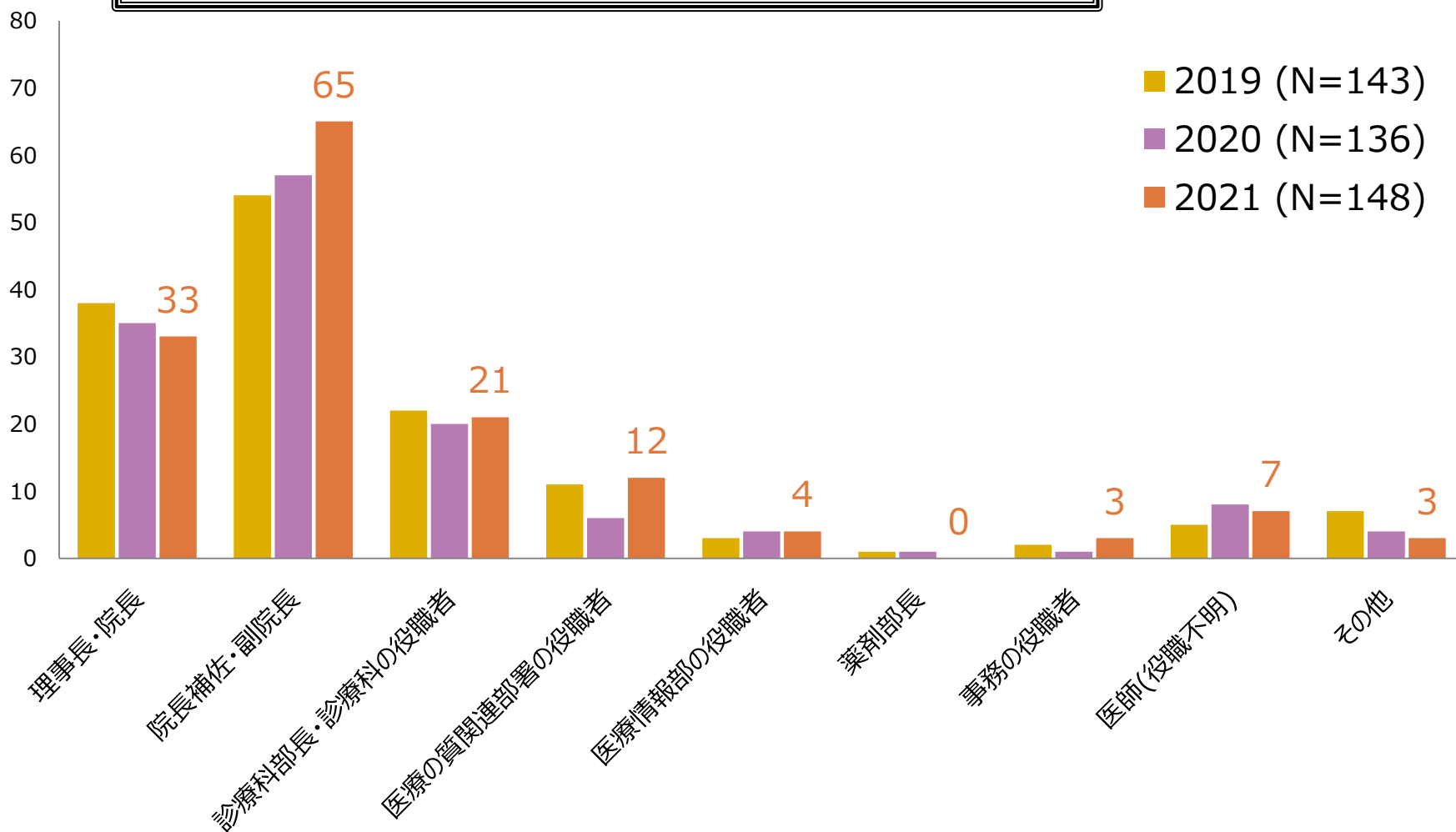
QIプロジェクトにおける組織体制

指標の改善活動に係る委員会がありますか？

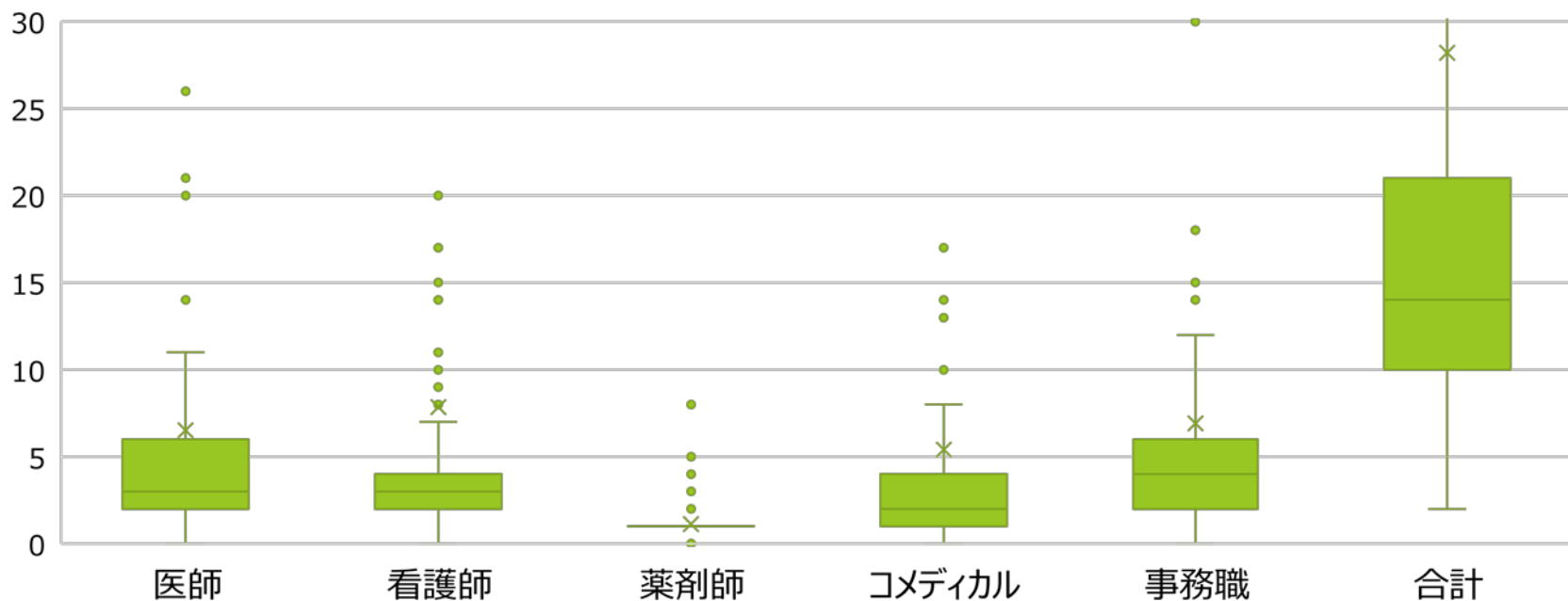


QIプロジェクトにおける組織体制

委員会の委員長はどなたですか？ (フリー記載より分類)



QIプロジェクトにおける組織体制



平均値	6.5人	7.9人	1.1人	5.4人	6.9人	28.2人
最小値	0人	0人	0人	0人	0人	2人
中央値	3人	3人	1人	2人	4人	14人
最頻値	3人	2人	1人	0人	2人	16人
最大値	243人	512人	32人	360人	300人	1447人

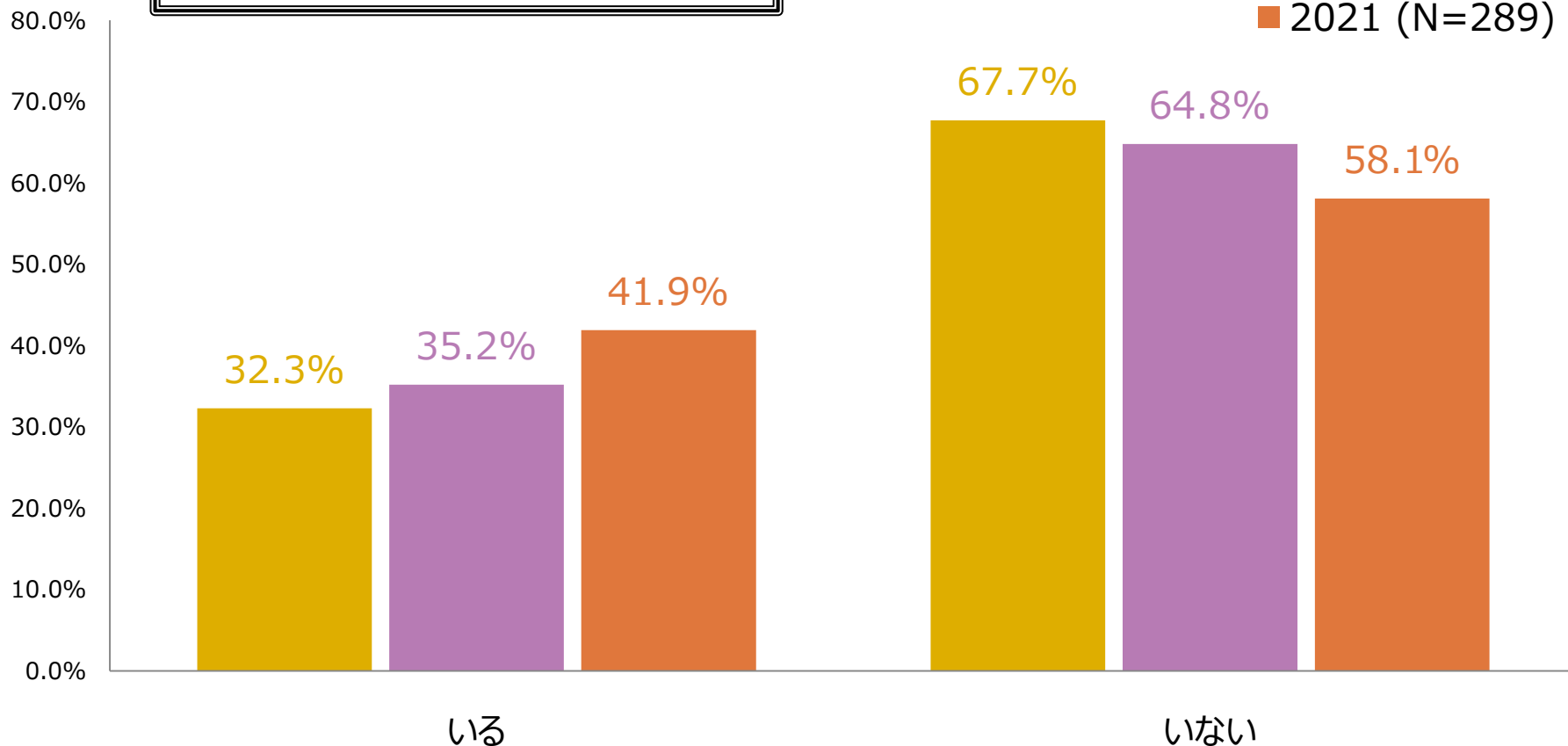
委員の職種別人数をお答えください。(N=136)

※中央値は2020年度と変化なし

QIプロジェクトにおける組織体制

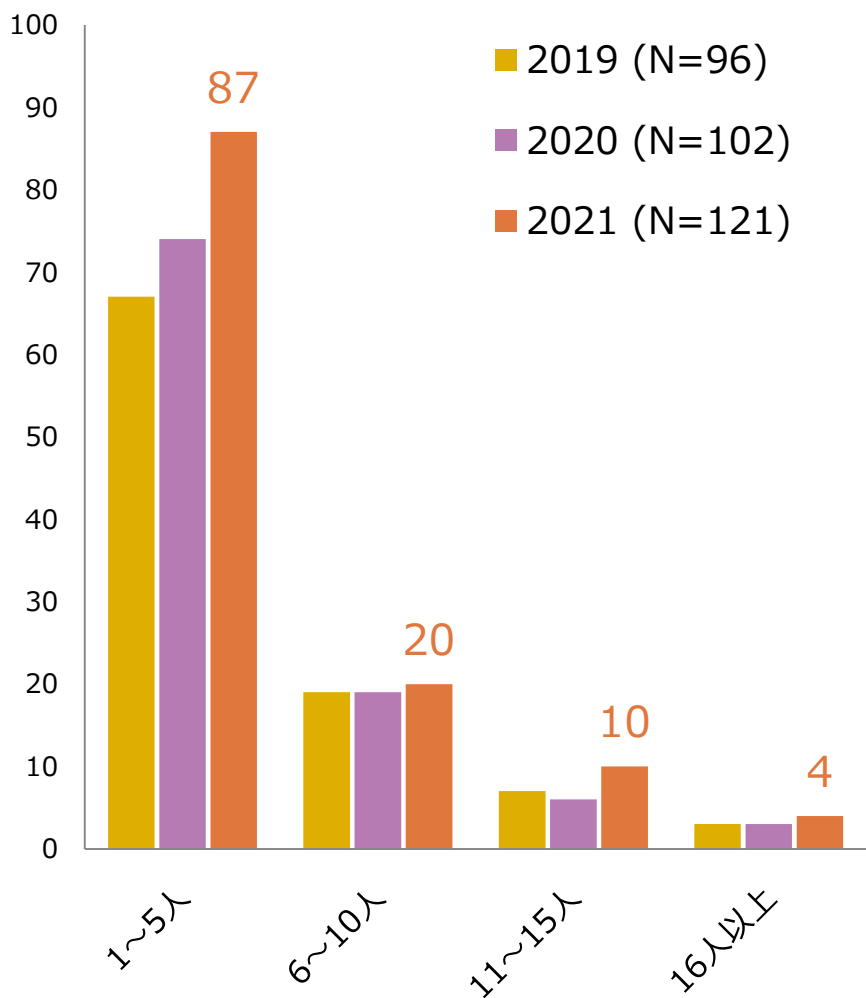
医療情報を専従(常勤に限る)で
扱うスタッフはいますか？

■ 2019 (N=297)
■ 2020 (N=290)
■ 2021 (N=289)

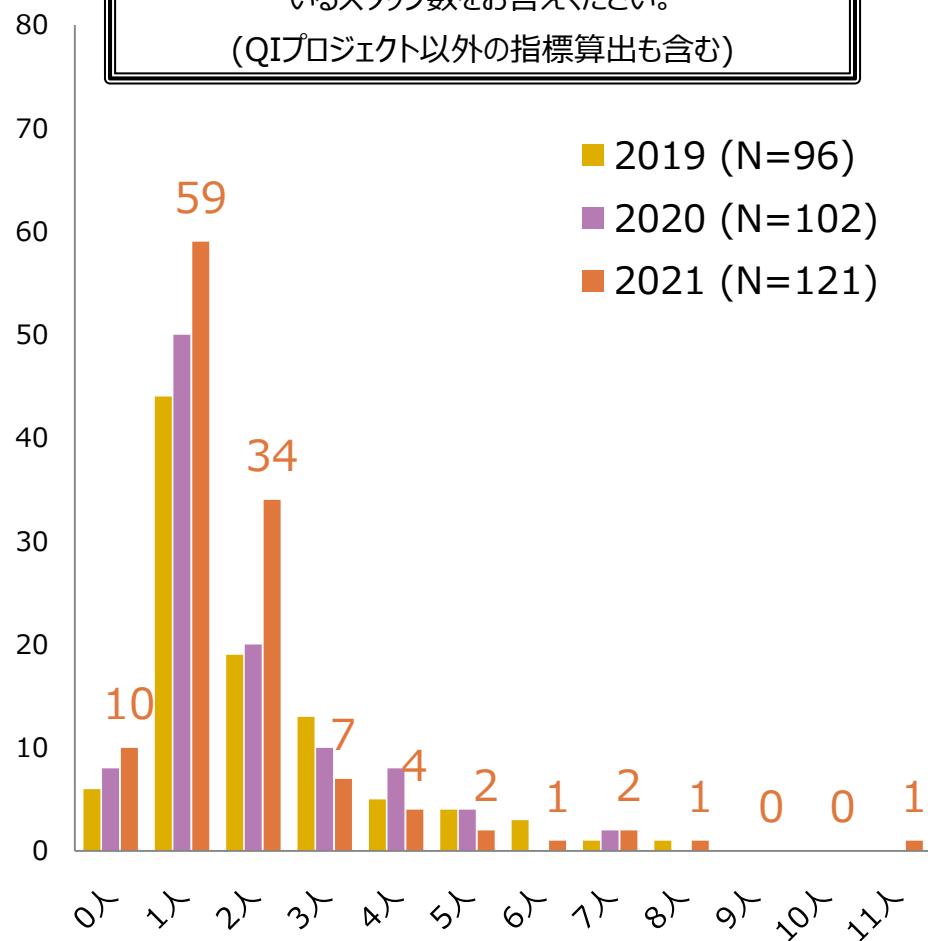


QIプロジェクトにおける組織体制

医療情報を専従で扱うスタッフ数をお答えください。

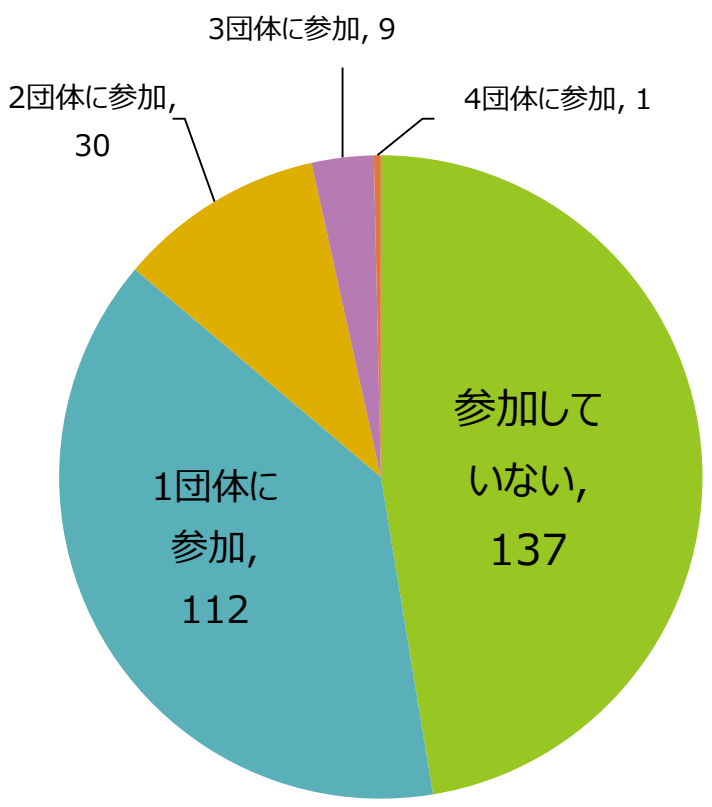


医療情報を専従で扱うスタッフのうち、指標の算出を行っているスタッフ数をお答えください。
(QIプロジェクト以外の指標算出も含む)

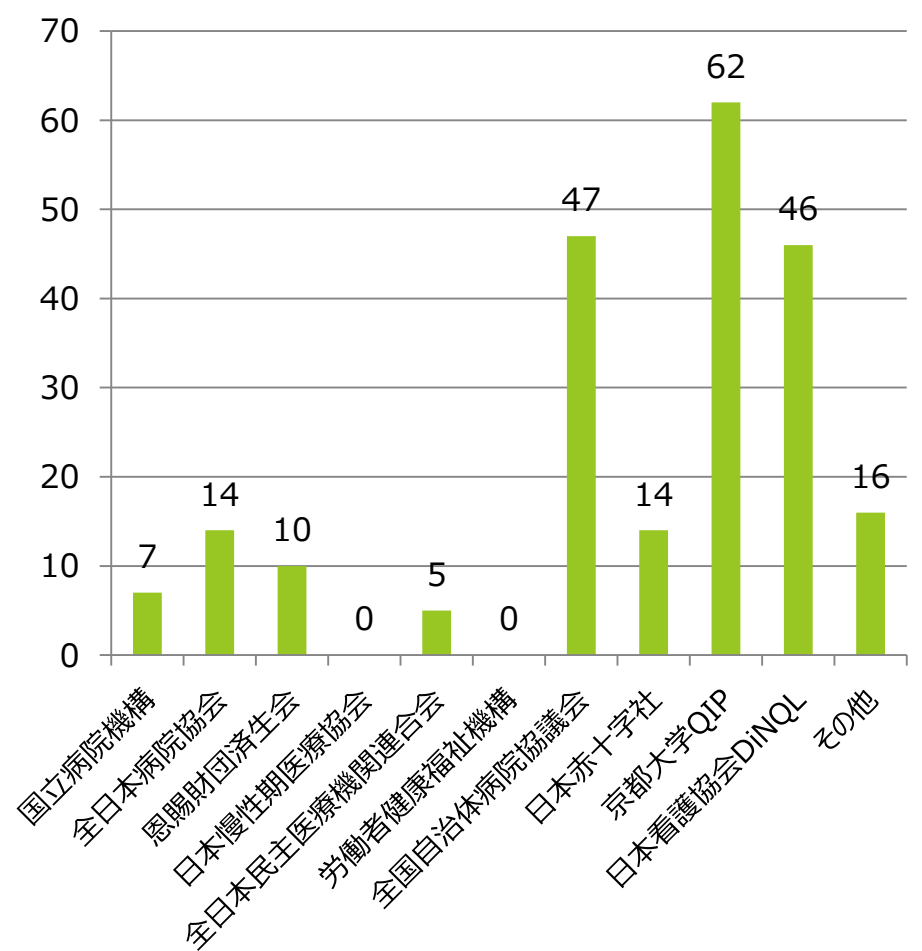


QIプロジェクトにおける組織体制

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



参加している団体(複数回答可)

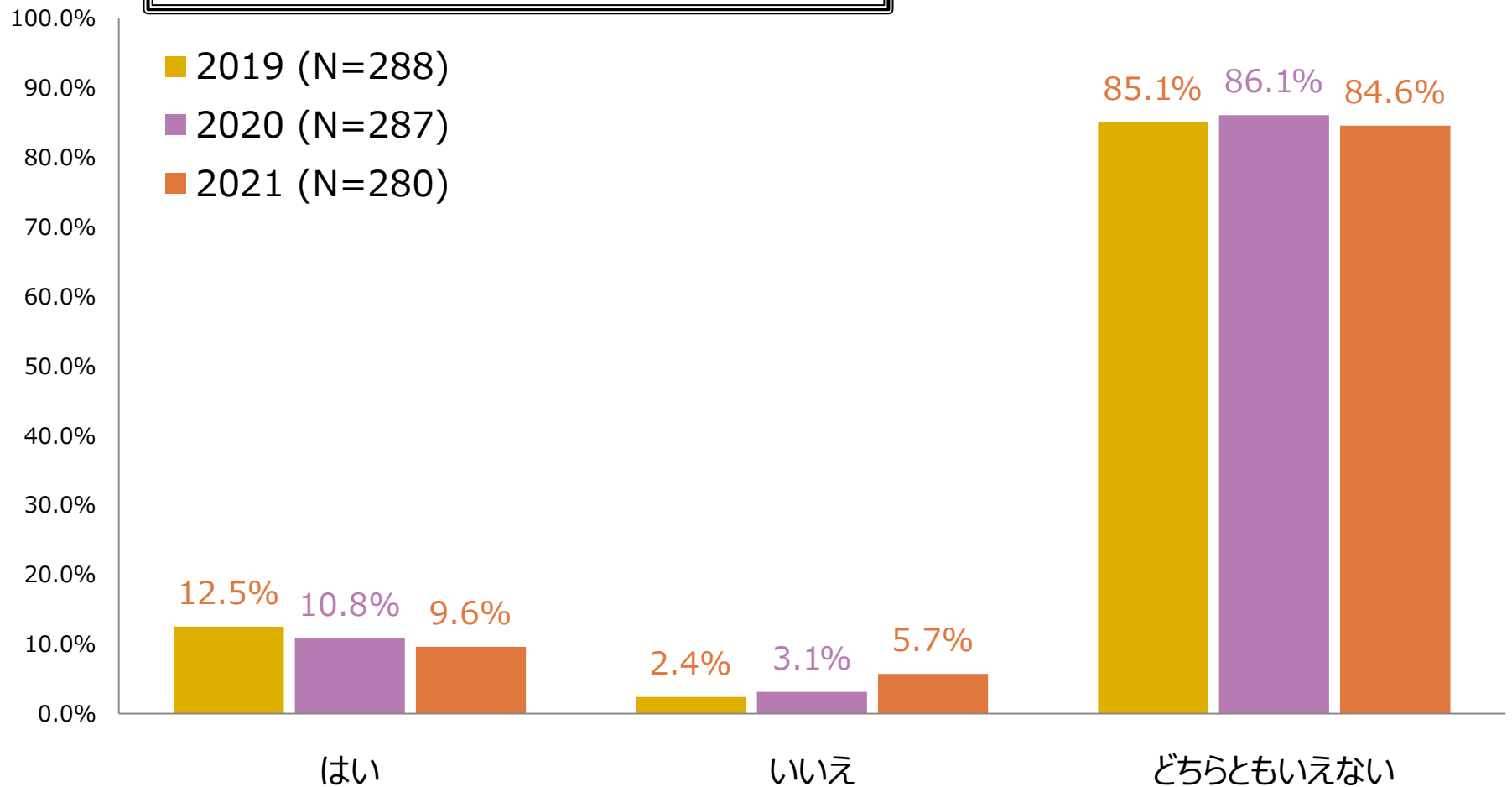


N=289

2020年度に比べて京都大学QIPが10施設増。

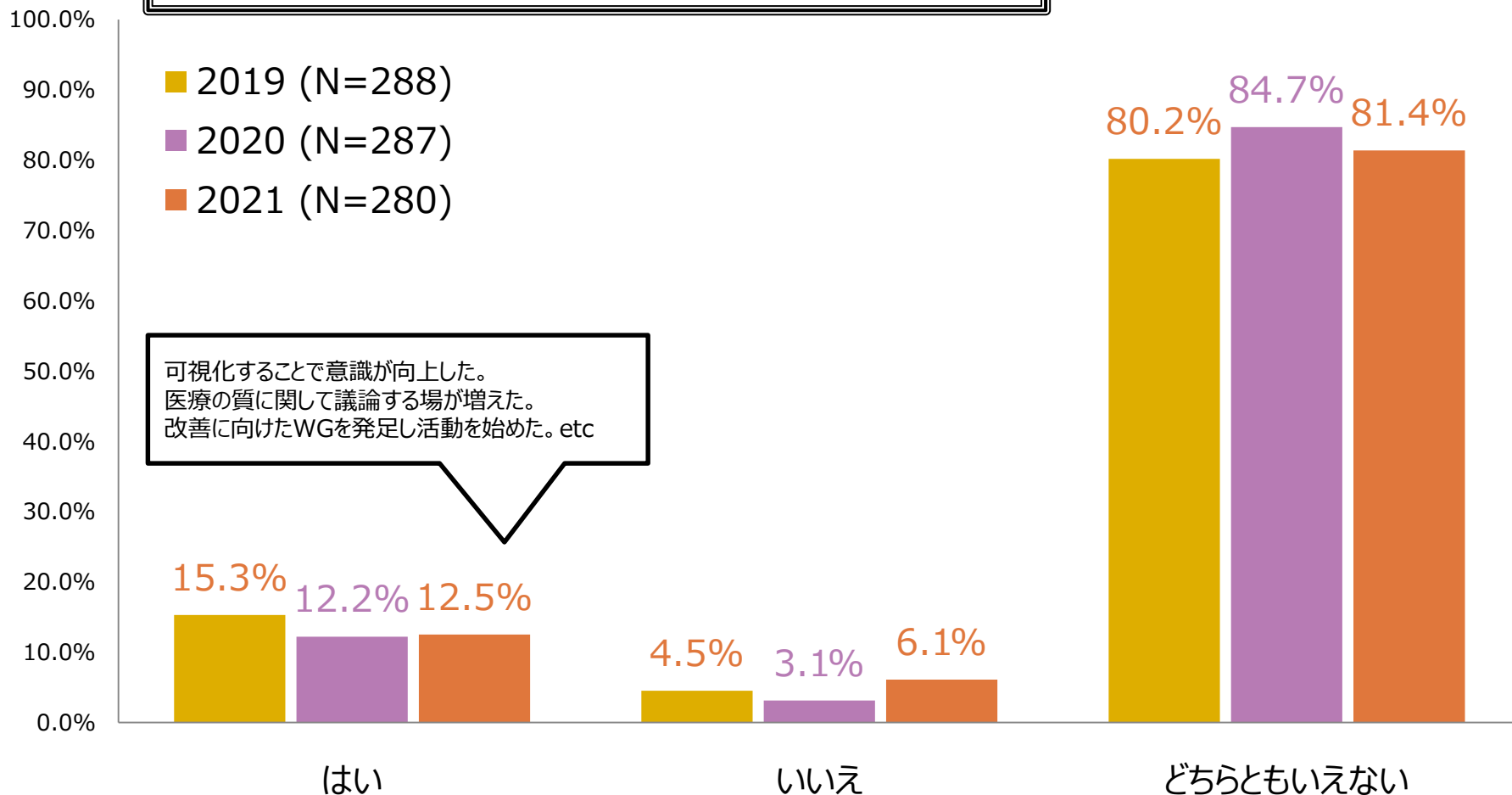
QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

施設全体の医療の質が向上しましたか？



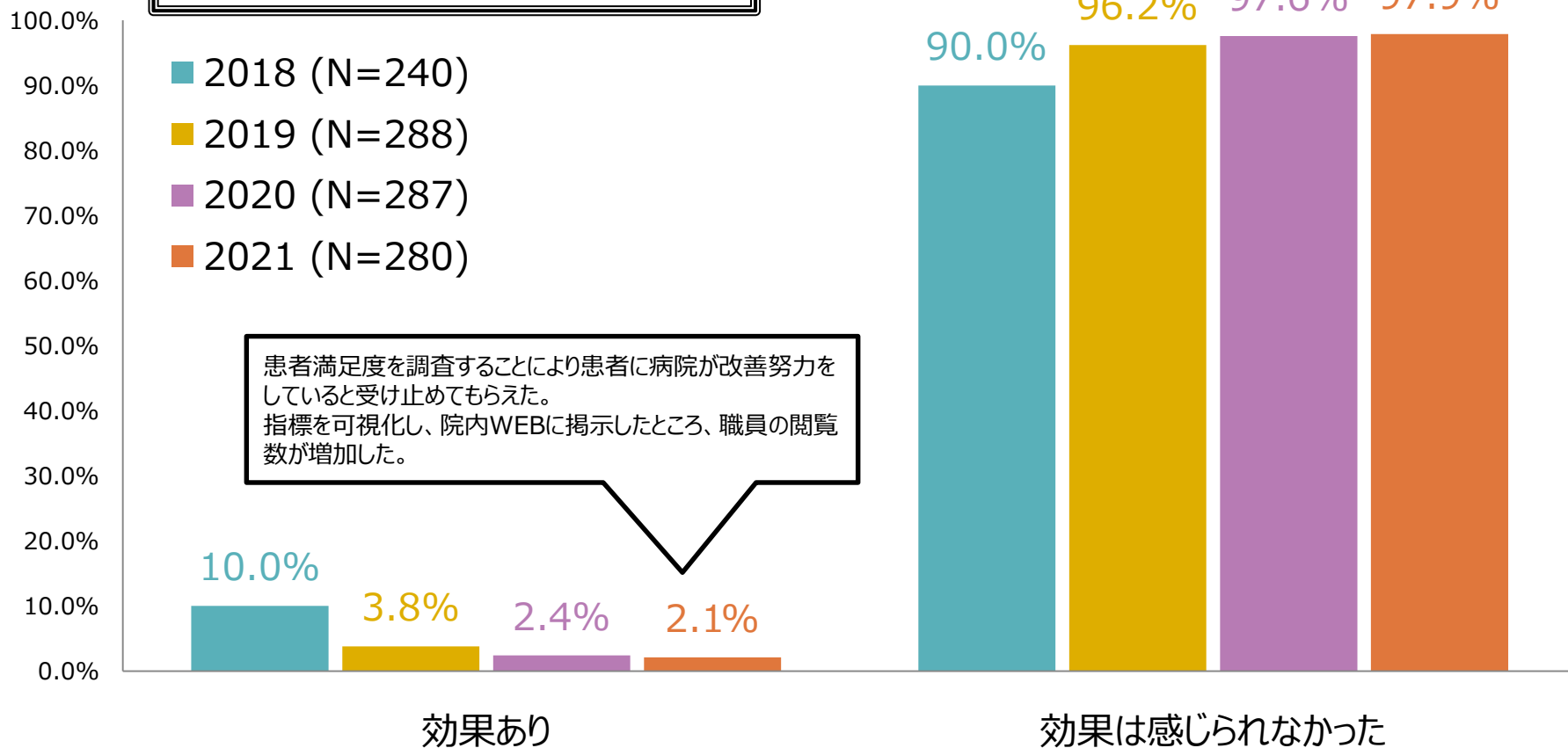
QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

医療の質に関して職員の意識が向上しましたか？



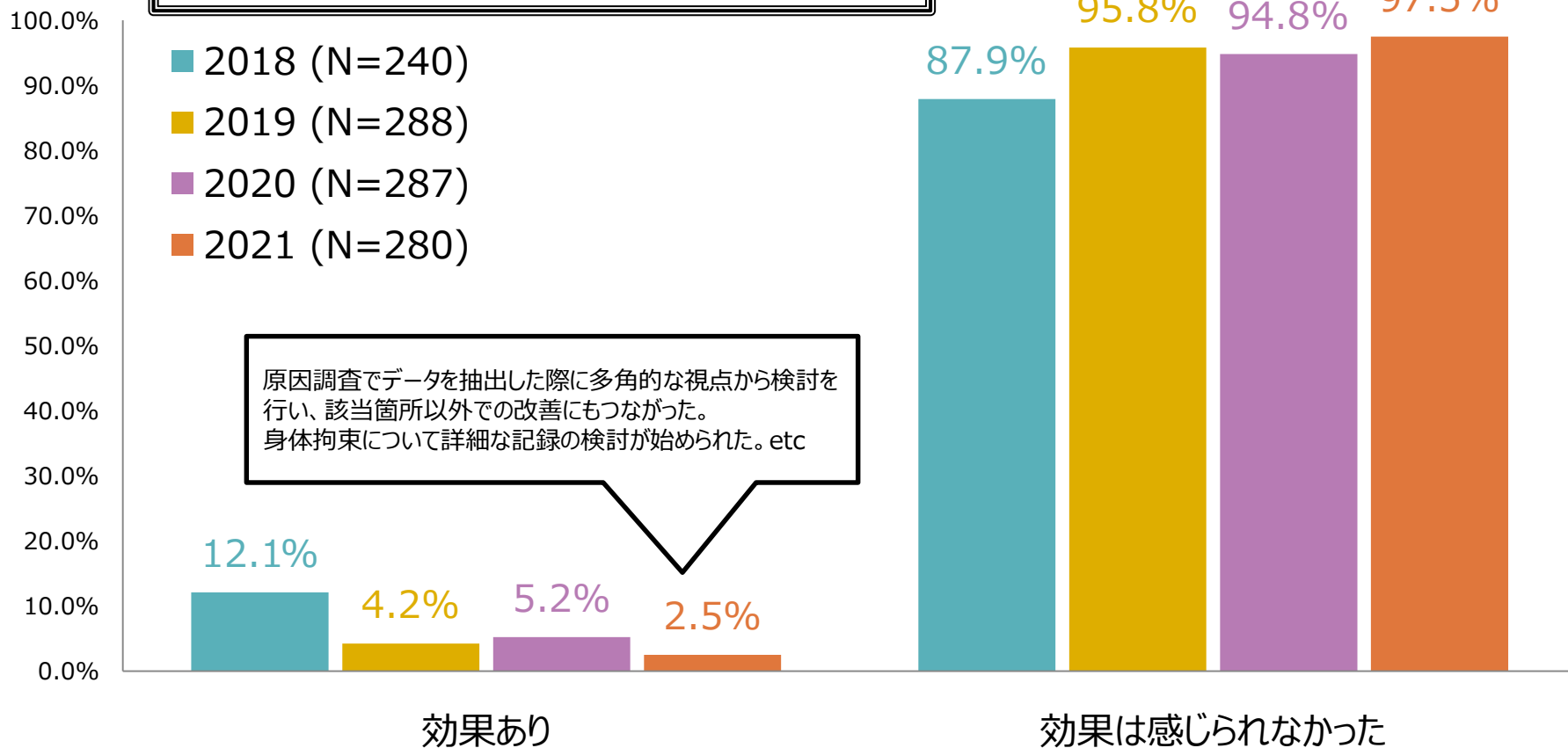
QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

外部(患者等)の反応について、
効果やありましたか？



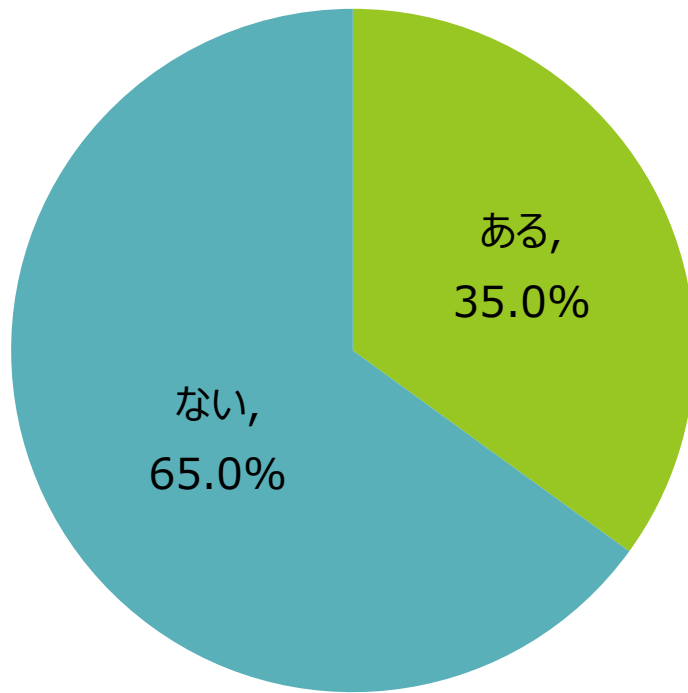
QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

当初予定していなかった副次的な効果等の反応がありましたか？



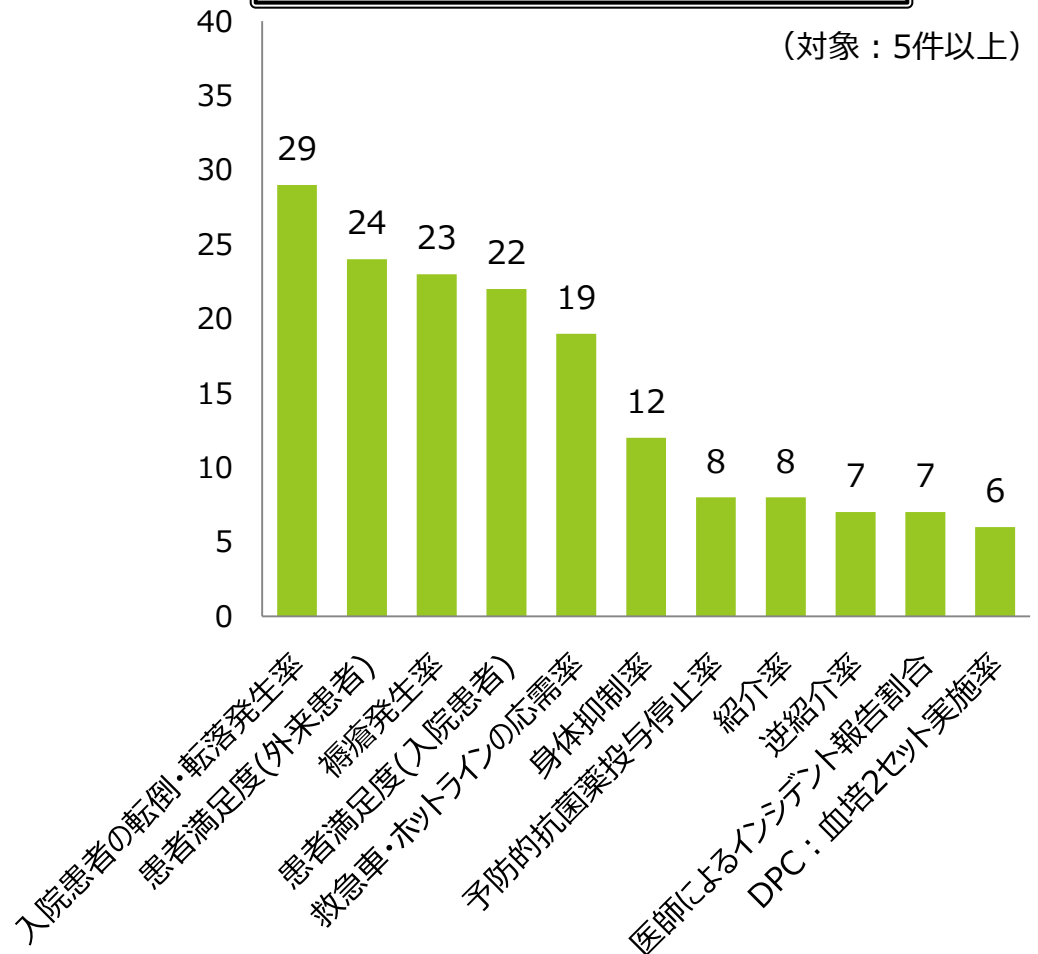
QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

今年度、改善活動を行った
指標はありますか？



N=280

改善活動を行った上位11項目



1.入院患者の転倒・転落発生率

【フィードバック、情報共有】

- カンファレンスの充実による職種間の情報共有、病院内でのセミナー開催
- インシデント発生時、当事者や当該部署、安全管理責任者での分析、改善、実行を継続的に行うと共に、病院幹部にも全例を共有している。
- 前月の転倒転落のインシデントアクシデント件数と3a以上の事例については、ミーティングで各師長に配布し、共有している。
- 医療安全推進室レポートを定期的に発行しており、転倒転落に関するテーマで1回発行した。
- 月1回ミーティングを行っており、以下の内容を共有・検討して取り組んでいる。
 - 転倒転落のインシデントアクシデント件数、3b以上の事例内容、病棟環境ラウンドの結果、病棟の浴室、シャワー室の環境、シャワー介助時の安全確認チェックリスト作成、病室の環境等のチェックリスト作成、入院患者の履物
- 「転倒転落について」を今年度の医療安全必須研修の1つのテーマに入れ、職員に周知する機会とした。

【評価およびラウンド】

- 病棟ラウンド
- 多職種による院内ラウンドの実施、患者の履物の教育、アセスメントの見直し
- 転倒転落に対する安全対策委をラウンドで確認、指導している。
- 多職種で構成された転倒転落予防対策チームで、病棟環境ラウンドを行っている。

【施設・設備・機器の見直し】

- セーフティ部会での活動に活用、センサーマットの購入
- 用具の選定（リハビリや施設資材課との協働）

【詳細分析、その他】

- 転倒者の背景分析を行った。
- インシデント・アクシデントレポートの分析から、転倒転落の要因を確認し、具体的対策について医療安全チームにて年3回協議している。
- 眠剤の使用基準の検討、せん妄予防の為ベンゾジアセピン系の薬剤を変更し、転倒予防に努め、徐々に転倒率は改善している。
- 認知症サポートケアチームの活動も加わり、高齢者に対する多方面からの介入が展開されている
- 転倒・転落防止マニュアルに頭部を打撲した、または打撲した疑いがある場合は、頭部CT検査を積極的に行うことを検討する文言を追加し改訂した。

2.患者満足度

【フィードバック、委員会】

- 患者サービス向上委員会にて結果をフィードバックし、患者要望及び潜在的ニーズを模索し、対応した。
- 患者からの意見については、委員会で対応策を検討し、会報誌で結果をフィードバックしている。
- 結果を分析し考察を病院管理者に報告し、対策を求めた。
- 接遇・サービス向上委員会による院内ラウンド

【待ち時間】

- 外来待ち時間短縮に向けて改善策を講じた。
- 採血受付番号表に待ち時間記入

【施設・設備・機器の見直し】

- 室料差額の見直し、ベッドの更新
- アメニティの向上（Wi-Fi）
- 診察室カーテン設置、スロープ設置
- 前回の結果を分析し、病院内の表示物について改善を図った。
- 病棟設備、院内施設の改修（トイレ等）
- LINEによるオンライン面会、掲示板の画鋲廃止

【接遇】

- SC21教育チームより、CSリーダーを選出、CSリーダーを中心に、定期的に身だしなみチェックを行い、接遇強化を図っている。
- 職員研修、接遇研修の実施

【調査方法・調査項目、その他】

- 調査期間を通年とした。
- アンケート配布方法、項目の見直し
- ご意見箱を設置し、患者の意見の吸い上げを行う
- 「患者さんからのご意見に対する回答」として掲示

3. 褥瘡発生率

【フィードバック、情報共有】

- 看護部の褥瘡対策委員会で毎月褥瘡発生件数を算出し、改善活動を行っている。
- 褥瘡発生防止、早期介入について協議
- 褥瘡対策チームを組織して院内の褥瘡発生予防や発症後早期からの適切な処置を含めた対策を、毎月1回褥瘡対策委員会の中で行っている。そこで、月毎の発生率を確認し、増減の把握や対策に活用している。

【施設・設備・機器の見直し】

- エアマットや安楽用具、マットレス等の購入に向けた取り組み
- エアマットレスの配置の確認
- 体圧分散寝具の特徴と患者のADLに合わせた体圧分散寝具の選択（症例検討）

【勉強会・研修会の開催、その他】

- 褥瘡対策委員会が中心になって、褥瘡対策の強化（リンクナースの育成）を図ることができた。
- 前年に引き続き全看護師を対象とした褥瘡予防ケアの技術演習や動画視聴での教育をすすめた。
- 仙骨、尾骨周囲の褥瘡が多いため詳細を分析したところ、経管栄養を早期に行うため下痢を伴っていることが判明した。対策として撥水クリームを塗り皮膚の浸軟を予防している。
- セミナーの開催
- 弾性ストッキングの履かせ方、観察ポイント、マニュアル作成して弾性ストッキング履かせ方の動画を電子カルテに載せる
- ポジショニング大会実践教育とポジショニング大会（看護助手を含めて）
- おむつの当て方や選択の実践教育、症例を交えてDESIGN-R2020の学習
- 褥瘡カンファレンスを1週間に1回開催（月1回はチームで回診）
- 全入院患者への入院時スクリーニングを徹底し、新規発生率の防止に努めるとともに、退院後の褥瘡管理の充実に向けて、退院後訪問看護の運用を体系立てた。
- 院内研修会の実施（オムツの当て方等）（看護補助者を含む全看護職員対象に全2回実施）
- 褥瘡ラウンド（月2回）の実施
- 院内のスキンケアガイドラインの作成・研修会の実施

4.救急車・ホットラインの応需率

【組織・体制の変更、教育】

- 救急外来の拡大
- 断らない方針
- スタッフの要員数の見直し
- ホットラインを受ける看護師への教育

【フィードバック、情報共有】

- 消防との意見交換等
- 救急車応需率上昇に向け、病院全体の目標と定めた
- 断り件数を減少させるため、関連する医師・看護師・病棟コントロール看護師等と頻回なミーティングを行っている。
- お断りの集計を行い委員会で報告、検討を行っている
- 各消防署への訪問
- 声掛けの場を増やした。医局会、役職者が集まる業務連絡協議会などへ現状、目標など。

【詳細分析、その他】

- 6号基準（消防法第35条の5第2項第6号）による受入率に関する調査
- 時間外における救急専門病床の事前確保
- 救急お断り理由の実態調査
- 救急受付から入院までの経過時間の調査
- 救急受入できなかった症例に関して、理由などをリスト化し、適切であったかを後日検討する。

5.18歳以上の身体抑制率

【フィードバック、情報共有】

- 各病棟への働き掛け
- 委員会でフィードバック、他院と比較し当院の状況はどの程度か共有した。
- 身体抑制率の低減化を、院内の啓発、及び、せん妄につながりにくい睡眠薬剤フォーミュラーの推奨により図っている。
- 委員会の検討資料の一つとして提示
- 病棟看護師が、身体抑制施行患者に対して、連日抑制解除に向けたカンファレンスを行い、身体抑制最小化に向けた対策がとれるように取り組んでいる。抑制解除に向けた取り組みの院内研修、事例検討会等を行いながらQI実務担当者と認知症認定看護師との間で、身体抑制の種類や期間、身体抑制実施の背景などの情報を共有し、身体抑制率の増減の把握や対策に活用している。
- 看護記録から身体拘束をしない看護の提供、早期解除に向けた対応に対してチームよりフィードバックを行うなど

【評価およびラウンド】

- 入力項目見直し徹底
- ベッドセンサーの設置基準作成
- 抑制率を抑えるため、認知症委員会などと連携し病棟のラウンドを行った
- 病棟ごとでの院内デイケアの実施
- 認知ケアに関わる医師・看護師・社会福祉士・薬剤師・管理栄養士・作業療法士等で認知症ケアチームを組織して、せん妄、認知機能低下のある患者を対象に週一回病棟ラウンドし、抑制患者の実態を把握すると共に、認知症症状の悪化やせん妄発症予防の対策を行っている。
- チームラウンドでの身体拘束解除に向けた計画の立案サポート

【詳細分析、その他】

- 看護部の今年度の改善事項の1つになっており、病棟ごとの抑制率を毎月算出して検討し、改善に向けて取り組んでいる。
- 抑制率が他施設と比較し高いことから、まずは抑制の同意書の見直しを行なった。
- 勉強会を開催した。
- せん妄予防対策として薬剤使用についての見直し
- 抑制カンファレンスシートの見直し
- 身体拘束についての学習会（Web研修 安全委員会との企画）

6. 予防的抗菌薬投与停止率

【業務プロセスの見直し】

- 他院とのベンチマークを示し、使用期間を見直してもらった。
- クリニカルパスの抗生剤の停止変更を行った
- AST薬剤師とクリニカルパス委員会でクリニカルパスの見直し

【フィードバック、情報共有、その他】

- 停止率の確認、周知
- 提出データの見直しを行いました。約20%近く指標の数値を上げることができました。
- ベンチマークを利用した医療の質向上のための取り組み

7. 紹介率・逆紹介率

【業務プロセスの見直し、組織・体制の変更】

- 逆紹介PJチームを結成し、地域連携課を主体として逆紹介を推進

【患者への働きかけ、かかりつけ医との連携】

- 連携医療機関等に対するアンケート調査を実施。
- 医師会等で周知し、医師の地域連携の意識づけを行っている。
- 新規開拓に向けて営業活動を強化する。
- 当院についてより深く知ってもらうために、webを使った症例報告会を実施した。
- 紹介元である開業医への訪問・情報提供
- セミナーの開催
- 開業医への訪問

【フィードバック、情報共有、その他】

- 他院との比較を行った。
- 病院経営において、紹介患者の獲得は重要であり、紹介元医療機関毎の患者数や市町村別の患者数などから医療機関を選定し対応。
- 診療科毎の目標件数を毎月各科宛にお知らせする取り組み。
- 他院との比較を行い、逆紹介率が徐々に上昇してきた。
- 地域の医療機関から患者を紹介してもらうためには、医療機関への逆紹介も重要。その為、病院としては、逆紹介の推進を積極的に実施している。
- 日々の紹介件数を可視化し、常に現状を把握。
- 地域連携室の逆紹介先の整理、場合によっては複数施設の紹介を行った。
- 定義に合わせて集計の見直しを行った。

8. 全報告中医師による報告の占める割合

【フィードバック、情報共有】

- すでに取り組みはされていたので、委員会でも全国平均とのベンチマークを報告、引き続き業務改善を継続していただけるよう依頼。
- 医師へのアナウンス
- 事例発生時における医師への提出啓発

【勉強会・研修会】

- 医師の報告数を上げるため、提出が少ない診療科に提出方法のレクチャーを行った。
- 研修医を対象に勉強会を開催

【その他】

- 医師のインシデント報告件数を増やすために改善計画、指導、実施している。
- 目標を10%として、医師には年間2件以上の報告をしていただくこと、オカレンス報告の基準を定め多くの報告ができるよう取り組んでいる。

9.血液培養実施時の2セット実施率

【フィードバック、情報共有】

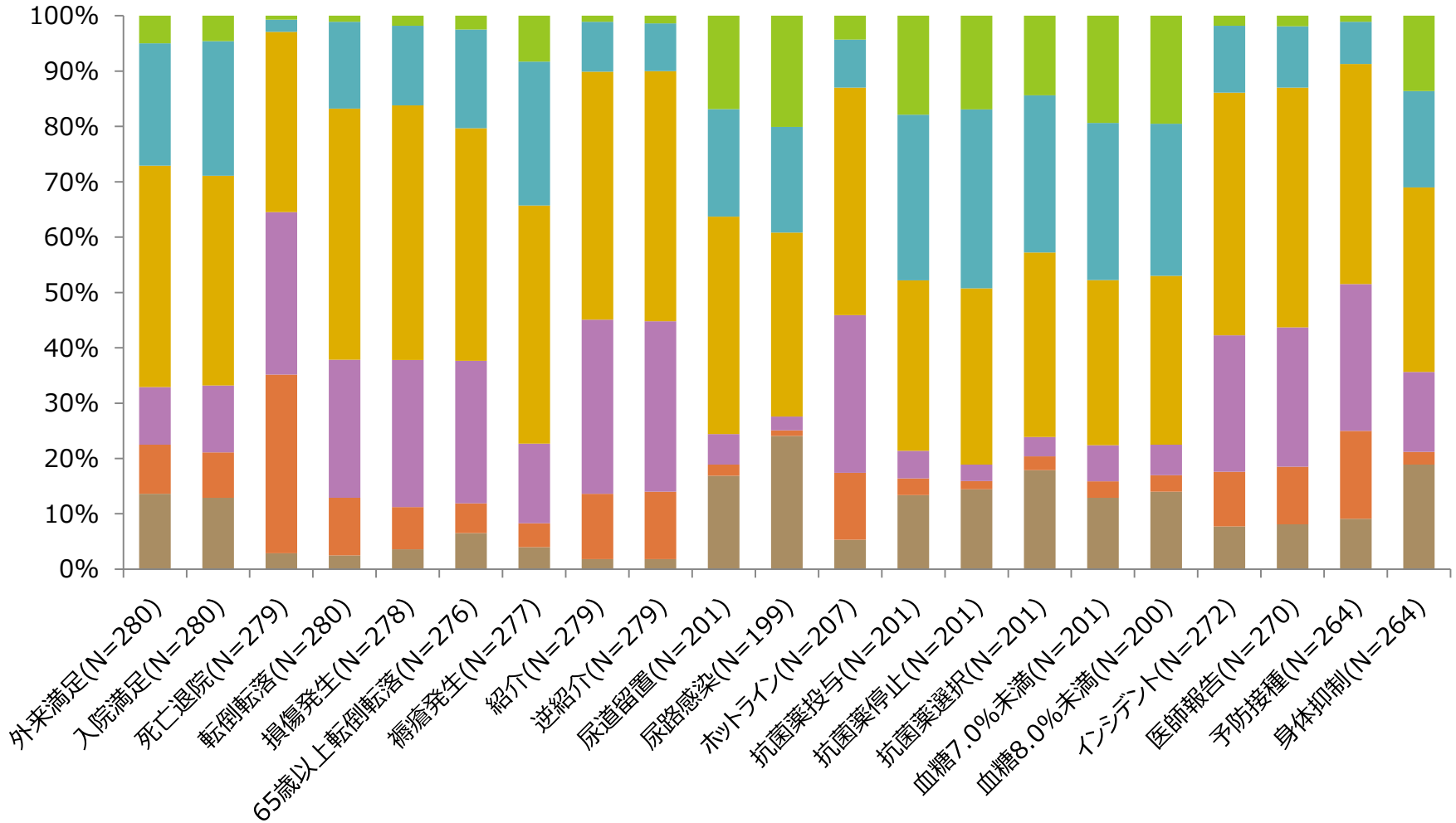
- 血液培養実施時の2セット実施率を診療科ごとに抽出し、医療の質部会から実施率の低い診療科へ情報を提供した。
- 院内の感染対策部、感染対策委員会において、各診療科に対し随時、2セット採取を促すチラシを配布している。

【詳細分析、その他】

- AST・ICTの研修会では2セット実施の取り組みについて取り上げ、職員へ周知する活動を継続して実施している。また、1セットのみ提出された際には細菌検査室でその理由の検証を行い、採取困難など明確な理由がない場合は担当部署・依頼医師へ連絡を行うなど、2セット実施率向上への取り組みを行っている。
- 運用方法の検討
- 医事データに反映されていないことが判明したため、運用を再度確認した。

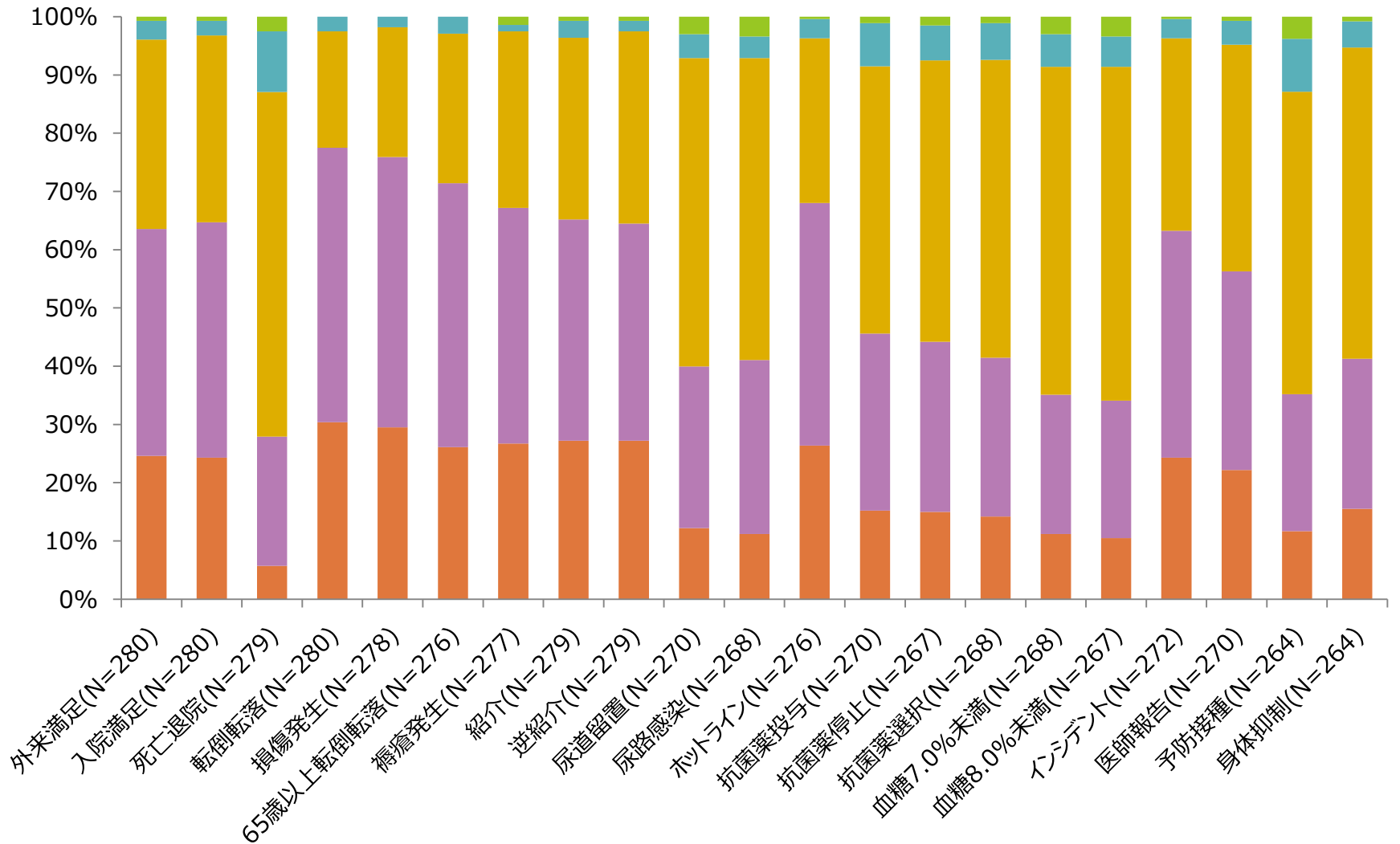
各指標における算出の難易度 DPC外

■ 測定無し ■ 非常に容易 ■ やや容易 ■ どちらともいえない ■ やや困難 ■ 非常に困難

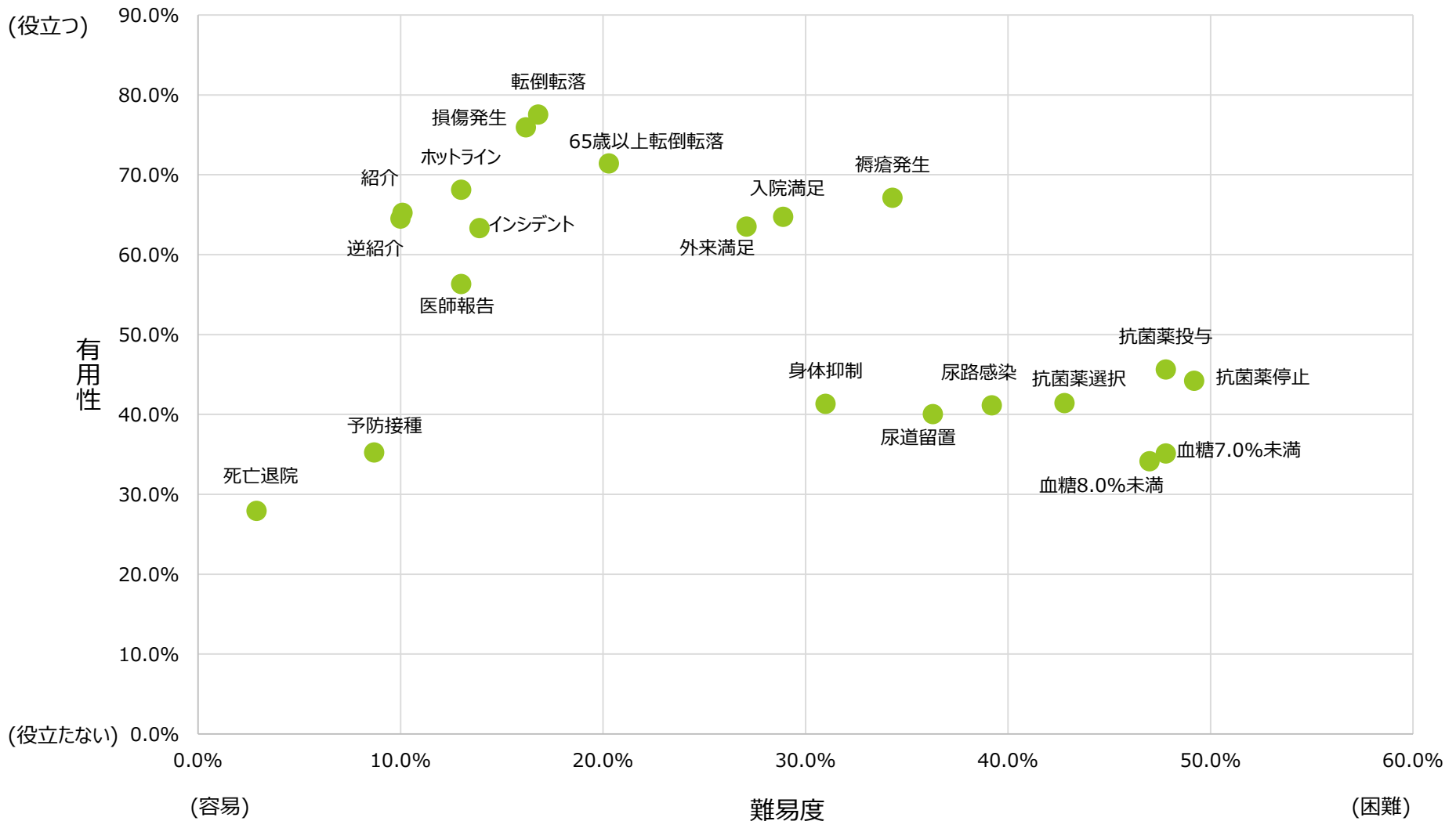


施設の質改善に役立つ指標か？ DPC外

■ とても役に立つ
 ■ 少し役に立つ
 ■ どちらともいえない
 ■ あまり役に立たない
 ■ 全く役に立たない

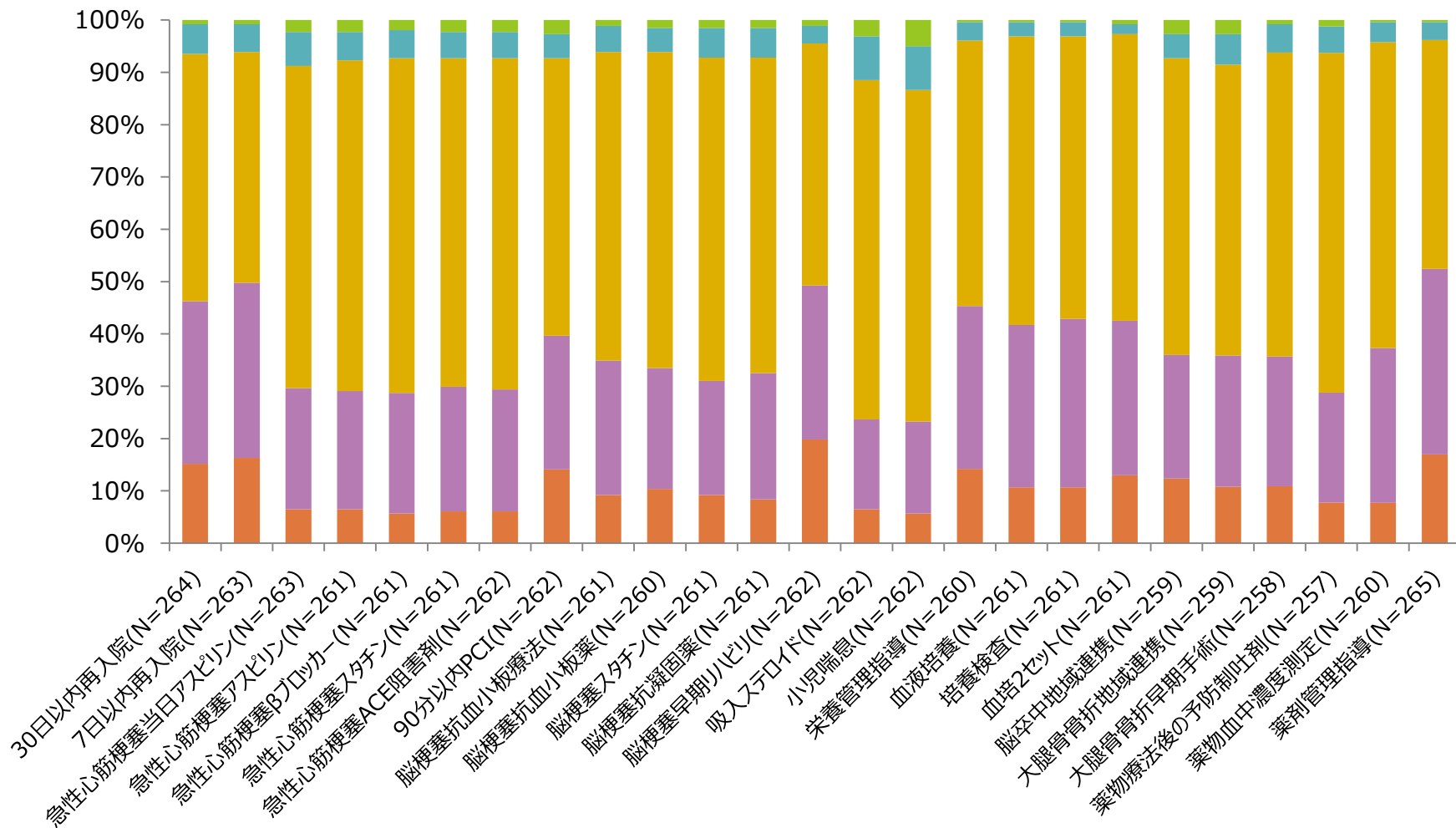


算出の難易度と有用性 DPC外



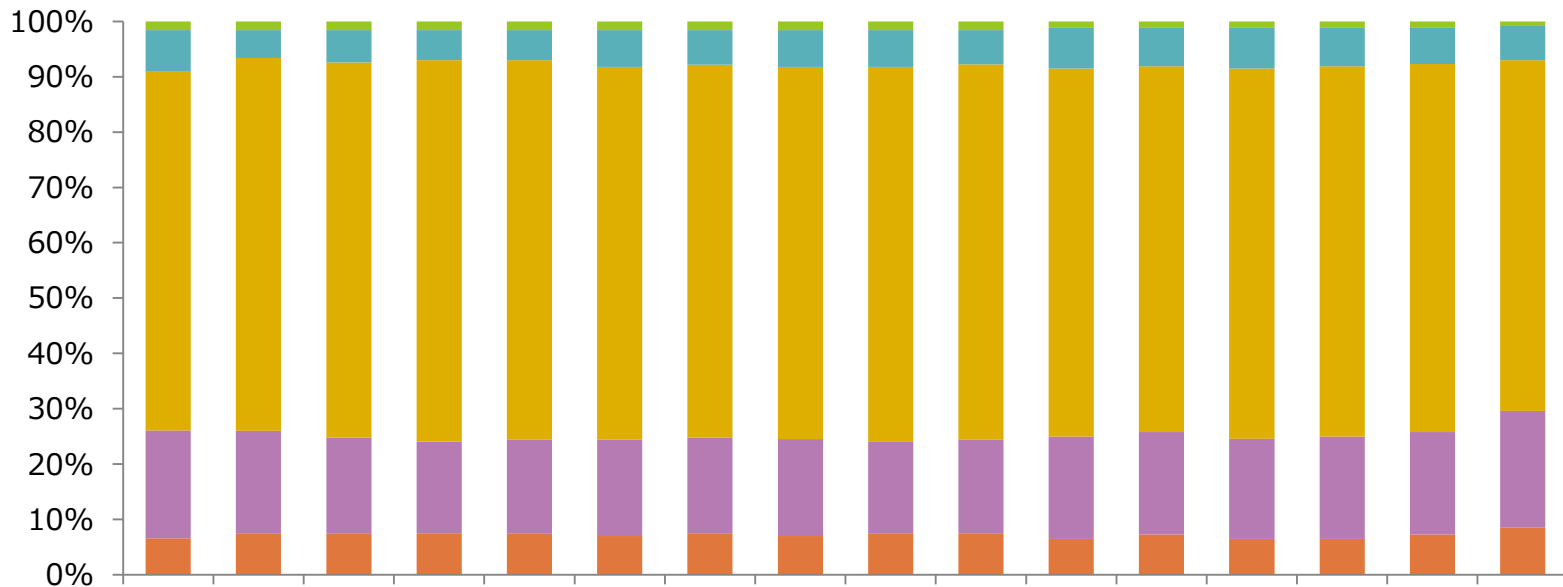
施設の質改善に役立つ指標か？ DPC

■ とても役に立つ
 ■ 少し役に立つ
 ■ どちらともいえない
 ■ あまり役に立たない
 ■ 全く役に立たない

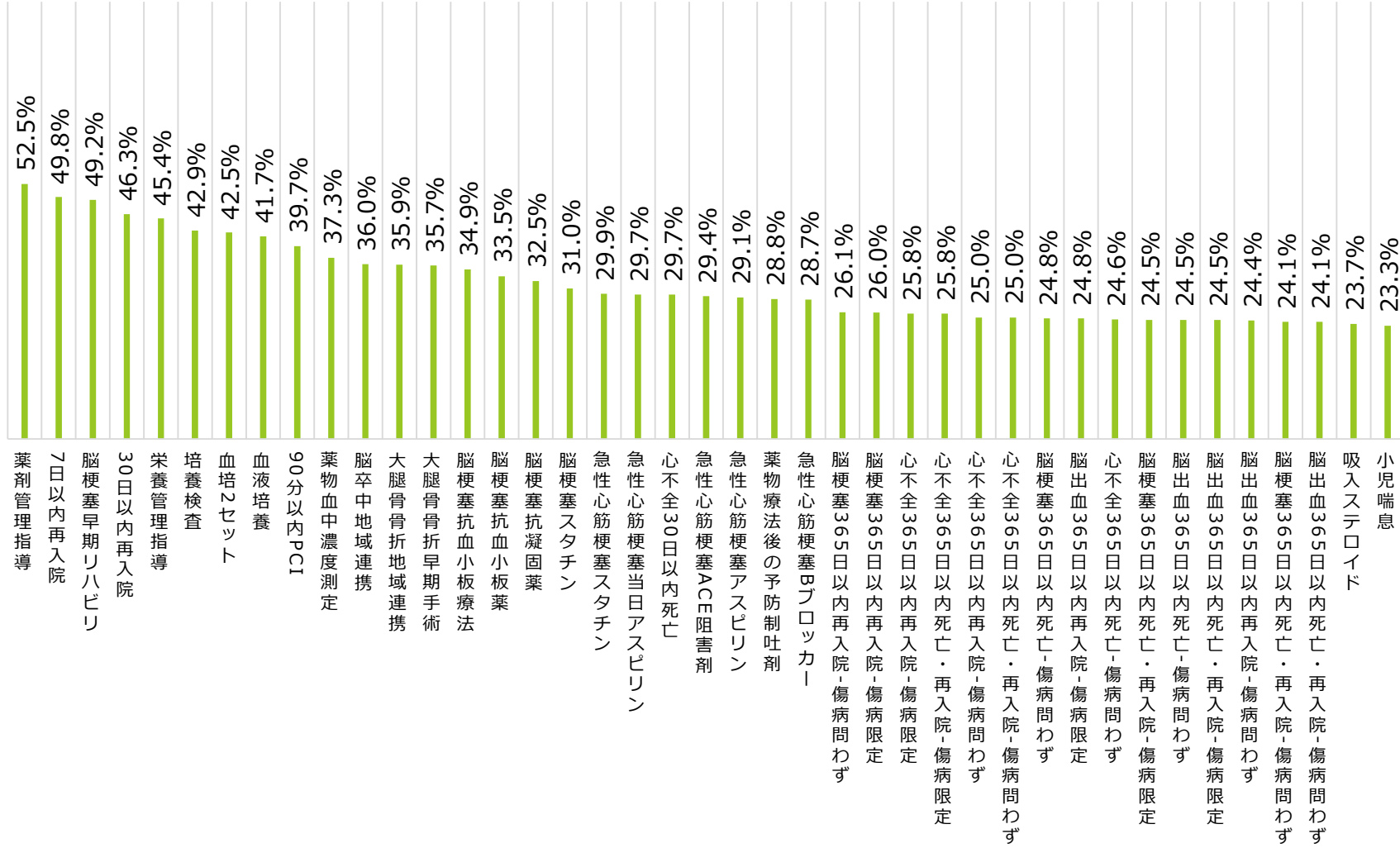


施設の質改善に役立つ指標か？ DPC

■ とても役に立つ
 ■ 少し役に立つ
 ■ どちらともいえない
 ■ あまり役に立たない
 ■ 全く役に立たない



施設の質改善に「とても役に立つ」または「少し役に立つ」と回答した割合 DPC



精神病床

回答率=82.1% (32/39施設)

2020年度より11ポイントアップ

QIプロジェクトにおける全体像

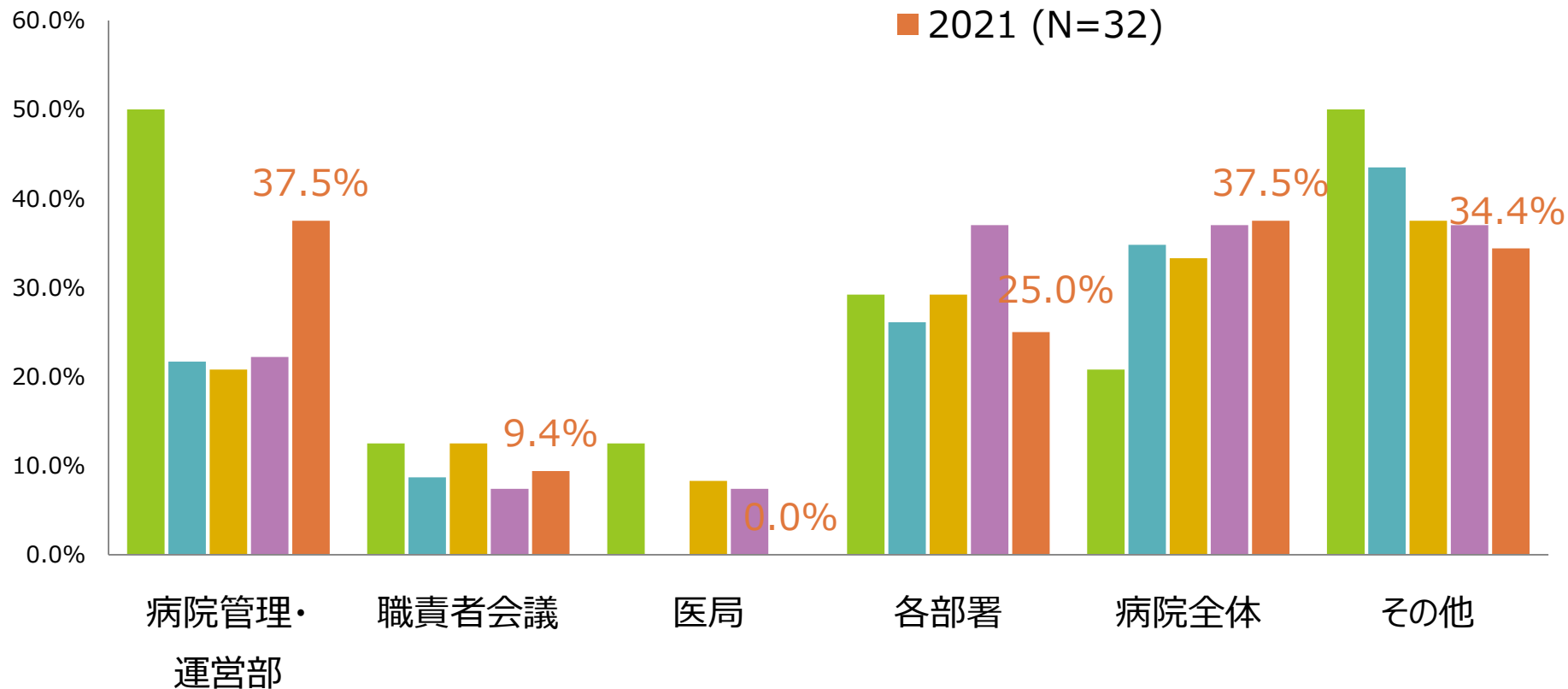
QI の測定結果を院内の
どのような場で報告していますか？

※複数選択可

■ 2017 (N=24) ■ 2018 (N=23)

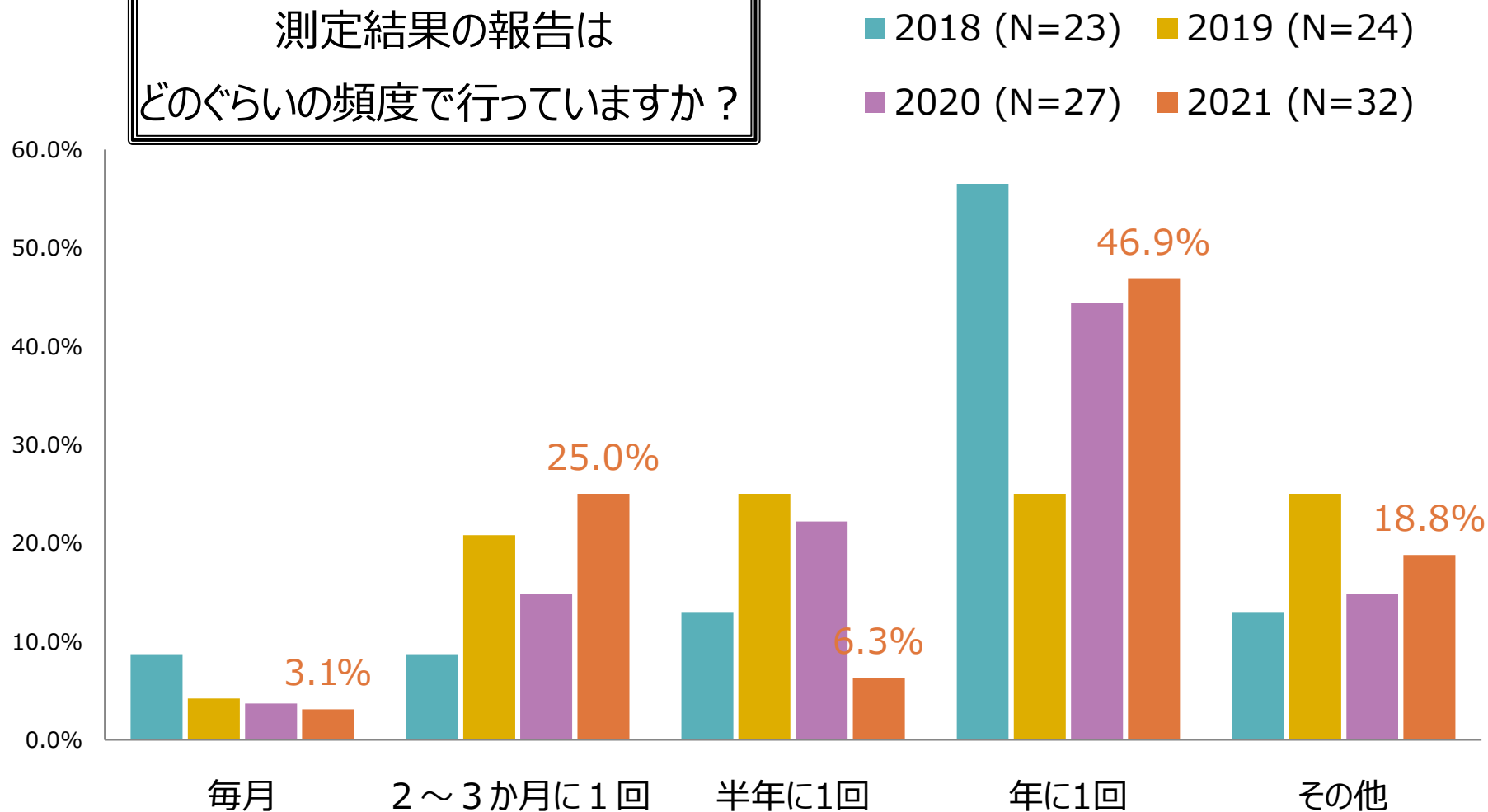
■ 2019 (N=24) ■ 2020 (N=27)

■ 2021 (N=32)



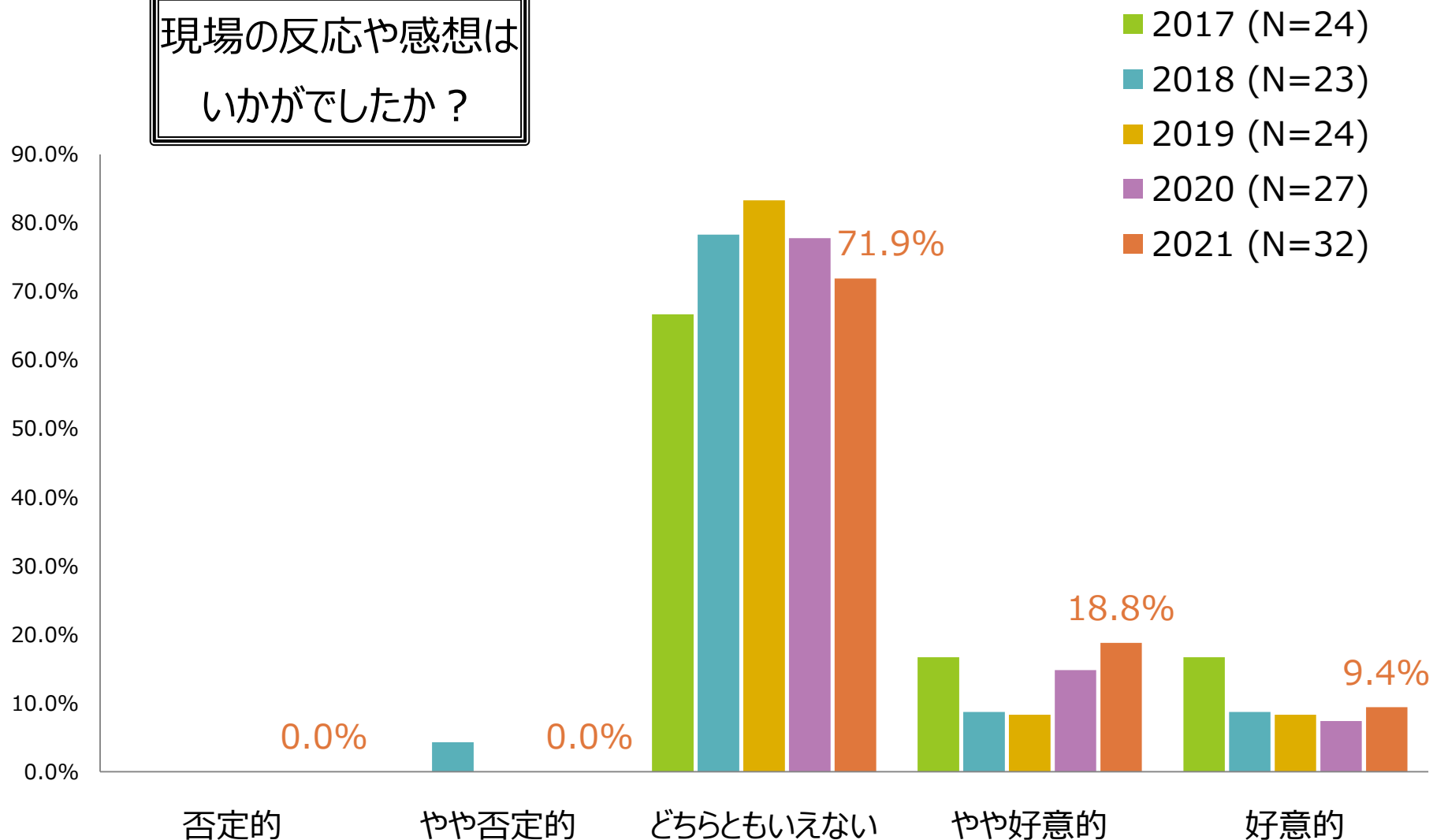
QIプロジェクトにおける全体像

測定結果の報告は
どのくらいの頻度で行っていますか？



QIプロジェクトにおける全体像

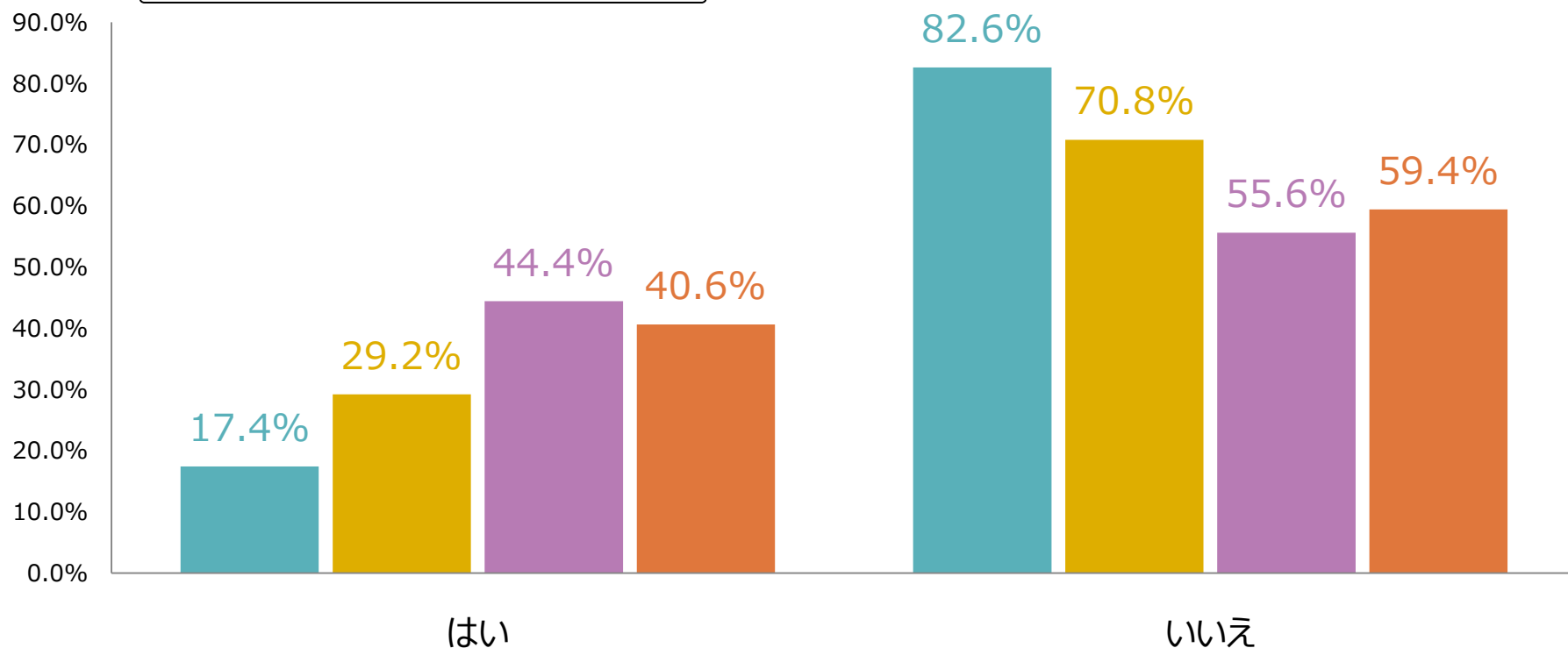
現場の反応や感想は
いかがでしたか？



QIプロジェクトにおける全体像

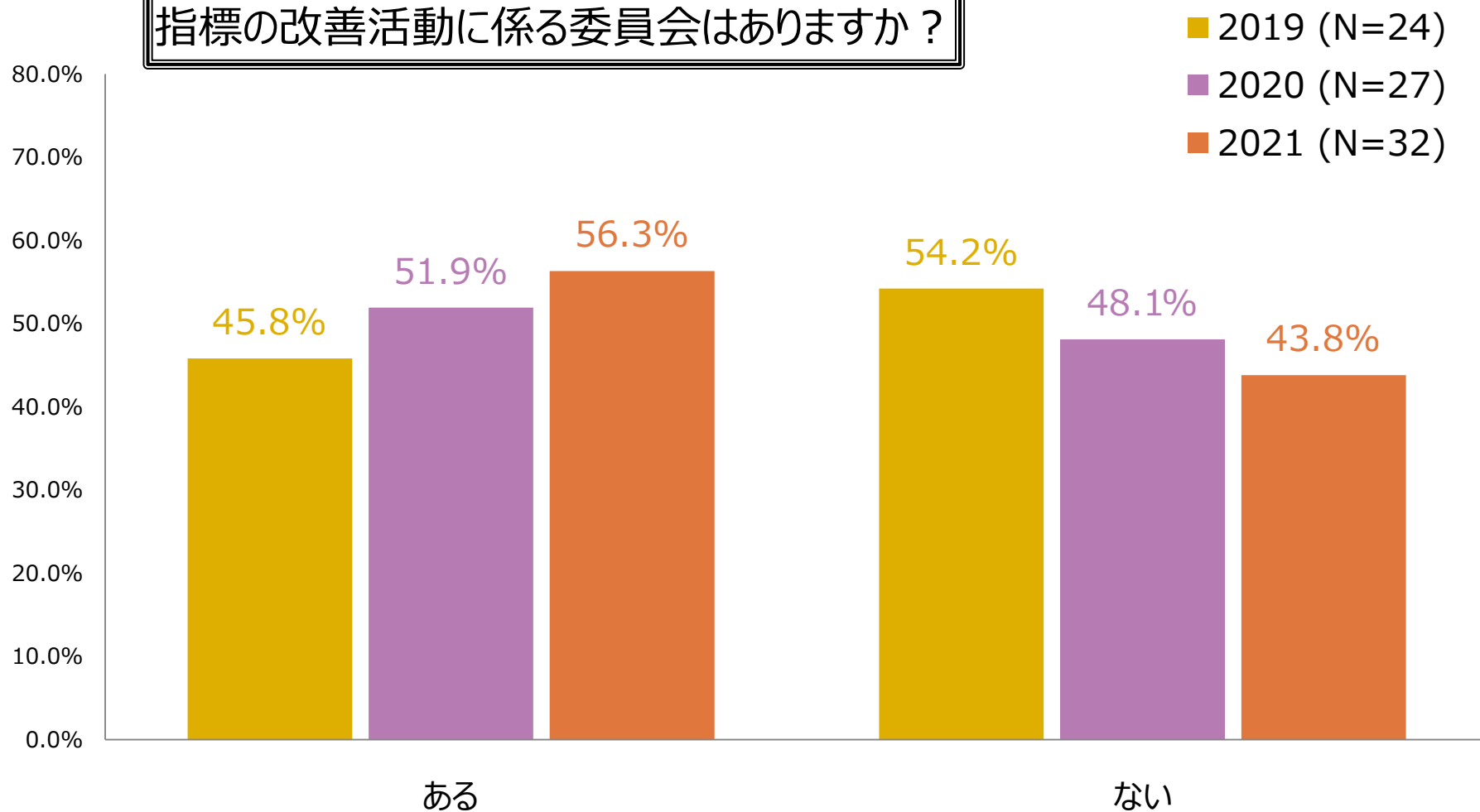
当プロジェクトに関する内容
(指標やフィードバック結果等)
を外部に公表していますか？

■ 2018 (N=23)
■ 2019 (N=24)
■ 2020 (N=27)
■ 2021 (N=32)



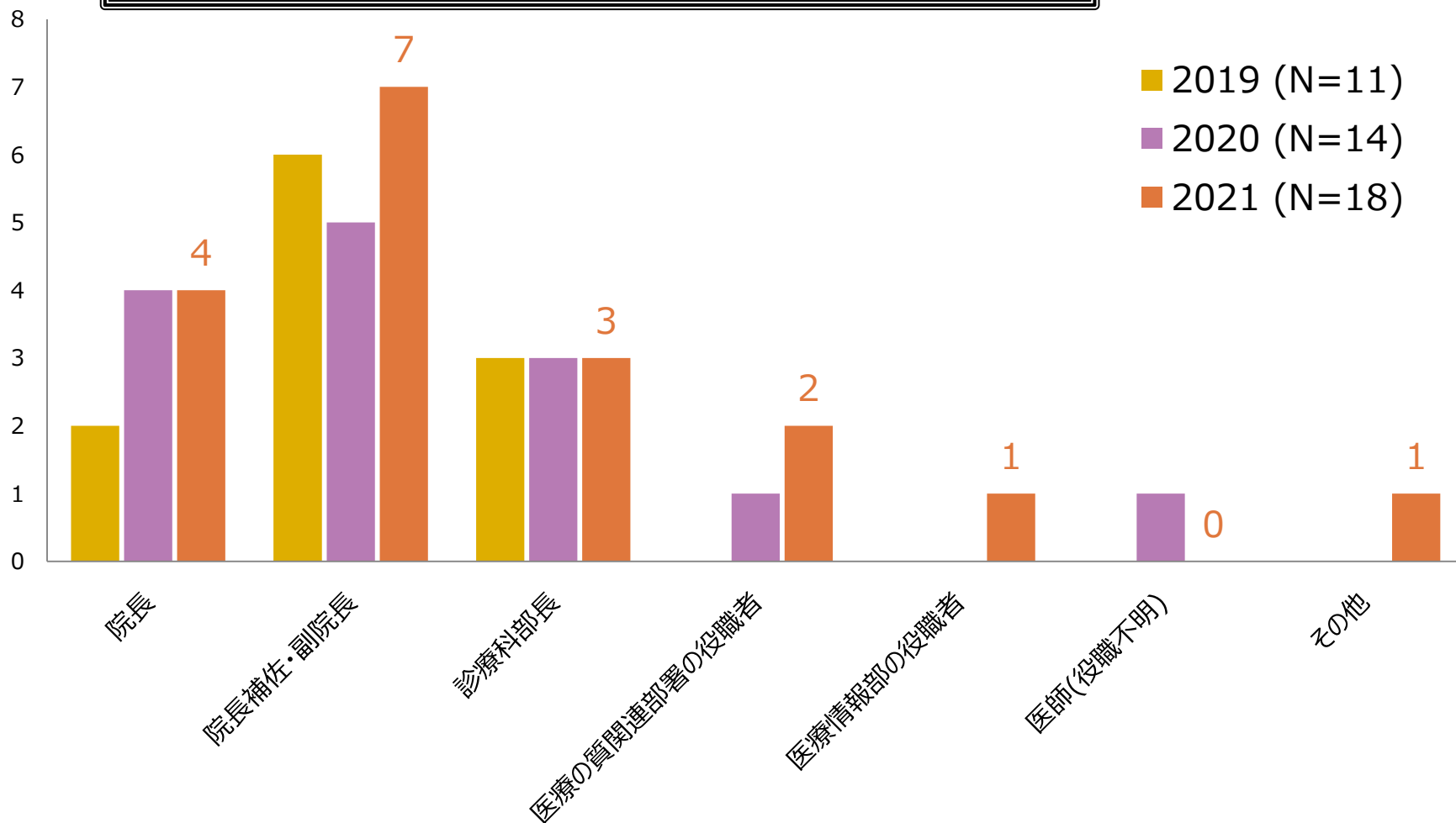
QIプロジェクトにおける組織体制

指標の改善活動に係る委員会がありますか？



QIプロジェクトにおける組織体制

委員会の委員長はどなたですか？(フリー記載より分類)



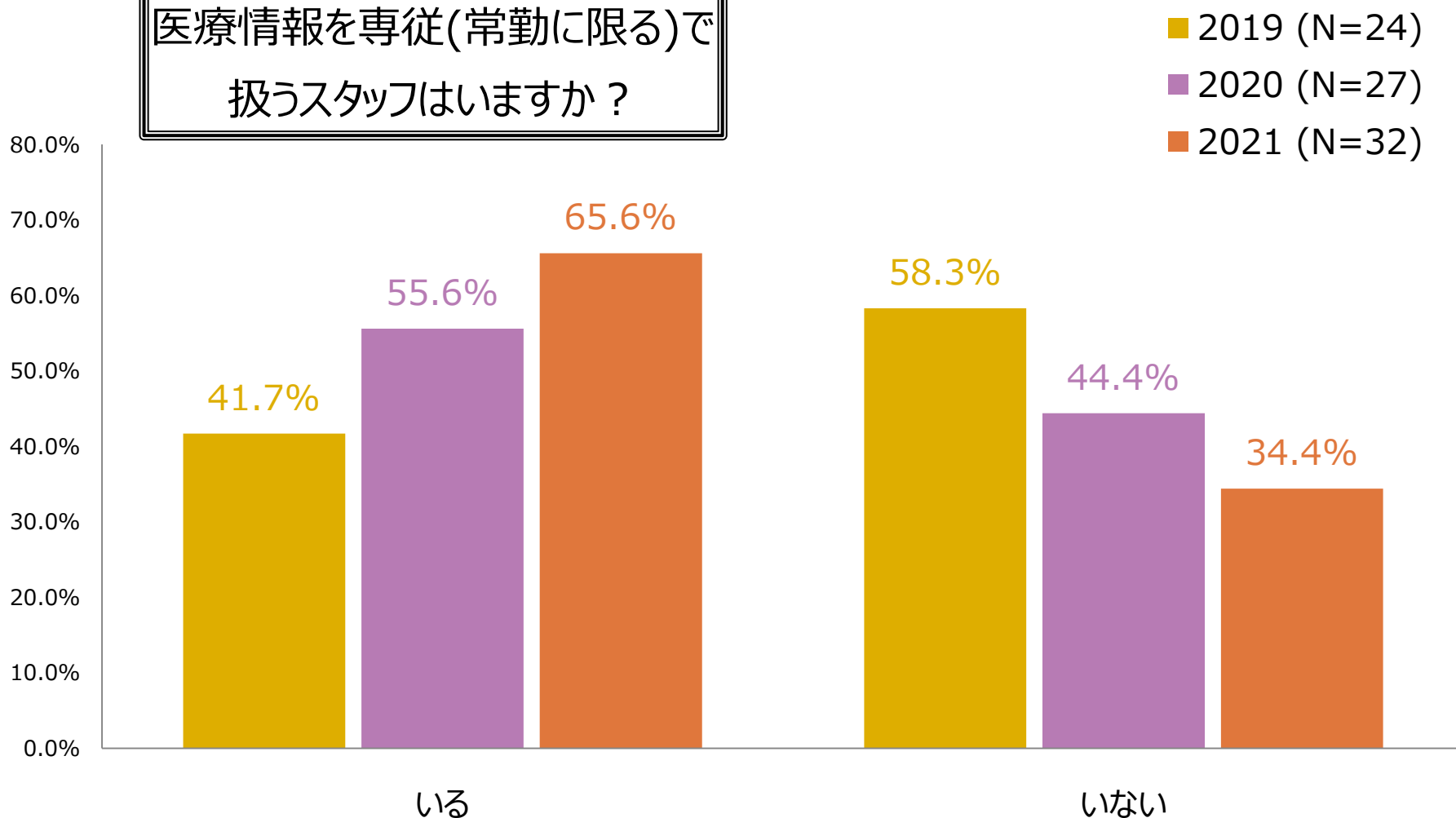
QIプロジェクトにおける組織体制

委員の職種別人数をお答えください。(N=18)

	医師	看護師	薬剤師	コメディカル	事務職	合計
平均値	6.6人	3.1人	0.9人	2.4人	4.6人	17.6人
最小値	1人	0人	0人	0人	1人	8人
中央値	5.5人	3人	1人	3人	4人	18.5人
最頻値	3人	4人	1人	3人	4人	21人
最大値	26人	5人	2人	5人	9人	36人

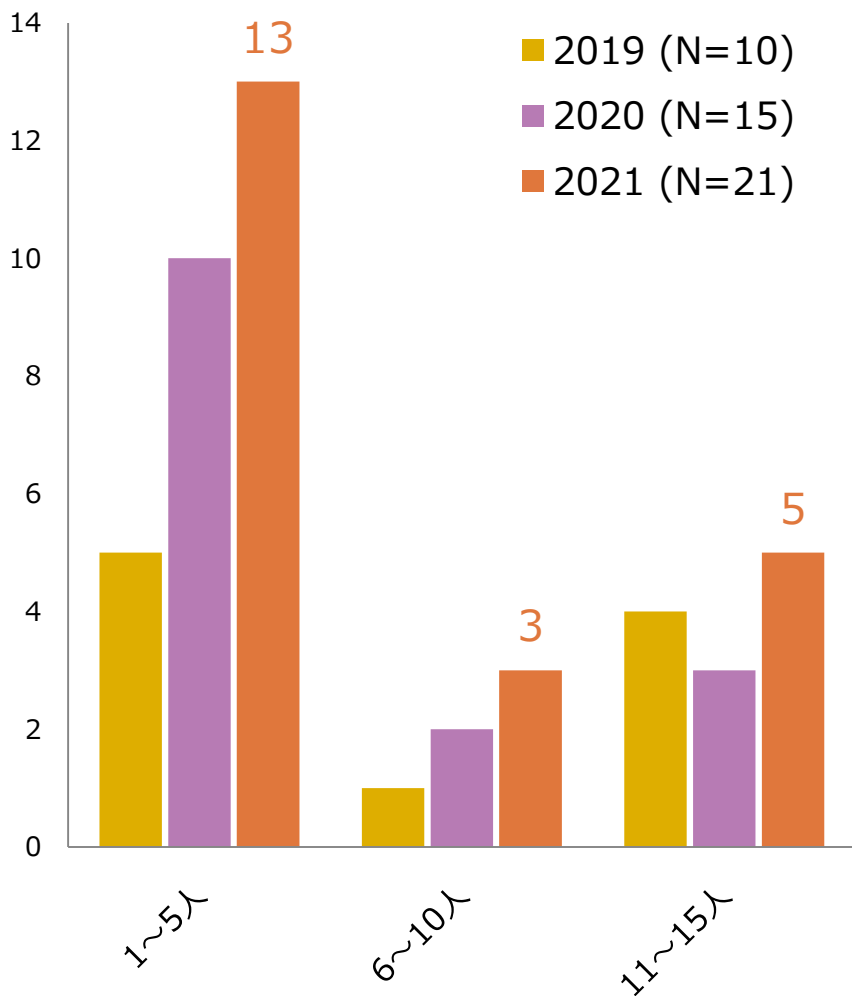
QIプロジェクトにおける組織体制

医療情報を専従(常勤に限る)で
扱うスタッフはいますか？

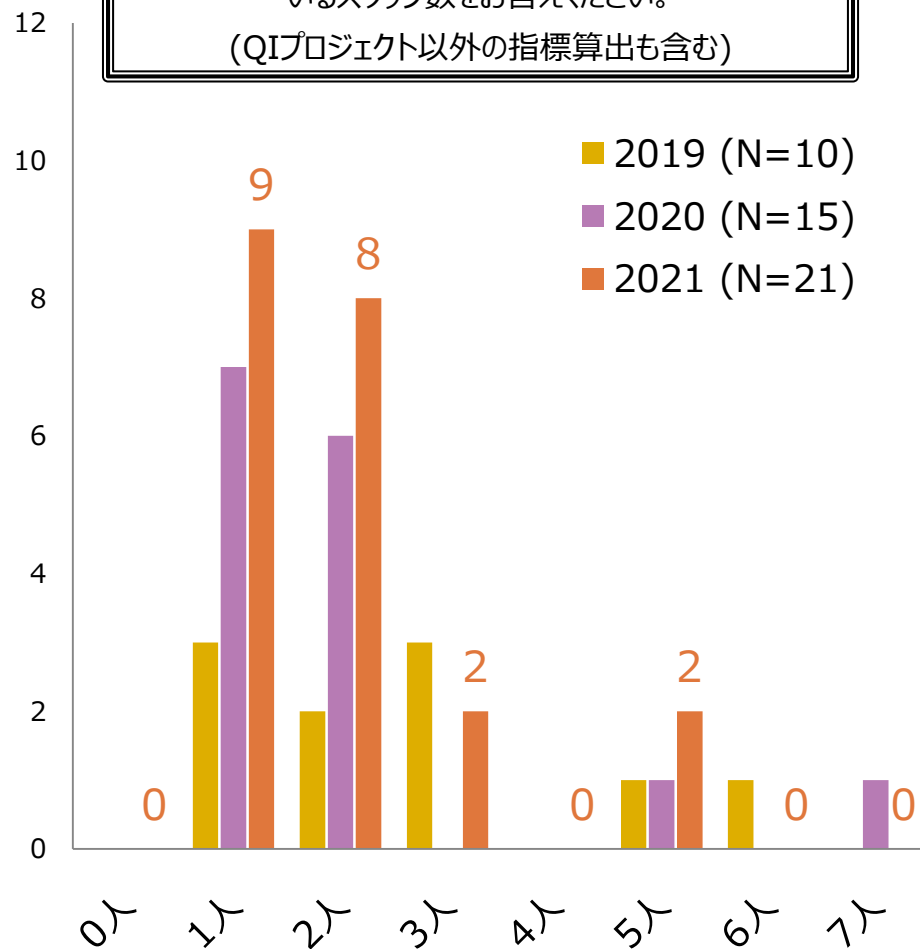


QIプロジェクトにおける組織体制

医療情報を専従で扱うスタッフ数をお答えください。

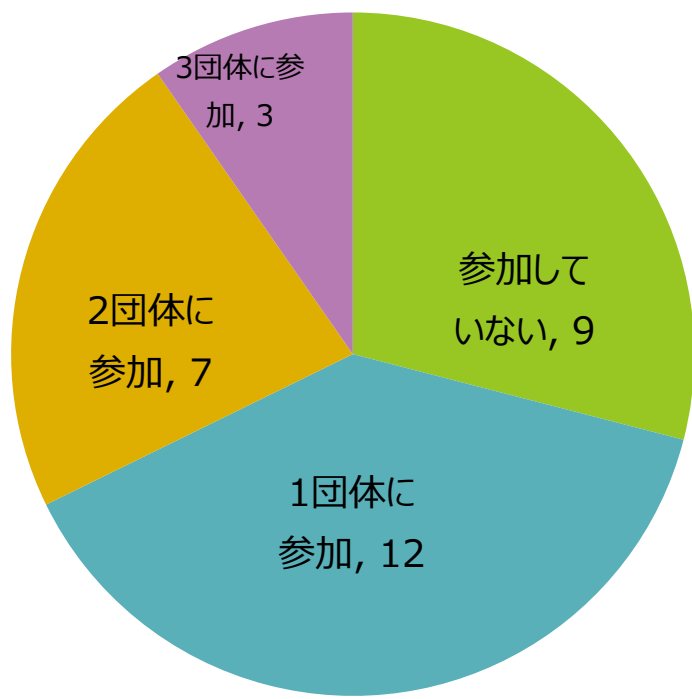


医療情報を専従で扱うスタッフのうち、指標の算出を行っているスタッフ数をお答えください。
(QIプロジェクト以外の指標算出も含む)

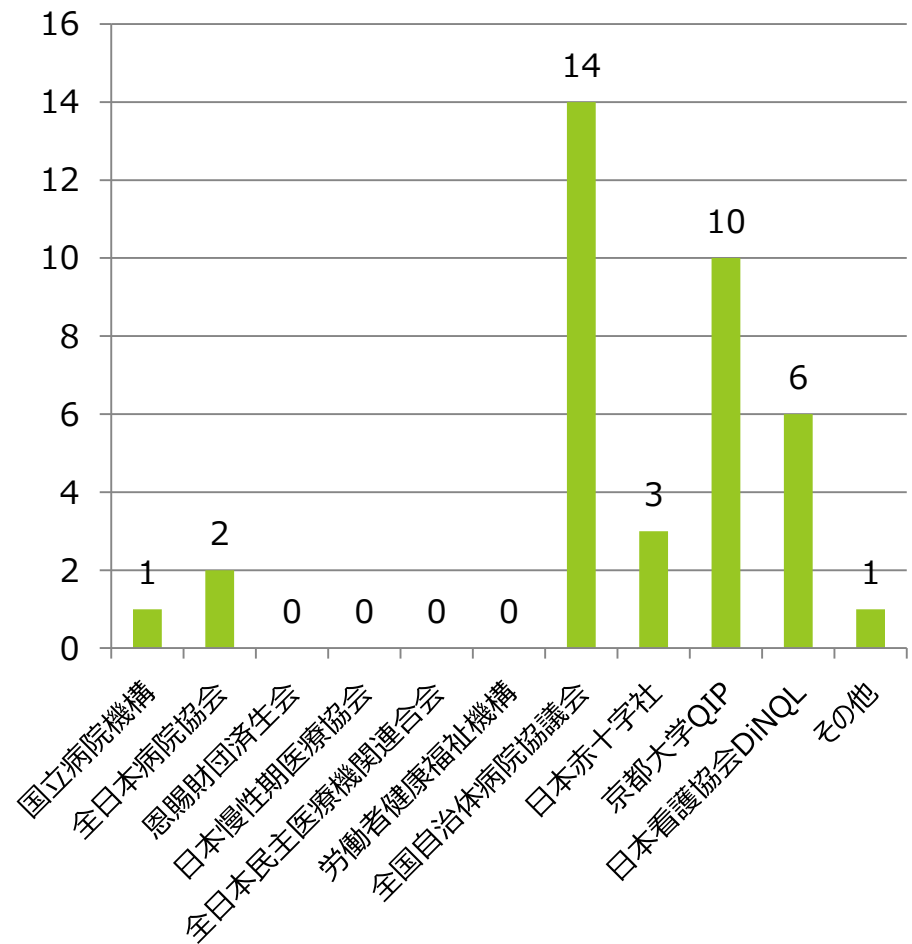


QIプロジェクトにおける組織体制

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



参加している団体(複数回答可)

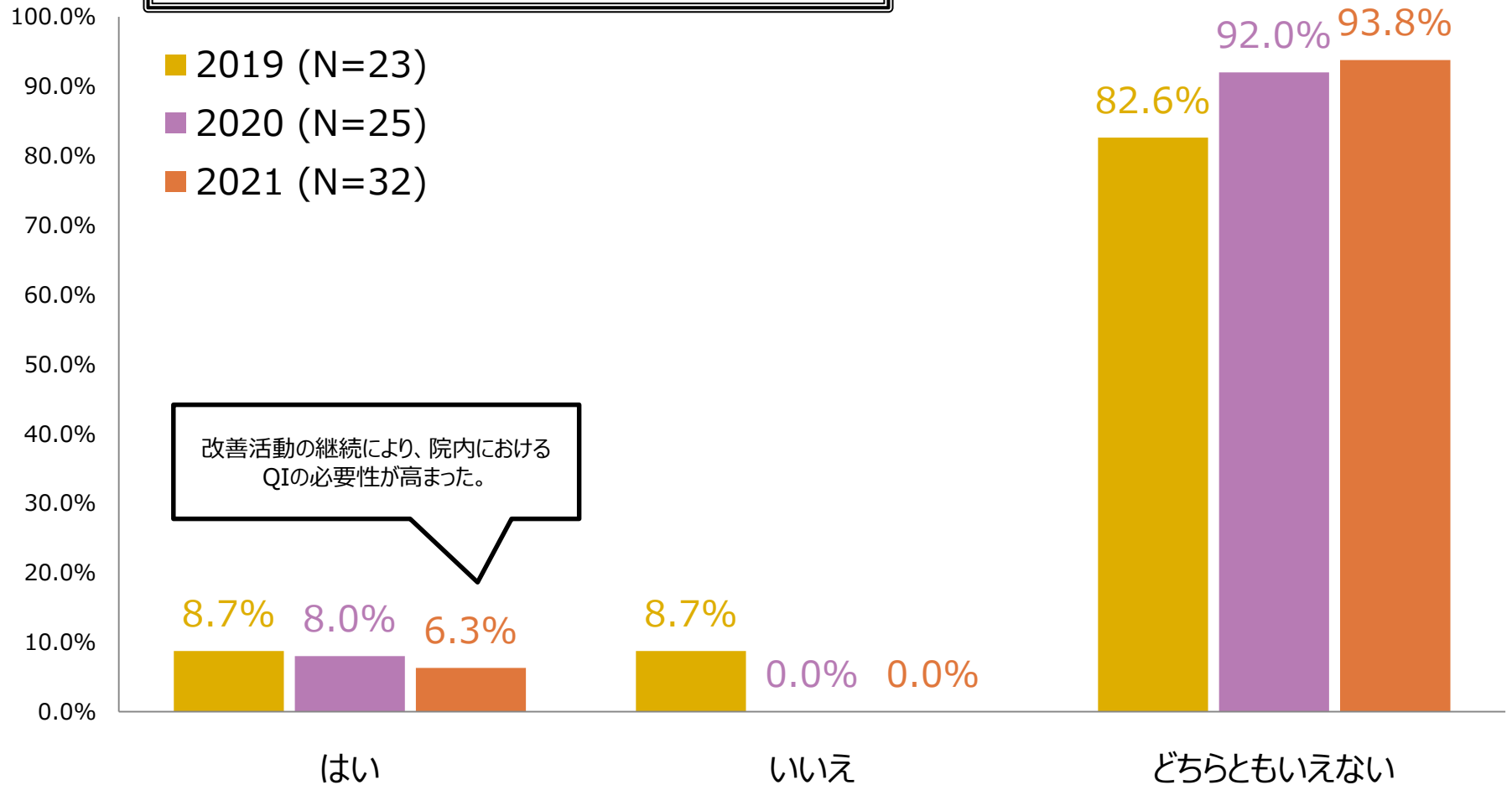


N=32

2020年度に比べて京都大学QIPが4施設増。

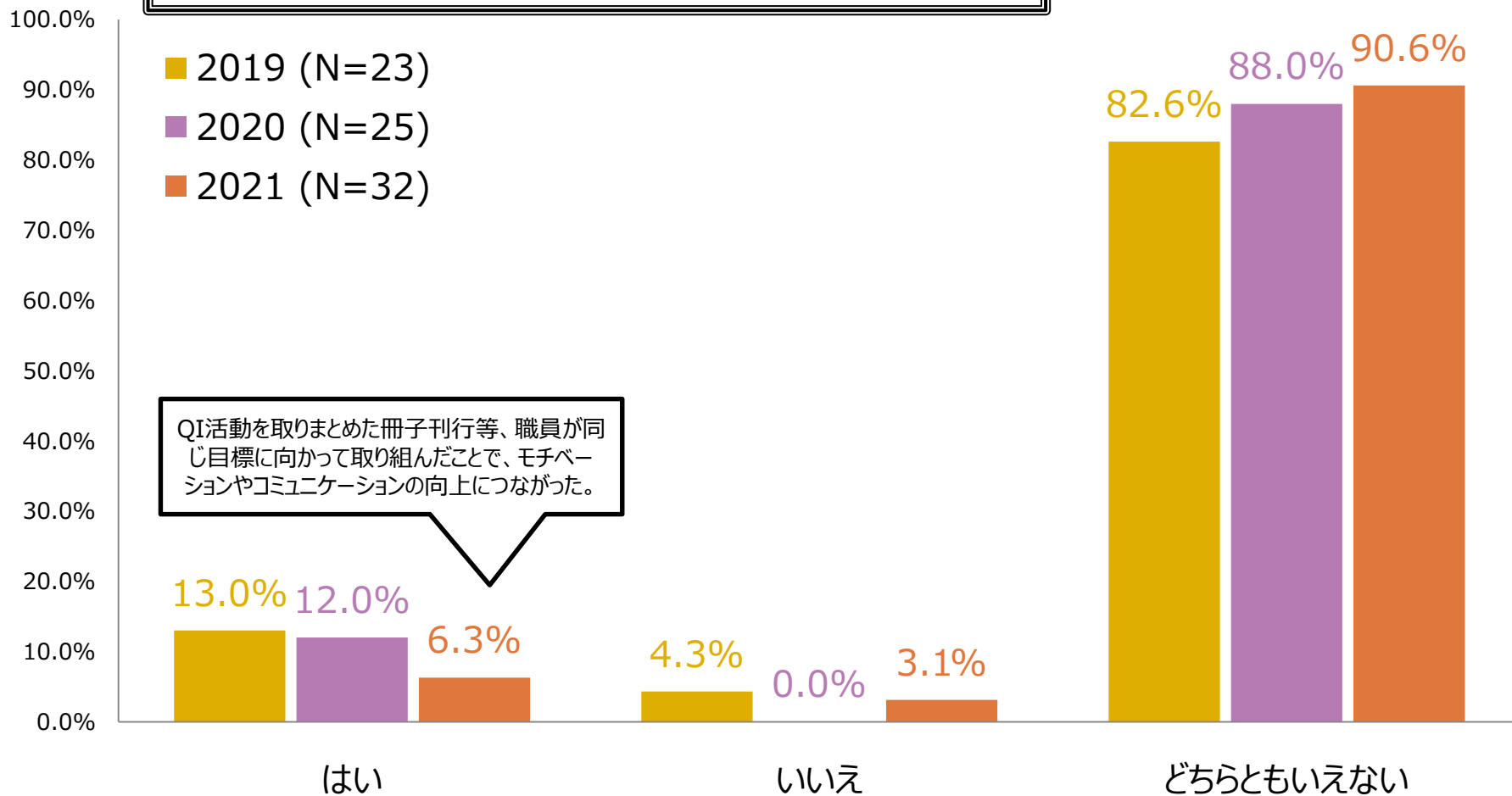
QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

施設全体の医療の質が向上しましたか？



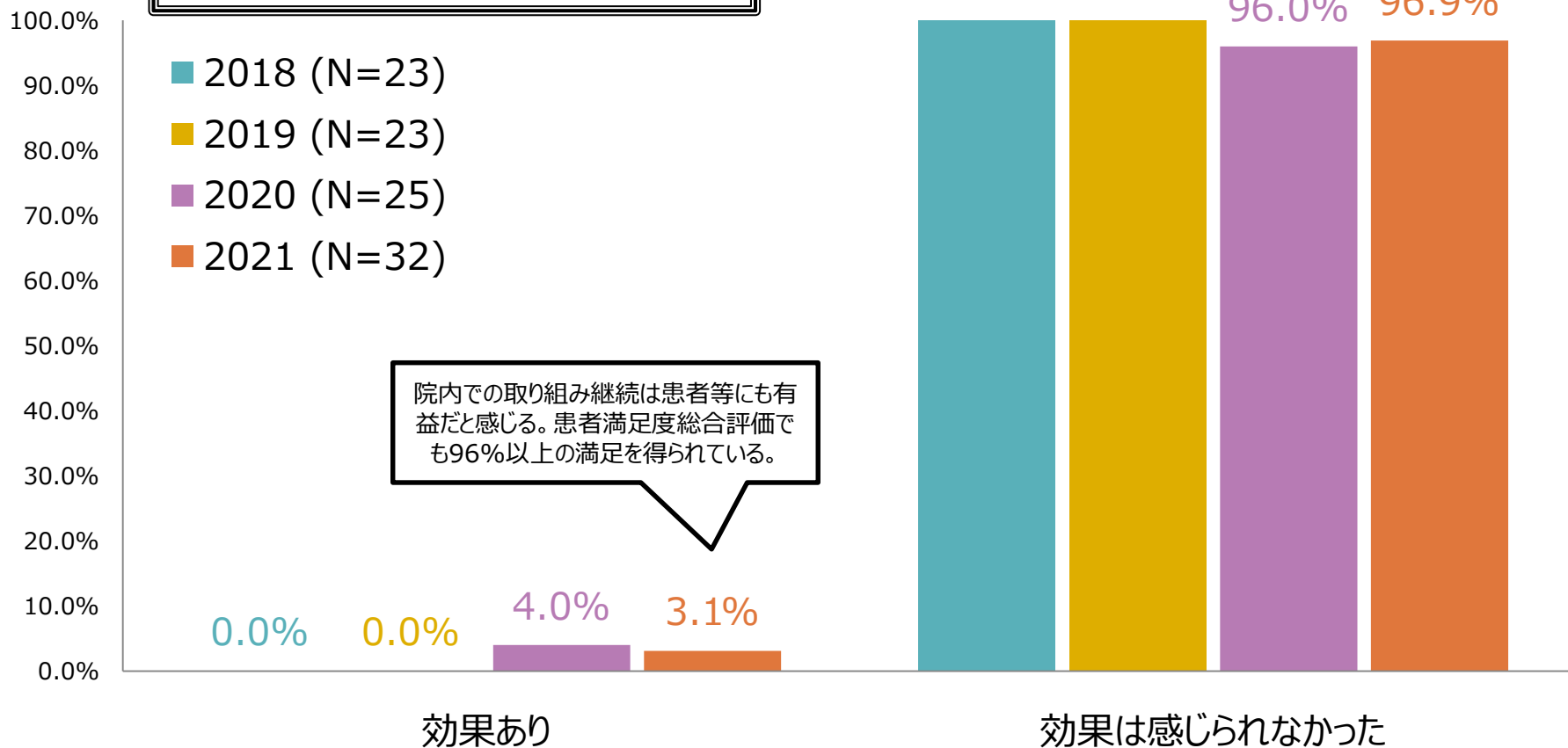
QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

医療の質に関して職員の意識が向上しましたか？



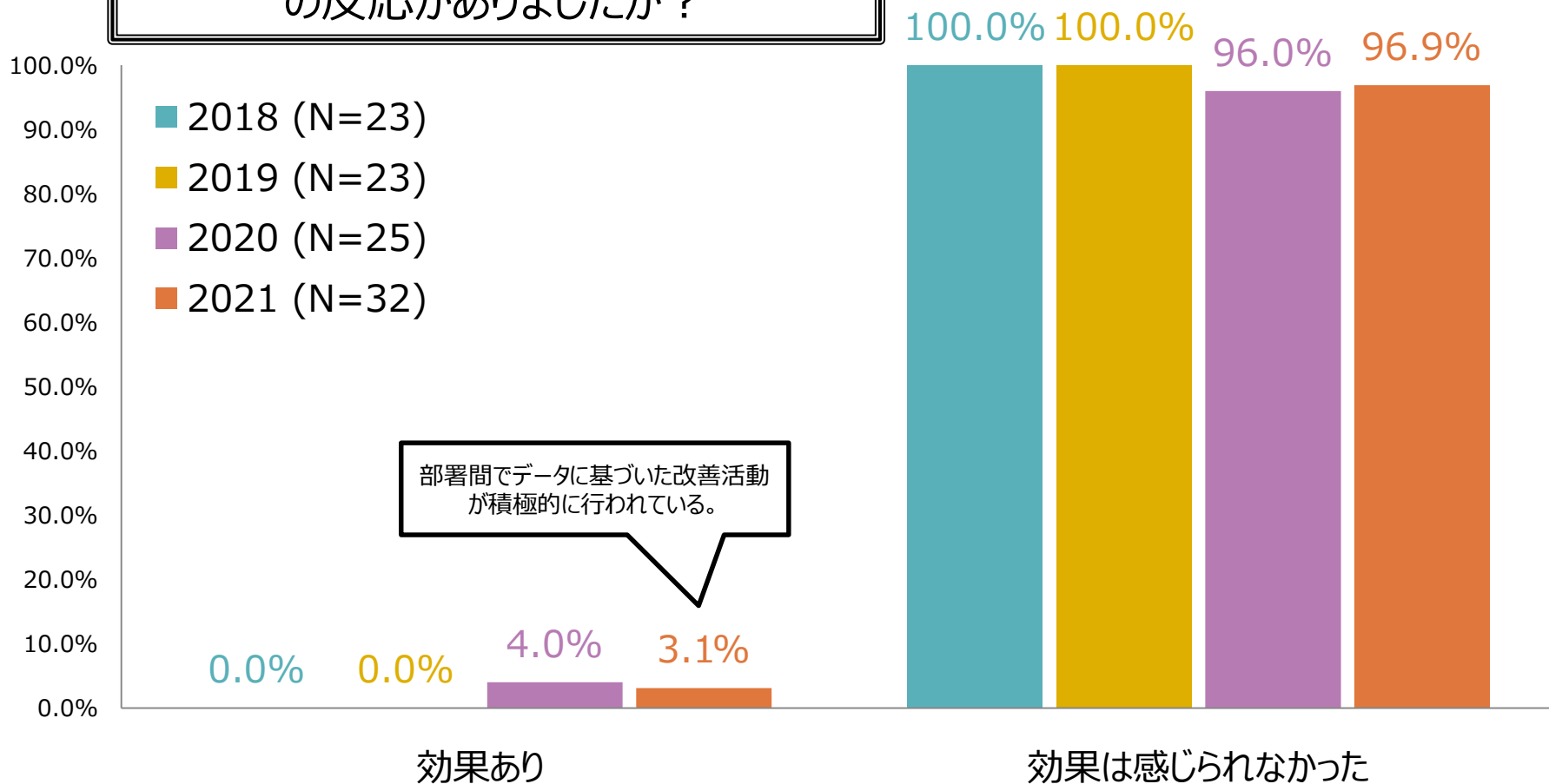
QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

外部(患者等)の反応について、
効果やありましたか？



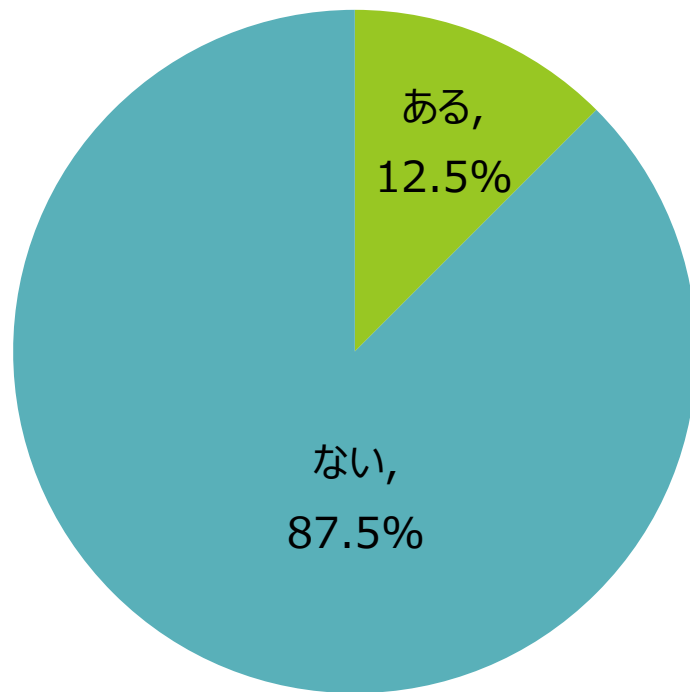
QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

当初予定していなかった副次的な効果等の反応がありましたか？



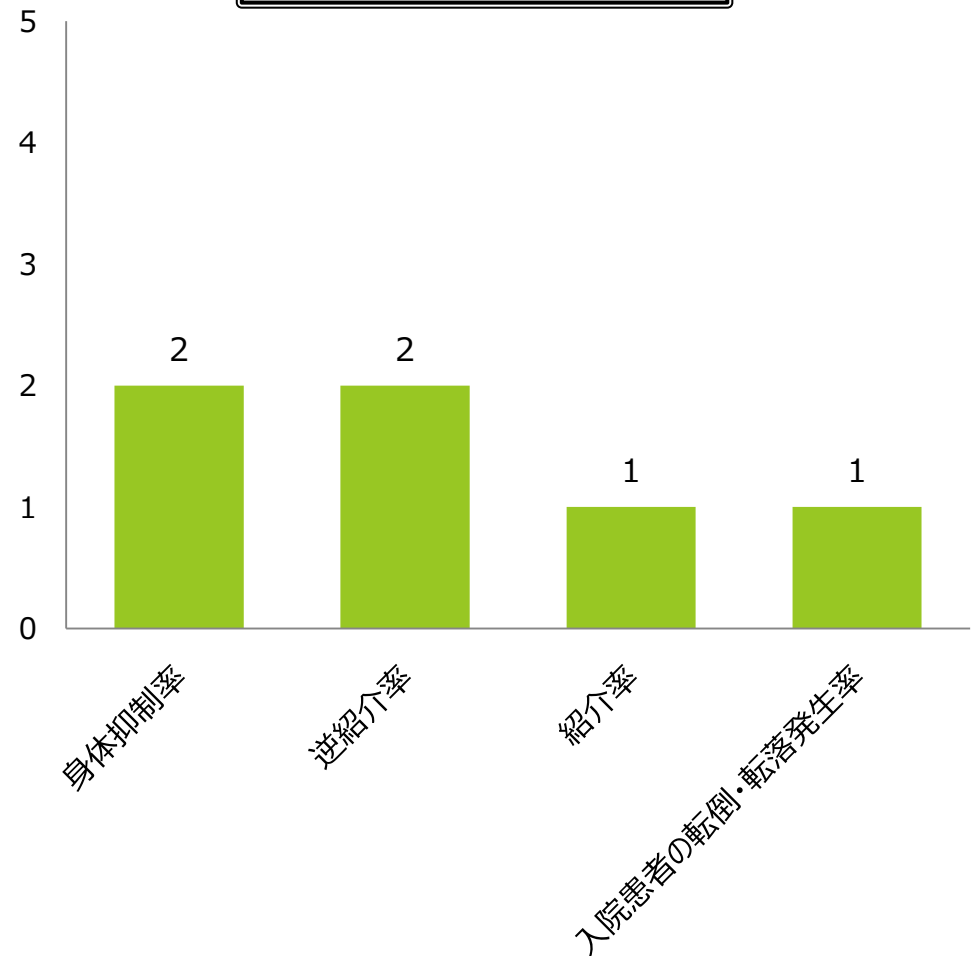
QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

今年度、改善活動を行った
指標はありますか？



N=32

改善活動を行った項目

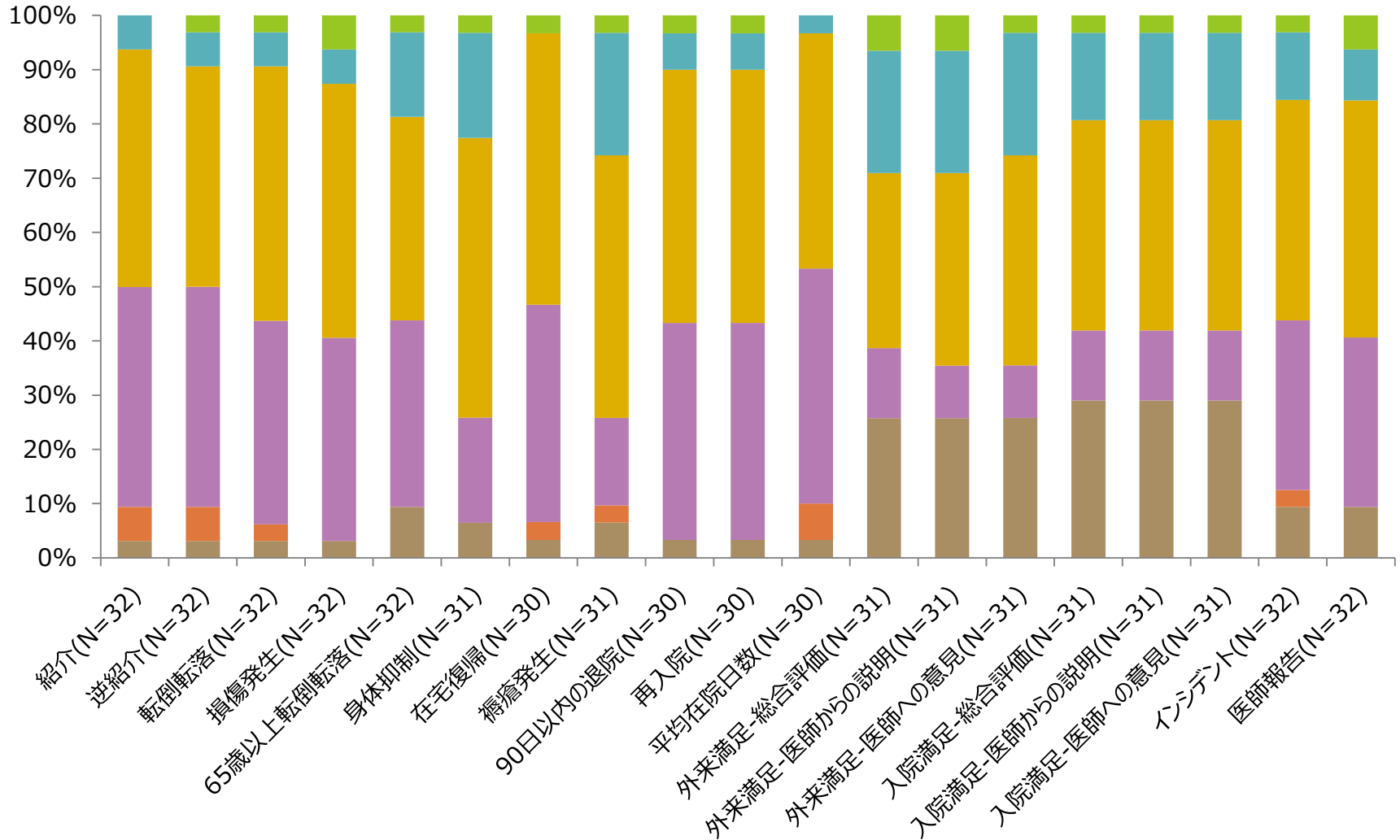


指標毎の改善活動

指標名	活動内容
身体抑制率	委員会でフィードバック、他院と比較し当院の状況はどの程度か共有した。 関連委員会の資料の一つとして利用。
逆紹介率	診療科ごとの目標件数を毎月各科宛にお知らせする取り組み。 地域の医療機関から患者を紹介してもらうためには、医療機関への逆紹介も重要。その為、病院としては、逆紹介の推進を積極的に実施している。
紹介率	病院経営において、紹介患者の獲得は重要であり、紹介元医療機関毎の患者数や市町村別の患者数などから医療機関を選定し対応。
入院患者の転倒・転落発生率	関連委員会の資料の一つとして利用

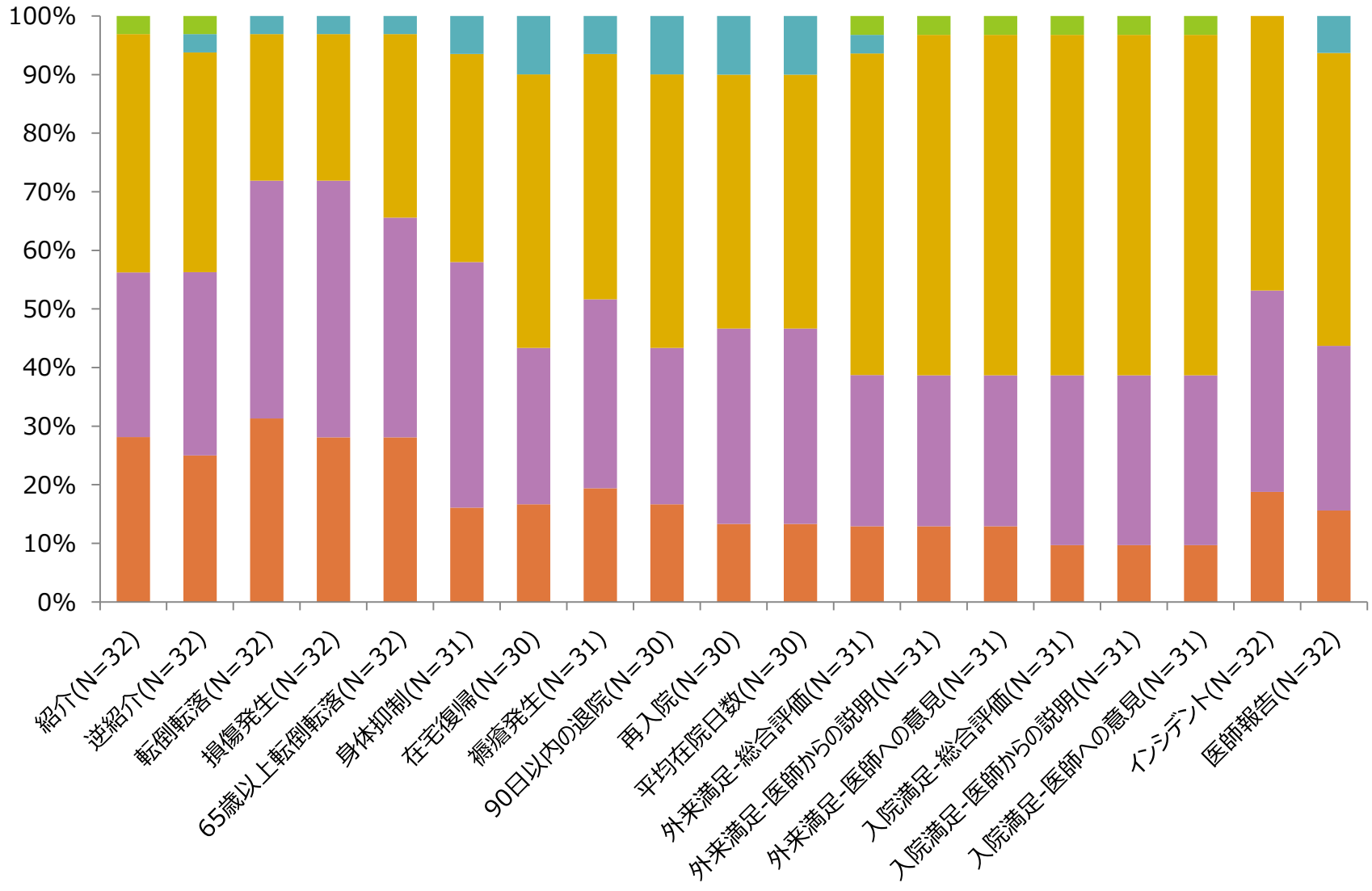
各指標における算出の難易度

測定無し
 非常に容易
 やや容易
 どちらともいえない
 やや困難
 非常に困難

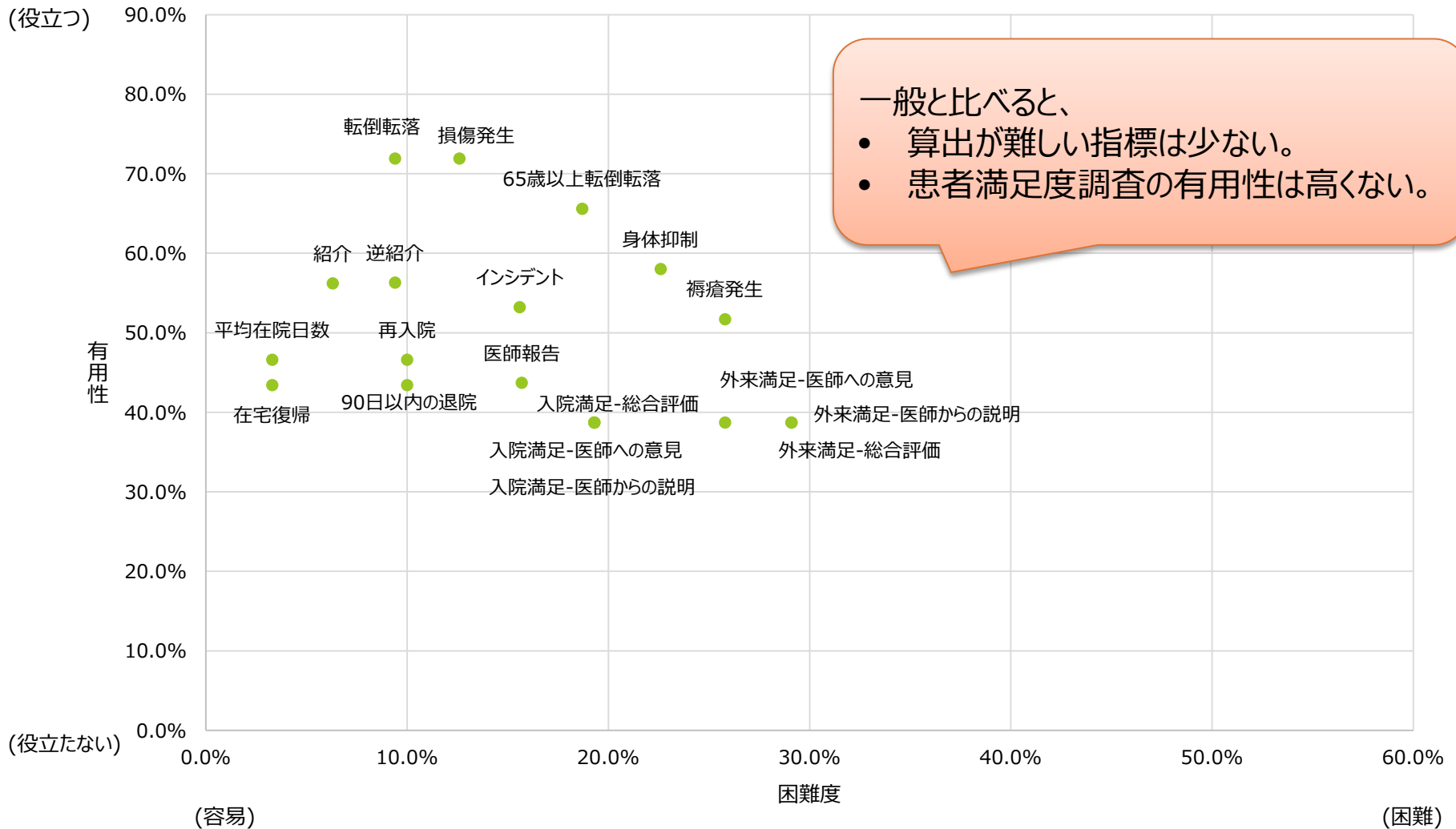


施設の質改善に役立つ指標か？

とても役に立つ 少し役に立つ どちらともいえない あまり役に立たない 全く役に立たない



算出の難易度と有用性



療養病床

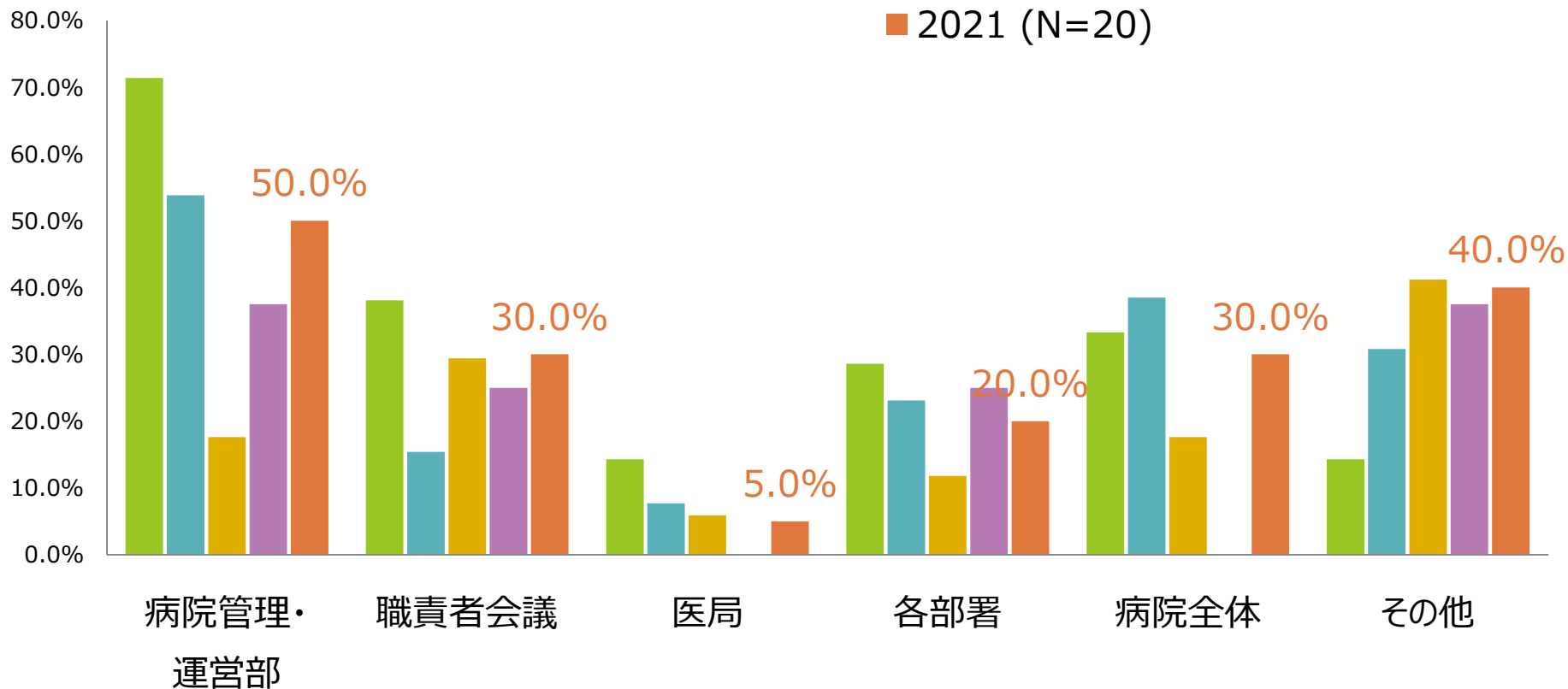
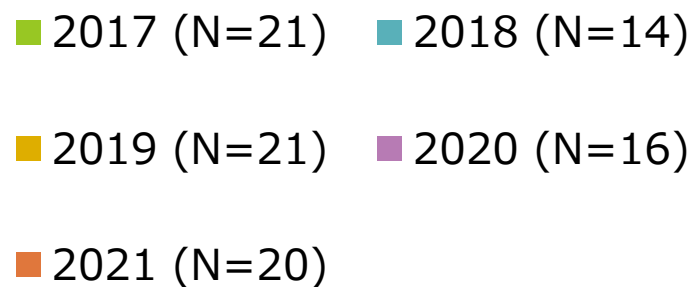
回答率 = 74.1% (20/27施設)

2020年度より22.5ポイントアップ

QIプロジェクトにおける全体像

QI の測定結果を院内の
どのような場で報告していますか？

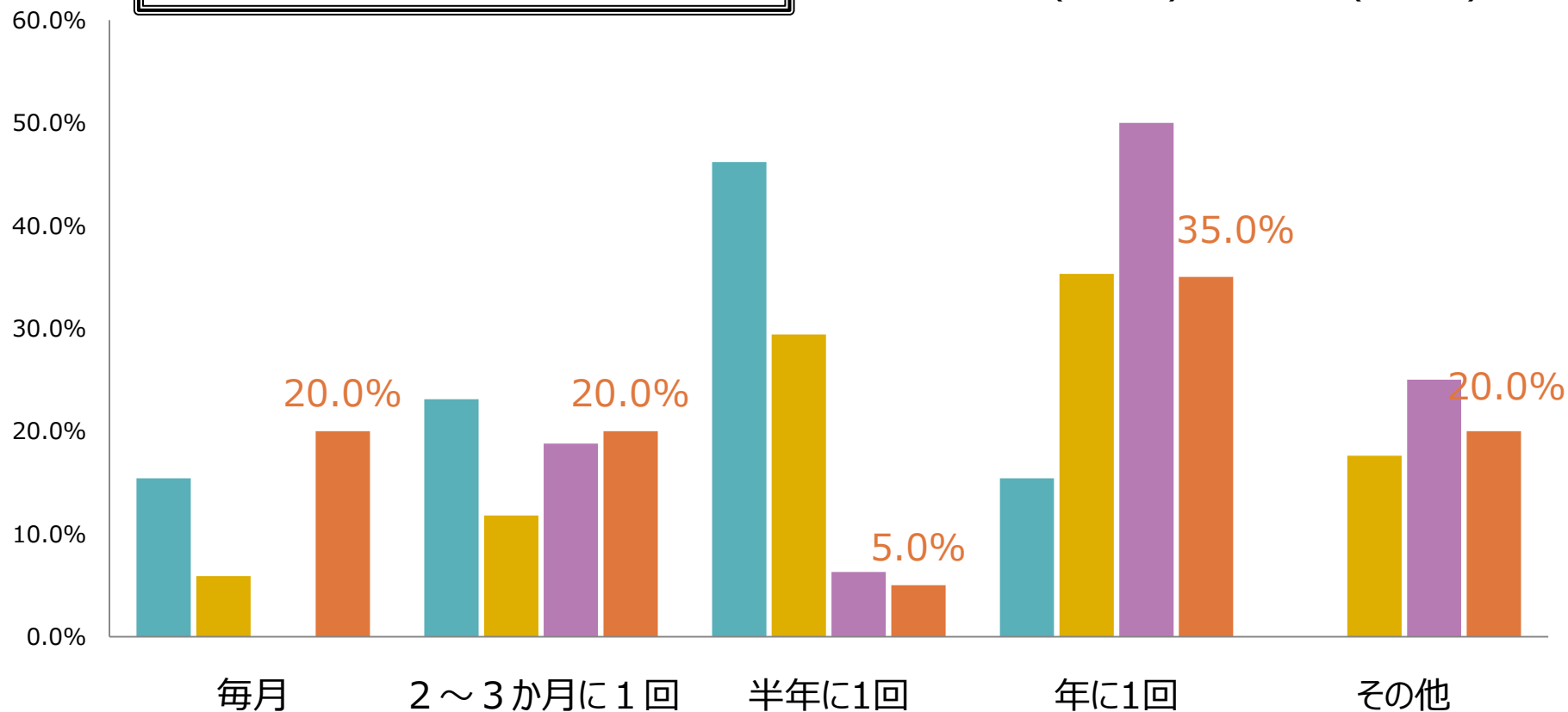
※複数選択可



QIプロジェクトにおける全体像

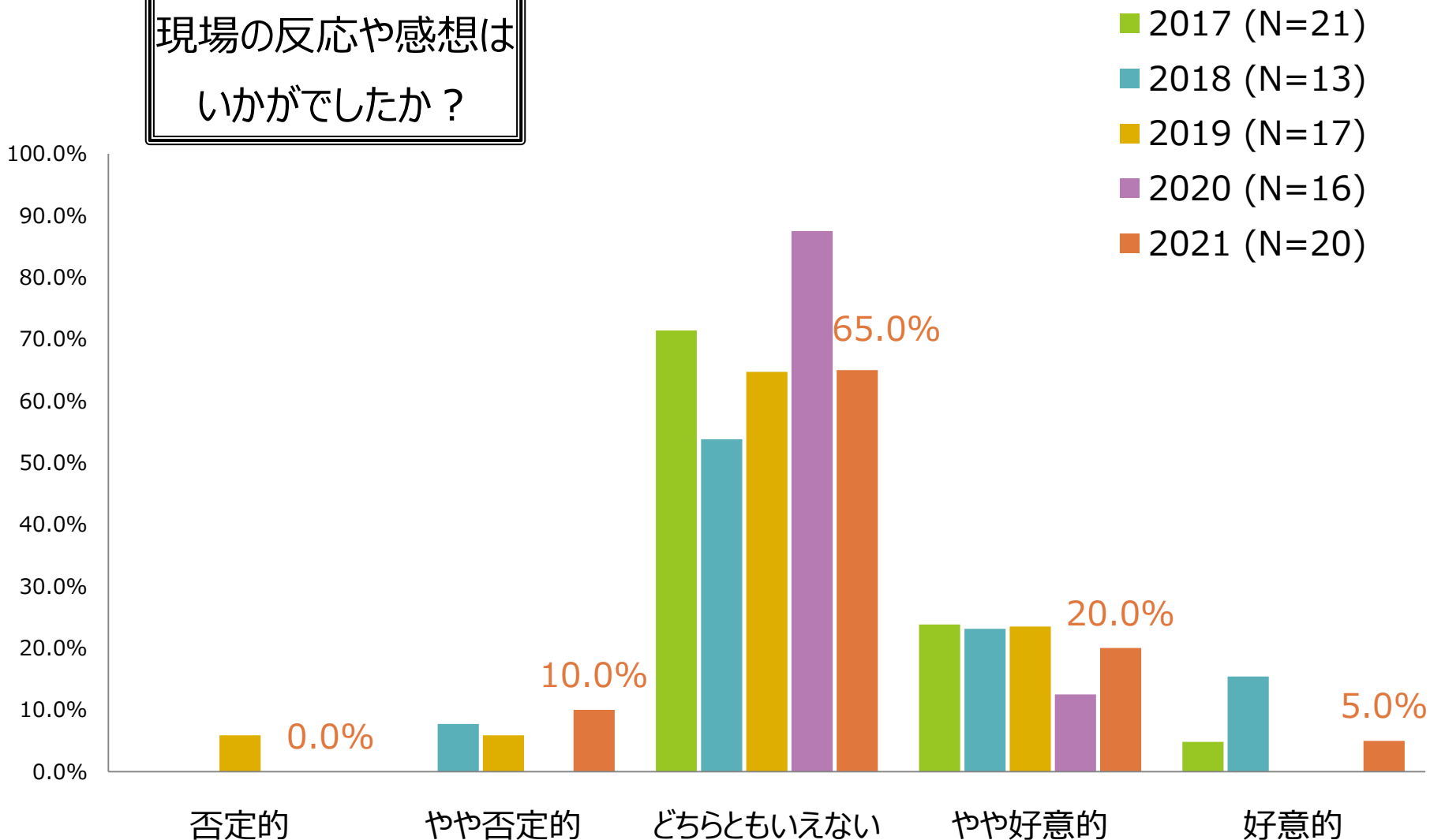
測定結果の報告は
どのくらいの頻度で行っていますか？

■ 2018 (N=13) ■ 2019 (N=17)
■ 2020 (N=16) ■ 2021 (N=20)



QIプロジェクトにおける全体像

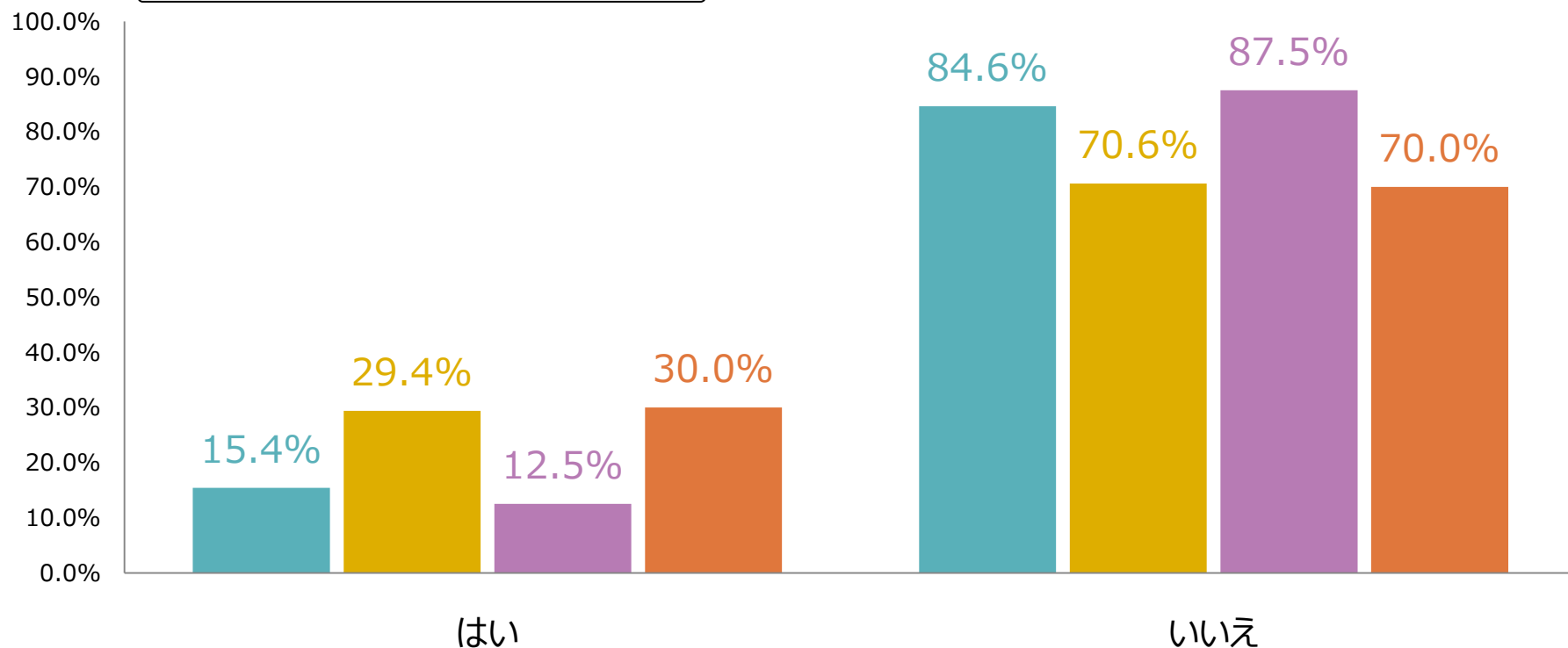
現場の反応や感想は
いかがでしたか？



QIプロジェクトにおける全体像

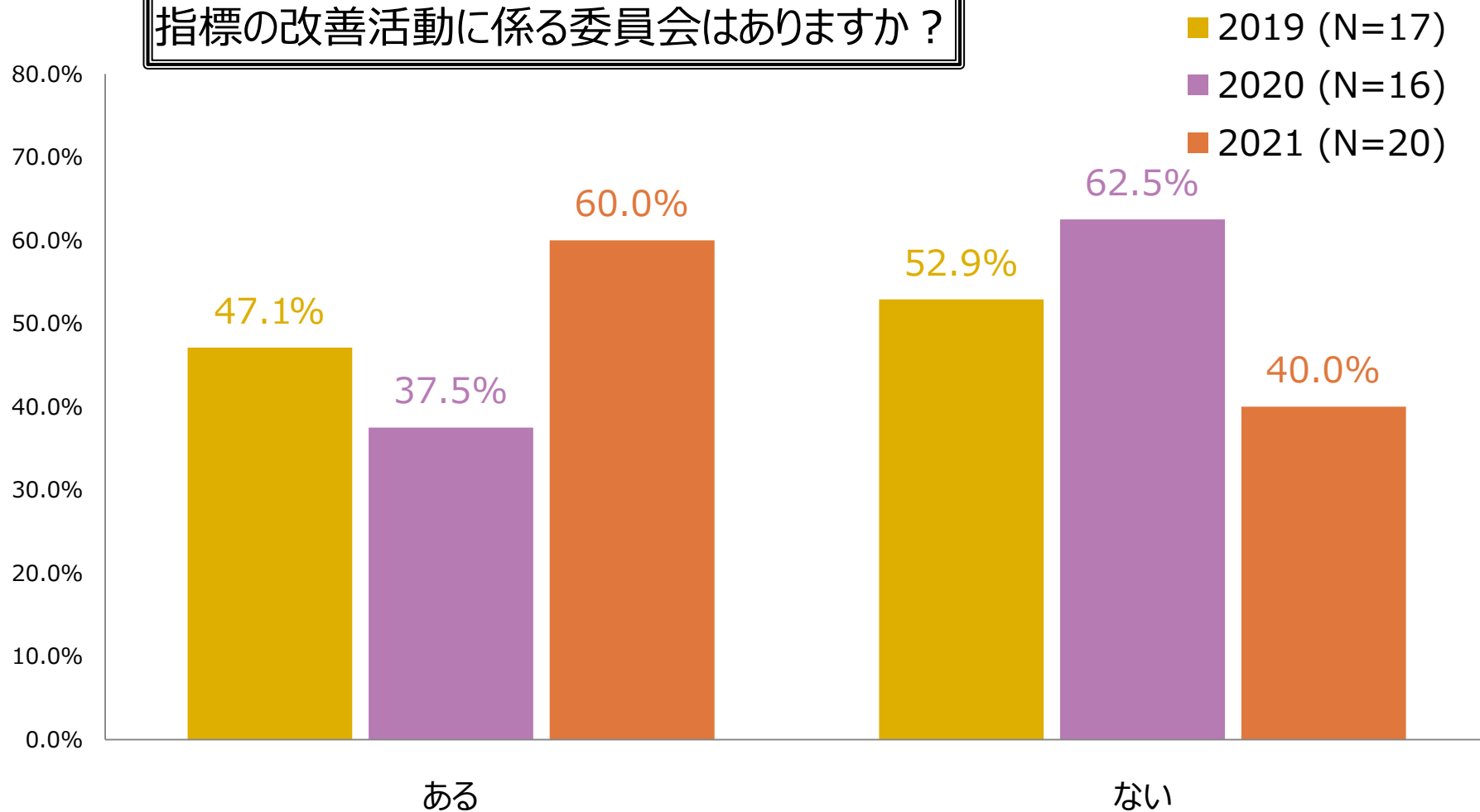
当プロジェクトに関する内容
(指標やフィードバック結果等)
を外部に公表していますか？

■ 2018 (N=13) ■ 2019 (N=17)
■ 2020 (N=16) ■ 2021 (N=20)



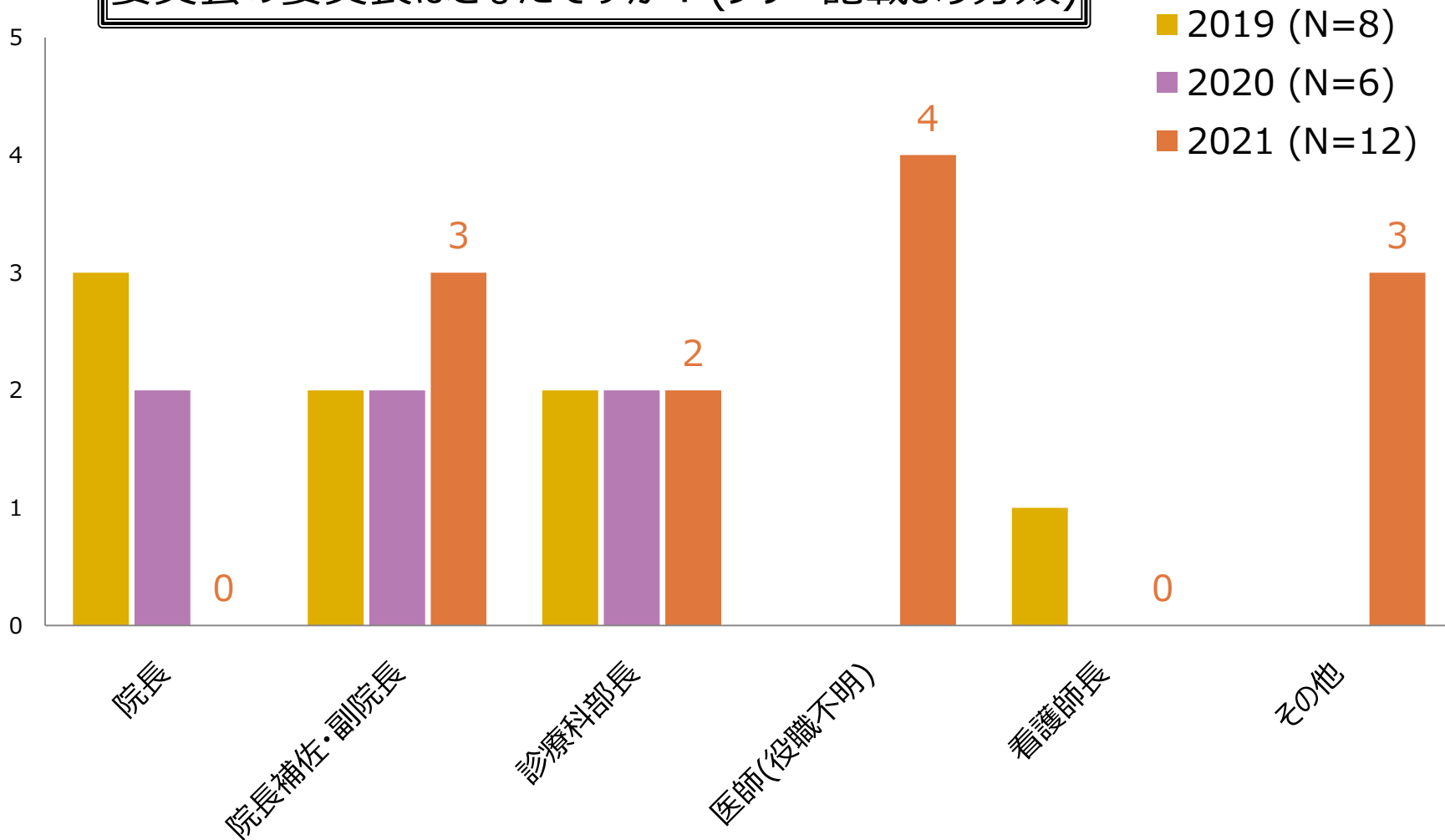
QIプロジェクトにおける組織体制

指標の改善活動に係る委員会がありますか？



QIプロジェクトにおける組織体制

委員会の委員長はどなたですか？ (フリー記載より分類)



QIプロジェクトにおける組織体制

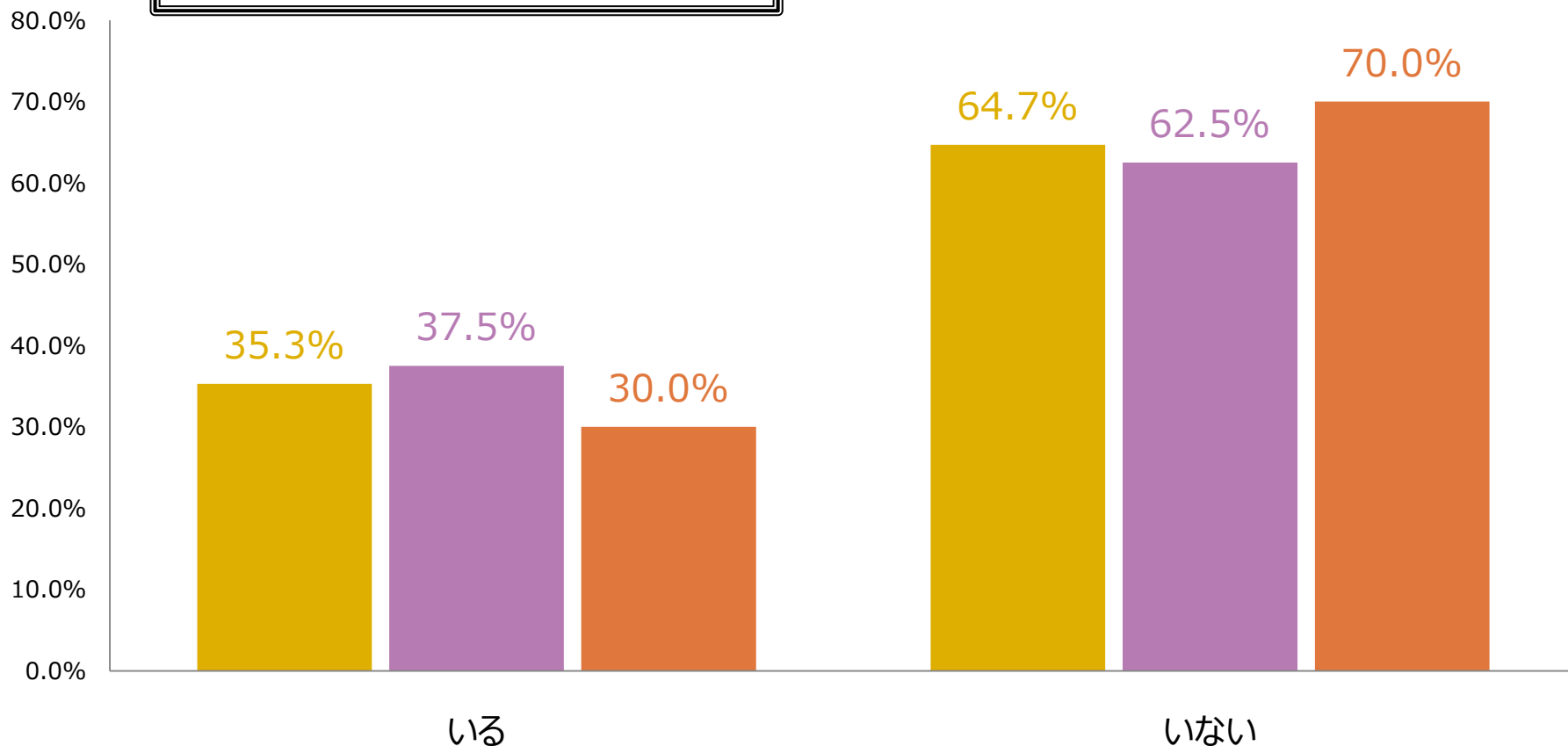
委員の職種別人数をお答えください。(N=12)

	医師	看護師	薬剤師	コメディカル	事務職	合計
平均値	3.4人	4.9人	0.9人	3.6人	5.3人	18.1人
最小値	0人	1人	0人	0人	1人	5人
中央値	1.5人	3人	1人	3人	4.5人	13人
最頻値	1人	2人	1人	3人	2人	13人
最大値	21人	15人	1人	10人	14人	50人

QIプロジェクトにおける組織体制

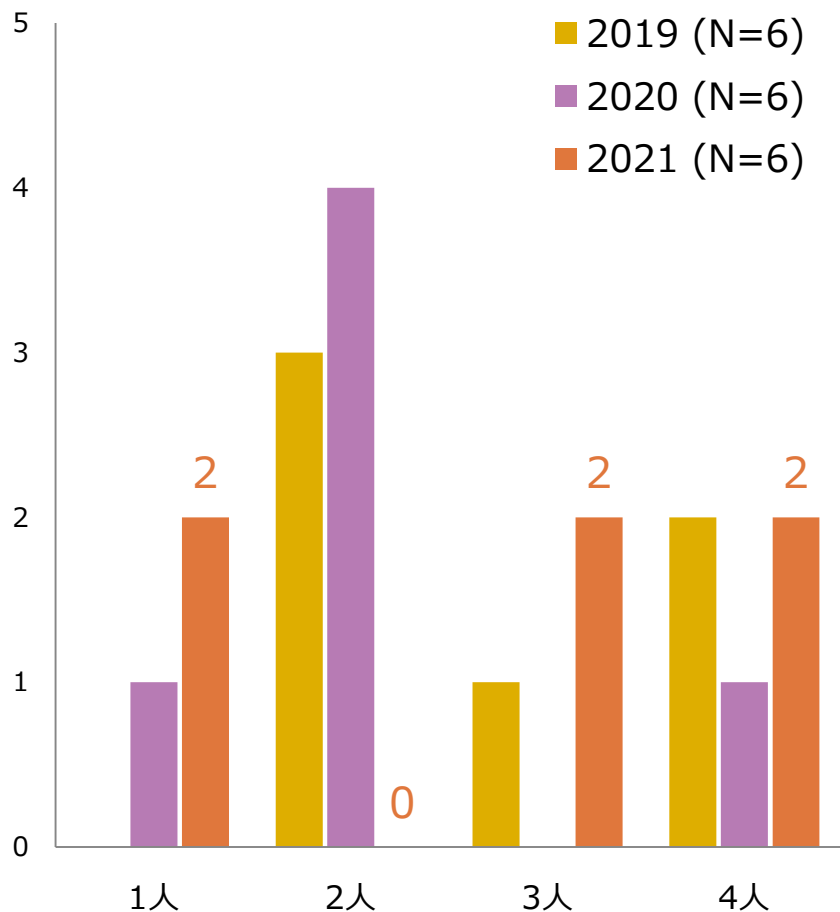
医療情報を専従(常勤に限る)で
扱うスタッフはいますか？

■ 2019 (N=17)
■ 2020 (N=16)
■ 2021 (N=20)

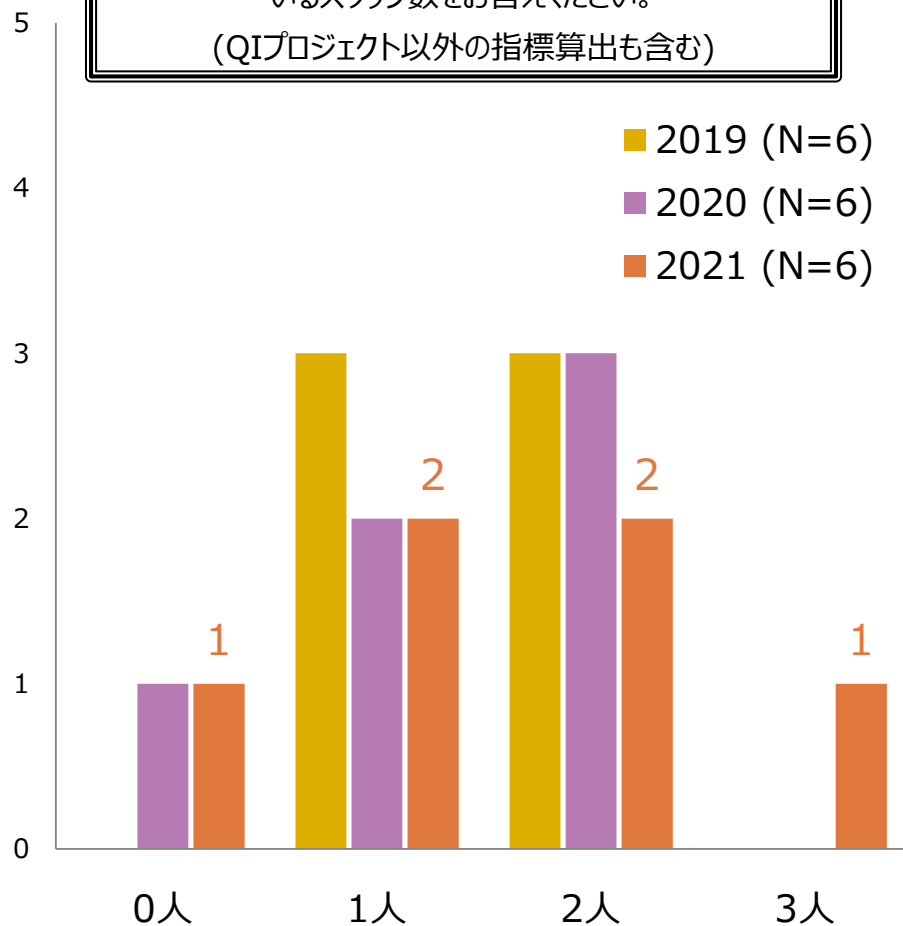


QIプロジェクトにおける組織体制

医療情報を専従で扱うスタッフ数をお答えください。

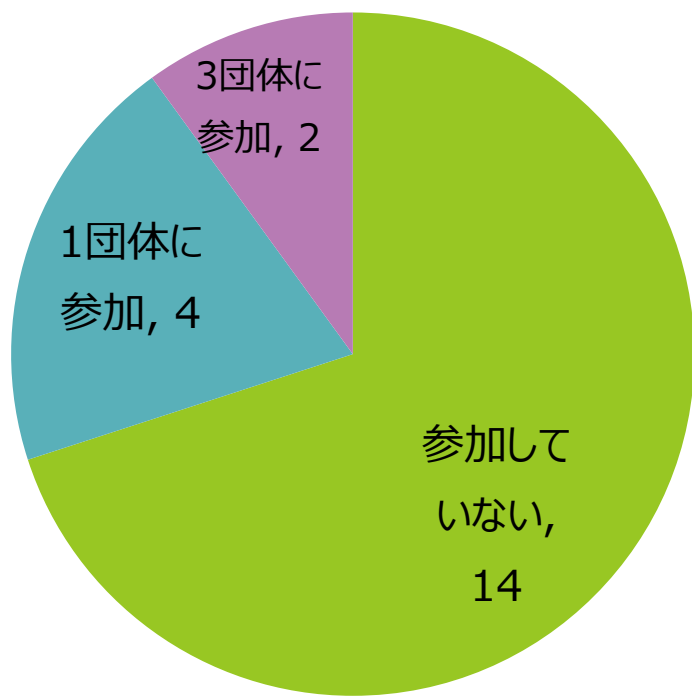


医療情報を専従で扱うスタッフのうち、指標の算出を行っているスタッフ数をお答えください。
(QIプロジェクト以外の指標算出も含む)

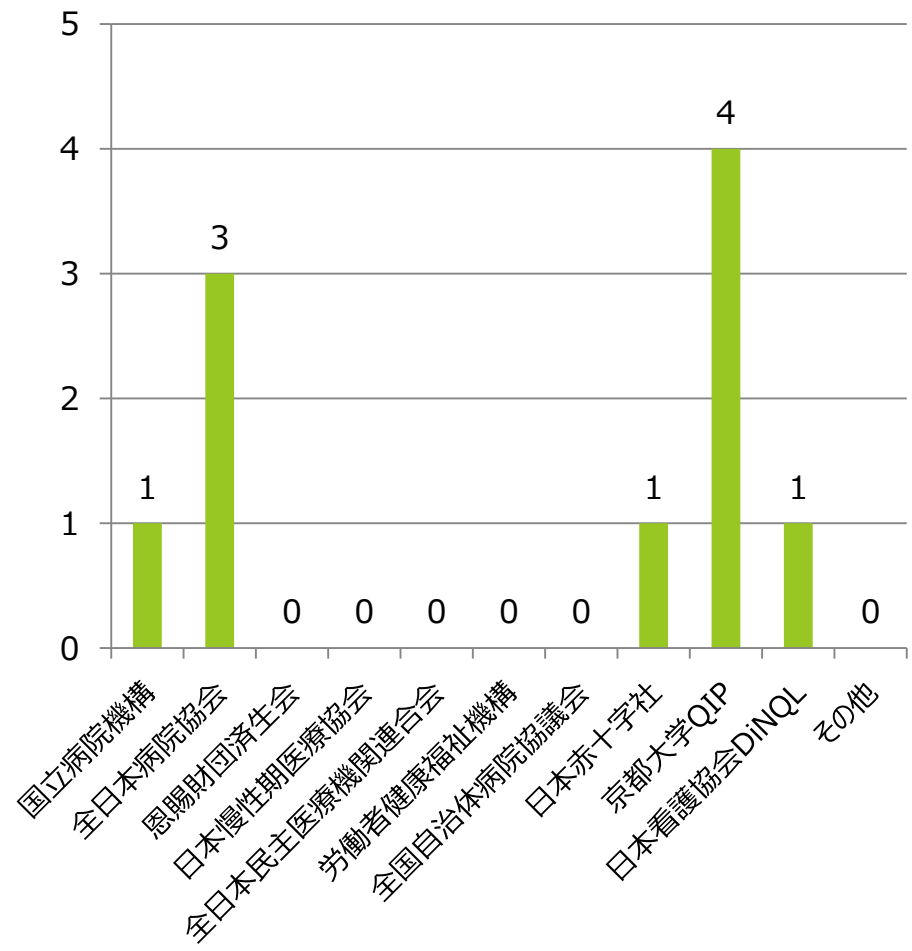


QIプロジェクトにおける組織体制

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



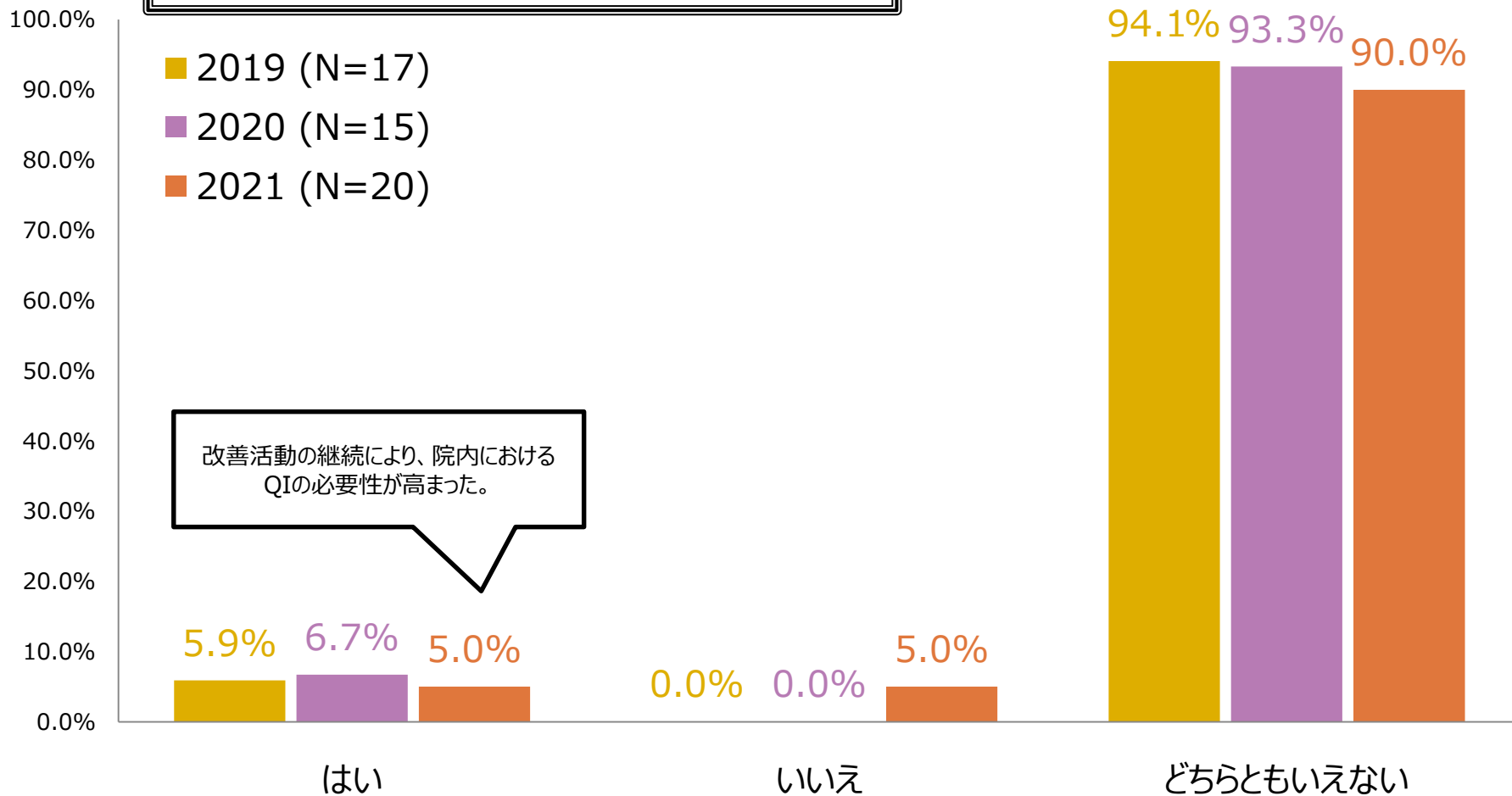
参加している団体(複数回答可)



N=20

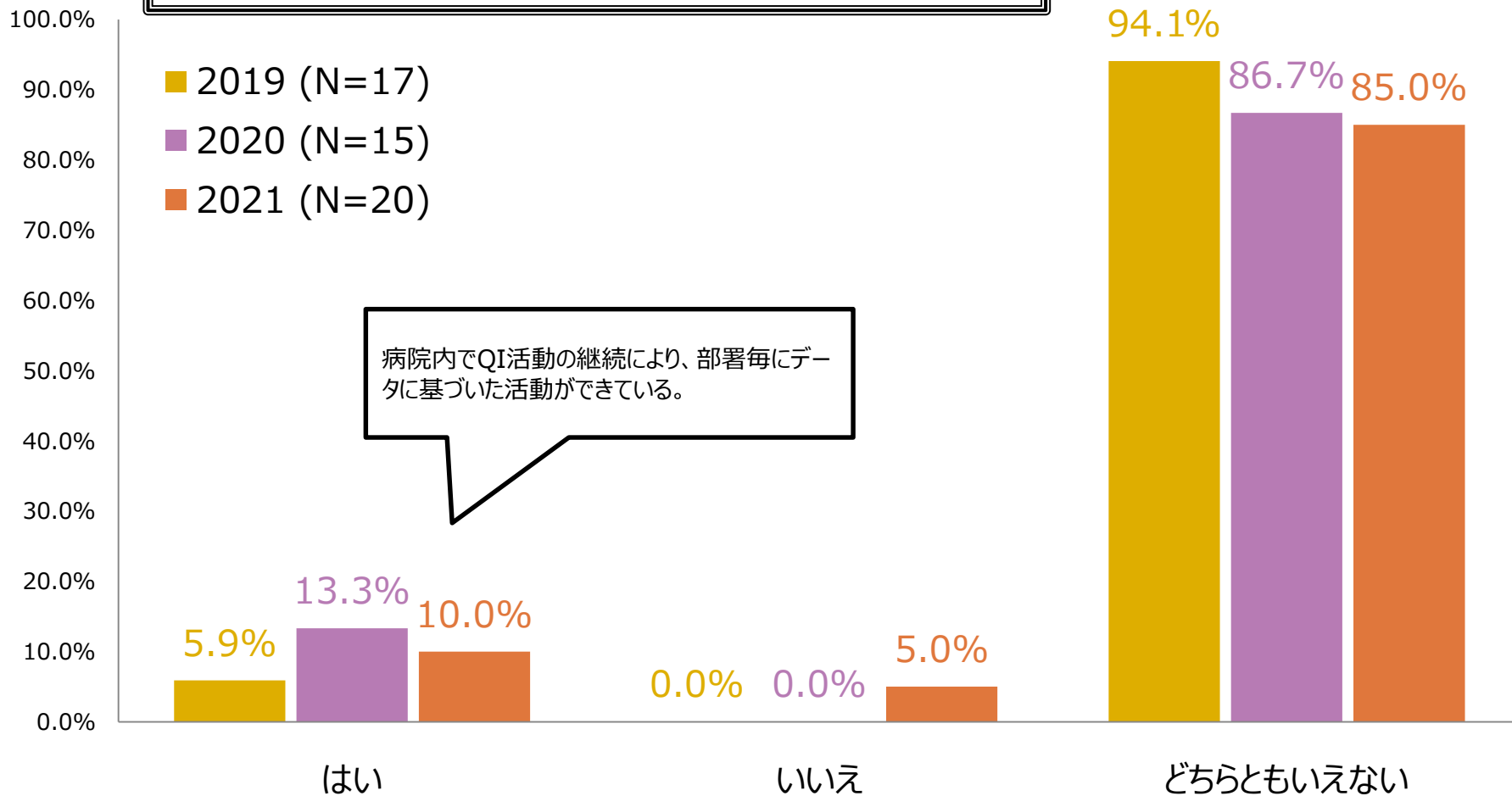
QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

施設全体の医療の質が向上しましたか？



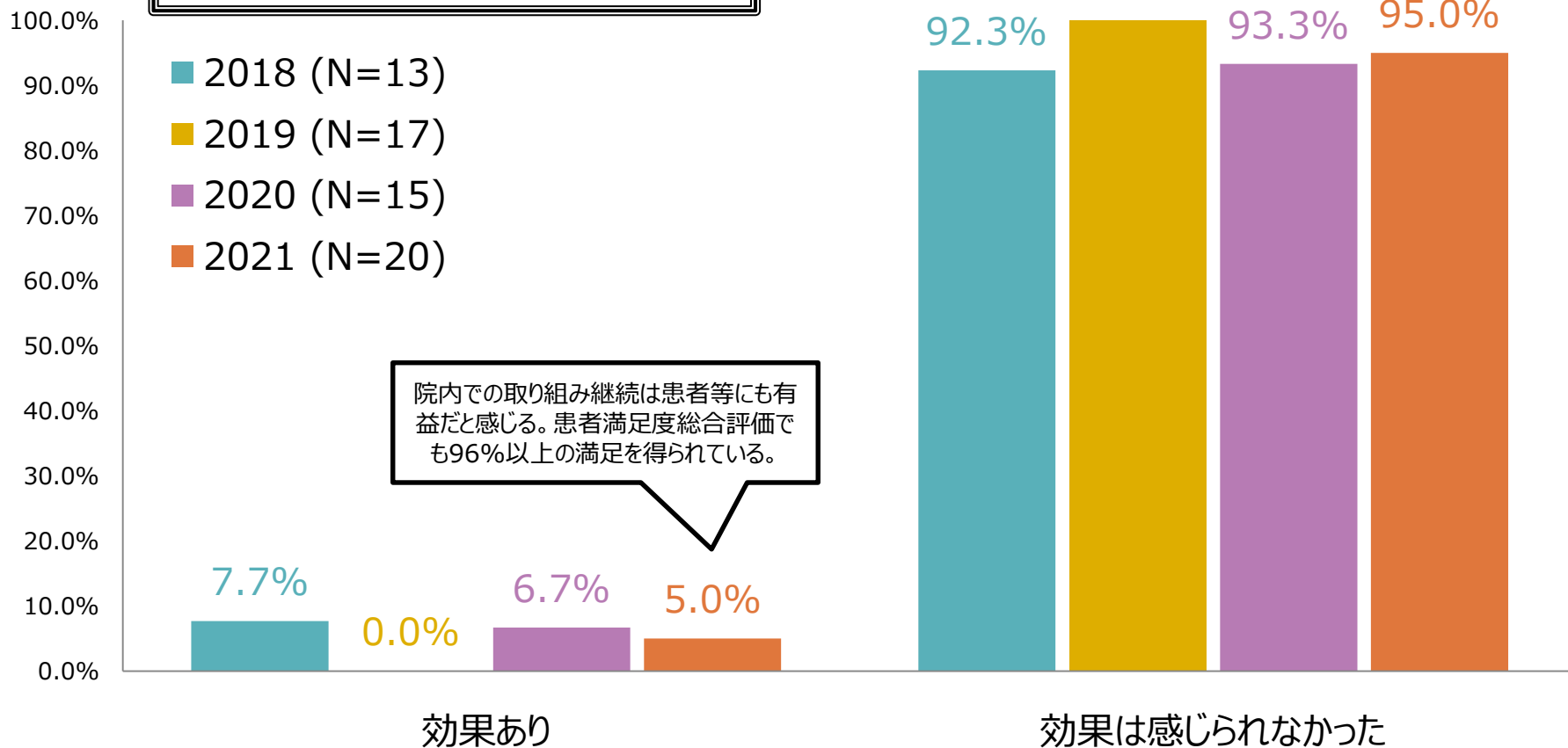
QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

医療の質に関して職員の意識が向上しましたか？



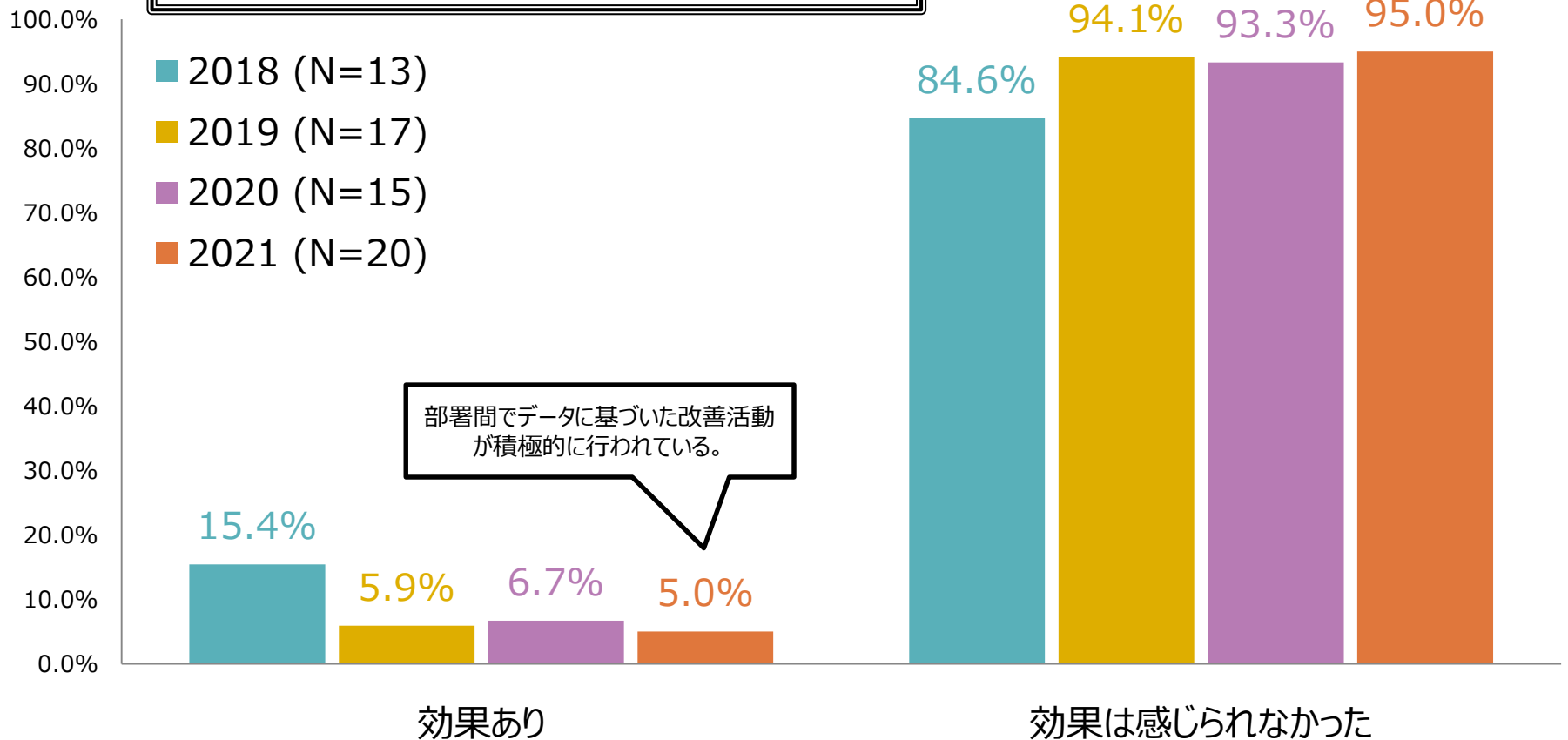
QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

外部(患者等)の反応について、
効果やありましたか？



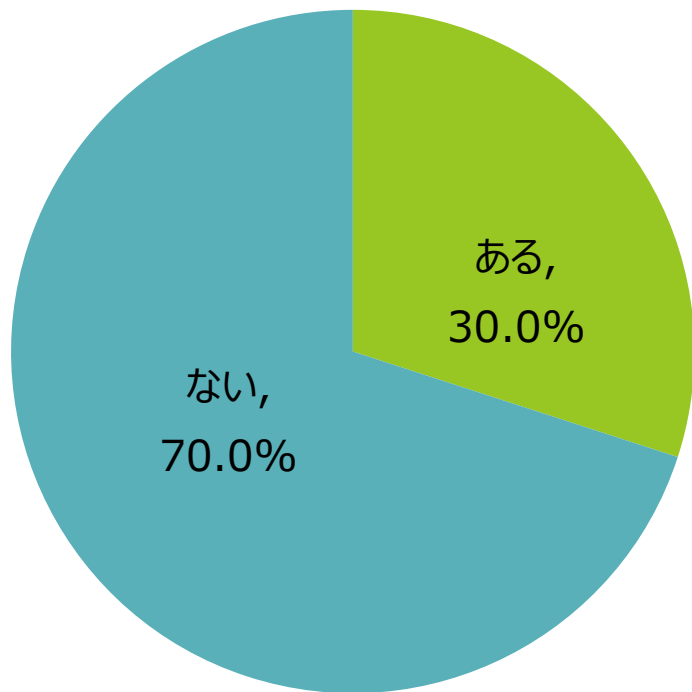
QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

当初予定していなかった副次的な効果等の反応がありましたか？



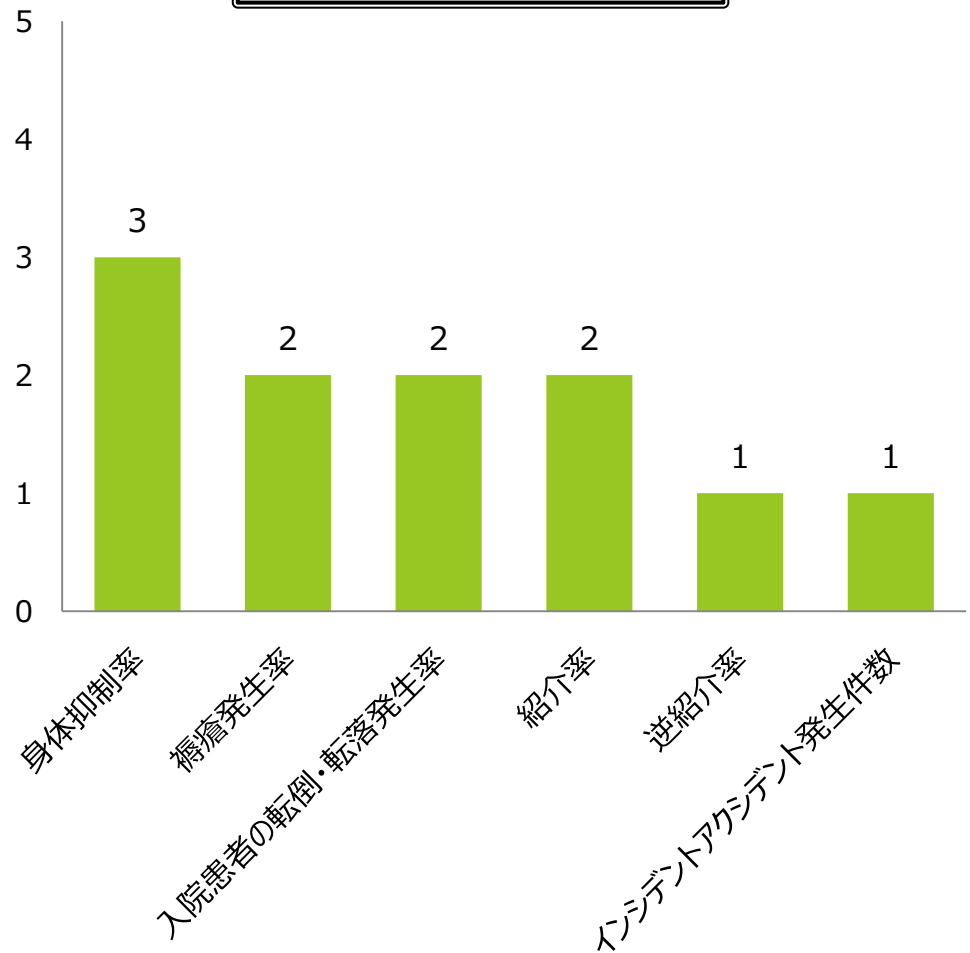
QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

今年度、改善活動を行った
指標はありますか？



N=20

改善活動を行った項目

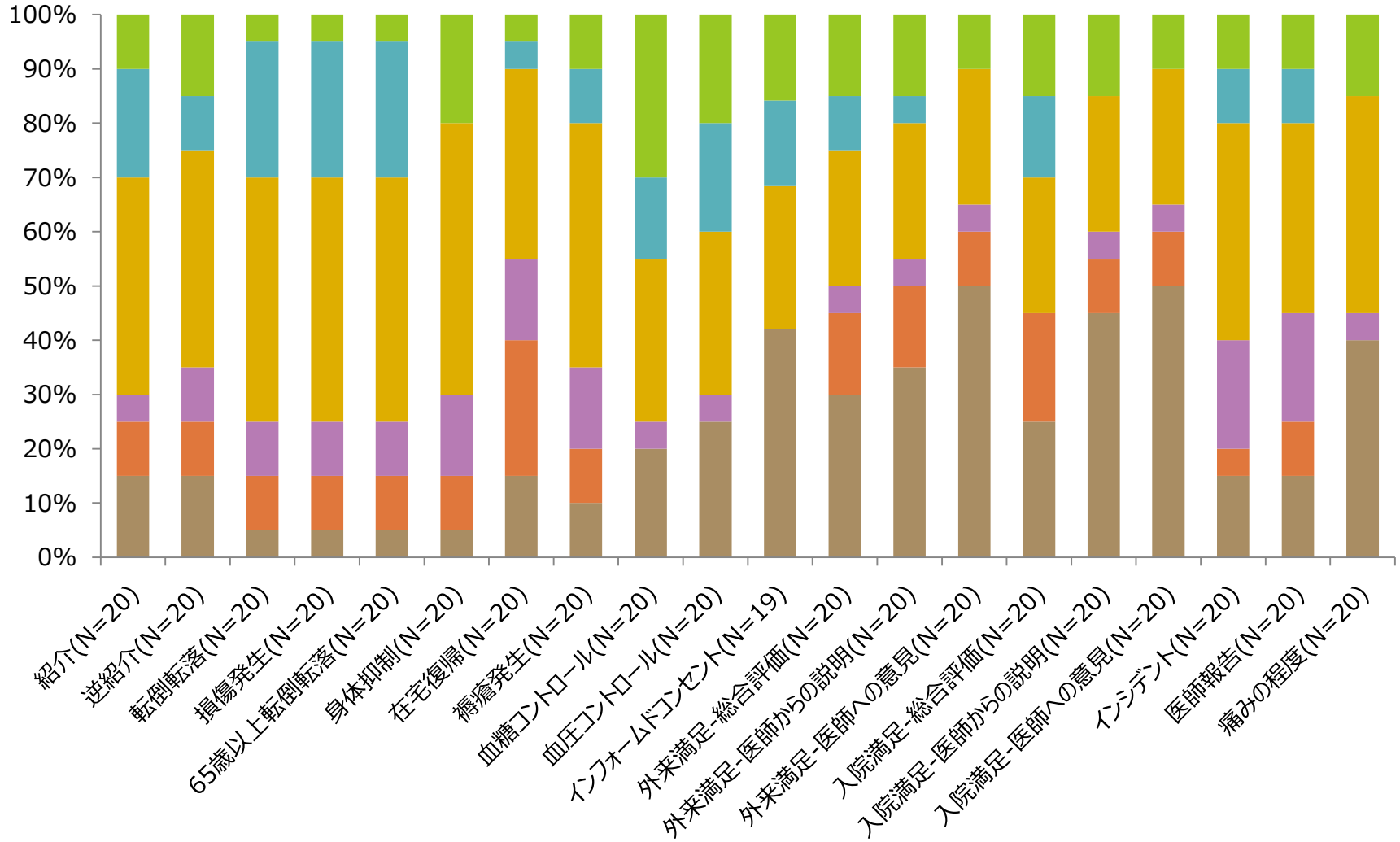


指標毎の改善活動

指標名	活動内容
身体抑制率	毎日身体抑制件数を抽出 抑制率が他施設と比較して高いことから、まずは抑制の同意書の見直しを行った。 関連委員会の資料の一つとして利用。
褥瘡発生率	褥瘡対策PJ 委員会にて新規発生患者の早期治癒への対策とスタッフへの周知
入院患者の転倒・転落発生率	委員会にてデータを活用した注意喚起 関連委員会の資料の一つとして利用。
紹介率	病院経営において、紹介患者の獲得は重要であり、紹介元医療機関毎の患者数や市町村別の患者数などから医療機関を選定し対応。 定義に合わせて集計の見直しを行った。
逆紹介率	地域の医療機関から患者を紹介してもらうためには、医療機関への逆紹介も重要。その為、病院としては、逆紹介の推進を積極的に実施している。
1か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント発生件数	定義の見直しを行い統一した。

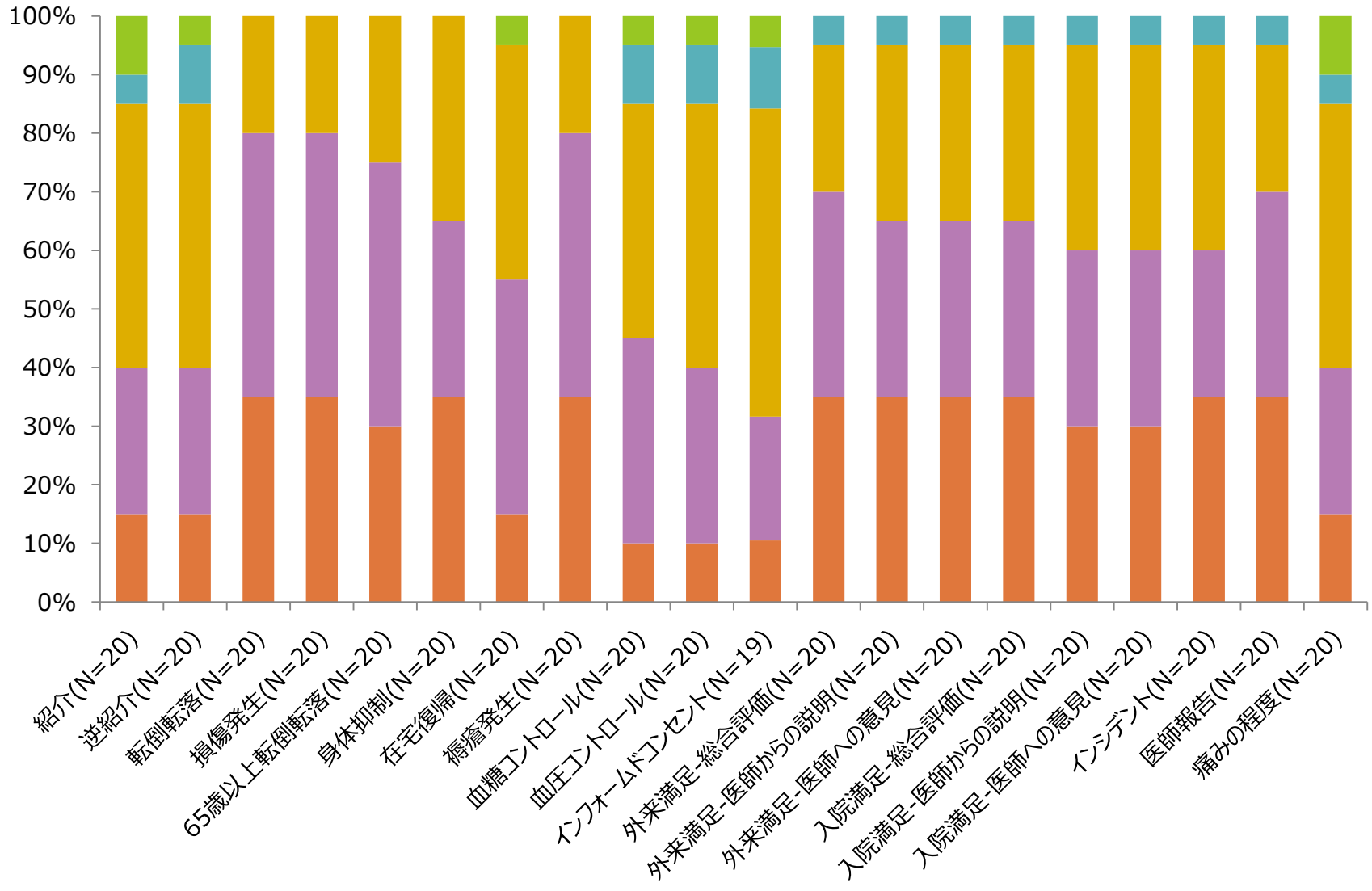
各指標における算出の難易度

測定無し
 非常に容易
 やや容易
 どちらともいえない
 やや困難
 非常に困難

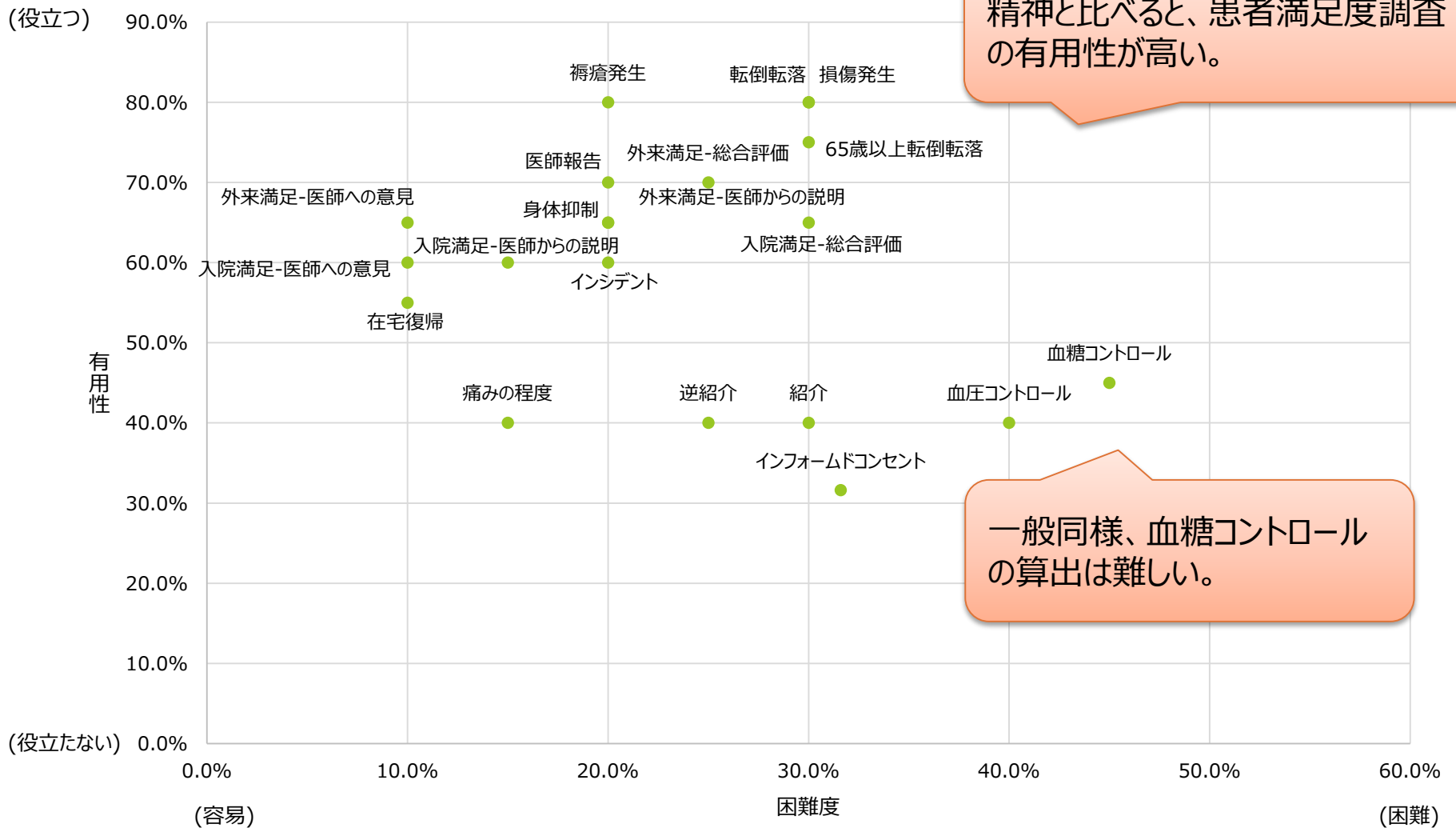


施設の質改善に役立つ指標か？

■ とても役に立つ
 ■ 少し役に立つ
 ■ どちらともいえない
 ■ あまり役に立たない
 ■ 全く役に立たない



算出の難易度と有用性



一般社団法人 日本病院会 2021 年度 QI 委員会

(50 音順)

(2022 年度 10 月時点)

- 委員長 福井次矢 (東京医科大学茨城医療センター 病院長)
- 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 理事長)
- 委員 岩渕勝好 (山形市立病院済生館 呼吸器内科長)
- 委員 國澤 進 (京都大学 大学院医学研究科 社会健康医学系専攻 医療経済学分野 准教授)
- 委員 嶋田 元 (聖路加国際病院 ヘルニアセンター センター長)
- 委員 深田順一 (細木病院 名誉院長)
- 委員 堀川知香 (聖路加国際病院 医療情報課)
- 委員 松本隆利 (社会医療法人財団新和会 八千代病院 名誉院長)
- 委員 森川公彦 (岡山県精神科医療センター 診療情報管理室 室長)
- 委員 山本貴道 (聖隷浜松病院 副院長)

副会長 仙賀 裕 (茅ヶ崎市立病院 名誉院長)

- 事務局 竹内幸大 (一般社団法人 日本病院会 政策部 学術研修課 課長)
- 事務局 佐藤美幸 (一般社団法人 日本病院会 政策部 学術研修課)

<開催報告>

【委員会】

- 第1回 QI 委員会 2021 年 6 月 18 日 (9 名)
- 第2回 QI 委員会 2021 年 11 月 16 日 (9 名)
- 第3回 QI 委員会 2022 年 3 月 9 日 (11 名)

【実務担当者説明会・フィードバック説明会 合同説明会】

2021 年 6 月 29 日 (137 施設)

初版

2022年 10月 23日